

臨床瑣談

結腸癌 = 依ル「イレウス」ノ治療方針

倉 彦 市

第1例 56歳，女。

主 訴：嘔吐。

現病歴：約2ヶ月前頃ヨリ右腹側カラ心窩部ニカケテ，「グル」音ト共ニ現レル痲痛ガアリ，1ヶ月前カラハ嘔吐ヲ來ス様ニナリ，夫等ノ症状ハ漸次増悪シタ。

發病後イツトハナシニ大便ハ黑變シ便秘ニ傾イタ。

局所々見：腹部ハ全般ニ強ク膨隆シ，靜脈怒張・限局性隆起等ハ認メラレナイガ，右腹側カラ心窩部ニケテ，蠕動不穩カ時ヲ置イテ現レル。

右腹側カラ心窩部ニカケテ壓痛ヲ訴ヘル。

腸雜音ハ殆ンド聞カレナイ。腸閉塞症ノ診斷ノ下ニ直ニ緊急手術ヲ行ツタ。

手術所見：腹水多量。横行結腸ハソノ略々中央ニ於テ鳩卵大，彈性硬ノ腫瘤ト化シテアリ，腸管腔ハ全閉鎖シテ居ル。

大網膜・腸間膜等ニ轉移ノナイノヲ確メタ後，ソノ腫瘤ノ部ヲ中心ニ約20cmノ腸管ヲvorlagernシ手ヲ終ツタ。

術後第5日目ニ腫瘤ノ完全切除ヲ行ヒ人工肛門トナシ，術後第29日目夫レヲ閉鎖シタ。全入院2ヶ月ニ退院。

第2例 29歳，女。

主 訴：心窩部疼痛。

現病歴：約1週間前カラ心窩部ニ「グル」音ト共ニ現レル痲痛燄疼痛ガアリ，ソノ發作ハ時ヲ經テ繰返シテ嘔吐ハ1回アリ，大便ハ便秘ニ傾イテキル。

局所々見：腹部ハ全般ニヤ、膨滿シテアリ，臍以下 下腹部ニ於テ横ニ走ル蠕動不穩カ著明デア。腸音ハ右腹側ニ於テ響音性デア。

腸狹窄症ノ診斷ノ下ニ翌日手術ヲ行ツタ。

手術所見：腹水ハナク，小腸ハ強ク膨脹シテキル。横行結腸中ヤ、肛門側ニ，輪環狀ニ腸管ヲツツム腫ガアル。腸管腔ハ狹メラレ，辛ウジテ鉛筆ガ通ル程度デア。轉移ナシ。腫瘤部ヲvorlagernシ，口側腸内ニ太イ「ゴム・ドレーン」ヲ挿入シタ。

術後經過：「ゴム・ドレーン」ニ依リ排氣シナガラ，術後11日目ニ腫瘤ノ完全切除ヲ行ヒ，人工肛門トシタソノ後Spornzangeヲ以テSpornヲ壓除シテ腸管腔ヲ擴ゲ，術後3ヶ月人工肛門閉鎖術ヲ施シタ。妊娠ヶ月ノ子宮ヲ抱キケラ，ソノ後何等支障ナク，再手術後3週目全治。

考 察

結腸癌ハ一般ニ狹窄症状ヲ以テInitialsymptomトスルノガ多イノデア。時ニ突如「イレウス」症状ヲ呈シテ來ルモノモアル。

斯カル「イレウス」症状ヲ呈シテ來タ場合ニ，腫瘤ノ切除，淋巴腺廓清ヲ行ハネバナラナイトハ勿論デア。

所ガ過去10ケ年ニ於テ我ガ外科學教室(兩講座)ニ於テ取扱ツタ結腸癌ハ58例。行ハレタ

式ハ、下表ノ如シ。

	生	死	計
一時的ニ切除シタモノ：	19	8	27
vorlagern シタモノ：	2	1	3
人工肛門ヲ造リ二時的ニ切除シタモノ：	1	0	1
吻合ノミニ終ツタモノ。	12	1	13
人工肛門造設：	5	1	6
試験開腹：	7	0	7
手術セザリシモノ：	1	0	1
	47	11	58

コノ成績カラ見ルト一時的ニ切除シタモノモ、又 vorlagern シタモノモ、ソノ死亡率ハ大約共ニ30%デアツテ兩者ニ變リガナイ。然シナガラ「イレウス」症状ガアツテ患者ノ衰弱ガ強イ時ニハ、出來ルダケ手術時間ハ短ク、手術侵襲ノ小ナルモノ程、ソノ結果ガ良好デアルコトニハ間違ヒナイ。

Mayoklinik ノ Hayes ハ100例ノ切除標本ニ就テ1406ケノ淋巴腺ノ存在ヲ認め、ソノ中37%ニ於テ多少ナリ共癌細胞ヲ含ムコトヲ知り、結腸癌デハ淋巴腺轉移ハ少イモノト結論シテキル。Skirrhousガ多イカラデアル。

而シテソノ中、淋巴腺轉移ヲスルノハ、S 狀結腸痛ニ最モ多ク、次デ下行結腸、横行結腸、肝彎曲部、脾彎曲部、上行結腸ノ順デアル。

以上ノ統計ノ事實カラ淋巴腺轉移竈ハ Vorlagerung ダケデ充分ニ除去サレ得ルト考ヘラレルノデアル。

故ニ「イレウス」症状ノ強イ場合ニ淋巴腺清掃ヲ強ヒテ心掛ケル必要ハナク Vorlagerung デ充分デアルト考ヘラレル。

急性化膿性肋骨骨髓炎ノ一例

後 藤 邦 暢 (京都外科集談會昭和15年9月例會所演)

患者：9歳、女子。

現病歴：3日前カラ誘因ト思ヘル、モノナク、左側胸部ニ疼痛ヲ訴ヘテ居タガ、昨日午後ヨリ疼痛激甚トナリ夜モ眠ラレヌ位デアツタ。トコロガ本日ソノ部ニ有痛性腫脹ヲ來シタ。發病來、惡寒戰慄ヲ來シタコトナシ。食欲不良、睡眠不良。

全身所見：體格中等度、榮養不良、脈搏1分時120ニシテ緊張ヨク整調、呼吸ハ1分時30、表在性デハナイ。顔貌ハ稍々苦悶狀ヲ呈シテキルガ蒼白デハナイ。ソノ他所見ナシ。

局所々見：先ヅ第一ニ胸廓ハ左右不平等デ、胸廓全體ヲ右方ヘ向ケ彎曲シテ居リ、胸廓ノ呼吸運動モ左方ガ右方ニ比シテ阻碍サレテキル。

左前・後腋窩線間第Ⅷ肋骨ノ走行ニ一致シテ鶏卵大ノ瀰蔓性腫脹ガアリ、ソノ部ニ皮膚發赤、搏動、靜脈怒張ナク、觸診スルト溫度上昇アリ、同様大ノ腫瘍ヲフレル。表面平滑、限界ハ不明瞭、皮膚及ビ基底トノ移動性ナシ。

腫瘍ノ硬サハ彈性硬、波動ハナイ。

第Ⅷ肋骨ハ壓痛甚シク、腫瘍ノ後方點カラ之ヲ壓シテモ、腫瘍部ニ激痛ヲ訴フ。又腫瘍カラ肋骨弓ヲ越ヘテ臍ノ方向ヘカケテ腹壁筋ノ緊張甚シク、該部ニモ激シキ壓痛ヲ證明ス。

血液所見：赤血球數 327 萬，IIb ハ Sahli ニテ 65%，白血球數 13500，中性多核白血球增多アリ。

赤血球沈降速度：中間値 78.5 mm ニテ著シク加速ス。

レ線所見：肋骨及ビ骨膜ニレ線ノハ異狀ヲ認メズ。

手術經過並ニ所見：腫瘍部、第Ⅷ肋骨ニ沿ヒ 5 cm ノ皮切ヲ行フニ、皮下ニハ膿瘍ナク、更ニ第Ⅷ肋骨ニ達スルト肋骨、肋軟骨境界ニ近キ部ニ 3.5 cm ニワタリ骨膜既ニ剝離シ、表面粗糙多孔性ニシテ一部壊死性ヲナセル肋骨ヲミル事ガ出來、之ヲ中心トシテ少量ノ膿汁ヲ認ム。概部ニ肉芽面ヲ認メズ、又第Ⅶ、第Ⅸ肋骨ニ異狀ナク、膿瘍ヨリ何レノ方向ニモ特ニ臍ノ方向ヘ瘻孔ヲツクツテキル事ナシ。

依ツテ該部ノ第Ⅷ肋骨 3.5 cm ヲ切除シ、Lヨードホルムガーゼヲ栓塞シ、創ハ開放性トナシテ手術ヲ終ル。

病原菌：白色葡萄球菌ヲ證明シ得タ。

經過：手術翌日ヨリソノ日マデ 38°—39°C アリタル體温ハ、37°C 以下ニ下リ、一般症狀モ急速ニ回復シ、手術創肉芽ノ發育モ良好ニシテ術後 27 日ニハ 1×0.5 cm ノ肉芽面ヲ殘シ輕快退院セリ。

軟骨粘液腫ノ 1 例ニ就テ

八 牧 力 雄 (京都外科集談會昭和16年5月例会所演)

患 者：46 歳，女。(昭和16年5月2日入院)

主 訴：右側胸痛。

既往歴：25年前ニ蟲様突起炎ノ手術ヲウケ、3年前ニ肺浸潤ヲ罹患シ約3ヶ月治療ヲウケタルモ臥床スルニ至ラズ。

遺傳歴：特記スベキモノナシ。

現症歴：約3ヶ月前原因ト思ハレルモノナクシテ、右側胸部ニ時々刺スガ如キ疼痛ヲ來シタルヲ以テ醫師ノ診察ヲウケシニ該部ニ腫脹アルヲ指摘サル。疼痛及ビ腫瘍ノ大サハ増大スルガ如ク思ハレズ。身體ノ活動ニ際シテ疼痛ハ増加スルモ日常生活ニハ何等支障ヲ來サズ。發熱、咳嗽、盜汗、全身倦怠、肩部緊張感ハ存セズ。月經ハ小量ナルモ規則正シク食思睡眠共ニ可良ニシテ便通ハ1日1回アリ。

局所處見：視診ヲナスニ右側胸部ハ左側ニ比シ外見ノ何等差異ナク、胸廓ノ運動ハ左右同時ニシテ同大。聽診ニテスベテ氣胞音。觸診ニヨリ右第Ⅳ肋骨ノ胸骨接合部ヨリ約1横指外側ニ鳩卵大半球形、固キ境界明確ナル腫瘍ヲフレル。該部皮膚トハヨク移動スルモ第Ⅳ肋骨ニ強固ニ附着シテ不動ナリ。コノ腫瘍ノ内下方ニ約鶏卵大ノ範圍ニワタリ濁音ヲ示セリ。一般狀態ニハ異常ヲミトメズ。

臨牀的診斷：軟骨腫。

手術：(5月3日)局所浸潤麻酔ノモトニ右側第Ⅳ肋骨ノ胸骨接合部ヨリコレニ沿ヒ約8種ノ皮膚切開ヲ右側乳嘴直下迄入レ、胸筋外肋間筋ヲ鈍性ニ分離シ腫瘍ノ表面ニ達ス。コノ外観粗雜ナリ。第Ⅳ肋骨ノ胸骨接合部ヨリ外方約4種間ノ骨膜及ビ軟骨膜ヲ剝離シ兩端ヲ切斷、コレト腫瘍ヲ共ニ除去スベク内肋間筋ヲレメス¹デ剝離セントセシガ、腫瘍ノ一部ハ第Ⅴ肋骨ノ後方ニ入りコノ内胸廓筋膜ト癒着シ、剝離シガタキヲ以テ第Ⅴ肋骨ヲ長サ約4種切除シ、更ニ皮膚切開ヲ外方ニ擴大全長約14種トシ、第Ⅳ肋骨ノ一部腫瘍及ビコレガ癒着セル内胸廓筋膜ヲ共ニ取り去レリ。胸壁缺損部ヲ生ジ、肺下葉ノ脫出ヲ見ル。ヨツテ右側上腿ヨリ廣筋膜ヲ6種平方トリ、豫メ肺臟下葉ヲ胸壁缺損ノ周緣ニ縫合固定シ、其ノ上ニ廣筋膜片ヲ載セテ胸膜及ビ内胸廓筋膜ノ缺損部ヲ補ヘリ。其ノ上ニ更ニ胸筋、筋膜皮膚ヲテ手術ヲ終レリ。

腫瘍肉眼の所見：腫瘍ノ大キサ約鶏卵大ニシテ内外面トモニ平滑、一部ハ暗赤色、一部ハ灰白赤色ヲナシ肋骨附着部ハ固キモ、外下方ニ向ヘル部ハ軟化ス。剖面ヲ見ルニ血管ニ乏シク、固キ部分ハ骨質ナルモ軟化セル部ハ囊中ニ寒天様物質ヲ入ル。

組織學的所見：該標本ハ壞死強ク殆ンド細胞逸脱シ基質ノミヲノコスモ、或ル部ニ於テハ軟骨腫ノ像ヲ示シ粘液性變性ヲナス。

「イムペヂン」現象：陽性。

術後ノ經過：良好ナルモ胸腔感染ヲ來シタガ、膿汁吸引後「アデプロン」ヲ毎日 5cc 注入シタルニ、膿汁減少、經過良好トナレリ。

考 察 本症例ハ 46 歳ノ女性ニシテ、右第Ⅳ肋軟骨ヨリ軟骨粘液腫ヲ生ゼシモノニシテ、腫瘍摘出及ビコレニ關係アル肋骨切除手術ハ成功シ手術創ノ第一期治癒ヲ見タルモ、不幸胸腔ハ感染ヲ來シタルナリ。感染菌ノ決定ニハ尙ホ時日ヲ要スレドモ、之ガ肺臟ニ縫合糸ヲ通シタルコトヨリ來レルコトハ疑フ可クモナシ。而モ之レハ移植筋膜ノ下床ヲ造ランガ爲メノ操作ナリシガ、五郎川博士ノ實驗結果ヨリシテモ、此ノ程度ノ缺損部ヘノ移植ニ當リテハ下床ノ用意ナクとも成功セシモノナルベシ。尙ホ「イムペヂン」陽性ナリシコトハ、此ノ瘍腫ノ肉腫化ヲ物語ルモノナルベシ。

感染セル胸腔内ニ「アデプロン」注入ヲ行ヒ好結果ヲ得タリ。

骨髓炎後死腔ニ對スル筋肉充填法ノ 1 治験例

趙 英 奇 (京都外科集談會昭和16年5月例會所演)

(山田學士ノ報告例ヘノ追加)

患者ハ 26 歳ノ男。急性化膿性骨髓炎ノ診斷ノ下ニ入院(3月28日)。

第1回ノ手術：(3月29日)軟部膿瘍部切開排膿後骨膿瘍部ハ Knochenaufmeissung ヲ行フ。

術後3週後、肉芽ハ清淨デ、上皮新生モ比較的ヨイガ、創腔容量ハ約5立方糎アリ。肉芽ニテ充填スルニ時間ヲ要スルヲ以テ筋肉瓣移植術ヲ行ヘリ。白色葡萄球菌ガ證明セラレタ。術前局所ヨリ $^{124.5r}$ ヲ行フ。

第2回ノ手術：(4月19日)創腔ト略々同ジ高サデ、下腿ノ内側ニ約10糎ノ皮膚切開ヲ行ヒ、筋膜モ同様ニ切開シテ腓腸筋ヲ露出シ、コレヨリ幅3糎、長さ10糎ノ有莖性筋瓣ヲ作り、コレヲ皮下ヲ通シテ死腔内ヘ移動セシメル爲ニ、創腔周囲ニアル瘢痕性組織ヲ全部除去シテ、ソノ後ニ腔内ニ充填シテ、筋肉ト骨膜トノ間ニ縫合ヲナシ、筋肉ヲ固定シタ。大部分皮膚縫合ヲ施シ一部開放性トナス。腓腸筋部ノ手術創ハ全部一次的ニ閉鎖シタ。術後3日目ニ「タンボン」ヲトツタ。以後筋肉充填部ニ輕度ノ化膿及ビ浮腫ガアツタガ、5日後ハ消失シタ。術後25日目全治退院セリ。(5月13日)

本例ハ骨髓炎デ、最初骨髓形成術ヲ行ヒ創腔ガ深イタメニ、肉芽組織ノ發育長時間ヲ要スルガ故ニ、筋肉充填法ヲ行ヒ短期間ニ治療セシメタ例デアル。

本例ノ如キハ謂ハバ好ンデ Staphylokokkendepot ノ形ニオイタモノデアルカラ、勿論今後長期間ノ觀察ニ依ツテソノ轉歸ヲ判斷ス可キデアラウ。併シ非常ナ化膿ヲ來ス可ク豫期サレナガラ、筋肉瓣充填ニ於テハサシタル化膿ヲ來サナイコトハ甚ダ面白い事實デナケレバナラナイ。化膿ニ對シテ筋肉自身ガ働クノカ、或ハ血管ガ割合ニ豐富ナルタメニ、喰菌力モ旺盛トナツク爲デアラウカ、今後ノ研究ニ俟ツ可キデアル。

筋肉充填ニ際シテハ、豫メソノ基地ノ細菌ノ減少或ハ抗體ノ產生等ヲ計ルノガ良策デアラウ。此ノ例ニ於テハ、ソノ意味デ $^{124.5r}$ ヲ行ツタワケデアル。

鈍力=依ル十二指腸及ビ肝臟破裂ノ豫後並ニ其ノ治療方針

藤岡十郎 (京都外科集談會昭和15年11月例會所演)

症例 1. 樋○板○郎, 42 歳, 男。(昭和14年12月2日入院)

昨日午後6時頃(來院26時間前)自轉車=テ疾走中^レリヤーカー^ヲ衝突シ、自轉車ノ^レハンドル^ヲテ上腹部ヲ強打セリ。意識明瞭ナリシモ、以來同部=激シキ疼痛ヲ來シ鎮痛劑ノ注射=ヨリ一時輕度トナリタルモ、受傷後12時間位ニテ再ビ堪=難キ疼痛ヲ來シ、次第=腹部全體ガ膨滿シ、綠褐色ノ液ヲ嘔吐スルコト頻回トナツタ。

入院時所見: 顔貌苦悶狀, 呼吸淺クシテ逼迫セリ。脈搏1分時120, 整ナルモ緊張弱, 體溫 36.9°C。腹部一般=膨滿シテ=上腹部=著明。全般=互リ腹壁緊張強ク, ブルンベルグ氏症狀著明ニシテ肝濁音ハ消失セリ。

赤白血球數 465 萬, 血色素(ザーリー) 85, 白血球數 17800, 中性多核白血球 92%ナリ。尿中=大腸菌ヲ多數=證明セリ。腸管破裂ノ診斷ノ下ニ開腹セリ。

手術所見: 劍狀突起ト臍トノ中間正中線切開ニテ腔腹=入ル。多量ノ惡臭アル瓦斯ト約 500 匁ノ黃褐色ノ腹水ヲ出ス。胃, 結腸ハ強ク膨滿セリ。十二指腸起始部=長サ 5 糎, 幅 2 糎ノ穿孔アリ。周圍漿膜面モ廣範圍ニ挫滅セラレタリ。此ノ穿孔部ヨリ綠色ノ十二指腸液ヲ流出シ居レリ。

穿孔部ヲ 2 層=縫合更ニ此ノ上ヲ膈囊壁及ビ大網膜ノ一部ニテ被覆固定シ, 此ノ部及ビ兩腸骨窩=排膿管ヲ挿入シ, 空腸瘻ヲ造設シ手術ヲ終レリ。術後輸血及ビ持續的靜脈内リンゲル氏液ノ點滴注入ヲ行ヒタルモ手術後16時間目(受傷後42時間目)鬼籍=入ル。

症例 2. 板○清, 15 歳, 男, 中等學校生徒。(昭和15年11月10日入院)

約1時間前^レラグビー^ヲ試合中, 試合開始15分ニシテ球ヲ持テ疾走中ノ敵ヲ^レタツクル^ヲセントシ, 相手ノ靴ノ跟ニテ右上腹部ヲ蹴ラレタリ。意識明瞭ニシテ直後數分間ハ自ラ歩行シ得タルモ次第=上腹部疼痛強度トナリ, 肩ヲ支ヘラレナガラモ 500 米位ノ道ヲ歩行シテ本院ニ來レリ。

入院時所見: 顔面蒼白, 苦悶狀ヲ呈シ上腹部=激痛ヲ訴ヘ, 臥位ヨリモ坐位ヲ探リ上腹部ヲ屈曲スル方疼痛輕減スト云フ。臍ノ右上方=2條ノ輕度ノ皮下溢血ヲ認ム。腹壁ハ全般=板狀=緊張シ, ブルンベルグ氏症狀不明瞭, 肝濁音消失セズ。腸雜音稍々弱シ。呼吸安靜, 脈搏1分時 96, 整ニシテ緊張良, 體溫 36.6°Cナリ。赤白血球數 453 萬, 血色素(ザーリー) 65, 白血球數 9900, 中性多核白血球 94%(此ノ中桿狀核ヲ有スルモノ 40%)ニシテ尿中大腸菌ヲ證明セズ。

腸管破裂ノ疑濃厚ナルモ, 家族來院迄手術延期ヲ希望セルニ依リ手術準備完了ノ上經過ヲ觀察セリ。

受傷後3時間經過時所見: 呼吸安靜, 脈搏1分時 96, 整ニシテ緊張良, 體溫 36.7°C。肝濁音消失セズ。腸雜音稍々弱ク, 腹壁緊張ノ度前=同ジ。白血球數 23000 トナル。

ト線検査ヲ行フ=腹部一般=特=上腹部=瀰漫性ノ陰影アリ。腹水ノ存在ヲ示シ, 腸内瓦斯ハ極メテ少量, 腹腔内=瓦斯ヲ證明セズ。横隔膜運動兩側共強度=障礙セラレ。

受傷後6時間經過時所見: 呼吸, 脈搏=變化ヲ來サズ。體溫 37.1°C, 肝濁音稍々不明瞭トナル。腸雜音來院時=同ジ。腹壁緊張ノ度=變化ヲ來サズ。惡心, 嘔吐ナシ。赤白血球數 460 萬, 血色素(ザーリー) 65, 白血球數 23600。尿中=大腸菌ヲ證明ス。ト線検査ヲ行フ=横隔膜運動ノ障礙度前=同ジク腹部全般=瀰漫性陰影ノ度ヲ増加シタリ。經口の=滅菌硫酸^レバリウム^ヲ水50匁ヲ與フルニ胃幽門部ハ痙攣性=收縮シ, 15分ヲ經過スルモ幽門輪ヲ通過セズ。且硫酸^レバリウム^ヲノ腹腔内流出ヲモ認メズ。直チ=開腹手術ヲ行ヘリ。

手術所見: 劍狀突起下2横指ノ部ヨリ臍ノ直上ニ達スル正中線切開ニテ腹腔ヲ開クニ=黃白色ノ多量ノ粘液ト少量ノ小氣泡ヲ混ジタル腹水 700 匁ヲ出セリ。胃幽門輪ヲ去ル2横指肛門側ノ十二指腸起始部前面ニ示指頭大圓形ノ穿孔アリ。胃, 小腸及ビ結腸ハ凡テ著シク收縮シタリ。穿孔部ヲ 2 層=閉鎖, 大網膜ノ一部ニテ被覆固定シ, 十二指腸ヲ曠置シ, 胃空腸吻合術ヲ行ヒ, 上腹部兩側及ビ兩腸骨窩=排膿管ヲ挿入シ手術ヲ終リタリ。術後10時間位ヨリ意識濁潤シ, 多量ノ鎮靜劑投與ニ拘ラズ胸内苦悶ヲ訴ヘ輾轉反側シ, 脈搏次第=

顔敷トナリ緊張ヲ減ジ術後57時間目(受傷後63間時目)不幸鬼籍ニ入りタリ。

症例 3. 北〇英〇郎, 24 歳, 男, 俳優。(昭和15年11月7日入院)

約30分前野球試合中外野飛球ヲ取ラントシテ疾走シ同僚ト衝突シ, 相手ノ頭部ニテ右季肋部ヲ前方ヨリ強打セラレタリ。直チニ上腹部ニ堪ニ難キ疼痛ヲ來シ冷汗ヲ出ス。悪心嘔吐ナシ。

入院時所見: 顔面蒼白, 冷汗ヲ出シ苦悶狀ナリ。呼吸逼迫シ, 脈搏ハ1分時 90, 整ニシテ緊張良, 體溫 36.6°C。腹壁全般板狀硬ニ緊張シ, プルンベルグ氏症候ハ不明ナリ。腸雜音少シク高マリタリ。肝濁音ハ正常。赤血球數 385 萬, 血色素(ザーリー) 78, 白血球數 8600, 中性多核白血球 68%(其中桿狀核ヲ有スルモノ 39%)。尿中ニ大腸菌ヲ證明セズ。L線検査ヲ行フニ横隔膜運動著シク障碍セラレ, 上腹部ニ輕度ナルモ瀰漫性ノ陰影ヲ認ム。L「パピナルール・アトロピン」0.7 鈍皮下注射ヲ行フニ, 約2時間ハ少シク腹壁緊張輕減セルモ再び板狀硬トナリ上腹部ニ強キ疼痛ヲ來セリ。

受傷後8時間經過時所見: 脈搏 98, 整ニシテ緊張良, 體溫 37.0°C, 血色素(ザーリー) 78, 白血球數 13800。腹壁緊張板狀硬ニシテ, プルンベルグ氏症候陽性ニシテ依然トシテ上腹部疼痛強シ。

受傷後12時間經過時所見: 上腹部ノ疼痛更ニ激烈トナリ, 呼吸淺クシテ逼迫ス。腹壁緊張ノ度ニ變化ナシ。プルンベルグ氏症候明瞭トナル。脈搏 1分時 98, 整ニシテ緊張良, 體溫 37.4°C。白血球數 17600。尿中ニ大腸菌ヲ證明セズ。

腹壁緊張ガ去ラザル事, プルンベルグ氏症候明瞭トナレル事, 腹痛ガ更ニ激烈トナリ事及ビ白血球増加著明ナルコトニヨリ尿中大腸菌ヲ證明セザルモ腸管損傷ノ疑ニテ開腹手術ヲ行ヒタリ。

手術所見: 劍狀突起直下ヨリ臍ノ直上ニ至ル正中線切開ニテ腹腔ヲ開クニ, 約200 鈍ノ流動性ノ血液ヲ認ム。此レヲ排除シテ檢スルニ肝右葉最上端中央部ニ長サ5 糎, 幅2 糎, 深サ0.5 糎ノ披裂アリ, 其ノ長軸ハ左右ノ方向ニシテ此レヨリ實質性出血ヲ認ム。大網膜ニ依リ腹腔ト遮斷シ, 且ツ大網膜ノ一部ヲ以テ披裂割ヲ被覆シ且ツ細キ排液管ヲ挿入シ手術ヲ終ル。手術後24時間迄ハ腹壁緊張尙ホ可成リ強度ニシテプルンベルグ氏症候モ證明セラレタルモ, 次第ニ輕減シテ術後22日目排液管ヲ挿入セシ部ニ僅少ノ肉芽創ヲ殘スノミニテ退院セリ。

考察: 以上ノ症例中第1例ハ自轉車ノ「ハンドル」ニヨリ十二指腸前面ニ直達外力ヲ受ケテ破裂ヲ來シ, 第2例ハ胃幽門部附近ガ右下方ヨリ左上方ニ向ヒ強キ牽引ヲ受ケ固定セラレタル十二指腸ニ牽引性披裂ヲ生ジタルモノト考ヘラレ, 又第3例ニ於テハ肝臟ノ下縁ガ胸廓外ヨリ前後ノ方向ニ急激ナル強壓ヲ受ケテ肝臟ノ最上端ニ介達性屈曲性披裂ヲ來シタルモノナラン。又症例ノ第1及ビ第2ハ共ニ十二指腸起始部ノ外傷性破裂ニシテ, 前者ハ受傷後26時間目, 後者ハ受傷後6時間目ニ開腹シ, 穿孔部ノ閉鎖, 流出腸内容物ノ排除ト排膿管挿入ヲ行ヒタルモ腹膜炎ニ依リ中毒症狀著シクシテ比較的短時間ニシテ死亡セシモノニシテ, 前者ハ兎モ角, 後者ノ如ク受傷後短時間ニシテ手術ノ行ハレタルニ拘ラズ, 早期ニ死亡シタルハ胃穿孔, 小腸穿孔等ト稍々傾ヲ異ニスル所ニシテ, 十二指腸ニ置的胃腸吻合術ト云フ可ナリ大ナル手術的侵襲ヲ加ヘタルト雖モ, 恰モ膽汁性腹膜炎ニ於ケルガ如キ急激ナル中毒症狀ヲ來ス場合ト甚ダ類似ノ現象ヲ示シタルモノニシテ, 之レハ穿孔部ヨリ十二指腸液特ニ膽汁ガ腹腔内ヘ流出セシコトニ依ルモノト思考セラル。Mclzer, Salant, Traube 等ハ實驗ニヨリ膽汁中最モ毒性強キハ膽汁酸ナルコトヲ立證シ, 而モ腹腔内ニ膽汁酸ノ注入スル時ハ3分間ニシテステニ胸管内ニ「ピリルビン」ヲ證明セラレタリ。吉田氏ハ又其ノ膽汁酸中「デスオキシコール」ガ最モ有毒ニシテ體重當量 0.015 瓦ノ靜脈内注射ニ依リ家兎ヲ直チニ斃死セシメ得ルコトヲ立證セリ。何レニ

シテモ、膽汁ガ腹腔内ニ流入セバ其ノ吸收ニ依ツテ早期ニ重篤ナル症狀ヲ惹起スルモノト考ヘラル。第3例ニ於テハ肝臟ノ破裂部小ニシテ腹腔内出血比較的僅少ナルニ拘ラズ、永ク腹膜ノ刺戟症狀去ラズ、且ツ急激ナル白血球增多ヲ來セルハ肝臟小膽管ノ一部離斷セラレ出血液中ニ少許ノ膽汁ノ混入センガ爲メト考ヘラル所ナリ。依ツテ十二指腸破裂ハ勿論輕度ナル肝臟破裂ニ於テモ腹腔内ニ流入セル膽汁ノ早期排除ヲ要スベク、之ニ加フルニ「レチチン」, 「コレステリン」等ノ如ク膽汁酸ヲ中和スベキ物質ヲ與フルト共ニ多量ノ食鹽水注射ニ依リ可及的速ニ毒物ノ體外排除ヲ計リ、膽汁酸中毒ヨリ救フベキナリト思考ス。更ニ以上ノ事ヨリ斯クノ如キ腹部ニ外傷ヲ受ケシ際ニハ尿中ノ大腸菌検査ヲ行フコトハ眞ニ意義アルコトヲ知ルナリ。即チ腸管破裂ヲ來セン2例ニテハ其レヲ立證シ、肝破裂ノミノ例ニ於テハソレヲ立證セザリシナリ。而レドモ斯クノ如キ強キ腹部外傷ヲ受ケタル時ハ種々検査ニ時間ヲ費スヨリハ可及的速カニ試驗的開腹ヲ行フベキナリ。

橈骨神經麻痺ニ對スル絹糸腱固定術ニ就テ

小 西 庄 治 (京都外科集談會昭和15年11月例會所演)

神經損傷治療法ノ原則ハ損傷セラレタ神經幹ヲ周圍ノ癒着ヨリ剝離シ、或ハ神經幹内ニ於テ神經束ノ癒着、瘢痕ヨリ解放スル神經剝離術 (Exo- od. Endoneurollyse) ト離斷セラレタル神經ノ縫合術、又ハ神經ノ植填術ノ何レカヲ行フコトデアル。

其ノ成績ハ Geinitz = ヨレバ神經剝離術ニ於テ 863 例中有效 71 %、神經縫合術 1177 例中有效 61 %デアツテ、其ノ殘餘ノ不治例ニハ機能恢復ノ目的ヲ以テ各麻痺型ニ適セル裝具、又ハ腱手術ヲ施スベキデアル。余等ハ橈骨神經麻痺ニシテ神經剝離術ヲ行ヒ、不成功ニ終レル患者ニ絹糸腱固定術ヲ行ヒ良好ナル成績ヲ得タ。

患者：24 歳，男子，職工。(昭和16年2月8日入院)

主訴：右肘關節ノ運動障碍，右腕關節ノ伸展不能，並ビニ右前膊ノ橈骨側ノ知覺鈍麻。

現病歴：昨年11月17日，器械運轉中誤ツテ右上肢ヲ器械ニ挾マレ肘關節部ニ挫傷ヲ受ケタ。

受傷時既ニ腕關節，指關節ノ伸展不能ナルニ氣付イテ居タ。受傷後1ヶ月右肘關節ノ伸展屈曲不能ナルコトヲ認メ今日ニ到ル。

局所所見：右上肢ハ健側ニ比シ羸瘦シ，右肘關節部ハ關節ノ輪廓消失ス。ソノ關節ハ120度ノ屈曲位硬直ヲ起シ自動的ニハ關節運動ハ不能ナルモ他動的ニハ105度屈曲シ得ル。右手ハ所謂 Fallhand ヲ呈シ，腕關節ニ於テ屈曲位ヲトリ背側伸變ハ不能，掌指關節・指關節ハ半屈曲位ヲトリ何レモ背側伸展ハ不能ナリ。且ツ拇指ハ外轉不能トナリ，前膊ハ廻内位ニアリ。

知覺障害：前膊ニ於テハ橈骨側ノ知覺鈍麻ヲ證明スルガ腕關節以下ニハ證明セラレズ。

X線像：上膊骨髁上骨折ニヨル肘關節硬直ヲ認ム。

診斷：橈骨神經麻痺ヲ伴ヘル Deformgeheilte Fraktur d. IIumerus。

手術：第1回神經剝離術ヲ行フ。(3月4日)

橈骨神經ハ瘢痕部ニ於テ 5 cm ノ長サニ亘リ周圍ト密ニ癒着シ骨片ニヨリテ一部離斷セル部アリ。一部ニ於テ神經纖維ハ瘢痕化セル部アリテ，神經縫合術不能ナルニヨリ神經剝離術ヲ行ヒ，ソノ部ニ切除セル三頭膊筋筋膜ニテ神經鞘ヲ作リテ術ヲ終レリ。

創ハ第一期癒合ヲ營ミタルモ癢痕ノ一部ハ潰瘍化シ治癒シ難シ、麻痺ハ改善ノ徴ナク術前ト變ラズ。

第2回手術：腱移植並ビニ腱固定術(4月24日)。

右前膊掌側、背側ニ夫々15cmノ皮切りヲ腕關節ニ達スルマテ行フ。長掌筋(m. palmaris longus)ノ筋腱移行部ニ於テ絹糸(Nr. VI)2條ヲ固定シ、ソノ先端ヲ橈骨尺骨間ヲ通シテ背側ニ出シ、背側腕靱帶(lig. carpi dorsale)ノ下ヲクグラシテ腕骨骨膜ニ固定セリ。此ノ時腕關節ヲ30度背側伸展位ニ固定セリ。次ニ橈腕屈筋(m. flexor carpi radialis)、尺腕屈筋(m. flexor carpi ulnaris)ノ腱ヲ遊離シソノ末端ヲ夫々皮下ヲ通シテ橈骨尺骨ノ外側ヲ廻リテ背側ニ出シ、背側腕靱帶ノ下ヲ通シテ夫々長拇指伸筋(m. extensor pollicis longus)總指伸筋(m. extensor digitorum communis)ノ腱ニ移植ス。

術後：創ハ第一期癒合ヲ營ミ腕關節ハ固定シ、次第ニ各指ノ背側伸展ハ可能トナレリ。

肘關節ニ對シテソノ後觀血の授動術ヲ2回行ヒテ10月24日輕快退院セリ。

退院時所見：肘關係ハ屈曲位硬直ヲトリ伸展130度、屈曲100度トナリ、辛ウジテ顔面ニ接シ得。前膊ハ依然トシテ廻内位ヲトレド腕關節ハ10度ノ伸展位ニ固定セラレ、自動的ニハ伸展屈曲ハ不能トナル。掌指關節ハ伸展ハ可能トナリ屈曲ハ正常ニ近シ。指關節ハ伸展ハ可能トナレド屈曲ハヤ、障礙セラルノミ。拇指ノ外轉ハ不能、知覺鈍麻ハ改善セラレズ。

考察：橈骨神經麻痺ニ對シテ神經剝離術、神經縫合術ノ不成功ニ終リタル場合ニトルベキ手段ニ大別シテ二療法アリ。一ハ非觀血的ニシテ各種ノ器具ヲ着用スルモノニシテ、最モ簡單ナルモノハ背側位ニ固定スルモノニシテ、例ヘバ Langemak, Ombrédaune, Henry, Meige 等ノ考案セルモノアリ。永久的麻痺ニ對シテハ「スプリング」ヲ使用セル Recklinghausen, Souques, König 等ノ考案セルモノアリ。或ハ又基指關節ヲモ背側伸展位ニ保タントスル Heusner, Bunge 等ノ種々ノモノアレド、何レモ長期使用スルニ不便ニシテ、屢々吾々ハ第二ノ手段タル觀血の療法ニヨラザルヲ得ズ。

此レハ腱固定術又ハ腱移植術或ハ兩者ヲ同時ニ行フモノニシテ、種々ノ方法ガ提唱セラレテキル。ソノ代表的ナルモノハ Hass 氏法ニシテ、尺腕屈筋腱ヲ總指伸筋及ビ長拇指伸筋腱ニ移植シ、橈腕屈筋腱ヲ短拇指伸筋及ビ長拇指外轉筋ニ連絡結合スルモノナレド、腱固定術ヲ行ハザルタメシバ異常關節位ヲトル缺點アリ。Stoffel 氏法モ同様ノ缺點ヲ免レズ。

Perther 氏法ハ腱固定術ヲ行フモ、ソレニ利用セル腱ハ麻痺筋腱、即チ橈腕伸筋腱(m. extensor carpi radialis)、尺腕伸筋腱(m. extensor carpi ulnaris)ヲ筋腹ニテ離斷シテ橈骨、尺骨骨膜ニ固定スルモノナリ。シカシ後ニ健常ナル屈筋ヲ麻痺筋腱ニ移植スル法ナレド、複雑ニシテ長期ノ間ニ關節固定ハ充分ナラズ。

吾々ノ行ヘルモノハ絹糸ニテ腱固定術ヲ行ヒ、次イデ腱移植法ヲ行フモノニシテ、操作ハ頗ル簡單ニシテ相當見ルベキ效アリト信ズ。