

外 國 文 献

— 舟 登 —

手 術

86. 動脈ノ結紮ニ就テ (Mont R. Reid, M. D. The Ligation of Large Arteries. Surg. Gynec. Obst. Feb. 15, 1934, p. 287)

出血ヲ防禦スルニ結紮法ト燒灼法トアリ、後者ハ非人道的ナルニ反シ前者ハ近世ノ無菌法及ビ無痛法ノ進歩ニ伴ヒ重要ナル役目ヲ演ズル者ナリト説キ、動脈ノ結紮ハ2大題目ノ下ニ論ジ得ルト述ブ。即チ 1) 動脈ノ無菌ノ結紮 2) 汚染化膿ニ陥レル傷ノ存在セル場合ノ動脈結紮ヲ掲ゲ、1) ハ更ニ早ク壞疽ヲ起シテ結紮ノ切レル場合、從ツテ再ビ大出血ヲ來タス事アリ。コツテ結紮糸ノ大サハ動脈ノ大サニ準ズベキコトヲ擧ゲ、結紮ヲ固クスル時ハ血管ノ中央層ノ破損ヲ起スコトヲ示シ、又結紮材料ハ組織液ニ依リ伸展又ハ溶解セザルコトヲ條件トシ之ノ爲メニハ動脈ノ結紮ニ「カットグート」使用ハ危險ニシテ、絹糸、綿糸、筋膜「アルミニウムバンド」ヲ適當ナリトセリ。次ニ汚染化膿ニ陥レル動脈ノ結紮ニハ、二次ノ出血ノ危險存在スルヲ述べ血管内腔ノ恢復ハ血管内ノ凝固ニ依ツテ實際上起ラザルコト、細菌感染ハ結紮部ノ溶解ヲ早ムルコト、結紮セラレタル動脈ハ化膿傷ノ表面ニ露出シテ置クヨリモ筋膜又ハ筋肉デ之ヲ蔽フガ良ト考ヘラレテ居ルモ化膿傷ノ場合ニハ結紮セラレタル大動脈ハ排膿ノ爲メニ表面ニ露出シテ置クカ或ハ「デイキン」液又ハ他ノ無菌ノ溶液ニテ灌注スベキナリト述ブ。(高橋齊)

腫 瘍

87. 慢性骨髓炎ノ基底ニ發生セル瘻孔癌ニ就テ (Hans Hellner: Fistelkarzinome auf dem Boden chronischer Osteomyelitis. Forts. a. d. Geb. d. Röntg. Bd. 49, Hf. 2, 1934, S. 109)

慢性骨髓炎又ハ骨結核ノ基底ニ瘻孔癌ノ發生スルコトハ、全體ノ數カラ見テ極稀デアルガ、著者ハ3例ノ報告ヲ掲ゲテキル。第1例、第2例ハ、10數年間繼續セル骨部瘻孔ニ發生セルモノ、第3例ハ外部瘻孔縁ニ發生セルモノデアル。臨床ノ注意ト、斷エズレントゲン撮影ニ依ツテ其發生ノ時期及ビ癌腫ノ存在ヲ確定スルコトヲ得。即臨床的ニハ疼痛ト、惡臭アル膿ノ多量ニ排泄セラレル事ガ特長デアル。

レントゲン像ハ、瘻孔道ノ附近又ハ瘻孔腔ノ附近ニ迅速ニ其大サヲ増セル透明層ガ認めラレル。

診斷確定ノ爲ニハ試験的切除標本ヲ出來ル丈早期ニナスベシト述ブ。腫瘍發生ハ Fischer-Wasel ノ説明ニ從ヘバ慢性ノ炎症性變化ノ爲ニ、上皮細胞ノ新生ガ長期間障礙セラレ、再生細胞ガ腫瘍ニ轉歸スルニ至ルノデアルト云フ。度々レントゲン照射ヲ行ツタ際モ癌腫ノ發生ノ原因トナルコトアリ、又之ヲ促進スルコトガアルト述ブ。最後ニ最善ノ療法ハ出來ル丈早期ニ切斷スベシト。(安江)

頸 部

88. 甲狀腺惡性腫瘍ノ場合頸部大血管迷走神經及ビ交感神經ノ廣汎部切除ニ就テ (Emil Just: Über ausgedehnte Resektion der grossen Halsgefäße, des Nervus Vagus und Sympathicus bei bösartigen Geschwülsten der Schilddrüse. Zbl. f. Chir. Nr. 18, 1934, S. 1044)

著者ノ經驗並ニ Hinterstoisser ノ臨床例ニ依ルト甲狀腺ノ惡性腫瘍ノ場合殊ニ莖膜ヲ貫通セル場合ニモ heroische Operation ハ行ツテモヨイモノデ、場合ニ依ツテハ1側ノ頸部大血管迷走神經交感神經ノ切除ヲ行

ツテヨイ。尙術後レントゲン又ハ^ラチヂウム⁷ノ照射ヲ行ヘバ好結果ヲ期シ得ル。迷走神經ヲ切斷スル際胃部ニ強イ痛ヲ感じ交感神經ヲ切除スルトホルネル氏症候群ヲオコソガ他ニ別段惡結果ヲオコヘコトナシ。(横山)

腹部

89. 胃、腸、膽囊及ビ輸尿管ノ健康並ニ病的狀態ニ於ケル興奮性ニ就テ (A. Læwen und H. J. Lanber: Über Erregbarkeitsprüfungen an menschlichen Magen-, Darm-, Gallenblasen- und Ureterstreifen im gesunden und kranken Zustande. Bruns' Beitr. Bd. 159, Hf. 5, 1934, S. 447)

主トシテ手術ニヨリ人體ヨリ得タル胃、大腸、膽囊、腎盂及ビ輸尿管壁等ノ新鮮ナル材料、長さ 3c.m. 幅 1c.m. ノ縦又ハ横組織片ヲ以テソノ健康並ニ病的狀態ニ就キ^レアドレナリン⁷、^レノボカイン⁷、膽汁、^レトリブシン⁷、細菌毒及ビ電流等ニヨリソノ興奮性ヲ研究セリ。ソノ結果次ノ如シ。

即チ以上舉ゲタル諸器官ノ各組織片ハ何レモ^レアドレナリン⁷ニヨリ刺戟セラレテ伸長シ電氣刺戟ニヨリ短縮ス、而シテ^レノボカイン⁷、膽汁、^レトリブシン⁷及ビ細菌毒(大腸菌、連鎖狀球菌等)ニヨリテハソノ運動麻痺セラル。

胃ニ於テハ潰瘍ノ存セルモノハ健康ナルモノニ比シ伸長度少シ。是即チ前者ニ於テハ實驗前ヨリ既ニ交感神經興奮ガ存スルメナリト思考セラル、又瞬間の電氣刺戟ニヨリ胃潰瘍ハ胃痛ヨリモ遙ニ強ク短縮ス。コノ異常興奮性モ亦胃壁ニ存スル交感神經節ニ歸スベキナリト。

炎症ノ存スル膽囊ハ電氣刺戟ニヨル興奮性ヲ多少トモ減ズ。猶膽囊ニ於テ興味アリシハ實驗直前疝痛アル患者ヨリ得タル材料ノ、實驗ノ結果運動麻痺ヲ呈セルコトナリ。コノ事實ハ即チ疝痛ガ膽囊筋ノ攣縮ニヨルモノニ非ズシテソノ發生部ハ膽囊管、肝管、或ハ輸尿管ニ存スルコトヲ立證ス。

又牛類ノ動脈及ビ靜脈ニ就テ膽汁ハ血管壁ノ運動ヲモ麻痺セシムルコトヲ知り得タリ。(草島貞)

90. 捻轉ノ原因トナル大網膜ノ異常ニ就テ (G. G. O'Brien: Congenital Anomaly of the Omentum causing Torsion. J. of Am. M. A. Vol. 102, No. 9, p. 681)

著者ハ先ヅ大網膜捻轉ノ病源ニ就キ、次ニ症候論、鑑別診斷ニ關シ、更ニ治療的方面ニ關シ外科的立場ヲ明カニシテキル。病源論ニハ Payr 氏ノ實驗的鬱血論及ビ解剖學的遺傳學說ヲ述ベテキル。更ニ Baldwin 氏、Draper 氏ノ遺傳論、Bierman 氏、Jones 氏ノ副網膜說ヲ述ベテキル。炎症網膜移動性蠕動作用ヲ原因ノ1ツト考ヘ German 氏ハ血栓ト栓子形成ヲ病源ノ1ツト考ヘ、Wakely 氏ハ^レヘルニア⁷說ヲ立テ、キルト。症候トシテ主ナルコトハ突發的ニ起ル所ノ痙攣性疼痛ガ右側上腹部ニ現ハレルト。鑑別診斷トシテ Henoch 氏紫斑病、腸重疊、急性痔臟炎、器質的腸閉塞、結核性腹膜炎等述ベテキル。更ニ D. Errico 氏ノ急性蟲樣突起炎トノ鑑別診斷ヲ述ベテキル。Thorek 氏ニヨルト外科的手術ヲ必要トヘルモ、本症ハ單ニ鑑別診斷的ニ且ツ學問的興味ニ過ギナイト。更ニ網膜切除ニ當リテハ結紮部ヲ小サクシ屈曲ヲ避ケタガヨイト。コノ1臨床例ヲ述ベ開腹ニ際シ出血性腹水ガ認メラレル時ト然ラザル場合トアルト。Black 氏ノ場合ニハ大腸擴張ガ見ラレタト。病源論ノ結論トシテ舌狀ノ大網膜突起及ビ副網膜ガ捻轉ノ最モ主要ナル原因ナラント。(宇野)

91. 手術後ニ來ル吃逆トソノ治療ニ就テ (Hans. Kallfelz: Über den postoperativen Singultus und seine Behandlung. Arch. f. kl. Chir. Bd. 178, Hf. 3, 1934, S. 475)

術後ノ吃逆ハ腹部手術後ニ來ルコト最モ多ク、腹腔内ニ數多アル横隔膜神經、交感神經各末梢ニ加ヘラレタル刺戟ガ呼吸中樞ニ達シ運動神經系ヲ通ジテ呼吸筋ニ働キカケルト云フ反射的現象ト見做ス。此ノ刺戟ノ性質ニ關シテハ Jirasek 一ヨレバ器械的影響ヲ第一線ニ持チ來ルモ、刺戟トナルベキ個々ノ僅ノ障碍ヲ知ルコトハ往々ニシテ不可能ナリ。治療ニ多數ノ治療法ヲ列舉スルモ著者ノ特ニ推賞スルハ藥劑トシテ

鎮痙作用ヲ有スル Papavydrin ノ應用, 0.5-1ccノLobelin ヲ極メテ徐々ニ, 或ハ10ccノ葡萄糖溶液ニ薄メテ靜脈内注射ヲ行フ。又炭酸瓦斯吸入モ有効ナリ。外科的治療法トシテハ, 1% Novocainlösung 20ccヲ以テスル横膈膜神經噴置術, 横膈膜神經内注射法アリ。又横膈膜神經拔除術, 鎖骨下副根ノ切除モアルモ副横膈膜神經, 或ハ鎖骨下神經ト横膈膜神經トノ吻合枝ノ存在等種々ノ變型ノタメニ不成功ニ終ルコト少カラズ。以上ノ療法不成功ナル時ハ5% Novocainlösung 7ccノ注射ニヨル頸部交感神經中斷, サモナクバ神經節切除術ヲ施ス。斯ル外科的手術ノ適應ニ關シテハ勿論控ヘ目ニ施サルベク, 殊ニ肋軟骨骨化ノタメ胸廓ノ呼吸運動ガ既ニ本質的ニ拘束サレタル老人ニ對シ兩側ノ横膈膜神經噴置術ハ反ツテ危険ナルベシ。(井口)

92. 蟲様突起炎ニ於ケル廻盲腸部皺襞ノ意義ニ就テ (A. Rippey: Die Bedeutung der Ileocoecalfalte bei der Appendicitis. Zbl. f. Chir. Nr. 19, 1934, S. 1097)

常態ノ解剖的關係ニ近イモノニ於テモ深部ニ存在スルトコロノ盲腸ニ附着シテキル蟲様突起ハ其處ニアル小腸係カラ全ク覆ハレテキルノガ常デアリ, 小サナ腹壁切開ニ際シテハ蟲様突起ヲ巧ミニ確實ニ見出スコトハ經驗上屢々非常ニ困難ナコトデアル。著者ガ昨年中ニ約1000人ノ者ニ就テ行ツタ蟲様突起切除ニ際シテ, 所謂 Plica ileocoecalis 廻盲部皺襞ハ多クノ場合ニ, 殊ニ脂肪沈着ノ傾向アル人ニ於テ蟲様突起ヲ見出スコトヲ非常ニ容易ナラシメルモノデアルトイフ經驗ヲ得タ。

F. Reinke 氏ハ Plica ileocoecalis ニ就テ滑平筋ヲ有スル皺襞ガ廻腸ノ壁カラ盲腸及ビ蟲様突起ノ小腸間膜迄存在スト述テキル。此ノ滑平筋ハ1ノ小サナ塊状カ或ハ小球状ヲ呈シテ居リ他ノ大網膜ノ附屬物カラハ完全ニ離レテキル。ソシテ唯強靱ナル脂肪體トシテ脂肪ノナイ小腸係ノ間ニ見ヘル。以上ノ如キコトヲ心得ヘテ居レバ吾人ハ腸ニ觸レルコトナシニ屹度探ス可キ蟲様突起ヲ把握スルコトガ出來ル。(中牧)

四 肢

93. 神經幹及ビ前膊骨ノ壓迫障害ヲ伴ヘル右前膊ノ大脂肪腫 (W. Eisenberg: Grosses Lipomam rechten Unterarm mit Druckschädigung der Nervenstämmen und Unterarmknochen. Zbl. f. Chir. Nr. 7, 1934, S. 391)

著者ハ1健康婦人(50歳)ノ右側前膊カラ記載ニ値スル珍ラシキ1脂肪腫ヲ除去シテ居ル。

即チ5年前何等ノ外因ナシニ突如右側前膊ノ伸側ニ1ツノ腫瘍ガ現ハレ最初カラ輕微ニアツタ障害ガ増進シ最近デハ前膊及ビ手掌ノ疼痛, 感覺障害, 麻痺サヘ起スニ至ツタ。其所見ハ右側前膊ノ軟部組織ノ深部ニ於ケル乳嘴状, 弾力性軟ノ肥厚ニシテ基部トノ移動性ナク中 $\frac{1}{2}$ ト下 $\frac{1}{2}$ ノ境カラ1ツノ突起ガ出テ肘部マデ達シテ居ル。ソノ部ノ皮膚ニハ何等ノ變化ヲ認メナイ。X線所見ハ軟部組織ニ於ケル廣大ナル透明像デ橈骨及ビ尺骨ハ其向合ツタ緻密部ニ於テ狹小シテ居ル。骨ノ破壊過程ハ見ラレナイ。

手術ニヨリ腫瘍ハ伸側カラ遊離サレタ。患者ハ手術ノ瞬間カラ全障害ハ消失シタ。

摘出腫瘍ハ長サ13c.m. デ多葉性デ蛙ノ形ヲシテ居タ。組織學的検査ニヨリ良性ノ廣汎ノ筋肉間脂肪腫デアツタ。斯ル筋肉間脂肪腫ハ屢々アルモノデナク尙前膊ニ來ル事ハ珍ラシイ。

著者ハ適當ナル時期ニ於ケル摘出ニヨツテ色々ノ障害ハ即座ニ除去サレ更ニ以後障害ガ起ツテ來ル様ナコトハナカッタト述ベテ居ル。(大山)

94. 骨癰疽ノ早期レントゲン像ニ就テ (R. Löhr: Das Frührentgenbild des Panaritium ossale. Deut. Zeits. f. Chir. Bd. 243, Hft. 4, u. 5, S. 367)

Schmidt 氏ニヨレバ爪及ビ皮下癰疽ヨリ骨及ビ關節ガ感染ヲ受ケル経路次ノ如シ。1) 爪癰疽ガ爪床領域デ終末指節ヲ冒ス。2) 皮下癰疽ガ骨膜ヨリ屈側韌鞘ニ走ル纖維束ノ邊デ指骨部ヲ冒ス(稀)。3) 皮下癰疽ガ關節囊附着部デ骨ヲ冒ス。4) 骨癰疽ガ中樞側指關節ヲ冒ス場合。

骨癭疽ニ於テハ骨膜ハ早期ニ膿様ニ溶解シ爲ニ化骨性骨膜炎ヲ伴ハズ、レ線ニ骨層變化ガ現ハレルノハ2,3週後ノ事デ骨膜ガ激衝性破壊ヲ受ケテ後始メテ骨髓感染ヲ來シ高度破壊機轉ガ骨層ニ現ル。換言スレバ最初ノ可視病竈ハ一定位置ニ表レルト云ヒウル。感染形式ニ從ヒ^レ線ニテ探スベキ點ハ1)爪癭疽; 特ニ爪突起部及ビ其側境界部。2)皮下癭疽; 當該骨體屈側, 殊ニ關節囊附着部デ, 所見ハ骨表面粗糙, 境界ヤ、不規則, 骨層ニ小圓形或ハ寧ロ不規則形病竈ヲ認メ斯様ナ微細陰影周圍ノ骨像ハ宛モ蝕壞セラレタ如ク朦朧トス。然シ比較的早期ニシカ表ハレズ。急性點狀骨萎縮症トノ鑑別診斷困難デ, 病竈ガ骨端ニアル事, 骨膜輪廓荒撫ヲ缺クニ拘ラズ往々數多關節體ノ同時的罹患アル事等ハ病竈ガ萎縮症ニ依ル事ヲ證明ス。關節囊下ノ骨部又爪突起部ハ血管供給ニ富ム爲メ抵抗強ク容易ニ破壊サレズ, 骨幹ニ向フ骨破壊ヲ呈スルハ進行セル骨癭疽像ナリ。反應性又ハ補修性機轉ハ僅微カ或ハ全然缺除ス。(水口)

95. 少年期ノ踵部疼痛 (H. W. Meyerding, M. D. and W. G. Stuck, M. D. Painful Heels among Children. J. of Am. M. A. May, 1934, p. 1658)

年齢8-12年ノ子供ニ踵部ニ疼痛ヲ訴フル事ガ屢々アル。普通兩側ニ起リ, 初メハ踵後部ニ微痛ヲ來シ, 次デアヒレス腱, 腓腸部ニ疼痛ヲ訴フニ至ル。

局所所見トシテハ, 踵後部ハ幾分柔カク, アヒレス腱附着部ニ接シテ肥厚アリ, 足ノ背屈ハ限局サレ疼痛ヲ伴フ。レントゲンデ側方ヨリ見ルト, 踵ノ骨端ハギザギザニナツテ居リ, 病勢如何ニ依ツテハ扁平ニナル事モアリ, 又碎斷サレル事モアル。跟骨ノ後面ニハ緻密部ト菲薄部トガ交錯シ, 骨端線ハ不明瞭ニナリ不規則トナル。

本病ハ血行障碍ガ原因ニナルト考ヘラル。

治療ハ溫熱ヲ與ヘ, マッサージヲ施シ, 踵ヲ高舉スル。重症ニハ輕イ尖足位ニ於テ伴創膏固定ヲスル。(磯邊)