

喉頭ノ神經症ニ知覺神經神經症 (Die Sensibilitätsneurosen) ト運動神經神經症 (Die Motilitätsneurosen) トヲ區別スレドモ、前者ハ喉頭科學ニ譲リ、爰ニハ專ラ其運動神經ノ疾患ヲ述ブ可シ。而シテ此運動神經ノ機能障礙ニ、痙攣ト麻痺トノ二症アリ。其原因ハ、其ニ神經ノ末梢若クハ中樞ニ在ル者ニシテ、實地上頗ル緊要ナル者トス。

(一) 聲門閉鎖筋ノ痙攣即聲門痙攣(喉頭痙攣) Der Krampf der Glottis-schliesser, der Stimmritzenkrampf (der Laryngospasmus, Spasmus laryngis) ハ發作的ニ聲門ノ痙攣狀ニ閉鎖スルノ症ニシテ、返廻神經或ハ該神經ノ分岐部ヨリ上方ノ迷走神經、直達的若クハ反射的ニ刺戟セララルニ由リテ發ス。而シテ本症ハ、殊ニ半歳乃至二歳ノ虛弱ナル小兒ニ最も多ク見ル所ナリ。小兒聲門痙攣 (Spasmus glottidis der Kinder) 卽是ナリ。然レドモ大人ニ在リテモ、亦罕ニハ喉頭かたゝるノ經過中若クハ精神感動ひすてり、癲癇、其他返廻神經或ハ該神經ノ分岐部ヨリ上方ノ迷走神經ノ刺戟(例之腫瘍動脈瘤等ノ壓迫ニ因ル)等ニ由リテ之ヲ發スルコト無キニ非ズ(大人聲門痙攣 Spasmus glottidis der Erwachsenen)。小兒聲門痙攣ニ特異ナル症狀ハ、睡眠中或ハ醒覺時ニ一回乃至數回ノ吸氣的喘鳴アリ、次デ痙攣性聲門閉鎖ノ爲、ニ俄然發スル暫時ノ呼吸停止ニシテ、發作ノ多少及強弱ハ、各症一樣ナラザレドモ、輕度ノ者ニ在リテハ數秒時、高度ノ者ニ在リテハ、二分間ノ長ニ至ルコト有リ。此際顔面蒼白、冷汗、淋漓、鼻翼及口唇ちやのーせヲ呈シ、頗ル不安恐怖ノ狀アリ。又頭首ハ後屈シ、四肢痙攣、手指強屈シテ、掌握スルヲ見ル。然レドモ其豫後ハ、必ズシモ不良ナラズ。榮養ヲ恢復シ且爾餘ノ原因ヲ除却スルトキハ、多クハ治愈スル者ナリ。但シ稀ニハ發作中窒息死ニ至ル者アリ。

大人聲門痙攣ニ在リテハ、唯笛聲ヲ放ツ所ノ吸氣ニ次グニ、短ク且高キ呼氣音ヲ以テスルヲ常トス。

此他喉頭ノ痙攣ニ、尙發音時官能的及吸氣時官能的聲門痙攣 (Die phonische und inspiratorische funktionelle Stimmritzenkrampf) ナル二症アリ。前者ハ、發音セムトスル瞬間時ニ聲門過度ニ收閉スル者ニシテ(所謂痙攣性失聲症 Aphonia spastica) 後者ニ在リテハ、吸氣ノ瞬間(即聲門ノ開張ス可キ時期)ニ聲門收閉シ、呼吸時ニ於テハ、聲門尋常或ハ殆ド尋常ノ廣ヲ有スル者ナリ。蓋シ前記ノ兩症ハ、共ニ筋ノ共同機障礙ニ屬シ、上肢ノ職業的の神經症(例之書痙)ト同一ノ者ニシテ、其原因ハ、恐ク過勞ニ歸ス可キ者ナラムト云フモ、又ひすてり、腦脊髓散在性硬化症ニ之ヲ見ルコト有リ。而シテ此兩症ハ、間、治癒シ難キコト有ルモ、之ガ爲、直ニ死ニ至リタル者ハ、未ダ曾テ人ノ實驗セザル所ナリ。

療法 專ラ其原因ヲ攻治スルヲ主要ナリトス。發作時ニハ面部ニ冷水ヲ噴射シ、之ヲ送入シテ空氣ヲ吸入セシメ、若シ窒息ノ危險アルトキハ、氣管内ニ彈力性かてーてる作ノ持續ヲ短縮セシム。此他内服ニハ、臭素カリ或ハ臭素なごりうむヲ與へ、又屢、電氣

聲門閉鎖筋ノ痙攣(即聲門痙攣)ノ療法

聲門閉鎖筋ノ痙攣ノ療法

ヲ用キテ效アリ。

喉頭筋ノ麻痺

(一) 喉頭筋ノ麻痺 Die Lähmung der Kehlkopfmuskeln

或ハ神經中樞器ノ

疾患(ひすてりー延髓球麻痺脊髓癆進行性筋萎縮等)ニ因リ、或ハ末梢神經ノ疾患ニ因リテ發スル者ニシテ、後者ハ特ニ上喉頭神經返廻神經迷走神經及副神經ノ障礙ニ因リテ發ス。

喉頭筋ノ麻痺ニ、左ノ諸症アリ。

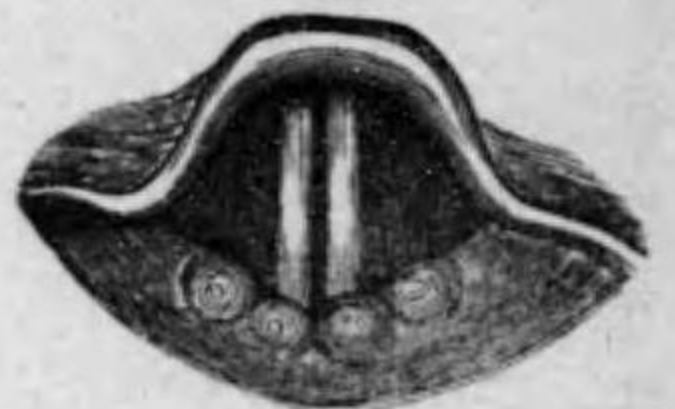
全聲門閉鎖筋ノ麻痺(即チ環狀披裂筋橫披裂筋及内外甲狀披裂筋ノ麻痺ニシテ、其ニ返廻神經ノ主宰スル所)ニ在リテハ、發音ノ際、兩聲帶相接近スルコトヲ得ズ、常ニ吸氣ノ位置ヲ保ツヲ以テ、患者全ク失聲ス。而シテ該麻痺ハ、多クハ兩側ニ來ル者ニシテ、殆ド常ニひすてりー患者ニ觀ル所ナリ。故ニ其發スルヤ、忽然トシテ來リ、又忽焉トシテ去ル。而シテ此際亦喉頭及咽頭ノ知覺脫失ヲ伴フコト多シ。

橫披裂筋ノ麻痺ニ在リテハ、發音ノ際聲門ノ最後部收閉セザルヲ以テ、聲音嘶嘎シ、或ハ全ク失聲ス。是は往々急性喉頭かたゝるニ見ル所ナリ。

内甲狀披裂筋ノ麻痺ハ、或ハ偏側或ハ兩側ニ來ル者ニシテ、爲ニ聲門全ク收閉スルコト能ハズ、兩側麻痺スルトキハ、甚ダ狭キ左右同形ノ橢圓狀罅隙ヲ生ズレドモ、偏側麻痺スルトキハ、尙狭小不同ノ罅隙ヲ生ズ。是は喉頭炎及屢ひすてりー患者ニ見ル所ナリ。

聲門開張筋ノ麻痺(即チ後環狀披裂筋ノ麻痺、所謂後筋麻痺(Die Posticuslähmung))ニシテ、

圖 十 三 百 四
兩側聲門開張筋ノ麻痺ニ於テ呼吸氣位位置



返廻神經ノ主宰スル所)ニ於テ兩側麻痺スルトキハ、呼吸ノ際兩聲帶相接近シ、吸氣ノ際ハ更ニ相接近シ、聲門全ク收閉スルヲ以テ(第百三十四圖)發音ニ變常無キモ、吸氣困難ヲ來シ、間、假死ニ陥ル。故ニ此際速ニ氣管切開術ヲ施スニ非ザレバ、患者ヲ救フコト能ハザルコト有リ。偏側麻痺ニ在リテハ、患側聲帶ハ中線ニ固定セララルモ、健側ノ運動ハ

常ニ異ナラザルヲ以テ、呼吸障礙ヲ來スコト無シ。

喉頭諸筋ノ麻痺(返廻神經ノ主宰スル者ニシテ、上喉頭神經ヨリ主宰セララル環狀甲狀筋ヲ除ク)ニ在リテハ、聲門ノ開張筋及閉鎖筋共ニ麻痺スルヲ以テ、兩側ノ聲帶ハ所謂屍體位置ヲ取り、宛モ安靜呼吸時ニ於ケルガ如ク互ニ相離隔ス(第百九十三圖)而シテ完全麻痺ニ在リテハ、兩聲帶ハ此位置ニ固定セララルモ、不全麻痺ニ在リテハ、尙僅少ノ運動ヲ呈ス。但シ其麻痺久シク持續スルトキハ、終ニ聲帶ノ萎縮ヲ來ス可シ。而シテ兩側麻痺ニ在リテハ、兩側聲帶屍體位置ヲ取り、患者全ク失聲シ、且咳嗽スルコト能ハズ。是大動脈瘤、食道癌腫、巨大ナル甲狀腺腫等ノ爲、兩側返廻神經ノ壓迫セララルニ因ルナリ。但シ末梢性原因ヨリ來ル此兩側麻痺ハ、偏側麻痺ニ比スレバ稀有ナリ。然レドモ後症ハ、之有ルモ常ニ看過サレ易シ。是は偏側ノ麻痺ニ在リテハ、發音ノ際健側聲帶ハ正中線ヲ越テ患側聲帶ヲ補充スルヲ以テ、患者敢テ變聲セザルコト有レバナリ。而シテ偏側

喉頭ノ神經症(喉頭筋麻痺)

麻痺ハ多クハ胸内或ハ頸部ニ於テ腫瘍ノ爲返廻神經ノ壓迫セララルルニ因ルコト多シ故ニ此麻痺ハ大動脈瘤食道癌腫或ハ縦隔膜腫瘍ノ診斷ニ最モ肝要ナル徵候ト爲ス可シ。

聲門緊張筋ノ麻痺(即チ環狀甲狀筋ノ麻痺ニシテ上喉頭神經ヨリ主宰セラレ)ノ兩側性ノ者ニ在リテハ會厭軟骨ノ麻痺ヲ伴ヒ喉頭ノ閉鎖障礙セラレ且喉頭粘膜炎ノ知覺脱失スルヲ以テ飲食物氣道内ニ竄入シ嚥下肺炎ノ爲往々死ヲ致サシム然レドモゴツトスタイン氏ニ據レバ其單獨麻痺ハ未ダ曾テ載籍上ニ見ザル所ナリト云フ。

喉頭筋麻痺ノ診斷

喉頭筋麻痺ノ療法

診斷 喉頭筋麻痺ノ診斷ハ常ニ喉頭鏡検査ニ賴ル可シ該諸筋ノ官能ヲ知悉スルトキハ其診斷亦難カラズ此他本症ヲ有スル患者ニ在リテハ喉頭部ニ分泌物蓄積シ且分解スルヲ以テ口内ヨリ一種不快ナル惡臭ヲ放ツ者ナリ。

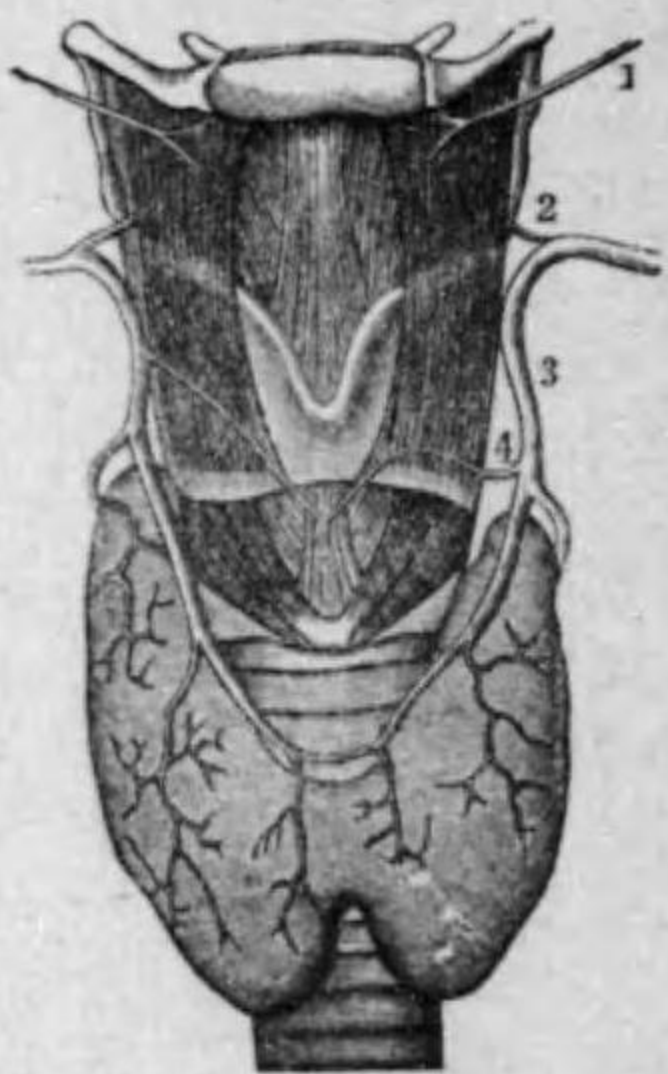
療法 主トシテ亦其原因ヲ除去スルニ在リ此他局所療法電氣療法等ヲ行ヒ兩側聲門開張筋ノ麻痺ニハ氣管切開術ヲ施シ或ハ喉頭插管法ヲ行フ。

第九 喉頭及氣管ノ手術

喉頭及氣管ノ手術

喉頭及氣管ノ手術 Die Operationen am Larynx und an der Trachea ニハ其部位ニ由リ種々ノ術式ヲ區別ス而シテ喉頭ヲ切開スル者概シテ之ヲ喉頭切開術(Die Laryngotomie)ト稱ス之ニ一部喉頭切開術(Die partielle Laryngotomie)ト全部喉頭切開術

圖一十三百第
剖解所局ノ腺狀甲及管氣頭喉
(氏カウシル)



(1) 舌動脈ノ舌骨枝
(2) 上喉頭動脈(5)上
甲狀腺動脈
(4) 環狀甲狀動脈

(Die totale Laryngotomie)ト有リ。又喉頭ヲ全ク切除スル者之ヲ喉頭切除術又喉頭摘出術(Die Laryngektomie oder die Exstirpation des Kehlkopfs)ト稱ス。此他氣管ヲ切開スル者之ヲ氣管切開術(Die Tracheotomie)

ト名ク之ニ又高氣管切開術(Die hohe Tracheotomie)ト低氣管切開術(Die tiefe Tracheotomie)トヲ區別ス前者ハ甲狀腺峽ノ上方ニ於テ上部ノ氣管軟骨輪ヲ切開スル法ニシテ此際同時ニ環狀軟骨ヲモ共ニ切開スルコト有リ然ルトキハ之ヲ環狀氣管切開術(Die Cricotracheotomie)ト名ク又低氣管切開術ハ甲狀腺ノ下方ニ於テ氣管ヲ切開スル法ニシテ前者ヲ一ニ上氣管切開術(Tracheotomia superior)ト稱シ之ニ對シテ後者ヲ下氣管切開術(Tracheotomia inferior)ト稱ス。

舌骨下咽頭切開術(Malgaigne) 氏ノ所謂舌骨下喉頭切開術(第百三十三圖A及第百三十三圖ノ)ハ既ニ咽頭手術ノ條下ニ述ベタリ(本書第一卷五四九頁參照)。

喉頭切開術

(一) 喉頭切開術 Die Laryngotomie ニ(一) 甲狀軟骨切開術(二) 甲狀軟骨下喉頭切開術及(三) 環狀軟骨切開術ノ別アリ。

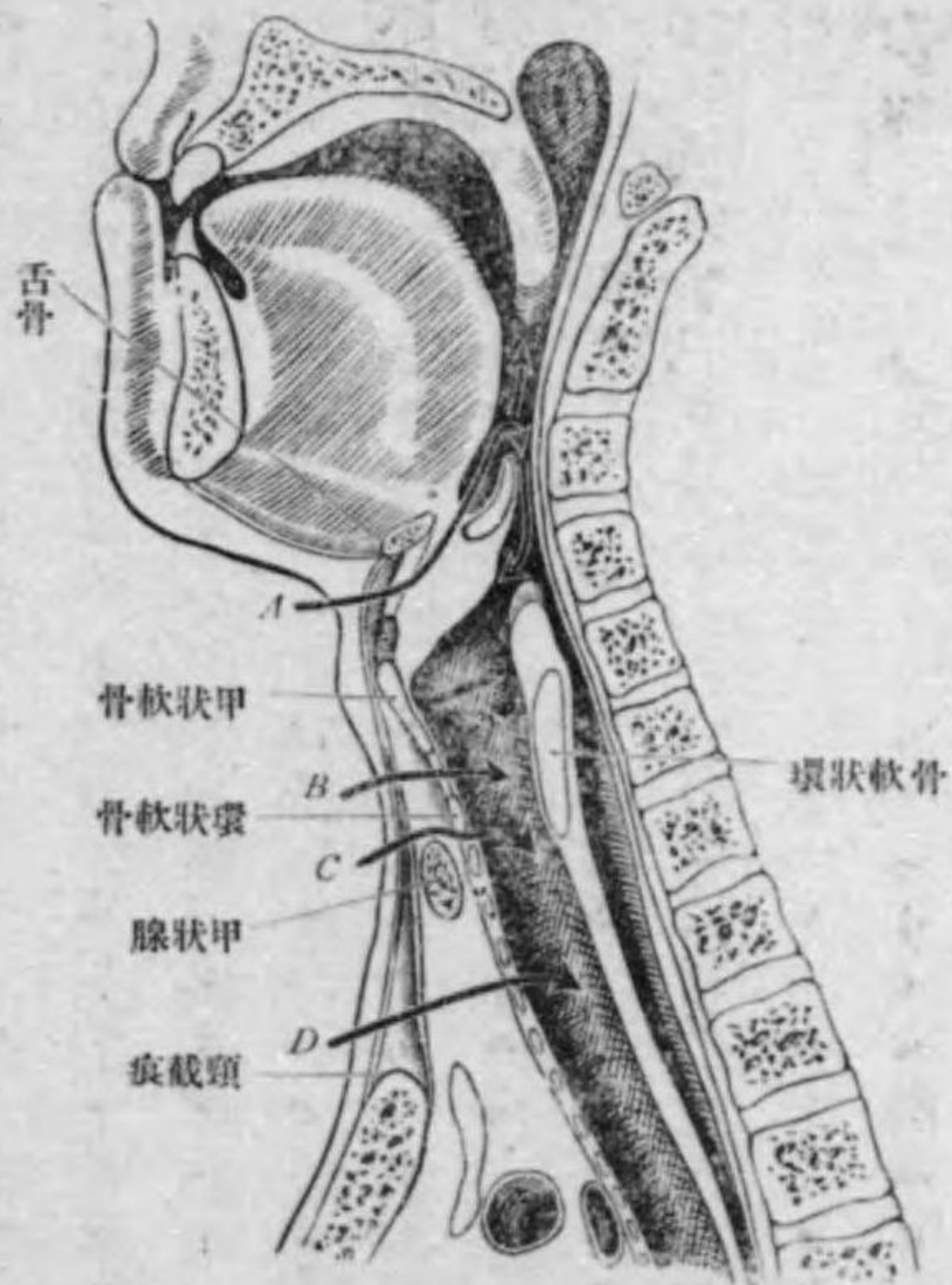
喉頭及氣管ノ手術(喉頭切開術)

甲状軟骨切開術
又喉頭截割術
適應症

頸部外科

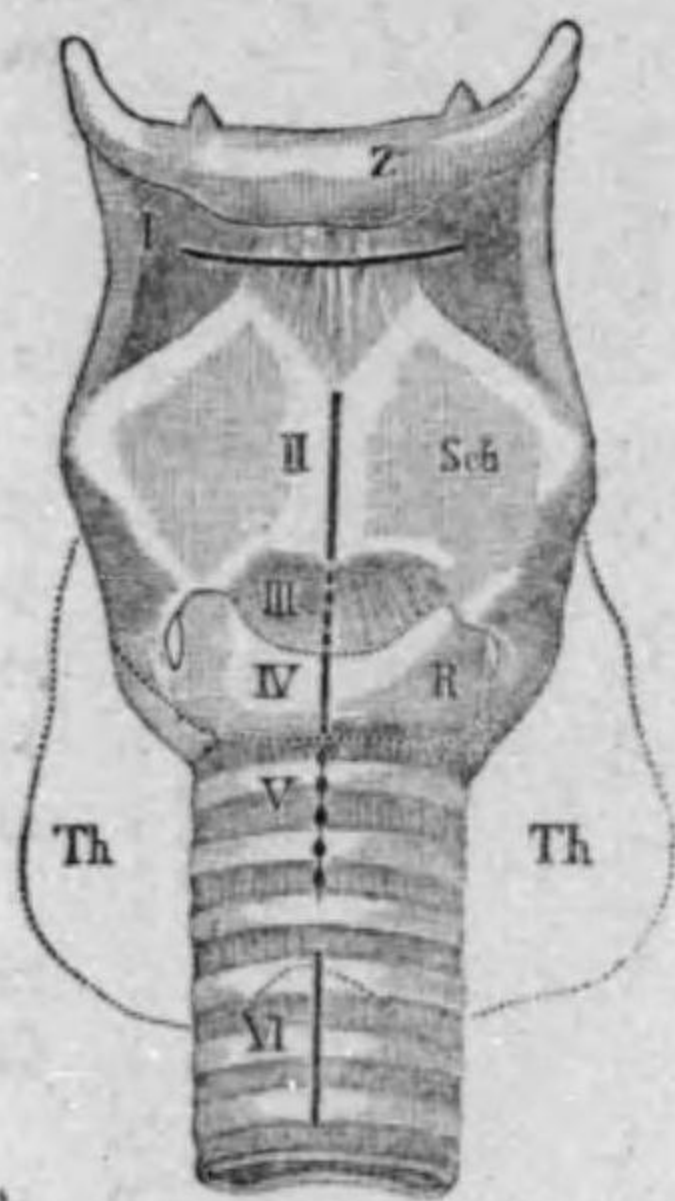
(1) 甲状軟骨切開術又喉頭截割術 (Die Thyrotomie oder die Laryngotomie) (第百三十三圖II) ハ、喉頭

第百三十二圖
前方咽頭・喉頭及氣管
ニ達スルキ手術ノ通路
(氏グンニルコ)



(A) 舌骨
(B) 甲状軟骨及甲狀軟骨間ノ通路
(C) 環狀軟骨及環狀軟骨間ノ通路
(D) 上氣管
(E) 下氣管
(F) 喉頭切開術
(G) 下氣管切開術

第百三十三圖
喉頭及氣管ノ手術式

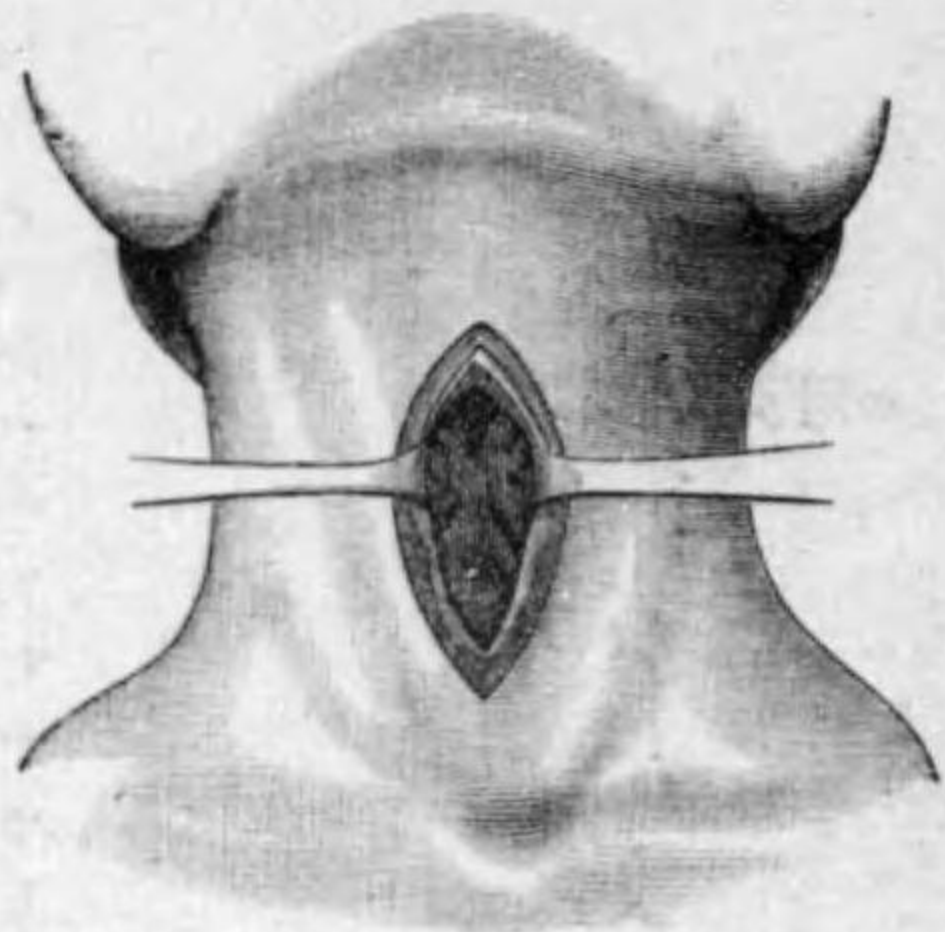


(Z) 舌骨
(Sc) 甲狀軟骨
(A) 環狀軟骨
(Th) 甲狀腺ノ境域
(I) 舌骨下咽頭切開術
(II) 甲狀軟骨切開術
(III) 甲狀軟骨下咽頭切開術
(IV) 環狀軟骨切開術
(V) 上氣管切開術
(VI) 下氣管切開術

軟骨殊ニ甲状軟骨ノ骨折喉頭内異物其炎症及狭窄腫瘍竝ニ喉頭結核病ノ根治的手術及喉頭切除術ノ際ニ施サルル者ニシテ、此手術タル、毫モ危険ヲ招カスル者ニ非ザレドモ、甲状軟骨ノ

手術式

第百三十四圖
喉頭截割術



喉頭及氣管ノ手術(喉頭切開術)

全部ヲ截割スルトキハ、聲帶附著部ノ損傷ヲ來シ易キヲ以テ、後ニ發音障礙ヲ貽スコト多シ。故ニ能フ可クムバ、唯其下部ヲノミ切開スルヲ良トス。而シテ此手術ヲ行フニハ、或ハ垂頭位置ニ於テシ、或ハ通常豫、氣管切開術ヲ施シタル後ニ行フ。氣管切開術ハ、下氣管切開術ヲ以テスルヲ良トス。此際時宜ニ由リ、亦氣管ニ栓塞法ヲ施スコト有ル可シ。

手術式。甲状軟骨ノ全部ヲ切開スルニハ、頭首ヲ後屈シ、頸ノ正中線ニ於テ舌骨ノ下線ヨリ環狀軟骨ノ高ニ至ルマデ皮膚ヲ縱切スルモ、唯其下部ヲノミ切開セムトスルトキハ、之ヨリ下方ニ於テ皮膚切開ヲ施ス可シ(第百三十四圖)。此際宜シク注意ス可キハ、環狀軟骨ノ前側ニ於テ左右相吻合スル環狀軟骨動脈及間、上方ニ達スル甲狀腺ヲ損傷セザルニ在リ(第百三十一圖)。而シテ甲狀軟骨ハ、正ニ正中線ニ於テ截割セザル可カラズ。此正中線ハ、胸骨ヨリ甲狀軟骨及舌骨ニ達スル淺在筋膜ノ白線(頸白線)ニ由リテ之ヲ知ル可シ。即チ此白線ニ沿テ筋膜ヲ切開シ、兩側ノ軟部ト共ニ之ヲ外方ニ牽引シ、甲狀軟骨ノ下線ニ於テ環狀軟骨動脈及環狀軟骨筋ヲ避ケテ圓錐形(環狀軟骨動脈)ヲ横ニ僅ニ切開シ、次デ

先^レ甲狀軟骨ノ下部ヲノミ正シク正中線ニ於テ内方ヨリ外方ニ向テ一刀ニ穿刺シツ
ツ截割ス。此際若シ軟骨石灰化シ或ハ骨化シタルトキハ、堅牢ナル剪又ハリストン氏骨
剪ニテ之ヲ切斷ス可シ。若シ又甲狀軟骨ノ上部ヲモ共ニ截割セザル可カラザルトキハ、
細心注意シテ聲帶ノ附著部ヲ毀傷ス可カラズ。其損傷ヲ避クルニ最良ナルハ、軟骨下
ニ有溝消息子ヲ送入シ、球刀ヲ通ジテ之ヲ内方ヨリ外方ニ向ヒ正中線ニ於テ切開ス
ルニ在リ。斯テ軟骨ノ切開ヲ了レバ、其兩半側ヲ左右ニ披開シ、十分ニ喉頭腔ヲ露出セ
シム。但シ之ヲ十分ニ露出セシメムニハ、更ニ圓錐靱帶、舌骨、甲狀靱帶及舌骨甲狀膜ヲ甲
狀軟骨ノ上縁ト下縁トニ於テ、尙側方ニ向テ剝離セザル可カラザルコト有リ。

甲狀軟骨下
喉頭切開術
及環狀軟骨
切開術

適應症

手術式

(□) 甲狀軟骨下喉頭切開術及環狀軟骨切開術 (Laryngotomy infrathyroidea und die Cricotomy).
甲狀軟骨下喉頭切開術(第百三十三圖)ハ、唯圓錐靱帶ヲノミ切開スル者ニシテ、廣ク喉頭
ノ内部ヲ窺フコト能ハザルヲ以テ、多クハ亦同時ニ環狀軟骨切開術(第百四七)ヲ施ス者
トス。此手術ハ、例之喉頭下部ノ狹窄ヲ切離シ、或ハ異物ノ摘出又ハ氣管切開術後ニ發
生シタル肉芽腫ノ摘出ニ應用セラルル者ニシテ、單純ナル甲狀軟骨下喉頭切開術ハ、
大人ニ在リテハ、喉頭狹窄又ハ人工呼吸ヲ行ハムガ爲メ、喉頭ヲ切開セザル可カラザル
危急ノ際、一刀ニテ皮膚ト圓錐靱帶トヲ縱切シテ之ヲ行ヒ、以テ氣管切開術ニ代用ス
ルコトヲ得レドモ、小兒ニ在リテハ、其部域狹隘ナルヲ以テ、必ズヤ亦環狀軟骨ヲ共ニ
切開セザル可カラズ。本手術ノ術式ハ、略前法ニ同ジ。皮膚切開ハ、甲狀軟骨ノ中央ニ

喉頭切開術
後ノ療法

始マリ、環狀軟骨ノ下方ニ達ス。圓錐靱帶ハ、胸骨舌骨筋、胸骨甲狀筋及環狀甲狀筋ノ間
ニ於テ露出シ、環狀甲狀動脈ヲ括約結紮シタル後、該靱帶ヲ縱又ハ横ニ切開ス。此際同
時ニ環狀軟骨ヲ切開セムトスルトキハ、甲狀腺ヲ剝離シテ之ヲ下方ニ推移ス可シ。
喉頭切開術後ノ療法ハ、手術ヲ要シタル疾患ニ由リ一様ナラザレドモ、甲狀軟骨ノ
全部ヲ切開シタルトキハ、其上方聲帶附著部ハ、可及的綿密ナル縫合ニ由リテ一部閉
鎖シ、下方ノ創口ニハ二三日間氣管管子ヲ挿入ス可シ。何者、之ヲ閉鎖スルトキハ、術後
粘膜炎腫脹ノ爲メ、喉頭狹窄ヲ來シ易ケレバナリ。又例之結核病ノ爲メ、患部ヲ搔爬シ、乳酸ヲ
以テ腐蝕シタル後ハ、挿入セル管子ノ上部ナル喉頭及氣管内ニよリどふるむがーセ
ヲ栓塞スルヲ良トス。

氣管切開術
適應症

(II) 氣管切開術 Die Tracheotomie (第百三十三圖) 及 (第百三十五圖) ハ、氣管ヲ切開スル
法ニシテ、其適應症次ノ如シ。即チ諸種ノ喉頭狹窄、異物損傷、炎症、狹縮、氣道ノ腫瘍、聲帶ノ
麻痺、外部ヨリスル氣道ノ壓迫、假死ニ於テ人工呼吸ヲ施ス際、麻酔中重症ノ心臟及呼
吸障礙ヲ來セル際等ナリ。此他頭部殊ニ口腔及咽頭腔ノ手術ニ際シテ、所謂豫防的氣
管切開術 (Die prophylaktische Tracheotomie) ヲ施シ、且血液ノ氣道内ニ吸引セララルヲ防ガ
ムガ爲メ、喉頭或ハ氣管ニ栓塞法ヲ行フコト有ルハ、既ニ屢論述セリ。

上文既ニ述ベタルガ如ク、氣管切開術ニハ、甲狀腺ノ上方ニ於テ氣管ヲ切開スル法ト、
其下方ニ於テ之ヲ切開スル法ト有リ。前者ヲ高氣管切開術ト稱シ、後者ヲ低氣管切開

高氣管切開術
手術式

術ト稱ス。而シテ高氣管切開術ニハ、亦屢、同時ニ環狀軟骨ヲ切開スルコト有リ。然ルトキハ、之ヲ環狀氣管切開術ト稱ス。

(一) 高氣管切開術又上氣管切開術 (Die hohe Tracheotomie, Tracheotomia superior) (第百三十二圖 C 及第百三十三圖 D) ヲ行フニハ、くろろふるむ麻

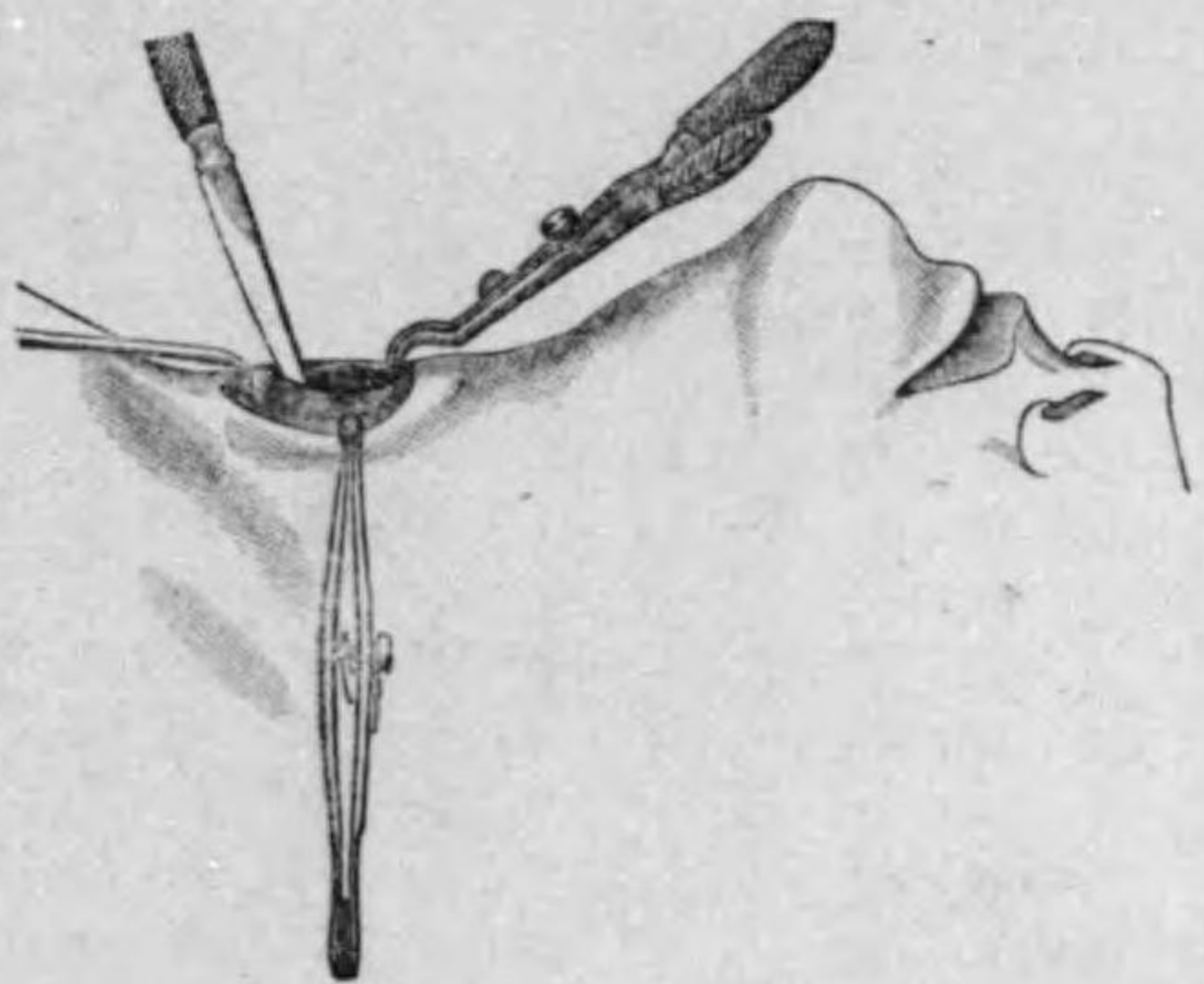
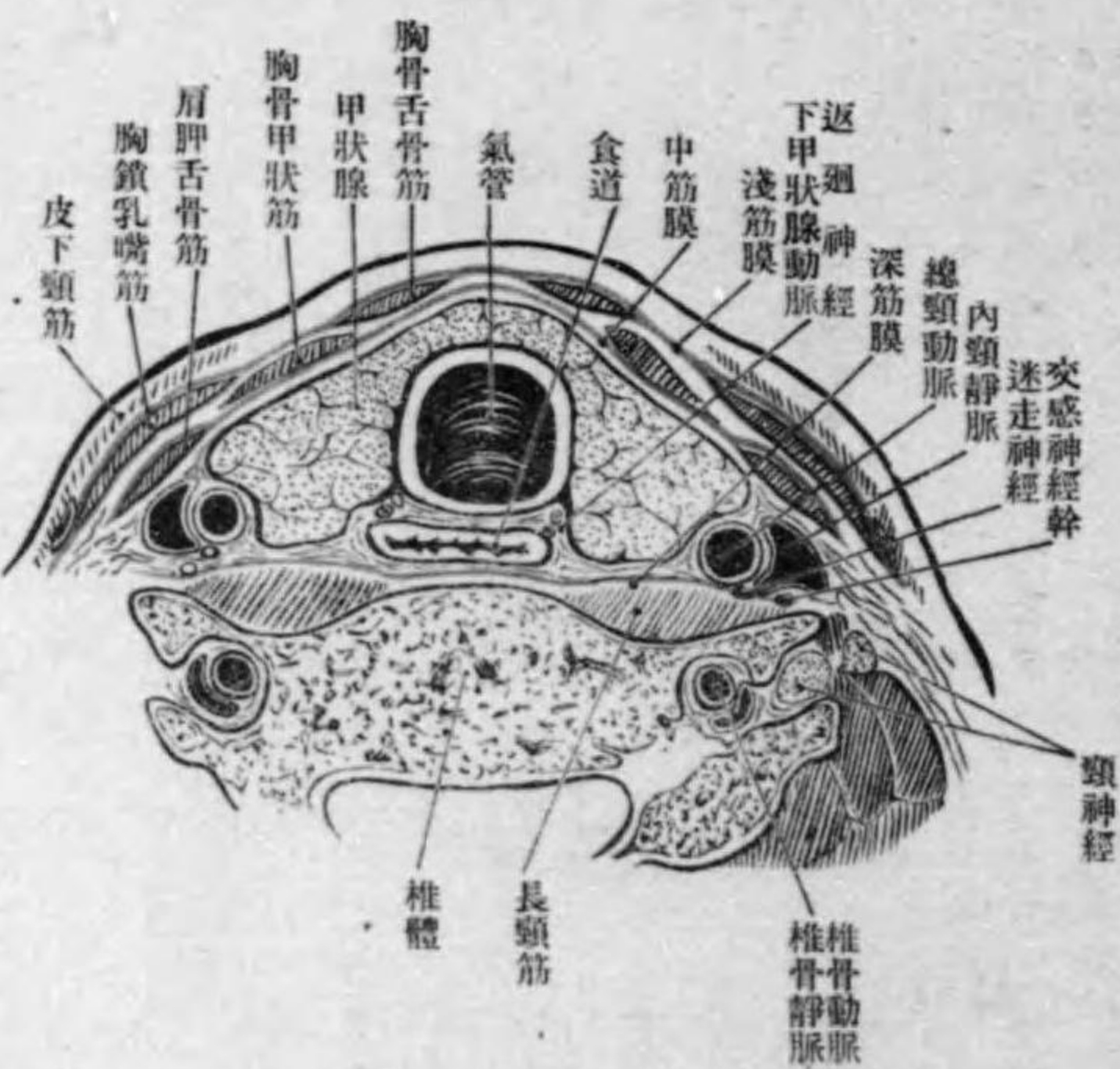


圖 五 十 三 百 第
術 開 切 管 氣

テ皮膚ヲ切開シ、次デ頸白線ニ沿ヒ頸筋膜ヲ切開シ、先ツ胸骨舌骨筋ヲ鈍鉤ニテ左右ニ排開スルトキハ、創ノ上部ニ於テ圓錐韌帶及環狀軟骨ニ達シ、之ヨリ遙ニ下方ニ於テ

百三十三圖 D) ヲ行フニハ、くろろふるむ麻酔ヲ施シ、或ハ局所麻酔ヲ施シ、患者ヲ仰臥セシメ、項下ニ枕ヲ入レ、強ク頭ヲ後屈シテ喉頭及氣管ヲ十分ニ前方ニ突出セシメ、先ツ甲狀軟骨ヲ有スル喉頭結節ヲ觸知シ、次デ甲狀軟骨ト環狀軟骨トノ間隙ニ於テ圓錐韌帶ヲ、次デ其下ニ環狀軟骨ヲ求メ、以テ喉頭ノ各部ヲ探知シ、環狀軟骨ノ上方約一指橫徑ノ所ニ刀ヲ起シ、小兒ニ在リテハ、之ヨリ下方ニ向ヒ、三乃至四仙迷、大人ニ在リテハ、四乃至五仙迷ノ長テ正中線ニ於

圖 六 十 三 百 第
面 斷 橫 ノ 頸 ル ク 於 ニ 部 上 管 氣



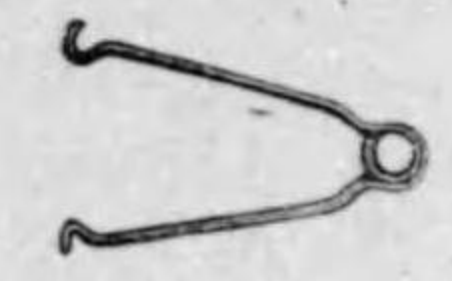
甲狀腺峽ヲ觸ル可シ。此際助手無キトキハ、ボ○セ○氏○固○定○鉤 (Der Boser'sche Sperrhaken) (第百三十七圖) ヲ以テ創口ヲ排開スルヲ便トス。但シ甲狀腺ハ、屢、異常ニ上方ニ達スルコト有

リ。斯テ環狀軟骨及最上部ノ氣管輪ヲ露出セムニハ、尋常ノ狀態ニ於テハ、環狀軟骨面ニ橫切開ヲ施シテ喉頭筋膜ヲ切開シ、以テ該筋膜ノ兩板内ニ在ル所ノ甲狀腺ヲ鈍的ニ出血セシムルコト無ク、有溝消息子ヲ以テ氣管ヨリ剝離シ、次デ廣キ創鉤 (Der Wundhaken) (第百三十八圖) ヲ以テ之ヲ下方ニ固持ス。是ニ於テ氣管ハ全ク露出セラル。然レドモ之ヲ切開スルニ先、創面内ノ出血ハ可嚙ニ防止セザル可カラズ。

氣管ヲ固定シ且之ヲ提起セムガ爲、小銳鉤ヲ環狀軟骨ノ上緣ニ懸クルコト有レドモ、敢テ必要ナラズ。斯テ氣管ヲ切開スルニハ、正ニ正中線ニ於テ環狀軟骨ノ下緣ヨリ尖

喉頭及氣管ノ手術 (氣管切開術)

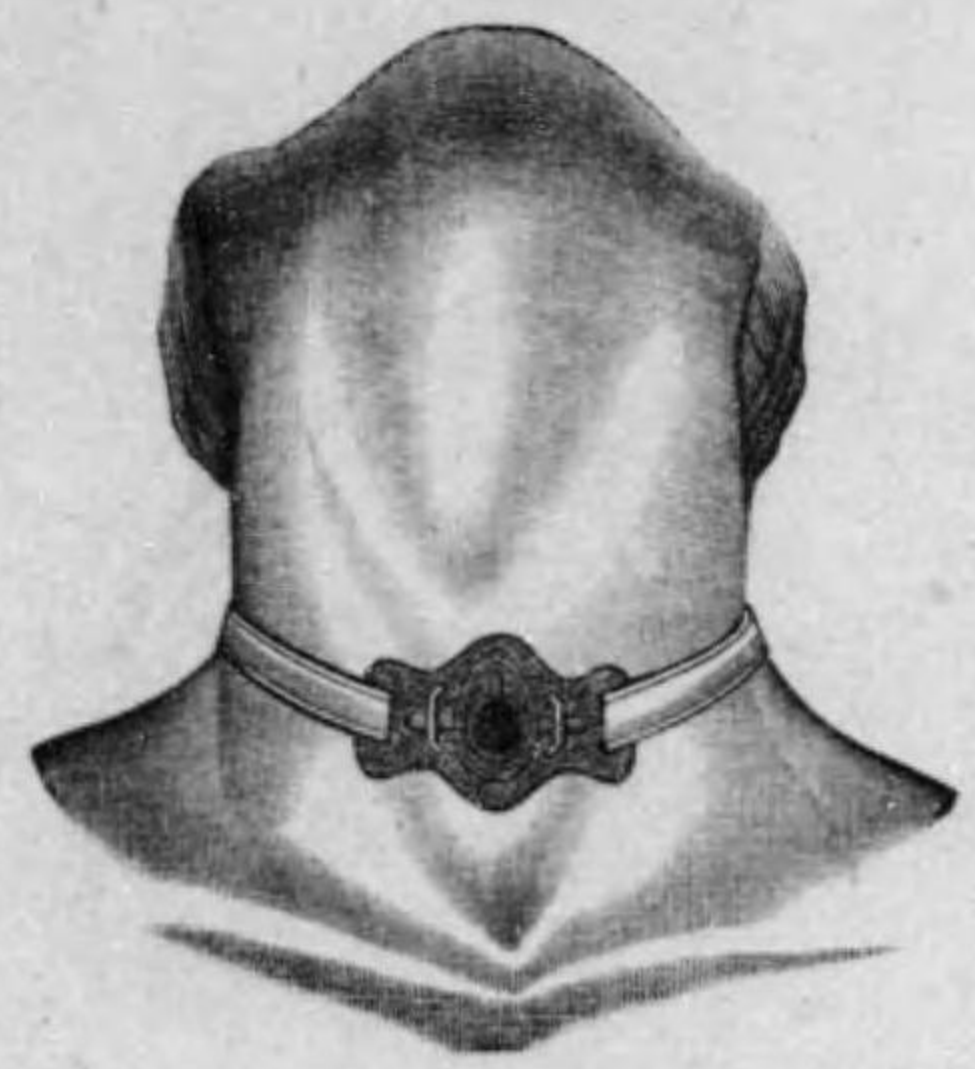
圖七十三百第
鉤定固氏セIボ



圖八十三百第
ヲ腺狀甲ルタシ離割
鉤創ルス引牽ニ方下



圖九十三百第
子管管氣ニ口創ノ管氣
所ルタシ定固入插ヲ



刀ヲ鉛直ニ向ケ、二乃至四個ノ上方氣管輪ヲ通ジテ下方ニ之ヲ切開ス。此際氣管ノ後壁ヲ傷ケザラムガ爲、最初尖刀ヲ刺入シテ氣管ニ小口ヲ

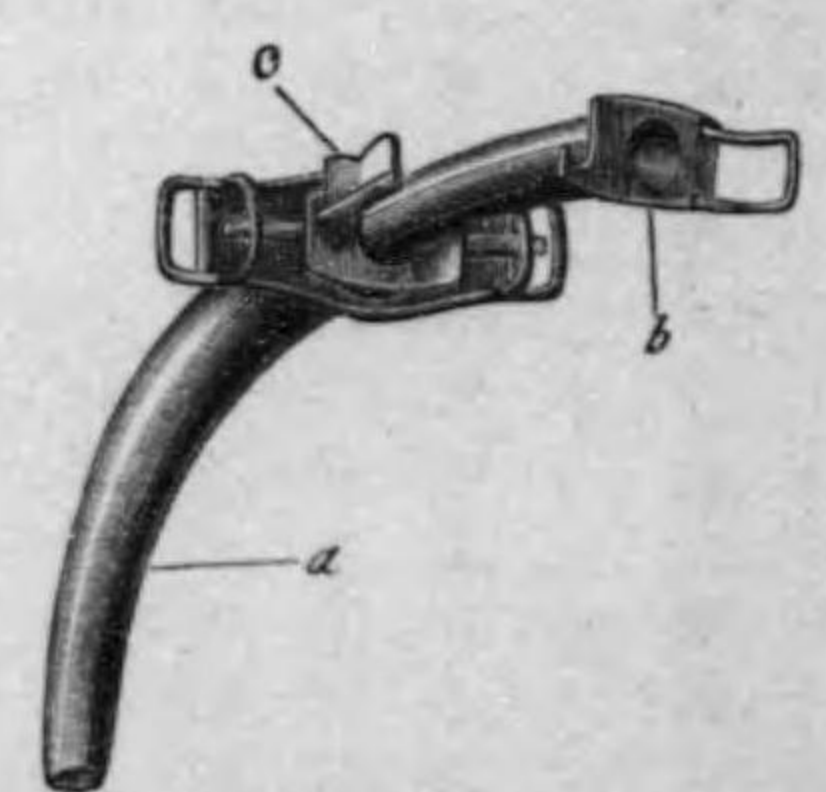
開キ、次デ球刀ヲ以テ創口ヲ開大スルヲ良トス。既ニ切開ヲ了レバ、兩側ノ創縁ニ彎針ヲ以テ一條ノ絹絲ヲ通ジ、之ヲ頸圍ニ固定スルヲ便トス。即之ヲ左右ニ牽引スルトキハ、自在ニ氣管ノ内部ヲ視察シ得可ク、又氣管管子ヲ挿入シ易カラシム可シ。今ヤ氣管ヲ切開シ了リ、若シ其内ニ障礙物(例之ちふてりー

性義膜・血液粘液等)有ルトキハ之ヲ除キ、患者ノ呼吸自在ナルコトヲ確認スルトキハ、爰ニ始テ氣管管子(Die Trachealkanüle)ヲ挿入ス。管子挿入ノ後ハ、常ニ氣管内ニ於ケル管子ノ位置ノ正否及呼吸障礙ノ有無ニ注意セザル可カラズ。而シテ管子ハ、紐帶ニ由リテ之ヲ頸圍ニ固定スルコト第百三十九圖ニ示スガ如クス可シ。

圖一十四百第
子管複管氣氏ルエリ



圖一十四百第
ルセ頁改ノ氏ンルドゲIハ
子管管氣氏ルエリ



(a) 外管
(b) 内管
(c) 内管
ヲ固定ス
ル小鉤

氣管管子(Die Trachealkanüle)
ニ種々有レドモ、一般ニ實用セララル者ハ、リエル氏ノ複管子(Die Doppelkanüle nach Hagedorn)

圖二十四百第
子管旋螺ノ氏ヒニIケ



圖三十四百第
子管氏スンプ・ン、フ



喉頭及氣管ノ手術(氣管切開術)

後甲状腺腫ノ爲、氣管ノ壓迫セララルル如キ者ニハ、ケイニヒ氏ノ螺旋管子(Die Spiralkanüle nach Kouly) (第百四十二圖) 或ハフォン・ブルンズ氏ノ管子(Die Kanüle von P. v. Brunns) (第百四十三圖) ナ用ユルヲ適良ナリトス。是等ノ管子ハ、共ニ甚ダ長キ者ニシテ、其下部ハ螺旋狀ノ構造ヲ有スルヲ以テ可動性ナリ。

低氣管切開術適應症及術式

(口) 低氣管切開術又下氣管切開術(Die tiefe Tracheotomie, Tracheotomia inferior) (第百三十二圖D) 及第百三十三圖IV) ハ、甲状腺ノ下方ニ於テ氣管ヲ切開スル法ニシテ、此法ハ上氣管切開術ヲ施スコト能ハザルカ(例之甲状腺肥大シテ遠ク上方ニ達スル際) 或ハ氣管ノ下部ヲ切開スル必要アル際(例之喉頭摘出術ニ於テ氣管栓塞法ヲ行フ際) ニ行フ者ナリ。其法、次ノ如シ。即頸ノ正中線ニ於テ、環狀軟骨ノ下縁ヨリ頸窩ニ至ルマデ皮膚切開ヲ施シ、皮下蜂窠織及淺在筋膜ヲ切開シタル後、胸骨甲状筋ノ間ニ於テ屢、靜脈ニ富饒ナル結締織ヲ通ジテ鈍的ニ深部ニ進行シ、必要アルトキハ、甲状腺峽ノ下縁ヲ上方ニ牽引シ、斯テ二個ノ鑷子有溝消息子又ハ刀柄ヲ以テ氣管ノ全面ニ在ル鬆疎ナル結締織ヲ鈍的ニ分離シテ氣管ヲ露出ス。今ヤ銳鉤ヲ以テ氣管ヲ前方ニ牽出スルトキハ、容易ニ之ヲ切開スルコトヲ得可シ。此際宜シク注意ス可キハ、示指ヲ下方ノ創角内ニ貼シテ、無名動脈ノ損傷ヲ避クニ在リ。

氣管切開術ノ後療法

氣管切開術後ノ後療法トシテハ、創面ニよーどふるむヲ撒布シ、數層ニ重テタル適宜大ノよーどふるむがーせノ中央ヲ半バ切離シテ氣管管子ノ鏝下ニ貼シ、管子ハ其兩

端ニ附シタル紐帶ニ由リテ頸圍ニ固定セララル(第百三十九圖)。殊ニ緊要ナルハ、術後熟練ナル看護婦ヲ附添ハシメ、室内ノ空氣ヲシテ甚ダシク寒冷ナラシメ又ハ乾燥セシメザルニ注意シ、管子ノ前ニハ濕潤シタルがーせ又ハ海綿ヲ當テ、殊ニ管子ノ閉塞セザルヤ否ニ注意セシムルニ在リ。又管子ノ流通ヲ善良ナラシムムニハ、時々内管ヲ拔除シテ之ヲ清洗スルノミナラズ、時ニ亦外管ヲモ拔出シテ之ニ附著スル分泌物ヲ掃除セザル可カラズ。

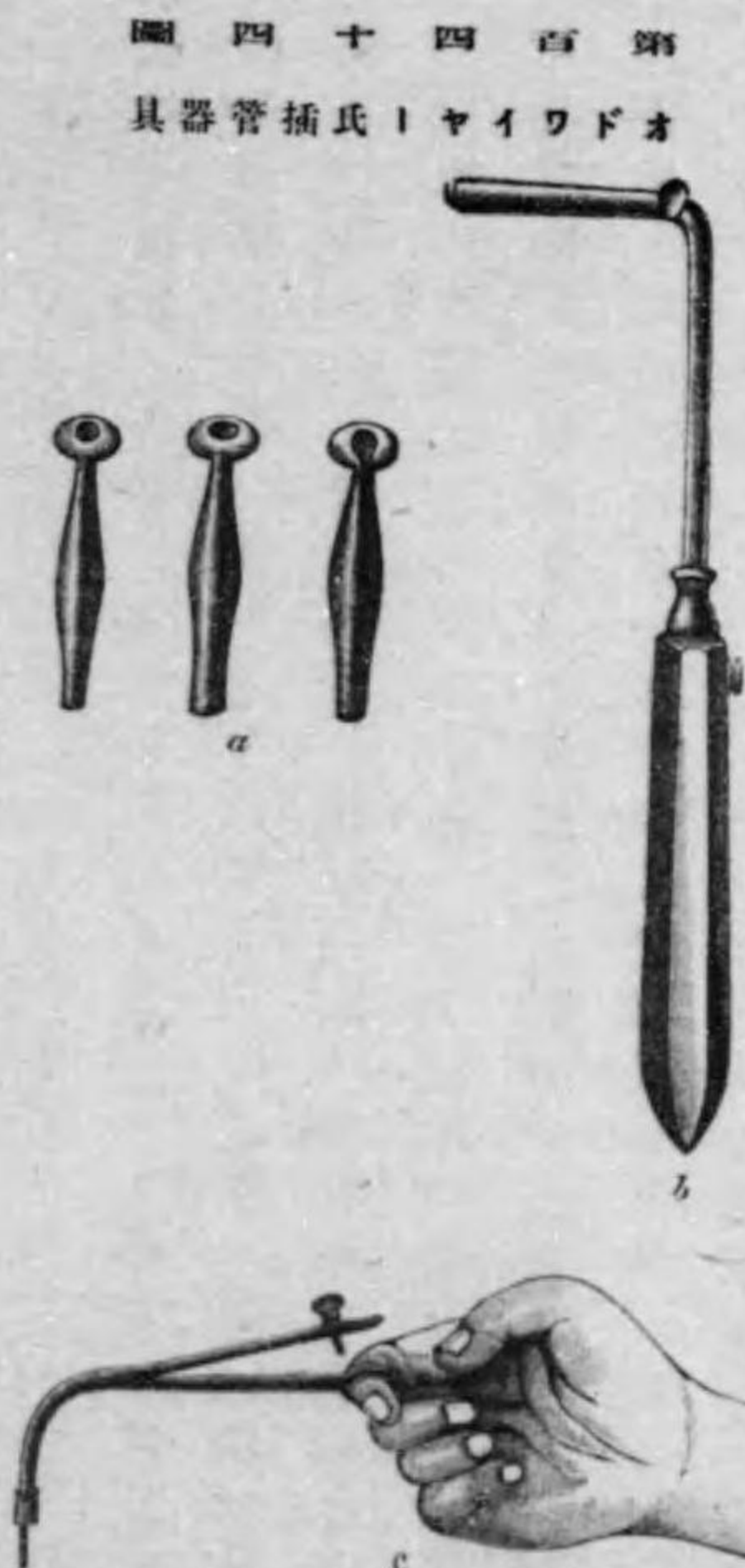
氣管管子拔除ノ時期ハ、氣管切開術ヲ要シタル疾患ノ種類ニ由リ一定セザレドモ、可及的早ク拔去スルヲ良トス。ちふてりーニ於テハ、既ニ術後第二乃至第三日ヲ經テ之ヲ拔去シ得ルコト有リ。然レドモ喉頭粘膜炎腫脹聲帶麻痺聲門痙攣等アルカ、又ハ外方ヨリ氣管ノ壓迫セララル際ハ、長ク之ヲ拔除シ得ザルコト有リ。殊ニ管子ノ拔除ヲ妨グル者ハ、肉芽腫、癍痕狹窄及其他ノ狹縮ニシテ、肉芽腫ハ屢、氣管切開術ノ後ニ發生シ、殊ニ管子ニ觸接スル部ニ多ク發生ス。又此肉芽腫ハ、時トシテハ夥シク發生シ、遂ニ管子ヲ包圍シテ氣管内ニ増殖スルコト有リ。此際若シ管子ヲ拔去スルトキハ、肉芽腫ハ宛モ瓣狀ニ外創及氣管腔ヲ閉塞シ、爲ニ危險ナル假死ニ陥ラシムルコト有リ。斯ノ如キ肉芽腫ハ、垂頭位置ニ於テ氣管創ノ上下兩方ヲ十分ニ開大シタル後、剪刀ト鑷子又ハ銳匙ヲ用キテ之ヲ除去ス可シ。

(三) 喉頭插管法 Die Intubation oder Tubage des Larynx 聲門ノ形ニ適シ

喉頭插管法

喉頭及氣管ノ手術(氣管切開術、喉頭插管法)

タル金屬製ノ管子ヲ口腔ヨリシテ喉頭内ニ挿入スル法ニシテ、此法ハ近時喉頭狭窄ヲ有スル喉頭ちふてり患者ニ屢々應用セラレタリ之ニ使用セラルルオドワイヤー氏挿管器具(Das Intubationinstrument nach O'Dwyer)第百四十四圖ハ開口器大小種々ナル金屬性ノ管子(Kanüle)並ニ管子送入器(Intubator)及管子拔出器(Extraktor)ヨリ成ル者ニシテ、



第百四十四圖
オドワイヤー氏挿管器具

(a) 喉頭挿管法ニ用ユル鍍金セル管子
(b) 尖端ニ管子ヲ附シタル管子送入器
(c) (いんづば)子ノ除去ニ用ユル拔出器(五きすつば)

今管子ヲ喉頭内ニ挿入スルニハ、先テ開口器ヲ以テ開口セシメ、絲ヲ附シタル管子(圖中a)ヲ送入

器(いんづば)とる(圖中b)ノ尖端ニ附シ、左示指ヲ喉頭門口ニ送り、次デ送入器ニ附シタル管子ヲ神速ニ喉頭内ニ挿入ス。斯テ管子ノ挿入ヲ了レバ、之ニ附シタル絲ヲ絆創膏ニテ頰部ニ固定シ、以テ拔除ノ用ニ供ス。管子挿入ノ後ハ、喉頭狭窄症ハ即時ニ排除セラルルモ、時トシテハ管子ノ壓迫ノ爲、聲門ノ側部ニ淺在性ノ壞疽ヲ生ジ、或ハ管子ノ閉塞ノ爲、突然窒息ヲ來スコト無キニ非ズ。此管子ハ、始ハ四十八時間插置シ、爾後ハ



第百四十五圖
オドワイヤー氏喉頭挿管法
(氏ダンシイラフ)

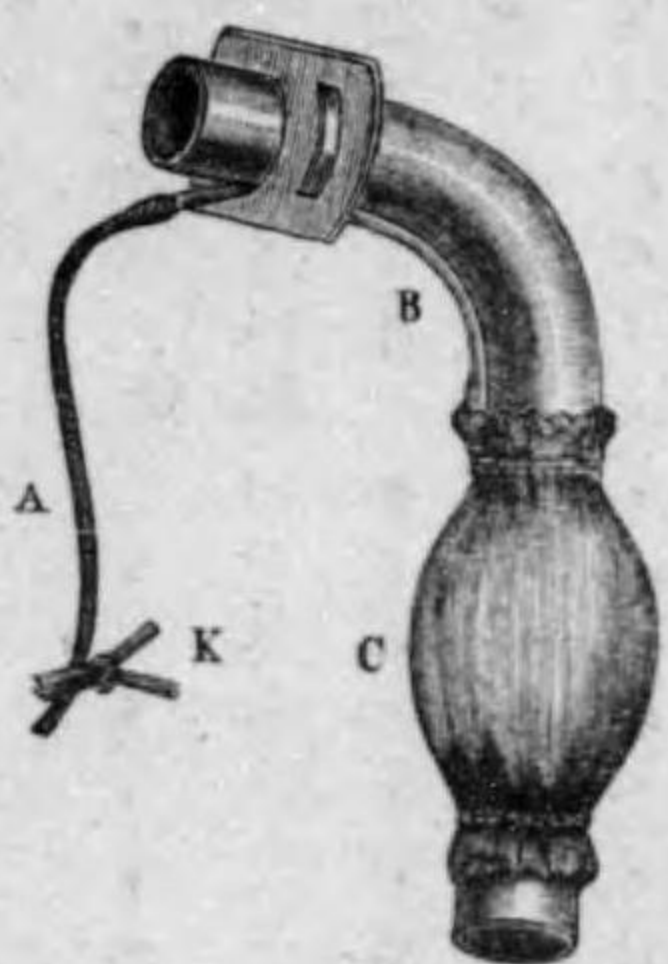
二十四時間毎ニ交換ス。管子拔除ノ際ニハ、拔出器(五きすつば)とる(圖中c)ノ尖端ヲ管子内ニ挿入シ、之ニ附シタル絲ノ補助ニ由リテ亦快手ニ之ヲ牽出ス可シ(第百四十五圖)。此法タル、概近殊ニ米醫オドワイヤー氏ノ苦心ニ由リ世ニ傳播スルニ至リタレドモ、喉頭ちふてりニ於テハ、之ヲ以テ到底氣管切開術ヲ壓倒スルコト能ハザルナリ。蓋シ此法ハ、専ラ内科醫ノ費用スル所ニシテ、其利益トスル所ハ、主トシテ氣管ニ創面ヲ作爲スルコト無ク、且速ニ施行シ得ルニ在リト雖、

亦之ガ爲、喉頭ノ損傷ヲ來シ、氣管或ハ食道内ニ管子竄入シ、又義膜ノ沈著等ヲ來スノ弊害少カラザルヲ以テ、外科醫ニ於テハ、之ヲ使用スル者多カラザルガ如シ。

(四) 氣管栓塞法 Die Tamponade der Trachea ハ、喉頭或ハ口腔及咽頭腔内ノ手術ニ際シ、血液ノ氣道内ニ流入スルヲ防止セムガ爲、施サル法ニシテ、之ヲ行フニハ、先ツ氣管切開術ヲ施シ、或ハ通常ノ氣管管子ヲ挿入シタル後、其上方ニ防腐的ガ―セヲ栓塞スルカ、或ハ之ニ所謂栓塞管子ヲ使用ス。栓塞管子ニ、トレンデレンブルグ氏ノ者ト、ミハエル及ハーン氏ノ者ト有リ。就中最モ世ニ通知セラレタル者ヲト、トレンデレンブルグ氏ノ者ト、Michael Hahn

氣管栓塞法
喉頭及氣管ノ手術(喉頭挿管法、氣管栓塞法)

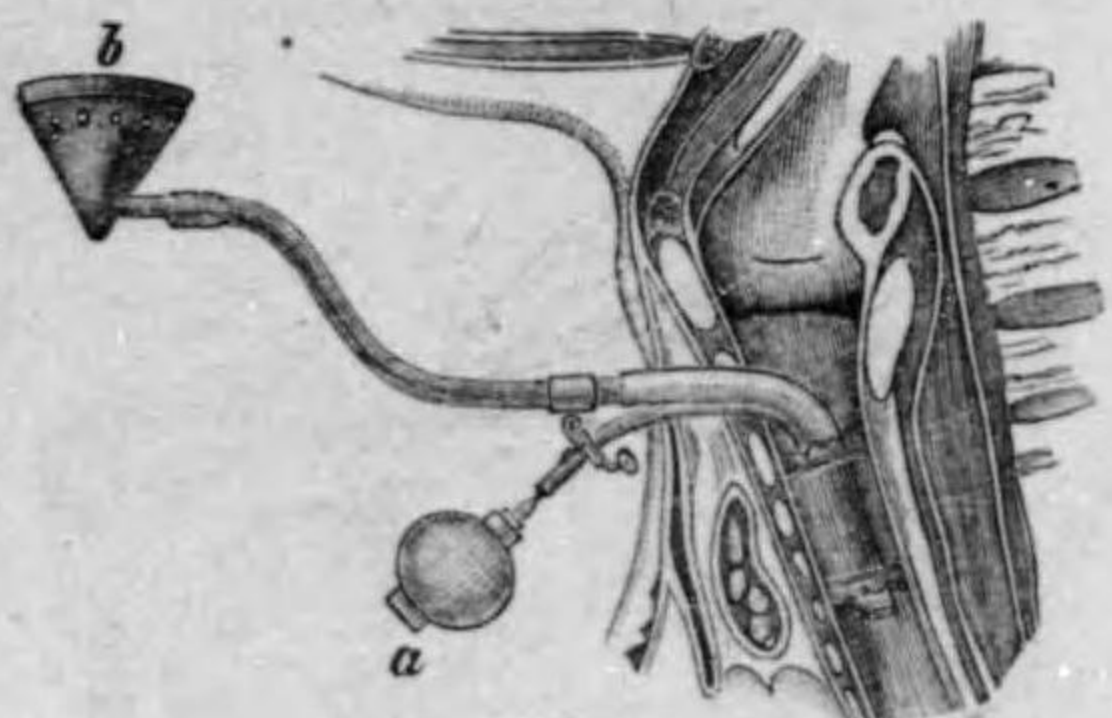
圖六十四百第
氏ダブルンデレント
子管塞栓



(A) 護膜管
(B) 護膜管
ニ連ナル管
(C) 護膜囊
(K) 夾壓子

ンブルグ氏栓管子 (Die Trendelenburg'sche Tamponkanüle) (第百四十六圖)
ト爲ス。此管子ハ、護膜管 A 及金屬管 B ニ由リ擴張セラル可キ柔軟ナル護膜囊 C ヲ具フル者ニシテ、今之ヲ用キ氣管ヲ栓塞セムトス

圖七十四百第
ス示ヲ置位ノ後入挿子管上同



(c) 栓塞子
ヲ吹膨スル
ニ用ユル護
膜球 (b) 布
片ヲ張レル
鐵製製漏斗
ニシテ麻酔
ニ供用セラ
ルモノ

ルニハ、管子ヲ氣管内ニ挿入シタル後、護膜囊内ニ空氣ヲ吹入シテ之ヲ擴張セシメ、小ナル夾壓子 (圖中 K) ヲ以テ護膜管ヲ固ク閉鎖スルカ、或ハ絲ヲ以テ之ヲ結縛ス。即チ之ニ由リテ護膜囊ハ擴張シテ氣管ノ周壁ニ密著スルヲ以テ、之ヲ全ク閉塞スルコトヲ得可シ。第百四十七圖ニ示スハ、トレンデレンブルグ氏ノ栓塞管子ヲ喉頭内ニ挿入シタル位置ヲ示ス者ナリ。若シ手術ノ後長ク此管子ヲ挿入セムトスルトキハ、護膜囊ニ空氣ヲ吹入セズ、之ニ

水或ハぐりせりんヲ充滿スルヲ良トス。

ミ○ハ○エ○ル○及○ハ○ン○氏○ノ○栓○塞○管○子○ (Die Tamponkanüle nach Michael und E. Hahn) (第百四十八圖) ハ、通常ノ氣管管子ニ適合セシメテ一片ノ海綿ヲ切り、之ヲ以テ管子ヲ纏包シ、數多ノ環行セル絲

圖八十四百第
氏ンハ及ルエハミ
子管塞栓



ハ海綿ハ膨脹スルヲ以テ、氣管ヲ全ク閉塞スルコトヲ得可シ。

(五) 喉頭摘出術 Die Exstirpation des Larynx, die Laryngektomie ハ、一千八百六十六年英醫ワットソン氏ガ微毒性喉頭狹窄症ニ行ヒタルヲ嚆矢トスルモ、之ヲ完

成シタルハ、實ニビルロート及チエルニー氏ニシテ、ビルロート氏ハ、一千八百七十三年喉頭癌腫ノ患者ニ此手術ヲ施シテ、良成績ヲ得タリト云フ。

喉頭摘出術ハ、常ニ唯喉頭ノ悪性腫瘍就中癌腫ニ行フ所ナルモ、其既ニ喉頭以外ニ破開シタル者ニ在リテハ、手術效無キヲ常トス。然レドモ時期ヲ失セズシテ早ク手術ヲ施

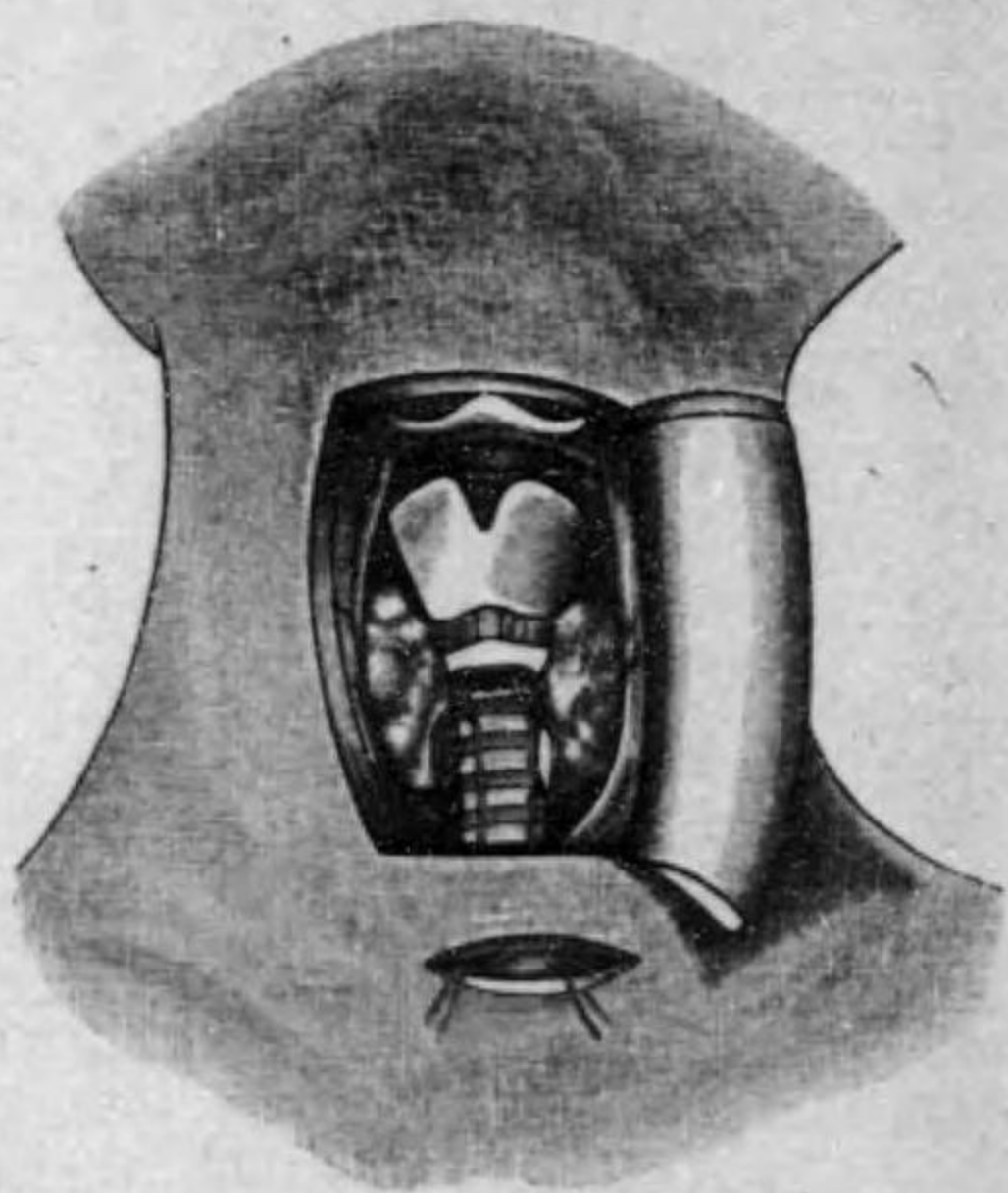
喉頭及氣管ノ手術 (氣管栓塞法・喉頭摘出術)

喉頭全摘出術

シ得ルトキハ、喉頭全部ノ摘出ヲ行ハズシテ、唯其一部ヲ摘出スルコトヲ得可シ。又腫瘍ノ正中線ヲ越エテ蔓延セザル者ニ在リテハ、偏側性摘出術ヲ施スコトヲ得可シ。

(1) 喉頭全摘出術 (Die Totalexstirpation des Larynx) ヲ行フニハ、二三日前豫下氣管切開術ヲ施シ、本手術ハ垂頭位置ニ於テスルカ、或ハ喉頭栓塞法ヲ施シ尋常ノ手術位置ニ於テ行フ。其術式、次ノ如シ。即チ先、頸ノ正中線ニ於テ舌骨部ヨリ環狀軟骨ノ下方ニ至ルマデ皮膚及筋膜ヲ切開シ、皮膚ノ創縁ト共ニ胸鎖乳嚢筋ヲ側方ニ牽引シ、適宜ノ部ニ於テ之ヲ横斷シ、次デ喉頭ノ遊離法ニ著手ス。即チ起子又ハ刀柄ヲ以テ軟部ヲ鈍的ニ側方ニ排開シ、胸骨甲状筋及甲状舌骨筋ヲ可及的甲状軟骨ノ附著部ニ密接シテ切離ス。此際下喉頭動脈及環狀甲状動脈ハ切斷セラルルヲ以テ、直ニ結紮ス。斯テ胸骨甲状筋ヨリ被ハルル甲状腺ノ側葉ヲ筋膜下ニ於テ甲状軟骨及環狀軟骨ヨリ下方ニ剝離シ(此際上甲状腺動脈ヲ傷クルコト勿レ)、次デ喉頭ニ鉤ヲ加ヘテ強ク之ヲ側方ニ牽引シ、以テ其側部及後部ヲ遊離ス。此際下咽頭收縮筋ヲ注意シテ軟骨ヨリ剝離シ、咽頭ヲ開ク可カラズ。斯ノ如クニシテ喉頭ノ下部ヲ全ク其周圍ヨリ分離シタルトキハ、環狀軟骨ノ下方ニ於テ氣管ノ上部ヲ横斷シ、氣管内ニハ豫、挿入セル氣管管子ノ上ニよリどふるむがーセラ栓塞ス。是ニ於テ喉頭ニ鉤ヲ掛ケテ之ヲ前上方ニ牽引シ、一部ハ可及的鈍的ニ、一部ハ刀ヲ用キテ其後壁ノ附著部ヲ下方ヨリ上方ニ向テ剝離シ、終ニ甲状舌骨膜中舌骨甲状韧带及會厭軟骨ヲ横斷スルトキハ、茲ニ全ク喉頭ヲ摘出スルコトヲ得可シ。會厭軟骨ヲ保存セシム可キトキハ、尖刀ヲ以テ其基底ヲ穿刺シ、之ヲ兩側ニ向テ切離シ、以テ之ト喉頭トノ連絡ヲ斷絶ス可キモ、若シ之ヲ共ニ切除セムトスルトキハ、恰モ舌骨下咽頭切開術ニ於ケルガ如ク、刀ヲ斜ニ上方ニ向テ刺入シ、會厭韧带ヲ切離ス可シ。

第九十四圖
術出摘全頭喉ノ氏ク、ルグ



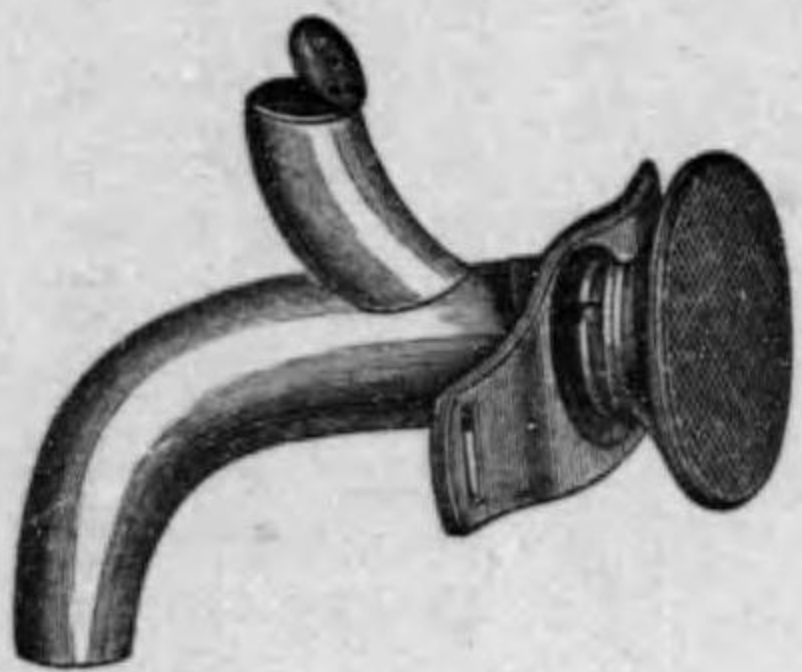
喉頭全摘出術ヲ行フニハ、亦グルック氏ノ法ヲ以テスルヲ良トス。是レ殊ニ蔓延セル喉頭癌腫ノ際ニ稱用セラル可キ者ニシテ、其法タル、先、氣管ヲ環狀軟骨ヨリ横ニ切離シテ胸骨縁ノ直上ニ設ケタル皮膚ノ横切開口ニ縫著シ、以テ血液ノ全ク氣管内ニ流入スルヲ防止シタル後、喉頭ヲ其筋附著部ト共ニ廣ク剝離シテ之ヲ摘出スルニ在リ(第百四十九圖)。此際尙腫瘍ノ蔓延セル者ニ在リテハ、更ニ咽頭粘膜炎大ナル血管(頸靜脈)ヲモ共ニ摘出ス。

後療法

喉頭摘出術後ノ後療法トシテハ、先、創内ニよきふるむがーセラ栓塞ス、殊ニ推奨ス可キハ、創ノ傳染ヲ防ギ又肺臟ノ合併症ヲ防ガムガ爲、縫合ニ由リテ創ト咽頭トノ間ヲ閉鎖スルニ在リ。又此創ハ、管子ノ上方ニ施セル栓塞ニ由リテ氣管ト隔離スルヲ要ス。手術ノ際用

喉頭及氣管ノ手術(喉頭摘出術)

圖 十 五 百 第
管音發氏ルエウバンセ。グ
(頭 喉 工 人)



キタル栓塞管子ハ、術後直ニ通常ノ氣管管子ニ代ユルコトヲ得可シ。而シテ術後ハ、數日間胃消息子ニ由リ患者ヲ養ヒ、又胸腔内ニ膿ノ下垂スルヲ防ガムガ爲、頭部ヲ可及的低クスルヲ良トス。
喉頭挿出ノ後、第二週ノ終、或ハ第三週ニ至レバ、缺亡セル發音器官ノ代用トシテ、肉芽創内ニ發音管 (Die Phonionskanüle) 即所謂人工喉頭 (Der künstliche Kehlkopf) ヲ挿置スルコトヲ得可シ。第百五十圖ニ示スハ、*Querschnitt*

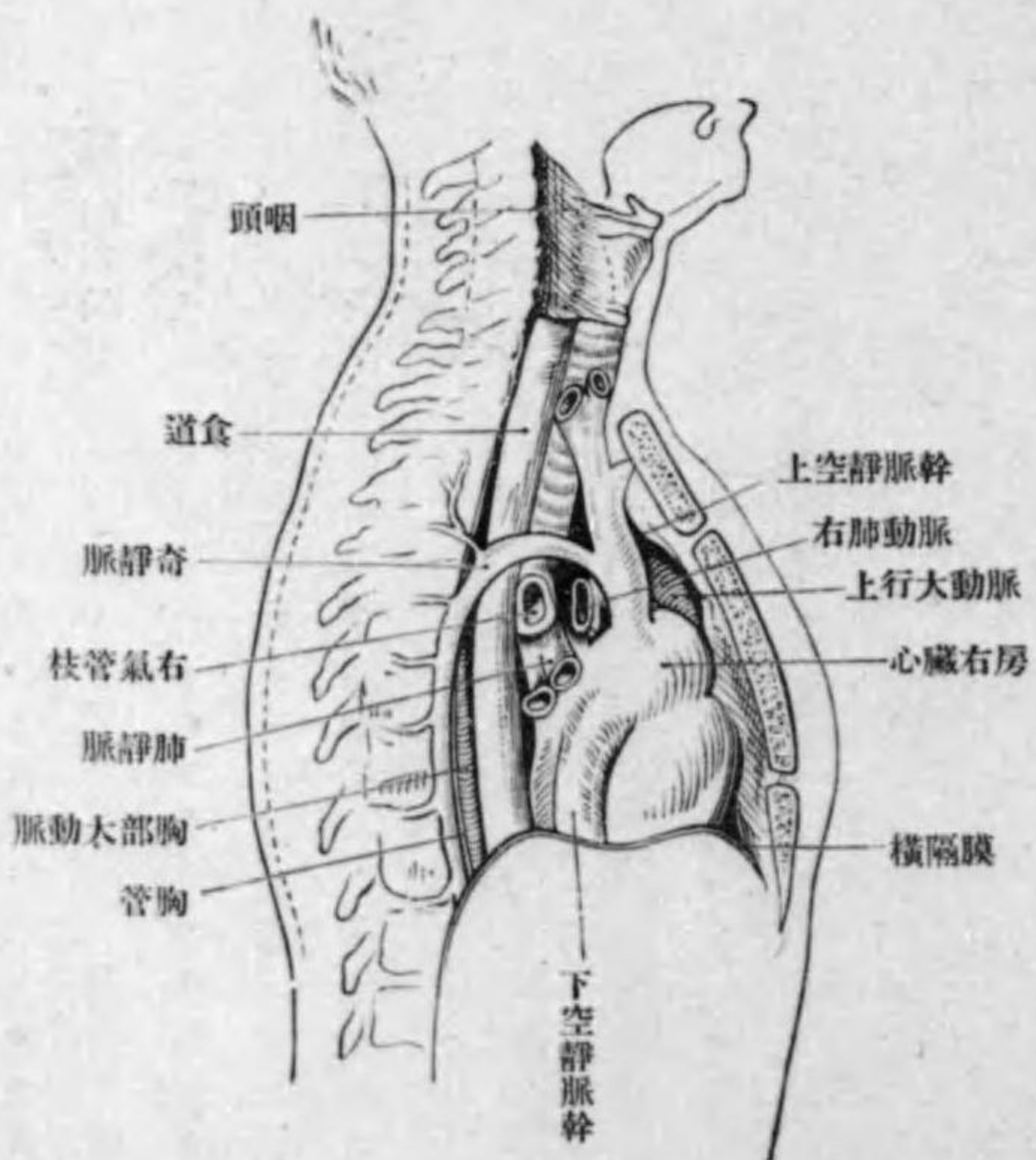
ンバウエル氏ノ發音管ニシテ、該管ハ氣管管即呼吸管ト發音管トヨリ成ル。之ヲ挿入スルニハ、最初ニ呼吸管ヲ入レ、次デ發音管ヲ上方ニ送入スルナリ。此他近時改良セラレタル精巧ナル人工喉頭アリ。ヨットウルフ氏ノ裝置ヲ用キタル患者ノ如キハ、清亮ナル自然ノ音ヲ發シテ能ク一時間ノ談話ヲ持續シ得タリト云フ。

(ロ) 偏側性喉頭摘出術 (Die halbseitige Kehlfreistripation) ノ術式ハ、上記全部摘出術ニ由リテ自ラ會得スルヲ得可シ。即健全ナル聲帶ノ附著部ヲ保存シ、正中線ノ傍ニ沿テ甲狀軟骨ヲ切開シ、次デ環狀軟骨ヲ切離シタル後、上記ノ法式ニ由リテ患側半部ヲ摘出スルニ在リ。此手術ハ、全部摘出術ノ如ク危険ナラズ。術後患者ハ人工喉頭ヲ要セズシテ、能ク了解シ得可キ言語ヲ發ス。

第五章 食道之損傷及疾患

食道 (Die Speiseröhre, der Oesophagus) 第百五十一圖ハ、喉頭環狀軟骨ノ高、即第六頸椎ノ下緣ニ起リ、始ハ中央ニ位シ正ニ脊柱ノ前面ニ在ルモ、胸廓ノ上部ニ於テハ稍、左方ニ偏シ、氣管ノ左側ニ沿テ下行シ、左側氣管枝ト交叉シ、次デ又脊柱ノ前面ニ來リ、第七胸椎部ニ在リテハ、稍、其右方ニ遷リ、再ビ左方ニ轉ジ劍狀突起ノ基部ノ高、第十胸椎ノ高ニ於テ迷走神經ト共ニ橫隔膜ノ食道孔ヲ通過シテ腹腔ニ入り、直ニ胃ノ噴門ニ移行ス。

圖 一 十 五 百 第
剖 解 所 局 ノ 道 食
(見 所 ノ リ ヨ 側 右)

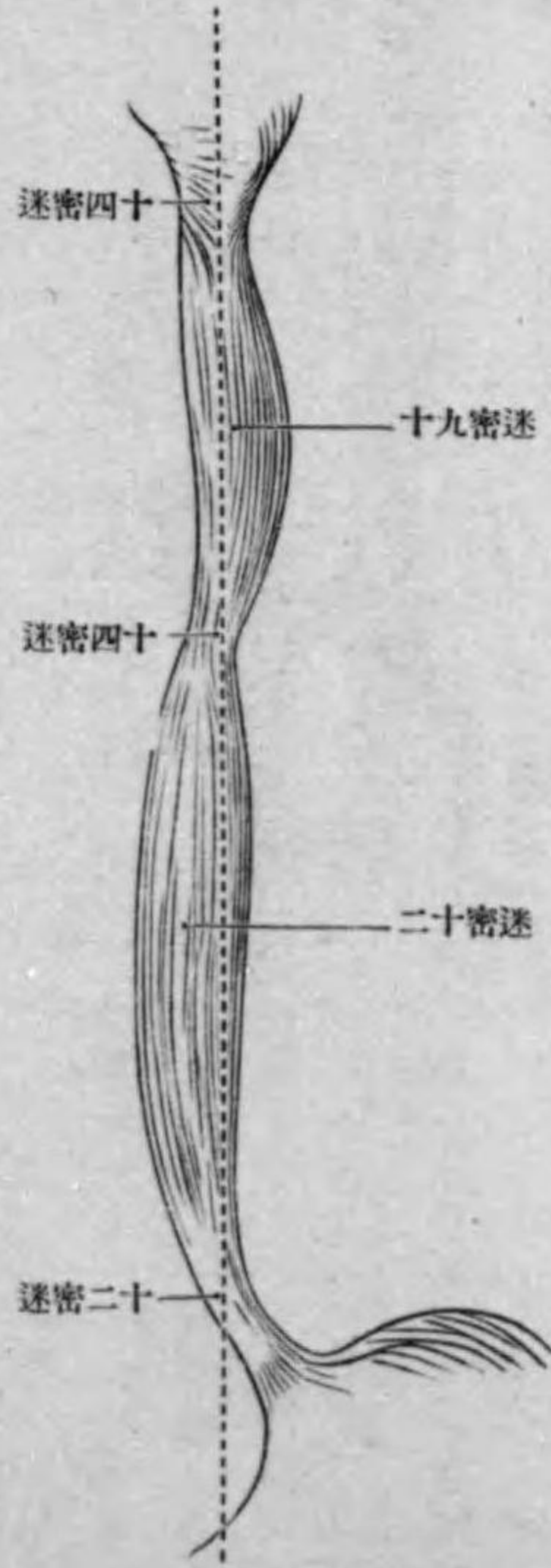


ナリ。故ニ齒列ヨリ胃ニ至ル全長ハ、大約四十仙迷ヲ算ス。又大人ニ在リテハ、齒列ヨリ氣管分岐部ニ至ル距離ハ、大約二十二仙迷ナリ。

部位ニ從ヒ、食道ヲ三部ニ區別ス。頸部食道、胸部食道及腹部食道是ナリ。其各長ハ、頸部ニ在リテハ、五仙迷、胸部ニ在リテハ、十七乃至十八仙迷、腹部ニ在リテハ、二乃至三仙迷ヲ算ス。

食道ハ、空虚ノ際ハ、洞萎シテ前後兩壁互ニ相接著シ、其間ニ僅ニ横裂ヲ餘スニ過ギザレド

圖二百五十五第
位部各ノ道食ルニ異ヲ、廣

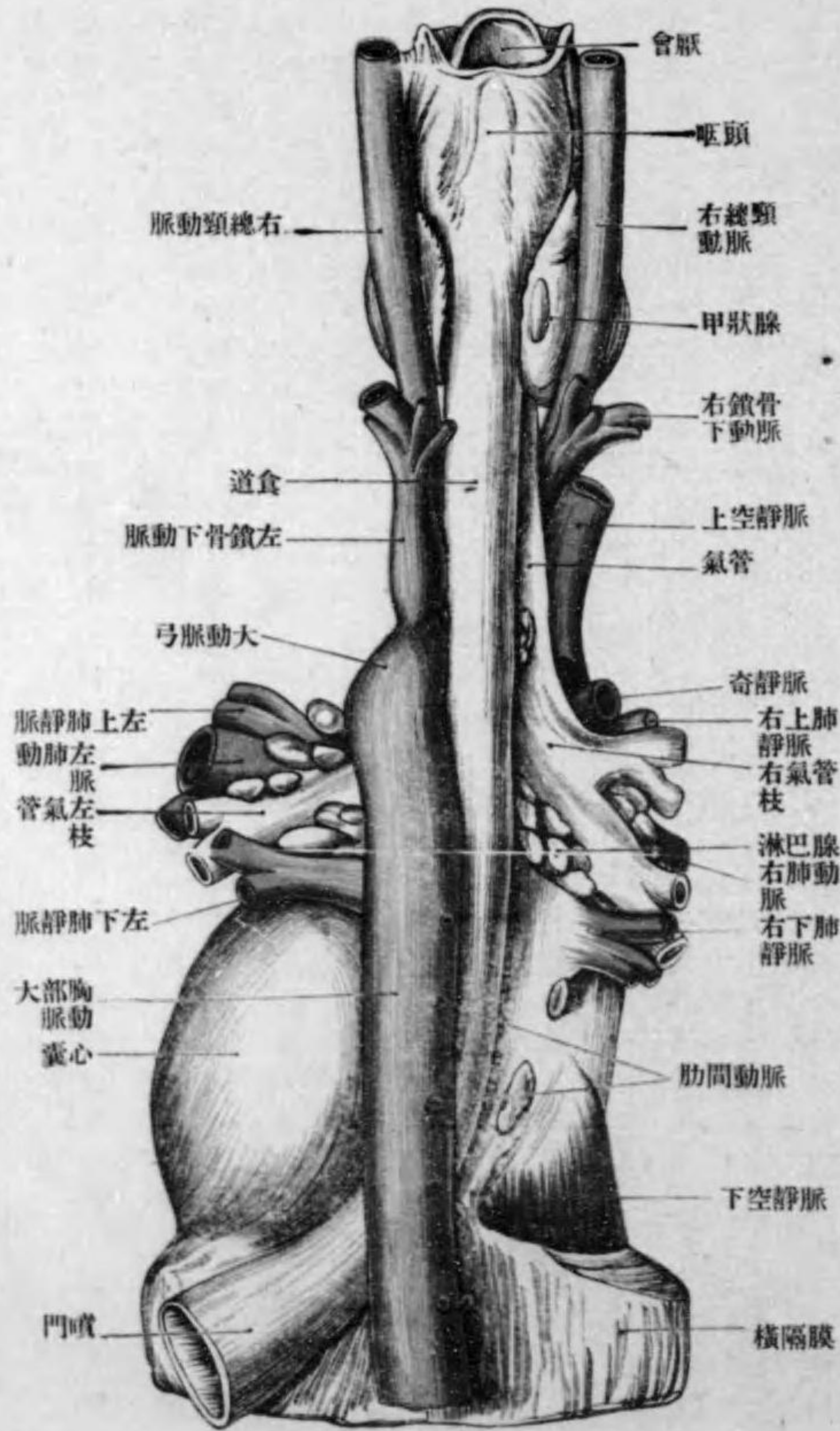


モ、食何ノ通過スルニ當リテハ、擴張シテ圓筒狀ト爲ル。而シテ食道ノ廣ハ、全道同一ナラズ。其最狭部ハ、(一)食道ノ起始部(門齒列ヨリ十五仙迷ヲ距ル所)、(二)胸部食道ノ起始部(食道起始部ヨリ七仙迷下方即、門齒列ヲ距ルコト二十二仙迷ノ所)ニシテ、大約左氣管枝トノ交叉部附近ニ相當ス)及(三)胸部食道ハ、下端(其橫隔膜ヲ通過スル部位)ニシテ、門齒列ヲ距ルコト三十七仙迷ノ所)ニ在リ(前百五十二圖)。蓋、是等ノ三ノ所ハ、日常最モ刺戟ヲ蒙リ易キ部位ナルヲ以テ、從テ癍痕ヲ形成スルコト多ク、殊ニ又癌腫ノ如キモ、是等ノ部位ニ發生スルヲ最

モ多シトス。食道ノ隣接器官ニシテ、諸般ノ疾患ニ重要ナル關係ヲ有スル者、次ノ如シ。即、食道最上部七

第百五十三圖

食道ト隣接器官トノ關係(後側ヨリノ所見)



乃至八仙迷ノ部位ニ當ル氣管、氣管枝、胸膜、心囊、氣管分岐部以下ハ、大動脈、同部以上ハ、返

咽神經等はナリ(四百五十三圖)。

食道検査法

食道検査法ニ、視診、觸診、打診、聽診等ノ數法アレドモ、就中最モ肝要ナル者ヲ、視診及觸診ノ二法ト爲ス。

食道ノ視診法ハ、内外兩方ヨリ行ハル。但、外部視診法ハ、唯之ニ囊狀ニ擴張シタル所謂壓出性憩室(第四百七十四圖)ノ存在スル場合ニ施サルルノミ。之ニ反シテ内部視診法ハ、照明裝置ヲ用キテ食道内ヲ視診スルノ法ニシテ、此法ハ、最近キルスタイン・クリアン・フォン・ミクラー、ツ・ケルリン・グ・ローゼン・ハイム・アインホルン・ブリューニングス等諸氏ノ考案ニ由リ、益々良好ナル成績ヲ舉グルニ至レリ。所謂食道鏡検査法是ナリ。

食道鏡検査法(Die Oesophagoskopie)ハ、食道内ニ眞直ナル管鏡ヲ插入シ照明裝置ノ下ニ直達的ニ其内景ヲ視察スルノ法ニシテ、此法ハ既ニ一千八百八十一年フン・ミクラー、ツ氏ニ依リ臨牀診斷上ニ應用セラレタリ。而シテ之ニ使用セラレル食道鏡(Das Oesophagoskop)ニ數種アレドモ、方今一般ニ使用セラレル者ハ、フン・ミクラー、ツ及ローゼン・ハイム・アインホルン氏ノ食道鏡(四百五十四圖)ニシテ、ブリューニングス氏ノ氣管枝鏡(四百九圖)モ、亦同時ニ食道鏡トシテ使用セラレ。即、其口徑ノ十二密迷ノ者ハ、成人ノ食道ニ適シ、十密迷ノ者ハ、小兒ノ食道ニ適ス。

今ブリューニングス氏氣管枝鏡ヲ用キテ食道検査ヲ施スニハ、先舌根軟口蓋咽頭後壁及下部咽頭腔、殊ニ食道入口部ニ一〇%こかいん水ヲ塗布シ(食道異物ノ患者ニシテ疼痛ヲ訴フル者、若クハ神經質ノ患者ニハ、此際もるひねノ皮下注射ヲ兼用シ、又小兒ニ在リテハ、全身

身麻醉ヲ要ス)局所麻醉ヲ施シタル場合ニハ、坐位ヲ取ラシム。然レドモ坐位ニ於テハ、検査ノ際唾液及粘液絶えず管鏡ニ沿テ流下シ視野ヲ掩蔽スルヲ以テ、長時間ニ互ル検査ニ在リテ

圖 四 十 五 百 第
鏡道食氏ツ、リクミ・ン、フ

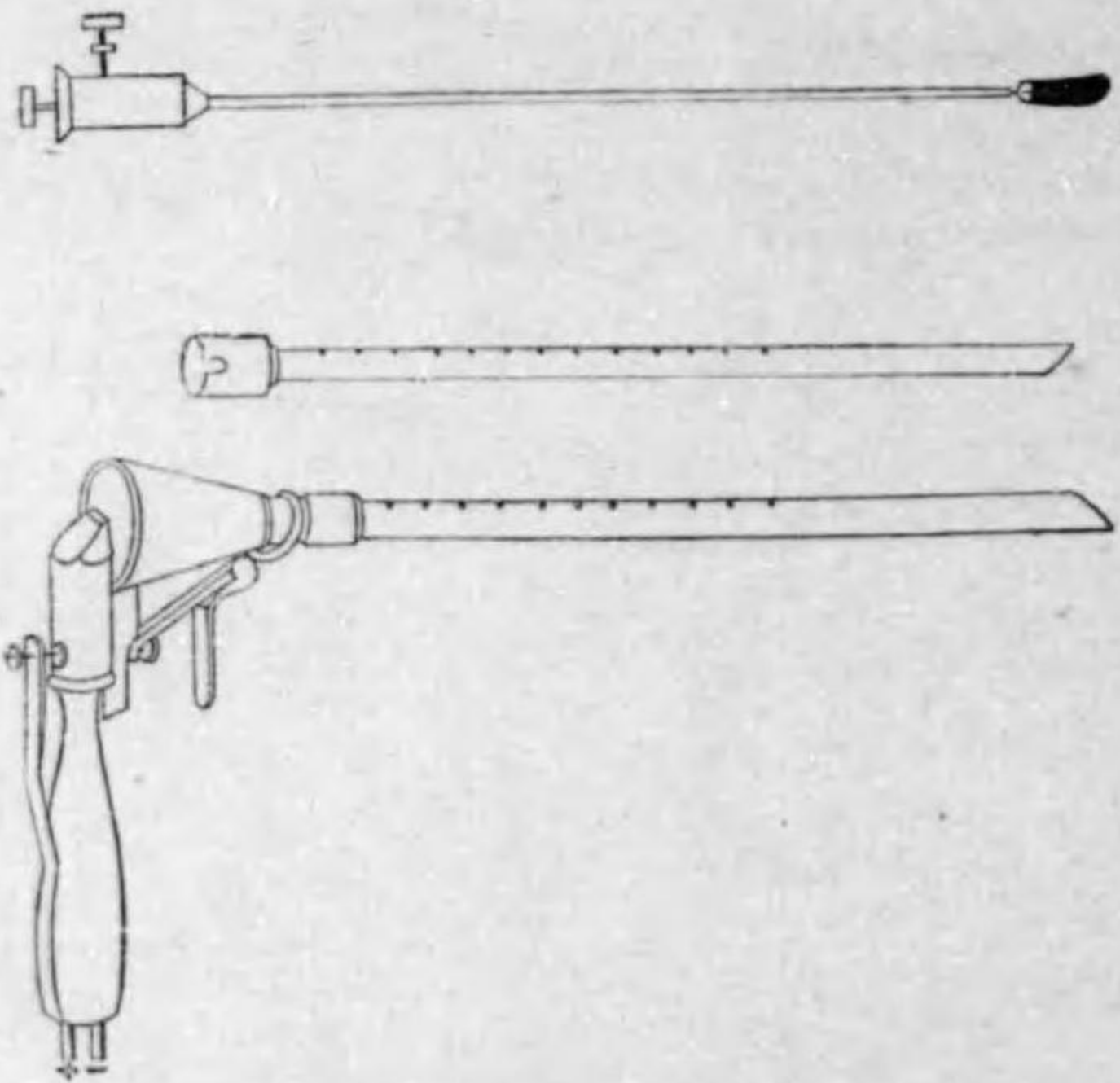
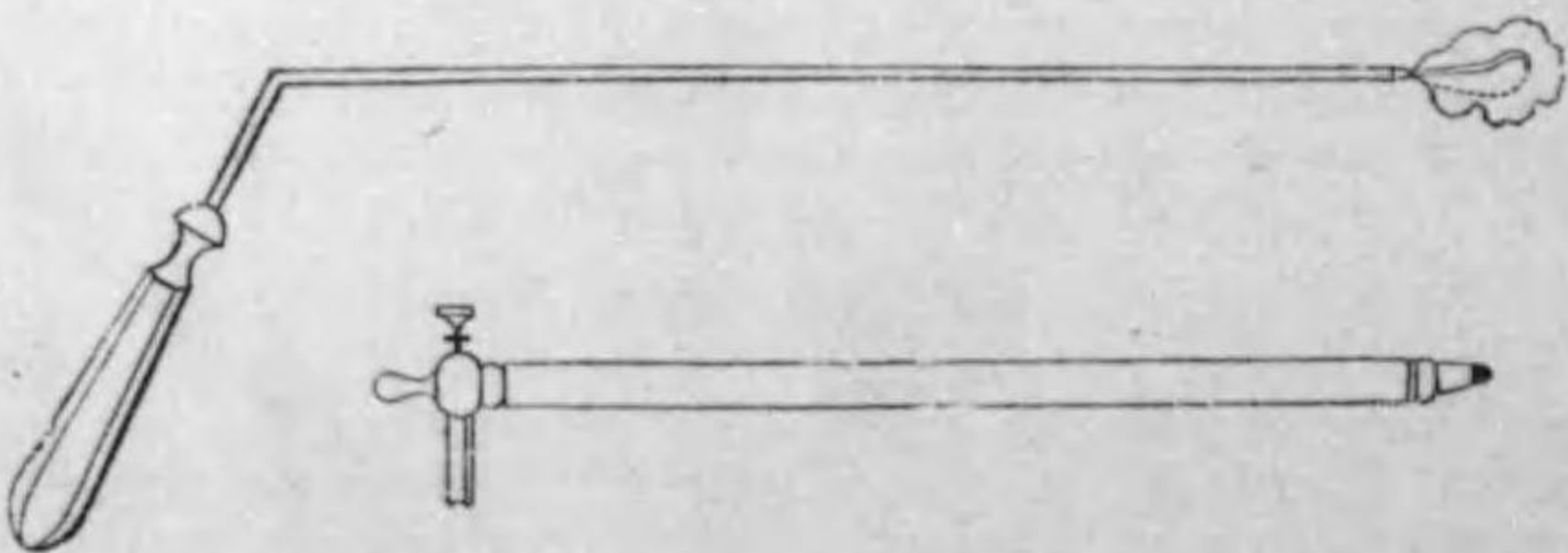
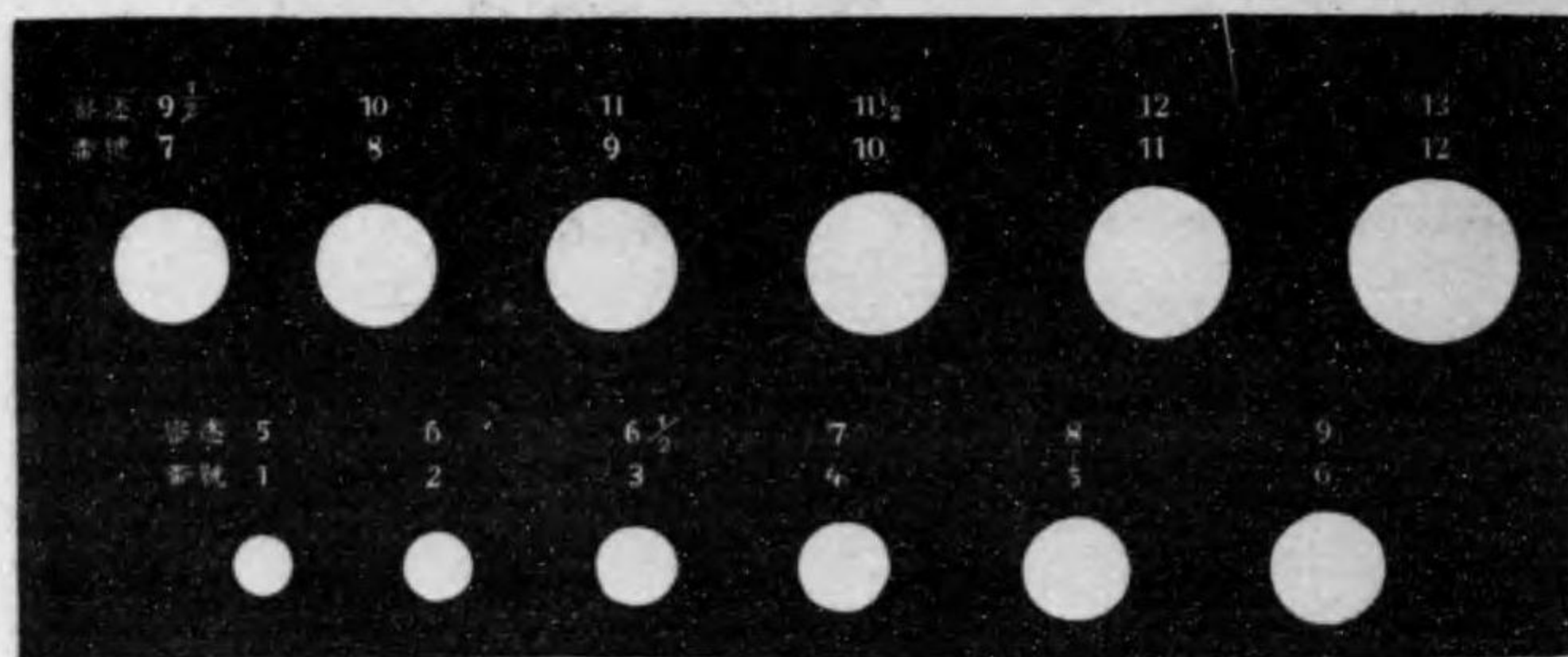


圖 五 十 五 百 第
鏡道食氏ムイハンゼーロ



第百五十八圖 食道消息子測定計

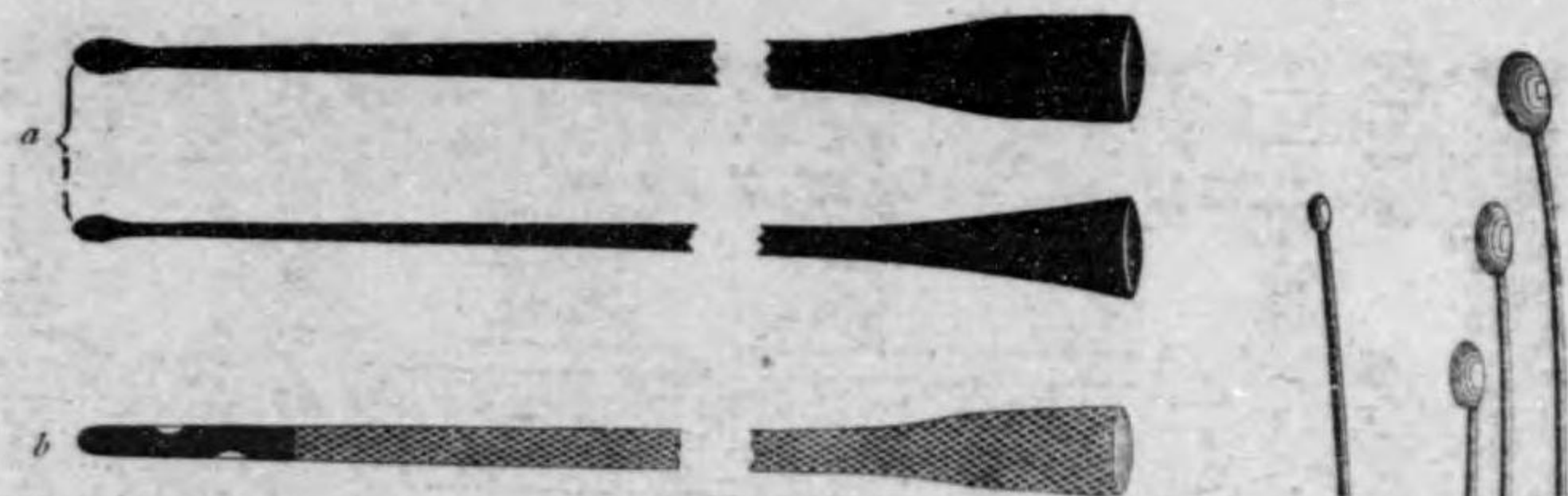


食道検査法

部ヲ壓迫スルニ患者屢疼痛ヲ訴フル者トス。食道ノ内部觸診法ハ其検査中最モ肝要ナル者ニシテ之ヲ行フニハ消息子ヲ用キテ介達的ニ之ヲ觸診ス。食道ノ消息子検査法 (Die Sondennuntersuchung des Oesophagus) 卽是ナリ。卽之ニ由リテ先ハ食道ノ廣狹如何ヲ檢知ス可シ而シテ之ヲ行フニハ屈撓性鯨骨桿ノ尖端ニ橄欖實樣橢圓形ノ象牙球ヲ附スル象牙消息子 (Die Elfenbeinsonde) (第百五十六圖) 若クハ紅色ノ護膜圓塔桿即食道一〇一 (Die Oesophagusbougie) (第百五十七圖 a) 或ハ尖端部ニ一二ノ卵圓ナル窟孔ヲ有スル屈撓性ノ護膜管即食道一〇二 (Die Oesophaguskatheter) (第百五十七圖 b) ヲ使用ス。但後ノ兩者ハ使用ニ臨ミ之ヲ溫湯ニ浸シテ屈撓シ易カラシム可シ而シテ食道狹窄ノ有無ヲ檢査スルニハ細大各種ノ消息子ヲ備ヘザル可カラズ。又之ヲ測ルニハ一定ノ番號ヲ附シタル測度計 (Der Massstab) (第百五十八圖) ヲ用ユ。

食道消息子検査ヲ行フニハ先患者ヲ椅子ニ凭ラ

第百五十七圖 食道消息子測定計
第百六十五圖 象牙消息子



頸部外科

ハ先坐位ニ於テ管鏡ヲ插入スルモ食道ニ到達シタル後ハ亦仰臥位ニ於テ插入スルコト敢テ困難ナラズ。ブリーニングス氏氣管枝鏡ハ管ニ食道ノ検査ニ使用セラルルノミナラズ又治療上殊ニ食道内ノ異物ヲ抽出スルニ應用セララル。

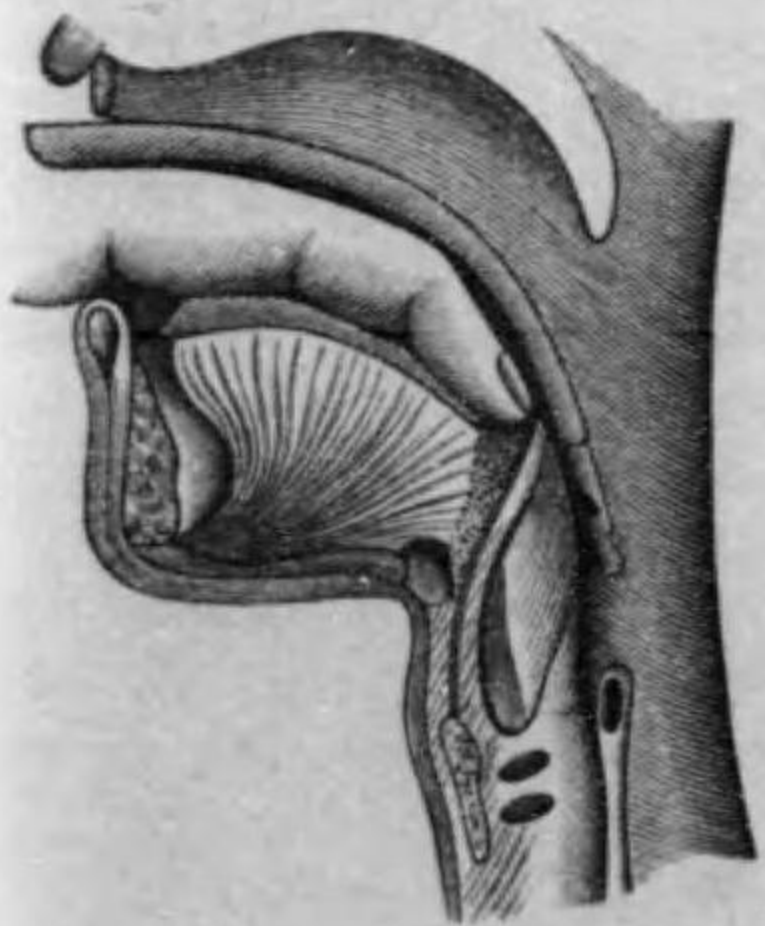
食道觸診法モ亦内外兩方ヨリ行ハル。食道ノ外部觸診法ハ亦唯頸部食道ノミ施シ得可キ者ニシテ之ヨリ以下ニ至リテハ一定ノ方法ニ據ルニ非ザレバ觸診スルコト能ハズ。卽外部ヨリ觸診シ得可キ者ハ食道頸部ノ癌腫及憩室ニシテ前者ニ在リテハ亦頸淋巴腺ノ腫脹ヲ伴ヒ後者ハ其充盈セル際ニ觸知シ得可ク又屢之ヲ目撃シ得可キコト有リ (第百七十五及第百七十一圖) 又食道ノ最下端部ニ發シタル癌腫ニシテ噴門ヲ侵セル者ハ腹部ヨリ觸察シ得可キコト有リ。此他前記ノ症及炎症ニ在リテハ試ニ食道ノ頸

シメ、少シク頭ヲ後方ニ屈シ、廣ク口ヲ開キ、舌ヲ挺出セシメ、檢者ハ左手ノ示指ト中指トヲ患者ノ舌背上ニ置キテ（此際咬傷ヲ避ケムガ爲、齒牙ノ間ニ木栓ヲ嵌入スルコト有リ）、可及的之ヲ遠ク後方ニ送入シ置キ、右手ヲ以テ執筆スルガ如ク、豫、ぐりせりんヲ塗レル消息子若クハぶーじーヲ把リ、之ヲ舌背ニ在ル所ノ指ノ媒助ニ由リテ咽頭後壁ニ至ルマデ送達シ、其一端ヲ強ク口外上方ニ提舉シ、以テ食道口内ニ送ル可シ。此際若、輪狀軟骨障、碍ヲ與フルトキハ、患者ヲシテ嚥下運動ヲ行ハシム可シ。而シテ細心注意シ、觸察シツツ漸次之ヲ下方ニ送入シ、毫モ強力ヲ用ユルコト無ク、若、障、碍物ニ抵觸スルトキハ、之ヲ抜キ戻シ、再ビ觸察シツツ之ヲ送入シ、數回之ヲ反覆ス可シ。狹窄甚ダシクシテ之ヲ送入スルコト能ハザルトキハ細キ消息子ヲ用キテ更ニ前法ヲ試ム可シ。時トシテハ消息子ノ刺戟ニ由リテ食道筋ノ痙攣ヲ起シ、以テ其送入ヲ妨グルコト有リ。斯ノ如キ際ハ、一二秒時間送入ヲ中止シ、靜ニ其緩解スルヲ待ツ可シ。若、又嘔吐ヲ催ストキハ、直ニ消息子ヲ抜キ去ル可シ。又咽頭後

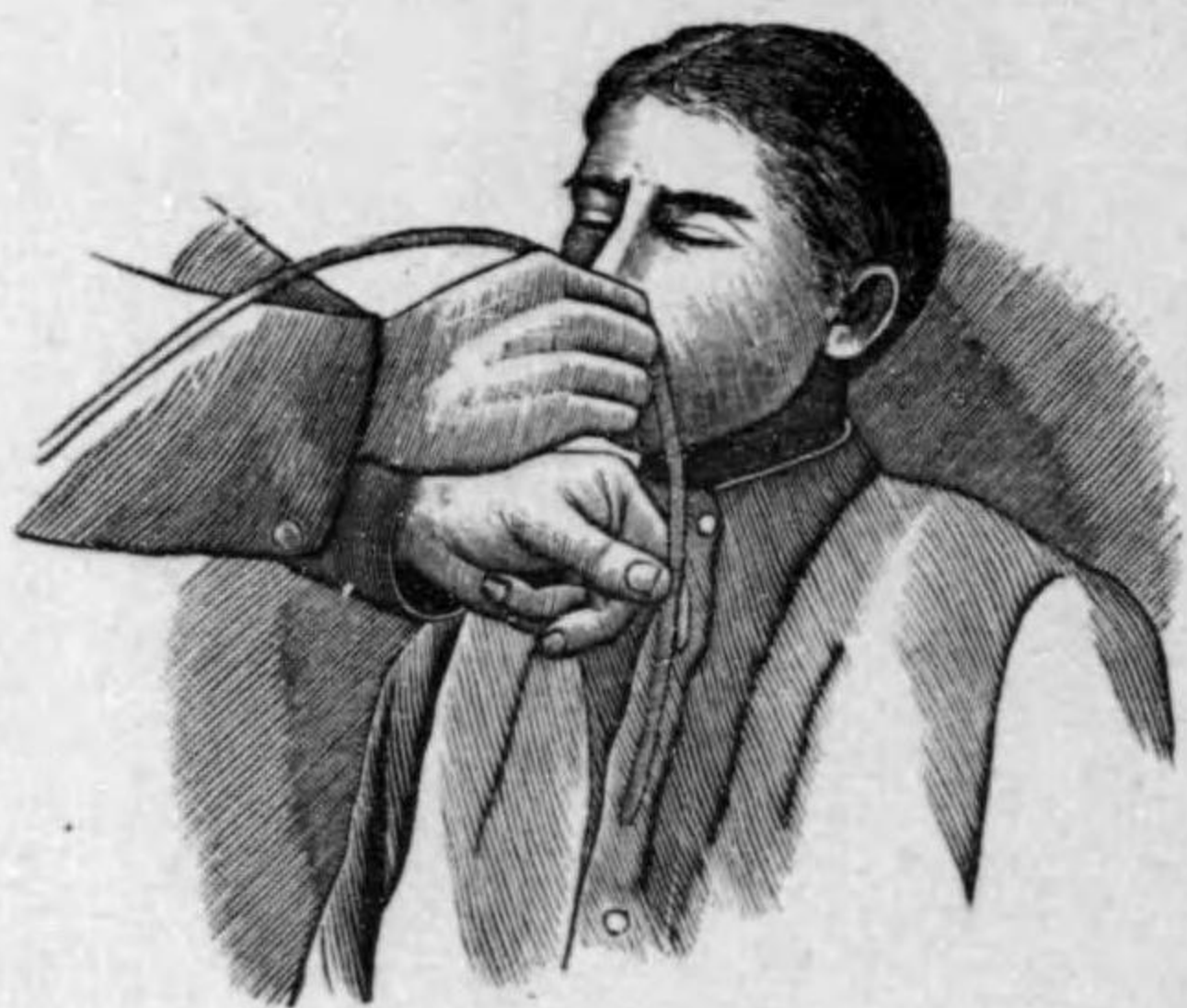
第九十五頁
法入送子息消道食
(一)



第十十六頁
法入送子息消道食
(二)



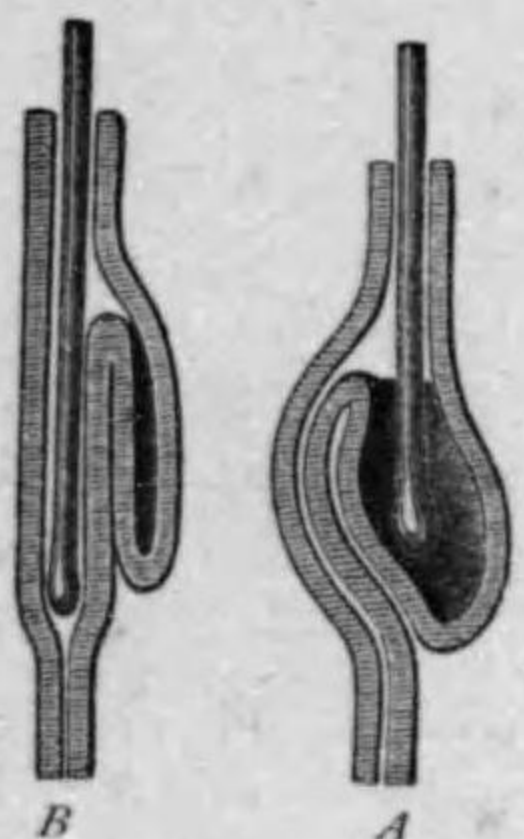
第一百六十一頁
法ルス査檢ヲ位部ノ窄狹道食



壁ニ觸レ、爲、ニ絞扼運動ヲ起シ、或ハ嘔氣ヲ催ス者ニ在リテハ、消息子ヲ送入スルニ先チ、咽頭及舌根部ニ五%こかいん水ヲ塗布若クハ撒霧スルヲ良トス（第五十九及第六十頁）。抑、食道消息子ハ、殊ニ食道狹窄ヲ検査スルニ用キラルル者ニシテ、其狹窄ハ、癌腫ニ由來スルヲ最モ多シトス。然レドモ、癭痕收縮ニ由ル者、亦少カラズ。斯ノ如キハ、多クハ強酸類若クハ強あるかり類ノ腐蝕ニ基因スル者ナリ。而シテ食道ノ消息子検査法ハ、嘗ニ其狹窄ノ有無ヲ探知スルニ止マラズ、此際覺知スル所ノ抵抗ニ由リテ、亦狹窄部ノ硬軟ヲ觸察シ得可ク、又之ニ由リテ、狹窄部ノ長短若クハ重複

等ヲモ檢知スルコトヲ得可シ。食道狹窄ノ部位ヲ検査スルニハ、消息子ヲ其部ニ達スルマデ送入シタル後、之ニ目標ヲ附シ、之ヲ拔去シテ口腔及食道ノ通路ニ適合セル部位（頭・頸及背部）ト其長トヲ比較ス可シ。通常消息子ノ尖端ニ當レル所ノ脊柱ノ點ハ、概、狹窄部位ニ一致ス。或ハ又送入シタル消息子ノ長ヲ測ルモ可ナリ。上文述べタルガ如ク、食道ノ長ハ、大人ニ在リテハ平均二十五仙迷ニシテ、齒列部ヨリ食道口ニ至ル距離ハ、大

第百六十二圖 食道憩室の検査



(A) 憩室充盈時ニ於ケル消息子ノ送入ヲ示ス
(B) 憩室空虛時ニ於ケル消息子ノ送入ヲ示ス

約十五仙迷ナリ(第百六十二圖)。狭窄部ノ上方ニ在ル所ノ食道ノ擴張ハ、消息子送入ノ際、此部ニ於テ其運轉ノ自在ナルニ由リテ之ヲ知ル可シ。此他消息子ヲ送入スルニ、始モ障無クシテ胃内ニ通達シタルモ、再三之ヲ行フニ當リ、必ず一定ノ部位ニ至リテ

抵抗アリ、爲ニ之ヨリ以下ニ送入スルコト能ハザルコト有リ。斯ノ如キハ、食道ノ一局部ニ擴張部即、憩室ノ存在スル徵候ナリトス(第百六十二圖)。此他食道内ニ消息子ヲ送入スルニ際シ、常ニ一定ノ部位ニ於テ疼痛ヲ起ストキハ、之ニ炎症或ハ腫瘍ノ存在スルヲ徵知ス可シ。殊ニ食道カテ一テノ窓口ニ膿若クハ混血性膿ヲ附著シ來ルトキハ、潰瘍ノ存在スルヲ識ル可シ。食道ノ打診法ハ、絶ダ罕ニ用キラルルコト有ルノミ。例之食道頸部ノ大ナル憩室ハ、充盈ノ際打診ニ由リテ濁音ヲ發スルガ如シ。食道ノ聽診法ノ如キモ、亦診斷上價値甚ダ少キヲ以テ、通常之ヲ實地臨牀ニ應用スルコト多カラズ。

第一 食道ノ先天性畸形

食道ノ先天性畸形

食道ノ先天性畸形 *Kongenitale Missbildungen des Oesophagus* ノ發生ヲ了解セムニハ、先ッ其胎生の發育ノ状態ヲ知ルヲ肝要ナリトス。

抑モ口腔ヨリ肛門ニ至ル全消化器官ハ、元三部即チ口腸固有腸(原腸)及肛腸ヨリ成ル者ニシテ、固有腸ハ、更ニ前腸中腸及末腸ノ二部ニ區別セラル。而シテ咽頭及食道ハ、前腸ヨリ成リ、口腸ト前腸トノ間ニハ、最初菲薄ナル隔壁ヲ存スルモ、此隔壁ハ、後ニ至リテ消失シ、其殘痕トシテ、唯口蓋弓及懸壅垂ヲ留ムルノミ。又前腸ハ、胎生發育ノ一定時期ニ至ルマデハ呼吸器ト相交通スル者ニシテ、人體ニ在リテハ、第二月ノ始、ニ至リテ、食道ハ氣管ト全ク隔離セラルト云フ。

以上ノ事實ヲ對照スルトキハ、食道ノ畸形トシテ、間、氣道及食道間ノ異常ノ交道 (*Die abnorme Kommunikation zwischen der Luft- und Speiseröhre*) ヲ見ル所以ノ理ヲ了解スルコトヲ得可シ。其高度ノ者ニ至リテハ、食道ノ前庭ハ盲嚢ニ終リ、其下部ハ氣管殊ニ其分岐部ト交通スル者アリ。又其輕度ノ者ニ在リテハ、食道ハ尋常ノ發育ヲ遂グルモ、氣管トノ間ニ瘻孔ヲ作ルコト有リ。此他食道ノ先天性狭窄及憩室ヲ實驗セル者アレドモ、極テ稀有ニ屬ス。食道ト氣道トノ間ニ高度ノ交通路ヲ有スル胎兒ハ、生後直ニ死亡スルヲ常トス。

此他食道ノ損傷及其潰瘍(殊ニ癌腫ニ因ル)ノ爲メ、食道ト氣管トノ間ニ後天性ノ瘻孔ヲ生ズルコト有リ。

食道ノ先天性畸形

第二 食道ノ損傷

食道ノ損傷

食道ノ皮下損傷

食道ノ創傷

食道ノ損傷 Verletzungen des Oesophagus ニ左ノ三症ヲ區別ス可シ。

(一) 食道ノ皮下損傷 Die subkutane Verletzung des Oesophagus ハ例之壓迫轉過ノ如キ外腹力ニ因ルコト有リ。然レドモ極テ罕ナリトス。

(二) 食道ノ創傷 Die Wunde des Oesophagus ニシテ單獨ノ者ハ比較的罕ニシテ、多クハ氣管ノ損傷ト合併シ、殊ニ切創、刺創及銃創ヲ最モ多シトス。咽頭及食道ノ銃傷ニ於テハ、彈丸頸椎ニ當リテ反彈セラレ、嚥下セラレタル後、肛門ヨリ出ヅルコト有リ。殊ニ肝要ナルハ、内方ヨリ外方ニ向ヒ食道ヲ損傷スル者ニシテ、間、其全壁ヲ穿通スルコト有リ。食道ノ穿孔(Die Perforation des Oesophagus)是ナリ。例之異物ヲ嚥下シ、或ハ食道狹窄症(殊ニ癌腫ニ因ル)ニ消息子ヲ送入スル際、誤テ之ヲ損傷若クハ穿孔スルガ如シ。斯ノ如キ場合ニ於テハ、異物或ハ消息子ハ、縱隔膜或ハ胸膜内ニ進入シ、爲ニ化膿性縱隔膜炎及胸膜炎ヲ誘發スルヲ常トス。但、食道ノ穿孔ハ、亦食道周圍ニ於ケル諸般ノ疾病ニ由リテ來ルコト有リ。之ニ屬スル者ハ、第一食道喉頭及其周圍ノ癌腫、其他膿瘍、動脈瘤ニシテ、食道ノ癌腫或ハ異物ノ爲、ニ其下行大動脈内ニ穿孔セルハ、從來人ノ屢實驗セル所ナリ。

酒客ニ在リテハ、損傷ニ因ラズ、多量ニ飲食シタル後、嘔吐或ハ乾嘔ニ際シテ食道ノ自

食道創傷ノ症候

食道創傷ノ診斷

食道創傷ノ豫後

食道創傷ノ療法

然○的○破○裂○(Die Spontanruptur des Oesophagus)ヲ來スコト有リ。チエンケル氏ニ據レバ、斯ノ如キ場合ニ於テハ、破裂部ハ常ニ噴門ノ附近ニ存シ、胃ノ内容縱隔膜及胸膜腔内ニ漏出スルトキハ、患者ハ通常二十四時間以内ニ死亡スト。蓋、斯ノ如キハ、飲酒ノ爲、食道ノ抵抗力減却シ、殊ニ其下部ニ於テ軟化シ、一種ノ自家消化ヲ營ムガ爲、チラムト云フ。

症候 本創傷ニ於ケル症候ハ、嚥下時ノ疼痛及吐血ヲ主トシ、哆開創ニ在リテハ、飲食物創口ヨリ外方ニ溢出ス。但、小ナル刺創ニ於テハ、確實ナル徵候ヲ缺如スルコト有リ。又同時ニ氣道ニ創傷アリテ、之ト交通スルトキハ、粘液及食物氣管内ニ竄入シ、爲ニ劇シキ呼吸困難ヲ來シ、又常ニ劇甚ナル咳嗽ヲ發シ、次デ氣管枝炎及肺炎ヲ繼發ス。此他食物若シ食道周圍ノ蜂窠織内ニ入ルトキハ、腐敗性蜂窠織炎ヲ起シ、敗血症又ハ膿毒症ノ爲、ニ死ニ至ラシムルコト有リ。食道ヨリ縱隔膜及胸膜腔内ニ異物竄入シ、爲ニ化膿性縱隔膜炎及胸膜炎ヲ發來スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ。

診斷 創傷外部ニ在リテ創口ヨリ食片ヲ漏ス者ハ、診斷固ヨリ容易ナレドモ、其他ノ場合ニ於テハ、確診シ難キコト多シ。

豫後 首トシテ合併症ノ有無及其輕重ニ關シテ一様ナラザレドモ、殊ニ食道下部ノ損傷ニ在リテハ、常ニ甚ダ危險ナル者トス。

療法 食道ノ全ク横斷セラレタル者ニ在リテハ、其下端ハ多少下降スルヲ以テ、縫合ニ由リテ之ヲ上斷端ニ接著セシメザル可カラズ。然レドモ此法ハ、唯頸部食道ノ創傷ニ

食道ノ損傷(皮下損傷及創傷)

施サルルノミ。縫合ニハ二三ノ固定縫合ヲ用キ、或ハ時宜ニ由リ環狀縫合ニ由リテ全ク之ヲ接著セシメ、外部ノ創口ハ開放シテよーどふるむがーせヲ栓塞ス。食道ノ刺創ハ、往々自然ニ治癒スルヲ以テ、縫合ヲ要セザレドモ、時トシテハ外部ノ創口ヲ開大シテ損傷部ヲ露出セザル可カラザルコト有リ。殊ニ内方或ハ外方ヨリ食道ヲ損傷セル疑アリテ、炎症性症狀ヲ呈スルトキハ、速ニ創口ヲ開大スルヲ必要ナリトス。又殊ニ肝要ナルハ、既ニ炎症ヲ發來セル者ニ在リテハ、頭部ヲ低クシ、以テ膈ノ縱隔膜内ニ下垂スルヲ豫防スルニ在リ。而シテ食道ノ損傷患者ニハ、滋養灌腸ヲ施スカ、或ハ注意シテ食道消息子ヲ送入シテ榮養品ヲ與フ可シ。

(III) 食道ノ火傷及腐蝕 Die Verbrennung und Verätzung des Oesophagus. 食道ノ火傷ハ、殊ニ熱シタル飲料ヲ飲下スル際ニ來ル者ニシテ、小兒ニ之ヲ見ルコト多ク、其腐蝕ハ、強酸類或ハカリ鹼汁ニ因ル者ニシテ、或ハ誤テ之ヲ嚥下スルニ由リ、或ハ自殺ノ目的ニ出ヅルコト有リ。

症候 損傷ノ輕重ニ由リ其症狀ヲ異ニスレドモ、若シ例之多量ノ濃厚ナル硫酸ヲ飲下シタルトキハ、口腔及食道ヨリ胃ニ至ル粘膜著シク破壊セラレ、爲ニ食道壁及胃壁ノ穿孔ヲ來スコト有リ。但シ稀薄ナル腐蝕液又ハ過熱シタル飲料ヲ飲下シタル者ニ在リテハ、多クハ唯表層性ノ炎症ヲ起スニ過ギザル者トス。而シテ之ニ由リテ發スル所ノ症候ハ、主トシテ疼痛、嚥下困難、乾嘔、嘔吐等ニシテ、其重症ノ者ニ在リテハ、忽チ虚脱ニ

食道ノ火傷及腐蝕

食道火傷及腐蝕ノ症候

食道火傷及腐蝕ノ療法

食道ノ炎症性疾患即食道炎

陷リ、或ハ敗血症ノ爲ニ斃ル。又幸ニシテ治癒スルニ至ルモ、後ニ高度ノ食道狭窄ヲ貽スコト少カラズ(第百六十三及第百六十四圖)。

療法 是等兩症ノ療法ハ、略々氣道ノ火傷及腐蝕ニ於ケルト同一ナリ(本卷一五九頁參照)。即チ火傷ニ在リテハ、冰片ヲ與ヘ、酸類或ハあるかりノ腐蝕ニ在リテハ、中和性ノ藥物ヲ投ジ、且多量ノ水ヲ飲マシム可シ。又時宜ニ由リ、胃ノ洗滌法ヲ要スルコト有リ。而シテ幸ニシテ炎症消散スルトキハ、後ニ至リテ食道狭窄ノ發生ヲ防ガムガ爲、時々食道よーじーヲ送入スルヲ良トス。

第三 食道ノ炎症性疾患

食道ノ炎症性疾患即食道炎 Entzündliche Erkrankungen des Oesophagus, die Oesophagitis 急性及慢性かたーる性炎くるーぶ性或ちふてりー性炎蜂窠織炎性炎及腐蝕性炎等ノ數種アリ。

食道ノ急性及慢性かたーるハ、外傷性刺戟刺戟性或ハ過熱セル食物ノ嚥下等ニ因ル者最モ多シ。又酒客ニ在リテハ、屢々慢性食道かたーるヲ見ルコト有リ。而シテ慢性症ニ於テハ、間、粘膜ノ肥厚及弛緩ニ兼テ、食道ノ汎發性擴張ヲ來スコト有リ。但シ食道壁ノ單純ナル肥厚ノ爲ニハ、狭窄症ヲ來スコト無キ者トス。

食道ノくるーぶ及ちふてりーハ、咽喉ノ同症ニ繼發スル者ニシテ、間、胃内ニ蔓延スル

食道ノ損傷(火傷及腐蝕) 食道ノ炎症性疾患

コト有り。又食道ニ發シタル重症ノ鵝口瘡ハ、恰モぢふてりニ於ケルガ如キ觀ヲ呈スルコト有り。

食道蜂窠織炎ハ、殊ニ損傷後又ハ異物ノ刺戟ニ由リテ發シ、或ハ食道周圍ニ於ケル蜂窠織炎ノ蔓延ニ由リテ發スル者ニシテ、酒客ニ在リテハ、罕ニ輕度ノ外襲力ノ爲、食道ノ裂傷ヲ生ジ、出血ニ由リテ即死セザルトキハ、後ニ食道周圍ノ蜂窠織炎ヲ起スコト有り。而シテ此炎症ハ、或ハ食道ノ一部ニ限局シ、或ハ大部ニ蔓延スル者ニシテ、時トシテハ粘膜炎ノ膿窩内ニ食片竄入シ、爲ニ腐敗性膿瘍又ハ進行性化膿ヲ誘發スルコト有り。斯ノ如キ蜂窠織炎性炎症ハ、亦腐蝕藥ノ作用ニ由リテ發スルコト有り。中毒性又腐蝕性食道炎 (*Oesophagitis toxica s. corrosiva*) ナル者は是ナリ。其輕度ノ症ニ在リテハ、唯粘膜炎ノ剝脫ヲ來スノミニシテ、完全ナル治療ヲ營ム可キモ、高度ノ者ニ在リテハ、粘膜炎及粘膜炎下組織、加之、筋層ニ至ルマデ腐爛ニ陥リ、食道周圍ノ腐敗性化膿ヲ起シテ死ニ至ラシム可シ。幸ニシテ治療スルコト有ルモ、後ニ至リテ多クハ食道ノ狭窄ヲ貽スヲ常トス。

食道炎症性疾患ノ療法

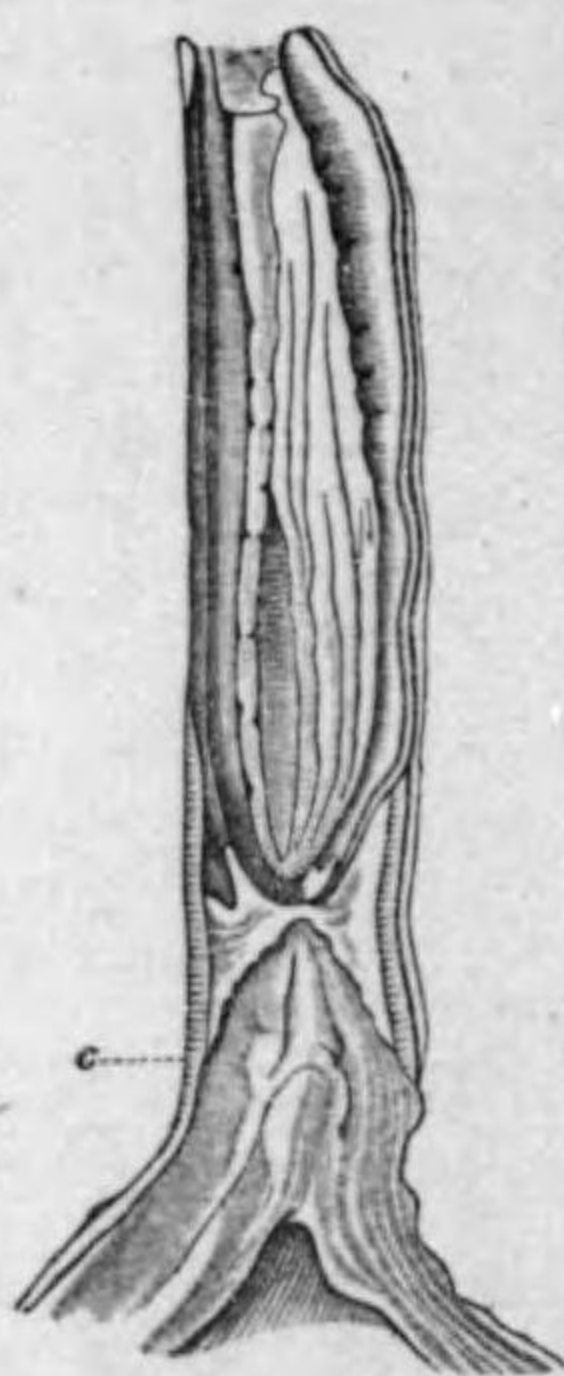
療法 專ラ對症のナリ。蓋シ食道ノ炎症ハ、治後多少ノ狭窄症ヲ貽スコト多キヲ以テ、其療法ハ、專ラ後者ニ對シテ施スヲ多シトス。

第四 食道ノ狭窄

食道ノ狭窄

食道ノ狭窄 Die Strikur oder Stenose (Verengung) des Oesophagus 各種ナル原因ニ基ク者ナレドモ、今彼、稀有ナル先天性狭窄ヲ除クトキハ、其發生ノ原因ニ從ヒ、之ヲ左ノ四種ニ區別スルコトヲ得可シ。即チ(一)壓迫性狭窄(二)閉塞性狭窄(三)癩痕性狭窄及(四)癩攣性狭窄是ナリ。就中最モ多ク且最モ廣ク蔓延セル狭窄ハ、腐蝕藥、

圖三十六百第 窄狹樣膜狀輪ノ道食



かり油汁ノ腐蝕ニ因リテ發シタル者ニシテ、狭窄部ハ噴門(○)ノ上方一仙迷ノ所ニ在リ

圖四十六百第 窄狹道食狀管ノ的型定



大人ニ發シタル者ハ、管分岐部ノ下方噴門ノ近部ニ達ス

食道ノ狭窄

例之硫酸鹽酸腐蝕
 かり油汁等ノ腐蝕作用ニ因ル癩痕性食道狭窄 (*Die narbige Oesophagusstricture*) ニシテ、フォン・ハッケル氏ノ調査ニ從ヘバ、此腐蝕ニ因ル食道狭窄中、かり油汁ニ因ル者、八六・五%ヲ占メ、硫酸ニ因ル者

ハ、僅ニ八・七八%ナリト云フ。而シテ腐蝕作用深部ニ達スルトキハ、食道壁ハ肝脈様ノ癍痕組織ニ變ジ、間、纒ニ細キ消息子ヲ通ジ得可キ高度ノ狭窄ヲ起スコト有リ。但、癍痕性狭窄ノ廣狹ハ、各症頗ル差アリ。其多數ノ者ハ、輪狀ヲ爲スモ、亦唯食道ノ一部ニ限局スル者アリ、或ハ廣ク管狀ヲ爲ス者アリ(第百六十三及第百六十四圖)。又フォン・ハッケル氏ニ據レバ、死後ノ檢索ニ依ルニ、腐蝕性癍痕狭窄ハ、生理的ニ食道ノ狹隘ナル部位及之ニ隣接セル他器官ノ爲、狹隘ナル所ニ發スルコト多シト。故ニ其狭窄ハ、食道ノ環狀軟骨部氣管分岐部及噴門ノ上部ニ當ル所ニ來ルコト最モ多ク、就中其下部ニハ、最重症ノ狭窄ヲ見ルコト多シト云フ。

壓迫性狭窄(Die Kompressionsstriktur)ハ、殊ニ甲狀腺胸腺頸淋巴腺及縱隔膜腫瘍、其他又殊ニ大動脈瘤ノ爲、食道ノ壓迫セララルニ因ルモ之ヲ四方ヨリ壓迫スルニ非ザレバ、多クハ機能障礙ヲ來スコト無キ者トス。

閉塞性狭窄(Die Okklusionsstriktur)ハ、食道内異物及其新生物ニ因ル者ニシテ、殊ニ癌腫ノ爲、ニ發スルヲ最モ多シトス(第百七十九及第百八十圖)。

痙攣性狭窄(Die spastische Striktur)ハ、食道輪狀筋纖維ノ局所的攣縮ニ因ル者ニシテ、殊ニ神經質ノ者、例之ひすてりー患者ニ見ルコト多シ。此所謂食道痙攣(Der Oesophagismus)ハ、食物嚥下ノ際ニ來ルコト多キ者ニシテ、爲、ニ患者ハ液狀ノ食餌ダモ飲下シ能ハザルコト有リ。

食道狭窄ノ症候

症候 本症ニ最モ主要ナル症候ハ、嚥下困難ナリ。詳言スレバ、食道ヲ經テ胃内ニ達スル食餌ノ通過困難ナルニ在リ。而シテ高度ノ狭窄ニ在リテハ、患者固形物ハ論無ク、流動物トイヘドモ全ク飲下スルコト能ハズ。固形物ハ、狭窄部ノ上方ニ停滯シ、狭窄ノ輕重ニ由リ、或ハ漸次胃内ニ下降シ、或ハ暫時ニシテ再ビ吐逆セララル。又狭窄上部ハ、食物停滯ノ爲、漸次擴張セララルヲ常トス。而シテ此狭窄症ハ、通常徐々ニ増進スルヲ以テ、固形及流動ノ食餌悉ク狭窄部ヲ通過スルコト能ハザルニ至レバ、患者漸次羸瘦シ、益々衰弱ニ陥リ、此際若ク早ク狭窄ヲ除カザルカ、或ハ胃瘻ヲ造リテ之ニ榮養ヲ給セザルトキハ、餓餓ノ爲、數月ヲ出ズシテ鬼籍ニ上ル可シ。但、致死ノ原因ハ、亦其原病例之癌腫ノ爲、ナルコト有リ、或ハ消息子ノ送入ニ際シ誤テ食道ヲ穿孔シ、腐敗性食道周圍炎ヲ起スニ因ルコト有リ。

食道狭窄ノ診斷

診斷 專ラ食道消息子檢査法ニ據ル可シ(本卷二一五頁參照)。但、此檢査法ハ、細心注意シテ行フニ非ザレバ、誤テ食道ヲ損傷シ、加之、之ニ穿孔ヲ起シ、爲、ニ腐敗性蜂窠織炎ヲ發セシムルコト有リ。然、ドモ食道上部ノ狭窄ハ、亦喉頭鏡ヲ以テ照檢シ、或ハ指ニテ之ヲ觸知スルコトヲ得可シ。而シテ治療上殊ニ肝要ナルハ、消息子檢査ニ由リテ狭窄ノ部位及程度ヲ檢知シ、又其性質(例之癌腫性ナルヤ否等)ヲ察知スルニ在リ。癌腫ニ在リテハ、往々消息子尖端ノ窟孔内又ハ吐物中ニ癌腫細胞ヲ認ムルコト有リ(第百八十一圖)。此他患者ノ年齢(四十歳以上)、惡液質等ハ、本症ノ診斷ニ肝要ナリ。又狭窄ノ損傷或ハ異物ニ

食道狭窄ノ豫後

因ルカ、或ハ自然ニ發シタルヤハ、既往症ニ徴シテ之ヲ知ルコト難カラズ壓迫性狭窄及癒斃性狭窄ノ如キハ、爾他ノ症候ニ由リテ之ヲ鑑別ス可シ。

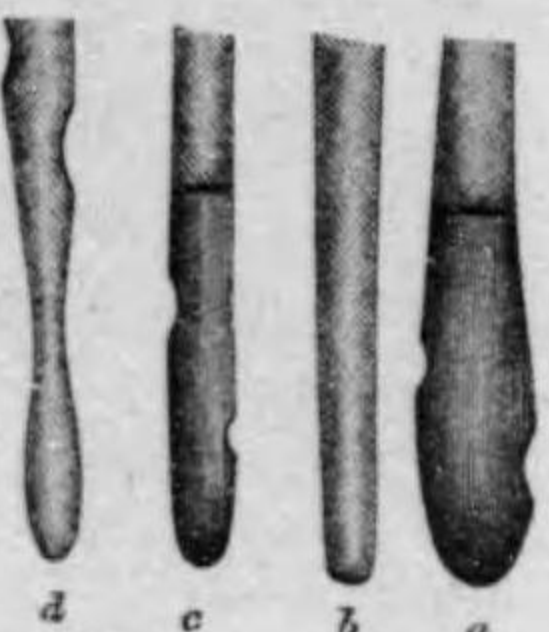
食道狭窄ノ療法

療法

第一ニ嚥下困難ヲ來セル原因ヲ探グルヲ肝要ナリトス。例之腫瘍ニ因ル壓迫性狭窄及異物ニ因ル閉塞性狭窄ノ如キハ、其原

因ヲ除却スルトキハ、自ラ治癒ス可シ。癒斃性狭窄ニ對シテハ、食道消息子ヲ使用シテ漸次擴張法ヲ施スカ、或ハ食道ノ外方若クハ内方ヨリ之ヲ切開スルカ、或ハ不通性狭窄ニ在リテハ胃瘻造設術ヲ行ハザル可カラザルコト有リ。

圖五十六百第 子息消道食

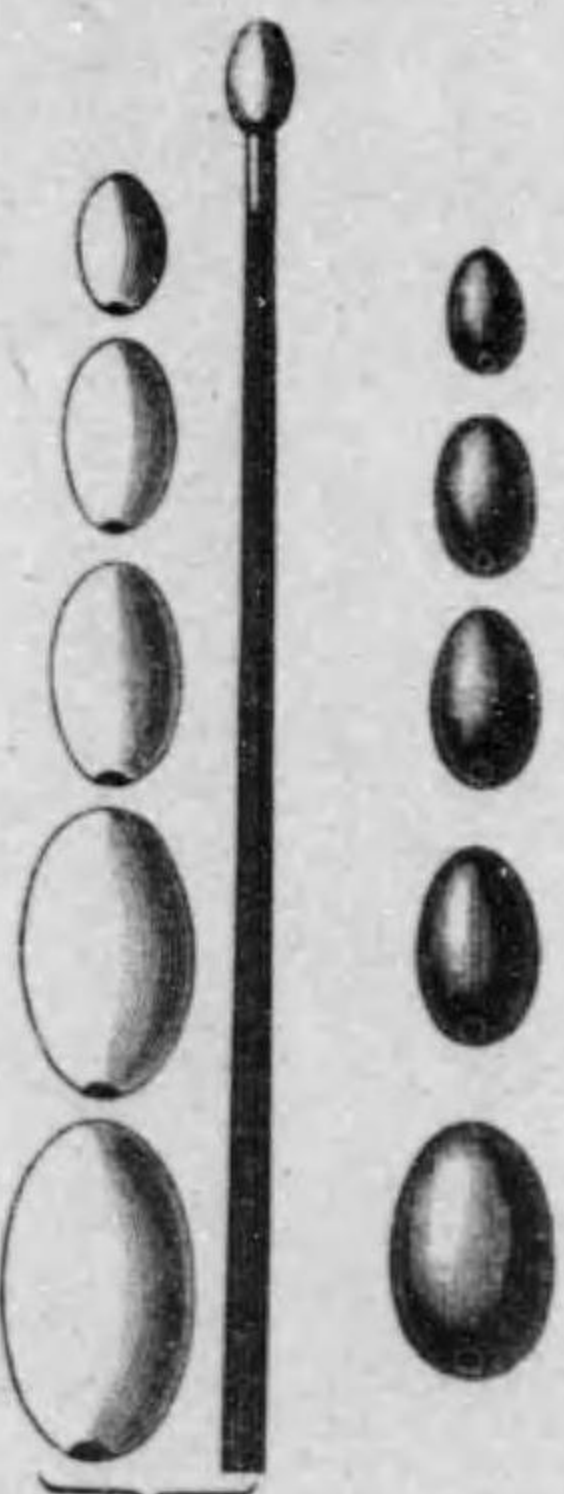


(a) 橄欖實狀ノ者
(b) 圓錐狀ノモノ
(c) 圓球狀ノモノ
(d) 有球性ノモノ

性狭窄及異物ニ因ル閉塞性狭窄ノ如キハ、其原因ヲ除却スルトキハ、自ラ治癒ス可シ。癒斃性狭窄ニ對シテハ、食道消息子ヲ使用シテ漸次擴張法ヲ施スカ、或ハ食道ノ外方若クハ内方ヨリ之ヲ切開スルカ、或ハ不通性狭窄ニ在リテハ胃瘻造設術ヲ行ハザル可カラザルコト有リ。

食道ノ漸次擴張法 (Die almbliche Dilatation der Speiseröhre) ヲ行フニハ種

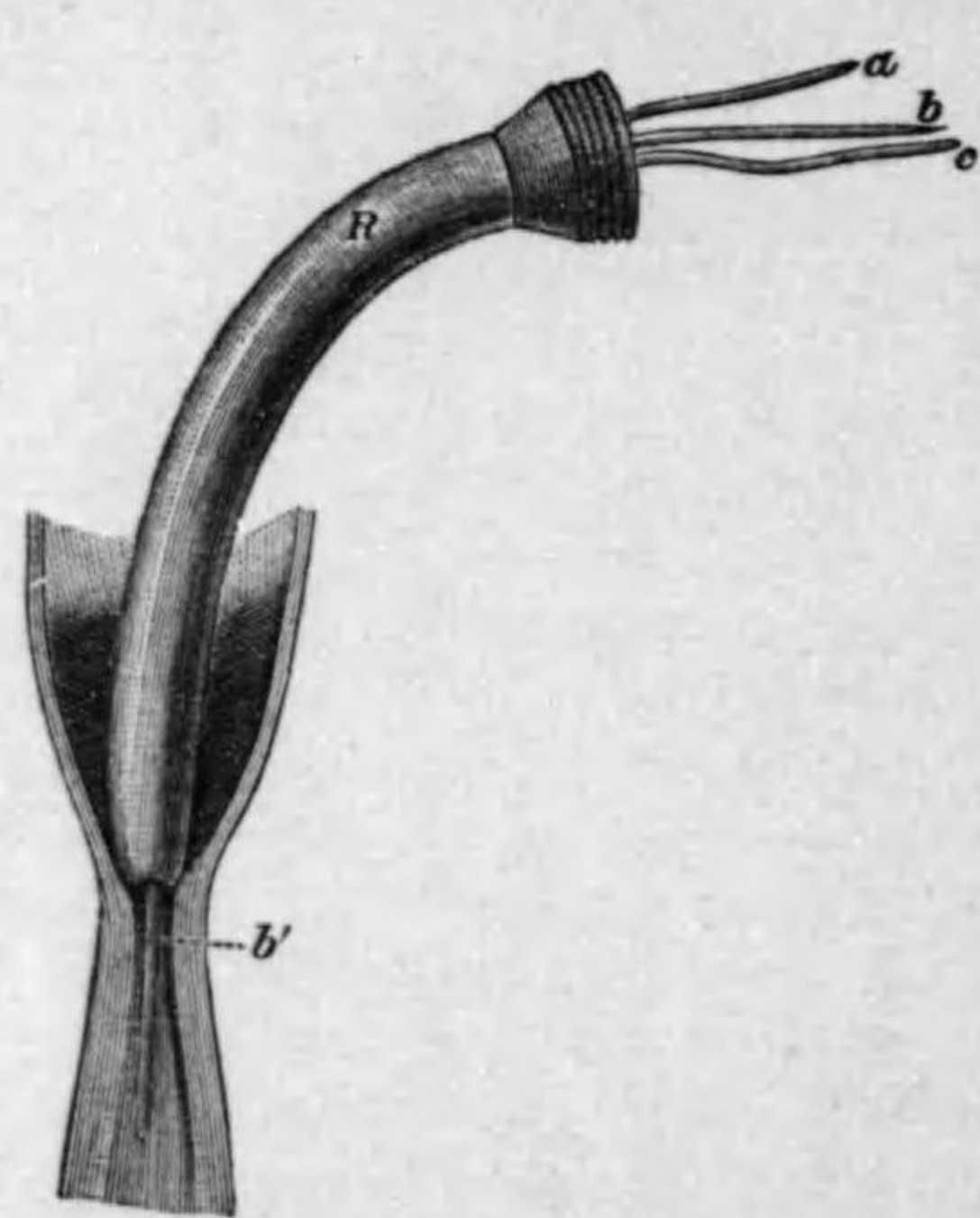
圖六十六百第 ルタン附ヲ球牙象子息消道食



種ナル太キヲ有スル彈力性食道消息子或ハ食道

かてして用ユ。之ニ又種々ナル形狀ヲ有スル者アリ(第百六十五圖)就中最モ實用ニ適スル者ハ、圓錐狀ノ彈力性消息子ナリ。鯨骨消息子ノ尖端ニ橄欖實狀ノ象牙球ヲ附シタル者モ、亦推擧ス可シ(第百六十六圖)消息子送入ノ方法ハ、上文食道検査法ノ條下ニ詳述

圖七十六百第 キ細リ由ニ一じ一ぶ性空中キ廣法ル送入部窄狹ヲ線腸



(a) 細キ腸線
(b) 廣キ中空性
(c) 一じ一
(d) 狹窄部内ニ送入セラレタル腸線

ミ、漸次太キ者ニ及ボス可シ。而シテ擴張法ハ、毎日之ヲ行ヒ、消息子ハ大約十分ヨリ三十分間挿置ス。フォン・ハッケル氏ハ、高度ノ狹窄症ニ狹窄上部ニ至ルマデ廣キ中空性一じ一ヲ送入シ置キ、次デ此内ヨリ數個ノ細キ腸線ヲ送入シテ狹窄ヲ擴張シ良效ヲ得タリト云フ(第百六十七圖)。

食道ノ狹窄

狭窄部ヲ通ジテ食道消息子ヲ胃内ニ送入シ得タルトキハ、直ニ牛乳肉羹汁鶏卵赤酒等ヲ注入シテ患者ヲ養フ可シ。又消息子ヲ長ク狭窄部ニ挿置セムトスルトキハ、鼻孔ヨリ之ヲ送入スルヲ便利ナリトス。

近時食道狭窄ニ永續管子(Die Dauerkanüle)ノ送入ヲ試ミ、良成績ヲ得タル者アリ。此法タル、一種ノ特異ナル器械ヲ用キテ、或ハ口内ヨリ或ハ胃内ヨリ硬護管ヨリ成ル適宜ノ管子ヲ狭窄部ニ送入スル者ニシテ、例之殊ニ癌腫性狭窄ニ在リテハ、數週ヨリ數月間之ヲ挿置シ、患者ノ食餌ハ管ニ由リテ送入スルナリ。

上記ノ漸次擴張法ヲ行フモ效無キ者ニハ、手術的療法ヲ企テザル可カラズ。即ち食道切開術(Die Oesophagotomie)ヲ施ス是ナリ。之ニ内食道切開術ト外食道切開術ノ二法アリ。但前法ハ、危險無キニ非ザルヲ以テ、頸部ニ在ル諸般ノ狭窄ニハ、可及的外食道切開術ヲ施スヲ常トス。此際例之食道癌腫ナルトキハ、食道ノ患部ヲ切除スルコト有リ(其術式ハ、後ニ詳ナリ)。外食道切開術ヲ施シタルトキハ、其創口ヨリ消息子又ハ一種ノ擴張器ヲ插入シテ狭窄部ノ擴張ヲ謀ル可シ。又食道下部ノ狭窄ニシテ外食道切開術ノ無効ナル者、或ハ長キ不通性ノ狭窄ニシテ到底之ヲ擴張スルコト能ハザル者ニハ、胃瘻造設術(Die Gastrostomie)(本書第三卷「胃ノ手術」ノ條下ニ詳ナリ)ヲ施シ、或ハ又食道起始部ノ狭窄ニ在リテハ、食道瘻造設術(Die Oesophagostomie)(本章末項ヲ看ヨ)ヲ施スコト有ル可シ。

第五 食道ノ擴張

食道ノ擴張

食道ノ擴張 Die Dilatation (Erweiterung) des Oesophagus ニ二種アリ。即ち一ハ、食道ノ平等ニ擴張膨大スル症ニシテ、之ヲ食道變廣ト稱シ、他ハ食道壁ノ一部膨出スル者ニシテ、之ヲ食道憩室ト稱ス。

食道變廣

食道變廣ノ症

(一) 食道變廣 Die Ektasie des Oesophagus ハ、食道下部ニ於ケル狭窄部ノ上方ニ發スルコト最モ多シ。是、食物狭窄上部ニ停滯スルニ因ル者ニシテ、之ヲ停滯性食道變廣(Die Stannungs-Oesophagusektasie)ト稱ス。但斯ノ如キ限局性ノ食道擴張ハ、亦食道收縮力ノ減弱ニ由リテ自ラ發生スルコト有リ。例之食道ノ炎症後ニ於ケルガ如シ。此際其周壁殊ニ筋層ハ、或ハ肥厚シ或ハ菲薄ト爲ル。此他罕ニハ、殊ニ食道ノ橫隔膜穿通部ノ上方或ハ噴門ノ上方ニ於テ、先天性變廣(Die angeborene Ektasie)ヲ認ムルコト有リ。又斯ノ如キ先天性變廣ハ、時トシテ食道ノ全部ニ來ル者ニシテ、間、其頗ル高度ナル症ヲ見ルコト有リ。若シ又變廣部ノ一部膨大スルトキハ、憩室ヲ發生スルコト有リ。

症候 擴張ノ度ニ由リ一定ナラズ。其食道狭窄ニ原因スル者ニ在リテハ、主トシテ狭窄ノ症狀(嚥下困難狭窄上部ニ停滯セル食物ノ吐逆)ヲ呈ス。但、食道狭窄無クシテ其變廣ヲ發シタル場合ニ於テモ、食物ハ食道内ニ滯溜シ、一定時ノ後再ビ吐出セラレルコト有ルヲ以テ、亦漸次大ニ患者ノ榮養ヲ障碍スル者トス。此他食物ヲ充滿セル食道

變廣ハ、氣管及肺臟ヲ壓迫シテ呼吸障礙ヲ來シ、時トシテハ亦之ヲ外方ヨリ觸知シ得ルコト有リ。

食道變廣ノ療法

療法 本症ハ、食道狹窄ニ因ル者ノ外ハ、療法ヲ施スコト難シ。要ハ唯適當ナル方法ニ由リテ、患者ノ榮養ヲ謀ルニ在ルノミ。

食道憩室

(一) 食道憩室 Der Divertikel (die Ausbuchtung) des Oesophagus ハ、食道壁一部

ノ膨出セル者ニシテ、*Zenker* 氏ハ、之ヲ牽引性及壓出性憩室ノ二種ニ區別セリ。

牽引性憩室 (*Der Traktionsdivertikel*) ハ、外方ヨリスル牽引ノ爲、食道壁ノ一部擴張セラ

ルニ由リ發スル症ニシテ、多クハ其前壁ニ來リ、氣管分岐部ノ高ニ在リ。其原因ハ、炎症

ノ爲、食道壁ノ一部其周圍ノ組織ト癒著シ牽引セララルル者ニシテ、殊ニ淋巴腺ノ炎症

ニ因ル者ヲ多シトス。斯ノ如

キ憩室ハ、粘膜及粘膜下組織

ニ漏斗狀ノ陷沒ヲ生ジ、淺キ

凹窩ヲ呈シ、其底面ハ肝脈様

結締織ニ由リテ、其周圍、例之

氣管、氣管枝或ハ萎縮セル氣

管枝腺ト癒著ス。第百六十八

圖ニ示スハ、脊椎骨骨瘍ニ由

圖 八 十 六 百 第
室 憩 道 食 性 引 牽

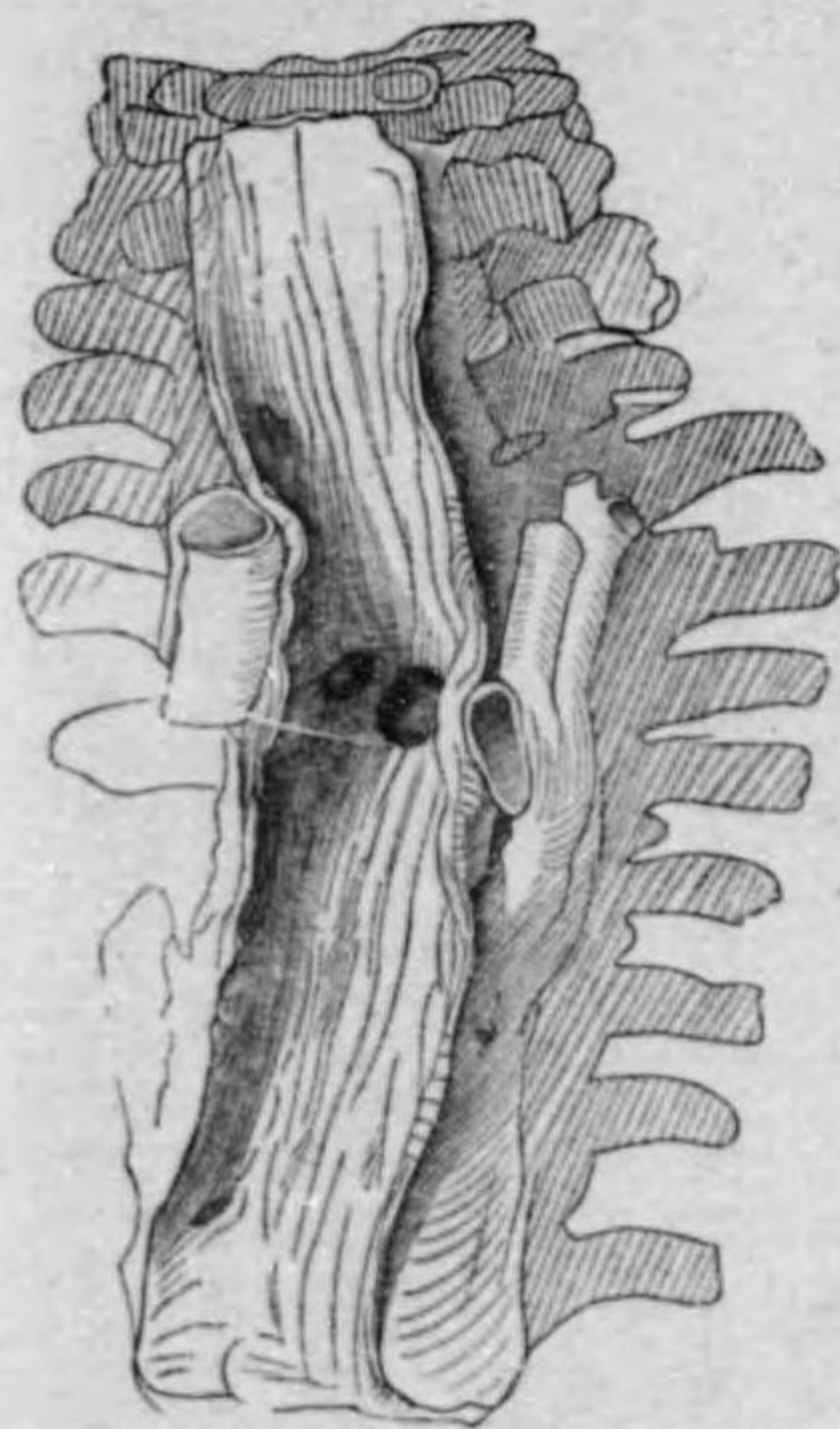


圖 九 十 六 百 第
室 憩 道 食 性 出 壓



リテ發シタル牽引性憩室ニシテ、
ウ、シナ府病理解剖陳列館ノ所藏
ニ係ル者ナリ。而シテ此憩室ハ、増
大スルコト無ケレドモ、偶、異物其
内ニ嵌留シ、爲、ニ或ハ其穿孔ヲ來

スコト無キニ非ズ。

壓出性憩室 (*Der Pulsionsdivertikel*) ハ、食道ノ

一部内方ヨリ外方ニ向テ壓出セラ

ルニ由リテ發スル者ニシテ、此症ハ男子ニ

多キモ、絶ダ罕ニ觀ル所ナリ。其部位即、其

門口ハ、食道起始部直上ノ咽頭内ニ在

ラ、最モ多シトス。故ニ又之ヲ咽頭へるに

あ (*Die Pharyngocele*) ト名ク。此壓出性食道

憩室ハ、牽引性憩室ニ比スレバ臨牀上價

値アル者ナリ。而シテ其大ハ、小ハ豌豆大

ヨリ、大ハ胡桃大或ハ其以上ニ達シ、又球

狀梨子狀或ハ圓筒狀ノ囊ヲ形成シテ食

圖 十 七 百 第
者 ル ナ 虛 空 ノ 室 憩 道 食 性 出 壓
(一) 其



食道ノ擴張(憩室)



道ト脊柱トノ間ニ位シ、間、又遙ニ下方ニ達スルコト有リ。要スルニ、斯ノ如キ憩室ハ、粘膜へるにあニシテ、其壁ハ粘膜及粘膜下組織ヨリ成リ、筋纖維間ニ於テ外方ニ脱墜セル者ナリ。故ニ此憩室ハ、好シテ咽頭後壁ノ一部ヨリ發生ス。是、此部ハ、若シ抵抗カ減弱セルトキハ、食物嚥下ノ際其壓力ニ服従スルコト最モ容易ナレバナリ。第六十九圖ニ示スハ、ケイニヒ氏ノ記述ニ係ル標本ニシテ、憩室ノ門口ハ、食道起始部直上ノ咽頭内ニ存シ、囊ノ長ハ十二仙迷ニシテ、其下端ハ氣管分岐部ニ

食道憩室ノ症候

達シタル頗ル巨大ナル者ナリ。
症候 本症ハ、極テ徐々ニ發生スル者ニシテ、一小凹窩ヨリ稍、大ナル囊ヲ形成スルニ至ルニハ、十年乃至二三十年ノ星霜ヲ經ル者トス。而シテ食物憩室内ニ入ルヤ、長ク其内ニ停滞シテ分解ヲ起シ、囊ノ充満セラルルニ至リテ、再ビ吐出セラル。爾他ノ症候ハ、頸部ノ腫脹、空氣及液體ノ蓄積ニ因ル雜音發生、其他氣道、血管及神經ノ壓迫症狀等ニ

食道憩室ノ診斷

シテ、高度ノ症ニ在リテハ、數年ノ後ニ至リ、患者遂ニ饑餓ノ爲ニ斃ルルコト有リ。第七十及第七十一圖ニ示スハ、ビルロート氏ガ切除ヲ施シタル壓出性食道憩室ヲ有スル患者ニシテ、患者水ヲ飲下スルトキハ、直ニ左側頸部ニ漸次増大スル腫脹ヲ生ジ、始、ハ左胸鎖乳嚢筋ノ内方ニ腫脹ヲ呈スルモ、次デ其外方ニ及ビ、其上方ハ環狀軟骨ノ下緣ニ達シ、下方ハ殆ド鎖骨ノ上緣ニ達セリト云フ。

食道憩室ノ療法

診斷 専ラ食道消息子検査法ニ據ル可シ(本卷二一八頁參照)。此際又憩室ノ内容ヲ検査スルヲ必要ナリトス。
療法 本症ノ療法ハ、概シテ姑息的ナリ。食物ノ胃内ニ達シ難キ者ニ在リテハ、食道消息子ニ由リ、或ハ滋養灌腸ニ由リテ患者ノ榮養ヲ謀ラザル可カラズ。但、適當ナル症ニ在リテハ、憩室ノ摘出ヲ企ツルコト有ル可シ。此際豫、胃瘻造設術ヲ施スヲ良トス。

第六 食道内異物

食道内異物 Fremdkörper im Oesophagus ノ種類ハ、頗ル雜多ナレドモ、就中最モ多ク見ル所ノ者ハ、魚骨、骨片、咀嚼十分ナラザル肉片及餅、種々ナル果實、貨幣、鈕、針、釘等ニシテ、殊ニ小兒及精神病者ニ之ヲ見ルコト多シ。又精神病者ニハ、食匙、肉、又小刀等ヲ食道内ニ發見シタルコト有リ。此他睡眠中又ハくろろふるむ麻酔中、義齒ヲ嚥下シテ食道ヲ閉塞スルコト有リ、注意セザル可カラズ。而シテ食道中異物ノ嵌留シ易キ所

食道内異物

食道内異物

ハ、其生理的ニ狹隘ナル部位ナルヲ以テ、其第三胸椎部、横隔膜穿通部及噴門部ニ之ヲ見ルヲ最も多シトス(第百五十二圖參照)。

咽頭内ノ異物ハ、既ニ上文ニ述ベタリ(第一卷五二五頁參照)。

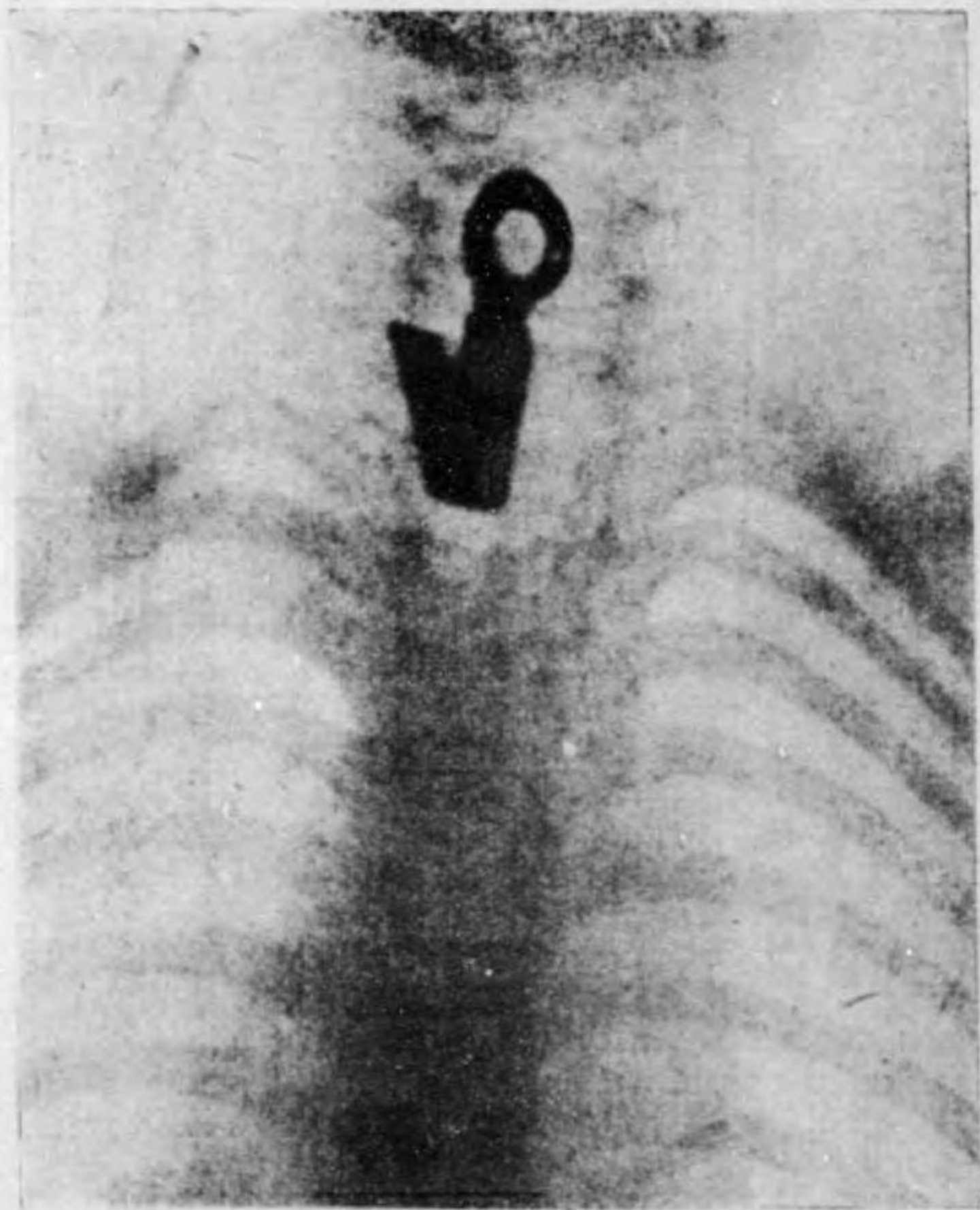
症候 異物ノ種類大小等ニ由リ、症狀固ヨリ一様ナラザレドモ、其尖銳ナル者ハ、常ニ食道及其隣接器官ヲ損傷スルノ危険アリ。汎ノ症候ハ、主トシテ食道狹窄及疼痛ニシテ、疼痛ハ殊ニ嚥下時ニ増劇ス。又大ナル異物ニ在リテハ、氣道ノ狹窄症狀ヲ來スコト有リ。而シテ食道内ニ竄入セル異物ハ、後ニ至リ、或ハ自然ニ吐出セララルカ、或ハ長ク食道内ニ嵌留スルコト有リ。又異物ハ、胃内ニ入りテ終ニ肛門ヨリ排出セララルコト有レドモ、若シ稍大ナル異物或ハ其甚ダ尖銳ナル者ニシテ胃内或ハ腸内ニ達スルトキハ、消化障礙若クハ胃腸内容通過ノ障礙ヲ起シ、又ハ胃腸ノ穿孔ヲ來シ、蔓延性腹膜炎ノ爲、忽チ死ニ至ラシムルコト有リ。但シ時トシテハ穿孔部ニ瘻著ヲ生ジ、異物ハ他ノ危険症ヲ誘發スルコト無クシテ終ニ外方ニ排出セララルコト有リ。又食道内ニ嵌留セル異物ハ、往々之ヲ穿孔シテ縦隔膜ノ腐敗性蜂窠織炎ヲ起シ、或ハ喉頭、氣管、氣管枝、肺臟及胸膜ヲ損傷シテ、危険ナル炎症ヲ誘發セシメ、又罕ニ尖銳ナル異物ハ、心臟及大動脈ヲ損傷スルコト有リ。

食道内異物ノ診斷

診斷 本症ハ、既往症及現症ニ徴シテ之ヲ診斷スルコト難カラズ。食道最上部ノ異物ハ、喉頭鏡検査法ニ由リ、又ハ示指ノ觸診ニ由リ之ヲ知ルコト容易ナリ。食道下部ノ異

物ヲ探ルニハ、通常ノ食道消息子ヲ用ユルカ、或ハ尖端ニ球體ヲ附シタル特別ノ消息子(第百七十四及第百七十五圖)ヲ用ユ可シ。針ノ如キ細小ナル異物ハ、之ヲ探知スルコト容易ナラザレドモ、れんごげん線ヲ應用スルトキハ、其診斷容易ナリ。殊ニ異物所在ノ位置ヲ

第百七十四圖 食道内異物ノ像
（氏 フルブルエウザ）



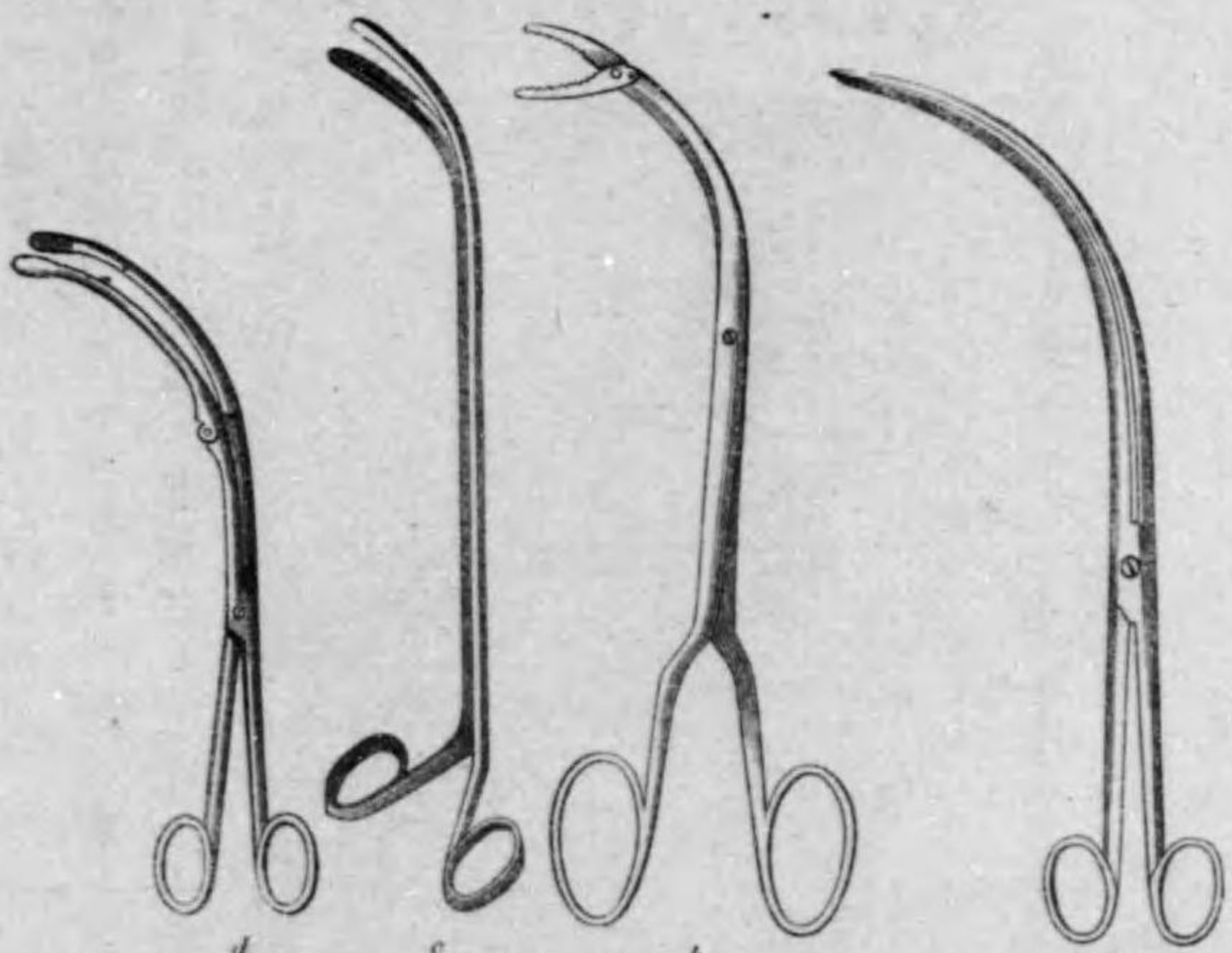
知ルニハ、此法ヲ以テスルヲ最良ナリトス(第百七十二圖)。又異物ノ爲、ニ起ル狹窄ノ度ヲ檢知セムト欲スルトキハ、患者ヲシテ試ニ液體ヲ飲下セシムルカ、或ハ時宜ニ由リ食物

食道内異物ノ療法

ヲ嚥下セシム可シ。然レドモ最も確實ナル診斷法ハ、食道鏡検査ヲ施スニ在リ。**療法** 異物食道ノ起始部ニ嵌留シ視且觸レ得ル者ハ、彎曲セル咽頭鉗子(Die Schmundt)

引スルトキハ其摘出ヲ容易ナラシム可シ。咽頭内或ハ食道口内ニ在ル所ノ異物ハ、可及的頭ヲ後方ニ傾屈

百七頭 十錯 三子



(a) 前方ヨリ後方ニ挾撮スル錯子 (b) シヤリエール氏咽頭錯子 (c) 米國製咽頭錯子 (d) 蝶番關節ニ由リ運動スル嘴端ヲ有スル咽頭錯子

セシムルトキハ、亦真直ノ錯子ヲ用キテ摘出スルコトヲ得可シ。又時トシテハ喉頭領域内ニ在ル異物ニシテ外方ヨリ觸知シ得可キ者ハ、壓迫及揉捏ニ由リテ之ヲ上方ニ推移シ、次デ絞扼運動ニ由リテ吐出セシムルコト有ル可シ。口内ヨリ摘出シ得ザル異物ハ、れんごげん線ヲ以テ透照シ、先ッ其

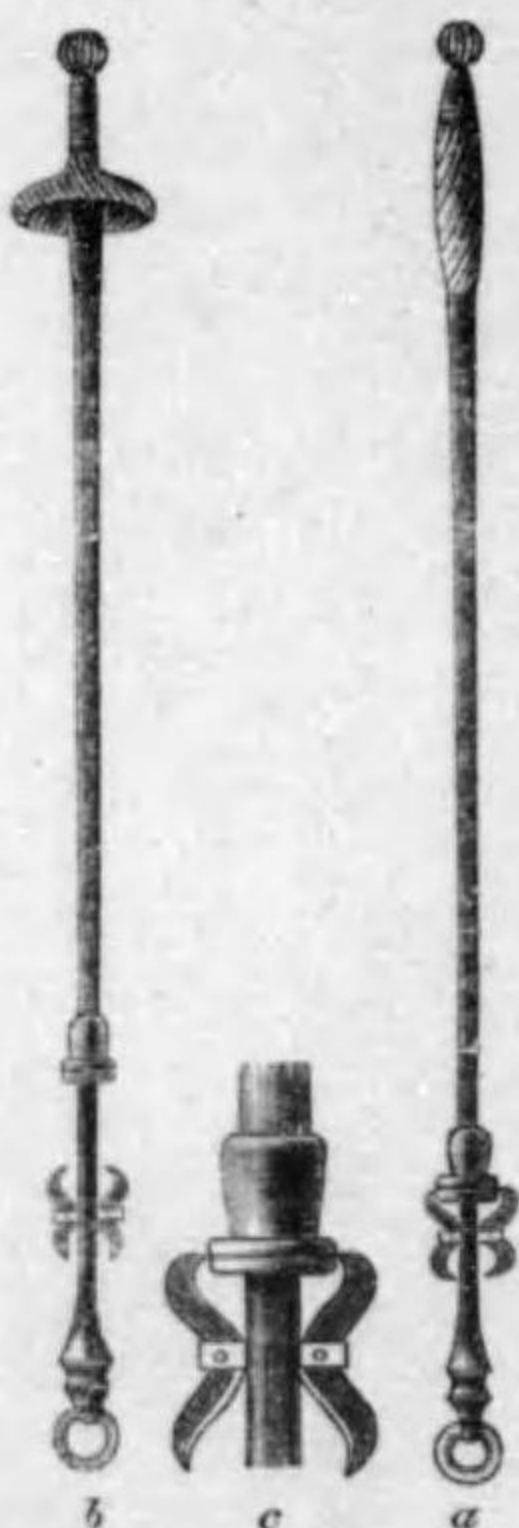
所在ノ部位ヲ確定シタル後、手術ノ方針ヲ決定ス可シ。咽頭下部及食道起始部ノ異物ニシテ危険ナル症狀ヲ來ストキハ、直ニ舌骨下咽頭切開術 (Pharyngotomy subhyoidea) (本書第一卷五四頁参照)ヲ施シテ之ヲ摘出スルコト有ル可シ。但、食道ノ下部ニ存在スル異物ニ在リテモ、必ズ先ッ口内ヨリ摘出ヲ企ツ可シ。之ニ種々ノ器械アレドモ、從來最モ多ク使用セラレタル者ハ、グレイフ氏鉤貨子 (Der Münzefänger von Grafe) 海綿球ヲ附シタル鯨骨消息子 (Die Fischersonde mit Schwamm) (第百七十四圖) 及ワイス氏ノ鉤魚骨子 (Der Grätenfänger von Weiss) (第百七十五圖) ニ

圖四十七百第 球頭咽氏フイレグ子貨鉤及



シテ、後者ハ尖端ニ附シタル豚毛ヲ閉束ノママニ送入シ、拔去ノ際之ヲ開張シテ恰モ傘ノ如クスルナリ。

圖五十七百第 子骨魚鉤氏スイワ



(a) 閉束セル傘ノ狀ヲ爲スモノ (b) 開張シタル傘ノ狀ヲ爲スモノ (c) シムブロン氏鉤裝置ニシテ桿ニ附シタル輪環ノ固定ニ用キラル

食道内異物

下ニ之ヲ抽出スルニ在リ。然レドモ口内ヨリスル抽出法無効ナルトキハ、甚ダシク尖銳ナラザル異物ニ在リテハ、消息子ヲ用キテ之ヲ胃内ニ壓送シ、肛門ヨリ排出セシムルコト有リ。此際同時ニ多量ノ豆滓ヲ食セシムルヲ良トス。異物ヲ除去セムガ爲メ、長ク種種ナル抽出法ヲ試ムルハ宜シカラズ。是レ之ガ爲メ、副損傷出血等ヲ起シ、又創傷傳染ノ爲メ、危険ナル症狀ヲ誘發スルコト有レバナリ。故ニ食道ノ頸部ニ存スル異物ニシテ抽出術無効ニ歸シ、之ヲ放置スルトキハ、副損傷出血呼吸及榮養障礙等ノ危険症ヲ發來スルノ虞アルトキハ、猶豫セズシテ外方ヨリ食道ヲ切開シ、以テ其抽出ヲ試ム可シ。即チ外食道切開術 (*Oesophagotomy externa*) ヲ行フ是ナリ。此手術タル、防腐的ニ施サルトキハ、敢テ危険ナル症狀ヲ招クコト無シト雖、之ヲ施ス時期遅キニ失スルトキハ、副損傷、炎症等ノ爲メ、其成績不良ナルコト有リ。ケイニヒ氏ハ、三十二名ノ患者ニ此手術ヲ施シタルニ、治癒ヲ得タルハ、二十六名ナリシト云フ。又ゲフキッセル氏ハ、異物ノ爲メ、食道切開術ヲ施シタル者百八例ヲ集メタリシガ、其死亡數ハ二六%ナリシト云ヒ、エグロフ氏ハ、同手術例百三十五回中、死亡者ハ二四・八%ナリシト云ヘリ。

第七 食道ノ腫瘍

食道ノ腫瘍

食道ノ腫瘍 *Geschwülste des Oesophagus* 中、最モ多ク見ル所ノ者ヲ、癌腫ト爲ス。爾他ノ腫瘍、例之纖維腫、脂肪腫、粘液腫、肉腫ノ如キハ、之ニ比スレバ絶ダ罕ナリ。然レド

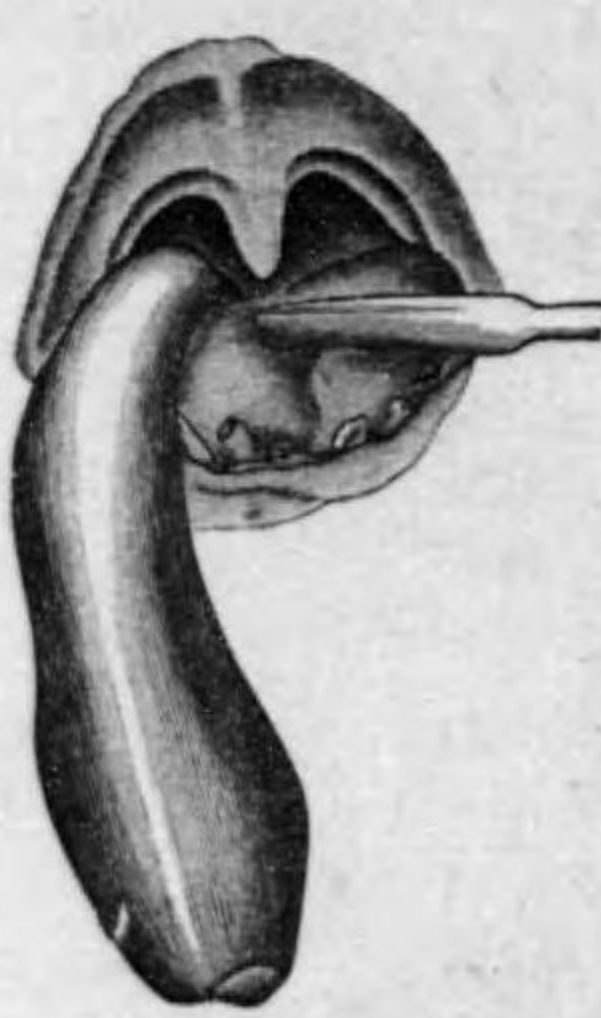
圖六十七百第 腫 茸 道 食 (氏ルベ・スレイヤチ)



七十歳ノ男子ニ見タルモノ

内ニ下垂スルコト有リ。所謂食道茸腫 (*Oesophaguspolypen*) (第百七十六圖) 是ナリ。斯ノ如キ茸腫ハ、亦咽頭壁ニモ發スル者ニシテ (咽頭茸腫 *Pharynxpolypen*) ミンスキー氏ノ實驗セル者ハ、血管ニ富メル結締織、脂肪及滑平筋纖維ヨリ成リ、口外ヨリ頤下部ニ至ルマデ下垂セリト云フ (第百七十七及第百七十八圖)。又食道ニハ、罕ニ乳嚙性腫瘍ニシテ好シク癌腫ニ變ジ易キ者ヲ發スルコト有リ。此他食道ニハ皮様囊腫ヲ

圖七十七百第 腫 茸 頭 咽 (氏キスンミ)



六十五歳ノ農婦ニ見タル者

モ纖維腫ハ、間、見ル所ニシテ、咽頭ノ下部ニ發生シ、時トシテハ茸腫狀ト爲リ、長ク食道内ニ下垂スルコト有リ。所謂食道茸腫 (*Oesophaguspolypen*) (第百七十六圖) 是ナリ。斯ノ如キ茸腫ハ、亦咽頭壁ニモ發スル者ニシテ (咽頭茸腫 *Pharynxpolypen*) ミンスキー氏ノ實驗セル者ハ、血管ニ富メル結締織、脂肪及滑平筋纖維ヨリ成リ、口外ヨリ頤下部ニ至ルマデ下垂セリト云フ (第百七十七及第百七十八圖)。又食道ニハ、罕ニ乳嚙性腫瘍ニシテ好シク癌腫ニ變ジ易キ者ヲ發スルコト有リ。此他食道ニハ皮様囊腫ヲ

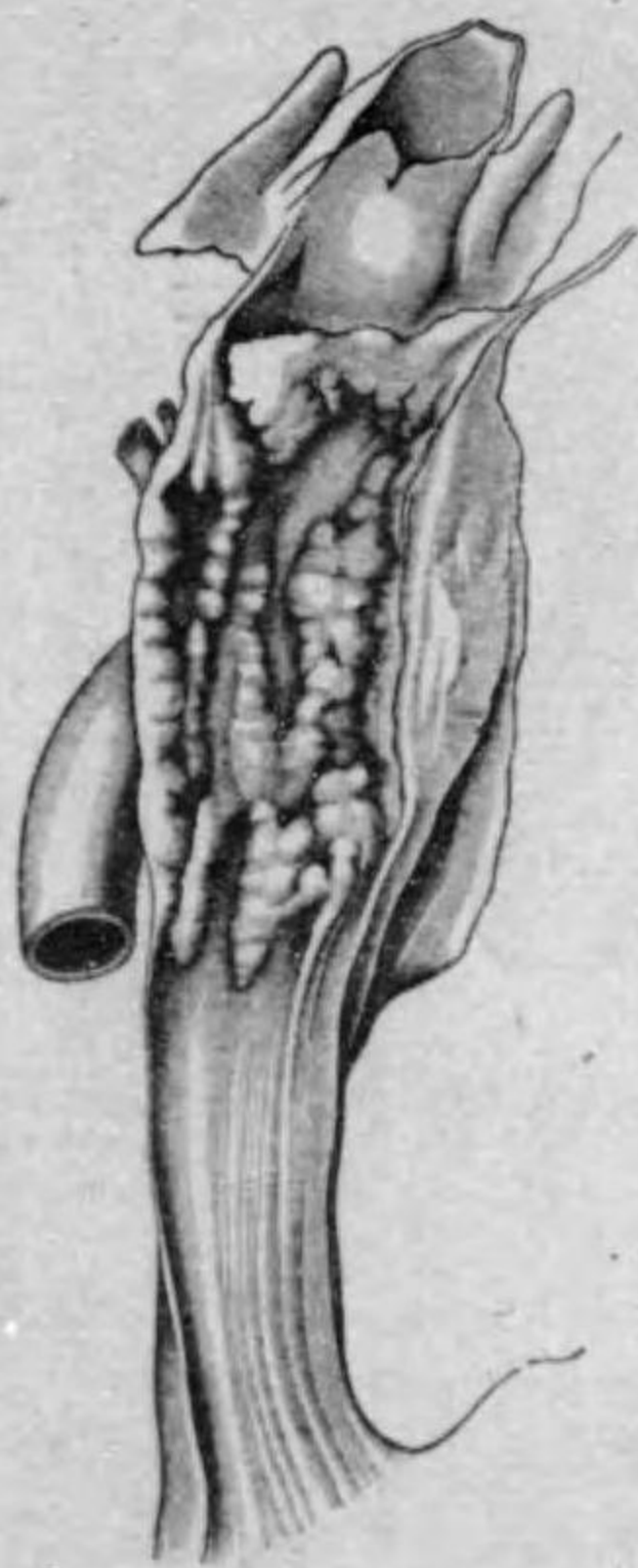
圖八十七百第 摘ヲ腫茸ノ圖前ノモルタシ出



食道ノ腫瘍

生ズルコト有レドモ、極テ罕ナリトス。
 是等ノ良性腫瘍ニ由リテ發スル症狀ハ、主トシテ嚥下障礙ニシテ咽頭或ハ食道上部
 ニ生ジタル者ハ、絞扼運動ニ由リ食道ヨリ上方咽頭内ニ投出セラレ、此際喉頭門口閉
 塞セララルトキハ、窒息死ヲ來スコト有リ。
 療法ハ、腫瘍ヲ口外ニ牽出シ、其莖部ヲ結紮シテ之ヲ切除スルカ、或ハ時宜ニ由リ舌骨

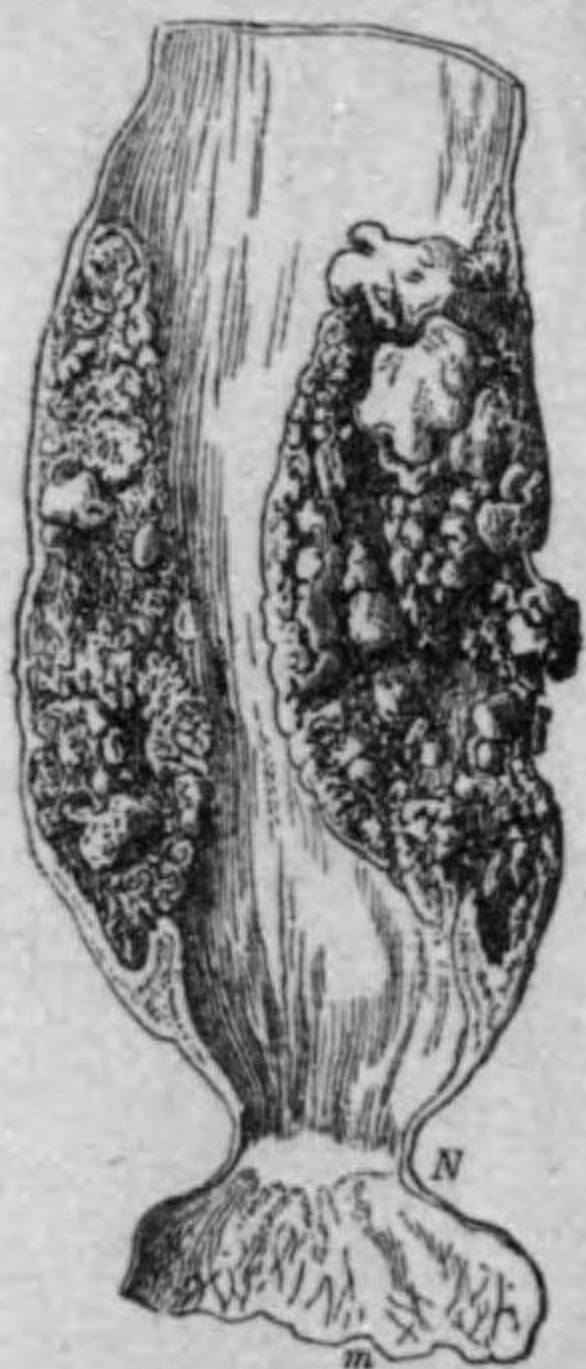
圖九十七百第 腫瘍道食 (氏ルケ、ハ、ン、フ)



下咽頭切開術ニ由リ
 テ其摘出ヲ謀ル可シ。
 但、食道ノ稍下方ニ生
 ジタル腫瘍ニハ、外食
 道切開術ヲ施サザル
 可カラズ。

食道癌腫

圖十八百第 腫瘍道食 (氏トルオ)

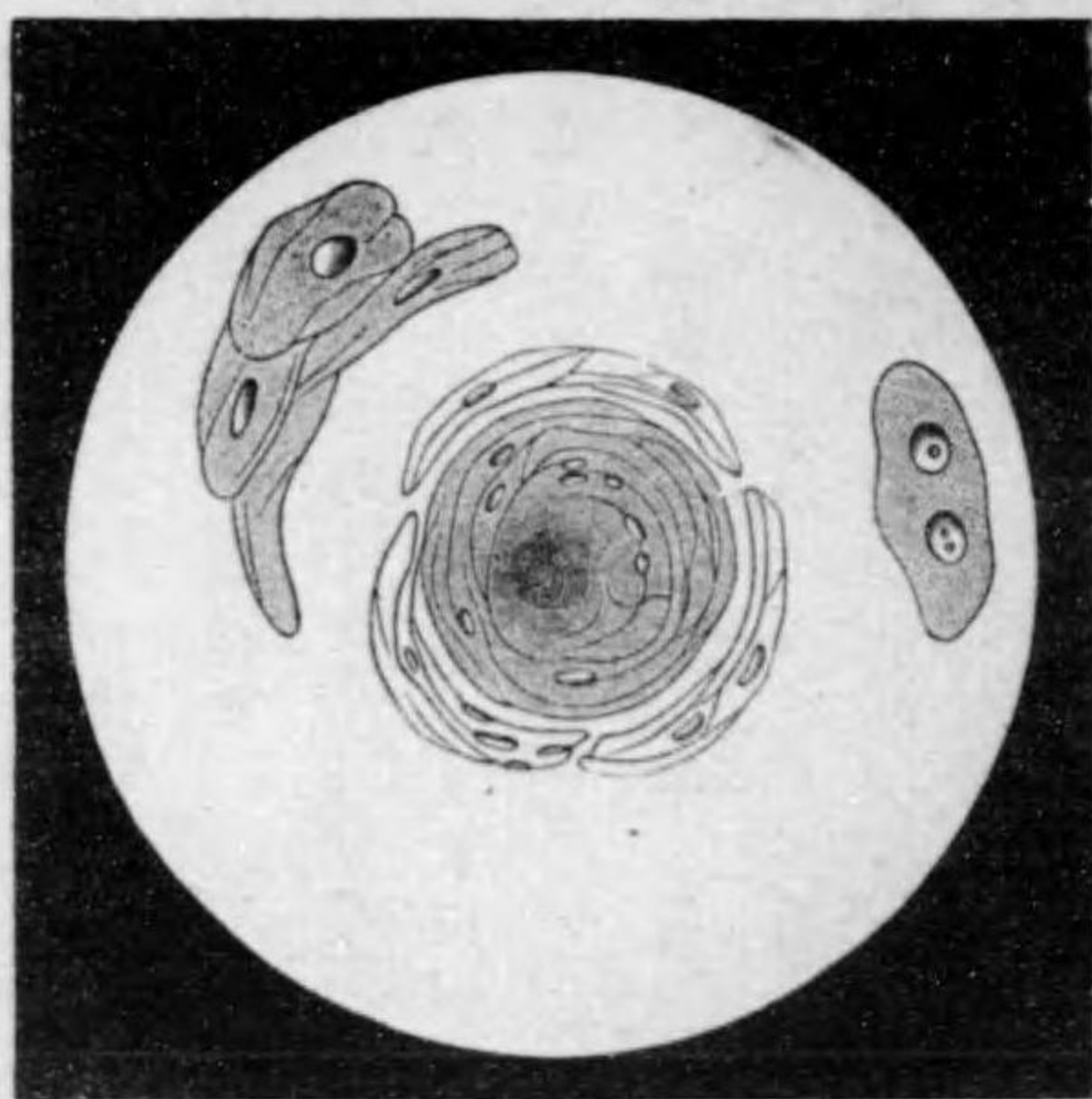


食道癌腫 Das Kar-
 zinom der Speise-
 röhre, Carcinoma
 oesophagi (第百十九及
 第百八十圖)ハ、多クハ皆扁
 平上皮癌ニシテ、食道

食道癌腫ノ症
 候及診斷

ノ生理的狹隘ニシテ食物通過ノ際、假令輕微ナルモ、常ニ機械的刺戟ヲ蒙ルコト最
 モ多キ部位ニ生ズ。即、其好發部位ハ咽喉ト食道ノ境界部、食道ノ横隔膜穿通部及殊ニ
 噴門附近ナリ(第百五十二圖參照)。而シテ其發生スルヤ、或ハ限局性島嶼狀ノ増殖ヲ以テシ、
 或ハ食道ノ全圍ニ互ル輪狀ノ増殖ヲ以テシ、後ニ破壊シテ潰瘍ト爲リ、其周圍(氣管、
 氣管枝、肺臟、胸膜、心囊、横隔膜等)ニ蔓延シ、遂ニ亦食道壁ノ穿孔ヲ來スコト少ナカラズ。
 チエンケル氏ニ據レバ、食道ノ癌腫ハ、男子ニ見ルコト多キコト女子ノ七乃至八倍ニシ
 テ、就中酒客ニ見ルコト最モ

圖一十八百第 癌腫道食 (氏トスルホヒア、ハ)



食道ノ腫瘍(癌腫)

消息子
 ノ窓目
 ニ繋著
 シ來リ
 タル者

多シト云フ。
 症候及診斷 主要ナル症
 候ハ、食道狹窄ニ因ル嚥下困
 難及増進性衰弱(上文食道狹
 窄ノ條下ヲ看ヨ)ニシテ、患者
 ハ一二年ヲ出ズシテ、饑餓惡
 液質蜂巢織炎ヲ繼發スル食
 道穿孔、其他腫瘍ノ肺臟、心臓
 等ニ於ケル穿孔ノ爲、鬼籍ニ
 上ルヲ常トス。而シテ其診斷

食道癌腫ノ療法

ハ、通常難カラズ。老年ノ者ニシテ漸次自ラ嚥下困難ヲ起シ、食道消息子検査上狹窄アルヲ認ムルトキハ、本症タルコト殆ド疑ヲ容ル可カラズ。殊ニ消息子尖端ノ窟孔内ニ竄入セル内容中ニ癌細胞ヲ發見スルトキハ、其診斷益、確實ナリトス(第百八十一圖)。

療法 多クハ效無シ。故ニ唯對症の療法ヲ施スノミ。是、患者通常外科醫ノ治術ヲ乞フノ時期晚キニ過グレバナリ。但シ頸部ノ食道癌腫ニ在リテハ、食道切除術ヲ施スコト有リ。然レドモ其成績佳良ナラザルコト多シ。チェルニー氏ハ、本症ノ爲、行ヒタル十回ノ食道切除術中、一人ハ術後八月、一人ハ十一月、一人ハ十三月生存シ得タルノミナリト云ヘリ。故ニ手術ヲ施ス可カラザル症ニ在リテハ、寧ろ食道瘻造設術(次項ニ詳ナリ)或ハ胃瘻造設術(本書第三卷「胃ノ手術」ノ條下ニ詳ナリ)ヲ行ヒ、以テ患者ノ榮養ヲ謀ルヲ得策ト爲ス可シ。

食道内ニハ、罕ニ靜脈瘤ヲ生ズルコト有リ而シテ其破綻スルヤ爲、ニ危險ナル出血ヲ來スコト有リ。蓋シ此靜脈瘤ハ、殊ニ肝臟硬變症ニ於テ門脈ノ血行ニ障礙アル際發生スル者ナリト云フ。

第八 食道ノ手術

食道ノ手術 Die Operationen am Oesophagus = 食道切除術 食道瘻造設術 食道

食道切除術

切除術及食道成形術ノ諸法アリ。

内食道切除術

(一) 食道切除術 Die Inzision der Speiseröhre, die Oesophagotomie = 又内食道切除術及外食道切除術ノ二法ヲ區別ス。

外食道切除術

(イ) 内食道切除術 (Oesophagotomia interna) ハ、消息子ヲ用キテ漸次擴張法ヲ施スモ無効ナル膜狀或ハ癩痕性食道狹窄ニ對シ、恰モ内尿道切除術ニ使用スルト同一ノ器械ヲ用キテ食道ノ内方ヨリ切開ヲ施ス法ナリ。然レドモ此術タル、危險無キニ非ザルヲ以テ、現今之ヲ施ス者少シ。

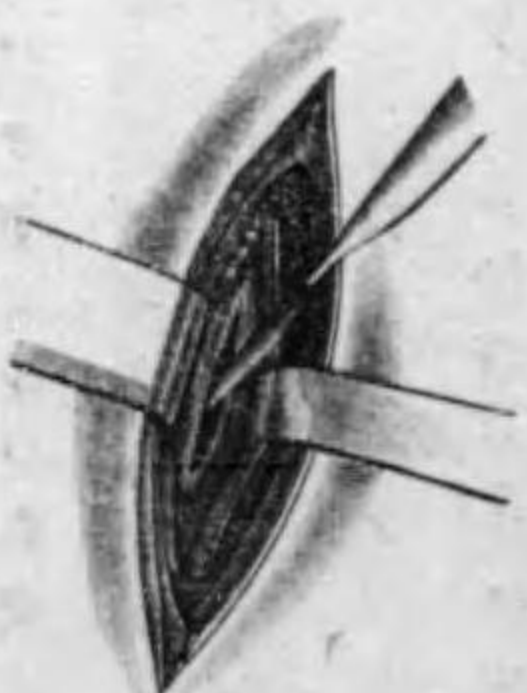
外食道切除術

(ロ) 外食道切除術 (Oesophagotomia externa) ハ、外方ヨリ食道ヲ切開スル法ニシテ、殊ニ食道内異物ノ

第百八十八圖 外食道切除術



第百八十八圖 同上於ルケ内創状況



内異物ノ抽出 食道狹窄其他 食道腫瘍ノ抽出ニ應用セラ

此手術ハ、頸部ヨリ施サルト、胸廓内ヨリ施サルトニ由リ、又頸部食道切除術ト胸廓内食道切除術トニ區別セラル。

食道ノ手術(食道切除術)

(一)頸部食道切開術 (Die cervikale Oesophagotomie) ハ、通常頸ノ左側ニ於テ大約環狀軟骨ト胸骨把柄トノ間ニ於テ施サル。是レ此部ニ於テハ、食道ノ左縁ハ氣管ヨリ少シク左方ニ偏スレバナリ、然レドモ若シ其右側ニ異物ヲ觸知スルトキハ、右側ニ施サザル可カラズ。其術式、次ノ如シ(第百八十二及第百八十三圖)即チ患者ヲシテ半坐位ヲ取ラシメ、頭ヲ右方ニ廻轉シ、導子トシテ可及的食道ノ下部ニ至ルマデ太キ食道消息子ヲ送入シ、環狀軟骨ノ高ニ於テ胸鎖乳嚢筋ノ内縁ニ刀ヲ下シ、胸骨把柄ノ上部ニ達スル迄約五乃至七仙迷長ノ皮膚切開ヲ施シ、皮膚淵頸筋及淺在筋膜ヲ切開シタル後、外頸靜脈ノ損傷ヲ避ケツツ胸鎖乳嚢筋ヲ鈍鉤ニテ外方ニ牽引シ、次デ頸筋膜ノ中板ヲ切割シ(此際肩胛舌骨筋ヲ避ケルカ或ハ共ニ切離ス)、甲狀腺ノ側葉ヲ鈍的ニ剝離シテ之ヲ内方ニ牽引シ、且此所ニ露出スル大ナル頸血管ヲ迷走神經及舌下神經上行枝ト共ニ亦鈍鉤ニテ外方ニ牽引シ、次デ深部ニ進ムトキハ直ニ食道ニ到達スルヲ以テ(食道バ豫メ送入セル消息子ニ由リテ容易ニ之ヲ觸知スルコトヲ得可シ)、必要ニ應ジテ適宜ニ食道ヲ縱ニ切開ス。而シテ若シ異物ノ爲ニ此手術ヲ施シタルトキハ、創口ニ鉗子ヲ送入シテ之ヲ摘出し、狭窄ナルトキハ、鉗子ニ由リテ之ヲ擴張スルカ、或ハ時宜ニ由リ有溝消息子ヲ通ジ、へるにあ刀ヲ用キテ狭窄部ヲ切開スルコト有ル可シ。

外食道切開術ノ後療法トシテハ、例之異物ヲ摘出し、或ハ狭窄部ヲ擴張シタルトキハ、食道消息子ヲ胃内ニ送入シ(鼻孔ヨリスルヲ最良トス)、之ニ由リテ栄養物ヲ給ス可シ。而シテ食

道創ハ開放スルカ、或ハ更ニ可ナルハ、連次性腸線縫合ニ由リテ之ヲ縫著シ、外創ハ縫合セズシテよーきふるむがーゼヲ栓塞スルニ在リ。斯テ八乃至十日ヲ經テ創口ニ良肉芽ヲ發生スルニ至レバ、消息子ヲ拔除ス可シ。經過ハ通常佳良ニシテ、合併症無キトキハ、大抵三乃至六週日ニシテ治癒スル者トス。

(2)胸廓内食道切開術 (Die intrathorakale Oesophagotomie) ハ、亦食道ノ異物・癌腫或ハ憩室ニ施サルル所ニシテ、其術式ニ種々有レドモ、**レーン氏**ハ、胸廓ノ右方ヨリシテ大ナル軟部瓣ヲ造リ、且一定數ノ肋骨ヲ切除シテ直達的ニ食道ニ到達セムコトヲ推舉セリ。此際食道ノ前後兩壁面ニ走ル所ノ迷走神經脊椎體ノ側傍ニ在ル所ノ交感神經、左側氣管枝肺靜脈、奇靜脈、大動脈、心囊等ノ損傷ハ、能ク迴避スルコトヲ得ルモ、胸膜ヲ損傷セズシテ、換言スレバ、氣胸ノ發生ヲ免カレテ食道ヲ露出セムコトハ、蓋至難ノ事ニ屬ス。上記ノ手術、其他胸膜肺臟等ノ手術ニ際シ、氣胸ノ發生ヲ豫防セムガ爲メ、近時**サウエルブルフ**及**ブラウエル氏**ハ、所謂壓差法 (Das Druckdifferenzverfahren) ナル者ヲ考案シ、**サウエルブルフ**氏ハ、之ニ低壓ヲ使用シ、**ブラウエル氏**ハ高壓ヲ使用セリ。該兩壓ノ優劣ニ就テハ、未ダ定説無シト雖、此壓差法ノ胸廓内外科ニ一段ノ進歩ヲ與ヘタルコトハ、人ノ疑ハザル所ナリ。唯之ヲ行フ装置ノ稍複雑ニシテ不廉ナルヲ憾ト爲スノミ。其詳細ハ、次編胸部外科ノ條下ニ就テ觀ル可シ。

(二)食道瘻造設術 Die Anlegung einer Speiseröhrenfistel, die Oesophagosto-

nic ハ、食道ノ起始部或ハ咽頭ニ存スル高度ノ狹窄ニ於テ、人工的ニ患者ノ營養ヲ謀ラムガ爲メ、頸部食道ニ瘻孔ヲ造ル法ニシテ、瘻孔ヲ造ルニハ、先可及的食道ノ下部ニ外食道切開術ヲ施シタル後、食道ノ創縁ヲ縫合ニ由リテ翻入セル皮膚創縁ニ接著シ、瘻孔ニハあるみに、一む若クハ銀製ノ管子ヲ插入ス。乃チ之ニ由リテ、患者ハ自ら咀嚼セル食物ヲ漏斗ニ由リ胃内ニ送ルコトヲ得可シ。而シテ斯ノ如キ瘻孔ハ、或ハ一時的或ハ永久的ニ存置スル者ニシテ、例之食道ノ癌腫ニ在リテハ之ニ由リテ營養ヲ給シ、患者ノ體力恢復スルトキハ、更ニ進デ腫瘍ノ摘出ヲ謀ルコトヲ得可シ。

(三) 食道切除術 Die Resektion der Speiseröhre, die Oesophagektomie ハ、亦殊ニ頸部食道ニ發生シタル限局性癌腫或ハ狹窄ニ施サル者ナレドモ、時宜ニ由リ亦前記ノ法ニ據リ、胸部食道ニ之ヲ施スコト有ル可シ。

(4) 頸部食道切除術 (Die Resektion des cervicalen Teils des Oesophagus) ヲ施スニハ、舌骨ヨリ胸骨把柄ニ達スル迄皮膚ヲ切開シテ食道ノ患部ヲ露出シ、之ヲ切除ス。此際時宜ニ由リ先、胃瘻造設術ヲ施シ、以テ患者體力ノ恢復ヲ待タザル可カラザルコト有リ。此手術ハ、唯限局性ノ癌腫ニシテ、未ダ食道ノ周圍ニ蔓延セザル者ニ適應スル者ニシテ、其切除後、若シ食道ノ上下兩斷端ヲ腸線ニテ縫接スルコト能ハザルトキハ、頸部ノ皮膚ヲ以テ其缺損部ヲ補成スルカ(食道成形術)或ハ食道ノ下端ヲ外皮ニ縫著シ、以テ食道瘻ヲ造設ス可シ。

食道切除術

頸部食道切除術

胸廓内食道切除術

食道成形術

(一) 胸廓内食道切除術 (Die intrathorakale Oesophagusresektion) ハ、胸部食道ノ癌腫ニ施サル者ナレドモ、其法ヤ固ヨリ容易ナラズ。

(四) 食道成形術 Die Oesopagoplastik ノ食道切除術後ニ施サル者ハ、其術亦決シテ容易ナラズ。此手術ハ、咽頭若クハ食道ヲ切除シタル後、頸部ヨリ取りタル有蓋皮瓣ヲ以テ食道ノ缺損部ヲ補成スル法ニシテ、之ヲ施スニハ、先、胃瘻ヲ造ラザル可カラズ。而シテ此成形手術ヲ施スニハ、始メニ皮瓣ヲ取りテ食道ノ後壁ヲ造リ、一二月ノ後、更ニ皮瓣ヲ取りテ其前壁ヲ作ルヲ法トス。

第三編 胸部外科

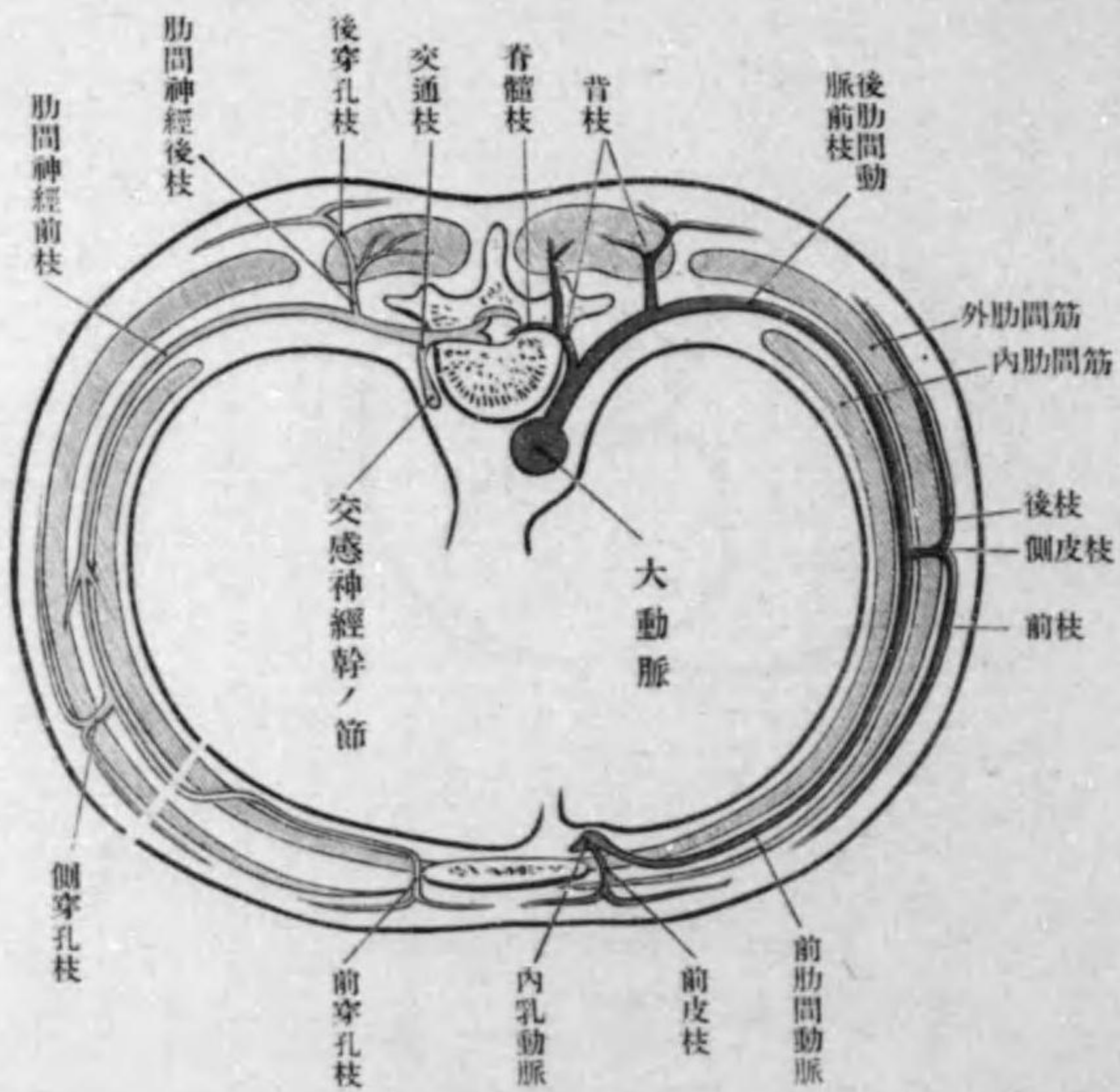
第一章 胸廓之損傷及疾患

胸廓及胸腔ノ解剖

胸廓 (Der Brustkorb, der Thorax) ハ、頸ト腹トノ間ニ在リテ、胸骨部、背骨部、左右ハ肋骨部及横隔膜ヨリ成リ、上方ハ鎖骨ヲ以テ境界ト爲シ、頸ト連接シ、其内腔ニハ、貴要ナル呼吸及血行器官ヲ藏ス、而シテ胸廓ノ上口ハ、輪狀ヲ呈シ、其内ニ氣管、食道及許多ノ貴要ナル血管及神經ヲ通ズ。

胸廓ノ前壁即胸骨部 (Regio sternalis) ハ、鎖骨ヲ以テ上界ト爲シ、其下方ニ左右ノ乳腺アリ。胸骨上ニ於テハ皮膚稍薄クシテ皮下脂肪ニ乏シク、皮下結締組織稍緻密ニシテ皮膚移動シ難クレドモ、其兩側部ノ皮膚ハ厚クシテ皮下脂肪ニ富ミ、且皮下ニ鬆疎ナル結締組織アルヲ以テ、皮膚能ク移動ス、而シテ肋骨及肋間筋ノ後部ニ、一層ノ結締組織アリ、其中ニ肋軟骨ニ密接シテ内乳動脈ノ下方ニ走ルヲ見、胸膜ハ其最深部ニ在リ。後壁即背骨部 (Regio dorsalis) ノ皮膚ハ、中央部ニ於テ皮下結締組織及脂肪ニ乏シク、皮膚ハ在下ノ組織ト稍固ク連著シ、其内ニ脊椎棘狀突起ノ突出スルヲ見ル可ク、又之ヲ觸ルルコトヲ得可シ。然レドモ其兩側部ハ、皮下結締組織及脂肪ニ富ムヲ以テ、皮膚能ク移動シ、其下ニ數多ノ筋層アリ。又各肋骨下縁ニ沿テ肋間神經及肋間動脈ノ走ルヲ見ル。側壁即肋骨部 (Regio costalis) ノ皮下ニ、厚キ脂肪組織及

第四百八十四圖
胸壁ノ血管及神經分岐ノ想像圖
(氏ゲンニルコ)



隙ハ、胸廓ノ縮張及横隔膜ノ運動ニ伴ヒテ其容積ヲ變ズ。胸腔内ニ於ケル貴要ナル器官ハ、肺、氣管、心臟、大ナル血管及食道等ニシテ、肺臟 (Die Lunge,

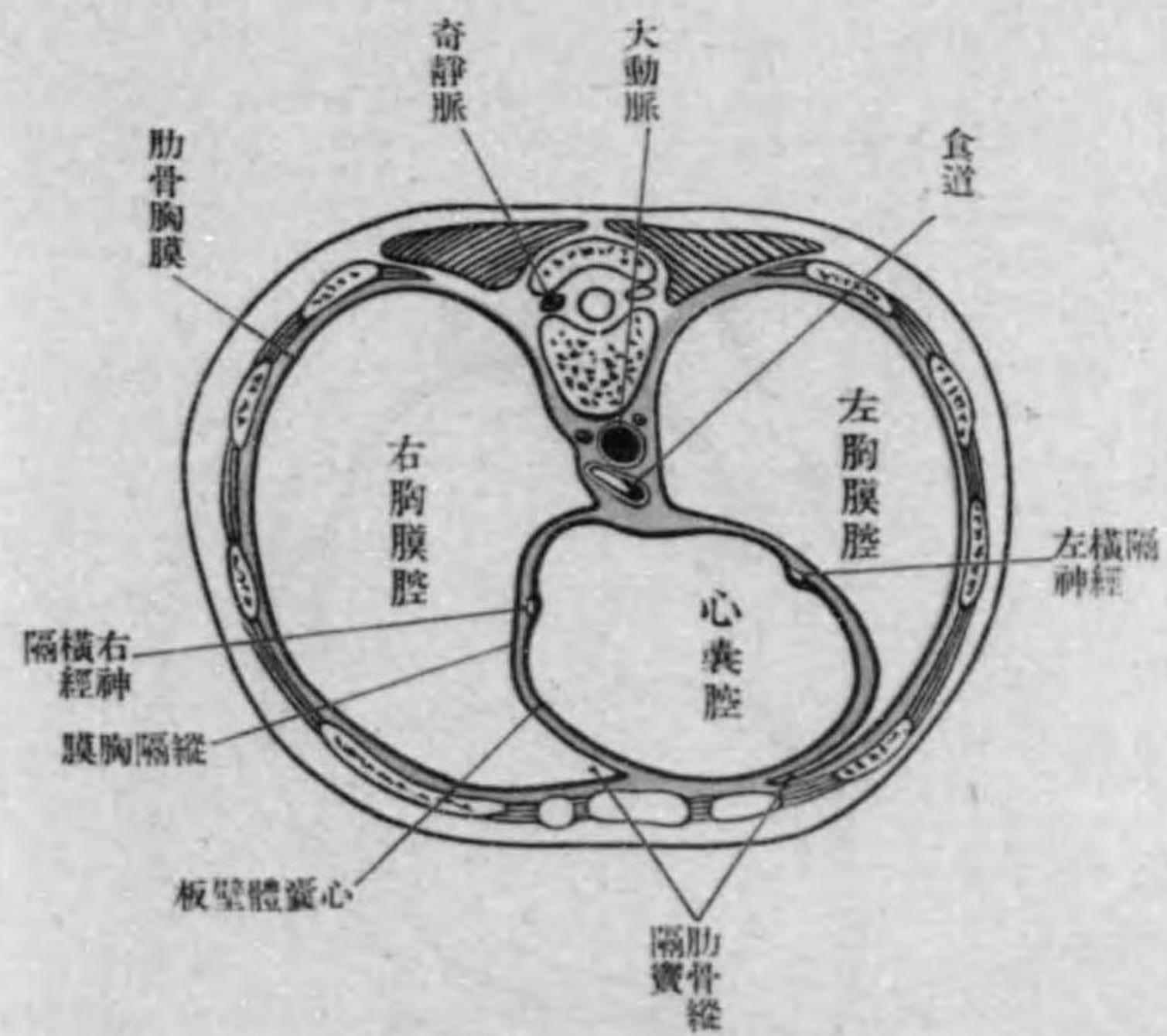
胸廓及胸腔ノ解剖

數多ノ筋層アリ。各肋骨ノ下縁ニ、又肋間神經及肋間動脈ヲ見ル。而シテ其内腔ハ、胸膜ヲ以テ被ハル (第百八十四圖)。

胸腔 (Die Brusthöhle, Cavum thoracis) (第百八十五圖至第百八十六圖) ハ、略シテ、三角形ノ腔洞ニシテ、其上端ノ鈍圓ナル部ハ上方ニ向ヒ、前方ヨリ後方ニ向ヒ、稍扁平ニシテ、其縱軸ハ上方ヨリ前下方ニ向フ。但、此空

肋膈膜 (Das Zwerchfell, das Diaphragma) 第百八十六圖ハ、胸腔ト腹腔トノ間ニ於ケル隔壁ニシテ、筋肉性ヲ呈シ、呼吸筋ノ主位ヲ占メ、其形狀ハ圓天井ノ如ク胸腔ニ向テ著シク突降シ、周縁殊ニ其後方ハ低クシテ、胸壁トノ間ハ深溝ヲ呈シ、穹窿部ノ頂部ハ馬蹄形ノ纖維膜ヨリ成ル。之ヲ中心腱 (Centrum tendinum) ト名ク、而シテ横膈膜ノ穹窿ハ、右側ノ者ハ左側ノ者ニ比スレバ稍高シ。是、肝臓ノ其下面ニ占居スルニ由ルナリ。

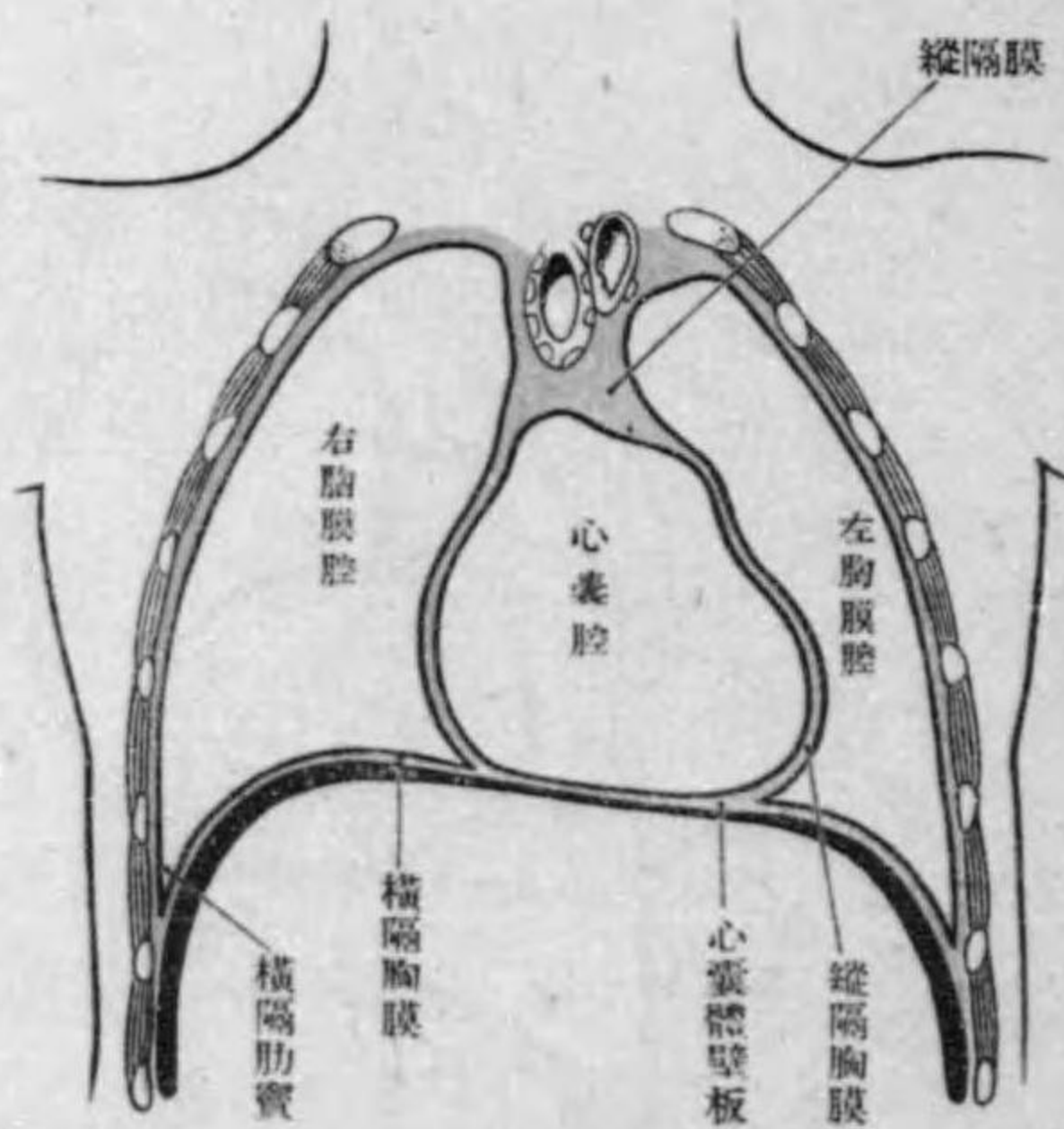
第百八十五圖
二歳餘小兒胸廓水平断面
(氏グニルコ)



ス示ヲ織組締結及膜筋胸内ハ色線

ハ、全ク閉鎖セラレタル漿液膜性囊ニシテ、左右兩側ノ二囊ヨリ成リ、兩側ノ肺臟ヲ圍擁シ、其間ニ更ニ一囊アリテ心臓ヲ包裹ス。心臓 (Der Herzbeutel, das Perikardium) 第百八十五乃至第百八十七圖是ナリ。又胸膜ヲ區別シテ、内外ハ二板ト爲ス。其外板ヲ肋膈膜 (Pleura costalis) ト稱シ、内板ヲ肺臟胸膜 (Pleura pulmonalis) ト稱ス。此他横

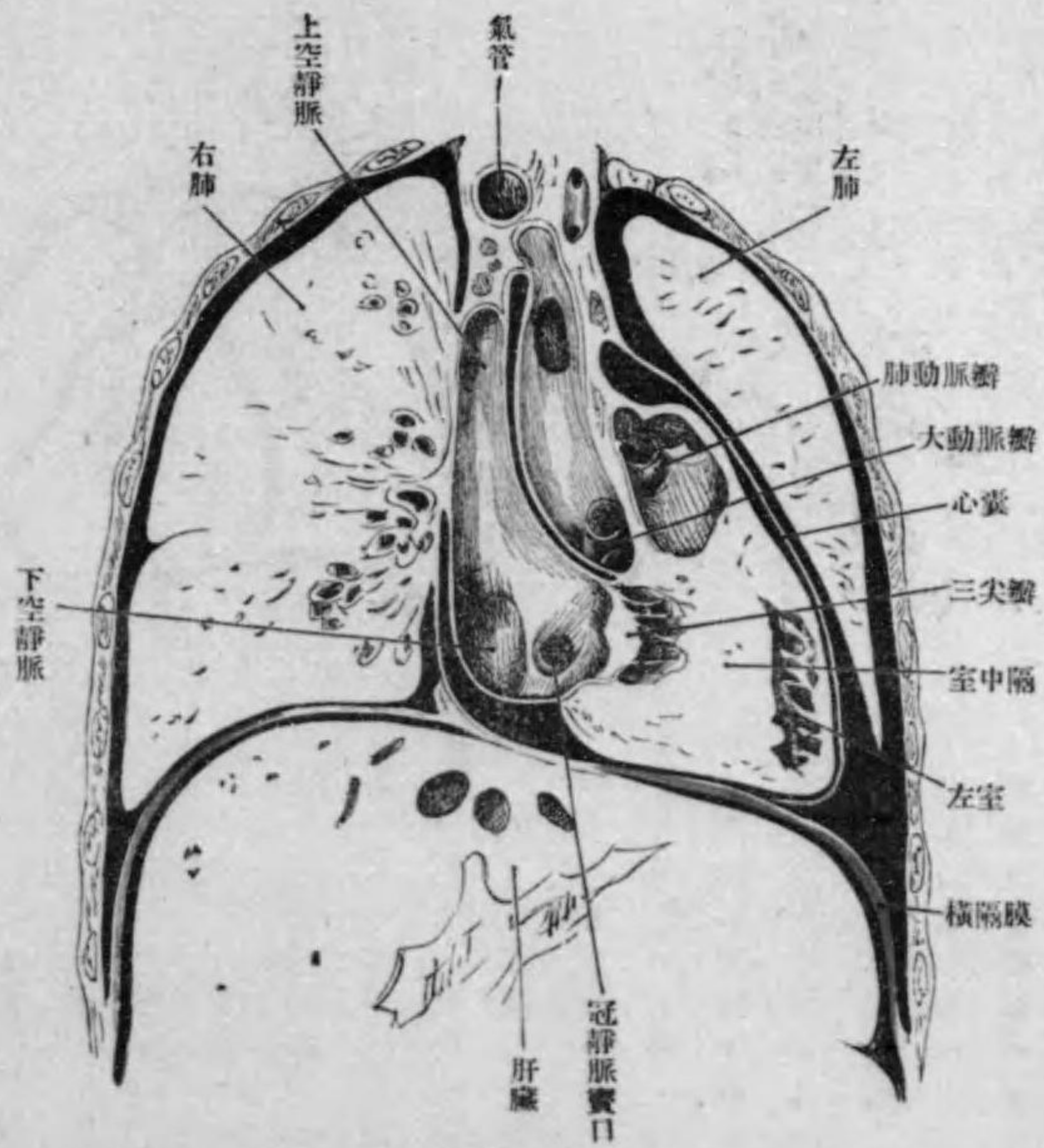
第百八十六圖
胸廓前額断面
(氏グニルコ)



ス示ヲ織組締結ノ膈縦及膜筋胸内ハ色線

膈膜ノ上面ヲ被覆スル部ヲ、横膈胸膜 (Pleura diaphragmatica) 第百八十六圖ト名ク、而シテ左右兩胸膜囊ノ對向シタル内側面ハ、互ニ相觸接セズシテ其間ニ空隙ヲ存シ、以テ胸骨ヨリ脊柱ニ達ス。之ヲ縦膈膜 (Pleura mediastinica, Cava mediastinica) ト名ク、此空隙ヲ圍擁スル所ノ兩側ヲ縱膈膜 (Das Mittelfell, das Mediastinum) 第百八十六圖ト名ク、之ニ又前後ハ二膜ヲ區別ス。其前方ニ在ル者ヲ前縱膈膜 (Mediastinum anterius) ト云ヒ、後方ニ在ル者ヲ後縱膈膜 (Mediastinum posterius) ト云フ。而シテ心臓 (Das Herz, Cor) ハ、左右兩肺ノ中間ニ於テ縦膈膜腔内ニ占居

圖七十八百第
斷 額 前 廓 胸
(氏グニルコ)



シテ、其後壁ハ脊椎ノ内面ニ向フ。而シテ前縱隔膜腔ノ上部ハ、成人ニ在リテハ、胸腺ノ痕跡及結締組織ヲ以テ充サレ、後縱隔膜腔ハ食道、氣管、大動脈、空静脈、胸管、迷走神経等ヲ以テ充サル。

スレドモ、全ク該腔ヲ充填セザルヲ以テ、其前後ニ空隙ヲ存ス。即、其前方ニ在ル者ハ、前縦隔膜腔 (Cavum mediastinum anterior) ニシテ、其前方ハ胸骨ノ内面ニ接シ、後方ニ在ル者ハ、後縦隔膜腔 (Cavum mediastini posterior) ニ

第一 胸廓ノ畸形

胸廓ノ畸形 Missbildungen des Thorax

圖八十八百第
損缺性先天ノ骨胸



圖九十八百第
隙孔性先天ノ骨胸



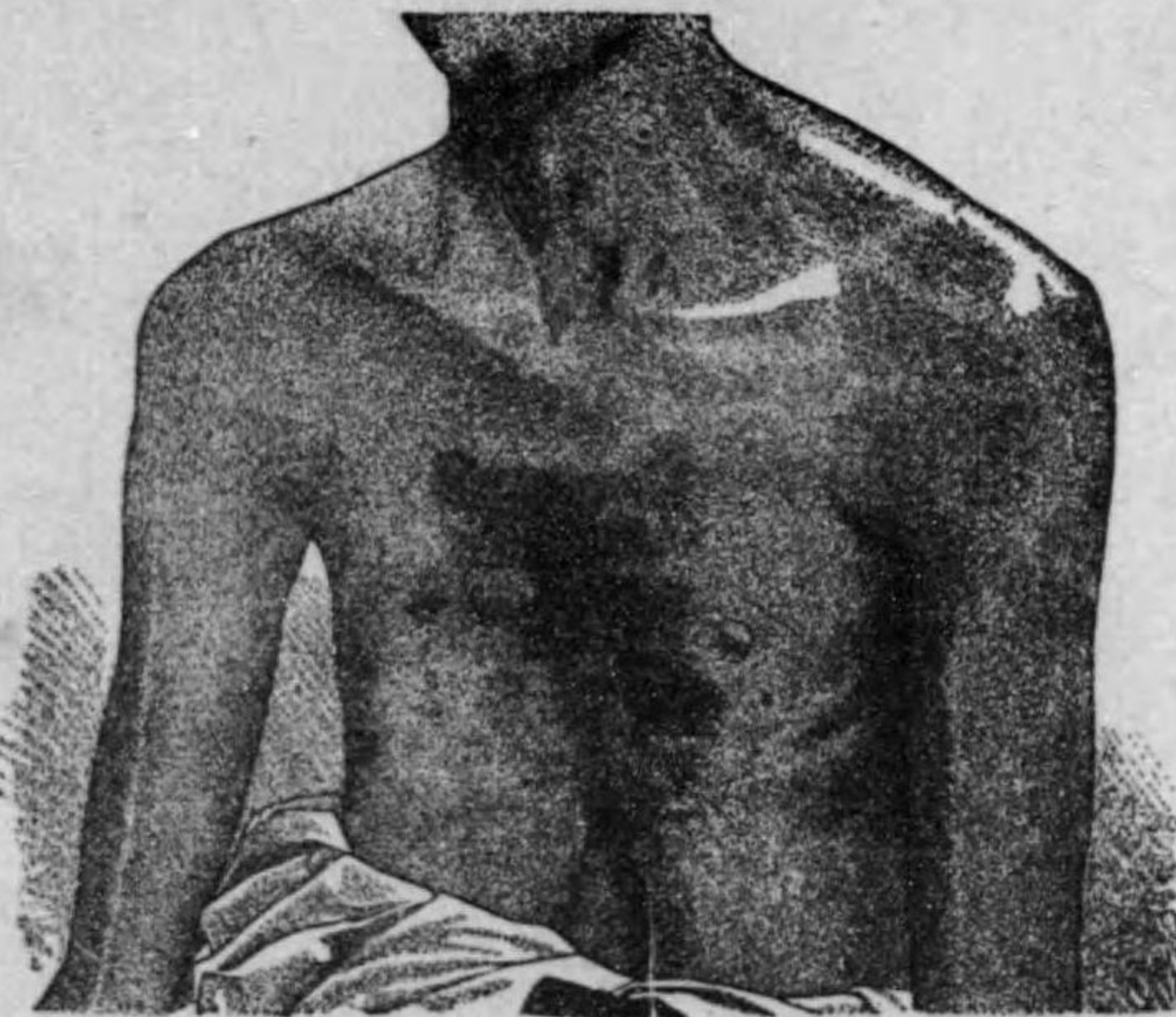
胸廓ノ畸形

ニ、先天性及後天性畸形ノ二種アリ。胸廓ノ先天性畸形 (Die angeborenen Missbildungen des Thorax) ニ、又次ノ諸種ヲ區別ス。

胸骨ノ先天性畸形 (Die kongenitalen Missbildungen des Sternum) ニ、其一部或ハ全部、缺如スル者アリ。第百八十八圖ニ示スハ、胸骨ノ全部缺如セル者ニシテ、此症ニ在リテハ、胸骨ノ部位ニハ、只硬キ纖維様ノ組織ヲ認ムルノミ。而シテ間胸骨ノ偏側ノミ存スル者ニ在リテハ、他側ノ肋骨端ハ遊離シテ存ス。此他胸骨ニハ、種々ナル破裂、及孔 (第百八十九圖) ヲ見ルコト有リ。破裂ハ、殊ニ其上部或ハ劍狀突起内ニ存スルモ、時トシテハ、亦其中央ノ全部ニ互リテ存スル者ヲ見

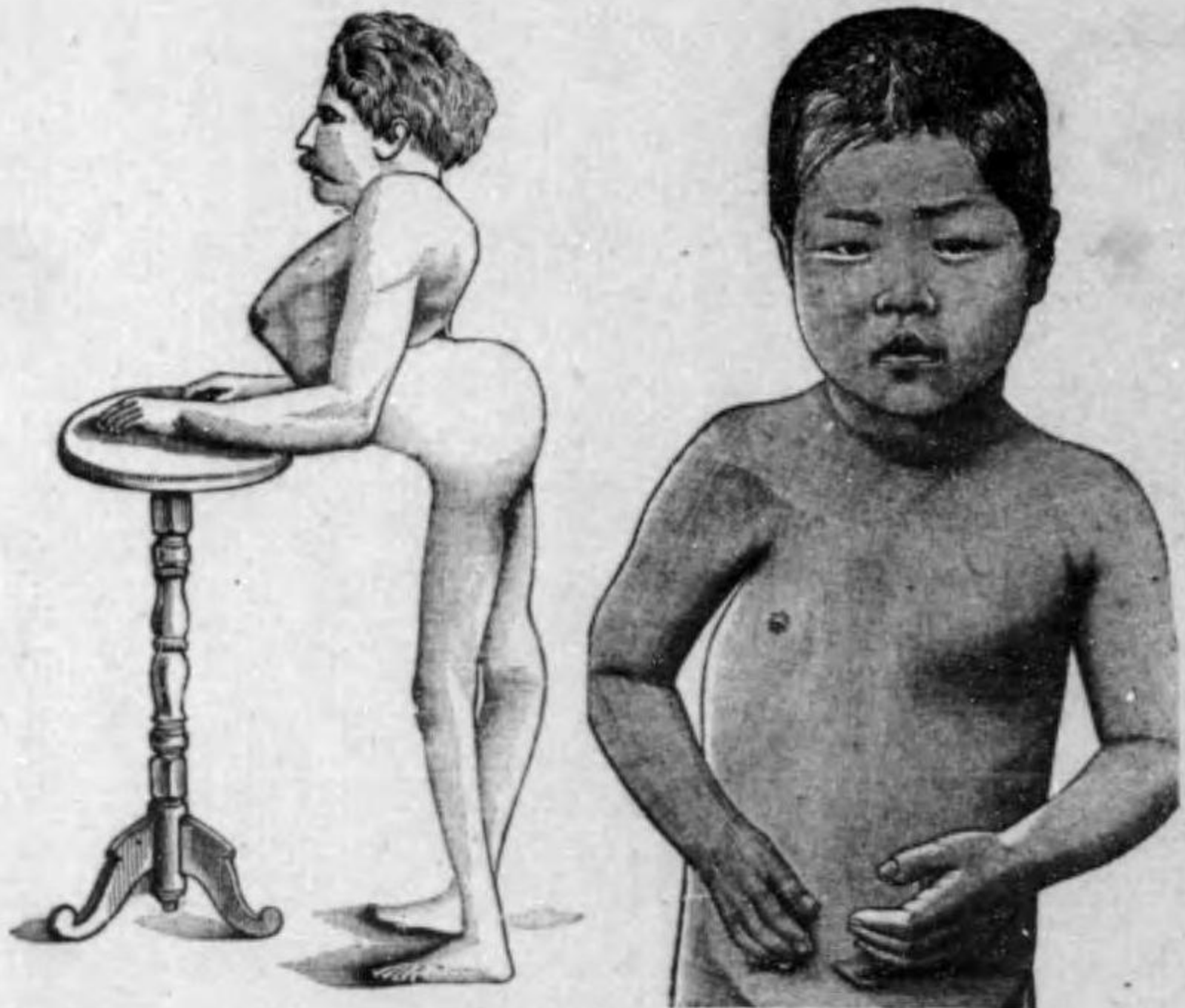
ルコト有リ。ハ・フ・イ・シユル氏ノ一例ニ在リテハ、兩半側胸骨間ノ距離ハ、把柄部ニ於テ吸氣ノ際六仙迷、呼氣ノ際四仙迷ヲ算セリト云フ。蓋斯ノ如キ破裂形成ハ、内臓板ハ閉鎖不全ニ因ル發育障礙ト認ム可キ者ニシテ、此畸形ニハ、又時トシテ一部或ハ全部ノ腹壁破裂ヲ伴フコト有リ。

圖 十 九 百 第
胸 斗 漏
(氏ニイタスブエ)



此他尙胸骨ノ畸形ニ屬ス可キ者ニ、所謂漏斗胸 (Die Trichterbrust) 也。九十圖ナル者アリ。是胸骨ノ下部及上腹部ノ漏斗狀ニ陥没スル症ニシテ、エプスタイン氏ニ據レバ、恐ク胎生時胸骨ノ發育緩慢ナリシニ因ル者ナラムト云フモ、ツァーカンドル氏ハ胎生時ニ當リ下顎ノ壓迫ハ、此畸形ノ發生ニ關係ヲ有スル者ナラムト云ヒ、ハイグマン氏ハ、之ヲ胎兒足踵ノ壓迫ニ歸シタリ。
肋骨ノ先天性畸形 (Die kongenitalen Missbildungen der Rippen) ハ、其處著

圖 二 十 九 百 第 圖 一 十 九 百 第
胸 爲 性 病 後 尙 ノ 度 高 損 缺 性 天 先 ノ 筋 胸 大 右
(氏ルベイラシ) (驗 實 家 白)



胸廓ノ畸形

尙後病及兩側
股關節ノ特發
性脫臼ノ爲、
脊柱ノ麻痺性
前彎及後彎ヲ
兼タル者ナリ

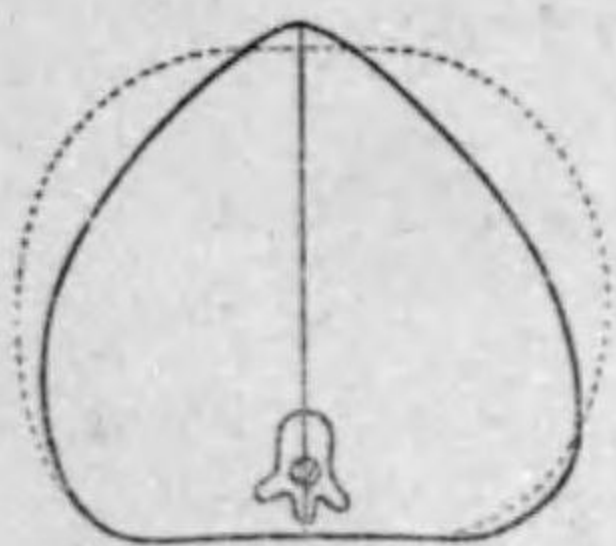
十歳ノ男子ニ
シテ生來右側
手指ノ發育不
全ニ第二乃至
第五指ノ駢指
ヲ兼タルモノ

ハ破裂、其他一部ノ發育不全、或ハ缺如ニシテ、是等ハ共ニ特殊ノ興味無キ者ナレドモ、唯第十二肋骨ノ缺如、或ハ發育不全ハ、腎臟ノ手術ニ際シテ實地上注意ヲ要ス可キ者トス。
先天性筋缺損 (Die kongenitalen Muskeldefekte) ハ、甚ダ稀有ノ症ナレドモ、スチンチング氏ハ、載籍ヨリ大胸筋缺如ノ十三例ヲ集メタリ。余モ亦曾テ十歳ノ童子ニシテ右側上肢殊ニ手指ノ發育不全ニ駢指ヲ兼タル者ニ於テ、亦同側大胸筋ノ缺如セル者ヲ實驗セルコト有リ (第百九十一圖)。

胸廓ノ後天性畸形 (Die erworbenen Missbildungen des Thorax) ハ、胸廓及脊柱ノ損傷及疾患ニ由リテ發ス。例之脊柱ノ側彎及後彎、膿胸、其他

殊ニ佝僂病ニ之ヲ見ルガ如シ。但シ側彎後彎及膿胸等ニ因ル胸廓ノ變形ハ、之ヲ其各疾
病ノ條下ニ讓リ、茲ニハ唯佝僂病性鷄胸ニ就テ一言ス可シ。

圖三十九百第 面斷横ノ胸鷄



七歳ノ小兒
ヨリ得タル
者ニシテ點
線ハ同齡ノ
健康兒ニ於
ケル胸廓ノ
外形ヲ示ス

佝僂病性鷄胸(鳩胸) (Die rachitische Hühnerbrust, Pectus
carinatum s. guthmanni rachiticum) (第百九十二圖)ニ於テハ、
胸骨ハ宛モ鷄胸ノ如ク前方ニ突隆シ、肋骨ハ陷没
シ、爲ニ側胸部ハ陷入シ、胸廓ノ横徑著シク減縮ス
(第百九十三圖)。本症ハ、佝僂病ニ見ルコト甚ダ多ケレ
ドモ、ヂュプイトラン・ワルレン・ローベルト等ノ諸氏
ニ據レバ、此胸形ハ亦扁桃腺ノ肥大、鼻咽頭腔ノ腺
様増息症等ノ爲、呼吸筋ノ過度ニ
働作スルニ由リテ發生スルコト
有リト云フ。

圖四十九百第 胸溝帶 (氏ツルベ・エ)



我邦ノ虛弱ナル小兒ニ在リテハ、
往々胸壁ノ前面及兩側ノ下部ニ
當リ、横ニ走ル所ノ溝ヲ呈スルコ
ト有リ。是蓋帶紐ヲ用キテ常ニ下
胸部ヲ緊約スルニ因ル者ニシテ、
此壓迫ニ因リ亦介達的ニ鷄胸ヲ

肺臟へるに

肺臟轉位症

發セシムルコト有リ。該胸形ハ、本邦ニ於テエ・ペルトツ氏ノ始テ唱道セル所ニシテ、氏ハ之ヲ
帶溝胸 (Der Schürbrust) (第百九十四圖)ト名ケタリ。E. Baile
此他小兒ニ在リテハ、呼吸障礙ニ際シ、例之扁桃腺肥大、鼻咽頭腔ノ腺様増息症、其他ぢふて
りニ於ケルガ如キ一時の喉頭狭窄ノ際、努力セル深吸氣ノ働作ニ因リ、劍狀突起ノ陷入
ヲ見ルコト有リ。

茲ニ尙附記セザル可カラザル者ヲ、所謂肺臟へるに (Die Lungkehle)ト爲ス。是肺臟ノ一
部外方ニ向ヒ皮下ニ脱墜スル者ニシテ、絶ダ稀有ノ症ナレドモ、間、胸廓ノ皮下損傷後ニ來
リ、或ハ持續的咳嗽(疫咳)氣管枝かたゝる)又ハ強努責(例之分娩時)ノ際ニ來ルコト有リ。本
症ハ、胸壁殊ニ其前壁(就中第七第八及第九肋間ニシテ肋軟骨ノ肋骨附著部)及胸廓上口部
ニ發スル者ニシテ、胸廓ノ開放創ヨリ脱出スル(外傷性肺臟脱出)トハ、固ヨリ區別ス可キ者
トス。而シテ其發生ノ原因ハ、胸壁一部ノ抵抗力減少ニ歸ス可キ者ナレドモ、時トシテハ其
先天性ノ者ヲ見ルコト有リ。又此先天性肺臟へるにあト區別セザル可カラザル者ヲ肺臟
轉位症 (Die Kehle der Lunge)ト爲ス。後者ハ、先天性ニ肺臟ノ一部胸腔外ニ於ケル異常ノ部
位ニ占居スル者ニシテ、抵抗力缺亡セル胸壁組織ヲ壓排シテ肺臟ノ外方ニ脱墜セル者ニ
ハ非ザルナリ。

肺臟へるにあハ、多クハ柔軟ナル腫瘍ヲ呈シ、打診スルニ鼓音ヲ放チ、聽診スルニ其上ニ肺
胞音ヲ聽ク。而シテ此腫瘍ハ、通常整復シ易キヲ以テ、之ヲ治療スルニハ、整復シタル後適當

胸廓ノ畸形

ナルへるにあ帯ヲ著ケシムルカ、或ハ時宜ニ由リ根治手術ニ由リテ胸壁ノ開口ヲ閉鎖ス可シ。

第二 胸廓ノ損傷

胸廓ノ損傷

胸廓ノ損傷 Verletzungen des Thorax ヲ區別シテ、震盪症、皮下損傷及創傷ノ數種ト爲ス。

胸廓震盪症

(一) 胸廓震盪症 Die Erschütterung des Thorax, Commotio thoracica ハ打撲衝突ノ如キ鈍體ノ外力ニ由リテ發スレドモ、胸壁及胸内臓器ニハ損傷ノ認ム可キ者無ク、單ニ胸廓ヲ震盪スル症ニシテ、之ガ爲、往々危險ナル症狀ヲ呈シ、或ハ終ニ致命セシムルコト有リ。今之ヲ動物試験ニ徴スルニ、胸廓ヲ輕ク打撲スルトキハ、只一時的ニ血壓ノ沈降スルヲ見ルノミナレドモ、稍強ク之ニ打撃ヲ加フルトキハ、血壓著シク沈降シ、呼吸不整短促且疾速ト爲リ、遂ニ昏睡ニ陥ル。蓋シ斯ノ如キ重症ナル症候ヲ發來スルハ、一ハ胸廓内ニ於ケル迷走神經ノ刺戟及心臟ノ震盪ニ由リテ血壓減少シ、一ハ之ガ爲、腦内ノ血行障礙ヲ來スニ因ル者ナラムト云フ。然レドモ人ニ在リテハ、純然タル胸廓震盪症ヲ見ルハ罕ニシテ、之ガ爲、死ヲ致スガ如キ者モ、亦多クハ内臓器ノ損傷ヲ兼タル胸廓ノ損傷ナルカ、或ハ胸廓ノ損傷ニ震盪症ヲ合併スル者トス。本症ノ療法トシテハ、先頭部ヲ低クシテ血壓沈降ノ爲、ニ來ル腦貧血ヲ去リ、呼吸不整

胸廓ノ皮下損傷又挫傷

ナルトキハ、人工呼吸法ヲ行ヒ、兼テ興奮劑ヲ與フ可シ。

胸廓皮下損傷ノ症候及經過

(二) 胸廓ノ皮下損傷又挫傷 Die subkutane Verletzung oder die Kontusion des Thorax ハ亦打撲衝突ノ如キ鈍體ノ外襲力ニ因リ、或ハ車輪ノ轢過、土砂崩壊等ニ際シテ發スル者ニシテ、單純ナル挫傷ニ在リテハ、胸壁ノ軟部ヲ損傷シ、多少ノ皮下溢血ヲ起スノミニシテ、胸内臓器ヲ損傷スルコト無シト雖、外力稍強劇ナルトキハ、亦間、胸筋、例之殊ニ大胸筋ノ皮下斷裂ヲ來スコト有リ。然レドモ轢過高所ヨリノ墜落、土砂崩壊等ニ際シテ暴劇ナル外力ノ侵襲ヲ蒙ムルトキハ、重症ナル胸廓ノ挫傷ヲ來シ、殊ニ肺臟、心臟大ナル血管及神經氣管食道隔膜等損傷セラレ、又胸骨、肋骨脊柱等ノ骨折ヲ來スコト有リ。而シテ斯ノ如キ高度ノ挫傷ニ在リテハ、患者多クハ即死ヲ免カレザレドモ、外面ノ皮膚ニハ、全ク損傷ヲ認メザルコト往々之有リトス。

症候及經過 胸廓壁ノ單純ナル皮下損傷ニ在リテハ、著明ナル症狀ヲ呈スルコト無ク、從テ其經過亦佳良ナレドモ、肺臟及胸膜ノ損傷ヲ兼タル者ニ在リテハ、胸膜腔内ニ血液及空氣蓄積シテ氣胸、血胸若クハ氣血胸ヲ來シ、又咯血ヲ起シ、或ハ又時トシテ限局性若クハ瀰蔓性ノ多少急速ニ増進スル皮膚氣腫ヲ來スコト有リ。此他殊ニ肋骨骨折ヲ起シテ胸膜ノ破裂シタル者ニ在リテハ、間、肺臟ノ一部皮下ニ脫墜スルコト有リ(所謂「外傷性肺臟へるにあ」, Der traumatische Lungenbruch)。然リ而シテ斯ノ如キ肺臟及胸膜損傷後ノ轉歸ハ、固ヨリ損傷ノ輕重ニ從ヒ異ナル者ニシテ、輕症ナルトキハ、胸

膜腔内ノ空氣及血液ハ漸次吸收セラレ、或ハ穿胸術若クハ開胸術(後ニ詳ナリ)ニ由リテ治癒ニ就ク可シト雖、此際若シ肺臟ヨリシテ病原的細菌其中ニ侵入スルトキハ、爲ニ化膿性胸膜炎ヲ發來スルコト有リ。

心臟ノ挫傷及裂傷ニ在リテハ、心囊内ニ溢血ヲ生ジ(心囊血腫)此際心囊共ニ破裂セザルトキハ、其中ニ溢出充滿セル血液ノ壓迫ノ爲、忽チ心臟麻痺ヲ起シテ致命セシム可シ。但シ心臟ノ裂傷ハ、既ニ心筋ノ變性セル者ニ發シ易キ者トス。此他胸廓内ニ於ケル大ナル血管ニ裂傷ヲ來ストキハ、内出血ノ爲、亦即死スルヲ常トス。

横隔膜ノ裂傷ニ在リテハ、胃腸或ハ肝臟ノ如キ腹内臟器胸廓内ニ闖入シテ呼吸ヲ妨害シ、以テ死ニ至ラシムルコト有リ。此際亦腹内臟器ノ共ニ損傷セラルルコト少カラズ。然レドモ時トシテハ腹内臟器胸廓内ニ闖入シ、以テ横隔膜へるにあヲ生ズルコト有ルモ、亦著シキ障礙ヲ見ズシテ經過スルコト有リ。

胸廓皮下損傷ノ療法

氣管及食道ノ損傷ハ、頸部外科ノ條下ニ於テ述ベタリ(本卷一五六及二二〇頁參照)。

療法 單純ナル皮下損傷ニ在リテハ、局所ニ冰罨法ヲ施シ、彈力性卷軸帶ニテ壓迫シ、兼テ按摩法ヲ施ス可キモ、溢血容易ニ吸收セラレザルトキハ、切開シテ之ヲ排出ス可シ。然レドモ重症ナル胸廓ノ損傷ニ在リテハ、患者即死スルカ、否ラザルモ醫療ヲ受クルノ暇無クシテ死亡スルコト有リ。以テ、每常殆ド治療ヲ施スニ由無シトス。幸ニシテ死ニ至ラザル者ニ在リテモ、唯對症の療法ヲ施シ得ルニ過ギズ。即先、患者ヲ安靜ニ平

胸廓ノ創傷

臥セシメ、胸膜腔又ハ心囊内ニ血液蓄積シ、爲ニ呼吸及心臟ノ機能ヲ障礙スルトキハ、穿刺術或ハ切開術ニ由リテ之ヲ排除シ、又虚脫ニ陥ラムトスル者ニハ、專ラ興奮劑ヲ與フル等ナリ。

(三) 胸廓ノ創傷 Die Wunde des Thorax ニ就テハ、先、其穿通創ナリヤ、或ハ非穿通創ナリヤヲ識別スルヲ最モ肝要ナリトス。然レドモ茲ニ述ブル所ノ者ハ、胸廓ノ非穿通創(Die nicht-penetrirende Wunde des Thorax)即胸膜腔内ニ達セザル創傷ニシテ、其穿通創ハ、次章ニ論述ス可シ。

胸膜腔内ニ達セザル胸廓壁ノ創傷ニハ、切創、刺創、銃創等種々有リ。而シテ其創傷ハ、假令稍、大ナル者トイヘドモ、直ニ無腐的若クハ防腐的療法ヲ施ストキハ、速ニ治癒スル者ナレドモ、若シ其處置宜シキヲ得ザルトキハ、化膿ヲ來シ、膿ハ胸筋下ニ流注スルコト有リ。或ハ又時トシテ化膿菌ハ、淋巴行ニ介シテ胸膜腔内ニ入り、以テ化膿性胸膜炎(膿胸)ヲ發セシムルコト有リ。又殊ニ銃創刺創及切創ニ在リテハ、胸廓骨部ノ損傷ヲ伴フコト有リ。此銃創ニ於テ甚ダ奇異ナルハ、罕ニ所謂周圍銃創(Der Konturschuss)ヲ起スニ在リ。是、射入セル彈丸ノ胸壁周圍ノ皮下ヲ廻リテ反對側ヨリ射出スルカ、或ハ此部ニ留止スル者ニシテ、殊ニ圓形彈丸ニ於テ之ヲ見ルコト多シ。斯ノ如キ非穿通性銃創ニ於テモ、防腐的療法ヲ施ストキハ、其經過ハ佳良ニシテ、彈丸ハ屢、創内ニ在リテ癒合シ間、後日ニ至リ沈降シテ他部ニ現出スルコト有リ。但シ茲ニ宜シク注意ス可キハ、彈

丸ハ全ク胸廓ヲ貫通スルモ、間、胸内臓器ヲ損傷スルコト無クシテ、他側ヨリ射出セラ
ルルコト有ル是ナリ。

胸廓ノ非穿通創ニ於テ尙注目ヲ要ス可キ者ハ、其血管ノ損傷ナリトス。即チ長胸動脈内
乳動脈及肋間動脈ノ損傷是ナリ。是等血管ノ損傷ハ、殊ニ切創刺創及銃創ニ因ル者ニ
シテ、往々危険ナル出血ヲ來スコト有レドモ、獨リ長胸動脈ノ出血ハ、他二血管ニ於ケル
ガ如ク恐ル可キ者ニ非ズ。又肋間神經ノ損傷セラレルヤ、後ニ肋間神經痛ヲ誘起スル
コト少カラズ。此他前胸神經ノ損傷後ニハ、大胸筋ノ持續的麻痺ヲ來スコト有リ。

後胸廓創傷ノ豫
法

豫後 内乳動脈及肋間動脈ノ損傷セラレタル際、速ニ治療ヲ施サザルトキハ、出血ノ爲ニ
往々死ニ至ラシムルコト有レドモ、其他ノ症ニ在リテハ、化膿ヲ繼發セザルトキハ、經過佳
良ニシテ、速ニ治癒スルヲ常トス。但、前記神經ニ損傷ヲ來ストキハ、之ニ應ズル神經痛若ク
ハ筋麻痺ヲ來スコト有リ。

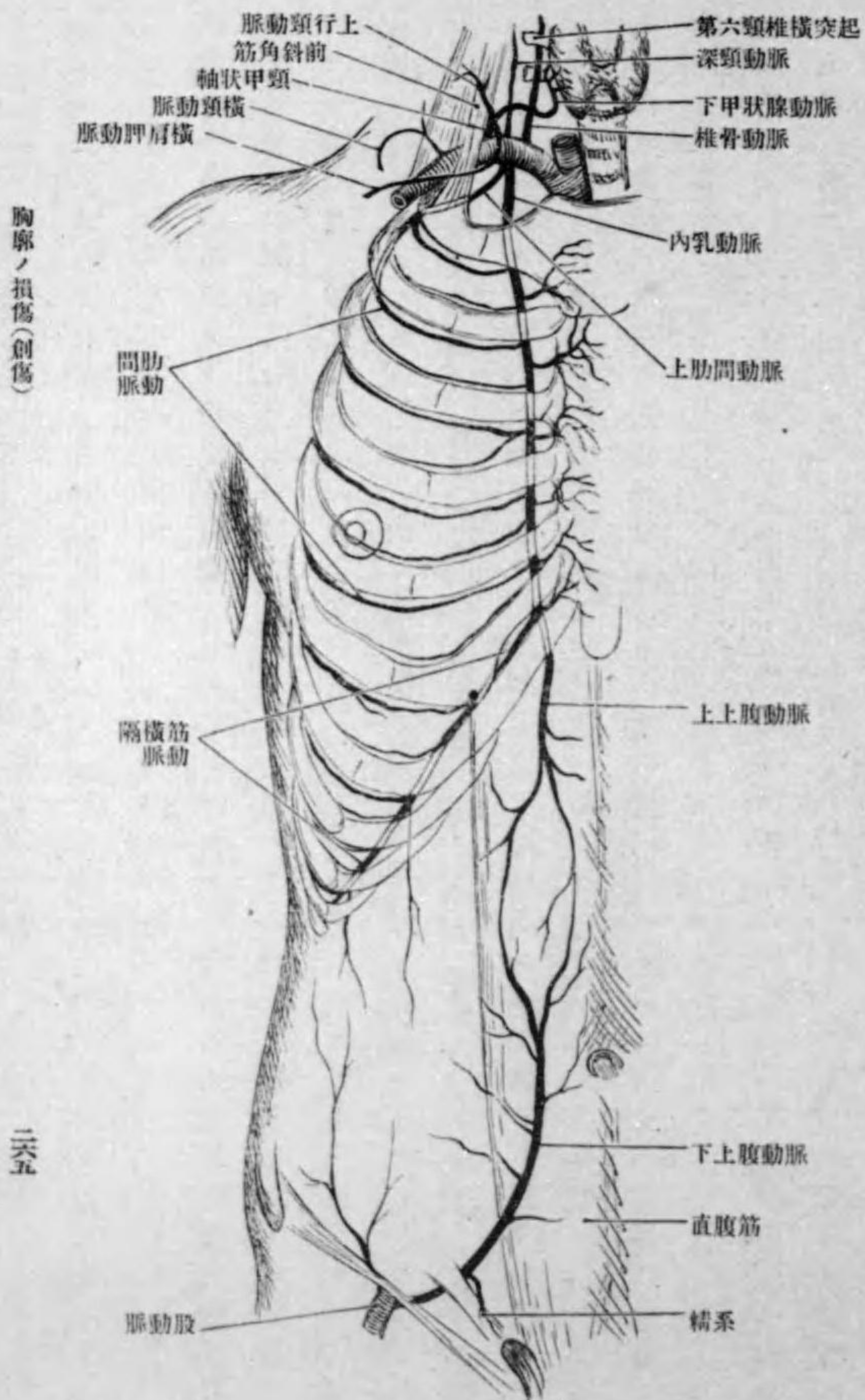
法胸廓創傷ノ豫

療法 創傷ノ處置ハ、一汎ノ防腐的若クハ無腐的法則ニ從フ。銃創ニシテ彈丸所在ノ
部位明確ナルトキハ、直ニ之ヲ抽出ス可シ。此際注意ヲ要ス可キハ、消息子ヲ使用スル
ニ當リ、誤テ胸膜ヲ穿通セザルニ在リ。此他ノ異物モ、亦早ク除去スルヲ要ス。創傷若シ化
膿ニ陥ルトキハ、十分ナル切開ヲ施シ、以テ膿ノ流注ヲ防ガザル可カラズ。殊ニ肩胛骨
下ノ膿竈ハ、發見シ易カラザルコト有ルヲ以テ、常ニ之ニ注意ス可シ。結紮ヲ要ス可キ
血管ノ主要ナル者ハ、内乳動脈及肋間動脈ナリトス。

内乳動脈 (A. mammaria interna) (第百八十四及第百九十五圖) ハ、鎖骨下動脈ヨリ起リ、胸骨縁ヲ外方
ニ距ルコト約一仙迷ノ所ニ於テ、肋軟骨ノ後面ニ沿ヒ肋骨胸膜及胸内筋膜ノ前面ヲ

第百九十五圖

胸廓ノ血管(内乳動脈及肋間動脈)



下方ニ走り、第六肋軟骨ノ部位ニ於テ岐レテ筋横隔動脈及上腹動脈ノ二枝ト爲リ、後者ハ下上腹動脈ト吻合ス。爾他内乳動脈ノ許多ノ吻合ハ亦實地上肝要ナリトス。即チ該動脈ハ、後肋間動脈及筋横隔動脈ニ由リテ大動脈ト吻合シ、胸動脈及胸腺動脈ニ由リテ鎖骨下動脈ト吻合シ、縦隔膜枝ニ由リテ他側ノ同名動脈ト吻合ス。故ニ其損傷セラルルヤ、上述ノ如ク著シク出血ヲ來ス者ニシテ、若ク早ク之ヲ發見セザルトキハ、之ガ爲、往々致命セシムルコト有リ。而シテ損傷ノ際、血液若ク縦隔膜内ニ入ルトキハ、之ニ著シキ血腫(縦隔膜血腫)ヲ起サシメ、或ハ其出血ハ胸膜或ハ心囊内ニ入ルコト有リ。然レドモ之ヲ診斷スルハ、通常頗ル難ク、或ハ殆ド之ヲ診斷スルコト能ハズ。往々唯損傷ノ部位増進性ノ貧血、其他胸廓内ノ壓迫症狀等ニ由リテ、之ヲ知ルコト有ルノミ。但シ單獨ナル内乳動脈ノ損傷ハ、比較的稀有ニシテ、其損傷ニハ、亦通常胸膜及心囊等ノ損傷ヲ兼ルコト多シ。

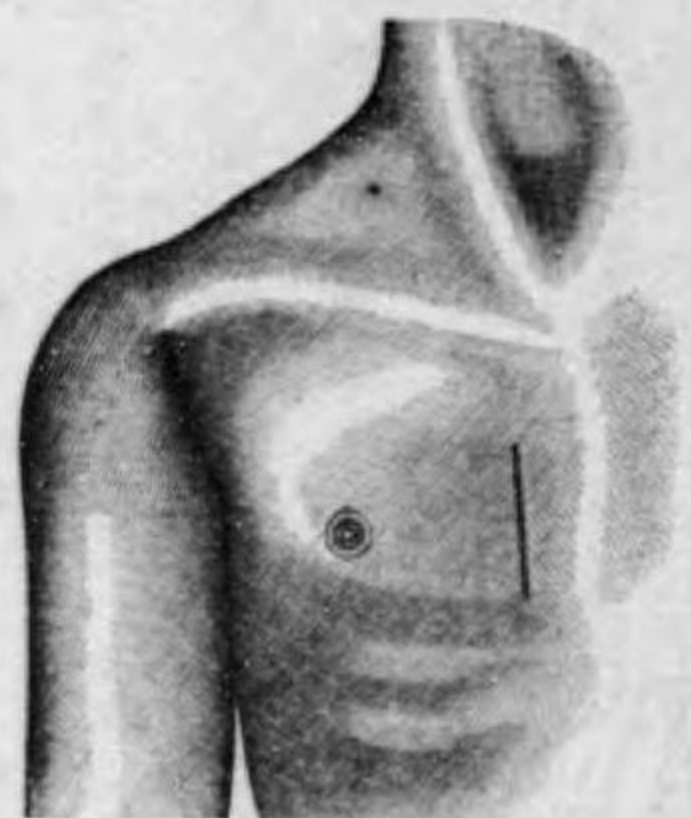
肋間動脈 (Aa. intercostales) (第百八十四及第百九十五圖) ハ、肋間ニ於テ岐レテ二枝ト爲リ、一ハ肋骨ノ上縁ニ沿ヒ(前肋間動脈)、一ハ其下縁ニ沿テ走ル(後肋間動脈)。而シテ前者ハ、損傷セラルルモ危険少ナシト雖、後肋間動脈ハ、之ヨリ太キヲ以テ、其損傷セラルルヤ、自ラ止血スルコト難ク、且止血法モ亦稍困難ナルヲ以テ、危険ナル出血ヲ來スコト有リ。殊ニ其脊柱近傍ニ於ケル損傷ニ於テ然リトス。此損傷ハ、又肋骨切除術ノ際ニ見ル所ニシテ、時トシテハ亦肋骨骨瘍ニ於テ血管壁ノ侵蝕セララルルニ因リ、之ヨリ大出血ヲ來シ

内乳動脈結紮法

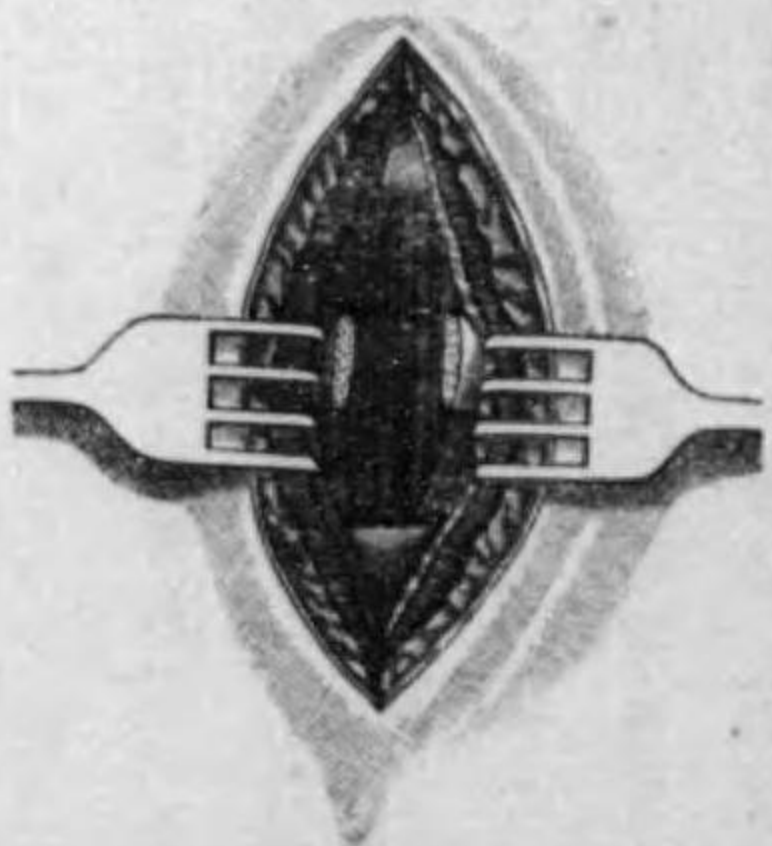
タルコト有リ。

内乳動脈結紮法 Die Unterbindung der A. mammaria interna (第百九十六及第百九十七圖) ハ、直ニ創内ニ於テ施スコト難シ。是其兩斷端ハ、通常肋骨ノ後方ニ退縮スルコト多ク、レバナリ。故ニ之ヲ結紮セムニハ、時宜ニ由リ肋骨ヲ切除セザル可ラズ。而シテ

第百九十六圖 内乳動脈ノ結紮法 於ケル皮膚切法



第百九十七圖 同因ル内創ノ状況



之ヲ結紮スルニハ、胸骨縁ヲ外方ニ距ルコト約一仙迷ノ所ニ於テ、

後肋間動脈ノ結紮

之ニ並行シテ五乃至七仙迷ノ縦切開ヲ施シ、以テ皮膚大胸筋及兩肋間筋ヲ切離シ、時宜ニ由リ一或ハ二個ノ肋軟骨ヲ切除シタル後、動脈ニ達ス可シ。該動脈ハ、一或ハ二個ノ靜脈ヲ伴ヒ、胸膜前結締織内ニ於テ胸内筋膜上ニ在リ。此際必ズ動脈ノ兩端ヲ共ニ結紮セザル可カラズ。是其下端ノ出血ハ、一時自ラ止血スルコト有レドモ、下上腹動脈ト吻合スルヲ以テ、後出血ヲ來スコト有レバナリ。

後肋間動脈ノ結紮 (Die Unterbindung der Aa. intercostales posteriores) ニモ、亦骨膜ヲ剝離シ、肋骨

胸廓ノ損傷(創傷)内乳動脈結紮法

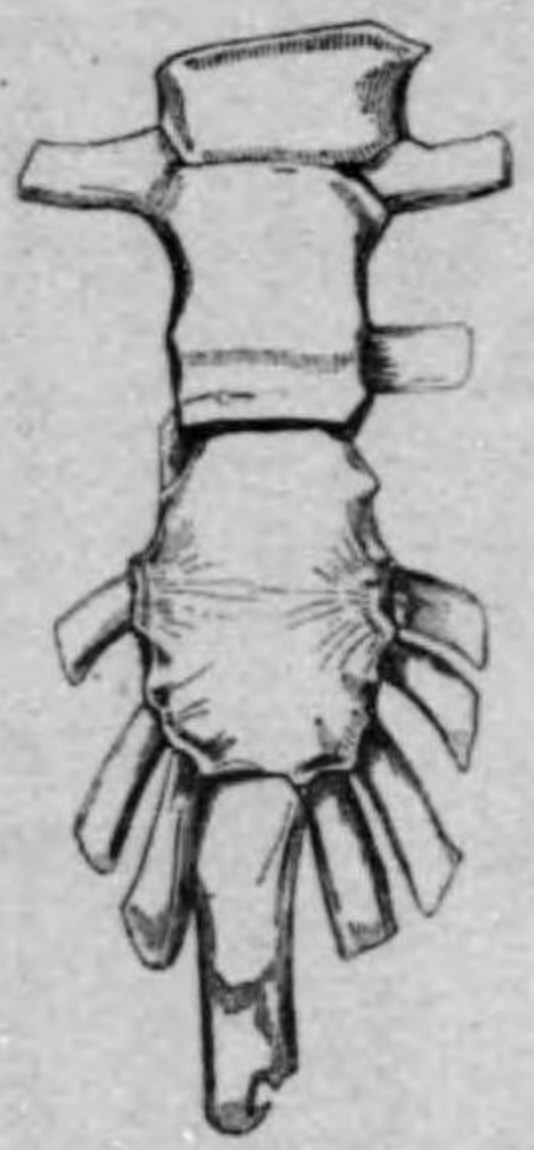
縁ヲ切除シタル後、創内ニ於テ其兩斷端ヲ結紮スルヲ良トス。

第三 胸骨骨折附胸骨脫臼

胸骨骨折

胸骨骨折 Frakturen des Brustbeins oder Sternumis ハ、頗ル罕ニシテ、實ニ諸般ノ骨折中最モ稀有ノ症ニ屬ス。是、胸骨ハ、身體ノ外表ニ位スルニ拘ラズ、骨質堅牢ニシテ、而モ肋軟骨ノ間ニ介在シ、極テ弾力性ニ之ニ附著スレバナリ。故ニ年少ノ者ニハ、此ノ骨折ヲ見ルコト愈稀ニシテ、二十歳以下ノ者ニハ、唯極テ罕ニ之ヲ觀ルコト有ルノミ。ケルト及ベフオンブルンス氏ノ調査ニ據レバ、其數ハ諸他全骨折數ノ〇・一乃至〇・九%ナリト云フ。而シテ其原因ハ、介達的ノ外力作用ナルヲ最多ナリトス。例之脊柱ヲ過度ニ屈曲シ、若クハ伸展スル時ニ於ケルガ如シ。又墜落テ際頭部ヲ地上ニ衝キ、頸部ヲ以テ胸骨把柄ヲ壓迫スルニ由リ、其介達の骨折ヲ起スコト有リ。此他筋ノ牽引例之腹筋ノ強劇ナル收縮(重荷ノ提舉分曉時或ハ嘔吐ノ際等)ニ由リテ劍狀突起ハ胸骨柄ノ横骨折ヲ來シタルコト有リト云フ。直達的ノ外力ニ因ル骨折ハ、例之車輪ノ轆過汽車緩衝器ノ壓迫等ニ因ル者ナリ。然レドモ罕ナリトス。然

第九百九十八號 胸骨骨折



體部中央ノ骨折ニシテ劍狀突起ハ胸骨柄ノ横骨折ヲ來シタルコト有リト云フ。直達的ノ外力ニ

以テ胸骨把柄ヲ壓迫スルニ由リ、其介達の骨折ヲ起スコト有リ。此他筋ノ牽引例之腹筋ノ強劇ナル收縮(重荷ノ提舉分曉時或ハ嘔吐ノ際等)ニ由リテ劍狀突起ハ胸骨柄ノ横骨折ヲ來シタルコト有リト云フ。直達的ノ外力ニ因ル骨折ハ、例之車輪ノ轆過汽車緩衝器ノ壓迫等ニ因ル者ナリ。然レドモ罕ナリトス。然

リ而シテ此骨折ハ、多クハ胸骨體ノ上部或ハ中央ニ來リ(第九百九十八號)通常完全ナル横骨折又ハ稍斜ナル骨折ニシテ、其下部把柄及劍狀突起ニ來ルハ稀ナリ。但シトシテハ、又不全骨折(胸骨前面或ハ後面ニ於ケル屈折骨折)ヲ見ルコト有リ。而シテ横骨折ニ於テハ、全ク折片ノ轉位ヲ見ザルコト有レドモ、之有ルトキハ、下折片ハ前方ニ轉位シ、上折片ニ由リテ高舉セララルルヲ最モ多シトス。蓋シ胸骨ノ骨折ハ、多クハ暴劇ナル外力作用ニ因ル者ナルヲ以テ、通常亦他ノ重症ナル損傷ヲ合併ス。殊ニ肋骨鎖骨脊柱及骨盤ノ骨折ハ屢見ル所ニシテ、又胸及腹内臟器ノ損傷ヲ伴フコト少カラズ。

胸骨骨折ノ症候及診斷

症候及診斷 本骨折ニシテ殊ニ折片轉位セル者ニ在リテハ、一見直ニ胸骨部ニ異常ノ隆起ヲ認メ、又折片ハ間、呼吸ニ伴テ移動スルヲ以テ、其診斷容易ナレドモ、胸骨體ト把柄及劍狀突起トノ脫臼ト鑑別シ難キコト無キニ非ズ。此他患者ハ、通常頭首ヲ固ク前方ニ保持シ、劇痛ノ爲、軀幹ヲ伸展シ、或ハ深ク呼吸スルヲ避クルヲ常トス。又折片ノ轉位セザル者ニ於テモ、患部ニ手掌ヲ貼シ、或ハ聽診器ヲ當テテ深呼吸セシムルトキハ、摩擦音ヲ證明スルコトヲ得可シ。

胸骨骨折ノ豫後

豫後 本症ノ豫後ハ、専ラ合併症ノ有無及其輕重ニ關スル者トス。即、單純ナル胸骨骨折ニ在リテハ、大抵四週日以内ニシテ折片ハ骨性癒著ヲ營ミ、機能障礙ヲ貽スコト無シト雖、折片著シク轉位シテ畸形癒合ヲ營ムトキハ、往々呼吸障礙、咳嗽、心悸亢進等ノ諸症ヲ發來スルコト有リ。

胸骨骨折

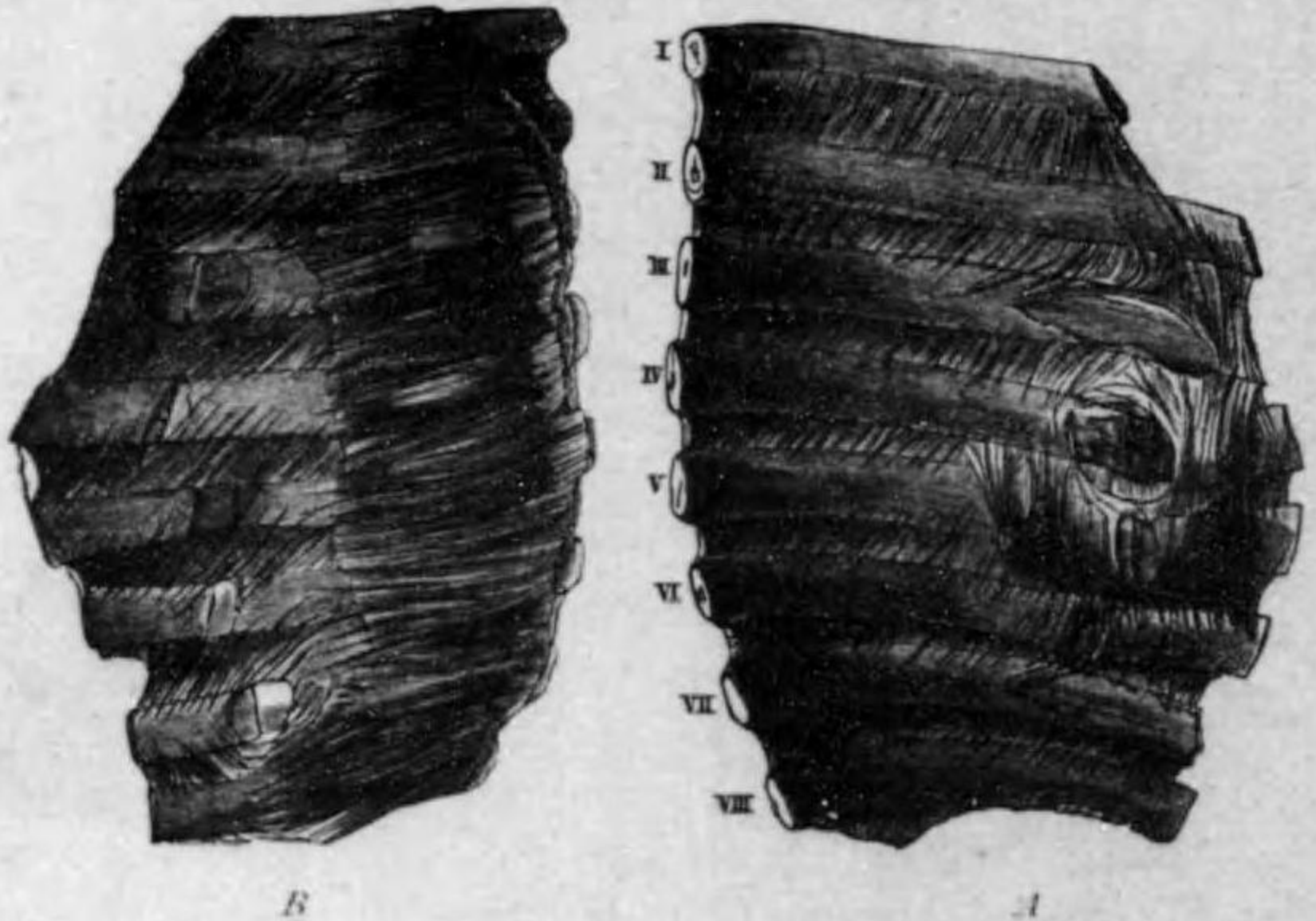
療法 折片ノ轉位セザル單純ナル皮下骨折ニ在リテハ、患者ヲ安臥セシメ、過劇ナル胸廓ノ運動ヲ避ケシムルヲ以テ足レリトスルモ、折片前方ニ轉位スル者ニ在リテハ、之ニ壓迫ヲ加ヘ、或ハ脊柱ヲ過度ニ伸展シ、又ハラウハフイス氏ノ浮動帶(脊柱外科ノ條下ヲ看ヨ)上ニ仰臥セシメ、以テ之ガ整復ヲ謀ラザル可カラズ。但、之ヲ整復シ得ルモ、之ヲ尋常ノ位置ニ保持スルハ甚ダ難シトス。然、ドモ折片轉位ノママ治癒スルモ、通常機能障礙ヲ起スコト無シ。唯高度ノ轉位ニ在リテハ、心臟及肺臟ニ障礙ヲ與フルコト有ルノミ。故ニ斯ノ如キ場合ニ於テハ、局所ヲ切開シテ折片ヲ整復シタル後、骨縫合ヲ施スカ、或ハ時宜ニ由リ其一片ヲ切除スルコト有ル可シ。複雑骨折ニ在リテハ、一汎ノ法則ニ遵ヒ嚴密ナル防腐的若クハ無腐的處置ヲ施シ、若シ炎症及化膿ヲ發來スルトキハ、其胸膜及縱隔膜ニ向テ蔓延スルヲ防止ス可シ。此他肺臟、心臟、脊柱等ニ於ケル合併症ノ療法ニ就テハ、各其條下ニ就テ觀ル可シ。

胸骨脱臼 Die Luxation am Sternum 即、其體部ト把柄及劍狀突起トノ間ニ於ケル半關節ノ離開(Die Diastase)ハ、胸骨骨折ト同一ノ原因ニ由リテ發スル者ニシテ、其症候ニ至リテモ、亦之ト異ナルコト無シ。而シテ體ト把柄トノ間ノ離開ニ在リテハ、前者ハ後者ノ前方ニ轉位スルヲ常トス。リウ・ハントニ氏ニ從ヘバ、此關節離開ハ、胸骨ノ骨折ニ比スレバ多數ナリト云フ。療法ハ、胸骨骨折ニ於ケルト同一ナリ。

第四 肋骨骨折附肋骨脱臼

肋骨骨折 Frakturen der Rippen ニ就テハ、先、骨性肋骨ノ骨折ト軟骨ノ骨折トヲ區別セザル可カラズ。然、ドモ通常多ク睹ル所ノ者ハ、骨性肋骨ノ骨折(Die Frakturen der knöchernen Rippen)ニシテ、肋

第九百九十九圖
折骨全ノ骨肋五第及四第
折骨全不ノ骨肋七第及六第・三第

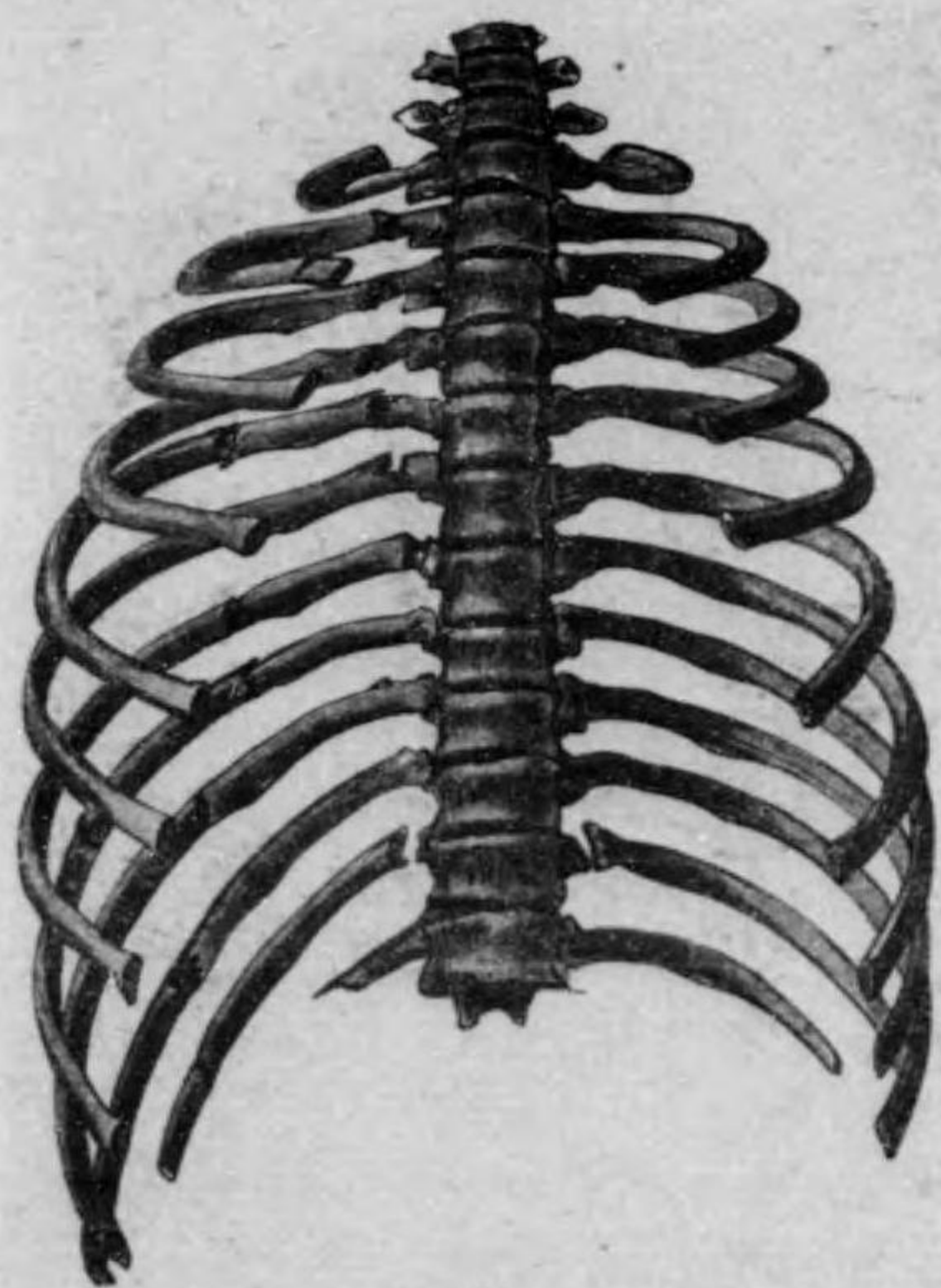


(A) 内面
ヨリ見タ
ルトコロ
(B) 外面
ヨリ見タ
ルトコロ

軟骨ノ骨折ハ、絶ダ罕ナリトス。本來肋骨ハ、頗ル弾力性ニ富ム者ニシテ、殊ニ幼年ノ者ニ於テ最モ然リトス。即、小兒ニ在リテハ、胸骨ニ壓重ヲ加ヘ、之ヲシテ殆、ド脊柱ニ觸接セシムルニ至ルモ、肋骨ノ骨折ヲ起スコト無シ。然、ドモ其弾力性ハ年ヲ重ヌルニ從ヒ漸ク減少スル者ニシテ、老年

ニ至レバ愈々脆弱ト爲ル。而シテ斯ノ如ク肋骨ハ彈力ニ富ムニ拘ハラズ骨折ヲ來スコト甚ダ多キ所以ノ者ハ蓋シ其位置身體ノ外表ニ在リテ、外力ノ襲來ヲ蒙ルコト多キニ因ルナリ。然レドモ其骨折ハ多クハ三十歳以上ノ者ニ來リ、之ヨリ弱年ノ者ニ來ルハ少ナク、小兒ニ來ルハ更ニ之ヨリ稀ナリトス。而シテ最も多ク之ヲ見ルハ、壯年ノ男子ニシテ、*Quill*氏ノ統計ニ據レバ、此骨折數ハ、全骨折數ノ一五・九%ナリト云ヒ、*Bruns*氏ハ、最モ隆起スル所ノ第四乃至第八肋骨ニシテ、就中第七肋骨ノ骨折ヲ見ルコト最も多ク、第一乃至第三肋骨ノ骨折ヲ見ルハ最も少ナシトス。然レドモ絶ダ罕ニハ、全肋骨悉ク折傷セラルルコト無キニ非ズ（*Hamilton*氏ノ統計ニ據ル）。又骨折ヲ來ス部位ハ、外力襲來ノ方向ニ由リ一定セザレドモ、中三分一部

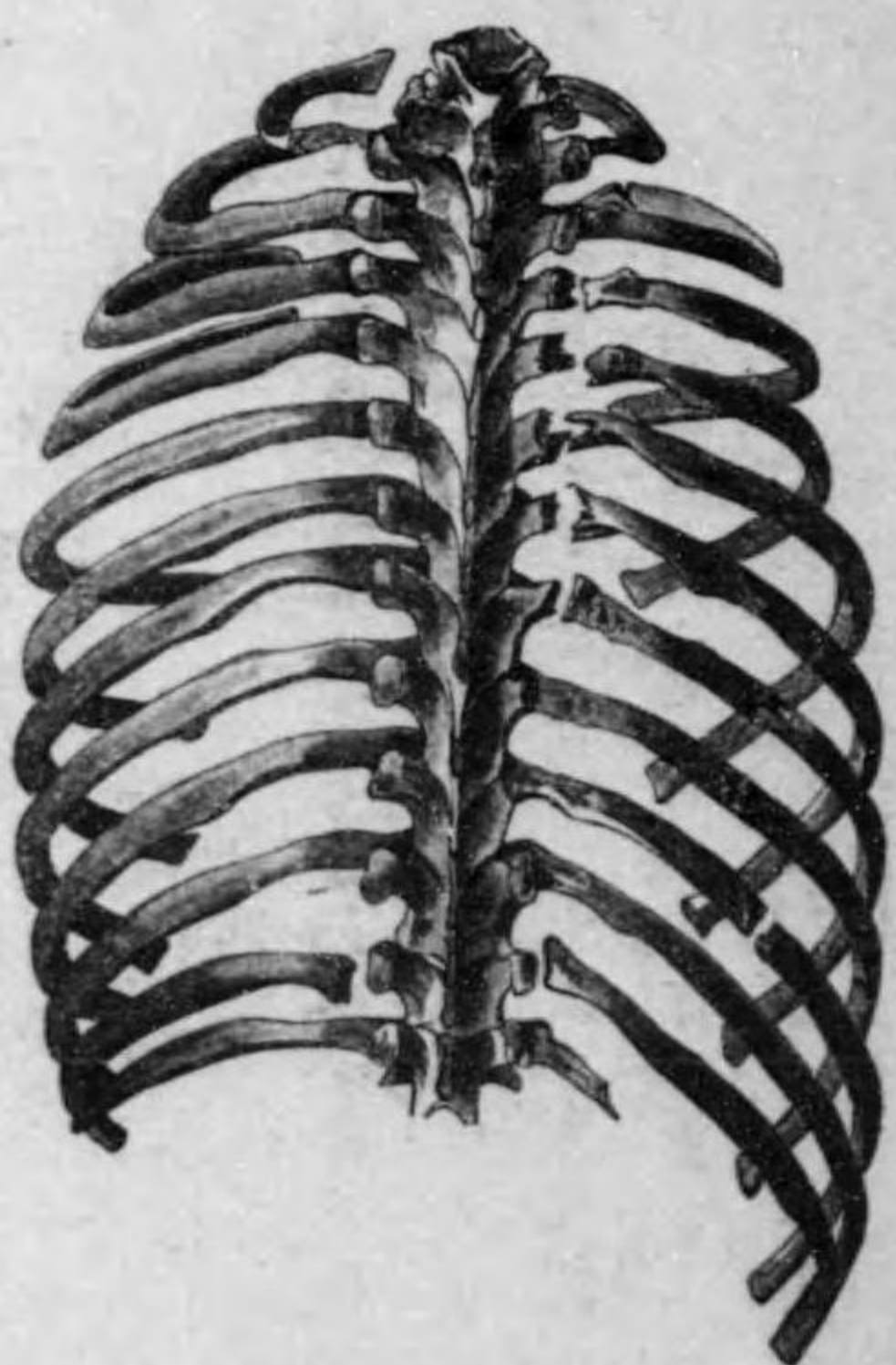
圖 百 二 第
折骨ノ骨肋一十第左及骨肋全右
(一 其)



ロコトルタ見リヨ面前

ニ來ルヲ最多ナリトス。ハミルトン氏ニ從ヘバ、肋骨ノ前及後三分一部ニ來ルハ、殆ド同數ニシテ、中三分一部ニ來ル者ハ、全骨折ノ半數ヲ占ムト云フ。而シテ其原因ハ、直達的及介達的ノ外方作用ニシテ、若シ打擊衝突ノ如キ直達ノ外力ニ由リ骨折ヲ起ストキハ、兩骨折片内方ニ向テ没入シ、爲ニ胸膜及胸内臓器ヲ損傷シ易ケレドモ、胸廓ノ全部ニ壓迫ヲ蒙ルガ如キ介達的ノ外力ニ因ル者ニ在リテハ、肋骨ハ外方ニ屈曲セララルヲ以テ、此副損傷ヲ來スコト甚ダ少シトス。而シテ介達的肋骨骨折ハ、骨ノ中央ニ來ルコト最多ナルモ、亦中央ヨリ前方或ハ後方ニ偏シ、加之、骨頸部及肋骨角ノ後方ニ來ルコト亦少カラズ。此他罕ニハ強劇ナル筋ノ收縮ノ爲ニ、肋骨骨折ヲ起スコト有リ。例之強キ咳嗽、噴嚏、分娩時等ニ於ケルガ如シ。但斯ノ如キ骨折ハ、骨質非常ニ脆弱ト爲リ、或ハ柔軟ト爲リテ抵抗力ヲ失ヒタル時ニ來ル者ニシテ、例之殊ニ老人ニ來リ、又緩慢ナル衰耗性疾患或

圖 一 百 二 第
折骨ノ骨肋一十第左及骨肋全右
(二 其)



ロコトルタ見リヨ面後

ニ來ルヲ最多ナリトス。ハミルトン氏ニ從ヘバ、肋骨ノ前及後三分一部ニ來ルハ、殆ド同數ニシテ、中三分一部ニ來ル者ハ、全骨折ノ半數ヲ占ムト云フ。而シテ其原因ハ、直達的及介達的ノ外方作用ニシテ、若シ打擊衝突ノ如キ直達ノ外力ニ由リ骨折ヲ起ストキハ、兩骨折片内方ニ向テ没入シ、爲ニ胸膜及胸内臓器ヲ損傷シ易ケレドモ、胸廓ノ全部ニ壓迫ヲ蒙ルガ如キ介達的ノ外力ニ因ル者ニ在リテハ、肋骨ハ外方ニ屈曲セララルヲ以テ、此副損傷ヲ來スコト甚ダ少シトス。而シテ介達的肋骨骨折ハ、骨ノ中央ニ來ルコト最多ナルモ、亦中央ヨリ前方或ハ後方ニ偏シ、加之、骨頸部及肋骨角ノ後方ニ來ルコト亦少カラズ。此他罕ニハ強劇ナル筋ノ收縮ノ爲ニ、肋骨骨折ヲ起スコト有リ。例之強キ咳嗽、噴嚏、分娩時等ニ於ケルガ如シ。但斯ノ如キ骨折ハ、骨質非常ニ脆弱ト爲リ、或ハ柔軟ト爲リテ抵抗力ヲ失ヒタル時ニ來ル者ニシテ、例之殊ニ老人ニ來リ、又緩慢ナル衰耗性疾患或

ハ骨軟化病ニ罹レル者ニ多ク見ル所ナリ。
 肋骨骨折ハ、多クハ單純ナル横骨折或ハ斜骨折ニシテ、通常全骨折ナレドモ又不全骨折即ち屈折骨折ヲ見ルコト少カラズ。而シテ皮下ノ粉碎骨折ノ如キハ、唯稀ニ見ル所ニシテ、複雑骨折ハ、殊ニ銃創或ハ割創ノ際ニ來ル。此際又往々胸廓ノ穿通創ヲ伴フコト有リ。又皮下骨折ニ在リテモ、直達的外力ノ爲、折片内方ニ向テ轉位スルトキハ、此所ニ内部ノ損傷ヲ招クコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ。而シテ肋骨骨折ニ於テ注意ヲ要ス可キハ、此内部ノ創傷ニシテ、殊ニ胸膜及肺臟ノ損傷セラレルコト少カラズ。罕ニハ心囊、心臟横隔膜又ハ腹内臟器ノ損傷ヲ合併シ、或ハ間、肋間動脈ノ斷裂ノ爲、死ニ至ラシムルコト有リ。

肋軟骨ノ骨折 (Die Frakturen der Rippenknorpel) ハ、老人ニ於テ其多少骨化セル者ニ見ルコト最モ多ク、年少ノ者ニ來ルハ甚ダ稀ナリ。該骨折ハ、通常横骨折ニシテ、年少者ニ在リテハ、第六乃至第八肋軟骨ノ折傷ヲ見ルコト最モ多ク、殊ニ其骨トノ境界部ニ來ルヲ最多ナリトス。

肋軟骨骨折ノ症候及診斷

骨性肋骨ノ骨折ニ於ケル主要ナル症候ハ、骨折部ニ於ケル疼痛ニシテ、該疼痛ハ、殊ニ深呼吸咳嗽噴嚏ノ際又ハ指壓ニ由リテ増劇ス。此他全胸廓ヲ損傷部ニ鉛直ニ、或ハ横徑若クハ矢狀徑ノ方向ニ壓迫スルニ際シ、骨折部ノ疼痛増劇スルハ、亦本症ニ特有ナル一徵候ナリトス。又骨折部ニ手掌ヲ平貼シテ深呼吸セシムルトキ

ハ、咄咄音ヲ觸知ス可シ。但シ肋骨骨折ニ在リテハ、屢、該音ヲ缺如シ、疼痛ノ外、他ノ骨折固有ノ徵候ヲ認メザルコト有ルヲ以テ、實際骨折アルモ、之ヲ看過スルコト亦少カラズ。而シテ外部ノ變形ノ如キハ、通常數多肋骨ノ骨折ヲ來シタル際ニ之ヲ見ルコト有ルノミ。胸膜及肺臟ノ損傷ヲ合併スルトキハ、理學的検査ニ由リテ、血胸或ハ氣胸ノ存否ヲ檢知ス可シ。又皮下骨折ニ際シ、骨折部ノ肋骨胸膜若シ肺臟胸膜ト癒著スルトキハ、皮膚氣腫ヲ來スヲ常トス。

後肋軟骨骨折ノ豫後

合併症無キ單純ナル肋骨骨折ハ、常ニ骨性癒著ヲ營ムヲ以テ、豫後全ク佳良ナルモ、時トシテハ殊ニ折片轉位ノ爲、畸形性癒合ヲ來シ、或ハ假骨發生過多ノ爲、治療神經痛ヲ發スルコト無キニ非ズ (第二三乃至第二四圖)。而シテ皮下骨

圖 二 百 二 第
合癒性畸形ノ骨肋有ヲ位轉
(氏スンプ・ン・フ・ベ)



圖 三 百 二 第
骨假キシ著ルケ於ニ兒小一
折骨骨肋有ヲ成形
(氏スンプ・ン・フ・ベ)



圖 四 百 二 第
橋骨假ノ間骨肋兩ルセ折破
(氏スンプ・ン・フ・ベ)



折片轉位ノ爲、畸形性癒合ヲ來シ、或ハ假骨發生過多ノ爲、治療神經痛ヲ發スルコト無キニ非ズ (第二三乃至第二四圖)。而シテ皮下骨

折ニ在リテハ、假令胸膜及肺臟ニ創傷ヲ生ズルモ、炎症ヲ起サズシテ治癒スルヲ常トスレドモ、亦殊ニ肺炎患(氣管枝炎、氣管枝廣變症等)ニ罹レル者ニ在リテハ、細菌傳染ノ爲、化膿性胸膜炎及肺臟ノ炎症ヲ惹起スルコト有リ。

療法 先[○]胸廓ヲ安靜ニ保持シ以テ折片ノ移動ヲ防ギ、且[○]之ニ由リテ疼痛ヲ輕減セシメ、早ク其癒合ヲ營マシムルニ在リ。而シテ折片ノ轉位ハ、通常之無キヲ以テ、殆ド常ニ整復術ヲ行フノ必要無ク、又假令輕度ノ轉位アルモ、強テ之ヲ整復スルノ必要無キ者トス。折片ノ切除或ハ骨縫合ノ如キハ、唯破格的ニ行フコト有ルノミ。而シテ胸廓ヲ固定スルニ最良ナルハ、其周圍ニ護謨性卷軸帶ヲ纏絡スルカ、或ハ大約二乃至三指橫徑ノ絆創膏ヲ胸骨緣ヨリ脊柱ニ至ルマデ貼附スルニ在リ。此絆創膏ハ、下方ヨリ上方ニ向テ貼附シ、其半ハ互ニ相重ナル如クス可シ。安臥ハ必要ナラズ、患者ハ却テ坐位若クハ直立位ニ於テ苦痛ヲ感ゼザル者トス。又咳嗽ヲ頻發スル者ニハ、もるひねヲ内服セシム。爾他合併症ニ對スル療法ハ、其各條下ニ就テ觀ル可シ。

肋骨脱臼

茲ニ尙附記ヲ要ス可キ者ヲ、肋骨脱臼 Die Luxationen der Rippen ト爲ス。然レドモ本症ハ、甚ダ稀有ニシテ、多クハ同時ニ他ノ重症ナル損傷ヲ合併スルヲ以テ、寧[○]後者ヲ以テ主要ナル損傷ト爲スコト多シ。

肋骨脱臼ハ、恐ク常ニ直達ノ外力ニ因リテ發スル者ニシテ、脱臼端ハ脊柱關節及胸骨關節ニ於ケル脱臼ニ於テ共ニ前方ニ向フヲ常トス。此他肋軟骨ト肋骨トノ縫際ノ離開ヲ來ス

肋骨骨折ノ療法

コト有レドモ、極テ罕ナリ。而シテ肋骨ノ脊椎體ヨリ脱臼セル者ハ、肋骨骨折ト殆ド同一ナル症狀ヲ呈スルヲ以テ、確實ナル診斷ヲ下シ難キモ、肋骨胸骨關節ニ於ケル肋軟骨ノ脱臼ニ在リテハ、脱臼端ハ胸骨ノ前面ニ轉位シテ隆起ヲ呈スルヲ以テ、之ヲ檢知スルコト容易ナルヲ常トス。

整復術ハ、脊椎體關節ノ脱臼ニ在リテハ、之ヲ施スコト能ハザルモ、肋軟骨ノ脱臼ニ在リテハ、軀幹ヲ強ク後方ニ屈曲スルニ乘ジ、脱臼端ニ直壓ヲ加ヘテ之ヲ施スコトヲ得可シ。但[○]之ヲ故位ニ固定セムニハ、時ニ縫合ヲ要スルコト有ル可シ。

第五 胸廓外軟部ノ炎症性疾患

胸廓外軟部ノ炎症性疾患

胸廓外軟部ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen an den äusseren Weichtheilen des Thorax ニ就テハ、先[○]癰腫及癰疽ヲ舉グ可シ。蓋シ胸廓壁中背部ノ皮膚ハ、頗ル皮脂腺ニ富ムヲ以テ、面皰及粉刺ヲ發スルコト多ク、又癰腫及癰疽ノ好發部位タリ。殊ニ肩胛板部及項部ハ、衣服ノ爲、常ニ刺戟セララルコト多キヲ以テ、益[○]是等ノ炎症ヲ起シ易ク、此部ニハ亦屢、廣大ナル癰疽ヲ發スルコト有リ。然レドモ胸廓壁ニ急性蜂窠織炎ヲ發スルガ如キハ、比較的罕ナリトス。

鎖骨上及下窩及肩胛板上ニ蔓延スル炎症及化膿ハ、下顎骨ノ炎症殊ニ齒根骨膜炎、其他耳下腺炎、ルードウヰヒ氏あんぎーな等ニ繼發スル者ニシテ、時トシテハ廣キ背筋

胸廓外軟部ノ炎症性疾患

及胸筋下ニ蔓延シ、又腋窩ニ向フコト有リ。間、大胸筋ノ結締織中ニ發スル化膿モ、亦恐ク淋巴行ヲ介シ、頭部及頸部ノ炎症ニ繼發スル者ナレドモ、該筋下ニ在ル所ノ粘液囊ニ急性化膿性炎症ヲ發スルハ稀ナリトス。此他尙特ニ注意ヲ要ス可キ者ヲ肩胛骨下ノ化膿ト爲ス。是其膿竈ハ、肩胛骨ノ下面ニ伏在スルヲ以テ、早ク之ヲ診斷治療スルコト能ハズ、爲ニ往々膿毒症或ハ敗血症ヲ起サシムルコト有レバナリ。故ニ疑ハシキ場合ニ於テハ、細長ナル套管針ヲ用キテ穿刺術ヲ試ミ、若シ膿ヲ認ムルトキハ、速ニ十分切開シテ排膿セザル可カラズ。此際時宜ニ由リ、亦肩胛骨ノ一部ヲ切除スルコト有ル可シ。然レドモ胸廓外軟部ノ急性炎症ハ、通常外方ニ向テ破開シ、内方胸膜腔内ニ向テ破開スルハ、殆ド之無シトス。是レハ、胸廓内筋膜及胸膜ハ、炎症性刺戟ノ爲、ニ肥厚スルト、一ハ化膿ハ甚ダ容易ニ廣キ背筋及胸筋ノ下面ト上面トニ向テ蔓延スレバナリ。胸廓外軟部ノ慢性化膿ハ、主トシテ肋骨、胸骨及胸膜ノ結核病ニ因リ、或ハ外方ニ破開シタル膿胸若クハ肺膿瘍ニ因ル者ナリ。而シテ最も多ク見ル所ノ結核病ニ特異ナル所謂寒性膿瘍(Der kalte Abscess)ハ、間著シク蔓延シ、此所ニ大ナル波動ヲ呈スル腫瘤ヲ形成スルコト有リ。此他時トシテ放線菌病ノ爲、胸壁ニ膿瘍ヲ生ジ、其破開スルヤ、此所ニ數多ノ瘻孔ヲ形成スルコト有リ。是多クハ肋骨胸膜ト癒著セル肺臟放線菌病ノ之ニ蔓延スルニ因ルナリ。

外傷性化骨性筋炎(Myositis ossificans traumatica)及進行性多發性化骨性筋炎(Myositis ossificans multiplex progressiva) (第百五十八圖)ハ、間、亦背筋ニ發スルコト有リ。但、其詳細ハ、宜シク外科總論ニ就テ觀ル可シ。

茲ニ尙注意ヲ要ス可キ者ヲ急性及慢性胸膜周圍炎(Pyothorax acuta et chronica)ト爲ス。是、肋骨胸膜ト爾他胸壁軟部トノ間ニ發スル炎症ニシテ、膿化膿ニ陥リ、以テ胸膜周圍炎性膿瘍(Der pyothoraxische Abscess)ヲ生ズ。急性ノ膿瘍ハ、胸膜周圍ノ結締織ニ原發スルコト有レドモ、多クハ繼發性ノ者ニシテ、間、數個ノ膿竈ヲ生ジ、又廣ク蔓延スルコト少カラズ。此膿

胸廓外軟部ノ炎症性疾患ノ療法

第百五十八圖 進行性多發性化骨性筋炎 (ヘリヒ氏)



多クハ繼發性ノ者ニシテ、間、數個ノ膿竈ヲ生ジ、又廣ク蔓延スルコト少カラズ。此膿

瘍モ、通常外方ニ破開シ、胸膜腔内ニ破開スルハ罕ナリトス。慢性化膿症ハ、多クハ結核性ニシテ、結核性肋骨骨瘍結核性胸膜周圍炎或ハ結核性膿胸ニ繼發ス。

療法 上記ノ諸症ニ對スル療法ハ、症ニ由リ各異ナリトス。癰腫及癰疽ハ、單ニ十字狀ニ切開スルヲ以テ足レリトスルモ、リーデル氏ハ、全ク之ヲ切除スルコトヲ稱用セリ。此際皮膚ノ缺損部ハ、肉芽ノ發生スルヲ俟チ、チールシ、氏植皮術ニ由リ被覆スルコト有ル可シ。又急性蜂窠織炎及膿瘍ニハ、速ニ十分ナル切開ヲ施サザル可カラズ。結核病

胸廓外軟部ノ炎症性疾患

ニ因ル寒性膿瘍ノ療法ハ、次項ニ述ブ可シ。

第六 胸廓ニ於ケル骨ノ炎症性疾患

胸廓ニ於ケル骨ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen der Knochen am Thoraxニ就テ肝要ナル者、次ノ如シ。

(一) 肋骨ノ炎症 Die Entzündungen der Rippen 中吾人ノ日常最モ多ク見ル所ノ者ハ、結核性炎症(結核性肋骨骨瘍)ニシテ、微毒性ノ者ハ少ナク、急性骨膜炎及骨髓炎ノ如キモ、亦罕ナリ。但、ち、ふす及其他ノ急性傳染病ノ經過中、肋骨及肋軟骨ニ時トシテ轉移性ノ炎症ヲ見ルコト有リ。

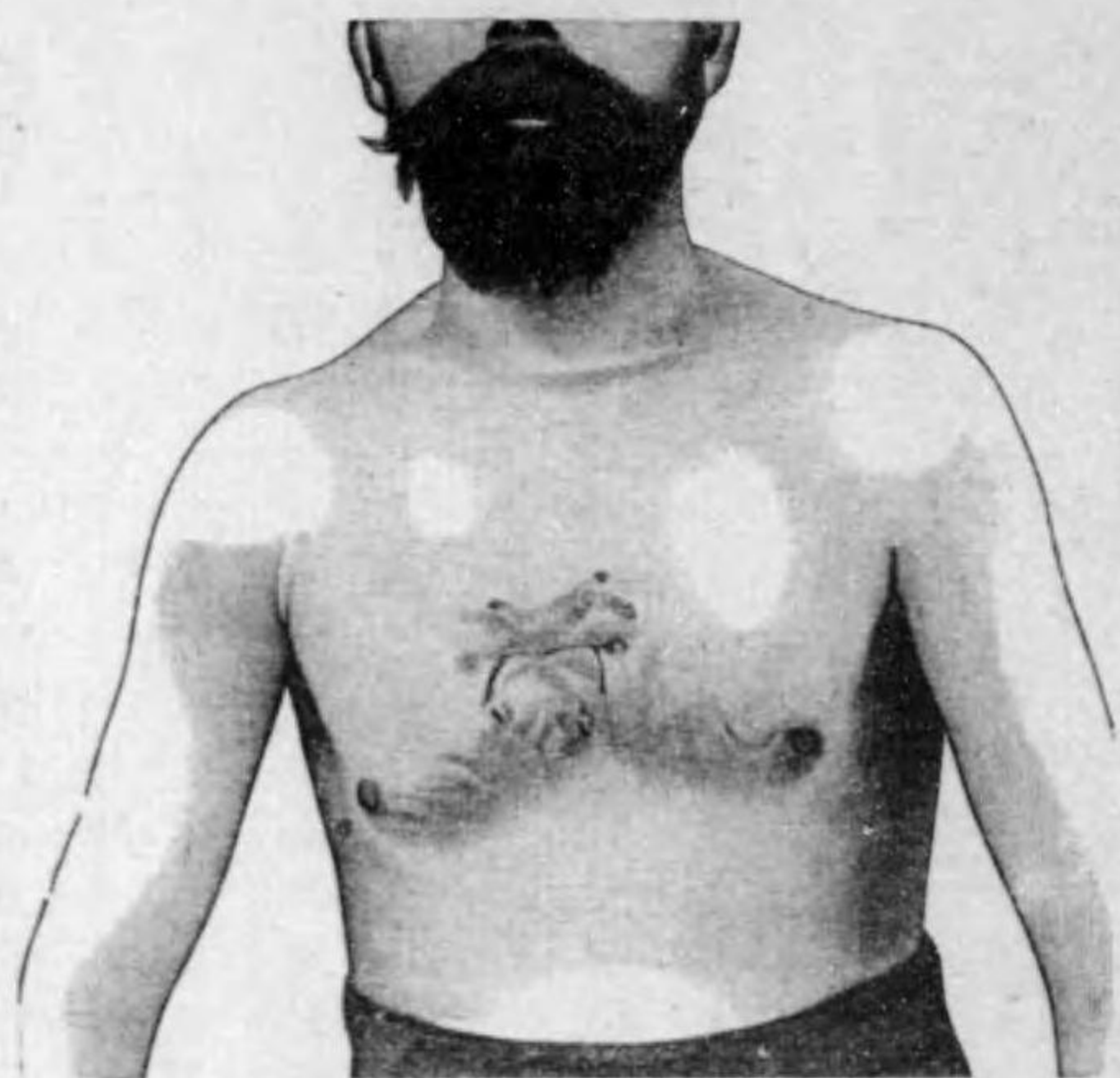
胸廓ニ於ケル骨ノ炎症性疾患
肋骨ノ炎症
結核性肋骨骨瘍



第二六六圖 右胸ノ大ナル寒性膿瘍

結核性肋骨骨瘍
Die tuberkulöse Rippenkaries 或ハ骨性肋骨ニ原發シ、或ハ結核性胸膜周圍炎、胸膜炎、穿孔性膿胸等ノ後ニ繼發シ、或ハ又轉移性ニ多發性全身結核病ノ一分症

ト爲リテ發スル者ニシテ、殊ニ中年ノ者ニ來ルコト多ク、幼年ノ者之ニ次ギ、老人ニ來ルハ甚ダ少ナシ。而シテ本症ノ始、發スルヤ、或ハ結核性骨膜炎ト爲リ、或ハ骨髓炎トシテ來ル者ニシテ、多クハ肋骨ノ前方ニ發シ、最初之ニ適スル肋骨部ニ漸次増大スル限局性ノ無痛性腫脹ヲ來シ、後漸ク軟化シテ明ニ波動ヲ呈スル寒性膿瘍(Der kalte Abscess)ヲ形成シ、其漸次増大スルヤ、又筋下ニ流注シテ所謂下垂膿瘍(Der Senkungsabscess)ヲ生ズ。然レドモ此膿瘍ハ、内方ニ向ヒ健全ナル胸膜内或ハ肺臟内ニ破開スルハ絶ダ罕ニシテ、通常外方ニ向テ増大シ、鴛卵大ヨリ間、兒頭大ニ至ル大ナル腫瘍ヲ形成シ(第二六六圖)、長ク之ヲ放置スルトキハ、遂ニ又外方ニ破開シテ瘻孔ヲ生ズルコト有リ。是レ胸膜及胸廓内筋膜ハ、炎症性ノ胼胝形成ニ由リテ肥厚スルヲ以テ、膿ハ筋下ヲ傳ハリテ蔓延シ易ケレバナリ。試ニ此瘻孔内



第二七七圖 肋骨ノ多數ルケ於ニ病核結ノ骨胸及骨肋

胸廓ニ於ケル骨ノ炎症性疾患(肋骨ノ炎症—結核性肋骨骨瘍)

ニ消息子ヲ通ズルニ、肥厚セル骨膜或ハ骨瘍性又ハ平滑ナル壞疽性骨ニ違ス。又肋骨骨瘍ハ、屢多發スル者ニシテ、其遂ニ外方ニ破開スルヤ、胸廓壁ニ五乃至十個或ハ之ヨリ多數ノ瘻孔ヲ生ズルコト有リ(第二七七圖)。
肋軟骨ニモ、亦結核病ヲ發スル者ニシテ、殊ニ結核性軟骨膜炎(Pariosteitis tuberculosa)トシテ始マリ、終ニ軟骨ヲシテ崩壞ニ陥ラシメ、其治癒スルヤ、軟骨ハ癢痕性結締織ニ由リテ補充セラル。

結核性肋骨骨瘍ノ診斷

診斷 概シテ容易ナリ。即チ肋骨ノ無痛性腫脹波動ヲ呈スル寒性膿瘍病骨ニ通ズル瘻孔及瘻管等ハ、實ニ其特徵ナリ。然レドモ亦脂肪腫肺膿瘍へるにあ護膜腫放線菌病肋骨ノ腫瘍及外方ニ穿孔シタル胸膜炎性滲出物等ト誤診セラレルコト無キニ非ズ。

結核性肋骨骨瘍ノ豫後

豫後 他臟器ノ結核病ヲ合併セザル者ニ在リテハ、通常全治ヲ期ス可キモ、既ニ肺臟ノ結核病ニ罹リ、殊ニ該症ノ進行シタル者ニ在リテハ、其豫後不良ニシテ、患者之ガ爲、斃ルルヲ常トス。

結核性肋骨骨瘍ノ療法

療法 結核性寒性膿瘍ハ、穿刺ニ由リテ排膿シ、後ニ殺菌セル一〇%よーどふるむぐりせりんノ注入ニ由リテ治癒スルコト有レドモ、病勢既ニ進行シ、或ハ既ニ瘻孔ヲ生ジタル者ニ在リテハ、十分病竈ヲ切開シテ強ク之ヲ搔爬セザル可カラズ。此際病竈ノ嚮入部ハ注意シテ悉ク露出シ、穿掘セラレタル皮膚縁ハ切除シ、皮膚橋ハ切離ス可シ。又肋骨ノ著シク侵サレタル者ニ在リテハ、先チ骨膜ヲ肥厚セル胸膜及胸廓内筋膜ト共

ニ骨ヨリ剝離シタル後、其大部ヲ切除セザル可カラズ。此際肝賦狀ニ肥厚セル胸膜ヲ切開スルハ、毫モ恐ルルニ足ラズ。**肋骨切除術(Die Rippenresektion)**ノ術式ハ、次項ニ詳ナリ。肋軟骨ノ結核病ニ於テモ、亦速ニ切開ヲ施スヲ良トス。

肋骨ノ微毒(Die Syphilis der Rippen)ハ、通常骨膜ニ發シ、骨ニ發スルハ罕ニシテ、多クハ限局性ハ護膜腫性骨膜炎又ハ骨髓炎ナルモ、罕ニハ稍蔓延性ハ護膜腫ヲ生ズルコト有リ。肋軟骨ニモ、亦之ト同一ノ護膜腫性炎症ヲ發ス。肋骨及肋軟骨ノ護膜腫ハ、往々其結核病或ハ腫瘍(殊ニ肉腫)ト誤ラルルコト有レドモ、爾他ノ微毒症狀既往症等ニ由リ、之ヲ鑑別スルコト難カラズ。本症ノ療法ハ、専ラ全身驅微療法ヲ施スニ在リ。

胸骨ノ炎症

(一) 胸骨ノ炎症 Die Entzündungen des Brustbeins (Sternum)ハ、亦結核性及微毒症ナルヲ多シトスルモ、肋骨ニ比スレバ、之ニ侵サルルコト稀ナリ。

胸骨ノ結核病(Die Tuberkulose des Sternum)ハ、亦結核性骨膜炎及骨髓炎トシテ始マル者ニシテ、其經過ハ概シテ肋骨ニ於ケルガ如シ。本症ニ於テモ、間、大ナル寒性膿瘍ヲ生ジ、該膿瘍ハ、時トシテハ内方縱隔膜ニ向ヒ、或ハ胸膜内又ハ心嚢内ニ破開スルコト有リ。而シテ胸骨ノ結核病ハ、其護膜腫及他ノ腫瘍ト誤ラルルコト有レドモ、其鑑別ハ通常容易ナリ。然レドモ其後面ニ生ジタル胸骨後結核性膿瘍ハ、之ヲ診斷スルコト難ク、或ハ全ク之ヲ診斷シ得ザル者トス。

胸骨ノ微毒(Die Syphilis des Sternum)ハ、肋骨ニ於ケルヨリ多ク見ル所ニシテ、通常骨膜

胸廓ニ於ケル骨ノ炎症性疾患(肋骨ノ炎症—胸骨ノ炎症)

ニ來リ、限局性ノ護腫ヲ發スルコト多シ。本症ハ亦其結核病或ハ腫瘍(殊ニ肉腫)ト誤診セラルルコト無キニ非ズ。

胸骨炎症ノ療法

療法 胸骨結核病ノ療法ハ、結核性肋骨骨瘍ト同一ノ法ニ據ル可シ。即チ病竈ヲ切開シテ之ヲ搔爬スルニ在レドモ、之ヨリ良ナルハ、胸骨ノ一部ヲ切除スルニ在リ。殊ニ胸骨後膿瘍ヲ生ジタル者ニ在リテハ、切除術ヲ行フヲ必要ナリトス。微毒ニ對シテハ、專ラ全身驅微療法ヲ施ス可シ。

胸骨切除術

胸骨切除術 (Die Resektion des Sternum) 其一部或ハ全部ニ施サル者ニシテ、其適應症ハ、胸骨ノ損傷慢性炎症(結核病)腫瘍、其他縱隔膜ノ腫瘍、大ナル胸内血管ノ結紮等ナリ。此際骨膜下切除術ヲ行フトキハ、誤テ胸膜及心囊ヲ破開シ、或ハ内乳動脈ヲ損傷スル等ノ悞無キ者トス。

胸骨切除ヲ行フ一般ノ法ハ、骨ノ縱軸ニ沿ヒ、直ニ骨面ニ達スルマデ皮膚及骨膜ヲ切開シ、若シ必要アルトキハ、其上下兩端ニ更ニ横切開ヲ加フ可シ。是ニ於テ先チ胸骨ノ前面ニ於テ骨膜ヲ剝離シ、次チ胸骨縁ニ接シテ肋軟骨ヲ切離シタル後、又胸骨ノ後面ニ於テ骨膜及後胸骨膜ヲ剝離ス。此際最モ注意ヲ要ス可キハ、後胸骨膜及胸膜ヲ損傷セザルニ在リ。内乳動脈ハ、時宜ニ由リ結紮ヲ要スルコト有リ(參考二六七頁參照)。斯テ終リニ、胸骨ノ上方及下方ヲ鑿ニテ切斷ス。此際胸骨把柄ト兩鎖骨ノ關節連合部ハ、保存スルヲ良トスレドモ、把柄ノ全部及體ノ全半部ヲ切除スルモ、頭首及上肢ノ運動ニハ、多クハ障

碍無キ者トス。但シ胸骨ノ結核病ニ在リテハ、通常全ク之ヲ切除スルコト無ク、單ニ圓盤狀鉗子モテ患部ヲ除去スルヲ以テ足レリトス。其全部切除術ノ如キハ、殊ニ其惡性腫瘍ノ摘出ニ應用セララルルコト有ルノミ。

第七 胸廓壁ノ腫瘍

乳腺ノ腫瘍ヲ除ク

胸廓壁ノ腫瘍

胸廓壁ノ腫瘍 Geschwülste der Thoraxwand ニシテ軟部ニ生ズル者ハ、乳腺ノ腫瘍ヲ除クトキハ、其數多カラズ。背部ニ最モ多ク發スル者ハ、粉瘤(第二四八圖)ニシテ、此者タル屢多發スルコト有リ。皮様囊腫ハ、殊ニ胸骨ノ前面、側傍及後面ニ發シ、其後面ニ發生スル者ハ、間頸窩ニ現出スルコト有リ。

第二四八圖 背部ノ粉瘤 (白家實驗)



胸廓壁ノ腫瘍

脂肪腫(第二四九及第二五〇圖)ハ、亦屢見ル所ニシテ、殊ニ背部ニ生ジ、頗ル巨大ト爲リ、莖ヲ有スル者アリ、或ハ否ザル者アリ。又頸圍殊ニ項部、肩胛骨ノ周圍ニ、間蔓延性脂肪腫ヲ發生スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ(第二四九圖)。軟性及硬性纖維腫ハ、背部ニ於テ、間、巨大ナ

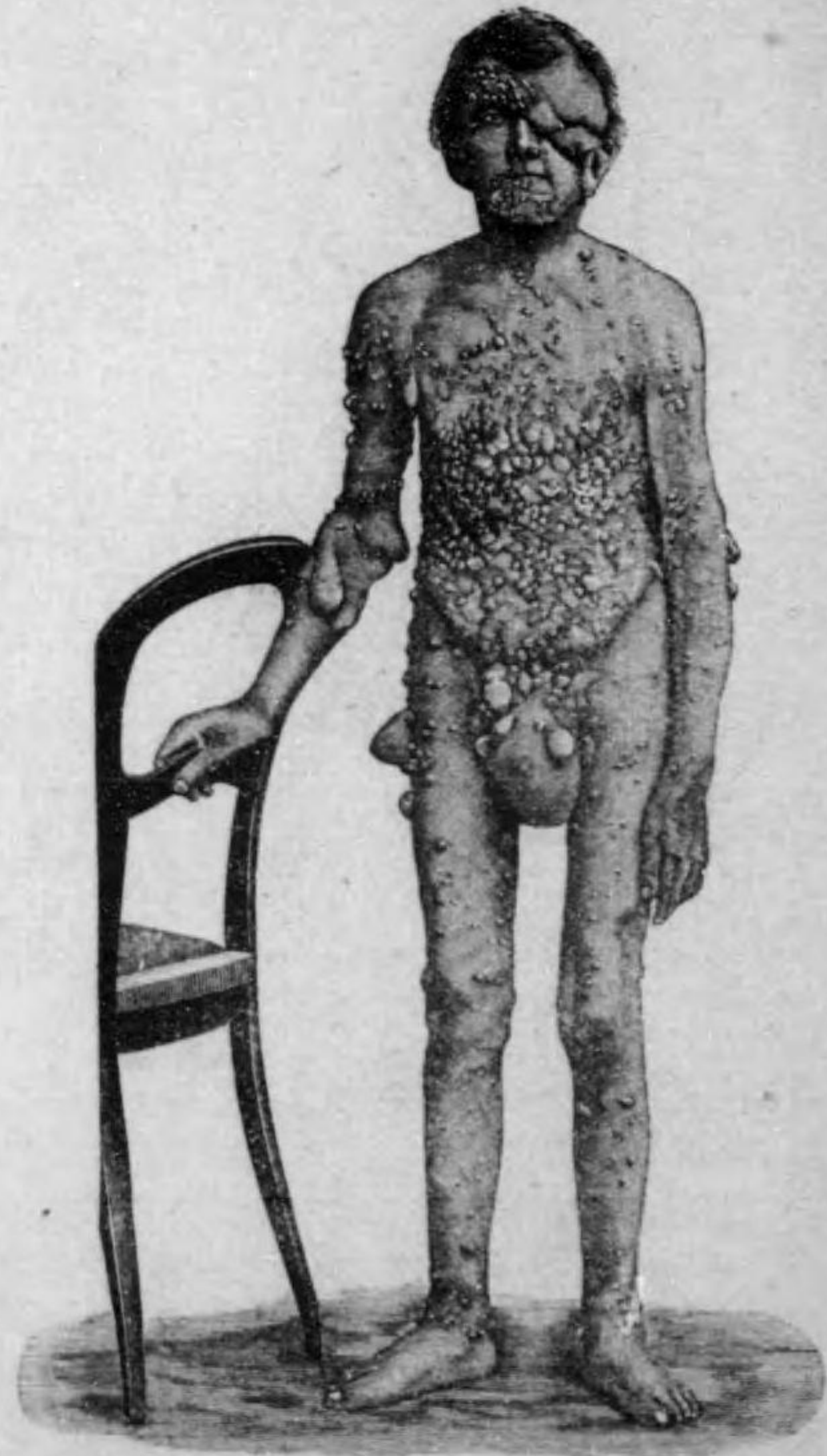
圖二百二十二第
腫足蟹痕癩
(驗實家白)

胸廓壁ノ腫瘍



ル腫瘍ヲ形成シ前者ハ又屢々多發スル
コト有リ(多發性軟屬腫性纖維腫(第
百十一圖)此他前胸部殊ニ胸骨部ノ皮膚
ニハ蟹足腫ヲ見ルコト少カラズ之ニ
二種アリ即チ一ハ所謂眞正蟹足腫ニシ
テ一ハ癩痕蟹足腫(第百十二圖)ナリ此腫

圖一百一十第
腫纖維性體屬軟性發多
(氏ルセツレ)



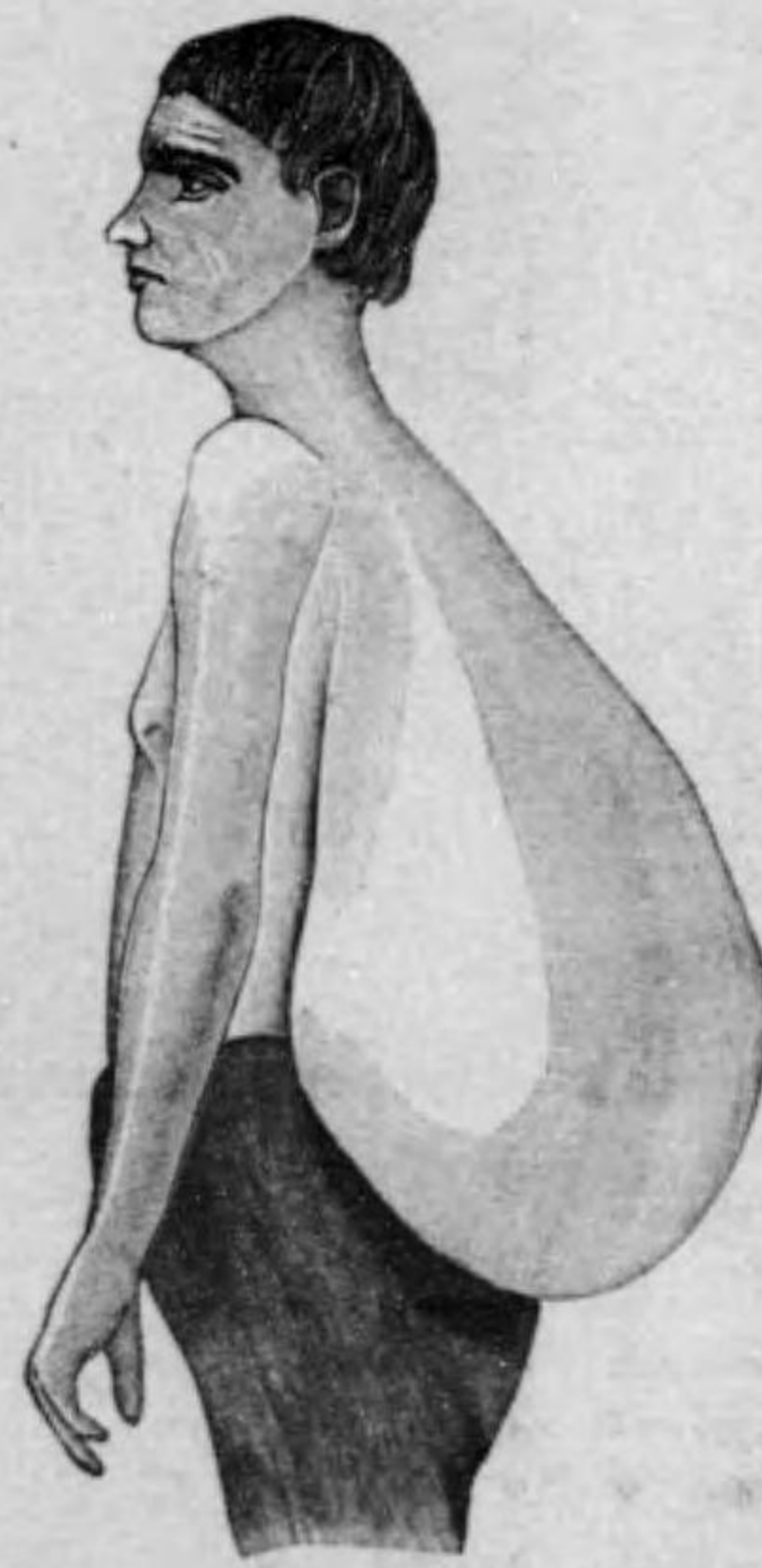
圖一百一十第
腫脂肪皮下
(氏ルセキレ)



前胸部ニ生
シタル者ニ
シテ十五年
來發育増大
シタルモノ

圖九百二第
腫脂肪莖有ノ部背
(氏ヒルマスエ)

胸部外科

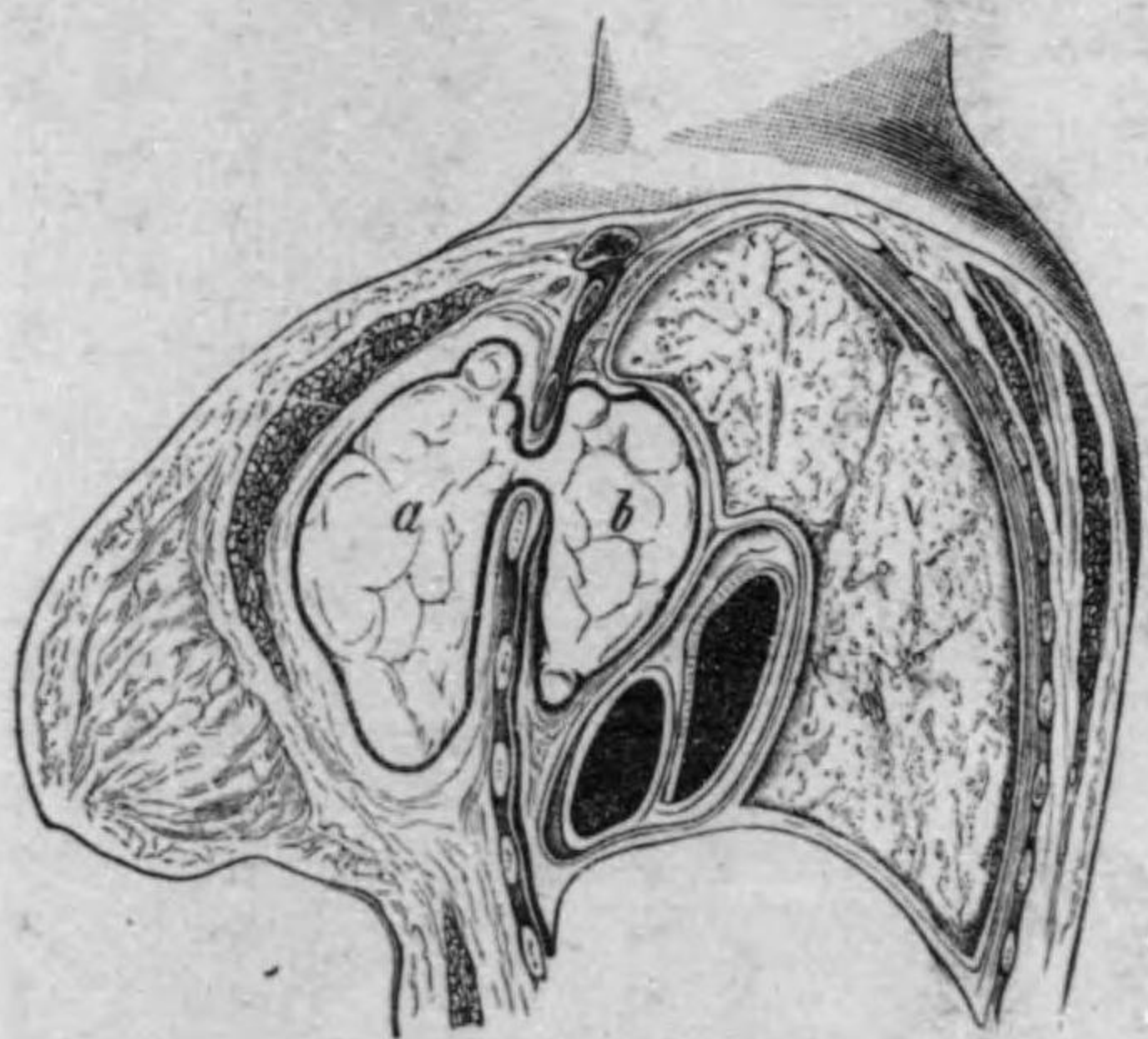


六十一歳ノ男子ニ見タ
ル者ニシテ其重量五十
六磅ヲ算シ抽出後二
三日ヲ經テ膿毒症ノ爲
ニ死セリト云フ

瘍ハ其ニ無害ノ者ナレドモ再三切除スルモ再發シ且時トシテ之ガ爲甚ダシキ神經痛ヲ起スコト有リ。

血管腫ニハ毛細管性動脈性或ハ靜脈性ノ諸種アリ殊ニ又海綿様血管腫ヲ見ルコト少カラズ淋巴管腫ハ胸廓ニ於テ間無痛性ノ分葉狀腫瘤ヲ呈シ時ニ脂肪腫ト誤診セラルルコト有リ。

圖 三 十 四 二 第
(圖像想)腫脂肪下膜胸
(氏ルエウバンセグ)



四十一歳ノ婦人ニ於テ乳腺下ニ發シタルモノニシテ一部ハ胸廓ノ外方ニ存シ一部ハ其内方ニ在リタリ

茲ニ尙興味アル者ヲ所謂胸膜下腫瘍(Subpleural Tumor)ト爲ス。是レ一部ハ胸廓内ニ存在シ一部ハ胸廓外ニ占居スル者ニシテ其胸廓内ニ存在スル部ハ或ハ胸廓内筋膜及胸膜ヲ以テ被ハレ、或ハ亦之ヲ穿孔スルコト有リ。殊ニ肉

腫ノ如キ惡性腫瘍ニ於テ然リトス。グッセンバウエル氏ハ幸ニシテ乳腺下ニ存在スル斯ノ如キ胸膜下脂肪腫(第百十三圖)ヲ全然摘出スルコトヲ得タリト云フ。

胸廓ノ骨即肋骨及胸骨ニ生ズル腫瘍ハ殊ニ軟骨腫ニシテ就中肋軟骨ニ生ズルコト多ク間其巨大ナル者ヲ見ルコト有リ(第百十四圖)之ニ又種々ナル混合瘍腫アリ即軟骨結液腫軟骨纖維腫軟骨肉腫等ノ如キ是ナリ。此他胸廓ノ骨ニハ純粹ナル骨腫ヲ見ルコト有レドモ罕ニシテ是亦多クハ混合腫瘍トシテ發生ス。

胸廓壁ノ惡性腫瘍即肉腫及癌腫ハ乳腺或ハ縱隔膜ヨリ蔓延シ來ル者ノ外ハ稀有ニ

圖 四 十 四 二 第
腫骨軟ノ骨肋
(氏ルエウバンセグ)



四十八歳ノ婦人ニ見タルモノニシテ(А)ハ手術前(В)ハ手術後ノ状態ヲ示ス

シテ殊ニ胸廓軟部ノ肉腫ハ絶ダ罕ニ觀ル所ナリ。然レドモ胸骨ノ骨膜或ハ骨髓ヨリ生ズル肉腫ハ少カラズ。該肉腫ハ往々頗ル血管ニ富ミ(搏動性骨肉腫)間胸骨ヲ破壊穿通シタル大動脈瘤ト誤診セラルルコト無キニ非ズ。但シ其搏動ハ時トシテ心臟或ハ大

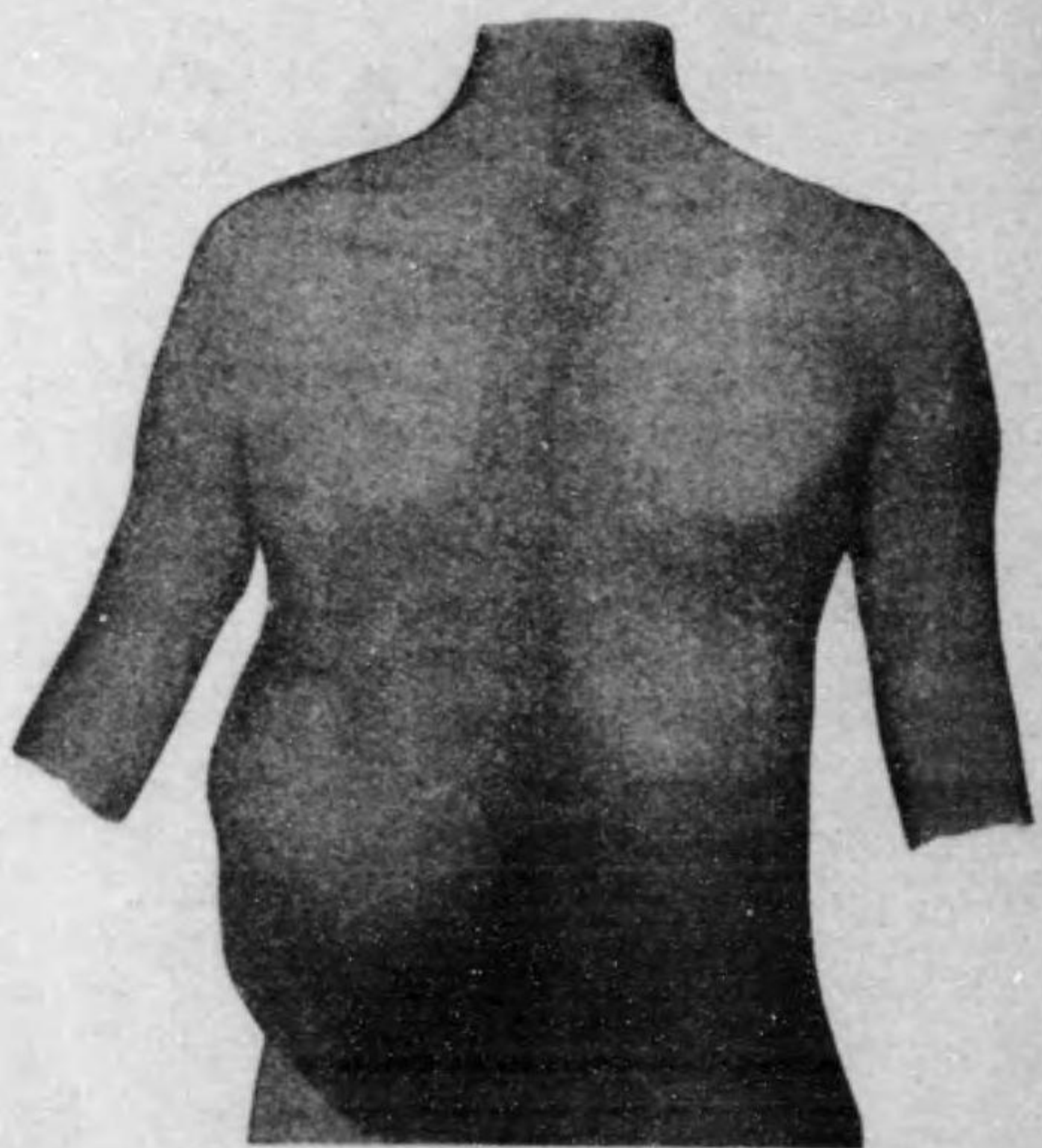
動脈ヨリ傳達セラレル者ナルコト有リ。胸廓壁ノ癌腫ハ、通常扁平上皮癌ニシテ、大ナル腫瘍ヲ呈スルコト無ク、徐々ニ進行スル潰瘍ヲ生ズルヲ常トス。第二百十五圖ニ示ス所ノ扁平上皮癌ハ、胸廓壁ニ於ケル廣汎ナル火傷後ノ癩痕上ニ生ジタル者ニシテ、



第二百十五圖
胸廓ノ扁平上皮癌
(白家實驗)

其摘出ヲ試ミタレドモ、患者衰弱ノ爲、遂ニ鬼籍ニ上リタル者ナリ。胸廓壁ノ包蟲腫ハ、絶ダ稀有ノ症ニ屬スレドモ、之ヲ生ズルヤ、多クハ筋肉内ニ占坐ス(第二百十六

第二百十六圖
背ノ大ナル包蟲腫
(レキセル氏)



ノ如キハ、摘出最モ困難ナリトス。殊ニ又手術ニ際シテ最モ危険ナルハ、胸膜及縦隔膜ヲ損傷スルニ在リ。是、唯偏側ノ氣胸ヲ發シタル者ハ、敢テ恐レルニ足ラザレドモ、若シ兩側ノ氣胸ヲ發スルトキハ、患者肺臟麻痺ノ爲、ニ即死ス可ケレバナリ。第二百十四圖ニ掲ゲタル所ノ肋骨ノ軟骨腫ニ於テ、ハ、*H. Fischer*氏ハ、第四乃至第七肋骨ヲ胸膜ト共ニ切除シタルニ、缺損部ハ兒頭大ニ達シ、肺臟ハ始、脱出シ、後ニ胸膜腔内ハ空氣竄入ノ爲、

退縮シタレドモ、患者遂ニ治癒ニ就キタリト云フ。又胸骨ニ生ジタル腫瘍ニ在リテハ、上文述べタル所ノ法ニ從ヒ、胸骨ノ切除術ヲ行ハザル可カラズ(本卷二八四頁參照)。

第八 肋間神經痛

肋間神經痛

肋間神經痛 Die Interkostalneuralgie ハ種々ナル内科的疾患(ひすてりー神經衰弱症、其他感冒傳染病)ニ因ルコト多ク、レドモ亦肋骨骨折ニ於ケル假骨發生過多肋骨骨瘍、脊椎炎、肋骨及脊椎ノ腫瘍等ニ因ルコト少カラズ。是該神經ハ、是等障礙物ノ爲、壓迫セララルルニ因ルナリ。而シテ其疼痛ハ、多クハ偏側ニ局限スルモ、同時ニ數多神經ノ侵サルルヲ常トシ、疼痛ハ背部ニ始マリ、肋骨ニ沿テ胸部或ハ上腹部ニ放散シ、間、頗ル劇甚ニシテ、呼吸運動ヲ妨グルニ至ル。又本症ニハ、帶狀皰疹ヲ伴フコト少カラズ。

肋間神經痛ノ療法

療法 本症ノ療法ハ、固ヨリ其原因ヲ除却スルヲ主要トスレドモ、頑固ナル症ニ於テハ、亦手術的療法ヲ要スルコト有リ。蓋本症ニ始テ手術的療法ヲ施シタルハ、フォン・ヌー・スバウム氏ニシテ、同氏ハ二十年間持續セル肋間神經痛患者ニ於テ、兩側ノ第八、第九及第十肋間神經ニ伸展術ヲ施シテ全治セシメタリ。其後、シェーデ氏ハ、肋間神經ノ切除術ヲ行ヒタリシガ、是亦良效ヲ奏シタリト云フ。

肋間神經ノ伸展術

肋間神經ノ伸展術 (Die Dehnung des N. intercostalis) ヲ施スニ、フォン・ヌー・スバウム氏ハ、次ノ法ヲ以テセリ。其法タル、先脊柱ノ近傍ニ於テ肋骨ノ下縁ニ沿ヒ、脊柱ヲ外方ニ距ルコ

ト約六仙迷ノ所ヨリ長、約六仙迷ノ皮膚切開ヲ施シテ肋骨ノ下縁ヲ露出シ、次テ外肋間筋ヲ肋骨ヨリ剝離シ、以テ肋骨溝ヲ走ル所ノ神經ヲ遊離シ、之ヲ中樞及末梢ニ向テ伸展スルニ在リ。

第二章 胸膜及肺臟ノ損傷及胸内臓器之損傷

及疾患

胸腔ノ解剖ハ、既ニ前章ノ初頭ニ述ベタリ(本卷二五一頁參照)。

第一 胸膜及肺臟ノ損傷

胸膜及肺臟ノ損傷

胸膜及肺臟ノ損傷 Verletzungen des Brustfalls (der Pleura) und der Lungen ハ、胸廓ノ所謂穿通性創傷ニ於テ見ル所ニシテ、常ニ危險ナル創傷ト看做サザル可カラズ。然レドモ、最近防腐法及無腐法ノ發達以來、其豫後ハ大ニ善良ト爲ルニ至レリ。左ニ順次之ヲ敘述ス可シ。

(一) 胸膜ノ損傷 Die Verletzungen der Pleura ハ、或ハ唯肋骨胸膜ニ來ルコト有リ、或ハ又肺臟、胸膜及肺臟ノ共ニ損傷セララルコト有リ。而シテ胸膜ノ損傷ハ、殊ニ

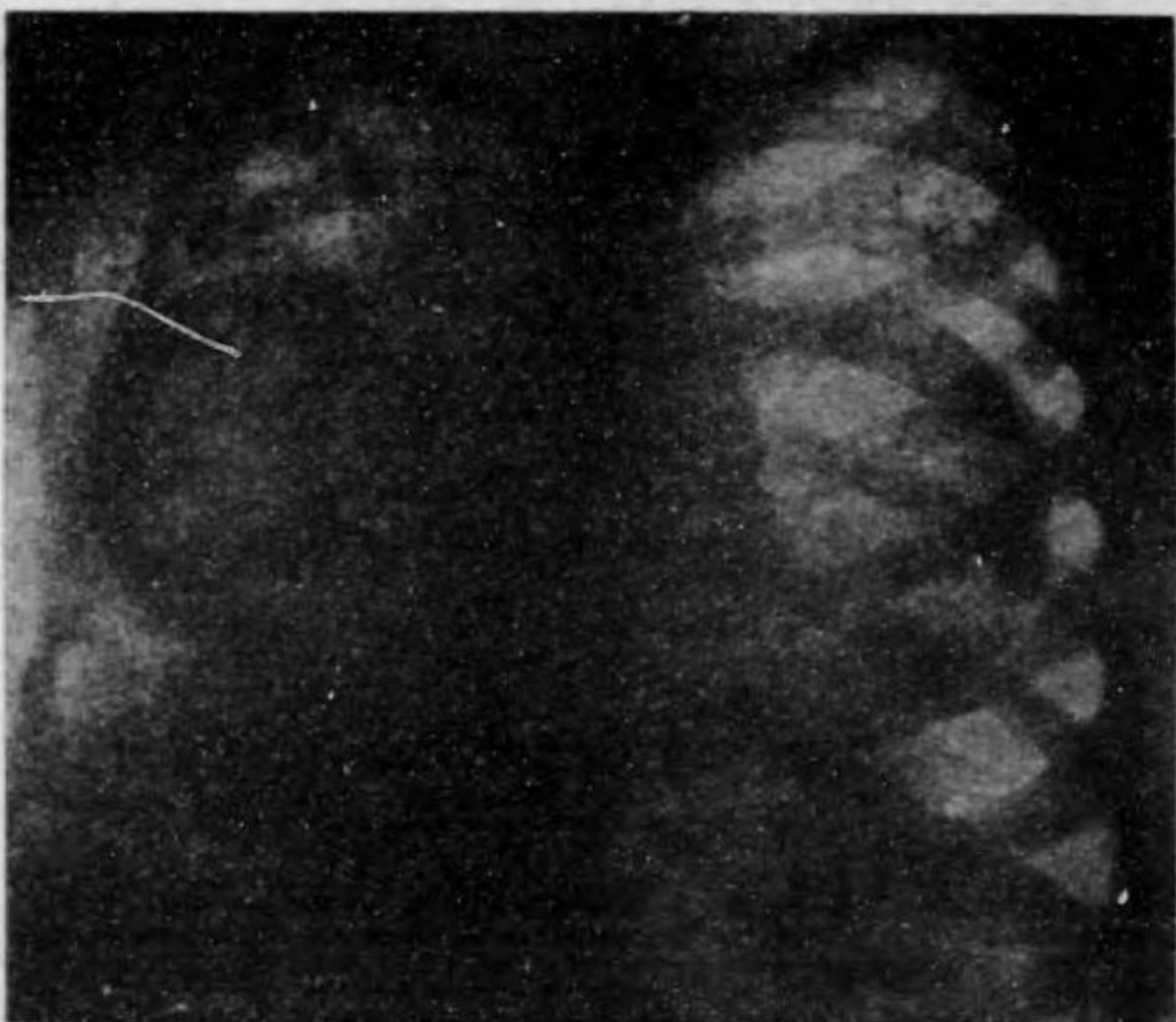
肋間神經痛 胸膜及肺臟ノ損傷(胸膜ノ損傷)

胸廓ノ切創刺創及銃創其他肋骨骨折ヲ兼タル重症ノ挫創(例之土砂崩壞轉過時ニ於ケルガ如シ)ニ因ル者ニシテ總ジテ鉛直ノ方向ニ胸壁ヲ穿通スル刺創ニ在リテハ斜ニ之ヲ穿通スル者ニ比スレバ胸内臟器ヲ損傷スルコト多シ。又其銃創ニ際シテハ胸膜ハ屢彈丸ノ射入ニ因ラズ却テ之ニ由リテ生ジタル肋骨骨折ノ折片及骨破片ノ爲ニ損傷ヲ蒙ルコト少カラズ。

胸膜損傷ノ症候及經過

胸膜損傷ノ症候及爾後ノ經過ハ固ヨリ副損傷ノ有無ニ關スレドモ亦胸壁創ノ開在スルト否トニ由リ大ニ異ナリトス。蓋シ常態ニ在リテハ肺臟胸膜ト肋骨胸膜トハ絶ズ相互密接スル者ニシテ、ロート氏ニ從ヘバ斯ノ如ク兩胸膜葉ノ互ニ相密接スルハ其粘着力ノ然ラシムル所ナリト云フモ他ノ說ニ據レバ胸膜腔内ニ於ケル陰壓ノ爲ナリト云フ。然リ而シテ胸膜腔内ニ穿通セル創傷ニ在リテモ創口狭小ニシテ直ニ閉合シ胸膜腔ハ毫モ外界ト交通セザルトキハ其經過甚ダ佳良ニシテ胸膜腔内ニ空氣及細菌侵入スルコト無ク從テ毫モ炎症ヲ起サザルコト有リ。又假令一時多少ノ空氣其中ニ竄入スルコト有ルモ細菌ノ侵入ヲ免カルトキハ所謂無腐性氣胸(Der aseptische Pneumothorax)ヲ發スルノミニシテ空氣ハ漸次復吸收シ去ラレ毫モ炎症ヲ發來スルコト無シ。然レドモ損傷ノ際若シ異物竄入スルカ或ハ殊ニ之ト同時ニ細菌侵入スルトキハ炎症及化膿ヲ繼發ス可シ是故ニ胸廓ノ穿通創ニシテ創口直ニ閉合シ不良ナル徵候ヲ發セザル者ニ在リテハ決シテ濫ニ創口内ニ消息子ヲ送入ス可

第二十七圖 右側ノ胸氣



胸膜及肺臟ノ損傷(胸膜ノ損傷)

萎縮セ
ル肺臟
及兩側
ノ乳房
ヲ明ニ
認ム可
シ

カラズ之ニ反シテ胸壁ノ創口哆開シ胸膜腔若シ自在ニ外界ト交通スルトキハ空氣ハ忽チ之ヨリ竄入シ當側ノ肺臟之ガ爲壓縮セラレテ擴張運動ヲ營ムコト能ハザルヲ以テ爲ニ氣胸(Der Pneumothorax)ヲ生ジ又胸膜腔内ニハ通常多少ノ血液流入スルヲ以テ血胸(Der Hemothorax)ヲ來ス可シ。而シテ胸膜腔内ニ空氣竄入シテ氣胸ヲ起ストキハ患側ノ胸壁擴張シ肋骨互ニ隔離シ肋間隆起シ往々高度ノ呼吸困難ヲ來シ之ヲ打診スルニ鼓音ヲ放チ聽診スルニ呼吸音ヲ缺如シ或ハ唯微弱ナル不定呼吸音ヲ聽取スルノミ。れんごげん検査上合併症無キ氣胸ハ亦特異ナル映像ヲ呈ス(第二十七圖)即チ尋常ノ肺畫ハ缺如シ萎縮セル肺臟ハ肺門ノ周圍ニ銳キ陰影ヲ呈シ肋間ハ著シク廣潤ト爲リ中央陰影ハ健側ニ向テ排去セラル。然レドモ空氣若クハ他ノ異物ト共ニ細菌若シ胸膜腔内ニ侵入スルトキハ

發炎及化膿ヲ來シ、殊ニ其内ニ存在スル血液腐敗ニ陥ルトキハ、化膿性若クハ腐膿性ノ胸膜炎即チ膿胸(Der Pyothorax)ヲ發シ、若シ又胸膜腔内ニ同時ニ膿及空氣ヲ蓄積スルトキハ、膿氣胸(Der Pyopneumothorax)ヲ發ス。而シテ膿胸ヲ發スルヤ、亦當該側ノ胸廓擴張シ、爲ニ肋間消失シ、打診スルニ濁音ヲ呈シ、聽診スルニ呼吸音頗ル微弱ニシテ、聲音震顫亦減弱シ、或ハ消失ス。斯テ滲出物益、胸腔内ニ蓄積スルトキハ、心臟及肺臟壓迫セラレ、此際若ク早ク之ヲ除去セザルトキハ、患者ハ遂ニ肺臟及心臟ノ麻痺ノ爲メ、或ハ敗血症又ハ膿毒症等ノ爲メニ致命スルニ至ル者トス。

胸膜腔ノ損傷セラレルヤ、假令無腐的手術ノ後トイヘドモ、胸膜ノ傳染ヲ來スコト少カラザルヲ以テ、人或ハ胸膜ヲ以テ腹膜ニ反シテ細菌傳染ニ對スル抵抗力ノ甚ダ微弱ナルヤヲ疑ヒタリト雖、^{Noetzel}チツェル氏ノ實驗ニ從ヘバ、是レ決シテ然ラザル者ニシテ、尋常ナル胸膜ノ自然的抵抗力ハ、頗ル強大ナル者ナリ、即チ其細菌ノ傳染ヲ蒙ルルヤ、先ツろいこち一てんヲ含有スル滲出物ヲ生ジテ之ニ應戰シ、以テ胸膜ハ能ク細菌ヲ撲滅シ得、次デ滲出物ハ吸收セラルト云フ。

胸廓ノ損傷ニ際シテ、若シ胸腔内ニ於ケル胸管損傷セラレルトキハ、乳糜液胸膜腔内ニ流出シ、以テ乳糜胸(Der Chylothorax)ヲ來スコト有リ。但シ本症ノ損傷ニ因ル者ハ少ク、其多數ハ胸腔内ニ於ケル腫瘍例之胸膜ノ癌腫胸管ノ左鎖骨下靜脈内ニ開口スル部ニ於ケル淋巴腺ノ腫脹ノ壓迫ニ基因スル者トス。尙後條ニ之ヲ再説ス可シ。

胸膜損傷ノ診斷

診斷 胸廓損傷ノ穿通性ナリヤ非穿通性ナリヤヲ判斷スルコト、必ズシモ容易ナラザルガ如ク、胸膜ノ損傷ニ在リテモ肺臟ノ共ニ損傷セラレタリヤ否ヲ斷定スルコト、更ニ之ヨリ困難ナリトス。吾人ハ、唯一定症狀ノ缺如ト、爾後ノ經過如何トヲ觀察シテ、略之ヲ推斷シ得ルニ過ギズ。而シテ肺臟ノ損傷ニ屢、見ル所ノ咯血ヲ來スコト無ク、氣胸ハ速ニ消退シ、且血液ノ蓄積ヲ來スコト甚ダ少量ナルトキハ、唯胸膜ニ限レル損傷タルコトヲ推知ス可シト雖、外部創傷ノ閉鎖スルニモ拘ラズ、氣胸益、増加シ、且其緊張増強スルトキハ、肺臟ノ共ニ損傷セラレタルヤ、殆ド疑ヲ容ル可カラズ。

胸膜損傷ノ豫後

豫後 本症ノ豫後ハ、主トシテ損傷ノ輕重及炎症發來ノ有無ニ關スル者ニシテ、單純ナル胸膜損傷ニ在リテハ、一時氣胸ヲ生ズルモ、創口閉鎖セラレルトキハ、空氣ハ速ニ吸收セラレ、治癒ニ就ク可シ然レドモ、若シ之ニ細菌ノ傳染ヲ來ストキハ、其豫後ヲ決シ難シトス。

胸膜損傷ノ療法

療法 胸膜ノ穿通創ニ在リテハ、先ツ一般ノ防腐法若クハ無腐法ニ從テ創傷ヲ處置シ、出血アルトキハ、止血法ヲ施スノ外、特ニ肝要ナルハ、神速ニ外部ノ創口ヲ閉鎖スルニ在リ。而シテ新鮮ナル刺創若クハ切創ニシテ創口ノ稍、大ナル者ニ在リテハ、嚴ニ之ヲ消毒シタル後、其一部ヲ縫合閉鎖ス可キモ、小ナル創傷ニ在リテハ、直ニ防腐的若クハ無腐的被覆繃帶ヲ施ス可シ。繃縛其宜キヲ得ルトキハ、創口ハ速ニ貼著癒合スルヲ以テ、通常敢テ縫合ヲ施スノ必要無キ者トス。然レドモ既ニ創傷傳染ノ疑アル者ニ在リテハ、創内ニよーどふるむがーせヲ栓塞シ、防腐的繃帶ヲ施ス可シ。

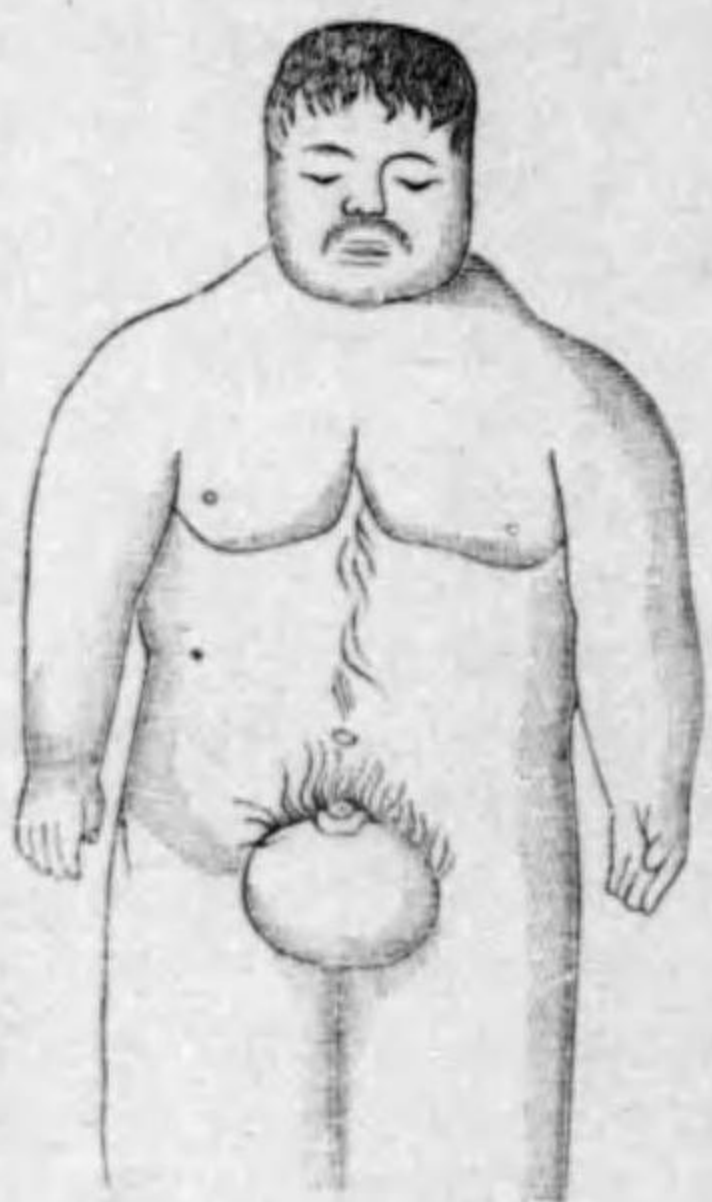
胸膜及肺臟ノ損傷(胸膜ノ損傷)

(II) 肺臟ノ損傷 Die Verletzungen der Lungen. 亦前症ト同一ノ原因ニ基ク者ニシテ、其經過ハ主トシテ先出血ノ度ニ關ス。即チ肺臟ノ損傷ニ由リテ即死シ或ハ早ク死亡スルコト有ルハ、多クハ著シキ出血ニ因ル者ニシテ、殊ニ肺門ノ損傷ニ在リテハ、出血最モ甚ダシトス。然レドモ表部ノ肺臟創ニ在リテハ、通常著シキ出血ヲ來スコト無シ。是其創口ハ、肺組織ノ弾力性ノ爲、自ラ閉合スレバナリ。此他肺臟損傷ノ經過ハ、亦副損傷例之心臟大ナル血管食道横隔膜腹内臟器等ノ損傷ノ有無ニ關スルコト頗ル大ナリ。而シテ重症ナル肺臟ノ創傷ハ、亦擧過砲彈ノ斷片等ニ因ル者ニシテ銃創ニ於テハ、彈丸ハ間、肺臟内ニ留止スルコト有リ、或ハ全ク之ヲ穿通スルコト有リ。殊ニ危險ナルハ、兩側肺臟ノ損傷ニシテ、若シ兩胸ニ氣胸及血胸ヲ發スルトキハ、患者忽チ死亡スルヲ常トス。蓋シ肺臟ノ損傷ニ因ル氣胸ハ、一部ハ胸膜創ヨリ空氣ノ胸膜腔内ニ竄入スルニ因リ、一部ハ内方肺臟ヨリ空氣ノ之ニ竄入スルニ因ル者ニシテ、殊ニ稍、大ナル氣管枝ノ損傷セラレタル際ニハ、肺臟ノ創口ヨリ胸膜腔内ニ空氣ノ竄入スルコト多シト雖、否ザル場合ニ於テハ、肺臟ノ創口ヨリ其内ニ空氣ノ竄入スルハ少シトス。是肺臟ノ創口ハ、一ハ其組織ノ弾力性ノ爲、一ハ凝血ノ爲、ニ多クハ直ニ自然ニ閉合スル者ナレバナリ。然リ而シテ肺臟創ノ爾後ノ經過ハ、他ノ合併症ヲ除クトキハ、細菌傳染ノ有無ニ關スル者ニシテ、若シ其傳染ヲ免カルルトキハ、創所ハ發炎及化膿ニ陥ルコト無クシテ速ニ治癒スルモ、否ザル者ニ在リテハ、後ニ肺炎、肺膿瘍、肺壞疽等ヲ發シ、又膿胸ヲ繼發スルコト有リ。

ヲ繼發スルコト有リ。

症候 胸廓ノ穿通創ニ於テ肺臟ノ損傷セラレタリヤ否ハ、主トシテ咯血、咳嗽、呼吸障礙、其他氣胸及血胸ノ有無等ニ由リ之ヲ判知ス可シト雖、其症狀ハ各症同一ナラズ。時トシテハ重症ナル肺臟ノ損傷ニ於テモ、患者比較的健康ヲ保チ、或ハ其症候至テ輕微ニシテ、生前殆ド之ヲ診定シ得ザルガ如キコト有リ。但シ咯血ハ、殆ド通常見ル所ノ微候ニシテ患者一時或ハ稍、長ク泡沫狀ノ血痰ヲ咯出シ、時トシテハ又多量ノ血液ヲ咯出スルコト有リ。呼吸障礙ハ、最初ハ肺臟ノ損傷、其他血胸及氣胸ノ度ニ關スルモ、後ニ至レバ亦殊ニ胸膜及肺臟ノ炎症ヲ發來スルト否トニ關ス。此他肺臟ノ損傷ニ肝要ナル徵候ヲ損傷部周圍ニ於ケル氣腫ト爲ス。此氣腫ハ、亦時トシテ皮下蜂窠織内ニ蔓延スル者ニシテ、殊ニ受傷部ノ肺臟胸膜若シ肋骨胸膜ト癒著シ、且外部ノ創口全ク閉鎖スルトキハ、皮膚氣腫ヲ來スコト有リ。而シテ此氣腫ハ、間、頗ル廣ク蔓延スル者ニシテ、時トシテハ殆ド全身ニ瀰蔓スルコト有リ。第二十八圖ニ示スハ、ナポレオン第一世ノ有名ナル軍醫ラレイ氏ノ實驗ニ係ル者ニシテ、右腋窩ニ於ケ

第二十八圖
高度ノ皮膚氣腫
(ラレイ氏)



胸膜及肺臟ノ損傷(肺臟ノ損傷)

ニシテ、右腋窩ニ於ケ

肺臟損傷ノ轉歸

ル刺創後六時間ニシテ、斯ノ如ク廣ク皮膚氣腫ノ蔓延セル者ナリト云フ。然レドモ胸腔若シ自在ニ外界ト交通スルトキハ、之ヲ缺如スルコト多シ。又外部ノ創口廣大ナル者ニ在リテハ、時トシテ肺臟ノ脱出ヲ見ルコト有レドモ、是レ絶ダ罕ニ觀ル所ナリ。

轉歸 上文既ニ述ベタルガ如ク、肺臟損傷後ノ轉歸ハ、主トシテ亦副損傷ノ有無及其輕重竝ニ繼發性炎症ノ有無ニ關スル者ニシテ、若シ他ニ著シキ副損傷無ク、又炎症ヲ繼發スルコト無キトキハ、假令稍、重症ナル損傷ニ在リテモ、著シキ機能障礙ヲ貽スコト無クシテ治癒スルコト有リ。然レドモ亦肺炎、肺膿瘍、肺壞疽、膿胸等ヲ繼發スルコト少カラズ。又幸ニシテ是等ノ諸症治癒ニ就クモ、後ニ至リテ肺萎縮慢性氣管枝炎、肺結核病、肺氣腫等ヲ發來シ、又胸膜癒著ノ爲、胸廓ノ畸形ヲ招來スルコト有リ。此他肺膿瘍ノ外方ニ破開スルヤ、間、長ク此所ニ氣管枝瘻 (Bronchofistula) 又ハ肺瘻 (Lungonfistula) ヲ貽スコト有リ。

肺臟損傷ノ診斷

診斷 肺臟ノ損傷ハ、上來述ベタル所ノ症候ニ由リテ診斷シ得可シト雖、亦損傷アルモ其症狀著明ナラザルガ爲、之ヲ診定シ難キコト往々之有リトス。但シ之ヲ確診セムガ爲、濫リニ創内ニ消息子ヲ送入スルハ、常ニ避ケザル可カラズ。而シテ肺臟ノ損傷ニ見ル所ノ最モ主要ナル診斷上ノ徵候ハ、泡沫狀ノ血痰、胸廓創ヨリノ空氣及血液ノ漏出、氣胸及皮膚氣腫等ナリ。但シ皮膚氣腫ハ、屢、缺如スルコト有リ。故ニ之ヲ確診セムニハ、常ニ綿密ナル理學的診查ヲ施シ、又喀痰ノ肉眼的及顯微鏡的檢査ヲ行フ可シ。是レ肺臟

肺臟損傷ノ豫後

ノ創傷ニ於テハ、喀痰中ニ間、布片ノ纖維或ハ其他ノ異物ヲ發見スルコト有レバナリ。

豫後 本症ハ、殊ニ損傷ノ輕重及副損傷ノ有無及其輕重竝ニ炎症發生ノ有無等ニ由リ其豫後ヲ決シ難キモ、概近防腐的の外科ノ發達スルニ從ヒ、肺臟損傷ノ死亡數ハ、往時ニ比シテ著シク其數ヲ減ズルニ至レリ。

肺臟損傷ノ療法

療法 肺臟ノ穿通創ハ、一汎ノ法則ニ從ヒ嚴ニ防腐的若クハ無腐的ニ處置セザル可カラズ。其處置愈、早ケレバ、豫後モ亦愈、良ナリトス。而シテ此穿通創ニ對シ第一ニ必要ナルハ、胸廓ノ血管(長胸動脈、肋間動脈、內乳動脈、鎖骨下動脈)或ハ肺臟ヨリ來ル出血ヲ防止スルニ在リ。胸壁血管ノ結紮法ハ、既ニ上文ニ述ベタリ(本卷二六五頁參照)。肺臟ノ出血ハ、概シテ甚ダ多量ナラザレドモ、時トシテ甚ダ多量ニシテ、止血スルノ暇無キコト有リ。殊ニ其出血ハ、通常之ヲ防止スルコト頗ル困難ナリ。故ニ其著シキ出血ニハ、時宜ニ由リ胸廓ヲ切開シテ肺臟創ヲ露出シ、能ク可クムバ、結紮法或ハ括約法ニ由リテ止血ヲ試ム可シ。而シテ創傷ニ對スル處置ハ、創口ノ胸腔内ニ開通スルト否トニ由リ大ニ異ナリトス。即チ穿通創ニ在リテモ、創口直ニ閉合シテ胸腔ハ外界ト毫モ交通セズ、且氣胸或ハ血胸ヲ來サザル者ニ在リテハ、胸廓ノ外部創面及其附近ヲ法ノ如ク嚴重ニ消毒シタル後、創内ニよトどふるむがーセヲ填塞シ、厚キ無腐的被覆繃帶ヲ施シテ胸廓、肩胛部及上腹部ヲ悉ク被包ス可シ。之ニ由リ炎症性反應ヲ呈スルコト無クシテ治癒スルコト有リ。然レドモ若シ發熱或ハ呼吸困難ヲ來シ、且理學的診查ニ由リ胸膜内ニ多量

ノ滲出物アルヲ知ルトキハ、時宜ニ由リ穿胸術ヲ施スカ、或ハ開胸術(其術式ハ共ニ下條ニ詳ナリ)ヲ行ハザル可カラズ。但シ外科若シ胸腔内ニ開通シテ氣胸若クハ氣血胸ヲ起シ、或ハ既ニ膿氣胸ヲ生ジタル者ニ在リテハ、更ニ創口ヲ開大シ(此際肋骨切除術ヲ要スルコト多シ)、三%硼酸水・〇・三%さりちいる酸水・〇・二%過まんがん酸カリ水又ハ殺菌食鹽水ヲ以テ丁寧ニ胸膜腔内ヲ洗滌消毒シタル後、排導管ヲ裝シテ防腐繃帶ヲ施スコト有ル可シ。然レドモ新創ニシテ創面不潔ナラザル者ニハ、固ヨリ洗滌ヲ施スノ必要無キ者トス。宜シク創内ニよーどふるむがーせヲ填塞シテ、防腐繃帶ヲ施ス可シ。此他肺臟ニ對スル療法ハ、唯症候的ナリ。即チ咯血スル者ニハ、嚴ニ安臥ヲ命ジ、咳嗽ニハもるひねヲ内服セシメ、或ハ之ヲ注射ス。又皮膚氣腫ノ蔓延セル者ニハ、穿刺法ニ由リ或ハ尖刀ヲ以テ數所ニ小穿刺ヲ施シテ空氣ヲ排出ス可シ。

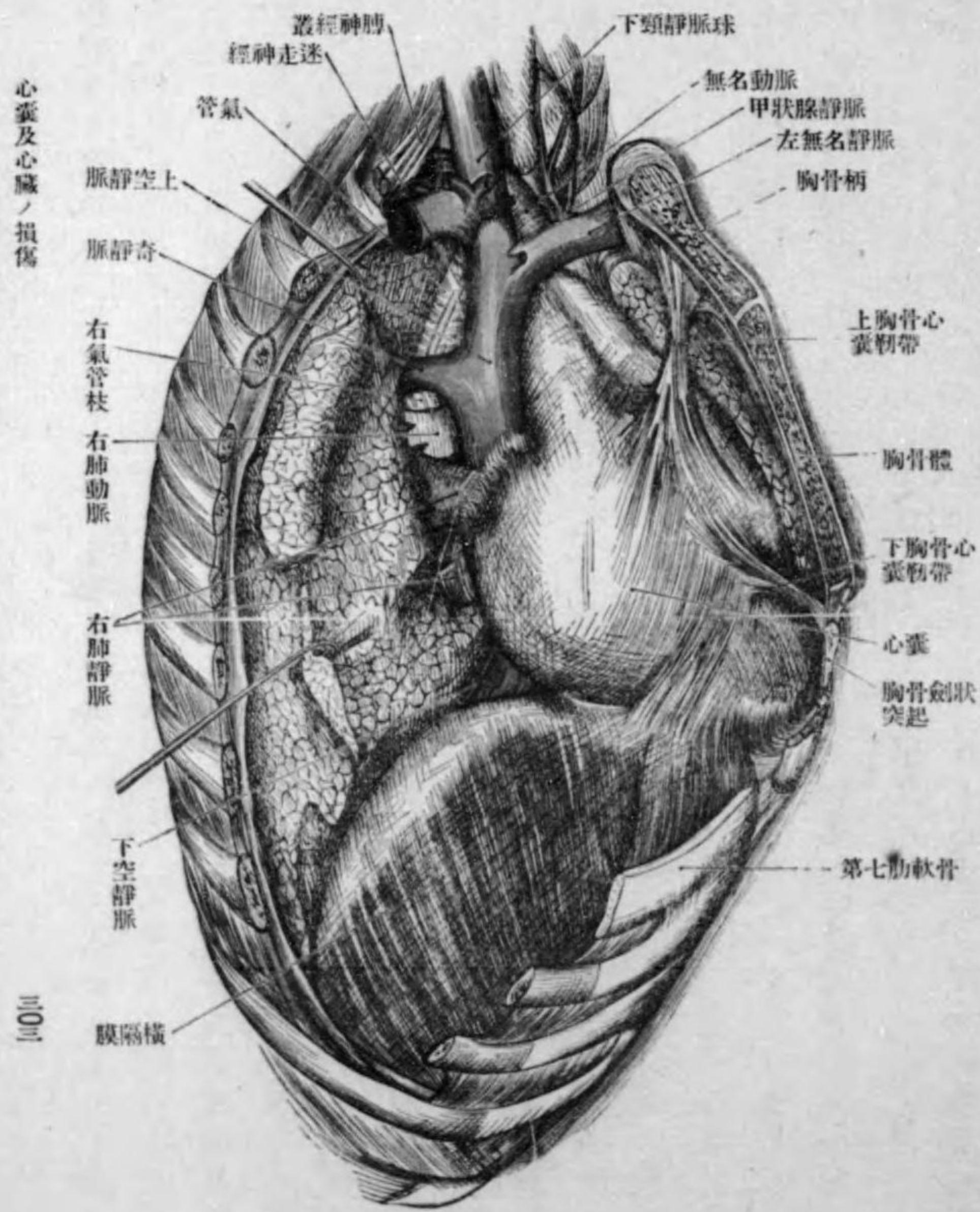
第二 心囊及心臟ノ損傷

心囊及心臟ノ損傷 Verletzungen des Herzbeutels und des Herzens ハ、外傷力ニ因ル者最モ多ク、内方ヨリスルハ稀ニシテ、通常兩者同時ニ損傷セラレ、單ニ心囊ノミ損傷ヲ蒙ルルガ如キハ罕ナリトス。加之、此損傷ニハ、亦胸膜肺臟大ナル血管及殊ニ心臟冠狀動脈、其他橫隔膜ノ損傷ヲ合併スルコト少カラズ。而シテ損傷ノ種類ハ、刺創、切創、銃創、其他鈍體ノ外力ニ由ル挫創(例之襟過ニ因ル)等ナリトス。

心囊及心臟ノ損傷

單獨ナル心囊ノ損傷ニ於テ若シ細菌心囊内ニ侵入セザルトキハ、著シキ反應ヲ呈スルコト無ク、唯輕度ノ心囊炎及胸膜炎ヲ起シ、心囊ハ多ク心臟ト癒著スルノ外、特別ナル

圖 九 十 百 二 第
面 側 右 ノ 囊 心



心囊及心臟ノ損傷

1101

障礙ヲ貽サズシテ治療スルコト有リ。リーチンゲル氏ニ據レバ、合併症無キ心囊創傷ノ治療セル者三〇%以上ナリト云フ。然レドモ此際若シ其中ニ細菌侵入スルトキハ、爲

Riedinger

ニ化膿性心囊炎及胸膜炎ヲ發シ

テ死ニ至ラシムルコト有リ而シ

テ心囊ノ損傷ニ於テ血液若シ其

ニ蓄積スルトキハ、心囊血腫(Das

Hämopericard)ヲ生ジ、空氣若シ其

ニ竄入スルトキハ、心囊氣腫(Das

Pneumopericard)ヲ發ス。後者ハ、殊ニ

食道肺臟胃及腸ノ損傷ヲ合併ス

ル際ニ來ル者ナリ。蓋シ心囊損傷ノ

後直ニ死亡ヲ來スハ、多クハ重症

ナル他ノ損傷、例之心臟大ナル血

管ノ損傷ニ因ル失血ノ爲、ナレド

モ、亦心囊内ニ血液蓄積シ(心囊血

腫)爲、ニ心囊ヲ壓迫シテ其擴張ヲ

妨グルニ因ルコト有リ。

圖 十 二 百 二 第
創 刺 ノ 室 右 臟 心
(氏ルゲンチリ)

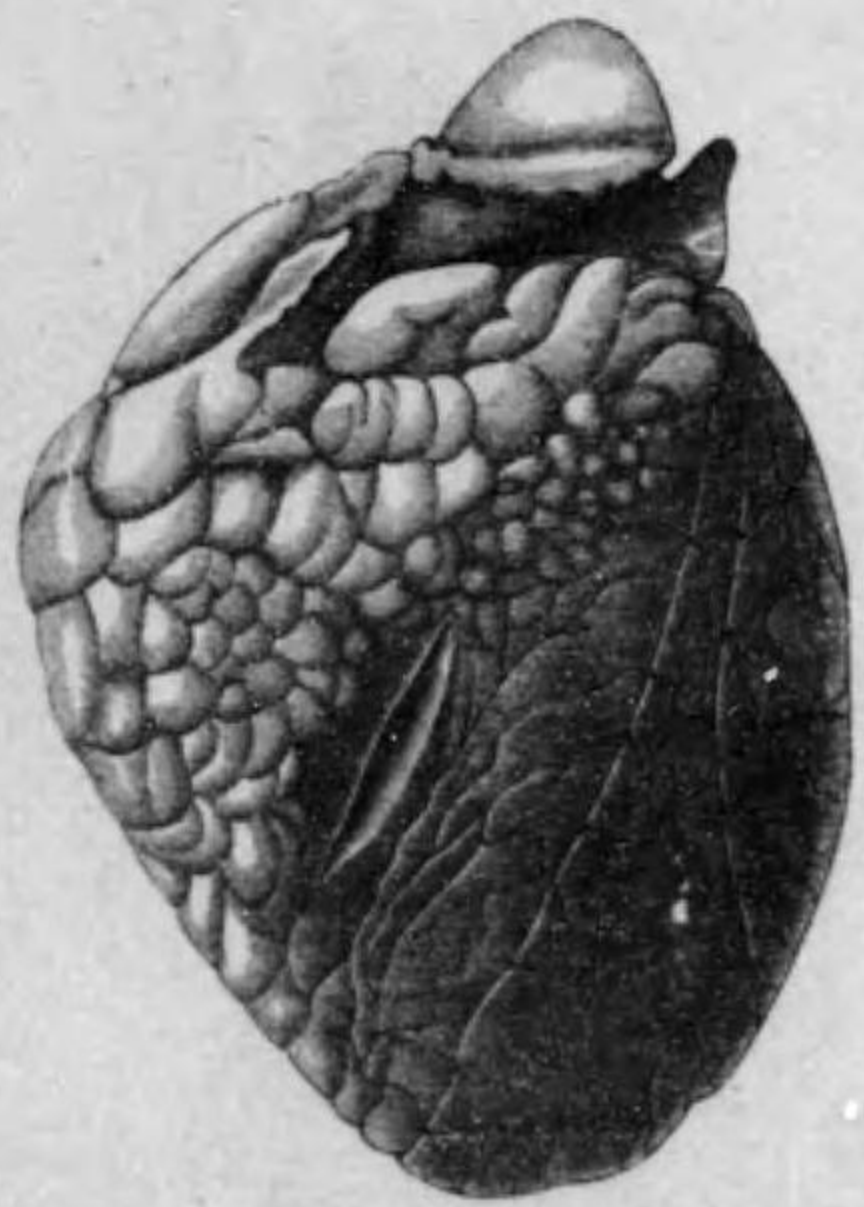
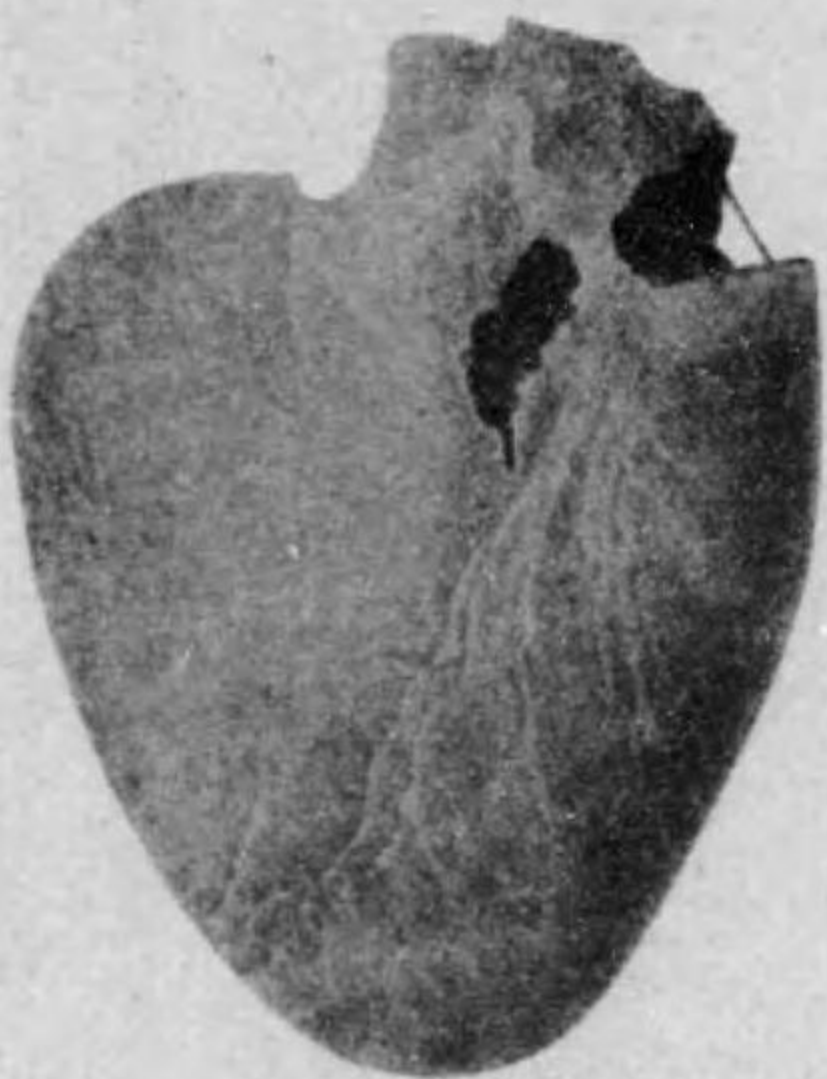


圖 一 十 二 百 二 第
創 刺 ノ 臟 心
(氏ルゲンチリ)



心○臟○ノ○損○傷○モ、亦前症ト同一ノ原因ニ基ク者ニシテ、其刺創若クハ切創ハ、多クハ心筋ノ全層ヲ穿通スルモ、罕ニハ表層ニ止マル者アリ、殊ニ胸壁ニ接近セル右室ノ損傷セラルルヲ最モ多シトス(第百二十圖)ゲ・フ・イ・シ・ル氏ニ從ヘバ、心臟創三百五十一例中、非穿通性創ハ僅々三十四例ニ過ギズ。此他轢過汽車緩衝器ノ壓迫高所ヨリノ墜落等ニ際シテ心臟ノ裂創ヲ來シ、加之、時ニ其全斷裂ヲ來スコト有リ。然レドモ其破裂ハ、亦間、既ニ存在スル心筋ノ變性ノ爲、ニ誘起セラルル者ニシテ、外力ヲ蒙ラズシテ心臟ノ特發性破裂ヲ來スガ如キモ、蓋シ亦其變性ニ基ク者ナリ。爾他心臟ノ銃創モ、間、之ニ著シキ損傷ヲ起サシムルモ(第百二十一圖)房室間ノ纖維性輪及瓣膜ハ、最モ抵抗強シト云フ。

心囊及心囊損傷ノ症候

症候 心囊及心臟ノ損傷ニ於テハ、患者多クハ即死ヲ免カレザルヲ以テ、臨牀上其症狀ヲ實驗シ得ルハ絶ダ罕ナリトス。但シ其一般ノ主徴ハ、しよく及内部出血ニシテ、患者即死セザルトキハ、多クハ失神シ、顔色蒼白、脈搏微弱ト爲リ、心跳ハ殆ド觸ル可カラズ。心動モ、亦極テ幽微ニシテ、若シ心囊内ニ溢血ヲ來ストキハ、心濁音部ノ増大ヲ認ムル

モ、若シ又空氣其中ニ竄入スルトキハ、心濁音部消失ス。蓋シ斯ノ如キ症ニ於テハ、患者失神セル間ハ辛フジテ命脈ヲ繋ギ得ルモ、醒覺ノ後心力稍、恢復スルニ至リテ再ビ出血ヲ來シ、頓ニ致命スルコト有リ。又幸ニシテ死ヲ免カルルコト有ルモ、後ニ至リ種々ナル障礙ヲ貽スヲ常トス。例之心臟擴張、心筋衰弱、肝脈性心筋炎、瓣膜閉鎖不全及狹窄(慢性心臟内膜炎、瓣膜ノ萎縮及肥厚ニ因ル)あてゝ一む變性、癒著ヲ繼發スル慢性心囊炎等

心囊及心臟ノ損傷

心囊及心臟損傷ノ診斷

ノ如キ是ナリ。

診斷

心囊ノ損傷ニ於テ若シ其中ニ血液或ハ空氣ノ蓄積スルコトヲ證明スルトキハ(心囊血腫及氣腫)其診斷確實ナレドモ若シ同時ニ氣胸若クハ血胸ヲ有スルトキハ之ヲ檢知スルコト能ハザルコト有リ此他創傷ノ部位モ亦診斷上頗ル緊要ナリトス。心臟損傷ノ診斷ニ於テ殊ニ肝要ナルハ亦創傷所在ノ部位器械ノ種類しよく創所ノ搏動心囊血腫或ハ心囊氣腫心臓雜音呼吸困難脈搏微弱等ナレドモ時トシテハ心臟ニ穿通創アルモ生前ニハ毫モ之ヲ知ルコト能ハズ或ハ心囊炎ノ續發ニ由リ始テ之ニ注意スルコト有リ。

心囊及心臟損傷ノ豫後

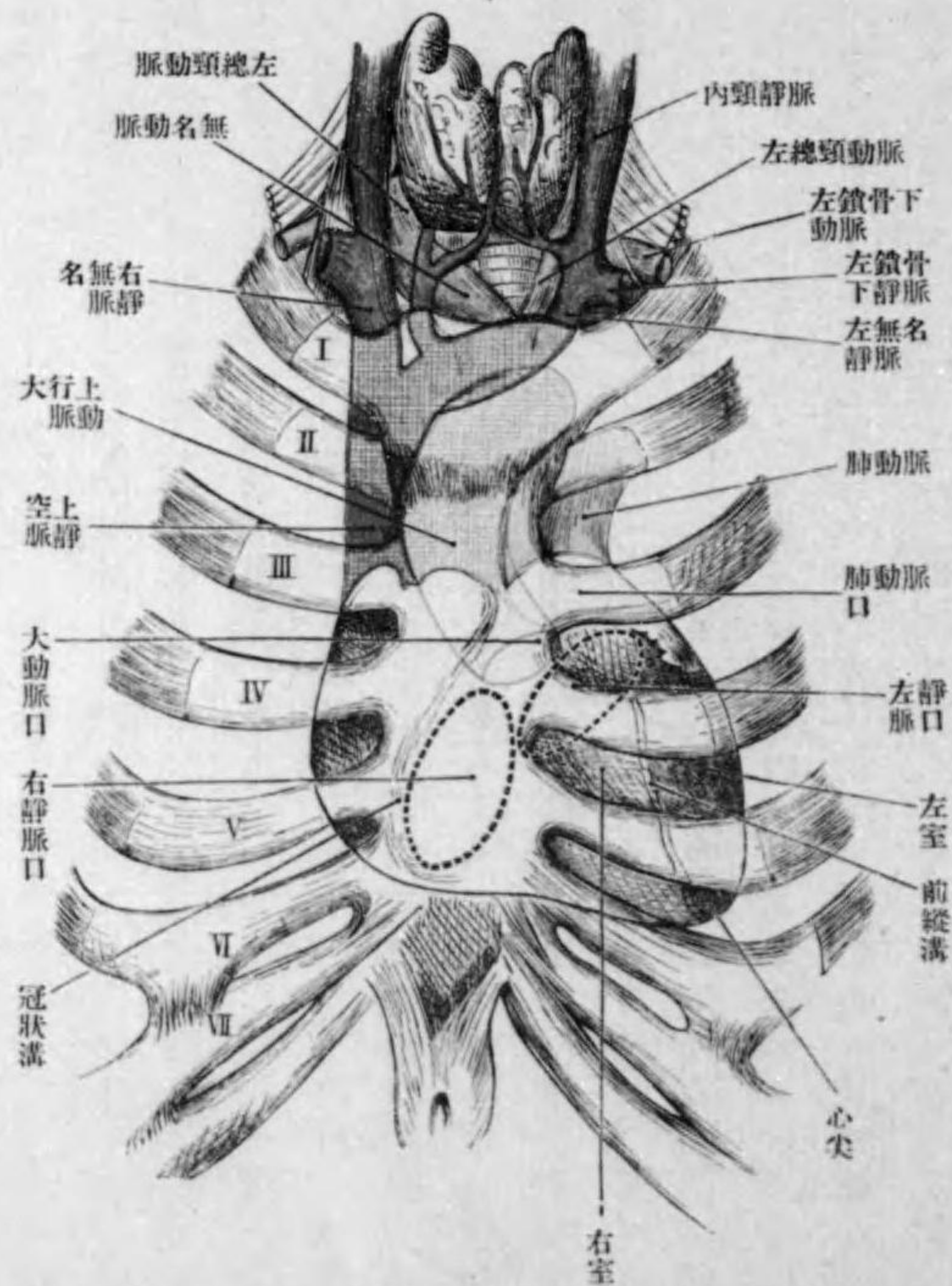
豫後 心囊及心臟損傷ノ豫後ハ合併症ノ有無及其輕重ニ由リ決定シ難ケレドモ既ニ述ベタルガ如ク、リーチンゲル氏ニ據レバ合併症無キ心囊ノ損傷ニ於テハ、 $\frac{1}{3}$ 以上ノ治癒ヲ得可シト云フ。心臟創傷ノ豫後ハ多クハ不良ニシテ之ヲ實驗ニ徵スルニ上房ノ損傷ハ心室ノ損傷ヨリ遙ニ危險ナリト。キウコフ、グ、ワイシエル、ロアソン氏等ニ從ヘバ其治癒ハ僅ニ約七乃至一五%ニ過ギズト云フ。Kawakoff, G. Fischer, Lawson

心囊及心臟損傷ノ療法

療法 心囊及心臟ノ損傷ニ於テ手術的療法ヲ施ス可キヤ否ハ主トシテ出血ノ度ニ關ス。故ニ其損傷ニシテ確實ナラズ且危險ナル症狀(出血心囊血腫ニ因ル心臟壓迫心囊氣腫等)ヲ呈セザルトキハ先づ患者ヲ嚴ニ安臥セシメ、もるひね及強心藥ヲぢきたみんじがれーん等)ヲ與ヘ、局所ニ冰囊ヲ貼シ、外部ノ創所ハ一汎ノ防腐法ニ從テ處置シ、

時宜ニ由リかむふる油ヲ注射ス可キモ酒類ハ與ヘザルヲ良トス。而シテ是等ノ諸法ハ他ニ異常無キトキハ少クモ二週間持續セザル可カラズ。之ニ由リテ實際心臟ニ損傷アルモ能ク治癒スルコト有リ。又肋間動脈及内乳動脈ヨリ出血スルトキハ固ヨリ直ニ之ヲ結紮セザル可カラズ本卷二六五

圖 二 十 二 百 二 第
置 位 ノ 管 血 大 及 臟 心



或ハ大ニ之ニ疑ヲ容ル可キトキハ速ニ手術的療法ヲ施サザル可カラズ。即チ可及的廣

心囊及心臟ノ損傷

心臟ノ露出

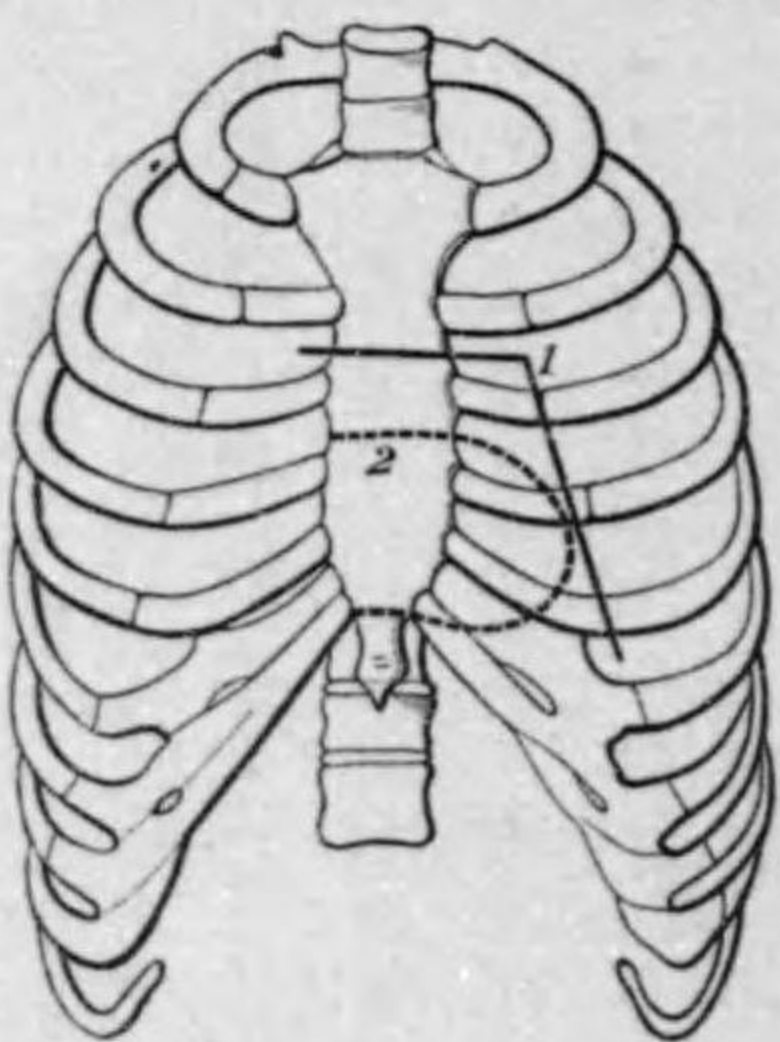
ク○心○囊○及○心○臟○ヲ○露○出○セ○ザ○ル○可○カ○ラ○ズ○。此際失神セル者ニ在リテハ、通常麻酔ヲ要セザル者トス。

心臟ノ露出法 (Die Blosslegung des Herzens) ニ、種々ナル方式アレドモ、通常行ハルル法ハ、第四或ハ第五肋間ニ於テ左側胸骨縁ヨリ外方ニ向ヒ切開ヲ施シ、斯テ心臟ニ達スルニハ、第四或ハ第五肋骨(之ヲ良トス)或ハ又兩肋骨ノ一部ヲ切除スルニ在リ。或ハ又唯第五肋軟骨ヲ胸骨附近ニ於テ切離シ、之ヲ外方ニ向テ牽引スルモ可ナリ。此際胸膜ノ損傷ハ、可及的避ケザル可カラザレドモ、該膜ハ既ニ損傷ノ爲、毀損セララルルヲ常トス。斯テ心臟ヲ切開シ、其中ノ血液ヲ排除シタル後、深ク且廣ク心臟ニ細キ絹絲ヲ通ジテ、結節縫合ヲ施ス可シ。但シ縫合絲ハ、心臟ノ内腔ニ出ス可カラズ。心臟ノ縫合時ニ於ケル出血ヲ制止スルニハ、指ニテ創口ヲ壓迫スルカ、或ハ上下兩空靜脈ノ右房ニ開口スル部ヲ壓迫ス可シ。サウエルブルッフ・レーン及ハッケル氏等ニ據レバ、此壓迫ハ九乃至十分間持續スルモ、心臟ヲ傷害スルコト無シト云フ。斯テ縫合ヲ了レバ、心囊及胸膜内ニ各別ニガーセ小片ヲ插入スルカ、或ハ時宜ニ由リ之ヲ施サザルコト有ル可シ、以テ能ク治療ヲ期ス可キコト有リ。單純ナル心臟ノ創傷ニ在リテモ、其處置ハ前段ニ述ベタル所ニ異ナラズ。

此他心臟ヲ露出スルニ、尙左ノ諸法アリ。即、左第四及第五肋軟骨或ハ第三乃至第五又ハ第六肋軟骨ノ部域ニ於テ有莖ノ皮膚筋骨瓣ヲ造リテ胸廓ヲ開キ、心囊ヲ露出シ、可

心臟按摩法

圖三十二百二第 法切膚皮ル露ヲ臟心



(1) リヂギ
イル氏ノ角
狀切法 (2)
ウエール氏
ノ弓狀切法

三乃至第五又ハ第六肋軟骨部ヨリ右方ニ翻轉スル皮膚筋骨瓣ヲ造ル法ヲ稱用セリ (第百二十三圖1)。
皮膚切開ハ、角狀切法ニシテ、第三肋骨ノ直上部ニ於テ胸骨上ニ横切ヲ施シ、其左切開線ハ、右側ヨリモ遙ニ胸骨ヲ越エ、次デ左側ノ切

及的廣ク之ヲ切開ス。レーン氏ニ據レバ、右上房ニ達スルニハ、右第三及第四肋軟骨ヲ切除シ、時宜ニ由リ亦胸骨ノ一片ヲモ切除スルヲ良トスト。リヂギール氏ハ、胸骨及第三乃至第五又ハ第六肋軟骨部ヨリ右方ニ翻轉スル皮膚筋骨瓣ヲ造ル法ヲ稱用セリ (第百二十三圖1)。

開端ヨリ肋軟骨附著部ニ沿テ斜ニ下方ニ向ヒ、第五肋骨ノ下部ニ達ス。又ウエール氏ハ、胸骨及第四乃至第七肋軟骨部ヨリ成ル皮膚筋骨瓣ヲ造ル法ヲ稱用セリ (第百二十三圖2)。

爾他本損傷ノ療法トシテ尙甚ダ肝要ナルハ、高度ノ貧血ヲ來セル者ニ在リテハ、食鹽水ノ靜脈内又ハ皮下輸入法ヲ施シ(時宜ニ由リ之ニあどれなりんヲ加フ)或ハ四肢ヲ彈力帶ニテ纏絡シ、以テ自家輸血法ヲ行フ等ニ在リ。

心囊ノ疾患ニ於ケル心囊穿刺術及切開術ニ就テハ、尙心囊炎ノ條下ニ説ク可シ。

茲ニ尙附記ヲ要ス可キ者ヲ、心臟按摩法 (Die Massage des Herzens) ト爲ス。ブルート氏ハ、窒息シタル動物又ハくろろふるむニ由リテ斃レタル動物ニ就テ、心臟ヲ露出シテ按摩法ヲ施シ、

同時ニ人工呼吸法ヲ行ヒ、之ヲシテ復活セシメタルニ由リ、最後ノ復活法トシテ、亦之ヲ人體ニ應用セムコトヲ推舉セリ。キーン氏ニ從ヘバ、ブルムト氏ノ心臟按摩法ハ、一千九百四年四月マデニ二十八人ニ施サレタルニ、奏效ヲ見タルハ僅々四回ナリキト云ヘリ。又ライヌ・スミス・デ・グリス氏等ハ、此目的ニ腹正中線ニ於テ、若クハ左側肋骨弓ニ沿テ速ニ腹腔ヲ開キ、弛緩セル横隔膜ト胸骨トノ間ニ於テ心臟ヲ把握シ、之ヲ揉捏シテ脈搏及呼吸ノ絶止セル者ヲ復活セシムルコトヲ得タリ。此他モウクレール氏ハ、之ニ横隔膜ヲ切開スル法ヲ施シタルモ、是等ノ諸法中迅速ニ行ヒ得可ク、而モ最モ危険少キハ、蓋横隔膜下ヨリスル按摩法ナル可シ(チルマンヌ氏)。

第三 胸腔内大血管ノ損傷

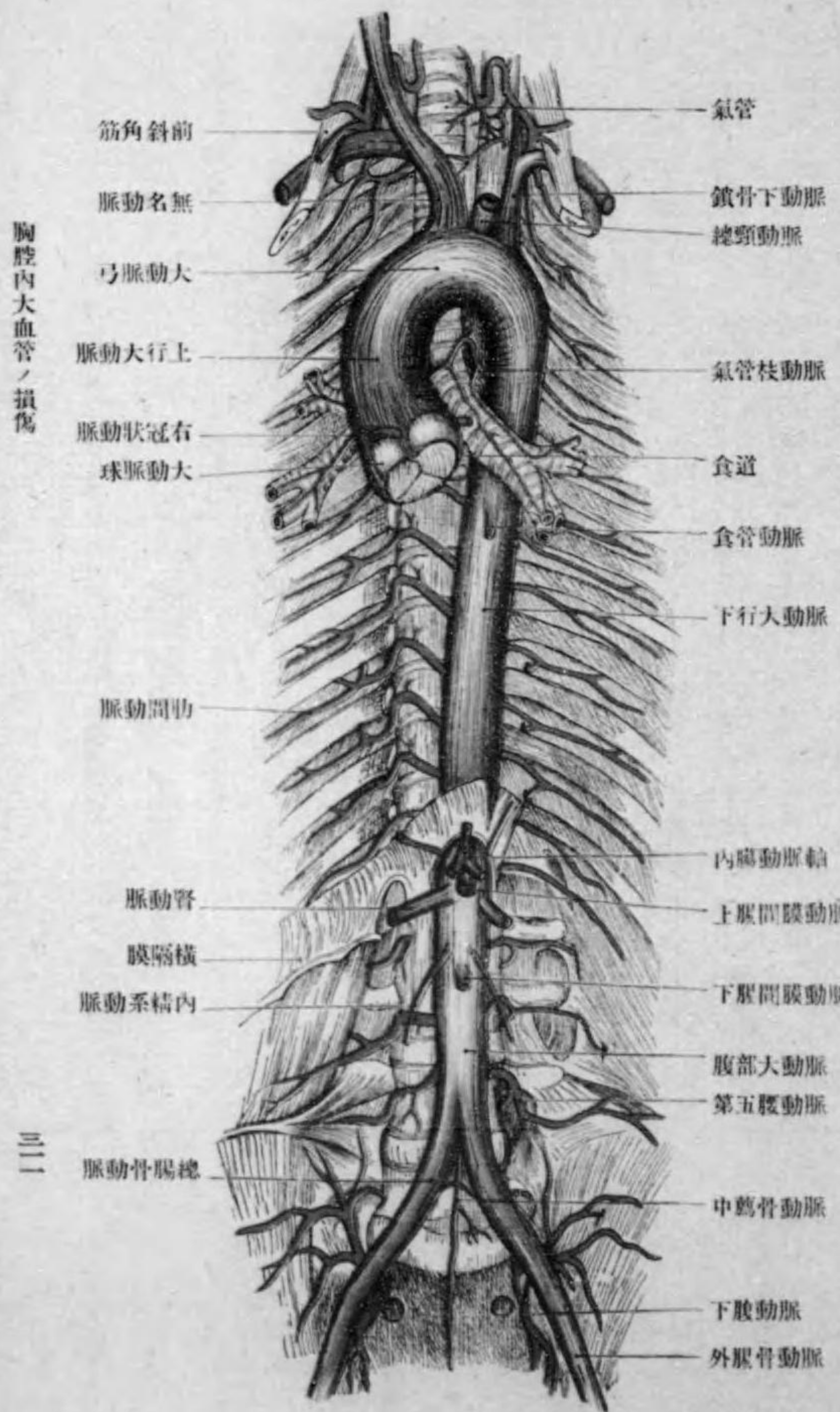
胸腔内大血管ノ損傷

胸腔内大血管ノ損傷 Verletzungen der grossen Gefässe in der Brusthöhle (第二百二十二及第二百二十四圖參照)ハ、殊ニ刺創及銃創ニ因ル者ニシテ、大動脈、空靜脈及肺動脈ノ損傷セララルルヤ、非常ナル出血ノ爲、殆ド皆即死ヲ免カレザレドモ、輕微ナル刺創或ハ擦過銃創ニ在リテハ、忽チ死ニ至ルコト無ク、罕ニハ大動脈ノ細小ナル刺創ニ於テモ、治癒セル者アリ。又出血ハ、間、動脈瘤ノ形成ニ由リテ停止シ、其増大スルニ及ビ、破裂ニ由リテ死ニ至ルコト有リ。此他胸腔内ノ大ナル血管ハ、嚙下セラレタル異物、例之尖銳ナル骨片、魚骨針等ノ爲、食道ヨリシテ損傷セララルコト有リ。又大動脈ノ變性セル

胸腔内大血管ノ損傷ノ療法

者ニハ、時ニ特發性破裂ヲ見ルコト有リ。療法 本症ニ對シテハ、療法ヲ施シ得ルコト絶ダ罕ナリ。是レ負傷者ハ、大抵失血ノ爲、

大動脈及其枝別 第二百二十四圖



胸腔内大血管ノ損傷

即死スレバナリ。但適當ナル症ニ在リテハ、動脈及靜脈ノ縫合ヲ企ツルコト有ル可シ。其他ハ創内ニよーどふるむがーせヲ栓塞スル等ニ過ギズ。

肺動脈ノ栓塞ニ對スル Trendelenburg 氏ノ手術

茲ニ尚肺動脈ノトレンデレンブルグ氏手術 (Die Trendelenburg'sche Operation der Lungenarterien) ヲ舉グ可シ。蓋肺動脈領域ニ於ケル栓塞ハ閉塞セラレタル血管ノ廣狹及閉塞スル物質ノ性状ニ從ヒ頗ル其趣ヲ異ニスル者ニシテ、該栓塞ニ對シテ外科的療法ヲ施シ得可キハ、唯其本幹若クハ大ナル枝極ニ栓塞ヲ起セル場合ニ限レリトス。此場合ニ於テ來ル栓塞性物質ハ、下肢ノ靜脈ヨリスル者トス。斯ノ如キ肺動脈栓塞ニ對スル手術ハ、一千九百七年 Trendelenburg 氏ガ動物試驗ニ基キ推舉セル法ニシテ、之ヲ施スニハ、若シ得可クムバ、ブラウエル氏若クハザウエルブルフ氏ノ壓差法 (Sauerbruch Brauer) 第二肋骨上ニ横切開ヲ施シ、次デ左側胸骨緣ニ沿ヒ第一肋骨ヨリ第三肋骨ニ至ルマデ鉛直ノ切開ヲ施シ、之ニ由リテ得タル三角形ノ皮膚筋瓣ヲ下方ニ翻轉シ、斯テ第二肋骨ヲ肋骨ノ一部ヲモ共ニ切除セザル可カラズ。是ニ於テ此切開口ニ沿テ胸膜ヲ開クトキハ、肺臟沈下シ心囊露出スルヲ以テ、二個ノ鑷子ヲ以テ之ヲ提舉シ、縱ニ之ヲ切開ス。今ヤ肺動脈及大動脈露出スルヲ以テ、一種ノ鉤ヲ左方ヨリ血管ノ周圍ニ繞ラシ、次デ其尖端ニ護謨管ヲ附シタル後、之ヲ引戻シ、以テ該管ヲ以テ肺動脈ヲ壓迫シツツ之ニ小切開ヲ加ヘ、彎曲シタル鉗子ヲ深ク血管内ニ挿入シテ栓塞ヲ抽出ス。斯テ抽出ヲ了レバ、細キ絹絲ヲ以テ血管ノ創口ヲ縫合シ、護謨管ヲ除却シタル後、心囊創ヲ閉鎖シ、然ル後胸壁筋ヲ故位ニ縫著スト。

レンデレンブルグ・レーウエン及ジーウ・ス氏ニ據レバ、栓塞ノ抽出ニ要スル時間ハ、一分間ニシテ足レリト云フ。 Lawen Sivers

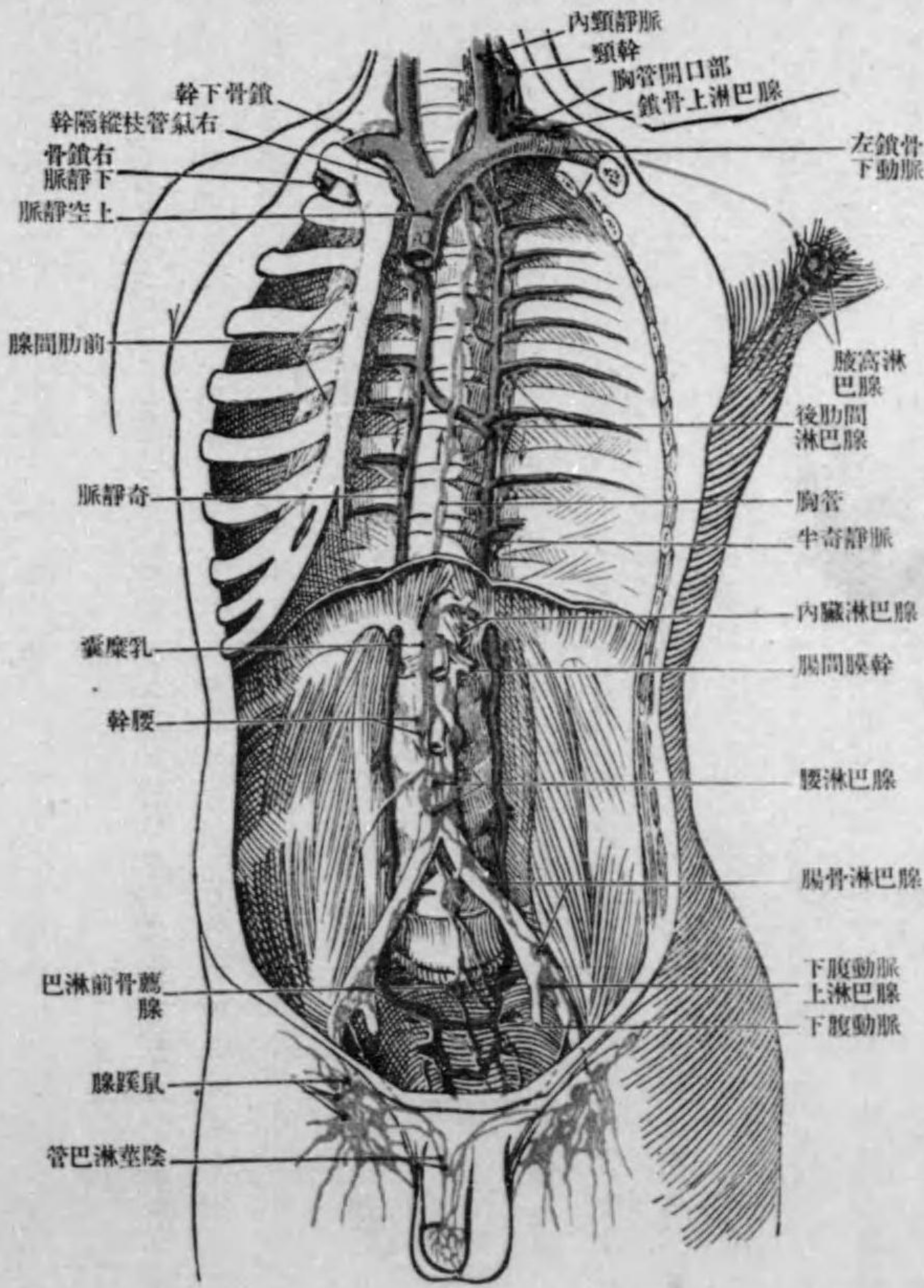
第四 胸管ノ損傷

胸管ノ損傷

胸管ノ損傷 Verletzungen des Milchstranges (Ductus thoracicus) ニシテ頸部ニ來ル者ハ、間ノ刀尖ノ刺入ニ因ルコト有レドモ、最多ナルハ鎖骨上窩部ニ於ケル手術ノ際偶然來ル者ナリ。フォン・ゲラフ氏ニ據レバ、本損傷二十七例中、刀尖ノ刺傷ニ因ル者ハ唯一例ニシテ、其他ハ皆偶然手術ノ際生ジタル者ナリト云フ。但此損傷ハ、直ニ發見セラレズ、數日ノ後細帶交換ノ際乳糜漏 (Die Chylorrhoe) ノ存在ニ由リテ之ヲ知ルコト少ナカラズ。然レドモ此症ハ、通常直ニ治療ニ就ク者トス。之ニ反シテ胸廓内ニ於ケル胸管ノ損傷ハ、通常他ノ胸内臓器ノ重症ナル損傷ヲ合併シ、胸管ノ損傷ハ、寧之ニ比シテ輕症ノ者ト看做サザル可カラズ。又此損傷ハ、脊椎骨折 (第九及第十胸椎) 及肋骨骨折 (第七乃至第九肋骨) ノ際ニ見ル所ナレドモ、亦胸廓ノ壓榨セラレル際、單獨ニ來ルコト有リ。而シテ肋骨胸膜ノ損傷ヲ伴フ胸管ノ断裂ニ在リテハ、乳糜液胸膜腔内ニ蓄積シ、以テ乳糜性水胸即乳糜胸 (Der chylöse Hydrothorax oder der Chylothorax) ヲ發ス。但乳糜胸ハ、損傷ニ因ルヨリモ、寧鎖骨下靜脈ノ血塞胸管ノ壓迫或ハ疾患 (結核病、梅毒、癌腫) 入血絲狀態ニ因ルヲ多シトス。此際又胸管ノ破裂ニ由リ、時ニ乳糜性腹水 (Das Chyloperitonium) ヲ發ス。

胸管ノ損傷

第 二 百 二 十 五 圖
胸 腔 及 腹 腔 內 大 淋 巴 幹



併セル損傷ノ爲ニ斃ルル者ニシテ、ハイン氏ノ集メタル本症九例中、五名ハ治愈シ、四
oder Ascites chylosus ヲ發スルコト有リ。而シテ胸管ノ損傷ニ於テハ、患者多クハ他ノ合
 Hahn

胸管損傷ノ療

名ハ死亡セリト云フ。
療法 胸管内ニ於ケル胸管ノ損傷ニ在リテハ、唯胸腔内ニ多量ノ乳糜液蓄積シ、爲ニ肺臓及心臟ノ壓迫症狀ヲ發來セル際治療ヲ要スル者ニシテ、此場合ニ於テハ、宜シク胸廓ノ穿刺術即穿胸術ヲ施ス可シ。ハイン氏ハ、乳糜胸ノ一症ニ於テ、數回ノ穿胸術ニ由リ全量二萬五百立方仙迷ノ乳糜液ヲ漏シタリシニ、患者ハ受傷後四十二日ニシテ死亡セリ。而シテ之ヲ剖檢シタルニ、左側第八及第九肋骨及第十胸椎ノ骨折ヲ認メ、此胸椎部ニ於テ胸管ニ一ノ裂孔アルヲ發見セリト云フ。

第五 横隔膜ノ損傷

横隔膜ノ損傷

横隔膜ノ損傷 Verletzungen des Zwerchfells ハ、稀有ナラズ。胸廓ノ皮下損傷即挫傷ノ際往々横隔膜ノ皮下損傷ヲ來スコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ。例之高所ヨリノ墜落轢過等ノ際ニ於ケルガ如シ。又罕ニ分娩時又ハ嘔吐ニ際シ(殊ニ胃ノ過度ニ充滿セル際、過劇ナル筋努力ノ爲、ニ其裂傷ヲ來スコト有リ。横隔膜ノ開放損傷ハ、殊ニ刺創及銃創ニ因ル者ニシテ、斯ノ如キ損傷ニ由リ之ニ裂隙ヲ生ズルトキハ、間、腹内臓器殊ニ胃腸脾臓及肝臓ノ一部ハ、其裂隙ヲ經テ胸腔内ニ竄入シ、或ハ之ニ反シテ稀ニ肺臟轉位シテ腹腔内ニ竄入スルコト有リ。之ヲ横隔膜ヘルにあ。(Der Zwerchfellbruch, *Hernia diaphragmatica*)ト名ク。但、此ヘるにあハ、通常ヘるにあ囊ヲ有セザル者ニシテ、固

ヨリ真正ノへるにあニ非ズ(本書第三卷腹部外科へるにあ)ノ條下ヲ參照ス可シ。而シテ斯ノ如ク腹内臓器ハ、胸腔内ニ脱轉スルコト有ルモ、患者ハ往々唯多少ノ痛痛呼吸障礙ヲ訴フルノ外、他ニ著シキ障礙ヲ來スコト無クシテ數年ノ間生存シ、剖檢ノ際始テ大ナル横隔膜へるにあノ存在スルヲ知ルコト有リ。然レドモ亦他ノ症ニ在リテハ、胸腔内ニ脱轉セル腸管ニ嵌頓症ヲ發シ、早晚死ニ至ル者アリ。而シテ横隔膜ノ損傷ニハ、通常胸内臓器及腹内臓器ノ重症ナル損傷ヲ合併スルコト多キ者ニシテ、之ガ爲、患者即死シ、或ハ早ク死亡スル者少カラズ。

横隔膜損傷ノ症候

症候 横隔膜ノ損傷ハ、其輕重殊ニ副損傷ノ輕重ニ從ヒ其症狀一様ナラズト雖、單ニ横隔膜ニ裂傷ヲ生ジタル者ニ在リテハ、通常其局所ニ疼痛ヲ發シ殊ニ深呼吸時又ハ咳嗽ノ際ニ増劇ス。故ニ患者ハ、可及的横隔膜呼吸ヲ避クル者トス。此他腹内臓器若シ胸腔内ニ轉位シテ肺臓及心臟ヲ壓迫スルトキハ、呼吸困難ヲ來シ、又之ガ爲、消化器ノ障礙ヲ來スコト有リ。爾他哆開性横隔膜創ニ於ケル經過ノ良否ハ、主トシテ炎症發來ノ有無ニ關スル者ニシテ、若シ化膿性腹膜炎或ハ胸膜炎ヲ繼發スルトキハ、患者ハ通常之ガ爲、ニ斃ルル者トス。

横隔膜損傷ノ診斷

診斷 單純ナル横隔膜ノ損傷ハ、診斷甚ダ難ク、又屢之ヲ診斷シ得ザル者トス。殊ニ腹内臓器ノ胸腔内ニ轉位セザル者ニ於テ然リトス。然レドモ若シ此轉位アルトキハ、打診及聽診ニ由リテ之ヲ檢知スルコトヲ得可シ。

横隔膜損傷ノ豫後

豫後 主トシテ合併症ノ有無及損傷ノ輕重ニ關スルモ、單ニ横隔膜ノ損傷セラレタル者ニ於テモ、其豫後ハ常ニ疑ハシキ者トス。是、横隔膜へるにあノ爲、胸内臓器ヲ壓迫シテ心臟及呼吸ノ障礙ヲ來シ、又腸ノ嵌頓症ヲ起シ、其穿孔ノ爲、蔓延性腐敗性腹膜炎及胸膜炎ヲ發スルコト有レバナリ。

横隔膜損傷ノ療法

療法 他臓器ノ副損傷ヲ合併セザル横隔膜ノ損傷ニ在リテハ、失フ症候の療法ヲ施スニ過ギザレドモ、適當ナル症、殊ニ副損傷ヲ合併スル者ニ在リテハ、

圖 六 十 二 百 二 第
ヲ幹軀テシ際ニ術手ノ近附膜隔横
置位ルス重懸ヲ盤骨シニ平水
(氏ダンリルケガ)



横隔膜ノ損傷

胸膜腔ヨリ横隔膜ニ達スル通路ヲ求メ、脱轉セル腹内臓器アルトキハ、之ヲ整復シタル後、縫合ニ由リテ創口ヲ閉鎖ス可シ。腹腔ヨリ

裂創ヲ求メ之ヲ縫合スルハ難シトス。此手術ヲ施スニハ、通常外創ノ下部ニ在ル肋骨ヲ八乃至十仙迷切除シ、此創口ヨリ横隔膜創ニ達ス可シ。然レドモ亦時宜ニ由リ皮膚筋骨瓣ヲ造リテ廣ク胸腔ヲ切開スルコト有リ。例之ニ個ノ鉛直側切開ヲ下方或ハ上方ニ於テ横切開ト連結シ、肋骨ヲ側方ニ於テ切離シタル後、皮膚骨瓣ヲ當該肋骨ニ於テ上方或ハ下方ニ翻轉スルガ如シ。腹腔ヨリ横隔膜ニ達スルハ、上述ノ如ク、假令肋骨切除ヲ以テスルモ、甚ダ難シトス。ゲケルリング氏ハ、横隔膜附近ノ手術ニ際シテ、軀幹ヲ水平ニシ、骨盤ヲ懸垂スル位置 (Die Beckenhängelage bei horizontalem Rumpf) (二四二六) ヲ推舉セリ。

第六 胸膜ノ炎症即胸膜炎

胸膜ノ炎症即胸膜炎

胸膜ノ炎症 Entzündungen der Pleura 即胸膜炎 Die Pleuritis ニ就テハ、茲ニ唯外科的療法ヲ要ス可キ者ヲ舉グルノミ、之ニ漿液性滲出性胸膜炎ト化膿性胸膜炎トノ二種アリ。

漿液性滲出性胸膜炎 (漿液胸)

漿液性滲出性胸膜炎 (Pleuritis exudativa serosa) ハ、即漿液胸 (Der Seröthorax) ニシテ、純粹ナル漿液性ノ者ニ在リテハ、滲出物清澄透明ニシテ殆ド細胞性原質ヲ含有セズ、之レ有ルモ頗ル僅微ニシテ、其中ニ細菌ヲ發見スルコト無ク、又化膿ニ陥ルノ傾向ヲ有セズト雖、其稍、瀰濁セル者ニ在リテハ、其中ニ多少ノ膿球ヲ含有シ、且種々ナル細菌(葡萄狀球菌、

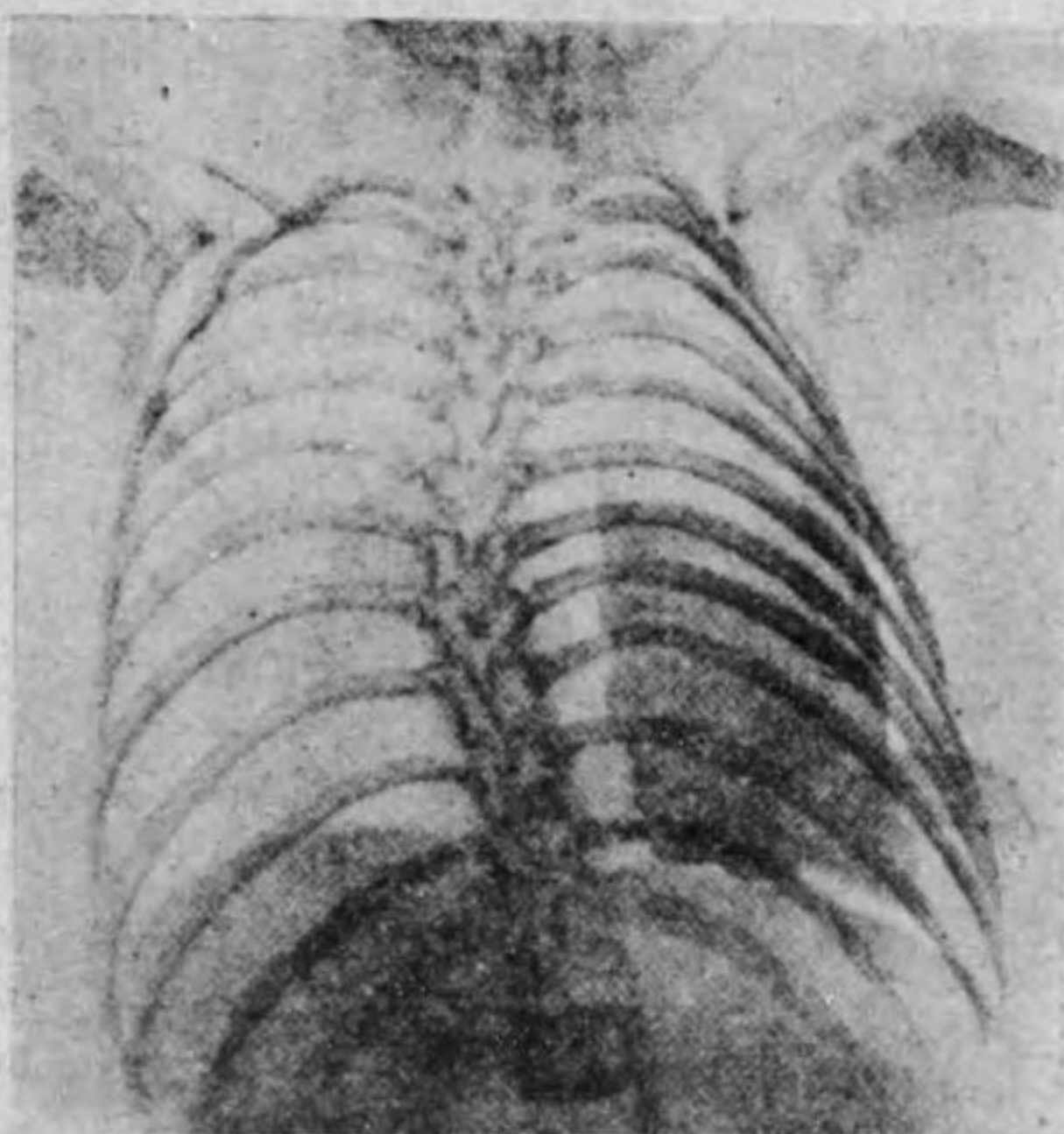
化膿性胸膜炎 (膿胸)

連鎖狀球菌肺炎球菌結核桿菌等)ヲ發見スルヲ常トシ、又化膿症ニ陥リ易シ。而シテ本症ノ原因ニ種々有レドモ、其主要ナル者ハ、肺結核病若クハ胸膜自己ノ結核病其他感冒ニシテ、其餘々ニ發生スル者ハ、結核病ニ基因スルコト甚ダ多シ。蓋其初期ニ於テハ結核病ヲ證明スルコト能ハザルコト有ルモ、多クハ是レ肺結核病ノ潛伏スルニ因ル者ニシテ、胸膜附近ニ結核性病竈ヲ存スルトキハ、其炎症性刺激ノ爲、胸膜腔内ニ漿液性滲出物ヲ生ズル者ナリ。斯ノ如キ症ニ在リテハ、穿刺ニ由リテ得タル液中ニ結核菌ヲ發見スルコト無ク、細胞性原質ヲ見ルコト亦頗ル稀少ナリト雖、其漸徐ニ發生シタル者ハ、常ニ大ニ結核病ノ疑ヲ起サシム可キ者トス。又胸膜ニハ、罕ニ結核病ヲ原發スルコト有リ。此場合ニ於テハ、胸膜面ハ散在セル結核ヲ以テ被ハレ、其周圍ニ許多ノ血管ヲ新生シ、爲ニ多少ノ出血ヲ來スヲ以テ、斯ノ如キ結核性胸膜炎ノ滲出物ハ、出血性ナルコト多シ。漿液性滲出性胸膜炎ノ主徵ハ、局所ノ疼痛程度ノ熱發多少ノ呼吸障礙等ニシテ、打診スルニ濁音ヲ呈シ、呼吸音微弱ト爲リ、若クハ缺如シ、且聲音震顫ノ減弱ヲ認ムルヲ常トス。但、滲出物ノ漿液性ナリヤ否ハ、常ニ先ツラウアー氏注射器ヲ用キテ試験的穿刺術ヲ施シ、之ヲ確知セザル可カラズ。

化膿性胸膜炎 (Pleuritis purulenta) 即膿胸 (Der Eothorax) ハ、既ニ述ベタルガ如ク、胸廓ノ穿通性傷創ニ繼發スレドモ、亦滲出性胸膜炎ヨリ轉ジ來ルコト少カラズ。而シテ本症ハ、常ニ細菌ノ傳染ニ由リテ發スル者トス。是レ化膿性細菌ノ或ハ血行ニ介シ、或ハ淋巴行

ニ頼リ胸膜内ニ竄入スルガ爲ニシテ、くるゝぶ性肺炎ニ於テモ、膿胸ヲ併發スルコト有リ。本症ニ於テハ、膿性滲出物中ニ肺炎球菌ヲ存シ、又同時ニ他ノ球菌(葡萄狀球菌及連鎖狀球菌)ヲ發見スルコト少カラズ。近時ノ説ニ據レバ、小兒ニ來ル所ノ膿胸ハ、肺炎球菌ノ傳染ニ因ル者

第二四二七號
四ノ子童於右側ノ全胸膜
(ベ ル ス 氏)



膿胸腔
ハ著
点
ハ速ニ
吸収セ
ラルル
モ、
時トシ
テハ又
長ク膿
胸ヲ殘
スコト
有リ。此
他尚
腐敗性
蓄膿
(Das
jauchige
Empyem)
ナル者
アリ。是
漿液胸
或ハ膿
胸ニ腐敗
性細菌ノ
繼發的傳
染ヲ

來スニ因ル者ニシテ、殊ニ膿胸ノ肺壞疽、氣管枝變廣穿孔性食道癌腫等ト交通スルニ因リ、或ハ外方ニ破開セル膿胸ノ其處置宜シキヲ得ザル等ニ因リテ發スル者ナレドモ、亦毫モ證明シ得可キ交通路無クシテ此症ヲ起スコト有リ。其滲出物ハ、醜色ニシテ

胸膜炎ノ療法

惡臭アリ。鏡檢上其中ニ種々ナル腐敗性細菌ヲ認ム。此他尙實地ニ肝要ナル者ヲ、結核性蓄膿(Das tuberkulöse Empyem)ト爲ス。是、胸膜腔ニ於ケル漿液性滲出物ノ漸次膿性ニ變ジタル者ニシテ、其中ニ結核菌ヲ證明スルコトヲ得可シ。膿胸ノ症候及經過ハ、其原因ニ從ヒ一様ナラザレドモ、概スルニ、其主要ナル症候ハ、呼吸障礙及高熱ニシテ、殊ニ其急劇ナル症ニ在リテハ、惡寒戰慄ヲ以テ體溫高ク昇騰シ、高熱稽留シテ速ニ患者ヲ衰脫ニ陥ラシム。就中化膿球菌及腐敗性細菌ノ傳染ニ因ル者ニ在リテハ、膿毒症或ハ敗血症ヲ起スコト往々之有リトス。

療法

感冒ニ因ル所謂「れうまち」性胸膜炎ニシテ、純粹ノ漿液性滲出物ヲ生ズル者ハ、さりとち、酸ミードノ内服特ニ有效ニシテ、滲出物ハ多クハ之ニ由リテ早ク吸收セララルモ、若シ多量ノ滲出液ノ爲、呼吸及心臟ノ機能ヲ妨害スルトキハ、穿胸術ニ由リテ其排泄ヲ謀ラザル可カラズ。殊ニ滲出物ノ多少洞濁セル者ハ、化膿ニ陥ルノ傾向アルヲ以テ、早ク其排出ヲ要スルコト有リ。然レドモ、結核病ニ基因スル漿液性或ハ漿液出血性滲出物ハ、數回穿胸術ヲ施スモ、其效無キヲ常トス。

化膿性胸膜炎ニ在リテハ、常ニ可及的早ク手術的療法ニ由リテ滲出物ヲ排除セザル可カラズ。最良ナルハ、肋骨ノ一部ヲ切除シ、以テ胸廓ヲ切開スルニ在リ。開胸術是ナリ。但シ是等ノ手術ヲ施スニ當リテハ、必ず先ニ嚴密ニ消毒セルフラウワー氏注射器ヲ用キテ胸膜ヲ穿刺シ、滲出物ノ性状ヲ檢知セザル可カラズ。今左ニ其術式ヲ詳述セム。

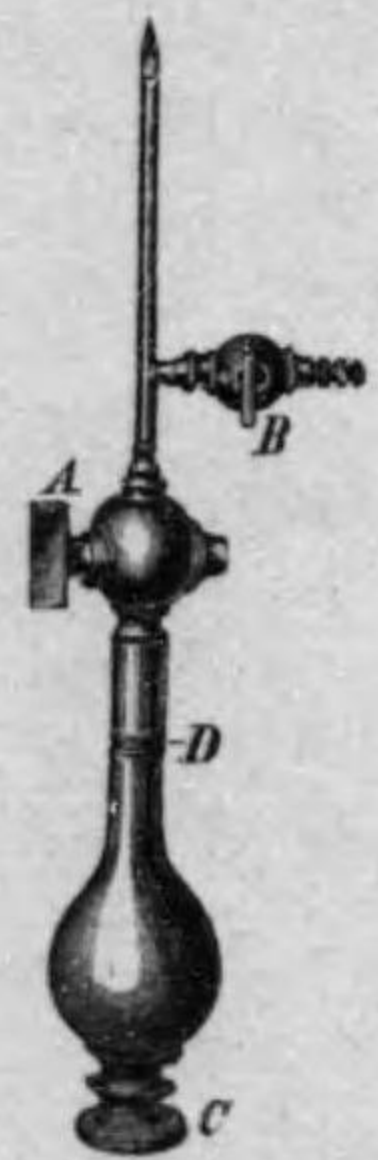
穿胸術

適應症

(一)穿胸術 Die Punktion des Thorax, die Thorakozentese ハ胸膜腔内ニ多量ノ滲出物蓄積シ、爲ニ肺臟及心臟ヲ壓迫シテ其機能障礙ヲ來ス際、胸膜ヲ穿刺シテ滲出物ヲ排除スルノ術ニシテ、殊ニ漿液性滲出物ノ蓄積セル症(漿液胸)ニ施ス可キ者ナレドモ、亦胸膜ノ結核病ニ於ケル漿液出血性滲出物、全身水腫ノ一分症トシテ來ル胸水、胸管ノ損傷ニ因ル乳糜胸等ニモ施サルルコト有リ。而シテ膿胸ニハ、通常之ヲ施スコト無キ者トス。

手術式

穿胸術ヲ行フニハ、通常長キ護膜管ヲ附シタル一種ノ套管鍼(Der Troicar)ヲ使用ス。其法タル、患者ヲシテ半坐位ヲ取ラシメ、或ハ仰臥セシメ、通常前腋窩線或ハ中腋窩線ニ於テ、第五及第六肋骨ノ間ニ於テ穿刺ヲ施ス可キモ、若シ胸膜ノ稍、後方ニ於テ之ヲ

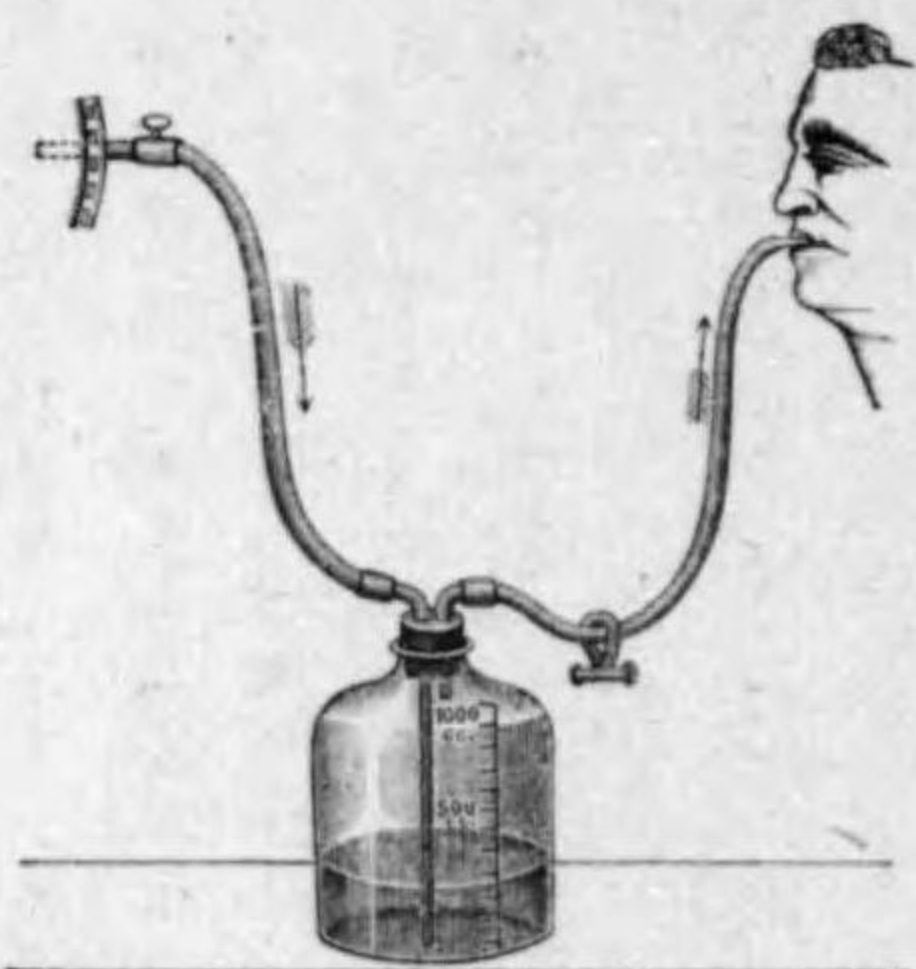


第百二十九號
穿胸術用套管鍼
ビロロト氏ノ

施サムトスルトキハ、第七或ハ第八肋間ニ於テス可シ。此際必ズ先局所ニブラウアイ氏注射器ヲ用キ、試験的穿刺術ヲ施スヲ法トス。而シテ穿胸術ニビロロト氏套管鍼(Der Troicar nach Billroth) (第百二十八號)ヲ用ユルトキハ、鍼ヲ胸膜腔内ニ刺入シタル後、圖中C柄ヲ取リテD點ニ至ルマデ牽出シ、Aナル活栓ヲ閉ヂ、次デBナル活栓ヲ開クトキハ、滲出物ハ之ニ附シタル護膜管ヲ經テ、別ニ設ケタル石炭酸水ヲ盛リタル容器内

ニ流出ス。此際特ニ注意セザル可カラザルハ、液體ヲシテ徐々ニ流出セシメ、決シテ一時ニ多量ノ液ヲ排出セシメザルニ在リ。是、急ニ多量ノ液ヲ排出セシムルトキハ、胸膜腔内ノ壓力頓ニ減却シ、爲ニ胸膜ニ出血ヲ來シ、或ハ腦貧血ヲ起シ、或ハ又肺水腫ヲ來スコト有レバナリ。又穿刺術中、屢咳嗽ヲ頻發スルコト有リ。然ルトキハ、護膜管ヲ壓迫シテ一時液ノ排泄ヲ中止シ、時宜ニ由リ又もるひねノ皮下注射ヲ施ス可シ。然レドモ時トシテハ、殊ニ經久ノ症ニ在リテハ、胸腔内ノ壓力陰性ニシテ、液體自然ニ流出セザルコト有リ。斯ノ如キ際ハ、宜シク吸引器(Der Aspirator)ヲ用テ之ヲ吸出スルコト有ル可シ。斯テ穿刺術ヲ了レバ、套管ヲ氣密ニ拔出シ、其小刺創面ニハ、よーとふるむころちうむヲ塗布スルカ、或ハ絆創膏ヲ貼附ス可シ。

第百二十九號
穿胸術用吸引裝置
ヒルゲンリブル氏



胸膜ノ炎症(穿胸術)

穿胸術ニ兼テ用ユル所ノ吸引器ニ種々ノ裝置アレドモ、ヒルゲンブル氏ノ吸引裝置(Der Aspirationsapparat nach Furbringer) (第百二十九號)ハ、其ダ簡單ニシテ且便宜ナリ。此裝置タル、單一ナル硝子壘ヨリ成リ、栓子ヲ以テ其口ヲ密閉シ、之ニ二個ノ硝子管ヲ通ジ、其一管ハ短キモ、他ノ一管ハ長クシテ殆ド器底ニ達スル如クシ、此兩硝子管ノ外端ニハ各長一仙迷、太半

仙迷ノ護謨管ヲ附シ、通氣護謨管ニハ、一個ノ夾壓子ヲ附ス。今此装置ヲ用キテ胸膜腔内ノ
滲出物ヲ吸引スルニハ、蟻中ニ少量ノ液體ヲ容レ、先胸膜ヲ穿刺シタル後、護謨管ノ一端ヲ
套管鍼ニ連結スルトキハ、吸液管作用ニ由リテ滲出物ハ蟻内ニ排泄セラレドモ、其排泄
止ムトキハ、他ノ通氣護謨管ヲ口ニシテ吸引ス可シ。

近時ブライフール及ビユラウ氏ハ、膿胸ニ穿刺術及持續的吸引法 (Die Punktion und permanente
Aspiration) ヲ稱用シタルドモ、本症ニハ寧ろ之ヨリ簡單ナル開胸術ヲ施スヲ優レリトス。

開胸術
適應症
肋骨切除術ヲ
施サザル開胸
術以テスル開胸

(I) 開胸術 Die Eröffnung des Thorax durch Inzision, die Thorakotomie
トシテ胸膜腔内ニ於ケル膿性或ハ腐敗性ノ滲出物ヲ排除セムガ爲ニ施サル法ニ
シテ、胸膜ノ包蟲囊腫及放線菌病ニ於テモ、亦之ヲ行フコト有リ。而シテ之ニ二法アリ。
即チ一ハ單ニ肋間ヲ切開スルノ法ニシテ、他ハ肋骨ノ一部ヲ切除シタル後胸壁ヲ切開
スル者ナリ。就中通常施サル所ノ者ヲ後法ト爲ス。是前法ニ在リテハ、創口早ク縮小
シ、排膿不利ト爲ルヲ以テ、唯患者大ニ衰弱シ、肋骨切除術ヲ施シ難キ場合ニ之ヲ行フ
コト有ルノミ。故ニ患者ノ體力恢復スルニ至レバ、又肋骨切除術ヲ要スルコト多シ。

(イ) 肋骨切除術ヲ施サザル開胸術 Die Thorakotomie ohne Rippenresek-
tion ヲ行フニハ、通常局所麻痺ヲ施シタル後、肋間ノ全組織ヲ層ヲ逐テ切開シ、以テ胸
膜腔ニ達ス。切開ヲ施ス部位及切開後ノ處置ハ、左法ニ同ジ。

肋骨切除術ヲ
施サザル開胸
術以テスル開胸

手術式

圖一十三百二第
術除切骨肋於ニ胸膜



圖一十三百二第
剪骨用除切骨肋



胸膜ノ炎症(開胸術)

tion ハ、穿胸術ニ於ケルガ如ク、前腋窩線或ハ中腋窩線ニ於テハ、第五肋骨若クハ第六
肋骨部ニ施シ、或ハ時宜ニ由リ肩胛線ニ於テ第八乃至第十肋骨部ニ施ス(第二百三十圖)。
但、膿竈ノ或部ニ包裹セラレタル者
ニ在リテハ、先理學的検査ニ由リテ
其部位ヲ確定シ、且試験的穿刺術ヲ
施シタル後、手術ニ著手セザル可カ
ラズ。而シテ本手術ハ、脈搏及呼吸ノ
状態不良ナラザルトキハ、注意シテ
くろろふるむ麻酔ノ下ニ施シ得ル
モ、能フ可クムバ、局所麻痺ヲ以テス
ルヲ良トス。其法タル、切除セムトス
ル肋骨ノ縱軸ニ沿ヒ骨面ニ達スル
マデ一刀ニテ皮膚及軟部ヲ切開ス
ルコト八乃至十仙迷、次デ起子若ク
ハ刮子ニテ骨膜ヲ軟部ト共ニ全ク
肋骨ノ周圍ヨリ剝離シタル後、屈
曲セル起子ヲ切除セムトスル肋骨

圖二十三 百二第
剪骨用除切骨肋



(a) 内骨ヲ嵌合シタルモノ
(b) 兩骨ヲ離解シタルモノ

ノ下ニ送入シ、之ニ接シテ骨剪 (Die Knochenzange) (百三十一及百三十二圖) 刺鋸 (Die Sticksäge) 又ハ線鋸 (Die Drahtsäge) (百三十三圖) ヲ用キテ骨ヲ切斷シ、次デ第二ノ切斷ニ由リテ、少クトモ五乃至六仙迷長ノ骨片ヲ切除ス。是ニ於テ或ハ尖刀ヲ用キ、或ハ鈍的ニ

圖三十三 百二第
線鋸氏リイジ



有溝消息子ヲ以テ胸膜ヲ穿刺スルトキハ、膿ハ忽チ迸出スルヲ以テ、肋骨ノ徑路ニ沿ヒ球頭刀ヲ用キテ更ニ創口ヲ開大ス。然レドモ此際亦一時ニ多量ノ滲出物ヲ排出セシム可カラズ。若シ又一肋骨ノ切除ヲ以テ足ラザルトキハ、豫、肋間動脈ニ集束結紮ヲ施シ

タル後、之ニ隣接セル一或ハ二個ノ肋骨ヲ切除ス可シ。而シテ胸膜腔ハ、通常防腐液ヲ以テ洗滌セザルヲ良トスレドモ、若シ其中ニ纖維素性凝固物ヲ堆積スルカ、或ハ滲出物腐敗性ナルトキハ、無毒防腐的ノ微溫溶液 (三% 硼酸水・三% さりちーる 酸水・一%)

過まんがん酸かり水) ヲ以テ之ヲ洗滌スルコト有ル可シ。但、後療法ニ於テハ、洗滌ヲ行ハザルヲ良トス。斯テ排膿ノ後ハ、創内ニ短キ指大ノ排導管ヲ插入シ、無腐的被覆繃帶ヲ施ス可シ。而シテ此被覆繃帶ハ、最初ハ屢次交換ヲ要ス可キモ、後ニハ其度數ヲ減ジ、唯滲出物ノ爲、繃帶滲透セラルルカ、或ハ發熱アルトキハ、直ニ之ヲ交換ス。此際毎ニ排導管ノ閉塞セザルヤ否ニ注目スルヲ肝要ナリトス。斯テ分泌物大ニ減少スルトキハ、數日ニシテ排導管ヲ除去スルコトヲ得可シ。然レドモ腐敗性膿胸ニシテ胸膜肝狀ニ肥厚セル者ニ在リテハ、長ク排導管ヲ除去スルコトヲ得ズ。大ナル膿瘍腔ハ、連々トシテ容易ニ狹縮セザル者トス。蓋、膿胸ノ治療ニ向フヤ、諸他膿瘍ノ如ク周圍軟部ノ癰痕收縮ニ因ル者ニシテ、殊ニ又退縮セル肺臟ノ漸次再ビ擴張スルニ因ル。即チ之ニ由リテ肺臟胸膜ハ肋骨胸膜ト癒著シ、以テ肺臟ノ機能ヲ恢復シ、遂ニ全治ニ至ル者トス。然レドモ陳久ノ膿胸ニシテ滲出物ノ爲、肺臟長ク壓迫セラレ、且固キ癒著ヲ生ジタル者ニ在リテハ、排膿ニ由リテ外壓去ルモ、肺臟ハ再ビ擴張スルコト能ハザルヲ以テ、胸廓内ノ膿瘍腔ハ、完全ニ狹縮スルコト無ク、以テ膿胸癯ヲ生ズ。是亦一ハ強硬ナル骨性胸廓ノ癰痕收縮ニ隨伴セザルニ因ルナリ。其最高度ノ者ニ在リテハ、肺臟ハ拳大ニ收縮固結シテ胸膜ノ上部ニ存スルヲ見ルコト有リ。故ニ斯ノ如キ經久慢性ノ膿胸ニ在リテハ、肋骨切除ニ由リテ骨性胸壁ヲ軟弱ト爲シ、之ヲシテ癰痕收縮ニ由リテ肺臟ニ接著セシメ、以テ胸膜ノ膿瘍腔ヲ閉合セシムルノ法ヲ講ビザル可カラズ。蓋、此法タル、既

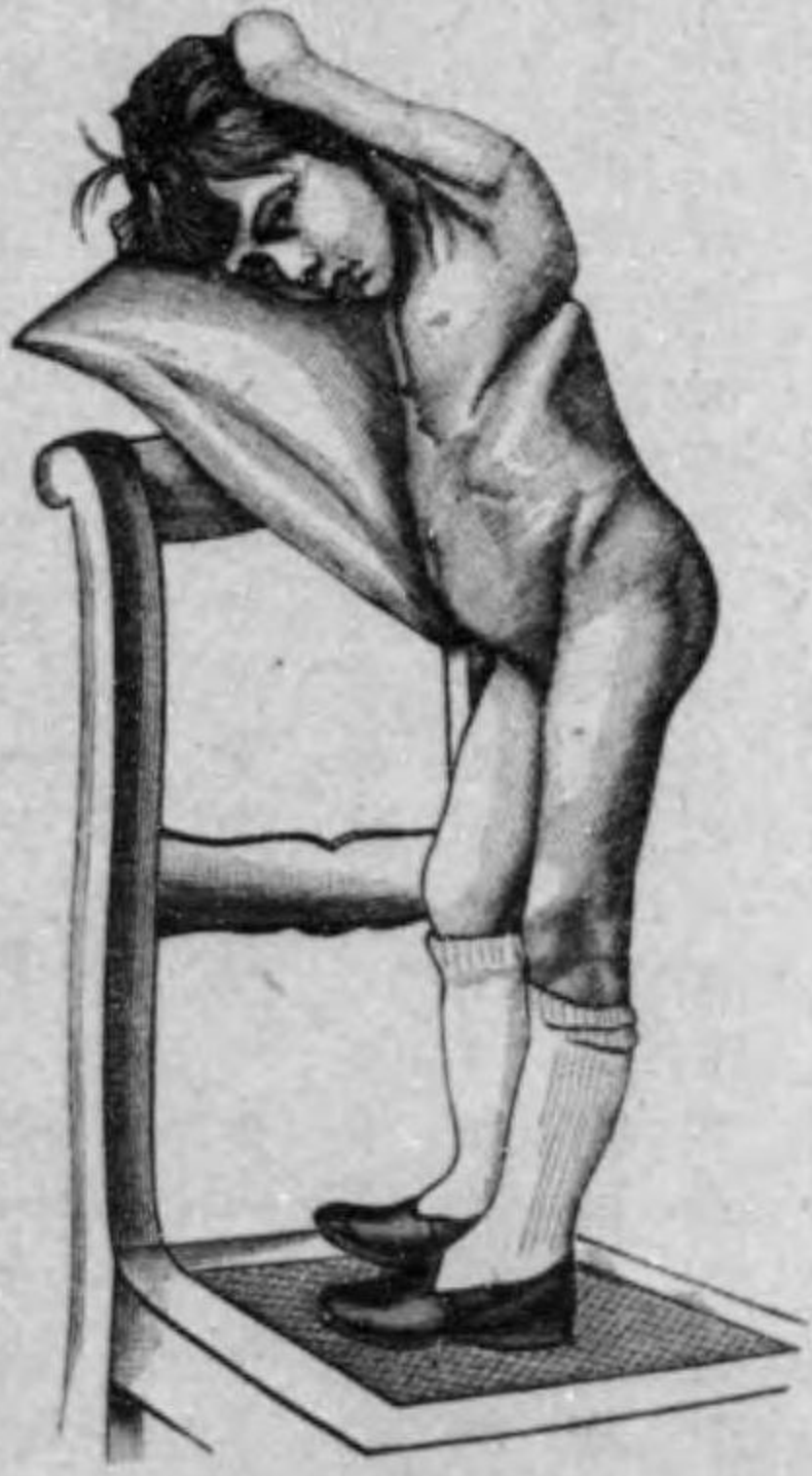
エストランド
氏胸廓
成形術

ニ一千八百六十九年獨逸國ニ於テシモン氏ノ行ヒタル所ニシテ、爾後殊ニキーステル氏屢、此法ヲ施シテ良成績ヲ得タリ。故ニ之ヲシモン・キーステル氏ノ手術(Die Simon-Küster'sche Operation)ト名ク然、ドモ此法ヲシテ廣ク世ニ行ハルルニ至ラシメタルハ、實ニフアンランドノ外科醫エストランドル氏ノ功ニ歸セザル可カラズ。故ニ又エストランドル氏ノ手術(Die Eslander'sche Operation)ト稱セラル。而シテ同氏ハ、之ニ始、テ胸廓成形術(Die Thorakoplastik)ナル名稱ヲ附シタリ。

同氏ニ從ヒ、患者ノ年齢ニ從ヒ二三肋骨ノ連續部ヨリ大約六乃至八仙迷、或ハ之ヨリ長キ骨片ヲ切除スルニ在リ。又高度ノ症ニ在リテハ、數個ノ肋骨連續部ヨリ前胸ヨリ背部ニ互ル所ノ長キ骨片ヲ切除セザル可カラズ。斯ノ如ク廣ク肋骨ヲ切除シタルトキハ、之ニ並行シテ亦胸膜ヲ最低部ニ於テ十分

圖 四 十 三 百 二 第

シ切除ニ下膜骨ヲ骨肋ノ個ニテ以テゼルガむる。ふど、手術手胸膜ヲ塞栓ヲ腔膜胸(氏ルゲンレブス)



背部ニ互ル所ノ長キ骨片ヲ切除セザル可カラズ。斯ノ如ク廣ク肋骨ヲ切除シタルトキハ、之ニ並行シテ亦胸膜ヲ最低部ニ於テ十分

ニ切割シ、時宜ニ由リテ之ヲ搔爬ス可シ。而シテ胸膜腔内ニハ、よーどふるむがーせ或ハ殺菌ガトセラ栓塞スルヲ良トス。第二百三十四圖ニ示ス。ハ、此法ニ由リテ治療シタル者ノ一例ナリ。大人ニ在リテハ、廣濶ナル肋骨切除ヲ行フモ、通常後ニ至リテ脊柱側彎ヲ發スルコト無キモ、小兒ノ如キ總テ成長セムトスル者ニ在リテハ、術後永ク胸廓及脊柱ノ畸形ヲ貽スコト有ルヲ以テ、常ニ可及的廣濶ナル肋骨切除ヲ避ケザル可カラズ。但、小兒ノ胸廓ハ柔軟ナルヲ以テ、通常毫モ廣濶ナル肋骨切除ヲ要セザル者トス。

圖 五 十 三 百 二 第

術形成廓胸氏デレシ



ハ殺菌ガトセラ栓塞スルヲ良トス。第二百三十四圖ニ示ス。ハ、此法ニ由リテ治療シタル者ノ一例ナリ。大人ニ在リテハ、廣濶ナル肋骨切除ヲ行フモ、通常後ニ至リテ脊柱側彎ヲ發スルコト無キモ、小兒ノ如キ總テ成長セムトスル者ニ在リテハ、術後永ク胸廓及脊柱ノ畸形ヲ貽スコト有ルヲ以テ、常ニ可及的廣濶ナル肋骨切除ヲ避ケザル可カラズ。但、小兒ノ胸廓ハ柔軟ナルヲ以テ、通常毫モ廣濶ナル肋骨切除ヲ要セザル者トス。

圖 六 十 三 百 二 第

被ヲ腔胸膜後術手形成廓胸氏デレシ
ス示ヲ態狀ルセ没陷ノ瓣皮ル覆



胸膜ノ炎症(閉胸術)

三元

然、ドモ更ニ高度ノ症ニ在リテハ、エストランドル

シェーデ氏
胸廓成形術

ンテル氏法ニ據リ數多ノ肋骨ヲ切除スルモ、尙胸膜腔ノ閉合セザルコト有リ。シェーデ氏ハ、斯ノ如キ症ニ對シ、肋骨ノ大部ト其ニ之ニ附著スル胸膜肺脈ヲ悉ク切除スルハ、法ヲ推奨セリ。其法タル、患側ノ側胸部ニ上方ニ基底ヲ有スルU字狀ノ大ナル皮膚ヲ造リテ之ヲ上方ニ翻轉シタル後、腔洞所在部ノ肋骨ヲ骨膜下ニ於テ悉ク切除シ、次デ之ニ附著スル軟部ヲ除去シ、其缺損部ハ皮瓣ヲ以テ被覆シ、之ヲシテ、肺臟胸膜ト癒著セシムルニ在リ。之ヲシェーデ氏ノ胸廓成形術(Die Schede'sche Thoraxplastik)第三十五及第三十六圖ト名ク。

此他デロルム氏ハ、陳舊ノ膿胸ニ胸壁ノ一時的切除術(Die temporäre Resektion der Thoraxwand)ヲ行ヒタリ。其法タル、例之第三乃至第六肋骨部ニ於テ後方ニ基底ヲ有スル皮膚筋骨瓣ヲ造リ、前方ノ肋骨及肋間部ヲ全ク切開シタル後、其基部ニ於テ單ニ肋骨ヲ切斷スルカ、或ハ其一部ヲ切除シタル後、此瓣ヲ後上方ニ翻轉シ、兩胸膜面ノ牀脈ハ一部ハ鈍的ニ、一部ハ刀及剪刀ヲ以テ切除シ、再ビ瓣ヲ舊位ニ復シテ縫著スルニ在リ。此法ハ、陳久ノ膿胸ノ外、亦時ニ肺臟手術ハ豫備手術トシテ施サルコト有リ。

之ヲ要スルニ、エストランドル及シェーデ氏ノ胸廓成形術ハ、陳久ノ膿胸ニ施シテ良效ヲ奏スル者ナレドモ、結核病患者ニ在リテハ、廣潤ナル肋骨切除術ヲ施スニハ、大ニ注意ヲ拂ハザル可カラズ。故ニ本症ニハ、一汎ニ對症療法トシテ胸膜ノ穿刺術ヲ反覆スルニ止マルコト多シ。然レドモ亦結核性膿胸ニ廣潤ナル肋骨切除術ヲ施シテ奇效ヲ奏

シタル例ニ乏シカラズ。

肺氣腫ニ於
ケル肋軟骨
切除術所
謂フロイン
ド氏手術

フロインド
氏ノ肺尖通
氣法

茲ニ尙附記ヲ要ス可キ者ハ、肺氣腫ニ於ケル肋軟骨ノ切除術(Die Resektion der Rippenknorpel bei Lungenschwamm)ニシテ、所謂フロインド氏手術(Die Freund'sche Operation)ナル者はナリ。フロインド氏ニ從ヘバ、肋軟骨ノ變性石灰化及之ニ基ク其肥厚ハ、肋骨ヲシテ持續的ニ吸氣位置ヲ取ラシメ、以テ肺氣腫發生ノ原因ト爲ルコト有リト蓋、斯ノ如キ變化ハ、或ハ同時ニ全胸廓ニ來リ、或ハ胸廓ノ上部ニ來ル者ニシテ、爲ニ胸廓ヲシテ特異ナル洋樽狀ヲ呈セシム。故ニ同氏ハ、肋軟骨ノ一片ヲ切除シ、以テ胸廓ヲシテ再ビ呼吸運動ヲ營マシムコトヲ企圖セリ。是レ一千九百十年フロインド氏ノ報告セル所ニシテ、爾來該手術ハ、數多ノ患者ニ試用セラレタリシガ、其方法ニ至リテハ、諸家ノ所見尙一致セズ、或ハ偏胸ニ於テ、第二乃至第五肋軟骨ヨリ二乃至三仙迷或ハ五乃至六仙迷ノ軟骨ヲ切除シタル者アリ、或ハ第一肋軟骨ヲモ共ニ切除シタル者アリ、或ハ一回若クハ二回ノ手術ニ於テ、之ヲ兩胸ニ施シタル者アリタリ。蓋、諸家ノ實驗ニ據レバ、此手術ノ結果ハ、一汎ニ良好ナル可キモ、之ニ適應スル症ハ、多カラズト云フ。

フロインド氏ハ、又肺尖結核病ニシテ其未ダ第二肋骨以下ニ達セザル者ニ、第一肋骨若クハ第一肋軟骨ノ一片ヲ切除スル法ヲ推舉セリ。所謂フロインド氏肺尖通氣法(Die Freund'sche Lüftung der Lungenspitzen)是ナリ。カウシ、ザイデル氏等ノ如キハ、此法ヲ施シテ良效ヲ得タルコトヲ報告シタレドモ、ブラウエル、フリードリヒ、ヒ氏等ハ、之ヲ排斥セリ。然レドモフリー

胸膜ノ炎症(閉胸術)

フリッド
肋骨成形の
肺腫剝離法

ドリヒ氏ハ、ブラウエル氏ノ懲懲ニ由リ、偏側ノ空洞性肺結核病患者ニ就テ第二肋骨ヨリ第九若クハ第十肋骨ニ至ルマデ肋軟骨ヲ除キテ胸骨端ヨリ肋骨角若クハ其脊椎端ニ達スルマデ肋骨ヲ全ク切除シ、良好ナル成績ヲ獲タリト云フ。此法タル、空洞性肺組織ノ緊張ヲ弛メ、以テ之ヲ萎縮セシムトスル者ニシテ、所謂フリッドリヒ氏ノ肋骨成形の肺腫剝離法 (The kaspatische Pneumolysis nach Friedrich) 是ナリ。

第七 肺臓ノ炎症性疾患

肺臓ノ炎症性
疾患ノ療法

肺臓ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen der Lungen ニシテ外科的療法ヲ要スルコト有ル者ハ、概テ左ノ諸症ナリトス。即チ種々ナル原因ニ基ク肺膿瘍、肺壞疽、氣管枝變廣、肺結核病(肺尖結核病及結核性空洞)、其他放線菌病等是ナリ。蓋シ肺臓外科ノ發達タル、比較的遅々タリシト雖、晩近殊ニ診斷法及外科的技術ノ益、進歩スルニ從ヒ、其手術ノ成績亦大ニ見ル可キ者アルニ至レリ。而シテ肺臓外科ニ於テ殊ニ肝要ナルハ、先ヅ精確ナル理學的診斷法ニ由リテ其病患ノ所在ヲ明白ニスルニ在レドモ、此法タル必ズシモ容易ナラズ。唯表在性ノ膿瘍若クハ壞疽ノ存否ノ如キハ、試驗的穿刺術ニ由リテ明ニ之ヲ檢知スルコトヲ得ルノミ。然レドモれんごげん透照法發見以來肺臓外科ニモ亦一段ノ進歩ヲ與ヘ、肺臓内ノ異物膿竈ノ如キハ、之ニ由リテ明ニ檢知シ得ルハ固ヨリ論無ク、今ヤ亦臟器ノ位置及其空氣含有ノ差異ヲモ、明ニ證明シ得ルニ

肺臓ノ炎症性
疾患ノ療法

至レリ。又手術上殊ニ貴重ス可キハ、ザウエルブルッフ・ブラウエル・チーゲル氏等ニ由ル壓差法ノ發見ナリトス。 Sauerbruch Brauer Tiegel
上記肺臓疾患ノ原因、症候、診斷等ハ、今暫ク内科學書ニ譲リ、爰ニハ唯其外科的療法ニ就テ、其梗概ヲ敘述スルニ止ムトス。
療法 現今肺臓ノ疾患ニ施サル外科的療法ニ數種アレドモ、其主要ナル者ハ、肺臓切開術ト肺臓切除術ノ二法ナリトス。但シ後者ハ、主トシテ肺臓腫瘍ノ摘出ニ施サルル者ニシテ、炎症性疾患ニ之ヲ行フハ、通常甚ダ稀ナリトス。
總テ胸内臟器ノ手術ニ際シテ、兩胸膜葉ノ互ニ癒著セザル場合ニ在リテハ、常ニ氣胸ヲ發スルノ危険アリ。然レドモ患者尙未ダ甚ダシク衰弱ニ陥ラズ、又健側ノ肺臓ニシテ十分呼吸ヲ營ミ、且氣胸ニシテ徐々ニ發スルトキハ、爲ニ直接ニ生命上ノ危険ヲ招カスルコト無シ。但シ兩側ノ氣胸ニシテ若シ廣ク外界ト交通スルトキハ、必ズヤ死ヲ免カレザル者トス。又偏側ノ氣胸ニ在リテモ、右側ノ者ハ左側ノ者ニ比スレバ危険多シトス。加之、胸膜腔ノ開カルルヤ、亦常ニ病毒傳染ノ虞アルヲ以テ、胸膜ヲ經由シテ胸内臟器ノ手術ヲ施サムト欲スルトキハ、吾人ハ豫メ全ク氣胸ノ發生ヲ防止スルカ、或ハ其危険ヲシテ最小限ニ制限セシムルノ法ヲ講ゼザル可カラズ。故ニ今左ニ肺臓ノ手術ヲ述ブルニ當リ、茲ニ先ヅ

氣胸發生ノ防禦法 Die Verhütung der Entstehung des Pneumothorax ヲ概

肺臓ノ炎症性疾患

三三

氣胸發生ノ防
禦法

兩胸膜葉間ノ癒著ヲ謀ル法

說セムトス。之ニ二法アリ。即ち兩胸膜葉間ノ癒著ヲ謀ル法及所謂壓差法是ナリ。

(甲) 兩胸膜葉間ノ癒著ヲ謀ル法 Die Herbeiführung von Verwachsungen zwischen beiden Pleurablättern

ハ殊ニ肺臓内ニ存在スル傳染性病竈ヲ開カザル可カラザル際最モ肝要ナル者ニシテ、之ヲ施スニ、往時ハ第一次ノ手術ニ由リ、必要ニ應ズル程度ニ於テ、先づ肋骨切除術(本卷三四頁參照)ヲ行ヒタル後、創面ニころころ亞鉛水ニ蘸シタルガーゼ壓抵巾ヲ貼用シ、十日乃至十四日ヲ經テ兩胸膜葉ノ互ニ癒著スルヲ俟チテ手術ヲ施シタルモ、今ハ連次縫合或ハ結節縫合ニ由リテ兩胸膜葉及表在性ノ肺臟層ヲ固狀ニ縫著スルノ法ヲ賞用ス。此際時宜ニ由リ直ニ肺臟ノ病竈ヲ切開スルコト有レドモ(危險ナル症狀アリテ急速ニ手術ヲ要スル場合)安全ナルハ、縫合後數日ヲ經テ兩胸膜葉ノ十分ニ癒著シタル後ニ切開ヲ施スニ在リ。但シ此手術タル、每常容易ナル者ニ非ズ。而シテ兩胸膜葉ヲ縫著スルニハ、肺臟胸膜ノ肋骨胸膜ニ向テ接著セムコトヲ要スルヲ以テ、半麻酔中ニ手術ヲ施スヲ良トス。是レ手術ノ際咳嗽ヲ起シ、肺臟ハ胸壁ニ向テ逼迫スルヲ以テ、縫合ヲ容易ナラシムレバナリ。然レドモ慢性ノ肺臟疾患ニ在リテハ、胸膜ハ多クハ既ニ癒著スル者トス。ガルレヒ氏ニ據レバ、手術ニ際シテ胸膜ノ癒著シタル者ハ、八七%ヲ算セリト云フ。フンゲル氏ハ、胸膜癒著ノ存否ヲ確知スルニ、次ノ法ヲ以テセリ。其法タル、肋間筋ヲ切開シタル後、此所ニブラウアー氏ノ注射針ヲ穿刺スルニ在リ。此際針若シ呼吸ニ伴フテ運動スルトキハ、該部ニハ毫モ癒著ヲ存セザル

壓差法

ザウエルブルフ氏ノ低壓法

モ、否ザルトキハ癒著ヲ存スト云ノリ。

(乙) 壓差法 Das Druckdifferenzverfahren

ハ、胸膜腔ヲ切開スルニ際シ、肺臓内ノ氣壓ヲシテ其周圍ニ於ケル者ヨリ増加セシメ、以テ其切開後肺臟ノ退縮ヲ防禦スル法ニシテ、ザウエルブルフ氏ハ之ニ低壓ヲ用キ、ブラウエル氏ハ之ニ高壓ヲ用ユルコト

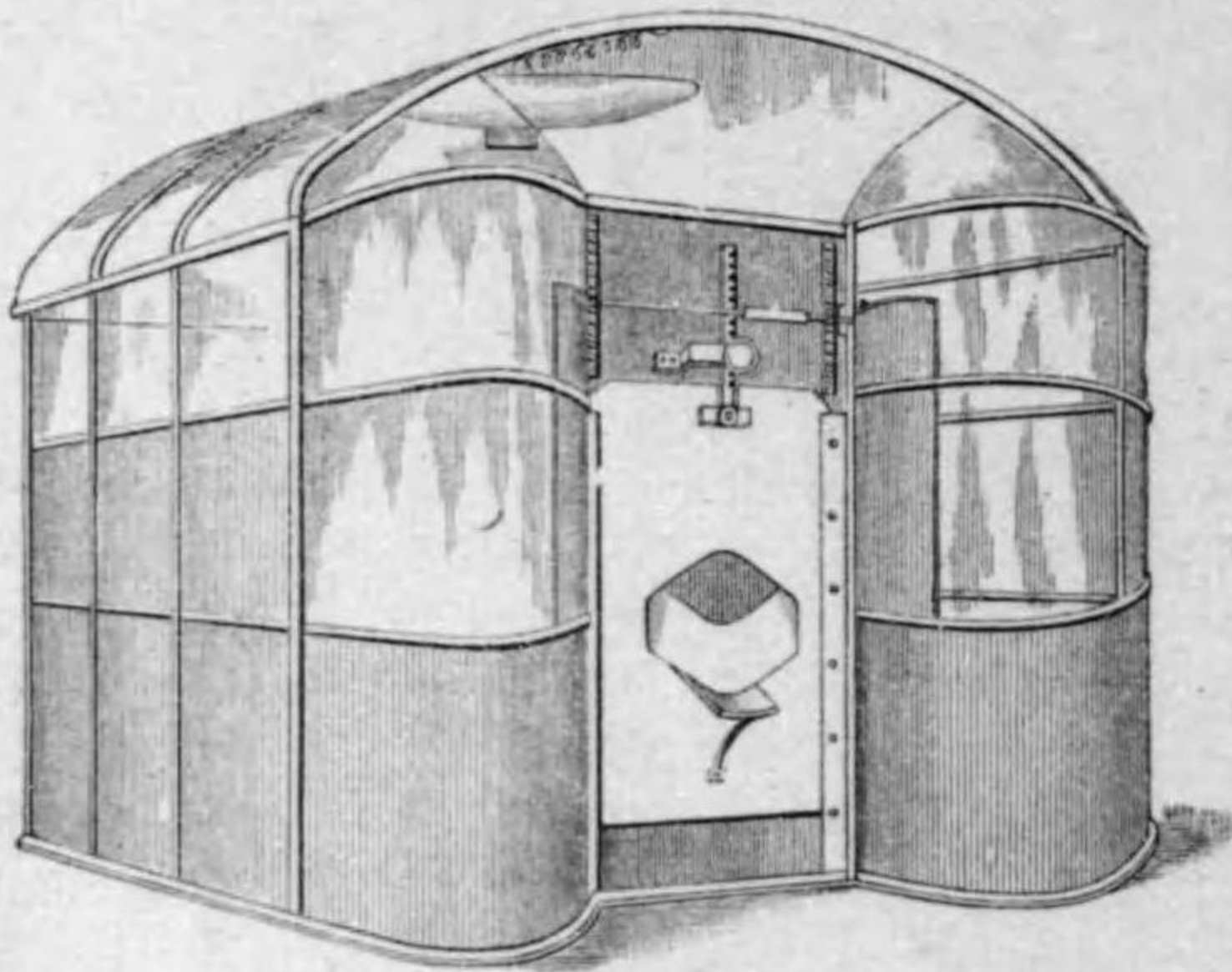
Sauerbruch

Brauer

ハ、上文既ニ之ヲ述ベタリ(本卷三四七頁參照)。此法タル、嘗ニ胸膜及肺臟ノ手術ニ使用セラルルノミナラズ又心臟及胸廓内大血管ノ外科ニ肝要ナル者ニシテ、殊ニ又食道ノ手術ニ必要缺ク可カラザル者トス。

(一) ザウエルブルフ氏ノ低壓法(Das Unterdruckverfahren von Sauerbruch)ヲ行フニハ、鐵骨ニシテ硝子張りニシタル氣密ニ閉鎖シ得可キ一種ノ房室(Die Kammer)(本卷三十七圖)ヲ要ス。該房室一方ノ壁ニハ、患者ノ頭首ヲ挿入スルニ適スル開口アリ、其周圍ニハ、

圖 七 十 三 百 二 第
室房用壓低ノ氏フルブルエウザ



肺臟ノ炎症性疾患(兩胸膜葉間ノ癒著ヲ謀ル法・壓差法)

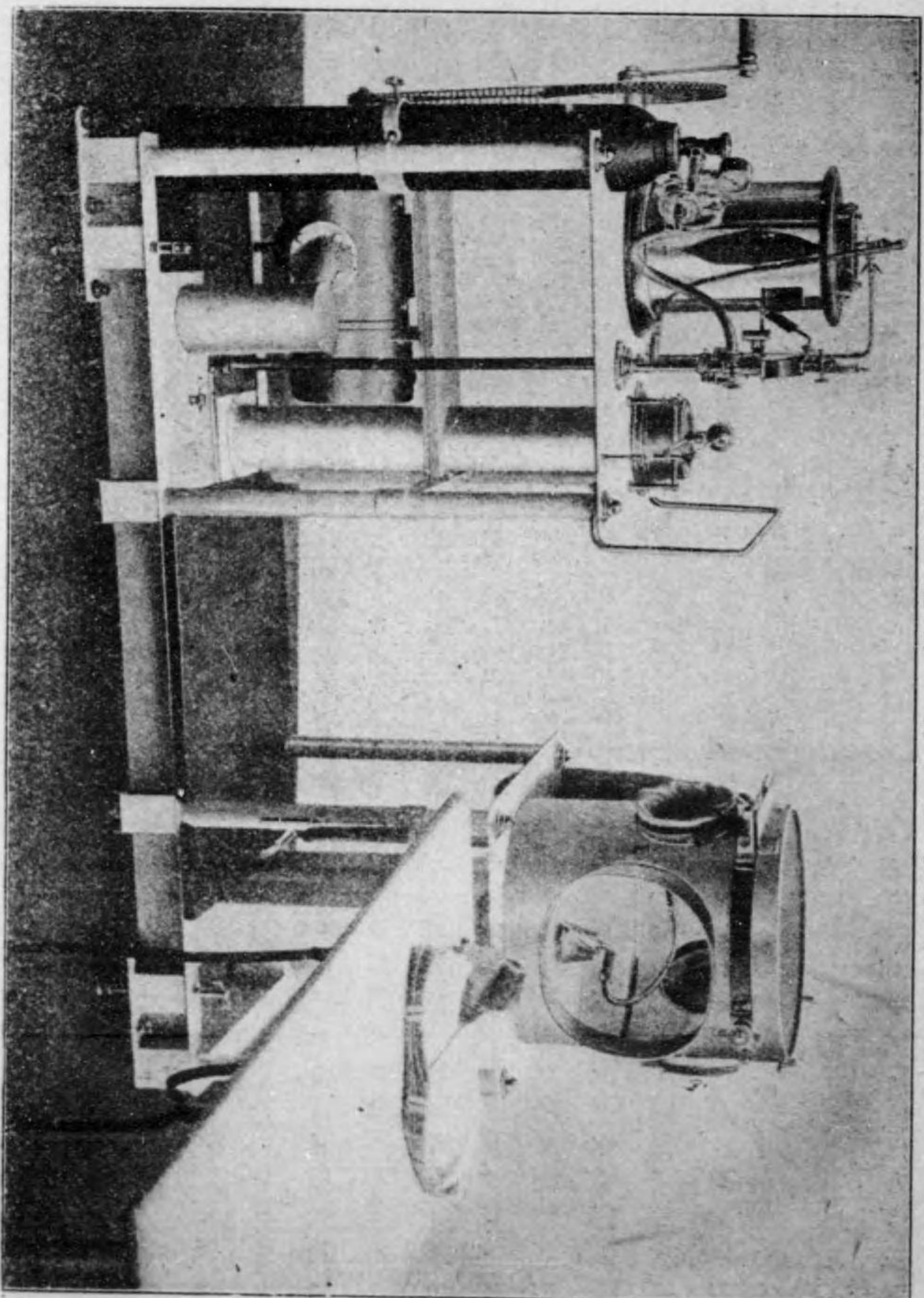
之ヲ氣密ニ閉鎖セムガ爲、護謨輪ヲ具フ。今此裝置ヲ用キテ手術ヲ施サムトスルニハ、術者及助手ハ房室内ニ在リテ、患者ハ唯頭首ヲ前記ノ開口ヨリ外方ニ挺出スルノミニシテ、爾餘ノ體部ハ亦全ク房室内ニ在リ。而シテ房室内ノ空氣ヲ稀薄ナラシムルニハ、電氣裝置ヲ有スル排氣唧筒ヲ用キ、減壓 (Der Minusdruck) ヲシテ水銀柱ノ約十密迷ニ達セシム。若シ此減壓ニシテ増加スルトキハ、水壓瓣ト連結シタル導管ニ由リテ再ビ十密迷ノ減壓ニ復スルマデ空氣ノ流入スル裝置アリテ、此水壓瓣ハ自在ニ壓差ヲ加減スルコトヲ得可シ。斯テ胸膜腔ヲ切開スル時機ニ於テハ、減壓ヲシテ、上述ノ如ク、約十密迷ナラシム。此際肺臓内ノ空氣ハ、房室外ニ在ル鼻口ト交通スルヲ以テ、固ヨリ外氣壓ト同一ノ壓力ヲ有スルガ故ニ、胸膜ヲ切開スルモ、肺臓ハ外氣壓ニ由リテ退縮スルコト無キ者トス。

ブラウエル氏ノ高壓法

(2) **ブラウエル氏ノ高壓法** (Das Überdruckverfahren von Brauer) ヲ行フニハ、一種ノ箱匣裝置 (Der Kastengerät) (第百三十八圖) ヲ要ス。今之ヲ用キテ手術ヲ施サムトスルニハ、患者ノ頭首ト麻醉施行者ノ兩腕トヲ一個ノ箱匣内ニ在ラシメ、其内ノ氣壓ヲシテ壓搾空氣唧筒ニ由リテ約十密迷増加セシム。此法ハ前法ニ比スレバ固ヨリ簡單ナレドモ其原理ニ至リテハ、兩者全ク同一ナリ。

然レドモ是等ノ法ハ、其ニ稍、生理的ニ適合セザル者タルヲ覺知シタルノミナラズ、兩氏ノ裝置ハ、其價格亦廉ナラザルヲ以テ、爾來價格ノ低廉ニシテ且運搬ニ便宜ナル裝置

圖 六 十 三 四 二 五 匣裝匣箱用壓高ノ氏ルエウラヲ

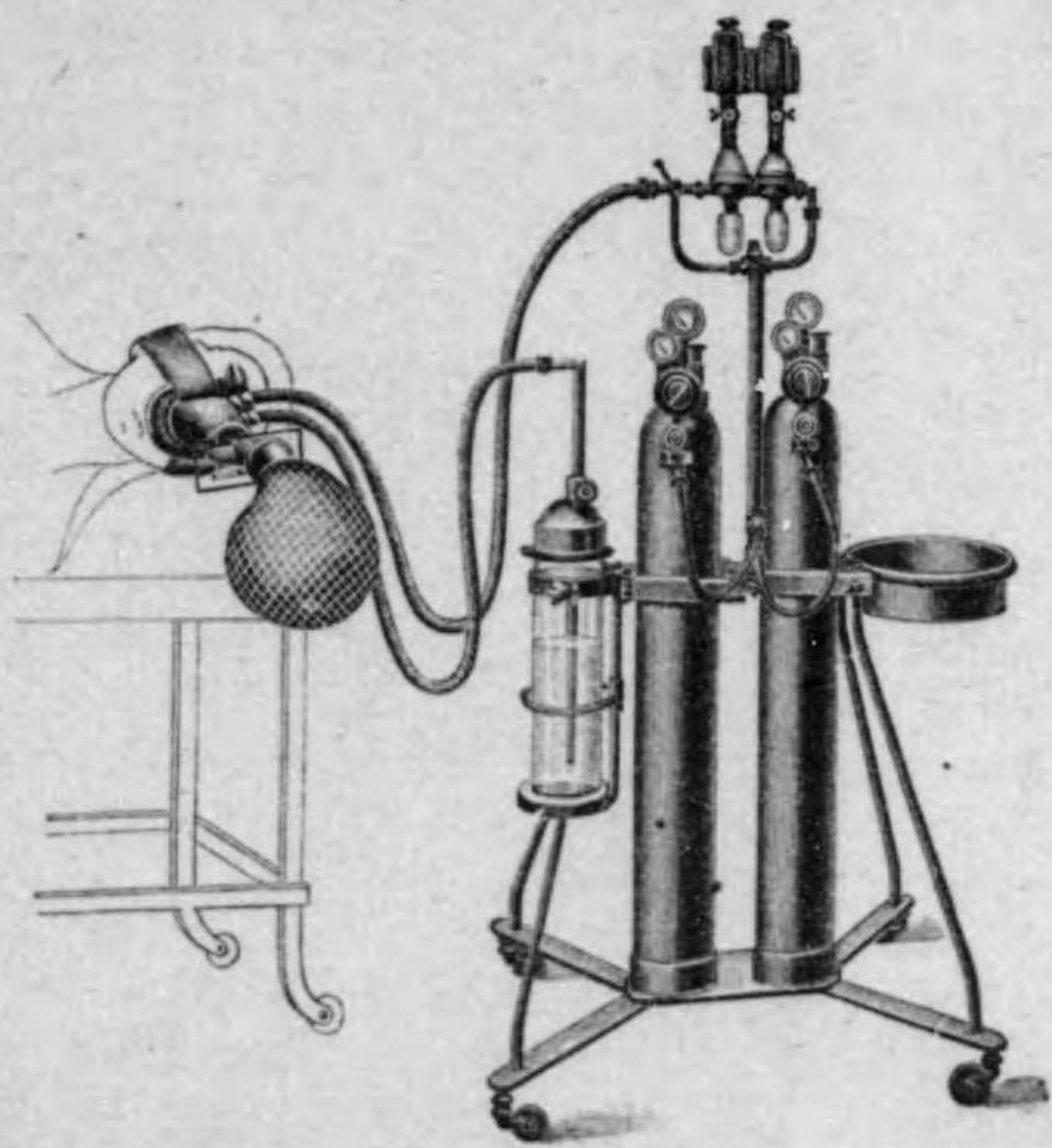


肺臓ノ炎症性疾患(壓差法)

チーゲル氏
ノ假面装置

クイン氏ノ
打管法

第 二 百 三 十 九 圖
チーゲル氏ノ假面装置



ノ製造ニ從事スル者アリ。是等ノ人ハ、皆高壓法ヲ以テスル法ヲ考案シタリシガ、チーゲル氏ノ假面装置(Der Tiger'sche Maskenapparat) (第百三十九圖)ノ如キハ、實ニ此目的ニ適ヘル者ナリ。是ノ周縁ニ護謨ヲ附シタル金屬性假面ヲ以テ固ク顔面ヲ被覆シ、之ト連結スル酸素鐵筒或ハ水線空氣唧筒ニ由リテ高壓ヲ起サシムル者ニシテ、假面ノ側傍ニハ別ニ之ト連ナル護謨球アリテ空氣ヲ貯藏シ、且之ニ由リテ麻醉用ニ送ルコトヲ得可キ者ナリ。

此他クイン氏ノ插管法(Die Kuhnsche Intubation)ハ、喉頭内ニ一定ノ管ヲ插入シテ咽頭口ヲ全ク栓塞シ、管端ニ壓氣装置ヲ附シ、以テ肺臓内ノ高壓ヲ起サシムル者ナレドモ、未ダ多ク稱用セラレザルガ如シ。

肺臓切開術

然レドモ壓差法ハ、今日マデ使用セラレタルコト尙甚ダ多カラズ。而モ輒近肺臓外科ハ、必ズシモ此法ヲ以テセザルモ、尙能ク成效ヲ得ルニ至レリ。蓋シ最近諸家ノ實驗ニ徴スルニ、胸膜ヲ切開スルモ、肺臓ハ從來人ノ信ジタルガ如ク全然退縮スル者ニ非ズシテ、若シ始ヨリ胸膜ヲ廣ク切開セズ、兩胸膜葉ヲ人工的ニ再ビ觸接セシメ、或ハ肺臓胸膜ヲ濕潤シタル布片ヲ以テ被覆スルトキハ、亦能ク肺臓ノ退縮ヲ防止シ、以テ其擴張ヲ促スコトヲ得可シ。是故ニ胸腔ノ手術ニ際シテ最モ肝要ナルハ、第一ニ氣胸ヲシテ過急ニ發生セシメザルニ在リ。胸膜ヲ切開シテ空氣ノ竄入スルヲ聽知スルトキハ、神速ニ殺菌セル食鹽水ニ蘸シタル壓抵巾ヲ以テ其開口ヲ壓抵ス可シ。斯テ退縮シタル肺臓ハ、四乃至五個ノハイヤー氏肺臓把持鉗子(Die Payer'sche Langenfasszange)ヲ用キテ速ニ拮据シ、之ヲ胸壁ニ向テ牽引スルヲ良トス。斯ノ如クニシテ鉗子ヲ外方ニ懸垂セシムルトキハ、其重力ニ由リテ能ク肺臓ヲ牽出スルコトヲ得可シ。

(一)肺臓切開術 Die Inzision der Lungen, die Pneumotomie ハ從來殊ニ肺膿瘍及肺壞疽ニ多ク施用セラレタリ。就中肺壞疽ハ、其豫後常ニ甚ダ不良ナルヲ以テ、能ク可クムバ、每常手術的療法ヲ施スヲ肝要ナリトス。而シテ此兩症ニ對シテハ、可及的早期ニ手術ヲ施スヲ良トス。又此兩症ニ就テハ、或ハ其異物ノ存在ニ基因スルニ非ザルヤニ注目ス可シ。氣管枝變廣性膿瘍ニ於テハ、其空洞ヲ形成シ、分泌物瀦溜シ、高熱ヲ發スル者ニハ、切開ヲ要スレドモ、其豫後タル、良好ナラザルヲ多シトス。又結核性肺空

肺臓ノ炎症性疾患(肺臓切開術)

洞ニ對シテモ、手術ヲ行ハレタレドモ、諸家ノ說ニ據レバ、本症ニハ唯罕ニ手術ノ適應症ヲ見ルノミナリト云フ。而シテ肺臟ノ疾患ニシテ最モ切開ヲ施シ易キ者ハ、病竈ノ外表ニ存在シテ兩胸膜葉ノ既ニ癒著セル者ナリ。然レドモ病竈若シ深部ニ潛伏シ、殊ニ兩胸膜葉ノ尙癒著セザル者ニ在リテハ、其部位ヲ確定スルコト難キノミナラズ、手術亦甚ダ困難ナルコト有リ。斯ノ如キ症ニ在リテハ、須ク先、上文述ベタル法ニ據リ、兩胸膜葉ノ癒著ヲ謀リタル後、切開ヲ施サザル可カラズ。而シテ切開ヲ施スニハ、先、試驗的穿

第二十四圖
氣管枝變廣症肺切開術ヲ施タル者
(氏ルゲンヂーリ)



刺術ニ由リテ病竈ノ所在ヲ確認シ、刀若クハ燒灼器ヲ用キテ其穿孔口ヲ開大ス。斯テ膿瘍ヲ十分切開シ了リタルトキハ、創内ニよ一どふるむがーセラ栓塞シ、或ハ排導管ヲ裝シテ防腐繃帶ヲ施ス可シ。
第二百四十圖ニ示スハ、三十二歳ノ女子ノ氣管枝變廣症ニ罹リ、常ニ多量ノ惡

第二十四圖
左側肺臟全摘出術
(氏ン、ウエクマ)



肺臟ノ炎症性疾患(肺臟切除術及摘出術)

臭性膿性痰ヲ咯出セシ者ニ肺臟切開術ヲ施サレタル一例ニシテ、圖中創口内ニハ尙開口セル氣管枝ノ瘦孔ヲ認ムルモ、患者ハ術後大ニ體力ヲ恢復シ得、毫モ病苦ヲ感ゼザルニ至レリト云フ(リーチンゲル氏)。

肺臟膿瘍又ハ壞疽等ノ後ニ生ジタル肺皮腐爛(Die Lungenhautstiel)ハ、間一ナル燒灼法ニ由リテ治癒スルコト有レドモ、又肋骨切除術ニ由リテ肺臟ノ患部ヲ露出シテ新創ヲ造リ、之ヲ移動セシメテ後縫合スルニ非ザレバ、治癒セザルコト有リ。

(II) 肺臟切除術及摘出術 Die Resektion und die Exstirpation der Lungen, die Pneumektomie 唯限局セル一定ノ肺臟疾患、殊ニ肺臟腫瘍ノ摘出ニ應用セラ

ル者ナレドモ、亦化膿性或ハ壞疽性ノ症ニ施サレタルコト有リ。此手術ニ於テモ、亦兩胸膜葉ノ癒著セザル者ニ在リテハ、上述ノ如ク、先、之ヲ固狀ニ縫合シテ一次的ニ手

術ヲ施スカ、或ハ先其癒著スルヲ俟テ、二次的ニ手術ヲ施スカ、或ハ又壓差法ニ由リテ手術ヲ施ス可シ。之ヲ動物試験ニ徴スルニ、動物(犬)ニ在リテハ、偏側肺臟ノ一部若クハ全部ヲ切除スルモ、能ク生命ヲ維持スト云フモ、人ニ在リテハ、未ダ多ク良成績ヲ得ザルガ如シ。然レドモ、マクエウケン氏ハ、三年以來左側肺結核病ニ罹リ、廣汎性ノ空洞ヲ有シ、且膿毒症性傳染ヲ來シタル一患者ニ、左側全肺ノ摘出術ヲ施シタルニ、頗ル良好ナル成績ヲ得、患者ハ十六年以來健全ナル者ヲ實驗セリト云フ(第百四十一圖)。

肺結核病ニ對スル人工的氣胸

茲ニ尙一言ヲ要ス可キ者ヲ、肺結核病ニ對スル人工的氣胸(Der künstliche Pneumothorax bei Lungentuberkulose)ト爲ス。是ハ胸膜腔内ニ空氣ヲ注入シテ氣胸ヲ起サシメ、以テ肺臟ヲ安靜ナラシメムトスル法ニシテ、フォルラニーニ、マールフ、ブラウエル、モシェイム氏等ノ行ヘル所ナリ。但シ此法ハ、他側肺臟ノ健全ナルヲ確知スルニ非ザレバ行フ可カラズ。然レドモ本法ノ果シテ奏效アルヤ否ヤニ至リテハ、未ダ確説アラズ。

肺尖結核病ニ對スル肺尖通氣法及結核性肺空洞ニ對スル肋骨成形的肺臟剝離法ハ、既ニ上文ニ述ベタリ(本書三三二乃至三三三頁參照)。

肺臟疾患ニ於ケル外科的療法ノ成績

終ニ臨ミ、茲ニ尙肺臟疾患ニ於ケル外科的療法ノ成績ニ就テ一言セムトス。ツフ、エー氏(一千八百九十八年)ニ據レバ、手術ヲ施シタル諸種ノ肺臟疾患三百六名中、治癒シタル者ハ、二百十七名、即チ七〇・九%ニシテ、死亡セル者ハ、八十八名、即チ一九%ナリト云フ。B. A. Schwalle

氏ニ從ヘバ、壞疽性(急性及慢性)膿瘍ニ於テ肺臟切開術ニ由リテ治癒シタル者ハ、五〇%ニシテ、死亡シタル者ハ、四〇%ナリト云フ。又同氏ニ據レバ、慢性腐敗性氣管枝變廣症及異物性化膿ハ、其豫後最モ不良ニシテ、肺臟切開術ニ由リテ治癒シタル者ハ、僅ニ一六%ニ過ギズト云フ。

之ヲ要スルニ、肺臟ハ手術ハ殊ニ肺膿瘍及肺壞疽ニ屢良效ヲ奏スル者ニシテ、就中肺膿瘍ニ在リテハ、外科的療法ヲ必要トスル場合甚ダ少カラズト雖、肺結核病ニ至リテハ、今日尙其手術ノ適應症ヲ選定スルコト頗ル困難ナルノミナラズ、假令手術ヲ施シ得ルモ、之ニ由リテ全治ヲ得ルハ、蓋シ絶ダ罕ナリトス。

第八 心囊及心臟ノ炎症性疾患

心囊及心臟ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen des Herzbeutels

und des Herzens ニ就テ、外科的療法ヲ要ス可キ者ハ、心囊炎ナリ。故ニ茲ニハ專ラ本病ニ就テ述ベムトス。

心囊炎

心囊炎 Die Entzündung des Herzbeutels, die Pericarditis ニ漿液性ノ者ト化膿性ノ者ト有リ。漿液性心囊炎(Pericarditis serosa)ニ又急性及慢性ノ二症アリ。急性漿液性心囊炎ハ、急性傳染病(急性關節れうまちすちふす肺炎流行性感冒等)ニ繼發スルコト有リ。但シ亦血行障碍ニ因リ、全身水腫ノ一分症トシテ心囊内ニ水液ノ滯溜ヲ來スコ

心囊及心臟ノ炎症性疾患(心囊炎)

心囊及心臟ノ炎症性疾患

ト有リ。心囊水腫 (Das Hydropskardium) 卽是ナリ。慢性漿液性心囊炎ハ、心囊ノ結核病ニ因ル者多キガ如シ。

化膿性心囊炎 (Pericarditis purulenta) ハ、漿液性ノ症ヨリ轉ジ來ルコト有レドモ、亦最初ヨリ化膿性炎症トシテ發スル者ニシテ、外傷性溢血ノ化膿ニ陥ル者ヲ除クノ外ハ、多クハ亦上述ノ急性傳染病ニ繼發シ、又急性骨髓炎ニ併發スルコト少カラズ。

心囊及心臟ノ損傷ニ由リ、心囊血腫又ハ心囊氣腫ヲ來スコト有ルハ、上來屢述タルガ如シ。但、血色ヲ呈スル滲出物ハ、亦心囊ノ結核病或ハ惡性腫瘍ニ由來スルコト有リ。此他壞血病ニ於テモ、亦心囊内ニ出血性滲出物ヲ見タルコト有リ。

療法 上記ノ諸症ニ於テ、心囊内ニ多量ノ漿液膿或ハ血液又ハ空氣蓄積スルトキハ、爲、ニ心臟壓迫セラレテ其機能ヲ障礙シ、危險症ヲ招來スルヲ以テ、之ヲ確診スルトキハ、心囊ヲ穿刺スルカ (心囊穿刺術) 又ハ之ヲ切開シテ (心囊切開術) 其滲出物若クハ血液ヲ排泄セザル可カラズ。殊ニ滲出物ノ膿性ナル者ニ在リテハ、廣ク心囊ヲ切開シテ其排泄ヲ謀ラザル可カラズ。

(一) 心囊穿刺術 Die Punktion oder Paracentese des Herzbeutels, Punctio pericardii ハ、既ニ一千八百十九年 Romero 氏ノ始、テ行ヒタル所ニシテ、主トシテ心囊内ニ漿液性滲出物ヲ蓄積シ、爲、ニ危險ナル心臟壓迫症ヲ來シタル際行フ者ナレドモ、心囊ノ結核病及癌腫ニ於テ出血性滲出物ヲ生ジタル際ニモ、亦一時ノ姑息的療法

心囊炎ノ療法

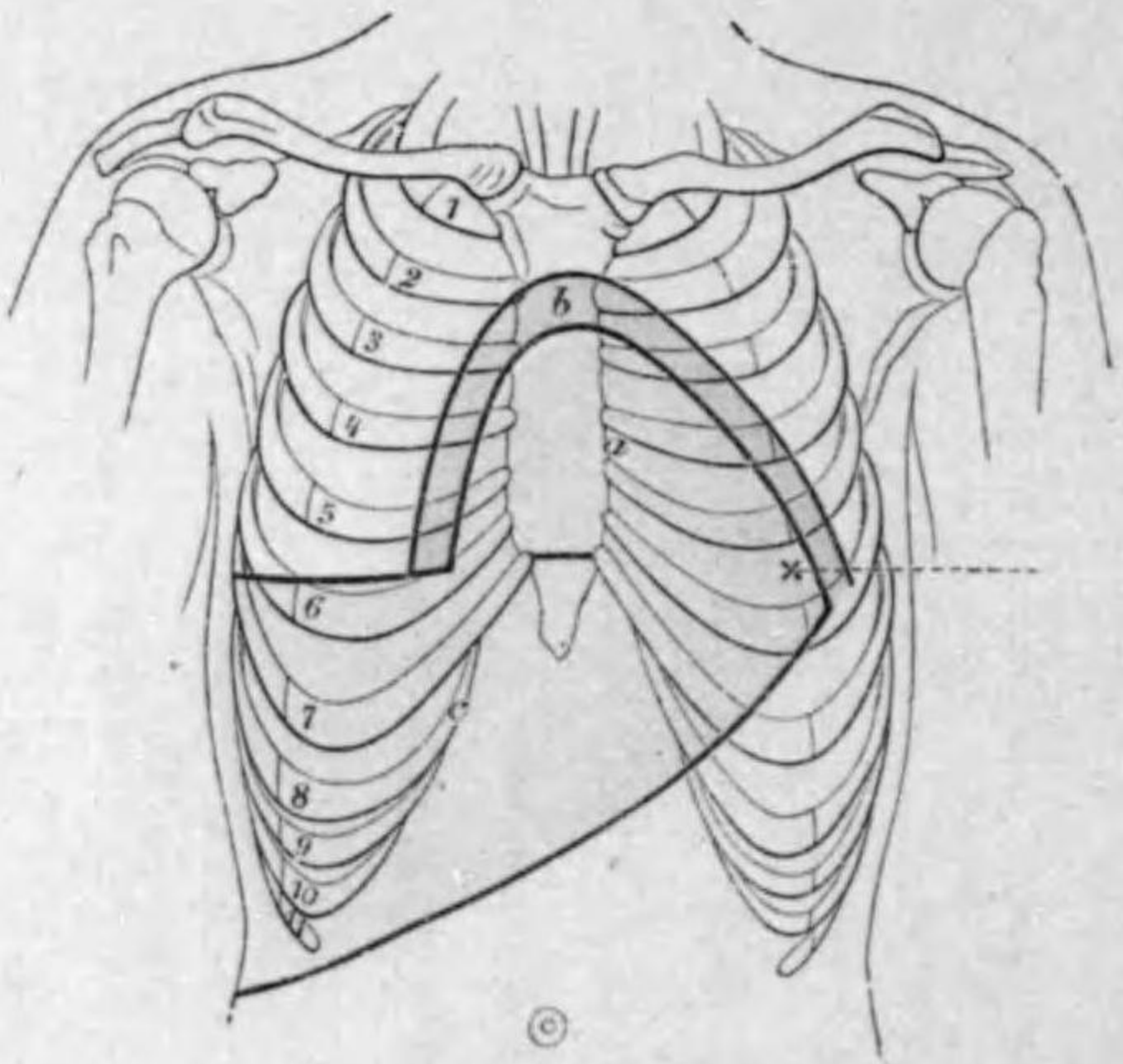
心囊穿刺術
適應症及
手術式

トシテ此法ヲ反覆施行スルコト有リ。而シテ穿刺術ヲ施ス部位ニ就テハ、諸家各意見ヲ異ニスレドモ、要スルニ、各症ニ於テ濁音境界ヲ精査シテ之ヲ撰定セザル可カラズ

(第二百四十二圖) 胸膜ノ境界

ハ、心囊ノ著シク充實セル際推移セララルヲ以テ、穿刺ニ由リテ損傷セラルルコト無キ者トス。最モ安全ナルハ、第五肋骨ト第六肋骨トノ間ニ於テ胸骨縁ニ密接シテ之ヲ行フニ在リ。之ニ由リテ亦内乳動脈ノ損傷ヲ避クルコトヲ得可シ。或ハ又該動脈ノ損傷ヲ

第二十四百二第
部音濁心ルケ於ニ炎囊心性液漿
(氏 | リ | サ)

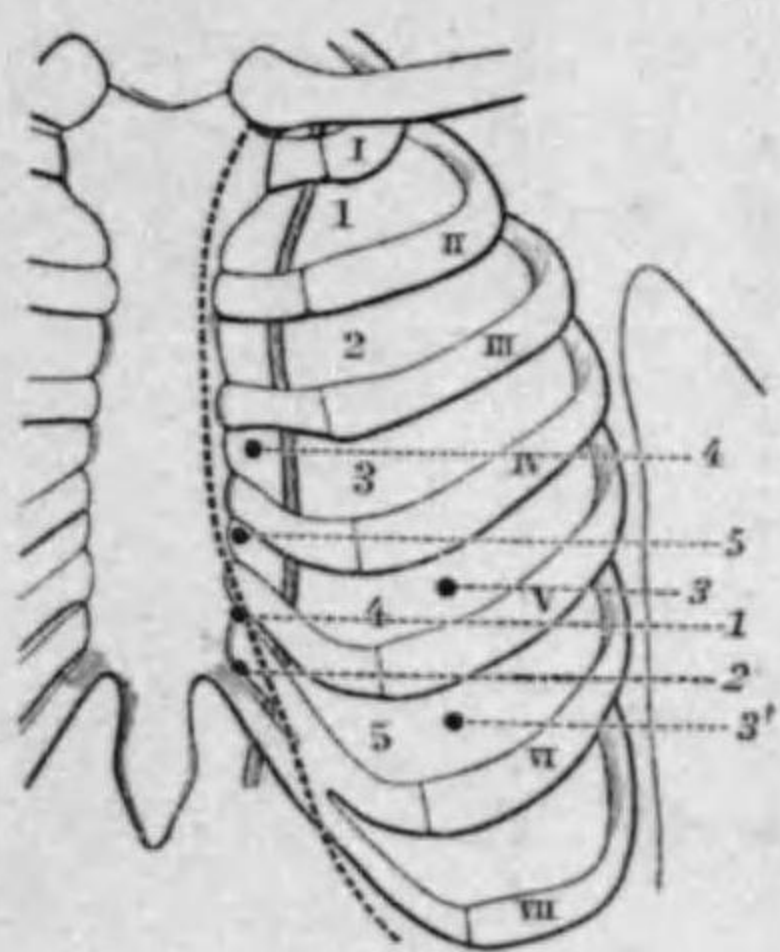


(a) 純
心濁音
部 (b)
比較的
心濁音
部 (c)
肝臟濁
音部

避ケムトスルニハ、胸骨縁ヲ距ルコト六仙迷ノ所ニ於テス可シ(第二百四十三圖)。而シテ穿刺ヲ施スニハ、患者ヲシテ半坐位ヲ取ラシメ、先、局所ノ皮膚ヲ嚴ニ消毒シタル後(單ニよーどちんきヲ塗布スルヲ以テ足レリトス)、一%ソーダ水中ニ於テ煮沸殺菌シタル

心囊及心臟ノ炎症性疾患(心囊穿刺術)

圖三十四百二第
位部ノ々種ス施ヲ術刺穿囊心
(氏 I エリテ)



(1) ベゾウ氏
(2) デロルム
及ミニオン氏
(3) 及(4) チユ
ラホイ氏(4)
シユイ氏(5)
トルツソウ氏

細キ套管鍼ヲ取り、之ヲ胸廓ノ
内上方ニ向テ斜ニ穿刺ス。穿刺
ヲ施スニハ、決シテ急速ニ過グ
ルコト勿レ。否ラザレバ、誤テ心
臟ヲ損傷スレバナリ。斯テ滲出
物ノ漏泄スルニ從ヒ、徐々ニ套
管ヲ牽出シ、液體ハ護謨管ニ由

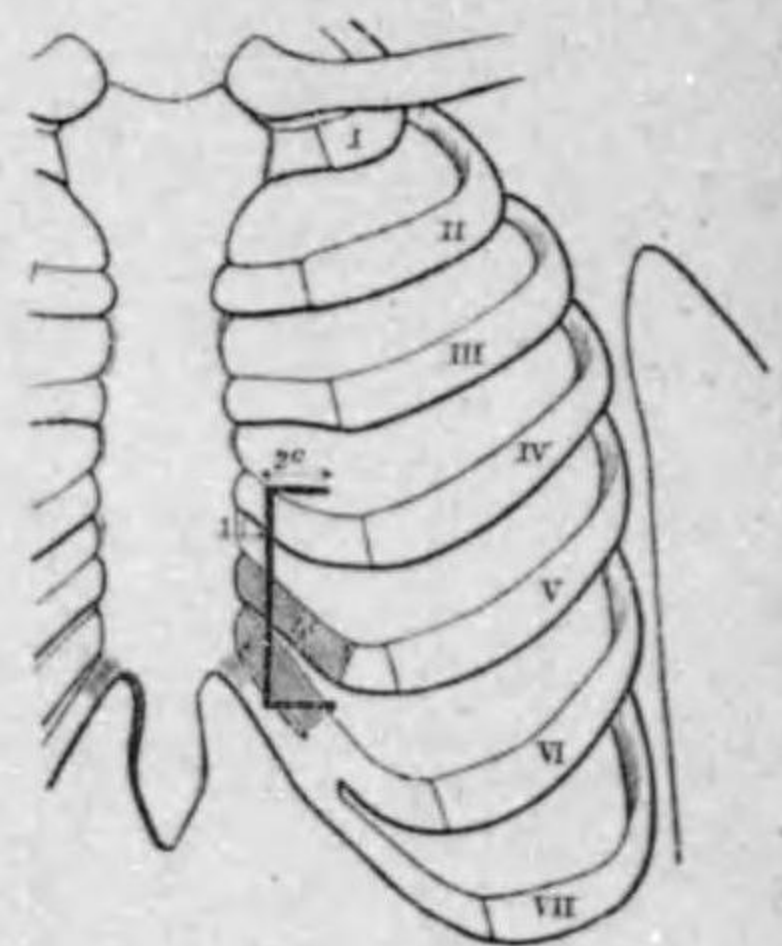
リテ水ヲ滿シタル容器ニ導ク可シ。此際又液體ノ排泄ヲ促サムガ爲、之ニ吸引器ヲ附
スルコト有リ。斯ノ如キ注意ヲ以テスルトキハ、危險ナル症狀ヲ發來スルコト無シ。之
ガ爲、偶、死亡ヲ來スコト有ルハ、蓋、穿刺ノ急劇ニ過グルカ、或ハ診斷ヲ誤レルニ在リ。故
ニ此術ヲ施ス前ニハ、毎常細キ管針ヲ用キテ試験的穿刺術ヲ施サザル可カラズ。

心囊穿刺術ハ、近時ニ至リ益良成績ヲ得ルニ至レリ。即、ヒンデンラング氏ハ、本術ヲ施シタ
ル者六十五例中、二十一例ノ治癒ヲ得、デロルム及ミニオン氏ニ據レバ、八十二回中二十八
回ノ治癒ヲ得、リーチンゲル氏ハ、穿刺後ノ治癒數ヲ算セシニ、大約三七乃至四〇%ナリト
云ヘリ。
Hindenburg
DeJorme
Mignon
Riedinger

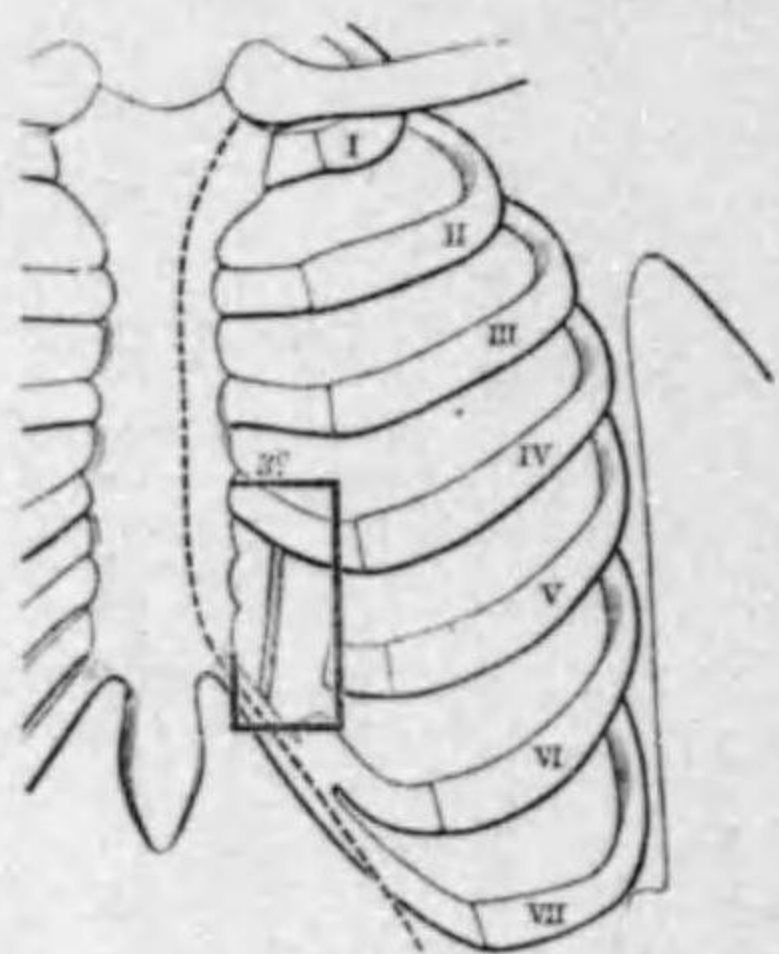
心囊切開術
適應症及
手術式

(一) 心囊切開術 Die Inzision des Herzbeutels, die Perikardiotomie ハ、殊ニ化
膿性心囊炎及心臟ノ損傷ニ施サルル法ニシテ、症ニ應ジテ之ニ種々ナル術式ヲ用ユ。

圖四十四百二第
法切部軟氏ン、ニミ及ムルロデ
(氏 I エリテ)



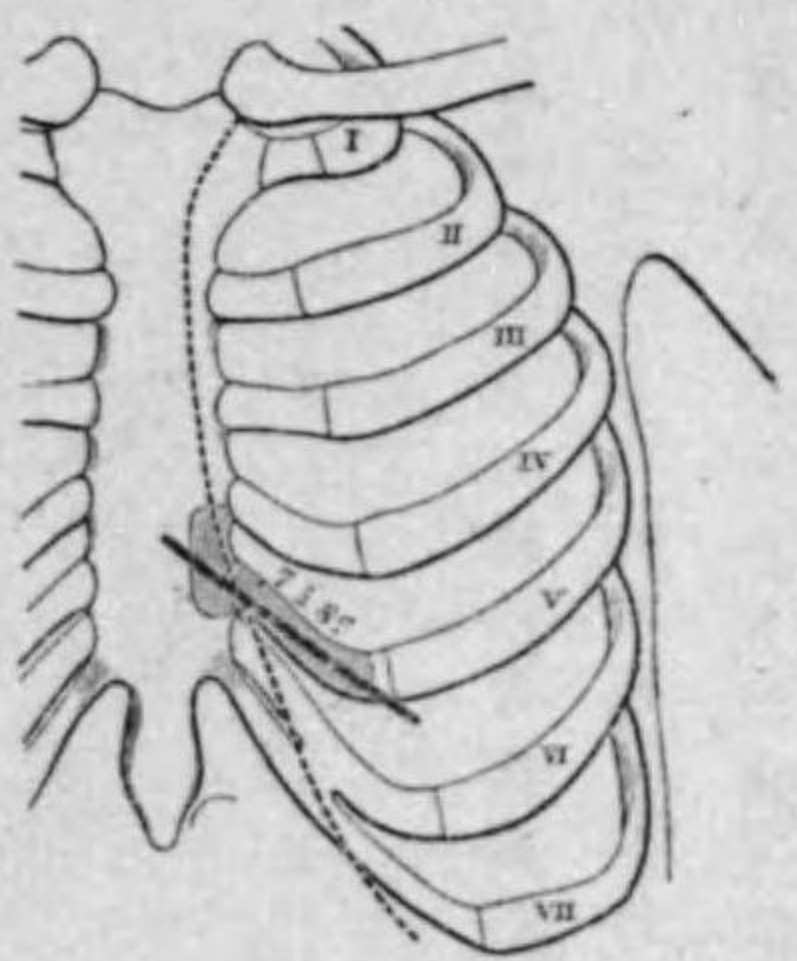
圖五十四百二第
除切ノ骨軟肋ル依ニ方前
(氏 I エリテ)



テ其中央ノ皮膚ヲ切開シテ軟骨ヲ其周圍ヨリ剝離シ、之ヲ切除シタル後、指ニテ其
結紮スルニ在リ(第百四十六圖)。斯テ胸骨三角筋及胸膜ヲ側方ニ排除シタル後、指ニテ其
場所ノ廣狹ヲ探リ、狹隘ナルトキハ、更ニ胸骨ノ一部ヲ切除シ、次デ心囊ヲ露出シテ三

心囊及心臟ノ炎症性疾患(心囊切開術)

第二千四百六十六圖
オリエル氏ノ心囊切開術
(テリエル氏)



之ニ由リテ治癒ヲ得タル者ハ四三%ナリト云ヘリ。

乃至四仙迷長之ヲ切開シ、膿ヲ排泄シタル後、其中ニ太キ護謨管ヲ插入シテ無腐的綱帶ヲ施ス。心囊ノ洗滌ハ、手術ノ際著シキ纖維素性凝固物ヲ除去セムガ爲メ、唯一回之ヲ行フコト有ルノミ。

コーベルト氏ハ、化膿性心囊炎ニ心囊切開術ヲ施シタル者三十五例ヲ集メタリシガ、

心囊切開術

心臓剝離術

伊太利國ノ醫師パ、ラウチオ氏ハ、繼發的ニ心囊ヲ侵シタル腫瘍其他心臓ノ穿刺術又ハ切開術ニ由リテ除ク可カラザル炎症ニ心囊切開術(Die Resektion des Herzbeutels, die Pericardiotomie)ヲ推舉セリ(一千九百八年)。然レドモ此法タル、人體ニ在リテハ、只稀ニ試ム可キ者ニシテ、症ニ由リテハ、寧心臓剝離術ヲ施スヲ良トス(チルマンズ氏)。

心臓剝離術(Die Kardiotomy)ハ、慢性癒著性縱隔膜心囊炎ノ爲メ、心臓心囊及大ナル血管ノ隣接器(胸骨前後ノ縱隔膜、横隔膜、肺臟)ニ癒著セル際、肋骨切開術ヲ施シテ心囊及心臓ヲ手術的ニ剝離スル法ニシテ、一千九百三年エルブラウエル氏ノ推獎セル所ナリ。爾來此法ハ、シモン、ペーテル、ゼン、フン、ク、ウ、ム、メル、其他ノ諸氏ニ由リテ試用セラレタリシガ、其成績ハ定

ニ良好ナリト云ヘリ。

第九 縱隔膜ノ炎症

縱隔膜ノ炎症
即縱隔膜炎

縱隔膜ノ炎症 Entzündungen des Mittellells (des Mediastinum) 即縱隔膜炎 Die Mediastinitis ニ就テハ、茲ニ唯前及後縱隔膜内ニ於ケル蜂窠織ノ急性及慢性化膿性炎症ヲ述ベムトス。此炎症ハ、或ハ之ニ原發シ、或ハ他ノ炎症ニ繼發スル者ニシテ、前者ハ殊ニ其損傷ニ因ルヲ多シトス。繼發性縱隔膜炎(Mediastinitis secundaria)ハ、肋骨胸骨胸膜、心囊、脊柱、食道、其他頸部等ノ炎症ノ蔓延ニ因ル者ニシテ、原發竈ノ部位ニ從ヒ、炎症ハ、或ハ前縱隔膜内ニ向テ蔓延シ、或ハ後縱隔膜内ニ向テ傳播ス(本卷二五三頁參照)。此他縱隔膜膿瘍(Der Mediastinalabscess)ハ、時トシテ食道、氣管、氣管枝、心囊等ト交通スルコト有リ。

症候及經過

本症ハ、常ニ甚ダ重惡ナル症狀ヲ呈スル者ニシテ、殊ニ急性化膿性炎症ニ在リテハ、高熱ヲ發シ、胸内疼痛苦悶及壓迫ノ感アリ、且屢々嚔下困難及呼吸障礙ヲ來ス。慢性化膿性炎症ニ於テモ、概シテ殆ド之ト同一ナル症候ヲ呈スル者ナリ。爾後ノ經過ハ、化膿ノ蔓延及膿瘍ノ穿孔ニ由リ種々ナル者ニシテ、急性症ニ在リテハ、患者多クハ敗血症若クハ膿毒症ノ爲メ、斃ルルモ膿竈ハ亦間、外方ニ向ヒ、胸骨ノ側傍ニ破開スルコト有リ。或ハ又膿瘍ハ、心囊胸膜或ハ氣管枝内等ニ穿孔スルコト有リ。フォン・バル

縱隔膜炎ノ症候及經過

縱隔膜ノ炎症

三四九

テレーベン氏ハ、嘗テ縦隔膜炎ノ爲、兩側横隔膜神經壓迫セラレ、爲、ニ横隔膜ノ麻痺ヲ來シタル症ヲ實驗シタルコト有リト云フ。

診断 常ニ困難ナリ。唯前縦隔膜内膿瘍ノ胸骨ノ側傍ニ顯出スル際、或ハ損傷所在ノ部位又ハ原發性炎症ノ種類ニ由リテ、之ヲ推察スルコト有ルノミ。

豫後 縦隔膜炎ハ、其何ノ症タルヲ問ハズ、若、適當ナル時期ニ手術ヲ施サザルトキハ、其豫後不良ニシテ、患者ハ敗血症又ハ膿毒症ノ爲、ニ斃ルルヲ常トス。唯膿瘍ノ外方ニ破開シタル場合ニ於テ、幸ニ治癒ヲ得ルコト有ルノミ。

療法 本症ニ對シテハ、唯膿瘍ニ到達シ得可キ際ニ療法ヲ施スコトヲ得ルノミ。即、前縦隔膜ノ膿瘍ニシテ、若、胸骨ノ側傍或ハ其上方ニ現ハルルトキハ、胸骨ヲ保存シ或ハ時宜ニ由リ其邊縁ノ一部ヲ切除シテ之ヲ切開ス。又胸骨後ノ膿瘍ナルトキハ、胸骨ノ大部ヲ切除セザル可カラザルコト有リ(本卷二八四頁參照)。後縦隔膜ノ膿瘍ニシテ外表ニ位スルトキハ、脊柱ノ右側或ハ左側ニ於テ一個或ハ數個ノ横突起ヲ切除シタル後、之ニ密接シテ膿瘍ヲ切開ス可シ。但、クエニユー及ハルトマン氏ハ、脊柱ニ沿ハズ、遙ニ側方肋骨角ノ高ニ於テ、常ニ左側ノ肩胛骨内縁ト棘狀突起トノ間ニ於テ切開ヲ施サムコトヲ推奨セリ。是、胸膜ハ、右側ニ於テハ深ク脊柱ト食道トノ間ニ下降スレバナリ。其法タル、縦切開ニ由リテ肋骨上ニ達シ、必要ニ應ジテ一個或ハ數個ノ肋骨ヨリ二乃至三仙迷或ハ尙之ヨリ長キ骨片ヲ切除シ、肋骨胸膜ヲ鈍的ニ剝離シタル後、指ヲ以テ後

縦隔膜炎ノ療法

縦隔膜炎ノ豫後

縦隔膜炎ノ診断

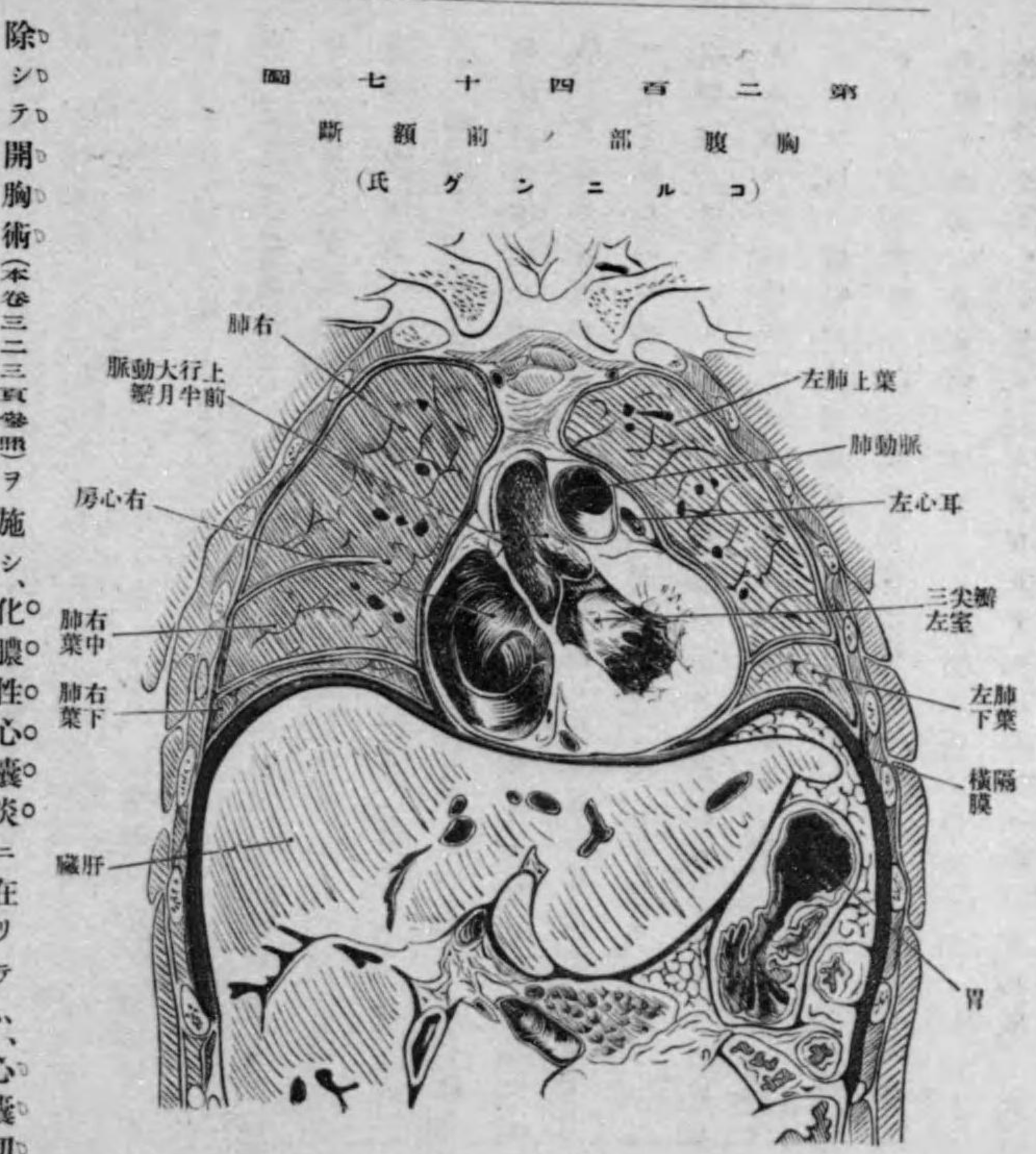
縦隔膜内ニ向テ進入スルニ在リ。

第十 横隔膜ノ炎症

横隔膜ノ炎症
即横隔膜炎

横隔膜ノ炎症 Entzündungen des Zwerchfells (des Diaphragma) 即、縦隔膜炎 Die Diaphragmatitis ニ就テ肝要ナル者ヲ其炎症性穿孔症 (Die entzündliche Perforation) ト爲ス。本症ハ、胸腔或ハ腹腔ノ化膿性炎症ノ横隔膜ヲ經テ甲腔ヨリ乙腔内ニ穿通スル者ニシテ、殊ニ腹内臓器ノ化膿症ニ繼發スル者ヲ多シトス。即、最初胃腸(殊ニ十二指腸)ノ穿孔ニ因リ、或ハ肝臓腎臓脾臓等ノ炎症ノ爲、横隔膜下ニ局限性ノ膿瘍、即、横隔膜下膿瘍 (Der subphrenische Abscess) ヲ生ジ、該膿瘍ハ遂ニ横隔膜ヲ穿孔シテ胸腔内ニ破開ス。殊ニ胃或ハ腸ノ穿孔ノ爲、所謂横隔膜下膿瘍 (Der subphrenische Kohleabscess) ヲ生ジ、胸腔内ニ破開スル者ヲ最多ナリトス。而シテ此穿孔ハ、殊ニ横隔膜ノ菲薄ナル筋裂隙ニ於テスル者ニシテ、膿瘍ハ或ハ胸膜腔内ニ破開シテ膿胸ヲ起シ、或ハ時トシテ心臟内ニ破開スルコト有リ。又胃或ハ腸ノ穿孔ニ因ル横隔膜下膿瘍ハ、空氣ヲ含蓄スルヲ以テ、横隔膜下膿氣胸 (Der Pneothorax subphrenicus) ヲ生ズルヲ常トス。之ニ反シテ胸腔内ニ膿瘍ヲ存スルトキハ、即、膿胸・肺膿瘍化膿性縦隔膜炎或ハ心囊炎、横隔膜ヲ經テ或ハ外方ニ向テ破開シ、或ハ腹腔内ニ破開シ、以テ局限性或ハ蔓延性腹膜炎ヲ起サシムルコト有リ。而シテ上述ノ如キ横隔膜ノ穿孔ニ於テ、其膿瘍ハ横隔膜ノ上方

圖 七 十 四 百 二 第
斷 額 前 部 腹 胸
(氏 グ ン ニ ル コ)



除シテ開胸術(本卷三三四頁參照)ヲ施シ、化膿性心嚢炎ニ在リテハ、心嚢切開術(本卷三四五頁參照)

ニ在リヤ、或ハ其下方ニ在リヤハ、理學的診斷法ニ由リテ之ヲ知ルコト難カラズト雖、亦其發生原因ニ注目スルヲ最モ肝要ナリトス。

療法 主トシテ速ニ胸腔内或ハ橫隔膜下ニ在ル所ノ膿竈ヲ開キ、以テ膿ヲ排泄スルニ在リ。即、膿胸或ハ膿氣胸ニ在リテハ、肋骨ヲ切

ヲ施ス可シ。橫隔膜下膿瘍ニ在リテモ、亦速ニ切開排膿セザル可カラズ。其膿胸ヲ合併スル者ハ、胸腔ヨリシテ之ヲ開ク可キモ、其他ノ症ニ於テハ、皆腹腔ヨリシ、前方ノ肋骨弓ニ沿ヒ切開ヲ施スカ、或ハ稍、腰部ニ偏シテ切開ヲ行ヒ、時宜ニ由リ此際胸膜附著部ノ下方ニ於テ肋骨切除術ヲ施スコト有ル可シ。

第十一 胸腔内腫瘍

胸腔内腫瘍 Geschwülste in der Brusthöhle ニ左ノ諸種アリ。
(一) 胸膜ノ腫瘍 Die Geschwülste der Pleura ニハ、原發性纖維腫、血管腫、骨肉腫及内皮細胞腫等ヲ見ルコト有レドモ、其ニ皆稀有ノ症ニシテ、最も多キハ繼發性癌腫ナリ。是、乳腺中狀腺食道及胃ノ癌腫ニ繼發スル者ニシテ、胸膜内ニ屢、許多ノ癌腫小結節ヲ生ジ、通常胸膜腔内ニ漿液纖維素性或ハ出血性滲出物ヲ蓄積シ、或ハ又乳糜樣滲出物ヲ蓄積スルコト有リ。是、滲出物中ニ脂變セル淋巴球及癌腫細胞ノ混在スルニ因ル者ニシテ、此乳糜樣滲出物ハ、胸腔内腫瘍ノ爲、ニ壓迫セラレタル胸管ヨリ來ル眞ノ乳糜胸ニ酷似ス。然レドモ眞正ナル乳糜液ハ、通常多量ノ糖ヲ含有スルモ、乳糜樣滲出物ハ否ザルヲ以テ、之ト鑑別ス可シ。此他肉腫モ亦胸膜ニ轉移性ニ發スルコト有リ。爾他胸膜ニハ、包蟲囊腫ヲ見ルコト有レドモ、罕ナリトス。

療法

概シテ症候的ナリ。惡性腫瘍ニ在リテハ、時々穿胸術ヲ施シテ胸膜腔ノ滲出物

ヲ排除スルニ過ギズ然レドモ若シ手術ヲ施シ得可キ者ナルトキハ宜シク開胸術ノ通則ニ從ヒ施術ス可シ(本卷三四頁參照)。

肺腫ノ腫瘍

(二)肺腫ノ腫瘍 Die Geschwülste der Lunge. 肺腫ニ於テモ其組織内及氣管枝ニ原發性腫瘍ヲ生ズルハ罕ナレドモ結締織性腫瘍ニハ間、麻仁大乃至榛實大ノ纖維腫(殊ニ氣管枝ノ周圍ニ生ズ)小ナル脂肪腫ヲ見氣管軟骨ヨリハ軟骨腫及骨腫ヲ生ジ又肉腫ヲ見ルコト有リ原發性肺腫ハ大小氣管枝ノ粘液腺及被覆上皮ヨリ發生シ其周圍ニ大小種々ナル結節ヲ生ズルコト有レドモ間、肺組織中ニ孤立セル癌腫結節ヲ生ズルコト有リ是恐ク小氣管枝或ハ肺胞ヨリ發生スル者ナラムト云フ此他肺腫ニハ種々ナル繼發性腫瘍ヲ見ルコト有リ其一部ハ近隣組織ノ腫瘍ニ繼發スル者ナレドモ胚種細胞ノ原始腫瘍ヨリ血行及淋巴行ニ介シテ轉移性ニ發生スル者ヲ最モ多シトス。

肺腫ニハ亦時トシテ巨大ナル包蟲腫ヲ生ズルコト有リ。マールデリング氏ニ據レバ本症百七十六例中肺腫ニ發シタル者十九例胸膜ニ發シタル者一例ナリト云フ又心臟及心囊ノ包蟲腫ハ極テ稀ニシテ、マールデリング氏ハ百七十六例中、只一例ヲ舉ゲタルノミ。

肺腫瘍ノ症候ハ其種類大小及發生ノ部位ニ由リ一様ナラザレドモ大ナル腫瘍ニ在リテハ殊ニ呼吸障礙ヲ來スコト多ク又癌腫及肉腫ノ如キ破壊性腫瘍ハ肺結核病ト殆ド同一ナル症狀ヲ起サシム。

肺腫瘍ノ療法

療法 胸壁ニ接著セル肺腫ノ腫瘍ハ肺腫切除術(本卷三四一頁參照)ニ由リテ摘出シ得ルコト有レドモ原發性惡性腫瘍ハ早ク既ニ兩側ノ肺腫ヲ侵シ且胸膜心囊及橫隔膜ニ蔓延スルヲ以テ殆ド手術ヲ施スコト能ハザルヲ常トス。

肺腫包蟲腫ノ胸壁ト癒著スル者ハ之ヲ切開シ又ハ囊腫ノ一部ヲ抽出スルコト容易ナレドモ其未ダ肋骨胸膜ト癒著セザル者ハ二次的手術ニ由リテ之ヲ切開セザル可カラズ。

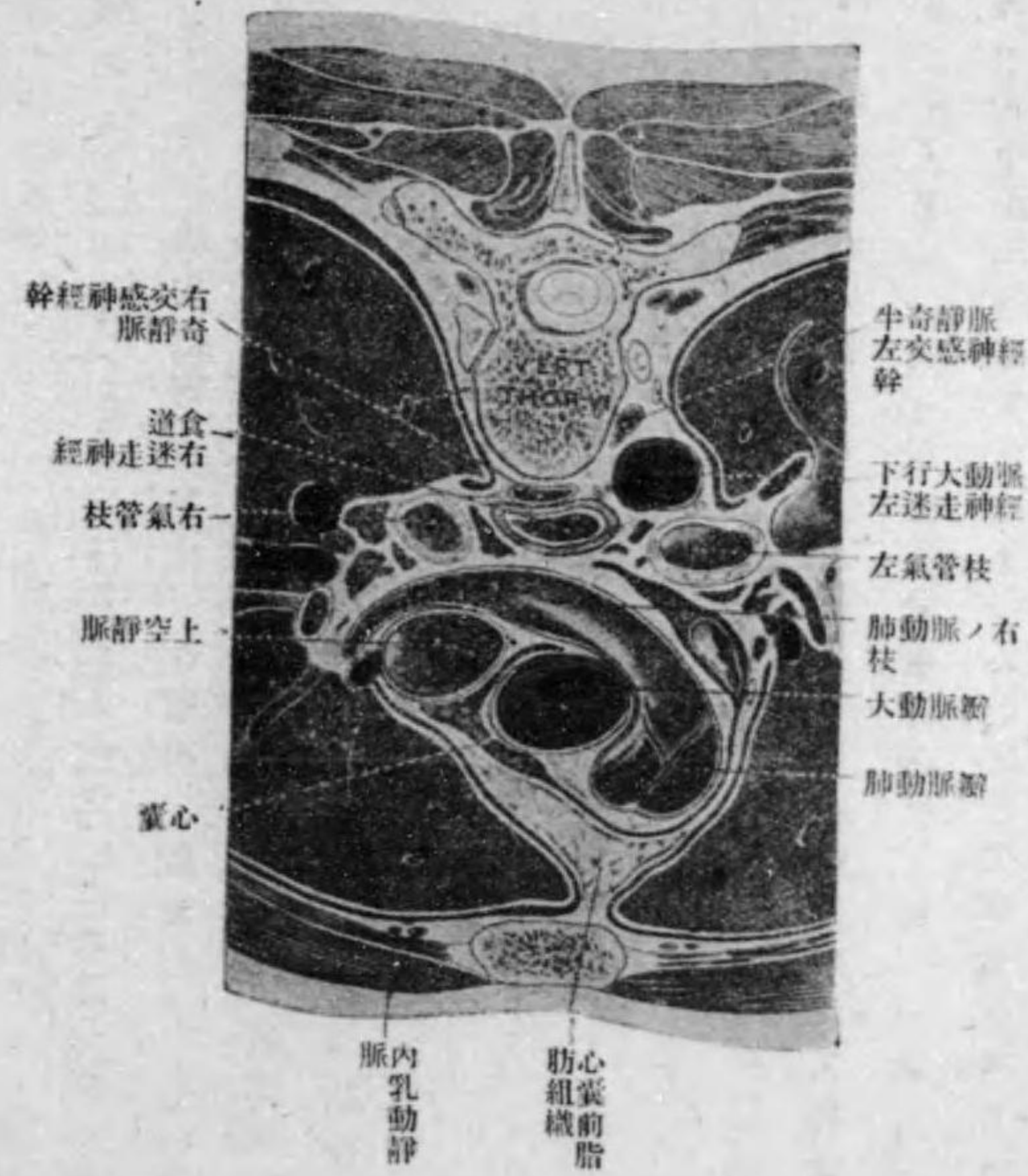
縱隔膜ノ腫瘍

(三)縱隔膜ノ腫瘍 Die Geschwülste des Mediastinum. 前後兩縱隔膜内ノ腫瘍ハ其近部(胸骨肋骨肺臟食道等)ニ發生セル腫瘍ノ繼發症タルコト最モ多シ。ヒュッテレル氏ハ縱隔膜ノ腫瘍六十八例中脂肪腫纖維腫結核性或白血病性淋巴腺腫贅骨肉腫皮様囊腫癌腫包蟲腫等ヲ舉ゲタリ皮様囊腫ハ恐ク一部ハ胎生時皮膚胚種ノ錯迷ニ因ル者ナラムモ亦頸溝ノ殘痕ヨリ發生スル者アリト云フ(頸道腫瘍)而シテ縱隔膜腫瘍中最モ多キハ肉腫及癌腫ニシテ後者ハ近隣部(例之食道)ニ於ケル同腫瘍ノ蔓延ニ因リ或ハ又轉移ニ由リテ發スルモ原發性癌腫及肉腫ハ殊ニ胸腺或ハ其殘痕ヨリ發生スル者ヲ多シトス。

縱隔膜腫瘍ノ症候及診斷

症候及診斷 縱隔膜ノ腫瘍ハ増大スルニ從ヒ益々著明ナル症候ヲ呈ス即チ其主要ナル者ハ胸内臟器ノ壓迫症狀ニシテ呼吸及嚥下困難心臟及大血管ノ壓迫ニ因ル血行障礙間迷走神經ノ壓迫ニ因ル脈搏緩徐返廻神經ノ麻痺ニ因ル聲帶麻痺橫隔膜神經ノ壓迫ニ因ル橫隔膜麻痺等ヲ來ス然レドモ其診斷ハ通常甚ダ難ク唯腫瘍ノ外方ニ破

圖 八 十 四 百 二 第
(サ高ノ椎胸七第)断平水ノ膜隔縱
(氏子ウラブ)



胸部外科

抽出ハ、常ニ容易ナラズ。唯胸骨切除術(本卷二八四頁參照)ヲ施シテ腫瘍ニ達シ得可キ者ニ於テ、抽出術ヲ企ツルコトヲ得ルノミ。後縱隔膜内ニ達スルニハ、上文ニ述ベタル法ニ據ル可シ(本卷三五〇頁參照)。

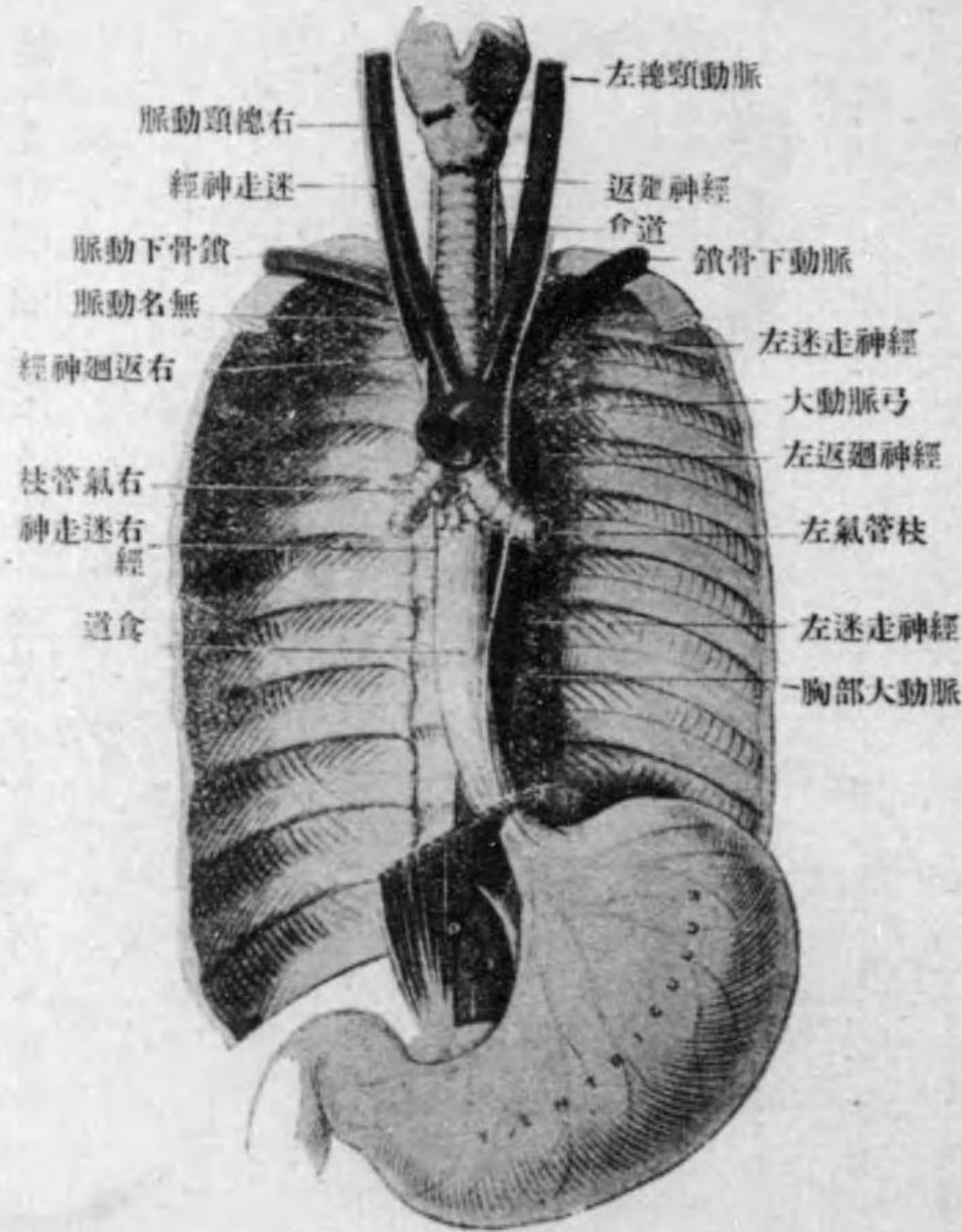
(四)胸部大動脈瘤 Das Aneurysma der Aorta thoracica, Aneurysma aortae

開スルカ、或ハ胸骨ノ側傍ニ顯出スルニ非ザルヨリハ、確診スルコト能ハザル者トス。但、れんごげん透照法ハ、時ニ診斷ヲ助クルコト有レドモ、縱隔膜ノ膿瘍及大動脈瘤トハ、最も誤診サレ易キ者トス。

療法

本腫瘍ノ

圖 九 十 四 百 二 第
脈動大及經神走迷管氣道食
(氏グンニルコ)



胸腔内腫瘍(胸部大動脈瘤)

三五七

Thoracicae ハ、諸他ノ動脈瘤中最モ多ク、視ル所ノ症ニシテ、殊ニ男子ニ多ク來リ、就中上行大動脈及大動脈弓ニ發スル者ヲ最多ナリトス(第百四十九圖參照)而シテ其大小及形狀ニ種々有レドモ、其益増大スルヤ、諸方ニ蔓延ス。例之胸骨及肋軟骨ニ向ヒ、或ハ肺臟若クハ脊柱ニ向テ蔓延スルガ如シ。又其骨ニ達スルヤ、骨(例之胸骨及肋軟骨)ハ之ガ爲ニ漸次侵蝕破壊セラレ、腫瘍ハ益々外方ニ向テ蔓延増大シ、殊ニ胸部ノ右上方ニ於テ拳大兒頭大或ハ大人頭大ノ強キ搏動性腫瘍ト爲リテ現ハレ(第百五十圖)間、胸骨部ヨリ右側腋窩ニ至ル皮下ニ占坐スルコト有リ(第百五十一圖)蓋シ其原因ハ、多クハ微毒即チ微毒性

胸部大動脈瘤
症候及診斷

大動脈炎 (Aortitis luetica) ニシテ、其之ニ基因スル者ノ數ハ、三五乃至八五%ノ間ニ在ル
モ、マルムステン・バックハウス及チエラッシュ氏ニ據レバ、實ニ八五%ノ多數ヲ占ムト云フ。
Malmsten Backhaus C. Rasch
而シテ其誘因トシテ認ム可キ者ハ、殊ニ損傷ナルガ如シ。

症候及診斷

大動脈瘤一定ノ大ニ達スルトキハ、殊ニ胸骨ノ右上方ニ搏動性ノ腫
瘤ヲ呈シ、聽診上心臟
ノ收縮期ニ雜音ヲ聽
キ、橈骨動脈ハ左右其
搏動ノ度ヲ異ニシ、次
テ壓迫症狀即チ嚙下困
難背部ノ疼痛肋間神
經痛等ヲ發シ、又迷走
神經壓迫ノ爲、屢、喘息
様發作聲帶ノ痙攣或
ハ麻痺等ヲ來ス。又實
地上宜シク注意ス可

第二五五圖
胸部大動脈瘤
(氏ク、ベ)



キハ、該動脈瘤ノ壓迫ニ因リ屢、食道狹窄ヲ發スルコト有ル是ナリ。故ニ食道狹窄患者
ニ在リテハ、消息子ヲ送入スルニ先チ、常ニ必ズ動脈瘤ノ有無ヲ検査セザル可カラズ。

胸部大動脈瘤
豫後

否ザレバ、偶、其尖端ヲ以テ之ヲ穿破シ、爲、ニ不測ノ危害ヲ速クコト有ル可シ。此他類。症
鑑別上注意ス可キ者ハ、胸膜及縱隔膜ノ腫瘍(肉腫及癌腫)ナリ。但、動脈瘤ニハ、常ニ廣
ク蔓延スル搏動ヲ呈スルヲ其特徵ト爲ス。胸骨ニ生ジタル搏動性肉腫ノ間、胸壁ヲ破
開シタル大動脈瘤ト誤診セララルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ。

豫後 胸部大動脈瘤ハ、

殆ド皆漸次増大シ、遂ニ
内方或ハ外方ニ破裂シ、
通常失血ノ爲、死ニ至ル
ヲ以テ、其豫後ハ常ニ不
良ナリトス。

療法

概シテ奏效少キ
ヲ常トスレドモ、肝要ナ

第二五五圖
胸部大動脈瘤
(驗實家白)



ルハ、早ク之ヲ診斷シテ適當ナル療法ヲ施スニ在リ。即チ先チ身體ヲ安靜ニシ、微毒ニハ固
ヨリ嚴重ナル驅微療法ヲ施サザル可カラズ。而シテ外科的療法ハ、唯上行大動脈及動
脈弓ノ動脈瘤ニ施スコトヲ得ルノミ。但、末梢性結紮法即チ動脈瘤ヨリ派出スル分枝ノ
結紮法(ブラズドール氏手術)ノ如キモ、多クハ唯一時ノ效ニ止マリ、之ニ由リテ決シテ
全治ヲ期ス可カラズ。此法タル、鎖骨下動脈或ハ總頸動脈ヲ結紮シ、又ハ同時ニ兩動脈

胸腔内腫瘍(胸部大動脈瘤)

ヲ結紮スル者ニシテ、キユステル氏ハ、殊ニ右側頸動脈ノ結紮ヲ稱用セリ。又電氣穿針法ハ、人ノ屢實行セル所ナルモ、此法ハ胸壁ニ接著セル動脈瘤ニ非ザレバ施シ難シ。ホウチツチ氏ハ、三十七名ノ患者ニ本法ヲ行ヒシニ、治癒セル者七名ナリシト。之ヲ行フニハ、先局所麻醉ヲ施シ、細長ナル鋼鐵針ヲ動脈瘤内ニ穿刺スルコト約五仙迷ノ深ニ達セシメ、次デ之ニ積極電氣ヲ通ジ、消極端ハ動脈瘤ノ附近ニ貼附ス。而シテ電流ハ始、可及的微弱ト爲シ、後ニ其強度ヲ増スヲ良トス。チルマンズ氏ハ、十二乃至二十電源ヲ用キ、毎回手術ノ時間ヲ五分乃至十分トセリ。又同氏ハ、穿針中常ニ動脈瘤内ノ搏動減少シ、瘤ハ收縮シ、且稍、硬固ニ感觸スルコトヲ實驗セリト云フ。蓋、電氣穿針法ノ作用タル、積極端ニ血塞ヲ形成セシメ、且血管壁ノ收縮ヲ促進スルニ在リ。此他本症ノ療法トシテ、あるごちん・一半ころーの鐵液あるこほる等ノ注射療法、又ハ腸線鋼鐵線銅線銀線馬毛ノ如キ異物送法等アレドモ、其效ハ皆確實ナラザル者トス。

近時ランズロウ・ホウレスコー・ベグ氏等ハ、大動脈瘤ニ對シテ二乃至二・五乃至五ノ殺菌シタルせらちん食鹽溶液(〇・七%)ノ皮下注射法ヲ稱用セリ。是該溶液ノ皮下注射ハ、血管内ノ血液ヲ凝固セシムル性能アリト云ヘルダストル及フロレスコー氏ノ動物試驗ニ基キタル者ニシテ、グレイ氏ノ實驗ニ據ルモ、溶解セルせらちんハ、淋巴行ニ由リテ血行中ニ入り、唯血管内膜ノ病的變化ヲ起セル部位ニノミ血液ヲ凝固セシムル作用ヲ有スト云フ。是該注射法ノ動脈瘤ニ奏效アル所以ナレドモ、ランズロウ

氏ハ、瘤内ニ直接ニ注射ヲ施スハ、危險ナリト云ヘリ。第二百五十圖ニ示ス者ハ、ニューヨーク府ノベック氏ガせらちん注射療法ヲ行ヒタル高度ノ胸部大動脈瘤ニシテ、氏ハ腫瘤ノ近傍ニ四日毎ニ注射ヲ施シ、二月間持續シタリシガ、輕度ノ發熱アリタルノ外、之ガ爲、毫モ不快ナル副作用ヲ呈スルコト無クシテ、患者ハ自覺的著シク輕快ヲ感ジ、他覺的ニ於テモ、亦腫瘤ノ著シク縮小セルヲ認メタリト云フ。

せらちん溶液ヲ製スルニハ、一定量ノ白色せらちんヲ〇・七%食鹽ヲ加ヘタル一〇〇〇ノ熱湯ニ溶解シタル後、十五分間之ヲ蒸氣殺菌釜中ニ於テ殺菌ス可シ。而シテ殺菌後凝固セルせらちんヲ注射スルニハ、使用前水浴ニテ三十七度ニ熱シ、其溶解スルヲ俟テ、嚴密ナル消毒法ヲ施シテ腫瘤附近ノ皮下ニ注射スルナリ。而シテ其注射量ハ、一回一〇〇〇ニシテ、二三日毎ニ施シ、十二三四回或ハ其以上ニ及ブ可シ。此際患者ニ安臥ヲ命ジ、且適當ナル滋養品ヲ與フ可シ。

第三章 乳腺之損傷及疾患

乳腺 (Die Brustdrüsen, die Mamme) (第百五十二圖) ハ、婦人ニ在リテハ、通常第三肋骨ヨリ第六肋骨ノ間ニ位シテ大胸筋ノ大部ヲ被覆シ、之ト該筋筋膜ノ間ニ鬆疎ナル結締織層及脂肪組織アルヲ以テ、能ク其上ニ於テ移動セシムルコトヲ得可シ。乳腺ヲ覆フ所ノ皮膚モ、亦能ク腺

上ニ於テ移動スル者ナリ。蓋シ該腺ノ形狀及大小ハ、各人之ヲ異ニスレドモ、通常半球形ヲ呈シ、其中央ノ最モ隆起シタル所ニ圓錐形ノ小突起アリ。之ヲ乳頭 (Die Brustwarze, Papilla) ト名ク。其周圍ノ一帯ハ、乳嘴ト共ニ茶褐色ヲ帶ブ。乳嘴 (Der Warzenhof, Areola) 是ナリ。而シ

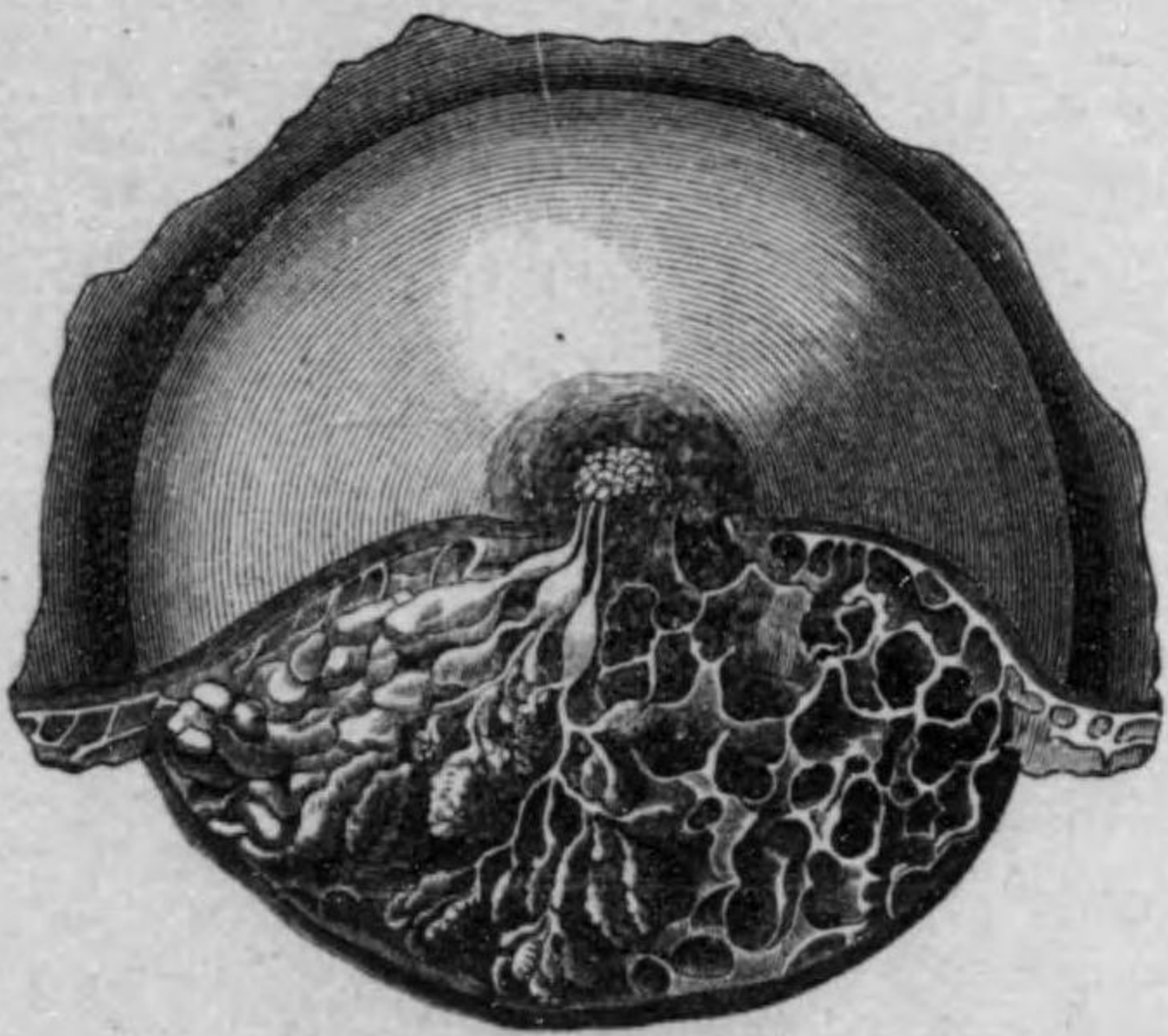


圖 二 十 五 百 二 第
腺乳ノ人婦ルケ於ニ期乳授
(一ノ分三約ノ大然自)

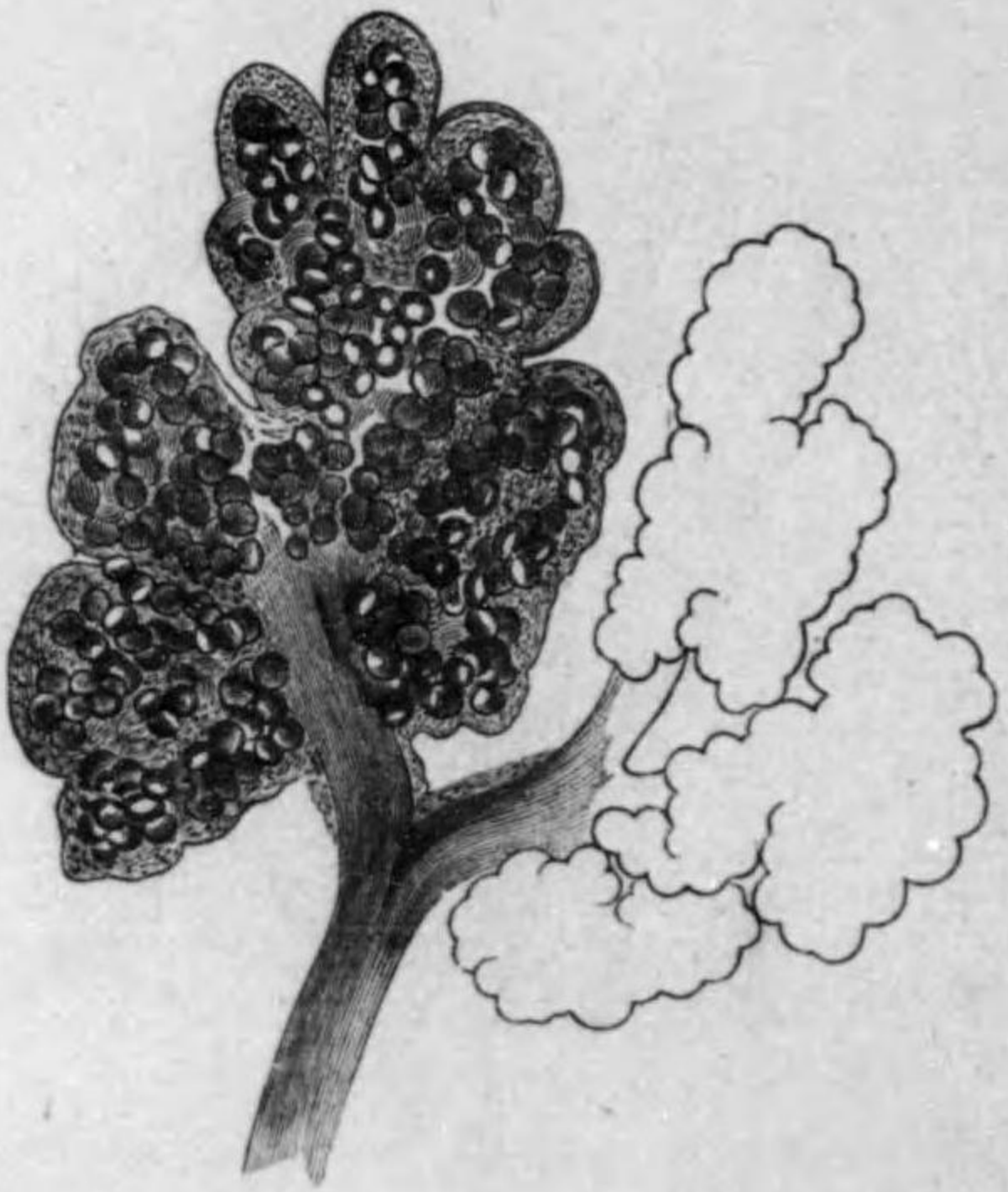
有スル副乳腺、所謂モンゴメリ氏腺 (Die Montgomery'schen Drüsen) ナ發生シ、該部ニ扁平ナル小隆起ヲ呈スルコト有リ。而シテ乳腺部ノ皮下ニハ、脂肪層アリ。該層ハ、上方ヨリ腺小葉

テ此乳嘴及乳嘴暈ハ、共ニ甚ダ軟弱ナル皮膚ニ由リテ被ハルル者ニシテ、乳嘴頂ニハ、極テ細キ口ヲ有スル十五乃至二十ノ乳腺排泄管開口シ、皺紋狀ヲ呈スル乳嘴暈ニハ、數多ノ脂腺及汗腺ヲ有ス。又乳嘴及乳嘴暈内ニハ、許多ノ平滑筋纖維ヲ藏スルヲ以テ、機械的ノ刺戟ニ由リテ收縮シ、以テ乳頭ハ硬固ニ且大ト爲ルナリ。C. Heusinger氏ニ從ヘバ、此筋纖維ハ、亦深ク腺内ニ達スト云フ。此他妊娠ノ際、間、乳嘴暈ニ固有ナル小排泄管ヲ

ニ進入シ、間、乳腺ノ大部ヲ形成スルコト有リ。

乳腺ハ、其構造ヨリ云ヘバ、葡萄狀腺ニ屬スレドモ、皮腺ノ變形物ト看做ス可キ者ニシテ、無數ノ腺小葉ヨリ成リ、此者ハ互ニ吻合スルコト無クシテ、其間ノ結締織内ニ包藏セラルル

圖 三 十 五 百 二 第
葉小腺ルケ得リヨ腺乳ノ女處ノ歳八十
(大腺ノ倍十七)



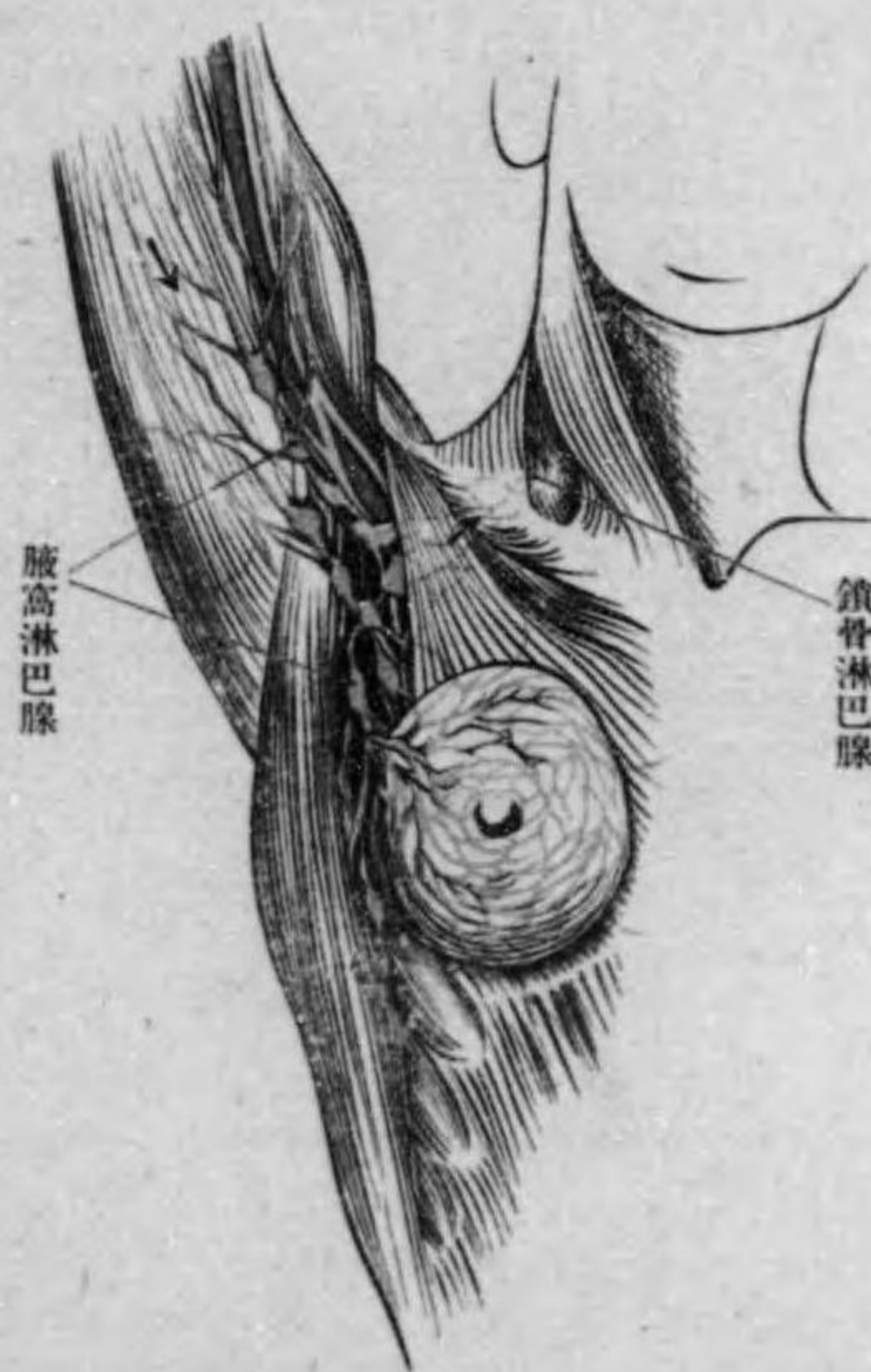
ニ至レバ、腺胞著シク增多シ、小葉増大シ、其周圍ノ結締織ハ血管ニ富ミ、脂肪組織ノ減少スルニ反シテ、腺質ノ著シク發育スルヲ見ル可シ。此際亦乳腺管擴張シ、殊ニ其乳嘴ニ於ケル開口部ノ近傍ニ至レバ、各自著シク擴張シテ嚢狀ヲ呈シ、其中ニ乳汁ヲ蓄積ス。之ヲ乳竇 (Das Milchschcken, Sinus lactae) ト名ク。故ニ此期ニ於テハ、乳腺屢、巨大ト爲ルコト有レドモ、授

乳期ノ後ニ至レバ、腺小葉漸次縮小シ、乳腺モ亦從テ縮小スレドモ、腺間結締織ハ反テ増加スル者トス。然レドモ月經閉止期ニ至レバ、腺組織悉ク萎縮シ、餘ス所ハ只排泄管ノミニシテ、該管ハ屢々腫脹狀ニ擴張スルコト有リ。

乳腺ノ動脈ハ、一部ハ内乳動脈ヨリ來ルモ、第二、第三及第四肋間ノ穿孔枝ハ、腺ノ上縁及内縁ニ入り、其下部及側部ハ、主トシテ長胸動脈ヨリ養ハレ、其太キ一、二枝ハ、皮膚及乳嘴ニ至リ、諸血管ハ互ニ吻合シテ細乳管ヲ纏絡ス。

靜脈ノ深部ニ在ル者ハ、相合シテ内乳靜脈及長胸靜脈ニ

圖四十五百二第
腺乳及管巴淋腺巴淋高腋
(圖像想中)



注ギ、皮下靜脈ハ能ク發育シ、其二、三ノ者ハ、鎖骨ヲ超テ外頸靜脈ニ注グモ、其他ハ腋窩ニ向ヒ腋窩靜脈ニ合ス。

淋巴管ハ、腺内ニ在ル者及皮膚内ニ在ル者、共ニ乳腺ノ下外方ニ於テ相合シテ二、三ノ稍大ナル幹ト爲リ、腋窩腺ニ注グ。而シテ此淋巴流ヲ第一ニ受容スル所ノ淋巴腺ハ、腋窩ノ内壁

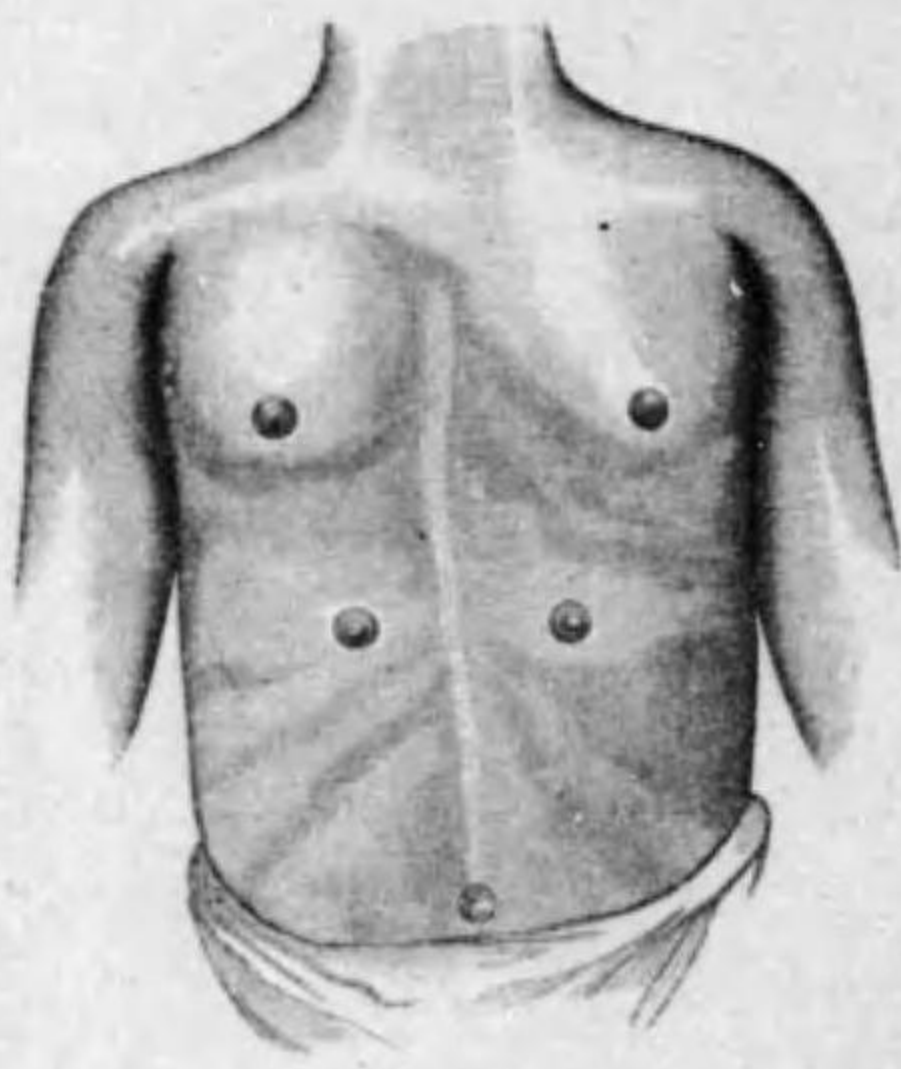
ニシテ第三肋骨上ノ大胸筋下ニ在ルヲ以テ、此淋巴腺ハ、乳腺癌腫ヲ發スル際最初ニ侵サル者トス。此他腋窩ノ淋巴管ハ、亦下方ノ頸腺ニ注グヲ以テ、該腺ハ亦乳腺癌腫ノ際早ク侵サルルコト有リ(第二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百)。

神經ハ、第二肋間ヨリ第六肋間ニ至ル肋間神經及胸神經叢、其他鎖骨下神經及交感神經ヨリ分派シ來ルモ、乳腺固有ノ分泌神經アリヤ否ニ至リテハ、未ダ明ナラズ。

第一 乳腺ノ畸形

乳腺ノ畸形 Missbildungen der Brustdrüsen ニ先天性缺如ト過多ト有リ。乳腺ノ先天性缺如(Das angeborene Fehlen der Brustdrüse)即無乳腺(Die Amastie oder Amastie)ニ又偏側缺如ト兩側缺如ト有レドモ、其

圖五十五百二第
腺乳副ノ個二
(氏ンルテスンテヒイラ)



副乳腺ハ共ニ尋常乳腺ノ下内方ニ存在ス。

ノ乳腺ハ、時トシテ成長ノ後ニ至ルモ發育セズシテ、小兒時ノ状態ニ止ルコト有リ。之ヲ小乳腺(Die Mikromastie)ト名ク。然レドモ過多ノ乳腺(Die überzahligen Brustdrüsen)即多乳腺(Die Polymastie)即多乳腺(Die Polymastie)ニ又偏側

圖六十五百二第
腺乳副ノ個四
(氏ドル、フルニア及ンボギチ、フ)



男子ニシテ副乳腺ハ尋常乳腺ノ上下兩方ニ存在ス

ste oder Polymastia)ハ較多ク見ル所ニシテ、過剰ナル乳腺ノ數ニ種々有レドモ、一個ナルヲ最多トシ、且多クハ尋常ノ乳腺下約八仙迷ノ所ニ在リ。ライヒテンステルン氏 Leichtenstern

圖七十五百二第
者ルス存ニ窩腋ノ腺乳副ノ個二



ニ據レバ、此ノ如キ副乳腺 (Die accessori-schen Brustdrüsen)ハ、尋常乳腺ノ内下方ニ在ルコト多ケレドモ、亦其上下兩方ニ存シ、罕ニハ腋窩部ニ存シ (第百五十五乃至百五十七圖)、又例外トシテ肩峯突起部腹壁ノ正中線、加之ラテ大腿部ニ存スルコト有リト云フ。而シテ此副乳腺ノ組織的構造ハ、甚ダ種々ニシテ、排泄管ヲ有セザルモ、妊娠時ニハ腫脹シ、且疼痛ヲ起スヲ常

トス。此他一個ノ乳腺上ニ、間二個或ハ數個ノ乳嘴ヲ存スル者アリ。多乳嘴 (Die Polythelia) 卽是ナリ。蓋スノ如キ乳腺ノ畸形ハ、獨リ女子ノミナラズ、間亦男子ニ見ル所ニシテ (第百五十六圖) 男子ニ在リテモ、懷春期ニ至レバ、往々初乳様ノ液所謂「偽乳」(Die Hexenmilch) ヲ分泌スルコト有リ。

男子ノ乳腺ハ、二十歳ノ初期ニ於テ發育其極度ニ達シ、側枝及腺胞ヲ有スル輸乳管ヲ存ス。ブシケ氏ハ、男子ニ於テ乳汁ヲ分泌スル腺質ノ發育セル者ノ數例ヲ報告セリ。又アレキサンデル・ファン・フンボルト氏ノ説話ニ據レバ、南アメリカニ三十二歳ノ一男子アリテ、其妻ノ死後其小兒ニ五個月間自ラ哺乳セシメタル者アリタリト云フ。洵ニ奇ト謂フ可シ。斯ノ如ク男子ニシテ女子ノ如キ乳腺ヲ有スル者 (所謂「女乳腺」Die Gynäkomastie)ニハ、亦睾丸ノ萎縮ヲ見ルコト有リト云フ。

第二 乳腺ノ損傷

乳腺ノ損傷 Verletzungen der Brustdrüsen ニ皮下損傷ト創傷ト有リ。皮下損傷ハ、衝突、打撃、壓挫等ニ因ル者ニシテ、之ガ爲、ニ生ジタル皮下及腺質間ノ溢血ハ、通常徐徐ニ吸收セララルモ、時トシテハ包裏セラレテ血囊腫ヲ形成シ、又發炎化膿ヲ繼發スルコト有リ。但處女及弱年ノ婦人ニシテ、殊ニ月經困難ニ罹レル者ニハ、損傷ヲ蒙ムラザルモ、間、乳腺ノ皮下及乳腺内ニ溢血ヲ來スヲ見ルコト有リ。此他茲ニ尙注意ヲ要ス

可キハ、乳腺ノ皮下損傷後ニハ、男女ニ拘ラズ、後ニ至リ往々癌腫ヲ誘發スルコト有ル是ナリ。乳腺ノ創傷ハ、切創刺創或ハ銃創等ニシテ、其處置ハ一汎ノ法則ニ據ル可シ。乳腺ノ火傷及其他ノ潰瘍性疾患ニ於テモ、乳腺ノ破壊セラレ或ハ排泄管ノ閉塞スルガ如キハ、甚ダ稀ナリトス。

第三 乳嘴及乳嘴暈ノ疾患

乳嘴及乳嘴暈ノ疾患 *Erkrankungen der Brustwarze und des Warzenhofs* ハ、實地上甚ダ肝要ナリ。是其皮膚ハ菲薄且軟弱ナルヲ以テ、機械的刺戟ノ爲、損傷ヲ蒙リ易ク、殊ニ小兒乳嘴ノ爲、乳嘴ト乳嘴暈トノ間ニハ、屢、裂創及表皮剝脫ヲ生ズルコト有レバナリ。此裂創ハ、痂皮ヲ被ムル小潰瘍ヲ形成シ(所謂輝裂 *Klagnaden*) 頗ル劇甚ナル疼痛ヲ起ス者ニシテ、爲、屢、小兒ニ授乳スルコト能ハザラシムルノミナラズ、亦細菌之ヨリ侵入スルトキハ、爲、ニ淋巴管炎丹毒急性膿性乳腺炎等ヲ繼發スルコト有リ。本症患者ニ對シテハ、可及的授乳ヲ禁ジ、輝裂ハ硝酸銀桿ヲ以テ腐蝕シ、又ヘブラ氏軟膏ノ貼用亞鉛華末ノ撒布醋酸礬土水ノ罌法等ヲ施ス可シ。此他授乳婦ニ在リテハ、豫防法トシテ常ニ冷水鉛水硼酸水等ヲ用キテ局所ヲ洗滌セシムルヲ良トス。乳嘴及乳嘴暈ノ濕疹ハ、殊ニ不潔ナル婦人ニ見ル所ニシテ、亦屢、潰瘍ヲ生ゼシム。其最良ナル療法ハ、ヘブラ氏軟膏亞鉛華ばすたノ貼用又ハ亞鉛華澱粉ノ撒布等ナリ。

乳嘴及乳嘴暈ノ疾患

乳嘴及乳嘴暈ノ原發性微毒性潰瘍ハ、間、微毒性小兒ニ授乳スルニ因リテ發シ、第二期ニ於テハ、之ニ扁平膿腫ヲ生ズルコト少カラズ。又口粘膜ニ贅口瘡ヲ有スル小兒ニ哺乳セシムルニ由リ、乳嘴ニ贅口瘡ヲ發スルコト有リ。

乳嘴及乳嘴暈ノ腫瘍ハ、原發性ノ者ハ極、テ罕ナリトス。唯乳嘴ニハ、上皮癌腫ヲ生ズルコト少カラズ。チルマンズ氏ハ、乳腺ノ癌腫ハ乳嘴及乳嘴暈ヨリ發生スルコト多シト云ヘリ。
Tilmanus

パゲット氏病

茲ニ尙記載ヲ要ス可キ者ヲ、所謂パゲット氏病 (*Die Paget'sche Krankheit*) ト爲ス。本病ハ、一千八百七十四年 *James Paget* 氏ノ始、テ報告シタル疾患ニシテ、其症狀タル、始、ハ乳嘴及乳嘴暈ニ發スル濕潤性濕疹ニ酷似スルモ、其蔓延甚ダ徐々ニシテ、漸次其周圍ニ蠟壁狀ノ小隆起ヲ呈シ、中央部ニ癩痕ヲ生ジ、爲、ニ乳嘴ノ萎縮スル等ハ、之ト異ナル所ナリトス。而シテ此者タル、四十歳乃至六十歳ノ健全ナル婦人ニ發スル者ニシテ、數年ヲ經過スルトキハ、掌大或ハ之ヨリ廣大ナル部分ヲ侵シ、中央部ハ扁平ナル癩痕ニ由リテ占領セラレ、外方ハ癩痕部ト濕潤セル鮮紅ナル肉芽面或ハ微ニ浸潤セラレタル乾燥部ト相交錯シ、後ニ至レバ、通常此浸潤部ヨリ定型的ノ癌腫ヲ發生スル者トス。

乳嘴ノ著シク陥没シ且過小ナル者ハ、小兒ヲシテ全ク哺乳セシムルコト能ハザルコト間、之有リ。アキスフォルド氏ハ、此症ニ乳嘴ノ尖端ヲ距ルコト二仙迷許ノ皮膚ヨリ放線狀ニ數個ノ楔狀片ヲ切除シ、次デ乳嘴ノ根底ニ於テ筋膜ヲ恰モ煙草囊ニ於ケル

乳嘴及乳嘴暈ノ疾患

ガ如ク、腸線ニテ輪狀ニ縫合集束シテ良效ヲ得タリト云フ。

第四 乳腺ノ炎症

乳腺ノ炎症即

乳腺ノ炎症 Entzündungen der Brustdrüsen 即 乳腺炎 Die Mastitis ハ男女及年齢ヲ問ハズシテ發スル者ナレドモ、最も多キハ初生兒懷春期ニ於ケル男女及殊ニ授乳婦ニ來ル者ニシテ、又婦人ニ於テハ、月經閉止期ニ當リ、乳腺ノ炎症性腫脹ヲ來スコト有リ、而シテ乳腺炎ニ又急性及慢性ノ二症ヲ區別ス。

初生兒ニ於テハ、皮膚潮紅シ、乳腺ハ著シク腫脹シ、之ヲ壓搾スルニ、清澄或ハ乳様ノ分泌物ヲ漏スコト有リ、之ヲ初生兒乳腺炎 (Mastitis neonatorum) ト名ク。但、其原因ハ、尙不明ニ屬ス。又男女ヲ問ハズ、懷春期ニ至リテ乳腺ニ炎症性疼痛性腫脹ヲ來スコト多シ、其高度ノ症ニ在リテハ、之ヲ壓迫スルニ甚ダ過敏ニシテ、時トシテハ、上肢ノ運動ニ由リ疼痛ヲ起スコト有レドモ、輕症ノ者ニ在リテハ、僅ニ腫脹セル腺ニ鈍痛ヲ起スニ過ギズ。大抵二三週日ニシテ色素ノ沈著ヲ殘シテ消散ス。然レドモ、時トシテハ、炎症益増進シ、腋窩ノ淋巴腺ニ腫脹ヲ來シ、乳腺ノ腫脹ハ數週日ノ後漸ク消散スルカ、或ハ稀ニハ化膿ニ陥ルコト有リ、之ヲ成年性乳腺炎 (Mastitis adolescentium) ト名ク。妙齡ノ處女ニ於テ、月經時ニ乳腺ノ疼痛性腫脹ヲ見ルモ、之ト其趣ヲ同フスル者ニシテ、恐ク生殖器官ノ發育ニ原因スル者ナラムト云フ。此他胸部ノ化膿腫等ヨリ乳腺ニ病毒ヲ傳染シ、以テ化膿性乳腺炎 (Mastitis purulenta) ヲ發

產褥性乳腺炎

シ、又一回若クハ數回反覆スル鈍體ノ打撲ノ爲、乳腺ニ炎症ヲ起スコト有リ。蓋、斯ノ如キ外傷性乳腺炎 (Mastitis traumatica) ハ、殊ニ器械ヲ胸上ニ壓抵スル職工ニ間、見ル所ナリ。以上諸種ノ乳腺炎ニ對スル療法ハ、鉛水醋酸礬土水等ノ電法ヲ施シ、若、化膿スルトキハ、速ニ切開スルニ在リ。

然レドモ急性乳腺炎 (Mastitis acuta) 中最モ多ク略ル所ニシテ、實地上最モ肝要ナル者ヲ、產褥性乳腺炎 Mastitis puerperalis ト爲ス。ブライアン・ヌーン及ヒルロト氏

ノ統計ニ據レバ、乳腺炎二百十八例中、授乳期ニ發シタル者百七十一例、妊娠中ニ發シタル者十三例、妊娠セズ又授乳セザル者ニ發シタルハ三十四例ナリ。又ウインケル氏ニ從ヘバ、初産婦ハ殊ニ急性乳腺炎ニ罹ルノ素因ヲ有スル者ナリト云フ。然リ此乳腺炎ハ、實ニ産後四週間以内ニ發スルコト最も多キ者ニシテ、其全乳腺ヲ侵スハ少ナク、多クハ唯其一部、殊ニ其下方及下方ニ發スレドモ、早ク切開排膿セザルトキハ、亦全腺ヲ侵スコト有リ。其原因ハ、多クハ乳嘴ニ存スル裂創、腐爛及潰瘍ヨリ、淋巴道ヲ經テ細菌ノ乳腺内ニ傳播スルニ因ル者ニシテ、乳腺管内ニ於テハ、亦細菌繁殖蔓延シ、乳汁ノ分泌ヲ妨グ、爲ニ炎症ヲ誘起スルコト有リ。然レドモ、細菌ハ亦淋巴道ヲ經ズシテ直接ニ外界ヨリ乳腺管ニ進入シ、急性ノ炎症ヲ發スルコト有リ。蓋、是等ノ炎症ヲ發セシムル者ハ、主トシテ普通ノ化膿性球菌ナレドモ、罕ニハ亦複球菌ちふす桿菌等ナルコト有リ。サールフエルト氏ハ、嘗テ腔ヨリ手ニ由リテ、痲疾菌ヲ乳腺ニ傳染セシメテ化膿性乳

乳腺ノ炎症 (產褥性乳腺炎)

腺炎ヲ發シ、其乳汁ヲ飲ミタル乳兒ハ、吐瀉症ノ爲ニ死亡セル者ヲ實驗シタルコト有リト云フ。此他子宮及其周圍ノ產褥性化膿性炎症ニ因ル膿毒症ノ經過中、轉移性乳腺炎ヲ發スルコト亦少カラズ。

ブナム氏ハ、產褥性急性乳腺炎ヲ分テ、單純性鬱滯乳腺炎 (Die einfache Stauungs mastitis) ト傳染性(蜂窠織炎性)乳腺炎 (Die infectiöse (phlegmonöse) Mastitis) ノ二種ト爲リ。前者ハ、殊ニ產褥ノ初期ニ來ルモ、亦其後ノ經過中ニ來リ、或ハ又乳腺分泌ノ早キ者ニハ、妊娠ノ末期ニ來ル者ニシテ、高熱ヲ呈シ、乳腺ハ硬結腫脹シ、皮膚潮紅シ、甚ダシキ壓痛アレドモ、乳腺ヲ壓搾シテ得タル分泌物ハ乳汁ニシテ、其中ニ細菌ヲ見ルコト無シ。之ニ反シテ傳染性乳腺炎ハ、乳嚙量ノ限局性蜂窠織炎ニシテ、該部ノ皮膚菲薄ナルガ爲、直ニ膿潰シ、速ニ治癒スル者アリ、或ハ乳腺又ハ乳嚙量皮脂腺ノ化膿ヲ起ス者アリ。該兩者ハ、其ニ亦乳腺ノ實質ヲ侵シ、又乳腺部皮下蜂窠織ノ蜂窠織炎性炎症ヲ起ス者ニシテ、此傳染性乳腺炎ハ、常ニ化膿ニ陥ル者ナリト云フ。乳腺周圍ノ結締織ヲ侵ス所ノ化膿性乳腺周圍結締織炎 (Perimastitis purulenta) ナル者ハ、蓋シブナム氏ノ所謂傳染性乳腺炎ノ一部ニ屬スル者ナル歟。

產褥性乳腺炎ノ症候及經過

症候及經過 本症ハ、輕度ノ症ニ在リテハ、疼痛甚ダシカラズ、炎症性浸潤ハ化膿ニ陥ルコト無クシテ再ビ吸收セララルコト有レドモ、高度ノ症ニ在リテハ、殊ニ乳腺ノ下方ニ疼痛性腫脹ヲ來シ、高熱アリ、且屢、惡寒戰慄ヲ伴ヒ、其化膿ニ陥ルヤ、炎症ハ亦乳

腺周圍ノ組織ニ蔓延シ、爲ニ皮膚發赤腫脹シ、浮腫ヲ呈シ、明ニ波動ヲ觸ルルニ至ル。又乳腺ノ膿瘍ハ、多數相合シテ一大膿腔ヲ形成シ、以テ其周圍ニ蔓延スルコト有リ。而シテ之ヲ放任スルトキハ、膿瘍ハ遂ニ外方ニ向テ破開スルヲ常トス。此他炎症ハ、時トシテ主ニ乳腺ノ後方ニ蔓延シ、乳腺ト大胸筋トノ間ニ膿ノ蓄積ヲ來スコト有リ。所謂乳腺後膿瘍 (Der retro-mammäre Abscess) 是ナリ。然レドモ此膿瘍ノ更ニ後方ニ蔓延シテ胸膜内ニ破開スルガ如キハ、頗ル罕ナリトス。此他乳腺炎ニハ、稍亞急性ノ經過ヲ取ル者アレドモ、遂ニ亦化膿ニ陥ルヲ常トス。

產褥性乳腺炎ノ豫後

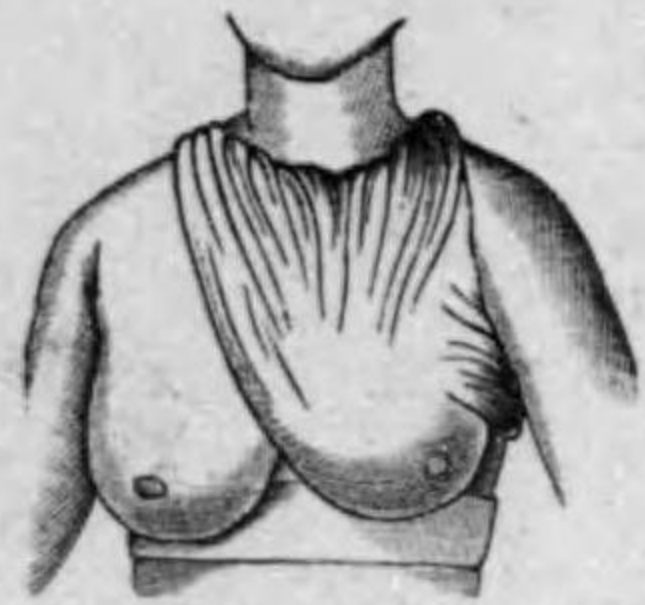
豫後 早ク切開排膿スルトキハ、速ニ治癒スレドモ、其自然ニ破開シテ排膿十分ナラザルカ、或ハ十分切開排膿セザルトキハ、創口在舊癒合セズ、瘻管ヲ貽シテ長ク之ヨリ膿ヲ漏スコト有リ。是、膿ノ溜溜ニ由リテ常ニ再々炎症ヲ誘發スレバナリ。所謂乳腺瘻 (Fistula mammae) 是ナリ。又時トシテハ、其瘻口ヨリ乳汁或ハ乳汁樣液ヲ漏スコト有リ。之ヲ乳汁瘻 (Fistula lacti) ト名ク。而シテ化膿ノ著シク蔓延シタル者ニ於テハ、治後之ニ應ズル乳腺ノ萎縮及畸形ヲ來ス者トス。

產褥性乳腺炎ノ療法

療法 初期ニ於テ小兒哺乳ノ爲、母體ニ疼痛ヲ與ヘザル間ハ、發炎セル乳房ヨリ尙哺乳セシム可シ。又乳腺ノ血行ヲ調整シ、鬱血ヲ起サザラシムガ爲、常ニ布帕又ハ廣キ卷軸帶ニテ乳腺ヲ提舉セザル可カラズ。乳腺提舉帶 (Suspensorium mammae) ヲ施ス即、是ナリ (第百五十八及第百五十九圖)。此他炎症性浸潤物ノ吸收ヲ催進シ、或ハ化膿性溶崩ヲ迅速

ナラシメムガ爲、濕布繙帶(硼酸水鉛醋水等ヲ用ユ)ヲ施スヲ良トス。然レドモ小兒ノ哺
乳ノ爲、甚ダシキ疼痛ヲ起ストキハ、吸乳器(Der Milchsauger) (第百六十四圖)ヲ用キテ人工的
ニ乳汁ノ排泄ヲ圖ルカ、或ハ下劑ヲ投ジテ乳汁ノ鬱滯ヲ制限ス可シ。又乳汁ノ分泌ヲ

第百八十五圖 乳腺提舉布帽



第百九十五圖 單乳腺提舉帶



制限スルニ、よリトス。又乳汁ノ分泌ヲ
ヲ内服セシムルヲ有效
ナリトス。
上記ノ諸法ヲ施スモ炎
症消退セズ、既ニ化膿ノ
徵候ヲ呈スルニ至レバ

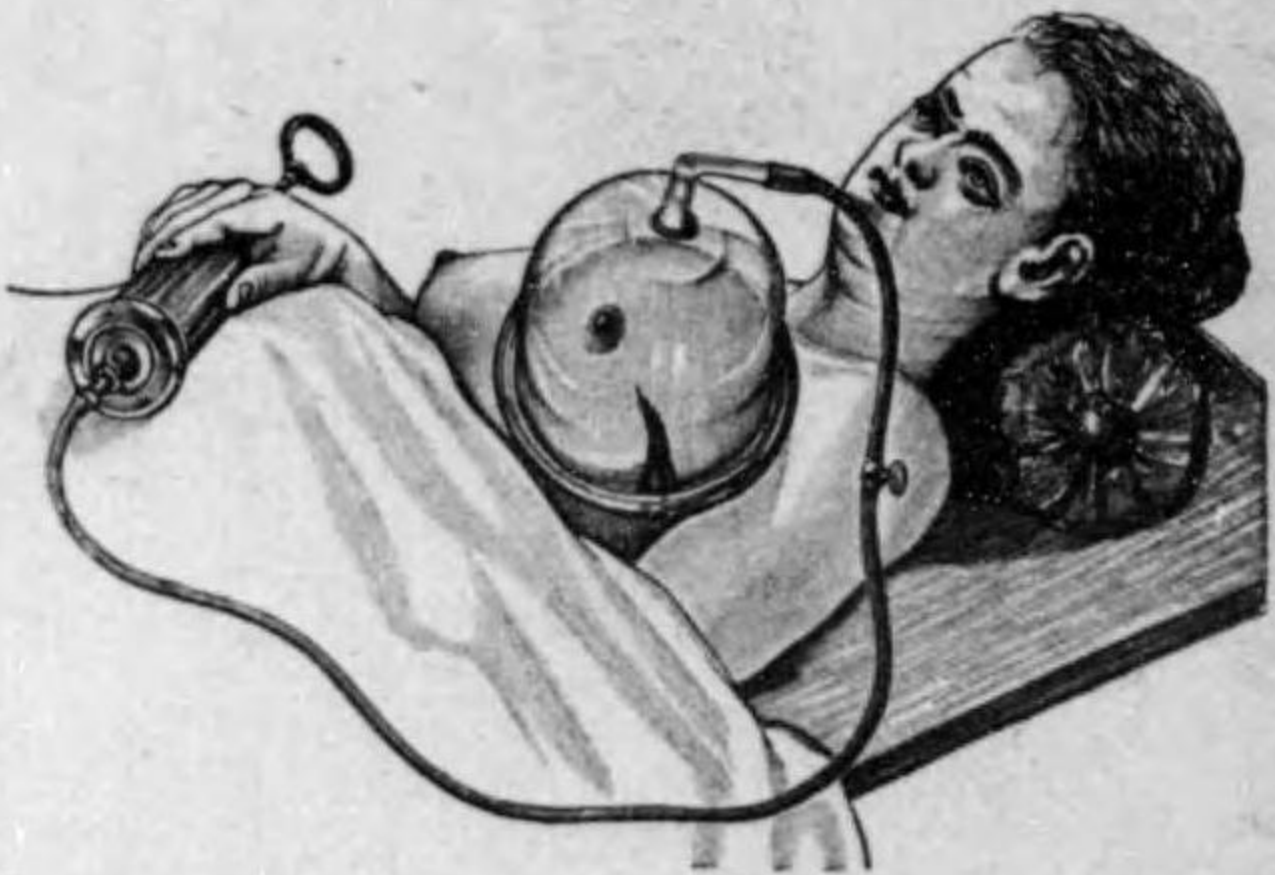
第百二十六圖 吸乳器



其緊張ヲ輕減ス可シ。之ニ由リテ亦往々化膿ヲ防止シ得ルコト有リ。化膿廣ク蔓延シ、
乳腺後ニ膿瘍ヲ生ジタル者ノ如キニ在リテハ、くろろふるむ麻酔ヲ施シ、間、乳腺ノ全
層ヲ切割シ、綿密ニ検査シテ患部ヲ悉ク切開シ、時宜ニ由リ銳匙ヲ以テ膿瘍腔ヲ搔爬

局所知覺麻痺ノ下ニ十分ナル切開ヲ施ス可シ。此
切開ハ、常ニ乳腺ノ放線狀方向ニ於テセザル可カ
ラズ。是可及的乳腺排泄管ノ損傷ヲ避ケムガ爲ナ
リ。殊ニ急劇ナル症ニシテ高熱アル者ハ、未ダ化膿
ノ症候ヲ徵セザルモ、可及的早ク切開ヲ施シ、以テ

第百六十一圖 急性乳腺炎ノ吸引療法
ビクトラ氏ニ據ル



シタル後、創腔ノ最底部ニ太キ護膜管ヲ插
入シ、防腐的被覆繙帶ヲ施ス可シ。之ニ施ス
繙帶ハ、壓迫強キニ過グ可カラズ。而シテ繙
帶ハ、最初ハ毎日之ヲ交換ス可キモ、漸次其
度數ヲ減ズ。此際創腔ノ洗滌ハ行ハザルヲ
良トス。若シ瘻孔ヲ遺存シ、硝酸銀桿ヲ以テ腐
蝕スルモ治癒セザルトキハ、更ニ瘻孔ヲ根
本的ニ切開搔爬シ、排膿管ヲ插入ス可シ。
近時乳腺炎ニ對シ、ピール及クラップ氏ノ吸
引療法(Die Saugtherapie nach Bier und Klapp)ヲ
盛ニ稱用ス(第百六十一圖)。此際其既ニ化膿ニ

陥リタル者ニ在リテハ、小切開ヲ施シテ排膿シタル後、吸引療法ヲ持續ス可シ。其法ヲ
ル、吸引器(Der Saugapparat)ヲ患部ニ貼スルコト約三四分間ノ後、之ヲ取除キ、五分間ヲ
經テ再ビ之ヲ貼用シ、斯ノ如クスルコト數回ナル可シ。但シ吸引器貼用ノ際ハ、之ガ爲、疼
痛ヲ起スニ至ラシム可カラズ。

慢性間質性
乳腺炎

慢性間質性乳腺炎(Mastitis interstitialis chronica)ニ就テ、左ノ諸症ヲ舉グ可シ。
慢性間質性乳腺炎(Mastitis interstitialis chronica)ハ、月經閉止ノ直前或ハ閉止中ノ婦人ニ於テ、乳

乳腺ノ炎症(産後性乳腺炎)

腺ニ結節狀ノ硬結及癩痕様收縮ヲ來スノ症ニシテ、解剖上始、乳腺ノ間質性結締織中ニ小細胞性浸潤ヲ來シ、爲ニ結節狀ノ間質組織ノ增生ヲ起シ、後ニ癩痕收縮ニ陥ル者ナリ。此者タル時々疼痛ヲ起スモ、化膿スルコト無ク、後ニ至リ遂ニ漸々全ク吸收セララル。本症ニハ、水銀軟膏ヲ塗擦シ、又濕性電法ヲ施シテ其吸收ヲ促ス可シ。但、疼痛アル者ニハ、寧ろ乳腺抽出術ヲ行フヲ良トス。是、本症ハ、間、癌腫發生ノ誘因ト爲ルコト有ルト、又實ニ癌腫(殊ニ萎縮性乳腺癌腫)ト判別シ難キコト有レバナリ。

病乳腺ノ結核
 菌乳腺ノ放線
 菌病

慢性乳腺炎ノ一種ニ、囊腫性慢性乳腺炎(Mastitis chronica cystica)ト稱セララル者アリ。是、殊ニケーニヒ氏ノ記述セル所ニシテ、乳腺内ニ大小種々ナル囊腫ヲ多發シ、其病性ハ炎症ト腫瘍トノ中間ニ位スル者ナリ。

或ハ乾酪性結節ヲ生ジ、且寒性膿瘍ヲ形成シ、殊ニ其中ニ結核菌ヲ發見スルニ在リ。

トシテ來ルコト有ルノミ、然レドモ絶ダ罕ナリ。

第五 乳腺ノ腫瘍

乳腺ノ腫瘍 Geschwülste der Brustdrüse ハ、殊ニ女子ニ見ルコト最モ多ク、男子ニ來ルハ甚ダ少シ。但、乳腺ニハ、癌腫ヲ除キテハ他ノ腫瘍ヲ生ズルハ、概シテ絶ダ罕ナ

第二十六百二第
 腫肉胞細態巨ノ腺乳
 (氏ルセキレ)



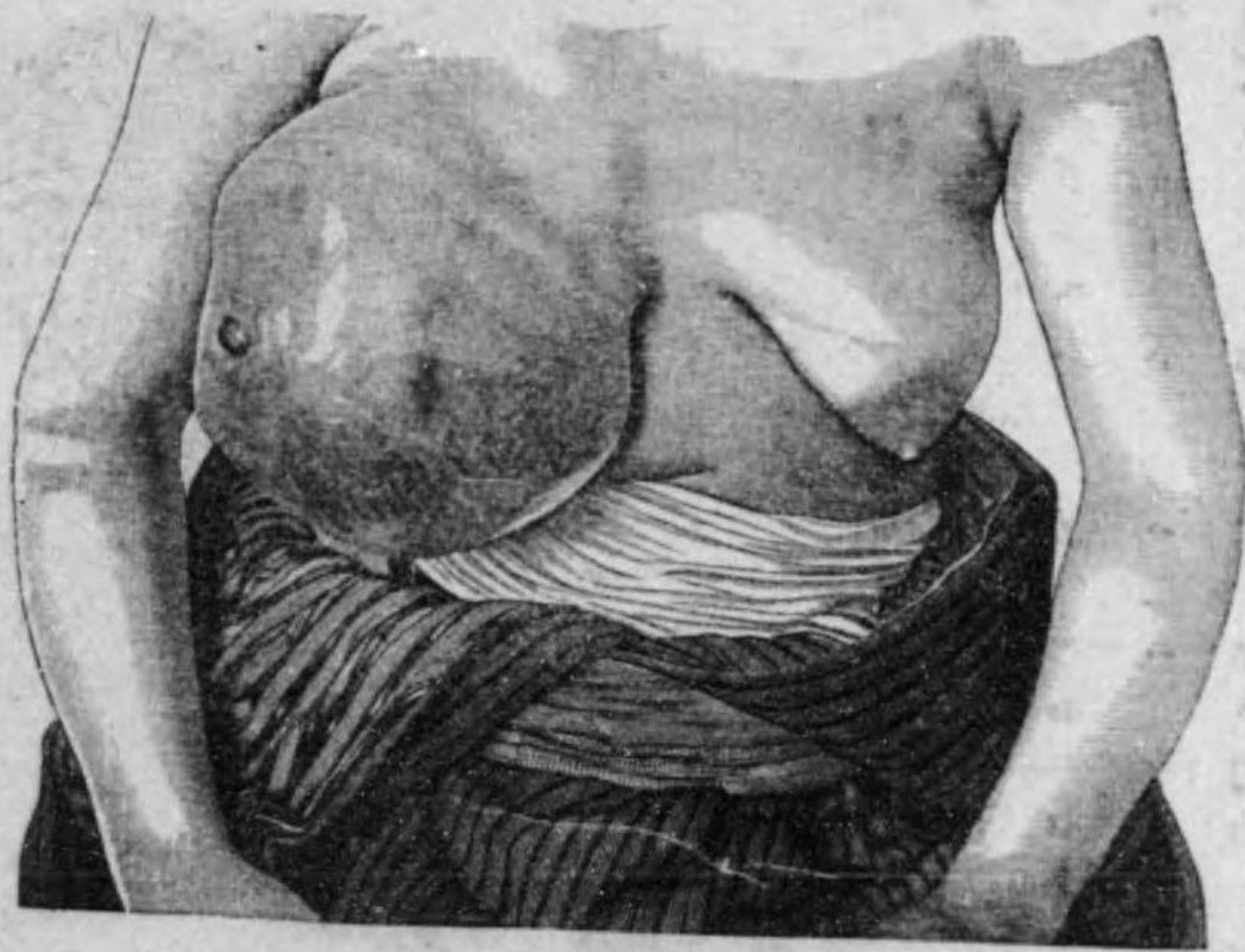
リトス。

乳腺ノ結締織性腫瘍ニ屬スル者ハ、殊ニ纖維腫、肉腫、脂肪腫、肉腫ニシテ、脂肪腫、粘液腫、軟骨腫、骨腫、血管腫及神經腫ノ如キハ、甚ダ稀ニ見ル所ナリ。

纖維腫ニハ、或ハ單純ノ者アリ、或ハ他ノ腫瘍ヲ合併スル者アリ。例之纖維腺

腫纖維肉腫纖維液粘腫纖維囊腫ノ如シ。蓋シ此腫瘍ハ、殊ニ腺胞及小乳腺管ノ周圍ニ在ル所ノ結締織ノ増殖ニ由リテ發スル者ニシテ、十七歳乃至三十歳ノ婦人ニ來ルコト最モ多ク、就中未婚者及不妊者ハ之ニ罹ル素因ヲ有スル者ノ如ク、四十歳以上ノ者ニハ甚ダ稀ナリ。而シテ單純ナル纖維腫ハ、凹凸不平ナル硬キ結節ヲ呈シ、癌腫ニ反シテ

圖 三 十 六 百 二 第
腫 肉 胞 細 形 圓 ノ 腺 乳
(驗 實 家 白)



此囊腫性肉腫(第百六十五圖)ハ、表面結節狀又ハ磊塊狀ニシテ、又處々ニ波動ヲ觸レ、往々頗ル巨大ナル者ヲ見ルコト有レドモ、肉腫中最モ良性ノ者ニ屬ス。
乳腺ノ上皮性腫瘍ニ就テハ、茲ニ先、腺腫ヲ舉グ可シ。此腫瘍ハ、乳腺腺質ノ増殖ニ由リ

能ク腺内ニ於テ移動シ、其大ハ、大
約鶏卵大ニ達スルヲ常トスルモ、
混合腫瘍殊ニ纖維囊腫ニハ、頗ル
巨大ナル者ヲ見ルコト有リ。
肉腫(第百六十二乃至第百六十四圖)ニ、圓
形細胞肉腫、紡錘細胞肉腫、小細胞
性肉腫、大細胞性肉腫、巨態細胞肉
腫、血管肉腫、黑色素肉腫、髓樣肉腫等
ノ種別アリ。就中後ノ兩者ハ、其性
質最モ粹惡ナル者ナリ。蓋シ肉腫モ、
亦殊ニ腺胞及小乳腺管周圍ノ結
締織ヨリ發生スレドモ、血管壁ヨ
リ發生スル者亦少カラズ。且屢、擴
張セル腺排泄管及囊腫ヲ混淆ス。

圖 四 十 六 百 二 第
腫 肉 ノ 腺 乳 側 左
(驗 實 ノ 部 科 外 院 病 澤 金)



テ發生スル者ナレドモ、多
クハ又同時ニ多少腺間結
締織ノ増殖ヲ兼ルヲ以テ、
腺胞性纖維腺腫(Adenofibro
ma acinosum)ト稱スルヲ妥
當ナリトス。而シテ此腺腫
及纖維腺腫ハ、其性質上後
文ニ述ブル所ノ乳腺肥大
(第百七十九及第百八十圖)ニ最モ近

似スレドモ、其之ト異ナル所ハ、後者ニ在リテハ、通常兩側ノ乳腺ニ平等ナル蔓延性ノ
組織增生ヲ來ス者ナレドモ、腺腫ハ限局性結節狀ノ腫瘍ニシテ、偏側ニ發生スルニ在
リ。又腺腫ハ、宛モ癌腫ノ前驅症タル者ナリ。即、腺腫ニ在リテハ、腺細胞ノ増殖ハ專ラ腺
管及腺胞膜ノ内方ニ於テスル者ナレドモ(第百六十六圖)此腺上皮一朝腺膜ヲ破リテ不
規律ニ血管及細胞ニ富ム腺間結締織中ニ侵入スルトキハ、是レ既ニ腺腫ノ癌腫ニ變性
シタル者ト謂ハザル可カラズ。故ニ乳腺ノ腺腫ヨリハ、癌腫ヲ發生スルコト少カラズ。
其癌腫ニ轉ズル初期ノ者ヲ、又類腺腫(Adenoid)ト名ク。腺腫ハ、多クハ發育緩慢ニシ
テ、其大ハ通常林檎大ヲ越ユルコト無ク、圓形ニシテ硬固、凸兀ニシテ能ク皮下ニ移動

圖 五 十 六 百 二 第
腫 肉 性 腫 囊 ノ 腺 乳
(氏 ウ ボ ル エ ウ)



五十四
歳ノ婦
人ニシ
テ四年
前來發
生セル
モノ

シ、之ト癒著セザル結節ヲ呈シ、其性善良ニシテ、決シテ轉移症ヲ來スコト無ク、又腋窩ノ淋巴腺ヲ侵スコト無シト雖、間之ガ爲、劇甚ナル神経痛様疼痛ヲ起スコト有リ。殊ニ最モ恐ル可キハ、其終ニ癌腫ニ變性スルコトノ尠少ナラザルニ在リ。又此腫瘍ニハ、上記纖維腺腫ノ他ニ、尙種々ナル混合腫瘍ヲ見ルコト有リ。例之粘液腺腫、腺囊腫ノ如キ是ナリ。

管ノ閉塞ニ由リテ生ジタル同腫瘍ノ乳腺内ニ進入セル者ニ外ナラズ。ビルロート氏ハ、乳腺内ニ於テ鶯卵大ノ明ニ葉狀ヲ呈スル眞珠腫ヲ見タルコト有リト云フ。
Bilroth

圖 六 十 六 百 二 第
腫 腺 ノ 腺 乳



シテ、局所の再發ヲ來シタル者四十二名ナリ。此内多數ノ者(五七・七%)ハ、半年以内ニ再發ヲ來シ、間、一年二年乃至四年ノ後ニ再發ヲ來シタル者アレドモ、平均十ヶ月半ノ後ニ再發ヲ來セリト。又同氏ニ據レバ、肉腫患者ノ生活期限ハ八十一月ニシテ、其全治數ハ一三・二%ナリト云フ。

以上述べタル所ノ諸種ノ乳腺腫瘍ニ比シテ日常最モ多ク見且臨牀上最モ注意ヲ要ス可キ者ヲ乳腺ノ癌腫ト爲ス。

乳腺癌腫(乳癌) Das Karzinom der Brustdrüse, Carcinoma mammae ハ、乳腺ノ腫瘍中最多ノ症ニシテ、グロックス氏ニ據レバ、其數ハ女子ニ於ケル諸乳腺腫瘍ノ八二・四七%、ブライアン氏ニ據レバ、^{Gross}三八三・一六%又ビルロート氏ニ從ヘバ、八五%ヲ占ムト云フ。年齢ニ於テハ、四十一歳ヨリ五十歳ノ婦人ニ最モ多シ。而シテ男子ニ之ヲ見ルハ、

乳腺ノ腫瘍(癌腫)

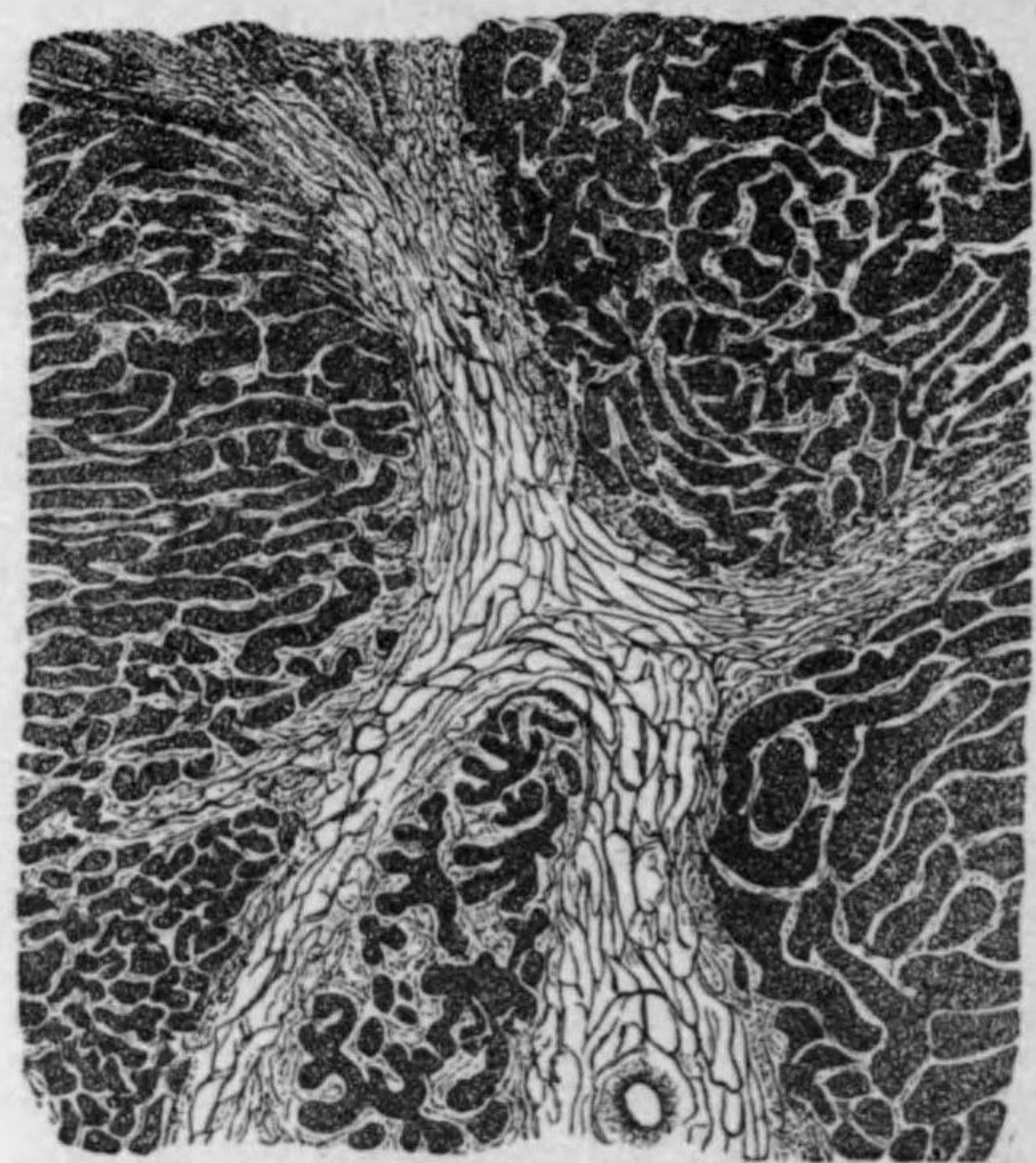
絶ダ罕ナリトス。

男子ノ乳腺腫瘍ハ、概シテ甚ダ稀有ニシテ、ピルロート氏ニ從ヘバ、乳腺ノ纖維腫囊狀肉腫
腺腫ノ如キハ、男子ニ於テハ載籍上未ダ見ザル所ナリト雖、養腫ハ往々老年男子ノ乳腺内
ニ發見セラレルコト有リ。而シテ男子乳腺ノ腫瘍中最多ナルハ、亦癌腫ニシテ、シハルド氏
ノ集メタル男子乳腺ノ腫瘍四百六十九例中、悪性腫瘍(肉腫及癌腫)ニ屬スル者ハ三百九十
一例ニシテ、其最多數ハ癌腫ナリト。又エル・ウ・ルリ・ムス氏ニ據レバ、女子ノ乳腺癌腫百ニ對
シテハ、男子ノ者ハ約一ノ比例ナリト云フ。 R. Williams

乳腺ノ癌腫ハ、通常唯偏側ニ來ル者ニシテ、同時ニ兩側乳腺ノ侵サレ、或ハ兩者相踵テ
侵サルルガ如キハ、甚ダ稀ナリ。而シテ解剖上之ニ次ノ數種ヲ區別ス。即チ腺胞性癌腫、單
純癌腫(管狀癌腫)、萎縮性癌腫(硬性癌腫)及膠樣癌腫是ナリ。就中通常最モ多ク觀ル所
ノ者ヲ單純癌腫ト爲ス。

單純癌腫又管狀癌腫 (Carcinoma simplex oder das tubuläre Karzinom) (第百六十七圖)ハ、最モ多ク見ル所
ニシテ、多ク癌腫性浸潤ノ状態ヲ呈シ、且速ニ多發性結節ト爲リ、或ハ蔓延性浸潤ト爲リテ
皮膚ニ波及スルコト多キ者ナリ。而シテ癌細胞巢ハ通常小ニシテ、屢、長キ管狀ノ上皮群集
ヲ形成シ、此者遂ニ不整ト爲ル。蓋、此癌腫ハ、好、テ平面的ニ蔓延シ、以テ全腺ニ互ルモ、亦皮膚
蜂巢織、胸筋、肋骨、胸骨及胸膜内ニ稍迅速ニ癌腫性浸潤及癌小結節ノ散在性ニ蔓延スルヲ
見ルコト有リ。間、皮膚ニ許多ノ小結節及蔓延性ノ硬キ浸潤ヲ生ジ、之ヲ觸ルルニ宛モ革皮

第百六十七圖
乳腺ノ單純(管狀)癌腫

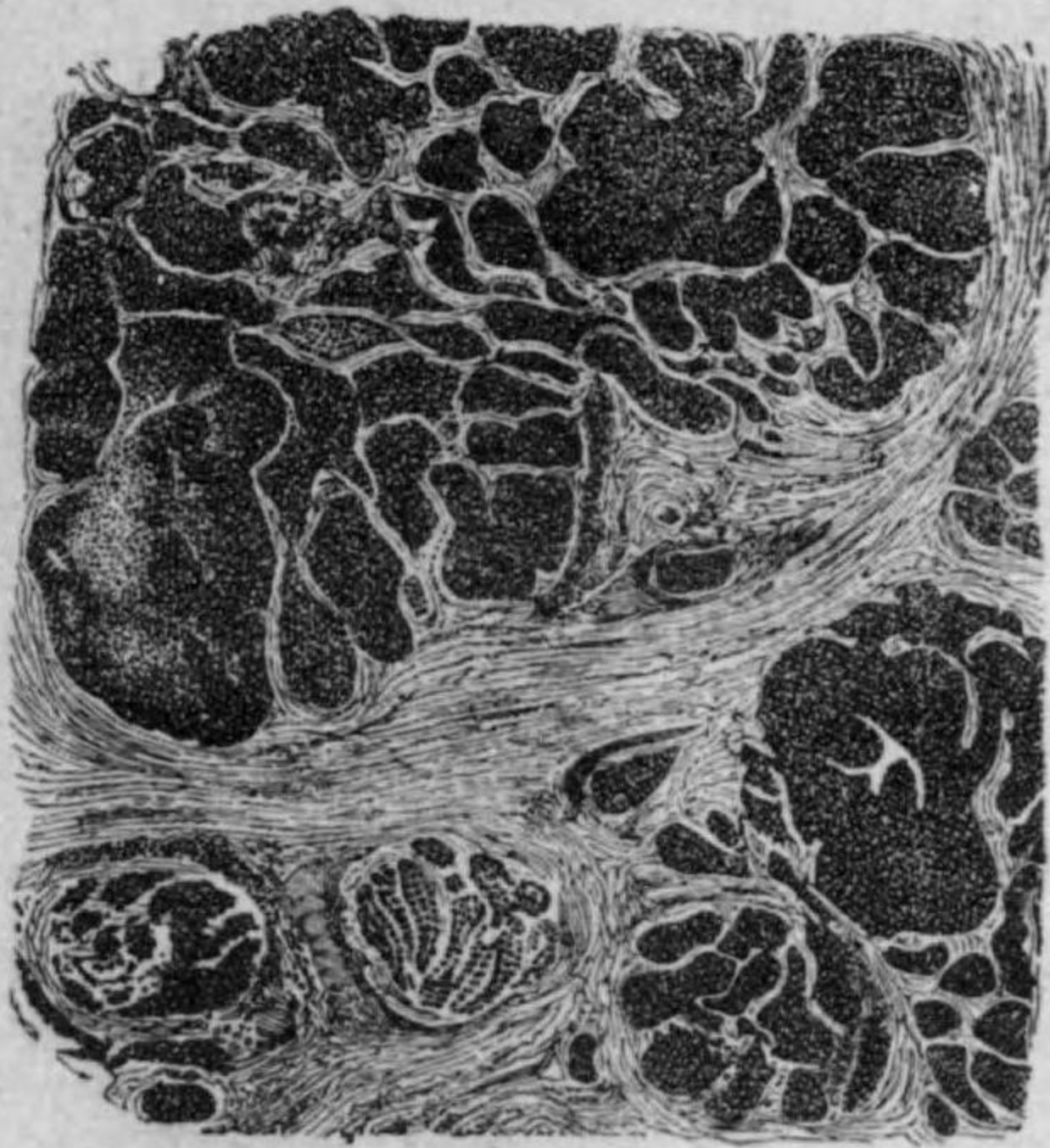


ノ如ク爲、ニ胸廓ノ皮膚ヲシテ板ノ如ク硬固ナラシムル所謂鑑狀癌腫 (Der Panzerkrebs, Car-
cinom cubense) (第百七十三圖)ナル者ハ、蓋、此種ノ癌腫ニ因ルコト多シ。但、此症ハ、間、潰瘍性破壊
ヲ來スコト之、有リトス。

腺胞性癌腫 (Das alveoläre Karzi-
nom) (第百六十八圖)ハ、内眼上通
常一部ハ柔軟ニシテ、一部ハ
稍、硬キ灰白色或ハ帶赤灰白
色ノ結節ヨリ成ル者ニシテ、
乳腺ノ癌腫中最モ柔軟ノ者
ニ屬シ、間、甚ダ軟キ髓樣結節
ヲ見ルコト有リ。乳腺癌腫中
最モ瘳惡ナル髓樣癌腫 (Das
Medullärkarzinom)ハ、實ニ此種ノ
癌腫ニ屬スル者ニシテ、其結

締織梁ハ、通常著シク圓形細胞ノ浸潤ヲ蒙ムリ、上皮細胞群ハ、宛モ腺胞狀腺ノ狀ヲ呈ス。此
者タル、軟化、破潰シテ潰瘍ニ陥リ易ク、且腋窩腺ニ轉移症ヲ來スコト最モ早キ者ナリ。
萎縮性癌腫又硬性癌腫 (Das atrophische Karzinom oder der Skleritus) (第百六十九圖)ニ特異ナルハ、間
質ハ癭痕狀ニ萎縮シテ兼テ癌細胞ノ消亡ヲ來スモ、一方ニ於テハ、又益、新、ニ癌細胞ノ増殖

圖 八 十 六 百 二 第
腫 痛 性 胞 腺 ノ 腺 乳



ヲ來スニ在リ。此症モ、亦臨牀上間、
鑑狀癌腫ノ狀ヲ呈スルモ、其發育
緩慢ナルヲ多シトス。

膠樣癌腫 (Dr. Gullerherde, Carcinoma
scabiosum) (第百七十圖) ハ、癌細胞索

ヲ圍繞スル結締織ノ膠樣變性ニ
陥ル者ニシテ、絶ダ罕ナリ。ランゲ

氏ノ調査ニ據レバ、乳腺ノ癌腫一
千八百十四例中、本症ハ僅ニ〇・九

三%ニ過ギズト云フ。

原因

既ニ述ベタルガ如ク、乳腺
癌腫ハ四十一歳乃至五十歳ノ婦人ニ最モ多ク見ル所ニシテ、月經時妊娠時授乳期間、
又晩年ニ及デハ月經閉止ノ始、ニ於ケル乳腺ノ生理的變調ハ、其發生ニ關係ヲ有スル
者ナラム。又諸種ノ損傷(衝突打撃等)並ニ炎症(濕疹急性及慢性乳腺炎)モ、往々乳腺癌
腫發生ノ誘因ト爲ルコト有リ。此他本症ノ發生ニ遺傳的素因ノ關係アルコトハ、吾人
ノ夙ニ認知スル所ナリ。

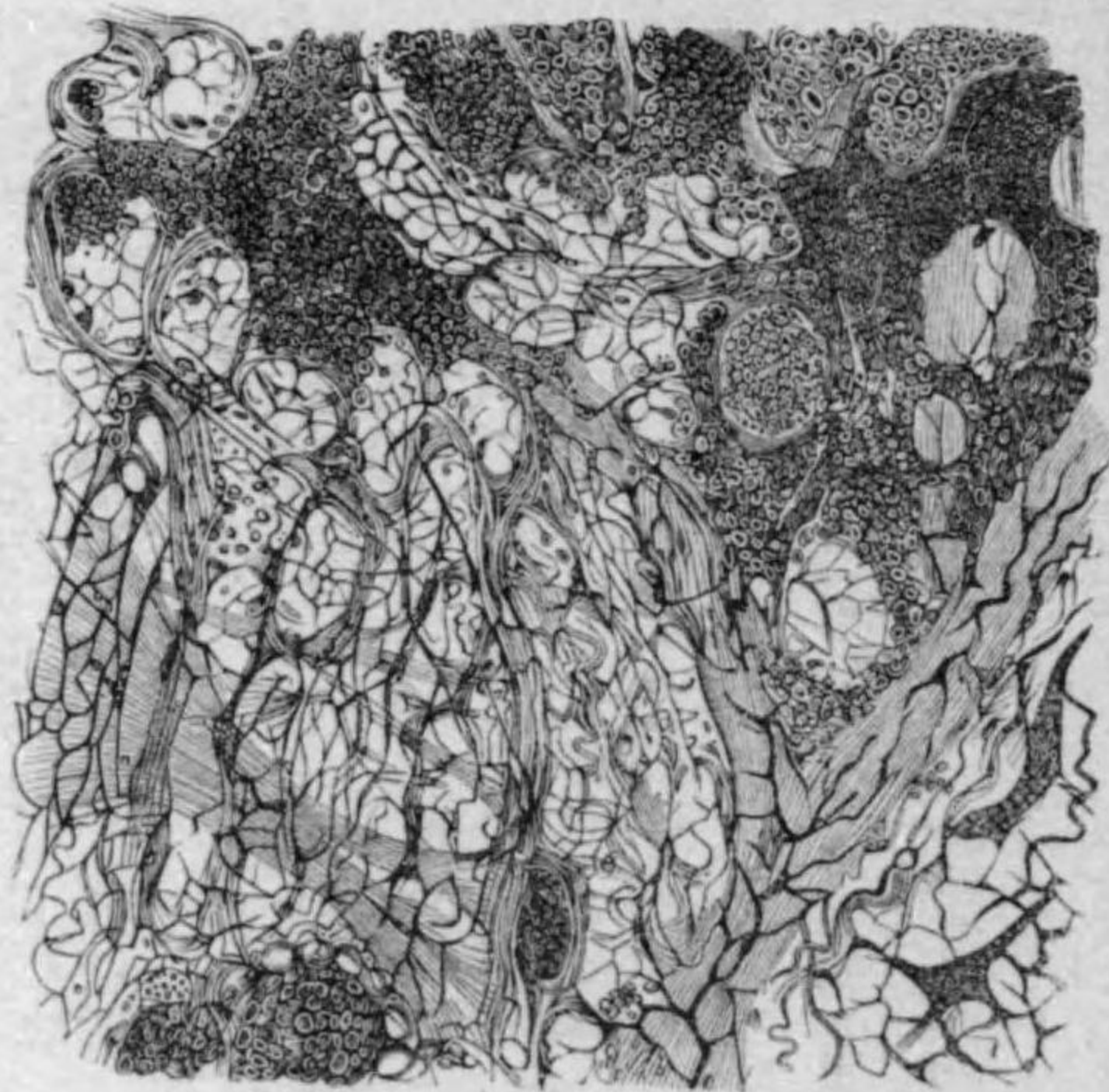
症候及經過

乳腺癌腫ハ、通常最初乳腺内ニ無痛性ノ硬キ腺内ニ移動セザル限局

乳腺癌腫ノ原

候及經過ノ症

圖 九 十 六 百 二 第
腫 痛 (性 硬) 性 縮 萎 ノ 腺 乳



乳腺ノ腫瘍(癌腫)

所謂鑑狀癌腫(第百七十二圖)ニシテ、硬性癌腫(第百七十三圖)及膠樣癌腫ハ、其經過之ヨリ佳良
ナリ。之ヲ數多ノ統計ニ徵スルニ、乳癌ノ初發ヨリ死亡ニ至ルマデノ時期ハ、一般ニ一
年乃至三年半ニシテ、フィンク氏ノ調査ニ據レバ、二百五十三名ノ乳癌患者中、發病初
期ヨリノ平均生活期限ハ、手術ヲ施シタル者ニ在リテハ、二七・四月ニシテ、手術ヲ施サ

性硬結ト爲リテ顯ハレ、毫モ
自覺的症候ヲ呈スルコト無
キヲ以テ、多クハ偶然患者ノ
發見スル所ト爲ルモ、亦時ト
シテハ刺痛ヲ感ズルニ由リ
テ之ヲ覺知スルコト有リ。而
シテ其後ノ經過ハ、癌腫ノ種
類ニ由リ一様ナラザレドモ、
發育最モ迅速ニシテ且經過
ノ最モ不良ナルハ、軟性大結
節狀ノ髓樣癌腫(第百七十一圖)
及皮膚ニ結節ヲ多發シ、之ヲ
シテ板狀ニ硬固ナラシムル