

部紫藍色ヲ呈シテ居ル部ニ適用スルト23分ヲ要ス(健側ハ9分)。而シテ此ノ際作ラレタ青イ點點ハ40時間ヲ經過スルモ微ニ認メルコトガ出來タ。

此ニ依ツテ考フルニ皮内注射ニヨリ pH 6.46 L ラクムス⁷ 溶液ガ pH 7.0—7.4 ノ基底細胞層附近ニ浸潤サレタ譯デアアル。ソウスルト其ノ部ノ組織液ガ擴散シテ來テ L リラ⁷ 赤ノ pH 6.46 ヲ pH 7.0—7.4 ニ戻シソレヲ青色ニ變ゼシメルノデアアルガ、此ノ變色ニ要スル時間ハ擴散度ノ遲速ニ依ルヨリハソノ部ノ組織液ノ Alkalireserve, 即チ緩衝作用ノ大小ニ關係スルモノデ、我々ハ此ノ方法ニヨリ組織液緩衝度ノ大體ヲ見得ル。即チ患部ニ於テハ組織液ノ緩衝作用ハ健康ナル部ヨリ少クナツテキルト解セラル。從ツテ緩衝作用ノ少イ組織液ヲ以テ榮養サレテ居ル細胞ノ生活機能特ニ酸化、還元作用ハ當然正常廣範ナル緩衝作用ノアル組織液ヲ以テ榮養サレテ居ルモノヨリモ狭イ範圍内ニ制限サレテ居ルダラウ。此ノ事ハ西尾氏ガ特發性脱疽ノ研究ニ於テナサレタ L 患部組織ノ酸素消費量ガ少クナツテキルト云フ事實トハ間接的デアアルガヨク符合スル。依ツテ本症例ニ於テハ患肢ハ伊藤・大澤氏手術ニヨリ足關節迄ハ略々ソノ細胞生活機能ガ恢復サレテ來タト解シテ良イ。此ノ事ハ又一方手術後12日目ニ行ツタ Moszkowicz 氏法ニ依リ患肢ハ足關節迄ハ瞬時ニシテ充血ガ起ルト云フ事實ト考ヘ合セルト甚ダ興味アル事デ、即チ細胞ノ生活機能ノ恢復シテル部分ハ血管擴張ガ起リ易クナキツテルコトヲ暗示スルモノ、ヤウデアアル。又 L ラクムス⁷ 溶液注射ニ依リ青イ斑點ノ消失時間ノ遷延ハ此レガ L コロイド⁷ 溶液デアアルカラ其ノ部ノ組織球ノ喰燼作用ガ弱イカ、組織液ノ灌流ガ遅イカ、組織ノ酸化作用ガ少イカニヨルモノデアラウ。ソレ故ニ右下肢ハ足關節マデハ略細胞機能ガ正常ニ返ツタト理解セラレルトハ云ヘ尙輕度ノ障碍ガ認メラレルヤウデアアル。

何レニセヨ伊藤・大澤氏手術後ニ於ケル患肢肉芽創部並ニ皮膚細胞ノ生活機能ガ著明ニ恢復シテ居ルコトヲ立證シ得タト同時ニ佐伯氏ガ動物實驗ニ於テナサレタ L 交感神經支配ノ遮斷ガ配下一切ノ組織細胞ノ生理作用ヲ増加セシムル⁷ ト云フ事ヲモ臨床的ニ證明シ得タト考ヘル。

此等ノ方法ニヨル細胞生活機能検査ニ就テハ今後更ニ多數症例ヲ重ネ其ノ詳細ハ後日發表ノ豫定デアアル。

臨床瑣談

外科ニ於ル L ヴィタミン¹ノ應用症例(1)

村上 治 朗 (京都外科集談會昭和14年5月例會所演)

1) Basedow 氏病ニ對スル手術前後處置トシテ L ヴィタミン¹ A, B, C 投與ノ效果

患者: 鈴〇タ〇〇, 24歳, 女子(昭和14年12/IV入院)

5年前ヨリ甲状腺腫, 眼球突出, 多食, 多汗, 手指振顫, 速脈, 心悸昂進, 氣分ノ不安定等定型的ナBasedow 氏病ノ症候ガアル。始メ基礎代謝ハ Knipping 氏裝置デ+55%デアツタガ, Plummer 氏 L ルゴール⁷前療法ヲ1日6滴ヨリ始メ1日30滴ニ及ンダ9日目ニハ+30%ニ低下シ, 氣分モ稍々安定トナツタ。併シ尙脈搏ハ種

メテ不安定デアツタ。ルゴール¹ヲ更ニ與ヘテ1日45滴ニ及ンダ第14日日ニ基礎代謝ヲ檢スルト依然トシテ+30%デ、脈搏モ不安定デアツタノデ、其ノ翌日ノ朝ヨリ¹ル¹ビタミン¹Aトシテ¹セコラミン¹1日1錠、¹ル¹ビタミン¹C200毫ヲ注射シ始メタ所、當日ノ午後ハソレ迄毎日37°Cヲ越エテ居タ午後ノ體温ガ36°C臺デ、脈搏モ著明ニ安定シ、患者ノ自覺症狀モ輕快シ、ソノ5日日ノ基礎代謝ハ我々ノ不注意カラ検査前患者ガ¹滑¹ヲ存シテ居タニモ拘ラズ+26%ニ低下シテ居タ。本患者ハソノ翌日甲状腺切除手術ヲ受ケタガ、手術ハ¹滑¹ニ行ハレ、手術後 Basedow 氏病ニ特有ナ反動的急性甲状腺¹ホルモン¹中毒症ノ症候ハ全ク見ラレズ、經過ハ全ク順調デアツタ。

考 察：Basedow 氏病ノ觀血の治療ニ際シテ Plummer 氏¹ル¹ゴール¹前療法ノ偉效ハ周知ノ事實デアルガ、ソノ際ノ¹ヨード¹ノ作用機轉ガ甲状腺内分泌物¹チロキシン¹ノ濾胞内抑留ニ依ツテ説明セラレテ居ル様ニ¹ヨード¹ノ作用ハ¹チロキシン¹ニ對シテ直接的ナモノデナク、從ツテ¹ヨード¹ハ時ニ豫期ノ效果ヲ得ラレナイコトノアルコトモ知ラレテ居ル。我々ノ症例ニ於テハ¹ヨード¹ニヨツテハ基礎代謝ヲ+30%以下ニ低下シ、亦脈搏ヲ安定トスルコトガ出來ナカツタ。¹ル¹ビタミン¹Aガ甲状腺¹ホルモン¹デアアル¹チロキシン¹ニ對シテ強力ナ直接作用アルコトハ¹ル¹ビタミン¹Aニ依ツテ甲状腺¹ホルモン¹中毒ガ阻止セラレ、¹チロキシン¹ニ依ルおたまじやくしノ變態促進ハ¹ル¹ビタミン¹Aニ依ツテ抑制セラレル 實驗的事實ニ依テ知ラレテ居ルノデアアルガ、Wendt, Falta, Dietrich, Abelin 等ハコレヲ臨床ニ應用シテ Basedow 氏病ノ基礎代謝ヲ正常ニ持チ來タシ得ルコトヲ明カニシタ。コノ際ノ¹ル¹ビタミン¹Aノ¹チロキシン¹ニ對スル作用ハ直接拮抗のデアアル。コレニ依テ我々ガ¹ル¹ビタミン¹Aヲ與ヘテ¹ル¹ゴール¹ノ效果ガ不充分デアツタ Basedow 氏病ヲ好轉セシメ得タコトハ自ラ明カトナルノデアアル。本患者ハ亦¹ル¹ゴール¹前處置ニ際手術直後ニ屢々見ラレル手術直後ノ反動的症候惡化モ見ラレナカツタノデ、コレモ亦¹ル¹ビタミン¹Aノ¹チロキシン¹ニ對スル直接的拮抗作用ニ歸シテモヨイカト考ヘラレルノデアアル。¹ル¹ビタミン¹Cノ甲状腺¹ホルモン¹ニ對スル作用ハ¹ル¹ビタミン¹Aノ場合程著明デハナク、今日尙充分ニ明カニセラレテ居ナイノデアアルガ、Löhrハ¹ル¹ビタミン¹Cト¹チロキシン¹トノ間ノ生體內拮抗作用ヲ報告シ、我々モ亦1例ノ Basedow 氏病患者(益〇ハ〇子、26歳、女子)ニ¹ル¹ビタミン¹C1日300毫5日間注射シテ基礎代謝ヲ+48.4%ヨリ+45.9%ニ低下セシメタ經驗ヲ有シテ居ル。¹ル¹ビタミン¹B₁モ亦 Basedow 氏病ニ對シテ非常ニ適確ニ作用スルノデ、Abderhaldenニヨレバ投與スル¹ル¹ビタミン¹B₁ノ量ガ大デアレバアルダケ個體ノ¹チロキシン¹過敏症ハ低下シ、Sure-Buchananニヨレバ10rノ¹ル¹ビタミン¹B₁ハ50rノ¹チロキシン¹ヲ中和スルト言フ。

¹ル¹ビタミン¹A, B₁, Cハ斯クノ如ク¹ル¹ゴール¹トハ作用機轉ガ異ナリ、而モ直接的ニ有效ニ作用スルノデ、¹ル¹ゴール¹デ手術可能迄持チ來タシ得ナイ場合ニ用フルトカ、¹ル¹ゴール¹ト平行ニ用ヒルトカ、又ハ單獨ニ使用シテソノ效果ヲ利用シ得ル處大ナルベシト考ヘラレルノデアアル。Plummerハ手術前處置トシテ¹ル¹ゴール¹ヲ使ヒ、Basedow 氏病手術ノ夜亡率ヲ激減セシメ、ソノ成績ノ優秀ナコトハ當時ノ世界ヲ驚嘆セシメタノデアツタガ、更ニ¹ル¹ビタミン¹

A, B₁, C ノ手術前處置トシテノ新シキ導入ニヨリ我々ハ更ニ死亡率ヲ減少セシメ得ルノデハナイカト考ヘラレル。

2) 手術後胃腸麻痺ニ對スル L ヲイタミン B_1 ノ效果

患者：杉○後○, 19歳, 男子 (昭和14年 28/IV 入院)

蟲様突起炎性汎發性腹膜炎デ蟲様突起切除, 排膿管挿入後, 腹部熱氣浴, L フゴスチグミン C 1 瓶 1 日 3 回注射ヲ繰リカヘシタニ拘ラズ惡心, 嘔吐, 腹部膨滿, 腸雜音微弱ノ胃腸麻痺ノ症候ヲ呈シ, 胃洗, 絶食ニモ抗シテ輕快セズ, 漸次増惡ノ徵候ヲ呈スルノデ, 術後48時間目 (20/IV) 午後6時 L ヲイタミン B_1 2 瓶ヲ注射シタ所翌朝胃腸麻痺ノ症候ハ全ク拭フ様ニ消失シタ。

患者：三○幸○, 28歳, 男子 (昭和14年 10/V 入院)

腸軸捻轉症手術後 L フゴスチグミン C , 腹部熱氣浴ニ抗シテ, 腸ハ麻痺状態ヲ恢復セズ, 腹部膨滿, 嘔吐, 有響性腸雜音ヲ聞クノミデアツタ。 L フゴスチグミン C デドウシテモ效果ノナイ時マデ L ヲイタミン B_1 ノ注射ヲ待タント企圖シタガ, 患者ノ状態ガ漸次重篤トナルノデ, 術後約30時間目 (11/V) 午後7時頃 L ヲイタミン B_1 8 瓶ヲ注射シタ所翌朝ハ腸ノ緊張ハ全ク恢復シ自然放屁モアル様ニナツタ。

考察：化膿性腹膜炎ヤ L イレウス C ニ際シテ屢々二次的 L ヲイタミン B_1 消耗ノ起ルコトハ先ニ我々が本年日本外科學會デ報告シタ所デアルガ, L ヲイタミン B_1 ハ胃並ニ腸ノ正常緊張保持ニ對シテ不可缺ノ要素デアルコトガ Sure, Cowgill ノ實驗ニ依ツテ明カニセラレテ居ル所ト併セ考ヘルト, コノ際ノ胃腸麻痺ニ對シテモ L ヲイタミン B_1 消耗ハ一定ノ役割ヲ有シテ居ルデアラウコトハ推定ニ難クナイ。ソレデアルカラ L ヲイタミン B_1 モ亦術後腸麻痺ノ治療ニ有效ニ利用シ得ルノデハナイカト考ヘラレルノデアアルガ, コレハ今後尙觀察ヲ要スルモノト考ヘラレル。

3) 血友病ニ對スル L ヲイタミン C ノ效果

患者：中○武○, 30歳, 男子 (昭和14年 5/V 入院)

生來小切創ヲ受ケテモ醫治ヲ受ケナケレバ止ラナイ出血ヲ起スコトガ屢々アツタ。約10年前ニハ1月カラ5月ニ亙リ黑色便ガ出, 吐血, 血便サヘ起ツタコトガアリ, 又9年前ニハ横痃ヲ切開セラレテ大出血ヲ見タコトガアツタ。今度ハ13/V 門齒下列ノ齒齦ニ物が當リ, ソノ部ノ齒齦ヨリ出血シ始メ, 約1ヶ月種々ノ醫療ヲ受ケタガ止血シナイ。

初診時出血時間12分, 血液凝固時間4分, 血小板數ハ416,930デアツタ。即チ出血時間ガ稍々遲延シテ居ルノミデ, 血小板數ハ正常以上デアル。血液凝固時間ノ正常ニ近イ點ハ壞血病ヲ想ハセタガ, 別ニ遺傳歴ハナイガ, 常人ノ幼時ヨリ度々出血シ易イコトカラ輕度ノ血友病デアラウト推定サレタ。 L ヲイタミン C ハ1日300瓩皮下ニ注射シタ所齒齦出血ハ1回ノ注射デ止マリ, 出血時間モ血液凝固時間モ正常トナリ, 血小板數ハ1,255,250ニ激増シタ。コノ状態ハ血小板數ガ入院17日目361,710トナツタノミデ L ヲイタミン C 注射モ3日間デ中止シタ後12日ヲ經タ今日モ尙續イテ居ル。注射セラレタ L ヲイタミン C ハ數日デ體内カラ消失スルニモ拘ラズ, 止血状態ガ繼續スル點ヲ不思議ニ思ツタガ, 患者ハ入院後新鮮ナ果物が止血效果ノアルコトヲ數ヘラレタノデ毎日澤山攝取シテ居ル事ガ明カナツテ氷解シタ。

考察：我々ハ膽血症性出血性素因ニ對スル L ヲイタミン C 大量注射ノ偉效(次頁參照)ヲ經驗シタノデアツタガ, 此度ハ少量(300瓩)ノ注射デ1ヶ月間ノ醫療ニ抗シタ出血ヲ止メ得タ症例ヲ追加シ得タノデアアル。

膽血症性出血性素因 = 際シテ手術前處置トシテノ「ビタミン」C 超大量注射ノ偉效 = 就テ

村上 治 朗 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

膽血症性出血性素因 = 際シテ手術的侵襲ヲ加ヘルニ當ツテハ從來手術前處置トシテ「カルチウム」製劑, 臟器抽出劑, 馬血清, 「コンゴローート」, 高張葡萄糖並ニ食鹽溶液等ノ注射及ビ輸血 = 依ル出血性阻止ノ努力ガ執拗ニ試ミラレテ來タノデアツタガ, 多クハ奏效セズ, コレニ就テハ我々モ亦苦ガイ經驗ヲ持ツテ居ル。

1934年以來 Stepp 並ニ其ノ門下ニ依ツテ「ビタミン」C ガ壞血病ニ對シテノミナラズ, 血友病, Schönlein-Henoch 氏紫斑病, Welhof 氏紫斑病等原因ヲ異ニスル種々ノ出血性素因ニ對シテモ偉效ヲ奏スルコトガ明カニセラレ, 外科醫ノ側デモ之ヲ唯一ノ治療法トシテ賞讃スル者 (Geissendörfer, V. Seemen) ガアルニ及ンデ, 我々モ亦コレヲ試ミントシテ待機シテ居タノデアツタガ, 遂ニソノ1例ヲ經驗スルコトガ出來タ。

患者: 20歳, 女子

現病歴: 約3ヶ月半前ヨリ激シイ膽石症ノ發作ガアル様ニナツタガ, 2ヶ月前十二指腸「ゾンデ」治療ヲ受ケタ所, 始メノ3回胆汁ガ出タノミデソノ後ハ全く出ナクナリ, ソノ内ニ黄疸ガ現ハレ始メタ。黄疸ハ漸次著明トナツタガ, 約10日前ヲ極期トシテ幾分軽度トナツタ様ニ思ハレル。4日前ヨリ時々惡寒ヲ以テ發熱シ, 夜ニナルト強クナル頭痛, 不安, 齒齦出血ガアル様ニナツタ。

齒齦出血ハ急速ニ増惡シテ, 絶エズ吐キ出ス多量ノ血液ト不安トノ爲メニ睡眠モ障碍サレルニ至ツタ。我々ノ處置ヲ受ケル前ノ主治醫ノ話ニ依ルト「コアグレン」, 「クラウデン」, 「ビタミン」C 劑1本, 25%葡萄糖溶液注射等ガ試ミラレタガイヅレモ無效デアツタト言フ。20時間前ノ耳朶ノ小切創ガ尙止血シナイ。

局所々見: 肝縁ハ觸レズ。唯右上腹部ニ超鶯卵大ノ緊滿シタ膽嚢ヲ觸レルノミ。

全身所見: 全身状態ハ稍々重篤, 黄疸ハ著明デ, 齒齦出血ハ非常ニ夥シク放置スルナラバ失血死スルデアラウト思ハレル程デアル。赤血球數 357×10^4 , 「ヘモグロビン」係數 (Sahli) 37%, 白血球數 24000。

血清: 「モイレングラハト」50, 「ヂアゾ」反應ハ直接反應デ促進反應(++)、間接反應(++), 高田氏反應(+++)。即チ肝臟機能ハ高度ニ障碍セラレテ居タ。

「ビタミン」Cノ注射: 血液凝固時間ハ佐藤氏法ニ依リ, 出血時間ハ Duke 氏法ニ依リ測定シタトコロ, 出血時間ハ無限大デアツタガ, 凝血時間ハ14分デ正常ノ9分ヨリ稍々延長シテ居ルニ過ギナカツタ。

「ビタミン」C 500 毫 (「アスコルチン」10 毫)ヲ靜脈内ニ注射シタ所1時間後ニハ凝血時間ハ7分トナリ吐出スル血液モ凝固シ易クナツタガ, 出血時間ハ尙無限大。3時間後凝血時間ハ5分トナツタガ出血時間ハ依然無限大デ, 齒齦ハ出血ノ傾向ヲ示サズ。ソコデ更ニ「ビタミン」C 900 毫 (「ビタミン」19 毫)ヲ注射シタ所今度ハ耳朶ノ出血モ齒齦出血モ乾ク様ニ止ツテ, 1時間後出血時間ハ45分トナリ, 凝血時間ハ實ニ2分トナリ, 15時間後ニハ出血時間モ7分トナツタ。コノ状態ハ24時間續キ, 翌日同時刻200毫ノ輸血ト共ニ「ビタミン」C 500 毫ヲ注射シタ所, ソノ16時間後ニハ出血時間モ正常ノ3分以下ノ實ニ2分トナツタ。

手術: 出血時間2分, 凝血時間4分トナツタ状態デ膽嚢別出, 總輸膽管切開 結石摘出手術ヲ行ツタガ, 手術ハ正常ト殆ンド變ラズ行ヒ得テ, 著明ナ出血ハ認メラレナカツタ。

手術後経過: 手術後モ肝臟機能障碍ハ輕快セザルモノノ様デ, 夜ニナルト患者ハ膽血症特有ノ不安状態ニ墮ツタ。全身状態ハ稍々輕快シ我々モ安心シテ居タノデアツタガ, 6日目急ニ病勢惡化シテ遂ニヒニ鬼籍ニ入ツタ。ソノ間, 出血時間, 血液凝固時間ハ正常ニ近イニモ拘ラズ, 手術創ヨリ大出血ガ2回見ラレ, イヅレモ輸血ト「ビタミン」C 800乃至900毫ノ注射デ止血シ得タ。

剖檢所見：手術創ハ異常ヲ認メズ，大網膜_Lバリカド¹ハ理想的ニ機能ヲ營ンデ居タガ，肝臟ハ急性機械的萎縮トシテハ最も強イ程度ニ犯サレテ居タ。

考察：本症例ハ不幸肝臟ガ高度ニ障碍サレテ居タ爲メニ死ノ轉歸ヲトツタガ，出血性素因ニ對スル_Lビタミン¹Cノ偉効ニ就テハ非常ニ考ヘサセラルル所ガ大デアツタ。

1) _Lビタミン¹Cノ超大量注射ハ出血性素因ニ於ル手術前處置トシテ最も理想的ナモノデアル。

2) 出血性素因ニ對スル_Lビタミン¹Cノ偉効ニ疑義ヲ懷ク報告 (Anstett, Armentano, 須磨, 赤澤) モアルガ，ソノ内使用量ノ明カナモノヲ見ルトイヅレモ少量デアツテ，コレ等ハ有效量ニ足りナカツタノデアラウト思ハレル。_Lビタミン¹Cハ Stepp 等ガ提唱スル100乃至150瓩1日量ニ因ハレズ，更ニ大量ヲ注射スル必要ガアル。

3) _Lビタミン¹C注射後凝血時間ハ正常以下トナツテモ止血セズ，出血時間ガ短クナツテ始メテ止血シタ。即チ，_Lビタミン¹Cノ効果ハコノ際ハ主トシテ血管壁ニ對スル作用ト考ヘラレ，凝血促進ハ止血效果トシテハ從的ナモノデアル。ソレデアルカラ_Lビタミン¹Cソノ他ノ藥品ノ止血效果ヲ血液凝固促進作用ノミデ見ル (小林, 日本外科學會, 昭和13年) ノハ正シクナイ。併シ，尙我々ハ本症例デ手術後凝血時間，止血時間イヅレモ正常ニ近キニモ拘ハラズ，手術創ヨリ出血シ，_Lビタミン¹C超大量ト輸血ニヨリ止血シ得タノデアツテ，出血時間測定ハ Duke 氏法デハ尙満足スベキデナイ様ニ思ハレタ。

中樞神經損傷ニヨル體半側性體溫異常

荒 木 千 里 (京都外科集談會昭和14年5月例會所演)

患者：近○志○枝，37歳，女

現病歴：入院前約1ヶ月頃ヨリ右眼ノ視力障碍ヲ來シ，其後約2週間ニシテ右眼ハ殆ンド全ク失明セリ。其後4—5日ヲ經テ左眼ノ顛顛側半盲ヲ來シタルガ約1週間ニシテ左眼モ遂ニ失明ス。

現 症：眼症狀ヲ除キ神經學的ニ變化ヲ認メズ。約2週間前眼科入院當時ニハ右ノ鬱血乳頭4Dアリシモ現在ハ鬱血乳頭ナク，二次的視神經萎縮ノ状態ナリ。左眼ハ終始一次的視神經萎縮ノ所見ヲ呈ス。斯ル所見即チ一側ノ鬱血乳頭，他側ノ一次的視神經萎縮ハ Kennedy 氏症候群ト云ハレ，一次的視神經萎縮ノアル側ノ前頭葉底面部ニ腫瘍ガアルコトヲ示スモノトサレル。併シ其場合ニハ多クハ嗅覺障碍ヲ伴フモノデアルガ此例ニハ嗅覺障碍ハ全然ナイ。ソノ點ガ一寸了解シ難イ所デアル。ソレカト云ツテ腦下垂體腫瘍トカ，Tuberculum sellae カラノ_Lメニンギオーム¹ニモ一致シナイ。ソレデ念ノ爲ニ腦室撮影ヲ行ツテ見ルト腦室系ハ全く正常デ，兩側特ニ左ノ側腦室前角部ニハ全然變化ヲ認メナイ。從ツテ前頭葉腫瘍ハ完全ニ除外シ得ル。又何處カ他ノ部ニ腫瘍ガアルトイフコトモコノ腦室像カラハ考ヘ難イ。ソレデ結局 Cisterna chiasmatis 部ノ慢性蜘蛛膜炎ガ最も疑ハシイト云フ診斷デ，左前頭・顛頂・顛顛部開頭術ヲ行ツタ (昭和14年26IV)。而ルニ左ノ前頭葉底面部，嗅神經溝，Tuberculum sellae，腦下垂體部ニハ腫瘍モナケレバ，蜘蛛膜炎モ全然認メ得ナカツタ。唯視神經ガ兩側トモ色ガ穢灰色デ正常ヨリモ血管ノ充盈ガ強イト思ハレタ事カラ視神經炎デアラウト考ヘラレタノデアツタ。結局腦自身ニハ何も變化ハ見出サレナカツタガ，面白イコトニハ此患者デ術直後ノ約24時間ニ互ツテ手術側即チ左ノ體半側ガ右ニ比シテ明ニ體溫ノ高イ事ヲ認メタノデアル。即チ手術翌朝ニハ約1°Cノ差ガアリ (左:38°C, 右:37.1°C)，ソレガ午後ニナツテ次第ニ差ガ少クナリ，夕刻ニハ略差

ガナイ様=ナツタ(兩側トモ 37.2°C)。手術當日ハ時刻=手術ガ濟ンダガ、特ニソノ點ヲ留意シナカツタノデ當日ノ體溫=差ガアツタカ否カハ不明デ、翌朝=ナツテ始メテ氣ガ付イタノデアル。コノ患者ハ其後ノ經過ハ全ク順調デ、術後第3日以後ハ全ク平熱デアル。

之迄コノ種ノ手術デカ、ル事實ヲ經驗シタ事ハナイ。特ニソノ點ヲ注意シナカツタノデ輕度ノ差違ガアツテモ氣附カナカツタノカ、或ハ全然コノ様ナ差違ガナカツタノカハ今後他ノ例デ觀察シテ見ル必要ガアル。

從來腦ノ外傷後=クル半側性體溫上昇=就テ記載サレタ所ヲ見ル=溫度ノ差ハ $0.6-1.0^{\circ}\text{C}$ デ、受傷反對側=溫度ノ上昇ヲ來ス場合ガ多イ様デアル (Schüller, Goldstein, Letoux, Dege)。Landois 及ビ Eulenburg ノ犬=就テノ實驗デモ大脳運動中樞域ヲ破壊スルト反對側ノ體溫ガ上昇スル。併シ受傷側ノ體溫ノ上昇ヲ來シタ場合モアル (Goldstein)。吾々ノ例モ同様デアル。

中樞神經内ノ熱中樞トシテハ今日視丘下部ガ多クノ人=ヨツテ容認サレテ居ルガ、其他線狀體モ熱中樞=屬スルト考ヘラレル。併シ此等ノ部位ノ傷害=ヨツテ偏側體溫ノ上昇ヲ來スコトガアルカ如何カ、通常ハ偏側デナク兩側性即チ全身性體溫ノ上昇ヲ來スモノデアル。

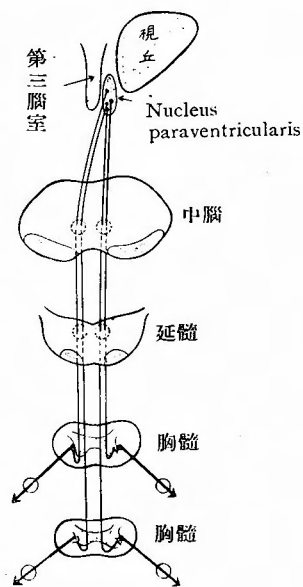
體半側グケノ溫度ノ上昇ハ斯ル熱中樞性ノ發熱トハ意味ヲ異ニスルモノデアラウト思フ。之ハ多分植物神經 特ニ交感神經支配ノ半側性異常=ヨツテ起ルト考ヘルノガ最モ考ヘ易イ様=思フ。丁度一側ノ交感神經索切除後=其側ノ體溫ガ他側ヨリモ高クナルノト同様ナ事實デアラウ。而モ今ノ場合ハ交感神經ノ中樞性障礙ト考ヘネバナラナイガ、一體交感神經ノ中樞神經内走行ハ偏側支配ノ形ヲ取ツテキルモノデアラウカ。之ニ就テハ未ダ研究ガ甚ダシク不充分デアルカラ文獻ノ記載=ヨツテ推論スルニ止マル。

1) Beattie, Brow 及ビ Long (1930) =ヨレバ、ソレハ第1圖ノ如クデアル。即チ視丘下部ノ Nucleus paraventricularis ヨリ發シ、中腦、延髓ノ Fasciculus longitudinalis medialis, Substantia reticularis ヲ通り、脊髓前索中ノ Tractus vestibulo-spinalis ヲ經由シテ D_1-L_2 ノ側角=アル Columna intermedio-lateralis =至リ、コ、デ交感神經運動核ト接続スル。コノ纖維ノ一部ハ種々ノ高サデ他側へ交叉スルガ大部分ノ纖維ハ交叉スルコトナク同側ノ末梢ノイロン¹へ連絡スル。コノ業績カラスルト視丘下部及ビソレ以下ノ一側性病變=ヨツテ同側體半側ノ交感神經障礙ガ可能デアル。

2) Hunsicker 及ビ Spiegel ノ實驗=ヨルト圓錐體路ヲ通ル交感神經遠心路ガアル。コノ業績カラ見ルト一側圓錐體系ノ病變=ヨツテ反對側體半部ノ交感神經ガ可能デアル。

3) J. C. White =ヨレバ臨床的事實ヨリ見テ 1), 2) 以外=

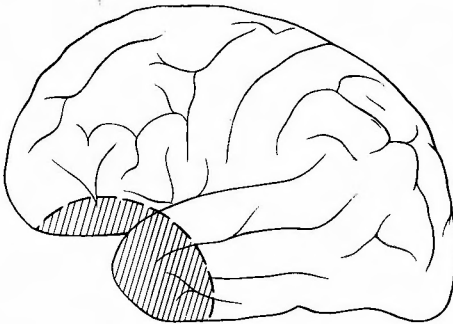
第 1 圖



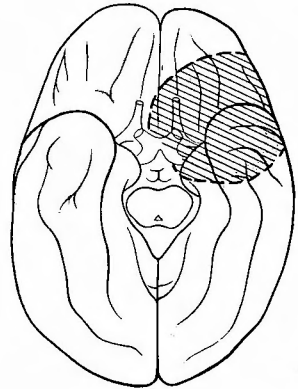
モ交感神經遠心路ガナクテハナラス。且ツ異ル機能ヲ司ル交感神經纖維ハ異ル走行ヲトルモノ
ラシイ。即チ瞳孔反應ヲ司ル纖維ハ偏側性デアアルガ、血管運動纖維ハ兩側性デアアル。ソノ説ニ
ヨレバ若シ交感神經性溫度上昇ガ血管擴張ニ基クモノデアレバ、一側性溫度上昇ハアリ得ナイ
トイフ事ニナル。尙視丘下部ノ植物神經中樞ニ對スル上位ノ支配中樞ガ大腦前運動域 (Brod-
man 氏第 6 域) ニ存在スルコトガ唱ヘラレテキルガ、之ガ一側性乃至兩側性支配ニナツテキル
カ如何カ、又ハ交叉支配ニナツテキルカ如何カ等ハ不明デアアル。

兎ニ角偏側溫度上昇ガアリ得ルコトハ之ハ確カナ事實デアアル。之ニ對スル説明ノ可能性ハ上
述ノ 1), 2) ノ中ニ存スルノデハナイカト思フ。而モ吾々ノ例ノ如ク同側體半部ノ溫度上昇ヲ
來シテキルモノデハ 1) デ説明スルノガ妥當ナ様デアアル。殊ニ吾々ノ例デハ手術ニヨツテ腦ガ
何程カ挫傷ヲ受ケタトスレバ第 2, 3 圖ノ部分デアツテ、コノ範圍デハ圓錐體路障礙ハ一寸考ヘ
ラレナイカラデアアル。多分手術時第 III 腦室ノ左側壁部ガ籠ノ壓迫ニヨツテ輕イ挫傷ヲ受ケタ
ト考フベキデアラウカ。

第 2 圖



第 3 圖



肋間神經痛ヲ主訴トスル肋膜内皮細胞腫

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

患 者: 64歳, 男 (昭和14年20/III 入院)

主 訴: 脊痛及胸部絞搾感

現病歴: 4年前ヨリ誘因ナク左腰部ノ鈍痛アリ。1年前ヨリ左側胸部ノ絞搾感及脊部ノ鈍痛ヲモ來セリ。
コノ疼痛ハ次第ニ増強シテ現在ニ及ビシガ呼吸困難, 咳嗽, 咯痰ヲ來セシコトナシ。食欲, 睡眠共ニ良好。
便通ハ1日1行。

既往症, 遺傳歴ニ特記スベキモノナシ。

入院時所見: 體格, 骨格共ニ大, 榮養良好, 脈搏整調, 約80/m, 緊張良。

局所所見: 左後下部肺ニ輕度ノ乾性羅音アル外打診上濁音ナシ。脊柱ハ全長ニワタリ強直著明ナルモ打痛
ナシ。左胸部第VI肋骨ニ沿ヒ, 肩胛骨下緣ニ近ク雞卵大ノ腫瘤アリ。浮腫, 靜脈怒張ナク, 表面平滑, 限界
不鮮明ニシテ壓迫ニヨリ不快感アルモ壓痛ナシ。硬度ハ骨様硬ニシテ非可動性ナリ。

血液所見: 赤血球數 423萬, 血色素量 80% (ザーリ), 白血球數 6170, 中性多核白血球 46%, エオジン¹嗜

好細胞 2%, 鹽基性嗜好細胞 1.5%, 淋巴球 46.5%, 單核及移行型 4%, 即チ比較的淋巴球増加ヲ示ス。

尿所見: 異常ナシ。血清及腦脊髄液ニ於ケルワ氏反應陰性, 腦脊髄液ニ著變ナシ。

レ線検査: 左側肺門部陰影稍々濃厚ナルモ, 肺ノ惡性腫瘍ト思ハレル陰影ナシ。又肋膜腔ノ滲出液澀溜ナシ。脊柱ヲミルニ第VII胸椎左側肋骨横突起關節部ニ骨ノ破壞像アリ。且ツ左第VI, VIII肋骨ニハ後部脊柱ニ近ク長軸ヲ肋骨ト一致セシメタル紡錘形ノ腫瘍アリ。第VI肋骨ニアルハ約雞卵大, 第VIII肋骨ニアルハ雀卵大ニシテ, 骨組織ハ粗トナリ泡沫様ニシテ纖維性骨炎ノ如シ。脊柱側面ヲミルニ第VII胸椎以下邊緣ノ鋸齒狀(Randzacken) 著明ニシテ殊ニ第VIII, IX胸椎前面ニハ贅骨形成(Osteophytenbildung)アリ。畸形性脊椎炎ノ型ナリ。椎體ノ破壞像ナシ。

手術所見: 第VI胸椎ノ棘狀突起ヨリ肋骨ニ沿ヒ約10cmノ皮切ニテ腫瘍ニ達ス。腫瘍ハ長軸4cm, 幅3cm, 紡錘形ニシテ骨ハ菲薄, 骨内容ハ暗赤色ノ腫瘍組織ヨリナリ, 肋膜ニ接スル部ニハ骨組織ヲ缺クモ, 肋膜トハカルキ纖維性癒着アルノミニシテ肋膜ガ連續的ニ腫瘍ニ犯サレタル如キ所見ナシ。依ツテ此ノ部ノ肋骨切除ヲナス。

組織學的所見: 方形ノ細胞ハ管腔ヲ作ルガ如ク排列シ, 内被細胞増殖ノ像ニシテ恐ラク肋膜内被細胞ヨリ發生セル内被細胞腫ト考ヘラル。

考 察: 本例ニ於テハ臨床上肋膜及肺ニハ腫瘍ヲ證明スルコトナク, 又肋膜腔ニ滲出液ノ澀溜ナシ。骨ヲ原發トスル内被細胞腫ハ極メテ稀ナリ。只本例ニ於テハ第VII肋骨横突起關節部ノ骨破壞像ヲ觀タルヲ以テコノ部ヨリ發生セルモノニシテ肋骨ノ腫瘍ハソノ轉移ト考ヘタリ。而シテコノ肋骨横突起關節及椎體ガ如何ニ變化スルカハ爾後ノ經過ニ期待サル、モ、之ニ關シ嘗ツテ有原氏ノ報告セル興味アル1例アリ(日本整形外科學會雜誌, 第10卷, 第1號, 第77頁參照)。

患者ハ35歳ノ男ニシテ入院前2ヶ月ヨリ脊痛殊ニ胸椎中部ニ著明ナル疼痛アリテ胸部ノ絞搾感ヲ來セリ。

局所所見: 肺ハ後下部, 兩側ニテ擦音アル外打診上濁音ナシ。

レ線検査: 第VI胸椎體ノ壓縮及破壞像ヲ證明ス。

手術: 肋骨横突起切除ニテ第VI胸椎體ニ達スルニ椎體ハ彈性軟ノ肉芽ヨリナリ, 之ヲ鏡檢スルニ内被細胞腫ナリ。

剖檢所見: 第III, IV肋骨ノ胸骨附着部ニ50錢銀貨大ノ灰白色ノ腫瘍アリ。骨膜ヨリ發生セルモノ、如ク, 硬度軟骨様ニシテ剖面灰白色, 平滑ナリ。

肋膜ハ兩葉間ニ纖維性, 纖維素性癒着アリ, 剝離困難ナリ。肺ニハ腫瘍組織ナシ。第V, VI, VII胸椎體及肋骨横突起關節部ニハ軟骨様ノ腫瘍アリ, 表面ハ體壁肋膜ニテ被ハル。第II, III胸椎棘狀突起ハ崩壞シテ肉芽ヲ形成ス。之ノ例ハ肋骨ニハ纖維性, 纖維素性癒着アルノミニテ腫瘍ナク, 殆ド骨ヲ原發トスル内被細胞腫ナリ。

本例ヲ照合シテ考ヘル時, 吾々ハ今回ノ例モ恐ラク第VI胸椎ノ肋骨横突起部ヲ原發トセルモノニシテ, 肋骨ノ變化ハソノ轉移ト考ヘルヲ至當トス。

胃石ヲ伴ヘル胃潰瘍ノ1例

松 木 軍 太 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

患 者: 40歳, 男

主 訴: 上腹部ノ不快感

現病歴: 昭和13年12月下旬, 食事ト關係ナク, 上腹部ニ鈍痛ガアリ, 1時間位デ自然ニ消退シタ。3日後

局所=膨滿感ガアリ、1日5回ノ下痢ガ10日位續イタ。昭和14年2月中旬、同様ナ症狀ガアツタガ、局所ノ疼痛、惡心、嘔吐、嘔噎、痙攣様發作等ヲ來シタコトハナイ。3月中旬局所=腫物ノアルノヲ注意サレタ。發病以來特=羸瘦シタトモ思ハレナイ。

既往症：幼時ヨリ健康デ食物ハ主トシテ菜食ヲ攝リ、特=柿類ノ如キ果物ヲ多量ニ食シタコトハナイ。

現在症：體格中等、榮養可、ソノ他ニ特記スベキモノナシ。

局所々見：腹部ハ一般ニ稍々陷凹シ、靜脈ノ怒張、蠕動不安等ハ認メズ。上腹部ニ鶏卵大ノ腫物ヲ觸レ、右ハ右乳線ヨリ凡ソ4cm内方、下ハ臍ノ上凡ソ7cmニテ限界比較ノ鮮明ナルモ上、左方ハ限界不鮮明。彈性硬、表面凹凸不整、呼吸時ニ移動シ、呼氣時ニ固定シ得。

血液検査：血球數及ビ血液像共ニ正常。

胃液検査：前液中ノ遊離鹽酸度60、總酸度80、後液中デハ1.5時間後ガ最高デ前者ハ72、後者ハ100。

レ線検査：腫瘍ハ橢圓形ノ陰影ヲ與ヘ、且胃粘膜炎變像ノ位置、走行ニハ何等ノ關係ヲ示サズ、胃内ヲ自由ニ遊走シ得。

診 斷：胃「ポリープ」或ハ異物ト考ヘラル。

手術所見：上腹部正中切開ニテ腹腔ニ入ル。腹膜ハ滑澤、異常漏出物、大網膜ノ癒着等ヲ認メズ。胃ハ周圍ト癒着スルコトナク、胃内ヲ自由ニ遊走スル鶏卵大ノ腫瘍ヲフレ、表面不整、彈性軟、更ニ小瘻ニ沿ヒ幽門輪ヨリ5cm口側ニ拇指頭大ノ彈性硬ノ硬結ヲフレ。幽門輪ハ外見上異狀ナキモ、稍々硬ク觸レル。腫瘍ト共ニ小瘻ノ硬結、幽門輪ヲ含デ可ナリ廣範圍ニ胃ヲ切除シ、端々吻合ヲ施ス。

術後経過：良好デ第I期癒合、20日日ニ全治退院ス。

摘出標本：前述ノ小瘻ニアリシ硬結ニ一致シテ圓形、大豆大ノ淺イ潰瘍ガアリ、幽門輪ハ單ニ肥厚シテ居ルノミ。胃内ヲ自由ニ遊走シタ腫瘍ハ形態略々鶏卵大6.5cm×5cmノ塊デ表面ハ黑褐色、凹凸不整、彈性軟、割面ハ黃色、_L「ボロボロ」シテ居テ古クナツタ_L「コルク」ノ斷面ヲ思ハシメル。特ニ果皮トカ、種子トカノ如キ固形物ハ認メナイ。

本例ハ胃潰瘍ノ患者ニ胃石ガ存在シテキタモノデアル。胃石ハ充分ニ移動スルカラ、潰瘍ハソノ壓迫ニ依ツテ生ジタモノトハ考ヘ難ク、偶然ニ兩者ガ存在シタモノデハナカラウカ。

結腸癌ト合併セル良性胃腫瘍

朝 倉 進 (京都外科集談會昭和14年4月例会所演)

患 者：60歳、男(昭和13年2月X1入院)

主 訴：秘結

現病歴：約1ヶ月前ヨリ便秘約2週間ニ1回トナリ、下腹部ノ膨滿感アリ。時々腸蠕動不穩ト共ニ下腹部ヨリ上腹部ニカケテ鈍痛ヲ來ス様ニナツタ。コノ腹痛ハ瓦斯排出ト共ニ消失スルヲ常トシタ。惡心、嘔吐ハナイ。約15日前ヨリ便意ハ屢々アツタガ殆ド排便ハナイ。約1ヶ月前ニ糞便ニ新鮮ナ血液ヲ混ジタヲ認メタ。食思良好。

既往歴及ビ家族歴：特記ス可キモノハナイ。

一般所見：體格中等、榮養稍々衰フ。心、肺ニ著變ナク、頸部淋巴腺ノ腫大ヲ認メナイ。

局所所見：下腹部ハ輕度ニ瀰漫性ニ膨滿シテキルガ、腸蠕動不穩、腹壁靜脈怒張、熱感、腹筋緊張、抵抗、腫瘍等ヲ證明セズ。心窩部ニ輕度ノ壓痛ヲ訴ヘルガ、ソノ他ノ部ニ壓痛ナシ。腸雜音ハ尋常。直腸膨大部ニ異常ナク、Douglas氏腔ニ腫瘍ヲ觸知セズ。手指ニ血液ヲ附着セズ。

尿検査：著變ナシ。

血液検査：赤血球數685萬、血色素量76% (Sahli)、ソノ他ニ著變ヲ認メズ。

胃液検査：淡褐色、酸性、潛血反應(-)、遊離鹽酸(-)、乳酸(+).

上線検査：經肛の造影劑注入ニヨリテ檢スルニ横行結腸ノホゞ中央部ニ強度ノ狹窄アリ、ソノ輪廓ハ凹凸不規則ナリ。以上ノ所見ヨリシテ結腸癌ト診斷サル。

次ニ胃粘膜皺襞像検査ヲ行フニ胃皺襞ハ斷裂スルコトナク幽門ニ向ツテ集結シ、幽門ハ狹窄サレテキル。且ツ充盈像デハ幽門ニ丸イ大豆大ノ陰影缺損ガアルガ、ソレハ規則正シイ小サイ丸イ透明部ノ集合デアツテ恒ニ同ジ場所ニアリ、Lボリーフ¹ノ様ニ胃内腔ヲ移動シテソノタメ幽門ニ嵌入シテ狹窄ヲ來シタ様ナモノデハナイ。又癌腫ノ様ナ悪性粘膜炎ニシテ、3ヶ月後ノ再検査デモソノ大サ形状ニ變化ガナイ。故ニ胃ノ内腔ニ向ヒ花壇狀ニ突出シタ良性腫瘍デアルト診斷ス。

手術所見：正中線切開ニテ開腹、腹膜ニ變化ヲ認メズ、腹水存在セズ。横行結腸ノ中央部カラ約3握口側ニ胡桃大ノ腫瘤アリ。凹凸不正デ、彈性硬、コノ部デ横行結腸ノ内腔ハ閉塞サレテ居リ、ソレヨリ口側ノ横行結腸ハ膨大シ、腸壁ノ肥厚ガ認メラレル。腫瘤ヨリ肛門側モ膨大シテキルガ腸壁ノ肥厚ハ認メラレナイ。横行結腸全體トシテハヨク移動シ得ルガ、大網膜ト横行結腸間膜トハ纖維索性癒着ヲ營ンデキル。大網膜及ビ横行結腸間膜ニハ諸所ニ小指頭大ノ硬度尋常ナル淋巴腺ヲ認メル。胃ハ大サ、形態尋常デアアルガ、幽門部前壁デ大痔ニ近ク指頭大ノ彈性硬ノ腫瘤ヲ觸レル。然シ胃、結腸韌帶ニハ硬結ナク、胃ノ腫瘤ハ結腸ノ腫瘤トハ全く關係ナク存在シ、而モ幽門通過障礙ヲ認メナカツタノデ、二次的切除ヲスルコトニ決シ、横行結腸ノ腫瘤ヲ口側ヘハ3横指、肛門側ヘハ5横指ノ横行結腸ト共ニ切除シ、端々吻合ヲ行ヒ腹壁ヲ2層ニ縫合シ、手術ヲ終ル。

腫瘤ノ組織像：腺癌 (Adenocarcinom) デアル。

術後経過：ホゞ順調、手術創ハ一部化膿シタガ49日目小ナル肉芽創ヲ殘シテ一時退院ス。

再入院 (3/III)：當時患者ハ何等ノ苦痛モ訴ヘズ。便通ハ2日ニ1行、又一般所見モ前回入院時ト同様著變ヲ認メズ。

局所所見：腹部ハ一般ニ輕度ニ膨滿シテキルガ、限局シタ腫瘤ハ認メラレナイ。前回ノ手術創ハ完ク治癒シ、心窩部ニ輕度ノ壓痛ヲ訴ヘル他著變ヲ認メナイ。腸雜音尋常。

尿所見：著變ヲ認メズ。

血液検査：赤血球數451萬、血色素量75% (Sahli)、白血球數17800、ソノ他著變ヲ認メズ。

胃液検査：淡黃色、酸性、潛血反應ハLグアヤク¹、Lピラミドン¹共弱(+)、游離鹽酸(-)、乳酸(+)

上線検査：(上記ヲ参照)

手術所見：劍狀突起カラ臍ノ上ニ至ル正中切開デ開腹、前回手術創ノ部ノ腹膜ハ癒着性ニ肥厚シ、大網膜ト強固ニ癒着シテキルタメ之ヲ切開ス。胃ハ大サ形態共ニ尋常、前回手術時ニ發見シタ腫瘤ハ毫モ増大セズ。腫瘤ヲ覆フ漿膜ハ灰白色ヲ呈スルモ周圍ト癒着ハ認メラレナイ。胃ノ後壁ト横行結腸間膜トノ間ニハ結締織性ノ癒着アリ。之ヲ銳性ニ剝離ス。脾臓ハ頭部ニ指頭大ノ硬結ヲ有スルガ胃トノ直接ノ癒着ハ認メラレナイ。ソノ間ニ指頭大彈性硬ノ淋巴腺ヲ觸レル。Billroth 氏第二法胃切除、後結腸胃斷端空腸側全吻合術ヲ行フ。

腫瘤ノ組織標本：腺腫。即チ胃ノ粘膜ハ健全デ、粘膜下ニ腺腫 (Adenom) ノ像ヲ呈シテキル。ソノ細胞ノ配列狀態ハヤハ癌ヲ思ハセルモノアルモ、細胞自身ニ分化スル態度ガ見エヌ。周圍淋巴腺ノ組織像ハ單純性急性淋巴腺炎。

術後経過：術後約2週間ハ心窩部膨滿感、惡心、惡臭アル噯氣ヲ訴ヘタガ手術創ハ第I期癒合ヲ營ミ退院。

考 察：1) 本例ハ結腸癌ノ患者デ同時ニ胃ニ腺腫 (Adenom) ヲ來シテキタモノデアツテ、決シテ結腸癌カラノ轉移デハナカツタ。2) 多發性癌ト云フ物ガアリ、之ハ或ル者ハ轉移ト云ヒ、或者ハ同時ニ別個ニ出來タ癌デアルト稱ス。本例ノ胃ノ腫瘍ハ腺腫デアアルガ腺腫ハ屢々癌性ニ變化ヲスル。若シ本例ノ胃ノ腺腫ガ癌性變化ヲスルナラバ、明カニ別個ニ出來タ癌ト云ヒ得ル。3) 診斷トシテ、胃液カラハ癌トノ鑑別不能デアツタガ、上線ニヨリ良性ナリト診斷シ得タ。

蛔蟲迷入 = 依ル蟲様突起ノ結石症狀

長濱病院外科 長三 岡 敏 浩 郎 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

患者: 13歳, 男

家族歴及ビ既往症: 特記スベキモノハナイ。

主 訴: 廻盲部ノ發作性痙痛

現病歴: 3日前誘因ナク臍附近ニ腹痛アリ, 家人ヨリ2回驅蟲劑ヲ與ヘラレ, 翌日蛔蟲ヲ6條排便シタガ, 當夜半ニ至リ突然臍部カラ廻盲部ニカケテ強度ノ痙痛ヲ來シタ。コノ痙痛何處ニモ放散セズ, 其後ハ略々30分間毎ニ發現シ, 發作時ニハ痙痛ミノタメ轉輾反側スル程デアルガ, 發作ガ去レバ忽チ元氣トナリ, 口笛ヲ吹キ乍ラ戶外ニ出デ遊ビ歩ク程デアルト。尙發作時ニハ悪心アルモ嘔吐ハナク, 熱感モナイ。

現在症(發作消失時): 體格中等, 榮養良好。脈搏, 呼吸, 體温等凡ベテ正常。胸部四肢ソノ他ニ異常ナク歩行可能デアル。

局所所見: McBurney 氏點ノ側方ニ於テ僅カニ壓痛アリ, Rosenstein 氏症候ガ陽性デアル以外ニハ異常ナク, 直腸膨大部並ビニ尿所見ニモ特記スベキ所見ハナイ。

臨床診斷: 救急外科の腹部疾患 (acute surgical abdomen)

手術所見: 直ニ右直腹筋外切開ニテ開腹。腹膜ニハ異常ナク, 蟲様突起ハ盲腸後方ニ於テ強度ニ緊滿, 屈曲, 稍々延長充血シ癒着ナシ。内腔ニ3條ノ蛔蟲ヲ觸レル。型ノ如ク蟲様突起切除術ヲ行フ。尙3條ノ蛔蟲ハ夫々頭側約1/4ヲ蟲様突起腔内ニ容レテキタモノデ取出シタル時ハ盛ニ運動シテ居タ。

切除標本: 若干充血セルノミデ肉眼的ニハ炎衝性變化ハ輕微デアル。

經過: 順調, 8日目全治退院。

考 察: 本例ハ多量ノ驅蟲劑ヲ服用シタタメニ蛔蟲ノ運動ガ旺盛トナリ, 之ガ誘因トナツテ蟲様突起内ニ3條モ侵入シタモノト考ヘラレル。本例ニ於テ興味アルハ其ノ臨床症狀デアツテ, 蛔蟲ガ迷入シタト考ヘラレル頃カラ略々30分間毎ニ強度ノ發作性痙攣性痙痛ヲ訴ヘ, 發作ガ止ムト症狀全ク輕快シテ他覺的所見モ殆ンド正常ニ近イコトデアル。之ハ痙痛ガ急性蟲様突起炎ノミカラ來タモノデハナク, 又單ニ蛔蟲ノ運動ニ依ツテ小腸間膜ガ牽引サレタタメニ發現シタモノデモナク, 主トシテ蛔蟲ト云フ異物ヲ排除セントシテ蟲様突起壁ガ痙攣性ニ收縮シタタメニ發現シタモノデアルコトヲ示スモノト考ヘラレル。換言スレバ廣義ノ結石症狀ノ一ツデアツタト考フベキデアル。曩ニ我々ハ本會1月例會ニ於テ蟲様突起結石症ナル語ヲ提唱シタガ, 廣義ニ解スルナラバ本例ハ正シク正常蟲様突起ニ發現シタ結石症デアルト解セラレルモノデアル。

尙我々ハ本例以外ニ2例ノ蟲様突起内蛔蟲迷入例ヲ經驗シテキルガ, ソレハ何レモ痙攣性痙痛ヲ訴ヘ強度ノ腹壁緊張ヲ觸レ, 臨床上急性蟲様突起炎ノ穿孔トサヘ思ハレタガ, 意外ニモ蟲様突起壁ノ炎衝性變化ハ極メテ輕微デアツタモノデ, 共ニ廣義ノ結石症狀デアツタト考ヘテ然ルベキモノデアル。

庄山博士ハ曾テ發病後50時間絶エズ激烈ナル症狀ヲ訴ヘタニモ拘ラズ手術所見ハ意外ニ輕少デアツタ蟲様突起内蛔蟲迷入例ヲ報告シ, Demjanovich 氏モ亦蛔蟲迷入ニ依ツテ蟲様突起ガ明カニ自律性痙攣ヲ起スモノデアルト報ジテキル。乍然茲ニ注意スベキハ, 突起内ニ蛔蟲ガ迷入スレバ必ず結石症狀ヲ發現スルカト云フニ, 膽石ノ存在ガ必ズシモ臨床症狀ヲ伴ハナイガ如

ク、因子ノ如何ニ依ツテハ必ずシモソウデハナイノデアツテ、早期ニ炎症性變化ニ移行スルコトモアレバ、又何等ノ症状ヲモ訴ヘナイコトモアル。譬ヘバ最近常田氏ハ激烈ナル症状ヲ呈シタモノニ於テ6條ノ蛔蟲ガ突起内ニ充滿シ限局性壞疽性變化ヲ認メタト報ジ、佐伯氏等ハ蟲様突起炎間歇時手術例ニ於テ蛔蟲頭部ガ突起内ニ嵌入セル例ガ在ツタト報ジ、又上井、澤崎氏等ハ婦人科ノ疾患手術時ニ際シ、何等ノ炎症性變化ヲモ認メナイ突起内ニ蛔蟲ガ迷入シテキルコトガシバシバアルト報ジテキル。

急性蟲様突起炎ガ後腹膜腔ニ穿孔セル場合ノ治療方針ニ就テ

長濱病院外科 長 三 岡 敏 浩 郎 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

第1例：患者：65歳，女

現病歴：約3週前軽度ノ急性蟲様突起炎症状ヲ呈シ、之ガ輕快スルト共ニ右側腹部ガ疼痛性ニ腫脹シ、惡寒戰慄ト強度ノ弛張熱ヲ伴ヒ、次第ニ増悪シテ極度ニ衰弱スルニ至ツタ。

現 症：栄養著シク衰へ、脈搏頻數微弱。右側腹部瀰漫性浮腫性ニ腫脹、局所ノ溫度上昇並ビニ波動ヲ證明シ、壓痛激シク、右下肢ハ屈曲シ伸ビズ。廻盲部ニ著變ヲ認メズ。

診 斷：右側腹部熱性膿瘍

手 術：輸血後、右側腹部ヲ後方ヨリ切開スルニ、後腹膜腔ヨリ黄色惡臭アル濃稠膿ヲ多量ニ排出、膿瘍腔ハ肝臓後方ニマデ及ビ下方ハ廻盲部ニ向フ。恐ラク急性蟲様突起炎ガ後腹膜腔ニ穿孔シタモノナランモ、一般状態惡ク單ニ排膿管ヲ挿入セルノミニ止ム。

經 過：創面ヨリノ排膿極メテ多量、3日目は糞瘻形成、8日目はハ創面カラ蛔蟲ガ排出サレ、術後3週目頃ヨリ次第ニ下熱、4週目は右腰部ニ對切開ヲ施シ、以後創ハ次第ニ縮小、11週目ニ輕快退院。

第2例：患者：30歳，男

現病歴：3日前突然腹痛アリ、驅蟲劑ヲ服用シタトコロ、2日前ヨリ右側腹部ニ疼痛性硬結ヲ來シ、惡寒戰慄ト共ニ高熱ヲ伴フニ至ツタ。發病來惡心、嘔吐ハナイ。

現 症：一般状態ハ比較的良。體温39.5°C。右側腹部ニ瀰漫性浮腫性硬結アリ、壓痛甚ダシク Blumberg氏症候陽性、廻盲部ニハ輕度ノ壓痛アルノミ。右下肢ヲ屈曲シ、伸展ニ際シ強度ノ牽引痛ヲ訴フ。

診 斷：急性蟲様突起炎ノ後腹膜腔内穿孔。

手 術：右直腹筋外切開ニテ開腹蟲様突起ハ盲腸ノ後方ニ癒着、術野ニ大網ヲ取出シ得ズ。Lガーゼニテ充分防禦セル後手指ニテ剝離スルニ、後腹膜腔内ニ在ツタ濃稠惡臭性ノ膿ガ1個ノ糞石ト共ニ多量ニ流出セルヲ以テ之ヲ吸引排除シタル後蟲様突起ヲ逆行性ニ切除シ、後腹膜腔トノ交通部ニLゴム¹排膿管ヲ挿入。次イデ右側腹部ニ斜切開ヲ施シテ尙相當量ニ殘存セル膿ヲ排出シ、膿瘍腔ガ肝臓下面ニマデ及ンデキルコトヲ確メタル後、Lゴム¹排膿管ヲ挿入ス。

經 過：術後3日目カラ平熱トナツタガ、2ツノ創口カラハ惡臭性アル濃厚膿ヲ多量ニ排出、16日目は廻盲部ノ排膿管除去、22、26日目ト順次右側腹部ノ排膿管ヲ短縮、4週目ニハ後方ノ排膿管除去、5週目ニ全治ス。

第3例：16歳，男

病 歴：8日前ニ廻盲部ニ鈍痛アリ、翌日驅蟲劑ヲ服用シタトコロ、ソノ晩ヨリ右下肢ヲ伸展スルト右側腹部ニ鈍痛ヲ來ス様ニナリ、2日前ヨリ急ニ惡寒戰慄ト共ニ高熱、嘔吐ヲ伴ヒ、同時ニ右側腹部ニ疼痛性腫脹ヲ來スニ至ツタ。

現 症：第2例ト全く同様。

診 斷：急性蟲様突起炎ノ後腹膜腔内穿孔

手 術：第 2 例ノ失敗ニ鑑ミテ廻盲部ノ創ヲ全然清潔ニシヨウト志シタ。先ヅ右側腹部ニ切開ヲ施シ、惡臭性濃稠膿ヲ多量ニ排出シテ膿瘍腔内壓ヲ低減セシメ、次デ右直腹筋外切開ニテ開腹スルニ局所ノ所見ハ第 2 例ト全然同様デ、大網ハ全然之ヲ求メ得ズ。蟲様突起ハ盲腸後方ニ於テ後腹膜ト癒着ス。第 2 例ト同様ニガーゼ⁷防禦ヲ充分ニナシ、手指ニテ剝離スルニ今度ハ出血スルノミデ肉眼的ニ膿ハ殆ンド證明セズ。局所ヲ充分ニ清拭シツ、逆行性ニ蟲様突起ヲ切除ス。盲腸後壁ハ後腹膜腔ヘノ穿孔部ヘ縫合シテ膿瘍腔トノ交通ヲ遮斷シ、腹腔ハ大部分一次的ニ閉塞ス。初メノ右側腹部ノ創ヲ更ニ改メテ檢スルニ膿ヲ混ヘタル血液ヲ多量ニ排出シ、膿瘍腔ハ上ノ 2 例ト同様右肝臓ノ後方ニマデ及ンデキル。排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ル。

經 過：極メテ順調、廻盲部ノ創ハ殆ンド一次的ニ治癒シ、右側腹部ノ創モ排膿少ク、2 週目ニハ排膿管ハ自然ニ除去サレ、術後 3 週目ニ全治ス。

考 察：第 1 例ノ如ク全身状態不良ノ場合ニハ單ニ右側腹部ニ切開ヲ加ヘルノミデモ止ムヲ得ナイガ、然ラザル場合ニハ之ノミデハ糞瘻ヲ形成シ易ク、創ノ治癒モ非常ニ遷延シ且ツ後ニ再ビ根治手術ヲ要スル。第 2 例ノ如ク先ヅ蟲様突起ヲ切除シタル後ニ右側腹部ヲ切開、排膿スル方法ハ上述ノ如ク經過不良デ感心シナイ。ヨツテ我々ハ第 3 例ノ方法ニ歸結シタノデアルガ、コノ方法ニ依ルト豫メ排膿シテ膿瘍腔内壓ヲ低減シテアルカラ膿ガ廻盲部ノ創ヘ逆流スル患ヒガナク、又蟲様突起剝離時ニ於ケル出血ハ却ツテ洗滌ノ役目ヲナシテ膿瘍腔ヘ排出スルカラ廻盲部ノ創ハ殆ンド汚染サレズニ濟ム。從ツテ大網防禦スルマデモナイ。且ツ盲腸後壁デ穿孔部ニ於ケル交通路ヲ遮斷スルカラ腹腔ヲ一次的ニ閉塞シテモ差支ヘナク、從ツテ治癒期間ヲ非常ニ短縮シ得ル。

巨大ナル大陰唇象皮病 (標本供覽)

金 澤 紀 四 五 郎 (京都外科集談會昭和 14 年 4 月例會所演)

患 者：30 歳，女，農 (京都府下在住) (昭和 14 年 28/IV 入院)

主 訴：右鼠蹊部ノ無痛性腫瘍

現病歴：10 歳頃即チ凡ソ 20 年前ヨリ右鼠蹊部ニ無痛性腫瘍ヲ來シ放置セル所次第ニソノ大サヲ増シテ今日ニ至ル。其間何時トハ無シニ腫瘍ノ表面ヨリ漿液性分泌物アリ、2, 3 年前ヨリ 1 ケ月ニ 2—3 回惡寒戰慄ト共ニ數時間高熱ヲ發スルヲ常トセルモ、ソノ時腫瘍ノ表面ノ發赤ヲ氣付キシ事ナシ。血尿乃至尿ノ乳糜様濁濁ヲ認メシ事無シ。

既往歴：生來京都府下ニ在住シ南日本ニ旅行セシ事無シ。

家族歴：特記スベキ事ナシ。

現 症：全身所見。體格、骨格、榮養共ニ中等、脈搏 92/m、整調、緊張強。胸、腹部臟器ニ著變ヲ認メズ。

局所所見。右鼠蹊部ニ巨大腫瘍アリ、圓形、弾力性ニ乏シク、被覆皮膚皺襞少ク、末梢部ニ褐色色素沈着及ビ表皮脱落ヲ見ル。皮膚感覺鈍麻ス。腫瘍ノ大サハ上下 50 糎、厚サ 17 糎、周圍 57 糎。コノ腫瘍ノ上方ニ尙一ツ上下 27 糎、周圍 19 糎ノ同様ノ腫瘍アリ。溫度上昇ハ認メズ、弾力性硬、表面ハ凹凸性、壓痛無キモ指壓ニヨリ著明ニ壓窩ヲ殘ス。左右小陰唇ハ健在シ、主腫瘍ハ右大陰唇ヨリ右大腿ノ上 2/3 位ニ互ル莖部ニテ連リ、小腫瘍ハ右大陰唇、陰阜、左大陰唇ヨリ發セルモノナリ。

血液像：白血球數 11800、中性多核白血數 71.5%、²フイラリヤ⁷仔蟲ヲ認メズ。

尿所見：透明ニテ_Lフイリヤ⁷仔蟲ヲ證明セズ。

診 斷：象皮病

手術(3/V)：腫瘍摘出術ヲ行フ。腫瘍ハ皮膚及皮下組織ノミカラ發生ス。右鼠蹠部淋巴腺ガ數個腫脹セルヲ認メコレヲモ摘出ス。

摘出標本(供覽)：重量ハ19.9gナリ。

術後経過：手術創ハ一部感染ヲ開セシモ其後経過ハ順調ニシテ旬日ヲ出ズシテ輕快退院ノ見込ナリ。

特發性脱疽ノ腰部交感神經節切除術後ニ現ハレタル急性壊死ニ就テ

三 好 爲 一 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

患 者：33歳，男(昭和14年10/III入院)

主 訴：右足ノ疼痛

現病歴：昨年12月初旬何等ノ誘因ナク右趾ニ寒冷感ヲ覺エ，本年1月ニハ歩行ニ際シテ右足特ニ右趾ニ疼痛ヲ來ス様ニナリ，當時ハ安靜ニ依ツテ疼痛ハ輕減スルガ常デアツタガ，最近デハ持続性ニ激痛ヲ來シ，爲ニ食嗜，睡眠モ障碍セラルニ至ツタ。酒ハ中等度ニ飲ムガ煙草ハ1日ニ20本入り4箱ヲ喫ム。

既往症，家族歴：特記スベキモノナシ。

現 症：一般所見：體格，榮養中等，呼吸安靜，脈搏ハ正，緊張良。他ニ特別ノ異常ナシ。

局所所見：疼痛ノタメ右下肢ヲ抱エル様ナ姿勢ヲトツテキルガ，右下肢ガ特ニ萎縮シテキル様ニハ見エヌ。只右下肢ガ左側ニ比シテ蒼白デ壊死ハ存在セヌガ，足關節以下ニ著明ナ_Lチアノーゼ⁷ガアリ，コノ部ニ激痛ヲ訴ヘル。右足關節上方約3横指以下ハ冷タク觸レ，末梢ニ至ルニ從ヒソノ度著シク，右足背動脈ノ搏動ハ觸レズ。右膝蓋動脈ノ搏動モ左側ニ比シテ弱ク，軟ク觸レ得ル程度デアル。股動脈ニハ左右ニ差異ヲ認メズ。

知 覺：右足關節以下ハ知覺，痛覺共ニ鈍麻，更ニ右足趾ノ中央以下並ニ右趾ニハ知覺，痛覺ノ脱失ヲ認メル。

運 動：右足關節ハ疼痛ノタメ，自働運動障碍サレ，右趾ノ自働運動ハ全ク障碍サレテキル。

反 射：右膝蓋腱反射，_Lアキレス⁷腱反射共ニ弱ク，兩側ニ足搭襪ヲ證明ス。

尿所見：血液像，赤血球沈降速度ニハ著變ナク，高血壓ヲ證明セズ。血清_U氏反應，村田氏反應ハ陰性。

モスコウイツツ氏検査：右側ハ甚シク遅延シテキル。

藥理學的検査：_Lアドレナリン¹ニハ強陽性，_Lピロカルピン¹ニモ陽性。

_Lポブリテオグラフィー⁷：右側ハ直線狀デアル。

手 術：腹膜外右側腰部第IV，V交感神經節切除術。

經 過：術後1時間目ニ右下肢ヲ觸診シテ見ルニ，下腿ノ中央以下ハ寒冷デアリ，足背動脈及膝蓋動脈ノ搏動ヲ觸レズ。術後第2日目ニハ右下肢ノ寒冷，右足ノ_Lチアノーゼ⁷著明トナリ，右下肢ニ激痛ヲ訴ヘルニ至ル。以來_Lチアノーゼ⁷ハ遂ニ壊死ニ進ミ，壊死ハ漸次上方ニ向ヒ擴リ，術後26日目ニハ脛骨突起ノ下約2横指ニ及ビ，コノ部デ停止シタ模様デアツタカラ，術後第29日目ニ膝蓋骨約3横指上方デ下肢切斷術ヲ施行ス。尙腹部ノ手術創ハ第1期癒合ヲ營ンデキタガ，術後第9日目ニ疼痛ヲ堪ヘル際ノ腹部ニヨツテ膨隆シタ。

コハニ興味アル事實ハ切斷シタ下肢ノ膝蓋動脈部ニ約7cm長ニ互ツテ血栓ヲ證明シタコトデアル。

考 察：特發性脱疽ニ交感神經切除ヲ行ツテ，上述ノ様ナ結果ヲ來スコトハ稀デアル。下腿ノ急性壊死ハ血栓ニヨルモノト理解シ得ルガ，果シテ術前ヨリ血栓ノ存セシヤ否ヤハ不明デアル。手術ハ慎重ニ行ヒ，特ニ血管損傷ノナキ様注意シタカラ，手術ノ操作ニヨル血栓發生ハ除外シ得ルト信ズル。從ツテ今ソノ原因ト考ヘラレルハ，術前ニ既ニ中心部ノ血管壁ニ接シテ血

栓ガ存シ、末ダ管腔ヲ閉塞シテキナカツタモノガ、交感神經節切除ニヨツテ管腔ガ擴大シ、爲ニ血栓ガ剝脱、遊離シ、管腔狭キ末梢部ニ停留シテ新ニ血栓ヲ生ジ、該部ニ於テ血行ヲ遮斷シテ、急性壊死ヲ惹起シタモノデアラウ。又若シ前述ノ如キ原因ニ非ズトスレバ、交感神經節切除ガ血管周圍交感神經ニ刺戟的ニ作用シテ血栓ヲ生ジタトモ解シ得ルガ、コノ間ノ消息ハ複雑多岐デアルカラ、交感神經節切除ガ果シテ如何ニ血栓發生ニ原因シタカハ今後ノ研究ニ俟ツベキデアル。

一種ノ血管運動營養神經性疾患ノ 1 治驗例

金澤 紀四 五郎 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

患者：21歳，女

主訴：兩足部ニ於ケル難治ノ潰瘍

現病歴：幼時ヨリ兩下腿ヨリ足部ニカケテ無痛性ノ水泡ヲ生ジ、之ガ自潰セル後ニハ潰瘍ヲ生ジ、數ヶ月ニシテ漸ク治癒スルヲ常トス。斯ル障礙ハ特ニ冬期ニ於テ甚シカリキ。現在モ兩側趾部ニ數ヶノ潰瘍ヲ有ス。尙時折兩下腿ヨリ足部ニカケテ知覺異常ヲ來スコトアリ。歩行時兩膝部ニ鈍痛ヲ覺ユル事アルモ其以外ニハ疼痛ヲシキモノ無シ。

現症：兩下腿足部ニハ全體トシテ萎縮ヲ認メズ。但シ兩下腿中央以下ノ毛髮ハ殆ンド脱落セリ。兩側特ニ左側第 I 趾ハ著シク肥大シ且ツ内齶位ヲ呈セリ。コノ肥大ハ軟部ノミナラズ骨ノ肥厚ニヨルモノナリ。趾ノ先端ハ一般ニ暗赤色ニシテ爪ノ變形、彎曲アルモ、特ニ左第 I, IV 趾、右第 I, II 趾ニ於テ著明ニシテ、此部ノ趾端ニハ徑 0.4 乃至 1.0 釐ノ無痛性潰瘍アリ。治療ノ傾向甚ダ少シ。足背動脈、後脛骨動脈ノ搏動ハ兩側トモ全ク正常ト異ラズ。兩側下腿筋ノ筋力弱ク且緊張低シ。膝蓋腱及ビ「アヒレス」腱反射ハ兩側トモ全ク喪失ス。注目スベキ所見トシテ兩下腿下部ヨリ足部ニ於テ著明ナル知覺障礙アリ。之ハ尖端ニ近キ程強ク足ノ前 1/3 部ニ於テハ知覺全ク喪失シ、觸覺、痛覺、溫度覺、深部感覺ノスベテノ種類ニ於テ殆ンド同程度ニ障礙セラル。

I. 肢：兩側指部ハ輕度ニ暗赤色ニシテ光澤皮膚 (glossy skin) ノ傾向アリ、爪モ多少變形シ粗糙ナリ。潰瘍ハ認メズ。前膊筋及ビ掌筋ノ筋力減弱。二頭及ビ三頭膊筋反射及ビ橈骨、尺骨反射喪失。兩側ノスベテノ指ニ各種ノ知覺スベテ鈍麻ス。橈骨動脈ノ搏動ハ正常。即チ上肢ノ變化モ下肢ト同性質ナレドモ程度ガ輕小ナルノミ。尺骨神經、腓骨神經、大耳殼神經其他全身何處ニモ神經肥厚ヲ證明セズ。腦脊髓液ニ變化ナシ。「ミエログラム」ニモ異常ヲ認メズ。藥力學的検査：「アドレナリン」(-)，「ピロカルピン」(±)。

以上要スルニ本例デハ四肢末端部ノ營養障礙ト神經麻痺(主トシテ知覺)トガ著明デアツテ、血行障礙ハ至ツテ輕度デアル。且ツ今迄ニ大シタ疼痛ヲ來シタコトガナイ。

本病ガ患者ノ幼時ヨリ始ツテ10年以上ノ經過ヲモツテ居ル事、及ビ身體ノ何所ニモ神經肥厚ノナイ事カラ癩ハ除外出來ル。又知覺麻痺ノ狀態ハ脊髓空洞症ニ於ケル分離性帶狀麻痺トハ全然異ルモノデアル。唯脊髓空洞症ノ一異型ニ營養障礙ヲ主徵トスル Morvan 氏病ナルモノガアル。之ハ兩側又ハ一側ノ各指先端部ニ難治ノ潰瘍ヲ生ジ、著明ナル知覺障礙(溫、痛覺ノミナラズ他ノ知覺モオカサル)ヲ伴フモノデ、一寸本例ノ所見ニ似テ居ル様ニ見エル。併シ之ハ從來ノ記載デハ上肢(手)ニ來ルモノデアル。元來脊髓ノ何處カ1ヶ所ニ病變ガアツテ本例ノ如ク四肢ニ對稱性ニ而モソノ末端部ノミニ變化ヲ呈スルトイフ事ハ甚ダ考ヘ難イ事デアル。尙

Morvan 氏病デハ手ニ著明ナ皮膚肥厚ヲ來スガ本例ニハソレガナイ。

要スルニ本例ハ四肢末端ニ對稱的ニ來タ榮養障碍ト言フ點カラシテ Raynaud 氏病其他ノ血管運動榮養神經性疾患ノ範疇ニ屬スルモノト考ヘルノガ最モ妥當デアル。併シ疼痛發作ハナク又知覺障碍ノ強イ事等カラ無論 Raynaud 氏病ヤ、肢端紅痛症デハナク、比較的近イノハ慢性肢端假死症 (Acroasphyxia chronica) デアラウト思フ。即チコノ疾患ハ小兒期ヨリ徐々ニ發病スル四肢末端部ノ對稱性血管運動障碍 (Asphyxie) デアツテ、通常疼痛ヲ缺如シ罹患部ノ肥大 (稀ニ萎縮) ト同時ニ著明ナル知覺障碍ヲ伴フ。潰瘍、壞疽ヲ來スコトモアリ得ル。コレガ肢端假死症デアルガ吾々ノ例ハコレトモ異ツテキテ、最モ大切ナ症狀ノ肢端ノ假死 (Asphyxie) ガ明カデナイ。結局本例ハ從來記載サレタ血管運動、榮養神經性疾患ノ何レニモ一致シナイ。併シコノ範疇ニ屬スル疾患即チ Raynaud 氏病、肢端紅痛症、肢端假死症、指端知覺異常症 (Acroparästhesia)、鞏皮症等ハ相互ニ相關聯シタモノデ、ソノ間ニハ移行型ト認メラレルモノモ尠クナイ。即チ症候的ニ云ヘバ血管運動障碍、榮養障碍、知覺障碍ノ3者ガ異ツタ程度ト異ツタ組合セニ於テ現ハレテ居ルモノト考ヘ得ル。從ツテ本例ノ如ク榮養障碍ト知覺障碍ノ2ツガ著明デ血行障碍ノ輕微ナ場合モ當然アリ得ルト思フ。

要之、本例ハ從來記載サレタ特定ノ疾患ニハ一致シナイガ、矢張血管運動・榮養神經性疾患ノ範疇ニ屬スルモノト考ヘル。

手術 (昭和14年10/II) : 兩側腰薦部交感神經切除術 (右 S₁, 左 I₄, I₅, S₁)。術後約10日ニシテ潰瘍ハスベテ全ク治癒セリ。知覺障碍モ幾分輕快セルモ左程著明ニハ非ズ。

コノ手術ニヨツテ潰瘍ガ速ニ治癒シタ事ハ始メカラ血行障碍ガ著明デナカツタ點ヨリ考ヘテ、其理由ヲ血行ノ恢復ニ歸スル事ハ困難デアル。下肢ニ於ケル血管運動・榮養神經ノ失調狀態ガコノ手術ニヨツテ改善サレタ結果トモ想像サレルシ、又佐伯博士ノ實驗ニ從ツテ『交感神經支配ガ遮斷サレ、爲ニ配下一切ノ組織細胞ノ生活力ガ增強サレタ』結果トモ考ヘラル。

臨床診断ト手術所見

蜘蛛膜囊腫ヲ伴ヘル聽神經_{Lノイリノーム}

荒木千里 (京都外科集談會昭和14年4月例会所演)

聽神經_{Lノイリノーム}ノ周圍ニ蜘蛛膜囊腫ガアツテソノ爲ニ手術時腫瘍ノ發見ヲ困難ニシ、或場合ニハ單ナル囊腫ト誤認セラレ死後剖檢ニヨツテ始メテ聽神經腫瘍ガ見出サレテ人ヲ驚カス事ガ少クナイ。他面小腦々橋隅角部ニ於ケル腫瘍ナキ眞ノ囊腫性蜘蛛膜炎ノ來ルコトガアル。殊ニ之ガ内耳ノ慢性炎症ニ續發スル場合ニハ症狀的ニモ聽神經腫瘍ニ酷似スルガ故ニ特ニ鑑別上注意ヲ要スル。