

## 臨床瑣談

### 高度ナル脊髓性麻痺ヲ主徴トシタルカーレル氏病症例追加

金 將 星 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

患者：60歳ノ男子

主 訴：1) 項部ニ於ケル不快鈍痛 2) 全身ニ於ケル知覺並ニ運動障碍

現病歴：本年10/Ⅶ頃ヨリ何等誘因ト思ハルモノナクシテ腰痛ヲ覺エ軀幹ノ屈伸ニ際シテ増強セルヲ以テ18/Ⅷ本院内科ニ入院、蛋白尿ノ出現ヲ認メラレ腎臓炎ノ診斷ノ下ニ加療ヲ受ケ一時腰痛ハ輕快シタルニ依リ6/Ⅹ退院セリ。然ルニ本年8月頃ヨリ右側上膊ノ舉上ガ鈍トナリ左上膊ヲ以テ之ヲ支フルニ非ザレバ舉上不能トナルニ至リタルガ6/Ⅹヨリハ更ニ左側肩胛部ニ搏動性疼痛ヲ感ズルニ至リ、自動運動ハ全く障碍セラレタリ。27/Ⅹ頃ヨリ左側第二指尖端ニ知覺減弱ヲ來シタルニヨリ27/Ⅹ再ビ内科ニ入院セリ。4/Ⅺ頃ヨリ頸部ノ運動ガ不自由トナリ強ヒテ之ヲ運動セシムル時ハ第Ⅲ頸椎部ニ輕度ノ疼痛ヲ感ジ兩側上肢ニ放散スル牽引痛ヲ感ズルニ至リ把握力著明ニ低下セリ。5/Ⅺニハ兩側手背及ビ前膊部ニ知覺異常ヲ生ジ上肢及ビ手ノ運動ハ全く妨ケラレ痛覺ハ存セザリシモ兩側ノ上肢ノ伸展側ニ知覺減退ヲ來シタルニ依リ壓迫性脊髓炎ノ診斷ノ下ニ21/Ⅺ整形外科ノ治療ヲ乞ヒテ轉室入院セリ。

最近特ニ注目スベキ自覺症狀トシテ頸部運動ノ障碍アルヲ訴フ。即チ4/Ⅺ頃ヨリ頸部ノ屈伸及ビ迴轉運動ガ何トナク鈍トナリタルニ氣付キ、第Ⅴ頸椎部ニ疼痛ヲ覺エ其ノ疼痛ハ兩側上肢ニ放散スルヲ常トシ、他動的ニ頸部運動ヲ強フル時ハ激痛ヲ來ス。

既往歴：生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。急性傳染病、血液疾患等ヲ經驗シタルコトナシ。昨年7月(發病約1ヶ年前)ニ腎臓炎ニ罹患シ醫療ニヨリ治癒セシコトアリト云フ。

遺傳歴：特記スベキコトナシ。

現 症：體格中等大、榮養稍々衰ヘ骨格稍々纖弱ナリ。脈搏ハ整調ナレドモ弱ク心悸ノ尤進ナク心音又純ナリ。血壓ハ最高172、最低75ニシテ稍々高シ。脊部ヲ見ルニ第Ⅴ頸椎部少シク膨隆シ輕度ノ壓痛ヲ感ズ。即チ打痛著明ニシテ頸椎部ハ一般ニ剛直著明ナリ。頸部ノ運動ヲ命ズルニ激痛ヲ訴ヘ其ノ電擊性疼痛ハ兩側上肢ニ放散ス。腰椎部ニ龜背ヲ認メズ輕度ノ側彎ヲ認ムルニ過ギズ。四肢ヲ診ルニ手關節ノ運動全く制限セラレ四肢ハ一般ニ弛緩性麻痺ヲ呈ス。橈骨神經領域ニ於ケル知覺麻痺著明ナリ。其他四肢ニ於ケル知覺麻痺モ相當高度ニシテ軀幹及ビ兩側下肢ニ於ケル知覺異常ヲ證ス。「アキレス」腱反射ハ兩側共ニ低下シ足搖擗ハ著明ナルモ膝蓋搖擗ハ認メズ。入院後患者ハ一般狀態良好ナリシモ入院後5日目ヨリ高熱ヲ發シ呼吸速迫シ脈搏頻數トナリ入院後7日目遂ニ鬼籍ニ入りタリ。

尿所見：蛋白陽性且ツ Bence-Jones 氏蛋白尿陽性。

血液像：末梢血液像：赤血球數223萬、白血素量68%、血色素1.55(低血色素性貧血)、有核赤血球ヲ認メズ。白血球數ハ13,000ヲ算シテ稍々強キ白血球增多ヲ證ス。血小板ハ21萬アリテ正常。

骨髓像：胸骨穿刺ニ據ル骨髓像ヲ檢シタルニ特有ナル骨髓腫細胞約50%内外ノ出現即チ形質細胞性網狀織細胞性ノ腫瘍性增生ヲ認ムルヲ特異トセリ。

㊦線検査：骨髓腫侵襲部位ハ脊椎、肋骨、鎖骨、肩胛骨、胸骨、骨盤骨等ノ扁平骨ニシテ骨皮質ハ極メテ薄ク特有ナル小圓形光線透過像ヲ無數ニ認メ脊椎ニ於テハ畸型性脊椎炎ノ像著明ナリ。

患者血清ノ作用：患者血清ヲ2.5ccノ割合ニ家兔耳靜脈ニ注射シ其ノ血液像ヲ精査シタルニ注射後強キ白血球減少ト赤血球數ノ激減ヲ認メ而モ白血球減少ヲ來シタル時期ニ於テハ比較的淋巴球增多ト中性嗜好細胞ノ減少強ク恰モ無顆粒性白血球減少症ノ如キ血液像ヲ呈セリ。即チ本患者血清中ニハ強キ骨髓機能抑制性物質含有セラルルヲ知レリ。

考 按：原發性多發性骨髓腫ハ稀有ノ疾患ニシテ往々其ノ診斷困難ナルニヨリ死後剖檢ヲ爲スニ至リテ始メテ認定セラルル場合多シ。而シテ骨髓腫ノ本態モ全ク解明セラレズ且ツ骨髓腫細胞ノ姿態起源ニ關シテモ數他ノ學說紛糾シ發生學上容易ニ端倪スベカラザル複雑性ヲ示スモノナリ。

余ハ囊ニ皮膚轉移ノ一形態トシテ菌狀息肉症ヲ併發シタル原發性多發性骨髓腫ノ一例ニ遭遇シ胸骨穿刺ニ依リ腫瘍細胞ノ本態ヲ追求シ、骨髓型形質細胞性骨髓腫細胞ナル命名ノ下ニ之レヲ綜括發表セリ(本誌第16卷, 第1號, 79頁)。

本例ニ於テハ檢索ノ結果骨髓腫細胞ノ本態ハ型質細胞性骨髓腫細胞ナリシヲ確メタリ。

而シテ特ニ興味アルハ本患者ノ血清中ニ催貧血性並ニ催白血球減少性物質ノ出現セル事實ニシテ骨髓腫發生乃至腫瘍性貧血ノ發生機轉ニ關シ一種ノ「ホルモン」作用ノ存在スル事實ヲ暗示スルモノトシテ注目ニ價ス。

### 頸部囊腫剔出後ニ現レタル嚥下不能症

(迷走神經切斷ニ對スル注意)

相 川 文 夫 (京都外科集談會昭和14年1月例會所演)

患 者：39歳，女

主 訴：右側頸部ノ無痛性腫脹

現病歴：約5年前右側頸部ニ拇指大ノ無痛性腫脹アルヲ氣付ケリ。自覺症狀ナキ故放置セルニ、其ノ後次第ニ大サヲ増シ現在ニ及ブ。

既往症：6年前ヨリ肺結核ニテ治療ヲ受ケ今日ニ及ブ。

家族歴：特記スベキモノナシ。

臨床所見：體格中等，榮養良好，肺胞音ハ一般ニ粗，囉音ヲ證明セズ。右側頸部ニ鷲卵大ノ腫脹アリ。上方ハ乳嘴突起下1横指，下方ハ喉頭ノ高サ，前方ハ下顎角，後方ハ乳嘴突起後2横指ニ達セリ。表面平滑，周圍ニ靜脈怒張アリ。觸診上熱感ナシ。硬度ハ緊張彈性硬，波動著明，壓迫上昇法陽性。

血液及尿所見：著變ナシ。血球沈降速度ハ中等價ニテ25。

診 斷：右側頸部囊腫

手術所見：右乳嘴突起ヨリ2横指下ヨリ胸鎖乳頭筋ニ平行ニ約10cmノ皮膚切開ヲナス。腫瘍ハ胸鎖乳頭筋ノ下部ニアリ周圍トノ癒着著カラズ。灰白色ノ囊腫ニシテ内容ハ稍透明ナル粘液様血液様ノ液ナリ。深部ニテハ頸椎突起，頸靜脈孔ノ近クマデ及ビ内頸動脈，内頸靜脈，及ビ舌下神經ト癒着シ，タメニ舌下神經ヲ切斷セリ。

經 過：術後呼吸困難，舌右傾ヲ來ス。脈搏ハ1分時120，咳嗽，咯痰アリ。次第ニ嚥下困難トナル。爾後鼻腔注入ニヨリ榮養ノ補給ヲナセシモ間モナク誤嚥ニヨリ氣管枝炎ヲ起シ，咳嗽，咯痰，惡心及ビ嘔吐甚シ。術後1ヶ月ニ胃瘻造設術ヲ施ス。其ノ後再ビ惡心，嘔吐ヲ來セルヲ以テ，胃瘻ヨリ造影劑ヲ注入，線検査ヲナセシニ造影劑ハ容易ニ十二指腸，小腸ニ移行シ狹塞部ハ認メラレズ。神經性幽門痙攣ト考ヘラル。

神經麻痺ノ狀態ハ，1) 舌ハ右側ニ偏シ，且右側ヘノ運動障礙サレ，舌音不明瞭。2) 口蓋帆ハ左側ニ偏シ軟口蓋正中線ハ發音時左側ニ偏ス。聲帶ハ右側ハ正中位ヲ取りテ麻痺シ，内甲狀披裂筋麻痺，音聲嘶嘎アリ。3) 嚥下全ク不能，咽頭及喉頭ニ於ケル知覺ハ右側鈍麻，舌根部ノ味覺ハ右側ハ全ク麻痺ス。4) 右上肢ノ肩胛關節以上ニ上ゲル事不十分ナリ。

本例ハ上述ノ如キ所見ヨリ、舌咽神経、迷走神経、副神経麻痺、換言スレバ頸靜脈孔徵候群 (Syndrom in d. Foramen jugulare) = 舌下神経麻痺ノ合併セルモノナル事明白ナリ。

考察：頸部悪性腫瘍手術時ニ於テ迷走神経切斷ハ屢々惹起サレル事ナルモ、カ、ル際上喉頭神経分枝以下ニ於ケル切斷ハ生命ニ危険ナキモノトセラル。

本例ノ迷走神経切斷ハ喉頭ノ知覺麻痺ヨリ、上喉頭神経分枝以上ノ部、即チ頸靜脈孔ヨリ舌咽神経、副神経ト共ニ頭蓋腔ヲ出ヅル部ニテ共ニ切斷サレタルモノト考ヘラル。元來嚥下運動ハ單一神経ノ支配ニヨリテ行ハレルモノデハナク、舌咽、迷走、舌下、諸神経ノ共同作用ニヨリ行ハレルモノデアリ。本例ノ嚥下不能症モ迷走神経ノミノ切斷ニヨルモノデナク、舌咽、舌下兩神経ノ切斷ニヨル共同作用ノ不平衡ニヨリ生ゼシモノト思ハレル。

本例ニ於ケル上記神経損傷ハ、モトヨリ全ク氣付カザル間ニ行レタルモノナレドモ、上頸部ノ頸靜脈孔ニ近キ部位ニ於テハ之等ノ神経ガ互ニ相接近シテ走行スルガ故ニ、之等ノ神経ヲ同時ニ損傷シテ頸靜脈孔徵候群ヲ來ス虞甚ダ多シ。而シテソノ結果ハ本例ニ於ケルガ如ク生命ニ危険ナル恢復不能ナル嚥下麻痺ヲ來スガ故ニ甚ダ注意スベキ事ナリ。從テカ、ル部位ノ腫瘍ニ對シテハ特ニ剝離容易ナル場合ニ非ル限り、假令悪性腫瘍ニテモ手術ノ根治ヲ斷念シテ、寧ロ被膜下剝離ヲ行フヲ以テ可トスベシ。況ヤ本例ノ如キ良性腫瘍ニ於テハ尙更ノ事ナリ。

## 頸部肉腫ノ硬膜外轉移症例

新 美 陸 世 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

患者：28歳，男 (13/X入院)

主 訴：右頸部ノ無痛性腫瘍

現病歴：右頸部ニ無痛性腫瘍ヲ來シ次第ニ増大ス。發病半年ニシテ摘出手術ヲ受ケタルモ術後直チニ無痛性腫瘍ヲ再發シ再手術ヲ受ク。其後3度同様ノ腫瘍ヲ發生セリ。今日迄1回レ線治療ヲ受ケタルモ效果ナカリキト言フ。最近横臥ニ際シ背部ニ疼痛ヲ來ス様ニナレリ。

現 症：一般所見：肝、脾共ニフレズ。脊柱ニモ打痛強直ナシ。血液像ニモ變化ナシ(淋巴球27%)。

局所所見：右頸下部、胸鎖乳頭筋前緣ニ沿ヒ、約7cmノ手術瘢痕有リ。ソノ下ニ超鷄卵大ノ表面粗ナル腫瘍ヲ認メ無痛性彈性硬境界不鮮明ニシテ基底トモ表面トモ全ク不動ナリ。試験切片切除ヲナシ、組織標本ヲ檢スルニ淋巴肉腫ノ一種タル Reticulosarkom ナルヲ知レリ。以來3回レ線治療ヲナシ著シク腫瘍ハ縮小ス。入院中背部左側ノ神経痛様疼痛ハ次第ニ増強シ左肋間神経Ⅵ—Ⅷニ相當スル皮膚ニハ知覺鈍麻ヲ來シ神経痛性疼痛ノ夜間ニ著シ。脊柱ニ線寫眞ニ於テハⅤ—Ⅶ胸椎棘狀突起ノ像不鮮明ナル他ニ變化ナシ。

12/XI, 「モルヨドール」ニヨル「ミエログラフイー」ニテ胸椎第Ⅴノ部分ニ通過障礙ヲ認メ、停止「モルヨドール」下界ハ通常ノ硬膜内腫瘍ノ際ニ見ラルル如キ上方ニ向フ凸面ヲ示サズ。從テ「モルヨドール」停滞ノ原因ハ硬膜外ニアリト考ヘタリ。

診 斷：肋間神経ノ壓迫症狀、「ミエログラフイー」及ビレ線寫眞像等ヨリ頸部ノ淋巴肉腫ノ硬膜外轉移ヲ考ヘタリ。19/XI 朝突如右側顔面神経上下枝ノ不全麻痺ヲ來セリ。コノ原因モ亦恐ラクハ同様ナル肉腫ノ頭蓋底面ヘノ轉移ト考ヘタルママ、同日午後椎板截除術ヲ實施セリ。

手 術：胸椎Ⅴ—Ⅷノ棘狀突起ヨリ椎弓、横突起ヲ露出スルニⅤ、Ⅵ、Ⅶ胸椎間左側部ヨリ灰白色ニシテ肉芽組織ノ如ク見ユル腫瘍ガ發生シテ筋肉内ニ排壓的ニ進入スルヲ認メタリ。骨ニハ變化ハ認メズ。コノ腫瘍組織ヲ銳匙ニテ出來得ル限り搔爬除去ス。次デ胸椎Ⅴ—Ⅷノ椎板截除ヲ行ヒ硬膜外腔ヲ露出スルニ同様ナ

腫瘍組織ガコノ部ノ硬膜外腔殊ニソノ左側部ヲ填セリ。腫瘍ノ範圍ハV胸椎上縁ヨリVIII胸椎ノ中央部迄ナリ。腫瘍組織ハ硬膜ニ向ツテモ浸潤性ニ進入セルタメ硬膜ヨリノ剝離ハ少カラザル困難ヲ伴ヘリ。腫瘍ハ左側後根ヲ越エテ更ニ前面ニモ達ス。之レヲ出來ル限リ剔出シ、上縁近接照射ヲ行ヒ硬膜ヲ開クコトナク軟部ヲ3層ニ縫合シ手術ヲ終ル。腫瘍ハ組織學的ニハ Reticulosarkom ナリ。

經過：良好ニシテ切開創ノ一部ガ表在性ニ感染セル以外ハ第I期癒合ヲ營ミ、術後神經痛様疼痛、知覺麻痺ハ消失ス。顔面神經麻痺ハ増悪スルコトナク榮養状態モ良好ナルママ現在ニ及ブ。

考察：Kundrat 淋巴肉腫症ハ淋巴組織ヨリ發生スル肉腫ニシテ、肝、脾ノ肥大ナク專ラ淋巴道ヲ通り轉移ヲナスヲ特徴トス。之レニ2種類ヲ區別ス。1) 淋巴球細胞ノ増殖ニヨリ起ル肉腫ニシテ本來ノ Lymphosarkom ト言フベキモノナリ。2) 淋巴腺中ノ網狀組織細胞ノ増殖ヲ主體トスル Reticulosarkom (Oberling) ナリ。Reticulosarkom ハ組織學的ニハ血管ノ内被細胞ト同ジク大小長短種々ノ原形質突起ヲ有シ互ニ吻合シ網眼ヲナシコノ間ニ遊離細胞ヲ有ス。核ハ圓形、橢圓形、紡錘形等多種多様ニシテ時ニハ「ジンチチウム」様結合ヲナス。

Reticulosarkom ノ本態ニ就テ Kundrat ハ自律神經ノ障碍ナリトシ Borst, Löwe, Stein ハ眞正腫瘍トナシ、Banti 等ハ眞正腫瘍ト系統的疾患トノ中間トセリ。

原發部位ハ頸部次デ縦隔竇ニ多シトサル。

轉移 末期ニ於テノミ血行性轉移ヲ來スコトアレドゴク稀レニシテ多クハ淋巴道ヲ通ルモノナリ (Kundrat)。コノ症例ニ於テモ經淋巴道轉移ナリト解スルガ正當ナルベシ。而モ轉移ハ專ラ淋巴性臟器ニ蔓延スルヲ以テ本態トナシ只時ニ全身性ニモ來リ得ルナリ。淋巴肉腫ノ硬膜外轉移ハ決シテ稀ニ非ズ。蓋シ硬膜外腔ニハ正常的ニ淋巴腺乃至淋巴腺様組織存在スレバナリ。

血液像 白血球數ニ變化ヲ來スコトナク比較的淋巴球減少ヲ來スモノ多シ。即腫瘍ノ淋巴組織破壊ニ由ルモノナリ。治療上 Reticulosarkom ハ他ノ肉腫ニ比シ上縁、ラチウム「ガ」極メテ著效ヲ舉グルモノニシテ本症例ニ於テモ著シキ效果ヲアゲツツアリ。

### 開放創ヲ有スル胸圍結核ノ治療方針ニ就テ

三 好 爲 一 (京都外科集談會昭和13年12月例会所演)

患者：33歳，女子 (昭和13年8/XI入院)

主 訴：右胸鎖關節部ニ於ケル無痛性腫脹

現病歴：本年4月肩ガ凝ツタノデ按摩ヲ受ケタトコロ、右肩胛部ニ疼痛ヲ覺エ、約10日間ノ濕布ヲテ疼痛ハ消退シタガ、何時トハナシニ右胸鎖關節部ニ腫脹ヲ來シ、8月中旬自潰シテ少量ノ稀薄ナ液ヲ排出シ、以來創ハ難治デ今日ニ及ンデキル。食嗜並ニ睡眠ハ佳良デアルガ、間々咳嗽ガアル。

既往症：特記スベキモノハナイ。

家族歴：母ガ結核性ノ病デ亡クナツテキル。

現 症：一般所見・體格、榮養中等、顔貌、脈搏、呼吸、體溫等總テ正常。右胸背面下部ニ於テ呼吸音微弱。血液像ニハ比較的淋巴球增多症(42%)ヲ認ム。

局所所見：右胸鎖關節部鳩卵大ニ腫脹ス。腫脹ハ漸次周圍ニ及ビ、中央ニハ物質缺損アリ、米粒大ノ白色物附着シ、物質缺損周圍ノ皮膚ハ帶紫赤色ナリ。硬度ハ中央部ハ彈性軟、周圍ハ硬變シ、僅ニ壓痛ヲ證明ス。消息子ニテ探ルト約2糎ノ深部ニ於テ粗ナ骨ニ觸レ、少量ノ稀薄、漿液性ノ液ヲ漏ラス。

## 診 斷：胸鎖關節結核

手 術：帶紫赤色ノ皮膚ヲ繞リテ紡錘形ノ皮切ヲ加へ、結核性ニ變化セル鎖骨ヲ充分ニ切除シ且ツ病竈ヲ搔爬シタ後、附近ノ筋肉片ヲ以テ腔ヲ充填シ、連荷<sub>L</sub>コクチゲン<sup>1</sup> 2 cc. ヲ注入シテ皮膚ヲ全般ニ互リ縫合ス。

術後経過：全ク順調ニシテ第 I 期癒合。

考 察：胸圍結核ニ對シテハ、我々ハ從來カラ總テ切開ノ上肉芽組織ノ搔爬或ハ剪除、死腔内筋肉片填充、手術創ノ一次的閉鎖ニヨツテ好成績ヲ擧ゲテキル。

本例ニ於テモソレガ開放創ヲ行セシニ拘ラズ完全ニ第 I 期癒合ニ成功シタ。コレハ填充シタ筋肉ニハ血管ガ多ク、更ニ、コクチゲン<sup>1</sup>ヲ注入シタコトニ由リ局部ノ喰菌作用ガ旺盛トナリ、開放創ノ閉鎖ニモ拘ラズ、差シタル感染ヲ來サナカツタモノト思惟スルノデアル。即チ混合感染ヲ來シテ居ル開放性ノ胸圍結核ノ治療ニ當ツテモ、先ヅ閉鎖性非感染胸圍結核ト同様ニ筋肉填充ヲ行ヒ且ツコノ際ハ<sub>L</sub>コクチゲン<sup>1</sup>ヲ注入シテ閉鎖スベキデアル。

## 嫌氣性菌ニ依ル腐敗性膿胸ノ 2 例

村 上 治 朗 (京都外科集談會昭和13年12月例會演題)

## 第 1 例：足○正○，64歳，男子

本年1月頃ヨリ嚥下困難ガアリ、食道癌ノ<sub>L</sub>ラヂウム<sup>1</sup>治療ヲ受ケテ居タガ、17/Ⅷ以來流動食モ通ラナクナツタノデ、其ノ翌日胃瘻造設ヲ受ケタ。然ルニ15/Ⅸ<sub>L</sub>カテーテル<sup>1</sup>ガ閉塞シタノデ、其ノ翌日再ビ手術ヲ行ハレ空腸瘻ノ造設ヲ受ケタ。

患者ハ發病以來漸次衰弱ヲ加ヘテ居タガ、第2回目ノ手術後特ニ夫ハ著シクナリ、1日數回腐敗性惡臭アル黒褐色液ヲ吐出シ、食思ハ全ク不振デ、著シク瘦衰スルニ至ツタ。手術後無熱デアツタノガ、突然8日目ヨリ38°乃至39°Cノ弛張熱ガアル様ニナリ、右胸部ノ背面ハ瀰蔓性ニ打診上單音ヲ呈シ、呼吸音ハ弱クナツタ。胸部所見ハ其ノ後日ト共ニ顯著トナリ、術後13日目ニハ右側前腋窩線ヨリ後方ハ打診上全ク濁音ヲ呈シ、呼吸音ハ全ク聽キ得ナクナツタ。胸腔穿刺ヲ行ツタ所約400ccニ非常ニ惡臭アル暗褐色濁濁セル瓦斯ヲ含ム滲出液ヲ得タ。翌日亦胸腔穿刺ニヨリ同様ナル液約1000ccト多量ノ瓦斯ヲ排除シタ。患者ハ胸部所見ガ現ルルニ及ンデ益々衰弱シ、術後15日目ノ30/Ⅸ遂ヒニ鬼籍ニ入ツタ。

胸腔ヨリ得タル膿汁中ニハ普通ノ好氣性菌ヲ證明セズ、健康體デハ單感染ヲ起スコトノ稀ナ瓦斯<sub>L</sub>フレグモーネ<sup>1</sup>ノ病原菌ノ一種デアル絶對嫌氣性芽胞菌 *Bacillus putrificus verrucosus*ノ單感染アリシコトガ證明セラレタ。即チ患者ノ衰弱ニ伴フ Vitalität ノ低下ヲ誘因トシテ隣接病竈ノ嫌氣性芽胞菌ノ侵入感染ガ惹起セラレタモノト理解セラレタノデアル。

## 第 2 例：村○秀○，49歳，男子

本年10月13日ヨリ右側季肋部ニ鈍痛ヲ覺ヘ、38°C内外ノ弛張熱ヲ伴フニ至ツタガ、18日後ノ1/Ⅹ朝該部ニ激痛アル瀰蔓性腫脹ガ現ハレ、夫ハ急激ニ増悪シテ、本院ヲ訪レタ。3/Ⅹ即チ翌々日夜ハ腫脹ノ上端ハ左乳線上第Ⅳ肋骨、下端ハ左直腹筋外緣ヲ膈ノ高サヨリ尙約5cm下方ニ及ビ、左端ハ左側後腋窩線、右端ハ正中線ヲ越エルコト3横指ニ及ブ廣範圍ニ互リ、表皮ハ汚穢青黑色ヲ帶ビ、觸診スルト非常ニ壓痛ヲ訴フルト共ニ腫脹部ノ全般ニ互リ著明ノ Emphysemknistern ヲ聽キ、打診上鼓音ヲ呈シテ居タ。聽診上左側胸部ニハ呼吸音微弱デアツタ。

體格中等、榮養ハ著明ニハ衰ヘナイガ、顔面蒼白、苦悶狀ヲ呈シ、體温ハ37.2°Cデアルガ、脈搏微小ニシテ緊張微弱、心機著明ニ亢進シ、全身狀態ハ極メテ重篤デアル。瓦斯<sub>L</sub>フレグモーネ<sup>1</sup>ノ診斷ノモトニ腫脹部全般ニ互ル廣範圍ノ切開ヲ行フニ、惡臭アル汚穢帶綠色ノ多量ノ膿汁ト共ニ泡沫様ノ瓦斯ヲ排出シ、皮下組

織、筋膜、筋肉ハ總テ壊死ニ陥リ、病竈ハ示指ヲ通ジ得ル孔ニヨツテ肋膜ヲ破リ胸腔ニ續クコトヲ證明シタ。創面ハ過酸化水素液ニテ充分ニ洗滌シ、大腿筋内ニ傳研抗瓦斯壞疽血清40託ヲ注射シタガ、全身症狀ハ輕快セズ、翌朝午前2時35分遂ヒニ鬼籍ニ入ツタ。

膿中ニハ普通ノ好氣性菌ヲ證明セズ、瓦斯<sub>L</sub>フレグモ<sub>ネ</sub>病原菌ノ一種 Bacillus putrificus verrucosus 並ビニ絶對嫌氣性ナル Bacillus multiformis 様ノ桿菌ヲ證明シタ。動物試驗ヲ行フニ Bacillus putrificus verrucosus 一ハ海獺、家兎共ニ病原性ナキモ、Bacillus multiformis 様桿菌ハ海獺、家兎ヲ共ニ敗血症ナラシメテ2乃至5日デ死ニ至ラシメル。

即チ本症例デハ2種ノ嫌氣性菌ノ共生が見ラレタノデアル。而モ不明ナル病原性嫌氣性桿菌ノ胸腔内感染ニ比較的生體ニ寄生病原性ヲ發揮シ難キ Bacillus putrificus verrucosus ガ共生シタモノデアルト理解セラレルノデアル。ナゼナラバ Bacillus putrificus verrucosus ガ健康ナル生體ニ單獨ニ感染シ瓦斯<sub>L</sub>フレグモ<sub>ネ</sub>ヲ惹起セルコトハ一般ニ知ラレテ居ナイカラデアル。即チ本來ノ瓦斯<sub>L</sub>ブランド<sub>ト</sub>病原菌ハ他ノ傳染病原性細菌ト異ナリ、健全ニシテ血液供給充分ナル組織ヲ侵ス能力ナキモノナリトハ一般ニ信ゼラレテ居ル所デアル(竹内、Pfeiffer et Bessau)。

#### 村井氏ヨリ分離セル1新桿菌ノ物理學的性狀

1. 桿狀ナレドモ大小不同、球菌様、肺炎双球菌類似、連鎖ヲナスモノアリ、又輕度ニ彎曲セルモノアリ、運動性アリ、芽胞不證明、グラム陽性
2. <sub>L</sub>ゲラチン<sub>ト</sub>高層 液化殆ンド證明サレズ
3. 血液寒天平板 濕潤及白色瀰蔓性、溶血(-)、<sub>L</sub>ヘマチン<sub>ト</sub>化(+)
4. 肉汁 混濁
5. 血液肉汁 血液凝固
6. 牛乳 凝固
7. 寒天高層 深部ニノミ生育、瓦斯發生(-)
8. 種類 <sub>L</sub>マルト<sub>ーゼ</sub><sub>ト</sub>、<sub>L</sub>ザリチン<sub>ト</sub>、<sub>L</sub>ラクト<sub>ーゼ</sub><sub>ト</sub>、<sub>L</sub>グリセロール<sub>ト</sub>、<sub>L</sub>イソツルシット<sub>ト</sub>、<sub>L</sub>レブロー<sub>ーゼ</sub><sub>ト</sub>、<sub>L</sub>ツルシット<sub>ト</sub>、<sub>L</sub>グルコー<sub>ーゼ</sub><sub>ト</sub>、<sub>L</sub>マンニツト<sub>ト</sub>、<sub>L</sub>ガラクト<sub>ーゼ</sub><sub>ト</sub>、<sub>L</sub>サツカロ<sub>ーゼ</sub><sub>ト</sub>、<sub>L</sub>イヌリン<sub>ト</sub> 總テ分解酸生成
9. <sub>L</sub>インドール<sub>ト</sub>微量ニ生成
10. 絶對嫌氣性
11. 海獺、家兎ニ對シテ病原性

考察：嫌氣性菌ノ感染ハ一定ノ條件が必要トセラレテ居ルノデアル。即チ 1) 創傷ガ複雑デ大キク、組織ノ破壊ニヨル血行障碍ノ異物(汚物、土壤片等)ノ侵入ノアルコト、2) 同時ニ好氣性菌ナル連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、變形菌、大腸菌等ノ侵入ニヨリ酸素ガ消費セラレ營ニ嫌氣性菌ノ發育ガ共ノ爲メニ助長セラレルバカリデハナク、組織ヲ破壊シテ嫌氣性菌ノタメニ侵サレ易クセラルルコト、3) 創傷ニヨル<sub>L</sub>シヨツク<sub>ト</sub>、失血、遠路ノ運搬、榮養不良等ノタメ患者ノ Vitalität ガ著シク低下スルコトデアル。コノ事實ハ平時我々ノ周圍ノ土壤、糞便中ニハ各種ノ瓦斯<sub>L</sub>フレグモ<sub>ネ</sub>病原菌ガ無數ニ存在スルニモ拘ラズ瓦斯<sub>L</sub>フレグモ<sub>ネ</sub>ハ容易ニ發生シナイコトカラデモ理解サレ得ルノデアル。我々ノ經驗シタ第1例ハ唯今述ベタ 1) 並ニ 2) ノ條件ハコレヲ缺イデ居リマスガ患者ガ癒ノタメニ Vitalität ガ著シク低下シテ居ルト言フ第3ノ條件ヲ滿タシテ居ルノデアツテ嫌氣性菌ノ感染條件ニ就イテ示唆スル所ガ多イノデアル。第2例ニ於テハ嫌氣性菌デアアルガ病原性ノ高イ腐敗菌ノ一種ガ共生シテ居タノデアツテ、

是ニヨツテ瓦斯<sub>L</sub>フレグモーネ<sup>7</sup>ノ病原菌感染ノ要約ノ大部分ガ滿タサレタノデアラウト考ヘラレル。

從來瓦斯<sub>L</sub>フレグモーネ<sup>7</sup>ガ研究ノ對象トナルノハ多クノ場合前述ノ様ナ汚染セラレタ外傷ガアツテ實ニ雑多ノ菌種ノ混合感染ノアル場合ガ多イタメ此ノ中カラ嫌氣性菌ヲ分離シテ純培養スルコトハ頗ル難事デアルトセラレテ居ルノデアツテ、幸ニ瓦斯<sub>L</sub>フレグモーネ<sup>7</sup>ノ病原菌ハ總テ嫌氣性芽胞菌デアルカラ、80°C 15分以上ノ高熱ヲ加ヘテ雑菌ヲ死滅セシメタル後本菌ヲ分離培養シ得ルノデアアルガ、夫デモ尙2種以上ノ菌混合ヲ1種ト心得テ長ク行ハレタ研究モ少クナイノデアアル。我々ハ幸ニシテ外傷デナイ單純ナ腐敗性病變中ヨリ菌ヲ檢出シ得タタメニ從來記載セラレタノヲ知ラナイ一種ノ絶對嫌氣性桿菌ヲ分離シ得タノデアアル。嫌氣性無芽胞菌ノ研究ハ研究ノ困難ノタメニ今日尙未發達ノ状態ニアリ、今日迄ニ知ラレテ居ルモノモ十數種ニ過ギナイノデアアル。本菌ハ海溟、家兎ノ感染試験デモ知ラレル様ニ極メテ高イ病原性ヲ有スルノデアツテ、戰傷患者ニ於テ瓦斯<sub>L</sub>フレグモーネ<sup>7</sup>ノ症狀ヲ呈シテ死亡スル場合ニモ本菌ノ如キモ亦タ一定ノ役割ヲ果シテ居ルノデハナイカト考ヘラレルノデアアル。

## 胃癌ニ於ケル Schnitzler 氏轉移ニ就テ

房 岡 隆 三 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

腹部疾患ニ際シテソノ急性、慢性タルヲ問ハズ必ズ一應肛門ノ検査ヲ行フコトハ醫師タルモノ、義務デアアル、ト信ズル。

此ノ行爲ニ依ツテ初メテ診斷ノ鍵ヲ得ルコトガマ、アルコトデ、胃癌ト Schnitzler 氏轉移ノ如キモ仲々面白い問題ダト思フ。

1899年 Strauss 初メテ胃癌ニ於ケル Douglas 氏腔ノ轉移ハ胃癌固有ノ且ツ早期ノ轉移デアツテ、之レハ胃癌ノ診斷ニ對シテ重要ナ補助ヲ務メルモノナルコトヲ述ベタ。次デハ1909年 Schnitzler ハソノ後ノ文獻症例ニ自己ノ11例ヲ加ヘテ系統的記述ヲナシ、ソノ好發部位、特徴及ビ此ト直腸癌トノ鑑別ノ大切ナコトヲ述べ、且ツソノ成因ハ播種轉移デアルト主張シタ。

第1例：52歳ノ男子。食後心窩部ニ來ル膨滿感及ビ鈍痛ヲ訴ヘテ來タガ、診ルト榮養衰ヘ顔面少シク蒼白、皮膚モ乾燥シテヤ、黃味ヲオフ。局處所見トシテハ淺胃部靜脈ニ相當シテ靜脈ノ怒張ヲ證明シ、觸診上右側心窩部ニ手掌面大ノ抵抗ヲ觸レソノ部ニ壓痛ヲ認メル以外ハ患者ニ半坐位ヲ命ジテ檢シテモ何等腫瘍ノ如キモノヲ觸レズ、又食後直チニ檢シタ場合デモ心窩部ガ少シク膨滿シ更ニ上記抵抗以外ニ左側ニモ少シク抵抗ヲ證明スルノミデ腫瘍ハ觸レナイ。經肛門ノ検査デハ直腸粘膜尋常デアアルガ、Douglas 氏腔ニ弾力性硬、示指頭大、表面凹凸ノ腫瘍ヲ2、3證明シタ。ソコデ此ノ所見ト患者ノ病歴トカラ胃癌デアルト考ヘレ線検査ヲ行ツタ。腫瘍トシテハ觸レ得ナカツタガ寫眞デミル様ニ陰影缺損ヲ證明シ且ツ幽門部ニ潰瘍形成ヲ證明シ、典型的ノ胃癌デアツタ。

手術所見トシテ腫瘍ハ胃ノ下1/3カラ幽門輪ヲ越エタ1横指ノ部ニ及ビ主トシテ小彎側ニ存在シテ弾力性硬、凹凸不正、ソノ部ノ漿膜面ハ白色ヲ呈シ所々白色ノ斑點ヲ認メル。腫瘍ノ前面ハ肝臟、膽嚢ト、後面ハ結腸腸間膜ト固ク癒着シ、小網膜迄ニ浸潤ハ進ミソノ部ニ胡桃大カラ示指頭大ノ淋巴腺腫脹ヲ證明シ爲メニ胃ハ強クソノ方ニ引寄セラレテ肋骨弓下ニ隠レ、從ツテ我々ノ検査ヲ困難ナラシメタノデアアル。尙ホ肝臟モソノ線ハ鈍デ、蠶豆大カラ拇指頭大ノ弾力性硬、白色ノ色調ヲ帶ビタ轉移ヲ證明シタ。



第 2 例：55 歳ノ男子。心窩部ニ於ケル疼痛ト腫瘍。診ルト心窩部ノ正中線カラヤ、右ノ部ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ證明シ、ソノ表面凹凸不整、境界比較的銳、弾力性硬、壓痛ヲ證明シ呼吸ト共ニ動クガ呼吸時ニハ固定シ得ナイ。經肛門ノ検査ニテハ粘膜正常、Douglas 氏腔ニ弾力性硬、拇指頭大ノ腫瘍ヲ 1 ケ證明ス。

手術所見：血性ノ腹水約 200cc ヲ證明シ腫瘍ハ胃ノ上 1/3 ヨリ幽門輪ヲ越エテ 3 横指ノ部ニ迄及ビ爲卵大、殆ド胃ノ全周ニ互ツテ居リ、網膜ノ方ヘ浸潤ハス、此ノ部ニ淋巴線ノ轉移ガ多数ニ存在シ、爲メニ胃ハソノ方ヘ引寄セラレテ居リ、更ニ浸潤ノ小腸及間膜ニモス、ミ、腹膜ニハ上記 Douglas 氏腔ノモノ、他ニ胃ノ周圍ノ腹膜ニ轉移ヲ認メタ。

第 3 例：28 歳ノ女子、2 年前胃癌ヲ胃切除術ヲ受ケタガ、ソノ後 1.5 年程シテ再び腹部全體ガ膨滿シテ臍ノ附近ニ無痛性ノ腫瘍ヲ來シ次第ニソノ大サヲ増シタト云フ。診ルト顔面蒼白、榮養甚シク衰ヘ腹部一般ニ強ク膨滿シ蛙腹ヲ示シ、マタ特ニ臍部ニ小兒頭大ノ腫瘍ヲ證明シソノ表面凹凸デ、ソノ周圍ノ皮膚ニハ輕度ノ靜脈怒張、且ツ腸ノ蠕動不安ヲ認メル。觸診上腫瘍ハ弾力性硬、粗大凹凸、境界モ銳、少シク壓痛ガアリ、腹水ヲ證明ス。又鼠蹊部及前手術創ニ相當スル部ニモ拇指頭大、弾力性硬ノ腫瘍ヲ 2, 3 證明ス。經肛門ノ検査ヲ行フト肛門カラ約 3 cm 上ノ部ハ腸管腔ニ向ツテ腫瘤狀ニ膨隆シ弾力性硬、粘膜ノ皺襞全然ナク基底トモ強ク癒着シテル。然シ潰瘍形成ハ證明セズ。即チ本例ハ胃癌ノ再發ヲ來シ、現在癌性腹膜炎狀態ニアル。

第 4 例：58 歳ノ男子、3 年前胃壁カラ直徑約 1.5 cm ノ粘膜ニ限局シタ腫瘍ヲ切除サレ 2 年後局處ノ再發ヲ來シ胃及結腸ノ切除ヲ受ケタ患者デアアルガ、1 ケ月前カラ排便ニ際シ血液ト粘液ヲ混ズル様ニナリ便モ細クナリ且ツ裏急後重及排尿困難ヲ訴ヘテ來タ患者デアアル。

診ルト腹部ニハ異常ナク、經肛門ノ検査ヲスルト肛門カラ 4 cm ノ前壁ハ球狀ニ突出シソノ中央ニ示指頭大ノ噴火口狀ノ潰瘍アリ、周圍ハ正常ノ粘膜ヲ被ハレテ基底カラヨク移動ス。ト線検査デ胃、結腸ニ變化ナク直腸ハソノ前壁球狀ニ腫瘤狀ニ突出シテキル。

本例ハ一見直腸癌ノ如キ像ヲ呈シテヘルガ周圍ノ粘膜ガ尋常デ其底カラ動クコトハ此ノ腫瘍ガ粘膜カラ發シタモノデハナクテ Schnitzler 氏轉移ガ進ンデ粘膜ニ迄及ビ中央ガ崩潰シテ來タモノナルコトヲ思ハシメル。

手術所見：腹水ハ證明セズ。胃ハ大網膜癒着ニ強ク爲メニ此ヲ檢シ得ナカツタガ結腸ニ異常ナク小腸モ尋常、迴腸末端ノ迴盲襞ニ蠶豆大、弾力性硬ノ結節ガアリ、膀胱頂部及ビ膀胱間腔ニ同様ノ結節アリ、Douglas 氏腔ノ一般ニ直腸ト膀胱トノ間ガ硬結シソノ中ニ小指頭大ノ結節 1 ケアリ。即チ以上ノ所見カラ直腸ノ腫瘍ハ Douglas 氏腔ノ播種ガ直腸腔ニ向ツテ大クナリ粘膜ヲモ犯シテ遂ニ潰瘍ヲ形成シ恰カモ原發性ニ生ジタ直腸癌ノ如キ像ヲ呈シタモノデアアル。

尙ホ以上ノ 4 例ハ何レモ鎖骨上窩ニ於ケル淋巴腺腫脹ハ證明シ得ナカツタ。

考察：Schnitzler 氏ノ轉移ノ發生ハ現在殆ド播種轉移ニ依ルモノトサレテ居ル。我々ノ 4 例モ亦タ此ノ說ヲ裏書スルカノ様ニ見エル。殊ニ第 1, 4 例ノ如ク他ノ腹膜部ガ殆ド異常ナク、只腹腔最下部ノ腹膜ニノミ此ノ轉移ヲ證明シタコトハ此ノ說ノ正シイコトヲ物語ルモノト思ヘルガ、ソノ斷定ニハモツト多数ノ例ヲ觀察スル必要ガアル。

又 Schnitzler ガ述ベタ如ク此ノ轉移ト直腸癌トノ鑑別ハ極メテ大切ナコトデアアル。一體 Schnitzler 氏ノ轉移ハ直腸ノ前壁ニ於テ攝護腺ノ直上或ハソノ 2~4 糞上ニ即チ Douglas 氏腔ニ封印指環様ノ浸潤ヲ來シ粘膜ノ潰瘍形成ノナイノヲ特徴トスル。然シ我々ノ第 4 例ニ於ケル如クソノ症狀ガ進行セル場合ニハ中央ガ崩壞シテモヨイ譯デアアル。併シサウナレバ直腸癌トノ鑑別診斷ガ困難トナル。只コノ様ナ場合デモ第 4 例デ示シタ様ニ潰瘍周圍ノ粘膜ハ原發性ニ來タ直腸癌ノ際ノ潰瘍ト異ナリ正常ノモノノ様デアアル。ソレデ以上ノ點ヲ注意シテ Schnitzler ノ轉移カ否カラ確メ手術ニ對スル正シキ適應ヲ定ムベキデアアル。現ニ我々ノ第 1 例ハ臨床的ニハ腹



部=何等ノ著變ナク經肛門ノ検査ヲナスコト=依リテ Schnitzler ノ轉移ヲ見出シ、胃癌ナルベキコトヲ想像シ更ニ $\perp$ 線検査ニヨツテ胃癌ナルコトヲ確メ手術シタノデアアル。只胃癌以外如何ナル部位ノ癌ニ於テ Schnitzler 轉移ガ現ハレルカ、又先月ノ本會席上ニ於テ相川君ノ報告シタ様ニ Schnitzler 轉移ト結核結節トノ鑑別等ハ今後ノ研究ニ俟ツ可キデアアル。

## 小兒ニ於ケル發作的吐血ノ1例

石野琢二郎 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

患者: 10歳ノ男兒

主訴: 吐血

現病歴: 昨年3月下旬(1年7ヶ月前)突然輕微ノ食餌不攝生ノ後、激シイ惡心嘔吐ガアリ、吐物ハ最初ハ食物殘渣時ニ胆汁ヲ混ジタモノデアツタガ、3日目ヨリ吐血ヲ始メ、黒褐色、時ニ「コーヒー」殘渣様ノ血液ヲ吐出シ、新鮮血ヲ混ズルコトモアツタ。吐血ハ5日間30分オキキ位ニ持續シ、嘔吐ノ停止スルト共ニ消失シタ。黒色便ヲ數回排出シテキルガ、下痢ハナク、1回モ腹痛、發熱ハ伴ハナカッタ。

第2回ハ9ヶ月前、5日間、第3回ハ4ヶ月前、3日間、第4回ハ20日前、1日間、何レモ全ク第1回ト同様ノ經過ヲ取ツタ。發作前後ハ健康時ト變リナク、發作終了後ハ食欲旺盛デ恢復ハ速イ。

今日迄胸部違和、嚥下困難、季肋部腹痛、黃疸ヲ來シタコトハナイ。家族歴ニ出血性素因ノモノハナイ。

現症: 血色ノ良イ元氣ナ體格中等大ノ男兒デアアル。檢診ニヨリ何等異常ヲ認メラレナイ。即チ皮膚ニ黃疸ソノ他異常着色ナク、胸部、特ニ縱竇膜腔、肺臟ニ變化ヲ認メナイ。腹部ハ陥没モ、膨滿モナク、タゞ腹部ヨリ胸部ニカケ輕度ノ靜脈怒張ヲ見ルノミ。肝臟ハ右肋骨弓下ニ觸レ、大サ、硬度ニ變化ナク、脾臟ハ全ク觸レナイ。血液像變化ナシ。 $\perp$ 線検査、胸部、特ニ縱竇膜腔ニ腫瘍像ナシ。食道、胃粘膜ニ變化ナク、特ニ胃潰瘍、胃炎、惡性腫瘍、 $\perp$ ボリーフ $\perp$ 等ヲ發見シナイ。

診斷: 胃潰瘍ノ出血ガ最モ考ヘラレルガ、自覺的ニモ他覺的ニモ、 $\perp$ 線學的ニモ之レヲ證明シナカッタ。縱竇膜腔ノ腫瘍又タハ肝臟硬變ノ際ニハ、食道下部、噴門部ノ靜脈ニ鬱血怒張ヲ來シ同所ヨリノ出血ヲ來スコトガアル。本患者ハ出血量ガ少ク、且ツ新鮮血ナルコトガ少ク、 $\perp$ 線學的ニモ臨床的ニモ上記ノ症狀ヲ發見スルコトガ出來ナカッタ。タゞ肝臟機能検査デ高田氏反應ガヤ、障ノアル程度デアツタ。出血性素因ヲ證明セズ、又タ $\perp$ グイタミン $\perp$ 缺乏症ヲモ證明出來ナカッタ。

手術: 原因不明ノ儘、開腹手術ヲ行ツタ。豫期ノ如ク腹水ナク、胃ニハ潰瘍、胃壁肥厚、異常癒着ナク、胃炎ヲ思ハシメルモノナク、胃内異物、腫瘍モナカッタ。肝臟ハ色、硬度、大サ全ク尋常デ、肝萎縮、日本住血吸蟲症、肝肥大ハ全クナカッタ。噴門ヨリ幽門ニ至ルマデ血管ノ鬱滯シテキル像ヲ見ルコトハ出來ナカッタ。脾ハ全ク尋常デ Gaucher 氏病ノ如キ肥大ヲ證明セズ。只ダ注目スベキ點ハ腹膜ヲ切開スル頃ヨリ激シイ嘔吐ヲ來シ、胃ヲ指頭ニテ觸レルノミニテ激シイ嘔吐ヲ來ス。同時ニ肝左葉ガ嘔吐ノ際容易ニ腹腔外ニ飛ビ出ス程、移動性デアツタ。

術後經過: 術後翌日(第2日)ハ惡心アリ、數回嘔吐ヲナシタガ胃液ト、胆汁ノミ。第3日ヨリ惡心、嘔吐甚シク、午後ニ至リ黒褐色ノ、時ニ新鮮ナル血液ヲ、胃液、唾液トトモニ吐出スルヤウニナツタ。惡心ハ連續的デ吐血ハ20分置キ位デアアル。患者ハ全ク元氣衰へ、脈搏ハ頻數トナツタガ、緊張ハアマリ變化シナカッタ。夕方嘔吐ノ激シカッタ時ニ $\perp$ エモール $\perp$  0.3cc、 $\perp$ レドキソン $\perp$  1.0cc ヲ25%ノ葡萄糖ト共ニ靜脈内ニ注射シタ所、約2時間嘔吐、吐血ヲ來サナカッタ。第4日終日同様ノ状態デアツタガ同夜 $\perp$ エモール $\perp$  0.3cc、 $\perp$ アトロピン $\perp$  0.05cc、 $\perp$ レドキソン $\perp$  10cc ヲ與へ、輸血 100 g ヲ行ツタ所、惡心、嘔吐ハ輕快シ、注射後1時間ニシテ全ク嘔吐ガ消失シタ。第5日ニハ全ク平日ト同様トナリ、食欲モ現ハレ口渴ヲ訴へ、輕食ヲ與ヘテモ惡心、嘔吐ナク、脈搏モ90程ニ恢復シタ。第6、第7日ニハ元氣ハスツカリ恢復シ、歩行モ可能トナツタ。全經過中第3日ト第4日ニ $38^{\circ}\text{C}$ 迄ノ發熱ノアツタ外、殆ド平熱デアツタ。

考 察：1) 本患者ノ吐血ハ全身病ノ1ツノ現象トシテ來タモノデハナイ。患者ノ日常ハ全く健康兒ト變リナク、Gaucher 氏病等ノ如キモノデモナイカラデアル。2) 肝臟萎縮、肥大、縱竇膜腔腫瘍ニ依ル靜脈瘤ノ破裂デモナイ。3) 食道、胃ニ出血ヲ惹起スベキ潰瘍、胃炎ヲ發見シ得ナイ。4) 然ラバ之レハ何ガ原因デアラウカ。殘サレタ唯一ノ據點ハ、上述ノ手術時、僅カノ刺戟ニ依リ激シイ嘔吐ヲ惹起シタコトデアル。即チ患者ハ非常ニ被刺戟性デアルコトガ考ヘラレル。シカモ肝ノ左葉ハ移動性ニ富ンデキル。此等ノ事ヨリ次ノ如ク考ヘラレル。

患者ニ何カ食餌不攝生ガアツタ場合迷走神經緊張狀態ノ患者ハ直チニ強イ嘔吐ヲ誘致サレル。此ノ強イ嘔吐ガアル時間續クト胃粘膜ニ強イ機械的摩擦ヲ生ジ損傷ヲ受ケ易クナルコトガ考ヘラレル。更ニ肝ノ左葉ガ移動性デアルタメ嘔吐ノ際強ク胃ヲ壓迫シテ血行障害ヲ來シ胃壁ニ血液ノ鬱滯ヲ來スガ故ニ胃粘膜ノ僅少ノ損傷ヨリ意外ノ出血ヲ來スモノデハナカラウカ。即チ、出血ハ全く嘔吐ト言フ機械的ノ原因ニ依ルモノト考ヘラレル。ソノ證據トシテ激シイ嘔吐ヲ鎮靜セシムベキ「エモール」、<sup>1</sup>「アトロピン」等ヲ與ヘ嘔吐ヲ抑制スルコトニヨリ一時的又タハ持續的ニ吐血ヲ止メ得タノデアル。

結 論：1) 本例ハ10歳ノ男兒ニ現ハレタ發作性ノ出血デアル。2) 吐血ノ原因ハ器質的ノ變化ニ基クモノデナク、嘔吐ト言フ機械的ノ因子ニヨツテノミ惹起サレタルモノノ如シ。嘔吐ノ原因ハ神經性ノモノト考ヘラレル。

## 小腸破裂ノ1 治驗例

倉 彦 市 (京都外科集談會和昭14年1月例會所演)

患 者：24歳、男子

主 訴：下腹部疼痛並ビニ右側股關節部疼痛

現病歴：來院約1時間前、自働車ニテ疾走中、自働車轉覆シ墜落シタ。夫ヨリ下腹部ノ疼痛並ビニ右側股關節部ノ疼痛ヲ來シタ。シカシ嘔心、嘔吐ハナイ。

既往症、家族歴：云フベキモノガナイ。

現在症：體格、骨格、榮養、略々尋常。顔貌強ク苦悶狀ヲ呈ス。脈搏ハ1分時100、整調ナレドモ小、緊張弱。呼吸正常。胸部臟器異常ナシ。

局所所見(外傷1時間後)：腹部全般ニ膨滿、陷沒共ニナシ。皮膚發赤、靜脈怒張、腸勁直、蠕動不穩等ハ認メラレズ。下腹部ニ強イ疼痛ヲ訴ヘ、腹部全般ニ輕イ壓痛アリ。下腹部ニ輕イ腹壁筋緊張ガアルガ、Blumberg 氏症候ハ認メラレズ。腸雜音ハ弱小デハアルガ響鳴のデハナイ。直腸膨大部ハ擴大シテオラズ。Douglas 氏腔ニハ膨滿、壓痛共ニナシ。

右下肢：左側ニ比シ4.5cm短縮シ、大腿骨頭ヲ臀部皮下ニ觸レ、股關節脫臼ト診斷サレ直チニ脱臼整復術ヲ施サレタ。X線單純撮影ニヨリ骨盤骨折アリ。

外傷6時間後：腹部全般ニ涉ツテ益々強イ疼痛ヲ訴ヘ、壓痛ヤ腹壁筋緊張モ亦腹部全般ニ擴ガツテ居ル。Blumberg 氏症候ハ尙明デナイ。腸雜音ハ聴エズ。打診ヲヘルニ清音デアル。尿中大腸菌ヲ多數ニ證明ス。血液所見：白血球ハ37500ヲ算シ、中性多核白血球增多(87%)ヲ示シテ居ル。

臨床診斷：腹部全般ニ涉ツテ疼痛、壓痛、腹壁筋緊張、腸雜音不聽等ノ腹膜炎症狀ガ時間ト共ニ明瞭トナ

リ、尿中大腸菌ノ證明ガアリ、中性多核白血球增多ヲ示スコトヨリ外傷ニヨル腸破裂ノ結果汎發性腹膜炎ヲ來シタモノト診斷サル。

手術所見(外傷後7時間): 下腹部正中線切開ヲナシ、腹腔ニ達スルニ、血液ヲ混セル糞便様腹水ガ多量ニ噴出シ、恰モ腸管腔ヲ切開開放シタ如キ像ヲ呈ス。仔細ニ檢スルニ廻腸端ヨリ110cm 並ビニ140cm ノ部ニ明ニ小腸破裂ガアツテ夫ニ一致スル腸間膜ニモ損傷ノアルノガ認めラレル。腸管壁ハ破裂部位ヲ中心ニ可成廣範圍ニ涉ツテ色曇リ且ツ膠様デ、多數ノ點狀出血ヲ認め、又充血ス。ソノ他腸管ニハS 狀結腸ニ小ナル漿膜面破損ガアツタ他、別ニ異常ハ認めラレズ。依ツテ破裂部位ヲ中心ニ全長約1米ニ及ブ腸切除ヲ行ヒ、側々吻合ヲ行フ。下腹部全般ニ擴ガツテ居ル血液様糞便様腹水ニ對シテハ廻盲部及ビ左腸骨窩部ニテ切開排膿ヲ施シ、正中切開部ニモ「シガレットドレーン」ヲ挿入シ手術ヲ了ル。

術後経過: 術後3日間、初メ胆汁様、後糞便様嘔吐ガ毎日數回アリ。脈搏ハ整調ナルモ、平均1分時120、緊張不良。體温ハ略々正常。腹部ニハ腹壁筋緊張、壓痛強ク、腸雜音ハ殆ンド聴エズ、危險狀態ヲツマケタガ、輸血、リンゲル液、葡萄糖、強心劑等ヲ頻回ニ與ヘ觀察シタ所、術後第5日目ヨリ嘔吐ガ止リ、瓦斯ノ自然排出ガアリ、一般狀態ガヤ、良好ニ向ツタ。シカルニ術後2週間廻盲部切開創ニ糞瘻ヲ形成シテ多量ノ半流動糞便ヲ排出スルニ至ル。之レハ吻合部ノ感染ニヨルカ、手術時見出し得ナカッタ腸管損傷部ノ穿孔ニヨルカ何レカデアラウ。ソノ後モ輕イ弛張熱ガ續キ、下腹部ハ勿論上腹部臍上數横指迄、固ク觸レル場所多ク、排膿管ヨリノ膿排出モ多ク、腹腔内ニ膿ノ潴溜シテキルコトヲ示シ、糞瘻遮斷術モ不可能ノ狀態デアツタ。然ルニ膿排出良ク次第ニ輕快シ特別ニ糞瘻ニ對スル處置ヲ行フ必要ナク、術後10週間ニシテ糞瘻孔ハ閉鎖シ、現在(術後3ヶ月)各創面殆ンド治癒シテ居ル。

考察: 本例ガカク良好ナル経過ヲ取ツタ所以ハ腸管破裂後短時間内ニ手術ヲシ得タコトニアルコトハ勿論デアル。術後不幸ニシテ糞瘻ヲ作ツタガ本例ノ如ク榮養障得ヲ防止シ得ル場合ニ於テハ出來ウル限り保存的ニ處置シ充分ニ腹腔炎症ノ局限スル時期ヲ待ツベキモノト考ヘル。本例ハ幸ニシテ斯カル治療中ニ自然治癒ヲ營ンダガ、深部ニ存スル糞瘻ハ屢々カカル好望ノ経過ヲ取りウルモノデアルカラ、本例ノ如キ深部糞瘻ノ場合決シテ焦ラズアル程度觀察スル必要ガアル。

## 急性脾臟症ノ4例ニ於ケル知見

房 岡 隆 三 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

急性脾臟症ノ問題ハ現在外科學界ノ宿題デアリ興味ノ中心デアル。吾々モ最近引續イテソノ4例ヲ經驗シタノデ此處ニ一括シテソノ知見ヲ述ベタイト思フ。

第1例: 62歳ノ女子

約26時間前、突然心窩部ニ激痛ヲ來シ同時ニ惡心、嘔吐アリ、疼痛ハ3時間前カラ腹部全體ニ擴ガリ惡心、嘔吐ト共ニ益々ソノ度ヲ増加シテ現在ニ至ツテキル。

診ルニ顔貌苦悶狀、脈搏整、緊張良、心窩部ニ著明ナ腹筋緊張ヲ證明シ、此ノ部ニ強イ壓痛ヲ訴フ。肺肝境界ハ右乳線上Ⅴ肋骨。

血液像: 白血球數20700、中性多核白血球81%、即チ著明ナ白血球及ビ中性多核白血球增多症ヲ認ム。

尿: 蛋白陽性、 $\text{L}$ ヂアスターゼ $\uparrow$  2<sup>+</sup> 迄陽性、大腸菌ハ培養上陽性。

手術所見: 血性腹水多量、大網膜ニハ定型ノ脂肪壞死アリ、脾臟ハ頭部カラ尾部ノ一部ニ互リ壞死ヲ來シ所々ニ溢血ヲ認め彈性硬、囊ヲ開クト出血性ノ光澤アル膠様ノ液多量ニ排出ス。此ノ部ニ排液管ヲ挿入シ、周圍ニハ充分ノ大網膜防壁ヲ作ツテ手術ヲ終ル。

腹水カラ培養上多數ノ大腸菌及少數ノ黃色葡萄狀球菌ヲ證明ス。

経過：順調デ尿中<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup>モ 1 週間後ニハ<sup>25</sup>迄陽性。約 3 ヶ月後ニハ輕快退院ス。

第 2 例：51 歳，男子

約 60 時間前，突然心窩部ニ激痛ヲ來シ冷汗ヲ伴ヒ<sup>2</sup>回ノ嘔吐アリ。

診ルト顔貌苦悶狀，脈搏整，緊張良，上腹部ハ板狀硬，腹筋緊張強ク壓痛アルモ Blumberg 氏症候ハソノ割ニ著明デハナイ。肺肝境界ハ右乳線上Ⅵ肋骨。

血液像：白血球數 9200，中性多核白血球 93%，即チ中等度ノ白血球及中性多核白血球增多症アリ。

尿：Nylander 氏反應弱陽性，<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup> <sup>28</sup>迄陽性，大腸菌陰性。

手術所見：血性腹水多量，大網膜ニ脂肪壞死アリ。膵臓ハソノ表面帶黒出血性，弾力性硬，囊ヲ開キ排液管挿入，周囲ハ充分大網膜防壁ヲ作り手術ヲ終ル。

腹水カラハ大腸菌ハ證明サレズ。

経過：順調，4 日目ノ尿中<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup>ハ<sup>26</sup>迄陽性，6 日目カラ<sup>25</sup>% 葡萄糖液 50 錠，インシュリン<sup>7</sup> 0.2 錠ヲ毎日注射セルニ 10 日目ノ血糖量ハ 56 mg/dl，即チ極メテ低下セルヲ以テソノ後<sub>L</sub>インシュリン<sup>7</sup>注射ヲ中止，50 日目，60 日目ニハ血糖量 124，126 mg/dl，90 日目ニハ 108 mg/dl トナリ正常ニ復歸ス。尿中<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup> 75 日目ハ<sup>21</sup>迄陽性，殘餘窒素量モ 16.5 mg% デ正常ヨリハ寧ろ低下シテキル。血液像ハ 20 日目ニハ白血球數 8700，中性多核白血球 81%ニシテ亦正常ノ値ニ近ヅキツ、アル。E.K.G. ハ 75 日目デハ R, T 棘ガ低下シ心筋ニ輕度ノ障碍アル像ナリ。

第 3 例：36 歳，女子

約 31 時間前，突然心窩部ニ激痛ヲ來シ，惡寒，高熱ト共ニ執拗ノ嘔吐アリ。疼痛ハ右肩，左背ニ放散シテ耐ヘ難ク，鎮痛劑ノ注射ヲ受ケタガ止ラナイ。

診ルト顔貌苦悶狀，脈搏整，緊張良，腹部ハ全體ニ互リ特ニ上腹部ニ腹筋緊張強ク壓痛モ著明ナルモ Blumberg 氏症候ハ比較的輕度デアル。肺肝境界ハ右乳線上Ⅵ肋骨。

血液像：白血球數 33,300，中性多核白血球 96.8%，即チ著明ナ白血球特ニ中性多核白血球增多症アリ。

尿：蛋白陽性，<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup> <sup>29</sup>迄陽性。

手術所見：血性腹水ガ多量，大網膜ニ著明ナ脂肪壞死アリ。膵臓ハ胃，横行結腸，十二指腸及此等ト蓋着セル大網膜ニヨリ完全ニ包マレ，頭部ハ全ク壞死ニ陥リ黒變セルモ其他ニハ著明ナ硬結ヲ證明セズ。囊ヲ開キ排液管挿入，周囲ト充分隔離シテ手術ヲ終ル。

経過：術後腹膜炎ノ症状輕快セズ。2 回ニ互リ切開排膿ヲ試ミタルモ 48 日目遂ニ鬼籍ニ入ル。尿中<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup> ハ 1 週間後ハ<sup>21</sup>迄陽性，2 乃至 4 週間目ニハ<sup>25</sup>トナリ一時低下セルモ 5, 6, 7 週間目ニハ<sup>28</sup>迄ト却ツテ増加ヲ示セリ。

第 4 例：64 歳，女子

約 70 時間前，突然心窩部ニ劇痛ヲ來シ全ク耐ヘ難ク，鎮痛劑ノ注射ヲ受ケタガ輕快セズ。惡心アリ。

診ルト顔貌著シク苦悶狀，脈搏小，緊張極メテ弱，腹部一般ニ膨滿シ臍上 1 横指ノ所ニ膨滿セル横行結腸ヲ認ム。上腹部ニハ抵抗，壓痛アルモ Blumberg 氏症候ハ陰性，腹水ノ存在ヲ證明ス。肺肝境界ハ右乳線上Ⅵ肋骨，兩側腹部ニ著明ナ靜脈怒張アリ。

血液像：白血球數 15,200，尿中<sub>L</sub>チアスターゼ<sup>7</sup> <sup>29</sup>迄陽性，大腸菌ハ陰性。血糖ハ 117 mg/dl，E.K.G. 心筋ガ強ク障碍サレタ像アリ。

手術所見：血性腹水多量，大網膜ハ充血，肥厚シ，互ニ癒着シテ一塊トナリ，所々ニ輕イ脂肪壞死アリ。膵臓ハ頭部カラ尾部ニ至ル全長ニ互リ甚ダシク硬結シ，頭ノ一部ニ 1 ツ囊腫ヲ作り，穿刺スルニ漿液血性ノ滲出液約 5 錠ヲ得(培養上大腸菌ヲ證明ス)。囊ヲ全部切開，排液管挿入，周囲ニハ充分大網膜防壁ヲ作り手術ヲ終ル。腹水ノ培養ニテハ大腸菌陰性。

経過：術後腹膜炎ノ性状恢復セズ，興奮状態ヲツゞケ，6 時間<sub>11</sub>ニ鬼籍ニ入ル。

術後 1 時間目ノ E.K.G. ハ術前ト變化ナシ。

考、察：本症ノ本態トシテハ膵酵素ニ依ル自家消化ト見做ス説ガ今日廣ク認メラレテキル所デアツテ Guleke = 從ヒ急性膵臟壞死 (acute Pankreasnekrose) ト呼ブノガ一般デアル。誘因トシテハ種々擧ゲラレテ居ルガ其ノ中、從來歐米ニ於テ最モ關係ガ多イトサレテキル膽石症ノ同時罹患ハ本邦ニ於テハ案外ニ少ク、我々ノ4例ハ何レモ此ヲ伴ツテキナカツタ。又腹水或ハ膵臟中ニ細菌ガ屢々證明セラレルガ、多クノ研究者ハ此ヲ二次的感染ノ結果ト看做シ、原因的價値少キモノトシテキル。我々ノ第4例デハ70時間後ニ大腸菌ヲ罹患膵實質中ニ證明シ而モ腹水中ニハ全然此ヲ證明シ得ナカツタ。更ニ此ノ例デハ膵實質ノ充血ガ頗ル強ク肉眼的ニハ壞死ハ何處ニモ認メラレナカツタ。即チ單ニ急性膵臟炎ト見做スベキモノカ、興味アルモノトシテ今後ノ研究ヲ要ス。症候トシテハ本疾患ニ特ニ固有ナリト思ハレル症候ナク從ツテ「イレウス」、急性腹膜炎、潰瘍穿孔、膽道疾患、胃痙攣等ト誤ラレ易イ譯デアルガ、局處所見ト白血球增多症、尿中「チアスターゼ」價亢進、尿中大腸菌陰性等ガ參考ニナル。殊ニ初期ニ於テ尿中大腸菌ノ陰性ナルコトハソノ「チアスターゼ」ト共ニ大切ナコトデ此ト肺肝境界ノ證明サレルコトニ依リ屢々潰瘍穿孔ト鑑別シ得タ例ガアル。

療法トシテハ以前ハ早期手術ガ推奨サレテキタガ、Nordmann, Demel ハ早期手術ニ依ツテソノ疾病進行ヲ止メルコトガ出来ナイ、ノミナラズ壞死竈ヘノ「タンボン」ハ其ノ二次的感染及壞死片ノ成因トナルニ過ギナイト述べ、膵臟及患者ノ運命ハ疾病ガ起ツタ最初ニ既ニ決定シテキル宿命的ノモノトシテ待期療法ヲ主張シ此ニ依リ以前50%デアツタ死亡率ガ29.6%ニマデ下ツタト述べ、Friedrich モ亦タ急性腹部疾患中最モ速カニ血管運動神經虛脱 (Vasomotorenkollaps) ヲ來ス本疾患ニ對シテ全身麻酔、開腹術等ノ益々血管運動神經虛脱ヲ強メルコトハ斷然避クベシトナシ強心劑 (Cardiaca) ヨリ血管運動神經緊張劑 (Vasotonica) ヲ用フベシト主張シテキル。マタ今年ノドイツ外科學會デハ會長 Guleke ハ年來ノ「手術ヲナスベシ」トノ主張ヲ棄テ矢張り待期療法ニ贊成シテ居ル。我々ノ第4例ノ如キハ或ハ此ノ待期療法ヲ行ツテ見ルベキデアツタカトモ思ハレル。今迄早期手術ヲ行ツテ來タ我々ノ教室ノ死亡率モ大體50%デアル。今後如何ニスベキカ、ソノ成因及葡萄糖、インシュリン<sup>1</sup>投與ノ問題ト共ニ今後研究ヲ重ネタイト思フ。蓋シ本疾患ノ初期ニ於テカヘツテ血糖低下ガ起ルトノ研究報告ガアルカラデアル。

## 膵 臟 壞 死 2 例

苧 坂 直 彦 (京都外科集談會昭和14年1月例會所演)

第1例 患 者：39歳ノ男 (昭和13年4/Ⅻ入院)

主 訴：腹痛

現病歴：昭和13年3/Ⅻ 午後9時頃(入院22時間前)突然激シイ腹痛ヲ來タス。注射ヲ受ケ一時輕快シタガ、4日午前2時(即チ5時間ノ後)再ビ同様な腹痛ヲ來シ午前5時頃ニ至リ、惡心アリ、3回ノ嘔吐ヲ來ス。嘔吐物ハ食物殘渣ノミ。腹痛ハ左上腹部ニ甚シク、何處ニモ放散セズ、而カモ繼續性ニテ約12時間ノ後臍ノ周圍ニ限局シタ。同時ニ38°Cノ體溫上昇ヲ來シ、食慾ナク便通ハ1回アツタ。

既往歴：生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ、酒ヲ毎日1合位飲ム。

現在症：體格中等大、榮養良ク、筋肉、皮下脂肪織ノ發育良好ニシテ脈搏ハ整調、緊張良、1分時90、呼吸安靜1分時20、頭部、胸部ノ諸臟器ニハ異常ナシ。

局所々見：上腹部ガ一帯ニ膨隆シテ居ルガ靜脈怒張、腸蠕動不安等ハ認メラレズ。觸診上、腹壁緊張アリ Blumberg 氏徵候ヲ僅ニ認ム。臍ノ左方及ビ心窩部ニ壓痛アリ。打診上、上腹部ハ鼓音ヲ呈シ聽診上共鳴性ナラザル弱イ腸雜音ヲ聽ク。

血液検査：赤血球數456萬、血色素量90% (Sahli)、白血球數31600。

尿：乳白色不透明ニテ蛋白(+),  $\Gamma$ インヂカン<sup>+</sup>(+), 尿中大腸菌(+), 術前ノ尿中 $\Gamma$ デアスターゼ<sup>+</sup>ハ<sup>2</sup>。

診 斷：急性脾臓炎

手 術：(發病後24時間目)正中線ヲ開腹、皮下脂肪織ハヨク發達シ $\Gamma$ サ3—4 cmニ及ブモ此處ニ脂肪壞死ハ認メズ。腹腔ハ充血シ腹腔ニハ輕度ニ混濁セルモ血性ナラザル腹水ヲ證明ス。大網ニハ著シキ浮腫アルモ表面ニハ脂肪壞死ナク、胃及ビ横行結腸ノ間ヨリ鈍性ニ大網袋ヲ開キ脾臓ヲ檢セントスルニ脾臓ニ近キ大網ノ一部ニ粟粒大ノ脂肪壞死ガ認メラレタ。脾臓ハ尾部ニテ浮腫性ニ腫脹シ觸診スルニ頭部ハ彈力性軟ニシテ健常ナルモ尾部ヨリ脾體ノ一部ニカケテ著明ニ硬シ。併シ何處ニモ出血斑、或ハ膿ヲ認メズ。硬結ノ存在スル部分ノ莢膜剝離ヲ行ヒ同所ニ卷煙草様排膿管及ビ $\Gamma$ ゴム<sup>+</sup>排膿管ヲ挿入シ、開放性トナシ大網ヲ以テ腹腔ト充分ナル境界ヲ作り手術創ノ一部ヲ縫合シ手術ヲ終ル。

術後経過：良好ニシテ膿排出ハナク、又々、脾臓組織壞死片ヲ脱出スル事ナク、血性漿液性液ヲ出スノミニテ5日目ニ排膿管ヲ除去シ、無菌的ニ覆フノミ。尙術後2週間ノ間ハ食餌ヲ制限シ毎日 Ringer 氏液ノ注射ヲナシ輸血ヲ3回行ツタ。6日目ヨリ平熱トナリ30日目全治退院セリ。

第2例 患 者：42歳ノ男(昭和13年21/XII入院)

主 訴：腹痛

現病歴：昭和13年19/XII午前零時頃(入院36時間前)突然腹部全體ニ激痛ヲ來シ同時ニ惡心アリ。2回ノ嘔吐ヲ來シタ。嘔吐物ハ食物殘渣ノミ。發熱ナク約12時間ノ後疼痛ハ左季肋部ニ局限サレ尙數回ノ嘔吐ヲ來セリ。20日午前2時頃(發病後26時間目)ニ惡寒戰慄ヲ來シ39.5°Cノ體溫上昇アリ。食欲ナク睡眠モ障ゲラル。患者ハ毎日晚酌ヲ2合位ダシタミ、特ニ發病前夜ノ夕食ニハ酒3合ヲ飲ミ大食シテ居タ。

現在症：(發病後36時間目)體格中等大、榮養良ク、筋肉及ビ皮下脂肪織ノ發育良好ニシテ脈搏ハ整正、緊張良1分時100、呼吸ヤ、促進シ1分時24、頭、胸部ノ諸臟器ニハ異常ナシ。

局所々見：上腹部ガ稍々膨滿シテ居ルガ靜脈怒張、腸蠕動不穩等ハナク、觸診上腹壁緊張、Blumberg 氏徵候ヲ僅ニ證明ス。腹部ノ壓痛心窩部及ビ左季肋部ニ著シガ特別ナル抵抗又ハ腫脹ヲ觸レズ。打診上心窩部ハ鼓音ヲ呈シ肝臓ノ濁音界ハ擴大シ明瞭トナリ肺臓ト肝臓ノ境ハ右乳線上ニテ第4肋間際。聽診上ヤ、共鳴性ナル弱イ腸雜音ヲ聽ク。肛門ヨリ指診スルニ直腸嚢部ハ擴張セズ Douglas 氏腔ニ壓痛無シ。

血液検査：赤血球數580萬、血色素量90% (Sahli)、白血球數1,3600、中性多核白血球91%。

尿：茶褐色透明ニシテ蛋白(+),  $\Gamma$ インヂカン<sup>+</sup>(+), 尿中大腸菌ハ證明セズ。尿中 $\Gamma$ デアスターゼ<sup>+</sup>ハ<sup>215</sup>。

術前 $\Gamma$ 線検査：立位ニテ腹部ノ單純撮影ヲ行フニ、横行結腸及ビS狀結腸ニ $\Gamma$ ガス<sup>+</sup>ガ多ク、横行結腸ノ上方ニ境界不明瞭ナル陰影ガ認メラル。

診 斷：急性脾臓壞死

手 術：正中線ニテ皮切。皮下脂肪織ハヤ、灰色ノ色調ヲ帶ブルモ脂肪壞死ハ認メラレズ。開腹スレバ血性漿液性ニシテヤ、混濁セル腹水噴出ス。大網ニハ浮腫アリ、散在性ニ粟粒大ノ脂肪壞死ガ認メラル。胃大轉近クニテ大網袋ヲ開キ胃ト横行結腸トノ間ヨリ脾臓ヲ檢セントスルニ胃後壁ト横行結腸腸間膜トノ間ニ纖維性癒著ガアリ浮腫ガ強ク、所々ニ溢血ヲ認メタガ何處ニモ膿瘍ハ認メラレズ。脾臓ヲ檢スルニ其頭部ハ健常ニシテ脾體カラ尾部ニカケテ硬結ガアルガ、溢血斑又ハ黒色ノ壞死ニ陥レル所ハ發見サレズ。硬結ノアル

部分ノミ刀ヲ以テ被膜ヲ切開シ、同所ニ排膿管ヲ挿入セリ。大網ニヨリ一般腹腔ニ對シ境界ヲ作り開放性トナシ手術創ノ一部ヲ縫合、手術ヲ終ル。

術後経過：手術創カラノ血性漿液性排出液多ク、3日目はハ急性胃擴張ヲ來シ嘔吐アリ。5日目は排膿管ヲ拔去シ卷煙草様排膿管ヲ挿入、之ヲ毎日又ハ隔日ニ交換セリ。8日目ヨリ小サイ脾臟組織壞死片ヲ出ス様ニナリ、又タ咳嗽喀痰多ク脈搏小トナリ一時危險状態ニ陥レリ。11日目はハ大キナ脾臟組織壞死片ヲ數個出シタノデ輸血ヲ行ツタ。併シ腹膜炎或ハ侵蝕性出血等ヲ來ス事ナク3週間目ヨリ尿中ノ蛋白ハ陰性トナリ、4週間目ニ至リ其レマデ續イテキタ 37°—38.5°Cノ弛張熱ハ全ク去リ、壞死片ノ排出モ止リ、現在ハ管テノ排膿管挿入部ニ小瘻口ヲ殘スノミニテ脾液ノ漏出ナシ。

尿中ノ「ヂアスターゼ」:

	術前	2日目	11日目	19日目	22日目	30日目
第1例	2 <sup>8</sup>	—	2 <sup>5</sup>	2 <sup>6</sup>		2 <sup>5</sup>
第2例	2 <sup>13</sup>	2 <sup>12</sup>			2 <sup>6</sup>	2 <sup>4</sup>

血中残留窒素量：(普通ハ20—25mg%)

	術後3日目	24日目	26日目
第1例	—	14.5mg%(ヤ、減少)	—
第2例	35.5mg%(増加)	—	17.2mg%(ヤ、減少)

血糖量：(普通ハ70—120mg/dl)

第2例(術後5日目) 113mg/dl. (正常)

考 察：第1例ハ輕症ナガラ手術ニヨリ脾臟ニ硬結ガアリ周圍ノ脂肪組織、大網ニ、脾臟壞死ニ特有ナル脂肪壞死ガ證明セラレタノデ、本症例ガ脾臟壞死デアル事ニ異論ハ無イ。併シナガラ單ニ尾部ニ於ケル浮腫ト硬結ノミニテ Bernhard, Zoepffel 氏ノ命名セル「脾臟浮腫」(ödematöse Form), 或ハ Bergmann ノ kleine Attacke ト稱スルモノニ相當スルモノデアラウ。カ、ル輕症ナルモノヲ Elman ハ、Guleke ノ命名セル急性脾臟壞死ト云フ疾患トハ別個ノ獨立シタ疾患デアルトシ是ヲ「急性間質性脾臟炎」ト命名シテキル。

第2例ハ Schmieden 氏ノ分類ニヨリ第3型即チ脾臟ノ出血性硬塞ニ屬スベキモノカ。

現今急性脾腫壞死ニ對スル治療方針トシテ Schmieden 氏早期手術説、Nordmann 氏ノ保存的療法ト手術トヲ其ノ症狀ニヨリ適當ニ行フト云フ説、又 Demel 氏ノ如キ絶對的保存療法ヲ主張スル者ノモアルガ治療ノ根本方針トシテハ手術ヲナス事トシ、一般症狀ヨリシテ輕症型ト看做サレルモノ、即チ第1ノ症例ノ如キモノニ對シテハ待期的態度ニテ保存的療法ヲ行ヒ、惡化ノ徴候ノナイ場合ハ其儘姑息的療法ヲ續ケテ行クノガヨイト思フ。第2例ノ如ク出血型ニテ中等度或ハソレ以上ノ激シイ症狀ヲ以テ發病シ而カモ「シヨック」症狀ヲ伴ツテキナイモノハ臨機應變ニ早期手術、又ハ一時保存的ニ、若シ腹腔ノ炎症症狀ガ強ケレバ手術ヲ行ヒ、專ラ手術後療法ニ意ヲ用ヒ、脾液ノ分泌ヲ出來ルダケ制限スル目的ヲ以テ絶食ヲナスカ、食餌ヲ制限シ、硫酸「アトロピン」ヲ注射ヲ行ヒ、毎日 Ringer 氏液ヲ大量ニ與ヘ、必要ニ應ジテ輸血ヲ行ヒ、食物ニハ刺激性ノモノヲ避ケ、含水炭素ヲ主食トシ、蛋白ハ制限シ、脂肪食ハ嚴禁スベキデアル。



## 尿中大腸菌ノ存在ニヨリ診斷サレタル蟲様突起炎ノ 1 例

相 川 文 夫 (京都外科集談會昭和14年1月例會所演)

患 者: 29歳, 男子

主 訴: 腹痛及嘔吐

現病歴: 3日前, 下腹部ニ疼痛ヲ來シ, 同日正午頃ニナリテ次第ニソノ強サヲ増シ, 疼痛ハ左右側腹部上方ニ向ケ放散セリ。2日前下劑ヲ用ヒ下痢1回アリ, 其ノ後惡心アリ, 「ガス」及大便ノ排出ナシ。同時ニ排尿時ニ疼痛ヲ來シ, 某院ニ輸尿管結石ノ疑ヒニテ入院セリ。其ノ後次第ニ惡心強ク, 嘔吐7~8回ニ及ビ, 本院ニ來院ス。精神的ニ亢奮甚ダシク, 來院マデニ數回麻醉劑ノ注射ヲ受ケタリトイフ。

既往症, 家族歴: 特記スベキモノナシ。

現在症: 體格中等, 榮養衰へ, 顔貌苦悶狀, 脈搏1分時140, 整正, 體溫38°C, 腹部ハ一般ニ膨滿スルモ蠕動不穩, 發赤ハ認メラズ。觸診上腹壁ハ緊張セルモ, 腹筋緊張, Blumberg氏症候ナシ。Rosenstein氏症候陽性, M'Burney氏點ノ壓痛不明瞭ナリ。腸雜音ハ聞エズ。經肛門指診ニテハ直腸膨大部ヤ、大、Douglas腔ヤ、膨滿シ壓痛ナシ。

血液所見: 特ニ白血球數(6350)ニ著變ナシ。

尿: 大腸菌1視野ニ5~6個ヲ證明セリ。

診 斷: 腹部所見, 即チ M'Burney氏點ノ壓痛不明, Blumberg氏症候ノ不證明, 白血球數ノ增多ナキ事等ヨリ「イレウス」ニアラズト考ヘラレタガ, 尿中大腸菌ノ證明及體溫上昇ヨリ寧ロ蟲様突起炎ニヨル痲痺性イレウスト診斷セリ。然シテ腹筋緊張等ノ症候ノ消失ハ麻醉劑ニヨルモノト考ヘタ。

手術所見: 右傍直腹筋切開ニテ腹腔ヲ開クニ, 大網膜ノ一部盲腸ヲ被ヒ, 小腸ハ膨滿充血ス。腹水ハ認メラズ。蟲様突起ハ充血シ, 一部壊死ニ陥リ, ソノ部ヲ中心トシテ小膿瘍ヲ形成シ, 周圍ハ小腸ニテ罔マル。膿瘍ハ後腹膜ニ沿ヒ, 左側ニ擴レルヲ認ム。蟲様突起切除及排膿法ヲ施シテ手術ヲ終ル。

經 過: 術後20時間目ニ脈搏微弱, 不整, 體溫36°Cニナリシヲ以テ直チニ輸血150ccヲ行フ。其ノ後四肢冷却, 體溫36°Cナルニ拘ラズ, 患者ハ昏サヲ訴ヘ, 亢奮シ, 術後36時間ニテ不幸ナル轉歸ヲ取ル。(死亡2時間前突然ニ立上リ, 窓ニ近ヅキ, 昏サヲ訴ヘテ外氣ニ當ラントセリ。)

考 察: 急性蟲様突起炎ノ鑑別診斷ニ際シテ, 爾他健常尿中大腸菌ノ立證コソ簡便ニシテ且ツ確實ナル検査方法ナル事ハ, 佐々木軍醫大尉, 淺野博士, 金澤, 副島, 新美醫學士等ニヨリ強調サレ, 今更ニ言ヲ新ニスルマデモナシ。然ルニ本例ハ一時, 輸尿管結石ト誤ラレ, 白血球增多ナク蟲様突起炎ヲ思ハシムル症候不充分ナルニ拘ラズ爾他健常尿中ニ大腸菌ヲ證明シ, 蟲様突起炎ト診斷サレ, 手術ノ結果果シテ然リシ1例ナリ。

本例ニヨリ蟲様突起炎鑑別時ニ於ケル爾他健常尿中大腸菌證明ノ價值ハ更ニ強調サレ得ルモノト信ズ。

## 生後2ヶ月ノ乳兒ニ於テ「イレウス」ヲ伴ヘル蟲様突起炎ノ 1 例

三 好 爲 一 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

患 者: 生後2ヶ月, 女子

主 訴: 嘔吐並ニ腹部膨滿

現病歴: 15日程前ヨリ腹部ガ漸次膨滿シ來リ, 便通ハ3乃至4日ニ1行トナリ, 7日前ヨリ嘔吐ヲ始メ1日3回, 多キ時ハ7回ニ及ビ, 吐物ハ胆汁色ヲ呈シテキルト言フ。機嫌惡ク, 食欲ハ障碍セラレ, 3日前

ヨリ體温ハ38.5°Cニ及ビ、同時ニ尿量減少シ、腹部膨滿ハ益々著明ニナツテ來タ。

家族歴並ニ既往症：特記スベキモノナシ。

現症：呼吸ハ安靜ナルモ、脈搏ハ頻數(1分時約140)。

腹部ハ一般ニ膨滿、緊張ス。兩側腹ニハ數條ノ靜脈怒張ヲ見、蠕動不穩ヲ證明ス。壓痛ハナキ様ナリ。打診上一般ニ鼓音ヲ呈シ、有響性腸音ヲ聞ク。

尿ハ半透明、蛋白陽性、多數ノ大腸菌ヲ證明ス。

手術：小腸ハ瓦斯ヲ滿シテ甚シク膨大、上行結腸ハコレニ反シテ著シク萎縮、即チバウヒン氏瓣ヲ境トシテ口側ハ膨大シ、肛門側ハ萎縮ス。廻盲部ハ彈性硬、狭窄ノアルコトヲ確メ得タガ眞性腫瘍トハ思ハレズ。蟲様突起ハ内後下方ニ向ヒ廻腸ト僅ニ癒着シ、輕度ノ充血ヲ認ム。廻盲部漿液膜面ヨリ大腸菌ヲ證明ス。

廻腸結腸吻合並ニ蟲様突起切除ヲ行フ。

術後経過：翌日ヨリ排便アリ、脈搏ハ依然トシテ頻數且ツ緊張弱ク、嘔吐、腹部ノ膨滿ハ去ラズ、遂ニ術後8日目ニ鬼籍ニ入ル。

組織學的所見：盲腸ニハ全周ニ互ツテ著明ナ結締織並ビニ筋肉ノ増殖アリ、爲ニ管腔ハ極度ニ狭メラレテキル。所々ニ圓形細胞ノ浸潤ヲ認ム。蟲様突起ニハ血管腔内及ビ管外ニ多數ノ赤血球アリ、且ツ多數ノ圓形細胞ノ浸潤及ビ上皮ノ剝離ガアル。即チ盲腸及ビ蟲様突起ニ於ケル炎症像ト盲腸ニ於ケル著明ナ結締織並ビニ筋肉ノ増殖ヲ認ム。

考察：盲腸ニ於ケル結締織及ビ筋肉ノ増殖ト蟲様突起並ニ盲腸ニ於ケル圓形細胞ノ浸潤トハ何レガ先行セリヤノ判斷ハ下シ難イガ、先ツ廻盲部ニ結締織並ニ筋増殖ニ因ル狭窄ヲ來シ、爲ニ盲腸内容ノ鬱滯繼テ蟲様突起炎ヲ惹起シ、ソノ炎症ガ根部ヨリ盲腸ニ波及シタモノト理解スレバ此場合最モ妥當デアラウカト思ハレル。斯ク理解スルコトニヨツテ亦タ生後僅ニ2ケ月ノ乳兒ニ於ケル稀有ナ蟲様突起炎モ首肯サレ得ル譯デアル。又本例カラシテ幽門部ニ於ケル筋増殖性狭窄ト同意義ノモノガ廻盲部ニモ存在スルニ非ズヤト考ヘラレルガ、今後例ヲ重ネテ注意スベキデアラウ。

## 強度ノ直腸脱ノ手術治驗例

苧坂直彦 (京都外科集談會昭和14年1月例會所演)

患者：22歳ノ女 (昭和12年1月入院)

主訴：排便時ニ於ケル高度ノ直腸脱出

現病歴：4年前カラ便秘ニ傾キ、1週間ニ1回位緩下劑ヲ連用シテキタ。3年前頃ヨリ排便ニ際シ肛門カラ粘膜炎ガ脱出スル様ニナリ、其後次第ニ其ノ度ヲ増シ、現在デハ長時間ノ歩行或ハ起立ノ後等ニハ腹壓ニヨリ容易ニ直腸ガ脱出スル。併シ此ノ脱出ハ常ニ指壓ニヨリ容易ニ整復シ得、未ダ一度モ整復不可能トナツタ事ハナイ。又出血、疼痛ヲ來シタ事モナイ。便通ハ2—3日ニ1回。

一般所見：榮養良、筋肉、皮下脂肪織ノ發育良好、頭部及ビ胸腹部諸臓器ニ異常ナシ。

局所々見：肛門ハ閉鎖弱ク稍々弛緩シ、皮皺粗大、周圍ハ濕潤ナリ。肛門内指診ヲスルニ括約筋ノ弛緩著シク、肛門ノ閉鎖不全アリ。併シ異常ナ腫瘍ヲ觸レズ。壓痛出血モ證明セズ。腹壓ヲナサシムルニ先ヅ肛門ノ周圍ガ一帯ニ膨隆シ來リ、繼テ肛門カラ直腸ガ脱出シ、ソノ長サ約20糎、直徑約9糎、表面ニハ輪狀ノ粘膜炎ガ見、充血、浮腫ガ認メラレル。併シ何處ニモ糜爛、潰瘍、出血斑等ナク、其ノ先端ニハ上方腸管ニ通ズル孔ガアリ、基底部粘膜炎ハ表皮ニ移行シ、兩者ノ間ニ指ヲ介入セシメル事ハ出來ナイ。壁ハ一様ニ彈性軟、肥厚、腫張セルモ他ニ異常所見ナシ。之レガ整復ニハ相當強イ壓力ヲ必要トス。

診 斷：高度ノ直腸脱

手 術：(昭和12年5/Ⅴ) Thiersch 氏法ニヨリ皮下ニ銀線ヲ以テ肛門輪ヲ設置シ、ソノ大イサハ拇指ヲ通ズル程度トセリ。

經 過：良好ニシテ排便ニ際シ直腸脱出ハ無キモ肛門一帯ガ膨隆シ銀環ニ相當シテ壓痛ガアリ輕イ自發痛ヲ訴ヘテキタガ、術後31日目銀環ヲ設置セルマ、退院。退院後約1ヶ月ニテ排便時ノ疼痛、自發痛ハ去リ全治セル思ヒニテ6ヶ月ヲ經過シタノデ昭和12年16/Ⅹ再入院セシメ銀環ヲ除去ス。然ルニ銀環除去後5日目ヨリ肛門カラ再ビ粘膜脱出ヲ見、排便毎ニ其ノ度ヲ増シ、第2週目ニハ腹壓ニヨリ其ノ長サ約4cmニナルニ至リ、30/Ⅹ第Ⅱ回ノ Thiersch 氏法ニヨリ銀環ヲ設置シ1週間後退院セシム。退院後ハ時々下腹部ニ鈍痛ガアリ便秘スルト排便時ニ肛門ニ疼痛ヲ來スノデ緩下劑ヲ連用シテ約1ケ年ヲ經過ス。昭和12年11月ニナリ排便時ニ肛門ニ閉塞感ガアリ、骨盤腔内ニ充滿感アリ不快感デアルノミナラズ排便困難ヲ來シ再入院シタ。局所ヲ檢スルニ、肛門ハヨク閉鎖シテキルガ濕潤ニテ、指診スルニ皮下ニ銀線ヲ觸レ、肛門括約筋ハ弱ク、直腸膨大部ハ異常ニ擴張ス。腹壓ヲ命ズルト肛門周圍ガ一帯ニ膨隆シ更ニ Nr. ⅩⅡノ所ニテ示指頭大ノ膨隆ヲ來シ粘膜ノ一部ガ脱出シ長サ約3cmニ及ブ。ヨツテ30/Ⅹ〔Ⅲ回手術〕骨盤底成形術ト直腸固定トノ合併術式ヲ行フ。

即チ術前「ヒマシ」油ヲ何回モ與ヘ、充分腸管ヲ空虚トス。腰椎麻醉ノ下ニ、肛門ノ後方ニテ長サ約8cmノ皮切ヲ加ヘ、尾骨ノ大部分ヲ切除ス。次ニ肛門舉筋、骨盤筋膜等ヲ縱ニ切開シ、内肛門括約筋ヨリ上方ヘ約6cmニ亙リ直腸後壁ヲ割出ス。直腸周圍ニ於ケル脂肪織、結締織ハ著シク弛緩シ伸縮自在移動性ニ富ム。割出セル直腸後壁ニ紐縫合(Raffnaht)ヲ施シ、更ニ肛門舉筋、骨盤筋膜ニ補強縫合ヲナシ、直腸後壁ノ一部ヲ残留尾骨骨膜ニ固定縫合ス。斯クノ如クニシテ同所ニ大キナ瘢痕ヲ形成セシメ、骨盤底ヲ補強スルト同時ニ擴張シテキタ直腸膨大部ヲ縮小シ、直腸後壁ヲ強固トナスト同時ニ漏斗狀トナシ、皮膚縫合ヲ行ヒ、「キセロホルム」ヲ散布シ術後局所ガ濕潤トナラザル様注意セリ。

術後經過：術後「オピウム」丁幾ノ投與ハヨク10日間便秘セシメ得ラレ、手術創ハ第Ⅰ期癒合ヲ營シ術後13日目ヨリ自然便通ガアリ。排便時ノ疼痛不快感ハ全ク去レリ。依ツテ術後第17日目銀環ヲ拔去シ術後22日目全治退院。今日迄何等苦痛ナク、良好ナル經過ヲトル。

考 察：本症例ハ直腸ノ脱出20cmニモ及ブ高度ノ直腸脱患者ニ約1年半ノ間 Thiersch 氏銀環法ヲ施シタルモ治癒セザリシ例ニシテ、銀環ヲ設置シテキテ排便時ニ疼痛ヲ來シ、又チ排便困難、下腹部鈍痛、骨盤腔充滿、不快感等ヲ來シタ。是ハ何ニ原因シタカ。

異常ニ弛緩シテ居タ肛門ニ銀環ヲ設置シ、人爲的ニ狹窄ガ作ラレテモ、直腸ハ其儘デアリ、加フルニ骨盤底ヲ形成スル筋肉、筋膜モ弛緩シテ居ルノデ腹壓ハ骨盤底ニテ支ヘラレル事ナク肛門ヘト直接負荷サレテ來ル。此際此荷重ハ銀環ニ集リ、壓力ハ相當強イモノト考ヘラレル。而カモ肛門部ニ於ケル皮膚及ビ粘膜ガ基底組織ニ對シ移動性ニ富ム時ハ此ノ壓力ニヨリ、粘膜ハ此ノ小サク限定サレタ肛門口ニ嵌頓狀態ニ陥リ疼痛、排便困難ヲ來シタモノト考ヘラレル。直腸脱ノ手術的療法トシテハ從來種々ノ術式ガ考案サレテキルガ、吾々ハ骨盤底成形術ト直腸固定術ノ合併術式(Bier-Braun-Kummel)ガ容易ニシテ而カモヨリ其ノ目的ニ叶ヒ、感染ノ危險モ少イト考ヘ此ノ方法ヲ選ビ幸ヒニシテ良結果ヲ得タノデアル。

併シ吾々ハカハル高度ノ直腸脱患者ニ對シテデモ骨盤底成形ト直腸固定ノ合併術式ヲ先ヅ第一ニ試ムベシト云フノデハ無イ。本症例ニ於ケルガ如ク先ヅ Thiersch 氏銀環法ヲ熱心ニ試ミテ而カモ效果ノナイ場合ニ始メテ此ノ方法ヲ選ブベキデアルト唱ヘルノデアル。

## 第四性病ヲ思ハシメル淋菌性横痃

村上 治 朗 (京都外科集談會昭和14年1月例會所演)

患者：山○勝○郎，32歳，男子

主訴：兩側鼠蹊部ノ無痛性腫脹

現病歴：2週間程前ニ右鼠蹊部ニ無痛性腫脹ガアルノニ氣付イタ。約1週間ヲ經テ左側ニモ同様ナ腫脹ガ現ハレタ。腫脹ハ極メテ徐々ニ大サヲ増ス様デアルガ，別ニ苦痛ハナイ。

既往歴：7年前ニ淋疾ニ罹患シタコトガアルガ，最近數年來再發シタコトハナイ。花柳病ニハ時ニ感染スル機會ガアルト言フ。

局所所見：初診時兩側鼠蹊部ニ小指頭大カラ拇指頭大ノ數個ノ腫瘍ヲ觸レ，夫ハ腸骨窩ニ續イテ居ル。總テ彈性硬デ何處ニモ軟化シタ部位ヲ證明スルコトハ出來ヌ。輕度デアアルガ各腫瘍ハ相互ニ癒着シテ居ル。局所ノ表皮ニハ發赤浮腫ヲ證明シナイ。痔核ガアル以外ニ陰部，會陰，臀部ハ勿論ノコト特ニ龜頭ノ何處ニモ糜爛面，表皮剝離，小丘疹，小潰瘍等原發竈ト思ハレルモノヲ證明シナイ。又尿道炎ハ證明セズ，トムソン氏2硝子盃試驗法ヲ行ツテモ，ソノ尿中ニ淋糸又ハ淋菌ヲ證明セズ。

其後ノ經過：極メテ徐々ニデアアルガ各腫瘍ハ漸次増大シ，相互ノ癒着著明トナリ，約1ヶ月ヲ經タノチニハ左右共ニ鵝卵大ノ磊塊ヲ形成シ，所々軟化シ，波動ヲ證明シ，皮膚トモ癒着シ，其部ニ於テハ表皮ハマレイ氏症候ヲ呈セザル發赤ヲ示ス様ニナツタ。

全身所見：體格榮養共ニ良好ニシテ何處ニモ病の所見ヲ認メラズ。白血球數7800，中性多核白血球增多ハ示サズ。ワ氏並ニ村氏兩反應共ニ陰性。フライ氏反應ハ本學皮膚科並ニ東洋レーヨン<sup>7</sup>附屬病院稻本學士カラ分與セラレタ多價抗原3種ヲ以テ行ツタカ總テ陰性。

診斷：此レハ鼠蹊淋巴腺腫脹即チ横痃デ，而モ炎衝性ノモノデアアルコトハ明カデアアルガ，經過ガ慢性乃至亞急性デアルノデ，普通ノ急性化膿性淋巴腺炎ト軟性下疳性横痃ハ共ニ此場合考ヘナクトモ良イト思ハレタ。横痃ニハ比較的稀デアアルガ，淋菌性ノモノガアリ，此ハ成書ノ記載ニ據ルト必ズ淋菌性尿道炎ガアリ，淋菌ガ發見サレルモノデアルト同時ニ横痃自身ハ急性炎衝ノ症候ヲ呈シ，疼痛ガ相當ニ激シトセラレテ居ルノデアアルカラ此ノ場合ハ否定シテヨイト考ヘラレタ。ソレデ殘ルノハ結核性ト第四性病性横痃デアアルガ，此ノ2ツハ屢々鑑別困難ト言ハレル。本例ニ就テモ主要所見デアアル緩慢ナル經過ヲトル淋巴腺炎デアツテ，腺周圍炎ヲ發生シ，磊塊狀腫瘍ヲ形成シ，健康皮膚ニ隔テラレ數ヶ所ノ軟化發赤ガ起ルコトハ全ク結核ニモ當テハマル症候デ，結核ヲ否定スル根據ハナイノデアアルガ，併シ患者ガ非常ニ健康デ屢々花柳病ニ感染スル機會ヲ持ツコト並ニ罹患淋巴腺ガ鼠蹊部デアアル等ノコトカラ，フライ氏反應ハ陰性デアアルガ，尙第四性病デアラウト考ヘラレタノデアアル。

手術所見：剔出サレタ淋巴腺ハ著明ノ腺周圍炎ヲ示シ，腺ノ或者ハ其内部ニ限局性化膿竈ヲ作り，膿ハ帶綠色，粘稠デ牽絲狀ヲ呈シ，明カニ結核ヲ否定シ，矢張第四性病デアラウト考ヘラレタ。

膿ノ検査：膿ハ型ノ如ク直チニ5%血液寒天及ビ普通寒天平板ニ培養並ニ直接塗抹標本ガ作ラレタ。直接塗抹標本中ニハ細菌ヲ見出サナカツタガ，血液加培養基ニハ48時間目全ク豫期ニ反シテ淋菌ノ發育ヲ見タノデアアル。我々ハ膿検査ニ際シテハ尙フライ氏反應陰性デモ矢張第四性病デアラウト考ヘテ棄テ石ノ積リデ膿ヲ培養シタノデアツタガ全ク豫期ニ反シテ淋菌ノ單感染ナルコトガ明カニセラレタノデアアル。

確定診斷：淋菌性横痃

考 察：淋菌性横痃ハ比較的稀ナモノトセラレ，泌尿器科醫ト雖モ日常ノ臨床ニ於テ屢々見ルモノデハナイト言ハレテ居ル。而モ一般ニ急性炎衝ノ症候ヲ呈シ，疼痛モ相當激シイモノデアリ，必ズ淋菌性尿道炎ヲ伴フモノデアルト記載セラレテ居ル。然ルニ本例デハ臨床的ニハ全ク第四性病性横痃ト鑑別シ得ナイ經過ヲトツタノデアアル。此處ニ注目スベキコトハ市川博士

(東京)ノ記載ニ據ルト淋菌性横痃中ニ淋菌ヲ發見スルコト稍々困難デアルトセラレテ居ル、淋菌性横痃ノ診斷ハ必ズ尿道淋ガアルノデ診斷シ得ルト言フノデアアル。ソレデアアルカラ本症例ノ如ク尿道淋ガ發見サレナイデ、而モ緩慢ナ経過ヲトレバ、細菌學の検査ノ粗漏ナ場合ニハフライ氏反應陰性ノ第四性病トセラレル危險ガ多分ニアルノデアアル。此ハ如何ナル程度ノ細菌學の検査ヲ根據トシテ居ルノデアアルカ今直チニ知ルコトガ出來ナイガ、第四性病ハフライ氏反應ガ陰性デアアル場合ガ屢々アルト言ハレテ居ル事實ト照合シテ考ヘテ示唆ニ富ムモノデハナイカト考ヘラレルノデアアル。

## 臨床診斷ト手術所見

胃癌末期ニ現ハレタル限局性漿液性腦膜炎

荒木千里 (京都外科集談會昭和13年12月例會所演)

患者：谷○喜○郎，38歳，男子

既往症：1年前胃癌ノ爲當外科ニテ胃腸吻合術ヲ受ク。

現病歴：約1ヶ月前ヨリ激シキ頭痛アリ。最初ハ後頭部ノ疼痛ナリシモヤガテ頭部全體ニ互ル頭痛トナリタリ。同時ニ時折嘔吐ヲ來ス事アリ。其後頭痛ハ益々激烈トナリ爲ニ睡眠モ充分取ル事能ハズ。約3週前突然全身痙攣ヲ來シ約10分間持續，其間意識ヲ喪失セリ。斯ル全身痙攣ハ引續キ2—3日間毎日現ハレタリ。其頃ヨリ口渴強ク尿增加シ，又兩眼ノ突出セルニ氣付ケリ。尙兩眼ノ視力ガ急激ニ減弱シ最近ハ殆ンド全ク失明ス。同時ニ四肢ガ無力トナリ起坐不能ニ陥ル。最近項部ニ鈍痛アリ。頭部ヲ背轉位ニ置ケバコノ疼痛ハ輕減ス。

現症：著シク痙攣衰弱シ高度ノ惡液質ニ陥レル患者。心窩部ニ約手拳大ノ彈性硬，表面凸凹アル腫瘍ヲ觸ル。即チ前年手術ニテ確メラレタル胃癌ナリ。腹部ハ一般ニ膨隆シ腹水アリ。既ニ胃癌ノ末期ニアル患者ナリ。激シキ頭痛ノ爲ニ苦悶ノ狀著シク，診察モ數回ニワケテ行フ必要アル位ナリ。神經學の所見トシテ主ナルモノハ，1) 項部強直，2) 兩側嗅覺障碍，3) 兩眼球突出。兩眼トモ殆ンド視力ナシ。高度ノ鬱血乳頭(4—5D)アリ。4) 他覺的ニ眼球運動ハ全體トシテ特ニ外方及ビ上方ニ向ツテ障碍セラレ，自覺的ニハ複視ヲ訴フ。水平性(右方ハ著明)及ビ上方ニ向フ眼球震盪アリ。5) 輕度ノ發音障碍アリ。舌尖ハ右ヘ傾ク。6) 四肢ハ無力性(hypotonisch)ニシテ起坐不能，小腦性失調諸症狀著明。7) スベテノ腱反射ハ著明ニ低下乃至消失。異常反射ナシ。

要之高度ノ腦壓充進ト小腦及ビ其附近ノ腦神經症狀ガ主デアアル。夫ニ眼球突出，崩尿症，兩側嗅覺障碍等 Hypothalamus 及ビ其附近ノ病變ヲ思ハシムル症狀ガ加ツテキル。斯カル症候群ニ對シテ小腦腫瘍ト第三腦室底部腫瘍ノ2ツガ同時ニ存在スルト考ヘルノハ面白クナク，統一の診斷トシテハ先ツ小腦腫瘍(多少右寄り)ガアリ，其結果タル腦水腫ノ爲ニ第三腦室ガ強ク擴大セラレ，之ニヨツテ Hypothalamus 及ビ其附近ノ壓迫症狀ヲ來シタルモノト強ヒテ解釋シタノデアツタ。腫瘍トシテハ胃癌ガ現存スル關係上當然癌腫ノ腦轉移ヲ考ヘタ。

併シ以上ノ局所診斷ニハ尙少カラヌ疑問ガアルノデ Ventrikulographie ヲ行ツタ。ソレニヨルト兩側腦室(特ニ右)ハ輕度ニ擴大シ右側ニ向ツテ移動シテ居ル。併シ側腦室ノ形狀ニ異常ナク，又缺損部ヲモ認メナイ。第三腦室ハ現出サレテ居ナイ。