

コツェーレ」なりしも第二回手術の時は既に膿性なりしと云ひ、殊に現今瘻孔より膿汁を洩せるを見るが故に「ピオツェーレ」に變じたるなるべし。

経過及豫後 かくの如くして前額竇の擴張愈々進む時は壓の最も加はり易き骨壁は特に著しく菲薄となり遂に壓迫壞疽に陥りて皮下に現はれて膿瘍を形成し自開排膿して瘻孔を生ず、其場合に種々あれども略々一定の場所あり、前額竇底の鼻前額管に近き處は壓の最も多く加はる處なるが故に之を破りて上眼窩の内眥部に近く瘻孔を形成するこゝ最も多し、次には本患者の如く上眼窩外眥部に現はる、孰れも眼球突出症を來す、稀には前額骨内板を破壊して頭蓋内に感染し硬腦膜外膿瘍、或は更に進みて腦膜炎、時としては腦膿瘍を發するこゝあり、鼻疾患より來る頭蓋内合併症の大部を占むるものなり、本症に於ては前額竇骨壁は一般に菲薄となり或は一部缺損を呈せるが故に探診を行ふ際又は手術の際には細心の注意をなすにあらざれば不慮の危険を招くこゝあり。

経過は緩慢なるを常とす。豫後は通常佳良なり、されど前に述べたるが如く頭蓋内合併症を起したるこゝきは不良なるこゝも勿論なり。

療法 通常、慢性前額竇炎あるこゝきは中鼻道の自然開口即鼻前額管より「カニューレ」を送入し微温食鹽水(1%)にて洗滌すれば自覺的症狀は去り時として治癒に至るこゝあり、されど「ムコツェーレ」等の如き場合には多くは「カニューレ」を竇に送る能はず、是其原因鼻前額管の強度の狹窄又は閉塞あるが故なり、故に此際は手術的療法を行はざるべからず、手術法としてはキリアンの式は最も理想的に近きものなり、其詳細は「慢性前額竇炎」の項に記したり、更に此處に簡述すれば局所麻酔の下に皮膚切線を眉毛中より眼窩の内上方を経て上顎骨前額突起に至り更に下内方に及ぶ大なる弓狀切開を加へ前額部骨膜を上眼窩縁より約1.0仙米の處にて之に並行に切りて上眼窩縁を残して前額竇を開き粘膜炎を完全に搔剔し更に切線下部に於て既に切開せられたる骨膜の下部より骨膜を切り前額突起の一部を除去し篩骨蜂巢を搔き去り前額竇底即眼窩天蓋を竇内より鉗除し手術を終り皮膚を縫合

す、此の手術法の眼目は前額竇前壁及び底の廣き除去によりて前額骨々膜及び眼窩内組織を以て竇を満し竇の排泄管を擴げ且残されたる上眼窩縁の骨橋によりて手術後醜容を呈せしめざるにあり、本患者に於ても此手術法を行はざるべからず。

附記

大正12年10月29日「コカイン、アドレナリン」局所麻酔の下にキリアンの法によりて手術を行ふ、上眼窩縁は一般に極めて強靱なる瘢痕を以て骨と全く癒著し剝離するに困難を感じたり、前額竇を開くに上部は清淨にして瘢痕組織にて充填せらるれども眼窩の外側上部には大なる膿瘍を認む、其徑左右4,2上下1,4前後2,2仙米にして濃厚なる黄色の膿汁を有せり、鼻前額管を開くに前額骨上顎突起より骨の著明なる新生あり、瘢痕組織と共に管を殆んど全く閉塞せり、依て之を完全に鑿除し膿瘍腔との交通を十分ならしめて手術を終れり。(第三十七圖)

手術によりて本患者は前額竇「ピオツェーレ」なるこゝを確診したり。

第十九章 蝴蝶竇性後鼻孔「ポリープ」

Sphenochanal polyp

1905年キリアン氏 Killian 單獨に後鼻孔に存する「ポリープ」即ち孤立性後鼻孔「ポリープ」にありて其莖を前検査法により消息子にて傳り行けば上顎竇に達するこゝを述べたり、余は歸朝以來毎回精密なる検査をなし、「ポリープ」の手術前に上顎竇を開きたるこゝによりて終に其説を確證し、之を實驗したる4例と共に1908年獨逸鼻喉科寶函第21卷に之を公にし、其結論として此孤立性後鼻孔「ポリープ」は原發地を上顎竇内粘膜に有し、初め上顎竇「ポリープ」にして存し、成長に従ひて竇口より鼻腔に出で、更に後鼻孔に現はれ、尙進みて咽頭、時として喉頭、口腔に達するこゝあり、即ち後鼻孔「ポリープ」は成長したる上顎竇「ポリープ」の一時期にして、多くは上顎竇「ポリ

ープ」を伴ふを以て、成育の時期によりて次の命名法を用ひるの至當なることを述べたり。

1. 上顎竇「ポリープ」Antrumpolyp
2. 上顎竇性鼻腔「ポリープ」Antranasalpolyp
3. 上顎竇性後鼻孔「ポリープ」Antrochoanalpolyp
4. 上顎竇性上咽腔「ポリープ」Antroepipharyngealpolyp
5. 上顎竇性中咽腔「ポリープ」Antromesopharyngealpolyp
6. 上顎竇性下咽腔「ポリープ」Antrohypopharyngealpolyp
7. 上顎竇性喉頭「ポリープ」Antrolaryngealpolyp
8. 上顎竇性口腔「ポリープ」Antrooralpolyp

余が上顎竇性後鼻孔「ポリープ」に関する報告をなしてより以來、泰西にて報告せられたるもの70例、本邦にては54例にして、此内36例は我教室(福岡)の報告に屬するものなり(1913年)。

上顎竇内「ポリープ」が鼻腔に出づる原因に就きては、グリュンワルドは竇内壓亢進を説き、キリアンは囊腫形成のために内壓亢進するによることを云ひ、ハエックは大なる副開口を有するものに来ることを云へども、余は何れにも偏すること能はず、後鼻孔「ポリープ」の副開口より出づるは「ポリープ」が上顎竇内を全く充すを必然の前提とせざるが故なり、又副開口の大なるは「ポリープ」莖の運動による結果を見るを至當とす、寧ろ通常又は強き呼吸運動によりて鼻腔内に陰壓を生じ、ために一切の竇内の可動性物質が鼻腔内に向て誘ひ出さるゝものと思ふ、斯くして鼻腔に出でたる「ポリープ」は竇副開口の前方に存する鉤状突起のために、鼻腔の前方へは進む能はずして下甲介が後部に次第に傾斜せるために、之に助けられて漸次後鼻孔に向ひて進むに至る。

されど孤立性後鼻孔「ポリープ」は只上顎竇より出づるのみならず、他の副鼻腔殊に蝴蝶竇に其原發地を有することあり、されど上顎竇に發するものに比すれば極めて稀なり。余がロンドンに於ける萬國醫學會に報告したる所によれば、36例中上顎竇よりするもの27例、蝴蝶竇よりするもの3例なり、

今諸君に供覽解説せむとする患者は、巨大なる後鼻孔「ポリープ」を有し、始め上顎竇性後鼻孔「ポリープ」ならむとの考なりしが、精しき検査及上顎竇手術の結果蝴蝶竇より發生して後鼻孔に至れる「ポリープ」なりき。

症例 患者 51歳の農夫

大正4年4月10日 初診

既往病史 兩親及祖父母共に不明の疾患にて斃れ、同胞5人、舉子6人皆健存す、特に遺傳的關係の徴すべきものなし。

患者は生來健全なりしも、19歳の頃淋疾に、22歳の時梅毒に感染し、46歳の頃肺炎に罹りたることあり、酒は少量を用ひ煙草は普通量を喫す。

現病史 幼時より濃厚なる帶緑黄色の鼻汁分泌あり、17歳の頃より既に兩側の交代性鼻閉を感じたりしが、10年前より鼻呼吸全く不能となりたる程著明なる鼻閉塞を來したり。

現症 體格中等、營養不良、皮膚の色汚穢黄褐色、眼球結膜稍々充血す。胸腹臓器に異常なし、食思良、便通1日2回、尿に變狀なし。

鼻腔 兩側共汚穢なる膿性分泌物、鼻腔を充せる「ポリープ」の間に存し、甲介は萎縮す、中隔は左方に彎曲す、後鼻腔を検するに大なる「ポリープ」にて充され、徹照法を行ふに右側上顎竇は明きも、左側は暗し、兩側上顎竇洗滌によりて多量の膿を證明したり。

咽頭及喉頭に異常なし。

聽器 右鼓膜は異常なきも、左鼓膜は軽度に濁濁す、聽力は囁語にては左右共10米突、ウーベル中央に存しリンネ兩側共陽性。

診斷 左右慢性上顎竇炎。後鼻孔「ポリープ」及鼻茸。

此例に於て後鼻孔「ポリープ」の出發點は何れにあるかを確めむと欲し、其根部の左側にありたるものを搜索したれども、上顎竇の副開口より出づること不確實なり、鼻腔には一般に鼻茸充滿し、之を除かざれば検査不能なり、故に先、上顎竇内を開き上顎竇根治手術をなし、同時に竇内に起始の存するか否かを證せむとせり。

経過及處置 4月16日「コカイン、アドレナリン」の局所麻酔の下に、仰臥位にて左側慢性上顎竇炎の根治手術を行ふ、消毒及準備は定規の通りに行ひ、齒齦粘膜を切開す、上顎竇前壁は薄く、竇内粘膜は肥厚し其剝離は容易なり、粘膜を完全に搔爬し、下鼻道に對孔を造り、竇内に「フィオフォルム」を撒布し、「ガーゼ、タンボン」を送入し、齒齦創口に縫合を施して術を終る。此際後鼻孔「ポリープ」に關係する莖を竇内に見ず、術後異狀なく同19日「タンボン」を抜去す。

4月21日 右側上顎竇の根治手術を行ふ、其所見及手術経過は左側と同様なり、兩側上顎竇の手術によりて竇内には後鼻孔「ポリープ」の莖を發見するこゝ能はず。

24日 「タンボン」を除去す。

斯の如く兩側上顎竇には炎症及滯膿の存するのみにて「ポリープ」の莖を見出すこゝ能はざりしを以て、鼻腔内の鼻茸を除き後に後鼻孔「ポリープ」の出發地を定めむさせり。

同26日 鼻腔より寒係蹄及鉗子を以て鼻腔内鼻茸の大部分を除きたり。鼻中隔結節の肥大せるは著しく精密の検査を妨ぐるを以て之を除きたり、斯の如くして後鼻孔を検するに「ポリープ」は左側後鼻孔上邊緣より垂下し鼻中隔の後方を迂回して右側をも閉塞するを見る、前檢鼻法にては上鼻道粘膜鼻茸様に肥大し蝴蝶竇口の下縁より「ポリープ」の發生するを見る、然るに鼻茸様肥大著しきを以て竇口は明かに見るこゝ能はざれども細き捲綿子にて探診するこゝ容易なり、故に「ポリープ」は蝴蝶竇より出發したるものなるこゝを知る。

診斷 余は蝴蝶竇より發生したる後鼻孔「ポリープ」に蝴蝶竇性後鼻孔「ポリープ」Sphenochanoal polyp と云ふ名稱を附與したり (Fränkel's Archiv, Bd. 27, 1913) ツッケルカンドルも亦已に解剖の際蝴蝶竇より「ポリープ」の出づるを認めたり、蝴蝶竇より「ポリープ」の出づる原因はツェルニコに據れば其組織の延長せるものなりと雖も、之を首肯する能はず、ハエックが蝴蝶竇

の壁の粘膜が「ポリープ」狀を呈せる時は竇内に蓄膿を有せるものなりと云へるが如く、先づ蓄膿症の存在のために竇内殊に下壁及竇口附近の粘膜が「ポリープ」狀に肥厚し、次第に大きを増して真正の「ポリープ」となり竇内を出づ、故に蝴蝶竇性「ポリープ」を有せる時は其蓄膿症の存在に疑を置くも誤りなし。此際前檢鼻法を行へば「ポリープ」の莖は鼻腔の深部にて上方に向ひ、其莖に沿ひて探り行けば蝴蝶竇に至る、且多くの場合上鼻道より膿汁の流下せるを認むべし。

此患者にて蝴蝶竇性後鼻孔「ポリープ」の診斷は斯の如き複雑なる経路を取りて確定したれども、時として他のものゝ誤診するこゝあり、其中最も注意すべきは鼻咽腔纖維腫なり、此は其色赤く、其質固く、出血し易し、「ポリープ」は其色蒼白にして其質軟く、出血少し、又莖は多少存す、故に可動性なるこゝ多し、勿論上顎竇性後鼻孔「ポリープ」の如く長莖ならざるが故に著しく可動性なりとは言ひがたし。

療法 「ポリープ」を係蹄にて去り、蝴蝶竇下壁を鑿除し竇粘膜の鼻茸様肥厚をなせる部を除くべし、此「ポリープ」の原因は竇の炎症によるものなれば、此方法によりて根治的に手術せざれば只鼻茸を除きたるのみにては間もなく再發するに至る、余は此患者にて診斷確定するや直に寒係蹄にて其根部を切斷し、尋で鉗子を取り蝴蝶竇下壁の肥厚部を去りたり。

同28日 中檢鼻法を行ひ蝴蝶竇口を明かに認めたり、尋常よりも開大せり、其前壁迄前鼻孔よりの距離6.6仙迷、後壁迄の距離8.4仙迷即蝴蝶竇前後徑は約1.8仙迷あるこゝを知る、更に生理的食鹽水にて竇の洗滌を行ひたるに濃厚なる膿汁の多量を排出したり、故に此場合は蝴蝶竇炎を合併したるものなり。

其後患者は兩側鼻腔の通氣極めて良好となり、蝴蝶竇の數回の洗滌によりて膿性分泌物は全く消失して退院したり。

診斷 余は既に本例の4例を實驗し更に今回1例を實驗したるを以て供覽し、上顎竇性「ポリープ」の差を示す。

第二十章 鼻咽腔纖維腫

Nasenscheidenfibrom

茲に供覧する患者は比較的稀に見る疾患を有するものなれども興味多きものなり。

患者 34歳 農夫

主訴 兩側鼻閉塞、眼球突出、視力障碍、難聴

家族史 母は健存すれども父は卒中にて死し父母兩系の祖父母は皆患者の幼時死亡し其如何なる疾患なりしやを知らず、遺傳的疾患としては父が卒中に罹りたる外認むべきものなし。

既往病史 生來健全なりしが23歳の時稍々重症なる脚氣を病みたり、されど約1年にて治癒し其後再現せず、19歳の時梅毒及淋疾に罹り種々なる醫療を加へたり、30歳にして配偶を得たれども未だ舉子なし、數年前には晩酌一合位を用ひたれども現今は全く飲まず、烟草を好まず。

現病史 約5年前より格別認むべき誘因なくして兩側鼻閉塞來り時々鼻血ありき、發病後約1年の後には右鼻孔に指を入れば稍硬き腫物を觸れ且たやすく出血し檢すれば帶紅色の肉塊を見るを得たり、此時より既に兩耳の難聴ありて聲激しかりしと云ふ、依りて耳鼻咽喉科専門醫を訪ひ數回に互りて其一部を鼻腔より除去せられたれども鼻閉塞は治するに至らず、其ま、放置したるに約10ヶ月前に至り鼻背に疼痛あり次で多量の鼻血を來し右側眼球突出現はれ複視を伴へり、約3ヶ月前よりは頭重、眩暈、嘔吐を來せり、鼻血は發病來屢々頻發せり。

現症 體格中等、營養佳良ならず、稍々貧血性なり、顔色亦蒼白其他胸腹部に記すべき變化なし、頸部、淋巴腺腫脹を觸れず、ワッセルマン反應陰性なり。

諸君の見らるゝが如く此患者の顔貌は一種著明なる變化を示せり、即、無

慾性を呈し兩眼は可なり著しく突出し、口を半ば開きて呼吸し所謂閉鼻聲を呈せり、鼻は鼻背部非常に幅廣く患者を仰がせて鼻孔を窺へば兩側共鼻鏡を用ふるこまなくして一部帶紅色、一部蒼白色の腫瘍を鼻孔に近く見るを得、鼻鏡を以て檢するも鼻腔は此腫瘍を以て充滿し腔内は全く窺ふを得ず、探診するに弾力性硬を有し容易に出血す、腫瘍の周圍には膿様鼻汁を存す、更に口を開かしむるに軟口蓋及硬口蓋は半球狀をなして強く下方に壓出し觸るるに甚硬し、口咽腔には腫瘍を認めずと雖、後鼻検査法によりて鼻咽腔を檢すれば蒼白色の硬き表面平滑なる半球狀の鶏卵大腫瘍の存するを見る。

耳には鼓膜陥没して慢性中耳加答兒の所見あり。

眼科に診査を依頼したる處、兩側外轉筋作用不全あり、されど眼底に異常なし。

診斷 此患者の鼻腔内腫瘍は其病歴に徴し屢々稍大量の出血を起したるこま、腫瘍の性状によりて鼻咽腔纖維腫なるこま明なり。

此腫瘍は表面平滑にして球狀をなし弾力性硬度を有し發育極めて迅速にして無制限に増大し屢々出血を來すを特徴とす、之に定型的鼻咽腔鼻茸 typische Nasenscheidenpolyp 又は頭蓋底纖維腫 Schädelbasisfibrom の名あり。

發生部位、頭蓋底の纖維軟骨より發するを常とす又蝴蝶骨翼、顛頭骨錐體の下面、上部頸椎より出づるこまあり、正中線に現はれ或は側方に偏して來るこまあり。

症狀 發生の初期に於ては鼻閉塞來り從ひて閉鼻聲を呈するにすぎずと雖、此腫瘍の發育は極めて迅速にして然も制限なく増大するが故に常に鼻咽腔のみならず其附近における凡ての腔を充さずばやまざる勢を以て成育を續け其發育の前途にある凡ての組織を突破し、骨組織にありても其壓迫によりて壞死せしめ種々なる方面を襲ふを以て本症の症狀は多岐に互るを常とす、頭蓋底に發生したる此腫瘍は間もなく鼻咽腔を滿して口蓋を下方に壓し本患者に於けるが如く之を口腔に向ひて膨隆せしめ更に下方に發育して口咽腔に現はれ次に下咽腔に進み茲に嚥下困難及び呼吸障碍を呈す、かくの

如く腫瘍は咽頭に下垂するに同時に後鼻孔より鼻腔に入り之を満して鼻孔に現はれ、又鼻背を壓して外鼻は膨大す、更に副鼻腔にも其突起を送りて之を埋め上顎竇に入りたるものは其上壁を破りて眼窩に進み以て眼球突出症を來さしめ、頭蓋底を壊死せしめ、又は鼻腔の天盖より篩骨篩板を穿ち又は上眼窩裂溝、視神経孔等より頭蓋腔に入り頭痛、嘔氣の如き腦の壓迫症状を呈せしめ又下顎枝の内方を通りて頬部に現はれ更に顴骨後部より顴骨橋を潜りて顳顬部に出で、大なる腫瘍を作る、之等侵襲の途中に大なる血管あらば之をも破壊して致死的大出血を起す、顔貌は常に帶黄蒼白色を呈し高度の貧血状をなす、一般に男子に多く12—30歳、殊に思春期のものに最も多きは注意すべき點なり。

腫瘍は帶紅蒼白色をなし弾力性硬にして針にて刺し又は鋏にて切るに甚だ困難なり、觸るれば容易に出血す、表面平滑にして半球状をなし根は大きくして細き莖を有せず、腫瘍の壓迫と摩擦との爲に潰瘍を生じ間もなく癩痕癭著を來す。之を組織學的に檢するに表面は重層磚狀上皮を被り基質は一般に緻密強靱なる纖維よりなり非常に多數の血管を有す、時に圓形細胞の浸潤を存し其舊きものにありては極めて稀に根部は石灰沈著を來せることあり、即ち組織學上血管に富みたる纖維腫なり。

此腫瘍に特に注意すべきは發育速にして周圍組織を破壊し再發を來し全身的に惡液質に陥らしむるが故に臨牀的には惡性なり、されど組織學的には纖維腫なるが故に良性にして、轉移竈を作らざることなり。

鑑別 (1)肥厚性慢性鼻炎 纖維腫よりも軟にして弾力性硬ならず、進行亦迅速ならず周圍組織との癭著を來すことなし、鼻咽腔を檢するも其天盖の處に腫瘍根を見ず、纖維腫にして鼻腔の前部に進む時期は鼻咽腔を満し外鼻の膨隆をも來す。

(2)鼻茸 軟にして細長なる莖を有し探診によりてよく移動し出血すること極めて少し。

(3)副鼻腔性後鼻孔鼻茸 鼻茸と其性質略々同様にして其莖は遙に長く

之を傳はり行けば副鼻腔に達す。

(4)鼻腔内惡性腫瘍 出血しやすき點は相似たり、されど一般に軟にして間もなく顎下部淋巴腺に轉移し年齢は肉腫にては比較的壯年者に來ること雖、癌腫にては老年者に來るを普通とし纖維腫の如く思春期に現はるゝこと極めて稀なり、然も男女を選ばず、疑はしき時は試験切片をこりて鏡檢すべし、然れども纖維腫に屢々來る肉腫様變化を呈せる時は其鑑別甚だ困難なり。

(5)鼻内異物 鼻腔内洗滌によりて清潔にし探診すれば區別容易なり、病歴を精査すれば明なり。

(6)腺様増殖症 其發生部位は纖維腫と略々同じこと雖、後檢鼻法によれば表面凹凸不平にして觸診すれば甚軟なり、然も7歳前後最も多く思春期までには消失するを常とす。

(7)咽後膿瘍 發熱ありて咽頭後壁に瀰蔓性膨隆を呈し觸るゝに硬からず、所謂鼻茸狀に膨出することなし。

(8)結核腫及び微毒腫 咽頭壁に弾力性硬の膨隆を生ずこと雖身體他部に結核又は微毒の徵候あり。

轉歸 子宮筋腫の腺様増殖症に於けるが如く自然に萎縮消滅することあり、或は腫瘍末梢部より壊死して脱落することあり、或は頭蓋内に侵入して危險なる症状を呈し眼窩に進みて眼球突出乃至視力障礙を起さしむ、本患者の如き是なり。

療法 血を觀る法と觀ざる法との二つに分つ

(一)非觀血的療法 (1)電氣分解法 分解針を腫瘍に刺し電氣を通する法なり、出血なく無痛なれども非常に長き時日を要する故用るられず。

(2)熱係蹄 白金線よりなる係蹄を以て腫瘍を引きかけ之に電流を送り締めつゝ焼き切る法なり、先、鼻腔を清潔にして10%「コカイン」水に「アドレナリン」を加へたるものを鼻腔及び咽頭に十分塗布し鼻腔内のものは一部づゝ焼きこり鼻咽腔にある鼻茸狀をなせるものは係蹄を鼻腔より鼻咽腔に進め左手の示指及び中指を口より鼻咽腔に送りて係蹄を腫瘍の根部に十分適合

せしめ2指にて固定し右手にて鼻腔外の係蹄を引き締め完全に係蹄を腫瘍根に固著せしめ電氣を通じ焼断す、此際注意すべきは白金線は白熱に至らしめずして赤熱せしむべきこと、鼻茸の手術に寒係蹄を用うるが如く引き千切り又は絞断せずして焼きつつ極めて徐々に係蹄を締め、締め切るよりも焼き切るつもりに行ふべきこと、手術終らば電流を絶ち係蹄を冷却せしめて後、引き出すべきことなり、此手術にては無血、無痛に行ひうべし、殊に鼻咽腔にあるものは一舉にして大なる腫瘍塊が其根部より焼き切られ患者の持てる膿盤中に轉け落つるを見るべく實に痛快なり、されき周囲粘膜に癒著せるものには操作極めて困難にして相當の効果を獲むとせば非常なる忍耐と努力を要す。

(2) 観血的療法 腫瘍を根本的に完全に除去せむとする法なり、先、局所麻酔の下にデンケル氏上顎竇手術法に則りて口腔より鼻腔及び上顎竇を開き剥離子を以て腫瘍を其癒著せる周囲組織より十分剥離し強き鋼鐵の針金を備へ且「捻ぢ」にて締むる装置を有するブリューニングス氏寒係蹄にて堅く締め強力を用ゐて腫瘍を引き抜く、此法成功すれば一舉にして完全に腫瘍を剔出しうべし、されき手術の障碍となるは此際起る極めて大量の出血なり、往々にして失血死に致らしむることあり。

第二十一章 上顎歯牙囊腫

Zahnzyste des Oberkiefers

今こゝに供覽する患者は26歳の陶器商にして諸君の見らるゝ如く左側鼻翼部の膨隆及び左側鼻汁分泌過多を訴ふ。

家族史を見るに父は卒中にて斃れ母は尙健存す、祖父母は何れも不明の疾患にて死亡せり、同胞9人、内3人不明の疾病にて死せる外皆健在なり。

遺傳的關係は父の卒中に罹りたる外悪性腫瘍の徴すべきものなし。

既往症 生來健全なりしが昨年2月肋膜炎を患ひ更に7月腹膜炎に罹れ

り、尙20歳の頃1回淋疾を得たることあり、未だ配偶なく酒及煙草を嗜まず。

現病史 昨年7月頃其家族の者によりて左側鼻翼附近に腫脹あるに注意せられしが此腫脹は漸次増大する傾向ありしを以て某病院の診断を乞ひ鼻口より注射器を送入して穿刺せられ爾來腫脹は著しく減少したりしが4—5日を経過したる後再び前の大きさに復したり、依て11月に至り口腔粘膜を切開して其内容を排除し「ガーゼタンボン」を施され毎日交換をなすつゝありたり、發病來疼痛、發熱なし、昨年10月頃抜歯をうけたることあるも下顎にして上顎には關係なし。

現症 體格中等、營養亦中等にして貧血を呈せず、顔貌に苦悶の狀なし。

胸腹諸臓器に異常なし。

尿は弱酸性葉黃色を呈し異常成分を含まず。ビルケー氏反應は陰性にしてワッセルマン氏反應は陽性を示せり。

聽器、咽頭、喉頭は正常なり。

今、鼻を検するに左鼻翼附著部を中心として稍々外方に腫脹あり、鼻唇溝は爲に明かならず、觸診にて大體卵圓形腫瘍の横るを知る、鼻腔を窺ふに中隔は左側に彎曲す、右鼻腔に變化なし、左鼻腔の下鼻道の入口に近きところに於て鼻側壁は丘狀に膨隆し其表面滑澤にして健康なる粘膜を以て被はるるを見る、其他の部、後鼻孔には何等の異常を認めず。

更に上唇を舉上して齒齦を検するに左第二門齒に一致したる部に一瘻孔ありて其周囲は腫脹し且肉芽を有す、此瘻孔は病歴に見るが如く他の病院にて切開洗滌せし創痕なり、消息子を送るに上内方に向ひて約3.2仙迷進みて骨面に觸る。此際黃色血様の膿汁を排出するを見る、されき之を鏡検するも「コレステリン」結晶を認むるを得ず。

瘻孔の附近を指にて壓するに之を軽く壓入するを得、同時に羊皮紙様捻髪音を聞く。齒列は皆完全にしてよく發育す。

上顎竇の徹照法を行ふに左側は右側に比して暗し。

「エックス」光線寫眞を撮りて檢するに右側副鼻腔ここに篩骨蜂窠及び蝴蝶

竇は著しく暗黒にして滲膿症を想像せしむ、左鼻腔底は右よりも高く上顎竇は幅廣く見え下より押し上げられたるが如き觀を呈せり、鼻底及び上顎竇底に涉りて上顎竇は獨立の腔を認む、しかも齒牙に類似の暗影を其中に見る。

診断 此患者の如く瘻孔を有する場合には上顎竇と腫瘍腔との關係は診斷上殊に價値あり、此瘻孔より「カニューレ」を送りて腔を洗滌するに、もし上顎竇と連絡すれば其洗滌液は中鼻道に流れ出づべきも之と關係なき場合には液は鼻腔に出でずして瘻孔より逆流し腔内に壓の高きこころを感ず、されど種々の手術的操作により又は他の原因によりて上顎竇と交通するこころを以て注意を要す。

此患者に於て見るが如く上顎犬齒窩部に膨隆を來す種類の疾患には種々あり、されど(1)腫瘍の位置、(2)鼻腔底と側壁との移行部に於ける圓形の膨隆、(3)犬齒窩における骨壁は菲薄にして膨隆し且少しく羊皮紙様捻髪音を呈するこころ、(4)腫瘍は腔を有して液體を滲溜し吸出の後又復舊するこころ、(5)瘻孔より該腔を洗滌するに上顎竇と交通なきこころ、(6)X光線検査に於て鼻底より上顎竇底に涉りて腫瘍を認むるこころ、(7)経過緩慢にして發熱疼痛等なきこころ等によりて齒牙囊腫を想像せしむるに難からず。

鑑別 齒牙囊腫は強ひて類症鑑別を求むれば悪性腫瘍殊に癌腫、炎症に於て急性上顎竇炎、其他上顎竇水腫又は上顎竇囊腫等にして其鑑別容易なり。

1. 癌腫にありては鼻腔側壁こころに上顎竇内より發生するもの成長して犬齒窩を破壊し頬部に腫脹を呈す、されどかかる場合には腫瘍の一部既に鼻腔に現はれ鼻出血頻々としておこり患側半面の疼痛あり、栄養障礙を伴ひ諸所に轉移病竈を有す、年齢は通常40歳以上なり、徹照法を行へば患側は全く暗黒にして其境界は明確なり、X光線寫眞像は其診斷を明瞭ならしむ又腫瘍の一部を鏡檢するこころを得。

2. 急性上顎竇炎は普通初生兒又は幼兒に來るものにして常に39度—40度の發熱を伴ひて頬部の疼痛腫脹を呈し鼻閉、鼻汁分泌あり、次で眼球突出し下眼窩部又は齒齦に破れて瘻孔を生ず。

3. 上顎竇内の水腫 Hydrops antri Highmori と稱するものあれども此際は竇内に發生するものにして竇外に腔を生ずるにあらず又竇内粘膜より發生する囊腫は試穿法のやり方によりて上顎竇炎の際に膿汁と別々に囊腫内容を吸出せらるゝこころあるも臨牀上殆んど鑑別の要なき位なり。

以上の諸症は鑑別至極容易なれども齒牙囊腫に極めて類似し其區別甚だ困難なるものに二つあり、少しく説かむ。

4. 護謨腫性腫脹 護謨腫が顔面の骨膜に發生したる場合或は前額部に來り或は鼻根部に或は犬齒窩部に來る、其犬齒窩部に來るものは鼻唇溝を擧上して此例の如く卵圓形又は圓形の限局せる腫瘍狀を呈す、しかも觸診壓迫するに恰も波動を呈するが如く羊皮紙様捻髪音を發するに似たり、これは護謨腫性變化を起したる環道性半液體の物質によりて肥厚したる骨膜が骨面より隆起せられ恰も囊腫の外觀を呈するによる、X光線寫眞に於ても囊腫との鑑別困難なるこころあり、こころに此例に於けるが如くツ氏反應陽性なるものを然りしす。

5. 腺囊腫 余は數年來、犬齒窩より鼻腔への移行部に於て齒牙囊腫と同様の膨隆性腫瘍を見たり、外觀齒牙囊腫に類すれども手術の結果齒槽突起内には異常なく單に軟組織内に留り骨面は單に壓迫せられ輕き凹陷を呈するのみなりしが此際囊腫は鼻腔の粘膜直下に來るを以て剝離するこころ難く、勿論骨壁を存せず、又大きさは一般に小なり、鼻底の腺より發するものならんと思ふ、此種のものよほ熟練するにあらざれば區別しがたし。

原因 齒牙囊腫の原因に關しては或は齒牙の損傷或は拙劣なる抜齒によりて來るせり、本患者は昨年10月抜齒したれども、そは下顎なりし故關係なし。

齒牙囊腫の發生につきては今尙十分に闡明せられざる所あり。

マジト Magitot は之を濾胞性囊腫 Kyste folliculaire 及び骨膜性囊腫 Kyste périostique の二つに分類せり、濾胞性囊腫は齒牙濾胞の變性によりて生じ骨膜性囊腫は齒根骨膜に炎症ありて其滲出物が齒牙と其周圍組織と

の間に滲溜し次第に其腔擴がりて囊を形成するによるものなり。

マラッセー Malassez によれば齒根骨膜の内面には齒根の周圍にありし上皮鞘の殘胎ありて之より囊腫を形成す云ふ、故に之に特に齒周圍性上皮殘胎 Débris épithéliaux paradentaires の名稱を與へたり又齒牙琺瑯質原基より發生するものとして「アダマンチノーム」即琺瑯質腫 Adamantinom と命名したるものあれきも之と關係なきことあり。

齒牙囊腫は齒槽突起内における齒牙の異常又は齒牙濾胞の異常によりて發生するものと解せらるゝが故に琺瑯質原基よりするも齒周圍上皮殘胎よりするも齒根骨膜よりするもを問はず齒牙囊腫と臨牀的に呼ぶを便し、囊腫内には齒牙を有することあり有せざることあり、又單房性なることあり多房性なることあり、單房性のものは豫後極めて宜しきも多房性のものは再三反復増大し臨牀上悪性腫瘍と看做すべきものなり。

療法 往時、此腫瘍に對して上顎骨全摘出を行ひたり、されき其必要なし、多房性の悪性のものゝみに適用すべし。

顔面の皮膚を切開し腫瘍を摘出し肉芽によりて其治癒を企てたるものあり、治癒に多くの時間を費し且術後醜形を残すを以て用ゐられず。

バルチ Partsch の行ひたる犬齒窩を穿開して腫瘍の全部を除去し口腔粘膜を以て其面を被ふ法は一般に用ゐらるゝ法なり。

余は慢性上顎竇炎の根治手術と同じ方式を以て齒齦粘膜を切開し犬齒窩部より腫瘍を袋狀に別出し下鼻道に交通孔を設け、齒齦の切開創は第一期に縫合す、此法によれば経過を著しく短縮し且醜容を残さず理想的なり。

追記 此患者も「コカイン、アドレナリン」の局所麻酔の下に此方法によりて手術を行ひたり、腫瘍前壁は固く癒著し剝離甚だ困難なり、腫瘍を開くに黄色濃厚なる液を見たり、腫瘍全部を搔把除去し下鼻道に對孔を作り腔内に送りたる「ガーゼ」の一端を對孔を経て鼻腔に出し口腔の創孔を縫合して術を終れり、術後3日にして此「タンポン」を抜去す、爾來経過良好にして術後一週間に於て退院したり。此例に於て腫瘍内には齒牙を見出さ

ず、壁の一部著しく肥厚したる部あり、X光線寫眞上に特別なる暗影を與へたるものなり。

第二十二章 鼻腔内逆生齒牙

Inversierter Zahn in die Nasenhöhle

茲に諸君に供覽する患者は稀に見るものにして且甚だ興味あるものなり、病史及び所見を述べむ。

症例 患者 前〇忠〇 14歳の男兒 生徒

主訴 鼻閉及兩側鼻汁分泌

既往病史 生來健全なり、當科に2回入院したることあり、今回は3回目なり、幼時麻疹を経過す、嘗て「デフテリー」に罹れる後に喉頭の兩側性後筋麻痺を來し高度の呼吸困難を以て當科に入院し氣管切開を受けたることあり、これ第1回の入院にして大正5年の冬、患者7歳のときなり。父は丹毒にて死亡し母は健存す、父母兩系の祖父は不明の疾患にて死し祖母のみ生存す、同胞4人何れも健全なり、遺傳的關係を認めず。

現病史 幼時より鼻疾患を患ひ、4年前鼻腔内に痼皮形成するを訴へて入院したり、これ第2回の入院にして患者11歳のときなり、當時鼻腔検査によりて既に鼻中隔穿孔し痼皮多量に存するを見、且左側鼻底前方に半球形の膨隆存するを認め余は恐らく將來此處に齒牙の發生を見るならむと豫言したり。このとき丹毒に罹れり、丹毒にかゝりやすき素質あるが如し。爾來分泌尚止まず惡臭を帶び鼻孔及び咽頭に流る。

現症 體格中等、營養佳良、骨格、筋肉の發育良好なり、皮下脂肪中等度に存し皮膚はその濕潤度尋常なり、右側頸部に數個の癍痕及び諸處に癍痕蟹足腫を見る、これ先年丹毒に罹りたる際此處に皮下膿瘍を形成し切開排膿したる痕跡なり。頸部正中線の中央には氣管切開による癍痕を認む、胸腹諸臓器に變化なく、反射亦異常を見ず。

ビルケール反応陰性、ワッセルマン反応強陽性なり、尿に異常なし。

鼻 外鼻を見るに鼻屋に於て可なり高度の著明なる凹陷即ち鞍鼻を呈し尙外鼻のみならず鼻腔内にも何か病變なきかを疑はしむ、癬痕、發赤なく壓痛なし。

鼻腔 今鼻鏡を執りて鼻腔内を窺ふに著しき病變を呈せるを見る、先づ鼻中隔はその中央に於て大なる穿孔を有し左右鼻腔はこれによりて交通せるを明に認む、外鼻に見たる鞍鼻は全くこの鼻中隔穿孔に因するものにして、この患者の鞍鼻は所謂第2度鞍鼻に屬するものなり。

鼻腔底は多量の濃厚なる膿様分泌物あり、兩側甲介は萎縮狀を呈し鼻内廣潤なり、鼻底の前部は兩側共發赤膨隆す、鼻腔内を微温食鹽水にて洗滌し膿様物を去り更に鼻鏡検査を行ふに、鼻中隔穿孔部に白色にして一種の光澤ある物質を認む。消息子にて觸るゝに骨様硬度にして滑澤、移動せず、恐らくは齒牙ならむ、左側鼻底の前方に粘膜の膨隆部あり、その中央より右側鼻腔に向ひ殆ど横に突出し尖端を以て右側鼻腔壁に接觸す、右側鼻底前方にも粘膜の著しく膨隆したる處あり。以上の原因によりて鼻汁前方に流れ難く後方に向ふ、然して鼻閉を來す原因なり。

後鼻孔検査を行ふに、膿様物を見る外異常なし。

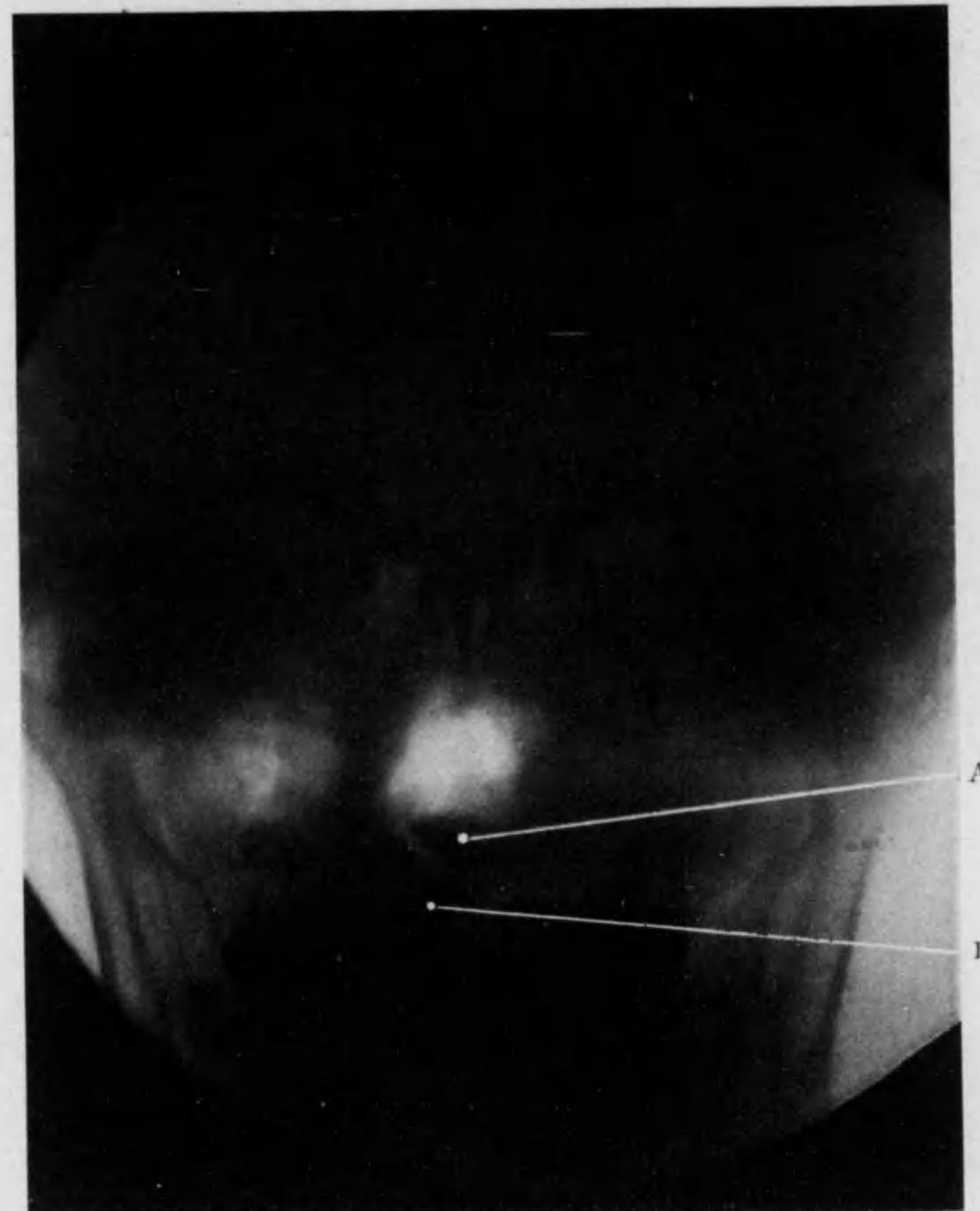
咽頭 後壁は稍々充血し顆粒狀を呈す。

喉頭及聽器に異常なし。

齒牙 その數に過不足なく又乳齒の遺殘せるものを見ざれども、齒列は亂れて恰も腺様増殖症その他幼時鼻閉塞によりて口呼吸を營みたるものゝ齒列に似たり。

診斷 鼻腔内に存する物質の色澤、硬度、動かざるこゝによりて鼻腔内に出現したる齒牙なりとの疑をおくに十分なり、今X光線寫眞を撮影するに左鼻腔にては尖端を右に向けて略水平位に存し右鼻腔にては尖端を斜に下内方に向けたる尖銳物體の暗影を明確に認む、この所見は齒牙なりとの診斷を益々確實にす。

第三十八圖



後より前に照射したる前額面X光線寫眞像、Aは左側鼻腔より右側鼻腔に突出露出する齒牙Bは右側より出で下方に向ふもの未だ露出せず

鑑別 今鼻腔内の逆生齒牙と類症鑑別を要するものは次の諸症なり。

き(1)腐骨 Sequester 殊に鼻中隔の穿孔その他微毒性症候を有する場合に必要なり、然れども腐骨は白色ならずして汚穢灰褐色を呈し、消息子にて探

診するに、表面滑澤ならずして粗糲なり、又多くの場合特異なる悪臭ある膿様物を有し、「ピンセット」にて觸るゝによく移動するを常とす。

(2) 異物 Fremdkörper 金屬性、陶器性、硝子性等の玩具を遊戯中鼻腔内に挿し込むことは小兒に屢々見る處なり、此時亦本患者の所見に類す、されど兩側に存することは極めて稀にして、従ひてその必ず伴ふ處の悪臭性膿様分泌物は偏側にのみあり、觸診すればよく移動す、又病歴によりても多くは之を察知するこゝを得べし。

(3) 骨腫 Osteom その緻密質より成るものは本例に似たり、多くは鼻腔の上部殊に篩骨附近より生じ肉芽又は粘膜にて被はれよく移動す。附近の骨質との關係なきものを死骨腫とす。

(4) 鼻結石 Nasenstein (Rhinolith) 鼻腔内に入りたる異物を核としてその周圍に鹽類を沈著して生ずるものとす、表面粗糲にして動きやすし。

以上諸症を通覽するに本症に適せず、本症は白色物質の形、色澤、發生部位、病歴等より鼻腔内逆生歯牙と診斷すべきものなり。

原因 歯牙は獨り鼻腔のみならず後方臼歯にありては上顎竇にも發生す、その原因に二つあり、一つは齒芽胞が或原因によりて回轉をなしその位置逆轉し上に向ひて發生するものにして、これを逆生歯牙と稱し齒列中のこれに相當する齒牙を缺如するを特徴とす、他の原因は齒芽胞の数が普通よりも多きが爲に齒列中に加はるを得ずして上方に向ふ、この場合は齒列の齒牙の缺如を見ず、これを過剰逆生歯牙と云ふ。この他尙腺様増殖症等にて口呼吸に因する齒列不正あるときはその内の一二齒は正しく齒列中に列るを得ずして壓排せられ抵抗力少き上方に向ふ、又乳齒遺残のため位置を占有せらるゝと亦次に發生すべき永久齒は他の抵抗力少き方向を求めて鼻腔に現はる、この患者に於ては齒數に異常なく乳齒遺残なきを以て所謂過剰齒牙が齒列に入る能はずして抵抗力少き處を求めて終に鼻腔に逆生したるものならむ、その状態はX光線寫眞像によりて推知するこゝを得。

鼻腔内に現はるゝ齒牙の種類は解剖的關係より門齒最も多く、犬齒これに

次ぎ臼齒は上顎竇に出づ、この病理により齒牙數及び齒列の状態を十分觀察し診斷に資するこゝ必要なり。

療法 鼻腔内に現はれたる齒牙は手術により抽出すべし、淺き根を以て鼻底と連るものによりては前鼻検査法の下に鉗子を以て抽出し得るこゝあり、されどこの患者の如く鼻底に埋没せるものによりては、手術的に處置せざるべからず。

この患者にありては口唇繫帶を通じて上顎竇手術式の如く水平の粘膜切開を加へ發生の部位をも精査して抽出するを要す、且つ鼻底骨部が前方にて膨隆するを以て、その一部を除去するこゝは鼻汁を前方に誘導するにも亦必要なり。

追記 その後患者は局所麻酔の下に口内より既述の如く切線をおき骨壁の一部を切除して容易に抽出し、口内粘膜切線は直に初期縫合をなしたり。

露出したる齒牙は門齒と犬齒の中間型にして單一齒根、全長2.5仙米埋没する方1.5仙米なり、齒冠は門齒の如きも少しく圓味を帶ぶ、齶齒ならず、余の明治40年報告したる65歳の婦人における右側上顎竇逆生齒牙にありては、齒牙齶齒となりその附近に炎症と膿漏を生じたるを以て、臨牀上、上顎竇の癌腫を思はしめたりき。

本手術に於て出血可なり甚しかりしも別條なくして患者は治癒退院したり。但右側鼻底の膨隆部は骨壁健存するを以て齒牙の露出して妨害を起す時期迄手術を見合せたり。

第二十三章 慢性涙囊炎の鼻内手術

Dacryocystostomia intranasalis

患者 27歳 農婦

主訴 右眼の流涙及び同側涙點よりの膿性分泌物

家族史 両親は今尙健康、同胞8名ありしが、内5名は幼時死亡し目下3名健在なり。17歳の時結婚す。遺傳的關係なし。

既往歴 生來健康にして著患なし。

現病歴 昨年10月頃より認むべき原因なくして右側涙點部より膿性分泌物を漏らし同時に流涙を來せり。地方醫より消息子挿入法を受けたるも治せずさて來院せり。

現症 御覽の如く體格、營養共に中等なる婦人にて胸腹部内臓器に異常なし、耳、咽、喉に異常なし。ワ氏反應陰性、右側中鼻道に膿汁を認め、中鼻道より上顎竇を洗滌して膿汁を證明し、慢性上顎竇炎ある事を知れり。右眼の結膜は可なり發赤し指頭にて右側涙囊部を壓すれば下涙點より少量の膿汁壓出せらるゝを見る。涙液は頬部を傳りて流る。

原因及症狀 解剖學にて御承知の如く、涙液は眼窩の上外方にある涙腺より分泌せられて、結膜及び角膜面を潤したる後、内眥に至り上及び下眼瞼縁の内側にある涙點を経て小涙管に入る。小涙管は初め少しく縦に走り次に横走して正中線に近き上下の兩管は或は合して一管となり、或は各個に涙囊に開く、涙囊の底は更に下内方に延びて鼻涙管となる。鼻涙管はその上部、涙囊に近き部は少しく其の管腔細く下方に至るに従ひ太くなり、下鼻道に於て鼻腔に開く。この開口部は外鼻孔の縁より3.0—3.5mmの部にあり。

かくの如く眼窩と鼻腔とは涙道によりて互に交通し、彼我の疾患は互に因果的關係にあるを以て眼科に志す者は鼻科學の知識を要するは勿論鼻科醫も亦、眼科學の素養あるべきは言を俟たず、これ余の著鼻科學に於て鼻涙管を副鼻腔の一に數へて詳論したる所以なり。

患者の訴ふるが如き流涙は涙點乃至鼻涙管開口部迄の經路に於ける各種の障礙によりて來るこゝ明かなり、例へば小涙管は先天的に、或は外傷又は異物の竄入によりて閉塞さるゝこゝあり、されど日常最も多きは鼻涙管の狭窄なり。その原因に種々あり、殊に結膜炎或は鼻粘膜の炎症が該管を侵し、後日その粘膜が萎縮して癢痕狭窄を招き、或は鼻粘膜の潰瘍、上顎骨の「カ

リエス」による癢痕狭窄、又は鼻茸その他腫瘍の壓迫による器械的閉塞の如し。

又不明の原因によるもの少からず。

若し鼻涙管に狭窄あれば涙液は涙囊内に蓄積し種々の細菌により腐敗分解を起し鼻涙管の狭窄より續發性に涙囊の炎症を招くに至る。この際涙囊部は少しく腫脹し試に指を以て壓すれば膿様或は粘液様或は水様透明の分泌物が涙點より漏れ出づ、即ちこの患者の如し。稀には涙點より出でずして鼻腔内に排出さるゝこゝあり。

療法 涙道に於ける狭窄の療法は從來眼科醫の主宰する所なりき。即ち小涙管に狭窄あれば小消息子を以て開通するか、涙管切開刀にて切開したり。新しき涙囊炎には毎日涙囊部を壓して涙液の蓄積を防ぎ、後に昇汞水、硝酸銀水等の收斂劑を點眼又は小涙管に注入したり。この法にして效なき時は小涙管を切開し又は切開せずしてポーマン氏鼻涙管消息子を細きものより始めて太きものに及び徐々に擴張を計る。この法は長く持續する必要あり、されど多くは一時的奏效にして再發を免れず、のみならず暴力を以てすれば消息子は正しき道を辿らず、或は外側に外れて上顎竇内に入り或は内方、中鼻道を経て鼻腔に出づる事あり。余は専門家より消息子挿入を受けたる患者につき鼻鏡検査を行ひ且つ顔面X光線寫眞を撮影して消息子が上顎竇内に出でたるものを見たるこゝあり。故に消息子が正しく入りたるか否かを知るには前鼻検査法を行ひ消息子の尖端が下鼻道に出でたるや否やを確むるこゝ同時にX光線にて検査するを要す。

この點に於て眼科醫も鼻鏡検査法を心得置くの必要ありと信ず。或は逆に尖端の球狀をなせる消息子を普通の如く挿入し、尖端が鼻腔に出でたる時に絹絲を結びつけ消息子と共に拔去して擴張を企つるこゝあり。されど絹絲の刺戟によりて流涙は益々増加するこゝあり。消息子法にて成功せざれば眼科的療法としては最後に涙囊抽出を行ふ。蓋し涙囊抽出せらるれば細菌成育の巢窟絶え炎症消退し流涙の量著しく減退すべし。されど鼻涙管の狭窄は依然

まして残り該症の本源たる鼻涙管の狭窄に對しては影響なき所なり。

然るに近年鼻科學の勃興と共にこの方面の治療法大に開拓せらるるに至れり。

1904年伊太利の鼻科學者トチ Toti は涙嚢部の外皮を切開し骨壁を鑿除して涙嚢に達し、これを引き出して涙嚢の鼻腔に面する骨壁及粘膜に窓を作り、これに一致する涙嚢壁を切除し涙嚢を原位に復し皮膚の創を縫合せり。この法により50%の治癒を見たり。これ涙嚢の窓が骨の缺損一致し難く且つ涙嚢に癢痕を結び再び狭窄の原因となるの缺點を伴ふ、この法を涙嚢鼻内開口術 Daeryocystorhinostomie と云ふ。

1912年、米人ウエスト West はトチの法を鼻腔内より行ひ、ポリアック Polyak はウエストと獨立に屍體に就きてこれを行ひたり。故にこの法をウエスト氏又はウエスト、ポリアック氏鼻内涙嚢手術法 Intranasale Dakryozystostomie と云ふ。

鼻腔内より中甲介及中鼻道の前方、所謂涙丘に於て鼻粘膜を剝離して骨壁を鑿除し涙嚢壁を切除するこは同様な粘膜瓣の作り方を異にす。

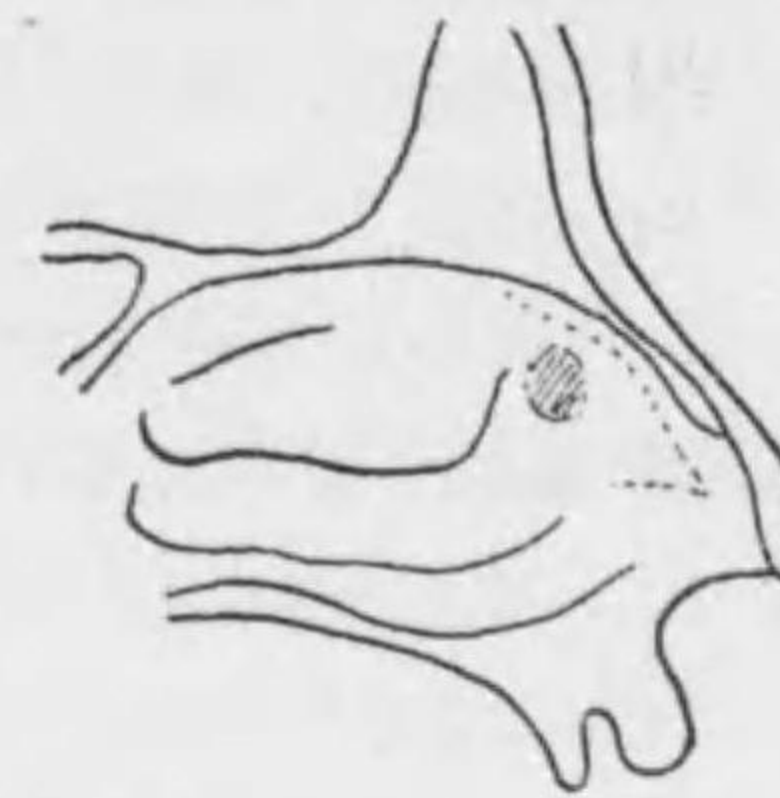
第三十九圖はウエスト氏法にして横線を引きたる部分は窓に一致し、この部の粘膜を切除し他の部分は術後修復す。

第四十圖はポリアック氏の切線にて餘分の粘膜を剝離せず。

第四十一圖はハレル Halle 氏切線にして擽鼻の時粘膜瓣の作用により涙點より空氣の逸出を防ぐ目的に考案されたるも實地上、氏の云ふが如く理想的に行かず。

余は第四十二圖の如き2切線を置き三角形の粘膜瓣を下方に剝離翻轉して視野をなるべく大にして骨を鑿除し、涙嚢壁が十分露出されたる時に涙點より消息子を入れ涙嚢壁を押しながら切除す。次に粘膜瓣の頂を三角形に切除して原位に復し壓迫「タンボン」を施す。余の切線はウエスト、ハレルのそれと異り實地上簡易に行ひ得るの利あり。殊に日本人の鼻孔及び鼻腔は西洋人に比して狭きが故に粘膜剝離を廣くしたる方手術に便利なり。

第三十九圖 ウエスト氏法



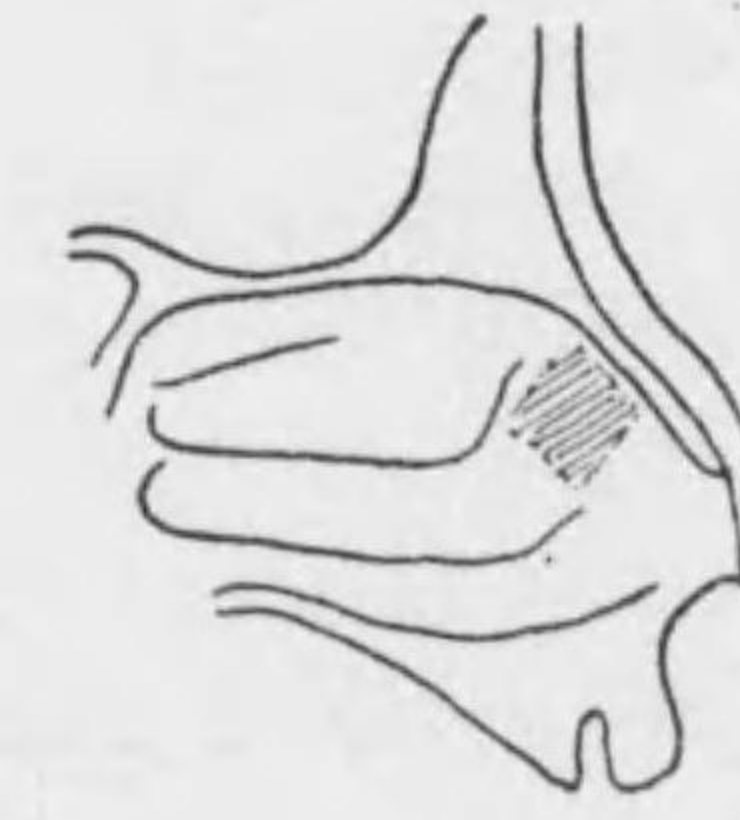
第四十一圖 ハレル氏法



第四十圖 ポリアック氏法



第四十二圖 久保氏法



尙鼻内手術を行ふ際に注意すべきことは、手術すべき側に鼻中隔彎曲症等の視野を狭小ならしむる疾患、又は副鼻腔膿腫症の如き創面を不潔ならしむる原因の存する時は、豫めこれを治療したる後に行ふべきは言ふ迄もなし。

ここに供覽する患者には右側慢性上顎竇炎を有するを以て、先づこれを手術すべきものとす。最後に一言すべきは、鼻涙管狭窄又は涙嚢炎患者は流涙を唯一の主訴とするを以て、先づ眼科醫を訪ふを常とす。故に眼科醫にして消息法の無効なるを氣付きたる場合には、これに鼻科的手術を勧むる雅量なかるべからず。

追記 その後、この患者に右側慢性上顎竇炎の根治手術を行ひ次に涙嚢の手術を行ひ、多年悩みたる流涙頓に去り嬉々として退院せり、その手術後の状態も供覽したり。

咽頭

Rachen oder Pharynx

第一章 咽頭検査法

Pharyngoskopie

咽頭を分ちて3部とす、

1. 上咽頭 Epipharynx = 鼻咽頭 Nasenrachen は咽頭天蓋より軟口蓋が舉上して咽頭後壁に接する部に至る間にして前方は鼻腔に接続す。
2. 中咽頭 Mesopharynx = 口咽頭 Mundrachen 上咽頭より下、舌上面に相當する部までにして前方は口腔と接続す。
3. 下咽頭 Hypopharynx = 喉咽頭 Kehlkopfrachen 即是なり。

検査法

(一)中咽頭検査 専門家ならずとも一般醫師にも必要なり、此法は敢て器械を要せず單に口を開きたるのみにても既に此部の大部分を窺ひ得、されども勿論完全にあらず、何さなれば先、舌背の口腔内に盛り上りて視界を妨ぐればなり、今之を精細に観察せむとせば器械の助けを要す、反射鏡及舌壓子は其重要なるものに屬す。

舌壓子は型及質に種々あり、強くして使用に便なるを最も可とす、型に於ては余はフレンケル氏型を愛用す、チュルク氏型は強大にして口腔咽頭の手術には適すれども重くして日常の診療には輕快を缺く、トボルド氏型(二ツ折)其他の筈型をなせるものありて内科醫の口腔検査に愛好せらるゝも口腔咽頭を精査するに不便なり。質に於ては金屬製の外硝子製硬護膜製あり、破損の憂なく消毒に便なる金屬製のものに如かず、されど場合によりては如此正式なる器械を用うる能はずして匙、箸、鉛筆の如きものを代用せざるべからざるこゝあり、要は器械の良、不良にあらずして術者の技術練達せるか否

かにあり。

舌壓子の使用法は容易なるが如くして決して容易ならず、左手に把柄を握り壓底部の先端を舌の中央より稍深き部に當て軽く且極めて徐々に前下方に押し左手の示指を以て顎下に支ふ、然らざれば患者の頭の移動によりて舌壓子は滑脱すべし。之によりて反射鏡照明の下に口腔及中咽頭は吾人の眼前に現はれ遺憾なく検査しうべし、されど舌壓子の先端舌の前方にある時は器械は舌面より滑り落ち且舌背は盛り上りて視野を塞ぐ、又後にすぐる時は疼痛甚しく且嘔吐運動を起す。

舌壓子の使用を不能ならしむる場合あり。

1. 故意に口を開かざる時 小兒に屢々見る、鼻を撮み又は苦き液汁を捲綿子に浸し齒列の間より口腔に塗る時は開口す、其瞬間敏速に器械を口腔内に深く送入し絞扼運動を行はしめ敏活に検査す、齒牙に缺損ある時は之より入る。
2. 牙關緊急ある時 是非咽頭検査を必要とする場合は時として全身麻酔を要するこゝあり。
3. 過敏なる時 婦人其他過敏なる患者にては既に開口せしめたるのみにて或は舌壓子を以て舌面に觸れたるのみにて絞扼運動をなすこゝあり、かゝる患者には検査の目的、方法を説明し毫も危険なきこゝを會得せしめ其不安より脱せしむるを要す、其上尙検査を妨ぐる場合は10—20%「コカイン」水を舌根及其附近咽頭後壁に塗布す。

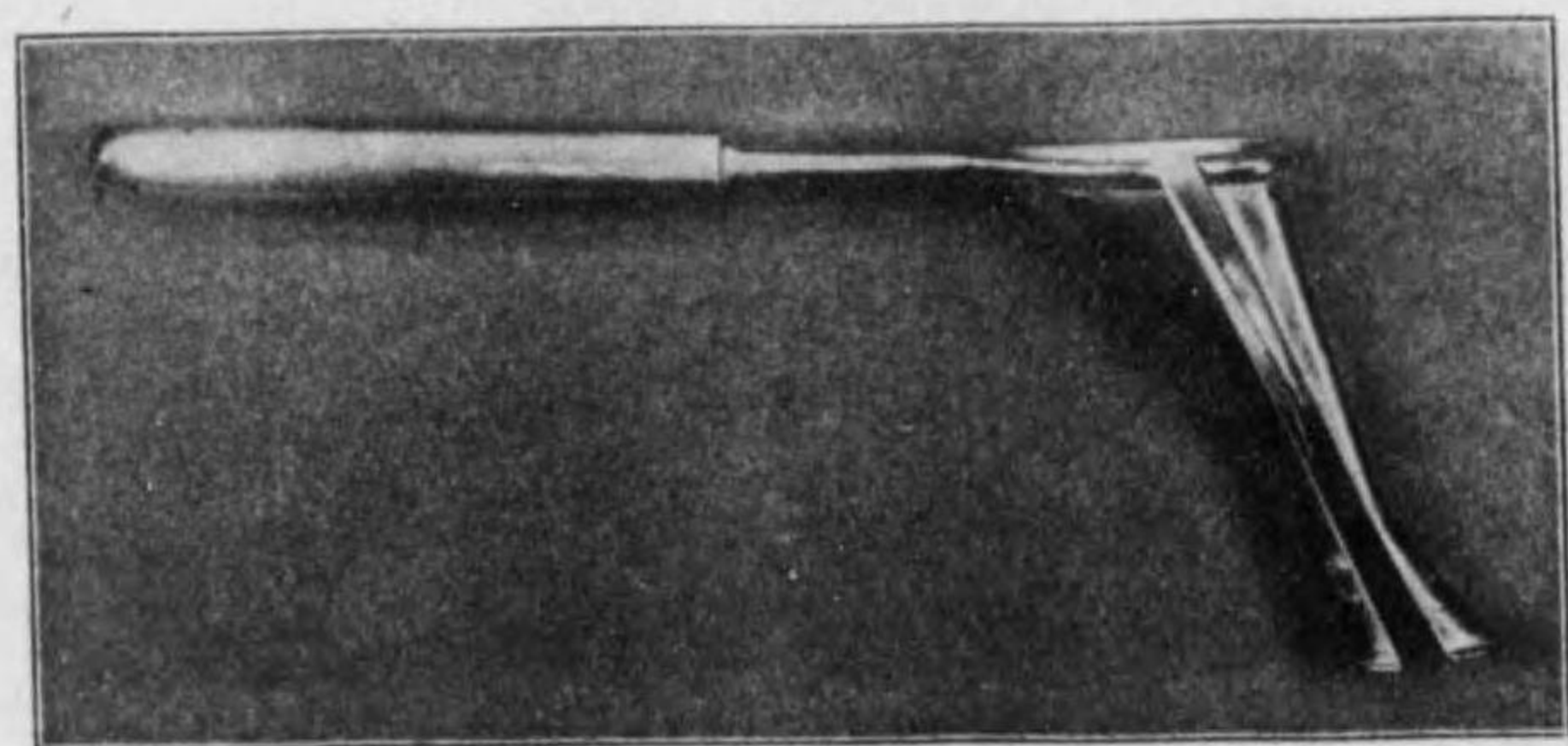
(二)上咽頭検査

1. 後鏡鼻法と同様の方法にて行ふ。
2. 前上咽頭検査法 Epipharyngosopia anterior 前鏡鼻法を行ひ「エー」を發音せしむれば軟口蓋は舉上して此間に咽頭後壁を認めうべし。
3. ヘイ氏咽頭鏡検査法 Pharyngoskopie nach Hays 小電燈を有するヘイ氏咽頭鏡を口腔を経て咽頭に送り上咽頭を照し其像を擴大して檢す。
4. 上咽頭直達検査法 Epipharyngosopia directa 食道其他の直達検査

の發達するにつれ此部の直達検査法亦研究せられしが遂に1910年ハンガリー一之専門家ギョルギヤイ Gyergyai により其法を發表せられたり、其法は患者をして仰臥位をせらしめ頭部を懸垂し軟口蓋を前方に牽引し直管を口腔より上咽頭に進めキルスタイン氏額帶電燈によりて照明せり、其翌1911年米人ヤンカウエル Yankauer はギョルギヤイと關係なく一種の咽頭鏡 Speculum を發明し坐位に於て上咽頭を検し且種々の手術的操作を行ひたり、此咽頭鏡は砂時計型をなし局所麻酔の下に患者に格別の苦痛を與へずして應用せらる、余は視野並に術野を廣くせむが爲に其側面に縦裂線を加へたるものを製作せり(此検査法の詳細は余の著、直達上咽腔検査法、日新醫學第3年第10號大正3年6月にあり)(第四十三、四十四圖參照)。

5. 指頭検査法 Digitale Untersuchung 多くは小兒の如き以上の諸法を用ひ得ざる患者に應用す、其法は助手をして患兒を抱かしめ其足にて患兒の兩足を挟み、右手にて患兒の兩手を掴み左手にて患兒の前額部を抱きて十分固定し術者は患兒の右側に立ち左手を患兒の頭上を越えて頭を抱き拇指と示指を頰部の外より齒列間に挿し入るゝやうにし口を閉づるを防ぐ、右手は示指に金屬製の指甲を裝ひ口腔より上咽頭に送り觸診す、此際注意すべきは検査終らば口腔に入れたる指を出したる後齒列間の指を離すこゝなり、之を逆にすれば指を咬まるべし。此方法は特に腺様増殖症の診斷に缺くべか

第四十三圖



久保型上咽腔直達鏡

らざるものにして熟練を要す。

(三)下咽頭検査法 喉頭鏡を用ひて検する法なり、此部の下部殊に食道入口部附近は喉頭との間に溝状をなすが故に喉頭鏡にては検しがたし、フアン、アイケン氏 v. Eicken は喉頭、會厭軟骨部の舌根部に10—20%「コカイン」水を充分塗布し顎部を前上方に突き出したる位置にて喉頭鏡監視の下に喉頭鉤 Kehlkopfhaken を喉頭内に送り之を前上方に引く時は喉頭と咽頭との間は開かれ喉頭鏡に食道開口部附近の像は明に映するを見る。

第四十四圖



久保型上咽腔直達検査鏡使用圖

常態の咽頭検査所見 上咽頭にありては視診の所見は後鼻検査法による像と相同じ、後鼻孔及歐氏管咽頭口、咽頭扁桃腺、Rachentonsille (又ルシカ氏扁桃腺 Luschkasche Tonsilla) を認む、時として其中央に盲嚢にして凹陷せる咽頭嚢 Bursa pharyngea あり、觸診即指頭検査法にありては滑澤にして稍硬く容易くは出血せず。中咽頭にありては中央に懸壺垂垂下し其

兩側軟口蓋縁は二つの皺襞に分れて舌根部との間に三角形の凹窩を圍む、此皺襞の前なるを前口蓋弓 vorderer Gaumenbogen (又舌口蓋弓 Arcus palatoglossus) と云ひ、後なるを後口蓋弓 hinterer Gaumenbogen (又咽頭口蓋弓 Arcus palatopharyngeus) と稱し其間の窩を扁桃腺窩 Fossa tonsillaris と云ひ口蓋扁桃腺 Gaumentonsille を藏す。後口蓋弓の後方咽頭壁に歐氏管咽頭口の隆起の一部下行して索條をなせるものあり、之を側索 Seitenstrang

を稱す、又絞扼運動によりて軟口蓋舉上する際咽頭後壁に水平の隆起を見る、是、上咽頭収縮筋の一部の緊縮によるものにして之をパスサヴント氏隆起 Passavantscher Wulst と云ひ殊に口蓋披裂の患者に著明に見うる處なり、舌根部には舌根扁桃腺 Zungentonsille あり、既述の如く咽頭には咽頭扁桃腺、歐氏管扁桃腺、口蓋扁桃腺、舌根扁桃腺ありて咽頭を圍めるかの如き觀あり、之をワルダイエル氏扁桃腺輪 Waldeyersche Tonsillarring と云ふ。下咽頭にては會厭軟骨、食道入口あり。

病態の咽頭検査所見 上咽頭にては咽頭扁桃腺の肥大せるものあり、之を咽頭扁桃腺肥大 Rachentonsillenhypertrophie と云ひ腺様増殖症 Adenoide Vegetationen の名あり。稀なれども咽頭嚢の粘液性又は膿性分泌増加せる場合にはトルンワルト氏病 Tornwaldtsche Krankheit と云ひトルンワルト氏が1885年始めて記載せるものなり、上咽頭粘膜が乾燥し萎縮状を呈し痂皮様物附着し癢感、乾燥感を訴ふるものあり、之を慢性萎縮性上咽頭炎又は慢性乾性上咽頭炎 Epipharyngitis chronica atrophica s. sicca 或は咽頭「オツェーナ」Rachenozaena と云ふ。此處に發生する腫瘍は良性には鼻咽腔纖維腫あり、時として副鼻腔より出發せる「ボリーブ」此處に現はれ余の所謂副鼻腔性咽頭「ボリーブ」になれることあり。癌腫肉腫の如き悪性腫瘍も發生すれども稀なり。

中咽頭にて屢々變化を來すものは口蓋扁桃腺なり、其發赤腫脹し黄白色の斑を點々附着し自覺的には發熱、倦怠、嚥下痛等を來すものを腺窩性扁桃腺炎 Angina lacunalis と稱し其斑を有せずして咽頭粘膜と共に單に發赤腫脹のみに止るものを加答兒性「アンギーナ」Angina catarrhalis と云ふ。

扁桃腺の急性炎症が其周圍に波及して扁桃腺周圍炎 Peritonsillitis となり或は扁桃腺周圍膿瘍 Peritonsillarabszess となる。又潰瘍を作る疾患としてブラウト、ワンサン氏口峽炎 Angina Plaut-Vincenti. 結核及黴毒の來ること少からず、「ヂフテリー」又好發す、又口蓋扁桃腺の肥大を呈するものあり、扁桃腺及其附近に白くして硬き小なる點狀物を有し患者は自覺症なきか或

は異物感を有するものあり、之を咽頭角化症 Hyperkeratosis pharyngis 又は「レプトリックス」菌性咽頭炎 Pharyngomycosis leptothrica と云ふ、咽頭が軽度の充血を呈し淋巴濾胞の腫脹の爲に顆粒を存するものあり、之を慢性顆粒性咽頭炎 Pharyngitis chronica granulosa と云ふ、側索が發赤腫脹し嚥下痛あることあり即側索性咽頭炎 Pharyngitis lateralis なり、種々なる原因によりて咽頭後壁に膿瘍を作ることあり、是、咽後膿瘍 Retropharyngealabszess なり、畸形として懸壅垂が分裂し(懸壅垂披裂 Uvula bifida) 更に口蓋に及び(口蓋披裂 Gaumenspalte) 尙進みて上顎に達し且之に兔唇を合併せるもの(狼咽 Wolfsrachen) あり。

下咽頭にては上及中咽頭の炎症の一部として種々なる疾患現はる。

以上述べたる各種の病的變化の中、臨牀上特に必用なるもの興味あるものは順次患者を供覽し示説する處あらむ。

第二章 口蓋披裂

Gaumenspalte

口蓋披裂は口蓋及び上顎に互る發育異常の一に屬し最も軽度なるものは懸壅垂披裂 Uvula bifida なり。稍高度なるものは軟口蓋或は硬口蓋に達す。これ口蓋披裂なり。更に高度なるものは之に上顎骨披裂加はり所謂兔唇を伴ふ、之を狼咽 Wolfsrachen と云ふ。

原因 本症は多く先天性に來り時として黴毒、水瘡、結核、癌腫等のために發することあり。先天性に現はるるものは其程度の如何にかかはらず原因はすべて同一なり。口蓋を生ずるは胎生期に於て前額突起が下方に發育すること兩側上顎突起より擴がれる口蓋板の癒着することによるものなり。故に其何れか一つの發育障礙ある場合、又は羊膜の癒着、各突起間に異物の嵌在すること等によりて癒合を妨げられ口蓋一部の缺損のため披裂を生ず。

今かゝる口蓋の發育異常を有せる患者を供覽せむ。

症例 患者 坂、三、32歳

主訴 言語障碍

家族史 父は脳膜炎にて死し祖父は不明の疾患にて斃れたり。母及祖母は尙健在す。同胞5人、内1人は不明の疾患にて死せり。遺傳的關係の認むべきものなし。

病歴 甚だ健全にして著患にかかりたるこまなく、酒、煙草を用ひず、花柳病に感染したるこまなし。未だ婚せず。生來口蓋部に缺損部を有し聲音は著しく鼻性を帯び發語十分ならず。智的發育從ひて不完全にして小學校に約1年間通學したりしも成績不良のため退學したり、かくの如き状態にあるを以て人に接するこまを厭ふ。攝食にも時々食物鼻腔に入る、殊に液體の場合に甚し。未だ醫治をうけたるこまなし。

現症 體格稍々不良恰も小兒に於けるが如し、顔貌に異常を認めず、胸腹諸臟器及尿に變化を見ず。耳、鼓膜は兩側共溷濁せるも聽力は普通なり。鼻腔、中隔は左方に偏す。

口腔、齒牙に格別の變狀を認めず。懸壜垂、軟口蓋、硬口蓋は正中線に於て披裂を有し其邊緣は癍痕性ならず。附近に癒著を見ず。披裂の全長3.2仙迷、懸壜垂の右側のものは左側のものよりも稍々前方にあり。其相互の距離は1.4仙迷、披裂中央部に於ける幅徑2.0仙迷なり。(第四十八圖)

口蓋扁桃腺は稍々肥大す。咽頭、粘膜に軽度の發赤あり。喉頭に異常を認めず。

診斷 以上の病歴及其所見によりて先天性口蓋披裂なるこま明かなり。されまかゝる状態は微毒にも屢々來る。微毒に因するものによりては其の邊緣は癍痕性にして其附近に橋狀をなせる周圍組織の癒著あり。且多くの場合他の部にも微毒性症候を具備せるを以て、ワッセルマン氏反應、病歴を相俟つて先天性のものに鑑別するこま甚だたやすし。

結核 其の邊緣に潰瘍及粟粒大の小結節を有し多くは續發性にして肺結核を存するを以て喀痰検査、試験切片の鏡檢によりて診定するこまを得べし。

本症患者につき口腔より容易に鼻腔及鼻咽腔を窺ひ得べく、鼻咽腔にては咽頭扁桃腺は刺戟をうけやすきため多くは肥大して所謂腺様増殖症の状態を呈す。其稍々下方には歐氏管隆起及び其後縁の口咽腔に向ひて下れる所謂側索をも認むべし。而して嚥下運動を行はしむれば、バッサバント氏隆起は著明に現はる。鼻腔に於ては中隔は多くは鋤骨の缺損のため鼻腔内に遊離す、中甲介及び下甲介の後端をも望むを得べし。粘膜は一般に炎症を呈す。

症状 1. 言語障碍 發語の際空氣の一部は鼻腔に漏るを以て著しき鼻調を帯ぶ。之を開放性鼻聲 Rhinolalia aperta. と云ふ。

故に本症に於ける言語障碍は鼻咽腔と口咽腔との交通を遮斷すべき音に著しく現はる。例之「バ」行は恰も「マ」行の音の如く、「ダ」行の音は恰も「ラ」行の音の如く聞ゆ。此の如き錯音は訛音の成立上注意すべきこまなり。漢音と吳音との差は蓋し此關係によるものならん。例之、馬を「バ」も「マ」も發音し、美は「ビ」も「ミ」もなるが如し。又佐渡、博多等に於ける「ダ」行と「ラ」行との差、「デンシン」を「レンシン」、大太鼓、小太鼓を「オホライコ」、「コライコ」と云ふが如し)も亦此患者によりて説明し得べし。發音の矯正に腐心する患者は、軟口蓋の舉上を必要とする音を發する時鼻翼をつまむか又は綿栓を以て鼻孔を塞ぐこまによりて音の誤るを防ぐ。されま此矯正の勇氣なく却て自己の言語障碍あるを恥づるものによりては此の患者の如く他人との交際を忌み努めて發語せざらんこまするが故に、其練習を積む能はず、年の長するも共に發語障碍は著明なる。

2. 嚥下障碍 嚥下作用を完全に行ふには口裂を閉ぢて食餌の外部に漏るゝを防ぎ更に軟口蓋を舉上して鼻咽腔と口咽腔との通路を十分に斷たざるべからず。口蓋披裂の如き口蓋組織に缺損ある場合には、咽頭に生ずる壓のため、披裂部より食餌の一部鼻咽腔に入り更に鼻腔に達し刺戟のため劇しき嘔吐を發す、披裂の軽度なる際には單に液體の漏出に止まれまも、廣大なる時は固形物も雖もよく鼻咽腔に侵入すべし。されま可なり大なる披裂あるものにも熟練により頭部の位置を種々に變化せしめて其鼻腔内に入るを

防ぐ。又口蓋披裂を有するものは咽頭に於ける刺戟強きため、咽頭扁桃腺は甚しく肥大し所謂腺様増殖症の型を呈し、パスバント氏隆起の著しき代償的發育と咽頭側索隆起と相俟つて攝取物の侵入するを防禦す。哺乳兒にありてはかゝる調節作用を営むこゝ能はずして哺乳を障碍せられ、爲めに著しき營養障碍を來すに至る。

3. 難聴 鼻咽腔と口咽腔とが其相互の隔壁を有せず直接交通せるために種々の外界の刺戟が歐氏管に及びて歐氏管炎を起し、狭窄又は閉塞を來し或は更に中耳疾患を發して難聴を呈するこゝあり。

4. 氣道疾患 本症に於ては空氣が外部より咽頭に達する経路短く從て冷き乾燥せる空氣の刺戟をうけやすきため、咽頭粘膜を乾燥し喉頭及び氣管にも慢性炎症を伴ふを常とす。

療法 先天性口蓋披裂は藥液の塗布は勿論腐蝕は其效なし。

1. 栓子を用ふる法 ^{ベロツテ}口蓋缺損を補綴するために、缺損部に適應する硬護膜製の栓子を作りて該部に裝置す。されど此法にては完全に缺損部を塞ぐこゝを得ざるのみならず、分泌物、食物のために汚れ悪臭を發するこゝあるが故に、時々外して洗滌するを要する不便あり。手術によりて缺損部を閉塞するの完全なるに如かず。

2. 整形手術 この手術はグラーフェ(1860)によりて創められ、ランゲンベック(1861)によりて完成せられたり。

(1) 手術の時期 本症の手術成績は年齢によりて大なる差あり。其各年齢に於ける死亡率及び治癒率を略示すれば次の如し。

2年以下	9—14% (死亡)
2年—5年	80% (治癒)
5年以上	34% (治癒)

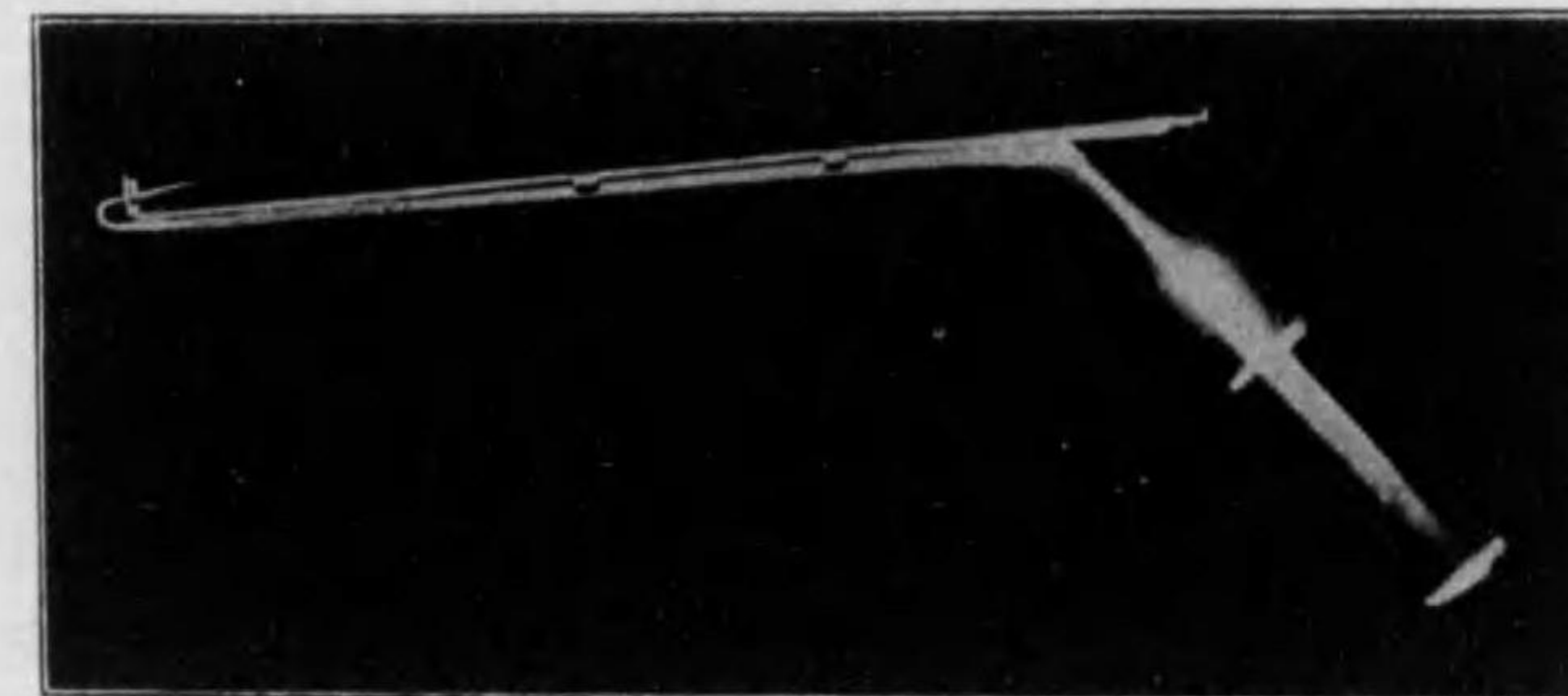
之によりて外科家は2年乃至5年を其手術の適應時期とす。縫合後發語の成績は其幼年なる程良好なり。されど死亡率は高まるを以て、余は14—15歳のものに應用するを適法とせり。而して従來の經驗にては殆ど凡ての例に成

功したり。

(ロ) 術式 余は次の如く行ふ。先づ患者を仰臥せしめ頭部を手術臺より懸垂す。通常全身麻酔を用るす「コカイン」「アドレナリン」の局所麻酔にて十分なり。注射は齒齦に近く弓狀に齒列に沿ひ尙披裂縁にも行ふ。殊に必要なものは口蓋に分布する大口蓋動脈及神經の口蓋に現はるゝこゝ即ち口蓋孔に向つて注射しておくこゝなり。かくて注射より10分間を経て後「ピンセット」にて懸垂垂の先端をはさみて緊張しおき兩刃刀にて縁をうすく切除す。此際途中にて切り離す時は其新創面形成は圓滑に行かず。故になるべく披裂縁をつゞけて取るこゝ必要なり。次に硬口蓋に於て齒列を去る0.5—1.0 仙米のこゝに正中線部より兩側に向て門齒の内面より齒列に沿ひ口蓋孔附近に至るまで骨に達する弓狀切開を加ふ。但前端は粘膜を連合せしめて斷絶せず。口蓋粘膜を骨膜と共に骨より十分に剝離し兩披裂縁とがたやすく相接するに至らしむ。此時注意すべきは大口蓋動脈を傷けざるやうするこゝなり。此剝離の後小起子を用ひ創口より入り蝴蝶骨翼狀突起鉤の不全骨折を起さしめ、之によりて鉤に附著せる口蓋張筋の緊張を全く去り軟口蓋を弛緩せしむ。

(ハ) 縫合 通常の縫合針にて縫合するには、兩縁より各側別々に一條の絲を通じ其鼻腔に出でたる端を結びて一條となし口腔に現はれたる端を結ぶによりて兩側披裂縁を接著せしむ。されど術後抜糸の際鼻腔側にある結目は抜き去るこゝ難し。

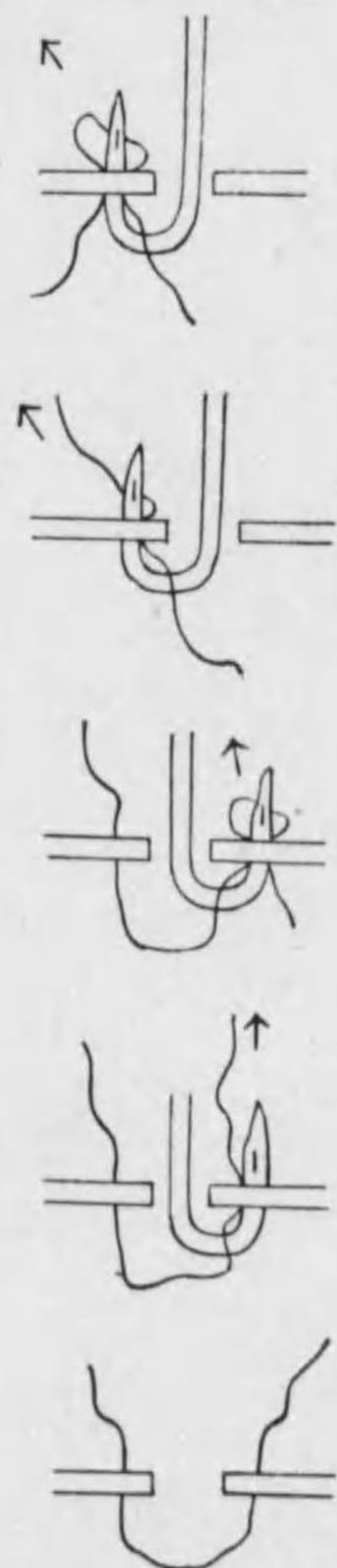
第四十五圖



久保型深部縫合針

ドルリング(1909)は此法を改良して鼻腔側にある結び目の糸を長くして其端を悉く鼻孔に出し、抜糸の際には口腔側の糸を切り、結び目を除き鼻孔に出でたる糸を引きて鼻腔側の結び目を去る法を行ひ、前法に於ける抜糸の困難を軽からしめたり、然れども縫合糸の一端を鼻孔に出すことは甚だ煩

第四十六圖 雑にして然も縫合の困難は尙去らず。



新縫合式圖解(矢の方向は糸端を抜き去る方向を示す)

余は1908年此縫合の困難を除き 其他の煩雜を避けんがために、一新縫合針を考案して之を深部縫合針と命名し(第四十五圖参照)、其應用によりて従來甚だ複雑なりし手術をして容易ならしむる新縫合式を案出するに至れり。

初め余は針尖に糸を通する孔を有する針を其組織を穿通する時該部を固定壓迫する押子を備へたる縫合針を製作し之によりて隨所に糸を穿へる針尖を出さしめ更に別に備へられたる小なる鉤にて糸を引き出し他側にも此法によりて糸を通じ縫合す。かくすれば其結び目は口腔側のみにて鼻腔側にはなく従て抜糸に際しても前法の如き障碍なし。且糸を出すには格別の勞力を費すことなくして任意の所に糸を通するを得べし。(第四十六圖)

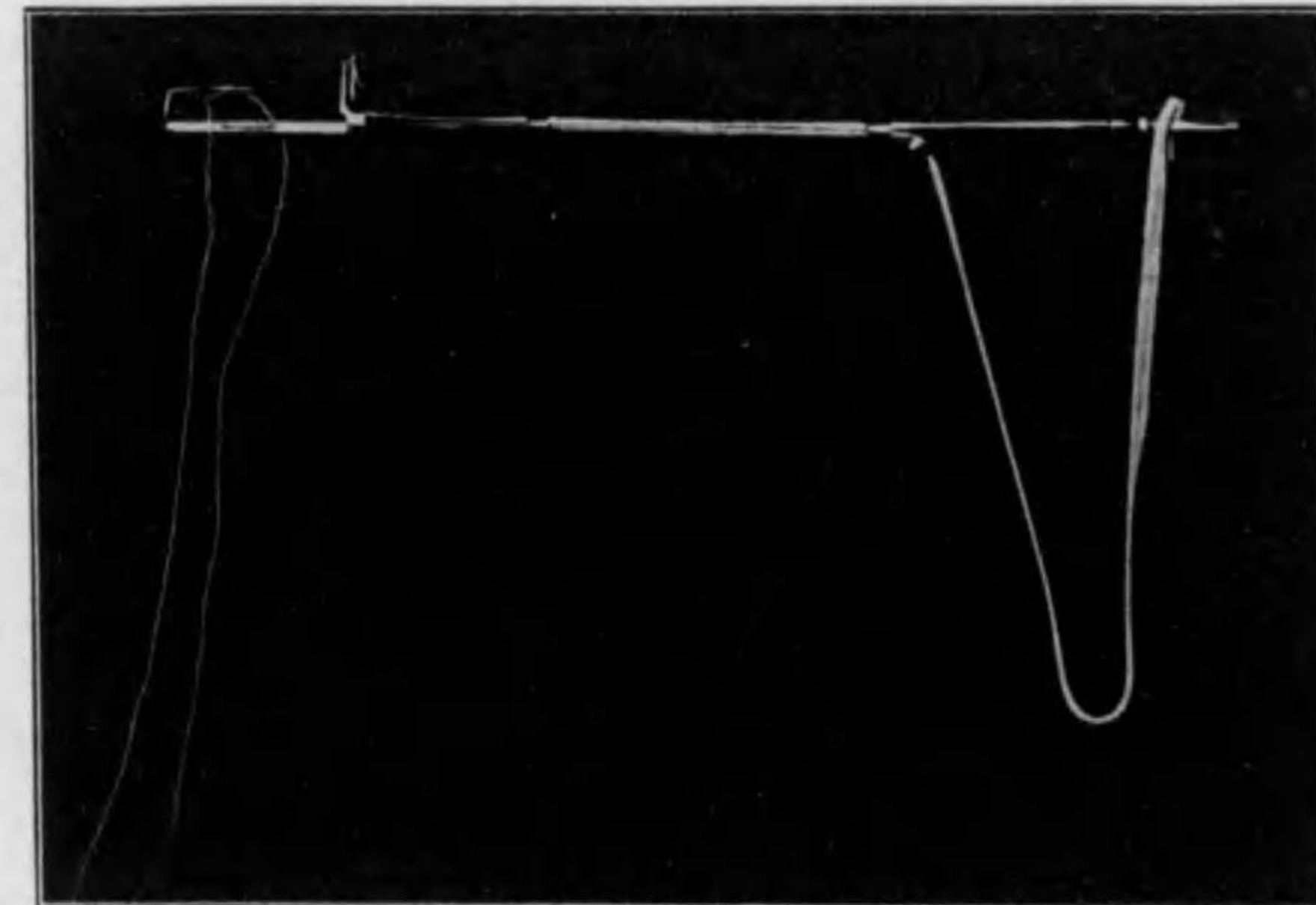
余は此縫合法を更に簡便ならしめんがために針と押子と小鉤とを一つの柄にこりつけ小鉤が柄の上を滑り行きて針頭の縫合糸を通する孔と同じ高さのころに行きたる時柄の側面に装置せられたる斜走せる突起を上より下へ廻るこによりて、小鉤端が針孔の周圍に長橢圓形の軌跡を畫き組織を壓定し針尖と縫合糸とが口腔側に顯出するこ同時に此小鉤によりて自動的に糸を前方に引き出

し來り縫合糸が如何なる位置にあるこも決して捕へ損するこなき新縫合針を案出せり。(第四十七圖参照)

此深部縫合針の改良型成るに及びて、其操作は愈々簡単に、従來困難させられし此手術も甚だ容易となりたり(詳しくは醫學中央雜誌第12卷第3號大正3年8月發行を見るべし)。

かくて縫合終らば減張切開したる創孔には「ガーゼ、タンボン」を送入し全口蓋を被ふ殺菌「ガーゼ」をあて手術を終る。

第四十七圖



改良自動深部縫合針

(2)後療法 安靜にして就褥せしめ1日數回口腔内の被覆「ガーゼ」を交換し口腔は常に清潔ならしめ談話を禁じ食物は流動食とし「カテーテル」によりて與へ、此際時として口蓋筋の緊張のため創縁の哆開するこあるが故に手術の数日前より攝食の爲「カテーテル」送入の練習をなさしむるを要す。

手術後4-5日にして先づ懸壺垂の方より抜糸を行ふ。之れ懸壺垂は壞死に陥りやすければなり。減張切開口に送入したる「タンボン」は約1週間より交換す。治癒後は冷水にてよく含嗽して口蓋筋の運動を促し、且つ發音の練習を行ふべし。

経過 手術後約3週間に治癒す。手術後不快なるは大口蓋動脈よりする後出血なり。されき多くの場合指頭にて壓迫するによりて止む。

後處置の拙劣なるため折角縫ひたるものも離るゝこゝあり。殊に抜糸後に多し。此時は再手術を要す。一小部分のみなれば硝酸銀にて腐蝕するのみにても可なり。口腔内の清潔を保たざれば創面より感染し其癒合を妨ぐるこゝあり。又減張切開口に送入したる「タンボン」の交換の時期を誤れば、創内に多量の膿汁貯溜し次第に下垂して扁桃腺周囲に膿瘍を形成するこゝあり。此場合には下垂部を切開して排膿を計るべし。

第四十八圖



口蓋披裂、手術前

第四十九圖



同上、手術後

附記 此患者は後に著者の術式により著者の改良縫合針を應用して口蓋披裂縫合を行ひ術後後出血等の合併症なく手術後18日に全治退院せり。(第四十九圖参照)

自動深部縫合針は其後更に多少の改良を加へられて第二型と稱せらる、之に對して第四十七圖のそれを第一型と呼ぶ。

第三章 先天性正中頸瘻孔

Angeborene mediane Halsfistel

本日は諸君に頸部に來る先天性疾患の患者を供覽説明せむ。

患者 沼○藤○、20歳の學生

主訴 鼻汁過多、頭痛及び記憶力減退を以て外來を訪ひたるものにして、前頸部正中線に小瘻孔あり、絶えず透明なる粘液性分泌物を洩す。

家族史 兩親は健康、祖父母は如何なる疾患にて斃れたるか不詳、同胞5名、皆健康なり、悪性腫瘍等の遺傳的關係なし。

既往症 6—7歳の頃前頸部正中線にて甲状軟骨の高さに於て波動性の小腫瘍を生じたるを以て、某外科醫より切開を受け一時治癒の觀ありしが其の後に至り該切開部に瘻孔を残し、絶えず少量の粘液を漏らすこゝ云ふ。

現症 體格大、體質強健、營養状態佳良にして胸腹内臓器に異常なし、兩側中鼻道に濃厚なる黄色膿汁を認むる外(慢性上顎竇炎なり)、耳、咽喉に著變なし。

頸部 御覽の如く正中線にて甲状軟骨截痕の高さに略々水平に走る手術の瘻痕あり、此瘻痕上にて正中線より稍々左側に偏し極めて小なる瘻孔あり、之を指にて左右より壓搾すれば少量の透明なる粘液を漏らす。

瘻孔より細き馬の尾毛を挿入すれば後上方舌骨に向ひて約1.7「センチ」を通ぜしめ得(第五十圖参照)、自覺的障碍なし。

診断 此患者に注意すべきは既往症に於て前頸部正中線に囊腫を生じ、これを切開して後に瘻孔を残したるこゝなり、斯くの如き疾患を先天性頸瘻孔と稱す、前頸部の側面にも先天性に瘻孔を生ずるこゝあり、これを側方頸瘻孔 Seitliche Halsfistel と云ふ。

發生 上述の側方頸瘻孔は胎生期の鰓裂の殘部より發生するものにして、茲に説明する正中頸瘻孔とは全然發生の母地を異にするものなり。

第五十圖



第五十一圖



先天性正中頸瘻孔

手術前(瘻孔より馬の毛を挿入せるもの)

手術後

先天性正中頸瘻孔は從來氣管瘻孔と考へられたるが18世紀の頃より漸く學者の注目する所となれり。

抑、胎生期に於ては甲狀腺峽部より甲狀腺組織の一部が錐體狀の突起となりて上方に延び舌骨に達す、此の部を錐體葉と云ふ、甲狀腺の排泄管たる甲狀舌管は此錐體葉の上端より起りて舌の盲孔に開口せり、而して甲狀舌管と舌骨との位置の關係に就ては議論あれども近來の研究によれば、甲狀舌管は舌骨體の前方を通過するを常とすれども、時としては舌骨體の發育により之と癒著するか或は其の骨組織中に包埋せらるゝことあり、錐體葉は人によりては生後も尙殘存せることあり、又甲狀舌管はヒスの研究によれば生後4週半乃至5週にして閉鎖するを常とす、されど時としては完全に一貫せる管とて開放せる儘殘ることあり、或は所々に於て連續を斷たれ一盲囊とて残り、上皮よりの分泌物は囊内に滯溜し、囊腔は爲に徐々に擴張せられ、こゝに所謂滯溜囊腫を作ることあり、或は管壁に甲狀腺組織の原基が殘存し、

後に至りて異常の部位に甲狀腺を生ずることあり、例へば稀には舌根に於て暗赤色の出血し易き硬き腫瘍所謂舌根甲狀腺腫とて、或は舌根の囊腫とて壓すれば盲孔より粘液を漏らすことあり、或は又口腔底に囊腫を作ることあり、此際蝦蟇腫と能く相似たるも深在性なるの差あり。

最も多きは甲狀腺の上部に來るものなり、即多くは春機發動期の頃に來るこれを先天性正中頸囊腫 *Angeborene mediane Halszyste* と云ふ、これを放置すれば囊腫壁は次第に薄くなり、遂に外皮に破れて頸部の正中線に瘻孔を作るか、或は切開を受けて後に瘻孔を残し、不斷粘液を漏らし、或は硝酸銀の腐蝕或は搔把等を受くるも荏苒して治せず、徒らに轉々醫師を代ふることあり、この患者も實に其の1例なり。

療法 本病の發生が明かならざりし時代には瘻孔を單に腐蝕或は搔把するに止むるか、或は瘻孔の下端を一部抽出するに過ぎざりき、されど粘膜上皮が殘存する以上は再發を免るゝこと能はず、現今にては瘻孔壁を舌骨に至る迄周圍より剝離して全部抽出するを同時に舌骨體の一部を切除す、これをシュランゲ氏法と云ふ、但術後嚥下及び發音の障礙を残すの弊あり、當教室の執行君が日本人胎兒に就て検査したる結果によれば、約27%に於て甲狀舌管の殘胎を認むと云ふ、シュランゲ氏法に於ける術後の不快症を避けんが爲に吾教室にては舌骨體の前核のみを鉗子にて除き舌骨を二分せしめずして好果を得たり(術後寫眞第五十一圖参照)。

第四章 リガ氏病

Riga'sche Krankheit

本日は諸君に哺乳兒の舌下に來る特有なる腫瘍の2例を供覽説明せむ。

第1例 2歳の男兒。

主訴 舌下に於て舌繫帶の上部に一致する一小腫瘍。

家族史 兩親(血族結婚にあらず)は健全、父方の祖父は腦溢血にて斃れ、

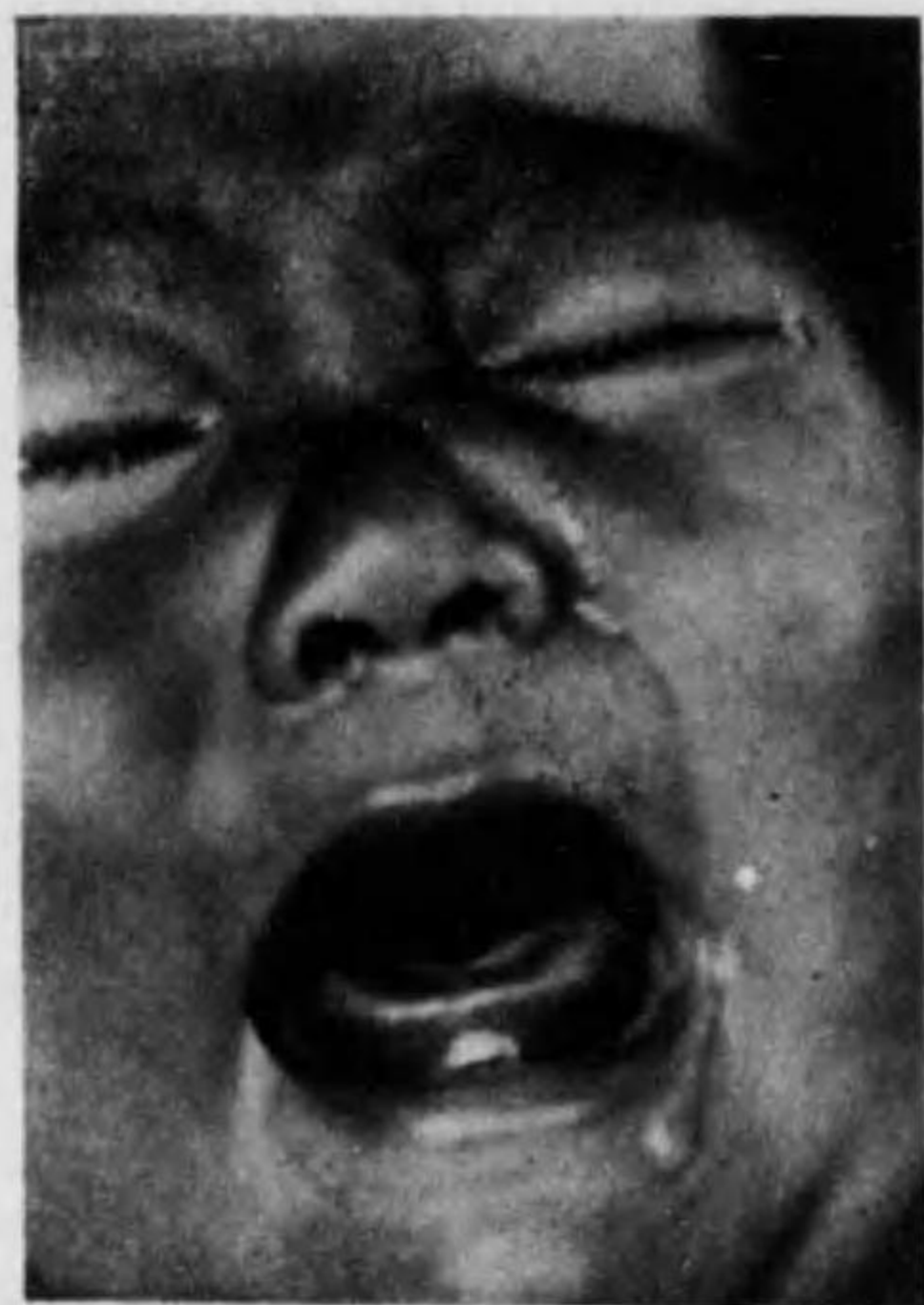
祖母は尚健在、母方の祖父母は老衰にて死す、同胞5名ありて皆健康なり、腫瘍、結核等の遺傳的關係を見ず。

生活史 熟産且つ安産、生來健康にして著患を知らず、種痘は一回之を経過す。

既往症 約1箇月前に1尺許りの高所より墜落し、下唇の右方より出血せることあるも、舌には損傷なき者の如かりきと、然るに大正8年8月24日授乳に際し其の母親が舌の下面に白色の腫物あるに心付けり、發熱、疼痛、哺乳障礙なきが如し。

現症 體格、榮養共に中等なる一哺乳兒、顔貌正常、淋巴腺の腫脹せるも

第五十二圖



第1例患者術前、舌下に見ゆる白色扁平隆起物は即ち腫瘍なり

第五十三圖



第1例手術治癒後、門齒二枚を見る、腫瘍はなし

のなし、胸腹内臓器にも別條なし。

ワ氏反應及びビルケー氏反應共に陰性、尿に異常成分を認めず、耳鼻咽喉に異常なし、口腔内を検するに、上下顎に門齒各2枚を有す、舌を上方に翻轉するに、舌下面正中線に於て舌繫帶部の上部に大豆大の無痛性腫瘍あり、其

の質稍々固く、其の表面白色の苔を被る(第五十二圖)。睡眠又は啼泣の際、下唇を下方に引けば腫瘍は恰も口裂間に現はれ來る。

第2例 2歳の農家の男兒。

主訴 舌下面の腫瘍。

家族史 兩親(血族結婚にあらず)並に其の祖父母皆健在、同胞なし、遺傳的關係なし。

生活史 熟産且つ安産、1回種痘を受く、生來健全にして著患なし。

既往症 未だ嘗て口唇及び舌部に外傷を蒙りたることなし、大正8年10月2日患者の啼泣に際し、舌下面に腫物の存するに氣付けり、直ちに某耳鼻科専門醫を訪ひ其の紹介を以て來診す。

現症 體格、榮養中等、胸腹臓器に變化なし、患兒今猶哺乳す、尿所見に異常なし、ワ氏反應、ビルケー氏反應共に陰性、耳鼻咽喉に異常なし。

第五十四圖



第2例患者手術前動搖甚しきを以て睡眠時に撮影す、舌端、口蓋に接觸するを以て白色圓形の腫瘍を明瞭に見る且つ下顎に於ける二枚の門齒も明瞭なり

第五十五圖



同上手術後元腫瘍の存したる部に少しく瘻痕を見る

口腔を見るに、上顎には右門歯1本、下顎に内門歯2本を有す、舌の下面舌繫帯部に一致して白色の苔を以て被はれたる稍、固き圓形扁平の一腫瘍あり、其の大き指頭大、表面中央部に於て少しく潰爛し下方に横溝あり、同様の外観を有する稍、小なる腫瘍を連絡す、普通の位置にては此溝より折れ曲りて兩部の表面相接す、外方より望めば上方の大なる腫瘍を望見し得るのみ(第五十四圖)。

診断及症状 上述の2例は共に下門歯の發生したる哺乳兒にして腫瘍の發生部位は舌繫帯に在り。其の外観亦た相似たり。

斯くの如き疾患は、イタリア人リガ Riga が1880—1881年に報告せる所にして獨逸の書籍にはリガ氏病として記載せらる、然れども是より先1876年イタリア人フェーデ (Fede)が舌下腫物 *Produzione sottolinguale* として報告せる所なり。

本病の特徴は下門歯が發生せるに拘らず、尙哺乳を續くる者に來り、好んで舌の下面舌繫帯を中心として發生するこゝなり、腫瘍は無痛性にして周圍より扁平に隆起し、健康部の境界は割然たり、恰も癌腫の邊縁に類する所あり、其の表面灰白の苔を以て被はれたるが如く、且つ多少凹凸不平、乳嘴腫狀を呈す、腫瘍の小なる間は何等障礙を見ざれども、其の増大するや言語、哺乳の障礙を招來す。

原因 種々なり。

(1)南伊太利にては小兒の舌繫帯短ければ齒冠との摩擦によりて潰瘍を生ずるを以て、之を豫防せん爲め繫帯を切斷する習慣あるによるこゝ。

(2)或は齒冠壓迫、摩擦によりて來るさせらるるも、必ずしも齒列とは一致せざるが如し。

(3)人種的疾患にてイタリア人に多しと云ふ、但し佛、澳、露(殊に北部)及び本邦にも屢々之を見る。

要するに本病の原因は尙闡明ならざるも、哺育法の不規則なる人種例へば殊にイタリア人、本邦人にありては門歯の發生後も尙哺乳を續くるが爲め、

齒冠の器械的刺戟によりて舌繫帯部に龜裂を生じ、潰瘍となり、口腔内細菌は此抵抗力減少部に發育増殖を逞うし延て組織の増殖を喚起するものならむ、此發生轉歸を説明するに適する例あり、吾人が日常行ふ喉頭鏡検査法に於て不熟練の人が患者の舌を強く引く時は、毎時前下方に牽き下ぐる癖あり。爲めに患者は舌下に裂創を生じて出血し疼痛を訴ふ、此時裂創の部位を精査すれば、恰もリガ氏病の腫瘍と一致して舌下正中線に於ける舌繫帯上部なり、哺乳兒にありて舌を牽引するも容易に舌繫帯部が門歯々冠に達せず、然れども哺乳に際して乳兒が自身にて舌を以て母の乳房を弄する時は容易に伸長し、舌繫帯部は門歯々冠に達するを見る。

病理 組織的標本を検するに、第1例に於ては主として扁平上皮層及び乳頭の不規則なる増殖を見る、故に乳嘴腫に一致す、第2例は稍、進みたる状態にして、上皮層の増殖及び中央部に於ける破壊あり、下層の結締組織層肥厚し纖維は著しく増殖し纖維腫の觀あり、故に此は組織學上乳嘴様纖維腫と稱すべきものにして單一なる肉芽腫にはあらざるなり。

療法 從來は局所に腐蝕性藥劑の塗布、搔爬等行はれしも奏效少なし、「ラヂウム」、X光線の應用或は有效ならむか、最も確實なるは手術的に腫瘍を剔出するにあり、即ち法の如く「コカイン、アドレナリン」液を注射(1筒にて足る)したる後、助手をして患兒を不動の位置に抱擁固定せしめ、開口器(殊に余の自制型を便利す)を懸け、止血鉗子を以て舌尖を撮みて上方に翻轉し、次に刀を執りて腫瘍の周圍に輪狀切開を加へ、腫瘍を其の下底より剝離剔出す、此際注意すべきは舌繫帯の兩側に開口する舌下腺排泄管及び其の孔を傷けざるこゝ及び治後の瘢痕收縮を防がん爲めに創縁の粘膜を其の下底より剝離して一二縫合するこゝなりとす。

其の後先づ第1例に上述の手術を施し、完全に治癒したる状態を學生に供覽し(第五十三圖)、更に第2例に同手術を施し、是れ亦全治せしめ(第五十五圖)、同時に組織學的標本も供覽するこゝを得たり。

第五章 舌乳嘴腫

Papilloma linguae

患者 15歳の女學生

主訴 舌の腫瘍

既往病史 父母健在、同胞4人皆健全なり、患者生來強壯にして未だ著患を知らず、月華未潮、生後10ヶ月にして舌の表面に粟粒大の腫瘍を得たり、格別の疼痛はなかりしが如し、爾來漸次増大せり、未だ曾て炎症的現象はあらざりしと云ふ。

前記の主訴を以て本年8月8日我外來を訪ひ、同10日を以て入院す。

入院當時の所見、體格、榮養共に佳良、右下甲介稍々肥大せる 他に病變を認む可きものなし。

第五十六圖



舌乳嘴腫の圖

舌表面後部に2個の腫瘍あり、表面は覆盆子狀にして表面より隆起す其内大なるものは鳩卵大にして、隆起半仙迷、小なるものは蠶豆大にして隆起之に適ふ(第五十六圖及附圖参照)、舌の下面にも所々米粒大同様の腫瘍散在せり。

現症 一般所見は入院當時と異なる所なし、舌面を見るに腫瘍の大部分は手術によりて除かれ癩痕を残せるも尙後部に腫瘍残存せり、其潰瘍狀に糜爛せるは最近の手術によりて生じたる新鮮なる創面なり、舌の下面にも尙小なる腫瘍散在せり。

舌 乳 嘴 腫

(十五歳の女子)



第一圖



第二圖

一般に腫瘍は凹凸ありて基底暗赤色を呈す、周圍との境界は明瞭にして硬度鞏固なり。

診断 舌に於ても亦他の部分に於けると同じく良性及悪性の腫瘍發生す。悪性のものは言ふ迄もなく癌腫最も多く來る、肉腫も亦來る事あれども極めて稀有のものにせらる。

良性腫瘍としては、脂肪腫、纖維腫、軟骨腫、骨腫、乳嘴腫、腺腫、血管腫、淋巴管腫、舌根迷走性甲狀腺腫及舌根囊腫等なり。

翻て本症に就て見るに經過頗る緩慢にして患者に苦惱を與ふるこもなく、潰瘍を作る傾向なく、深部に進む事なく、10有5年の長年月を經過せるに不關、轉移を認む可きものを見ず。

以上の諸點を綜合すれば、本腫瘍は良性なりと斷ずるを得可し。

鑑別 以下少しく類症鑑別に就き述べん。

1. 脂肪腫 Lipom 表面滑平なる膜を被り、硬度軟くして波動を呈す、膜を透して内容の黄金色なるを視得。
2. 纖維腫 Fibrom 表面滑平にして緊張せり、硬度寧ろ軟かなれども、脂肪腫の如く黄色の内容を透視し得ず。
3. 軟骨腫及骨腫 Chondrom und Osteom 舌に於ては極めて稀に見らるゝものにして、硬度極めて硬きこによりて認識し得。
4. 腺腫 Adenom 亦稀なり、外觀脂肪腫及纖維腫に類す。
5. 血管腫及淋巴管腫 Haemoangiom und Lymphangiom 共に指壓を加ふれば、之に従ひて抵抗を與へず。
6. 囊腫 Zyste 波動を呈して緊張せる腫物なり。
7. 迷走性舌甲狀腺腫 Verirrte Zungenkropf 表面凹凸ならずして位置は盲孔 Foramen coecum の邊にあり。

以上列擧せる諸種の良性腫瘍は明に本例と其性状を異にするを以て之を除外し得可し。

然らば果して乳嘴腫 Papillom か、表面凹凸ありて覆盆子狀なるは之を思

はしむ、余は曩に手術によりて得たる組織片より顯微鏡的標本を作成して之を檢したるに明に乳嘴 Papille を見たり、即ち本例は肉眼的にも、將た顯微鏡的にも其乳嘴腫たるを示すものなり。

凡そ口腔及咽頭腔には乳嘴腫は決して稀に來るものにあらず、就中好發部位させらるゝは軟口蓋にして咽頭後壁を以て極めて稀有のものさせらる、舌には比較的少しさせらるゝも亦必ずしも絶無にあらず、本例の如き稀に見る巨大のものなるも格別の訴なきは珍とするに足る、是漸次に増大せしを以て患者は慣れて苦痛を感じざるに至りしなり。

症状 通常腫瘍のために種々の症候を呈するものなり、懸壅垂の先端或は軟口蓋より長莖を有する乳嘴腫を生じ、不斷喉頭を刺戟して咳嗽を發せしめ呼吸器疾患を誤らるゝことあり。或は舌根に腫瘍を有するが爲め常に異物感覺を起さしめ嚥下運動を頻發することあり、余は曾て唾液に常に鮮血を混する患者を見たり、内科醫は咯血に疑を置き胸部を檢診せしも格別の所見なし、余之を診して舌面の約中央部に小なる乳嘴腫あり、其表面より少量づゝ出血せるものなるを知りて之を摘出せしに、以後患者はかゝる不快なる現象より免れ得たりき。

自覺的には何等の苦惱なきものも、途中より悪性に變ずることあり、所詮は手術的に除去す可きものなり。

病理 舌は元來乳頭に富む、是等の乳頭が肥大 (hypertrophieren) せる時は、一見乳嘴腫の外觀を呈するに至る、アルベルト Albert に從へば扁平乳嘴腫を稱せらるゝものは蕈狀乳頭 (Papilla fungiformis) の肥厚にして、疼痛性乳嘴腫 (Das schmerzhaftes Papillom) を稱せらるゝは葉狀乳頭 (Papilla foliata) の肥厚なりき。

豫後 乳嘴腫は元來良性腫瘍に屬するが故に直接生命に危害を及ぼさずき雖、前述の如き諸種の附隨的現象 Begleiterscheinungen を惹起することあり、又中途より何等かの原因によりて悪性に變ずることあり、40 歳以上の人にありては常に癌腫を念頭に置くを忘る可からず。

一旦手術的に除去するも再發すること稀ならず。

療法 腐蝕劑を以て腐蝕する法あれども寧ろ避く可し、却て刺戟を與へて腫瘍の生長を促すことあり、爲に早く悪性に變ぜしむることあり、寧ろ外科的療法を可とす、即ち細き莖を有するものは一舉に鉗を以て斷つ可し、基底廣きものによりては熱係蹄或は寒係蹄を用る、又電氣燒灼或はバクレン氏燒灼器を用ふることあり、總て燒灼を行ふ時は口腔に火傷を作る恐あるを以て寒係蹄或は刀刃を用るるをよしとす、若、腫瘍深部より發生せるかの疑あらば手術亦從て深きに及ぼす可し。

附記、本例にありては豫め 0.5% 「コカイン」溶液を注射して後、寒係蹄を以て除けり、入院以來今日に至る迄之を行ふこと 5 回、大部分は除去されたり、除去したる後は其組織の硬度軟彈力性となれり、時に寒係蹄のみにて除去し難き時は鉗を併用せり、創面には「ミルラ」丁幾或は過酸化水素を塗布して出血を止む、後「ミルラ」丁幾の千倍溶液を以て含嗽せしむ。

第六章 潰瘍性義膜性扁桃腺炎 (プラウト、ヴァンサン氏口峽炎)

Tonsillitis ulcero-membranacea. s.

Angina Plaut-Vincenti

患者 大〇シ〇 34 歳 會社員の妻

主訴 嚥下痛及口臭

血族的關係 兩親健在、祖父母不明の疾患にて死す。同胞 7 人の内 1 人不明の疾患にて死亡せしも他は皆健存す。

既往症 患者は從來健康にして 17 歳にして月華來潮し、爾後順調、26 歳の時一健康なる男子と結婚し 4 回妊娠せり。第 1 回は正規分娩にて當年 6 歳にして健存、第 2 回は 1 昨年難産にて醫治を受けしも横位の爲め遂に死産。第 3 回は昨年 4 月分娩の際是も亦前回と同じく同一の経過を取り目下妊娠

第5月なり云ふ。

患者は昨年5,6月頃外陰部に數箇の極めて痒き小さな腫物を生ぜしを認め、周囲堅くして化膿することもなく又潰瘍に陥るらしくも見えざりしため放置せしに約2ヶ月後全治せり。然るに7月に至り手掌竝に足趾に小さき「スワリダコ」の如きもの可なり多く生ぜしも何等自覺的症狀なきため放置せしが、9月に至り頭髮の脱落するを認めしを以て産後に來る症狀ならむと思ひ同月下旬當大學婦人科教室を訪ひしにワ氏反應を試みられ、陽性なりて皮膚科教室の治療を受くる様勸告せられし折柄、偶々左側鼻腔及右頬部の鼻梁に近き部分腫脹し疼痛を覺えしため是れ正しく黴毒の鼻腔を侵したるものと思ひ、10月初旬某皮膚科専門醫の診を乞ひしに黴毒の診断の下に即日「サルバルサン」注射を初め爾後3回竝に水銀劑注射30回に服藥を續け前記の諸症狀漸次消失し、血液検査も陰性となりし云ふ、然るに本年5月に至り再び外陰部に前記同様の腫物一箇を生ぜし爲直ちに前記の某専門醫を訪れしも黴毒ならずこのことなりしが10日を出でずして手掌及足趾に又もや前記同様「スワリダコ」の如きもの生ぜしを認めて某醫は直ちに「サルバルサン」の注射を初め3回なし、水銀劑25—26回注射し目下猶ほ驅黴療法中にあり云ふ。

發病 凡そ1ヶ月前何等の原因なく舌背及口頬粘膜糜爛し刺戟する飲食物は一切攝取すること困難なりしが含嗽して10餘日にして全治せり。然るに間もなく嚥下痛を覺え、自ら鏡にて口内を窺ひしに右側口蓋扁桃腺部に白苔の生ずるを認め直ちに某醫に諮りしに黴毒のためて第4回の「サルバルサン」の注射を10月7日に受けたりしも何等効果を認めざるため昨日(10月9日)我外來を訪ひ直ちに入院。

現症 榮養可なり良き中等大の女にて骨骼も筋肉も亦中等度に發育す。胸腹臓器に異狀を認めず、鼻腔、喉頭、左耳にも異狀なく僅かに右耳に疔瘡あるのみ。然るに患者の側に来る時は甘味ある一種異様の惡臭あり、患者自身にも之を嗅ぐ云ふ、之れ本症に固有なる一症候なりとす、元來此の如き惡臭

は齒牙の不潔又は汞毒性齒齦炎の際にも認むるこゝあり。次に體溫表を検するも何等發熱の狀を見ず、之亦本症に固有なる點とす。牙關緊急なし、口内を検するに舌に僅かに白苔あれども潰瘍を呈せず、右側口蓋扁桃腺部を主とし、右側前後口蓋弓及懸壜垂の右側半分に互

第五十七圖



り大なる可なり深き潰瘍を見る。表面には灰白色の稍々黄褐色を帯べる厚き物質にて蔽はれ邊緣稍々凹凸あり、周囲は強く發赤し僅かに浮腫狀を呈す。(第五十七圖参照) 此義膜様物質(「ベラゲ」)を除去せんますれば寸斷し膜狀ならず、即ち壞疽に陥れる物質なるこゝを知る、剥離せる後に少しく出血す。此場合に於て潰瘍のかくも大にして「ベラゲ」の著しきにもかゝはらず、自覺的症狀の輕きこゝも亦本症の固有なるこゝとす。

鑑別 さて口腔内の潰瘍形成は種々の原因によりて來る。類症鑑別に必要なるものを擧ぐれば

1. 「デフテリー」。
2. 結核。
3. 急性扁桃腺炎(「アンギーナ」)と一般に稱するもの。
4. 猩紅熱及腸室扶斯に因る潰瘍性口峽炎。
5. 黴毒即ち護膜腫及初期硬結(硬性下疳)等なり。

1. 「デフテリー」は義膜様物質膜狀を呈し、發熱概して高く又細菌學的検査にてレフレルの「デフテリー」桿菌を検出する故鑑別容易なり。本症の「ベ

ラーク」よりせる塗抹標本には「スピロヘータ」の一種の紡錘状桿菌を見、「ヂフテリー」菌を見ず。もし「ヂフテリー」にしてかくも廣汎なる潰瘍を呈すれば中毒症状著し、然るに本症にては自覺的症狀極めて輕し。

2. 結核の潰瘍は淺在性にして疼痛はけしく、多くは肺結核を伴ひて續發性に来り發熱あり、又一般症狀惡しきを常とす。

3. 急性扁桃腺炎の際には潰瘍を呈するこゝなく、腺窩に白色の栓塞を形成するに過ぎず、發熱及自覺症狀却つてはけし。

4. 此際最も類症鑑別に困難なるは微毒なり。

初期硬結は好んで口蓋扁桃腺に来る、潰瘍を呈する時は本症に類すれども咽頭變化少なくして、淋巴腺の腫脹著しきを特有とす。然るに此患者に於ては腺腫脹は大ならず。又初期硬結に於ては「スピロヘータ、バルリダ」を證明し得るのみならず、既往症及驅微療法にて鑑別し得。次に護謨腫の破壊せる場合に屢々本症を誤診せらるゝこゝ多し、本患者に於ても他醫より微毒性潰瘍とせられ「サルヅルサン」注射を受けたるも效なかりき。護謨腫にては潰瘍の周邊割然として周囲は赤褐色を呈し多くは正中線に来り、發熱もなく疼痛も少なし、ワ氏反應陽性なり。時として護謨腫性潰瘍の上に本症と同様の「スピロヘータ」及び桿菌を認むるこゝあり。

本患者は偶々驅微療法中にしてワ氏反應も陽性なれば大に迷ふこゝとなり、されど何等第三期の症狀(微毒性潰瘍痕等)を他の體部に認めず、又潰瘍面及び周囲の状態は全く異なり。且又沃度の作用更になし。

原因 却説此患者の潰瘍の義膜に發見する菌につきて今少しく述べむ。抑々吾人の口腔に如何なる「スピロヘータ」存するかを云ふにゲルベル氏によれば、

第1 粗大型 Groebere Spirochaeten

第2 微細型 Feinere Spirochaeten を別つべし。

第1型中主なるものは不整「スピロヘータ」(Sp. inaequalis)にして波状「スピロヘータ」Sp. undulata 等あり。

第2型中主なるものは齒牙「スピロヘータ」Sp. dentium にして外に小齒牙「スピロヘータ」Sp. denticola, 細「スピロヘータ」Sp. tenuis, 直「スピロヘータ」Sp. recta 等あり。

此中齒牙「スピロヘータ」は齒囊中に澤山ありて、「スピロヘータ、バルリダ」に極めて類似す、然れども運動一層活潑なり、形態は更に微細にて彼よりも短かくして太し。不整「スピロヘータ」は粗大不整なる彎曲をなし兩端尖る。本患者の義膜中に見るものは正しく不整「スピロヘータ」なり。尙本症にて大切なるは紡錘状桿菌 Bacillus fusiformis にて10—12「ミクロン」の長さ、凡そ6「ミクロン」の幅を有す、而して體中に顆粒状の空洞を有し兩端紡錘状をなすが故に此名あり。

本症の義膜中に上記の不整「スピロヘータ」及び紡錘状桿菌とありて1894年プラウト Plaut 氏初めて發表し、又1898年ヴァンサン Vincent 氏獨立に之を發表してより、プラウト、ヴァンサン氏口峽炎 Angina Plaut-Vincenti) と稱せらるゝに至れり、然れども「アンギーナ」Angina なる名稱は不明瞭なり、故に壞疽性義膜性扁桃腺炎 Tonsillitis ulceromembranacea と云ふべきも必ずしも扁桃腺に限らず、又眞の膜にあらずして壞疽物質なるが故に余は壞疽性義膜性口内炎 Stomatitis ulceropseudomembranacea と命名するを至當と考ふ、如何とせば扁桃腺、軟口蓋延いては齒齦をも侵すこゝ屢あるを以てなり。

上述の2病原體は本症の壞疽物質中に必ず證明せらる、その何れが主なる病因なるかにつきて議論あり、或は甲を主因とし、或は乙を主因とし或は共生説を唱ふ、然るに健康者の扁桃腺窩及齒囊中にも之を見、本症に於ては是等は多量に恰も純培養に於ける如く現はる、果して此二者が病原體なるや、又は義膜の寄生物なるや疑なきにあらず。

猶類症鑑別上大切なるは進行性壞疽性口腔炎 Stomatitis ulcerosa progressiva にして本症を極めてよく似たれども此者にありては破壊が軟部と云はず、骨部と云はず漸次進み、遂に腦膜炎等にて一般に死の轉歸をみるも

のなり。病原體は未だ審かならざるも余は近年2例を経験せり。

経過 本症は特別の處置を要せずして約10日位にて全治するを例とす、稀に2ヶ月を要するこゝあり。文獻によれば出血のため、潰瘍の喉頭氣管に進みて死せる2例あるのみ。

療法 清淨を保つこゝ第一要件にして、局處に過酸化水素を塗布してよく附著物を去り、2%の鹽剝水或は2%の重曹水の含嗽及び硼酸水の頸部の濕布を以て足れりとす。「サルブルサン」注射は「スピロヘータ、バルリダ」に働くが故に本症の「スピロヘータ」にも利き得べしとの理由を以て其注射を勧むる一派あり。されど特效ありとも考へられず、現に此患者の如きは、606號の注射を受けたるも毫も影響なかりき。然れども慢性の経過をみるが如き傾向あらば微毒性疾患に疑をおき注射を行ふもよし。

附記、尙此患者は約2週間入院の後治癒し歸國せり。潰瘍は下方扁桃腺部より義膜脱落と共に治し、終りに懸壜垂附著部及後口蓋弓の上部より扁桃腺上部に限局して小潰瘍と薄き白苔を存するに過ぎざりき、而も此白苔を鏡檢するに最早「スピロヘータ」も紡錘狀菌も生存せざりき。而して扁桃腺下部は癢痕を呈し、さしにも巨大なりし深き潰瘍面は毫も認むるこゝ能はざりき、恰も扁桃腺全抽出後の創面治癒に髣髴たり。

第七章 扁桃腺周圍膿瘍

Peritonsillarabszess

第一例 患者 イ、ケ、37歳、商人、男

主訴 顎強直 嚥下痛 言語障礙

既往症 8日前感冒に罹り5日以來嚥下痛を覺え漸次甚だしくなり3日以來顎強直を來し開口困難となり言語障礙來り、嚥下困難も加り疼痛甚だしく安眠出來ざるに至れり、初めより發熱あり時々惡寒ありしこ。

現症 患者は極めて苦痛の容貌を呈す、垂涎あり舌骨部を側方より壓する

に甚だしき疼痛あり且頸の運動障礙あり、口は十分開き得ず、舌は被苔し左の口蓋穹より軟口蓋に互り強度の腫脹と發赤とあり、壓痛其部に強し、右側の軟口蓋より遙に下垂し口峽をせばめたり、懸壜垂は右に押されて發赤し浮腫を呈し膨大す、口蓋の運動左側は著しく障礙さる、扁桃腺左側亦發赤すれ共著しき肥厚は認めず、寧ろ大部分膨大せる口蓋に被れたり、腺窩に點々黄白色の小栓塞物を伴ふ、舌根扁桃腺も發赤す。

下顎骨關節部に腫脹なし。

鼻腔其他には著變なし。

唯今計りたる體温は37度8分なり。

診斷 以上を綜合すれば感冒に基因し短時日に惡寒昇熱を伴ひ口蓋部の腫脹發赤疼痛來れるものなり、其顎強直、頸の運動障礙は何れも此軟口蓋深部の腫脹疼痛に因りて起れるものなり、言語障礙も腫脹及口蓋運動障礙のために来るなり、要するに扁桃腺の周圍に於ける急性の疾患なり。

扁桃腺より發し周圍を侵す疾患は急性扁桃腺炎の其炎症被膜に及び扁桃腺周圍炎を起し又被膜を破り膿瘍を作り扁桃腺周圍膿瘍を作る場合か又は悪性腫瘍例へば淋巴肉腫、癌腫の扁桃腺に發して深部に瀰蔓せし場合なり、而して此兩者の區別としては腫瘍には惡感昇熱等の急性炎性症狀を缺く、淋巴肉腫にては局所の臨牀的狀態は此患者に見るこゝ類似する場合あれ共一般に急性炎性症狀(惡感昇熱劇痛等)を缺くこゝ他の腫瘍に同じ。

されば此患者にては急性炎性症狀あり、從て扁桃腺周圍炎或は扁桃腺周圍膿瘍を考ふ可し、而して消息子にて其扁桃腺の腺窩を探ぐるに明かに膿の出づるを見る、既に扁桃腺周圍膿瘍を形成するこゝ槌かなり。

尙時に「デフテリー」、微毒、結核と區別する必要あるこゝあれ共、「デフテリー」には特異の義膜を見るこゝ、「デフテリー」菌を證明するこゝにて區別せらる、微毒は疼痛少く昇熱もなし、結核も嚥下痛を伴へども浸潤強からず且潰瘍を伴ふ。

原因 扁桃腺周圍膿瘍は前に述べたる如く急性扁桃腺炎(昔は「アングー

ナ、ラクナーリス」Angina lacunaris 腺窩性口峽炎と云はれ現今尙此名稱用るらる)の周圍に擴がり扁桃腺被膜を侵し之を破り膿瘍を作れるものなり、故に通常腺窩膿瘍と連續す、從て此患者に見る如く腺窩を探り膿汁出づるを見るなり、其炎症周圍に及び未だ著明の膿瘍を作らざるものを急性扁桃腺周圍炎 Peritonsillitis acuta と云ふ。

経過 扁桃腺周圍膿瘍が下垂して咽頭後壁と脊椎との間に膿瘍を作れば咽後膿瘍 Retropharyngealabszess となる、此時は其場所に因り甚だしき呼吸困難を起し得、又膿瘍の扁桃腺窩又は軟口蓋を通じて口腔内に自開するこゝあり、自開せば苦痛頓に輕快するこゝ他部の膿瘍が自開せるに同じ。

茲に供覽する第二の患者は膿瘍の軟口蓋に一部自開して懸垂垂附著部と大白歯との連續線の中央邊に小瘻孔ありて膿汁それより出づ。

第二例 此の患者は年齢16歳の女にて約1ヶ月以前矢張り第一の患者の如き急性の症状を以て左扁桃腺周圍膿瘍を起したるが1週間程前に一夜疼痛の果て急に血の混ざる膿汁の少量口より出でたりと、現今其瘻孔を認め得られ且少量の膿汁流出するを見るも尙左軟口蓋は扁桃腺と共に發赤腫脹し壓痛あり、此患者には舌骨部に疼痛なし、これ既に破壊排膿して炎症稍去りたるを以てなり。

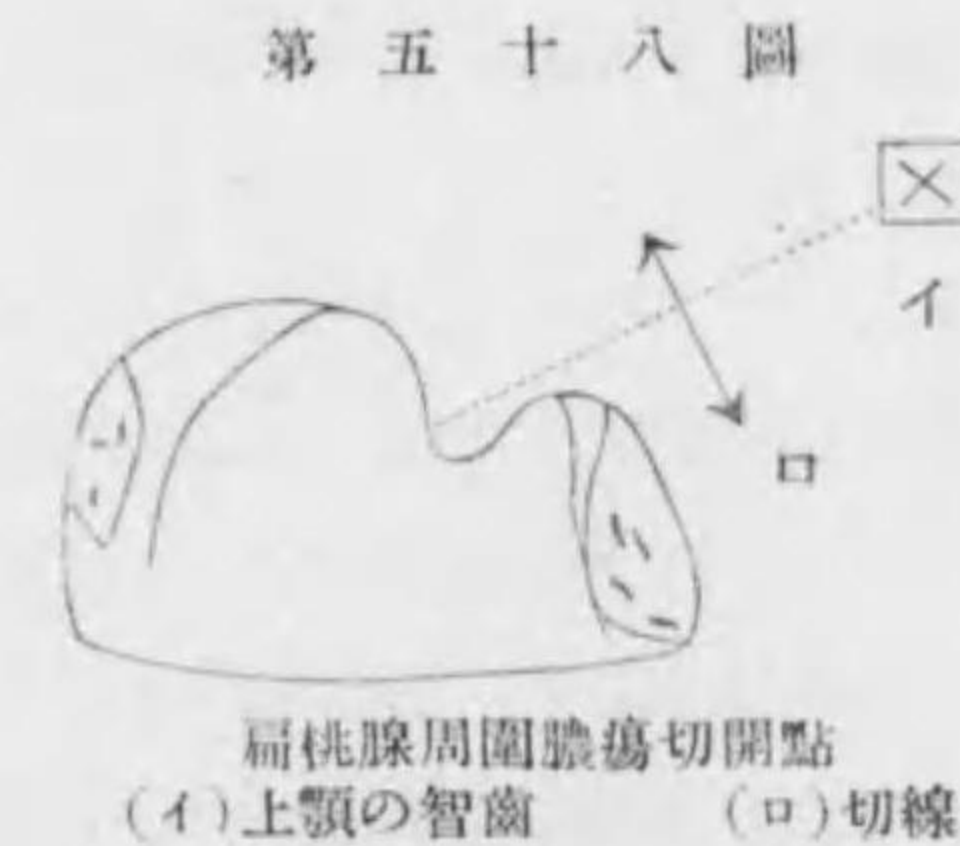
第一の患者は消息子にて知る如く明かに膿瘍ありて今最も著明なる劇甚の症状を呈しをるものにて第二の患者は自開せしめ尙多少の膿の滯溜ありて全治せざるものなり。

療法 扁桃腺周圍膿瘍は既に昔片倉元周(1751—1822)の著書、靜儉堂治驗にも纏喉風なる名の下に此疾病に就て記載しあり、片倉氏は殊に其切開法に堪能にして一個の自信を有したりき、此疾患は此等の患者に見る如く甚だ苦痛なる急性疾患なるも一度膿を出せば苦痛頓に去る、されば片倉氏も其書に朝に切開せば夕には嬉々として食事を取るを得と記載せり、此第二の患者の如く自開して少量の膿の去りても大に輕快なりと云へるを見て其急性の時の苦痛の甚だしきを想像し得るなり。

從て扁桃腺周圍膿瘍の診斷つけば直に切開して膿を出すべし、他の姑息療法をなして徒らに患者を苦しめ置く可からず、されき未だ十分に膿瘍を形成せざる間に切開する時は徒に患者を苦しむるのみなり、「アスピリン」の發汗劑を與へ重曹水(1%)にて含嗽せしめ頸部に濕罨法を施し膿の熟したる機を察して之を行ふ、これ醫の巧拙の岐るる所なり、即軟口蓋の發赤したる場所に一定所極めて疼痛ある部分の現れたる時發病より數日後切開すべし。

切開法に二つあり。

第一法、圖の如く智齒と懸垂垂尖端とを結べる線の中央にて口蓋穹と平行に切線を置く法なり、されき此法にては膿瘍の場所に當るや否や不明なるこゝあり、又餘り大に切れれば後出血等の恐れもあり、從て第二の法に因るを安全とす、必ず膿瘍に當る法にて且技術も容易なり。



第二法、まづ先端曲りたる消息子にて腺窩を探り膿汁の出づる所を見出し、鎌状をなす扁桃腺切開刀を此腺窩に送り扁桃腺實質を通じて膿瘍を切開する法なり、元來膿瘍の成立は腺窩の疾患扁桃腺被膜を侵し更に其周圍に膿瘍を作りたるものなれば腺窩を探れば常に膿瘍に達し得べきなり、余は此法を好む、此法によれば手術に因る合併症殆んきなし。

術後の療法は患者に安靜を命じ液食を取らしめ含嗽(2%の重曹水に薄荷水を加へたるもの又は0.3%位の「ミルラ」丁幾水にてよし)を行はしめ頸部に濕罨法を施す、而して創面は毎日麥粒鉗子にて開き排膿を計り患者に喀々膿を喀出せしむべし。

以上の法に據れば大抵1—2週後には全治す。

第八章 口蓋扁桃腺肥大

Hypertrophia tonsillae palatinae s.

Tonsillitis chronica hypertrophica

口蓋扁桃腺は前後両口蓋弓下舌根のなす凹窩即扁桃腺窩内に占居し口を開かして舌圧子にて舌面を壓下する時はよく認めうべし、其形は長楕圓形の一部を露出せるが如き状をなし表面平滑にして周囲粘膜と同様な色澤を有し表面に數個の凹窩を見る、これを小窩 Fossulae と云ふ、之より消息子を送れば1.0 仙米内外深く入るゝを得べし。

臨牀上、扁桃腺肥大と稱するは扁桃腺の表面が後口蓋弓よりも突出せるものを云ふ、されど咽頭腔に向ひては突出せざれども外面即頸部組織に向ひて深く入れるものあり、之亦肥大に數ふ、屢々扁桃腺が其窩内にありて表面廣きものを肥大と稱して手術を薦むるものあれども誤なり。

症状 扁桃腺肥大が軽度なる場合は自覺的に格別障碍を感じず、其稍高度となり著しく咽頭に現はれたる時は睡眠中鼻呼吸を妨げられ鼾聲高く發音障碍を來す、即兩側の高度の肥大あれば其聲音は恰も口中に珠を含みて發音せるが如くにして清朗なる餘韻を失ふ(Klossige Sprache)時として其刺戟に依て持続性に咳嗽を發する事あり、殊に小兒に於ては智的發育を障碍せられ學業成績不良となるは統計の示す處によりて明なり、屢難聽の原因となる。

他覺的には表面滑澤、稍發赤し大人にありては稍硬し、其大きさは種々あれども大なるは胡桃大に達し著明に咽腔に突出せるものあり、されど正中線を越ゆることなし、多くは兩側に來り一側のみには現はるゝこと稀なり、時として扁桃腺より細き莖を有する「ボリーブ」様物質の下垂せることあり、之を振り様扁桃腺 Tonsilla pendula と云ひ先天性に或は扁桃腺肥大の一異型として存することあり。

肥大せる扁桃腺を組織學的に檢するに大體の所見に於て略二種に區別し

得、即扁桃腺濾胞の増大せるもの及間質結締織に増殖せるもの是なり、屢其組織中に軟骨組織の存在を認め稀には既に化骨せるものあり又扁桃腺小窩中には其廢類物によりて結晶を形成せるを見ることあり。

本症は小兒にては淋巴性體質のものに來ること多し又春機發動期の前後に多く茲に掲ぐる1914年の余の教室に於ける統計に徴しても16歳より21歳に至るもの最も多し、同年の外來患者總數4512名の中本症患者は450名即

年 齡	外來患者數	口蓋扁桃腺肥大患者數	%
1	47	2	4.26
2	63	8	12.70
3	52	12	23.08
4	58	9	15.52
5	51	11	21.57
6	55	17	30.91
7	51	11	21.57
8	49	14	28.57
9	49	13	26.53
10	39	9	23.07
11	39	11	28.21
12	50	14	28.00
13	54	15	27.78
14	90	23	25.56
15	103	24	23.30
16	133	27	20.30
17	166	25	15.06
18	221	40	18.10
19	242	34	14.05
20	227	33	14.54
21	234	19	8.12
22	149	13	8.72
23	155	10	6.45
24	139	10	7.19
25	134	10	7.46

26	131	4	3.05
27	112	2	1.79
28	101	1	0.99
29	86	5	5.81
30	74	4	5.41

9.97%なり。

鑑別 本症は一見明瞭にして鑑別を要する場合は稀なり。

1. 急性扁桃腺炎、發熱倦怠等の全身症状及嚥下痛等の局所症状顯著に來り、他覺的にも高度の發赤、帶黄白色の斑を生ずるによりて明に區別しうべし。

2. 肉腫、春機發動期後のものに多し、偏側に來り發育速にして無限に増大し顎下淋巴腺に轉移病竈を作る。

3. 癌腫、40歳以上のものに來り肉腫に於けるが如く偏側に現はれ表面凹凸不平にして觸るれば容易に出血し發育迅速にして潰瘍に傾く、試験切片をざりて鏡檢すれば尙明なり。

續發症 扁桃腺小窩には常に剝脱上皮其他の廢積物を蓄積し各種病原菌の好培養基たる状態にあるが故に一朝全身状態の變調を來し之等細菌に對する抵抗力減弱するや病原菌は忽其猛威を逞しうし茲に急性炎症を起し著明なる全身症状を呈するに至る、又本症の経過中關節「ロイマチス」、腎臟炎、蟲様突起炎等を發するこゝは周知の事實なり。

療法 薬物の塗布及内服は效なし、X光線及「ラヂウム」による放射線療法は歐米に於て既に行はれ何れも多少良果を收めつゝあり、されど装置其他に高價を拂はざる可からず且治療に長き時日を要するが故に本邦にては未だ實地に應用せらるゝに至らず。

臨牀家に最必要にして且最多く用ゐらるゝは手術的療法なり、扁桃腺手術は其行はるゝ場合多きだけ一般に輕視せらるゝ傾なきにあらず、患者の状態に十分の注意を拂ひ扁桃腺の局所的關係を明確にしたる後に手術せざれば

不慮の災を招く懼あり、此注意は鼻疾患の手術にも嚴守さるべきものにして既に述べたる處なり、されど本症には特に大切なる注意事項なるを以て重複を省みず更に茲に述べ。

1. 熱の有無 體温 37 度以上の時は見合す。
2. 血友病 紫斑病等の血液疾患
3. 出血性素質の有無
4. 糖尿病 腎臟炎
5. 身體虛弱なる者又は甚しく衰弱せる者
6. 婦人にては月經の有無、月經中には避くべし。

手術法 以前には扁桃腺を「ピンセット」にて引き出し刀又は鉗にて部分的に切斷したり、されどかゝる法は既に歴史的にして現今用ゐるものなし、手術法を部分的切除法と剔出法とに分つ。

(一) 扁桃腺切除 Tonsillotomy

麻酔は局所殊に扁桃腺周圍、舌根、咽頭後壁、口蓋弓、軟口蓋等に 20%「コカイン」溶液に「アドレナリン」少量を加へたるものを塗布し 15—20 分を経て手術に著手す。小兒にありては麻酔の要なく助手をして上咽頭の指頭検査法に述べたるが如き患者の固定をなせば都合よし。現今普通行はる手術器械に二種あり。マッケンジー氏 Mackenzie 型は所謂「ギロチン」型にして扁桃腺を金屬框の中に押し込み其飛び出したる部を把柄を押すによつて刀にて押し切る法なり、又マチウ氏 Mathieu 型は把柄を押すによりて金屬中に收められたる輪狀刀にて引き切るゝ同時に輪狀刀の運動と反對の方向に出づる針によりて切斷されたる扁桃腺を突き刺す、此兩型の優劣は一利一害あり、マチウ氏型は扁桃腺の切除片を口腔中に落さざる利點ありと雖器械の構造簡單にして強剛なるマッケンジー氏型の實用的なるに如かず。

術後局所に過酸化水素液を塗布す。

手術時の出血は通常多からず、含嗽及氷嚢の顎下部貼付によりて完全に止血す、然れども稀に止血せざるこゝあり、如此は出血性素質を有するものか

或は大人にして扁桃腺組織が結締織に富み稍硬化の傾ありて血管の切斷端が哆開したるまゝに存するによる、血液病、糖尿病等を有するもの、止血は屢困難なり、此出血の處置は後段に述ぶる後出血と同様なり。

此手術に於て注意すべきは扁桃腺よりも遙に大なる框を有する刀を用うる時は刀刃は滑脱して切る能はず、又小なる時は一舉に切斷するを得ずして部分的に切除するのみ、操作には沈著にして局所をよく監視しつゝ手術せざれば或は懸壜垂を切斷し或は扁桃腺の上極又は下極を残す。

後處置、局所的には「ミルラ」丁幾の薄き葛湯色濁濁に稀釋したるもの又は0.5—1.0%明礬水にて含嗽せしむ。手術直後は就寢し安静を守らしめ1週間以内は激しき運動を禁じ外出を戒しむるを可き、入浴も控ゆるをよし、食餌は3—4日間冷き牛乳又は卵を與へ次に軟き粥に代へ7—10日を経て創面治癒するに至りて常食を取らしむ。

手術後の不幸、1. 後出血 扁桃腺切除時の出血は通常は大量ならず間もなく止血す、時として手術後2—3日の後突然恐るべき大出血來るこゝあり、其出血は動脈性にして搏動せるこゝ或は實質性にして浸潤せるを見る、かゝる出血は其原因動脈の硬化、血液病、出血性素質等にありて一時的に止血せるものが過劇なる運動、飲酒其他血壓を増加せしむる機會ありし爲に再び出血を始むるにあり、此場合には「アドレナリン」を加へたる「コカイン」水を軽く創面に塗布し尙止血の模様なき時は指頭に「ガーゼ」を捲きて出血部を壓迫す、此指壓30分—1時間に互り尙渾々として盡きざる場合には壓定子Pelotteを用ひ或は前後口蓋穹を縫合し之にても効果なき時は極めて稀に總頸動脈の結紮を行ふ或は茲に至るまでに死の不幸を見るこゝあり。

2. 創面感染 手術後「デフテリー」、猩紅熱に罹るこゝあり。

(二) 扁桃腺全剔出 Tosillektomie

由來、口蓋扁桃腺の生理的官能は明確ならず、或は脾、骨髓等に於けるが如く造血器官の一種なりし或は病原物侵入の門戸なるが故に生體には全然無用の臓器なりと云ひ或は之に反して體内に生じたる毒物の排泄器な

りと稱し或は扁桃腺より防禦物質を分泌し其要害を利用して有害物質の侵入を防止するものなりと説き或は單に絶えず消化に必要な物質を出して消化機能を補助するにすぎずと唱へ或は春機發動期の前後に肥大するこゝ多きを以て身體の發育成長に關係ありと述べ或は如此特殊の機能を有するものに非ずして只淋巴腺の一系が咽頭内腔に露出せるものに過ぎずとす等未だ其解釋の歸趨する處を知らず、然れども我々の日常の臨牀的經驗によれば肥大せる口蓋扁桃腺を兩側共剔出すも全身に何等の障礙を來さず、故に肥大扁桃腺の全身に及ぼす影響等を考慮して其手術の適應症を決定す。

口蓋扁桃腺全剔出の適應症は各國により、又術者によりて相異なり、英米にては最盛に行はれ獨佛にては比較的慎重なる態度をされるものゝ如し、其極端なるは肥大せるものは凡て之を剔抉し去りて其痕跡を止めず、或は之に反するものあり。余は兩者の折衷説を採り左の如きものを適應症とす、即ち

1. 扁桃腺炎の反覆襲來するもの
2. 扁桃腺に限局したる初期の悪性腫瘍
3. 扁桃腺のみに存する結核、梅毒
4. 扁桃腺が周圍の組織を癒著し内部に向て肥大せるもの
5. 全身的疾患例へば扁桃腺肥大を蛋白尿の原因として見るべき時

にして一般的に小兒には部分的切除、大人の常習性扁桃腺炎を起すものには全剔出を行ふを眼目とす。

(1) 扁桃腺を押し出して一氣に切斷する法

扁桃腺を指頭を以て顎下部を壓して押し出し或は鉗子にて掴みて引き出し扁桃腺刀にて切斷し又はブリューニングス氏型の如き強き寒係蹄にて絞斷するによりて全剔出を遂行し得る雖周圍に癒著あるものには到底かゝる簡單なる方法を以て行ひがたし。

(2) 扁桃腺周圍を剝離し切斷する法

今日最も多く行はるゝ法なり。此方法にては局所麻酔は切除術の如く麻酔藥の塗布のみにては完全なる能はず、扁桃腺被膜に向ひて注射す即ち扁桃腺

の前後に各3—4個所、更に鉗子にて引き出して外側にも注射し一定時間後手術に着手す。手術に用うる器械は多様なり、鉗子は輪状柄のもの、刀は其一端に直角に曲れる両刃刀、他端に剥離子を備ふるものを賞用せらる。雖余はマイエル型扁桃腺「ピンセット」を改良して其把握力を調節し得る様にしたり、余の用ゆる刀は鎌状をなし球頭を有す、其柄の他端に鋸齒状の剥離子を備ふ、手術に際しては扁桃腺の上部を掴みて咽頭に引き出し其上極より下極に向ひて球刀を以て口蓋弓より切離し更に被膜の外にて軟部を剥離す、されど通常は舌根部にては舌根扁桃腺に移行するが故に離れがたし、此處はマッケンヂー型扁桃腺刀にて切斷し或は強き寒係蹄にて絞斷す。

別出後生ずる大なる凹窩には過酸化水素を塗布す。

術後の處置は切除の際と同じ。

手術後の不幸、

1. 後出血、術後1—2日の後に出血し恐るべき結果を來すことあり、此場合には切除後に起る出血に對する止血法の如く指壓、壓定子法を用う、屢々前後口蓋弓を縫合することあり。雖、通常後出血の起る扁桃腺下部よりの出血には效少し。

2. 全身感染、創孔は大にして深きが故に時として感染し膿毒症、敗血症を來すことあり。

3. 軟口蓋麻痺、聲音鼻調を帶ぶ、されど間もなく治するを常とす。

4. 聲音の變化、手術によりて大なる空洞を扁桃腺部に生ずるが故に發音に際し所謂共鳴器に變化を呈して音調を變ずる場合あり、故に聲樂家の扁桃腺手術には特に注意を要す。

経過 手術後の創孔は肉芽の發生極めて迅速にして數日にして大なる創腔を埋め恢復の早きに驚くべし。

第九章 腺様増殖症

Adenoide Vegetationen

又咽頭扁桃腺肥大

Hypertrophia tonsillae pharyngeae

今、茲に供覽する患者は臨牀上必要なる疾患を有するものにして獨り耳鼻咽喉科専門醫のみならず内科、小兒科醫殊に學校醫に於て注意すべきものなり。

症例 患者 16歳の女兒

主訴 難聴、記憶力減退

既往病史 祖父母は既になきも兩親健全にして格別記すべき疾患に罹りたることなし、難聴を有する同胞なし、月華未だ開かず。

現病史 約2年前より特に記すべき誘因なくして難聴を來せり、此難聴は何等手当を施さずして時々恢復し少時の間明快に聴取しうることあり、又常に口を半開けるも家人も其何日の頃よりなるかを明にせず、鼻汁分泌は大量ならざるも粘液様鼻汁を漏す、鼾聲なし、平常後頭部の疼痛を訴へ學業成績不良なり、記憶力著しく減退し思考力に乏しく従つて算術の成績最も不良にして單純なる計算にても

第五十九圖



定型的「アデノイド」顔貌

誤る、舉動常に落ち付かず一定の事に注意を集中する能はず。

現症 骨格の發育は良好なり、胸腹諸臓器に認むべき變化なし、脈搏正常尿尿に異常成分を見ず。

聽器 外聽道清淨、鼓膜は兩側共軽度に濁濁し光錐は短小となり槌骨把柄は著しく短く然も水平に近くなれり、短突起亦強く突出せるを見る、聽力を檢するに囁語右6.0米、左6.5米(東京)にして音叉にて檢するに骨傳導著明に延長し空氣傳導は之に反して短縮しリンネ氏法陰性なり、ウェーベル氏法は明確ならざれども中央にあるものゝ如し。前庭器検査上正常なる反應を呈す。

鼻腔を檢するに兩側下甲介粘膜は軽度に肥厚し鼻底に粘液性分泌物の稍々大量を見る。

咽頭を檢するに口蓋扁桃腺は中等度に肥大す、後鼻検査法を行ふも患兒は過敏にして十分なる所見を得ず。依りて指甲を装ひて指頭検査をなしたるに指頭は明に軟柔なるものに觸れ且指頭に血液を附著し來れり。

喉頭に異常を認めず。

此所見によりて主訴の一たる難聴は稍々高度の兩側慢性中耳加答兒に因せるは明なり。諸君、此患者に就て第一に注目すべきは顔貌なり、即ち口を半開きて呼吸し鼻唇溝は消失して表情に乏しくなり、顔面筋は一般に弛緩して無慾狀を呈し一見低能兒の觀あり、我々はかかる容貌を有するものを見れば局所的検査を施さずして直に腺様増殖症の診斷を下して誤りなし、實に此患者の如きは其定型的なるものにして之を「アデノイド」顔貌 Adenoider Typus と云ふ。(第五十九圖参照)

原因 腺様増殖症とは生理的に存する咽頭扁桃腺が肥大したるものにして咽頭扁桃腺肥大の名あり、局所的のみならず全身的に種々なる障碍を呈す。本症は1868年コペンハーゲンの醫師ウイヘルム、マイエル Wilhelm Meyer氏(Archiv f. Ohrenheilkunde 1895)によりて發見せられたるものなり、氏は之によりて小兒の難聴竝に聾啞の原因を本症に歸し専心其治療に従事し從來聾啞者の多きを著しく減少し得るに至れり、氏の此發見は我專

門學界のみならず、聾啞の研究の上に至大の關係を有するものにして同市に紀念碑を建設し氏の恩恵を永く後世に傳へつゝあり、亦故ありと云ふべし。

發生 咽頭扁桃腺は春機發動期に至るまでに萎縮するを通則とすこ雖、萎縮を呈せざるのみならず却つて増殖し茲に腺様増殖症を形成するに至るものなり、本症の發生に對しては個人的關係即淋巴性體質を有するもの或は地方的關係即ち氣候の變化急劇なる處、塵埃多き處なごに多し、一般に慢性咽頭炎の原因となるべき諸種の刺戟は本症を誘發しうべし。

マイエルは本症は歐人に特有なる疾患なりと稱したりと雖マレイ人、エスキモー人にも存す、歐洲に於ける學童につきての諸家の統計を列擧すれば如次。

檢者名	地名	%
チートル Cheatle	ロンドン	43
シュミーゲロウ Schmiegelow	コペンハーゲン	18
ウァンクレル Winckler	ブレン	26
ウァルベルト Wilbert	ピンゲン	62
ツァールベルヒ Zaalberg	アムステルダム	33
カーフェマン Kafemann	ケーニヒスベルヒ	36
スタンゲンベルヒ Stangenberg	ストックホルム	10
フランケンベルゲル Frankengerger	ブラーグ	33

即ち平均32.6%なり。

1914年余の教室の外來患者4512名中の腺様増殖症患者は418名(9.26%)にして春機發動期前も多く、此期以後には急に減少するを見る。

年齢	外來患者數	腺様増殖症患者數	%
1	47	2	4.26
2	63	9	14.29
3	52	19	36.54
4	58	14	24.14
5	51	15	29.41
6	55	23	41.82
7	51	23	45.10

8	49	16	32.65
9	49	19	38.78
10	39	22	56.41
11	39	19	48.72
12	50	17	34.00
13	54	20	37.04
14	90	26	37.14
15	103	25	24.27
16	133	35	26.32
17	166	22	13.25
18	221	29	13.12
19	242	14	5.79
20	227	18	7.90
21	234	9	3.85
22	149	7	4.70
23	155	3	1.94
24	139	2	1.44
25	134	0	0

余は日本に於て小學兒童 500 人につき咽頭扁桃腺肥大の程度を3度に分ちて調査したり、高度は咽頭天蓋より發して後鼻孔の邊縁を超えて下垂し中甲介後端を被へるもの、中等度は後鼻孔邊縁の附近に来るもの、軽度は後鼻孔邊縁に達せず只腫大せるに止れるもの、其成績下の如し。

高度の肥大	3例	0.6%
中等度の肥大	95例	19.0%
軽度の肥大	96例	19.0%
計	194例	38.8%

即歐洲におけるを略々相等し。

症状 顔貌に特異なる變化を來すは既に述べたり、咽頭扁桃腺肥大の部位が上咽頭にあるが故に先づ鼻呼吸の障礙來る、此障礙は扁桃腺肥大自己によりて起るに非ずして其分泌物によるものなり、鼻呼吸障礙の高度なる場合は鼻閉塞となり所謂閉鼻聲を呈し常に口を開きて口呼吸を營み睡眠時には鼾

聲を發す。口呼吸をなすが爲に氣流の壓迫によりて口蓋穹窿は著しく狭く且高くなり齒齦の前部は強く前方に突出し齒列は不規則となり甚しきは脊柱彎曲症を來す、呼吸による一般的障礙として慢性咽頭「カタル」、喉頭「カタル」氣管「カタル」を發す。

此患兒の如く難聴は本病患者の主訴の第一たること多し、肥大せる咽頭扁桃腺によりて歐氏管壓迫せられ血液及び淋巴液循環障礙せられて其鬱滯を生じ且歐氏管加答兒を來し次に慢性中耳加答兒となる、故に腺様増殖症を有する場合之を度外して難聴の政治に努力するも寸效をも收むる能はず。言葉を習得する前に高度の本病ありて更に慢性中耳加答兒を惹起し強度の難聴を呈するに至らば遂に啞者となるべし、是、本症と聾啞の發生に大なる關係を有する所以にして本症發見以來聾啞の原因の一部を説明し得たるものにして發見者マイエルが茲に著眼せるは誠に偉なりと謂はざるべからず。

精神的には記憶力減退し思考力乏しくなり算數にうごくなる、今此患兒につきて暗算を試むるに簡單なる計算にても誤れり、例へば

$5-2=10$ $4+4=7$ と言ふるが如し、又物事に倦き易くして專念する能はず、かゝるものを鼻性注意不能症 Aprozexia nasalis と云ふ。

此他屢々夜尿あり、其本病との關係に就きては未だ明ならず、説をなすものは曰く、本症患者は鼻呼吸を妨げられて口呼吸をなすに雖之亦微弱にして肺における瓦斯交換完全なる能はず遂に炭酸瓦斯中毒を來すによること、されど尙十分に説明し得たるにあらず。時として癲癇發作を起すことあり。

診断 既に述べたるが如く本症に特有なる所謂「アデノイド」顔貌を呈するに至れば之のみにて診断し得べし、故に熟練したる醫師は患兒が診察室に入り來るや其訴へを聞き又は病歴を訊さるるに既に腺様増殖症による難聴鼻閉塞等の治療を乞ふものなるを知る、繪畫彫刻の肖像にも明に此顔貌を示せるものあり、英國の大醫サー、フェリックス、ゼモン Sir Felix Semon はフローレンス博物館所藏のフェルチナンド二世の像につき腺様増殖症の診断を下せるは本症研究の一挿話として今に残れり、されど化骨機轉の完成せ

ざる時期に口呼吸を餘儀なくせしむる疾患に罹る時も亦此状を呈するが故に全然信頼する能はず、宜しく他覺的検査法を参照診断を決定すべきなり。

前検査法、後検査法、指頭検査法による診断は鼻腔及び咽頭検査法の項に述べたるを以て略す。

鑑別(1) 鼻咽腔纖維腫、春機發動期に多く、骨膜より發する腫瘍にして弾力性硬度を有し表面平滑觸るゝに出血しやすく發育迅速なり、視診、觸診によりて容易に區別し得。

(2) 咽後腫瘍、腺様増殖症の如く表面凹凸不平ならず 瀰蔓性に膨隆し觸診すれば指頭に波動を感ず、軽度の發熱を見る。

(3) 悪性腫瘍、時として肉腫、癌腫を誤診するこゝあり、何れも發育急速にして速に一部崩壊して潰瘍状をなし特異の惡臭を放ち轉移竈を作る、殊に癌腫にありては老年者に來るを常とす、試験切片をこりて鏡檢すれば一層確實なり。

(4) 白血病性浸潤、小兒の咽頭及び口蓋扁桃腺、頸部淋巴腺に強き浸潤を呈し腺様増殖症に甚似たる状を來すも膿様白色にして淋巴腺腫瘍の一種の硬さを有し特に其血液所見は特異なり。

療法 手術を行ふより外途なし。

手術前患者になすべき用意は鼻及び扁桃腺手術の際と同様なり。

麻酔は米國にては全身麻酔を常用し歐洲にては局所麻酔を行ふ處多し、されど此手術は多くは小兒に然も瞬間的に行はるゝが故に強いて局所麻酔薬を塗布するの要を認めず、余の教室にては無麻酔にてなすを常とす。

器械には種々あり、例へばゴットスタイン Gottstein ベックマン Beckmann、ハルトマン Hartmann 氏輪狀刀或はデンケル Denker 氏鼻咽腔鉗等の如し余はベックマン氏輪狀刀の構造簡單にして使用に便なるを愛す、世に一般に用ひらるゝも亦之なり、依りて余は此輪狀刀による手術法を説明せむ。

手術に當り、輪狀刀、麥粒鉗子、クラウゼ氏寒係蹄、咽頭捲綿子、舌壓子等を準備す。

先づ、助手をして咽頭検査法中、上咽頭の指頭検査法の條に述べたる患者固定法に則りて患兒を抱き術者は舌壓子にて舌を押へ輪狀刀の柄を五指にて掌中に握り靜に咽頭に送り軟口蓋を越へて鼻咽腔に進め刀刃を出来るだけ上方に舉げ咽頭壁に押し付け、電光石火、咽頭壁に沿ひて搔き下ける時は掌中がりがりさ云ふ手筈ありて刀が口腔外に出づるに共に肉塊は患者の前に用意せる膿盤中に飛び出し來るを見る、此時鼻孔及咽頭に血液流出す、茲に於て捲綿子にて咽頭天蓋に過酸化水素を塗布し手術を終る、輪狀刀を鼻咽腔に進めてより手術を終るまでの操作は瞬間的にして間髪を容れず、然も何等の術野を照明する光線なく全く暗黒裡に盲目的に操作するものなるが故にかくの如く鮮に手際よく目的を達するには可なり熟練を要す、今手術の注意を述べむ。

輪狀刀を鼻咽腔の上部に送りたる時は稍前方に引きて更に上方に送るべし、此注意を怠れば扁桃腺の一部を削り去るにすぎずして大部分は残さるべし、切り下ぐる時刀の方向が左右何れか側方に偏すれば歐氏管隆起を削り去るべし、又強力を用ゐざれば扁桃腺の表面のみを滑りて目的を達せず、時として咽頭粘膜をも共に削りて切除せられたる扁桃腺が咽腔に下垂するこゝあり、豫め用意したる麥粒鉗子にて捕へ寒係蹄にて絞断すべし。

術後出血は大量ならず、安靜を守らしむれば少時に止む。

術後の處置、口蓋扁桃腺切除の際の注意に同じ、即一週間は安靜にして食餌に留意して刺戟物の攝取を避け入浴を禁じ「ミルラ」丁幾の稀薄溶液の含嗽を行ふ。

稀に後出血を來し恐るべき結果を齎すこゝあり、之亦口蓋扁桃腺手術後に起るものゝ如く多くは手術前後の注意を怠りたる場合なり、其處置としては指頭に「ガーゼ」を捲きて強く軟口蓋を壓迫す、或はベロック氏栓塞子を用ゐるこゝあり、余は出血の際の處置の如くに鉛筆の太さに堅く捲きたる長き脱脂綿棒を鼻腔を経て鼻咽腔に送入し次第に之を積み重ねて鼻咽腔を綿栓にて全く満す法を行ひ確實なる效果を得つゝあり。

追記、此患者に於ては先づ腺様増殖症の手術を行ひ其治癒後歐氏管「カテーテル」通氣法、又はボリツェル氏法によりて難聴の回復を計り一方學校及家庭當事者の熱心なる教育によりて精神障碍の一部は挽回しうべし。

第十章 咽頭角化症

Hyperkeratosis pharyngis

患者 57歳の鐵道工夫

主訴 咽頭の異物感

家族史 父は睾丸の腫瘍に罹りて落命し母は卒中にて死亡せり、祖父母不明、同胞なし、25歳の折婚せるも未だ子女を得ず。

既往病史 元來健全なり、29歳の時下疳に罹り、同時に横痃を發せり、47歳の時に全身に發疹し醫療をうけたるに微毒性發疹なりこの事にて驅微療法として注射、塗擦、内服等の療法を行ひたり、酒は少量を飲めども煙草は全く用ゐず。

現病史 約1ヶ年前感冒に罹り其治癒後、咽喉頭に異物のかゝり居るが如き感を來したりしを以て醫師の診を乞ひたるに咽頭に藥液の塗布を施され且含嗽剤を與へられ通院1ヶ月餘に及びたれども遂に寸效をも認むる能はざりき、依りて更に第二の醫師に轉じたるに微毒によるものならむと再び驅微療法を施さるゝこと3週日なりしも之亦何等の效能なかりきと云ふ、發病來發熱なく咽頭に疼痛を感じたることなし。

現症 患者は體格頗る強大にして筋骨の發育極めて良好なり、胸腹諸臓器に特記すべき異常なし、ワッセルマン反應陰性なり。

今鼻腔を検するに下甲介粘膜は左右共中等度に肥大し左側には示指頭大の蒼白色、可動性の鼻茸を見、其周圍には濃厚なる膿汁の纏繞せるを認む、後鼻腔には左側に膿汁の存在を見る。

咽頭を検するに懸壺垂及軟口蓋部は一般に癩痕状をなし強度の萎縮を呈

し後口蓋弓亦著明に萎縮せり。口蓋扁桃腺に肥大を認めず、其左側のものゝ表面には白色錐體状をなせる棘狀物數個あり、其周圍には何等變化を見ず、かかるものは舌根部にも存す、「ピンセット」にて除去を試むるも堅く固著して取れず、此際疼痛なし。

喉頭に變化なし。

以上の所見によりて此患者は兩側の軽度の肥厚性慢性鼻炎、左側鼻茸、軟口蓋に於ける微毒性癩痕を有するこゝ明にして此他に左側扁桃腺及舌根部に白色の棘狀物を見る。

診断 如此、口蓋扁桃腺及其附近に白き斑點を生ずるものに種々あり。

(1)急性扁桃腺炎、殊に濾胞性扁桃腺炎に於ては帶黄白色の斑、扁桃腺に現はる、此斑點は「ピンセット」にて容易に除去しうべく、扁桃腺は發赤腫脹し、疼痛及發熱あり。

(2)「デフテリー」、扁桃腺に來れるものは白色斑を來すも此斑は寧ろ膜様物にして「ピンセット」にて除去を試むるも剝離し難く強いてすれば出血す、扁桃腺は濾胞性扁桃腺炎の如き状態を呈す、されど熱は餘り高からず。

(3)「アフタ」性口内炎、小なる淺き潰瘍を作り其面に帶黄白色の菌を有し周圍に紅赤色の暈を繞らす、齒齦、口唇、口蓋に來るこゝ多く扁桃腺にのみ現はるるは稀なり、疼痛強し。

(4)慢性扁桃腺炎、白色の斑點を有するこゝあり、此場合は扁桃腺小窩に蓄積せる廢頽物にして周圍を壓すれば軟なる泥狀物を出して容易に除き得べし。

是等の場合こゝ此患者の所見は全然異なり、即點狀に獨立して存し「ピンセット」にて引くも取り去る能はず、扁桃腺及咽頭粘膜には急性炎症の狀を呈せず、之を咽頭角化症と云ふ。

原因 本症は1873年フレンケル B. Fränkel 氏が始めて記載したるものにして此白色の棘狀物は剝脫上皮、種々なる頽廢物及細菌殊に「レプトトリクス、ブッカーリス」Leptothrix buccalis よりなるものなりと之に寄生性

咽頭炎 Pharyngomycosis s. Mycosis-Pharyngitis と命名したり、然るにジーベンマン Siebenmann は本症の主體は上皮の硬化して角質に變ずることにして「レプトトリックス」菌は單に寄生せるにすぎず之に咽頭角化症 Hyperkeratosis pharyngis の名を與へたり、是、現今行はるる名稱なり、近年に於て之を角化性咽頭炎 Pharyngitis keratosa と稱するものあり。

一般に慢性炎症が本症の原因とせらるるを稱し、統計上男子よりも婦人に多く又喫煙するものに少しと云ふ、白色の斑を檢鏡して「デフテリー」菌に似たる桿菌を發見せりとの報告を見る。

症状 本症は何等自覺的に障礙を感じずして経過すること多く、他の疾患の爲に醫師に診を乞ひ偶然發見せらるるを常とす、されど本患者の如く屢々異物感を來し醫療をうくるも毫も効果を認むる能はず遂に神經衰弱症に罹ることあり、又咽頭の癢感、乾燥感を訴ふることあり、疼痛なく又全身的障礙を來さず、他覺的には既に述べたるが如く白色の棘狀物にして「ピンセツト」にて除去困難なり、然も其周圍組織は健康なるを通常とす。

發生部位は多くは口蓋扁桃腺、舌根部、舌根扁桃腺、咽頭側索、咽頭後壁にして稀に會厭軟骨の咽頭面、上咽頭壁に來る。

豫後 良好にして生命を脅威することなし。

療法 本症による自覺的障礙なければ治療を加ふる必要を認めず、喫煙者に少く点より煙草を用るしむるものありと雖効果なし、又各種藥劑の含嗽或は塗布亦寸效を見ず、棘狀物を一つづつ電氣分析針にて取る法あれども非常なる根氣を要す。一般には發生地と共に剔出す、即扁桃腺にあれば其全剔出を行ふ。

此患者に於ても亦扁桃腺全剔出をなし更に舌根部のものも其母地と共に除去せざるべからず。

第十一章 咽後膿瘍

Retropharyngealabszess

患者 2歳の女児。

主訴 時々起る發熱、呼吸困難、喘鳴。

既往症 父母、祖父母及び同胞3人皆健全なり、殊に遺傳的關係の微すべきものなし。

患兒は出産に異狀なく、生後數回氣管枝加答兒に罹れり。

約20日前より機嫌悪しく、時々起る發熱、呼吸困難及び嘔吐あり、且左側頸部の腫脹を呈し、10日前より睡眠時に鼾聲を發する様になりしも、何等醫治を受くることなくして放任したりしに、症状漸次増悪し、哺乳亦甚だ障礙せらるるに至りしを以て、大正3年10月23日當大學醫院小兒科に入院し、同月28日耳鼻咽喉科に轉棟せり。

入院當時の所見 體格、榮養共に中等、顔貌に格別の變狀なきも口を開き呼氣的よりも吸氣的呼吸困難あり、顔色蒼白にして貧血性なり皮膚には浮腫及び發疹を認めず、舌は白色の苔を帶ぶ。

心臓及び肺臓に變狀なく、僅かに肝臓を觸知し得る外腹部に異狀なし、脈搏120至、整正にして善く緊張す、體温36度9分なり。

膝蓋腱反射に變化なし。

鼻腔及び聽器に異常を認めず。

咽頭を檢するに其の後壁にて、中央よりも左側に偏し胡桃大の發赤せる潮蔓性の膨隆あり、一部懸垂に接觸す、極めて著明なる波動を觸る。

喉頭は此膨隆の爲め檢すること能はず。

左側頸部殊に胸鎖乳嚙筋の後方に腫脹を呈す。

其の他頸部淋巴腺腫脹を觸れず。

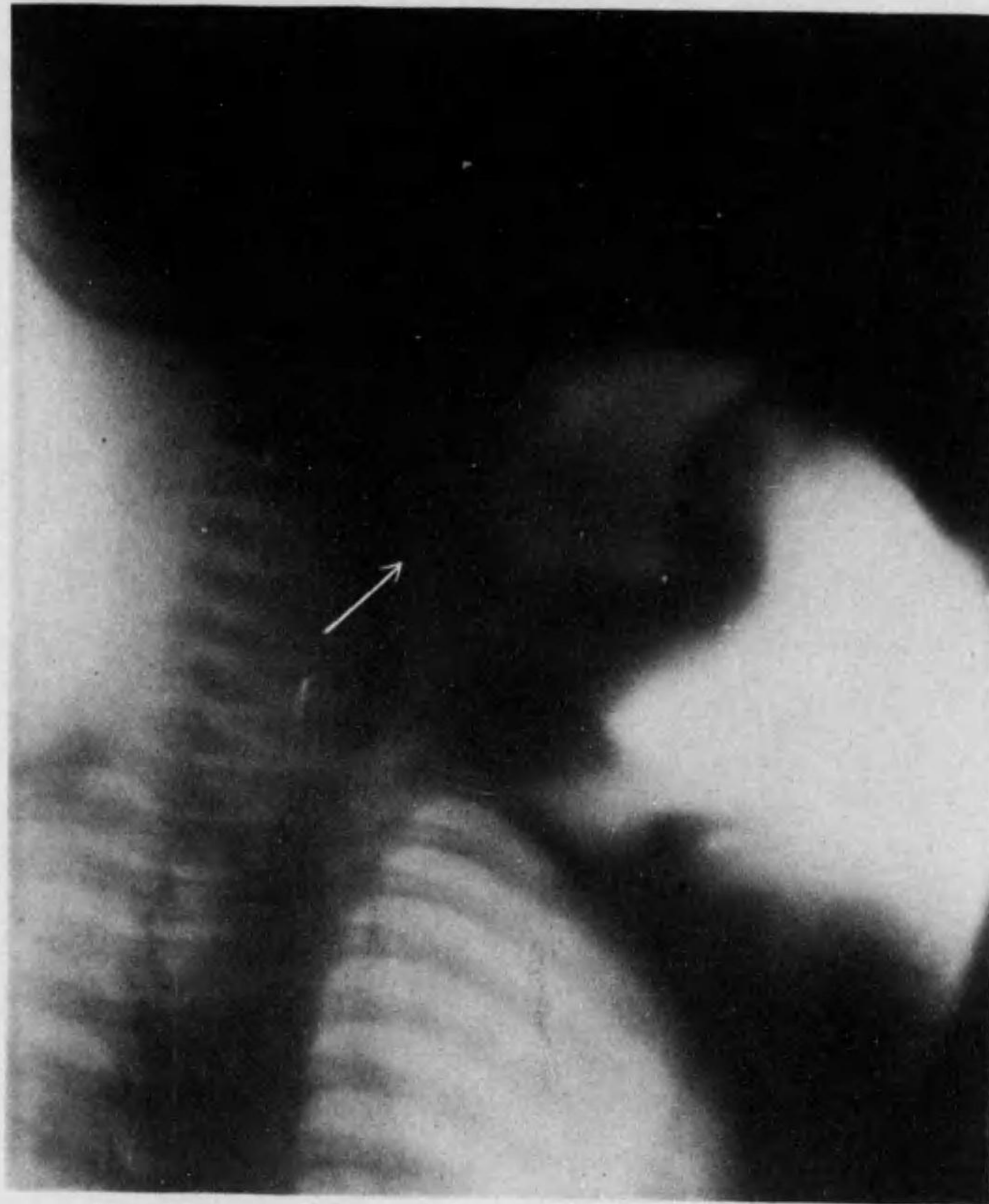
レントゲン光線検査を行ひたるに、膿瘍腔に相當する橢圓形の著明なる陰

影を認め、該陰影は後下方より前上方に向ふ(第六十圖)

診断 發熱、突然起れる嚥下及び呼吸障碍により其症狀を参照して、咽後膿瘍なることは明かなり。

原因 本症の原因を、(1)淋巴腺の化膿、(2)下垂膿瘍に區別するここを得

第 六 十 圖

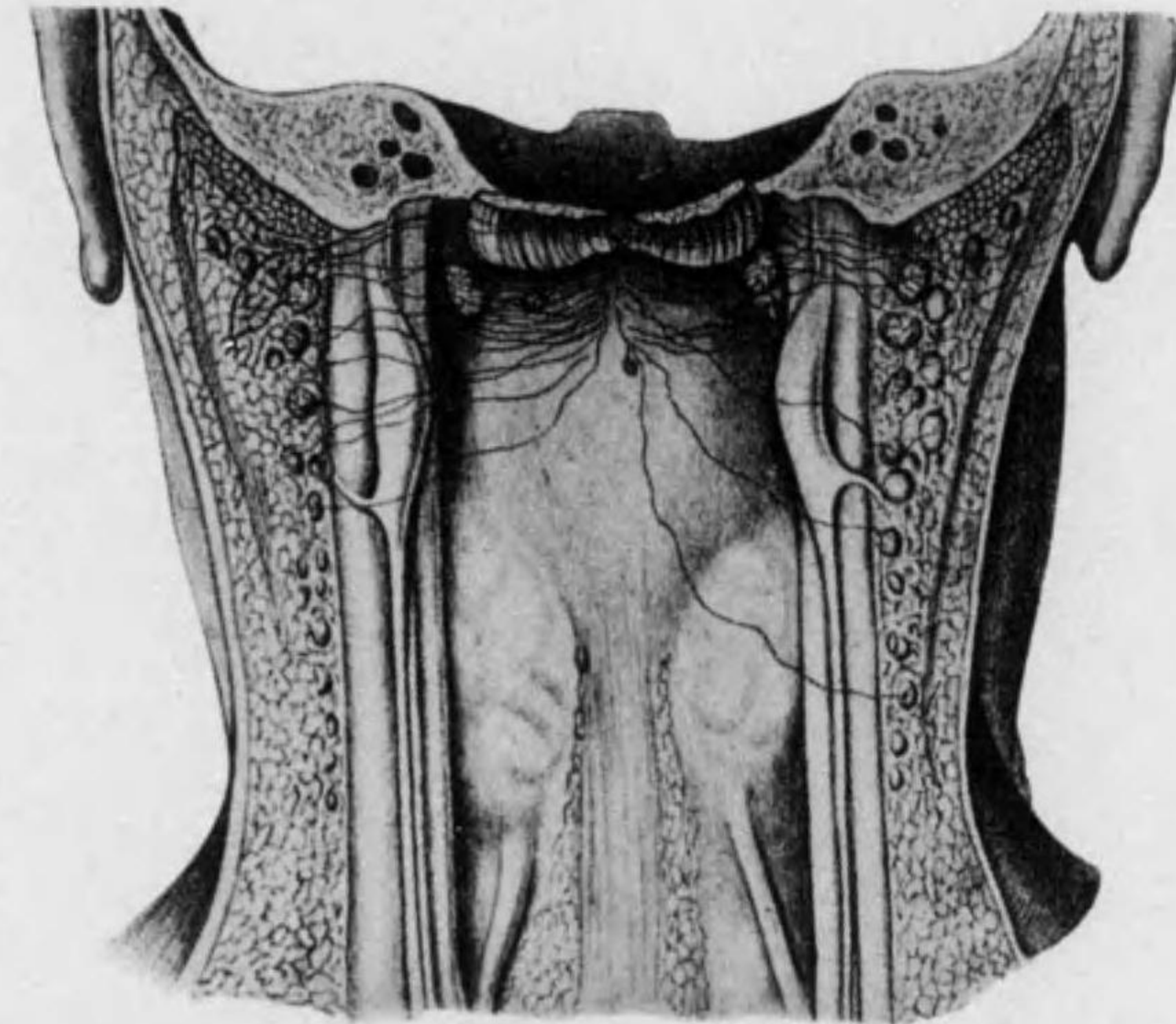


咽後膿瘍の「レントゲン」光線寫眞、下顎骨と脊柱との中間にある暗影(矢方向)は膿瘍なり。

(1)淋巴腺の化膿 Vereiterung der Lymphdrüsen モスト Most の説く處によれば、頸椎前に存する淋巴腺は頸椎體の前に位する中部淋巴腺群と、椎體の兩側に存する側部淋巴腺群とに區別せらる(第六十一、六十二圖)、前者の化膿によりて、膿瘍は咽頭の中央部に、後者の化膿によりて側部に來る。

此淋巴腺化膿の原因は、外傷、感冒、麻疹、痘瘡等なり、其病原菌は多くの場合重球菌にして、連鎖状球菌の來ることも稀なり、若、淋巴腺が

第 六 十 一 圖



咽後淋巴管及び腺(モスト氏による)

頭蓋の後部を除き咽後部を露出し頭直筋の切断端を下方に翻轉したり、左右兩側は血管及び神経索條を以て側頸部と境す、頭直筋の前後より起る淋巴管は側方に赴きて内咽後淋巴腺及び側咽後淋巴腺に入り更に血管神経索條を超えて深在頸腺に入る。

化膿に陥らずして腫脹するのみなる時は却て硬結す。

以上述べたる淋巴腺化膿によりて來れる者を原發性膿瘍 Primäre Abszess と云ふ。

(2)下垂膿瘍 Senkungsabszess 此原因異なるものは、脊椎「カリエス」、

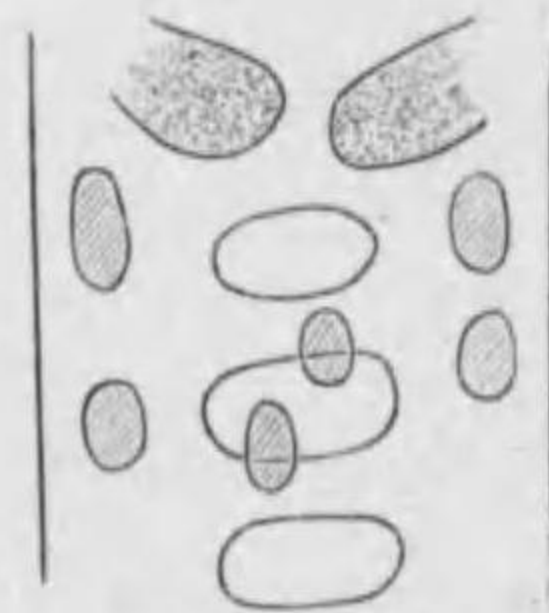
乳嘴突起炎、扁桃腺周囲膿瘍、顔面骨の疾患なり。

(イ) 脊椎「カリエス」 頭蓋底又は頸椎に「カリエス」ある時は、其の膿汁は比較的抵抗少き粘膜下結締織中を流下して咽頭に現はる、故に此疑ある時は結核素質の有無、頸部運動の状態、椎骨棘状突起の壓迫に對して過敏なりや否やを検するこゝ必要なり。

(ロ) 乳嘴突起炎に於て、膿汁外部に現はれずして、深部に下垂し咽頭に来るこゝあり、但此際は咽頭の中央部に現はるゝこゝなく患側に偏す。

(ハ) 扁桃腺周囲膿瘍 化膿の咽頭扁桃腺周囲に来る時は、膿汁は咽頭中央部に下垂し、口蓋扁桃腺周囲殊に其の後部に来る時は咽頭の側部に膿瘍を形成す。

第六十二圖



頸椎體と淋巴腺群との位置的關係略圖

(ニ) 顔面骨の疾患。

以上を原發性 に對して 續發性膿瘍 Sekundäre Abszess と云ふ。

本患者は其の所見及び病歴よりして下垂性の者にあらずして淋巴腺の化膿殊に其の側部淋巴腺群の化膿によりて來れるものゝ考ふるを至當とす。

轉歸 咽後膿瘍が喉頭附近にて自開する時は、膿汁を吸入して窒息死に陥るこゝあり、自開せずして更に下垂する時は縦隔竇に入る、時として又瘻孔を生じて自然治癒をなすこゝあり。

原發性咽後膿瘍は大人よりも小兒に多し、何となれば小兒にては中部及び側部淋巴腺群存すれども、大人にては消滅するが故なり、又小兒は本病の誘因たる鼻感冒、麻疹、痘瘡等に罹り易きが故なり。

療法 原因的療法を施すこゝは第一に必要なり、膿瘍に對しては切開を行ふべし、此際用ふる刀は其の尖端を約1仙米位(膿瘍壁の厚さに應じて)を除くの外は、全く絆創膏又は「ガーゼ」にて掩き他の口部を傷けざる様すべし、切開の注意としては、最初は其切開口をなる丈け小くし徐々に開大するこゝ肝要なり、然らざれば大なる切開を頰に加ふるこゝによりて多量の膿汁一時

に排出し爲めに虚脱に陥り、又は多量の膿汁を吸入して窒息せしむる危険あり。

手術後は食物に注意して、熱き食物又は堅き物等刺戟性食餌を避け、2%鹽剝水又は2%重曹水の含嗽によりて、常に口内を清潔に保つべし。

追記 講義の後、試験穿刺を行ひて膿汁を證明し、次に膿瘍を切開したるに極めて多量の帶綠黄色の粘稠なる膿汁を排出し患者の呼吸は頓に安靜となり、又膿汁の細菌検査によりて連鎖状球菌を證明したり。

患兒は手術後3日にして咽頭創孔治癒し、咽頭及び頸部の腫脹完全に消失して退院したり。

喉頭

Kehlkopf oder Larynx

第一章 喉頭後筋麻痺

Posticuslähmung

患者、生後7ヶ月の男子。

呼吸困難、軽度の聲音嘶嘎、發熱を訴へて本日來科したるものなり。

両親、父母兩系の祖父母孰れも健全なり、同胞なし、両親には血族的關係及遺傳的關係なし。

患兒の妊娠中並に分娩時には正常の経過をこり生後亦健全なり、母乳分泌不良のため「コンデンスミルク」にて哺育せられたり。

約3ヶ月前より嘔吐、下痢等の消化不良の症狀を來し甚だしく衰弱せしが約2ヶ月にして治癒したり、治癒後間もなく認むべき原因なくして聲音嘶嘎を來し且2日前より呼吸困難を呈せり、聲音嘶嘎を來してより未だ醫療を受けず。

現症 體格營養共に不良にして顔貌苦悶の狀を呈す、皮膚は一般に蒼白にして眼瞼結膜貧血す、舌には苔を見ず、皮下脂肪に乏し、頸部の兩側に淋巴腺の腫脹數個を觸る、脈搏は整規的なるも細小頻數なり、呼吸困難可なり著明にして殊に吸氣時に甚し、但口唇等に「チアノーゼ」を見ず、體溫38度9分を示す。

胸腹諸臓器に變化を認めず。

食思不良、便通及各種反射に異常なし、尿には異常成分を認めず。

聽器 鼻腔に變化なし、口蓋扁桃腺は兩側共腫脹す。

喉頭 直達検査法によりて檢するに兩側聲帶は正中線に固定せられたり、雖右側は稍々運動し聲門の後部に極めて狭き空隙を生ず、聲帶は兩側共蒼白にして何等炎症を認めず。

此所見により兩側喉頭後筋の麻痺殊に左側に存するこも明かにして患兒の訴ふる呼吸困難及聲音嘶嘎は其原因此處にあるこも明瞭なり。

診斷 小兒における喉頭後筋麻痺を呈する原因に種々あり。

(1)「デフテリー」に罹り其治癒後ある期間を経て突然來るものにして偏側又は兩側同時に來りて高度の呼吸困難を呈し氣管切開等の救急處置を要するこもあり、此際は其既往症及咽頭喉頭の所見によりて知るを得べし。

(2)脚氣、所謂乳兒脚氣に罹り嘔吐其他の消化障礙の症狀と共に聲音嘶嘎を來す、されど兩側共に侵されて高度の呼吸困難を來すが如きこは稀なり、此場合は哺乳者の検査及心臓検査によりて診斷し得べし。

(3)食餌中毒症、乳兒に人工營養をなしたる時其中毒症狀の一分症として現はる、こもあり。

本患者に於ては「デフテリー」に罹りたる既往症なく生後人工營養のみを行ひ來れるが故に素より乳兒脚氣の疑をおく必要なし、或は人工營養による中毒症によるものならむ。

原因及病理 此機會に於て回歸神經麻痺につき一言せむ、喉頭筋は種々あれども其作用によりて之を聲門の開大筋と閉鎖筋とに區別し得、開大筋は後筋 Posticus にして他は皆閉鎖筋に屬するものなり、ゼモンによれば回歸神經が罹患する時は先づ開大筋即後筋侵されて聲帶は正中位(發聲位)にあり次で閉鎖筋侵されて全麻痺に陥るや呼吸位と發聲位との中間位所謂屍體位 Kadaverstellung を取る、故にローゼンバッハが唱ふる一般に運動神經の侵さるゝ時は伸筋先づ侵され次で屈筋に及ぶと云ふ通則に一致するものなりとせり、故に現今に於ては之をゼモン、ローゼンバッハの法則 Semon-Rosenbachsche Gesetz と云ふ、偏側の後筋麻痺にては呼吸困難なく又聲音嘶嘎も殆んど存せざるが故に此時期にては患者自覺せず、更に進みて回歸神經全麻痺となりて聲音嘶嘎を呈するか或は兩側共後筋の麻痺を來し聲門閉鎖し開張する能はざるに至り高度の呼吸困難を發するに及びて倉皇として醫師の門を叩くを常とす。此患兒の如き之に屬するものなり、故に臨牀上偏側の後

筋麻痺を見ることは稀なり。

回歸神經は左側を侵さるゝ場合最も多し、是解剖學的關係によるものなり、即ち兩側共迷走神経と共に下行す。雖左側は鎖骨下動脈の處にて迷走神経幹より分れて上行し左側は更に下りて大動脈弓部にて分れ弓を潜りて上行するが故に其經過は左は右よりも遙に長し、從ひて殊に中毒性の影響を受けやすし、乳兒脚氣の際には屢々現はるゝ回歸神経麻痺亦左側に來るを常とす、又左側は大動脈弓と密接なる關係を有するが故に大動脈瘤による壓迫のために麻痺を來すこと多し、是大人に於ける回歸神経麻痺が殆んど左側のみにして左側の麻痺の殆んど全部は大動脈瘤による所以なり、回歸神経麻痺の原因は其他頸部の諸臟器例へば食道、甲狀腺等の疾患、肺尖部肋膜の疾患、淋巴腺の腫大、縦隔竇の疾患、頸部の手術による損傷又は癍痕、食道異物によることあり、又「チフス」其他の急性傳染病疾患、鉛、「アルコール」、「ニコチン」中毒等にも發す。

療法 兩側後筋麻痺によりて呼吸困難を呈したる場合には先、救急處置として窒息より救ふべく努力せざるべからず、其方法としては曾てオドワイヤ O'Dwyer の喉頭套管を用るたり、此方法は金屬製の小管を口腔より喉頭に送りて聲帯間に插みて呼吸困難より免れしむる法なれども其使用法、應用後の障碍等種々の缺點ありて現今にては多く用ひられず、シュレツテル Schröter の硬「ゴム」製の長き管を経口的に喉頭腔に插して狭窄部を擴張する法あれども之も用られず、救急的に呼吸困難の苦痛より救ひ且其局所の觀察及處置をなすには氣管切開を行ふを最も可とす、此患者に於ても氣管切開を施して危急より救はざるべからず又専門家は直達管を挿入して急を救ひ又余の奨めたる法、即直達管挿入のまゝ必要に應じて直ちに氣管切開を容易く行ふことを得べし。

附記 大正12年11月16日(示説の翌日) 氣管切開を行ひたるに多量の喀痰を排出し呼吸は全く安靜となりたり、されど翌朝に至り心臟衰弱を來し種々なる處置を加へたるも效なく遂に鬼籠に入れり、之を剖見したるに「チ

フテリー」の所見なく尙急性胃腸加答兒の存するを見たり、故に此患兒の喉頭後筋麻痺の原因は食餌中毒症と認めらる。

第二章 回歸神経麻痺

Rekurrenslähmung

今日は諸君に回歸神経麻痺の一患者を供覽説明せむ。

患者 46歳の婦人、商家の妻。

主訴 嘶嘎、談話時の疲勞。

家族史 父は腹水にて、母は腎臓炎にて共に死す(血族結婚にあらず)、父方竝に母方の祖父母は如何なる疾病にて斃れたるか不詳、同胞6名あり、内1名は外傷にて斃れ他は皆健存す、夫は健全、2兒を有し皆健康なり、惡性腫瘍、結核、腦溢血、聾、吃吶等の遺傳的關係なし。

生活史 患者は生來健康にして17歳の時月經來潮し爾來整調ならず、22歳にして結婚す、種痘は3回之を經過し、又麻疹及び淋疾を病みたることあり、脚氣に罹りしことなし。

既往症 大正8年1月頃、認むべき原因なくして嘶嘎を來せり、依て同3月頃某専門醫を訪ひたるに咽喉に腫脹ありきて、吸入、含嗽、服藥等を受けしも毫も奏效せず、次で8月頃某病院にて喉頭より小豆大の腫瘍3個を剔出され、其後回歸神経麻痺の診斷の下に、吸入、含嗽、服藥等をなせるも何等效なく、依て同年12月當科外來を訪ふに至れり、發病以來嘶嘎の他何等の障碍なしと云ふ。

現症 體格中等、榮養良、顔貌尋常、頸腺腫脹なし、肺に異常なし、心臟濁音界は多少左方に擴大し、第二肺動脈音は稍々充進するも雜音を聴かず、脈搏は75至にして整調、大さ及び緊張に異狀なし、腹部臟器、知覺及び運動には障碍なし、食思竝に睡眠共に良好、便秘の傾あり、尿に異常成分なし、ビルケー氏反應及びワ氏反應共に陰性。

兩耳は正常、右鼻腔前庭は發赤し疼痛あり、鼻中隔皺襞稍々著明なり、喉頭

を検するに、左側聲帯は完全に麻痺し屍體位に固定せられ、邊緣著明に陥凹す、發聲に際し右側聲帯は正中線を超えて患側に進む、麻痺せる左聲帯は健康なる右側よりも稍々狭く見ゆ。

診断及原因 此に供覽する患者は單に嘶嘎のみを訴へて吾人の外來を訪へるものなり。抑嘶嘎は其の原因甚だ多し、即ち官能的には「ヒステリー」性麻痺を來して來り、器質的には喉頭の炎症、腫瘍、外傷、喉頭筋の神經麻痺によりて起る、此患者の喉頭を見るに、聲帯は兩側共蒼白色にして何等炎性症狀を認めず、病歴に見ゆるが如き腫瘍も存在せず、又病歴に於て外傷を受けたるこゝなし、次に此患者に吸氣をなさしむるに右側聲帯は充分外方に其位置を轉じ得るにも拘らず、左側聲帯は毫も動かさず、發聲せしむれば右側聲帯は正中線に接近し、更に之を超えて左側に進むも、左側は毫も運動せず、即ち左側聲帯は外轉及び内轉運動を障礙せられつゝあるを見る、聲帯の外轉運動は後環狀披裂筋 *M. cricoarytaenoideus posticus* (又は單に後筋 *Posticus*)、内轉運動は内甲狀披裂筋 *M. thyreoarytaenoideus internus* (又は内筋 *Internus*)、側環狀披裂筋 *M. cricoarytaenoideus lateralis* (側筋 *Lateralis*)、披裂間筋 *M. interarytaenoideus* (横筋 *Transversus*) によりて營まる、而して以上の筋は共に下喉頭神經即ち回歸神經に司配せらる、即ち此の患者の嘶嘎は左側回歸神經麻痺によるものなるを知る、前述の如く麻痺の診断は喉頭筋の正常作用を理解し、之を腦裡に描きつゝ喉頭鏡を採りて検査すれば、特有なる鏡像によりて容易に之を下し得む、然れども其の由りて來る原因を診断するは時に甚だ難事にして、而も頗る必要なるこゝなり、何となればこれによりて其の豫後を卜知し治療の方針を確定し得ればなり。

兩側性回歸神經麻痺は「ヒステリー」性失聲症に最も多く、稀には腦腫瘍、甲狀腺腫、食道癌腫、外傷殊に自殺の目的を以て前頸部を切傷する時に見る、此患者に見るが如き偏側性麻痺は大動脈瘤、外傷又は脚氣或は甲狀腺の手術、其の他神經附近の壓迫等によりて來るこゝあり。

此患者は既往に脚氣に罹りし事なく、甲狀腺の手術を受けたる事もなし、

又頸部の外傷もなし、胸部の打診、聽診に異常なく、左右脈搏の不均等オリバー、カルダレリ氏症狀等の大動脈瘤の存在を疑はしむべき症狀を發見せず、唯胸部のX光線透視検査に於て左側第一肋間胸骨左縁の部を中心とし、圓形にして周圍との境界明瞭なる一腫瘤ありて、注視すれば明に搏動を呈するを見る、左側回歸神經は大動脈弓を前方より廻りて上行するを以て大動脈瘤の壓迫により麻痺を來し易し、本例のX光線検査に於て見たる搏動性腫瘤は大動脈瘤に他ならず、大動脈瘤は左側回歸神經麻痺を來す最も普通の原因なり、吾人臨牀家は高年者にありて左側回歸神經麻痺を見れば直に大動脈瘤を想像して殆き誤らず、X光線検査も實は之があるが故に念の爲に行はれたるに過ぎず、斯くの如く一喉頭鏡像によりて外部より内科的に未だ診断し得ざる胸内深部に潜伏する一大疾患を推斷し得るは實に興味ある事實ならずや。

要するに左側回歸神經麻痺を見たる時は先づ、大動脈瘤に疑を置き、X線検査、氣道、食道の直達鏡検査、胸部の理學的検査等に移りゆく可し。

右側回歸神經麻痺は鎖骨下動脈瘤又は無名動脈瘤によるこゝ多きも、左側麻痺に比すれば遙に稀なり、是、左側回歸神經は其の經過甚だ長く、從て附近臟器の疾患、中毒等の影響を蒙るこゝ右側に比して多きによるこゝ解せらる。

症狀 一側の回歸神經麻痺は大動脈瘤によるが如く末梢性神經幹の侵されたる場合はゼモンの法則に従て先、開大筋即ち後筋より麻痺し次に内轉筋に移行す、故に一側の後筋麻痺にては患者發聲にも呼吸にも障礙を感せず、内轉筋麻痺して聲帯が屍體位を取るに至り初めて嘶嘎現はれ茲に醫を訪ふ、然るに時を経るに隨ひて嘶嘎は普通談話にては殆き區別し難き程度に回復す、されど喉頭鏡像にては左側聲帯依然として屍體位を取る、唯健側聲帯が代償性に中線を超えて患側に赴き麻痺せる聲帯に接近するを以てなり、然るに更に時日を経過すれば嘶嘎亦た著明となりて談話等の疲勞甚だし、其の理は患側聲帯萎縮して兩聲帯の空隙増大するを以てなり、例へば此患者に見るが如く患側聲帯内縁陥凹して幅狭く見ゆるに至る。

兩側の回歸神經麻痺が一時に來る時は兩側性後筋麻痺を以て始るが故に

呼吸困難甚しく氣管切開を要す、全麻痺に移行するに從て呼吸困難去り嘶嘎のみ残る、一側性麻痺よりも兩側性の時は嘶嘎著し。

此患者にありては一側性なれども聲門閉鎖不十分なるを以て、嘶嘎の外に力強き咳嗽をなす能はず、又充分なる胸壓、腹壓を生ぜしむる事能はず、多大の努力を以て發聲を試むるも聲門は狭小せず、多量の空氣は空しく逸出す、談話時の疲勞も之に因る、チームゼン Ziemssen は之を發聲時空氣濫費 Luftverschwendung bei der Phonation と名けたり、之を定量的に測定するには先、肺活量計を以て患者の肺活量を測定しおき、次で深吸氣の後に「c」音又同調なる「エー」音を發せしめて其の持續秒数を測り、同様に嘯語「アー」及び會話語「アイウエオ」の持續發聲秒数を測り、各々の持續秒数にて肺活量を除して一秒時間の發音に要する夫々の呼吸量を知る、而して其の數より健康者に於て測定したる平均數を減すれば其の差は即ち求むる所の濫費量なり、此患者の濫費量は次の如し。

第 4 表

患者の肺活量	c 音「エー」 持續秒數	嘯語「アー」 ..	會話語「ア イウエオ」..
2600 cc	10 秒	11 秒	6 秒

第 5 表

患者の 1 秒時の呼氣量		
「エー」	「アー」	「アイウエオ」
260 cc	230 cc	433 cc

第 6 表

	1 秒時の呼氣量		
	c 音	「アー」	「アイウエオ」
健康者平均數	120	193	110
患 者	260	230	433
濫 費 量	140	37	323

第 6 表中健康者平均數とあるは、我が教室にて 19 歳より 43 歳に至る健康者 10 名に就て測定したるものなり。

患者は一息にて唯だ短句を發生し得るのみ、麻痺の初期には健側聲帯は患側に接近し、以上の障碍は一時輕快するも、總て患側は萎縮し再び障碍現出す、今茲に供覽する患者は恰も此の時期に相當せり、尙ほ本患者に注意すべきは發聲の際會厭軟骨が右方に向て運動するこゝにして、此は會厭披裂筋が回歸神經の分枝によりて司配せらるゝ證なり、此筋は時として上喉頭神經の司配を受くるこゝあり、其の際は一側性回歸神經麻痺の爲に會厭の不對症の運動を見す。

療法 由來疾病の原因を求めて之を治するは療法の第一なり、然れ共本症の多數には原因療法を行ひ難し、此患者の如く嘶嘎を主として來れるものは原病たる動脈瘤を治するは患者の希望にあらず、又治し難しと雖主訴たる嘶嘎を除くこゝを得れば大なる幸福なり、此目的に向て從來より電氣療法、發聲練習、壓迫法等行はれしも何れも奏效確實ならず、全く失望的狀態にありき、然るに 1911 年 ブリーニングス は麻痺せる聲帯に軟「バラフォン」を注射して豫期の目的を達するを得たり、本法の原理は麻痺せる聲帯に運動能力を賦與するにあらずして、麻痺萎縮せる患側聲帯を充分なる抵抗を有する支柱と化し、其の邊縁を可成一直線となし、發聲時に對立せる健側を可及的接觸せしむるにあり。

注射法、余の好んで用ふる方法は直達検査(坐位)の下に スタイン の新型注射器に余の長注射針を裝置し、我教室特製の 43 度の融解點を有する「バラフォン」を徐々に注射するに在り、注射は 3 乃至 4 點に於て毎回 2 分の 1 乃至 3 分の 1 回轉宛注射す、本患者には聲帯の中央に 2 分の 1 回轉、其の前後に夫々 3 分の 1 回轉宛注射せり、注射の直後既に嘶嘎は輕快せり。

後療法、當初 4—5 日は絶對的に發聲を禁じ、注射の爲に起りたる發赤腫脹を去る爲に 1% 重曹水吸入を命じ、次の一週間は靜かに發聲せしむ。

適應症、1. 「ヒステリー」性麻痺にあらざるこゝを確むべし。

2. ブリューニングスは發病後6乃至9ヶ月したるも、脚氣又は「チフテリー」後麻痺の如きは、長時日後尙自然に治るるを以て、余は發病後1ヶ年をこす。

3. 原病が治癒の見込なきときは、1年以内にても可なり。

(注射法の詳細は拙著「回歸神經麻痺の療法特に聲帯内「パラフォン」注射法」東京醫事新誌第2000號大正5年11月發行及び第2002號大正5年12月發行を見よ)。

其の後此患者につき術後の濫費量を測定したるに結果は次の如し。

第 7 表

患者の肺活量	c音(エー)持続秒數	囁語(アー)	「アイウエオ」會話語
2600 cc	18 秒	13 秒	10 秒

第 8 表

	c 音	「ア ー」	「アイウエオ」
患者1秒時の呼氣量	144 cc	200 cc	260 cc

第 9 表

	1 秒 時 ノ 呼 氣 量		
	c 音	「ア ー」	「アイウエオ」
健康者の平均數	120	193	110
患者 術 前	260	220	433
同 術 後	144	200	260
術後の濫費量	24	7	150

此くの如く濫費量を減少し、發聲せしむるに始め不可能なりし高音階が音聲の分離なくして容易に發せらるゝに至れり、談話時の疲勞、咳嗽無力は無論除かれたり、故に此法は實に患者の餘生に幸福を與ふるものなり、唯聲帯内の「パラフォン」注射は失敗したる時、鞍鼻に於けるが如く修正可能ならず

故に術者は自信なくして濫りに手を下すべからず。

第三章 健康聲帯に「ポリープ」を有する左側回歸神經麻痺

Linke Rekurrenslähmung mit Polypenbildung am rechten gesunden Stimmband.

本日供覽する患者の疾患は、單に専門科上興味あるのみならず、内科的にも密接なる關係を有するものなり。

症例 患者は44歳の農夫にして、嘶嘎、談話の疲勞、肩胛部の疼痛及び倦怠感を主訴す。

既往症を見るに祖父母は不明の疾患にて死亡し、兩親共に健存す、同胞6人孰れも壯健なり、9人の子女を挙げたれども、其中4人は出産後間もなく死亡せり、叔父1人卒中にて斃れたる他遺傳的關係の認むべきものなし。

生來健全にして、21歳の時淋疾に罹りたる他、記すべき疾患を覺えず、23歳にして婚す、酒及び煙草は中等量を用ふ。

現症の病歴として重要なるは、5—6年前大木が左胸部に倒れて強く打撲せられたるこゝなり、それ以來毎年1—2回左側胸部の疼痛あり。約3箇月前より何等認むべき誘因なくして、嘶嘎に氣付きたり、其れまでは聲音に變化なし、爾來肩胛部の疼痛及び倦怠感を來せり、醫療或は點灸を行ひたれども效果なし。

諸君の視らるゝ如く、體格及び營養中等にして、顔貌に苦悶の狀なし、皮膚の色汚穢黃褐色を呈すれども貧血性ならず、眼結膜に充血なく舌に苔を認めず、背部には脊柱の兩側に沿ひて多數の灸痕あり、皮下脂肪に富む、頸部、肘部に淋巴腺の腫脹を觸れず。

肺臟には他覺的に異常を見ざれども、左側前胸部に於て打診に依りて内方は正中線、上方は第一肋骨、外方は乳線の稍々側方に互る廣汎なる濁音界存

し、其下界は心臓濁音界に移行す。此の異常濁音界の上部は一般に膨隆し、且可なり著しき搏動を認め得。

心臓は外方に向ひて稍々肥大す、心音は著變なし。

發音せしむるに、高度の嘶嘎を呈し、殆んご失聲症の状にあり、談話に非常の努力を要し、且つ疲勞し易し。

尿に異常成分なく、ワッセルマン、ビルケー反應何れも陰性、食慾は尋常なれども、睡眠安靜ならず、便通正常なり。

聽器、鼻腔、咽頭には著しき變化なし。

今、喉頭鏡を取りて檢するに、呼吸時にありて會厭軟骨及び披裂軟骨部には異狀なし、右側聲帯は稍々發赤し、其の前方3分の1の處に帶赤色の小圓形麻實大の有莖性腫瘍あり、但聲帯自身は運動には異狀なし、之に反し左側聲帯は中央部強く凹陷し彎曲して弓狀をなし(Excavatio)發聲位と呼吸位との中間なる屍體位に止りて動かす、右よりも少しく細く見ゆ、發聲に際しては右側聲帯は正中線を越えて左側に進み斜位をとり、右側披裂軟骨は左側に重なるが如き狀を示す、即ち兩側披裂軟骨交叉を呈す。

胸部のX光線寫眞(附圖を見よ)に於ては、心臓の上方に異常濁音界に一致したる頗る大なる陰影を認め、透視像に於て搏動を見る。

診断 喉頭鏡檢査に依る所見によれば左側回帰神経麻痺及び右側聲帯に發生せる「ボリープ」にして、胸部の理學的檢査に依りて大動脈瘤の存することも明かなり。

さて此患者に就きて他覺的所見を綜合すれば、診斷極めて單一なれども、此の所見を考察するは興味ある問題なり、大動脈瘤に因る回帰神経麻痺は右側に來るこゝ稀にして、殆んご左側に限る、故に喉頭鏡をとりて左側聲帯麻痺を見れば、中年以上の人において逆に大動脈の動脈瘤を診斷し得るこゝ往々あり。是、左側回帰神経は大動脈弓部の附近にて迷走神経より分れ、弓を潜りて更に上行するが故に、此の部の動脈瘤によりて其の壓迫を受け麻痺を來すに因るものなり、されど聲帯麻痺を來す原因は其の他種々あるを以て直に



胸部のレントゲン寫眞像、背腹照射、心臓
左右に擴張し上方に大動脈瘤の陰影を認む。

大動脈瘤を即断し難きことあり、假令ば甲状腺、食道或は附近臓器より発生したる腫瘍の壓迫に因ることあり、故に甲状腺の觸診、食物通過の如何、鎖骨上窩の淋巴腺如何等を注意すべし、其他頸部に於ける回帰神経の損傷（假令ば手術に因る）、頸部の癍痕等も看過すべからず、又「デフテリー」、「インフルエンザ」、「チフス」等の急性傳染性疾患及び脚氣、鉛等に因りても中毒性回帰神経麻痺を起す、而も之等の場合に於て左側の回帰神経麻痺を起すこと多し、是、回帰神経は左側が右側よりも長き経過を取るが故に毒を受くること多きを以て説明すべし。

余は右側健康聲帯に「ボリープ」の発生したることを非常に興味ありと思ふ、元來聲帯に發生する「ボリープ」は聲帯の前方3分の1の部に生ずるを常とす、其發生の原因に關して、聲帯の後方3分の1までは披裂軟骨の聲帯突起を含めるを以て發聲に際して振動する部は前方3分の2にして其前半は振動最も強く先づ合する處なり、故に發聲に際して、兩聲帯の前方3分の1と中央の3分の1との堺の部は互に相打ち相刺戟して組織の増殖を來し、遂に謠人結節 (Sängersknötchen) となり、更に「ボリープ」を形成するに至るものなりと唱ふる人あり、されど余は聲帯の前方3分の1の部は聲帯の振動に當りて結節點となるが爲めに、炎症浮腫を呈したる聲帯は、浮腫が振動の最も少き結節點に集り、組織の増殖となり謠人結節を作り、遂に「ボリープ」なるものと思ふ、若、聲帯が兩側共健にして振動する時は相打つ部に増殖を來すと思へられざるにあらざるも、此1例の如く他側に麻痺ありて一側のみ振動する場合には相打つが爲めは考へ難し、嘶嘎の爲めに健康なる一側の過度の振動に因りて前方3分の1に「ボリープ」生じたることは、結節點に生ずる説を確むるものなり、尤も此の例に於ては嘶嘎は近來麻痺後に來りたるものにて、以前より「ボリープ」の爲めに嘶嘎ありたるにはあらざるなり。

症狀及経過 次に回帰神経麻痺の経過に就きて述べむ、回帰神経麻痺はゼモンの法則に支配せらる、ゼモン氏法則 Semon's Gesetz とは、喉頭の運動神経幹に器質的變化の來るときは、初め開大筋即ち後筋 Posticus 侵され、

次で閉鎖筋の麻痺来り全麻痺となるに云ふにあり、即ち、先、聲門の開大筋なる後筋の麻痺来るときは、聲帯は正中線に止りて動かさず、一定時を経て閉鎖筋なる爾餘の諸筋の麻痺するに至り、聲帯は正中位と呼吸位との中間位なる屍體位に止り、回帰神経の全麻痺となる、ローゼンバッハ Rosenbach は一般に運動神経の侵さるゝときは、伸筋先づ侵され、後に屈筋に及ぶに云ふ通則を發見し喉頭の聲帯内筋も此法則に依ることを唱へ、今日にてはゼモン、ローゼンバッハの法則を稱せらる、ゼモンは更に延髄内に遡りて此法則の範圍を擴張せんせしも之には異論あり、今此の患者にては左側聲帯全麻痺を見るも、初めは後筋麻痺より起れるものなり、故に兩側同時に後筋麻痺を起せば、烈しき呼吸困難起り、氣管切開を要するところあり、後筋麻痺の際は發聲には差支へなきを以て、患者之を自覺せず嘶嘎起りて初めて醫の許に往く、此の時は既に聲帯の屍體位に轉じたる全麻痺期なり、此後、時期を経過すれば、此患者に見るが如く麻痺せる聲帯が萎縮し彎曲を呈す、此患者の如く發聲に際して、健側披裂軟骨の交叉及び健側聲帯の正中線を越えて、代償的に働くは回帰神経麻痺の末期なり、回帰神経麻痺の全経過を音聲との關係を見れば初め後筋麻痺の間は音聲に甚だしき異常なく、全麻痺となりて嘶嘎頓に増加し、健康聲帯が正中線を越えて他側に代償性運動を營むに至り、音聲少しく良好なるに似たれども患側萎縮を來すに及びて再び嘶嘎の度を加ふ。

如此、聲帯が萎縮を來すときは嘶嘎の他、此患者に於けるが如く一種の談話障礙を呈す、元來發聲に際しては聲帯の運動によりて聲帯の開閉を適當に行ひ、此處を通過する空氣に依りて聲帯の振動を起さしむべきものなれども彎曲位にある聲帯にては發聲に當り健側の聲帯正中位に來るに雖も、兩聲帯間に尙半月狀の大なる空隙を生じ、空氣は之より洩るるを以て、發音は無力性にして、早く疲勞し、談話を永く持續する能はず且多大の努力を要す、是、チームゼンの所謂發聲時の空氣濫費なり、しかのみならず聲門は常に開放されたる状態にあるが故に、聲門を閉ぢ深部氣道に壓を高め、急頓なる聲門の開放によりて行ふべき咳嗽作用を營む能はず、喀痰の排出困難なり、且腹壓

を高め難し、此の患者につきて所謂空氣濫費量を測定し(測定法は「回帰神経麻痺」の項に詳しく述べたり)、數字を以て現はすに次表の如し(後段治癒後の表第 11 を参照)。

第 10 表

1 秒間に發する	健者の要する呼氣量	患者の要する呼氣量	其の差即ち濫費量
c 音發聲	120cc	945cc	825cc
嘸語發聲	193cc	604cc	411cc
會話語母音發聲	110cc	988cc	878cc

療法 さて、吾人は斯かる患者に如何なる處置を施すべきか、原病の大動脈の動脈瘤は治し難きも「ボリープ」は喉頭鉗子にて容易に摘出し得べく、嘶嘎は之によりて稍々回復せらるべし、されど回帰神経麻痺に因る嘶嘎は治し難し。

回帰神経麻痺に於て、麻痺の原因たる疾患が治癒するものなれば、漸次回復することあれども動脈瘤に因るものは電氣療法も效なし、回復し難きものには對症的の法をして、從來發聲練習を行ひ談話の障礙を軽減せんを試むる者あれども、既に萎縮を來し彎曲せるものには效なし、又指頭或は器械を以て、兩側甲狀軟骨を壓迫して、他動的に兩聲帯を近づかしめんとしたる人あれども、化骨せる甲狀軟骨にありては骨折を起す虞あり。

ブリーニングス (1911 年) Brünings に依りて行はれたる聲帯内「パラフォン」注射法 Intrachordale Paraffininjektion は最も合理的にして奏效も亦確實なり、余も亦此の法を多數の症例に就きて實驗し常に良好なる結果を得たり、此の法は直達検査法に依りて直管を聲帯に進め電燈照明の下に 43 度の溶融點を有する「パラフォン」を余の考案に成れる注射針に依りて、3 分の 2 乃至 1 立方仙米を 3—4 箇處に分割注射するにあり、如此すれば、麻痺弛緩せる聲帯は緊張し、兩聲帯間の空隙は減ぜられ、術後聲音は直に明晰なる、此の方法を行ふに際し注意すべきは、適應して麻痺回復の見込みなきものを選び、注射針は稍々側方に向ひて刺すべく、注射後 1 週間は發聲を絶対に禁止すべきこと等なり、注射せられたる「パラフォン」は漸次吸収せ

られ、其の部は結締織に化す(注射法に關する詳細は「東京醫事新誌」第 2000 號及び 2002 號大正 5 年を見るべし)。

此の患者に於ても、先、「ボリーブ」を除去し、次で聲帯内「パラフィン」注射法を行ふべきものなり、斯くして患者の主訴たる嘶嘎及び談話の疲勞を除き得れば、吾が領域に於ける目的は達したりと云ふべし。

附記、大正 12 年 10 月 19 日、直達検査法に依り聲帯内「パラフィン」注射を聲帯 3 箇處に行ひたるに、術後發音は明瞭となれり、更に空氣濫費量を測定したるに次表の如し、注射前後を比較すれば、濫費量の著しく減少せるを見るべし。

第 11 表

1 秒間に發する	健者の要する呼氣量	患者の要する呼氣量	濫費量	術前濫費量
c 音發聲	120cc	369cc	249cc	825cc
囁語發聲	193cc	231cc	38cc	411cc
會話語母音發聲	110cc	461cc	351cc	879cc

第四章 所謂乳兒脚氣に來る嘶嘎

Heiserkeit bei der sog. Säuglingsberiberi.

脚氣に罹れる婦人の授乳せる乳兒に脚氣様症狀を來すころが始めて専門家の注目する所となりしは明治 22—23 年の頃なり。即ち患兒は主症狀として、吐乳、食慾減退、尿量減少、浮腫、羸瘦及び音聲嘶嘎等を數ふ。其の症狀は胃腸の障礙を主とするを以て、當時の醫家は脚氣消化不良症 Kakkedyspepsie と呼べり。明治 26 年三宅宗淳(京都)は其の乳兒に來るの故を以て乳兒脚氣 Kakke infantis と名づけ、明治 30 年に至り弘田博士は哺乳兒脚氣 Kakke der Säuglinge なる題下に其研究を發表せられ、現今乳兒脚氣 Säuglingskakke の名廣く行はる。

本症の本態に關しては尙論争あれども母乳に關するこは明かなり、其の母乳を中止すれば本症も恢復するを以てなり、乳兒脚氣様症狀は脚氣患者(母)より授乳されたるこのみならず、脚氣症狀の缺如する健母より授乳さ

れたるこきにも起るこあり。伊東(祐)教授は斯る者を母乳中毒症 Muttermilchvergiftung と名けたり。されど授乳者は必ずしも母に限らず、これ人乳中毒症 Menschenmilchvergiftung の名の出でたる所以なり。或は又母乳中に人工的に他の營養物(例へば穀物)を加味するも類似の症狀を見るこあり、之を穀粉營養障礙症 Mehlährschaden と云ふ。吾専門科より見れば等しく音聲嘶嘎あり。

症例 今諸君に供覽する患者は生後滿 3 ヶ月の女兒なり(伊〇タ〇、初診 1920 年 9 月 7 日)。

既往症 患者の兩親共に健全、血族結婚(又從兄妹)なり。父方の祖父母は何病にて斃れたるか不詳、母方の祖父は腦溢血にて斃れ、祖母は尙健在す。同胞なく、遺傳的關係の認むべきものなし。母は未だ脚氣に罹りたるこなしと云ふも、目下兩側下肢の倦怠感を訴ふ。麻痺感、浮腫等なし。

患兒は熟産且つ安産にして専ら母乳を以て營養せられたり、未だ疾病に罹りたるこさなかりしが、今より約 1 ヶ月前に機嫌悪しく顔色蒼白となり、次で吐乳及び嘶嘎を來し、醫治によりて吐乳は治癒せるも嘶嘎は尙治せず、依て當大學小兒科に入院し(8 月 27 日)、乳兒脚氣として治療せられ、目下嘶嘎のみを残す、一昨日同科より喉頭検査を受くべく當科に送られたるものなり

現症 諸君の見らるゝ如く體格及び營養共に中等なり、體温 37 度 1 分、小兒科の胸部所見によれば肺に異狀なく、心音亦平常なれども心臟濁音界は右に擴がるこ云へり。當教室にて胸部の X 光線寫眞を撮りたるに、果して此乾板に見らるゝが如く心臟陰影は著明に右方に向て擴がれり、

其の他内臓に異常なし、兩側外聽道は耳垢にて充たされ、鼻腔及び咽腔に變化なし。以上の既往症及び現症により其の乳兒脚氣なるべきは診斷に難からず。

原因 此患者に於て吾人に最も興味あるは嘶嘎が如何にして起れるかの問題なり、其本態が闡明さるゝに至りし道程を顧れば興味更に深きものあり。

本症發見の當時主として胃腸症狀に著目せられ、神經症狀殊に嘶嘎は閑却

せられたりき。明治26年三宅氏は詳細なる調査を遂げ、本病の約50%に嘶嘎を有するこゝを報告し、其の後弘田博士其他の研究により殆んゞ總ての患者に必發するこゝ明かきなれり。されど當時小兒の喉頭鏡検査法は甚だ不完全なりしが爲め、或は大人脚氣と同一鏡像なるべきを想像せるも鏡下に確證する能はず、想像は想像を産み、吸氣的喘息の存在より兩側後筋麻痺なりとする人さへありき、實に一般醫家は勿論、有名なる斯道の専門家すらも「到底望みて得られず」この嘆聲を放つに至れり。

斯る秋に余は伊東(祐彦)教授より乳兒脚氣なる診斷の下に送られたる3例の患者に直達喉頭鏡検査法を行ひ、其2例に於て左側回歸神經麻痺を證明し、之を「醫學中央雜誌」(第9卷第15,16號)上に發表せり、時に明治45年1月(1912)なり。是、本症に於ける嘶嘎の原因を確證したる始めにして、之によりて久しく暗黒裡に葬られたる本態初めて明かきなりしのみならず、一般醫家をして小兒の喉頭も亦直達検査法を以て觀察極めて易々たるこゝを知らしめたりき。

診斷 直達検査は小兒なるが故に全く無麻酔にて容易に行ひ得、患者は検査前排便せしめ、次で手術臺上に仰臥せしめ、頭部を臺外に懸垂し、2人の助手は其の頭部と四肢とを固定し、術者は頭部に坐す。器械としては長き捲綿子と直達管とあれば足る。余は専らキリアン型燕尾形直達管に余の喀痰保護器(「實驗醫報」第6年第6號、大正8年11月發行参照)を裝用す。かくして檢せる此の患者の喉頭には發赤腫脹なく、右側聲帯はよく動くも左側は啼泣の際正中線に來らず(大人の聲帯運動の完否を確むるには「エー」又は「アー」を發音せしむるの要あり、命令に従はしめ能はざる幼兒は幸にして啼泣するを以て其運動状態を見得)、呼吸位と發聲位との中間所謂屍體位に固定せらる、即ち左側回歸神經麻痺の像を見たり。消息法によりて喉頭の知覺には異常なきを確めたり。

乳兒脚氣に於ける回歸神經麻痺は此例の如く左側に來るこゝ多し、其理由に關しては諸説區々今尙定説なし。或は心臟の肥大擴張による神經の壓迫さ

なす、されど心臟肥大を伴はずして寧ろ萎縮を來すこゝ稱せらるる穀粉中毒症に於ても左側が侵さるゝ理由は此説を以て解決する能はず。今兩側回歸神經の解剖的經過を見るに、右側は鎖骨下動脈下を回り、左側は大動脈弓の下を回るが故に、其經過に於て左側の方遙に長し、從て各種の有害作用に遭遇し易し、例之氣管支淋巴腺より來る障碍又は毒物の作用を受くる分量多きが如し。左側神經の經過の長きこゝが左側麻痺を起し易き原因なるべしこの説は、現今最も多く信ぜらるゝ所なり。

豫後及療法 本症に於ける主症候の嘶嘎は豫後良なり、即ち廢乳すれば治す。小兒科に於ける臨牀的觀察によれば、斷乳後約20日にして嘶嘎は消失す。されど之を以て直に回歸神經麻痺の治療をなし難きこゝあり、何かなれば此際吾人が其喉頭を見れば依然として麻痺の存するを以てなり。唯健側聲帯は正中線を超えて患側に接近し、他側の機能不全を代償するを以て外觀上治癒せるが如く思はるゝに過ぎず。時としては此麻痺が大人に至る迄殘るこゝあり。故に我邦にては、大人に原因不明の回歸神經麻痺を見たるまきは、常に小兒期に脚氣に罹りたる事なきや否やを訊問する事を忘るべからず。

終りに一言附加したきは、兒科學界に於て常に問題の中心となる乳兒脚氣、人乳中毒症及び穀粉營養障碍症の三者は同一症にして、少しく色彩の異なるものか否か斷言し難しと雖も、吾専門領域に於ける觀察に於ては何等差異あるこゝなし。余は小兒科伊東教授の許にて診斷明かに下されたる諸例にて喉頭を精査し、嘶嘎の原因を確めたるものを左に表示せむ。

人乳中毒症	5例中	左側回歸神經麻痺5例
乳兒脚氣	5例中	左側回歸神經麻痺5例
穀粉營養障碍	4例中	左側回歸神經麻痺4例

此くの如く14例の兒科診斷明瞭なるものにおいて、喉頭所見は悉く左側回歸神經麻痺たりしなり。

尙供覽したる患兒は母乳廢止後1週間に於て嘶嘎消失したり、されど喉頭検査に於ては尙左側回歸神經麻痺の存するを見たり。

第五章 「ヒステリー」性失聲症

Aphonia hysterica

患者 32歳の酒商の妻。

主訴 無聲 但し囁語を發し得。

家族史 父は不明の傳染病にて斃れ母は今猶健在なり。祖父母は不明の疾患にて斃れたり、同胞7名ありしも内2名(1名は脚氣、他の1名は病名不詳)は死亡し目下5名健存す。夫は健全、未だ兒を擧げず。遺傳的關係特に精神病の遺傳を認めず。但し實母は神經質にして神經痛を有せり云ふ。

兩親は血族結婚(二從兄妹)なり云ふ。

生活史 患者は生來健康、神經質なり。14歳始めて月經あり、爾來整調なり、18歳にして結婚す。種痘は4回經過し21歳の時子宮内膜炎に罹り、24歳の時慢性胃加答兒を病みたり。

現病歴 2—3年前より家業上に就き多少精神を過勞せり。大正8年5月5日夜、實母の病氣看護のため午前2時頃迄その枕頭に侍したり。然るに其翌朝起床に際し前夜迄完全なりし聲音が全く消失せり。依て直に醫の許に至り吸入、服藥等を試みしも治せず、1週間後某病院にて電氣按摩、頸部巻法、服藥を受くること約1週日始めて治癒するを得たり、是第一回の失聲症なり。次で8月23日夜隣人談話中、茶を入れんとして起立したる際、突然發聲不可能となれり、依て再び某病院にて同上の處置を試みられ1週間にて治癒せり、これ第二回の失聲症なり。然るに9月24日裁縫に從事中、咽喉部の蟻走様感に次で又々失聲を來せり、依て再三某病院に赴きしも遂に治せず、これ第三回の失聲症なり。而して後2回の發作は何れも月經時に相當せり云ふ。當時頭部に疼痛なきも時々咳嗽ありし。

現症 體格、營養共に中等、胸腹諸臓器に異常なく、ビルケー氏反應陰性、尿に異常成分を認めず。膝蓋腱反射、筋反射正常、懸壺垂反射は稍々減退し、

角膜反射殆んど全く消失す。運動障礙はなきも時々頭痛、眩暈、頭髪の知覺過敏症、眼瞼搖擗、「ヒステリー」球あり云ふ。

耳、鼻腔及び咽頭には著變なし。喉頭を検するに左右聲帶は蒼白色を呈し發聲時に聲門の後方に三角形の間隙を残す。咳嗽は可能なるも發聲は不可能にして嘶嘎す。

診斷 抑も嘶嘎を來す原因に種々あり。聲帶自己の急性慢性の炎症、腫瘍、外傷及び喉頭内異物、神經障礙等皆これに屬す。本患者の喉頭を見るに炎症、腫瘍、異物、外傷等の存在を認めず。從て神經障礙によるに非ざるかを思はしむ。而して神經障礙によるものを更に器質的と官能的とに區別するを得べし。本患者に就て見るに他に回歸神經の器質的變化を想像すべき症狀一もなし。且つ本患者に注意すべきは、(1)發聲即ち隨意的聲帶運動をなし能はざるも咳嗽の如き不隨意的即ち反射的聲帶運動は可能なること。(2)響を有する發聲はなし能はざるも尚囁語を以て談話し得ること。(3)無聲が音聲の過勞、飲酒等の原因なくして精神過勞後に突發し來り然も病歴に於てその恢復、再發常ならざること。以上の所見により本症が神經の器質的障礙によりて來れるものにあらざること疑なし。且この患者にありては角膜反射消失、頭髪知覺過敏症、「ヒステリー」球等所謂「ヒステリー」症狀に數ふべきものを見る。即ち本症は「ヒステリー」性失聲症(Aphonia hysterica)に外ならず。

原因 1. 素因、神經質特に「ヒステリー」性素因を有するものによること多し。

2. 年齢、青年より壯年期に多し。小兒、老人には稀なり。

3. 性、妙齡未婚の處女に多し。大戰後兵卒間に多數の例を出したり。

4. 誘因、身體的外傷例へば咽頭扁桃腺手術、拔齒後に來る。外傷そのものよりも寧ろこれによりて受くる精神的打撃を主要とす。尙喉頭「カタル」を伴ふ感冒によりて來ることあり。精神的外傷としては最屢々憂慮、驚愕、忿怒、稀には歡喜、戀愛、結婚問題等なり。例へば從僕が主人より叱責せられ、兵士が上官より叱責せられたるがために來ることあり。余は滯歐中一兵

士が兵役を免除せられむがために「ヒステリー」性失聲症を詐病したる例を見たり。要するに直接間接に来る一時的又は長時間に亘る精神の劇動は總て誘因たり得。本症は又他の臓器の生理的又は病的變化と共に存在し又は同時に來るこゝあり。例へば扁桃腺肥大、鼻茸と共に存し、月經障碍或は妊娠經過中に現はるゝが如し。本症は模倣によりても來るこゝあり。「ヒステリー」性婦人を本症患者と同居せしむる際に見る。

5. 人種及び階級、由來「ヒステリー」は文明の程度高き者に多し。即ち同一人種中にては比較的知識階級に多し。今回の歐洲戰亂に於ても英國兵殊に佛國兵に多かりしと云ふ。これを戰爭による失聲症と稱せらる。或學者は其原因を毒瓦斯による炎症性失聲となし或は毒瓦斯によりて障碍を蒙りたる聲帯を強いて使用すれば嘶啞は益々増悪するが故に聲帯に持續的の休養を與へむとて却て失聲に陥るならむと解せらる。然れども佛國の學者は毒瓦斯に因る炎症性失聲と「ヒステリー」性失聲症とを明に區別して考へたり、大戰に由る恐怖のため、生來神經質の素質を有する兵士は爆破その他の直接刺戟又は間接感動によりて精神上に大變動を來し失聲を來すものならむ、次に本例の原因は如何と云ふに患者が神經質の婦人なるこゝ及び發病の2—3年前より家業上に精神を過勞したるこゝ等を以て説明し得べし、且3回反復性に來りたるこゝはその素質あるこゝを證す。而して後2回の失聲發作が宛も月經時(第3日又は4日)に相當せしこゝは發作の再發を誘起するに與つて力ありしものと謂ふべし。

症狀 本症は「ヒステリー」の一分症なるを以て本患者には同時に他の「ヒステリー」の症狀をも證明するを得べし。本例には角膜反射の消失、頭髪の知覺過敏症、「ヒステリー」球等を見る。

喉頭鏡を以て檢するに聲帯には何等器質的變化なく單に聲帯の運動に異常あり。本症に來る最頻繁なる喉頭鏡像は兩側性披裂間筋麻痺の型にして發聲時に聲門の後方に三角形の小裂隙を残す。本例の喉頭鏡像もこの型に一致す。これに次ぎ多きは内筋麻痺の型にして兩側聲帯が中央に於て密接せずし

て紡錘形の隙隙を残す。時として以上の兩型を合併す。稀には脚氣の如く回歸神經麻痺の型をこゝあり。而して本症に特有なるは兩側性閉鎖筋の麻痺にしてその喉頭鏡像が時々變化するこゝなり。これ他の器質的變化による失聲症と異なる所なり。發聲せしむるに空氣は隙隙より漏れ出で、響をなさず喉頭鏡下に急に吸氣せしめ又は咳嗽せしむれば瞬間的に左右聲帯の相近づき相離るゝを見る、これ亦精神的麻痺なるを示すものなり。「ヒステリー」によりて發する聲帯麻痺を三種に區別し得。第一は會話し能はざるも筆談自在なるもの即ちシャルコーの「ヒステリー」性無語症にして、第二は軽度の嘶啞を來すものにて「ヒステリー」性嘶啞症と云ふ、第三は響を有する聲は出し得ざるも尙囁語を以て談話し得るものにて、これ即ち本題の「ヒステリー」性失聲症なりとす。

療法 本症の療法としては從來より電氣按摩、藥液塗布、服藥、喉頭内消息子挿入法、吹粉法、甲狀軟骨板又は卵巣部に側壓を加ふる法、皮下注射法等行はれしも、時として唯一時的奏效を見るのみにて眞の治癒は望み得べからず。余は1887年キリアン氏等の行へる精神療法等を應用して常に著效を奏しつゝあり。患者は自己が發聲不可能なりと確く自信せるが故に自ら發聲せんを試むれば直に聲出でず。故にこの誤れる觀念を一掃し發聲可能なるこゝを明に自覺、記憶、練習せしむるを以て本療法の第一義とす。即ち(1)患者の有響性咳嗽、時々出づる聲等を數回反復せしめ、(2)これを腦裡に深く印象せしめて忘れざらしむ、(3)次で深呼吸をなさしめ、十分肺に蓄へたる空氣を急に烈しく吐き出して強く聲帯を刺戟し同時に深部呼吸をも聲帯の刺戟に利用す。これがためには先づ鋸斷狀に吸氣せしめ次で「エーツ」と云ふ一聲と共に呼氣せしむ、(4)次に「ンム」の音を喉頭より出づるが如くにして鼻腔に響かしむ、(5)次に母音の發聲次に「マ」「ナ」行の發聲、其他の子音に及ぶ(6)次に母音、子音を混合して高く發聲せしむ即ち新聞、雜誌等を高聲に(隣室にても十分に聞き得る程の高さ)に讀ましむ(明治41年發行福岡醫科大學雜誌第2卷1號拙著参照)。この療法にしてその應用宜しきを得れば、數週

乃至數年に互りて失聲に悩みたる患者をして僅々15分乃至30分にして生れ變りたるが如き美事なる聲を出さしめ得るに至る。その奏效の顯著なるこそ彼我共に驚く許りなり。今本療法をこの患者に應用して諸君に供覽すべし。

(助手をして發聲練習をなさしめ、約20分を出でずして發聲可能なる)

彼の聖書の馬太傳15章29節に基督の奇蹟として説きて曰く「イエス此處を去りガラリヤの海邊にゆき山に登りて坐せり。多くの人々、跛者、瞽者、瘖者、殘缺者、及び各様の疾病ある者を伴ひきたりイエスの足下におきければ即ち之を醫しぬ。爰に於て、瘖者はものを云ひ、殘疾はいえ、跛者は歩み、瞽者は見たるを人々見て奇み、イスラエルの神を榮めたり」云。これを吾人の科學眼を以てすれば決して奇蹟に非ずして一の精神療法に過ぎざるなり。最後に注意を要するは本法は患者をして自己の發聲可能なるを確信せしむるを最大要件とするを以て患者をして衷心よりの崇敬と信念とを以て唯々諾々その命に従はしむるに足る學徳と不醫不止底の忍耐とを要すること言を俟たず。

久保附記、吾邦に於て「ヒステリー」性失聲症例を始めて報告したるは山田鐵藏氏ならむ、即ち明治31年9月15日發行濟生學舎醫事新報第69號「瑣談」中にあり。12歳の少女、今井某、感冒の後嘶嘎となり2ヶ月にして尙治せず同氏の暗示療法即ち必ず治すべしとの前提の下に喉頭を外部より按摩し發音せしめ第2日に「蟲の鳴くやうに」50音を發言し第4日に嘎聲ながら普通の聲となり2週間にして治したりと云ふ。同氏の喉頭検査によれば「聲帯に不全麻痺を起してをる」云或は内筋麻痺にあらざりしか。

第六章 會厭囊腫

Epiglottiszyste

症例 今日諸君に供覽する患者は、52歳の坑夫にして、發語及び呼吸、嚥下困難を訴へて我耳鼻咽喉科外來を訪ひたるものなり。

(1)患者をして發音せしむるに、その言葉は甚だ不明瞭にして恰も口腔内に何か含みつゝ發音するが如き状態にあり。しかもその發音は仰向く時は特に不明にして俯す時は稍々解し易し。

(2)同時に嚥下困難を伴ふ。されど發熱もなく疼痛もなし。

(3)呼吸困難は體位によりて著明なり。吸氣殊に苦し。又鼾聲あり。

(4)營養障礙。

以上の如き症状は口腔又は咽喉内に可なり大なる腫瘍あることを意味し、その症状が頭部の位置を變換することによりて變化することは、腫瘍が可動性のものなるを豫想することを得べし。

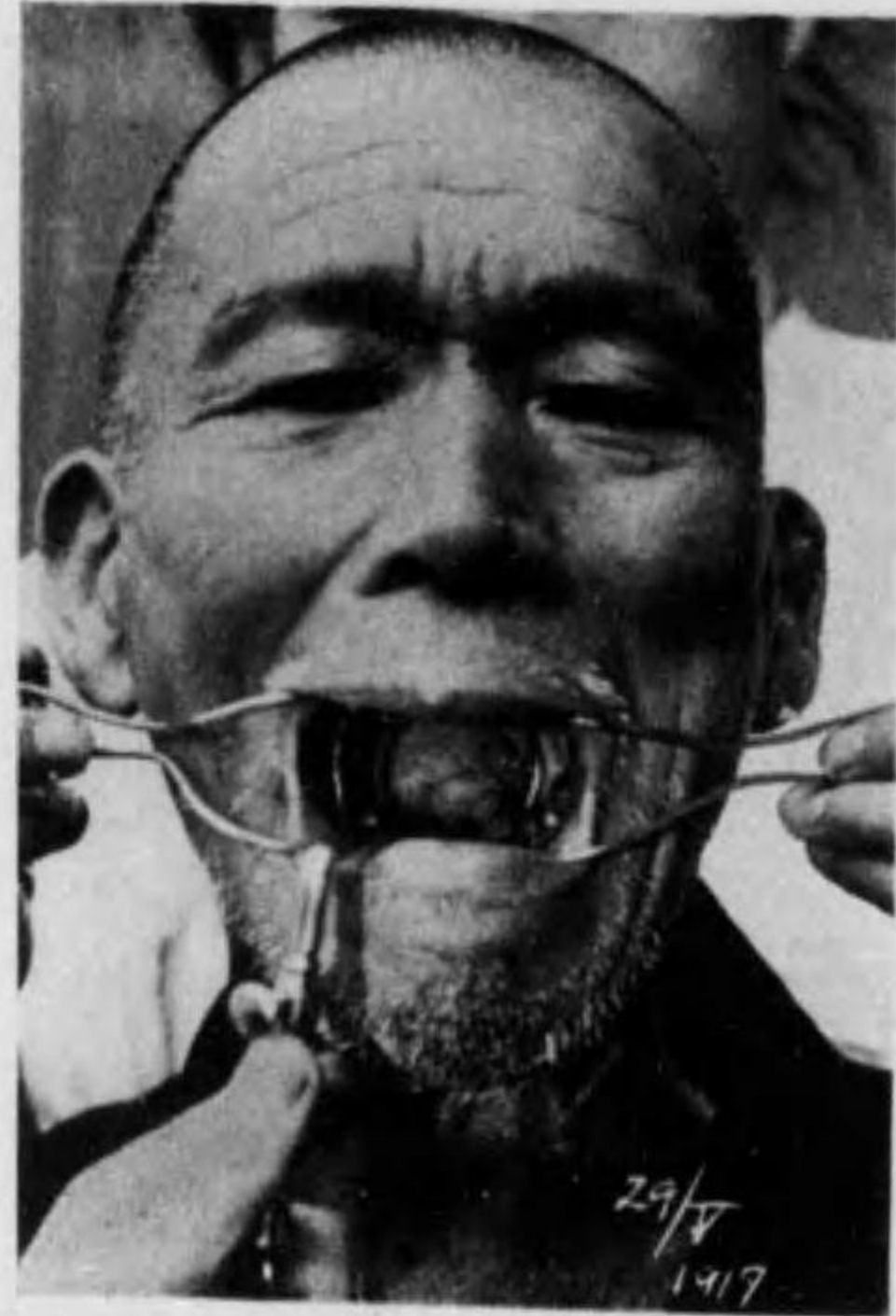
既往症 今既往症を見るに兩親は老衰にて斃れ、祖父母は不明の疾患にて死す。同胞9人、其内6人死亡亦其死の原因を知らず。擧子5人ありたれども2人を除く外死亡したり。遺傳的關係の徴すべきものなし。患者生來頗る健康にして20歳の頃、輕症の淋疾にかゝり、23歳の時横痃を患ひたる外疾患を知らず。酒及び煙草を嗜まず。25歳の時初めて婚し31歳の折再婚す。されど孰れも事情により離別し目下獨身なり。

現病歴 昨年10月即ち今より9ヶ月以前より咽頭に異物感あり。疼痛發熱なし。よりて醫治をうけたれども效なし。本年1月に至り咽腔に小指頭大の腫瘍の存するに心付きたるが、腫瘍は漸次増大する傾向あり。3月頃より腫瘍増大のため呼吸及び嚥下困難あり。同時に營養著しく障礙せられたりと言ふ。

現症 體格中等。營養不良なり。胸腹諸臓器に異常を認めず。尿に變化を見ず。食思稍々減退せり。耳、右鼓膜稍々凹陷す。左鼓膜正常なり。鼻中隔S狀に彎曲せる他變狀を認めず。

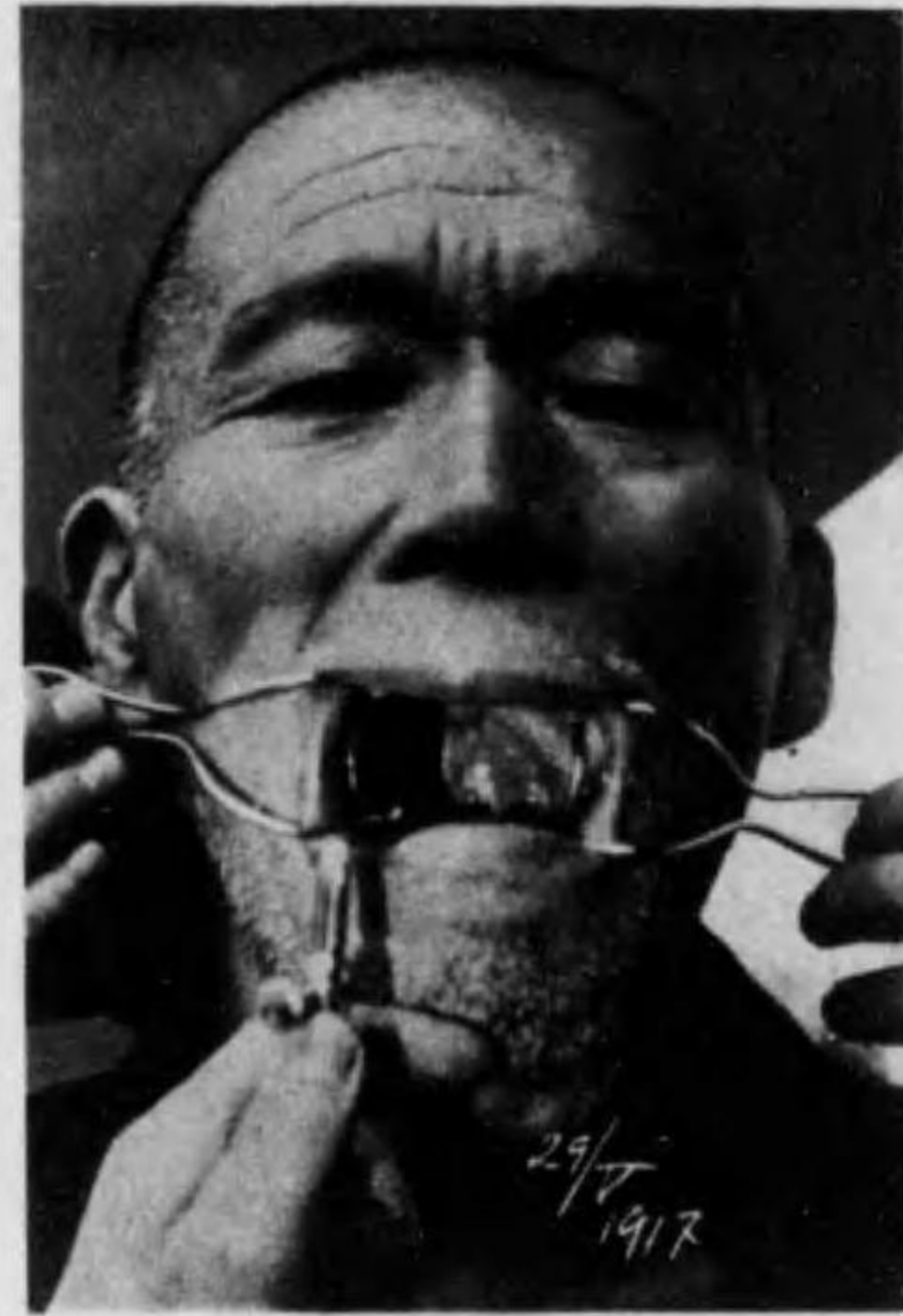
咽腔 患者をして開口せしむるに、咽腔を全く充滿せる巨大なる腫瘍ありて呼氣の際には浮動し來り球形の姿を現はせども(第六十三圖)、(吸氣に移るや忽然としてその影を没し去る(第六十四圖)。腫瘍は小兒手拳大にして圓く恰も風船球の如し。色は稍黄色を帶び半透明にして表面に血管の蛇行せるを

第六十三圖



會厭囊腫、呼吸時に腫瘍の口咽腔に浮動し來り全腔を充したる圖、腫瘍面に怒張せる血管を見る

第六十四圖



同上、吸氣時に腫瘍の全く影を失ひたる圖、即懸垂垂口蓋弓をも認めうべし

認めよく波動を觸る。

診断 その球状にして表面平滑、透明且蒼白にして波動を呈するより見れば、液體の内容を有するこゝを想像し得べし。されどこの患者の如く巨大なるものにして、發生部位を一見確かむるを得ざる場合にありては他の病症を鑑別するを要す。

口咽腔を充す圓形の大きな腫瘍を見る時は、種々のものを想像し得べし。

1. 上顎竇性「ポリープ」、上顎竇より發生したる「ポリープ」が、その莖次第に長くなり遂に咽腔又は口腔内に現はれたる場合、即、余の命名したる上顎竇性咽腔(又は口腔)「ポリープ」に在りてはその色蒼白にして可動性なるを以て外觀相似たりし雖も、其莖を傳はり行けば咽腔より更に上方に向ひ上顎竇に入る。この例にありてはその莖下方にあり。吸氣時に於ては鼻咽腔を關係なきを知る。

2. 蝴蝶竇性後鼻孔「ポリープ」も類似す。然れどもその莖部上方にあるを

以て區別せらる。

3. 鼻咽腔纖維腫、その色矢張蒼白にして生長著しく下咽腔に達したるものによりては區別するを要す。されどこの場合本症の如く透明性を有せず、且弾力性硬にして動搖せずたやすく出血するによりて鑑別せらる。

4. 口咽腔壁より有莖「ポリープ」の垂下するこゝあれども、甚大なるに至らず。

かくの如く上咽腔又は口蓋より發生したる腫瘍を誤らるゝこゝありし雖、本患者に於てはその呼吸運動により下咽腔に向てその影を没し去るによりて此腫瘍は少くとも舌根より下部に存するこゝ疑ふべくもあらず。しかも腫瘍の所見によりて囊腫なるべきは想像するに難からず。舌根下部より發生したる腫瘍にして本例の如き觀を呈するものに種々あり。

5. 舌根囊腫 は舌根部に廣底を有する囊腫性腫瘍にして、表面滑澤、怒張する血管等を有し外觀これと類すれども、この例に於けるが如く動搖自在ならず又此の如く大なるに至らず。甲状舌管を關聯するものなり。

6. 舌根甲状腺腫 甲状腺迷芽により舌根部に發するものなり。その色赤くその質硬く且つ廣底なるを常とす。然らば此腫瘍の發生地は何處にありやと云ふに、甚だ大なるが故に舌壓子を以て舌を壓するもその根部を露出するこゝ能はず。又喉頭鏡を挿入する餘地なし。故に一見その發生地を究め得ざれども吸氣時その位置の轉する時之を窺ふに、下咽腔にその影を失ふにより舌根部以下にあるものと考へらる。

7. 食道内りよ脱出する有莖「ポリープ」あれども、呼吸時に依りてこの例の如く運動自由ならず。その形狀又斯くの如く巨大圓形ならず。

8. この例に於て腫瘍の運動自由なる波動を呈する囊腫性なるこゝにより會厭より發生したるものと考ふべし。その原發地を確定するには懸垂喉頭検査法によるか、手術したる後精査するを要す。

症状 會厭囊腫の特有なる點はその多くは球形をなし周圍との境界明劃にして透明性を有するを常とし、緊満せるか又は波動を證明し得べく表面平

滑にして時々して帯紅色時々して帯黄色を呈し、蛇行せる血管をその表層に見るにあり。大きさは帽針頭大より豆大なるを普通とす。この患者の囊腫の如きはその大きさに於て稀有なるものなり。多くは廣き基底を以て發生すれども時々して細き莖を有するこゝあり。この際はよく動く、形狀には球状のもの丘状をなすもの、好發部位は舌面及び遊離縁にして喉頭面に來るこゝ極めて稀なり。

囊腫の發生は粘液腺の排泄管が炎症又は癬痕等のため閉塞せられたる場合、分泌液の貯溜を來しその壁次第に擴張せらるるによるものにして、最初は紅色を呈すれども壁の薄くなるに従ひて蒼白となり透明性を帯ぶるに至る。其内容物は漿液性又は多少粘液性のこゝあり、濃厚なる場合あり、稀薄なる場合あり、又透明なるこゝあり。潤濁せるこゝあり組織學的には表面及び内面には單層或は重層の扁平上皮を被る。

今會厭より發生したる巨大なる囊腫とすればこの患者の諸症候はよく説明するこゝを得べし、即、呼吸時に其動搖の差烈しきは腫瘍の巨大なるに拘らず會厭全體が可動彈力性の莖として動くが爲なり。發音の障礙を見るに、仰位にて發音不明瞭なるは會厭が後壁に接著するにより、俯位にて稍々明瞭になるは後壁より少しく離るゝによる。呼吸の難易は同様の理なり。嚥下の障礙は單に食物の通過に關するのみにして、食道に異常なきを以て徐々に嚥下すればよくこれを通ず。鼾聲は吸氣が腫瘍面を摩擦するに因る。營養障礙は嚥下の不自由なるよりも、呼吸困難によりて酸素の供給不十分なるに因するならん。

療法 腫瘍内の沃度丁幾等の藥液注入は效なし。摘出を第一とす。

發生部位下咽腔の深部にあるが故に、口腔内より手術し腫瘍のうすき壁を破るこゝなく完全に剔出するこゝは極めて困難なり。この場合懸垂喉頭検査法 Schwebelaryngoskopie. を用うるを最も便とす。この法は直達喉頭検査法の一つにして懸垂頭位に於て行ふ法なり。初めキリアン氏 Killian (1912) によりて創意せられ、漸次改良を加へ、1913年に及びて完成し廣く一般に

行はるゝに至れり。この法が直管を用うる直達検査法に於けるよりも優れたる點は、雙手を以て検査器械を支ふる必要なく雙手にて手術器械を操作し得べく、その視野甚だ廣くして手術上頗る便利なり。且直達鏡使用の際に於けるよりも其局所に至るまでの距離短きにあり。

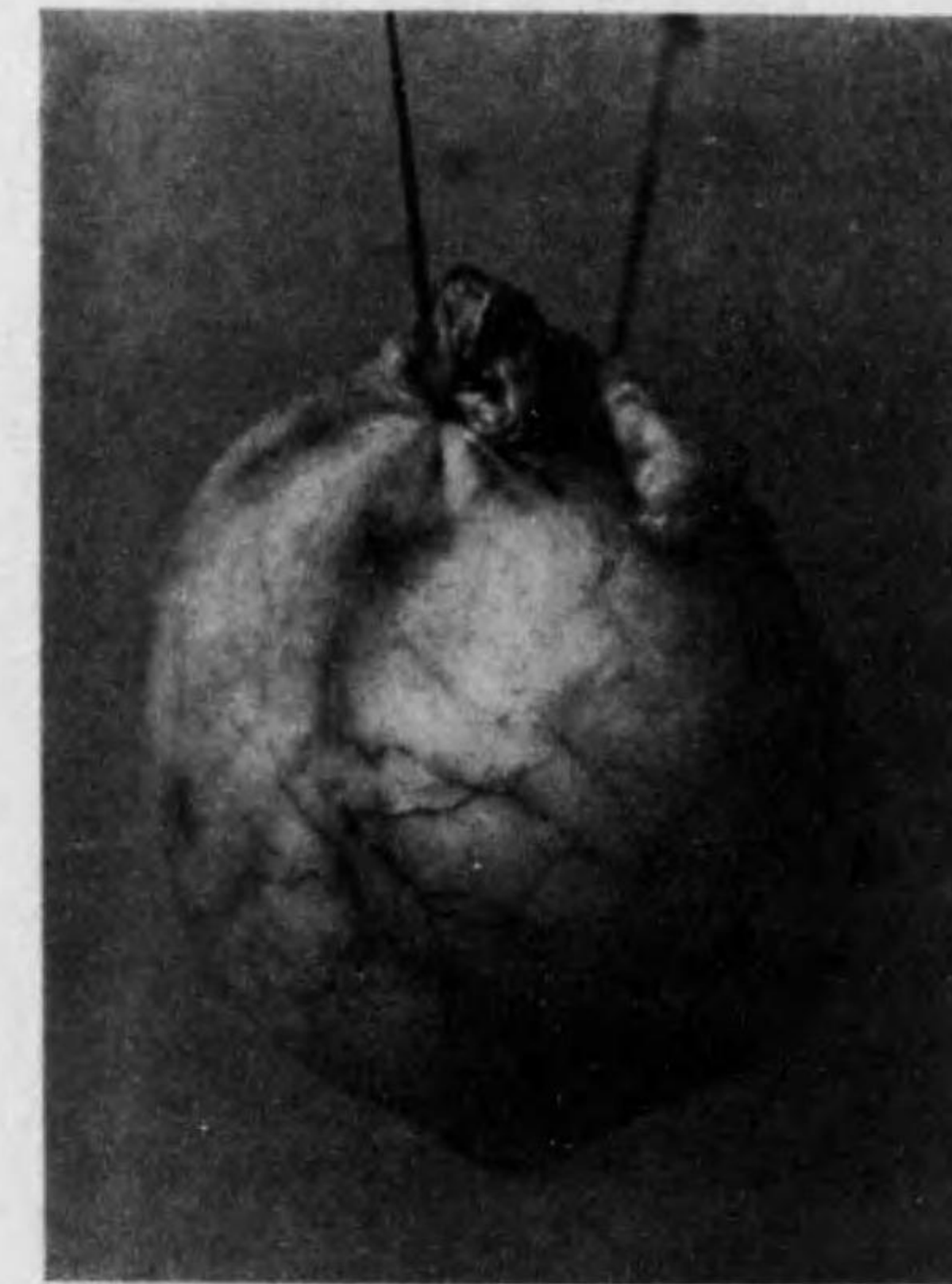
この患者に於てもこの懸垂喉頭検査法の下に側面より莖を傳はりのきたるに、果して會厭より發生するこゝを確かめ、後腫瘍の剔出を行ひたり。

手術 手術前1時間に「バントボン」を注射し5分間前に兩側上喉頭神經の舌骨甲状膜を破つて喉頭内に入る部に0.5%「コカイン」水を注射して局處麻

醉を行ひ、尙一般直達検査法に於けるこゝ同じく口腔、舌根咽頭に20%及び25%「コカイン」液を塗布す。次で患者を懸垂鉤に吊し腫瘍の發生を確かめ、且腫瘍を毀損せざらんが爲、余は一法を創意したり。即、絹絲を以て腫瘍の成るべく深き基部にかけて之を締め、破れ易き腫瘍の代りに絲を牽き他手に鉗を取りて剝離しつゝ何等腫瘍を傷くるこゝなくして完全に剔出するを得たり。この如き完全なる摘出を外部切開に頼らずして行ひたるは一に懸垂喉頭検査法の爲なり。

手術後出血は多からず。會厭軟骨を完全に認め得たり。

第六十五圖



懸垂喉頭検査法にて完全に摘出したる囊腫自然大上部の瓣狀の組織片は會厭及舌根部より剝離剔出したる部なり、腫瘍面には尙怒張したる血管を見る「フォルマリン」液に固定したるを以て少しく收縮したり先端尖れるは液の滴下したるものなり。

腫瘍發生部位は會厭軟骨會厭面の殆ど全部を占めたれども、主として左側に居れり。之により腫瘍は會厭囊腫なることを確められたり。

腫瘍剔出後の重量は 33.9 瓦にしてその徑は周圍 13.5 仙迷、高さ 3.0、直徑 4.3 及び 4.2 仙迷、容積 35.0 立方仙迷なり(第六十五圖)。

氣管、氣管枝及食道

Trachea, Bronchien und Oesophagus

第一章 氣管及氣管枝狹窄症

Stenosen der Trachea u. Bronchien

今諸君に供覽する患者は呼吸困難、不定型の發熱、歩行障礙を主訴とする 8 歳の女兒なり。材木店員の女にして兩親健全、同胞 3 人亦健、患兒は正規分娩、發育尋常なりき。

此患者の發病は大正 2 年 2 月 10 日即ち 3 歳の時にして、其後教室に初診を受け、入院したるは大正 5 年 10 月 23 日なり。當時高度の呼吸困難のため、一時窒息死に瀕したりしが遂に恢復せられ爾來呼吸困難は全く去りたるも全身の疾患に一進一退あり。今回大正 7 年 9 月 4 日入院するに至りたるは、第 3 回目なり。其間の病歴極めて長きを以て、今重要な事項を抄記すれば次の如し。

發病 大正 2 年 2 月 10 日(當時患者 3 歳)の夜突然 38 度餘に發熱し、今迄自由に歩行せし患者は匍ふに至れり。醫治を受けたる後 2 週間にして左足を跛けば辛じて歩行するに至れり。其後内服藥を續けて用るしも病勢増悪するのみ。

大正 3 年 9 月患兒は兩親に従ひて旅順に轉す。其頃より腹部の漸次膨滿することを注意せり。同地某病院にて約 1 ケ年間治療を受けたるも快方に赴かず、尙歩行障礙あり。

大正 5 年 7 月(患兒 6 歳)大連にて約 1 ケ月間電氣療法をうけたるも效なく、其頃より腰椎の稍々突出し來れることを知る。

同年 9 月下關に歸る。當時歩行は益々困難なる。10 月に入り吸氣に際

し軽度の呼吸困難あり。本學小兒科及び整形外科にて受診、脊椎「カリエス」なることを注意せられたり。仍て整形外科にて「ギブスベツト」に臥することを命ぜらる。然れども是に仰臥すれば呼吸困難増加するを常させり。

同年10月23日午前常の如く「ギブスベツト」に仰臥し居たりしが吸氣益々困難となり、大に苦悶し始め、寢臺より下ろし、も遂に呼吸を營まざるに至りたり。然るに偶然約10分後より漸次呼吸を恢復し全く蘇生するに至れり。同年同月同日午後呼吸困難甚だしきため吾科に轉す。

同年10月24日氣道及び食道の直達検査を行ふ(所見後述)。其際呼吸困難甚しきため直に氣管切開を行ひ、生命を救ふ。大正6年5月22日退院、11月7日再入院、大正7年7月12日退院、同年9月4日3度入院して今日に至れるものなり。

現症 榮養不良、體格矮小、顔面蒼白、浮腫状を呈す。氣管「カニューレ」を通じて呼吸を營む。上下肢共に動けども、起立すること能はず。腹部は著しく脹滿し、臍窩を充分有せず、

第六十六圖



脊柱の隆起部を示す

左側部に濁音部を認む。脊柱は頸椎に異常なし。胸椎の第3乃至第5まで隆起す。腰椎は第4及びその附近高まる(第六十六圖)。

今此の患兒は氣管「カニューレ」一つによりて其生命を救はれ、且つ此の如く數年間持續したり。「カニューレ」を去れば直ちに窒息して死すべし。此の呼吸困難は果して何に因するか。

抑々呼吸困難を來す原因は

甚だ種々なり。上は鼻腔口腔の閉塞より、下は肺部の病變に至る。其中間に於ける呼吸道の或は内方より或は外方よりの各種狹窄は擧げて數へ難し。今此患者の胸部を小兒科にて診察したるに、別に記すべき異常なしのこゝなり。

鼻腔、口腔、咽腔を検するに狹窄の原因なし。然らば喉頭は如何。若し喉頭に狹窄あれば音聲に異常あるを常とす。試に患兒に語らしむるに無聲なり。之れ氣管「カニューレ」より呼氣の逸出するに由る。若し氣管「カニューレ」の口を指頭にて閉塞し、語らしむれば言語明瞭なり。又呼吸もさして苦痛ならず。これ喉頭には異常なきことを示す、今此の患兒を比較のために、一老人の呼吸困難を訴ふるものを供覽せむ。諸君は遠方より既に喘鳴を聞かむ。此喘鳴は喉頭及び以下に於ける著しき狹窄を證するものなり。呼吸數を計るに1分時36回、常人に比して甚だ逼迫せることを明瞭なり。これ亦呼吸道に狹窄あるが故に必要な酸素供給を受くるが爲迅速呼吸を營むに由る。此老人は未だ氣管切開を施さざれども、發聲せしむるに僅かに嘯語に等しき言語を發するのみ。是其障礙が發聲機關に存することを證明するものにして、老人の疾患は實に喉頭癌腫なり。

診斷 然らば狹窄の部位は何れにありや。今「カニューレ」を去れば呼吸困難更に来り、尋常用るる、短き金屬の「カニューレ」にては吸吸困難を救ふこと能はざるなり。故に推測するに氣管の深き部分より兩氣管枝の上部に於て狹窄の存するもの考へざるべからず。今此部を確定しその状態を明かに



するには、直達検査によりて氣管、氣管枝内及び食道内を精査すること及びX光線検査によりて、是等通路内外周圍の病變を透視するより外に途なし。

今此の患兒の氣管内を直達検査法にて檢するに、上門齒を去るこゝ13厘にして氣管後壁著しく膨隆し(第六十七圖)管腔は是が爲狹小なる。されど粘膜面には異常なし。尙管を進めて16厘に至れば管壁は

後方にのみならず左右壁よりも著しく壓迫狹小せらる。僅に氣管分岐點及び左右の氣管枝の一部分を觀得るのみ(第六十八圖)。次に食道を檢索せしに、



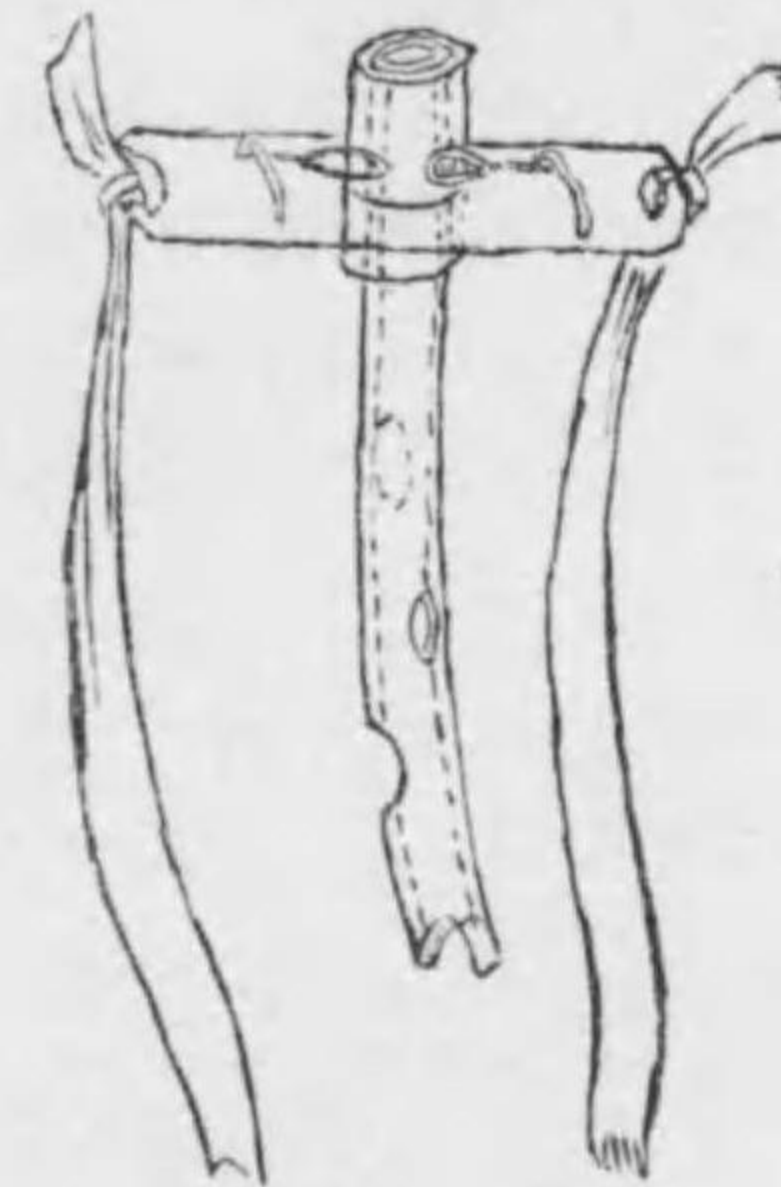
同じく前述の場所に相當して狹窄を示す。然るに氣管、食道の粘膜には病的變化を認めず。故に病型は是等の周圍に存するもの考ふべし。次にX光線寫眞を参照するに、第3乃至第5胸椎の部位及び以下に陰影を認む。腰部に於ても亦陰影あり。ピルケー氏皮膚反應陽性、ワ氏反應陰性、但、喀痰中に結核菌を證明せず。此の暗影此の狹窄は何に由るか。

原因 此の如く深部氣道の狹窄を招來する氣道周圍の疾患には氣管枝腺腫脹、縱隔竇腫瘍、大動脈瘤等

種々あれども幼兒にありて氣管枝腺腫脹、然らざれば脊椎「カリエス」に因る流注膿瘍 Senkungsabszess. を考ふべし。今此幼兒にありては脊椎の疾患、病勢の一進一退が急促なること、氣道、食道内の膨隆が圓みを帯ぶること等によりて脊椎「カリエス」より來る流注膿瘍なることを推測すべし。余は嘗て此例に最もよく似たるものを實驗報告したることあり(1908)。即ち内科より轉科せる17歳の男子にして高度の呼吸困難を訴へたり。氣道及び食道の直達検査を施したるに前上門齒より19.7厘米より21厘米に至る間に於て氣管内に著明なる後壁の隆起あり。食道内にも之に一致して周圍より壓迫性狹窄あり。X光線にての暗影、胸椎における彎曲等は、脊椎「カリエス」に因る流注膿瘍を思はしめたるも、かゝる臨牀的の例症は未だ文獻に見ざる所なり。是に於て余は長き探膿針を作り、食道鏡内より食道の後壁膨隆部を穿刺し、始めて膿汁を證明し、數回穿刺、膿汁を吸出したる後、遂に患者の氣管切開口を閉鎖し、治癒の後歸國せしむるに至りたり。

療法 余は今供覽の例に於ても亦膿汁を證明せむと欲して長き探膿針を以て食道内より穿刺したれども膿汁を證明するに至らざりき。然るに食道鏡除去後呼吸困難頗る増悪し、窒息するに至れり。依て余の法に従ひ先づ、氣

第六十九圖



久保型「ゴム」製長氣管
「カニューレ」(2分1大)

管鏡を挿入し、人工呼吸を施して蘇生せしめ、尋で氣管切開を施す。されど適當したる「カニューレ」なし。皆短くして狹窄部に達せず。依て圖の如き「ゴム」管「カニューレ」を製し、之によりて生命を救ふを得たり。元來深部氣道の狹窄に用ゐる「カニューレ」には螺旋裝置を有する長きケニツヒの「カニューレ」あり。されど金屬のものは器械的刺戟甚だしくして永く使用するに堪へ難し。殊に流注膿瘍にありては、壁を破る虞あり。然るに余の「ゴムカニューレ」は約8厘米長(長さは必要に従ひ隨意伸縮すべし)の適當の太さの「ゴム」

管を取り、圖の如く切り且つ小なる側窓を所々に作り、可成空氣の流通を妨げざるやうにし、之を金屬小板に固定し普通の「カニューレ」の如く使用する。「ゴム」は軟くして弾力あるを以て頸の運動に適應し、其中腔を失はず。故に刺戟少くして甚だ便利なり(第六十九圖参照)。諸君、此幼兒は此「ゴム」の管1本によりて數年間生命を持続しつゝあり。

此例不幸にして膿汁を證明し難かりしと雖、流注膿瘍なること殆ど疑を容れ難し。歩行の障礙は腰椎部の「カリエス」によるものならむ。又發熱不定型なること、ピルケー反應積極なること等は結核性のものなることを察せしむ。

附記 此患兒は其後一般榮養に注意し、狹窄部には上記の「ゴムカニューレ」を交換し吸入によりて分泌物澀溜を戦ひつゝありしに近時下方の膨隆減少し、「ゴム」管の長さを少しく減じうるに至れり。

第二章 酸に因る腐蝕性食道炎

Oesophaguserkrankung durch Säureätzung

今茲に諸君に供覽する患者は近年頗る増加せる疾患にして、吾人の注意を要すべきものなり、次に病歴を述べん。

患者 井〇宅〇、9歳(外來番號4986號)

病歴 兩親健全、祖父母は不明の疾患にて死し同胞6人、内2人亦不明の疾病にて斃る、遺傳的關係を認めず、生來健全にして著患を知らず。

大正12年9月中旬、即ち今より約2週間前家庭に於て稀釋したる上、食用の酢をなすべき醋酸を藥店より購入し臺所におきたるに患兒は蠟の口より戯れに飲みたり、其量は明ならず雖大ならざりしもの如し、患兒の父驚きて直に多量の水を飲ませ且つ附近の醫師を訪ひたるに吐劑を與へられその服用によりて大量の吐物を排出したり、爾來内服藥を用ひつゝあり、念の爲當大學に診察を受け小兒科より當科に送られたり、嚥下の當日は口内の疼痛のために食物を攝取するに能はざりしも其翌朝より毎日2合餘の牛乳及び少量の葛湯を取るに至れり、目下口腔或は咽喉部に記すべき疼痛を訴へず、流動食の通過には障礙なし、固形食は嚥下以來攝取したるにこそなく聲音に變化なし。

現症 體格中等、營養亦甚しき障礙を認めず、顔貌は苦痛の状を示さず、皮膚の色稍々蒼白なり。其他脈搏、反射に異常なし。胸腹諸臟器に異常を認めず。

尿に異常成分なく、ビルケー反應陰性、ワッセルマン反應亦陰性なり。

聴器、鼻腔に變化を認めず。口唇竝にその附近には發赤、腫脹、糜爛等の所見なきも舌及び齒齦は處々に白色苔を有す。咽喉は兩側口蓋扁桃腺中等度に肥大せる外異常を見ず。喉頭にも變狀なし。

食道 全身麻酔の下に仰臥位にて食道直達検査を行ひたるにその中部に

於て食道壁の後半部は一般に糜爛腫脹し捲綿子にて觸るゝに甚だ出血しやすし、されど食道腔には著しき狭窄を認めず。

診断 病歴及び食道直達検査の所見より濃厚なる醋酸の嚥下によりて消化道の腐蝕を來したるものなることは明なり、かくの如く酸類その他の腐蝕性物質を飲みたる場合は單に食道、胃のみならず既に口唇、口腔、咽喉にも輕きは發赤腫脹、重きは糜爛を呈し陳舊なるときはその瘢痕等の著明なる症狀を残せるに多し、更に強き場合は會厭軟骨、披裂部等の喉頭入口部にも高度の浮腫を來し聲音の變化のみならず呼吸困難を呈し氣管切開の如き救急處置を要するに少からず、本例に於ては氷醋酸の如く強き腐蝕性を有せざる醋酸なりしにこそ、その嚥下量の比較的少量なりしにこそにより、口唇、咽喉には症狀を呈せず、唯舌及齒齦に白色苔を残せるのみ、勿論喉頭には變化を起さず、食道にありてはその中部後壁に糜爛を呈せり、腐蝕性物質嚥下による場合の中の比較的輕度なるものなり。

原因 腐蝕性食道炎を起さしむる物質は種々あり、その嚥下の原因は或は自殺、他殺の目的のためなるにこそあり、或は全く誤嚥なるにこそあり、京都大學の法醫學教室にて警察署に問合調査したる結果によれば、1912乃至1914の8年間に於ける腐蝕性物質嚥下の症例は

硫酸	225
石炭酸	172
鹽酸	147
醋酸	68
硝酸	44
青酸「カリ」	37
重「クロム」酸「カリ」	439
苛性「ナトロン」	35
苛性「カリ」	12
昇汞	172
「フルマリン」	67

是等の物質は工業用或は消毒用として一般に使用せらるゝために原因となりやすし、重「クローム」酸加里の自殺例多きは工業用として容易に手に入りやすき爲なり、かゝる自殺方法は一種の精神的傳染をなすものにして有名なる人の自殺方法は擴りやすきことあり、さて本例の如き醋酸は本邦にては近年臺所用として種々の「レットル」を以て坊間に販賣せらるゝ強醋酸あり、これを稀釋して用れば經濟上食醋よりも非常に廉なるを以て可なり一般に擴り居るが如し、坊間に販賣せらるゝこの種の醋酸には鷺印飲用水醋酸、櫻H印飲用水醋酸等あり、近來は單純なる氷醋酸又は醋酸を求め來りてこれを使用するが如し、氷醋酸の含有量96%以上にして藥局方の醋酸は30%なり、而して本邦の古來より用られたる日本食醋は3乃至5%、西洋醋は3.29—7.61% (平均4.46%)の純醋酸含有量なり、而して本邦の食用醋は高價なるが故に安價にして醋酸含有量多き藥局方醋酸又は氷醋酸を求めて稀釋して使用する風習を生じたるものならむ、而して大人にありては「ビール」の空罎に入れたる醋酸を「ビール」と誤りて一息に嚥下することあるも、小兒にありては藥罎に入れたるものを藥と誤り、又は容器によりて砂糖水と誤りて嚥下することあり、又この例の如く惡戯によりて嚥下することあり。

経過 腐蝕性食道炎は2種の経過をこる、嚥下物質の腐蝕性强刺なるときは既に食道を穿通して縦隔竇炎を起し或は胃を破りて腹膜炎を發し何れも2—3日にして死に至る、嚥下後1週間にして危險なる症狀を來さざるときは多くは免れうべし、されどこの場合にも何等の障礙を残すことなくして治するが如きことなく約1ヶ月後に必ず癥痕狭窄を來し食餌の通過障礙を呈するものなり、本例に於ては幸にして生命を脅さるゝことなくして経過し目下攝食に何等の苦痛を感じずと雖、上に述べたる如き食道の糜爛が治癒し癥痕に化するときは必ず狭窄症狀を呈し來るべし、殊に食道の全周の糜爛なるときはその狭窄は強度に現はれ或は單純なる狭窄の外に肉芽の癒著によりて癥痕は橋狀を呈し狭窄症狀をして一層著明ならしむることあり、本例にては糜爛面は幸にも食道壁後半部のみ存するを以て全周を侵されたるものに

比してその癥痕狭窄は軽度なるべく従つて今後發する狭窄症狀も亦軽度なるべし。

療法 腐蝕性物質嚥下に對する應急處置としては解毒劑として例へば酸には「マグネシア」、重曹の如き「アルカリ」劑、「アルカリ」性物質には蜜柑汁、又は梅醋等適當なるべく、この小兒の父が取りたる大量の水を飲むこと亦嚥下物を稀釋する意味に於て合理的なり、本症は劇痛甚しきが故に「パントボン」等の麻醉藥を投じ「ショック」に對する注射を行ふべし。食餌は嚥下直後は滋養灌腸又は食鹽水の注腸のみを行ひ食餌をして食道を通過せしむべからず、約1週間を経過したる後冷き流動食殊に牛乳を與ふ、1ヶ月以上を経過し癥痕形成確實となりたるときは護謨製「ブジー」を以て周到なる注意の下に擴張法を行ふ、必要に應じて胃瘻を作る、擴張法は極めて徐々に行ふものなるを以て醫師患者共に十分の忍耐を要す、癥痕を形成せむとする初期に於て食道鏡監視の下にチロトン「カテーテル」を靜に食道に送入しおくときは癥痕狭窄を軽度ならしむるをうべし、されど熟練と注意を要す、未だ癥痕を作らざるに先ち「ブジー」にて探診するが如きは腐蝕によりて菲薄となりたる食道壁を穿破する危險あり、決して行ふべからず、癥痕性食道狭窄の處置につきては他日に譲る。

第三章 癥痕性食道狭窄

Narbig Oesophagusstenose

患者、フ、モ、23歳の商人

主訴 嚥下障礙

病歴 父は健全、母は心臓疾患にて死し、祖父母は孰れも卒中にて斃る、同胞3人共に健存す。

遺傳的關係は卒中の外認むべきものなし。

患者生來頗る健全にして19歳の折淋疾に、21歳の時黴毒に罹りたる外著

患を知らず、酒及び煙草は以前中等量を用ゐたるも目下は全く之を用ゐず、未だ婚せず。

大正5年9月消火器用として貯へたる濃厚なる硫酸を壺より喇叭飲みして自殺を謀れり、されど此際唯だ一三口嚥下したるのみにて中止し直に醫に馳せて治療を乞へり、當時口唇、舌等は一般に甚しき腫脹を來し激痛あり、醫治によりて其症狀次第に減退するに同時に、食餌の嚥下困難を感じるに至り、年々共に次第に増悪し、其の症狀最も不良なりし際には1合の牛乳を嚥下するに約20分間を要したりと云ふ、大正6年6月入院(嚥下後約1年)

現症 體格中等、榮養稍々不良、顔貌一見神經質にして、皮膚の色其の他には異常なし、皮下脂肪亦た乏しからず。

胸腹諸臓器に異常を認めず、腱反射正常。

食思良好にして、睡眠に異常なく、尿に變化なし。

ワッセルマン氏反應陰性なり。

聴器に異常を認めず。

鼻腔、右側下甲介中等度に肥厚せる外變化を見ず。

咽頭及び喉頭に變化なし。

今嚥下障礙を明かにする爲め、10立方仙米の水を嚥下せしむるに、環狀軟骨部を通過してより胃に入る迄に7秒を要す、次に食道鯨骨「ブジー」を挿入するに第1號より5號迄は40仙米を通過すれども、第6號は入口部を抵抗を以て通じ、更に32仙米の所に至りて通ぜず、之れによりて嚥下障礙を呈する原因は食道に存する事を推知し得べし。

X光線寫眞は嚥下物質通過して不成功に終りたり。

食道鏡検査を行ふに、食道入口部に漏斗狀をなせる狭窄あり、食道壁の左より發せる癩痕性横隔膜形成の爲めに食道腔は半月狀をなし、鯨骨「ブジー」の第6號は通過し難し、即ち食道入口部に於ける狭窄を確め得たり。

原因 抑々食道狭窄は種々の原因によりて來り、之を大別して先天性及後天性の二とす。

後天性狭窄を其原因によりて類別すれば

1. 狭窄の原因食道自己にある者。

(イ)癩痕性狭窄、此患者に於けるが如く、藥物による腐蝕の如き化學的原因により、又は火傷の如き溫熱的原因により、或は又外傷の如き器械的原因により局所の急性病變治癒の後に来る。

(ロ)腫瘍性狭窄、主として癌腫なり、但し高年者に来る。

(ハ)異物性狭窄、種々の食片又は小兒にありては碁石、貨幣の如き、大人にありては義齒の如き者の嵌在によりて發す。

(ニ)痙攣性狭窄、過敏なる人にありては、食塊の通過に際し食道壁痙攣性に收縮して狭窄を來す、殊に「ヒステリー」性婦人に多し。

2. 狭窄の原因食道の周圍にある者、即ち周圍の諸臓器よりの壓迫なり、例之縦隔竇腫瘍、甲狀腺の著しき肥大、大動脈瘤、脊椎「カリエス」或は椎前淋巴腺化膿等に因する流注膿瘍等の如し。

此の患者に於ては其病歴及び諸種の検査によりて硫酸の腐蝕による癩痕性食道狭窄なること明かなり、本邦に於ける自殺の統計に見るに、藥物性の自殺に用ゐらるる藥物の中最も多きは重「クロム」酸加里にして、昇汞及び硫酸之に次ぐ、是等は工業用として汎く用ゐられ容易に手に入るを以てなり、文明の度進むに隨て是等の藥物は用ゐられざるに至る、又近時家庭に酢の代用品として氷醋酸の使用せらるるを以て、小兒が誤て氷醋酸を飲み、食道狭窄を起す場合あり。

症状 藥物腐蝕又は熱湯誤飲に因する場合は、急性症狀去るに従て狭窄症狀現はるる、こゝ此の患者に於けるが如し、是れ癩痕收縮をなすが爲に外ならず、食道狭窄の唯一の症狀は食餌の通過障礙にして、其程度は固形食の通過に際して稍々摩擦するが如き感より液體も全く通過し得ざるに至る間の多種多様なり、其稍々高度なる者に在ては、食餌の食道腔内に停滯するによりて嘔吐を發し、全身衰弱を伴ふ何れにしても營養障礙あり、此患者も亦然り。

診断 之に關する主なる注意を述べむ。

(1) 病歴によりて略々之を推知するを得べきも、如何なる種類の狭窄にて何れの部に幾許程度の障碍ありやは知るを得ず、患者の狭窄感を訴ふる部位は全く信頼するを得ず、甚だしく下部にある時にも尙ほ入口部附近にあるが如く感ずるこゝあればなり、又其の程度も遲鈍なる者にありては可なり高度の狭窄ある場合にも、左程著しき狭窄感を覺えずして、食道全腔の約3分の1を残すに至り、始めて軽度の狭窄感を訴ふるものあり、又過敏なるものは極めて軽度の狭窄にても多大の苦痛を感ずるものがあるが故に、病歴のみを信頼する時は大なる過誤に陥るこゝあるを注意す可し、又時として病歴による狭窄は輕微にして、他の原因による狭窄が主要なる例あり。

(2) 他覺的に検査する最も簡單なる法は、嚥下せる水の食道を通過する時間を測定する法なり、健全なる人に在りては10立方仙米の水が食道を通過して胃に達するには約4秒を要す、故に尙多くの時間を費したる時は狭窄あるこゝを検測し得べし、されど其部位、種類及び程度等に至ては全く明かならず。

(3) 鯨骨「ブジー」挿入法。此の「ブジー」は鯨骨にて製したる細き軸の先端に角製橢圓形の球を附したる物にして、1號より12號に至る12本を以て一組となしたる物なり、12號は最も太く、球の直徑1.2仙米あり、正常の食道は12號の「ブジー」抵抗なくして能く通過す、「ブジー」挿入には始めに當りて必ず喉頭鏡検査を施して披裂軟骨部に變化なきか否かを見るべし、實際に於て食道入口部に變化ある時は披裂軟骨部に異狀を認むるこゝ多し、故に此「ブジー」を挿入して抵抗を感ずるこゝきは既に食道内に狭窄あるを知る可し、此の法によりて狭窄を検するには其の球の直徑大なるものより始め漸次小なるものに移るを以て原則とす、之を挿入するには患者をして下顎を前方に出さしめ、舌壓子にて會厭軟骨を認め得るまで強く舌を壓下し、球に「オレフ」油又は流動「バラフォン」を塗りたる「ブジー」を取り、反射鏡にて咽頭を十分照射しつゝ、球を會厭軟骨の後方に送り徐々に挿入す、茲に注意すべきは

送入に際して「ブジー」は拇指と示指とにて成る可く球に近き部を軽く撮み、少しにても抵抗を感じたる時は之に止めて、決して暴力を用ゆべからざるこゝなり、2指にて持たざれば輕微の抵抗を感じ難く、球より遠き所を持つ時は、軸は咽頭内に曲り折るゝ事あり、又狭窄の原因にして腫瘍ある時は勿論、癩痕ある時にも、食道壁は脆くして抵抗甚だ弱きが故に、暴力を用るるこゝきは之によりて穿孔を來すの恐れあり、されど前上門齒より14.5仙米部に於て抵抗ある場合は注意を要す、是れ食道入口部にして生理的に存する食道の第一狭窄部なるを以てなり、此時は喉頭鏡検査を行ふこゝ前に述べたるが如し、食道の全長は約42仙米なるを以て「ブジー」亦之れ以上を挿入すべからず、斯くて12號「ブジー」抵抗に遭遇して通過せざれば、之よりも細きものを送り抵抗あらば更に細きに移る、抵抗ある場合は徐ろに之を抜きて軸の前上門齒に相當する部より球の先端迄の距離を測りて之を記載す、細き「ブジー」が抵抗を通過し得るに至れば、之によりて狭窄の初まる部と其最も狭き部との位置を數字的に知り、且つ其狭窄の形狀をも略々推知するを得べし、

「ブジー」を抜去したる時は、毎常其の球を注意して觀察し、血液又は組織片等の附着し居らざるやを検す可し、時として腫瘍片の存するこゝあり、之を鏡檢して腫瘍の診斷を確め得るこゝあり、又有窓消息子を用ゆれば必ず腫瘍の小片を掬ひ來るの便あり、消息子法にては狭窄の位置を知り得べきも、其性質を知る能はず。

(4) X光線検査法は適當の濃度にしたる「バリウム」又は「ビスマート」半液性物を嚥下せしめて其食道内を通過する状態を検し、又寫眞撮影によりて其の詳しき狭窄の性質及び形狀を知り得、即ち癩痕性狭窄にありては食道陰影は明割なれども、腫瘍性狭窄にありては凹凸不平にして陰影の濃度一様ならず、されど狭窄の高度ならざる場合には此の患者に於けるが如く容易に通過するこゝあり、余は鉛片と「セルロイド」片とを交互に繋ぎたるものを護膜管内に納め、其表面に内容に一致したる尺度を盛りたる一種の新「ブジー」を考案し、之を食道内に挿入してX光線寫眞を撮影し以て狭窄の位置を測定し

たり(附圖参照)。

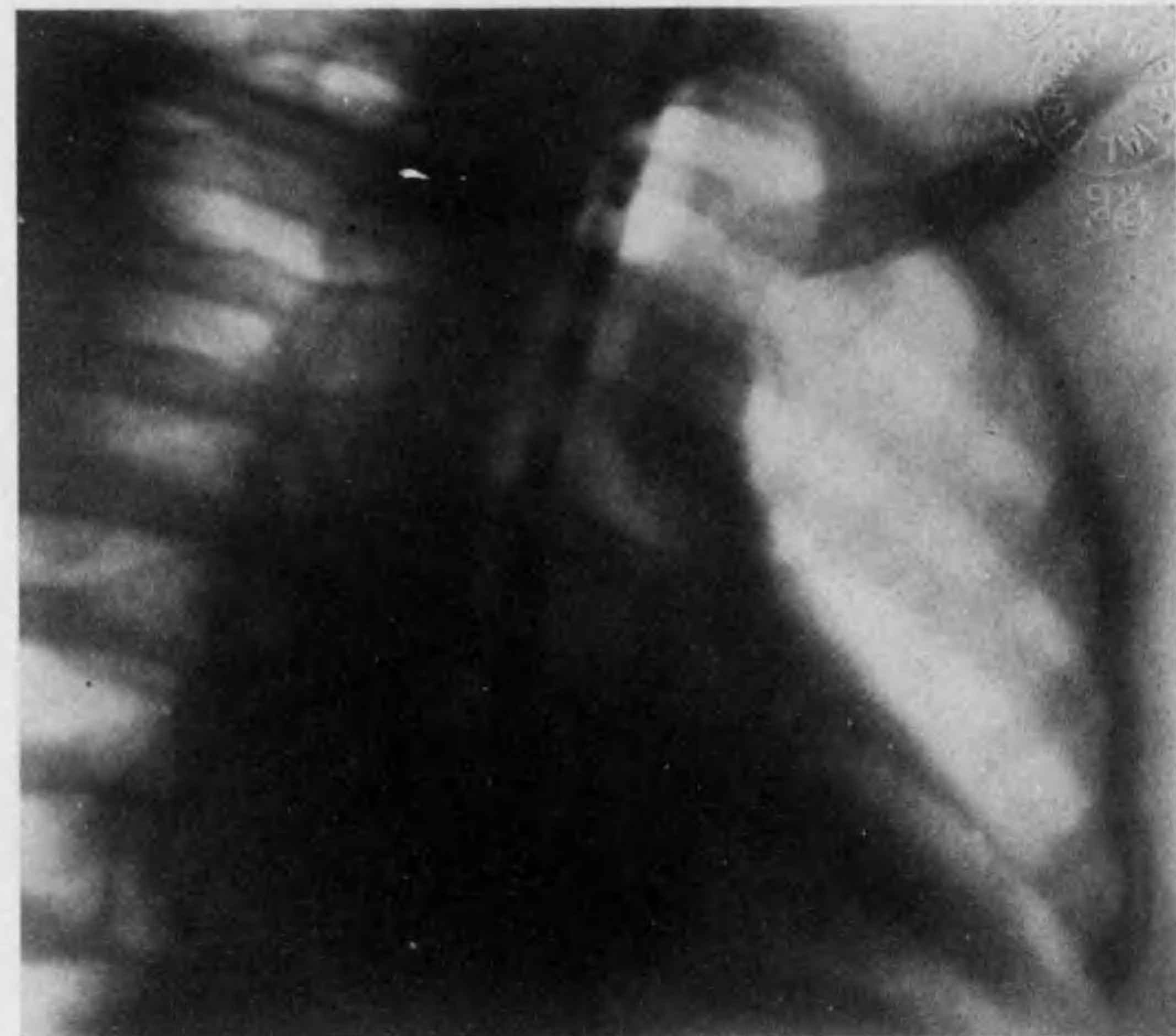
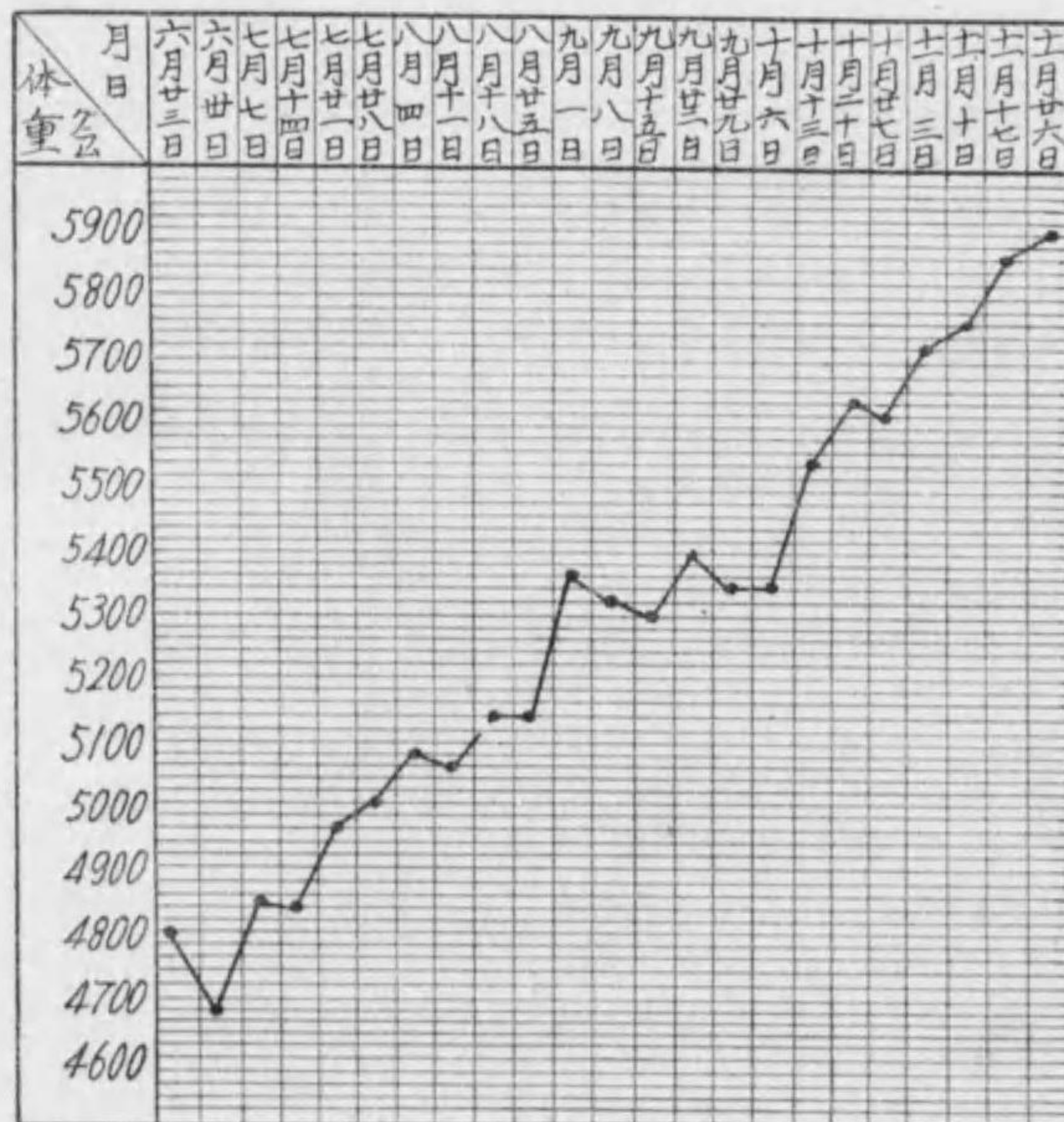
(5)直達検査法、この法は最も確實なり、即ち食道鏡を送り電燈照射の下に直接狭窄を観察し得るを以て其位置及び性質を完全に診断し得、されど此法を十分に應用し得るに至るまでには忍耐と熟練を要す。

療法 殊に癩痕性狭窄に於ける治療法、就中擴張法を述べべし。

狭窄を有するものは何れも營養障礙を伴ふを常とするを以て、能く之に注意し其場合に應じて、滋養浣腸、食鹽水の注腸を行ひ、或は胃瘻形成手術を施して全身衰弱に對する處置をなすこと最も必要なり。

腐蝕又は火傷或は急性炎症等によりて粘膜に糜爛を生じたるものは對症療法を行ひ、糜爛全く治癒し癩痕組織を形成したる後に其擴張法を開始すべし、然らざれば極めて危険なるのみならず、其努力は徒勞に歸すべし。

第 12 表



久保型 X 光線用目盛消息子を食道に挿入したる圖。

(一個の暗影は一仙米にして二個の短き暗影の重なる所は毎十仙米の印なり、故に計算容易なり)

擴張に用ゆる消息子に種々あり、金屬性にして恰も尿道狭窄に用ゐらるゝ者の如く「捻ぢ」の運動によりて周圍に擴張するものあれども、長時間送入し置くこと能はず、又周圍に對する接觸強きに過ぐる等の缺點ある爲に用ゐられず。

診断の條下に述べたる鯨骨「ブジー」を治療の目的に用ゐ、盲目的に挿入し、強力を以て狭窄部を通過せしめんを圖るものあり、是れ大なる過ちにして此の「ブジー」は唯だ診断の目的にのみ應用すべき者なり。殊に細小の者にて消息擴張するは必らず危険を伴ふ、余は此くの如き法により食道壁を貫通し死に致したるものゝ2例を見たり。

擴張に用ゆる「ブジー」は弾力性を帶び柔軟なるを可さず、之れに英式及び佛式の二種あり、後者は前者よりも軟なり、この種の「ブジー」は硬護膜製にして直なり、且つ球を有せずして先端鈍に終る、絲狀の極めて纖長なるものより直徑1仙迷に至る間に多數の移行型あり、之を直達鏡監視の下に徐ろに挿入し、患者の耐へうるだけ永く放置し、細きものより漸次太きものに移る、かくして直徑1仙迷のものを容易に通ずるに至れば、大抵の固形食は何等の障碍なくして食道を通過し得。

「ブジー」の送入には狭窄部及び附近の形狀を十分検査し、直達鏡下に之を行ふを要す。狭窄の上部には通常多少の擴張部あり、且つ癩痕組織は時として翼狀に、時として橋狀に連りて衣囊を作ることあり、此の部は菲薄にして弾力性に乏しく抵抗力少なきが故に、斯る場合暗中に「ブジー」を操作し、此囊内に入りたる時稍々力を加ふれば「ブジー」は食道壁を穿通し食道内の汚物は胸腔内に侵入し、恐るべき縦隔竇膿瘍を形成し極めて危険なり、故に盲目的に挿入するは大なる危険を伴ふことあるを忘る可からず。

食道の狭窄高度なる時は胃瘻を施して後に消息擴張法を行ふ。

本患者にありてはシャリエールの佛式「ブジー」を用ゐて擴張を行ひ、今や直徑1.0仙迷のものを容易く狭窄部に送入し得られ、粥は勿論常食も雖も攝取し得るに至れり、營養状態從て亦舊に復せり、今此患者が入院治療を受け

て食道擴張を計りたる結果、食道開通度と共に體重の増加したる事實は別表(第12表)の如し。

第四章 食道「ポリープ」

Oesophaguspolyp

患者、吉○長○ 50歳、農夫

初診 大正10年3月19日

主訴 時々口腔内に出没する鶯卵大の腫瘍、嚥下及呼吸困難、咳嗽。

家族史 両親は老衰にて死し、同胞3名あり皆健全なり、2兒を有す亦健康なり。悪性腫瘍の遺傳的關係なし。

既往症 患者は生來健康にして著患を知らず、麻疹を経過せり。大正5年頃より認むべき原因なくして時々呼吸困難あり。熊本縣立病院耳鼻科に受診の結果、腫瘍が或誘因によりて咽頭より舌の上に現はれ來り爲に呼吸を障碍するものなることを發見せられ、大正7年5月手術を受けて一時諸症輕快せるも、近來に至り再び嚥下呼吸困難來り殊に夜間には咳嗽及嘔氣に伴ひ大なる腫瘍が咽頭の深部より口腔内に上昇し來り爲に咀嚼を妨げらるゝに至る。この際、嚥下運動を行ひつゝ、患者自らその手指を以て咽頭に向つて押込めば咽頭内深く没し去り口腔には腫瘍の片影さへも認むる能はずと云ふ。腫瘍は鶯卵大にてその色舌に似て、それよりも硬く、疼痛出血等なし。3月23日入院せしむ。

現症 體格營養共に中等にして胸腹内臓器に異常なし、兩側鼓膜は強く凹陷し右鼻腔に膿汁にて被れたる鼻茸を認む。後鼻孔、咽頭に異常なし。

入院後、某夜、劇しき咳嗽と共に腫瘍が口腔内に現はれ來り、その大き鶯卵大にて口腔内の主として左側にありてその過半を占め舌背上に横りその前端は口唇に達す、これより前方に牽引する能はざれども右側に向つて移動せしめ得、その色暗赤色にして表面平滑、弾力性軟なり、その最大周圍

13.6 釐、後方に行くに従て細くなり、柄にそひて後にたざれば左側下咽腔内深く入りてその發生部位を確むる能はず。患者の聲音に響なく、言語は「クROSSヒ」klossig なり。呼吸は寧ろ容易なり。固形食は勿論、流動物すらも劇烈なる咳嗽のために攝取するこゝ能はず、僅に胃管を以て營養するを得るのみ。

ワッセルマン氏反應、ビルケー氏反應共に陰性。

診斷 諸君。この患者が訴ふるが如く嚥下運動に伴ひ口腔内に出没常ならざる腫瘍を見たる時は、咽腔深部又は食道壁より發生せる有莖性腫瘍を想像して大過なし、該腫瘍食道内に横るこゝには食道より上部に腫瘍を認むる能はず、その大きさにより嚥下又は呼吸作用を障碍するこゝあり。

副鼻腔性「ポリープ」、鼻咽腔纖維腫、口蓋又は口咽腔より生ずる「ポリープ」、舌根囊腫、舌根甲狀腺腫、會厭囊腫等あれど之は容易に鑑別するを得べし。

食道「ポリープ」は1800年來注目せらるゝに至れるものにて比較的稀なり組織學上時としては筋腫、脂肪腫なるこゝあれども、多くは纖維腫なり。

其發生に就ては諸説區々にして未だ定説なし。或は先天性素因に歸し或は慢性刺激によるこゝなす。臨牀上食物によりて最も刺激を受け易き食道入口部殊に喉頭壁に生ずるこゝ多きは事實なり。余も後説の眞なるべきを證するに足るべき一例を有す、即ち義齒を誤嚥(第2狹窄部に嵌在)せる患者に於て異物抽出後約1ヶ月を経て食道を再検査し義齒嵌入の爲損傷したる場所の粘膜に小なる「ポリープ」を發生せるを見たるを以てなり。

今この患者にキリアン氏懸垂喉頭検査を行ひたる處、食道入口部の前壁(即ち喉頭壁)にて稍々左に偏し比較的細き莖を以て腫瘍の發生せるを見る。茲に注意すべきは病歴に於て述べたる如く、今日より4年前に目下同一症狀にて熊本縣立病院を訪ひ手術を受けたるこゝなり、即ち大正8年7月發行の熊本醫學專門學校々友會雜誌第29號誌上に田上氏が報告せる患者同一患者なり、當時の組織的所見は當科にて抽出せるものこゝ全然一致し、纖維腫なるこゝ及びその發生部位が同一なるこゝより前回は抽出されたる腫瘍の殘

根より更に發育したるものならむ。最初熊本にて口腔に引出して切除したるものより數倍大なるを見る。

腫瘍が口腔に嵌在して食道に整復せしむる能はざれば嚥下困難を來し強いてすれば氣道を閉塞して呼吸困難を來し又嚥下肺炎を誘起すべし。本患者にても一時肺炎の症状を呈したるこゝあり。

療法 腫瘍を根部より切斷するに在り、殘部大なれば大なる丈再生速なるを以てなり。

根部に達するに種々の道あり。或は頸部を切開して入るべく或は開口せしめ腫瘍を牽引して切除するも可なり、されど直達検査法によりて手術するを最合理的とす、何とせよ損傷少くして根部を精査し得るが故なり。食道上部にあるものは懸垂喉頭検査法を應用すれば最可なり。兩手を以て操作し得るが故なり。但し食道入口部以下に生ぜるものには本法と食道直達鏡とを併用せざるべからず。

この患者には懸垂喉頭検査の下に腫瘍の根部を結紮し鋏にて鋭斷し完全に抽出するこゝを得たり。腫瘍の長徑 8.4 ㎝、最大周圍 12.2 ㎝なりき。

第五章 食道異物

Fremdkörper des Oesophagus

本日は諸君に食道異物患者を供覽説明せむ。

患者 47 歳の男子 會社員

主訴 義齒誤嚥、前頸部異物停滯感、嚥下困難。

家族史 兩親とも健康、祖父母は如何なる疾患にて斃れたるかは不詳、同胞 4 名あり、内 1 名死亡す。妻は健康にて未だ兒なし。結核症、卒中、悪性腫瘍等の遺傳的關係なし。

生活史 生來健康、酒及び煙草を嗜まず。27 歳にして結婚す。3 年前に流行性感冒に罹りたる外著患なし。

現病歴 患者は約 3 年前より左上顎第一及び第二大臼齒の脱落せるため義齒を使用しるたるが食事に際しては毎回これを取り外すを常とせり。然るに昨朝、急用のため義齒を取り去るこゝを忘れその儘、食事中、蓮根と共に「アツ」と思ふ間もなく嚥下せり、その瞬間、甲状軟骨の後方に刺様疼痛を發するこゝ同時にその部に停滯せるの感ありき。この義齒は入齒師をして作らしたるものにて赤色硬護謨製の臺と第一、第二大臼齒に相當すべき二本の磁製臼齒より成り、これを隣りの齒に固定するために 2 個の金屬小鉤を具へたり。この鉤は近來に至り緩みて動もすれば、外れ易かりしと云ふ。患者は嚥下後、直ちに某内科醫を訪ひしに當科に來るべく奨められ我外來を訪へるものなり。

現症 體格營養共に佳良なる男子。胸腹内臓器に異常なし。尿に異常成分なくワ氏反應陰性、ビルケー氏反應陽性、入院以來 37 度半—38 度の熱發あり。兩側外聽道に耳垢を認め、鼻腔、後鼻腔、咽喉に異常なし。左上第一、第二大臼齒を缺く。

診斷 從來は食道異物を診斷するに先づ患者の病歴及自覺症を參考し、次で消息子にて觸るゝか、X 光線にて透視又は寫眞撮影をなせり。然れども是等の方法は何れも絶對的價値を有せず、例之ば病歴に於て患者は異物を實際嚥下せざるにも不拘、嚥下せるが如く誤りて考ふるこゝあり。余は義齒を嚥下したりして來りし患者に食道鏡検査を行ひ消極なりしたため、家を搜索せよと云ひしに神棚上にありたりとの報知を得たるこゝあり。患者の自覺症亦頼むに足らず。神經家、「ヒステリー」性婦人は異物なきに自己暗示により疼痛、異物感を訴ふるこゝあり。鋭き異物が一時食道壁に刺入し後何等かの誘因により胃に滑り落ち、食道壁に残れる損傷により疼痛を感ずるこゝあり。又直達検査の結果異物を見ずして癌腫を發見するこゝあり。消息子挿入法は時として異物の嵌在及びその位置を確信し得るもその種類、性質を知るに由なし、のみならず鈍圓なる物を胃内に押し込み、尖銳なるものを食道壁に刺入せしむる危険あり。X 光線検査は大なる義齒、骨片、又は貨幣等を診斷し得

るにすぎず。暗影を與へざる異物多数に存す。

食道は咽頭の下部に連り普通の状態にては半ば閉鎖の状態にあるを以て喉頭検査の如く反射鏡のみを以ては見得べからず。金属性の長管を口腔より咽頭をへて食道内に挿入し口腔、咽頭及び食道なる曲管を化して直管たらしめ且管内を電燈を以て照射せば食道内部を限なく眼を以て直接に観察するを得べし。これ即ち現今廣く行はるゝ食道直達鏡検査法なり。此法を以てすれば異物の有無、若し有ればその種類、性質部位を確診し得べし。

症状 本症の症状は嚥下困難、嚥下時の疼痛乃至壓迫感を主とす、異物大なる時又は突起を有する時は氣管及び氣管枝を後方より壓迫して呼吸困難を來す、又尖鋭なるものは食道壁の痙攣性攣縮のために嚥下せむとするも逆吐せらる。長時間嵌在せるものは粘膜の炎症、潰瘍、或は食道周圍膿瘍乃至縦隔膿瘍を起すものも、この際常に發熱を見る。

次に茲に供覽する患者の病歴を見るに義齒を嚥下したるこゝを略確にして、自覺的には前頸部に異物停滯感、食物攝取困難を訴ふ。X光線寫眞にてはアダム氏結節の下方約3厘の部に鳩卵大の長軸を垂直位に向けたる不正、方形の陰影を認む。一般に食道異物の扁平なるものは食道内に前額面に横はる。この患者の場合も亦然り、これ舌背及び會厭軟骨面の關係による、これに反して氣管内異物は矢狀位をさる、これ聲門の關係なり。以上の法則に反するものは人爲的のものを見て差支へなし。これにより食道内に義齒の嵌在するこゝは疑なし。

原因 飲食物と共に誤りて嚥下するこゝ多し、小兒は口腔内に容れたる物を嚥下するこゝあり。異物の種類は義齒、魚骨、貨幣、針、釦、玩具片等なり。精神病者にては意外の大なる物を嚥下するこゝあり。余の教室には日本製の長き煙管を呑みたる例あり。小兒に貨幣を嚥下するこゝ比較的多し。これ我國にては小兒に金錢を與へて飲食物を買はしむるの惡習あるによる。而して食道腔の直徑は貨幣の周圍との關係より1歳より4歳迄は5厘銅貨多く、4歳より8歳は1錢銅貨(舊型)が異物なるこゝ多し。異物の嵌在部

位は生理的狭窄部特に食道入口部に多し、異常の狭窄あればその部に停滯するこゝ勿論なりとす。

療法 従來は食道異物を抽出するに骨片ならば鉤鯁子Grätenfänger、貨幣ならば鉤貨子 Münzenfänger を旨目的に食道内に挿入し奇效を奏するこゝなきにあらざりしも不成功に終る場合少からず、又是等の器具が中途にて折れて更に食道の異物となり或は食道壁を損傷して不幸の結果を招きたる例あり、我國にては古來、骨片を取るに眞綿を細長くしてこれを水に浸し、嚥下せしめ口腔外の一端に振をかけつゝ徐々に引出したるこゝあり。或は甘露、又は米飯を丸呑みにして異物を胃内に押し下げむと試みたるこゝあり。

直達検査の下に行ふ抽出法は、異物の存在を確認しこれを兩眼監視の下に抽出するにあるを以て本症に對する療法の最も合理的にして而も理想的のものなり。直達検査は朝行ふ、検査の前より朝食は勿論一切飲食を禁じ、検査の30分前に「モルヒン」、特に過敏なるものには1時間前に「バントボン」を注射し、検査直前には軟口蓋、咽頭後壁特に舌根部食道口部に20%「コカイン」液を塗布す。小兒は全身麻酔を要するこゝあり。次で患者を仰臥せしむ。これ異物が胃内に滑り落つるを避けむがためなり。異物の位置を豫め知りたる時はこれに相當する長さの食道鏡を取りこれを食道内に挿入す。異物を捕ふるには鉗子を用う、異物の種類に従ひ特異のものを要す。余は中高なる上等基石を抽出するために基石鉗子を案出せり。凸「レンズ」の異物にはその構造の大なるものを用う(醫學中央雜誌、116號、大正2年4月發行を見よ)ここに供覽する患者のX光線寫眞に於て異物は環狀軟骨の稍々下方即ち上門齒より約19厘の部に存在するこゝを知り得たるを以て、長さ18.5厘、口徑1.2厘の直管を挿入したるに、果して上記の部位に赤色の硬護膜板が前額面に横はりその兩角は食道粘膜内に深く陥没せるを認めたり。この際鉗子は何れの部分を捕ふべきか、これ技術の巧拙の分るゝ所なり。中央を捕へんか兩端は粘膜内に深く没入せるを以て動かす。たゞひ動くも粘膜を食道の長軸にそひて裂傷せしむべし。斯の如き場合は先づ食道鏡の先端を以て粘膜を壓排し一

端を視野内に現はしたる後、この部を捕へて遊離せしめ次で抽出すべし。直管内を通過せしめ能はざる大きさのものは直管保護の下に直管と共に抽出すべし。然らざれば粘膜を損傷する恐あり。

この患者にはブリューニングスの有鉤鉗子にて義歯の左端を捕へこれを遊離せしめ直管保護の下に抽出せり。

我國に於ける食道異物中、義歯は比較的その數多し、これ畢竟固定法の不完全なるによる。余は先年、大阪にて開かれたる聯合醫學會の席上、這般の關係を論じて齒科醫諸君の注意を喚起したるに、斯の如き不完全なる義歯は非齒科醫、所謂入齒師の手になるものにて大に反對を受けたるこゝありき、ここに供覽の患者も亦この例に洩れず。甚だ大なる義歯は一端を遊離せしむるこゝさへ困難なり。元來義歯の臺をなす硬護膜板は甚だ硬くして切るに困難なり。されど熱に遇へば軟くなるを以て吾師キリアン博士は熱係蹄にてこれを絞断したるこゝあるも粘膜内に嵌入せるものには用難し。英國式の義歯を切る器械は弱くして硬きものには不適當なり。余はこの缺點を補ふべく義歯破碎器を考案せり。これは先端「コンヒートム」状をなし圓形の鋸板を有す、構造堅牢且小にして直管内を自由に出入せしめ得。

食道の異物はその抽出を以て療法の大部を終れるものなれどもこれに心緩みて爾後の處置を怠らば九仞の功を一簣に缺くもの謂ふべし。何となれば食道粘膜に損傷あるにも不拘、食物を普通の如く攝取すれば、損傷部より細菌を感染し急性食道炎、食道周圍膿瘍、次で縦隔竇炎を起し不幸の結果を見るこゝあればなり。故に異物の抽出後、食道に損傷なきや否やを精査し、損傷あらば少くも一週間は體温を疼痛に注意し護膜製滋養管を以て胃に滋養物を送るか、嘔吐の恐あるものには滋養灌腸を行ひ、他方には損傷部に濕温巻法を施すべし。この患者も損傷を認めたるを以て滋養管にて營養し抽出後、5日目に解熱退院せしむるを得たり。

第六章 食道異物及動脈瘤の診断或 は處置に直達検査法の應用竝に直 達検査法の概要

Anwendung der direkten Untersuchungsmethoden
zur Diagnostik oder Behandlung des Oesophagus-
fremdkörpers sowie des Aortenaneurysma. (Zusam-
menstellung der direkten Untersuchungsmethoden.)

第1例 患者 ホ、ト、26歳、男教員。主訴 食道異物

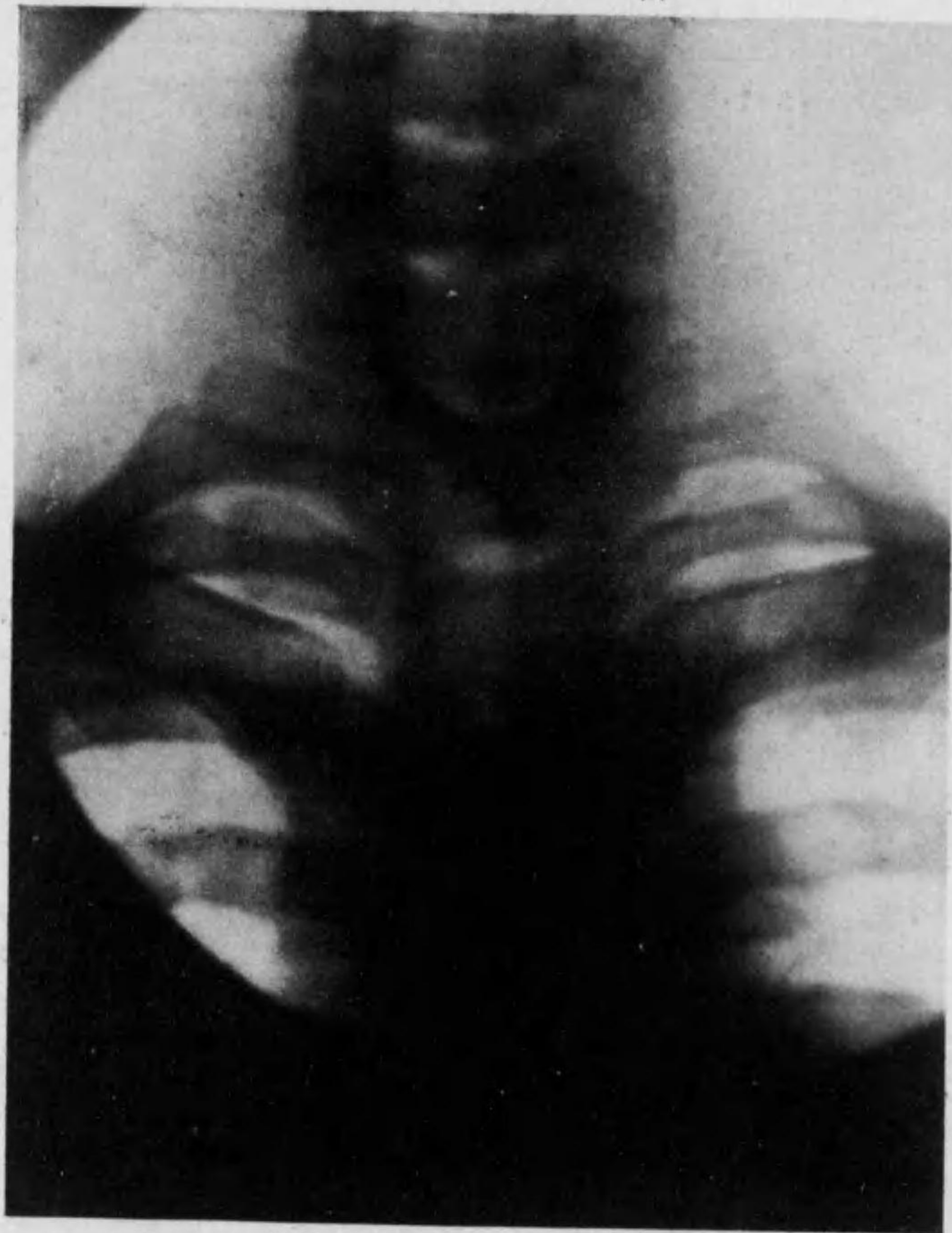
既往症 遺傳を認むべき疾患なし、幼より健康にして未だ稱す可き疾患に罹りし事なし。

28日以前(即本年4月10日)食事の際誤つて前上門歯二枚を有する義歯を嚥下せり(第七十一圖参照)當時甚しき疼痛を頸部に感じ流動體の通過をも許さざりき、されば患者は下に送らんを粥状にせし芋を茶と共に嚥下せしも效なく依て居住地たる島根縣に於て某醫師を訪ひしが胃消息子を用ゐて検査せられ多分既に胃に降下せしものならむと云はれたり、されど翌朝疼痛甚だしく辛じて粥を啜り得たるのみなりしが4日後に於て疼痛頓に去り異物下降せし感ありき、今迄昇熱を見ず、疼痛は次第に輕快し嚥下時にも殆んみなきも、只固形體嚥下に多少感ずるのみなりしが、10日前頃より頸部稍、膨れたる感ありて5月8日來院直に入院。

現症 中等度の體格を有し營養中等なる男子、顔容全く苦痛に見えず、胸部腹部異狀なし。

鼻中隔左方に彎曲し咽頭後鼻腔變化なし、兩聲帶稍、發赤す、頸部左側甲状軟骨下部邊一般に稍、腫脹し指壓にて輕き疼痛を訴ふ、皮膚は發赤せず、X光線にて檢するに左の鎖骨上窩の稍、上方に横はれる半月形の影像を見

第七十圖



食道異物(義齒)のレントゲン寫眞像

る(第七十圖参照)

診断 鼻中隔左彎症、食道異物(義齒)。

5月9日朝食を禁じ「モヒ」半筒の皮下注射を行ひ食道口咽頭に20%次で25%の「コカイン」液を塗布し背位の位置にて摘出を行へり、食道鏡は長さ

21「センチ」直徑1.1「センチ」を用う、食道鏡送入は極平易にて齒列より17—18「センチ」に於て帶白赤色の護膜板を見、周圍の粘膜は浮腫腫脹せり、鉤状になれる異物鉗子を用ゐて食道鏡と共に抵抗なく異物を摘出せり、出血なし、摘出後2日なるに見らるゝ如く喉頭にも變化なく左頸部の壓痛もなし、只昨日は左の披裂軟骨部の僅に浮腫ありき。

注意 茲に注意すべきは義齒摘出の際には必ず其一端を發見し深く食道鏡内に持ち來るこゝなり、然らざれば摘出出來ざるのみか蒙る副損傷は測る可からず。

術前患者に異物の状態大きさを出來得る限り委しく聞くこゝ此れ術中其異物の摘出に適する位置に wenden

する時に必要なり、義齒に金屬性鉤を有する場合殊に大切なり。

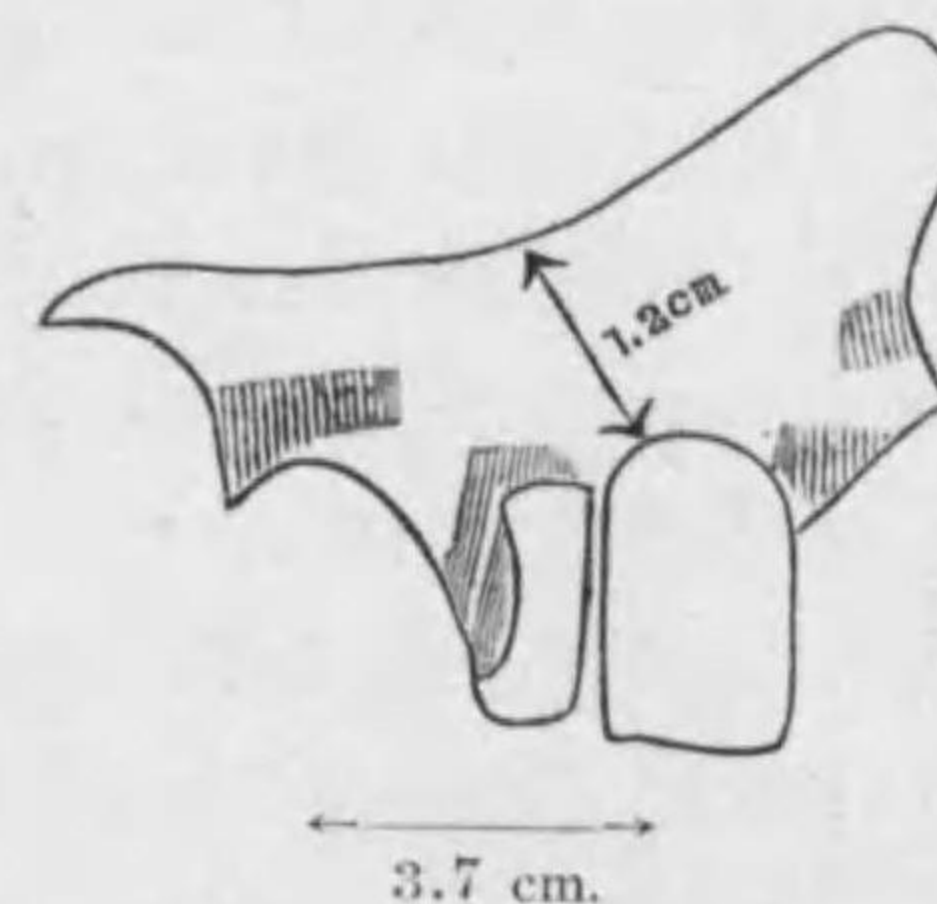
第2例 患者 タ、タ、28歳、女、農、主訴、嘔聲

既往症 幼より壯健にて遺傳質を見るべきものなし、約半月前より頸部の輕き痛感を覺えしが急に嘔聲を得たるも咳嗽喀痰及盜汗等なし、死産流産なし。

現在症 鼻腔後鼻腔及耳變化なし、喉頭鏡下に左聲帶全く麻痺し屍體位に固定す、發赤腫脹なし、坐位にて喉頭氣管の一部を後記の法にて「コカイニジ—レン」し直管はキリアン氏型の長さ21「センチ」直徑1.1「センチ」を用ゐて氣管を檢查せるに上齒列より20「センチ」に於て左稍々後部より膨大せる腫瘍あり、表面滑平通常の氣管粘膜にして稍々赤きのみ、腫脹は稍々半圓形を呈し明かに搏動を總ての方向に示す、胸部検査の左側の第2肋骨部邊に存する濁音界に一致す。

診断 動脈瘤及それによる左側回歸神經麻痺、

第七十一圖



患者の訴へに因る義齒略圖

直達鏡検査法に就きて 今此等患者の序を以て直達検査法のこゝに關して 少しく述べむ。

種類 直達鏡検査法を分ちて

1. 直達喉頭鏡検査法 (Laryngoscopia directa, Autoscopia nach Kirstein)
 2. 直達氣管鏡検査法 (Tracheoscopia directa)
 3. 直達氣管枝鏡検査法 (Bronchoscopia directa)
 4. 直達肺鏡検査法 (Pneumoscopia directa)
2. 3. 4 は各更に上、下 (superior et inferior) に分つ而して上直達氣管鏡検査法は自然道即口腔喉頭を経て行ふもの、下直達氣管鏡検査法は氣管切開口より直達鏡管を挿入して行ふ法なり、以下之れに準ず。

5. 直達食道鏡検査法 (Oesophagoscopia directa)

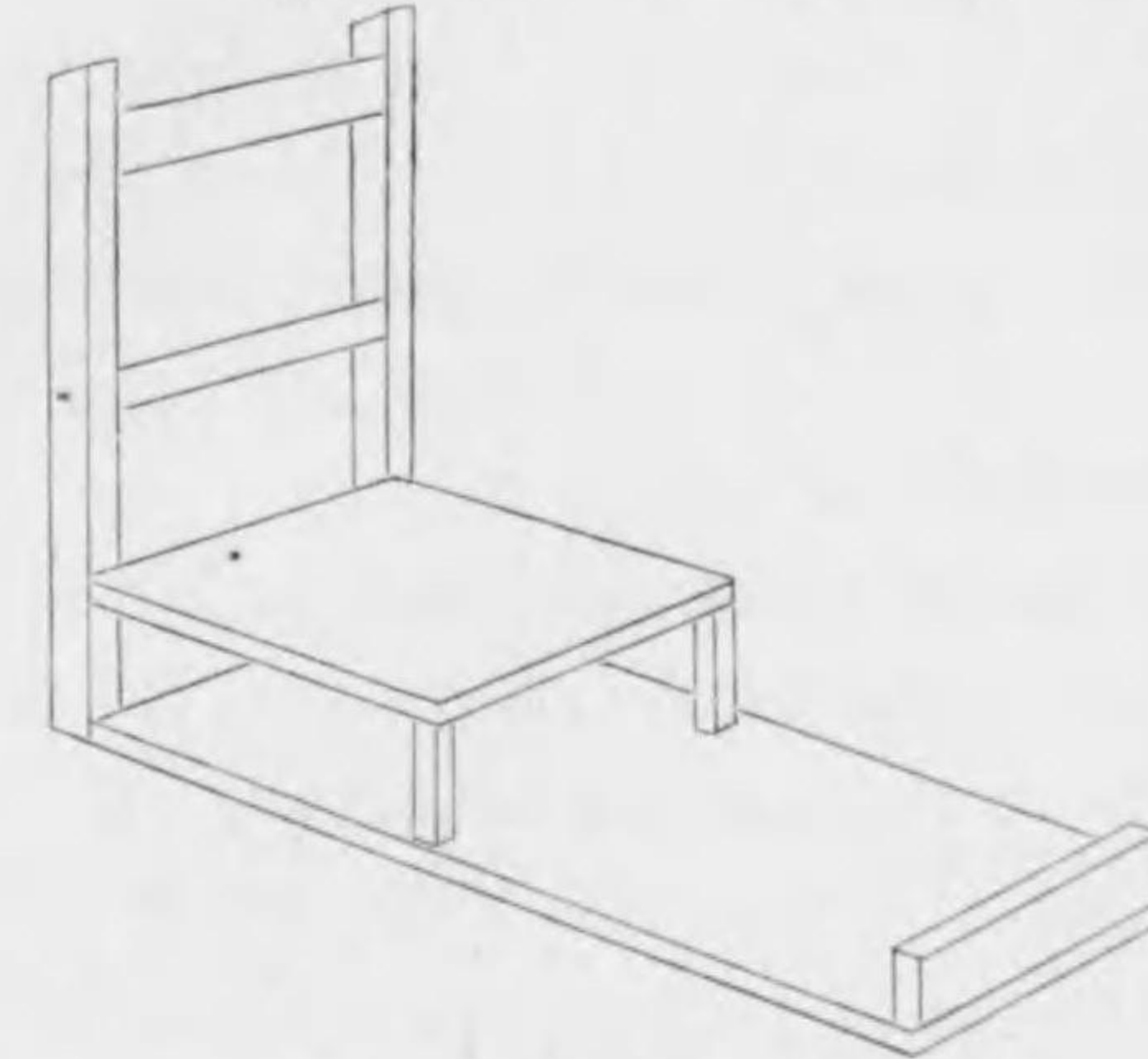
6. 直達胃鏡検査法 (Gastroscopia directa)

之又前者を等しく上、下 (superior et inferior) の法に別ち得べし、即ち自然道よりするを上とし食道切開口より行ふものを下とす、(4)(6)の兩者は最近に至り行はれたるものなり、又是等の場合鏡の字を附するは少しく面白からざるも顯微鏡、望遠鏡等と同じく Scopia を假りに譯したるものなり。

準備

1. 室、暗室を最良とす。
2. 光線、キリアン・キルスタイン氏額帶電燈を便とす、近來ブリューニングスは直管に直に光源を附せる器械を發明せり。
3. 直管及其柄、種々の直徑及び長さを有する金屬性眞直管及其に附屬する柄とす、されど最も多く用ゐらるゝは長さ 21「センチ」直徑 1.1「センチ」とす。子供には直徑 0.8 にて短きを用ゐ、而して先端は斜にきれたり、尙殊に子供の喉頭検査に用ゐる燕尾様先端を有する直管あり又其管の縦徑にそひて二分し得らるゝ様になれるもあり。
4. 直達検査用捲綿子長短數本。

第七十二圖



直達検査用椅子(久保型)

5. 手術臺、通常の手術臺にて可なり、ブリューニングスの創案せる手術臺は高價なり、又坐位にて行ふには椅子を良とす、余は第七十二圖の如き椅子を作り應用す。

6. 「ポンプ」、喀痰粘液等を吸出する目的なり。

7. 喉頭卷綿子、數本、フレンケル氏型舌壓子一本。

8. 20%「コカイン」液「アドレナリン」等

尙場合に因り全身麻酔に必要な器械用品類其他膿盤「コップ」「アルコールランプ」流動「バラファン」「ガーゼ」、消毒脱脂綿、患者用帽子、患者用衣替等は忘る可からず。其外検査の準備 (Vorbereitung) としては

9. 患者を空腹にあらしむるこゝ、之れ術中に往々嘔吐を催し爲に十分なる検査を障碍するに因る、但異物、呼吸困難等急を要する場合は別なり、余は被検査者をして當日朝食せずに来らしめて行ふを常とせり。

10. 胸部検査及尿の検査、全身麻酔を用ゐる時殊に小兒の場合には注意す可し。

11. 患者の位置は臥位又は坐位を撰むべし、臥位に左右の横臥位及背位あり

り。

12. 小兒には常に全身麻酔を用うれ共大人には術前30分に「モルフィン」半筒を皮下に注射し局所麻酔を用う、即喉頭又は食道に術前初め20%の「コカイン」液を喉頭巻綿子にて「アドレナリン」一滴を加へたるを塗布し次で25%の同液に同じく「アドレナリン」を滴加せしを塗布す即ち「コカインゼレン」す。

13. 助手は2人(但全身麻酔の際は別なり)看護婦2人を要す。臥位にて検査する場合は「ポンプ」を用意する助手1人必要なれ共坐位にては之を除き得、助手2人の内1人は患者の頭部を支持す之れを「コップハルテル」を稱し重き役なり。

技術

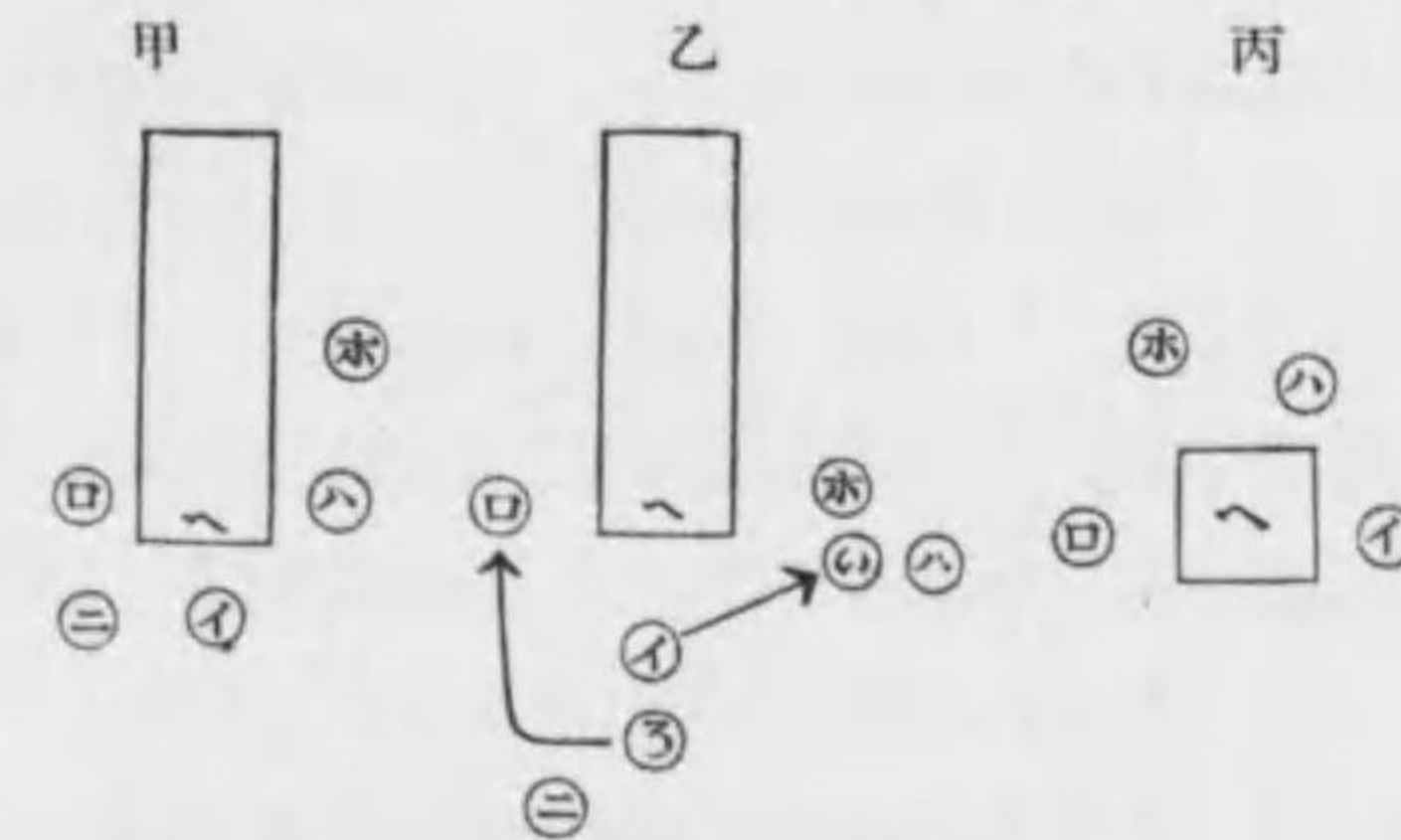
先づ患者の位置を作る、之れは其技術に大なる影響を有せるものにして熟練せる術者も其位置の作り方次第にて其技を十分に發揮し得ず、されば患者の頭部を時々刻々適當に支持する助手即ち「コップハルテル」は大切なる役さす、頭を支持するには患者の臥位、坐位又臥位にても横臥及背位にて幾分の差はあれ共要は眞直なる金屬管の入り易き位置になすに在り即ち氣管鏡検査には術者の喉頭を窺ふ際には靜かに巧みに氣管軸と直管軸とを一直線に在らしむ可し。

術者の位置(何れも右利きの人の場合を云ふ)

(一) 患者臥位にて且背位を取らする場合。

患者の肩部に高からざる枕を挟み上胸部を出し高め腹部は強く背にて手術臺に接せしむ、而して患者の頭は手術臺縁よりさきに出す、「コップハルテル」は第七十三圖甲(ロ)の位置にて自由の位置にある患者の頭を上より兩手の間に挟み手掌は患者の顛頂部を支持し患者の顔面部は稍前上即術者の位置(イ)の方向に向はす、(注意此際餘り患者の顔面を術者の方に向ける即ち餘り「ソラス」位置を取らすれば脊椎弓の彎曲を強からしめ直管入らず、氣管鏡検査の場合は殊に然りさす)術者は(食道鏡検査の場合に就て)(イ)の位置

第七十三圖



(甲) 患者に臥位—脊位をとらず時

(乙) 患者に臥位—右横位をとらず時

(丙) 患者に坐位をとらず時

(イ) 術者 (ロ) コップハルテル (ハ) 助手

(ニ) ポンプを持てる助手 (ホ) 看護婦 (ヘ) 患者

乙の矢の方向は初め(イ)又は(ロ)にあるもの送入

後其位置を換へたる處を示す

にて額帯電燈を被り左手に舌壓子を逆に持ち右手にキリアン氏型直管(長さ30.0 仙米にて尖端斜形をなすものを指す尙長きを用ゐる場合は後に述べむ)の柄を逆に持ち即ち斜面が下方をむく様に持ち舌壓子にて舌根を可成深く且強く上げて口峽を廣む、而して舌壓子に沿うて直管を送る、此際已に直管の軸は術者の眼軸と一致するを要す、術者の常に此兩軸を一直線にあらしむるこゝは最も必要なる條件さす、此際術者は直管を通じて懸壜垂を見、次で會厭軟骨頭を見る可し、之を越し食道口に入り舌壓子を去り茲に食道の軸と直管軸眼軸一直線に来る、而して此直管にて短かければ第2の細き長き直管をこり第1直管を通過し深部を窺ふなり、通常食道に於ては次の如き運動を示しつゝあるを知る、之れを生理的運動 Physiologische Bewegung と稱す。

呼吸性運動 Respiratorische Bewegung

搏動性運動 Pulsatorische Bewegung

此位置に於ける喉頭検査は略々前者に同じ、只會厭軟骨を越すや強く舌根を持上ぐるを要す、喉頭より氣管に送るには先づ聲帶上部迄直管端を送り吸

氣を命じ聲門擴がる瞬間に送る可し、然らざれば聲帶の損傷を來す、而して氣管内は直達用捲綿子にて「コカイニージーレン」す、第2の氣管枝鏡を之れを通じて送るこは食道検査の場合延長せるに同じ。

通常氣管には食道に見るこ同様の運動あり。又此の位置にての氣管検査には前述の法の第1の直管に代るに燕尾形直管を應用するを便さす、此直管は其扁平なる先端を以て直に會厭軟骨後面を押ゆるに適するに因る、方法前に同じ。

附言、初生兒、小兒等には背位にて燕尾形管を用ゐて喉頭氣管を検査するを良さす。

(二)横臥位を取らする場合

右横臥位に就て述べむ、此際患者は枕によりて鼻中線と體軸とを一直線にあらしむ、直管送入は坐位と同様なり。

(三)坐位を取らする場合

氣管—氣管枝検査、余の案に成る椅子(第七十二圖参照)に患者を深く坐せしめ患者の體軸は鉛直線と略々45度にあらしめ患者の顔面の鉛直線は略々牀面と垂直ならしむ、兩足は尖端を並べて踏張らしむ、「コップハルテル」は一方の手掌にて患者の體を背面より押へ他手掌にて頭を支持し此位置を保つ、術者は右手にキリアン氏型直管(長21「センチ」直徑1.1「センチ」の先端斜に切れるものに就て云ふ)の柄を握り左手にて患者の舌を引き直管を送りて舌根を押壓す、初め上より垂るゝ懸壺垂を見、次で會厭軟骨を見る、此際初學者には往々會厭軟骨を見られざる事あり、そは舌を押ふる力不足の爲なる場合多し、會厭軟骨を越して直管を喉頭内に入る管軸と氣管軸とを一直線の位置に持來れば喉頭は視野に來る、此際「コップハルテル」は患者の頭のみを適當に後方に回轉せしむ可し、此動作は實に検査の難易、成、不成を來すものなれば此時の「コップハルテル」は特に熟練を要するものさす、喉頭に入るや其後の法は背位の場合に述べしものと同じさす。

食道検査、前法にてよきも只患者の位置前者の如く屈するを要せず、體は

殆んこ60度以外にあらしめ直管を會厭軟骨を越へ食道口に送るや患者の顔平面は地平線と約60度の位置にあらしむれば食道軸と管軸とは一致す、此際患者を「そらす」可からず、「コップハルテル」の妙さ術者の巧さ相一致すれば平易に行はる。

注意 坐位を取れる場合にて其直管を會厭軟骨を越へて後上轉せしむる際多く患者の上齒列又は齒齦を支點とすることあり、大に慎む可きことなり、これ此際に於ける力點より支點に至る距離と重點より支點に至る距離と其差大なるに因り此失敗を來すなり、故に初學者に於ては更に他の手指を患者口腔内に送て舌根邊にて直管に更に支點を作るをよさす、さすれば此失敗なく且容易に直管を轉じ得。

以上は何れも深部検査には第2直管を以て延長 verlängern する法を述べたり、氣道検査は之れを便利とすれども食道検査にて初めより深部を窺はむことする時は長さ35「センチ」、直徑1「センチ」或は長45「センチ」直徑1「センチ」を用ゐることあり、此の場合には導管「ブジー」(Leitungsbougie)を用う即ち此「ブジー」を食道鏡管に挿入し置き食道口以下迄直管を送り「ブジー」のみをぬきて後目にて視つゝ深部を検査す、之を用ゐる患者の位置は横臥位又は坐位を適當とす、術者は右に食道鏡管の管部を左手にて患者の舌を引き舌根を管にて押へつゝ送入す、此時の「コップハルテル」は前記と同様なり、決して患者を「そらす」可からず、脊椎弓に障礙せらるゝ故なり。

患者の上齒列の缺損部を應用すること、患者の殊に上門齒の發育盛なるものは送入障碍の一原因たればなるべく缺損部を應用す、缺損なき時は頭を少し横に回轉し大白齒の邊より入る。

直達検査法には深さを知るこ大切なり、元來我科の検査は常に深さの觀念を保たざる可からざるは諸君も知らるゝ通りなるも殊に直達検査法に然るものさす、されば常に「フアントーム」を用ゐて此の深さの推算 Schätzung der Tiefendimension を早く習得するは其技術の進歩に大關係あるものさ知る可し。

直管を押し込むには決して暗中に行はざるこゝに同時に管軸を検査す可き道軸は一直線にあるこゝに、但導管「ブジー」應用の場合は別なり、且各管は豫め流動「バラフォン」をぬりて滑ならしむ可し。

直達検査法には常に助手及看護婦共に術者の氣を計らひ調和能くあるこゝに大切なり、殊に異物摘出等にて一瞬間を争ふ場合には一層大切なり、不調和の爲めに多大の勞を要し彼我の蒙る損害大なり。

— 完 —

Sachverzeichnis

nach Alphabet geordnet.

A

- Abducenslähmung, otogene 78
 Abszess, Extradural- 40
 primärer 261
 sekundärer 262
 Senkungs- 261
 Acne rosacea 98, 113, 117
 Adamantinom 200
 Adenoïder Typus 249, 250
 Adenoïde Vegetationen 98, 105, 195, 214, 249
 Adenofibroma oedematodes 156
 Adenom 231
 Adenomyxoma 156
 Angeborene mediane Halsfistel 223
 Halszyste 225
 Angina 128, 143, 144
 catarrhalis 214
 lacunaris 239
 Plaut-Vincenti 214, 233
 traumatica nach Fränkel 143
 Anosmia essentialis 157
 respiratoria 157
 Antro-Choanalpolyp 188
 -Epipharyngealpolyp 188
 -Hypopharyngealpolyp 188
 -Laryngealpolyp 188
 -Mesopharyngealpolyp 188
 -Nasalpolyp 188
 -Oralpolyp 188
 Antroskop 166
- Antrumpolyp 188, 288
 Aortenaneurysma 315
 Aphonia hysterica 282, 285
 Aprosexia nasalis 253
 Arcus palatoglossus 213
 palatopharyngeus 213
 Aspergillus 10, 14
 flavus 8, 10, 11
 fumigatus 10, 11
 nidulans 10, 11
 niger 8, 9, 10, 11
 Columella 10, 14
 Conidien 10, 14
 Hyphe 10, 14
 Mycel 10
 Mycelgeflecht 10, 14
 Receptaculum 10, 14
 Sporangium 10, 14
 Sporen 10, 14
 Sterigmen (Sterigmata) 10, 14
 Atherom 116
 Atresia nasalis anterior 98
 posterior 105
 Atticeiterung 43
 Ausspülung 148, 164, 179
 Autoscopia nach Kirstein 318
- ### B
- Bacillus fusiformis 237
 mucosus ozaenae 147
 Bellocqsche Tamponade 153
 Boeninghausche Methode 174

Borkenbildung 146
 Bronchien 293
 Stenose 293
 Bronchoscopia directa 318
 Bursa pharyngea 213

C

Carcinom 5, 6, 59, 73, 130, 198, 244
 Chondrom 231
 Coccobacillus foetidus 147
 Cowpersche Methode 173
 Crista septi nasi 104, 122, 141, 158

D

Dacryocystorhinostomie 208
 Dacryocystostomia intranasalis 205, 208
 Débris épithéliaux paradentaires 200
 Dénkersche Methode 176, 196
 Deviato septi nasi 104, 120, 131, 158
 C-förmige 122
 Diaphanoskopie 164, 178
 Digitale Untersuchung 212
 Direkte Untersuchung 306, 315
 Doppelnase 98, 104
 Dyspepsie, otogene 38

E

Eiter in der Nasenhöhle 160
 Elephantiasis 113
 Entotische Geräusche 92
 objektiv hörbare 92
 Epiglottiszyste 286
 Epipharynx 210
 Epipharyngitis chronica atrophica s.
 sicca 214
 Epipharyngoscopia anterior 211
 directa 211

Epistaxis 150
 habituelle 151
 spontane 151
 vicaria 151
 Extraduralabszess 40, 67, 180

F

Facialislähmung, otogene 67
 Fibroma 231
 oedematodes simplex 156
 Fistula auris congenita 1
 Fistelsymptome 67, 83
 Foramen coecum 231
 Fossa tonsillaris 213
 Fremdkörper 148, 159, 204
 des Oesophagus 310, 315
 im Ohr 17
 Friedrichsche Methode 176
 Furunkel 2
 Ohr- 4, 44, 64, 75

G

Gaumenbogen
 hinterer 213
 vorderer 213
 Gaumenhaken 101, 102, 103
 Gaumenspalte 215
 Gaumentonsille 213
 Gastroscopia directa 318
 Gebärdensprache 91
 Gefäßgeräusche 93
 Gehörorgan 1
 Genitalsphäre 104, 151
 Gestank 146, 234
 Gottsteinsche Drucktamponade 8, 149
 Grätenfänger 313
 Griesingersches Zeichen 74, 76

H

Haematotympanum 24

Haemoangiom 231
 Heiserkeit 278, 283
 beim Säuglingsberiberi 278
 Hirnabszess 40, 67, 180
 Hörlücke 86
 Hörreste 86
 Hörschlauch 56
 Hustenpunkt 16
 Hydrops 185
 antri Highmori 199
 Hyperaemia ex vacuo 48
 Hyperkeratosis pharyngis 215, 256
 Hypertrophia (Hypertrophie)
 himbeerartige 139
 lappige 139
 maulbeerartige 139
 septi nasi anterior 104, 124, 140, 141,
 158
 septi nasi posterior 105, 140, 158
 tonsillae palatinae 242
 tonsillae pharyngeae 98, 105, 195, 214,
 249
 Hypopharynx 210

I

Incisura Santorini 7
 Indische Methode 109
 Intrachordale Paraffininjection 271, 272,
 277
 Intrakranielle Komplikationen, rhinogene
 180
 Inversierter Zahn in die Nasenhöhle 204
 Italienische Methode 109

J

Jansensche Methode 174

K

Kadaverstellung 265

Kakke (Beriberi) der Säuglinge 278
 -Dyspepsie 278
 infantis 278, 281
 Kalkablagerung 24
 Katheterismus der Eustachischen Ohr-
 trompete 53
 Kehlkopf 264
 -Haken 213
 -Ozaena 147
 -Rachen 210
 Kieferhöhlenpunktion 169
 unangenehme Erscheinungen bei 169
 Killiansche Methode 181
 Klossige Sprache 242
 Knochenblase 139, 141
 Knochenexostose 5
 Konchotomie 143
 Küster-Desaultsche Methode 174
 Kuhntsche Methode 180
 Kurzer Fortsatz 23
 Kyste folliculaire 199
 périostique 199

L

Laryngoscopia directa 318
 Larynx 264
 Lautsprache 91
 Leitungsbougie 323
 Leptothrix buccalis 257
 Lipom 231
 Locus Kiesselbachii 104, 151
 Luc-Caldwellsche Methode 175
 Luftdouche der Tuba 51, 52
 Luftverschwendung bei der Phonation
 270, 276
 Lupus 117
 Luschkasche Tonsille 213
 Lymphangiom 231
 Lymphdrüsen-Vereiterung 261

M

- Mastoiditis 5, 6, 40, 262
 acuta 62
 acuta mit Griesingerschem Zeichen 74
 Bezoldsche 65, 67, 69, 76
 Mehlährschaden 279, 281
 Membrana Schrapnelli 23
 Meningitis 40, 67, 128, 180
 Mesopharynx 210
 Mittelohrkatarrh 24, 25, 47
 Mucocele 179, 185
 Münzenfänger 313
 Mundrachen 210
 Musculus cricoarytaenoideus lateralis. s.
 M. lateralis 268
 cricoarytaenoideus posticus s.
 M. posticus 265, 268
 interarytaenoideus s. M. transversus 268
 thyreoarytaenoideus internus s.
 M. internus 268
 Muskelgeräusche 93
 Muttermilchvergiftung 279, 281
 Myringitis 5
 acuta bullosa 27

N

- Nase 96
 äußere 96
 Bulldoggen- 106
 Griechische 96
 Juden- 96
 Lorgnetten- 105
 Römische 96
 rote 98, 117
 sanduhrförmige 97
 Schwellkörper 139
 Nasennebenhöhlen 96

- Nasenpolyp 104, 116, 124, 141, 154, 194
 blutender 104, 158
 Nasenprothese 106
 Nasenrachen 210
 -Polyp 193
 -Fibrom 105, 158, 192, 214, 254, 289
 Nasenspiegel 99
 Nasenspülung 141
 Nasenstein (Rhinolithen) 204

O

- Oberkiefer, Zahnzyste des 196
 Oesophagoscopia directa 318
 Oesophagus 293
 Entzündung 298
 Fremdkörper 310, 315
 Narbige Stenose 301
 Polyp 308
 Physiologische Bewegung 321
 Pulsatorische Bewegung 321
 Respiratorische Bewegung 321
 Ohr, Fremdkörper des 17
 -Furunkel 4, 44, 64, 75
 Ohrpolyp 5, 6, 28, 57
 rundzelliger 60
 fibromatöser 60
 Ohrtrichter nach Siegle, pneumatischer 24
 Osteom 124, 204, 231
 Otitis externa
 circumscripta acuta 4, 6, 64, 75
 diffusa acuta 6
 parasitica 8
 — media 128, 160
 acuta 5, 6, 24, 25, 33, 35, 37, 144
 chronica cholesteatomatosa 43
 chronica mit Fistelsymptom 81
 chronica purulenta 24, 41
 Otogene Abducenslähmung 78
 Dyspepsie 38
 Facialislähmung 67
 Reflexhusten 15

- Otomycosis 8
 Ozaena 104
 genuina 144
 -Geruch 146
 Kehlkopf- 147
 Rachen- 147
 syphilitica s. specifica 146
 Tracheal- 147
 Trias der 146

P

- Papilla 232
 foliata 232
 fungiformis 232
 Papilloma 5, 59
 linguae 230
 schmerzhaftes 232
 Paracentese 40
 Paracasis Willisii 48
 Paraffin 107
 Normalmischung 118
 Paraffindepot 97, 108, 117
 Paraffininjection 106, 149
 intrachordale 271, 272, 277
 Paraffinom 98, 108, 115, 118
 Paraorbitalhöhle 161
 Passavantscher Wulst 214
 Perforatio septi nasi 104, 128
 Peritonsillarabszess 214, 238, 262
 Peritonsillitis 214
 acuta 240
 Pharyngitis chronica granulosa 215
 keratosa 258
 lateralis 215
 Mycosis- 258
 Pharyngomycosis 258
 leptothrica 215
 Pharyngoskopie 210
 nach Hay 211
 Pharynx 210
 Pneumoscopia directa 318

- Politzern 53
 Politzer's Verfahren 53
 Polyp=Polypus 156
 Antrum- 188
 Antrochoanal- 188
 Antroepipharyngeal- 188
 Antromesopharyngeal- 188
 Antrohypopharyngeal- 188
 Antrolaryngeal- 188
 Antrooral- 188
 Nasen- (Polypi nasi) 104, 114, 116,
 124, 141, 154, 194
 Sphenochanoal- 187, 288
 Posticuslähmung 265
 Produktion sottolinguale 228
 Pyoccele d. Stirnhöhle 182, 185

R

- Rachen 210
 Kehlkopf- 210
 Mund- 210
 Nasen- 210
 -Ozaena 214
 Rachenonsille 213
 Hypertrophie 214, 249
 Reflexhusten, otogener 15
 Rekurrenzlähmung 265, 266, 267, 275
 Retropharyngealabszess 195, 215, 240, 259
 Rhinitis
 atrophica operativa 144
 catarrhalis acuta 135
 chronica atrophica 104
 chronica atrophicans foetida 144
 chronica hypertrophica 104, 137, 194
 chronica vasomotoria 139, 141
 fibrinosa s. membranacea 134
 sicca anterior 151
 Rhinogene intrakranielle Komplikationen 180
 Rhinolalia aperta 217
 clausa 99, 252

Rhinoscopia (Rhinoskopie) 99, 100
 anterior 100
 inferior 100
 media 101
 posterior 101
 superior 100

Riedelsche Methode 181
 Rigasche Krankheit 225

S

Sängersknötchen 275
 Säuglingsberiberi 278, 281
 Sarcom 5, 6, 59, 73, 130, 244
 Sattelnase 96, 98, 105
 physiologische 96, 105
 Schädelbasisfibrom 193
 Schlinge
 heisse 159, 195, 233
 kalte 159, 233
 Schnupfen 135
 Schwebelaryngoskopie 290
 Seitenstrang 213
 Seitliche Halsfistel 223
 Semon-Rosenbachsche Gesetz 265, 276
 Senkungsabszess 261
 Septumabszess, idiopathischer 129
 Sequester 148, 203
 Sinuitis maxillaris
 acuta 166, 198
 caseosa 172
 chronica 160, 172
 neonatorum 166
 — frontalis
 acuta 184
 chronica 176, 184
 chronica cum dilatatione 185
 Sinusthrombose 40, 67
 Solutio Bulowi 8
 Sondierung 164
 Speculum 212
 Sphenochanoalpolyp 187

Spina septi nasi 104, 122, 141

Spirochaeta

denticola 237
 dentium 236
 feinere 236
 gröbere 236
 inaequalis 236
 indulata 236
 recta 237
 tenuis 237

Stenose der Bronchien 293
 der Trachea 293

Stinknase 161

Stomatitis ulcerosa progressiva 237
 ulceropseudomembranacea 237

Submucöse Fensterresektion des Septums
 125

T

Taubstummensbildung 85
 Deutsche Methode 91
 Französische Methode 91

Taubstummheit 85
 taub und stumm 86

Terminalzelle 66, 72

Tonsille (Tonsilla)

Gaumen- 213
 Luschkasche 213
 pendula 242
 Rachen- 213
 Zungen- 214

Tonsillektomie 246

Tonsillitis

acuta 236, 239, 244, 257
 chronica 257
 chronica hypertrophica 242
 ulceromembranacea 237

Tonsillotomie 245

Tornwaldsche Krankheit 214

Trachea 293

Stenose der 293

Tracheoscopia directa 318

Transsudatlinie 49

Trommelfell 22

Atrophie 25, 146
 Einziehung 25, 48
 Hintere Falte 23
 Lichtkegel 23
 Nabel 23

Normal. Zustand 23
 Pars flaccida 23

Pars tensa 23

Patholog. Zustand 24

Perforation 25, 26, 30

Trübung 24

Vordere Falte 23

Vorwölbung 25

Tubenverschluss 47

Tuberculum septi 100

U

Uvula bifida 215

V

Valsalvascher Versuch 53
 Ventilation der Paukenhöhle 48
 Verirrte Zungenkropf 231

W

Waldeyersche Tonsillarring 214
 Wolfsrachen 215

Z

Zahnzyste des Oberkiefers 196
 Zeichensprache 91
 Zerumen 12, 44
 Zungentonsille 214
 Zyste 231
 Drüsen- 156, 199
 Lücken- 156

物件索引

(順序は五十音順に據る、数字は頁数を示す)

あ

悪臭 Gestank 146, 234
 悪臭性球状桿菌 *Coccobacillus foetidus* 7
 悪性腫瘍 159, 179, 195, 254
 「アスペルギルス」 *Aspergillus* 10, 14
 花牀(菌蓋) *Receptaculum, Columella* 10, 14
 芽胞 *Sporen, Conidien* 10, 14
 芽胞蓋 *Sterigmen, Sterigmata* 10, 14
 菌絲 *Hyphe* 10, 14
 菌絲網叢 *Mycelgeflecht* 10, 14
 根 *Mycel* 14
 胞房 *Sporangium* 10, 14
 —, ニゲル *As. niger* 8, 9, 10, 11
 —, フラブス *As. flavus* 8, 10, 11
 —, フミガーツス *As. fumigatus* 10
 —, ニーズランス *As. nidulans* 10
 外聽道——菌症 *Otomycosis* 8
 「アダマンチノーム」即珙瑯質腫 *Adamantinom* 200
 壓迫性眼震 83
 「アデノイド」或は腺様増殖症 *Adenoide Vegetationen* 98, 105, 195, 214, 249
 — 顔貌 *Adenoider Typus* 249, 250
 「アテローム」 *Atherom* 116
 アフタ性口内炎 257

アンギーナ *Angina* 128, 143, 144
 加答兒性——*A. catarrhalis* 214
 — ラクナリス *A. lacunalis* 239
 鞍鼻 *Sattelnase* 96, 98, 105
 生理的——*physiologische* S. 96, 105
 病的——96
 第一度——98, 105
 第二度——98, 105
 第三度——98, 105
 観血的矯正法,
 伊太利法 *Italienische Methode* 109;
 印度法 *Indische Methode* 109;
 余の手術法 109

アントロスコープ *Antroskop* 166
 按摩法(鼻腔) 142

い, ろ

萎縮(鼓膜) *Atrophie* 25, 146
 伊太利法 *Italienische Methode* 109
 印度法 *Indische Methode* 109
 異物 *Fremdkörper* 148, 159, 204
 耳内——*Fr. im Ohr* 17
 食道——*Fr. d. Oesophagus* 310, 315
 鼻内——195
 咽後腫瘍 254
 — 膿瘍 *Retropharyngealabszess* 195, 215, 240, 259

う

咽後淋巴管 261
 — 淋巴腺 261
 咽頭 *Rachen oder Pharynx* 210
 — 鏡 *Speculum* 212
 ヘイ氏——鏡 211
 — 検査法 *Pharyngoskopie* 210
 — 検査法, ヘイ氏 *Pharyngoskopie nach Hay* 211
 — の常態 213
 — の病態 214
 上——又鼻——*Epipharynx oder Nasenrachen* 210
 中——又口——*Mesopharynx oder Mundrachen* 210
 下——又喉——*Hypopharynx oder Kehlkopfrachen* 210

咽頭炎

角化性——*Pharyngitis keratosa* 258
 寄生性——*Pharyngomycosis s. Mycosis-Pharyngitis* 258
 側索性——*Ph. lateralis* 215
 慢性顆粒性 *Ph. chronica granulosa* 215
 「レプトトリックス」菌性——*Pharyngomycosis leptothrica* 215

咽頭「オツェーナ」*Rachenozaena* 214

咽頭角化症 *Hyperkeratosis pharyngis* 215, 256

咽頭嚢 *Bursa pharyngea* 213

咽頭扁桃腺又ルジュカ氏扁桃腺 *Rachentonsille oder Luschkasche Tonsille* 213

— 肥大 *Rachentonsillenhypertrophie, Adenoide Vegetationen* 214, 249

咽頭「ボリーブ」, 副鼻腔性 214

ウエスト氏法 208

ウエスト, ボリアック氏鼻内涙嚢手術法 208

ウキリス氏錯聴 *Paracusis Willisii* 48

え, え

會厭嚢腫 *Epiglottiszyste* 286

壊疽性義膜性扁桃腺炎 *Tonsillitis ulceromembranacea* 237

口腔炎, 進行性 *Stomatitis ulcerosa progressiva* 237

口内炎 *Stomatitis ulceropseudomembranacea* 237

嚙下障碍 217

お, を

横筋又披裂間筋 *M. transversus s. interarytaenoideus* 268

歐氏管閉塞 *Tubenverschluss* 47

— 「カテーテル」通氣法 *Katheterismus der Eustachischen Ohrtrumpete* 53

直達法 55; ローゼンミュルレル氏窩法 55; 鼻中隔法 55; 口蓋法 55; 反対側鼻腔よりする法 55; 口腔よりする法 56

— 消息子擴張法

— 通氣法 *Luftdouche der Tuba* 51, 52

ワルザルワ氏法 *Valsalvascher Versuch* 53; ポリツェル氏法 *Politzer's Verfahren* 53; 歐氏管「カテーテル」通氣法 53

横竇血栓 *Sinusthrombose* 40, 67

— 周圍炎 40, 67

オドワイヤー *O'Dwyer* 氏喉頭套管 266

か, が

回帰神経 266
 回帰神経麻痺 Rekurrenslähmung 265, 266, 267
 健康聲帯にボリーフを有する左側—— 273, 275
 中毒性—— 275
 乳兒脚氣に見る—— 280
 外耳の神経 16
 外耳炎, 外聽道炎を見よ
 外旋神経(第六腦神経) 80
 耳性——麻痺 Otogene Abducenslähmung 78
 咳嗽, 發作點 Hustenpunkt 16
 反射性—— Reflexhusten 15
 外聽道
 —「アスペルギルス」菌症 Otomycosis 8
 —寄生菌 8 (アスペルギルス屬, ウエルチチリウム屬, ペニチリウム屬, ムコル屬)
 —骨腫 59
 —腫瘍 59
 —より發する反射性咳嗽 Reflexhusten aus dem Gehörgang. 15
 外聽道炎
 急性—— 39
 急性限局性—— Otitis externa circumscripta acuta. 4, 6, 64, 75
 急性汎發性—— O. e. diffusa acuta. 6
 瀰蔓性—— 44
 寄生性—— O. e. parasitica 8
 外鼻 Äussere Nase 96

外鼻の検査 Untersuchung d. äusseren Nase. 96
 開放性鼻聲 Rhinolalia aperta 217
 潰瘍
 結核性—— 148, 236
 微毒性—— 148, 236
 潰瘍性義膜性扁桃腺炎 Tonsillitis ulceromembranacea 233
 下咽頭 Hypopharynx 210
 —検査法 213
 カウパー氏法 Cowpersche Methode 173
 下顎關節部炎症 3
 喀痰保護器(久保型) 280
 下甲介 100, 158
 切除法 Konchotomie 143
 下垂膿瘍 Senkungsabszess 261
 脚氣 265
 —消化不良症 Kakkedyspepsie 278
 乳兒—— 278
 「カニューレ」
 久保型「ゴム」製長氣管—— 297
 ケーニツヒ型 297
 痂皮形成 Borkenbildung 146
 下鼻道 101
 眼窩周圍竇 Paraorbitalhöhle 161
 眼球保護器(キリアン氏) 181
 癌腫 Carcinom 5, 6, 59, 73, 130, 198, 244
 眼震, 壓迫性 83
 乾燥療法 46
 顔面神経麻痺, 耳性 Otogene Facialislähmung 67

 き, き
 キーセルバッハ氏部位 Locus Kiesselbachii

け, け

104, 151
 氣管 Trachea 293
 —オツェナ Trachealozaena 147
 —狭窄 Stenosen der Trachea 293
 —検査 322
 氣管枝 Bronchien 293
 —狭窄 Stenosen der Bronchien 293
 —腺腫脹 296
 —検査 322
 義齒 314
 —破砕器(久保氏) 314
 氣腫 168
 寄生性外聽道炎 8
 氣道疾患 218
 義鼻 Nasenprothese 106
 義膜(ペラータ) 235
 逆生齒牙 Inversierter Zahn 204
 過剰—— 204
 上顎竇—— 205
 鼻腔内—— 201
 キュスター, ドウゾール氏法(上顎竇根治手術) Küster-Desault'sche Methode 174
 キリアン氏燕尾形直達管 280
 —, バレンジャー氏廻轉中隔刀 127
 —氏鼻中隔粘膜炎下意形切除術 Submuköse Fensterresektion des Septums 125
 筋雜音 Muskelgeräusche 93
 緊張部(鼓膜) Pars tensa 23

 く, く
 久保氏法 154 (鼻血治療); 208, 209 (涙囊炎)其他
 グリーゼンゲル氏症狀 Griesingersches Zeichen 74, 76

鯨骨「ブジー」挿入法 304
 係蹄 159
 寒——kalte Schlinge 159, 233
 熱——heisse Schlinge 159, 195, 233
 頸部
 —蜂窠織炎 73
 —淋巴腺炎 73
 狭窄
 異物性—— 303
 氣管及氣管枝—— 293
 痙攣性—— 303
 後天性—— 303
 腫瘍性—— 303
 癩痕性—— 303
 結核 5, 27, 130, 216, 236
 —腫 159, 195
 —性潰瘍 148
 血管雜音 Gefässgeräusche 93
 血管腫 Haemoangiom 231
 血腫 128
 言語障礙 217
 懸垂喉頭検査法 Schwebelaryngoskopie 290
 檢鼻法 Rhinoscopia 99
 前——Rh. anterior 100
 中——Rh. media. 101
 後——Rh. posterior 101
 上——Rh. superior 100
 下——Rh. inferior 100
 懸壜垂破裂 Uvula bifida 215

 こ, こ
 碁石錯子(久保氏) 313

口咽頭 Mundrachen 210
 喉咽頭 Kehlkopfrachen 210
 口蓋弓, 後又は咽頭 hinterer Gaumenbogen
 s. Arcus palatopharyngeus 213
 前又は舌— vorderer Gaumenbogen
 s. Arcus palatoglossus 213
 口蓋披裂 Gaumenspalte 215
 —整形手術 218
 口蓋扁桃腺 Gaumentonsille 218
 —肥大 Hypertrophia tonsillae
 palatinae 242
 鈎貨子 Münzenfänger 313
 後筋又は後環状披裂筋 M. posticus s.
 M. cricoarytaenoideus posticus
 265, 268
 —麻痺 Posticuslähmung 265
 口峽炎 Angina
 プラウトヴァンサン氏— A. Plaut-
 Vincenti 214, 233
 腺窩性— A. lacunalis 239
 鈎鯉子 Grätenfänger 313
 後出血 144, 160, 246, 248
 光錐 Lichtkegel 23
 甲狀舌管 224
 鈎狀突起 100
 後皺襞(鼓膜) Hintere Falte 23
 喉頭 Kehlkopf oder Larynx 264
 —「オツエナ」 Kehlkopfozaena 147
 —鈎 Kehlkopfhaken 213
 —後筋麻痺 Posticuslähmung 264
 喉頭筋 265
 開大筋 265
 閉鎖筋 265
 汞毒性齒齦炎 235

口内炎
 アフタ性— 257
 壊疽性義膜性— Stomatitis ulcero-
 pseudomembranacea 237
 進行性壊疽性 S. ulcerosa progressiva
 237
 硬膜膿瘍 180
 —外膿瘍 Extraduralabszess 40, 67, 180
 口話法 Lautsprache 91
 コカイン 142
 呼吸困難 294
 穀粉栄養障碍症 Mehlährschaden 279, 281
 鼓索神経 24, 46
 鼓室 換氣 Ventilation der Paukenhöhle
 48
 —出血 Haematotympanum 24
 鼓室岬 24, 66
 蝴蝶竇 161, 162
 —性後鼻孔ポリプ Sphenochoa-
 nalpolyp 187, 288
 骨腫 Osteom 124, 204, 231
 骨贅生 Knochenexostose 5
 ゴットスタイン氏壓迫「タンボン」法 Gott-
 steinsche Drucktamponade 8, 149
 骨胞 Knochenblase 139, 141
 骨膜炎 179, 184
 鼓膜 Trommelfell 22
 —の常態 Normaler Zustand des
 Trommelfells 23
 —の病態 Pathologischer Zustand
 des Trommelfells 24
 —按摩法 152
 鼓膜炎 Myringitis 5
 急性— 24, 25

鼓膜炎, 急性水泡性 M. acuta bullosa 27
 原發性急性— 28
 續發性急性— 29
 鼓膜臍 Trommelfellnabel 23
 —切開 Paracentese 40
 —穿孔, 外傷性 Traumatische Perfora-
 tion des Trommelfells 30
 護膜腫 116, 130, 184, 199
 —性骨膜炎 179
 根治手術
 上額竇— 174
 キュスター, ドウゾール氏法
 Küster Desaultsche Methode 174
 テンケル氏法 Denkersche Me-
 thode 176
 フリードリッヒ氏法 Friedrichsche
 Methode 176
 ベンニングハウス氏法 Boening-
 haussche Methode 174
 ヤンゼン氏法 Jansensche Methode
 174
 リュック, コールドウエル氏法
 Luc-Caldwellsche Methode 175
 前額竇— 180
 キリアン氏法 Methode von Killian
 181
 クラント氏法 Methode von Kuhnt
 180
 リーデル氏法 Methode von Riedel
 181
 潤濁(鼓膜) Trübung 24
 残音 Hörreste 86

サントリニー氏截痕 Incisura Santorini 7
 し, じ
 ジーグル氏通氣漏斗 Pneumatischer Ohr-
 trichter von Siegle 24
 齒牙囊腫 Zahnzyste 196
 耳鏡, ルーツェ氏型 41
 篩骨蜂窩 162
 前— 162
 後— 162
 嘶啞 Heiserkeit 278, 283
 乳兒脚氣に來る— 278
 耳雑音 Entotische Geräusche 92
 耳茸 Ohrpolyp 5, 6, 28, 57
 圓形細胞性— rundzelliger Ohrpolyp
 60
 纖維腫性— fibromatöser Ohrpolyp
 60
 茸腫 Polyp (Polypus) 156
 齒周圍性上皮殘胎 Débris épithéliaux
 paradentaires 200
 耳性咽後膿瘍 72
 —外旋神經麻痺 Otogene Abducensläh-
 mung 78
 —顔面神經麻痺 Otogene Facialisläh-
 mung 67
 —消化不良症 Otogene Dyspepsie 38
 —反射性咳嗽 Otogener Reflexhusten 15
 耳聾 4, 44, 64, 75
 屍體位(聲帶) Kataverstellung 265
 鼻血 Epistaxis 150
 偶發性— Spontane Epistaxis 151
 代償性— Epistaxis vicaria 151
 習慣性— Habituelle Epistaxis 151

失嗅症 Anosmia

- 固有性— A. essentialis 157
- 呼吸性— A. respiratoria 157

指頭検査法 Digitale Untersuchung 212

耳内異物 Fremdkörper im Ohr 17

—咳嗽発作點 16

脂肪腫 Lipom 231

上咽頭 Epipharynx 210

—検査 211

前—検査 Epipharyngoscopia anterior 211

—直達鏡(久保型) 212

—直達検査法 Epipharyngoscopia directa 211

上咽頭炎, 慢性萎縮性又慢性乾性 Epipharyngitis chronica atrophica s. sicca 214

上顎, 齒牙嚢腫 Zahnzyste des Oberkiefers 196

上顎竇 161, 162

—正開口 165, 170

—性ポリープ Antrumpolyp 188

—穿刺 Kieferhöhlenpunktion 169

—穿刺に伴ふ不快現象 169

—洗滌法 172

—内水腫 Hydrops antri Highmori 199

—副開口 165, 170

初生兒— 168

—性鼻腔ポリープ Antranasalpolyp 188

—性鼻孔ポリープ Antrochoanalpolyp 188

—性上咽腔ポリープ Antroepi-

ryngealpolyp 188

上顎竇性中咽腔ポリープ Antromesopharyngealpolyp 188

—性下咽腔ポリープ Antrohypopharyngealpolyp 188

—性喉頭ポリープ Antrolaryngealpolyp 188

—性口腔ポリープ Antrooralpolyp 188

上顎竇炎 Sinuitis

乾酪性— S. maxillaris caseosa 172

急性— S. m. acuta 166, 198

初生兒— S. m. neonatorum 166

慢性— S. m. chronica 160, 172;

姑息的療法 173; 根治手術 174

上眼窩部神経痛 179

上鼓室化膿 Atticeiterung 43

消息子

—使用 Sondierung 164

目盛—(久保氏) 165

静脈竇血栓 180

充血 Hyperaemia ex vacuo 48

酒渣鼻又赤鼻 Acne rosacea oder rote Nase 98, 113, 117

腫脹體 Schwellkörper 139

臭鼻 Stinknase 161

臭鼻症 Ozaena 104

—粘液桿菌 Bacillus mucosus

ozaenae 147

—の三症候 Trias der Ozaena 146

咽頭— Rachenozäna 147

氣管— Trachealozäna 147

喉頭— Kehlkopfzäna 147

真正— Ozaena genuina 144

臭鼻症

微毒性又特種性 O. Syphilitica s. specifica 146

臭鼻臭 Ozaenageruch 146

終末蜂窠 Terminalzelle 66, 72

シュミット氏探膿針 165, 170

腫瘍 5, 148, 184

悪性— 159, 179, 195, 254

咽後— 254

シュラップネル氏膜又弛緩部 Membrana Schrapnelli 23

シュランゲ氏法 225

シュワルツェ氏手術 68

食道 Oesophagus 293

—異物 Fremdkörper des Oesophagus 309, 315

—炎 Oesophaguserkrankung 298

—ポリープ Oesophaguspolyp 308

瘢痕性—狭窄 Narbige Oesophagusstenose 301

—検査 322

—の運動

生理的運動 Physiologische Bewegung 321

呼吸性運動 Respiratorische Bewegung 321

搏動性運動 Pulsatorische Bewegung 321

食餌中毒症 265

耳瘻孔, 先天性— 1

示話法又態話法 Zeichensprache oder Gebärdensprache 91

自然的— 91

人工的— 91

深部縫合針

久保型— 219, 220

改良自働— 221

人乳中毒症 Muttermilchvergiftung 279, 281

す, す

錐體葉 224

スピロヘータ

粗大型—Größere Spirochaeten 236

不整— Sp. inaequalis 236

波狀— Sp. undulata 236

微細型— Feinere Spirochaeten 236

齒牙— Sp. dentium 236

小齒牙— Sp. denticola 237

細— Sp. tenuis 237

直— Sp. recta 237

せ, せ

正圓窩窩 24

聲音變化 248

青色鼓膜 24

生殖器部 Genitalsphäre 104, 151

精神療法 285

聲帯内「パラフィン」注射法 Intrachordale Paraffinjektion 271, 272, 277

正中位(發聲位)(聲帯) 265

整鼻術(久保式) 110

脊椎カリエス 262, 296

赤鼻 Rote Nase 98, 117

縮 Furunkel 2

耳—或は急性限局性外耳炎 Ohrfurunkel oder Otitis externa circumscripta acuta 4, 44, 64, 75

鼻— 131

舌隆子, チュルク氏型 210
 トホルド氏型 210
 フレンケル氏型 210
 石灰沈著 Kalkablagerung 24
 舌下腫物 Produktion sottolinguale 228
 舌根甲状腺腫 289
 舌根囊腫 289
 舌根扁桃腺 Zungentonsille 214
 舌乳嘴腫 Papilloma linguae 230
 セモン氏法則 275
 セモン, ローゼンバッハ氏法則 Semon-Rosenbachsche Gesetz 265, 276
 纖維腫 Fibroma 231
 單純性浮腫性——Fibroma oedematodes simplex 156
 鼻咽腔——105, 158, 192, 214, 254, 289
 浮腫性腺様——Adenofibroma oedematodes 156
 前額竇 161, 162
 ——ピオツェーレ Pyocelle der Stirnhöhle 182
 擴張性——炎 Sinuitis frontalis chronica cum dilatatione 185
 急性——炎 S. f. acuta 184
 慢性——炎 S. f. chronica 176, 184
 穿孔(鼓膜) Perforation 25, 26
 外傷性——25, 30, 33
 中心性——26
 邊緣性——26
 穿刺法(上顎竇) 165, 169
 腺腫 Adenom 231
 前皺襞(鼓膜) vordere Falte 23
 全身感染 248
 洗滌療法 Ausspülung 148, 164, 179

栓塞療法 149 (臭鼻症)
 先天性耳瘻孔 Fistula auris congenita 1
 ——正中頸囊腫 Angeborene mediane Halszyste 225
 ——正中頸瘻孔 Angeborene mediane Halsfistel 223
 腺囊腫 199
 腺様増殖症 Adenoide Vegetationen 又咽頭扁桃腺肥大 Hypertrophia tonsillae pharyngeae 98, 105, 195, 214, 249
 腺様粘液腫 Adenomyxoma 156。

そ, ぞ

象皮病 Elephantiasis 113
 側環状披裂筋又側筋 M. cricoarytaenoideus lateralis s. M. lateralis 268
 側索 Seitenstrang 213
 瘻肉 156
 側方頸瘻孔 Seitliche Halsfistel 223

た, だ

第六脳神経(外旋神経) 80
 態話法(示話法) Gebärdensprache oder Zeichensprache 91
 他覺的耳鳴 Objektiv hörbare entotische Geräusche 92
 丹毒 131

ち, ぢ

中咽頭 Mesopharynx 210
 ——検査 210
 中甲介 100, 124, 158
 中耳炎 Otitis media 128, 160

中耳炎, 加答兒性——37
 化膿性穿孔性——37
 化膿性非穿孔性——37
 急性——O. m. acuta 5, 6, 24, 25, 33, 35, 37, 144
 急性化膿性——28, 44, 59
 原發性——36
 續發性——36
 慢性——33, 37
 瘻孔症状を有する——O. m. chronica Fistelsymptom 81
 慢性化膿性——O. m. chr. purulenta 24, 41
 慢性真珠腫性——O. m. chr. cholesteatomatosa 43
 中耳加答兒 Chronischer Mittelohrkatarrh 24, 25, 47
 中耳硬化症 50
 中耳疾患と味覺 46
 中鼻道 10
 弛緩部又ジュラップチル氏膜(鼓膜) Pars flaccida oder Membrana Schrapnelli 23
 デフテリー 235, 257, 265
 鼻腔——, 136
 聽管 Hörschlauch 56
 聽器 Gehörorgan 1
 聽隙 Hörücke 86
 直管 318
 直達
 ——胃鏡検査法 Gastroscopia directa 318
 ——氣管鏡検査法 Tracheoscopia directa 318
 ——氣管枝鏡検査法 Bronchoscopia

directa 318
 直達検査用椅子(久保型) 319
 ——喉頭鏡検査法 Laryngoscopia-directa s. Autoscopia nach Kirstein 318
 ——食道鏡検査法 Oesophagoscopia directa 318
 ——肺鏡検査法 Pneumoscopia directa 318
 直達鏡検査法 Direkte Untersuchung 306
 ——應用及概要 315
 下——318
 上——318
 小兒に於ける——280

つ, づ

槌骨 短突起 Kurzer Fortsatz 23
 ——把柄 23
 頭蓋底纖維腫 Schädelbasisfibrom 193
 頭蓋内合併症 67
 鼻性——Rhinogene intrakranielle Komplikationen 180
 頭蓋内出血 180

て, て

聆聽 Zerumen 12, 44
 徹照法 Diaphanoskopie
 上顎竇——164
 前額竇——178
 電氣燒灼法 142 (肥厚性鼻炎), 153 (鼻血)
 電氣分解法 142 (肥厚性鼻炎), 195 (鼻咽腔纖維腫)
 デンケル氏上顎竇手術法 Denkersche Methode 176, 196
 經喉風 240

砧骨脚部 24

ミ、シ

導管「ブジー」Leitungsbougie 323

動脈瘤 Aortenaneurysma 315

トルンワルド氏病 Tornwaldtsche Krankheit 214

な

内引(鼓膜) Einziehung 25, 48

内甲狀披裂筋 M. thyreoarytaenoideus internus 又ハ内筋 M. internus 268

内耳炎 50

軟口蓋鉤(久保型) Gaumenhaken 101

軟口蓋麻痺 248

軟骨腫 Chondrom 231

難聴 218

に

乳兒脚氣 Säuglingsberiberi oder Kakke infantis 278, 281

—に來る嘔吐 278

乳嘴腫 Papillom 5, 59

舌—, Papilloma linguae 230

疼痛性—, Das schmerzhaftes Papillom 232

扁平—, 232

乳嘴瘻 66

乳嘴突起

—部神経痛 65

—部淋巴腺化膿 65

—蓄膿症 66

乳嘴突起炎 Mastoiditis 5, 6, 40, 262

急性— M. acuta 62

グリーゼンゲル氏症候を呈したる急性
— M. a. mit Griesingerschem Zeichen 74

ベツオールド氏—, Bezoldsche Mastoiditis 65, 67, 69, 76

乳嘴蜂窠 66

乳頭又ハ乳嘴 Papille 232

蕈狀—, Papilla fungiformis 232

葉狀—, Papilla foliata 232

肉腫 Sarcom 6, 59, 73, 130, 244

ね

粘液囊 158

の

膿炎 180

囊腫 Zyste 231

—の發生 290

骨膜性— Kyste périostique 199

空隙— Lückenzyste 156

腺— Drüsenzyste 156, 199

濾胞性— Kyste folliculaire 199

膿汁 Eiter (鼻腔内) 160

膿軟化症 67

膿瘍 Hirnabszess 40, 67, 180

膿膜炎 Meningitis 40, 67, 128, 180

膿瘍 128

硬膜外— Extraduralabszess 40

下垂— Senkungsabszess 261

原發性— Primärer Abszess 261

續發性— Sekundärer Abszess 262

は、は、は

敗血症 128

微毒 51, 168, 236

—腫 159, 195

—性潰瘍 148, 195

バクレン氏燒灼器 233

白血病性浸潤 254

パスサヴァント氏隆起 Passavantscher Wulst 214

發聲時空氣濫費 Luftverschwendung bei der Phonation 270, 276

馬鐙骨筋 24

ハナスチ(鼻梁) 96

ハナタケ 156

「パラフィン」Paraffin 107

硬— 118

軟— 118

—注射法 Paraffinjektion 106, 149

聲帯内—注射法 Intrachordale Paraffinjektion 271, 272

—栓塞 108

—瘤 Paraffindepot 108, 117

正規合劑 Normalmischung 118

「パラフィノーム」(パラフィン腫) Paraffinom 98, 108, 115, 118

ハルレ氏法 209

反射性咳嗽 Reflexhusten 15

耳性— Otogener Reflexhusten 15

ひ、ひ、ひ

鼻 Nase

希臘形— Griechische Nase 96

羅馬形— Römische Nase 96

猶太形— Judennase 96

長— 96

中— 97

鼻, 短— 97

低— 97

曲—又ハ偏— 97

砂時計— Sanduhrförmige Nase 又ハ

瓢形— 97

觀劇鏡様— Lorgnettennase 105

猛犬様— Bulldoggennase 106

赤— 98

覆— 98

鼻

—鞍 96

—形率 96

—根 96

—唇溝 96

—額門 165

—翼 96

—梁(鼻スチ) 96

鼻咽頭, 又ハ鼻咽腔 Nasenrachen 210

—缺(テンケル氏) 254

定型的—鼻茸 Typischer Nasenrachenpolyp 193

鼻咽腔纖維腫 Nasenrachenfibrom 105, 158, 192, 214, 254, 289

鼻炎 Rhinitis

惡臭性削瘦性—又眞性臭鼻症 Rh. chronica atrophicans foetida s. Ozaena genuina 144

乾性前— Rh. sicca anterior 151

血管運動神經— Rh. chronica vasomotoria 139, 141

急性—又鼻感冒 Rh. catarrhalis acuta s. Schnupfen 135

削瘦性— Rh. chronica atrophica 104

手術的削瘦性— Rh. a. operativa 144

鼻炎
 纖維素性又は義膜性—— Rh. fibrinosa
 s. membranacea 134
 肥厚性—— Rh. chronica hypertro-
 phica 104, 137, 194
 ビオツエーレ Pyocelle 182, 185
 鼻感冒又急性鼻炎 135
 鼻鏡
 ハイマン Heymann 型 143
 ベックマン Beckmann 型 143
 鼻鏡
 キリアン型 100
 ハルトマン型 100
 フレンケル型 100
 鼻鏡検査 Rhinoscopie 100 検査法の條参照
 鼻腔 Nasenhöhle 96
 ——検査法 Rhinoscopie 99
 検査法の條参照
 ——ザフテリ— 136
 ——内逆生齶牙 Inversierter Zahn in
 die Nasenhöhle 201
 鼻結石 Nasenstein (Rhinolith) 204
 鼻孔閉鎖症
 前——Atresia nasalis anterior 98
 後——A. n. posterior 105
 鼻茸 Nasenpolyp s. Polypi nasi 104, 116,
 124, 141, 154, 194
 出血性——Blutender Nasenpolyp 158
 副鼻腔性後鼻孔——194
 鼻息計 Nasenspiegel 99
 鼻聲, 閉放性——Rhinolalia aperta
 99, 217
 閉——Rhinolalia clausa 99, 252
 鼻性注意不能症 Aproxia nasalis 253

鼻性頭蓋内合併症 180
 ヒステリー性嘶嘎症 285
 ——失聲症 Aponia hysterica 282, 285
 ——無語症 285
 鼻筋 131
 鼻洗滌 Nasenspülung 141
 肥大 Hypertrophie 232
 桑實狀——Maulbeerartige 139
 覆盆子狀——himbeerartige 139
 分葉狀——lappige 139
 平滑性——139
 不平滑性——139
 鼻中隔
 ——外傷 131
 ——棘 Spina septi nasi 104, 122,
 141
 ——計(久保氏) 127
 ——血腫 128
 ——結節 Tuberculum septi 100
 ——後肥大 Hypertrophia septi nasi
 posterior 105, 140, 158
 ——櫛 Crista septi nasi 104, 122, 141,
 158
 兩側性——櫛 122
 ——穿孔 Perforatio septi nasi 104,
 128
 ——前肥大 Hypertrophia septi nasi
 anterior 104, 124, 140, 141, 158
 ——軟骨用鉗子
 キリアン氏型 127
 プリュエーニングス氏型 127
 ——粘膜下窓形切除術 Submuköse
 Fensterresektion des Septums 125
 ——膿瘍 128, 131, 141, 158

鼻中隔, 特發性——膿瘍 Idiopathischer
 Septumabszess 129
 ——ホリープ 130
 ——彎曲症 Deviatio septi nasi 104,
 120, 131, 158
 C形彎曲 122
 右側性——C-förmige
 Deviatio nach rechts 122
 左側性——C-förmige
 Deviatio nach links 122
 S形彎曲 122
 鼻内手術(慢性涙囊炎) 208
 鼻瘤 Rhinophyma 98, 110, 113, 117
 鼻涙管 206
 披裂間筋 M. interarytaenoideus 268
 横筋を見よ
 鼻漏 Rhinorrhoe 160
 ふ, ぶ, ぶ
 プーロー氏液 Solutio Bulowi 8
 複鼻 Doppelnase 98, 104
 副鼻腔 Nasennebenhöhlen 96
 ——齶膿 148
 ——「ホリープ」158
 腐骨 Sequester 148, 203
 「ブロー」, 英式 307
 佛式 307
 腐蝕性食道炎 298
 腐蝕法 153
 ヘリング氏法 153
 腐蝕性物質 299
 (硫酸, 石炭酸, 鹽酸, 醋酸, 青酸カ
 リ, 重クロム酸カリ, 苛性ナトロン,
 苛性カリ, 昇汞, フォルマリン)

プラウト, ヴァンサン氏口峽炎又潰瘍性義
 膜炎扁桃腺炎 Angina Plaut-Vincenti oder
 Tonsillitis ulcero-membranacea 214,
 233
 フリードリッヒ氏法 Friedrichsche Metho-
 de 176
 フレンケル, バイエル氏法 163
 分泌物 158
 へ, べ, へ
 ベロック氏栓塞 Bellocqsche Tamponade
 153
 ベロツテ(栓子又壓定子) 218, 246
 扁桃腺
 ——窩 Fossa tonsillaris 213
 ——小窩 Fossulae 242
 咽頭——Rachentonsille 213
 口蓋——Gaumentonsille 213
 振子様——Tonsilla pendula 242
 舌根——Zungentonsille 214
 ルシュカ氏——Luschkasche Tonsille
 213
 ワルダイエル氏——輪 Waldeyersche
 Tonsillarring 214
 扁桃腺炎 Tonsillitis
 潰瘍性義膜性——T. ulceromembra-
 nacea 237
 急性——T. acuta 236, 239, 244, 257,
 腺窩性——Angina lacunaris 214, 239
 慢性——T. chronica 257
 扁桃腺周囲炎 Peritonsillitis 214
 急性——P. acuta 240
 扁桃腺周囲膿瘍 Peritonsillarabszess 214,
 238, 262

扁桃腺切除 Tonsillotomie 245
 扁桃腺全剥出 Tonsillektomie 246
 余の用ふる刀 248
 扁桃腺刀
 マチウ Mathieu 氏型 245
 マッケンヂー Mackenzie 氏型 245
 扁桃腺肥大
 咽頭—— Hypertrophia tonsillae pharyngeae 249
 口蓋—— Hypertrophia tonsillae palatinae s. Tonsillitis chronica hypertrophica 242
 ヘンチベルト氏症状 85
 ほ, ほ, ほ
 紡錘状桿菌 Bacillus fusiformis 237
 膨隆(鼓膜) Vorwölbung 25
 珙瑯質腫 Adamantinom 200
 保存的療法
 耳内異物—— 20
 上顎竇炎—— 172
 前額竇炎—— 181
 哺乳兒脚氣 Kakke der Säuglinge 278
 母乳中毒症 Muttermilchvergiftung 279
 ホリアック氏法 208, 209
 ポリツツェル氏法 Politzer's Verfahren 53
 ポリツツェルン Politzern 53
 「ボリープ」
 蝴蝶竇性後鼻孔—— Sphenchoanalpolyp 187, 288
 孤立性後鼻孔—— 187
 上咽腔壁有莖—— 289
 上顎竇性—— 188, 288

「ボリープ」, 上顎竇性鼻腔 Antronasalpolyp 188
 上顎竇性後鼻孔—— Antrochoanalpolyp 188
 上顎竇性上咽腔—— Antroepipharyngealpolyp 188
 上顎竇性中咽腔—— Antromesopharyngealpolyp 188
 上顎竇性下咽腔—— Antrohypopharyngealpolyp 188
 上顎竇性喉頭—— Antrolaryngealpolyp 188
 上顎竇性口腔—— Antrooralpolyp 188
 食道—— 289, 308
 聲帯—— 273
 み
 味覺と中耳疾患 46
 む
 ムコツェーレ Mucocoele 179, 185
 め
 迷走性舌甲状腺腫 Verirrte Zungenkropf 231
 迷路性昏瞶 33
 も
 盲孔 Foramen coecum 231
 や
 ヤンセン氏法 Jansen'sche Methode 174

よ
 謔人結節 Sängersknötchen 275
 り
 リガ氏病 Riga'sche Krankheit 225
 リユツク コールドウエル氏法 Luc-Caldwell'sche Methode 175
 流涙 206
 輪狀刀
 ゴットスタイン Gottstein 氏型 254
 ハルトマン Hartmann 氏型 254
 ベックマン Beckmann 氏型 254
 淋巴管, 咽後 261
 淋巴管腫 Lymphangiom 231
 淋巴腺
 咽後—— 261
 ——の化膿 Vereiterung der Lymphdrüsen 261
 る
 涙液 206
 涙管
 鼻—— 206
 小—— 206
 涙點 206
 涙囊 206
 ——炎 205
 急性—— 168
 ——鼻内開口術 Dacryocystorhinostomie 208
 ——鼻内手術 Dacryocystostomia intranasalis 205
 ウエスト氏法 208, 209; 久保氏法

208, 209; ハルレ氏法 208, 209; ホリアック氏法 208, 209
 ルーツェ氏壓迫消息子法 52
 流注膿瘍 Senkungsabszess 296
 れ
 レプトトリックス, ブッカーリス Leptothrix buccalis 257
 連續音叉 89
 レントゲン光線検査法(食道狭窄) 305
 ろ
 聾
 全—— 86
 部分—— 86
 にして啞 taub und stumm 86
 聾啞 Taubstummheit 85
 先天性—— 87
 後天性—— 87
 ——教育 Taubstummenbildung 85
 獨逸法 Deutsche Methode 91,
 佛蘭西法 Französische Methode 91
 狼咽 Wolfsrachen 215
 漏液線 Transsudatlinie 49
 瘻孔症状 Sog. Fistelsymptome 67, 83
 ——を有する慢性中耳炎 81
 狼瘡 Lupus 117
 わ
 ワイルドの切開 68
 「ワクチン」療法(臭鼻症) 149
 ワルザルワ氏法 Valsalvascher Versuch 53
 ワルダイエル氏扁桃腺輪 Waldeyersche Tonsillarring 214

Namenregister.

nach Alphabet geordnet.

人名索引

(アルファベット順)

A

Abel (アーベル) 147
 Albert (アルベルト) 232
 Amman (アムマン) 90, 91

B

Bezold (ベツォルド) 72, 87, 88, 89
 Boenninghaus (ベンニングハウス) 125
 Bonet, Juan Pablo (ボネー) 90
 Braidwood, Thomas (ブライドウッド) 90
 Brünings (ブリュニングス) 271, 272, 277,
 318

C

Charcot (シャルコー) 285
 Cheatle (チートル) 251

D

Dollinger (ドルリング) 220

E

von Eicken (アイケン) 41, 61, 213
 Epée (エペー) 90
 Ewald (エワルド) 84

F

Fede (フェーテ) 228

Felix (フェリックス) 16
 Fliess (フリース) 104, 151
 Fränkel, B. (フレンケル) 123, 257
 Frankenberger (フランケンベルゲル) 251

G

Gerber (ゲルベル) 105, 136, 236
 Goldmann (ゴールドマン) 164
 Gottstein (ゴットスタイン) 8, 149
 Gradenigo (グラデニゴ) 79, 80, 81
 Graefe (グレーフェ) 218
 Griesinger (グリーゼンゲル) 74, 77
 Grünwald (グリュンワルド) 188
 Grunert (グルーネルト) 94
 Guder (ギューダー) 16
 Gugot (ギューヨー) 53
 Gyergyai (ギエルギヤイ) 212

H

Hajek (ハエック) 123, 180, 188, 190
 Hartmann (ハルトマン) 125
 Hebra (ヘブラ) 113
 Heinicke, Samuel (ハイニッケ) 90, 91
 Hennebert (ヘンチベルト) 85
 Hirota (弘田博士) 278, 280
 His (ヒス) 224

I

Ito, Sukehiko (伊東祐彦) 279

J

Jasser (ヤッセル) 67
 Jurasz (ユーラッシ) 122, 125

K

Kafemann (カーフェマン) 251
 Katakura, Genshu (片倉玄周) 159, 240
 Kiesselbach (キーセルバッハ) 151
 Killian, G. (キリアン) 125, 164, 180, 187,
 188, 285, 290, 314
 Körner (ケルネル) 40
 Krause (クラウゼ) 124, 173
 Krieg (クリーグ) 125
 Kubo, Ino. (久保猪之吉)

L

Langenbeck (ランゲンベック) 218
 Leutert (ロイテルト) 43
 Linsmayer (リンスマイエル) 95
 Löwenberg (レーウエンベルグ) 147
 Lucae (ルーツェ) 84

M

Mackenzie (マッケンゼー) 122
 Magitot (マジト) 199
 Malassez (マラッセー) 200
 Mayerson (マイエルソーン) 94
 Meyer, Wilhelm. (マイエル) 88, 250
 von Miculicz (ミクリッツ) 173
 Miyake, S. (三宅宗淳) 278, 280

Most (モスト) 261
 Münch (ミュンヒ) 94
 Mygind (ミュギンド) 86

P

Partsch (パルチュ) 200
 Pérez (ペレス) 147
 Petit (プチ) 67
 Plaut (プラウト) 237
 Politzer (ポリッツェル) 39, 53, 57
 Polyak (ポリャック) 208
 Pedro de Ponce (ボンセ) 89
 Preysing (プライジング) 38

R

Riga (リガ) 228
 Robertson (ロバートソン) 159
 Rosenbach (ローゼンバッハ) 265, 276
 Roux (ルー) 125

S

Schigyo, S. (執行作欄) 225
 Schlange (シュラング) 225
 Schloss (シュロス) 136
 Schmiegelow (シュミーゲロー) 251
 Schrammen (シュランメン) 136
 Schrötter (シュレッター) 266
 Schwartze (シュワルツェ) 67, 94
 Seligmann (セリグマン) 136
 Semon, Sir Felix (セモン) 253, 265, 276
 Siebenmann (ジーベンマン) 10, 147, 258
 Simanowski (シマノフスキー) 122
 Stangenberg (スタングエンベルヒ) 251
 Stier (スチール) 122

T

Tagami (田上) 309
 Tornwaldt (トルンワルド) 214
 Toti (トチ) 208

U

Uchermann (ウヘルマン) 88
 Urbantschitsch (ウルバンチツチュ) 2, 88

V

Valsalva (バルザルワ) 53
 Vincent (ヴァンサン) 237
 Voltolini (フォルトリニ) 123

W

Wertheim (ヴェルトハイム) 162

West (ウエスト) 208
 Wilbert (ウキルベルト) 251
 Wild (ワイルド) 46
 Winckler (ウキングレル) 251

Y

Yamada (山田鐵藏) 285
 Yankauer (ヤンカウエル) 212

Z

Zaalberg (ツァールベルヒ) 251
 Zarniko (ツァルニコ) 190
 Ziemssen (チームゼン) 270, 276
 Zuckerkandl (ツッケルカンドル) 123, 152,
 165, 190

昭和四年十一月十日印刷
 昭和四年十一月十五日發行

臨牀的耳鼻咽喉科學

不許複製

正 價 金 六 圓

著 者 久 保 猪 之 吉
 發 行 者 高 橋 直 梢
 福岡市博多上吳服町十八番地
 印 刷 者 綾 部 喜 久 二
 東京市神田區雉子町三十四番地
 印 刷 所 宮 本 印 刷 所
 東京市神田區雉子町三十四番地

福岡市博多上吳服町十八番地

發 行 所 國 際 書 院

電話四三八二番・振替福岡二三五二五番

58-170



1200501269315

58
0

終