60-1364
1200501272869

1364

醫學叢書
二十二輯

胃潰瘍の診斷と療法

南大曹著

始

臨牀醫學講

60
1364

胃潰瘍の診斷と療法

醫學博士 南 大 曹

-22-

★★★★★★

東京 金原商店 大阪 京都

醫學博士 南大曹 講述

胃潰瘍の診斷と療法

〔不許複製〕

〔臨牀醫學講座 第二十二輯〕

株式會社 金原商店發行

南大曹博士略歴

先生は福島縣の人、明治十一年生、同三十七年東京帝國大學醫科大學卒業、直ちに入澤内科に於て研究、三十九年長與胃腸病院に入り研鑽すること多年、四十三年獨逸に留學、大正元年歸朝、翌年醫學博士の學位を受く、其後現地に胃腸病院を開設して今日に至る。

先生が一たび開業せらるゝや、名聲遠近に傳はり、來り治を請ふもの相踵ぎ患者常に門に滿つるの概あり、蓋し先生が斯界の權威者として消化器系統疾患の診療に對し學識經驗の深遠且つ豐富なるを雄辯に物語るものなり。

本書は特に多忙なる先生に請ふて一般臨牀醫家に先生知見の一端を窺ふに便ならしめんとするに他ならず。

御著書の主なるものに

「胃腸病の診斷及治療學」、「内科疾患食養療法」あり。

60-1364

臨牀醫學講座 第二十二輯 目次

第一章 胃潰瘍の診斷……(一)
潰瘍診斷上の一般的注意……(一)
問診……(三)
視診……(九)
觸診……(一一)
一、急性胃潰瘍の場合……(一二)
二、亞急性及び慢性胃潰瘍の場合……(一三)
其他の潰瘍診斷法……(一五)
一、壓診……(一五)
二、胃液檢査……(一六)
三、潛血反應……(一七)
四、レントゲン線檢査法……(二二)
五、胃曲線檢査法……(二三)
六、胃鏡檢査……(二四)
潰瘍の部位診斷……(二五)

鑑別診斷……（二七）
一、神經性胃痛……（二七）
二、背髓癆の胃症……（二八）
三、肋間神經痛……（二九）
四、膽石症……（二九）
五、十二指腸潰瘍……（三〇）
六、胃癌……（三一）
胃潰瘍の早期診斷……（三四）

第二章　胃潰瘍の療法……（三七）
胃潰瘍の豫防法……（三七）
急性胃潰瘍の療法……（三九）
一、出血期の處置……（三九）
二、輸血……（四四）
三、出血當初の食養及び藥用……（四七）
四、胃潰瘍の治療期間……（五九）
五、治療成績……（六〇）
慢性胃潰瘍の療法……（六一）
其他の特殊療法……（六三）
一、シッピー氏療法……（六三）
二、アトロピン療法……（六四）
三、硝酸銀療法……（六四）
四、クッスマウル及びフライネル氏蒼鉛療法……（六五）
五、油劑療法……（六六）
六、蛋白體療法……（六七）
七、アミノ酸注射療法……（六七）
八、十二指腸榮養に依る胃潰瘍療法……（六八）
九、空腸榮養法……（六九）
一〇、糖療法……（七〇）
一一、ペプシン療法……（七一）
一二、副甲狀腺療法……（七一）
一三、インシュリン療法……（七二）
潰瘍の根治に就て……（七二）

胃潰瘍の診斷と療法

東京南胃腸病院々長
醫學博士　南　大　曹

第一章　胃潰瘍の診斷

潰瘍診斷上の一般的注意

正しき診斷をなして初めて正しき治療を遂げ得るものであるから、診斷の正鵠を得る事は最も重要な事であつて、殊に胃潰瘍などの際には一層其感を深くするのである。然し世の臨牀家の中には徒らに精緻の診斷を下さんがため、種々の冒險的操作をしたり、又は益なき苦痛を患者に與へたりする者もある。而

も其結果は治療の方針を決定するに何等の效果を齎らす事なく、心身の安靜を必要とする潰瘍患者に對して、徒らに肉體的苦痛と、さなきだに不安に陷れる際に一層疾病の重篤なるかの感を抱かしむるが如きは、醫として常に愼まなければならぬ事である。

更に實地臨牀家に注意すべき點は、危險を冒してまでも無理に胃潰瘍か十二指腸潰瘍かを區別する必要がない事である。成程正確の診斷を得んと力むるのは醫として當然の事であるが、實際に當つて此兩者の區別が容易でない場合が多いのである。況んや治療上に於ては殆んど區別する必要がないと言つてもよい位である。從つて例へば胃の幽門部か又は十二指腸か、其何れにか迷ふ樣な場合は、一括して幽門附近潰瘍 (Juxtapylorisches Geschwür) と診斷して置くのが最も賢明な方法である。殊に急性潰瘍の場合に於て然りである。要する

に診斷は治療の爲にするのであつて、診斷の爲の診斷ではないのである。余が胃潰瘍として以下述べんとするのは或程度まで十二指腸潰瘍をも包括して居る積りである。

問診

問診は診斷上可なり重要な役目を持つて居るのであるから、患者の訴へと過去の病歴に就ては十分に聽取せねばならぬ。而も之を聞く前に豫め注意を要する點は「胃潰瘍の多數は潛伏性に經過し來るものである」と云ふ事である。臨牀上の實際に於ては容易に診斷し得ざる潰瘍が多數であつて、剖檢上初めて之を發見するに至るのである。我國に於ても解屍上の統計は二三の學者に據れば半數以上にも達すと言ふて居る。此の如く所謂定型的の症狀を呈しないで、經

過するのであるから、生前にもう少し精細な問診をし、診斷の補助としたならば、統計上に見る樣な意外に多數の潰瘍は、もう少し其數を減じはしないだらうか。兎に角無症狀又は無症狀に近い胃潰瘍が相當にある事は否む事の出來ない事實である。從つて胃疾患の場合には反覆叮嚀に問診を行へば、或程度まで潰瘍の存在を推定する事が不可能とは言へないのである。

家族歷として遺傳を八釜しく言ふ人もあるが、余は左程に大なる價値あるものとは信じない。人に依りては所謂潰瘍家族と稱して二〇乃至三〇%は遺傳なりと唱ふる人もある。

既往症に於て蟲樣垂炎とか膽囊炎とかが胃潰瘍と密接な關係があるなどと云ふが、是等は恐らく消化系統の關する所であらうか。

イ、發　病

急性に來る事はむしろ稀であつて、通常は永い間胃液分泌過剩症、又は胃炎等の症狀を呈するものが最も多いのである。但し是等の疾患は殆んど全く無症狀の事もあるから、患者には急激に發病せる如く思ふのも無理からぬ事である。

ロ、疼　痛

攝食時間と疼痛とは或程度まで關係を有するものである。多くの成書に見る樣に胃潰瘍の時は食後三十分乃至一時間に來る事多く、十二指腸潰瘍では食後二時間乃至三時間以上を經過して來り、又よく夜間に現はるゝ場合もある。然し疼痛の時間的關係から、胃及び十二指腸潰瘍を判然と區別する事は出來ない場合が甚だ多いのである。從つて或程度までの目標とする外はないのである。

疼痛の部位は通常上腹部である。從つて單に胃痛と云はずに上腹痛と云ふのが至當である。此上腹痛以外によく背痛を訴ふる事がある。其他時には胸部に放散する疼痛を訴へたりする。

潰瘍に於ける疼痛は主要症狀の一つであるが、潰瘍の初期又は瘢痕形成を來した場合などは無痛に過ぐる事もある、從つて無痛なればとて、必ずしも潰瘍を否定する事が出來ない。且又治療期間中疼痛の存在する內は、少なくとも瘢痕形成の不十分なるか、又は再發を見る場合に多いのである。

ハ、嘔　吐

嘔吐症狀は胃及び十二指腸潰瘍にも往々來るものである。而も比較的分量も多く、一部食品又は粘液を交じへ多少酸性を呈し、時には强度の酸性反應を來すものである。大體に於て胃痛發作の頂點に於て來る事が多い。一般に十二指

腸潰瘍より胃潰瘍の方が嘔吐が多い。嘔吐が終れば患者は爽快を覺ゆるのが常であつて、膽石とか脊髓癆などの時とは其趣を異にするものである。

ニ、吐　血

吐血は種々の形態に於て來る、時には全く健康狀態の如く見えて、突然吐血し、然る後初めて潰瘍の症狀を呈する如き、或は吐血を來す直前に初めて潰瘍の症狀（例之、特殊の潰瘍痛）を見るが如き事あり、又長時日諸種の潰瘍症狀を有しつゝ經過し來り、最後に吐血を以て終止する事あり、吐出せる血液は暗紅色を呈するのが普通である。畢竟吐血の直前又は直後に於て、胃內の酸度は急速に上昇し、オキシヘモグロビンが酸化ヘマチンに變化し、遂に珈琲沈渣樣色彩を有するに至るならん、尙ほ血液の一部は胃內に於て凝固するものである。

潰瘍患者の吐血症狀は幾多の統計を見るに、最低三〇%より最高七五%の間にあり、吐血の再發頻度は三年間に十一回、二十一年間に二十三回を見たる例を報告せる者あり、余は三年間六回の吐血を來せし例を有す。

ホ、下　血

胃内に多量の出血ある時は吐血に伴ふてテール樣漆黑便を排出す。然し吐血症狀を缺くも、往々下血を來して高度の貧血に陷る事あり、反對に一般狀態に著變を呈せずして、多量の下血を來す場合なきに非ず、殊に十二指腸潰瘍に於て其感を深くする、胃潰瘍に於ては多くは潰瘍症狀を具備して後、初めてテール便を排泄する事が多い。

テール便ならずとも、患者は往々黑褐色の排便を訴ふる事がある。此の如き場合も尙ほ潰瘍出血を疑ひ、爾他の潰瘍症狀を探究せねばならぬ。此際注意す

べき事は幾多の色素が此の如き便色を呈する事である。例へば鐵、蒼鉛、葡萄色素、カカヲ、チヨコレートの如きものは往々誤りに陷り易い。

視　診

イ、姿　質

潰瘍に冒され易い患者は、或種の姿質を有すとは歐米の臨牀家が能く唱へる所であつて、或は無力性姿質を擧げ、或は淋巴姿質を數ふるけれども、余の經驗によれば少なくとも我國に於ける潰瘍患者の大多數は、比較的强健の人を襲ふ事が多い樣である。從つて余等は姿質に對しては甚しき關心を持たないのである。尤も長期に亙つて幽門の狹窄などを有して居る場合は、高度の羸瘦を來し乾燥せる皮膚を有する樣な事はある。

ロ、顔　貌

潰瘍患者は顯出血又は潛出血の爲、多少共貧血せる顔貌を有する事が多い。然し稀には赤血球數及び血色素含有量の減少などなくとも、蒼白であつて如何にも貧血樣の顔貌を見る事がある。此の如き場合は往々植物神經系統の失調を來した場合などに來るものであつて、皮膚血管の攣縮性收縮に因る假面性貧血とも云ふべき場合である。

ハ、舌

一般に舌苔を有せず、比較的清淨の舌面を有すとは從來から唱へられて居るが、余の經驗に據れば必ずしもさうでない。むしろ清濁相半ばすと云ふてよからうと思ふ。グレースナーは胃潰瘍の時は舌の表皮缺損を認める事が多いと言ふて居る。即ち圓形又は橢圓形をなせる多數癒合せる小さな缺損を形成して、

胃潰瘍の治癒と共に消失すると云ふ、同氏の說によれば此の如き現象は舌の血液循環の不完全なる爲か、又は酸性胃液の逆流に依る障礙であらうと言ふて居る。

觸　診

潰瘍患者の觸診は、豫め問診及び視診により、疾患の急性なるか、慢性なるかを推定し、苟も危險症狀の存する場合、例之顯出血若しくは穿孔等のある場合には、むしろ觸診を行はざるを可とすべきであつて、唯時に極めて細心の注意の下に表在性觸診を行ふ事がある、然れども深部觸診の如きは絕對の禁忌とする。

一、急性胃潰瘍の場合

吐血又は下血を以て來る場合は患者をして仰臥位をとらしめ、觸診に當りては、決して體位の變換を求めてはならぬ。溫き手掌を以て輕く腹部全體を觸れ局所は一層愼重に靜かに觸診すべく、且つ腹筋の觸感を注意すべし、畢竟腹部の急性疾患に於ては、往々筋肉緊張を來し所謂筋肉防衛 Défense musculaire を認むる事があるからである。殊に消化管の穿孔に於て然りとする。本事實は腹部の疾患に於て、內臟神經の反射的興奮に因する結果であつて、後述せんとする壓痛點と同意義を有するものである。唯皮膚神經の過敏な患者に於ては、手掌（殊に冷えたる）を觸れたのみで、反射的に腹筋の緊張を認むる事があるが、それと之とは全く其意義を異にするものである。次で輕微の指壓に依り局

所の壓痛部位を檢すべし、胃潰瘍の壓痛部位は大體上腹部に存するも、此際最も注意すべき點は急性膵臟疾患、膽囊疾患又は急性蟲樣垂炎などである。是等の疾患も病初に於ては等しく疼痛を上腹部に訴ふるが故、假令熟達せる指先と雖、尙ほ諸種の檢査に俟たねば確診を下し得ぬ場合が往々ある。それ故常に愼重の態度を以て之に臨まねばならぬ。殊に急性の場合は迅速且つ正確に爾他の腹部疾患との鑑別を明かにし、胃潰瘍なりと推斷せば潰瘍の部位的診斷、就中病竈が幽門部にありや、又は十二指腸にありやなどの識別の如きは、第二段の問題として可である。

二、亞急性及び慢性胃潰瘍の場合

此場合に於ても尙ほ仰臥位に於て愼重に腹筋の緊張を檢し、續いて壓痛點を

見るべし、壓痛點は大體に於て上腹部の中央に存する、胃潰瘍の際には白線の左に、十二指腸潰瘍の際には右にありと云ふも、常に必ずしも然らざる事がある。

慢性の場合は更に胃部に抵抗の存するや否やを檢するを要する、一般に慢性潰瘍として存する場合は潰瘍の周圍に反應性浸潤を生じ、觸診に際し往々抵抗として感ずる事がある。尙ほ胼胝性潰瘍などでは潰瘍それ自身を抵抗として感ずる事がある。急性ならざる限り、更に患者をして側臥位、對角線位又は坐位をとらしめ、初めて潰瘍部位を診定する事が出來る場合もある。過敏なる患者にありては、深部觸診に當り太陽叢の過敏を來し、局所壓痛點と誤る事があるから注意せねばならぬ。

其他の潰瘍診斷法

一、壓　診

潰瘍の局所に直接指壓を加へて起る疼痛の外に、診斷上意義あるは、反射性の疼痛である、即ち諸所に起る壓痛點であつて、固より潰瘍局所の疼痛にも非ず、若しくは自發痛にも非ずして、全く反射弓を通ぜる痛である。之に屬するものはボアスの上腹部及び背部の壓痛點、メンデルの上腹叩打痛及びヘッドの知覺過敏帶等である。ボアス氏上腹部壓痛點は通常劒狀突起の直下にあるも、素より潰瘍局所の壓痛にあらず、內臟神經節に關係を有し、胃潰瘍によりて過敏となりたる神經節による反射的現象である。尙ほ同氏の背部壓痛點は胃潰瘍に於ては、第十乃至第十二胸椎より左方二乃至三糎の部に存するを常とし、極

めて稀に右方に來る事あり、十二指腸潰瘍の場合は通常右方に存す、該壓痛點は肋間神經後枝によるもので交感神經の興奮狀態が肋間神經の分枝に知覺過敏を起さしむる事、恰もヘッド氏知覺過敏帶の如きものである。ボアス氏は胃潰瘍の約三分の一は背部壓痛點を有すると云ふ。尙ほペル氏は上腹壓痛點なく背部の壓痛點のみ存する場合は胃後壁の潰瘍を考へ得ると言ふて居る。

メンデル氏叩打痛は輕く指先を以て上腹部を叩打する際に起る强度の疼痛であつて、ボアス氏の上腹部壓痛と其原理を同じうする。

二、胃液檢査

潰瘍患者の胃液を採取せんと試むる場合は、極めて愼重を要し、あらゆる禁忌の場合を考へねば、容易に行ふべからざるものである。而も本法は假令一時

的採取法に依るも或は分劃採取法に依るも、何れも患者に對して相當の苦痛を與へるものであり、且つ屢〻危險に遭遇する事を考へねばならぬ。加之、檢査成績を得たとしても、診斷上の價値は決して大なるものではない、何となれば立派な胃潰瘍患者でありながら、胃液の酸度が正常價を示し、又は却つて低下せる酸度を示す場合さへあるからである。唯診斷上參考になる事は、空腹時（即ち分劃採取法に依る前液）に於ても高度の分泌量及び酸度を示す場合及び刺戟液が胃より排出されてから後、尙ほ持續的分泌を繼續する場合などである。かゝる場合には胃潰瘍を考へる必要はある。

三、潛血反應

胃潰瘍の診斷及び其程度を知るに最も重要なる役目を持つのは潛血反應の檢

査であつて、殊に爾他症狀の不十分なる場合に於て特に然りとする。

潜血反應を述ぶるに先立ち、顯出血として大量に吐出するか、又は下血として來る場合を考へねばならぬ。此際注意すべき點は該出血は果して胃より來るか、又は他の疾患殊に肺より來るかを、仔細に檢索せねばならぬ。胃出血は多く暗黑色を呈し一部凝固して泡沫を含まず、往々食片を混え、反應は多く酸性である。反之、肺出血は鮮紅色にして泡沫に富み、反應は常にアルカリ性である。尙ほ吐血は多く嘔吐發作に依りて來り、喀血はよく咳嗽發作に伴ふ。此際更に肺及び心臟の檢査を十分ならしめ、然る後是等器官の所見と既往症とを考察すれば二者の鑑別は比較的容易である。

食道より來る出血はよく癌腫より來る。此場合は癌腫の定型的症狀、例之狹窄、惡液質其他の症狀によりて區別する。同樣に肝臟硬變に依り噴門部の鬱血

を來す時は、該部の靜脈擴張を起し、一朝破綻を來す時は、多量の吐血を來す事がある、此の如き場合も亦肝臟疾患の有無を仔細に檢するの必要がある。

往々食道潰瘍と胃潰瘍との出血を混同する事あり、かゝる場合は兩者の疼痛時に注意するを要する、即ち攝食に當りて通過時直ちに來る時は食道にして、之より遲發すれば多くは胃とする。尙ほ年齡も亦多少の鑑識を與ふるものにして、食道の際はむしろ老年に來り、血液は暗赤色にして胃出血の如く黑褐色の色彩は殆んどない。

前述せる如く、潜出血の便中に現はるゝは、極めて重要の意義を有するものである。元來胃疾患の多數は潜血を來さざるもので、即ち健康胃、官能障碍、アトニー、分泌過剩、慢性胃炎及び胃液缺乏症の如き何れも陰性である。但し良性幽門狹窄症には往々潜出血を見るとはボアス氏の唱ふる所にして、畢竟粘

膜が容易に損傷され易きと長時間停留する食物殘渣に影響せらるゝ爲ならんと言はれて居る。然れども胃以外の諸疾患、例へば齒齦炎、口腔炎、食道炎、腸腫瘍、結核性腸潰瘍、門脈鬱血、心臟疾患、腸閉鎖、急性貧血、膿毒症、中毒其他の疾患に因して潛出血を來す事は決して少なくない。かゝる場合に於ては諸臟器の診査を十分にし、何れの疾患が最も具備せる著明症狀を有するかに就て仔細に考察すべきものである。

癌腫より來る出血は持續的にして、潰瘍は時々出血するのみ、素より時に例外なきに非ざるも、大體に於て然りとする。畢竟前者は組織の剝離に因して來り、後者は胃血管の破綻に基くものである。從つて潛出血反應を檢する際には是等の點に注意せねばならぬ。

便中潛出血陰性にして胃液中に陽性（胃ソンデーを入るゝに際し禁忌の場合

なき時）なりとせば、殆んど全く一過性又は人爲的出血と見て差支がないとは從來より唱導せられたる所であるが、然し今日に於ては必ずしも然りとは言へないのである。何となれば從來の潛血檢出法は多くベンチヂン、グアヤック若しくはヒラミドン法であつて血液成分中の過酸化酵素を檢出して血液の存在を知る方法であつて、鐵分を含有せざるポルフィリン Porphyrin の如きは檢出し得ないのである。從つて之までの潛血反應陰性の部類には、全然出血なき場合と更らに尙ほ少量の出血あるも、ポルフィリンの如く分解せられて居る場合も含まれて居る事を知らねばならぬ、此事實は診斷以外に治療成績を知る上に必要の事である。（後述治療篇參照）

玆に最も注意すべき點は胃液又は便中の血液檢査は決して一回に止めず、之を反覆すべき事である。

四、レントゲン線檢査法

レントゲン線に依る胃潰瘍の診斷法は許されたる紙面にては到底詳述する能はざるを以て、左に其概要を指摘して述べる事にする。

胃又は十二指腸壁に壁龕（ニッシエ）を發見すれば確實である。或は胃の粘膜皺襞撮影法に依り、粘膜面に輪狀壁を認むるか又は放射線狀の皺襞狀を呈する時は、潰瘍の診斷は確實である。或は透視時に於て非常に限局せられたる壓痛點を有する時は、其處に壁龕を發見せずとも、少なくも該部に存在する糜爛を考へる。

レ線に依る直接症狀不十分なりと雖、左記の症候を見る時は胃潰瘍の疑を置くべきものである、卽ち胃大彎の攣縮、胃液層の增加、排出障礙を伴へる幽門痙攣、瘢痕性幽門狹窄、砂漏斗狀胃、癒著性幽門變形、十二指腸球の變形、持

續性十二指腸球、十二指腸狹窄等である。又皺襞像に於て皺襞が擴大せる時は、隨伴性胃炎の症候を示すものであつて、矢張り潰瘍を考へねばならぬ。

五、胃曲線檢査法

ゴム球を胃內に挿入し、空氣又は水を傳送して、胃運動を描寫し、生理的又は病的の胃運動機能を研究する方法は、千九百五年ボルゲレレフ氏に依りて行はれて以來歐米に行はれ、我國に於ては九州帝大小野寺內科教室に於て盛に研究せられた。描寫せられたる胃曲線の診斷學的應用も同時に考究せられつゝあるも、現在に於ては遺憾ながら議論の餘地なしとは云ひ得ない。卽ち胃潰瘍であつて胃癌型曲線を示し、又之に反して胃癌であつて潰瘍の如き曲線を示す事も少なくない。從つて胃曲線による潰瘍と癌との鑑別診斷に際しては餘程注意

せねばならない。

六、胃鏡檢査

診斷學上胃鏡の應用を見たるは可なり以前よりなるも、其操作の甚だ困難なると、患者に苦痛を與ふる事も可なり大なりしを以て、臨牀的に應用せらるゝ事は極めて尠なかつたが、最近ウォルフ及びシンドラー兩氏の創製せる可撓性胃鏡は頗る實用的にして、臨牀上極めて效果の大なるを見る。本器を應用せる診斷上の報告は今日未だ多數に上らない。然し從來の硬式胃鏡に比すれば、非常に進歩せるを以て、將來之に依つて多數の業績を見る事と思ふ。要するに本器は胃癌、胃潰瘍及び胃炎等の診斷に適し、尙ほ他の診斷法にて病名確定せざる場合などに有效である。例へば胃癌と胃潰瘍又は胃潰瘍と胃炎などの鑑別に

は到底他の追隨を許さないと思ふ。されど之を實施するには患者に相當の苦痛を與へ、且つ危險も無視出來ないと思ふ。加之、其價格も可なり大なるを以て、實地臨牀家に普及すると云ふ樣な事は、容易に望み得ない事である。

潰瘍の部位診斷

潰瘍發生の部位を診定するは決して容易のものではない、時としては比較的確實に其部位を診定し得る事あるも多くは困難を覺ゆるものである。もし臨牀上其部位を明かにする事が出來れば、治療上には勿論其豫後を卜定するにも甚だ好都合である。今日まで多くの臨牀家が幾多の經驗から推して或程度まで診斷を下し得る可能性があるとして左の點を擧げて居る。素より之に依つて直ちに其部位が判ると云ふ譯でなく、言はゞ參考として心得べき事項である。

一、食物を攝取して後直ちに疼痛を訴ふる場合は、噴門又は小彎部に潰瘍發生を思はしむるのである。此際患者が直立位をとる時は、よく疼痛を忘るゝものである。畢竟胃の內容が潰瘍面に觸れないからであつて、反對に大彎部に發生する場合には、直立位をとると內容がよく之と接觸して疼痛を增すものである。

二、幽門部潰瘍では疼痛部位は白線の右側に局在する事が多い、從つて患者は好んで左側臥位を取るものである。然る時は內容が幽門部に接觸しないから、刺戟に因る疼痛は緩和せらるゝのである。

三、食後二、三時間後に於て、中線より右の方に疼痛を訴へ、更に下血を來す場合の如きは、幽門部又は十二指腸の上部に當つて潰瘍の存在を見る事が多い、然し此場合には果して幽門なるか、又は十二指腸なるかは判定し難いので

あるから、所謂幽門附近潰瘍 juxtapylorisches geschwür として取扱ふのが至當である。

以上の理由に基き或程度まで部位を推定しようとするのであるが、之は極めて根據が薄弱であるから、若し條件が許すなればレントゲン線診斷によつて、明確に之を定めるのが最も確實である。

鑑別診斷

一、神經性胃痛

胃潰瘍と區別するには大體次の點に注意すればよいのである。卽ち神經性胃痛では疼痛が發作性であつて、且つ不規則に起り、攝食とは何等の關係を持たない。尙ほ本病患者は不消化物などに平氣に堪える事である。胃內容の酸度な

どは兩者の區別點にはならない。潰瘍の初期に於て定型的の疼痛とか、出血等の症狀の現はれぬ時には、往々兩者の區別が困難の事がある。縱令一般神經症の徵候があつたとしても、潰瘍患者にも屢々神經症狀を來すからである。かゝる場合に試みに潰瘍療法を行つて見て其痛が止まる時は多くは潰瘍であつて、然らざれば神經性胃痛と見らるゝ場合が多い。一定度まで潰瘍が進んで便中に潛出血でも證明されゝば、其鑑別は至つて容易である。

二、脊髓癆の胃症

脊髓癆に於ける胃性發作は突然に起り、且つ極めて劇痛であつて、患者は到底食物などを攝る氣力もない。そして該發作は通常突如として止むのである。無痛の間歇時には全く健康者の樣に思はれるのが普通である。尙ほ本病には特

殊の脊髓癆の症狀があるから、鑑別は比較的容易である。唯注意を要する事は他の症狀が起らない內に、胃症のみが先驅する事があるから、戒心すべきである。

三、肋間神經痛

往々左側肋間神經痛と誤る、殊に潰瘍の經過中又は治癒後に見る事が多い、然し肋間腔に於ける定型的の壓痛點を檢索すれば左程困難ではない。

四、膽石症

潰瘍との區別點は先づ其疼痛點に注意するにある、本病の疼痛も尙ほ上腹部に起るも、其最も强きは中線の右にありて右側腋下線及び右側背後に放散する、

疼痛は攝食とは殆んど無關係なる事多く、輕き食物の時も、重き食物の時も同様に現はるゝものである。ボアスは背部の壓痛點は最も多く十二胸椎の高さで、脊柱を去る二—三糎の位置であると言ふて居る。肝臓は發作の間又は發作後に於て腫大し且つ壓痛を訴ふ。特に膽囊部位に於て然りとする。發作時又は發作後に於て往々高熱を發し、四十度に達する事稀ならず、加之、發作後黄疸を來す者も可なり多數である。胃内に於ける酸度の關係は殆んど意義なきものである。

五、十二指腸潰瘍

胃潰瘍との鑑別は極めて困難であつて、或は攝食後に於ける疼痛の時間的關係に重きを置き、十二指腸潰瘍では食後二三時間乃至四時間、或は其以後に來

り、又往々夜間に起るとか、又疼痛點は白線の右に多いとか、或は吐血を來さずして下血のみであるとか言ふて、臨牀的に薄弱な目標を定めて居るが、幽門潰瘍などと殆んど區別し得るものでないのである。唯事情の許す限りに於てX線檢査を行ふ事が出來るなれば、的確に鑑別し得る位である。

六、胃　癌

早期に於ては潰瘍と區別する事極めて困難なる事あるも、一定度まで病變の進行を見る時は、比較的容易である。例へば局所に腫瘍を觸知し、惡液質に陷りて羸瘦甚しく、加ふるに珈琲沈渣樣の吐物を來す場合の如き卽ち之である。年齡を以て鑑別に資せんとするは、必ずしも妥當ならず、若年にして癌腫に冒され、老年にして尙ほ且つ潰瘍に陷る事あるからである。

疼痛は胃癌にありては絶えず鈍痛を來し、食物攝取と無關係なる事多く、時に發作的に强度の痛を來し、肩胛部までも放散する事があつて、潰瘍痛と其趣を異にする場合がないでもない。且つ陳舊の潰瘍になると所謂定型的の潰瘍痛は全然無くなつて、不規則不定型の疼痛として現はるゝ事がある。かゝる場合には胃癌の時に來る疼痛とは全く區別しにくゝなる。

吐血は潰瘍に於ては大量にして暗紅色を呈し、屢〻反復する事なく、癌腫に於ては通常其量少なく、所謂珈琲沈渣樣である。然し稀には逆に癌腫に於て突然大量の鮮紅色の吐血を來す事がある。然し此場合を除いてはテール樣黑色便として來る事は殆んどない。潛出血は兩者の鑑別には比較的重要の位置を占め、癌腫の大多數が早期症狀として現はるゝのが常であつて、且つ持續的であるのが特殊である。之に反して潰瘍では或る程度まで證明し得るも自然消失を

來すものである。

胃內容に就て見るに、遊離鹽酸は或は減少し、又は缺乏する事あるも、時には其增加をさへ見る事があつて、何等的確の區別點とはならぬのである。さりながら多量の乳酸增加、ボアスー・オップラー桿菌の存在は比較的早期に來り、潰瘍には見るを得ぬ現象である。

嘔吐は潰瘍にありては多くは疼痛發作の頂點に來り、癌腫にありては全く不規則である。唯幽門部に發生して狹窄を起す場合は、食糜が一定度まで瀦溜した時に來るのが常である。

腫瘍を觸知する事は有力なる區別點ではあるが、潰瘍に於ても、亦腫瘍として觸知する場合がある。例之幽門攣縮の如きは往々腫瘍と考へらるゝものである。胼胝性潰瘍の如きも亦然りである。尙ほ最も困難を覺ゆるものは陳舊の潰

瘍が漸次癌腫に移行する場合である。故に吾々は腫瘍を觸るゝ場合には、爾他の諸症狀をよく考察して後初めて確診を得べきである。殊にX線診斷の應用などは忘れてならぬ事である。

胃潰瘍の早期診斷

すべての疾患に於て、早期的に診斷を下し得るなれば、治療上は勿論其豫後に就ても利する所極めて大なるものである。然しながら此早期診斷は容易に出來得ぬ場合が多いのであつて、胃潰瘍の如きは正にそれである。余が今茲に述べんとする潰瘍の早期診斷とは、主として顯出血などを起さず、或は胼胝性、瀑狀胃等の變形を來さざる以前に於て、出來得る限り早期に潰瘍の診斷を下さんとするに外ならぬのである。從つて吾人は或時期に於て潰瘍容疑者として

扱ふに過ぎぬのである。其時期は患者個々に依つて長短あるは明かな事實である。而も此時期たるや患者の自覺的又は他覺的症狀を十分に檢索して、初めて決し得るのであつて、無症狀に經過する場合の如きは到底早期的診斷を下し得ぬものである。

潰瘍容疑者として吾人の注意すべき點は、左の諸症狀であつて潰瘍の先驅をなすのでないかとの疑を以て、常に其經過を監視せねばならぬ。

胃液分泌過剩症の如き徵候を呈する時、例之呑酸、嘈囃、空腹時に於ける上腹部痛乃至壓重の感、或は惡心、嘔吐の如き症狀は、時に全く胃潰瘍の先驅をなす事あるを以て、留意せねばならぬ事である。

上腹部痛も亦戒心を要する症狀であつて、年に數回も間歇的に起る場合は、或は胃痙攣、或は膽石症などゝ簡單に片付ける譯に行かぬものであつて、時に

胃潰瘍に歸因せねばならぬ事もある。從つて極めて精細に其原因を探究せねばならぬ。尙ほ又壓痛點が上腹部の一定部位に限定せらるゝ場合は、潰瘍の疑を益〻濃厚ならしむるものである。

大便檢査は最も重要であつて、胃液分泌過剩症を患ふる者、間歇的胃痛を有する者、若しくは嘗て胃潰瘍を經過せる者に對しては、時々潛出血反應檢査を繰返す必要を見るものである。

レントゲン檢査は潰瘍を經過せる者は勿論、少なくとも潰瘍の容疑ある者は、一年一回位は之を行ふを可とする、畢竟潛行的に潰瘍の再發又は發生を來す事あるからである。而も時としては之に依つて潰瘍の惡性變化を見る事さへあるからである。

第二章　胃潰瘍の療法

胃潰瘍の豫防法

一般に治病の原則として、本來の療法に先立ち豫防を講ずるを至當とする。從つて胃潰瘍に於ても亦出來得る限り豫防法を考究するの必要を見るものである。然しながら的確に本病を豫防し得るが如きは、容易に望み得べからざる事である。唯吾々は潰瘍の早期的診斷により、早期的に治療を施し、或は更に一歩を進めて豫防法を講ずべきである。然しながら胃潰瘍の早期的診斷は極めて困難であつて、恰も胃癌の早期的診斷が困難なると同樣の意義を有するものである。

潰瘍の發生は其源を遠く數ヶ月前に發すとさへ言はれる位であるから、早期

に之を發見して、其發生を妨げ若しくは出血症狀を阻止せんとしても容易に之を防ぐ事は出來ないのである。モイニハン氏は强度に繰返す酸過剩症は悉く之を胃若しくは十二指腸潰瘍として治療すべしと言ふて居る。かくすれば或程度までは潰瘍を豫防する事が出來ると言ふが、然し酸過剩は必ずしも潰瘍にあらず、潰瘍必ずしも過酸を伴ふに非ざるを以て、一々之を潰瘍と見做して嚴格の治療法を試むる事も一考すべきである。恰も慢性胃潰瘍は先づ胃癌として取扱はれるが、慢性潰瘍が必ずしも癌腫に移行せざると同樣である。唯分泌過剩又は酸過多の患者に接したならば、常に潰瘍を念頭に置き大便檢査を怠らず、經過中若しも潜出血の存在を認めたならば直ちに潰瘍療法に移るを至當とする。何れにしても潰瘍の豫防としては、酸過剩又は分泌過剩等の症狀を呈する場合に、早期的に其治療を試むる時は、大出血又は他の合併症などを或程度まで防

遏する事は出來る。

急性胃潰瘍の療法

一、出血期の處置

患者一朝にして吐血又は下血を來す時は、身心の絶對安靜を要するは勿論、特に家族の狼狽動搖を防がねばならぬ。此際最も急務とするは、如何にして速かに止血せしむべきかであつて、之に對しては先づ胃部に氷囊を置き、寒冷の刺戟に依つて、反射的に胃血管の收縮を來たし、血塞形成を促進せしむる事である。若し其刺戟のため、惡心、惡寒等を來す場合の如きは、已むを得ず冷罨法を以て之に代へ、且つ經口的には一切の食品又は藥餌を與へざるは當然の理であつて、それがために胃は空虛となり、全く安靜の狀態になり、自然に收縮

するに至るものである。然る時は潰瘍の邊緣は相近づき、從つて潰瘍面は狹小となり、血塞の形成も促進せられ止血の目的を達成するに至るのである。

多數の場合に於ては、直ちに興奮劑を用ふるの要は殆んどないのであるが、リンゲル、ロック液又は葡萄糖液の如きは、水分及び榮養を補給し、心力調整竝に止渴の意味に於て應用するのは最も適應の處置である。

若しも出血極めて多量にして虛脫に陷り、又は亡血の危機を招く樣な場合には絕えず脈搏及び心力に注意し、强心劑の注射は勿論、更にリンゲル液其他を皮下に送致し、時に輸血を試むる必要もある。然る時は心力の恢復、一般症狀の良好を來し、而も本患者の最も苦痛とする煩渴に對して、極めて有效に作用するものである。

尙ほ此際注意すべき點は、嘔氣、疼痛、不安及び不眠等であつて、是等の症

狀の現存する限りは、常に胃の安靜を破る動機であるから、速に之が靜穩を圖る事が、緊急の處置である。此目的に向つて諸種の鎭靜劑、殊に麻醉劑を應用するを上乘とする、例へばバントポーン、モルヒネ、バビナールの如きもので殊に余はバントポーン、バビナール・アトロピンなどを愛用して居る。其用量は多きに失せず、多くは三分ノ一筒乃至二分ノ一筒位を限度とし、一日一回乃至朝夕二回位應用して、持長一週日位に亙る事は決して少なくない。人に依りては是等の麻醉劑は、例外なしに一乃至二時間を經過すれば、胃液の分泌を增進して症狀を惡化すと言ふが、アトロピンなどを併用すれば、或程度まで之を防ぐ事を得るものである。よし又多少の障礙あるにしても、少時間而も少量宛用ふるを以て、大局の上から別に懸念すべき惡影響のない事は經驗上明かな事實である。從つてかゝる際は何も躊躇せずに、本劑を應用して、全身の安靜は

勿論、諸種の忌むべき症狀を解消せしめ、夜間の睡眠も安かに出來る樣にすれば、出血のために衰弱した心臟は翌日は漸次恢復して、一般症狀は前日に比して著しく良好となるのが通例である。

大出血に限らず、一旦吐血又は下血せる場合は、出血當日は勿論、二三日乃至數日間は絶食狀態とし、其間リンゲル、ロック又は葡萄糖液の皮下注射を實行するを最良とす、余は此際過敏の患者に對しては、〇・五%ノボカイン液二〇乃至四〇竓を併用するを常とする。從來病初に於て絶食の場合には滋養灌腸を用ゐて居つたのであるが、滋養灌腸の利用率は極めて少量であつて、前述せる注射液に比して、全身に及ぼす影響も亦甚だ少ないのであるから、今日は全く之を顧みない樣にして居る。また點滴灌腸の如きも出血當初に於て苦悶しつゝある患者に長時間ブージーを直腸内に挿入して置く事は、啻に患者の不快の

みならず、腹部の膨滿を訴へたり、時には胃部の壓迫感をすら來す事があるから、余は殆んど之を用ふる事なく、唯發病後一週間乃至十日間程も經過した時に、皮下注射を欲せざる場合などに、上述せるリンゲル液又は食鹽水などを應用する位である。

出血當初に於ては專ら止血に向つて努力すべきであつて、榮養補給の如きは第二の問題である。而して鎭靜劑の注射の如きも胃の安靜を保つ所以であつて、間接に止血作用を促進すと言ふべきである。從來より止血劑として今日まで諸種の藥品が應用せられて居る。例之、ジェラチン、アナプトール・ジェラチン、エルゴチン、カルシウム、クラウデン、コアグーレン、トロムブリン、トロムボーゲン、オポスタチン、一〇%食鹽水（所謂クロナトール）等枚擧に遑なき位である。然し其何れを選ぶも的確の奏效を見るものは殆んどなく、むしろ對症

療法と理想的食養とに依頼するも殆んど同様の結果に到着する様に思はれる。

二、輸　血

今日吾々が止血に最も有效として認めて居るのは輸血である。余は七八年前まで屢〻健康馬の血清を注射して著效を見た事があるが、然し今日では殆んどすべての場合に輸血を施す事にして居る。

本法は在來の諸止血劑に比し極めて有效である事を確認したからである。然らば何故に輸血に依つて止血作用を來すかといふに、元來輸血は一種の蛋白療法即ち刺戟療法であるが故に、細胞組織に對して一定の刺戟を與へて、其再生機能を促進して疾病の經過及び豫後に對して良好の結果を來す事は或程度までは首肯し得る事實である。嘗てプリブラム氏は非經口的療法として諸種の蛋白

療法を試み、爾來潰瘍療法としてカゼオザン、オムナジン、ノボプロチン、ヤトレン等を試用したのである。其結果に就きては今尙ほ賛否兩樣に分れて居るのである。然しながら獨り輸血法に於ては一般に潰瘍治癒に關して卓效ありとする報告が最も多いのである。

潰瘍が輸血に依つて止血を來す原因的本態に就きては、今日尙ほ確定的の說明はないので、或は血液中の血小板（Thrombozyten）の增加に因して凝固性を增進すと言ひ、或は之に反對する者あり、其何れが果して眞なりやは、今日尙ほ明かに說明せられざる所であつて、而も亦一方に於ては、輸血のため潰瘍面の再生機能を增進して、其治癒を速かならしむるのであると言ふ說が有力であつて、之に加擔する人が最も多い樣に思はれる。兎に角余の經驗に於ては從來用ゐ來つた幾多の止血劑は殆んど其效なく、唯輸血のみが最もよく止血效果

を齎らす事を信じて居る。

輸血は止血の目的に向つて一回八〇—一〇〇竕或は一五〇竕位を應用する時には、唯一回の輸血で諸種の症狀良好に向ふ場合もある。實際に當り余の經驗に於ては、出血後直ちに輸血を施すも止血作用として果して奏效せるや否やを、判別する事は極めて困難であつて、唯全身症狀の多少佳良に赴くかを思はせるのである。然し出血後五日と過ぎ一週間と經たる後に輸血を行ふ時は、止血の效果著しきを見る。從つて余は病初より少しく時日を經て輸血を行ふを例として居る。また或場合に於て潜出血に對し反復輸血を實施するも、容易に止血の效を奏せざる時、或は一旦止血するも、更に容易に出血して、永時日同樣の狀態を繰返す場合の如きは、必ずしも難治の慢性潰瘍とのみ考ふるを得ざる事がある。從つて此の如き際には、或はカルチノームの潜在するに非ざるかの

疑問を抱く事は當然起るべきものであつて、決して杞憂といふべきものとは思はれない。而も人に依りては此事實を以て潰瘍と癌腫との區別に資すべしとさへ强調して居るのである。兎に角此の如き場合に遭遇する時は、臨牀家としては十分なる考察を以て、爾他の症狀をよく檢討し、場合に依りては試驗的開腹術位は施すの覺悟を有せねばならぬ。

三、出血當初の食養及び藥用

前述せる如く出血當初に於ては、少なくとも發病後二三日間は全く絶食狀態とし、經口的に食品供給をせざるを常道とする。其間主としてリンゲル、ロック液等の皮下注射を應用する。此の如くにして二三日又はそれ以上を經、初めて攝食せしむ、第一日には主に葛湯、重湯を投與する、其量一回三〇竕乃至

五〇瓩とし、一日數回とし三時間毎に與ふる樣にする、次日に於ては更に一日の總量一〇〇瓩を增加する、而して一週日後には一日六〇〇瓩以上に達せしめる（後揭食養表參照）、此の如き極めて少量の食品にては、榮養の不及は到底免れざるものである。然れども此時期に於ては、容易に出血の虞れを脫するを得ざるを以て、食養の供給は最小限度にしなければならぬ、從つて一部論者の如く早期に多量の食品を供給し、一時に榮養の過重を欲するが如きは敢て推奬すべき事にあらず、況んや食品中の熱量等に拘泥して、其不足を唱ふるが如きは全く杞憂に過ぎざるものである。此の如きはエーワルド氏が Wissenschaftliche Spielerei（科學的遊戯）と喝破したのは全く同感である。

病食として多くの疾患に重用せらるゝ牛乳は、本病に於ても亦甚だ良好の食品である。然し玆に注意すべき點は出血直後に於ては、之を攝取せしめず、少

なくも六七日を經過し、症狀緩和の時機に於て初めて攝取せしむ、素より人に依りては病初より之を與へても、些の障碍を起さゞる事あるも、可なり多數の例に於ては、出血直後に之を與ふる時は、諸種の胃障礙（例之、壓重、膨滿、異常醱酵等）を見、稀に疼痛を起す等の不快症狀を來すを以て、出血當初は之を禁ずるを得策とする。畢竟牛乳は血中に入りて、ラーブ酵素に依り容易に凝固し、其凝固片のために新鮮なる潰瘍面を刺戟し、疼痛を惹起し且つ出血を促す危險を伴ふからである。獨逸に於ては豫めペグニン（動物の胃より無菌性に抽出せるラーブ酵素）を以て牛乳を消化し、之を濾過して飲用せしめ好果を收め得と云ふ（余は其經驗なし）。余は通常出血後六七日を經過して後初めて之を與ふ、初めは一日一回乃至二回とし、一日一〇〇乃至一五〇瓩とする、かくして一二日の經過を見、さしたる變化を認めざる時は漸次增量して、二週日に入

り四〇〇乃至八〇〇竓位を與ふ、然し牛乳投與のために瓦斯の發生甚しきか、又は下痢等を來すが如き場合は、牛乳中に適宜に石灰水（牛乳二〇〇竓中に二〇乃至三〇竓）を加伍して飲用せしめる。（食養表對照）

既に經口的攝食を許してより藥品服用を試むるを例とする。從つて大體に於て出血後四五日にして初めて服藥せしむ、藥品として愛用すべきはアルカリ劑であつて、重炭酸ナトリウムは初期に於ては應用するを避け、主としてマグネシア及び其製劑、ノイトラロン（卽ちノルモザン）、アンタチヂン等であつて、之に伍するに、次炭酸蒼鉛、次硝酸蒼鉛及び莨菪エキスを以てする。

處方例

ノルモサン	二・〇
莨菪エキス	〇・〇四—〇・〇六

次硝酸蒼鉛（又は次炭酸蒼鉛）	二・〇—三・〇
焙製マグネシア	〇・五—一・〇

の樣にする。

重炭酸曹達は從來よりよく用ゐられ、今日に於ても尙ほ之を推賞する人が多いが、余の經驗によれば重炭酸曹達の服用によつて、胃內に炭酸瓦斯を發生し、胃の膨滿を來すのみならず、時に惡心、嘔氣等を誘起する虞れがある。而も人に依つては本劑服用後一定時の後に却て酸發生を促すと云ふ。何れにせよ吾人が止血の目的を達せんがためには不利を來す場合あるを以て、出血後直に之を應用する事は禁ずべきである。然れども時日を經過するに從ひ、病況に應じて之を用ふる時は其效果の顯著なるを見るものとする。況んや潰瘍の發生す

る場合は、之と共に胃炎の發生は免るべからざる所にして、該炎症に對して重炭酸曹達を利用するは極めて適當の處置と考ふ。近時ウエストフアール氏等はアルカリ連用に依り、アルカリ劑性胃液缺乏症（Alkaliachylie）を來すと言ふも、余の經驗によれば中等量のアルカリを用ふるに於ては、かゝる事實を認めたる事なく、從つて今日尙ほ可なり多量のアルカリ劑を用ふるを例とする。

出血當時に於ける便通に就ても、相當の考慮を要せざるを得ない。元來本患者の多數は、吐血に次でテール便を排出する事多きも、次日よりは主として便祕に傾き、從つて神經質の患者は本病經過中、往々便祕に就て苦慮するものである。然れども出血當日より少なくも五日乃至一週日間は、其儘に放置するを可とする。出血後絕對安靜を守らしむるは、治療の最大方針なるを以て、早期に灌腸等を施す時は、排便に際し殊に硬便等の存在する時は、容易に排便し難

きを以て患者の努責甚しく、爲に腸管の運動は素より、反射的に胃の運動を惹起し、之が爲に將に形成せられんとする血塞の離解を來し、再び新たなる出血を起さしむる虞れあるからである。灌腸液としては通常グリスリン、石鹼水等を以てするも、余は好んでグリスリン牛乳灌腸（グリスリン三〇・〇—五〇・〇、牛乳一五〇・〇、水一五〇・〇）を以てする。本灌腸は粘滑なる牛乳により比較的排便し易いのと、萬一排便を來さざる場合に於ては、送致せる牛乳は所謂滋養灌腸の意を寓するを以て一定時放置するも差支ないのである。然る後時を經て石鹼灌腸を實行する。或は前夜一〇〇—一五〇瓩のオレーフ油又は胡麻油をブージーを以て深く直腸内に注入し置き、翌朝石鹼水を以て灌腸を施して催便せしむる。

出血後に於ける食養に就きては、疾病の經過に應じて漸次其量を增加し、出

胃（十二指腸）潰瘍患者標準食型

食品＼出血後病日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
リンゲル氏液、ロック氏液 葡萄糖液等(皮下)	500–1000	〃	〃	〃	〃	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
重湯又ハ葛湯	—	—	—	250–300	400	400	400	400	400	400	400	（以後ハ一部牛乳ヲ代用スルモ可）							—	—	—
牛乳	—	—	—	—	—	100–150	200	400	400	600	800	800	800	800	600–800	〃	〃	〃	〃	〃	〃
鶏卵	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
スープ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
お交り又ハオートミール（裏漉）	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200	300	500	—	—	—	—	—	—	—
粥	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	500	500	500	600	600	700	700
パン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	100	100	120	120	120
バター	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	20	20	20	20	20
野菜（裏漉）	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	50	50	50	50
魚肉	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100

食品調理ニ關スル注意	第一週　流動食	第二週　半流動食	第三週　半固形食
食品ノ調理ハ淡白ナルヲ可トス。酸味、辛味、其他香料ヲ避ク。食鹽ハ極少量、砂糖ハ嗜好ニ應ジ相當量（1日20—50瓦）ヲ許可ス。	出血直後ハ身心ノ絶對安靜、絶食、胃部氷嚢、鎮靜劑、必要ニ應ジテ强心劑、榮養、醫湯、强心ノ目的ニテリンゲル氏液、ロック氏液又ハ葡萄糖液500—1000瓩ノ皮下注射、2,3日經過シ、嘔吐、嘔氣ナキ時ハ經口的榮養開始、重湯30瓩ヲ與ヘ、異常ナキ時ハ重湯又ハ葛湯30瓩ヲ1日5—6回投與、更ニ3,4日ニテ牛乳ヲ與フ。	本週ヨリハ牛乳及ビ鶏卵追加、最初ハ卵黄ノミ、數日後ヨリ全卵（重湯又ハ牛乳ニ攪拌シテ與フ）經過異常ナクバ更ニスープ及ビお交リ、或ハオートミール（裏漉）ヲ與フ。スープハ鶏肉、鶏骨及ビ野菜ヲ原料トシ、獸肉ヲ用ヰズ、更ニ西瓜、メロン等甘味ノ果汁（1日100—150瓩）ヲ用フルモ可。	本週ヨリ粥及ビパン食トス。朝晝夕ノ三食ヲ主トシ狀態ニ應ジ、間食ヲ與フ。牛乳ハ通例800瓩ニ止ム。(但シ牛乳ノ一部ニ代フルニ重湯、葛湯、オバルチン其他ノ液性食品ヲ與フルモ可)パンハ白パン、バターハ國產品ヲ用フ、バターハ嗜好ニ應ジ增量スルモ可。

血後一週間は流動食とし、第二週間は流動食及び半流動食とし、第三週に至りて初めて固形食に入るを常とする、然れども疾病の輕重若しくは全身狀態の如何によりては、適宜其方針を變ぜざる可らざるは論を俟たない。

前揭せる余の食養法は一見甚だ嚴重の感を抱かしむるも、余が多年胃潰瘍患者の多數に就て實驗するに、我國に於ける潰瘍患者の大多數は比較的榮養の佳良なる者を襲ふ事多きがため、出血當初に於ける少時日の間に、憂慮すべき程に榮養障碍を起す事殆んどなきを以て、初めより多量の食養を與へざるを可とする。若し初めより多量を供給する時は、往々危險視すべき後出血を誘發するからである。此際特に注意すべき事項は、出血後に於ける潛血反應の持續期間にして、歐米の潰瘍患者は吐血又は下血後引續き便中に現はるゝ潛血反應は、邦人に比し比較的短かく、例へばボアス氏は十日乃至十四日、ツンツ氏は十一

日乃至三十日を算する。余は吐血患者百例に就て實驗せるに大體に於て十日乃至四十日の間にして、五十歲以後に於ては青年者に比し、尙ほ永時日を要する樣である。上述せる如く潰瘍患者の潛血反應を呈する時日は比較的長きを以て其間に於ける食養の供給は常に細心の注意を要すべきものとする。然らば此長き經過中漸次食養を增進するには如何なる標準に據るかと云ふに、余は日常左の點に留意して、食養の增進又は減少を實行して居る。

一、便中の潛血反應に注意し、其量の減弱又は消失によりて食養を增進す、從つて少なくとも二日に一回宛必ず檢便を必要とする。

二、患者の自覺症狀就中疼痛、壓痛等の減弱又は消失によりて增食を行ふ。

三、他覺的檢査特に全身狀態及び心力の良好なるに從ひ食養增進を企圖する。尙は出血後の體溫及び脈搏に注意するは極めて必要にして、例之順調の經

過を取りつゝある間に、急に體溫の下降を來し、同時に之に反して脈搏の頻數を招き、兩者互に發散性となる場合等は、よく新たなる出血を意味する事多きを以て、食養を增進する事は考へねばならぬ、而も時に減少すべき場合が可なり多くあるのである。

四、其他患者の訴言を聽くの必要がある、例之胃部の壓重、惡心、嘔氣又は嘈囃等の存する時は、食養の增進を圖るは不可能の事である。尙ほ胃部の膨滿等を認むる場合の如きは、食品供給も餘程注意せねばならぬ事である。

上述の療法は多年余が胃潰瘍、特に吐血又は下血を以て來る場合、即ち顯出血の際に於ける一般療法にして、唯其大綱を示せるに止まるのみ、從つて經過中に於ける藥品應用の如きは、常に現狀に即して考案せねばならぬ。故にアルカリ劑の如きも亦時宜に依りて增減宜しきを得なければならぬ。且つ從來より

用ゐられたる諸種の特殊療法（後掲參照）も亦考慮に置きて、治法の萬全を期すべきである。

四、胃潰瘍の治療期間

强度の出血又は反復する出血にありては、比較的永時日を要し、輕症の場合に於ては短日月に其治法を了す。余は大體に於て自發痛又は壓痛を認むる事なく、潛出血反應全く陰性となり、全身狀態も亦良好に赴くを見てから、少なくも五六日又は一週日を經過し、初めて床上にて攝食せしむるを例とする。此狀態に到達するには通常約五週日前後と見るべく、かくして比較的硬固の食物を攝取するも更に疼痛を訴へず、且つ諸症狀も消散し、壓迫に依るも何等の不快感を覺えず、且つ反復せる檢便に於て毫も血液反應を見ざれば初めて室內の步

行を許可する。通常七週間乃至八週日を以て其治療期間とする。

五、治療成績

上述せる潰瘍療法により、今日まで得たる成績は大要左の如くである。

全治	輕快	不治	死亡	後出血
七四%	一四%	四%	四%	四%

要するに本療法を實施し、約七—八週後に於て、臨牀的に全く治癒したる觀を呈せる者七四%を算する。素より解剖的變化の復舊の望むべからざるは言ふまでもない。

慢性胃潰瘍の療法

所謂慢性胃潰瘍として顯出血の存在せざる場合に於ては、急性症の如き嚴格なる食養を要せず、大體次の點に注意する事を必要とする。

一、成るべく榮養價に富んだ食品を、濃厚の度に於て少量宛數回に亙つて投與する事。

二、出來得る限り食鹽の少なき食品を與へ、且つ脂肪に富めるものを選擇する。從つてバターの多量を與ふるが如きは最も良しとする。之れ單に榮養價を增すのみならず、脂肪に依り胃內の刺戟症狀を緩和し、同時に酸分泌を制限するの利あるからである。コーンハイム氏が油劑療法を試みたのも其理に外ならないのである。

三、胃の運動機能を亢進せず、而も比較的速かに胃を辭する食品。

四、食品は主として牛乳及び植物性食品とし、時にヴィタミンの補給を必要とする事。

大略上述の主旨に基づき食養を調節すべし、且つ經過中絶えず便中の潜出血に注意し、二、三週間は流動食又は半流動食の範圍に於て攝食せしめる。尙ほ前述せる余が食養表を參酌すれば可である。

殊に近來空腸榮養に依り、慢性潰瘍の治癒を容易ならしむとし、一部臨牀家に盛に賞揚せらる、素より之に對して論難する者少なからずと雖も亦時に之を應用するも可ならむか。（後掲參照）

其他の特殊療法

胃潰瘍療法に對しては、古來より種々の特殊療法ありと雖も一長一短必ずしも的確に根治的療法と見るべきものがない。然し之を食養療法又は他の療法と相俟つて實行すれば、時に偉效を來すものである。余は左に是等の療法を枚擧し其大綱を述べようと思ふ。素より一々精細に述ぶる事は、紙數に限りあるを以て到底出來得ないからである。

一、シッピー氏療法

潰瘍の過酸の場合に當り、アルカリ劑を頻回の度數に於て與ふるにあり、殊に重炭酸ナトリウム及び煆製マグネシア各〇・五若しくは重炭酸ナトリウム及

び次硝酸蒼鉛各〇・五を一包とし毎時一包宛服用せしめる、若しくは之を交互に投與し、且つ時々胃洗滌を施し、遊離鹽酸の存在を見れば更に重炭酸ナトリウム〇・五を追加する、同時に愛護食養を行ふ。

二、アトロピン療法

特に分泌過剩及び幽門痙攣を有する者に適當すと稱し、一日二回一回〇・〇〇一宛注射し、二、三週日に及ぶものとする。

三、硝酸銀療法

從來は主として慢性の患者就中外來患者に應用する。初めゲルハルト氏に依りて唱へられ、後ボアス氏盛に之を賞用せり、余も亦時に之を用ふ、余の用法

は

硝酸銀	〇・〇三—〇・〇五
メンタ水	二・〇
溜水	三〇・〇

右毎早朝空腹時服用、漸次增量三週日の終り頃には〇・一—〇・一五に達せしむ。

四、クッスマウル及びフライネル氏蒼鉛療法

フライネル氏は次硝酸蒼鉛一〇・〇—二〇・〇を蒸溜水二〇〇・〇に振盪せるものを、胃管を以て胃中に送り、既に蒼鉛の潰瘍面に沈著せる頃を計り、再び胃管によりて上清を吸引せしむ、然れども該法は往々危險を招くにより、時

には早朝空腹時に於て一〇・〇乃至一五・〇の次硝酸蒼鉛を二%重炭酸曹達水又は二乃至五%カルルス泉鹽水二〇〇・〇中に振盪して飲用せしめ、服用後は患者をして仰臥位を取らせ、三十分乃至一時間靜臥の後朝食を攝取せしめる。余はよく蒼鉛劑二・〇—五・〇をオレーフ油三〇・〇中に振盪して投與する事あり、之に依つて疼痛を緩解し、酸過剩を除去し、加之、潰瘍面の被蓋となりて刺戟を避くるに適する。

五、油劑療法

脂肪は胃液の分泌を抑制し、胃の粘膜面を被覆し、痙攣緩和の效あるを以て、コーンハイム氏に依りて盛に賞用せらるゝに至れり。其用法として一日數回一回三〇・〇乃至五〇・〇宛オレーフ油又は扁桃油を與ふ。

六、蛋白體療法

プリブラム氏（Pribram）之を唱導し、植物性蛋白ノボプロチンを非經口的に與へて、組織細胞を刺戟し、再生機能を促進せしむるものとす、カゼオサン、オムナジンの如きも亦應用せらる。

七、アミノ酸注射療法

本療法は近時フランス學派によりて推奬せられ、トリプトファン又はヒスチヂン等を注射するのである。我國に於ても近來胃及び十二指腸潰瘍に對して相當の效果ありとし、諸處に於て其治驗發表を見るに至つた。

ヒスチヂンが如何なる作用に依り、胃又は十二指腸潰瘍に治效あるかは的確

に言ふを得ざるも、ワイス氏の言ふ所によると、かゝる患者に於ては、特殊のアミノ酸缺乏を起すを以て、其缺を補ふが爲だらうと言ふて居る。余は該療法を試みたる胃潰瘍の數例を有すれども、未だ著しき效果を見ざりしを遺憾とする。尙ほ將來多數の例に就き其效を實驗しようと思ふ。

八、十二指腸榮養に依る胃潰瘍療法

アインホルン氏の創意に依り、同氏創製の十二指腸管を以て、胃を經ずして直ちに十二指腸に榮養を送り、以て潰瘍の治療を促進せしめんとするものであるが、今日に於ては殆んど其應用を見ざるに至り、却て空腸榮養法の卓越せるを唱ふるに至つた。

九、空腸榮養法

本法は潰瘍面に何等の刺戟を與へず、食品を直ちに空腸に送り、治療效果を多からしめんとするのであつて、モラウィッツ及びヘンニングに依つて創始せられ、アインホルンの十二指腸ゾンデを改良して、それより更に細く且つ彈力性のゴム管をば、鼻腔より挿入して空腸に達せしめる、然る時は食物を送るにしても、十二指腸を刺戟する事なきを以て、反射的に胃液の分泌を促がす事もなく、十分の效果を擧げ得ると言ふのである。其後多くの臨牀家に依つて治療成績の良好なる事實を報告せられ、我國に於ても、近來本療法の卓越せる效果を唱ふる人あるに至つた。然れども本法は潰瘍の輕重又は急慢の程度に依つて適應を定めざるべからざるや論なく、多くは慢性の場合に於て爾他の療法に應

じ難き時等に用ふるは、或程度迄は推奨すべき方法なりと思はれる。素より病狀に依り藥品療法等を兼用する事は稀ではない。唯永時日間ゾンデを放置し、其間患者に於ては不快の念に堪えざるが如き事より、爲に本療法の中止を見る事が少くないのである。

一〇、糖療法

レヒトは四〇瓦乃至五〇瓦（時に八〇瓦）の庶糖を水又は牛乳二〇〇乃至三〇〇竓に溶解し、一日三四回内用せしめ、若し堪え得れば二、三日毎に漸次其量を增加し一回六〇瓦乃至八〇瓦に達せしめる、之にて下痢を來す場合には、葡萄糖を應用す、要するに、砂糖は酸の分泌を妨げ、且つ胃粘膜の充血を來さしむるを以て、粘液分泌を多からしめる。ヘンニングは六〇％の葡萄糖溶液を

毎時五〇竓宛投與し、夜間は持續的ゾンデに依りて毎時同量を注入す、此の如くする時は高張糖液により、盃狀細胞の機能を妨げ分泌量を低下すと云ふ。

一一、ペプシン療法

精製せる純ペプシンを以て一％以下の濃度とし且つ中性反應に於て隔日に皮下注射を施す、第一週は毎回〇・二とし毎週〇・一を增加し、〇・五に至りて後、更に逆に減量しつゝ〇・二に至つて止む。

一二、副甲狀腺療法

副甲狀腺の官能障碍ある時は、よく潰瘍を起す事ありとする假定の下に、本腺のエキスを注射する。

一三、インシュリン療法

インシュリンを應用する時は組織のアルカローゼを起して酸度を低下せしむと言ふ。

其他尚ほ種々の療法がある。例之ムチン療法、レントゲン療法の如き何れも組織のアルカローゼを起して酸度を低下せしむるのである。素より是等の療法に對しては、反對する者も亦多く、從つて潰瘍の根治法と見るべきものはない。

潰瘍の根治に就て

所謂潰瘍療法に依つて、持續的に諸種の障礙を除去し得たとするも、果して

瘢痕形成を完成せるや否やは頗る疑問であつて、グートツァイト、ヘンニング氏等の胃鏡檢査に依る詳細の所見を綜合するに、潰瘍の瘢痕形成は到底吾々が治癒期間とせる數週間位で出來得るものでなく、實に數ケ月を費やして初めて完成するものであると言ふて居る。

一方に於てレントゲン檢査により壁龕全く消失し、同時に諸種の症狀全く消散しても必ずしも潰瘍の根治と言ふを得ざる事が多いのである。從つて吾人は潰瘍根治の決定を與ふる事は極めて困難の問題である。

ツワイグなどは潰瘍療法を完全に實施したりとするも、尚ほ少なくとも二年間の經過を見るを要し、其間に於て疼痛及び其他の症狀全く消滅して、肉眼的には勿論、潛出血反應もなく、且つ壓痛等の存せざる時、初めて之を全治と見做すと言ふて居る。

兎に角潰瘍療法を施してから、一定の治療期間を經過し、然る後絶えず胃鏡の檢査に依り、胃内の變化を窺知する事が出來れば、其間の消息を明かにする事が出來るが、胃鏡檢査それ自體が非常に六ケしい事であつて、熟達せる專門家を煩はさねばならず、而も胃鏡檢査に依つても、胃全部に亙つて詳細を盡くす事は出來ないのである。從つて幽門又は十二指腸の場合などには到底不可能の事と思はれるのである。近時ウォルフ、シンドラー兩氏の創意に成る可撓性胃鏡は、從來の胃鏡に比し胃内の視野を甚しく擴大したとは云へ、果して何處まで精緻の檢査を遂げ得るかは、尙ほ將來の研究に俟たねばならぬ事である。

近時ボアス氏は潰瘍根治の判定に就て、興味ある業績を發表した、同氏はポルフィリン（Porphyrin）の存否を以て潰瘍の根治せるや否やを決すべしとしたのである。卽ちポルフィリンは潰瘍面より出でたる、血色素の一部が分解せ

られて鐵分を含まざる一成分に變化し、從來の血色素反應に應ぜざる物質である事を確め、該物質は潰瘍又は胃腸のスキルスなどで少量の出血を來す場合に當り、從來の檢査法に應ぜざるポルフィリンを認めるから潰瘍が果して完全に根治せるや否やに就ては、此點に關して十分の追究を遂げねばならぬと言ふのである。

元來便中に出現するポルフィリンには二種ある。卽ちプロトポルフィリン（Protoporphyrin）及びドイテロポルフィリン（Deuteroporphyrin）である。此内前者は植物性食品にも起因するので健康者にも見るから、特殊のものと云ふ事が出來ない。然し後者卽ちドイテロポルフィリンは、潰瘍患者が漸次治癒に赴くに從つて、鐵分を含む血色素は消失しても、ドイテロポルフィリンのみは永く便中に存在するのが例であるから、此物質が全く便中に消失してこそ、

初めて潰瘍の全治と云ふ事が出來るのだと言ふて居る。ボアス氏の經驗に徵すると、潰瘍患者の自覺的症狀が全くなくなつてから、二ケ月以上も便中に之を證明する事が出來る場合があると言ふて居るのである。此の如く詳細なる檢査を遂行したならば、潰瘍の根治を決定する上には、極めて理想的なるも、該法は可なり複雜であつて自分に實驗室を有する醫師に於て初めて實行し得べきであつて、多くの臨牀家に取りては容易に之を試むる事は出來得ないのである。

要するに潰瘍の瘢痕形成には、著しき長時日を費やすものである事は明かである。然して其長き經過の間には諸種の病的原因又は色々の刺戟に依つて、再び活動性の潰瘍に變化せずとも限らないのである。マッチッソン氏は初めの潰瘍療法を終へてから、六ケ月以内に既に五〇%の再發を證明したと言ふて居る。此事實は畢竟するにもと〳〵治癒せずに經過せる潰瘍が、再び新らしく發

生せるものと見做すべきであると言ふが、然し必ずしも別に新に出來たものとのみ言ひ得ぬ場合もありはせぬかと思はるゝ。潰瘍の再發を來す場合には、之に伴ふて殆んどすべての場合に隨伴胃炎（Begleitgastritis）及び隨伴十二指腸炎（Begleitduodenitis）を起すものであつて、之がために潰瘍の治癒を妨げらるゝ事は甚しいのである。從つて近來は此隨伴症が潰瘍根治の過程に於て大なる意義を有するものとなつたのである。

若し一部の論者の如く、潰瘍が頻繁に再發を來すとしたならば、吾人は潰瘍の治療に於て其意義が益〻複雜であり、且つ該病根治の極めて困難なるを感ぜずには居られないのである。從つて今日まで吾々が潰瘍治癒の觀念に就きてはあまりに樂觀的であつた事を恥ぢねばならぬ。

〔御承諾を得たる講演諸大家の一部〕

癌の早期診斷と療法　稲田龍吉教授
近代の化學戰　福井信立教官
腦溢血の診斷と療法★★　西野忠次郎教授
鹽田廣重教授
血尿の鑑別と其の療法★★★★　高橋明教授
丹毒の鑑別診斷と療法　遠山郁三教授
産褥熱の治療法★★★★　川添正道博士
月經異常と其治療　安藤畫一教授
主要傳染病の早期診斷★★　高木逸磨教授
扁桃腺肥大とアデノイド　久保猪之吉教授
治療食餌（上）★★★★　宮川米次教授
化學的療法趨勢の一斑　佐藤秀三教授
治療食餌（下）★★　宮川米次教授
各種毒素の豫防的應用　細谷省吾助教授
腎臓炎の食餌療法　佐々廉平博士
膿尿の鑑別診斷と療法★★★★　北川正惇教授
胃潰瘍の診斷と療法★★★★　南大曹博士
精神病患者の一般診察法★★★★　三宅鐵一教授
蟲樣突起炎の早期診斷法　青山徹藏教授
乳兒人工榮養の最近の趨勢　栗山重信教授
蟲樣突起炎の內科的治療　坂口康藏教授
實地醫家の心得べき尿檢査法　藤井暢三教授
結膜炎の診斷と治療★★　石原忍教授
耳科疾患と全身症狀　増田胤次教授
狹心症と其の療法★★★　大森憲太教授
癌腫の放射療法★★★★　中泉正德教授

（內科醫の注意すべき）外科的腹部疾患
（血清化學の進歩と）實地醫學への應用★★★　三田定則教授
（消化不良症及乳兒腸炎の）診斷治療　唐澤光德教授

〔傍系諸願・以下續刊〕

〔錢2も何れも送料之以下準 錢40は★★ 錢30は★★★として書刊既は印星〕

〔御承諾を得たる講演諸大家の一部〕

氣管支喘息と其治療　辻寛治教授
ロイマチス　鹽谷不二雄博士
（肺結核患者の）食慾增進と盜汗療法★★　平井文雄教授
傳染病患者（取扱上臨牀醫家の注意すべき事項）　井口乘海博士
妊娠（早期診斷法と特にツォンデック・アッシュハイム氏法實施法）　篠田紀博士
交通外傷の急救處置　前田友助博士
各種畸形の治癒成否★★★　高木憲次教授
胃酸過多症及溜飲症に並に其治療　小澤修造教授
アミノ酸の榮養的價値　古武彌四郎教授
遺傳生物學概論　永井潛教授
疫痢と赤痢　熊谷謙三郎博士
性慾異常と其の治療　植松七九郎教授
醫事法制の誤り易き諸點★★★　山崎佐博士
性ホルモンの應用領域★★　碓居龍太助教授
季節と精神變調★★　丸井清泰教授
（保險醫として心得べき）健康保險法解說　古瀨安俊博士
人工氣胸療法★★★　熊谷岱藏教授
高血壓症　加藤豐治郎教授
化膿菌による皮膚疾患と其の治療★★　太田正雄教授
鼓膜穿孔と耳漏　中村登教授
治療上に於けるヴィタミンB★★★　島薗順次郎教授
膽石の發生と其治療の根本義　松尾巖教授
（婦人科に於ける）癌疾患の診斷と治療　岡林秀一教授
肺炎の診斷と治療★★　金子廉次郎教授
溫泉療法概說　西川義方博士
糖尿病及合併症の治療　飯塚直彥教授
女醫の將來と其使命（新年特輯）　吉岡彌生先生
整形外科學近況の概念　伊藤弘教授

〔傍系諸願・以下續刊〕

脾臓製・強力止血薬

トロンブリン

喀　血・胃出血・腸出血・膀胱出血
子宮出血・肺出血・血友病・紫斑病
鼻　血・創傷時出血・痔出血等。手術時の出血及後出血の治療と豫防。

牧の肺臓より抽出せる血液凝固促進物質にして諸般の内出血、外出血の治療及豫防に應用し確實迅速に著効を顯す、頑固なる諸出血には先づ試みらるべき治療界必需の一劑なり。

靜脈注射用 内服用液劑	各 3.0cc	5管入	2.50
		50管入	19.50
皮下注射用	3.0cc	5管入	2.50
		50管入	19.50
		100管入	35.00
皮下注射用(輕症用)	1.5cc	6管入	1.50
內服用 粉末	25瓦入 1.50	100瓦入	5.50
	500瓦入		21.00
錠劑(0.1瓦)	25錠入 1.50	50錠入	2.70
	100錠入		4.90

THROMBRIN

製賣元
株式會社 中村藤商店
東京市日本橋區本町三丁目

代理店
株式會社 塩野義商店
大阪市東區道修町三丁目

(文獻贈呈)

新制酸劑

——無刺戟性にして胃壁防護作用ある——

ノルモザン「タケダ」

〔治療的作用〕ノルモザンは珪酸アルミニウム製劑にして、胃中にて遊離塩酸を中和し、茲に化生する鹽化アルミニウムは胃腺に收斂的に作用して過度の胃酸產生を抑制す。又本劑は胃壁の急部を被覆して食物攝取時に於ける機械的刺戟を防禦し重曹、粘マク等の如き分泌促進作用を有せず。

〔適應症〕胃酸過多症、胃液分泌過多症、胃粘膜知覺過敏、胃潰瘍及十二指腸潰瘍

〔用法〕一回量一—三瓦、一日三回食前服用

〔價格〕粉末 100瓦(一圓)二瓦入(一圓三〇)五〇〇瓦(三圓四〇)

製造發賣元 株式會社 武田長兵衛商店
大阪市東區道修町

新制酸・鎭痛劑

——特に從走神經異常症狀を伴ふ場合に好適する——

ロート・ノルモザン「タケダ」

本劑はノルモザンにロートエキス〇・六粉を配したる淡んぞ黃味無臭白色微細の粉末なり。

〔適應症〕本劑の適應症は、ノルモザンのそれに一致するも、特に迷走神經興奮症狀を伴ふ胃液分泌過多、胃酸過多、胃粘膜の知覺過敏、胃部熱感、消化障碍を伴ふ嘔氣、胃潰瘍、十二指腸潰瘍等に著効を奏す。

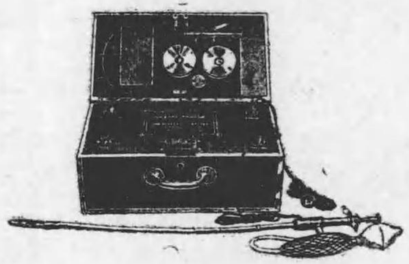
〔價格〕粉末 二五瓦(一圓三〇)五〇〇瓦(三圓四〇)

發賣元 株式會社 東京市日本橋區本町 小西新兵衛商店

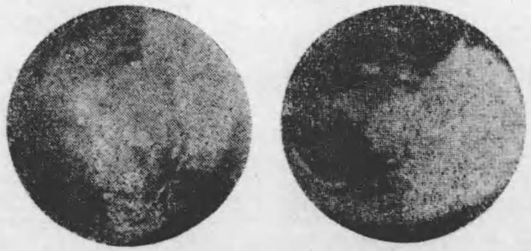
ボルゲス，ハイルペルン，バック三教授考案

胃(喉頭，直腸)内壁寫眞撮影裝置

Gastrophotographische-Einrichtung



本器はオット ボルゲス教授，ハイルペルン氏，ベカール教授は光學器械技師 F. G. バック教授の協力に依つて嘗て未だ試みられざる胃壁粘膜の寫眞的而かも立體的撮影に成功し，玆に胃癌，胃潰瘍等の早期診斷學上に一大光明を投ぐるに到つたものです。



胃潰瘍の一例（立體寫眞）

株式會社 後藤風雲堂

本社 東京市神田區小川町一丁目
電話神田(25)2501・672・823

工場 浦和 支店 大阪

出張所 京城・札幌・大連・奉天

胃及十二指腸潰瘍の新治療劑

サノスチヂン

SANOSTIZIN

（肉筋內注射用・ヒスチヂン劑製）

本劑は，Weiss 及 Aron 兩氏の實驗業績に基づき，大方諸家の勸慫により當會社にて調製したるヒスチヂン製劑にして，其の特に苦心せるは局所麻醉劑を含まず無痛的製品とせる點にあり……

一回5.0瓩宛一日一回三週間連用を希望せらる…

包裝 { 5.0瓩 5管入 ¥1.75
〃 10管入 ¥3.40

東京・室町

三共株式會社

光線療法

増訂第3版

菊判洋布　本文三五〇頁
定價五圓　送料一四錢

金澤醫大教授醫博　大里俊吾著

輓近に於ける光線療法學の飛躍的進歩は、眞に骸心瞠目に値すべきものであつて、殊にその生物學的研究が、物質代謝に及ぼす甚大なる影響を闡明してより加速度的に應用範圍を擴張し之を各分科臨牀に活用して多々益々偉效を證明しつゝあることは贅辭を要せない所である。

即ち今日に於ては光線療法に無關心にして臨牀に携はらんことは醫家として無責任なりと云ふも敢て過言では無いであらう。

本版に於ては第一版以後頓に增加したる光線療法に關する內外の文獻を涉獵すると共に全般に亘つて圖を增し頁數を殖し、就中結核の光線療法に關する著者等の教室で行つた實驗的並に臨牀的研究の收穫は、最も力を入れて補綴した。尙ほ末尾に赤線並に赤外線療法の一章を附け加へた。

〔金原商店發行〕

內科醫臨牀の爲に

・增訂第14版忽ち賣切・
・增刷第15版愈々發賣・

醫學博士　山田　詩郎著

昭和八年本書第一版を公にして以來僅々三ケ年，その短期間に刊行したる部數は無量20.000部に及び之を全國醫師總數に較ぶれば，醫師五人に付き二册と云ふ實に驚くべき普及を見るに至つたことは如何に本書が其の名の如く內科醫臨牀の爲に利便であるかを如實に證明するものとして寔に欣快に耐えない次第である。

第十三版を賣盡くし版を絕つて以來著者山田博士は專念本書の改修に從事し，門外不出半年に涉る心血を傾注し玆に再び充分の自信と責任とを以て大增補大改訂第十四版を世に送る。

苟しくも『今日の醫術』に携はるもの，醫局に，教室に，ポリクリに，書齋に，如何なる場合にても本書のみで間に合ふその利便と輕快さを偕に享受されんことを切望して止まない。

袖珍總革 480頁 挿圖 134 別表 35
定價 ￥4.00　〒 .10

□ 最優なるが故に最多なり □

〔金原商店發行〕

―臨牀醫學講座は―

□**内容の厳選**　千百の目次を並べた一流雑誌でも眞に讀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二錢・切手代用一割増、書物の大きさ四六判ポケット入、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來ます

□**特別購讀方法**　然しながら各冊分買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ケ年（十八冊分送料共）前金五圓・一ケ年（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、十八冊を得ることゝなり十八冊分代金九圓で實に三十六冊を購讀し得ることゝなる譯であります、御利用を御薦め致します

昭和十一年二月廿八日印刷納本
昭和十一年三月一日發行

臨牀醫學講座　毎月三回 一の日發行 第二十二輯

定價
本輯に限り　金六十錢
半年分（十八冊）金五圓
一年分（三十六冊）金九圓

著者　南大曹
發行者　金原作輔
印刷者　河合勝夫
東京市本所區藏前一ノ廿七
印刷所　凸版印刷株式會社本所分工場

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
電話（小石川）四三八四〇・五九〇二三〇・二四〇六八
振替口座東京二四一三三
大阪店　大阪市西區江戸堀上通二丁目
電話（土佐堀）二四六三
振替口座大阪六四一四
京都店　京都市上京區丸太町橋西詰
電話（上）四一一四
振替口座大阪二九六一九

60
1364

KANEHARA
TOKYO·OSAKA·KYOTO

終