

# 臨床診断ト手術所見

## 輸卵管出血ニ於ケル還血例

房 岡 隆 三 (京都外科集談會昭和16年11月例會所演)

患者: 26歳ノ女子。

入院24時間前, 排便中突然腹部全體ニ互リ激痛ヲ來シ, 同時ニ顔面蒼白トナリ冷汗ヲ來シ, 惡心, 嘔吐頻々トアリ, 便通ハ3日前ヨリナク, 月經ハ順調, 最後ハ10日前ニアリタリト。

診ルニ體格, 骨格中等, 顔面著シク蒼白, 口唇ニ「チヤノーゼ」ヲ證明ス。脈搏1分時120, 正整, 緊張ハ弱。腹部ハ下腹部一般ニ輕ク膨滿シ, 輕度ノ靜脈怒張ヲ認ムル外, 腸ノ蠕動不穩等證明セズ。觸診上一般ニ抵抗強ク特ニ下腹部ニ著明, 左下方ニ flach, glatt ノ腫脹ヲ證明シ境界不明, ソノ部ハ特ニ壓痛強ク Blumberg 氏徴候著明ナリ。腸雜音ハ正常。

赤血球數 380 萬, 血色素數 40 (Sahli); 白血球數 24550。

診斷: 内出血, 恐ラク子宮外妊娠ニ依ル内出血ナラントノ疑ヒニテ手術ヲ行フ。

手術: 一般狀態極メテ險惡ナル爲メ術中ニ於ケル生命ノ危險ヲ慮ツテ, 先ヅ足靜脈ヨリノ點滴注入ヲ行フ。次ヅ下腹部中央切開ニテ腹腔ニ入ルヤ, 直チニ暗赤色ノ血液多量ニ噴出セリ。此ヲ出來ル丈多ク「コップ」ニ取リテ綿織ニテ濾過シ, ソノ儘點滴注入ヲ行ヒツ、アル「イルリガートル」中ニ注加セリ。注入全量自家血液約 600cc, 生理的食鹽水約 400cc。腹腔内ヲ精査シタルニ兩卵巢ハ健全ニシテ左輸卵管ノ子宮近クガ破裂シテ出血シ居タリ。

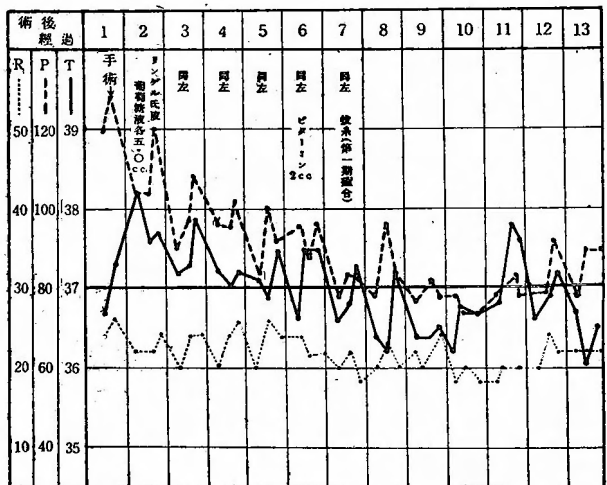
故ニ出血根源タル左輸卵管ヲ切除シ腹腔ヲ充分清拭セル後, 腹壁ハ3層縫合ヲ行ヒ手術ヲ終レリ。

手術時間約40分, 此ノ間脈搏ハ一時險惡トナリタルモ自家血液ノ注入開始10分後ヨリ次第ニ良好トナリ術後ハ腹痛ノ去リタル爲メカ安眠セリ。

経過: 極メテ良好ニテ, 1週間ハリシゲル氏液, 葡萄糖液及ビ「ビタミン」Cノ皮下注射ヲ行ヒタルノミニテ發熱, 惡寒戰慄等モナク創モ第1期癒合ヲナシ, 術後13日目ニ全治退院シ現在約半年ニナルモ何等後障得ヲ殘サズ。

考察: 本例ハ輸卵管破裂ニテ術中ニソノ生命ノ危險ヲ恐レラレタル患者ニ對シテ, 足靜脈ヨリノ還血法ニ依リテ美事ニ且ツ何等ノ後障得ヲモ殘サズニ救助シ得タル1例ナリ。

一體還血法ナルモノハ William Highmor ノ提唱以來一時多數ノ人人ニ依リ用ヒラレタルモ, ソノ後種々ノ副作用ガ論ゼラレ又現在ノ如キ輸血法ガ行ハルハ、ニ至リ殆ンド興味ヲ失ハレ, 最近 H. Dörn,



W. Hoffmann (1939) ノ獨逸ニ於ケル統計ヲ見ルモ, 此レニ贊成ヲナスモノ僅カニ25%ナリ。

併シ一方大量出血ノ際、食鹽水、リンゲル氏液、葡萄糖液等ヲ注入スルコトニ比スレバ、假令生理的狀態ヲ失ツタトハ云ヘ、赤血球ヲ多數ニ含有シ（渡邊氏ノ研究ニ依レバ腹腔内ニ流出シタル血液ノ赤血球ハソノ8~15%ガ破壊サレルノミニシテ残りハ正常ノ形態ヲ有ス）テ且ツ血清ヲモ有スル流動血液ヲ再ビ体内ニ注入スルコトハ、ソノ注入サレタル血液ガ如何程ノ生命ヲ保チ、如何ニ生理的作用ヲ司ルカノ問題ハ不明トシテモ遙カニ有效且ツ適切ナル（木口氏）コトハ自明ナリ。

殊ニ我々ノ方法ハ從來ト異ナリ足靜脈ヨリ注入シ、術中容易ニ、且ツ簡單ニ何等ノ人手ヲ要セズシテ行ヒ得テ、而モ術後何等ノ副作用ヲ來サズ。即チ子宮外妊娠、肝臓、脾臓、膀胱ノ破裂等ニテ腹腔内ニ新鮮ナル（Filatov ハ24時間、古屋氏ハ40時間ヲ限度トス）大量出血ノアル時ハ合理的ナル治療法トシテ推奨スベキモノナリ。一部ノ人ノ云フ如キ血液ヲ其儘腹腔内ニ放置スルトカ、又ハソノ副作用ヲ恐レテ之ヲ捨テ、單ニ食鹽水リンゲル氏液、又ハ葡萄糖液ヲ以テ之ニ代ヘントスルガ如キハ還血法ヲ未ダ經驗セザル者ノ空論ト見做シテヨカル可シ。

### 膽石症ニヨル濕狀胃追加例

森 欣 一（京都外科集談會昭和16年11月例會所演）

患者：67歳，男。

主訴：胃部ノ疼痛。

現病歴：1年前ヨリ2~3ヶ月ニ1回位食後3時間ニシテ胃部ニ劇痛アリ。指ヲモツテ自ラ嘔吐スルカ、鎮痛劑ヲ注射ヲ受ケテ輕快スルヲ常トセリ。嘔吐物ハ僅カノ食物殘滓ト胃液ノミニシテ血液ヲ混ゼルコトナシ。最近次第ニソノ回数ヲ増加シ1ヶ月ニ2~3回疼痛アリ。發病來嗜睡、胃部膨滿感ヲ來セシコトナシ。次第ニ羸瘦シ發病來約2貫體重ヲ減少セリ。

家族歴、既往症ニ特記スベキモノナシ。

局所所見：背臥位ニテ腹部ニ異常ナキモ、立位ニテ胃部ハ著明ニ膨隆ス。其他蠕動不穩等ハ認メズ。觸診スルニ臍窩ハ觸レザルモ、正中線ニテ劍狀突起以下3横指ノ部ニ抵抗ヲ觸レ、該部ニ輕キ壓痛ヲ認ムル他、何處ニモ異常ナク腎、肝、脾ヲ觸レズ。肛門ヨリ指診スルモ異常ナシ。胃液検査ノ結果遊離鹽酸ハ全ク缺除セリ。

診断：現病歴、局所所見、胃液検査ノ結果、臍窩ハ觸レザルモ胃癌ト診断セリ。

上線検査：胃ハ所謂 Kaskadenmagen ノ形ヲ示シ、胃自體ニハ沿瘍、硬結、腫瘍ハ認メ得ザルモ、第2囊（下囊）ハ横位ヲ取り口側ニ牽引且ツ固定サル。明カニ器質的ノ濕狀胃ニシテ、殊ニ小彎側ニ沿瘍痕ト思ハル所見アリ。前述液胃ハ第1囊（上囊）ヨリ採取セルモノト考ヘラレタリ。上線検査ノ結果沿瘍痕ニヨル濕狀胃ト診断セリ。

手術：劍狀突起ヨリ臍ニ至ル正中線切開ニテ腹腔内ニ入ルニ胃自體何處ニモ腫瘍ナク、胃體ノ後壁ハ大彎ヨリ3纏ノ所ニテ廣ク脾臟尾部ノ口側ノ後腹膜ト癒着シ口側ニ牽引サレ居タリ。即チ濕狀胃ハ胃周圍癒着ノ爲惹起サレタルモノナリキ。コノ時更ニ膽嚢ヲ見ルニ人拳大ニ肥大シ Hydrops ノ状態トナリ、膽嚢管ノ部ニ鉛筆大長サ約3纏ノ膽石ヲ觸レタリ。即チ膽石症ニヨツテ惹起サレタル胃周圍炎ノ爲ノ濕狀胃ナリキ。ソコデ膽嚢ヲ切除シ膽石ヲ除去シ、胃周圍癒着ヲ剝離シテ手術ヲ了リタリ。

術後經過順調ニテ胃部ノ疼痛ハ全ク去レリ。

考察：本例ハ演者ガ昭和14年6月京都外科集談會及ビ同年11月近畿外科學會ニテ報告セル濕狀胃ノ1例ト成因ヲ同ジクスル例ナリキ。濕狀胃ガ鼓腸等ノ偶然的原因ニテ起ル場合ハソノ原

因ヲ除去セバ消失スルモ、器質的變化＝原因スル場合ハ姑息的療法＝テハ苦痛ヲ除去スル事能ハズ、ソノ原因ノ根本疾患ヲ除去セザルベカラズ。故＝單＝胃周圍癒着ヲ剝離スルノミニテハ後日再ビ癒着ノ來ルベキデ前同ノ例＝於テハ胃底部ノ Drainage ノ目的＝テ胃空腸吻合術ヲ行ヒタリ。今回ハ更＝ソノ原因タル膽石症＝對シテ侵襲ヲ加ヘタリ。

濕狀胃ノ存在ハ比較的＝稀ナルモノニシテ、京大外科教室＝於テ發見サレタルコノ2例ハ共＝膽石症＝原因スルモノナリキ。然ル＝2例共濕狀胃ノ存在ヲ知リナガラ術前＝膽石症ノ診斷ヲナン得ザリシナリ。故＝今後吾々ハ濕狀胃ノ存在ヲ知ラバ、更＝膽石症＝對シテノ検査ヲ是非行フベキモノナリト思考ス。

## 肝 臟 膿 瘍 ノ 1 例

星 野 列 (京都外科集談會昭和16年10月例會所演)

症例：篁○貞○，37歳，男。職業，自動車運轉手。昭和16年10月8日入院。

主訴：心窩部ノ持續性激痛。

現症歴：前日マデハ普通＝勞働セシモ，本年9月27日朝起床後，何等ノ誘因ト思ハレルモノナクシテ，突然心窩部＝激痛ヲ來ス。疼痛ハ正中線ヨリヤ、左方＝甚ダシク背部＝放散セリ。疼痛ノ程度ハ次第＝ソノ度ヲ増シ同時＝頭痛並＝熱感アリ。10月2日午前ヨリ時々惡感アリ，體溫ヲ檢スル＝37度乃至37度5分ノ體溫上昇アリ。10月6日頃ヨリ持續的＝惡心アルモ，發病以來一度モ嘔吐ヲ來サズ。

右側臥位ヲトル＝疼痛ハヤ、緩和スト。食慾正常，睡眠障礙サル。

便通：下劑ヲ用ヒ居リシタメ軟便ナリシモ，今朝藥劑ノ服用ヲ中止シテヨリ便通ナク放屁ナシ。

既往症：21歳＝淋病，25歳＝肺結核。幼時ヨリ胃腸障碍ヲ來シヤスク，常＝吞酸嘔噎，噯氣アルモ食後＝心窩部＝疼痛ヲ來セルコトナク珈琲殘渣様物ヲ嘔吐セルコトナシ。

遺傳的素因：何等證明スルモノナシ。

現症：10月8日午後10時初診，體格，骨格中等，榮養減退セズ。意識鮮明，顔面ヤ、苦悶狀，皮膚色僅カ＝黃疸様。

體溫39度2分，脈搏不整，1分時90，細小＝シテ緊張弱。呼吸1分時20平靜。

心臓 濁音界正常，雜音ヲ聞カズ。心機昂進シ，第2肺動脈音並＝第2大動脈音ヤ、昂進ス。

肺臟 所見ナシ。

肝臟 濁音界消失セズ。肺・肝ノ境界ハ右側乳線上＝テ第6肋骨＝一致ス。

局部所見：腹部ハ一般＝心窩部ガ瀰漫性＝膨隆シ居リソノ表面ハ平滑ナリ。其他＝ハ異常着色，靜脈努張，蠕動不安等ヲ認メズ。觸診スル＝何處＝モ局所性體溫上昇ヲ證セズ。

心窩部ヨリ左右季肋部＝カケテ劍狀突起以下，臍以上ノ部分＝腹壁緊張ヲ證シ臍以下ノ腹壁ハ弛緩シ何等ノ抵抗ヲ觸レズ。心窩部＝於テ：界ハ劍狀突起下2横指，下界ハ臍上1横指，左右界ハ夫々左右ノ乳線＝到ル小兒頭大，半球狀ノ腫瘤ヲ觸レソノ表面ハ平滑硬度ハ彈性硬ナリ。

腫瘤ト周圍トノ境界ハスベテノ方向＝比較的明瞭ナルモ腹壁緊張並＝壓痛アルタメ之ヲ詳細＝知ルヲ得ズ。腫瘤ノ存在スル部分全體＝汎リ壓痛ヲ證明シ，之ノ部分＝於テブレンベルグ氏症候陽性ナリ。腫瘤ハ呼吸運動ト共＝移動セズ。

打診スル＝腫瘤上ハスベテ濁音ヲ呈シ肝臟濁音部＝移行セリ。

肺肋境界ハ右側乳線上＝テ第6肋骨＝一致ス。

肝ハ右乳線上＝テ肋骨弓下＝1横指觸レ，脾，腎ハ觸レズ。

腸雜音ハ濁音ヲ呈セル部分＝テハ聞クヲ得ズ。下腹部＝於テ正常＝聞クヲ得。

血液検査：(内科ニ於テ當日検査セリ)赤血球數 445 萬，血色素量 81% (Sahli)，白血球數 4900。

白血球種類分類：

中性多核白血球	83.6 %
レオチン <sup>1</sup> 嗜好性	0.8 %
鹽基性嗜好性	0 %
淋 巴 球	20.0 %
大單核球並ニ移行型	5.6 %
白性多核白血球中	
桿 狀 核	8.4 %
分 狀 核	55.2 %

尿検査：褐色透明，酸性，比重 1025，蛋白陽性， $\text{L}$ ウロビリ<sup>1</sup>， $\text{L}$ ウロビリノーゲン<sup>1</sup>陽性，沈渣ニハ極ク少量ノ白血球ヲ證スルノミ。尿中 $\text{L}$ ヂアスターゼ<sup>1</sup>測定値 25。

診断：以上ノ所見ニヨリ $\text{L}$ 腹腔内急性疾患<sup>1</sup>ナルコトハ明カナルモ，胃穿孔ニヨリ限局性腹膜炎トシテモ肯シ得ザル點アリ。膀胱疾患ヲ考ヘシモ尿中 $\text{L}$ ヂアスターゼ<sup>1</sup>測定値ハ正常値ニ止マリ，肝臓疾患トシテハ腫瘍ノ位置ガ餘リニモ左方ニ迄及ビ居リシ故ニ，診断ノ對象ヨリ除外スルニ到レリ。而モ内科ニテノ調査ニテハ白血球增多症ヲ證明シ得ザリシ故，診断ニ困難ヲ來シ結局 acute Abdomen トシテ開腹セリ。

手術所見：當日午後 11 時 40 分ヨリ 0 時 10 分マデ上腹部正中切開ヲ以テ開腹スルニ，腹膜ハ特別ノ變化ヲミトメズ。手術創直下ニ肝臓現ハレタリ。即チ外部ヨリ觸レシ瘤腫ハ肝臓ナリシナリ。

肝臓ハ非常ニ腫脹シ腫脹ハ特ニソノ左葉ニ甚ダシク下縁ハ臍高，左端ハ左乳線ニ迄達シ居レリ。ソノ表面ハ平滑ニシテ緊張シ，左葉ニ於テ既ニ表面ヨリ内部ニ黃色ノ膿汁ヲ有スルヲ透見シ得。之ノ部分ニ於テ著明ニ波動ヲ證明シ，尙ホ肝下面ヨリ觸診スルニ肝下面ニ於テモ波動ヲ呈シ居レリ。

腹腔内ニハ膿汁，腹水ヲ證明セズ。

膀胱ハ之ヲ觸レ得ズ。

胃ハ肝臓ノ下部ニ於テ之ト別個ニ觸診シ得。而シテ胃ト肝トノ間ニ癒着ナク，之ヲ自由ニ移動セシムルコトヲ得タリ。即チ胃穿孔ハ之ヲ證明スルヲ得ザリキ。次デ $\text{L}$ ヨードホルムガーゼ<sup>1</sup>ヲ以テ手術創部ヲ遊離腹腔ヨリ遮斷シ周圍ヲ保護セル後，波動ヲ呈スル部分ニ試験穿刺ヲ行フニ濃厚ナル黃白色無臭ノ膿汁ヲ得。更ニ穿刺部位ヲコツヘル氏鉗子ニテ開大シ膿汁ヲ吸引スルニ甚ダ多量ニシテ總量約 400 cc ニ達セリ。

膿汁中ニハ何等結石ノ如キ異物ヲ證明スルヲ得ズ。

膿瘍腔ヲ檢スルニ之ハ肝左葉内ニ擴ガリ單房性ニシテ大人手拳大ヨリヤ、大ナリ。依ツテ $\text{L}$ ゴム<sup>1</sup>排膿管 2 本ヲ膿瘍腔内ニ挿入手術創ハ下端ノ一部ニノミ筋膜・皮膚縫合ヲ施シテ手術ヲ終レリ。

尙ホ術中點液注入ニテ足靜脈ヨリリンゲル氏液 500 cc ヲ注入セリ。

膿汁中ヨリ塗抹標本ニテ葡萄狀菌ヲ證明セリ。赤痢 $\text{L}$ アメーバ<sup>1</sup>ハ之ヲ證明セズ。培養スルニ肉汁並ニ寒天培養基ニテ黃色葡萄狀菌ヲ證セリ。

肝漿液膜面ヨリハ細菌ヲ培養シ得ザリキ。

術後経過：手術直後ヨリ脈搏緊張ハ術前ヨリ良好トナレリ。翌日ヨリ多量ノ排膿アリ，一般狀態著明ニ回復シ，自覺の苦痛モ患者ノ言ヲ借リレバ $\text{L}$ マルデ嘘ノ様<sup>1</sup>ト云フ如クニ消退セリ。

併シ術後第 6 日ニ到ルマデ連日 36 度 1 分乃至 38 度 6 分ノ弛張熱アリ。第 7 日ヨリ第 10 日マデハ最高 37 度 8 分ノ發熱アリ。第 11 日ヨリハ最高 36 度 9 分ニ下熱セリ。連日 25%  $\text{L}$ ロヂノン<sup>1</sup> 50 cc 及ビ $\text{L}$ ネオバラノトリン<sup>1</sup> 2 cc， $\text{L}$ グイタミン<sup>1</sup> 2 cc ノ靜脈内注射，及ビ 5% 葡萄糖液，リンゲル氏液各 500 cc ノ皮下注射ヲ行フニ，術後 8 日目頃ヨリハ次第ニ食慾良好トナリ，尙ホ相當量ノ排膿アルモ漸次減少シ漿液性ナリ。良好ナル経過ヲ取リ居リシモ術後 13 日目ヨリ汎發性腹膜炎ヲ惹起シ，術後 15 日目ニ死ヲ轉歸ヲ取レリ。

術後検査：術後 3 日目，白血球數 10700，術後 7 日目白血球數 18100，尿中ニハ術後蛋白陰性トナリ， $\text{L}$ ウロビリノーゲン<sup>1</sup>ノミツト陽性ナリキ。モイレングラハト比色計法ニヨリ血清 $\text{L}$ ビリルビン<sup>1</sup>量：6 (術後 3 日目)，ヒーマンス・ファン・デンベルグ氏反應，直接反應，間接反應共ニ陰性(術後 3 日目)。

血清高田氏反應：陰性ニシテ重大ナ肝臟機能障礙ハ考ヘラレズ。Lウロビリノーゲン<sup>7</sup>陽性ナルヲ以テ多少ノ肝臟機能低下アリト考ヘラル。リヨン氏法ニヨル十二指腸液採取ハ不成功ニ終レリ。

考察：本例ハ強壯ナル37歳ノ男子ニ來レル肝臟左葉ノ單發性膿瘍ニシテ、而モ手術前ニ診斷ヲ明カニスルヲ得ザリシ一例ナリ。

抑々肝臟膿瘍ノ感染系路トシテハ大多數ハ血行性感染(70%)、次デ膽道性感染(20%)、直達外傷(3.3%)、隣接臟器ノ化膿性炎症ノ波及等ガ數ヘラレ居ルナリ。

血行性ノモノハ更ニ門脈系統(67.7%)ヨリスルモノ、肝動脈ヨリスルモノ、肝靜脈ヨリノモノニ分ケラレ、ソノ原發疾患トシテハ蟲様突起炎(34%)、Lアメーバ<sup>7</sup>並ニ細菌性赤痢(30%)、腸チフス<sup>7</sup>(2.2%)、化膿性痔疾患、泌尿生殖器ノ化膿性疾患等ガ舉ゲラルナリ。

又膽道ヨリノ感染トシテハ膽石症(15.0%)、膽管炎(1.3%)、膽囊炎(3.6%)等ガ舉ゲラル、モ本例ニ於テハ以上ノ血行性<sup>7</sup>ハ膽道性感染ノ原發竈ヲ思ハシメル現症並ニ既往症ヲ發見スルヲ得ズ。

唯發病約半年前、臍部及ピ左肩部ニ相當大ナル癰ヲ生ジ、約3週間ニ洩リテ治癒セザリキト云フモ之ヲ以テ肝臟膿瘍ノ原發疾患ナリト云フハ余リニモ冒險ナリト云フヲ得ベシ。

要スルニ本例ノ感染系路ハ充分ニ説明スルヲ得ザルナリ。

肝臟膿瘍ニ於テハ多發性(52.56%)ハ單發性(41.13%)ヨリモ多ク、且ツ右葉(75%)ニ來ルモノガ左葉(14%)ニ來ルモノヨリモ多シト。

本例ノ如ク肝臟左葉ニ來レル場合ハ肝臟腫脹ガ餘リニモ左方ニ迄及ブタメニスル事實ノ存在ヲ知り居ラザレバ肝臟疾患ヲ閑却スル惧レアリ。術前ノ診斷ニ於テ胃腫瘍トモ誤ラレ得ルナリ。

上腹部ノ腹腔内急性疾患ニ際シテハ肝臟膿瘍ノ存在ヲ考慮シ置クコト必要ナルモノナリ。更ニ之ノ例ニテハ肝左葉ガ殆ンド全體ニ洩ツテ膿瘍化シ居ルニ拘ラズ、肝機能ニハ著明ノ障礙ヲ認メザルコトニ注意スベキニシテ、肝左葉ノ全切除ガ何等憂慮ス可キ手術ニ非ザルコトヲモ示シ居ルモノナルベシ。又更ニ本例ハ防禦Lタンポン<sup>7</sup>除去ノ時期尚早ナリシ故、忽チニシテ汎發性腹膜炎ヲ起シ、ソレ迄ニ好轉シ居タリシ一般狀態ガ惡化シテ死ノ轉歸ヲトリタル例ニシテ心得ベキ例ナリ。

## 甲 狀 腺 炎 2 例 ニ 就 テ

石 川 孝 明 (京都外科集談會昭和16年10月例會所演)

第1例 患者：51歳、女、(昭和16年9月5日入院)。

主訴：前頸部ノ無痛性腫瘍並ニ潰瘍。

現病歴：本年2月頃ヨリ前頸部ノ中央下部ニ軟キ無痛性ノ腫瘍ヲ生ジ、漸次大サヲ増シ、4月一ハ自然ニ穿孔シテ、白色ノ細片ヲ混ゼル漿液性膿ノ流出ヲ來ス様ニナレリ。7月頃ヨリ瘻孔ノ稍々上部ニテ甲狀腺ト思ハル、部分ニ兩側性ニ硬キ無痛性ノ腫瘍ヲ生ジ、8月醫師ニヨリ右側部ノ腫瘍ノ切開ヲ受ケシモ膿ノ排泄ナク、爾來切開創治癒スルコトナク惡臭ヲ放ツテ潰瘍トナリ現在ニ至レリ。

生來發汗シ易キモ心悸亢進ヲ來セルコトナシ。

既往歴：生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。子供 5 人アリ，其中 1 人生後 10 ヶ月ニテ死亡セルモ他ハ健全ナリ。流産ヲ經驗セズ。毛髮ノ脱落，發疹ナド來セルコトナシ。

一般所見：體格中等，榮養狀態佳良。皮膚正常ニシテ發疹ヲ認メズ。脈搏 1 分時 85，稍々小ナルモ緊張良好規則的ナリ。呼吸 1 分時 20，胸腹式ニシテ平穩ナリ。眼瞼，眼珠ニ異常ナク，瞳孔ハ左右同大，對光反應正常，眼瞼結膜稍々貧血性ヲ示ス。

頭部，口腔，咽頭ニ著變ナシ。胸部ハ心臟ニ異常ナキモ，肺臟ハ兩側肺尖部短音，左肺ハ前中部及後中部ニ小泡性水泡音ヲ聽ク。腹部，四肢，脊柱ニ異常ヲ認メズ。膝蓋腱反射，「アキレス」腱反射ハ共ニ稍々亢進ス。

尿所見異常ナシ。

血液所見：貧血度強ク赤血球數 235 萬，血色素 (Sahli 氏法) 41%，血色素指表 0.87，白血球數 12400。

種類	}	中性嗜性好核白血球	67%	}	分葉核	59
		「エオジン」	5%		桿狀核	8
		鹽基性嗜性好核白血球	1%			
		淋 巴 球	小 16	}		
		「モノチーテン」	大 9		25%	
			2%			

赤血球沈降速度 (Westergren 氏法)：1 時間 138，2 時間 150，平均 106。

血清ノワ氏反應，村田氏反應共ニ(卅)強陽性ナリ。

胸部レ線の所見：肺臟ニ結核ヲ思ハシムルモノナシ。

マンロー氏反應：4 倍稀釋ニテ陰性ナリ。

局所々見：頸ノ前下部ヨリ胸部前面ニカケテ皮膚ノ發赤ヲ伴フ腫脹ヲ見ル。其ノ境界稍々不鮮明ナレド，上部ハ甲状軟骨下緣，下部ハ胸骨中央ノ高サ，側面ハ頸部ニテハ甲状腺ノ側緣ニ一致シ，胸部ニテハ胸骨ノ兩側 5 糎ニ及ブ。其ノ腫脹ノ中ニアリテ甲状腺ノ位置ニ一致シテ，兩側性ニ各々雞卵大ノ腫瘍アリテ，ソノ右ノモノ中心部ニ徑 3 糎×2.5 糎ノ卵圓形ノ潰瘍アリ。潰瘍底ハ惡臭アル豚脂様ノ壊死組織片ヲ以テ被ハル。潰瘍緣ハ僅ニ治癒傾向認メラレ而モ壓痛著シキモ，潰瘍底ニハ壓痛ナシ。左側ノ腫瘍ハ彈性硬ヲ示シ壓痛ナシ。コノ左右 2 ツノ腫瘍ハ嚥下運動ニ際シ甲状軟骨ト共ニ上下ニ移動ス。又前胸部ノ胸骨柄ノ上部デ正中線ニ陥沈セル弛緩性肉芽ヲ有ス瘻孔アリ。瘻孔ハ深サ約 5 糎ニシテ左上方ニ向フ。コレヨリ白色ノ組織片ヲ混セル漿液性膿汁ヲ排泄ス。胸骨前面ノ發赤ヲ伴ヘル腫脹部ハ指壓ニヨリ壓高ヲ殘スモ壓痛ナシ。輕度ナガラ局所皮膚ノ溫度上昇ヲ認ム。

入院後ノ經過：入院 5 日目ニ試驗的切片切除ト搔爬手術ヲ行ヘリ。即チ前頸部左ノ腫瘍ニ向ツテ約 3 糎ノ皮膚切開ヲ加ヘ手術ヲ進ムルニ腫瘍ハ肥厚セル結締織ニ包マレ，中ニ壞死性ノ黃白色ノ物質ヲ含有ス。肉芽充滿セリ。軟ニシテ其狀恰モ淋巴腺結核ヲ思ハシムルモ，壞死性物質ハ乾酪化セルモノニ非ズ。試驗的切片ヲ取りテ手術創ヲ閉ジ，次デ右ノ潰瘍ヲ有ス腫瘍ノ壞死性物質ヲ搔爬スルニ，壞死性物質ハ何レモ豚脂様ニシテ貧血性固キ肉芽ナリ。コノ肉芽ヲ搔爬スルコトニヨリ結締織ノ厚キ壁ニ達シ，中央下部ニ向ツテハ胸骨柄上ノ瘻孔ニ交通セルヲ認ム。「リバノール・タンボン」ヲナシ手術ヲ終ル。

試驗的切片ノ顯微鏡的所見ハ主トシテ壞死ニ陥レル纖維素性細胞，筋細胞及ビ淋巴ノ浸潤ヨリナリテ甲状腺ト認ムベキ構造ノ所見ハ認メ得ラザリキ。

入院後 5 日マデハ時ニ 37.5°C 位ノ發熱アリシモ一般狀態良好ナリ。血清ノワツセルマン氏反應，村田氏反應強陽性ナルコトヨリ甲状腺微毒ノ推定ノ下ニ，入院後 6 日目ヨリ驅微療法ヲ開始セリ。

「サヴィオールナトリウム」入院 6 日目 0.15 瓦，入院 13 日目 0.3 瓦，合計 0.45 瓦ヲ靜脈内ニ注射ス。

「ミラノイエン」3 日ニ 1 回宛 2 cc 筋肉内注射ヲ施シ，合計 6 cc 使用ス。

毎日本銀軟膏 3 瓦ノ塗擦療法ヲ行フ。

驅微療法開始 3 日目ヨリ平熱トナリ一般狀態モ益々良好トナリテ，腫瘍ハ著明ニ縮少ヲ示シ，驅微療法開始後 9 日目ニハ皮膚ノ發赤浮腫モ消失，前頸部左側ノ腫瘍ハ殆ンド消失シ，潰瘍モ著シク縮少シテ肉芽ノ發達モ良好，分泌物ハ殆ンド認メ得ザル狀態トナリ同日輕快退院ヲナセリ。

第2例 患者：60歳，女（昭和16年8月21日入院）。

主訴：前頸部ノ有痛性腫脹。

現病歴：約3年前ヨリ前頸部ニ無痛性ノ軟キ腫脹ヲ來シ，半年程ノ中次第ニ硬化セリ。其後次第ニ大サヲ増シ頸ノ兩側ニ及ビ，頸ヲ前ニ曲グルノガ不自由トナレリ。昨年來ヨリ羸瘦著シト。

本年8月4日局所ニ灸ヲスヘタルニ該部ニ水泡ヲ來シ且ツ腫脹ト疼痛ヲ來シ，8月16日醫師ニヨリ穿刺ヲ受ケ赤黒キ血液ヲ出セリト。併シ其翌日ヨリ急ニ腫脹ガ増大シ疼痛益々甚クナリ，本院ヲ訪レタリ。現在輕度ノ嚥下困難，呼吸困難アルモ發病以來心悸亢進，汗分泌亢進，手指震顫，眼球突出ナド來セルコトナシ。

一般所見：體格中等，皮下脂肪，筋肉ノ發達モ正常。皮膚ハ稍々蒼白弛緩セルモ濕ニシテ發疹，浮腫ナドヲ認メズ。脈搏1分時120，大サ正常，緊張良好，規則的ナリ。呼吸1分時26，胸腹式ニシテ靜穩。顔貌ハ稍々蒼白，苦惱狀ヲ呈ス。眼瞼，瞳孔ニ異常ナク，口腔咽頭ニ著變ナシ。胸部ハ心臟，肺臟共ニ異常ヲ認メズ。腹部ハ肝臟ガ右乳線上ニ於テ肋骨弓下1横指ノ部ニ觸ル、ノミニテ其他異常ナシ。脊柱，四肢ニ異常ナク膝蓋反射，「アキレス」腱反射共ニ正常ナリ。

尿所見ニ異常ナシ。

血液所見：赤血球數387萬，血色素（Sahli氏法）65%，血色素指表0.8，白血球數8000。

局所々見：視診上，前頸部及ビ左側頸部ニ滲漫性ノ膨隆アリ。ソノ頂點ニ蠶豆大ノ皮膚缺損アリテ該部皮膚ハ紫藍色ヲ呈ス。靜脈怒張，搏動ナドハ認メズ。觸診上膨隆ニ一致シ彈性軟ノ腫脹ヲフレ，且ツ波動ヲ證明ス。腫脹甚シ。更ニ深部ヲ觸診スルニ彈性硬ノ腫脹ヲフレ其表面凹凸不齊ナリ。前頸部ノモノハ其ノ大サ手拳大，左側頸部ノモノハ雞卵大ナリ。境界ハ鮮明ヲ缺ク。腫脹ハ嚥下運動ト共ニ上下ニ移動ス。

診斷：以上ノ所見ヨリ感染ヲ來セル惡性甲狀腺腫ト診斷セリ。

入院後ノ經過：入院第6日目前頸部，左側頸部ノ2ヶ所ニ切開ヲ加ヘ濃厚ナル黃色膿約40cc排出ス。護設管ヲ挿入シテ其後ノ排膿ヲハカレリ。膿ヨリハ葡萄狀球菌ヲ證明ス。

手術後暫クハ膿排泄多量ナリシモ次第ニ分泌物モ漿液性且ツ血液ヲ混セルモノト變リ，其ノ量最モ減少シ現在ニテハ非常ニ少量トナレリ。一方切開創モ縮少シ殆ンド治癒ニ近キ狀態ニアリ。腫脹モ其ノ大サ次第ニ縮少シ現在ニテハ前頸部及ビ左側頸部ニ夫々拇指頭大胡桃實大ノ硬結トシテ其ノ痕跡ヲ止ムルニ過ギズ。

患者ノ自覺的苦痛モ全然消失セリ。

考察：第1例ニ於テノ試驗的切片ハ甚シキ壞死像ト近クノ筋肉像ヲ示シタルノミニテ，甲狀腺像ヲ示シタル部ナカリシモ以上兩例ノ腫瘍ガ甲狀腺ノ腫脹ニ依リシモノナルコトハ其形ト位置ト嚥下運動トノ共通運動ヲ有スルコト等ヨリシテ疑フ可キモノナキトコロナリ。

而シテ第1例ハ驅膿療法開始後旬日ヲ出ズシテ，局所々見ハ治癒化シ行キテ此ノ甲狀腺腫ガ護設腫ナリシコトヲ示シ居ルナリ。

更ニ第2例ニ於テハ其「アナムネーゼ」ノ上ヨリ先ヅ甲狀腺腫（Struma）ノ存在シ居リシコトハ事實ナリ。而モソレニ感染ヲ來シタルコトモ事實ナリ。而シテ入院時ハ其硬度等ヨリシテ惡性甲狀腺腫ニ感染ヲ來シタルモノナル可シト思惟シタリシガ，ソノ後ノ治療ニヨリテ炎症像ノ減退ト共ニ甲狀腺腫モ甚ク縮少シ來リテ現在ニテハ其ノ惡性ヲ思ハシムル何物モナシ。即チ單ナル甲狀腺腫炎ナルシナリ。以上比較的珍シキ甲狀腺ニ關スル炎症性疾患ナリシ故ニ此處ニ報告シタル次第ナリ。



## 鱗屑癬性關節症

王 和 成 (京都外科集談會昭和16年10月例會所演)

患者：30歳男子，吳服商。

主訴：多發性關節運動障害及ビ全身ノ鱗屑性結痂性皮膚症。

家族歴：特記スベキコトナシ。父母兩系ニモ患者ト類似ノ疾患ニ罹患シタ人ハナシ。

既往歴：生來發汗多ク，16歳猩紅熱ヲ罹患シテ以來風邪ニ罹リ易ク，扁桃腺腫脹ニ傾キ，25歳扁桃腺切除術ヲ受ケタリ。一度食當リアリ，全身ニ播種性ニ發赤，皮膚ヲ生ジテ，1週間デ治癒シタコトアリ。發病前脂肪食ヲ好ンデ食シタリ。

現病歴：昭和11年12月(今ヨリ約5年前)職業上染料ニ觸レテヨリ兩側手掌部ニ痒痒性膿疱狀疹ヲ生ジ，レ線照射，膏劑塗布療法ヲ受ケタガ治ラズ，手掌部ハ痒痛性トナリシ爲メ伸展スルコトヲ嫌フ。翌年2月未足趾部ニモ同様ノ痒痒性膿疱狀疹ヲ生ジタリ，太陽燈照射ヲ受ケタリシガ，變化ハ次第ニ上方ニ進ミ伸側ニ及ベリ。同年6月頃發疹ハ一時輕快セリ。コレ迄イツトハナシニ兩側腕關節，指關節，趾關節ノ運動障害及ビ腫脹ヲ來セシモ痒痛ヲ覺ヘシコトナシ。昭和12年9月發疹再發シ，治療ヲ受ケタガ，輕快セズニ昭和13年2月赤色藥劑ヲ隔日ニ3本腎筋内注射ヲ受ケタ處，足趾部ノ痒痛強クナリ，化膿ヲ増シ，歩行困難トナリ，39.8°Cノ發熱ヲ來スト共ニ鱗屑或ハ屑癬ヲ附シタル膿疱狀疹生ジ，脚，足趾，膝，手掌ニ生ゼリ。ソノ外全身ニ密生シテ來レリ。ソノ爲メ病床ヲ離レズニキタ處梅毒瘡ガ生ジ，膝屈位ト兩側手掌ヲ胸部ニ當テ、キタ。コノ際同時ニ一過性ニ膝肩ノ運動難シクナリテ，關節部ノ壓痛ガ少シアリ。同年秋發疹ハ輕快セシガ，膝股關節ノ伸展ハ兩側共困難トナリ，昭和14年夏3度關節及ビ皮膚増悪シ，昭和15年5月「ビタミン」C注射，紫外線，レ線治療デ一進一退セリ。關節ニ日光浴ト「マツサージ」ヲ受ケテ運動障害稍々輕快セシガ，腕關節，指關節及ビ膝關節ノ縮小ヲ殘セリ。

現症所見：體格中等，稍々羸痛セル男子，脈搏整正緊張良，アツシユネル氏現象ハ陽性，心臟濁音界ハ正常，雜音ナク，心音純，特別ナ機能亢進ハ認メラレナイ。背部全體硬イ感セリ。肺・肝濁音界右側乳線上ニテ第5肋間腔ニアリ，肝臟ハ右側乳線上ニテ肋骨弓下2横指ノ所デ觸レル。Kante 銳ニシテ表面平滑，全體ニ壓痛アリ。膝蓋腱反射兩側共ニ低下シ，「アヒレス」腱反射兩側トモ消失セリ。

局所々見：上下肢共ニ全般ニ皮膚，皮下組織ノ輕度ノ萎縮ヲ認メ，各關節ハ末梢ニ行クニツレテ何レモ小サク見ユル。上肢デハ肩胛關節，肘關節ニハ異常ナシ。兩側腕關節ハ背側ニ約150°屈曲シ，腫脹及ビ異常色素沈着ハ認メズ。運動ハ自由ナリ。掌指關節ハ親指ヲ除イタ4指デハ約120度屈曲シ，第1指關節ハ過度ニ25度伸展セリ。第2指關節ハ150度ニ屈曲シ，親指ハ160度屈曲セリ。第1指關節ハ過度ニ30度伸展シテキル。掌指關節デノ伸展運動ハデキズ，屈曲運動ハ普通デアル。第1指關節，第2指關節共ニ屈曲運動ハ普通ニデキルガ，伸展運動ハ不能ナリ。各指關節ニ壓痛ガアル。手掌部ニ粟粉大ノ扁豆大ノ膿疱疹アリ。膿疱疹ノ一部ハ破レ，一部ハ數個集リ厚イ結痂ヲ作ツテキル。爪ノ末梢3分ノ1ハ灰白色ニ潤濁シ，光澤ヲ失ヒ強ク肥厚セリ。粗鬆化，脆弱化等高度ノ變化ヲ起セリ。股關節ハ異常ナク，膝關節ハ兩側共少シ屈曲ノ位ヲ取ツテキルガ腫脹ナシ，伸展運動ハ輕ク障害サレテキル丈ケデ，運動ニ際シ關節腔内ニ雜音ヲ聞ク。足關節ハ過度ニ伸展位ヲ取ツテキルガ腫脹ナシ。關節裂隙ハ壓痛ガ強ク，足趾ハ總テ足趾ニ向ツテ伸展セリ。各足趾ハ彎曲シ運動制限ハ背側ニ向ツテノミ存ス。足趾關節ニ壓痛，腫脹モナシ。足趾部ニハ手掌ト同ジ鱗屑癬性膿疱狀疹ガ存ス。

諸検査事項：レ線検査ニテ一般ニ骨端部ノ骨中間部ニ骨粗鬆症ヲ認メ骨萎縮著明ナリ，殊ニ末梢程度ナリ。兩側膝關節裂隙狹シ。

血液及ビ尿所見ニ異常ヲ認メズ。赤血球沈降速度平均値36デ促進セリ。マンロー氏反應陰性，ワ氏反應，Sachs-Georgie氏反應共ニ陰性ナリ。

藥物學的検査デハ2% Pilocarpin 0.5 cc デ鋭敏ナリ。0.1% Adrenalin 0.5 cc デ少シ反應ヲ呈ス。血清高田氏反應ハ陰性，血糖量正常値ナリ。



治療及び経過：入院ト同時ニ各關節ノ日光浴ト「マツサージ」ヲ行ヒ、90 mmHg 下ニ於ケル兩膝關節腔内ノ空氣容量ヲ測定セリ。正常 80 cc ナノガ右側 24 cc 左側 27 cc 明カニ減少セリ。手術ニヨリ左膝關節腔内ヲ調ベシニ、大腿骨外髁ニ僅カノ Belag ガ附着ス。コノ Belag ハ同軟骨カラ發生シタト思ハレル。關節腔内ノ癒着ハ認めラレズ。ソノ Belag ヲ大腿骨外髁ノ一部ト共ニ組織標本トシテ取レリ。組織學的ニハ Belag ハ髓膜豐富テ血管怒張セルモ細胞浸潤ナシ。現在炎症性變化ハ認め得ズ。軟骨ニ變化ナシ。「サリチール」酸劑ヲ與ヘニシ反ツテ鱗屑癬ト關節症惡化セリ。種々治療ヲ加ヘシモ輕快ノ徵候ナク、皮疹ト共ニ關節症増悪セリ。

老察：鱗屑癬性關節症ハ本邦ニ於テ報告サレタノハ本症例ヲ加ヘテ僅カ第8例ニ過ギズ。本整形外科デハ本例ガ2番目ナリ。本例ハ外國ニ於テモ Cazenave (1838) 及ビ Devergie (1854) ヲ始メトシ鱗屑癬ト關節症トノ相互關係ニ就テ種々報告サレテキルガ、未ダ學說ノ一致ヲ見ズ。年齢ト性トノ關係ハ鱗屑癬ニ於テ本症ノ如キ膿疱性ノモノ1~5%デ、性別ハ59例中男23人、女36人デ女性ガ多數ナリ。關節症ヲ伴フモノ、性別ハ Adrian, Falk 及ビ自分ノ集メタ文獻ヲ合セルト123例中男32人、女31人デ逆ニ關節症ヲ伴フモノハ男性ニ好發セリ。然モ重症ノ経過ヲ取ル。男性ニテ40代ガ好發年齢デ女性ハ20代デアリ。各々ソノ年代ヲ中心トシテ段々少ナクナリ、各年齢ニ見ラレル。皮膚疾患ト關節疾患トノ合併ニ於ケル時期的關係ハ Noble 及ビ Falk ハ皮膚疾患ト關節症ガ相伴ツテ輕快又ハ増悪スルト主張セリ。本症例モ全クソノ通ナリ。Adrian 及ビ Stoffel ニヨルト103例中鱗屑癬ガ先ニ生ジテ關節症ヲ來スノガ63例、兩症ガ同時ニ生ズルノガ15例デアリ。逆ニ關節症ガ先ニ生ズルノガ25例ノ多キニ見ラレル。コノ如ク鱗屑癬性關節症ヲ獨立セル疾患ト見ナス Adrian 氏等ノ如キモノモアル。ソノ反面偶然ナル合併ナリト主張スル人モ少クナイ。罹患部位ノ關係ハ罹患關節附近ニ鱗屑癬ヲ見タトノ報告極メテ多シ。本患者ニ於テモ同ジク現在足蹠手掌ノミニ鱗屑癬ガアルト共ニ關節症ヲ伴ツテキル。普通鱗屑癬ハ四肢ノ伸側ニ好發スルガ、關節症ヲ伴フノハ逆ニ手掌、足蹠、會陰部及ビ四肢ノ屈曲側ニ好發ス。Umber氏ハ「L」線的ニ本關節症ヲ大體 1) Infektharthritis, 2) Periarthritis endocrina destruens, 3) Osteoarthropathia deformans (Müller) ニ分ケテ居ル。本疾患ハソノ内何レノ像モ呈シウルガ移行像モ存ス。

本症例ニ就テ著明ナ事項ヲ舉ゲルト、(1) 皮膚ノ罹患部位ノ關節ハ侵サレ、皮疹ト關節症トハ相伴ツテ輕快増悪ス。(2) 罹患部位ハ尋常性鱗屑癬(乾癬トモ稱ス)ト異ナル所ニ好發セリ。(3) 手術的ニ攣縮ノアル膝關節腔ヲ調べタガ、現存セル炎症性變化ハ證明出來ズ。(4) 「L」線的ニ膝關節裂隙ノ狹少ト骨萎縮アリ。(5) 心臟合併症ナク「サリチール」酸劑デカヘツテ症状増悪ス。(6) 全身ニ膿疱狀疹ヲ生ジタ際特異ナ位置ヲ取りシ爲メニ皮疹輕快セルモ、ソレニ一致シタ特異ナ形ヲ殘セリ。(7) 毎年秋、兩症共増悪スル傾向アリ。