

雜 纂

新學期ニ際シ病舎醫員ヘノ訓示

9月14日、烏瀉教授ハ第2學期デ最初ノ病舎回診ヲ終ヘラレ、一旦病舎ヲ去ラレタガ、程ナク再ビ醫局ニ戻ラレ、其處ニ整理シタ病舎醫員一同ニ向ツテ次ノヤウナ訓示ヲ與ヘラレタ。

『之ハ從來モ機會アル毎ニ屢ニ申シタコトデアルガ、マダ一度モソレヲ聽イタコトノ無イ neue Herren ノ爲ニ、マタ再三ソレヲ聽イタ人ニデモ更ニ印象ヲ深メルタメニ此ノ機會ニ申シ述ベテオク』ト冒頭セラレ、大要下ノ如ク話サレタ。

教室ノ種々ノ Material, 例ヘバ Kranke = 關スル記載(Karte, Präparat 等)ハ凡テ Chef ノ所有物……所有物ト云ツテモ通俗ノ財産デハナイ、精神的ノ所有物、即チ geistiges Eigentum……デアル。ソノ貴重ナ Krankenmaterial ヲ諸君ニ分配シテキルノデアルカラ、諸君ハ Praktikant デアルカラト云ツテ Material ヲ自由ニ自分ノ勝手ニスルコトハ出來ナイノデアル。

諸君ハ大學ノ學生ノ延長トシテ當然ノ權利デ此ノ外科教室ヘ這入ツテ來タノデハナイ。大學生デアレバ大學デ教育ヲ受ケル權利ガアリ、マタ教授ハソノ國家的職責トシテ「定メラレタ課程」ニ從ヒ學生ヲ教育スル義務ガアツタノデスガ、大學ヲ卒業シテ終ヘバ事濟ミデアリマス。大學教授ニハ學生ヲ專門的ニ教育シ、人格的ニ薰陶スルコト、專門學科進歩ノ最前線ニ立ツテ研究スルコトトノ3ツノ義務ガアルガ、病舎ニ於テ醫員ヤ助手ヲ養成スル義務ハ負ハサレテキナイノデアルカラ此ノ點ハ特ニ誤解ノナイヤウニシテ貰ヒ度イ。醫員諸君ト教授トノ關係ハ全く昔ノ塾ニ於ケル師弟ノ關係デアル。

大學ニ於ケル Chef ノ Krankenmaterial ヲ Chef カラ分ケテ貰ツテ外科ヲ習得サセテ貰ツテキルノデアル。大學ニ勤務シテ大學ノ仕事ヲ受持ツテ居ル次第デハナイノデアル。從ツテ分配サレタ Krankenmaterial ハ自分獨占ノモノデアルトイフ風ヲ考フ抱イテハナラナイ。Praktikant 以外ノ人ガ一寸デモ診タリ、處置ヲシタリスルコトニ對シテプンプン怒ツタリ、或ハ又手術ノ際ニ助教、講師、助手ガヤツタカラト云ツテ兎ヤ角不平ヲ云フベキ筋合ノモノデハナイ。此等ノ人ハ教授ノ命令ニヨツテ教授ノ方針ニ從ツテ手術ヤ治療等ヲ委託サレテ國家的職務(Staatsdienst)ヲ行ツテキルノデアル。

『患者ノ分配、手術ニ就ク醫員ノ配置、退院現症ノ調査等ハ大澤君、君ガヤツテキルノデスカ?』『ハイ』、此等ハ助教ニ命ゼラレタ仕事ノ1ツデアツテ、醫員ハ勿論自分ニ分配サレタ Material ガ他ノ人ヨリモ良イトカ悪イトカ不平ヲ言フベキデナイ。

Kranke ノ手術ヤ治療ニ關シテ許リデナク、教室ノ Krankenmaterial = 關スル發表ヲナス場合ニモ凡テ Chef ノ許可ガナクテハ發表出來ナイノデアル。「カルテ」ヤ標本類ヲ無斷デ他ヘ貸

與シタリ、或ハ保險屋ヤ新聞屋ナドニ勝手ニ Kranke ノ事ヲ話シタリ、自分自身ノ功名ラシク吹聴シタリ、Chef 以外ノ人ニ患者ノ診察治療ヲ委ネタリスルコトモ無論禁ジラレテキルコトデ慎シマネバナラナイ。一切ノモノハ教授ノ geistiges Eigentum デアルトイフ事が頭ノ中ニ浸ミ込メテキルト此ノ様ナコトハ出來ナイ筈デアル。

カクノ如ク教室ノ Material ハ一切 Chef ノ geistiges Eigentum デアツテ、獨逸デハ教授ガ轉任スル場合ニハ Material 即チ Präparat、ヒドイノニナルト Karte サヘモ持ツテ赴任スル位デアル。教授ノ Krankenmaterial ニ就テハ Chef ハ絶対ノ權利ヲ持ツテキルモノデアル。

次ニ常々心得テオクベキコトハ、最初1度ノ Fehler ハ許サレルガ、2度3度ト同ジ Fehler ヲ決シテ繰返ヘサヌコトデアル。1度 Fehler ヲシタナラバ、ドコニ Fehler ノ原因ガアツタカヲヨク考察シテ同一ノ Fehler ヲ重ネナイヤウニセネバナラス。ドウスレバ今後同一ノ Fehler ヲ繰リ返ヘサズニスムカ^レヲ考究シヨウト努メズ無關心デ過スコトハソレ自ラ既ニ1ツノ Fehler デアル。

他ノ人ガ注意ヲ受ケタ場合デモヒトゴトト思ハズ自分ニ言ハレタモノト考ヘテ注意スレバ一生涯ノ長イ間ニハダンドン Fehler ガ少ナクナツテ比較的的理想ニ近い人間トナルコトガ出來ル筈デアル。

デアルカラ1度叱ラレタカラト云ツテ、何モソんなニ消沈スル必要ハナイ。叱ラレルノハ、畢竟賞メラレルコト、同格デアル。兩者ハ宛カモ楯ノ兩面ノ如キモノデアル。打タレテモ親ノ杖、懐シケレバ去リヤラズ^レ門生タル者ニハ這般ノ親情ガ無クテハナラス。叱ラレル間ハソノ人ニ未ダ見込ミガアル證據デ、3度モ4度モ同ジ Fehler ヲヤレバ最早ヤ何モ言ハレナクナル。デアルカラ回診ノ際ニハ、Praktikant ハ症歴ヤ症状處置等ヲ列ミキル 醫員全體ニヨク判ルヤウニ説明シ、一切ノ事項ヲ述ベテ叱ラレル點ハ叱ラレ、賞メラレル點ハ賞メラレネバナラス。ソレガ男ラシイトイフモノデアル。他ノ醫員モ亦タ自分ノ受持デナイ Kranke ノ事モヨク聽イテオキ、同ジヤウナ Fehler ヲ繰返サヌヤウニ努力シ、且ツ互ニ Kritik ヲ行フコトニヨツテ段々ト向上進歩スルコトヲ計ラネバナラナイ。

天子ヤ國家ニダケ忠義デアリサヘスレバ其他ハドウデモヨイト申スモノデハナイ。眞ノ忠義ハ最も手近カナトコロ、即チ自分が自分自身ノ命令(良心)ニ忠實デアルコトカラ始マル。教室員ガ教室ニ向ツテ誠忠ヲ盡シ得ナイデ、ソレヲ去ツテ何處デ何者ニ向ツテ、果シテ其ノ誠忠ヲ捧ゲ得ルデアロウカ。教室員タルモノハ教室ヲ其ノ儘國トモ家トモ考ヘテ、其ノ自覺ヲ新タニシテ互ニ相戒メ大ニ奮奮努力スベキデアル。從ツテ教室員ニハ敵愾心(王ノ愾スル處ニ敵ス)ガ無クテハナラス。Chef ノ愾スル所ヲ知ツテ、之ヲ克服スルダケノ勇猛心ガ無クテハナラス。自分自身ノ利益ノ爲ニダケ教室員デアリ門下ノ生デアル様デハ教室モ國家モ成リ立ツ筈ハナイ。

在米荒木講師よりの通信

紐育の Neurological Institute の神経外科を丁度 6 週間見學し大體のやり方もわかつたと思ひますので其概況を御報告します。この Institute は Columbia 大學醫學部の附屬なので職員は全部 Columbia の Neurological Surgery の教授、助教授其他といふ事になつて居ます。今この偉いところの名を書いて見ます Professor: Charles A. Elsberg, Associate Prof: Byron Stookey, Assistant Prof.: Les M. Daviloff, Instructor: C. B. Masson. 此等の人が代る代る手術をやります。古參の Assistant の E. J. Cramer といふのも時々手術します。こゝでは主任教授が主に手術するといふのではありません。それに Elsberg はもう老人で手術の時に手が顛へますので、やれと云つてもそうそうはやれないのでせう。此等の連中何れも本來の米國人でなく外國人らしい名前をもつてゐるのは一寸奇異な感じがします。

此 Institute は 14 階建の堂々たる建物で設備も誠に立派なものです、やつてゐる神経外科も果して米國第一流か如何は今後各地の神経外科を見た上でないと「ハツキリ」申せないのですが、今参考の爲に他人の意見を借りますと、Rochester, Minn. の Mayo Clinic で 1 週間許り Adson の手術を見て來られた岡山の津田教授の話では「手術の數は同地とこゝとで大差はない様だが手術の手際は Adson の方が遙に巧い」といふ事でありました。又 Baltimore, Md. の Dandy の所で 1 ヶ月ばかり手術を見て來られた新潟の中田教授の話では「手術の數も手術の手際も Dandy の方が遙に勝る」といふ事でありまして、更に其後の中田教授からの手紙によりますと、「Dandy から 紐育には一流の Neurosurgeon は居ないと云つて來た、Cushing も各地の若い神経外科學者を推賞しても脳外科に關する限り紐育には話を向けない」といふ事でありましたので、こゝの神経外科少くとも脳外科は米國で左程權威あるものと認められて居ない事を推察出來ます。紐育といへば米國否世界一の大都會であり乍ら之は又何事かと一寸不思議に考へられます。思ふにこゝの主任 Elsberg といふ人は元來脊髓外科で名を知られた大先輩で、Tumors of the Spinal Cord, Paul B. Hoeber, New York, 1925 とか Diseases of the Spinal Cord and its Membranes, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1916 などの有名な脊髓外科の著書があり、又脳外科に關しても 2, 3 の論文がある事はある様ですが、Cushing など、同年輩の事でもあり、若い時から仕込まれたものゝ様な譯にも行かないのでせう。又 Associate Prof. の Stookey も末梢神経の外科に興味を持つてゐる人で Surgical and Mechanical Treatment of Peripheral Nerves, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1922 などの著書があり、又もともと Elsberg の門下でありますので、自然脳外科の方は他に見劣りがするといふ事になつたのでせう。又米國脳外科の技術的方面は現在大體統一されてゐるとは云ひ乍ら、こゝでやつてゐるやり方は、此等の主腦の人達の經歷上 Cushing とか Frazier とかによつて打建てられた近世脳外科と多少系統を異にしてゐるのではないかと考へられます。

斯様な關係で手術の數なども地の利を占めて居乍ら、又立派な設備をもつて居乍ら他よりも特に多いと云ふ譯に行かず、色々の話から推して Los Angeles の Rand, St. Louis の Sachs, Montreal の Penfield など、大體同程度或は少し尠い位に止つてゐるらしく思はれます。

以下私がこゝで見學に知り得た點を詳細に申述べますが、以上の點を豫め頭に置いて讀んで戴きたいと思ひます。

さてこの 6 週間こゝで行はれた神経外科手術は別表の通りであります(831頁)。

此の他に r-fronto-temporo-parietal Glioblastoma multiforme で subtemporal Decompression をやつた患者及び frontal Osteoma 切除後 Dura の缺損部には cellophane 紙を、骨缺損部には celluloid plate を補填した患者で何れも手術創が感染し、前者では肉芽創の搔爬と骨癩壞死部の除去とを行ひ、後者には上記異物の摘出をやつてゐるのを見ましたが、相當嚴重に Aseptic をやつてゐる様に見えても尙感染する例がある事を知りました。其他頭蓋骨折の患者が 2, 3 入院してゐますが手術はしません。又入院患者中 Brainstem の Glioma (多分 Spongioblastoma と思はる)の子供にも全然手術せず suboccipital Decompression さへやらないで専ら X 線療法をやつて居ます。従つてこの表に現はれたのが入院患者の全部ではありません。

表で明かな様に矢張り腦の手術殊に Glioma group の手術が多いのですが、どうも Glioma の手術はあまり感心しません。Glioma でも Astrocytoma の様な良性のものに限つて剔出するので Glioblastoma multiforme の様な悪性のものは特別な場合の他は剔出を企てず、Decompression だけに止める方針ですが、そしてこの方針は私が米國の脳外科に關する著書で讀んだ所ではこゝだけの方針ではなく一般に採用されてゐる方針だと思ひますが、Astrocytoma を剔出する場合でもその取り方がどうもあまり綺麗に行きません。大體の所を一塊にして「ピンセット」で剔出しあとの残りは electric loop とか sucker を用ひて除去するのですが、Astrocytoma は一般に demarcate されてゐる筈ですから腫瘍と健康部との境界は慣れた手術者にはすぐ解るのかも知れませんが、見てゐる者にはそれで皆とれたのか如何か、まだ少からず残つてゐるやうだと直ぐ疑はれる様な不徹底なとり方でして一度も胸のすく様な充分な剔出の仕方を見せて呉れません。これは皆 solid Astrocytoma の話で cystic のものは或はもつと綺麗にとれるのでせうが、一度もその様な例に出遭ひませんでした。兎に角一般外科に慣れた者の眼には『これではいづれ其内に必ず再發するだらう』と思はれる様な手術のやり方があります。事實表の 2) の如きは再發手術で第 1 回手術で cystic Astrocytoma を剔出したそうですが手術後半年と経たない内に症状の再發を來して居ます。他にも手術後再發の例が尠くない事と思ひます。

Glioblastoma multiforme は原則として剔出しませんが、始めから subtemporal Decompression の方式で手術を行はず假令病歴の上で病勢進行が速いとか、症状が廣範圍に互つてゐるとか、腫瘍内出血を考へさせる發作が時々あるとかいふ點から豫め Glioblastoma だとわかつて

ゐる場合でも大きな osteoplastic flap をつくつて頭を開き、脳表面の様子をよく検査し、穿刺をやつて見て中の囊腫の存在の有無とか腫瘍の抵抗を呈する範囲を確め、更に腫瘍の上で脳實質に深い切開を加へて腫瘍の内部を検査し同時に其際試験切片をとつて直に fresh tissue stain をやつて Glioblastoma と確定した上で始めて、Decompression の目的で flap の一部をなしてゐる顳顬筋の下の部の骨を廣く削り取る事にして居ます。

fresh tissue stain は腫瘍組織の小片を objectglass の上で押し潰し之を azure 液で染めて見るので比較的明瞭にわかるのですが、近頃私に疑はれて來た事はこの Glioblastoma といふ診断が必ずしも確かでないといふ事です。それは7)の例を見てからでして、此例は再發手術で丁度2年前に第1回手術が行はれ其際 r-fronto-temporal の large Glioblastoma を剔出したと記録してあります。何故に此例だけ Glioblastoma といふ診断に拘らず剔出を試みたのか不明ですが、兎に角其後の経過豫想外に良好で手術後14ヶ月間は全く元氣であつた。漸く最近に至つて又最初の時と同じ様な症状を再發して來たといふのであります。Glioblastoma は Cushing の研究によれば症状を現してより死亡迄の生存期間平均12ヶ月であつて Glioma group の中で最も悪性のもので、今日之に對して剔出しない事に大體意見の一致を見てゐるのはこの腫瘍が血管に富み手術の際出血が多いといふ事他に、subcortical の深部に好發する關係上 basal Ganglia とか反對側脳半球等にも及んで居る事が多く、事實上充分なる剔出をなし得ない事及び發育が浸潤性である爲に境界明かならず、假令完全に剔出したと思つても從來の経験では必發的に短期間後に再發する事が理由とされて居ます。此例が果して Glioblastoma であるとすれば第1回手術後の経過があまりに良過ぎます。今度の第2回手術の所見を見ますのに再發腫瘍は左程大きなものではなく、而もその大部分が cystic であります。恐らく再發症状の主なものはこの Cyst によつて惹起されたもので腫瘍組織自己の増殖によるものとは考へられませんが、手術は單にこの Cyst の Evacuation だけに止めたのですが、恐らくこれで患者の症状は一時大いに輕快し尙當分は生存する事と思はれます。要するに此例は Glioblastoma multiforme と診断されて居るにも拘らず、あまりに良性の経過を取つて居ますから多分 Astrocytoma でありませう。其後注意して Glioblastoma だとして單なる Decompression に止めた例に就いて試験切片の組織標本をよく觀ますのにその内に Astrocytoma と思はれるものが少くありません。従つてこゝでは Astrocytoma で Glioblastoma と誤認されて姑息的な減壓手術を受けてゐるものが少からずあると思はれます。

尙此例によつて考へられます事は Glioblastoma に對して姑息的或は部分的剔出と單なる減壓手術と何れが優るかといふ事です。一般に姑息的切除はやらないとされてゐる様ですが、この例の様な事があり、又更に事實上 Glioblastoma では脳壓亢進が強いので手術時に硬膜切開部より脳實質が Fungus 様に脱出し、減壓の目的で開けて置く部以外の硬膜縫合が不可能で、結局

腦實質を露出した儘にして置く事になるのみならず、osteoplastic flap を戻す事さへ屢々困難であります。従つて斯る場合には Decompression の意味で姑息的な腫瘍切除を試みた方がよくはないかと考へられます。併しこゝではその様な方針は無論採用しません。唯之は Glioblastoma に限らず Astrocytoma でも同じ譯ですが、剔出を企てる部位についての考慮が要ります。私は現代に於ては醫者は單に生命を救ふだけではない、患者を再び arbeitfähig にする事を目的としなければいけないと考へて居るものですが、腦の場合に最も考慮すべき脱落症状は Aphasia であらうと思ひます。ことに 1-Sylvian Fissure 後部の障碍で起る Aphasia では單に物が云へないのみでなく、nominal Inability, Alexia, Agraphia, aconstic Agnosia, Apraxia, Astereognosis, Vocabulary の喪失、Intelligence の高度の缺損をも伴ふものでありますから、假令手足の由自が利いたとしてもこの様な状態では全く廢人であつて生きる甲斐のないものですから、1-Sylvian Fissure 後部の Glioma は cystic な場合の他は、良性和悪性とに拘らず又手術前既に Aphasia があつても無くても、決して剔出しては不可けないと考へます。又この部位に限らず一般に左側腦半球では右側に比して大いに腫瘍の剔出が制限される譯であります。この立場からすればこの Institute で Glioblastoma で 1-parieto-temporal にあるものをいぢらないのは首肯してよいと思ひます。

尙 Glioma についても一言申述べたい事は表でわかります様に、こゝでは小兒の Glioma が殆んどありませんでしたので、cerebellar Glioma の手術が極めて尠かつたのは残念に思つてゐます。唯これは大人でしたが 1 例 13) の小腦 Spongioblastoma polare の剔出を見る事が出来たのは幸でした。この腫瘍が剔出し得る様な部位に發生する事は比較的稀 (通常小兒の Brain-stem, optic Chiasm に好發す) ですので、醫員達も珍らしかつてゐましたし、その顯微鏡標本が大變有益でした。

次に intracranial Meningioma ですが、之は例數少く 2 例の parasagittal Meningioma を剔出したに過ぎません。この腫瘍は extracerebral のものだけに境界も甚だ鮮明で綺麗に in toto に剔出出来ますので如何にも完全にとれたといふ氣がします。唯出血が比較的多いのですが、要領して丁寧にやりさへすれば最も愉快な手術ですから、Stookey が好んでこの手術をやる筈だと思ひました。尤も parasagittal のものは Meningioma の中でも最も剔出し易いもので、これが olfactory Groove とか sphenoidal Ridge とか Tuberculum sellae あたりから發生したものですと、可なり手術は困難な筈で實はそれが見たかつたのですが、そういふ例がありませんでした。唯 15) の例は olfactory groove からの Meningioma で再手術ですが、今度は腫瘍があまり奥迄進んでゐるといつて全然剔出を試みませんでした。前回の手術記録を見ますと出血が強く手術を 2 回に分けてやつたが完全な剔出は出来なかつたとありますので相當困難したもので思はれます。

脳腫瘍に關聯して、今日に至つてもやはりまだこんなわからないのがあるかなと思つたのは20)の例であります。これは20歳の女で5日前に意識喪失の發作があつて、其以來左半身に軽い不全麻痺があり、尙軽度の精神障碍を伴つてゐます。明瞭な鬱血乳頭が證明されますがVentriculogramには全く變化がありません。これに似た例が以前にも2,3あつて脳壓亢進の原因は不明だけれども、多分腫瘍ではなく、いづれもDecompressionだけで癒つたからこの例にもやるのだと申して居ましたが放つて置いても癒るのかも知れません、pseudotumorといふのでせう。初心者がわからない儘にDecompressionだけやつて思はぬ功名をするのはこんな例だと思ひました。

それから23)の左内頸動脈の動脈瘤の例には一般動脈瘤の場合と同様に手術の豫備操作として數ヶ月前より左總頸動脈の壓迫をやつてあります。これは1時間壓迫して次の1時間壓迫を止め以下之を反復するのですが、實際はこの患者は1時間の壓迫に堪へられないので30分交替にやつてゐたそうです。手術は内頸動脈の結紮だけでは不充分だといふので總頸動脈をも結紮して居ました。別にこの爲に手術直後に變つた脳症状を呈する事もなく患者は全く平氣でした。これでよくなるか如何か。New York HospitalのHuerといふ人は頸部で内頸動脈を結紮しただけでは駄目だつたので、今度は内頸動脈のintracranialの部分に結紮するといつてやつてゐるのを見ました。

22)の前頭葉膿瘍は前頭竇蓄膿症に續發したものです。手術前膿瘍といふ診斷がつかず腫瘍といふ事で大きく頭を開け硬膜の上から穿刺して見て始めて膿瘍だとわかりました。切開排膿をやるについて術後の腦膜炎を豫防する爲に切開部周囲の蜘蛛膜下腔にiodine pack即ち沃度丁幾を浸した「ガーゼ」をつめて癒着を起させる様にしてゐます。實際見てゐると術後腦膜炎の心配はあまり無さそうで、と申しますのは腦壓が高い關係上硬膜の創から腦實質が脱出しますので自然に蜘蛛膜下腔を閉塞する事になるからであります。念の爲にiodine packはやりませんが腦膜炎の事は殆んど心配して居ない様です。

次に三叉神経痛の手術8例、これはStookeyとDavidoffとでやり方が一寸違ひます。何れも知覺根をガツセリ神経節より中心部で切るのですが、StookeyはFrazierの方法(Frazier and Russal: Neuralgia of the face, Arch. Neurol. and Psychiat., Vol. 12, 1924)に従つて知覺根の全部を切断しないで第1枝に相當する部分を残します。實際上第1枝の侵される場合は比較的稀ですから効果の點から云つてもこれで少しも差支ない且つ手術後のKeratitisを防ぐといふ大きな利點がありますから、いゝ方法だと思ひます。唯之では切つた部分が又容易に癒合して再發を來し易くはないかといふ懸念はあります。事實28)の例などはその再發の1例です。Davidoffの方は常に知覺根の全切断を行ひます。従つて毎常角膜の知覺麻痺を來しますので、手術後當分眼瞼を絆創膏繃帯で閉ぢて置く事が必要になります。眼瞼を縫合によつて一時閉鎖する事はやりません。兩者とも患者をsitting positionにしてtemporal approachでやります。

唯 29) の例に限つて Stookey が cerebellar approach でやりました。といふのはこの例は單なる三叉神経痛でなく何かガツセリ神経節の附近に腫瘍があるのではないかといふ疑があつて、V 神経のみならず VI, VII, VIII 神経をも調べて見たかつたからであります。手術の結果その様な腫瘍はなく、疼痛の原因は右顎角部の局所性變化(X 線過量照射による)と判明しましたので、三叉神経知覚根の部分的切斷に加ふるに右 I, II 頸神経後根切斷を行ひました。この cerebellar approach では一側の小脳半球を露出し Lobus biventer の下から奥へ向つて進入しますが、手術操作は至つて容易で V-X あたりの脳神経がよく見えます。この手術も sitting position で而も驚いた事には全身麻酔でやりました。これは豫め坐つた位置で患者の手足、胸を椅子に充分縛りつけ、更に前頭部を廣巾の絆創膏繃帯で前の頭部支持臺へ「シツカリ」固定して置いて、それから nasal tube を通して「エーテル」麻酔を行ふのであります。こゝで少し麻酔の事を申して見ますと、こゝでは腦の手術の多くは「ノボカイン」局所麻酔でやります。其際 Avertin 麻酔を基礎麻酔として行ふ事もあります。「エーテル」麻酔をかける人は Anaesthetist と云つてそれだけをやる特別な人でこれは普通醫者ではなく (Anaesthetist の主腦幹部は醫者ですが) 麻酔技術者になる特別な教育を一定期間(8ヶ月)受けて免状を取つた人です。こゝの Anaesthetist は看護婦出身の女です。これが敷布の下へ潜つて麻酔をかけ且つ10分隔きに脈搏、血壓を測つて之を手術室の壁にある黑板に記録し、患者の全身状態に悪い變化が起るとすぐ手術者に注意します。麻酔は全部 nasal tube を通してやります。麻酔器は酸素を入れた bomb (も1つ炭酸「ガス」と酸素との混合「ガス」を入れた bomb も附屬して居ますがこの方は普通使用しません)から酸素を管で導いて硝子圓筒に入れた「エーテル」の中に噴き出させ、この酸素と「エーテル」蒸氣との混合「ガス」を「ゴム」管を経て一側の鼻孔の nasal tube に送る様になつて居ます。nasal tube は常に一側だけですから他側の鼻孔からは普通の空氣を呼吸して居る譯であります。麻酔の調節は「エーテル」の中に噴き出す酸素の量で加減します。慣れて居ますので仲々手際よくやります。「エーテル」麻酔について感じましたのは後頭蓋窩腫瘍手術の際の麻酔の事で、この際患者は腹臥位で而も項部を伸ばす様にする關係上頭が少し下りますので、さらでだに強い腦壓亢進を呈して居る患者が、頭が下ると「エーテル」麻酔の爲に更に腦壓が高くなり、其結果手術の初期に延髄症状特に呼吸障碍が可なり強く現はれます。5), 13), の例に於てそうでした。これは手術が進んで側腦室後角の穿刺をやり腦脊髄液を取つてやると「ズツト」輕快し更に後頭蓋窩を開くと大體もとに戻りますが、一時は一寸「ハラハラ」する様な事になります。従つて小脳の手術は出來さへすれば sitting position で局所麻酔でやるのが一番理想的だと考へられます。之に類した事で面白いと思ひましたのは同じ 13) の例ですが、この例の Spongioblastoma は小脳左半球で正中線に近い部分にあつて延髄を壓迫して居ますので腫瘍の剔出をやり初める頃には再び脈搏の數も血壓も呼吸も隨分險惡になつて居ました。それが腫瘍を剔出すると共に見違へる様によくなりました。従つて小脳、第IV腦室あたりの腫瘍を剔出する際には假令始め

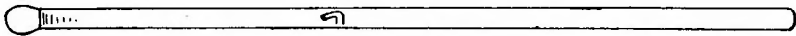
に全身状態が悪くても『とれば良くなる』と思つて恐れずにやるべきだと痛感しました。

次に脳手術の技術上の點について、2, 3 申しますと、

1) 皮切。これは助手に両手の指で切開線の兩側を押へさして置いて其間を切開する事、私がやつた通りであります。皮膚、皮下よりの出血を一時的に止めて置く爲に創縁を「ズラリ」と wound clip で強く留めます。この wound clip は普通皮膚の切開創を接合せしめるのに用ひられる Michel の wound clip と同じ様なものと思ひますが、これを一方の創縁に止血の意味に使用するのであります(右圖)。皮切の形や方向等は大腦では別に變つた事ありませんが、唯小腦を開く時に Cushing の crossbow incision をやらないで「 \cap 」形の flap にします。この方が後で筋、筋膜を縫合するのに便利ですが、通常一緒にやらねばならぬ第 I, II, 頸椎の Laminectomy がこれでは窮屈な様です。



2) 頭蓋骨に穴を開けるのはこゝでは trephine (Galt's trephine 類似のもの) を用ひて手で「ゴシゴシ」あけます。穴と穴との間を切るのは線鋸ですが、これは Olivecrona 發明の特別なもので、非常に強靱ですから輕業みたいな事をやつても決して切れません。この線鋸を通す Gigliguide は教室にある Braatz's elastic sound の眞中位の所に線鋸の耳を引懸ける疣が付いてゐてこれで、線鋸を通し guide をその儘に挿入して置いて、その上で線鋸で骨を切ります。



3) 硬膜を開けるのは有溝「ゾンデ」の上で開ける事もありますが、腦壓が高い場合には Pia の血管を傷ける虞れがありますので鋏で切る前にその硬膜の下へ必ず綿花の薄片を挿入してその上で切ります。丁度腹膜を開く時に指を入れて切るのと同じです。A. meningeal media は Coagulation をやつて置いて切る事もあり又 silver clip で挟んでから切る事もあります。

4) 綿花。これは豫め丁度「ボール」紙位の厚さの板に固めてあつて、これを手術の際適宜の大きさに切り、食鹽水に浸して使ひます。又鉛筆大の丸棒にしてあるのも、1 寸位宛に切つてよく用ひられます。

5) Bovie's unit. 電氣刀の holder 及び cord すべて煮沸消毒してあります。普通の手術では haemostatic effect of cutting current の dial を 2, cutting and coagulation current 共に 40 位にしてやつて居ますが小腦の手術等では之をもつと下げて 25 位にします。footswitch が Scalpel のと、Coagulation のと別々の 2 つになつて居ますので、こゝでどちらでも自由に入れたり止めたり出来ます。脊髓硬膜の出血に Coagulation を用ひる時には全身麻酔であつても屢々ひどい搐搦が起ります。出血に對して結紮といふ事を全くやりませんので止血は全部 Coagulation (止血箝子や「ピンセット」で出血部を捉へて凝固電流を通す、硬膜よりの出血は屢々球形電極

で凝固させる)と silver clip とでやります。骨と硬膜との間からの出血には筋肉小片をあてゝ止血します。之は腦表面や腦實質からの厄介な出血に對しても用ひられます。

6) 吸引。普通出る血液は吸引によつて除去します。Pia とか腦實質からの出血を直かに吸引すると軟かい腦實質をも一緒に吸引して仕舞ひますので、綿花をあてゝその上から吸引します。金屬製の嘴管で色々の角度に曲げたものを用ひます。手術中手術野を度々食鹽水で洗ひますのでこれを吸引する爲にも吸引器は常に必要で、手術の全経過を通じて吸引器はかけ通しになつて居ます。

7) 洗滌器。尖端が嘴になつて容量 200 位の硝子筒に野球の「ボール」大の硬「ゴム」球をつけて食鹽水を吸込んで置き。これで始終手術野を洗ひます。手術野の組織を常に wet に保つてやるのが腦手術の特徴の 1 つです。従つてあたりの敷布が「ジグジグ」に濡れますが、敷布の下に更に滅菌した「ゴム」布を敷いて置きますので不潔にはなりません。こゝで序に Draping 即ち敷布の掛け方を申しますと、先づ切開部だけ残してその周圍を 2 つ折りの小さな敷布 2 枚で前後から蔽ひ、之を縫合箆子で切開部皮膚に固定し、其上に消毒した廣い「ゴム」布をかけ、更にその上に廣い大きな敷布をかけて患者の全身を器械盆(後述)ぐるみに蔽ふて仕舞ひます。

8) 腦室、腦腫瘍組織、囊腫等の穿刺には Frazier の exploring canula を用ひます。こゝでは腦下垂體の手術でも其他の場合でも小腦手術の時以外は、腦室穿刺をやつて腦を萎縮させる事を減多にやりません。腦壓が高くして腦實質が脱出し硬膜の縫合が困難な場合など、やつたらよいだらうと思ふのですが減多にやりません。

9) 硬膜缺損部の處置。Meningioma 剔出後には必ず大きな硬膜の缺損部が残りますが、其補填には caryle membrane を最もよく用ひます。又 cellophane 紙を用ひる事もあります。それからこれは Elsberg の方法だそうですが周圍の硬膜を(相當廣く出てゐないと駄目ですが)薄く 2 枚に剝離してこれを翻轉して缺損部を補ふのです。健常な硬膜であれば大抵 2 つに剝離し得ます。恐らくこれからの思ひ付きでせうが 21) の例の Decompression の際に Elsberg がやるのには、顳顳筋下で骨を除去した部分の範圍で硬膜を薄く剥いて行つて一番内側の薄い層だけが残る様にしました。腦壓の非常に高い metastatic Tumor (Melanoma of Rectum) の患者でしたので、骨缺損部から腦實質があまりに強く脱出して壞死に陥ることを防がうといふ心算でせう。之で果して減壓の目的が充分に達せられるか如何か知りませんが、思ひ付きとしては面白いと思ひました。こゝの subtemporal Decompression は骨を除去する範圍が一般に小さ過ぎると思ひます。

10) 縫合はすべて black silk で而もどこの組織にも劃一的に同じ太さの細い糸を用ひ腸線といふものを使用しません。骨瓣をその位置に特に固定することはやりません。Galea の縫合と皮膚縫合とを 2 層に丁寧に縫ひますので手術創を閉ぢるのに随分時間がかかります。

11) 腦手術では排液管は用ひないものと話にも聞き本でも讀んで居ましたのに、こゝでは

大多数の場合に骨瓣と硬膜との間に「ゴム」管を2つに裂いた溝状の「ドレン」を挿入します。手術創を閉鎖する時に完全に止血が行はれて居らず、尙あちこちから小さな出血があるのを其儘にして置きますので「ドレン」が必要なのでせうが、どうもこれは感心しません。

12) 輸血。大抵手術中に血圧が下つて來ると500—600位の輸血をやります。枸橼酸血液を「イルリガートル」から點滴的に注入します。針は靜脈にうまく這入つた位置で絆創膏で丈夫に皮膚に固定してありますので、輸血中醫者が始終ついてゐる必要はありません。輸血の前後には何時も同じ「イルリガートル」から食鹽水の靜脈内注入をやります。Meningioma など出血の豫想される手術では手術の始めから食鹽水の注入をやつて居ます。

13) 照明。一般外科の手術と全く同じ様に普通の「スタンド」の電燈2つからの光線を手術野に交叉させてやつて居ますが、手術の進行と共に常に照明係の看護婦が方向を調節しなければなりませんので厄介です。反射鏡や、額帶付きの前頭電燈や、豆電燈付きの籠などは全然用ひません。この點米國の他の神経外科教室のやり方と異なるのではないかと思ひます。

14) 器械盆。患者の胸部と腹部との上あたりで、直接患者の身體に接しない様に器械盆を2段の階段にして置くのですが、之は手術臺の横についてゐる溝にその支持棒を固定する様になつて居ますので、溝に添つて任意の位置に變へることが出來ます。

手術技術の事を述べた最後に Glioma 特に皮質下の Glioma の手術時表面からの所見について申しますと、これは案外わかり難いものではありません。表面に出て居ればすぐわかりますが、皮質下にある場合でもその上の腦迴轉は著明に廣くなり、腦溝は淺くなり、Pia 血管の走行が不規則で、それに表面の腦實質が浮腫性になつて居り、且つ周圍の健康部よりも色が少し淡だとか、又は黄色味或は赤味を帯びるとか兎に角周圍とは色調が異つて居り、又腦室穿刺をやつて腦を萎縮さしても腫瘍部は萎縮しませんので吾々にもそこに腫瘍があると容易にわかります。尙その部で穿刺をやつて見ると腫瘍部では周圍と異つた抵抗を呈します。腫瘍剔出の際腫瘍の限界を決めるのによく穿刺針をさして抵抗を検査して居ます。併しこのどこ迄が腫瘍組織かといふ限界を確實に決める事は實際は仲々容易でないらしく、さればといつて重要な機能を持つてゐる健康な周圍の腦實質をそう無暗に取る譯にも行きませんので、こゝが其人の経験とか技倆によつて、或場合には根性的となり、他の場合には姑息的となる分れ目なのであります。Astrocytoma など demarcate されて居ると申しましても何分軟かい腫瘍で、pseudocleavage が出來易く熟練しないと完全な剔出は容易ではありません。それに良性とはいつても症状初發後死亡迄平均76ヶ月といふのですから脂肪腫を取る様な譯には行かないのであります。

腦手術後は殆んど紋切型に「アスピリン」を處方して居ます。腦手術後の反應熱は一般外科の夫に比して通常高く且つ長いので解熱の目的であると同時に頭痛を鎮める目的だそうです。

一般に腫瘍剔出後には手術前よりも局所症状の増悪するものが多いのですが、之が仲々急には恢復しない様です。Meningioma の様な extracerebral の腫瘍を綺麗に取つた後でも局所の

麻痺症状は仲々氣持よく恢復して呉れません。Astrocytoma の様な intracerebral の腫瘍剔出後にはそれがもつと甚しく、1)の例など手術前には右下肢の軽い不全麻痺の程度だつたものが手術後には右のひどい半身不隨になつて加之に Aphasia 迄來てゐるのですから、患者に餘程了解がないと文句が出る所です。いづれ漸次恢復しては行くでせうが、此例など恐らく手術前の状態に迄は行くまいと感じました。尤も囊腫性の Astrocytoma などは手術によつて著しく機能を恢復するのでこゝでその様な「カルテ」も見ました。この脳腫瘍剔出の Prognosis quoad functionem といふものを手術後注意して見て廻りたいと思つてゐます。今私竊かに考へて居ます事は米國の脳外科も表面華かなる如くして、この點で案外樂觀出來ないのではないかといふ事です。Stookey が Glioma の手術をやりたがらないのもさういふ點からではないかと邪推されます。

次に診斷に關する方面ですが一般に申してそう詳細な検査はやりません。神經學的の検査が主ですがこれとて普通の事だけで別に變つた事をやつてゐるのではなく、殊に寢た切りで動けない患者とか精神障礙の爲に患者が検査に cooperate しない場合が非常に多いので實際上そう詳しい検査が出来る譯でもありません。併し何分にも経験を澤山積んで居ますから簡単な検査だけでも割合に正確な局所診斷をつけます。現今では腫瘍の局所のみならず腫瘍の性質迄も手術前に出来る丈に正確に診斷する事が必要とされてゐますから、非常に綿密な検査を要する様に考へられますが實際は病歴や神經學的の簡単な検査、頭蓋の X 線像などで割に困難なく診斷がつく様です。Glioblastoma multiforme など 3 週間前からとか長くて 3 ヶ月前から位の病歴で、脳腫瘍は慢性のものだとばかり思ひ込み勝ちの吾々には一寸驚く位の急激な経過を取つてゐるものが多い様です。腫瘍内出血を轉機として症状を現はすからでせう。事實吾々が一寸考へて脳出血だと思ひそうな例の中に随分 Glioblastoma があります。又症状が甚だ「ボンヤリ」して居てこれは一體脳腫瘍か知らと思ふ様なもので腫瘍の事が可なりあります。腫瘍の例を澤山取扱つて居るので之は腫瘍ではないかとその方へ注目するらしく思はれます。何分にも経験で、慣れない者には一寸吃驚する様な診斷をつけます。斯様に経験から必要にして略充分な診斷をつけては居ますが、一般に申して米國少くとも紐育では患者に對する醫師の所謂「サービス」が非常に良いので、患者に苦痛を與へる様な検査はなるべくしない、検査は診斷がつく程度に止めるといふ方針らしく、従つて學究的であるといふよりは寧ろ開業醫的である様な氣がします。尤も彼等にすれば普通の脳腫瘍など少しも珍しくなく又かといふ氣で、既に診斷もわかつてゐる事だし面倒な検査などやつて見る氣になれないのかも知れませんが、何だか喰ひ足らぬ氣がします。この研究所の醫員達も大して勉強して居るらしい模様も見えません。従つて吾々も脳腫瘍の患者を少し扱ひ慣れさへすれば勉強次第で米國並にやる事は決して困難ではない経験の足りない所を勉強で補へばよいと思つてゐます。

Ventriculography. これは Bailey などは診斷をつける上に總患者の 15% 位にしか必要でないといふ書いて居ますが、こゝではもつと餘計にやります。脳室穿刺をやる部位は Protuberantia occip.

ext. より 6—8 cm 上で正中線より2—3 cm 離れた所でやります。原則的に兩側やるのではなく一側だけに止める場合も随分あります注入空気の量は大概 70—80 cc です。寫眞撮影は患者を寝せて正確な前後左右の立體寫眞をとる他、前→後撮影のものを sagittal plane の上で中心線の角度を替へて3枚ばかり取り、尙今度は坐位にして前後左右のものを取ります。全部で16枚以上取るのですが技術者が慣れて居ますので大して時間はかかりません。映像は必ずしも感心する程綺麗ではありませんが、何分にも其の病的變化を読む事に慣れて居ますのでこの Ventriculogram が診断上非常に役に立ちます。殊に前頭葉や胼胝體腫瘍で精神症状が主になつてゐて、局所症状の極めて輕微な様な例では Ventriculogram が最も明確な診断の根據を與へます。この X 線室には Columbia 大學醫學部 Radiology の Assistant prof. の C. G. Dyke といふ人がいつも出て居て、この人が寫眞を見て其變化を判定し診断を下すのですが、その意見は相當に權威あるものらしく神經學的診断と Ventriculogram による診断とが一致しない場合には後者に従つて手術します。例へば3)の例など右足より痙攣が始つて右手に及び遂に全身の Convulsion を起すといふ定型的な ジャツクソン 癲癇の發作を繰返してゐる患者で他に大した局所症状ありませんけれども、當然左側中心部正中線寄りの腫瘍を考へる所ですが、Ventriculogram の上で右の側腦室前角が少し許り flattened であるといふので「レントゲン」の方では右側だと反對の意見を示しました。手術の結果果して右側に腫瘍を見出しました。

側腦室の形は生理的に必ずしも對稱的でなく殊に後角、顛顛角には色々の變異が病的でなくであり得るので、吾々にはこの正常の變異の程度と病的變形とを鑑別する事が困難ですが、慣れると輕微な病的變化でも譯なく解る様です。Dandy の所へ行つたらこの方面を少し勉強したいと思ひます。

Ventriculography は多くは朝早くやつて寫眞が出来て診断がつき次第引續きその患者を手術する様にして居ますが、2—3日経つてから手術する事もあります。こゝでは撮影後に注入した空気を除去する事はやらない様です。

Encephalarteriography は全くやりません。必要がないと云ふのでせう。

尙診断の事で一言したいのは眼底の検査です。之は特に眼科に依頼して精確に診ては貰ひますが、こゝの外科醫達も自分で必ず眼底を検査します。これはこゝだけではなく米國の神經外科醫は皆やる事になつてゐるそうです。それが本當でせう。

脊髓腫瘍の手術に就ては大して申上げる事はありません。脊髓では局所診断が容易ですからこゝの方針として滅多に Myelography もやりません。「カルテ」を見ますと腰椎穿刺をやつて症状が著明に増悪したから之は硬膜外の腫瘍だとよく書いて居ますが、そしてこの事實は Elsberg 及び Stookey の研究によるもの (Arch. Neurol. and Psychiat. Vol. 8, 1922) だそうですが、時に間違つて居て intradural の腫瘍だつたりする事があります(35)。こゝでは Neurinoma といふ名稱を用ひないで昔流に Neurofibroma といつて居ますが、この腫瘍も(36)の例などで

は 脊髓の Pia と隨分強く癒着して居て脊髓實質を傷けない様に可なり苦心して手術して居ました。脊髓腔内の出血に silver clip を使ふ事がありますが、こんな狭い腔内に金屬製の異物を残す事は如何かと思はれます。又米國の様に神経外科の發達した所にでも脊髓腫瘍で強い膀胱炎、腎盂炎やひどい褥瘡を起す迄手術に廻されない例 (38) のある事を知つて一寸驚きました。

最後に末梢神経に對する手術ですが之は Stookey の得意のものでですから必ず自分でやります。私が見ましたのは外傷による神経斷裂の二次的神経縫合の例が主でした。瘢痕部及び Neurom をつくつて大きくなつて居る中心端を切除し縫合する事別に珍しい事ありません。縫合には black silk を用ひます。癒着防止の爲に縫合部を何かで包むかと思つて見ましたが 1 例にもやりません。41) の例は前膊の尺骨神経縫合でしたが、切除範圍が少し大きくなつて後の神経縫合が困難でしたので、尺骨神経を上膊の中央位迄剝離して Sulcus nervi ulnaris より眞中の方へ dislocate せしめ肘關節を屈げた位置にしますと、神経がたるんで樂に縫合が出来ました手術後はすべて縫合部の緊張が成る丈け少くなる様な位置に固定繃帶を行ひます。〔ギプス〕副子ですが極く薄いので Pappschiene の程度です。末梢神経の手術でも腦の時と同じ様に〔ガーゼ〕を用ひず綿花一點張りで、且つ手術野を wet にしてやります。

以上で大體私がこゝで見學した事の要點は盡きたと思ひます。今後各地の腦外科を見て廻る内に私の考も多少或は大いに變る事でせうが、其時には又その様に訂正致します。

以上。

	番號	診 斷	麻醉	執刀者	術 式	時日
腦	1	l-parasagittal astrocytoma	局麻	Davidoff	剔 出	17/VI
	2	r-frontal astrocytoma (再發)	"	"	"	24/VI
	3	r-parasagittal astrocytoma	"	Masson	"	1/VII
	4	r-parasagittal astrocytoma	"	"	"	9/VII
	5	cerebellar astrocytoma	全麻	Stookey	"	25/VI
	6	l-parieto-occipital glioblastoma multiforme	局麻	Davidoff	subtemporal Decompression	3/VII
	7	fronto-temporal gl. m. (再發)	全麻	Cramer	Evacuation of cyst	10/VII
	8	parietal gl. m.	局麻	Masson	subtemporal Decompression	13/VII
	9	parieto-occipital gl. m.	"	Davidoff	"	16/VII
	10	gl. m. from corpus callosum	"	Masson	剔 出	17/VII
	11	l-fronto-parieto-temporal gl. m.	"	Cramer	subtemporal Decompression	20/VII
	12	r-frontal gl. m.	"	Davidoff	"	23/VII
	13	l-cerebellar spongioblastoma	全麻	Cramer	{第一次 suboccip. Decomp. 第二次剔出}	18/VII 21/VII
手	14	r-parasagittal meningioma	局麻	Stookey	剔 出	19/VI
	15	meningioma of r-olfactory groove (再發)	"	Davidoff	Decompression	11/VII
	16	l-parasagittal meningioma	"	Stookey	剔 出	17/VII
術	17	traumatic epilepsy	局麻	Elsberg	瘢痕切除	23/VI
	18	chromophobe hypophysal tumor	"	Davidoff	剔 出	16/VI
	19	cerebellartumor	"	Elsberg	腫瘍ヲ見出サズ	1/VII
	20	pseud otumor cerebri	"	Cramer	subtemporal Decompression	15/VII
	21	metastatic braintumor (from melanoma of rectum)	"	Elsberg	"	7/VII
	22	l-frontal braiabscess	"	Davidoff	切開排膿	10/VII
	23	aneurysm of l-internal carotid artery	"	Masson	總頸動脈及ビ内頸動脈結紮	13/VII
Trigeminal neuralgia	24	trigeminal neuralgia	局麻	Stookey	部分的知覺根切斷	20/VI
	25	"	"	Davidoff	知覺根全切斷	22/VI
	26	"	"	"	"	29/VI
	27	"	"	"	"	30/VI
	28	" (再發)	"	Stookey	部分的知覺根切斷	2/VII
	29	"	全麻	"	" + 第I.第II頸髓後根切斷	15/VII
	30	"	局麻	"	部分的知覺根切斷	20/VII
31	"	"	"	"	25/VII	
頭蓋骨	32	l-frontal osteoma	"	"	局麻左眼窩上壁切除	23/VII
脊椎手術	33	extradural meningioma (D10)	全麻	Cramer	剔 出	20/VI
	34	" (D6)	"	Stookey	"	23/VI
	35	intradural neurofibroma (D6)	"	Davidoff	"	2/VII
	36	"	"	Stookey	"	13/VII
	37	extradural meningioma	"	"	"	14/VII
	38	intradural neurofibroma	"	Masson	"	22/VII
末梢神經手術	39	Injury of l-brachial plexus	"	Stookey	Neurolysis	22/VI
	40	median nerve injury	"	"	secondary nerve suture	24/VI
	41	ulnar nerve injury	"	"	"	6/VII
	42	radial " "	局麻	"	"	7/VII
	43	neuroma(digital nerve of indexfinger. 外傷性)	"	"	切 除	9/VII
	44	cervical rib	全麻	"	Scalenotomy	7/VII

京都外科集談會 9 月例會

昭和11年9月21日(月)午後6時半ヨリ京大樂友會館ニ於テ開催, 下記ノ臨床例報告アリ盛會デアツタ。

臨床例

外傷性顱痛ノ2例	山	田	弘
急性蟲様突起炎後ノ糞瘻	神	前	俊次
Ⅶヶ月ノ妊婦ニ於ケル汎發性化膿性腹膜炎	村	上	治朗
腸管囊腫様氣腫ノ1例	平	澤	好昭
轉移性頭蓋骨痛腫ノ1例	安	江	高助

京都外科集談會 10 月例會

昭和11年10月20日(火)午後6時半ヨリ京大樂友會館ニ於テ開催, 下記ノ臨床例報告アリ盛會デアツタ。

臨床例

化膿性炎症ノ症狀ヲ呈セル乳兒非化膿性多發性關節炎	野	間	勇
骨膜炎ト誤マラレタル前頭竇蓄膿症ノ1例	野	村	一郎
化骨性筋炎ノ1例	鬼	川	誠
脊髓水腫ノ1手術例	鬼	川	誠
化膿性乳房炎ヨリ敗血症へ	今	井	次雄
多發性骨膜炎	今	井	次雄
遺傳性失調症ノ1異型	山	本	四明男

會員動靜

入 會

京都帝國大學醫學部外科學教室研究室

高 乘 幹

赴 任

廣島市專賣局醫局

日 下 寛

三菱鐵業株式會社生野鐵山醫局(兵庫縣朝來郡生野町口銀座)

水 口 三 郎

滋賀縣長濱町長濱病院外科

長 岡 浩

同

福 知 善 雄

山口縣宇部市沖ノ山同仁病院外科

鈴 木 正 隆