

臨床

床

狹窄性腱鞘炎ニ就テ

大阪高等醫學專門學校外科學教室(盛教授)

講師 醫學士 大 隈 義 朗

On Tendovaginitis Stenosans.

By

Yoshiaki Okuma.

[Instructor in the Surgical Clinic (Director: Prof. Y. Mori), Osaka Medical College.]

Tendovaginitis stenosaurs was first described by de Quervain in 1895. Since then it was demonstrated to be a disease not infrequently to be encountered in daily practice by those who are familiar with it. The total number of cases reported in the literature, however, does not yet reach 300, including our own cases, probably because the true nature of the affection has not yet been thoroughly understood by general surgeons. I shall report on the following pages the four cases that I have recently encountered one after another.

Case One. K. O., a house wife, 53 years of age.

Past history is negative for evidences of tuberculosis, venereal and rheumatic diseases.

About two months previously, the patient began to complain of pain on the right radial styloid process on bending the thumb and the wrist toward the ulnar side. In spite of hot moist compress under the diagnosis of rheumatism the symptom was aggravated, and there appeared a diffuse swelling on the affected region. The patient thinks that the strain on the hands in taking care of babies for the past five years is the only possible cause of the trouble.

An examination shows a slight diffuse swelling on the right radial styloid process, but neither reddening nor other signs of inflammation. There is in this region a small mass of cartilaginous consistence which is inseparable from its bed but freely movable from the overlying skin, and is extremely tender to palpation. By roentgenographic examination, the bone and the periosteum are found to be intact. The mass is undoubtedly connected with the common sheath of the tendons of m. adductor pollicis longus and m. extensor pollicis brevis.

With the diagnosis of tendovaginitis stenosaurs, an incision approximately 2.5 cm. long was made, and a fusiform segment of the greatly thickened tendon sheath was excised. The lumen of the sheath was found to be markedly narrowed.

On the next day the symptoms disappeared and the wound healed by primary intention on the seventh day.

Histological findings (see fig. I.) the synovial tissue of Bisalski is absent. In the second layer a few picnotic nuclei and cartilage cells are visible, but the blood vessels are absent. The third layer is divisible into two sublayers A and B. The inner one of these (A) shows a few picnotic nuclei in the hyalinized connective tissue fibers. The outer sublayer B is distinguishable by the presence of longitudinally divided capillaries. The fourth and outermost layer is essentially normal, except that the transversely sectioned arterioles show signs of endarteritis obliterans and perivascular infiltration with the small round cells.

Case Two. S. S., a farmer's wife, aged 38 years.

The past history is negative for tuberculosis, venereal infection, and rheumatism.

After engaging in an occupation involving the continual use of hands for one month, the patient began to complain of pain and tenderness in the region of the right radial styloid process on eversion of the thumb. This pain is diminished by rest but again aggravated by using the hands. Both pain and tenderness have become gradually increased and a diffuse swelling become noticeable lately.

The clinical findings are identical to those of the case one. An exactly same treatment was given with identical result. Hypertrophy of the tendon sheath was not quite so marked as in the previous case. Histologically the only difference noted was the presence of cartilage cells not only in the second but also in the inner subdivision of the third layer.

Case Three. H. T., a house wife, aet 26.

The past history is negative. After a child birth three months ago, the house work was resumed somewhat too early. Since about 20 days ago she began to complain of pain and tenderness on the left radial styloid process.

Inspection and palpation showed the pictures identical to those of the above cases, except that the swelling was far less pronounced than in the first case. A roentgenogram showed no change in the bone or periosteum. This case was not operated upon.

Case Four. H. K., a house wife, 58 years old.

The past history is negative for tuberculosis, venereal infection, and rheumatism. About 3 month ago she removed an uncomodious house and the house work strained her hand.

Since about 10 days ago she began to complain of pain on the right radial styloid process and radiated pain for shoulder in the night.

Inspection and palpation showed the pictures identical to those above cases too, except that swelling and tenderness was for less pronounced than the first case. This case was not operated upon.

The results of statistic consideration of accurately described cases of tendovaginitis stenans involving the common sheath of the tendons of Mm. abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis that appear in the literature and of our four cases are as follows:

1. Age of incidence . . . most frequent in the middle and advanced age.
2. Sex . . . more frequent in female.

3. Side involved . . . left : right : both sides = 55 : 83 : 12.

4. Occupation. Those engaged in house work, and farm work in which the severe exertion of hands is required are liable to the disease.

5. Mechanism of causation. Some of the authors regard infection as the cause of the disease, while others place more importance on trauma. Prof. Mori classifies trauma into external and internal, and believes that the internal trauma or strain for a considerable length of time is responsible for the occurrence of the disease. The basis for this idea follow: 1). The theory of infection has little evidence for its support. 2). If the disease is likely to follow an external traumatization, the parts most exposed to it, namely the palm of the hand, the tip or root of the thumb for example, should be more frequently involved. The fact that such is not the case, and that the radial styloid process which is rarely thus traumatised is in fact the seat of the trouble make it seem improbable that the external trauma is the causative factor. The facts that it occurs after manual work continued for a considerable length of time, in which the sheath is strained by the tendon (internal trauma), and that the histological pictures show changes that are extremely chronic in nature seem to support the theory of internal trauma as the cause. There is, in addition, a special predisposing factor in that the tendon sheath common to *m. abductor pollicis longus* and *m. extensor pollicis brevis* lies immediately beneath the carpal ligament and is poorly supplied with blood. This fact is also surmised from the histological pictures of the cases here reported in which the granulation tissue beneath the carpal ligament is frail while that lying outside of the ligament in the immediate vicinity is quite vigorous. From these facts I am inclined to accept the theory of internal trauma as the cause of the disease.

6. Symptoms. These are extremely clear cut and characteristic. The onset is slow with pain on the radial styloid process when the thumb is abducted and the wrist bent toward the ulnar side, movements in other directions being practically painless. There is also a well marked tenderness on the radial styloid process, the region becoming diffusely swollen in the later stages. The roentgenogram reveals no abnormality in the bone or the periosteum.

7. Histopathologic Findings. The histological pictures described in the literature correspond generally with our own.

8. Diagnosis. A thorough knowledge of the disease enables one to arrive at a correct diagnosis, since the symptoms and signs are characteristic as described in the foregoing paragraphs.

9. Treatment. Conservative measures rarely succeed, and even if they do, it would take a prolonged course of treatment. A radical operation brings about a complete cure in a course of one week or so. It is my belief that all these cases should be operated upon, since the disease consists of a physical anomaly in which stenosis of the tendon sheath is the major factor and the only logical method of attack is to remove the stenosis. The operative technique itself is quite simple and involves practically no danger, and its therapeutic effect becomes manifest rapidly and remains permanent. In our clinic we make a skin incision from 2 to 3

centimeters long under local anaesthesia, the common tendon sheath of Mm. abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis is either partially resected or merely incised.

(Author's abstract)

緒 言

狹窄性腱鞘炎 Tendovaginitis stenisans ハ1895年 de Quervain ガ初メテ命名記載シタ疾患デアル。Winterstein ハ1930年ソノ論著中ニ本疾患ハ獨逸外科學界デハ一時忘レラレカケタ觀ガアツタガ近時再ビ注意セラルルヤウニナツタト言ヒ、且ツ同年獨逸外科學會總會ニ於テハ此ノ疾患ガ大イニ論議セラレテキル。本邦デハ林氏及ビ盛教授ノ報告ガアルガ、一般外科教科書ニ記載セラレテキナイ關係カ、本疾患ガ可ナリ屢ニ遭遇スル疾患デアリ、而モ一度本病ノ智識ヲ有スル者ニハ診斷極メテ容易デ且ツ外科的治療ニヨツテ簡單ニ治癒セシメルコトガ出來ルニモ拘ラズ、未ダ一般ニハ充分知ラナイデ骨膜炎、神經痛或ハロイマチスミス等トシテ無效ナ保存療法ニ永ク患者ノ活動ヲ制肘シテキル場合ガ尠クナイト考ヘラレルノデ茲ニ本疾患ノ一般ヲ記載シ之ニ最近余ガ連續シテ經驗シタ 4例ヲ附加シタイト思フ。

症 例

第1例 患者 ○河○一○。53歳。家婦。

遺傳的關係。特記スベキコトハナイ。

既往症。生來屢々消化不良ニ悩ム 他ニ未ダ著患ヲ知ラナイ。殊ニ結核性疾患、花柳病、ロイマチスミスニ罹ッタコトハナイ。只5、6年前カラ日常ニ差支ヘル程度デハナイガ輕イ腰痛ト膝關節痛ガアル。

現病歴。約2ヶ月前右側ノ腕關節部橈骨莖狀突起部ニ拇指及ビ腕關節ノ運動特ニ外轉ノ際ニ疼痛ヲ訴ヘルヤウニナツタ。且ツ該部ニ強イ壓痛ガアリ、近クノ醫師ニロイマチスミストシテ安靜、濕布療法ヲ施サレテキタガ疼痛ハ益々増強スル許リデ最近ニナツテ壓痛アル部ニ瀰漫性輕度ノ腫脹ガ表ハレタト云フ。原因ト思ハルモノハ思ヒ當ラナイガ只5—6年前カラ孫ト一緒ニ暮サヤウニナツタノデ子守デ多少手ヲ多ク使フヤウニナツタ。

局所所見。右側橈骨莖狀突起部ニ略々五錢白銅貨大ノ細長イ瀰漫性ノ腫脹ヲ認メル。ソノ部ノ皮膚ハ皮溝ガ多少粗デアル他全ク正常デ智覺異常及ビ局所ノ溫度上昇ヲ認メナイ。又肥厚ヲ認メズ、且ツ容易ニ移動セシメ得ル。指壓ニヨリ陷凹ヲ殘サナイ。コノ深部即チ橈骨莖狀突起ノ外角部ニ一ツノ約 2cm.×1cm. 大ノ表面平滑、境界不明瞭、軟骨様硬デ、下床ト移動セシメルコトノ出來ナイ隆起物ヲ觸レル。之ハ甚ダ強イ壓痛ガアル。腕關節及ビ拇指ノ運動ニ際シテコノ部ニ壓痛ヲ訴ヘルガソノ際壓痛ノ強サ及ビ壓痛點ニ變化ハ來タサナイ。

念ノ爲ニレントゲンヲ寫眞ヲ撮ツテミタガ骨及ビ骨膜ニ變化ヲ認メナカツタ。

狹窄性腱鞘炎ノ診斷ノ下ニ昭和8年9月18日外來デ手術ヲ施シタ。

手術所見。ロノボカインノ局所麻酔ノ下ニ腫脹部ヲ中心トシ手背ニ向ツテ弧狀ノ長サ約2.5cm. ノ皮切ヲ加ヘ隆起部ニ達シタ。隆起部ハ莖狀突起部ニ於ケル長外轉拇筋腱及ビ短伸拇筋腱ノ共同腱鞘部ニ當ツテキル。隆起部ノ端ヨリ腱鞘ヲ開イテ細イ消息子ヲ挿入ショウト試ミタガ腱鞘腔ガ狹クテ之ヲ挿入スルコイガ出來ナイ。依ツテコノ隆起部ニ縱切開ヲ加ヘタトコロ極僅ニ濁濁シタ滑液ヲ相當多量ニ流出シタ。且ツ腱ニ一時的充血ガ起リ、コノ充血ハ直ニ消失シタ。腱ニハ光澤ソノ他ニ異常ヲ認メナイ。肥厚シタ腱鞘ハ約0.4cm. ノ厚サヲ有シテキル。之ヲ切開線ヲ中心ニ約2.5cm.×0.5cm. 大ノ橢圓形ニ切除シ、皮膚縱合ヲ行ツテ手術ヲ終リ、副木ヲ用ヒズ被覆繃帶ノミトシタ。

術後翌日ヨリ拇指及ヒ腕關節ノ外轉ノ際ニ術前ノヤウナ疼痛ハ全々來サズ術後第7日目ニハ創ハ第1期癒合ヲ營ミ障礙ハ全ク治癒シテキタ。

組織學的所見。(第1圖參照) 第Ⅰ層ノ Bisalski 氏滑走組織ハ缺如シテキル。第Ⅱ層ハ纖細ナ結締組織維ヨリ成ツテ、少數ノ「ビクノーゼ」ニ陥ツタ核ヲ認ムルノミデ少數ノ軟骨細胞ヲ認メル。血管ハ認メナイ。第Ⅲ層ハ明ニ2層ヲ區別スルコトガ出來、腱側ニアル(第Ⅲ層A)ハ硝子樣變性ニ陥ツテキル太イ結締組織維層カラ成リ多クハ「ビクノーゼ」ニ陥ツタ極少數ノ核ヲ見ル。ソノ外側(第Ⅲ層B)ハ縱斷セラレタ多數ノ新生毛細管ノ存在ニヨツテ第Ⅲ層Aト明ニ區別スルコトガ出來ル。而シテ此ノ層ノ結締組織維ハ第Ⅲ層Aヨリ漸次外層ニ移行シタモノデ外層ニ行クニ從ツテ正常ニ近い結締組織維トナリ、ソノ間ノ境界ハ明デナイ。第Ⅳ層ハ略々正常ノ像ヲ呈シテキル。只橫斷セラレタ多數ノ血管が存在シテ、コノ中ノアルモノハ内層及ビ中層ノ細胞ガ増殖シテ所謂閉塞性血管内膜炎ノ像ヲ呈シテキル。ソノ他コノ層ノ一部ノ血管周圍ニ少數ノ圓形細胞浸潤ヲ認メル位デアル。

第2例 患者 ○石○モ。38歳。農婦。

遺傳的關係。特記スベキコトハナイ。

既往症。生來頑健デ著患ヲ知ラナイ。殊ニ結核性疾患、花柳病、ロイマチスムス¹ニ罹ツタコトハナイ。

現病歴。6月頃即チ今ヨリ約4ヶ月前ノ田植ガ済ム頃ヨリ右側橈骨莖狀突起部ニ手ヲ動かス際、殊ニ拇指ヲ外轉スル際ニ疼痛ヲ訴ヘルヤウニナツタ。ソレデ家庭デ安靜ヲ保ツテキタトコロ約20日位デ疼痛ガ著シク輕減シタ。トコロガ又家事ニ從事スルヤウニナツタトコロ同部ニ再び同様ノ疼痛ヲ訴ヘ、且ツ此度ハ腫脹ガ表ハレ壓痛ガ甚シイ。安靜ニシテキルト疼痛ハ幾分輕快スルガ使フト直ニ増惡スル。

局所所見。右側橈骨莖狀突起部ニ豌豆大ノ瀰漫性ノ1個ノ腫脹ガアル。此部ノ皮膚ハ皮溝ガ稍々粗デアル他ニ健常皮膚ト異ナラナイ。又局所ノ溫度上昇ヲ認メナイ。皮膚ニハ壓痕ヲ殘スコトナク、且ツヨク移動ヘル。視診上ノ腫脹ニ一致シテ一個ノ軟骨樣硬、表面平滑、下床ト移動シナイ隆起物ヲ證明スル。壓迫スルト烈シイ疼痛ヲ訴ヘル。又拇指ノ外轉及ヒ腕關節ヲ尺骨側ヘ屈曲シタ際ニ特ニ疼痛ガ強イ。

狹窄性腱鞘炎ノ診斷ノ下ニ外來デ手術ヲ行ツタ。

手術所見。ノボカイン¹局所麻酔ノ下ニ腫脹部ヲ中心トシテ、約2.5cm.ノ弓形ノ皮切ヲ加ヘ隆起物ニ達スルニ、コレハ長外轉拇筋腱及ビ短伸拇筋腱トノ共同腱鞘デ、大豆2倍大ニ肥厚シテキル。健常腱鞘部ヲ開キ此部カラ有溝消息子ヲ挿入シヨウト試ミタガ挿入ヘルコトガ出來ナイ。依ツテ、コノ隆起部ニ縱切開ヲ加ヘテ、コレヲ中心トシテ兩側ニ約2.5cm.×0.5cm.大ニ橢圓形ノ切除ヲ行ツタ。腱ニハ異常ヲ認メナカノタ。皮膚縫合ヲ行ツテ創ヲ閉ジタ。

切除シタ腱鞘ハ約6.3cm.ノ厚ヲ有シテキタ。

經過。手術翌日ニハ、創痛ハアルガ、拇指ヲ何レノ方向ニ動かシテモ術前ノヤウナ痛ハナイ。第7日ニ拔糸ヲ行ツテ創ハ第1期癒合ヲ營ミ所患ハ盡ク治癒シテキタ。

組織學的所見。(第2圖參照) 第Ⅰ層ハ缺如シテキル。第Ⅱ層ハ比較的纖細ナ結締組織維ヨリナリ核ハ多ク「ビクノーゼ」ニ陥ツテキル。コノ層ニハ可ナリ多數ノ軟骨細胞ヲ認メル。第Ⅲ層Aハ核ニ乏シイ而モコノ核ハ多ク「ビクノーゼ」ニ陥ツテキル。結締組織維ハ太ク硝子樣變性ノ度ハ第1例ニ比スト輕度デア。コノ層ニモ軟骨細胞ヲ認ムル。第Ⅲ層Bハ第1例ニ見ルヤウニ明デナイガ縱斷セラレタ不完全ナ新生毛細血管ニヨツテ充分區別シ得ラレル。第Ⅲ層Aヨリ漸次移行シタ結締組織維ハコノ層デハ殆ンド變性ヲ認メナイ。第Ⅳ層ハ橫斷セラレタ血管モ少數デ一部少數ノ圓形細胞浸潤ヲ認ムル他正常像ヲ呈シテキル。

第3例 患者 ○島○子。26歳。會社員ノ妻。

遺傳的關係。特記スベキコトハナイ。

既往症。生來健康デ著患ヲ知ラナイ。殊ニ結核性疾患、ロイマチスムス¹、花柳病ニ罹ツタコトハナイ。

現病歴。三ヶ月程前長子ヲ生ミ、家庭ノ都合上産後充分ノ靜養ガ出來ズ家事ニ從事スルヤウニナツタ。トコロガ今ヨリ約20日前左側腕關節ノ内側ニ疼痛ヲ訴ヘルヤウニナリコノ疼痛ハ拇指ヲ外轉スル際ニ殊ニ

強イ。又ソノ部＝壓痛ガアル。充分ノ安靜ガ保チ難イ爲カ疼痛ハ益々増強スル許リデー昨日ヨリ特＝強クナツタ。

局所所見。左側橈骨莖狀突起部＝極輕度ノ瀰漫性ノ腫脹ヲ認ムル他視診上＝特記スベキ所見ヲ認メナイ。觸診＝ヨリ局所ノ溫度上昇ヲ認メズ、又皮膚＝壓痕ヲ殘サナイ。ソノ深部＝下床トハ移動シナイ扁平超大豆大ノ表面平滑軟骨様硬ノ甚ダ壓痛ノ強イ1個ノ隆起物ヲ認メル。コノ壓痛部ハ拇指及ビ腕關節ノ運動＝際シテモ位置ノ變化ハナイ。併シ拇指ノ外轉又ハ腕關節ノ尺骨側ヘノ屈曲ノ際＝ハコノ部＝疼痛ヲ訴ヘル。

レントゲン⁷寫眞像。念ノ爲＝レントゲン⁷寫眞ヲ撮ツテミタガ骨及ビ骨膜＝變化ヲ認メナイ。

狹窄性腱鞘炎ノ診斷ノ下＝手術ヲ奨メタガ一度歸宅シテ、ソノ後訪レナイ。

第4例 患者 ○崎○。58歳。家婦。

遺傳的關係。特＝記スベキコトハナイ。

既往症。生來頑健デ19歳ノ折＝右示指ノ骨膜炎ヲ患ツタ他¹「ロイマチスムス」¹、花柳病、結核性疾患＝罹ツタコトハナイ。

現病歴。約3ヶ月前家ヲ引越シテヨリ上水道ノ代リ＝「ポンプ」井戸ヲ使用スルナド炊事場ノ設備ガ不充分ナ爲＝手ヲ多ク使フヤウニナツタ。トコロガ約10日程前夜間＝目ヲ醒シタトコロ右側橈骨莖狀突起部ヨリ拇指＝沿フテ放散スル疼痛ガアルノ＝氣付イタ。尙拇指ヲ充分屈曲シタリ腕關節ヲ尺骨側＝屈曲スルト橈骨莖狀突起部＝疼痛ヲ訴ヘル。巴布劑ヲ用ヒテキルガ自發痛及ビ運動時ノ疼痛ハ次第＝増強シテ來ル許リデ時＝ヨルト夜間＝肩胛部＝迄放散スル疼痛ガアツテ爲＝睡眠ガ害セラレル。

局所所見。右側橈骨莖狀突起部＝極輕度ノ瀰漫性ノ腫脹ヲ認ムル他視診上＝所見ヲ認メナイ。觸診＝ヨリモ局所ノ溫度上昇ヲ認メズ、又皮膚＝壓痕ヲ殘サナイ。ソノ深部＝下床トハ移動シナイ扁平大豆大ノ表面平滑軟骨様硬ノ壓痛アル1個ノ隆起物ヲ認メル。コノモノハ腕關節ヲ尺骨側＝屈曲シタ際＝壓痛ガ著シク増強スル。尙コノ壓痛部＝ハ拇指ノ外轉ノ際及腕關節ノ尺骨側ヘノ屈曲＝際シテ疼痛ヲ訴ヘル。

狹窄性腱鞘炎ノ診斷ノ下＝手術ヲ約シテ歸宅シタガ其ノ後訪レナイ。

頻度 本病ハ稀有ノ疾患ノヤウ＝思ハレテキタガ、本病ヲ理解セル人々＝ヨツテ決シテ稀有ノ疾患デナイコトガ證明サレツツアル。即チ、Nussbaum ハ8ヶ月間＝8例ヲ、Keppler ハ1ヶ年半＝25例ヲ、Troell ハ3年間＝6例ヲ、Eichhoff ハ2ヶ年半＝5例ヲ、Winterstein ハ6年間＝29例ヲ報告シ、且ツ1930年迄ノ文獻中ヨリ集メタ症例ト自己ノ例ヲ合セルト約200例＝達スルト言ツテキル。又本邦デハ林氏ハ8年間＝60例ヲ經驗シテキル等ノコトヨリ見テモ寧ロ實地醫家＝トツテハ可ナリ屢々遭遇スル疾患ノ一ツデアルト思ハレル。

性別 Winterstein ハ自己ノ29例＝於テハ男7、女22ニテ約3倍女＝多ク、文獻ヨリ集メタ例ト自己ノ例ト合シタ約200例＝就テミルト10倍女＝多イト云フ、吾國＝於ケル記載明ナ66例＝就テミルト男7、女59デ約8.5倍女＝多イ。

年齡 Winterstein ハ最低15歳最高73歳ヲ經驗シテキルガ半数ハ40—60歳ノ者デ、平均46歳ト言ヒ、ソノ他ノ諸家モ略々之ト同様デ中年或ハ高年＝多イト言ツテキル。併シ林氏ハ20歳代ノ者＝モ可ナリ多數アツタト報告シテキル。

部位 通例橈骨莖狀突起部、即チ横腕靱帶ノ下＝アル長外轉拇筋腱ト短伸拇筋腱トノ共同隧鞘＝起ルノデアルガ、長及短橈腕伸筋・長伸拇筋・總指及示指伸筋・固有小指筋・尺腕伸筋・橈腕

伸筋・長屈指筋・總屈指筋ノ腱鞘ニモ來、又足ニ於テハ腓腸筋・長伸趾筋ノ腱鞘ニモ發生シタ例ガアル。橈骨莖狀突起部ニ起ツタモノデ左右別ヲ見ルト左：右：兩側＝54：80：12デ右側ニ多イ。

職業 Eschle ハ118例ノ文獻ヨリ70例ハ主婦及ビ下女デアッタト云ヒ、Winterstein ノ29例中ニハ半數ハ家婦デアル、一般ニ家婦・下女・農婦等手仕事ヲ多クスル者ニ發生スルコトガ多イ。

原因 本病ハ腱鞘ノ肥厚ニヨル腱鞘腔ノ狹窄ガソノ本態デアルコトハ諸家ノ齊シク認メテキルトコロデアル。併シソレデハ腱鞘ノ肥厚ヲ惹起スル原因如何ト云フ問題ニ就テハ臨床所見及組織像ヨリシテ急性炎症性疾患デナイコトハ明デアルガ未ダ充分ノ定説ハナイヤウデアル。

Eschle ハ19例中7例ニ「ロイマチスムス」ノ既往症ヲ證明シタ故ニ、又 Vischer ハソノ組織學的研究ニ於テ、Aschoff ガ「ロイマチス」性心筋炎ニ、又 Grauhan ガ筋肉「ロイマチスムス」ニ見タウナ亞粟粒大乃至粟粒大ノ結節ヲ認メタ故ニ本病モ「ロイマチス」性ノ疾患デアラウト言ツテキルガ盛教授ハ Vischer ノ例デモソノ他ノ例デモ證左ガ薄弱デアルコトヲ指摘シ且ツ其ノ他微毒モ結核モ淋毒モ證明出來ナイシ稀ニ痛風ヲ見ル許リデアルカラ傳染説ハ信ジ難イと言ツテキラレル。又 Winterstein モ29例中7例ニ「ロイマチスムス」ノ既往症ヲ認メテキルガ積極的ニ之ヲ證明シ得タモノハ只1例デ「ロイマチスムス」ニ重キヲ置イテキナイ。又 de Quervain モ「ロイマチスムス」ノ痛風ヲ證明シテキルガ之ハ例外ダトシテキル。

次ニ外傷デアルガ過勞スル程ノ手仕事ヲナス者ニ多イコト、又右側ニ最も屢ニ出現スルコトヨリシテ外傷ガ本病ノ原因トシテ主要ナ役割ヲ演ジテキルコトハ首肯サレル。只1—2回ノ強イ外傷後ニ發シタ例デハ、例ヘズ重荷ヲ持ツタ後トカ (Reschke, Keppler etc.) 局所ノ打撲 (Reschke, Hauck) 骨折 (Eschle) 捻轉 (Reschke, Hackenbroch) 脱臼 (Bruck) 挫傷 (Michaelis) 倚子ヲ2回振り廻シタ爲 (Peisner) 等ガアル。併シ Tissot ハ橈骨ノ骨輝裂後3—4ヶ月シテ外骨腫ヲ起シテ生ジタ例ヲ報告シテキルガ、氏自身外骨腫ガ原因ト云フヨリモ此ノ患者ガ煙草工場ニ働ク者デ拇指ヲ1方向ニ許リ動カスト云フコトガ原因デハアルマイカト言ツテキル。Winterstein モ29例中8例ニ手ヲ衝イテ墜落シタ例ヲ舉ゲテキルガ文獻及ビ自己ノ他ノ例ヨリシテ大部分ノ例ハ chronische Schädigung ニ依ツテ成立スルコトハ疑問ノ餘地ガナイト言ツテキル。即チ氏ノ例デハ家婦ガ屢ニ洗濯ノ後特ニ洗濯物ヲ絞ル際ニ本病ガ發シタトカ、又疼痛ガ増強シタトカ訴ヘタト云フ。又盛教授ハ本病ノ組織像ガ極テ慢性變化ヲ呈シテキルコトヨリ考ヘテ Peisner ノ言フ如ク唯1回ノ外傷後ニ直チニ本病ヲ起シ得ルトハ信ジ得ナイト言ツテキラレル。

ソレデハ慢性外傷ニ就テハドウカト云フニ de Quervain ハ1912年已ニ8例中大部分ニ過勞ヲ見テキル。Keppler ハソノ組織像ガ慢性炎症性變化ヲ起シテキルコトヨリ結論シテ曰ク、此ノ原因ハ無腐の性質ノ持續又ハ反覆スル刺激ト思ハルルト。盛教授ハコノ慢性外傷ヲ更ニ内因的慢性外傷ト外因的慢性外傷トノ2ツニ分カツテ考察シ、手仕事ヲスル場合、ヨリ屢ニ且ツヨリ強イ外傷ヲ蒙ル拇指基節頭部或ハ其ノ他ノ掌面ニ發セズ却ツテ外力ニ作用セラルルコトノ甚々稀ナ

莖狀突起部＝發スルコトヨリシテ外因の慢性外傷ヲ排シ、手業ヲ長期ニ亙リ行フコト即チ腱鞘＝腱＝ヨル内因の慢性外傷ヲ與ヘタ際＝本病が發生スルコトカラ内因の慢性外傷ヲ本病ノ原因トシ、且ツ該部ノ腱鞘が骨ト副強靱帶 Verstärkungsband ナル Lig. carpi ノ間ニ介在シテキルタメ＝血行が不良デアルコトが主要ナ素因デアルトシテキラレル。又コレヲ幾分ニテモ裏書スルモノニ Frohse-Frankel ノ研究ガアル。氏等ニヨルト女子ノ mesotendineum ハ横腕靱帶部ニ於テ Vinculum triangulare トナツテ男子ノソレヨリ遙カニ良ク發達シテキルトノコトデアル。果シテソウダトスルト過度ニ手ヲ用フル際ニハ女子ノ mesotendineum ノ靱壁ハ腱ニヨツテ牽裂セラレ易ク、從ツテ男子ヨリモ炎症ヲ起シ易イ状態ニアル譯デアル。此ノ推定ハ本病ガ斷然女子ニ多イト言フ事實ト完全ニ一致シテ面白い。

症状 一般ニハ徐々ニ稀ニハ突然ニ手仕事ニ際シテ橈骨莖狀突起部ニ疼痛ヲ覺エ、激シイ場合ニハ全ク手仕事ガ續行出來ナクナリ、且ツ該部ニ激シイ壓痛ヲ訴ヘテ來ル。

診ルト客觀的ニハ所見ニ乏シク、皮膚ニ發赤、浮腫、浸潤等ナク良ク移動セシメルコトが出來ル。知覺障礙ハ認めラレナイ。

拇指ヲ運動セシメルト伸展、外轉運動ヲ行フ際、殊ニ腕關節ヲ尺骨側屈曲ノ際橈骨莖狀突起部ニ疼痛ヲ訴ヘル。併シ安靜時或ハ敍上以外ノ運動ヲ行フ場合ニハ疼痛ヲ感ジナイ。但シ重症ノモノデハ安靜時ニモ疼痛ガアリ (Eichhoff, Keppler, Reschke) 夜間ニ疼痛ガ増強スルモノモアル (Winterstein)。又手或ハ拇指ノ運動ニ際シテ疼痛ガ中心部、又ハ末梢部ニ放散スルモノモアル (Eichhoff, Winterstein) 斯様ナ重症例デハ手ハ屢ニ橈骨側屈曲位ヲ執ツテキル。

局所ハ最初ハ何等ノ腫脹モ無イノデアルガ後ニハ腫脹ガ長ハレル。コレハ只單ニ左右ヲ比較シタ丈デモ認め得ルガ、拇指ヲ外轉セシメテ左右ヲ比較スルト頗ル明白ニ區別スルコトが出來ル。

コノ腫脹ハ Reschke ノ報告ニヨルト發病カラ腫脹ノ表ハレル迄ノ時間ハ2ヶ月2例、3ヶ月、6ヶ月各1例、9ヶ月2例デアル。又腫脹ノアルモノト無イモノトノ比ハ 7:3 デ腫脹ハ患者ノ半數以上ガ自身デ之ヲ認めテキルト云フ。

de Quervain ハ最初捻髪音ノアツク鳴嚙性腱鞘炎カラ本病ニ移行シタ例ヲ經驗シ Winterstein モ3例ニ於テ捻髪音ヲ證明シテキル。Troell, Hanck, Reschke 等ハ彈發指ノ症狀ガアツタト言ツテキルガ之ハ一般カラ見レバ例外ニ屬スル。

尙莖狀突起部ヲ觸診スルト皮下ニ 1/2 豌豆大ノ一見骨ノ肥厚カト思ハレル隆起物ヲ觸レル。表面平滑デ境界不明瞭、軟骨様硬デ下床トハ少シモ移動シナイ。次ニコノ隆起物ヲ橈尺方向ニ壓スルト激シイ壓痛ヲ訴ヘル。隆起物ヲ觸レ難イモノデモ莖狀突起ノ外角末梢部ニ壓痛ヲ訴ヘル。コノ際手ヲ尺骨側ニ屈曲スルト壓痛ハ明瞭トナル。ソシテコノ壓痛腫脹部ヲ精査スルト骨デアル莖狀突起デハナクシテ、ヨリ弾力性ノアル長外轉拇筋腱ト短伸拇筋腱トノ共同腱鞘デアアルコトガワカル。

「レントゲン」寫眞像デハ常ニ正常像ヲ呈シテキル。Schneider, Winterstein ガ各1例ニ莖狀突起部ニ菲薄ナ骨膜層ヲ認メテキルガ Winterstein 自身ハコレハ二次的ノモノデアラウト言ツテキル。

病理解剖 肉眼的ニハ長外轉拇筋腱、短伸拇筋腱ノ共同腱鞘ガ横腕靱帶ノ下デ纖維性ニ肥厚シ腱鞘腔ノ狹窄ヲ來シテキル。之ヲ開イテ腱ヲ見ルト通例ハ正常ト異ナラナイガ屢ニ腱本來ノ眞珠様光澤ヲ失ツテ乾燥シタ觀ヲ呈シテキル。尙以上ノ一般所見ノ他ニ腱鞘ニ罅裂ノアルモノ (Hanson) 腱鞘ノ内面ハ天鵝絨様ノ外觀ヲ呈シ腱相互ガ多數ノ細血管ヲ有スル組織デ連絡セラレテキルモノ (Nussbaum, Keppler) 腱鞘ノ背面ニ結節ノアルモノ (Keppler, 林), 腱ト腱鞘ト癒着ヲ營メルモノ (Hanson, Keppler, Eschle) 或ハ腱鞘腔ノ狹窄ガ著明デナカッタモノ (Eichhoff, Nussbaum) 等モアル。

腱ニハ索溝ヲ有スルモノ (Hanson, Reschke, Keppler, Nussbaum) 紡錘形ノ肥厚ヲ營ンデキルモノ (Hanson, Reschke, Schloffer) 纖維ノ分離シテキルモノ (Reschke, Nussbaum) 或ハ纖維素ノ折出ヲ認メルモノモアル (Reschke)。

顯微鏡的ニハ Nussbaum ハ5例ノ組織所見ニ於テ腱鞘 (特ニ強靱ナル結締組織) ノ肥厚ガ主變デアル第一群ト外中層ニ圓形細胞ノ浸潤ト中層ノ幅ガ増大シ大部分壞死ニ陥ツテキル第二群トニ分ケテキル。Hauck ハ Nussbaum ト同様ノ所見ヲ述べ、尙圓形細胞浸潤アル外層ノ血管ハ肥厚或ハ閉塞ヲ呈シ、強ク肥厚セル中層ニハ急ニ壞死組織ニ移行シテキル腱鞘ニ對シテ放線狀ニ走ツテキル血管ヲ認メテキル。Albertini ハ Hauck ノ外層ニ於テ認メテキル血管ノ所見ト相似ノ所見ヲ認メテキル他ニ初メテ内層ニ纖維軟骨細胞ノ出現ヲ發見シ、之ハ組織ガ過度ノ持續的壓迫ヲ受ケル爲ノ現象デアルト言ツテキル。盛教授ハ是等ノ所見ト略ニ同様ノ所見ヲ認メラレタ他ニ横腕靱帶ノ下ニアル肉芽組織ト該靱帶外ノ腱鞘部ニアル肉芽組織トハ直接シテキルモノ拘ラズ大ナル相違 (前者ハ無力性後者ハ比較的強イ肉芽) アルコトヲ認メ、本病ニミル如キ極メテ無力性ノ肉芽組織ノ發生ハ既述ノ如キ原因ニヨル腱鞘ノ血行障礙ニヨルモノデアルトノ證在トシテキラル。Winterstein ハ10例ノ組織像ニ於テ年齢ト罹病年月ノ長短トニヨツテ色々デゾノ間ニ一定ノ Gesetzmässigkeit ヲ認メナイト云ヒ輕度ノモノハ Nussbaum ノ第一群ニ屬スルモノヨリ壞死ノ強イモノデハ Albertini ガ認メタト同様多數例ニ於テ纖維軟骨細胞ヲ認メテキル。

之ヲ要スルニ一般ニハ第I層及第II層ハ大部分缺如シテキルカ或ハ處々ニ第I層ノ痕跡ガ尙認メラルモノモアルガ是等ハ壞死ニ傾キ第II層ニ於テハ纖維軟骨細胞ヲ見ル (Albertini, Winterstein)。第III層ハ發病ノ初期ヨリ已ニ肥厚シ、本病ノ主變部ヲナシテキル。通例2層ヲ區別シ得ル。ソノ内面ニ位スル層ハ硝子様變性ニ陥ツテキル太イ結締組織纖維ヨリナリ其ノ核モ多クハ崩壞シテキル。今一ツノ層ハ腱鞘面ニ直角ニ走ル新生毛細管ト結締組織ヨリ成リ兩層ハコノ毛細管ニ依ツテ判然ト區別ガ出來ル。尙此ノ外ニ第III層ガ走行不定ノ太イ結締組織纖維唯1層カラ成リ

其ノ肥厚ノ度モ正常ノ2—3倍ニ過ギナイモノモアル(de Quervain, Flöcken, Nussbaum)。第IV層ハあまり變化ハナイ。時ニ此部ノ血管ニハ閉塞性血管内膜炎ノ像ヲ認メタリ (Hauck, Albertini, 盛教授等) 圓形細胞浸潤ヲ壞死層ノ附近(Nussbaum) 或ハ血管神經ノ周邊ニ (Nussbaum, Hauck, Keppler, Reschke, 盛教授) 認メル位ノモノデアル。即チ一括シテ言ヘバ極メテ慢性ニ發シタ炎症像デアル。

此ノ他特別ノ所見トシテハ第III第IV層ノ所々ニ出血竈ヲミルコトモアリ (Landois, Eichhoff) 或ハ第III層ニ散在シテキル壞死竈ニ圍マレテ海綿腫ヲ思ハセル様ナ大キナ腔ト、無構造ノ厚イ被膜ニ大キナ核ヲ有スル細胞ヲミルコトモアリ (Nussbaum) 或ハ背側腕靱帶ノ内部ニ數個ノ退行性變性ニ陥ツテキル部ガアリ其ノ一部ハ「コロイド」様物質ニ變化シ其ノ周圍ハ増生シタ結締組織デ包マレテ外部ニ隆起シ一部腱鞘内ニアツテ内面ヲ脆弱ナ薄膜デ界セラレテキル「ガングリオン」ヲミルコトモアル(林)。

診斷 狹窄性腱鞘炎ハ甚ダ定型ノ症狀ヲ呈スルノデ、即チ客觀的ニハ著シイ變化ヲ示サズ只橈骨莖狀突起部ニ局限シテ瀰漫性ノ腫脹ト壓痛ガアリ、尺骨側ヘノ腕關節屈曲運動ノ障礙尙コノ位置デ壓痛ガ増強スルコト、及ビコノ運動及ビ拇指ノ外轉、伸展運動ニ際シテ疼痛ガ起ルガ其他ノ運動ニ際シテハ殆ンド疼痛ガ起ラナイコト、「レントゲン」寫眞像ニ何等骨及骨膜ノ異常ヲ認メナイコト等ニヨツテ極メテ容易ニ診斷ヲ下スコトガ出來、他ニ鑑別ヲ要スベキ類似疾患ヲ認メナイ。

豫後 本病ハ手術的療法ニヨレバ1 週間内外デ治癒セシメルコトガ出來ルガ保存療法ニヨル場合ニハ治癒シナイカ又治癒シテモ著シク永イ歲月ヲ要スル。今 Winterstein ノ29例ニ就テミルト手術ヲ施シタ13例ハ中ニハ已ニ2 年以上經過シタモノモアツタガ全部短時日ノ間ニ治癒シテキル。保存療法ヲ施シ經過ガ明ナモノ14例ニ於テハ3 週間デ治癒シタモノモアルガ多クハ幸ニシテ治癒シテモ6ヶ月乃至2 年以上ヲ要シ中ニハ4 ケ年ノ長キニ互ツテモ尙治癒シナイモノモアル。保存療法ヲ施サレタ患者ハ甚ダ undankbar デ往々經過中轉々トシテ醫師ヲ變ヘテキルト云フ。

療法

1 保存的療法 諸種ノ保存的療法ガ試ミラレテキル。例ヘバ濕布、軟膏塗布、熱氣浴、食鹽水注射、「サリチール」酸曹達或ハ沃度加里ノ内服、固定繃帶、「レントゲン」放射等ガアル。志村氏ハ「レントゲン」放射ガ有效ノヤウニ思フト言フ。Winterstein ハ熱氣浴ハ却ツテ疼痛ヲ増強スルト言ツテキル。又之等ノ療法ハ個々ノ場合ニヨツテ效果ニ甚ダシイ差異ガアツテ多クハ一時ヲ糊塗スルニ過ギナイ。Poulson ハ Quervain ノ報告ノ智識ナクシテ狹窄性腱鞘炎ニ酷似シタ症狀ヲ呈スル10例ヲ報告シ骨膜炎ト推准シ糊繃帶ニテ2—3週間固定シ安靜ヲ保タシメ、ソノ後注意シテ「マツサーヂ」ヲ行ツタノデアルガソノ治癒ノ困難デアルコトヲ數ジデキル。Keppler ハ保存療法ヲ施シタ8例中3例不明デ後5例モ治癒シナカッタト云フ。Geheimrat Prof. Payr. ハ

Pepsin Pregl-Lösungヲ數回注射シテ非常ナ效果ガアルト云フ、ソシテ氏ハ尙夜間ハ Pepsinlösung 2:300 mit 1% HCl デ濕布スルコトヲ推奨シテキルガ7—8ヶ月以内ニハ疼痛ガ消失スルト云フ程度デアル。

2 手術の療法 既ニ腱鞘腔ノ狹窄ト云フ物理的問題ガ本病ノ本態デアツテミレバ之ヲ手術的ニ狹窄ヲ去ルコトガ最良ノ策タルコトハ言フ俟タナイ。

Kocher ハ門下ノ Quervain ガ本病ヲ發表シナイ 以前既ニ腱鞘ノ一部ヲ切除シテ治療シテキタ。Quervain ハ初メ腱鞘ノ全剔出ヲ行ツテキタガ後ニハ外壁ノ一部ノ除去スデモ又單ニ切開ヲ施シタスデモソノ效果ハ同様デアルコトヲ認メテキル。即チ局所麻醉ノ下ニ弓狀又ハ腱ノ走行ニ一致シテ約3糎ノ皮切ヲ加ヘ、該腱鞘ノ外壁ヲ一部切除スルカ、或ハ單ナル切開ヲ加ヘル。手術的操作ハ極メテ簡單デ侵襲モ極メテ輕微デアルガ效果ハ速ニ且ツ確實ニ表ハレ手術翌日ヨリ術前ノ障礙ハ全ク消失シ術後5—6日デ仕事ニ從事シ得ルヤウナル。術後再發ヲ起シタ例ハ數百ノ文獻中只 Jagerink ノ1例アルノミデコレハ氏自身モ認メテキル通り切開ノ不充分デアツタメト思ハレル。Kepper ハ13例ニ長キハ3年半ニ Nussbaum ハ6例ニ2ケ年ノ長キニ互ツテ經過ヲ觀察シテキルガ再發ノ兆ナシト報告シテキル。

Quervain 林氏等 ハ切腱刀ヲ以テ之ヲ皮下ニ切開シ創痕ノ醜惡ヲ避ケルノモ良イ試トシテキルガ橈骨莖狀突起ノヤウニ拇指頭靜脈ガコノ腱鞘ノ直上ヲ走ツテキルコトガアツタリ、又橈骨神經淺枝ヲ傷ケル懼ノアル (Nussbaum, Keppler) 場所デハ推奨出來ナイト思フ。

後療法ハ是非必要ナモノトハ思ハレナイ。熱氣浴、輕度ノ「マツサージ」運動練習等ハ行ヘバ行ハナイヨリマシダト云フ程度デアル。又術後ノ副木其他ノ固定繃帶ノ必要ヲ認メナイ。

結 言

1. 余ハ最近連續的ニ橈骨莖狀突起部ニ發シタ狹窄性腱鞘炎ノ4例ヲ報告シ中手術ヲ施シタ2例ニ就テ切除シタ腱鞘ノ組織學的検査ヲ行ツタ。尙ホ本病ノ綜説ヲ試ミタ。
2. 年齢、中年及ビ高年ノ者ニ多イ。
3. 性別、女性ニ多イ。
4. 左右別、文獻中記載明ナ例ト余ノ例トヲ合シタ150例ニ就テミルニ左：右：兩側＝55：83：12デアル。
5. 職業、家婦、下女、農婦等手仕事ヲ多クスルモノ多イ。
6. 原因、盛教授ノ稱セラルル内因的慢性外傷説ニ賛意ヲ表ス。
7. 症狀、極メテ明瞭且ツ定型的デアル。即チ徐々ニ發シ、拇指ノ外轉及ビ腕關節ノ尺骨側屈曲ニ際シテ橈骨莖狀突起部ニ疼痛ヲ覺エ、他ノ運動ニ際シテハ殆ンド疼痛ガナイ。且ツ橈骨莖狀突起部ニ激シイ壓痛ヲ訴ヘ、後ニ此ノ部ニ瀰漫性ノ腫脹ガ表ハレル。病歴ヲ檢スレバ大抵ヨク手仕事ヲシテキル。「レントゲン」寫眞ニテ骨及ビ骨膜ニ變化ハナイ。
8. 病理解剖的の所見、腱鞘ハ常ニ肥厚シ腱鞘腔ノ狹窄ヲ來シテキル。

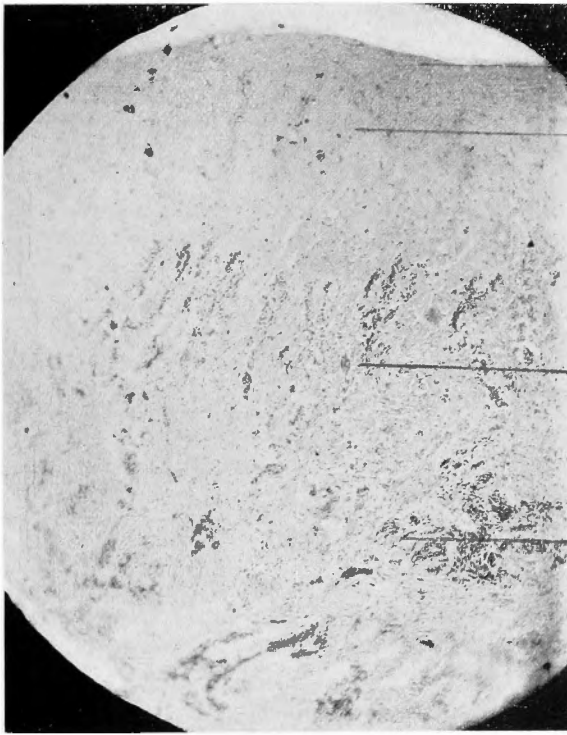
組織學的＝無力性ノ肉芽組織像ヲ呈スル。

9. 診断, 以上ノ定型のノ症狀ガ正シク診断＝導イテクレルノデ本病ノ智識ガアレバ殆ンド他ノ疾患ト誤ルコトハナイ。
10. 豫後, 本病ハ手術的療法＝ヨレバ1週間内外デ治癒スル。保存療法＝ヨルトキハ治癒シナイコトガ多く, 幸ニ治癒シテモ長イ年月ヲ要スル。
11. 療法, 余ハ原則トシテ本病ハ手術的＝治療スベキデアルト信ズル。何トナレバ本病ハ腱鞘腔ノ狹窄ト云フ物理的問題ガソノ本態デアルカラ, 之ヲ手術的＝去ルコトハ最も肯綮＝中ルモノデアルカラデアル。而モ手術裝作ハ至極簡單且ツ安全デソノ效果ハ迅速且ツ永久的デアル。即チ局所麻醉ノ下＝2—3cm. ノ皮切ヲ加ヘ狹窄ヲ起シテキル長外轉拇筋腱ト短伸拇筋腱トノ共同腱鞘ヲ一部切除スルカ或ハ單ニ切開スル丈デ充分デアル。

引用文獻

- 1) v. Albertini, A., Spezielle Pathologie der Sehne, Sehnenscheide und Sehnenbeutel. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie von Henke-Lubarsch. Bd. 9, Teil I, S. 517. (1929)
- 2) Baumann, E., Zit. n. Winterstein. 3) Breuer, F., Über multiple chronische nicht spezifische Sehnenscheidenerkrankungen. Arch. klin. Chir. 141, 754. (1926) 4) Bruck, Zit. n. Eichhoff.
- 5) Cordes, Unspezifische chronische Tendovaginitis. Zbl. f. Chir. 54, 406. (1927) 6) Eichhoff, E., Zur Pathogenese der Tendovaginitis stenosis. Bruns' Beitr. Bd. 139. (1927) 7) Eschle, A., Beitrag zur Kenntnis der stenosierenden fibrösen Tendovaginitis am Proc. styl. radii (de Quervain). Schw. med. Wschr. 1924.: Zbl. f. Chir. Nr. 28, 1925.
- 8) Eykel, R., Ein Fall von fibröser Sehnenscheidenerkrankung mit Verengerung der Scheiden in der Gegend des Proc. styl. radii. Nederl. Tijdschr. v. Genesk. 1912.: zit. n. Winterstein. 9) Fischer, A., Über die Epicondylus und Styloideusneuralgie, ihre Pathogenese, und zweckmässige Therapie. Arch. klin. Chir. Bd. 125 (1923)
- 10) Flörcken, H., Zur Frage der stenosierenden Tendovaginitis am Proc. styl. radii. Münch. med. Wschr. 1912.: Zit. n. Winterstein. 11) Franke, F., Über Epicondylitis humeri. Deutsch. med. Wschr. 36, 13. (1910) 12) Goedel, W., Beitrag zum Wesen und der Behandlung der Epicondylitis. Münch. med. Wschr. 1920.: Zit. n. Winterstein. 13) Gontermann, Zbl. f. Chir. Nr. 14. 1930.
- 14) Günthner, H., Über multiple symmetrische Erkrankungen der Sehnenscheiden und Schleimbeutel, besonders die Hygromatosis rheumatica. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 111, 252. (1913). 15) Hackenbroch, M., Eine seltene Lokalisation der stenosierenden Tendovaginitis (an der Sehnenscheide bei Peroneen). Münch. med. Wschr. Nr. 22 1927. 16) Hanson, R., A contribution to the knowledge of "Tendovaginitis or Tendinitis stenosis". Acta chir. scand. 1926.: Zbl. f. Chir. Nr. 7. 1927. 17) Hauck, G., Über eine Tendovaginitis stenosis der Beugeschnenscheide mit dem Phänomen des schnellenden Fingers. Arch. klin. Chir. Bd. 123. 1923. 18) Ders, Zbl. f. Chir. Nr. 14. 1930. 19) 林喜作, 橈骨莖狀突起痛＝就テ, 第二十五回近畿外科集談會, 昭和二年. 20) Helweg, J., Schnellende Finger bei Polyarthritiskranken. klin. Wschr. 3, 2383. (1924) 21) Hildebrand, O., Tendovaginitis chronica deformans und Luxation der Peronealsehnen. Deutsch. Z. f. Chir. 86. 526. (1907) 22) Holzweissig, M., Über multiple, symmetrische Erkrankungen der Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 38, 605. (1925). 23) Jagerink, J., Über zwei noch nicht beschriebene Form von Tendovaginitis stenosis. Zeitschr. orth. Chir. Bd. 50. 1928. 24) Jeannin, Zit. n. Poulson.
- 25) Keppler, W., Zur Klinik der stenosierenden Tendovaginitis am Proc. styl. radii. Med. Klin. Nr. 38. 1917. 26) Krecke, A., Mehrere Fälle von Tendovaginitis am Proc. styl. radii. Münch. med. Wschr. 74. 1206. (1927) 27) Kroh, F., Schnellender Finger und stenosierende Tendovaginitis der Fingerbeugeschnen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 136. 28) Landois, Tendovaginitis stenosis. Zbl. f. Chir. Nr. 14. 1930. 29) Marchesi, Beiträge zur Pathologie, Diagnostik und Therapie des schnellenden Fingers, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 79. 364. (1905) 30) Marion, Zit. n. Poulson und

大隈論文附圖



——第 II 層
——第 II 層 (A)
——第 III 層 (B)
——第 IV 層

第一圖 (第一例)



——第 II 層
——第 III 層 (A)
——第 III 層 (B)
——第 IV 層

第二圖 (第二例)

- Eichhoff. 31) **Michaelis, P.**, Stenosierende Tendovaginitis im Bereich des Proc. styl. radii. Zeitschr. orth. Chir. Bd. 30. 1912. 32) 盛彌壽男, 狹窄性腱鞘炎＝就テ, 實地醫家ト臨牀. 第七卷, 第九號, 昭和五年. 33) **Nussbaum, A.**, Beitrag zur Tendovaginitis stenisans fibrosa des Daumens (de Quervain). Bruns' Beitr. Bd. 104. 1917. 34) **Peiser, A.**, Zbl. f. Chir. Nr. 14. 1930. 35) **Petersen, Th.**, To opererede Tilfaelde of Forsnaevring of første Senekulisse ved proc. styl. radii. Hospital-tidende. 1912. Zbl. f. Chir. Nr. 26. 1913. 36) **Pieri, G.**, Sulla tendosinovite stenossante. Riforma med. Hf. I, 1930. Zbl. f. Chir. Nr. 45, 1930. 37) **Poulsen, Kr.**, Sehnenscheidenentzündung im ersten Fach des Antibrachium, begleitet von Traktionsperiostitis am Proc. styl. radii. Deutsch. med. Wschr. Nr. 18, 1911. 38) **de Quervain, F.**, Spez. chir. Diag. Leipzig. 1920. über das Wesen und die Behandlung der stenosierenden Tendovaginitis am Proc. Styl. radii. Münch. med. Wschr. Nr. 1, 1914. 39) **Reschke, K.**, Zur stenosierende Tendovaginitis (de Quervain). Arch. klin. Chir. Bd. 113. 1920. 40) **Schloffer**, Traumatische Sehnenverdickungen durch Operation geheilt. Wien. klin. Wschr. Nr. 1. 1901. 41) **Schneider, C.**, Stenosing fibrous tendovaginitis over radial styloid (de Quervain). Surg. etc. 46, 846. (1928): Zit. n. Winterstein. 42) 志村國作, 莖狀突起痛及上腕痛＝就キテ, グレンツゲビート, 第二卷, 第二號, 昭和三年. 43) **Tissot, A** propos de la tendo-vaginite stenossante an niveau del'apophyse styloide an radius. Schweiz. Z. Unfallkde 21, 177, (1927): Zit. n. Winterstein. 44) **Troell**, On Tendovaginitis and Tendinitis stenisans. Acta chir. scand. 1922: Zit. n. Winterstein. 45) **Vischer, H.**, Beitrag zur Histologie der chronischen, nicht tuberkulösen Tendovaginitis, insbesondere auch der stenosierenden Form. Korr. Bl. schw. Ärzte: Zbl. f. Chir. Nr. 30, 1919. 46) **Welti, E.**, Ein Fall von sogenannter chronischer Tendovaginitis stenisans am Proc. styl. radii: Zit. n. Winterstein. 47) **Winterstein, O.**, Zur Tendovaginitis stenisans am Proc. styl. radii (de Quervain) (Styloidalgia radii). Münch. med. Wschr. Nr. 1, 1927. 48) **Ders**, Über die Beziehungen der Tendovaginitis stenisans zur Arthritis deformans. Zbl. f. Chir. Nr. 22, 1930. 49) **Ders**, Über Sehnenscheidenstenosen. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Bd. 23, 1930.