

外 國 文 獻

慢性腎臓炎ノ外科的療法及ビソノ効果 (Chwalla, R.: Die chirurgische Behandlung der chronische Nephritis und ihre Erfolge. Zeit. f. urolog. chir. 33. Bd. Heft 3, 4. 1931, S. 192.)

1896年 Sahli が慢性腎臓炎ノ1例ニ腎臓莖膜剝離ヲ行ヒ、1931年 Edebohls が慢性腎臓炎ノ療法トシテ之ヲ推奨シタ。ソノ後有名ナ外科醫ノ推奨アルニモ拘ラズ、未ダ一般ニ廣ク行ハレルニ至ラナイ。著者並ビニ他ノ權威者ノ經驗ニ依レバ、腎臓莖膜剝離ハ慢性腎臓炎ニ對シテ姑息ノ手段ノ達シ得ラレナイ良結果ヲ得ラレル。腎臓莖膜剝離ガ如何ニシテ効果アルカニ付テ色々説ハアルガ、未ダ十分満足出來ルモノハナイ。著者ノ臨床例11例中3例死亡シタガ、之ヲ除ク各例デハ著シイ効果ガアツタ。心臓機能障害ヲ伴フモノデハ外科的療法ハ無効デアルカラ常ニ心臓活動ノ状態ヲ考慮シナケレバナラナイ。血壓ハ術後少クトモ數年間ノ觀察期間中下降スルハ疑ヒナイ。シカシ莖膜剝離ガ如何ニシテ有効デアルカハ説明出來ナイ。血尿ハ著者ノ11例中1月以上存シテ居ツタモノガ持續的ニ止ンダ。Kümmelハ1例ノ莖膜剝離ヲ行ツタ後ニ起ツタ腎臓炎性再出血ノ際、莖膜剝離ヲ行ツタ側ヨリハ出血ヲ認メナカッタト云ツテ居ル。著者ノ例ニ於テモ之ト同意義ノ事實ヲ認メタ。シカシ何處ヨリ出血ガ起ルカ、如何ニシテ止血性ニ働クカ色々説ガアルガ一定シテ居ナイ。疼痛ノアツタ著者ノ2例ニ於テ有効デアツタ。莖膜剝離ノ疼痛ヲ鎮靜スル働キハ疼痛ヲ惹キ起ス神經路ヲ中斷スルニ在ル。莖膜剝離後尿ノ蛋白含有量ハ利尿ト平行デナク、絶對的ニ減少スル事ハ注意サレルベキコトデアル。蛋白尿ハ腎表皮及ビ絲球體ノ血液蛋白ニ對スル異常透過性ニ依ツテ來ルガ故ニ、手術後ノ蛋白尿ノ治癒ハ腎血流ガ旺盛ニナツタタメニ起ルモノト考ヘラレル。尿管性ノ減少並ビニ利尿モ同様ニ説明サレル。

最後ニ著者ハ莖膜剝離ト原發電除去ニ就イテ述ベテ居ル。著者ノ11例中確實ニ扁桃腺炎性ノモノ5例、恐ラクニデアルモノ2例、全ク不明ノモノ4例デアルガ、ソノ中英膜剝離ノミヲ行ツタモノ5例、莖膜剝離及ビ扁桃腺除去ヲ行ツタモノ5例デアル。扁桃腺除去ノミニ依ツテ1例ダケニ過性ニ輕快シタガ、莖膜剝離ノミ、又ハ之ト扁桃腺除去ヲ併セ行ツタモノデハ常ニ良結果ヲ得タ。莖膜剝離ホド慢性腎臓炎性變化ニ好影響ヲ與ヘル療法ハ他ニナイ。腎臓莖膜剝離ガ如何様ニシテ効果ヲアラハスカニ就イテハ猶十分明カデハナイガ、心臓障害ヲ伴フ慢性腎臓炎ニ對スル有効ナル療法トシテ推奨スベキモノデアルト考ヘル。(林)

再發ヲ防グヘルニヤ⁷手術ノ新法 (Adler, A.: Neues Verfahren zur Verhinderung der Rezidive bei Bruchoperationen. Zbl. f. Chir. 58. Jahr. 12. Dez. 1931. Nr. 50)

鼠蹊ヘルニヤ⁷ノ數多イ根治手術ノ中デ、イツノ時代ニモ多數研究者ノ獨特ノ方法ガアルニモ拘ラズ、尙屢應用セラルルハ Bassini ノ方法デアル。

然シ Bassini ノ方法ハ其原法ニ於テモ又其ノ改良法ニ於テモ最少尙4—5%ノ再發ヲ見ル缺點アリ、此ノ再發ヲ防ガンガタメニ著者ハ新ナル成形手術法ヲ考案シ己ニ多數例ニ應用シタ。夫ハ根本的ナル新法デハ無ク只 Bassini ノ縫合ヲヨリ一層強固ニシタモノデアル。大ナルヘルニヤ⁷ノ際、再發手術ノ際、老人ニ於テ、又特ニ結締織ノ發育ノワルイ人ノ際ニ應用シテ大ニ有利デアル。其方法ハ：

普通ノ斜皮切ノ後、外斜腹筋ノ腱膜ニ煉瓦狀ノ瓣ヲ作り、其基底ハ内鼠蹊輪ノ上ニオキ其幅1.5—2cmトシ其遊離縁ハ皮下鼠蹊輪ヨリ内側トス、此ノ瓣ヲ分離シ上方ニ翻轉シ、其後ハ型ノ如ク Bassini ノ方法ヲ行ヒ、Bassini ノ縫合線上ニ此ノ瓣ヲ持來リ結節縫合ヲ瓣ノ外縁ハ鼠蹊韌帶ニ、内縁ハ内斜腹筋又ハ直腹筋ヲ切ツタ時ハ直腹筋鞘ノ縁ニ固定シ、下ノ遊離縁ハ恥骨結節ノ骨膜ニ縫合スル、而ル後

精系ノ上デ腱膜ヲ縫合スル。

嘗テ Kirschner ノ筋膜ヲ一面ニ縫ヒツケル事ニ依ツテ再發ヲ防ガント試ミタ、彼ハ廣筋膜ヨリ遊離瓣ヲ移植シタガ著者ノ方法ハ至極單簡デ且ツ第2創ヲ要セズ、Sterilität ノ危險ナク且ツ脚柄ヲ有スルタメニ瓣ノ壞死ノ危險少ク、手術時間モ普通ヨリ高々6—8分間ヲ多ク要スルニ過ギヌト云フ。(賀來)

筋痛ノ新療法 (Trumpp, R.: Neue Behandlung des Muskelschmerzes. M. M. W. Nr. 44. S. 1862. 1931)

在來_Lリウマチ⁷性疾患ノ治療ハ化學的或ハ機械的鬱血療法ニ依ル。Deutsch ハ_Lヒスタミン⁷ガ血管擴張作用ヲ有スルヲ以テ、之ヲ_Lリウマチス⁷性疾患ニ應用(治療效果ニ就イテ Berl. Med. Gesellschaft. VI. 1931. ニテ報告)セリ。氏ハ初メ_Lヒスタミン⁷ヲ皮膚或ハ筋硬結部ニ注射シタルニ、屢々_Lシヨツク⁷様ノ作用ヲ惹起セルヲ以テ、ソノ作用ヲ緩和スルタメ_Lヒスタミン¹ヲ帶電電子滲透ニヨリテ與フル事ヲ始メタ。之ニハ、任意ニ電流ヲ加減シ得ル簡單ナ裝置アリ。患者ノ手ニ陰極ヲ持タシメ、_Lヒスタミン⁷ヲ以テ濕セル陽極ヲ局所ニ當テ、4—9 M A ノ電流ヲ 4—5 秒程通ズ、2—5 分後ニハ局所ノ皮膚ハ發赤シ、尋麻疹様トナリ、之ハヤガテ消失スル。

著者ハ Deutsch ノ_Lヒスタミン¹帶電電子滲透法ヲ追試シ、_Lリウマチス⁷性及ビ外傷性筋痛ニ對シテ著シキ効果ヲオサメタ。例ヘバ、_Lザアテルミー⁷、熱氣、電光浴等ヲ數ヶ月行ヒ、此ノ效果ヲ見ザリシモノモ本法ヲ行フ事唯一回ニシテ、疼痛全ク去ル事屢々ナリ。多數ノ例ヨリミルニ、疼痛全ク消失セル状態ハ3—12時間位ニテ、ソノ後再ビ疼痛起リ初ムルモ、長時輕快ノ状態ガ繼續スル。永久治癒ニ達セントタメニハ、本法ヲモ繰返シ行フヲ要ス。豫期セル如キ効果ヲ得ルタメニハ、筋痛ノ局所ヲ正確ニ知ル事、及ビ筋痛ノ原因ト認ムベキモノアラバ、之ヲ除ク事ヲ要ス。上肢ノ筋痛ニハ比較的良効ヲ得レ共、下肢ノ疼痛ハ純粹ナル_Lミアルギー⁷或ハ神經炎ナル事稀ナルヲ以テ、期待セル程ノ效果ヲ收メ得ズ。腰痛ニ對シテハ若シ畸形性脊椎炎存セザル時ハ良効果ヲオサメ得ル。著者ノ本法成績ハ、種々ナル筋痛ソノ他ノ疼痛100例中、全治セルモノ及ビ甚ダ輕快セルモノ81例ナリ。再發ニ就キテハ未ダ日淺クシテ確實ナル言ヲナサザルモ、治療後行ヒタル抵抗體操ニ充分堪フルヲ得タリ。

要スルニ、本法ハ甚ダ簡單便別ナル治療法ニシテ_Lリウマチス⁷性筋痛ニ著効アルモノナリトイフ。(岡本)。

手術胃ノ胃炎ニ就テ (Henning, N.: Die Gastritis des operierten Magens. Mitt. a. d. Gr. 42. Bd. Hf. 4. 1931. S. 401.)

胃潰瘍ノ手術ヲウケテ障害ガスツカリナクナラナイ症例ハ相當ニアル。之ヲ普通ハ潰瘍ノ再發或ハ機械的ノ通過障礙ガナキ限リ癒着ニ原因ヲ歸シテ居ル。ガ、胃疾患ニ對スル診斷方法ハ進歩シ、胃鏡及ビレントゲン検査ニヨリ、手術サレタル胃ニ炎症アル場合ヲ確メラルルニ至ツタ。之ハ外科的方面及組織検査的ニモ確證サレタ。

最近胃手術ヲ受ケタル患者35例ガ後續胃障礙ノ爲ニ内科ヲ訪レタ。受ケタル手術ノ方法ハ十分明デハナイガ15例ハ胃腸吻合、他ハ切除ノ後ピルロート1ノ様ナ形式デ、術後1—12年ノモノデアル。

所訴ハ一様デハナイガ一番多キハ上腹部ニ廣ク存スル疼痛デアル。之ハ壓痛ノ事モ、痙攣性ノ事モアルガ、大抵食事攝取ト一定ノ關係ガアリ、空腹時ニハ認メナイ。消化障礙ハ症例ノ約半分ニアリ、胃酸缺乏症ノモノニハ便秘ガ來ル。又胃切除後ノ約半分ニ下痢ガ來ルガ、胃腸吻合ノモノニハ之ヲ認メナイ。

胃液分泌試験デハ、胃腸吻合ノ5例ノ中胃液缺乏症1、胃酸缺乏症5、普通酸度6、胃酸過多症3例、之ニ反シ胃切除ヲ受ケタルモノ20例ニ於テハ胃液缺乏症6、胃酸缺乏症9、普通酸度4、胃酸過多症1例デ

アル。

胃鏡で見ルト胃粘膜ノ變化ハ次ノ3ツニ分類サレル。1. 増殖性ノモノ 之ハ特有デハナイガ胃粘膜表面ハ潤濁シ平滑ナル鏡面ノ如キ狀ヲ呈スルコトアリ、一般ニ赤色ヲ帯ビ、處々ニ橙色ノ正常部アリ。胃腸吻合デハ10、切除ノモノデ16例見タ。

2. 加答兒ヲ伴ヒ浮腫狀ニ腫張セルモノ 胃腸吻合中ノ5例之ヲ見テオ。著明ナ所見ハ粘膜皺襞ノ肥厚デアル。色ハ通常赤錆色デ表面ハ潤濁シ粘液ガツキ、恰モ牛乳ヲ注ギタル如ク見ユ。

3. 胃粘膜ノ退行性變化ヲ來スモノ 4例ニ於テ見ル。粘膜全體退化シ、之ハ術後早クテ5年ニシテ來ル。

胃切除後高度ノ貧血ヲ來スコトガアリ、之ヲ Morawitz ハ agastrische Anämieト名ヅケルガ、之ハ胃切除ノ爲起ツタモノデナク胃粘膜退化ノ爲オコッタモノト考ヘル。

療法 食餌療法ヲヤリ乍ラ頻繁ニ胃洗滌ヲ行フ。増殖性ノモノハ0.2% 硝酸銀水デ洗フトヨイ。加答兒ノ強度ノモノハ、カルルスバード¹水又ハ過酸化水素デ洗フトヨイ。

結論 以上35例ハ凡テ胃鏡デ胃粘膜ニ相當強度ノ變化アリ、形態學的ニハ増殖性ノモノガ多く、強度ノ加答兒ヤ退行性變化ハ珍ラシイ。(奥村)

輸尿管_Lアトニー¹ニ就テ (Sauer, v. H.: Uber Ureteratonie. Arch. f. Kl. Chir. 166 Bd. S. 659. 1931)

輸尿管_Lアトニー¹ヲ病理解剖學的ニ次ノ3群ニ分チ各々ノ臨床例ヲ記載ス。即チ、

1. 先天的輸尿管_Lアトニー¹ 先天的素因ニヨル一次的輸尿管筋虛弱ノ爲メ來ルモノニシテ、臨床例2例ヲ記載ス、1例ハ高度ノ左側輸尿管_Lアトニー¹ト左腎臟發育不全、1例ハ左側輸尿管_Lアトニー¹存シ、何レモ左腎臟及ビ輸尿管全摘出ヲ行ヒ全治セシメタリ。

2. 神經機能障礙ニ基因スル輸尿管_Lアトニー¹ 傳染性脊髓炎、脊髓空洞症、結核性脊椎炎、打撲先天性脊椎畸形、脊椎破裂等ニ因スル脊髓障礙並ビニ打撲銃彈等ニヨル輸尿管神經及ビ輸尿管神經叢障礙等ニ基因シテ來ル輸尿管_Lアトニー¹ナリ。臨床例3例ヲ記載ス、内2例ハ輸尿管_Lアトニー¹ト脊椎破裂存シ、1例ハ7年前ヨリ結核性胸椎炎ヲ病ミ尿便失禁ヲ主訴トスル患者ニ於テ右側輸尿管_Lアトニー¹ヲ見タリ。脊髓障礙ニ基因スル輸尿管_Lアトニー¹ハ多くノ場合兩側ニ來リ豫後惡シ。

3. 感染性輸尿管_Lアトニー¹ 輸尿管ニ感染起ルト細菌ハ粘膜ニ局限セズ時ヲ經ルニ從ヒテ全層ヲ通ジテ管外ニ遊出シ輸尿管周圍炎ヲ起ス、一部管壁ニテ膿瘍ヲ形成シ、ソレガ瘢痕ニ變ジ結締織ノ増殖ノ爲メ次第ニ筋纖維ノ消失ヲ來シ、同時ニ細菌ノ毒物ハ輸尿管ノ運動ヲ障礙シ_Lアトニー¹ニ導ク、故ニ病理解剖學的變化ガ増進スル前ニハ尿消毒藥ヲ用ヒテ効果アリ。コレニ屬スル3例ヲ記載ス。

輸尿管_Lアトニー¹ノ診斷ハ困難デハナク、殊ニ病勢増進セル場合ハ容易ナリ。感染性輸尿管_Lアトニー¹ハ腐敗熱、激痛、膿尿等ヲ來スタメ診斷ハ容易ナリ。先天性及ビ神經機能障礙ニ基因スル輸尿管_Lアトニー¹ハソノ經過ニ特性ナク診斷ヲ迷ハスモ著者ノ經驗ニヨレバ膀胱鏡検査、レントゲン検査、腎臟ノ機能検査等ノ系統的泌尿器學的検査ニ依ツテ診斷シ得ル。(森岡)

軟部組織畸形ノ整形ニ際スル皮膚全層移植 (E. C. Pudgett.: The full-thickness skin graft in the connection of soft tissue deformities. J. of Am. M. A. Jan. 2, 1932.)

全層皮膚移植ハ Wolf, Krause 等ニヨリ紹介サレテ以來多數應用サレタガ、他ニ方法ガ考察サレ現在本法ヲ行フハ少数ノ外科醫ニ限ラレル、此時ニアタリ著者ハ瘢痕性攣縮ニヨル畸形ニ本法ヲ最良ト考ヘ106例ニ就イテ觀察シタ、平均面積ハ 57sq. cm. アツタ。

第1. 治癒後瘢痕性畸形ヲ起シタ場合、薄層移植デハ後ニ尙攣縮ヲオコス傾向ガ強く、又有莖辨

ニヨル方法ハ 100 sq. cm. 以上モアレバ難シク、著者ハ8才ノ子供デ膝關節ノ強イ癩痕性攣縮ヲ起セルモノニ面積 176sq. cm. モ本法ヲ行ヒ好成績ヲ得タ事、頸ト胸骨トノ間ニ火傷後ノ癩痕性攣縮ヲオコセル場合ニ面積 98sq. cm. ニ亘リ亦良結果ヲ得タ事等ヲ寫眞ヲ以テ示シテ居ル。

第2. X 光線, L ラヂウム T 火傷ノ組織ヲ割除シタ後ノ新鮮創面ニ對シテモ、治癒ノ期間短ク、攣縮モ少ク外觀上ニモイイ。

第3. 閉指ノ分離後ノ整形ニ際シテモ1ノ回手術デウマク行ク、有莖芽デハ不恰好ニナリ、薄層移植デハ攣縮ヲオコス事が多イ。

第4. 大ナル母斑ノ割除後ヲ被フ場合、寫眞ニ示ス如ク、婦人デ下眼瞼ト上唇ヲ含シテ顔面右半ノ皮膚ヲトツテ頰ト上唇ハ全層デ下眼瞼ハ分離移植ヲ行ヒ、18日後ニハ普通ノ化粧ヲ行ヘバ移植セル事ハ判ラナイ位デアル。

第5. 大ナル有莖芽トレル後ノ癩痕性攣縮ヲ防グタメニ本法ヲ行フ。

第6. 種々ノ場合、即チ大キイ酒渣鼻トツタ後、頭皮ノ肉腫トツタ後、眉毛ヲ頭皮カラトツタ場合等ヲアゲ何レモ立派ナ成績ヲ得タトイフ。

成功要素ハ無菌的ナルコト、出血ノナイ事、脂肪組織ハ剥離シテオコト、皮膚血管等ヲ開ク爲ニ中等度ノ強力ノ下ニ縫合スルコト、絶對ノ固定シ且下層トハ密ニ接觸スルヤウ十分壓迫スル事、最後ニ尙適當ノ L ドレナーヂ T ヲ行ヒ、細菌ノ繁殖ヲ妨グ様ヲ被覆(硼酸 L ガーゼ T , L バクテリオファーチ T 溶液 L ガーゼ T 等)ガ必要デアル。

皮膚全層移植部ハ僅カニ光傾向ガアルガ、表面ノ水泡、剝脱ナク、ヨクツケバ正常皮膚ノキメラヲシテオル、2—3月スレバ周圍ノ皮膚ト面ハ略同ジナル、併シ廣大ナ移植時ハ感覺回復ハ完全ニハ行カナイ、ヨクツイタ場合ニモ移植面ノ10%ハ收縮スル、之ハ解剖的要素ニ影響サレ、頸部ノ如キハドウシテモ 1/3 ハ來ル、最初ノ L ガーゼ T ヲハツタ後ハ水泡ガ出來テオルガ、之ハ傳染シ易イカラ3—4週間ハ綑帯交換ガ必要デアル。ヨクツイタ31例デハ3週間、不十分ナ場合ニハ4—5週間カ T ツタ。

結論 1. 全層皮膚移植ノ特色ハ清潔ナル術野デハ殆ンド正確ニツキ、廣面積デモ他方法ニ比シ攣縮ヲ將來スル事非常ニ少イ、又巧ニ行ハレバ天成ノ皮膚表面ニ似テ居ル、又概シテ唯1回ノ手術デスム事デアル。

2. 本法ノ最モイイ應用ハ頸ノ前面、手掌面、關節ノ屈曲面伸展面ノ如キ部分ノ癩痕攣縮組織切除後ノ新創面ヲ被フ場合デ、之等ノ場合ニハ官能的及 L コスメチック T ニ満足ヲ得ラレル。

3. 整形的或ハ破壊的ノ手術ノ後ノ新創面ニ攣縮的或ハ美容的醜形ヲ防グタメニハ本法ガ最モイイ。

4. 閉指、顔面母斑、眉毛破壊後ノ所置ニハ本法ニヨリ最モ好結果ヲ得ラレル。(仲田)

網膜囊 L ハントカイン T 液充滿法ニ據ル上腹部内臟麻痺法 (E. Payr: Anaesthesie für Oberbauchoperationen durch Pantocainfüllung der Bursa omentalis. D. Zeit. f. Chir. Nr. 234, 1931. S. 130.)

Payr ハ、胃切除ニ際シテ Schleich ノ液ヲ以テ小網ヲ廣範圍ニ亘ツテ浸潤セシメ優秀ナル麻酔成績ヲ得タ、同液ハ少カラズ網膜囊ニモ入ツタガ、當時彼ハ此事實ヲ以テ麻痺作用ヲ説明スルコトガ出來得ナクツタ、然シ其後網膜囊ノ後壁腹膜直下ニ腹部交感神經及其神經叢、神經節ノアルコトヲ知り、前ノ經驗ト思ヒ合セテ、表層麻酔劑ヲ網膜囊ニ充滿セシメタナラバ、充分ナル腹部内臟麻痺ガ出來ルデアロウト考ヘ、ソノ試ハ成功シタ。

患者ヲシテ骨盤高位又ハ左側臥位ヲ取ラシメ、腹壁切開ノ後小網ニネラトン L カテーテル T ノ入ル丈ケノ小孔ヲ鈍的ニ造リ、 L カテーテル T ヲ挿入シ、液ノ流出ヲ防グタメニ、肝十二指腸ヲ壓迫スルカ、

指ヲ Winslow 氏孔ニ入レテ、Lカテテル¹ヨリ 100cc ノ1000倍 Lパントカイン¹液ヲ注射器又ハ漏斗ヲ以テ網膜囊ニ充滿セシメル、Lカテテル¹ハ暫クノ間Lクレムメ¹ヲ以テ閉鎖ス。小網ガ餘リニ薄イ時ハLカテテル¹ノ周圍ニ煙草蠶縫合ヲ施ス、液ハ迅速ニ吸收サレ5—7分ニシテ胃ノ操作及腹壁縫合ニハ充分ナ麻痺ガ得ラレタ。

操作中血壓ハ時ニ 20—25mmノ低下ヲ示シタコトモアルガ、數分ノ後ニ回復シ、其他恐ル可キ現象ヲ見ズ。Lパントカイン¹液ノ長所ハ奏効迅速ニシテ作用時間長キナル。

網膜囊ニ入ル道トシテハ、

- a) 小網、ノ外ニ
- b) 胃結腸靱帶
- c) 横行結腸腸間膜アリ、尙 Winslow 氏孔ヨリスル方法モ可能デアルト述ベテキル。(瀧田)

噴門緊張性食道擴張ニ就イテ (H. v. Haberer: Beitrag zur kardiotonischen Speiseröhrenerweiterung. Zbl. f. Chir. 58. Jahg. 21. Nov. 1931. Nr. 47.)

著者ハ、本病ノ本態ハ噴門緊張ノ障害ニアルノデ、嚥下運動ニ際シ噴門ノ安靜状態ニ相當スベキ噴門ノ弛緩反射ガ消失シ、次ニ之ガ食道ノ蠕動機ニヨリ抑制セラレ、蠕動機ハ漸次其ノ力ガ減少シカクテ食道擴張ガ起ル。ココニ起レル噴門痙攣ハ——之ハ食道壁内ノ自律神経系統ニヨリ消解スル——本來ハ第二次ノモノデアルト云ツテキル。Rieder ハ本病ハ嚥下運動ニ際シテ起ル開口反射ノ障害ニ關係スルト云ヒ、動物實驗ニ於テ噴門ニ至ル迷走神経纖維ヲ切斷シテ之ヲ證明シ、Kraus ハ所謂噴門痙攣ニ際シテ迷走神経ニ變化ヲ發見スル事ガ出來ルト云ヒ、近頃 Lehmann ハ所謂噴門痙攣ノ原因ハ胃腸管ノ痙攣性疾病ト關係アリト云ツテキル。又同氏ハ本病ハ恐ラク既ニ乳兒時代ニ存在シ、後年ニナリ何カ外來ノ誘因及ビ之ニ伴フ精神的要素ニヨリテ起リ、夫マデ潜在的ニ經過スルモノデアロウト云ツテキル。

Elze ニヨルト食道ノ最狭部ハ食道裂孔ノ處デハナク、横隔膜ヨリ2cm 上方デ、此處ニ一種ノ括約筋ガアル。之ハ筋肉輪デハナクシテ筋肉圓嚢ヨリナリ食道ト胃トノ障壁ヲナシテキルト。H. Straus ハ食道擴張ハ噴門夫自身デハナク夫ヨリ約3cm 上方ヨリ始マルト云ツテキル。

噴門緊張性食道擴張ノ原因ニ就イテハ文献ニヨルモ未ダ統一シレタモノヲ見ナイ。

著者ハココニ興味アル一例ヲ報告シテイル。

40歳、♂、商人、飛行機ト共ニ墜落シ、實際上頸骨折ヲ受ケタ。墜落後7—8週間デ嚥下障害ヲ來シ翌年ニナルト益々著シクナリ固形食ヲ攝ル事不可能トナツタ。レントゲン像ハ特有デ普通ノ數倍ニ擴張シ、多少長クナリ噴門ノ所デ編物針位ニ狭クナツテ居タ。

手術所見及ビ經過 左側第9肋間腔ヨリ入ル。横隔膜ヲ食道裂孔マデ開イタ、此處ニテハ擴張ヲ來スベキ障害、癍痕、壁ノ變化等ヲ認メズ、後縦隔膜腔ニ於テ食道ハ手幅大ニ平等ニ擴張ス。仍ツテ食道擴張部ト胃底トノ吻合ヲ行ヒ、異壓操作ノ下ニ縫合ヲ行ヒ、術後食道胃瘻ノ重荷ヲ除ク爲更ニ開腹術ニテ Witzel 胃瘻ヲ施シタ。患者ハ術後8日デ流動食ヲトリ16日後ニ固形食ヲ採ルニ至ツタ。

本病ノレントゲン検査ハ擴張部ノ横隔膜ニ對スル關係ヲ明ニスル爲ニ吸氣時ニ於テセナケレバナラナイ。

本病ノ療法トシテハ、食道胃瘻成形術ガ最良イ。開腹的ニ行フカ洞筋膜的ニ行フカハ擴張部ノ位置ノ如何ニヨルモ、食道ハ元來延長性モ少ナク、又大ナル移動性モ有セナイカラ腹腔内デハ本手術ハ十分ニ行ハレ難イカラ洞筋膜的ニ行ツタ方が良イ。

如何ニシテ本例ニ見ル如ク胸部食道ノ上方ニ於テ擴張ガ起ツタカト云ウ説明ハ困難デアル、之ヲ説明スルニ、由來解剖的變格ハ多ク筋肉系統ニ存在スルモノデ、本例ニ於テハ Elze ノ所謂機能的括約

筋ト見做サレテイル筋肉圓環ガ、異例トシテ著シク高イ所ニアツタモノト認メル事ガ出來ル。(川部)

電氣切開ニ於ケル創傷治療 (*E. Hauberrisser: Zur Wundheilung bei Anwendung des Hochfrequenzschnittes. Beit. f. kl. Chir. 153, Bd. Hf. 2, S. 257.*)

犬ノ口蓋、頬、舌、及外皮ニ高周波電流ニヨリ口蓋破裂、兎唇ニ於ケルト同様ノ切開ヲ加ヘ縫合シテ觀察シ又組織學的ニ檢索シタ。ソノ結果各組織ニヨリソノ治癒經過ヲ異ニシテキル。

a) 口蓋及頬粘膜炎 第1日ニ於テ、熱ニヨリ害サレタ極表層ノ表皮及皮下結締織ガ除カレ、次デ小出血點現レテ二次的ノ纖維素膠着ニヨリ創傷部ハ保護サレル。深部ノ壞死部ハ溶解サレ吸收サレル。即コレヨリ見ルニ、臨床上口蓋及頬ニ於ケル瓣狀整形ニ於テハ、ソノ熱ニヨリ害サレタ組織ニ多少共炎症起リ營養妨ゲラルル危アルト共ニ、ソノ瓣ノ邊緣部ニ於ケル凝結ノタメ副行循環ト速カナ連結ガサマダゲラルル故餘リ推賞サレナイト思フ。

b) 舌 此處デハ、電流ノ作用弱ク上皮成生モ刀ニヨリ切開ト略々同様ニ速カニ行ハレル、即臨床的ニハソノ縫合ヲ深部ニ及ボシ且永ク置ク様ニスレバ確實ニ用ヒ得ルト思フ。

c) 外皮 コノ場合ハ結締織層ニ特ニ廣範圍ノ壞死起リ、コノ表層ノ壞死部速カニ除カレズ、爲ニ二次的ノ纖維素膠着ガ妨ゲラルル。カカル状態ニアル縫合ハ菌ノ侵入容易デアリ且理想的ノ培養基デアル。故ニ今日迄批難ナキ癍痕ニテ治癒ヲ營マス事ハ不可能ナタメ Kirschner 等ハ特ニ顔面ノ皮膚ニ於テハ唯深部即筋ニ於ケル操作ニ於テノミ電流切開ヲ用ヒテキル。コノ缺點ヲ除カント試ミタ著者ノ實驗ニヨリ、皮膚ノ乳嚙層迄刀ニヨリ切開ヲ加ヘテ後、電氣の切開ヲ加ヘルトヨク第1期癒合ヲナシ美容的ニモ時間的ニモ刀ノミニヨリ切開ニ劣ラナイ事ヲ確メ得タ、即コノ混合切開法ヲ以テスレバ、臨床上今後尙電氣切開ノ適應範圍ヲ擴メ得ルト思フ。(略)

扁桃腺炎後ノ敗血症及ピソノ外科的處置 (*W. Rieder: Postanginöse Sepsis und ihre Behandlung vom Standpunkt des Chirurgen. Eine experimentelle und klinische Studie. Arch. f. kl. Chir. 168. Bd. 1. Hf. S. 1. Nov. 1931.*)

本疾患ハ單純ナ扁桃腺炎、特ニ扁桃腺周圍膿瘍ニ後發スルモノデ、ソノ病竈トシテハ血栓性靜脈炎或ハ淋巴管性靜脈周圍炎ガ考ヘラレル。コノカラ、頸靜脈ヲ侵シ感染物質ヲ持ツタ血栓性静脈ノ子ガ血行中ニ入り轉移形成ヲナスノデアル。之ニ對シテ Uffenorde ハ頸靜脈ノ血栓性靜脈炎ハ淋巴管ノ仲介ヲ要スルト云ツテ居ル。即、第1階梯トシテハ淋巴管ニヨツテ扁桃腺カラ配下ノ淋巴腺ニ行キ、第2ニ血行ニヨツテ化膿セル淋巴腺カラ内頸靜脈ノ中ニ感染血栓ガ入ルトイフノデアル。

動物實驗デハ血管壁ノ變化ト云フ特殊條件ガアルトキ感染血栓ガ形成サレルガ眞ノ膿血ハ起ラナイ徵候トシテ特有ナコトハ局部所ノ扁桃腺ノ所見ガ少キニ比シ一般症狀ノ強イコトデアル。即扁桃腺炎ニ引續イテ惡感戰慄ガ起リ、時ニハ之ヲ缺クコトモアルガ、持續性ノ體温上昇、頸部デ血管ニ沿フテ索狀ノ抵抗壓痛ヲ證明スルコト等デ大體診斷ハツク。最モ確ナコトハ血液培養ヲ行フコトデアル。

細菌學的ニハ好氣性ノモノデハ連鎖狀球菌、葡萄狀球菌ガ最モ多ク、時ニハ嫌氣性ノ細菌ガ認メラレル。Schottmüller ハ *Streptococcus putrificus* ヲ擧ゲテキル。

本病ノ經過ハソノ擴大ト轉移ノ部位ニ關係シ、豫後ノ不良ナノ嫌氣性細菌ニヨル典型的ノ肺轉移ヲ形成シタ時デアツテ、氣管枝肺炎或ハ腐敗性膿胸トナリ、時ニハ骨、關節、筋肉、腎臟等ニ轉移ヲ作ル。

處置 本病ヲ外科的ニ處置スルニハ病竈ヲ曠置スルコトガ最モ効果的デアル。即、淋巴管性ノ腺腫脹ニ對シテハソノ腺ヲ除去スルカ、或ハ之ヲ開放性ニセネバナラヌ。

病竈ガ扁桃腺ノ靜脈カラ原因シテキルトキハ次ノ3ツノコトガ問題トナル。

1) 頸靜脈特ニ總顔面靜脈ヲ結紮スルコト、

2) 扁桃腺ノ剔出,

3) 血栓形成シテ居ル靜脈ヲ健康部カラ除去スルコト,

之等ノ操作ノ何レヲ選ブカハ時期ニ依ルモノデアツテ、内科醫ヤ咽喉科醫ノ遣フ如キ急性ノ時期ニハ扁桃腺ノ剔出ト靜脈ノ結紮トヲ併セ行フ位デ充分デアツテ、血栓性靜脈炎ガ現レ剔出ヲ行ツテモ尙膿血ノ徴候ノ現レテクル様ナ時ハ直ニ靜脈ノ剔出ヲ行フベキデアル。(西尾)

下腿潰瘍ノ治療 (B. Kun: Zur Therapie des Ulcus cruris. M. M. W. Nr. 1. 1932, S. 26.)

下腿潰瘍ガ難治性ナルタメ、諸家ニ依リ既ニ雜多ナル藥劑或ハ所置ガ提唱サレテ來タガ、今又著者ハ、臨床例ヲ例示シテ、Lyssiasalbe ナルモノヲ口ヲ極メテ推賞シテ居ル。毎朝創縁ヲ「ペンゼン」ニテ清拭シタル後、創面ヲ、ソノ深淺乾濕或ハ壞死性物質膠着ノ有無ハ度外視シテ、本劑ニテ覆ヒテ縫帶スル。被覆後一兩日中ニ創面ハ淨化サレ速ニ肉芽ハ増殖スル。出來得レバ充分ナル肉芽増殖迄、安靜ヲ保タシメル。斯カル簡單ナル所置ニ依ツテ急速ニ潰瘍ノ完全治癒ヲ見ルモノデアルトイフ。藥劑ノ處方ハ次ノ如シ。

酸化亞鉛、澱粉各150瓦、黄色「ワゼリン」350瓦、「ナフタラン」(Naftalan) 160瓦、「ペルー・バルサム」60瓦、硫酸「ヒノリン」5瓦、「イヒチオール」10瓦、黄色「ハマメリス」X 30瓦、「カカオ」油30瓦、酸化沃度沒食子酸蒼鉛10瓦、「ラノリン」ヲ加ヘテ1000瓦トナス。(鬼束)

包莖手術ノ一方法 (M. Marcus: Über eine Methode der Phimosenoperation mit Erhaltung des Praeputium u. unsichtbarer Narbe. Der Chirurg, 3. Jg. 20. Hf. 1931, 15. Okt.)

著者ノ報告シテキル包莖ノ手術方法ニヨレバ、包皮ヲ殘シ、癍痕ヲ隱ス事ガ出來ルト言フ。

方法ハ先ヅ、包皮ノ外層ガ内層ニ移行スル所ニ於テ、環狀切開ヲ加ヘテ、兩層ヲ切り離ス、次ニ内層ヲ鉗子デ挾ミ、外層ヲ内層カラ剝離シツ、後方ニ引張り、冠狀溝ノ部ニマデ至ラシメル。ソシテ、内層ヲ冠狀溝カラ3—6mmノ所デ切り去ル。切斷サレタ内層ノ周徑ハ龜頭ノ最大周徑ヨリ小サクナイ事ヲ必要トス。(第2圖)

次ニ外層ノ狹窄部ヲ擴ゲテ、内層ノ周徑ト同様ニスルタメニ、外層ノ上下面カラ、第3圖ノ様ニシテ3角形ノ皮膚ヲ切除ス。3角形ノ角ノ部ヲ圓クシ、第4圖ノ様ニ内外兩層ヲ縫合スル。

斯クシテ外層ヲ前方ニ引張レバ、包皮ハ十分ノ廣サヲ有シ、略々完全ニ龜頭ヲ被フ事ガ出來ル。癍痕モ數週ノ後ニハ殆ンド見エナクナル。(岡)

