る。

膀胱の満干自動式「ドレナージ」

R. S. Lawrie 及 P. W. Nathan 共述 (The Lancet
Nov. 18, 1939)

膀胱の満干「ドレナージ」はボストンのドナルド・ミュンロー氏によりて紹介された。氏は制腐液を以て適當度に膀胱を膨脹せしめ次で自動的に空虚ならしめる一装置を考案した。彼は疑もなくその價值を實證した、而して若し此の考案せるよりも一層簡單な装置が使用されたならばその應用は遙かに多きことは容易に察知される。此の目的に余等は精密にして同一の動作を有する一新装置を考案した(圖参照)。

余等の用ひる測定法はしかし精密を必要としない。本装置は圖に示すが如く設置さる。「サイフォン」管(7)は便宜、滴下球を紐にて括つて差支ない。その下端は「バケツ」内の液面の上部にあらし

1. 貯槽
2. 護膜管
3. 螺旋「クリップ」
4. 「マリオット」滴球
5. 護膜管 16 吋、内徑は
少くとも 1 吋
6. Y 型硝子片
7. 6 呎護膜管、内徑 1 吋
8. 三呎護膜壓力管、
内徑 1 吋
9. 硝子接續片
10. 「バケツ」

める。管(8)及び硝子接續片(9)は氣泡を含んではならぬ。制腐液は徐々に流入し、液は「カテーテル」に硝子接合片の兩方から溢れ出る間に「カテーテル」に硝子接合片を挿入する。

「カテーテル」は大きき 8 號(英國)よりも小さくては不可である。ミュンローは一週に一回交換すべきことを推奨してゐる。

満干「ドレナージ」は膀胱の自然の生理を模倣してゐる。膀胱は緩慢な滴下速度で充盈される。充ちるべきは膀胱内壓はそれが「サイフォン」管の「レベル」に達するまで漸次に高まる。次で「サイフォン」作用が開始されて繼續する。次で「サイフォン」作用は歇む、而して膀胱は再び充盈し始める。此瞬間に膀胱内に遺殘尿があつてはならぬ、この事實は「カテーテル」を離すことによりて確證し得る。この「サイクル」は貯槽に液がある間繼續する。

最高の陰壓が膀胱にはたらくのは Y 管片の上部にて恥骨縫合の水平の高さに等しいべきである。これの適當な高さは七吋である。最高の膀胱内壓は恥骨縫合の上で「サイフォン」の頂點の水平高以上には達してはならぬ。精確な高さは患者の氣持よき治療上の條件に依存する。約七吋の高さは正常膀胱には適當であり、無力性の膀胱には二吋、過緊張性の膀胱には一〇吋或はそれ以上がよい。「サイフォン」管の高さ以上の壓力に膀胱を膨らす装置は不可能である。制腐液の適切なる流出速度は一分間六〇滴である。膀胱粘膜との接觸は少くとも二十三時間で、藥液は柔和なものがよい。

一・五%の硼酸水或は血塞を作りさうなきには三%の枸橼酸曹達液がよい、此等は組織ミ等張である。

此の満干「ドレナージ」の適應を舉ぐれば(1)感染の生起を豫防する。ミューローの報告の如く「神経病的膀胱」に於ては救命的方法である。(2)初期膀胱炎の感染制御して經口的療法の奏效せざる場合に試むべき方法である。(3)萎縮纖維性膀胱の容量を増進するために週餘以上、「サイフォン」管の高さを繼續的に増加する。(4)持續「カテーテル」或は反覆「カテリゼーション」の示指される場合に用ひられる、即ち制腐液は殆んど不斷に膀胱壁に接觸し、膀胱の進行性萎縮を許さない。

(唐木抄)

心臓外科用脳内注入装置

L. O'Shaughnessy, 述(The Lancet, Nov. 4, 1939)

豫言は科學者の一助きはならぬ云はれるが、臨牀外科醫にして若し先人に追従するを避けんとするならば、科學の未來的可能性に就いては多少の夢想を持たねばならぬ。心臓疾患に於けるよりよき處置はその總體的豫防にある。例へば徽毒の早期發見等により心臓疾患の一つを未然に防ぎ得るのである。又食餌療法その他によつても、或程度脈管系疾病の發病を狭め得ることは云へ、これによつて動脈病變部位に於ける血栓發現を豫見するのは困難である。幾多の心臓疾病研究の結果、體質遺傳がその主なる原因なり

とか、或は人類増殖を統制し得る迄は脈管系疾患は存続する等の結論を下し得ぬのである。

從來種々なる脈管更生法が發表せられ、血管移植が如何に唱道せられても、先づ介在せる心臓の巧妙なる處置法が第一であつて、心臓外科の未來に於ける發展の如何はこゝにその要約がある譯である。

同時に Levine(1937)の指摘せる如く、原發性心臓損傷の外科的處置に際しては、その間に於ける脳内血行の簡單確實なる對策がその秘鑰と云ひ得るのである。勿論尙多くの問題が存在すにしても脳内血行中斷による腦機能停止の確定事實に吾人の直面せる限り如何なる優秀術式も無効なのである。

心臓外科に於ける最大難事は手術野の一時的除血にあるが、數年前 Haecker がその一方法を提示した。彼は心臓への血液環流を空靜脈へ二本の「クレンメ」を適應する事によつて遮斷したのである。これによつて、心臓内に殘留せる血液は敏速に驅逐され、心臓は血液の損耗なくして空虚となし得るのである。本法は、心筋壁に障礙を誘起せしめる大動脈及び肺動脈交互挾壓法よりは數等優れてゐる。

Haecker(1907)及び Sauerbruch は動物實驗による本法施行業績を報告してゐるが、それによれば、心臓瓣膜截除手術に際して十分間に亘る血行停止後尙該動物を生存せしめ得た例を有す云