

退院時現症：杖ヲ用ヒテ歩行シテ跛行セズ長サノ差異0.5釐，外開及舉上ハ自動的ニ 45° 迄，他動的ニ 60° 迄可能ナルガ患側下肢ヲ支ヘル事ハ尙疼痛ノ爲不可能ナル。上線像ハ大轉子ガ形成髌臼蓋ニ支ヘラレ脱臼ヲ證明セズ。

考察：本例ハ大腿骨頸部假關節ニ向ツテ遊離骨頭ヲ剔出シテ後髌臼蓋成形術ヲ施シテ相當ニ支持性ト可動性ヲ有ツタ股關節ヲ作りエタモノデアル。從來大腿骨頸部假關節ニ向ツテハ螺子挿入法，内軸法，スミス・ピーターソン氏三翼釘挿入法等アルモ之ハ別トシテ觀血手術侵襲ヲ加ヘル際ニ，頸部斷端ヲ髌臼内ニ移動セシメタ後ニハ或ハ可動性ガ得ラズシテ内閉攣縮ヲ起シ，或ハ支持性ヲ失ツテ再脱臼又ハ動搖關節ヲ起シ，爲ニ起立歩行ノ不確性ト疼痛アリ，ムシロ關節強直ヲ起サシメタ方ガヨイトイフ場合サヘアルト言ハレテキル。又 Whitmann 氏改造手術ノ轉子下斜截骨術 (subtrochantäre schräge Osteotomie) 特ニ後者ニ於ケル好成绩ハ否メナイ所デアルガ，侵襲ヲ幾分デモ少クシテ效果ヲ得ン爲ニハ本例ノ如キ髌臼成形術ヲ試ミテモヨト考ヘラレル。

尙本例デ術後約4年後ノ今日ノ上線像ヲ見ルト2本打込マレタ Knochenspan ノ中1ツハ良ク發育シテ骨質ハ緻密トナリ肥厚シテ居ルガ，他ノ1ツハ骨質ガ消失シヤウトシテキル如キ像ヲ呈シテ居ル。之ハ大腿骨ヲヨク支持シテ適度ノ刺戟ガ加ルモノニハ骨新生髌臼蓋トシテ發育ガ良好デアルガ，些カデモ Inkongluenz ガアルト發育ガ惡イコトヲ意味スルト考ヘラレテ骨形態ノ機能的改變ノ巧妙ナノニ驚カサレルト共ニ手術ニ際シ正確ニ支持點ヲ與ヘル様ニ工夫スベキデアルト考ヘラレル。

臨床診斷ト手術所見

腸間膜囊腫ト誤ラレタル結核性腹膜炎ノ1例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和13年6月例會所演)

患者：5歳，男子

主訴：腹部腫瘤及ビ臍部ノ疼痛

現病歴：本年3月初旬ヨリ腹部全體ガ漸次膨滿シ，4月來時々食後3時間位ニ疝痛様腹痛及ビ嘔吐アリ，吐物ハ食物殘滓ノミデ，嘔吐シタ後苦痛ハ拭ヒ去ル如ク全ク消失シ機嫌ヨクナルヲ常トヘ。便通1日1回ナルモ腹痛時ハ1日3回位トナリ稍々下痢様トナル。斯ル腹痛ハ1ヶ月3回ヨリ5回アリ，最近ハ2/3ノ夜中ニアリ。

既往歴：出産後1年間母乳榮養。牛乳ヲ用ヒシコトナク，且ツ牛乳ヲ好マズ。

一般所見：發育尋常，榮養佳良，皮膚及可視粘膜ニ貧血ナク，脈搏整正緊張良，1分時90，頸部淋巴腺腫脹ナク，肺，心ニ異常ナシ。

局所所見：背位ニテ胃部著明ニ膨滿セルモ蠕動不穩，搏動性振動，皮膚ノ異常着色ナシ。上腹部ニ靜脈怒張ヲ認ム。

觸診スルニ腹壁緊張，Blumberg 氏症候ナシ。臍ノ2横指上部ニ於テ腫瘤ヲ觸ル。左ハ左乳線ヨリ，右ハ正中線ヨリ2横指有マデ幅2cm デ，左端ハ約胡桃大，右端ハ抵指頭大トナリ，彈性硬ニシテ壓痛ナク，皮膚及

ビ後腹膜ヨリノ移動性ヲ證明セズ。呼吸時ニ輕度ニ固定シ得。暗室内強力光線ニテ透照検査ヲ行ヒタルモ光ヲ全ク通サズ。腸雜音ニ異常ナシ。直腸膨大部ハ異常ナシ。

血液検査：赤血球數509萬，「ヘモグロビン」量60%（ザーリ），白血球數7700，中性多核白血球72%，淋巴球22%。

尿検査：異常ナシ。尿中大腸菌ヲ證明セズ。以上ノ如キ臨床所見ニテ先ヅ腸間膜囊腫ト考ヘテレ線検査ヲ行フ。

レ線検査：1) 單純撮影ニテ腫瘤ノ存在部ニ異常ナル陰影即チ石灰化，骨形成ハ現レズ。2) 經肛門造影劑注入ヲ行フニ腫瘤ハ横行結腸ノ下方ニ在リ，之ト平行ス。3) 胃ハ腫瘤ニヨリ壓排サレルコトナク，小腸ニハ通過障礙ナク，又相互ニ癒着セズ。4) 腫瘤ニ移動性ナク，又横行結腸ニモ移動性ナシ。（若シモ腫瘤ト横行結腸ガ共ニ動ケバソノ腫瘤ガ横行結腸ノ下方ニアリ且ツコレト平行ニアルノデ直チニ大網膜腫瘤ト考ヘラル、モ本例デハ兩者共ニ移動シナイ）。5) 側臥位ニテレ線觸診ヲ行フニ腫瘤ハ腹壁直下ニアリ。6) 更ニ氣腹法ヲ行フニソノ腫瘤ハ却ツテ觸レ易クナリ，從テ腹壁腹膜カラ出發シタモノカ，或ハ之ト癒着セルモノト考ヘラレル。

診斷：以上ニヨリ大網膜ガ腹壁ニ癒着シ腫瘤ヲ形成シテ爲ニ横行結腸ノ移動性ガナクナツタモノト考ヘラレタ（然シソノ原因ニ就イテハ不明）。

手術：全身麻酔ノモトニ臍下3横指ニ互ル正中切開ニテ，腹腔ニ達ス。腹膜ハ一部署シク肥厚シ脆ク，手術創ニハ大網膜見エズ。小腸漿膜面稍々充血シ，漿膜下ニ無數ノ留針頭大結節アリ，明カニ結核性腹膜炎ノ所見ナリ。腹腔内ヲ觸診スルニ大網膜ハ捲キ上リ拇指大ノ索狀トナリ，臍上2横指ノ腹壁腹膜ニ癒着シ，左端ハホボ左乳線ノ位置ニアリ，此處デ直徑2cmノ腫瘤トナリ胃ノ左後ニ至リテ後腹壁腹膜ニ強く癒着セリ。右端ハ正中線ヨリ3横指ノ所ニアリ，ソコデ胡桃實大ノ腫瘤ヲ形成シ強く前腹壁腹膜ニ癒着シ何レモ剝離困難ナリ。腫瘤ニ接シテ横行結腸アリ表面ニハ小腸同様無數ノ小結節ヲ觸ル。結腸腸間膜ハ短縮シ腹腔外ニ出スコト不可能ナリ。胃，肝臓ニ異常ナシ。腹壁ヲ3層ニ閉ヂ手術ヲ終ル。

術後経過：術後3日目臍部創一部化膿，目下創面肉芽組織良好ニシテ漸次治癒シツ、アリ。

考察：本例ハ術前臨床上，腸間膜囊腫ナリト考ヘラレタルモ，レ線検査ノ結果特ニ氣腹ニヨリ前腹壁腹膜ニ強く大網膜ガ癒着シテ腫瘤ヲ形成シテ居ルモノデアルコトヲ知り，手術ニヨリソノ原因ガ結核性腹膜炎ノ爲ニ惹起セラレタルモノト知り得タル1例ナリ。

慢性腸狭窄症狀ヲ呈セル S 字狀結腸軸捻轉症

亭 坂 直 彦（京都外科集談會昭和13年10月例會所演）

患者：28歳ノ女（昭和13年11/X入院）

主訴：腹痛

現病歴：本年8月初旬カラ，全身倦怠感ガアツテ，便秘ニ傾キ，時々腹部ニ膨滿感，鈍痛ガアリ，「グル」音ヲ發スル様ニナツタ。9月ニナツテカラ，數日ノ間隔ヲ置イテ輕度ノ痙攣性腹痛，「グル」音，下痢ヲ來シタガ，惡心，嘔吐，惡感，發熱等ハナカツタ。9月末ニハカハル發作性腹痛ハ次第ニ強クナリ回數モ多クナツテ來タ。9/X朝下腹部ニ痙攣様腹痛ヲ來シ約10分間ニテ輕快シタガ，カハル痙攣ハ其後1—2時間毎ニ現ハレタ方ニハ惡心，嘔吐ガアリ，嘔吐物ハ食物殘渣ダケデアツタ。翌日，翌々日モ同様ノ輕度ノ腹痛ガ繼續シタガ，惡心ダケデ嘔吐ハナカツタ。9日朝カラ約60時間ノ間，便秘放屁ナク，腹部膨滿シ食欲全クナク，睡眠モ障礙サレテキル。

既往歴，遺傳歴ニハ特記スベキコトナシ。

現在症：（入院時所見）體格中等，營養稍々衰へ，皮下脂肪組織少ナク，皮膚乾燥ス。脈搏整正，緊張良，1分時80，呼吸安靜，體溫37.3°C，舌ハ薄白苔デ被ハル。心，肺，四肢ニ異常ナシ。

局所々見：腹部ハ一般ニ膨滿セルモ、靜脈怒張、皮膚發赤、限局性膨大等ハ認メラズ。腹壁ニ手掌ニテ刺戟ヲ加ヘルト臍ノ左下方ニ斜ニ走ル腸蠕動不穩ガ見ラレ、約 4cm ノ幅ヲ有スル 2 條ノ腸ノ輪廓ヲ明カニ示シ數分デ消失ス。觸診上腹壁ハ一般ニ軟カク、異常ナル抵抗、腫瘤、Blumberg 氏徴候、腹水等ハ證明セズ。左腸骨窩及迴盲腸部ニ輕度ノ壓痛ガアリ、聽診上稍々響鳴性ナル腸雜音ヲ聽ク。肛門ヨリ指診スルニ直腸膨大部ハ極度ニ擴張シ、前壁ニ壓痛、熱感ヲ證明スルガ指頭ニ血液ノ附着ハナイ。

血液検査：赤血球數 375 万、血色素量 70% (ザーリ)、白血球數 12000、中性多核白血球 95%。

尿：透明ニシテ正常、特ニ大腸菌ヲ證明セズ。

臨床診斷：慢性ノ經過ヲ以テ發病シ、腸狹穿ノ症狀ヲ現ハシテキルコトカラ、結核性腹膜炎ニヨル腸癒着或ハ異狀索狀物ニヨル小腸ノ絞扼ト考ヘタ。

ニ線検査：透視デハ左腸骨窩ニ「ガス」ニテ擴張シタ 2 條ノ腸管ヲ認メ、其他散在性ノ小腸内「ガス」、上行結腸、下行結腸ノ擴張等モ認メラレ。經肛の造影劑注入ヲ行フニ造影劑ハ直腸上端デ止リ、S 狀結腸ニハ全然流入シナイ。依ツテ S 狀結腸腸閉塞ノ疑ヲ以テ直チニ手術ヲ行フタ。

手術：臍下約 15cm ノ正中切開ヲ以テ開腹。腹水ナシ。小腸、大腸ハ異狀ニ擴張シ、漿膜面所々ニ淡黃白色ノ纖維性被膜アリ、輕度ノ癒着ヲ認ム。指頭ヲ以テ鈍性ニ剝離シ、擴張セル S 狀結腸ヲ腹腔外ニ出ス。ソノ頂點ハ S 狀結腸腸間膜根部ニ牽引サレ、2 條ノ擴張セル平行腸管ヲ形成シテ居ル。牽引サレテ居ル腸間膜根部ヲ檢スルニ古キ癰痕性收縮及ビ癒着ガアリ、ソレヲ中心ニ S 狀結腸ガ左廻リニ 360° 捻轉シ肛門側ノ附著部ニ近イ部分ハ細クナリ、是ガ口側ノ附著部ノ腸管ノ周圍ニ左廻リニ緩ク卷キ付イター周シテキル。從ツテ腸間膜モ捻轉ハシテキルガ血行障礙ヲ起ス程ニ絞扼サレル事ナク、腸管壁ノ色ハ正常デ機械的刺戟ニ應ジテ收縮シ得。

捻轉ヲ整復、癰痕性牽引ヲ除去シ肛門ヨリ直腸「カテーテル」ヲ挿入シテ「ガス」ヲ排出セシメ、腹壁ヲ縫合ヘ。

術後經過：手術創ハ一部感染セルモ經過良好。

考察：本例ニ於テ 1) 腹部膨滿ノ程度ノ低カツタコト、2) 疝痛トハ言ヘ輕度デアツテ、軸捻轉ニ通常見ラレル様ナ堪ヘラレナイモノデナカツタコト、3) 腹壁ニ蠕動不穩トシテ窺ハレタ腸管ノ輪廓ガ小サカツタコト、4) 健常尿中ニ大腸菌ヲ證明シナカツタコト(即チ腸管壁ノ強い血行障礙ヲ起シテ居ラナカツタコト)等ハ此ノ疾患ノ純機械的腸閉塞就中 Volvulus ト考ヘルニハ都合ノ惡イ點デアツテ從テ吾々モ臨床上ニハ Volvulus ヲ否定シテ居タノデアツタガ、ニ線検査デハ S 狀結腸ノ閉塞所見カラ Volvulus ノ疑ガ置カレ、手術ノ結果ハ明ニ Mesosigma ノ癰痕性萎縮ヲ中心トセル S 狀結腸ノ軸捻轉デアルコトガ證明セラレタ。シカシ此ノ際絞扼ノ程度ハ血行障礙ヲ惹起スル程強クナカツタ(コレハ健常尿中ニ大腸菌ヲ證明シナカツタ點トヨク一致スル)。即チ本症例ハ S 狀結腸軸捻轉症ニモ此ノ様ナ chronische Mesosigmoiditis ヲ持つテキテ、慢性腸狹窄症狀ヲ示シ、Sigma ガ緩ク捻轉シテハ、又自然ニ解離シ、又捻轉スルト云フ様ナ形ヲトルモノガ存在スル事ヲ具體的ニ吾々ニ教ヘルモノデアル。依ツテ茲ニ Invagination ニ於ケルト同様ニ Volvulus ヲ急性及ビ慢性ノ 2 ツニ分チテ慢性腸軸捻轉症 chronischer Volvulus ト云フ病名ヲ新シク提唱致シ度イノデアル。

ペルテス氏病ニ對スルラバアル氏手術例

黒澤俊祐 (京都外科集談會昭和 13 年 10 月例會所演)

患者：9 歳ノ男子

主訴：跛行

現病歴：60日程前カラ何等誘因ト思ハレル様ナ事ナク左側股関節部ニ輕度ノ打痛ヲ訴ヘソノ内ニ跛行スル様ニナツタ。發病當時ハ發熱トカ又關節部ノ腫脹トカハ見ラレナカツタ。疼痛ハ日ト共ニ次第ニ増大スルト云フ様ナ事ハナカツタガ走ツタリ又坐位カラ立上ツタリスル様ナ場合ハ特ニ疼痛ヲ覺エタ。

既往症：(正規出産デ)生來健康デ今日マデ醫療ヲウケタ事ガナイ。

家族歴：父母兄弟ハ健在デアツテ結核性疾患ノ様ナモノハ見ラレナイ。

現症：體格中等榮養佳良デアツテ次ニ述ブル様ナ局所所見以外ニハ異常ヲ認メズ。

局所所見：左側下肢ハ右側ニ比較シテ幾分細イ様ニ思ハレル(筋萎縮ヲ認メ)上腿中央部デ之ヲ計ツテ見ルニ右側 32cm, 左側 31cm デアツテ又下肢ノ長サハ右側 57.5cm, 左側 56.5cm デ即チ 1cm 短縮シテ居ル。左側大轉子ハ Roser-Nelaton 氏線上ニアツテ Trendelenburg 氏症狀ハ弱陽性デアリマス。左側ノ臀筋ハ一般ニヤセテ自動的ニモ他動的ニモ下肢ノ屈伸運動トカ又旋回運動ニハ疼痛ヲ訴ヘヌガ左側股關節ノ外轉運動ハ制限サレ鈍痛ヲ訴ヘマス。又左側大腿骨骨頭ニハ壓痛ヲ訴ヘマス。

X線所見：左側骨頭ハ著シク扁壓サレソノ高サハ減少シ外側 1/2 ノ部ニ透明部ヲ認メ骨端軟骨腺ハ健側ニ比シテ不規則ナ波狀ヲナシ外側ニハ濃厚陰影ガ見ラレ骨梁ハ認メラレズ。

血液像及ビ赤血球沈降速度ニハ變化ハ見ラレズ。

マンロー氏反應ハ陰性。

診斷：前述ノ所見ヨリ本症ハペルテス氏病デアルト思ハル。

療法：16/Ⅸ入院シ28/Ⅸ手術。ソノ手術方法ハ患者ヲ牽引手術臺上ニネセ豫メ大腿骨頸部捻轉角ヲ測定シソレ丈ケ患側ヲ内旋シ頸部ヲ水平トナシ「エーテル」全身麻酔ノ元ニ左側大腿部ノ大轉子ノ部カラ下方ニ凡ソ 5cm ノ切開ヲ加ヘ大轉子外下緣ノ下方 2cm ノ所カラ Kirschner 氏鋼線ヲ骨頭ニ向ツテ凡ソ 5cm サシ込シタ。骨頭ノ位置及ビ大腿骨軸上ノ刺入點ハ豫メ測定シ骨頭ニハ目印ヲツケテ置イタ。X線寫眞ヲトツテ正確ニ入ツテタルノヲ確メタノチ鋼線ヲヌキ深サ 5cm デアル事ヲ知り、次ニ鋼線ノ刺入點カラ錐ヲサシコミ孔ヲ擴大シ他方右側脛骨カラ直徑凡ソ 3mm, 長サ 5.2cm ノ骨膜ノナイ骨片ヲトリ之レヲ錐ノ穴ニ輕ク叩キ込ミ、筋、筋膜及ビ皮膚縫合ヲナシ手術ヲ終ツタ。

術後ハ「ギプス」繃帶トカ牽引トカ行ハズ安靜ヲ命ジ目下經過觀察中デアル。

考察：ペルテス氏病ノ療法トシテハ一般ニ保存的療法デアツタガ最近 2, 3 ノ人ニ依ツテ大轉子下大腿骨軸カラ骨頭ニ向ツテ骨片ヲ挿入スル事が試ミラレ相當ノ效果ヲアゲテタル様デアル。神中教授ハ關節外骨頭核「ボルツング」法ヲ考案シ非觀血的療法ノ場合ヨリモ骨頭ノ修復ヲ迅速ナラシメ骨頭ノ扁平化ヲ防ギ或ハ扁平化セルモノヲ膨マセル事が出來ルト云ヒ、コノ法ハペルテス氏病ニ對スル最モ優秀ナ治療法デアルト云フテタル。何故ニカ、ハル好結果ヲ得ルカト云フ事は就テハ次ノ様ナ 3 ノ點ヲアゲテ居ル。

1) 「ボルツング」ト云フ新骨傷ニ依ツテ大腿骨頸部及骨頭ニ反應的充血ヲ來シ血液循環旺盛トナル事。2) 正常デハ骨端軟骨帶ヲ通ツテ骨頭核ニ達スル血管ハナイガ「ボルツング」後ニ於テハ骨頭核ト頸部「メタフイーゼ」ハ新骨髓デ連絡セラレ兩者間ノ交通ガ開始セラレ骨頭核ノ榮養ガ著シク改善セラレル事。3) 骨新損傷ニ依テ造骨機轉ニ於ケル細胞増殖及ビ分化ヲ著シク旺盛トスル事。「ボルツング」ニ依ル自家骨移植ニヨリ骨再生力ハ尙一層旺盛デ而モ造骨刺激ガ永ク繼續シウル事ナドガアゲラレテキル。

健常骨幹端ヨリ骨端病竈ニ孔ヲ穿チ自家遊離骨片ヲ挿入スル事ハ 1923 年 Lavalley 氏ガ始メテ

骨關節結核ニ試ミタ手術デアツテ好結果ヲ得タト報告シテキルガ其後多數ノ人ニ依ツテ追試セラレコノ治癒機轉ハ刺激作用ニヨルモノデアツテ局所的ニハ充血、結締組織ノ増殖、石灰沈着、骨新生ヲ起サシメ(改善サレタ循環ハ病的產物ノ吸收ヲ來シ)一般的ニハ新陳代謝ヲ昂進サセルモノデアルト云フテキル。

余等ハ只今報告致シタ様ニ、大轉子下大腿骨軸ヨリ骨端病竈ニ骨片ヲ挿入シベルテス氏病ニLavallo 氏ノ手術方法ヲ應用シタ1例デアツテ、コノ結果ニ就テハ果シテ神中教授ノ云フ様ニベルテス氏病治療法ノ最優秀ノ方法デアルカドウカハ將來ニ待タナケレバナラスト思フ。

穿孔性胃潰瘍ト脾臓壞死トノ鑑別診斷

上 原 孫 市 (京都外科集談會昭和13年10月例會所演)

最近次ノ様ナ主訴ヲ持ツタ患者ヲ診タ。

第1例 32j ♂ 約60時間前突然ニ腹部全體ニ激痛ヲ來シ、10時間後ニハ惡心嘔吐ヲ伴ヒ腹痛ハ益々ソノ度ヲ増シテ排氣、排便ガ無クナツタ。

第2例 51j ♂ 約57時間前突然心窩部ニ激痛ヲ來シ堪ヘガタクデ2回麻醉藥ヲ注射ヲ受ケタ。10時間後ニハ惡心嘔吐ヲ來シ上腹部ニ緊滿感ヲ伴ヒ腹痛ハ益々ソノ度ヲ増シ排氣、排便ガ無クナツタ。

兩者トモソノ主訴ハヨク似テ居ルノデアルガ、只最初疼痛ヲ訴ヘタ部分ガ第1例デハ腹部全體デアリ、第2例デハ心窩部デアル。

次イデ來院當時ノ一般並ニ局所所見ニツイテ述ベル。

第1例 體格中等榮養ハ稍々衰ヘテ顔貌苦悶狀。體溫 37.5°C、脈搏120、整調デアルガ緊張弱、腹部ハ一般ニ膨隆シテ肝濁音が消失シテキル。觸診スルト筋緊張ガ腹壁全體ニアツテ特ニ上腹心窩部ニ強クBlumberg氏症候及壓痛モ著明デアル。併シ腫瘍ハ何處ニモ觸レナカツタ。腹水ヲ證明シ鼓腸ガ著明デ腸雜音ヲ聽カナカツタ。經肛門ノ検査ニ異常ハナカツタ。白血球數5600、中性多核白血球84%デアル。

第2例 體格大デ榮養可良、顔貌稍々苦悶狀。體溫37.5°C、脈搏90、整調デ緊張良好。腹部ハ一般ニ瀰漫性ニ膨隆シテ居ルガ肝濁音ハ右乳線デ第6肋骨部ニ存在シテキル。觸診スルト筋緊張ガ腹壁全體ニアツテ特ニ上腹心窩部ニ強ク板様硬デBlumberg氏症候ハ不明、只壓痛ガ著明デアツタ。併シ腫瘍ハ何處ニモ觸レナカツタ。鼓腸ガ著明デ腸雜音ハ弱カツタ。白血球數9700、中性多核白血球93%デアツタ。經肛門ノ検査ニ異常ハナカツタ。

以上ノ如ク兩者ノ一般並ビニ局所所見ハ眞ニヨク似テキルノデアル。併シ仔細ニ比較シテミルト相違點ガアルノデアル。即チ

第1例 1) 肝濁音が消失シ、2) 脈搏ハ熱型、ソレニ腹膜炎ノ症候ガ著明デ一般狀態ガ惡イノニ反シ

第2例 1) 肝濁音が存在シ、2) 腹膜炎ノ症狀ガ餘リ強クナク一般狀態モソソナニ惡クナカツタ。

ソコデ第1例デハ氣腹ガアリ腹膜炎ノアル點カラ胃潰瘍ノ穿孔ト診斷シタ。

第2例デハ氣腹ノ症狀ガ無イノデ急性脾臓壞死デアルマイカト考ヘタ。一應胃潰瘍ノ穿孔ニヨル限局性腹膜炎カトモ考ヘタガ肝濁音ノ存在スルコトカラ、之ヲ否定シタノデアル。次デ診斷ノ補助ニト既往歴ヲ問フテミタ。ヘルト

第1例 6年前カラ心窩部ニ飢餓時ニ疼痛ヲ訴ヘテオリ、第2例ハ之ヲ訴ヘテ居ナイガ約6年前發熱黃疸ヲ來シタコトガアル。但シ腹痛ハ無カツタトノ答ヘデアル。

即チ第1例ニハ胃潰瘍ノアツタコトハ確デアル。第2例ノ發熱黃疸ハ膽石ニ依ツタモノデアルカ否カハ全く不明デアルガ膽道ニ疾患ガアツタコトハ事實デアル。西洋ノ文獻ニハ膽道疾患特ニ膽石ヲ有スルモノニ急性脾臓壞死ヲ來スモノガ多イト報告サレテ居ル。之ノ點カラシテモ第1例ハ胃潰瘍穿孔デアルト考ヘラレ、

第2例ハ急性脾臓壊死デアラシク思ヘタ。更ニ尿ヲ検査シテ見ルト、第1例デハ尿中大腸菌ヲ無数ニ證明シタガ、第2例デハ全ク證明出來ナク「デイアスターゼ」ガ 38°C, 30分デ 2⁸ 迄陽性デアツタノデ益々上述ノ診斷ガ正シイト考ヘタノdeal。

開腹ノ結果ハ、第1例：胃幽門部潰瘍穿孔ニヨル腹膜炎。第2例：急性脾臓壊死デアツタ。第1例ハ術後10時間デ死去シ、第2例ハ術後1ヶ月ノ今日ニ至ル迄壊死物質及多量ノ膿ヲ排出シテ居ル。

以上兩患者ハヨク似タ主訴ト局所及一般所見ヲ持ツテ來院シタノdealガ、仔細ニ「アナムネーゼ」及ビ症候ヲ検査スルコトニヨツテ術前大體診斷ヲ下シ得タモノdeal。

胃潰瘍ノ穿孔ト急性脾臓壊死トノ鑑別診斷ニ就テハ既ニ成書ニモ種々述ベラレテ居ルノdealガ最近ノ上述ノ經驗カラ次ノ點ヲ特ニ注意スル様ニ強調シタイノdeal。

1) 肝濁音ノ有無、2) 脈搏ノ性狀、3) 既往歴、4) 尿中大腸菌ノ有無及尿中「デイアスターゼ」量、勿論以上ノ1ツガ絶對値ヲ持ツテ居ルノデハナイノdealカラ、ソノ他ノ症候モ充分ニ參酌シテ判斷ヲ下ス必要ガアル。