

60-1354

0



1200501272914

- 364

外科
 肺肋膜疾患
 佐藤清一郎著
 床醫學講座
 第七十一輯
 外科
 肺肋膜疾患
 観大



始



臨床醫學講義

60

1364

外科醫より觀た肺肋膜疾患

醫學博士 佐藤清一郎

-71-

★★

東京 金原商店 大阪 京都



醫學博士 佐藤清一郎講述

外科醫より見た肺肋膜疾患

(不許複製)

〔臨牀醫學講座 第七十一輯〕

株式會社 金原商店發行



佐藤清一郎博士略歴

先生は明治十六年東京に生る、明治三十八年一高卒業、明治四十二年福岡醫科大學卒業、翌年三宅外科へ入局、大正元年獨逸國に留學、伯林及ゲッチンゲン大學に於て病理及生物學を研究、同三年十月歸朝、同五年醫學博士の學位を受く、是より前順天堂病院に於て外科主任として診療に従事し、傍東京醫學專門學校教授として今尙其任にあり、昭和十一年夏汎太平洋外科學會に本邦代表として出席講演せられたり。

先生は順天堂病院の一族にして故男爵佐藤進先生の令孫に當り、肺臓外科の泰斗たるは普く知る處なり。

本篇は今春同病院講習會にて講演せられたるものを特に先生の校閲を得て茲に載録したるものなり。

臨牀醫學講座 第七十一輯 目次

膿	胸	.....	(一)
療	法	.....	(六)
一、穿刺排膿法	二、ピュロー氏吸引法	.....
三、肋間切開法	四、肋骨切除開胸術	.....
肺	結核	.....	(九)
橫隔膜神經捻除術	.....	(一三)	
人工氣胸術	.....	(一三)	
肺	壞疽	.....	(一四)
療	法	.....	(一〇)
氣管支内注入療法	.....	(一一)	
外科的療法	.....	(一四)	
肺	切開術	.....	(一六)
肺	空洞開放手術	.....	(一三)

外科醫より觀た肺肋膜疾患

(昭和十二年四月十九日
於順天堂病院講習會講演)

醫學博士 佐藤清一郎



肋膜腔内に膿汁が滯溜するのであるが、之れに就て臨牀上最も必要なのは診斷であります。

流行性感冒又は肺炎の經過中に季肋部下端が非常に痛む事がある、此時は既に肋膜腔に滲出液があつてそれが化膿する時であるから注意を怠らない事であ

る。そして常に胸部に現はれる濁音に氣をつけ、殊に背部下端の打診を注意して行ふ、長く就床し衰弱し高熱ある患者に於て遠慮して背部の検査を怠る事があると膿胸を誤診する事が屢々ある。若し高熱特に弛張熱があつて打診上濁音を發見したならば、遠慮なく試験的穿刺を行ふべきである、そして膿汁を得れば最も確實なる診断法であるから最早「レントゲン」検査法等の必要が無くなるわけである。穿刺によつて肺を刺す事は割合に少く、よし肺を穿刺しても害の現はれる事は全く無い故安心して穿刺を行つてよいのである。「レントゲン」検査を穿刺法をやる前に行ふ事がある、之れは肋膜腔内に滲出液があるか無いかを検査するのであるから、患者を立位にして検査すべきで若し横臥のまゝであれば撮影寫眞は患側全部が陰翳で被はれるから少しも病變がわからないのである。立位のまゝ、寫眞をとれば滲出液の水平線が現はれるから診断は明瞭となる。

るわけである、然し長期の疾患にて肋膜肥厚が甚だしければ之等も不明となる。葉間肋膜炎が化膿した時はそれは多少異つて胸痛も腋窩に訴へる事があり、打診上濁音も此部に現はれる事があるから、從て穿刺をして探膿を爲すにも此部分で行ひ、他の部分では試験穿刺をやつても膿を得ないものであるから診断もむづかしいのである。レ線検査に於ても前記のものと同じ葉間に相當する部分に帶狀の濃い陰翳を見る事が多いのである。

尙胸腔滲出液瀦溜の際、大人に於ては患側胸廓の不動状態を認め得る事が出来るけれども、小兒にあつては屢々肋間腔は離開し皮膚に浮腫を認める事が出来る。

試験穿刺によつて得た膿汁の検査を行つても細菌を證明せぬ事もある。若し細菌を認めた時は其種類によつて膿胸の原因成因を推定し得るものである。例

へば肺炎菌を證せば肺炎が原因であり、大腸菌を見れば腹部疾患（蟲様突起炎、腹膜炎等）より來れるものなるべく、葡萄狀球菌を證明したならば疔腫、扁桃腺等より來れるもの、連鎖狀球菌であるときは傳染せる創傷、丹毒、産褥熱等より來たものと推する事が出来るのである。其他膿汁が悪臭を放ち着色して腐敗性なるものであれば氣管支擴張症、腐敗性氣管支炎又は肺壞疽等が胸腔へ破壊して起つたものが多い。臺灣の時弘氏の報告によると一一〇例中、肺炎雙球菌に原因するもの絶對に多く七六・四%の多數に之れを證明したと云ふ事である。外國の文献を調べて見るとレドウキツ氏は五三三例の「グリツベ」より起れる膿胸に就て證明せる細菌は、連鎖狀球菌によるもの最も多く七一・一九%を算し、次ぎは肺炎菌の一二・二九%であると云ふ。

九大後藤外科の八四例中肺炎菌は二二例で他は之れより少數であつたと云

ふ。熊本醫大小兒科の調査では肺炎菌によるもの七三%の多き統計を得たと云ふ。

統計的觀察としては左の様な數が擧げられる、仍ち我順天堂病院外科へ手術を目的として入院した膿胸の患者一四四例に就て見ると

一四四例中	男	一〇六例	左	三十五	(不明九)
			右	六十二	
	女	三八例	左	十九	(不明二)
			右	十七	

前記時弘氏の一〇例によると男七一例、女三九例にて大約七對四の比を示して居る而して右五九%左四〇・九%即ち三對二の比である。其他の文献によるも何れも男に多く、右側が多數を占めて居る。臺北醫院の統計として本年の外科學會に報告されたものを見ると、急性膿胸八五一例、慢性膿胸三八例にして

年齢は十五歳以上一六五、十五歳未満七二四例なりと。

療 法

一、穿刺排膿法

打診上濁音を呈せる部、なるべく後腋窩線にて第七或は第八肋間に局所麻痺を施しおき探膿針を以て膿汁の存在を確かめた上、套管針を深く刺して排膿を爲すのである。此際外氣が侵入して氣胸を起す不利益があるから吸引器を接続し陰壓にて膿を排除するのがよい。尙套管針に側管が設けてあつて、それより洗滌液を注入し得るやうになつてゐるものがよい。排膿の場合、單に排膿するだけか或は藥液を以て洗滌する時もある。洗滌液として種々なものがある「リバノール」、「トリバフラビン」、「レミヂン」、「ヒニン」、「オイヒニン」、「ゲン

チアナピオレット」デーキン氏液其他多數に挙げられてゐる。

然し之等の藥液は效果不確實にて、むしろ生理的食鹽水を以て洗滌する方却て經過良好である場合が多い、此事は本年春の外科學會總會に於ても大體一致した所論であつたのであるから何も高價な藥品を用ひずともよいわけである。

二、ビュロー氏吸引法

三、肋間切開法

之等の方法の詳細は略して

四、肋骨切除開胸術

穿刺排膿、胸腔洗滌を度々行つても依然として膿が潑溜して下熱もせぬ事がある、其様な時は患者の餘り衰弱せぬ内に、尙又陳舊性患にならぬ内に肋骨切除を行つて充分に排膿の目的を達せねばならない。殊に膿が腐敗性で惡臭を帶

び恰も「チョコレート」色のやうになつてゐる時などは速かに肋骨切除をやらぬと思はぬ悪影響を起す事がある、例へば穿刺部に腐敗性「フレグモーネ」を起して急激に炎症が擴大して危険状態となるからである。

肋骨を切除し肋膜を切開して排膿した場合、氣胸を防ぐ爲めに閉鎖性開胸術としてペルテス氏吸引装置を設けるか或は排膿管を創孔との間に「ゴム」布を以て氣密にするとか種々な方法がある、然し之等の法を用ひずして開放性に取り扱ふ事が必ずしも悪い事はない。此場合は肋骨切除して更らに肋膜を切開する時、なるべく小切開を行つて急激な氣胸を起さぬやうになし、排膿を極めて除々に行ふのである。かくして軽い氣胸が起つても大なる障碍はなく治癒するものである。排膿を手術の際一舉に行ふ事は縦隔膜や心臓に悪影響を及ぼして危険症状を起す事があるから排膿は手術後も徐々に排除するやうに務める。膿が

腐敗性で悪臭を放つ時は主として嫌氣性細菌が繁殖して居るのであるから、創面は手術後翌日翌々と腐敗性炎症を起すのであるから筋膜や筋肉は壞疽の状態となる。かゝる時は「リバノール」或は「マーキユクローム」等の消毒液は效無くして炎症益々活發となるので、此際は嫌氣性細菌に特に效力ある「クロラミン」T又は「デーキン」氏液等を使用するに限る、此液を塗布するか、之を以て洗滌するか又は「ガーゼ」に浸して「タンポン」として使用するのである。

肺 結 核

肺結核が進行して來た場合或は咯血を繰り返すとか醫師も患者も病勢を苦にする時、肺の虚脱法を企てるのが今日一般の常識とされてゐる、而して之れには種々の方法があるけれども左に擧げるものが代表的のものである。

- 一、人工氣胸術
- 二、横隔膜神經擦除術
- 三、斜角筋切斷術
- 四、肋膜外充填術
- 五、胸廓成形術

此外油胸、肋膜剝離、肺動脈結紮法等がある。前記の方法の詳細を茲に述べる事は省略して、之等の諸方法の主旨に就て一言お話ししたのである。

伊太利のフォラニニー氏の功に歸してゐる人工氣胸術は最初から人工的閉鎖氣胸によつて肺の結核病變の絶對安靜によつて病竈を治癒せしめ得るものとされてゐるのであるが、其後の研究は大觀して一、肺の萎縮 二、肺呼吸運動の輕減或は消失 三、肺の緊張弛緩 四、肺の氣體による壓迫等の結果から來る

好影響と云はれて居る、即ち萎縮肺の爲めに淋巴停滯して毒素吸收の減退或は又血行内移行の妨止が行はれるとされてゐる。尙此爲め起される血行障礙は其機能的負擔の輕減を醸して結核の治癒的現象を促すものと主張する學者もあり又肺の鬱血状態が效果的に働くと云ふ人或は又氣體注入による刺戟療法に過ぎないと主張する人もある。他方壓迫によつて肺空洞の縮少其他肺萎縮より來る赤血球の増加が「オプソニン」指數の増加、或は免疫性物質の産出が好影響を與へるものと唱へられてゐる。

かくの如く虚脱療法の理論は諸説があつて一定してゐないのであるが、何れも萎縮せる肺が安靜を保つとか屢々又呼吸停止とか運動廢絶とか考へて居る人が多いので此點は一致して居るらしいのであるが、然し尙之は研究の餘地がある。私の教室にては永年氣管支の運動に就て研究し特に造影劑を用ゐてレ線的

観察を行つた結果から観れば人工氣胸を施行しても肺は萎縮こそすれ氣管支は盛んに活動し、虚脱肺は決して安靜に置かれるものでない事が明瞭となつたのである、而して若し肺の運動が安靜となる位に氣胸を起さしめる時は其處に死があるのみであるのである。

若し肺の安靜を求むるならば、氣胸と同時に横隔膜神経を切除せねばならない。氣管支の運動は主として横隔膜運動に支配される事は教室に於ける造影法とレントゲンキモグラフィ（動態レントゲン観察法）による研究によつて頗る明瞭に理解する事が出来る。であるから横隔膜神経を切らねば肺の運動を安靜に導く事は出来ぬのである。

横隔膜神経擦除術

上述の如くであるから氣胸を施したと同時に此神経を切除する法がよい、そして氣胸はなるべく軽度にして肺の壓迫から起る苦悶や、或は又皮下氣腫などの起らぬ程度に軽く空氣を注入するのがよい。神経の切除術は其時の都合によつて氣胸をやる前でも、後にでも行ふのである。手術の方法は局部痲痺の下に行はれる、先づ患側の鎖骨上窩で胸鎖乳嘴筋の外縁を求め、鎖骨の上二横指の處に恰度神経が縦走して居るから斜切開或は横切開を施して深部に入り、斜角筋の上に細い神経を見出す事は極めて容易である。そして該神経を單に挫滅しておくとか又は切斷するとか或は相當の長さに、擦除するとかのやり方がある。此際斜角筋を同時に切斷するのが良いので、佐藤氏法である。

人工氣胸術

尙一言人工氣胸術に就て述べやう。

話は再び前に戻るが前記の如く氣胸の眞の意義は肺の安静を保たしめるのは無いのであつて、又安静を企て、も及ばないのであるから、むやみに大量の瓦斯を胸腔内に注入する事はよろしくない、多量の瓦斯を入れて充分に萎縮せしめると患者に苦痛を與へ、他側の肺に悪影響を及ぼす事は周知の事柄であるから少量の瓦斯を注入して肺を刺戟し血行状態に變化を與へる程度に爲しておくのがよいのである。されば兩側の肺結核に對しても各少量の瓦斯を注入する事が出来るのである、之れによつて人工氣胸術の適應範圍が擴大されるのである。

肺壞疽

本症は元來が内科的疾患に屬するものであるが、頗る難病で内科的治療によつては甚だ高い死亡率が數へられて居るのであるけれども醫學の進歩につれて漸次死亡率が減少されつゝあるのである。然し内科的治療法を悉く盡しても尙且見込みのないものは外科的手術を施す外はないのである。其治療法を述べるに先だつて原因的關係について少しく述べやう。

本症は嫌氣性の黴菌によつて起されるのであるが、此嫌氣性のものは研究が非常に困難で諸學者の檢索にも拘らず完全な結論は未だ擧げられて居ないのである。

多くの學者の意見を合して見ると「フヂフォルミス」と「スピロヘータ」との共棲作用に重きを置き、之れに他の種々なる絲狀菌が混合して來るのである「レプトトリックス」「プロテウス」「ヂフテロイド」を證明せる人もあり、東

北大學の參木氏は「クラドトリックス」を重視して居られる。或は又嫌氣性「ストレプトコックス」が主なるものであると云ふ人もある。ワシントンのマリエタ氏は(一九三四)「スピロヘータ」に重きをおかず気管内異物と「ストレプトコクセン」に重大な意義を附してゐる。

余等の経験では此「スピロヘータ」は喀痰中の大多數に發見されるが、全く見當らない陰性の時もある。教室の森の統計によると廿五例の本症患者の喀痰を検せるに陽性十六例、陰性九例にて六四%陽性と云ふ事になる。此試験は患者に硼酸水又は「オキシフル」の含嗽を行はしめた上の喀痰検査である。尙肺壞疽の手術を行ひ、其際肺空洞を開き其中より新鮮なる惡臭高き膿汁を攝取し、直ちに檢鏡するに「スピロヘータ」が純粹培養の如くに發見される時と、極めて少數の場合と、或は又全く證明し能はざる例もある。之れは病症の型態とか、

病症の時期とかに關係があるものかも知れないが、少數のものに於て此「スピロヘータ」が證明出来ないものがある。

嫌氣性細菌の繁殖は必ず空氣が遮斷された處に旺盛となる、今本症患者の屍體解剖に就て看るに必ず氣管支の閉塞が認められるのであるが、我等の診斷した本症患者約壹百五十例に就て其「ブロンコグラフィ」を行ひレ線検査を爲せるに悉く氣管支狹窄乃至閉塞を證明し得たのであつた、即ち本症には氣管支閉塞が附きものである。

凡そ氣管支閉塞は種々な原因によるものであるが、就中異物が氣管支内に介在して起る事が多いので其種類は血液が異物となり或は又膿汁が閉塞を促す事もあり石灰片、乾酪變性物が氣管内結石として存在する事もある、他方炎症による氣管支粘膜の腫脹が狹窄の原因となり又肺炎症による浸潤が原因となる事

も屢々である。是等の爲めに空氣の供給を絶たれ嫌氣性細菌の繁殖旺盛となる。

之に關する二例の興味ある患者に接した、一例は十二歳の男の子が「シャーペンシル」の先端にある金屬を氣管内に吸引し熱發したが、異物介在の部に打診上濁音を生じ、レ線検査にて肺膿瘍の陰翳を認め「プンクチオン」にて膿汁を發見したもので本例は即ち氣管支閉塞による肺膿瘍形成の好適例である。他の一例は肺結核患者が經過中肺壞疽を併發したものであるが、一日石灰片の氣管支型を爲せるものを喀出して、膿痰をも同時に排出し状態少しく好轉した例を實見したのである。此例も石灰片により閉塞を起し肺壞疽を發したものである。

前記の事實よりして余等は動物實驗により人工的肺壞疽を作らんとしたので

ある、仍ち犬の氣管支内に嫌氣性細菌を附着せしめたる異物を挿入し狹窄を起さしめるのである、菌は肺壞疽患者の手術により病竈より得た膿汁を用ひ、異物としては短時間に膨張する「ラミナリヤ」を選んだのである。かくすれば犬は三日目頃より咳を爲し一週間後に膿疽を形成し、十日過ぎてより喀血する事が多い。實驗例三を昨年東京醫事新誌に發表したが、其後四例共悉く成功して居る。要するに此動物實驗の如く嫌氣性細菌が氣管支閉塞の爲め俄然勢を得て肺壞疽を起し來る事はいなめない事實である。

吸引性異物の内でも外傷により口腔附邊が傷つき腐敗物を血液と共に吸引して本症となる事は周知の事であるが、私は二例に於て落馬して顔面殊に上顎複雑骨折を起し氣絶状態にて血液を吸引し本症を惹起したものを實見した、其他拔齒後本症に罹れるもの二例を見て居るし。尙又「カルモチン」自殺者が汚物

を吸引して本症となつた一例をも経験した。

米國に多いと云はれる口腔手術、殊に扁桃腺手術後に本症を起すと云ふのであるが、私は一例も見事はない。

前章に紹介したマリエタ氏の肺壞疽と氣管支内異物との關係は恰度余等の説と一致して居る。

療 法

内科的と外科的療法の二つがある。前者は從來行はれて來た「ミルトール」の内服、「テレピン」油の吸入とは誰れもが行ふ處のものであるが、其外種々なる注射療法がある、即ち最もよく行はれて居るのは「サルワルサン」療法で其外「リバノール」「トリバフラピン」等消炎劑の注射があり、外國には「アルコホ

ール」の靜脈内注射「ナトリウムベンツオイクム」の注射等を行ふて好結果を報告して居るが僅か二、三例の經驗に過ぎない。最近自家「ワクチン」療法の外中川博士の自家喀痰注射療法があつて興味あるものとされて居る。

氣管支内注入療法

沃度油（リプヨドール或はモルヨドール）の氣管支内注入療法は私が卒先高唱した療法であつて他の何れの内科的療法よりも優秀な成績を得られる事は再三報告済みのものである。

先づ注入法の撰擇を考慮しなければならないが、余等の行つて簡單で容易に誰れにでも行ひ得る然かも最も安全である方法と云ふのは聲門上注入法である。此法の詳細を述べる事は茲には省略するけれども、未だ一度も施行した事

のない方の爲め簡単に述べて見やう。

注入法——患者へ豫め注射を行ふ、即ち「バントポンスコポラミン」〇・三を術前一時半位に注射しおき又或は術前「バンスコ」の代りに「バビナルアトロピン」の如きものを四、五十分前に注射しておく。無論注射量は患者の状態に応じて増減する。患者をレントゲン室に運び半坐の位置に爲し、咽喉、喉頭部を五・〇%の「コカイン」液にて麻痺せしめる。患者自身にて舌を前方に引出さしめ、呼吸を安静にする。

術者は注入器の先端を舌に添ふて咽喉部へ挿入し、聲門の上部にて止め徐々に油を注入する。注入器及沃度油は豫め體温に暖めておくのである。注入器は三十グラム入の硝子圓筒の先端に弓状に彎曲せる太き金屬管が附屬せるものである。患者の體位は右肺に注入せんとせば右側に傾斜せしめ、左側の時は之れ

に反する位置とする。注入の際は上手に施行すれば、咳嗽が出たりして苦しむやうな事はないのであるが、初回よりは二回目、二回目よりは三回目と術者も患者も上手に慣れてくるものである。以上は平常好んで余等の行ふ方法であるが尙二三の注入方法がある。

前頸部の穿刺法——此法は必ず氣管内に注入出来る法であるけれども、觀血的であり、注入に時間を要し、皮下創面から沃度或は「コカイン」が吸収されて不愉快な症状を起す、殊に腐敗痰を有する患者にあつては「フレグモーン」を起す危険がある。

直達鏡、即ち氣管支鏡を用ひて注入する法は、一寸聞くと理想的に實行されるやうに思はれるが決してそうではなく操作に熟練を要し一般的に使用し難く、患者の苦痛は大で、麻痺薬を大量に要し、其上の缺點は單に一局部にのみ

注入され易く、然かも刺戟多き爲め咳嗽多く、沃度油逆流し、爲めに治療法としても造影法としても好結果を現はし難い。本法を再三再四行ふ事は患者が怖れを爲して再び來なくなるから目的を達しない。

其他の方法例へば「カテーテル」を深く気管内に挿入する法も刺戟多くて良い方法ではない。

是等の諸方法に比して前記聲門上注入は危険なくして操作も容易であるから之れを推賞する次第である。

外科的療法

本來の外科的療法は肺の病竈を切開し排膿する事を云ふのであるけれども、其外に種々なる小手術法がある。

人工氣胸術、横隔膜神經擦除術、肋膜外充填術等を肺壞疽にも行ふ事があるけれども割合に効果が無いばかりでなく膿瘍を壓迫などして却つて悪影響を見る事があるから、特別の場合の外好んで行ふべき方法ではない。

アメリカなどでは肺膿瘍に對して氣管支鏡を使用し氣管内部から穿刺して排膿し、治癒せしめたと云ふ報告もあり、實際行つて居る人があるやうであるが、肺壞疽に對しては此方法が旨く行くかどうかは甚だ疑問である。それは實際本症の空洞内の膿汁を観れば直ぐわかる通り、多くは濃い腐敗性の膿で、恰も「鹽から」のやうに見え、破壊せる組織片も加はり決して細い穿刺針で吸ひとれるやうなものではない。總ての膿瘍に於て一、二回穿刺して治癒する程のものは少いわけで、況んや肺壞疽の如きものには實行出來難いと思はれる。本邦に於ても之れを行つたと稱する人もあるが、吾人は之れは信じないのである。

肺切開術

肺壞疽に對しては、よく其病竈を定めて肺切開術を施し空洞を開放して之れに「ドレーナーヂ」を行ふ事が肝要である。それには病竈の局所診斷が必要となる。

内科的療法では其患部が肺の何れの部分にあつても夫れは深く問ふ所ではないが、外科手術となるとそう漠然たる事では失敗する、あらゆる手段を講じて其病竈の位置、即ち深部にあるか表面にあるか、背部に近いか、前胸部に近い場所にあるか、總て何れの部分に「メス」を加ふべきかを豫めしつかりと決定してかゝるのである、若し病竈の方向を誤つて手術するとせんか、何の得る所も無きは無論の事、手術後急に患者の状態は増悪して危険に陥る事となるが故

に、おろそかに「メス」を下す事は禁物で、必ず手術前局所診斷を正確に決定して置かねばならぬ。

診斷法としては論ずる迄もなく打診、聽診を極めて慎重に行ひ、其上更らに「レントゲン」検査を行ふ、必要の場合には氣管支造影法、「ステレオ」撮影、「トモグラフ」等の應用もやるがよい。

顧慮すべき合併症もなければ、病竈手術を行ふ。而して空洞に最も入り易き胸壁を選定し其部より切開を施すのである。

麻酔は**パントポンスコボラミン**注射、稀に**クロロフォルムエーテル**酸素麻酔を用ふ、余はなるべく前者を選ぶを常とする、即ち手術前二時間に〇・五を皮下注射し、一時間後再び〇・五を注射す、衰弱せる患者及び婦人に對しては多少減量する、患者を手術臺に運びて半坐或は單に上體を高くして横臥せし

む、前胸部に於て手術を行ふ時は無論仰臥位とする、横臥の場合には患側を上
に爲す時は咳嗽激しく發作する事ある故に注意を要する。皮膚消毒は沃度丁幾
を以てする。皮膚切開はなるべく大になし二―五ヶの肋骨を切除して肋膜に達
して之れを切開し、若し肺癒著存在せる時は直ちに肺切開を行ふ事が出来るけ
れども、癒著無き時は人工的に癒著を形成せしめた上手術を行ふ、然らずして
氣胸を起さしめ、尙肺切開を施行すれば、膿汁は胸腔に流入して急性膿胸の危
險を起すは既に周知の事柄である、よつて此癒著の有無は手術の難易に直接の
關係がある。

一 癒著ある場合の手術——肋膜は肥厚し肺と癒著し居る故に直ちに切開し空
洞に達するのである。

二 癒著なき時の手術——人工的に癒著を作る方法は種々研究されて居るけれ

ども、仲々完全なものはないが大體次の如き諸方法を行つて居る。

(一) 肋骨を切除し肋膜創面に「タンボン」を施す事。

(二) 肋膜腔に諸種藥液を注入する事。

(三) 肺臓を胸壁に縫合して固定する事。

右の内最も迅速にして輕便なるは最後の法である、併し肺と胸壁とに縫合
を施す時、其無腐的なる場合には癒著を起す事は出来ないから Karewski 氏は
「テレピン」油に浸せる縫合糸を以て刺戟せんと試み Morie 氏は杜松腸線
を使用した。

肋膜外に創面を廣く作り置き此部に格魯兒亞鉛泥膏を浸せる「タンボン」を
施し癒著を計りたるは Quinke 及び König 氏なれども、Nender 氏は六―十
日間ヨードフォルムタンボンを使用したのであるが、何れも完全な方法とは云

へない。近時 Sauerbruch 氏は二―三ヶ肋骨切除を施し手掌大の創面を作り置き肋膜を残し置き其上にパラフィン四〇〇―五〇〇cmを注入して皮膚縫合を施し置く時は二―四週間後に癒著形成せらるる故に肺切開を爲し得と云ふ、パラフィンは五十度の溶解點を有し〇・五%ヴィオフォルム〇・五%ウイスマートを含有するものである。京大の五郎川氏の動物實驗によれば「パラフィン」充填法によるも肺癒著は作り得ないと云ふ事である、其他小宮山氏の實驗もあるけれども此癒著を作ると云ふ事は中々むづかしい問題である事がわかる。

ROUX (1892) 氏は獨特の方法を以て肋膜と肺に輪狀遂次縫合を施して良好なる成績を得たと云ふ。此法は誰れもが行つてよい方法であるが肺が動搖する時はやはりむづかしい。私は常に次の如く行ふのである、即ち肋骨數本を切除しなるべく大なる肋膜面を露出せしめ肋膜に小切開を爲し氣胸の起らぬ内に手

早く肺を鉗子にて捕捉し、時には此際肺の後退せぬ爲め異壓装置を用ふ。かくして肺を肋膜面に固定縫合を行ふ。此際可及的廣き肺臟面を露出しておく様になし縫合部に沃度丁幾を塗布しておく、斯くして直ちに肺切開を行ふ場合と、「タンプン」を挿入して癒著の時期をまつ場合とあり、之れは患者の病狀によつて取捨する。

肺の癒著の有無を豫め知る事はむづかしい、Garée は八七% Tuffier は八八%、Körte u. Lenhartz は約半數に於て癒著を見たりと云ふ、然し此癒著なるものは病症の時期、病竈の部位によつて定まるもので、たとへば肺の邊緣部に存するものは早くから癒著が起る道理であるから統計的に考へる事は無意味である。癒著の有無は手術の難易に大關係があるから手術前に之れを推知する必要があるのであるが甚だ難問題である。通常行ふ打診聽診のみでは不明の事が

多く、肋間腔の陥没或は吸氣時の收縮或は局所の疼痛或は呼吸に際し肺臟下部境界線の移動少き事等も癒著の證明としての確ではない。Fenger氏は「ブラツ」注射針を以て穿刺を爲し、若し呼吸運動に伴ひて運動せば之れ癒著存在せざる證なりと云ふ、又 Sapieiko氏(1897)は注射針の一方に蒸留水を満たせる「マノメーター」を連絡せしめ若し注射針が癒著なき胸腔内に入る時は「マノメーター」下降し、癒著ある時は「マノメーター」不變なりと云ふ。

「レントゲン」検査によつて螢光板上にて肋膜及肺の移動を見る事も必要であるが、それよりも氣胸術に用ひる針を穿刺して「マノメーター」を観察するの
もよいし、更らに氣胸を起さしめてレ線検査を行へば癒著せる部分を明かに見出す事も出来るのである。然し實際問題としては氣胸を起させた場合、却て外科的手術即ち肺切開が困難となる場合があるから普通は氣胸を作る事は避けた

方がよいのである。

肺空洞開放手術

肋骨を切除すれば、其底面に現はれた組織の色や硬度によつて癒著の有無は推定出来るのである、癒著無き時は肺表面の動きさへ見る事が出来る。癒著のある場合に於ては肺組織は硬化し居り帯緑灰白色を呈し小血管萎縮閉塞せるが故に比較的出血少なるを以て困難なく切開を進め得、此際「ゴビー」電氣燒灼器の如きものを利用して肺切開を行ふ事は甚だ便利である、余は近時専ら之を使用す。偕て肺切開を行ふ前に肺組織表面を充分に暴露し置きて、諸方向に探膿針を以て穿刺を試みる事は必ず行ふべきものである。而して膿汁を發見すれば其方向に肺切開をやるのである。穿刺針の方向は豫め推定せる空洞の方に

刺すのであつて、若しこれに由つて膿汁が発見されたならば何の心配もなく手術は進行するけれども常にそう容易に膿を證明し得ないのである。大體次の様な場合に遭遇する、即ち

- 一、直ちに膿汁を穿刺針の圓筒内に發見出來た時。
- 二、單に空氣のみを得た時。
- 三、血液を吸引した時。

第一の場合に於ては其針の方向及び深さを記憶し置きて直ちに切開を始めるか、或は針を抜かずに其儘置きて針に沿ふて切開を行ふ。第一回の探膿にて膿少許を得、引續き同方向に穿刺を行ふも最早膿を得ぬ事あり注意を要する。

第二の場合は穿刺針の圓筒の「ポンプ」が抵抗なく抜け來りて空氣の外、何物も得ぬ事あり。之れは多くは大なる空洞中に穿刺したる場合か、小空洞にて

も膿汁少なき場合に經驗するものなるが故に、其方向に切開を行ひて成功するものである。第三の場合の如く純血液を穿刺針中に發見せる時は血管を刺したるものなれば注意を要す、併し大なる危険は通常起らず。患者の口腔より血痰出する事あれども心配の要なし。(然し血管を穿刺して死亡した例は外國の記事にある)

肺組織硬變して居る場合には穿刺を行ひて内部を探查する事は仲々困難なるものである。レ線寫眞にて確かに空洞ある場所なりと思ひても、夫れを發見する迄相當苦慮する事が屢である、肺を少しく切開し抵抗の弱き方面に消息子「ゾンデ」を挿入して案外早く空洞を發見することもある。一旦空洞を發見したならば充分大きく切開を行ひ、或は燒灼器にて開大し、指を挿入して空洞内を探るを要す、仍ち空洞の大きさ及び形狀或は多數空洞が連絡し居るかどうか



などをよく検査し排膿を爲す。空洞内の膿は切開と同時に噴出する事あり、或は粘稠甚だしき膿汁痰にて空洞内面に附着するものあり、又は空洞内全く空虚に等しく膿汁極めて尠少の事もあり、各例によつて種々相違がある。

最後に空洞内に大なる「ゴム」管を挿入、其管の周圍に消毒薬を浸たせる「ガーゼ」を充分に挿入して手術を終るのである。

手術後に起る新創面の壞疽性「フレグモーネ」は大いに警戒を要する、仍ち空洞内から奔出する惡臭高き膿汁が手術による外部新創面に觸れ新らしき炎症を起し、手術の翌日、既に筋肉、筋膜、皮下組織など一部暗黒色に變じ、嫌氣性細菌は非常なる威力を以て組織間隙を潜行し廣大なる腐敗性「アブセス」を作り熱發は無論の事、時には惡寒ありて再手術を餘儀なくされるか、更らに惡化して死の轉歸をとる事もある。此豫防方法としては肺切開を行ふ前に、肋骨を

切除した直後に創面全部に消毒劑を塗布しておくのであるが、其藥液は嫌氣性細菌に對して有効のものがよい、普通「リバノール」「マキユクロクロム」或は沃度丁幾を用ひるが効少く、私は「クロラミン」丁液或は「オキシフル」を使用して好成績を擧げて居る、此液によれば總ての惡臭ある腐敗性炎症を防止し、創面を清淨にする効がある。

かゝる新創面の炎症を防ぐ爲めに二次的に肺切開を行ふ事も一法である、即ち肋骨を切除した後、肺穿刺を行ひ膿を得た時、肺に小切開を施すに止めるか、或は單に其まゝとして大なる「タンポン」を創面に挿入して三、四日経過を見るのである。創面稍固定したるを待ちて空洞切開を行ひ排膿を爲せば前記の新らしき「フレグモーネ」は防止出来るわけである。

空洞開放手術終れば、病症の経過は通常頓挫的に良好となるものである、即

ち咳嗽、喀痰は急激に減少し、悪臭は消散す。發熱は二、三日後に至り下降するを普通とす、若し熱尙下降せず、依然たるものあれば、新創面の蜂窩織炎起れるか、或は他處に向空洞或は滲潤存在すると考へるを至當とす。従つて咳痰量減少せぬ場合も同様、尙他に空洞存在するものとして再手術を要するものである、第一回の手術成功せる時には例外なく咳痰量急減するものであるから此點を肝銘して頂きたい。

手術的成績は、左右共上葉の肺壞疽は成績良く、下葉の場合は比較的成績悪く少く共経過永引くものである。之れ上葉は臓器小にして下葉は大なる關係上其病竈を征服する事難く、下葉に多數の空洞あるものは手術困難である、殊に中心部肺門部に近く存在する空洞は手術的に浸入する事不可能の事もある。最も好成績を得るは上葉の疾患にして背部より切開排膿したる場合である、即ち

上葉に於ては空洞の發見容易にて且つ空洞多數に存在するとも同時に開放し得る便宜あり、尙背部に瘻孔ある爲に排膿誘導の都合も極めて良く、経過早くして全治に赴くものである。

〔星印は既刊書にして ***は30銭 **は40銭 以下準之 送料何れも2銭〕

15	人工氣胸療法	***	熊谷岱藏教授
14	癌腫の放射線療法	***	中泉正徳教授
13	膿皮症と其治療	**	太田正雄教授
12	膿尿の診断及び療法	***	北川正惇教授
11	血清化学の進歩 實地醫學への應用	***	三田定則教授
10	結膜炎の診断と治療	**	石原 忍教授
9	産褥熱の療法	***	川添正道博士
8	狭心症の診断と療法	**	大森憲太教授
7	形態異常(畸形)の治癒成否	**	高木憲次教授
6	血尿の鑑別診断と其の療法	***	高橋 明教授
5	脳溢血の診断と療法	**	西野忠次郎教授
4	醫事法制の誤り易き諸點	**	山崎 佐博士
3	精神病患者の一般診察法	***	三宅鏡一教授
2	主要傳染病の早期診断	**	高木逸磨教授
1	治療上に於けるビタミンB	***	島蘭順次郎教授
16	治療食餌(上)	***	宮川米次教授
17	治療食餌(下)	***	宮川米次教授
18	性ホルモンの應用領域	**	碓居龍太助教授
19	季節と精神變調	**	丸井清泰教授
20	肺結核患者の食慾増進と盗汗療法	***	平井文雄教授
21	肺炎の診断と治療	**	金子廉次郎教授
22	胃潰瘍の診断と療法	***	南 大曹博士
23	鼓膜穿孔と耳漏	**	中村 登教授
24	整形外科學近況の趨移	***	伊藤 弘教授
25	蛋白質營養の基礎知識	**	古武彌四郎教授
26	腎臟病の食餌療法	***	佐々廉平博士
27	傳染病患臨牀醫家の注意すべき事項	***	井口乘海博士
28	過酸血症及溜飲症に就て	***	小澤修造教授
29	丹毒の診断と療法	**	遠山郁三教授
30	精製痘苗の皮下種痘法	**	矢追秀武助教授



—は座講學醫牀臨—

□ 内容の厳選 千百の目次を並べた一流雑誌でも真に読みごたへある好篇は僅に一、二であつて頁數や誌代の多いのが、よい雑誌とは言はれない、その意味で本講座には無駄がない

□ 讀書の容易 一部三十錢乃至七十錢送料二錢・切手代用一割増、書物の大きき四六判ポケット入、一冊三十頁乃至七十頁平均一時間にて讀了し得、往診の途上に診療室の寸暇に最適

□ 選擇の自由 各冊とも分賣でありますから、讀者は自由に自己の欲する卷數を選擇、購買し得ることが出来ます

□ 特別購讀方法 然しながら各冊分賣は實際には比較的高價となり且つ送金等に種々御面倒も生じますので、毎號御購讀者に限り特別廉價提供の方法を講じ半ヶ年(十八冊分送料共)前金五圓・一ヶ年(三十六冊送料共)前金九圓の特別購讀料を以て御便宜を計ることに致しました、假りに毎號五十錢平均と假定すれば十冊分代金五圓で、十八冊を得ることとなり(一冊平均三十錢弱となり)十八冊分代金九圓で實に三十六冊(一冊平均二十五錢となり)を購讀し得ることとなる譯であります、御利用を御薦め致します

發行所	株式會社 金原商店
東京店	東京市本郷區湯島四丁目三番地 電話(小石川) 四三二〇
大阪店	大阪市西區江戶堀上通二丁目六番地 電話(土佐堀) 二四〇六
京都店	京都市上京區河原町通丸太町一丁目二番地 電話(上) 二二七四
振替口座	東京 一四二二 大阪 二二七四
著者	佐藤清一郎
發行者	金原作輔
印刷者	西尾眞八
印刷所	東京市本所區麻橋一ノ廿七 凸版印刷株式會社
定價	本輯に限り 金二十錢 半年分(十八冊) 金五圓 一年分(三十六冊) 金九圓
臨牀醫學講座	毎月三回 第一の日發行 第七十一輯
昭和三年七月八日印刷納本	
昭和三年七月十一日發行	

[星印は既刊書にして ***は30銭 **は40銭 以下半之 送料何れも2銭]

不妊症の成因と治療	篠田 糺教授
慢性淋疾の治療	北川正惇教授
臨牀に必要なる整形外科	片山國幸教授
婦人科 疾患の レントゲン治療	白木正博教授
腸疾患のレントゲン診断	岩井孝義教授
小兒脚氣	大田孝之博士
耳鼻咽喉科領域の結核性疾患に就て	佐藤重一教授
温泉療法概説	西川義方博士
動脈硬化症 に起因する 二、三疾患の豫防及治療	西野忠次郎教授
診療過誤	山崎 佐博士
狭心症の治療	吳 建教授

藥學博士 寺田正一氏 鑑製

殺菌消毒 新色素劑

マーキエクロロム

赤函「オーキ」と御指名のこと

「オーキ」

一、本品は二六・七%の水銀原子を正確に含有し毒性なし

一、殺菌防腐力は持久性を有し、蛋白を沈澱することなき故患部の腐蝕性及肉芽形成を妨害する事なし

一、沃度丁幾成は昇汞の如く金屬を侵すことなし

一、市販マーキエクロロムと稱する不純なるものあり、必らず「オーキ」と御指名を乞ふ

大木合名會社新藥部

東京市神田區龜谷町大通り

發賣元

「文献供試品贈呈」



對症診斷より治療まで

東京醫專 教授醫博 藤井尙久先生著

定價 五・五〇 円・一四
ボケツト型 總 革
本文(兎頁) 別表一二葉

増刷第八版 内科學教科書を縦徑とすれば、本書は正に横徑を辿らんとするものである。

即ち症候より歸納して診斷を下し、治療を論ぜんとするものである。而してその診斷を療を述ぶるものに當りて、内科的領域は勿論他科に屬するものに於ても充分之を涉獵し類症と鑑別對照をなし、診療に當りて實際的効果を得るに得せしめんことを力め出来るだけ平易直ちに記述した。

□ 内容を別けて、對症診斷と處方・診斷法提要・臨牀検査法・一般療法及び特殊療法・治療手技對症鑑別・藥局便覽・診療の癡とし、之に又臨牀上必要な諸項を附記した。

臨牀醫家諸彦及醫學生諸兄が診療の實際に當つて良き手引として又親切なる先輩として縦横に活用されんことを切望に耐へない。

増刷第五版

本書は診斷・畸形・損傷の七篇に分ち、理論は一切省略し臨牀上重要な事項を夫々部門に編入記述せり。外科臨牀の備忘録として常に袖中に携へ機に臨みて之を参照するに便ならしめた。

本書所收の臨牀検査法は内科書と重複したる所多しと雖も世に外科特有の検査法が存するものに非ず、殊に内臓外科の發達したる今日苟くも外科臨牀家を以て立たんとする者は須らく諸般の臨牀検査法に通曉して診斷の誤らざらんとを期すべきなり。

外科醫は勿論各科臨牀醫家諸彦に直に役立つ備忘録として奨む。

定價 四・五〇 円・一〇
袖珍總革 四八 四頁
挿圖 三五個 別表 五表

朝鮮全南光州 醫院長 醫博 調 來助先生著

外科臨牀の爲に

鎮痛・鎮咳・鎮靜劑 ...モルヒネ・コデイン代用...

パビナール

「タケダ」

パビナールはモルヒネ及び美諾那を含まず、次の二成分より成る。
ジヒドロオキシコデインの塩酸塩 80分
ヒドロコデインの塩酸塩 20分

【効用】 肺結核、喘息、百日咳其他諸疾患による呼吸刺戟、咳嗽刺戟、又頭痛、潰瘍、癌腫等に於ける疼痛、睡眠障碍等。

【價格】 注 10×1cc(¥1.85) 20×1cc(3.50) 50×1cc(8.20)
10×0.5cc(1.40) 50×0.5cc(6.20)
末 1瓦(6.00) 5瓦(28.00)
錠 (0.005) 20錠(0.80) (0.01)20錠(L.40)



製造發賣元 株式会社 武田長兵衛商店 大阪市東區區本町

總代理店 株式会社 小西新兵衛商店 東京市日本區區本町

鎮痛・鎮痙劑

パビナル・アトロピン

「タケダ」

本剤は其の1cc中パビナール0.01瓦、硫酸アトロピン0.0003瓦を含有し、腎症、胃痛、諸種痙痛、痙攣性疼痛等に1回0.3-1ccを皮下に注射す。

【價格】 注 5×1cc(¥1.00) 10×1cc(1.85) 30×1cc(5.20)

内服應用劑として ...糖酸コデイン代用...

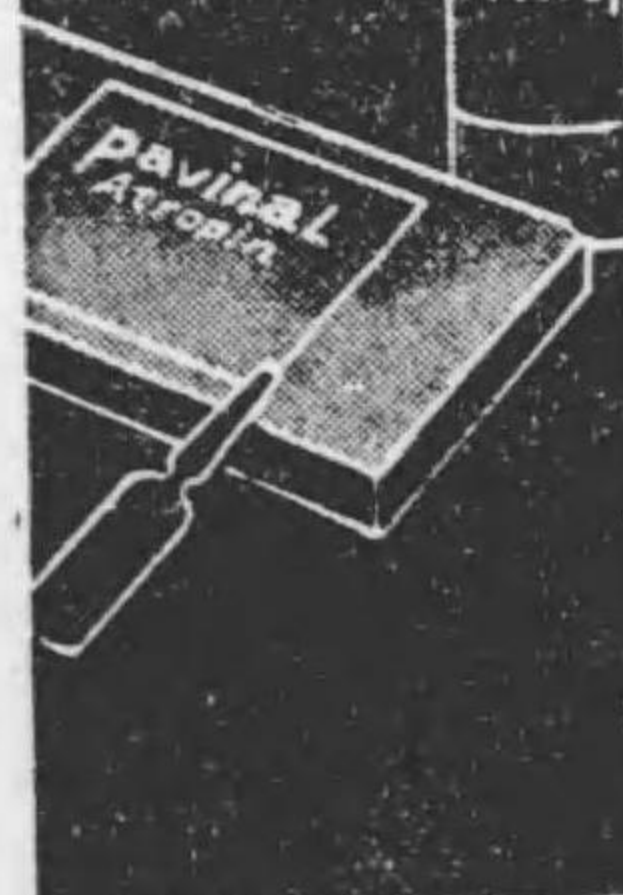
百倍用パビナル・アトロピン末

「タケダ」

本剤は其の1瓦中パビナール0.01瓦、硫酸アトロピン0.0003瓦を含有し、モルヒネ塩酸に比して緩和にして便秘等の副作用無く糖酸コデインに代り汎く應用せられ調劑至便、價格低廉なり。

【用途】 肺結核・氣管炎・咽喉カタル・喘息・百日咳等の咳嗽に一回0.2-0.3瓦宛一日三回、頭痛・胃痙攣等の痙痛に一回0.5-1.0瓦服用せしむ。

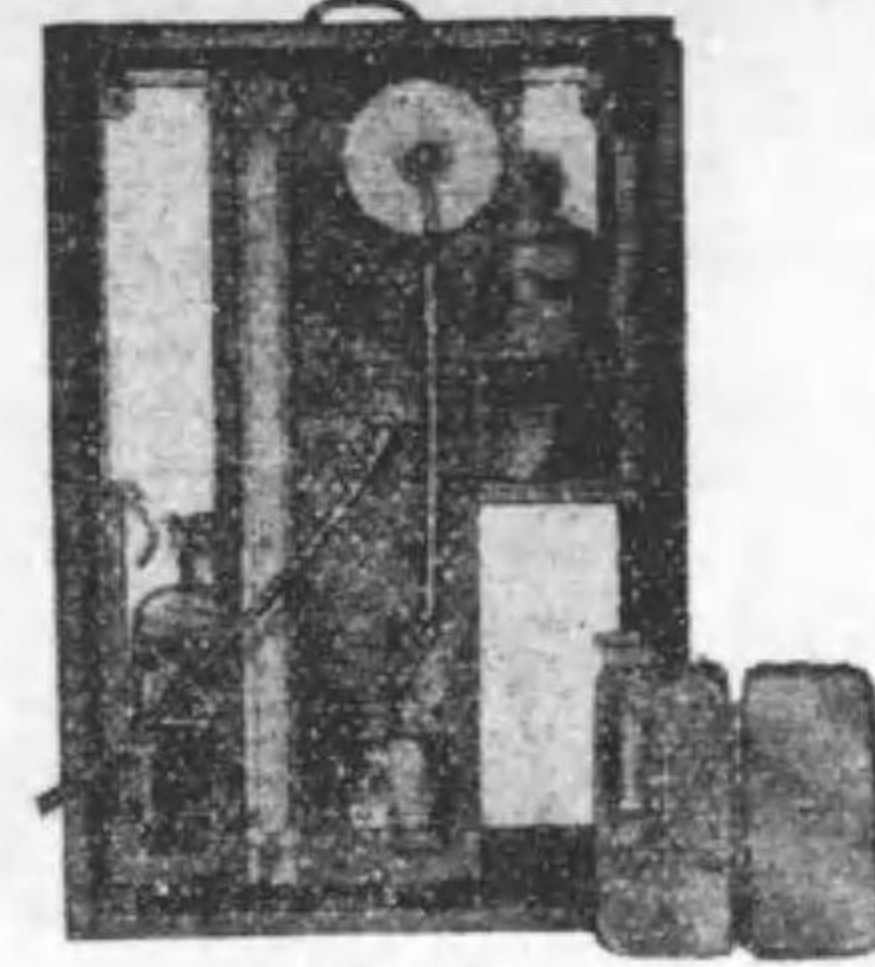
【價格】 25瓦(¥1.50) 100瓦(4.00) 250瓦(14.50) 500瓦(28.00)



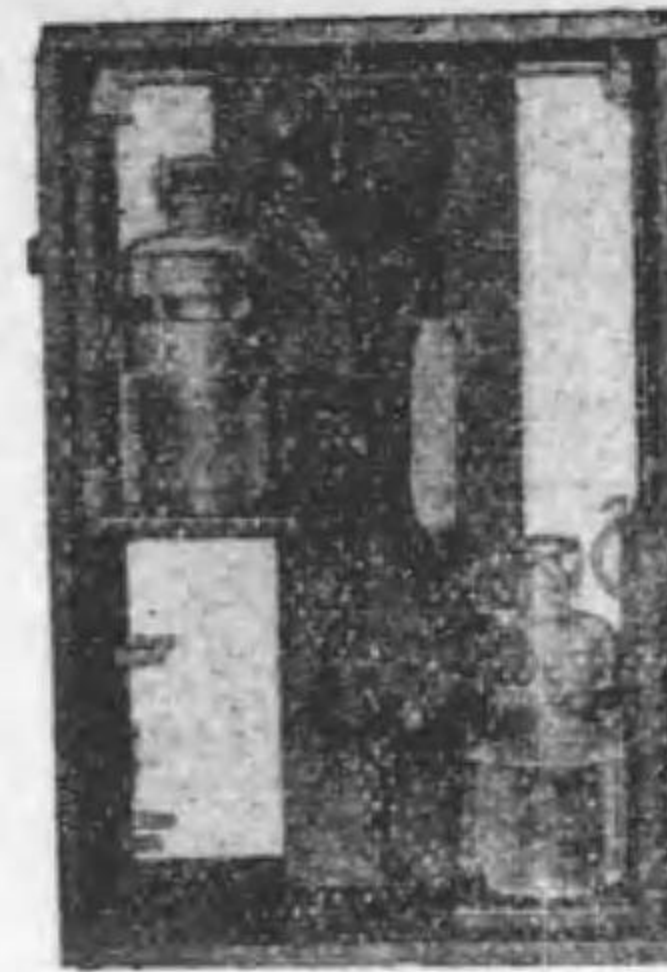
東北帝大教授 熊谷岱藏先生考案

熊谷式 改良型 人工氣胸装置

（縦 22 cm 横 36 cm 高さ 50 cm）



（正面圖）



（側面圖）

— 實用新案 2 點既得 —

— 改良装置の要點 —

- ① 小型にして携帯にも便利にした事
- ② 使用が簡単な事
- ③ 胸膜腔内への瓦斯送入の速度を簡単に且細密に調節し、吸気運動の際の胸膜腔内陰壓に依つて瓦斯が胸膜腔内へ吸入さるゝ様工夫した事
- ④ 瓦斯吸入の量を正しく知り得る許りで無く、其の速度を精確に知り得る事
- ⑤ 滅菌綿で濾過した無菌の瓦斯を胸膜腔内に送入し得る事
- ⑥ 氣胸針で獨特に兩肋膜間の癒着の有無を知り得る許りでなく針先の在所を知られる。従つて瓦斯を血管中に注入する事に依る瓦斯「エンボリ」を豫防し得る事
- ⑦ 空氣のみで無く氣胸用瓦斯を任意に利用し得る

定價 一具（穿刺針附） 四五・〇〇

予 實費・荷造費 一・〇〇 電報キイ

熊谷式氣胸穿刺針 頒賣致します

定價 四・五〇 電報キイ

予 内地・一〇 領土・四二

山田 弘先生考案

膿胸洗滌器

— 本器の特長 —

- ① 在來トロイカー同様肋膜穿刺を爲し得
- ② 助手を要せず、手輕に無腐的に洗滌を爲し得
- ③ 薬液を三七—三八度の適温に保ち患者に刺戟を與へず
- ④ 往診時携帯治療を爲し得
- ⑤ 一般肋腔穿刺にも使用し得
- ⑥ 先端針部を普通注射針に連結する事により二〇〇cc以内の輸血にも使用し得
- ⑦ 塞孔ある創傷其の他の洗滌に兼用し得

— 實用新案 —



（膿胸洗滌套管針全圖）

— 定價 —

一 具 洗滌針（金屬入） ¥18.00
 （木箱入） 洗滌液瓶（テルモメーター付）
 予 内地 .58 領土 1.08 電報キイ
 洗滌套管針（金屬入） ¥ 8.50
 （特針、注射器、ゴム管付）
 予 内地 .32 領土 .72 電報キイ

60
1364



終