

60-1364



1200501272952

1364

杯醫學講義
百二十四輯

「イレウス」の診断と治療

小川蕃述



始



臨床醫學講義

60

364

「イレウス」の診断と治療

京城帝國大學教授 醫學博士

小 川 蕃

-121-

★★★★

東京 金原商店 大阪 京都



京城帝國大學教授 小川 蕃講述

(不許複製)

イ
レ
ウ
ス
の
診
斷
と
治
療

〔臨牀醫學講座 第一二二輯〕

株式會社 金原商店發行



60
1364

小川 蕃博士略歴

先生は新潟縣の人、明治二十五年三月生、大正七年東京帝國大學醫學部卒業、直ちに同大學近藤外科教室に於て外科學專攻、同十年朝鮮總督府醫官京城醫學專門學校教授に任ぜられ、京城帝國大學醫學部開設せらるるや、同大學助教教授に任ぜられ、更に同大學教授に進み外科學講座を擔任す、同十二年獨、佛、米各國に留學同十五年歸朝醫學博士の學位を受け、今日尙ほ京城帝國大學教授として外科學講座を擔任す。

御著書の主なるもの

簡明外科各論(上、中、下)、簡明外科總論

臨牀醫學講座 第一二二輯 目次

(一) はしがき.....(一)

(二) 「イレウス」の譯語と分類.....(二)

(三) 既往歴及び現在患者の訴へと診斷.....(四)

(四) 腸不通症の症狀群と診斷.....(六)

(イ) 「ショック」症狀群と診斷.....(七)

(ロ) 所謂腹部症狀群と診斷.....(八)

(ハ) 自家中毒症狀群と診斷.....(一〇)

血液・尿・X線による診斷.....(一一)

鑑別すべき二―三の疾患.....(一二)

診斷法總括.....(一八)

機械的「イレウス」の療法.....(三四)

(イ) 「イレウス」治療の理想.....(三四)

(ロ) 手術前準備と麻酔.....(三五)

(ハ) 閉塞性「イレウス」の療法.....(三六)

(三) 絞縮性「イレウス」の療法……………(三七)

(九) 機械的「イレウス」と腸攣……………(三八)

(イ) 閉塞性「イレウス」と腸攣……………(三八)

(ロ) 絞縮性「イレウス」と腸攣……………(四〇)

(十) 動力性「イレウス」の治療……………(四〇)

(十一) 薬剤による療法……………(四一)

(十二) 食鹽療法……………(四三)

「イレウス」の診断と治療

京城帝國大學教授

醫學博士 小川 蕃



(一) はしがき

本篇に於て、余は主として「イレウス」の臨牀診断上重要な諸症状と並びに診断法を述べ、併せて治療法をも略述した。本書が「イレウス」の早期診断に多少とも役立てば余の望みは足りる。「イレウス」に関する詳細な記述は他の機会にゆづることとする。

(二) 「イレウス」の譯語と分類

「イレウス」とは、種々の原因によつて、腸管内腔が閉塞され、内容の排泄が不能となり、之によつて、招來せられた生體の病的状態に與へられた名稱である。然し、腸管に何等機械的閉塞がなくとも、腸管輸送機能の障礙によつても腸管内容排泄不能が招來され生體は病的状態に陥る。斯る場合にも「イレウス」なる名稱が用ひられ、動力性「イレウス」と呼ばれてゐる。故に、「イレウス」には腸閉塞症なる譯語よりも腸不通症なる譯語がより安當である。次ぎに「イレウス」の分類を試みる。

(一) 機械的腸不通症

(イ) 閉塞性腸不通症…腸管内腔が種々なる原因により閉塞され不通となるもの、此の場合

發症と共に劇烈なる神經刺戟症狀は伴はれない。

原因…腸管自身に發生した腫瘍・消化管内に穿孔により迷入した大なる膽石・腸管内腔に發生する糞石・腸石・蛔虫の集團・異物等による腸管腔の内側からの閉塞。腹腔内に發生する種々の腫瘍が、外側から腸管を壓迫閉塞に至るもの。腸管癒着屈曲による内腔の閉塞。結核其の他による腸狭窄が閉塞に迄進展すること等。

(ロ) 絞縮性腸不通症…種々な原因によつて腸蹄係が腸間膜と共に絞縮され、腸管内腔の不通を來たすもの、此の場合腸間膜血管の血行は障礙され、腸管の栄養障礙をも伴ふ。發症と共に劇烈なる神經刺戟症狀を伴ふ。

原因…腹腔内に生じた索狀物・メツケル氏憩室・蟲様突起等による絞縮・内外「ヘルニア」の嵌頓・腸管の結節形成・腸捻轉・腸重積等。

(二) 動力性腸不通症…腸管には閉塞は存しない。然し腸管輸送機能の障礙により、内容排泄が行はれないもの。

(イ) 麻痺性腸不通症…腹膜炎によるものが最も多い。

(ロ) 反射性腸不通症…腹部の打撲・遊走腎・卵巢囊腫の莖捻轉などより腸管輸送力に障礙が起り「イレウス」が招來されるもの。

(ハ) 痙攣性腸不通症・腸管痙攣により腸管の不通を招來するもの「ヒステリー」、鉛中毒の際などに見る。

以上の分類法は完全なものではない、只だ了解に便する爲めに試みた迄である。

(三) 既往歴及び現在患者の訴へと診断

「イレウス」の早期診断には、既往歴及び患者の主訴を精密に調べねばならぬ。既往歴に注意すべきもの (イ) 職業・娼婦或は夫れに類似の職業にある女性には、甚だ高率に内生殖器炎が存在し、子宮其の他と腸管との間に癒着を招來し、屈曲性「イレウス」・腸捻轉を招來したり、或は大網が炎症を起してゐる内生殖器に癒着し、夫れにより腸蹄係が絞縊され、絞縊性「イレウス」を招來したりする。又鉛を取扱ふ工場に働く事などで鉛中毒を招來し、痙攣性「イレウス」を惹起する事があるが我國には餘り見られない。(ロ) 既往に経過した

諸疾患・蟲様突起炎・女子内生殖器に於ける炎症等による限局性腹膜炎がS字狀部間膜に移行し、其慢性炎を招來し、遂にはS字狀部間膜の萎縮を來し、S字狀部捻轉に對する素因を作ることがある。「アメーバ」赤痢も同じ様な意味に於て注意すべきである。胃・十二指腸潰瘍・膽囊炎症・腸竝びに腹膜結核・蟲様突起炎等も癒着性「イレウス」を招來する事がある。(ハ) 過去に於て受けた内臓手術・内臓の手術を受けた場合は、何の手術であつたか、経過が順調であつたか、手術に要した時間の大要など詳しく、之れ内臓の炎症時析出される「ファイブリン」が引き延ばされて索狀物を作り、これによつて、腸管が絞縊され、絞縊性「イレウス」を招來したり、炎症によつて腸管の癒着が招來せられ、屈曲性「イレウス」が招來せられたりするからである。又手術に要した時間、手術後の経過を明らかにする所以は、粗暴な手術、拙劣な手術も、腸管

の癒着を來たし、癒着性「イレウス」を招來する事があるからである。

患者現在の訴へに注意すべきもの 發症に際し劇烈な腹痛を伴つたか、腹痛に嘔吐を伴つたか、嘔吐を伴つたとすれば、嘔吐物は如何なるものであつたか、現在嘔吐はあるか、嘔吐があれば吐物の性質如何、腹痛・放屁・排便があるかないか、腹腔がぐる／＼なるか、腹部に膨満感があるかないか詳しくきく。

(四) 腸不通症の症状群と診断

腸不通症の症状は、「シヨック」症状群・所謂腹部症状群・自家中毒症状群との三つに大別する事が出来る、次に各症状群に就て述べ、之れと診断との關係について考察する。(但し「シヨック」症状は絞縊性「イレウス」に限る)

(イ) 「シヨック」症状群と診断

「シヨック」症状 は、絞縊性「イレウス」に限つて見られる症状である。此種「イレウス」に於ては、發症と共に、患者は劇甚な腹痛を訴へ、血壓は下降し、顔面は蒼白となり、口唇は美しき色を失ひ、白味を帯び、冷汗が流れ、皮膚は冷却し、四肢端はことに甚しく冷却し、「チアノーゼ」が現はれ、瞳孔は散大し反應活潑ならず、體温は降下し、呼吸は表在性となり、脈搏は細少頻數となり、場合によつては其の儘死に至る事もある。然し、多くの場合、「シヨック」症状は漸次消退し、患者は一時快癒したる様に感ずる事もあるが、やがて腹部症状群、自家中毒症状群が現はれるのであつて、劇烈な腹痛と「シヨック」症状とは、絞縊性腸不通症早期診断上最も重要な症状である。

絞縊性腸不通症の
初期の症状は
腹痛、嘔吐、
冷汗、蒼白、
脈細、脈速、
瞳孔散大、
チアノーゼ、
四肢冷却、
呼吸表在性、
体温降下、
脈搏細少頻數、
場合によつては
死に至る。

(ロ) 所謂腹部症状群と診断

放屁並びに排便の停止と診断 これは閉塞性「イレウス」にせよ、絞縊性

「イレウス」にせよ、動力性「イレウス」にせよ、總ての「イレウス」に見られる症状である。精細に観察すると、動力性「イレウス」の場合は別として、閉塞性にせよ、絞縊性「イレウス」にせよ、閉塞が起ると、直ちに閉塞上部腸管は勿論閉塞下部腸管の運動が停止を來すものでなく、一定時間は却つて著名なる運動を続けるものであり、腸管輸送力は當然一定期は存在してゐる。故に腸管内腔閉塞則排便並びに放屁停止ではなく、兩者の間に一定の時間的間隔は存在する。然し、排便・放屁の停止は他の腹部症状群・自家中毒症状群より遙かに早く現はるるものであつて、「イレウス」早期診断上重要な症状であり、此

の症状のみでも「イレウス」の診断はつくのである。

唯注意すべきは、女子内生殖器炎・蟲様突起炎・膽石—腎石發作時・肺及び肋膜炎時・脊柱骨折時等にも放屁及び排便の停止が現はれ得る事である。

然し、之れ等の場合は「イレウス」の場合の如く絶對的停止でなく一過性であり、患者自身も排便放屁の停止があつても「イレウス」患者の如く重大性を自覺してゐないのが普通であり、肛門よりの「ゴム」管の挿入・浣腸等により、蓄積した「ガス」を比較的容易に誘導排泄せしめることが出来る。

尙注意すべきは、「イレウス」によつて、排便放屁の停止を來たしてゐる場合に、浣腸を試み、屢々放屁並びに排便を見る事である。之れは云ふ迄もなく、閉塞部より末梢に存在してゐた宿便及び「ガス」が排泄されたにすぎないのであつて、排泄された糞便は多くはよく消化された固形便である。

但し、腸重積症の場合には、往々粘液を混じた血液が排泄される事を忘れてはならない。又特別の場合として、腸狭窄が閉塞に移行した時など尙小さな腸管腔が存在し居り、夫れより少量の排便を見る事がある事も忘れてはならぬ。

嘔吐と噯氣 これも重要症状の一つである。絞縊性「イレウス」の場合には、腸管が腸間膜と共に絞縊せられ、劇烈な腹痛と同時に噯氣或は嘔吐が起るのである。之れ所謂初期嘔吐であり、神経の機械的刺戟による嘔吐中樞の興奮に基づくものである。此の時は劇しい嘔吐運動が起り、攝取した食物・胆汁等が嘔吐される。但し日本人には、歐米人程に甚だしい初期嘔吐は起さない様に思はれる。初期嘔吐に對して晩期嘔吐なるものがある。之れは如何なる種類の「イレウス」にも起り得るもので、「イレウス」が發現してから一定期間を経過した後始めて現はれるので、閉塞が低位、即ち小腸下部・大腸等に存する場合には仲々現は

れない。嘔吐物も初期嘔吐の夫れとは全く異なり、黄褐色糞臭を持つ流動體であつて、閉塞上部消化管内に蓄積した内容が抵抗力の最も弱い口腔の方に流れ行き吐出されるものであつて、嘔吐の際にも初期嘔吐の如く活潑な嘔吐作用は伴はない。

發生機轉も、初期嘔吐が神経反射的なるに對し、此のものは、閉塞上部消化管に蓄積分解した内容が體位の變動等により、抵抗力の最も少ない口腔の方に流れ行き、全く機械的に水が流れ出る様に吐出されるもので、嘔吐運動は伴はない。

尙此種嘔吐發現を、逆蠕動によつて説明せんとする人もあるが、晩期嘔吐の現はれる時期には、腸管は全く麻痺状態にあり、逆蠕動の起り得ない事は、線透視を試みれば容易に了解される。

早期診断上重要なものは初期嘔吐であつて、劇烈なる腹痛に嘔吐が伴ふ場合は、既往症などを参照して、先づ絞縊性「イレウス」を疑つて見る必要がある。晚期嘔吐は發病後相當の期日を経過した後に現はれるものであり、診断上勿論重要な症状ではあるが、晚期嘔吐によつて、初めて「イレウス」の診断をつける様では、手術を行ふものにとつては甚だ迷惑である。

腹痛と診断 腹痛は「イレウス」診断に際し、最も重要な症状の一つである。而して、其の性状によつて、閉塞の種類・閉塞後経過した時日等を大約推知出来るのである。

「イレウス」の際の腹痛は、發生機轉から、三種類に區別されてゐる。即ち、(1)絞縊痛 (2)腸管伸張による疼痛 (3)腸性疝痛である。尙腹痛に炎症痛なるものがある。之れは腹膜炎の際に見らるるものであり、腸閉塞の合併症として、

腹膜炎が起れば、炎症痛を伴ふ事になるのである。

今、各種類の「イレウス」の際の腹痛を分析して見ると次の様になる。

(一) 單純性「イレウス」の場合の腹痛は腸性疝痛（閉塞上部腸管の蠕動亢進により起るもの）＋伸張疼痛（閉塞上部腸管膨滿によつて招來されるもの）

(二) 絞縊性「イレウス」の腹痛は絞縊痛（腸管絞縊・重積・捻轉等の時に起る）＋伸張疼痛（絞縊腸管・閉塞上部腸管の膨滿により起る）＋腸性疝痛

(三) 動力性「イレウス」の腹痛は主として伸張痛

されば、單に「イレウス」時の腹痛と云ふも發生機轉の異なる種々な腹痛の組合せであることが知られる。

腹痛の種類	発生の場合	発生機轉	腹痛の部位	腹痛の性状	摘	要
絞 痛	腸管絞痛、腸管捻轉、絞痛に見られる	腸管、腸間膜、神経の器械的刺戟	不定、上腹部、臍部等	絞痛と同時に発生、持続性にする、時々増強劇痛	腹壁を壓する事は強	上
腸管伸展による疼痛	單純性「イレウス」、絞痛「イレウス」の際腸管膨満時起る	「ガス」及び内容物の集積により、閉塞上部腸管は膨満、腸管は伸張され、腸管の器械的刺戟は起る	腹部全般的	此のものは腸管の膨満により起る。一定の時期を經過して起る(末期)	同	同
腸性痙痛	單純性「イレウス」、絞痛「イレウス」の場合	閉塞上部腸管に起る器械的刺戟	閉塞部に最も強い	相當劇烈で痙痛性で、痙痛を經過して起る	同	同
炎症痛	腸閉塞症の合併炎症として起る	腹膜炎により起る	炎症部位に感ぜらる	劇烈なるあり、然らざらない	壓迫により劇痛を發す	上

消化液の分泌亢進と診断 腸閉塞殊に閉塞部位が高い時唾液・胃液・胆汁に

相當著明な分泌亢進が起り、胆汁・腸液にも多少の分泌亢進が見らるるは、實驗的に明らかにされてゐる。然し、之れ等症狀は、餘り早期診断には役立つたない、患者によりては、「つば」が多い様だとの訴へをなす者もあるが、時間の経過と共に口渴を訴へるやうになる、要するに消化液の分泌亢進は「イレウス」病因探求には重要であるが診断上大なる意味はない。

鼓腸と診断 單純性「イレウス」には、閉塞上部腸管に、消化液分泌亢進につれて消化液の集積を來たし、之れに「ガス」の發生を見るに至り、腸管は膨満し、吸収力は減退し、内容の集積は益々増大して來る、かゝる状態を鼓腸と呼んでゐる。絞痛性「イレウス」に際しては、先づ絞痛腸管内に、血液循環障碍により血液成分が漏出し來り、之れに「ガス」形成が伴はれ鼓腸が招來される。次いで夫れより上部腸管に鼓腸が現はれるのである。

ブラウンは發生機轉から鼓腸を、鬱積性鼓腸と麻痺性鼓腸とに分けてゐる。前者は腸管通過障礙に際し、閉塞上部腸管、絞縊された腸管に見られ、後者は腸管麻痺を來す腹膜炎の際に見られる。然し、鬱積性鼓腸も腸管が麻痺するに至れば麻痺性鼓腸と區別はつかなくなる。

又鼓腸は其の部位により、限局性鼓腸、部分的鼓腸に分たれる。即ち絞縊性「イレウス」に際し、絞縊腸管に現はれる鼓腸は限局性鼓腸であり、大腸下部に、閉塞がある場合「ガス」が先づ最も抵抗力の弱い盲腸部に集積し、同部の膨滿を招來する事がある、かゝる膨滿を部分的鼓腸と呼ぶのである。此の限局性鼓腸、部分的鼓腸は、「イレウス」早期診斷の上から重要なる症狀であるが、時を經過すれば全般的鼓腸の爲めに蔽はれて、明らかに證明し得ない様になる。尙、膽石症・腎石の發作時・肺・肋膜炎時・脊柱骨折時等に、腸管全般に

鼓腸が現はれる事もある。注意すべきである。

腸雑音と診斷 腹部を聴診して見るに、健康時でも、腸蠕動により、腸内容が移動する際に發する雑音を時々聞く事が出来る。「イレウス」の初期には、閉塞上部腸管は通過障礙に打ち勝つて、内容を輸送すべく盛んに蠕動を營むので上記雑音は著明頻數にきかれ、内容「ガス」の鬱積が著しくなるにつれ、金屬性の音色を帯びて來る。時が経過し、腸管が麻痺状態になると、雑音は全くきかれなくなり、其代りとして、腹部至る所に、心音・大動脈音を明瞭にきき得る様になる。麻痺し「ガス」を充滿してゐる腸管は良く音を傳へるからである。又腹部をゆり動かしたりすると、振水音がきかれる、之れは捻轉或は絞縊された腸蹄係、閉塞上部腸管に多量の液體が集積するからである。注意すべきは多量の液體を攝取した直後などは健康體に於ても胃部に振水音をき、得ること

である。

以上述べた如く腸雑音の聴診が、「イレウス」診断上に重要な役目を演ずる事が明かである。次表に「イレウス」時腹部聴診結果を一括して示す。

「イレウス」時腹部聴診

腹部聴診結果	説明
I 自然に腸管雑音が きかれる場合 健康時の雑音 雑音の音色に金属 性を帯び来たる場 合	腸管が運動し居るを示 す腸管の蠕動運動、腸壁 の緊張正常なる健康状 態にても時々きかれる 腸蠕動は正常なるも、 腸壁の緊張亢進を来た し居る場合にきかる場 合例へば反射性鼓腸の場 合の如し
「ゲーゲー」「ゴロ ゴロ」「コロコロ」 などと金属性の音が 有する雑音が盛んに 腸管に盛んにきかれ る場合	腸管に閉塞があり、閉 塞上部腸管が盛んに閉 塞下部腸管に輸送せんと する時内容たる液体と ガスが閉塞部にまで到 達し、逆流し相混する に發生する雑音である
II 何の雑音もきかれ ない場合 何等の腸管雑音も きかれぬが心臓音、大 動脈音が腹部にきかれ る場合	腸管が静止状態にある を示す 腸管麻痺しガスにより 充たされて居るを示す
III 軽く腹部をゆり動 かしたり、或は體位を 變へると腹部に「ピチ ヤピチヤ」「ポコンポ コン」といふやうな雑 音が起る場合	腸管が麻痺し液体を以 て充たされ居るを示す (振水音)

腸管運動の異常状態と診断

腸管に閉塞があれば閉塞部を通じて、内容を下部腸管に輸送せんとして、閉塞上部腸管に蠕動運動の亢進が起る。之れ即ち蠕動不安である。此際腹壁を通じて強く、収縮する腸管を硬く觸れ得る。之れを腸管硬直と云つてゐる。之れ等の症状は時間が経過し、腸管が麻痺の状態に陥ると消失するのである。依つて、蠕動不安を證明することは、腸閉塞早期診断上重大な意味がある。而して、腹壁の菲薄な患者に於ては、蠕動不安の状態は腹壁を通じて明らかに見る事が出来るのみならず、硬直状態にある腸管も容易に觸診し得、腸管運動亢進は容易に推知も出来る。但し肥厚せる腹壁を持つ人には、蠕動亢進の状態を腹壁を通じて見る事も出来ず、觸知する事も容易でない。只だ、長時日に亘りて、腸狭窄があり、夫れが遂に閉塞に迄進展した場合などは閉塞上部腸管に於て、腸管の擴張、筋肉の肥厚等が證明され、従つて、蠕

動も強烈であるので、肥厚せる腹壁を持つ人に於ても、腹壁を通じて蠕動不安の状を見、又は觸知し得る。

(八) 自家中毒症状群と診断

「イレウス」の毒素の本態並びに自家中毒症状の詳細はしばらくをき、臨牀診断上必ず知らねばならぬ事のみに就て述べる。「イレウス」自家中毒症状は閉塞が高位なる場合著明に現はれる。臨牀上最必要なるは、顔貌の憔悴・皮膚冷却・四肢端の「チアノーゼ」血圧の下降・呼吸・脈搏の頻數等の症状であつて、患者は興奮し、不安の状を呈する事もあるが、自家中毒の亢進につれて却つて爽快に感じ、一時苦痛を忘れた様な状を呈する事が多い(末期)。かゝる時期には血液・尿等にも著明な變化が見られるのである。

(五) 血液・尿・X線による診断

血液・尿と診断 「イレウス」の疑ひある患者は直ちに採血一般的検査を行ふと共に、貯蔵「アルカリ」・殘餘窒素・「クロール」・水分含有量等を檢する必要がある。閉塞が高位ならば、早期から血液貯蔵「アルカリ」の減少・殘餘窒素量の増加・「クロール」の減少・水分の減少が著明に現はれて来る。低位の場合でも時日を経過すれば上記の變化は現はれる。或る研究者は、血液殘餘窒素の増加度によつて、「イレウス」患者の豫後を推知出來ると云つてゐる。余等の教室でも、人間でも動物でも、血液殘餘窒素に増加著しいものは、自家中毒状態の進行してゐる者なる事を認めてゐる。「クロール」量の減少、水分減少も殘餘窒素に於けると等しき關係にある。但し、「イレウス」患者には生理的食

鹽水の注射・輸血等が治療の目的に種々行はれてゐる。故に血液に於ける前記定量は餘り重視出来ない。加ふるに定量の結果を待つ爲めに、時間を空費するが如きは許す事が出来ない。

尿は「イレウス」の初期には多く著變がないが、「インヂカン」・蛋白・「チリन्दル」等が自家中毒症狀の亢進と共に現はれて來る。

血液・尿に於ける變化は上記の様に自家中毒狀態の進行した時現はれるものであり、何れも獨立的に、早期診斷上に餘り大きな意義を持たない。然し、他の症狀と総合的に觀察する時、始めて病機進行の程度を推定する上に意味を持つ事になる。

レントゲン寫眞と診斷 此の診斷法は最も簡單であり、早期診斷も可能であり、「イレウス」診斷上最も重視すべきものである。往時は、レ寫眞撮影に際し

少量の造影劑を経口的に與へた事もあつた。斯くすれば閉塞部位を發見するに好都合であらうが、腸管が麻痺状態にある場合には勿論目的は達し得ないし、腸管に輸送力が保有されてゐるとしても、造影劑が閉塞部に到達する迄には一定時間を必要とする。

又膨滿してゐる閉塞上部腸管内に如何に少量とは云へ、更らに造影劑溶液を附加するのは患者を障碍する事になる。故に、今日は一般の小腸閉塞の場合には、造影劑は使用しない。

但し、廻盲部重積・大腸閉塞等の場合には、肛門から造影劑を注入して撮影を試み、閉塞部位を明示する事が行はれてゐる。

普通一般に行はれてゐる方法は、何等前準備を加ふる事なく、直ちに「レントゲン」撮影を行ふのである。早期でも既に、閉塞上部腸管・絞縊された腸蹄

係には相當多量の「ガス」集積があり、そのまゝレントゲン撮影を行ふことが可能である。

撮影法は、床についたまゝ背位にて、腹背の方向から撮影すれば足りるのである。患者の状態が許せば床上に座位を取らしめ、或は立位で背腹の方向から撮影する。患者の衰弱著しき場合には座位或は立位に於ける撮影は行はない。

背位寫眞の見方 胃及び大腸には、健康時でも多少の「ガス」集積を見るが、小腸には普通「ガス」の集積を見ない。此所に多量の「ガス」集積があらば病的である。

注意すべきは、腸閉塞以外の病的「ガス」集積である。然し此場合、小腸に「ガス」集積を見るのみであつて、小腸の擴張は見られない。小腸に閉塞が存在すれば、小腸は「ガス」集積によつて、正常の二―三倍或は尙著しく擴張せ

られ、腰椎位の太さに達してゐるのを屢々見る。

而して、「ガス」によつて充たされた腸管は撮影可能なるのみならず、部分部分によつて特別な像を示すのである。故に之れにより閉塞部位も推知出来るし、單純性「イレウス」の末期、絞縊性「イレウス」の比較的早期に現はれて來る腹腔内滲出液の存在も撮影可能であるので、豫後・診斷決定上にも重要である。

即ち、小腸上部に「ガス」の集積があれば、左上腹部に膨滿した腸管像が撮影され、之れに輪狀をなす立派なケルクリング氏皺襞が證明される。皺襞と皺襞との距離が大なれば大なる程膨滿の高度なるを物語つてゐる。小腸下部、廻腸にはケルクリング氏皺襞は前者程著明に表はれず、下腹部、骨盤腔内に膨滿した腸管像が撮影される。以上の所見を基として考察する事により、何れの部位（小腸上部か小腸下部か）に閉塞があるかを大約推知出来る。

大腸が「ガス」により充たされる場合には、其壁に特有な陥凹があり、小腸より遙かに太い腸管が撮影される。又注意すべきは大腸閉塞の初期に現はれる盲腸部の部分的鼓腸である。

立位或は坐位寫眞の見方 此の位置で背腹の方向から撮影すると、閉塞上部腸管又は絞縮された腸管内に集積する液體のみならず「ガス」體も亦撮影出来る。即ち、擴張した腸管内に集積する液の表面が水平をなし、其の上に「ガス」が撮影されるのである。而して液體の水平面の上に撮影される「ガス」の形は、腸管の部位によつて異なるのである、即ち、小腸にあつては基底が廣く高さが高い。大腸なら高さが高い割に基底が狭い。

又小腸上部ならば、左上腹部に像が現はれ、ケルクリング氏皺壁も著明に見られるが、小腸下部になると前記水平面を持つ像が下腹部及び骨盤腔に見られ、

且つケ氏皺壁は著明でない。

大腸の像は上腹部及び側腹部に見られる。

(六) 鑑別すべき二—三の疾患

肋骨々折・脊柱骨折・後腹膜血腫 かゝる場合には、内臓神経の刺戟によつて、腸管の機能が障碍を蒙り、鼓腸が現はれ、振水音がきかれ、打診によつて鼓音を發し、之れに放屁並びに排便の停止が加はり、恰も麻痺性「イレウス」の如き觀を呈する事がある。**腎臓・膀胱・輸尿管**の損傷時も腸閉塞症の如き症狀を呈する事がある。**肋膜炎・肺炎**の際に著明な鼓腸が表はれ「イレウス」の如き觀を呈する事がある、**胃・膽嚢・腸・蟲様突起の穿孔・喇叭管破裂**に際し劇烈なる腹痛嘔吐を來し、時には「シヨック」状態に陥る等恰も絞縮性

「イレウス」の如き症状を呈する事がある。

(七) 診断法總括

- (一) 果して「イレウス」？ (二) 「イレウス」ならば機械的「イレウス」？
動力性「イレウス」？ (三) 單純性「イレウス」？ 絞縊性「イレウス」？
(四) 閉塞部位如何？ 診断の際には常に上述の順序により患者を精査すべきである。

果して「イレウス」？ 放屁及び排便の停止があり、腹痛・嘔吐・鼓腸を具備して居れば、誰しも「イレウス」の診断はつく。然し斯くの如き状態に至つて始めて診断を下す様では、手術が完全に行はれても、自家中毒の爲めに手術後死亡する事もある。

外科手術の成績を良好ならしめる爲めには、可及的早期に手術する事が絶対的必要である。然るに早期には前記症状群が具備されることは望み得ない。

従つて時には診断の困難を伴ふ事もある、斯る場合腹部レ線寫眞像が最も重大な役目を演ずる事になる。

次に、「イレウス」早期診断法の困難を述べて、其打開策を述べる。

腸管に通過障碍があれば、それが如何なる原因により招來せらるるにせよ、排便並びに放屁の停止を伴ふ。依つて「イレウス」の診断に際し、此症状が如何に重大意義を有するかは説明する迄もない。然し此症状の存否は患者自身の申立てを俟つより外ない場合も多い。従つて、少年或は老年者には仲々確然たり得ない事もあるのである。

腹痛に至つては、絞縊性「イレウス」に際し、絞縊が強烈な場合には劇烈を

極め、反射性嘔吐を伴ひ、場合によつては患者は「ショック」状態に陥つたりする。されば、絞縊性「イレウス」の早期診断に對しては、此症狀が重大性を持つは云ふ迄もない。殊に患者が既往に於て蟲様突起炎・喇叭管炎・卵巢・子宮等の炎症を経過したり、或は其手術を受けてゐる様な場合には、絞縊性「イレウス」を益々疑はねばならぬ。

然し、同じ様な劇烈な腹痛は、膽石・腎石の發作時、脾臓壞死、大網捻轉、子宮外妊娠の破裂等の際にも訴へられる事を忘れてはならぬ。

又等しく腹痛と云つても、單純性「イレウス」の場合には所謂腸性疝痛も相當劇しい事もあるが、かゝる事はむしろ稀であつて、多く發病後一定時を経過した後に現はれる鈍痛（内容集積による腸管伸展に由來する所謂伸展痛）であつて、患者の注意を餘り惹かない事もあり、早期診断上餘り有力でない事もある。

嘔吐の如きも、絞縊性「イレウス」の初期に現はれる早期嘔吐は早期診断上重大な意義を持つが、晚期嘔吐の如きは、腸管が麻痺を來たす晚期に至り始めて現はれて來るものであり、早期診断上大なる意義はない。

但し晚期嘔吐は閉塞部位が低位なれば低位なる程現はれ難くなるので、閉塞部位推定の上には勿論役立つ。

鼓腸に至つては、絞縊性「イレウス」時絞縊腸管に早期に現はれる限局性鼓腸、大腸閉塞時盲腸部に見られる部分的鼓腸が「イレウス」早期診断上意味がある。

全般的鼓腸は閉塞部位推定に役立つ。又腹部に聽診器をあて、腸管の雜音をきく事は腸管に於ける運動亢進の存否を知る上に意義があり、早期診断上意味がある。時を経過し腸管が麻痺するに至れば雜音はきかれず、振水音がきかれ

る。

レ線を用ひての診断は、早期診断上も有力なものであり、單純性「イレウス」には發病後八―九時間にして閉塞上部腸管に「ガス」の集積を證し得、絞縊性イレウスには一般に尙早く絞縊腸管に「ガス」の集積を證し得。

前述の血液・尿の所見も診断には役立つが、レ寫眞の如く早期には役立たず急速に手術を要する本症に對しては、レ線のみが最も偉大な診断上の力を持つ。

機械的「イレウス」？ 動力性「イレウス」？ 機械的「イレウス」には、腸管が尙麻痺状態に陥らざる限り、閉塞上部腸管には運動亢進が起つてゐる。

斯る状態は、腹壁の菲薄な人には腹壁を通して明らかに見得るが、腹壁の肥厚してゐる人には見る事は出来ない。然し聽診により明らかに雜音がきかれる。

又機械的「イレウス」でも絞縊性の場合には劇痛を以て發病し、單純性「イレ

ウス」の場合には、鈍痛が主であるが時に「コリック」様の腹痛を來すこともある。

動力性「イレウス」の場合は腸管が完全に麻痺してゐるので腸に何等の雜音もきかれない、其の代り振水音がきかれる。腹痛は鈍痛に止まる。

但し機械的「イレウス」でも時間を経過すれば、動力性「イレウス」と同様の像を示すことになる。

絞縊性「イレウス」？ 單純性「イレウス」？ 臨牀症狀から兩者は容易に區別される。前者には時には反射性嘔吐をさへ伴ふ、劇烈な腹痛を伴ふ。場合によつては「シヨック」症状をも招來する。單純性「イレウス」にはかゝる劇痛を伴ふことはなく鈍痛である、反射性嘔吐も單純性「イレウス」には一般に見られない。又絞縊性「イレウス」には、絞縊腸管に初期に於て限局性鼓腸

が證明される。

閉塞の部位如何？「イレウス」の診断がつけば、閉塞部位を可及的明白にする事が必要である。小腸閉塞の場合は、 \angle 寫眞により、大腸の閉塞には肛門より造影劑を注入、 \angle 寫眞を撮影する事により閉塞部位は推知される。その他血液水分の減少及び「クロール」減少の程度が著明であり、殘餘窒素量の増加亦著明にして、尿「インヂカン」の増加も著明なるは閉塞部位の高位なるを思はせる

(八) 機械的「イレウス」の療法

(イ) 「イレウス」治療の理想

機械的「イレウス」の療法の根本は、手術的に閉塞部を解除し、腸管の通過障礙を除去するにある。而して、手術は自家中毒状態が尙亢進せざる早期に行

はねばならぬ。多くの時を経過すると如何に手術が立派に行はれても、患者は自家中毒によつて手術後死亡する、一般統計から見ても絞縊性「イレウス」の手術死亡率が單純性「イレウス」の夫れより遙かに低い。之れ前者は劇烈なる症状を示す結果診断が比較的早期に行はれ、手術が早期に行はれるからである。

(ロ) 手術前準備と麻酔

早期で尙自家中毒症状が著明でない時は、特別な前處置なしでも手術してよい。然し、患者が外科を訪ねるのは相當自家中毒症状が著明な時である。斯る時期には、手術前輸血、生理的食鹽水の補給等を行ひ、強心劑等も充分與へるがよい。又發病後時日を経過し、胃内容の集積著しい場合には、胃洗滌を行ふか、細き「ゴム」管を胃内に口腔から挿入し置き、嚥下性肺炎の發生を防止す

る。然し此の法も患者が餘りに衰弱甚だしき場合には許されない。

麻酔は、尙自家中毒症状の發現を餘り見ない早期は「バントボン」の注射、
腰椎麻酔を用ひてよい。

然し、患者著しき自家中毒状態にあり、血壓の下降も著明に見らるる場合には、「エーテル」麻酔を行ふ、腰椎麻酔は危険である。單に腸瘻の造設に止める様な場合には、局所麻酔で充分である。

(ハ) 閉塞性「イレウス」の療法

(1) 腸管内腔閉塞による「イレウス」即ち、腫瘍・蛔蟲・糞石・膽石等が腸内腔を閉塞し「イレウス」を招來する事がある、斯る場合には、腸管に切開を加へ異物を取り去るか、時には腸管の切除吻合を行ふ。

(2) 外部よりの腸管壓迫による「イレウス」、腫瘍等が外部から腸管を壓迫し内腔を閉塞し、「イレウス」を來すことがある。斯る場合には手術的に腸管壓迫を除去する、又は閉塞の上下に於て腸管を吻合する。

(3) 腸管癒着屈曲による「イレウス」、腹壁に手術痕がある場合には、其の部から再開を加へ、腹腔内に入り、癒着軽度ならば、剝離を行ふ、之れが不可能な場合には切除吻合を行ふ、又癒着屈曲部は其の儘として同部の上部に於て腸管を吻合する。狭窄から移行した「イレウス」、腸管狭窄部の除去と吻合を行ふ、又狭窄部はそのまゝとし其上下に於て腸管を吻合する事もある。

(ニ) 絞縊性「イレウス」の療法

絞縊腸管が壊死に陥らざる早期に診断し、手術を行ふならば、絞縊の除去の

みで充分である、然し時を經過し、腸管が壊死に陥つて居れば勿論腸管の切除吻合を行はねばならぬ。

(九) 機械的「イレウス」と腸瘻

「イレウス」治療に際し、時々腸瘻を閉塞部解除手術に併用したり、又は重篤な場合には閉塞はそのまゝとして腸瘻のみを造設する事がある。次ぎに之れに就き略述する。

(イ) 閉塞性「イレウス」と腸瘻

閉塞性「イレウス」の手術に際し、腸瘻を造設するに、二つの場合がある。一つの場合は、閉塞部を所置し、通常障害を排除した後、閉塞上部腸管に腸瘻

を造設するものであり、他の一つの場合は、閉塞部を其の儘とし、前同様閉塞上部腸管に腸瘻を造設するのである。

前者は、手術迄に既に長時間を經過し閉塞上部腸管に内容の集積、膨満、麻痺共に著明なる場合に、閉塞部解除手術成績を一層確實にする爲めに行はれる法であり、閉塞上部腸管に設けられた腸瘻より出来る丈け速かに、蓄積内容を排除し、麻痺腸管の運動再開を早めんとする目的に出づるものである。症例によつては試みてもよいが、出来得るならやらない方がよい、之れ腸瘻治療そのものに、相當の時日を必要とするからである。

後者、即ち閉塞部を其のまゝとし腸瘻を造設する場合閉塞部が幸にして低位で、腸瘻を小腸下端或は大腸に造設して目的を達し得らるる場合には腸瘻其の物によつて生體が障害を受くる事少なく大腸々瘻は其のまゝ、人工肛門に流用出

来る。然し小腸ことに小腸上部の腸瘻は生體の水分其の他の亡失を來し、著しく障碍的に作用し、死をさへ招來するものである。

(ロ) 絞縊性「イレウス」と腸瘻

絞縊腸管を其の儘として絞縊部の上部に腸瘻を作る事がある。但し絞縊腸管に壊死を見る場合には腸瘻は全く意味がない。絞縊腸管が壊死を來たさず、其の儘の保存可能の場合でも腸瘻を高位に作らねばならむ場合は腸瘻そのものに依て中毒死が起る事前述の所である。

(十) 動力性「イレウス」の治療

原因が蟲様突起穿孔等による腹膜炎にあるならば、腹膜炎の所置を適宜行ふ

と共に、膨滿麻痺せる腸管に腸瘻を造設し、内容を排除し腸管の荷重輕減に努むると共に、後述の藥物療法を行ひ、或は高張食鹽水の注腸を試み、腸管運動の促進を計る。

(十一) 藥劑による療法

腸管内に機械的閉塞の存在しない動力性「イレウス」は單に藥劑のみで治療可能の場合もある。

然るに機械的「イレウス」の場合には、藥劑的療法は獨立的には無意味である、たゞ腸閉塞部に適宜なる手術が加へられ、腸管通過障礙が除去せられた後に用ひられて始めて有意義になる。

而して、使用せらるる藥劑は、腸管攣縮に對する緩和劑と、蠕動亢進劑との

二群に大別し得る。

腸管攣縮緩和劑としては、専らアトロピン並びに其の代用品が用ひられてゐる。而して此の藥劑は痙攣性「イレウス」の際に用ひられるものであつて、これによつて腸管筋の異常緊張は緩和せられ、併せて腸管血行も改善せらるるのである。

蠕動運動亢進劑としては、ビツグランモール、ビツイトリン、ヒポファイジン等が用ひられる。

(十二) 食鹽療法

腸閉塞症、殊に高位腸閉塞症に際し、組織並びに血液にてクロールの減少が招來せられる。而してこれが主として、胃腺其の他の消化腺の病的分泌亢進並

びにそれが再吸収の消失或は減退に基くものなるは、前述の處である。而して斯るクロール減少状態は生體の抵抗力を減退せしめるものなるは周知の處である。

故に「イレウス」に際しては、手術と共に大量の食鹽補給を行はねばならない、即ち生理的食鹽水を毎日一—三〇〇ccを與ふることを必要とする。

又手術後二—五%の高張食鹽水を二—三〇〇cc肛門より注腸する、これは腸管蠕動を亢進せしめ、ガスの排泄を促がし不快なる鼓腸を消退せしむるに役立つ。

〔星印は既刊書にして *** は 30 銭 ** は 40 銭 以下準之 送料何れも 3 銭〕

16 治療 食 餌(上) *** 宮川米次教授	1 治療上に於けるビタミンB *** 鳥蘭順次郎教授
17 治療 食 餌(下) *** 宮川米次教授	2 主要傳染病の早期診断 *** 高木逸磨教授
18 性ホルモンの應用領域 * 碓居龍太助教授	3 精神病患者の一般診察法 *** 三宅鏡一教授
19 季節と精神變調 * 丸井清泰教授	4 醫事法制の誤り易き諸點 *** 山崎 佐博士
20 肺結核患者の食慾増進と盗汗療法 *** 平井文雄教授	5 腦溢血の診断と療法 *** 西野忠次郎教授
21 肺炎の診断と治療 * 金子廉次郎教授	6 血尿の鑑別診断と其の療法 *** 高橋 明教授
22 胃潰瘍の診断と療法 *** 南 大曹博士	7 形態異常(畸形)の治療成否 *** 高木憲次教授
23 鼓 膜 穿 孔 と 耳 漏 *** 中村 登教授	8 狭心症の診断と療法 *** 大森憲太教授
24 整形外科學近況の趨移 *** 伊藤 弘教授	9 産 褥 熱 の 療 法 *** 川添正道博士
25 蛋白質榮養の基礎知識 * 古武彌四郎教授	10 結膜炎の診断と治療 * 石原 忍教授
26 腎 臟 病 の 食 餌 療 法 *** 佐々廉平博士	11 血清化學 實地醫學への應用 *** 三田定則教授
27 傳染病學 臨牀醫家の注意すべき事項 *** 井口乘海博士	12 膿 尿 の 診 斷 及 び 療 法 *** 北川正惇教授
28 過酸血症及溜飲症に就て *** 小澤修造教授	13 膿 皮 症 と 其 治 療 *** 太田正雄教授
29 丹 毒 の 診 斷 と 療 法 *** 遠山郁三教授	14 癌腫の放射線療法 *** 中泉正徳教授
30 精製痘苗の皮下種痘法 ** 矢追秀武助教授	15 人 工 氣 胸 療 法 *** 熊谷岱藏教授

〔星印は既刊書にして *** は 30 銭 ** は 40 銭 以下準之 送料何れも 3 銭〕

31 實地醫家の心得と尿検査法 *** 藤井暢三教授	46 神經疾患の一般治療法 *** 鳥蘭順次郎教授
32 細菌毒素概論 ** 細谷省吾助教授	47 血液型と其の決定法 *** 古畑種基教授
33 肺 結 核 の 豫 後 *** 有馬英二教授	48 乳兒榮養障の治療方針 *** 栗山重信教授
34 腎疾患各型の治療方針 *** 佐々廉平博士	49 交通外傷の急救處置 *** 前田友助博士
35 近代の化學戰 *** 福井信立教官	50 癌腫の診断及び治療(上) *** 稻田龍吉教授
36 月經異常と其治療 *** 安藤晝一教授	51 癌腫の診断及び治療(下) *** 稻田龍吉教授
37 膽石の其治療の根本義 *** 松尾 巖教授	52 蟲様突起炎の内科的治療 * 坂口康藏教授
38 疫 痢 と 赤 痢 *** 熊谷謙三郎博士	53 内科的急發症と其處置 *** 眞鍋嘉一郎教授
39 糖尿病の治療 *** 坂口康藏教授	54 妊娠のホルモン診断法 *** 篠田 紘博士
40 皮膚疾患の鑑別と治療 *** 皆見省吾教授	55 肺結核の治療指針 *** 田澤録二博士
41 毒 療 法 の 實 際 *** 遠山郁三教授	56 ギフテリアの豫防法 *** 宮川米次教授
42 神 經 性 不 眠 症 *** 杉田直樹教授	57 淋疾の治療の實際 *** 高橋 明教授
43 高血壓の成因と其療法 *** 加藤豊治郎教授	58 乳幼兒氣管枝 加答兒及び肺炎 治療の實際 *** 瀨川昌世博士
44 各種治療 血液と其の臨牀的應用 *** 宮川米次教授	59 糖尿病及合併症の療法(上) ** 飯塚直彦教授
45 心筋不良状態の診断 ** 吳 建教授	60 糖尿病及合併症の療法(下) *** 飯塚直彦教授

75	狭心症の治療	***	吳	建教授
74	診療の過誤	**	山崎	佐博士
73	耳鼻咽喉科領域の結核性疾患に就て	***	佐藤重一	教授
72	慢性淋疾の治療	**	北川正博	教授
71	外科醫より見た肺肋膜疾患	**	佐藤清一郎	博士
70	浮腫と其療法(下)	***	小澤修造	教授
69	浮腫と其療法(上)	**	小澤修造	教授
68	消化不良症及乳児腸炎の診断と治療	***	唐澤光徳	教授
67	性慾異常と其療法	**	植松七九郎	教授
66	産婦人科「ホルモン」療法	**	小榮次郎	博士
65	一般に必要なる小外科	***	前田友助	博士
64	癌腫の放射線療法	***	安藤畫一	教授
63	利尿劑の使用法	**	佐々廉平	博士
62	慢性循環不全の治療法一般	***	稻田龍吉	教授
61	消化器疾患の一般治療法	***	松尾巖	教授
76	一般に必要なる整形外科	***	片山國幸	教授
77	動脈硬化症に因する疾患	**	西野忠次郎	教授
78	精神病の藥劑療法	*	三浦百重	教授
79	内科的疾患に見らるる眼症狀と其治療	***	石原忍	教授
80	温泉療法概説	***	西川義方	博士
81	濕疹と内臟變化	**	三宅勇	教授
82	脳膜炎症候群の鑑別診断	***	柿沼吳作	教授
83	二、三婦人科疾患のレントゲン治療	***	白木正博	教授
84	臨床上必要なる非經口的營養法	**	山川章太郎	教授
85	ロイマチス	**	鹽谷不二雄	博士
86	小兒脚氣	**	太田孝之	博士
87	不妊症の成因と治療	***	篠田糺	教授
88	本邦乳兒の急性營養障礙に就て	***	戸川篤次	教授
89	妊娠と浮腫(上)	**	久慈直太郎	博士
90	妊娠と浮腫(下)	**	久慈直太郎	博士

91	浮腫と其療法	***	柿沼吳作	教授
92	腹水の診断と治療	**	藤井尙久	教授
93	戦疫を中心として國際傳染病に就て	**	村山達三	博士
94	黄疸及び其の治療	**	小澤修造	教授
95	肺結核の對症療法	***	田澤鍊二	博士
96	内科疾患に關する耳科疾患	**	山川強四郎	教授
97	結核に對する施設	**	春木秀次郎	博士
98	皮膚結核の診断と治療	**	伊藤實	教授
99	腎臟結核	**	高橋明	教授
100	冬季流行する急性熱性傳染病の診断	***	高木逸磨	教授
101	皮膚疾患の一般療法	**	太田正雄	教授
102	小兒結核の診断	**	栗山重信	教授
103	臨牀家に必要なる消毒法(上)	**	小島三郎	教授
104	臨牀家に必要なる消毒法(下)	**	小島三郎	教授
105	帯下の診断と治療	***	久慈直太郎	博士
106	遺傳病の概念	**	古屋芳雄	教授
107	アデノイドと其治療の實際	***	鳥居惠二	教授
108	乳幼兒の肺炎及び其治療	**	太田孝之	博士
109	精神性癱瘓(早發性癱瘓)の診断及び治療	**	杉田直樹	教授
110	耳痛と其療法	**	廣瀬涉	博士
111	急性癩癩の診断と治療に就て	***	大槻菊男	教授
112	妊娠悪阻の療法	**	八木日出雄	教授
113	乳幼兒敗血症	**	戸川篤次	教授
114	軟性下疳の診断と治療	*	横山礎	教授
115	兒童の視力	***	中島實	教授
116	外科に於ける制腐の問題	**	中田瑞穂	教授
117	開腹術の後療法(上)	**	土井保一	博士
118	開腹術の後療法(下)	**	土井保一	博士
119	エレクトロカルディオグラムの知識	**	橋本寛敏	博士
120	高血壓と其療法	***	佐々廉平	博士

〔星印は既刊書にして *** は 30 銭 ** は 40 銭 以下準之 送料何れも 3 銭〕

121 「イレウス」の診断と治療 ***	小川 蕃教授	肝 硬 變 の 診 療	柿沼晃作教授
近 刊 豫 告		内科醫の外科的腹部疾患	鹽田廣重教授
扁桃腺肥大とアデノイド	久保猪之吉教授	尿 閉 の 處 置	北村包彦教授
濕性肋膜炎と其治療	今村荒男教授	頭痛と耳鼻咽喉科領域の疾患	鵜淵 源教授
内科的 誤診し易き緑内障	鹿兒島茂教授	熱 療 法	植松七九郎教授
化學的療法趨勢の一斑	佐藤秀三教授	乳幼児の下痢と其治療	小山武夫博士
肋膜炎の診療	眞鍋嘉一郎教授	下 劑 の 選 擇	中川 諭教授
乳 兒 微 毒	箕田 貢教授	遺傳微毒と其療法	箕田 貢教授
癩癧の診断と治療	内村祐之教授	血清の用法及び用量	笹木 實教授
肺壞疽と其治療	佐藤清一郎教授	子 癩 の 療 法	笠森周護教授
急性 脾 臟 炎	神保孝太郎博士	肺結核とサナトリウム	田澤謙二博士
性的神經衰弱の本態及療法	北川正惇教授		
蕁 麻疹 の 治 療	太田正雄教授		
更年期の障碍	山田一夫教授		
國 民 處 方	小澤修造教授		

京城帝大助教授 鈴木元晴先生著

消化器レ線診断學

新刊

定價 一二・五〇

〒・三七

三三判アト紙 五〇四頁
挿圖 六〇六 別表 四

□ 診断に於けるレントゲンはその理論、その装置の進歩發達に伴つて、今日では一般臨牀醫家に
とつても、打診や聴診と異なるなき簡易さに於て不可缺のものであり、而もその重要性は「レ」線
像として實物を影像することに於て、打診や聴診とは同斷の比ではないと斷ずるも敢えて過言
ではなからう。然るにこの「レ」線像を如何に處置し、如何に解釋するかは臨牀的應用方面に於る
知識は、一步も二歩も遅れてゐるかの觀あるは否み難い現狀である。

□ 本書は固より高遠なる學說や難解なる理論を述べんとするものではなく、卒直に云へば著者が
多年に渉り經驗せるその各種症例に就て先賢の教ふる所に従ひ、或は文献の示す所に之を聽き、
夫等の「レ」線像を如何に處置するかを序を追ふて編述、一に臨牀醫家の指針たらしめんと力め
たるものである。

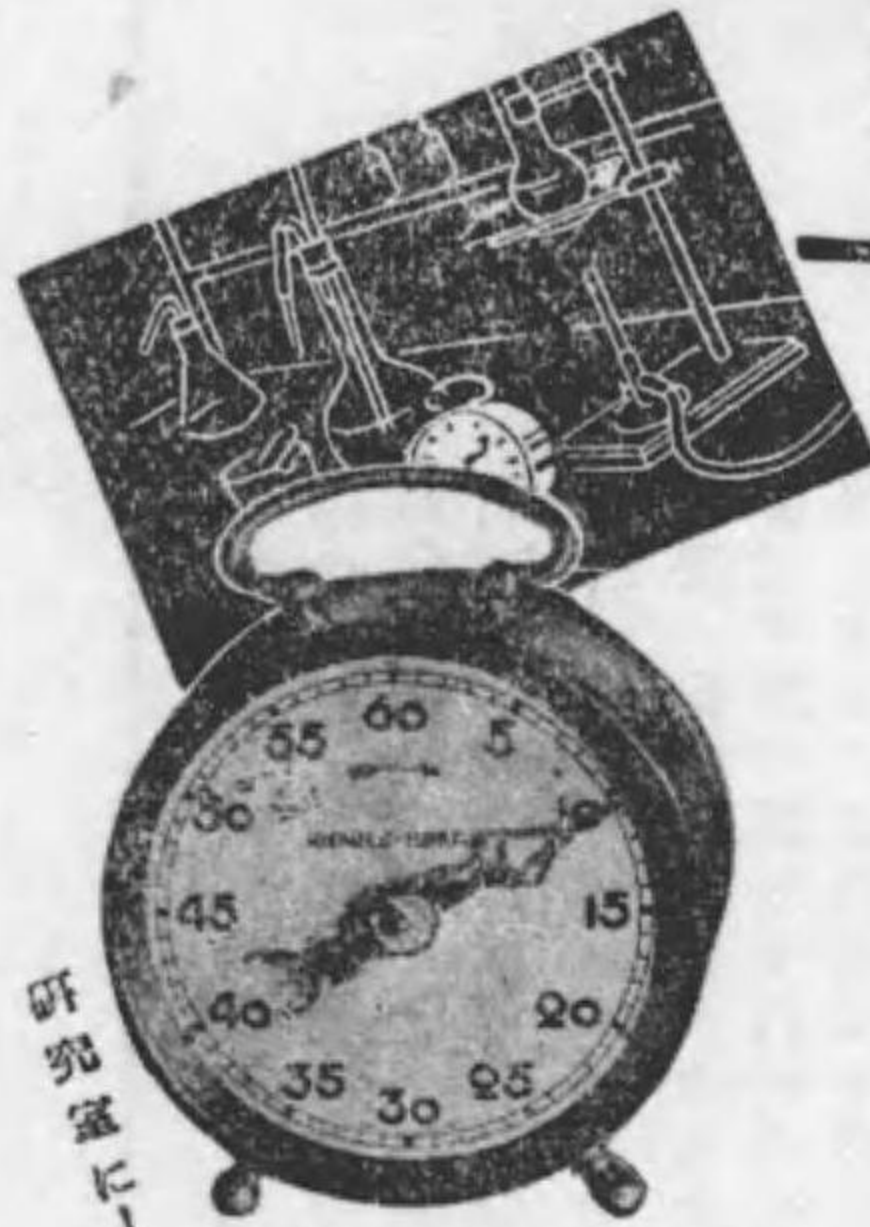
□ 又消化器の如く其の位置、形狀、輪廓、運動等を「レ」線像として能く呈示するものは、其等
の病的異變があれば、必ず特異の變化を顯現する。而も其等の變化は又實に多種多様に於て之を
一律に論ずることは出来ない、併し其間尙一定の規矩を望見し得るものである、従つて本書にあ
つては出来る限り澤山の「レ」線像を収録し廻りくどい文章はなるべく避け、主として圖を以て
説明せんことに腐心した。

□ 本書所收の圖畫は凡て京城帝大並に京城醫專の關係各科の教授、助教授、教室員の方々の總動
員をなして漸く蒐集せるものにして、その數無慮七〇〇有餘、重要な圖は之を別表の四葉とし
て挿入し、全卷之れ「レ」線像圖とも云ふべく實に洵爛を誇る一大繪卷である。

株式會社 金原商店 東京・大阪・京都

新入荷品の奉仕廉價

輸入統制で数量の制限を受ける
と同時に爲替高で輸入價格の高
騰をみましたが、本入荷品に限り特に廉價に提
供することと致しました。(念のため次回入荷は當分
見込ありません) 柱掛用 50個 (夜光色を含む)



研究室に

獨逸 Kienzle 時計工場製
Kienzle Minuta
分 時 計

Kienzle Minuta (分時計) は世界に有数な獨逸の Kienzle A. G. 時計工場の製品であります。その正確、その堅牢、その優美なる點に於て斷然他の市販品を壓するものであります。

レントゲン線・太陽燈照射時間の計量に！
物理療法に！ 研究室に！
化學實驗室に！ 寫眞現像室に！

繁忙なる「貴下」が單に指針を希望の所へ廻しよへすれば、何をしても經過時間を間違ひなく、明瞭に聞き逃がしのないやうに思ひ出させてくれる忠實なる看視兵として、壁面に本品の御試用を御奨め致します。

— 本品の特長 —

- ① 極短時間の測定にも正確に使用し得ます。
- ② 計測中隨時途中から新しい時間を調節し得。
- ③ 堅牢で優美で而も非常に廉價です。

定價 一五・〇〇

内地・三七
領土・七七 電話キロキ

夜光文字入 定價の一・五〇増

發賣元 株式會社 金原商店 總代理店 森盛堂器械店

● 改訂 第9版 ●

京城帝大 調 來助 著
助教授醫學博

本書は内容を診断、畸形、損傷、炎症、腫瘍、内臓治療の七篇に分ち理論は一切他の成書に譲り臨牀上重要な事項を漏れなく夫々部門に編入記載せり。

ポケット型

定價 4 圓 50 錢 送料 10 錢

澁橋病院 内科 Y 生

壁を塗るには左官がよく、床を張るには大工の手を煩はす、左官が全く大工の知識のないわけではなく、又此の逆も成立するわけである。こうして初めて一軒の家が出来上る。見方によつては内科学は臨牀醫學の基礎醫學であり礎石である。

此の上に外科、婦人科、等の造作がついて診療と言ふ家が出来来る。従つて内科を知らなければよき診療は不可能であり、外科、婦人科其他を一通り心得てなければよき内科醫ではあり得ない。臨牀醫學は大別すると内科と外科になる。こうした見方からは内科畑の人も外科畑の收穫を一通り自分のものとして置かねばならないし、外科畑の人も内科畑の作物を、其の栽培を心がけて置かねばならない。

こんな意味から私には最近出版された調博士の「外科臨牀の爲に」は欣快に耐へぬ書物の一つである。外科醫が読んで教へられるところが多いし、内科醫が読んで又よき指導者となり得る敢て拙文をもつて推奨する次第である。

外科臨牀の爲に

[金原商店發行]



— 臨牀醫學講座 —

- **内容の厳選** 千百の目次を並べた一流雑誌でも眞に読みごたへある好篇は僅に一、二であつて頁數や誌代の多いのが、よい雑誌とは言はれない、その意味で本講座には無駄がない
- **讀書の容易** 一部三十錢乃至七十錢送料三錢・切手代用一割増、書物の大きき四六判ポケット入、一冊三十頁乃至七十頁平均一時間にて讀了し得、往診の途上に診療室の寸暇に最適
- **選擇の自由** 各冊とも分賣でありますから、讀者は自由に自己の欲する卷數を選擇、購買し得ることが出来ます
- **特別購讀方法** 然しながら各冊分賣は實際上には比較的高價となり且つ送金等に種々御面倒も生じますので、毎號御購讀者に限り特別廉價提供の方法を講じ半ヶ年(十八冊分送料共)前金五圓・一ヶ年(三十六冊送料共)前金九圓の特別購讀料を以て御便宜を計ることに致しました、假りに毎號五十錢平均と假定すれば十冊分代金五圓で、十八冊を得ることとなり(一冊平均三十錢弱となり)十八冊分代金九圓で實に三十六冊(一冊平均二十五錢となり)を購讀し得ることとなる譯であります、御利用を御薦め致します

昭和十三年十二月廿六日印刷納本
昭和十三年十二月一日發行

臨牀醫學講座 每月三回
第一二一號

定價 本輯に限り 金四十錢
半年分(十八冊)金五圓
一年分(三十六冊)金九圓

著者 小川 蒼
發行者 金原 作 輔
印刷者 河合 勝 夫
印刷所 東京市板橋區志村町五番地
凸版印刷株式會社

發行所 株式會社 金原商店
東京店 東京市本郷區湯島切通坂町三〇番地
電話(小石川) 三五八二
大阪店 大阪市西區江戶堀上通二丁目八番地
電話(土佐堀) 二四〇六
電話(土佐堀) 二四〇六
京都店 京都市上京區河原町通丸太町上三丁目三番地
電話(上) 二一七四
電話(上) 二一七四

60
1364



終