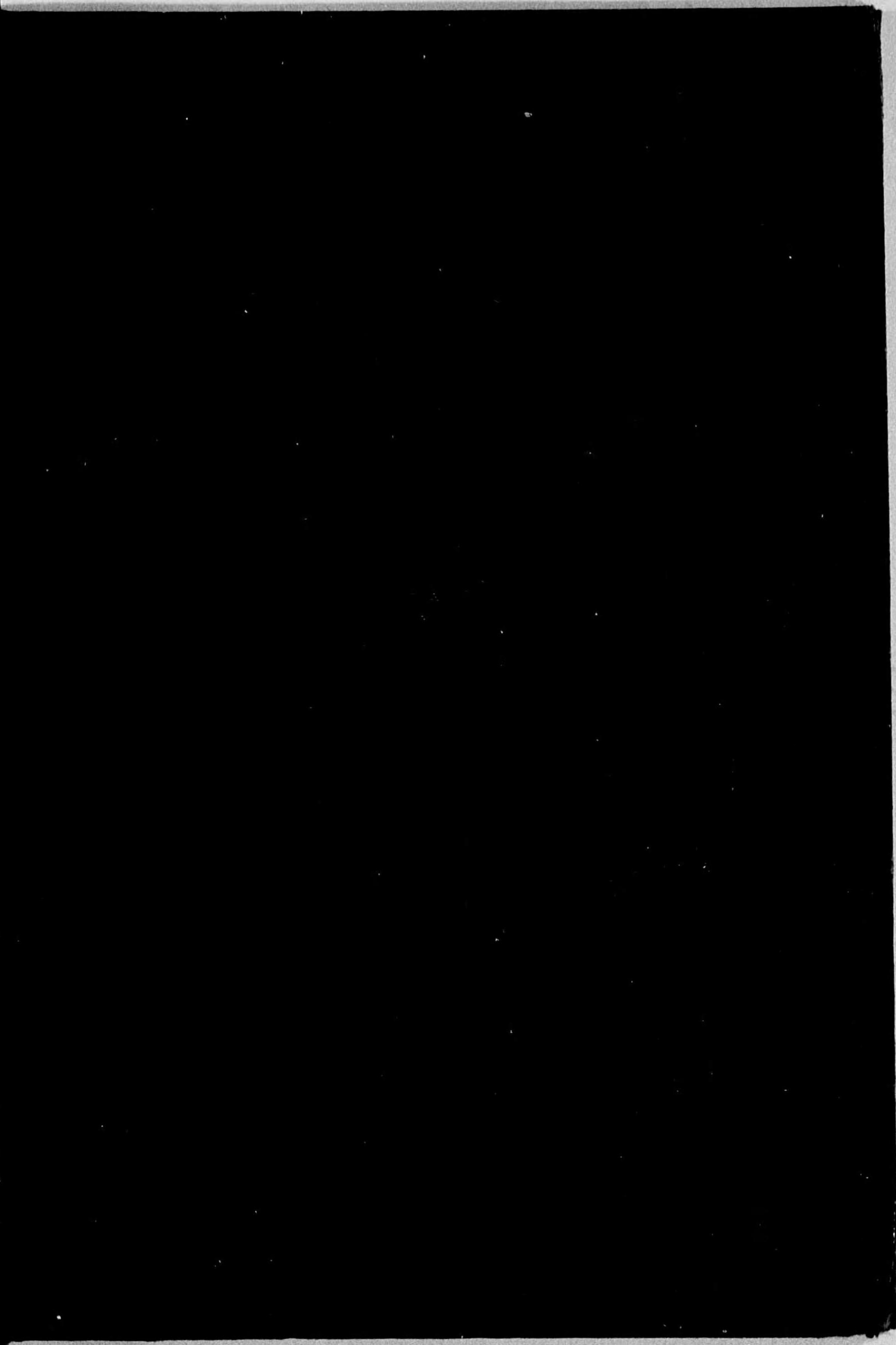
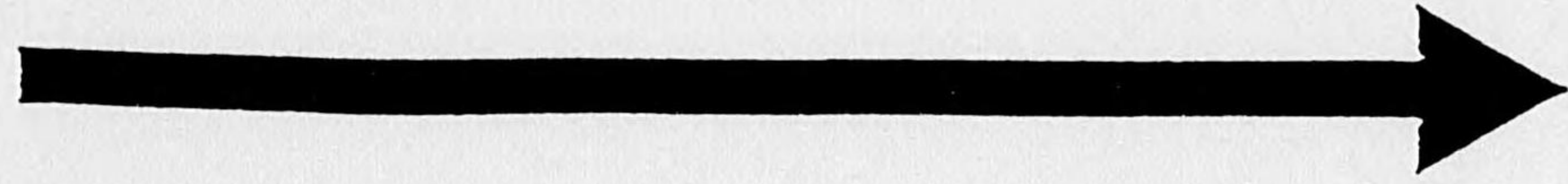


始

61 2 3 4 5 6 7 8 9 10 16^{mm} 1 2 3 4 5



494
Mz68

41209
之

實驗外科學

醫學博士 三輪 德寬 共著
醫學博士 吉川 春次郎

改訂第五版



東京・京都

南江堂發行

1-4/40

序

吉川君は一般醫師が他の學科に比して比較的外科的素養に乏しきを補はむが爲めに、自己十數年の經驗を基とし、之に加ふるに中外多數の典籍を涉獵し彼是參照して外科學の著に筆を染め、予の卑見を徴し、且つ校訂を求めらる。採て之を閲みするに、其編述在來の書と異なり、總論と各論を併せ論じ、手術式を敘し、局處解剖を説き、能く外科臨牀の要項を一巻に蒐めたり。多忙なる實地家の爲めに諸書繙讀の煩を省き甚だ便なるを覺ふ。而して所説亦大概ね予の意見と相一致せり、則ち共著の名の下に公刊することとはなれり。唯予の學識博からざると公務繁劇なるが爲めに完全を期し難きを遺憾とするのみ。一言以て序文に充つ。

大正八年一月一日

三 輪 德 寬 識

實驗外科學第一版序文の内より

私共が一般臨牀家の爲めに茲に此一書を公に致します微衷は、之れに依て多少なりとも外科實地上の参考資料たらしめんことを期する存念であります。であるから、私共は自分等のこれまでの經驗上、最も多く遭遇した疾病に重きを置き、這種のものに對しては成るべく詳細に叙説し、又屢、必要のある手術にして、何人にも手を下し得るもの、若しくは應急的に決行せねばならぬもの等に就ては、其術式やら注意やらを成るべく綿密に書き綴りました。そして此等記載の根據に就ては専ら諸先輩の實驗の結晶とも云ふ可き文獻を尊重するは勿論、兼て自分等が從來の實驗より得たる管見をも併せて編み込むことに致しました。

是迄存する外科書は其殆んど總てが總論と各論とを別別に論ぜられて居りますが、此書に於ては聊か思ふ所ありて其舊套を踏みませんでした。即ち「外科總論」「外科各論」「外科診斷學」「外科手術學」「外科手術後療法論」「外科的局處解剖學」と云つた様な在來の著書の中に載つてゐる要目に就て、實地上最も必要なりと認むるものを取捨折衷して之れを一巻に收めたので、其秩序を保たしむる爲めに損傷篇、疾病篇、診斷及治療篇、手術篇、解剖篇の五篇に分ちました。

本書は三輪先生の懇篤なる指導の下に主として私の執筆したもので、若し書中説く所に三輪先生の曾て公にされた著述の内容と相背馳する點がありますれば、其責任は全く私の負ふ所であります。私自己の臨牀經驗は縣立千葉病院外科部、ヘッセンのギーセン大學外科教室及び東京林病院に於てしたものであります。今私は此著を公にするに當り、茲に 醫學博士三輪徳寛、醫學博士筒井八百珠、プロフェッソールポッペルト及び醫學士林曄の諸恩師に對して滿腔の敬意と謝意を表します。

尙ほ本書の編述及び校正等に就て多大の幫助を與へられたる先輩長尾折三、僚友筒井秀誠の兩氏と、此くの如き費用多き出版を、錙銖の事を全く度外視して、一意遂行せられたる南江堂主小立鉦四郎氏に向て謝意を表します、茲に本書の發行に臨み述作の顛末を叙述し小序に充つることと致しました。

大正八年一月一日

東京 築地の寓居にて

吉川春次郎

實驗外科學第五版小序

實驗外科學第五版を發刊す。本版に於ては臨牀實際に關する新智識に就て前版に缺けたるは努めて之れを補ひ、これと同時に徒らに繁雜に流れ實際外科に於て多く其要を認めざるは之れを削除し、内容の全般に互りて加除せる所少なからず。かくして、多く遭遇する疾病、屢、其必要ある手術には特に重きを措く方針を執り、實地家の便益に供せんことに配慮し、初版述作當時の意志と目的とに違ふ所なきを期せり。

本書題名に冠せる「實驗」の文字、現今に於ては専ら歐字 Experiment の義に襲用せらる。此點に於て嚴格なる意義上より云へば、命名に其當を得ざるの感なきにあらざるも、從來此文字が一面に於て弘く實地經驗の意味に用ゐられたるは周知の事實にして、猶ほ人の記憶に新たなる所なり。本書が今暫らく舊名を呼稱するも強ち意義なきにはあらざるべし。著者の意の存する所はここにあり、敢て一言を附記する所以なり。

頃者醫學書に横組式を擇ぶもの漸く普遍的ならんとす。時流を趁ふにあらざるも、讀者の意向を察知し、本著も亦本版に於ては之れに従ふこととなせり。

本書改版に當りて、余の病院醫局員 石母田昇、吉川竹藏兩氏勵精勤勉幫助の勞を執られたり、記して謝意を表す。

昭和六年四月二十七日

東京 日本橋 吉川病院にて

吉川春次郎誌

實驗外科學目次(第五版)

第一篇 損傷篇

一 頭部損傷	1
一 頭蓋軟部損傷	1
頭蓋軟部創傷 1—頭蓋軟部打撲傷 3	
二 頭蓋骨損傷	4
頭蓋骨穹窿骨折 4—頭蓋骨基底骨折 4	
三 腦損傷	5
腦震盪症 5—腦壓迫症 6—腦挫傷 9	
四 顏面軟部損傷	9
五 顏面骨損傷	10
鼻部骨折 10—顴骨骨折 10—上顎骨骨折 10	
—下顎骨骨折 11—下顎骨脫臼 13	
二 頸部損傷	14
頸部創傷 14—舌骨骨折 16—喉頭骨折 16	
三 胸部損傷	18
一 銳器 = 因ル胸部創傷	18
胸壁穿通創 18	
二 鈍體 = 因ル損傷	20
肋骨骨折 20—肺臟損傷 21—胸廓震盪症及胸	
廓壓迫症 21	
四 脊柱損傷	22
脊椎打撲—骨折—脫臼 22	

五 腹部損傷 24

一 腹部創傷 24

 腹部穿通創 24

二 腹部皮下損傷 27

 腹部打撲傷 27

六 會陰部損傷 32

 會陰尿道皮下破裂 32—肛門及直腸損傷 32—

 陰莖損傷 33—陰囊及睪丸損傷 33

七 上肢損傷 34

一 肩胛部損傷 34

 肩胛打撲傷及肩胛關節捻挫 34—鎖骨骨折 34

 —鎖骨脫臼 37—肩胛骨骨折 38—肩胛關節上

 膊骨脫臼 38—上膊骨上端骨折 40

二 上膊損傷 43

 上膊軟部損傷 43—上膊骨幹部骨折 44

三 肘關節部損傷 45

 上膊骨下端骨折 45—肘關節脫臼 48—前膊骨

 上端骨折 50

四 前膊及腕關節部損傷 52

 前膊及腕關節部軟部損傷 52—前膊骨幹部骨

 折 53—前膊下端骨折 55—腕關節脫臼 57

五 手指損傷 57

八 下肢損傷 61

一 骨盤損傷 61

 骨盤骨折 61

二 股關節部損傷 62

 股關節脫臼 62—大腿骨上端骨折 65

三 大腿損傷 68

 大腿軟部損傷 68—大腿骨幹部骨折 69

四 膝關節部損傷 71

 膝關節捻挫及打撲傷 71—大腿骨下端骨折 72

 —膝蓋骨骨折 73—膝關節脫臼 75—下腿骨上

 端骨折 75

五 下腿損傷 76

 下腿軟部損傷 76—下腿骨幹部骨折 77

六 足關節部及足部損傷 78

 下腿骨下端骨折(踝骨折) 78—足關節捻挫 81

 —足關節脫臼 81—足部骨折 82

九 溫熱的損傷及腐蝕 85

 火傷 85—凍傷 87—電擊 88—腐蝕 90

一〇 損傷ニ因スル全身症 91

 腦貧血 91—「ショック」 92—虛脫 93—譫妄

 症 94

第二篇 疾病篇

一 創傷傳染病 95

 創傷化膿 95—醱膿菌性全身傳染 99—丹毒

 103—破傷風 105—狂犬病 107—放線狀菌病

 108—脾脫疽 111—鼠毒症 114

二 腫瘍 116

 纖維腫 116—神經纖維腫 117—癩痕蟹足腫

 117—脂肪腫 118—血管腫 119—淋巴管腫 120

一軟骨腫 122—骨腫 123
 肉腫 124—結締織性肉腫 124—軟骨肉腫 126
 一骨肉腫 127—淋巴肉腫 129—色素肉腫 130
 一粘液腫 131—內皮細胞腫 131
 皮膚樣囊腫 132—上皮囊腫 132—眞珠腫 133
 一乳嘴腫 133—腺腫 134
 癌腫 135

三 皮膚及皮下疾病 139

「フルンケル」 139—「カルブンケル」 142—皮
 下「フレグモーネ」 145 — 醜膿菌性皮下膿瘍
 148—皮下護膜腫 150 — 粉瘤 151—皮膚癬痕
 152—象皮病 154—皮膚癌腫 155—口唇癌腫
 157

四 淋巴管及淋巴腺疾病 159

急性淋巴管炎 159—急性淋巴腺炎 159—腺「ヘ
 スト」 160—淋巴腺結核 161—惡性淋巴腺腫
 166

五 動脈及靜脈疾病 168

動脈瘤 168—化膿性靜脈炎 171—靜脈瘤 171
 一特發脫疽 172

六 筋、腱及粘液囊疾病 179

急性化膿性筋炎 179—化膿性腸腰筋炎 180—
 化骨性筋炎 181—筋肉護膜腫 182
 急性腱鞘炎 182—啞軋性腱鞘炎 183—急性粘
 液囊炎 183—「ガングリオン」 184—粘液囊水
 腫 185—腱鞘及粘液囊結核 186—變縮 187

七 骨及關節疾病 189

急性骨膜炎骨髓炎及骨炎 189—骨結核 196—
 肋骨結核 199—結核性脊椎炎 200—骨盤骨結
 核 207—風棘病 208—骨護膜腫 209
 腐骨剝出術 195
 急性關節炎 210—慢性關節炎 216—關節結核
 220—股關節結核 222—膝關節結核 227—足
 關節結核 230—肩胛關節結核 231—肘關節結
 核 232—腕關節結核 233—關節強直 233—動
 搖關節 234
 尙僕病 235—骨軟化症 236

八 頭部疾病 238

腦「ヘルニア」 238—腦水腫 239—急性化膿性
 腦膜炎 239—腦膿瘍 241—腦腫瘤 243—癲癇
 244—三叉神經痛 245—顏面神經麻痺 246
 耳血腫 247—耳殼軟骨膜炎 248—外聽道「フ
 ルンケル」 248—急性中耳炎 249—慢性中耳
 炎 253
 急性化膿性副鼻腔炎 254—慢性化膿性副鼻腔
 炎 255
 顎骨骨膜炎及骨髓炎 257—顎骨腫瘍 259—齒
 囊腫 259—珙瑯腫 261—齒牙腫 261—齒齦腫
 262—顎骨癌腫 263
 上顎骨切除術 264
 下顎骨切除術 266
 水疝 267—口蓋護膜腫 268—化膿性深層舌炎
 269—舌結核 269—舌癌腫 270

舌切除術.....271
 ルードウヰク氏口峽炎 274 — 急性口峽炎 275
 一肥大性扁桃腺炎 277
 咽後膿瘍 279
 耳下腺炎 280 — 顎下腺炎 282 — 唾液瘻 283 —
 蝦蟇腫 284 — 耳下腺腫瘍 285 — ミクーリツ
 氏病 286

九 頸部疾病.....287

斜頸 287 — 先天性頸瘻 288 — 先天性頸囊腫
 289 — 腮弓性癌腫 290 — 頸部「フレグモーネ」
 291 — 頸動脈腺腫瘍 293 — 頸肋 293
 甲狀腺腫 293 — バセドウ氏病 298
 喉頭實扶の里 300 — 聲門水腫 303 — 喉頭結核
 304 — 喉頭護膜腫 306 — 喉頭腫瘍 306 — 喉頭
 癌腫 307 — 喉頭狹窄 308
 喉頭挿管法.....302
 食道狹窄 309 — 食道癌腫 311

一〇 胸部及脊柱疾病.....314

急性乳腺炎 314 — 慢性乳腺炎 318 — 乳腺癌腫
 320
 乳癌手術.....324
 膿胸 327 — 縱隔竇腫瘍 337
 膿胸穿刺法.....330
 膿胸 = 施ス胸腔切開術.....331
 脊椎破裂 340 — 脊柱側彎症 341

一一 腹部疾病.....343

臍瘻 343 — 卵黃管瘻 343 — 尿管瘻 344 — 臍炎

345
 急性腹膜炎 346 — 結核性腹膜炎 356 — 腹水
 359 — 横隔膜下膿瘍 361
 肝臓膿瘍 364 — 肝臓包蟲腫 365 — 膽石症 367
 腸管麻痺 371 — 腸管狹窄症 374 — 腸管閉塞症
 377 — 腸管壅積症 390 — 腸管捻轉症 394 — 廻
 盲部結核 399 — 蟲様突起炎 400 — ヒルシュス
ブルング氏病 421

蟲様突起切除術.....413

一二 「ヘルニア」.....423

鼠蹊「ヘルニア」 423 — 股輪「ヘルニア」 437 —
 箝頓「ヘルニア」 439 — 臍「ヘルニア」 451 — 腹
 壁「ヘルニア」 453

鼠蹊「ヘルニア」根治手術.....427

股輪「ヘルニア」根治手術.....438

「ヘルニア」整復術.....443

箝頓「ヘルニア」切開術.....445

一三 肛門及直腸疾病.....455

肛門周圍炎 455 — 痔瘻 457 — 肛門裂創 461 —
 痔核 462 — 脱肛及直腸脱 470 — 肛門及直腸狹
 窄 477 — 直腸癌腫 479

痔瘻ノ手術.....459

痔核ノ注射療法 — 結紮法 — 燒灼法 — 摘出法...465

脱肛及直腸脱ノ手術.....473

直腸癌腫ノ手術.....481

一四 泌尿生殖器疾病.....483

包莖 483 — 尿道狹窄 484 — 陰莖癌腫 487

陰莖切斷術 488

膀胱炎 489—膀胱結核 492—膀胱結石 493—
膀胱腫瘍 496

化膿性腎臟炎及腎盂炎 498—腎臟結核 501—
腎臟水腫 504—腎臟結石 507—腎臟腫瘍 511
—腎臟周圍炎 514—尿閉 515—尿浸潤 517

膀胱穿刺術 516

攝護腺炎 518—攝護腺肥大症 522—精囊炎 524
睾丸下降不全症 525—精系靜脈瘤 527—副辜
丸炎及睾丸炎 527—睾丸腫瘍 532—陰囊水腫
533

陰囊水腫穿刺術 537

陰囊水腫根治手術 537

一五 四肢疾病 539

瘰癧 539—爪刺筋頓症 544—彈撥指 545—マ
—デルング氏畸形 545

先天性股關節脫臼 546—內轉脛 547—オス
グット、シュラッテル氏病 548—先天性內翻足
549—扁平足 550—跟骨痛 552—坐骨神經痛
552

四肢運動麻痺 554

第三篇 診斷及治療篇

一 外科的診查ノ秩序 561

測尺法 563—膀胱鏡ノ診斷的應用 565—「レ
ントゲン」ノ診斷的應用 566

二 防腐法 567

三 軟部損傷ノ診斷及療法 577
軟部損傷ノ診斷 577—軟部損傷ノ療法 579—
皮下損傷ノ療法 584

四 四肢ニ於ケル骨折及脱臼ノ診斷 584
骨折ノ診斷 584—脱臼ノ診斷 589

五 四肢ニ於ケル骨折及脱臼ノ療法 592
骨折救急療法 592—皮下骨折療法 593—複雑
骨折療法 597—全身療法 598—假關節療法
599—脱臼療法 599

六 出血ノ處置 600
止血法 600—出血ニ對スル全身的處置 604—
血友病ニ對スル處置 605—衄血療法 606

七 食鹽水注入法 607
食鹽水皮下注入法 608—食鹽水靜脈内注入法
609—食鹽水直腸注入法 610

八 輸血法 611
血液ノ種類及受血者ノ適否 612—受血者ニ對
スル給血者血液ノ適否ヲ檢スル法 614—輸血
法ノ實施 615—輸血量及輸血ノ反復 618—輸
血ノ副作用 618—輸血ノ適應症及禁忌 618

九 創傷繃帶及排液法 619

一〇 副子繃帶 622

一一 義布斯繃帶 624

一二 下肢牽引繃帶 629

一三 異物 632

氣道異物 632—食道異物 634—胃内異物 636	
—鼻腔異物 637—耳内異物 637—組織内ニ竄入セル異物 638	
一四 外科的結核ノ診斷及療法	640
外科的結核診斷 641—外科的結核療法 643	
一五 黴毒ノ診斷	646
一六 潰瘍ノ診斷	649
口腔粘膜潰瘍診斷 651—陰部下疳診斷 652	
一七 腫瘍ノ診斷	654
一八 腹部腫瘤ノ診斷	660
腹部診査法一般 660—腹部腫瘤ノ鑑別 664	
一九 肛門及直腸診査法	674
二〇 尿道「カテーテル」使用法	678
二一 内臓疾患ト手術的療法	683
肺臓疾患ト外科的手術 683—胃疾患ト外科的手術 685—腸疾患ト外科的手術 690—肝臓疾患ト外科的手術 691—脾臓疾患ト外科的手術 694	

第四篇 手術篇

一 手術的療法	695
二 無痛法	697
一 局處麻痺法	697
「クロールエチール」麻痺法 697—粘膜面ノ麻	

痺法 697—浸潤麻痺法 698—傳達麻痺法 702	
—靜脈注入麻痺法 705—薦骨麻痺法 706	
二 腰髓麻痺法	707
三 全身麻醉法	710
全身麻醉法ノ適應及禁忌 711—全身麻醉藥ノ選擇 712—全身麻醉ノ經過 714—全身麻醉法ノ實施 716—麻醉中ノ偶發症及其處置 722—麻醉後處置及後發異變 727—麻醉死 728	
三 軟部手術	733
一 切開法	733
二 縫合法	735
皮膚縫合法 735—筋肉及筋膜縫合法 739—腱縫合法 739—神經縫合法 744—血管縫合法 746	
三 血管結紮法	747
四 皮膚成形術及補填法	750
五 チールシュ氏植皮法	755
四 骨及關節手術	758
一 骨縫合法・骨接合法及骨移植術	758
二 切斷術	760
三 關節離斷術	768
四 關節切除術	769
五 穿顱術	769
五 主要ナル畸形ノ手術	774
一 兔唇手術	774
二 口蓋破裂ノ手術	779

三 駢指趾及贅指趾ノ手術 781

四 肛門及直腸閉鎖ノ手術 782

五 尿道下裂ノ手術 784

六 氣管切開術 786

七 開腹術及胃腸手術 792

一 開腹術ノ一般 792

開腹術前ノ準備 793—開腹術ニ於ケル防腐法
794—開腹術ニ於ケル無痛法 797—腹壁切開
法 798—腹壁縫合法 802—後療法 804—開腹
術後ノ偶發症 807

二 胃腸手術ノ梗概 809

胃及腸縫合法 809—胃瘻造設術 810—胃切除
術 812—腸管穿刺法 813—胃腸吻合術 813—
腸管吻合術 817—腸管遮斷術 820—腹壁造肛
術 821—糞瘻造設術 822—腸管瘻ノ手術的療
法 823

八 二三泌尿生殖器手術 825

一 腎臟切開術及腎臟剔出術 825

二 恥骨上膀胱切開術 828

三 外尿道切開術 830

四 除辜術 834

第五篇 解剖篇

一 頸部解剖 837

一 前頸部 838

舌骨上部 838—臨牀 840—舌骨下部 840—臨
牀 842—上頸三角 844—臨牀 844

舌動脈結紮法 840

食道切開術 843

上頸三角部ニ於ケル總頸動脈ノ結紮法 845

二 側頸部 845

胸鎖乳頭筋部 846—鎖骨上部 846—臨牀 848

側頸部ニ於ケル總頸動脈ノ結紮法 849

三 項部 850

二 上肢解剖 851

一 肩胛部 851

前肩部 851—外肩部 852—後肩部 853—肩胛
關節 854—臨牀 855

小胸筋上緣ニ於テスル腋窩動脈結紮法 855

肩胛關節切除術 856

肩胛關節離斷術 857

二 腋窩 858

臨牀 861

腋窩動脈結紮 862

三 上膊 862

上膊前部 863—上膊後部 865—臨牀 866

上膊ニ於テスル上膊動脈結紮法 866

上膊ニ於テスル正中神經・尺骨神經・橈骨神經ノ
露出法 867

上膊骨腐骨剔出術 869

上膊切斷術 869

四 肘部 869

前肘部 870—後肘部 872—肘關節 873—臨牀 874

肘窩ニ於テスル上膊動脈結紮法 874

肘關節切開術 875

肘關節切除術 875

肘關節離斷術 876

五 前膊 877

前膊前側 877—前膊後側 880—臨牀 881

橈骨動脈及ヒ尺骨動脈結紮法 881

前膊ニ於テスル尺骨神經・正中神經・橈骨神經露出法 882

尺骨及ヒ橈骨腐骨剔出術 883

前膊切斷術 883

六 手部 884

手腕關節掌側及手掌 885—手腕關節背側及手背 889—下橈尺關節及手關節 890—指 891—臨牀 892

淺掌弓結紮法・手背ニ於ケル橈骨動脈ノ結紮法 892

手部ニ於ケル種種ナル關節離斷術 893

腕關節切除術 895

三 下肢解剖 897

一 臀部及股關節 897

臀部 897—臨牀 898—股關節 899—臨牀 901

股關節切除術 902

股關節離斷術 902

二 鼠蹊下三角部 902

臨牀 905

鼠蹊下部ニ於テスル股動脈結紮法 905

三 大腿 906

臨牀 910

大腿ニ於テスル股動脈結紮法 911

坐骨神經露出法 912

大腿骨腐骨剔出術 912

大腿切斷術 912

四 膝部 913

膝關節部 914—膝蓋部 916—膝關節 917—臨牀 918

膝關節動脈結紮法 918

膝關節部ニ於ケル脛骨神經及ヒ總腓骨神經露出法 918

膝關節穿刺法 919

膝關節切開術 919

膝關節離斷術 919

膝關節切除術 920

五 下腿 921

下腿前面及外側 922—下腿後面及内側 924—臨牀 925

前脛骨動脈及後脛骨動脈結紮 926

下腿ニ於ケル神經ノ露出法 926

脛骨及ヒ腓骨腐骨剔出術 927

下腿切斷術 927

六 足踝部及足部 929

足踝部 930—足背 933—足趾 934—足關節 936—臨牀 936

足背動脈結紮法・内踝ノ後方ニ於テスル後脛骨	
動脈結紮法	937
足部ニ於ケル種種ナル離斷術及切斷術	937
足關節切除術	941



實驗外科學

第一篇 損傷篇

第一 頭部損傷

一 頭蓋軟部損傷

一 頭蓋軟部創傷

頭蓋軟部ハ元來特殊ノ解剖的關係ヲ有ス、從テ此部ノ創傷ニ於テハ特ニ注意スベキ二三ノ要項アリ。即チ血管ニ富ムヲ以テ出血多ク、帽狀腱膜共ニ破傷セラレルトキハ創口ノ著シキ哆開ヲ來ス。鈍體ニヨル創傷モ頭部ニ於テハ往往銳利縁ヲ有シ一見切創ノ觀ヲ呈スルコトアリ。外力斜ニ加ヘラレルトキハ好ンデ瓣狀創ヲ作り、又遠ク皮下彎入ヲ呈スル剝離創ヲ形成スベシ。

頭髮ノ強キ牽引ニ因テ頭皮大部分ノ剝脫スルコトアリ、之レヲ頭皮剝脫創 Skalpierung ト謂フ。工場ニテ機械類ノタメニ毛髮ヲ卷カレ牽引セラレルニ因テ生ズルコト多シ。頭髮ノ關係上普通女子ニ見ル所トス。

毛髮ハ診査ヲ妨グルヲ以テ、頭部損傷ニ對シテハ特ニ精細ナル檢診ヲ必要トス。創傷ノ種類・大小・深淺・原因的關係及ビ骨並ニ頭蓋腔内損傷有無ノ診斷ニ苟クモ遺漏アルベカラズ。

療法 頭髮部ニ於テハ他ノ部分ニ於ケル創傷ノ療法ト較其趣ヲ異ニス、是レ此部ニ於テハ特ニ毛髮ノ處置ヲ要スベケレバナリ。頭部創傷ノ處置ハ次ノ順序ニテ之レヲ行フベシ。

一 先ツ創面ニ殺菌綿紗ヲ貼シテ之ヲ被覆シ、同時ニ多少ノ出血ハ之レニ依テ壓迫止血スベシ。此際逆射スル動脈出血ノ大ナルモノアルトキハコッヘル氏鉗子ヲ以テ止血シ、之レヲ其ママニ留メシム。

二 斯クノ如ク嚴ニ創面ヲ覆ヒツツ創圍ノ處置ヲ施スベシ。創傷近圍ノ毛髮ハ剃除スルヲ良トス、若シ創傷複雑ニシテ創縁ノ剃毛困難ナルトキハ之レヲ剪去ス。毛髮ノ剃除又ハ剪除ニ當リテハ注意シテ創内ニ毛片ノ竄入スルヲ防グベシ。但シ創圍毛髮ノ除去ハ汚穢物ヲ附着セル不規則ナル挫創ノ類ナルトキハ之レヲ必要トスルモ、單純ナル創口ヲ有スル肉眼的汚染ナキ切創、割創等ニアリテハ必ラズシモ之レヲ要セズ、殊ニ女子ニ於テハ部位ノ關係ニ顧慮シ、成ルベク之レガ保護ヲ圖ルヲ可トス。此場合ニ於テハ創口ヲ境シテ髮ヲ兩側ニ分ケ、創口ハ殺菌綿紗ヲ以テ被覆シツツ、廣ク創圍ノ頭皮及ビ毛髮ヲ酒精、「エーテル」等ニテ拭淨シ、後チ沃度丁幾ヲ塗布スベシ。

三 斯クノ如ク創圍ノ處置ヲ了ルノ後、改メテ創傷ヲ檢シ、適宜之レヲ處置ス。創ヲ檢スルニ當リ出血アルトキハ動脈鉗子ヲ用キテ個個之レヲ止血スベシ。サレド一般ニ頭皮ニ於ケル出血ハ皮膚ノ縫合ニ當リ、縫合絲ヲシテ共ニ血管ヲ括約セシムル法ヲ以テ能ク止血ノ目的ヲ達スルヲ常トスルガ故ニ、縫合法ヲ施スベキ創傷ニ於テハ血管ノ個個結紮ヲ要スルコトハ稀ナリ。唯創腔ノ事情縫合ヲ許サズ、開放的ニ處置スベキ場合ニ於テハ結紮ヲ必要トス。頭蓋軟部ニ於テ血管ヲ單獨ニ結紮スルコトハ往往甚ダ難事ニ屬ス、然ルトキハ縫合針ヲ用キテ纏縫法ヲ施スベキナリ。頭蓋軟部ニ於ケル主要動脈ハ顳頭動脈、後頭動脈、上眼窩動脈、前頭動脈及ビ後耳動脈等トス。

創面及ビ創腔ニシテ清潔ナルトキ、例ヘバ單純ナル切創、比較的規則正シキ挫創等ニシテ肉眼的ニ汚染ナキトキハ沃度丁幾塗布ヲ行ヒ、直チニ縫合閉鎖スベシ。此際同時ニ止血ヲ圖ルコト前述ノ如クス。縫合ハ創縁ノ接著ヲ度トシ、密ニ過グベカラズ。挫創ニシテ創縁ノ挫碎甚ダシキモノハ開放的ニ處置ス。但シ哆開著シキトキハ一二縫合ヲ施スモ可ナリ。瓣狀創ニ於テハ特ニ創腔ノ檢査ヲ精密ニスベシ。往往異物ヲ藏スルコトアレバナリ。瓣狀創ニシテ清潔ナルモノハ全部縫合ス。大ナル瓣狀創ニシテ瓣尖顛頂ノ中央ニ、基底頭周ニアリ、爲メニ分泌物滯溜ノ虞レアルトキハ基部ノ中央ニ小對孔ヲ作ルヲ利トス。創傷傳染ノ疑アルトキハ瓣ノ尖頂ニ一二ノ固定縫合ヲ施スニ止メテ

「タンボン」ヲ應用スベク、或ハ又二次的縫合ヲ施ス。頭皮剝脫創モ負傷後久シカラズシテ著シキ汚染ナキ限り整復シテ縫著スベシ。尙ホ第三篇中「軟部損傷ノ療法」ヲ參照スベシ。

一般ニ頭部創傷ハ第一期癒合ニヨル治癒ヲ營ミ易キモ、不幸ニシテ化膿スルトキハ病機頭蓋腔内ニ蔓延シテ危險ヲ誘發スル虞アルヲ以テ、猶豫ナク拔絲、創腔開放、切開等ヲ施シテ排膿ノ便ヲ圖ルベシ。

二 頭蓋軟部打撲傷

鈍體ニ因スル頭蓋損傷ニシテ頭皮ノ破開ヲ來サズ、保全セラレタル皮膚下ニ於テ血管ガ破傷セラレルトキハ組織内出血ニ因テ血瘤ヲ形成ス。血瘤ヲ別チテ皮下血瘤、帽狀腱膜下血瘤、骨膜下血瘤トス。皮下血瘤ハ隆起著明ニシテ皮膚ト共ニ之レヲ移動セシメ得ルモ他ノ二者ニアリテハ然ラズ。骨膜下血瘤ニアリテハ其腫脹一骨ノ領域ヲ出デザルノ特徴ヲ有ス。頭部血瘤ハ分娩時産道ノ壓迫ニヨリ初生兒ニ於テ之レヲ見ルコト稀ナラズ。

上述ノ頭皮剝脫創ト同一ノ原因ニヨリ、頭皮尙ホ脫離スルニ至ラズ、唯頭蓋軟部ノ一部或ハ大部分ガ深部ヨリ剝離セラレテ皮下血腫ヲ形成スルコトアリ。

血瘤ハ往往周邊ニ於テ硬固ニシテ中心部柔軟ナルガタメニ陷沒骨折ト誤認セラレルコトアリ、是レ周縁ノ血液ハ組織内ニ浸潤シ且ツ凝固スルニ當リ中央ニ於テハ長ク流動性ヲ保有スレバナリ。又血瘤ニシテ比較的大ナル血管ノ破綻ニヨルトキハ搏動ヲ呈シテ腦搏動ト誤認セラレルコトナキニアラズ。尙ホ又前頭部ノ皮下損傷ニ於テハ往往眼瞼ニ溢血ヲ生ジ、爲メニ頭蓋骨基底骨折ノ存在ヲ疑ハシムルコトアリ、共ニ注意スベシ。

療法 壓迫綿帶ヲ施スベシ、數日數週ニシテ自ラ吸收スルヲ常トス。長ク囊腫狀ヲ呈シテ吸收遷延スルトキハ防腐的ニ穿刺法ヲ施スベシ。化膿ノ徵候アルトキハ切開シテ内容ヲ排除シ開放性ニ處置ス。血瘤ノ吸收セル後神經ノ癒著ヲ貽シ長ク疼痛ヲ訴フルコトアリ、然ルトキハ其部ヲ切除ス。

二 頭蓋骨損傷

一 頭蓋骨穹窿部骨折

頭蓋骨穹窿部骨折 Konvexitätsfraktur ニハ龜裂骨折、碎片骨折、陥沒骨折、穿孔骨折等アリ。軟部創傷ヲ伴フモノニシテ直接ニ骨折部ヲ視ルトキハ診斷確實ナルモ、然ラザルモノニアリテハ往往甚ダ困難ナリ。疑ハシキトキハ「レントゲン」診斷法ヲ行フ。但シ臨床上ニハ骨自己破傷ノ有無ヨリハ寧ロ頭蓋腔内容損傷ノ存否ヲ知ルヲ必要トス。後節「腦損傷」ヲ參照ス。

療法 安靜ヲ命ズ。骨折自己ニ對シテハ成ルベク待期的ナルベシ。陥沒骨折、碎片骨折等ノ確診セラレルトキモ尙ホ且ツ然リトス。骨片ノ腦髓内ニ竄入セルトキ、其容易ニ除キ得ベキモノハ宜シク抽出スベキモ、腦組織内ニ之レヲ探ルハ其害却テ多ク、寧ロ異物トシテ遺留セシムルニ如カズ。大ナル陥沒骨折アリテ腦髓ノ壓迫症狀ヲ呈スルトキハ之レガ整復ヲ圖ルベシ。此際骨一部ノ鑿除ヲ要スルコトアリ。骨折部裂隙ヨリ腦或ハ腦膜ノ脫出アルモノハ「タンボン」綿紗ヲ插ミテ之レヲ壓抵スベシ。其破碎著シク全ク遊離セル部分アルトキハ之レヲ除去ス。

軟部ノ開放性創傷ヲ有スルモノニ於テハ最モ嚴ニ防腐的處置ヲ施スベキコト論ヲ俟タズ。此種類ノモノニ於テハ腦膜炎繼發ノ危險アリ、豫後ノ推定上常ニ此顧慮ヲ要ス。又創傷化膿スルトキハ骨一部ノ壞疽ヲ來スコト稀ナラズ。此場合ニ於テハ分界線成立シ、腐骨片ノ自ラ遊離スルヲ待ツヲ安全トス。腐骨ハ外板ニ止マルコトアルモ亦全層ニ及ブコトアリ。

二 頭蓋骨基底部骨折

頭蓋骨基底部骨折 Basisfraktur ハ最モ多ク穹窿部ニ加ハリタル外力ノ介達作用ニ因テ生ジ、又脊柱ノ壓迫ニ因テ起ルコトアリ。

症候 1. 皮下、粘膜下及ビ結膜下溢血、鼻出血、耳出血。 2. 鼻腔、耳腔、口腔等ヨリ腦脊髄液ノ流出若シクハ腦自己ノ脫出。 3. 頭蓋底ノ孔口ヲ通ズル諸神經ノ損傷ニヨル機能障礙、及ビ岩様部骨折ニ於ケル聽器障礙等ヲ要徴トス。但シ1ニ屬スルモノハ損傷軟部ニ止レルモ亦發現スルヲ

以テ注意ヲ要ス。頭蓋底骨折ノ豫後ハ主トシテ腦損傷合併ノ如何ニ因テ決ス。

療法 安靜平臥ヲ命ジ、頭部ニ氷嚢ヲ置キ、便通ヲ整へ、專ラ待期的ニ處置スベシ。耳出血ニ對シテハ單ニ殺菌材料ヲ以テ清拭スルニ止メ、廣ク耳部ニ防腐的繃帶ヲ施ス。栓塞スルハ不可ナリ、洗滌ハ有害ナリ。

三 腦損傷

一 腦震盪症

腦震盪症 Commotio cerebri ハ頭部ニ加ハリタル直接及ビ間接ノ外力ニ因テ起ル、就中扁平面ヲ以テスル打撃ニ因スル場合多シ。外力ハ必ラズシモ強劇ナルヲ要セズ、往往輕度ニシテ既ニ之レヲ來ス。例ヘバ頭部ト頭部ノ衝突、顔面ノ掌打等之レガ原因ヲナスコトアリ。間接作用トシテハ跳躍時ノ足趾衝突ノ如キ場合ナリトス。

症候 神識朦朧トナリ、或ハ全ク人事不省ニ陥リ、嗜眠若シクハ昏睡状態ヲ呈ス。顔面蒼白、肢端厥冷、筋肉弛緩シ、知覺及ビ反射機ノ鈍麻ヲ來シ、瞳孔ハ縮小又ハ散大シテ反應遲鈍トナリ或ハ亡失ス。脈搏ハ細小ニシテ通例遲徐、呼吸ハ淺表トナリ、往往嘔吐ヲ催シ、又尿閉或ハ尿尿失禁ヲ來スコトアリ。 輕症 ニアリテハ眩暈、耳鳴、眼火閃發等ノ下ニ俄然脫力状態ニ陥リ一時失神スルモ暫時ニシテ覺醒恢復ス。 重症 ニアリテハ數時間乃至數日間人事不省ニ止ルコトアリ後チ漸次醒覺ス、恢復前往往興奮狀症狀ヲ呈ス。 最重症 ニアリテハ睡眠状態ヨリ死ニ移行ス。但シ初メ比較的輕易ノ症候ヲ呈スルモノト雖、俄然諸徵増惡シテ不良ノ轉歸ヲトルコトアリ。總テ昏睡ノ長時ニ互ルモノ及ビ脈搏微弱ニシテ疾數ナルトキハ豫後疑ハシ。24 時間ニシテ尙ホ覺メザルトキハ腦壓迫、腦挫傷等ノ合併ニ顧慮ヲ要ス。

本症ノ經過後長ク頭重若シクハ頭痛、記憶障礙、逆上、「ヒステリー」、神經衰弱症、癲狂、癡呆等ヲ貽スコトアリ、又時トシテ糖尿病ヲ繼發ス。

療法 安靜平臥ヲ命ジ頭部ヲ低下ス。身體ヲ溫保シ、強心劑ヲ應用ス。

又四肢ノ摩擦、腓腸部ノ芥子泥貼用、掌面蹠面ニ感傳電氣ノ應用等ヲ試ム。重症者ニハ人工呼吸法、自家移血法、食鹽水注入法等ヲ必要トス。既ニ醒覺シテ顔面ノ充血ヲ認ムルニ至レバ上半身ヲ高舉シ、頭部ニ氷嚢ヲ貼シ、浣腸法ヲ行フ。甚ダシキ興奮状態ニ對シテハ鎮靜劑ノ注射ヲ要ス。長ク人事不省ノ状態ニアルトキハ「カテーテル」ヲ以テ胃中ニ食餌ヲ送入シ又ハ滋養浣腸ヲ行フ。

腦震盪症狀ヲ呈スルモノニ手術ヲ施スニ當リ麻醉ノ必要ニ迫ラルルトキハ局處麻痺法、腰髓麻醉、或ハ「エーテル」全身麻醉ヲ選ミ、「クロロフォルム」ノ使用ハ之レヲ忌ム。

腦震盪症治後ノ神識遲鈍、筋肉ノ疲勞衰弱等ニ對シテハ自働的及ビ他働的練習即チ問答、算數、讀書、歩行及ビ其他ノ働作ノ練習ヲ必要トス。

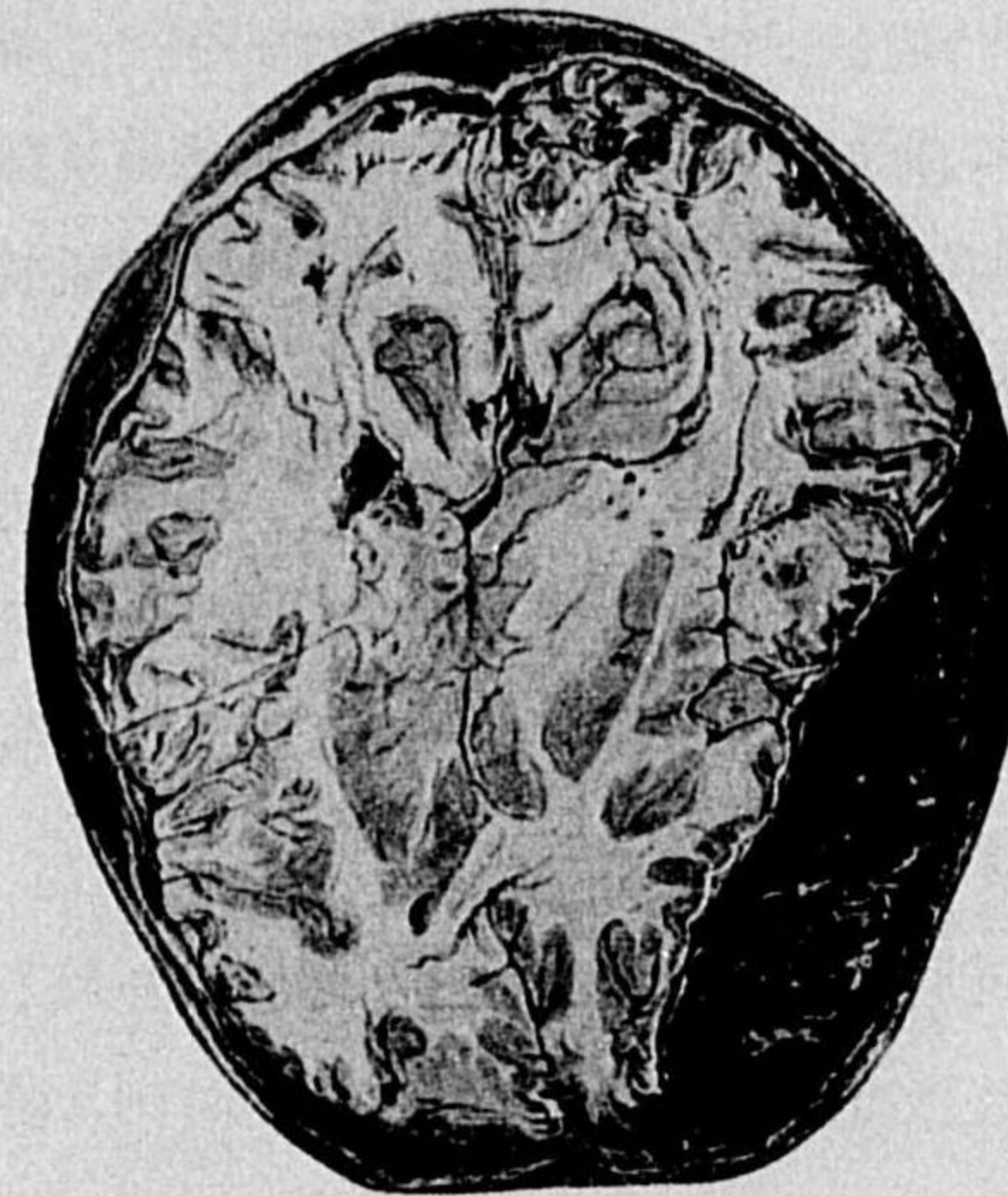
二 腦壓迫症

外傷ニ因スル腦壓迫 *Compressio cerebri* ハ頭蓋腔内出血ニ因テ來ルヲ常トス。即チ硬腦膜動脈、靜脈竇及ビ軟腦膜血管等ノ損傷ヨリ生ズル血腫ノ壓迫トス。就中臨牀上重要ナルハ中硬腦膜動脈ノ出血ナリ。陥沒骨片自己ガ腦壓迫ノ原因ヲナスコトアルモ、單ニ骨片ノ壓迫ノミニヨルト認メラルル場合ハ稀ナリ。

中硬腦膜動脈ノ損傷ニ際シテ、頭蓋骨ノ開放性骨折ヲ伴フトキハ、血液ハ骨ノ裂隙及ビ軟部ノ創裂ヲ經テ外部ニ流出スルモ、血液ノ排出ニ其路ナキトキハ頭蓋腔内ニ之レガ滯溜ヲ來シ、茲ニ頭蓋腔内血腫ヲ生ズ。而シテ此際硬腦膜破レザルトキハ、血液ハ頭蓋骨下ニ於テ、硬腦膜外ニ滯溜シ、所謂硬腦膜外血腫 *Extradurales Haematom* ヲ形成ス。(第1圖)硬腦膜ノ破開ヲ伴フトキハ血液ハ亦硬腦膜下ニ入り硬腦膜下血腫 *Subdurales Haematom* ヲ生ズベシ。

硬腦膜ハ頭蓋骨ノ内面ニ對シテ可ナリ堅固ニ附着セルヲ以テ、出血ニヨル之レガ剝離ハ緩慢ニシテ、血腫ノ増大ハ徐徐ナルヲ常トス。クレーンライ *Krönlein* 氏ハ硬腦膜外出血ノ血腫形成ヲ瀾蔓性及ビ限局性ノ二種ニ

第 1 圖
硬腦膜外血腫
(Chir. Klinik, Leipzig)



分チ、後者ヲ更ニ前、中、後ノ三種ニ區別セリ。就中中部ニ生ズル場合最モ多ク稀ニ後部ニ來リ、最モ稀ニ前部ニ於テス。

頭蓋腔内出血ニヨル腦ノ壓迫ハ血腫一定ノ大ニ達スルニ及ビテ初メテ症狀ヲ現ハスモノナリ。此問題ニ就テ、チルマン *Tilmann* 氏ノ試験ノ結果ニヨレバ頭蓋腔容積ノ5.3%マデノ減少ニ對シテハ何等ノ症狀ヲ呈スルコトナク之レニ堪エ得ルモノナリト云フ。

症候 解剖的關係上、血腫増大ノ速度徐徐ナルコト及ビ血腫一

定ノ大サニ達スルマデ頭蓋腔内容ハ能ク其壓迫ニ堪エ得ルコトノ二點ニヨリ、硬腦膜外血腫ニヨル腦壓迫症狀ノ出現ガ損傷後若干時ヲ經テ初メテ發起スルノ事實ハ之レヲ想像スルニ難カラズ。負傷時ヨリ腦壓迫症狀ノ發現マデノ期間ヲ無障間歇期ト謂フ。此期間ハ甚ダ短少ナルコトアリテ殆ンド之レヲ認知シ難ク或ハ腦震盪ノ合併ニヨリテ蔽ハルルコトアルモ亦負傷時及ビ負傷後ニ於テモ何等顯著ナル症徵ナク明瞭ナル無障間歇期トシテ經過スルコトアリ。間歇期ノ長短ハ血腫増大ノ速度ニ關シテ甚ダ區區ナリ、短カクシテ十數分ニ過ギザルコトアリ、長クシテ數日或ハ週餘ニ互ルコトアリ。

血腫ニ因テ生ズル腦壓迫症狀ハ之レヲ一般症狀ト局處症狀トニ別ツコトヲ得ベシ。

一 一般的壓迫症狀。頭痛ヲ訴ヘ、嘔吐ヲ催シ、精神興奮シテ屢譫語ヲ放ツ、顔面ハ通例潮紅シ、眼球ハ光輝ヲ放チ、瞳孔ハ初期ニ於テ

ハ縮小シ尙ホ光線ニ對スル反應アリ。一側瞳孔散大シテ光線ニ對スル反應ヲ失ヘルトキハ同側ニ於テ高度ノ障礙アルヲ知ルベシ。鬱血乳頭ハ來スコトアルモ必發ナラズ。脈搏ハ初メ一時疾數トナルモ、後チ緩徐トナル(刺戟期)。壓迫愈加ハルトキハ漸次昏睡ニ陥リ、瞳孔散大シ、脈搏ハ疾數不整トナリ、呼吸ハ鼾聲ヲ伴ヒ不規則ニシテ遂ニシャインストック呼吸状態ヲ呈スルニ至ル。排尿便通ナク或ハ失禁ス。

二 局處的壓迫症狀。 血腫ノ位置ニヨリテ異ナレリ、而シテ初期ニ於テハ刺戟現象トシテ痙攣、強直、反射機亢進等ヲ來シ、末期ニ於テハ麻痺ニ陥ルヲ規トス。即チ壓迫部位ノ異ナルニ從テ單發性又ハ半身性痙攣、單癱又ハ偏癱、失語症、偏盲症等ヲ來ス。

診斷 腦震盪・腦挫創ト鑑別スベシ。出血ニヨル腦壓迫ニ於テハ負傷直後徵候ヲ呈セズ、一定時ノ後諸證徵ヲ發現シテ漸次増進スルヲ特異トス。腦震盪ニ於テハ諸徵負傷時直チニ現ハレ後チ漸次減退ス。腦挫傷ニアリテハ徵候初メヨリ存シ後チ急劇ノ變化ナシ。但シ此等ノ諸症ハ好シク合併スルヲ以テ診斷上注意ヲ要ス。初メ人事不省ノ状態ニアリシモノニシテ一旦醒覺シ後チ再ビ腦症狀ノ増悪ヲ來スガ如キハ之レヲ腦震盪ト頭蓋腔内出血ノ合併セルモノト認メ得ベシ。

硬腦膜外血腫ト硬腦膜下血腫ノ區別ハ、前者ニ於テハ後者ニ比シテ無障間歇期長ク且ツ一般の壓迫症狀ノ出現早キコト、後者ニアリテハ局處的刺戟症狀ノ出現早ク且ツ著明ニシテ腦ノ挫傷ヲ兼スルコト多キ故ニ前者ニ比シテ體溫昇騰ヲ來ス場合多キコト等ヲ以テ鑑別スベシ。頭蓋底ニ形成セラレル血腫ハ概ネ硬腦膜下血腫ニ屬ス。頭蓋底部ニ於テハ硬腦膜ノ骨ニ附着スルコト甚ダ緊密ナルヲ以テ硬腦膜外血腫ヲ生ズルコト稀ナリ。

負傷時ノ狀況ヲ詳ニスルコト能ハザルトキハ血腫ニ因スル腦壓迫症ヲ腦溢血、腦動脈栓塞、酒精中毒等ト誤診スルコトナキニアラズ。

豫後 頭蓋腔血腫ニヨル腦壓迫症ノ豫後ハ概ネ不良ナリ。硬腦膜外血腫ニシテ時期ヲ失セズ適當ナル治療法(手術!)加ヘラルトキハ治癒ノ望

アリ。

療法 中硬腦膜動脈ノ出血ニ因ル腦壓迫症ト診定セラレバ躊躇スルコトナク手術的療法ヲ行フベシ。即チ該動脈ノ經路ニ於テ、大ナル骨瓣作製ヲ以テスル骨補形の穿顱術ヲ施ス。

穿顱術ノ適應症。頭蓋ニ於テ中硬腦膜動脈ノ經路タル部分又ハ其附近ニ外力ノ加ハレル場合、殊ニ其部ニ骨折ヲ認メ、反對側上下肢及ビ顔面ノ麻痺又ハ痙攣ヲ呈スルトキハ、(左側損傷ニ於テ尙ホ失語症ヲ呈ス)該動脈ノ損傷ニヨル血腫ノ存在ヲ診定シ得ベク、此際他ニ複雑ナル腦竈症狀ノ結合ナキ場合ハ直ニ穿顱術ヲ施シテ中硬腦膜動脈ノ結紮ヲ企ツベシ。手術篇中、「穿顱術」ノ條下ヲ參照ス。

三 腦挫傷

腦挫傷 Contusio cerebri ハ頭蓋骨折ニ際シ、骨折端或ハ骨折破片ガ腦髓内ニ竄入スルニ因テ生ズル場合多ク、又頭蓋ニ損傷ナクシテ、却テ其内容タル腦髓ノミノ破傷ヲ來スコトアリ。頭蓋骨折ナクシテ腦挫傷ヲ生ズルハ、外力ノ作用セルトキ頭蓋ノ變形ヲ起シテ内容ヲ壓迫スルニヨルモノト認ムベキモノナリ。故ニ此場合ニハ外力ノ直接作用セザル部分ニ於テ腦ノ挫傷ヲ生ジ得ベシ。例ヘバ頭蓋穹窿部ノ打撲ニヨリ腦髓基底面ノ損傷ヲ被ルコトアルガ如シ。

腦挫傷ヲ被ルトキハ直チニ其部ニ適スル腦髓局處症狀ヲ呈ス、然レドモ多クノ場合ニ於テハ腦震盪症ヲ合併スルヲ以テ、負傷當時ニ於テ腦挫傷ノ否存及ビ其部位ヲ診定センコト不可能ナルコト多シ。宜シク注意シテ後ノ經過ヲ觀察スベシ。

腦挫傷ノ豫後ハ挫傷ノ部位、範圍及ビ其程度ニ關ス。治後、麻痺・痙攣・筋肉萎縮等ヲ貽シ、又長ク精神障礙ヲ留ムルコトアリ、

療法 對症的處置ノ下ニ待期的ナルベシ。其部位確實ニ診定セラレ、手術的ニ其處ニ到達シ得ベキトキハ時宜ニヨリ穿顱術ヲ施ス。例ヘバ没入セル骨ノ斷片、刺入セル骨折端等ヲ除去スルガ如シ、

四 顔面軟部損傷

顔面創傷 顔面ノ創傷ハ出血多シ。ステノン氏管ノ損傷、顔面神經損

傷等ニ注意ス。

療法 顔面ニ於ケル創傷ノ治療ハ特ニ美容的ノ意ヲ失ハザル様注意スルヲ要ス。即チ縫合ニハ針糸共ニ成ルベク細小ナルモノヲ用キ創縁ヲシテ正シク相接合セシム。口唇創傷ニアリテハ縫合ニ當リテ赤唇縁ヲ一直線上ニアラシムベシ、而シテ皮膚ヨリ粘膜面ニ及ビテ全ク哆開セルトキハ、皮膚ヨリ深く針ヲ刺入シテ殆ソド其全層ニ及バシメ粘膜ニハ刺出セズ。切除セラレタル耳翼ノ一部鼻尖等ハ負傷直後ニシテ切除片不潔ナラザルトキハ整復縫合ヲ試ムベシ。ステノン氏管損傷ニ就テハ第二篇中「唾液瘻」ノ條下ヲ参照スベシ。

五 顔面骨損傷

一 鼻部骨折

鼻部骨折ニハ鼻中隔、鼻骨、上顎骨鼻突起、篩骨、鋤骨等ノ骨折アリ。異常ノ陥没若シクハ隆起、壓痛、皮下溢血、衄血、稀ニ皮下氣腫等ヲ呈ス。頭蓋底骨折、腦損傷ノ有無ニ注意ヲ要ス。

療法 鼻背陥没セルトキハ鼻腔内ニ骨膜起子、麥粒鉗子等ヲ送入シテ内部ヨリ之レガ整復ヲ試ム。鼻出血アルトキハ鼻背ニ氷罌法ヲ置キ、必要ニ應ジテ前鼻孔或ハ後鼻孔ヨリ「タンボン」送入ヲ施スベシ。第三篇中「出血ノ處置」及ビ「衄血」ノ條下ヲ参照ス。

二 顴骨骨折

顴骨骨折ハ上顎竇外壁、眼窩下壁等ノ損傷、頭蓋底骨折等ト合併スルヲ常トス。故ニ異常ノ陥没或ハ隆起、皮下溢血、壓痛、咀嚼困難等ノ外、合併セル骨折ノ種類ニ從テ、衄血、眼臉溢血、下眼窩神經麻痺、眼球突出症、腦症狀等ヲ起スコトアリ。變形著シキトキハ軟部ヲ切開シ、適宜ノ器械ヲ用キテ之ガ整復ヲ試ムベシ。

三 上顎骨骨折

鼻突起骨折ハ鼻部骨折ニ伴ヒ、顴骨突起及ビ體ノ骨折ハ顴骨骨折ニ伴フコト多シ。兩上顎骨接合線ノ離開ヲ來スコトアルモ稀ナリ。上顎骨骨折中

最モ必要ナルヲ 齒槽突起骨折トス。齒牙轉位シテ移動性ヲ呈シ又骨折端ノ轉位及ビ骨端摩擦音ヲ認ム、粘膜ノ裂創ヲ伴フヲ常トシ又粘膜下溢血ヲ生ズ。上顎骨體骨折ニ於テハ變形、骨裂隙形成、骨折片移動、皮下溢血、口腔粘膜下溢血、鼻出血、ハイモル氏竇損傷ニヨル皮下氣腫等ヲ呈ス。

療法 口腔・鼻腔及ビ外部ヨリ適當ナル器械ヲ用キテ壓迫シ變形ヲ整復ス。齒槽突起骨折ニ於テハ偲答百兒加副子ヲ應用シ、又一二齒槽ノ損傷ニ止ルトキハ動搖スル當該齒ヲ金屬線ヲ以テ隣位ノ健康齒牙ニ固定スベシ。斷片骨折アルトキモ成ルベク保存的ニ處置センコトヲ望ム。後療法トシテハ清拭、含嗽等ニヨリテ口腔ノ清淨ヲ圖リ、流動食ヲ攝ラシメテ咀嚼運動ヲ禁ズルニアリ。

四 下顎骨骨折

下顎骨骨折ハ衝突、打撲、轢傷等ノ直達作用ニ因テ起リ、又介達力ニヨルコトアリ。例ヘバ頤部ノ打撲ニヨリテ關節突起ノ損傷ヲ來スガ如シ。

症候 齒槽突起骨折ハ上顎骨骨折ニ於ケルト同ジ。關節突起骨折ニアリテハ特異ノ轉位ヲ呈ス、即チ全下顎骨ハ患側ニ偏ス、一側下顎脱臼ニ於テハ之レニ反シテ頤部健側ニ偏スルノ差アリ。下顎上行枝骨折ニ於テハ脱臼ヲ伴フトキノ外通例轉位セズ。下顎體骨折ハ最モ屢犬齒ノ部分ニ來リ、骨折線ハ鉛直或ハ斜ナリトス。骨端轉位ハ直達外力ニ因レルモノニアリテハ其外力ガ専ラ作用セル部分ノ骨端ガ口腔内ニ轉ズルヲ普通トスルモ、介達作用ニ

第 2 圖

下顎骨體骨折ニ於ケル齒列失常



ヨル骨折ニ於テハ定型の轉位ヲナス。即チ偏側骨折ナルトキハ短骨片ハ咬筋ノ牽引ニヨリテ上方ニ長骨片ハ舌骨諸筋ノ牽引ニヨリテ下方ニ且ツ稍、後方ニ轉ジ、兩側骨折ニシテ中骨片ノ形成セラレルトキハ中央部ハ後方ニ轉位ス。臼齒部ニ於ケル體骨折ニアリテハ轉位著シカラズ。

下顎骨折ハ骨折痛及ビ種種ナル機能障礙即チ口腔ノ開閉困難、咀嚼不能、嚥下困難、言語障礙等ヲ呈シ、兩側骨折ニアリテ中骨折片甚ダシク後轉スルトキハ呼吸困難ノ原因ヲナス。又著明ナル異常運動、骨折端摩擦音ヲ認ムルコトアリ。其他下顎管中ノ血管神經損傷、周圍軟部ノ腫脹、溢血、裂傷等ヲ來ス。

診 斷 齒列ノ異狀、變形ノ觸知、其他前記ノ諸徵候ニヨリテ通例診斷ニ困難ナシ。疑ハシキトキ

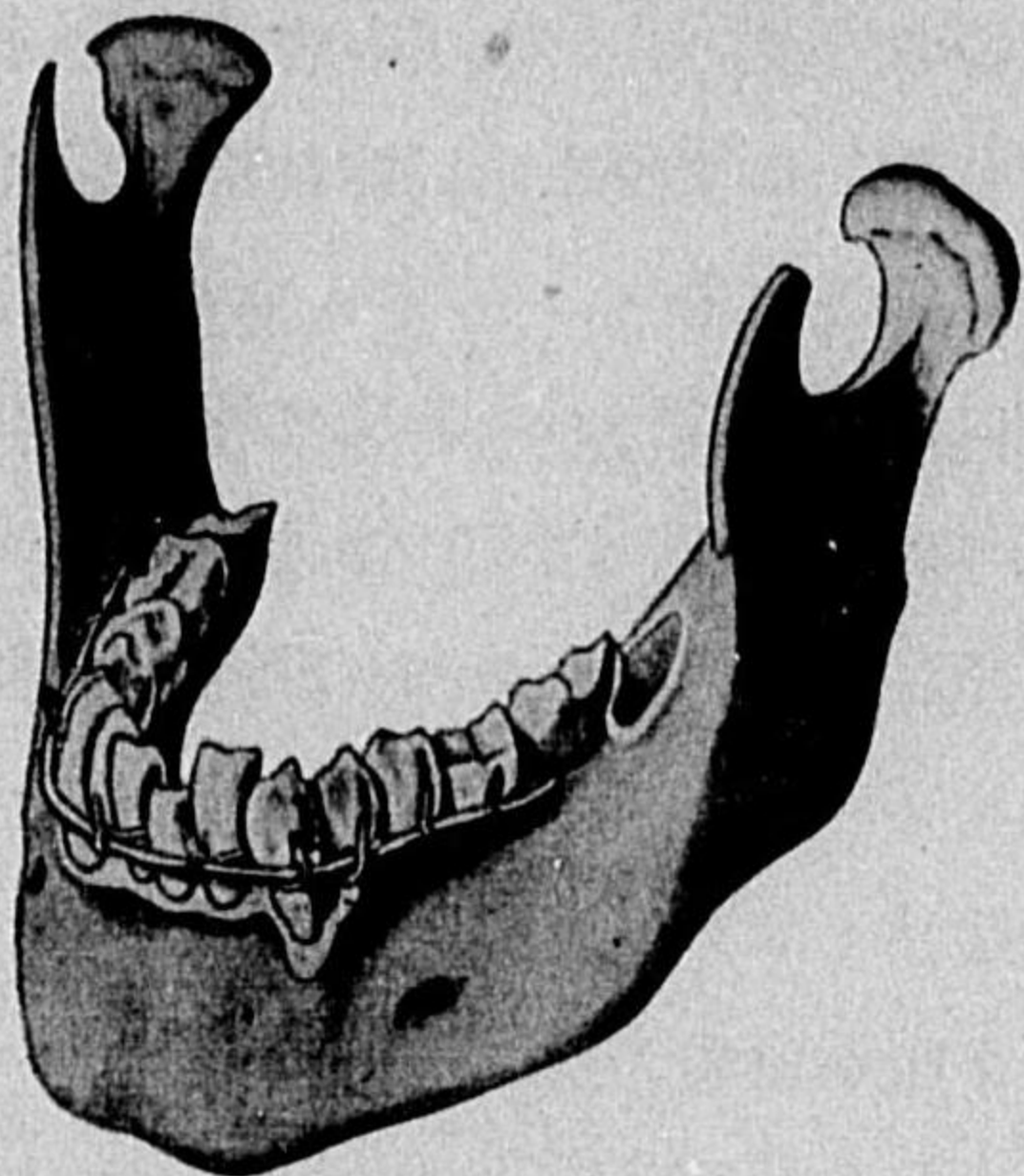
ハ「レントゲン」診斷ヲ施ス。第2圖ハ骨折部ニ於ケル齒列ノ失常ヲ示ス。

豫 後 良。但シ化膿スルトキハ頸部ノ蔓延性蜂窠織炎ヲ起シ、膿毒症、嚥下肺炎等ヲ繼發スルノ危険ナキニアラズ。

治後多少ノ骨折端轉位ヲ貽シ、齒列一部ノ不整ヲ留ムルコトアリ、殊ニ複雑骨折ノ後ニ多シ。假關節ヲ形成スルコトハ甚ダ稀ナリ。

療 法 體骨折ニ於ケル骨折端ノ固定ハ、單純骨折ニシテ著シキ轉位ナキモノニアリテハ單ニ提顎帶ヲ施シテ下顎ヲ上顎ニ壓著固定スルコトニテ足ルベキモ、著シキ轉位アルモノニ於テハ、先ヅ之レヲ整復シテ特別ナル固定法ヲ行フベシ。整復ハ兩骨折端ノ反對壓迫ニヨリ通例容易ナルモ固定法ハ甚ダ困難ナルコトアリ。1. 上轉セル短骨折片ノ齒列ト上顎齒列ノ間ニ木栓ヲ插ミ置キ、提顎帶ニテ下轉セル長骨折片ヲ壓上ス。2. 金屬線ニテ兩骨折端ノ齒ヲ連結セシム。但シ此法ハ齒槽突起骨折ノ或場合ニ應用セララルモ體部骨折ニ對シテハ其効確實ナラズ、反テ齒ヲ害スルノ不利アリ。3. 齒列外面ノ齦緣ニ齒列ニ沿ヒ一條ノ太キ金屬線ヲ壓著セシメ、之レニ兩骨折ノ個個ノ齒牙ヲ細キ金屬線ヲ以テ固定

第 3 圖
金屬線ヲ以テスル下顎骨折固定



ス。(第3圖) 4. 「グッタベルカ」副子ヲ裝用ス。5. 以上ノ諸法十分目的ヲ達セザルトキハ骨縫合法ヲ施ス、即チ金屬線ヲ以テ上下二箇處ニ縫合ヲ行フ。關節突起骨折及ビ下顎枝骨折ニハ提顎帶ヲ應用スベシ、轉位アルトキハ豫メ整復ス。齒槽突起骨折ニ就テハ上顎骨骨折ノ條下ニ記セリ。

軟部創傷ノ防腐の處置、口腔ノ清潔殊ニ含嗽若シクハ洗滌ヲ怠ルベカラズ。榮養ハ初期ニ於テハ流動食ヲ命ズ。即チ齒間隙ヨリ護謨管ニテ流入セシムルカ、或ハ鼻孔ヲ經テ輸送スベシ、已ニ咀嚼運動ヲ營ミ得ルニ至レバ柔軟ナル固形食ヲ許スベシ。

五 下顎骨脱臼

下顎骨脱臼ハ過度ノ開口運動、即チ強キ欠伸、號泣、大食魂ノ口腔内送入、外科的手技等之レガ原因ヲナス。稀ニ下顎骨ヲ下方ニ壓迫スル打擊ニ因スルコトアリ。通例兩側脱臼ヲ起ス。又習慣性ニ脱臼スルコト稀ナラズ。

症 候 口腔ヲ閉鎖スルコト能ハズ、下顎齒列ハ上顎齒列ヨリ前方ニアリ。外聽道ノ前方顎關節部ニ於ケル異常ノ陷凹及ビ頰骨弓下ノ異常ノ突隆ヲ認メ、頰面ハ延長シテ扁平トナル。一側脱臼ニアリテハ下顎骨ハ健側ニ向テ傾ク。唾液漏溢、談話困難、咀嚼不能ヲ呈ス。

療 法 整復法ヲ施スベシ。

下顎脱臼整復法。 兩側拇指ヲ口腔ニ送り指腹ヲ下顎臼齒部ニ貼シ、此部ヲ強ク下後方ニ壓迫シ同時ニ頰部ニ壓著シタル兩側ノ各四指ヲ以テ此部ヲ上方ニ提擧ス。此術中拇指ニハ鑷製指囊ヲ用キ或ハ厚ク綿紗ヲ纏包シテ咬傷ヲ防グベシ。術者ノ力足ラズシテ下顎枝ノ壓下困難ナルトキハ、拇指ニ代フルニ開口器ヲ上下臼齒部ノ間ニ用キテ此部ノ壓下ヲ圖ル。整復法ノ施行ニ當リ患者疼痛ニ堪エザルトキハ全身麻醉法ヲ要スルコトアリ。整復法其目的ヲ達セザルトキハ關節切開術ヲ施ス。

第二 頸部損傷

一 頸部創傷

頸部創傷トシテハ自殺行爲ニ因テ生ズル切創若シクハ刺創ヲ以テ最モ重要ナリトス。又自殺ニヨル銃創ヲ見ルコトアリ。頸部創傷ニシテ皮膚・皮下組織・筋膜・筋肉等ニ止マルモノハ一般軟部損傷ニ於ケルト選ブ處ナキモ、創傷ニシテ頸部ノ貴要ナル器官ニ及ブトキハ甚ダ複雑ナル徵候ヲ呈シ、往往致命の危険ニ陥ル。

症候 1. 血管損傷。大血管即チ總頸動脈、内外頸動脈及ビ鎖骨下動脈等ノ損傷ニアリテハ失血死ヲ招クベシ。其他主要ナル血管ハ上下甲狀腺動脈、舌動脈、外頸動脈トス。此等血管ノ出血モ放置セララルトキハ致命ノ危険アリ。内頸靜脈、鎖骨下靜脈等ノ大靜脈管破傷セララルトキハ失血ノ他、空氣「エンボリー」ヲ發スル虞アリ。空氣「エンボリー」ニ於テハ身神不安、呼吸困難、脈搏不整細數、胸側痛等ノ下ニ急卒ニ死ノ轉歸ヲ取ル。 2. 氣道損傷。ニ於テハ創口ヨリ空氣ノ呼出吸入アリ、發聲障礙セラレ咳嗽・咯血アリ、又皮下氣腫ヲ發ス。血液ノ氣道内流入、軟骨破片没入等ノ結果呼吸困難ヲ呈シ、往往爲メニ窒息ニ陥ル。 3. 食道損傷。アルトキハ飲食物ノ創内流出、嚥下困難、吐血等ヲ呈ス。屢頸部蜂窠織炎ヲ續發ス。 4. 神經損傷。トシテハ迷走神經、副神經、橫隔神經、膈神經叢等ヲ主要トシ、其分布領域ニ於テ麻痺ヲ呈ス。第五篇中「頸部解剖」ノ條下ヲ參照スベシ。

診斷 血管損傷ノ種類ハ血液流出ノ狀態及ビ其色澤ニヨリ區別スベク、特ニ大ナル搏動性出血ニ注意スベシ。血液組織内ニ浸淫スルトキハ急ニ増大スル緊張セル腫脹(血腫)ヲ形成シ、爲メニ其壓迫ニヨル呼吸困難、嚥下困難等ヲ呈スルコトアリ、又經過中皮膚ニ溢血斑ヲ生ズ。 氣道損傷。アルトキハ創ヨリ空氣ノ噴出或ハ泡沫ヲ混ゼル血液ノ流出ヲ認

ムベク、又皮下氣腫ヲ起シテ速カニ蔓延スル柔軟ニシテ捻髪感ヲ觸知セシムル皮膚腫起ヲ現出ス。 食管損傷。ハ創口ヨリ唾液若シクハ飲食物ノ漏洩アルヲ以テ確徵トスベク、殺菌セル牛乳ノ嚥下ヲ試マシムルヲ便トス。 迷走神經切斷。セララルトキハ聲帶麻痺、喉頭粘膜知覺障礙及ビ心臟機能變調等ヲ呈ス。 副神經損傷。アルトキハ胸鎖乳頭筋及ビ僧帽筋ノ麻痺ヲ來シ、 橫隔神經損傷。ニ於テハ橫隔膜麻痺、膈神經叢損傷。ニアリテハ上肢ニ於ケル知覺及ビ運動麻痺ヲ呈ス。

豫後 創傷ノ程度、醫療ノ遲速、創傷傳染繼發ノ有無等ニ關シテ一定セズ。致死の危険ハ失血、空氣「エンボリー」、窒息等及ビ腐敗性「フlegモーネ」・縱隔竇炎・肺炎等ノ繼發トス。

療法 危險症狀ノ除去ヲ圖ルベシ、即チ窒息及ビ出血ニ對スル處置ヲ急要トス。 出血。アルトキハ先ヅ其部ニ於テ創ノ兩側ヲ壓迫シツツ靜ニ創腔内ノ凝血ヲ除キ損傷血管ヲ檢シテ嚴ニ結紮スベシ、必要アラバ適宜創口ヲ開大ス。創口ニ於テ血管斷端ノ發見困難ナルトキハ中樞部ニ於テ連續部結紮法ヲ施ス。大ナル靜脈ノ破傷アルトキハ先ヅ直ニ指頭若シクハ綿紗「タンボン」ヲ插入シ、注意シテ空氣ノ竄入ヲ防ギツツ、破傷部ニ止血鉗子ヲ用キテ之レガ結紮ヲ企ツベシ。靜脈ノ側壁ニ於ケル小創ニ對シテハ側壁結紮ヲ施スベク、大部分ノ切離ニアリテハ上下兩端ノ結紮ヲ要ス。 氣道損傷。アリ呼吸困難甚ダシク窒息死ノ危險迫レルトキハ迅速ニ創腔ヲ檢シ、先ヅ出血ヲ制シ直チニ式ニ從ヒテ氣管切開術ヲ施シ、吸入シタル氣管内血液ノ咯出ヲ自由ナラシメ、又羽毛ヲ以テ之レヲ拭除シ、或ハ護謨管ヲ用キテ吸出シ其急ヲ救フベシ。 呼吸障礙著シカラザルモノニ於テハ注意シテ創腔ヲ檢シ、喉頭若シクハ氣管ノ創口ニシテ銳利縁ヲ有シ且ツ規則正シキモノナルトキハ直チニ之レガ縫合閉鎖ヲ試ム。此際軟部ノ創口ハ必ラズ開放的ニ處置シテ皮下氣腫ノ發生ヲ防グベシ。若シ氣管ノ創口不規則ニシテ且ツ多少ノ呼吸障礙ヲ伴フトキハ常ニ氣管切開術ヲ施スヲ以テ安全ナリトス。此際氣管創口ニシテ其部位及ビ方向共ニ氣管切開術ニ要スルモ

ノト一致セルトキハ、直チニ或ハ又必要アレバ適宜開大シテ之レニ「カニューレー」ヲ送入スベキモ、創口其位置ヲ異ニシ方向之レニ適セザル場合ニアリテハ別ニ式ニ從テ氣管切開術ヲ施シ、氣管ノ初メノ創ハ適宜之レヲ縫合シテ閉鎖スベシ。食道損傷アルトキハ其縫合ヲ企テ得ベキモノニアリテハ之レヲ試ミ外部ノ創口ハ開放性ニ處置ス。嚥下セル食物ガ創内ニ竄入シ又ハ氣道ニ侵入スル虞アルトキハ口腔ヨリスル食餌ノ攝取ヲ廢シ、護膜管ニヨリテ鼻腔ヨリ送り或ハ胃用護膜「カテーテル」ヲ用キテ直接胃ニ食料ヲ送ルヲ可トス。又適宜葡萄糖液、食鹽水等ノ注入ヲ行ヒ滋養灌腸法ヲ施ス。大ナル神經切斷セラレタルトキハ之レガ縫合法ヲ要ス。氣道及ビ食道ノ損傷ナキ淺在性頸部創傷ニシテ其清潔ナルトキハ、止血ノ後チ直チニ全部縫合シテ閉鎖スベク深キ創腔ヲ有スルモノニアリテハ一部ヲ開放シテ「タンボン」ヲ插入ス。

二 舌骨骨折

舌骨ハ直接ノ打撃・兩側ヨリノ壓迫等ニヨリ皮下骨折ヲ來スコトアルモ一般ニ甚ダ稀ナル損傷ニ屬ス。

症候 舌骨部ノ疼痛アリ、疼痛ハ殊ニ談話・嚥下運動・咳嗽等ニ於ケル舌骨ノ運動ニ際シテ劇甚ナルヲ要徴トス。其他舌骨部ノ腫脹、皮下溢血斑形成、及ビ談話・嚥下・呼吸等ノ障礙ヲ呈シ、又觸診上骨端摩擦音ヲ認知スルコトアリ。骨折端ニテ粘膜破傷スルトキハ口腔ヨリ出血ス。

療法 頭部及ビ頸部ノ安靜ヲ命ジ、談話及ビ咀嚼運動ヲ禁ズ。骨折端轉位著シキトキハ内外ヨリ壓迫ヲ加ヘテ之レガ整復ヲ圖ルベシ。固定法トシテハ頭部牽引装置ヲ施シ、或ハ頸圍ニ環狀厚紙副子ヲ用キテ頭部及ビ頸部ヲ安置ス。嚥下困難甚ダシキトキハ胃用「カテーテル」ヲ用キテ食餌ヲ送ルベク、高度ノ呼吸困難ニ際シテハ氣管切開術ヲ施スベシ。骨折斷片ノ著シキ轉位ノ状態ノ下ニ治療ニ就キ永ク嚥下痛・談話困難等ヲ貽セルトキハ該骨折片ノ剔出ヲ要スルコトアリ。

三 喉頭骨折

喉頭骨折ハ打撲・衝突・壓迫等ノ偶發的損傷ニヨリ、或ハ絞首・扼首・經首

等ノ他殺或ハ自殺行爲ニ因テ生ズ。臨床上稀ニ遭遇スル損傷ナリ。專ラ甲状軟骨ニ於テ來リ稀ニ環狀軟骨ノ骨折ヲ見ル。

症候 喉頭ニ骨折ヲ來スガ如キ外力ノ加ハルトキハ傷者ハ往往直チニ人事不省ニ陥ル。自覺症候トシテハ局部ノ疼痛及ビ呼吸・發聲・嚥下等ノ障礙ヲ要徴トス。血痰アル咳嗽及ビ皮下氣腫ヲ來スハ粘膜ニ損傷アルノ證ナリ。觸診上往往明ニ軟骨ノ變形ヲ認メ又摩擦音ヲ徴知ス。喉頭鏡検査ヲ施シ得ルトキハ粘膜下溢血・粘膜裂創等ヲ見ルベク、又骨折片ヲ目撃スルコトアリ。

豫後 喉頭骨折ハ不良ノ轉歸ヲトル場合多シ。死因ハ窒息・氣腫ノ縱隔竇内蔓延・出血・軟骨膜炎・肺炎・頸部蜂窠織炎等ナリトス。

療法 頭部頸部ノ絶對的安靜ヲ命ジ、發聲及ビ談話ヲ嚴禁シ、呼吸困難・咳嗽刺戟等ニ對シテハ鎮靜劑ヲ應用ス。呼吸困難甚ダシキトキハ即時氣管切開術ヲ施ス。呼吸困難高度ナラザルモ皮下氣腫ノ發生アルトキ、出血多量ナルトキ及ビ斷片骨折アリト認ムベキ複雑ナル骨折等ニ際シテハ宜シク氣管切開術ヲ行フベシ。

既ニ氣管切開術ノ施サレタルトキハ口腔ヨリ喉頭腔ニ「タンボン」ヲ插ミテ出血ヲ制シ且ツ内腔ニ突出セル骨折片ノ整復ヲ圖ルベシ。若シ同時ニ外部ニ創口アルトキハ此處ヨリ變形ノ整復ヲ試ミ、喉頭腔ニ突出セル骨折端或ハ喉頭腔ニ竄入セル遊離骨折片アラバ之レヲ整復シ或ハ除去ス。

第三 胸部及脊柱損傷

一 銳器ニ因ル胸部創傷

胸壁穿通創 胸部ノ穿通創 Perforierende Wunde ハ刺創或ハ銃創ニヨルヲ常トシ、稀ニ切創ニ因テ生ズ。

症候 胸壁ヲ穿通セル創傷ニアリテハ呼吸困難、咳嗽、肋膜腔内空氣竄入ニヨル氣胸、創口ニ於ケル血液ヲ混ゼル空氣ノ吸入吹出及ビ皮下氣腫等ヲ呈ス。出血(肋間動脈・内乳動脈)甚ダシク、血液肋膜腔内ニ瀦溜スルトキハ血胸ヲ成シ、高度ニ達スルトキハ肺臟心臟ノ壓迫症狀ヲ現ハス。其他「ショック」現象及ビ貧血症狀等ヲ呈スベシ。肺臟損傷ヲ伴フトキハ上記諸徴ノ他、尙ホ咯血ヲ見ル。心臟ニシテ傷ケラルルトキハ通例直チニ「ショック」症狀ヲ發シ、顔面蒼白或ハ「チアノーゼ」ヲ呈シ、脈搏細小、呼吸困難、體溫ノ異常下降ヲ來シ、心窩部壓重苦悶ヲ訴へ、心囊血腫ヲ起ストキハ心濁音ノ急劇増大・心音微弱、心囊氣腫アルトキハ心臟部鼓音・心音噪鳴等ノ徴候ヲ發シ、又縮期の逆射響ヲ聴取スルコトアリ。

胸部大動脈損傷 ニアリテハ急卒脫血死ニ陥ルニアラズンバ後日動脈瘤ヲ形成ス。

胸管損傷 ニ於テハ創口ヨリ乳糜ヲ漏シ、乳糜瘻管ヲ形成シ、乳糜胸ヲ生ズ。

横隔膜損傷 アルトキハ腹部内臟ノ胸腔内脫出ヲ起スコトアリ。尙ホ大ナル銳器ニヨル切創ニ於テハ往往 肋骨骨折ヲ伴ヒ、創口著大ナルトキハ肺臟ノ創口脫出ヲ來スコトアリ。胸壁穿通創ノ續發症ハ肋膜炎殊ニ膿胸及ビ肺炎トス。

診斷 胸部創傷ニアリテハ胸壁穿通ノ有無ヲ判別スルヲ以テ必要トス。即チ上記ノ諸徴候ニ據ルベシ。消息子診ハ行ハザルヲ可トス。

豫後 内乳動脈損傷ニヨル胸腔内出血ハ致死の失血ヲ來スコト稀ナラズ。肋膜及ビ肺臟損傷ハ小ニシテ傳染ナキトキハ良、

其著大ナルトキ、出血ノ大ナルトキ、殊ニ高度ノ血氣胸形成アルトキ及ビ化膿セル場合ハ概ネ不良。心臟損傷ハ統計上其30%ハ即死セリ、是レ失血或ハ心臟麻痺ニヨルモノトス。心臟創小ニシテ出血甚ダシカラズ血液ノ心囊内瀦溜ヲ來セルモノニアリテハ若干日生存ノ後斃ルルヲ常トス、即チ心囊炎ノ併發若シクハ心臟麻痺ニヨル。心臟創治癒ノ統計ハ針ノ刺創ニアリテハ40%、他ノ創傷ニアリテハ10%ヲ示ス。幸ニ治スルモノニ於テモ瓣膜障礙ヲ後貽スルコト多シ。乳糜漏ハ通例自然治癒ヲ營ムモ長期ニ互ルトキハ衰弱ノ下ニ斃ルルコトアリ。

療法 内乳動脈及ビ肋間動脈出血アルトキハ之レヲ結紮スベシ。内乳動脈ハ胸骨縁ヲ去ル1cmノ部ニアリ、第3或ハ第4肋間以上ニ於テハ一靜脈ヲ動脈ノ内方ニ伴ヒ、其以下ニアリテハ内外二條ノ靜脈ヲ伴フ。今之レヲ結紮セント欲セバ胸骨縁ヨリ外方ニ向テ上下肋軟骨ノ間ニ横皮切ヲ加へ、淺筋膜ヲ切開シ大胸筋ヲ離開シ、外肋間筋腱様部及ビ内肋間筋ヲ切離スルトキハ此切開線ト交叉シテ走行スル動脈ヲ得、之レニ二重結紮ヲ行ヒ中間ニテ切離スベシ。

肋膜及ビ肺臟損傷 アルトキハ絶對的安靜ヲ命ジ、呼吸困難及ビ咳嗽刺戟ニ對シテハ鎮痙劑注射ヲ行フ。創傷ニハ嚴密ナル防腐的處置ヲ施シ、創口ニシテ清潔ナルトキハ一部縫合閉鎖シ一部ハ開放シテ「タンボン」ヲ挿入スベク、不潔ナルトキハ全部開放的ニ處置スベシ。肺臟ノ脫出ハ其新鮮清潔ナルモノハ壓抵シテ還納スベク、壞疽ノ徴候アルトキハ結紮シテ切除シ或ハ放置シテ其脱落ヲ待ツ。皮下氣腫ニハ特別ノ處置ヲ要セズ、甚ダシク高度ナルトキハ稍太キ管針ヲ皮下ニ刺入シテ數時間放置スベシ。膿胸ヲ續發スルトキハ肋骨切除術ヲ施シ、開胸シテ排膿ス。胸腔内異物ハ其容易ニ除去シ得ラルルモノニシテ且ツ障礙アルトキニノミ剔出ヲ企ツ。心臟創傷ハ縫合術ニヨリテ治癒セル例アリ。尖銳ナル物體ニヨル心臟刺創ハ安靜平臥ヲ命ジテ待期的ニ處置スベシ。心囊血腫形成ニ對シ穿刺術ヲ施シテ急ヲ救ヒ得ルコトアリ。

二 鈍體ニ因ル胸部損傷

一 肋骨骨折

肋骨骨折ハ墜落、鈍體打撃、馬蹄傷、轢傷、胸廓壓迫等ニ因テ生ズ。又胸壁ノ切創、刺創、銃創等ニ際シ起ルコトアリ。稀ニ筋力ニヨリテ發ス、例ヘバ重荷ヲ舉上スルトキ或ハ老人ニ於テ劇シキ咳嗽アルトキ等ニ來ル。

症候 骨折部ノ壓痛及ビ呼吸時疼痛アリ。胸廓ヲ前後兩面或ハ左右兩側ヨリ壓迫スルトキハ亦損傷部ニ於テ疼痛ヲ訴フ。マルゲーニ氏介達痛是ナリ。患者ハ呼吸ニヨル疼痛ヲ制スルタメ淺表呼吸ヲ營ミ、深呼吸ヲ命ズルトキハ劇痛ヲ訴ヘ、往往吸氣ノ中途ニシテ俄ニ胸廓ノ運動ヲ停止ス。其他骨端摩擦音ヲ認メ又局部ニ異常ノ陥沒或ハ隆起ヲ生ズルコトアリ。肋膜及ビ肺臟損傷ヲ伴フトキハ皮下氣腫、咯血、氣胸、血胸等ヲ呈ス。不全骨折ニ於テハ輕度ノ壓痛及ビ呼吸痛ヲ訴フルニ止マリテ往往看過セララルコトアリ。

診斷 上記ノ諸徴ニヨリテ診斷スルモ、若シ疑ハシキトキハ肋骨骨折ノ存スルモノトシテ處置スルヲ可トス。「レントゲン」診斷ヲ以テスレバ確實ナリ。

豫後 良。肋骨骨折ハ通例 3—4 週間ニシテ癒合ス。稀ニ假關節ヲ形成ス。老人ニアリテハ呼吸運動ヲ制限スルノ結果、時トシテ沈墜性肺炎ヲ繼發シテ危險ニ陥ルコトアリ。胸腔内臟ノ損傷ヲ伴フトキハ其程度及ビ續發症ノ有無ニ從テ豫後ヲ異ニス。

療法 不全骨折ニアリテハ特殊ノ療法ヲ要セズ、單ニ濕布罨法ヲ施シ過劇ナラザル日常ノ働作ハ之レヲ許容スルモ不可ナシ。全骨折ニアリテハ安靜ニ就臥セシメ、呼吸時ノ骨端移動及ビ夫レニヨル疼痛ヲ減少センガタメニ、幅 7cm 許ノ長キ一枚ノ絆創膏ヲ、或ハ數條ヲ屋瓦狀ニ骨折部ヲ超エテ水平ニ患側胸廓ヲ繞リテ貼付スルヲ可トス。老人ニアリテハ上半身ヲ高舉シ或ハ半坐位ヲ取ラシメ、呼吸ノ疼痛ニハ適宜鎮痛劑ヲ處シテ充分呼吸運動ヲ行ハシメ且ツ分泌物ノ咯出ニ便ス。

二 肺臟損傷

皮下肺臟損傷ハ通例肋骨骨折ノ合併損傷トシテ成立ス、即チ其骨折端ニ因テ生ズルナリ。又吸氣時ニ劇甚ナル胸廓打撲ノ加ハルトキハ氣道内空氣ノ壓迫ニヨリテ肺臟ノ破裂ヲ來スコトアリ。其他稀ニ咳嗽、嘔吐、輕易ナル外力ノ作用等ニ因テ發ス。

症候 呼吸困難、咳嗽刺戟及ビ咯血アリ、又氣胸及ビ血胸ヲ發生ス。
豫後 損傷ノ程度、出血ノ大小、壓迫症狀ノ多少等ニ關シテ一定セズ。輕易ノ經過ヲ以テ直チニ治癒ニ就クコトアリ、又短時間内ニ死ノ轉歸ヲトル場合アリ。

療法 絶對安靜ヲ命ジ、局部ニ氷嚢ヲ貼シ、呼吸時ノ骨端移動ヲ制限センガタメ、傷側胸廓ニ絆創膏ノ貼用ヲ施スヲ可トス。(肋骨骨折ノ條下參照) 咳嗽刺戟アルトキハ「バントボン」等ノ皮下注射ヲ以テ之レヲ鎮靜セシム。此等ノ處置ヲ以テ幸ニ症徴ノ増進ナキトキハ專ラ待期的方針ヲ以テ對症療法ヲ施スベシ。氣胸高度ニシテ呼吸困難著シキトキハ穿刺排氣ヲ要ス。血胸高度ニシテ壓迫症狀甚ダシキトキハ亦穿刺シテ其一部ヲ排却スベシ。穿刺ニ際シテ血液ノ除去ハ自然流出ニ任セ吸引法ヲ施スベカラズ。又一時ニ大量ヲ除クトキハ反テ再出血ヲ促スノ虞アリ。套管針穿刺法其目的ヲ達セザルトキハ肋骨切除術ノ下ニ胸壁ヲ開キテ内容ノ一部ヲ排除ス。此際手術後ノ創口ニハ「タンボン」綿紗ヲ挿入スベク、排液護謨管ハ之レヲ用キズ。以上ノ方法ニ依テ尙ホ出血及ビ氣胸ニヨル生命ノ危險ヲ脱セシムル能ハザルトキハ胸腔ヲ開放シ直接肺臟損傷ヲ檢シテ之レニ縫合法ヲ施スベキナリ。幸ニ待期的處置ヲ以テ危急ヲ脱シ得タルトキニ於テモ、血胸形成アリテ其吸收遲滯スルトキハ第 2 週以後ニ於テ手術的ニ内容ノ排却ヲ企ツベシ。

三 胸廓震盪症及胸廓壓迫症

胸廓震盪症 Commotio thoracis ハ胸廓殊ニ其前壁ニ加ヘラルル強劇ナル衝突ニヨリテ發シ、俄然血壓沈降シテ脈搏緩慢細小トナリ、嘔吐ヲ催シ、呼吸困難ヲ來シ、人事不省ニ陥ル。斯ノ如キハ一過性ニシテ諸徴漸次緩解ス

ルヲ常トスルモ、其劇烈ナルトキハ直チニ死ノ轉歸ヲ取ル。安靜平臥ヲ命ジテ全身ヲ保温シ、強心劑ヲ用キ、食鹽水注入法ヲ施ス。絶息セルトキハ人工呼吸法ヲ行フベシ。

胸廓壓迫症 *Compressio thoracis*. ハ高度ノ胸部壓迫ニ原因ス。往往肋骨骨折及ビ内臓損傷ヲ伴フ。頭部顔面ニ於ケル皮膚、粘膜及ビ眼結膜等ノ鬱血・溢血等ヲ呈シ、一過性ニ視力障礙・重聽等ヲ來ス。壓迫ノ時間長キニ互ルトキハ危険ナリ。又壓迫甚ダシクシテ肋骨骨折ヲ起シ且ツ内部臓器ノ損傷ヲ伴ヘルモノニアリテハ豫後疑ハシ。壓迫劇甚ナラズシテ其持續短少時ナリシモノハ豫後良トス。適宜對症療法ヲ施スベシ。

三 脊柱損傷

脊椎打撲—骨折—脱臼 脊柱損傷ハ墜落、打撲、衝突等ニヨル外力ノ直達作用或ハ尾閥骨部又ハ頭部ノ衝突・打撲等ノ介達的作用ニ因テ生ズ。又脊柱ノ過度ノ屈曲・伸展若シクハ捻振ガ之レガ原因トナルコトアリ。脊髓損傷ハ或ハ之レヲ免カレ或ハ之レヲ伴フ。

症候 重症ニアリテハ震盪症ヲ起シ、爲メニ悪心、嘔吐ヲ催シ、胸内苦悶ヲ訴へ、顔面蒼白トナリ、呼吸淺表、脈搏細數、人事不省ニ陥リ又往往虚脱現象ヲ呈ス。局部證徴トシテ疼痛特ニ壓痛及ビ運動痛アリ、脊柱ノ運動制限セラレ、脊髓神經ノ分布領域ニ於ケル麻痺ヲ來シ、骨折又ハ脱臼ニ於テハ變形ヲ生ズ。即チ脊柱ノ屈曲、伸張或ハ廻旋位ニ於ケル異常固定若シクハ一局部ノ異常ノ突隆陷凹等トス。麻痺ハ震盪症狀トシテ直チニ發シテ一過性ナルコトアリ、或ハ脊髓ノ裂傷、挫滅或ハ骨折脱臼等ニ於ケル壓迫ノ結果トシテ長ク持續スルコトアリ、或ハ出血ノタメニ負傷後發シテ尙ホ漸次増進スルコトアリ。又或ハ二次的骨端轉位ニヨリ負傷後一定時日ノ間隔アリテ後チ突然發起スルコトアリ。麻痺ノ種類ハ損傷部位ニ從フ。即チ延髓損傷ニヨル心臟機能及ビ呼吸障礙—死、(載域樞軸骨折) 橫隔神經損傷ノ呼吸障礙、(3—5 頸椎骨折) 種ナル運動及ビ知覺麻痺、膀胱直腸麻痺等トス。榮養神經障礙及ビ持續的

壓迫ニ因テ生ズル蔓延性褥瘡ノ發生ハ亦脊髓損傷ニ於ケル一要徴トス。

診斷 單純ナル打撲ニ止ルヤ骨折ヲ伴ヘルヤノ鑑別ハ骨折端轉位アリ變形ヲ認ムル場合ノ他ハ甚ダ困難ナリ。「レントゲン」診斷ヲ必要トス。頸椎損傷ニ於テハ咽頭ヨリスル診査ヲ怠ルベカラズ。尙ホ麻痺ノ種類、其廣狹及ビ程度ヲ精査シテ脊髓ノ損傷如何ヲ診斷スベシ。

豫後 單純ノ打撲傷及ビ轉位ナキ骨折ニアリテハ通例良、脊髓ノ損傷ヲ伴ヘルモノハ不定、其高位ナルニ從テ不良ナリ。

死因 ハ震盪症、頸椎損傷ニ於ケル循環及ビ呼吸障礙、治癒シ難キ膀胱炎、腎臟炎、高度ノ褥瘡並ニ之レニ繼發スル「フレグモーネ」、沈墜性肺炎、衰弱等トス。骨端轉位アルモ脊髓ノ損傷ニシテ幸ニ小ナルトキハ整復セラレザルモ生命的危険ヲ脱スルコトアリ。

療法 安靜平臥ヲ命ズ、特ニ新鮮ナルモノニアリテハ絶對的安靜ヲ必要トス。骨折端轉位アルトキハ整復シテ展伸法ヲ施スベシ。即チ頸椎損傷ニアリテハグリュッソン氏ノ頸蹄係ヲ用キテ頭部ヲ牽引ス。此際下半身ヲ低ク斜面床上ニ就褥セシメ或ハ下肢ニ於テ反對牽引ヲ施ス。下部ノ脊柱損傷ニアリテハ腋窩ニ於テ反對牽引ヲ施シ、或ハ上半身ヲ低ク斜面床上ニ就褥セシメテ兩下肢ニ牽引綑帶ヲ裝置ス。骨端轉位及ビ脱臼ノ整復ハ脊柱ノ展伸若シクハ廻旋、突隆部ノ壓迫等ヲ以テス。但シ此等ノ整復法ニヨリテ新ニ脊髓損傷ヲ起スコトアリ、特ニ頸部損傷ニ於テハ充分注意ヲ要ス。脊髓ノ壓迫或ハ挫傷ニ對シテ轉位骨折片ノ手術的除去ヲ企テテ好結果ヲ得タルコトヲ報告スルモノアリ。

膀胱麻痺ニ施ス「カテーテル」ノ使用ニハ常ニ消毒法ヲ嚴行スベシ。直腸麻痺アルトキハ匙或ハ指頭ニテ糞塊ヲ除去ス。枕子ノ使用、臥位變換、壓迫部皮膚ノ「アルコール」摩擦等ヲ以テ褥瘡ノ豫防ニ努ムベシ。既ニ之レヲ發生セシトキハ防腐的處置ヲ怠ルベカラズ。

後胎セル麻痺ニ對シテハ電氣療法及ビ按摩法ヲ應用ス。

第四 腹部損傷

一 腹部創傷

腹部創傷ニ穿孔創ト非穿孔創ノ別アリ。非穿孔創ニアルテハ一般軟部損傷ニ於ケルト異ナル處ナシ。唯之レガ果シテ非穿孔性ナルヤ否ヤノ別ヲ確實ニスルヲ要ス。腹部創傷ハ銳器ニヨル刺創・切創若シクハ銃創ナルヲ常トシ、此等ノ創傷ノ多數ハ穿孔創ニシテ非穿孔創ハ比較的稀ナリ。鈍體ニヨリテ生ズル創傷ハ腹部ニ於テハ稀有ニ屬シ、鈍性外力ノ作用ハ寧ロ腹腔内臓ノ皮下損傷ヲ發起セシムル場合多シ。故ニ鈍體ニヨリテ生ジタル腹部創傷ニ遭遇スルトキハ往往別ニ内臓ノ皮下損傷ヲ有スルコトアルヲ注意スベシ。

腹部穿孔創 Penetrierende Wunde ニ内臓損傷ヲ有スルモノト然ラザルモノトアリ。内臓損傷ヲ伴ハザル小ナル穿孔創ニシテ幸ニ創傷傳染ヲ免カルルトキハ容易ニ治癒ヲ營ムコト尙ホ非穿孔創ニ於ケルガ如シ。之レニ反シテ創口大ナルトキハ内臓ノ脱出ヲ來シ、就中網膜及ビ腸管ノ脱出ヲ見ルコト多シ。

腹部穿孔創ニ於ケル内臓損傷ノ種類ハ其原因、部位及ビ淺深ニヨリテ異ナリ、或ハ胃腸管腔ヲ穿テ或ハ實性臓器ヲ破リ或ハ脈管ヲ傷ク。

症候 診断 腹壁損傷ヲ見ルニ當リテハ腹膜外ニ止ルヤ、將タ全腹壁層ヲ穿通シテ腹腔ニ達セルヤ若シ穿孔性損傷ナリトスレバ、内臓ノ損傷ヲ伴フヤ否ヤノ區別ヲ必要トス。

創裂哆開シテ明ニ内景ヲ檢シ得ルモノ、内臓ノ露出若シクハ脱出アルモノ等ニ於テハ穿孔ノ診斷甚ダ容易ナルモ、創口小ナルモノニ於テハ此判別往往困難ナルコトアリ。原因的關係ハ之レガ識別上甚ダ有力ナリ、銳器ニヨル腹壁創傷ノ多數ハ穿孔創ナルコト上述ノ如シ。穿孔ノ有無ヲ知ルニ消

息子ノ使用ハ診斷上便益アルニ似タルモ、腹腔内ニ細菌ヲ送ル虞アルヲ以テ廢スベシ。寧ロ防腐的準備ノ下ニ創口ヲ開大シテ檢スルヲ可トス。

穿孔性創傷ニ於ケル内臓損傷ノ徵候トシテ重要ナルハ出血、管腔臓器内容ノ流出及ビ腹膜刺戟症狀トス。 1. 出血 ノ多少ハ損傷ヲ被レル臓器ノ種類及ビ損傷ノ程度ニヨリ大ナル差アリ。僅小ナル腹腔出血ハ全ク之レヲ徵知スルコト能ハズ。網膜・腸間膜等ニ於ケル大ナル血管若シクハ肝臓・脾臓等ノ實性臓器ノ損傷ニシテ多量ノ出血アルトキハ、迅速ニ増進スル貧血状態ヲ呈シ、顔面蒼白ニ變ジ、冷汗ヲ流シ、脈搏細數トナリ、高度ナルトキハ短小時間ニシテ虚脱ニ陥ル。血液ハ創傷ノ状態如何ニヨリ出ヅルニ從テ創口ヨリ漏洩スルコトアルモ、多クノ場合ニハ腹腔内ニ滯溜シテ所謂 内出血 Interne Blutungヲ成シ、初メ側腹部ニ於テ後チ廣ク腹部ノ大部ニ互リ濁音界ヲ生ズ。胃ノ穿孔創ニ於テ吐血ヲ、腸ノ穿孔創ニ於テ下血ヲ來スコトアルモ素トヨリ必發ト云フベカラズ、寧ロ稀ナリ。 2. 胃腸膽囊膀胱等ノ穿破ヲ伴フトキハ該管腔内容ノ腹腔内漏洩ヲ來ス。即チ胃腸穿破ニ於テハ食物ノ殘渣・糞汁・糞塊等ヲ、膽囊・膽道ノ穿破ニ於テハ胆汁ヲ、膀胱ノ穿破ニ於テハ尿ヲ漏ス。此等ノ管腔内容物ニシテ腹壁創ヨリ外部ニ排出セララルトキハ之レニヨリテ内臓損傷ノ合併及ビ其臓器ノ種類ヲ察知スルコトヲ得。但シ斯クノ如キハ稀有ノ現象ニシテ、多數ノ場合ニハ開腹手術ヲ施シテ初メテ腹腔内ニ此等ノ漏洩物アルヲ認定シ得ルモノトス。 3. 腹膜刺戟症狀 トシテハ吃逆・惡心・嘔吐アリ、又腹壁ノ緊張ヲ來ス。但シ此等ハ内出血ヲ有スル多數ノ場合ニ於テ之レヲ徵スルモ内臓損傷ノ總テニ於ケル必發ノ症候タルニアラズ。

腹部ノ開放性損傷ニ於テ内臓損傷ヲ伴フヤ否ヤノ別ハ上記ノ諸徵ニヨリ確實ニ診定シ得ルコトアルモ、亦外部ヨリノ檢診上到底之レヲ知ル能ハズ後チ化膿性腹膜炎ノ繼發ヲ認ムルニ及ビテ初メテ胃腸管腔ノ穿破ヲ肯定シ得ルガ如キ場合モ少ナカラズ。概シテ腹部穿孔創ハ内臓損傷ヲ伴フコト多シ。故ニ刺創・銃創等ニシテ 原因的關係上内臓損傷ノ推定

セラルル場合及ビ内出血ノ徵候備ハルモノニ於テハ、直チニ開腹術ヲ施シテ詳ニ内部ヲ檢診シ同時ニ該損傷ニ向テ適當ナル處置ヲ加フルヲ至當トス。
豫後 腹壁穿通創ニシテ内臓損傷ナキモノノ豫後ハ腹膜傳染ノ有無ニヨリテ決ス。

胃腸管腔壁ノ破開ヲ伴フモノハ豫後概ネ不良、内容漏泄ニヨル化膿性腹膜炎ノ繼發ヲ其死因トス。唯早期ニ適當ナル手術ノ加ヘラレタルトキハ回生ノ功ヲ奏スルナリ。稀ニ穿孔部ヲ圍繞スル癒著ニヨリテ幸ニ瀰蔓性腹膜炎ヲ起スニ至ラズ、限局性膿瘍ヲ形成スルニ止マリ、後チ之レガ切開排膿ニヨリテ、又ハ胃・腸・膀胱等ノ臟器管腔若シクハ腹壁皮膚ニ向テ自然的ニ破潰スルコトニヨリテ治癒ノ轉歸ヲトルコトアリ。又此場合ハ屢腹壁糞瘻ヲ後胎ス。

爾餘ノ内臓損傷ニ就テハ豫後不定、主トシテ出血ノ多少、手術ノ遲速・適否、及ビ繼發傳染ノ有無等ニ關ス。

療法 腹壁穿通創ノ處置ハ最モ嚴ニ防腐的ナルヲ要ス。汚染部ノ清拭洗滌ニハ殺菌生理的食鹽水ヲ用ウ。内臓損傷ナキモノニアリテハ止血シテ直チニ縫合ス。腹壁ニ於ケル主要動脈ハ下腹壁動脈及ビ内乳動脈ノ終枝ナル上腹壁動脈トス。創傷ニシテ傳染ヲ疑フベキモノナルトキハ一部分ヲ開放シテ排液法ヲ施スベシ。腹腔内出血ニアリテハ破傷セシ血管ヲ檢出シテ之レヲ結紮スベク、臟器實質出血ニハ括約結紮法ヲ施シ、又ハ「タンボン」綿紗ヲ插入ス。脱出セル内臓ニシテ清潔ナルトキハ直チニ還納ス。此際整復困難ナルトキハ適宜創裂ヲ開大スベシ。其汚染セルトキハ先ヅ生理的食鹽水綿紗ヲ用キテ充分清拭シ、後チ之ヲ還納ス。網膜ハ損傷甚シク血液循環ノ疑ハシキ部分アルトキ、又ハ著シク汚染セル部分アルトキニ於テハ即時結紮法ヲ行ヒテ其部分ヲ切除スベシ。腸管脱出シテ壞疽ノ疑アルトキハ、創口ニ於ケル絞扼ヲ除クガタメニ適宜創裂ヲ開大シ、一定時間之レヲ創口外ニ留メテ防腐的被覆綿帶ヲ施シ、血行ノ恢復ヲ待チテ後チ整復スベシ。既ニ壞疽ニ陥レルモノニアリテハ其部分ヲ

切除シテ縫合法ヲ行ヒ、或ハ糞瘻若シクハ人工肛門ヲ造設ス。實性臟器ノ哆開創アルトキハ之レガ縫合ヲ試ムベク、全ク切離セラレタル部分或ハ大部分切離セラレタルモノニシテ整復縫合法ノ効果疑ハシキモノハ之レヲ剔出ス。胃腸損傷部ハ縫合閉鎖スベク、又一部切除、糞瘻形成、人工肛門造設等ヲ要スルコトアリ。刺創・銃創ニ於ケル胃腸ノ創ハ一箇處ニ止マラザルコトアリ、注意スベシ。創傷感染ノ疑アルモノ、既ニ腹膜炎ノ徵候アルモノ、其他一般ニ胃腸損傷アルトキハ腹壁創口ハ一部開放的ニ處置シ、排液護膜管若シクハ綿紗「タンボン」ヲ使用スベシ。

二 腹部皮下損傷

腹部打撲傷 Kontusionen des Bauches. ハ墜落、打撲、衝突、轢傷、馬蹄傷等ニヨリテ生ジ、又強度ノ壓迫ノ結果トシテ腹部内臓ノ皮下挫傷ヲ來スコトアリ。

症候 腹部打撲傷ニ於テハ腹壁自己ノ溢血及ビ腫脹ハ通例著シカラズ。重症ニ於テハ所謂内臓震盪症ノ結果トシテ「ショック」現象ヲ呈シ、顔面蒼白、胸内苦悶ヲ訴ヘ、呼吸淺表、脈搏細數、血壓減退、知覺鈍麻ヲ呈シ、往往嘔氣・嘔吐ヲ催シ、腹痛アリ、尿閉ヲ來ス。劇症ニアリテハ即時虚脱状態ニ陥ルコトアリ。斯クノ如キ現象ハ全然内臓ノ破傷ヲ有セザル場合ニ於テ單純ノ震盪症トシテ發スル場合アリ、或ハ又内臓挫傷ヲ伴フコトアリ。

肝臓、脾臓、膀胱、胃、腸管、網膜及ビ腸間膜等 腹部内臓ノ破裂アルトキ、之レガ重要ナル徵候ハ疼痛及ビ腹壁ノ緊張トス。疼痛ハ損傷ノ該當部ニ特發性ニ之レヲ訴ヘ、又著明ノ壓痛部ヲ證明シ得ルコト多シ。

實性臟器ノ裂傷若シクハ腸間膜、網膜其他ニ於ケル大ナル血管ノ斷裂アルトキハ内出血ノ徵候トシテ一般貧血状態ニ陥リ、腹部ニ於ケル異常濁音界ノ形成ヲ認メ、又腸管麻痺ヲ來シテ鼓腸ヲ起ス。

胃又ハ腸管ノ破裂アルトキハ即時人事不省ノ狀ニ陥ルコト多

ク、意識存スルトキハ劇烈ナル腹痛ヲ訴フ。疼痛ハ特ニ内臓損傷部ニ著シキモ亦却テ他ノ部分ニ於テ甚ダシキコトナキニアラズ。腹壁ハ著明ノ板狀緊張ヲ呈シ、舉辜筋ノ攣縮ヲ伴フコトアリ。時トシテ腹壁皮膚ノ知覺過敏ヲ證明シ、呼吸ハ胸式ニシテ淺表性ナルヲ常トス。胃腸内容タル瓦斯ノ漏泄アルトキハ腹部最高位、即チ背臥位ニ於テハ上腹部ノ中央ニ於ケル限局性鼓音ヲ呈シ、體位ヲ變換スルトキハ其位置ヲ變ズ。素トヨリ瓦斯ノ多少ニヨリテ甚ダ顯著ナル場合ト然ラザル場合トアリ。當初ノ診査ニ於テ之レヲ認メズ後チ此現象ヲ認知シ得タルトキハ胃若シクハ腸管破裂ニヨル瓦斯ノ漏泄ヲ證スルニ足ル。其量甚大ナルトキハ全肝濁音界ノ消失スルコトアリ。負傷後一定ノ時期ヲ經ルトキハ腹壁緊張ハ漸次其度ヲ減ジ、腸管麻痺ノ發現ニヨリテ鼓腸ヲ起スノ結果、前ニ板狀硬固ナリシ腹壁ハ漸次膨出シ、次デ腹膜炎ノ繼發ニヨリテ腹部膨滿益其度ヲ加へ、腹部一般ニ過敏トナリ、全身狀態愈衰へ、發熱アリ、脈搏ハ疾數トナリ且ツ漸次微弱トナル。胃腸損傷ニ於ケル血性吐物及ビ血便ハ必發ナラザルモ、若シ之レアルトキハ診査上有力ナル證タルコト論ヲ俟タズ。一般狀態及ビ腹部ニ顯著ナル異徴ナクシテ單ニ吐物若シクハ糞便ニ血液ヲ混ズルハ穿孔ナキ胃腸粘膜損傷ノ證徴ナリトス。

腎臟損傷ハ季肋部、腰背部及ビ側腹部等ニ加ハリタル外力ノ作用ニ因テ生ジ、多クノ場合ニ於テ前掲震盪症狀ヲ呈シ、局部症徴トシテ腎臟部ノ劇痛ヲ訴へ、尿中血液ヲ混ズ。血腫形成ニヨリテ腰背部及ビ側腹部ニ瀰蔓性ノ腫脹ヲ生ジ、爾後ノ經過ニ於テ腰部、側腹部、陰囊等ニ皮下溢血ヲ發ス。腹膜損傷ヲ伴フトキハ腹腔内出血ヲ來ス。輸尿管ノ閉塞或ハ斷裂アルトキハ尿中血液ヲ見ルコトナク後日腎臟水腫ヲ繼發スルコトアリ。

膀胱皮下損傷ハ其緊滿時下腹部ニ作用セル強劇ナル外力ニヨリテ生ズ。殊ニ病的變化ヲ有スル膀胱・酒客ノ過度ニ充盈セル膀胱等ニ於テ來リ易シ。膀胱損傷ハ屢骨盤損傷ニ合併ス。膀胱損傷ノ徵候ハ膀胱部疼痛、排尿困難、血尿、尿閉等トス。後チ尿浸潤ヲ繼發シテ骨盤「フレグモ一ネ」ヲ起シ、又化膿性腹膜炎ヲ續發スルコトアリ。

診 斷 腹部打撲傷ヲ診スルトキハ内臓損傷ノ有無ニ就テ注意ヲ要ス。原因ノ關係ハ此診査上必要ナルヲ以テ常ニ負傷當時ノ狀況ヲ詳ニスベシ。初メ一見輕易ナル狀態ヲ呈シ而カモ重大ナル内臓破裂ヲ有シ一定時間ノ經過後險惡ナル狀態ニ陥ルコトアリ。腹部打撲傷ヲ診スルニ當リテハ常ニ細心秩序正シキ診査ヲ遂ゲ忽諸ニ斷定ヲ下スベカラズ。

症 例 轢過ニヨル皮下腸管破裂。(吉川例)

男子、30歳。大正9年8月30日午後5時30分、自轉車乗用走行中一荷物自動車ノ衝突ヲ受ケテ墜落シ、仰臥位ニ倒レタルトキ、該自動車ノ車輪ニヨリテ中腹部ヲ横ニ轢過セラレタリ。當時患者ハ明カニ轢過ヲ自覺シタルモ、後チ苦痛ヲ感ズルコトナク、同6時40分來院診ヲ受ク。患者ハ顔容尋常、呼吸安靜、脈搏60至整強。左脛骨結節部ニ淺在性擦過傷アルノ他、腹部及ビ其他ノ部分ニ於テ何等ノ異常ヲ訴ヘズ。腹部皮膚ニ擦過傷、溢血斑等ノ痕跡モナク、腹壁柔軟、腹滿鼓腸ヲ呈セズ、何處ニモ壓痛ナク、抵抗ヲ觸レズ、又異常濁音部ナシ。尿ハ清澄ニシテ著色尋常ナリ。要スルニ腹部ノ轢過ハ事實ナルモ、自他覺共ニ全然證徴ノ認ムベキモノナキ狀態ニアリ。乃チ病室ニ於テ暫ク後ノ經過ヲ觀ル。然ルニ同7時30分頃ニ負傷後約2時間ニ至リ初メテ中腹部ニ於テ疼痛ヲ發シ、次デ腹壁緊張ヲ來シ、刻刻増劇、遂ニ劇烈ナル疼痛ノタメニ轉輾反側スルニ至ル。呼吸淺表促迫、脈搏頻數120至ヲ算シ、惡心、嘔氣ヲ催ス。腹壁ハ板狀硬固ニシテ到ル處壓痛アリ。但シ打診上異常濁音部ハ尙ホ之レヲ認メズ。是ニ於テ内臓損傷ノ確診ノ下ニ直チニ準備ヲ整へ、同8時20分開腹術ヲ施ス。正中切開、腹膜ヲ開クニ直ニ稀薄ナル小腸内容ノ漏洩アルヲ認ム。腹膜ニハ未ダ肉眼ノ異常ヲ認メズ、空腸起始部ヨリ約1mノ部ニ於テ腸管遊離縁ニ蠶豆大ノ穿通創アルヲ發見シ之レヲ閉鎖ス。爾他腸管及ビ胃ニ異常ナク、出血ハ全く之レナシ。正中切開創ノ一部ヲ縫合シ、一部ハ開放シテ排液綿紗ヲ挿入シ、尙ホ別ニ排液ノタメニ左右側腹下部ニ於テ斜切開ヲ加へ、手術ヲ了レリ。ニ治癒。

震盪症狀ハ一過性ナルヲ常トス。長ク不良ノ狀態ニアリ、苦悶繼續シテ劇痛ヲ訴へ、腹部緊張甚ダシキモノ若シクハ腹部膨滿ヲ呈スルモノハ内臓損傷ノ疑アリ。打診上著明ノ異常濁音界特ニ側腹部ニ濁音ヲ出現スルモノ

ハ内出血ト認ムベク、之レニヨリテ何レカノ内臓破裂アルヲ推測スルニ足ル。確診シ難キトキハ重キ損傷アルモノト假定シ、注意シテ経過ヲ監視スベク或ハ直ニ疑診ノ下ニ診断的開腹術ヲ行フベシ。腹部内臓損傷種類ノ鑑識ハ術前困難ナル場合多シ。腎臟部損傷ニアリテハ特ニ尿ニ注意ス。其際尿閉アルトキハ「カテーテル」導尿ニヨル検査ヲ怠ルベカラズ。又必要ニ應ジテ膀胱鏡検査ヲ行フ。腎臟破裂ハ往往肋骨骨折ト誤診セララルコトアリ。尙ホ腹部打撲ノ診断ニ當リテハ脊柱・骨盤等ノ骨損傷合併ノ有無ニ注意スベシ。

豫後 不定、内臓損傷ノ種類及ビ其程度ニ關ス。死因ハ震盪ニヨル虚脱、内出血ニヨル失血、化膿性腹膜炎ノ繼發及ビ泌尿器損傷ニヨル尿浸潤ニ基ケル腐敗性「フレグモーネ」等トス。胃腸ノ破裂アルモ早期ニ手術セラレバ良果ヲ收ムベシ。(前掲症例参照)

療法 直チニ安静平臥ヲ命ズベシ。震盪症ニ對シテハ、身體ヲ保温シ、強心劑ヲ用キ食鹽水注入法ヲ行ヒ、時宜ニヨリ輸血法ヲ試ミ、呼吸停止セルトキハ人工呼吸法ヲ施ス。

内出血ノ疑アルトキハ絶對的安静ヲ命ジ腹部ニ氷嚢ヲ貼ス。注意シテ爾後ノ経過ヲ觀察スベシ。内出血確診セラレ加之益増加ノ徵アルトキハ、速ニ開腹術ヲ決行スベキハ論ヲ待タズ。

著シク侵サレタル全身状態、劇甚ナル疼痛及ビ著シキ腹壁緊張ハ内臓損傷ノ徵候ト認ムベキモノニシテ、斯クノ如キ場合ニハ即時手術ノ施行ヲ要ス。

胃腸ノ破裂ハ手術ノ絶對的適應症ナリ。疑ハシキトキハ宜シク速ニ開腹術ヲ施シテ其有無ヲ檢シ適宜之レヲ處置スベシ。

「ショック」現象ヲ呈スルトキハ暫ラク其状態ヲ觀察シテ之レガ恢復ヲ待チ、後チ手術ヲ施スヲ可トス。長時間ニ亙ルモ尙ホ一般状態輕快ノ傾向ナキハ、之レ正シク内臓損傷ノ輕易ナラザルヲ示シ、又腹膜炎ノ繼發ヲ疑フベキ場合ナルヲ以テ進んで手術ヲ斷行スベシ。手術ハ局處麻酔法ニ於テス

ルヲ可トスルモ全身麻酔法ヲ施スモ亦不可ナラズ。「ショック」現象ハ必ラズシモ全身麻酔ノ禁忌タルニアラザルノミナラズ、全身麻酔法ハ却テ之レニ良好ノ影響ヲ與フルコトアリ。

腹部皮下内臓破裂ニ於ケル開腹術。切開ハ損傷部位ノ推定ニ基キテ上腹部又ハ臍下ノ白條ニ於テス。先ヅ小切開ヲ加ヘ腹膜腔ヲ開クベシ。既ニ腹膜ヲ開クトキハ内出血ノ多少ヲ知り得ベク、又瓦斯又ハ胃腸内容物ノ證明如何ニヨリテ胃腸破裂ノ存否ヲ推斷スルコトヲ得ベシ。而シテ多量ノ内出血、若シクハ胃腸破裂ノ徵ヲ認メタルトキハ、直チニ腹壁創口ヲ開大シテ詳ニ内部ヲ檢診シ、適宜損傷部ヲ處置スベシ。即チ腹腔内ノ血液ヲ拭除シテ出血竈ヲ檢出シ、血管ヲ結紮シ、實質臓器ノ出血アルトキハ破裂部ノ縫合若シクハ纏繞法ニ依リテ之レガ止血ヲ圖ルベク、胃腸ノ損傷アルトキハ法ニ從テ之レヲ縫合閉鎖ス。著シク挫碎セラレタル實質性臓器ノ一部、不規則ニ離斷セラレタル腸管ノ一部等ハ之レヲ切除スベシ。腹腔ニ漏泄セル胃腸内容物ハ生理的食鹽水ヲ以テ濕セル濕性綿紗ヲ以テ丁寧ニ拭淨ス。破裂創口著大ニシテ排出セル食渣・糞汁等多量ナルトキハ大量ノ加温セル生理的食鹽水ヲ用キテ全腹腔ヲ洗滌スルヲ可トス。腹壁創ハ内臓損傷ノ種類ニヨリ、或ハ全部縫合シ或ハ一部開放ス。胃腸ノ穿通性損傷アリテ内容腹腔ニ漏泄セル場合ニアリテハ更ニ左右側腹ニ對孔ヲ造設シテ排液法ヲ施ス。

腎臟損傷ノ療法ハ血尿、局部腫脹及ビ全身症状等ノ程度ニ從テ之レヲ異ニス。出血甚ダシカラズ諸徵増進ノ兆ナキトキハ暫ラク待期的ニ處置スベク、出血徵候強度ニシテ且ツ進行スルモノニアリテハ手術ヲ施ス。即チ腎臟ヲ露出シテ損傷ヲ檢シ、其程度ニ應ジテ或ハ單純ニ創腔ニ「タンボン」ヲ插入シ、或ハ縫合術(腸線)ヲ施シ、或ハ部分的若シクハ全剔出術ヲ行フ。腎實質ノ高度ノ挫碎、動靜脈ノ斷裂、輸尿管ノ不規則ナル離斷等ニ於テハ摘出術ヲ施スベク、脈管及ビ輸尿管ノ斷裂ナク、腎臟實質ノ破裂アルモ小ニシテ複雑ナラザルトキハ保存的處置ヲトルベシ。輸尿管斷裂ニ向ツテハ其縫合ヲ試ム。膀胱損傷アルトキハ會陰切開術或ハ恥骨上切開術ヲ施シテ瀦溜セル内容ヲ去リ、尙ホ「カテーテル」ヲ留置シテ其排除ヲ便ニス。穿通創ニハ縫合法ヲ施スベシ。尿浸潤、「フレグモーネ」等ノ繼發ニ對シテハ適宜其療法ヲ加フ。

第五 會陰部損傷

一 會陰部尿道皮下破裂

會陰部ニ於ケル尿道ノ皮下損傷ハ跨越時ニ於ケル會陰部ノ打撲ニヨルコト多ク、又墜落時ニ生ズルコトアリ。外尿道口ヨリスル出血、會陰部ノ腫脹・疼痛、皮下出血ニヨル血腫形成、溢血斑發生等ヲ呈シ、尿閉ヲ起シ、膀胱充盈ヲ來ス。放置スルトキハ尿浸潤ヲ起シ、腐敗性瀰蔓性「フレグモーネ」ヲ繼發ス。

豫後 早期ニ適當ナル治療法加ヘラルルトキハ良ナリ。時トシテ治後尿道狹窄ヲ貽シ、或ハ尿瘻ヲ生ズルコトアリ。高度ノ尿浸潤ニヨル廣汎性腐敗性「フレグモーネ」ハ致死の危険アリ。

療法 尿閉アルトキハ先ヅ膀胱穿刺ヲ施シテ排尿ス。「カテーテル」ノ送入ニハ大ニ注意ヲ要ス、強テ其目的ヲ達セントスルトキハ損傷ヲシテ一層複雑ナラシムルコト多シ、會陰切開術ノ準備アルニアラザレバ之ヲ行ハザルヲ可トス。幸ニ「カテーテル」送入ノ目的ヲ遂ゲシトキハ數日間之レヲ留置スベシ、「カテーテル」ノ送入目的ヲ達セザルトキハ直チニ會陰切開ヲ施シテ尿道損傷部ノ中心端ヲ索メ、「カテーテル」ヲ送入シテ之レヲ留置ス。

尿道中樞端ノ發見困難ナルトキハ恥骨上膀胱切開ヲ施シテ逆行「カテーテル」送入ヲ行ハザルベカラザルコトアリ。尿道全斷セラレタルトキハ尿道自己ノ縫合或ハ周圍組織ヲ介スル縫合ニヨリテ斷端ノ接著ヲ試ム。尙ホ疾病篇中「尿閉」「尿浸潤」ノ條下及ビ手術篇中「外尿道切開術」ノ條下ヲ參照スベシ。

二 肛門及直腸損傷

磁器、硝子器、其他尖銳ナル物體上ニ墜落スルトキハ會陰部ノ刺創・切

創若シクハ挫創ヲ受ケ肛門及ビ直腸ノ損傷ヲ來ス。鈍體ノ隅角若シクハ桿狀物體ニヨリテモ亦刺創、裂創、挫創等ヲ生ズルコトアリ、深キ刺入創ニアリテハ腹膜ヲ傷ケ同時ニ腹腔内臟器ヲ穿破スルコトアリ。

三 陰莖損傷

陰莖ノ損傷ニ切創、挫創等アルモ偶發損傷ハ稀有ニ屬ス。精神病者ニ於テ自己傷害ニヨル陰莖切斷創ヲ見ルコトアリ。

尿道ノ損傷アルトキハ尿浸潤ヲ發シ尿瘻ヲ形成スルコトアリ。海綿體挫傷ヲ被ルトキハ屢勃起障礙ヲ貽ス。

療法 陰莖斷端ノ出血ヲ一時的ニ止血セントセバ陰莖根ニ於テ護膜管緊縛ヲ行フベク、根部切斷ノ場合ニシテ此目的ヲ達セザルトキハ陰囊ヲ共ニ其根部ヲ結縛ス。陰莖創ノ新鮮ナルモノハ止血縫合ヲ施スベシ。切斷創ノ斷端處置ハ陰莖切斷術ニ倣フ。

四 陰囊及辜丸損傷

陰囊及ビ辜丸ノ損傷ハ打撲傷ヲ多シトス、稀ニ挫創、切創、刺創ヲ見ル。打撲傷ニアリテハ劇痛アリ、皮下溢血ヲ生ジ、血腫ヲ形成ス。強力ニヨル辜丸打撲ニ於テハ震盪症ニヨリテ「ショック」ヲ來スコトアリ。續發症トシテハ屢外傷性辜丸炎又ハ副辜丸炎ヲ起ス。陰囊ノ開放性創傷ニアリテハ創裂ヨリ辜丸ノ脫出スルコトアリ。刺創ハ莢膜血腫ノ原因ヲナス。

療法 辜丸打撲傷ニハ安靜ヲ命ジ、局部濕布罨法ヲ施シ、又提辜帶ヲ與フ。莢膜血腫アリテ其吸收遲延スルモノハ穿刺或ハ切開ニ依テ内容ノ排除ヲ要スルコトアリ。辜丸脫出セルトキハ精系ノ損傷ナキモノニ於テハ之レヲ整復スベク、精系斷裂セルモノ若シクハ辜丸自己ノ著シク破碎セルモノニアリテハ剔出スベシ。

第六 上肢損傷

一 肩胛部損傷

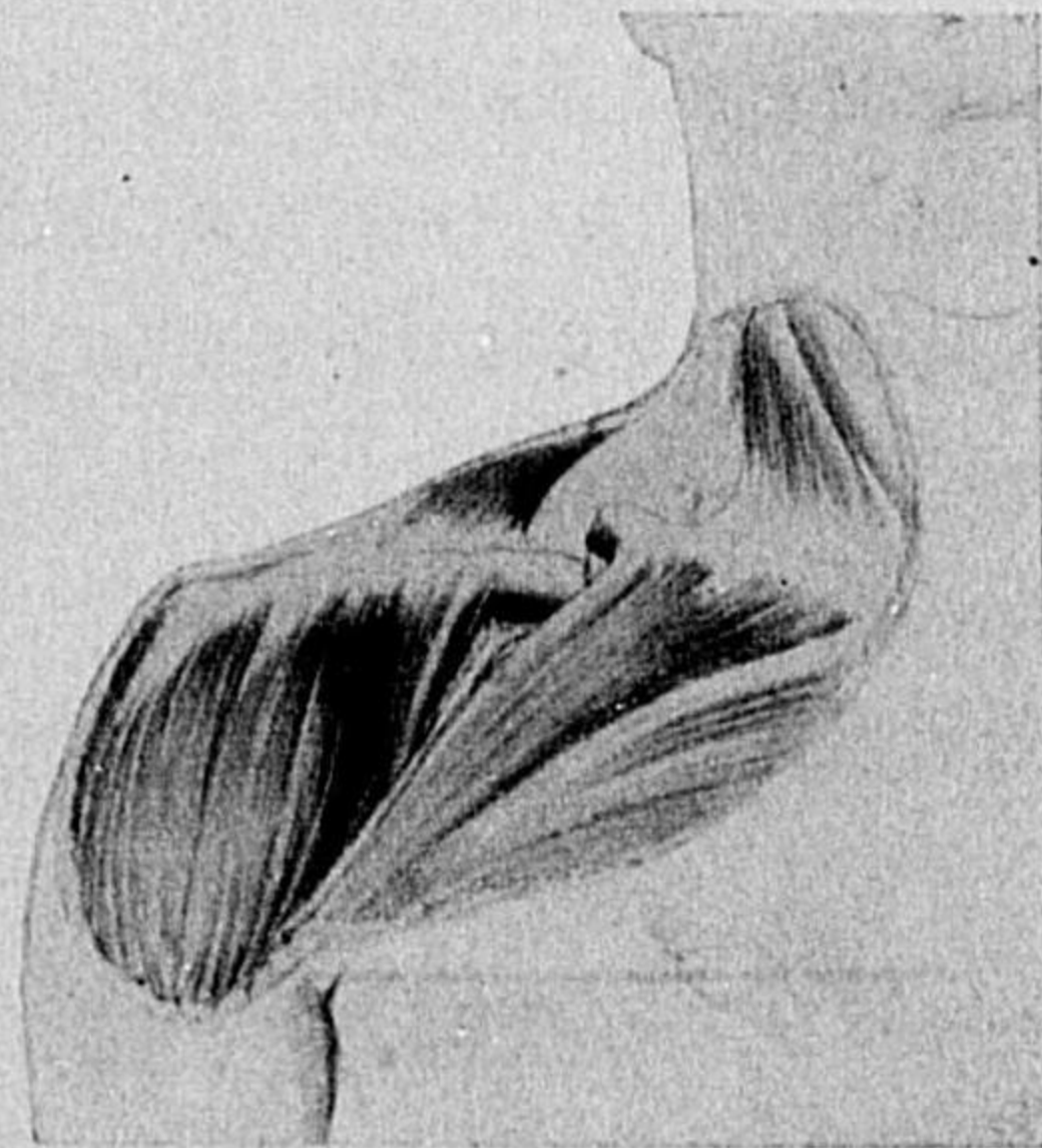
一 肩胛打撲傷及肩胛關節捻挫

肩胛打撲傷 *Schulterkontusion* 及ビ肩胛關節捻挫 *Distorsion des Schultergelenks.* = 於テハ關節ノ運動時疼痛ヲ訴ヘ屢著シキ運動障礙ヲ呈ス。往往顯著ナル關節腫脹ヲ呈シ、又關節血腫ヲ形成シ、皮下溢血ヲ生ズルコトアリ。

疼痛、腫脹及ビ機能障礙著シキトキハ骨折若シクハ脱臼トノ鑑別困難ナルコトアリ、殊ニ幼者ニ於テ然リトス。宜シク「レントゲン」診断ヲ行フベシ。肩胛ノ單純ナル打撲傷若シクハ捻挫ト鑑別ヲ要スル肩胛部損傷ハ鎖骨骨折、肩胛骨關節突起・烏啄突起及ビ肩峰突起骨折、鎖骨肩峰關節脱臼、肩胛關節上膊骨脱臼、上膊骨上端部骨折等トス。

療法 廣ク濕布卷法ヲ施シ、擔布ヲ與ヘテ患肢ノ安靜ヲ圖ルベシ。假令淺小ナルモ創アルトキハ嚴ニ防腐の處置ヲ施ス。1—2 週ノ經過後、腫脹及ビ疼痛ノ消退スルヲ待テ按摩法及ビ自他働的運動ヲ開始ス。

第 4 圖
鎖 骨 骨 折
(nach Anger)



血腫形成アルトキハ壓抵縋帶ヲ用フ。其吸收遲延シテ久シキニ互ルトキハ穿刺或ハ小切開ヲ加ヘテ内容ノ除去ヲ圖ルベキコトアリ。化膿セルトキハ猶豫ナク切開スベシ。

二 鎖骨骨折

鎖骨骨折 *Fractura clavulae*
ハ直達外力ニ因テ發スルコトア

ルモ、寧ロ肩胛部ニ於ケル打撲衝突等ノ間接外力ニヨル場合ヲ多シトス。又産科手術ノタメニ初生兒ニ起スコトアリ。

症候 鎖骨骨折ハ中 $\frac{1}{3}$ ノ區間就中外 $\frac{1}{3}$ 部トノ境界部ニ最モ多ク外部之レニ次ギ内端部ニハ最モ少ナシ。全骨折ヲ起シテ骨折端騎乗ヲ呈スルコト多ク、不全骨折モ亦稀ナリトセズ。

不全骨折ニ於テハ局部ノ壓痛・腫脹・運動時疼痛ヲ徵スルニ止マリ骨折ノ確徵ヲ缺クモ、全骨折ニアリテハ骨折痛・骨端轉位・折端ノ皮下觸知・摩擦音等ノ骨折徵候ヲ備フ。

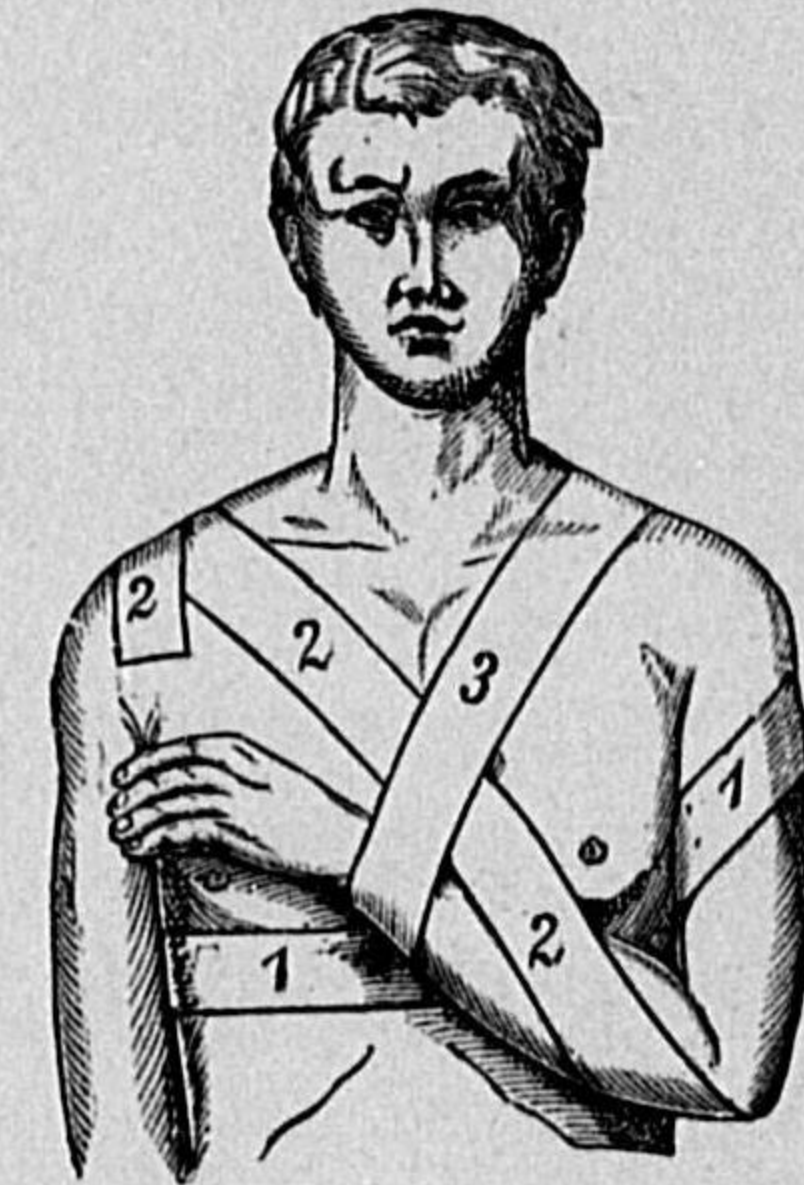
肩胛關節ノ運動障礙アリ、損傷部腫脹シ、往往皮下溢血斑ヲ生ズ。骨折端ノ轉位ハ内骨端ハ胸鎖乳頭筋ノ牽引ニヨリテ上方ニ、外骨端ハ上肢ノ重力ニヨリテ下方ニスルヲ普通トス、(第4圖) 從テ患側ノ肩峰下垂シ、患者ハ好ンデ健側手ヲ以テ患肢ヲ支持ス。上肢ヲ舉上スルコト困難ナリ。

診斷 著明ノ變形ヲ認メ皮下ニ骨折端ヲ觸ルルガ如キ場合ハ容易ニ診定セラレルモ、骨端轉位ヲ呈セザルモノニ於テハ單純ナル打撲傷ト誤ラルルコト稀ナラズ。外端近部ノ骨折ニアリテハ鎖骨肩峰關節脱臼ト鑑別ヲ要ス。脱臼ニアリテハ鎖骨ノ外端ガ肩峰上ニ騎乗スルヲ以テ肩峰ニ特異ノ階段狀異常隆起ヲ生ズルノ別アリ。

豫後 全骨折ニ於テハ治後多少ノ變形ヲ後胎スルコト多キモ機能上ニハ通例障礙ヲ胎サズ。小兒ニアリテハ2—3週、大人ニアリテハ3—4週ニテ癒合ス。

療法 骨折端轉位ヲ整復スルニハ肩胛部ヲ後方ニ牽掣シテ轉位骨折端ノ突隆セル部分ヲ壓迫スベシ。又術者ノ一側前膊ヲ患側ノ腋窩ニ插ミ上膊

第 5 圖
セール氏絆創膏縋帶



下部ヲ強ク胸側ニ向テ壓スルトキハ上膊骨上端ノ外移スルニ依リ骨折端騎乗ヲ整復スルコトヲ得。固定法ニハセール氏絆創膏繃帶、ウェルボー氏繃帶、デザウル氏繃帶等アリ。轉位少ナキモノ若シクハ不全骨折ニアリテハ單ニ擔布ヲ與ヘテ患肢ヲ安置スルコトニ依リテ治癒ノ目的ヲ達ス。此等ノ單純ナル繃帶法ニヨリテ整復位固定ノ困難ナルトキハ義布斯繃帶ヲ施シ或ハ背部ニ丁字形副木ヲ貼シテ肩胛ヲ固定ス。

一 セール氏絆創膏繃帶 Sayrescher Heftpflasterverband 幅 5-7 cm 長 $\frac{2}{3}$ -1 m ノ絆創膏 3 條ヲ取ル。第一條ヲ以テ患側上膊ノ中央部内面ニ起リ、同前面及ビ外面ヲ廻リテ後、横ニ背部ヲ走り、健側胸側壁ニ了ラシム。之レニ依テ上膊ヲ外施シ從テ肩胛ヲ後掣セシム。第二條ヲ以テ健側ノ肩胛ニ起リ、背部ヲ斜ニ下行シ、豫メ銳角ニ屈曲シテ前胸壁ニ接著セシメタル前膊ノ肘關節近部ヲ廻リ、前胸壁ヲ斜ニ上行シテ起始點ニ歸著セシム。之レニ依テ患側肩ヲ舉上セシム。第三條ヲ以テ患側肩ノ僧帽筋上外縁ニ起リ、骨折部ヲ過ギテ前胸壁ヲ斜ニ下行シ、患肢手腕關節ノ外面ヨリ内面ニ廻リテ終ラシメ、之レニ依テ骨折部ヲ固定シ且ツ前膊ヲ支持セシム。即チ第 5 圖ニ示スガ如シ。

二 デサウル Desault 氏繃帶。 1. 患側腋窩ニ枕子ヲ挿入シ一條ノ卷軸帶ヲ用ヒテ之レヲ胸廓及ビ健側肩胛ニ互リテ繃縛固定ス。 2. 患肢肘關節ヲ直角ニ屈曲シ上膊ヲ側胸壁ニ向テ壓著シ、第二卷軸帶ヲ用ヒ上膊ヲ胸廓ニ固定ス。此際殊ニ上膊下部ヲ強ク胸壁ニ壓著セシムベシ。然ルトキハ枕子ニ接スル部分ハ槓桿支點ヲナシ、上膊端並ニ肩胛ハ外轉シテ骨端騎乗ヲ防グ得ベシ。 3. 第三卷軸帶ヲ用ヒ肩胛ヲ舉上且ツ後掣シテ患肢ノ固定ヲ完フス。此卷行順序ハ健側腋窩ニ起リ、前胸壁ヲ斜ニ上行シ、患肢ヲ超エテ上膊ノ後内側ヲ下行シ、肘關節ヲ廻リ、前胸壁ニ水平ニ接著セシメタル前膊ヲ、肘部ニ近く、斜ニ上方ニ超エテ前胸壁ヲ斜ニ上行シ、健側腋窩ヲ廻リ背部ヲ斜ニ上行シ、患肩部ヲ後部ヨリ前方ニ超エ、上膊ノ前内側ニ沿ヒテ下リ、前膊肘端ヲ廻リテ後方ニ出デ、背部ヲ斜ニ上行シテ、健側ノ腋窩ニ達ス。此卷行ヲ反覆スルコト數回ノ後、繃帶ノ終端ヲ以テ一側肩胛ヨリ下リテ腕關節ヲ懸吊シ他側肩胛ニ至ル一行ヲ加フ。此繃帶ノ上ニ薄ク義布斯繃帶ヲ施シテ固定ノ弛緩スルヲ防グ法ハ推奨スルニ足ル。

腋窩ニ挿入スル枕子ハ大ニ過グベカラズ。枕子大ニ失シテ繃縛強キニ過グルト

キハ壓迫麻痺ヲ招致スルノ虞アリ。骨折端轉位ナキ場合ハ枕子ハ全く之レヲ除キ單ニ患肢ノ安保ノタメニ此繃帶ヲ施セバ足ル。

デザウル氏繃帶ハ獨リ鎖骨骨折ニ施スノミナラズ、上肢ヲ胸部ニ對シテ固定スル目的ニ普ク應用セラル。

三 鎖骨脱臼

鎖骨脱臼 Luxatio claviculae = 肩峰端ノ鎖骨脱臼(肩峰突起上脱臼・肩峰突起下脱臼)ト胸骨端ノ鎖骨脱臼(胸骨前脱臼・胸骨上脱臼・胸骨後脱臼)アリ。

症候 肩峰突起上鎖骨脱臼 L. c. supraacromialis. ハ鎖骨脱臼中最モ多キ種類ナリ。脱轉セル鎖骨外端ニヨル肩峰突起部ノ異常隆起ヲ呈シ、肩峰ハ爲メニ階段狀ヲナス。尙ホ僧帽筋外上縁ノ緊張、頭首ノ患側傾斜、肩胛下降、上肢水平以上ノ舉上困難等アリ。本症ハ往往鎖骨骨折ヲ兼ヌ。肩峰突起下脱臼 L. c. infraacromialis. ハ肩峰突起部異常突隆、鎖骨外端部ノ下方轉位、上肢舉上不能等ヲ呈ス。胸骨前鎖骨脱臼 L. c. praesternalis. = 於テハ胸鎖關節部ニ於テ胸骨前面ニ異常隆起ヲ現ハシ鎖骨ノ内端部下降ス。尙ホ肩幅ノ短縮、胸鎖乳頭筋鎖骨附着部ノ緊張、輕度ノ頭首患側傾斜、上肢水平以上ノ舉上困難等ヲ呈ス。胸骨上鎖骨脱臼 L. c. suprasternalis. = アリテハ胸骨頸截痕ニ於ケル鎖骨胸骨端ノ觸知、患側肩幅ノ短縮ヲ呈シ、又氣管ノ壓迫ニヨル呼吸困難、反廻神經ノ壓迫ニヨル聲帶麻痺等ヲ現ハスコトアリ。胸骨後鎖骨脱臼 L. c. retrosternalis. = 於テハ鎖骨胸骨端ハ胸骨ノ後方ニ脱轉シ、從テ關節部ニ異常陷凹ヲ認メ、氣管・食道・鎖骨下動脈等ノ壓迫症狀ヲ呈ス。

療法 肩峰上脱臼ノ整復ハ兩肩胛ノ後方牽引及ビ脱轉セル鎖骨肩峰端ノ下方壓迫ヲ以テス。固定ハ困難ナリ、鎖骨骨折ニ於ケル如ク、卷軸帶繃帶或ハ絆創膏繃帶ヲ試ム。最モ確實ナルハ手術的療法ナリ。即チ關節囊及ビ靭帶ヲ短縮セシメテ之レヲ縫合シ、或ハ關節面ニ新創面ヲ作爲シテ骨ノ縫合ヲ行フニアリ。肩峰下脱臼ニアリテハ兩肩ヲ後方ニ牽引シ、鎖骨ノ脱轉部ヲ上方ニ壓迫シテ整復シ固定繃帶ヲ施ス。又關節囊

ノ縫合ヲ要スルコトアリ。此脱臼ハ脱臼位置ニ於テ新關節成ルモ機能障礙ヲ貽スコト甚ダシカラズ。胸骨前脱臼ハ兩肩ノ強度ノ後掣及ビ脱臼轉部ノ壓迫ニ依テ整復ス。固定法トシテハ鎖骨骨折ニ於ケル如キ繃帶試ミラルルモ目的ヲ達セザルコト多シ。但シ放置スルモ後障礙大ナラズ。骨縫合法又ハ關節端ノ切除ヲ施スコトアリ。胸骨上脱臼ノ療法ハ前者ト異ナラズ、放置スルモ後障礙少ナシ。壓迫症狀アルトキハ骨縫合或ハ骨端切除ヲ施ス。胸骨後脱臼ニアリテハ、肩胛ヲ強ク後方ニ牽引シ、或ハ腋窩ニ枕子ヲ置キテ上膊下端ヲ強ク胸側ニ壓著シ、兩肩ヲ開放セシム。概ネ此法ニ依テ整復シ得ルモ、固定ノ目的ヲ達スルコト困難ニシテ容易ニ再ビ脱臼位置ニ復スル故ニ、若シ壓迫症狀アルトキハ宜シク關節端ヲ切除スベシ。

四 肩胛骨骨折

肩胛骨骨折ニハ肩胛骨體・棘・肩峰突起・烏喙突起・頸・關節髌等ノ骨折アリ。體及棘骨折ニハ特殊ノ徵候ナシ。肩峰突起骨折・烏喙突起骨折ニアリテハ該當部ノ變形・摩擦音等ヲ呈シ、烏喙突起ノ骨折ニアリテハ肘關節屈曲運動時ノ疼痛アリ。頸骨折及ビ關節髌骨折ハ通例合併ス。骨折部上膊ト共ニ下降シ、肩峰ト上膊骨頭トノ距離相隔離ス。其他摩擦音、骨折痛等アリ。關節髌ノ骨折ハ往往肩胛關節脱臼ニ際シテ併發ス。頸骨折ハ其外觀肩胛關節脱臼ニ類ス、但シ脱臼ニ於テハ異常固定アリ。

療法 患側上肢ノ安靜ヲ命ズ。肩胛關節ノ安保ノ目的ニハ鎖骨骨折ニ於ケルデサウル氏繃帶ノ第三卷軸帶ノ卷行應用セラル。頸骨折ニアリテハ3週間安靜固定ヲ要シ、後チ徐徐ニ自他働的運動ヲ試ムベシ。通例多少ノ機能障礙後貽ヲ免カレズ。

五 肩胛關節上膊骨脱臼

肩胛關節上膊骨脱臼 Luxatio humeri ニ下方脱臼(腋窩脱臼・關節窩下脱臼・上膊舉上脱臼)前方脱臼(烏喙突起下脱臼・鎖骨下脱臼)及ビ後方脱臼(肩峰突起下脱臼・肩胛棘下脱臼)ノ別アリ。就中上膊骨烏喙突起下脱臼ヲ最モ

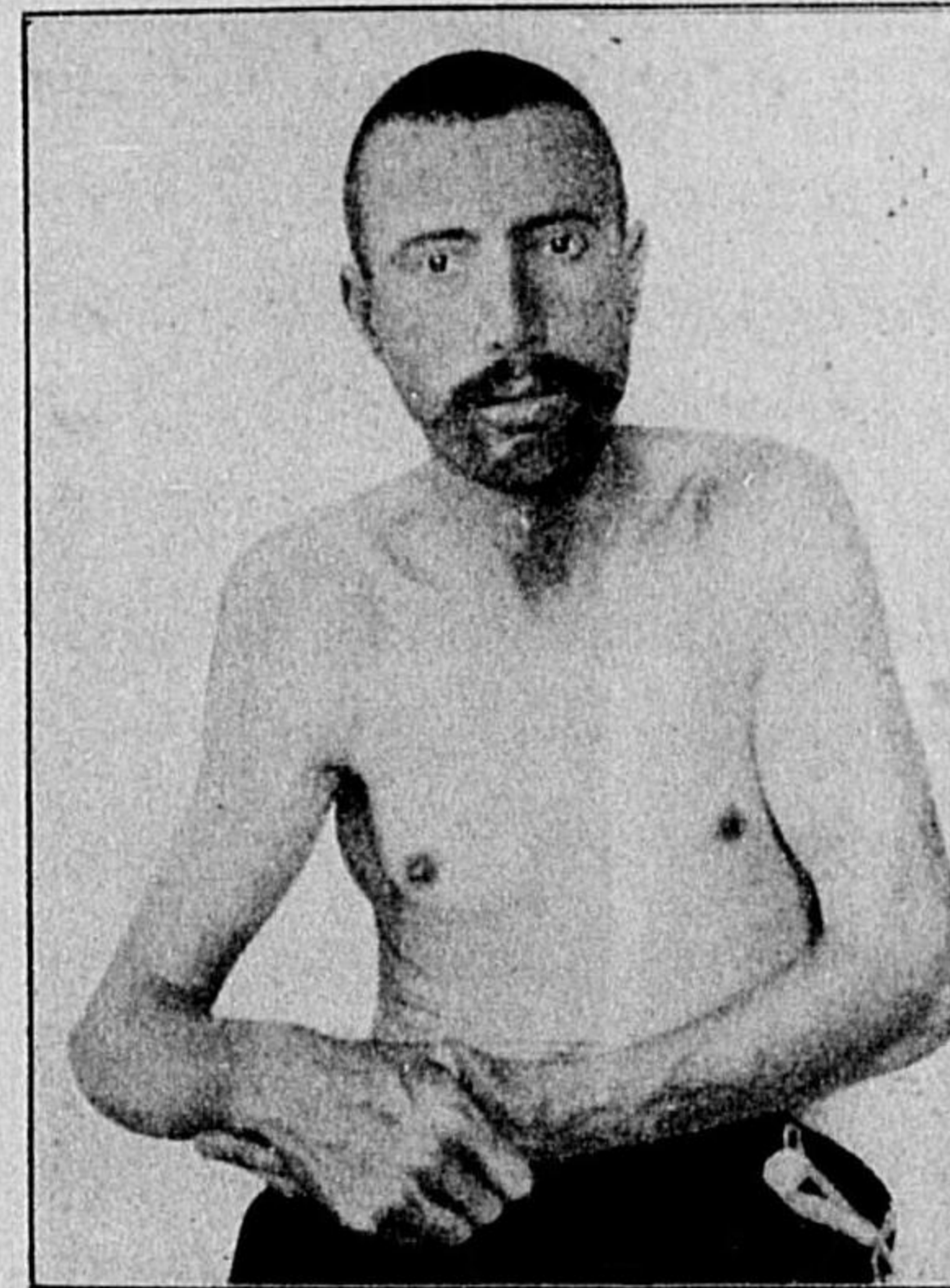
多シトス。本症ハ肩胛部ノ衝突打撲、上肢過度ノ外旋、肘關節伸展時ノ手部ノ衝突打撲等ニ因テ發ス。

症候 上膊骨烏喙突起下脱臼 L. humeri subcoracoidea. ニアリテハ烏喙突起下ニ轉位セル上膊骨頭ニヨル異常ノ隆起ヲ、肩峰突起下ニ其脱出ニヨル異常ノ陷凹ヲ生ズ。從テ外肩部ハ固有ノ豐隆ヲ失ヒ、肩峰突起著シク突出ス。上膊骨ノ長軸ハ其上端内方ニ偏シ、肘部ハ僅カニ胸廓ヲ離ルルノ位置ニ於テ固定セラル。疼痛アリ、肩胛關節ノ自他働的運動不能腫脹、皮下溢血、患肢ノ浮腫等ヲ呈ス。上膊骨腋窩脱臼 L. humeri axillaris ニ於テハ腋窩ニ、關節窩下脱臼 L. h. infraglenoidalis ニ於テハ腋窩下部ニ骨頭ヲ觸知ス。上膊骨舉上脱臼 L. h. erecta ニ於テハ上膊ハ舉上ノ位置ニ於テ固定セラル。後方脱臼ハ稀ナリ、肩峰隆起ノ前面陷凹シ、後側ニ於テ肩峰下ニ骨頭ヲ觸ル。

診斷 肩胛關節脱臼ハ肩胛骨頸骨折、上膊骨上端部骨折ト誤診スルコトアリ。又脱臼ニ此等ノ骨折ヲ兼スルコト稀ナラズ。骨折ノ徵候ニ注意スベシ。

第 6 圖

右上膊骨烏喙骨起下脱臼



豫後 通例良、稀ニ機能障礙ヲ後貽ス。又習慣性脱臼ヲ招致スルコトアリ。

療法 成ルベク速ニ整復術ヲ施ス。疼痛ノタメ整復法ノ施行困難ナルトキハ全身麻醉ヲ行フベシ。全身麻醉ハ患者ヲシテ疼痛ヨリ免カレシムルノ利アルニ止ラズ、緊張セル筋肉ヲ弛緩セシメ之レニ依リテ整復ヲ容易ナラシムルコトヲ得ベシ。整復法ハ坐位或ハ仰臥位ニ於テス。

肩胛關節脱臼整復法。

一 前方及下方脱臼。 a. 牽引法。 固定セル現在位置ヨリ上肢ヲ少シク外轉シ、強ク牽引シ、同時ニ骨頭ヲ關節窩ニ向テ壓迫ス。前方脱臼ニアリテハ牽引ト共ニ上肢ヲ輕ク内旋ス。 b. 高舉牽引法。 甲助手ハ肩胛ヲ固定シ乙助手ハ上肢ヲ牽引シツツ徐徐ニ之ヲ舉上シ、上膊ガ腋窩ニ於テ鈍角ヲ成スニ到レルトキ、更ラニ強ク上肢ヲ牽引舉上ス。此際術者ハ骨頭ヲ關節内ニ壓入ス。 c. コツヘル氏高舉廻旋法。 肘ヲ直角ニ屈曲シ、術者ノ一手ハ前膊ヲ、他手ハ上膊ヲ把握ス。先ヅ離レタル上膊ノ下部ヲ胸壁ニ接著セシメ、次デ上膊ヲ外旋ス。即チ前ニ前方ニ向ヘル前膊及ビ手ハ今側方ニアリ、上膊内側ノ前方ニ向フ。此位置ニ於テ水平位ニ至ルマデ上膊ヲ舉上シ、次デ急ニ或ハ徐徐ニ上膊ヲ内旋セシム。

二 後方脱臼。 上膊ヲ水平ニ高舉シ、之ヲ外旋セシムルト共ニ骨頭ヲ關節窩ニ向テ壓入ス。

後療法。 卷軸帶或ハ擔布ニテ上肢ヲ安置スルコト1—2週間、後チ輕キ按摩法ヨリ始メテ漸次自他働的運動ヲ行ハシメ、且ツ筋肉ニ對シテ按摩法及ビ電氣療法ヲ應用ス。

上述ノ整復法其目的ヲ達セザルトキハ關節切開術ヲ施シテ整復ス。上膊上端部骨折ヲ兼ネタルモノニアリテハ單ニ骨頭ノ壓迫ヲ以テ整復ヲ試ミ、若シ其目的ヲ達セザルトキハ觀血的ニ處置ス。即チ關節ヲ切開シテ骨頭ヲ整復シ骨折部ニ縫合ヲ施ス、又骨頭切除ヲ要スルコトアリ。陳舊脱臼ニモ亦整復術ヲ試ムベキモ、其目的ヲ達セズシテ機能障礙高度ナルトキハ上膊骨關節端切除術ヲ行フ。習慣性脱臼ニハ關節部ノ繃縛ニヨリ運動ヲ制限シテ再發ヲ防ギ、重症ニハ囊韌帶ノ一部切除術ヲ施ス。

六 上膊骨上端骨折

上膊骨上端骨折ニハ骨頭骨折・解剖頸骨折・骨端線骨折・結節部骨折・外科頸骨折等アリ。直達及ビ介達性外力ニ因ス。又分娩時初生兒ニ於テ起ルコトアリ。稀ニ筋力ニ因テ發ス。

症候 骨頭及解剖頸骨折 Fraktur des Humeruskopfes u. Frakt-

ura colli anatomici ハ骨折痛、肩胛關節運動障礙、關節囊内溢血ニ因スル肩胛部ノ瀰蔓性腫脹等ヲ呈ス。骨折線ハ關節囊内ニアルヲ以テ變形ハ之レヲ認メズ、異常運動及ビ摩擦音ヲ徴スルコト稀ナリ。此種ノ骨折ハ往往脱臼ニ併發ス。骨端線離開 Epiphysenlösung ニ於テハ肩胛關節痛、肩胛關節部腫脹及ビ上肢ノ機能障礙アリ。摩擦音、變形、異常運動等ハ著シ

第7圖 上膊骨上端骨折 (nach Quervain) 1 2 3 4 5 解剖頸骨折 結節部骨折 外科頸骨折 大結節骨折 Y字形骨折



カラズ、摩擦音ハ軟性ナリ。結節部骨折ハ斜骨折ヲ成ス場合多ク、又結節部ニ横骨折ヲ來スコトアリ。骨折ノ諸徴候ヲ呈シ、轉位アルトキハ上骨折端ノ外轉ニヨリ肩幅廣濶トナル。大結節或ハ小結節ノ單獨骨折ハ稀ナリ。外科頸骨折 Fraktura humeri colli chirurgici ニ於テハ肩胛關節部外面膨隆ノ下部ニ陥凹アリ、下骨折端ノ内轉ニ依テ上膊内面ノ上部ニ異常隆起ヲ生ズ。上膊短縮及ビ上膊軸上端ノ内移ヲ認メ、異常運動・摩擦音アリ。膊神經ノ壓迫・損傷ニヨル知覺異常及ビ運動麻痺、大血管ノ壓迫・損傷ニヨル血行障礙等ヲ呈スルコトアリ。

診斷 關節囊内骨折、就中符合骨折ニアリテハ之レヲ確診シ得ザルコト多シ。診査ニ當リ符合骨折ヲシテ離開セシムルコトアリ、注意スベシ。確實ニ其有無及ビ種類ヲ知ラントスレバ「レントゲン」撮影ニヨルベシ。

外科頸骨折ハ症候著明ナルヲ以テ診斷容易ナリ。但シ變形ノ外觀相類スル故ニ上膊骨腋窩脱臼若シクハ烏喙突起下脱臼ト鑑別ヲ要ス。脱臼ニ於テハ肩峰突起ノ直下部ニ異常ノ陥凹アリ、骨折ニアリテハ肩峰突起下ノ固有ノ膨隆ハ之レヲ存シ、更ニ其下部ニ於テ陥凹ヲ呈スルヲ以テ區別スベシ。

豫後 骨頭骨折及ビ解剖頸骨折ニシテ

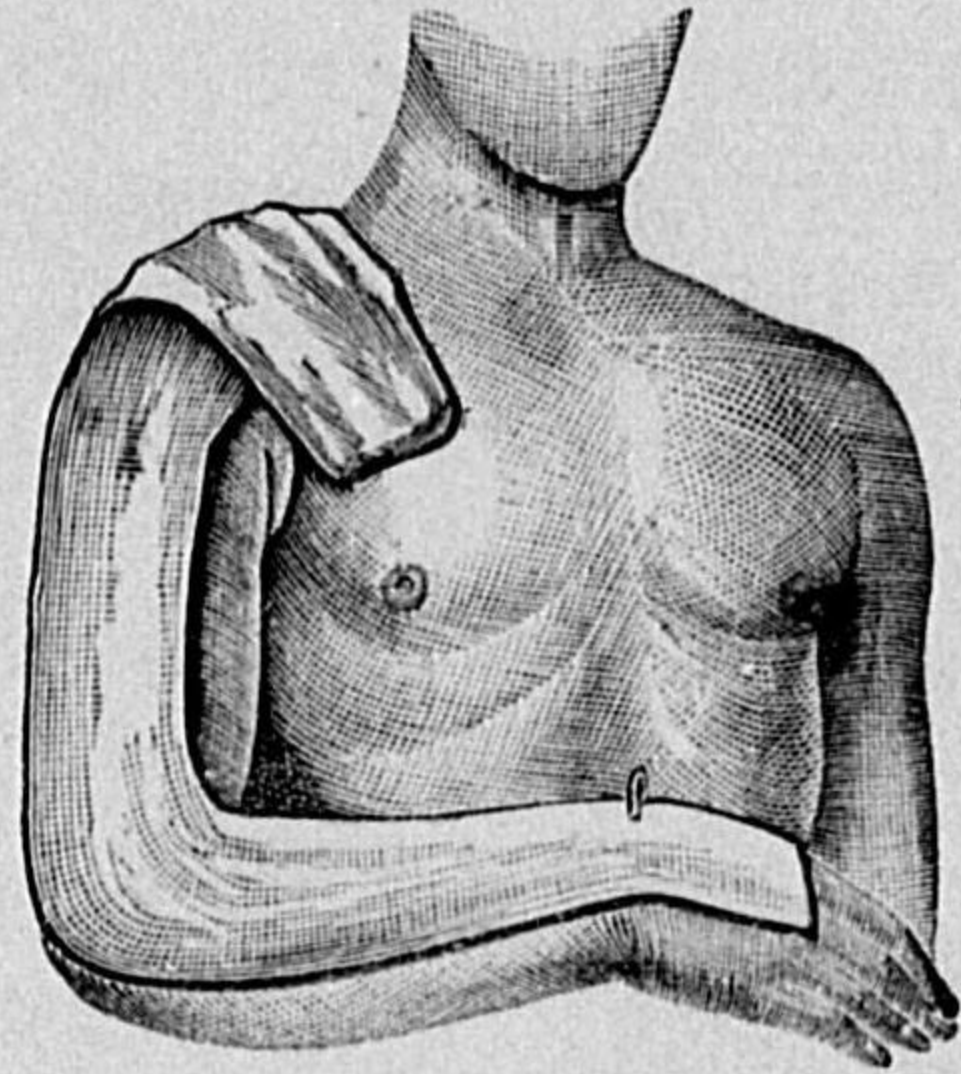
筋合セルモノハ良ナリ。骨頭分離セルモノハ機能障礙ノ後胎ヲ免カレズ。

骨端線離開ハ治後上膊ノ短縮ヲ胎スコト少ナカラズ。結節部骨折ハ變形ヲ留ムルコト多シ。外科頸骨折ハ良ニシテ治癒經過ハ4—6週間ナリ。但シ神經ノ壓迫若シクハ癒著等ニヨリ永ク知覺又ハ運動ノ障礙ヲ胎スコトアリ。

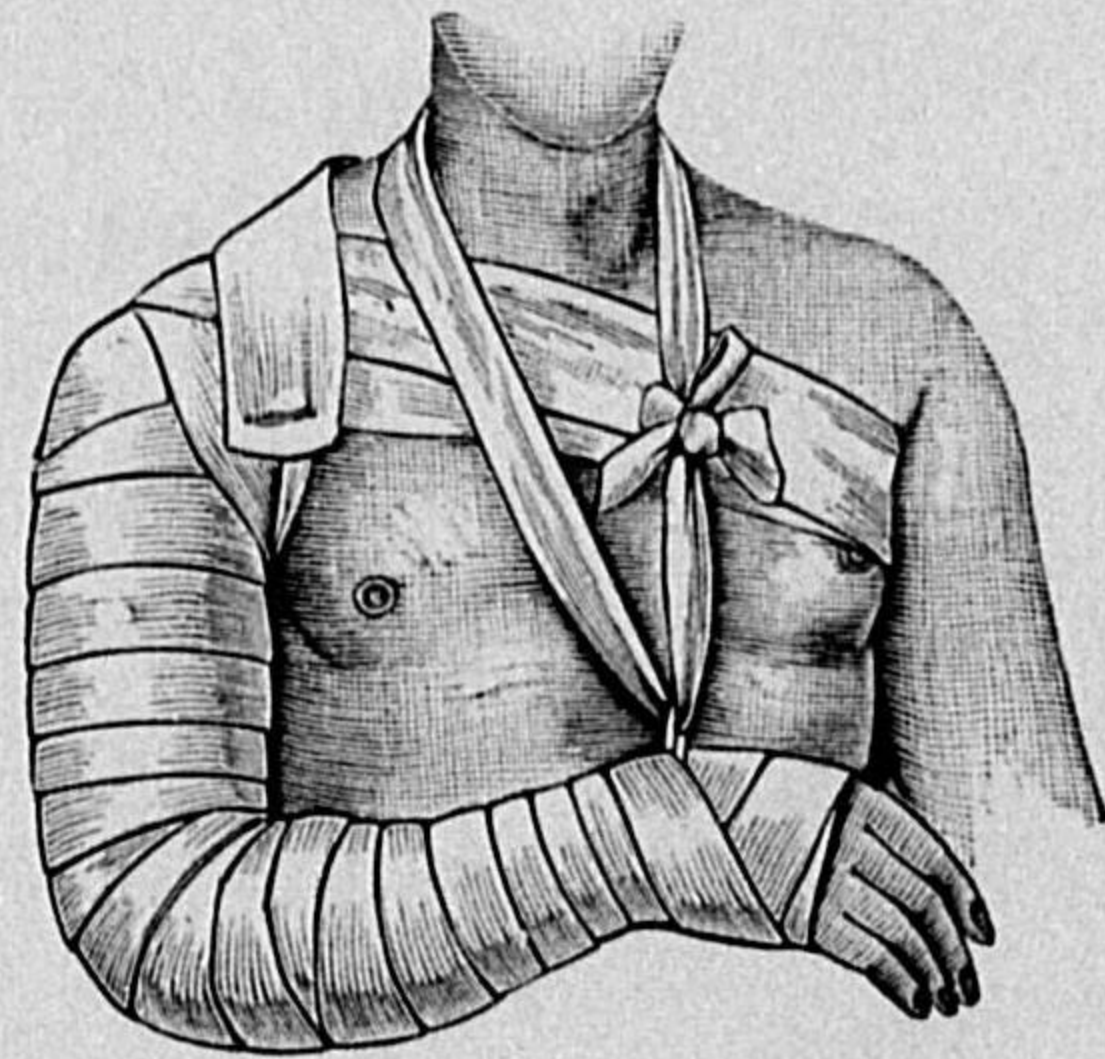
療法 骨頭骨折、解剖頸骨折、結節部骨折等ニアリテハ卷軸帶固定又ハ義布希縹帶ニヨリ上膊ヲ胸壁ニ固定シテ安保スベシ。時宜ニヨリ牽引縹帶ヲ施ス。又骨縫合、打釘法、遊離骨片ノ抽出等ヲ要スルコトアリ。尙ホ第三篇中「四肢ニ於ケル骨折ノ療法」ノ條下ヲ参照スベシ。

外科頸骨折及骨端線離開ニ於テハ骨折下端ノ牽引及ビ屈折部ノ壓迫ニヨリテ轉位ヲ整復シ之レヲ固定ス。初メヨリ腫脹著シク、尙ホ増加ノ傾向アル間ハ副子固定法或ハミツテルドルフ氏三角或ハデサウル氏縹帶等ヲ應用シ、腫脹ノ減退ヲ待テ義布希固定法ヲ行フ。即チ肘ヲ直角ニ屈曲セル位置ニ於テ、肩胛ヨリ前膊ニ互ル義布希卷軸縹帶ヲ施ス。又或ハベエリー

第 8 圖
ベエリー氏義布希副子



第 9 圖
義布希副子ノ裝用



Beely 氏義布希副子ヲ應用ス。第8圖ハ之レヲ示シ第9圖ハ普通卷軸帶ヲ用キテ此義布希ヲ固定セル圖ナリ。固定ハ負傷後3—5週ニシテ除キ、診査ノ結果、癒合尙ホ不十分ナルトキハ更ニ適宜ノ期間之レヲ續ケ、已ニ癒合完キニ至レバ漸次自他働的運動ヲ行ヒ且ツ電氣療法及ビ按摩法ヲ施ス。

二 上膊損傷

一 上膊軟部損傷

二頭膊筋及ビ三頭膊筋ノ皮下斷裂ヲ來スコトアリ。筋ノ著シキ緊張ニ際シ強力ナル鈍體打撃ノ加ハルニ因テ生ズ。肘關節ノ屈曲又ハ伸展運動ノ障礙アリ。皮膚ヲ隔テテ横走スル裂隙トシテ斷裂部ヲ觸レ、皮下溢血ヲ生ジ又皮下血腫ヲ形成ス。二頭膊筋長頭腱ノ脱轉ハ通例肩胛關節脱臼又ハ上膊骨上端骨折ニ伴ヒ、二頭膊筋溝ノ外側ニ索狀物トシテ腱ヲ觸知スベク、其部ニ疼痛アリ、肘關節ノ伸展困難ナリ。

橈骨神經損傷 アルトキハ手指ノ伸展筋及ビ廻後諸筋ノ麻痺ヲ來ス。橈骨神經ハ解剖的關係上損傷ヲ被リ易シ。橈骨神經ノ壓迫麻痺ハ全身麻酔中ノ手術臺縁ニ於ケル壓迫、膊ヲ枕トセル睡眠、過度ノ驅血帶緊縛等ニ因リテ發ス。正中神經損傷ニアリテハ廻前諸筋及ビ屈指筋橈側半部ノ麻痺アリ。尺骨神經損傷ニ於テハ手ノ屈筋及ビ尺側半部ノ屈指筋麻痺ス。筋皮神經損傷ヲ被ルトキハ上膊前側諸筋ノ麻痺ヲ來ス。尙ホ解剖篇中「上膊」ノ條下及ビ疾病篇中「四肢運動麻痺」ノ條下ヲ参照スベシ。

上膊動脈損傷ノ出血ハ迅速ニ處置セララルルニアラザレバ失血死ヲ來スベシ。銃創・刺創等ニヨル創傷ニシテ血管創口極メテ小ナルトキ或ハ打撲衝突等ニヨル皮下損傷ニ於テハ高度ノ皮下血腫ヲ形成シ、廣汎ナル溢血斑ヲ生ジ、又動脈瘤ヲ繼發スルコトアリ。

一般ニ上膊軟部ノ複雑ナル損傷ハ工場機械ニヨルモノ多ク、骨・關節ノ損傷ヲ伴フコト多シ。

療法 皮下筋肉裂傷ハ其一小部分ニ止リテ機能障礙著シカラ

ザルトキハ單ニ該筋ノ緊張ヲ避クル位置ニ於テ固定繃帶ヲ施セバ足ル。斷裂高度ニシテ機能障礙甚ダシキトキハ切開シテ裂傷部ヲ檢シ、筋及ビ筋膜縫合法ヲ行フベシ。二頭筋ノ脱轉アルトキハ之レヲ整復シ初メ上膊ヲ固定シテ疼痛及ビ腫脹ノ消散ヲ待チ、後チ按摩法及ビ自他働的運動ヲ行フ。神經離斷セルトキハ之レヲ縫合スベク、神經壓迫麻痺ニハ電氣療法及ビ按摩法ヲ應用ス。急劇ニ増加スル大ナル血腫ノ形成アルトキハ切開シテ出血部ヲ檢シ、血管ヲ結紮スベシ。上膊動脈損傷ニアリテハ創腔ニ上下兩斷端ヲ索メテ結紮シ或ハ又縫合法ヲ施ス。甚ダシキ挫滅創ニシテ末梢ノ營養保續不可能ナリト認メラルルトキハ切斷術又ハ關節離斷術ヲ斷行スベシ。

二 上膊骨幹部骨折

上膊骨幹部骨折 Fraktur der Humerusdiaphyse ハ或ハ直達外力ニ因テ生ジ、或ハ肘關節ノ伸展位ニ於テ手ヲ地上ニ衝クガ如キ介達的外力ニ因テ來リ、又或ハ筋ノ急劇ナル強度ノ收縮ニ因テ生ズルコトアリ。筋肉ノ作用ニヨル上膊骨骨折ノ原因トシテハ投球投石等ノ働作、空打等舉ゲラル。吉川ハ曾テ腕角力ニヨリテ起レル上膊骨全骨折ノ3例ヲ見タリ。

骨折ノ種類ハ斜骨折ヲ以テ最モ多シトシ、横骨折之レニ次ギ、稀ニ螺旋狀骨折ヲ生ジ、又往往屈曲不全骨折ヲ見ル。骨折端尖銳ナルトキハ神經・血管ノ損傷ヲ伴フコトアリ、就中橈骨神經ハ斷裂ヲ被リ易シ。

症候 機能障礙及ビ骨折痛アリ、變形ヲ呈シ、異常運動ヲ認メ、骨折端摩擦音ヲ觸知ス。骨折部ハ内側ニ向テ屈曲スル場合多ク、骨折端騎乗アルトキハ上膊長軸ノ短縮ヲ見ル。大ナル血管ノ損傷アルトキハ著大ナル血腫ヲ形成シ、速ニ皮膚ニ溢血斑ヲ生ズ。神經ノ損傷ヲ伴フトキハ其分布領域ニ於ケル運動及ビ知覺ノ麻痺ヲ來ス。治後橈骨神經ノ癒著ヲ貽スコトアリ。不全骨折及ビ符合骨折ニアリテハ諸徵著シカラズ。

豫後 概ネ良。小兒ニアリテハ3週間、成人ニアリテハ4—6週間ニシテ骨性癒合ヲ營ム。但シ上膊骨ニ於テハ其中樞端即チ肩胛關節端ノ移動性大ナルガタメニ完全ナル整復位置ニ於ケル骨折端ノ固定困難ニシテ、其

結果多少ノ變形ヲ後貽スルコト稀ナラズ。又假關節ヲ形成シテ之レガ觀血的手術ヲ要スル場合アリ。

療法 末梢ノ牽引及ビ廻旋ニヨリテ轉位ヲ整復シ、正常位置ヲ取ラシメテ固定法ヲ施ス。肩峰突起ト大結節ヲ連結セル線ガ上膊骨外髁ヲ過グル位置ヲ上膊軸ノ正常關係トナス。

固定法トシテハ義布斯繃帶・義布斯副子・(第8圖)鑛製副子・ミッテルドルフ氏三角等ヲ應用スベク、骨折端ノ轉位甚シク一時整復スルモ容易ニ再ビ轉位スルモノニ於テハ宜シク持續牽引法ヲ應用スベシ。又時宜ニヨリ骨縫合法ヲ施ス。上膊骨折ニ於ケル牽引法ハ或ハ肘關節ノ屈曲位ニ於テシ或ハ又伸展位ニ於テス。既ニ骨折部ノ異常運動ヲ認メザルニ至レバ固定法ヲ除キテ按摩法ヲ施シ、次デ自他働的運動ヲ開始スベシ。

符合骨折ニシテ骨折端ノ轉位ナキ場合若シクハ不全骨折等ニ於テハ、鎖骨骨折ニ於ケルデサウル氏繃帶ニ倣ヒテ上肢ヲ胸廓ニ向テ固定スベシ。或ハ又單ニ大擔布ヲ與ヘテ損傷肢ノ安置ヲ命ズレバ足ル場合アリ。骨質ノ挫碎甚ダシク且ツ軟部ノ損傷著シクシテ末梢ノ保存望ナキトキハ切斷術ヲ施ス。橈骨神經ノ癒著ニヨル疼痛、假骨ノ壓迫ニヨル麻痺等ニ對シテハ、癒著ノ剝離、贅生セル假骨ノ削除等ヲ施スベシ。尙ホ第三篇中「四肢ニ於ケル骨折ノ療法」ノ條下ヲ參照スベシ。

三 肘關節部損傷

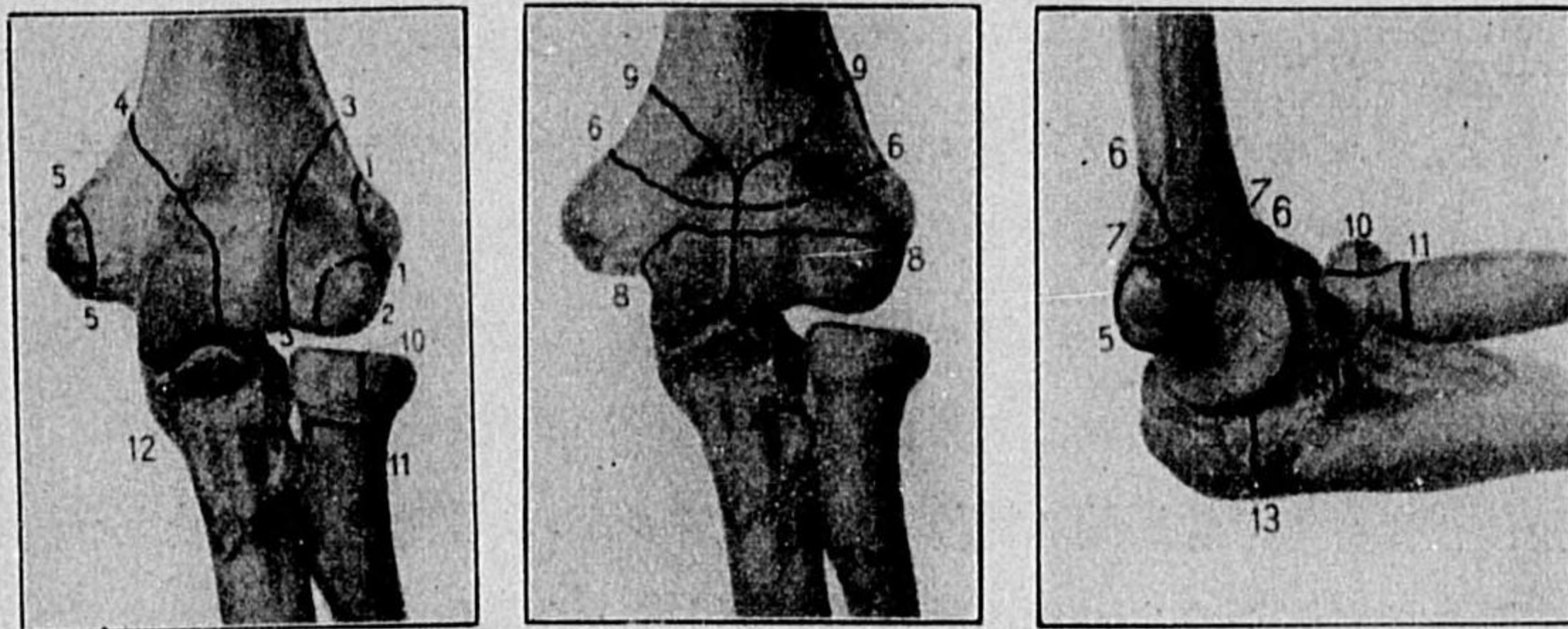
一 上膊骨下端骨折

上膊骨下端ノ骨折ニハ其損傷ノ部位ニヨリテ髁上骨折・骨端線離開・關節囊內骨折・内髁及ビ外髁骨折・内上髁及ビ外上髁ノ骨折等ヲ區別ス。(第10圖)髁上骨折ニシテ關節面ニ向テ走ル縱徑骨裂ヲ有スルトキハT字形又ハY字形骨折ヲ成ス。上膊骨下端ノ骨折ハ或ハ直達的外力ニ因テ發シ、又肘關節伸展位ニ於ケル手部ノ衝突ノ如キ介達的外力ノ作用ニヨリ起ルコトアリ。強劇ナル直達外力ハ屢複雑ナル粉碎骨折ヲ生ズ。

髁上骨折 Fractura supracondylica ハ多ク兒童ニ見ル所ニ

第 10 圖
上膊骨下端部及前膊二骨上端部骨折
(nach Quervain)

- | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|------|------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 外上髁骨折 | 小頭骨折 | 外髁骨折 | 內髁骨折 | 內上髁骨折 | 伸展髁上骨折 | 屈曲髁上骨折 | 關節囊內骨折 | Y字形骨折 | 橈骨小頭骨折 | 橈骨小頭骨折 | 冠狀突起骨折 | 鷹嘴突起骨折 |



シテ肘關節部ニ起ル骨折中最モ重要ナルモノトス。髁上骨折ノ骨折端轉位ハ殆ンド常ニ上骨端ノ前方轉位、下骨端ノ後方轉位ヲ來シ、稀ニ反對ノ關係ヲ呈ス。前者ハ伸展位ニ於ケル上膊下部ノ直接打撃或ハ手部ノ衝突ニヨリテ起ル 伸展骨折 Extensionsfraktur. ニシテ、後者ハ屈曲位ニ於ケル強劇ナル肘部ノ衝突ニヨリテ生ズル 屈曲骨折 Flexionsfraktur ナリトス。骨端線離開 Epiphysentrennung ハ關節囊內ニ於ケル肘突起ノ離開ニシテ、肘關節部ノ打撲・衝突又ハ過度ノ廻旋・展伸等ニヨリテ起ル。

症候 髁上骨折ニシテ普通ノ骨端轉位ヲナスモノニ於テハ特有ノ變形アリ。即チ上骨折端ニヨリテ肘窩ニ異常隆起ヲ生ジ、下骨折端ノ後方轉位ニヨリテ鷹嘴突起上部ニ異常陷凹ヲ呈ス。肘部ノ前後徑増加シ上膊ノ全長ハ較短縮ス。但シ屈曲骨折ノ場合ニ於テハ下骨端ノ後方轉位ナキヲ以テ此固有ノ變形ヲ呈セズ。骨折端ノ側方轉位ヲ來ストキハ肘關節部ニ於ケル前膊ノ内方或ハ外方轉位ヲ來シ、又肘關節部ノ側方屈曲ヲ生ズ。髁上骨折ニ於テ異常運動、骨端摩擦音等ハ不定ナリ。T字形或ハY字形骨折ニシ

テ上骨折端ガ關節部ノ縱走裂隙間ニ箝入シ、爲メニ兩髁壓開セラルルトキハ内外上髁ノ隔遠ヲ來ス。Y字形骨折・T字形骨折及ビ粉碎骨折等ハ強劇ナル直達外力ニ因テ起ルモノニシテ常ニ複雑ナル軟部損傷ヲ伴フ。骨端線離開ニ於テハ骨端轉位ニヨル變形ハ著シカラズ、關節ノ腫脹・疼痛甚ダシ。内外髁及ビ内外上髁骨折ニアリテハ該當側ニ於ケル髁部ノ腫脹・疼痛・摩擦音・異常運動等ヲ呈ス。內髁骨折ニ於テハ尺骨神經ノ損傷ヲ伴フコトアリ。

診斷 兒童ニ於ケル高度ノ腫脹及ビ著シキ機能障礙ヲ呈スル肘關節部損傷ノ大多數ハ 髁上骨折 ナリトス。而シテ其固有ノ變形ヲ呈スルモノハ診斷明ナリ。髁上骨折ハ變形ノ狀態相類スル肘關節前膊後方脱臼ト鑑別ヲ要ス。脱臼ニアリテハ鷹嘴突起著シク後方ニ突出シ兩上髁ハ之レト隔リテ前方ニ存ス。骨折ニアリテハ鷹嘴突起後方ニ突出セルノ觀ヲナスモ兩上髁トノ關係ハ正常ト異ナルコトナシ。尙ホ脱臼ニ於テハ異常ノ固定アリ骨折ニハ異常運動アリ。關節ノ腫脹・皮下溢血等ハ骨折ニ際シテ甚ダシ。骨端線離開ノ診斷ハ甚ダ困難ナル場合アリ。關節ノ腫脹・劇痛・高度ノ機能障礙等ハ關節囊內ニ於ケル著シキ損傷アルノ證徴ナリ。兩上髁ニ於テ上膊ヲ固定シ、肘關節部ニ於テ内外前後ニ移動セシメ得ルトキハ、肘突起ノ離開アルモノト認ムベク此際軟性摩擦音ヲ觸ルルトキハ診斷確實ナリ。

豫後 骨折端轉位著シカラザルモノハ良。髁上骨折ニシテ高度ノ軟部損傷ヲ伴ハザルモノハ 3—4 週ニシテ癒合ス。著シキ轉位アルモノ、複雑骨折、粉碎骨折・特ニ關節腔內ニ及ボセル粉碎骨折等ニ於テハ多少ノ機能障礙後胎ヲ免カレズ。

療法 髁上骨折ハ牽引及ビ壓迫ニ依リテ轉位ヲ整復シ、肘關節ノ屈曲位ニ於テ固定スベシ、此際掌面ヲ軀幹ニ面セシム。固定法ニハ初メ副子繃帶ヲ以テシ後 3—4 日ニシテ腫脹ノ減退ヲ待チ環狀義布斯繃帶ヲ施ス。又義布斯副子ヲ應用スベシ。此等ノ方法ニヨル整復位置ノ固定困難ナルトキハ持續牽引繃帶ヲ裝置シ或ハ手術的ニ骨折端接合法ヲ施ス。固定繃帶ヲ施

セルトキハ關節強直ノ後貽ヲ防ガンタメ7—10日ニシテ一度繃帶ヲ去リ注意シテ關節ノ運動ヲ試ミ、後チ更ニ固定ス。關節囊内骨端線離開ニ於テハ初メ伸展位ニ於テ固定シ、後チ漸次屈曲位ニ移行セシムルヲ可トス。負傷後3—4週ニシテ全ク固定ヲ去ルベシ。固定法除去ノ後ハ徐徐ニ自他働的運動ヲ施シ、又電氣療法及ビ按摩法ヲ行フ。治後ノ關節強直ニハ麻醉中矯正法ヲ試ムベク、又關節切除術ヲ要スルコトアリ。

其他ノ骨折ニ於テモ概ネ上記ノ法ニ則ルベシ。初メヨリ到底機能障礙ノ後貽ヲ防グコト能ハズト認メラルルトキハ患肢ノ使用ニ便宜ナル位置、即チ肘關節ヲ直角或ハ僅ニ銳角ニ屈曲シ患者ガ自ラ掌面ヲ見得ル如キ位置ニ於テ固定ス。

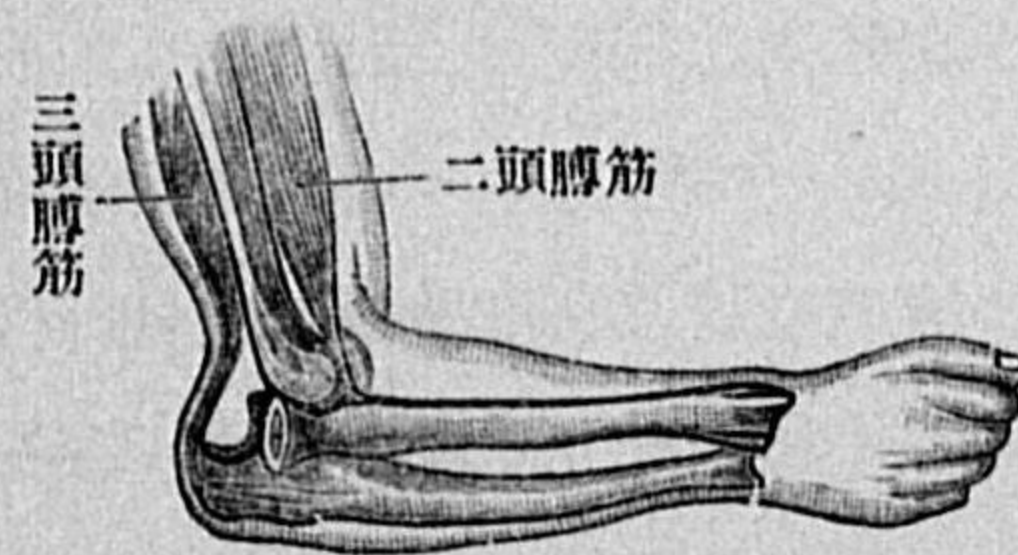
二 肘關節脱臼

肘關節ニ於ケル脱臼ニハ最モ多ク兩前膊骨ノ後方脱臼及ビ橈骨脱臼ヲ見ル。稀ニ兩前膊骨前方脱臼・同側方脱臼・同開散脱臼及ビ尺骨脱臼等アリ。

前膊二骨ノ肘關節後方脱臼ハ殆ンド常ニ墜落時轉倒時等ノ肘關節伸展位ニ於ケル手部ノ強劇ナル衝突ニ際シテ起ル。即チ關節ノ過度ノ伸展ニヨル。往往尺骨冠狀突起ノ骨折ヲ伴フ。稀ニ上膊下端ノ後面若クハ前膊屈曲側ノ打撃、前膊ノ過度ノ内轉・外轉等ノ結果トシテ來ルコトアリ。

肘關節ニ於ケル橈骨脱臼ハ前方脱臼最モ多ク、肘關節ノ伸展及ビ前膊廻前位ニ於ケル手掌ノ衝突ニ因テ發シ、又後方ヨリ直接橈骨上端部ニ加ヘラレタル打撃又ハ過度ノ廻前廻後運動等ニヨリテ生ズ。橈骨ノ後方脱臼、外方脱臼等アルモ稀ナリ。

第 11 圖
兩前膊骨後方脱臼



症候 兩前膊骨後方脱臼ニ於テハ特有ノ變形ヲ呈ス。即チ肘關節ハ屈曲位ニアリ、窩嘴突起及ビ橈骨小頭著シク後方ニ突出シテ其上部ニ陥凹アリ、肘窩ニ於テ上膊骨下端ノ轉位ニヨル異常骨隆起ヲ觸レ、前膊ハ短縮ノ觀ヲ呈ス。(第 11

圖)關節ハ固定シテ前膊ノ運動全ク不能ナリ。軟部損傷ノ合併ハ其程度甚ダ多般ナリ、或ハ唯輕微ナル腫脹ヲ來スニ止リ或ハ溢血斑ヲ生ジ血腫ヲ形成ス。兩前膊骨前方脱臼ニ於テハ肘關節ハ銳角屈曲ヲ呈シ、前膊延長ノ觀アリ。窩嘴突起ヲ觸知シ得ズ、其位置ニ上膊骨ノ下端アリ。肘窩ヲ探ルトキハ茲ニ尺骨ノ上端及ビ橈骨小頭ヲ觸ル。窩嘴突起ノ骨折ヲ伴フコト多シ。兩前膊側方脱臼ハ概ネ不全脱臼ナリ。外側脱臼ニテハ肘關節ノ橈側ニ橈骨小頭突出ス。内側脱臼ニテハ肘關節尺側ニ尺骨上端ノ脱轉ニヨル隆起ヲ呈シ、往往骨折ヲ伴ヒ、又尺骨神經ノ損傷ヲ被ムルコト多シ。尺骨脱臼ハ後方脱臼ヲ呈スルモノニシテ兩前膊骨ノ後方脱臼ニ於ケルガ如キ變形ヲ呈ス。但シ橈骨小頭ハ正常位ニアルヲ異ナレリトス。尺骨後方脱臼ハ冠狀突起骨折ヲ伴フコト稀ナラズ。橈骨前方脱臼ニ於テハ上膊骨外髁ノ前方ニ橈骨小頭ノ脱轉ニヨル異常隆起ヲ現ハシ橈骨小頭固有ノ位置ニハ異常ノ陥凹ヲ認メ、橈骨小頭自己及ビ尺骨骨幹ノ上¹/₃部ノ骨折ヲ伴フコト多シ。兩前膊骨開散脱臼ハ尺骨後方脱臼及ビ橈骨前方脱臼ノ合併ヨリ成ル。

診斷 兩前膊骨後方脱臼ハ上膊髁上骨折ト誤診スルコトアリ。橈骨小頭ノ位置ヲ診定センニハ屈曲位或ハ伸展位ニ於テ廻前廻後運動ヲ試ムベシ。

骨折合併ノ有無ニ注意ス。

豫後 通例良。但シ靱帶ノ斷裂或ハ緊張、骨端軟骨挫碎等ノ結果、多少ノ機能障礙ヲ貽スコトアリ。

療法 整復法ヲ施ス。

肘關節脱臼整復法。

一 兩前膊骨後方脱臼。ハローゼル氏法。術者膝上ニ脱臼セル肘ノ伸展面ヲ壓著シ、肘關節ヲ過度ニ伸展セシメ、此位置ニテ強ク前膊ヲ牽引シ、迅速ニ關節ヲ

第 12 圖
橈骨小頭骨折



屈曲セシム。 b. 助手ヲシテ上膊ヲ支持セシメ、肘關節ヲ直角ニ屈曲シ、術者ハ一手ニテ肘ニ近ク前膊上部ヲ持テ他手ニ腕關節部ヲ把持シ、前膊ヲ上膊軸ノ方向ニ壓下シ且ツ前膊軸ノ方向ニ引ク。二 兩前膊骨前方脱臼。 a. 肘關節伸展、前膊下方牽引及ビ上膊反對牽引ノ状態ノ下ニ脱轉セル尺骨上端ヲ肘窩ニ於テ強ク壓迫ス。 b. 肘ヲ強ク屈曲シ、前膊ヲ其軸ニ從ヒ肘關節ノ方向ニ壓迫ス。三 外側脱臼。前膊牽引ノ下ニ前膊ノ上端ヲ内方ニ壓迫シ、下端ヲ外方ニ壓迫ス。四 内側脱臼。上記ノ反對ニ壓迫ヲ加フ。五 尺骨後方脱臼。二骨後方脱臼ニ倣フ。六 橈骨小頭前方脱臼。肘關節ヲ屈曲シ、前膊ノ廻後位ニ於テ前膊ヲ牽引シ小頭ヲ壓迫ス。

後療法、肘關節ノ直角屈曲位ニ於テ副子繃帶及ビ擔布ヲ用ヒ或ハ義布繃帶ヲ施シテ固定スルコト7日間、後チ按摩法ヲ施シ且ツ自他動的運動ヲ行フ。

陳舊性脱臼ニシテ整復不可能ニ屬シ且ツ機能障礙著シキトキハ關節切除術ヲ要スルコトアリ。

三 前膊骨上端骨折

肘關節部ニ於ケル前膊骨骨折ニハ、尺骨ニ鷹嘴突起骨折及ビ冠狀突起骨折、橈骨ニ小頭骨折及ビ頸骨折アリ。

鷹嘴突起骨折 Fractura olecrani. ハ關節ノ直角屈曲位ニ於ケル直接ノ打撃ニヨリテ起ルヲ常トス。又肘關節ノ過度ノ伸展ニ因テ來ルコトアリ、此場合ニハ或ハ單獨ニ發シ或ハ肘突起ノ骨折ヲ兼ネ、或ハ後方脱臼ニ併發ス。又單ニ三頭膊筋ノ急劇ナル收縮ニ因テ生ズルコトアルモ素ヨリ稀有ニ屬ス。冠狀突起骨折 ハ殆ンド常ニ前膊二骨又ハ尺骨ノ後方脱臼ニ合併シ、單獨ニ發起スルコト稀ナリ。又單ニ内膊筋ノ收縮ニ因テ起ルコトアルモ少數ノ實例アルノミ。橈骨小頭骨折 ハ純粹ノ關節囊内骨折ニ屬シ、最モ頻發スル骨折ハ所謂 鑿骨折 Meisselfraktur (v. Bruns) ニシテ小頭縁ノ一部分ガ關節面ヨリ下方ニ向ヒテ折傷スルニアリ。此骨折ノ原因ハ介達ノ外力ニシテ中等度ニ屈曲且ツ廻前セル前膊ノ位置ニ於テ強ク手掌ヲ衝突スルコトニ因テ生ズルヲ常トス。此場合ニ於テハ小頭ノ上膊關節面ニ觸ルル部分即チ前縁部ノ折傷ヲ來ス。又墜落時前膊ノ姿勢如何ニヨリテ小頭ノ外側縁ニ骨折ヲ生ズルコトアリ。 橈骨頸骨折及ビ骨

端線離開ハ稀ナリ。直接ノ外力作用ニ因テ發シ、又過度ノ廻前運動ニ因テ來ルモノト思惟セラル。此骨折ハ尺骨ノ後方脱臼及ビ冠狀突起骨折ニ合併スルコト多シ。

症候 鷹嘴突起骨折ニ於テハ鷹嘴突起部ニ腫脹壓痛アリ、三頭膊筋ノ機能失ハレ、伸展側ヲ上向セシムルトキハ前膊ヲ伸展スルコト能ハズ。骨折片ハ遊離移動性骨片トシテ之レヲ觸知シ得ベク、三頭膊筋ノ牽引ニヨリ骨片轉位スルヲ以テ、茲ニ骨裂隙ヲ生ズ。骨折アルモ骨膜及ビ髓ノ一部分保存セラルルトキハ骨折片ノ轉位著シカラズ、從テ骨折部ニハ僅ニ狹キ裂隙アルノミニシテ前膊ノ伸展運動ハ全廢セラルルニ至ラズ、不全骨折ニ於テハ多少ノ腫脹疼痛アルニ止リ、骨折徵候ハ著シカラズ、複雑骨折ニ於テハ此部ニ於ケル粘液囊ノ破開ヲ伴ヒテ往往稀薄粘液性分泌物ヲ見ル。冠狀突起骨折ニ於テハ肘窩ニ壓痛アリ、腫脹ヲ生ジ溢血斑ヲ形成ス。廻前位ニ於テ前膊ヲ屈曲スルトキハ内膊筋ノ收縮ニヨリ肘窩ニ劇痛アリ。時トシテ骨折片ヲ觸知シ摩擦音ヲ感ズルコトアリ。 橈骨小頭骨折ニ於テハ前膊廻前廻後運動ニ障礙アリ。此運動ニ當リ疼痛甚ダシク又摩擦音ヲ觸知シ骨折片ノ移動ヲ認知シ得ルコトアリ。 橈骨頸骨折或ハ骨端線離開ニシテ骨片全ク遊離セルトキハ小頭ハ廻前廻後運動ニ伴ハズ、肘關節ノ屈曲運動時疼痛甚ダシ。骨端轉位著シキトキハ肘窩ニ突隆セル下骨折端ヲ明ニ認知シ得ルコトアリ。

豫後 概ネ良ナルモ亦多少ノ機能障礙ヲ貽スコト稀ナラズ。鷹嘴突起骨折ノ癒合不完全ナルトキハ肘關節展伸運動ノ障礙ヲ留ムルコトアリ、但シ此骨折ニ於テハ骨折片隔離ノ状態ニテ治癒スルモ尙ホ關節機能ノ完全ヲ得ルコトアリ、是レ結締織ヲ介シテ兩折端ノ連結セラルルニヨル。折傷セル冠狀突起ニシテ癒合不完全ナルトキハ前膊後方脱臼ヲ起シ易ク、骨折片轉位ノ状態ニ於テ癒合スルトキハ肘關節屈曲運動ノ制限ヲ後貽スルコト多シ。 橈骨頸或ハ小頭ノ骨折ニシテ治癒完カラザルトキハ廻前廻後運動妨ゲラル。

療法 鷹嘴突起骨折ニシテ轉位著シカラザルトキハ、單純ニ伸展位ニ

於テ肘部ヲ固定シ、10—14日ニシテ徐徐ニ屈曲運動ヲ試ムベシ。大略3—4週ニシテ全治ス。轉位甚ダシキトキハ骨縫合ヲ要ス。冠狀突起骨折ニ於テハ肘關節ノ直角位或ハ銳角位ニ於テ2週間副子固定法ヲ施ス。橈骨小頭骨折ニ於テハ肘ヲ直角ニ屈曲シ前膊ヲ半廻前位ニ於テ固定スルコト2—3週間、此間時時繃帶ヲ交換シ靜ニ關節ノ運動ヲ試ミテ強直ノ發生ヲ防グ。橈骨頸骨折ニアリテハ二頭膊筋弛緩ノ目的ニテ肘關節屈曲位ニ固定スルコト2—3週ヲ要ス。一般ニ前膊上端部ノ複雑ナル骨折ニシテ將來關節強直ノ後貽免カレ難キヲ豫測セララルモノニ於テハ、肘關節ヲ直角ヨリ僅ニ銳角ヲ取レル位置ニ固定シ、後日強直位置ニ於テ最モ便利ニ上肢ヲ使用シ得ルノ計ヲナスベシ。

四 前膊及腕關節部損傷

一 前膊及腕關節部軟部損傷

前膊下半部ニ於テハ皮膚及皮下組織層薄弱ナルヲ以テ、此部ヨリ手腕關節部ニ互リテハ血管神經及ビ屈伸諸筋腱ノ損傷ヲ被リ易シ。宜シク其分布領域ニ於ケル知覺及ビ麻痺ヲ檢シテ神經損傷ノ存否ヲ檢シ、指節ノ運動ヲ營マシメテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

療法 血管結紮、神經縫合及ビ腱ノ縫合ヲ施ス。腱ノ中心端ハ往往遠ク創口ヨリ牽縮シ、高位ニ埋沒セララルヲ以テ長柄ヲ有スル細鉤、コッヘル氏動脈鉗子、有鉤鑷子等ヲ用ヒテ之レヲ牽出スベク、此法目的ヲ達セザルトキハ適宜創口ヲ開大ス。切離端不正或ハ一部缺損等ノタメ、固有ノ斷端ヲ相縫著スルコト不可能ナルトキハ、其中樞斷端ヲ近隣ノ同一作用アル筋腱ニ縫合シテ固定ス。腱縫合後ハ成ルベク當該筋ノ弛緩スル位置ニ於テ副子ヲ貼用シ、腕關節及ビ指節ヲ固定スベシ。神經縫合ニ於テモ亦之レニ倣フ。解剖篇中「前膊」「手部」及ビ第四篇中「腱縫合法」「神經縫合法」等ノ條下ヲ參照スベシ。

二 前膊骨幹部骨折

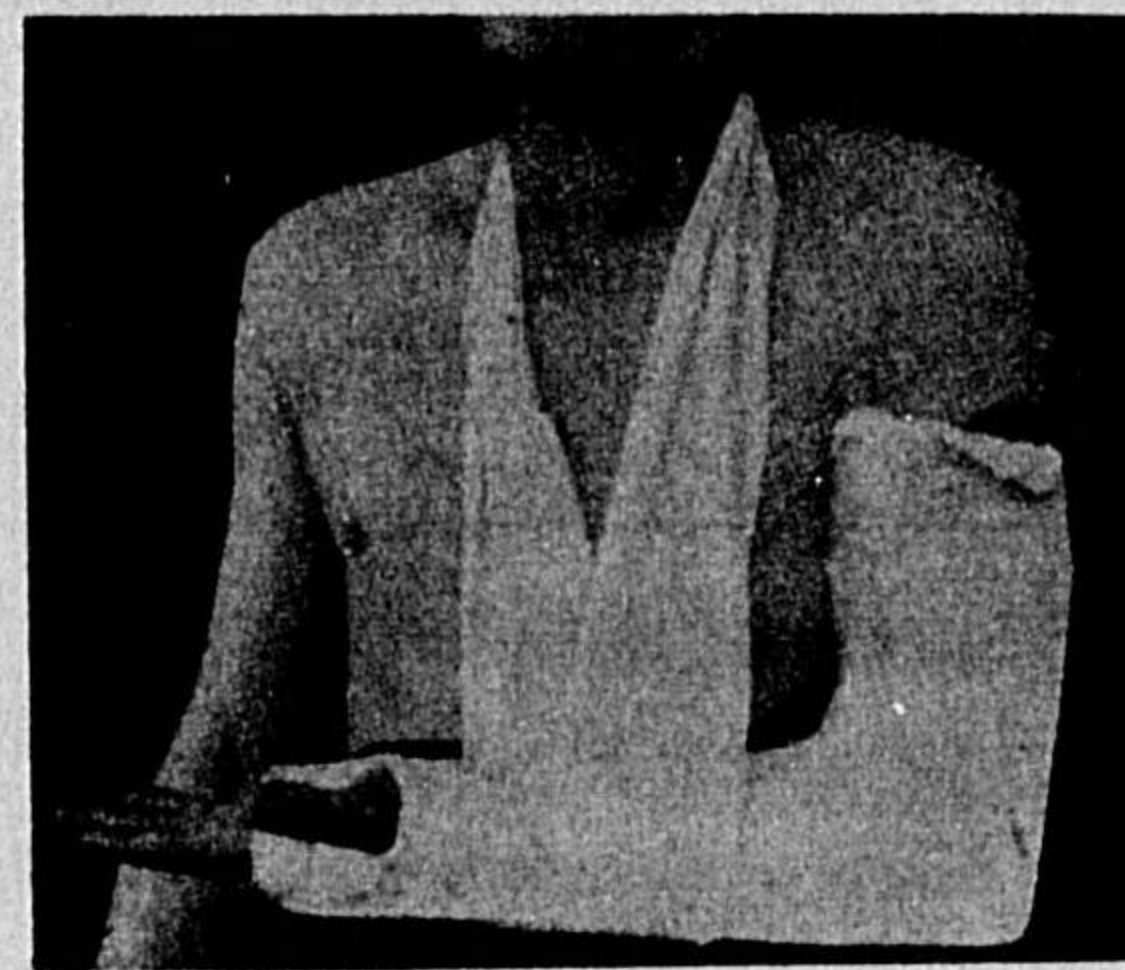
前膊骨折ハ頻發スル損傷ノ一ニ屬ス。二骨同時ニ折傷スルヲ常トシ、尺骨骨幹若シクハ橈骨骨幹ノ單獨ニ骨折ヲ被ルコトハ少ナシ。骨幹部ニ於ケル前膊二骨骨折 Fractura antibrachii ハ殆ンド常ニ直接ノ外力ニヨリテ生ジ、手掌ヲ地上ニ衝クガ如キ介達的外力ニヨル場合ハ稀有ニ屬ス。橈骨ノ最モ薄弱ナル部分ハ略、其中央ニアリ、尺骨ニ於テハ下 $\frac{1}{3}$ ノ領界ニアリ。直達外力ノ作用ニ因テ來ル二骨ノ折傷ハ通例同高ノ部ニアルモ、然ラザルトキハ橈骨骨折部ガ尺骨骨折部ヨリ高位ニアルコト多シ。前膊骨ニ於テハ不全屈曲骨折稀ナラズ、多ク小兒ニ見ル所トス。骨折線ノ種類ハ横骨折ナルヲ一般トシ斜骨折・縱裂骨傷・螺旋狀骨折等ハ稀ナリ。骨折端轉位ハ全ク之レヲ缺クコトアリ、又或ハ高度ノ轉位ヲ呈スルコトアリ、骨折端轉位ノ方向ハ作用セル外力ノ如何、骨折ノ部位如何等ニ依テ之レヲ異ニス。

症候 機能障礙、骨折痛、腫脹、變形、異常運動、摩擦音等ヲ具備ス。此等ハ二骨骨折ニ於テハ著明ナルモ、尺骨若シクハ橈骨ノミノ骨折ニアリテハ徵候著シカラズ、往往唯廻前廻後運動ノ制限アルニ止マルコトアリ。二骨骨折ニアリテモ不全骨折ニ於テハ骨折證徵完カラズ。

診斷 二骨骨折ニアリテハ容易ナリ。一骨骨折殊ニ其不全骨折ニ於テハ「レントゲン」診斷ニテ初メテ發見セララルコト稀ナラズ。骨折有無ノ診斷ニ當リ、強力ヲ用フルトキハ不全骨折ヲシテ全骨折ナラシムルノ虞アリ、注意スベシ。

豫後 皮下骨折ニアリテハ通例良。治療期間ハ4—5週間トス。但シ軟部ノ挫碎ヲ伴フ骨折、遊離骨片ヲ有スル骨折、骨

第 13 圖
前膊二骨骨折ノ副子繃帶



折端間ニ軟部ノ竊入、二骨骨折部ノ近接ニヨル骨間靭帯ノ短縮、或ハ二骨ノ癒合等ニアリテハ常ニ多少ノ機能障礙、就中廻前廻後運動困難ノ後貽ヲ免カレズ。

療法 骨折端轉位ナキトキハ直チニ固定法ヲ行フ。轉位アルトキハ先ヅ之レヲ整復スベシ。轉位甚ダ高度ニシテ且ツ劇痛ヲ訴フルトキハ全身麻醉中ニシテ施スベキコトアリ。前膊ニ於ケル骨折端ノ轉位ヲ整復センニハ介者ヲシテ上膊ヲ固定セ

シメ、肘關節ヲ直角ニ屈曲セル位置ニ於テ、手腕部ヲ強ク末梢ノ方向ニ牽引シ、同時ニ轉位セル骨折端ヲ壓迫シテ正常位置ニ復歸セシムベシ。固定ニ際シテ必要ナル注意ハ二骨骨折部ノ接近ヲ避クベキコトトス。此目的ノ爲メニ前膊ヲシテ廻後位ニアラシム。(第13圖) 肘關節ハ之ヲ直角ニ屈曲ス。固定法ニハ副子又ハ義布スヲ用ヒ、肘關節ノ上部ヨリ手腕部ニ及ボス。指ハ之レヲ自由ナラシメ常ニ自他働的運動ヲ行ハシム。固定綱帶ハ3-4週ニシテ之ヲ除キ徐徐ニ按摩法及ビ自他働的運動ヲ開始スベシ。即チ先ヅ指節及ビ手腕ノ運動ヨリシ、次デ肘關節ニ及ビ最後ニ廻前廻後運動ヲ練習ス。骨端轉位甚ダシク、正シキ整復位ニ於ケル固定困難ナルトキハ金屬線縫合法、金屬線緊縛法、髓腔插管法等ノ手術的療法ヲ必要トス。長ク骨折端癒合ノ傾向

第 14 圖
橈骨下端骨折



ナキモノハ兩骨折ノ裂隙ニ軟部竊入ノ疑アリ、切開シテ之レヲ除キ骨縫合法ヲ行フベキモノナリ。

後貽セル機能障礙ニ向テハ努メテ按摩法ヲ施スベシ。又時宜ニヨリ觀血的療法ヲ行フ、即チ骨折術ヲ施シテ轉位ヲ整復シ、異常ニ發生セル骨質ヲ削除シテ運動制限ノ原因ヲ除クガ如シ。假關節ニハ骨縫合法ヲ施ス。

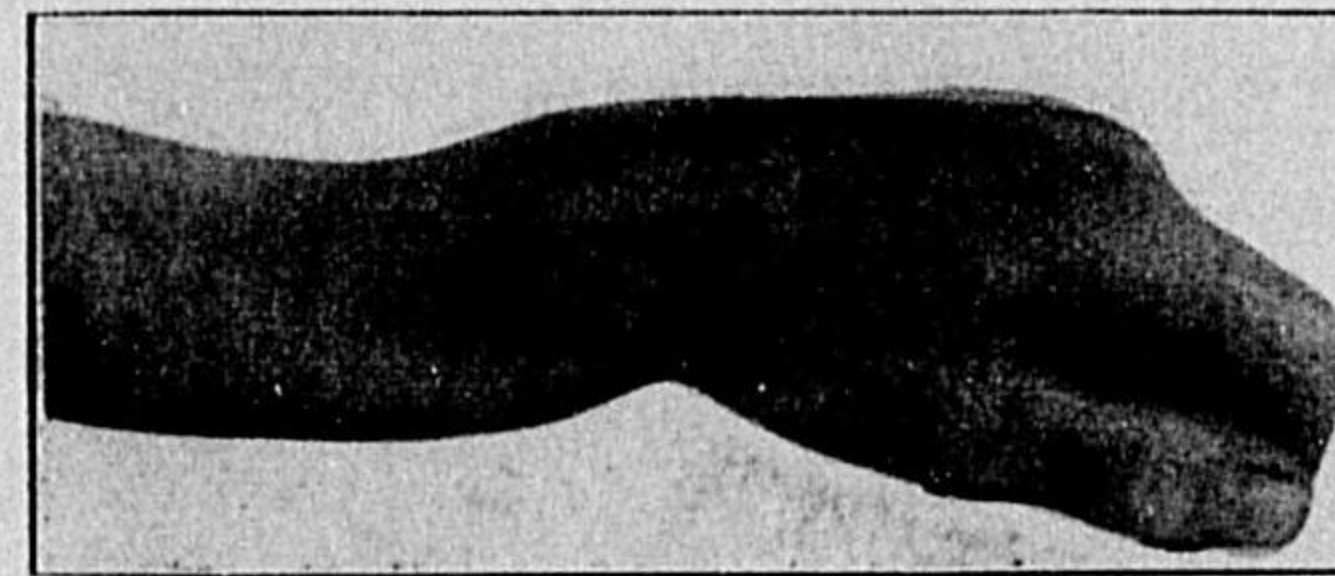
三 前膊下端骨折

前膊下端骨折ハ強ク手ヲ衝クガ如キ介達的外力ニヨルヲ普通トス。二骨同時ニ折傷シ又一骨ニ來ル、就中橈骨下端骨折ヲ重要トス。又屢尺骨莖狀突起ノ骨折ヲ見ル。尺骨莖狀突起骨折ハ直達外力ニヨリ單獨ニ發スルコトアルモ多クハ橈骨下端ノ骨折ニ合併シテ裂骨傷ヲ來タス。橈骨下端骨折ハ橈骨下端關節面ノ上方1-2.5 cmノ部ニ於ケル骨折ニシテ、特異ノ變形ヲ呈シ、定型的橈骨骨折 Fractura radii typicaノ稱アリ。又最初之レガ詳細ナル記載ニ1814ニヨル公ニセルノ故ヲ以テコーリス氏骨折 Colles' fractureノ名アリ。甚ダ頻發スル骨折ニシテ殆ンド常ニ介達的外力ノ作用ニヨル。就中中年者ニ多ク、往往輕微ノ外力ニ因テ生ズ。躓倒シテ手掌ヲ地上ニ衝キ本症ヲ起スガ如キ例稀ナラズ。自働車ノ出發ニ際シテ行ハルル起動把柄ノ回轉ハ往往橈骨下端骨折ノ原因ヲナス。即チ強力ヲ以テ把柄ヲ回轉スルトキ俄ニ之レガ逆轉ヲ來スコトアリ、此際橈骨下端ノ骨折ヲ招致スルモノトス。第14圖ニ示ス所ノ「レントゲン」寫眞ハ其一例ヲ示ス。

症候 橈骨下端骨折ハ變形ノ特有ナルヲ主徴トス。即チ手腕部

ハ背側屈曲及ビ橈側屈曲ヲ呈ス。(第15圖) 爲メニ手腕關節ノ背部ニ階段狀ノ隆起アリテ手部ハ前膊下端ニ層重スルノ觀アリ、所謂肉叉狀轉位ヲナス。往往尺骨莖狀突起ノ

第 15 圖
橈骨下端骨折ニ於ケル手部ノ背側轉位



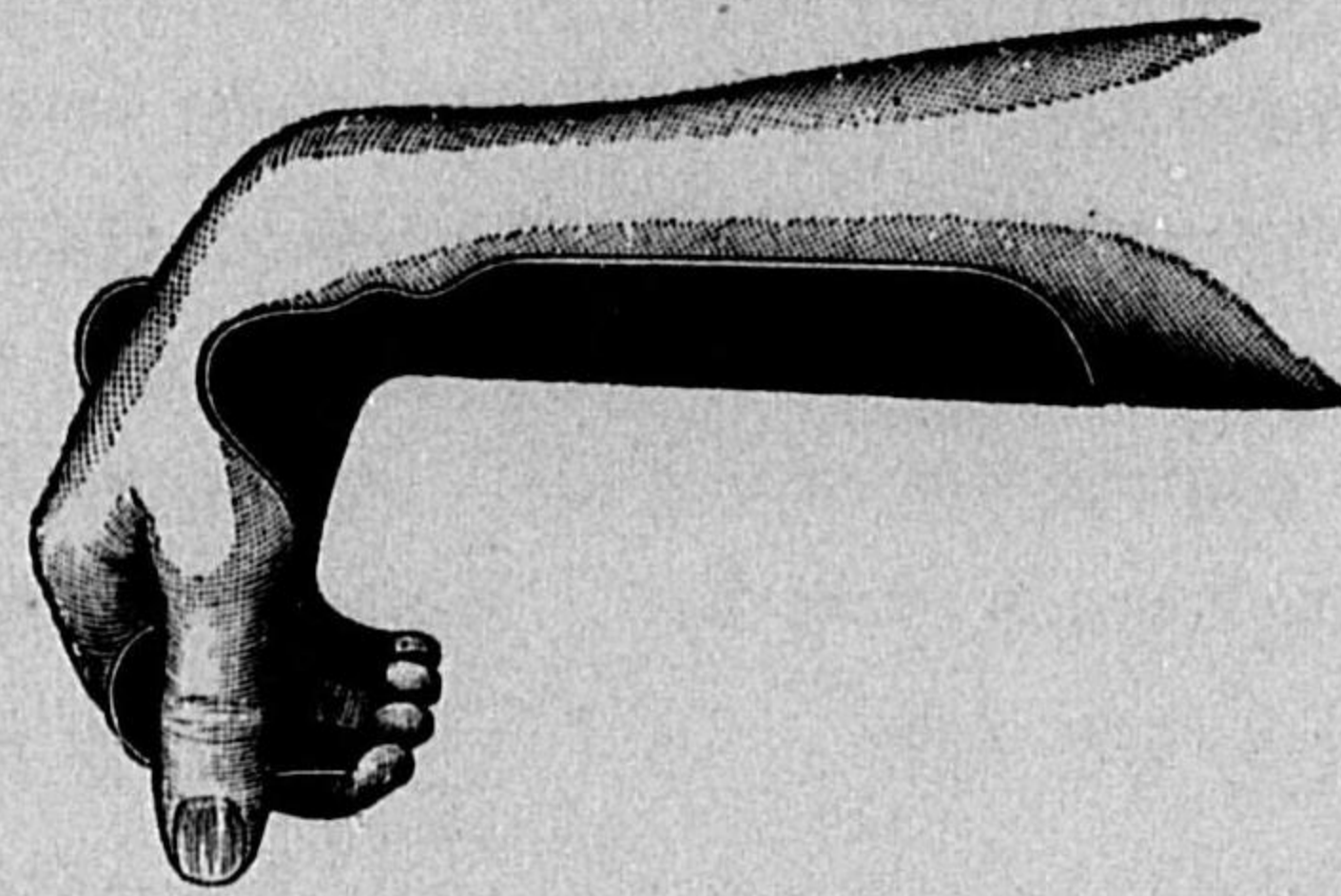
裂傷或ハ舟狀骨骨折ヲ兼
ヌ。尺骨莖狀突起
骨折ニ於テハ其部ノ
腫脹及ビ皮下溢血ノ形成
アリ。往往明ニ骨折片ノ
異常運動ヲ觸レ、又摩擦
音アリ。

診 斷 橈骨下端骨折
ハ腕關節背側脱
臼ト鑑別ヲ要ス。脱臼
ニアリテハ橈骨莖狀突起
及ビ尺骨莖狀突起ハ正常
位置ヲ失ハズ、骨折ニ於
テハ橈骨莖狀突起ハ手腕
ト共ニ背側ニ轉ズ。骨折
ニ於テモ疼痛及ビ屈伸諸
筋ノ緊張ノ結果關節ハ固定セラレルヲ常トス。

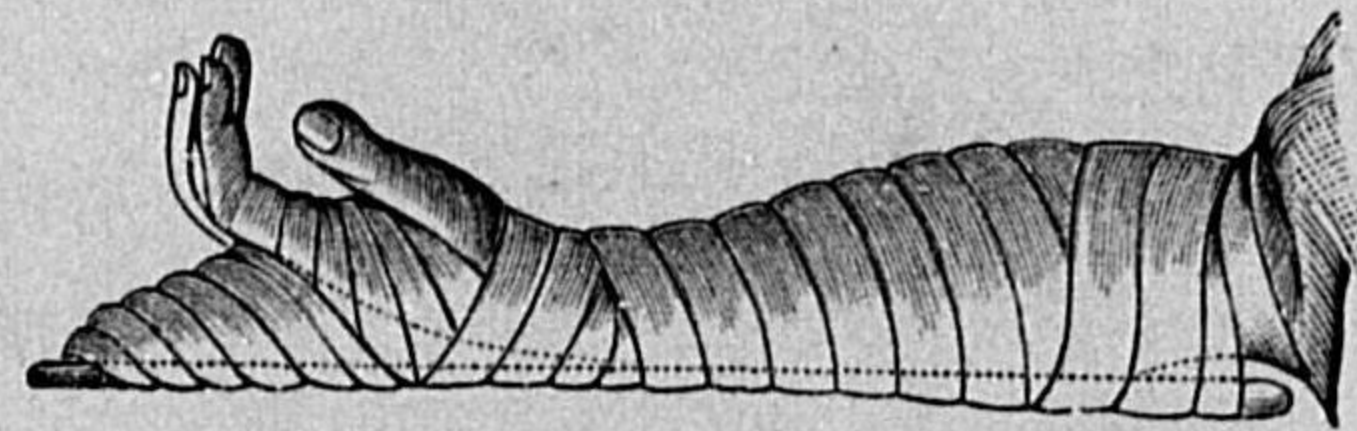
豫 後 橈骨下端骨折ハ適當ニ治療セラレルトキハ通例機能障
礙ヲ止メズ、3—4週間ニシテ癒合ヲ營ム。轉位位置ニ於テ癒著スルトキハ
手腕關節ノ運動障礙ヲ留ムルノミナラズ、往往屈伸諸筋腱ノ障礙ヲ後胎シ
又正中神經ノ壓迫ニヨル神經痛ヲ胎スコトアリ。尺骨下端骨折ハ
良、若シ假關節ヲ胎シテ治スルモ機能上著シキ障礙ナシ。

療 法 橈骨下端骨折。先ヅ骨端轉位ヲ整復ス。疼痛甚ダシキト
キハ全身麻醉ノ必要アリ。術者ハ同名手ヲ以テ患手ト握手シ反對側ノ手ニ
患側前膊ヲ把持シ、前膊ヲ支持シツツ手部ヲ強ク牽引シ次デ尺骨側ニ向ヒ
テ屈曲シ且ツ掌側ニ屈セシム。此位置ニ於テ骨折部ヲ支持シ、前膊廻後位
或ハ半廻前位ニ於テ手及ビ前膊ニ互ル固定繃帶ヲ施ス。固定ハ掌側屈曲位
ニ於テス。カルル Karr 氏掌面副子(第16圖)ハ理想的ナルモ、之レニ代

第 16 圖
橈骨下端骨折掌面副子



第 17 圖
橈骨下端骨折背面副子



フルニ隨意ノ形狀ヲ取ラシメ得ベキ金屬網副子ヲ用キテ能ク目的ヲ達ス。
平面副木ヲ用フルトキハ之レヲ背側ニ置キ手背ト副木ノ間ニ綿花枕子ヲ插
ミ、腕關節部ヲ屈曲位ニ保タシム。(ローゼル氏背面副木ニ第17圖)義布
斯繃帶ヲ應用スルモ亦可ナリ。後療法ニ於テ殊ニ老人ニ於テハ強
直ノ豫防ニ注意ス。即チ既ニ10—14日ヲ經レバ固定ヲ去ルモ骨折端再ビ
轉位セザル程度ニ癒合スルモノナレバ、其後ハ毎日1回副子ヲ去リ、注意
シテ按摩法及ビ他働的關節運動ヲ行ヒ且ツ自働的運動ヲ練習セシム。

尺骨莖狀突起骨折ニ於テハ絆創膏ヲ貼シテ骨折片ノ移動ヲ防
ギ、前膊ヨリ手部ニ互ル副子ヲ用ヒテ腕關節ヲ固定ス。

四 腕關節脱臼

腕關節脱臼ハ一般ニ稀ナリ。橈腕關節脱臼・下橈尺關節脱臼・腕骨間關節
脱臼等アリ。就中較頻發スルハ橈腕關節脱臼及ビ尺骨下端ノ脱臼トス。

症 候 橈腕關節背側脱臼ニアリテハ背面ニ於テ脱轉セル腕骨
ノ突出アリ、掌側ニ於テ前膊二骨下端ニヨル隆起アリ、關節運動ハ廢絶
ス。本症ハ橈骨下端骨折ト鑑別ヲ要ス。橈腕關節掌側脱臼ニ於
テハ前膊下端ハ背側ニ腕骨ハ掌側ニ突隆ス。尺骨脱臼ニアリテハ尺
骨ガ其下端ニ於テ背側或ハ掌側ニ轉位セルヲ認メ、前膊ノ廻旋運動障礙ア
リ。

療 法 手部ノ牽引及ビ突隆部ノ壓迫ニヨリテ整復ス。數日間副子ヲ以
テ固定シ、後チ按摩法及ビ自働的運動ヲ開始ス。

五 手指損傷

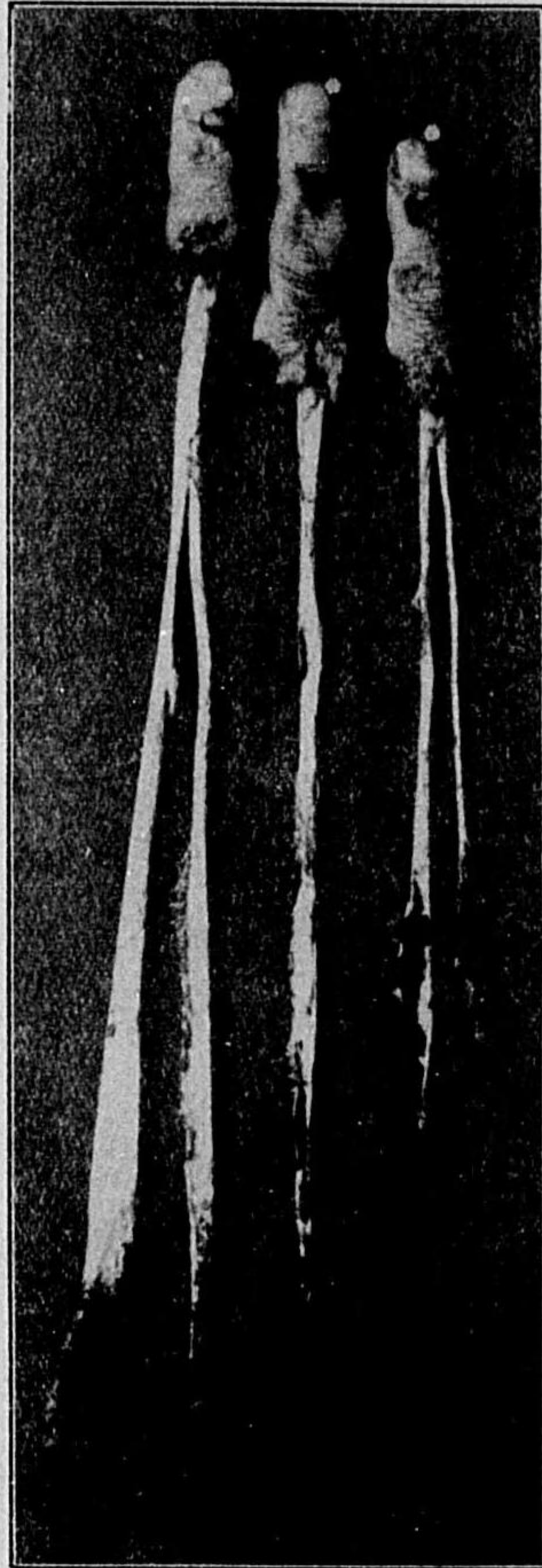
手及ビ指ニ於ケル損傷ハ或ハ皮膚及ビ皮下ニ止マリ或ハ腱ノ斷裂若シク
ハ骨折ヲ有スルコトアリ。又指節ニアリテハ全ク切斷或ハ挫斷セラレルコ
ト稀ナラズ。指骨脱臼ハ掌指關節ニ來リ又指骨間關節ニ發ス。掌指關節ニ
於ケル第一指骨ノ脱臼ハ拇指ニ屢見ル所ニシテ、就中背側脱臼ヲ主要ト
ス。此脱臼ハ往往習慣性ナルコトアリ。掌側脱臼ハ稀ナリ。指骨間關節ニ
於ケル脱臼モ亦稀有ニ屬ス。

指ノ挫斷創ニシテ當該指骨ニ抵止セル
 腱ノ全長ガ離斷部ト共ニ拔去セラル
 ルコトアリ、工場損傷トシテ見ル所ナ
 リ。(第18圖ニ吉川例)

療法 手指ニ於ケル化膿ハ容易ニ
 蔓延スルノ傾向アルヲ以テ、創傷ノ大
 小ニ關セズ、嚴ニ防腐の處置ヲ要ス。
 腱ノ離斷アルトキハ之レヲ縫合スベ
 シ。出血アレバ結紮ヲ行フ。掌動脈弓、
 橈骨動脈、尺骨動脈等ノ連續部結紮ヲ
 要スルコトアリ。大ナル皮膚缺損アル
 トキハ植皮術ヲ施ス。肉芽治癒ヲ待ツ
 トキニ於テハ攣縮ニヨル運動障礙ノ豫
 防ニ注意スベシ。手ノ甚シキ挫滅ニア
 リテハ掌骨腕骨間離斷術・腕關節離斷
 術・前膊下端切斷術等ヲ要スベク、指
 ノ挫滅創ニアリテハ指節切斷術若シク
 ハ指骨間關節或ハ掌指關節ノ離斷術ヲ
 要スルコトアリ。

指ノ損傷ニ於テ指節ハ末
 梢循環ノ杜絶セザル限リ
 努メテ保存的ニ處置セン
 コトヲ望ム、サレド又常ニ
 患者ノ社會的關係ニ顧慮
 シ外觀ノ奈何ヲ問ハシヨリハ寧ロ治後作業上ノ障
 礙ヲ少ナカラシメンコトニ配意スベシ。徒ニ長時日ニ
 互ル治療ヲ施シ、而カモ治後動作ノ妨害トナルベキ不具指節ヲ保存センヨ
 リハ、寧ロ初メヨリ之レガ切斷ヲ施スコト、患者ノタメ遙カニ有利ナル場

第 18 圖
 右中指以下三指淺深屈指
 筋腱ノ脫離ヲ伴フ挫斷創



合少ナカラザルヲ思ハザルベカラズ。腱ノ挫裂ヲ有スル高度ノ挫創、關節
 ニ波及セル複雑骨折等ノ治療ニ當リテハ、治療方針ノ選定ニ就キ特ニ此點
 ニ留意スベシ。就中中指以下3指ノ損傷ニ於テハ寧ロ放棄スルノ却テ利ア
 ルコト多シ。唯拇指ニアリテハ常ニ努メテ保存的ナル
 ベシ。

指節末端ノ横徑切創ニ於テハ其大部分切離セラレタル場合ニ
 於テモ軟部一小部分タリトモ保存ラセレ尙ホ末端ノ連結セルトキハ之レガ
 縫合ヲ施スベシ。直チニ手術セラルルトキハ能ク癒合スルコト多シ。挫創
 ニアリテモ比較的規則正シキ横斷創ニシテ創面不潔ナラザルトキハ亦保存
 ノ目的ヲ達スルコトアリ。鋭利ナル刃ヲ以テセル切斷創ニアリテハ全然指
 端ノ切離セラレタルモノニ於テモ、負傷後久シカラズシテ縫著セラルルト
 キハ尙ホ能ク癒合スルコトアリ、宜シク試ムベシ。

指節ノ切斷若シクハ挫斷創ノ斷端處置ニ當リテ、拇指ハ
 使用上成ルベク長サノ保存ヲ要スルモ、他指殊ニ中指以下ノ3指ニ於テハ
 多少ノ長短ハ就業上影響甚ダシカラザルヲ以テ、其長サニ顧慮センヨリハ
 寧ロ充分ニ皮膚ヲ以テ被ハレタル斷端ノ作爲ヲ圖ルヲ至當トス。斷端ノ癒
 痕治癒ヲ營メルモノハ往往長ク觸痛或ハ自發性疼痛ヲ感ゼシメ、爲メニ著
 シク就業ヲ妨グルコトアルナリ。

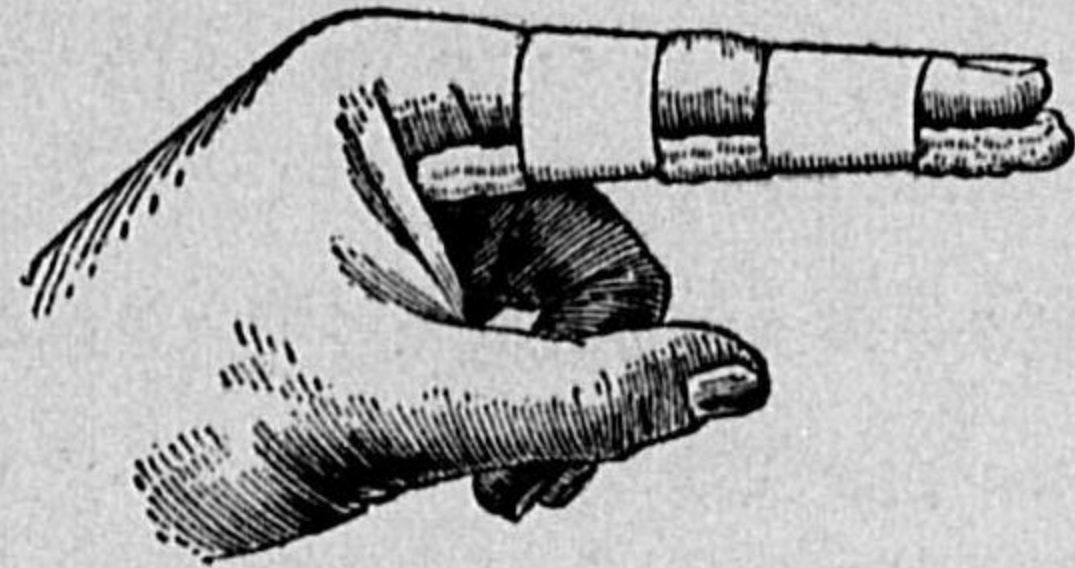
斷端處置。

一 斷端ニ於テ内外兩端ニ1cm前後ノ小切開ヲ加ヘ、刀或ハ剪刀ヲ用ヒテ軟
 部ヲ骨ヨリ剝離シ、背掌兩瓣ヲ作爲セシメ、中間ニ露出セル骨端ヲ骨剪或ハリユ
 ール氏圓鑿鉗子ヲ用ヒテ斷チ、其骨斷端ヲ越エテ前ノ兩瓣ヲ縫合ス。此兩瓣ノ接
 著ヲ自由ナラシメ、緊張ヲ避ケンガタメニ骨質ハ充分除去スルヲ可トス。縫合ハ
 密ニ過グベカラズ、通例兩側切開創ニ各1針、末端ニ2針又ハ3針ヲ以テ足ル。
 挫斷創ニシテ軟部斷端不規則ナル創縁ヲ呈セルトキハ適宜之レヲ剪除ス。兩側指
 掌動脈ノ出血ハ縫合ニ際シ同時ニ止血セシメ得ベキモ、亦之レガ結紮ヲ要スルコ
 トアリ。結紮ニハ纖細ナル絹絲ヲ用フベシ。

二 クラップ Klapp 氏法。 骨端ヲ剪除セズ、掌側皮膚ニテ斷面ヲ被ハシメ

指長ヲ短縮セシメザル法ナリ。專ラ銳器ニヨル指節切斷創ノ斷端ニ應用スベキモ

第 19 圖
指骨骨折ノ固定法



亦挫斷創ニ於テモ規則正シキ断面ヲ有
スルモノニハ此法ヲ試ミ得ベシ。即チ
屈曲面ニ於テ皮膚ニ横切開ヲ加ヘ斷端
ニ至ルマデ皮膚ヲ剝離シ、之レヲ末端
ニ向テ轉位シ、掌側ノ皮膚創縁ヲ背面
ノ創縁ニ向テ縫合シ断面ヲ閉鎖スルニ
アリ。

三 斷端ニ對シテ手術ヲ施サズ、其ママ放置スルトキハ骨端ハ一部分壞死シ分
界線ヲ作りテ脱落シ、軟部ハ肉芽ヲ生ジ終ニ癩瘻治癒ヲ營ムモノトス。指長ヲ保
存スルノ點ニ於テ利益ナキニアラザルモ、治療甚ダ長時日ヲ要スルノミナラズ、
癩瘻治癒ヲ營メル指端ハ永ク過敏ニシテ就業ヲ妨グルコト多ク、不利ノ點大ナル
ヲ以テ、クラツプ氏法ヲ施シ得ルニアラザレバ寧ろ多少ノ短縮ヲ顧ミズ、第一法
ニ從テ處置スベシ。唯拇指ニ於テハ努メテ其長キヲ欲スルガ故ニ、露出セル骨端
一部ノ剪斷ヲ施スニ止メ、之レヲ開放性ニ處置シテ肉芽治癒ヲ期スルヲ可トスル
場合アリ。

指骨皮下骨折アルトキハ骨折端ヲ正常位置ニ整復シ、掌側ニ小木片副子
ヲ貼用ス。第2第3指骨骨折ニアリテハ指ノ全長ニ適セシムベク、(第19
圖)第1指骨骨折ニアリテハ副子ハ手掌ニ達セシム。

指骨脱臼ハ之レヲ整復スベシ。

1. 拇指背側脱臼。一側手指ヲ以テ掌骨頭部ヲ掌背兩面ヨリ把持シ、背
屈セル拇指ヲ他側手指ニ持チ、先ヅ之レヲ一層強度ニ背側ニ屈シ且ツ強く牽引シ
テ二骨關節面ヲ離開セシメ、次デ掌骨頭部ヲ背側ニ向テ壓スルト共ニ拇指ヲ掌屈
セシム。此脱臼整復法ハ往往劇痛ノタメ 全身麻酔ヲ要スルコトアリ。又囊韌帶、
髓、種子骨等ノ箝入ノ結果、整復甚ダ困難ニシテ血性手術ヲ要スルコトアリ。
2. 拇指掌側脱臼。過度ノ伸展即チ背屈及ビ指節ノ牽引ヲ行ヒ、次デ掌
屈セシメテ整復ス。
3. 指骨間關節脱臼。末端牽引及ビ脱轉セル指骨基底ノ壓迫ニヨリテ
整復ス。

第七 下肢損傷

一 骨盤損傷

骨盤損傷ノ診査ニ於テ重要ナルハ骨折ノ有無及ビ骨折ニ伴フ骨盤内臟器
損傷ノ存否ヲ檢スルニアリ。骨盤軟部ノ損傷ニ就テ注意スベキハ大坐骨孔
ヲ出ヅル脈管神經・就中坐骨神經及ビ上下ノ臀動脈トス。

骨盤骨折 強大ナル外力ニヨリテ發シ、特ニ前後或ハ左右兩側ヨリス
ル壓迫ニヨルコト多ク、又墜落・衝突等ニ因ス。骨折ハ骨盤ノ或一部ニ止
ルコトアルモ、亦好ンデ數箇處ニ生ズ。恥骨枝及ビ坐骨枝ハ最モ屢 損傷ヲ
被ル部分ナリ。髌臼損傷ハ下肢ノ衝突ニヨリテ介達的ニ發スル場合多ク、
又好ンデ髌關節脱臼ニ併發ス。

症候 骨盤骨折ハ強烈ナル外力ニ因スルコト多ク、往往震盪症狀ヲ伴
フ。骨折證徴トシテ變形・骨折片ノ移動・摩擦音・皮膚溢血斑ノ發生・皮下血
腫形成・歩行ノ困難若シクハ不能等ヲ呈ス。但シ此等徴候ノ個個ノ存否及
ビ著明ナルト否トハ損傷ノ部位及ビ程度ニ從テ一様ナラズ。

骨盤骨折ハ骨折ノ内外ヲ走ル血管及ビ神經、膀胱、尿道、直腸、脛及ビ
腸腰筋等ノ損傷ヲ合併スルコト稀ナラズ。

診斷 骨折ノ診斷ニハ骨盤ノ外形ヲ詳ニ視診及ビ觸診シ、且ツ左右徑、
前後徑及ビ斜徑等ニ壓迫ヲ試ミテ變形・異常運動・摩擦音・骨折痛等ノ有無
ヲ檢ス。此際暴力ヲ用フルトキハ箝合セル骨折端ヲシテ新ニ離開轉位セシ
メ或ハ轉位ヲシテ一層増大セシムルコトアリ、注意スベシ。「レントゲン」
診査ニヨリ初メテ骨折ノ存在ヲ知ルコト稀ナラズ。骨折ノ疑アルトキハ又
直腸及ビ膀胱ヨリスル診査ヲ怠ルベカラズ。尿閉ハ單純ナル打撲傷ニモ之
レヲ來ス。尿閉アルトキハ宜シク導尿法ヲ施シテ檢尿スベシ。會陰部ニ直
接外力ノ作用ナキ場合ニ尿道斷裂ノ徴候アルトキハ尿道近部ニ於ケル骨盤
骨折ヲ認定シ得ベシ。

髌臼骨折 ハ下肢ノ種種ナル運動、足蹠ノ叩打等ニ際シテ膝關節ニ疼痛アリ且ツ下肢ノ他働的運動診査ニ於テ摩擦音ヲ觸レ、而シテ大轉子ノ位置ニ異常ナキトキハ之レヲ推定スベキモ、大腿骨頭若シクハ頸部骨折トノ鑑別困難ナル場合アリ。髌臼骨折ニ於テ溢血斑ハブーバルト氏靱帶ノ上ニ現ハル。此現象ハ常ニブーバルト氏靱帶ノ下ニ溢血斑ヲ生ズル囊内頸骨折ト區別スベク、診斷上ノ價值アルモノトス。

恥骨縫合離開 ニ於テハ其部ニ疼痛アリ、變形ヲ觸知ス。

豫後 骨盤内臓器ノ高度ノ損傷ヲ伴フモノハ疑ハシ。機能障礙後胎ノ有無及ビ程度ハ骨折ノ種類ニ關ス。

療法 骨折若シクハ其疑アルトキハ安靜仰臥位ヲ命ジ骨盤ヲ固定スベシ。固定法ハ普通卷軸帶若シクハ義布斯綳帶ヲ以テス。恥骨縫合離開アルトキハ轉位ヲ整復シ、仰臥位ニ於テ股及ビ膝ヲ少シク屈曲セル位置ヲ保タシメテ固定スベシ。又金屬線ヲ以テスル骨縫合法又ハ打釘法ヲ要スルコトアリ。

膀胱損傷アルトキハ尿道外切開・膀胱會陰切開或ハ恥骨上切開術ヲ施シ、「カテーテル」ヲ留置シテ尿ノ排除ニ便ス。

二 股關節部損傷

一 股關節脱臼

股關節脱臼 Luxatio femoris ハ脱臼セル骨頭ノ位置ニヨリテ之レヲ四種ニ區別ス。即チ後方脱臼、(坐骨脱臼・腸骨脱臼) 前方脱臼、(恥骨上脱臼・恥骨下脱臼) 上方脱臼及ビ下方脱臼トス。

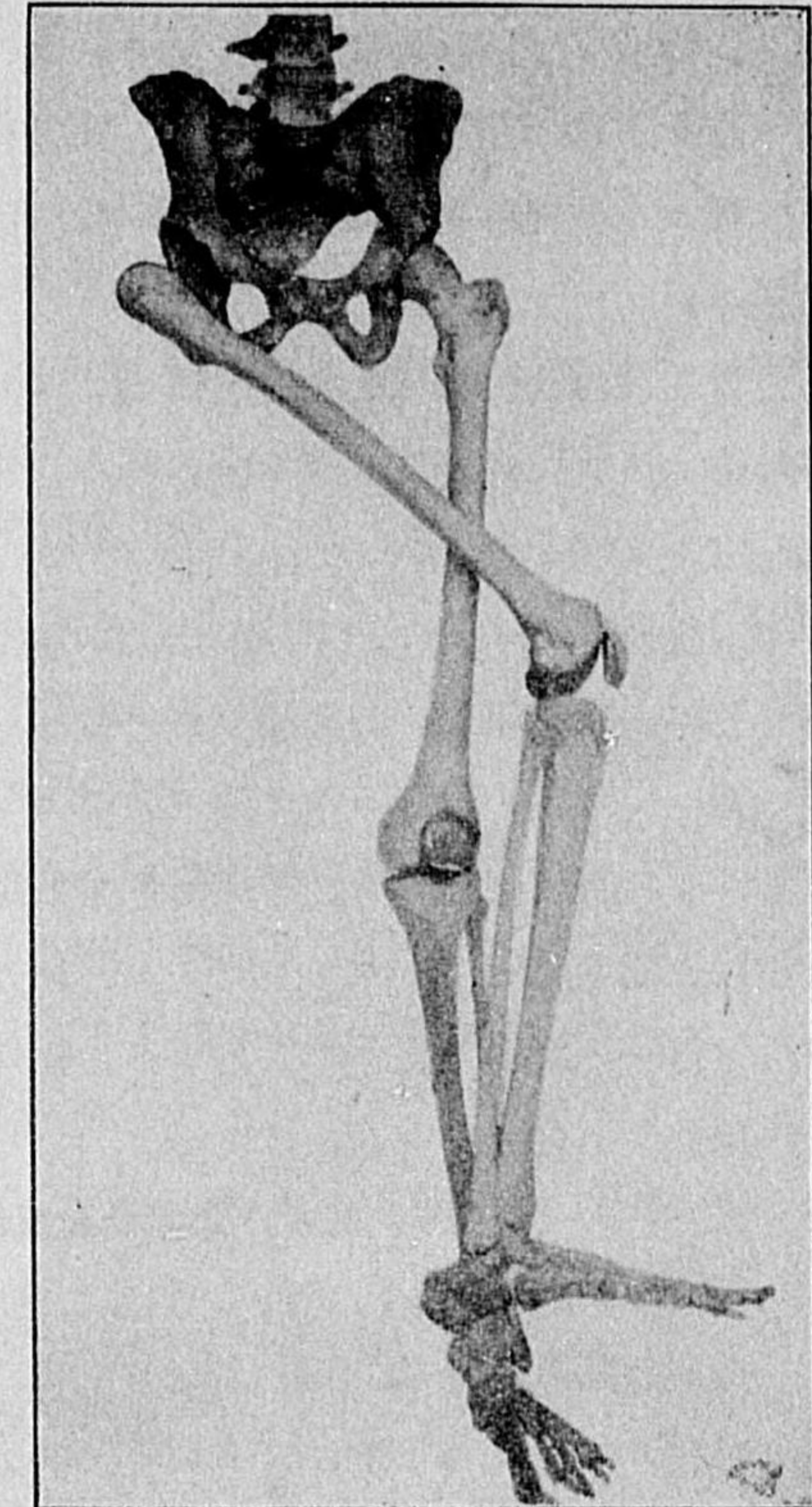
股關節ノ外傷性脱臼ハ肩胛關節脱臼ニ比シテ甚ダ稀ナリ、是レ該關節ノ解剖的關係ニ歸スベシ。四種ノ脱臼中、後方脱臼最モ多ク、前方脱臼之レニ次ギ、上方脱臼及ビ下方脱臼ハ極メテ稀ナリ。20—50歳ノ男子ニ多ク通例介達的外力ニヨリテ發ス。大腿ガ過度ニ屈曲且ツ内轉内旋セララルトキハ後方ニ稀ニ下方ニ脱臼シ、股關節ノ極度ノ伸展位ニアリテ大腿ガ過度ニ外轉外旋セララルトキハ前方ニ稀ニ下方ニ脱臼シ、大腿ノ強度ノ内轉外

旋ニ當テ過度ニ伸展セララルトキハ上方ニ脱臼ス。股關節ノ脱臼ハ屢髌臼骨折ヲ伴フ。

症候 後方脱臼ニアリテハ患肢ハ股膝兩關節ニ於テ屈曲シ大腿ハ短縮シテ、輕度ノ内旋内轉ノ位置ヲ呈ス。坐骨脱臼 L. f. ischiadica ニ於テハ股關節ノ屈曲高度ニシテ、仰臥位ニ於テ屈曲セル膝部ハ其ノ内面ヲ以テ健側大腿ノ前面或ハ膝蓋部ニ接ス。(第20圖) 腸骨脱臼 L. f. iliaca ニ於テハ股關節屈曲著シカラズ、患足ハ健足ト蹠骨部ニテ交叉ス。下肢ノ短縮ハ腸骨脱臼ニ於テ著明ナリ。後方脱臼ニアリテハ大轉子ノ尖端ハローゼルネラトン氏線ニアラズシテ上方ニ轉ジ、骨頭ニヨル髌臼部ノ抵抗消失シ、此部ニ陥凹ヲ生ジ、臀部ハ膨隆シ、臀皺襞ハ上方ニ移リ、臀筋ヲ隔テテ脱臼セル骨頭ヲ觸ル。殊ニ患肢ノ内外轉及ビ廻旋運動ヲ試ムルトキ著明ナリ。坐骨神經壓迫セララルトキハ下肢ノ神經痛・知覺異常等ヲ呈ス。腸骨大腿靱帶斷裂スルトキハ患肢却テ外轉外旋シ固定完カラズ。髌臼縁ノ骨折アルトキハ整復ヲ試ムルモ再ビ脱轉シ易ク、大腿骨頸骨折ヲ合併スルトキハ患肢ハ外旋シテ骨折症徴ヲ呈ス。

前方脱臼中 恥骨上脱臼 L. f. suprapubica ニアリテハ腸恥結節部或ハ恥骨地平枝部ノ皮下ニ脱轉シタル骨頭ヲ認メ、患肢ハ輕屈・外轉・外旋

第 20 圖
右大腿骨坐骨脱臼
(nach Quervain)



及ビ短縮ヲ呈シ、臀皺襞ハ消失シ、大轉子ハ前方ニ轉位ス。股神經壓迫セラレテ其分布領域ニ疼痛ヲ起シ、又麻痺ヲ呈ス。恥骨下脫臼 L. infra pubica 即チ閉鎖孔脫臼 L. f. obturatoria ニアリテハ、患下肢ハ僅カニ屈曲シ、輕度ノ外轉・外旋位置ヲ呈ス。大轉子部ハ平坦或ハ陷沒シ、廻旋運動ニ際シテ内轉筋部ニ骨頭ヲ觸レ、閉鎖神經ノ壓迫症狀アリ。恥骨下脫臼ノ一種ニ 會陰脫臼 アルモ極メテ稀ナリ。患肢ハ外轉シ高度ノ屈曲ヲ呈ス。

上方脫臼即チ 髌臼上脫臼 L. supracotyloidea ニアリテハ患肢ハ伸展位ニアリ、外旋且ツ僅カニ内轉シ、短縮ヲ呈ス。骨頭ハ腸骨前下棘ノ部ニ之レヲ觸知ス。

下方脫臼即チ 髌臼下脫臼 L. infracotyloidea ニアリテハ特異ノ變形ヲ呈ス。即チ下肢ハ股關節ニ於テ強屈シ輕度ノ外轉外旋ヲ見ルベシ。

豫後 單純ノ脫臼ニシテ速ニ整復セラレルトキハ良。既ニ數週ヲ經過スルトキハ整復困難ナリ。不還納性陳舊脫臼ニアリテハ、前方脫臼ニ於テハ歩行運動ヲ障礙スルコト少ナキモ、後方脫臼ナルトキハ僅ニ杖ニヨリテ歩行シ得ルノ状態ニ止マルヲ常トス。軟部ノ高度ノ挫傷或ハ骨折ヲ伴フモノハ豫後ヲ不良ナラシム。

療法 整復法ヲ施ス。此際全身麻醉法ヲ要ス。

股關節脫臼整復法。 傷者ヲ床上ニ仰臥セシメ、一助手ヲシテ兩側腸骨前上棘部ニ於テ強ク骨盤ヲ固定セシメ、他助手ヲシテ脱轉セル骨頭ヲ髌臼ニ向テ壓迫セシメ、術者ハ一手ニ足踝部ヲ他手ニ膝部ヲ把持ス。 一 後方脫臼ニ於テハ a. 單ニ下肢ヲ股關節ニ於テ直角ニ屈曲シ之レヲ上方ニ牽引シテ目的ヲ達スルコトアリ。 b. 患肢ヲ強ク屈曲シ、此位置ニテ外轉且ツ外旋シ、次デ脚ヲ伸展ス。(ミッテルドルフ Middelдорpf 氏) c. 下肢ノ内轉及ビ内旋位ニ於テ膝關節ヲ直角マデ屈曲シ、上方ニ牽引シ次デ強ク外旋シ且ツ伸展ス。(コッヘル氏) 二 恥骨上脫臼 ニアリテハ強ク伸展シ且ツ外轉外旋ヲ行フベク、或ハ又外轉外旋セル患肢ヲ過度ニ伸展シタル後、大腿ヲ銳角ニ屈曲シ、且ツ之レヲ内轉内旋シツツ骨頭部ヲ髌臼ニ向テ壓迫ス。 三 恥骨下脫臼 ニアリテハ股關節部ヲ直角ニ屈曲シ、此位置ニ於テ牽引且ツ内轉内旋ス。 四 上方脫臼

ニアリテハ屈曲位ニ於テ牽引且ツ内旋ス。 五 下方脫臼 ニアリテハ屈曲セル方向ニ大腿ヲ牽引シ、次デ外旋且ツ伸展ス。

整復後ハ安靜ニ就褥セシメ、下腿ノ兩側ニ砂囊ヲ置キ、患肢ヲシテ輕度ノ外轉外旋位ニアラシム。或ハ輕ク牽引裝置ヲ應用スルモ可ナリ。骨折ヲ伴ハザル脫臼ニアリテハ整復後1週ニシテ既ニ起立歩行ヲ開始セシメ得ベシ。

二 大腿骨上端骨折

大腿骨上端部ノ骨折ニハ關節囊内頸骨折・關節囊外頸骨折・骨端線離開・轉子下骨折・稀ニ骨頭骨折、大轉子若シクハ小轉子ノ單獨骨折等アリ。膝部或ハ足ノ衝突又ハ大轉子部ノ打撲衝突等ニヨルコト多ク、稀ニ筋肉ノ牽引或ハ靭帶ノ緊張ニヨリテ生ズ。頸部骨折ハ50歳以上ノ男子ニ多ク、老人ニ於テハ往往歩行中躓倒ノ如キ輕易ナル原因ノ下ニ起スコトアリ。骨端線離開ハ小兒及ビ若年ノモノニ來ル。

症候 囊外頸骨折ニ於テハ骨頭ハ髌臼内ニ止マリ、下骨折端即チ頸部ハ上方ニ轉位スルヲ以テ、患肢ハ短縮シ、5—10cmニ及ブコトアリ。但シ此短縮ハ當初ニ於テハ牽引ニヨリテ殆ンド全ク整復セシメ得ベシ。大轉子ハ遠クローゼルネラトン氏線ヲ超エテ上方ニアリ。平臥位ニテ上肢ハ

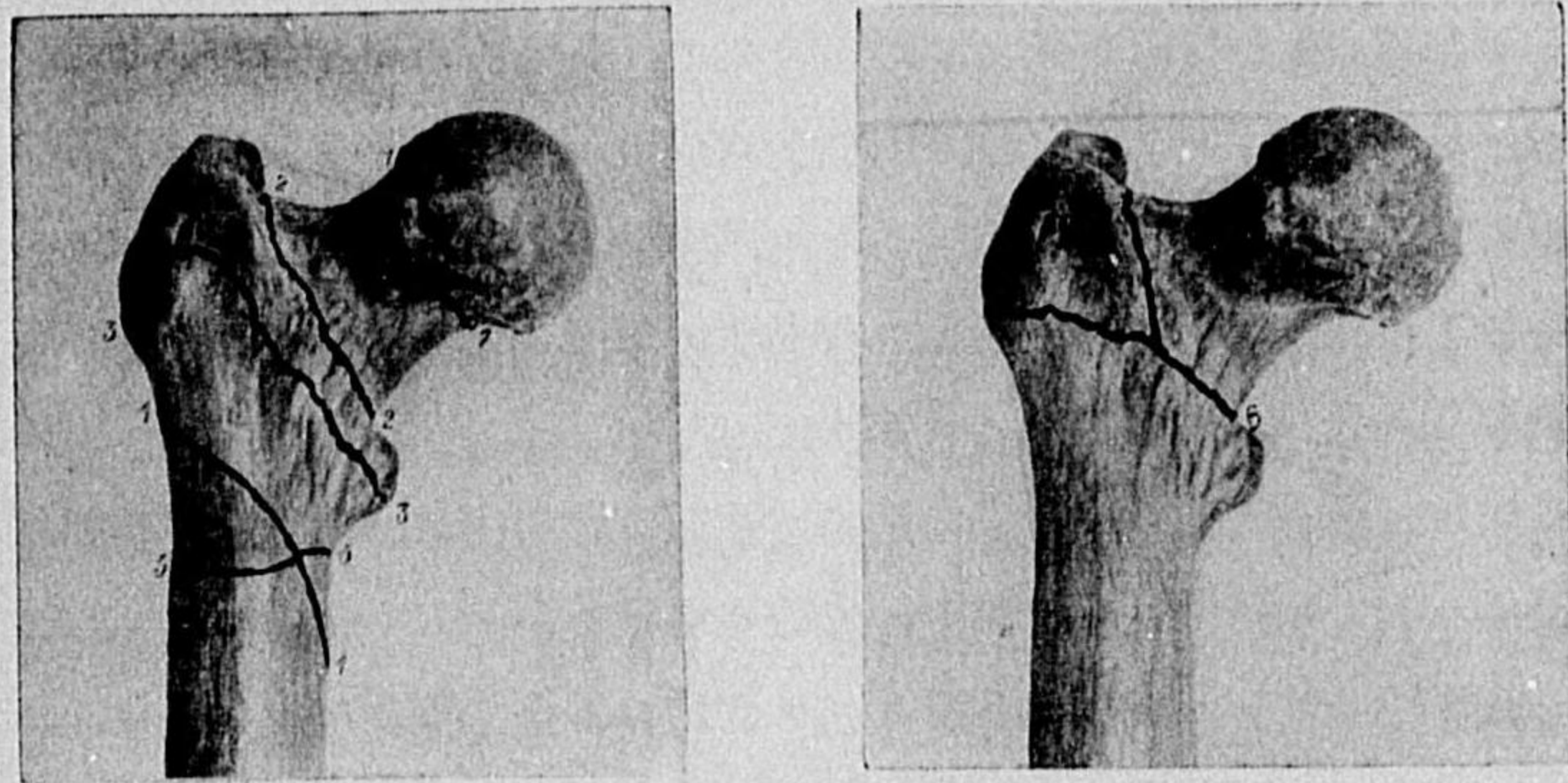
第 21 圖
股關節後方脫臼整復法



外旋ス。摩擦音、異常運動、骨折痛等アリ。患肢機能ハ全ク廢絶ス。但シ骨折端符合スルトキハ諸徴著シカラズ。囊内頸骨折ハ骨折端符合ヲ呈スルコト多シ。亦患肢ノ短縮ヲ來スモ、甚ダシカラズ、1.5—3cmニ止マルヲ常トス。患肢ハ外旋シ大轉子ノ上轉ヲ認ム。大轉子部ノ壓痛及ビ足蹠ノ叩打ニ因スル關節部ノ介達性疼痛アリ。腫脹

第 22 圖					
大腿骨上端部骨折					
1	2	3	4	5	6
骨頭下頸骨折	轉子間骨折	囊外轉子部骨折	轉子下斜骨折	轉子下橫骨折	Y字形骨折

(nach Quervain)



ハ骨頭部ノ前方ニ著シ。機能障礙アルモ、固ク筋合セル場合ハ仰臥位ニアリテ患肢ヲ自働的ニ舉上シ、加之起立及ビ歩行ヲ能クスルコトアリ、診斷上注意スベシ。骨折端轉位セルトキハ徵候總テ著明ナリ。骨頭骨端線離開ニアリテハ下肢ノ短縮、外旋及ビ軟性摩擦音アリ。轉子下骨折ハ囊外頸骨折ト相類ス、但シ大轉子ノ位置ニハ變化ナシ。筋合ノ状態ニ止ルコト稀ナリ。腫脹及ビ疼痛ハ大轉子下ニ著シク、股關節ノ運動全廢ス。上骨折端ハ外前方ニ向テ轉位スルヲ常トス。

診斷 好ンデ高年者ニ起ルト、固有ノ徵證ヲ呈スルトヲ以テ診斷通例容易ナリ。診査中暴力ヲ避ケ、骨折端轉位ヲシテ増大セシメザランコトニ注意ス。股關節脱臼及ビ髌臼骨折ト鑑別ヲ要ス。「レントゲン」診斷ヲ施スヲ以テ最モ確實トス。

豫後 頸骨折ニシテ筋合セルモノハ良。骨折端轉位ノ著シキモノハ癒合困難ナリ。囊内骨折ハ假關節ヲ貽スコトアリ。囊外骨折及ビ轉子下骨折ハ良。大腿骨頸骨折ノ治癒日數ハ6—10週ニシテ治後多少ノ短縮ヲ貽スコト多シ。若年者ニ於ケル骨端線離開ニアリテハ4—5週ニシテ起立且ツ歩行ヲ開始セシメ得ベシ。

老人ニアリテハ長時臥褥ノ結果トシテ沈墜性肺炎、骨盤血管栓塞形成等ヲ起シ、生命的危險ニ陥ルコトアリ。

療法 頸骨折ニシテ短縮・外旋等患肢ノ變形及ビ異常運動著明ニシテ骨折端ノ轉位診定セラルルトキハ先ヅ之レヲ整復ス。即チ牽引及ビ内旋ニ依リテ此目的ヲ達ス。既ニ整復セラルレバ其位置ニテ之レヲ固定ス。即チ輕度ノ外轉位ニ於テ持續重錘牽引法ヲ施ス。重錘ノ重量ハ筋肉發育ノ度ニ從ヒ、10—15磅トシ、反對牽引ヲ必要トス。囊内骨折ニシテ骨折端筋合セルトキハ輕度ノ轉位ハ却テ之レヲ放置シ、其ママ單ニ患肢ヲ砂囊ノ間ニ靜置シテ外旋ヲ防ギ、或ハ副子ヲ貼シ、又ハ義布斯繃帶ヲ施スベシ。或ハ又重錘牽引法ヲ應用ス。但シ此際牽引ノ目的ハ唯患肢ノ安置ニアルヲ以テ重量ハ多キヲ要セズ、4—7磅ヲ以テ足ルベシ。「レントゲン」診査ニヨリ、遊離セル骨頭ガ關節囊内ニ回轉シテ折傷面ノ相對セザルコトヲ知ラバ、手術的ニ骨頭ヲ整復シ、大轉子及ビ骨頭部ヲ貫キテ骨頭ニ達スル螺旋釘ヲ以テ之レヲ固定ス。骨端線離開ノ療法ハ頸部骨折ノ場合ニ倣フ。轉子下骨折ハ幹部骨折ニ倣ヒテ牽引繃帶ヲ施スベシ。但シ下肢ノ長軸ヲシテ上骨片ノ方向ニアラシムルヲ要ス、即チ輕屈外轉位ニ置クベシ。

老人ニアリテハ骨折治療中、全身症狀ニ就キテ最モ注意ヲ要ス。沈墜性肺炎ノ豫防ニハ毎日規則的ニ深呼吸ヲ命ジ、且ツ時時半坐位或ハ坐位ヲトラス。既ニ5—6週ヲ經バ義布斯繃帶・副子貼用・或ハトーマ氏裝置ノ如キ特殊ノ裝置ヲ以テ關節部ヲ固定セルママ、扶助ヲ與ヘ或ハ杖ニ依ラシメテ起立ヲ命ジ、健側下肢ヲ以テ歩行ヲ開始セシムベシ。尙ホ就褥中ハ下肢ノ循環障礙ヲ防グタメ按摩法ヲ施ス。又褥瘡、消化障礙等ノ豫防ニ注意ス。

老人ニシテ終ニ假關節ヲ形成セルモノニアリテハ終生適宜ノ副子装置ニヨリ、坐骨結節ニ於テ體重ヲ負擔シテ歩行スルヲ以テ満足セザルベカラザルコトアリ。

三 大腿損傷

一 大腿軟部損傷

大腿ニ於テ筋鞘ノ皮下裂傷アルトキハ其裂隙ヨリ筋肉脱出シテ筋肉「ヘルニア」ヲ起スコトアリ、四頭股筋ニ於テ最モ多ク之レヲ見ル。又四頭股筋ハ外力ノ作用或ハ筋肉自己ノ過度ノ收縮ニヨリテ、往往皮下ノ断裂傷ヲ發ス。

大腿損傷中最モ重要ナルハ股動靜脈ノ損傷トス。殊ニ鼠蹊下三角部ニ於テハ血管淺在スルガ故ニ此部ノ切創・刺創等ハ之レガ損傷ヲ招キ易シ。股動靜脈ノ損傷ニシテ放置セララルトキハ概ネ失血死ニ陥ルヲ免カレズ。股動脈損傷有無ノ判別ハ出血ノ状態ニヨリ直チニ斷定シ得ルコトアルモ、亦一見之レヲ決定シ難キ場合稀ナラズ、壁在性小創ノ如キハ必ラズシモ大量ノ血液ヲ迷出セシムルモノニアラザレバナリ。血管側壁ノ細小ナル創口ノ如キハ一時凝血ノ充塞ニヨリ止血ノ觀ヲ呈シ、後チ甚ダシキ後出血ヲ起スコトアリ、注意スベシ。又末梢ニ於テ脈搏ヲ觸知シ得ルノ故ヲ以テ直チニ該動脈ノ損傷ヲ否定スル能ハズ、宜シク常ニ健側ト比較スベシ、而シテ健側ニ比シテ著シク細小ナルトキハ之レガ損傷ヲ疑フ。血液暗赤色ニシテ連續性ニ流出スル多量ノ出血ハ股靜脈ノ損傷ニ見ル處トス。細小ナル口徑ヲ有スル刺創又ハ銃創ハ動脈瘤ノ原因ヲナス。

股動脈ハ結紮セララルモ股靜脈保存セララルトキハ下肢ノ壞疽ヲ招致スルコト稀ナリ。動靜脈共ニ斷タルトキハ下肢ノ壞疽ヲ來ス虞多シ。股靜脈ノ單獨ニ結紮セララルコトハ往時人ノ信ゼシガ如ク危險ナルモノニアラズ、唯少數ノ場合ニ壞疽ヲ來スノミ。

鼠蹊下部ノ創傷ニ於テハ股神經、大腿後側ノ創傷ニ於テハ坐骨神經損傷ノ有無ニ注意スベシ。

療法 股動脈ノ壁在性創ハ縫合法ニヨリテ之レガ閉鎖ヲ試ム。其全斷セラレタル場合ニ於テモ規則正シキ斷端ヲ有スルトキハ縫合法ヲ施スベシ。已ムヲ得ザルトキハ中樞及ビ末梢ノ兩端ニ於テ之レヲ結紮ス。結紮ハ或ハ損傷部ニ於テシ或ハ外腸骨動脈ニ於テ連續部結紮法ヲ施スベキコトアリ。股靜脈裂傷アルトキハ壁性結紮ヲ加ヘ、或ハ又全部結紮ス。大血管ヲ結紮セルトキハ、後療法トシテ患肢ヲシテ垂直高舉位ヲ取ラシム。此際壓迫ヲ避ケンガタメニ懸吊シテ高舉スルヲ可トス。又按摩法ヲ施スベシ。動靜脈共ニ破レタルモノニ於テハ血管縫合法ヲ施スヲ可トス。股動靜脈兩者ヲ共ニ結紮セザルベカラザル場合ニ於テモ創傷ニシテ甚ダ複雑ナラザルトキハ先ヅ保存的ニ處置スベク、後チ循環恢復ノ望ナキヲ知ラバ切斷術ヲ施ス。著シキ挫滅創ニシテ兩脈管共ニ断裂シ、末梢循環全然杜絶セルモノニ於テハ即時切斷術ヲ施スベキナリ。

坐骨神經及ビ股神經ノ断裂アルトキハ縫合ヲ試ム。筋鞘破裂ニヨル筋「ヘルニア」ニアリテハ筋鞘ノ縫合ヲ施スベシ。

二 大腿骨幹部骨折

大腿骨幹部ノ骨折ハ壯年ノ男子ニ發スルコト最モ多ク、又小兒ニ於テ見ル。或ハ直達外力ニ因テ生ジ、或ハ膝若シクハ足部ヲ強ク地上ニ衝クガ如キ介達的外力ニヨリテ來リ、又或ハ主トシテ筋肉ノ急劇ナル收縮ニヨル場合アリ。例ヘバ足ヲ踏ミ外ストキ、一下肢ニテ起立シ急劇ニ軀幹ヲ廻轉セシムルトキ等ニ來ル。

骨折部ハ中 $\frac{1}{3}$ ノ部分ニ於テ最モ多ク、上部之レニ次ギ、下部ニ於テハ最モ少ナシ。骨折線ハ斜骨折ナルコト多ク横骨折ハ比較的少ナシ。就中上部及ビ中部ニ於テハ斜骨折ナルヲ常トシ、獨リ下部ニ於テハ横骨折多シ、大腿骨幹部ニ於テハ螺旋狀骨折ヲ來スコト亦稀ナラズ、是レ大腿骨ノ捻轉ニヨル。螺旋狀骨折ニ於テハ往往遊離セル斷片ヲ生ズルコトアリ。大腿骨強度ニ屈曲セララルトキハ屈曲骨折ヲ來ス。骨折端尖銳ナルトキハ重要ナル脈管神經ノ損傷若シクハ筋肉ノ複雑ナル断裂ヲ伴ヒ、又骨折端ニヨル皮膚ノ穿破ヲ來スコトアリ。

症候 運動障礙、骨折痛、異常運動、患肢短縮、變形、腫脹、摩擦音等ヲ呈シ、診斷容易ナルヲ常トスルモ、不全骨折及ビ骨折ニアリテハ症徴著シカラズ。骨折端轉位ハ、上 $\frac{1}{3}$ 部ノ骨折ニアリテハ、腸腰筋ノ牽引ニヨリテ上骨折端ハ外方且ツ前方ニ、下骨折端ハ内轉筋ノ牽引ニヨリテ内方ニ牽引セラレ、中及ビ下 $\frac{1}{3}$ 部ノ骨折ニアリテハ上骨折端ハ内轉筋ノ牽引ニヨリテ内方ニ、下骨折端ハ腓腸筋ノ牽引ニヨリテ後方ニ轉位スルヲ常トス。一般ニ仰臥位ニ於テハ、骨折下部ハ末梢ノ重力ニヨリテ外旋位置ヲトルコト多シ。肢長ヲ檢スルニハ、腸骨前上棘ヨリ内或ハ外足踝尖ニ至ル距離ヲ測リテ健側ト比較スベシ、但シ1—2 cmノ短縮ハ往往健康體ニモ見ルコトアリ。

豫後 概ネ良。小兒ニ於テハ4週前後、成人ニ於テハ7—10週ニシテ癒合ス。但シ治後多少ノ短縮ヲ貽スコト稀ナラズ。稀ニ骨折端間ニ筋肉ノ竝入、高度ノ骨端騎乗等ニヨリテ假關節ヲ形成ス。老人ニアリテハ沈墜性肺炎ヲ繼發スル虞アリ。

療法 救急處置トシテハ下肢全長ノ内外兩側ニ副子ヲ貼ス。但シ外側ノモノハ高ク季肋部ニ達シテ骨盤ニ固定ス。轉位ノ整復ヲ行フニハ、介者ヲシテ骨盤ヲ固定セシメ膝部及ビ足部ヲ把持シテ之レヲ末梢ニ向テ牽引シ、同時ニ突隆セル骨端ヲ壓迫ス。肥滿セル患者ニアリテハ骨端ガ完全ニ整復セラレ居ルヤ否ヤヲ知ルコト困難ナル場合アリ。「レントゲン」診斷ニヨリテ之レヲ確實ニスルヲ要ス。若シ此設備ナキトキハ、常ニ健側ト比較シ、其外形所見、肢長計測、觸診等ノ結果ニヨルノ外ナシ。既ニ整復セラレレバ重錘牽引法ヲ施スベシ。重錘ノ重量ハ年齢及ビ筋肉發育ノ程度ニ從ヒ、小兒ニアリテハ3—10磅、大人ニアリテハ10—15磅ヲ要ス。同時ニ反對牽引ヲ施スベシ。下肢牽引ノ方向ハ正シク上骨折端ノ方向ニ一致セシム、例ヘバ上骨折端ガ外轉セルトキハ其軸ノ方向ニ牽引スルガ如シ。骨端ノ側方轉位甚ダシキトキハ適宜内方或ハ外方ニ向テ骨端部ノ側方牽引ヲ加フベシ。小兒ニアリテハ下肢ヲ鉛直ニ上方ニ牽引スルノ法ヲトル。此牽引ノ重量ハ2—7磅トシ、患側骨盤ガ僅カニ臥床ヲ離ルルヲ

度トス。一般ニ牽引法ハ2—4週間ニシテ去リ、後チ義布斯繃帶ヲ施スベシ。義布斯ハ上ハ高ク骨盤全部ニ及ビ下ハ足部ニ達スルヲ要ス。2—3週ニシテ之レヲ開キテ取り外シ得セシメ、「マッサージ」ヲ施シ、又各關節ノ他働的運動ヲ開始ス。若シ癒合尙ホ不充分ナルトキハ更ニ若干日此義布斯ヲ使用ス。通例8—10週ニシテ患肢ニヨル起立ヲ許シ得ベシ。小兒ニ於テハ通例3—5週ノ持續牽引法ニヨリテ完全ニ癒合シ、義布スノ使用ヲ要セズ。近時絆創膏ヲ用フル牽引法ニ代フルニ裝釘牽引法 Nagel-extension 應用セラレ、又ハハッケンブルフ Hackenbruch 氏ノ裝置用キラル。尙ホ第三篇中「四肢ニ於ケル骨折ノ療法」及ビ「下肢牽引繃帶」ノ條下ヲ參照スベシ。

軟部創傷ヲ有スルモノニハ防腐的處置ヲ加フ。骨自己ノ挫碎高度ナルトキ、又軟部損傷甚ダシクシテ末梢循環恢復ノ望ナキトキハ切斷術ヲ要ス。

四 膝關節部損傷

一 膝關節捻挫及打撲傷

關節捻挫ニアリテハ疼痛、腫脹、機能障礙等アリ。打撲傷ニアリテハ加フルニ皮膚損傷、皮下溢血等ヲ呈ス。關節血腫形成アルトキハ關節部ノ瀰蔓性腫脹、皮膚緊張、膝蓋骨跳動等ヲ認ムベシ。大腿骨下端、膝蓋骨、下腿骨上端等ノ骨折ト鑑別ヲ要ス。

豫後 單純ナル捻挫及ビ打撲ニアリテハ良。關節血腫ハ漸次吸收セラレルヲ常トスルモ、又慢性關節水腫ニ移行スルコトアリ。又或ハ膿菌ノ侵入ニヨリテ化膿ヲ來スコトアリ。關節捻挫若シクハ打撲傷ハ屢關節結核ノ誘因ヲナス。

療法 初メ安靜ヲ命ジ、廣ク濕布罌法ヲ施シ、又ハ氷罌法ヲ行フ。血腫形成アルトキハ壓抵繃帶ヲ施ス。後チ疼痛ノ緩解スルヲ待チテ成ルベク早ク按摩法及ビ自他働的運動ヲ行フ。血腫ノ壓抵療法奏效不充分ニシテ吸收緩慢ナルトキハ嚴密ナル防腐的準備ノ下ニ穿刺術ヲ施ス。

二 大腿骨下端骨折

大腿骨下端部ノ骨折ハ膝部若シクハ足部ノ衝突ニ因テ起ル場合多ク、又往往直達的外力ニヨル。或ハ又膝關節過度ノ運動ノ結果トシテ來ルコトアリ。髌上骨折、髌骨骨折、骨端線離開等アリ。髌上骨折ハ横骨折多ク、又關節面ニ向ツテ縱走スル折傷ヲ伴ヒテT字形或ハY字形骨折ヲ成スコト稀ナラズ。

症候 髌上骨折ニ於テハ上骨折端ハ膝關節部ニ轉位シ、下骨折端ハ四頭股筋ノ牽引ニヨリ下腿ト共ニ前轉スルコト多ク、此場合ニ於テハ外觀膝關節前方脱臼ニ類ス。T字形或ハY字形骨折ニアリテハ、關節内血腫ヲ形成シ、兩髌ノ著シキ離開ヲ觸知シ得ルコトアリ。轉位骨片膝關節面ニ向ヒテ突出シ、強ク脈管ヲ壓迫スルトキハ循環障礙ヲ來シ、甚ダシキトキハ末梢ヲシテ壊疽ニ陥ラシムルコトアリ。髌骨骨折ニアリテハ當該髌部ノ腫脹、疼痛ヲ呈シ、又摩擦音ヲ觸ル。一側髌骨骨折ニシテ骨折片大ニ且ツ轉位著シキトキハ、内或ハ外翻脚ヲ招致スルコトアリ。骨端線離開ハ幼年期ニ見ル、直達外力ニ因テ發スルコトアルモ、寧ロ膝關節ノ過度ノ屈伸・内外轉・廻旋等ニヨル場合多シ。遊離セル骨端ノ轉位著シカラザルトキハ單ニ關節腫脹ヲ來スノ他特徴ナク、捻挫又ハ打撲傷ト認メラレテ看過セラレルコトアリ。膝關節裂隙ノ直上部ニ異常運動ヲ觸レ且ツ軟性軟骨様摩擦音ヲ證明シ得ルトキハ骨端線離開タルノ診斷確實ナリ。

豫後 關節囊外髌上骨折ハ良。6—8週ニシテ骨性癒合ヲ營ム。關節囊内骨折ヲ伴フモノハ多少機能障礙ヲ貽スコト多シ。骨端線離開ハ骨ノ發育ヲ阻害ス。髌骨骨折ハ往往癒合セザルコトアリ。

療法 骨折端轉位アルトキハ牽引及ビ骨折端突隆部ノ壓迫ニ依テ之レヲ整復ス。腫脹著シキトキハ先ヅ副子固定繃帶ヲ施シ、後チ其減退ヲ待チテ義布斯繃帶ヲ施ス。轉位甚シキトキハ之ニ代フルニ重錘牽引法ヲ以テスルコトアリ。2—3週ニシテ繃帶ヲ交換シ、注意シテ關節運動ヲ試ミ、既ニ骨端癒合ヲ營メバ按摩法及ビ自他働的運動ヲ開始ス。關節内溢血高度ニシテ吸收遲延スルトキハ、防腐的準備ノ下ニ穿刺術ヲ施行ス。轉位甚ダシ

クシテ整復位ニ於ケル固定全ク不可能ナルトキハ骨縫合ヲ必要トスル場合アリ。關節腔ニ達セル粉碎骨折等ニシテ初メヨリ治後關節強直ノ後貽ヲ避ケ難キモノト認メラルトキハ伸展位ニ於テ固定シ、歩行ニ便スベシ。

三 膝蓋骨骨折

膝蓋骨骨折ハ衝突、打撲、轉倒等ノ直達外力ニヨリ、又四頭股筋ノ急劇ナル收縮ノ結果トシテ起ルコトアリ。最モ多ク横骨折ヲ來シ、稀ニ斜骨折ヲ生ジ、直達外力ニヨルトキハ粉碎骨折ヲ成スコトアリ。膝蓋骨骨折ハ30—50歳ノ男子ニ於テ最モ多シ。

症候 仰臥位ニ於ケル患側下肢ノ高舉不能ニシテ、膝蓋骨部ニ疼痛アリ、腫脹ヲ發シ、溢血斑及ビ皮下血腫ヲ形成ス。觸診上骨折端ノ離開ヲ認メ、上下骨折片各別ニ移動性アリ。骨折端離開ノ著シカラザルモノニアリテハ摩

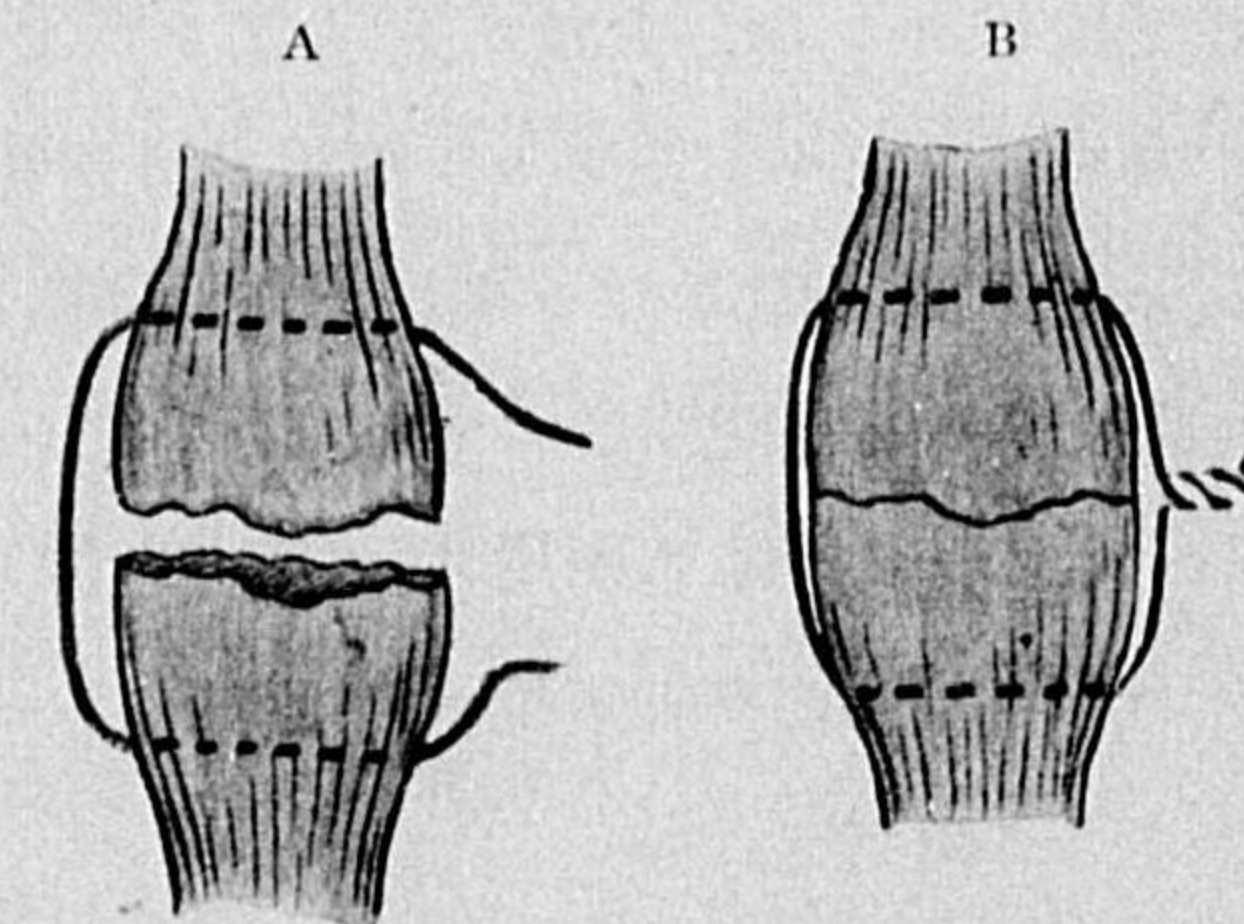
第 23 圖
膝蓋骨骨折



第 24 圖
膝蓋骨縫合法(其1)



第 25 圖
膝蓋骨縫合法(其2)



擦音ヲ觸知スベシ。囊韌帶及ビ骨膜ノ裂傷ナキトキハ骨折端ノ離開著シカラズ。横骨折ニアリテハ下骨折片ハ上骨折片ニ比シテ小ナルヲ常トス。

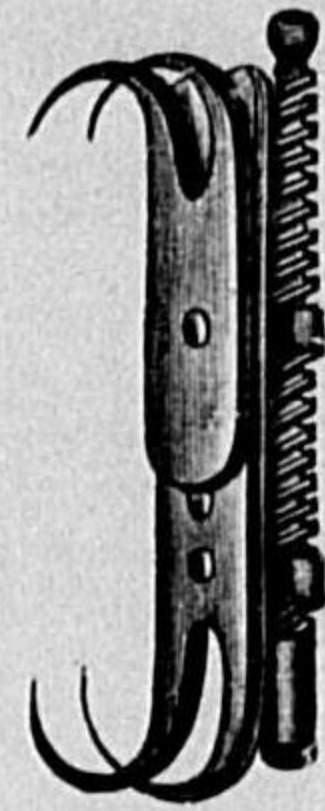
豫後 適當ノ處置ヲ施ストキハ良、癒合不完全ナルトキハ永ク歩行障礙ヲ貽スモノトス。

療法 骨縫合法ヲ施スベシ、殊ニ骨折端ノ離開高度ナルモノニアリテハ必要ナリ。手術ハ負傷後 3—5 日ニシテ腫脹ノ稍減退セルトキ施ス可トス。

膝蓋骨縫合法。 皮膚切開ハ骨折線ト同一部ニアルヲ避ケ弓狀切開或ハ縦切開ヲ加フ。凝血ヲ去リ骨折面ヲ露出シ、膝關節ヲ強ク伸展シテ兩折傷面ヲ接セシメ、關節面ニ刺出セザル様 2 對ノ刺孔ヲ作爲シ、強キ金屬線ヲ以テ 2 箇ノ縫合ヲ施ス。(第 24 圖) 下骨折片甚ダ小ナルトキハ膝蓋韌帶附著部ニ刺出スベシ。又横徑ニ 1 條ノ金屬線ヲ以テ縫合スル法アリ。(第 25 圖) 關節囊ノ裂傷アレバ細キ腸線ニテ之レヲ縫合ス。皮膚ヲ縫合シテ手術ヲ了リ、直チニ副子繃帶或ハ義布繃帶ヲ施シ、伸展位ニ於テ關節ヲ固定ス。安臥ヲ命ズルコト 10—14 日、2 週後ヨリ四頭股筋ノ按摩法ヲ開始シ、又徐徐ニ自動的運動ヲ行ハシメ、漸次運動ヲ増加シ、既ニ 5 週ニ及ビテハ強度ノ屈曲ヲ試ミ且ツ歩行ヲ許スベシ。

骨折端ノ離開少ナキトキハ 非觀血的療法 モ亦能ク目的ヲ達ス、其法種種アリ。 1. 膝蓋骨ノ上下ニ各 1 條ノ絆創膏ヲ弓形ニ貼シテ兩骨折片ヲ接著セシメ、大腿ノ上 $\frac{1}{3}$ 部ヨリ足踝部ニ至ルマデ義布繃帶ヲ施シ、其硬化スルマデ上下ヨリ壓迫シテ兩骨折端ヲ接著セシム。1 週間—10 日間ニシテ義布繃帶ヲ交換シ、膝關節部及ビ大腿下腿ノ筋肉ヲ按摩ス。3 週間ヲ經バ義布繃帶ノママ歩行ヲ許シ、5 週ニシテ義布繃帶ヲ去ル。 2. マルゲーン氏錠ヲ應用ス。(第 26 圖) 3. 骨折端ノ離開僅微ナルトキハ單ニ膝關節ヲ伸展位ニ於テ固定スルコト 4—5 週間ニシテ治癒ヲ期スルコトヲ得ベシ。

第 26 圖
マルゲーン氏錠



四 膝關節脱臼

膝關節脱臼ハ稀有ノ症ナリ、強劇ナル外力ニ因テ發ス。前方脱臼最モ多ク、稀ニ後方、外方、内方脱臼等アリ。又膝蓋骨ノ側方脱轉或ハ翻轉、上脛腓關節脱臼等アルモ何レモ甚ダ稀ナリ。

症候 前方脱臼 ニアリテハ脛骨關節面ハ大腿下端ノ前方、大腿内外髌ハ下腿上部ノ後方ニ轉位シ、膝蓋骨ハ大腿骨ト脛骨トヨリナル陷凹部ニアリ。患肢ハ過度ノ伸展位ヲ呈シ、短縮ス。後方脱臼 ニアリテハ大腿骨ト脛骨トノ關係前者ト相反ス。内及外方脱臼 ニアリテハ脛骨上端ハ内方或ハ外方ニ轉位ス。

療法 整復ニハ牽引及ビ壓迫ヲ以テシ、又過度ノ伸展若シクハ屈曲ヲ併用ス。

五 下腿骨上端骨折

下腿骨上端部骨折ニハ脛骨上端ノ横或ハ斜骨折、骨端線離開、内髌又ハ外髌骨折、脛骨結節骨折、腓骨小頭骨折等アリ。或ハ直達外力ニヨリ、或ハ足趾衝突、膝關節ノ廻旋若シクハ側方屈曲等ノ介達外力ニ因テ發ス。

症候 脛骨上端ノ横骨折 ハ往往符合性ニシテ骨折ノ特徴ヲ缺クコトアリ。但シ腫脹及ビ機能障礙ハ著シク、又屢大ナル關節血腫ヲ形成ス。Y 字形又ハ T 字形ノ骨折ニシテ、内外兩髌排開スルトキハ兩髌ノ距離増大ス。一側髌骨折 ニアリテハ髌部壓痛、異常隆起形成、溢血、關節内血腫形成等アリ。又膝ノ外翻或ハ内翻ヲ呈スルコトアリ。外髌骨折ハ腓骨上部ノ骨折ヲ伴フコト多シ。腓骨小頭骨折 ニ於テハ小頭部ノ壓痛・腫脹アリ、又往往腓骨神經ノ損傷ヲ伴フ。脛骨結節骨折ハ直達外力或ハ四頭股筋ノ急劇ナル攣縮ノ結果トシテ生ジ、局部ノ壓痛及ビ下腿伸展時ノ疼痛アリ。

豫後 脛骨上端骨折ニシテ關節面ノ損傷ヲ伴フモノハ多少ノ機能障礙ヲ貽スコト多シ。腓骨骨折ハ通例機能障礙ヲ止メズ。脛骨結節骨折ハ所謂脛骨結節痛ノ原因ヲナス。

療法 初メ壓抵繃帶ヲ置キテ副子ヲ貼シ、後チ腫脹ノ減退ヲ待チ義布

斯綳帶ヲ施ス。脛骨上端骨折ハ 5-7 週間ヲ要シテ癒合シ、腓骨小頭骨折ハ 3-4 週ニシテ治ス。尙ホ「大腿骨下端骨折」ノ條ヲ参照スベシ。

五 下腿損傷

一 下腿軟部損傷

下腿ノ下部ニ於テハ軟部ノ層淺薄ナルヲ以テ容易ニ腱・神經・血管等ノ損傷ヲ來ス。

下腿ニ於ケル主要ナル動脈ハ 前及後脛骨動脈トス。足背及ビ

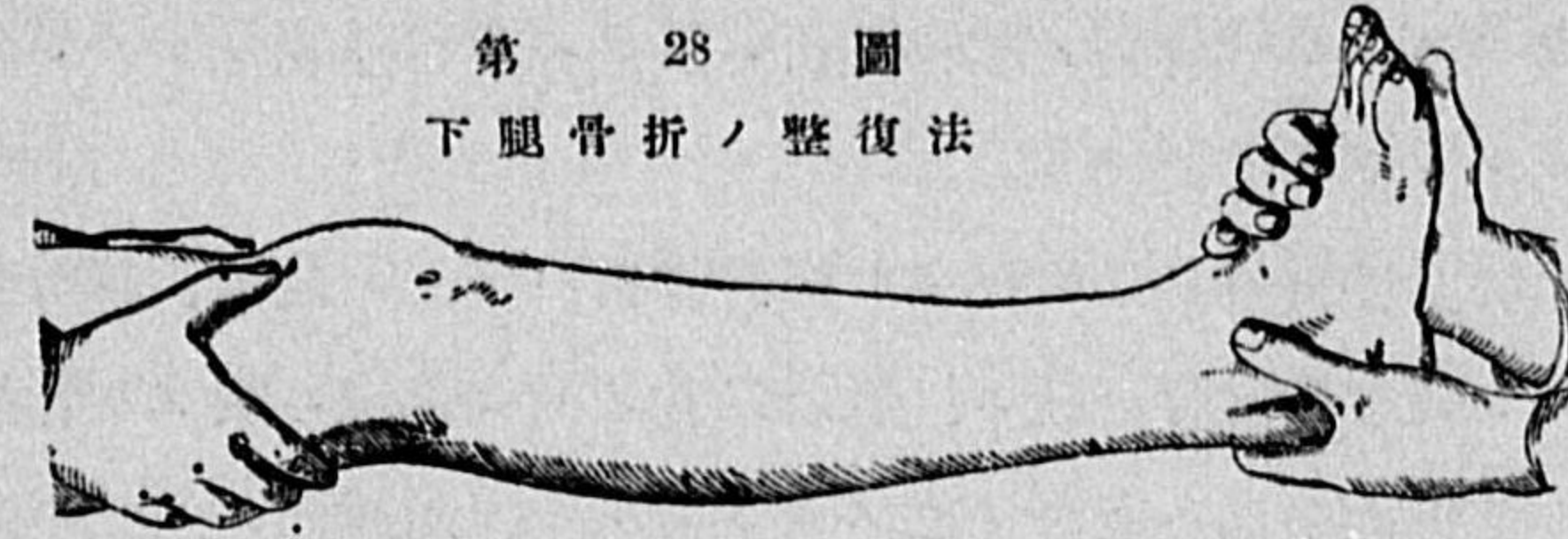
第 27 圖
下腿二骨骨折



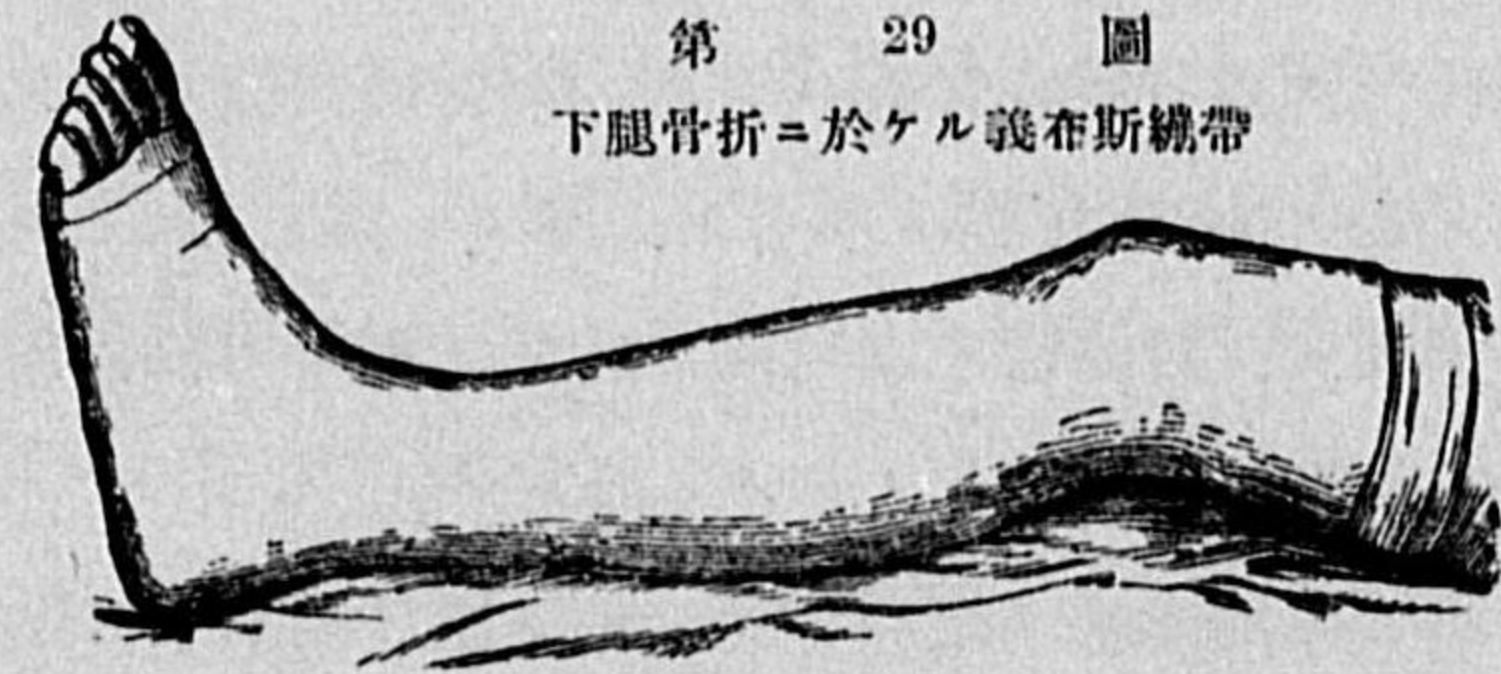
内踝ノ後方ニ於ケル搏動ノ觸否ニヨリ之レガ損傷ノ有無ヲ檢スベシ。腓骨神經ノ損傷ニアリテハ伸展筋麻痺シ爲メニ足尖垂下シ、足部ノ背屈運動不能ノ状態ヲ呈ス。脛骨神經損傷ニアリテハ腓腸部及ビ足趾諸筋麻痺スルヲ以テ足部蹠面屈曲運動障礙セラル。尙ホ各神經ノ分布領域ニ於ケル知覺障礙ヲ來スベシ。アヒリス腱ハ屢鈍體ノ打撲或ハ衝突ニヨリテ皮下斷裂ヲ來シ又腓腸筋自己ノ急劇ナル過度ノ收縮ニ因テ一部或ハ全部ノ皮下離斷ヲ來スコトアリ。アヒリス腱離斷セラレトキハ足部ノ蹠面屈曲妨ゲラレ、離斷部ハ異常裂隙トシテ皮下ニ之レヲ觸知シ得ベシ。前面諸筋腱ノ離斷アルトキハ足部ノ背側屈曲運動障礙若シクハ趾節ノ伸展困難ヲ呈ス。就中 踇趾伸筋腱ノ斷裂ニ於テハ障礙特ニ顯著ナリ。

療法 血管ヲ結紮シ腱及ビ神經ノ縫

第 28 圖
下腿骨折ノ整復法



第 29 圖
下腿骨折ニ於ケル義布斯綳帶



合ヲ施ス。腱ノ中心斷端ハ筋ノ攣縮ノタメ往往深部ニ埋沒セラレルガ故ニ創口ヲ開大シテ之レヲ索ムベキコトアリ。腱ノ斷端不正ナルカ或ハ一部缺損アリテ縫合不可能ナルトキハ、其末梢斷端ヲ近傍ノ同一作用ノ筋腱ニ縫著ス。不正創若シクハ清潔ナラザル創傷ニアリテハ、皮膚ノ縫合ハ少數ニ止メ、綿紗「タンボン」ヲ插入スベシ。實質出血大ナルトキモ亦之レニ做フ。腱縫合ヲ置キタルトキハ、該當筋ノ緊張ヲ避ケシムル位置ニ於テ、副子或ハ義布斯ヲ以テ患肢ヲ固定スベシ。アヒリス腱ノ縫合ニアリテハ、膝ヲ屈曲シ足部ヲ強ク蹠屈ス。伸展筋腱ノ縫合ニアリテハ、反對ニ膝ヲ伸展シ、足部ヲシテ強ク背屈セシム。化膿ノ徵アルトキハ猶豫ナク一部或ハ全部縫合絲ヲ除キ、或ハ要ニ應ジテ更ニ創口ヲ開大シ、腱鞘ニ沿フテ進ム炎症ノ蔓延ヲ防グベシ。

二 下腿骨幹部骨折

下腿骨幹部ニ於テハ脛腓二骨ノ骨折及ビ腓骨又ハ脛骨ノ單獨骨折アリ。但シ脛骨ノミノ骨折ハ比較的稀ナリ。下腿骨幹部骨折ハ介達作用ニヨルコト少ナク、打撲・衝突・轢過等ノ直達外力ニヨルヲ多シトス。

症候 二骨骨折ニアリテハ骨折ノ諸徴候完備ス。不全骨折ニアリテハ證徴著シカラズ。腓骨幹部ノ單獨骨折ニ於テハ歩行障礙甚シカラザルタメ閉却セラレルコトアリ。

豫後 皮下骨折ニアリテハ良。脛骨骨折ハ 6—7 週間、腓骨骨折ハ 4—5 週間ニシテ骨性癒合ヲ營ム。脛腓二骨ノ同高部位ニ於ケル骨折ニシテ若シ二骨ノ骨折部相互ニ癒合ヲ來スコトアルモ、足關節ノ運動ハ通例影響ヲ受クルコトナシ。

療法 二骨骨折或ハ脛骨骨折ニシテ、骨折端轉位ニヨル變形アルトキハ、膝部及ビ足部ニ於テ上下ニ牽引シ、(第 28 圖) 且ツ突隆部ニ壓迫ヲ加ヘテ之レヲ整復シ、足關節ノ直角位ニ於テ、跖趾内縁、内足踝及ビ膝關節内踝ガ一直線ニアル位置ヲトラシメテ固定ス。

固定法ハ足及ビ膝兩關節ヲ超ユベシ。初メ數日間副子ヲ貼用シ、後チ腫脹ノ減退ヲ待チ義布斯繃帶ヲ施ス。義布斯ハ大腿ノ中央ニ起リ、展伸セル關節・直角ニ屈曲セル足關節ヲ超エテ趾根ニ及ブ。(第 29 圖) 足踝及ビ膝關節部等ニ於ケル骨突隆部ノ壓迫ヲ避クルコトニ注意シ、此等ノ部ニハ特ニ厚ク綿花ヲ置クベシ。5—7 週間ニシテ按摩法及ビ各關節ノ自他働の運動ヲ開始シ、次デ歩行ヲ行ハシム。但シ少年期ニ於ケル不全骨折ノ如キニアリテハ既ニ 2—3 週間ニシテ歩行ヲ開始セシメ得ベシ。轉位骨折端ノ整復困難ナルトキ、又ハ整復位置ニ於ケル骨折端ノ固定不可能ナルトキハ手術的療法ヲ要ス。

六 足關節部及足部損傷

一 下腿骨下端骨折

脛骨下端ノ内踝及ビ腓骨ノ下端ナル外踝ハ足關節ノ過度ノ運動ニヨリ屢骨傷ヲ來タス。踝骨折 Malleolarfraktur 是レナリ。腓骨ニ於テハ踝部自己ヨリハ踝尖ヲ去ル上方 5—6 cm ノ部ニ於テ骨折ヲ來スコト多シ。此位置ニ於ケル腓骨ノ骨傷ヲ定型的腓骨下端ノ骨折ト呼稱ス。脛骨ノ踝上部ニ於ケル骨折ハ腓骨ニ比シテ稀ナルモ、亦往往踝骨折ノ發生ト同一關係ノ下

ニ斜骨折、横骨折、骨端線離開等ヲ來スコトアリ。

踝骨折ヲ其發生ニヨリ分チテ二トス。一ハ足關節ニ於ケル足部ノ過度ノ外轉及ビ廻前ニヨリテ發シ、他ノ一ハ過度ノ内轉及ビ廻後ニ因テ生ズ。前者ヲ外轉骨折 Abduktionsfraktur 或ハ廻前骨折 Pronationsfraktur 後者ヲ内轉骨折 Adduktionsfraktur 或ハ廻後骨折 Supinationsfraktur ト稱ス。後者ハ前者ニ比シテ甚ダ稀ナリ。

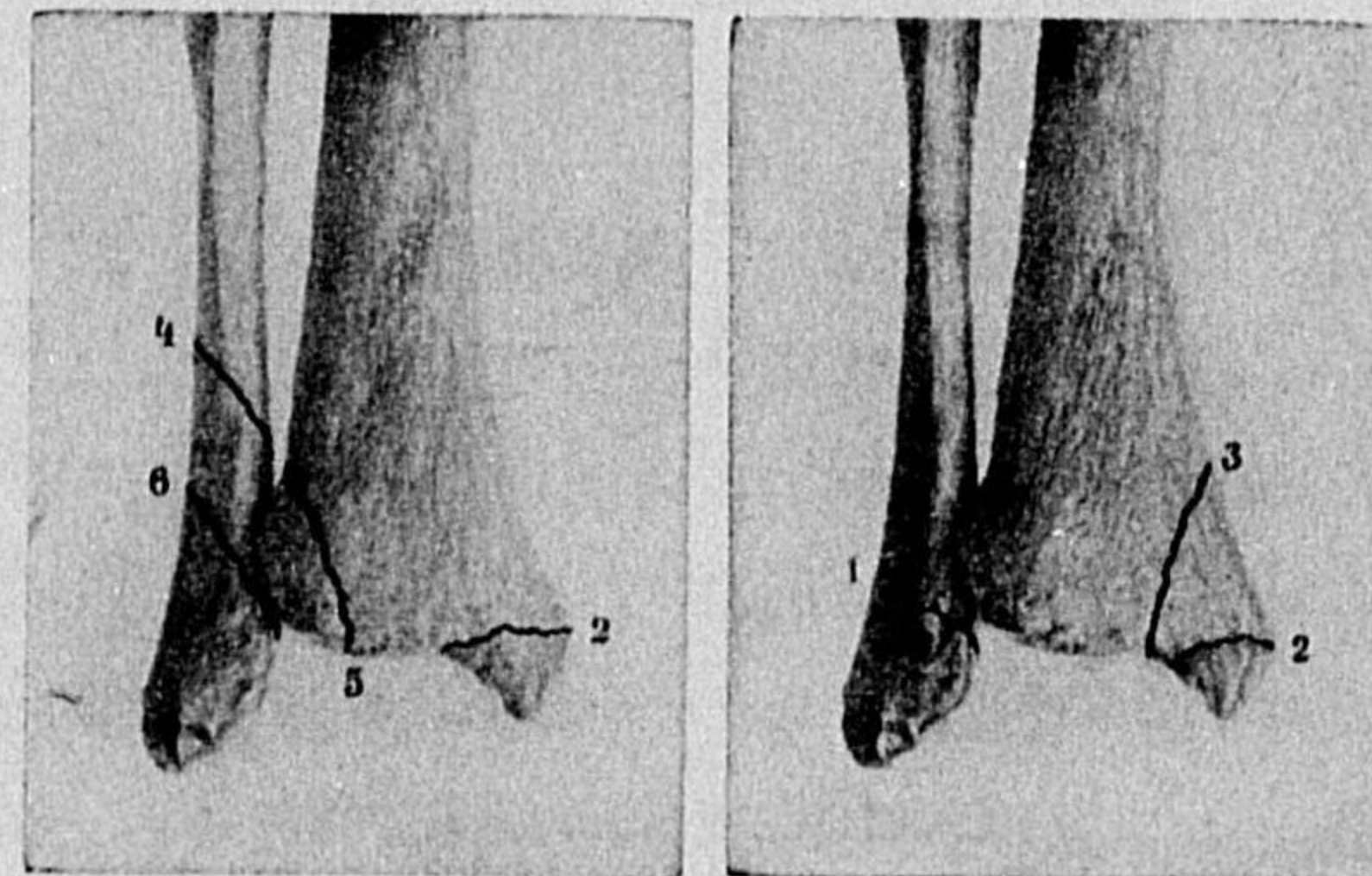
外轉踝骨折ニアリテハ足關節ノ内側靭帶延長シテ斷裂シ或ハ内踝ノ骨折ヲ生ジ、外側ニ於テハ腓骨踝上骨折若シクハ踝骨折ヲ來タス。内轉踝骨折ニアリテハ、足關節ノ外側靭帶延長シテ斷裂シ或ハ外踝ノ骨折ヲ生ジ、内側ニ於テハ距骨ノ衝突ニ因テ内踝ノ骨折ヲ來タス。第30圖ハ踝骨折ノ種種ナル場合ヲ示ス。

症候 足關節部腫脹シ、踝部ニ壓痛アリ、往往摩擦音ヲ徵知ス。歩行ハ著シク障礙セラレ、或ハ全ク歩行不能ニ陥ル。骨折片ノ轉位ハ通例著シカラザルモ、亦足關節部ノ著明ナル變形ヲ見ルコトアリ。足關節運動時ノ疼痛ハ背面屈曲ヲ營ムニ當リテ特ニ甚ダシ。定型的腓骨骨折ヲ有スル外轉

骨折ニ於テハ外踝上ニ於テ陷凹アリ。足部ハ廻前且ツ外轉シテ外趾足位置ヲ呈シ、内踝突出ス。下腿長軸ノ延長線ハ跖趾或ハ足ノ内縁ヲ過グ。此變形ハ健側ト對比シテ後側ヨリ視ルトキハ最モ著明ナリ。外轉踝骨折ハ足關節ノ外

第 30 圖
踝骨折ノ骨折線
(nach Quervain)

外轉踝骨折ニシテ或ハ單獨ニ 2・4・6 等ニ來リ或ハ 2・4・2 ト 6・2・4・5 等ニ於テ來ル
内轉踝骨折ニシテ或ハ單獨ニ 2 又ハ 3 ニ來リ或ハ 2 又ハ 3 ト同時ニ 1 ニ於テ來ル



方不全脱臼ヲ兼發スルコトアリ、然ルトキハ變形一層顯著ナリ。又足ノ後方不全脱臼ヲ有スルコト稀ナラズ、然ルトキハ腫部ハ異常ニ後方ニ突出シ且ツ足背ノ短縮セルヲ認ムベシ。前方脱臼アルトキハ之レニ反ス。

診 斷 單純ノ關節捻挫ト誤診セララルコト多シ、殊ニ腫脹著シキトキハ鑑別困難ナリ。骨折片ノ轉位ナク從テ變形ナキモノハ「レントゲン」診斷ニ依テ初メテ骨折ノ有無ヲ判別シ得ル場合多シ。

豫 後 適當ニ治療セララルトキハ概ネ良。但シ足關節部ノ變形（例ヘバ外傷性扁平足等）又ハ運動制限ヲ後貽シテ永ク歩行障礙ヲ留ルコト亦稀ナズ。

療 法 骨折片轉位ナキモノニアリテハ副子繃帶ヲ施シ、4—5 日ノ後、腫脹ノ減退スルニ及ビテ義布固定法ヲ施ス。此際足部下腿ニ對シテ直角ヲナシ、跗趾、腸骨前上棘及ビ膝蓋骨ノ中央ガ一直線上ニアル位置ヲトラシム。義布ハ 2—3 週ニシテ之レヲ除キ、按摩法及ビ自他働的運動ヲ開始スベシ。

腓骨下端ノ骨折アリ、足部外翻位置ニ於テ固定セルトキハ先ヅ之ヲ内翻セシメテ變形ヲ整復スベシ。此際外翻ヲ矯正スルト共ニ、關節關係ノ失常ニヨル足部ノ後方或ハ前方轉位ノ有無ヲ檢シ、適宜之レヲ整復スベシ。即チ後方脱臼アルトキハ背臥位ニテ下腿ヲ其下部ニ於テ強ク後方ニ壓迫固定シ、足部ヲ下掣シツツ前方ニ牽引ス。前方脱臼ニアリテハ反對ニ之レヲ行フ。整復セラレタル足關節部ハ輕度ノ内翻足位ニ於テ固定ス。即チデュブイトラン Dupuytren 氏ニ倣ヒテ第 31 圖ノ如ク副子ヲ貼シ、或ハ又直チニ義布繃帶ヲ施ス。但シ斯クノ如キ當初ニ使用セル副子或ハ義布繃帶ハ變形ヲ矯正スルニ充分ナラザルヲ以テ、數日ノ後、腫脹ノ減退ヲ待チ、新ニ義布繃帶ヲ施スヲ可トス。固定スルコト更ニ 2—3 週間、徐徐ニ關節ノ運動ヲ開始スベシ。轉位輕度ナリシモノハ負傷後 3 週、轉位甚ダシカリシモノハ 4—5 週ニシテ歩行ヲ許スベク、7—10 週ニシテ患者ハ其業ニ從事スルコトヲ得ベシ。歩行開始ノ初メニハ義布副子ヲ帶用セシムルヲ可トス。

二 足關節捻挫

症 候 關節部ノ腫脹疼痛アリ、皮下ニ溢血ヲ生ズ。負傷後迅速ニ増加スル關節部ノ腫脹ハ關節内溢血ノ徵トス。本症ハ踝骨折、跗骨骨折等ト鑑別ヲ要ス。捻挫ト診斷セラレタルモノニシテ「レントゲン」診斷ヲ施スニ及ビ骨ノ損傷アルヲ知ルコト甚ダ多シ。

豫 後 良。但シ本症ハ往往關節結核ノ誘因ヲナス。

療 法 兩三日壓抵繃帶ヲ施シ、腫脹ノ稍減退スルヲ待チテ按摩法ヲ始メ且ツ自他働的運動ヲ行フ。又溫浴法、濕溫卷法、酒精卷法等ヲ施ス。骨折ノ疑アルトキハ其療法ニ從フ。

第 31 圖

外轉踝骨折ニ施スデュブイトラン氏副子繃帶



三 足關節脱臼

足關節脱臼ハ一般ニ稀有ノ損傷ナリ。距骨下腿關節脱臼・距骨單獨脱臼・距骨下足部脱臼等アリ。

一 距骨下腿關節脱臼。Luxation im Talokuralgelenk. 狹義ノ足關節脱臼ニシテ外方脱臼、内方脱臼、後方脱臼、前方脱臼及ビ上方脱臼ノ別アリ、通例足踝骨折或ハ腓骨骨折ヲ兼ス。

症 候 後方及前方脱臼ニ就テハ踝骨折ノ條下ニ記セリ。外方脱臼ニ於テハ足部ハ外翻位ニ於テ固定シ、外踝下ニ於テ距骨ノ關節面ヲ觸レ、通例腓骨下端骨折ヲ兼ス。

内方脱臼ニ於テハ足部ハ内翻位ニ固定シ、内踝下部ニ距骨著シク突出ス。亦踝骨折ヲ兼スルコト多シ。足部上方脱臼トハ下腿二骨下端ガ距骨ノ爲メ排開セララルル状態ヲ謂フ。

療 法 整復法ハ全身麻醉法ノ下ニ施スヲ可トス。其法下腿ヲ固定シテ足部ヲ牽引シ突出部ヲ壓迫スルニアリ、整復後安靜平臥ヲ命ズルコト 10 日—2 週間、後チ漸次自他働的運動ヲ行フ。

二 距骨單獨脱臼。Isolierte Luxation des Talus. 後方脱出稀

ニ前方脱出ヲ見ル。關節部ノ前面或ハ後面ニ於ケル異常ノ隆起及ビ陷凹ヲ呈ス。好シテ踝骨折ヲ合併ス。

療法 非観血的ニ整復センコト難シ。観血的手術ヲ施シテ之レヲ整復ス。或ハ距骨ノ剔出ヲ要スルコトアリ。

三 距骨下脱臼。 Luxatio pedis subtal. 内方、外方、前方及ビ後方脱臼アリ。各特異ノ變形ヲ呈ス。内方及ビ外方脱臼ニ於テハ足部ハ距骨下ニテ内方或ハ外方ニ轉ジ、異常隆起トシテ皮下ニ載距突起ヲ觸知スベク、此部ノ皮膚ハ往往壓迫壞疽ヲ起ス。此脱臼ニ於テハ足部ノ背側屈曲可能ナルモ、距骨下腿關節脱臼ニアリテハ背屈運動不可能ナリ。

療法 牽引壓迫ニヨリテ整復ス。

四 足部骨折

一 距骨骨折。 Fraktur des Talus. 距骨骨折ハ足關節ノ強度ノ背側屈曲・墜落時ノ足部打撲等ニテ起リ、最モ多ク頸部骨折ヲ生ジ稀ニ體ノ骨折ヲ起ス。下腿骨下端骨折・足關節脱臼・跟骨骨折等ヲ兼スルモノ多シ。

症候 機能障礙、疼痛、腫脹及ビ皮下溢血等ヲ呈ス。又著明ナル變形ヲ見ルコトアリ。踝部壓痛ノ輕微或ハ缺如及ビ負傷當時ノ機轉ニヨリテ踝骨折ト鑑別ス。尙ホ合併損傷ニ注意スベシ。「レントゲン」診査ヲ以テ初メテ確診セラレル場合多シ。

豫後 治後多少ノ機能障礙ヲ貽スコト多シ。

療法 骨折片轉位アルトキハ麻醉中突出部ヲ壓迫シテ之レヲ整復ヲ試ム。整復不可能ニシテ軟部ノ壓迫甚ダシキトキハ、観血的手術ヲ施シテ轉位骨折片ヲ整復シ或ハ之レヲ除去ス。足部ハ下腿ニ對シテ直角ノ位置ヲトラスメ且ツ輕度ノ内翻足位ニ於テ固定シ、治後關節強直ヲ貽スモ比較的機能障礙ヲシテ少ナカラシメンコトヲ圖ル可シ。

二 跟骨骨折。 Fraktur des Calcaneus. 跟骨骨折ニ前突起骨折・跟骨結節骨折・體骨折等アリ。最モ多ク墜落又ハ跳躍時足部ヲ強く地上ニ衝突スルニヨリテ發ス。又アヒリス腱ノ強劇ナル牽引ハ跟骨結節ノ骨折ヲ起スコトアリ。

症候 踵部ノ腫脹、疼痛、皮下溢血等アリ。變形ハ或ハ全ク之レヲ認メズ、或ハ又足穹窿度ノ減少、踵部ノ壓平若シクハ延長等ノ著明ナル變形ヲ呈スルコトアリ。骨折片ノ摩擦音ヲ認知スルハ稀ナリ。

本症ハ單純ノ足部捻挫ト誤ラレルコト多シ。踝下部及ビアヒリス腱側方ノ腫脹、後方、側面或ハ蹠面ヨリノ跟骨ノ壓痛等ニ注意ス。足踝自己ノ壓痛ヲ缺クヲ以テ踝骨折ト區別スベシ。本症ノ診斷ニハ「レントゲン」診査ヲ行フヲ以テ最モ確實トス。

豫後 長ク歩行痛ヲ貽スコト少ナカラズ。

療法 義布斯固定繃帶ヲ施ス。變形アルトキハ先ヅ之レヲ整復スベシ。輕易ナル戰裂骨傷ノ如キニ於テハ唯患足ノ安靜ヲ命ズレバ足ル。3—6週ニシテ按摩法ヲ開始シ、又徐徐ニ歩行ヲ行ハシム。歩行ノ初メニ於テハ取り外シタル義布斯莢ヲ帶用セシムルヲ安全ナリトス。

三 小足根骨及ビ蹠骨骨折。 Frakturen der kleinen Tarsalknochen und Metatarsalknochen. 打撲・轢過等ニヨリテ生ズ。歩行障礙、疼痛、腫脹、皮下溢血、摩擦音等アリ。診斷上、原因ヲナセル外力ノ強弱及ビ物體ノ重量ニ注意スベシ。「レントゲン」診査ニ依ルニアラザレバ確診シ難キ場合多シ。第32圖ハ「レントゲン」寫眞ニヨリテ初メテ確診シ得タル蹠骨基部ノ骨折ヲ示ス。

豫後 通例良。但シ長ク歩行痛ヲ後貽スルコト稀ナラズ。

第 32 圖
第 2 乃至第 5 蹠骨骨折



療法 患足ノ安静ヲ命ズ。此期間ハ骨折ノ部位・大小ニ關シテ同ジカラザルモ、通例2—5週間トス。歩行ノ開始ニ當リテハ義布ス英ヲ帶用セシムルヲ可トス。

第八 溫熱的損傷及腐蝕

一 火 傷

火傷 Combustio, Verbrennung ハ燃燒セル物體、火焰、灼熱セル金屬、熱蒸氣、熱瓦斯等ノ觸接、及ビ熱液・沸騰液ノ作用(湯傷 Verbrühung)ニヨリ、又電擊ニテ生ズ。「レントゲン」線モ亦火傷ニヨリテ生ズルト同様ノ變化ヲ皮膚ニ與ヘ得ルモノナリ。

症候 輕症ニアリテハ皮膚發赤シ且ツ屢輕度ノ腫脹ヲ呈シ、灼痛ヲ訴フ、是レ第一度ナリ。稍高度ナルトキハ加フルニ水疱ヲ形成ス、是レ第二度ナリ。更ニ高度ナルトキハ組織ノ壞疽ヲ來ス、是レ第三度ナリ。

火傷ニヨリテ起ル壞疽ハ火氣ノ直接作用ニヨル組織ノ炭化ト高熱ノ作用ニヨル組織ノ破壊並ニ循環杜絶ノ結果トシテ來ル。壞疽ノ程度ハ原因ノ種類及ビ作用スル時間ノ長短ニヨリテ異ナリ、淺表性ニシテ唯皮膚ニ淺キ潰瘍ヲ生ズルニ止マルコトアルモ、甚ダ高度ナルモノニアリテハ爲メニ肢節ノ脱落ヲ來スコトアリ。

湯傷ノ第三度ニ於テハ、皮膚ハ表皮剝離シ或ハ其部ニ大水疱ヲ生ジ、表皮ヲ去ルトキハ、其下ニ、血行循環杜絶シ白變シテ固有ノ彈力ヲ失ヒタル皮膚ノ壞疽ヲ認ムベク、後日健康組織トノ間ニ分界線ヲ生ジ、早晚脱落シテ潰瘍ヲ形成スルモノナリ。

火傷ノ全身症狀トシテハ全身違和、興奮、熱發、蛋白尿、血色素尿等アリ。劇症ニアリテハ虚脱死ニ陥ルノ危險アリ。

診斷 火傷度ノ診斷ハ負傷直後ニ於テハ之レヲ決シ難キコト稀ナラズ、豫後ノ言明上注意スベシ。水疱ハ若干時間ノ經過後ニ發スルヲ常トシ、又組織壞疽ノ招否、其深淺・廣狹等ハ1—2晝夜ヲ經テ後チ初メテ確認セラルルコトアレバナリ。殊ニ熱蒸氣、熱湯等ニヨレル場合ニ於テ然リトス。

豫後 火傷ノ生命的危険ハ火傷度ノ輕重ヨリモ寧
ロ火傷面積ノ廣狹ニ關ス。全體表ノ三分ノ一ヲ超ユルトキハ
危険ナリ、二分ノ一以上ニ互ルモノハ概ネ不良ナリ。火傷死ハ負傷
後24—48時間以内ニ來ルヲ多シトス。既ニ4日ヲ經過セルモノニシテ肺
炎、腎臟炎ノ併發ナキトキハ良トス。化膿セルトキ、殊ニ其廣汎性ナルモ
ノニ於テハ敗血症若シクハ膿毒症繼發ノ危険アリ。

局處的ニハ其部位及ビ火傷度ノ輕重ニ關ス。第一
度、第二度ハ良、第三度ニシテ治後癩痕ヲ形成スルトキハ醜形ヲ貽シ、尙
ホ機能障礙ノ原因ヲナス。此等不快ノ結果ハ特ニ化膿セルトキニ甚ダシ。
療法 火傷療法ハ防腐法ヲ以テ第一要義トス。表
皮剝離、水疱形成、壞疽等ノ處置ニ要スル器械、藥品、綿帶材料等ハ總テ
無菌的ナルベシ。

第一度火傷及ビ水疱形成アルモ其小ナルモノニ
ハ「ワゼリン」、十倍硼酸「ワゼリン」、「オレーフ」油、亞鉛華「オレーフ」油
等ノ塗布、2%重曹水、生理的食鹽水、2%硼酸水等ノ濕布罌法ヲ施ス。
又亞鉛華「バスタ」ヲ厚ク貼用スルトキハ水疱ノ形成ヲ制限セシムル效
アリ。大ナル水疱形成アルトキハ防腐的の用意ノ下ニ刀尖或ハ剪刀
ヲ以テ其基底ニ於テ之レヲ穿開シ、輕壓ヲ加ヘテ内容ヲ去ルベシ。此際壓
著セラレタル表皮ハ創面ヲ被覆スルノ利益アルヲ以テ、幸ニ化膿セザル間
ハ除去セザルヲ可トス。化膿セルトキハ猶豫ナク之レヲ剝離シテ除去スベ
シ。初メ水疱既ニ破レ其表皮脫離シテ轉位セルモノアラバ之レヲ除去ス。
表皮剝離面ハ乾性ニ處置スルヲ可トシ、單ニ殺菌綿紗ニテ被覆シ、或ハ少
量ノ次硝酸蒼鉛末又ハ「デルマトール」等ヲ撒布ス。此乾燥性處置ニシテ疼
痛甚ダシキトキハ殺菌「オレーフ」油ヲ浸漬セル綿紗ヲ貼用シ、又ハ亞鉛華
「オレーフ」油ヲ貼附ス。但シ創面ニシテ膿性滲出物アルトキハ膏劑・撒布
藥等ハ之レヲ全廢シ、殺菌セル2%硼酸水、生理的食鹽水、0.1%「リヂ
ノール」水等ニテ濕布綿帶ヲ施スヲ可トス。

第三度火傷ニ於テハ防腐的綿帶ヲ施シテ壞疽部ノ脱落ヲ待ツベ

シ。肢節ニアリテハ其狀況ニ從テ直チニ切斷術又ハ離斷術ヲ施スベキコト
アリ。若シ化膿セルトキハ之レニ對スル措置ニ遺漏アルベカラズ。

火傷潰瘍ノ劇痛ニハ、殺菌「オレーフ」油或ハ亞鉛華「オレーフ」油ノ貼附
ヲ施ス。火傷潰瘍ノ治療ニ當リテハ治後指趾ノ癢著、
癩痕性攣縮ニヨル關節障礙等ノ豫防ニ注意ヲ怠ル
ベカラズ。即チ指趾ニ於テハ各指趾間ニ綿紗片ヲ插ミ、或ハ各指趾
ヲ各別ニ縛縛シ、關節屈曲面ノ火傷ニアリテハ伸展位ヲ保タシメ、反對ニ
伸展面ノ火傷ニ於テハ屈曲位固定ヲ要スル等ノ如シ。尙ホ適宜副子ヲ貼用
シ、廣大ナル皮膚缺損アルトキ殊ニ關節部ナルトキハ適當ナル時期ニ植皮
術或ハ整形手術ヲ加ヘテ之レガ閉鎖ヲ圖ルベシ。治後ノ癩痕ニ對シテハ亦
整形手術ヲ施シテ醜形ヲ除キ、機能障礙ヲ去ルベシ。

廣潤ナル火傷面ヲ有スルトキハ全身狀態及ビ併發症ニ注意シ、適宜對症
的處置ヲ施スベシ。

二 凍傷

凍傷 Congelatio, Erfrierung. ハ寒冷ノ局處的作用ニ因テ生ズ。而シテ其
變化ノ輕重ニ從ヒテ之レヲ三度ニ區別スルコト、猶ホ火傷ニ於ケルガ如
シ。即チ第一度凍傷ニ於テハ皮膚ノ發赤・腫脹アリ、搔痒、灼痛、知覺異常
等ヲ訴フ。寒冷ノ作用強ク且ツ長キトキハ水疱ヲ形成ス。之レヲ凍傷第二
度トス。更ニ高度ナルトキハ知覺亡失シ、血液循環止ミ、終ニ局部ノ壞疽
ヲ來ス、之レヲ凍傷第三度トス。凍傷ニ因スル壞疽ハ通例乾性ニシテ、趾
尖・耳輪等ニ最モ多ク、指尖、鼻尖、陰莖等モ亦之レガタメニ壞疽ニ陷ル
コトアリ。空氣ノ濕潤、烈風、患者ノ榮養不良、安靜、酒精飲料ノ使用等
ハ特ニ組織ニ對スル寒冷ノ侵襲作用ヲ強度ナラシム。

寒冷ノ作用反復スルトキハ慢性炎症ヲ誘致シテ所謂凍瘡 Perniones,
Frostbeule ヲ起ス。指趾、手背、足緣、耳輪、頰部等好シク之レニ冒サ
ル。第一度ニ於テ皮膚ハ腫脹緊張シテ痒感アリ、較高度ナルモノハ第二度
ニシテ水疱ヲ形成シ、第三度ニ於テハ潰瘍ヲ形成ス。凍瘡ハ小兒ニ多ク、
又下婢ノ之レニ冒サルモノ多シ。數年間毎冬期反復シテ常習性ニ發生ス

ルモノアリ。

反復スル寒冷及ビ濕潤ノ作用ハ往往特發脱疽ノ誘因ヲナスコトアリ。

療法 單純ナル第一度凍傷ハ特殊ノ治療法ヲ要セズ。原因タル寒冷ノ作用ヲ去リテ乾布ヲ以テ摩擦スルトキハ自ラ消散ス。第二度凍傷ハ患部ヲ高舉シテ、乾性ニ被包スベシ。第三度凍傷ニハ乾性防腐繃帶ヲ施シテ

患部ヲ高舉シ、又按摩法ヲ行ヒ、壞疽ノ分界線明瞭トナルヲ待テ後チ其部分ヲ除去ス。往往一肢ノ離斷若シクハ切斷ヲ要スルコトアリ。

凍瘡 ニハ豫防的ニ榮養ニ注意シ冬期ニ入ルヤ局部ノ防寒法ヲ講ズベシ。特ニ水ヲ取扱フコト、寒風ニ曝サルルコト等ヲ厭フ。凍瘡ヲ起セシトキハ原因ノ除去ヲ圖リ、「オレーフ」油、硼酸軟膏、白降汞軟膏、樟腦丁幾等ノ塗布ヲ行フ。腫脹甚ダシキトキハ被覆繃帶ヲ施シテ患部ヲ高舉スベシ。按摩法、溫浴法、熱氣浴等效アリ。又「レントゲン」療法行ハル。潰瘍ヲ生ゼシトキハ乾燥綿紗ヲ用ヒテ防腐的繃帶ヲ施ス。分泌物少ナキ清潔ナル潰瘍ニ對シテハ膏劑ヲ貼用スルヲ可トス。

三 電 擊

電擊 Blitzschlag. ニヨル皮膚及ビ深部組織ノ損傷ハ獨リ溫熱作用ニ止ラズ、亦電氣分解作用ヲ受クルモノトス。尙ホ感電時ニ於ケル器械的損傷ヲ兼スル場合少ナカラズ。

症候 電擊ニヨル局處症候トシテ、輕度ナルモノハ皮膚一部ノ發赤ヲ

第 33 圖
電 擊 傷



呈スルニ止ルモ、高度ノモノニアリテハ亦組織ノ壞疽ヲ來スコト猶ホ火傷ニ於ケルガ如シ。又往往皮膚面ニ鮮紅色樹枝狀ノ線即チ電紋ヲ印シ、又屢點狀或ハ線狀ノ皮下溢血ヲ現ハス。感電ニヨル組織ノ壞疽ハ表在蔓延性ノコトアルモ、一般ニ深部組織ニ及ブコト多ク、損傷當時ニ於テ一見淺小ナル壞疽トシテ認知セラレタルモノ、爾後ノ經過ニ於テ壞疽片ガ、漸次脱落スルニ及ビ、初メテ組織壞疽ノ深ク且ツ大ナルヲ知ルコトアリ。例ヘバー指幹ノ電擊創ニシテ、初メハ患指ノ保存ヲ確保シ得ルノ觀アリシモノ、後ニ創面著シク増大シ終ニ末梢全ク壞疽ニ陥ルコトアルガ如シ。治療日數ノ豫測、治癒後機能障礙ノ推定等ニ就テ充分注意セザルベカラズ。繼發症トシテハ創傷傳染ニヨル「フレグモーネ」、丹毒、膿毒症等トス。

内部損傷ノ症候トシテハ失神、假死、頭痛、眩暈、不眠、半身麻痺、鬱憂、興奮等トス。此等ハ負傷直後發スルコトアルモ、亦若干日時ノ後チ初

メテ起ル場合アリ。又長ク神經症ヲ後貽スルコトアリ。強劇ナル感電ハ致命的原因ヲナスコトアリ。

豫後 感電者ノ假死ハ救急法ニヨリテ通例蘇生ス。全身の徵候ハ漸次消散スルヲ常トスルモ、亦長ク後貽症ヲ留ムルコトナキニアラズ。壞疽性電擊創ハ變形及ビ機能障礙ヲ貽スコト比較的大ナルハ前記セルガ如シ。

療法 假死ニ對シテハ人工呼吸ヲ行ヒ、興奮藥ヲ應用ス。局處的損傷ニハ防腐的創傷處置ヲ施シ、壞疽部ハ之レ

第 34 圖
骨壞疽ヲ來セル頭部電擊傷



ヲ除去ス。肢節ノ切斷又ハ離斷ヲ要スルコトアリ。

四 腐 蝕

一 酸性腐蝕。硫酸、鹽酸、硝酸、醋酸等ニヨル損傷ノ徵候ハ火傷ニ於ケル損傷ト一致ス。多量ノ水、曹達水、重曹水等ニテ洗滌シ、後チ防腐的處置ヲ施ス。

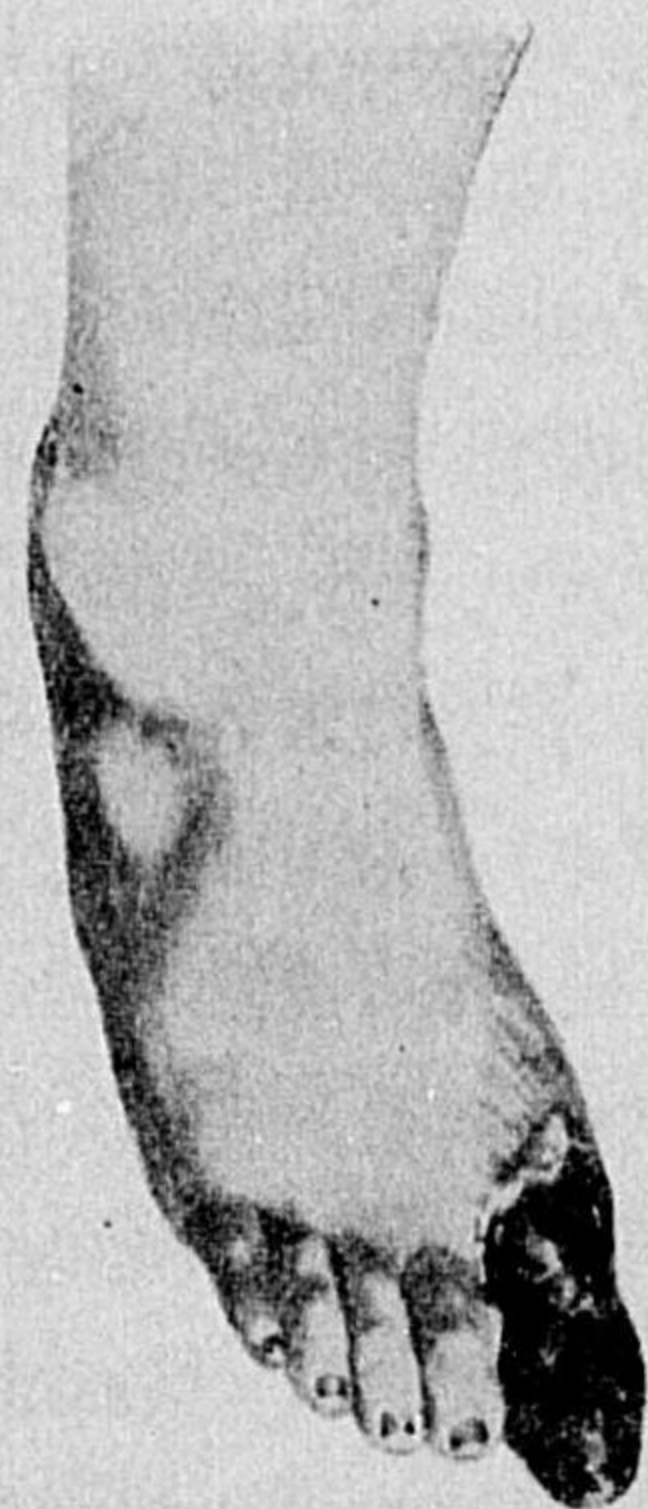
二 「アルカリ」性腐蝕。腐蝕加里、「ナトロン」液等ニヨル損傷ノ療法ハ亦火傷ニ於ケルト異ナラズ。負傷時、酸性液、即チ食醋、醋酸

水等ヲ以テ中和スルヲ要ス。後チ防腐的處置ヲ施ス。

三 石炭酸腐蝕。Carbolsäure. 石炭酸ノ誤用ニヨリ起ル。皮膚濕潤、知覺異常、麻痺、皮膚剝離、乾性壞疽等ヲ呈ス。組織侵害ノ程度ハ藥劑ノ濃度及ビ作用時間ノ長短ニ關ス。特ニ時間ノ關係ヲ必要トス。即チ濃稠ナルモ其作用セル時間短小ナルトキハ唯表面ノ變化ヲ來スニ止マリ、稀薄ナルモ長キニ互ルトキハ深ク組織ヲ壞疽ニ陥ラシムル虞アリ。前キニ創傷藥トシテ石炭酸水ノ濫用セラレタル頃、小創傷ニ之レガ濕布ヲ施シテ指趾ヲ失フノ例稀ナラザリシガ、今日ニテハ漸ク其跡ヲ斷テルガ如シ。第35圖示スル所ノモノハ レキセル Lexer 氏著外科總論ニ載セラレタル顯著ナル一例ナリ。療法トシテハ、速ニ原因ヲ除キ按摩法ヲ施ス。既ニ

壞疽ヲ起セルトキハ分界線ノ定マルヲ待チ其部ヲ除去スベシ。

第 35 圖
石炭酸壞疽
小裂創ニ2%ノ石炭酸
液ヲ行フコト24時
間ニシテ起レルモノ



第九 損傷ニ因スル全身症

一 腦 貧 血

腦貧血 Hirnanämie ハ血行循環機能衰弱ノ結果トシテ發起スルモノニシテ、或ハ急劇ニ起レル神經中樞ノ沈衰ニ歸スベキコトアリ、或ハ直接ノ心臟機能衰弱ト認ムベキコトアリ。前者ハ恐怖、精神感動、劇痛等ニ於テ來リ、後者ハ大出血、心臟疾患、腹内壓ノ急劇ナル減退、例ヘバ腹水排除、腹部大腫瘍剔出等ニ見ル所トス。又負傷時本症ヲ發スルコト稀ナラズ。

症 候 通例胸内苦悶、惡心嘔氣ヲ前驅シ、或ハ欠伸ヲ催シ、後チ俄ニ眩暈ヲ起シ、耳鳴ヲ感ジ、視野暗黒トナリ、意識ヲ失ヒテ轉倒ス。(卒倒或ハ失神 Ohnmacht) 此際顔面蒼白トナリ、粘膜ハ其色澤ヲ失ヒ、冷汗額ヲ潤シ、兩眼凝視シ、瞳孔散大シ、心力衰へ、脈搏細數トナリ、呼吸運動モ亦淺表微弱トナル。患者ハ人事ヲ辨ゼズ、又知覺亡失ス。此等ノ症徵ハ輕重一ナラズ。輕症ニアリテハ未ダ失神スルニ至ラズ、惡心眩暈ヲ感ジ少時僅カニ顔面蒼白ヲ呈スルノミニテ速ニ恢復スルモノアリ。重症ニアリテハ全ク失神ノ状態ニアリ、四肢厥冷、體溫下降、心臟機能愈衰弱シ、脈搏觸レ難キニ至リ、遂ニ甚ダ重篤ノ状態ニ陥ルコトアリ。腦貧血ニ於ケル人事不省ハ適當ナル處置ノ下ニ多クハ數分時ニシテ恢復スルモノニシテ、數十分ニ及ビ又ハ時ヲ超ユルハ稀ナリ。其甚ダ長キニ互ルハ單純ノ腦貧血ニヨル失神ニ止マラザルヲ知ルベシ。失神ノ恢復ニ當リテハ、顔面口唇ノ色澤漸次恢復シ、肌溫調ヒ、脈搏其強ヲ加へ、意識モ從テ恢復ス。此際屢暖氣欠伸、顔面筋痙攣等ヲ催ス。覺醒後暫ク惡心、頭痛、頭重、脱力ノ感等ヲ訴フルコトアリ。

豫 後 迅速ニ適當ナル處置ヲ施ストキハ暫時ニシテ恢復スベク、深ク憂フルニ足ラザルモ、其長ク恢復セザルモノニ於テハ死ノ轉歸ニ移行スルノ危険ナキヲ保セズ、特ニ衰弱者及ビ貧血者ニ於テ然リトス。15分以上

失神状態ヲ持續スルモノニアリテハ大ニ警戒ヲ要ス。處置緩慢ニシテ其當ヲ得ザルトキハ豫後ヲ不良ナラシムベキコト論ヲ俟タズ。

療法 速ニ平臥ヲ命ジ、頭首ヲ低下セシメ、冷布ニテ顔面ヲ拭フベシ。輕症ニアリテハ此處置ヲ以テ既ニ治癒ノ目的ヲ達ス。尙ホ人事ヲ解スルトキハ冷水若シクハ赤酒或ハ他ノ酒精飲料ヲ飲用セシム。失神ニ陥レルトキハ速ニ緊迫セル衣帶ヲ緩メ、顔面、胸部ヲ冷布ヲ以テ摩擦シ、頭部及ビ上半身ヲ一層低下セシメ、四肢ヲ舉上シ、末梢ヨリ中樞ニ向ヒ手掌或ハ乾布ニテ強摩擦ヲ加フベシ。尙ホ心臟機能ニ向テ強心劑ノ注射ヲ施シ、食鹽水皮下注入法・輸血法等ヲ行フベク、呼吸運動微弱ナルトキハ人工呼吸法ヲ施シテ之レヲ補助ス。又頸部ニ感傳電氣ヲ貼シテ呼吸器及ビ血行器神經ノ刺戟ヲ企ツベシ。手術施行中ナルトキハ速カニ之レヲ完了セシムベク又或ハ直チニ中止スベシ。

二 「ショック」

「ショック」Shock トハ外襲ニヨル反射的現象トシテ發スル心臟機能及ビ一般生活機能ノ急劇ナル衰弱ニシテ、外傷又ハ手術ニ際シテ起ル。總テ重大ナル損傷及ビ大手術ハ本症ヲ誘發スルノ處多ク、貴要臟器ニ加ヘラレタル外力、(此場合ニ起ル「ショック」ハ是レ震盪症 Commotio ナリ) 腹部内臟就中胃腸ノ手術の刺戟等ハ屢之レガ原因ヲナシ、又貧血、衰弱、神經過敏、劇痛等ハ本症ノ發生ヲ促ス。

症候 顔面蒼白ヲ呈シ、口唇色ヲ失ヒ、四肢厥冷、冷汗ヲ流シ、眼球動カズ、瞳孔散大シテ反應微弱ニ、心臟機能衰弱シ、脈搏微弱頻數ニシテ往往不正或ハ殆ンド觸レザルニ至リ、呼吸亦淺表性ニシテ不整トナリ、知覺鈍麻シ、脱力状態ヲ呈シ、屢惡心・嘔吐・吃逆等ヲ催シ、又尿尿ノ失禁ヲ見ルコトアリ。體溫ハ正常ヨリ1—1.5度下ルヲ常トス。精神ハ恍惚トシテ半醒半睡ノ状態ニアリ、問ニ對シテ應答セズ、或ハ一時全ク失神スルコトアリ。上述ノ如キ沈衰状態ニ反シ、精神反テ興奮シ、轉輾反側、呻吟苦悶、須臾モ安靜ナラザルモノアリ。前者ヲ無力性「ショック」tropider Shock

ト稱シ。後者ヲ刺戟性「ショック」eretischer Shock ト稱ス。

「ショック」症狀ハ數時間ニシテ去リ、心臟機能漸次恢復シ、精神状態モ亦健康ニ復スルヲ常トスルモ、重大ナル外傷、特ニ腦其他ノ内臟損傷、大出血等ニ際シテ起レルトキハ往往不良ノ轉歸ヲトル。又永ク精神状態ノ異常ヲ貽スコトアリ。「腦震盪症」ニ就テハ其條下ヲ參照スベシ。

療法 平臥位ニ於テ、頭首ヲ低下セシメ、緊迫セル衣帶ヲ解キ、體軀ヲ溫包シ、顔面、胸部及ビ四肢ニ強摩擦ヲ加ヘ、酒精飲料ヲ飲用セシメ或ハ注腸ヲ試ミ、「カンフル」油、「カンフル、エーテル」、「ヂガーレン」等ノ皮下注射ヲ行フ、又輸血法、食鹽水注入法等ヲ施ス。呼吸ニ注意シ、其微弱ナルトキハ人工呼吸法ヲ加ヘ、又酸素吸入ヲ行フ。尙ホ頸部ニ感傳電氣ヲ貼シテ呼吸器及ビ血行器神經ヲ鼓舞セシムベシ。「ショック」状態ニアル患者ニ大手術、例ヘバー肢切斷術、開腹術等ヲ施スハ危險ナリ、宜シク其恢復ヲ待テ之レヲ企ツベシ。

三 虚脱

虚脱 Kollaps トハ俄然心臟衰弱ノ徵候ヲ現ハスモノニシテ、其原因甚ダ多ク、外傷及ビ手術の侵襲モ亦其一因ヲナス。就中重大ナル損傷、大手術若シクハ長時間ニ亙ル手術、内臟手術、大出血等ニ際シテ發スルコト多シ。

症候 顔面蒼白或ハ「チアノーゼ」、四肢厥冷、冷汗、瞳孔散大、嘔吐、脈搏微細・疾數・不整、淺表性呼吸、譫語、意識ノ溷濁或ハ喪失等ヲ來ス。體溫ハ急劇ニ下降シ、35度或ハ尙ホ其以下ヲ示シ、爲メニ疾數ナル脈搏ニ對シテ體溫表上ニ其曲線ノ交叉ヲ示スベシ。虚脱現象幸ニ一過性ナルトキハ體溫平溫ニ復シ脈搏亦之レニ適スルニ至ルモ、然ラザルトキハ諸徵愈増惡シテ終ニ死ニ陥ルベシ。

療法 強心藥ノ注射、食鹽水皮下或ハ靜脈内注入、輸血法、酒精劑ノ飲用若シクハ注腸等ヲ行ヒ、身體ヲ溫包シ、顔面蒼白ナルトキハ頭部ヲ低下セシメ四肢ヲ高舉ス。尙ホ前二項ノ參照ヲ要ス。

四 譫妄症

外傷性譫妄症ハ外傷或ハ手術後ニ起ル精神變調(神經性譫妄症 Delirium nervosum)ニシテ、過敏性ノモノ、「ヒステリー」患者、精神病者、衰弱者等殊ニ酒客(酒客譫妄症 Delirium potatorum)ニ發スルコト多シ。

症候 負傷後或ハ手術後2—5日ニ發スルモノ多シ。不眠、錯覺、幻覺、興奮、躁狂、憂鬱、神經衰弱症狀等ヲ呈シ。往往譫語ヲ發ス。

豫後 心臟衰弱ニ陥リ死ノ轉歸ヲトルコトアルモ、一定ノ經過後、漸次輕快シテ治ニ就クモノ多シ。又數週數月ニ互リテ繼續スルモノアリ、或ハ終ニ慢性精神病ニ移行スルコトアリ。

療法 酒客ニハ負傷或ハ手術後、適宜酒精飲料ヲ與ヘテ本症ヲ防グベシ。神經症狀ニ對シテハ專ラ對症療法ヲ施ス、又催眠藥ノ必要ニ迫ラルルコト多シ。尙ホ常ニ心臟機能ニ注意スベシ。

第二篇 疾病篇

第一 創傷傳染病

一 創傷化膿

創傷化膿 Die Eiterung der Wunde ノ原因トシテ主要ナルモノヲ醗膿性葡萄狀球菌及ビ醗膿性連鎖狀球菌トス。稀ニ肺炎双球菌、淋毒菌、綠膿菌大腸菌、腸室扶斯菌等ニヨリテ發ス。

吾人ハ創傷傳染ノ機會ヲ觀察シテ之レヲ二種ニ區別スルコトヲ得、一ハ損傷成立ノ當時ニ於テ既ニ病原菌ノ侵入ヲ受ケ直チニ感染シテ炎症ヲ發スル場合ニシテ、一ハ初メ無傳染的ナル創傷ニ二次的ニ細菌ノ侵入スルコトニ因リテ誘發セラルル場合トス。其後者ハ更ラニ之レヲ外部ヨリスル直接傳染ト血行ヲ以テ他ノ化膿病竈ヨリスル轉移性傳染トニ區別スベシ。轉移性傳染ハ素ト他ノ身體ノ部分ニ於ケル化膿性病機ノ現存セルニ當リテ招致セラルベキモノナルモ、亦全ク他ニ化膿病竈ノ認知シ得ザル場合ニ於テモ皮膚粘膜等ニ於ケル纖小ナル創傷ヲ經テ血行循環中ニ侵入セル細菌ガ創傷傳染ヲ成立セシメ得ベキコトハ之レヲ認メザルヲ得ズ。外部ヨリスル二次的傳染ノ誘因ハ其機會甚ダ多シ、當初ノ創傷處置ニ於ケル防腐ノ準備ノ缺陷、綑帶法ノ不備、綑帶交換ニ於ケル防腐法ノ不全等舉ゲテ之レニ數フベシ。是レ防腐的創傷療法ガ具ニ講究セラレテ嚴ニ實行セラルル所以ナリ。

身體ノ或他ノ部分ニ於テ化膿性病竈ノ現存スルコトハ、新ニ被リタル創傷ノ化膿ニ向テ多ク其機會ヲ與フルハ暗易キノ理ナリ。此既ニ存在セル化膿病竈ノ細菌ハ、或ハ直接外部ヨリ新創傷ニ入り、或ハ血行ヲ介シ新創傷

部ニ移行シテ傳染ヲ成立セシム。斯クノ如キ化膿病竈ノ存在ハ其位置ノ那邊ナルヲ問ハザルモ、觸接ノ機會多キト、循環ヲ介スル轉移ニ向テモ自ラ便宜アルベキガ故ニ創傷ノ近キニアルニ從テ感染ノ虞多シ。

細菌侵入ノ原發的ナルト二次的ナルトヲ論ゼズ、化膿ノ成立及ビ其防止ニ關スル必要ナル事項ニアリ。一ハ創傷ノ性状及ビ之レニ施サレタル處置ノ當否、一ハ患者ノ全身の狀態如何トス。

創傷ノ性質如何ハ化膿ノ發起ニ與ルコト大ナリ。創傷不潔ナルトキ例ヘバ泥土、塵埃等ニテ汚染セル皮膚ニ生ジタル創傷ガ化膿ノ虞多キコト論ヲ俟タズ。創ノ大小ハ必ズシモ傳染トハ比例セズ、小ナルモ深キハ大ニシテ開キタルモノニ比シテ化膿シ易キ傾向アリ。是レ前者ニ於テハ創腔分泌物排泄ノ自由妨ゲラルルガタメナリト認ムベシ。創傷ノ規則正シクシテ單純ナルモノ例ヘバ銳及ヲ以テセル切創ノ如キハ化膿ノ虞少ナク、不規則ニシテ組織ノ挫滅ヲ伴ヘルモノニ於テハ此憂大ナリ。是レ挫碎セラレタル創傷ニ於テハ組織ノ一部ガ血行循環ノ停止ニ陥リ且ツ分泌物停滯シ易キタメナリ。創傷ハ新鮮ナル時期ニ於テ化膿ヲ誘發シ易ク、一定經過後ニアルモノハ傳染スルコト少ナシ。創面既ニ全ク肉芽組織ヲ以テ被ハルルニ及ビテハ細菌ノ侵入ニ對シ著シキ抵抗力ヲ備フルモノトス。

創傷治療ニ關スル防腐法ノ要ニ就テハ前項既ニ記セリ。尙ホ直接創傷其モノニ加フベキ處置ノ當否ハ化膿ノ發生及ビ防止ニ大ナル關係アリ。思慮ナキ創傷處置ハ營ニ創傷治療機轉ヲ妨害スルノミナラズ、細菌傳染ヲ幫助シテ容易ニ化膿ヲ誘發セシメ得ルモノナリ。第三篇中「軟部損傷ノ療法」ヲ參照スベシ。

全身の狀態ニ就テハ榮養ノ良否專ラ之レニ與ル。貧血者、衰弱者等ノ創傷ハ榮養佳良ナル強壯者ノソレニ比シテ化膿ニ陥リ易キ傾向アルハ臨牀上吾人ノ日常經驗スル所ナリ。

症候 初メ創傷部ニ灼熱、疼痛ヲ感ジ、次デ創面ノ浮腫及ビ創圍ノ發赤腫脹ヲ現出シ、疼痛増劇ス。滲出物ハ初メハ唯創液ノ溷濁ヲ見ルニ止マルモ、後チ帶黃色ノ膿汁ヲ漏スニ至ル。但シ此等ノ證徵ハ病原細菌ノ異ナルニ從ヒテ其程度ニ等差アリ。縫合法ニヨリテ、全部閉鎖セラレタル創傷

ガ化膿スルトキハ、炎症ハ深ク創腔ニ起リテ深在性膿瘍ヲ形成シ、或ハ淺ク創縁ニ起リテ創裂ヨリ膿汁ヲ漏ラス。又縫合絲ノ刺孔ニ起リテ化膿スルコトアリ。(刺孔化膿 Stichkanaleiterung) 是レ主トシテ縫合絲中ノ細菌ニヨリ起ルモノト認ムベキモノニシテ、初メ刺孔部ニ發赤腫脹ヲ生ジ、後チ刺孔ヨリ縫絲ニ沿フテ分泌物ヲ漏スヲ見ルベシ。此現象ハ或ハ一刺孔ニ止ルコトアルモ、亦同時ニ數多ニ起ルコトアリ。一刺孔ニノミ化膿ノ起リシ場合ニ於テモ、放置セララルルトキハ全創傷部ニ蔓延スベシ。

創傷化膿スルトキハ全身症狀トシテ熱發ス。但シ其高低ハ不定ナリ、又全ク發熱ナキコトアリ。

斯クノ如キ創傷ノ化膿ハ適當ナル療法ニヨリテ其進行ヲ停止シ漸次治ニ就クモ、亦廣ク周圍ヲ侵シテ蔓延性蜂窠織炎ヲ形成シ、或ハ淋巴管炎、淋巴腺炎、靜脈炎等ヲ併發シ、終ニ貴要臟器ノ化膿症ヲ繼發シ又ハ全身の化膿菌傳染ニ陥ラシムルコトアリ。

診斷 創傷ノ化膿セルヤ否ヤノ判別ハ局部症狀及ビ熱ニヨリテ通例難事ニアラザルモ、局處的證徵顯著ナラズ且ツ熱ヲ缺クトキハ、特ニ全部縫合セラレタル創ニ於テハ、時トシテ看過セララルルコトナキニアラズ。常ニ創傷ノ狀態及ビ分泌物、周圍ノ發赤、縫合部ノ腫脹、壓痛若シクハ硬結形成等ニ注意ヲ怠ルベカラズ。素トヨリ爾後ノ經過ニ徴スレバ自ラ明瞭ナルベシト雖、既ニ傳染セルモノト認定セララルルトキハ、速ニ相當ノ處置ヲトルニアラザレバ、或ハ不測ノ結果ニ陥ラシムルノ危險アルヲ以テ、必ラズ等閑ニ附スベカラズ。

創傷(外傷或ハ手術創)ニ發スル熱ハ必ラズシモ細菌傳染ニヨルニアラズ、亦之レナクシテ起リ得ベシ、之レヲ無腐敗性熱ト稱ス。無腐敗性熱ノ狀態ハ次表ニ示スガ如シ。一般ニ傳染ニ因スル熱ノ狀態ヲ附載シテ兩者識別ノ資ニ供ス。

無腐敗性熱 Aseptisches Fieber.

傳染的熱 Infectiöses Fieber.

1. 熱發ハ手術又ハ被傷後 30—40 時ノ間ニ於テス

1. 不定、數時間後又ハ數日後、稀ニ數週後

2. 體温ハ 38.5 以上ナルコト稀ナリ

2. 體温ハ多ク高度ヲ示スモ、劇烈ノ疾病

3. 熱型ハ稽留熱ナリ
4. 惡寒ナシ、稀ニアリ
5. 熱ノ繼續ハ8日ヲ出デス
6. 全身症狀少シ、食慾アリ嘔吐ナク精神朦朧タラズ衰弱ヲ來サズ
7. 脈搏ノ數ハ體溫ノ高低ニ比例ス
8. 舌ニ異狀ナシ
9. 傷創ニ異狀ナシ

ニシテ低度ヲ示シ或ハ却テ常度以下ニアルコトアリ

3. 熱型ハ種種アリ
4. 1回乃至數回惡寒又戰慄アリ
5. 繼續時長シ
6. 全身症狀盛ニシテ食慾缺乏口渴アリ屢嘔吐シ精神往往瀾瀾シ或ハ昏睡ヲ來シ大ニ衰弱ス
7. 脈搏ハ體溫ト必ズシモ比例セズ體溫低度ニシテ脈搏頻數ナルコトアリ此ノ如キハ惡兆ナリ
8. 舌苔厚シ
9. 創傷ニ異狀ヲ認メザルコトアリ又認ムルコトアリ

豫後 創傷ノ化膿ハ獨リ治癒經過ヲ延長セシムルノミナラズ、癩痕ニヨリテ醜形ヲ留メ、攣縮ノタメニ機能障礙ヲ貽スコトアリ。加之、化膿菌ノ臟器轉移或ハ全身の傳染ニヨル致死の危険アリ。

療法 豫防法ハ創傷療法ニ遺漏ナカラント期スルニアリ。防腐法テ嚴ニシ、(第三篇中「防腐法」參照) 創傷自己ニ對スル措置ニ過ナカラントヲ欲ス。(第三篇中「軟部創傷ノ療法」參照) 防腐の用意ハ獨リ損傷ニ對スル當初ノ處置ニ於ケルニ止マラズ、爾後ノ繃帶交換ニ當リテモ常ニ其原則ヲ嚴守スベシ。特ニ診察室ニ於ケル診療ニ當リテハ化膿性疾患ト列ヲ同フシテ非感染性創傷ヲ處置スルノ機會多キヲ以テ、不用意ナル防腐の秩序ハ容易ニ創傷傳染ヲ發生セシムルノ虞アリ。實地家ノ最モ顧慮ヲ要スル點ナリトス。

創傷ニシテ炎症ヲ起セシトキハ消炎法ニ從ヒテ之レヲ處置ス。既ニ化膿ノ徵ヲ認ムルトキハ速ニ滲出物排却ノ路ヲ開クベシ。即チ縫合セラレタルモノハ再ビ其一部分或ハ全部ヲ開放セシムベク、開放セラレタル創傷ニアリテモ其孔口狹小ナルトキハ更ニ切開ヲ加ヘテ之レガ開大ヲ企ツベシ。縫合絲ノ刺孔ニ化膿アルトキハ之レヲ拔去ス。此他ノ處置ニ就テハ蜂巢織炎

ノ療法ニ外ナラズ。

縫合セラレタル創傷ノ化膿ニ陥リシトキハ直チニ縫合絲ヲ除去シ、再ビ創縁ヲ哆開セシメテ廣ク之レヲ開放スルヲ法トス。之レニヨリテ浸潤セル組織ノ緊張ヲ去リ、滲出物ノ排却ヲ完カラシメ、以テ化膿病機ノ消散ヲ促進セシメ得ベシ。化膿ニシテ幸ニ創ノ一部分ニ局限スルトキハ、單ニ其部分及ビ隣位ニ於テ拔絲スルニ止メ、一部分ヲ開放セシムルヲ以テ足ル。斯クノ如ク猶豫ナク一部ヲ開放スルトキハ化膿竈ハ其部ニ局限シ、爾餘ノ部分ハ一期癒合ヲ期シ得ベシ。

縫合セラレタル創傷ノ全長ニ互リテ化膿セルトキ、速ニ其全部ヲ哆開セシムルハ、化膿病機ノ治療上其當ヲ得タルモノニシテ最モ安全ノ策タルコト論ヲ俟タザルモ、創傷甚ダ大ナルモノ、又ハ屈曲セルモノ等ニシテ、全部縫合絲ヲ去ルトキハ、創縁ノ哆開ヲシテ著大ナラシメ、幸ニ化膿病機ハ之レニ依テ頓挫スルモ、爾後肉芽治癒ヲ營ムニ當リテ著シク治癒ヲ遷延セシメ、且ツ後貽スル癩痕ノ甚大ナルベキヲ想ハシムルモノニアリテハ、其縫合絲ノ或モノ、即チ創ノ中央ノモノ若シクハ屈曲角ニ於ケルモノ等ハ之レヲ保存シ、二箇處ニ於テ創ヲ哆開セシムルモ亦不可ナキ場合アリ。化膿性病徵ノ劇烈ナラザルモノニ於テハ先ヅ之レヲ試ミテ可ナリ。是レ猶ホ大ナル化膿竈ヲ開クニ、必ラズシモ全長徑ニ互ル切開ヲ要セズ、先ヅ病竈ノ一部ニ切開ヲ加ヘ別ニ他端ニ於テ二ノ對孔ヲ造設シテ能ク排膿ノ目的ヲ達シ治癒ノ效ヲ奏シ得ルガ如シ。但シ斯クノ如キ部分的開放ガ治療上甚ダ不利益ナルヲ認ムルトキハ猶豫ナク全部ニ於テ拔絲シ全創ヲ開放セシメザルベカラズ。

二 膿菌性全身傳染

膿毒症及敗血症

膿毒症 Pyämie 及ビ敗血症 Septicämie. (Sepsis.) ハ共ニ化膿性菌即チ連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、肺炎菌、淋毒菌、大腸菌、綠膿菌等ノ全身傳染ニヨル疾患(膿菌性全身傳染 Pyogene Allgemeininfektion) ニシテ、創傷ヨリスル傳染ニ基キ又ハ各種ノ局處の化膿性疾患ノ經過中病原菌ガ一般血行ニ移行シテ、或ハ循環血液中ニ繁殖シ、(敗血症ニ化膿性不轉移性全身傳染 或ハ單ニ血液傳染 Blutinfektion) 或ハ轉移性膿竈ヲ形成セシムル(膿毒症ニ化膿性轉移性全身傳染 或ハ單ニ轉移性傳染 Metastasierende Infektion)

ニ因テ起ルモノトス。膿毒症ハ多ク葡萄狀球菌ニヨリ、敗血症ハ多ク連鎖狀球菌ニヨリテ發ス。レンハルツ Lenhartz 氏ニヨレバ 160 例ノ連鎖狀球菌ニヨル全身傳染中、65 %ハ轉移ヲ生ゼズ、35 %ハ之レヲ起シ、22 例ノ葡萄狀球菌ニヨル全身傳染中、5 %ハ轉移ヲ生ゼズ、95 %ハ之レヲ起セリト云フ。

症候 膿毒症ハ惡寒戰慄ニ次テ高熱ヲ發シ、轉移化膿竈ヲ形成スルヲ主徴トス。寒戰ハ屢甚ダ高度ニシテ熱發毎ニ之レヲ前驅ス。熱ハ 40 度前後或ハ其以上ニ達シ通常弛張性ナルモ、又殆ンド稽留スルコトアリ。局處的化膿性疾患ノタメニ熱候持長セル場合ニ於テハ、體溫ハ其全身の傳染ノ發起ト共ニ一層昇騰シ且ツ全身症狀俄カニ増劇スルモノトス。熱發ニ伴フ一般の徵候トシテハ、數脈、呼吸促迫、口渴、食思缺乏、惡心、嘔吐、下痢、黃疸、關節痛、頭痛、眩暈、譫語、脾腫、急劇ニ増進スル衰弱等ニシテ其輕重ハ甚ダ區區タリ。轉移竈ハ體表ニ發シテハ皮膚膿疱、蔓延性皮下蜂窠織炎、或ハ限局性皮下膿瘍等ヲ生ジ、又筋炎、腱鞘炎、粘液囊炎、淋巴腺炎、關節炎、骨髓炎等ヲ起シ、或ハ又内臟ヲ侵シテ肋膜炎、肺炎、心内膜炎、腦膜炎、腹膜炎、腎臟炎等ヲ繼發シ、肝臟・肺臟・腎臟・胃等ニ膿瘍ヲ形成シ、尙ホ膀胱加答兒、網膜出血、硝子體混濁等ヲ誘發スルコトアリ。經過長キニ互ルトキハ好シク蔓延性瘡癤ヲ生ズ。

敗血症 ニアリテハ持續スル熱候、重キ一般の症狀及ビ急ニ増進スル衰弱ヲ主徴トス。發熱ハ惡寒戰慄ヲ以テ突發スルコトアルモ、多クハ原病ニヨリテ發スル熱ヨリ移行シテ昇騰シ、稽留性ナリ。體溫ハ多クハ高度ヲ示スモ劇症ニシテ低ク或ハ却テ常度以下ニアルコトアリ。全身症狀ハ膿毒症ノ場合ニ比シテ常ニ一層甚ダシク譫語、黃疸、蛋白尿等ヲ起シ、末期ニ於テハ皮膚ニ紅斑或ハ血斑ヲ發シ、又血便ヲ見ルコトアリ、終ニ心臟衰弱ニ陥ルヲ規トス。劇症ニアリテハ直チニ嗜眠、昏睡ニ陥リ、或ハ譫語ヲ頻發シ、躁狂狀ヲ呈シ、急劇ニ消瘦、衰弱シ、次テ體溫下降シ、虛脱ニ陥リテ斃ル。

上述ノ如ク吾人ハ化膿菌ノ全身の傳染ヲ二類ニ記載シ得ルモ、臨牀的ニ

ハ明確ニ識別シ得ザル場合多シ。是レ其移行型アリ、又兩者ノ合併セルモノアレバナリ。(敗血膿毒症 Septikopyämie) 例ヘバ敗血症ニシテ顯著ナル惡寒戰慄ヲ以テ發熱シ弛張或ハ間歇熱型ヲトルモノアリ、膿毒症ニシテ經過中敗血症ヲ併發スルモノアリ。

經過 敗血症ニアリテハ常ニ迅速ニシテ、最重症ノモノニ於テハ既ニ 1—2 日ニシテ死ノ轉歸ヲトルコトアリ、稀ニ週ヲ重ネ又月餘ニ及ブ。膿毒症ニアリテハ轉移病竈ノ異ナルニ從テ一様ナラズ、往住亞急性或ハ慢性ニシテ數週乃至數月ニ互ルコトアリ。

診斷 原因ト認ムベキ化膿病竈ノ現存、顯著ノ全身の症狀、多發性轉移病竈ノ證明等ニヨリテ化膿菌ノ全身傳染タルヲ診斷シ得ベキモ、次ノ場合ニ於テハ其鑑識甚ダ困難ナルモノアリ。

一 原發化膿病竈證明セラレズシテ本症ヲ發スルトキ若シクハ原因ト認メラレ得ベキ原病竈ガ甚ダ微細ニシテ閉却セラレタルトキニ本症ヲ發スル場合ニハ、他ノ熱性諸病ト誤ララルコトアリ。

此場合ニ於テハ單ニ熱及ビ一般の諸徵候ノ故ヲ以テ本症ヲ腸窒扶斯、急性關節癱瘓質斯、粟粒結核、其他種種ナル急性熱性諸病ト誤診スルコトアリ。宜シク精細ニ秩序の一般の診査ヲ遂ゲ、或ハ體表ニ於テ、或ハ内臟ニ於テ、之レガ原因タリ得ベキ化膿病竈ヲ探查スベシ、尙ホ採取セル血液ニ細菌學的検査ヲ施シテ之レニ化膿菌ヲ證明スベシ。

二 局處化膿性疾患ノ劇甚ナルトキハ熱及ビ其他ノ全身の徵候ガ果シテ全身の傳染ノ繼發ニ因スルヤ、或ハ單ニ該局部疾患ノタメニ生ズルヤノ區別困難ナルコトアリ、此場合ニ於ケル區別ハ豫後ノ推定上最モ緊要ナリトス。

特ニ全身の傳染ノ初期ニ當リテハ此判別甚ダ困難ナルコトアリ。宜シク局處病竈ニ對シ適切ナル處置ヲ施シテ其部ノ消炎排膿ヲ圖リ、以テ熱及ビ其他全身の徵候ニ及ボス影響ノ觀察ヲ怠ラズ、爾後ノ經過ニ注意スベシ。局處症狀ノ減退、消散ニ伴ハズシテ一般の諸徵候ノ依然タルモノ、或ハ反テ益増進スルモノニアリテ

ハ全身の傳染ヲ疑ヒ得ベシ。又血液中化膿菌ノ検査ヲ施スベキナリ。

三 或炎症性局處的疾患アリテ其病竈ノ證明セラレザルトキ、若シクハ不明ノ熱アリテ其原因診定セラレザルトキハ其レニ因ル熱及ビ一般的諸徴候ヲ目シ、誤リテ本症トナスコトアリ。

此場合ヲナシ得ベキ疾患ハ次ノ如シ。腦膿瘍、腦膜炎、中耳炎、副鼻腔炎、肺炎、膿胸、横隔膜下膿瘍、肝臓周圍炎、肝臓膿瘍、膽囊炎、蟲様突起炎、腎盂炎、攝護腺膿瘍、子宮周圍膿瘍、骨髓炎、微毒第二期或ハ第三期、「マラリア」、腸窒扶斯等トス。吾人若シ化膿菌ノ全身の傳染ヲ疑フベキ病徴ヲ認メタルトキハ之レヲ以テ本症ナリト診案ヲ下スニ先ダチテ前記諸症ノ潜在ナキヤ否ヤヲ決セザルベカラズ。

敗血病ト膿毒症ノ區別 ハ主トシテ轉移膿竈形成ノ有無ニ關スルモ、膿毒症ノ轉移竈ニシテ部位ノ關係上長ク之レヲ診定シ難キ場合アリ、又敗血症ニシテ膿毒症ヲ兼ネ轉移竈ヲ形成スルモノアリ、爲メニ明確ナル判別ヲ與ヘ難キコトアルハ既ニ症候ノ條下ニ之レヲ述ベタリ。

豫後 敗血症及ビ敗血膿毒症ハ概ネ不良。膿毒症ノ豫後ハ轉移竈ノ如何ニ關シ、其貴重臓器ノ侵サレタルトキハ不良ノ轉歸ヲトルモ、幸ニ皮膚、筋肉、關節等ニ止マリ、療法宜シキヲ得ルトキハ治ニ就クヲ得ベシ。血液検査ハ診斷上緊要ナルノミナラズ、豫後ノ決定上甚ダ必要ナリ。血液中溶血性連鎖狀球菌ヲ證明スルモノハ最モ不良トス。一般ニ急劇ノ羸瘠ヲ呈スルモノ、出血傾向(皮下血斑)アルモノ、譫語ヲ發スルモノ、脾腫著明ナルモノ等ハ不良ニシテ、熱高度ナルモ、意識明瞭、脈搏強整ナルモノハ比較的良ナリ。但シ化膿菌全身傳染ノ經過ハ屢吾人ノ意表ニ出ヅルコトアルヲ以テ、豫後ノ斷定ハ決シテ輕忽ニ之レヲ口ニスカラズ。樂觀ノ狀勢一瞬ニシテ凶惡ニ陥ルモノアリ、又絶望ノ間期セズシテ著シキ恢復ヲ見ルコトアリ。

療法 豫防的ニ化膿創傷及ビ化膿性疾病ニ對シテ遲滯ナク合理的の措置(縫絲拔去、創口開大、膿竈切開、對孔造設、化膿病竈ヲ有スル肢節ノ切斷等)ヲ施スベシ。既ニ發病セルトキモ亦原病ニ對スル處置ヲ必要ト

ス。轉移膿竈ノ手術シ得ベキモノハ發スルニ從テ之レヲ切開ス。全身のニハ專ラ對症的トス、強心ノ目的ヲ以テ「カンフル」「コフェイン」「ヂギタリス」等ノ強心藥、「アルコール」性飲料、食鹽水注入法等ヲ應用シ、又輸血法ヲ試ム。熱ニ向テハ頭部ニ氷嚢ヲ貼シ、高度ナルトキハ適宜解熱藥ヲ試ム。其他連鎖狀球菌血清、「ヤトレン」「オムナヂン」「エレクトラルゴール」「トリバフラビン」等試ミラル。

三 丹 毒

丹毒 Erysipelas ハ皮膚及ビ粘膜ニ於ケル創傷及ビ表皮ノ破開ヲ呈スル種種ナル疾病ノ存在ニ際シ、其部ヨリ丹毒連鎖狀球菌ノ侵入スルニヨリテ發ス。然レドモ亦認メ得ベキ創傷ナクシテ之レヲ發スルコト稀ナラズ、此場合ニ於テモ尙ホ微細ナル創傷ヨリスルモノト認ムベキナリ。斯クノ如キハ特ニ頭部、顔面・殊ニ耳部ニ好發ス。肺炎双球菌ガ丹毒症狀ノ原因タリシ例アリ。

丹毒ノ潜伏期ニ就テローゲル Roger 氏ノ調査ニヨレバ、41例中7—18時間5例、24時間5例、25—48時間9例、49—72時間8例、4—5日5例、7—8日5例、10—14日3例、22日1例ナリ。

症候 通常惡寒戰慄ヲ以テ俄然高熱ヲ發シ、皮膚或ハ粘膜ニ特異ノ發赤部ヲ生ズ。體溫ハ40度前後ニ達シ、或ハ稽留シ或ハ弛張ス。稀ニ發熱アルモ高度ニ達セズ、或ハ又殆ンド無熱ニ經過スルコトアリ。皮膚ノ發赤ハ熱發ト同時ニ現ハルルコトアリ、或ハ稍後レテ顯著ノ著色ヲ呈スルコトアリ。既ニ創面アリテ之レヨリ發病スルトキハ、發赤ハ先ヅ創縁ニ現ハレ、創面ナキモノニアリテハ隨處ニ發赤ヲ生ズ。發赤部ハ肌溫高ク知覺過敏ニシテ僅カニ腫脹シ、周圍健康部トノ境界著明ナリ。屢水疱ノ形成ヲ伴フ。但シ頭髮部ニアリテハ著色顯著ナラズ、或ハ全ク潮紅セズ、單ニ浮腫狀瀰蔓性腫脹ヲ呈スルニ止マルコトアリ。

發赤部ハ漸次周圍ニ蔓延シ其間熱候持續ス。後チ短キハ3—4日長キハ3—4週ニシテ發赤ノ蔓延停止シ且ツ褪色シ、水疱形成アルモノハ萎縮乾

燥落屑シ、體溫從テ下降ス。稀ニ月ヲ閲スルモノアリ。重症ニアリテハ經過中危險ナル合併症ヲ發起シテ死ノ轉歸ヲトル。經過中、發赤部ノ皮下ニ「フレグモーネ」ヲ發スルコトアリ或ハ初メヨリ「フレグモーネ」ヲ兼スルモノアリ。之レヲ蜂窠織炎性丹毒 Erysipelas phlegmonosum ト謂フ。稀ニ經過往苒慢性症ヲ呈スルコトアリ。又習慣性ニ本症ニ冒サルルモノアリ。之レヲ習慣性丹毒ト謂フ。

診 斷 高熱及ビ健康部トノ境界著明ナル皮膚ノ腫脹發赤ニヨリテ診斷ス。但シ腫脹ハ著シカラザルコトアリ。發赤ハ甚ダ顯著ニシテ一見明瞭ナルヲ常トスルモ亦甚ダ幽微ニシテ看過セララルコトナキニアラズ。又屢部位ニヨリ濃淡平等ナラズ、爲メニ相互ノ連絡明カナラザル散在性紅斑狀ヲナスコトアリ、注意スベシ。特ニ頭部ニ於テハ發赤ナク、單ニ浮腫狀腫脹ヲ呈スルニ止マルコトアルハ前述ノ如シ。

鑑 別。 皮下蜂窠織炎ト鑑別スベシ。丹毒ニ於テハ病竈皮膚ニアリ、發赤平等ニシテ周圍トノ境界明瞭ナルモ、蜂窠織炎ニ於テハ病竈皮下ニアリ、發赤平等ナラズ、周邊ニ及ブニ從ヒテ漸次褪色シ、健康皮膚トノ境界明瞭ナラズ、但シ丹毒ニシテ蜂窠織炎ヲ兼スルモノアリ注意スベシ。

認メ得ベキ病原菌侵入門ナキトキハ皮膚ニ於ケル病徵ガ等閑ニ附セラレ爲メニ他ノ熱性傳染病ト誤診セララルコトアリ。又鼻腔・口腔・咽頭等ノ粘膜ニ原發セル丹毒ハ往往長ク看過セララルコトアリ。

豫 後 概ネ良、但シ不良ノ轉歸ヲトルモノ稀ナラズ。死 因 ハ膿毒症、敗血症、腦膜炎、肺炎、腎炎、壞疽性蔓延性蜂窠織炎ノ併發、咽喉内蔓延ニヨル聲門水腫等トス。生後1箇月内ノ嬰兒ノ丹毒ハ危險ナリ。丹毒ノ死亡率ニ就テ泰西ノ統計ヲ見ルニ、少ナキハ3%、多キハ11%ヲ示ス。三輪ノ統計ニ於テハ3%ナリ。

療 法 安靜臥牀ヲ命ジ、適宜對症療法ヲ施ス。就中強心法ニカヲ注グベシ。

局處療法ニシテ確實ニ炎症ノ蔓延ヲ制止シ得ベキ良法ナシ。從來好ンデ用ヒラレタルハ10倍「イヒチオール、ワゼリン」塗布、亞鉛華「バスタ」

或ハ亞鉛華「オレーフ」油ノ貼用、5%沃度丁幾塗布、硼酸水濕布褻法、「アルコール」褻法、水褻法、絆創膏壓定法、「コロジウム」塗布壓定法及ビ亂切シテ千倍昇汞水ノ褻法ヲ施ス法等トス。又單ニ「ワゼリン」、「オレーフ」油等ヲ塗布シ、無刺戟的ニ處置スルヲ最良ノ策トシテ推奨スルモノアリ。又「レントゲン」耀照ノ效ヲ唱フルモノアリ。皮下蜂窠織炎ヲ併發シテ化膿セルトキハ切開スベシ。

全身療法ニ於テモ適確ニ本症ニ對シテ奏效スル方法ナシ。「クロールカルシウム」靜脈内注射、丹毒菌「ワクタン」、連鎖狀球菌血清、「ヤトレン」劑等ノ注射試ミラル。

本症ヲ患フルモノハ之レヲ他ノ外科的患者ト隔離スルヲ要シ、本症患者ニ接セルモノニシテ創傷ヲ有スル他ノ患者ヲ診療セントスルトキハ、嚴ニ防腐的處置ヲ施シテ之レニ臨ムベシ。

類 丹 毒

丹毒ニ類スル局處證徵ヲ現ハス一種ノ皮膚疾患ニシテ類丹毒 Erysipeloid ト呼バルルモノアリ。指ニ好發シ又稀ニ鼻部、頰部、頸部等ニ發ス。就中 剥皮業者、柔皮製造者、屠殺業者、魚商、下婢、料理人等ニ多シ。

症 候 侵襲セラレタル部分ハ深紅色又ハ青赤色若シクハ暗赤色ヲ呈シ、輕度ノ腫脹アリ。病變部ハ丹毒ニ於ケル如ク周圍トノ境界明ニシテ漸次進行ス。指端ニ發セシトキハ指根ニ向テ蔓延シ更ニ隣指ニ及ブヲ常トス。此部ハ灼熱、搔痒アリ、發熱及ビ全身狀態ノ障礙ハ之レヲ見ズ、經過1—3週ニ互ル。時トシテ上肢ノ淋巴管炎ヲ繼發スルコトアリ。

療 法 安靜ヲ專トスベク、尙ホ無刺戟性軟膏ノ貼用、硼酸水褻法等ヲ施ス。

四 破 傷 風

破傷風 Tetanus. ハ1884年ニコライエル Nicolaier 氏初メテ本病ノ原因トシテ之レヲ證明シ、1889年北里博士ノ純粹培養ニ成功セル破傷風桿菌ノ創傷内侵入ニヨリテ發ス。本菌ハ主トシテ馬ノ腸管内ニ生存發育シ、外界ニアリテハ最モ多ク沼澤田畑等ノ土壤中ニアリ。泥土等ニテ汚染セル創傷・就中刺創、彎入セル創傷、異物ヲ藏スル創傷等ハ本症ヲ發スルノ危險

多シ。又産褥ニ於ケル子宮、初生兒ノ臍等ハ本病原菌侵入ノ門戸ヲナスコトアリ。

症候 潜伏期ハ1—60日、最モ多キハ7—12日トス。多數或ハ一二筋簇ノ緊張性痙攣ヲ發スルヲ主要徴候トス。通例顎筋ニ始マリテ先ヅ開口困難、所謂牙關緊急 Trismus ヲ訴ヘ、顔面ノ諸筋ニ及ビテ強直顔貌ヲ呈ス。次デ項部及ビ背部諸筋ノ痙攣ニヨリテ、所謂後弓反張 Opisthotonus ヲ呈シ、頭部後屈シ脊柱後弓ス。又腹筋ヲ侵シテ前屈スルコトアリ、之レヲ前弓反張 Emprosthotonus ト謂フ。横隔膜、聲帶諸筋ニ及ビテ呼吸困難・窒息ヲ起スコトアリ。下肢諸筋モ亦侵サレ、稀ニ上肢諸筋ニ及ブ。痙攣ハ疼痛性ニシテ、特發的ニ起ルコトアルモ、好ンデ觸接・音響・光線等、感覺ノ刺激ニヨリテ誘發セラル。痙攣發作ハ漸次其度ヲ加ヘ、回数ヲ増加シ、終ニ殆ンド持續的トナル。熱ハ初メ著シカラザルモ、後チ病勢増進スルニ從テ體溫甚ダシク昇騰シ、41度以上ニ達スルコトアリ。

經過急劇ナルモノハ24時間、普通3—4日ニシテ斃ル。幸ニ治癒スル場合ニアリテハ痙攣ノ程度漸次輕減シ且ツ發作回数減少ス。

診断 既往ニ於ケル創傷ノ有無及ビ其性状ヲ質スベシ、發病初期ニアリテハ看過セラレ易シ。牙關緊急ニ前驅スル後頰部ノ牽引性痛感ニ注意スベシ。本症ニ於ケル咬筋痙攣ニヨル開口困難ヲ診斷セント欲セバ、該筋前縁ノ觸診ヲ行フベシ、即チ口腔前庭ニ插入セル示指ト外部ニ貼セル拇指トノ間ニ該筋ヲ按ズルトキハ硬固ナル索條トシテ之レヲ認ムベシ。他ノ原因ヨリ來ル開口困難ニアリテハ此現象ナク咬筋ハ柔軟ナリ。項部強直ノ初徴ハ頰部ノ胸壁接著ノ困難ニアリトス。

豫後 潜伏期ノ短カキモノ及ビ痙攣ノ迅速ニ増進スルモノハ不良、潜伏期長クシテ經過延長スルモノハ治癒ノ望アリ。死因ハ呼吸筋痙攣ニヨル窒息及ビ心臟麻痺トス。又經過延長シテ治癒ノ望出デタルトキモ尙ホ嚥下性肺炎・衰弱死等ノ危険アリ。

療法 豫防的ニ不潔ノ創傷ハ清拭洗滌シテ汚穢物ヲ去リ、挫滅汚染セル創縁ヲ切除シ、刺創ノ不潔ナルモノハ刺孔ヲ開大シ、異物アラバ之レヲ

除去シ、創口ハ開放性ニ處置スベシ。疑ハシキ創傷ト認メラルルトキハ破傷風血清ノ豫防的注射ヲ怠ルベカラズ。

發病後ニ於テモ侵入門ト認メラルル創ハ之レヲ開放シ、刺創ハ之レヲ開大ス。又創傷汚染甚ダシキトキハ其部ヲ切除スベシ。

全身療法トシテハ絶對的安靜ヲ命ジ、室ヲ暗クシテ強光線ノ射入ヲ遮ギリ、周圍ニ於テ談笑、響鳴、雜音等ヲ禁ジ、患者ノ身體ニ無用ノ觸接ヲ避クベシ。頻發スル痙攣及ビ劇甚ナル疼痛ニ對シテハ麻醉劑ノ内服及ビ皮下注射、抱水「クロラール」ノ浣腸、「クロロフォルム」ノ吸入、酒精飲料、臭剝ノ内服等ヲ處ス。又多數ノ經驗ニ基キ、痙攣ヲ除却スルノ目的ヲ以テ本症ニ硫酸「マグネシウム」療法ノ效ヲ唱フルモノアリ。食餌攝取不能及ビ嚥下困難ニヨリテ榮養不給ニ陥リタルトキハ食鹽水ノ注腸或ハ滋養浣腸法ヲ行フ。熱ニ對シテハ頭部ニ氷嚢ヲ置クベシ。

硫酸「マグネシウム」ハ大人ニ於テ、皮下注射トシテハ體重1kgニツキ0.3即チ25%溶液1.2ccmヲ1日4回反復ス、或ハ同量ヲ筋肉内ニ注射ス。脊髓内注射トシテハ體重10kgニツキ0.25即チ25%溶液1ccmヲ用フ。之レニヨリテ痙攣ハ緩解ス。再ビ痙攣ヲ起セバ更ニ少量ノ注射ヲ行フベシ。

本症タルコト診斷セラレ或ハ疑診セラレタルトキハ直チニ破傷風血清注射ヲ施スベシ、血清療法ハ時期早キニ從テ奏效著シ。豫防的ニ血清注射ヲ施ストキハ發病ヲ防止シ、若シ發病スルモ比較的輕易ニ經過ス。

破傷風血清注射。豫防的ニハ1回10—20免疫單位ヲ用ヒ、數日ノ後チ更ラニ同量ヲ反復スルヲ可トス。既ニ發病セルモノニハ400—800單位ヲ注射シ、症狀ノ全ク消散スルマデ反復スベシ。通例皮下注射法ヲ行フ。重症者ニハ脊髓腔内注射ヲ施シテ著效ヲ奏スルコトアリ。

五 狂 犬 病

狂犬病 Lyssa. ハ狂犬病或ハ狂犬病潜伏期中ノ動物、最モ多ク犬ノ咬傷ニヨリ發ス。18—60日或ハ數箇月ニ互ル潜伏期ノ後チ發病シ、初徴トシテ不眠、食思缺乏、精神亢奮或ハ鬱憂等アリ。次デ嚥下筋ノ痙攣ニヨル飲食ノ不能ヲ來シ、反射興奮性ノ亢進、恐怖、躁狂狀態等ヲ呈ス。經過迅速

2-4日ニシテ斃ルモノ多シ。創傷治癒ハ狂犬病感染ノタメ影響ヲ被ルコトナシ。

療法 豫防的ニ犬ニ對スル警察規律ノ勵行ヲ緊要トス。狂犬或ハ狂犬ノ疑アル犬ニヨリテ咬傷ヲ被リタルトキハ成ルベク速カニ創傷部ヲ燒灼シ或ハ之レニ藥物的處置ヲ施スベシ、即チ發烟硝酸、硝酸銀、苛性加里等ヲ以テスル腐蝕若シクハ5%「クレオリン」ヲ以テスル洗滌法等ヲ行フ。負傷直後ナルトキハ創傷部ヲ周圍組織ト共ニ切除スルヲ安全ナリトス。部位ノ關係ニシテ許セバ宜シク之レヲ斷行スベシ。此等ノ處置ヲ講ズルト共ニ直チニバスタール氏豫防注射法ヲ開始ス、此法ハ毎日1回注射ヲ行ヒ、18日ニシテ完了ス。既ニ發病セルモノニハ唯對症療法アルノミ。

狂犬ノ診定 犬咬傷者アルトキ之レニ豫防接種法ヲ要スルヤ否ヤハ、其犬ガ果シテ狂犬病ナルヤ否ヤニ因テ決セラル、是レ犬咬傷者ノ診査ニ當リ常ニ實際上ノ問題トナル所ナリ。狂犬ヲ診定セント欲セバ、之レヲ生擒シテ檻ニ入レ其經過ヲ觀察スベシ。狂犬ハ7日以内ニ特有ノ病的症狀ヲ發スルヲ以テ之レヲ診定シ得ベシ。即チ初メ鬱憂状態ヲ呈シ、次デ躁狂期ニ入ルヤ、發作性躁狂、嗜咬、一種ノ吠聲、嚙下困難、歩行困難等アリ、終ニ麻痺期ニ移リ昏睡ニ陥テ斃ル。其經過ハ通例5-8日トス。若シ犬既ニ斃死シ又ハ撲殺セラレタル場合ナレバ、腦ノ一片・特ニ延髓ヲ取りテ「グリセリン」ニ漬シ、壘ニ入レテ密栓シ、研究所ニ送附スベシ。此材料ノ試験ニ二アリ、一ハ之レヨリ塗末標本ヲ製シテネーグリ氏小體ヲ檢出スルニアリ、一ハ兎ニ接種試験ヲ行フニアリ。

若シ加害犬不明ニシテ其ノ病否ヲ決スルニ便ナキトキモ、犬ニ狂犬病ノ流行セルトキナレバ直チニ注射ヲ開始スベシ。一般ニ病犬不明ナル場合ニ於テハ吾人ハ注射法ヲ奨ムルヲ以テ策ノ得タルモノナリト信ズ。

六 放線狀菌病

放線狀菌病 Aktinomykose. ハ放線狀菌ニ因ス。下顎部及ヒ顎部ニ好發シ、又腸管・就中迴盲部、腹膜、肺臟等ニ發ス。

症候 徐徐ニ増大スル硬固ノ無痛性浸潤ヲ形成シ、數週ニシテ膿瘍ヲ作ル。淺ク皮下ニ膿瘍ヲ生ズルトキハ皮膚發赤シテ波動ヲ呈シ、多少ノ疼痛アリ。深部ニ發スルトキハ長ク硬結ヲ存シ、數箇月ニシテ初メテ皮下ニ膿瘍ヲ形成スルコトアリ。膿瘍ハ終ニ自潰シテ瘻孔ヲ形成ス。膿汁中ニハ特有ノ小體、即チ放線狀菌塊 Aktinomyzesdrusen ヲ有ス。菌塊ハ帽針頭大、罌粟大、粟粒大ノ帶黃白色ノ顆粒ナリ。

下顎部放線狀菌病 ハ主トシテ骨質ヲ圍繞セル軟部ノ侵襲ニヨル場合多ク、好シテ頰部、顎下部、耳下部、上顎部等ニ蔓延スル硬靱ナル廣汎性浸潤ヲ形成スルモ、又下顎骨ノ中心ニ原發シテ骨質ヲ破壞シ、或ハ骨ニ於ケル著明ノ腫瘍狀發育ヲ遂グルモノアリ。

診斷 皮下膿瘍ヲ形成セルモノニアリテハ其外觀急性蜂窠織炎ニ於ケルガ如クシテ而カモ既往經過ノ緩慢ナルヲ以テ診斷スベシ。切開ヲ加フルニ及ビテ偶然診斷セラルルコト稀ナラズ。膿汁ハ濃稠ニシテ顆粒ヲ含有ス。顆粒ハ其數饒多ニシテ一見明瞭ナルコトアルモ、亦往往甚ダ少數ニシテ仔細ニ膿汁ヲ檢スルニ及ビ初メテ發見セラルルコトアリ。膿汁ヲ薄ク硝子板上ニ敷延スルトキハ之レガ存否ヲ檢スルニ便ナリ。

顆粒ヲ得タルトキハ之レヲ鏡檢ニ附スベシ、即チ之レヲ硝子間ニ壓迫破壞シテ顯微鏡下ニ檢スルトキハ網狀ヲ呈セル菌纖ヲ見ルベシ、必ラズシモ染色ヲ要セザルモ普通「アニリン」色素若シクハグラム氏法ヲ以テ染色標本ヲ作ルヲ可トス。但シ蟻狀體ハ著色セズ。

皮下膿瘍形成ナク、尙ホ深在性硬結ヲ呈スルニ止マル時期ニ於テハ、特異ノ證徴ナキヲ以テ種種ナル新生物、結核、護膜腫等トノ鑑別困難ナルコト多シ。部位ノ關係ハ診斷上ノ價值大ナリ。下顎骨骨膜炎・顎部蜂窠織炎等ノ症候ヲ呈シ、經過荏苒タルモノヲ見ルトキハ常ニ本症ニ一顧ヲ要ス。

症例 放線狀菌病。(大正8年=吉川例)

神奈川縣、農家ノ一婦人、24歳。既往著患ナシ。大正7年11月中旬左耳前部ニ輕度ノ疼痛アル小腫脹ヲ生ジ、次デ同側下顎關節前方ニ於テ頰粘膜ニ一小隆起ヲ發生セリ。荏苒治癒セザルヲ以テ、大正8年1月8日上京、某病院ニ於テ耳前部膿瘍ノ切開ヲ受ケ、歸途ニ就キシガ、其途上内部腫脹部自潰シ、其處ヨ

リ長サ5分、太サ縫針大ノ麥穗破片ト思ハルルモノヲ排出セリト云フ。後チ此創口ハ内外部共ニ漸次治癒ニ就キシモ、1月8日手術ヲ受ケテ歸郷ノ後兩三日ヲ經テ、左側頸部ノ中央ニ瀰蔓性腫脹ヲ起シ、漸次増大シテ遂ニ側頸ノ全部ヲ領スルニ至レリ。輕度ノ熱發アリ、疼痛ハ著シカラズ。2月ニ至リテ腫脹ハ愈甚ダシク、中央ニ於テ皮膚著シク緊張シテ漸次菲薄トナリ、同10日小切開ヲ受ケ少量排膿アリ、一時腫脹大ニ減退セシモ、其後再ビ蓄膿部ヲ生ジ、同月下旬更ニ2回切開ヲ受ケタリ。毎回排膿ハ多カラザリシト云フ。爾後腫脹ハ殆ンド消散セシモ2箇ノ創口ヲ留メテ膿漏持續シ、治癒不全ノ状態ニアル蜂窠織炎ノ診斷ノ下ニ醫療繼續中、昨今復タ創圍ニ發赤、腫脹ヲ起セルヲ以テ診ヲ求ムト云フ。熱發ナク疼痛ヲ感ゼズト。

現症。大正8年3月7日初診、體溫36.9、左側頸一般ニ輕度ノ腫脹ヲ呈シ、2箇ノ創口ト1箇ノ瘻痕トニヨリテ皮膚ハ不規則ナル波狀凸凹ヲ呈ス。頭首ヲ健側ニ傾斜セシムルニ患側軟部ノ緊張ニヨリ制限セララルルヲ見ル。創口ハ胸鎖乳頭筋中央ノ前緣及ビ後緣ニアリ、2創ヲ通ジテ1條ノ護謨管挿入セラレタリ。創口周圍ノ皮膚ハ瀰蔓性ニ發赤シテ輕度ノ腫脹ヲ呈シ、觸診上此部分一般ニ彈力性硬固ナリ、但シ壓痛ナシ。口腔粘膜ニ異常ナク、齶齒アルモ齒齦ニハ變化ナシ。且ツ骨ノ肥厚ヲ觸レズ。下顎關節ノ運動障礙ヲ見ズ。

診斷。適當ナル療法ノ繼續セラレタリト思惟セララルルニモ拘ハラズ、腫脹反復、荏苒治癒セザルハ、無熱無痛ノ現症ト相俟テ、此部ヲ好發部トスル放線狀菌病ヲ疑フノ妥當ナルヲ認ム。排膿管ヲ去ルニ創管ヨリ少量ノ濃厚膿汁ヲ漏ス、探テ時計硝子ニ敷延シテ仔細ニ之レヲ觀ルニ罌粟粒乃至粟粒大ノ顆粒數個ヲ得、之レヲ鏡檢ニ附シ菌纖ヲ檢出シテ本症タルヲ確診セリ。前ニ自ラ脫出セル異物ハ恐クハ此場合ニ於テ病原侵入ノ媒介者タリシモノナラン。

豫後 不定。限局性表在性ノモノハ比較的良、著シク蔓延セルモノ、骨ノ侵蝕甚ダシキモノ、内臟ノ侵サレタルモノ及ビ一般ニ深在性ノモノハ豫後疑ハシ。下顎部放線狀菌病ハ適當ナル療法ニヨリテ全治スル場合多キモ、亦頭蓋底・脊柱等ニ向テ蔓延シ致死の合併症ヲ惹起スルノ虞アリ。

療法 膿瘍ヲ形成セルモノ及ビ未ダ皮下膿瘍ノ形成ナキモノ本症ト診斷セラレタルモノハ、切開シテ内容ヲ排除シ、且ツ肉芽ヲ搔爬ス。切開ハ充分ナルヲ要シ、病竈ノ全長ニ互ルベシ。更ニ新膿瘍ヲ發現スレバ從テ切開

ス。顎骨ニ於ケル中心性病竈ニ對シテハ廣ク骨壁ヲ穿開シテ搔爬法ヲ施スベシ。「レントゲン」療法應用サル。内服ニハ沃度劑ヲ處ス。吉川ハ自家經驗ニ於テ「ヤトレン」注射ノ效ヲ認ム。

七 脾 脫 疽

脾脫疽 Milzbrand. ハ脾脫疽桿菌ニヨリテ起リ、好ンデ動物或ハ其屍體ニ接觸スル機會多キモノニ發ス。皮膚及ビ稀ニ口腔・鼻腔等ノ粘膜ヨリ傳染スル外部的ノモノト、肺臟及ビ腸管ヨリスル内部的ノモノトアリ。

症候 皮膚感染(脾脫疽「カルブンケル」Milzbrandcarbunkel)ニアリテハ2—3日ノ潜伏期後、初メ搔痒甚ダシキ小發赤部ヲ生ジ、漸次増大、一兩日乃至數日ノ後、血性漿液性液ヲ充タセル褐色ノ小疱(脾脫疽膿疱 Milzbrandpustel)ヲ形成ス。胞内液ノ膿性ヲ呈スルハ多クハ化膿菌ノ混合傳染ニヨルモノナリ。此小疱ハ次デ破潰シ、結痂シテ壞疽狀ヲ呈シ、其周圍ハ炎症性浸潤ヲ以テ堤防狀ニ腫脹ス。結痂部ノ大サハ豌豆大乃至一錢銅貨大ナリ。通常2週以內ニ脱落シ、肉芽面ハ癩痕ヲ形成シテ治ス。但シ原發部周圍ノ浸潤部ニ更ニ疱疹ヲ發シテ同一ノ變化ヲ營ミ擴延セル病竈ヲ形成スルコトアリ、然ルトキハ數個ノ破壞部集合シテ終ニ蔓延セル皮膚壞疽ヲ來スモノトス。屢殊ニ顔面脾脫疽「カルブンケル」ハ好ンデ周圍ニ蔓延性水腫(脾脫疽水腫 Milzbrandoedem)ヲ發ス。此浮腫性腫脹部ハ皮膚發赤シテ丹毒樣ヲナスコトアリ。(脾脫疽丹毒 Milzbranderysipel) 續發症トシテ淋巴管炎・淋巴腺炎ヲ起スコトアリ、又全身の傳染ニ陥ルノ危險アリ。細菌ノ血行循環移行ハ普通傳染後2晝夜乃至數日ニ於テス。全身の傳染ノ徵トシテハ高熱ヲ發シ、不安ノ顔容ヲ呈シ、膽語ヲ放チ、又下痢ヲ起シ、増進スル衰弱ノ下ニ數日ニシテ虛脱ニ陥リテ斃ル。局處脾脫疽ノ經過中ニ熱ヲ伴フモノハ寧ロ少數ナリ。ミユルラー Müller 氏ハ其25%ニ於テ發熱スト云ヘリ。肺臟或ハ腸ヨリ傳染スルトキハ重症肺炎、肋膜炎、重症腸炎等ノ症候ヲ發シ、速ニ全身の傳染ニ移行シテ急劇ニ死ノ轉歸ヲ取ルヲ常トス。

診斷 患者ノ職業、固有ノ「カルブンケル」、浮腫等ニヨリ診斷ス。疱

液、痂皮下等ニ脾脫疽菌ヲ證明スルトキハ診斷確實ナリ。但シ既ニ1週ヲ經過シ化膿菌ノ混合傳染アルモノニハ本菌ヲ證明シ得ザルコト多シ。全身の傳染ニ於テ血液中ヨリ本菌ヲ證明スルハ困難ナリ。肺臟傳染ニアリテハ喀痰中、腸管傳染ニアリテハ糞便中ニ本菌ヲ證明シ得ルコトアリ。

脾脫疽菌。 不動性桿菌ニシテ總テ「アニリン」色素ニ染色シ、グラム氏法ニテ著色ス。組織中及ビ培養基上ニ於テハ連結シテ鎖狀ヲナシ、菌體中央ニ芽胞ヲ形成ス。

豫後 外部傳染ニアリテハ概ネ良。頭部、顔面、頸部ニ發セルモノハ他部ノモノニ比シテ其死亡率多シ。死因ハ嚔下肺炎、聲門水腫等ノ繼發トス。内部的ノモノハ多クハ不良ナリ。

療法 外部脾脫疽ノ療法ニハ患者ノ絶對的安靜ヲ命ジ、局部ニハ單ニ無刺戟性軟膏ヲ貼用スルニ止メ、全ク無刺戟ニ待期的ニ處置スルヲ最良トス。切開搔爬、切除等ハ細菌血中移行ノ門戶ヲ開クノ危險アリ、鑷子ヲ用キテ結痂ヲ去ラントスル行爲スラモ之レヲ避クルニ如カズ。混合傳染ニヨル膿瘍形成、淋巴腺化膿等ハ切開ヲ要ス。臨床的觀察及ビ動物試驗ノ結果ニヨリ「サルバルサン」ハ本症ニ對シテ有效ナルモノト認メラル。

症例 顔面脾脫疽。(大正9年=吉川例)

男子、36歳。倉庫業者ナルモ自ラ倉庫ニ出入スルコト稀ナリ、近頃倉庫ニ入り又ハ荷物ヲ扱ヒタルコトナシ。生來健康ニシテ著患ナシ。大正9年9月22日理髮、同24日修善寺ニ至リ、26日歸京ス。同27日左頰下部下顎隅ノ稍前方ニ於テ小丘疹ヲ生ジ、搔痒ノ感アリシガ、偶安全剃刀ヲ用キテ自ラ顔面ヲ剃毛スルニ際シテ之レヲ破壊セリ。當時石鹼刷子ハ使用セザリシト云フ。然ルニ29日ニ至リ、其部分ニ小糜爛面ヲ生ジ、之レヲ繞リテ發赤腫脹ヲ起シ、漸次周圍特ニ下方ニ向テ蔓延シ、10月1日ニ至リテ發赤部ハ益其領ヲ加ヘ、左側頰部及ビ前頸部ノ左半ニ互リ、更ニ前胸上部ニ及ビ、午後ニ至リ體溫俄然昇騰シテ40度ニ達スト。同日午後8時往診ス。當時ノ症狀次ノ如シ。

現症。 體格榮養中等ノ男子、顔面潮紅、呼吸稍促迫シ、聊カ苦悶ノ狀アルモ、神識ニハ異常ナシ。體溫39度5分、脈搏100整強。胸腹内臟ニ異常ヲ認メズ。左下頰部下顎隅ノ前方ニ豌豆大ノ圓形腫脹アリ、中心ハ淺キ潰瘍狀ヲナシテ

稀薄少量ノ分泌物ヲ以テ濕ヒ、周縁ハ堤防狀ニ腫脹シ、觸診上直徑約2cmノ硬結ヲ呈ス。此隆起ヲ繞リテ廣ク輕度ノ浮腫狀腫脹アリ、且ツ微ニ發赤ス。斯クノ如キ瀰蔓性腫脹ハ下顎縁ヲ超エテ側頸部及ビ前頸部ノ左半ニ互リ、更ニ胸骨把柄部並ニ鎖骨内端部ニ及ビ、而カモ此等ノ部分ニ於テハ頰部ニ比シ浮腫ハ一層顯著ニシテ發赤モ亦著明ナリ。原發隆起部、浮腫狀腫脹部共ニ自發性疼痛ハ殆ンド之レヲ感ゼズ、壓痛亦輕度ナリ。同側頸下部ニ淋巴腺腫脹ヲ觸知ス、硬固ニシテ僅カニ壓痛アリ。(第36圖)

診斷。 余往年、ハンブルグニ於テキュンメル教授ニ就キ見學シタルトキ、一海員ノ頰部脾脫疽ニ罹リ入院療養セルモノノ病牀ニ於テ、同教授ヨリ詳ニ之ガ示説ヲ受ケタルコトアリ。爾來十閱年、今夕初メテ當時ノ印象ト全ク相符合セル證據ヲ目撃シテ余ハ直覺的ニ本患者ノ脾脫疽ナラザルヤヲ疑ヘリ。則チ直チニ入院ヲ勸告シ、即夜林病院ニ收容セリ。

入院後直チニ僚友河合五郎君之レガ細菌學的検査ニ著手シ、先ヅ分泌物ノ塗抹標本ヨリ桿狀菌ヲ認メ、次デ培養試驗及ビ動物試驗ニ於テ確實ニ脾脫疽菌ヲ證明セリ。

經過。 入院ノ翌日、一般狀態・局處症狀共ニ前日ト大差ナカリシモ、10月3

日ニ至リ腫脹稍衰ヘ、午後ニ至リテ體溫俄ニ下降シ、4日ニハ皮膚發赤及ビ腫脹一層減退、體溫平常ニ復シ、爾後日ヲ逐フテ良好ニ赴キ、原發病竈ハ縮小シ浮腫ハ漸次減退シテ遂ニ消散シ、全經過3週ニシテ全ク治癒ニ就ケリ。10月6日施セル乾燥塗抹標本ニ於テハ既ニ脾脫疽菌ヲ檢出シ得ザリキ。本患者ハ輕易ニ經過シタル脾脫疽ノ一例ナ

第 36 圖

顔面脾脫疽=吉川例



り。

本患者ニ於テ局處ハ全然無刺戟性ニ之ヲ處置セリ、即チ原發部ニハ單純「レゾルビン」ヲ貼シ、浮腫部ニ向テハ硼酸水濕布電法ヲ施セルノミ。10月6日ヲ初回トシ前後3回「ネオネオ、アーセミン」ノ靜脈内注射ヲ施シタルモ、既ニ治癒期ニ入レル後ナルヲ以テ本例ニ於テハ其價値ニ就テ之レヲ批判スルコト能ハズ。

八 鼠 毒 症

鼠毒症 Rattenbisskrankheit ハ鼠咬ニ因ス。猫咬傷・鼯咬傷等ニシテ亦本症ヲ起シタル例アリ。近時本邦ニ於テ本病原體トシテ一種ノ「スピロヘータ」證明セラレタリ。

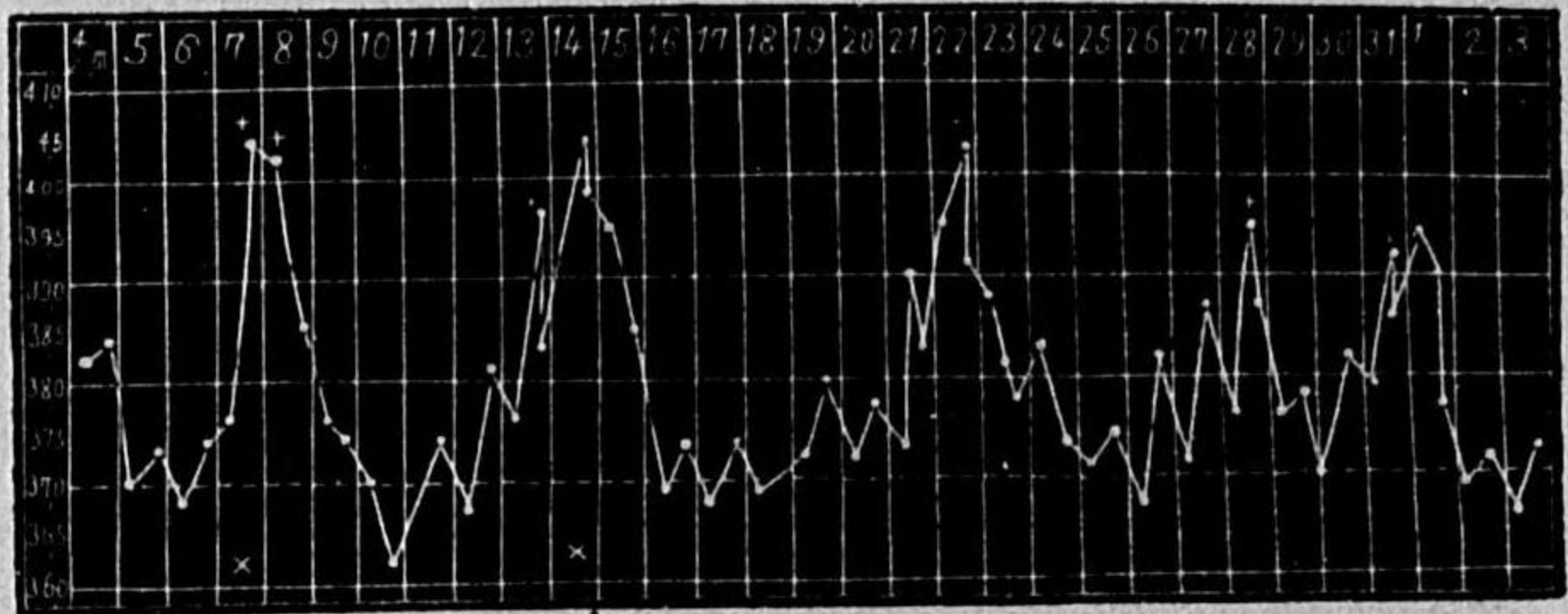
症 候 潜伏期ハ 1—2 週間ニシテ稀ニ數月數年ノ後チ發病ス。通例惡寒戰慄ヲ以テ發熱シ、咬傷部ニハ多少ノ炎症ヲ起シ、淋巴管炎及ビ淋巴腺炎ヲ續發ス。熱ハ不正ニシテ弛張熱或ハ回歸熱型ヲ呈シ、38—40 度ニ達ス。身體處處ノ皮膚ニ結節狀紫斑ヲ發生ス。消化障礙、全身倦怠、筋痛等ヲ訴フ。

診 斷 既往ニ鼠咬傷アリ、不正間歇性發熱、紫斑、筋痛等備ハレルトキハ明ナリ。丹毒、蜂窠織炎及ビ他ノ種種ナル疾病ヨニル紅斑、蕁麻疹等ト鑑別ヲ要ス。

豫 後 概ネ良。通例 2—3 週乃至 2—3 箇月ニテ治ス。或ハ年餘ニ互

第 37 圖

和辻博士ノ實驗ニ係ル鼠毒症ノ發熱發作ヲ示ス



ルコトアリ。但シ重症ニシテ死ノ轉歸ヲトレル例アリ。

療 法 「サルバルサン」ハ本症ニ對シテ著效アリ、又「イマミコール」・「アトキシール」等ノ注射效アリ。

對症的ニハ健胃劑、強心藥、解熱劑等ヲ用ヒ、創部炎症及ビ紫斑部ニハ消炎法ヲ施ス。化膿スレバ切開ス。豫防的ニ鼠咬傷ニハ藥液腐蝕法ヲ行フ。

第二 腫 瘍

一 纖 維 腫

纖維腫 Fibrom. ハ身體到ル處ノ結締組織ヨリ發シ、就中皮膚、皮下組織、筋膜、骨膜、血管鞘、神經等ニ好發ス。混合腫瘍トシテ纖維脂肪腫 Fibrolipom 纖維筋腫 Fibromyom 粘液纖維腫 Myxofibrom 纖維肉腫 Fibrosarkom 纖維腺腫 Fibroadenom 等アリ。纖維腫ニシテ神經ヨリ發シ神經纖維ヲ混セルハ神經纖維腫 Neurofibrom ニシテ、骨膜ニ發シ軟骨或ハ骨組織ヲ混ズルハ軟骨纖維腫 Chondrofibrom 或ハ骨纖維腫 Osteofibrom ナリ。又血管若シクハ淋巴管ニ富メル血管性纖維腫 F. teleangiectaticum. 及ビ淋巴管性纖維腫 F. lymphangiectaticum. アリ。往往脂肪變性、粘液變性、石灰變性等ヲ營ミ、又經過中肉腫ニ變ズルコトアリ。

症 候 發育緩慢ニシテ疼痛ナク周圍トノ境界著明ナル腫瘍ニシテ、發育スルニ從ヒ周圍ノ組織ヲ壓迫ス。骨モ亦壓陷セララルコトアリ。發育著大ニシテ貴要臟器爲メニ壓迫セララルトキハ其壓迫症狀ヲ呈ス。纖維腫ニ軟性、硬性ノ別アリ。孤發シ或ハ多發ス。大小亦多般ナリ。體表ニ存在スルモノハ結節狀、菌狀或ハ懸垂狀ヲナシ、深在性ノモノハ唯硬結トシテ觸知セララル、所謂軟性多發性纖維腫 F. molluscum multiplex ニアリテハ身體各處ノ皮膚ニ柔軟ナル大小ノ結節ヲ簇生シ、其或モノハ有莖性ニシテ懸垂ス。退行變性セル纖維腫ハ空洞ヲ生ジテ囊腫ヲ形成シ、或ハ化骨スルコトアリ。

診 斷 周圍トノ境界明ナルコト、周圍ト癒著ナク移動性ナルコト、無痛ニシテ其發育緩慢ナルコト等ニヨリテ診斷通例容易ナリ。一般ニ柔軟ナルモノ及ビ深在性ノモノハ確診シ難キ場合多シ。皮下ニ發セル纖維腫ハ粉瘤、皮膚樣囊腫等ト誤マルルコトナキニアラズ。淋巴管内皮細胞腫ニシテ

皮下ニ發セルモノハ纖維腫ト診斷セラレ、剔出鏡檢ニ附シテ初メテ判別セララルモノアリ。又比較的硬固ナル纖維肉腫トノ鑑別ハ臨床上往往不可能ニ屬ス、宜シク剔出シテ組織的検査ヲ行フベシ。

豫 後 良。

療 法 孤發セル皮膚及ビ皮下ノ纖維腫ハ之レヲ摘出スベシ、周圍トノ境界明ニシテ手術ハ容易ナリ。多發セルモノニシテ全部ノ切除不可能ナルモノハ其大サ及ビ部位ノ關係上煩累ヲナスモノノミヲ切除スベシ。著大ナル腫瘍ニアリテハ一部ヅツ回ヲ重ネテ之レヲ除去スベキコトアリ。

神 經 纖 維 腫

神經纖維腫 Neurofibrom. ハ神經結締織、內神經鞘及ビ神經周圍鞘等ヨリ發スル纖維腫ナリ。神經組織ノミヨリ成ル眞性神經腫ト區別セラレテ、神經肉腫(惡性神經腫 Malignes Neurom)、神經粘液腫等ト共ニ假性神經腫ト稱セララル。眞性神經腫ハ甚ダ稀有ナルモ神經纖維腫ハ頻發スル腫瘍ナリ。

症 候 皮下神經若シクハ皮神經ニ發スル單發性神經纖維腫ハ皮膚若シクハ皮下ニ於テ頗ル過敏ナル小結節ヲ形成ス。又皮下神經ノ一部分ガ肥大シテ、或ハ念珠狀ヲナシ或ハ迂曲シテ蔓狀ヲナスモノアリ。往往多數相集團シテ一大塊ヲナス。之レヲ蔓狀神經腫 Rankenneurom ト謂フ。蔓狀神經腫ハ皮膚ト癒著シ、硬度不規則ニシテ、或ハ分葉狀ヲナシ、或ハ結節ノ集合ヨリ成リ、或ハ著明ノ索條ヲ成ス。此部ノ皮膚ハ通例色素ノ沈著アリ且ツ多少ノ肥厚ヲ呈ス。

前出多發性軟性纖維腫ハ皮膚神經ニ發生セル神經纖維腫ニ他ナラズ。

診 斷 深在セル單發性神經纖維腫ハ、隣接セル神經ヲ壓迫シテ放散性疼痛ヲ發セシムル他ノ腫瘍ト誤診スルコトアリ。

療 法 腫瘍ヲ有スル神經ヲ腫瘍ト共ニ切除スベシ。

癩 痕 蟹 足 腫

癩痕蟹足腫 Narbkeneloid ノ發生原因ハ之レヲ個人素質ニ歸スベシ。本症ハ皮膚ノ創傷、火傷、及ビ腐蝕劑、其他疾病ノ治後形成セラレタル癩痕

ヨリ生ズル一種ノ纖維腫ニ他ナラズ。該癥痕ハ徐徐ニ隆起シ且ツ幅徑ヲ加へ、或ハ平板狀或ハ結節狀、或ハ凸凹不規則ナル隆起ヲ形成ス。腫瘍ハ皮膚ニ限ラレ深部ト癒著セズ、表面赤色ニシテ觸診上硬固ナリ。疼痛ナキモ刺戟ヲ受クル部位ニアリテハ爲メニ屢痒痛・灼痛ヲ感ズ。持續的ニ刺戟ヲ受クル部位ニ發スルトキハ潰瘍ヲ形成スルコトアリ。

豫後 良性ニ屬スルモ治癒シ難シ。切除ヲ試ムルモ其切除創痕ヨリ更ニ同一ノ腫瘍ヲ再發スベク、加之縫合針ノ刺入孔モ亦本症發生ノ基地ヲナスヲ以テ、手術後一層大ナル蟹足腫ヲ形成スルヲ常トス。

療法 特殊療法ナシ、專ラ刺戟ノ防止ヲ講ズ。前條ノ理由ニテ切除ハ其效無シ。「フィプロリジン」ノ名ニテメルク商會ヨリ發賣セラルル「チオデナミン」劑ノ注射ハ蟹足腫ヲ吸收セシムト稱セラル。「レントゲン」線及ビ「ラヂウム」ハ一定ノ效果アルモノト認メラル。

二 脂肪腫

脂肪腫 Lipom. ハ項部、頸部、肩胛部及ビ背部等ニ好發シ、30—50歳ニ多ク、又先天性ニ存スルコトアリ。

第 38 圖
脂 肪 腫



症候 通例限局性ニシテ、周圍トノ境界著明ナル半球形或ハ丘狀ノ腫瘍ヲ呈シ、稀ニ瀾蔓性ニ發育ス。表面分葉狀ヲナシ、硬度軟性、往往甚ダ柔軟ニシテ假性波動ヲ呈スルコトアリ。又比較的硬固ナルモノアリ、纖維脂肪腫 Fibrolipom ニ於テ然リトス。脂肪腫ハ單發シ或ハ多發シ、又好ンデ相對的ニ發ス。

診斷 腫瘤ノ分葉狀性質、硬度、著明ノ境界等ヲ以テ診斷ス。又分葉間結締組織纖維ト皮膚ノ癒著ニヨル皮膚ノ小窩形成ヲ見ルコトアリ、診斷上ノ要徴ナリ。該小窩ハ腫瘤ヲ把握舉上スルトキハ更ニ著明ニ現ハル。

豫後 良。

療法 手術的ニ全腫瘍ヲ剔出スベシ。小ニシテ障礙ナキモノハ放置スルモ不可ナシ。

三 血管腫

血管腫 Angiom. ハ頭髮部及ビ顔面部ニ好發ス。其性状ニヨリテ毛細血管擴張症 Teleangiectasien(單純性血管腫 Haemoangioma simplex) 空洞様血管腫 Angioma cavernosum 及ビ蔓狀血管腫 Rankenangiom (蔓狀動脈瘤 Aneurysma racemosum) ヲ區別ス。本症ハ先天性ニ屬スルモノ多シ。

症候 毛細血管擴張症 ハ血管性母斑 Naevus vasculosus ノ名アリ。指壓ニヨリ褪色スル赤色斑ヲ皮膚ニ現ハス。此部ハ通例輕度ノ扁平隆起ヲ呈シ、或ハ不規則ナル凸凹ヲナスコトアリ。此斑紋ハ生後漸次増大ス、其速力甚ダ緩徐ニシテ殆ンド停止ノ觀ヲナスコトアルモ亦甚ダ迅速ニ周圍ニ向テ領域ヲ加フルモノアリ。自然ニ消失スルコトアルモ甚ダ稀ナリ。 空洞様血管腫 ハ皮膚、粘膜又ハ皮下及ビ粘膜下組織ニ發ス。其色澤ハ腫瘍ノ大小、深淺、及ビ血液ノ動脈性ナルト靜脈性ナルトニ關シテ一様ナラズ、鮮紅色、淡赤色、暗赤色、帶青色等ヲ呈ス。又往往、全ク健康ナル皮膚ヲ以テ被ハルルモノアリ。周圍トノ境界不規則ニシテ表面凸凹アリ、通例搏動ヲ呈シ、壓迫スルトキハ縮小ス。 蔓狀血管腫 ハ前二者ヨリ移行スルコトアリ、又外傷ニ繼發スルモノアリ、蔓狀ニ蜿蜒セル動脈ニヨリ著シキ凸凹ヲ呈スル搏動性腫瘍ヲ皮下ニ形成ス。

血管腫ハ小ナルモノハ何等ノ自覺的症狀ナシ、著大ナル發育ヲ遂グルトキハ其部位ニ從テ種種ナル障礙ヲ訴フルニ至ル。損傷ヲ被ルトキハ容易ニ止血シ難キ出血ヲ起ス。

豫後 大小及ビ部位ノ關係上切除シ得ルモノハ容易ニ除去スルコトヲ

得。切除法ヲ施シ得ザル部位ニ存スルモノモ甚ダ大ナラザルモノハ他ノ療法ヲ以テ其消散ヲ期シ得ベシ。著シク廣汎ニ互ルモノハ治癒困難或ハ不可能ナリ。大ナル空洞様血管腫、蔓狀血管腫等ニアリテハ出血ニヨル致命的危険アリ。

療法 毛細血管擴張症ニハ雪狀炭酸ノ應用、「ラヂウム」療法及ビ電氣燒灼器或ハ烙白金ヲ用ヒテスル燒灼法奏效ス。但シ此等ノ療法ヲ以テシテハ治後白斑或ハ癍痕ヲ留ムルノ不利ナキニアラズ。位置ノ關係之レヲ許シ且ツ其小ナルモノニアリテハ寧ロ切除法ヲ施スヲ可トス。微小ナル毛細血管擴張症ニハ「コロヂウム」塗布法ヲ施シテ治療ノ目的ヲ達スルコトアリ。空洞様血管腫ハ小ニシテ境界明カナルトキハ剔出スベシ、或ハ又電氣燒灼法ヲ施ス。尙ホ大ニシテ著シク蔓延セルモノニ於テハ該領域ノ動脈本幹ニ向テ壓迫法或ハ結紮法ヲ試ム。但シ此法ハ奏效一時的ニシテ、唯剔出法若シクハ燒灼法ノ豫備的處置トシテ施サルルヲ常トス。血管腫ノ燒灼療法ハ大ナル交通血管ノ出入アル腫瘍ニ際シテハ「エンボリー」形成ノ虞ナキニアラズ、又後出血ヲ起スコトアリ。著大ナル腫瘍ニ此法ヲ加ヘントスルトキハ常ニ警戒ヲ要ス。蔓狀血管腫ノ療法ハ空洞様血管腫ニ倣フ。

四 淋巴管腫

淋巴管腫 Lymphangiom. ニ海綿様淋巴管腫 L. cavernosum ト囊腫性淋巴管腫 L. cysticum ヲ區別ス。前者ハ頰部、舌（巨舌症 Makroglossie）口唇、眼瞼、側頸等ニ好發ス、後者ハ好シテ頸部ニ發シ（頸部先天性水囊腫 Kongenitale Zystenhygrome des Halses）稀ニ頰部、腋窩、鼠蹊部及ビ四肢屈曲面等ニ生ズ。囊腫性淋巴管腫ハ被囊ヲ以テ周圍ノ組織ト限界セラレ、單房性ト多房性ノ別アリ、但シ其多數ハ多房性ナリ。

症候 先天性ニ存シ、或ハ生後發生シテ漸次緩慢ニ増大ス。海綿様淋巴管腫ハ柔軟ニシテ境界不明ナル瀰蔓性腫脹ヲ呈シ、皮膚ハ腫瘍上ニ之レヲ撮起スルコトヲ得ズ。著色ニ異常ナク、或ハ僅カニ黃色若シ

クハ赤色ヲ帶ブ。囊腫性淋巴管腫ハ柔軟ニシテ境界明瞭ナル移動性ノ腫瘍ニシテ、彈力性アリ、波動ヲ呈ス。往往著大ニシテ懸垂スルコトアリ。皮膚ニハ異常ナク、腫瘍上ニ之レヲ撮舉シ得ベシ。

尙ホ兩者ノ移行型ニ屬スルモノアリ。

自覺症候ハ通例之レヲ缺クモ腫瘍ノ發育著大ナルトキハ遂ニ壓迫症候ヲ呈スルニ至ル。就中頸部ニ於ケル著大ナル腫瘍ハ氣道・食道・大血管等ノ壓迫症候ヲ起スコトアリ。

診斷 好發部位ニ

於ケル先天性腫瘤並ニ其特有ノ性状ニヨリテ診斷ス。腮囊腫、頸部血囊腫、頰部包蟲囊腫、脂肪腫等ハ單房囊腫性淋巴管腫ト誤ルコトアリ。

豫後 腫瘍自己ハ良性ニ屬スルモ、著大ナル發育ニヨル周圍ノ壓迫及ビ化膿ハ致命的危険アリ。

療法 被囊性ノモノハ之レヲ剔出ス。注意シテ鈍性ニ剝離スルトキハ囊ヲ破ルコトナク全腫瘍ヲ剔出シ得。皮膚ノ癒著セル部分ハ皮膚ヲ腫瘍ト共ニ除去スベシ。海綿性ノモノニ向テハ切除法・燒灼法、藥液注入法（「アルコール」、沃度丁幾、1%格魯兒亞鉛液等）等試ミラル。此等ハ時トシテ奏效スルコトアルモ危険ナキニアラズ。

第 39 圖

先天性囊腫性淋巴管腫

(nach Lexer)



五 軟 骨 腫

軟骨腫 Chondrom. ハ主トシテ 骨系統ニ發ス、就中手骨・足骨・指趾骨ニ好發シ、又上膊・前膊・大腿・下腿等ノ管狀骨・殊ニ其骨端ニ起リ、尙ホ骨盤骨、肩胛骨等ニ生ズ。稀ニ顎骨、肋骨、頭蓋骨ニ發シ、脊柱、鎖骨、胸骨、舌骨等ニハ甚ダ稀ナリ。骨系統以外ノ部ニ發生スルコトアリ、是レ軟骨細胞組織ノ迷入ニ歸スベキモノニシテ、横隔膜・生殖腺・甲状腺・唾液腺・乳腺・耳輪附近・喉頭氣管附近・頸部・胸部等ニ、或ハ純粹ノ軟骨腫トシテ發シ、或ハ他ノ結締織性腫瘍ト合シテ混合腫瘍ヲ形成ス。又稀ニ關節囊ノ軟骨腫・筋肉内軟骨腫等ヲ見ル。軟骨自己ヨリ軟骨腫ヲ發スルハ稀ナリ。此腫瘍ハ好シテ若年者ニ發ス。

症 候 單發スルコトアルモ好シテ多發ス。弾力性硬固或ハ骨様硬固ノ不規則ナル結節ヲ形成シ、發育ハ緩慢ナルヲ常トスルモ、往往經過中異常ニ迅速ナル増大ヲ來スコトアリ。骨ニ發生スルヤ、或ハ主トシテ外面ニ發育シテ細莖ニヨリ骨ト連結シ、或ハ廣キ基底ヲ以テ瀰蔓性ニ發育シ、或ハ稀ニ主トシテ中心性ニ骨髓ニ向ヒテ發育シ骨ノ瀰蔓性腫大ヲ來スコトアリ。軟骨腫ヲ發生シタル骨ハ發育ヲ阻害セラレ、爲メニ畸形ヲ誘致シ、機能障礙ヲ起シ、又特發骨折ヲ來スニ至ルコトアリ。軟骨腫ハ經過中往往骨化ヲ營ミテ骨腫ヲ形成シ、又肉腫變性ヲ起シテ軟骨肉腫 Chondrosarkomニ移行シ迅速ニ發育シ且ツ轉移スルコトアリ。其他腫瘍ノ榮養障礙ノ結果トシテ粘液變性、囊腫形成等ヲ來スモノアリ。腫瘍ヲ被ヘル皮膚ノ壓迫ニヨル潰瘍形成ハ稀ナリトス。

診 斷 好發部位、多發性、境界明瞭ナル無痛性硬固ノ結節形成、皮膚ニ瘡著ナキ發育緩慢ナル腫瘍等ヲ以テ診斷ノ根據トス。骨腫トノ別ハ「レントゲン」線ニヨル。中心性軟骨腫ハ骨ノ一般の腫大ヲ來スヲ以テ慢性炎症性疾患又ハ骨髓肉腫ト誤診セラルルコトアリ、爾餘ノ症候及ビ經過ニ注意スベシ。骨髓肉腫ヲ有スル骨ノ表面ハ平坦ナルモ、軟骨腫ニ於テハ其中心性ナルトキモ表面ニ多少不規則ナル凸凹アリ。尙ホ「レントゲン」診斷

ヲ應用スベシ。軟骨ニ發生シタル軟骨腫モ、無痛性ニシテ硬固ナル結節形成、其緩慢ナル發育、著明ナル境界、好發部位等ニヨリテ之レヲ診斷ス。

肉腫ノ混合及ビ肉腫變性如何ニ注意スベシ。

豫 後 良。

療 法 容易ニ剔出シ得ルモノハ之レヲ除去ス。殊ニ部位並ニ大サノ關係上、機能障礙ノ除去又ハ美容ノ目的ノタメニ手術ヲ施スベキ場合多シトス。腫瘍ノ發育迅速ニシテ悪性化ノ疑アルトキハ速ニ手術スベシ。骨ノ中心性腫瘍ニシテ發育著シキトキハ骨壁ヲ穿開シテ内腔ヲ搔爬ス。反復スル再發及ビ蔓延スル骨質ノ崩壞アルトキハ骨ノ一部切除ヲ強要セラルルコトアリ。手骨・足骨・指趾骨等ノ小骨ニ發生セル腫瘍ノ著大ナル發育若シクハ著シキ骨質ノ破壊ニ當リテハ一骨或ハ指趾ノ除去ヲ要スルコトアリ。小ニシテ障礙ナク、而カモ部位的關係上手術困難ナルモノハ放置スルニ如カズ。又著大ナル骨盤骨軟骨腫ノ如キハ手術不可能ナリ。

六 骨 腫

骨腫 Osteom. ハ主トシテ骨格系統ニ發生シ、單發又ハ好シテ多發ス。偶腦、腦膜、肺、氣管、陰莖等 骨系統以外ノ部ニ發スルコトナキニ非ルモ稀ナリ。骨腫ニシテ骨ノ表面ニ向テ發育スルヲ 外骨腫 Exostose. 骨質ノ内部ニ發育スルモノヲ 内骨腫 Enostose ト謂フ。外骨腫多ク、内骨腫ハ稀ナリ。又外骨腫ニ軟骨性外骨腫ト結締織性或ハ骨膜性外骨腫ヲ區別ス。結締織性外骨腫ハ稀ニシテ軟骨性外骨腫ヲ多シトス。

軟骨性外骨腫ハ好シテ四肢ノ大管狀骨、殊ニ其骨端ノ近部ニ發生シ、又肋骨、鎖骨、骨盤骨、肩胛骨等ニ生ズ。結締織性外骨腫ハ好シテ頭蓋穹隆部、顔面ニ於ケル諸腔ノ壁及ビ顎骨等ニ發シ、又趾ノ爪甲下ニ生ズルコトアリ。骨腫ハ若年期ニ發ス、又先天性ナルコトアリ。

症 候 腫瘍ハ骨様硬固ニシテ細莖ヲ以テ骨ニ連リ、或ハ廣キ基底ヲ以テ骨ニ附著ス。發育徐徐ニシテ、無痛性、表面ハ平滑或ハ凸凹不規則ナリ。腫瘍ノ發育ニヨリ骨ノ發育障礙ヲ來シ、爲メニ往往著シキ畸形ヲ生

ズ。之レニヨリテ運動障礙ヲ來シ、尙ホ周圍ノ神經、血管其他臟器ノ壓迫症狀、即チ神經痛、循環障礙、眼球壓迫、腦壓迫等ヲ呈ス。

診 斷 發生部位、緩慢ナル發育、腫瘍ノ形狀・硬度・分明ナル境界、無痛性、骨トノ關係等ニヨリテ診斷ス。軟骨性外骨腫ト軟骨腫トノ別ハ「レントゲン」線ニヨル。骨腔内ニ發育セル骨腫ハ、殊ニ其初期ニアリテハ「レントゲン」線ニヨリテノミ確診セラルルモノトス。

療 法 軟骨腫ノ療法ニ倣フベシ。

七 肉 腫

肉腫 Sarkom. ハ結締織系統ノ惡性腫瘍ニ屬ス。未ダ全ク成熟セザル結締織ヨリ成リ、細胞ハ強大ナル増殖力ヲ有シ、腫瘍ハ其發育ヲ停止スルコトナシ。肉腫ハ組織性狀ニヨリテ之レヲ數種ニ類別シ得ベク、臨牀的徵候モ亦自ラ相違アリ。

肉腫ニ結締織性肉腫 Bindegewebiges Sarkom. 軟骨肉腫 Chondrosarkom. 骨肉腫 Osteosarkom. 淋巴肉腫 Lymphsarkom. 色素肉腫 Melanom. 粘液肉腫 Myxosarkom. 等アリ。

一 結 締 織 性 肉 腫

結締織性肉腫ハ之レヲ構成セル細胞ノ種類ニヨリ小圓形細胞肉腫、大圓形細胞肉腫、紡錘形細胞肉腫、巨大細胞肉腫等ヲ區別シ、又腫瘍ノ性狀ニ從テ硬性軟性ノ別アリ。巨大細胞肉腫及ビ紡錘形細胞肉腫ハ前者ニ屬シ比較的良性ニシテ、小圓形細胞肉腫ハ後者ニ屬シ發育迅速ナリ。

此種類ノ肉腫ハ皮膚、皮下、粘膜、筋間結締組織、筋膜、血管鞘、骨膜、骨髓、腱鞘、神經結締織、腹膜後部結締織、腸間膜等ヨリ發生シ、又乳腺、甲狀腺、攝護腺、睾丸、耳下腺、腎臟、子宮、肺臟、肋膜、腹膜、縦隔竇等ニ生ズ。本症ハ最モ多ク壯年期ニ發ス。

症 候 腫瘍ノ形狀、色澤、硬度、發育ノ速度等、及ビ腫瘍ニヨリ惹起セラルル總テノ徵候ハ其種類、發生部位、血管ノ多少、退行性變性ノ有無及ビ程度等ニ從テ甚ダ多様ナリトス。通例單發スルモ、稀ニ多發性ナルコト

アリ。腫瘍ハ一般ニ發育迅速ニシテ、時トシテ限局性結節狀ヲナスコトアルモ多クハ瀰蔓性浸潤性ニ發育ス、從テ健康部トノ境明カナラザルモノ多ク、容易ニ周圍ト癒著ス。表面不規則ニシテ凸凹アリ、硬度モ亦不均等ナルヲ常トス、血管ニ富メルモノハ往往搏動ヲ呈ス。腫瘍ハ退行變性若シクハ壞疽ノ結果、屢軟化崩壞シテ空洞ヲ生ジ、或ハ潰瘍ヲ形成シ、又爲メニ出血ヲ起スコトアリ。肉腫ハ轉移ヲ營ム。即チ淋巴間隙ヲ經テ近圍ニ、淋巴管ヲ經テ淋巴腺ニ、血管ヲ經テ肺臟、肝臟、脾臟、腎臟、骨髓等ニ轉移ス。但シ癌腫ニ比シ、淋巴腺轉移ハ稀ニシテ血管ヲ經テスル臟器轉移ハ多シ。全身症狀トシテ漸進スル貧血、衰弱、惡液質等ヲ來ス。其他腫瘍ノ癒著・壓迫等ノタメニ近圍ノ臟器ニ起ル諸徵候、就中疼痛及ビ機能障礙アリ。肉腫ハ往往發熱ス。

腫瘍各箇ノ性狀ニ就テハ發生部位ノ異ナルニ從テ一様ナラズ、今次ニ之レヲ列記スベシ、

一 皮膚肉腫。發育迅速ニシテ表面不規則、硬度不均等ナル結節狀或ハ平盤狀或ハ菌狀ノ腫瘍ヲ呈ス。血管ニ富ミテ藍赤色ヲ帶ブルモノ多シ。初メ上皮ヲ被フモ、後チ噴火口様潰瘍ヲ形成ス、潰瘍ハ容易ニ出血スル傾向アリ。既存ノ皮膚疣贅、乳嘴腫等ヨリ肉腫ヲ發スルコト稀ナラズ。

二 皮下肉腫。皮下ニ表面磊塊ナル結節ヲ發シ、初メ限局性ニシテ移動性アルモ、後チ周圍ト癒著シ且ツ迅速ニ増大ス。皮膚ト癒著シ、後チ破壊シテ潰瘍ヲ形成ス。既存ノ神經纖維腫ヨリ發スルモノアリ。

三 粘膜肉腫。胃、腸、舌、氣管等ニ生ズ。粘膜下結締織、稀ニ筋間結締織及ビ漿膜下結締織ヨリ原發ス。多クハ廣キ基底ヲ有シ、稀ニ結節性ナリ。境界不明瞭、硬度不規則ニシテ容易ニ噴火口様潰瘍ヲ形成ス。潰瘍ハ出血シ易シ。

四 筋間結締織肉腫。四肢ニ好發ス。發育極メテ迅速ニシテ柔軟ナル大腫瘍ヲナス。骨ヲ包圍シテ發育スルトキハ爲メニ其發生部ガ骨ニ非ルヤヲ疑ハシム。又限界比較的明瞭ニシテ發育稍緩慢ナル硬性腫瘍ヲナスコトアリ。

五 筋膜及血管鞘肉腫。亦硬軟二種アリ。血管鞘ヨリ生ジタルモノハ早ク神經及ビ血管ヲ壓迫ス。

六 腱鞘肉腫。屈指筋腱鞘ニ好發ス。硬固限局性ニシテ發育緩慢、從テ

比較的良性ノモノニ屬ス。部位の關係上外襲ニヨリ出血ヲ起スノ結果、腫瘍ハ赤色又ハ黃藍色ヲ呈スルコト多シ。

七 神經鞘肉腫。紡錘形若シクハ凹凸不平ノ瘤狀腫瘍ニシテ神經ノ表面ニ坐シ、初メハ被囊ヲ有シ組織中ニ移動スルコト纖維腫ニ等シク、唯發育ノ較速カナルヲ以テ纖維腫ト區別スベシ。壓迫スレバ疼痛アリ。

八 骨膜及骨髓肉腫。骨膜及骨髓ニ發スル結締織性肉腫ハ結締織纖維ヲ混ジタル纖維肉腫或ハ多クノ巨大細胞ヲ有スル紡錘形細胞肉腫ニシテ、表面凹凸ヲ呈シ、基底ハ廣ク或ハ莖ヲ有シ、硬固ニシテ發育緩慢ナリ。好シテ上下顎ノ齒槽突起及ビ大管狀骨ノ骨端就中大腿骨ノ下端ニ發シ、又硬腦膜ニ生ズルコトアリ。骨髓ヨリ發スルモノハ多ク巨大細胞ヲ混ジ、比較的良性ニ屬ス。但シ臨牀上骨肉腫ト區別スルコト難シ。

診斷 腫瘍ノ性狀、年齢、好發部位等ヲ以テ診斷ス。疑ハシキトキハ其一片ヲ切除シテ顯微鏡的検査ニ附スベシ。皮下肉腫ハ皮下護膜腫ト、筋間結締織肉腫ハ筋肉護膜腫ト誤診セララルコトアリ。既往症及ビ爾餘ノ微毒徵候ノ存否ニ注意スベク、又血清反應ヲ檢スベシ。軟骨肉腫、粘液肉腫等ハ臨牀上結締織肉腫ト區別スルコト難シ。色素肉腫ハ著色ニヨリ、骨肉腫ハ硬度及ビ部位ノ關係ニヨリテ鑑別スベシ。

豫後 不良ナリ。但シ皮膚、四肢等ニ發生セル腫瘍ニシテ容易ニ除去シ得ベキモノハ、早期ニ充分手術セラレバ永久的治癒ヲ望ミ得ベシ。本症經過ノ長短ハ腫瘍細胞ノ種類ニヨリ異ナルモ、寧ロ主トシテ所患臟器ノ如何ニ關ス。腦、縦隔竇等ニ發セルモノハ最モ不良ニシテ經過迅速ナリ。

療法 成ルベク早期ニ全剔手術ヲ施スベシ。四肢ニアリテハ切斷術ヲ強要セララル場合多シ。手術ヲ行ヒ得ザルモノニ對シテハ唯對症の處置アルノミ。「ラヂウム」療法及ビ「レントゲン」療法ヲ試ム。

二 軟骨肉腫

軟骨肉腫ハ多ク骨節ヨリ生ジ、稀ニ軟部ヨリ發シ、又發生上極メテ類似シ且ツ發生ノ地ヲ同フル軟骨腫ヨリ生ズ。發育最モ迅速ニシテ往往著大ナル腫瘍ヲ形成シ、廣ク軟部及ビ骨ヲ侵襲シ、又轉移ヲ生ズ。豫後及ビ療法ニ就テハ骨肉腫ニ於ケルト選ブ所ナシ。

三 骨肉腫

骨肉腫ニ骨膜性骨肉腫 Periostale Osteosarkome ト骨髓性骨肉腫 Myelogene Osteosarkome ノ別アリ。最モ多ク長管狀骨骨端ニ生ジ、又骨盤骨、肩胛骨、鎖骨、胸骨、頭蓋骨、顎骨、肋骨、手腕及ビ足根骨、椎骨、膝蓋骨等ニ發ス。筋膜、筋間結締織、乳腺、精系等 骨節系統外ノ組織ニ發スルコトナキニ非ルモ甚ダ稀ナリ。本症ハ發育期年齢ニ最モ多シ。

症候 骨膜性骨肉腫ハ初メ骨面ノ一局部ニ隆起ヲ生ジ、骨髓性ノモノニアリテハ當該骨ノ瀰蔓性腫脹ヲ呈ス。腫瘍ハ發育迅速ニシテ通例牽引性疼痛アリ。硬度ハ初期ニ於テ骨様硬固ナルモ、後チ發育スルニ從ヒ部分的或ハ一般的ニ彈力性或ハ假性波動ヲ呈スルニ至ル。又血管ニ富ムモノハ搏動ヲ觸レ、聽診上雜音ヲ聽取ス。初期、特ニ骨膜性ノモノニ於テハ境界明ナルモ、後チ軟部モ侵サルルニ至ルトキハ腫脹瀰蔓性ニシテ境界不明瞭トナルベシ。骨肉腫特ニ骨髓性骨肉腫ニ於テハ往往特發骨折ヲ來スコトアリ。腫瘍關節ニ及ブトキハ滲出物ヲ生ジ、又畸形ヲ來シ、強直ヲ起ス。末期ニ及ビテハ軟部モ亦肉腫浸潤ヲ被リ、終ニ皮膚ヲ破壞シテ潰瘍ヲ形成ス。肉腫潰瘍ハ出血シ易ク、又容易ニ腐敗性炎症ヲ發ス。其他骨關節自己ノ變化及ビ筋肉ノ侵襲ニヨル運動障礙、神經血管ノ癒著・包裹・破壞等ニヨル神經痛・麻痺及ビ循環障礙(貧血、鬱血、皮下靜脈擴張等)等アリ。又腫瘍ノ部位ニ從ツテ頭蓋腔、胸腔、眼球等ノ壓迫症狀ヲ呈ス。全身的ニ漸次貧血、衰弱、惡液質ニ陥リ、又屢發熱ス。轉移ハ最モ多ク肺臟ニ於テ、稀ニ淋巴腺ニ於テス。

第 40 圖

大腿骨下端骨髓性骨肉腫



診斷 骨ニ發セル發育迅速ナル大ナル瀰蔓性腫瘍ニシテ、肺臟ニ轉移竈ノ證明セララル如キ末期ニ於テハ診斷困難ナラズ。骨膜性ナルト骨髓性ナルトノ區別、及ビ骨肉腫ト近圍軟部ニ

原發セル他ノ肉腫トノ區別、骨肉腫ト軟骨肉腫トノ區別等ハ、殊ニ其末期ニアリテハ、臨牀上之レヲ識別スルコト困難ナルモ、豫後及ビ治療方針ノ決定ニ向テハ嚴密ニ此等ヲ區別スルヲ要セズ、唯肉腫ナルヲ確診シ得ル場合多シ。

鑑別。 1. 管狀骨端ニ於テ骨ノ平等的腫脹ヲ來シ、隣接關節ニ滲出物ヲ生ジタルモノハ骨髓性骨肉腫ナラザルヤヲ疑フベシ。此際之レト鑑別ヲ要スルハ關節結核、骨護謨腫、化膿性骨髓炎等トス。急性化膿性骨髓炎ニアリテハ高熱持續シ且ツ劇痛アリ、腫脹迅速ニ増加シ、且ツ早期ニ皮膚ノ炎症性浸潤ヲ呈ス。骨護謨腫モ亦發育迅速ニシテ早期ニ皮膚ノ發赤ヲ起ス。尙ホ既往症・爾餘微毒症狀ノ證明・驅微法ノ奏效等ニヨリ鑑別ス。關節結核ニアリテハ發育緩慢ニシテ、皮膚ニ炎症性浸潤ヲ呈スルハ末期ニ屬ス、遺傳・既往病歴・結核體質・他ノ結核病竈ノ存在等ニ注意スベシ。骨肉腫ニアリテハ發育迅速ナルモ皮膚ノ炎症性浸潤ヲ呈スルコトナク、唯血管饒多ナルガ爲メニ往往皮膚ノ灼熱ヲ感ズルコトアルノミ。觸診上或ハ「レントゲン」診査ニヨリテ骨性被殻ヲ認知スベシ。 2. 骨表面ノ一部ニ結節ヲ形成スル骨膜性骨肉腫ハ其初期ニ於テ纖維腫、軟骨腫及ビ骨腫ト區別シ難シ。此等良性ノモノハ發育緩慢ナルノ別アルモ、骨肉腫モ亦比較的緩徐ニ増大スルモノアリ。疑ハシキトキハ試験的切除ヲ施シテ顯微鏡的検査ヲ行フベシ。多發性ノモノハ肉腫ニ稀ニシテ良性ノモノニ多シ。 3. 其他血管ニ富ミテ搏動著明ナルモノハ動脈瘤ト誤ルコトナキニアラズ。一般ニ「レントゲン」診査ハ骨肉腫ノ識別上重要ナリ。

豫後 不良。但シ早期ニ全剔出若シクハ所患肢節ノ切斷術ヲ施ストキハ永續治癒ノ望ナキニアラズ、殊ニ硬性限局性ノモノニアリテハ比較的良ナリ。

療法 轉移形成認めラレズ、腫瘍ノ位置及ビ大サノ關係之レヲ許ストキハ手術的除去ヲ圖ルベシ。四肢ノ大管狀骨ニ發セル骨膜性骨肉腫ノ硬性限局性ノモノニシテ、軟部未ダ侵襲ヲ被ラザルモノニアリテハ、原發部ノ

骨一部鑿除ヲ兼スル腫瘍ノ全剔出ヲ施シ、骨幹一側ノ健康部ハ之レヲ保存シ得ル場合アリ。又腫瘍ニシテ骨幹一部ノ全周ニ互ルモ比較的良性ニ屬スルモノト認めラレ、且ツ被蓋軟部尙ホ健康ナルトキハ、骨幹ノ一部切除ニ止メ、末梢ヲ保存シ得ルコトアリ。切除後骨ノ斷端ハ之レヲ縫合シ、或ハ骨移植術ヲ應用シテ缺損部ヲ補填ス。既ニ著大ナル發育ヲ遂ゲタルモノ、發育迅速ナルモノ、軟部モ既ニ侵サレタルモノ等ニアリテハ、四肢ニ於テハ、可及的病竈部ト隔リタル健康部ニ於テ切斷或ハ離斷ヲ行フベク、軀幹・頸部・頭部等ニアリテハ周圍健康組織ノ一部除去ヲ兼スル腫瘍ノ全剔出ヲ施スベシ。四肢ノ肉腫ハ屢著筋ヲ傳ヒ、關節ヲ超エテ蔓延スルコトアリ、斯カル場合ニハ腫瘍ノ上位關節ノ上部ニ於テ切離シ、該筋肉ハ大部分又ハ全部之レヲ切除スベシ。

四 淋巴肉腫

淋巴肉腫ハ淋巴球様細胞ニテ形成セララル腫瘍ニシテ、頸、腋窩、腹膜後部、縱隔竇等ノ淋巴腺ニ好發ス。其他扁桃腺、消化管濾胞、胸腺、脾臟、骨髓等ニ生ズ。本症ハ幼年期ニ多シ。

症候 淋巴腺ニ發育迅速ナル腫脹ヲ起シ、後チ其被膜ヲ破壊シ、淋巴間隙ヲ經テ周圍ニ蔓延スル廣汎性腫瘍ヲ形成ス。腫瘍ハ硬度一定セズ、境界不明、速ニ皮膚及ビ深部ト癒著ス。皮膚ハ後ニ破壊セラレ、腫瘍ハ爲メニ腐敗性炎症ヲ續發ス。末期ニ於テハ發熱アリ、漸次衰弱シテ惡液質ノ狀態ヲ呈スルニ至ル。發生部位ニ從テ、氣道、食道、肺臟、心臟、血管、神經等ノ壓迫症狀ヲ起シ、又肺、脾、肝、皮膚及ビ爾他淋巴腺ニ轉移ヲ營ミ或ハ又全身淋巴系統ニ互リテ汎發性ニ轉移ス。

診斷 好發部位、發育迅速、壓迫症狀、轉移形成等ニヨリ診斷ス。

豫後 不良。早期全剔出ヲ行フモ尙ホ再發ヲ免カルル場合少ナシ。

療法 早期ニ全剔出ヲ施スベシ。

綠腫 Chlorom. 稀ニ小兒ノ頭蓋及ビ顔面諸骨、胸骨、肋骨、椎骨、四肢骨等ノ骨膜ニ多發スル草綠色又ハ綠褐色ノ圓形細胞肉腫ニシテ、構造淋巴腺ニ類シ轉移シテ迅速ニ發育シ、淋巴腺及ビ肝臟・腎臟等ニ同色ノ結節ヲ生ズ。

五 色素肉腫

色素肉腫ハ眼球・皮膚・粘膜ニ發ス。最モ多ク先天性色素斑・疣狀色素母斑等ヨリス。就中顔面及ビ四肢ニ好發シ、又指趾屈曲面及ビ爪圍ニ來ル、稀ニ鼻腔、軟口蓋、直腸等ノ粘膜ニ生ズルコトアリ。本腫瘍ハ各年齢ニ發ス。

症候 皮膚ニ發スルヤ黄褐色、黒褐色、或ハ濃黒色ヲ呈スル球形結節狀、廣基底性或ハ菌狀ノ硬結ヲ發シ、初メ徐徐ニ、後チ迅速ニ増大シ、浸潤性ニ蔓延ス。當初菲薄ナル表皮ニテ被ハルルモ、後チ直チニ潰瘍ヲ形成シ、崩壞シテ噴火口様陷凹ヲ生ズ。潰瘍ハ出血シ易ク、底面ハ黒色黒褐色等、特有ノ色澤ヲ有シ、血性漿液性ノ分泌液ヲ以テ濕フ。腫瘍ノ硬度ハ一様ナラス、往往軟化シテ囊腔或ハ深凹陷部ヲ形成ス。周圍ニ同様ノ副結節ヲ續發シ、何レモ漸次増大シテ原腫瘍ト合併シ愈其大ヲ加フ。早期ニ淋巴腺轉移ヲ形成シ、更ニ胸腹内臓、腦、漿膜、皮膚、骨髓等ニ血管性轉移ヲ營ム。其他急進スル貧血及ビ衰弱ノ徵候ヲ呈シ、尙ホ腫瘍ニシテ潰瘍ヲ形成スルトキハ腐敗性炎症ヲ起シ、膿毒症ヲ續發スルコトアリ。

第 41 圖
指ノ色素肉腫



診斷 特有ノ色澤及ビ好發部ニヨリテ診斷ス、又迅速ナル發育ニヨリテ直チニ悪性ナルコトヲ認メ得ベシ。唯初期ニ於テハ確定シ難キ場合アリ。手・足・指趾等ノ好發部位ニ於テ漸次發育スル性狀不明ナル硬結ヲ認ムルトキハ注意スベシ。

豫後 不良。手術的ニ全部除去セラレタリト認メラルルトキモ尙ホ好シデ再發ス。唯極メテ初期ニ切除

セララルトキハ永久治癒ヲ得ルコトアリ。

療法 腫瘍ノ早期的全剔出若シクハ腫瘍ヲ有スル肢節ノ切斷術及ビ所屬淋巴腺部ノ清掃ヲ施ス。即チ淋巴腺ヲ周圍ノ脂肪組織結締織等ト共ニ除去ス。既ニ著シク蔓延セルモノ、轉移形成アルモノ、再發腫瘍等ニアリテハ根治的治癒ハ之レヲ期シ難キモ、尙ホ手術的除去ヲ行フトキハ經過ヲ延

長セシメ得ルコトアリ。色素斑、色素疣等ニシテ手術ヲ施シ得ルモノハ豫防的ニ之レヲ切除スルヲ可トス。

粘液腫

粘液腫 Myxom. ノ發生部位ハ皮膚、皮下組織、筋間結締織、腹膜後部、粘液囊、筋膜、骨膜・就中顎骨、骨髓・就中長管狀骨ノ骨髓、腦膜、脊髓被膜、神經結締織、乳腺、卵巢、睾丸、精系、心臟、腎臟、肝臟、肺臟、臍帶ノ痕跡等ノ組織トス。就中大腿部ニ好發シ、皮膚、皮下、筋間組織、筋膜、膝關節粘液囊等ヨリス。又上肢、臀部並ニ外陰部、頸部、顔面、頭部及ビ眼窩等ニ見ル。尙ホ又末梢神經ニ起リテ多發スルコトアリ。純粹ノ粘液腫ハ稀ナリ、粘液纖維腫 Myxofibrom 或ハ粘液肉腫 Myxosarkom ノ型ヲナステ常トス。又混合腫瘍ノ一部ヲナスモノアリ、殊ニ耳下腺ニ好發ス。粘液腫ハ幼年期及ビ中年期ニ發ス。

症候 腫瘍ハ固有ノ膠様硬度ヲ有シ、良性ニ屬スルモノハ結節狀又ハ往往分葉狀ヲナシ、限局シテ長ク發育セザルモ、粘液肉腫ニ於テハ之レニ反シ、發育旺盛ニシテ速ニ著大ナル腫瘍ヲ成シ、被膜ヲ破壊シテ周圍ニ浸潤シ、境界ヲ失ヒ、皮膚ニ癒著シテ之レヲ破壊シ、又轉移ヲ形成ス。

診斷 固有ノ硬度アリ、發育迅速ニシテ境界不明ナル著大ノ腫瘍ヲ呈シ、試験的穿刺ニヨリテ牽縷性液ヲ證明スルモノハ粘液肉腫ナリ。

限局性被囊性ノモノニシテ發育緩慢ナルモノ或ハ發育停止セルモノハ結核性膿瘍、脂肪腫、諸種ノ囊腫ト誤ルコトアリ。穿刺ヲ施シテ特有ノ液ヲ得タル場合モ尙ホ蠅蟻腫、結節様腫、粘液囊腫等ト誤認セラレ易キモノトス。

療法 良性ノモノハ單ニ腫瘍ヲ剔出ス。悪性傾向アルモノ或ハ剔出後ノ再發等ニ於テハ近圍組織ノ切除ヲ兼スル腫瘍ノ除去ヲ施シ、或ハ四肢ニ於テハ切斷術ヲ要ス。末梢神經ノ良性粘液腫ニアリテハ腫瘍ヲ切除シテ神經斷端ヲ縫合ス。

内皮細胞腫

一 **淋巴管内皮細胞腫。Lymphangi endotheliom.** 顔面ノ皮膚及ビ皮下ニ好發シ或ハ被膜ヲ有スル限局性結節トシテ生ジ、或ハ浸潤性ニシテ境界不明ナル硬結ヲ呈ス。發育緩慢ニシテ轉移ヲ形成スルコト稀ナリ。本腫瘍ハ皮膚ノ他、尙ホ唾液腺、生殖腺、肋膜、腹膜、骨等ニ發スルコトアリ。

二 血管内皮細胞腫。Haemoangioendotheliom. 諸臓器及ビ骨系統ニ實驗セラレタリ、亦發育緩慢ニシテ通例限局シ、轉移ヲ形成スルコト稀ナリ。

三 血管外皮腫。Peritheliom. 特ニ腦膜及ビ腦髓ニ限局性或ハ浸潤性硬結トシテ生ジ、又口唇・頰部等ノ皮下組織、筋、骨、其他ノ臓器ニ來ル。

診斷 内皮細胞腫ハ診察室ニ於ケル診査ニ依テ確診ヲ得ルコト殆ンド不可能ニ屬シ、多クノ場合鏡檢ニ依テ始メテ決セララルルヲ常トス。皮膚ニ發セシモノニシテ限局性ノ結節ヲナスモノハ 纖維腫 ト區別シ難ク、浸潤性ニ發育スルモノハ 肉腫 ト誤ルベク、又崩潰セルモノハ 皮膚癌腫 ト認メララルコトアリ。

療法 別出ス。

八 皮膚様囊腫

皮膚様囊腫 Dermoidzyste. ハ頭部、顔面特ニ眉部、外眥部、大顛門部、乳嘴突起部、眼窩等ニ好發シ、尙ホ頸部、縦隔竇、腹膜、卵巣、辜丸等ニ發生ス。

症候 皮下ニ於ケル皮膚様囊腫ハ球形ニシテ弾力性アリ、周圍トノ境界著明ニシテ、皮下ニ移動スル無痛性ノ腫瘤ヲ呈ス。大サ豌豆大乃至梅實大ノモノヲ多シトス。

診斷 好發部位ニ於ケル、皮膚ト癒著ナキ移動性腫瘤ニ注意ス。試験的穿刺ヲ施ストキハ上皮分泌物ナル糜粥狀物ヲ得、稀ニ漿液性内容ヲ有スルコトアリ、内容濃厚ニシテ吸引シ得ザルコト亦多シ。

鑑別。粉瘤 ニ於テハ皮膚ハ腫瘤ト癒著ス。大顛門部ニアルモノハ腦「ヘルニア」ト鑑別スベシ。「ヘルニア」ニアリテハ啼泣、咳嗽、努責等ニ際シテ其緊張加ハリ且ツ増大シ、壓迫ニヨリテ縮小ス。

九 上皮囊腫

上皮囊腫 Epithelzyste. ハ切創、刺創、異物創、銃創等ノ損傷ニ際シテ皮膚組織ノ一部ガ深部ニ埋入スルニヨリテ發ス。(外傷性上皮囊腫 Traumatistische Epithelzyste) 從テ内容ハ皮膚ノ産物ニシテ 皮膚様囊腫、粉瘤等ノ内

容ト一致ス。

指ノ屈曲面及ビ手掌ニ好發シ、掌筋膜或ハ腱鞘上ニテ皮下ニ發ス。稀ニ頭皮下ニ見ルコトアリ。

症候 成人ノ男子ニ多シ、豌豆大乃至櫻實大ノ球形腫瘍ヲ呈ス。深部ニ對シテハ移動性ナルモ、皮膚ヲ其上ニ移動セシムルコト能ハズ。當該部皮膚ニ刺創痕等ノ小瘰痕ヲ認ムルコトアリ。

診斷 「ガングリオン」ト鑑別ヲ要ス、「ガングリオン」ハ深部ト結合スルモ、本症ハ皮膚ト癒著シ、往往瘰痕ヲ認ム、試験的穿刺ニヨリテ各固有ノ内容ヲ證明ス。上皮囊腫ノ内容ハ屢濃厚ニシテ之ヲ吸引シ得ザルコトアリ。尙ホ 脂肪腫、纖維腫 等ト鑑別スベシ。

療法 別出ス。

眞珠腫

眞珠腫 Perlgeschwulst, Cholesteatom. ハ白色眞珠様光澤アル層狀固形物即チ「コレステアリン」結晶ノ集積ヲ包有スル、一種ノ上皮性囊腫ニシテ、外聽道、中耳、軟腦膜、泌尿器、乳腺等ニ發ス。

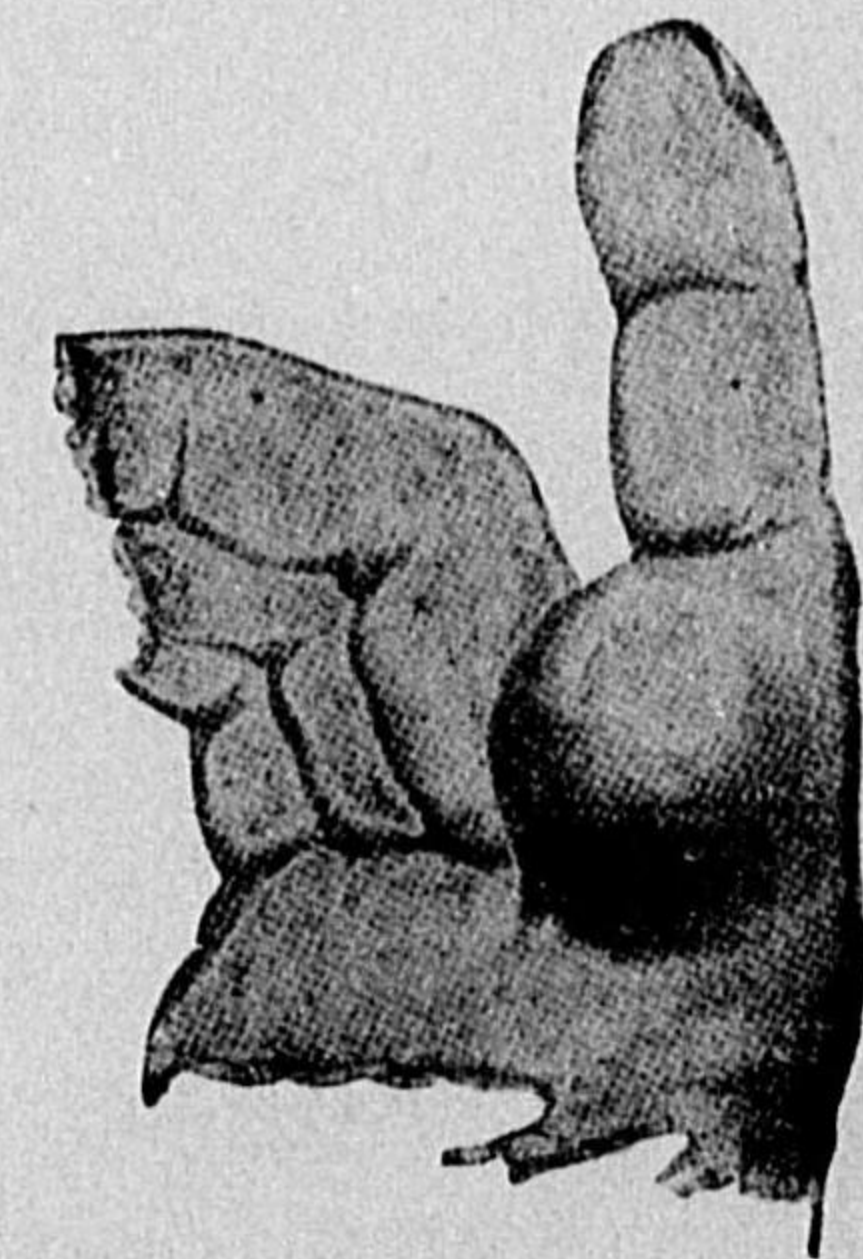
症候 徐徐ニ發育スル層狀上皮細胞ニ被包セララル被囊性腫瘍ニシテ、漸次ニ周圍ヲ壓迫ス。骨モ亦之レガ壓迫ニヨリテ萎縮ニ陥ルコトアリ。

診斷 固有ノ内容ニヨリテ確診セララル。

第 42 圖

療法 部位的關係ニシテ手術シ得ルモノハ之レヲ剔出スベシ。

上皮囊腫



一〇 乳嘴腫

乳嘴腫 Papillom. ハ總テ結締織ノ母地ヨリ生ジ、身體ノ表面或ハ腔洞内ニ突出ス。或ハ單純ノ突起トシテ存シ、或ハ一莖ニシテ數多ノ枝條ヲ生ズルアリ、或ハ其枝條更ニ小枝別ヲ呈シ、宛然樹枝ノ如ク或ハ覆盆子狀ヲナスコトアリ。莖ハ細長ナルアリ、又甚ダ廣キコトアリ、突

出部ノ大小モ亦多様ナリ。粘膜乳嘴腫ニアリテハ上皮細胞ハ甚ダ多カラズ且ツ脱落シ易キモ、稀ニ大ニ増息シテ厚キ層ヲナシ、之レニ對シテ結締織ハ殆ンド絶無ニ等シキコトアリ。皮膚乳嘴腫ニアリテハ常ニ上皮ヲ主トシ結締織ヲ從トス、是レ上皮増殖ノ力甚ダ大ナルガタメナリ。而シテ其上皮ハ容易ニ角化スルヲ以テ、腫瘍ノ表面ハ常ニ硬固ナリ。尙ホ角化旺盛ナルモノニアリテハ恰モ獸角ニ類スルモノアリ。之レヲ皮角 *Corium cutaneum* ト謂フ。腫瘍ノ基底ハ直チニ健康組織ニ移行シ、浸潤ヲ呈スルコトナシ。發育ハ緩慢ニシテ通例一定度ニ達スレバ即チ停止ス。稀ニ癌腫變性ヲ來スコトアリ。

皮膚乳嘴腫ハ老齡者ニ多く、頭部、腋窩、鼠蹊部、背部、會陰部、乳房下、肛圍等ニ發ス、粘膜乳嘴腫ハ口腔、喉頭、咽頭、食道、脛、膀胱、輸尿管、腎盂等ニ發シ、又直腸、子宮、鼻腔等ニ生ズ。單發若シクハ好シク多發ス。

療法 剔出スベシ。大ナルモノニアリテハ腫瘍ノ基底ヲ繞ル紡錘形切開ヲ皮膚若シクハ粘膜ニ加へ、發生基根ト共ニ之レヲ除去スベク。細莖ヲ有スル小ナルモノニアリテハ簡單ニ剪斷スルコトヲ得ベシ。但シ乳嘴腫ハ屢太キ榮養血管ヲ有シ、單純ノ切斷ヲ以テシテハ自然的止血ノ困難ナル出血ヲ見ルコトアリ、注意スベシ。細小ナルモノハ發烟硝酸腐蝕法奏効ス。

— 腺 腫

腺腫 *Adenom.* ハ上皮系統ニ屬スル分泌腺組織ノ新生物ニシテ皮膚粘膜即チ鼻腔、子宮、胃及ビ腸等、及ビ腺質臟器即チ乳腺、甲狀腺、卵巢、腎臟、副腎、肝臟、睪丸、攝護腺等ヨリ發ス。或ハ單ニ腺組織ノ増殖ヲナスニ止マルモノアリ、或ハ「ポリープ」狀ニ發育シテ「ポリープ」狀腺腫 *Adenoma polyposum* ヲナシ、或ハ囊腫ヲ形成シテ腺囊腫 *Cystadenom* ヲナシ、或ハ囊腫形成ノ内面ニ乳嘴狀物ノ發育ヲ有スル乳嘴性腺囊腫 *Cystadenoma papilliferum* ヲ形成シ、又結締織ノ發育旺盛ニシテ殆ンド纖維腫ノ觀ヲ呈スル纖維腺腫 *Fibroadenom* アリ。

腺腫ハ單發シ、或ハ又多發性ニ生ズ。

症候 腺腫ハ多クハ限局性ニシテ凸凹不平ナル圓形ノ腫瘍ヲナシ、充實性ノモノハ弾力性硬固ニシテ周圍組織ト明カニ識別シ得ベク、尙ホ往往著明ナル移動性ヲ有ス。又蔓延性發育ヲ遂グルモノアリ、此場合ニ於テハ周圍組織トノ區界明瞭ナラズ。「ポリープ」狀ノモノ及ビ囊腫性ノモノニアリテハ又各特有ノ狀態ヲ呈ス。腫瘍ノ發育ハ多クハ緩慢ニシテ一定ノ大ニ達スルトキハ長時日停止ノ狀態ニアルモノ多シ。純粹ノ腺腫ハ局處再發ヲ來サズ、淋巴腺ヲ侵サズ、極メテ無害ナリ。唯發育甚ダ大ナルトキハ、位置ノ關係如何ニヨリテ、其容積ノタメニ障礙ヲ被ルノミ。例ヘバ甲狀腺腫ガ呼吸障礙ヲ惹起スルコトアルガ如シ。又子宮直腸等ノ粘膜ニ發生セル「ポリープ」狀腺腫ハ往往出血ヲ反復スルコトアリ。腺腫ハ癌腫變性ヲ營ミ易ク、又肉腫ト合併スルモノアリ。

診斷 纖維腫・初期ニ於ケル癌腫・炎症性浸潤ニヨル硬結等ト鑑別ヲ要ス、但シ組織的検査ヲ施シテ初メテ識別シ得ルコト亦稀ナラズ。

療法 腺腫ハ往往癌腫肉腫ニ變ズルコト上述ノ如シ、故ニ成ルベク之レヲ剔出スルヲ可ナリトス。限局性ニシテ被膜ヲ以テ周圍ト界セラレルモノハ、之レヲ圍繞スル組織ヨリ腫瘍ノミヲ完全ニ剔出スルコトヲ得ベシ。

— 二 癌 腫

癌腫 *Karzinom.* ハ上皮系統ヨリ發生スル惡性腫瘍ニシテ、扁平上皮癌 *Plattenepithelkrebs.* 柱狀上皮癌 *Cylinderzellenkrebs.* 腺上皮癌 *Drüsenepithelkrebs.* 等アリ。上皮細胞竈ト間質結締織ヨリ構成セラレ、兩者ノ關係ニヨリ、間質ニ富メル硬性癌 *Skirrh.* 上皮細胞、即チ癌細胞竈ニ富メル髓樣 *Medulläres Karzinom* 及ビ前二者ノ中間ナル單純癌 *Carcinoma simplex* 等ノ別アリ。又發生部ニ於ケル原上皮細胞ノ特異性質ヲ具有シ、爲メニ癌腫組織モ亦粘液、膠樣物等ヲ產出スルモノアリ、粘液癌 *Schleimkrebs* 膠樣癌 *Kolloidkrebs* 等是ナリ。

皮膚、粘膜、腺臓器、胎生的上皮遺殘物、良性上皮腫瘍、上皮性囊腫等ニ原發ス。皮膚、舌、食道、胃、腸・特ニ直腸、喉頭、子宮、乳腺、肝臓、腎臓、甲狀腺、攝護腺、唾液腺、卵巣、膽嚢、膀胱等ハ好發部位ナリ。

癌腫ノ好發年齢ハ40歳以後ナルモ往往壯年期ニ發シ、又少年期ニ來ルコト敢テ絶無ニアラス。

福岡大學三宅速博士ノ教室ニテ、1904年11月ヨリ1924年3月ニ至ル期間ニ、開腹術ニヨリテ胃癌ト確定セルモノハ1250例ニシテ、之レガ統計的調査ノ結果ニヨレバ、最モ多キハ40代ノ者ニシテ442例ヲ算シ、50代ノ者之レニ亞ギ、年齢ノ高低ニ從ヒテ順次遞減セリ。而シテ30歳以下ノ者57例アリ其百分率ハ4.56%ナリ。

大正5年醫學士飯塚實氏ノ報告ニ係ル近藤外科教室ニ於ケル癌ノ統計的調査ニヨレバ、總數742例中1—9歳1例、10—19歳2例、20—29歳32例、30—39歳127例、40—49歳222例、50—59歳241例、60—69歳98例、70—79歳19例ナリ。

症候 腫瘍ノ形狀ハ臓器内ニ於テハ結節ヲ形成シ、表面ニ於テハ瘤狀、花菜狀、乳嘴狀、茸腫狀或ハ浸潤性ヲナシ、皮膚又ハ粘膜ガ破壊スルニ及ビテハ茲ニ噴火口様潰瘍ヲ形成ス。發育ハ其種類ニ從テ速度ニ遲速アルモ、休止スルコトナク、皮膚及ビ粘膜ニ於テハ周邊及ビ深部ニ向ヒ、臓器内ニ於テハ總テノ方向ニ周圍ニ向テ發育シ、又周圍組織内ニ癌腫組織ノ突起ヲ進メテ益其領域ヲ増大ス。轉移ハ淋巴間隙ヲ經テ原發病竈ノ近圍ニ多發性結節性轉移竈ヲ形成シ、淋巴管ヲ經テ淋巴腺ニ轉移ス。又血行轉移ヲ營ム。

癌腫ノ轉移ヲ來シタル淋巴腺ハ硬結ヲ形成シテ漸次腫大シ、終ニ被膜ヲ破リテ隣接セル淋巴腺相結合シ、且ツ周圍ノ組織ト癒著シテ大腫瘤ヲ形成ス。淋巴腺轉移ハ先ヅ原發竈ノ近部ニ發シ、逐次爾他ノ淋巴腺簇ニ蔓延ス。轉移癌ハ之レト癒著スル大血管ヲ破壊シテ致死の出血ヲ發起セシムルコトアリ。又靜脈栓塞ヲ形成セシムルコトアリ。又或ハ直接ニ靜脈管壁ヲ破リ、或ハ間接ニ胸管ヲ經、血管内ニ癌細胞ヲ送リテ身體各處ニ腫瘍ヲ轉移

セシムルコトアリ。

血行轉移ハ上記ノ如ク、淋巴道ヲ經テ行ハルルノ外、又直接ニ癌原發竈ヨリセラレルコトアリ。血行轉移ハ肺臓及ビ肝臓ヲ主トシ又爾他ノ諸臓器、皮膚及ビ骨系統等ニ於テス。

肉腫ハ血行轉移多ク、癌腫ニ於テハ淋巴腺轉移ヲ形成スルコト早ク且ツ多シ。

轉移癌ト原發癌ハ概ネ其構造性質ヲ同フスルモ、亦多少相違スルコトアリ。轉移腫瘍ノ發育ガ原腫瘍ニ比シテ迅速ナル場合少カラズ。

癌腫ハ其榮養障礙ノ結果トシテ一部分ノ萎縮或ハ退行變性若シクハ壞疽ヲ來スコトアリ。爲メニ部分的軟化、陷凹部形成、囊腫形成、石灰變性ニヨル硬化等ヲ來ス。癌腫潰瘍ハ出血シ易ク、又腫瘍内ニ於テ血腫ヲ形成スルコトアリ。

經過 腫瘍ノ種類及ビ發生部位ニ從テ遲速アルモ、終ニ癌性惡液質ニ陥リテ衰弱及ビ高度ノ貧血ノ下ニ死ヲ致ス。出血モ亦死因ヲナスコト多シ。其他發生臓器ノ如何ニ從テ、穿孔性腹膜炎、腦膜炎、嚥下肺炎等ノ併發、榮養物攝取不能ニヨル飢餓等ニ斃ルル場合アリ。

診斷 各部癌腫ノ記載ニ讓ル。

豫後 不良。但シ部位ノ關係、腫瘍ノ種類及ビ手術時期等ノ如何ニヨリテ、腫瘍ガ完全ニ剔出セラレタルトキハ根治ヲ期シ得ベシ。軟性浸潤性ノモノ及ビ手術ノ企及シ得ザル部分ニ發セシモノハ不良。若年者ニアリテハ高年ニ發セシモノニ比シ概シテ不良ナリトス。

療法 手術的治療法。生命的危險ナク腫瘍ノ全部の除去ヲ企テ得ラルルモノ(早期!)ニハ全剔出術ヲ行ヒ、同時ニ其淋巴領域ニ屬スル淋巴腺剔出ヲ行フベシ。原發腫瘍ノ著大ナルモノ及ビ淋巴腺轉移ノ蔓延セルモノニハ根治的治療ヲ望ミ難ク、血行轉移竈ノ證明セラレルモノハ手術効無シ。手術後ノ再發ハ原發部ノ癒痕ニスルヨリハ淋巴腺剔出部ニ於テスルコト多シ。全剔出後永續治療ノ成績ハ、主トシテ癌腫ノ性質、發生部位及ビ手術ノ時期ニ關ス。又疼痛、出血、壓迫症狀、消化

管通過障礙等ノタメニ 部分的 剔出 ヲ行ヒ、或ハ 對症的手術
ヲ要スル場合少ナカラズ。例ヘバ食道癌腫ニ人工胃瘻術ヲ施シ、胃幽門癌
腫ニ胃腸吻合術ヲ行フガ如シ。

非手術的治療法。 手術不可能ナルモノニ施ス治療的處置トシテ
ハ「レントゲン」療法、「ラヂウム」療法ヲ行フ。又燒灼法ヲ施スコトアリ。
潰瘍ニ對シテハ清潔ヲ圖リ、防腐的的被覆繃帶ヲ施シ、惡臭性分泌ニ對シテ
ハ過酸化水素液罨法、「フォルマリン」液罨法、格魯兒亞鉛液塗布、燒灼法
等ヲ行フ。其他一般的對症療法ヲ施スベキノミ。

第三 皮膚及皮下疾病

一 「フルンケル」

「フルンケル」 Furunkel. (癰腫) ハ殆ンド常ニ葡萄狀膿菌ニヨリテ
發ス。

症候 皮膚ニ發赤ヲ生ジ、其中央ハ丘狀腫脹ヲ呈シ、疼痛アリ。兩三
日乃至數日ニシテ、尖頂部ニ膿點ヲ形成シ、次デ此膿點破潰シテ排膿ス。
炎症部ノ中心ニ於テ組織ノ一部壞疽ニ陥リテ所謂膿栓ヲ成セルモノガ此破
潰口ヨリ排却セラレルトキハ分泌自ラ止ミ腫脹消散シテ治癒ニ就ク。病竈
既ニ軟化シテ膿汁ヲ以テ充スルニ及ビ表皮尙ホ破レザルトキハ皮下膿瘍ヲ
形成スベシ。大ナル「フルンケル」ハ往往高熱ヲ發ス。經過中「フレグモー
ネ」・淋巴管炎・淋巴腺炎等ヲ繼發スルコトアリ。

口唇「フルンケル」 Lippenfurunkel. 口唇殊ニ上唇ニ發生セル
「フルンケル」ハ、亦尋常輕易ノ經過ヲトリテ短時日ニシテ治癒ニ就クコト
アルモ、此部ニ於テハ好シク廣ク周圍ニ互ル蔓延性浸潤ヲ形成シ、之レニ
ヨリテ唇縁ハ腫大突出シ、粘膜著シク外翻スルノ狀ヲ呈ス。斯クノ如キモ
ノニ於テモ、病機自ラ其進行ヲ停止シ、終ニ膿栓ヲ排出シ、腫脹從テ減退、
治癒ニ就クコトアルモ、其不良ノ經過ヲトルモノニ於テハ、廣ク周邊ニ栓
塞性靜脈炎ヲ繼發シ、頰部及ビ額骨部ニ互ル瀰蔓性化膿性炎症ヲ起シ、終
ニ眼窩「フレグモーネ」・肺炎・化膿性腦膜炎・靜脈竇炎等ヲ續發シ、又或ハ
膿菌性全身傳染ヲ繼發シテ不幸ノ轉歸ヲトルコト稀ナラズ。斯クノ如キ
ヲ惡性「フルンケル」 Maligner Furunkel ト謂フ。

一時ニ或ハ繼續的ニ多數ノ「フルンケル」ヲ發スルコトアリ。就中糖尿病
者ニ於テハ往往多發性「フルンケル」ヲ生ズ。腋窩ニハ汗腺「フルンケル」ヲ
好發ス。汗腺「フルンケル」ハ多發性ナルヲ常トシ、初メ小硬結ヲ形成シ

後チ中心ニ膿瘍ヲ作り、次デ自潰排膿ス。

療後 良。但シ口唇「フルンケル」ハ致命の危険ニ陥ルコトアリ。糖尿病者ノ「フルンケル」ハ治癒困難ナリ。

療法 炎症性浸潤ノ領域狭小ニシテ疼痛甚ダシカラザルモノニアリテハ、局部ノ刺戟ヲ避ケ、専ラ患部ノ安静ヲ圖リ、自然経過ニ委シテ能ク治癒ニ就クモノトス。此間ノ處置トシテハ、摩擦ヲ防ガンタメ硼酸軟膏、硼酸「ワゼリン」、單軟膏等ノ緩和軟膏ヲ貼用ス。又ビツク氏撒酸石鹼硬膏10%「イヒチオール」軟膏、水銀軟膏等ヲ賞用スルモノアリ。尙ホ又、冷罨法、濕布罨法及ビ吸引鐘ヲ用フル鬱血療法等試ミラル。膿點既ニ破レテ排膿ヲ開始セルモノニアリテハ、吸引鐘ヲ裝置シ、吸引シテ内容ヲ排除セシムルヲ可トス。之レ壓迫シテ排膿スルニ代フベキ良法ナリ。「フルンケル」ニ用フル吸引鐘ハ常ニ其直徑ガ病竈浸潤ノ直徑ヨリ大ナルモノヲ選ブベシ。

疼痛甚ダシク腫脹著大ナルモノニハ 切開法 Incision ヲ施ス。

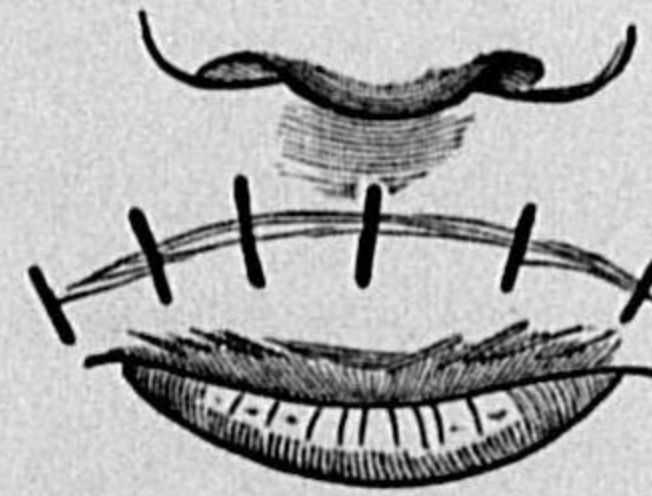
「フルンケル」ニ施ス切開ハ通例單純切開ニテ足ル。皮膚纖維ノ方向ニ切開スベシ。十字切開ハ病竈ヲ充分ニ開放シ得ル意味ニ於テ單切開ニ比シテ遙ニ優ル所アルモ、或部位ニ於テハ横徑切開創ノ哆開甚ダシク、後日肉芽治癒ニ甚ダシキ長時日ヲ要スルノ不利アリ。故ニ切開ニ當リテハ常ニ此點ニ顧慮シ、濫リニ十字切開法ヲ行フベカラズ。單切開ナルモ正確ニ中心ヲ貫キ且ツ長サト深サガ充分ニ行ハルルトキハ、可ナリ大ナル「フルンケル」ニ對シテモ、一刀ヲ以テ奏効確實ナルヲ得ベク、十字切開ハ著シク之レヲ制限シ得ベキナリ。「フルンケル」ノ發生後一定時ヲ經過セルモノニシテ、皮下ニ膿瘍(波動)ヲ形成セルモノニアリテハ、必ラズシモ大切開ヲ要セズ、内容ノ排除ニ足ルベキ小切開ヲ中央ニ加フルヲ以テ治癒ヲ期シ得ベシ。切開後、創腔創底ノ搔爬ヲ施スコトハ無用ニ屬ス。

口唇「フルンケル」ニアリテハ身體ノ安静ヲ命ジ、咀嚼運動ヲ禁ジ、談話ヲ避ケシムベシ。局處ニハ緩和軟膏ヲ貼用シ、全く無刺戟ニ之レヲ處置シテ自然経過ヲ待ツベシ。口唇ノ炎症性浸潤著シク、爲メニ腫脹甚ダシク疼痛劇烈ナルモノニアリテハ切開ヲ行フコトアリ。

口唇「フルンケル」切開法。 左示指ヲ口腔前庭唇粘膜下ニ挿入シ置キテ右手ニ刀ヲ取り、先ヅ唇縁ニ沿ヒ皮膚ニ水平ナル横切開ヲ加フ、此切開ハ腫脹ノ頂點ヲ過グベク、其兩端ハ共ニ浸潤領ヲ超エテ健康界ニ達スベシ。深サハ送入セル示指ヲ示導トシテ粘膜下層ニ及ブ。次デ之レト交叉スル縦徑切開ヲ加フ。此縦切開ハ「フルンケル」ノ尖頂ヲ過グル一條ヲ以テ足ルコトアルモ、口唇ノ全半或ハ全唇ノ大部分若シクハ全唇ニ互リテ腫脹ヲ呈セル如キモノニアリテハ2-3cmノ間隔ヲ以テ、2條以上ノ切開ヲ加フルノ要アリ。尙ホ蔓延甚ダシキモノニ於テハ、其外側ノモノヲ遠ク頬部若シクハ顎縁ニ延長セシムルノ必要ヲ見ルコトアリ。切開後ハ輕ク「タンボン」綿紗ヲ挿入シ、翌日或ハ第3日之レヲ除去シテ後チ反復スルコトナク、總テノ刺戟ヲ避ケ、殺菌硼酸水濕布ヲ以テ被覆スルニ止メ、自ラ排膿シテ腫脹ノ消散スルヲ待ツベシ。松井基一博士ハ浸潤ノ範圍ニ從ヒ頬部及ビ口唇ノ數箇所ニ短小ナル縦切ヲ行ハンコトヲ推奨セリ。(第43圖)

口唇「フルンケル」ノ切開後、却テ病勢ヲ加ヘ、剩ヘ危険ナル併發症ヲ誘發スルコト稀ナラズ、殊ニ不完全ナル切開ノ後ニ見ル所ナルモ、亦熟練ナル手ニヨリテ充分ニ手術ノ途ゲラレタル場合ト雖、時トシテ此不幸ナル轉歸ニ遭遇スルコト絶無ニアラズ。斯クノ如キハ是レ病勢既ニ制シ難キモノアリシニヨルト解シ得ザルニアラザルベキモ、亦直接切開ノタメニ誘發セラレル危険トシテ恐怖セラレルハ洵ニ故ナキニアラザルナリ。是レ口唇「フルンケル」ニ對シテハ、如何ナル場合ナルヲ問ハズ、常ニ非手術的ニ處置シ自然経過ニ委ヌルヲ以テ却テ失フコト

第 43 圖
上唇瘻ノ切開
(松井基一博士ニ據ル)



少ナシトナシ、待期的療法ノ利ヲ力説スルモノアル所以ナリ。此方針ニ從テ施サルル處置ハ油劑塗敷、緩和軟膏ノ貼用及ビ濕布罨法等トス。現今口唇「フルンケル」及ビ「カルブンケル」ニ對シテ、斯クノ如キ非手術的療法ノ利ヲ説クモノ多シ。

「フルンケル」ノ周圍ハ清潔ヲ圖リ、毛髮部ナルトキハ之レヲ剷除ス。殊ニ多發性「フルンケル」ニ於テハ近圍及ビ全身皮膚ノ清潔ヲ怠ルベカラズ。「フルンケル」發生ノ常習アルモノニハ全身浴ヲ推奨スベク、尙ホ頻繁

ニ肌衣ノ交換ヲ勵行セシムベシ。糖尿病者ニハ其療法ヲ行フ。糖尿病性多發性「フルンケル」ニ對シ、細尖ナル燒灼器ヲ以テ各「フルンケル」ノ中心ヲ穿刺スルノ法ヲ推奨スルモノアリ。

「フルンケル」ノ一般的處置トシテハ安靜ヲ主トシ、便通ヲ整へ、其他適宜對症療法ヲ施ス。葡萄狀球菌「ワクチン」ノ効ヲ唱フルモノアリ。

二 「カルブンケル」

「カルブンケル」Karbunkel (癰疽)ハ同時ニ數多ノ毛囊或ハ皮脂腺内ニ化膿菌ノ侵入スルニヨリテ發スル疾病ニシテ、殆ンド常ニ葡萄狀醗膿球菌ニ因リ、項部、背部、顔面等ニ好發ス。糖尿病者ハ本病ニ罹リ易シ。

症候 皮膚ニ疼痛性ノ腫脹ヲ起シ、表面發赤シ、中央ニ數個ノ丘狀隆起ヲ現ハシ、後チ此部ニ膿點ヲ生ズ。膿點ハ組織ノ壞疽ヲ伴ヘル化膿ヲ起セル部分ニシテ、此各膿竈ハ後互ニ連續シ、腫脹ノ中央ニ於テ皮膚一部ノ壞疽ヲ呈スルニ至ル。斯クノ如キ變化ハ好ンデ周圍ニ蔓延シ、炎症性浸潤ハ其領域ヲ進メ。膿點形成及ビ其部ノ膿潰ハ從テ其大ヲ加へ、療法宜シキ

ヲ得ザルトキハ背ノ大部ニ互リ、又ハ後頭及ビ後頸ノ全部ニ及ブガ如キ著大ナル發育ヲ遂グルニ至ルモノトス。

全身症狀トシテ熱アリ。本症ノ繼發症ハ淋巴管炎、淋巴腺炎、靜脈炎、腦膜炎、肺炎及ビ化膿菌ノ全身傳染等トス。口唇「カルブンケル」ノ症狀ハ「フルンケル」ノ條下ニ記載シタルガ如クニシテ一層劇烈ナリ。

診斷 疼痛性腫脹及ビ多數ノ膿點形成ニヨリ診斷セラル。但シ初期ニアリテ單ニ皮膚ノ浸潤性硬結及ビ發赤ヲ呈スルニ止マリ膿點ヲ現ハサザルトキハ、皮

第 44 圖
口唇「カルブンケル」



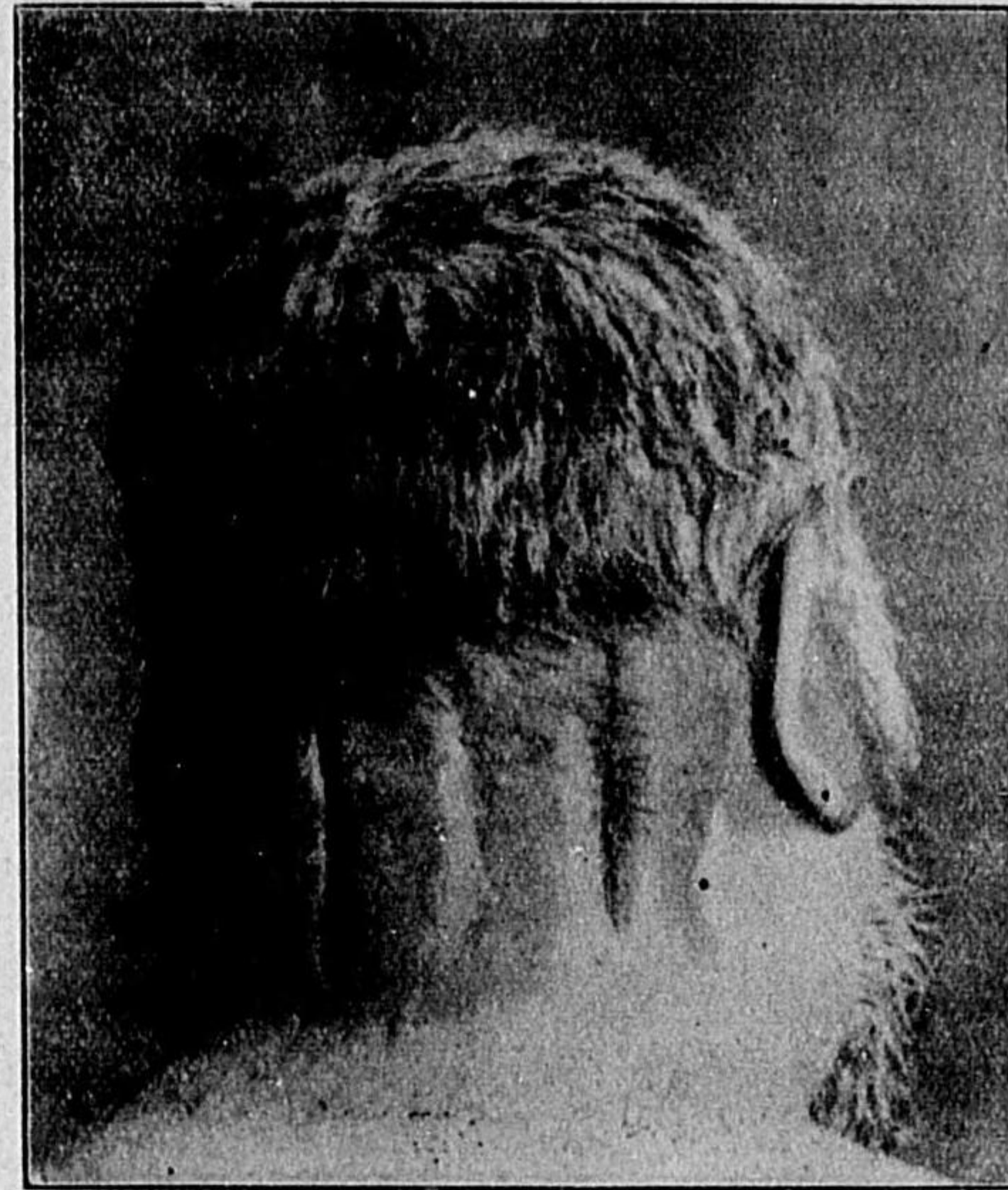
下「フ レ グ モ ー ネ」トノ鑑別困難ナルコトアリ。爾後ノ經過ニ注意セバ、之レヲ判別シ得ベキモ、其療法ニハ異ナリタル所ナク、共ニ切開法ヲ要スルモノナリ。又「カルブンケル」ニシテ、初メ唯一ノ丘狀腫脹部若シクハ膿點形成ヲ現ハセルトキハ一見「フルンケル」ト誤診スルコトアリ。

本症ハ糖尿病者ニ好發スルヲ以テ檢尿ヲ怠ルベカラズ。

豫後 早期ニ適當ノ療法施サルルトキハ概ネ良。無痛法「カルブンケル」殊ニ口唇「カルブンケル」ハ危険ナリ。糖尿病者ニ發スルモノハ蔓延シ易ク、治療困難ニシテ、豫後疑ハシ。

療法 早期ニ切開法ヲ施スベシ。無痛法ハ小ナルモノニハ局處麻酔法ヲ以テ足ルモ、廣汎性ノモノニアリテハ全身麻酔ニヨルヲ可トス。切開ニハ單縱切開、十字切開或ハ星芒狀切開等ヲ施ス。又横徑切開ガ創縁哆開甚ダシキヲ想ハシムル部位ナルトキハ、皮膚皺襞ノ方向ニ從テ2—4cmノ間隔ニ於テ3—4條ノ平行切開ヲ加フ。之レニヨリテ創縁ノ哆開ヲ制限シ、後チ肉芽治癒ノ經過ヲ短縮シ得ルノ利アリ。(第45圖) 又腫脹部ヲ繞ル蹄鐵形切開ヲ加へ瓣狀ニ翻轉セシメテ病竈ノ全部ヲ切除シ、後チ瓣ヲ整復シテ皮膚ノ大部分ヲ保全セシムル法アリ。

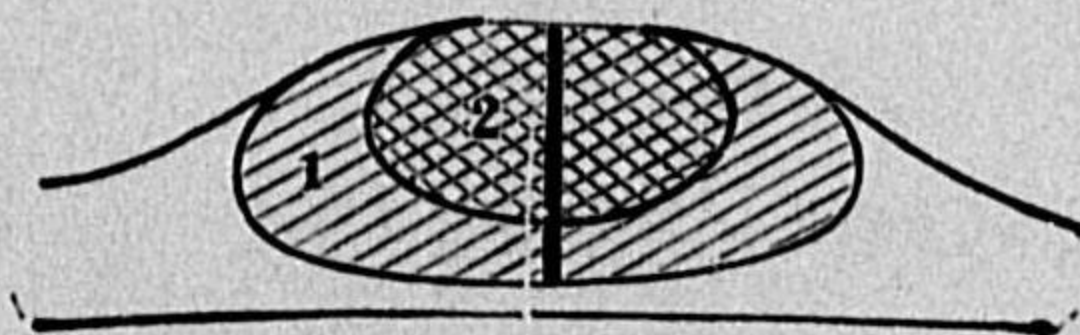
第 45 圖
項部ノ著大ナル「カルブンケル」
ニ施シタル四條ノ縱徑平行切開



「カルブネル」切開ノ注意。一切開ハ浸潤領ノ全徑ニ互リ且ツ必ラズ病竈ノ全層ニ及ブベシ。浸潤ノ全領域ヲ決スルニハ單ニ視診ニノミヨルベカラズ、必ラズ各線ニ於テ仔細ニ觸診ヲ施シ硬結部ノ境界ヲ定ムベシ。是レ病竈ノ領界ガ發赤部ヨリ大ナル事稀ナラザレバナリ。切開線ノ末端ハ常ニ此境界ニ達シ、或ハ之レヲ超ユベキモノトス。切開短キニ失スルトキハ、周邊ニ於ケル浸潤部ハ開放セラレズ、茲ヨリ更ニ蔓延進行スル不幸ヲ見ルベシ。深サハ切開創面ニ於テ化膿竈ノ断面ノ盡クルヲ以テ度トス。(第46圖)「カルブネル」膿竈ノ断面ハ中央ニ於テハ黃色ノ壞疽組織ヲ呈シ、周邊ニ於テハ散在性膿點ヲ見ル。二「カルブネル」切開ニ於テハ單純ナル切開ニ止メズ、常ニ切開創面ヨリ更ニ刀ヲ兩側ニ水平ニ加ヘ、深部ヨリ病竈ヲ切離スベシ。即チ十字切開ヲ行ヒタルトキハ、各瓣ノ尖頂ヲ鉤ヲ以テ舉上シ、刀或ハ刀剪ヲ以テ各瓣ヲ深部ヨリ剝離スベク、平行切開ヲ行ヒタルトキハ各中間皮下ニ刀ヲ送リテ此切開創ヲ連ネシム。三切開時出血ハ少ナカラザルヲ常トス、殊ニ創角ニ於テ甚ダシ。サレバ切開セントスルトキハ豫メ其方向長短及ビ數ヲ定メ、一度刀ヲ下スヤ迅速ニ之レヲ完了セシメンコトヲ圖ルベシ。切開スルニ從テ「ガーゼ、タンボン」ヲ挿入シテ壓抵シ、太キ血管ハ之レヲ結紮スベシ。但シ緊密ニ綿紗ヲ挿入シ且ツ壓抵スルトキハ結紮ハ之レヲ要セザルコト多シ。又燒灼法ニヨル止血ヲ推奨スルモノアリ。四後療法トシテ2—3晝夜ノ後「タンボン」綿紗ヲ除去シ、出血スルトキハ止血ノ目的ヲ以テ其部ニノミ之レヲ反復スベキモ、既ニ止血セルトキハ再ビ綿紗挿入ヲ行ハズ、單ニ周圍ヲ清拭スルニ止メ、毎日1—2回防腐ノ繃帶交換ヲ行フベシ、經過中、壞疽組織ハ漸次健康部ヨリ分界脫離シ、膿汁ト共ニ排除セラレ。其全部ガ除去セラレルトキハ、膿性分泌止ミ、清潔ナル肉芽創面ヲ呈スルニ至ル、此時軟膏療法ニ移リ得ベシ。

第 46 圖

「カルブネル」切開ノ深サヲ示ス
1 浸潤部 2 化膿セル部分



「カルブネル」ノ發病後既ニ若干ノ日子ヲ經過セルモノニシテ、病竈ノ蔓延停止シ、熱候ナク、疼痛既ニ止ミ、皮膚ノ發赤・緊張著シカラズ、中央ニ於テ膿點ノ集合ヨリ成ル

潰瘍ヲ呈シ、創底ニ於テ壞疽片ノ一部ガ遊離セルヲ目撃セルガ如キ状態ノモノナルトキハ、切開法ヲ要セズ、單ニ防腐ノ被覆繃帶ヲ施シテ自然經過ニ任スベシ。唯膿汁ノ潑溜スル部分アルトキハ、其部ノ開放ノタメニ局處麻痺ノ下ニ適宜小切開ヲ加フベシ。

口唇「カルブネル」ノ療法ハ口唇「フルンケル」ノ療法ニ倣フ。

全身療法トシテハ安靜ヲ命ジ、緩下劑ヲ投ジ、又適宜鎮痛劑、解熱劑等ヲ處スベシ。葡萄狀膿球菌「ワクチン」ノ注射ヲ推奨スルモノアリ。糖尿病者ニアリテハ其療法ヲ嚴行ス。

三 皮下「フlegモーネ」

皮下「フlegモーネ」Subcutane Phlegmone. (皮下蜂窠織炎)ハ各種ノ膿性菌、就中葡萄狀球菌及ビ連鎖狀球菌ニヨリテ發ス。細菌ノ侵入ハ或ハ直接ニ當該部ノ損傷ヨリシ、或ハ濕疹、膿疱疹、「フルンケル」、「カルブネル」丹毒等ノ皮膚ノ化膿性疾患若シクハ筋炎、筋間結締織炎、腱鞘炎、骨膜炎、骨髓炎、化膿性淋巴管炎、靜脈炎、淋巴腺炎、唾液腺炎、淚囊炎等ノ深部化膿性疾患ヨリ蔓延シ、或ハ又遠隔部ノ化膿セル創傷若シクハ化膿性疾患ノ膿竈ヨリ血行轉移ヲ營ムニヨリテ生ズ。

症候 急ニ發シ、急ニ進行スル皮膚ノ疼痛性腫脹ヲ起ス。熱アリ、熱ハ發病ニ伴ヒテ急ニ發スルヲ普通トシ、往往惡寒ヲ前驅ス。熱ハ病勢ノ輕重ニヨリ、輕易ニシテ患者之レヲ意ニ介セザルコトアリ、或ハ高熱稽留シ又ハ著明ノ弛張熱ヲ呈スルモノアリ。重症ニアリテハ迅速ニ衰弱ス。

局處症狀 ハ病原菌ノ種類及ビ發生部位ノ解剖的關係ニ從テ一ナラザルモ、一般ニ腫脹部ノ皮膚ハ發赤シテ緊張シ、灼熱アリ、往往廣ク周圍ニ浮腫狀腫脹ヲ現ハス。時トシテ化膿ヲ營マズ、單ニ漿液性浸潤ヲ呈スルニ止マリ、發赤、腫脹、周圍ノ浮腫等ハ漸次消散シテ治癒ニ就クコトアルモ、(漿液性「フlegモーネ」Seröse Phlegmone) 多クハ遂ニ化膿シテ膿性滲出物ノ組織内浸潤ヲ來シ、次デ廣汎性或ハ散在性皮下膿瘍ヲ形成スルニ至ルモノトス。(化膿性「フlegモーネ」Eiterige Phlegmone) 又化膿ト同時ニ

皮下組織ノ廣汎性壞疽ヲ起スモノアリ。(壞疽性「フレグモーネ」 Nekrotisierende Phlegmone) 尙ホ腐敗菌ノ混合傳染ニヨリテ瓦斯ヲ生ジ蔓延性腐敗性壞疽ヲ呈スルモノアリ。(腐敗性「フレグモーネ」 Putride Phlegmone) 皮下組織廣ク壞疽ニ陥ルトキハ皮膚自己モ亦壞疽ニ陥リ、初メ充血發赤セルモノ、汚穢黃色若シクハ暗褐黑色ニ變ジ、終ニ健康部ヨリ分離スルニ至ル。此壞疽皮膚ヲ除去スルトキハ其下層ニ汚穢黃色ヲ呈スル壞疽結締織アリ、濃厚膿汁ト混ジテ遠ク周圍皮下ニ及ベルヲ見ルベシ。

「フレグモーネ」ニシテ早期ニ其蔓延ヲ停止シ、限局性膿瘍ヲ形成スル傾向アルモノヲ限局性化膿性「フレグモーネ」ト稱シ、反之、迅速ニ周圍ニ蔓延スル傾向アルモノヲ蔓延性「フレグモーネ」ト謂フ。連鎖狀球菌ニヨルモノハ多クハ蔓延性化膿ヲ呈ス。糖尿病患者、衰弱者等ニアリテハ蔓延シ易ク、挫滅創ノ化膿ハ屢蔓延性蜂窠織炎ヲ誘發ス。劇症ニアリテハ足部ニ起リテ下腿、大腿ニ及ビ、手部ニ起リテ全上肢ニ蔓延スルガ如キモノアリ。

皮下「フレグモーネ」ハ繼發的ニ深部組織間結締織炎、筋炎、腱鞘炎等ヲ起シ、又骨關節ニ炎症ヲ波及スルコトアリ。好ンデ淋巴管炎・淋巴腺炎ヲ續發シ、又栓塞性靜脈炎ヲ誘發ス。尙ホ血行轉移ニヨリテ遠隔部ニ化膿病竈ヲ形成シ、又全身の化膿菌傳染ニ陥ルコトアリ。

診斷 熱發、局部症候及ビ急性經過ヲ以テ診斷ス。蔓延性腫脹ノ或一局部ニ於テ特ニ觸痛壓痛ノ著明ナル部分アルハ化膿ノ徵候ト認ムベク、又熱候長ク持續スルトキハ蓄膿ヲ疑フベシ。觸診上波動ヲ證明シ、試験的穿刺ニヨリテ膿ヲ得ルトキハ化膿ノ診斷確實ナリ。「フレグモーネ」ノ診斷ニ當リテハ皮下原發性ナルカ、或ハ筋骨其他深部ノ化膿病竈ヨリ蔓延セルモノナルカノ區別ヲ明カニスベシ。發育盛ニシテ炎症ヲ伴ヘル惡性腫瘍、動脈瘤ノ炎症ヲ伴ヘルモノ等ト誤診セル例アリ。

豫後 不定。1. 細菌ノ毒力、2. 部位、3. 適當ナル治療法施行ノ遲速等ニ關ス。早く其發育ヲ停止スル限局性傾向アルモノハ良、迅速蔓延性ノモノハ全身の傳染ヲ發スルノ危險多シ。一般ニ早期ニ於テ適當ナル療法施

サルルトキハ良ナリ。即チ其治療日數ヲ短縮シ、其蔓延ヲ頓挫セシメ、其全身の危險ヲ防止シ得ルモノトス。頭部顔面ノ「フレグモーネ」ハ急性化膿性腦膜炎、靜脈竇炎等ヲ併發スルノ憂アリ。頸部「フレグモーネ」ハ縱隔竇炎ヲ續發シ、又聲門水腫ヲ發スル虞アリ。

療法 切開法ヲ施スベシ。切開ニヨリテ、局部症候緩解シ、熱候從テ去リ、分泌物ハ漸次稀薄トナリ、其間壞疽組織片ハ脱落除去セラレ、代ルニ創腔ハ肉芽ヲ以テ充サルルニ至リ、終ニ瘻痕形成ノ下ニ治ニ就クモノトス。切開ハ廣汎性ノモノニアリテハ全身麻酔ノ下ニ行フベシ、小局部ノ者ニアリテハ局處麻酔法ニ於テス。

「フレグモーネ」切開ノ注意。一 切開ノ深サハ充分病竈ニ達セザルベカラズ。二 切開ノ長サハ浸潤ノ全長ニ適スルヲ以テ最モ確實トナス。但シ其領域著大ナルトキハ2箇所或ハ數箇所ニ於テス。既ニ膿瘍ヲ形成セルモノハ内容排除ニ充分ナル程度ノ小切開ニテ足ル。三 切開ノ方向ハ身體ノ各部位ニ從ヒ治後癢痕變縮ヲ避ケ得ル方向ヲ選ブベシ。四 血管神經ノ經過ニ注意シテ之ヲ保護ス。五 出血アルトキハ血管結紮法、周圍括約結紮法等ヲ行ヒテ嚴ニ止血シ、尙ホ實質性出血ニ對シテハ綿紗「タンボン」ヲ挿入ス。

切開法ノ後處置。分泌物誘導ノ目的ヲ以テ綿紗ヲ挿入ス。病竈深大ナルトキハ排膿護謨管ヲ要スルコトアリ。翌日ヨリ毎日1回、排膿甚ダ多キトキハ1日2回繃帶交換ヲ施ス。排膿護謨管ハ分泌物多量ナル間ハ之ヲ留置スベキモ、既ニ分泌物減少シ、創面ノ肉芽發育セルトキハ猶豫ナク之ヲ除去シ、單ニ切開創裂ニ輕ク綿紗片ヲ挿入スルニ止ムベシ。綿紗條ノ挿入ハ初メヨリ單獨ニ用ヒタルトキモ、又護謨管除去後使用セルトキモ、常ニ緊密ニ過ギテ却テ分泌物ノ排泄路タル切開口ヲ栓塞スルノ弊ヲ避ケザルベカラズ。分泌物漸次減少シ且ツ稀薄トナリ、終ニ漿液性トナルニ及ビテハ、成ルバク早く之ヲ廢スベシ。護謨管及ビ綿紗條使用ノ時期長キニ過グルトキハ、創腔肉芽ノ發生及ビ創緣皮膚ノ接近ヲ妨ゲ、徒ニ治癒ヲ遷延セシムルノ不利ニ陥ルモノトス。

廣キ皮膚缺損ヲ殘セルトキハ、周圍ニ全ク炎症性浸潤ヲ止メズ、且ツ肉芽ハ浮腫、滲濁、汚斑等ヲ呈スルコトナク、極メテ清潔ニシテ、稀薄漿液ノ分泌アルニ止マリ、既ニ周邊ヨリ肉芽面ニ向ヒ皮膚ノ新生ヲ開始セルノ時期ニ當リ皮膚補形の縫合法又ハ植皮術ヲ施シテ之レヲ閉鎖シ、以テ治癒ノ促進ヲ圖リ且ツ癢痕學縮ニヨル醜形又ハ機能障礙等ノ後貽ヲ防グベシ。殊ニ關節部ニ於テハ一層此注意ヲ必要トス。

肢節ノ蔓延性「フレグモーネ」ニシテ、其破壊著シク、皮膚ノ大部缺損、筋腱・骨膜壞疽ノ合併等ノタメニ之レガ保存ノ望少ナク、且ツ全身の傳染誘發ノ危險アルトキハ切斷術ヲ要スルコトアリ。充分ナル切開ノ後2晝夜以上ヲ經テ、局處症狀ノ著シク輕減セルニモ拘ハラズ、尙ホ解熱ノ傾向ナキモノハ爾他ノ部分ニ於ケル轉移膿窟ノ形成或ハ全身の傳染ニ疑ヲ置クベシ。

切開法ハ本症ノ何レノ時期ニ於テモ之レヲ施スベキモ、唯其初期ニシテ、單ニ漿液性炎症性浸潤ヲ呈スルニ止マリ、化膿否定セラレ且ツ全身の症狀顯著ナラザルモノニアリテハ、尙ホ若干時間ノ猶豫ヲ與フルモ不可ナラズ。是レ皮下蜂窠織炎ハ往往化膿スルニ至ラズシテ吸收セララルコトアレバナリ。勿論此期間ニ於テハ一般狀態及ビ局處症狀ニ就テ特ニ精細ニ觀察シ、若シ炎症漸次蔓延シテ疼痛増劇シ、熱愈高キトキハ切開ヲ施スベシ。消炎療法トシテハ、患部ノ安靜及ビ高舉ヲ必要トシ、尙ホ罨法其他ノ消炎法ヲ試ム。

全身のニハ安靜ヲ命ジ、對症的處置ヲ施ス。連鎖狀球菌ニヨルモノニハ該菌血清ヲ注射ス。其他適宜一般消炎藥ヲ試ムベシ。

四 醗膿菌性皮下膿瘍

醗膿菌性皮下膿瘍 Der pyogene subcutane Abscess. ハ急性醗膿性炎症ノ膿汁ガ皮下ニ滯溜セル狀態ノ謂ニシテ種種ナル原因ノ下ニ形成セララル皮下「フレグモーネ」ニ發シ、又筋、骨、關節、淋巴腺、唾液腺、其他深在部化膿病窟ノ膿汁ガ皮下ニ達シテ茲ニ膿瘍ヲ生ゼシムルコトアリ。外傷性皮下血腫ハ化膿菌ノ侵襲ヲ被リテ本症ニ變ズルコトアリ。醗膿菌ノ血行轉

移ハ往往多發性皮下膿瘍ヲ發生ス。

症候 腫脹、皮膚緊張、潮紅、疼痛、灼熱、波動及ビ熱等トス。皮膚ハ膿瘍ノ中央ニ於テ漸次菲薄トナリ、且ツ暗褐色ヲ呈スルニ至リ、放置スルトキハ終ニ破潰シテ膿汁ヲ漏泄ス。膿瘍淺小ナルモノハ斯クノ如クシテ内容自ラ排却セラレ、創孔自然ニ閉鎖シテ治ニ就クモ、大ニシテ且ツ厚キ皮膚層ヲ被フモノニアリテハ、容易ニ皮膚ノ穿破ヲ來サズ。又自潰シテ該創口部ヨリ排膿アルトキニ於テモ、其排泄不充分ニシテ内容尙ホ滯溜スルトキハ、長ク自然治癒ノ傾向ナク、放置スルトキハ廣大ナル皮膚壞疽ヲ招キ、又更ニ周圍ニ化膿性炎症ノ蔓延ヲ惹起スルコトアリ。又屢淋巴管炎及ビ淋巴腺炎ヲ繼發ス。

診斷 波動ノ觸知及ビ試験的穿刺法ニヨル膿汁ノ證明ヲ以テ診斷ス。波動ノ有無ヲ檢センニハ腫脹部ノ皮膚ニ於テ二箇所ニ二指ノ指腹ヲ貼シ、一指ハ之ヲ安置シ、他指ヲ以テ輕キ衝突の壓迫ヲ加ヘ、前指ニ波動ノ感ヲ觸ルルニアリ。淺在性ノモノニアリテハ通例明確ニ診斷シ得ルモ、深在性ニシテ小ナルモノハ其觸知困難ナリ。又膿瘍ノ内容充盈シ且ツ周圍ノ浸潤著シク硬固ナルトキハ之レヲ觸知シ難キコトアリ。疑ハシキトキハ試験的穿刺 Probepunktion ヲ施シ膿汁ノ有無ヲ檢スベシ。試験的穿刺ヲ行フニハ通例硝子製小注射器ヲ以テス。今穿刺針ヲ刺入シ、針尖膿瘍腔ニ達スルトキハ抵抗俄ニ減ズ、此時注射器ノ吸子ヲ牽引ス、若シ膿汁アレバ筒中ニ吸引セララルヲ目撃スベシ、但シ甚ダ濃厚ナルトキハ膿汁存スルモ筒中ニ吸出セラレザルコトアリ。此疑アルトキハ拔去後注射針管中ニ膿汁ノ存否ヲ檢スベシ。膿汁ハ多數ノ膿球ヲ含ミ且ツ化膿菌ヲ證明ス。

鑑別、 1. 微毒性皮下膿瘍 ハ皮膚潮紅シテ波動アルモ、其初メ無痛性硬結ヲ生ジ、内容漸次軟化シテ形成セララルモノニシテ、經過緩慢、熱候ナク、膿汁ヲ鏡檢スルニ無構造ニシテ、醗膿性細菌ヲ認メズ、單發スルコト稀ナリ。尙ホ既往ノ微毒症狀及ビ現在ノ爾他ノ微毒性證徴ニ注意ス。 2. 結核性皮下膿瘍 ハ結核性淋巴腺炎ニ繼發シ、又流注性寒性膿瘍ノ皮下到達ニヨリテ生ズ。亦皮膚變色ヲ來シ、波動ヲ呈スルニ

至ルモ、初メ無痛性ニシテ經過緩慢、淋巴腺、骨等ノ原病竈ヲ證明シ、内容中乾酪様物ヲ含有スルコト等ニヨリテ區別ス。

豫後 速ニ局限膿瘍ヲ形成スル化膿性炎症ノ病原菌ハ繁殖力及ビ毒力ノ比較的微弱ナルモノナリ、從テ本症ハ良性ナリト謂フベキモ、長ク放置セラレトキハ、或ハ再ビ蔓延性「フレグモネ」ヲ起シ、或ハ化膿性淋巴腺炎ヲ續發シ、或ハ血行轉移ニヨリテ遠隔部ノ皮下膿瘍、筋炎、骨髓炎等ヲ發シ、又全身の膿菌傳染ノ危險ニ陥ル虞ナキニアラズ。

療法 切開排膿ス。

膿菌性皮下膿瘍ノ切開。無痛法ハ「クロールエチール」冷却法若シクハ麻痺藥注射法ニヨル。切開ノ大小ハ膿腔ノ大小深淺ニ從ヒテナラズ。一般ニ淺在性膿瘍ハ小切開ヲ以テ足り、深在性ノモノハ切開ノ大ヲ要ス。顔面、頸部等ニ於テハ、美容ノ關係上、創口ノ小ヲ圖ルノ要アリ、即チ初メ其一部ニ小切開ヲ施シテ排膿シ、若干日術後ノ經過ヲ觀察シ、漸次分泌物減少、腫脹浸潤消散スルトキハ以テ治ヲ期スベク、若シ又膿汁排泄充分ナラズ、進ンデ炎症蔓延ノ狀アルトキハ於テ是ニ二次的ニ開大スベシ。著大ナル膿腔ニアリテハ初メ一箇ノ切開ヲ加ヘ、別ニ對孔ノ造設ヲ要スルコトアリ。

後療法。淺小ナルモノニアリテハ切開後小ナル綿紗「タンボン」ヲ施シ、一晝夜ノ後之レヲ除去ス。大ナルモノ及ビ深在性ノモノニ於テハ兩三日綿紗條ノ挿入ヲ反復シ、切開口ノ閉鎖ヲ防グベシ。但シ既ニ分泌物稀薄漿液性トナルニ及ビテハ綿紗ノ挿入ヲ行ハズ、創腔ヲ開放シ、單ニ防腐的綿帶材料ヲ以テ被覆スルニ止メ、以テ肉芽ノ創腔充塞及ビ兩創緣皮膚ノ接近ヲ自由ナラシム。肉芽發生過剰ナルトキハ硝酸銀桿ヲ以テ腐蝕シ、或ハ黑軟膏ヲ應用ス。

五 皮下護謨腫

症候 皮下ニ無痛性硬結ヲ生ジ、漸次發育シ、後チ軟化シテ波動ヲ呈スルニ至ル。皮膚ハ初メ異常ナキモ、後チ浸潤發赤シ、終ニハ一部分壞疽ニ陥リ、破壊シテ潰瘍ヲ形成ス、多クハ多發シ、單發スルコト稀ナリ。下肢及ビ顔面ニ好發ス。

診斷 既往症、多發性、好發部位、無痛性硬結及ビ其續發的軟化、特

徴アル護謨腫潰瘍等ヲ以テ診斷ス。潰瘍ハ圓形或ハ類圓形ニシテ輕度ノ皮下彎入ヲ呈スル銳利ナル緣ヲ呈シ、底面ハ深クシテ汚穢灰黃色ノ壞疽狀物ヲ有ス。治癒ニ就クヤ健康ナル肉芽ヲ生ジ、次デ癩痕ヲ形成ス。往往一部ハ既ニ癩痕形成アルモ一部ハ反テ増進崩壞シ、爲メニ腎臟形或ハ鎌狀潰瘍ヲ呈スルコトアリ。ワッセルマン氏反應検査、診斷的驅膿法等ヲ必要トス。

鑑別 單發性ノモノハ局限皮下「フレグモネ」、放線狀菌病及ビ癌腫等ト誤ルコトアリ。多發性ノモノハ結核、多發性皮膚肉腫、結節性紅斑、癩結節等ト鑑別ヲ要ス。

療法 全身驅膿法ヲ施ス。局處の療法トシテハ水銀膏劑ノ應用、蓄膿ノ切開、潰瘍ノ搔爬、癩痕ノ補形手術等トス。

六 粉瘤

粉瘤 Atherom. ハ皮膚分泌物ノ潴溜ニヨツテ形成セラレル潴溜性囊腫ノ一種ニシテ、頭部・顔面・頸部・臀部等ニ好發ス。

症候 皮下ニ存スル無痛性球形弾力性腫瘤ニシテ、扁平丘狀或ハ著明ノ半球形腫脹ヲ現ハス。能ク移動スルモ皮膚ハ腫瘤上ニ移動セズ。之レヲ被ヘル皮膚ハ或ハ全ク變化ナク或ハ又毛細血管擴張ヲ見ルコトアリ。腫瘤

ハ周圍トノ境界著明ニシテ、豌豆大蠶豆大梅實大等ノモノ多ク、又鷲卵大或ハ手拳大等ニ達スルコトアリ。炎症ヲ起ストキハ疼痛ヲ發シ、腫脹頓ニ増加シ皮膚發赤ス。化膿スルトキハ波動ヲ觸ルルニ至リ、化膿セル粉瘤自潰スルトキハ糜粥狀内容物ヲ混ゼル膿汁ヲ漏ス。此際囊壁壞疽ニ陥リテ脱落スルトキハ自然治癒ヲ營ムコトアリ。

療法 局處麻痺法ノ下ニ剔出術ヲ施ス。

粉瘤ノ剔出 圓刃刀、小型反剪刀、

第 47 圖
耳前粉瘤



有鉤「ピンセット」1對、1對ノ小創鉤、コツヘル氏動脈鉗子2—3、把針器、縫合針及ビ絹絲ヲ準備ス。皮膚ヲ酒精ニテ清拭シ、尙ホ「ベンチン」又ハ「エーテル」ヲ以テ拭淨シ、5%沃度丁度ヲ塗布ス。腫瘤ハ觸診ニヨリテ豫メ其限界ヲ明ナラシムルヲ要ス。先ヅ切開ヲ加ヘントスル線ニ於テ、皮膚ニ淺ク注射麻痺法ヲ施シ、次デ腫瘤基底ノ全周ニ及ブ皮下浸潤麻痺法ヲ加フ。皮膚切開ハ腫瘤ノ頂點ニ於テ直線ニ或ハ基底ニ於テ半環狀ニ加フ。顔面ニアリテハ特ニ美容的考慮ヲ要シ、皮膚切開ハ成ルベク小ナルヲ望ム。既ニ皮膚ヲ切開スレバ注意シテ剪刀ヲ用ヒ、皮膚ヲ腫瘤ヨリ剝離シ、一方腫瘤ヲ深部ヨリ分離シテ其全部ヲ抽出ス。此際腫瘤ト周圍壁トノ境界甚ダ著明且ツ鬆粗ニシテ剝離シ易ク剔出容易ナルコトアルモ、往往粉瘤壁ト周圍トノ癒合甚ダ緊密ニシテ、剪刀尖ノ運用ニ困難アリ、爲メニ期セズシテ壁ノ一部ヲ破ルコトアリ、然ルトキハ内容一部漏泄セララルガタメ、粉瘤壁弛緩シ爾後ノ手術ニ不便ニシテ、屢壁ノ一部分残留スルルコトアリ。壁ノ殘存アルトキハ後日再發ヲ免カレザルヲ以テ、若シ壁ヲ傷ケントキハ充分此點ニ注意シ、必ラズ全部ノ抽出ヲ果サザルベカラズ。出血ハ通例甚ダシカラズ、要アラバ結紮ス。創縁ヲ結節縫合ヲ以テ閉鎖シ、壓抵繃帶ヲ施シ或ハ「コロヂウム」繃帶ヲ行フ、頭部顔面ニ於テハ既ニ4—5日ニシテ拔絲ス。

化膿セルモノハ先ヅ切開シテ内容ヲ排除シ、後日炎症全ク去ルニ及ビ改メテ全剔出術ヲ行フベシ。

七 皮膚癩痕

皮膚癩痕 Hautnarbe. ハ火傷、創傷及ビ皮膚ノ破開或ハ缺損ヲ來ス總テノ疾病ノ治癒スルニ當リテ形成セララル。

症候 表面滑澤ニシテ平坦或ハ多少隆起セル硬固ノ部分アリテ健康皮膚ノ間ニ介在ス。色澤ハ血管ニ富ミテ赤色ヲ呈シ或ハ血液乏シクシテ蒼白色ヲ呈スルコトアリ、往往癩痕ニ向ツテ周圍皮膚ノ皺襞形成ヲ見ル。癩痕ハ淺ク皮膚ニ止マルモノアリ、又ハ皮下ニ及ブモノアリ、其淺在性ノモノハ移動性ナルモ、深ク深部組織ニ癒著セルモノニアリテハ移動セズ。癩痕ハ夫レ自己ガ醜形ヲ印スルノミナラズ、又癩痕性眼瞼翻轉、口唇翻轉、斜頸、肢節運動障礙等ノ原因ヲナス。癩痕ハ醜形ノタメ或ハ癩痕攣縮ニヨル

機能障礙ノ故ニ醫療ヲ需ムモノトス。

療法 癩痕形成ノ豫防ニ就テノ必要ナル項目次ノ如シ。

豫防法 一 第三度火傷ハ最も多ク大ナル皮膚癩痕ノ原因ヲナスモノナレバ、壞疽片已ニ脫離シ肉芽面ヲ呈スレバ適當ナル時期ニ植皮術若シクハ皮膚補形術ヲ加フベシ。大ナル皮膚缺損ヲ有スル創傷ノ肉芽性治癒ヲ營ム場合モ亦同ジ。二 皮下或ハ深部化膿性疾患ノ切開術ヲ施スニ當リテハ、各身體部分ニ從テ其切開ノ方向ニ注意シ、癩痕收縮ニヨル異常ノ皺襞形成、機能障礙等ノ後貽ヲ防グベシ。三 肢節屈伸部、頸部等ニ癩痕ヲ貽スベキ肉芽面アルトキハ、全然癩痕形成ヲ終ルマデ副子ヲ裝置シ或ハ自他動的運動ヲ行ヒ、攣縮ニヨル機能障礙ヲ豫防スベシ。此種ノ場合ニ於テハ、特ニ植皮術若シクハ皮膚補形手術ヲ必要トス。四 相對セル身體面ニ肉芽創面アルトキハ、兩者ヲ個個ニ纏包繃縛シ、或ハ兩者ノ中間ニ綿紗ヲ挿ミテ離隔セシメ兩面ノ癒著スルヲ防グベシ。例ヘバ指ト指、上膊ト側胸ノ對面ニ肉芽創アル如キ場合ナリ。

癩痕ノ小ナルモノハ單純ニ之レヲ切除シテ創縁ヲ縫合スルヲ以テ足ルモ、稍大ナルモノニアリテハ切除後皮膚缺損部ニ對シテ補形的手術ヲ施シ或ハ即時若シクハ二次的ニ皮膚移植ヲ施スベシ。

第 48 圖
頭部火傷後ノ癩痕



癩痕手術ノ注意 一 癩痕ハ其全大層ヲ除去スルヲ要ス、即チ切開線ハ癩痕ヲ境セル健康皮膚領ニ於テスベク、深サハ癩痕下ニ存スル健康組織(癒著ナキ皮膚癩痕ニアリテハ皮下脂肪組織)ニ達スベシ。癒著アルトキハ其深層組織(骨筋肉等)ヨリ剝離シテ除去ス。二 切除後兩創縁ヲ充分接著セシムルヲ要スルヲ以テ、著シキ緊張ナク接著シ得ルマデ、刀腹或ハ剪刀ヲ以テ、兩創縁ノ皮下ヲ剝離ス。之レヲ行フモ尙ホ緊張甚ダシキトキハ皮膚補形手術ノ適應症ナリ。三 縫合ヲ施スニ當リテハ兩側縁ノ正シキ接合ニ注意ス。特ニ顔面ニアリテハ細キ縫合針ト細キ絲ヲ選ビテ之レヲ縫合ス。

癩痕性皺襞ノ除去、機能障礙ノ矯正等ニハ補形術或ハ植皮術ヲ應用ス。此

場合ニハ全瘻痕ヲ切除スベキコトアルモ往往全部或ハ部分的ニ之ヲ保留シ、單ニ緊張部ニ切開ヲ加ヘ、茲ニ生ズル哆開創面ニ向テ補形術或ハ植皮術ヲ加フベキコトアリ。特ニ瘻痕面ノ廣大ナルトキハ此方法ヲ選ブベシ。

瘻痕切除及ビ補形手術ハ醜形ノ矯正、機能障礙ノ除去ヲ目的トスル故ニ最モ嚴ニ防腐法ヲ守リ、必ラズ第一期癒合ヲ期セザルベカラズ。不幸ニシテ化膿スルトキハ管ニ目的ヲ達セザルノミナラズ、其醜形及ビ障礙ヲシテ一層大ナラシムルモノナリ。著シク高度ナラザル皮膚ノ瘻痕性攣縮ニヨル機能障礙ハ忍耐ナル規則正シキ自他働的運動即チ體操法、按摩法等ニヨリテ除キ得ル望アリ。尙ホ本篇第六中「攣縮」ノ條下ヲ参照スベシ。

八 象 皮 病

象皮病 Elephantiasis. ハ淋巴液鬱滯、靜脈還流障礙等ノ循環障礙、反復性皮膚丹毒、慢性濕疹、下腿潰瘍、皮膚黴毒、皮膚結核等ノ慢性炎症、及ビ寄生蟲(血中絲狀蟲)等ニヨリテ起ル。又先天性ノモノアリ。下肢、陰囊、陰莖、大陰唇等ニ好發シ、又眼瞼、口唇等ニ生ズ。

症 候 皮膚肥厚ス、其狀或ハ均等瀰蔓性ノコトアリ、或ハ凸凹不平ニシテ皺襞若シクハ陷凹ヲ呈シ、又一部分腫瘍狀ヲナスコトアリ。肥厚セル皮膚ハ硬固ナルコトアリ柔軟ナルコトアリ、下層結締織モ亦肥厚シテ固ク癒著スルヲ以テ、皮膚ヲ指間ニ撮起スル能ハズ。往往色素沈著、結痂、糜爛、濕疹、輝裂、潰瘍、乳嚙性増殖等ヲ呈ス。循環障礙ニヨルモノハ浮腫ヲ伴フ。經過甚ダ緩慢ニシテ漸次ニ増進ス。往往間歇的ニ皮膚ノ炎症ヲ起シ、發作ニ從テ益増悪スルモノアリ。

豫 後 生命ニ直接ノ危険ナキモ治癒シ難シ。其原因ニシテ早期ニ除去セラレルトキハ治癒ニ就クコトアリ、例ヘバ靜脈ノ鬱滯ニヨルモノニシテ其原因ノ除カルル如キ場合トス。

療 法 患部高舉、按摩法、壓迫繃帶等ヲ試ム。患部輸入血管主幹ノ結紮試ミラルルモ其効果疑ハシ。創傷、糜爛、潰瘍等ノ發生ニ對スル豫防的

注意ヲ要ス。手術的ニハ腫瘍狀發育部ノ切除、皮膚ノ部分的紡錘狀切除、全陰囊ノ切斷等施サル。蔓延性「フレグモーネ」ノ繼發、廣汎性慢性潰瘍等ノタメニ一肢ノ切斷ヲ要スルコトアリ。

九 皮 膚 癌 腫

皮膚癌腫 Hautkarzinom ハ多ク扁平上皮癌ニシテ、稀ニ皮膚腺ヨリ發スル腺上皮癌アリ。最モ屢 顔面ニ發シ、尙ホ頭部、項部、耳輪、外聽道、外生殖器、四肢、臍等ニ生ズ。健康皮膚ニ發スルコトアリ、又先天性或ハ後天性ノ病的變化アル皮膚ニ發スルコトアリ。即チ疣贅、乳嚙腫、皮角、毛囊・皮脂腺・汗腺等ノ肥大、粉瘤、皮膚樣囊腫、慢性濕疹、微毒性若シクハ結核性潰瘍、色素性乾皮症等ノ慢性皮膚病、並ニ皮膚瘻痕、慢性瘻孔及ビ反復シテ外傷性刺戟ヲ被ル皮膚等ヨリ生ズ。

第 49 圖
扁 平 皮 膚 癌
(nach Lexer)



症 候 一 扁平表在性ノモノハ其隆起著シカラズ、潰瘍縁ハ狹小ニシテ硬固ナル堤防狀ヲナシ多少ノ皮下嚙入ヲ呈スルコトアリ。潰瘍面ハ不正ニシテ出血シ易ク、往往痂皮ヲ以テ被ハレ、瘻痕ヲ形成スル傾アリ。斯カル種類ノ皮膚癌ハ頭部及ビ顔面ニ好發シ、無痛性ニシテ發育甚ダ緩慢、不規則ニ周圍ニ向テ蔓延ス。淋巴腺轉移ヲ起スコト遅ク血行性轉移ヲ起スコト甚ダ稀ナリ。二 深在侵蝕性ノモノハ顔面就中鼻部・眼瞼・口唇等ニ好發ス。皮膚腺ヨリ發シ、又扁平表在性型ノ皮膚癌ヨリ移行スルコトアリ。初メ小圓形結節ヲ生ジ、後チ潰瘍ヲ形成

シ、周圍及ビ深部ニ向テ迅速ニ蔓延ス。往往劇痛アリ。潰瘍底ハ硬固不規則ニシテ龜裂様間隙、噴火口様陷凹等ヲ形成シ、深部ト癒著シ、境界明カナラズ、潰瘍縁ハ種種ナル廣狹高低ヲ有スル硬固ニシテ不規則ナル堤防狀隆起ヲ呈ス。潰瘍ハ出血シ易ク、分泌物ハ腐敗性ニシテ惡臭アリ。潰瘍底ノ癌組織ハ突隆シテ結節狀或ハ乳嘴狀ヲ呈シ、時トシテ乳嘴型ノモノニ移行スルコトアリ。淋巴腺轉移ヲ生ズルコト早く、且ツ蔓延迅速ナリ、血行性轉移モ亦稀有ナラズ。三 乳嘴性ノモノハ四肢、陰莖等ニ好發シ、顔面ニハ稀ナリ、屢善性上皮性腫瘍、癩痕、慢性潰瘍、粉瘤、皮膚様囊腫等ヨリ發ス。初メ皮膚ニ隆起スル小結節或ハ小乳嘴様物ヲ發シ、漸次増大スルニ從ヒ愈皮膚面ヲ越ヘテ發育シ、著明ノ結節狀・乳嘴狀・或ハ花菜狀隆起ヲ形成ス。通例廣キ基底ヲ有シ、基根部ハ浸潤性硬固ニシテ發育迅速ナリ。陳舊性潰瘍ノ底面ヨリ發スル場合ニハ該肉芽中ニ硬固ノ小結節ヲ形成スルヲ以テ初徴トス。此種ノ皮膚癌ハ早期ニ淋巴腺及ビ血行轉移ヲ形成ス。尚ホ本篇第二中

「癌腫」ノ條下ヲ参照ス。鑑狀癌（轉移皮膚癌）ニ就テハ本篇第十中「乳癌」ノ項ヲ見ルベシ。

診斷 扁平淺表性ノ潰瘍ヲナスモノハ其初發期ニ於テ、結痂性濕疹ノ如キ良性ノ皮膚病ト誤診セラレテ長ク閑却セ

ラルルコトアリ。治癒シ難キ性質及ビ年齢ニ注意シ、且ツ仔細ニ其潰瘍縁及ビ底面等ノ狀況ヲ検査スベシ。護謨腫潰瘍ニ於テハ基底ニ組織ノ壞疽アルヲ認ムベク、縁ハ銳利ニシテ潰瘍ハ皮下ニ彎入シ、癌ニ反シテ

第 50 圖
皮膚扁平上皮癌



單發スルコト稀ナリ。結核性潰瘍ハ深ク皮下ニ彎入シ、其縁ハ扁平ニシテ恰モ嚼取セルガ如ク、其面ハ赤色或ハ帶黃色ニシテ乾酪變性ヲ呈スル肉芽ヲ有ス。癌ニ反シ單發スルコト稀ナリ。深在侵蝕性ノモノ及ビ乳嘴性ノモノハ共ニ發育ノ迅速ナルヲ以テ認定セラル。長ク同一狀態ヲ呈セル疣贅、乳嘴腫等ノ俄然發育スルモノハ癌變性ノ疑アリ。若シ疑ハシキトキハ腫瘍片ノ試験的切除ヲ行ヒ、顯微鏡的検査ヲ行フベシ。

療法 早期ニ切除スベシ。扁平表在性ノモノハ燒灼、腐蝕、「レントゲン」線、「ラヂウム」等ニヨリテ時トシテ根治的治癒ヲ營ムコトナキニ非ルモ、尚ホ手術的療法ノ迅速ニシテ且ツ確實ナルニ如カズ。深在性ノモノ及ビ乳嘴性ノモノニアリテハ發育ノ程度ニ從ヒ、廣ク周圍及ビ深在組織ノ切除ヲ要ス、又肢節ノ切斷ヲ要スル場合アリ。腫瘍剔出後ノ皮膚缺損ニハ補形手術ヲ加へ、或ハ二次的植皮術ヲ行フ。既ニ侵サレタル或ハ其疑アル淋巴腺ハ周圍ノ結締織及ビ脂肪組織ト共ニ全部之レヲ剔出スベシ。

口唇癌腫

口唇癌腫 Lippenkarzinom ハ下唇ニ好發ス。初メ口唇ニ於テ小潰瘍ヲ生ジ、其周圍稍硬結シ、長ク治癒ノ傾向ナク反テ漸次増大ス。發育ハ通例緩慢ニシテ往往半年ヲ經テ初メテ指頭大ニ達スルガ如キモノアリ、發育スルヤ菌狀・蕁花狀ヲ呈スルニ至ル。腫瘍ハ通例壓痛ナシ。顎下部ニ於テ轉移性淋巴腺腫脹ヲ生ズ。

第 51 圖
口唇癌



診斷 硬結ヲ有スル治癒シ難キ單發性潰瘍アルトキハ警戒スベシ。

微毒性初期硬結ハ亦口唇ニ發スルコト稀ナラズ、然カモ恰モ癌ニ於ケルガ如キ表面ノ擡起ヲ呈スルコトアリ。其迅速ナル變化、壯年

期ニ多キコト、硬固ナラザル無痛性顎下淋巴腺腫脹ノ發生等ヲ以テ癌腫ト鑑別ス。又結核性粘膜潰瘍ト區別スベシ、之レニ於テハ邊緣硬固ナラズ、好發年齡ヲ異ニシ、他ニ結核病竈ヲ證明スルヲ常トス。尙ホ第三篇中「結核、微毒、癌腫ノ鑑別」ノ條下ヲ見ルベシ。

豫後 比較的良ナリ、即チ早期ニ切除スルトキハ確實ニ根治セシムルノ望アリ。骨ニ蔓延セルモノ及ビ淋巴腺轉移アルモノニ於テハ概ネ不良ニシテ、手術決行セラルルモ多クハ再發ヲ免カレズ。

療法 切除スベシ。腫瘍尙ホ小ナルトキハ其部ノ楔狀切除法ヲ以テスベク、既ニ擴延セルモノニ於テハ口唇大部分ノ切除ヲ要ス。切除後口唇ノ缺損ニ對シテハ其小ナルトキハ單純ノ縫合ヲ以テ足ルベク、大ナルトキハ頬粘膜ヲ用ヒテ補填スベキ造唇術ヲ施ス。轉移性淋巴腺腫アルトキハ之レヲ剔出ス。骨ニ蔓延セルトキハ顎骨ノ部分的切除ヲ必要トス。

第四 淋巴管及淋巴腺疾病

一 急性淋巴管炎

急性淋巴管炎 Lymphangitis acuta. ハ醗膿菌ノ創傷内侵入ニヨリテ發シ又該淋巴管ノ淋巴領域ニ於ケル總テノ化膿性疾患ニ繼發ス。細菌侵入門戶タル創傷ハ往往甚ダ微細ニシテ之レヲ認知シ得ザルコトアリ。

症候 皮膚淋巴管炎ハ淋巴管經路ニ沿フ皮膚ノ線狀發赤ヲ呈ス、是レ淋巴管周圍ノ血管擴張ニヨルモノトス。本症ハ四肢ノ屈側ニ現ハルルモノ多ク、或ハ單條ナルコトアルモ亦數條之レヲ見ルコトアリ。此部ニ於テハ索狀硬結ヲ觸レ、壓痛アリ、往往浮腫ヲ伴フ。深部淋巴管炎ニアリテハ延長セル壓痛部トシテ徵知セラルルノミ。本症ハ淋巴腺炎ヲ合併スルコト多シ。通例熱ヲ伴フ。療法宜シキヲ得ルトキハ漸次消散スルモ亦蔓延性「フレグモーネ」ヲ繼發スルコト稀ナラズ。全身的化膿菌傳染ヲ誘發スルコトアリ。

療法 患部ノ絶對的安靜及ビ高舉ヲ必要トス。消炎法ヲ施シ、同時ニ創傷若シクハ原發化膿病竈ニ對スル適宜ノ處置ヲ加フ。適宜消炎藥ノ注射ヲ試ミ、若シ化膿セルトキハ切開ス。

二 急性淋巴腺炎

急性淋巴腺炎 Lymphadenitis acuta. ハ其腺ノ淋巴領域ニ於ケル創傷内細菌ノ侵入ニヨツテ發シ、又種種ナル醗膿性疾患ニ繼發ス。普通葡萄狀醗膿球菌ニ因テ發シ、又連鎖狀球菌及ビ此二者ノ混合傳染ニヨルモノアリ。軟性下疳及ビ淋毒モ亦本症ノ原因ヲナス。醗膿菌ニヨルモノハ股腺、頸腺、腋窩腺等ニ好發シ、陰部軟性下疳及ビ尿道淋ニヨルモノハ鼠蹊腺ヲ侵ス。

症候 發熱ノ下ニ淋巴腺ノ腫脹、疼痛ヲ發ス。化膿シテ膿瘍ヲ形成スルトキハ波動ヲ呈スベシ。周圍ニ「フレグモーネ」ヲ發スルトキハ、(淋巴腺

周圍炎) 皮膚ノ浮腫、浸潤、發赤ヲ呈シ、進ンテ蔓延性「フログモーネ」ヲ誘發スルコト稀ナラズ。又全身化膿菌傳染ヲ招致スルコトアリ。本症ハ淋巴管炎ヲ伴ヒ、或ハ伴ハズ。

診斷 皮下ニ於ケル球形硬結ノ觸知、其壓痛及ビ病原侵入部ノ證明等ニヨリテ診斷困難ナラザルモ、深在性ノモノ、特ニ肥滿家ニアリテハ「フログモーネ」、筋炎等ト判別シ難キコトナキニアラズ。又周圍ノ蔓延性「フログモーネ」ヲ起セルモノニ於テハ其原發病竈ガ淋巴腺ニ關スルヤ否ヤノ鑑識困難ナルコトアリ。軟性下疳及ビ淋疾ニ因ルモノハ好發部位及ビ原病竈ノ證明ヲ以テ診斷セラル。

鑑別。 微毒性下疳ニ續發スル淋巴腺炎モ比較的急性ノ症狀ヲ呈スルコトアリ、特ニ軟性下疳ト微毒ノ混合感染ニ注意スベシ、微毒ヲ混合セルモノニアリテハ其レニ對スル療法ヲ要スレバナリ。「ベスト」ニシテ或一部ニ於ケル淋巴腺ヲ侵シ、此淋巴腺腫脹ノ故ヲ以テ診ヲ需メラルルトキハ、其初發期ニ於テハ、他ノ種類ノ淋巴腺炎ト區別シ難キコトナキニアラズ。

腺「ベスト」 惡寒戰慄ヲ以テ突然高熱ヲ發シ、急劇ニ増進スル著明ノ全身症狀(脈搏微細頻數、心音微弱、意識瀾濁、無慾狀態、衰弱等)ヲ呈ス。最モ多ク股腺及ビ鼠蹊腺ヲ侵シ、腋窩之レニ亞ギ、頸部ニ發スルコトハ最モ少ナシ、稀ニ膝關、肘等ニ來ル。通例劇烈ナル疼痛アリ。即チ惡寒戰慄ヲ以テスル熱發及ビ劇甚ナル一般症狀ヲ呈シ、他ニ原因ト認ムベキ事項ナク、疼痛性淋巴腺腫脹ヲ發スルトキハ之レヲ疑フベク、疑ハシキトキハ猶豫ナク細菌學的診斷ヲ施スベシ。

「ベスト」腺腫ハ深在性ニシテ形小ニ、一見分明ナラザルモノアルモ、亦漸次増大シテ胡桃大、鶏卵大、手掌大等ニ達シ顯著ノ腫起ヲ呈シ、皮膚ノ炎症、浮腫、出血等ヲ起スコトアリ。概シテ經過急ナルモノハ局部症狀未ダ著シカラザルニ死ノ轉歸ヲ取ルベク、幸ニ經過稍遷延スルトキハ腺腫脹ハ時ト共ニ増大シ且ツ數ヲ加フ。一側ニ發シ次デ他側ニ及ボスコトアリ、兩側同時ニ發スルコトアリ。要スルニ、臨牀的現象ハ全身狀態ノ侵サルルコト著シキ點ヲ以テ主要トナスベク、淋巴腺腫脹ニ於テハ特徴ト認

ムベキモノナシ、從テ細菌學的診査ノ決行ヲ要求ス。本症就中初發患者ノ診斷ハ防疫上甚ダ重要ナルヲ以テ常ニ最モ慎重ナラザルベカラズ。

療法 急性淋巴腺炎ニ對シテハ安靜・特ニ患部ノ絕對安靜ヲ命ジ、消炎法ヲ施ス。腺ノ腫大愈加ハリ高熱連續スルモノハ化膿ヲ疑フベク、之レガ剔出術ヲ施スヲ可トス。既ニ膿瘍ヲ形成セルモノニシテ波動ヲ徵スルモノハ切開ス。周圍ニ化膿性「フログモーネ」ヲ發セシトキハ廣ク切開スベシ。軟性下疳ニ因スル化膿性淋巴腺炎ニシテ膿瘍ヲ形成セルモノニ、刀尖ヲ以テ穿刺ヲ加ヘ、1%硝酸銀水ヲ注入スル法アリ、往往著效ヲ奏ス。淋巴腺炎ノ治療ニ當リテハ常ニ其原因ヲナセル創傷若シクハ疾病ニ對スル處置ヲ怠ルベカラズ。

三 淋巴腺結核

淋巴腺結核 Lymphadenitis tuberculosa ハ淋巴腺内ニ結核菌ノ侵入スルニヨツテ發ス。之レガ侵入經路ハ 1. 當該腺ノ淋巴領域ニ於ケル皮膚粘膜等ノ損傷及ビ疾病、例ヘバ咽頭壁、扁桃腺、上部氣道及ビ食道等ノ目視シ得ザル小損傷及ビ頭部ノ濕疹、齧齒等トス。此種ニアリテハ侵入部ニハ結核性變化ヲ認メズ、從テ腺結核ハ結核原發竈タルノ觀ヲ呈ス。 2. 近圍或ハ他部ニ結核症アリテ之レニ繼發スルモノ、例ヘバ頸腺結核ガ顔面狼瘡、頸椎結核、顎骨結核、肺尖結核、肋膜結核、氣管枝腺結核、腋窩腺結核等ニ續發スルガ如キ是ナリ。

結核性體質ノ遺傳、榮養不良、非衛生的生活、急性熱性傳染病經過後等ノ個人素質ハ本病發生ニ重大ナル關係アリ。年齡ハ15歳前後ヨリ30歳ニ至ル間ニ最モ多シ。

本症ハ最モ多ク頸部ニ發ス、又腋窩腺、股腺、鼠蹊腺等ノ侵サルルコトアリ。

症候 先ヅ腺ノ腫脹ヲ起ス、淺在性ノモノハ明カニ之レヲ認知スベシ。通常多發シ、顯著ナルモノ一箇ヲ觸ルル場合モ注意シテ診査スレバ他ニ小腺ヲ觸知シ得ルヲ常トス。侵サルル腺ノ配置ハ甚ダ多様ニシ

テ、散在性ノコトアルモ、通例數箇ヨリ成ル集簇ヲ形成シ、或ハ偏側ニノミ生ジ或ハ兩側ニ發ス。結核性淋巴腺腫ハ初期ニ於テハ移動性ニシテ、多クハ柔軟弾力性ナルヲ常トシ、著大ノモノハ往往假性波動ヲ呈ス。後テ腺内ノ病竈軟化シテ膿瘍ヲ形成スルトキハ眞性波動ヲ呈スベシ。此時期ニ於テハ周圍組織及ビ腺相互間ノ癒著ヲ形成シ、漸次移動性ヲ減ジ終ニ深部組織ト癒著シテ全ク固定セラレ、皮膚モ亦之レト癒著シ、皮膚ヲシテ腺上ヲ移動セシメ得ザルニ至ル。軟化セル腺内病竈ハ遂ニ其壁ヲ破リテ腺周圍膿瘍ヲ形成シ、次デ皮膚ヲ破リテ瘻孔ヲ生ズ、或ハ又既ニ腺ト皮膚ト癒著セルトキハ、直接ニ皮膚ヲ破リテ茲ニ瘻孔ヲ形成スルコトアリ。瘻孔ハ絶エズ稀薄膿性ノ分泌物ヲ漏泄シ、膿汁中往往乾酪様物・腺組織ノ壞疽片等ヲ混ズ。此等ノ變化ハ腺ノ位置及ビ數ニ從テ處處ニ現出シ、屢數多ノ瘻孔ヲ生ズ。又皮下ニ蓄膿シ、其結果當該部ノ皮膚壞疽ヲ來シテ大小ノ潰瘍ヲ形成スルコトアリ。此等潰瘍及ビ瘻孔ノ或者ハ治シテ癩痕ヲ形成ス。

第 52 圖
頸腺結核



上述ノ如キ變化ハ各時期ノモノ同時ニ存シ、更ニ發シテハ軟化シ、癒著シ、破壊シ、瘻孔ヲ形成シ、往再治ニ就カザルヲ常トス。サレド又單純肥大ノ状態ニテ數年ニ亙リ、長ク其後ノ變化ヲ起サザルモノアリ。加之、前記何レノ時期ノモノニアリテモ自ラ漸次治癒ノ傾向ヲ呈シ、終ニ病機ノ消散ヲ見ルコトナキニアラズ。斯クノ如キ自然治癒ノ轉機ハ專ラ體質抵抗力ノ増加ト病原毒性ノ衰耗ニ歸スベキモノト認メラル。

自覺症狀ハ殆ンド全ク之レヲ缺ク、稀ニ輕度ノ放散性發作性疼痛、

輕度ノ壓痛、局部緊張ノ感等ヲ訴フルコトアルノミ。熱ハ混合傳染ニヨリ又ハ併發病竈（肺結核！）ヨリス、注意スベシ。

混合傳染ニアリテハ急性炎症症狀ヲ呈シ、疼痛アリ、分泌物増加シ且ツ濃厚トナリ、往往急性化膿性「フレグモーネ」ヲ惹起ス。斯クノ如キハ潰瘍・瘻孔等ヲ有スルモノニ來ルヲ常トシ、屢劇シキ弛張熱ヲ發スルコトアリ。

病變顯著ニシテ益蔓延スルモノニアリテハ漸進的ニ衰弱ス。混合傳染ヲ呈スルモノ、他臟器ノ結核症ヲ合併セルモノ等ニ於テハ特ニ著シ。本症經過中、爾他臟器ノ結核ヲ續發スルコト稀ナラズ。

診斷 局處症狀ニヨリテ通例困難ナキモ亦鑑別ヲ要スルモノアリ。疑ハシキトキハ剔出シテ鏡檢ニ附スベシ。

鑑別。一 移動性ノモノ。 1. 其小ナルハ單純性淋巴腺肥大及ビ第二期微毒淋巴腺腫脹ト區別ヲ要ス。單純性淋巴腺腫脹トノ鑑別ハ往往甚ダ困難ナリ。遺傳・體質等ニ注意シ、尙ホ腺腫ノ爾後ノ變化ヲ觀察ス。癒著ヲ形成シ、又漸次其數ヲ加フルハ結核性ト認ムベシ。微毒性淋巴腺腫脹ハ既往症、爾他ノ微毒第二期症狀ノ證明、腺腫脹ノ發生迅速ナルコト、各處ノ淋巴腺同時ニ腫脹スルコト及ビ驅微法ニヨリ縮小スルコト等ニテ區別ス。 2. 其大ナルモノハ惡性淋巴腺腫ト區別スベシ。之レニ於テハ身體處處ニ移動性ノ淋巴腺腫ヲ簇生スルモ、化膿スルコトナク、癒著ヲ來スコト稀ナリ。尙ホ脾臟ノ腫大ヲ來ス。二 癒著性ノモノ。次ノ諸病ト鑑別ス。 1. 頸部惡性腫瘍

第 53 圖
頸腺結核(腺腫脹・瘻孔及ビ癩痕)



ハ原發性ノモノハ單發シ、轉移性ノモノハ通例多發スルモ原發病竈ヲ證明スルヲ以テ區別スベク、尙ホ惡性腫瘍ハ疼痛アルコト多シ。 2. 謨腫 ハ既往症、爾他微毒性症徵ノ證明、驅微法ノ奏効等ニヨリ區別ス。 3. 惡性淋巴腺腫 ハ稀ニ癒著ヲ營ムモ腫脹セル總テノ腺ハ同性質ヲ帶ビ中心軟化スルコトナク、又腺ノ周圍ニ變化ヲ起スコトナシ。 4. 頸部淋巴腺結核ノ表在性ニシテ周圍ニ炎症症狀ナク而カモ内部軟化セルトキハ、粉瘤・腮嚢腫・甲狀腺嚢腫等ト誤ルコトナキニアラズ。單發性ナルトキハ注意スベシ。既往經過ニ注意シ、他ニ淋巴腺腫脹ノ有無ヲ探ル。 三 急性「フログモーネ」ヲ兼發スルトキハ之ガタメニ蔽ハレテ本症ノアルコトガ閑却セラレ、豫後ノト定ニ誤謬ヲ來スコトアリ。既往症、局部ノ状態及ビ爾後ノ經過ニ注意スベシ。

豫後 頸部、腋窩、鼠蹊部等ノ一局部ニ限ル淋巴腺結核ハ局處結核ト認ムベキモノニシテ、腺結核自己ノ豫後ハ不良ト云フベカラズ。但シ本症ノ存在スル限リ、常ニ内臟結核或ハ全身結核ヲ續發スルノ危險アルモノトス。全身各處ニ腺結核ノ存スルハ全身病ト認ムベク、全治ノ望少ナシ。肺結核若シクハ爾他内臟ノ結核ヲ合併セルモノハ治癒シ難シ。

療法 全身的療法。 光線、空氣、榮養等一般衛生の事項ニ注意シ、肝油・沃度鐵含利別・「クレオソート」劑等ノ強壯藥ヲ持長ス。初期ニ於テハ「ツベルクリン」療法奏効スルコトアリ。

局處的療法。 a. 藥劑 ニハ沃度劑ノ塗布料或ハ軟膏劑、種種ナル器法等試ミラルルモ其効疑ハシ。 b. 「レントゲン」療法ハ保存的治療法ノ最良策トシテ近時益廣ク應用セラル。 c. 藥劑注入法 トシテハ殺菌セル 5—10% 「ヨードフォルム、グリセリン」使用セラル。癒著著シク全剔出不可能ナルモノニシテ淺在性ナルトキハ刀尖ニテ切開シ或ハ穿刺法ヲ施シテ後チ注入ス。已ニ瘻孔ヲ有スルモノニハ之レニ注入ヲ反復スベシ。但シ腺ガ尙ホ移動性ニシテ手術創ガ第一期癒合ヲ營ムベシト思ハルルモノニハ斯カル方法ヲ行ハズ、手

術ニヨリテ剔出スルヲ可ナリトス。又多少ノ癒著アルモ其著シカラザルモノハ寧ロ手術ヲ施スベシ。 d. 手術的 ニ未ダ化膿ナク軟化セザル移動性ノモノハ之レヲ剔出ス。斯クノ如キ場合ニハ手術創ハ第一期癒合ヲ營ムベシ。又既ニ癒著アリ且ツ多少内容ノ軟化ヲ呈スルモ、尙ホ腺ノ外部ニ膿瘍ノ形成ナキトキハ亦剔出スルコトヲ得ベシ。内容化膿軟化シ、腺外ニ膿瘍形成アリ、或ハ既ニ瘻孔ヲ有シ、蔓延著シキモノニハ切開、搔爬、藥劑注入法等ヲ以テ満足セザルヲ得ズ。 e. 潰瘍及ビ瘻孔ヲ有スルモノニハ嚴ニ防腐的綑帶ヲ施スベシ。既ニ混合傳染ヲ發シタルモノニハ適宜其療法ヲ加ヘ、「フログモーネ」ヲ起ストキハ時期ヲ失セズ速カニ切開スベシ。

淋巴腺剔出術。 1. 禁忌。 汎發性淋巴腺結核、高度ノ他臟器結核、著シキ衰弱者等。 2. 手術ノ危險。 大血管及ビ貴要神經ノ損傷、術後汎發性粟粒結核ノ發生等。 3. 手術ノ結果。 幸ニ完全ニ剔出セラレ、且ツ手術後全身療法ニ注意スルトキハ根治シ得ルモ、再發スルコト亦少ナカラズ。手術ノ根治的奏効必然ナラザルヲ理由トナシ手術ハ全ク行ハズ、保存的療法ニ依ルヲ可ナリトスルモノアリ。

淋巴腺結核剔出術ノ注意。 一 解剖的關係ヲ明カニシ、且ツ一定ノ技術の手腕アルヲ必要トス。本症ハ血管神經ノ輻輳スル所ニアルヲ以テ、不注意不熟練ナル手術ハ不測ノ危害ヲ惹起スルコトナシトセズ。殊ニ癒著甚ダシク深在性ノモノニ於テ此處多シ。 二 皮膚切開ハ後貼スル瘻痕ノ纖細ヲ欲シテ大ナルヲ忌ムモ、而カモ成ルべく大ニシテ、手術野ノ充分展開セラルルヲ安全ナリトス、特ニ深在腺ニ臨ミテ然リトス。 三 移動性ノモノハ、成ルべく鈍性ニ剔出ス。癒著アルトキハ剪刀尖或ハ刀尖ヲ用ヒ常ニ腺壁ニ接シテ之レヲ運ビ、細心ニ周圍ヨリ離開シテ偶發損傷ヲ防グベシ。化膿シテ剔出不可能ナルモノニ遭遇セバ切開シテ内容ヲ搔爬ス。 四 止血完全ナルトキハ全創腔ヲ縫合閉鎖ス。切開搔爬ヲ行ヒタルモノニアリテモ、同様ニ縫合ヲ施シテ第一期癒合ノ目的ヲ達スルコトアリ。但シ創腔著大ナルモノ、殊ニ血液滲出アル場合ハ、一部開放シテ綿紗「タンボン」ヲ挿入シ、第2日第3日ニ至リテ二次的閉鎖ヲ企テ又ハ肉芽治癒ヲ營マシムルヲ以テ確實トス。

四 悪性リンパ腺腫

悪性リンパ腺腫 Malignes Lymphom (假性白血病・Pseudoleukämie)ニ於テハリンパ腺腫大、脾腫、漸進スル貧血、赤血球減少等ヲ來ス。本症ニ於ケルリンパ腺腫脹ハ硬固ナルト柔軟ナルトノ別アルモ、同一患者ニアリテハ常ニ何レノ腺モ同一硬度ヲ呈ス。移動性ニシテ癒著ヲ形成スルコト稀ニ、化膿スルコトナシ。初メ或一部ニ發スルモ次デ各處ニ發シ、各箇ハ益増大シ且ツ其數愈加ハル。自覺的症狀ハ腺腫増加且ツ増大シテ周圍臓器ヲ壓迫スルニ及ビ初メテ之レヲ訴フ。即チ呼吸困難及ビ嚥下困難等トス。時トシテ神経痛様疼痛ヲ訴フルコトアルモ稀ナリ。末期ニ於テハ多少發熱スルコトアリ。

診 斷 リンパ腺腫脹ノ兩側ナルコト、又汎發性ナルコト、其移動性、脾腫ノ證明、血液検査成績、腺腫ノ組織的検査(腺組織増殖)及ビ其經過等ニ

第 54 圖
悪性リンパ腺腫



ヨリテ明カナルモ、初期ニシテ唯一局部ニリンパ腺腫脹ヲ有スルモノニ於テハ誤診スルコトアリ。

鑑別。 リンパ腺結核ノ初期ニアリテハ、殊ニ本症ニシテ腺腫ノ柔軟ナルモノトノ區別甚ダ難ク、之レガ鑑別ハ組織的検査ニヨルカ、或ハ爾後ノ經過ヲ觀察セザルベカラズ。本症腺腫ノ硬固ナルモノハ結核トノ鑑別困難ナラズ。即チ結核ニシテ硬固ナルモノハ既ニ癒著アリ、觸診上個個ヲ區別シ難キ場合多ク、又恐ラクハ軟化セルモノヲ伴ヒ、或ハ既ニ瘻孔ヲ有ス。本症ニアリテハ、多少癒著ヲ起シ固定スルコトナキニアラザルモ、個個ヲ區別シ得

ザル程度ニ到ルコトナシ。

豫後 不良。

療法 亞砒酸劑ヲ持長シ、「レントゲン」療法ヲ試ム。外科的手術ハ診斷的若シクハ對症的手段トシテ行ハルルノミ。即チ高度ノ限局性神経痛アルトキハ當該部ノ腺腫ヲ剔出シ、又壓迫症狀著明ナルトキハ腺ノ剔出或ハ氣管切開術ヲ要スルコトアリ。

第五 動脈及靜脈疾病

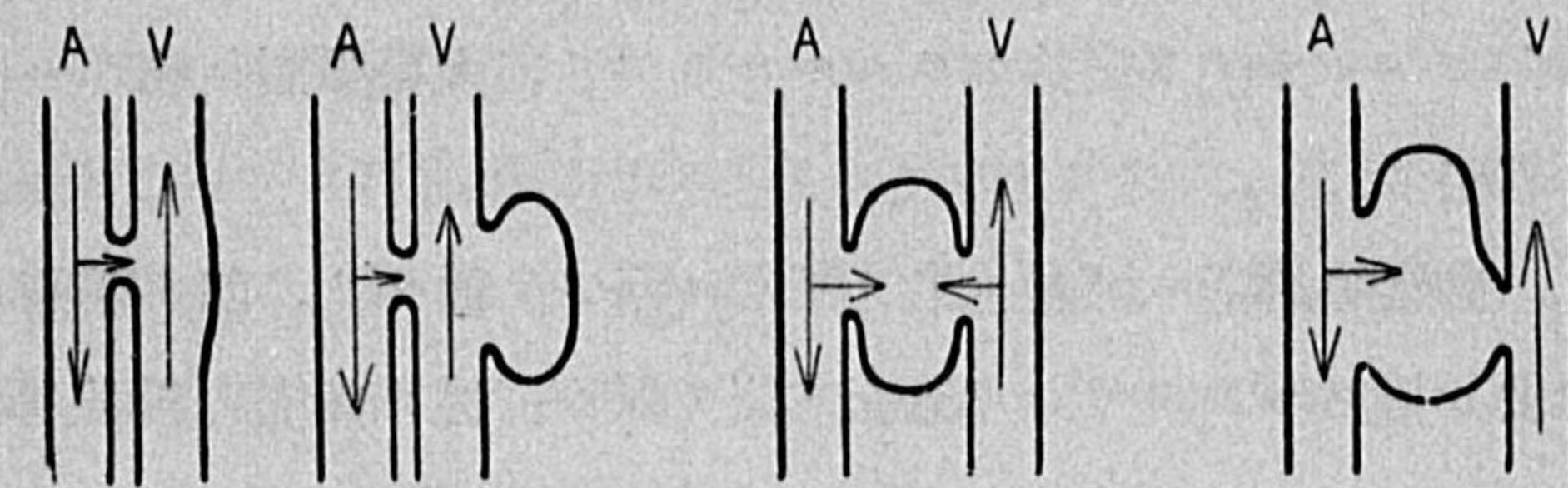
一 動脈瘤

動脈瘤 Aneurysma. ハ血流ヲ通ゼル動脈ノ一部擴張セルモノノ謂ニシテ或ハ刺創、銃創等ノ外傷ノ結果トシテ發シ、(外傷性動脈瘤 Aneurysma traumaticum) 或ハ血管壁疾病ノ結果トシテ特發性ニ生ズ。外傷ニ因スルモノハ動脈壁一部ノ創傷ノ結果、其周圍ノ組織内ニ囊狀血腫ヲ形成スルニヨリテ發生スル場合多ク、斯クノ如キモノヲ 假性動脈瘤 Aneurysma spurium ト謂フ。此場合、動脈瘤ノ内壁ハ結締織ノ間隙ニ凝著セル凝血ヨリ成ル。此假性動脈瘤ニ對シ、眞ニ血管腔ノ擴張ニヨリテ形成セラレルモノヲ 眞性動脈瘤 Aneurysma verum ト謂フ。又單ニ動脈ニ限レルト靜脈ト交通セルトヲ以テ 單純性動脈瘤ト動靜脈性動脈瘤 Aneurysma arteriovenosum トノ別アリ。又其形狀ニヨリテ囊狀、紡錘狀、圓壘狀等ノ種類ヲ區別ス。

眞性動脈瘤ハ上行大動脈及ビ大動脈弓部ニ最モ多ク、膝關動脈之レニ次ギ、其他頸動脈、鎖骨下動脈、腋窩動脈等ニ發ス。

症候 體表近部ノ動脈瘤ニアリテハ圓形或ハ長圓形腫瘍ヲ認ム。腫瘍ハ搏動アリ、之レヲ目視或ハ觸知シ得ベク、又縮期の雜音アリテ之レヲ聽取シ或ハ觸知シ得ベシ。腫瘍自己ヲ壓迫スルトキハ縮小スルコトヲ認ムベク、中心部ニ於テ動脈ヲ壓迫スルトキハ搏動及ビ雜音消失ス。但シ深在性ニシテ小ナルモノ若シクハ内面ガ厚大ナル凝血層ヲ以テ被ハレタルモノニアリテハ、此等搏動・雜音等ヲ認知シ難キコトアリ。其他壓迫及ビ循環障礙ノ結果トシテ知覺異常、神經痛、運動麻痺、運動制限、鬱血、浮腫等ヲ呈シ、陳舊性ノモノニアリテハ往往壓迫ニヨリテ骨ノ萎縮ヲ來ス。又「エンボリー」ヲ放チテ末梢血管ヲ閉塞シ、壞疽ノ原因ヲナスコトアリ。假性動脈瘤ハ好シテ瀰蔓性腫脹ヲ呈シ、時トシテ周圍ニ「フレグモーネ」ヲ併發

第 55 圖
動靜脈性動脈瘤ノ主要ナルモノヲ示ス



スルコトアリ。

動靜脈性動脈瘤ハ單純動脈瘤ノ靜脈腔内破壊ニヨリ、或ハ外傷ノタメニ動靜脈共ニ傷ケラルルニヨリテ發ス。亦搏動性腫瘍ヲ形成シ、收縮期ニ增強スル連續的雜音ノ聽取、其求心性及ビ遠心性傳達ノ著明ナルコト、血管壁振顫ノ觸知、靜脈搏動、末梢動脈搏動ノ微弱及ビ中心部動脈幹ヲ壓スルトキハ此等ノ雜音搏動ノ消失スルコト等ヲ以テ要徴トス。其他靜脈還流障礙ニヨル末梢部浮腫、鬱血、靜脈瘤形成、榮養障礙ニヨル潰瘍形成、蔓延性濕疹發生、筋肉萎縮、末梢ノ壞疽等及ビ知覺異常、機能障礙等ヲ呈ス。

大動脈瘤。Aneurysma aorta. 心悸亢進、異常濁音界、雜音聽取、胸骨部ノ搏動性隆起等ヲ呈シ、其他胸部臟器ノ壓迫症狀、心臟瓣膜障礙等ヲ合併ス。

診斷 末梢動脈瘤ノ診斷ハ搏動性腫脹、雜音ノ觸知及ビ聽取、中心部動脈壓迫時ノ搏動停止等ニヨリ通例困難ナラス。單純性動脈瘤ト動靜脈性動脈瘤トノ別ハ動靜脈性ノモノニ於テハ靜脈還流障礙アリ、聽取スル雜音ハ收縮期ニ增強スルモ連續的ナルコト、其求心性傳達ノ著明ナルコト、靜脈搏動アルコト等ヲ以テス。

鑑別。 1. 腫瘍・炎症性浸潤・膿瘍等ニシテ大ナル動脈上ニアルモノハ搏動之レニ傳ハリ本症ト誤ルコトアリ、但シ此場合ニ於テハ雜音ヲ聽取セズ。腫瘍ノ搏動ハ唯一方向ニノミ著明ナルモ、動脈瘤ニ於テハ何レノ方向ニモ同一ノ強度ヲ有ス。 2. 空洞性血管腫ハ動脈

瘤ニ比シ其壁柔軟ニシテ、皮下ニ存在スルモノニ於テハ皮膚ハ帶青色ヲ呈ス。3. 血管肉腫ニシテ搏動著明ナルモノトノ區別ハ往往困難ナリ。4. 假性動脈瘤ニテ「フレグモーネ」ヲ兼併セルモノハ單純ノ「フレグモーネ」ト誤診セララルコトアリ。大動脈瘤ニ就テハ内科書ニ譲リテ省略ス。

豫後 自然的治癒ハ絶無ニアラザルモ極メテ稀ナリ。即チ手術ニヨリテ全ク除去シ得ルニアラザレバ治癒ヲ望ミ難シ、從テ部位ノ關係上手術ヲ施ス能ハザルモノハ不良トス。死因ハ破裂ニヨル失血、「エンボリー」、化膿ニヨル膿毒症ノ發起等ナリ。

療法 數時間連續スル指壓法或ハ器械ニヨル壓抵法ハ唯小ナル單純性ノモノニハ往往奏效スルコトアルモ確實ナラズ。根治的療法トシテハ輸入輸出兩血管端ヲ結紮シテ腫瘤ヲ全部剔出スルニアリ。

頃者血管縫合法ノ實行セララルニ及ビ、動脈瘤ノ理想的手術トシテ、剔出後兩斷端ノ縫合ヲ行ヒ、或ハ血管移植ヲ施ス法推奨セララル。但シ此法ニ於テハ時トシテ後出血ヲ起ス虞アリ、又末梢循環杜絶ノ危險ヲ來スコトナキニアラザルヲ以テ、該動脈ヲ結紮スルモ能ク之レヲ代償シ得ベキ副枝血行ノ營マルヲ確認シ得タルトキハ、寧ロ切除後兩斷端結紮ヲ施スコトノ、手術簡易ニシテ危險却テ少ナキニ就クテ至當ト認ムベキナリ。此場合ニ於ケル末梢ニ及ボス副循環如何ヲ知ラントセバ、宜シク動脈瘤剔出後末梢斷端ヨリスル血液流出ノ状態ヲ檢スベシ。即チ其多量ニ流出スルヲ見ルトキハ十分副枝血行ノ行ハルルヲ認ムベク、然ラザルハ其不十分ナルノ證ニシテ、此場合ニ於テハ理想的手術ヲ決行スベキナリ。

大ナル動脈瘤ニシテ榮養障礙著シキモノ、及ビ肢節ノ壞疽ヲ來セルモノニアリテハ肢節切斷術ヲ要スルコトアリ。部位ノ關係、全身状態不良等ノタメニ手術不可能ノモノニ對シテハ、姑息的ニ壓迫法、「ゲラチン」注射療法等ヲ試ム。

豫防的ニ外傷後ノ搏動性血腫形成アルモノハ、之レヲ放置スルコトナク、適宜手術ヲ加フベシ。

二 化膿性靜脈炎

化膿性靜脈炎 Phlebitis purulenta ハ或ハ靜脈ノ周圍ニ於ケル化膿性炎症ニヨリ所謂 靜脈周圍炎 Periphlebitis ヲ以テ起ルコトアリ、或ハ靜脈管血栓ヲ生ジテ其化膿菌傳染ヲ起スニヨリテ發ス。血栓ヲ形成シテ化膿ヲ起ス靜脈炎ヲ 血栓性靜脈炎 Thrombophlebitis ト謂フ。

症候 靜脈ニ沿フテ索條ヲ生ジ、疼痛ヲ發ス。其輕症ニアリテハ久シカラズシテ消散ス。此場合ニ於テハ内腔ニ形成セラレタル血栓ハ有機轉化ヲ營ミテ内腔再ビ開クカ或ハ永久閉塞ニ陥リ、又ハ血栓ニ石灰沈著ヲ來シテ結石ヲ形成スルコトアリ、靜脈石 Phleboliten 是ナリ。重症ニ於テハ血栓及ビ靜脈壁ノ破壊ヲ來シ、周圍ニ「フレグモーネ」ヲ繼發シ、皮膚ノ發赤浸潤ヲ起ス。深在性靜脈炎ニアリテハ靜脈自己ニ生ズル證徴ヲ認ムル能ハズ。唯 劇痛、鬱血現象、浮腫ノ惡生及ビ全身症狀等ヲ以テ之レヲ推定スベキノミ。

化膿性血栓性靜脈炎ハ、血栓破碎シテ遊離移動スルコトニヨリテ、貴要臟器ノ化膿性炎症ヲ繼發シ、或ハ直チニ全身的化膿菌傳染ヲ發起スルコトアリ。

療法 安靜平臥ヲ命ジ局部ノ絶對的安靜ヲ圖ルベシ。化膿性血栓性靜脈炎ノ診斷下サルルトキハ、其病變部ノ上部ニ於テ、靜脈幹ヲ結紮シテ之レヲ切斷ス。例ヘバ四肢ニ於ケル靜脈炎ナルトキハ其中樞部ニ於テシ、顔面靜脈ナルトキハ内頸靜脈ニ、産褥性子宮靜脈炎ナルトキハ内腸骨靜脈ノ結紮ヲ試ムルガ如シ。能フベクシテ同時ニ血栓ヲ除クベシ。繼發セル「フレグモーネ」ニ對シテハ充分ナル切開ヲ加フ。

三 靜脈瘤

靜脈瘤 Varizen ハ靜脈壁ノ菲薄及ビ靜脈還流障礙ニヨリテ發ス。例ヘバ腹腔腫瘍、骨盤腫瘍、妊娠子宮等ノ靜脈壓迫、靜脈腔栓塞形成及ビ職業的連續起立位等ノ如シ。中年及ビ高年者ニ多ク、下肢ニ於テ「サフェナ」靜脈

ニ好發シ、又精系靜脈ニ來ル。

症候 皮下靜脈ハ一部分若シクハ大部分擴張肥厚シテ延長迂曲シ、皮膚擡起シテ能ク靜脈ノ經路及ビ形狀ヲ認メ得ベシ。下肢ニ發生シタルモノハ、起立ヲ命ズルトキ其狀一層顯著ナリ。患肢ハ往往浮腫ヲ呈シ、又全般ニ鬱血スルコトアリ。續發的ニ慢性濕疹、潰瘍、(靜脈瘤性下腿潰瘍 *Ulcus cruris varicosum*) 多汗症等ヲ生ジ、又下肢疲勞、荷重、緊滿ノ感、皮膚搔痒、疼痛、神經痛、痙攣等ヲ發スルコトアリ。經過中往往靜脈炎ヲ繼發ス。靜脈炎ヲ發スルトキハ靜脈ニ沿フテ皮膚ノ腫脹發赤ヲ呈シ、末梢ノ浮腫鬱血甚ダシク、劇痛ヲ訴ヘ、發熱ス。此結果蔓延性「フレグモーネ」ヲ起シ、又化膿菌全身傳染ヲ誘發スルノ危險アリ。

療法 原因療法トシテ壓迫ノ除去、職業ノ變更等ヲ第一トシ、局部ニハ持續的壓迫縲帶、靜脈幹結紮及ビ靜脈剔出法等ヲ行フ。出血アルトキハ患肢ヲ舉上シテ壓抵縲帶ヲ施スベク、又結紮ヲ要スルコトアリ。潰瘍ノ小

第 56 圖
下肢靜脈瘤



ナルモノニハ持續的壓迫縲帶ヲ施シテ屢治癒ノ目的ヲ達ス。但シ壓迫縲帶ハ靜脈炎ヲ伴フモノニハ之レヲ禁ズ。又潰瘍ノ全剔出ヲ施シテ植皮術ヲ加フルノ法アリ。大ナル蔓延性潰瘍ニハ患肢ノ切斷術ヲ要スルコトアリ。靜脈炎ヲ發セシトキハ嚴ニ患部ノ安靜高舉ヲ命ジ、適宜消炎法ヲ講ズベク、化膿竈ヲ形成セルトキハ速カニ切開スベシ。

精系靜脈瘤ニ就テハ泌尿生殖器疾病中ノ同條下ニ之レヲ記載ス。

四 特發脫疽

特發脫疽 *Spontane Gangrän*. ハ血管ノ老人性變化即チ動脈硬化症ニ因テ生ジ、(老人性脫疽 *Senile Gangrän*) 又壯年期ニ於テモ動靜脈管ノ狹小若シクハ閉塞ヲ來シテ本症ヲ發スルコトアリ。(Präsenile *Gangrän*) 糖尿病

及ビ黴毒ハ屢本症ノ原因ヲナス。尙ホ栓子若シクハ栓塞ニ因ルモノアリ。「ニコチン」中毒「アルコール」中毒等ニ關スルモノアリ。寒氣、特ニ濕冷ハ特發脫疽ノ誘因ヲナスコト多シ。石炭酸ノ使用ハ往往本症ヲ誘發セシム。凍傷若シクハ腐蝕ハ獨リ其作用セル部分ノ損傷ヲナスノミナラズ、中樞ニ向テ蔓延スル肢節ノ壞疽ヲ繼發スルコトアリ。此場合ニ於テハ此等ハ特發脫疽ノ誘因ヲナセルモノト認メ得ベシ。又趾尖ノ刺創、挫創等ガ本症ノ基源ヲナスコトアリ。所謂相對性脫疽 *Symmetrische Gangrän* (レーノー氏病 *Raynaud'sche Krankheit*) ハ其原因榮養神經系統ニ關スルモノアリト認メラル。特發脫疽ハ下肢ノ末梢ニ好發ス。

症候 局處ノ變化・劇痛及ビ機能障礙ヲ要徴トス。

老人性脫疽ハ發病前一定期間、趾尖・足部及ビ下腿下部等ノ冷寒、蟻走ノ感、鈍痛、神經痛様發作等ヲ前驅スルコトアリ、或ハ又全ク突發ス。發病スルヤ、或一趾尖ノ皮膚ニ小黑褐色ノ斑點ヲ生ジテ漸次増大シ、次デ他趾ニ同様ノ變化ヲ起ス。又單ニ一趾ニ止マルコトアリ、或ハ又他側ニモ同時ニ發スルコトアリ。往往早期ニ初發部ニ小潰瘍ヲ形成ス。斯クノ如キ變化ハ暫時ニシテ其發育ヲ停止シ、病變部ハ唯一趾尖ニ止マリ、乾性壞疽ノ状態ヲ呈シ容易ニ分界線ヲ形成シテ脱落スルコトアリ、或ハ壞疽部漸次其領界ヲ加ヘテ足部ヲ占メ、進ンデ下腿ニ及ブコトアリ。足背動脈ノ搏動ハ健側ニ比シテ微細、或ハ全ク之レヲ觸レズ。股動脈ノ搏動モ亦甚ダ微弱ナルコト稀ナラズ。炎症ヲ伴フトキハ壞疽部ノ近圍一般ニ腫脹シ、皮膚ハ暗紅色ヲ呈シ、遠ク炎症性浮腫ヲ發シ、又淋巴管炎ヲ起シ、疼痛劇甚ニシテ發熱アリ。

壯年期脫疽ハ稀ニ突發スルモ、多クハ特有ノ前驅症徴ヲ呈ス。即チ趾尖冷感、異常感覺、知覺鈍麻、疼痛等アリ。往往初期ニ於テ一定時歩行ヲ繼續スルヤ、跛行ヲ起シ、又ハ一時歩行ヲ停止セザルベカラザルニ至ルコトアリ。此際皮膚ハ鬱血腫脹シ、下肢末梢冷却シ、足背動脈ノ搏動ハ微弱トナリ若シクハ缺如ス。(所謂間歇性跛行症 *Intermittierendes Hinken*) 斯クノ如キ症徴ハ數年間同一状態ニテ繼續スルコトアリ、或ハ一

時消散スルコトナキニアラザルモ、多クハ徐徐ニ進行シ、疼痛加ハリ、血液循環遂ニ停止シ、末梢ノ壞疽ヲ起スニ至ルモノトス。

糖尿病性脱疽 ハ多ク高年者ニ來ルモ、亦比較的早年ニ發スルコトアリ、是レ糖尿病者ニ於テ比較的早發スル高度ノ動脈硬變ニ因ス。其徵候老人性脱疽ニ適スルモ、此種類ニアリテハ特ニ蔓延性化膿性炎症ヲ併發スルノ傾アリ。

栓子形成ニ因ル脱疽 ハ心内膜炎ノ經過中ニ發スルモノヲ主トス。栓子・栓塞 ハ亦種種ナル急性發熱性諸病ニ續發スルコトアリ。又動靜脈性動脈瘤、股動靜脈損傷等ノ結果タルコトアリ。此種類ニ於テハ急ニ一局部ノ壞疽ヲ起ス。

微毒 ハ老人性脱疽ノ形成ヲ助長ス。血管ノ微毒性變化ニヨル脱疽ハ好シテ相對的ニ來ル。

凍傷 ニヨルモノハ發病前、下腿及ビ足部冷却ノ原因アリテ、後チ其部ノ腫脹ヲ發シ、厥冷・暗褐赤變・知覺亡失・自發劇痛等ヲ來シ、皮膚腫脹シ、處處ニ水疱様隆起ヲ生ジ、次デ壞疽ヲ來ス。多クハ炎症ヲ伴ヒ、往往蔓延性「フレグモーネ」ヲ起ス。

レーノー氏 相對的脱疽 ハ足ニ好發シ、又手ニ來ルコトアリ。兩側足部手部ニ於テ、疼痛及ビ知覺異常ヲ發シ、循環障礙アリ。或ハ蒼白色ヲ呈シ、或ハ褐赤色ニ變ジ、著シク厥冷ス、往往皮膚ニ水疱ノ形成ヲ見ル。斯クノ如キ状態ハ年月ニ互リテ消長アリ、其甚ダシキ場合ニ於テハ遂ニ壞疽ヲ來ス。

脱疽ノ局處變化ニ二種アリ、乾性ト濕性ニ是レナリ。乾性脱疽ニアリテハ組織液ノ吸收ト蒸散ニヨリテ組織ハ乾燥萎縮シ、黑色或ハ褐色ノ硬固木乃伊様物ト化ス。(木乃伊變性 Mumification) 濕性脱疽ニアリテハ組織ハ浸潤浮腫ヲ呈シ、化膿菌ノ侵入ニヨリテ容易ニ化膿及ビ腐敗ヲ來シ、水疱・膿疱ヲ生ジ、遂ニ崩壞シテ潰瘍ヲ形成シ、腐敗瓦斯ノ產生ニヨリテ分泌物ハ著シク惡臭ヲ放ツ。前者ニ於テノ變化ハ主トシテ組織壞疽ニ止マルモ、後者ニ於テハ更ニ化膿性炎症ノ蔓延ニヨル變化ヲ加ヘ、病機

タメニ複雑トナル。化膿ハ獨リ壞疽ヲ助長スルノミナラズ、尙ホ遠ク周圍ノ組織ニ蔓延シ、或ハ轉移化膿竈ヲ形成セシメ、又或ハ終ニ全身の化膿菌傳染ヲ誘發スルニ至ルモノトス。

組織ノ壞疽進ミテ血管ノ健康限界ニ達スルトキハ病機ハ茲ニ停リ、壞疽部ノ近圍ニ強度ノ充血ヲ來シ、所謂分界の炎症ヲ起ス。此處ニ於テ生死兩部ノ分界成リ、健康組織面ニ於テ肉芽ヲ生ジ、(分界線 Demarkationslinie) 壞疽部脱落スルニ及ビ癩痕ヲ形成シテ治ス。

診斷 劇痛及ビ局部症狀ニヨリ診斷セラルルモ、初期ニ於テ證徴顯著ナラザルトキハ直チニ斷定シ難キ場合ナキニアラズ。年齢、動脈硬化、心臟疾患、糖尿病、微毒、嗜好、職業等ニ注意シ、尙ホ肢端厥冷、知覺異常、循環狀態、動脈ノ搏動如何等ヲ詳ニ檢診ス。老人ニ於ケル治癒シ難キ疼痛性趾尖潰瘍ハ本症ヲ疑フベシ。

豫後 壞疽部ニシテ末梢端ノ一部ニ限レルトキハ指趾尖ノ缺損ニヨル輕易ナル不具ヲ留ムルニ過ギザルモ、其領域ノ擴延セルモノニアリテハ夫レニ應ズル肢節缺損ヲ後貽ス。死因 トシテハ化膿菌全身の傳染、衰弱、繼發肺炎等トス。濕性ノモノハ乾性ノモノニ比シテ局處的ニモ全身のニモ不良ナリ、糖尿病性ノモノハ危險トス。

療法 厥冷、鬱血、疼痛、知覺異常等本症ノ前驅症ヲ疑ヒ得ベキ症徴ヲ認ムルトキハ、豫防的措置トシテ、原因ノ除去ヲ圖リ、且ツ其治療法ヲ講ズベシ。局處ニハ患肢高舉、按摩法、保温、溫浴等ヲ試ミ、適度ニ運動セシム。内服藥トシテ沃度劑ヲ處ス。

既ニ發病セントキハ 全身療法 トシテ榮養ニ注意シ、強壯劑・興奮劑ヲ投ジ、又沃度劑ノ内服ヲ持長ス。糖尿病者ナルトキハ、其療法ヲ嚴行シ、微毒ナルトキハ強力ナル驅微法ヲ施ス。脱疽ニ生理的食鹽水皮下注射ヲ推奨スルモノアリ、即チ毎日一回 500 ccm 或ハ隔日 1000 ccm ツツ、注射部ヲ變更シテ反復シ、目的ヲ達スルマデ之レヲ行フ。局處療法 トシテハ防腐ヲ第一要義トス。即チ患部ノ清淨、消毒、防腐の被覆ヲ嚴行ス。乾性ノモノハ努メテ其軟化ヲ防グタメ、濕性ノモノハ努メテ之レヲ乾燥セ