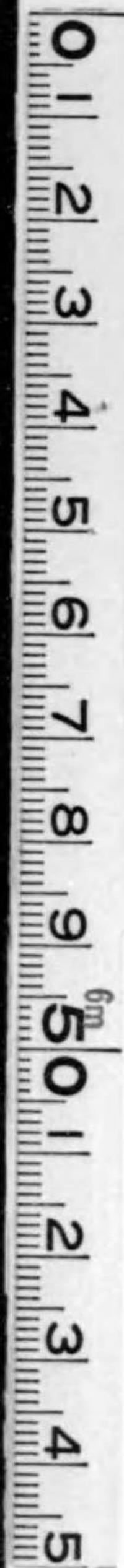


54
64₁



始



54-641

54-641

實驗外科學

醫學博士三輪徳寛
ドクトル吉川春次郎 共著

南江堂書店發行

大正
10.8.13
内交

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一致せり、則ち共著の名の下に公刊することこはなれり。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

第三版の小序

本書大正八年十一月刊行の再版早くも盡きて、昨年末より第三版補訂の業に従ひ、爾後書肆の督促に驅られつゝ、今漸く校合を卒らんとす。曩きに第二版の上梓に當り、改版の期日如何にも短時日なりしが爲め、改訂の上に充分意を盡す能はず、第三版に於ては大に盡瘁する所あらんことを期したりしも、這回も亦中間の期日甚だ長からず、加ふるに昨年八月自家經營の小診療所を開設し、日常の事務一層繁きを加へ、今や筆硯にのみ親むを許さざる事情の下にあり。心徒らに走せて筆之れに伴はず、爲めに改訂の目的を十全に達し得ざりしは洵に遺憾とする所なり。唯本版に於て、實驗症例の病歴若干を疾病篇中に補綴し、臨牀實地家の參考に供したるは聊か新意を加へたるものにして、實驗外科の名に背かざらんことを期したり。其他全般に亙りて、内容の加除、附圖の改彫追加等尠からざるも、茲に之を細説するの要を認めず。又刷本の紙幅を改めて大型を選びしは、頁數を減じて製本の堅牢を期し、繙讀の便に供したるなり。

本版の印刷中、恩師筒井博士白玉樓中の人に化し去られたり。想へば明治三十三年親しく先生より授けられたる外科總論の學説は、實に予が今日外科智識の階梯はなれるなり。嗚呼今や此人亡し、誠に痛恨に堪へず。又同じ期間に於て、恩師ポッペルト教授より、歐洲大戰終熄後の第一信を寄せらる。先生は祖國戰亂の區に處し、巍然として猶ほ學問の研究を怠らず、醫育濟生の大任に従ひ、健康亦舊に仍ると云ふ。筒井博士の訃音悲しむべく、ポッペルト教授の健康祝すべし。而かも我島帝國の國運は日に隆昌にして、獨塊の現状は云ふに忍びざるものあり。人事の吉凶、世態の變遷、茫乎として測り知るべからず。本書第三版の發行に際し、今昔の感を叙述して序文に代ふ、亦後日の記念の爲めのみ。

長尾筒井兩氏、三度び本書刊行の爲めに助力せられたり、誌して謝意を表す。

京橋橋畔の診察所にて

吉 川 春 次 郎 識

大正十年五月十七日

再版の小序

初めて拙著を世に公にしたるは實に本年二月上旬のこころなり。當時書肆は購讀者の便を圖り豫約法に依りて頒布せしに、期限其半に充たずして架上早く既に一本を残さざるの狀況を呈し、空しく之れを謝絶するの餘儀なきに至れり。斯くの如き書冊が斯くも速に再版の機運に接せんとは誠に意外にして、發行の書肆亦た醫書出版界の奇蹟なりと語れり。是に於て乎、初版校正の筆を擱くと同時に再版の準備に忙殺さるる身となりぬ。本書は素と彪大なるべき内容を一冊子に取り纏むる必要上、文中大小種類の活字を配伍し、可及的小形のものを用ふるに努めたれば一頁の改竄も容易の業にあらず、剩へ實地醫務の傍、寸陰を偷むて加朱することなれば、日程思ふ半ばにだも抄かざらず、折に觸れ筆を投じて長大息を漏し、著書の苦心をつくづく打咤ちしこころもありにき。

書を校するは猶ほ落葉を拾ふが如く、随つて拾へば隨て墜つ。前版の誤謬を正し、心附けるに任せ新意を加ふるに勉めたれど。今にして顧れば、尙ほ意に充たざるもの太だ

多し、されど之れが修正は暫らく他日を期するの外なし。唯本版に於ては損傷篇に於て大部分に互りて訂正を加へ、解剖篇其他に於て若干の附圖を増加し置けり。前版に比して頁數の増せると共に、亦た多少の面目を改めたるを自信す。今後更に改版の機會もあらば、本書の爲めに努力を怠らざるべきことを誓ふ、記して以て再版の序とす。這回も亦長尾筒井の兩氏多く幫助の勞を取られたり、重ねて謝意を表す。

大正八年九月六日

吉川 春次 郎 識

實驗外科學序

外科は臨牀の一科をなしておりますが、素に治療的手段の特殊なるが爲めに設けられたもので、外科に屬する疾病と外科に屬せざる疾病との間に劃然たる區別がある理ではありません。近來外科的治療は益々其領域を廣め、且つ驚くべき効果を擧ぐるようになりまして、曾て不治と認められたもので、外科療法の進歩と手術家の熟練と相待つて能く之れを治し得る事の出来るようになった疾病は随分澤山あるように思ひます。實に治療學に於ける外科と内科とは恰も車の兩輪にも譬ふべきもので、外科醫師に内科的智識の充實を要する事は申すまでもなく、又内科に従事する醫師でも外科學の智識を有しなければ到底診療の十全を期することは出来ません。これは強ち我田引水の説ではあるまいと思ひます。併し外科治療は技術を要することであるから、唯れでもやれど強ふるの聊か不條理のように聞えないでもありませんが、私共は唯多くの醫師が自ら進んで之れに熟れやうとしない點を遺憾に思ふのであります。則ち一般臨牀家が外科的治療の總

てを擧げて専門醫に委囑するの偏執に陥らないで、一程度までは外科學の智識を會得せられ、更に進んでは手を外科技術に染め、臨機應變の策を案じて過ちなきを期するは勿論、急遽唐突の場合、自ら應急の處置を施すの覺悟と意氣込を持たれん事を希望して止まないであります。

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、之に依て多少なりとも外科實地上の參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、又屢々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こに致しました。

是迄存する外科書は其殆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斷じ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。

尙ほ書中處處に緊要なる統計表を挿むであります、之れは臨牀上必要なる項目に就て、成るべく本邦諸家の調査報告中から撰びたるもので、之れをしも亦新しい試みと云へば云ひ得るであります。卷末の解剖篇に於ては先づ局處解剖を記述した後「臨牀」の項を設け、其部に關する臨牀的の記載を加へて置きました。由來局處解剖學の記述の如きは解剖書に譲てよい筈ですが、此種の書中に之等をも併せて收めてあると云ふ事は實地家に取て甚だ便利だと思ふので、若干の附圖を挿んで之れを叙説いたしました。此他

編輯の順序細目に就ては目次の示す通りであります。

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、茲に醫學博士三輪德寛、醫學博士筒井八百珠、プロフessor、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。

私は元來不文である上に、臨牀忙中の餘暇を偷み、其折折數年間に亘つて執筆した次第で、編述意に充たざる處甚だ多く、又文章脩辭の如きも推敲の足りない結果、難解の字句も澤山ありませう、加之誤謬に陥てゐる所も定めて少なくない事とせう、是等の諸點に於ては只管大方の叱正を仰ぎ、他日改訂の機を期するの外ありません。

本書載する所の附圖中腫瘍其他レキセル氏の外科總論より引用したるもの多く、又局

處解剖圖は大概ねコルニング氏著局處解剖學の原圖に基けるもので、此兩著者に向て敬意を表し、尙又レントゲン寫眞其他に於て林病院に於ける實驗材料の使用を快諾せられたる同院長に深謝する次第であります。

尙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、錨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て小序に充つることを致しました。

大正八年一月一日

東京築地の寓居にて

吉川春次 郎識

實驗外科學目次 (第三版)

第一篇 損傷篇

第一 頭部損傷	一
一 頭蓋軟部損傷	一
頭蓋軟部創傷・頭蓋軟部打撲傷	一—四
二 頭蓋骨損傷	四
頭蓋骨穹窿骨折・頭蓋骨基底骨折	四—五
三 腦損傷	五
腦震盪症・腦壓迫症・腦挫傷	五—一〇
四 顏面軟部損傷	一〇
五 顏面骨損傷	一〇
鼻部骨折・顳骨骨折・上顎骨骨折・下顎骨骨折・ 下顎骨脫臼	一〇—一四
第二 頸部損傷	一四
頸部創傷・舌骨骨折・喉頭骨折	一四—一八
第三 胸部損傷	一八
一 銳器・因ル胸部創傷	一八
胸壁穿通創	一八—一九

目次

二 鈍體・因ル損傷	二〇
肋骨骨折・肺臟損傷・胸廓震盪症及胸廓壓迫症	二〇—二三
第四 脊柱損傷	二三
脊椎打撲・骨折・脫臼	二三—二五
第五 腹部損傷	二四
一 腹部創傷	二四
腹部穿通創	二四—二七
二 腹部皮下損傷	二七
腹部打撲傷	二七—二九
第六 會陰部損傷	二九
會陰尿道皮下破裂・肛門及直腸損傷・陰莖損傷・陰囊及 辜丸損傷	二九—三三
第七 上肢損傷	三三
一 肩胛部損傷	三三
肩胛打撲傷及肩胛關節捻挫・鎖骨骨折・鎖骨脫臼・肩 胛骨骨折・肩胛關節上膊骨脫臼・上膊骨上端骨折	三三—四四
二 上膊損傷	四四
上膊軟部損傷・上膊骨幹部骨折	四四—四七
三 肘關節部損傷	四七
上膊骨下端骨折・肘關節脫臼・前膊骨上端骨折	四七—五五
四 前膊及腕關節部損傷	五五

前膊及腕關節部軟部損傷・前膊骨幹部骨折・前膊下端骨折・腕關節脫臼……………五六一

五 手指損傷……………六

第八 下肢損傷……………六

一 骨盤損傷……………六

二 胯關節部損傷……………六

三 大腿損傷……………七

四 膝關節部損傷……………七

五 下腿損傷……………八

六 足關節部及足部損傷……………八

九 溫熱的損傷及腐蝕……………九

第十 損傷ニ因スル全身症……………九

第二篇 疾病篇

第一 創傷傳染病……………九九

第二 腫瘍……………一〇三

皮膚癌腫・上皮癌腫・鱗狀癌腫・乳癌腫・腺癌腫……………一〇三

肉腫(結締織性肉腫・軟骨肉腫・骨肉腫・淋巴肉腫・色素肉腫)……………一〇三

內皮細胞腫……………一〇三

第三 皮膚及皮下疾病……………一〇八

「フルンケル」・「カルブンケル」・皮下「フレグモート」醜態菌性皮下膿瘍・皮下護膜腫・粉瘤・皮膚癬痕・象皮病……………一〇九

第四 淋巴管及淋巴腺疾病……………一九

急性淋巴管炎・急性淋巴腺炎(腺・テスト)・淋巴腺結核・惡性淋巴腺腫……………一九

第五 動脈及靜脈疾病……………二〇

動脈瘤・化膿性靜脈炎・靜脈瘤・特發脫疽……………二〇

第六 筋・腱及粘液囊疾病……………二二

急性化膿性筋炎(化膿性腸腰筋炎)・化骨性筋炎・筋肉護膜腫……………二二

急性腱鞘炎・啞軋性腱鞘炎・急性粘液囊炎・「ガングリオン」・粘液囊水腫・腱鞘及粘液囊結核・變縮……………二二

第七 骨及關節疾病……………二三

急性骨膜炎・骨髓炎及骨炎・骨結核(肋骨結核・結核性脊椎炎・骨盤骨結核・風棘病)・骨護膜腫……………二三

○腐骨剝出術……………二三

急性關節炎・慢性關節炎・關節結核(胯關節結核・膝關節結核・足關節結核・肩胛關節結核・肘關節結核・腕關節結核)・關節強直・動搖關節……………二三

佝僂病・骨軟化症……………二三

第八 頭部疾病

腦(ヘルニア)・腦水腫・急性化膿性腦膜炎・腦膿瘍・腦腫瘍・癲癇・三叉神經痛・顏面神經麻痺……………二四

耳血腫・耳鼓軟骨膜炎・耳聾・外聽道・フルンケル急性中耳炎・慢性中耳炎……………二四

肥厚性鼻炎・鼻腔・ポリプ・鼻咽腔纖維性・ポリプ・急性化膿性副鼻腔炎・慢性化膿性副鼻腔炎……………二四

顎骨骨膜炎及骨髓炎・顎骨腫瘍(齒囊腫・珞瑯腫・齒牙腫・齒膿腫)……………二四

水疔・化膿性深唇舌炎・舌結核・口蓋護膜腫……………二四

ルードウチク氏口峽炎・急性口峽炎・肥天性扁桃腺炎・咽後膿瘍……………二四

耳下腺炎・顎下腺炎・唾液瘻・腮腺腫・耳下腺膿瘍・ミクローリツツ氏病……………二四

第九 頸部疾病……………二五

斜頸・先天性頸痙・先天性頸囊腫・頸部「フレグモート」・頸動脈腫瘍・頸肋……………二五

甲狀腺腫・バセドウ氏病……………二五

喉頭實扶の里・聲門水腫・喉頭結核・喉頭護膜腫・喉頭腫瘍・喉頭狹窄……………二五

○喉頭挿管法……………二五

食道狹窄……………二五

第十 胸部及脊柱疾病

- 急性乳腺炎・慢性乳腺炎……………三五一—三六二
- 膿胸・縱隔質腫瘍……………三六一—三七五
- 膿胸穿刺法……………三六四
- 膿胸ニ施ス胸腔切開術……………三六六
- 脊椎破裂・脊柱側彎症……………三七五—三七九

第十一 腹部疾病

- 膈癢・膈炎……………三七九—三八二
- 急性腹膜炎・結核性腹膜炎・腹水・横膈膜下膿瘍……………三八二—四〇二
- 肝臟膿瘍・肝臟包蟲腫・膽石症……………四〇三—四〇九
- 腸管痙攣・腸管狹窄症・腸管閉塞症・腸管疊積症・腸管捻轉症・迴盲部結核・蟲樣突起炎・ヒルシユスブルング氏病……………四〇九—四六五
- 蟲樣突起切除術……………四六五

第十二 「ヘルニア」

- 鼠蹊「ヘルニア」股輪「ヘルニア」箱頓「ヘルニア」……………四六六—四九七
- 臍「ヘルニア」腹壁「ヘルニア」……………四九七—五〇〇
- 鼠蹊「ヘルニア」根治手術……………四九七
- 股輪「ヘルニア」根治手術……………四八一
- 「ヘルニヤ」整復術……………四八七
- 箱頓「ヘルニア」切開術……………四八九

第十三 泌尿生殖器疾病

- 包莖・尿道狹窄……………四九八—五〇三
- 膀胱炎・膀胱結核・膀胱結石・膀胱腫瘍……………五〇三—五一二
- 化膿性腎臟炎及腎盂炎・腎臟結核・腎臟水腫・腎臟結石・腎臟腫瘍・腎臟周圍結締織炎・尿管・尿管炎……………五一二—五三三
- 膀胱穿刺術……………五三三
- 攝護腺炎・攝護腺肥大症・精囊炎……………五三三—五三九
- 辜丸下降不全症・精系靜脈瘤・副辜丸炎及辜丸炎・辜丸腫瘍・陰囊水腫……………五三九—五五一
- 陰囊水腫穿刺術……………五五〇
- 陰囊水腫根治手術……………五五〇

第十四 肛門及直腸疾病

- 肛門周圍炎・痔瘻・肛門裂創・痔核・脫肛及直腸脫肛……………五五二
- 門及直腸狹窄……………五五二—五五八
- 痔瘻ノ手術……………五五七
- 痔核ノ注射療法—結紮法—燒灼法—抽出法……………五五七—五五九
- 脫肛及直腸脫肛ノ手術……………五五九—五八八

第十五 四肢疾病

- 癩疽・爪刺箱頓症・彈撥指・マーデルング氏畸形……………五八八—五九六
- 先天性脛關節脫臼・内轉脚・オスグット・シヨラツテル氏病・先天性内翻足・扁平足・跟骨痛・坐骨神經痛……………五九六—五九八
- 四肢運動麻痺……………五九八—六〇四

第三篇 診斷及治療篇

一 外科的診査ノ秩序……………六〇五

測尺法・膀胱鏡ノ診査ノ應用・レントゲン線ノ診査ノ應用

二 防癩法……………六〇二

三 軟部損傷ノ療法……………六〇三

開放性損傷ノ療法・皮下損傷ノ療法

四 四肢ニ於ケル骨折及脱臼ノ診査……………六〇九

骨折ノ診査・脱臼ノ診査

五 四肢ニ於ケル骨折及脱臼ノ療法……………六一八

骨折療法(救急療法・皮下骨折ノ療法・複雑骨折療法・全身療法・假關節療法・脱臼療法)

六 出血ノ處置……………六一七

止血法・出血ニ對スル全身の處置・血友病ニ對スル處置・輸血療法

七 食鹽水注入法……………六一五

食鹽水皮下注入法・食鹽水靜脈内注入法・食鹽水直腸注入法

八 創傷縛帶及排液法……………六一八

副子縛帶……………六一八

九 義布斯縛帶……………六一六

義布斯縛帶……………六一六

一 下肢牽引縛帶……………六一七

二 異物……………六一七

氣道異物・食道異物・胃内異物・鼻腔異物・耳内異物・組織内ニ竄入セル異物

三 消炎法……………六一九

血清療法・ワクチン療法……………六一九

四 血清療法及「ワクチン」療法……………六一九

血清療法・ワクチン療法……………六一九

五 レントゲン線・「ラヂウム」及「ディアテルミ」療法……………六八五

外科的結核ノ診査及療法……………六八七

外科的結核ノ診査・外科的結核ノ療法……………六九五

微毒ノ診査……………六九五

潰瘍ノ診査……………六九九

口腔粘膜炎ノ診査・陰部下疳ノ診査……………七〇四

腫瘍ノ診査……………七〇四

腹部腫瘍ノ診査……………七二〇

腹部診査法一般・腹部腫瘍ノ鑑別……………七二〇

肛門及直腸診査法……………七二四

尿道「カテーテル」使用法……………七二八

内臟疾患ト手術の療法……………七三三

肺臟疾患ト外科の手術・胃疾患ト外科の手術・腸疾患ト外科の手術・肝臟及ヒ膽囊疾患ト外科の手術・脾臟疾患ト外科の手術……………七三五

第四篇 手術篇

第一 手術的療法.....七五

第二 麻醉法.....七五

 一 局處麻醉法.....七五
 「クロールエチール」麻醉法・粘膜面ノ麻醉法・浸潤
 麻醉法・傳達麻醉法・靜脈麻醉法・薦骨麻醉法
 腰髓麻醉法.....七九
 二 全身麻醉法.....七九
 全身麻醉法ノ適應及禁忌・全身麻醉藥ノ選擇・全身
 麻醉ノ經過・全身麻醉法ノ實施・麻醉中ノ偶發症及
 其處置・麻醉後處置及後發異變・麻醉死

第三 軟部手術.....七九

 一 切開法.....七九

 二 縫合法.....七九
 皮膚縫合法・筋肉及筋膜縫合法・腱縫合法・神經縫合
 法・血管縫合法

 三 血管結紮法.....七九

 四 皮膚成形術及補填法.....七九
 チールシニ氏植皮法.....八七

第四 骨及關節手術

一 骨縫合法・骨接合法及骨移植術.....八〇

二 切斷術.....八三

三 關節離斷術.....八二

四 關節切除術.....八二

五 穿顱術.....八三

第五 主要ナル畸形ノ手術.....八六

一 兔唇手術.....八六

二 口蓋破裂ノ手術.....八三

三 躡指趾及贅指趾ノ手術.....八三

四 肛門及直腸閉鎖ノ手術.....八七

五 尿道下裂ノ手術.....八三

第六 氣管切開術.....八四

第七 開腹術及胃腸手術.....八四

一 開腹術ノ一般.....八四
 開腹術前ノ準備・開腹術ニ於ケル防腐法・開腹術ニ
 於ケル麻醉法・腹壁切開法・腹壁縫合法・後療法・開
 腹術後ノ偶發症

二 胃腸手術ノ梗概.....八六
 胃及腸縫合法・胃瘻造設術・胃切除術・腸管穿孔法

胃腸吻合術・腸管吻合術・腸管遮斷術・腹壁造肛術・
瘻造設術・腸管瘻ノ手術的療法

第八 泌尿生殖器手術

一 腎臟切開術及腎臟剝出術.....八六

二 恥骨上膀胱切開術.....八八

三 外尿道切開術.....八三

四 除辜術.....八七

第五篇 解剖篇

第一 頸部解剖

一 前頸部.....八八
 舌骨上部・舌骨下部・上頸三角ノ臨牀.....八九
 ○舌動脈結紮法.....八九
 ○頸下部ヨリスル喉嚨腫ノ剔出.....八九
 ○氣管切開術ノ注意.....八九
 ○食道切開術.....八九
 ○上頸三角部ニ於ケル總頸動脈ノ結紮法.....八九

二 側頸部.....八九
 胸鎖乳頭筋部・鎖骨上部ノ臨牀.....八九
 ○側頸部ニ於ケル總頸動脈ノ結紮法.....八九

三 項部.....九〇

第二 上肢解剖

一 肩胛部.....九〇
 前肩部・外肩部・後肩部・肩胛關節ノ臨牀.....九〇
 ○小胸筋上緣ニ於ケル腋窩動脈結紮法.....九〇
 ○肩胛關節切除術.....九〇
 ○肩胛關節離斷術.....九〇

二 腋窩.....九〇
 臨牀.....九〇
 ○腋窩動脈結紮.....九〇

三 上膊.....九三
 上膊前部・上膊後部ノ臨牀.....九三
 ○上膊ニ於ケル上膊動脈結紮法.....九三
 ○上膊ニ於ケル正中神經・尺骨神經・橈骨神經ノ露出法.....九三
 ○上膊骨質剔出術.....九三

四 肘部.....九三
 前肘部・後肘部・肘關節ノ臨牀.....九三
 ○肘窩ニ於ケル上膊動脈結紮法.....九三
 ○肘關節切開術.....九三
 ○肘關節切除術.....九三
 ○肘關節離斷術.....九三

五 前膊.....九三
 前膊前側・前膊後側ノ臨牀.....九三

○機骨動脈及ヒ尺骨動脈結紮法……………九三〇

○前膊ニ於テスル尺骨神經・正中神經・橈骨神經露出法……………九三〇

○尺骨及ヒ橈骨腐骨剔除術……………九三〇

○前膊切断術……………九三三

六 手部……………九三三

手腕關節掌側及手掌・手腕關節背側及手背・下橈尺關節及手關節・指ニ臨牀……………九三三—九四四

○淺掌弓結紮法・手背ニ於ケル橈骨動脈ノ結紮法……………九四一

○手部ニ於ケル種種ナル關節離斷術……………九四一

○腕關節切除術……………九四三

第三 下肢解剖……………九四五

一 臀部及膀胱部……………九四五

臀部・膀胱部ニ臨牀……………九四五—九六〇

○膀胱節切除術……………九四九

○膀胱節離斷術……………九四九

二 鼠蹊下三角部……………九五二

臨牀……………九五三—九五四

○鼠蹊下部ニ於テスル股動脈結紮法……………九五三

○坐骨神經露出法……………九五八

○大腿腐骨剔除術……………九六一

三 大腿……………九五四

臨牀……………九五八—九六一

○大腿ニ於テスル股動脈結紮法……………九五八

○坐骨神經露出法……………九五八

○大腿腐骨剔除術……………九六一

○大腿切断術……………九六一

四 膝部……………九六一

膝關節・膝蓋部・膝關節ニ臨牀……………九六一—九六九

○膝關節結紮法……………九六六

○膝關節ニ於ケル脛骨神經及ヒ腓骨神經露出法……………九六六

○膝關節穿刺……………九六六

○膝關節切断術……………九六七

○膝關節離斷術……………九六七

○膝關節切除術……………九六八

五 下腿……………九六九

下腿前面及外側・下腿後面及内側ニ臨牀……………九七〇—九七三

○前脛骨動脈及後脛骨動脈結紮……………九七三

○下腿ニ於ケル神經ノ露出法……………九七三

○脛骨及ヒ腓骨腐骨剔除術……………九七三

○下腿切断術……………九七四

六 足踝部及足部……………九七六

足踝部・足背・足趾・足關節ニ臨牀……………九七六—九八七

○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……………九八三

○足部ニ於ケル種種ナル離斷術及切断術……………九八三

○足關節切除術……………九八六

統計表目次

丹毒發生部位ノ統計……………一〇八

丹毒潜伏期ノ統計……………一〇八

丹毒ニ於ケル熱ノ持續日數……………一〇九

丹毒ノ死亡率……………一一〇

破傷風ノ潜伏期ト死亡率ノ統計……………一一一

癌腫ノ發生部位及性ノ統計……………一一八

癌腫發生年齢ノ統計……………一二〇

乳癌發生年齢ノ統計……………一二七

乳癌ノ淋巴腺轉移發生時期ノ統計……………一三八

乳腺腫瘍ノ種類……………一四〇

乳癌手術後再發ノ期月……………一四五

腺「ペスト」ノ統計……………一五〇

淋巴腺結核發生年齢ノ統計……………一五〇

淋巴腺結核ノ部位ニ關スル統計……………一五〇

頸腺結核ニ合併セル他臟器結核ノ統計……………一五〇

淋巴腺結核ニ施シタル手術ノ結果ニ關スル統計……………一五〇

化膿性筋炎ノ年齢及男女ニ關スル統計……………一五〇

化膿性筋炎ノ發生部位ニ就テノ統計……………一五〇

「ガングリオン」ノ好發部位ニ關スル統計……………一五〇

骨結核ノ部位ノ統計……………一五〇

脊椎結核ト年齢ノ關係……………一五〇

脊椎・カリエスト其部位トノ關係……………一五〇

脊椎結核ニ發スル膿瘍ノ部位ノ統計……………一五〇

「キフォーゼ」發生ニ關スル統計……………一五〇

脊椎結核ニ於ケル流注膿瘍發生ノ率……………一五〇

運動障碍ト脊椎・カリエスト部位トノ關係ノ統計……………一五〇

關節結核ト性及年齢ノ關係……………一五〇

關節結核ト其部位ノ關係……………一五〇

關節結核治療成績表……………一五〇

頸骨腫瘍ノ種類ノ統計……………一五〇

妊娠及ヒ授乳ト乳腺炎ノ關係……………一五〇

蟲様突起炎ニ繼發セル腹膜炎ノ病原菌検査成績……………一五〇

腹膜炎ト發生起點……………一五〇

急性化膿性大部腹膜炎ニ對シテ行ハレタル手術ノ結果……………一五〇

腹膜炎結核ノ爾他結核ニ對スル頻度ノ比較……………一五〇

腹膜炎結核ト合併セル他臟器結核ノ統計……………一五〇

腹膜炎結核ト轉歸ノ統計……………一五〇

腹膜炎結核ニ對スル開腹術ノ効果……………一五〇

日本ニ於ケル「イレウス」實驗例……………一五〇

本邦ニ於ケル「イレウス」手術ノ成績……………一五〇

本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管膿瘍症ノ種類……………一五〇

本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管捻轉症ノ種類……………一五〇

目次

本邦ニ於ケルS字狀部捻轉症ノ治療成績……………四三九

急性蟲様突起炎ニ對スル手術ノ豫後(一)……………四四六

蟲様突起炎ノ手術ニ因ル死亡率……………四五七

腎臟結核ト年齢トノ關係……………五一五

肺結核ト痔瘻トノ關係……………五五四

先天性脛關節脫臼ノ統計……………五八七

脫臼ノ統計……………六三三

皮下骨折ノ治療ニ要スル日數……………六四三

ワッセルマン氏反應ノ陽性率……………六九七

「ルエチン」反應ノ成績……………六九八

實驗外科學目次終

實驗外科學 [增訂第三版]

醫學博士 三輪 德寬 共著
メヂチネル 吉川 春次郎

第一篇 損傷篇

第一 頭部損傷

一 頭蓋軟部損傷



頭部損傷
頭蓋軟部損傷
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ルトキハ創口ノ著シキ哆開ヲ來ス。鈍體ニ因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。

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、Skalpiertungト謂フ。屢、工場ニ於テ機械類ノ爲メニ毛髮ヲ卷カレ牽引セラル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。

第一篇 損傷篇 頭蓋軟部創傷

毛髮ハ診査ヲ妨グルヲ以テ、常ニ精細ニ檢診シ、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 頭部ニ於テハ他ノ部分ニ於ケル創傷ノ療法ト較シ其趣ヲ異ニス、是レ頭部ニ於テハ特ニ毛髮ノ處置ヲ要スベクレバナリ。頭部創傷ノ處置ハ次ノ順序ニ依テ之レヲ行フベシ。

- 一 先ヅ創面ニ殺菌綿紗ヲ貼シテ之レヲ被覆シ、同時ニ多少ノ出血ハ之レニ依テ壓迫止血スベシ。此際注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、之レヲ其儘ニ留メシム。
- 二 斯クハ如ク嚴ニ創面ヲ覆ヒツツ、創面ノ處置ヲ施スベシ。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時ハ之レヲ剪去ス。毛髮ヲ剃除若シク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ノ汚染ナキ切創、割創等ニアリテハ、必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。斯ノ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綿紗ヲ以テ摩擦シ、又皮脂ニ由ル汚染ノ甚ダシキモノハ「エーテル」又ハ「ベンチン」ヲ以テ拭淨シ、後、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其部ニ該當スル創縁ニ近ク皮膚ヲ骨ニ向テ指壓シ止血セシムベシ。創面大ニシテ進出スル出血一二箇處ニ止マラズ、爲メニ創圍ノ指壓法ヲ以テ目的ヲ達セザルトキハ動脈鉗子ヲ用キテ個個ニ之レヲ止血スベシ。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ノ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極メテ稀ナリ。唯創腔ノ事情縫合ヲ許サズ、開放ノ二處置スベキ場合ニ於テノミ之レヲ結紮スベシ。頭蓋軟部ニ於テ血管ヲ單其ダ難事ニ屬ス、然ルトキハ縫合針ヲ用キテ縫合スベキナリ 頭蓋軟部ニ於ケル主要ナル動脈ハ顱額動脈、後頭動脈、上眼窩動脈、前頭動脈及ビ後耳動脈等トス。今創面及ビ創腔ヲ檢シテ清潔ナルヲ認ムルトキ、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ノ汚染ナキトキハ一回ノ沃度丁幾塗布ヲ行ヒ、直ニ縫合閉鎖スベシ。此際同時ニ止血ヲ圖ルベキコト前述ノ如クス。縫合ハ創縁ノ接着ヲ度トシ、成ルベク粗ナルヲ尙ブ。是レ創裂開ヨリ分泌物ノ流出スル徑路ヲ與ヘンガ爲メナリ。挫創ニシテ創縁ノ挫碎甚ダシキモノハ開放性ニ處置スベク、唯其哆開著シキ部ニ向テ一二ノ縫合ヲ施スモ可ナリ。挫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。其清潔ナルモノニアリテハ亦全部縫合スルヲ得ベク、挫ノ基底ニ於ケル對孔造設ハ通例其必要ナシ、挫創ニシテ創傷傳染ノ疑アルモノニ於テハ挫ノ尖頂ニ於テ一二ノ固定縫合ヲ施スニ止メ「タンボン」ヲ應用スベク、或ハ又二次的縫合ヲ施スコトアリ。唯大ナル挫創ニシテ挫尖顛頂ノ中央ニ向ヒ、其基底頭周ニアリ、爲メニ分泌物滯溜ノ虞アルトキハ、其底部ノ中央ニ小ナル對孔ヲ作爲スルヲ利トス。頭皮剝脫創、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合スベシ。尙第三篇中「軟部損傷ノ療法」ヲ参照スベシ

一般ニ頭部創傷ハ第一期癒合ニ依ル治療ヲ營ミ易キモ、不幸ニシテ化膿ニ陥ル時ハ病機頭蓋腔内ニ蔓延シ危險ヲ誘發スルノ虞アルヲ以テ、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。

頭皮剝脫創ト同一ノ原因ニ由リ、頭皮尙ホ剝離スルニ至ラズ、唯頭蓋軟部ノ一部或ハ大部分ガ深部ヨリ剝離セラルルニ止リ、皮下血腫ヲ形成スルコトアリ。宜シク壓抵繃帶ヲ施スベシ。著大ニシテ吸收遲延スルトキハ、嚴ニ防腐的準備ヲ行ヒ穿刺或ハ小切開ニ依リテ内容ヲ除去ス。

二 頭蓋軟部打撲傷

鈍體ニ因ル頭蓋損傷ニ於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ノ破傷セラルルトキハ、爲メニ組織内出血ニ因ル血腫形成ヲ營ム。血腫ヲ別チテ皮下血腫、帽狀腱膜下血腫、骨膜下血腫トス。皮下血腫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。骨膜下血腫ニアリテハ其腫起一骨ノ領域ヲ出デザルノ特徴ヲ有ス。頭部血腫ハ分娩時產道ノ壓迫ニ因テ初生兒ニ於テ之レヲ見ルコト稀ナラズ。

血腫ハ往往周邊ニ於テ硬固ニシテ中心部柔軟ナルガ爲メニ陷沒骨折ト誤認セラルルコトアリ、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。又血腫ニシテ比較的大ナル血管ノ破綻ニ因ルトキハ搏動ヲ呈シテ腦搏動ト誤認セラルルコト無キニアラズ。猶又、前頭部ノ皮下損傷ニ於テハ往

往眼險ニ溢血ヲ生ジ、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 壓迫繃帶ヲ施スベシ、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、神經ノ癒着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。

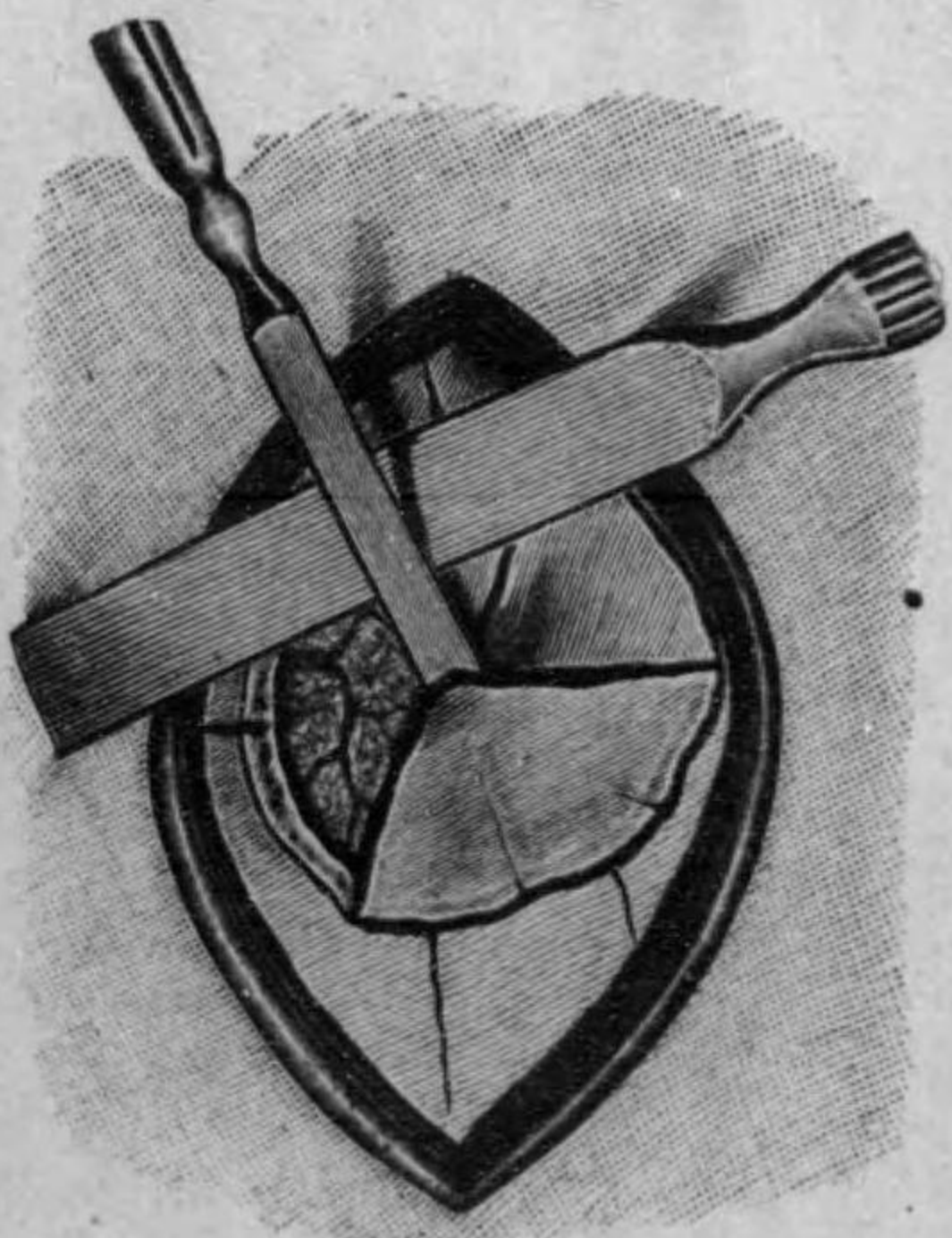
二 頭蓋骨損傷

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、其然ラザルモノニアリテハ往往甚ダ困難ナリ。然レドモ臨牀上ニハ骨自己ノ破傷ノ有無ヨリハ寧ロ頭蓋腔内容損傷ノ存否ヲ診スルヲ必要トナス。後節「腦損傷」參照

療法 安靜ヲ命ズ。骨折自己ニ對シテハ成ルベク期待的ナルベシ。陥沒骨折、碎片骨折等ノ確診セラルトキモ猶ホ且ツ然リトス。骨破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壓迫症狀ヲ呈スルトキハ之レガ整復ヲ圖ルベシ。陥沒骨片ヲ復舊セシムルニハ第一圖ニ示ス

陥沒骨片ノ復舊ニ用ルニシテ子起ク如クニ用スル



ガ如ク起子ヲ使用ス。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」綿紗ヲ挿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死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以テ安全トス。腐骨ハ外板ニ止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發起スルコトアリ。

症候 (1)皮下、粘膜炎下及ビ粘膜炎下溢血、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因ル機能障礙、及ビ岩様部骨折ニ於ケル聽器障礙等ヲ要徴トス。但シ一ニ屬スルモノハ損傷軟部ニ止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、頭部ニ氷嚢ヲ置き、便通ヲ整へ、專ラ期待的ニ處置スベシ。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發起ス。就中扁平面ヲ以テスル打擊ニ因

第一篇 損傷 頭蓋骨基底部骨折 腦震盪症

頭蓋骨基底部骨折

腦損傷

腦震盪症

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。例之頭部ト頭部ノ衝突、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踏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消失ス。脈搏ハ細小ニシテ通例遅徐、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。輕症ニアリテハ數時間乃至數日間人事不省ニ止ルコトアリ、後漸次醒覺ス、恢復前往往與奮症狀ヲ呈ス。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、俄然諸徵増悪シテ不良ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。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。二十四時間ニシテ尙ホ覺メザルトキハ腦壓迫、腦挫傷等ノ合併ニ願慮ヲ要ス。

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。身體ヲ温保シ、強心劑ヲ應用ス。脈搏不長ナルトキハ樟腦油ノ注射ヲ反復ス 又四肢ノ摩擦、臍腸部ノ芥子泥貼用、掌蹠面ニ感傳電氣ノ應用等ヲ試ム。重症ニアリテハ人工呼吸法、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、頭部ニ氷囊ヲ貼シ、灌腸法ヲ行フ。甚ダシキ興奮状態ニ對シテハ莫比ノ注射ヲ要ス。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瀉藥洗腸ヲ行フ。

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、局處麻醉、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。

二 腦壓迫症

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動的及ビ他働的練習ヲ必要トス。問答、算數、讀書、歩行及ビ其他ノ動作

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。即チ中硬腦膜動脈、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。陷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因ルト認メラルル場合ハ稀有ニ屬ス。

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(第二圖)。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。硬腦膜ハ頭蓋骨ノ内面ニ對シテ可成リ堅固ニ附着セルヲ以テ、出血ニ因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。クレインライン氏 *Krolicin* ハ

硬腦膜外出血ノ血腫形成ヲ瀰蔓性及ビ限局性ノ二種ニ分チ、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多ク、稀ニ後部ニ來リ、最も稀ニ前部ニ於テス。

頭蓋腔内出血ニ因ル腦壓迫ハ、血腫一定ノ大ニ達スルニ及ビ、初メテ症狀ヲ出現スルモノナリ。此問題ニ就テチルマン氏 *Tilman* ノ試驗ノ結果ニ依レバ頭蓋腔容積ノ五・二%マデノ減少ニ對シテハ何等ノ症狀ヲ

二 硬腦膜外血腫
(Chir. Klinik, Leipzig)



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依リ、硬腦膜外血腫ニ因ス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 Freie Intervall 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因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、短カクシテ十數分ヲ出デザルコトアリ、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。(1) 一般の壓迫症狀。頭痛ヲ訴ヘ、嘔吐ヲ催シ、精神興奮シ、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 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、遂ニシヤインストク呼吸狀態ヲ呈スルニ至ル。排尿便通止ミ、或ハ失禁ス。(2) 局所的壓迫症狀。血腫ノ位置ニ因リテ異ナレリ、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。則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、斜視、失語症、偏盲症等ヲ來ス。

診斷 腦震盪・腦挫創ト鑑別スベシ。出血ニ因ス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。初メ人事不省ノ狀態ニアリシモノニシテ、一旦醒覺シ、後チ再ビ腦症狀ノ増惡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トノ區別ハ、前者ニ於テハ後者ニ比シ無障間歇期長ク、且ツ一般の壓迫症狀ノ出現早キコト、後者ニ於テハ局處的刺戟症狀ノ出現早ク且ツ著明ニシテ、腦挫傷ヲ兼スルコト多キヲ以テ前者ニ比シ體溫昇騰ヲ來ス場合多キコト等ヲ以テ鑑別スベシ。頭蓋底ニ形成セララル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アラズ。

豫後 頭蓋腔血腫ニ因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!)加ヘラルトキハ治療ノ望アリ。

療法 中硬腦膜動脈ノ出血ニ因ル腦壓迫症ト診定セララルレバ躊躇スルコトナク手術の療法ヲ行フベシ。即チ該動脈ノ徑路ニ於テ、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徑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、左側損傷ニアリテ 尚ホ失語症ヲ呈ス 該動脈ノ損傷ニ因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、直チニ穿顱術ヲ施シテ中硬腦膜動脈ノ結紮ヲ企ツベシ。手術中「穿顱術」條下參照

腦挫傷

三 腦挫傷

腦挫傷 Contusio cerebri ハ頭蓋骨骨折ニ際シ、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因ルモノト認ムベキナリ。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。例之頭蓋穹隆部ノ打撲ニ因リテ腦髓基底面ノ損傷ヲ被ルコトアルガ如シ。

症候

齒槽突起骨折ハ上顎骨骨折ニ述ベタルト同シ。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、一側下顎脫臼ニアリテハ之レニ反シテ頤部健側ニ偏スルノ差アリ。下顎上行枝骨折ニアリテハ脫臼ヲ伴フトキノ外通例轉位セズ。下顎體骨折ハ最モ屢々犬齒ノ部分ニ來リ、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專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、介達作用ニ因セルトキハ定型的轉位ヲナス、即チ偏側骨折ナルトキハ短骨片ハ上方ニ(咬筋牽引)長骨片ハ下方ニ且ツ稍々後方ニ(舌骨諸筋ノ牽引)轉ズ、兩側骨折ニシテ中骨片ノ形成セラ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(口腔ノ閉閉困難、咀嚼不能、嚥下困難、言語障礙等、及ビ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)ヲ呈シ、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。

三 下顎骨骨折 (院病報)



診斷ヲ施ス。豫後 良。但シ化膿スル時ハ頭部ノ蔓延性蜂窠織炎ヲ發起シ、膿毒症、嚥下肺炎等ヲ繼發スルノ危險ナキニアラズ。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頸帶ヲ施シテ下顎ヲ上顎ニ壓着固定スルヲ以テ足ルベキモ、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テ通例容易ナルモ固定法ハ往往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トノ間ニ木栓ヲ挿ミ置キ、提頸帶ニテ下轉セル長骨折片ヲ壓上ス。(2)金屬線ヲ以テ兩骨折端ノ齒牙ヲ相連結セシム、此方法ハ其効確實ナラズ、反テ齒牙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着セシメ、之ニ兩骨片ノ個個ノ齒牙ヲ細キ金屬線ヲ以テ固定ス。(第四圖) (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時ハ骨縫合法ヲ施ス、即チ金屬線ヲ以テ上下二箇處ニ於テ縫合ヲ行フ。關節突起骨折及ビ下顎枝骨折ニハ提頸帶ヲ應用スベシ、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。

軟部創傷ノ防癒的處置、口腔ノ清潔殊ニ食後ノ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可シ。



四 金屬線ヲ以テ骨折ヲ固定ス

下顎骨脫臼

五 下顎骨脫臼

下顎骨脫臼ハ過度ノ開口運動、即チ強キ欠伸、號泣、大食塊ノ口腔内送入、外科的手技等之レガ原因トナル。稀ニ下顎骨ヲ下方ニ壓迫スル打撃ニ因スルコトアリ。通例兩側脫臼ヲ起ス。又習慣性ニ脫臼スルコト稀ナリトセズ。症候 口腔ヲ閉鎖スル能ハズ、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

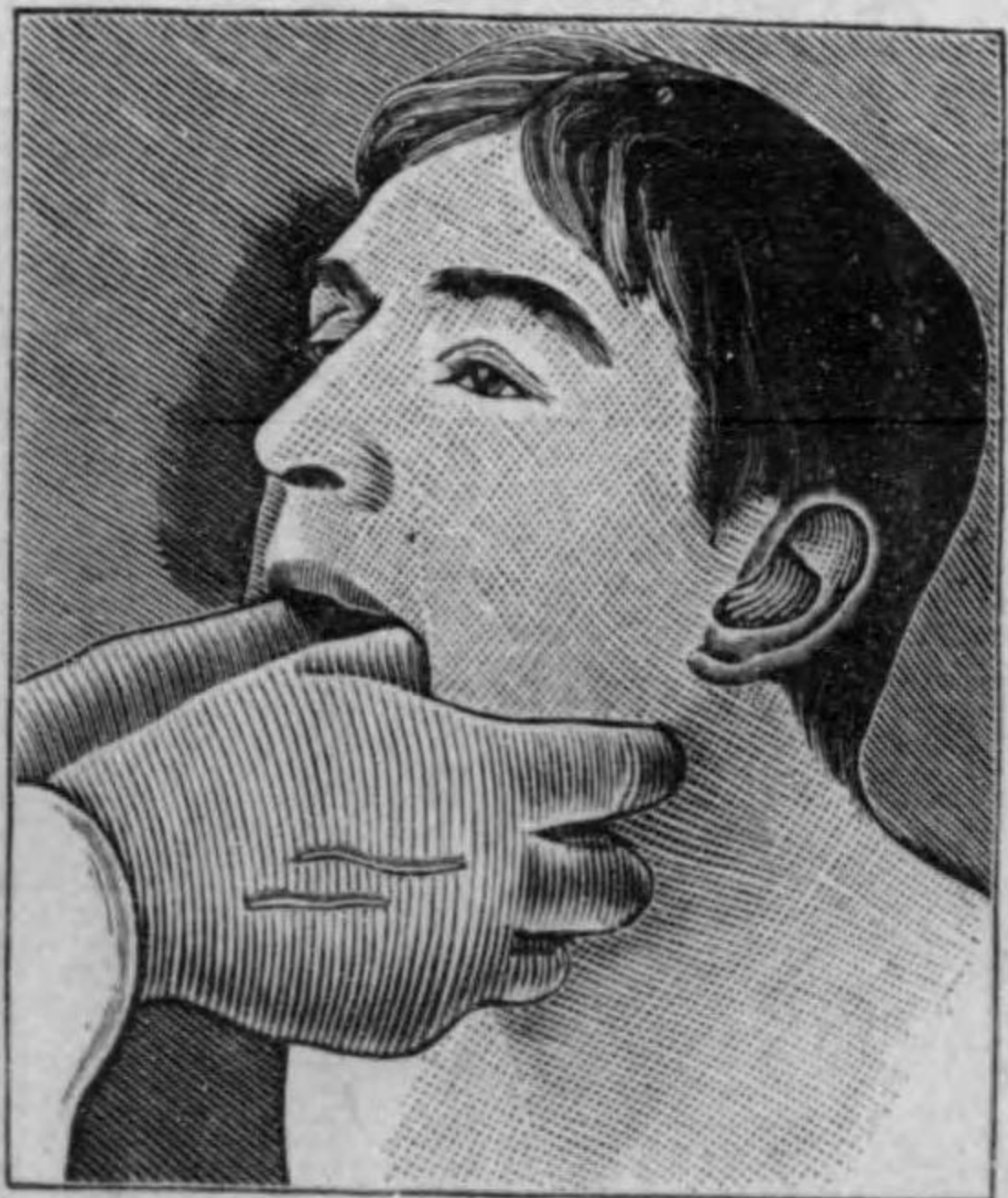
及ヒ頰骨弓下ノ異常突隆(關節頭)ヲ認メ、頰面ハ延長シテ扁平トナリ、一側脫臼ニアリテハ下顎骨ハ健側ニ向テ傾ク。唾液漏溢、談話困難、咀嚼不能等ヲ呈ス。

療法 整復法ヲ施スベシ。

下顎骨脱臼整復法

一 兩側指ヲ口腔ニ送り、指腹ヲ下顎臼歯部ニ貼シ、此部ヲ強ク下後方ニ壓迫シ、同時ニ頰部ニ壓着シタル兩側ノ各四指ヲ以テ此部ヲ上方ニ提舉ス。此術中中指ハ鑷製指囊ヲ用キ或ハ厚ク綿紗ヲ纏包シ以テ咬傷ヲ防グベシ。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歯部ノ間ニ用キテ此部ノ壓下ヲ圖ル。整復法ノ施行ニ當リ劇痛ヲ訴フルトキハ全身麻酔法ノ必要ニ迫ララルコトアリ。整復法其目的ヲ達セザルトキハ關節切開術ヲ施ス。

下顎骨脱臼ノ整復法



頸部損傷

第二節 頸部損傷

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。又自殺ニ因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、創傷ニシテ頸部ノ重要ナル器官ニ及ブトキハ甚ダ複雑ナル徵候ヲ呈シ、致命的危険ニ陥ルコト多シ。

症候 (1) 血管損傷中、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ク

又爾他血管ノ出血ニ於テモ長キニ互ルトキハ同一ノ危険アリ、其主要ナルハ上下甲状腺動脈、舌動脈、外頸動脈等トス。

内頸靜脈、鎖骨下靜脈等ノ大靜脈管破傷セラルトキハ、尙、空氣「エンボリー」ヲ發スルノ危険アリ。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モノトス。(2) 氣

道損傷アルトキ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。又皮下氣腫ヲ發シ、血液ノ氣

道内流入、軟骨破碎片ノ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食物ノ

創腔内流出、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 迷走神經、副神經、橫膈神經、

其分布領域ニ於ケル麻痺ヲ呈ス。第五節中、頸部解剖參照

診斷 血管損傷ノ種類ハ血液流出ノ状態及ビ其色澤ニ依リテ區別スベク、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劇ニ増大スル緊張セル腫脹(血腫)ヲ形成シ、爲ニ其壓迫ニ因ル呼吸困難、嚥下困難

等ヲ呈スルコトアリ、又經過中皮膚ニ溢血斑ヲ發生ス。氣道損傷アルトキハ創口ヨリ空氣ノ噴出或ハ泡沫ヲ混セル

血液ノ流出ヲ認ムベク、又皮下氣腫 速カニ蔓延スル柔軟ニシテ捻 變態ヲ顯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シムルヲ便トス。迷走神經切斷セラルトキハ聲帶麻痺、

喉頭粘膜炎及ビ心臟機能變調等ヲ呈シ、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、橫膈神

經損傷ニ於テハ橫膈膜麻痺、肺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、創傷傳染ノ繼發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「フレグモニー」・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」ヲ挿入シ、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、直ニ式ニ從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ハ、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ず開放的ニ處置シテ皮下氣腫ノ發生ヲサレド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。此際氣管ノ創口ニシテ其部位方向共ニ氣管切開術ニ要スルモノト一致セルトキハ、直チニ之レニ必要アレバ適「カニューレー」ヲ送入スベキモ、創口其位置ヲ異ニシ、方向之レニ適ハザル場合ニアリテハ、別ニ式ニ從テ氣管切開術ヲ施シ、氣管ノ初發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、外部創口ハ開放性ニ處置ス。嚥下セル食物創傷内ニ竄入シ、又ハ氣道ニ侵入スルノ虞アルトキハ、口腔ヨリスル食餌ノ攝取ヲ廢シ、胃用護謨「カテーテル」ヲ用キテ胃ニ直接食料ヲ送ルヲ可トス。又或ハ滋養灌腸法ニ依リテ榮養スベシ。大ナル神經切斷セラレタルトキハ、之レガ縫合ヲ要ス。氣道及ビ食管ノ損傷ナキ淺在性頭部創傷ニシテ其清潔ナルトキハ、止血ノ後、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」ヲ挿入ス。

舌骨骨折

二 舌骨骨折

舌骨ハ直接ノ打撃・兩側ヨリノ壓迫等ニ因リテ皮下骨折ヲ來スコトアルモ、一般ニ甚ダ稀有ナル損傷ニ屬ス。

症候 舌骨部ノ疼痛アリ、殊ニ舌骨ノ運動談話・嚥下運動・咳嗽等ニ際シテ劇甚ナルヲ要徴トス。其他舌骨部ノ腫脹、皮下瘀血斑形成、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。骨折端ニテ粘膜炎破傷セ

ラ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裝置ヲ施シ、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。

喉頭骨折

三 喉頭骨折

喉頭骨折ハ偶發損傷打撲・衝突・壓迫等ニ因リ、或ハ絞首・扼首・殺首等ノ他殺或ハ自殺行為ニ因テ生ズ。臨床上稀ニ遭遇スル損傷ナリ。専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炎損傷ヲ有スルノ證左ナリ。觸診上往往明ニ軟骨ノ變形ヲ認メ、又摩擦音ヲ徵知ス。喉頭鏡檢査ヲ施シ得ルトキハ粘膜炎下溢血・粘膜炎裂創等ヲ見ルベク、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取ル場合多シ。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・咳嗽刺戟ニ對シテ鹽酸莫爾比涅ヲ應用ス。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」ヲ挿ミテ出血ヲ制シ、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ヲ有ス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アラバ之レヲ除去ス。

胸部損傷

第三 胸部損傷

銳器ニ因ル胸部創傷

一 銳器ニ因ル胸部創傷

胸壁穿通創

胸壁穿通創 Perforierende Wunde 胸部穿通創ハ刺創或ハ銃創ニ因ルヲ常トシ、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因ル氣胸、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、血液肋膜腔内ニ滯留スルトキハ、血胸ヲ現出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「シヨック」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「シヨック」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、體温ノ異常下降ヲ來シ、心窩部壓重苦悶ヲ訴ヘ、心囊血腫心濁音ノ急劇 心囊氣腫 心音微弱等ノ徵候ヲ發シ、縮期的進射響ヲ聽取ス。胸部大動脈破ララルルトキハ、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。横膈膜損傷アルトキハ腹部内臟ノ胸腔内脱出ヲ起スコトアリ。尙、大ナル銳器ニ因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脱出ヲ來スコトアリ。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。即チ上記ノ諸徵候ニ據ルベシ、消息子診ハ之レヲ避クルヲ可トス。

豫後

内乳動脈損傷ニ因ル胸腔内出血ハ致死の失血ヲ來スコト稀ナラズ。肋膜及ビ肺臟ノ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不良ナリ。心臟損傷ハ統計上其三〇%ハ即死セリ、是レ失血或ハ心臟麻痺ニ因ルモノトス。心臟創小ニシテ出血甚ダシカラズ血液ノ心囊内滯留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ハ心臟麻痺ニ因ス。心臟創治療ノ統計ハ針ノ刺創ニアリテハ四〇%、他ノ創傷ニアリテハ一〇%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療ヲ營ムモ、長期ニ亙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。内乳動脈ハ胸骨線ヲ去ル一仙迷ノ部ニアリ、第三或ハ第四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。今之ヲ結紮セント欲セバ胸骨線ヨリ外方ニ向テ上下肋軟骨ノ間ニ横皮切ヲ加ヘ、淺筋膜ヲ切開シ大胸筋ヲ離開シ、外肋間筋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「モルヒネ」注射ヲ行フ。創傷ニハ嚴密ナル防癒的處置ヲ施シ、創口ニシテ清潔ナルトキハ一部ヲ縫合閉鎖シ、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。後節「肋膜 肺臟」ノ脱出ハ其新鮮清潔ナルモノハ壓抵シテ還納スベク、壞死ノ徵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。膿胸ヲ續發セルトキハ、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ノミ剔出ヲ企ツ。心臟創傷ノ縫合術ニヨリテ治療セル例アリ。尖銳ナル物體ニ因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刺創ヲ施シテ急ヲ救ヒ得ルコトアリ。

鈍體ニ因ル胸部損傷

肋骨骨折

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、銃創等ニ際シテ起ルコトアリ。稀ニ筋力ニ因テ發ス、例之、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。(マルグーレン氏介達痛) 患者ハ呼吸ニ由ル疼痛ヲ制センガ爲メニ淺表呼吸ヲ營ミ、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カ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リ、往往看過セララルコトアリ。

診斷 上記ノ諸徵ニ據リテ診斷スルモ、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。レントゲン線診斷ヲ以テスレバ確實ナリ。

豫後 良、肋骨骨折ハ通例三乃至四週間ニシテ癒合ス。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。單ニ濕布巻法ヲ施シ、過劇ナラザル日常ノ動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其レニ因ル疼痛ヲ減少センガ爲メニ幅七仙迷許ノ長キ一枚ノ絆創膏^{或ハ數條ヲ}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、呼吸時ノ疼痛ニハ輕量ノ鹽酸「ヘロイン」或ハ鹽酸「モルヒネ」ヲ處

肺臟損傷

二 肺臟損傷

シ、充分呼吸運動ヲ行ハシメ、且ツ分泌物ヲ喀出スルニ便セシム。

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因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起ス。

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療ニ就クコトアリ、又短時間内ニ死ノ轉歸ヲ取ル場合アリ。

療法 絕對安靜ヲ命ジ、局部ニ氷嚢ヲ貼シ、呼吸時ノ骨端移動ヲ制限センガ爲メ、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「モルヒネ」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徵ノ増進ナキトキハ專ラ期待の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。^{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}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、排液護膜管ハ之レヲ用キズ。以上ノ方法ニ依テ猶出血及ビ氣胸ニ因ル生命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縫合法ヲ施スベキナリ。幸ニ期待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、第二週以後ニ於テ手術的ニ内容ノ排却ヲ企ツベシ。

胸廓震盪症及胸廓壓迫症

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因テ發シ、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徵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温保シ、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臟損傷ヲ伴フ。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、且ツ内部臟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。

第四 脊柱損傷

脊柱損傷

脊椎打撲骨折
脱臼

脊椎打撲—骨折—脱臼 脊柱損傷ハ墜落、打撲、衝突等ニ因ル外力ノ直達作用、或ハ尾間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・伸展若シクハ捻振之レガ原因トナルコトアリ。脊椎損傷ハ或ハ之レヲ免カレ、或ハ之ヲ伴フ。

症候 重症ニアリテハ震盪症ヲ發起シ、爲メニ悪心、嘔吐ヲ催シ、胸内苦悶ヲ訴ヘ、顔面蒼白トナリ、呼吸淺表脈搏細數、人事不省ニ陥リ、又往往虛脱現象ヲ呈ス。局部諸徵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、脊髄神經ノ分布領域ニ於ケル麻痺ヲ來シ、骨折若シクハ脱臼ニ於テハ變形ヲ生ズ。脊柱ノ屈曲伸張或ハ迴旋位ハ一局部ノ異常ノ突隆陷凹等 麻痺ハ直チニ發シテ一過性ナルコトアリ、(震盪症)或ハ長ク保続スルコトアリ、(脊椎ノ裂傷、挫滅或ハ骨折脱臼等ニ於ケル壓迫)或ハ負傷後發シテ猶ホ漸次増進スルコトアリ、(出血)又或ハ負傷後一定時日ノ間隔アリテ後、突然發起スルコトアリ。(二次的骨端轉位)麻痺ノ種類ハ損傷ノ部位ニ從フ。即チ延髓損傷ニ因ル心臟機能及ビ呼吸障礙—死、鞍馬城 横膈神經損傷ノ呼吸障礙、三—五頸椎骨折 種種ナル運動及ビ知覺麻痺、膀胱直腸ノ麻痺等トス。榮

養神經障礙及ビ持續的壓迫ニ因テ生ズル蔓延性痔瘡ノ發生ハ亦脊髄損傷ニ於ケル一要徵ナリトス。

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テ變形ヲ認ムル場合ノ他ハ甚ダ困難ナリ。レントゲン線診斷ヲ必要トス。頸椎損傷ニアリテハ咽頭ヨリスル診査ヲ怠ルベカラズ。猶、麻痺ノ種類、其廣狹及ビ程度ヲ精査シテ脊髄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、脊髄ノ損傷ヲ伴ヘルモノハ不定、其高位ナルニ從テ益、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、高度ノ痔瘡並ニ之レニ繼發スル「フレグモーチ」、沈墜性肺炎、衰弱等トス。骨端轉位アルモ脊髄ノ損傷ニシテ幸ニ小ナルトキハ、整備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絕對的安靜ヲ必要トス。骨折端轉位アルトキハ整備シテ展伸法ヲ施スベシ。即チ頸椎損傷ニアリテハグリッソン氏ノ頸部係ヲ用キテ頭部ヲ牽引シ、此際下半身ヲ低ク斜面上ニ就キ、牽引セシメ或ハ下肢ニ於テ反對牽引ス 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上ニ就キ、牽引セシメ 兩下肢ニ牽引帶ヲ裝置ス。骨端轉位及ビ脱臼ノ整備ハ脊柱ノ展伸若シクハ迴旋、突隆部ノ壓迫等ヲ以テス。但シ此等ノ整備法ニ因テ新ニ脊髄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。脊髄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ヲ以テ糞塊ヲ除去ス。枕子ノ使用、臥位變換、壓迫部皮膚ノ「アルコール」摩擦等ヲ以テ痔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。

後貽セル麻痺ニ對シテハ電氣療法及ビ按摩法ヲ應用ス。

腹部損傷

第五 腹部損傷

腹部創傷

一 腹部創傷

腹部創傷ニ穿通創ト非穿通創ノ別アリ。非穿通創ニアリ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通性ナルヤ否ヤノ別ヲ確實ニスルヲ要ス。腹部創傷ハ銳器ニ因ル創傷・切創若シクハ鈍創ナルヲ常トシ、此等ノ創傷ノ多數ハ穿通創ニシテ非穿通創ハ比較的稀ナリ。鈍體ニ因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。故ニ鈍體ニ因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。

腹部穿通創

腹部穿通創 Penetrirnde 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通創ニシテ幸ニ創傷傳染ヲ免カルトキハ容易ニ治癒ヲ營ムコト猶ホ非穿通創ニ於ケルガ如シ。之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。

腹部穿通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、或ハ脈管ヲ斷ツ。

症候 診斷 腹壁創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、若シ穿通性創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通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、銳器ニ因ル腹壁創傷ノ多數ハ穿通創ナルコト上述ノ如シ。穿通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

内ニ細菌ヲ輸送スルノ虞アルヲ以テ宜シク之ヲ廢棄スベシ、寧ロ防腐の準備ノ下ニ創口ヲ開大シテ之ヲ檢シ、其如何ヲ決スベキナリ。

穿通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テ大ナル差違アリ。僅小ナル腹腔内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、多クノ場合ニ於テハ腹腔内ニ滯溜シテ所謂内出血 Interner Blutung ヲ成シ、初メ側腹部ニ於テ、後、廣ク腹部ノ大部分ニ互リテ濁音界ヲ生ズ。胃ノ穿通創ニ於テ吐血ヲ、腸ノ穿通創ニ於テ下血ヲ來スコトアルモ素トヨリ必發ト云フ可カラズ、寧ロ稀有ニ屬ス。(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。即チ胃腸ノ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口ヨリ外部ニ排出セラルトキハ之レニ依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、多數ノ場合ニ於テ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依リ確實ニ認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、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少ナカラズ。概シテ腹部穿通創ハ内臓損傷ヲ伴フコト多シ、故ニ刺創・鈍創等、原因的關係上内臓損傷ノ推定セラルベキ場合、及ビ内出血ノ徵候備ハルモノニアリ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由テ決ス。

胃腸管腔壁ノ破開ヲ伴フモノハ豫後概テ不良、内容漏洩ニ因ス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効ヲ奏スルコトアリ。又稀ニ穿孔部ヲ圍繞スル癒着ニ依リテ、幸ニ瀰蔓性腹膜炎ヲ發起スルニ至ラズ、限局性膿瘍ヲ形成スルニ止リ、後之レガ切開排膿ニ依リテ、又ハ臓器管腔壁、腸、膀胱等クハ腹壁皮膚ニ向テ自然的ニ破潰スルコトニ依リテ治療ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。腹壁膿瘍ヲ後胎ニシテ、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のナルヲ要ス。汚染部ノ清拭洗滌ニハ殺菌生理的食鹽水ヲ用ウベシ。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、臓器實質出血ニハ括約結紮法ヲ施シ、又ハ「タンボン」ヲ挿入ス。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拭淨シ、然ル後之ヲ還納ス。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。腸管脱出アリテ壞死ノ疑アルトキハ、創口ニ於ケル絞扼ヲ除クガ爲メニ適宜創裂ヲ開大シ一定時間之レヲ創口外ニ留メテ、防腐的被覆帶ヲ施シ、血行ノ恢復ヲ待テ後整復スベシ。既ニ壞疽ニ陥レルモノニアリテハ其部ヲ切除シテ端端縫合ヲ行ヒ、或ハ糞瘻若シクハ人工肛門ヲ造設ス。實性臓器ノ哆開創アルトキハ之ガ縫合ヲ試ムベク、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・銃創等ニ於ケル腸胃ノ創口ハ一箇處ニ止マラザルコト多シ、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之レヲ開放的ニ處置シ、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

腹部皮下損傷
腹部打撲傷

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

症候 腹部打撲傷ニ於テハ腹壁自己ノ溢血、腫脹ハ通例著シカラズ。重症ニアリテハ所謂内臓震盪症ノ結果トシテ「シヨック」現象ヲ呈シ、顔面蒼白、胸内苦悶ヲ訴ヘ、呼吸淺表、脈搏細數、血壓減退シ、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虛脫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、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ハ緊張トス。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。

實性臓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、又腸管痙攣ヲ來シテ鼓腸ヲ發起ス。

胃若シクハ腸管ノ破裂アルトキハ即時人事不省ニ陥ルコト多ク、若シ尙ホ意識ヲ存スル時ハ劇烈ナル腹痛特ニ損傷ノ存在部ニ於ケル限局性劇痛ノ甚ダシキコトナキアラズヲ訴フルヲ常トシ、腹壁ハ著明ノ板狀緊張ヲ呈シ、舉舉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洩ニ因ル證徴ハ腹部ノ最高位ニ於ケル限局性鼓音界時トシテノ形成トス。此境界ハ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

胃腸破裂

於テ之レヲ認メズ、後此現象ヲ認知シ得タルトキハ胃若シクハ腸管破裂ニ因ル瓦斯漏洩ヲ證スルニ足ル。其量甚大ナルトキハ全肝濁音界ノ消失スルコトアリ。胃腸ノ液性内容ノ管腔外漏出ハ亦體位ノ變換ニヨリテ其位置ヲ變ズル低部ノ異常濁音界ノ證明ニ依テ之レヲ知ルモ、此現象ハ内出血ト區別困難ナリ。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、腸管麻痺ノ發起ニ因リテ鼓腸ヲ現出スルノ結果、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因リテ腹部膨滿益々其度ヲ加ヘ、腹部一般ニ過敏トナリ、全身狀態愈々衰ヘ、脈搏ハ疾數トナリ、熱候ヲ徵ス。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斷上有力ナル證左タルコト論ヲ俟タズ。一般狀態及ビ腹部ニ顯著ナル異徵ナクシテ、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微ナリトス。

腎臟損傷

腎臟損傷ハ季肋部、腰背部、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、局部症徵トシテ腎臟部ノ劇痛ヲ訴ヘ、尿中血液ヲ混ジ、血腫形成ニ因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

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因リテ生ズ。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。膀胱損傷ハ屢々骨盤損傷ニ合併ス。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、尿浸潤ヲ繼發シテ、骨盤「フレグモニー」ヲ起シ、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臟損傷ハ有無ニ就テ注意ヲ要ス。原因的關係ハ此診斷上重要ナルヲ以テ、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、而カモ重大ナル内臟破裂ヲ有シ、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シテ秩序正シキ診査ヲ遂ゲ、決シテ忽諾ニ斷定ヲ下スベカラズ。

皮下腸管破裂ノ症例

症例 轢過ニ因スル皮下腸管破裂 (大正九年一於林病院、吉川)

三十歳、男子。大正九年八月三十日午後五時三十分、自轉車乘用走行中一荷物自轉車ノ衝突ヲ受ケテ墜落シ、仰臥位ニ倒レタルトキ、該自轉車ノ車輪ニ依リテ中腹部ヲ概ニ轢過セラレタリ。當時患者ハ明ニ轢過ヲ自覺シタルモ、後、苦痛ヲ感ズルコトナク、同六時四十分、林病院ニ來リ診ヲ受ク。患者ハ顔容尋常、呼吸安靜、脈搏六十至整強。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、全然證微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。然ルニ同七時三十分頃一負傷後約二時間ニ至リ、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爲メニ轉輾反側スルニ至ル。呼吸淺表促進、脈搏頻數百二十至ヲ算シ、惡心・嘔氣ヲ催ス。腹壁ハ板狀硬固ニシテ到處壓痛アリ。但シ打診上異常濁音部ハ尙ホ之レヲ認メズ。是ニ於テ内臟損傷ノ確診ノ下ニ、直ニ準備ヲ整ヘ、同八時二十分開腹術ヲ施ス。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。腹膜ニハ未ダ内臟ノ異常ヲ認メズ。空腸起始部ヨリ約一迷突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、出血ハ全ク之レナシ。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、尙ホ別ニ排液ノ爲メニ左右側腹下部ニ於テ各一〇仙迷ノ斜切開ヲ加ヘ、手術ヲ了レリ。一治癒。

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ヘ、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臟損傷ノ疑アリ。打診上著明ノ異常濁音界特ニ兩側腹部ヲ注意スヲ現出スルモノハ以テ内出血ノ存在ヲ認ムベク、何レカノ内臟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、注意シテ經過ヲ監視スベク、或ハ直ニ疑診ノ下ニ診斷的開腹術ヲ行フベシ。腹部内臟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」導尿法ニ依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。猶、腹部打撲ノ診斷ニ當リテハ脊柱・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。死因ハ震盪ニ因ル虚脱、内出血ニ因ル失血、化膿性腹膜炎ノ繼發及ビ泌尿器損傷ニ因ル尿浸潤ニ基ケル腐敗性「フレグモニー」等トス。胃腸ノ破裂ニ於テハ、最モ早期ニ手術セラ

ルレバ良果ヲ收ムルコトアルモ、前掲症 例参照多クノ場合ニ於テハ化膿性腹膜炎ノ繼發ニ因ル死ノ轉歸ヲ免カレズ。

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温保シ、強心劑ヲ用キ、食鹽水注入法ヲ行ヒ、時宜ニ依リ輸血法ヲ試ミ、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対的安静ヲ命ジ、腹部ニ氷嚢ヲ貼ス注意シテ爾後ノ經過ヲ觀察スベシ。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可キハ論ヲ待タズ。

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、斯クハ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対的適應症ナリ。疑ハシキトキハ宜シク速ニ開腹術ヲ旋シテ其有無ヲ檢シ、適宜之レヲ處置スベシ。

「シヨック」現象ヲ呈スル時ハ暫ラク其状態ヲ觀察シ、之レガ恢復ヲ待チ、然ル後、手術ヲ施スヲ可トス。長時間ニ互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ンデ手術ヲ斷行スベシ。蓋シ「シヨック」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

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若クハ臍以下ノ白條ニ於テス。先ツ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察知シ得ベク、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時ハ直チニ腹壁創口ヲ開大シテ、詳ニ内部ヲ檢シ、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電ヲ檢出シ、血管ヲ結紮シ、實質臟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臟器ノ一部ニ規則ニ離斷セラレ

タル腸管ノ一部等ハ 腹腔ニ漏洩セル胃腸内容物ハ生理的食鹽水ヲ以テ温セル濕性綿紗ヲ以テ丁寧ニ拭淨スベシ。破裂創口著大ニシテ之レヲ切除スベシ

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依リ或ハ全部縫合シ、或ハ一部開放ス。胃腸ノ穿通性損傷アリテ内容腹腔ニ漏洩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ベシ。

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、或ハ單純ニ創腔ニ「タンボン」ヲ挿入シ、或ハ縫合術(腸線)ヲ施シ、或ハ部分的若シクハ全期手術ヲ行フ。腎實質ノ高度ノ挫碎、腎動靜脈ノ斷裂、輸尿管ノ不規則ナル離斷等ニ於テハ摘出術ヲ施スベク、尿管及ビ輸尿管ノ斷裂ナク、腎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取ルベシ。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滯溜セル内容ヲ去リ、猶ホ「カテーテル」ヲ留置シテ其排却ヲ便ニス。穿通創ニハ縫合法ヲ施スベシ。尿浸潤「フレグモニー」等ノ繼發ニ對シテハ適宜其療法ヲ加フ。

第六 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因ルコト多ク、又墜落時ニ生ズルコトアリ。外尿道口出血、會陰部ノ腫起、疼痛、皮下出血ニ因ル血腫形成、溢血斑發生等ヲ呈シ、尿閉ヲ起シ膀胱ノ充盈ヲ來ス。放置スルトキハ尿浸潤ヲ起シ、腐敗性瀰漫性「フレグモニー」ヲ繼發ス。

豫後 早期ニ適當ナル治療法加ヘラルトキハ良ナリ。時トシテ治後尿道狹窄ヲ貽シ、或ハ尿癆ヲ生ズルコトアリ

會陰部尿道皮下破裂

リ。高度ノ尿浸潤ニ因ル廣汎性腐敗性「フレグモーチ」ハ致死的危險アリ。

療法 尿閉アルトキハ先ツ膀胱穿刺術ヲ施シテ排尿ス。「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」ノ送入ノ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」ヲ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着ヲ試ム。尚ホ疾病體中尿道切開術ノ條下及ビ手術室中「外尿道切開術」ノ條下ヲ参照スベシ

肛門及直腸損傷

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、肛門及直腸ノ損傷ヲ被ムルコトアリ、深キ刺入創ニアリテハ腹膜ヲ傷ケ同時ニ腹腔内腸管ヲ穿破スルコトアリ。

陰莖損傷

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。精神病者ニ於テ往往自己傷害ニ因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管緊縛ヲ行フベク、根部切斷ノ場合ニシテ此法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試ムベシ。切斷創ノ斷端處置ハ陰莖切斷術ニ倣フ。

陰囊及辜丸損傷

四 陰囊及辜丸損傷

陰囊及ビ辜丸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。強力ニ因ル辜丸打撲ニ於テハ震盪症ニ因リテ「シヨック」ヲ來スコトアリ。續發症トシテ屢、外傷性辜丸炎若シクハ副辜丸炎ヲ發起ス。陰囊ノ開放性創傷ニアリテハ創裂ヨリ辜丸脫出スルコトアリ。刺創ハ往往莖膜血腫ノ原因ヲナス。

療法 辜丸打撲傷ニハ安靜ヲ命ジ、局部濕布瘰法ヲ施シ、又提辜帶ヲ與フ。莖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ヲ排却ヲ要スルコトアリ。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クハ辜丸自己ノ著シク破碎セラレタルモノニアリテハ剔出スベシ。

第七 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 *肩胛關節捻挫 Distorsion des Schultergelenks*. ニ於テハ、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起シ、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時ハ、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。宜シクレントゲン線診斷ヲ行フベシ。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ノ損傷ハ鎖骨骨折肩胛骨關節突起・烏喙突起及ビ肩峰突起骨折、鎖骨肩峰關節脫臼、肩胛關節上膊骨脫臼、上膊骨上端部骨折等トス。療法 廣ク濕布瘰法ヲ施シ、擔布ヲ與ヘテ患肢ノ安靜ヲ圖ルベシ。假令淺小ナルモ、創面ノ存スルトキハ嚴ニ防腐的處置ヲ施ス。一二週間ノ經過後、腫脹及ビ疼痛ノ消退スルヲ待チ、按摩法及ビ自他働的運動ヲ開始ス。血腫形

上肢損傷

肩胛部損傷

肩胛打撲傷及肩胛關節捻挫

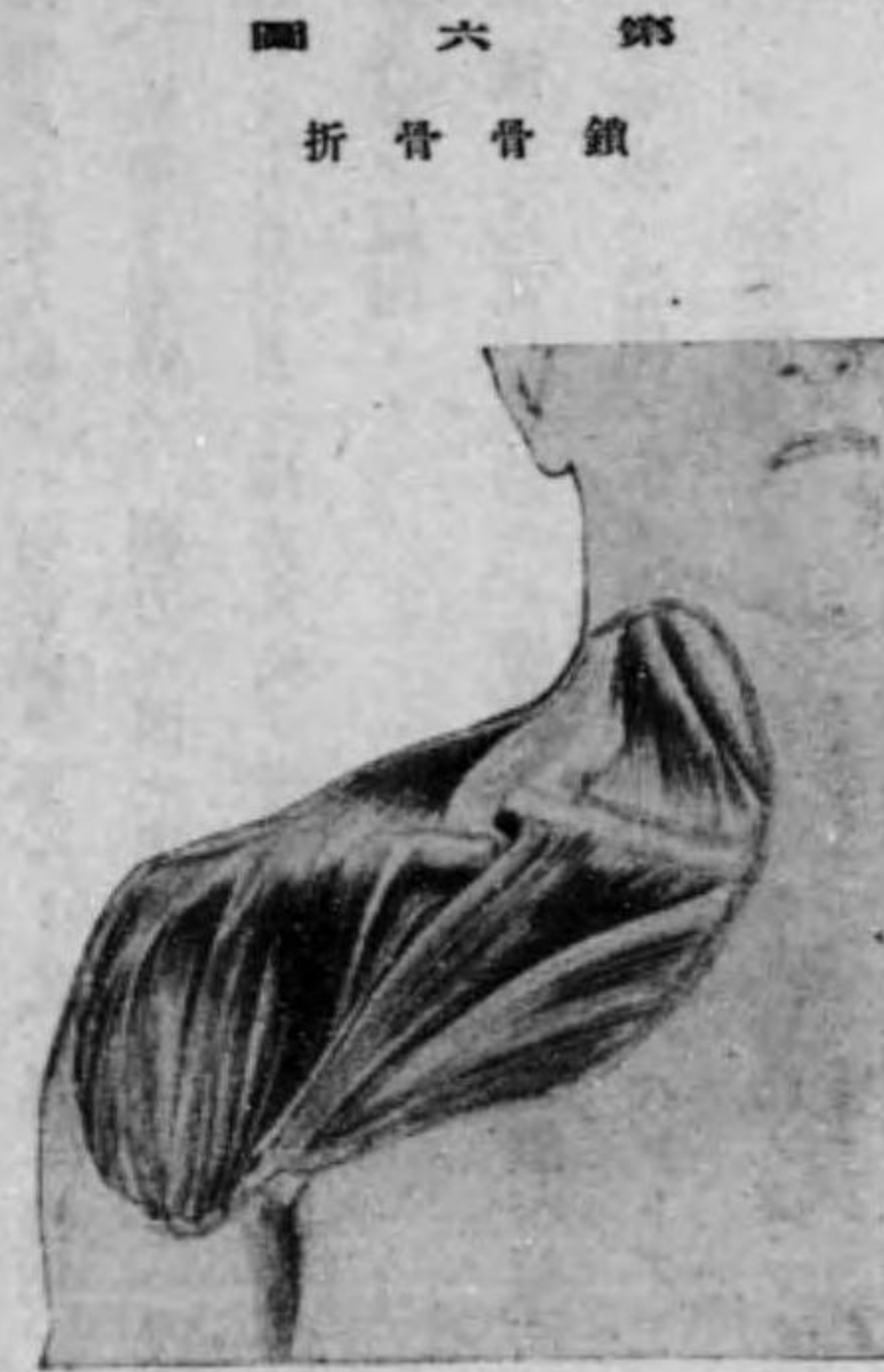
成アルトキハ壓抵綑帶ヲ用フ。其吸收遲延シテ久シキニ互ルトキハ穿刺或ハ小切開ヲ加ヘテ内容ノ除却ヲ圖ルベキコトアリ。炎症ヲ發生セルトキハ消炎法ヲ講ジ、化膿セルトキハ猶豫ナク切開スベシ。骨折ノ疑アリテ、其確實ニ否定セラレザル場合ニアリテハ、骨折ノ存スルモノト見做シ、骨折療法ニ倣ヒテ處置スルヲ安全ナリトス。

鎖骨骨折

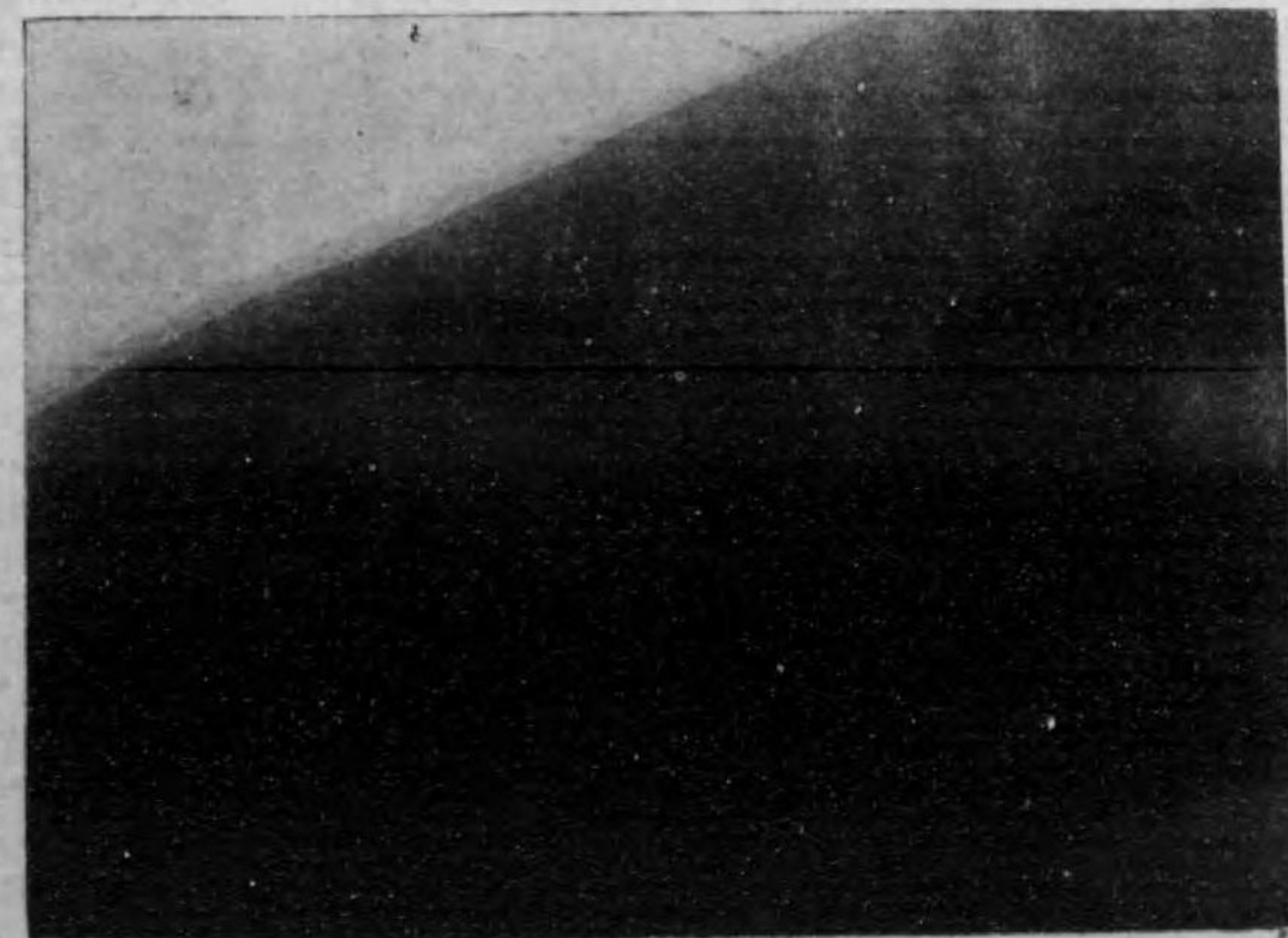
二 鎖骨骨折

鎖骨骨折 Fractura clavicularia ハ直達外方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因ル場合ヲ多シトス。又産科手術ノタメニ初生兒ニ之レヲ發スルコトアリ。

症候 鎖骨骨折ハ中三分ノ一ノ區間（中分一ニ最モ部トノ境界部）多ク、外部之レニ次ギ、内端部ニ於テハ最モ少ナシ。全骨折ヲ起シテ骨折端ノ騎乗ヲ呈スルコト多ク、不全骨折



第七圖 鎖骨骨折



モ亦稀ナリトセズ。不全骨折ニアリテハ局部ノ壓痛・腫脹・運動時ノ疼痛ヲ微スルニ止マリ、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ヘ、肩胛關節ノ運動障礙アリ、損傷部腫起シ、往往皮下溢血斑ヲ生ズ。骨折端ノ轉位ハ内骨端ハ上方ニ（胸鎖乳頭筋ノ牽引）外骨端ハ下方ニ（上肢ノ重力）スルヲ普通トス。（第六圖）從テ患側ノ肩峰下垂シ、患者ハ好シク健側手ヲ以テ患肢ヲ支持ス。

診斷 外端近部ノ骨折ニアリテハ鎖骨肩峰關節脫臼ト鑑別ヲ要ス。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。小兒ニアリテハ二三週、大人ニアリテハ三四週ニテ癒着ス。

療法 骨端轉位ヲ整復スルニハ、肩胛部ヲ後方ニ牽掣シ、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腋窩ニ挿ミ、上膊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テ骨端騎乗ヲ整復スルコトヲ得。固定法ニハハウエルボー氏綑帶、デザウ

第八圖 帶縛氏-ポルエウ



第九圖 帶縛青劍紳氏ルーセ



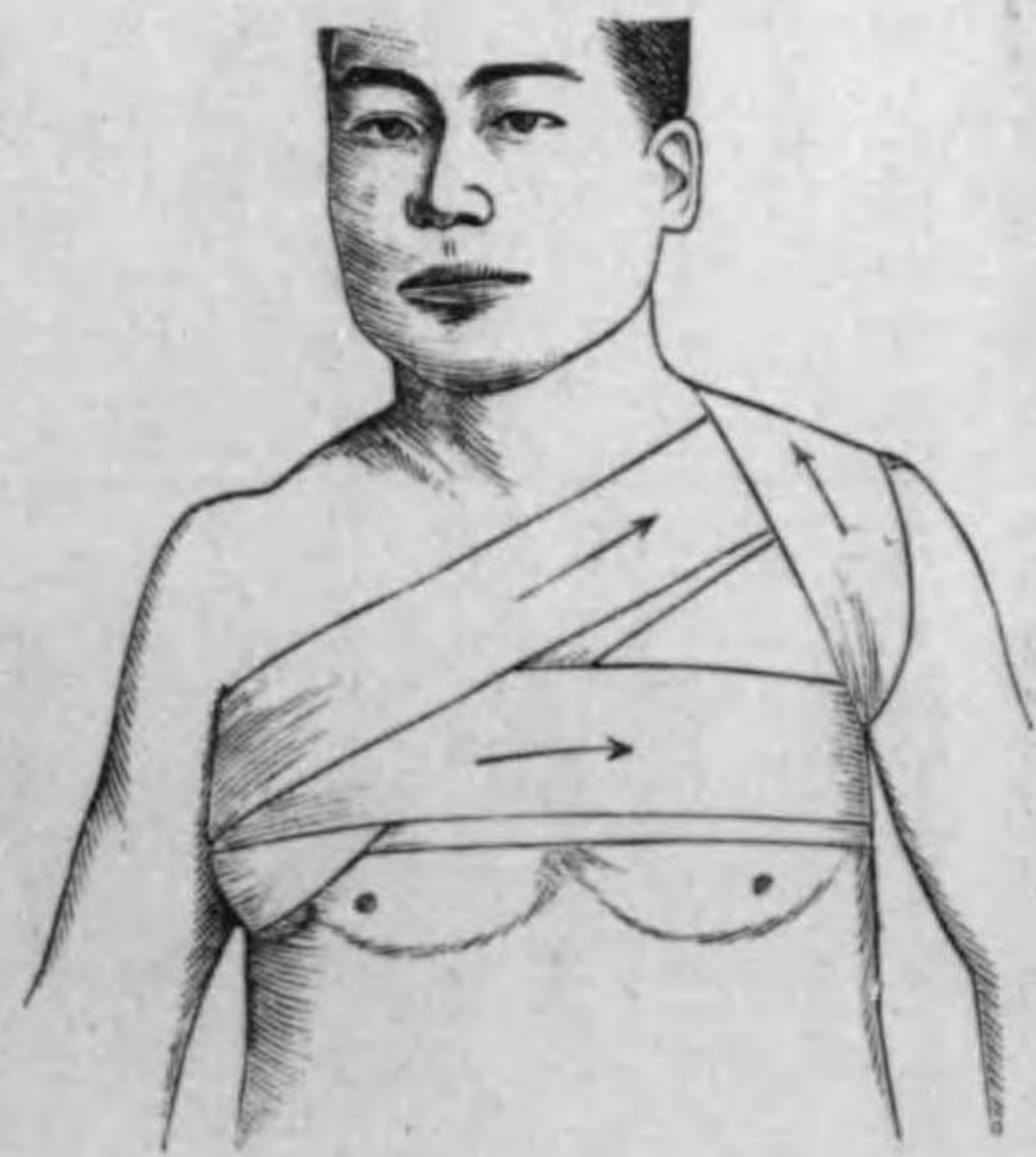
ル氏繃帶及ビセル氏絆創膏繃帶等アリ。轉位少ナキモノ若シクハ不全骨折ニアリテハ、單ニ擔布ヲ與ヘテ患肢ヲ安置スルコトニ依リテ治療ノ目的ヲ達ス。

一 ウェルボー氏 Velpeau 繃帶。患肢ヲ屈曲シ、手掌ヲ健側肩峰ニ壓着セシメ、此位置ニ於テ固定繃帶ヲ施ス。其法健側腋窩ヨリ起リ、胸廓背面ヲ斜ニ上行シ患側肩ヲ超ヘ、上膊ニ沿フテ下リ、肘關節ニ至リ、其伸展側ヲ過ギテ健側胸側ニ達シ、更ニ水平位ニ胸廓及ビ患肢ヲ同時ニ被包スル環行帶ヲ施ス。以上ヲ以テ一循環トス。之レヲ反復シテ完ク患肢ヲ胸廓ニ固定ス。而シテ其反復ニ當リ、下行部ハ初メ外側ヨリ漸次中央ニ進メ、水平環行部ハ漸次下方ヨリ上方ニ進ムルコト第八圖ニ示スガ如クナスベシ。

二 デザウル氏 Desault 繃帶。(1) 患側腋窩ニ綿花枕子ヲ挿入シ、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ルコト第十圖ノ如クス、(2) 患肢肘關節ヲ直角ニ屈曲シ、上膊ヲ側胸壁ニ向テ壓着シ第二卷軸帶ヲ用ヒ第十一圖ノ如ク上膊ヲ胸廓ニ固定ス、此際殊ニ上膊下部ヲ強ク胸壁ニ壓着セシムベシ。然ルトキハ枕子ニ接スル部分ハ槓桿支點ヲナシ、上膊上端並ニ肩胛ハ外轉シ、骨端騎乗ヲ防ギ得ベシ。(3) 第二卷軸帶ヲ用ヒ、肩胛ヲ舉上且ツ後掣シテ患肢ノ固定ヲ完フス。

ウエルボー氏繃帶

第十圖 (一其) 帶繃氏ルウサデ

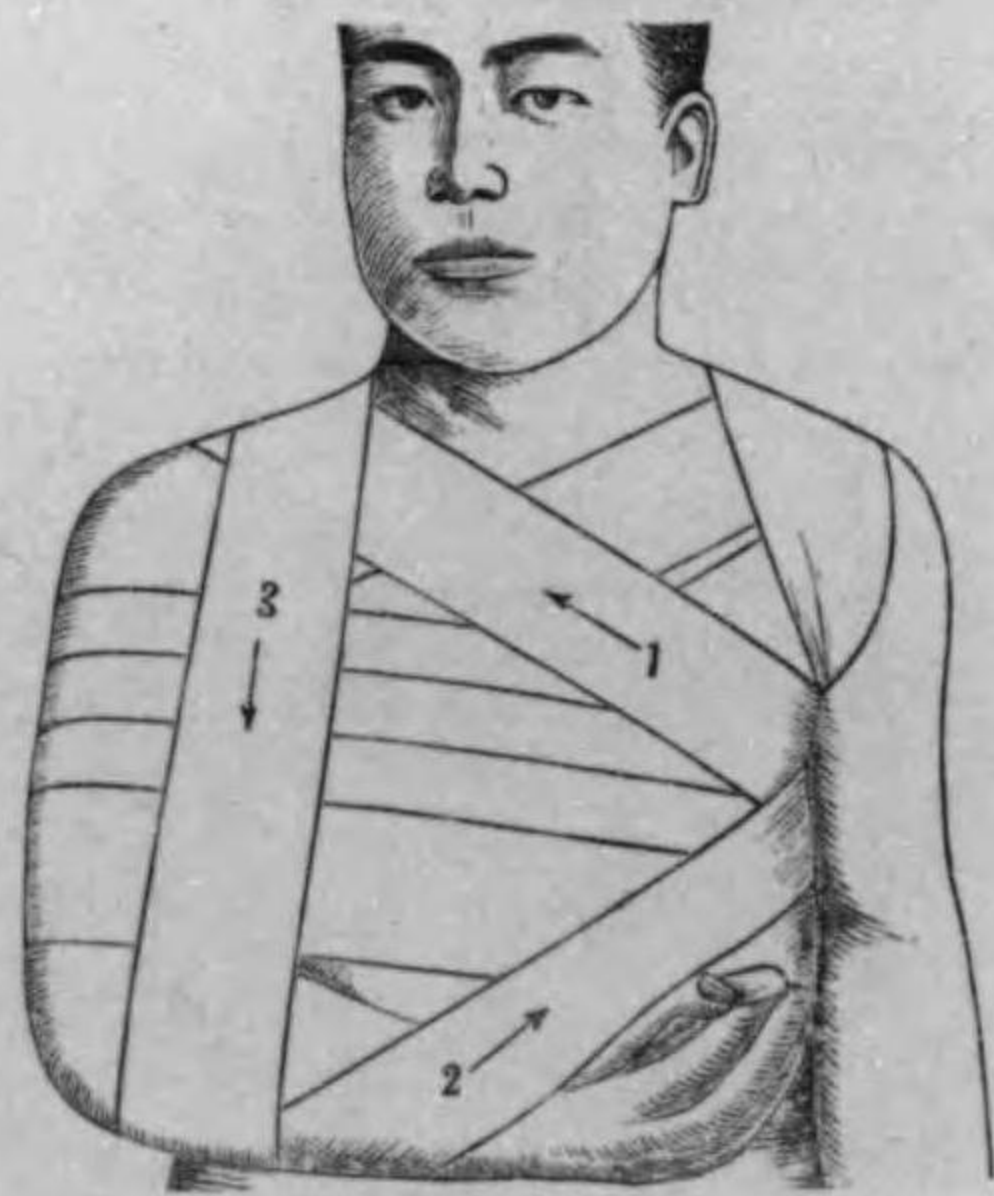


デザウル氏繃帶

第十一圖 (二其) 帶繃氏ルウサデ



第十二圖 (三其) 帶繃氏ルウサデ



此卷行順序ハ第十二圖ニ示スガ如ク、健側腋窩ニ起リ、前胸壁ヲ斜ニ上行シ、患側肩ヲ超エテ上膊ノ後内側ヲ下行シ、肘關節ヲ廻リ、前胸壁ニ水平ニ接着セシメタル前膊ヲ、肘部ニ近ク、斜ニ上方ニ超エテ前胸壁ヲ斜ニ上行シ、健側腋窩ヲ廻リテ背部ヲ斜ニ上行シ、患側肩峰ヲ後ヨリ前方ニ超エ、上膊ノ前内側ニ沿ヒテ下行シ、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。此卷行ヲ反復スルコト數回ノ後繃帶ノ終端ヲ以テ、一側肩峰ヨリ下リテ、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、繃縛強キニ過グルトキハ、壓迫麻痺ヲ招致スルノ虞アリ。骨端ノ轉移ナキ場合ニ於テハ、枕子ハ全ク之レヲ除キ、單ニ患上肢ノ安保ノ爲ニ此繃帶ヲ施セバ足ル。

セル氏絆創膏繃帶

三 セール氏絆創膏繃帶 Sayrecher Heftpflasterverband 幅五乃至七仙迷、長三分二乃至一迷ノ絆創膏三條ヲ取ル。第一條ヲ以テ患側上膊ノ中央内面ニ起リ、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旋シ、從テ肩峰ヲ後掣セシム。第二條ヲ以テ、健側肩峰ニ起リ、背部ヲ斜ニ下行シ、豫メ銳角ニ屈曲シテ前胸壁ニ接着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着セシム。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緣ニ起リ、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。即チ第九圖ニ示スガ如シ。

鎖骨脫臼

鎖骨脫臼 Luxatio claviculae ニ、肩峰端鎖骨脫臼(肩峰突起上脫臼・肩峰突起下脫臼)ト胸骨端鎖骨脫臼(胸骨前脫臼・

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. suprascapularis ハ鎖骨脱臼中最

モ多キ種類ナリ。脱轉セル鎖骨外端ニ由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。(第十三圖第十四圖) 猶、僧帽筋外上縁ノ緊張、頭首ノ患側傾斜、肩胛ノ下降、上肢ノ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. infrascapularis ハ稀ナリ。肩峰突起部ノ異常突隆、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. praescapularis ニ於テハ胸鎖關節部ニ於テ胸骨前面ニ異常ノ隆起ヲ現出シ、鎖骨内端部下降ス。猶、肩幅ノ短縮、胸鎖乳頭筋鎖骨附着部ノ緊張、輕度ノ頭首ノ患側傾斜、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 ニアリテハ、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、又氣管ノ壓迫ニ因ル呼吸困難、返廻神經壓迫ニ因ル聲帶麻痺等ヲ出現スルコトアリ。胸骨後鎖骨脱臼 L. c. retrosternalis ニ於テハ、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、鎖骨骨折ニ於ケルガ如ク、卷軸帶縛帶或ハ絆創膏縛帶ヲ試ム。最モ確實ナルハ手術的療法ナリ。即チ關節囊及ビ韌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、固定縛帶ヲ施ス。猶、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縛帶ヲ試ムルモ、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。骨縫合若ク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、亦放置スルモ後害少ナシ。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着シ、兩肩ヲ開放セシム。大概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ガ故ニ、若シ壓迫症狀アルトキハ宜シク關節端ヲ切除スベシ。

第十四圖 肩峰突起上鎖骨脱臼



第十三圖 肩峰突起上鎖骨脱臼



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・關節類等ノ骨折アリ。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、烏喙突起骨折ニアリテハ、猶、肘關節屈曲運動時ノ疼痛アリ。頸骨骨折及ビ關節類骨折ハ通例合併ス。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。頸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ノ固定アルノ別アリ。

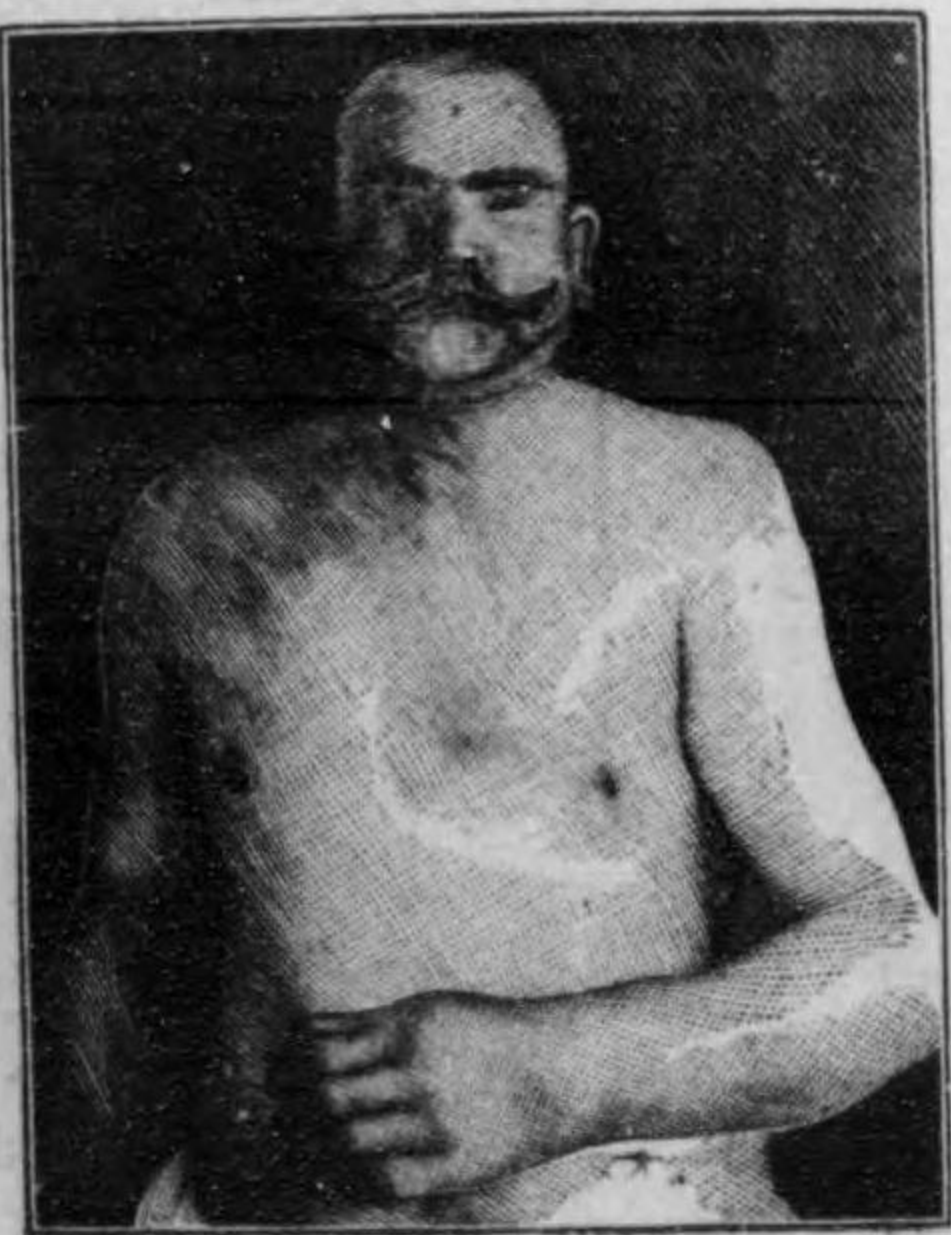
療法 患側上肢ノ安靜ヲ命ズ。肩胛關節ノ安保ノ目的ニハ鎖骨骨折ニ於ケルデサウル氏縛帶ノ第三卷軸帶ノ卷行應用セラル。頸骨折ニアリテハ三週間安靜固定ヲ要シ、後徐徐ニ自他働的運動ヲ試ムベシ。通例多少ノ機能障礙後

第一編 損傷篇 上肢損傷 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. 二下方脱臼(腋窩脱臼・關節窩下脱臼・上膊舉上脱臼) 前方脱臼(鳥喙突起下脱臼・鎖骨下脱臼) 及び後方脱臼(肩峰突起下脱臼・肩胛棘下脱臼) ノ別アリ。就中上膊骨鳥喙突起下脱臼ヲ最モ多シトス。解剖圖中肩胛部ノ條下参照。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 上膊骨鳥喙突起下脱臼 L. humeri subcoracoidea ニアリテハ、鳥喙突起下ニ異常ノ隆起(轉位セル上膊骨頭)アリテハ、肩峰突起下ニ異常ノ陥凹ヲ生ズ。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、自他働的肩胛關節運動廢絶シ、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 ニアリテハ腋窩ニ、關節窩下脱臼 L. h. infraglenoidalis ニアリテハ腋窩下部ニ骨頭ヲ觸知ス。上膊骨舉上脱臼 L. h. erecta ニアリテハ上膊舉上ノ位置ニ於テ固定セラル。後方脱臼ハ稀ナリ、肩隆起ノ前面陥凹シ、後側ニ於テ肩峰下ニ骨頭ヲ觸ル。

圖五 上膊骨鳥喙突起下脱臼



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ヌルコト稀ナラズ。骨折微候ニ注意スベシ。療法 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。

圖六 上膊骨下方脱臼



療法 成ル可ク速ニ整復術ヲ施ス。整復ニハ全身麻酔ヲ行フヲ可トシ、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) 固定セル現在ノ位置ヨリ上肢ヲ少シク外轉シ、強く牽引シ、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、(牽引法) (b) 甲助手ハ肩胛部ヲ固定シ乙助手ハ上肢ヲ牽引シツツ徐徐ニ之ヲ舉上シ、上膊骨腋窩ニ於テ鈍角ヲ成スニ到レルトキ、更ニ強く上肢ヲ牽引舉上ス。此際術者ハ骨頭ヲ關節内ニ壓入ス。(高舉牽引法) (c) 肘ヲ直角ニ屈曲セシメ、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着セシメ。次テ上膊ヲ外旋ス。前ニ前方ニ向ヘル前膊及ビ手ハ今側方ニ於テ、水平位ニ至ルマデ上膊ヲ舉上シ、次テ急ニ或ハ徐徐ニ上膊ヲ内旋セシムルコト圖二ノ如クス。(コツヘル氏高舉廻旋法)

圖七 肩胛關節脱臼及前方關節脱臼之復整 (法旋廻舉高氏ルヘッコ)



後療法 卷軸帶或ハ擔布ニテ上肢ヲ安置スルコト一二週間、後、輕キ按摩法ヨリ始メ、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テ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のニ處置ス。即チ關節ヲ切開シテ骨頭ヲ整復シ

骨折部ニ縫合ヲ施ス、又骨頭ノ除去ヲ要スルコトアリ。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縛縛ニ依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。稀ニ筋力ニ因テ發起ス。

症候 骨頭及解剖頸骨折 Fraktur des Humerusköpfes u. Fraktura colli anatomici ハ、骨折痛、肩胛關節ノ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

上膊骨上端骨折

第十八圖 上膊骨上端骨折 (nach Quervain)

- 1 解剖頸骨折
- 2 結節部骨折
- 3 結節下骨折 (外科頸骨折)
- 4 大結節骨折
- 5 Y字形骨折



第十九圖 上膊骨上端結節部骨折 (nach Kocher)



動及ビ摩擦音ヲ徴知スルコト稀ナリ。此種ノ骨折ハ往往脱臼ニ併發ス。骨端線離開 Epiphysestrennung ニ於テハ、肩胛關節痛、肩胛關節部ノ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因リテ肩胛幅廣闊トナル。單獨ナル大結節或ハ小結節ノ骨折ハ稀有ナリ。外科頸骨折 Fraktura humeri colli chirurgici ニ於テハ肩胛關節部ノ外面ニ於ケル膨隆ノ下部ニ陷凹アリ。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方偏倚ヲ認メ、又異常運動・摩擦音アリ。膊神經ノ壓迫・損傷ニ因ル神經痛若シハ麻痺、大血管ノ壓迫・損傷ニ因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。宜シク注意スベシ。確實ニ其有無及ビ種類ヲ知ラント欲スレバレントゲン線診査ニ依ルノ他ナシ。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ヲ以テ、上膊腋窩脱臼若シクハ鳥喙膨隆ハ之レヲ存シ、更ニ其下部ニ於テ陷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嵌合セルモノハ良ナリ。骨頭分離セル者ハ機能障礙ノ後貽ヲ免カレズ。骨端線離開ハ治後上膊ノ短縮ヲ貽スコト少ナカラズ。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之レガ治療經過ハ四乃至六週間トス。但シ神經ノ壓迫若シクハ癒着等ニ因リ永ク神經痛及ビ麻痺ヲ貽スコトナキニアラズ。

療法 骨頭骨折、解剖頸骨折、結節部骨折等ニアリテハ上肢ヲ胸壁ニ固定シテ安んずルベシ。骨端線骨折ニ於テハ、骨頭ヲ牽引縛縛ヲ施シ、骨縫合、打釘法、遊離骨片ノ抽出等ヲ要スルコトアリ。第三篇中「四肢ニ於ケル骨折ノ療法」參照。外科頸骨折及骨端線離開ニアリテハ、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、後、之レヲ固定

ス。初メ腫脹著シク、或ハ猶其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デサウル氏繃帶等ヲ應用シ、腫脹著シカラザルトキ、或ハ負傷後時日ヲ

第二十一圖 子副斯布義氏—リユベ



2 子副ノ用裝



經過セルモノニシテ腫脹既ニ減退セルトキハ、上膊ヲ胸壁ニ接着セシメ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斯卷軸繃帶ヲ施スベシ。又或ハベエリー氏Bowie義布斯副子ヲ應用ス。第二十圖ノ一ハ之レヲ示シ2ハ普通卷軸繃帶ヲ用キテ此義布斯ヲ固定セル圖ナリ。固定ハ負傷後三乃至五週ニシテ除却シ、診査ノ結果、癒合尙不充分ナルトキ、即チ異常運動アルトキハ更ニ適宜ノ期間之レヲ續ケ、已ニ癒合完キヲ得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ハ皮下斷裂ヲ來スコトアリ。筋ノ著シキ緊張ニ際シテ強力ナル鈍體打撃ノ加ハルニ因テ生ジ、肘關節ノ屈曲若シク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

上膊損傷
上膊軟部損傷

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シ得ベク、其部ニ疼痛アリ、肘關節ヲ伸展スルコト能ハズ。

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痺中手術臺緣ニ於ケル壓迫、肘ヲ枕トセル睡眠、過度ノ驅血帶緊縛等ニ因リテ發起ス。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。解剖圖中「上膊」下及ビ疾病篇中「四肢運動麻痺」ノ條下參照

上膊動脈損傷ノ出血ハ迅速ニ處置セラルルニアラザレバ失血死ヲ致スベシ。血管ノ創口極メテ小ナルトキ、鈍創及ビ刺創或ハ全ク皮膚ノ破開ヲ伴ハザルトキ、鈍體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。一般ニ上膊軟部ノ複雑ナル損傷ハ工場機械ニ因ルモノ多ク、骨關節ノ損傷ニ伴フヲ常トス。

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。二頭膊筋腱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。神經斷ア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トキハ切斷術又ハ關節離斷術ヲ漸行スベシ。

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、又或ハ稀ニ筋ノ急劇ナル強度ノ收縮ニ因テ生ズルコトアリ。筋肉ノ作用ニ因ル上膊骨骨折ノ原因トシテハ、投

上膊骨幹部骨折

第一篇 損傷部 上膊軟部損傷

石動作、空打等舉ゲラル。吉川ハ林病院ニ於テ腕角力ニ因リテ起レル上膊骨全骨折ノ三例ヲ實驗シタリ

骨折ノ種類ハ斜骨折ヲ以テ最も多シトシ、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、著明ノ骨折痛アリ、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。治後橈骨神經ノ癒着ヲ貽スコトアリ。不全骨折及ビ符合骨折ニアリテハ諸徵著シカラズ。

圖一十二第

(フ伴ヲ痺麻經神骨橈)折骨部幹骨膊上



豫後 大概ネ良。小兒ニアリテハ三週間、成人ニアリテハ四乃至六週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爲メニ、完全ナル整復位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の手術ヲ要スル場合アリ。

療法 末梢ノ牽引及ビ廻旋ニ依リテ轉位ヲ整復シ、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繙帶・義布斯副子ベネリ義布斯副子(第二十圖)・鑄製副子・ミッテルドルフ氏三角等ヲ應用スベク、骨折端轉位甚シク、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、次デ自他働の運動ヲ開始スベシ。

骨折端ノ轉位ナキ場合骨折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繙帶ニ倣ヒ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。橈骨神經ノ癒着ニ因スル疼痛、假骨ノ壓迫ニ因ル麻痺等ニ對シテハ、癒着ノ剝離、贅生セル假骨ノ削除等ヲ施スベシ。猶、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・關節囊内骨折・内及ビ外髁骨折・内上髁及ビ外上髁骨折等ヲ區別ス。(第二十圖) 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

圖二十二第
折骨端下骨膊上
(nach Quervain)

- 1 外上髁骨折
- 2 小頭骨折
- 3 外髁骨折
- 4 内髁骨折
- 5 内上髁骨折
- 6 關節囊内骨折
- 7 髁上骨折
- 8 Y字形骨折



圖三十二第
折骨端下骨膊上

1 折骨形字T



2 折骨形字V



3 折骨碎粉



成ス。(第二十三圖) 上膊骨下端ノ骨折ハ或ハ直達の外方ニ因テ發シ、又ハ肘關節伸展位ニ於ケル手部ノ衝突ノ如キ介達の外力ノ作用ニ因スルコトアリ。強劇ナル直達外力ハ屢々複雑ナル粉碎骨折ヲ生ズ。

上膊骨折 Fractura supracondylarica ハ多ク兒童ニ見ル所ニシテ、レアン氏「Annals」ノ統計ニ據レバ一五歲一六、六一一〇肘關節部ニ發起スル骨折中、臨牀上最モ必要ナル者トス。髁上骨折ノ骨端轉位ハ殆ンド常ニ上折端ノ前方轉位、下折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ノ打撃或ハ手部ノ衝突ニ因テ起リ、(伸展骨折 Extensionsfraktur) 後者ハ屈曲位ニ於ケル強劇ナル肘部ノ衝突ニ因テ生ズ。(屈曲骨折 Flexionsfraktur) 骨端線離開 Epiphysentrennung ハ關節囊内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・展伸等ニ因テ發シ、亦十五歲以下ノ者ニ好發ス。

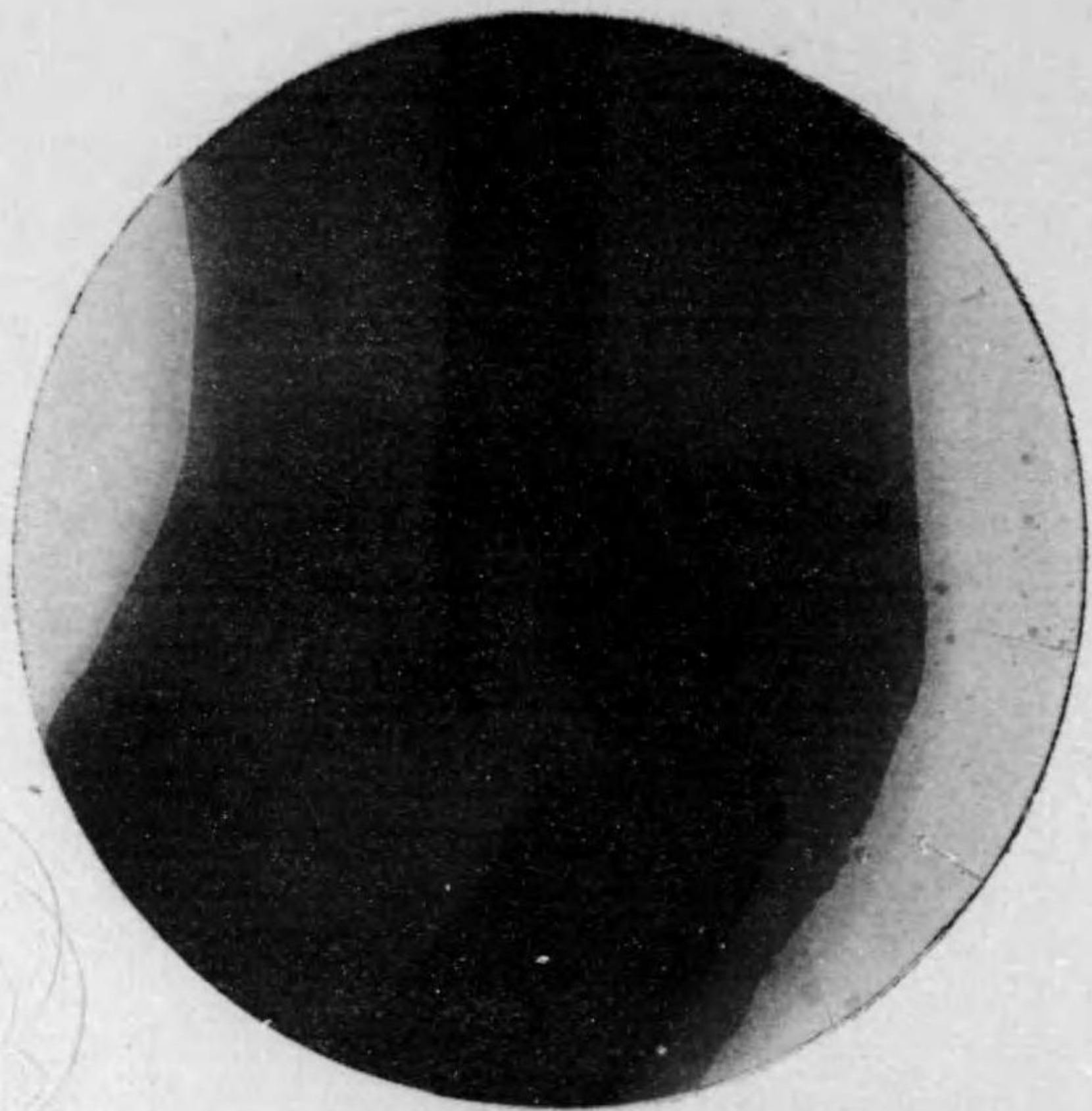
症候 髁上骨折ニシテ普通ノ骨折端轉位ヲナス者ニ於テハ特有ノ變形アリ。即チ上骨折端ニ由ル肘窩ノ異常隆起・下端骨折片及ビ前膊ノ後方轉位ニ因ル鷹嘴突起上部ノ異常陷凹ヲ呈シ、肘部ノ前後徑増加シ、上膊ノ全長較短縮シ、且ツ其長軸ヲ末梢ニ向テ延長セル線ハ前方ニ偏ス
風曲骨折ノ場合ニ於テハ下骨端ノ後方轉位ナキヲ以テ此固有ノ變形ヲ呈セズ 又往往骨折端ノ側方轉位ヲ來タシ、爲メニ肘關節部ニ於ケル前膊ノ異常ノ内方或ハ外方偏倚若シクハ屈曲ヲ呈ス。其他髁上骨折ニ於テハ骨折痛、異常運動、骨端摩擦音等ノ骨折徵候ヲ備フ。T字形或ハY字形骨折ニシテ上骨

第二十四圖 上膊骨下端ノ骨折ニ於テハ肘關節部ノ變形アリ。即チ上骨折端ニ由ル肘窩ノ異常隆起・下端骨折片及ビ前膊ノ後方轉位ニ因ル鷹嘴突起上部ノ異常陷凹ヲ呈シ、肘部ノ前後徑増加シ、上膊ノ全長較短縮シ、且ツ其長軸ヲ末梢ニ向テ延長セル線ハ前方ニ偏ス

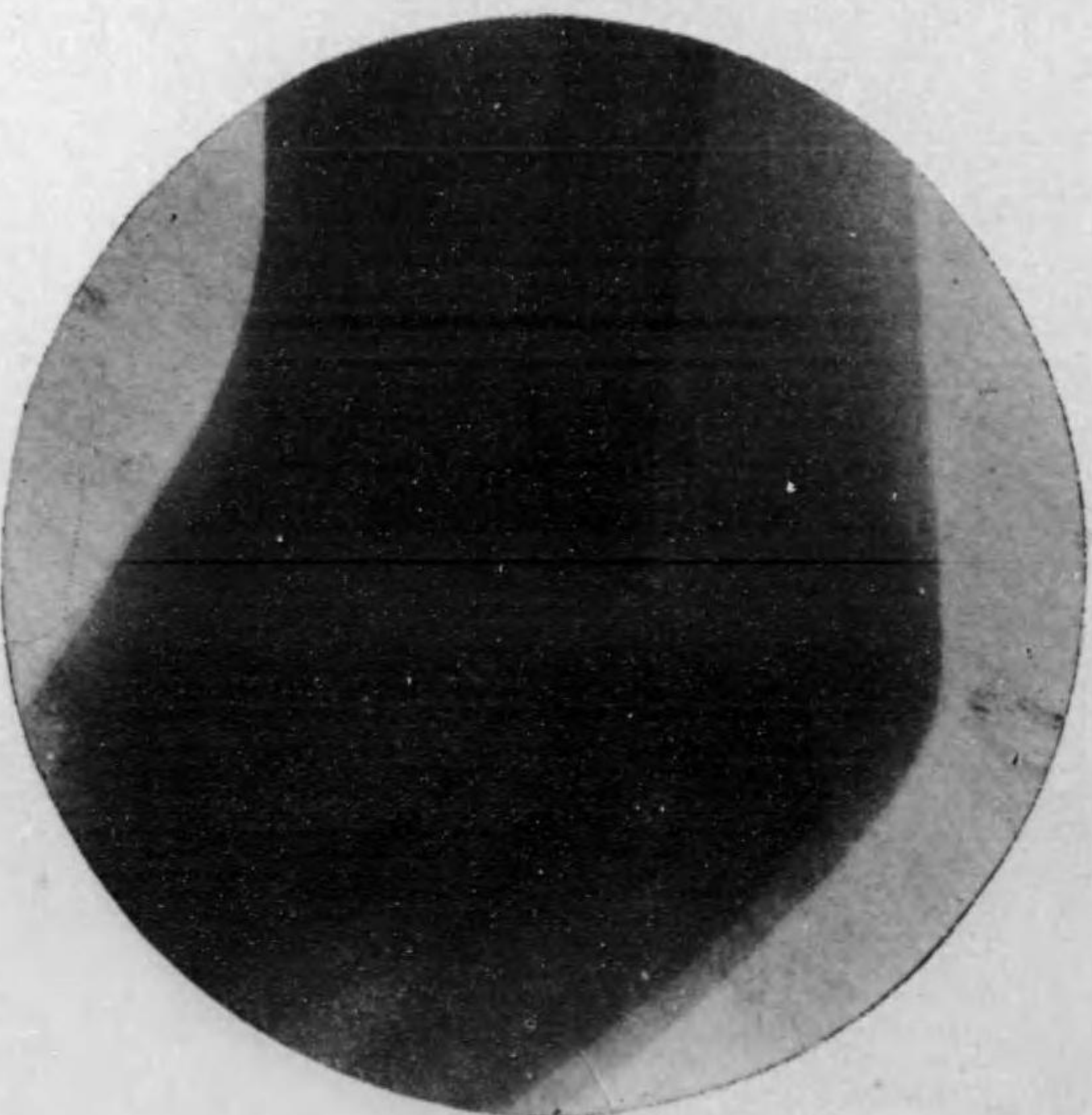


上膊骨下端髁上骨折ト肘關節後方脫臼

第二十五圖 上膊骨下端髁上骨折



第二十六圖 肘關節前膊骨後方脫臼

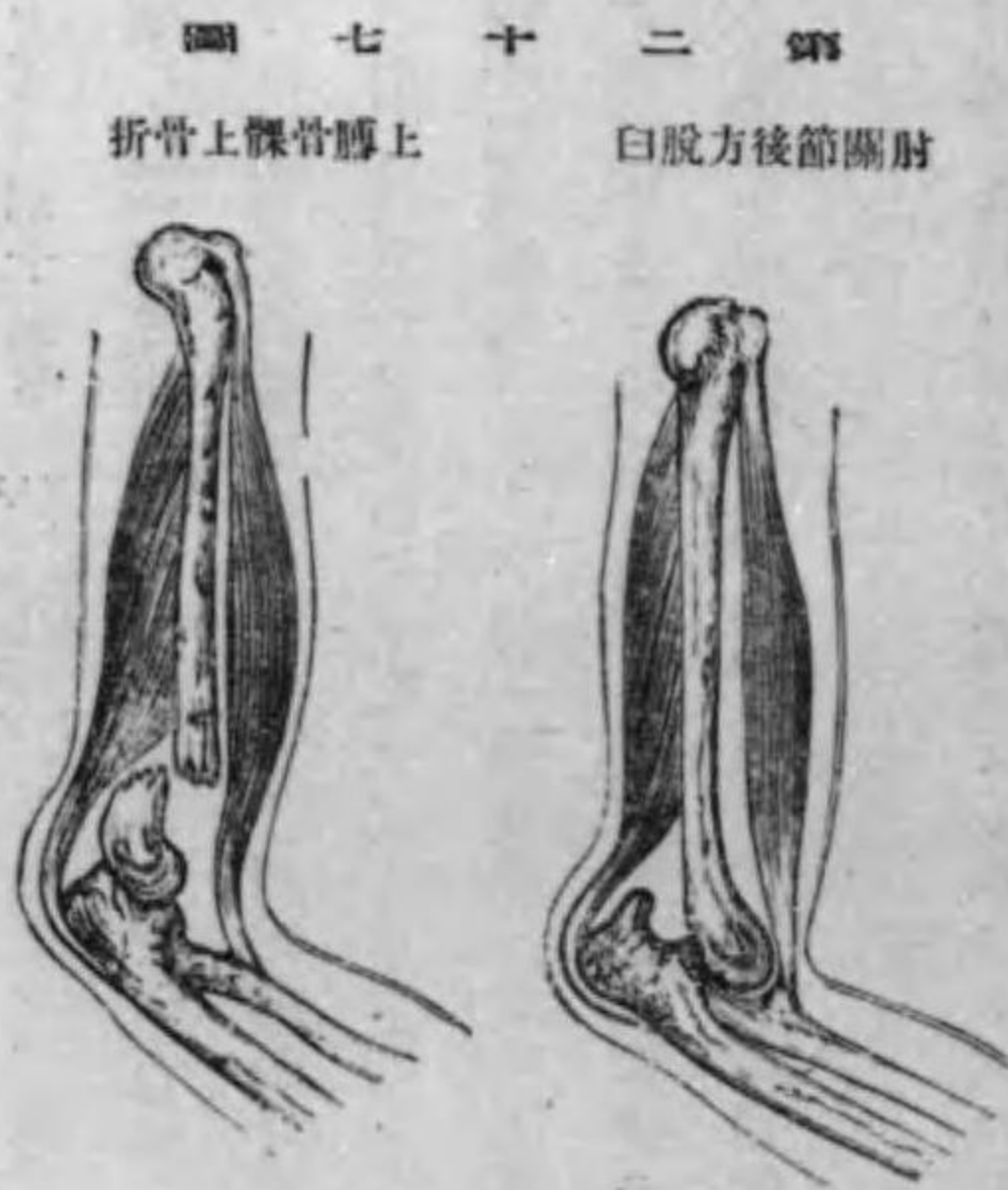


折端方關節端ノ縱走裂隙間ニ箱入シ、爲メニ兩髌壓開セラルトキハ兩外上髌ノ隔遠ヲ來ス。Y字形骨折・T字形骨折及ビ粉碎骨折等ハ強劇ナル直達外力ニ因テ發スルモノニシテ、常ニ複雑ナル軟部損傷ヲ伴フ。骨端線離開ニ於テハ骨端轉位ニ由ル變形ハ著シカラズ。關節ノ腫脹疼痛甚ダシク、肘關節ノ運動障礙高度ニシテ、摩擦音ハ軟性ナリ。内外髌及ビ内外上髌骨折ニアリテハ、該當側ニ於ケル髌部ノ腫脹・疼痛・摩擦音・異常運動等ヲ呈ス。内髌骨折ニ於テハ尺骨神經ノ損傷ヲ伴フコトアリ。

診斷 兒童ニ於テ、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髌上骨折ナリトス。而シテ其固有ノ變形ヲ呈スルモノハ診斷明ナリ。髌上骨折ハ變形ノ狀態相類スルガ故ニ、肘關節前後方脱臼ト鑑別ヲ要ス。脱臼ニアリテハ嚙嚙突起著シク後方ニ突出シ、兩上髌ハ之レト隔リテ前方ニ存ス。骨折ニアリテハ嚙嚙突起後方ニ突出セルノ觀ヲナスモ、兩上髌トノ關係ハ正常ト異ナルコトナシ。猶、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内ニ於ケル著シキ損傷アルノ證據ナリ。兩上髌ニ於テ上膊ヲ固定シ、前膊ヲ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。髌上骨折ニシテ高度ノ軟部損傷ヲ伴ハザルモノニ於テハ三乃至四週ニシテ癒合ス。著シキ轉位アルモノ、複雑骨折、粉碎骨折（特ニ關節腔内ニ及ボセル粉碎骨折）等ニ於テハ多少ノ機能障礙後貽ヲ免カレズ。

療法 髌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綱帶（中綱副子ヲ用フルヲ便トス）ヲ以テシ、後、三四日ニシテ腫脹ノ減退ヲ待テ環狀義布斯綱帶ヲ施ス。又義布斯副子（第二十圖）ヲ應用シ得ベシ。此等ノ方法ニ依リテ整復位置ニ於ケル固定困難ナルトキハ持續牽引綱帶ヲ裝置シ、或ハ手術的ニ骨折端接合法ヲ施ス。固定綱帶ヲ施セルトキハ關節強直ノ後始テ防ガンガ爲メ七乃至十日ニシテ一度綱帶ヲ去リ注意シテ關節ノ運動ヲ試ミ、後、更ニ固定ス、此際時宜ニヨリ展伸位置ニ改メテ固定スルモ亦可ナリ。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漸次屈曲位ニ移行セシムルヲ可トス。負傷後三乃至四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、按摩法ヲ行フ。治後ノ關節強直ニハ麻醉中強力矯正法ヲ試ムベク、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始テ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、患者ガ掌面ヲ見得ルガ如キ位置ニ於テ固定ス。

肘關節脱臼

二 肘關節脱臼

肘關節ニ於ケル脱臼ニハ最多ク兩前膊骨後方脱臼及ヒ橈骨脱臼ヲ見ル、稀ニ兩前膊骨前方脱臼・同側方脱臼・同開散脱臼及ヒ尺骨脱臼等アリ。

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發起ス。即チ關節ノ過度ノ伸展ニ因ス。往往尺骨冠狀突起ノ骨折ヲ伴フ。稀ニ上膊下端後面若シハ前膊屈曲面ノ打撃、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多ク肘關節ノ伸展・前膊ノ廻前位置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・過度ノ廻前廻後運動等ニ因テ生ズ。橈骨ノ後方脱臼、外方脱臼等アルモ稀ナリ。

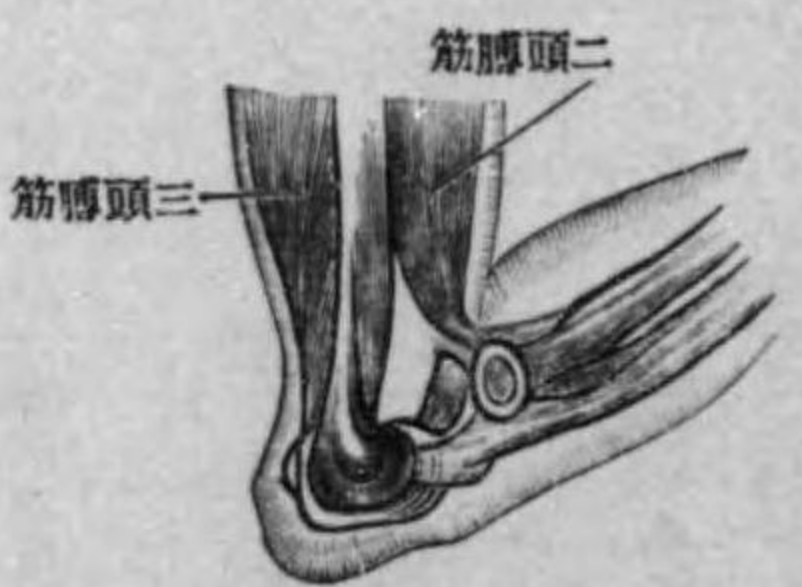
症候 兩前膊骨後方脱臼

白ニ於テハ、特有ノ變形ヲ呈ス。即チ肘關節ハ屈曲位ニアリ、鷹嘴突起及ヒ橈骨小頭著シク後方ニ突出シ、其上部ニ陷凹アリ、肘窩ニ於テ上膊骨下端ニ由ル異常ノ骨隆起ヲ觸レ、前膊ハ短縮ノ觀ヲ呈ス。（第二十八圖）關節ハ固定シテ前膊ノ運動全ク不能。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シ、或ハ又皮膚ノ破開ヲ伴フ。兩前膊骨前方脱臼ニアリテハ、肘關節ハ銳角屈曲ヲ呈シ、前膊延長ノ觀アリ。鷹嘴突起ヲ觸知シ得ズ、其位置ニ上膊骨ノ下端アリ。肘窩ヲ探ル時ハ茲ニ尺骨上端及ヒ橈骨小頭ヲ觸ル。（第二十九圖）鷹嘴突起骨折ヲ伴フコト多シ。兩前膊側方脱臼ハ概テ不全脱臼ナリ。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由ル隆起ヲ呈シ、往往骨折ヲ伴ヒ、又尺骨神經ノ損傷ヲ被ルコト多シ。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置ニアルヲ異ナレトス。尺骨後方脱臼ハ冠狀突起骨折ヲ伴フコト稀ナラズ。橈骨前方脱臼ニアリテハ上膊骨外側ノ前方ニ橈骨小頭ノ脱轉ニ由ル異常隆起ヲ現出シ、橈骨小頭固有ノ位置ニハ異常ノ陷凹ヲ認メ、橈骨小頭自己及ヒ

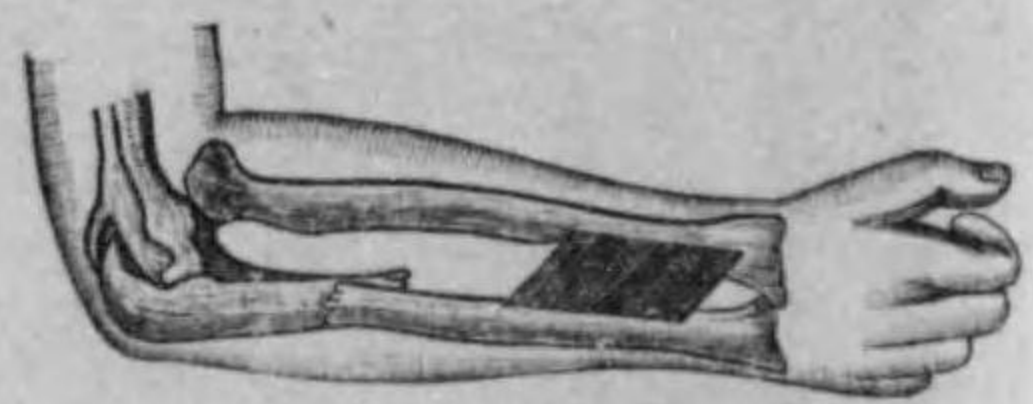
第二十八圖 兩前膊骨後方脱臼



第二十九圖 兩前膊骨前方脱臼



第三十圖 橈骨前方脱臼（兼テ骨折ヲ示ス）



異常隆起ヲ現出シ、橈骨小頭固有ノ位置ニハ異常ノ陷凹ヲ認メ、橈骨小頭自己及ヒ

第三十一圖 開散脱臼



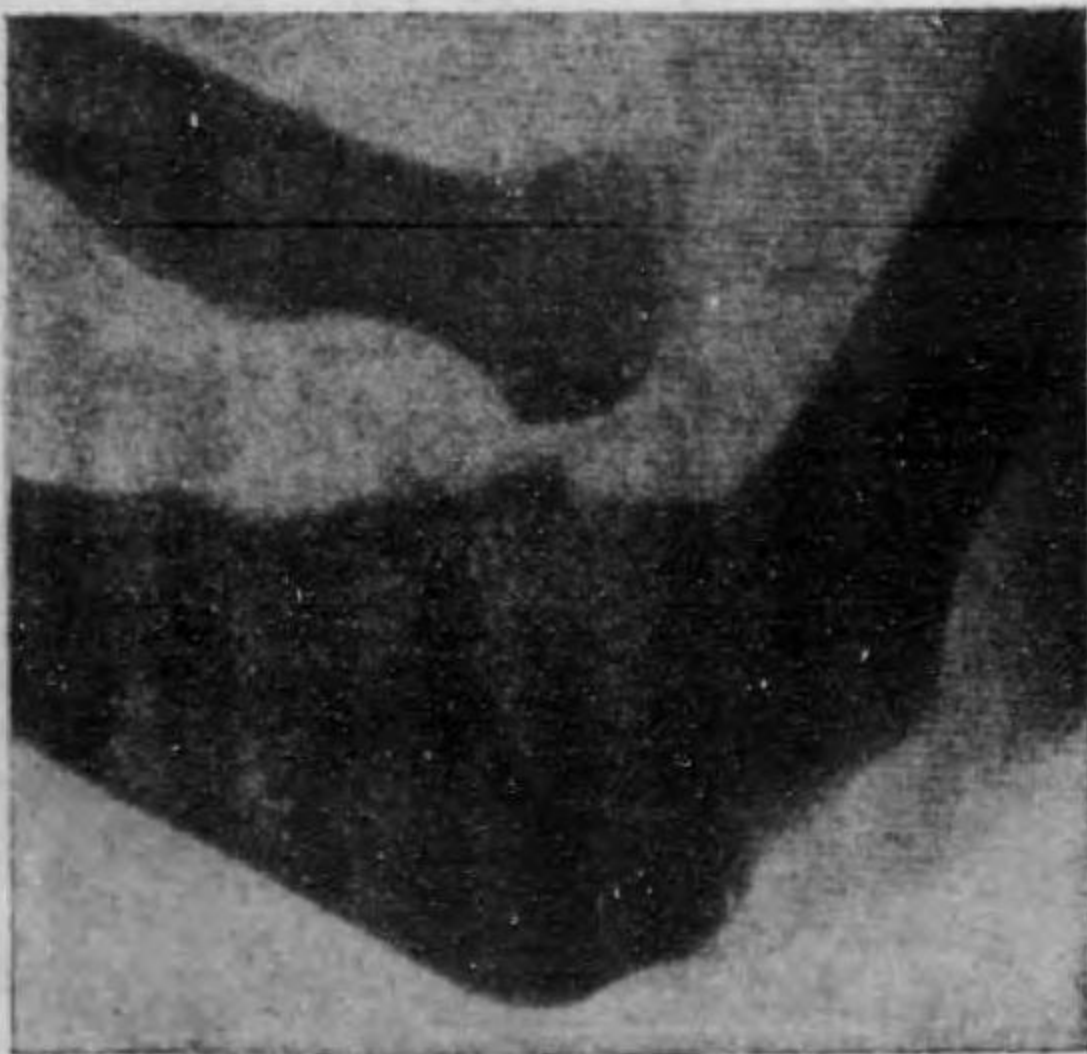
尺骨骨幹上三分ノ一

部ノ骨折ヲ伴フコト多シ。(第三十圖)兩前膊骨開散脱臼ハ尺骨後方脱臼及ヒ橈骨前方脱臼ノ合併ヨリ成ル。(第三十一圖)

診斷 兩前膊骨後方脱臼ハ上膊骨稜上方骨折ト誤診スルコトアリ。



第三十圖 肘關節橈骨脱臼



第三十一圖 肘關節橈骨脱臼

「上膊骨下端骨折」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。骨折合併ノ有無ニ注意ス。骨折合併ノ有無ニ注意ス。

療法 整理法ヲ施ス。療法 整理法ヲ施ス。療法 整理法ヲ施ス。

肘關節脱臼整復法

肘關節脱臼ノ整復法 一 兩前膊骨後方脱臼ノ整復ハ二法アリ。(a) 術者膝上ニ脱臼セル肘ノ伸展面ヲ壓着シ、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、迅速ニ關節ヲ屈曲セシム。(ローゼル氏法) (b) 助手ヲシテ上膊ヲ支持セシメ、肘關節ヲ直角ニ屈曲シ、術者ハ一手ヲ以テ肘ニ近ク前膊ノ上部ヲ持チ、他手ヲ以テ腕關節部ヲ把持シ、前膊ヲ上膊軸ノ方向ニ壓下シ、且ツ前膊軸ノ方向ニ前方ニ牽引スルトキハ則チ整復シ得ベシ。二 兩前膊前方脱臼ニアリテハ、(a) 肘關節伸展、前膊下方牽引及ビ上

前膊骨上端骨折

膊反對牽引ノ状態ノ下ニ、脱臼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 外側脱臼ニアリテハ、前膊牽引ノ下ニ前膊ノ上端ヲ内方ニ壓迫シ、其下端ヲ外方ニ壓迫ス。四 内側脱臼ニ於テハ、其反對ニ壓迫ヲ加フ。五 尺骨後方脱臼ハ二骨後方脱臼ニ倣フ。六 橈骨小頭前方脱臼ニ於テハ肘關節ヲ屈曲シ、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七日間、後、按摩法ヲ施シ且ツ自他働的運動ヲ行フ。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施シテ機能ノ改善ヲ圖ルベキコトアリ。

三 前膊骨上端骨折

肘關節部ニ於ケル前膊骨骨折ニハ、尺骨ニ嚙突突起骨折及ビ冠狀突起骨折、橈骨ニ小頭骨折及ビ頸骨骨折アリ。嚙突突起骨折 Fractura olecrani ハ關節ノ直角屈曲位ニ於ケル直接ノ打撃ニ因テ發起スルヲ常トス。又肘關節ノ過度ノ伸展ニ因テ來ルコトアリ、此場合ニ於テハ或ハ單獨ニ發シ、或ハ肘突起ノ骨折ヲ兼テ、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若ク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唯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整骨折 Meissel-fraktur ニシテ小頭線ノ一部分ガ上方關節面ヨリ下方ニ向テ、鑿除セラレタルガ如ク折傷スルニアリ。(第三十六圖) 此骨折ノ原因ハ介達的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劇ニ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、即チ前線部ノ折傷ヲ來ス。又墜落時前膊ノ姿勢如何ニ因テ小頭ノ外側線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

第三十四圖 鷹嘴突起骨折



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、三頭膊筋ノ機能消失ス。

知シ得ベク、三頭膊筋ノ牽引ヲ受ケテ骨片轉位スルヲ以テ、茲ニ骨裂隙ヲ生ズ。

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、骨折微候ハ著シカラズ。

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因テ肘窩ノ劇痛アリ。

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。

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ク。

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 概テ良ナルモ亦多少ノ機能障礙ヲ貽スコト稀ナラズ。

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始スルコト多シ。

ハ小頭ノ骨折ニシテ治療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、十乃至十四日ニシテ徐徐ニ屈曲運動ヲ試ムベシ。

ハ、肘關節ノ直角或ハ銳角位ニ於テ二週間副子固定法ヲ施ス。

廻前位ニ於テ固定スルコト二乃至三週日、此間時時縛帶ヲ交換シ、靜ニ關節ノ運動ヲ試ミテ強直ノ發生ヲ防グ。

橈骨頭骨折ニアリテハ、二頭膊筋弛緩ノ目的ヲ以テ肘關節屈曲位ニ固定スルコト三週ヲ要ス。

複雑ナル骨折ニシテ將來關節強直ノ後始免カレ難キヲ豫測セラハ、肘關節ヲ直角ヨリ僅ニ銳角ヲ取ルル位置ニ固定シ、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。

メテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

第一篇 損傷篇 前膊骨上端骨折 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、指節ノ運動ヲ營マン

メテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

第一篇 損傷篇 前膊骨上端骨折 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、指節ノ運動ヲ營マン

メテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

第一篇 損傷篇 前膊骨上端骨折 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、指節ノ運動ヲ營マン

メテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

第一篇 損傷篇 前膊骨上端骨折 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、指節ノ運動ヲ營マン

メテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

第一篇 損傷篇 前膊骨上端骨折 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、指節ノ運動ヲ營マン

メテ各腱ノ健否ヲ診定スベシ。

第一篇 損傷篇 前膊骨上端骨折 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、指節ノ運動ヲ營マン

第三十五圖 橈骨小頭骨折 (後前視)



第三十六圖 橈骨小頭骨折



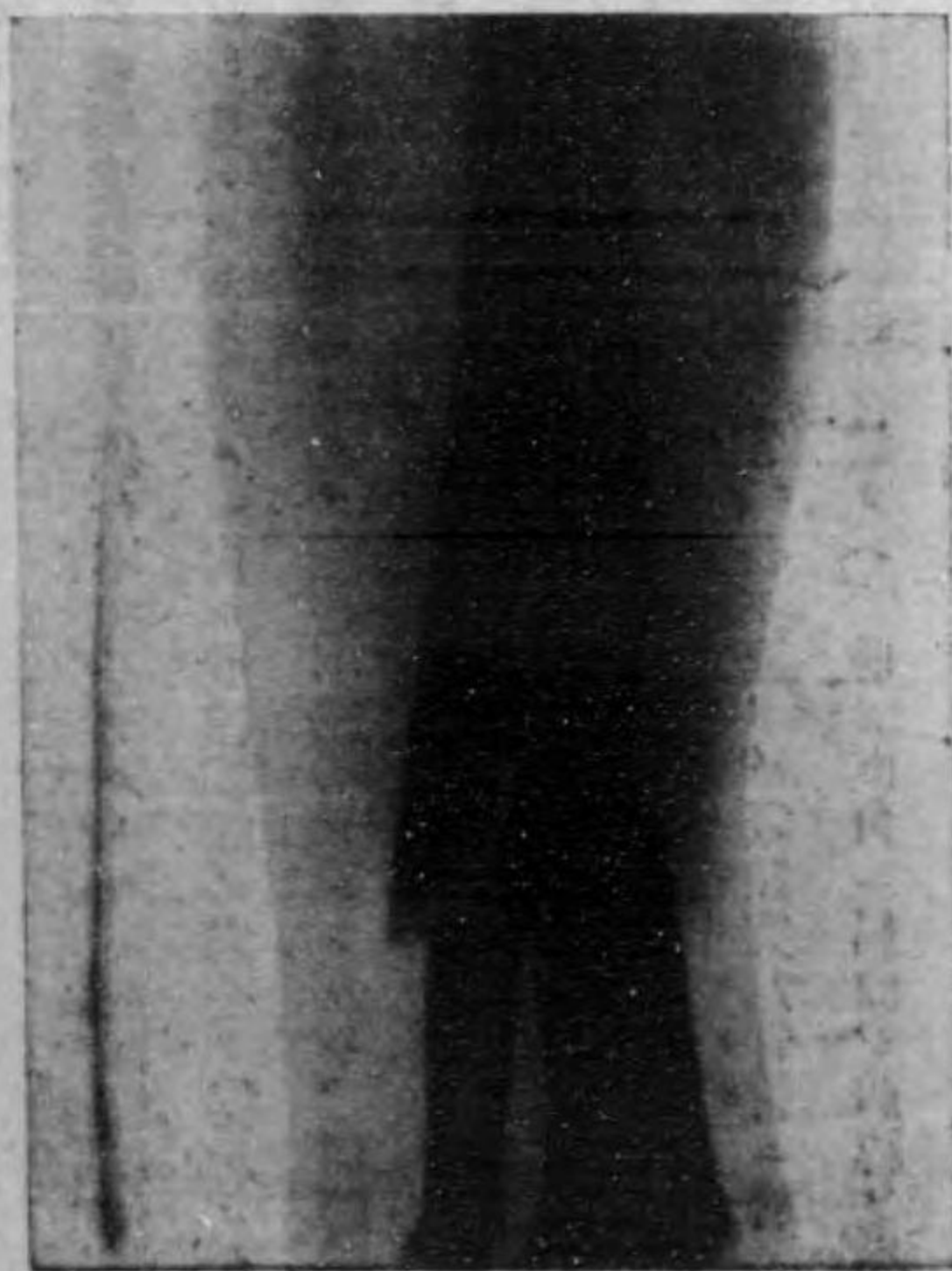
療法 血管結紮、神經縫合及ヒ腱縫合ヲ施ス。腱ノ中心端ハ往往遠ク創口ヨリ牽縮シ、高位ニ埋没セララルヲ以テ長柄ヲ有スル細鉤、コッヘル氏動脈鉗子、有鉤鉗子等ヲ用ヒテ之レヲ牽出スベク、此法目的ヲ達セザルトキハ適宜創口ヲ開大ス。切離端不正或ハ一部缺損等ノ爲メ、固有ノ斷端ヲ相縫着スルコト不可能ナルトキハ、其中樞斷端ヲ近隣ノ同一作用アル筋腱ニ縫合シテ固定ス。腱縫合後ハ成ルベク當該筋ノ弛緩ヲ得ベキ位置ニ於テ副子ヲ貼用シ、腕關節及ヒ指節ヲ固定スベシ。神經縫合ニ於テモ亦之レニ倣フ。解劑當中「前膊」及ヒ「第四指中」腱縫合法「神經縫合法」等ノ條ヲ參照スベシ。

前膊骨幹部骨折

二 前膊骨幹部骨折

前膊骨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、尺骨骨幹部若シクハ橈骨骨幹部ノ單獨ニ骨折ヲ被ルコトハ稀ナリ、前膊二骨骨折 Fractura antrachii ハ殆ンド常ニ直接ノ外力ニ因リテ生ジ手掌ヲ地上ニ衝クガ如キ介達的外力ニ因ス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、尺骨ニ於テハ下三分ノ一ノ領界ニアリ、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骨折部ガ尺骨骨折部ヨリ高位ニアルコト多シ。前膊骨骨折ニ於テハ不全骨折^{屈曲骨折}稀ナラズ、多ク小兒ニ見ル所トス。骨折線ノ種類ハ橫骨折ナルヲ規トシ斜骨折・縱徑裂骨傷・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折傷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

前膊二骨骨折



前膊二骨骨折副子帶



摩擦音等ヲ具備ス。此等ハ二骨骨折ニ於テ著明ナルモ、尺骨若シクハ橈骨ノミノ骨折ニアリテハ微候著シカラズ、往往唯廻前廻後運動ノ制限アルニ止ルコトアリ。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。一骨ノ骨折殊ニ其不全骨折ニアリテハレントゲン線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ルヲ以テ注意スベシ。

豫後 皮下骨折ニアリテハ通例良。治療期間ハ四乃至五週間トス。

但シ軟部ノ挫碎ヲ伴フ骨折、遊離骨片ヲ有スル骨折、骨折端間ニ軟部ノ簍入、二骨骨折部ノ近接ニ因ル骨間韌帶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^{之レヲ}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、二骨骨折部ノ近接ヲ避クベキコトトス、此目的ノ爲メ、前膊ヲシテ廻後位ニ在ラシム。肘關節ハ之レヲ直角ニ屈曲ス。固定法ニハ副子又ハ義布ヲ用ヒ、肘關節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。固定繃帶ハ三四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、整復位ニ於ケル固定困難ナルトキハ手術的療法ヲ必要ト

ス。金屬縫合法、金屬線 又長ク骨折端癒合ノ傾向ナキモノハ兩骨折端ノ裂隙ニ軟部挿入ノ疑アリ、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。

前膊下端骨折

三 前膊下端骨折

定型的橈骨下
端骨折

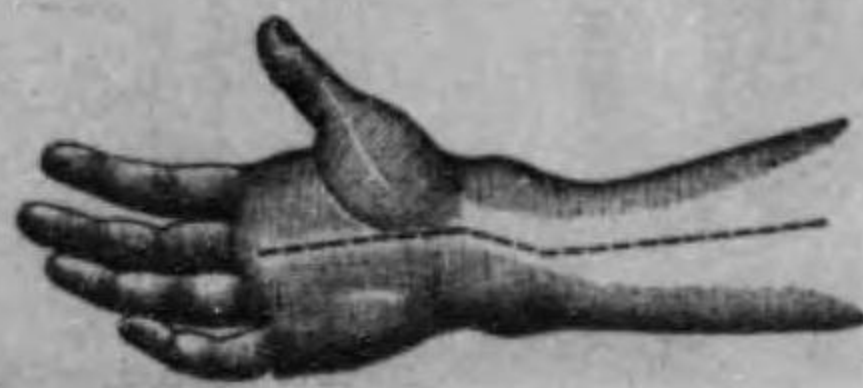
前膊下端骨折ニ尺骨莖狀突起骨折及ビ橈骨下端骨折アリ。尺骨莖狀突起骨折ハ直達外力ニ因リテ單獨ニ發スルコトアルモ、多クハ橈骨下端ノ骨折ニ合併シテ裂骨傷ヲ來タス。橈骨下端骨折ハ橈骨下端關節面ノ上方一二・五仙迷ノ部ニ於ケル骨折ニシテ、特異ノ變形ヲ呈シ、定型的橈骨骨折 Fractura radii typica ノ稱アリ。又最初之レガ詳細ナル記載ハ1814ニラ公ニセルノ故ヲ以テコーリス氏骨折 Collis' fracture ノ名アリ、甚ダ頻發スル骨折ニシテ、殆ン下常ニ介達的外力ノ作用ニ因ル。就中高年者ニ多ク往往輕微ノ外力ニ因リテ生ズ。躓倒シテ手掌ヲ地上ニ衝キ本症ヲ起スガ如キ例稀ナラズ。

症候 橈骨下端骨折ハ變形ノ特有ナルヲ以テ主徴トス。即チ手腕部ハ背側屈曲及ビ橈側屈曲位ヲ呈ス。(第三十九圖・第四十圖)爲ニ手腕關節背部ニ階段狀ノ隆起アリ、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、又ハ摩擦音ヲ徴ス。

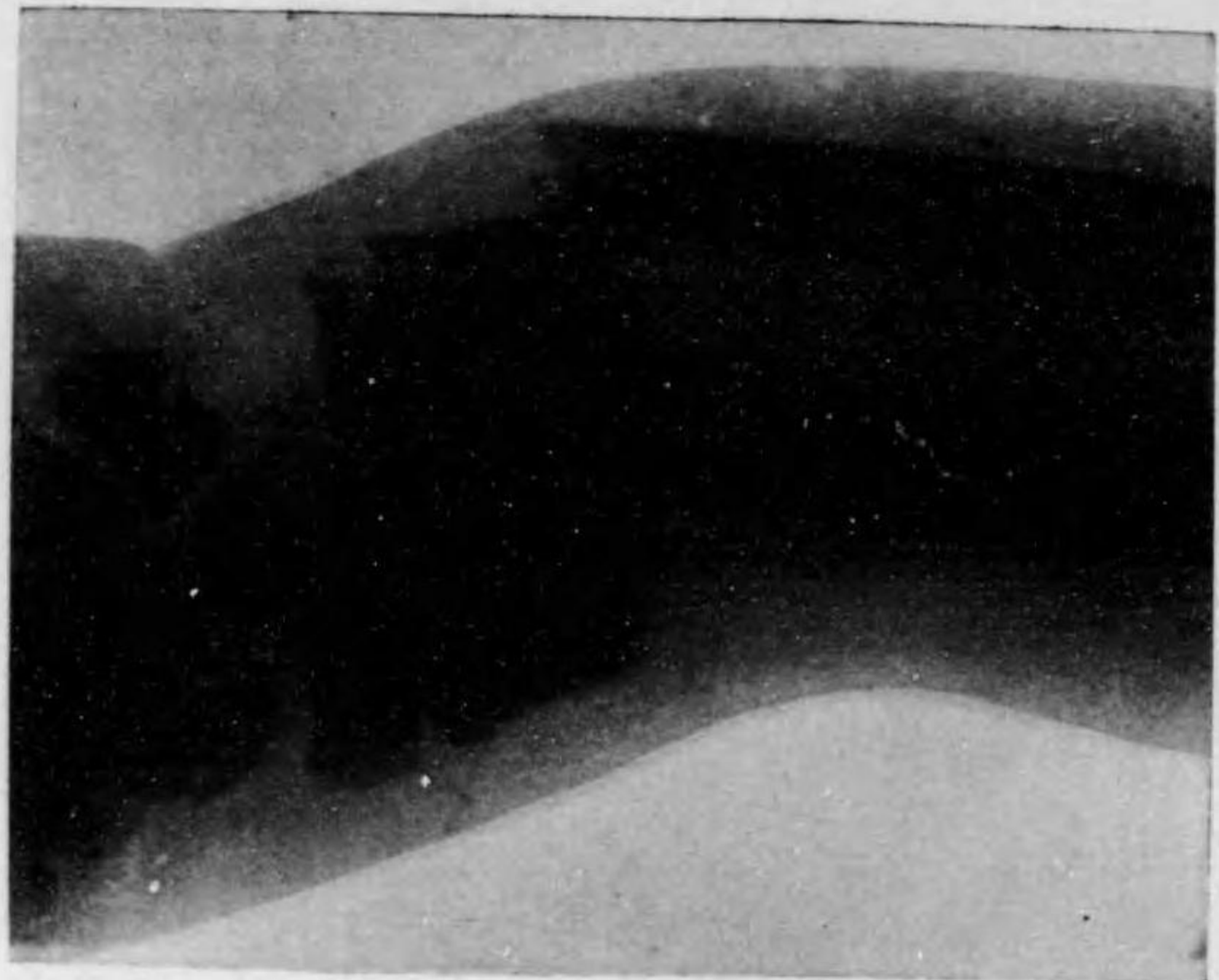
第三十九圖 橈骨下端骨折ニ於ケル手ノ側轉位



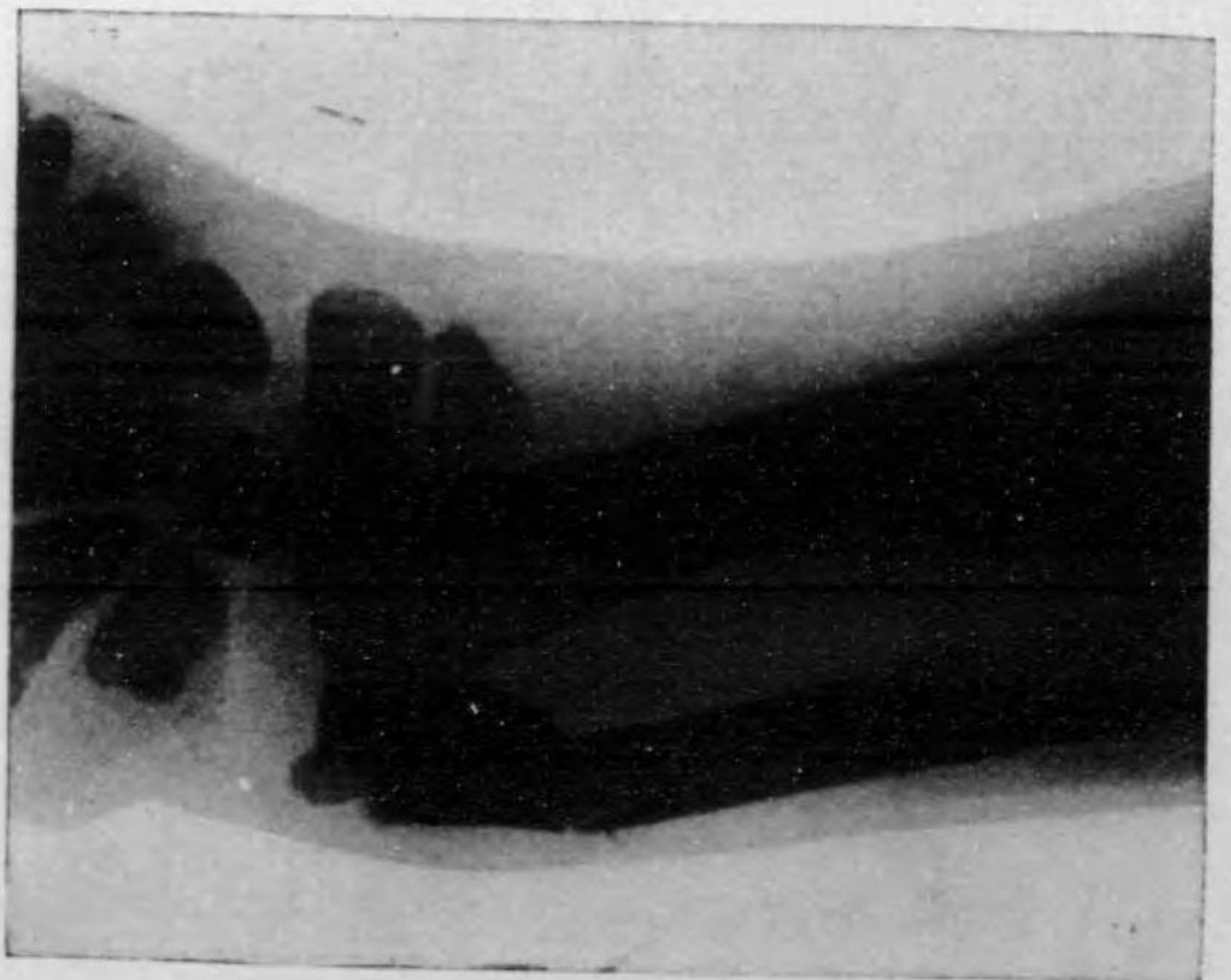
第四十圖 同上ノ橈側轉位



前膊二骨幹下端部骨折



第四十二圖 十三歲男子、自轉車ヨリ墜落シテ地上ニ衝キ、尺骨莖狀突起骨折ヲ呈ス(林病院)



第四十一圖 九歲女子、三才餅ノ高處ヨリ墜落シテ地上ニ衝キ、尺骨莖狀突起骨折ヲ呈ス(林病院)

診斷 橈骨下端骨折ハ腕關節背側脱臼ト鑑別ヲ要ス。脱臼ニ於テハ橈

骨莖狀突起ト尺骨莖狀突起トノ相互關係正常ヲ保チツツ其位置ヲ轉ズ。

骨折ニアリ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

痛及ビ屈伸筋ノ緊張ノ結果關節ハ固定セララルルヲ常トス。

豫後 橈骨下端骨折ハ適當ニ治療セララルトキハ通例機能障礙ヲ止メ

ズ、三乃至四週間ニシテ癒合ヲ營ム。轉位位置ニ於テ癒着スルトキハ手

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貽シ

又正中神經ノ壓迫ニ因スル神經痛ヲ起スコトアリ。老人ニ於テハ癒合ニ

長期日^{五週或ハ以上}ヲ要シ、爲メニ屢々關節ノ強直ヲ貽

ス。尺骨下端骨折ハ良、若シ假關節ヲ貽シテ治ス

ルモ機能上著シキ障礙ナシ。

療法 橈骨下端骨折 先ツ骨端轉位ヲ整復ス。

疼痛甚ダシキトキ^{ハ全身麻酔ヲ要ス} 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

互ル固定縛帶ヲ施ス、固定ニハ副子縛帶ヲ以テス。

就中隨意ノ形狀ヲ取ラシメ得ベキ金屬網副子ヲ用

圖 四 十 四 第
用患ノ子副網線=折骨端下骨橈

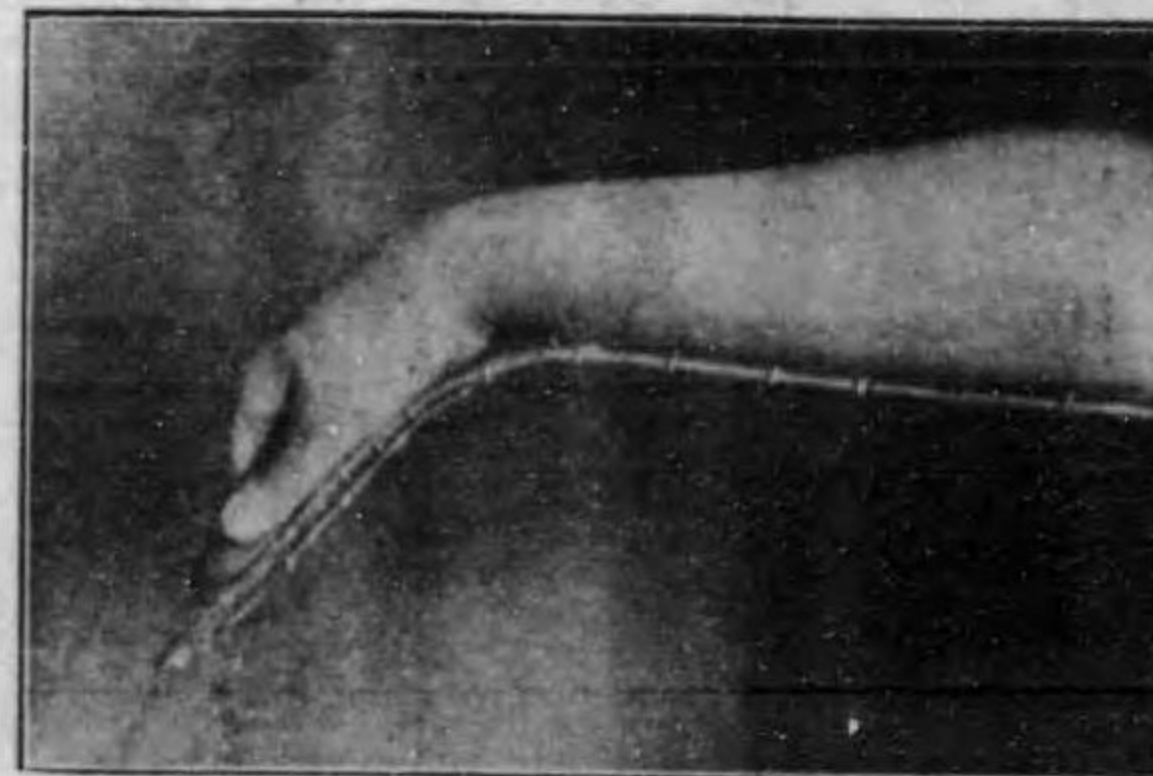


圖 五 十 四 第
木副面背氏ルゼーロルセ施=折骨端下骨橈

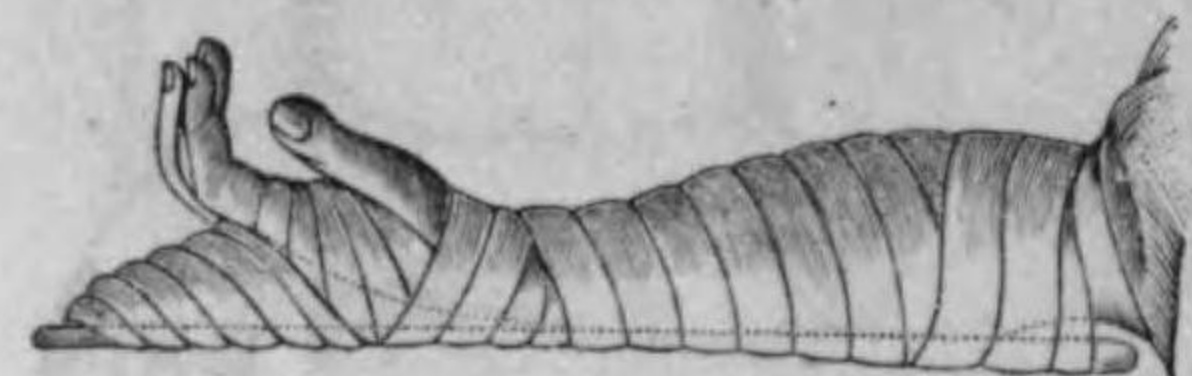
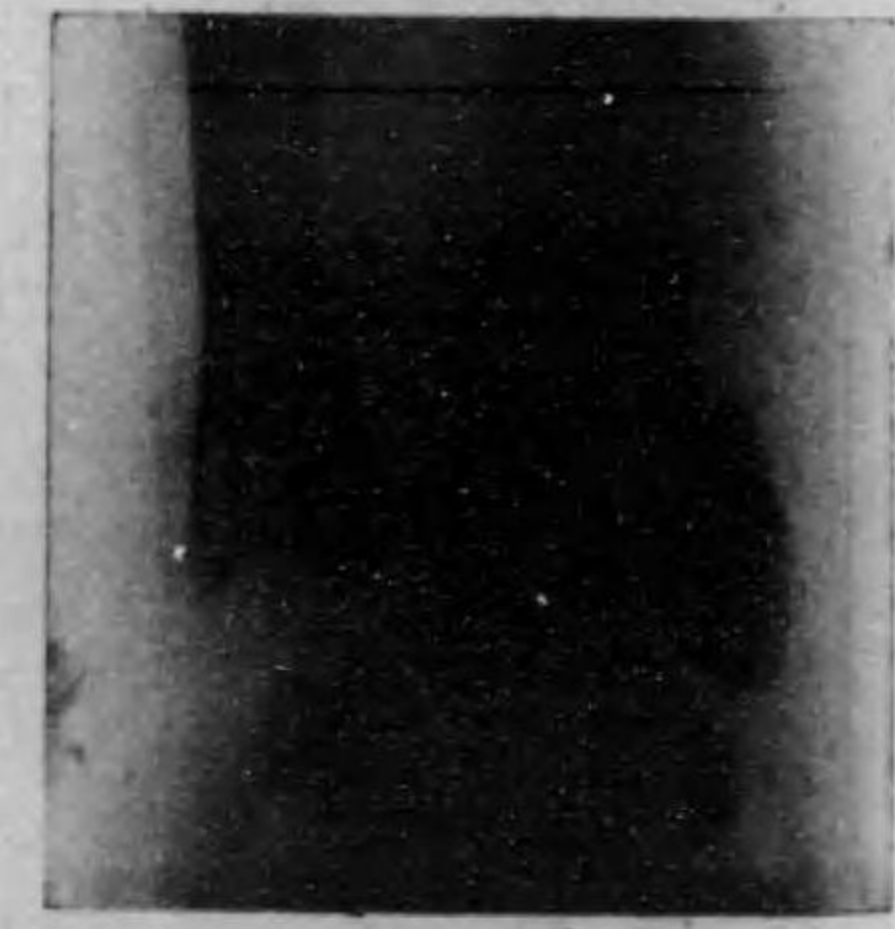


圖 三 十 四 第
折骨端下骨橈



フルヲ便トス。即チ圖示ノ如ク掌側ニ之レヲ貼ス。
(第四十四圖) 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挿ミ、腕關節部ヲ屈曲位
ニ保タシムベシ。(ローゼル氏背面副木 第四十五圖) 又
シーデー氏掌面副子、ネラトソン氏拳銃形副子等ヲ用
フ。義布斯綿帶(第四十六圖)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。
即チ既ニ十乃至十四日ヲ經ルトキハ、固定ヲ去ルモ骨
折端再ビ轉位セザル程度ニ癒合スベキヲ以テ、其後毎
日一回副子ヲ去リ、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。

第六十四圖 法定固斯布義ノ折骨端下骨腕



腕關節脱臼

腕關節脱臼ハ一般ニ稀有ノ損傷ナリ。腕關節脱臼ハ下腕尺關節脱臼・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脱臼トス。
症候 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由ル隆起
アリ。關節運動廢絶ス。本症ハ橈骨下端骨折ト鑑別ヲ要ス。腕關節掌側脱臼ニアリテハ、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、且ツ前膊ノ廻旋運
動障礙セラル。

四 腕關節脱臼

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、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リ、或ハ腱ノ断裂若シクハ骨折ヲ有スルコトアリ。又指節ニアリ
テハ全ク切断或ハ挫断セラルルコト亦稀ナラズ。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。(第四十七圖) 此脱臼ハ往往習慣性ナルコト
アリ。掌側脱臼(第四十八圖)ハ稀ナリ。指骨間關節ニ於ケル脱臼モ亦稀有ニ屬ス。(第四十九圖・第五十圖・第五十一圖)

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、嚴ニ防腐的處置ヲ要ス。腱
ノ離断アルトキハ、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
攣縮ニ因ル運動障礙ノ豫防ニ注意スベシ。化膿セルトキハ速ニ縫絲
ヲ去リ、要ニ應ジテ更ニ新切開ヲ加ヘ、排膿ノ便ヲ圖ルベシ。手ノ
甚シキ挫碎ニアリテハ掌骨腕骨間離断術・腕關節離断術・前膊下端切
断術等ヲ要スベク、指ノ挫減創ニアリテハ指節切断術若シクハ指骨
間關節或ハ掌指關節ノ離断術ヲ要スルコトアリ。
指ノ損傷ニ於テ、負傷セル指節ハ、末梢循環ノ杜絶セザル限り、
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

第八十四圖 白脱側掌指拇



第七十四圖 白脱側背指拇



手指損傷

指損傷

指節末端ノ横
切創

係、二顧慮シ、外觀ノ奈何ヲ問、ハンヨリハ、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。徒ニ長時間ニ互ル治療ヲ施シ、而カモ治後働作ノ妨害ト
ナルベキ不具指節ヲ保存セシヨリハ、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合少ナカラザルヲ思ハザルベカラズ。臆ノ挫裂ヲ有
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。就中中指以下三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、拇指ニ在リテハ、常ニ努メテ保存的ナルベシ。
指節末端ノ横切創ニアリテハ、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セラレ、尙ホ末端ノ連結アルトキハ之レガ
縫合ヲ施スベシ。早期ニ手術セルモノニアリテハ、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。銳利ナル刃器ヲ
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着セララルトキハ尙能ク癒合スルコトア
リ、宜シク試ムベシ。

圖九十四第
白脫側背節指二第



圖十五第
白脫側掌節指二第



指節ノ切斷若
クハ挫斷創

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
下ノ三指ニ於テハ、多少ノ長短ハ就業上影響甚ダシカラザルヲ以テ、其長サニ顧慮セシヨリハ、寧ロ充分ニ皮膚ヲ
以テ被ハレタル斷端ノ作爲ヲ圖ルヲ以テ至當トス。斷端ノ癒痕治療ヲ營メルモノハ往往長ク觸痛又或ハ自發性疼痛
ヲ感ゼシメ、爲メニ著シク就業ヲ妨グルコト稀ナラズ。

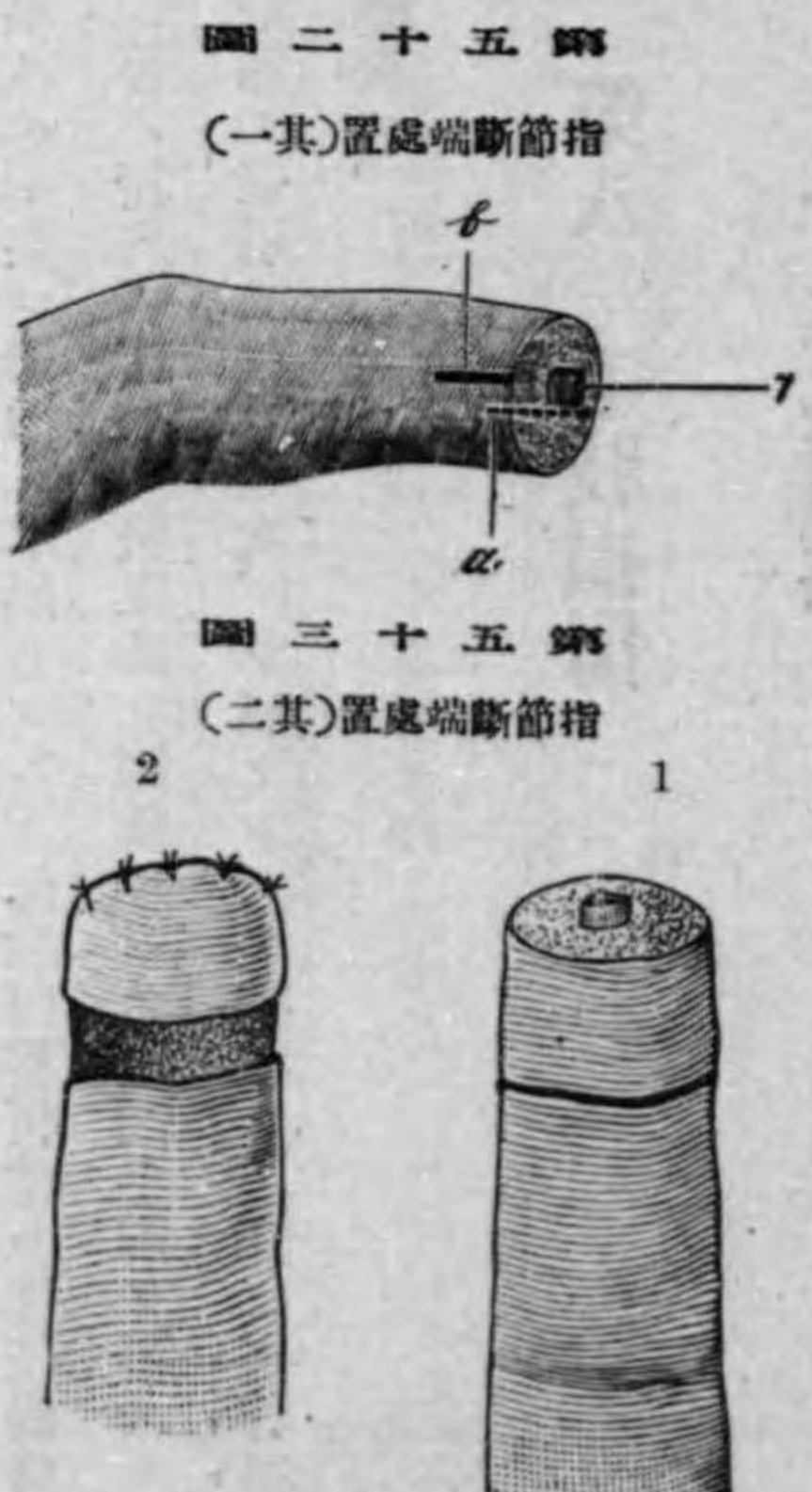


圖一十五第
白脫側背節爪指拇
(脫前掌背)

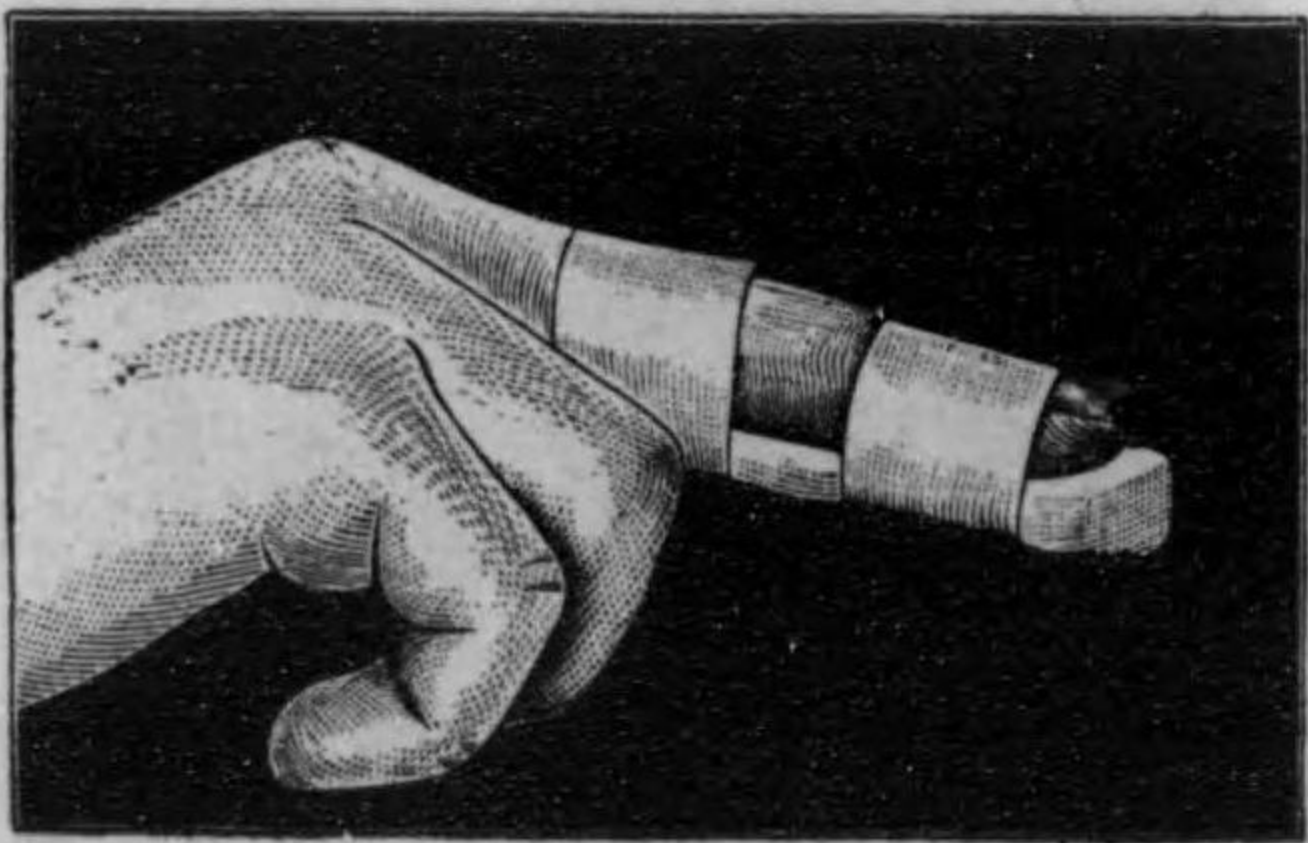
指節斷端處置

斷端處置

一 斷端ニ於テ内外兩端ニ一仙迷前後ノ小切開ヲ加ヘ、(第五十二圖a b)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
(第五十二圖1)ヲ骨剪或ハリユール氏圓鑿鉗子ヲ用ヒテ斷テ、其骨斷端ヲ越エテ
前ノ兩瓣ヲ縫
合ス。此兩瓣
ノ接着ヲ自由
ナラシメ、緊
張ヲ避ケンガ
爲メ、骨質ハ
充分ニ除去ス
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一針、末端ニ二針若クハ三針ヲ以テ足ル。挫斷創ニシテ軟部斷端不規則ナル創線ヲ呈セルトキハ適
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、亦之レガ結果ヲ要スルコトアリ。結果ニハ纖維細ナル
絹絲ヲ用フベシ。



圖四十五第
法定固ノ折骨骨指



二 クラップ氏法 (Klipp's) 専ラ銳器ニ因ル指節切斷創ノ斷端ニ應用スベキモノニシテ、又挫斷創ニ於テモ規則正シキ斷面ヲ有
スルモノニハ此法ヲ試ミ得ベシ。即チ掌側皮膚ヲ以テ斷面ヲ被ハシムベキ成形手術ナリ。術式圖示ノ如シ。第五十二圖1ノ如ク、屈
曲面ニ於テ皮膚ニ切開ヲ加ヘ、斷端ニ至ルマデ皮膚ヲ剝離シ、之レヲ末端ニ向テ轉位シ、掌側ノ皮膚創線ヲ背面ノ創線ニ向テ縫合シ、
斷面ヲ閉鎖スルコト第五十三圖2ノ如クス。

三 斷端ニ對シテ手術ヲ施サズ、其儘放置スルトキハ、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癒痕治

指骨皮下骨折

指骨脱臼

下肢損傷

骨盤損傷

骨盤骨折

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、癢痕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、寧ロ多少ノ短縮ヲ顧ミズ、第一法ニ從テ處置スベシ。唯指指ニ於テハ努メテ其長キヲ欲スルガ爲メニ、僅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ベキコトアリ。

指骨皮下骨折アルトキハ骨折端ヲ正常位置ニアラシメ、掌側ニ小木片副子ヲ貼ス。第二第三指骨ニアリテハ指ノ全長ニ適セシムベク、(第五十四圖)第一指骨骨折ニアリテハ副木ハ手掌ニ達セシム。

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、且ツ強ク牽引シテ二骨ノ關節面ヲ離開セシメ、次デ掌骨頭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、腱、種子骨等ノ箱入ノ結果、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、節、脱臼。末端牽引及ビ脱轉セル指骨基底ノ壓迫ニ依テ整復ス。

第八 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。

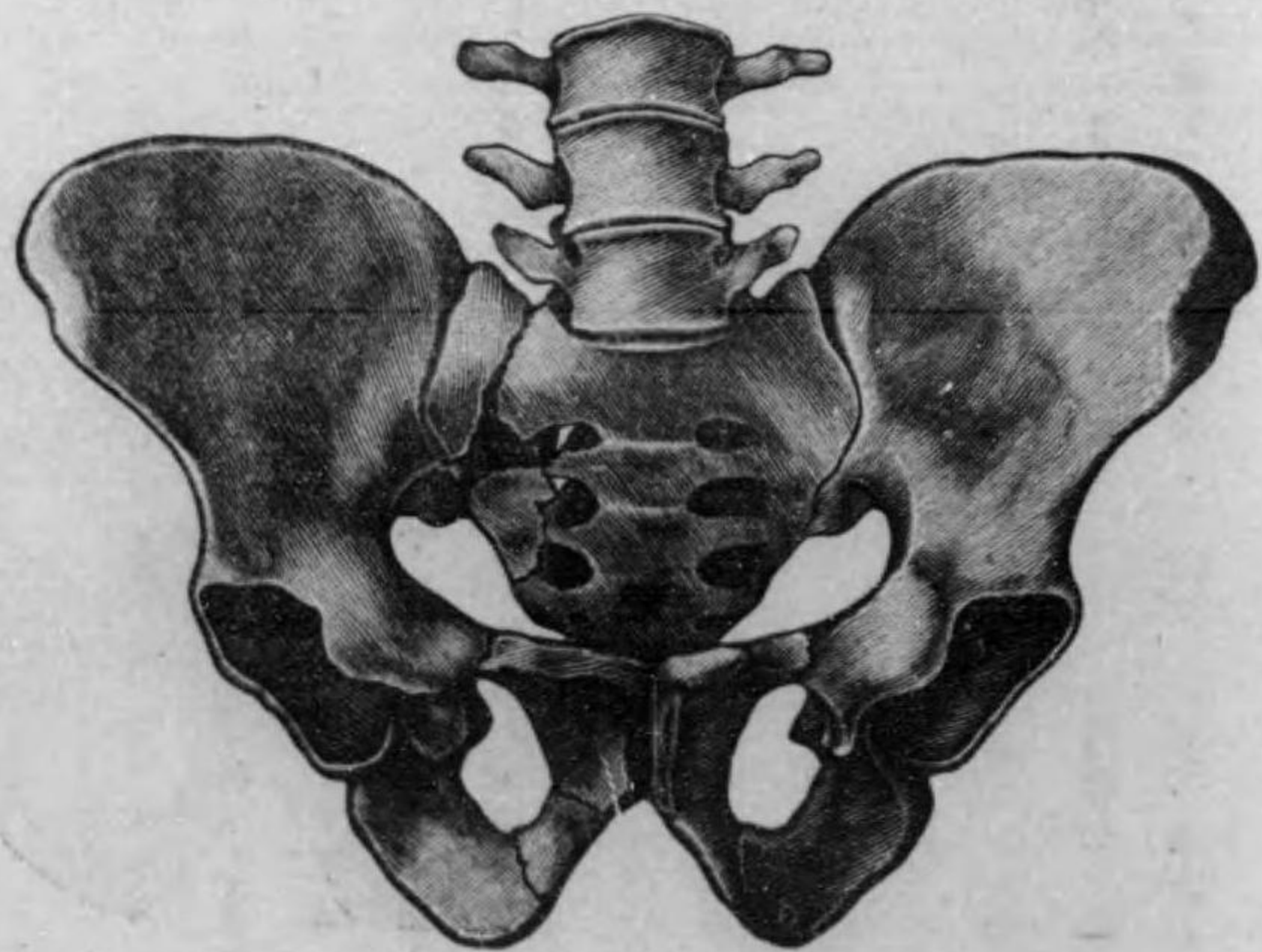
骨折ハ或ハ骨盤ノ或一部ニ止ルコトアルモ、亦好シク數箇處ニ生ズ。恥骨枝及ビ坐骨枝ハ最モ屢々損傷ヲ被ル部位トス。(第五十五圖・第五十六圖) 脾臼損傷ハ下肢ノ衝突ニ因リテ介連的ニ發スル場合多ク、又好ンデ膀胱關節脱臼ニ併發ス。

症候 骨盤骨折ハ強烈ナル外力ニ因スルコト多キヲ以テ、往往震盪症狀ヲ伴フ。骨折證據トシテ變形・骨折片ノ移動・摩擦音・皮膚溢血斑ノ發生・皮下血腫形成・起立歩行ノ困難若シクハ不能等ヲ呈スルモ、此等徵候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。

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

診斷 骨折診斷ニハ、骨盤ノ外形ヲ詳ニ視診及ビ觸診シ、且ツ左右徑、前後徑、或ハ斜徑等ニ壓迫ヲ試ミ、以テ變形・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、箱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。レントゲン線診査ニ依リテ初メテ骨折ノ存在ヲ發見スルコト稀ナラズ。骨折ノ疑アルトキハ直腸及ビ腔腔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往往之レヲ來ス。尿閉アルトキハ宜シク導尿法ヲ施シテ檢尿スベシ。尿道或ハ膀胱ニ損傷ヲ疑アルトキハ「カテーテル」會陰送入ハ最モ注意シテ之レヲ行ハザルベカラズ。

第五十五圖 骨盤骨折 (nach Bruns)



部ニ直接外力ノ作用ナキ場合ニ、尿道断裂ノ徵候アルトキハ、尿道近部ニ於ケル骨盤骨折ヲ認定シ得ベシ。

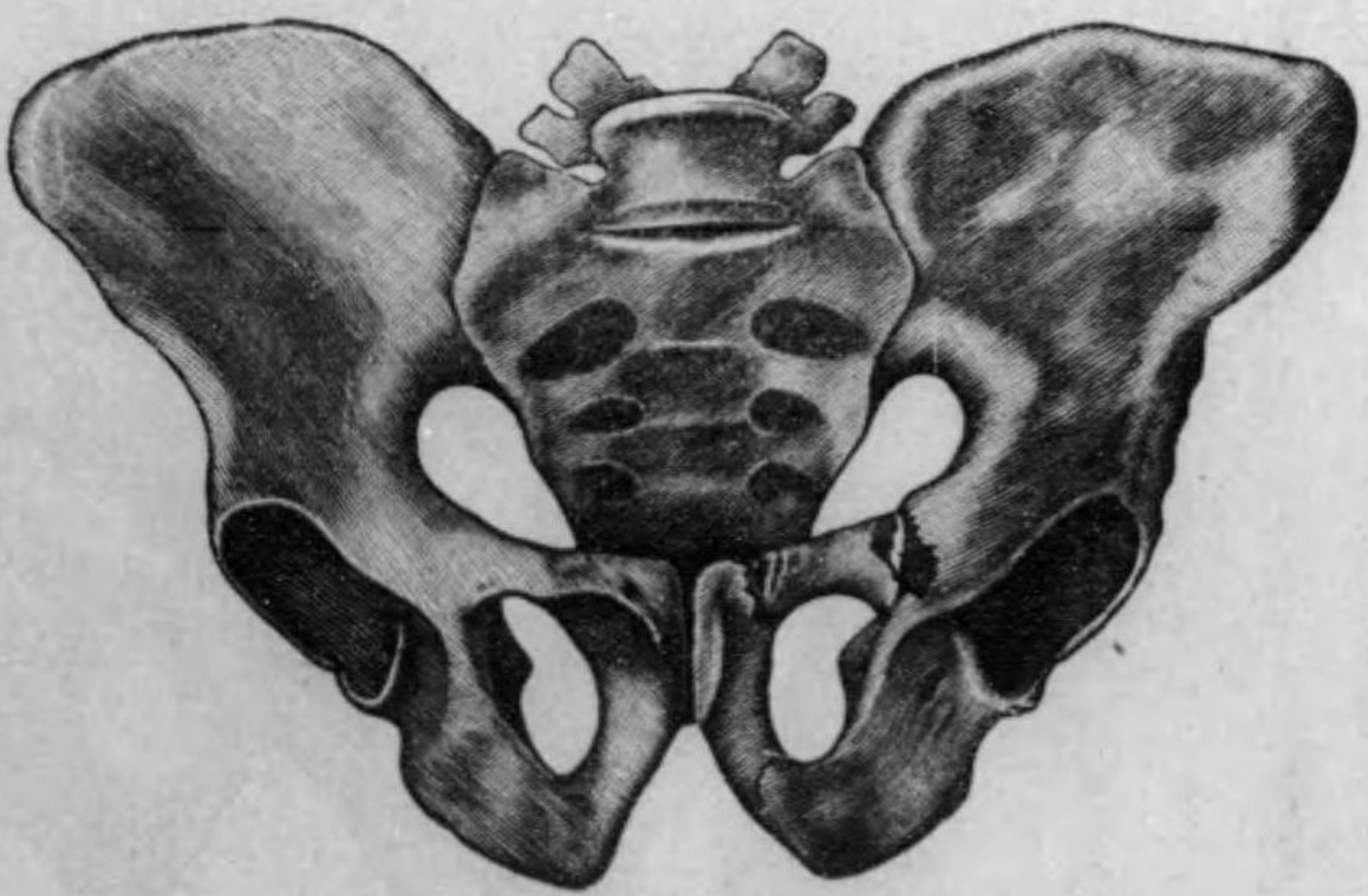
髌臼骨折ハ下肢ノ運動時・殊ニ足趾ノ叩打ニ際シテ膝關節ニ疼痛アリ、且ツ下肢ノ他動的運動診査ニ於テ摩擦音ヲ認知シ、而シテ大轉子ノ位置ニ異常ナキトキハ之ヲ推定スベキモ、大腿骨頭若シクハ頸部骨折トノ鑑別困難ナルヲ常トス。髌臼骨折ニ於テ溢血斑ハブーバルト靱帶ノ上位ニ現出ス、此現象ハ常ニブーバルト靱帶下ニ溢血斑ヲ生ズル囊内頸骨折ト區別スベク。診断上ノ價値アルモノトス。恥骨縫合離開ニ於テハ其部ニ疼痛アリ、變形ヲ觸知ス。

豫後 骨盤内臓器ノ高度ノ損傷ヲ伴フ者ハ疑ハシ。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クハ義布斯綑帶ヲ以テス。恥骨縫合離開アルトキハ轉位ヲ整復シ、仰臥位ニ於テ少シク股及ビ膝ヲ屈曲セル位置ヲ保タシメテ固定ス。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。〔腹部損傷及ビ「會陰部損傷」ノ條下ヲ参照スベシ〕

第六十圖 骨盤骨折 (nach Buns)



二 膝關節部損傷

一 膝關節脱臼

膝關節脱臼 Luxatio femoris ハ脱臼セル骨頭ノ位置ニ由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。

膝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グ。上方脱臼及ビ下方脱臼ハ極メテ稀ナリ、二十歳乃至五十歳ノ男子ニ多ク、通例介達的外力ニ因リテ發ス。大腿ガ過度ニ屈曲且ツ内轉内旋セラルトキハ後方ニ、稀ニ下方ニ脱臼シ、膝關節極度ノ伸展位ニアリテ大腿ガ過度ニ外轉外旋セラルトキハ前方ニ、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ルトキハ上方ニ脱臼ス。膝關節ノ脱臼ハ屢ニ髌臼骨折ヲ伴フ。

症候 後方脱臼ニアリテハ、患肢ハ膝兩關節ニ於テ屈曲シ大腿ハ短縮シテ輕度ノ内旋内轉位置ヲ呈ス。坐骨脱臼 L. f. ischiatica ニ於テハ膝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着ス。腸骨脱臼 L. f. iliaca ニ於テハ膝關節ノ屈曲著シカラズ、患足ハ健足ト膝骨部ニ於テ交叉ス。下肢ノ短縮ハ腸骨脱臼ニ於テ著明ナリ。(第五十七圖第五十九圖) 後方脱臼ニ於テハ大轉子ノ尖端ハローゼルネラトシ氏線ニアラズシテ上方ニ轉ジ、骨頭ニ由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

第七十五圖 腸骨脱臼



第五十八圖 髌骨上脱臼



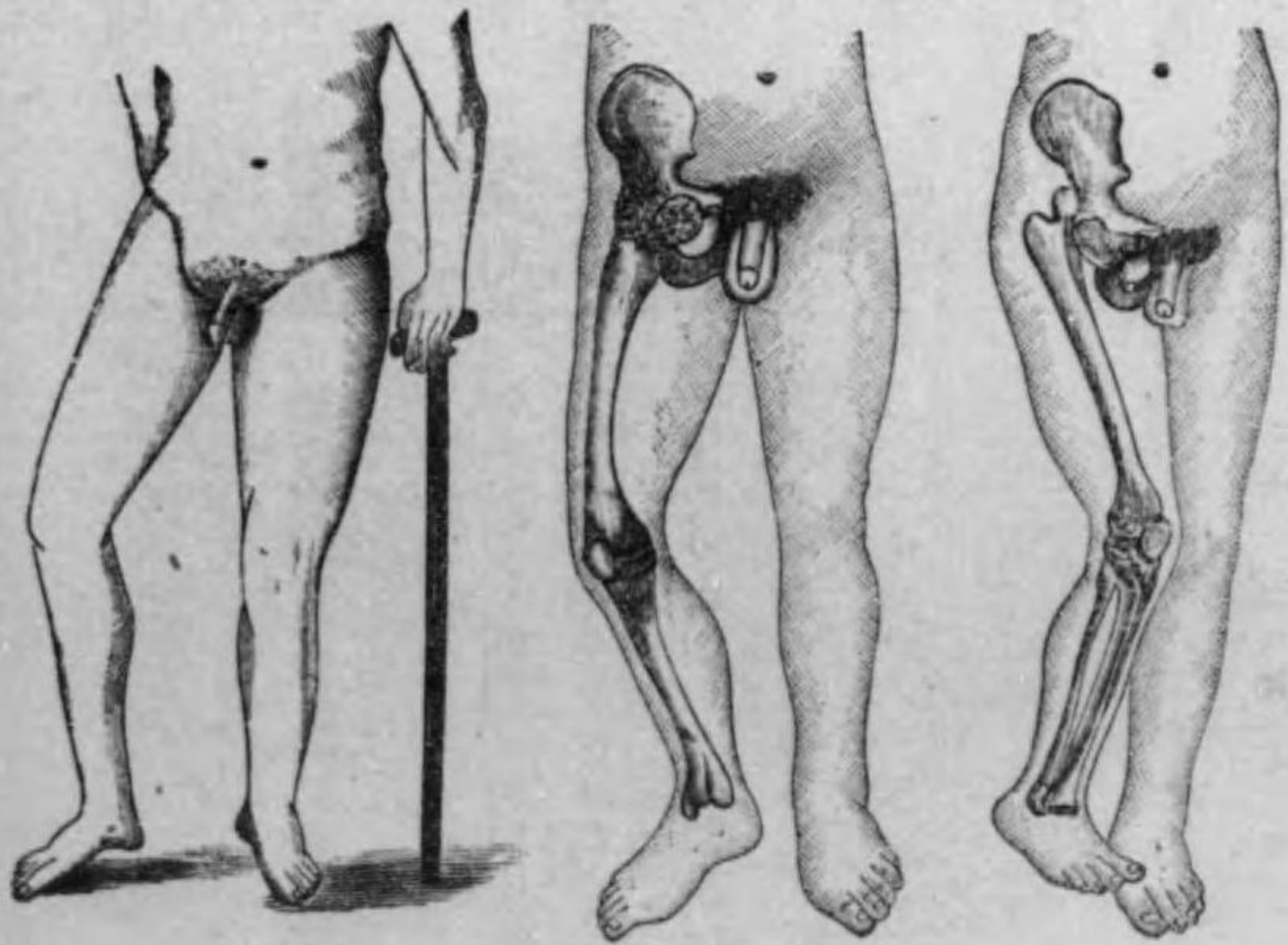
テ脱臼セル骨頭ヲ觸知ス。殊ニ患肢ノ内外轉及ビ廻旋運動ヲ試ムルトキハ之レヲ著明ニ認知シ得ベシ。坐骨神經壓迫セラルトキハ下肢ノ神經痛・知覺異常等ヲ呈ス。腸骨大腿靭帶斷裂スルトキハ患肢却テ外轉外旋シ固定完カラズ。腓骨白線ノ骨折アルトキハ、整復ヲ試ムルモ再ビ脱臼シ易ク、大腿骨頸骨折ヲ合併スルトキハ患肢ハ外旋シテ骨折症徴ヲ呈ス。

前方脱臼中、恥骨上脱臼、*L. f. suprapubica* (第五十八圖)ニアリテハ、腸恥結節部或ハ恥骨地平枝部ノ皮下ニ脱臼シタル骨頭ヲ認メ、患肢ハ輕屈・外轉・外旋及ビ短縮ヲ呈シ (第六十圖) 臀皺襞ハ消失シ、大轉子ハ前方ニ轉位ス。股神經壓迫セラレ其分布領域ニ於ケル疼痛及ビ麻痺ヲ徵ス。恥骨下脱臼、*L. infapubica* (閉鎖孔脱臼 *L. f. obturatoria*)ニ於テハ患肢ハ僅ニ屈曲シ、輕度ノ外轉・外旋ヲ呈ス。

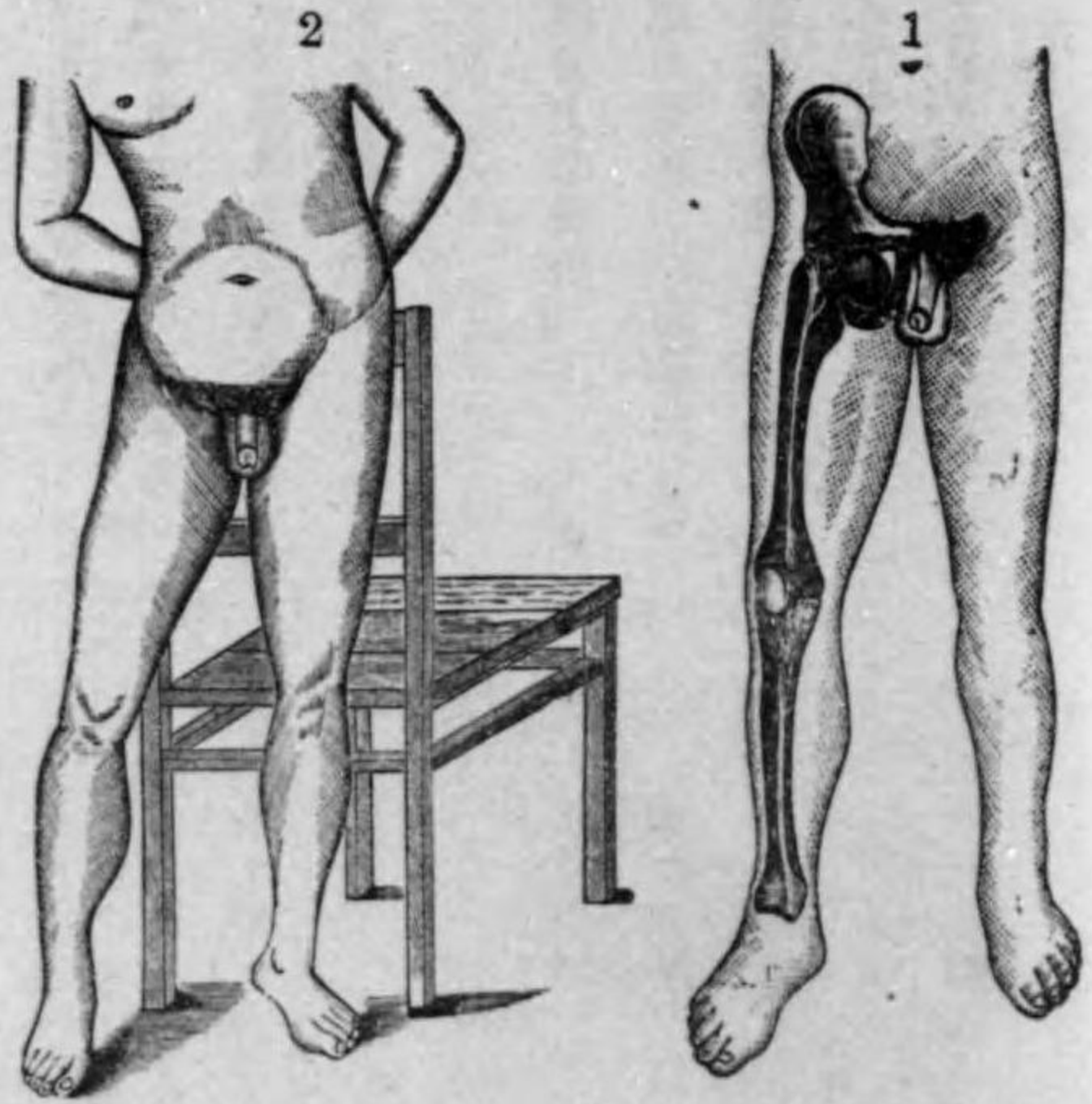
(第六十一圖) 大轉子部ハ扁平或ハ陥没シ廻旋運動ニ際シテ内轉筋部ニ骨頭ヲ觸レ、閉鎖神經ノ壓迫症狀アリ。恥骨下脱臼ノ一種ニ會陰脱臼アルモ極メテ稀有ナリ患肢ハ外轉シ、高度ノ屈曲ヲ呈ス。

上方脱臼即チ腓骨上脱臼、*L. supracotyloidea*ニアリテハ患肢ハ伸展位ニアリ、外旋且ツ僅ニ内轉シ、短縮ヲ呈ス。骨頭ハ腸骨前下棘ノ部ニ之レヲ觸知ス。下方脱臼即チ腓骨下脱臼、*L. infracotyloidea*ニアリテハ特異ノ變形ヲ呈ス。即チ下肢ハ跨關節ニ於テ強屈シ、輕度ノ外轉・外旋ヲ見ルベシ。

圖九十五第 白脱方後節關膝 (白脱骨腸)



圖十六第 白脱上骨髌



圖二十六第 法復整白脱方後節關膝



豫後 單純ノ脱臼ニシテ・速ニ整復セラルトキハ良。既ニ數週ヲ經過スルトキハ整復困難ナリ。不還納性陳舊脱臼ニアリテハ、前方脱臼ニ於テハ步行運動ヲ障礙スルコト少ナキモ、後方脱臼ナルトキハ僅ニ杖ニ頼リテ步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。

膝關節脱臼整復法

膝關節脱臼整復法

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、他ノ助手ヲシテ脱臼セル骨頭ヲ腓骨ニ向テ壓迫セシメ、術者ハ一手ニ足踝部ヲ他手ニ膝部ヲ把持ス。一 後方脱臼ニアリテハ (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。(ミッテルドルフ氏 Middendorp) (c) 下肢ノ内轉及ビ内旋位ニ於テ股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展伸ス。(コッヘル氏 Kottar) 二 恥骨上脱臼ニアリテハ、強ク伸張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張シタル後、大腿ヲ鋭角ニ屈曲シ、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 恥骨下脱臼ニアリテハ股關節部ヲ直角ニ屈曲シ、此位置ニ於テ下肢ヲ牽引且ツ内轉内旋ス。四 上方脱臼ニアリテハ屈曲位ニ於テ牽引且ツ内旋ス。五 下方脱臼ニアリテハ屈曲セル方向ニ大腿ヲ牽引シ、次デ外旋且ツ伸張ス。

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。骨折ヲ伴ハザル脱

臼ニアリテハ、整復後一週ニシ

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

線骨折・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。膝部或ハ足部ノ

大腿骨上端骨

大 腿 骨 上 端 部 骨 折 三 十 六 第



- 1 骨頭下頸骨折
- 2 轉子間骨折
- 3 囊外轉子部骨折
- 4 轉子下斜骨折
- 5 轉子下横骨折
- 6 Y骨折
- 7 >形骨折

(nach Quervain)



衝突又ハ大轉子部ノ打撲衝突ニ因スルコト多ク稀

ニ筋肉ノ牽引或ハ靱帶ノ緊張ニ因リテ生ズ。頸部

骨折ハ五十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之レヲ發

起スコトアリ。骨端線離開ハ小兒及ビ若年ノ者ニ來

ル。

症候 囊外頸骨折ニアリテハ、骨頭ハ髌臼内ニ止

リ下骨端即チ頸部ハ上方ニ轉位スルヲ以テ、患肢ハ

短縮シ、五乃至一〇仙迷ニ及ブコトアリ。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線ヲ超エテ上方ニアリ。平臥位ニ於テ上肢ハ外旋ス。摩擦音、異常運動

骨折痛等アリ。患肢ノ機能ハ全ク廢絶ス。但シ骨折端符合スルトキハ諸徵著シカラズ。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、一・五乃至三仙迷ニ止マルヲ常トス。患肢ハ外旋シ、大轉子

ノ上移ヲ認ム。大轉子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。腫脹ハ骨頭部ノ前方ニ著シ。機能

障礙アルモ、固ク符合セル場合ハ仰臥位ニアリテ患肢ヲ自動的ニ舉上シ、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

摩擦音等ヲ呈ス。轉子下骨折ハ囊外頸骨折ト類ス、但シ大轉子ノ位置ニ變化ナシ。符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、下肢ノ運動全廢ス、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、固有ノ證徵ヲ呈スルトヲ以テ診斷通例容易ナリ。

除中暴力ヲ避ケ、骨折端轉位ヲシテ増大セシメザルコトヲ注意ス

膝關節

節、脱臼及ヒ脾臼骨折トノ鑑別ヲ要ス。疑ハシキトキハ麻酔中診査ヲ要スルコトアリ。レントゲン線診断ヲ以テ最モ確實トス。

腫後 頸骨折ニシテ符合セルモノハ良。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六乃至十週ニシテ、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、四乃至五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間臥褥ノ結果トシテ沈墜性肺炎、骨盤血管栓形成等ヲ誘發シ、生命の危険ニ陥ルノ虞アリ。

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。疼痛甚ダシキトキハ全身麻酔法ノ必要アリ。

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

レバ其位置ニ於テ之レヲ固定

ス。即チ輕度ノ外轉位ニ於テ

持續重錘牽引法ヲ施スヲ可ト

ス。重錘ノ重量ハ筋肉發育ノ

度ニ從ヒ、一〇乃至一五磅ト

シ、反對牽引ヲ必要トス。囊

第六十圖 符合性轉子部骨折



内骨折ニシテ骨折端符合セルトキハ輕度ノ轉位ハ却テ之レヲ放置シ、其儘、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、又ハ義布斯綑帶ヲ施スベシ。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、四乃至七磅ヲ以テ足ルベシ。囊内骨折ニ對シ大轉子及ビ骨頭部ヲ貫キテ遊離セル骨頭ニ達スル螺旋釘ヲ打ツノ法アリ。轉位甚ダシキ遊離骨頭ハ之レヲ剔出ヲ要スルコトアリ。骨端線離開ノ療法ハ頭部骨折ノ場合ニ倣フ。轉子下骨折ハ幹部骨折ニ倣ヒ牽引綑帶ヲ施スベシ。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取ラシム。既ニ五六週ヲ經バ義布斯綑帶・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儘、扶助ヲ與ヘ或ハ杖ニ倚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。又痔瘡、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、適宜ノ副子裝置ニ賴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多シ。

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脫出シテ筋肉「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因リテ往往皮下斷裂傷ヲ發ス。

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惹起スルノ危険アリ。股動靜脈ノ損傷ニシテ放置セララルトキハ大概于失血死ニ陥ルヲ免カレ

大腿損傷

大腿軟部損傷

股動靜脈損傷

ズ。股動脈損傷有無ノ判別ハ出血ノ状態ニ據リテ直チニ斷定シ得ルコトアルモ、亦一見之レヲ決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迸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因リ止血ノ觀ヲ呈シ、後、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ニ於テハ動脈瘤ヲ生ズルコトアリ。

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死ヲ來スノ虞多シ。股動靜脈ヲ同時ニ結紮セルモノノ結果ニ就テハ、Kernbach、ハ二十四例中十二例、Meyer、ハ二十五例中三六例ノ壞疽ヲ算セリ。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険ナルモノニアラズ、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依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へ、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メ、壓迫ヲ施シテ高舉スルヲ可トス又按摩法ヲ施ス。動靜脈共ニ破レタルモノニ於テハ血管縫合法ノ遂行ヲ努ムベシ。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見ルニ及ビテ切斷術ヲ施スベシ。著シキ挫滅創ニシテ兩脈管共ニ斷裂シ、末梢循環全然杜絶セルモノニ於テハ直チニ切斷術ヲ施サザルベカラズ。

坐骨神經及ビ股神經ノ斷裂アルトキハ之レヲ縫合ス。筋鞘破裂ニ因ル筋「ヘルニア」ニアリテハ筋鞘ノ縫合ヲ施スルベカラズ。

大腿骨幹部骨折

二 大腿骨幹部骨折

大腿骨幹部骨折ハ壯年ノ男子ニ發スルコト最多ク、又小兒ニ見ルコト稀ナラズ。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因テ來リ、又或ハ主トシテ筋肉ノ急劇ナル收縮ニ因スル場合アリ。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

骨折部ハ中三分ノ一ニ於テ最多ク、上部之レニ次ギ、下部ニ於テハ最少ナシ。骨折線ハ斜骨折ナルコト多ク、骨折折ハ比較的少ナシ。就中上部及ビ中部ニ於テハ斜骨折ナルヲ常トシ、上三分ノ一部ニ於テハ外上方ヨリ内下方ニ向ヒ、中三分ノ一部ニ於テハ後上方ヨリ前下方ニ走ルヲ規トス。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、是レ大腿骨ノ轉振ヲ來スベキ力ノ作用ニ因ルモノトス。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ル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斷裂ヲ伴ヒ、又骨折端ニ依ル皮膚ノ突破ヲ來スコトアリ。

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、不全骨折及ビ符合骨折ニアリテハ症徵著シカラズ。骨折端轉位ハ、上三分ノ一部ノ骨折ニアリテハ上折端ハ外方且ツ前方ニ、腸腰筋下折端ハ内方ニ、内轉筋牽引セラレ、中及ビ下三分ノ一部ノ骨折ニアリテハ上折端ハ内方ニ、内轉筋牽引セラレ、下折端ハ後方ニ、腓腸筋牽引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因リテ外旋位置ヲ取ルコト多シ。肢長ヲ檢スルニハ腸骨前上棘ヨリ内或ハ外足趾尖ニ至ル距離ヲ測リ健側ト比較スベシ、但シ一乃至二仙迷ノ短縮ハ往往健側ニ見ルコトアリ

豫後 概ネ良。小兒ニ於テハ四週前後、成人ニ於テハ七乃至十週ニシテ癒着ス。但シ治後多少短縮ヲ貽スコト

圖六十六 大腿骨骨折ニ於ケル變形



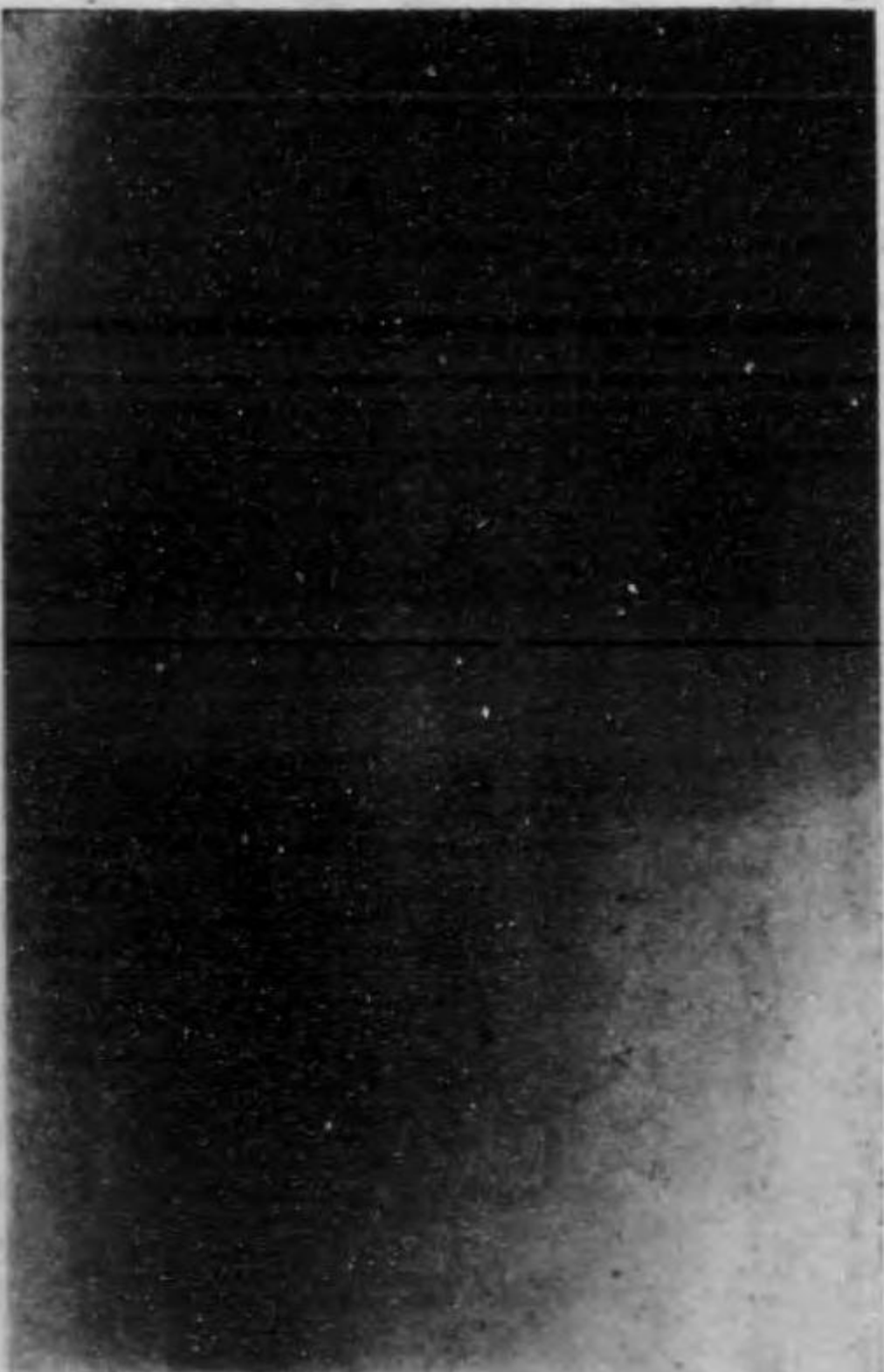
稀ナラズ。稀ニ假關節ヲ形成ス。骨折端間ニ筋肉ノ插入、老人ニアリテハ沈降性肺炎ヲ繼發スルノ虞アリ。

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
以テ運搬シ得ベシ。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。全身麻酔ノ下ニ肥滿セル患者ニアリテハ完全ニ骨端整復ノ目的ヲ達シタルヤ
否ヤヲ知ルコト往往困難ナリ。レントゲン線診斷ノ力ニ依テ之レヲ確實ニスルヲ要ス。此設備ナキトキハ常ニ健
側ト比較シ、其外形、肢長計測、觸診ノ結果
等ヲ以テスベシ。既ニ整復セラルレバ此位置
ニ於テ初メ重錘牽引ヲ施ス。其重量ハ年齢及
ビ筋肉ノ發育程度ニ從ヒ、小兒ニアリテハ三
乃至一〇磅、大人ニアリテハ一〇乃至一五磅
ヲ要シ、且ツ反對牽引ヲ施ス。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
ヘバ上折端外轉セルトキハ其軸ノ方向ニ牽引
スルガ如シ。骨端轉位甚ダシクシテ單純ノ牽
引ヲ以テ整復位ニ於ケル固定充分目
的ヲ達セザルトキハ、骨端部ニ對シ
内方或ハ外方ニ側方牽引裝置ヲ加フ
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採ル、此牽引

圖八十六 離骨片ヲ有ル大
腿骨折ニ對シテ
離骨片ヲ有ル大
腿骨折ニ對シテ



圖七十六 大股骨上端斜骨折



ノ重量ハ二乃至七磅トシ、患側骨盤ガ僅ニ臥床ヲ離ルルヲ度トス。一般ニ牽引法ハ二乃至四週ニシテ去リ、後、義布
斯綳帶ヲ施スベシ。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。一三週ニシテ之ヲ開キ、取り外シ
得セシメ、「マツサージ」ヲ施シ、又各關節ノ他働の運動ヲ開始ス。若シ癒合尙不充分ナルトキハ更ニ若干日此義布斯
ヲ使用ス。通例八週乃至十週ニシテ患肢ニ依ル起立ヲ許容シ得ベシ。小兒ニアリテハ三乃至五週ノ持續牽引法ニ依テ
完全ノ癒合ヲ得、義布斯ノ使用ヲ要セザル場合多シ。近時絆創膏ヲ用フル牽引法ニ代フルニ裝釘牽引法「Fischer's
Tension」應用セラレ、又ハッケンブルッフ氏 Hackenbruch ノ裝置用キラル。尙、第三篇中「四肢ニ於ケル骨折ノ療法」
及ビ「綳帶法」ノ條下ヲ参照スベシ。
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、皮下溢血等ヲ呈スルコト
アリ。關節血腫形成アルトキハ關節部ノ瀰漫性腫脹、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ルルヲ常トスルモ、又慢性關節水腫ニ移行
スルコトアリ、又或ハ化膿ヲ來スコトナキアラズ。關節捻挫若シクハ打撲傷ハ關節結核ノ誘因ヲナスコト稀ナラ
ズ。

療法 初メ安靜ヲ命ジ、廣ク濕布瘰法ヲ施シ、又ハ氷瘰法ヲ行ヒ、血腫形成アルトキハ壓抵綳帶ヲ施ス。後、疼

痛ノ緩解スルヲ待テ、成ルベク早ク按摩法及ビ自他働的運動ヲ行フ。血腫ノ壓抵療法奏効不十分ニシテ吸收緩慢ナルトキハ嚴密ナル防癒的準備ノ下ニ穿刺術ヲ施ス。

大腿骨下端骨折

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來ル場合多ク、又往往直達的外力ニ因リテ發起ス。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、髌骨折、骨端線離開等アリ。髌上骨折ハ横骨折ヲ多シトシ、加フルニ關節面ニ向テ縱走スル折傷ヲ有シ、T字形或ハY字形骨折ヲ成スコト亦稀ナラズ。

症候 髌上骨折ニ於テハ、上骨折端ハ膝關節ニ轉位シ、下骨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、又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壞疽ニ陥ラシムルコトアリ。髌骨折ニアリテハ當該髌部ノ腫脹、疼痛ヲ呈シ、又茲ニ摩擦音ヲ感ズベシ。一側髌骨折ニシテ、骨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、寧ろ膝關節ノ過度ノ屈伸・回轉・回旋等ニ因ル場合多シ。就中膝關節ノ伸展位ニ於ケル下腿ノ回旋ニ際シテ成立スルコト多シ 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ラルコトアリ。膝關節裂隙ノ直上部ニ異常運動ヲ觸レ、且ツ軟性軟骨樣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。六乃至八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、後チ其減退ヲ待テ義布斯繃帶ヲ施ス。轉位甚ダシキトキハ之レニ代フルニ重錘牽引法ヲ以テスルコト

欠

欠

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、大腿骨内外踝ハ下脛上部ノ後方ニ轉位シ、膝蓋骨ハ大腿

骨ト脛骨トニ依テ成ル陷凹部ニ存ス。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、又過度ノ伸展若クハ屈曲ヲ併用ス。

下脛骨上端骨折

五 下脛骨上端骨折

下脛骨上端部ノ骨折ニハ脛骨上端ノ横或ハ斜骨折、骨端線離開、内踝又ハ外踝骨折、脛骨結節骨折、腓骨小頭骨折等アリ。或ハ直達外力ニ因リ、或ハ足蹠衝突、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、大ナル關節血腫ヲ生ズ。Y字形又ハT字形ノ骨折ニシテ内外兩踝排開スルトキハ、兩踝ノ距離増大ス。一側踝骨折ニアリテハ踝部壓痛、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。外踝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、局部ノ壓痛及ビ下脛伸展時ノ疼痛アリ。

豫後 脛骨上端骨折ニシテ關節面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。第二篇中「オスグット、シュラッテル氏病」ノ條下参照

療法 初メ壓抵綑帶ヲ置キテ副子ヲ貼シ、後、腫脹ノ減退ヲ待テ義布斯綑帶ヲ施ス。脛骨上端骨折ハ五乃至七週ヲ要シテ癒合シ、腓骨小頭骨折ハ三四週ニシテ治ス。猶、大腿骨下端骨折ノ條下ヲ参照スベシ

下腿損傷

下腿軟部損傷

五 下腿損傷

一 下腿軟部損傷

下腿ノ下部ニ於テハ軟部層淺薄ナルヲ以テ、容易ニ腫・神經・血管等ノ損傷ヲ致ス。

下腿ニ於ケル主要ナル動脈ハ前及後脛動脈トス、足背及ビ内踝ノ後方ニ於ケル搏動ノ觸否ニ依テ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趾面屈曲運動障礙セラル。猶、各神經ノ分布領域ニ於ケル知覺障礙ヲ來スベシ。アヒリス腫ハ屢、鈍體打撲或ハ衝突ニ因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斷裂ヲ來スコトアリ。アヒリス腫斷裂セラルトキハ、足部ノ趾面屈曲妨ダラレ、離斷部ハ異常裂隙トシテ之レヲ皮下ニ觸知シ得ベシ。前面諸筋腫ノ離斷アルトキハ足部ノ背側屈曲運動若シクハ趾節ノ伸展困難ヲ呈ス、就中趾伸筋腫ノ斷裂ニ於テハ障礙特ニ顯著ナリ。

療法 血管ヲ結紮シ腫及ビ神經ノ縫合ヲ施ス。腫又ハ神經ノ損傷ニシテ閉却セララルトキハ永ク不具ヲ後胎ス。又適當ナル手術施サ備ノ下ニ腫ノ中心端ハ、筋攣縮ノタメ往往深部ニ埋没セララルヲ以テ、創口ヲ開大シテ之ヲ索ムベキコトアリ。腫ノ斷端不正或ハ一部ニシテ縫合スルコト不可能ナルトキハ、其末梢斷端ヲ近傍ノ同一作用ノ筋腫ニ縫着ス。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」ヲ挿入スベシ。實質出血大ナルトキモ亦之レニ倣フ。腫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。アヒリス腫ノ縫合ニアリテハ、膝ヲ屈曲シ、足部ヲ強ク屈ス。伸筋腫縫合ニアリテハ、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、腫鞘ニ沿フ炎症ノ蔓延ヲ防グベシ。

下腿骨幹部骨折

二 下腿骨幹部骨折

下腿骨幹部ニ於テハ最多ク脛腓二骨ノ骨折ヲ見ル、又腓骨ノ單獨骨折アリ、稀ニ脛骨ノミノ骨折ヲ來ス。本症ハ介達作用ニ因スルコト少ナク、打撲・衝突・轢過等ノ直達外力ニ因ルヲ多シトス。

症候 二骨骨折ニアリテハ骨折ノ諸徵候完備ス。不全骨折ニアリテハ徵候著シカラズ。腓骨幹部ノ單獨骨折ニ於テハ屢、歩行障礙著明ナラズ、爲メニ閉却セララルコトアリ。

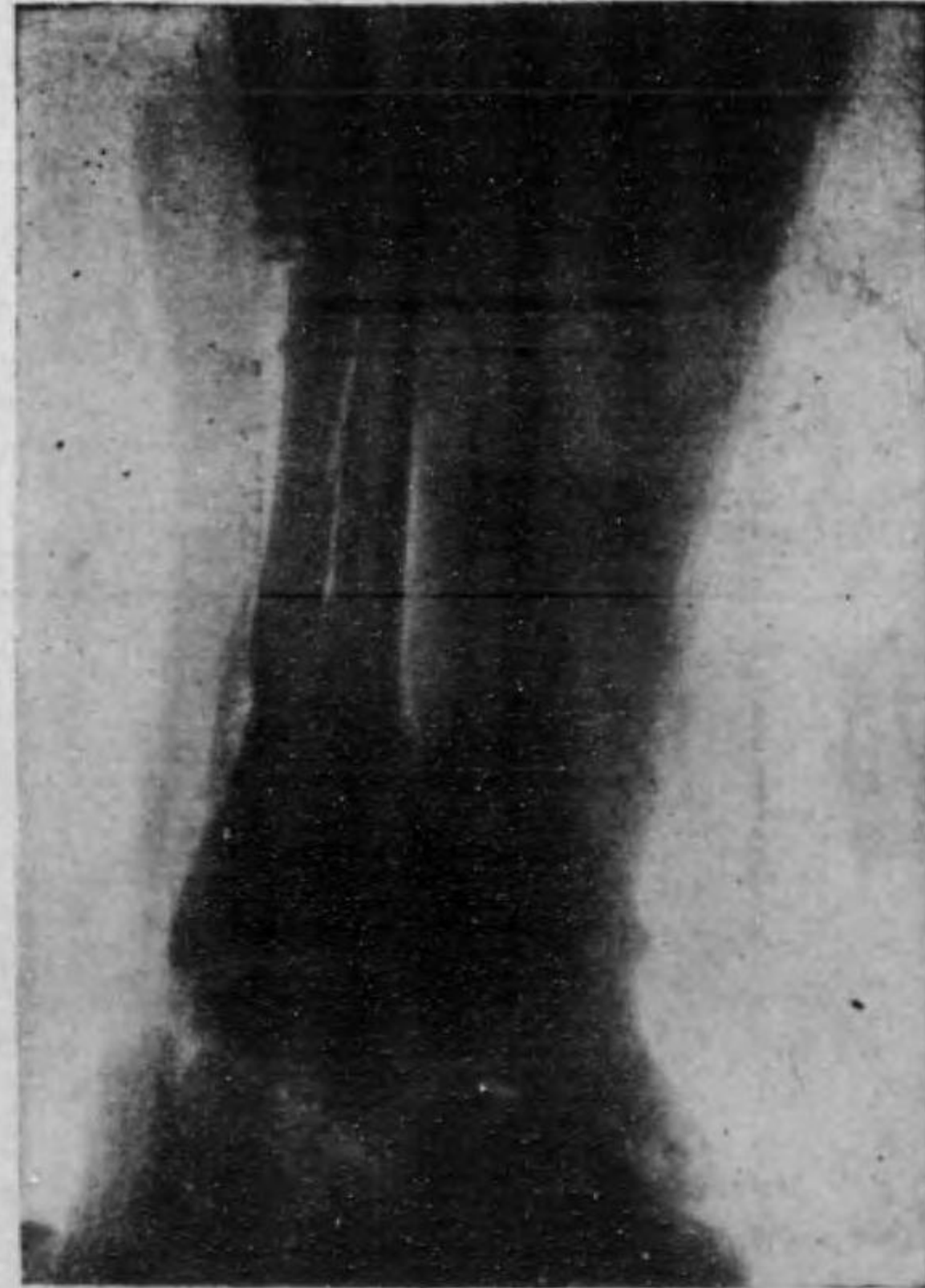
豫後 皮下骨折ニアリテハ良。脛骨骨折ハ六乃至七週、腓骨骨折ハ四乃至五週ニシテ骨性癒合ヲ營ム。脛腓二骨ノ同高部ニ於ケル骨折ニシテ其部分相互癒合ヲ來スコトアルモ、通例足關節ノ運動ハ影響ヲ受クルコトナシ。

療法 二骨骨折或ハ脛骨骨折ニシテ骨折端轉位ニ由ル變形アルトキハ、膝部及ビ足部ニ於テ上下ニ牽引シ、(第七十五圖)且ツ突隆部ニ壓迫ヲ加ヘテ之レヲ整復シ、足跗關節ノ直角位ニ於テ

第七十三圖 脛腓二骨骨折



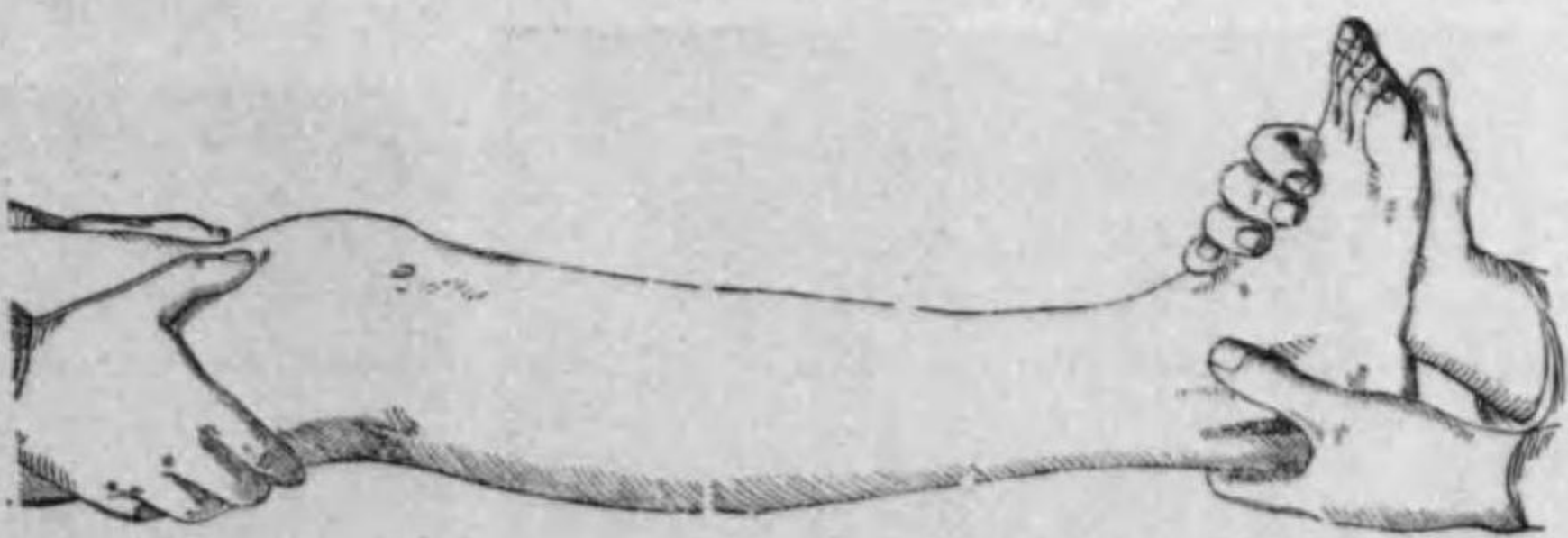
第七十四圖 脛骨骨折



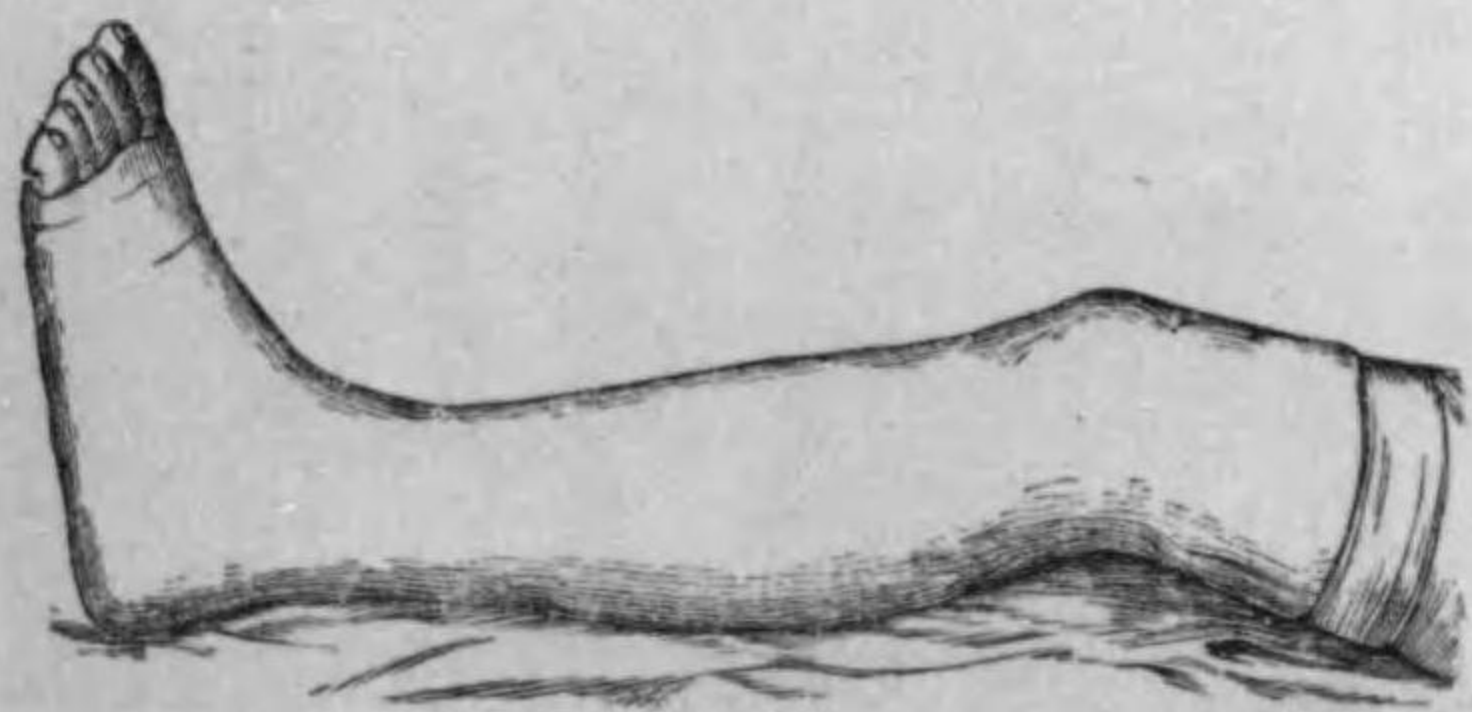
距趾內緣、內足踝及ヒ膝關節內髁ガ一直線ニアル位置ヲ取ラシメテ固定ス。

固定法ハ足及ヒ膝兩關節ヲ超ユベシ。初メ數日間副子ヲ貼用シ、後、腫脹ノ減退ヲ待テ義布斯繃帶ヲ施ス。當初ヨリ義布斯ヲ用フハ義布斯ハ大腿ノ中央ニ起リ、展伸セル膝關節・直角ニ屈曲セル足關節ヲ超エテ趾根ニ及ブ。(第七十六圖)足踝及ヒ膝關節部等ニ置ケル骨突露部ノ壓迫ヲ避ケテ注意シ、此等ノ部ニハ特ニ厚ク棉花ヲ置クベシ。五乃至七週間ニシテ按摩法及ビ各關節ノ自他働的運動ヲ開始シ、次デ步行ヲ行ハシム。少年期ニ於ケル不全骨折ノ如キニアリテハ、轉位骨折端既ニ二三週ニシテ步行ヲ開始セシメ得ベシ。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。

第七十五圖 下腿骨折ノ整復法



第七十六圖 下腿骨折ニ於ケル義布斯繃帶



足關節部及足部損傷

下腿骨下端骨折

踝骨折

六 足關節部及足部損傷

一 下腿骨下端骨折

脛骨下端ノ内踝及ヒ腓骨ノ下端ナル外踝ハ足關節ノ過度ノ運動ニ因テ屢々骨傷ヲ來タス、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五六仙迷ノ部ニ於テ骨折ヲ來スコト多シ。此位置ニ於ケル腓骨損傷

ト呼稱ス。脛骨ノ踝上部ニ於ケル骨折ハ腓骨ニ比シテ稀有ニ屬スルモ、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。

踝骨折ヲ其發生ニ依リテ分チテ二トス。一ハ足跗關節ニ於ケル足部ノ過度ノ外轉及ヒ廻前ニ因テ發シ、他ノ一ハ過度ノ内轉及ヒ廻後ニ因テ生ズ。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。

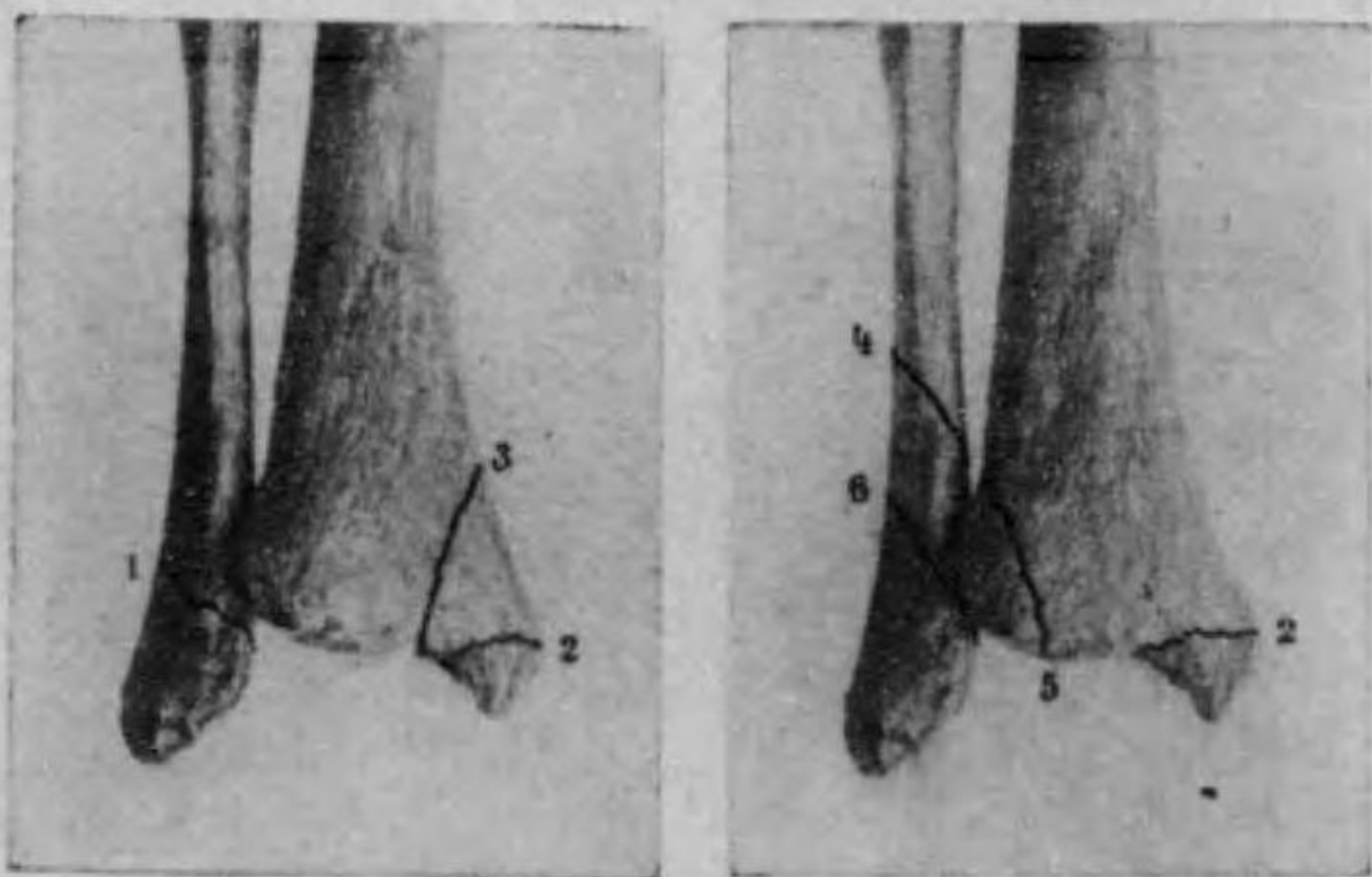
外轉踝骨折ニアリテハ足關節ノ内側靭帶延長シテ断裂シ或ハ内踝ノ骨折ヲ生ジ、外側ニ於テハ腓骨踝上骨折若シクハ踝骨折ヲ來タス。内轉踝骨折ニアリテハ、足關節ノ外側靭帶延長シテ断裂シ或ハ外踝ノ骨折ヲ生ジ、内側ニ於テハ距骨ノ衝突ニ因テ内踝ノ骨折ヲ來タス。第七十七圖ハ踝骨折ノ種類ナル結合ヲ示ス。

第七十八圖ハ内轉踝骨折ノ一例ニシテ内及ヒ外踝ノ骨折アリ。第七十九圖ノ四例ハ共ニ外轉踝骨折ニシテ、何レモ林病院ニ於ケル實驗例ナリ。

症候 足關節部腫脹シ、踝部ニ壓痛アリ、往往摩擦音ヲ徴知ス。步行ハ著シク障礙セラレ、或ハ全ク步行不可能ニ陥ル。骨折片ノ轉位ハ通例著シカラザルモ、亦足部ノ著明ナル位置失常ヲ見ルコトアリ。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。定型の腓骨骨折ヲ有スル外轉踝骨折ニ於テハ内踝著シク突出シ、外踝上ニ於テ陷凹アリ。足部ハ廻前且ツ外轉シテ外翻足位置ヲ呈シ、下腿長軸ノ延長線ハ距趾或ハ足ノ内緣ヲ過グ。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方不全脱臼ヲ兼發スルコトアリ、然ル

第七十七圖 踝骨折ノ線 (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・6・2・4・4・5等ニ於テ來ル



第一篇 損傷篇 下腿骨下端骨折

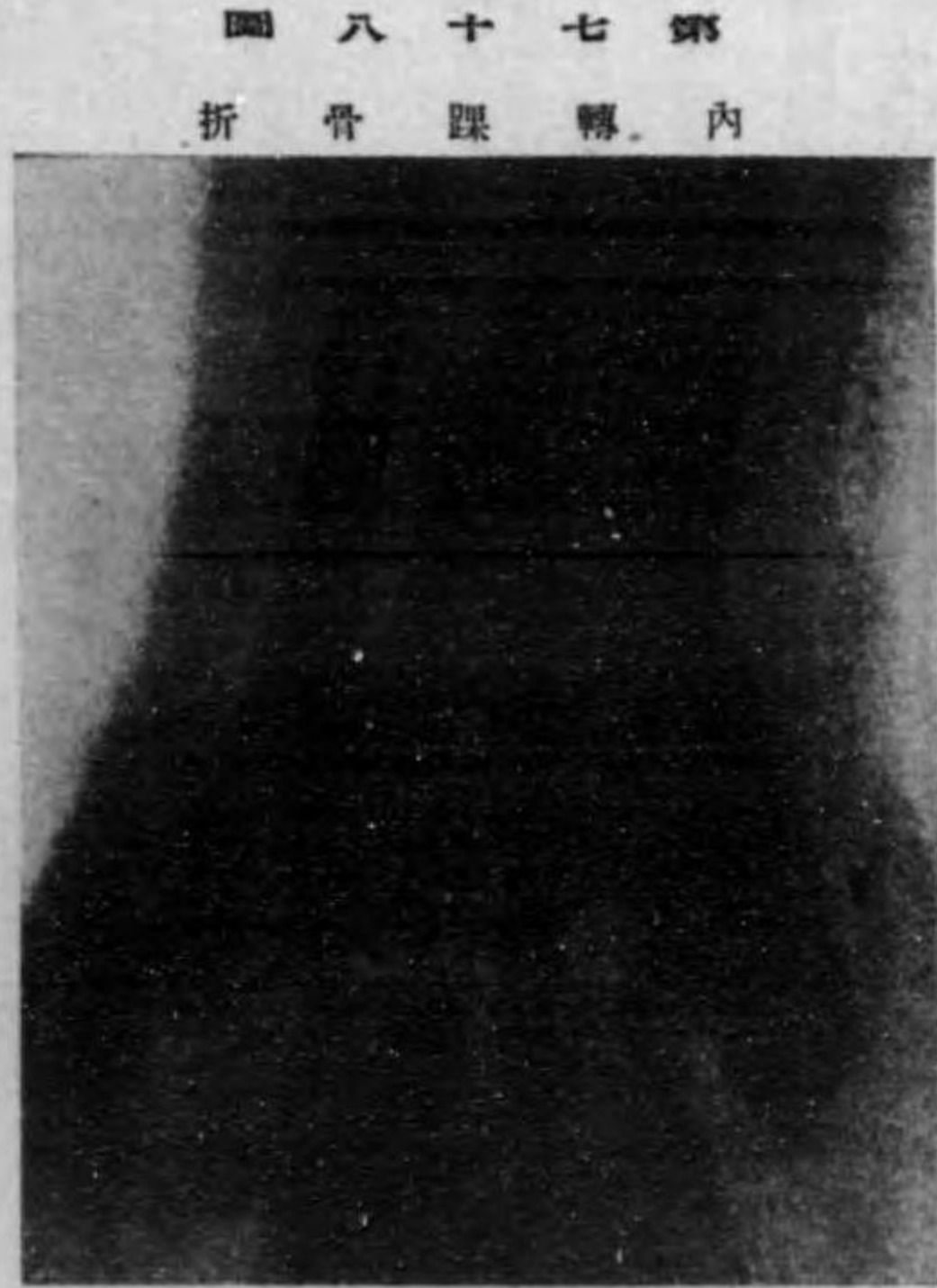
トキハ變形一層顯著ナリ。又足ノ後方不全脱臼ヲ有スルコト稀ナラズ、然ルトキハ踵部異常ニ後方ニ突出シ、且ツ足背ノ短縮セルヲ認ムベシ。前方脱臼存スル時ハ之レニ反ス。診斷 單純ノ關節捻挫ト誤診セラルルコト多シ。殊ニ腫脹著シキトキハ鑑別困難ナリ。疑ハシキハ骨折トシテ處置シ、然ル後腫脹ノ減退ヲ待ツテ精査スベシ。骨折片ノ轉位ナク、從テ變形ナキモノハレントゲン線診斷ニ依テ初メテ骨折ノ有無ヲ判別シ得ル場合多シ。

豫後 適當ニ治療セラルルトキハ概ネ良ナリ。但シ足關節部ノ變形 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ラズ。

療法 骨折片轉位ナキモノニアリテハ副子縛帶ヲ施シ、四五日ノ後、腫脹ノ減退スルニ及ビテ義布斯固定法ヲ施ス。此際足部下腿ニ對シテ直角ヲナシ、跗趾ガ腸骨前上棘及ビ膝蓋骨ノ中央ト一直線上ニアルノ位置ヲ取ラシム。

義布斯ハ二乃至三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、關節關係ノ失常ニ由ル足部ノ後方或ハ前方轉位ノ有無ヲ檢シ、適宜之ヲ整復スベシ。即チ後方脱臼アルトキハ背臥位ニ於テ下腿ヲ其下部ニ於テ強ク後方ニ壓迫固定シ足部ヲ下撃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位置ニ於テ固定ス。即チ副子ヲ貼シ、デニナイトラン Diphylon ハ定型的腓骨下端。或ハ又直チニ義布斯縛帶ヲ施ス。負傷直後ニ義布斯ヲ用フル場合ハ後、腫脹ノ増加ヲ慮リ充分厚ク棉花ヲ敷クベシ。但シ斯ク骨折ニ向テ圖ノ如キ副木ノ裝用ヲ推奨セリ。

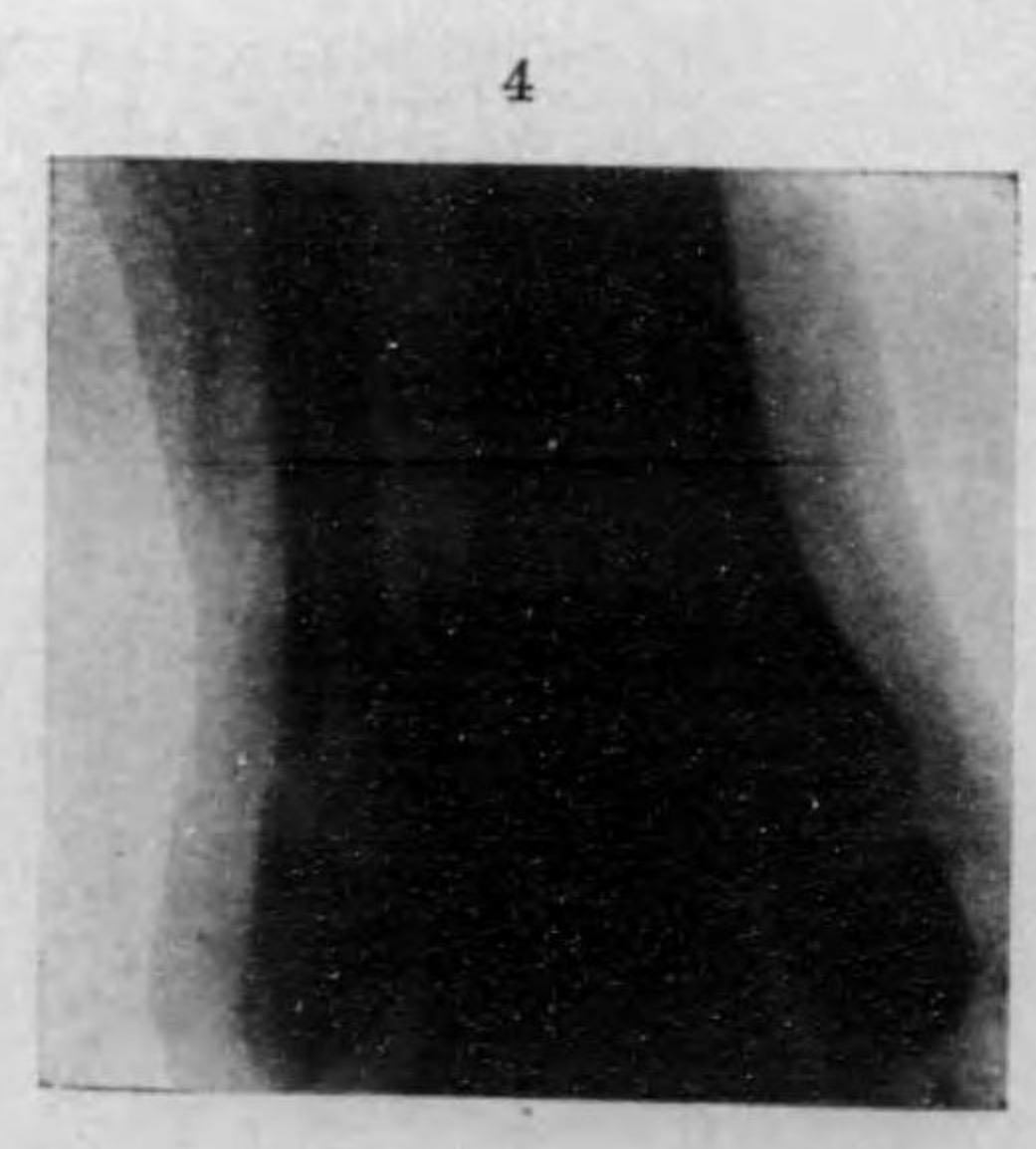
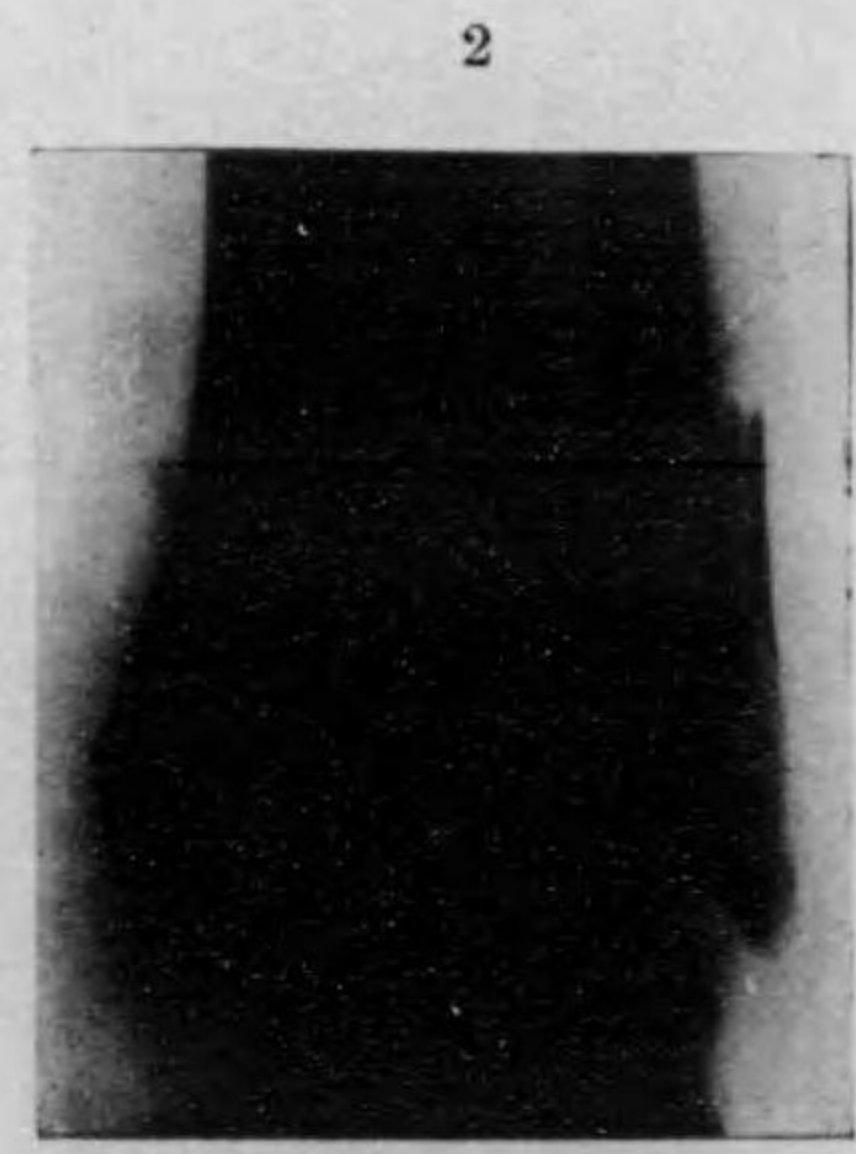
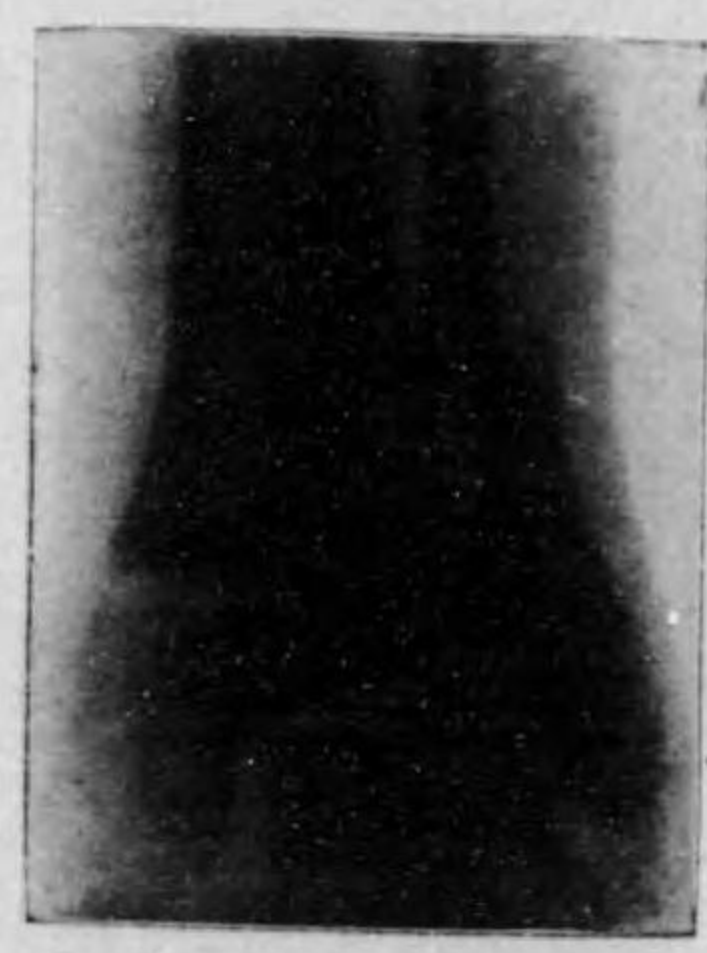
ノ如キ當初ニ使用セル副子或ハ義布斯縛帶ハ變形ヲ矯正スルニ充分ナラザルヲ以テ、約一週日ノ後、腫脹ノ減退スルヲ待チ、新ニ義布斯縛帶ヲ施スヲ可トス。固定スルコト更ニ二週間、後、義布斯ヲ一側ニ於テ開キテ之ヲ取り外シ



第八圖 內轉 骨 折

第九十七圖

- 1 外 腓骨下端骨折
- 2 轉 脛骨下端骨端線離開
- 3 骨 腓骨骨折
- 4 折 內踝骨折



足關節捻挫

得セシメ、徐徐ニ關節ノ運動ヲ開始スベシ、轉位輕度ナ
リシモノニアリテハ負傷後三週、轉位甚ダシカリシモノ
ニアリテハ四乃至五週ニシテ歩行ヲ許スベク、初メハ義布
斯貼用ノ儘
七乃至十週ニシテ患者ハ其業ニ從事シ得ベシ。

二 足關節捻挫

症候 關節部ノ腫脹疼痛アリ、皮下溢血ヲ生ズ。負傷後迅速ニ増加スル關節部ノ腫脹ハ關節内溢血ノ徴トス。本
症ハ踝骨折、足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、レントゲン線診斷ヲ施スニ及ビ、骨
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 兩三日壓抵縛帶ヲ施シ、腫脹ノ稍減退スルヲ待テ按摩法ヲ始メ、且ツ自他働的運動ヲ行フ。又温浴法、濕
温巻法、酒精巻法等ヲ施ス。骨折ノ疑アルトキハ其療法ニ從フ。

足關節脫臼

三 足關節脫臼

足關節脫臼ハ一般ニ稀有ノ損傷ナリ、距骨下腿關節脫臼・距骨單獨脫臼・距骨
下足脫臼等アリ。

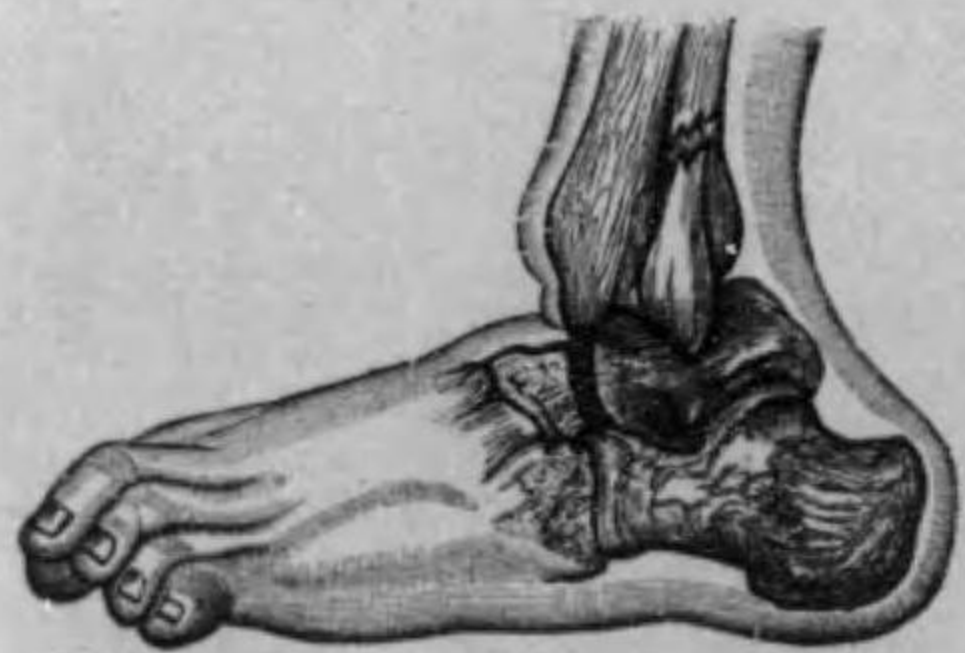
(1) 距骨下腿關節脫臼 Luxation im Talokruralgelenk (狭義ノ足關節脫臼)

外方脫臼、内方脫臼、後方脫臼、前方脫臼、上方脫臼ノ別アリ、通例足踝或
ハ腓骨骨折ヲ兼ヌ。

症候 後方及前方脫臼ニ就テハ踝骨折ノ條下ニ記セリ。外方脫臼ニアリテ
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

距骨下腿關節
脫臼

圖一十八第
折骨骨腓兼白脫方後ノ足



圖十八第

ユヂス施ニ折骨踝轉外
帶繃子副氏シラトイブ



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

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、足部ヲ牽引シ突出部ヲ壓迫スルニ在リ、整復後安静平臥ヲ命ズルコト十日乃至二週間、後、漸次自他働的運動ヲ行フ。

圖二十八第 白脱方内下骨距



距骨單獨脱臼

(2) 距骨單獨脱臼 (距骨脱出) Isolierte Luxation des Talus. 後方脱出稀ニ前方脱出ヲ見ル。關節部ノ前面 (或ハ後方) ニ於ケル異常ノ隆起及ビ陷凹ヲ呈ス。好シクは距骨骨折ヲ兼ス。

療法 非觀血的ニ整復セント難シ。血性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。

距骨下足脱臼

(3) 距骨下足脱臼 Luxatio pedis subdalo. 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、下腿距骨關節脱臼ニアリテハ背屈運動不可能ナリ。

療法 牽引壓迫ニ依リテ整復ス。

足部骨折

距骨骨折

四 足部骨折

(1) 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因テ發起シ、最も多ク頸部骨折ヲ生ジ、稀ニ體骨骨折ヲ起ス。下腿骨下端骨折・足關節脱臼・跟骨骨折等ヲ兼ヌルモノ多シ。

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由リテ髌骨骨折ト鑑別ス。猶、合併損傷ニ注意スベシ。レントゲン線診査ヲ以テ初メテ確診セ

ラルル場合多シ。

豫後 治後多少ノ機能障礙ヲ貽スコト多シ。

療法 骨折片轉位アル時ハ、麻醉中突出部ヲ壓迫シテ之レガ整復ヲ試ム。整復不可能ニシテ、軟部ノ壓迫甚ダシキトキハ、觀血的手術ヲ施シテ轉位骨片ヲ整復シ或ハ之レヲ除去ス。足部ハ下腿ニ對シテ直角ヲ呈セシメ、輕度ノ内翻足位ニ於テ固定シ、以テ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。

跟骨骨折

(2) 跟骨骨折 Fraktur des Calcaneus. 跟骨骨折ニ前突起骨折・跟骨結節骨折・體骨骨折等アリ。最も多ク墜落又ハ跳躍時足部ヲ強ク地上ニ衝突スルニ因テ發ス。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ルルコト多シ。踝下部及ビアヒリス腱側方ノ腫脹、後方・側面或ハ踵面ヨリスル跟骨ノ壓痛等ニ注意ス。足踝自己ノ壓痛ヲ缺クテ以テ踝骨折ト區別スベシ。本症ノ診斷ニハレントゲン線診査ヲ行フヲ以テ最も確實トス。

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。輕易ナル靴裂骨傷ノ如キニ於テハ唯患足ノ安静ヲ命ズレバ足ル。三乃至六週ニシテ按摩法ヲ開始シ、又徐徐ニ歩行ヲ試マシム。歩行ノ初メニ於テハ義布斯莖ヲ帶用セシムルヲ安全ナリトス。

小足根骨骨折及躡骨骨折

(3) 小足根骨骨折及躡骨骨折 Frakturen der kleinen Tarsalkno-

圖三十八第 第一趾頭骨第一趾骨及第一趾骨第一趾骨骨折



chen und Metatarsalknochen. 打撲、轢過等ニ因テ生ズ。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。レントゲン線診査ニ依ルニアラザレバ確診シ難キ場合多シ。

豫後 通例良。但シ長ク歩行痛ヲ後貽スルコト稀ナラズ。

療法 患足ノ安靜ヲ命ズ。此期間ハ骨折ノ部位・大小ニ關シテ同ジカラザルモ、通例二乃至五週間トス。歩行ノ開始ニ當リテハ義布斯英ヲ帶用セシムルヲ可トス、

第九 温熱的損傷及腐蝕

温熱的損傷及腐蝕
火傷

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 Verhütung)ニ因シ、又電擊ニ因テ生ズ。レントゲン線ハ火傷ニ因テ生ズルト同様に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。(第一度)稍、高度ナルトキハ加フルニ水泡ヲ形成シ、(第二度)更ニ高度ナルトキハ組織ノ壞疽ヲ來ス。(第三度)

火傷ニ因テ發スル壞疽ハ火氣ノ直接作用ニ因ル組織ノ炭化ト高熱ノ作用ニ因ル組織ノ頽廢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致スコトアリ。

湯傷ノ第三度ニ於テハ、皮膚ハ其表皮剝離シ、或ハ其部ニ大水疱ヲ生ジ、此表皮ヲ去ルトキハ、其下ニ、血行循環杜絶シ、白變シテ固有ノ彈力ヲ失ヒタル、壞死セル皮膚ヲ認ムベク、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、豫後ハ言明上注意スベシ。水泡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・廣狹等ハ一二晝夜ヲ經テ後、初メテ確認セラルルコトアレバナリ。殊ニ熱蒸氣、熱液等ニ因スル場合ニ於テ然リトス。

豫後 火傷ノ生命的危險ハ、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險ナリ、二分ノ一以上ニ互ルモノハ概ネ不良ナリ。火傷死ハ負傷後二十四乃至四十八時間以內ニ來ルヲ多シトス。既ニ四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膿毒症發ノ危險アリ。

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、猶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於テ甚ダシ。

療法 火傷療法ハ防腐法ヲ以テ第一要義トス。表皮剝離、水泡形成、第三度火傷等ニアリテハ、之レガ處置ニ要スル器械、藥品、繃帶材料等ハ總テ無菌的ナルベシ。

第一度火傷及ビ水泡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、二%重曹水、生理的食鹽水、二%硼酸水等ノ濕布療法等ヲ施ス。又亞鉛華「バスタ」ヲ厚ク貼用スルトキハ水泡形成ヲ制限セシムルノ効アリ。大ナル水泡形成アルトキハ防腐的用途ノ下ニ、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。此際壓着セラレタル表皮ハ創面ヲ被蓋スルノ利益アルヲ以テ、幸ニ化膿ナキ間ハ、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。初メ水泡既ニ破レ其表皮剝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、濕布繙帶殺菌セル2%硼酸ヲ生理的食鹽水等ヲ施スヲ可トス。

第三度火傷ニ於テハ防腐的繙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、治後指趾ノ癢着、癢痕性攣縮ニ因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挿ミ、或ハ各指趾ヲ各別ニ繙縛シ、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アリテハ屈曲位固定ヲ要スル等ノ如シ。猶、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。治後ノ癢痕ニ對シテハ亦整形手術ヲ施シテ醜形ヲ改メ、機能障礙ヲ除クベシ。

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、適宜對症の處置ヲ施スベシ。廣潤性火傷ニ對シテ持續的リ素トヨリ特殊ノ裝置ヲ要ス 全身濕浴法ヲ推奨スル者アリ

二 凍傷

凍傷 Congelatio, Erfrierung. 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、癢痒、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、血行循環止ミ、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・耳輪等ニ最も多ク、指尖、鼻尖、陰莖等モ亦之ガ爲メニ壞疽ニ陥ルコトアリ。空氣ノ濕潤、烈風、患者ノ營養不良、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烈ナラシム。

寒冷ノ作用反復スル時ハ、慢性炎症ヲ誘致シ、所謂凍瘡凍瘡 Perniones, Frostbule ヲ起ス。指趾、手背、足緣、耳輪、頰部等好シク之レニ冒サル。皮膚ハ腫脹緊張シテ痒感アリ。第一 高度ナルモノハ水疱ヲ形成シ、第二 又潰瘍ヲ生ズ。第三 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發生スルヲ常トス。

反復スル寒冷及ビ濕潤ノ作用ハ往往特發脫疽ヲ誘因ラナスコトアリ。疾病諸中特發脫疽ノ條下ヲ見ヨ 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、乾布ヲ以テ摩擦スルトキハ自ラ消散ス。第二度凍傷ニハ患部ヲ高舉シ、乾性ニ被包スベシ。第三度凍傷ニハ乾性防腐繙帶ヲ施シ、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、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、營養ニ注意シ、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。凍瘡ヲ發セシトキハ原因ノ除去ヲ圖リ、阿列布油、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繙帶ヲ施シ患部ヲ高舉スベシ。按摩法、濕浴法、熱氣浴等効アリ。潰瘍ヲ生ゼシトキハ乾燥綿紗ヲ用ヒテ防腐的繙帶ヲ施ス。分泌物少ナキ清潔ナル潰瘍ニ對シテハ膏劑ヲ貼用スルモ可ナリ。

三 電擊

電擊 Blitzschlag. ニ因ル皮膚及ビ深部組織ノ損傷ハ、獨リ濕熱作用ニ止ラズ、亦電氣分解作用ヲ受クルモノトス。尙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 電擊ニ因ル局處症候トシテ、輕度ナルモノハ皮膚一部ノ發赤ヲ呈スルニ止ルモ、高度ノモノニアリテハ亦組織ノ壞疽ヲ來スコト、猶、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。感電ニ因ス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、創縁及ビ創底ハ通例蒼白或ハ黒褐色ヲ呈シ、又燒蝕ヲ附着セルコトアリ、組織ハ硬變ス 爾後ノ經過中、壞

死片ノ漸次脱落スルニ及ビ、初メテ物質缺損ノ深ク且ツ大ナルヲ知ルコト多シ、例之一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者、經過中創口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、治後機能障礙ノ推定等ニ就テ充分注意セザル可カラズ。繼發症トシテハ創傷傳染ニ因スル「フレグモーチ」、丹毒、膿毒症等トス。

第八十四圖

傷擊電部頭ルセ呈ヲ疽壞骨



腐蝕 酸性腐蝕

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、此等ハ罹災ノ直後發スルコトアルモ、亦若干日時ノ後、發起スル場合アリ。又長ク神經症ヲ後貽スルコトアリ。強劇ナル感電ハ致命の原因ヲナス。發後 感電者ノ假死ハ救急法ニ依リテ通例蘇生ス。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、壞疽部ハ之ヲ除去ス。肢節ノ切斷又ハ離斷ヲ要スルコトアリ。

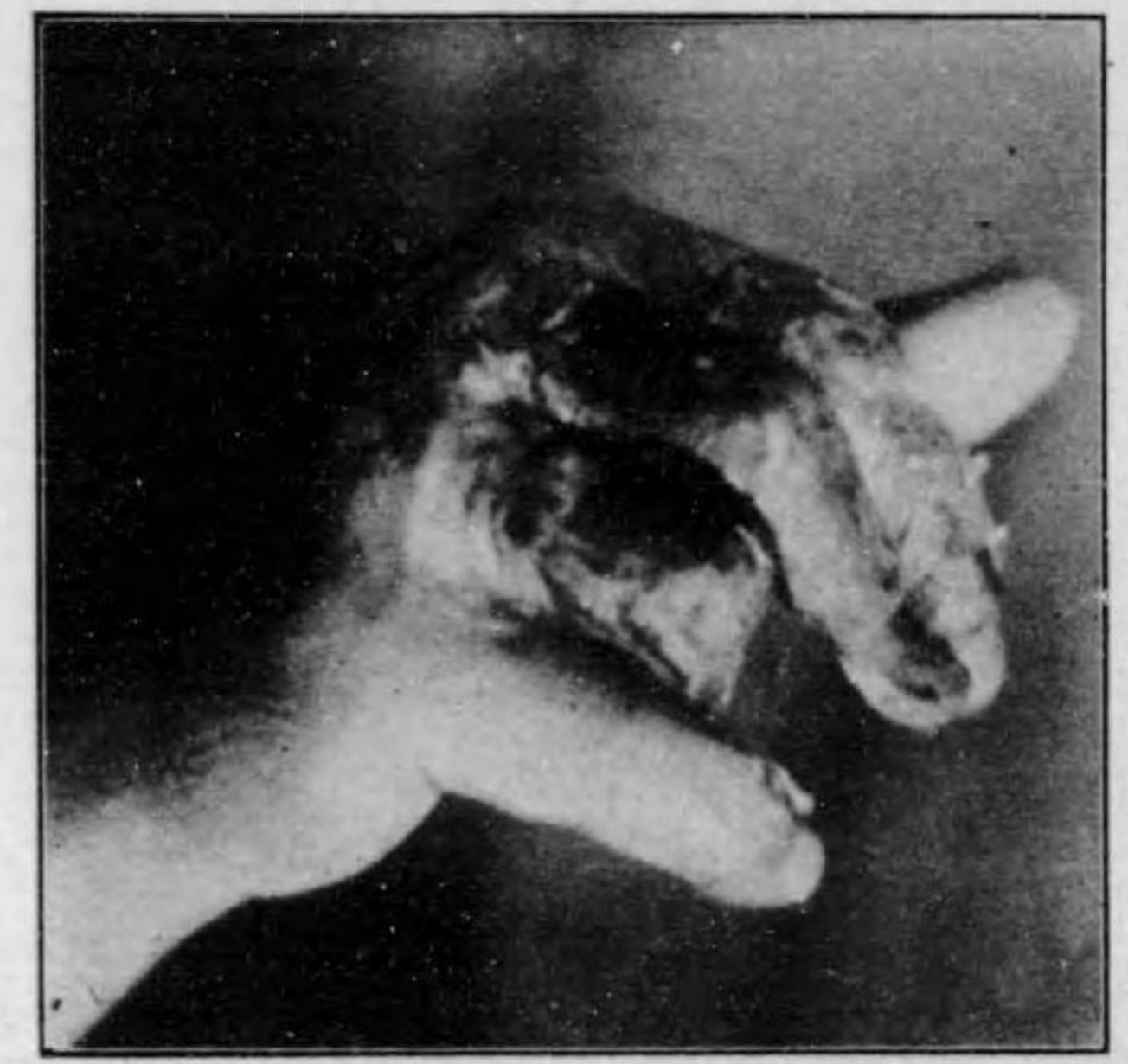
四 腐蝕

(1) 酸性腐蝕。硫酸、鹽酸、硝酸、醋酸等ニ因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、重曹水等ヲ以テ洗滌シ、後、防腐的處置ヲ施ス。

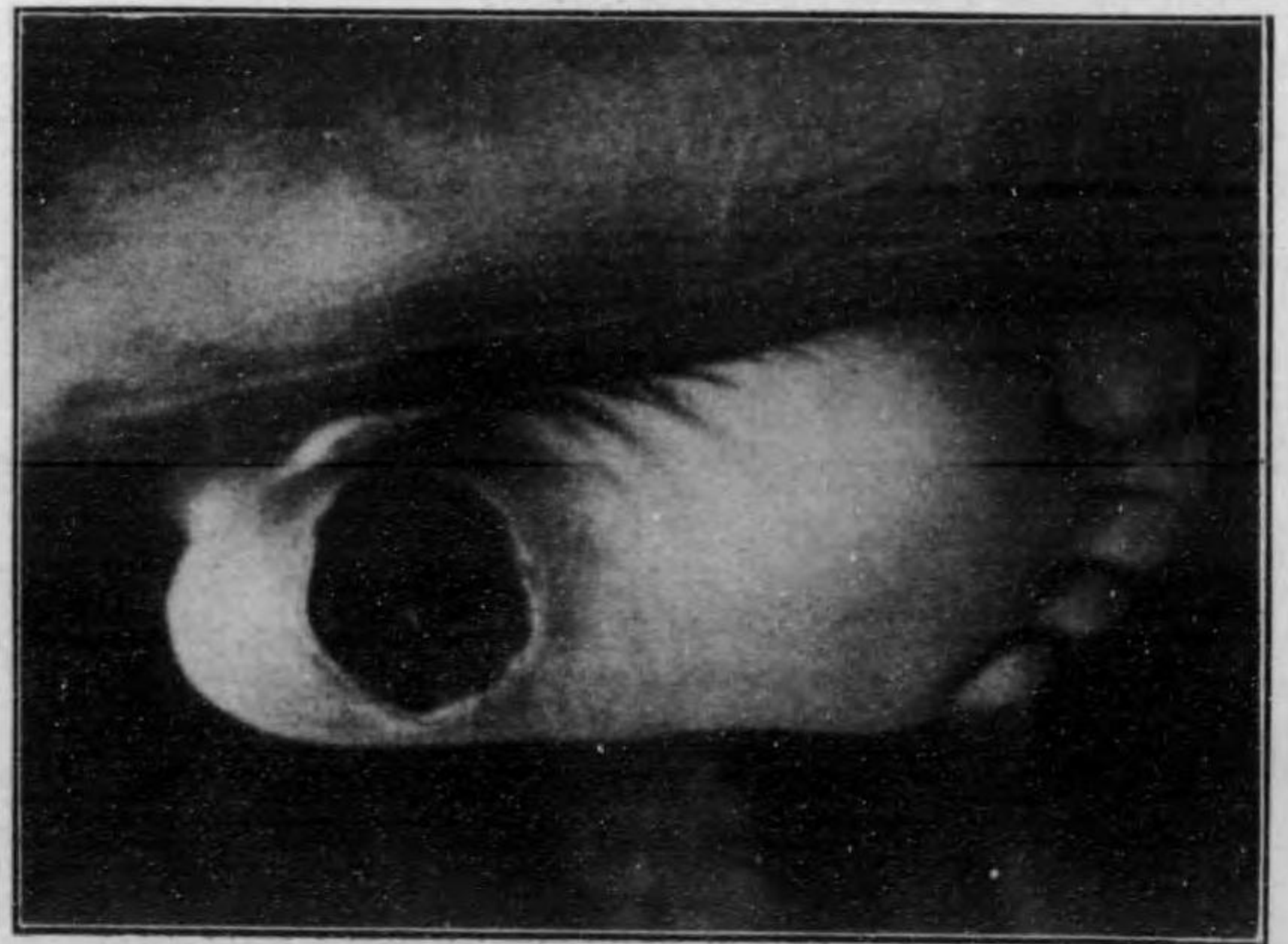
第八十五圖 電擊傷

三十九歳男子、右ノ手Aヲ電線ニ觸レ感電ス、(一萬一千「ボルト」)當時左踵部Bハ鐵柵ノ上ニアリテ全體重ヲ負擔シ居レリ。(大正八年五月一林病院)

A



B



「アルカリ」性腐蝕

(2) 「アルカリ」性腐蝕。腐蝕加里、「ナトロ

ン」滲液等ニ因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、防腐的處

置ヲ施ス。

石炭酸腐蝕

(3) 石炭酸腐蝕。Carbolactzung。石炭酸ノ誤用ニ因リテ生ズ。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リ、稀薄ナルモ長キニ互レルトキハ、深ク組織ヲ壞死ニ

陥ラシムルノ虞アリ。指趾尖ノ小創傷ニ石炭酸水濕布ヲ施シテ指趾ヲ失フノ例、今日ニ於テモ往往目撃セラルル所

ナリ。(第八十六圖)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ルヲ待テ其

部ヲ除去ス可シ。

第八十六圖 石炭酸二%ノ石炭酸水ヲ行フコト二十分間ニシテ發起セルモノ (nach Lexer)



損傷ニ因スル全身症

腦貧血

第十 損傷ニ因スル全身症

一 腦貧血

腦貧血 Himanämie。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(腹水排除、腹部腫瘍剔出等)等ニ見ル所トス。又負傷ニ際シテ本症

ヲ發スルコト稀ナラズ。

症候 通例胸内苦惱、惡心、嘔氣ヲ前驅シ、或ハ欠伸ヲ催シ、後、俄ニ眩暈ヲ起シ、耳鳴ヲ感ジ、視野暗黒トナ

リ、意識ヲ喪失シテ轉倒ス。(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、脈至細數トナリ、呼吸運動モ亦淺表微弱トナリ、患者ハ人事ヲ辨ゼズ、又知覺ヲ亡失ス。此等ノ症徴ハ輕重一ナラズ。輕症ニアリテハ未ダ失神スルニ至ラズ、惡心・眩暈ヲ感ジ、少時僅ニ顔面蒼白ヲ呈スルノミニシテ速ニ恢復スルモノアリ。重症ニアリテハ完ク失神ノ状態ニアリ、四肢厥冷、體温下降、心臟機能愈々衰弱シ、脈搏觸レ難キニ至リ、遂ニ甚ダ重篤ノ狀況ニ陥ルコトアリ。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因ル失神ニ止ラザルヲ知ルベシ。失神ノ恢復ニ當リテハ、顔面口唇ノ色澤漸次復舊シ、肌温調ヒ、脈搏其強ヲ加へ、意識恢復ス。此際屢々嘔氣、欠伸、顔面筋痙攣等ヲ催ス。覺醒後暫ク惡心、頭重、頭痛、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險ナキヲ保セズ、特ニ衰弱者及ビ貧血者ニ於テ然リトス。十五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療ノ目的ヲ達ス。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ヲ以テ強摩擦ヲ加フベシ。猶、心臟機能ニ向テ「カンフル」油ノ注射ヲ施シ、食鹽水皮下注入法特ニ貧血者ニ於テハ最も必要トスヲ行フベク、呼吸運動微弱ナルトキハ人工呼吸法ヲ施シテ之ヲ補助ス。又頭部ニ感傳電氣ヲ貼シテ呼吸器及ビ血行器神經ノ刺激ヲ企ツベシ。手術施行中ナルトキハ速ニ之ヲ完了セシムベク又或ハ直ニ中止ス

「ショック」

ショック

ニ「ショック」

「ショック」 Shock トハ外襲ニ因ル反射の顯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發起ス。總テ重大ナル損傷及ビ大手術ハ本症ヲ誘發スルノ虞多ク、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 Comotio ナリ)腹部内臟・就中腸胃ノ手術の刺激等ハ屢々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、屢々惡心、嘔吐、吃逆等ヲ催シ、又尿尿ノ失禁ヲ見ルコトアリ。體温ハ一乃至一、五度常規ヲ下ルヲ常トス。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」 tropter Shock ト稱シ、後者ヲ刺激性「ショック」 irriter Shock ト稱ス。

「ショック」症候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、大出血等ニ際シ發起セルトキハ往往不良ノ轉歸ヲ取ル。「腦震盪症」ニ就テハ其條下ヲ參照 又久時精神状態ノ異常ヲ貽スコトアリ。

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、體軀ヲ温包シ、顔面、胸部及ビ四肢ニ強摩擦ヲ加へ、酒精飲料ヲ内服セシメ或ハ注射ヲ試ミ、「カンフル」油、「カンフル」エーテル、「チガーレン」等ノ皮下注射ヲ行フ、又自家輸血法、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へ、又酸素吸入ヲ行フ。猶、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

虚脱

(切斷術、開腹術等)ヲ施スハ危険ナリ、宜シク其恢復ヲ待テ之レヲ企ツベシ。

三 虚脱

虚脱 Kollaps トハ俄然心臓衰弱ノ徵候ヲ現ハスモノニシテ、其原因甚ダ多ク、外傷及ビ手術的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、内臓手術、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、言語意識ノ瀾濁或ハ喪失等ヲ來ス。體温ハ急劇ニ下降シ、三十五度或ハ猶以下ヲ示シ、爲メニ疾數ナル脈搏ニ對シテ體温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温平温ニ復シ、脈搏亦之レニ適フニ至ルモ、然ラザルトキハ諸徵愈増惡シテ終ニ死ニ陥ルベシ。

療法 強心薬ノ注射、食鹽水皮下或ハ靜脈内注入、酒精劑ノ内服若シクハ注腸等ヲ行ヒ、身體ヲ温包シ、顔面蒼白ナルトキハ頭部ヲ低下セシメテ四肢ヲ高舉ス。臨前二項ノ参照ヲ要ス

譫妄症

四 譫妄症

外傷性譫妄症ハ外傷或ハ手術後ニ發スル精神變調(神經性譫妄症 Delirium nervosum)ニシテ、過敏性ノ者、「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 負傷後或ハ手術後二乃至五日ニ發スルモノ多シ。不眠、錯覺、幻覺、興奮、躁狂、鬱憂、神經衰弱症狀等ヲ呈シ。往往譫語ヲ發ス。

豫後 心臓衰弱ニ陥リテ死ノ轉歸ヲ取ルコトアルモ、一定ノ輕過後、漸次輕快シテ治ニ就クモノ多シ。一時熱眠シ恢復スル又數週數月ニ亙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、又催眠薬ノ必要ニ迫ラルルコト多シ、尙、常ニ心臓機能ニ注意スベシ。

第二篇 疾病篇

第一 創傷傳染病

一 創傷化膿

創傷傳染病

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膿膿性葡萄球菌、黄色白色梅毒、色ノ各種アリ及ビ膿膿性連鎖球菌トス。稀ニ肺炎双球菌、淋毒菌、綠膿菌、大腸菌、腸室扶斯菌等ニ因テ發起ス。

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テ誘發セララルル傳染トス。其後者ハ更ニ之レヲ外部ヨリセ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竈ノ現存セルニ當テ招來セララルベキモノナルモ、亦全ク他ニ化膿病竈ノ認知トニ區別スベシ。シ得ザル場合ニ於テモ皮膚粘膜炎等ニ於ケル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ヲ認定セ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的準備ノ缺陷、繃帶法ノ不備、繃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、嚴ニ實行セララルル所以ナリ。

身體ノ或他ノ部分ニ於テ化膿性病竈發サレタル組織ノ如何及病竈ノ大小ヲ論ゼズノ現存スルコトハ、新ニ被リタル創傷ノ化膿ニ向テ多ク其機會ヲ與フルハ略易キノ理ナリ。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有ルニ從テ感染ノ慮多シ。

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。一ハ創傷ノ性質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。創傷不潔ナルトキハ、例之、泥土、塵埃等ニ汚染セラルル創傷ハ、性質如何ハ、化膿ノ發起ニ與ルコト大ナリ。創傷不潔ナルトキハ、例之、泥土、塵埃等ニ汚染セラルル創傷ハ、性質如何ハ、化膿ノ發起ニ與ルコト大ナリ。創傷不潔ナルトキハ、例之、泥土、塵埃等ニ汚染セラルル創傷ハ、性質如何ハ、化膿ノ發起ニ與ルコト大ナリ。

創傷治療ニ關スル防腐法ノ必要ニ就テハ前項既ニ記セリ。猶、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當ニ創傷治療機轉ヲ妨害スルノミナラズ、細菌傳染ヲ補助シテ、容易ニ化膿ヲ誘發セシメ得ルモノナリ。

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ノ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潤濁ヲ見ルニ止マルモ、後、黃色ノ膿汁ヲ漏出スルニ至ル。閉鎖セラレタル創傷ノ化膿スルトキハ、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泄ス。又縫合絲ノ刺孔ニ起リテ化膿スルコトアリ。(刺孔化膿 Stichkanalenerung) 是レ主トシテ縫合絲中ノ細菌ニ因テ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、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發起セシ場合ニ於テモ放置セラルルトキハ病機ハ容易ニ全創傷部ニ蔓延ス。

創傷化膿スルトキハ全身症狀トシテ熱候ヲ徵ス、但シ其高低強弱ハ不定ニシテ、又全ク熱發ナキコトアリ。

斯クノ如キ創傷ノ化膿ハ適當ナル療法ニ依リテ、病機ノ進行ヲ停止シ、漸次治ニ就クモ、亦廣ク周圍ヲ侵襲シテ蔓延性蜂窠織炎ヲ形成シ、或ハ淋巴管炎、靜脈炎、淋巴腺炎等ヲ併發シ、終ニ重要臟器ノ化膿病症ヲ繼發シ、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、局部症狀及ビ熱候ニ據リテ通例難事ナラザルモ、局處の證徴顯著ナラズ特ニ全部縫合セラレタル創傷ニ於テ且ツ熱候ヲ缺クトキハ閉却セ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、縫合部ノ腫起、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徵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ルルトキハ、速ニ相當ノ處置ヲ取ルニアラザレバ、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因由セズ、亦之レナクシテ發起シ得ベシ、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鑑別ノ資ニ供ス。

無腐敗性熱 傳染的熱		無腐敗性熱 Asepticus Feiber		傳染的熱 Infectious Feiber	
1	熱發ハ手術又ハ被傷後三十乃至四十時ノ間ニ於テス	1	不定(數時間ノ後又ハ數日後、稀ニ數週後)	1	不定(數時間ノ後又ハ數日後、稀ニ數週後)
2	體温ハ三十八度五分以上ナルコト稀ナリ	2	體温ハ多ク高度ヲ示スト雖モ、劇烈ノ疾病ニシテ低度ヲ示シ或ハ却テ常度以下ニアルコトアリ	2	體温ハ多ク高度ヲ示スト雖モ、劇烈ノ疾病ニシテ低度ヲ示シ或ハ却テ常度以下ニアルコトアリ
3	熱型ハ稽留熱ナリ	3	熱型ハ種種ナリ	3	熱型ハ種種ナリ
4	惡寒無シ(稀ニ有リ)	4	一回乃至數回惡寒又戰慄アリ	4	一回乃至數回惡寒又戰慄アリ
5	熱ノ繼續ハ三日ヲ出デズ	5	繼續時長シ	5	繼續時長シ
6	全身症狀少シ、食慾有リ、嘔吐無ク、精神朦朧タラズ、衰弱ヲ來サズ	6	全身症狀盛ニシテ食慾缺乏、口渴アリ、屢々嘔吐シ、精神往往瀕瀕シ或ハ昏睡ヲ來シ、大ニ衰弱ス	6	全身症狀盛ニシテ食慾缺乏、口渴アリ、屢々嘔吐シ、精神往往瀕瀕シ或ハ昏睡ヲ來シ、大ニ衰弱ス
7	脈搏ノ數ハ體温ノ高低ニ比例ス	7	脈搏ハ體温ト必ズシモ比例セズ、體温低度ニシテ脈搏頻數ナルコトアリ、此ノ如キハ惡兆ナリ	7	脈搏ハ體温ト必ズシモ比例セズ、體温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 舌ニ異状ナシ

9 創傷ニ異状無シ

8 舌苔厚シ

9 創傷ニ異状ヲ認メザルコトアリ、又認ムルコトアリ

薄後 創傷ノ化膿ハ獨リ治癒經過ヲ延長セシムルノミナラズ、治後癢痕 膿形及ヲ留メ、或ハ著シキ機能障礙ヲ胎シ、猶、化膿菌ノ貴重臓器侵襲、若シクハ全身の化膿菌傳染ニ因ル致死の危険アルモノトス。

療法 豫防法ハ創傷療法ニ遺漏ナカラント期スルニアリ。防腐法ヲ嚴ニシ、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、爾後ノ繃帶交換ニ於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、實地家ノ最モ願慮ヲ要スル點ナリトス。

創傷ニシテ炎症ヲ發起セルトキハ消炎法ニ從テ之レヲ處置ス。第三篇中「消炎法」參照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狭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抜去ス。此他ノ處置ニ就テハ蜂窠織炎ノ療法ニ外ナラズ。「蜂窠織炎」ノ條下參照

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。之レニ因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小部分ニ限局スルトキハ、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、化膿竈ハ其部分ニ限局シ、爾餘ノ部分ハ一期癒合ノ營爲ヲ遂ゲ得ベシ。

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、全部縫合絲ヲ去ルニ於テハ、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ベキモ、爾後肉芽治療ヲ營ムニ當リ、著シク治療ヲ遷延セシメ、且ツ後胎スル癰疽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（創ノ中央ノモノ、若シクハ屈曲角ニ於ケルモノ等）ハ之ヲ保留セシメ、二箇處ニ於テ創ヲ哆開セシムルモ亦不可ナキ場合アリ、化膿性病機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電ヲ開クニ、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一二ノ對孔ヲ造設シテ此ヲ排膿ノ目的ヲ達シ治療ノ効ヲ奏シ得ルガ如シ。但シ斯クノ如キ部分的開放ニ依リテ、尙ホ化膿病機ヲ停止セシメ得ザ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)

膿菌性全身傳染 (膿毒症及敗血症)

膿毒症 Pyämie 及敗血症 Septicämie (Sepsis) 其ニ化膿性菌類、連鎖球菌、葡萄球菌、淋菌、大腸菌、綠膿菌等ノ全身傳染ニ因ル疾患、膿菌性全身傳染 Pyogene Allgemeinfektion) ニシテ、創傷傳染ニ基キ、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) 化膿性不轉移性全身傳染或ハ單ニ血液傳染 Blutinfektion) 或ハ轉移膿竈ヲ形成セシムルニ(膿毒症) 化膿性轉移性全身傳染或ハ單ニ轉移性傳染 Metastatische Infektion) 因テ發スルモノトス。

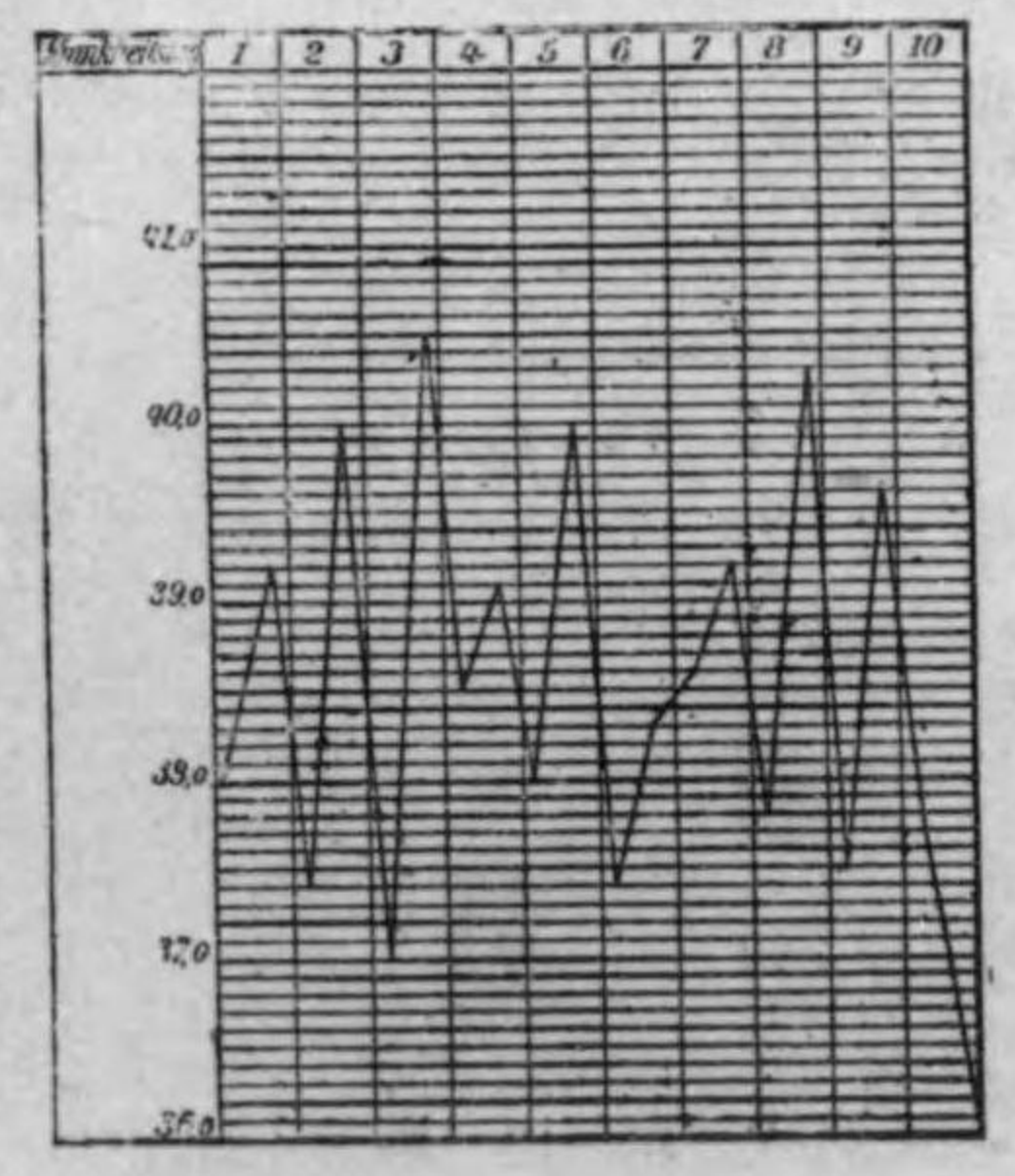
膿毒症ハ多ク葡萄球菌ニ因リ、敗血症ハ多ク連鎖球菌ニ因テ發ス。レンハルトツ Lehnartz 據レバ百六十例ノ連鎖球菌ニ因ル全身傳染中、六十五%ハ轉移ヲ生ゼズ、三十五%ハ之ヲ起シ、二十二例ノ葡萄球菌ニ因ル全身傳染中、五%ハ轉移ヲ生ゼズ、九十五%ハ之ヲ起セリ熱發每ニ之レヲ前驅ス。熱ハ四十度前後或ハ其以上ニ達シ、通常弛張性ナルモ、又殆ンド稽留スルコトアリ。局處的化膿性疾患ノタメニ熱候持長セル場合ニ於テハ、體温ハ其全身の傳染ノ發起ト共ハ一層昇騰シ、且ツ全身症狀狀俄ニ増劇スルモノトス。熱發ニ伴フ一般の徵候トシテハ數脈、呼吸促迫、口渴、食思缺乏、惡心、嘔吐、下痢、黃疸關節痛、頭痛、眩暈、譫語、脾腫、急劇ニ増進スル衰弱等ニシテ其輕重ハ甚ダ區區タリ。轉移膿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、猶ホ膀胱加答兒、網膜出血、硝子體濁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瘡ヲ生ズ。

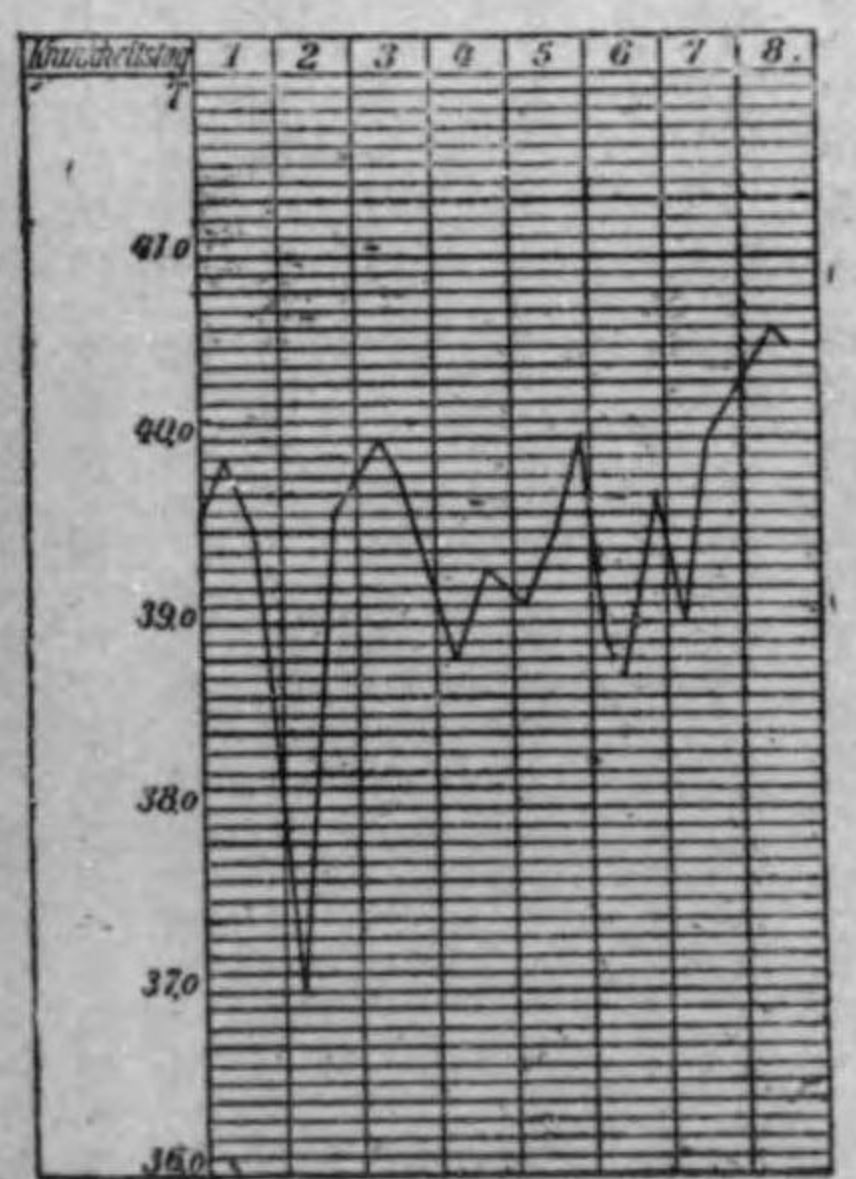
敗血症ニアリテハ持續スル熱候、重キ一般の症狀及ビ急ニ増進スル衰弱ヲ主徵トス。發熱ハ惡寒戰慄ヲ以テ突發スルコトアルモ、多クハ原病ニ因テ發スル熱ヨリ移行シテ昇騰シ、稽留性ナリ。體温ハ多ク高度ヲ示スモ、劇症ニシテ低ク或ハ却テ常度以下ニアルコトアリ。全身症狀ハ膿毒症ノ場合ニ比シテ常ニ一層甚ダシク、譫語、黃疸蛋白尿等ヲ起シ、末期ニ於テハ皮膚ニ紅斑或ハ血斑ヲ發シ又血便ヲ見ルコトアリ、終ニ心臟衰弱ニ陥ルヲ規トス。劇症ニアリテハ直チニ嗜眠、昏睡ニ陥リ、或ハ譫語ヲ頻發シ、躁狂狀ヲ呈シ、急劇ニ削瘦、衰弱シ、次デ體温下降シ、虛脫ニ陥テ斃ル。

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、臨牀的ニハ明確ナル識別ヲ與フル能ハザル場合多シ、是レ其移行型アリ、又兩者ノ合併セルモノアレバナリ。(敗血症Septikopyämie) 例之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取ルモノアリ、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一二日ニシテ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ、稀

圖七十八 例一ノ型熱ルケ於ニ染傳性移轉 (nach Lexer)



圖八十八 染傳液血リヨ染傳性移轉 型熱ノ例症一ル移行ニ (nach Lexer)



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、往往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據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 原發化膿病竈ノ證明セラレズシテ本症ヲ發スル時、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、本症ヲ腸管扶斯、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的診査ヲ遂ゲ、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、猶ホ採取セル血液ニ細菌學の檢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發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テ適切ナル處置ヲ施シ、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的諸徵候ノ依然タルモノ、或ハ反テ益々増進スルモノニ於テハ全身の傳染ヲ疑ヒ得ベシ。又血液中化膿菌ノ檢査ヲ施スベキナリ。

三 或炎症性局處の疾患アリテ其病竈ノ證明セラレザルトキ、若シクハ不明ノ熱候アリテ其原因診定セラレザルトキハ其レニ因由スル熱及ビ一般の諸徵候ヲ目シテ本症ト誤診スルコトアリ。

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、橫膈膜下膿瘍、肝臟周圍炎、肝膿瘍、膿囊炎、蟲樣突起炎膿瘍、腎孟炎、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、腸管扶斯等トス。吾人若シ化膿菌全身傳染ヲ疑フベキ病徵ヲ認メタルトキハ之レヲ以テ本症ナリト診察ヲ下スニ先ダチテ前記諸症ノ潜在ナキヤ否ヤヲ決セザ

敗血症ト膿毒症トノ別ハ主トシテ轉移膿瘍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膿瘍ヲ形成スルモノアリ、爲メニ明確ノ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膿瘍ノ如何ニ關シ、其貴要臟器ノ侵サレタルトキハ
不良ノ轉歸ヲ取ルモ、幸ニ皮膚、筋肉、關節等ニ止リ、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
上有要ナルノミナラズ、豫後ノ決定上甚ダ必要ナリ。血液中溶性連鎖球菌ヲ證明スルモノハ最モ不良トス。一
般ニ急劇ノ羸瘦ヲ呈スルモノ、出血傾向^{皮下}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
候高度ナルモ、意識明瞭、脈搏強整ナルモノハ比較的良好ナリ。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上スベカラズ。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措置(縫絲拔去、創口開大、膿瘍切開、對孔造
設等)ヲ施スベシ。既ニ發病セルトキモ亦原病竈ニ對スル處置ヲ急務トス。轉移膿瘍ノ手術シ得ベキモノハ發スル
ニ從テ之レヲ切開ス。全身的ニハ專ラ對症のトス、強心ノ目的ヲ以テ「カンフル」「コフェイン」「ヂギタリス」^ア
ルコホル^ル性飲料、食鹽水注入^{皮下或ハ靜脈内}等ヲ應用ス。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。其他クレーデ可溶性銀液ノ靜脈内注射法、連鎖球菌血清注射等試ミラル。

血液中膿瘍菌ノ證明

血液採取 上膊上部ヲ保護管ヲ以テ結ビ靜脈ヲ怒張セシム、此際初メ機骨動脈ノ全ク觸知シ得ザルニ至ルマデ保護管ノ緊縛ヲ強メ、後、徐徐
ニ之レヲ緩メ、明ニ機骨動脈ノ搏動ヲ觸レ得タルトキニ於テ保護管ヲ結ブトキハ(コッヘル氏鉗子ヲ用フルヲ便トス)靜脈怒張最モ著シク、且ツ
緊縛著明ニシテ最モ針ノ刺入ニ適ス。肘窩及ビ其附近ヲ廣ク「アルコホル」及「ペンチン」(或ハ「エーテル」)ヲ以テ嚴ニ消毒シ、其部ニ於ケル
大ナル皮下靜脈ヲ選ビ、注射器ヲ取リテ、中極ヨリ末梢ニ向フ方向ニ、皮膚ヲ貫キテ針ヲ靜脈内ニ刺入シ、徐ニ血液ヲ吸出シ、十立方仙迷ヲ採
取シ直チニ針ヲ拔去ス、小兒ニアリテハ宜シク其量ヲ節スベシ。

培養 注射器中ノ血液ヲ注射針尖ヨリ進出セシメテ直チニ培養基ニ移スベシ、即チ先ツ其約二立方仙迷ヲ「おん培養基」ニ加ヘテ輕ク振盪シ
テ之レヲ混ゼシメ、次デ前ニ液化セシメ置キタル三箇ノ寒天培養基ニ各二立方仙迷ヲ注加シ、其ク混合セシメ之レヲ「ベトリ」氏皿中ニ傾ケ
流シテ其内ニ凝固セシム。ふいおん培養及ビ三箇ノ扁平培養共ニ三十七度ノ孵卵器中ニ貯ヘ、二十四時間ニシテ之ヲ檢スベシ、寒天培養基ニ於
テハ其ころに「有無、數及ビ性状」ヲ檢シ、且ツ之ヨリ染色標本ヲ作製シテ鏡檢ス。ふいおん培養基ニ於テハ血中ノ細菌甚ダ少數ナルモ此内ニ
繁殖スルヲ以テ、十二乃至二十四時間後之ヨリ固形培養基ニ轉植スルトキハ多數ノ繁殖ヲ見ルベシ。

一回ノ培養法成績陰性ナルトキハ之レヲ反復スベシ。或ハ前同法ヲ以テ試ムベク、或ハ大量ノ血液(一〇或ハ二〇立方仙迷)ヲ總テ一〇〇乃
至三〇〇立方仙迷ノふいおん培養基中ニ混ズルノ法ヲ行フベシ。後法ヲ以テスルトキハ極メテ少數ノ細菌モ此内ニ繁殖スルヲ以テ、之レガ檢出
ニ便アリ。但シ液性培養基ヲ以テスル檢出法ハ操作中偶然外界ヨリ竄入セル細菌ノ爲ニ、其結果ヲ誤ルノ虞多キヲ以テ、此法ニ於テハ準備及ビ
操作ニ就キ嚴正ノ注意ヲ要スルモノトス。

培養基ニ血液ヲ加フルニ當リ。血液多量ナルトキハ、患者ノ血清ヲ混入セシムルガ爲メニ細菌ノ發育ヲ妨グトノ說明ヲ以テ、血液ノ加入ハ一
二滴ニ止ムルヲ至當トナシ、之レニ由ツテ一層確實ニ血液中ノ化膿菌ヲ檢出シ得トナスモノアリ、亦試ムベシ。前上記載ノ培養法ヲ施スニ當リ
同時ニ更ニ此法ヲ施スヲ便トス。

丹毒

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因テ發ス。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。狀ヲ發セル例アリ

統計 丹毒發生ノ部位

Lenhartz	一四〇例中	顔面	六	顔面及頭部	三
Koehler	五九七例中	顔面 <td>六</td> <td>顔面及頭部 <td>三</td> </td>	六	顔面及頭部 <td>三</td>	三
三輪	一三二例中	上胸部	三	下腹部	三
		頭部	三	耳部	三
		面部	三	背部	三
		頸部	三	陰部	三
		四肢	三	陰部	三
		全身	三	陰部	三

統計 丹毒ノ潜伏期 (Koehler 四例ニ就テノ調査)

潜伏期	例数
七乃至十八時間	五
二十五乃至四十八時間	九
四乃至五日	五
十乃至十四日	三

症候 通常惡寒戰慄ヲ

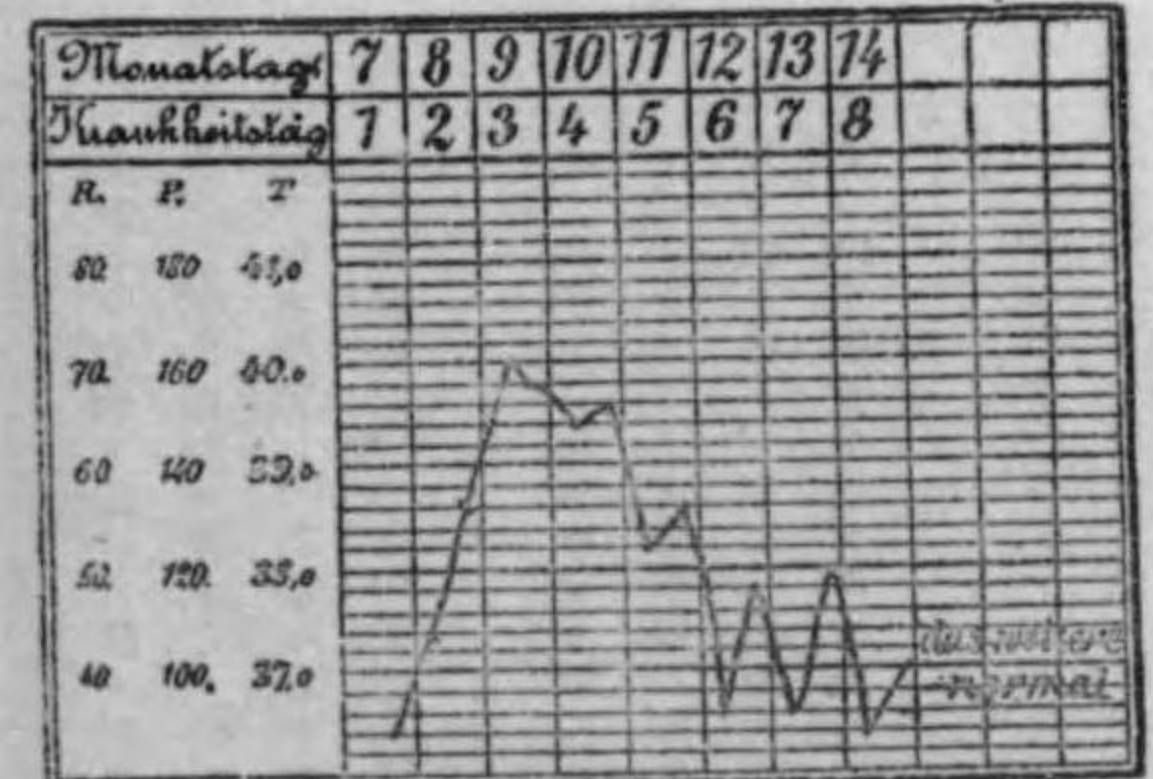
以テ俄然高熱ヲ發シ、皮膚或ハニ特異ノ發赤部ヲ生ズ。體温ハ四十度前後

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出スルコトアリ、或ハ稍後レテ顯著ノ着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、創面ナキ者ニアリテハ隨處ニ此發赤ヲ生ズ。發赤部ハ灼熱

アリ、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、水泡ノ形成ヲ伴フ。但シ頭髪部ニアリテハ着色顯著ナラズ、或ハ全ク潮紅セズ、單ニ浮腫狀濕癩性腫脹ヲ呈スルニ止ルコトアリ。

發赤部ハ漸次周圍ニ蔓延シ、其間熱候持續ス。治途ニ就クヤ短キハ三四日長キハ三四週ニシテ發赤ノ蔓延停止シ、且ツ褪色シ、水泡形成アルモノハ萎縮乾燥落屑シ體温從テ下降ス。(第八十九圖、第九十圖) 稀ニ月ヲ閱スルモノアリ。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取ル。經過中、發赤部ノ皮下ニ「フレグモ」ヲ發スルコトアリ、或ハ初メヨリ「フレグモ」ヲ兼發スルモノアリ。(蜂窠織炎性丹毒 Erysipelas phlegmonosum) 稀ニ經過後再慢性症ヲ呈スルコトアリ、又習慣性ニ本症ニ冒サル

統計 熱持續ノ平均日數 (Lenhartz)



統計 熱持續ノ平均日數 (Lenhartz)

部位	平均日數
顔面丹毒	九・六例ニツキ
顔面及頭部丹毒	二・三例ニツキ
遊走丹毒	一・七例ニツキ
四肢丹毒	八・八例ニツキ

ルモノアリ。(習慣性丹毒)

診斷 高熱、及ビ健康部トノ境界著明ナル皮膚發赤ニ據リテ診斷ス、但シ腫脹ハ往往之レヲ呈セザルコトアリ、發赤ハ甚ダ顯著ニシテ一見明瞭ナルヲ常トスルモ、亦甚ダ幽微ニシテ閉却セラル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。頭部ニ於テハ變色ヲ呈セズ、單ニ浮腫狀腫脹ヲ呈スルニ止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、周邊ニ及ビ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ヌ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往往皮膚ニ於ケル病徵等閑ニ附セラレ、爲メニ他ノ熱性傳染病ト誤診セラルルコトナキニアラズ。又鼻腔・口腔・咽頭等ノ粘膜炎原發セル丹毒ハ往往長ク閉却セラルルコトアリ。

豫後 概テ良、但シ不良ノ轉歸ヲ取ルモノ決シテ稀ナリトセズ、生後一箇月内ノ丹毒ハ危險ナリ。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、咽喉内蔓延ニ因ル聲門水腫等トス。

療法 安靜臥牀ヲ命ジ、適宜對症療法ヲ施スベシ。胃劑、強心劑等ヲ投ジ、

頭部ニ水壓法或ハ冷電法ヲ施ス

「クロールカルシウム」ノ靜脈内注入法ハ往々著効ヲ奏ス。

二%水溶液二〇〇—三〇〇ヲ大人 又丹毒治療液「ワック」若シクハ連鎖狀

同ノ注射量トシ、要ニ從テ反復ス。又實布の里血清ノ大量ヲ注射シテ鎮靜的

球菌血清ノ注射試ミラル。奏効ヲ得ルコトアリト報告スルモノアリ

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。從來好シデ用ヒラレタルハ十倍「イヒチオール」

セリン」ノ塗布、亞鉛華「バスタ」^{亞鉛華一〇〇〇濃粉一〇〇〇グリセリン}或ハ亞鉛華「オレーフ」油^{亞鉛華六〇〇オレーフ油四〇〇〇混和塗布料トス}

ノ塗敷、五%沃度丁幾塗布、硼酸水濕布覆法、「アルコホル」覆法、水覆法、絆創膏壓定法、^{患部周圍ノ皮膚ニ幅約二仙迷ノ絆創膏ヲ貼付シ發赤部ヲ圍繞セシム}

「コロヂウム」塗布壓定法^{前法ニ及ビ亂切シテ千倍昇汞水ノ覆法ヲ施ス法等トス}。又單ニ「ワセリン」、「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。皮下蜂窠織炎ヲ併發シテ化膿セルトキハ切

開スベシ。

本症ヲ患フル者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。

症例 丹毒ニ對ル「クロールカルシウム」ノ奏効ヲ認メ得ベキ一例。(大正八年十一月—吉川)

四十歳、男子。六日發病。午後惡寒發熱、六時體温三九・六。七日右耳輪發赤、午後三時體温四〇・二。

八日(初診)發病第三日)右耳輪及ビ其周圍著シク發赤腫脹、前方ハ顳骨弓部ニ及ベリ。

九日 發赤腫脹前方ニ向テ蔓延シ、上下眼瞼浮腫狀ニ腫脹シテ瞼裂閉鎖ス。耳輪ニ水疱ヲ形成ス。午後五時二%「クロールカルシ

ウム」液二〇立仙迷ヲ靜脈内ニ注射ス。

十日 耳輪及ビ其周圍ノ腫脹著シク減退セルモ前方ニ向テハ發赤更ニ蔓延シテ右鼻梁ノ右半ニ及ブ。午後五時二%「クロールカル

シウム」液二五立仙迷ヲ靜脈内ニ注射ス。

十一日 全部著シク褪色ス。鼻梁ノ發赤消散ス。眼瞼浮腫去リ耳輪ノ水

疱全ク乾燥ス。午後五時注射、前日ニ同ジ。

十二日 發赤腫脹全ク消散ス。(第九十一圖體温表參照)

附 類丹毒 Erysipeloid

丹毒ニ類セル局處證微ヲ現ハス一種ノ皮膚疾患ニシテ、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黑赤色ヲ呈シ輕度ノ腫脹アリ、病變部ハ丹毒ニ於ケルガ如ク周圍ノ境界

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、癢痒アリ、發熱及ビ全身狀態ノ

障礙ハ之レヲ見ズ、經過一週乃至三週ニ互ル。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、硼酸水ノ覆法等ヲ施ス。

四 破傷風

破傷風 Tetanus. ニヒコライエム氏 Nicolaier 氏初メテ本病ノ原因トシテ之レヲ證明シ、(1884)北里博士ノ純粹培

養ヲ成功セル(1889)破傷風桿菌ノ創傷内侵入ニ因リテ發ス。本菌ハ主トシテ馬ノ腸内ニ生存發育シ、外界ニアリ

テハ最モ多ク沼澤田畑等ノ土壤中ニ潜居ス。泥土等ニテ汚染セル創傷、就中刺創・鑿入セル挫創・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 潜伏期ハ一日乃至六十日、最モ多キハ七日乃至十二日トス。多數或ハ一二筋簇ノ緊張性痙攣ヲ發スルヲ主

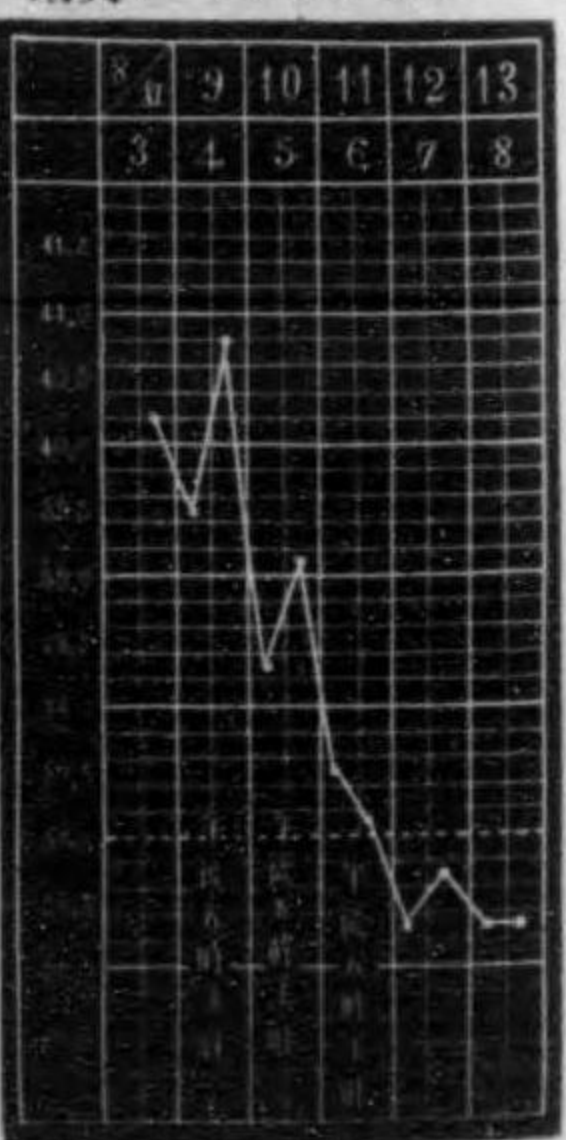
徵トス、通例頸筋ニ始マリテ先ヅ開口困難(牙關緊急 Tetanus)ヲ呈シ、次デ顔面筋(強直顔貌)・項部及ビ背部ノ諸

筋ニ及ビ、所謂角弓反張 Opisthotonus) 頭部後屈シ 又腹筋ヲ侵スコトアリ。(前弓反張 Emprosthotonus) 橫隔膜、聲帶

筋ニ及ビ、(所謂角弓反張 Opisthotonus) 頭部後屈シ 又腹筋ヲ侵スコトアリ。(前弓反張 Emprosthotonus) 橫隔膜、聲帶

丹毒ニ對スル「クロールカルシウム」ノ奏効例

第九十一圖 丹毒ニ對スル「クロールカルシウム」ノ奏効例



諸筋(呼吸困難・窒息) 下肢諸筋等モ亦侵サレ、稀ニ上肢諸筋ニ及ブ。痙攣ハ有痛性ニシテ、特發的ニ起ルコトアルモ、好シク觸接・音響・光線等、感覺ノ刺戟ニ因テ誘發セラル。痙攣發作ハ漸次其度ヲ加ヘ、回數ヲ増加シ、終ニ殆ンド持續的トナル。熱ハ初メ著シカラザルモ、後、病勢増進スルニ從テ體温甚ダシク昇騰シ、四十一度以上ニ達スルコトアリ。

經過急劇ナルモノハ二十四時間、普通三日乃至四日ニシテ斃ル。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數減少ス。

診斷 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閉却セラレ易シ、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因ル開口困難ヲ診斷セント欲セバ、該筋前線ノ觸診ヲ行フベシ、即チ口腔前庭ニ挿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。

統計 破傷風ノ潜伏期ト死亡% (藤原治郎氏ニ憑ル)

潜伏期	ブルンネル		ギョーイス病院		グラスゴウ病院	
	總數	死亡%	總數	死亡%	總數	死亡%
一—五	二〇	九〇	三	六七	三	六六
六—一〇	六	八〇	三	七九	一八	三三
一一以上	〇	〇	三	七九	三	七一

項部強直ノ初徴ハ頰部ノ胸壁接着ノ困難ニアリトス。

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。死因ハ窒息及ビ心臟麻痺トス、又經過延長シテ治癒ノ望アルトキモ、尙ホ嚔下肺炎・衰弱死等ノ危險アリ。

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テ創口ハ開

千業病院

潜伏期	全數	死%
第一週	一四	三六
第二週	一五	三三
第三週	九	四四
第四週	二	五〇

放性ニ處置スベシ。疑ハシキ創傷ト認メラルトキハ豫防的血清注射ヲ怠ルベカラズ。第三篇中「血清療法」參照

發病後ニ於テモ侵入門ト認メラルル創傷ハ之レヲ開放シ、刺創創管ハ之レヲ開大ス。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リ、周圍ニ於テ談笑、響鳴、雜音等ヲ禁ジ猶ホ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酔劑ヲ用フ、即チ鹽酸「モルヒネ」ノ内服及ビ皮下注射、抱水「コロラール」ノ灌腸、「クロロフォルム」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ノ硫酸麻痺濕更療法ノ効ヲ唱フルモノアリ。皮下注射トシテ重「キログラム」ニツキ〇・三(二五%溶液)ヲ一日四回反復ス、又同量ヲ筋肉内ニ注射ス。骨髓内注射トシテ體重一〇「キログラム」ニツキ〇・二五(二五%溶液)ヲ用キ速ニ痙攣ノ緩解ヲ見ルベク後再ビ痙攣ヲ起セルトキハ更ニ少量ノ注射ヲ行フベシ。食餌攝取不能及ビ嚔下困難ニ因リテ榮養不給ニ陥ルトキハ食鹽水ノ注射或ハ滋養浣腸法ヲ行フ。熱ニ對シテハ頭部ニ氷嚢ヲ貼シ氷枕ヲ置クベシ。

本症ノ診定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効著シ。豫防的ニ血清注射ヲ施ストキハ發病ヲ防止シ、或ハ發病スルモ比較的輕易ニ經過セシメ得ルノ利アリ。

五 狂犬病

狂犬病

狂犬病「ラビ」ハ狂犬病或ハ狂犬病潜伏期中ノ動物(最モ多キハ犬)ノ咬傷ニ因テ發ス。十八日乃至六十日或ハ數箇月ニ互ル潜伏期ノ後發病シ、初徴トシテ不眠、食思缺乏、精神亢奮或ハ鬱憂等アリ、次テ嚔下筋痙攣ニ因ル飲食不能ヲ來シ、反射興奮性ノ亢進、恐怖、躁狂狀態等ヲ呈ス。經過迅速、二日乃至四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因テ咬傷ヲ被リシトキハ、成

ルベク速ニ創傷部ヲ燒灼シ、或ハ之ニ藥物的處置ヲ施スベシ。發熱、嘔吐、苦性加里等ヲ以テスル腐蝕、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ストセバ、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氏豫防注射法ヲ開始ス、此法ハ毎日一回注射ヲ行ヒ、十八日ニシテ完了ス。既ニ發病セルモノニハ唯對症療法ノ一アルノミ。

狂犬病豫防注射法

ハ生活セル病原體ヲ以テスル免疫法ナリ。即チ狂犬病ノ長キ潜伏期間ニ於テ、毒作用無キ或ハ毒力弱キ病原體ヲ狂犬咬傷患者ニ接種シテ其發病ニ先チテ免疫セシメ、發病ヲ未發ニ防止セントスルニアリ。狂犬ノ腦ヨリ得タル病毒ヲ反復免テ通過セシムルトキハ、之レヲ人體ニ注射スルモ全く無害ニシテ症狀ヲ發セザルモノヲ得ルニ至ル、吾人ハ之レヲ接種材料ニ供スルナリ。今狂犬ヨリ得タル病毒(街上毒 Strassentoxin)ヲ兔ノ硬腦膜下ニ接種スレバ一定潜伏期ヲ以テ發病シテ斃死ス、此兔ノ腦ヲ取リテ第二ノ兔ニ接種スレバ潜伏期ハ稍、短縮ス、更ニ之レヲ反復シテ十數回ニ及ブトキハ終ニ七日ノ潜伏期ヲ以テ發病スルニ至ル、之レヲ固定毒 Virus fixe ト名ヅク、此固定毒ニ因テ斃レタル兔ノ脊髓ヲ取り、苛性加里ヲ容レタル廣口硝子瓶中ニ懸垂シテ乾燥セシムレバ、其毒ハ日ト共ニ漸ク減弱シ、第八日以上ノモノハ全く毒性ナキニ至ル、其乾燥ノ日數ニ從テ之レヲ第一日苗第一日苗等ト呼稱シ、其毒性弱キモノヨリ初メ漸次強毒ノモノニ及ビ之レヲ人體ニ注射ス。即チ乾燥日數ノ異ナル各種ヲ製シ、純、グリセリンニ浸漬シテ貯藏ス。用ニ臨ミ、其長サ〇・五仙迷ヲ取り、乳鉢ニ入レテ丁寧ニ研磨シ、後、之レニ殺菌食鹽水二〇ヲ加ヘ混攪シテ一回ノ皮下注射料トス。注射部位ハ肩胛間部ヲ選ブ。注射ノ順序及ビ持續ノ方式ハ各研究家多少趣ヲ異ニスルモ、今茲ニ北里研究所ニ於テ行ハルル注射法ヲ表示スレバ次ノ如シ。

注 射 日	注 射 苗
1	5
2	5
3	4
4	3
5	2
6	2
7	5
8	4
9	3
10	2
11	1
12	3
13	2
14	1
15	3
16	2
17	1
18	1

狂犬ノ診定

狂犬ノ診定 犬咬傷者アルトキ、之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。狂犬ハ七日以内ニ特有ノ病的症狀(初期ニ於テは、大テ狂狂期ニ入ルヤ、發作性燥狂、嗜咬、一種ノス、其經過ハ通例ヲ發スルヲ以テ之レヲ診定シ得ベシ。若シ犬既ニ斃死シ又ハ撲殺セラレタル場合ニアリテハ、其腦ノ一片・特ニ延髓ヲ取りテ「グリセリン」ニ漬シ、塚ニ入レテ密檢シ、研究所ニ送附スベシ。此材料ノ試験ニニアリ、一ハ之レヨリ塗末標本ヲ製シテチーグリ氏小體ヲ檢出スルト、一ハ兔ニ接種試験ヲ行フニアリ。

若シ加害犬不明ニシテ其犬ノ病否ヲ決スルニ便ナキトキハ、注射法施行ノ是非ニ就テ容易ニ之レヲ言明シ難キモ、狂犬病流行時ニ於テハ直チニ注射ヲ開始スルヲ安全ナリトス。殊ニ頭部ノ咬傷ニアリテハ宜シク之レヲ施行スベシ。一般ニ病犬不明ナル場合ニ於テハ吾人ハ常ニ注射法ノ實行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

放線狀菌病 Aktinomykose. 放線狀菌ニ因ス。下顎部及ビ頸部ニ好發シ、又腸管・就中廻盲部、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(放線狀菌塊 Aktinomycesstrussen)ヲ有ス。菌塊ハ帽針頭大、罌粟大ナル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因ル場合多ク、好ンデ頰部、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荒廢セシメ、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、亦往往甚ダ少数ニシテ注意シテ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。

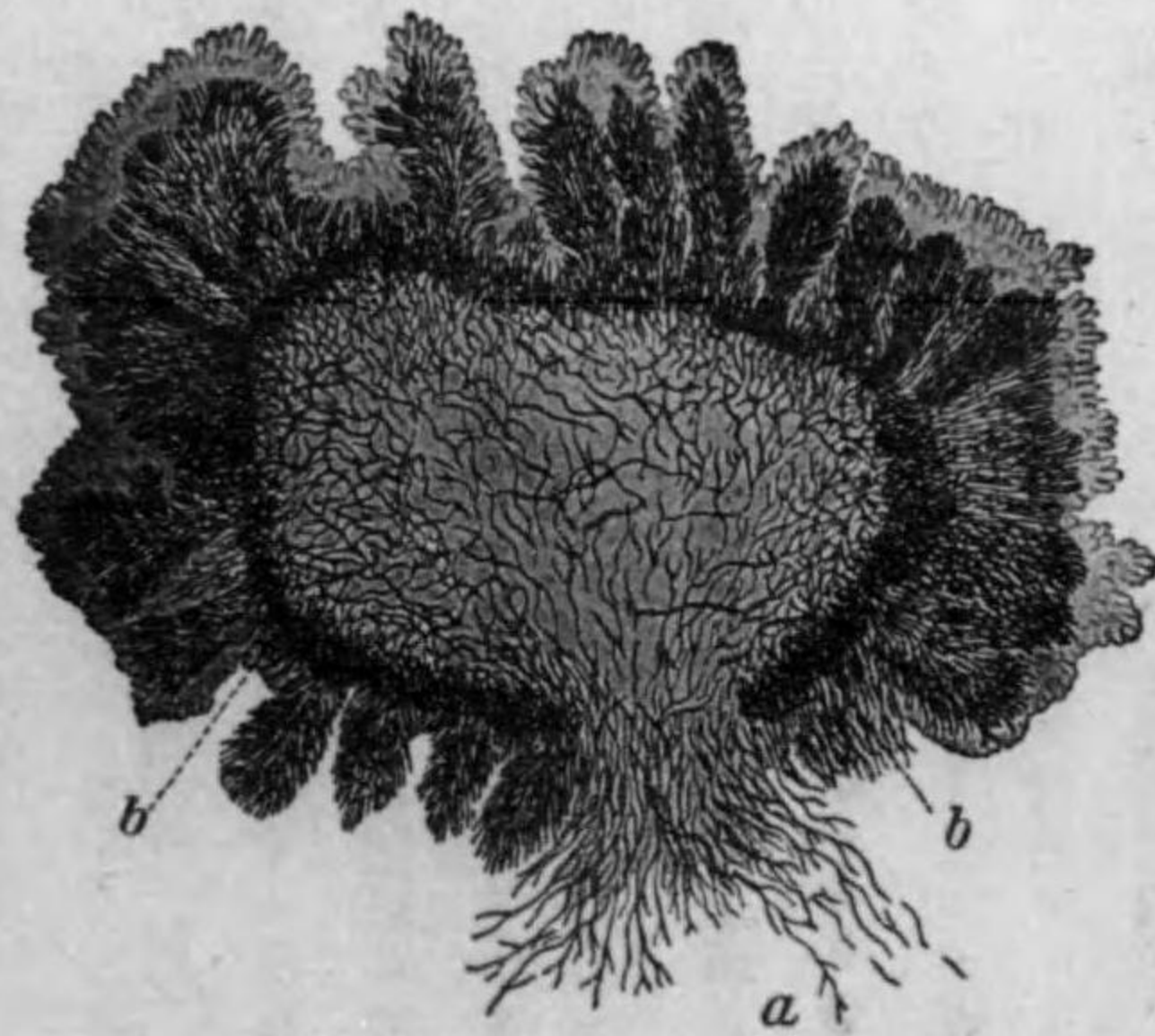
顆粒ヲ得タルトキハ之レヲ鏡檢ニ附スベシ、即チ之レヲ硝子間ニ壓迫破壊シテ顯微鏡下ニ檢スルトキハ網狀ヲ呈セル菌纖ヲ見ルベシ、必ズシモ染色ヲ要セザルモ、普通ノ「アニリン」色素若シクハグラム氏法ヲ以テ染色標本ヲ作ルヲ可トス。但シ變狀體ハ着色セズ。

皮下膿瘍ノ形成ナク、尙ホ深在性硬結ヲ呈スルニ止ル時期ニ於テハ、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値大ナリ。下顎骨膜炎・顎部蜂窠織炎等ノ症候ヲ呈シ、經過在再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。(大正八年一吉川)

神奈川縣・農家ノ一婦人、二十四歳。既往著患ナシ。大正七年十一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頬粘膜ニ一小隆起ヲ發生セリ。在再治癒セザルヲ以テ大正八年一月八日上海。某病院ニ於テ、耳前部膿瘍ノ切開ヲ受ケ、歸途ニ就キシガ、其途上内部腫起部自潰シ、其處ヨリ長サ五分太サ縫針大ノ麥穗破片ト思ハルモノヲ排出セリト云フ。後、此創口ハ内部外部共ニ漸次治癒ニ就キシモ、一月八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。二月ニ至リ、腫脹愈々甚ダシク、中央ニ於テ皮膚著シク緊張シテ漸次菲薄トナリ、同十日小切開ヲ受ケ少量ノ排膿アリ、一時腫脹大ニ減退セシモ、其後再び著膿部ヲ生ジ、同月下旬

第九十二圖 完全發育セザル放線狀菌塊面斷 (nach Bostroem)



更ニ二回切開ヲ受ケタリ。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一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、腫脹ヲ出現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 大正八年三月七月初診。體温三六・九、左頸側一般ニ輕度ノ腫脹ヲ呈シ。二箇ノ創口ト一箇ノ癢痕トニ依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依テ制限セラルルヲ見ル。創口ハ胸鎖乳頭筋中央ノ前縁及ビ後縁ニアリ、二口ヲ通ジテ一條ノ護膜管挿入セラレタリ。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性性硬固ナリ、但シ壓痛ナシ。口腔粘膜ニ異常ナク、蝕蝕アルモ齒齦ニ變化ナシ。且骨ノ肥厚ヲ觸レズ。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、腫起反復、在再治癒セザルハ、無熱無痛ノ現症ト相俟テ、此部ヲ好發地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大乃至粟粒大ノ顆粒數個ヲ得、之レヲ鏡檢ニ附シ、菌纖ヲ檢出シテ初メ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依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本症ト診斷セラレタル者ハ、切開シテ内容ヲ排除シ腔内ノ肉芽ヲ搔爬ス。切開ハ充分大ナルヲ要シ、以テ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。レントゲン線耀照ハ本症ニ著效アリ。内服ニハ沃度劑ヲ處ス。

脾脫疽

七 脾脫疽

脾脫疽 Miltbrandt. ハ脾脫疽桿菌ニ因シ、好シテ動物或ハ其屍體ニ接觸スル機會多キ者ニ發ス。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」 Miltbrandcarbunkel)ニアリテハ、二三日ノ潜伏期後、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赤色小疱(脾脫疽膿疱 Miltbrandpustel)ヲ形成ス。疱内液ノ膿性ヲ呈スルハ、多クハ化膿菌ノ混合傳染ニ因スルモノナリ。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、通常二週以內ニ脱落シ、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成スコトアリ、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。屢ニ顔面ノ脾脫疽「カルブンケル」ハ好シテ周圍ニ蔓延性水腫(脾脫疽水腫 Miltbrandodem)ヲ發ス、此浮腫性腫脹部ハ皮膚發赤シテ丹毒様ヲナスコトアリ。(脾脫疽丹毒 Miltbranderysipel)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二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、譫語ヲ放チ、又下痢ヲ起シ、増進スル衰弱ノ下ニ數日ニシテ虚説ニ陥リテ斃ル。局處脾脫疽ノ經過中ニ熱ヲ伴フ者ハ少數ナリ。K. Müllerニ據レバ其肺或ハ腸ヨリ傳染スルトキハ、重症肺炎、肋膜炎、重症腸加答兒等ノ症候ヲ發シ、速ニ全身の傳染ニ移行シテ急劇ニ死ノ轉歸ヲ取ルモノトス。

診斷 患者ノ職業、固有ノ「カルブンケル」、浮腫等ニ據リ診斷ス。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。但シ既ニ一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本菌ヲ證明ス。

脾脫疽菌ハ不動性桿菌ニシテ總テ「アニリン」色素ニ染色シ、グラム氏法ニテ着色ス。組織中及ビ培養基上ニ於テハ連結シテ鎖狀ヲナス、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。瘰癧下肺炎、癰疽、因ル内部的ノモノハ多クハ不良トス。

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戸ヲ開クノ危險アリ、鑷子ヲ用キテ結痂ヲ去ラズ、混合傳染ニ因ル膿瘍形成、淋巴腺化膿等ハ之レガ切開ヲ要ス。臨牀的觀察及ビ動物試驗ノ結果ニ依リ「サルバルサン」ハ本症ニ對シテ有效ナルモノト認めラル。

症例 顔面脾脫疽。(大正九年一吉川)

三十六歳、男子。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。大正九年九月二十二日理髮、同二十四日修善寺ニ至リ、二十六日歸京ス。同二十七日左頬下部下顎隅ノ稍々前方ニ於テ小丘疹ヲ生ジ、搔痒ノ感アリシガ、偶々其日安全剃刀ヲ用キテ自ラ顔面ヲ剃毛スルニ際シ、之レヲ破壊セリ。當時石鹼刷子ハ使用セザリシト云フ。然ルニ二十九日ニ至リ、其部分ニ小癩爛面ヲ生ジ、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、十月一日ニ至リテ、發赤部ハ益々其領ヲ加ヘ、左側頰部及前額部ノ左半ニ亘リ、更ニ前胸上部ニ及ビ、午後、體温俄然昇騰シテ四十度ニ達スト。同日午後八時招ニ應ジテ往キテ忠家ニ之レヲ診ル。當時ノ症徵次ノ如シ。

現症 體格榮養中等ノ男子、顔面潮紅、呼吸稍々促進シ、聊カ苦悶ノ狀アルモ、神識ニ異徵ナシ。體温三十九度五分、脈搏百至整強。胸腹内臟ニ異常ヲ認めズ。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、周縁部ハ堤防狀ニ腫起シ、觸診上直徑約二仙迷ノ硬結ヲ呈ス。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潮濕性腫脹ハ下顎縁ヲ超エテ側頸部及ビ前額部ノ左半ニ亘リ、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テ浮腫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

脾脫疽症例

痛亦輕度ナリ、同側顎下部ニ淋巴腺腫脹ヲ觸知ス、硬固ニシテ僅

ニ壓痛アリ。(第九十三圖)

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。爾來十餘年、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。則チ直ニ入院ヲ勸告シ、即夜林病院ニ收容セリ。

入院後直ニ僚友慈惠醫學士河合五郎君之レガ細菌學的検査ニ着手シ、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異ナカリシモ、十月三日ニ至リ腫脹稍々衰ヘ、午後ニ至リ體溫俄ニ下降シ、四日ニ至リテ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、原發病竈ハ萎小シ、浮腫ハ漸次減退シテ遂ニ消散シ、全經過參週ニシテ全ク治癒ニ就ケリ。十月六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セル脾脫疽ノ一例ナリ。

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巻法ヲ施セルノミ。十月六日ヲ初回トシ前後三回、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值ニ就テ之レヲ批判スルコト能ハズ。

因ニ本例ハ大正九年十一月十九日、第百九十九回東京外科集談會ニ於テ河合慈惠醫學士ノ報告セルモノト同一例ナリ。同氏ハ感染

第九十三圖 頰面脾脫疽



八 鼠毒症

ノ機會ニ就テ二十七日理髮所ニ於テ使用セル刷毛ヲ疑ヘリ。余モ亦同感ナリ。而シテ二十七日患者自ラ使用セル剃刀ノ刺戟ハ病勢ノ増進ヲ誘ヒ、一時彼ノ如キ急劇ナル炎症ノ擴延ヲ來シタルモノナルベシ。

鼠毒症 Rattenbisskrankheit ハ鼠咬ニ因ス、猫咬傷・鼯咬傷等ニシテ亦本症ヲ發起セル例アリ。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。

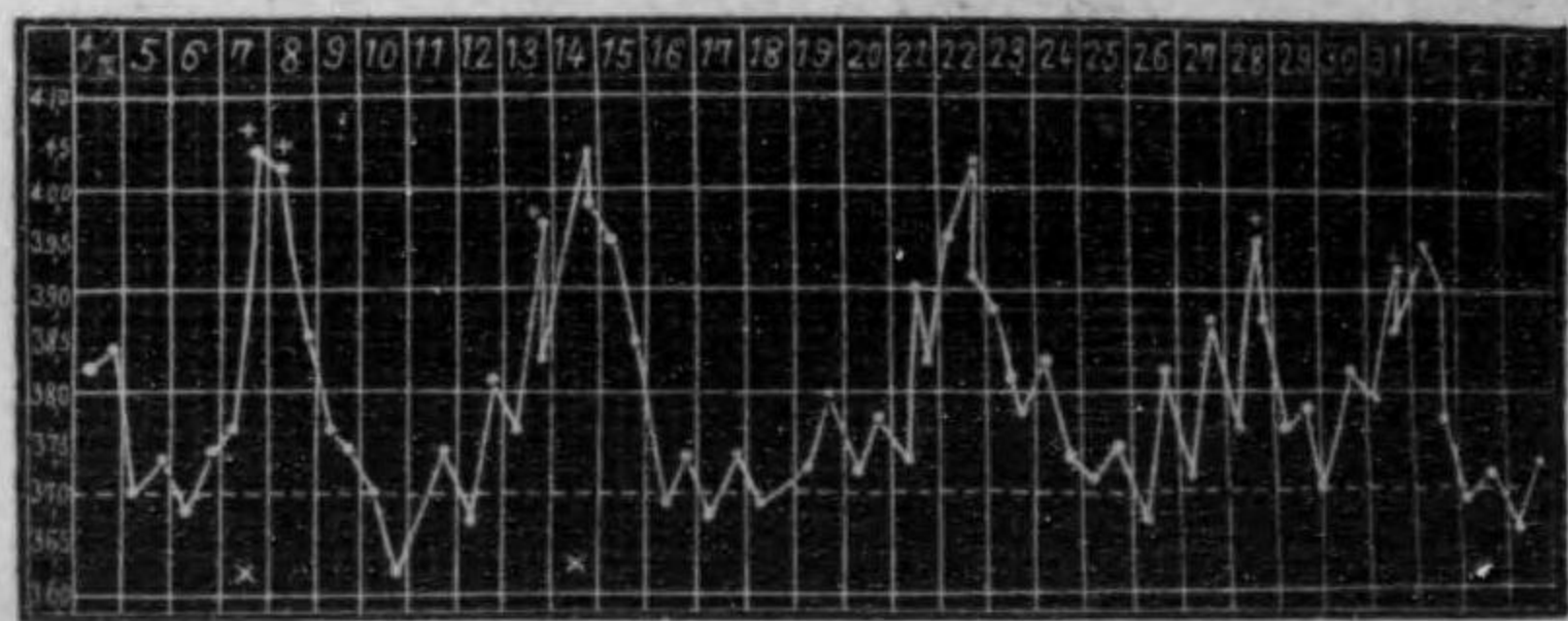
症候 潜伏期一乃至二週、稀ニ數月數年後發病ス。通例惡寒戰慄ヲ以テ發熱シ、咬傷部ハ多少ノ炎症ヲ起シ、淋巴管炎及ビ淋巴腺炎ヲ續發ス、熱ハ不正ニシテ弛張或ハ回歸熱型ヲ呈シ、三十八度乃至四十二度ニ達ス身體處處ノ皮膚ニ結節狀紫斑ヲ發ス。消化障礙、全身倦怠、筋痛等アリ。

診斷 既往ニ鼠咬傷アリ、不正間歇性熱發、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ニ因スル紅斑、蕁麻疹等ト鑑別ヲ要ス。

豫後 大概ネ良。通例二三週乃至二三箇月ニシテ治ス、或ハ年餘ニ亙ルコトアリ、但シ重症ニアリテハ死ノ轉歸ヲ取ルノ例アリ。

療法 「サルバルサン」ハ本症ニ對シテ著効アリ、又「イマミコール」、「アトキシル」等ノ注射効アリ。從來、番木鱈、砒石、揚曹等試ミラレタルモ奏効確實ナラズ。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。

第九十四圖 和辻博士ノ鼠毒症發熱作示ス



第二 腫瘍

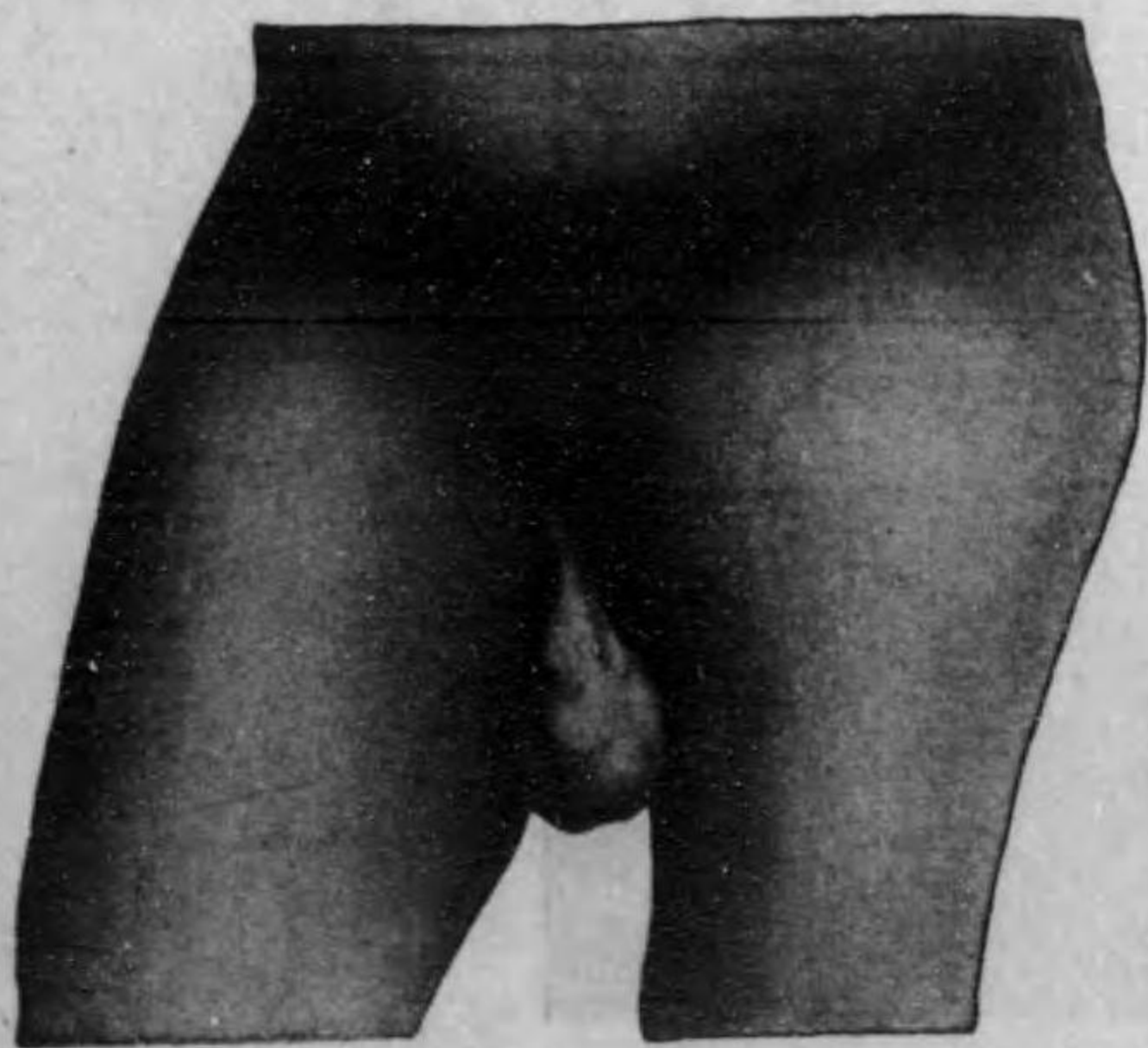
腫瘍
纖維腫

一 纖維腫

纖維腫 Fibrom. ハ身體到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。纖維腫ノ神經ヨリ發シ神經纖維ヲ混ゼルハ神經纖維腫 Neurofibrom ニシテ、骨膜ニ發シ軟骨或ハ骨組織ヲ混有スルモノハ軟骨纖維腫 Chondrofibrom 或ハ骨纖維腫 Osteofibrom トス。又血管ニ富メルモノアリ、或ハ淋巴管ニ富メルモノアリ。(Fibroma telangiectaticum od. F. lymphangiectaticum) 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、骨質モ亦爲メニ壓陷セラルルコトアリ、發育著大ニシテ貴要臟器爲メニ壓迫セラル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

第九十五圖
懸垂性皮膚纖維腫
(nach Lexer)



神經纖維腫

垂狀(第九十五圖)ヲナシ深在性ノモノハ唯硬結トシテ觸知セラル。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、其或モノハ有莖ニシテ懸垂ス。退行變性ヲ營メ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 周圍トノ境界著明ナルコト、周圍ト癒着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由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。皮下ニ發生セル纖維腫ハ粉瘤、皮膚樣囊腫等ト誤ルコトナキニアラズ、淋巴管內皮細胞腫ニシテ皮下ニ發セル者ハ纖維腫ト診斷セラレ別出鏡檢ニ附シテ初メテ判別セラルルモノアリ。又比較的硬固ナル纖維肉腫トノ鑑別ハ臨牀上往往不可能ニ屬ス、宜シク別出シテ組織的檢査ヲ行フベシ。

豫後 良

療法 孤發セル皮膚及皮下ノ纖維腫ハ之ヲ摘出スベシ、周圍トノ境界明ニシテ通例手術ノ容易ナルヲ常トス。多發セルモノニシテ全部ノ切除不可能ナルモノニアリテハ、其大サ及ビ部位ノ關係上煩累ヲナスモノヲ切除スベシ著大ナル腫瘍ニアリテハ一部ヅツ回ヲ重テテ之レガ除去ヲ施スベキコトアリ。

神經纖維腫

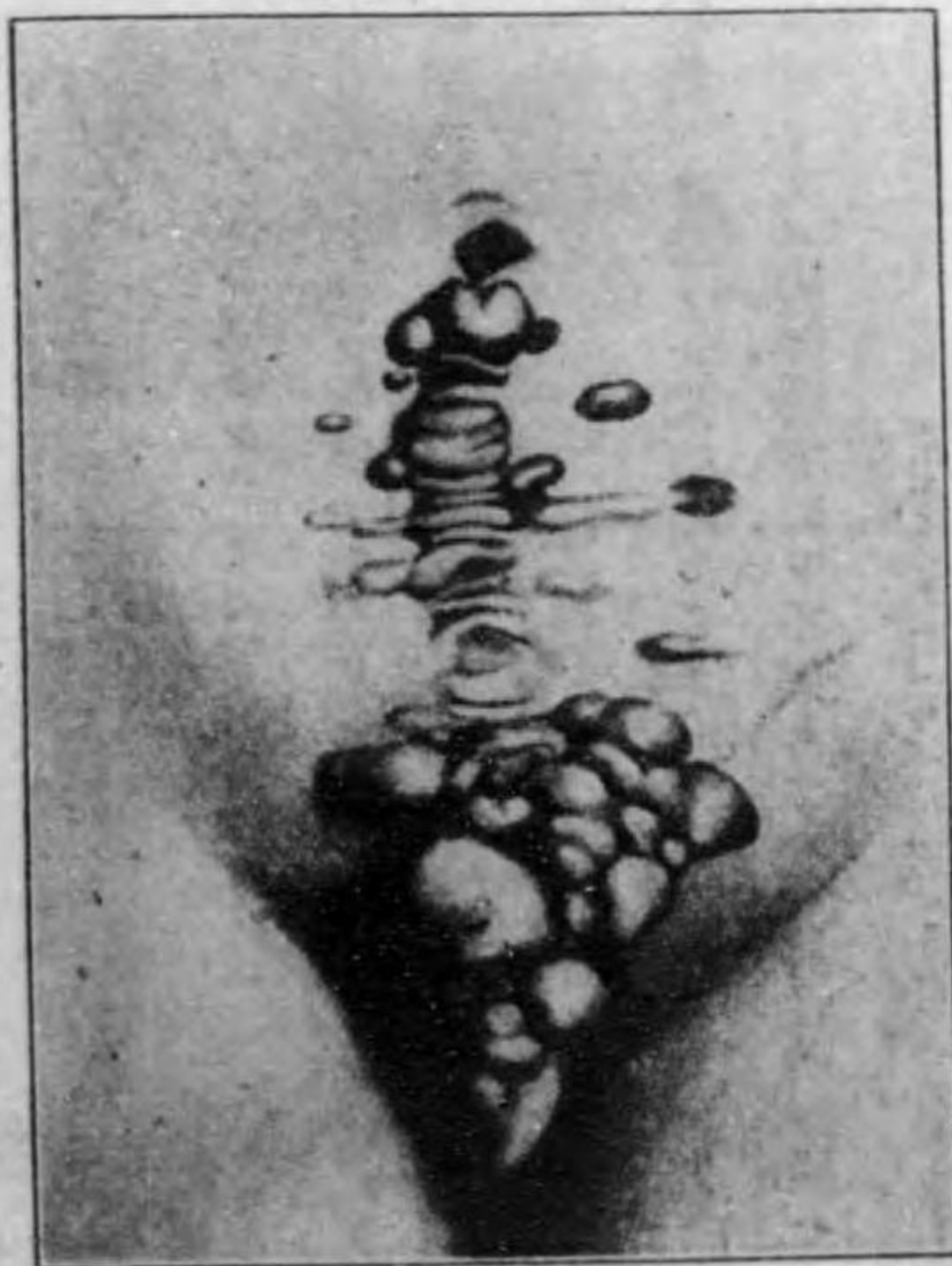
神經纖維腫 Neurofibrom. ハ神經結締織、內神經鞘及ビ神經周圍鞘等ヨリ發スル纖維腫ニシテ、神經組織ノミヨリ成ル眞性神經腫ト區別セラレテ、神經肉腫 惡性神經腫 Malignant Neurofibroma 神經粘液腫等ト共ニ假性神經腫ト呼稱セラル。眞性神經腫ハ甚ダ稀有ナルモ、本症ハ頻發スル腫瘍ナリ。

第九十六圖
皮膚纖維腫ノ斷面
(nach Lexer)



症候 皮下神経若シクハ皮神経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。又皮下神経ノ一部分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、Rankeineurom 卜謂フ。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着アリ且ツ多少ノ肥厚ヲ呈ス。

第九十七圖 腫足蟹ルセ發=痕創術腹開 (nach Lexer)



前出多發性軟性纖維腫ハ皮膚神經ニ發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 Nankeloid. 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、及ビ腐蝕創、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。該癩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着セズ、表面赤色ニシテ觸診上硬固ナリ。疼痛無キモ刺戟ヲ受クル部位ニアリテハ爲メニ屢、痒痛、灼痛等ヲ感ズ。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、治療ヲ得難シ、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、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、専ラ刺戟ノ防止ヲ講ズ、前條ノ理由ニテ切除ハ其効無シ。「チオジナミン」劑「フィプロリジン」會ノ發賣セルモノアリノ注射療法ハ蟹足腫ヲ吸收セシムト稱セラル、又本劑ヲ腫瘍自己ニ注射シテ奏効セシ證例アルモ常ニ劇痛ヲ伴フ。レントゲン線及ビ「ラヂウム」ハ一定ノ効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、三十歳乃至五十歳ニ多ク、又先天性ニ存スルコトアリ。
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瘤ヲ呈シ、稀ニ瀰蔓性ニ發育ス。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。又分葉間結締組織維ト皮膚ノ癒着ニ因ル皮膚ノ小窩形成ヲ見ル

第九十八圖 腫脂肪額前 (nach Lexer)



第九十九圖 腫脂肪 (說前髪千)



コトアリ、診断上ノ要徴ナリ。該小窩ハ腫瘤ヲ把握舉上スルトキハ更ニ著明ニ現出ス。

豫後 良

療法 手術的ニ全腫瘍ヲ剔出スベシ。小ニシテ障礙ナキ者ハ放置スルモ不可ナシ。

血管腫

三 血管腫

血管腫 Angiom. ハ頭髪部及顔面ニ好發ス。性状ニ由リ毛細血管擴張症 Telangiectasien(單純性血管腫 Haemorrhoidal simple) 空洞様血管腫 Angioma cavernosum及蔓狀血管腫 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、蔓狀ニ蜿蜒セラル動脈ニ由リ著シキ凸凹ヲ呈スル搏動性腫瘍ヲ皮下ニ形成ス。血管腫ハ其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

圖 百 第 耳輪海綿樣血管腫



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

ニ全治ヲ期シ得ベク、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ニアリテ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療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因ル致命的危險アリ。

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以テスル燒灼法奏効ス、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

圖 一 百 第 先天性海綿樣淋巴管腫 (nach Lexer)



壓迫ヲ目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ナルトキハ剔出スベシ、或ハ又電氣燒灼法ヲ施ス。猶、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(最モ多ク外頸動脈ニ本症ヲ發ス)ニ向テ壓迫法或ハ結紮法ヲ試ム、但シ此法ハ奏効一時的ニシテ、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ニ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。

淋巴管腫

四 淋巴管腫

淋巴管腫 Lymphangiom. 海绵様淋巴管腫 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、側頸等ニ好發シ、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ル、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。海绵性淋巴管腫ハ柔軟ニシテ境界不明ナル瀰蔓性腫脹ヲ呈シ、皮膚ハ變常ナク、或ハ僅カニ黃色若シクハ赤色ヲ呈シ腫瘍上ニ之レヲ撮起スルコトヲ得ズ。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弾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。猶兩者ノ移行型ニ屬スルモノアリ。

自覺症狀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狀ヲ呈スルニ至ル、就中頸部ニ於ケル著大ナル腫瘍ハ氣道・食道・大血管等ノ壓迫症狀ヲ起スコトアリ。

診斷 好發部位ニ於ケル先天性腫瘤、並ニ其特有ノ性状ニ由テ診斷ス。腮腺腫、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、其著大ナル發育ニ因ル周圍ノ壓迫及ビ化膿ハ致死的危險アリ。療法 被囊性ノモノハ之レヲ剔出ス。注意シテ鈍性

先天性的囊腫性淋巴管腫 (nach Lexer)



軟骨腫

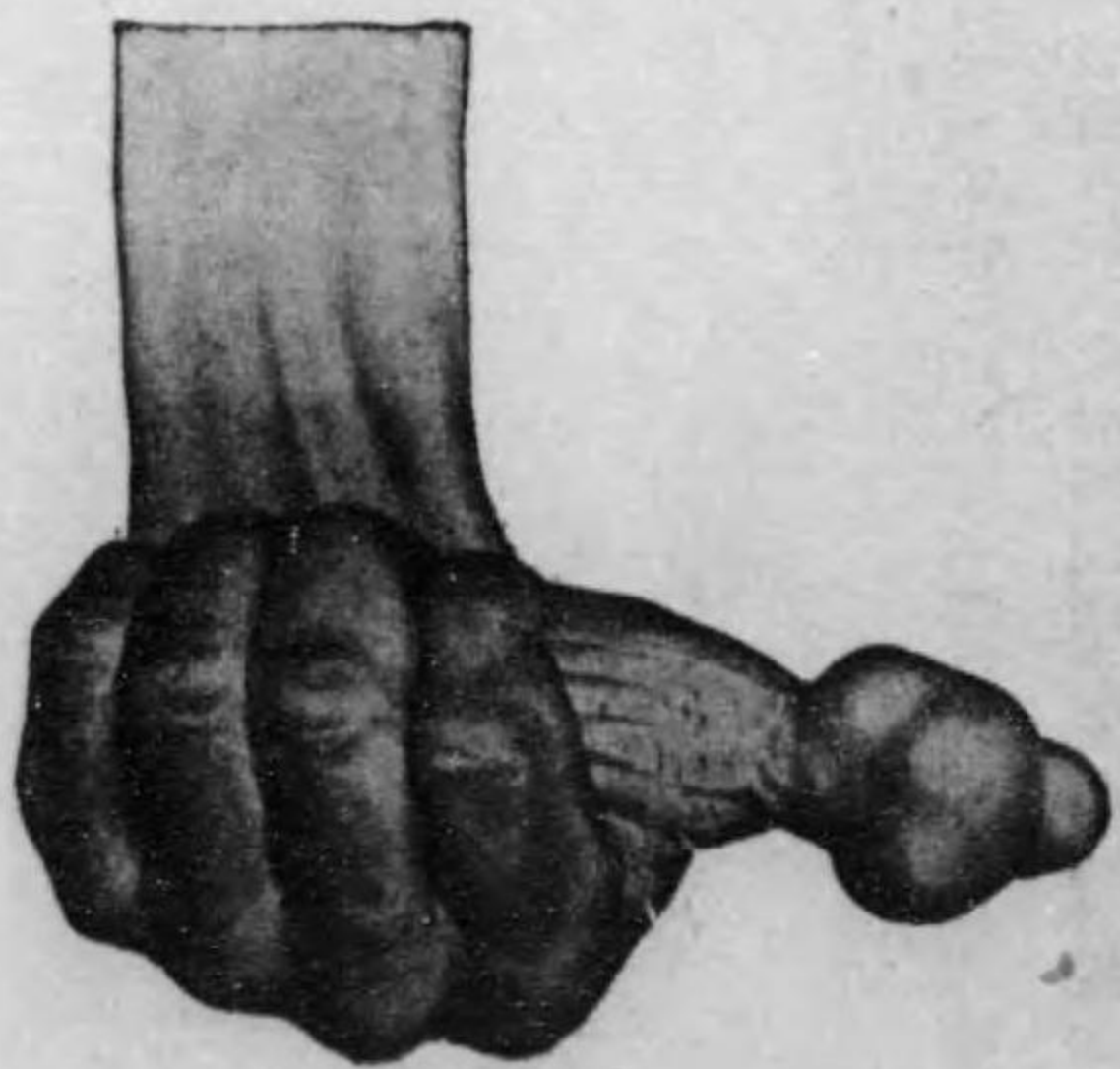
ニ剝離スルトキハ囊ヲ破傷スルコトナク全腫瘍ヲ剔出シ得、皮膚ノ癒着セル部分ハ皮膚ヲ腫瘍ト共ニ除去スベシ。海绵性ノモノニ向テハ切除法・焼灼法共ニ危險アリ、又「アルコホル」、沃度丁幾、一%格魯兒亞鉛液等ノ注入法時トシテ奏効スルコトアルモ亦全ク危險ナキヲ保セズ。

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、猶ホ骨盤骨、肩胛骨等ニ生ズ。稀ニ顎骨、肋骨、頭蓋骨ニ發生シ、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、橫膈膜・生殖腺・中狀腺・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。本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依リ骨ト連結シ、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

第三篇 軟骨腫



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迅速ニ發育シ且ツ轉移スルコトアリ。(軟骨肉腫 Chondrosarkom) 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因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癒着ナキ發育緩慢ナル腫瘍等ヲ以テ診斷ノ根據トス。骨腫トノ區別ハレントゲン線ニ依ル。中心性軟骨腫ハ骨形ノ一般の腫大ヲ呈スルヲ以テ慢性炎症性疾患又ハ骨髓肉腫ト誤診セララルコトアリ、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、軟骨腫ニアリテハ其中心性ナルトキモ表面ニ於テ多少不規則ナル凸凹ヲ觸知ス、猶ホX線診斷ヲ應用スベシ。軟部ニ發生シタル軟骨腫モ、無痛性ニシテ硬固ナル結節ノ形成、其緩慢ナル發育著明ナル境界、好發部位等ニ由リテ之レヲ診斷ス。

肉腫ノ混合及ビ肉腫變性如何ニ顧慮スベシ。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爲メニ手術ヲ施スベキ場合多シトス。腫瘍ノ性質明確ナラザルトキ又ハ發育迅速ナ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胸腔ヲ搔爬ス。骨折ヲ起サシムル勿レ。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コトアリ。小骨手足骨等指趾骨等ニ發生セル著大ナル腫瘍、若シクハ著シキ骨質ノ破壞ニ當リテハ一骨或ハ指趾ノ除去ヲ要スルコトアリ。小ニシテ障礙無ク、然カモ部位的關係上手術困難ナルモノハ宜シク之レヲ放置スルニ如カズ。又著大ナル骨盤骨軟骨腫ノ如キハ手術不可能ニ屬ス。

六 骨腫

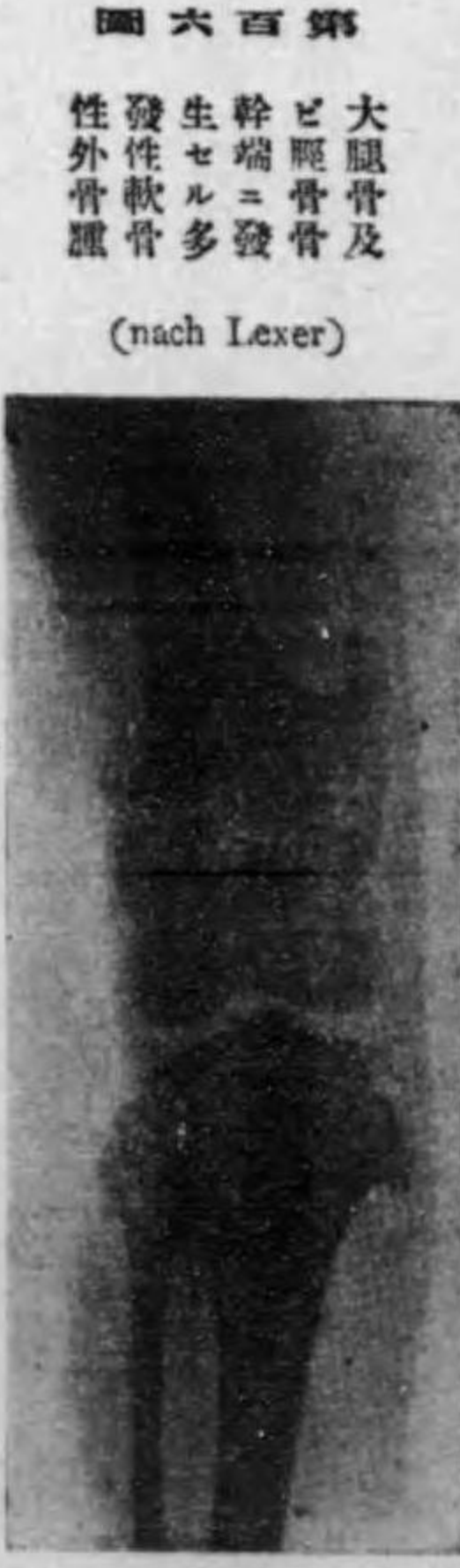
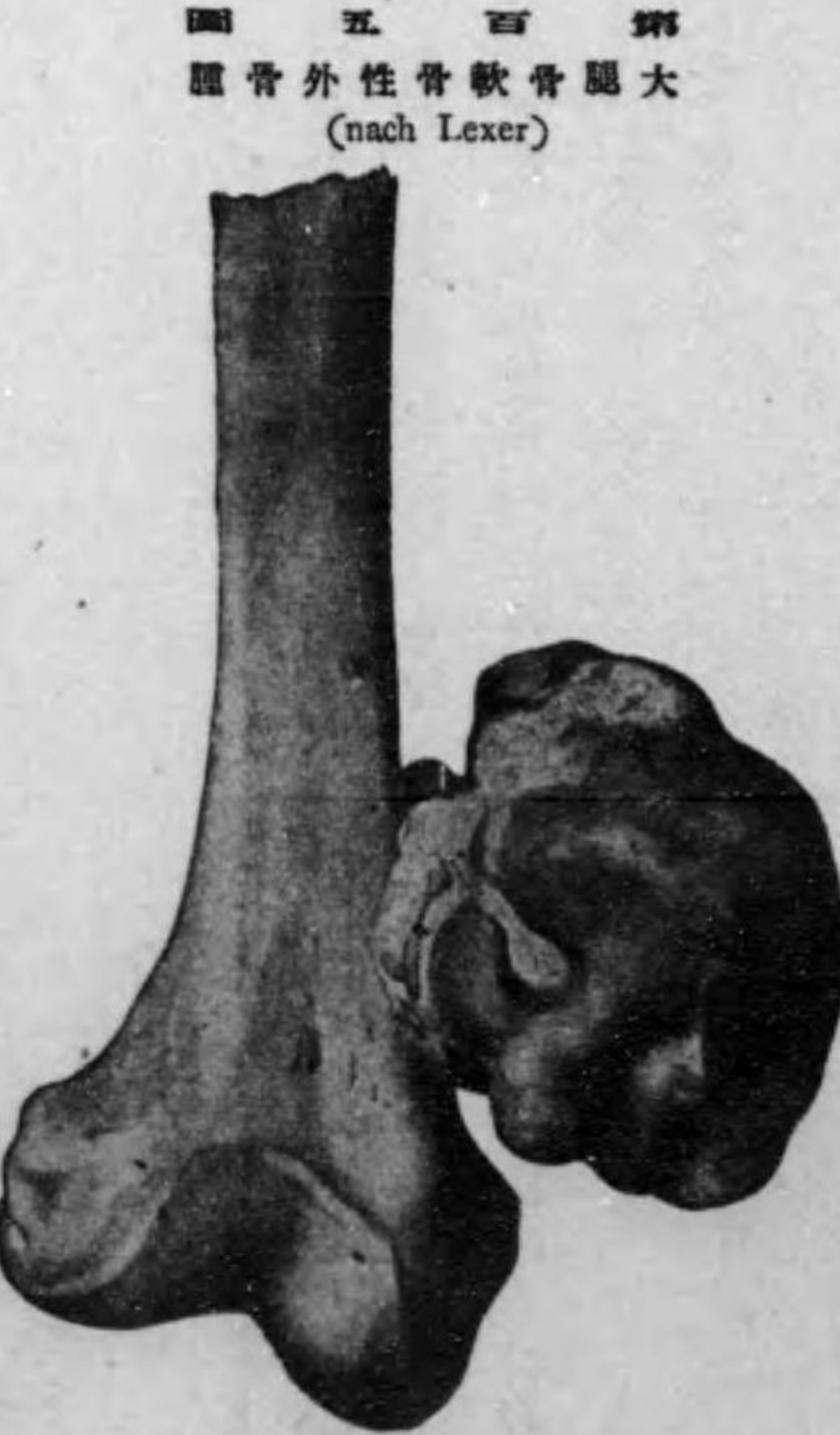
骨腫 Osteom. ハ主トシテ骨格系統ニ發生シ、單發又ハ好シテ多發ス。偶、骨系統以外ノ部氣管、腸、肺、陰莖等ニ發スルコトナキニ非ルモ稀ナリ。骨腫ニシテ骨ノ表面ニ向テ發育スルヲ外骨腫 Enostose、骨質ノ内部ニ發育スルモノヲ内骨腫 Enostose ト云フ。外骨腫多ク内骨腫ハ稀ナリ。又外骨腫ニ軟骨性外骨腫ト結締織性(或ハ骨膜性)外骨腫ヲ區別ス。結締織性外骨腫ハ稀ニシテ軟骨性外骨腫ヲ多シトス。

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窿部、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着ス。發育徐徐ニシテ、無痛性、表面ハ平滑或ハ凸凹不規則ナリ。腫瘍ノ發育ニ因リテ骨ノ發育障礙ヲ來シ



一三〇



一三一

爲メニ往往著シキ畸形ヲ生ズ。之レニ因テ運動障礙ヲ來シ、猶、周圍ノ神經、血管其他臟器ノ壓迫症狀神經痛、循環障礙、眼球壓迫、膝壓迫等ヲ呈ス。

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、骨トノ關係等ニ據リテ診斷ス。軟骨性外骨腫ト軟骨腫トノ別ハレントゲン線ニ依ル。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依リテ初メテ確診セラルルモノトス。

療法 軟骨腫ノ療法ニ倣フベシ。

七 粘液腫

粘液腫 Myxom. ノ發生部位ハ皮膚、皮下組織、筋間結締組織、腹膜後部、粘液囊、筋膜、骨膜、骨髓、或中長管狀骨 腦膜、脊髄被膜、神經結締織、乳腺、卵巢、辜丸、精系、心臟、腎臟、肝臟、肺臟、臍帶ノ痕跡於テ等ノ組織トス。就中大腿部ニ好發シ、皮膚、皮下、筋間、筋膜、膝關節粘液囊等ヨリス 又上肢及ビ臀部並ニ外陰部、頸部、顔面、頭部、眼窩等ニ見ル。猶又、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 眞或ハ粘液肉腫 Myxosarkom 性惡ノ型ヲナスヲ常トス、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形成シ、被膜ヲ破壊シテ周圍ニ浸潤シ、境界ヲ失ヒ、皮膚ニ癒着シテ之レヲ破壊シ、又轉移ヲ形成ス。

四百七 右大腸筋膜ヨリ發ル七種結核性肉腫



診斷 固有ノ硬度ヲ有シ、發育迅速ニシテ、境界不明ナル著大ノ腫瘍ヲ呈シ、試験的穿刺ニ依リテ索縷性液ヲ證明スル者ハ粘液肉腫ナリ。

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蝦蟇腫、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アリテハ近圍組織ノ切除ヲ兼ヌル腫瘍ノ除去ヲ施シ、或ハ四肢ニアリテハ切斷術ヲ要ス。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。

八 肉腫

肉腫 Sarkom. ハ結締織系統ノ悪性腫瘍ニ屬ス。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。肉腫ハ組織性狀ニ由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、リップルトハ之レヲ次ノ如ク分類セリ。

一 全支柱組織 Gesamtes Stützgewebe ノ細胞ヨリ成ル肉腫

A 結締織性肉腫、即、單純肉腫 Bindegewebiges Sarkom

B 軟骨肉腫 Chondrosarkom

C 骨肉腫 Osteosarkom

二 淋巴球類似ノ細胞 Lymphkörperchenähnliche Zellen ヨリ成ル肉腫

A 淋巴肉腫 Lymphsarkom

B 綠腫 Chlorom

- C 悪性淋巴瘤腫 Malignes Lymphom 本書ニ於テ本症ハ後章「淋巴瘤疾患」中ニ納ム
- 三 粘液組織ヨリ成ル肉腫、即、粘液肉腫 Myxosarkom 前節「粘液腫」ヲ参照ス、ヤシ
- 四 有色素細胞ヨリ成ル肉腫、即、色素肉腫 Melanom

結締織性肉腫

一 結締織性肉腫

結締織性肉腫 Bindegewebiges Sarkom. ハ之レヲ構成セル細胞ノ種類ニ依テ小圓形細胞肉腫、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、又腫瘍ノ性状ニ從テ硬性軟性ノ別ヲ設ケ得ベシ。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。

肉腫ノ此種類ハ皮膚、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、甲状腺、攝護腺、辜丸、耳下腺、腎臟、子宮、肺臟、助膜、腹膜、縦隔竇等ニ生ズ。本症ハ最モ多ク壯年期ニ發ス。

症候 腫瘍ノ性状^{形状、色澤、硬度}、^{發育ノ速度等}及ビ腫瘍ニ因テ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其程度等ニ從テ甚ダ多般ナリトス。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局限性結節狀ヲナスコトアルモ、多クハ瀰漫性浸潤性ニ發

八 百 第
腫肉胞細形圓ノ膚皮部頰
(nach Lexer)



育ス、從テ健康部トノ境界明ナラザルモノ多ク、容易ニ周圍ト癒着ス、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。腫瘍ハ屢、退行變性若シクハ壞疽ノ結果、軟化崩壊シテ空洞ヲ生ジ、或ハ潰瘍ヲ形成シ、又爲メニ出血ヲ起スコトアリ。肉腫ハ轉移形成ヲ營ム、^{轉移ハ最モ多ク圓形細胞肉腫ニ於テ來ル}即チ淋巴管ヲ經テ近圍ニ、淋巴管ヲ經テ淋巴腺ニ、^{但シ淋巴腺轉移ハ稀ニ比シ稀ナリ}血管ヲ經テ肺臟、肝臟、脾臟、腎臟、骨髓等ニ^{稀ニ比シ轉移}移ス。全身症狀トシテ漸進スル貧血、衰弱、惡液質等ヲ來シ、又往往熱候ヲ徵ス。其他腫瘍ノ癒着・壓迫等ニ因テ近圍ノ臟器ヨリ發起スル諸徵候、就中疼痛及ビ機能障礙ヲ呈ス。

腫瘍各箇ノ性状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可シ。

- 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、初メ局限性ニシテ移動性アルモ、後、周圍ト癒着シ且ツ迅速ニ増大ス。皮膚ト癒着シ、後、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、^{稀ニ比シ稀ナリ}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ルモノトス。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爲ス。骨ヲ包圍シテ發育スルトキハ爲メニ其發生地ノ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 筋膜及血管鞘ノ肉腫 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ナリ、從テ比較的良性ノモノニ屬ス。部位的關係上外襲ニ因テ出血ヲ起スノ結果、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

骨膜及骨髓肉腫

ニ等シク、壓迫スレバ疼痛アリ。唯發育ノ較速ナルヲ以テ纖維腫ト區別スベシ。
八 骨膜及骨髓肉腫 骨膜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容ルル紡錘形細胞
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
就中大腿ノ骨ノ下端ニ發シ、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、亦比較的良性ニ屬ス。但シ臨牀上骨肉腫
ト區別スルコト難シ。

診斷 腫瘍ノ性状、年齢、好發部位等ヲ以テ診定ス、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ルルコトアリ、既往症及ビ爾餘ノ徵毒徵候ノ存否ニ注意スベク、又血清反應ヲ檢スベシ。淋巴腺肉腫、軟骨肉腫、粘液肉腫等ハ臨牀上結締織肉腫ト區別スル能ハズ、反之色素肉腫ハ色素ノ存在ニ依リ、骨肉腫ハ硬度及ビ部位ノ關係ニ依リテ鑑別スルヲ得ベシ。
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ルレバ永久の治療ヲ望ミ得ベシ。本症經過ノ長短ハ腫瘍細胞ノ種類ニ因テ異ナルモ、寧ロ主トシテ所患臟器ノ如何ニ關ス。腦、縱隔實等ニ發セルモノハ最モ不良ニシテ經過迅速ナリ

療法 成ルベク早期ニ全別出術ヲ施スベシ、四肢ニアリテハ切斷術ヲ強要セラルル場合多シ。手術ヲ行ヒ得ザルモノニハ唯對症の處置アルノミ、近時「ラヂウム」療法及ビレントゲン療法試

ミラル。第三篇中「レントゲン線療法」ラヂウム療法ノ條下参照

軟骨肉腫

軟骨肉腫 Chondrosarkom. ハ多ク骨格ヨリ出デ、稀ニ軟部ヨリ發シ、又發生

圖九百第 腫肉膜筋廣骨腿大 (nach Lexer)



骨肉腫

上極メテ類似シ且ツ發生ノ地ヲ同フスル軟骨腫ヨリ生ズ。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 Osteosarkom. ニ骨膜性骨肉腫 Periosteale Osteosarkome 及ビ骨髓性骨肉腫 Myelogene Osteosarkome ノ別アリ。最モ多ク長管狀骨端ニ生ジ、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。骨系統外筋膜、筋間結締織、乳腺、精索等ニ發スルコトナキニ非ルモ甚ダ稀ナリ。本症ハ發育期ノ年齢ニ最モ多シ。

症候 骨膜性骨肉腫ハ初メ骨面ノ一局部ニ隆起ヲ生ジ、骨髓性ノ者ニアリテハ當該骨ノ瀰漫性腫脹管狀骨ニアリテハ紡錘狀腫大ヲ呈ス。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、發育スルニ從ヒテ部分的或ハ一般性ニ弾力性或ハ假性波動ヲ呈スルニ至ル。又血管ニ富ムモノニアリテハ搏動ヲ觸知ス。聽診上雜音初期ニ於テ腫瘍ハ境界明ナルモ、特ニ骨髓性ノモノニ於テ後、軟部モ亦侵サルルニ至ルトキハ、腫脹瀰漫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ビシメ、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、終ニ皮膚ヲ破壊シテ潰瘍ヲ形成ス。肉腫潰瘍ハ出血シ易ク、又容易ニ腐敗性炎症ヲ誘發ス。其他骨關節自己ノ變化及ビ筋肉ノ侵襲ニ因ル運動障礙、神經血管ノ癒着・包裹・破壊等ニ因ル神經痛・麻痺及ビ循環障礙貧血、鬱血、皮等アリ。又腫瘍ノ部位ニ從ツ

圖十百第 腫肉骨骨膝 (nach Lexer)



圖一十百第 腫肉骨性髓骨端下骨腿大 (nach Lexer)



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。轉移ハ最多ク肺臟ニ於テ、稀ニ淋巴腺ニ於テス。

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^{肺症狀及ビ血性助腺滲出物}セララル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^{骨髓性ノモノニ於テハ管狀骨ノ紡錘形腫大、比較的早期ノ特發骨折等ヲ要ス}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確立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レバ足ル場合多シ。

鑑別 (1)管狀骨端ニ於テ骨ノ平等の腫脹ヲ來シ、隣接關節ニ滲出物ヲ生ジタルモノハ骨髓性骨肉腫ニア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、骨保護腫、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ベク、又往往細菌侵入ノ門戸ヲ證明ス。骨保護腫モ亦發育迅速ニシテ早期ニ皮膚ノ潮紅ヲ起ス。猶、既往症・爾餘微毒症狀ノ現存・驅徵法ノ奏効等ニ依テ鑑別ス。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

第百二十圖 上骨端ノ骨肉腫 (nach Lexer)



ルハ末期ニ屬ス、遺傳・既往歴・結核體質・他ノ結核病竈ノ存在等ニ注意ス可シ。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、觸診上或ハ又線検査上骨性被殻ヲ認知スベシ。^{骨肉腫ニアリテモ亦結核等ニ於ケルガ如ク、往往發熱スルコトアリ}(2)骨表面ノ一部ニ於テ關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。疑ハシキトキハ試驗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^{瘤腫及}ト誤ルコトナキアラズ。一般ニレントゲン線診斷ハ本症ノ識別上重要ナリ。

第百三十圖 大股骨ノ骨肉腫 (後前)



豫後 不良。但シ早期ニ全剔出若シクハ所患肢節ノ切断ヲ施ストキハ永續治療ノ望ナキニ非ズ殊、ニ硬性^{巨大細限}腫瘍ノモ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可シ。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ヌ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断或ハ離斷ヲ施スベク、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ヌル腫瘍ノ全剔出ヲ行フベシ。^{眼窩肉腫ニアリテハ眼球剔出ヲ兼ヌ}四肢ノ肉腫ハ

屢、附着筋ヲ傳ヒ、關節ヲ超エテ蔓延スルコトアリ、斯カル場合ニハ腫瘍現存部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。

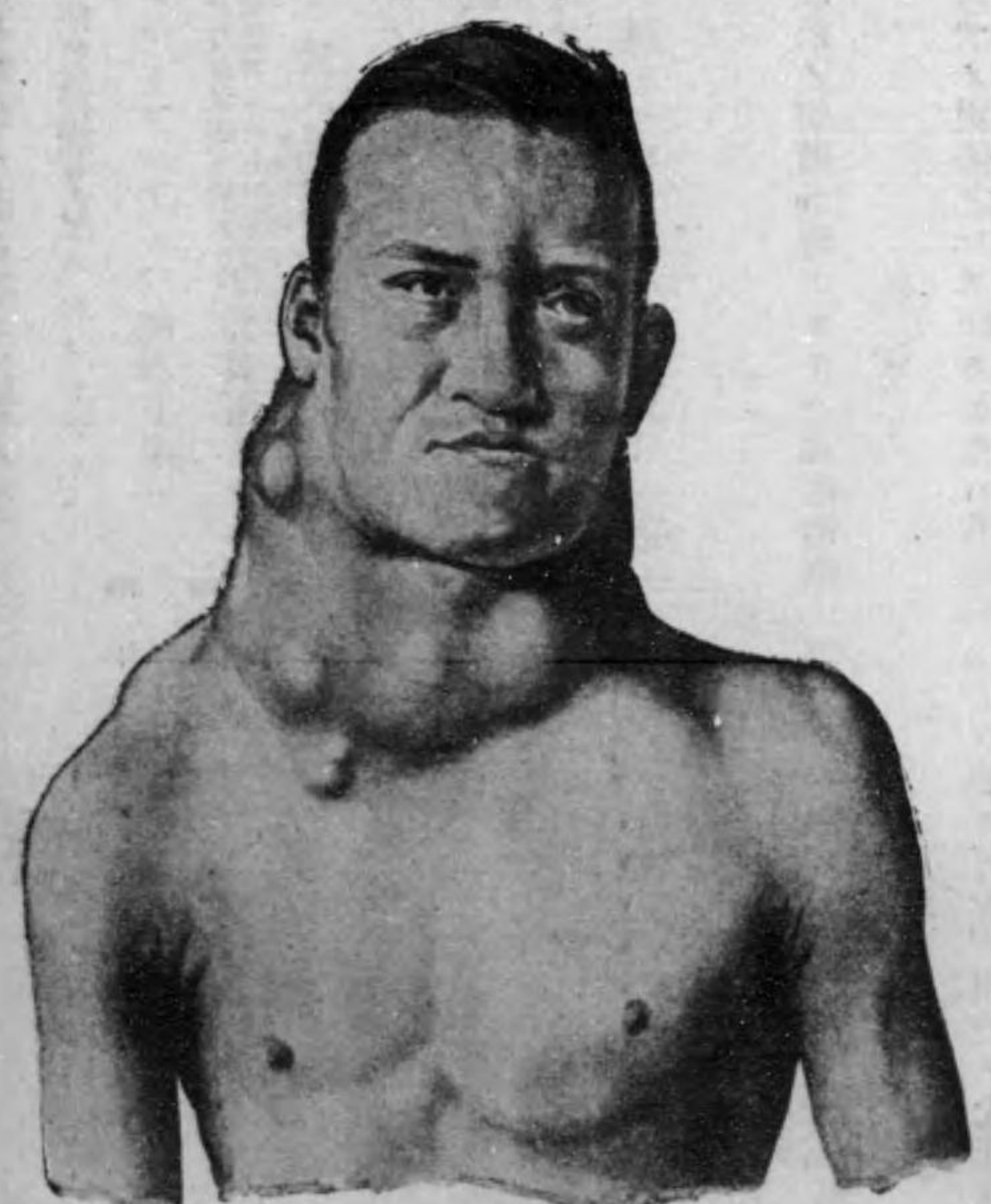
淋巴肉腫

四 淋巴肉腫

淋巴肉腫 Lymphosarkom. ハ淋巴球様細胞ニテ形成セララル腫瘍ニシテ、淋巴腺ニ好發ス。就中頸、腋窩、腹股、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、腺ノ被膜ヲ破壊シ、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着ス。皮膚ハ後、終ニ破壊セラレ、腫瘍ハ爲メニ腐敗性炎症ヲ續發ス。末期ニ於テハ熱發アリ、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發起シ、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ルコトアリ。

圖 四 十 百 第
腫 肉 巴 淋
(nach Lexer)



テ診斷ス。

豫後 不良。早期全別出ヲ行フモ猶ホ再發ヲ免カルル場合少ナシ。療法 早期ニ全別出ヲ施スベシ。

色素肉腫

五 色素肉腫

色素肉腫 Melanosarkom. ハ眼球・皮膚最多ク先天性色素斑・粘膜炎ニ發ス。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、直腸等ノ粘膜炎ニ生ズルコトアリ。本腫瘍ハ各年齡ニ發ス。

症候 皮膚ニ發スルヤ黃褐色、黒褐色、或ハ濃黒色ヲ呈スル表面ニ於テハ往往此アリト球形結節狀、廣基底性或ハ菌狀ノ硬結ヲ發シ、初メ徐徐ニ、後テ迅速ニ増大シ、浸潤性ニ蔓延ス。當初菲薄ナル表皮ヲ以テ被ハルルモ、後、直ニ潰瘍ヲ形成シ、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。腫瘍ノ硬度ハ一樣ナラズ、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

圖 五 十 百 第
腫 肉 素 色
(nach Lexer)



圖 六 十 百 第
腫 肉 素 色 趾 足
(nach Lexer)



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、更ニ血管性轉移胸腺内腺、膈、脾、腎ヲ營ム。其他急進スル貧血及ビ衰弱ノ徵候ヲ呈シ、猶、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。

診斷 特有ノ色澤及ビ好發部位已存ノ色素斑ニ據テ診斷ス、又迅速ナル發育ニ據テ直チニ其惡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ンデ再發ス。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クハ及ビ所屬淋巴腺部ノ清掃淋巴腺ヲ周圍脂肪組織ト共ニ除去ス。已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、猶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。腐蝕、淺表的燒灼等ハ効空シク反テ刺激ヲ色素斑、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。

九 内皮細胞腫

内皮細胞腫
淋巴管内皮細胞腫

一 **淋巴管内皮細胞腫** Lymphangioendothelium 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、猶ホ唾液腺、生殖腺、助膜、腹膜、骨等ニ發スルコトアリ。

二 **血管内皮細胞腫** Haemangioendothelium 諸臟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

圖七十七第
腫肉紫色腹指
(nach Lexer)



血管外皮腫

シ、轉移ヲ形成スルコト稀ナリ。
三 **血管外皮腫** Perithelium 特ニ腦膜及ビ腦髓ニ於テ限局性結節或ハ浸潤性硬結トシテ生ジ、又口唇、頰部等ノ皮下組織、筋、骨其ノ他諸臟器ニ來ルコトアリ。
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ヲ常トス。皮膚ニ發セル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 剔出ス。

一〇 皮膚様囊腫

皮膚様囊腫

皮膚様囊腫 Dermoid cyste. 頭部、顔面特ニ眉毛部、外眥部、大顎門部、乳嘴突起部、限窩等ニ好發シ、猶、頸部縦隔竇、腹膜、卵巢、辜丸等ニ發ス。
症候 皮下ニ於ケル皮膚様囊腫ハ、球形ニシテ彈性アリ、周圍トノ境界著明ニシテ、皮下ニ移動スル無痛性ノ腫瘍ヲ呈ス。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、皮膚ト癒着ナキ移動性腫瘍ニ注意ス。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

圖八十八第
腫囊様皮膚部毛眉右



コト亦多シ。
 鑑別。粉瘤、ニアリテハ皮膚ハ腫瘍ト癒着ス。大頰門部ノモノハ「ヘルニア」ト鑑別スベシ、「ヘルニア」ニアリテハ啼泣、咳嗽、怒責等ニ際シテ其緊張加ハリ且ツ増大シ、壓迫ニ因リテ縮小ス。
 療法。剔出術ヲ行フ。第三皮膚及皮膚疾患
中粉瘤剔出手術ヲ参照

一 一 上皮嚢腫

上皮嚢腫 Epithelzyste. ハ損傷切創、刺創、異物創、銃創等ニ際シテ皮膚組織ノ一部ガ深部ニ埋入スルニ因リテ發ス。(外傷性上皮嚢腫 Traumatische Epithelzyste) 從テ内容ハ皮膚ノ産物ニシテ皮膚様嚢腫、粉瘤等ノ内容ト一致ス。

指ノ屈曲面及ビ手掌ニ於テ好發シ、掌筋膜或ハ腱鞘上ニ於テ皮下ニ發ス、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。當該部皮膚ニ小癬痕刺創ヲ認ムルコトアリ。

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、本症ハ皮膚ト癒着シ、往往癬痕ヲ認ム、試験的穿刺ニ依リ、各固有ノ内容ヲ證明ス、上皮嚢腫ノ内容ハ屢濃厚ニシテ之レヲ吸引シ得ザルコトアリ。猶、脂肪腫、纖維腫等ト鑑別スベシ。

療法。剔出スルニ在リ。

第九十頁 上 皮 嚢 腫



一 二 眞珠腫

眞珠腫 Perlegeschwulst, Cholesteatom. ハ白色眞珠様光澤ヲ有スル屑狀固形物コレステアリアヲ包有スル、一種ノ上皮性嚢腫ニシテ、外聽道、中耳、軟腦膜、泌尿器、乳腺等ニ發ス。

症候。徐徐ニ發育スル被嚢性腫瘍層狀上皮細胞ヲニシテ、漸次ニ周圍ヲ壓迫ス、壓迫骨モ亦之レガ壓迫ニ因リテ萎縮ニ陥ルコトアリ。

診斷。固有ノ内容ニ依リテ確診セラル。

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。

一 三 乳嚢腫

乳嚢腫 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ルコト、猶、乳嚢ノ皮下若シクハ粘膜下組織ノ表面ヲ抜クガ如キ發育ヲ遂グル腫瘍ニシテ、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爲スコトアリ。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般ナリ。粘膜乳嚢腫ニアリテハ上皮細胞ハ甚ダ多カラズ、且ツ脱落シ易シト雖、稀ニ大ニ増息シテ厚キ層ヲナシ之ニ對シテ結締織ハ殆ンド絶無ニ等シキコトアリ。皮膚乳嚢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爲メナリ。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。猶、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。(皮角 Cornu cutaneum) 腫瘍ノ基底ハ直ニ健康組織ニ移行シ浸潤ヲ有スルコトナシ。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。

皮膚乳嚢腫ハ老齡者ニ多ク、頭部、腋窩、鼠蹊部、背部、會陰部、乳房下、肛圍等ニ好發シ、粘膜乳嚢腫ハ口腔喉頭、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。單發若クハ好シク多發ス。

療法 剔出スベシ。大ナル者ニアリテハ刀ヲ以テ腫瘍ノ基底ヲ繞ル紡錘形切開ヲ皮膚若シクハ粘膜ニ加ヘ、其發生起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。但シ乳頭腫ハ腫、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、縫合ニ兼テ結紮ヲ加フルヲ以テ容易ニ止血シ得ベキモ、體腔中(例之直腸)ニ於テ出血ノ閉却セラルトキハ、不測ノ危險ヲ招クコトナキニアラズ、注意スベシ 細小ナルモノニアリテハ發烟硝酸ヲ以テ腐蝕法ヲ施シ奏効スルコトアリ。

一四 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淋巴腺腫ハ皮膚、汗腺、皮脂腺ヨリ發ス、稀ナリ。粘膜炎、子宮、器副腎、肝臓、脾臓、睾丸、攝護腺等、ヨリ發ス。或ハ單ニ腺組織ノ増殖ヲナスニ止ルモノアリ、或ハ「ポリープ」狀發育ヲナスモノアリ、(「ポリープ」狀腺腫 Adenoma polyposum) 或ハ囊腫形成ヲナスモノアリ、(腺囊腫 Cystadenom) 或ハ囊腫形成ノ其内面ニ向テ乳嘴狀物ノ發育ヲ有スルアリ、(乳嘴性腺囊腫 Cystadenoma papilliferum) 又結締織ノ發育旺盛ニシテ殆ンド纖維腫ノ觀ヲ呈スルモノアリ(纖維腺腫 Fibroadenom)。 腺腫ハ單發シ、又多發ス。

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ノ組織ト明ニ識別シ得ベク、猶、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、位置ノ關係如何ニ由リ、發育甚ダ大ナルトキハ、其容積ノ爲メニ障礙ヲ被ルノミ。甲狀腺腫ガ呼吸障礙ヲ惹、又粘膜炎ニ發セル「ポリープ」狀腺腫子宮直腸等ニハ往往出血ヲ反復スルノ憂アリ。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・炎症性浸潤ニ因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

得ベキコト亦稀ナラズ。

療法 腺腫ハ往往癌腫肉腫ニ變スルコト上述ノ如シ、故ニ成ルベク之ヲ剔出スルヲ可ナリトス。限局性ニシテ被膜ヲ穿ルモノハ、之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

一五 癌腫

癌腫 Karzinom. ハ上皮系統ヨリ發スル悪性腫瘍ニシテ、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トヨリ構成セラレ、此兩者ノ關係ニ因リ、硬性癌 Skirrhos 間質豐富 髓樣癌 Medulläres Karzinom 上皮細胞、即チ癌細胞ノ多クナルモノ 單純癌 Carcinoma simplex 前二者ノ別アリ。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、膽汁、膠樣物等ヲ產出スルモノアリ、粘液癌 Schleimkrebs 膠樣癌 Kolloidkrebs 等はナリ。

皮膚、粘膜、腺臟器、胎生の上皮遺殘物、良性上皮腫瘍、上皮性囊腫等ニ原發ス。皮膚、舌、食道、胃、腸(特に直腸)、喉頭、子宮、乳腺、肝臓、腎臓、甲狀腺、攝護腺、唾液腺、卵巢、膽囊、膀胱等ハ其好發部位ニ屬ス。

本症ハ往往壯年期ニ發スルモ、好發年齢ハ四十歳以後トス、又少年期ニ來ルコト敢テ絶無ニアラズ。

症候 腫瘍ノ形狀ハ臟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、皮膚若クハ粘膜破壊スルニ及ビテハ玆ニ噴火口樣潰瘍ヲ形成ス。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、臟器内ニ於テハ總テノ方向ニ周圍ニ向テ發育シ、又周圍組織内ニ殊ニ淋巴管 癌組織ノ突起ヲ進メ、益、其領域ヲ増大ス。轉移ハ (1) 淋巴管間隙ヲ經テ原病竈ノ近圍ニ多發結節性轉移竈ヲ形成ス。(2) 淋巴管ヲ經テ淋巴腺ニ轉移ス。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着シテ大腫瘤ヲ形成ス。淋巴腺轉移ハ先ヅ原發病竈

ノ近部ニ發シ、逐次爾他ノ淋巴腺簇ニ向テ蔓延ス。轉移癌ハ之レト癒着セル大血管ヲ破壊シテ致死的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テ、血管内ニ癌細胞ヲ送り、以テ身體各處ニ腫瘍ヲ轉移セシムルコトアリ。(3) 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シムルコトアリ。血行轉移ハ肺臟及ビ肝臟ヲ主トシ、又爾他ノ諸臟器、皮膚及ビ骨系統等ニ於テス。肉腫ニアリテハ血行轉移多ク癌腫ニアリテハ淋巴腺轉移ヲ形成スルコト早ク且ツ轉移癌ト原發癌ト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、轉移癌ニ於ケル腫

I 部位及性

(1)

部位	總數	百分率	女子	男子
胃	16	3.5	1	15
直腸	13	2.8	1	12
上顎	12	2.6	1	11
舌	9	2.0	1	8
食道	7	1.5	1	6
陰囊	5	1.1	1	4
皮膚	3	0.7	1	2
肝臟	3	0.7	1	2
陰莖	2	0.4	1	1
口蓋	2	0.4	1	1
喉頭	2	0.4	1	1
口底	1	0.2	1	0
扁桃腺	1	0.2	1	0
下顎	1	0.2	1	0
子宮	1	0.2	0	1
膀胱	1	0.2	0	1
尿道	1	0.2	0	1
睪丸	1	0.2	0	1
精囊	1	0.2	0	1
肺	1	0.2	0	1
胸腺	1	0.2	0	1
總計	463	100	100	363

(室 教 科 外 藤 近)

II 年齢

(2)

部位	總數	百分率
胃	16	3.5
直腸	13	2.8
上顎	12	2.6
舌	9	2.0
食道	7	1.5
陰囊	5	1.1
皮膚	3	0.7
肝臟	3	0.7
陰莖	2	0.4
口蓋	2	0.4
喉頭	2	0.4
口底	1	0.2
扁桃腺	1	0.2
下顎	1	0.2
子宮	1	0.2
膀胱	1	0.2
尿道	1	0.2
睪丸	1	0.2
精囊	1	0.2
肺	1	0.2
胸腺	1	0.2
總計	463	100

(士博也勤藤佐 館生好屋古名)

癌ノ統計的調査 (近藤外科教室ヨリ、醫學士飯塚實氏ノ報告ニ悉ル) 日本外科學會雜誌第十六回第四、五號(大正五年二月二十五日發行)所載

瘍ノ發育ガ原發竈ニ比シテ甚ダ迅速ナル場合少ナカラズ。癌腫ハ其榮養障礙於迅速ニ發育スル場合ニ不足又ハ腫瘍ニ分布スル主要血管ノ壓迫及閉塞等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、硬化石灰等ヲ來ス。癌腫潰瘍ハ出血シ易シ、又腫瘍内ニ於テ血腫ヲ形成スルコト稀ナラズ。經過。腫瘍ノ種類及ビ發生部位ノ異ナルニ從テ遲速アルモ、終ニ癌性惡液質ニ陥リ、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。其他發生臟器ノ如何ニ從テ、穿孔性腹膜炎、腦膜炎、嚥下肺炎等ノ併發、飢餓營養物ノ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、皮膚及腫瘍ノ種類、轉移、發育、及ビ手術時期等ノ如何ニ因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。

(1)

部位	總數	百分率	女子	男子
胃	16	3.5	1	15
直腸	13	2.8	1	12
上顎	12	2.6	1	11
舌	9	2.0	1	8
食道	7	1.5	1	6
陰囊	5	1.1	1	4
皮膚	3	0.7	1	2
肝臟	3	0.7	1	2
陰莖	2	0.4	1	1
口蓋	2	0.4	1	1
喉頭	2	0.4	1	1
口底	1	0.2	1	0
扁桃腺	1	0.2	1	0
下顎	1	0.2	1	0
子宮	1	0.2	0	1
膀胱	1	0.2	0	1
尿道	1	0.2	0	1
睪丸	1	0.2	0	1
精囊	1	0.2	0	1
肺	1	0.2	0	1
胸腺	1	0.2	0	1
總計	463	100	100	363

(室 教 科 外 藤 近)

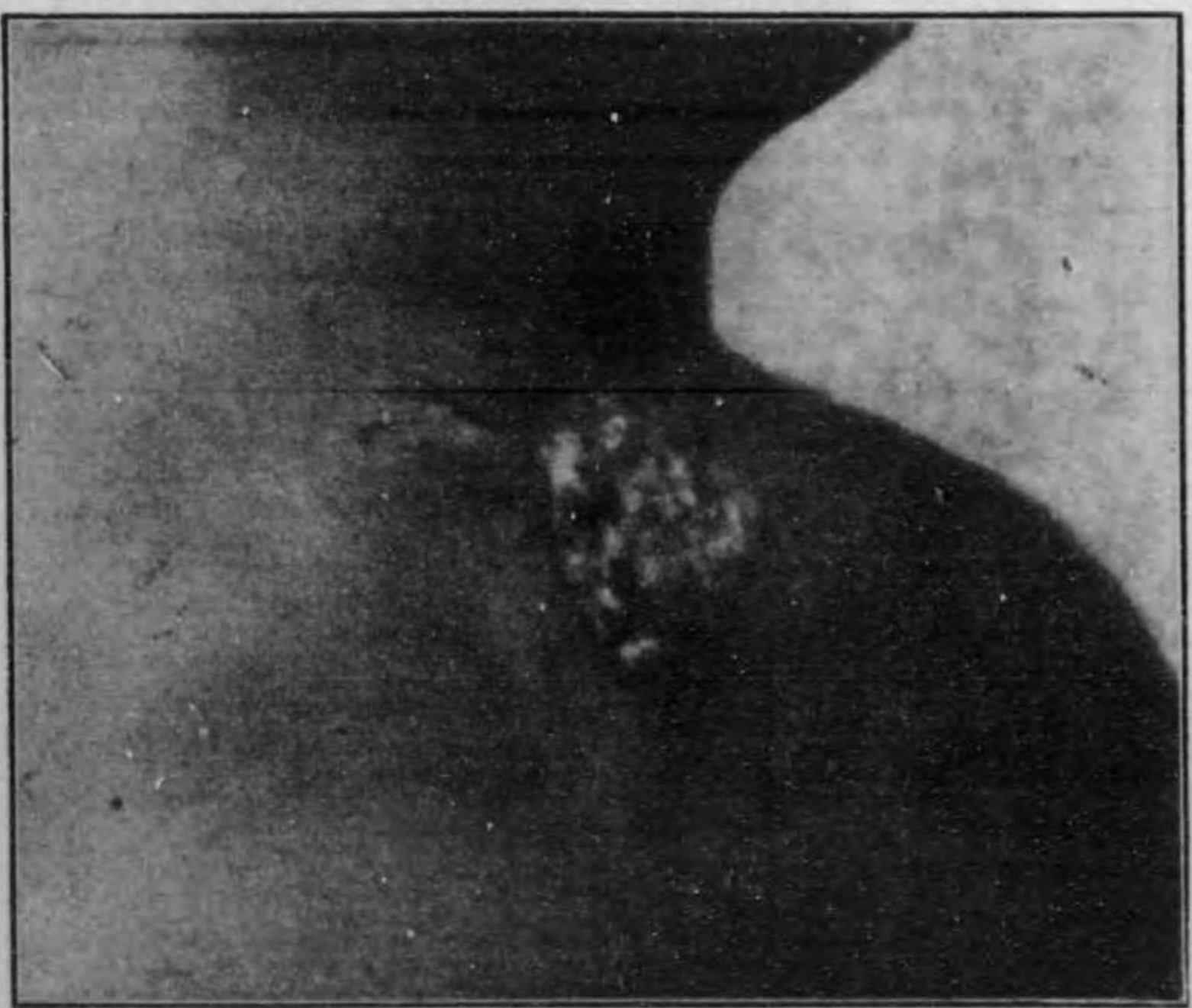
瘍ニ於テハ基底ニ組織ノ壞疽アルヲ認ム可ク、縁ハ銳利ニシテ潰瘍ハ皮下ニ彎入シ、癌ニ反シテ單發スルコト稀ナリ。結核性潰瘍ハ深ク皮下ニ彎入シ、其縁ハ扁平ニシテ恰モ嚙取セルガ如ク、其面ハ赤色或ハ帶黃色ニシテ乾酪變性ヲ呈スル肉芽ヲ有ス。癌ニ反シ單發スルコト稀ナリ。深在侵蝕性ノモノ及ビ乳嚙性ノモノハ其ニ發育ノ迅速ナルヲ以テ認定セラル。長ク同一狀態ヲ呈セル疣贅、乳嚙腫等ノ俄然發育スルモノハ癌變性ノ疑有リ。若シ疑ハシキトキハ腫瘍片ノ試験的切除ヲ行ヒ顯微鏡的検査ヲ行フベシ。

療法 早期ニ全部的切除ヲ行フベシ。扁平表在性ノモノハ燒灼、腐蝕、X線、「ラヂウム」等ニ依リテ

第百一十二圖
皮膚扁平上皮膚癌
(院前林)



第百二十二圖
胸部骨柄部ノ粉瘤ヲ發ル皮膚癌
(院前林)



時トシテ根治的治療ヲ營ムコトナキニ非ルモ、猶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嚙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筋膜筋ノ切除ヲ要ス、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ヘ、或ハ二次的植皮術ヲ行フ。既ニ侵サレタル或ハ其疑有ル淋巴腺簇ハ周圍ノ結締織及ビ脂肪組織ト共ニ全部之レヲ抽出スベシ。

粘膜炎腫

二 粘膜炎腫

粘膜炎腫 Schleimhautkarzinom. ニハ扁平上皮膚癌、柱狀上皮膚癌及ビ腺癌アリ。扁平上皮膚癌ハ舌、口唇、口腔、口蓋、口蓋扁桃、上顎竇、喉頭、食道、胃噴門、腔、子宮腔部、陰唇粘膜炎、陰莖包皮、龜頭、尿道等ニ發シ、他ノ二種ハ胃、腸、鼻、直腸、鼻、鼻腔、氣道、膽囊、子宮頸部及ビ子宮體、腮弓ノ遺殘組織等ニ好發ス。稀ニ固有ノ上皮組織ヨリ他種ノ上皮癌ヲ發スルコトアリ、例之膽囊、胃、氣管等ヨリ扁平上皮膚癌ヲ發スルガ如シ。又粘膜炎腫種ナル潰瘍及ビ瘻痕ハ本症ノ基礎ヲナスコトアリ、持久的ニ外變性若シクハ炎症性刺戟ヲ受クル部分ハ本病ヲ發生シ易シ、例之齶齒ノ刺戟ニ因リテ舌癌ヲ發スルガ如シ。

症候 腫瘍ハ「ボリーフ」狀、結節狀、絨毛狀、花菜狀、潰瘍狀或ハ浸潤狀ヲ呈ス、皮膚近部ノ粘膜炎腫ハ一般ニ皮膚癌ニ類シ、早晚崩壊シテ癌腫潰瘍ヲ形成ス。而シテ粘膜炎腫ニ於ケル癌腫潰瘍ハ皮膚癌腫ニ於ケルヨリ一層出血シ易ク、且ツ容易ニ腐敗性崩壊ヲ呈ス。深在管腔壁ノ粘膜炎腫ニ生ズル癌腫ハ出血及ビ管腔ノ狭窄若シクハ狹隘ニ因ル症狀ヲ主徵トス、即チ膀胱癌・腎盂癌ニ於ケル血尿、胃癌ノ吐血、癌性喉頭狹窄ノ呼吸困難、癌性食道狹窄ノ嚥下困難、膀胱癌ニ於ケル膀胱腔容積ノ減少等ノ如シ。猶、發生部位ニ適スル特殊ノ臟器症狀ヲ呈ス。一般症狀、遷延、轉移、繼發症等

診斷 視診シ、觸診シ得キ部位ニ於テハ詳細ニ腫瘍ノ性状ヲ檢シ、且ツ淋巴腺轉移ノ有無ニ注意ス。疑ハシキトキハ試験的切除ヲ施シテ顯微鏡的検査ニ附スベシ。深在臟器ニ發生セシモノハ其好發部位、機能障礙、出血、狹窄症狀等ニ注意シ、猶ホ腫瘍ノ觸知、試験的開腹術等ニ由テ診斷ス。腫瘍後各部ノ癌腫ヲ參照スベシ。

療法 病竈ノ全部の除去ヲ施ス、其企畫ノ完全ニ行ハルル場合ハ根治ノ目的ヲ達スルコトアリ。

口唇癌腫

三 口唇癌腫

口唇癌腫 Lipenkarcinom. ハ下唇ニ好發ス。初メ唇ニ於テ小裂傷或ハ小潰瘍ヲ生ジ、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ナリ、愈、發育スルトキハ菌狀・繖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。

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、然カモ恰モ痛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。又結核性粘膜炎潰瘍ト區別スベシ、之ニ於テハ其邊緣硬固ナラズ、他ニ結核病竈ヲ證明スルヲ常トシ、猶ホ好發年齡ヲ異ニス。 第三篇中「結核、微毒病腫ノ鑑別」條下ヲ見ヨ

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テ不良ニシテ、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、大ナルトキハ頰粘膜炎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。

顎骨癌腫

四 顎骨癌腫

上顎骨癌腫ニハイモル氏竇、鼻壁及ビ口腔等ノ粘膜炎原發セル上皮癌ノ上顎骨

第百二十二圖 口唇癌腫 (院前製干)



ニ蔓延セルモノト、齒牙發生時ニ於テ骨組織内ニ遺留セラレタル上皮ヨリ發スル所謂眞性原發癌ナルモノトノ二種アリ。但シ後者ハ甚ダ稀ニ見ル所トス。

症候 上顎竇癌ノ初徴ハ神經痛様疼痛ニシテ、往往持久スル劇烈ナル齒痛若シクハ三叉神經痛トシテ訴ヘラル。腫瘍一定ノ大サニ達スルトキハ鼻腔内ニ發育シテ腔ノ狭窄若シクハ充塞ヲ來シ、又前頰ニ向テ腫起ヲ現出ス。更ニ蔓延スルトキハ口腔、眼窩、頰壁軟部等ニ及ビ、猶ホ口腔前庭又ハ口蓋ニ向テ腫瘍ヲ生ズ。屢、鼻出血ヲ起シ、眼窩ニ向テ發育スルトキハ眼球突出ヲ來シ、頰部皮膚ニ蔓延スルトキハ遂ニ此部ヲ穿破スルコトアリ。經過中淋巴腺ニ轉移ヲ生ジ、又屢、腐敗性炎症ヲ繼發ス。死因ハ出血、衰弱、肺炎等トス。

第百二十四圖 上顎骨癌腫 (nach Quervain)



第百二十五圖 上顎骨肉腫 (nach Klittner)



認ムル時ハ其一片ヲ取リテ鏡檢ス。

原發性骨癌腫ト骨髓性肉腫トニハモル氏實ニ鑑別ハ往往不可能ナリ、原發性骨癌腫ノ甚ダ稀有ニ屬スルコト、骨折ハ肉腫ニハ之レナクシテ癌腫ニ於テ屢之レヲ見ルコト、肉腫ニ於テハ其發育ノ迅速ナルコト、及ビ年齡ノ關係等ハ以テ鑑別ニ資スベシ、組織ノ鏡檢ニ依テ初メテ確診セララル場合多シ。

豫後 實癌ハ概テ不良、顎骨切除ヲ施スモ根治ノ目的ヲ達シ得ルコト稀ナリ。下顎骨癌腫ニ於テハ早期ニ切除術ヲ施ストキハ良好結果ヲ得ルコトアリ。齒齦、口蓋粘膜等ニ原發セルモノニアリテハ、初期ニ於テ手術シ得ルトキハ往往根治ノ目的ヲ達ス。

療法 早期ニ腫瘍ヲ有スル上顎骨若シクハ下顎骨ノ切除術ヲ施スベシ。

上顎骨切除術

Die Resektion des Oberkiefers

準備 上顎骨切除術ノ危險ハ出血ニアリ、而シテ之レ其血暈ヲ失フガタメヨリハ寧ろ氣道ニ之ヲ吸入スルノ危險ヲ以テ一層大ナリトナス。此危險ノ防止ヲ圖ランガタメニスル手段ニ三法アリ、(1) 半麻酔状態ニ於ケル手術、(2) 豫備的氣管切開術及ビ氣管栓塞、(3) 垂頭位手術トス。以上ノ内、後二者ハ深麻酔ニ於テ手術シ得ルノ利アルモ、一ハ豫備手術ヲ施ササルベカラズ、三ハ出血ヲ大ナラシムルノ不利アリ、宜シク半麻酔手術法ヲ採ルベシ。出血ヲ制限センガ爲メニハ外頸動脈ノ一時の結紮ヲ施ス。

半麻酔ニ於ケル手術。半座位ニアラシメ、先ヅ一度深麻酔ニ入ラシメテ軟部切開ヲ了リ、後、骨ニ及バントスルニ當リ、深麻酔ヨリ稍覺醒セシメテ反射機ヲ復セシメ、流下スル血液ヲ自ら啗出スルノ程度トシ、此期ニ乘ジテ迅速ニ骨切除ヲ完成ス。經驗上此半麻酔手術ニ於テ患者ハ能ク安靜ノ状態ヲ保ツモノトス、術前莫爾比注射ハ之レヲ行ハザルヲ可トス。外頸動脈ノ一時の結紮ヲ施ストキハ上顎ニ於ケル出血ヲ制限シ得ルノミナラズ、顎下部ノ清掃 Ausäumung ニ當リ利便大ナリ。上甲狀腺動脈分岐後ノ部

圖六十二百第
ルケ於ニ術除切骨顎上
開切膚皮氏ルペーエウ



ニ於テスベシ、然ルトキハ下甲狀腺動脈ノナス副行循環ヲモ手術竈ヨリ遮斷シ得ベシ。

術式 軟部切開ハウェーベル氏 Weber ニ依ルヲ便トス、即チ圖示ノ如ク切開ヲ加ヘ、軟部瓣ヲ上顎骨骨膜ヨリ剝離シテ

外方ニ翻轉ス、此際口腔前庭ニ於テハ唇粘膜ノ翻轉部ニ於テ之レヲ斷ツベシ。次デ起子ヲ用キテ梨子狀孔骨線ヲ露出セシメ、且ツ上方ニ於テハ下眼窩線ヨリ密ニ骨ニ沿ヒテ起子ヲ送り眼窩面ヲ露ハス。骨ノ切除ハ之レヲ次ノ如クス。(1) 前頭突起ニ於テ鼻骨及ビ前頭骨鼻部トノ連絡ヲ斷ツ、即チ骨剪ヲ以テテス、或ハ骨鑿ヲ貼シテ一撃ヲ加フルモ可ナリ。(2) 眼窩ヨリ下眼窩破裂ヲ經テ蝴蝶上顎窩ニ向ヒ線鋸ヲ通ジ、内下方ニ向テ鋸斷シ、上顎骨ト顚骨トノ連絡ヲ斷ツ、(第百二十七圖右側)腫瘍蔓延シテ顚骨ニ及ベルトキハ外上方ニ向テ線鋸ヲ進メ、顚骨ノ蝴蝶前頭突起及ビ顚骨突起ニ於テ之レヲ斷ツベシ。(第百二十七圖左側) (3) 反對側上顎骨トノ連絡ヲ斷ツ、此際先ヅ口蓋及ビ齒槽粘膜ヲ處置スベシ、即チ先ヅ患側第一門齒ヲ拔去シ、正中線ニ於テ齒槽突起ノ粘膜ヲ骨ニ達スルマデ縱切シ、硬口蓋正中線ニ於テ粘膜及ビ骨膜ヲ斷テ、硬口蓋後緣ニ於テ、前切開線後端ヨリ直角ニ側方ニ走ル切開ヲ加ヘ、軟硬口蓋ノ境界部ヲ切開ス。後、廣キ骨鑿ヲ前面ヨリ兩上顎骨ノ縫合部ニ近ク貼シ、槌打シテ一撃ニシテ兩斷ス。(4) 最後ニ骨鉗子ヲ以テ強ク上顎骨ヲ頰面及口蓋ニ於テ保持シ、且ツ左手ノ拇指ヲ下眼窩線ニ貼シ、此拇指ノ壓下ト鉗子ノ牽引トヲ加フルトキハ、蝴蝶骨翼狀突起トノ連絡斷タレ、其全部ヲ除去シ得ベシ。是ニ於テ迅速ニ切除後ノ創腔ヲ栓塞シ、暫時壓抵シテ後一度之ヲ去リ、止血法 結紮法、烙白金燒灼法ヲ行ヒ、更ニ新ニ「タンボン」ヲ施シ、顚轉セル軟部ヲ整復縫合シテ術了ス。「タンボン」ニハ豫メ其一端ニ太キ絹絲ヲ附シ、之レヲ口角ヲ經テ頰部ノ皮膚ニ絆創膏ヲ以テ固定シ置キ、後日拔去スルニ便ナラシム。

圖七十二百第
術除切骨顎上
(nach Perthes)



此手術ニ於テ、腫瘍蔓延ノ程度ニヨリ、硬口蓋軟部ノ一部或ハ大部分ヲ保存シ得ベキトキハ、之ニ切線ヲ加フルニ當リ正中ニ於テセズ齒槽ニ接シテ切開ヲ加ヘ、起子ヲ用ヒテ骨面ヨリ軟部ヲ正中線ニ向テ剝離シ、顎骨抽出ノ後、此創腔ヲ頰粘膜ノ創緣ニ縫綴シテ口腔ト創腔トノ交通ヲ遮斷セシムベシ。此場合ニ於テハ排膿管ヲ挿入シ、之レヲ「タンボン」ニ附セル絲端ト共ニ口腔外ニ導クヲ

下顎骨切除術

Die Resektion des Unterkiefers

上顎骨切除ニ於ケルガ如ク、亦半坐位半麻酔ニ於テスルヲ便トス。

一 下顎骨一部切除。下顎縁ニ沿ヒ切除セントスル骨ノ全長ヲ超ユルコト前後兩端ニ於テ各一仙達餘ニ達スル皮切ヲ加フ。外顎動脈ヲ結紮ス。此兩側角部ヨリ起テ送リ、骨ノ前後兩面ニ於テ、骨膜上ヨリ軟部ヲ剝離シテ齒槽突起ニ及ビ、其切断部ニ當レル齒牙ヲ拔去シ、線鋸ヲ送りテ二部ニ於テ骨ヲ全斷シ、其中間ヲ遊離セシム。後其骨片ノ下縁ヲ骨鉗子ヲ以テ牽下シ、之ニ附着セル周圍軟部ヲ剪斷スルトキハ乃チ之ヲ除去スルコトヲ得ベシ、此際齒槽ノ粘膜炎ハ成ルベク直線狀ニ切離シテ後之レヲ縫合ス。骨斷端ニ於ケル下齒槽動脈ノ出血ハ通例甚ダシカラズ、暫時壓迫シ又ハ燒灼法ヲ施ス。下顎中央部ノ切除ヲ行フトキハ舌根ノ退縮ニ因リテ呼吸困難ヲ起スコト多ク、甚ダシキトキハ窒息ノ危險ノタメニ氣管切開術ヲ要スルコトアリ。

切除後ノ骨缺損部ニハ「プロテーゼ」ヲ用フ、即チ内外兩面ニ金屬板ヲ貼用シ、銀線ヲ以テ固定シ、骨切除前後兩端ニ近ク環或ハ兩斷端間ニ象牙桿ヲ置キテ一時之レヲ補ヒ、後日齒科技工ノ手ニ移スベク、或ハ骨移植術ヲ施ス。

二 下顎骨一半ノ離斷術。皮切ハ下顎縁ニ沿ヒ頰部ヲ去ル健側ニ仙達ノ部ニ起リ患側下顎隅ノ後上部ニ達ス。外顎動脈ヲ結紮ス。顎骨ノ前後兩面ニ於テ軟部ヲ剝離ス。骨膜ハ骨ニ兩側第一門齒ヲ拔去シ、正中線ニ於テ骨ヲ鋸斷シ、切除スベキ骨端ヲ骨鉗子ヲ以テ把持シ強ク牽下ス。之レニ附着セル軟部ヲ剪斷シツツ猶ホ牽下スルトキハ鳥啄突起現ハル、軟部切離ニ當リ齒槽粘膜炎ハ成ルベク一直線狀ニ切離シ、後ノ縫合ニ便ナラシム。鳥啄突起ニ於テ骨ニ接シテ頰筋ノ附着部ヲ切断ス。最後ニ關節囊及ビ尙ホ殘存セル外翼狀筋ノ一部ヲ斷ツトキハ下顎一半全ク除去セラル。此際内顎動脈ニ注意スベシ、此損傷ヲ避ケンガタメニ骨ヲ長軸ニ數回捻轉シテ振斷スルヲ可トス。創腔ニ於テ下齒槽動脈及ビ其他ノ内顎動脈枝ヲ結紮ス。骨缺損ノ補填トシテ用フベキ「プロテーゼ」ハ正中線ニ於テハ前述一部切除ニ於ケルガ如ク骨斷端ニ固定セラレ、關節端ニ向テハ關節頭ノ形ヲ成サシメテ關節窩ニ適合壓着セシムルヲ可トス。粘膜炎ヲ縫合シ、皮膚創ハ一部縫合シ、一部ハ開放シテ「タンボン」ヲ挿入ス。後療法トシテ術後數日、胃「カテーテル」ヲ用ヒテ營養料ヲ給ス。手術ノ結果、幸ニ治癒ノ目的ヲ達シタルトキハ後日之レヲ齒科技術ニ委ス。

三 全下顎骨ノ除去。先ヅ正中ニ於テ骨ヲ兩斷シ、左右兩半ヲ各齒ニ離斷スルコト前法ノ如クス。

五 舌癌腫

舌癌腫

舌癌 Zungenkarzinom. ハ舌ノ後半部ニ於テ、左右側縁ニ發スルコト最多シ。扁平上皮ヨリ起ル淺表性癌腫ニアリテハ早く崩壞シテ潰瘍ヲ形成シ、周邊及ビ深部ニ向テ蔓延ス。潰瘍面ハ不正塊磊狀ニシテ汚穢ナル分泌物ヲ以テ被ハレ、其縁ハ硬固ニシテ堤壘狀ヲ呈シ、周圍ハ浸潤帶ヲ有シテ健康部トノ境界明確ナラズ。腺ヨリ發スル深在性癌腫、ニアリテハ初メ粘膜炎下硬結ヲ發シ、後、硬結ノ増大スルニ從ヒ、表面破潰シテ潰瘍ヲ形成ス、末期ニ於テハ前者ト差別ナシ。癌ハ周圍ニ蔓延シテ舌ノ反對側ニ及ビ、口腔底及ビ下顎ニ達シ、後方ニ向テハ口蓋弓、口蓋扁桃腺及ビ會厭ヲ侵ス。淋巴腺轉移ハ先ヅ顎下腺及ビ頰下腺ニ於テシ、更ニ廣ク頸部ノ諸腺ニ及ブ。先ヅ患側ニスルモ亦早ク兩側ニ轉移スルコト稀ナラズ、轉移癌ガ舌原發癌ヨリ却テ迅速ニ發育スルコトアリ。

自覺症候トシテハ先ヅ異物ノ感及ビ疼痛ヲ訴フ。疼痛ハ初メ著シカラザルモ、腫瘍増大スルニ從テ増劇シ、口蓋上下顎及ビ頸部ニ放散シ、又劇甚ナル偏頭痛ニ惱ムコトアリ。其他咀嚼及ビ嚥下困難、談話障礙、流涎及ビ口内惡臭等アリ。舌根部ニ發シタル大ナル腫瘍ハ亦呼吸困難ノ原因ヲナス。潰瘍ハ出血シ易シ。飲食ノ困難ヲ伴フノ結果、惡液質ハ比較的早期ニ發シ且ツ迅速ニ進行ス。

診斷 早期診斷ヲ必要トス。癌腫年齢ニ在リテ治癒シ難キ單發性ノ硬結若シクハ潰瘍アルトキハ本症ヲ疑フニ足ル。類症ニシテ否定セラルル時ハ試験的切除ヲ施シテ鏡檢ニ附スベシ。鑑別 (1) 銳利ナル齒牙ノ刺戟ニ因ル潰瘍ハ當該齒牙ノ拔去ニ依リテ治ス、齒牙ヲ去ルモ尙ホ依然タルモノハ癌腫ノ疑アリ。(2) 護謨腫ハ多ク舌尖、舌背ヲ侵シ、好

四百二十八

舌癌 (nach Lexer)



ンデ多發シ、疼痛ハ微弱ナルヲ常トス、既往微毒經過、爾餘微毒症狀ノ現存或ハ痕跡等ニ注意ス。驅微療法(約三週間)ノ奏効ハ鑑別上ノ好資料ナルモ、此實施ノタメニ不用意ニ時日ヲ遷延セシメ、爲メニ癌腫手術ノ時期ヲ失スルノ憾ヲ遺スベカラズ。(3) 結核ハ壯年者ニ多ク、呼吸器結核ニ併發スルヲ常トス、潰瘍ハ邊縁下ニ彎入シ、固有ノ乾酪様物ヲ混ゼル分泌物アリ、亦劇痛ヲ訴フ。(4) 肉腫ハ若年者ニ多ク、發育迅速柔軟ナル腫瘍ヲ形成ス、舌肉腫ハ稀有ノ症ナリ。(5) 放線狀菌病モ亦舌ニ發シテ腫瘍狀ニ發育スルコトアリ、舌尖ニ好發シ、其破壊スルヤ分泌物中ニ固有ノ菌塊ヲ有ス。

豫後 早期ニ腫瘍全部切除セラレルトキハ根治ノ望アリ。

療法 腫瘍全部ヲ剔出ス、此際周圍健康組織ヲモ併セテ少クモ一仙迷ヲ共ニ除去スベシ。蔓延セルモノニ於テハ舌ノ全部切除ヲ要ス、舌癌手術ニ當リテハ常ニ舌ノ淋巴領域ニ屬スル淋巴腺ノ剔出ヲ行フベシ。

舌切除術

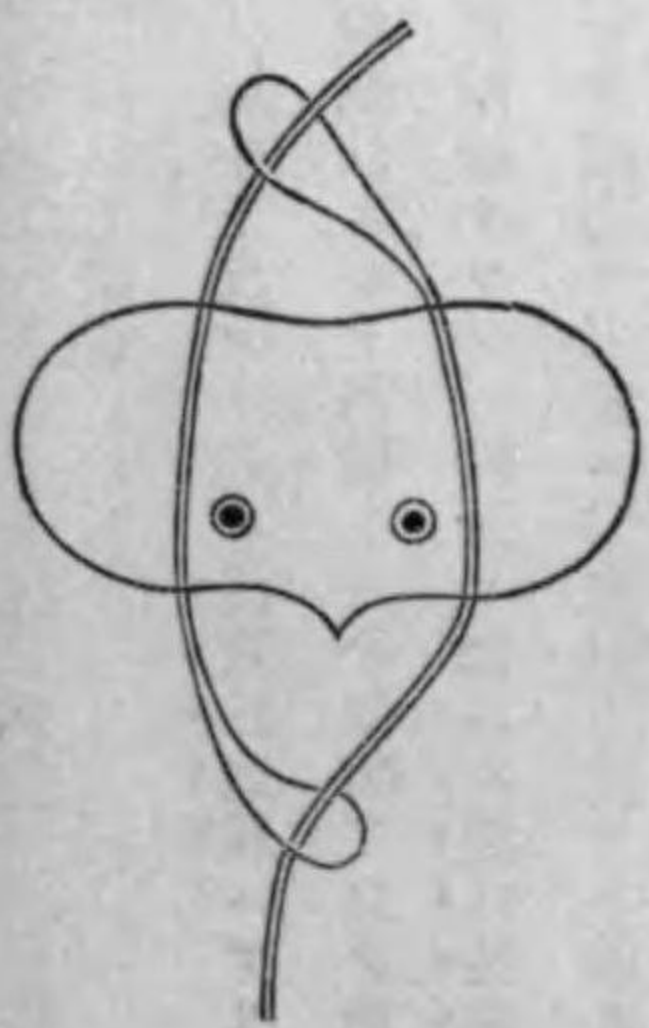
Resectio Linguae

手術前ニ口腔ヲ清淨ナラシム、齒牙ハ個個之ヲ清拭シ、齒石ヲ去リ、齶齒ハ之レヲ充填シ或ハ拔去ス。腫瘍小ニシテ前部ニ位スルトキハ、舌ヲ口裂ヨリ外方ニ牽出し、楔狀切除ヲ施スベキモ、斯クノ如キ例症ハ稀有ニ屬シ、又之レヲ以テ満足シ難キコト多ク、通例軟部或ハ骨ニ於ケル豫備手術ヲ施シ、豫メ手術野ヲシテ廣潤ナラシムルヲ要ス。

麻醉 半座位ニ於ケル半麻醉ニ於テス、或ハ豫備的氣管切開術ヲ施シ上部氣道ヲ栓塞シテ全身麻醉法ヲ施ス。
舌動脈結紮ハ豫備手術トシテ常ニ之レヲ必要トス。或ハ一側ニ於テシ、或ハ兩側ニ於テス。此結紮法ヲ施スニ當リ同時ニ顎下ニ於ケル淋巴腺ノ周圍脂肪織ト共ニ剔出スベシ。
舌動脈ヲ顎下ニ於テ結紮スルニ代フルニ舌根ニテ舌深動脈ヲ一時的ニ括約スルノ法アリ、圖示ノ如ク左右ニ二條ノ太キ絲綫

圖九十二百第

舌深動脈ヲ括約スル爲ニ舌根ニ於テ二條ノ絲綫ヲ通ズ



ヲ通ジ、(第百二十九圖) 其各ノ絲端ヲ牽引スルトキハ兩側舌深動脈括約セラレ、此絲ハ同時ニ舌ヲ牽引スルノ用ヲナス。此法ハ腫瘍大ナラズ且ツ前方ニ存スルトキハ實用スルニ足ル。術後一對ノ絲ヲ舌面ニ接シテ斷ツトキハ容易ニ之レヲ除去スルコトヲ得ベシ。
舌ノ露出及ビ牽出ノ爲メニ施ス豫備手術トシテハ、頰部横切開法、口腔底切開法及ビ下顎斷法アリ。

圖十三百第 頰部横切開法



一 頰切開法 口角ヨリ頰部ヲ横徑ニ切開シテ(第百三十圖)咬筋ノ前縁ニ達ス。更ニ切開ヲ進ムルハハスタ開口器ヲ以テ齒列ヲ開大シ、舌端ニ穿貫セシメタル太キ絹絲或ハ舌鉗子ヲ用ヒテ強ク舌ヲ牽出スルトキハ能ク深部ニ達スルコトヲ得ベシ、舌ノ手術終ルノ後之レヲ縫合閉鎖ス。
二 口腔底切開法 乳嘴突起下端ニ起リ、胸鎖乳頭筋ノ前縁ニ沿フテ下リ舌骨ノ高サニ達シ、之レヨリ鈍角ニ屈曲シテ前方ニ顎ノ中線ニ及ビ、再ビ屈曲シテ上行シ頰下部ニ終ル皮切ヲ加ヘ、(第百三十一圖) 此皮膚ヲ下顎縁マデ剝離シテ上方ニ翻轉ス。頸部筋膜ヲ横切シ、顎下腺ハ其排泄管ヲ切離シテ之ヲ除去シ外頸動脈ヲ二重結紮ヲ以テ斷テ、顎舌骨筋ノ後縁及ビ舌骨舌筋上ヲ走ル舌下神經ヲ示導トシテ舌動脈ヲ現ハシテ之レヲ結紮シ、(頰部解部)參照後、顎舌骨筋ヲ横切スルトキハ其後方ヨリ口腔ニ達スルコトヲ得。口腔粘膜炎ハ廣ク前後ニ剝離シ、前方ハ正中ニ達セシム。此創口ヨリ舌ヲ強ク外方ニ牽出し、舌病竈ヲ切除シ、且ツ口腔底ノ一部ヲ除去ス。(Cott's氏法) 此術式ハ口腔底ニ蔓延セル舌側後部ノ手術ニ適ス。

圖一十三百第 口腔底切開法



三 下顎骨一時的割斷法

(a) 下顎骨側方ニ於テ鋸斷スル法

(1) 患側ノ口角ヨリ頰部ヲ横ニ咬筋ノ前縁ニ至リ、鉤狀ニ下方ニ彎曲シテ下行シ下顎縁ニ達スル線ニ於テ、頰ノ全層ヲ斷テ口腔ヲ開

放ス。2) 前上ノ切開線ヲ下方ニ延長シ、顎縁ヲ越エテ顎下ヲ過ギ胸鎖乳嚢筋ノ前縁甲狀軟骨ノ高サニ達スル皮膚切開ヲ加ヘ、且ツ顎筋ヲ切開ス。(第百三十二圖) (3) 外顎動脈ヲ結紮シテ顎下腺ヲ摘出ス、同時ニ顎下ニ於ケル淋巴腺ヲ除去ス。(4) 舌動脈ヲ結紮ス。(5) 下顎骨前面ノ切離セントスル部分ヲ露出セシメ、切離セントスル線ヲ假定シ、其線ノ兩側ニ於テ、骨膜上ヨリ骨錐ヲ以テ二對ノ孔ヲ作り、後ノ縫合ニ當リ金屬線ヲ通ズルニ便セシム。鋸斷後ニ於テハ斷端ノ固定弱キヲ以テ穿孔セシムルニ困難ナレバナリ。(6) 此部ニ於テ下顎下縁ニ附着セル軟部ヲ骨ニ接シテ切離シ、下顎骨ノ下縁ヲ現ハシ、猶ホ第一大臼齒ヲ拔去シテ骨鋸斷ノ準備ヲ完フス。(7) 下顎後面ニ骨ニ接シテ線鋸ヲ送り骨ヲ鋸斷ス、其方向ハ斜ニ後上方ヨリ前方ニ向ハシムルヲ良トス。(8) 骨全ク鋸斷セラレバ鋸鉤ヲ以テ兩斷端ヲ排開ス、然ルトキハ骨ノ内面ヲ被フ軟部(粘膜)ノ緊張ヲ見ルヲ以テ之レヲ切開シ、猶ホ顎舌骨筋ヲ斷ツトキハ骨斷端間ハ愈之レヲ哆開セシメ得、粘膜ハ之レヲ舌口蓋弓ニ至ルマデ切開スベシ、此時創底ニ於テハ舌神經、舌下神經、舌骨舌筋、莖狀舌骨筋、二腹顎筋等ヲ見ルベク、舌骨亦明ニ之ヲ觸知シ得ベシ。今此等ノ諸筋肉ヲ斷テ、舌ヲ前方ニ牽出スルトキハ、則チ舌ノ後部ハ全ク曝露セラレ自由ニ之レニ手術ヲ加ヘ得ベシ。舌ノ手術既ニ了レバ、骨ノ兩斷端ヲ修整接着セシメ、前ニ設ケタル骨孔ニ銀線ヲ通ジテ之レヲ縫合シ、口腔底ニ於ケル粘膜ヲ縫合シ、頰部ヲ閉鎖シ、顎下ニ於テハ創口ノ一部ヲ開放シテ排膿管及ビ綿紗「タンボン」ヲ挿入ス。

(b) 下顎骨ヲ正中ニ於テ開ク法

下唇ヲ正中ニ於テ開キ、頰部ヲ過ギテ頰下部中線ヲ舌骨ニ達スル皮膚切開ヲ加ヘ、骨ヲ現ハシ、骨膜ヲ剝離スルコトナク二對ノ孔ヲ作爲スルコト前法ノ如クシ、患側ノ第一第二門齒ヲ拔去シ、其間ニ於テ小板鋸ヲ用ヒ鉛直ニ骨ヲ兩斷ス、兩側頰舌筋及ビ頰舌骨筋ヲ附着セル頰棘ハ保存セラル。鉤ヲ以テ骨斷端ヲ排開シ、顎舌骨筋及ビ二腹顎筋ヲ中央ニ於テ開キ、頰舌筋及ビ頰舌骨筋ノ側面ニ沿フテ進ミ舌根部ニ達ス。舌ニ強キ絹絲ヲ通ジ、或ハ鉗子ヲ以テ健側ニ牽出ス。

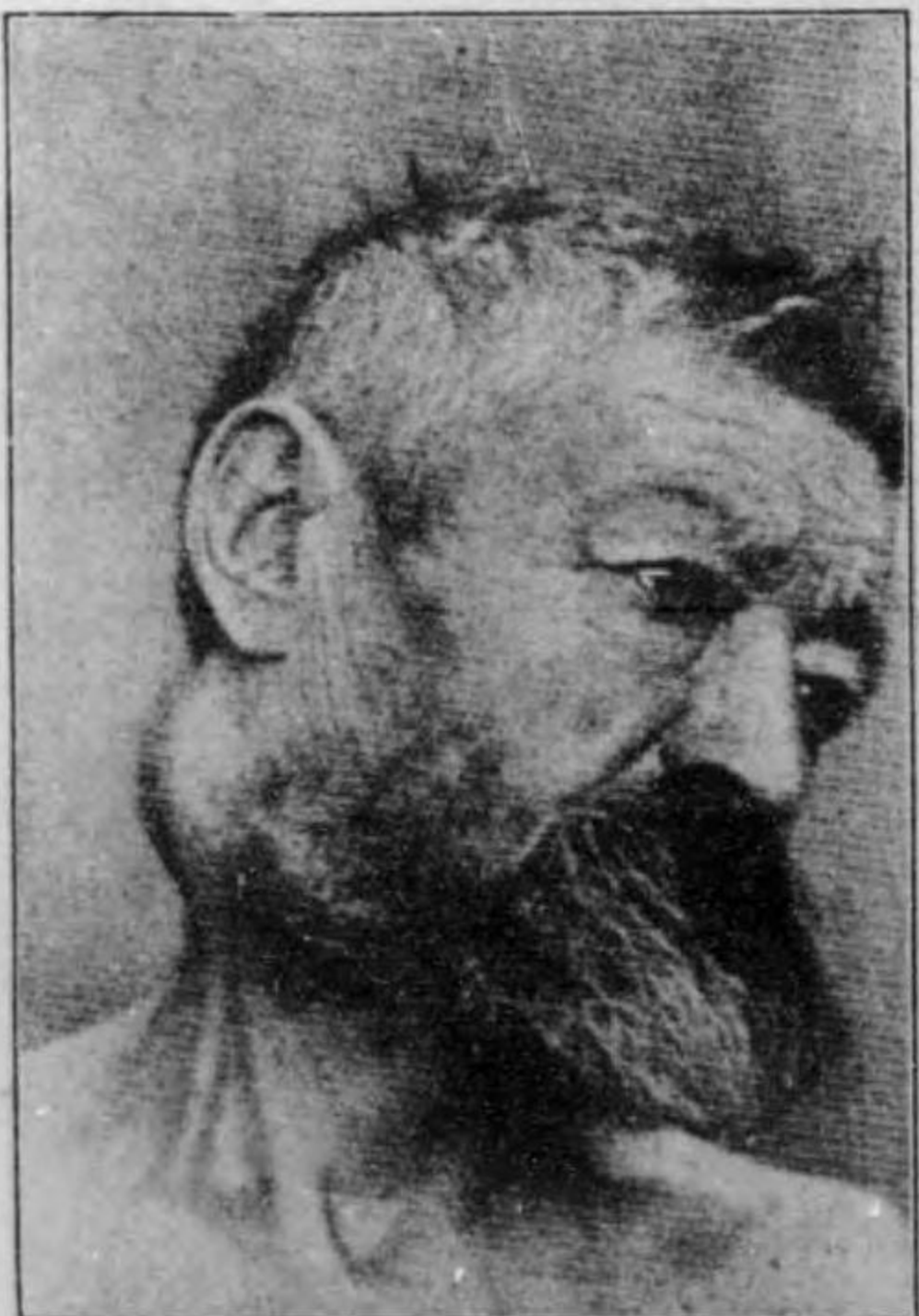
第百三十二圖
骨顎下ルケ於ニ方側
切皮ノ法斷創の時一



腮弓性癌腫 Branchiogenes Karzinom. ハ第二腮裂ノ上皮遺殘物ヨリ發ス、四十歳以後ニ多シ。側頸部ニ於テ胸鎖乳頭筋ノ上半部ニ被ハル腫瘍ヲ生ズ。硬固ニシシ表面凸凹アリ、早ク周圍ト癒着ス、初メ無痛ナルモ、後、神経痛様疼痛ヲ訴フ。

診斷 淋巴腺癌ハ轉移性ニシテ原發病電ヲ證明シ得可キヲ以テ識別ス。淋巴腺肉腫原發 頸動脈腫瘍

第百三十三圖
腮弓性癌腫
(Chir. Klinik, Leipzig)



腫瘍ノ切除 腫瘍小ナルトキハ楔狀切除法ヲ施ス、此際切除線ハ腫瘍ヲ去ル少クモ一仙迷ノ部ニ於テスベシ。切除後兩側面ヲ縫合ス、舌尖ノ患側ニ牽制セラレハ之レヲ免カレズ。腫瘍ノ大ナル發育ヲ遂ゲタルモノ及ビ周圍ニ蔓延セルモノニアリテハ規則的ナル能ハズ。常ニ下顎骨ノ一時的割斷ヲ豫行スルヲ要シ、或ハ口蓋弓ヲ共ニ去リ、或ハ口腔底ノ一部ヲ除クノ要アリ、腫瘍廣ク舌根ヲ侵セルトキハ舌ノ全剔出ヲ施スベシ。

後療法 口腔ノ清淨ヲ圖ルベシ、口腔壁ノ拭淨、齒牙ノ清拭、含嗽等ヲ怠ラズ、又舌手術部及ビ口腔壁ニ沃度「グリセリン」液ノ塗布ヲ行フ。食餌ハ、單ニ牽出法或ハ頰横切開ヲ以テ小ナル楔狀切除ヲ行ヒタルトキハ流動性食餌ノ攝取ヲ許スベキモ、下顎骨一時的割斷或ハ口腔底ノ切開ヲ施シタル場合ハ、數日間食道、カテーテルヲ用ヒテ送ルヲ要ス。術後ニ於テ、咀嚼、嚥下、言語等ノ障礙ハ免レザルモノトス、味覺ハ後部ニ存スルヲ以テ比較的障礙ヲ被ルコト少ナシ。

姑息的處置 總テ腫瘍ノ刺戟ヲナスベキ齒牙ヲ除去スベシ。一側或ハ兩側外顎動脈ノ結紮ハ一時的ニ發育ヲ停止シ得ルコトアリ、「ラヂウム」レントゲン線療法等亦試ムベシ。嚥下不能ノ状態ニ陥リタルトキハ「カテーテル」ヲ用ヒ鼻腔ヲ經テ營養料ヲ送ルベク、又人工胃瘻造設ノ必要ニ遭遇スルコトアリ。

六 腮弓性癌腫

トノ鑑別ハ困難ナルコトアリ。

豫後 一完全ナル除去ノ困難ナル時期ニ至テ初メテ診ヲ受クルモノ多ク、豫後從テ不良。

療法 早期ニシテ腫瘍尙ホ小ニ且ツ境界明ナル時期ニアリテハ全別出術ヲ施シ得ベキモ、既ニ著シク發育セルモノニアリテハ姑息的處置ニ満足セザルベカラズ。

喉頭癌腫

七 喉頭癌腫

喉頭癌 Kalkopkarzinom. ニ二種類アリ。(1) 原發性、喉頭癌ハ聲帶特ニ其前半ニ好發ス。初發狀態ハ硬固灰白色ノ結節狀浸潤ヲ呈スルコトアリ、或ハ灰白色疣狀ニシテ乳頭腫ニ類スルコトアリ。初メ發育緩徐ナルモ後迅速ニ増大シ、崩壞シテ潰瘍ヲ形成シ、進ンデ廣ク周圍ニ蔓延シ、延テ反對側ニ及ビ、猶ホ深層ヲ侵害ス。(2) 續發性、喉頭癌ハ喉頭ノ近圍、就中食道ヨリ發スル癌腫ノ蔓延ニ由リテ生ズ、從テ此種類ハ喉頭ノ後部ヲ侵スモノトス。
症候 聲音啞嘶、疼痛、咳嗽、血線ヲ混ゼル喀出物等アリ、猶ホ呼吸惡臭、呼吸困難及ビ嚥下困難等ヲ呈ス。頸部淋巴腺ニ轉移ヲ形成シ、終ニ惡液質ニ陥リ、衰弱ニ因テ斃レ、或ハ早ク肺炎ノ繼發ニ因リテ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。喉頭鏡検査ヲ施スニ、其好發部ニ於テ、疣狀或ハ結節狀物ヲ認メ、或ハ汚穢ナル分泌物ヲ附着セル潰瘍ヲ見ル。潰瘍縁ハ往往著明ノ堤狀隆起ヲ呈シ、底面ハ凸凹不平坦ナルヲ常トシ、出血シ易シ。此等ノ結節若シクハ潰瘍ハ單一ナルヲ例トス。

診斷 高年者ニ於テ聲音啞嘶ヲ起シ、久シク治セズ、或ハ却テ増悪スルモノニアリテハ大ニ注意ヲ要ス、必ラズ喉頭鏡検査ヲ怠ルベカラズ、而シテ異常ノ結節ヲ認メ、或ハ潰瘍ノ存在ヲ目撃スルトキハ試驗的切除ヲ加ヘテ鏡檢スベシ。既ニ著大ノ發育ヲ遂ゲタルモノニアリテハ、一見容易ニ之レヲ診定シ得。猶、淋巴腺轉移、衰弱、惡液質等ニ注意ス可シ。
頸部疾病中「喉頭結核」及「第三篇中「癌腫、結核、膿毒」ノ鑑別」ヲ參照

原發聲帶癌ハ嘶啞ヲ以テ起リ、早ク呼吸障礙ヲ呈ス、食道癌ノ蔓延ニ因スルモノハ嚥下困難及ビ疼痛ヲ初徴トシ

淋巴腺轉移ヲ形成スルコト早ク、嘶啞及ビ呼吸困難ハ末期ニ之レヲ發ス。

豫後 原發性ノモノニシテ初期ニ腫瘍全部切除セララルトキハ根治ヲ期シ得ルコトアリ。食道ニ原發セルモノハ不良トス。

療法 (1) 早期ニ喉頭別出術ヲ施スヲ最モ確實トス、喉頭切除後氣管ノ斷端ハ之レヲ前頸部ニ開口セシム。若シ會厭及ビ披裂軟骨ヲ殘シ得タルトキハ此部分ニ縫合ス。(2) 豫備的氣管切開術ヲ施シテ喉頭切開術ヲ行ヒ腫瘍ノ全別出ヲ企ツル法アリ。(3) 喉頭鏡ノ助ヲ以テ燒灼或ハ搔爬ヲ行フ法ハ奏効スルコトナキニアラザルモ不確實ナリ。對症的ニ呼吸困難ニ對シテハ氣管切開術ヲ施スベク、高度ノ嚥下困難ニ際シテハ人工胃瘻ノ造設ヲ要スルコトアリ。

食道癌腫

八 食道癌腫

食道癌 Carcinoma oesophagi. ハ食道中ノ生理的狹隘部(環狀軟骨部、氣管分岐部及ビ噴門部)ニ好發ス、就中下部ニ最モ多ク中部之レニ次ギ、上部ニハ少ナシ、初メ壁ノ一部ニ存スルモ多クハ容易ニ環狀ニ發育ス。本症ハ四十年以後ニ多ク、女子ニ比シテ男子ニ多シ。

症候 (1) 食道腫瘍ノ症狀 a 嚥下障礙アリ、漸徐ニ増進ス。癌腫ハ食道狹窄ノ最モ多クノ原因ヲナス。初メ固形食ノミ停滯スルモ末期ニ於テハ流動食モ通過セザルニ至ル、稀ニ嚥下困難突發シ或ハ急ニ通過障礙ノ増悪スルコトアリ。(炎症性腫脹或ハ癱攣) 又經過中一時通過障礙ノ輕減スルコトアリ。(腫瘍ノ崩壞) b 嘔吐アリ、往往憩室ヲ形成シ、茲ニ多量ノ食物ヲ停滯セシメ一時ニ大量ヲ吐出スルコトアリ。c 出血アリ、吐出物ニ血液ヲ混ジ又純血液ヲ逆吐スルコトアリ。d 呼吸惡臭アリ、崩壞セル腫瘍ノ臭氣ト停滯セル食餌ノ腐敗ニ因ス。(2) 周圍臟器ノ壓迫及ビ腫瘍ノ蔓延ニ因ル症狀 發聲障礙、呼吸困難、咳嗽、食片喀出、胸骨壓痛、胸側刺痛、脊柱疼痛、肋間痛、狹心症、頭痛、耳鳴、周圍大血管ノ破傷ニ因ル大出血等。
喉頭ニ於ケル蔓延ニ就テ「前節」喉頭癌腫」ヲ見ヨ (3) 轉移形成 頸部食道癌腫