

外 國 文 獻

慢性骨髓炎ノ療法 (Ludwig Moszkowicz, Behandlung der chronischen Osteomyelitis W. K. W. 1929 83., 1226.)

骨髓炎ノ如ク日常吾人ノ遭遇スル疾患ノ既ニ幾多ノ大家ニヨツテ論セラレタ後テ、其療法ノ如キモ明テ其ノ治療方針モ確立サレテ居ルト信セラレテ居ル。然モ吾人ハ外來ニ幾多ノ再發ニ悩メル患者ヲ見ルノデアル。即チ先ヅ久シク濕布ヲ施サレタル後、小切開テ溜ツタ膿ヲ排出シ、瘻孔ヨリ浮腫腐骨片ヲ取出シタリ等シテ居ルウチニX線像テ多數ノ腐骨ヲ有スル骨病竈ガアル事ガ判リ、廣ク病竈ヲ開キ清掃サレ技ニ疼痛モ熱モ全ク去リ患者ハ未ダ創ヲ残シタマ、退院シ、數ヶ月後再發ノ故ヲ以テ再來スルト云フ状態デアル。

然ルニ著者ハ一例ノ骨髓炎患者ニ遭遇シ大ニ啓發セラル所ガアツタノデアル。患者ハ14歳ノ少年テ數ヶ月間ノ左側脛骨前面ノ多數ノ瘻孔ノ爲ニ切斷ト迄云ハントモノデアル。X線像テハ左側脛骨ノ上部三分ノ二ガ骨端ニ至ル迄多數ノ腐骨ヲ有スル骨腔 (Knochenhöhle) テ滿サレテ居リ極小部分ニ僅ニ正常ナ部分ヲ認メル状態デアル。シカモ根本的ニ病竈ヲ開イタ結果ハ突出シタ骨端ト脛骨ノ下三分ノ一ヲ細イ骨片 (Knochenspunge) ガ連ネテ居ル状態ニ過ギナカッタ。然ルニコノ殘部ヨリシテ脛骨ハ全ク再生シ完全ニ治癒シタ。

茲ニ考フベキハ何故骨膿瘍切開后ノ骨缺損ガ治癒シ難イカト云フ事デアル。軟部化膿ノ場合ニ於テハ缺損部ハ肉芽ニ滿サレ周圍ノ壁ガ瘢痕收縮ヲ起ス。然ルニ骨ノ場合ハ周圍ノ壁ガ硬クテ瘢痕收縮テ缺損部ヲ狭メル事が出來ナイノテ肉芽テ滿シテシマウ事が出來ナイ。ソレテ骨再生ニヨツテゴレヲ滿スコトヲ考フベキデアル。骨再生ハ骨膜ト骨髓トガ關與スルノデアルガ骨缺損部ニ隣ル骨髓ノ骨再生力ハ極メテ乏シイモノデアルカラ骨膜ニコレヲ期待セネバナラヌ。然ルニ通常ノ場合ニハ骨膜ト缺損部下ハ無關係ノ位置ニアルカラ骨ノ健康部ヲ犧牲ニ供シテ直接骨膜ト骨缺損部トヲ密接ニスル。コノ爲ニハ通常骨腔壁ノ一部ヲ去ル事テ充分デアル。且場合ニヨツテハ骨膜片 (Periostschlunch) ノミガ殘レル場合ニモシコレヨリ骨再生ヲ望ミ得ル事ハ動物實驗及ヒ戰爭ノ經驗ヨリシテ明デアル。コノ場合脛骨ハ多ハ隣接骨ノ爲ニ殘部ノ骨片ノ位置ヲ正ク保チ得ルガ然ラザル場合ニ著者ハ獸骨製ノ固定裝置ヲ使用シコレニ有窓「ギプス」縋帶ヲ施ス。コハハ 5—6 週後X線検査ノ後除去スル。更ニ進ンテ骨膜片モナイ場合ニハ脛骨ニ於テハ腓骨ノ1片ヲ血管ヲ附着シタマ、缺損部ニ使用スルノデアル。カ、ル便宜ノナイ場合ハ化膿創治癒經過中ノ適當ナ時機ニ骨移植ヲ行フベキデアル。

又別ナ考ヘカラ die Heilung der Knochenwunden unter dem feuchten Blutschorf nach Schede. ナル方法ガアル。コレハ骨缺損部ヲ血液テ滿タシテ置ク方法テ結局ハ周圍ノ軟部組織ヨリ瘢痕テ填充スルノデアルカラ、有莖筋肉片又ハ脂肪片ヲ用フルノガ便利デアル。然シ他ノ物質例ヘバ「ギプス」、「ゴム」、「ヨードホルム劑」等ヲ用フルノハ不可デアル。
(神部)

脊椎及ヒ薦骨ノ慢性化膿性骨髓炎ニ就テ (Paul Radt, Über chronische Osteomyelitis der Wirbelsäule, und des Kreuzbeins. M. a. d. G. d. M. u. C. 41 389.)

脊椎ノ急性化膿性骨髓炎ハ割合僅少ナモノデアルガ、ソレノ慢性化膿性骨髓炎ハ更ニ稀レナモノデア

ル。著者ハ二例ノ慢性型ニ遭遇シ、ソノ診斷ノ困難サヲ報告シテ居ル。

第1例) 50歳ノ男子。約25年前「マラリヤ」ニ罹ツタ。

現在症。50歳ノ年、兩下肢ニ神經痛様疼痛アリ。漸次増悪シ、發熱スルニ至リ、發病後4ヶ月目ニ入院シテ來タ。

入院時所見。衰弱貧血ノ度強ク、肋骨弓下一横指ニ脾臓ヲ觸レル。坐骨神經痛症ノ總テノ症候ヲ具備シテ居ル。兩下肢ニハ腱反射高マツテ居ル外病變ガナイ。

尿及ビ血液像ニハ變化ヲ認め得ラレヌ。

診斷及ビ經過。入院當初ノ神經痛トシテ、治療シタガ、効無ク、惡液質、神經痛(兩下肢)ノ度強クナルタメ、脊骨腫瘍ニ疑ヒラ置キ、骨盤ノ「レントゲン」寫眞カーン氏反應ヲ試ミタガ、變化ガナカツタ。故ニ「マラリヤ」症ニヨルモノト考ヘ「ヒニン」療法ヲ行ツタガ、發病後7ヶ月目ニ、股關節ニ、屈曲強直ヲ起シ8ヶ月目ニ、左腸骨後上棘部ニ、連鎖狀及黃金色葡萄狀球菌ヲ培養シ得タ、膿瘍ガ生ジタ。之ニヨリ腰椎化膿性骨髓炎デアルト知レタガ、既ニ時期遅ク、發病後9ヶ月目ニ急性腹膜炎ノ症狀ヲ起シ死亡シタ。

剖檢所見。第4—5腰椎ニ消滅性骨髓炎アリテ、同所ヨリ、流注膿瘍ガ、腹膜後方組織ニ生ジ、該所ノ神經ニ炎症及ビ壓迫症ヲ起サシメ、遂ニ腹腔内ニ破レタ膿性腹膜炎ヲ起シ死亡シタ。

第2例) 47歳ノ女子。34歳ニ肺炎ニ犯サル。

現在症。36歳ノ時ヨリ、消長アル神經痛様發作ガ右下肢ニアツタ。46歳ノ時同發作強クナリ、47歳ノ正月入院シタ。

入院時所見。皮膚及ビ鞏膜ニ黃疸ガアツタ。

右下肢全體強ク腫脹シ、タメニ皮膚ハ緊張シ輕度ノ「チアノーゼ」ガアル。大サアフエナ靜脈ニ壓痛アル索狀物ヲ觸ル。

腱反射充進スル外、特別ノコトハナカツタ。

尿中ニハ蛋白及ビ尿圓嚙ガアツタ。

血液像ニハ強イ中性白血球増加症ガアリ、血液ヨリ、連鎖狀及溶血性葡萄狀球菌ヲ培養シ得タ。

診斷及ビ經過。血栓性靜脈炎ト考ヘ、腎臟炎及黃疸ハ敗血性ノ結果ト診斷シ、下肢ノ濕布、強心劑ヲ與ヘタ。

入院1ヶ月ニシテ、肺炎ヲ起シ死亡シタ。

剖檢所見。剖檢シテ始メテ、薦骨及ビ腰骨ニ骨膜炎及化骨性骨髓炎ノアルノヲ發見シタ。肺炎腎臟炎ノ變化ハアツタガ、骨盤腔内ニモ下肢ニモ血栓ハカホカ、血管壁ノ肥厚モ發見出來ナカツタ。

著者ノ例ノ様ニ慢性化膿性脊椎骨髓炎ハ、病理解剖的變化ガ、甚ダ多型デアリ、ソレニヨル併發症モ複雑デアル。

本症ノ治療法ハ病竈ニ切開ヲ加ヘ拮騰スルノデアルガ、診斷甚ダ困難デアル故適時適應ノ處置ヲ施シ得ザルコト多ク、故ニ本症ノ豫後甚ダ不良デアル。

故ニ著者ノ自己經驗2例ヲアゲ、如何ニ診斷ヲ誤マツタカラ報告シテ居ル。

(藤浪)

潰瘍疾患ニ於ケルバリント氏現象ニ就テ (S.A. Westra, Die Bedeutung des Balint'schen Phänomens bei Ulcusleiden, K. W. 39, September 1929.)

1923年 Balint 氏ハ潰瘍疾患ノ體質的要因ハコノ種ノ患者ノ組織ガ、普通ノ人ノヨリモヨリ酸性ノ反應ヲ有スルコトデアルト云フ說ヲ發表シタ。

B氏ハ空腹時ノ患者ノ靜脈内ニ重曹溶液ヲ注射シ、注射前2時間ト、注射2時間後ノ尿ノPH點滴酸度トヲ定量シタ。結果ハ尿ガ大ニ「アルカリ」性ニナツタガ、潰瘍患者ノ場合ニハ標準者ニ比シ其ノ差ガ遙カニ少カツタ。著者ノ行ヘル同實驗ノ成績モ亦B氏が主張シタ所謂B氏現象、即チ重曹ノ注射後、

潰瘍患者デハ、ソノ尿ノ P_H ハ「アルカリ」性ニ移動シナイカ或ハ反對デアツタ。B ハコノ事實カラ組織内ニ重曹ガ留置シタト解シ、コノ故ニ組織ガ酸性反應デアルコトガ證サレルトシタノデアツタ。併シコノ結論ヲヒキ出ス前ニ、尿ノ酸度ノ差ニ幾何ノ値カアラウカ。尿ノ酸度ニヨツテ、注入シタ「アルカリ」ノ體內ニ残ツタ量ト體外ニ出タ量トヲ決スルコトハ出來ヌ。血漿中ノ「アルカリ」量ヲ測ルナラバ簡單ニ知り得。コノタメニ Van Slyke ノ Alkalireserve (A. R.) ヲ準據トス。著者ハ A. R. ノ増加ヲ認メタ。併シ潰瘍患者テ注入シタ「アルカリ」ガ比較ノ早ク血漿カラ消失スルコトハ見ズ、同患者ノ組織ガ「アルカリ」ヲ取り入レルコトガ強イトイフ事實モナク、組織ニ強イ「アルカリ」中和力ガアル事モ示シテキナイ。

コ、ニ於テ著者ハ尿PIIヲ變化スル要因トシテ神經ノ影響ヲ考ヘタ。B氏ガB氏現象ヲ喘息發作、膽石病等「ワゴトニー」ノ状態ノ時ニモ認メテキルノヲ見レバ、「ワゴトニー」ガ要因ノ一ツデハナイカト考ヘラル。

B氏現象ノ意味ヲ正シク判斷スルタメニ 2 ッノ問題ヲ考ヘネバナラヌ。

- (1) 尿ノ P_H ハ體內ノ如何ナル要因ニ左右サレルカ。
- (2) 重炭酸鹽ノ注入ニヨリ體內ニ何が起ルカ。

(1) ニ就テ見ルニ Veil ニヨルト尿ノ P_H ハ Alkalireserve ニ左右サレルト云フ、併シ同一患者テ血液ノ P_H ガ一様デモ尿ノ酸度ハ種々ニナル事ヲ見ル故ニ、尿ノ P_H ハ血液ノ P_H ノミニ支配サレルノテナイコトヲ考ヘシム。

Veil 等ノ「ヂギタリス」ノ末梢作用ノ報告ヲ見ルト、「ヂギタリス」服用ノ影響テ Alkalireserve ノ強イ増加ガアリ、血液ノ「アルカリ」性モ増シタガ一方大變強イ酸性尿ガ出タ。且コノ時ニ胃ノ鹽酸分泌増加、血糖ノ減少、胃腸ノ緊張増加等現ハレ、コレ等カラ「ヂギタリス」ニヨル迷走神經ノ昂奮ガ推定サレル。又 Asher ニヨルト迷走神經ヲ切斷スルト尿ノ「アルカリ」度ガ増加スルト云フ。コレヲノ事カラ尿酸ノ度ハ Alkalireserve ニ依ルト共ニ迷走神經ノ影響モ存在スルコトヲ知ル。

- (2) 重炭酸鹽ヲ體內ニ入レルト何が起ルカ、

Gesell ハ次ノ様ナ實驗ヲ試ミタ。重炭酸鹽ノ注入後、同時ニ動脈血、靜脈血及ヒ脊推液ノ P_H ヲ測ツタ所、動脈血ハ「アルカリ」度ノ増加ガアリ、靜脈血ト脊推液ニテハ反對ニ減少ヲ示シ、非常ニ酸性ニナツタ、コレニヨリ組織及ヒ呼吸中樞ニ「アツイドーズイス」ガ起ルコトヲ證明スル。コノ事實カラマタ、重炭酸鹽ノ注入ハ組織ニトリ、「アルカリ」過量トナラズ、B氏ノ言フ如キ注入シタ重曹ガ組織ニ留置スルト云フ説モ正シクナイコトヲ知ル。又潰瘍患者ノ組織ニ「アルカリ」中和力ガアルト云フ説モ問題テナイ。

著者ノ實驗ノ結果ヲ見ルト重炭酸鹽ノ注射後 1 時間

Alkalireserve ガ増加シテル、コレニヨリ潰瘍患者ノ血液カラヨリ迅速ニ消失スルト云フ事實ハナイ。反對ニアル例ニテハ「アルカリ」排出ヲ抑制スルガ併シ餘分ニ入ツタ「アルカリ」ハ固持シナイ様ニ作用スルモノガアルコトヲ示シテキル。

重炭酸鹽ノ注入ガ迷走神經ニ及ボス影響ヲ見ルト、重曹注入後起ル主ナル變化ハ Ca 分離ノ減少ノタメニ、Ca「イオン」ノ減少ガオコル。コレハ K「イオン」ノ増加ト同様ニ迷走神經ヲ刺戟スル。著者ガ Ca ノ量ヲ測ツタ所、「ワゴトニー」ノ時ノ様ナ低イ値ヲ示シタ。又重曹ノ注射後胃液ノ H「イオン」濃度ヲ測ツタトコロ、著シイ HCl ノ分泌ヲ認メタ。著者ハコノ事實ヨリ迷走神經ガ刺戟サレルノダト理解シタ。

結論、(1) B氏現象ハ種々ノ潰瘍患者ニ於テ證明サレル。

- (2) 併シソレハ尿ノ酸度ノ變化ダケノ話テ、注入シタ「アルカリ」ガ血液カラ速ニ消失スルニヨルモノテナイ。

- (3) 重曹ノ注入ハ組織ノ「アルカリ」過量ニハナラヌ。
- (4) 重曹ノ注入ハ Ca ノ減少ヲ來シ迷走神經ヲ刺戟ス。
- (5) 潰瘍患者ノ組織ガ「アツイドーゼ」デアルト云フ B 氏ノ説ハ説明出來ヌ。
- (6) B 氏現象ハ潰瘍患者ガ「ワゴトニー」デアルトニヨリ十分ニ説明サレル。
- (7) 胃及十二指腸潰瘍患者ノ「ワゴトニー」説ノ他ニ組織ノ「アツイドーゼ」説ヲ支持スル何ノ根據モナイ。

(岡)

バセドウ氏病ノ照射療法 (H. Rahm, Operation oder Bestrahlung beim Morbus Basedow

Bruns' Beitr. z.klin. Chirurgie am 11 September 1929)

バセドウ氏病ニ對シテ手術の療法ヲトルカ、放射の療法ヲトルカニ付テノ意見ハ今日尙非常ニマチマチデアル。

名アル臨床家ガ之レニ對シテ色々異ナツタ意見ヲ述ベテ居ルガ爲ニ多クノ人々ガ此ノ所置ニ付テハ非常ニ迷ツテ居ル様デアル、然シ此ノ所置如何ハ直接患者ノ生命ニ關スル事デアルカラ我々ハ須ラク此ノ困迷カラ脱出セネバナラナイ。然シ此ノ解決ヲ参考書ニ求メントシテモ或者ハ手術の療法ヲ主張シ又或ハ放射の療法ヲ主張シ結局参考書ニヨリ完全ナ結論ニ到達スル事ハ不可能デアル。

著者ハ此ノ問題ニ對シ幾分ノ判明ヲ與ヘンガ爲ニ兩者ノ論争ニ對シ以下批判ヲ試ミントスルノデアル。

著者ハ今日迄手術ト放射ト兩療法ヲ試ミ來ツテ居ル爲ニ何等偏見ニトラハレル事ナシニ兩者ノ批判ヲ下シ得ルモノト信ズルト述ベテ居ル。

先第一統計及ビ著者ノ經驗ヨリ兩者ノ得失ヲ述ベヨウ、手術療法ニ對スル反對者カラノ第一ノ非難ハソノ死亡率ノ多イト云フ事デアル。今統計ニヨル此ノ死亡率ヲ見ルニ率ハ統計ニヨリ非常ニ相違ガアル、例ヘバ

コツフル氏ニヨルト彼レハ初メ 6.7% 後ニ 3.4%。著者ノ所ノ統計ニヨレバ死亡率 11.2% アメリカノメイヨ氏ハ 0.82 乃至 0.89ノ數字ヲ示シテ居ル。

然シ色々ノ統計ハアツテモ之レニ患者個々ノ容態ニツイテノ詳細ナ説明ガナイカラコノ數字ノミヲ見テ手術ノ死亡率ヲ云々スル事ハ出來ナイ、コノ點ニ關シテハ Traell 氏ノ報告コソ價値ノ大ナルモノデ、彼レハ彼レノ手術例ヲ基本的代謝機能ノ高低ニナラベコノ基本的代謝機能コソ手術ノ豫後ニ大ナル關係ガアル、即コノ基本的代謝機能ガ高マルニツレテ死亡率モ非常ニ高マル、コノ際「ヨード」ヲ用ヒテ基本的代謝機能ヲ 30.% 迄ニ下ケル事ガ出來レバ豫後モ非常ニヨクナルト云ツテアル。

話シハ多少ソレマスカ メイヨクリニツクノ Plummer 氏モ術前ニ「ヨード」ヲ用ヘル事ニヨツテ手術ノ死亡率ヲ大イニ減ズル事ガ出來ルト報告シテ居ル、コノ術前ニ於ケル「ヨード」療法ハ近來色々ノ臨床家ニヨリ行ハレテ立派ナ成績ヲ示シテ居ル様デアル。

然シコノ手術前「ヨード」療法モ基本的代謝機能ヲ計リツ、行ハナケレバナラナイ。バセドウ患者ニ「ヨード」療法ヲ行ヘバ基本的代謝機能ハ急ニ下ル、若シ 30.% 迄下レバ早く手術ニトリカ、ラネバナラナイ、コノ機ヲ失スト再ビ基本的代謝機能ハ高マル、高マリ初メルトコノ時ノ手術ハ已ニ危險デアル。アメリカノ統計ニヨルニアメリカテ死亡率ノ少イノハコノ術前ノ「ヨード」療法ト基本的代謝機能ヲ計ツテ手術ノ機會ノ宜シキヲ得テ居ル爲デアラウ。

然シ内科的ニ長ク「ヨード」ヲ用ヒラレタ患者ハ「ヨード」ニ對シ反能ヲ失ヒス様ナ患者ニハ術前ノ「ヨード」療法ヲヤツテモ既ニ効果ナク手術ヲシテモ死亡率ハ非常ニ高イ。

内科醫ノ「ヨード」療法トカ放射療法ヲ受ケテ居ラナイ患者テハ手術ニヨル死亡率ハ非常ニ少イ。

次に放射療法ニツイテ見ルニ放射療法モ決シテ危險ナシトハ云ヘナイ。死因ノ大部分ハ甲状腺機能亢

進テ又一部ハ喉頭傷害デアル、然シ勿論之レノミテハナイ。

著者ハ今日迄ニ**バセド**氏病ニ對スル放射療法ノ死亡率ヲ百分率ニ示シタモノヲツグケ見タ、即之レハ**ノルウェー**ノ Schaldemose ト Fenger 兩氏ノ報告ニヨルモノデアツテ、之レニヨルト、純内科的ニ處理シタルモノノ死亡率 39.4% 放射療法ニヨル死亡率 15.6% テ著者ノ經驗シタ放射療法ノ死亡率ハ 14.3% テコノ點ハ略一致シテ居ル。

此ノ死亡率ノ正確ナリヤ否ヤハサテオイテモ放射療法ニヨル死亡ヲ拒ム事ハ出來ナイ。

此ノ他手術ニ對スル非難トシテ斑痕形成、粘液水腫膿瘍形成又ハ反目神經損傷ナドヲアゲテ居ル。然シ放射療法ニヨツテモ之レニ匹敵スル様ナ色タイヤナ結果ヲ來ス事ノアルノハ周知ノ事デアル。

更ニ**フリード**氏ハ放射療法ヨリモ手術療法ノ方が治癒日數が長イト云ツテ居ル、著者ノ經驗ニヨレバ手術シタ患者ノ平均入院日數ハ約1ヶ月、早イノハ14日ヲ退院スル然シ疾病ノ輕重ニシタガツテ退院後數週乃至ハ2-3ヶ月間ハ靜養ヲ命ズル、然シ此ノ期間ニ於テ**バセド**氏病ノ重症患者ガ放射療法ニヨリ充分ノ活動能力ヲ得ルニ至ラウトハ想像シ得ナイト著者ハ述ベテ居ル。

次ニ手術ト放射療法トノ結果ニツイテ見ルニ**フリード**氏ハ放射療法ニヨリ最近 88%ノ全治率ヲアゲテ居ル、外科醫ノ方デモ 80、乃至 95% 例外トシテ 96%ノ全治率ヲアゲテ居ル人モアル。

著者ノ經驗ニヨリ全治 69%ハ非常ニヨクナリ 7%ハ多少ヨクナリ 7%ニハ効果ガナカツタ、色々ノ統計ハアルガ、之等ノ統計ニハ患者ノ個々ニツイテ詳細ノ記載ガナイカラ之レヲ以ツテ直チニ結果ヲ比較スル事ハ出來ナイ、著者ハ今後斯様ノ統計ニハ是非患者ノ狀態病勢少クトモ基本的代謝機能増進ノ程度ヲ記入シテホシイト述ベテ居ル。

著者ガ今日行ツテ居ル兩側摘出法ニヨレバ最近デハ 95%ノ全治率ヲ示シ再發モ非常ニ少イ。

次ニ著者ノ放射療法ノ結果ヲ述ベマスト著者自身ニヨリ照射ヲ行ヘルモノ並ビニ著者ガ知名ノ内科醫ニ放射療法ヲ依頼シタモノ兩方トモ手術療法以上ノ結果ヲ得ル事ガ出來ナカツタ、又一時ヨクナツテモ次ニ前以上ニ惡クナツタ。例サヘモアル著者ハ又手術前ニ甲状腺ニ照射ヲ行ツテ見タガ七例ノ内四例ハ手術後ニ死亡シテ居ル。

著者ノ經驗シタノハ多クハ重症患者デアツタ即チ放射療法ハ**バセド**氏病ノ重症患者ニハ利カナイ、然シ甲状腺機能亢進症ニ對シテ放射療法ノ利ク事ノアルノハ爭フベカラザル事實デアル。

即チ放射療法ハ早期ノ急性ノモノニハ割ニヨイ、特ニ春機發動期ニ於ケルモノニ對シテハヨクキク事ガアル、然シ之レモ基本的代謝機能ヲ計リツ、ヤラネバ危險ダシ又最大限六乃至八週間ヲ越エテハナラナイ、之レデモヨクナラズ尙幸ニ手術ノ機會ヲ失シテ居ナカツタ場合ハ直チニ手術ヲ行フベキデアル。狭窄症狀ヲ起シタモノ又ハ急ニ増惡シテ行クモノニ對シテハ絶對的ニ手術療法ニヨラネバラナイ。

内科醫ノ「**ヨード**」療法ハ春機發動期ノ輕度ノ甲状腺機能亢進症以外ニハ注意ヲ要スル此ノ他ノ「**ヨード**」療法モ「**メス**」ヲ片手ニ持ツテノミ行ハルベキモノデアル。

以上ニヨリ手術的療法ガ、放射療法ヨリ優ツテ居ルト斷定スルノデアル。

X線像ニ於ケル膀胱挿入「カテーテル」ノ位置ニ就テ (Max Burger, Die Lage des

Blasenkatheters im Röntgenbilde, Zeitschr. f. Urologische Chirurgie Bd. 28, 1929 s. 7)

男子膀胱透視ノ大多數ニ於テ對照液ヲ以テ充サレタル膀胱上端ノ「レントゲン」陰影及ビ其ノ間留置セラレタル「カテーテル」ノ個々ノ像ガ小骨盤中ニ於テ屢々其ノ高サニ著シキ差異ヲ來スコトアリ。多數ノ症例ニ使用セラレ、**テイマン**氏「カテーテル」ハ恥骨縫際上屢々對照液ヲ越エ、(圖一) 膀胱正常ノ形態ヲ破壊シ、膀胱ノ頂嶺ヲ持上ゲ天幕狀圓錐形ヲナス、(圖二) 或ハ他ノ病例ニアリテハ「カテーテル」ノ尖端ガ恥骨縫際ノ後部又ハ其ノ上緣ニ達セルコトアリ。之等變型ノ範圍ハ種々ナル病例ニ挿入法ハ一定セ

ルモ其ノ膀胱中挿入ノ異ルタメナリ。此等ノ病例ニ於テ「カテーテル」ノ尖端ガ「レントゲン」像ニ於テ何處ニ發見サレルヤ、或ハ如何様ニシテ其ノ位置ヲ小骨盤ノ骨緣線特ニ恥骨縫際ニ關係シ居ルカ、又如何ナルコトガ他ノ原因ニ對シテ觀察セラレル、カ例ヘバ直腸臟狀部ノ強キ充滿ハ膀胱及ビ内尿道口ノ高位ヲ來ス結果トナルガ如キコトヲ確定スルハ非常ニ興味アルコトナリ。

健全ナル男子膀胱ノ「レントゲン」検査ハ次ノ如クシテ行ハル。即横臥セル患者ニ消毒セル「カテーテル」ヲ挿入シ膀胱ハ10%ノ「ブロームナトリウム」溶液百二十坵ヲ充シ、之ノ對照液約20坵ノ排出ニ際シ「カテーテル」ヲ引戻シ、液排出ノ中止スルニ及ビテ止ミ、次ニ「カテーテル」ヲ進メ再ビ液ノ流出スルニ到ル迄行フ時ハ「カテーテル」ノ眼ノ位置ヲ確定シ得。之ノ際膀胱ハ「ブロームナトリウム」溶液百坵ヲ以テ充サル。此ノ位置ニ於テ「カテーテル」ヲ一時塞ギ「レントゲン」照射ヲ行ヒ、次ニ對照液ノ完全排出後空虚ナル膀胱ノ二度目ノ「レントゲン」照射ヲ行フ。10%ノ「ブロームナトリウム」溶液ハ「カテーテル」ノ陰影ヲ對照液中ニ於テ明カニ認識セシメ、此ノ際「カテーテル」ハネラト^ン氏並ビニティマン氏「カテーテル」第十七號ヲ以テ立位、横位ニテ行フ。

圖三ハ横位ノ患者ニ於テティマン氏「カテーテル」ノ尖端ガ膀胱腔内ニ於テ多少右方ニ捻レ、殆ンド側方膀胱壁ニ達シ又對照液排出後其ノ「カテーテル」ノ位置ハ恥骨縫際ニ對シ明カニ認めラル。(圖四)、液完全排出後ノ空虚ナル膀胱ハ「カテーテル」ト膀胱内周壁ト接觸スルガ故ニティマン氏「カテーテル」ハ留置「カテーテル」トシテハ粘膜炎ノ刺戟トナルコト多キタメ本質ノネラト^ン氏「カテーテル」ガ勝レテヨリ多ク用ヒラルル所以ナリ。

圖三ハ「カテーテル」ノ眼ガ事實辛フシテ内尿道口ノ上部ニ在ルニ拘ラズ充滿サレタル對照液ノ約中央部ニ認めラレ、ガ如キ興味アル事實ヲ示スモノニシテ圖五・六ノ骨盤兩横斷面ニ於テ明カナリ。即チ内尿道口ガ事實膀胱ノ最低點トシテ證明サル、ニ非ズシテ寧ろ初メヨリ腹方ニ於テ膀胱前壁ガ膀胱腔ノ最低點ナルガタメナリ、圖八・九ニ示ス如ク空虚ナル膀胱中ニ於テ正確ニ横ヘラレタルネラト^ン氏「カテーテル」ノ尖端ハ仰臥セル患者ニ在リテハ恥骨縫際上約一横指ヲ越エ、立位ニ在リテハ恥骨縫際上三分ノ一ノ後部ニ見ラル。之即チ「カテーテル」ハ横位ニ於テ立位ニ於ケルヨリ小骨盤中ニ突入ス、之ノ幻像投射ノ變化ハ照射ニ際シ等シキ位置ニ固定サレタル「カテーテル」ノ位置變化ニ關係スルニ非ズシテ寧ろ横位ニ於ケル恥骨縫際ノ高位ヲ來シ横位ニ依リ腰椎ノ生理的前彎ノ擧上ニヨリ惹起セラレ、タメナリ。以上ニ依リ膀胱照射ハ薦骨窩位ヲ通シ横位ニ於テ最も良キ透視ニ成功スルモノナリ。且ツ容易ニ Walcher 氏ノ懸垂位ニ一致シ患者ノ位置ガ膀胱最低部ノ病的機轉ニ際シ良好ナル「レントゲン」検査ノ結果ヲ齎ラスモノナリトノ結論ニ到達ス、以上ニ依リ以下ノ結論ヲ與ヘ得、即チ

1. 留置「カテーテル」トシテハネラト^ン氏「カテーテル」ヲ選ボ。
2. 内尿道口ハ膀胱ノ最低部ニ非ザルコトヲ證ス。
3. 普通用ヒラル、内尿道口ノ存在スル膀胱ノ解剖的斷面像ハ疑モナク「レントゲン」検査ニ依リ得タル像ニ比較シ引寄セラレ、コトナキヲ了解シ得。(麻生)

腎盂照射媒質トシテノ「カンピオドル」乳劑ニ就テ (Mark A. Glaser and Adalp A.

Kutzmaun Emulsified Campiadol as a Pyelographic medium, Annals of Surgery 1929, No. 2.)

レントゲン投射ニ當リ満足ノ照射媒質ヲ使用スルト云フ事ハ現代醫學者ニハ頗ル重大ナ事デアツテ且診斷方法ノ改革ハ一ニ新シキ媒質新シキ技術ノ如何テ此處ニ腎盂照射媒質トシテ沃度油劑「カンピオドル」ノ效果ヲ御報告スル次第デアル。

化學藥品ヲ診斷方面ニ用ヒタノハクローゼガ「バリウム食」「ビスマス食」ヲ消化管検査ニ使用シタ事ニ始リ 1906 年ニ フェルケル リヒテンベルヒハ膠狀銀化合物「コラルゴール」ヲ用ヒテ尿路照射ニ

圖 一

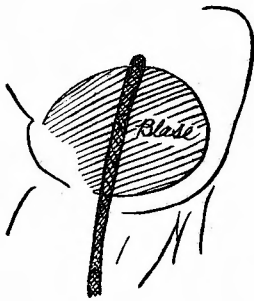


圖 二

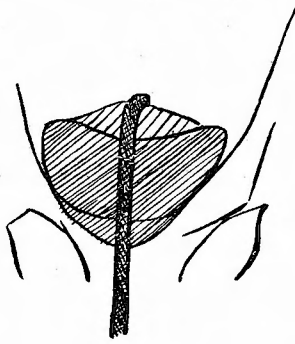


圖 三

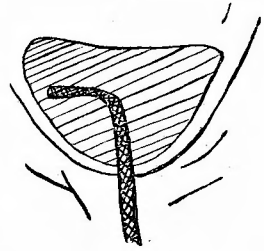


圖 四

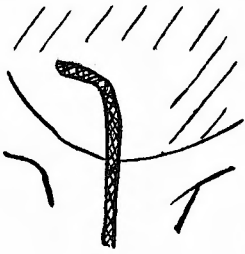


圖 五

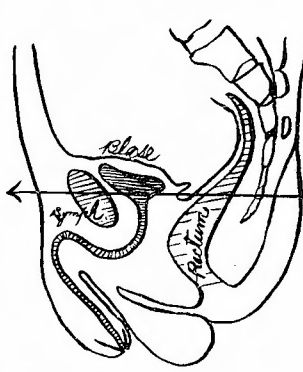


圖 六

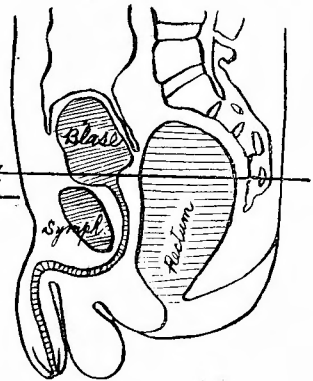


圖 七

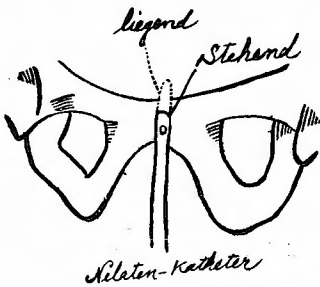


圖 八

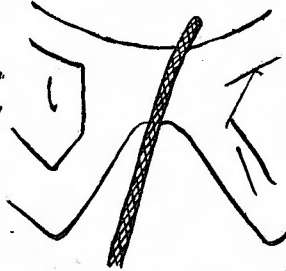
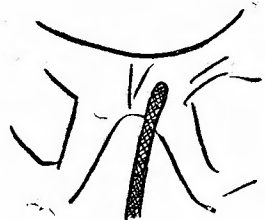


圖 九



成功シタ。

然シ此膠狀銀化合物ハ著シク腎臟ヲ損傷スルト云ツテ非難サレタノデアアル、即チ此ノ時代ニハ銀栓塞ニヨリ腎臟ヲ害シ且其ノ毒力ノタメ患者ヲシテ死ニ至ラシメタナド多數ノ例ガアゲラレテアル。

其ノ後パーリハルツ ボラノ リヒテンベルヒ等ニヨリ酸素ガ用ヒラレタガ何レモ不成功ニ終ツタノデアアル。

1918年カメロンハ「ハロゲン鹽」(「沃度ナリウム」「プロムナトリウム」)ヲ使用シテ腎盂照射ヲ始メタ。

カメロンハ「沃度ナトリウム」ヲ推薦スルニ其毒力ノ僅ナル事、粘膜ニ對シ無刺激性ナル事、尿ト合シテ沈澱ヲ作ラザル事、且粘稠度ハ蒸溜水ニ比シ僅ニ大ナル事等ヲ以テシタ。其ノ後ロウスレーハ更ニ之ニツキ研究セル所ニヨレバ12.5%ノ「沃度ナトリウム」ハ使用ニ際シ最モ適當ナリト斷言シタノデアアル。

然シソレニモ關ラズ腎輸尿管粘膜ヲ刺戟シ且疼痛不快ヲ來シ易ク疼痛モシバシバ痙攣様ナル事ガアル
1921年ニフォレスト等ハ沃度油劑ノ使用ヲ發表シタ、彼ノ研究ノ結果彼ハ體腔照射ニ當ツテハ嬰粟實油「リヒオドール」ガ最適デアルト主張シタ、近年ニ於テハ此ノ「リヒオドール」ガ腎盂照射ニ用ラレヒテアル。

中樞神經系統ニ於テ脊髄障害及ヒ腦室照射ガ此ノ「リヒオドール」ニヨリ行ハレル様ニナツテカラハ更ニフラツウェー グラーゼ等ハ沃度菜種油ナルモノヲ調製シ此ヲ「カンビオドール」ト名ヅケタ。

私カ此處ニ新腎盂照射媒質トシテ御紹介スルノハ此「カンビオドール」乳劑デアアル。

一般ニ元素ノ投影能力ハ其原子量、比重ニヨリ、増加スルモノデアアル、先ヅ銀(原子量107.7)ヲ以テ最高トナシヨリ高價ナ原子量ニ對シテハ投影能力ハ却テ減ズルモノデアアル。此ハ物質ニヨリ異ツテアル、吹收限界ヲ有スル「スペクトル」吸收線ノ形ニ起因スルモノデアアル。「レントゲン線」ノ吸收量ハ因子ハ物質ノ化合ノ割合、比重、濃度、浮遊物デアアル。

此等ニツキ次ノ十三ノ元素ガ研究サレテアル。

「バリウム」「ビスムス」「プロミン」「シリコン」「タングステン」「ストロンチウム」「鉛」「鐵」「銅」「銀」「金」「プラチナ」「沃度」

此等ノ内沃度(原子量ハ126.9)最適トサレテアル。

然シナガラ沃度化合物ノ多クハ不溶性ニシテ毒力烈シキモノ多ク投影ニモ不充分ナルモノカ多イ爲、「沃度油劑」ナルモノガ研究セラレルニ至ツタ。

油ノ沃度ト結合スルモノハ其ノ間ニ存スル脂肪酸ノ有無ニアツテ多量ニ脂肪酸ノ存スルトキハ、コノ油ト沃度トハ結合スルモノデアアル。

最終産物が毒性ヲ示スノハ其化學的製法ノ可否ニヨルモノデアアル。遊離セル沃度ハ著シキ毒性ヲ表スルモノデアアル。

此處ニ用フル油トシテハ「肝油」ガ最適トサレテアル。然シ此トテモ蜘蛛膜注射ニヨリテハ著シク刺戟性ノアルモノデア種油ニ於テ始メテ完全ナルモノデアアル。

菜種油ハ廣ク食用、工業用ニ提供サレテアルモノデアアルガ比重、0.914粘稠度華氏100°度ニ於テ250.驗化價 167—178. ナル性質ヲ有スルモノテ沃度ト結ビツキ「カンビオドール」トナリ黄色ノ油劑トナル。

此ハ光、熱放射線ニ強キ投影力ヲ有スルモノテ毒性僅少デアアル。然シナガラ此ノ「カンビオドール」油劑ハ粘稠度高ク又水トノ混和性ニ乏シキ爲尙腎盂照射ニ當ツテハ不充分デアアル、其テ此ノ二ツノ缺點ヲ補フントシテ「カンビオドール」乳劑ナルモノガ出來タノデアアル、此ハ乳劑材料トシテハ「卵アルブミン」「膠」「アカシヤ」等ガアルガ「アカシヤ」ハ最モヨク「アカシヤ」液ト沃度油劑トヲ等分ニ混シモノデアアル。

臨床のニハ沃度油劑ハ適當ナル投影ヲナスモ此等ハ非常ニ粘稠度高キ爲ニ大ナル壓力ヲ要スル爲メ特別ナル注射器ヲ必要トシ且此ノ爲ニ腎盂ヨリノ流通悪シクシバシバ閉塞ヲ來シ易イ。又水トノ混和性少キ爲腎盂ニ於テ尿ト混和スル事ナク腎盂竅眞ハ著シク損ゼラレルモノデアアル。

同時ニ閉塞ニヨリシバシバ疼痛ヲ來ス事ガアル、然シ無刺激性無毒性ナル事ハ注意ニ値ス。

12.5%ノ沃度ナトリウムハ腎盂照射トシテハ利益ハアルガ此ノモノハ電解質ナルタメ多クノ場合尿管ノ粘膜ヲ刺戟スル害ガアル。

「カンピオドール」乳劑ニ就テハ水ト混和シ易ク且粘稠度モ極低キモノテ此ハ沃度油劑ニ比シ一段ト利益ノアルトコロデアアル。「カンピオドール」乳劑ハ安定ニシテ灰白色、比重、1.097、粘稠度ハ約水ノ2倍強、無刺激性、無毒性テ優秀ナル腎盂照射ヲ行フ事が出來ル。而シテ使用ニ當ツテハ何等疼痛灼熱感無ク或ハ其他ノ不快感ヲ除ク事ヲ得。

混和性ニ富ムヲ以テ腎盂内ニ於テ尿ト合スルモヨク此ト混シ且ツ沈澱物ヲ形成セズ、閉塞ノ慮ヲ除ク事が出來ル且照射モ強度ニシテ極ク詳細ニ互ツテ行フ事が出來ル。 (宮司)

丹毒ノレントゲン療法 (Carl Fried. Die Röntgentherapie des Erysipelas. Strahlen therapie, Bd 33 Hft. 4 S. 673.)

著者ハ42例ノ丹毒患者ニ於テレントゲン照射ヲ試ミ、其中22例ハ照射後24乃至48時間テ體温ノ降下、皮膚ノ赤發ヲ減退ヲ來シ、12例ハ3乃至4日テ同様ノ結果ヲ得タリ、即チ80.5%ニ於テ好結果ヲ得、他ハ患者ノ本來ノ疾病ニテ、或ハ肺炎ヲ起シ、或ハ初ヨリ一般狀態ワルク死亡シタモノモアリ、而モコレラノ患者ハ齡何レモ七十歳ニ達セントシテアルモノナリ。著者ハ他ノ諸大家ノ統計ヲ示シテアルガ結果ハ何レモ大同小異ニテ、要スルレントゲン照射ニヨル惡結果ハナイト言ツテアル。

照射法ハ大體次ノ様ニ述ベテアル。即チ一照射域ニハ 120r—200r ヲ使用シ、一照射域ノ照射テ足ル場合ニハ 160r—200r ヲ使用シ、照射域ガ多ク或照射域ノ照射ガ次ノ照射域ノ照射ト重複スル様ナ場合、又足ナドテ屈側及ビ伸側ヨリ照射スル場合ニハ 120r ヲ使用スル。電壓ハ 100KV—160KV テ 4—5mA 'フィルテル」ハ 0.5mm Zn カ、0.5mm Cu+LomniAl ヲ用ヒ、照射距離ハ短クテ差支ナク、大キナ照射域ヲ照射スル場合ニハ時ニ距離ヲ大ニスルコトガアル。コノ照射域ノ大サ及正確ナ位置ハ照射療法ノ結果ヲ左右スル。照射ノ主眼點ハ肉眼的ニ侵サレテキル部ノ外縁三横指乃手掌大位ヲ照射スルコトガ大切デアアル。コレハコノ部ノ淋巴間隙ニハ病原菌ガアルカラデアアル。照射域ノ大サニハ制限ガアル。端縁光線ノ強サヨリ弱キ時ハ丹毒ノ面ハヨリ數多照射域ニ分タレバナラナイ。又丹毒ノ擴リ甚ダシク必要ナル照射域數ヲ望メナイ時ハ丹毒中ノ心部ハ照射セズ病氣ノ進ム邊緣部ヲ照射スベキデアアル。

尙大概照射ハ一回テ足り、又2回乃チ3回ノ照射ヲスルモ差支ナク、照射ノ間隙ハ症狀如何ニヨリ決定スルモノテ勿論一回ノ照射ニテ良好ニ向フ様ナ場合ハ再照射ヲ要セズ、一回ニテ下熱セズ熱上リ赤發消退ナクムシロ擴大スル様ナ場合ニハ直チニ再照射ヲナシ、照射ノ間隔ハ少クトモ24時間ヲ必要トスル。著者ハ3乃至4日ノ後再照射ヲセリ。(根本)

十年間腱成形手術 (Neustadt, Zehnjahre Sehnenplastik Archiv f. orth. u. Unfallchir. 27 Bd 3 Heft S. 404.)

ゴホト教授ガベリリシ大學整形外科講座ヲ擔當サレテ以來十年間ノコノ講座ニ於テナサレタ腱成形手術ノ成績ニシテ手術サレタ患者テ手術後診察ヲ受ケタルモノヲナリ。

1. 膝伸展器麻痺

膝伸筋ニ於ル移植ハ先ヅコレマテ存在セシ變形ヲ矯正シテ後行フ。力供給者 (Kraftspender) トシテ二頭頭筋長頭及ビ正中側屈筋ヲ用フ。正中屈筋ニテハ半腹様筋ハソノ筋血管ヲ傷害スルコトナク容易ニ分離シ得ルタメ最適當デアアル。手術ハ他ノ腱移植ト同様ニ「エーテル」麻酔ニテ血液追出ヲ行ヒテ行

フ。二頭筋筋長頭ヲ分離シソノ腱ヲ軟骨片ト共ニ腓骨ヨリハグリシ、出來得ダク筋質ヲ損シナイ様ニシ之ヲ伸展側ニ持ち來ル。コノ際腓骨神經ヲ愛惜ス。半腹筋ノ場合モ同様ニ行フ。ソノ腱ノ斷端ニ絲ヲ通シ膝蓋軟骨ニツケタ深溝ニ持ち來リ骨膜組織ニ縫ヒ合ス。約3週間腰ヨリ足部マデ「ギプス」ヲカケ、シカル後練習療法ヲ行ヒ少トモ4—6週間、上腿、下腿ノ「マツサージ」テ行フ。

2. 腓腸筋麻痺

麻痺性鈎狀足ノ場合整復及ヒ腱成形術ノミニテハ十分ナ效果ヲモタラサナイ、治療ノ最初レントゲン寫眞ヲトリ跟骨ノ位置ヲ明ニス。跟骨ヨリ底内方ニ尖前方ナル楔狀ノ骨片ヲトリ、縦軸ヲ普通ノ位置ニ持ち來ス。骨片切除手術後3ヶ月ニシテ腱移植ヲ行フ。移植スベキ筋トシテハ長腓骨筋及ヒ長伸拇筋ガ最モヨイ。時ニハ前經骨筋ヲ用フルコトアリ。長腓骨筋及ヒアキレス腱ヲ分離シ長腓骨筋腱ヲ「アキレス」腱ニモチ來リ之ニ組ミ合ス、中程度ノ尖足位ニテ約3—4週間「ギプス」綑帶ヲ行ヒソノ除去ノ後少クトモ3—4月下腿マツサーヂ、受動的他動的練習ヲ行フ。

3. 腓骨筋麻痺

麻痺性内翻足。

變形ヲ除去スベキ根本的整復後、腱成形術ガ適應サル。

關節部ニ於テ高度ノ變形、障害ノ存スル場合ニハ楔狀ノ骨片ヲトル。麻痺性内翻足ノ場合、之等ノ觀血的、非觀血的變形除去ヲ行ヒタル後、長伸拇筋時ニハ前經骨筋ノ第五趾骨ノ凸部ヘノ移植ヲ行フ、長伸拇筋ノ腱及ヒ筋腹ヲ分離シ、ソノ腱ヲ長腓骨筋ノ附着部ニ縫ヒツケル。「ギプス」綑帶ヲ膝上部マデ行ヒ、整復サレタ位置ニ約3週間固定シ次マツサーヂ及ヒ練習ヲ行フ。

4. 脛骨筋麻痺。

麻痺性不全扁平足及ヒ扁平足ニ於テハ内翻足ニ於ルト同様ニ十分變形整復ヲ行ヒタル後腱移植ヲ行フビザルスキーノ腱交換法ヲ利用ス。力供給者トシテ長伸拇筋或ハ長腓骨筋ヲ利用ス。「ギプス」固定ハ3週間、マツサーヂ及ヒ練習ヲ行ハシム。

5. 麻痺性空洞狀畸足及ヒ尖足

十分ノ範圍ニ移植サレシニカ、ハラズ麻痺筋ノ喪失猶存在セルモノ。

膝伸筋ノ手術の代償ノ結果ハ14人ノ手術後検査ニ來タ患者ノ中非常ニ良好ナル結果ノモノ4人良好ナリシモノ4人即チ各28.5%、効果ナカツタモノ43%デアル。

麻痺性鈎足ノ場合手術ヲ受ケシモノ14人ノ中手術結果ハ非常ニ良好ナリシモノ及ヒ良好ナリシモノ各6人即チ43%、失敗ニ終リシモノ2人即チ14%ナリ。

麻痺性内翻足ノ腱成形術ノ結果7人ノ中、非常ニ良好ナルモノ良好ナルモノ各3人即チ43%、失敗ノモノ1人即チ14%ナリ。

麻痺性扁平足ノ場合ハ9人ノ中、非常ニ良好ナルモノ4人44%良好ナルモノ3人33%、効果ナキモノ2人即チ22%ナリ。

麻痺性空洞狀足ノ場合5人ノ中非常ニ良好ナルモノ1人、良好ナルモノ3人、コレハ腱移植ノ對照トシテ稀ナルモノテ空洞狀畸足ノ輕度ノモノテハ整復ヲ行ヒタル後長伸拇筋ノ第一趾骨ヘノ移植ヲ行フ。約3週間ギプス固定ヲ行ヒマツサーヂ、練習ヲ行フ。

著者ハ上ノ5ツニツキ14ノ臨床例ヲ掲ゲテアル。

1916—1925年間ニ上述ノ如キ手術ヲ行ヒタル患者ハ140ニシテ手術後診察ニ來レルモノ49即チ35%デアル。手術ノ結果ニ關シテハ次ノ如ク分離シウルト云ツテアル。

1. 麻痺筋ニ關スル運動ハ普通ノ範圍ニテ確實ニナシ得、非常ニツヅカニ制限サレテアルヲ示ス。

2. 移植サレシ筋ハ麻痺筋ノ作用ヲ完全ニ代償シ何ラノ障害アラハサズ。

効果ナキモノ1人即チ20.00,20%ナリ。

要スルニ膝伸筋麻痺ノ際ハ二ツノ屈筋出來ルナラバ、半腹様筋及ビ二頭股筋長頭ヲカ供給者 Kraft-spender トシテトルベキデアル。麻痺性釣足ノ場合ハ一般ニ先ヅ跟骨ヨリ楔狀ニ骨片ヲトリテ後、腓移植ヲ行ヒテ良好ナル結果ヲ得、コノ場合腓骨筋最も適當ナリ。麻痺性内翻足再發ヲ防グタメニ前處置、後處置ヲ必要トス。長伸拇筋ニヨリ麻痺シタル腓骨筋ヲ代償セシメテ良好結果ヲ得。麻痺シタル脛骨筋ノ代ペンニハ長伸拇筋が最適ナリ。麻痺性不全扁平足ノ場合ニハ腓移植ノ前ニ舟狀骨ヨリ楔狀骨片ヲ切除スルノガヨイ。

(林)

多發性十二指腸潰瘍ニ對スル上部十二指腸及ビ幽門括約筋切除ニツイテ

(Thomas Martin, Resection of the proximal duodenum and pyloric sphincter for multiple duodenal ulcers, Annals of Surgery July, 1929, No. 1.)

1924年7月7日十二指腸潰瘍ニ對シテフイニイノ幽門成形術ヲ行フニ當リ前壁ニ硬キ潰瘍ノアル外ニ後壁ニモ大ナル硬キ潰瘍アルヲ發見シタ、ソノ一ヲ除キ他ヲ殘ス事ノ無益ヲ思ヒ十二指腸ヲ完全ニ分離シソノ上端 1.5 吋ヲ切除シテ前後兩壁ノ潰瘍ヲ取去ツタ、幽門口ノ開キヲ充分ナラシムル爲ニ幽門環ヲ含ム胃部一時ヲ同時ニ切除シ End-to-End Anastomose ヲ行ツテ手術ヲ終ツタ、コノ患者ハ甚ダ經過良好テ爾後腸疾患ヲ起シタ事ガアリマセン。

前壁ニオイトテ只一ヶノ潰瘍ノ存スル時ハデアツドノ方法が最良ト考ヘラレル。ガ吾々ノ經驗ノ増加ニツレ多發性十二指腸潰瘍ガシバシバ存スル事ガ分ツタ。デアツドノ手術ヲ行ツタ十二指腸潰瘍 4901 例中多發性潰瘍ハ 0.71%デアツタト述ベテアルガ吾々ノ場合ニ於テハ彼ニ比シ少數デアアルガ蓋カニ高率ヲ示シテアル、1927—1928年ニ手術ヲ行ツタ50例中32例ハ胃腸吻合ヲ行ヒ、十二指腸ハ開カナカツタツシテ只一ヶノ潰瘍ガ診斷サレタノミデアツタ、十二指腸腔ヲ觀察シタ14例中7例即チ50%ハ後壁ニ互ル潰瘍ヲ發見シ、2例ニ於テハ多數ノ病竈ガアツタ。ソノ1例ハ4ヶ、他ハ5ヶノ潰瘍ガアツタ。今日テハ可能ナル場合ニハ多發性十二指腸潰瘍ニ對シテ常ニ始メニ述ベタ方法ヲ行ツテアル。

吾々ハコノ方法ヲ回手術ヲ行ヒ皆完全ニ、永久的治癒ヲナシタ、コノ際恢復ハ極順調テ胃腸吻合、胃切除等ニ比シテ術後ノ反應モ極少ナク又危險モ少ナイ。

多クノ人特ニ歐洲ニ於テ十二指腸潰瘍ニ對シテ廣キ胃切除ガ唱ヘラレテアルガ胃切除ハ少クトモ 6—10%ノ死亡率ガアル、次ニ胃切除術ハ今日迄ハ十二指腸ノ病竈ヲ除カナカツタ、モシ今日ノ如ク同時ニ十二指腸上部ガ切除サレルナレバコノ方法ガヨイト思フ、幽門切除術ノ後ニ起ル胃空腸潰瘍ハ 1—2 吋ノ十二指腸切除ノ後ニ起ル十二指腸潰瘍ヨリ明ラカニ厄介ナモノデアル。

アル場合ニハ胃腸吻合ヨリ幽門成形術ガ優レテアル事ハ確カナ事デアル。危險モ少ナク亦再發モ少ナイ、モシ再發シテモ胃腸吻合後ノ胃及ビ空腸ニ互ル潰瘍ニ對シテハ廣キ胃切除ヲ要スルノガ一般デアルガ幽門成形術ノ後ニオイトテハ胃腸吻合ヲモツテ尙保存的ニ取扱ヒ得ルモノデアル。

トニカク胃及ビ空腸ニ互ル潰瘍(gastrojejunalulcus) ハ可ナリシバシバ起リテ困難ナ問題ヲ引起ス、コノ合併症ヲ避ケル爲ノミニテモ實際的ニ胃腸吻合ニ代リ得ル方法アラバ外科醫ハ喜ンデ之ヲ受入レルデアラウ。

之等ノ點テ幽門成形術ガ歡迎サレアメリカニ於テハ、フイニイ デアツド ホールスレイ氏等ノ指導ニヨリ胃腸吻合ノ代ニ出來ルダケ上記ノ手術ガ行ハレルニ至ツタ。

近來スベテ十二指腸潰瘍ニ對シテ、大シテ無理ナクシテ吻合シ得ル際ニハコノ先述ノ幽門成形術ヲ行ウテアル、多發性或ハ後壁潰瘍ノアル所ソノ潰瘍ヲモツテアル十二指腸部ヲ切除スルノデアル。一般ニ十二指腸ハ十分移動性ノモノデアラウ方法ヲ容易ニ幽門成形術ヲ行ヒ得ルモノデアアルガ古キ潰瘍ノ爲メノ狹窄ヤ急性炎症ノ爲浮腫強ク吻合ガ不安ナ場合、及ビ不動性十二指腸部ニ潰瘍ノアル場合等ニハ尙胃腸吻合ガ優ツテアル。

デアツドハ十二指腸潰瘍手術ノ最良ノモノハ潰瘍ヲ切除シ幽門環ヲ安靜ナラシムルモノデアルト述ベテラル。潰瘍ガ前壁ノミニ存スルトキハ「デアツド」ノ方法ガコノ要求ヲ滿シ後壁潰瘍ノ存スルトキハ上述ノ部分的十二指腸切除術ガ適當スル。コノ部分的十二指腸切除ノ終局ノ結果ハ斷定ヲ下シ得ル程永ク經過ヲ見タノハ少数例デアルカラ今述ベル事ハ出來ナイ、之等ノ例ヲ數年後レントゲンテ検査スルニ健常ノ狀態ニアリ手術ヲ行ハナイ患者トノ主ナル差ハ特有ナルブルブス (Bulbus)ノ陰影ガ缺除シテラルノミデアアル、手術ニヨリ完全ニ幽門環ヲ切除シテレントゲンテ見ルト僅カ乍ラ括約筋様運動が見ラレル、多分幽門ヲ切除シタ後ニコノ部分ノ環狀筋纖維ガ發達シテ括約筋ニナルモノデアラウ、我々ハ右ノ如ク考ヘテラルガ之ハ斷言ハ出來ナイ。コノ手術法ハ特定ナ位置ニアル手術中後壁潰瘍ニ出遇ツタ際ニ都合ノヨイモノデアアル。(池田)