

股關節脫臼整復

並ニ授働手術ニ於ケル皮切方向ノ考案

Der Entwurf der Schnittführung bei der Arthrolyse und der Reposition der

Luxation des Hüftgelenks.

Von Dr. S. YOSHITOMI.

[Aus der orthopädi. Klinik der kaiserl. Universität zu Kyoto. (Prof. Dr. Hiromu Ito.)]

京都帝國大學醫學部整形外科學教室(伊藤教授指導)

緒言

現今整形外科學手術的療法ハ長足ノ進歩ヲナシ股關節強直並ニ整復ニ對スル手術方法ノ如キモ其術式多樣ニシテ各々利害得失アリト雖モ、要ハ該疾患ノ程度及狀態ニ應ジテ術後ノ機能恢復ヲ完全ナラシム可キ方法ヲ選定ス可キモノニシテ是ガ爲メニハ可及的手術操作ノ簡易ト周圍組織障害ノ程度ヲ僅少ナラシムルコトヲ主眼トセザル可カラズ。

關節ノ手術ニ際シテ行ハル、最初ノ皮膚切開ノ部位、方向ハ該手術ノ全課程ニ重要ナル關係ヲ有ス、殊ニ股關節ノ如キ厚キ軟部組織ノ深部ニ關節ノ存在スル者ニ在リテハ皮切ノ方向ノ如何ニ依リテハ關節骨部ニ達スル時間ヲ著シク短縮セシメ、或ハ之ヲ遅延セシムルモノニシテ手術時間ノ遅延ハ即チ軟部組織ノ損傷多キヲ物語ルモノニシテ、延イテハ術後ノ機能障害ヲ殘スコト多キモノナレバ、皮膚切開ノ方向ハ常ニ關節露出ニ最モ捷徑タル可キ條件ヲ具備セザル可カラズ、從來行ハレタル關節授働手術ノ皮切方向ニ幾多ノ方法アリテ各々利害得失アリ、余等モ亦多年切開線ノ方向部位ニ關シ臨床ニ之ヲ應用シテ便利ナリト思考セラル、方法ニ關シテ研究ヲ怠ラズ、茲ニ從來行ハレタル諸種術式ト異ナレル一新皮切

方法ヲ案出セシヲ以テ之ヲ報告シ江湖ニ推獎セントスルモノナリ。

股關節脱臼整復並ニ授働手術ニ於ケル皮切方向ニ關スル文獻

股關節ノ切除ニ關シテハ一七六九年 Charles White 氏其手術ノ可能性ヲ唱導シ是ガ動物實驗ヲ行ヒタルヲ嚆矢トシ、一八二一年 Antony White 氏、初メテ之ヲ人體ニ應用セリ、即チ氏ノ皮切方法ハ專ラ後部弓狀切開ニ依ルモノナリシガ Langenbeck 氏出ヅルニ及ビ氏ノ所謂外縱走切開ハ股關節授働手術ニ一新生面ヲ開拓セルノ觀アリ、即チ手術臺上ニ横臥セシメタル患者ノ患脚ニ約四十五度ノ屈曲位ヲ採ラシムル時ハ大腿骨ハ大轉子及腸骨後上棘ノ結合線ノ延長上ニ存在ス、此線ニ一致シテ皮膚及軟部組織ニ切開ヲ加フルモノニシテ先ヅ大轉子尖端ヨリ三横指徑上方ニ於テ皮膚、筋膜、大中小臂筋ヲ貫通シ骨ニ達スル刺創ヲ作り、此ノ切開ヲ上記ノ結合線ニ合致セシメ大轉子ヲ超エ大腿骨上ニ及ブ約三横指徑ニ亘ル直線狀ノ延長切開ヲナスモノナリ、一方膝關節ニ於テ屈曲セル脚ハ助手ヲシテ内旋セシメ、大轉子ニ於ケル全筋ノ附着部及大腿骨頸部ニ於ケル關節囊附着部ハ順次之ヲ剝離シテ關節骨部ニ達スル方法ナリ、 König 氏ハ Langenbeck 氏ノ方法ニ改良ヲ加ヘ軟部組織ノ剝離及骨部ノ露出ニ氏ノ創案ニナル方法ヲ說ケドモ皮切ハ Langenbeck 氏法ニ異ナルコトナシ。Tacke 及 Schade 兩氏ハ前縱走切開ノ便利ナルコトヲ說ケリ、即チ氏等ノ方法ニ從ヘバ患者ヲ背臥位ニ固定シ腸骨前上棘ノ下方ニ於テ一横指徑内方ニ始リ、下方ニ向ヒ十乃至十二纏ノ長サニ亘リ直線狀ニ皮切ヲ加フルモノニシテ縫匠筋及直股筋ハ其内緣ニ於テ遊離シ之ヲ外方ニ索引シ、腸腰筋ノ外緣ハ内方ニ索引シテ關節囊ヲ露出スルモノニシテ、此ノ際下肢ノ屈曲外旋ヲ行フ時ハ容易ニ關節囊ヲ認メ得ルコトヲ說ケリ。

Hueter 氏ハ腸骨前上棘及大轉子ノ中間ニ於テ、縫匠筋ノ外緣ニ沿ヒ内下方ニ向ヒ斜走スル直線狀ノ切開線即チ前斜走切開法ヲ推獎シ、Nether 氏ハ腸骨前上棘ヨリ縫匠筋ノ内緣ヲ大腿骨上ニ其ノ三分ノ一ノ部ニ達スル長キ皮膚及筋膜ノ切開ヲ有利ナリトナシ、コレニヨリ股關節ノ露出ハ前記諸種ノ方法ヨリモ容易ナリト説明セリ。

Koehler 氏ハ更ニ後部有角切開法ヲ案出シ、切開線ハ大腿骨大轉子ノ後面基底部ニ始リ大轉子尖端ノ後方ニ向ヒ上方ニ

走り此部ニ於テ角度ヲナシテ後方大臀筋纖維ノ方向ニ一致シテ斜ニ内上方ニ走り皮膚、皮下脂肪組織及大臀筋々膜ノ外面ニ達スル切開ヲ加へ、次デ大及中臀筋、骨膜等ヲ剝離シテ關節囊ニ達スルモノナリ。

Bardenheuer 氏ハ關節囊外切除術ヲ行フニ當リ腸骨櫛ニ沿ヒ其一糎下方ニ於テ腸骨前上棘ヨリ腸骨後上棘ニ達スル皮切ヲ行ヒ、前上棘ヨリ更ニ直角ニ前下棘ニ向ヒ切開線ヲ下向セシメ之ヲ大轉子基底部迄達セシムル切開法ヲ用ヒタリ。

Sprengel 氏ハ關節ニ於ケル病竈ノ部位ニ從ヒ二様ノ切開方法ヲ案出セリ、即チ病竈ガ髌臼ノ上方及後方ニ存在スル場合ハ第一骨盤緣切開術ヲ用ヒ、疾患ガ髌臼ノ側面ノミナラズ其前面ニ及ブ場合及ビ股關節ニ屈曲及内轉ニ對スル彎縮アル場合ニハ第二骨盤緣切開術ヲ用ヒタリ、前者即チ第一術式ハ腸骨後上棘ノ稍前方ヨリ始リ腸骨櫛ニ沿ヒ前上棘ニ達シ是ヨリ更ニ下方ニ向ヒ角度ヲナシテ屈曲シ、鼓鞞張筋及中臀筋ノ境界ヲ下行シテ大轉子ニ達スルモノニシテ、後者即チ第二術式ハ第一術式ト同一部位ニ始リ腸骨前上棘迄ハ同一徑路ヲ採リ、此部ヨリ更ニ斜ニ内下方ニ走ルモノニシテ、此ノ切開法ニヨリ盤痕收縮又ハ骨盤ニ癒着セル軟部組織ヲ下方ニ飄轉シ難キ時ハ該切開線ノ腸骨前上棘ノ部分ヨリ大轉子ニ向ヒ更ニ切開ヲ加フルモノナリ。

其他 Hohl 氏ノ所謂大結節前切開法ハ大腿骨大結節上端ノ前面ヨリ大腿骨幹ニ並行シ約八糎下方ニ達スル縱走皮切ヲ行ヒ、皮切ノ方向ニ潤筋膜ヲ切開シ次デ中及小臀筋ヲ舉上シテ股關節囊ノ前面ニ達スル方法ニシテ、住田氏亦股關節強直ノ手術ニ本法ヲ推奨セリ。

股關節脫臼整復並ニ授働手術ニ於ケル余ノ皮膚切開法

大腿骨頭ガ髌臼窩内ニ存在シテ強直ヲ起セル際ト、脫臼整復ノ場合トハ自カラ其皮切方向ヲ異ニスルハ明カナリ。然レドモ余ノ皮切方法ハ兩者ニ向ツテ全く同一ノ前方弓狀皮切ヲ行フモノニシテ、唯兩者ニ向ツテ其部位ヲ異ニスルノミナリ。

手術ニ際シテハ患者ハ健側ヲ下ニ手術臺上ニ半横臥ノ姿勢ヲ採ラシムルヲ便トナス。余ノ皮切ノ根本義ハ髌臼前緣中

臍部ト大轉子ヲ通過スル前下方ニ面セル弓狀切開ヲ行フニアリ、而シテ通常大轉子ヨリ一乃至二糲下方ニ皮切ヲ延長セシムルヲ以テ原則トナス。(附圖第二圖第一線參照) 勿論強度ノ脱臼ニテ大腿骨頭並ニ大轉子ガ著シク轉位セルガ如キ場合ハ前法ヲ實施スルコト能ハズ、斯カル際ニハ髌臼前縁中央部ト大腿骨頭トノ中間部ニテ稍々前方ヨリ皮切ヲ始メ、大轉子ニ向ツテ、是ニ達セズシテ下方ニ屈折スルガ如キ弓狀切開ヲ行フモノトス。(附圖第二圖第二線參照) 從ツテ骨頭轉位ノ程度ニヨリテ皮切部位モ亦異ナル道理ナリ。

既ニ文献ノ條下ニ述ベタル如ク古來股關節手術ニ際シテ皮膚切開ノ部位方向ニ關スル様式ノ多種ナルハ、一面該手術ノ至難ナルヲ物語ルモノニシテ、深部ニ存在スル股關節ノ手術ハ皮切方向ノ如何ニヨリテ手術操作ノ難易ニ影響スルコト甚大ナリ。

茲ニ從來行ハレタル諸術式並ニ余ノ術式ニ就キテ皮膚切開方法ノ利害得失ヲ批判スルニ先立テ、整復並ニ授働手術ニ緊要ナル條件ヲ述ブレバ

- 一、容易ニ髌臼ニ達シ得ラル、コト、
- 二、大腿骨頭ノ剝離容易ナルコト、
- 三、大轉子ノ剝離容易ナルコト、
- 四、股動、靜脈ニ對シテ可成の接近セザルコト、

等ナリ。今 Jansenbeck 氏ノ外縦走皮切法ヲ見ルニ、皮切線ノ比較的簡單ニシテ且ツ大轉子及骨幹上部ノ剝離ニ向ツテハ便ナリト雖モ、大腿骨頭及髌臼窩内ニ達スル手術操作ニ於テ皮切線ノ面ヨリノ距離遠キ缺點ヲ有シ、Incester, Lücke 及 Schade 氏等ノ前縦走切開法ハ Jansenbeck 氏法ニ比シテ髌臼及骨頭ヲ露出スルニ便ナリト雖モ尙ホ余ノ術式ニ比シテ遙カニ及バザルナリ、尙股動、靜脈ノ方向ニ沿ヒテ切開スルヲ以テ、手術中絶ヘズ是等血管損傷ノ危惧アリ、尙ホ骨頭ノ後方轉位ノ際ハ極メテ不適當ナリ。Koehler 氏ノ後部有角切開法、Sprungel 氏ノ骨盤緣切開法及ビ Bardenheer 氏ノ切開法等

ハ共ニ皮切線ノ方向ノ關係上、髌臼及大腿骨頭ヲ露出スルニ不適當ナリ。

余ノ皮切法ハ髌臼、大腿骨頭及大轉子ニ亘リ大腿骨ノ頸部及骨幹上部ニ至ル迄同時ニ露出スルコトヲ得ルノミナラズ、大ナル血管ニ對シテ何等ノ顧慮ヲ要セズ、且ツ本皮切法ハ關節骨部ニ達スル最捷徑ナレバ筋層及ヒ腱等ノ軟部組織ヲ障害スルノ程度モ尠ナク、手術容易ニシテ、手術時間ヲ短縮セシメ得ルナリ。從ツテ術後癢痕收縮ニ依ル機能障害ヲ僅少ナラシムルコトヲ得ルモノナリ。殊ニ骨頭ノ轉位著明ナル際ニハ、文獻ニ現ハル、何レノ皮膚切開法ニヨルトモ不完全ニシテ、髌臼ニ到達シ易キモノハ骨頭並ニ大轉子ノ剝離ニ不適當ニシテ又、骨頭並ニ大轉子ノ剝離ニ便ナルモノハ髌臼ニ到達スルコト困難ニシテ、一トシテ兩者ヲ具備セル完全ナル皮膚切開方法ヲ文獻ニ見出ス能ハザリキ。然ルニ余ノ方法ヲ以テスル時ハ唯一線ノ弓狀皮切ニヨリテ、ヨク是等ノ目的ヲ達シ得ラル、ヲ以テ茲ニ之ヲ報告シ、廣ク臨床醫家ノ應用ニ推奨セントスルモノナリ。

Zusammenfassung.

Ich führe den Hautschnitt jedesmal bogenförmig aus, falls der Schenkelkopf in der Pfanne fixiert oder luxiert ist. Dabei wird der Patient auf dem Tische auf die Seite gelegt.

Im Falle der Ankylose beginnt der Hautschnitt vom vorderen Rande der Pfanne und verläuft bogenförmig mit der konkaven Fläche nach von und unten, während er nach hinten und unten bis zu einer Stelle reicht, die 1-2 cm vom Trochanter major entfernt ist.

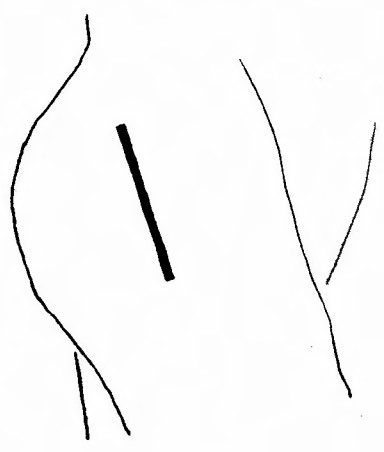
Im Falle der Luxation, wo der Schenkelkopf und der Trochanter major stark verlagert sind, führt man den Schnitt so aus, dass er etwas vor der Mitte des vorderen Teiles zwischen dem vorderen Pfannenrand und dem luxierten Kopf beginnt und bogenförmig den vorderen Rand des Trochanter major entlang nach unten geht. (Siehe Fig.)

(Autoreferat)

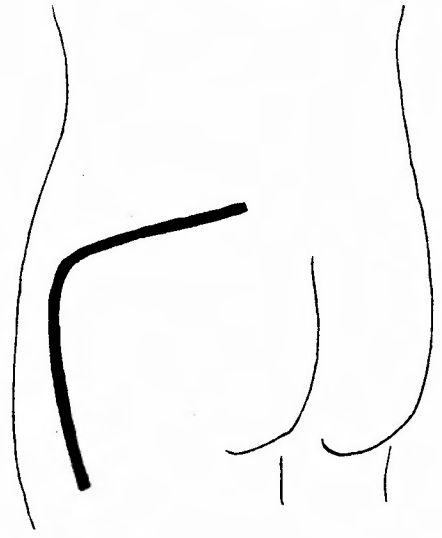
Literatur.

- 1) **Antony White**, zit. nach Bergmann, Bruns u. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie 1923 Stuttgart.
- 2) **Bardenheuer**, Deutsch. med. Wochenschr. 1891.
- 3) **Derselbe**, Münch. med. Wochenschr. 1898.
- 4) **Charles White**, zit. nach Bergmann, Bruns u. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie 1923 Stuttgart.
- 5) **Hueter**, zit. nach Bier, Braun u. Kümmell, Operationslehre 1923 Leipzig.
- 6) **Hoffa**, Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1980 zit. nach Bergmann, Bruns u. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie 1923 Stuttgart.
- 7) **Koehler**, zit. nach Bier, Braun u. Kümmell, Operationslehre 1923 Leipzig.
- 8) **König**, Zentralbl. f. Chir. 1882.
- 9) **Langenbeck**, zit. nach Bergmann, Bruns u. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie 1923 Stuttgart.
- 10) **Litke u. Schede**, ebenda
- 11) **Meiber**, zit. nach Bier, Braun u. Kümmell, Operationslehre 1923 Leipzig.
- 12) **Sprengel**, Zeitschr. f. orthpäd. Chir. 1900.

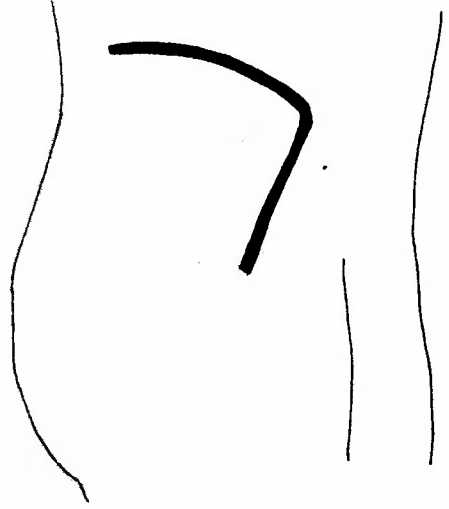
Langenbeck



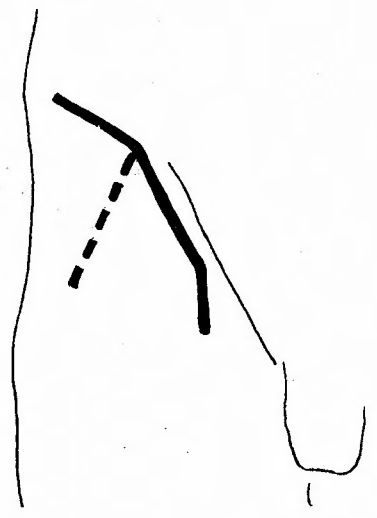
Bardenheuer



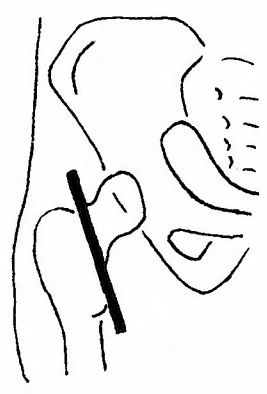
Sprengel I



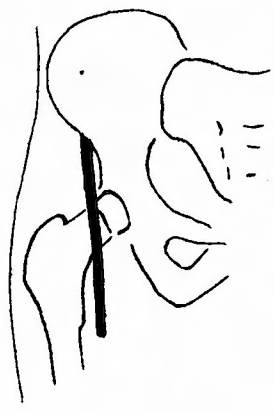
Sprengel II



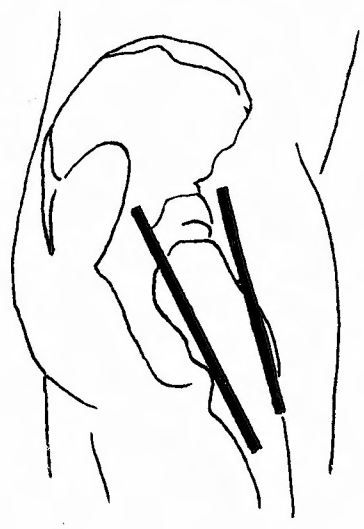
Hueter

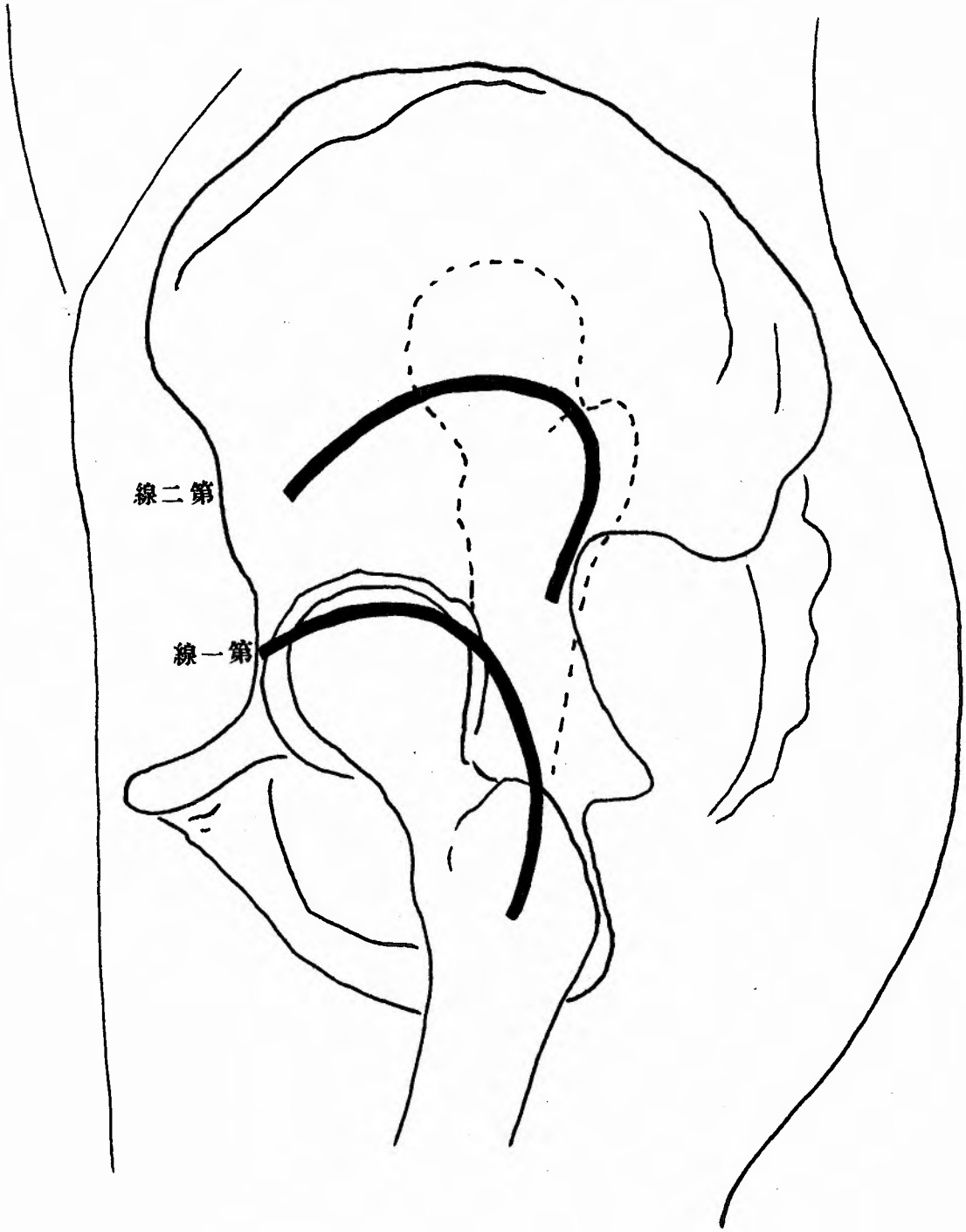


Lücke u. Schede



Hoffa





向方切皮ノ余 圖二第