

54
30,



始



20-33

H5

84-30,1



新纂外科各論

醫學博士下平用彩著

吐鳳堂書店發售

卷貳第

版拾第訂增

大正
8. 10. 11
購求

第二卷目次

第二編 頸部外科

第一章 頸部之損傷及疾患

頸部ノ局所解剖	一
第一 頸部ノ畸形	七
(一)先天性頸瘻(二)頸肋骨(三)斜頸	
第二 頸部ノ損傷	二〇
(一)頸部ノ皮下損傷(二)頸部ノ創傷(三)舌骨骨折(四)頸部ノ火傷	
第三 頸部動脈ノ損傷	二四
(一)無名動脈結紮法(二)鎖骨下動脈結紮法(三)總頸動脈結紮法(四)外頸動脈結紮法(五)內頸動脈結紮法(六)舌動脈結紮法(七)上及下甲狀腺動脈結紮法(八)椎骨動脈結紮法	
第四 頸部靜脈ノ損傷	四

目次

一

四

*Lyg m. ph. m.
Lympho. D. m. m.
Lympho. S. m. m.
Lympho. S. m. m.*

目次

二

第五 胸管ノ損傷…………… 四九

第六 頸部神經ノ損傷…………… 四九

第七 頸部ノ炎症性疾患…………… 五五
咽頭後及食道後ノ炎症(咽頭後及食道後膿瘍)○急性咽頭後膿瘍

第八 頸部ノ動脈瘤…………… 六九

第九 頸部ノ腫瘍…………… 七〇
(一)頸部ノ淋巴腺腫瘍(二)頸部ノ硬性腫瘍(三)頸部ノ囊腫性腫瘍

第二章 甲状腺之損傷及疾患…………… 九〇—一〇〇

第一 甲状腺(及上皮小體)ノ解剖及生理…………… 九〇

第二 甲状腺ノ損傷…………… 九七
甲狀腺ノ炎症…………… 九七
(一)急性甲狀腺炎及急性甲狀腺腫炎(二)慢性甲狀腺炎

第三 甲狀腺肥大即甲狀腺腫…………… 一〇〇
甲狀腺腫摘出術…………… 一〇〇

第三章 胸腺之損傷及疾患…………… 一〇六—一〇七

胸腺ノ解剖及生理…………… 一〇六

第一 胸腺ノ損傷…………… 一〇九

第二 胸腺ノ炎症…………… 一〇九

第三 胸腺ノ増生症…………… 一一三

第四 胸腺ノ腫瘍…………… 一二六

第四章 喉頭及氣管之損傷及疾患…………… 一三六—一四九

喉頭ノ解剖及検査法…………… 一三六

第一 喉頭及氣管ノ畸形…………… 一三九

第二 喉頭及氣管ノ損傷…………… 一四三
(一)喉頭震盪症(二)喉頭ノ挫傷(三)喉頭軟骨ノ脱臼(四)喉頭軟骨ノ折傷(五)氣管ノ創傷(六)喉頭及氣管ノ創傷(七)喉頭及氣管ノ火傷及腐蝕

第三 喉頭及氣管ノ炎症性疾患…………… 一五九
(一)かたゝる性喉頭炎又喉頭かたゝる(二)喉頭くるぶ及ちぶてり(三)粘膜炎(四)聲門浮腫又喉頭浮腫(五)喉頭軟骨膜炎及軟骨炎(六)喉頭結核病(七)喉頭黴毒(八)喉頭癩(九)喉頭放線菌病(十)喉頭硬腫

目次

三

目次

四

第四章 喉頭及氣管ノ狹窄……………一七〇
 (一)喉頭狹窄(二)氣管狹窄

第五章 喉頭及氣管瘻……………一七五

第六章 喉頭及氣管内異物……………一七七

第七章 喉頭及氣管ノ腫瘍……………一七九
 喉頭癌腫

第八章 喉頭ノ神經症……………一八五
 (一)聲門閉鎖筋ノ痙攣(聲門痙攣)(二)喉頭筋ノ麻痺

第九章 喉頭及氣管ノ手術……………一九〇
 (一)喉頭切開術(甲)狀軟骨切開術又喉頭截割術(乙)甲狀軟骨下喉頭切開術及環狀軟骨切開術(三)氣管切開術(高氣管切開術又上氣管切開術)〇低氣管切開術又下氣管切開術(三)喉頭插管法(四)氣管栓塞法(五)喉頭摘出術(喉頭全摘出術)〇偏側性喉頭摘出術

第十章 食道ノ先天性畸形……………二〇九
 食道ノ解剖及検査法……………二〇九

第十一章 食道ノ損傷及疾患……………二一九—二五〇

第十二章 食道ノ先天性畸形……………二二八

第十三章 食道ノ損傷……………二二〇
 (一)食道ノ皮下損傷(二)食道ノ創傷(三)食道ノ火傷及腐蝕

第十四章 食道ノ炎症性疾患……………二三三

第十五章 食道ノ狹窄……………二三五
 食道ノ擴張……………二三三
 (一)食道變廣(二)食道憩室

第十六章 食道内異物……………二三五

第十七章 食道ノ腫瘍……………二四〇
 食道癌腫

第十八章 食道ノ手術……………二四四
 (一)食道切開術(内)食道切開術及外食道切開術(二)食道瘻造設術(三)食道切除術(四)食道成形術

第三編 胸部外科

第一章 胸廓之損傷及疾患……………二五〇—二五五

胸廓及胸腔ノ解剖……………二五〇

五

第一 胸廓ノ畸形……………二五五

第二 胸廓ノ損傷……………二六〇
 (一)胸廓震盪症(二)胸廓ノ皮下損傷又挫傷(三)胸廓ノ創傷
 ○内乳動脈結紮法

第三 胸骨骨折附胸骨脫臼……………二六八

第四 肋骨骨折附肋骨脫臼……………二七一

第五 胸廓外軟部ノ炎症性疾患……………二七七

第六 胸廓ニ於ケル骨ノ炎症性疾患……………二八〇
 (一)肋骨ノ炎症(結核性肋骨骨瘍)(二)胸骨ノ炎症

第七 胸廓壁ノ腫瘍乳腺ノ腫瘍ヲ除ク……………二八五

第八 肋間神經痛……………二九二

第二章 胸膜横隔膜及胸内臟器之損傷及疾患……………二九三—二九六

第一 胸膜及肺臟ノ損傷……………二九五
 (一)胸膜ノ損傷(二)肺臟ノ損傷

第二 心囊及心臟ノ損傷……………三〇二

第三 胸腔内大血管ノ損傷……………三〇〇

第四 胸管ノ損傷……………三〇三

第五 横隔膜ノ損傷……………三二五

第六 胸膜ノ炎症即胸膜炎……………三二八
 (一)穿胸術(二)開胸術

第七 肺臟ノ炎症性疾患……………三三三
 氣胸發生ノ防禦法(甲)兩胸膜葉ノ癒著ヲ謀ル法(乙)壓差
 法(一)肺臟切開術(二)肺臟切除術及摘出術

第八 心囊及心臟ノ炎症性疾患……………三四三
 (一)心囊穿刺術(二)心囊切開術

第九 縦隔膜ノ炎症……………三四九

第十 横隔膜ノ炎症……………三五二

第十一 胸腔内腫瘍……………三五三
 (一)胸膜ノ腫瘍(二)肺臟ノ腫瘍(三)縦隔膜ノ腫瘍(四)胸部
 大動脈瘤

第三章 乳腺之損傷及疾患……………三六一—三五九

第一 乳腺ノ解剖……………三六一

第二 乳腺ノ畸形……………三六五

第三 乳腺ノ損傷……………三六七

目次……………七

第三 乳嘴及乳嘴暈ノ疾患……………三六八

第四 乳腺ノ炎症……………三七〇
 產褥性乳腺炎……………三七〇

第五 乳腺ノ腫瘍……………三七六
 乳腺癌腫(乳癌)——乳腺摘出術(切斷術)……………三七六

第六 乳腺ノ爾他疾患……………三九四

第四編 脊柱外科

第一章 脊柱之損傷及疾患……………三六—四九五

脊柱及脊髓ノ解剖及生理……………三九六

第一 脊柱ノ先天性畸形……………四一—
 脊椎破裂又脊椎水腫……………四一

第二 脊柱ノ骨折……………四一九

第三 脊柱ノ脱臼……………四三九

第四 脊柱ノ創傷……………四四八

第五 脊柱ノ炎症性疾患……………四四九

(一)結核性脊椎炎(二)微毒性脊椎炎(三)畸形性脊椎炎(四)
 脊椎ノ急性骨髓炎……………四七三

第六 脊柱彎曲症……………四七三

(一)脊柱後彎(二)脊柱前彎(三)脊柱側彎……………四九〇

第七 脊柱ノ腫瘍……………四九〇

第二章 脊髓之損傷及疾患……………四九五—五二五

第一 脊髓ノ損傷……………四九六
 (一)脊髓震盪症(二)脊髓壓迫症(三)脊髓ノ挫傷(四)脊髓ノ
 創傷……………四九六

第二 脊髓及其被膜ノ炎症……………五〇二

第三 脊髓及其被膜ノ腫瘍……………五〇三

第四 脊柱ノ手術……………五〇五
 (一)脊椎弓切除術(脊柱穿開術)(二)脊椎管ノ腰穿刺術……………五〇五

新纂外科各論 第二卷

第二編 頸部外科

第一章 頸部之損傷及疾患

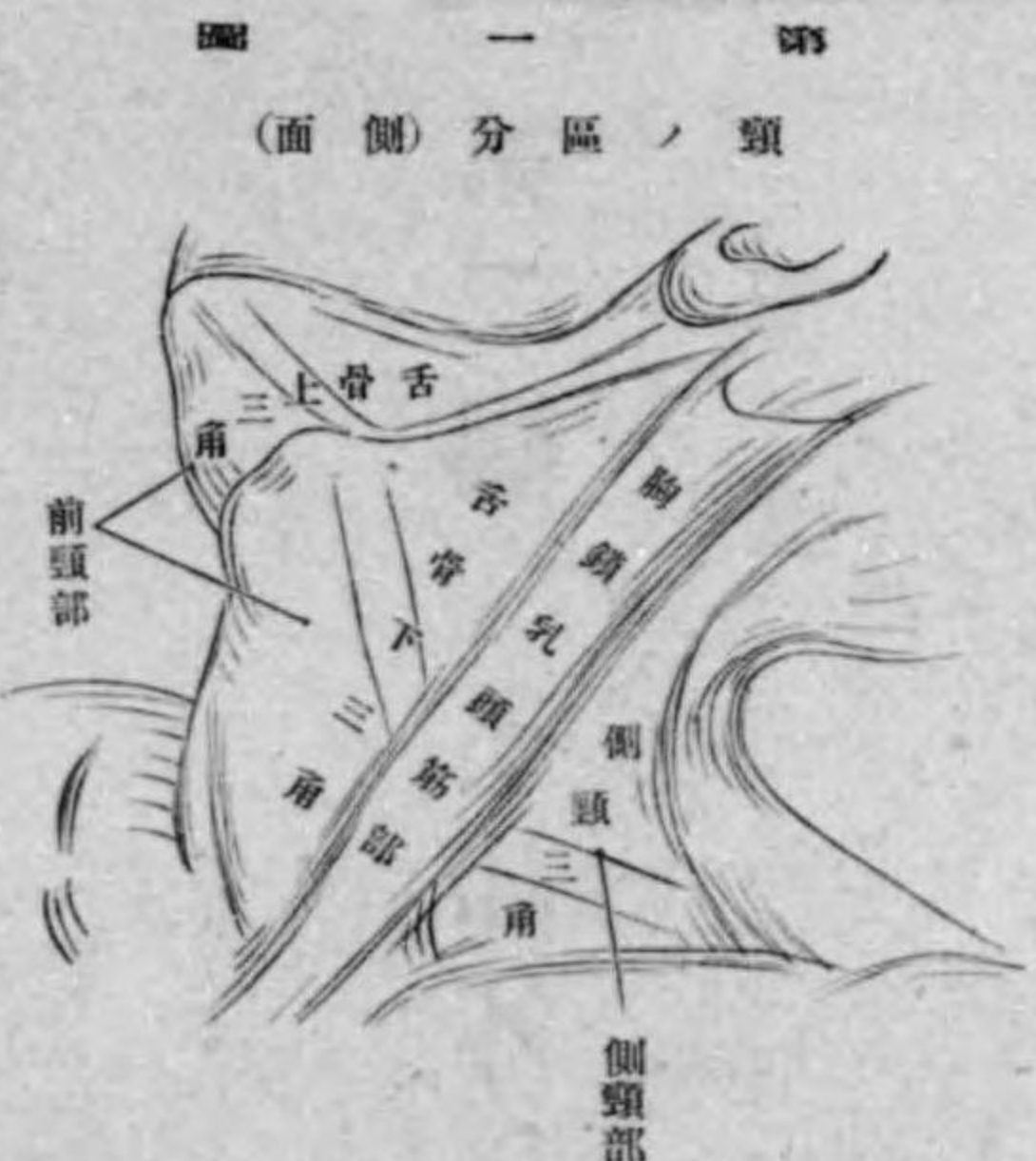


頸部 (Der Hals, Collum) ハ頭ト軀幹トノ間ニ在リテ之ヲ接續シ、又頭ノ支柱タル者ニシテ、其區域ヤ狹小ナリト雖、其中ニハ生活上頗ル貴要ナル器官ヲ包藏ス。即、其中心ニハ、脊椎管アリテ脊髓ヲ通ジ、其前方ニハ、喉頭、氣管及食道アリ。又其側方ニハ、貴要ナル血管及神經ノ走ル有リ。是故ニ其局所の解剖ハ、殊ニ外科醫ノ常ニ知悉セザル可カラザル所ナレドモ、其詳細ハ之ヲ局所解剖學ニ譲リ、茲ニハ唯其概要ヲ舉ゲルニ止メムトス。

今頸ノ部域ヲ大別シテ、次ノ三部ト爲ス。即、前頸部、側頸部、及後頸部、是ナリ。
(1) 前頸部 (The anterior Halssgegend) 即、頸ノ中央部ハ、稍三角形ヲ呈ス。是、中頸三角 (Triangulum colli)

midle)ノ名アル所以ニシテ、其基底ハ下顎ヨリ成リ、側方ハ左右ノ胸鎖乳嚢筋ヨリ成リ、尖端ハ胸骨ニ當ル。而シテ該部ハ、舌骨ニ由リテ更ニ舌骨上三角及舌骨下三角ノ二部ニ區別セラル(第一圖)。

舌骨上三角(Tygomum subhyoidum)ハ、中央ハ下顎下部ヨリ、兩側ハ下顎後部ヨリ成リ、之ヲ又頤下部及下顎後部ノ二部ニ區別ス。頤下部(Regio submentalis)ハ、上方ハ下顎、下方ハ舌骨、兩



側ハ二腹筋ノ後腹ヲ以テ堺ト爲シ、口腔底ノ外面ヲ形成ス。今其外方ヨリ内方ニ向ヒ層ヲ追テ進ムトキハ、皮膚、頸筋、脂肪、淺在筋、膜及筋ニ達シ、下顎ノ兩側ニハ、頸筋下ニ二葉ノ筋膜ニ由リテ被覆セラルル頤下腺ヲ見ル可シ。而シテ此部ニ於ケル主要ナル動脈ハ、外頸動脈及舌動脈ニシテ、前者ハ外頸動脈ヨリ派出シ、下顎隅角ノ近部ニ於テ骨ニ密著シテ前上方ニ走り、咬筋ノ前縁ニ沿テ顔面ニ分佈ス。舌動脈ハ、舌骨大角ノ上方ニ於テ之ト並行シ、舌骨舌筋ノ直後ニ在リ(第二圖)。下顎後部(Regio retro-mandibularis)ハ、即チ耳下腺部(Regio parotidea)ニシテ、下顎骨上行枝ノ後部ト耳翼ノ直下ニ在ル陷没セル所ナリ。該部ハ、狭小ナレドモ、内、外頸動脈及内頸靜

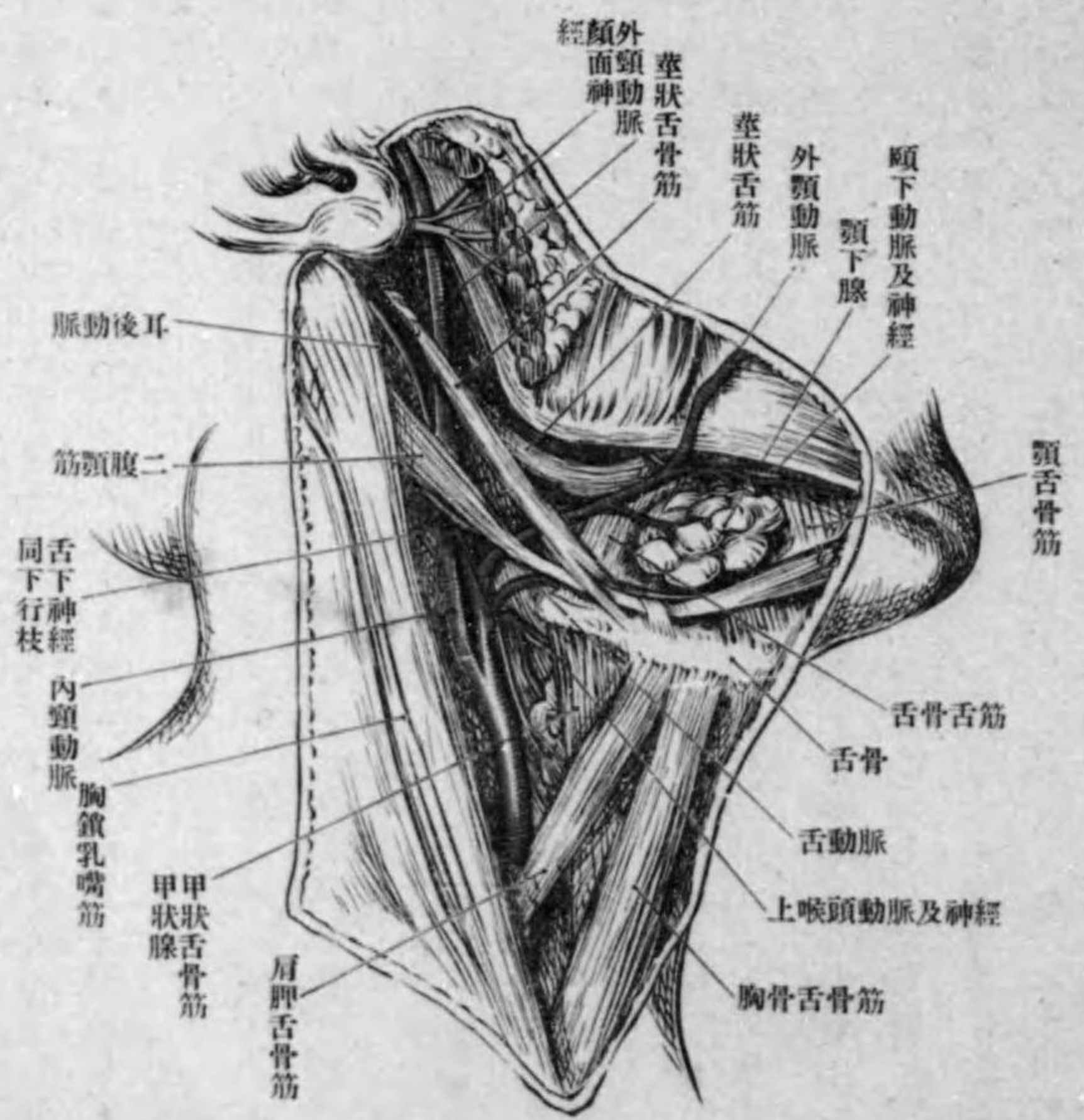
脈ノ通路ニ當リ、又神經殊ニ顔面神經所在ノ部ニシテ、該神經ハ此部ニ於テ耳下腺ノ實質中ニ入り、更ニ之ヨリ出デテ顔面ニ分佈ス。故ニ耳下腺ノ手術ニ當リテハ、往々之ヲ損傷スルノ止ムヲ得ザルコト有リ(第二圖)。

舌骨下三角(Tygomum subhyoidum)

ハ、基底ハ舌骨ヨリ、兩側ハ胸鎖乳嚢筋ヨリ、尖端ハ胸骨把柄ノ上縁ヨリ成ル所ノ三角部ニシテ、更ニ之ヲ喉頭部及頸動脈部ノ二部ニ區別ス。喉頭部(Regio laryngea)ハ、左右ハ兩側肩胛舌骨筋ノ前腹及胸鎖乳嚢筋ノ内

頸部ノ局所解剖

頸部ノ局所解剖



線下三分之一部ヨリ、上方ハ舌骨體ヨリ、下方ハ胸骨把柄ノ上縁ヨリ境セラレ、喉頭、氣管、甲狀腺及食道所在ノ部位ニシテ、喉頭ハ通常第四及第五頸椎ノ高ニ位スルモ、男子ニ在リテハ、女子ニ比スレバ其位置少シク低ク、且稍大ナリ。而シテ其兩側ニハ、大ナル頸ノ血管及甲狀腺ノ兩葉アリ。氣管ハ直ニ喉頭ニ連續シ、第五頸椎ヨリ第三胸椎ノ間ニ位シ、其前面ニ甲狀腺アリ。兩側ニハ又大ナル頸ノ血管ヲ通ジ、後面ハ軟骨ヲ缺如シ、唯筋膜ニ由リテ被ハレ、結構織ニ由リテ食道ノ前壁ト連接ス。而シテ喉頭正中部ニ於ケル隆起ハ、即チ喉頭結節 (Eminentia laryngea) ニシテ、甲狀軟骨板ノ連合部及甲狀腺ヨリ成ル。頸動脈部 (Arteria carotida) ハ、喉頭ノ左右兩側ニ位スル淺キ凹窩ニシテ、該部ニ指ヲ貼スルトキハ、頸動脈ノ搏動ヲ觸知ス可ク、加之、羸瘦セル者ニ在リテハ、又之ヲ目睹スルコトヲ得可シ。該部ニ於テ皮膚調頸筋及淺在筋膜ヲ剝離スルトキハ、上方ニ基底ヲ有シ尖端ノ下方ニ向フ三角部ヲ見ル。其外側ハ胸鎖乳嘴筋ノ内縁ヨリ、基底ハ二股筋ノ後腹及莖狀舌骨筋ノ前部ヨリ、内側ハ肩胛舌骨筋ノ前腹ヨリ成ル者ニシテ、其下方即チ尖端部ニ總頸動脈アリ、上行シテ甲狀軟骨上縁ノ高ニ於テ分岐シテ内外兩頸動脈トナル。外頸動脈ハ、始、總顏面靜脈ニ由リテ被ハレ、上甲狀腺動脈、舌動脈及外頸動脈等ヲ派出シ、二股筋ノ後腹下ニ於テ舌下神經ト交叉ス。内頸動脈ハ、始、ハ外頸動脈ノ外側ニ在ルモ、上方ニ至リテ其後方ニ位ス (第二圖)。内頸靜脈ハ、上方ニ於テハ内頸動脈ノ後外方ニ在ルモ、下方ニ至レバ總頸動脈ノ後外方ニ位シ、上部ニ於テハ總顏面靜脈之ニ注ギ、降テ上甲狀腺靜脈及上咽頭靜脈ト合ス。又總頸靜脈ト内頸靜脈ノ前方中間ニ、舌下神經ノ下行枝アリ。總頸動脈ト内頸靜脈ノ後方中間ニ迷走神經アリ。又該神經ノ



後方頸椎ノ前面ニ於テ、前大直頭筋ト長頸筋トノ間ニ交感神經ノ走ルヲ見ル。
 (2) 側頸部 (Die seitliche Halsgegend) 即チ側頸三角 (Trigonum colli laterale) ヲ區別シテ、胸鎖乳嘴筋部及鎖骨上部ノ二部ト爲ス。
 胸鎖乳嘴筋部 (Musculus sternocleidomastoideus) ハ、胸鎖乳嘴筋ノ前後兩縁ニ接近スル部ニシテ小後

頭神經、大耳神經及皮下頭神經ノ在ル所ナリ。而シテ其下方ニ於ケル該筋兩頭間ニ位スル部ヲ、小鎖骨上窩 (*Fossa supracleaviculatis minor*) ト名ク。

鎖骨上部 (*Acro supraclaviculatis*) ハ、前方ハ胸鎖乳嘴筋ノ後縁ヨリ、後方ハ僧帽筋ノ前縁ヨリ、下方ハ鎖骨ヨリ境セララルル三角部ニシテ、此部ニ於テ皮膚及潤頸筋ヲ剝離スルトキハ、外頸靜脈ハ胸鎖乳嘴筋ノ外縁ヨリ稍、外側ニ沿テ下行シ、鎖骨下靜脈ト合スルヲ見ル。其深部ハ筋鞘ヲ隔テテ肩胛舌骨筋ノ後腹ノ在ル所ニシテ、該部ハ之ニ由リ又上下ノ二部ニ區別セラレ、羸瘦セル者ニ在リテハ、皮下ニ該筋所在ノ部位ヲ目撃ス可シ。其下部ハ即大鎖骨上窩 (*Fossa supraclaviculatis major*) ニシテ、鎖骨、肩胛舌骨筋ノ後腹及胸鎖乳嘴筋ノ外縁ヨリ成リ、深キ三角形ノ凹窩ヲ呈ス。而シテ此部ハ殊ニ外科醫ノ記憶ス可キ所ニシテ、胸鎖乳嘴筋ノ後部ニハ、前斜角筋アリ、鎖骨下靜脈ハ其前方ヲ走ル。又前斜角筋ノ後部ニハ、中斜角筋アリ、鎖骨下動脈ハ、兩筋ノ間(第一肋骨ノ小結節)即リス、フランドン氏結節ニ接近スル所ヨリ分歧ス (第三圖)。

(3) 後頸部 (*Die hintere Halsgegend*) 即項部 (*Regio nucha*) ノ皮膚ハ厚クシテ、前頸部及側頸部ニ於ケルガ如ク移動シ易カラズ。第五乃至第七頸椎ノ棘狀突起ハ、容易ニ皮下ニ觸知スルコトヲ得可シ。就中第七頸椎ノ棘狀突起ハ、最モ著シク突出ス。而シテ該部皮下結締織ノ下面ニ、強靱ナル筋鞘ヲ有スル僧帽筋アリ。其中間ハ、項韧带ノ在ル所ナリ。

頸部ニ於ケル緊要ナル結締織裂隙ニ、淋巴腺ノ位置及淋巴道ハ、方向ニ就テハ、次項「頸部ノ炎症性疾患」ノ條下ヲ觀ル可シ。

第一 頸部ノ畸形

頸部ノ畸形

頸部ノ畸形 *Misbildungen am Halse* ニ、先天性及後天性ノ二種アリ。其先天性ノ畸形ニ屬スル者ハ、頸瘦、頸肋骨及一部ノ斜頸ニシテ、後者ハ亦後天性ニ發スルコト少カラズ。

先天性頸瘦

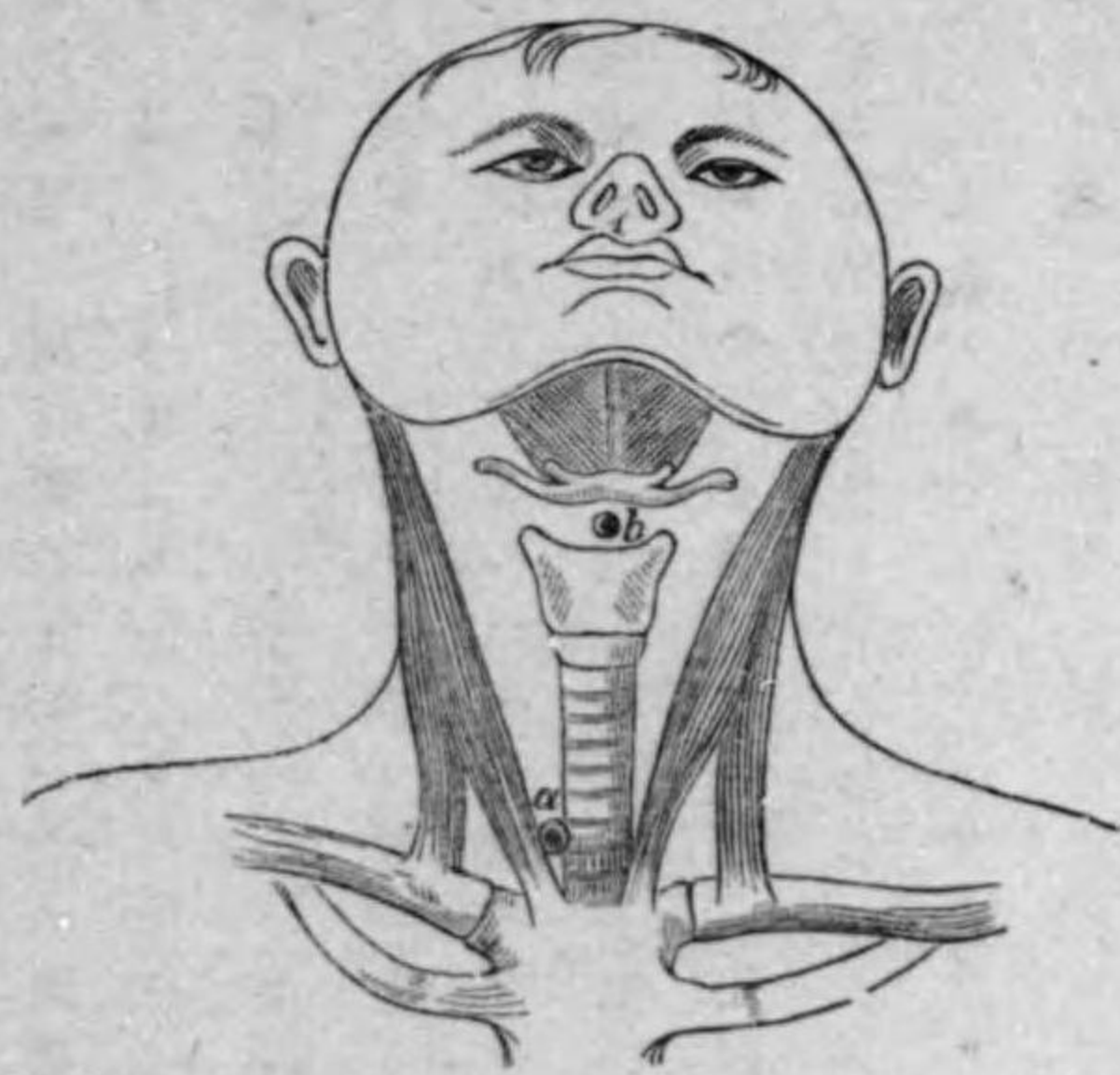
(一) 先天性頸瘦 *Die angeborene Halsfel, Fistula colli congenita* ハ、頸部ノ生理的發育ニ障碍アルニ由リテ發ス。即頸部ハ左右ヨリ増息スル頸弓ノ正中線ニ於テ相融合スルニ由リテ構成セララルル者ニシテ、此頸弓ニ四個アリ、其間ニ亦同數ノ頸溝ヲ存シ、第一頸弓ヨリハ下顎及口腔底ヲ生ジ、頸ハ下位三個ノ頸弓ヨリ構成セララル (第一卷二七三頁參照)。然ルニ今胎生第二月ニ於テ此在下ノ頸弓尋常ニ且完全ニ閉鎖セラレザルトキハ、所謂頸顯瘦 (*Die Halskneifstelle*) ヲ發生ス。而シテ頸瘦ニハ、二種ヲ區別セザル可カラズ。即チ一ハ頸ノ側方ニ存スル者ニシテ、之ヲ側方頸顯瘦ト稱シ、一ハ正中線ニ存スル者ニシテ、之ヲ正中頸顯瘦ト稱ス。前者ハ、主トシテ第二頸溝ノ閉鎖不全ニ歸ス可キ者ナルモ、後者ハ、甲狀舌管 (*Ductus thyroglossus*) ノ殘物ト認メザル可カラズ。該管ハ、咽頭ノ前壁ヨリ下方ニ向テ發育シ、中央ノ甲狀腺基質ヲ作爲スル上皮ヲ被ムル管孔ニシテ、頸部ニ於テハ之ヨリ亦甲狀腺ノ濾胞ヲ形成スルモ、深部ニ於ケル管孔ハ遂ニ消失シ、唯其起始部ノミ舌根部ニ於テ永ク盲孔トシテ存留ス。

頸部ノ畸形(先天性頸瘦)

側方頸瘻

側方頸瘻 (Die laterale Halsknochenfistel) (第四四a) ニ内外ノ兩口ヲ備ヘ、全ク相交通スル者アリ (全瘻) 或ハ唯内口若クハ外口ヲノミ備フル者アリ (不全瘻) 而シテ内口ノ開口スル所ハ、常ニ咽頭内 (多クハ咽頭ノ下部或ハ扁桃腺附近ノ咽頭口蓋弓部或ハ扁桃腺部) ナレドモ、外口ハ其所在ノ部位不定ニシテ、或ハ第四頸溝ニ適スル胸鎖關節ノ近傍ニ在ルコト有リ、或ハ胸鎖乳嘴筋ノ内縁又ハ外縁部

先天性的頸瘻



(a) 側方頸瘻 (b) 正中頸瘻 (c) 正中頸瘻

或ハ喉頭ノ近傍ニ在ルコト有リ。又耳ノ近傍ニ瘻孔ヲ見ルコト有ルハ、多クハ第一頸溝ノ發育失常ニ因ル者ナラムト云フ。不全頸瘻ハ、内方若クハ外方ニ向ヒ盲端ニ終ル所ノ細キ管孔ナリ。而シテ側方頸瘻ハ、瘻テ喉頭内ニハ開口スルコト無キ者トス。

正中頸瘻

正中頸瘻 (Die mediane Halsfistel) (第四四b) ハ、又氣管瘻 (Die Luftröhrenfistel) ト稱セラル。是頗ル稀有ノ症ニシテ、該瘻ハ、上述ノ如ク、咽頭前壁ヨリ前頸部ニ至ル所謂甲狀舌管ノ閉鎖不全ニ因ル者ナルヲ以テ、元來唯内不全瘻ヲ形成スル者ナレドモ、若シ繼發的ニ之ニ穿孔ヲ起サシムルトキハ、舌ヨリ頸部ノ皮膚ニ

達スル全瘻ヲ生ズルコト有リ。而シテ其外口ハ、頸ノ正中線ニ當リ種々ナル高ニ於テ舌骨ト頸窩トノ間ニ存在ス。

總テ是等ノ先天性頸瘻ハ、粘膜ヲ被ムレル甚ダ狭小ナル瘻管ニシテ、此中ニハ消息子又ハ極テ細キ硬毛ヲ通ジ得可キニ過ギズ。外部瘻孔ノ周圍ニハ、屢、多少著シク突隆セル皮膚皺襞ヲ認メ、且瘻管ノ徑路ニ應ジテ往々固キ移動ス可キ纖維様軟骨様或ハ寧ニ骨様ノ物體ヲ觸ル。ホイジンゲル氏ハ、之ヲ胎生の頸軟骨ノ暴殖セル者ト看做シ、之ヲ内臟骨 (Visceralknochen) ト名ケタリ。而シテ瘻管ヨリハ常ニ多少ノ液ヲ漏スモ、爲ニ著シキ障碍ヲ來スコト無キヲ常トシ、分泌物ハ通常無色無臭ノ糝ヲ引ク透明液ナリ。然レドモ完全ナル頸瘻ニ在リテハ、間、食物殊ニ流動物ハ咽頭ヨリ外方ニ排出セラレ、外口若シ閉塞スルトキハ、分泌物ノ滯溜ヲ來シ、爲ニ囊腫様物ヲ形成スルコト有リ。又咽頭内若クハ食道内ニ在ル内口擴張シテ憩室ヲ生ズルトキハ、高度ノ嚥下困難ヲ來スコト有リ。此他不全ノ内方氣管瘻ヨリハ、間、空氣腫瘤即喉頭へるにおヲ生ズルコト有リ (頸部腫瘍ノ條下ヲ觀ル可シ)。

療法 本症ハ、多クハ苦痛ヲ起サザルヲ以テ、患者ノ醫治ヲ求ムル者少ナシ。而シテ其最良ナル療法ハ、瘻管ヲ全然摘出スルニ在リ。短キ外不全瘻ノ如キハ、切開シテ粘膜ヲ切除スルニ由リ治癒セシムルコトヲ得可シ。外口閉塞シ分泌物滯溜セル者ニ於テモ亦之ヲ切開シ、以テ分泌物ヲ流出セシム可シ。假令長キ瘻管ニ在リテモ、十分皮膚ヲ切

先天性頸瘻ノ療法

開スルトキハ、之ヲ摘出スルコト難カラズ。瘻管内ニよーどちんきヲ注入スルガ如キハ、其效確實ナラズ。

先天性頸道腫腫 (Die angeborene Kinnungsgyste) ハ、頸部腫瘍ノ條下ニ述ブ可シ。

頸肋骨

(一) 頸肋骨 Die Halsrippe ハ、從來解剖學者ノ經驗ニ據レバ、甚ダ稀有ナル症ニ非ズ。ピルリング氏ノ如キハ、一千八百九十四年載籍ヨリ本症凡百四十例ヲ集メ得タリト云フ。然レドモ其外科醫ノ注目スル所ト爲リタルハ、漸ク近年ノ事ニ屬ス。蓋シ此過剰ノ

肋骨ハ、殆ド皆第七頸椎ト連接シ、且之ト關節聯合ヲ有スル者

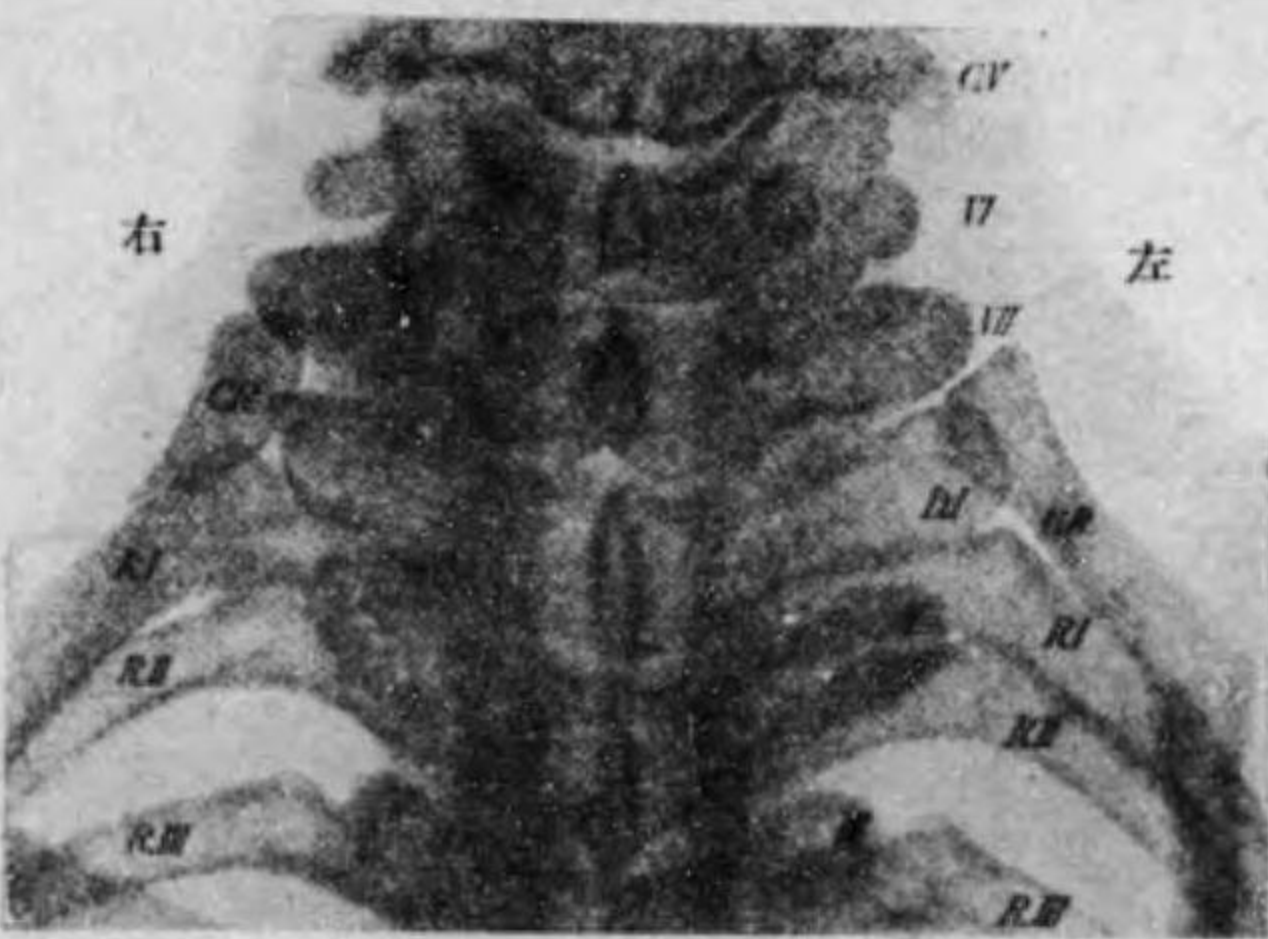
ニシテ、剖檢上ノ所見ニ據レバ、兩側ニ來ル者遙ニ多シト云フ

モ、生體ニ於テハ、偏側ニ存スル者ヲ見タルコト多シト云フ。又

極テ罕ニハ、第六肋骨ニ連接スル第二ノ頸肋骨ヲ見ルコト有

リ。而シテ該肋骨ノ長ハ一定セズ。短キハ橫突起以外ニ出デザルモ、長キハ第一肋骨ノ肋軟骨

第五圖 兩側ノ頸肋骨 (氏ニワルクケツ)



(CR) 右側ノ小ナル痕跡ノ者ニシテ第一肋骨(R)上ニ在リ、左側ノ者(CR)ハ大ニシテ(S)ナル肋骨ニ由リテ胸骨ニ連接ス

ニ至リ、加之胸骨ニ達シ、軟骨ニ由リテ之ト連接スルコト有リ(第五圖)。

此先天性畸形ハ、必ズシモ患者ニ苦痛ヲ與フル者ニ非ザレドモ、其長大ナル者ニ在リテハ、鎖骨下動脈又ハ肺神經叢ヲシテ其上方ヲ通過セシムルヲ以テ、之ヲ壓迫シ、爲ニ

或ハ上肢ノ血行障礙ヲ來シ、或ハ神經痛ヲ起サシムルコト有リ。臨牀上ノ所見ニ據レバ、本症患者ニハ鎖骨上窩ニ隆起ヲ呈シ、其表面ニ鎖骨下動脈ノ搏動ヲ視且觸ルルコトヲ得可ク、其隆起ハ觸診上骨質ヨリ成ル者タルヲ知ル可シ。

療法 本症ニ由リテ發スル血行障礙及神經痛ハ、上肢ノ運用ヲ節減セシメ、按摩法及電氣療法ヲ施スニ由リテ除却スルコトヲ得可シト雖、之ヲ根治セシムムニハ、過剰ノ

肋骨ヲ切除スルヲ最モ確實ノ法ナリトス。其法タル、鎖骨下動脈ノ結紮法ト同一ノ切法ニ由リテ深部ニ進ミ、肋骨上ヲ走ル所ノ血管及神經ヲ内方又ハ外方ニ牽引シ、之ニ

附著スル所ノ筋肉ヲ切離シ、骨膜ト共ニ可及的脊椎骨ニ密接シテ肋骨ヲ切除スルニ在リ。胸膜ノ胸壁葉ハ、其尖頂往々頸肋骨下ニ達スルヲ以テ、手術ノ際之ヲ毀損セザラ

ムコトニ注意ス可シ。若シ誤テ之ヲ損傷スルトキハ、創内ニ速ニ栓塞子ヲ挿入シ、沈沒縫合ニ由リテ之ヲ閉鎖シ、以テ氣胸ノ發生ヲ防ガザル可カラズ。

(三) 斜頸 Der Schiefhals, Caput obstipum, die Torticollis トハ、頭首ノ側方前方

或ハ後方ニ傾斜スル症ナレドモ、通常見ル所ノ者ハ、多クハ右側若クハ左側ニ向テ傾斜スル者ナリ(第六乃至第八圖)而シテ本症ハ、間、先天性ニ來ルコト有レドモ、分娩時ニ於ケ

斜頸者ナリ(第六乃至第八圖)而シテ本症ハ、間、先天性ニ來ルコト有レドモ、分娩時ニ於ケ

頸肋骨ノ療法

斜頸

先天性斜頸

胸鎖乳嘴筋ノ損傷ニ繼發スルコト亦少カラザル者ニシテ、後天性ノ者ハ、頸部ノ損傷及炎症後ノ癒痕收縮其他頸筋ノ痙攣若クハ麻痺等ニ由リテ發ス。
先天性斜頸ハ、ペーテルゼン氏ニ從ヘバ、胸鎖乳嘴筋ノ既ニ子宮内ニ於テ短縮スルニ由リテ發スル者ニシテ、氏ガ集メタル純粹ノ先天性斜頸十例中六例ニ於テハ同時ニ又顔面ノ形狀不同ナルヲ認メタリト云フ。ケステル氏ハ、斯ノ如キ先天性斜頸ノ原因ヲ胎生中ニ發生シタル筋ノ纖維性變性ニ



斜頸 (驗實家白)

分娩時ニ得タル斜頸

歸セリ。然レドモ其發生ノ原因ニ至リテハ、氏モ亦之ヲ知ルコト能ハザリキ。
分娩時ニ得タル斜頸ハ、此際頸ノ軟部ニ損傷ヲ蒙ルニ因ル者ニシテ、此損傷ハ、多クハ臂位ニ於テ出產スル際小兒ノ頭部ヲ不注意ニ且過劇ニ牽出スルニ因ルナリ。但シ罕ニハ亦鉗子分娩ノ際ニ來リ、又時トシテ平産ノ際頭首ヲ廻轉スルニ由リテ發ス。即チ是等ノ場合ニ於テ、胸鎖乳嘴筋及頸筋膜壓挫若クハ斷裂セララルトキハ、分娩後二三日

ヲ經テ局所ニ溢血ヲ來シ、此溢血ハ或ハ限局シ、或ハ胸鎖乳嘴筋ノ全部ニ蔓延ス。但シ斯ノ如キ損傷ハ、初ニ注意セラレズシテ看過セララルコト甚ダ多キ者ニシテ、血腫ハ日ヲ經ルニ從ヒ益々硬固ト爲リ、生後二三日後ニ至リテ、偶々入浴セシムル際等ニ始テ發見セララルヲ常トス。斯ノ如クニシテ尙時日ヲ經過スルトキハ、損傷セラレタル胸鎖乳嘴筋及頸筋膜ニ癒痕性收縮ヲ來シ、以テ斜頸ヲ發スルニ至ル。然レドモ本症ハ、亦小兒ノ成長シ頭首ヲ眞直ニ維持スルヲ始ムル頃ニ至リテ始テ注目セララルコト少カラズ。蓋シ此筋ノ收縮ハ、慢性進行性纖維性筋間質炎ニ因ル者ニシテ、カール氏ニ據レバ、此炎症ハ間、血行ニ介シ、例之腸ヨリ損傷セラレタル筋肉内ニ病毒ヲ傳搬スルニ由リテ發スト云フ。又同氏ニ從ヘバ、傳染性筋炎ハ、傳染病ノ經過中損傷無キモ亦胸鎖乳嘴筋ヲ侵シ、以テ斜頸ヲ起サシムルコト有リト云フ。斯テ數年ヲ經過スルトキハ、頭部ハ著シク患側ニ向テ傾斜シ、患側ニ於テハ胸鎖乳

斜頸 (者ルセ發繼ヲ彎側柱脊)



頸部ノ畸形(斜頸)

ラズ。蓋シ此筋ノ收縮ハ、慢性進行性纖維性筋間質炎ニ因ル者ニシテ、カール氏ニ據レバ、此炎症ハ間、血行ニ介シ、例之腸ヨリ損傷セラレタル筋肉内ニ病毒ヲ傳搬スルニ由リテ發スト云フ。又同氏ニ從ヘバ、傳染性筋炎ハ、傳染病ノ經過中損傷無キモ亦胸鎖乳嘴筋ヲ侵シ、以テ斜頸ヲ起サシムルコト有リト云フ。斯テ數年ヲ經過スルトキハ、頭部ハ著シク患側ニ向テ傾斜シ、患側ニ於テハ胸鎖乳

嘴筋ハ硬クシテ、寧ニ臆様ノ索條トシテ手ニ觸ル可シ。殊ニ其鎖骨部及胸骨部ニ於ケル筋起始部ノ近傍ニ於テ最モ顯著ナリトス。而シテ本症長ク存在スルトキハ、遂ニ發育障礙ノ爲、頸椎及胸椎ノ變形ヲ繼發シ、之ガ爲、頸部脊柱ニ側彎ヲ來シ、胸部脊柱ニハ反對側ニ代償的側彎ヲ發ス。第七圖。此際頸椎ハ、患側ニ於テ壓迫ヲ蒙リ、其發育障礙セラ



第八圖 高度ノ斜頸

節ノ傾斜ニ由リテ明ナリ。加之、本症尙長ク持續スルトキハ、更ニ他ノ繼發的變化ヲ來ス可シ。即チ患側ノ諸軟部悉ク短縮ス。殊ニ爾餘ノ頸筋筋膜、血管及神經ノ短縮ヲ來シ、遂ニ亦頭部及顔面ノ形狀不同ヲ來スニ至ル。即チ患側ノ顔半面ハ、健側ニ比スレバ小ニシテ、下顎ノ著シク傾斜スルヲ見ル可シ(第八圖)。蓋シ斜頸ハ、左側ニ比スレバ右側ニ來ルコト多キ者ノ如シ。又兩側胸鎖乳嘴筋ノ攣縮ノ爲、頤部ハ前

後天性斜頸

頸部ニ向テ接近スルコト有レドモ、斯ノ如キハ絶ダ罕ニ見ル所ナリ。後天性斜頸ハ、上述ノ如ク頸部ノ損傷及炎症後ニ發スル癩痕收縮ニ因ル者ニシテ、殊ニ火傷深部ニ化膿ヲ生ジタル蜂窠織炎組織壞疽ノ後ニ發シ、又胸鎖乳嘴筋ノ炎症、癩痕及腫瘍、其他頸椎ノ疾患ニ由リテ發ス。

此他胸鎖乳嘴筋、僧帽筋及他ノ頸筋或ハ項筋ノ間代性痙攣ノ爲、往々痙攣性斜頸(Torticollis spasivus, The waltzing)ヲ發スルコト有リ。其原因ハ、副神經ノ刺戟ニ因ルコト有レドモ、多クハ亦中樞神經ノ疾患ニ基因スル者ニシテ、殊ニ左右胸鎖乳嘴筋ノ痙攣ニ於テハ、所謂點頭痙攣(Der Nickenkopf, Spasmus nutans)ヲ見ル可シ。

斜頸ノ療法

療法

原因ニ由リテ其法ヲ異ニス。今先分婉時ニ發生シタル胸鎖乳嘴筋ノ癩痕收縮ニ因ル斜頸ノ療法ヲ掲ゲム。此症ハ、分婉後早く適當ナル治療ヲ施ストキハ、其成績愈、良ナリ。即チ胸鎖乳嘴筋ノ損傷ノ爲、溢血ヲ生ジタル者ニハ、按摩法ヲ施シテ之ヲ驅除シタル後、長ク頸圍ニ綿花ヲ以テ包ミタル厚紙製又ハ革製ノ襟帶(Die Krawatte)ヲ裝著セシメ以テ癩痕收縮ヲ豫防ス可シ。此際頭首ヲ健側ニ向テ多ク傾



第九圖 斜頸ニ施ス按摩及運動法 (氏イ、フ、ホ)

頸部ノ畸形(斜頸)

歌セシメムガ爲、患側ノ襟ヲ高クスルヲ良トス。又小兒稍成長シ、既ニ癍痕ヲ生ジタル者ニ於テモ、初期ニ於テハ患側頸部ニ按摩法ヲ施シ、頭首ヲ健側ノ肩胛ニ向テ屈曲シ(第九圖)兼テ又ケリッソン氏歸係(Die Glisson'sche Schlinge)ヲ用キテ持續的伸張法ヲ施ストキハ、畸形ヲ矯正スルコトヲ得可シ(第十圖)。ホッフアイ氏ハ、又第十一圖ニ示スガ如キ裝置ニ由リ、畸形ヲ矯正セムコトヲ謀レリ。然レドモ既ニ斜頸ヲ完成シタル者ニ在リテハ、



第十圖
リッソン氏ノ歸係ニ依ル
持續性重量伸張法

斯ノ如キ單一ナル矯正的療法ハ、其效無キヲ以テ、寧ろ手術的療法ヲ企テザル可カラズ。即胸鎖乳嚢筋ノ皮下切腱術ヲ施シ、兼テ又矯正の後療法ヲ行フ是ナリ。但此法ハ、唯輕度ノ症ニ適スル者ニシテ、高度ノ者ニ在リテハ、局部ニ縱切開ヲ施シテ癍痕收縮部ヲ露出シ、悉ク之ヲ切離スルヲ良トス。而シテ手術的療法ハ、高度ノ斜頸ニ於テハ可及的早ク既ニ第一或ハ第二年ニ於テ施スヲ良トスルモ、矯正的療法ヲ施スニ拘ラズ、病症ノ益増進スルニ至リテ、始テ兩親ノ手術ヲ受クルニ決心スルコトノ實際ニ最多ナ

ルヲ憾ト爲ス。胸鎖乳嚢筋ノ皮下切腱術ヲ行フニハ、先ツ麻酔ヲ施シ、頭部ヲ健側ニ向テ屈曲セシメ、以テ癍痕様ニ收縮セル胸鎖乳嚢筋ヲ胸骨部及鎖骨部ノ起始部ニ於テ緊張隆起セシメ、拇指ト示指トヲ以テ、小兒ニ於テハ其下方ノ附著部ノ上方一仙迷、大人ニ於テハ二仙迷ノ所ニ於テ之ヲ撮舉シ、次デ切腱刀ヲ執リ、右側ニ在リテハ、内方ヨリ、左側ニ在リテ



第十一圖
斜頸ノ矯正法
(氏 1,7,ホ)

ハ、外方ヨリ皮下ニ刺入シ、之ヲ筋ノ後面ニ平貼シツツ前進セシメタル後、刀ヲ鉛直ニ筋腹ニ向ケ、左手ノ拇指或ハ示指ヲ以テ刀尖ヲ監査シツツ遂ニ筋ヲ切斷シ、其斷端分明ニ相遠カルニ至ル可シ。此際注意シテ筋纖維ハ悉ク切斷セザル可カラズ。斯テ其切斷ヲ了レバ、刀ヲ刺入口ヨリ拔去シ、創口ハ直ニ無腐的ガーセヲ以テ被ヒ、頭部ヲ稍、健側ニ傾屈セシメ、頭部頸部及胸部ニ互リテ無腐的被覆繃帶ヲ施ス可シ。而シテ此切腱術ハ、通常胸鎖乳嚢筋ノ胸骨附著部ニノミ施スヲ以テ足レリトスルモ、必要アルト

キハ、亦其鎖骨附著部ニモ之ヲ施サザル可カラズ。但トシテハ唯鎖骨附著部ニノミ、此手術ヲ施スコト有リ。

然レドモ最モ確實ナル斜頸ノ手術的療法ハ、上述ノ如ク、癩痕様ニ收縮隆起セル筋ノ上部ヲ縱切開ニ由リテ露出シタル後、短縮セル筋及緊張セル周圍ノ癩痕索條ニ收縮

第二十圖 胸鎖乳筋ノ開放性切斷術式



第三十圖 トロイマイエ氏斜枕上ニ於テハ、頭首ヲ牽引スルニ係リテ首頭ニ係ル氏ソリダ者



シタル筋膜ヲ悉ク切離シ、以テ頭首ヲ全然健側ニ向テ屈曲シ得ルニ至ラシムルニ在リ(第十二圖)。

合シ、前段述べタルガ如ク、無腐的被覆繃帶ヲ施ス。此際時宜ニ由リ、手術ニ次デ直ニ亦彎曲セル頸部脊柱ヲ手ヲモテ可及的矯正スルヲ甚タ良トス。フォン・ミクリツ氏ハ、高度ノ斜頸ニ胸鎖乳筋ノ全摘出術ヲ施シ、以テ良成績ヲ得タリト云フ。

シ悉ク癩痕索條ヲ切離スルトキハ、敢テ矯正的ノ後療法ヲ要セズト雖、高度ノ症ニ在リテハ、創ノ治後凡二週間ストローマイエル氏斜枕(Das Schiebert von Strohmeyer)上ニ於テケ

第十四圖 斜頸ノ矯正的後療法ニ使用スル装置



リッソン氏ノ蹄係ニ由リ頭首ヲ牽引シ、且之ヲ健側ニ傾ケシメ、更ニ病側ノ手ニ重錘ヲ保持シテ筋ヲ伸展セシメ(第十三圖)、次デ尙暫時單純ナル襟帶或ハ第十四圖ニ示スガ如キ矯正的装置ヲ著帶セシムルヲ最良ナリトス。但襟帶ノ邊緣ハ、患側ニ於テハ健側ニ於ケルヨリモ稍、高ク造ラザル可カラズ。此他尙後療法トシテ甚ダ肝要ナルハ、常ニ按摩法及體操的演習ヲ行ハシムルニ在リ。

後天性斜頸ハ、其原因ニ從ヒ療法一様ナラズ。例之頸部ノ癩痕收縮ニ因ル者ニハ、先、皮膚ノ頸部ノ畸形(斜頸)

瘻痕ヲ切除シタル後、植皮術ヲ行フカ、或ハ深部ノ瘻痕ハグリソン氏蹄係ヲ用キ、持續的牽引法ニ由リテ伸展シ、又筋ノ麻痺ニ因ル者ハ、之ヲ除却セムコトヲ努メ、痙攣性斜頸ニハ、副神經ノ伸展術或ハ切除術ヲ行フガ如シ(頸部神經損傷ノ條下ヲ觀ル可シ)。頸椎ノ疾患ニ因ル斜頸ハ、脊柱外科ノ條下ニ説ク可シ。

第二 頸部ノ損傷

頸部ノ損傷

頸部ノ損傷 Verletzungen am Halse ニ皮。下。損。傷。創。傷。舌。骨。折。火。傷。等ノ數種アリ。就中茲ニ最モ肝要ナルハ、頸部ニ於ケル血。管。及。神。經。ノ。損。傷。ナリ。但シ是等ノ損傷ハ、別ニ項ヲ設ケテ之ヲ説ク可シ。

頸部ノ皮下損傷

(一)頸部ノ皮下損傷 Die subkutane Verletzung am Halse ハ、即チ挫傷ニシテ、此損傷ハ打撃衝突機過等ノ如キ鈍體ノ外力作用ニ由リ、又扼首絞首及縊首ノ際ニ來ル者ニシテ、殊ニ喉頭部ニ打撃若クハ壓迫ヲ蒙ルキハ、喉頭及氣管ニ損傷ヲ來サザルモ、反射的ニ聲門痙攣ヲ起シ、爲ニ俄然窒息發作ヲ來スコト有リ。所謂喉頭震盪症(Comotio laryngis)是ナリ。又扼首絞首及縊首ニ由リテ死ヲ致スハ、全ク窒息ニ基ク者ニシテ、此窒息ハ、主トシテ舌根部ノ咽頭後壁ニ由リテ壓抵セラレ、以テ喉頭口ヲ閉塞スルガ爲ナリ。但シ縊首ノ際ハ、又屢頸部脊柱及脊髓ノ斷裂或ハ頸椎ノ脱臼ヲ爲、死ニ至ラシムルコト有リ。

頸部皮下損傷ノ療法

扼首絞首及縊首ニ由リテ死亡シタル者ニ在リテハ、種々ナル損傷ヲ見ル可シ。殊ニ法醫學上頗ル緊要ナルハ、扼首者ニ在リテハ、多ク頸圍ニ兇行者ノ指痕ヲ證明シ、又絞首者ニ在リテハ、頸ノ全圍ニ索溝ノ走ルヲ見ルモ、縊首者ニ在リテハ、多クハ唯喉頭ノ上部ニハミ索溝ヲ存シ、項部ニハ通常異常ナキコト是ナリ。此他縊首者ニ在リテハ、亦頸動脈内、膜ハ斷裂ヲ見ルコト少カラズ。

療法

本損傷ニ對スル療法ハ、皮下損傷一汎ノ治則ニ據ル可シ。唯特ニ注目ヲ要ス可キハ、呼吸ニ障礙アリヤ否ヲ檢知スルニ在リ。若シ之ニ障礙アルトキハ、即時氣管切開術ヲ施シ、窒息セル者ニ在リテハ、又人工呼吸法ヲ行ハザル可カラズ。

頸部ノ創傷

(二)頸部ノ創傷 Die Wunde am Halse ハ、多クハ亦自殺若クハ他殺ノ目的ニ出ヅル者ニシテ、偶然ニ之ニ切創。刺創。創等ヲ來スハ、概シテ罕ナリトス。而シテ自殺ニ使用セラルル者ハ、通常剃刀短刀等ニシテ、其創所ハ多クハ舌骨ト喉頭トノ間ニ存シ、此所ニ横行或ハ斜行ノ切創ヲ生ジ、或ハ唯甲状軟骨部ニ淺キ切創ヲ生ズルノミニシテ、貴要ナル部位、殊ニ大ナル血管ノ損傷ヲ來サザルヲ例トス。然レドモ解剖學ノ知識ヲ有スル輩ニ在リテハ、一刺能ク頸動脈ヲ傷ケ、倏忽ノ間ニ非命ニ斃ルル者無キニ非ズ。又他殺ノ際ニハ、側頸部ニ刺創ヲ來スコト少カラズ。

頸部ノ銃創ハ、戰時トイヘドモ多キ者ニ非ザレドモ、時トシテ此所ニ所謂周匝銃傷ヲ來スコト有リ。是多クハ流丸ニ由リテ發スルモ、間、亦近距離ヨリ發射セラレタル彈丸

ニ因ルコト有リ。
 頸部創傷ノ經過ハ、大ナル血管神經氣道或ハ食道等ノ損傷セラレタルヤ否ニ關スル者ニシテ、往時防腐法ノ完全ナラザリシ頃ニ在リテハ、比較的輕微ナル創傷ニ在リテモ、屢々蔓延性蜂窠織炎ヲ發シ、又縱隔膜内ニ膿ノ下垂ヲ來シ、膿毒症或ハ敗血症ノ爲メニ斃レタル者少カラザリキ。此他甲状腺ノ損傷ニ在リテモ、往々危險ナル出血ヲ來スコト有リ。但貴要ナル頸部器官ノ損傷ハ、更ニ項ヲ分テ之ヲ詳述ス可シ。

療法 一汎ノ防腐的及無腐的法則ニ從テ處置スルニ在リ。

(三)舌骨骨折 Die Fraktur des Zungenbeins ハ、稀^〇有^〇ノ症ニシテ、通常喉頭ノ損傷ニ併發ス。是殊ニ暴力ヲ以テ舌骨ヲ兩側方ヨリ壓迫スルカ、或ハ前方ヨリ之ヲ頸椎ニ向テ壓迫スル際ニ生ズル者ニシテ、打擊衝突ノ如キ直達ノ外力ニ由リ、或ハ縊首及扼首ノ際ニ來リ、罕ニハ筋ノ收縮ニ由リテ發ス。而シテ折傷部ハ、舌骨ノ體部或ハ大角ニ存シ、折片ノ轉位ハ通常著明ニシテ、多クハ外方ヨリ又ハ内方ニ於テ、例之咽頭粘膜炎下ニ之ヲ觸知ス可シ。之ニ由リテ發スル主要ナル症候ハ、呼吸及嚥下ノ障礙ニシテ、後者ハ頗ル高度ニ達シ、患者毫モ嚥下スルコト能ハザルコト有リ。又談話ノ際及頭部下顎及舌ノ運動ノ際劇痛アリ。爲メニ患者高聲ヲ放ツコト能ハズ、或ハ全ク無聲ト爲ル。此他骨折部ニハ、屢々血腫ヲ生ジテ外方ヨリ之ヲ觸知シ得可ク、又患者ハ頸部ニ異物ノ嵌在スルガ如キ感覺ヲ訴フルコト多シ。

頸部創傷ノ療法
 舌骨骨折

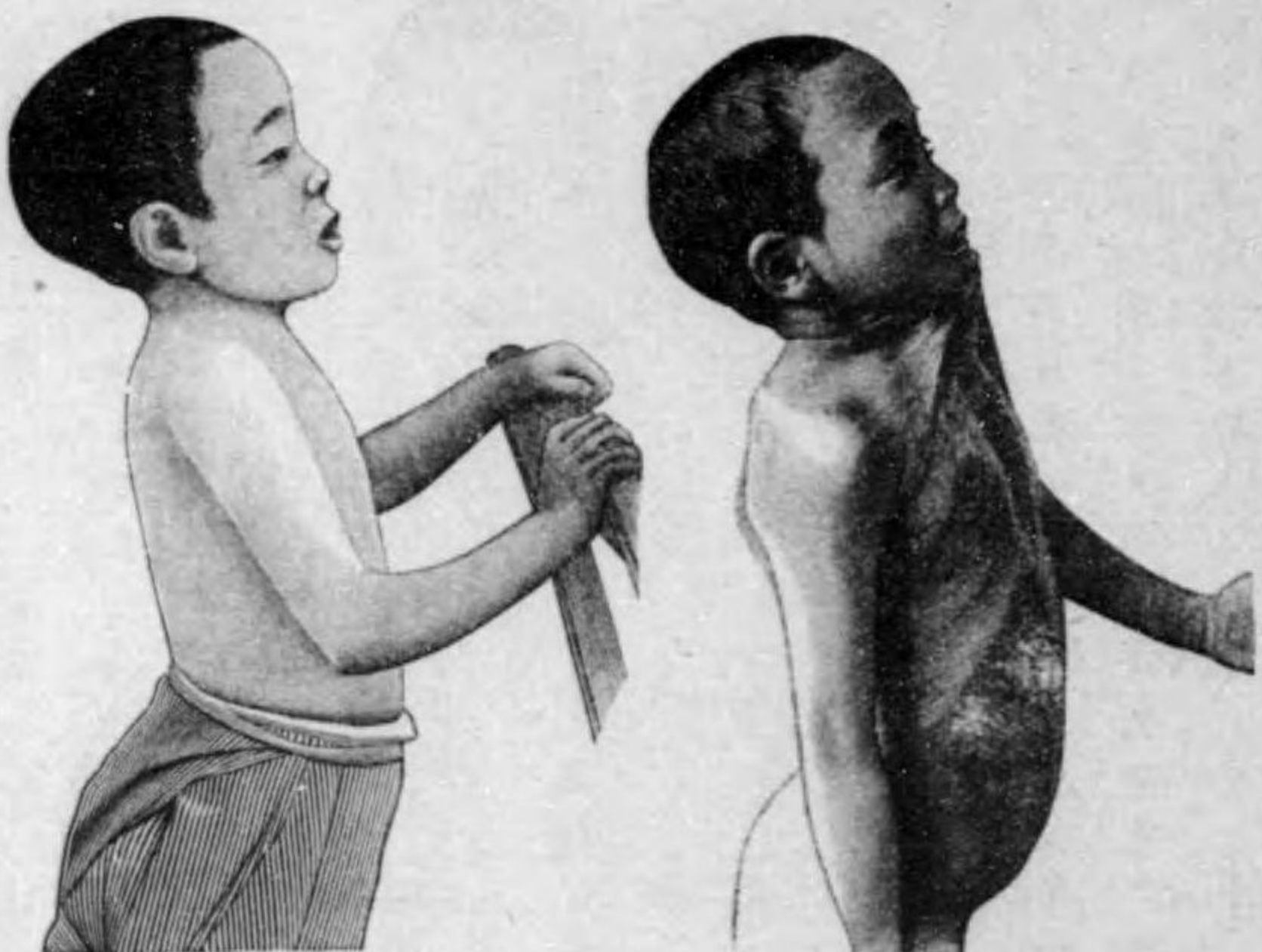
舌骨骨折ノ療法

療法 主要ナルハ、先咽頭内及外方ヨリ折片ノ轉位ヲ整復シ、且頭及頸ヲ可及的安靜ニ保タシムルニ在リ。但折片ノ固定法ハ、殆ド施スコトヲ得ズ。若呼吸困難ヲ來ストキハ、氣管切開術ヲ行ヒ、食物ハ流動性ノ者ヲ用キシメ、最初ハ食道消息子ヲ以テ送ルヲ良トス。

舌骨ノ脱臼

頸部ノ火傷

第十 頸部火傷後ノ瘻瘻ノ實驗
 第十 頸部火傷後ノ瘻瘻ノ實驗



(A) 術前
 (B) 術後

頸部ノ損傷(舌骨骨折・火傷)

舌骨ノ脱臼 (Die Luxation des Zungenbeins) ハ、ギブス・ウッド氏等ノ實驗セル所ニシテ、ワード氏ノ一例ハ、肺癆患者ニシテ、咳嗽發作ノ際舌骨ハ左方ニ脫轉シ、爲メニ高度ノ呼吸障礙ヲ來セリト云フ。

(四)頸部ノ火傷

Die Verbrennung am Halse ハ、殊ニ小兒ニ多ク見ル所ニシ

六十號
頸部火傷ノ瘻
(白家實驗)



二十一歳ノ男
四歳ノ時火傷
ヲ蒙リタル
者ニシテ下頸
ニ變形ヲ呈シ
下頸關節ハ
殆ド強直狀
トナリ咽喉運
動ヲ營ムコト
能ハズ

二四
テ、其治スルヤ、此所ニ
著シキ瘻痕收縮ヲ起
シ、頭部ハ胸部或ハ肩
胛部ニ向テ牽引セラ
レ、重症ノ者ニ在リテ
ハ、顔面ノ皮膚モ亦多
少下方ニ向テ牽引セ
ラレ、爲ニ下唇外翻シ、
加之、頰部皮膚ノ索
縮ノ爲、顔面ニ著シキ

醜形ヲ呈スルコト有リ(第十五及第十六圖)。
療法 廣大ナル火傷ニ在リテハ、植皮術ヲ施シテ瘻痕收縮ノ發生ヲ豫防スルヲ肝要
ナリトス。然レドモ既ニ頭頸兩部ノ間ニ瘻痕索條ヲ生ジタル者ニハ、之ヲ切離若クハ切
除シ、缺損部ニハ有莖皮瓣ヲ移植スルカ、或ハチールシユ氏植皮術ヲ行フ。但レ輕度ノ症
ニ在リテハ、間持續的牽引法ニ由リテ能ク瘻痕索條ヲ伸展スルコトヲ得可シ。

第三 頸部動脈ノ損傷

頸部動脈ノ損傷 Verletzungen der Arterien am Halse 二就テ茲ニ舉グ可
キ者ハ、主トシテ無名動脈、鎖骨下動脈、總頸動脈、外頸動脈、內頸動脈、甲狀腺動脈及椎骨
動脈ノ損傷ナリトス。然レドモ是等血管ノ損傷ハ、日常敢テ多ク見ル所ノ者ニ非ズ。是畢
竟弾力性ニ富メル血管壁ノ能ク移動スルト又之ガ爲能ク襲來スル所ノ外力ヲ逃避
シ得ルヲ以テナリ。而シテ其損傷ノ種類ハ、多クハ切創、刺創或ハ銃創ニシテ、自殺ヲ企
ツル者ニ在リテハ、屢、頸部ニ切創ヲ作ルコト有レドモ、此際血管ハ損傷ヲ免カルルコ
ト多キ者トス。何者自殺者ハ、通常頸ノ中央ニ刀刃ヲ向ケ、此際頭首ハ多少後方ニ屈曲
シ、却テ喉頭及氣管ハ前方ニ突隆スルヲ以テ之ヲ傷クルコト多クレドモ、血管ハ反テ
深部ニ向テ逃避シ、且其弾力性ノ爲、損傷ヲ蒙ムルコト少ナクレバナリ。然リ而シテ血
管損傷ノ主徵ハ、素ヨリ著シキ出血ニシテ、此出血ハ或ハ外方ニ於テシ、或ハ内方ニ於
テシ、或ハ又組織間ニ於テスル者ニシテ、若ク大ナル血管損傷セラレ血液外方ニ向テ流
出スルトキハ、失血ノ爲、忽チ死ニ至ラシム可シ。内方ニ於ケル出血ハ、同時ニ氣管或ハ
胸膜ノ損傷セラレタル際ニ見ル所ニシテ、此際血液若シ氣管内ニ流入スルトキハ、往々
忽チ窒息ヲ起サシメ、又若シ胸腔内ニ流入スルトキハ、血胸ヲ來ス可シ。組織間ニ於ケル
出血ハ、多クハ刺創或ハ銃創ニ因ル者ニシテ、創口若シ凝血或ハ異物ノ爲、ニ閉塞セラ
ルトキハ、組織間ニ溢血ヲ來シ、以テ此所ニ血腫ヲ生ジ、後ニ至リテ往々之ヨリ動脈瘤
(即チ外傷性動脈瘤)ヲ發生スルコト有リ。蓋シ斯ノ如キ動脈瘤ノ周壁ハ、血塞ノ外層及周

頸部主要之動脈及靜脈



圍ノ組織ヨリ形成セラルル者ニシテ、此際若シ同ノ近傍ニ在ル靜脈ノ共ニ傷ケラルルコト有ルトキハ、動靜兩脈血互ニ相交通シ、以テ所謂動靜脈性動脈

瘤ヲ發生スルコト有リ。

頸部動脈ノ損傷ニ於テ、最モ著シキ出血ヲ來スハ切創及刺創ニシテ、殊ニ血管全ク横斷セラルル際ニ最モ甚ダシトス。之ニ反シテ銃創ニ於テハ、始著シキ出血ヲ來スコト無ク、却テ五日乃至十日乃至十四日後ニ至リテ、危險ナル後出血ヲ來スコト有リ。是此期ニ至リ曾テ挫傷ヲ蒙リタル動脈壁ノ漸次破壊セラルルカ、或ハ創所ノ化膿ノ爲、損傷ヲ免カレタル動脈ノ新ニ侵蝕セラルルニ因ルナリ。此他受傷ノ際シよ、ノ爲、血壓減少シ、血塞形成ニ由リテ一時自ラ止血セシ者モ、心力恢復シ血壓増加スルニ至リテ再ビ血塞ヲ破開シ、以テ後出血ヲ來スコト無キニ非ズ。

上文述ベタル頸部動脈ノ損傷中、無名動脈ノ損傷ハ頗ル稀ニシテ、鎖骨下動脈ノ如キモ、損傷ヲ蒙ルコト甚ダ少ナシトス。之ニ反シテ總頸動脈ノ損傷ハ、多ク見ル所ナリ。而シテ是等動脈ノ損傷ニ在リテハ、患者多クハ失血ノ爲、ニ死亡スルヲ常トス。然レドモ總頸動脈ノ損傷ニシテ血液若、外方ニ向テ流出スルコト能ハザルトキハ、組織間内ニ著シキ溢血ヲ來シ、爲、ニ氣道ヲ壓迫シテ致命セシムルカ、或ハ幸ニシテ自ラ止血シ治癒スルコト有リ。但、同時ニ總頸動脈及内頸靜脈ヲ傷クルトキハ、多クハ即死ヲ免カレザル者トス。内外兩頸動脈ノ損傷モ、亦常ニ危險ナル出血ヲ來ス者ナレドモ、之ニ結紮ヲ施サズ、單ニ壓迫法ニ依リテ治癒シタル者ヲ實驗セル者アリ。而シテ内頸動脈ノ損傷ハ、殊ニ顎骨ノ後方又ハ扁桃腺部ニ於ケル創傷ニ於テ見ル所ナリ。例之口内ニ尖銳

ナル器物ヲ銜ミツツ顛倒スルカ、或ハ乳嘴突起部ノ銃創ニ於ケルガ如シ。此他扁桃腺膿瘍、癌腫、淋巴腺化膿、顛骨骨瘍及骨疽ノ際該動脈侵蝕セラレ、爲ニ出血ヲ來スコト有リ。外頸動脈ハ前者ニ比スレバ損傷ヲ蒙ムリ易キ者ニシテ、此際同時ニ其分枝ヲ傷クルコト多キヲ以テ、著シキ出血アリ。上甲狀腺動脈及舌動脈ハ、自殺若クハ他殺ノ際損傷セラレ危険ナル出血ヲ來スコト有リ。此他椎骨動脈ハ、深部ニ伏在スルモ、損傷ヲ蒙ムルコト亦甚ダ稀ナラズ。就中最モ多ク損傷セララルルハ、載域ノ部ニシテ、爾他頸椎ノ間ニ於テモ亦損傷セララルルコト有リ。例之脊椎橫突起及脊髓ノ破碎セラレタル銃創ノ際ニ於ケルガ如シ。

診斷 頸部動脈ノ損傷ハ、著シキ出血ト、急速ニ發生スル皮下血腫トニ由リ診斷多クハ容易ナレドモ、其損傷ハ動脈ニ在リヤ或ハ靜脈ニ在リヤハ、最初決定シ難キコト有リ。而シテ動脈ノ損傷ニ於テ、何ノ動脈ノ損傷セラレタルヤハ、多クハ創傷ノ部位方向、出血ノ強弱及損傷セラレタル血管分枝ニ於ケル搏動ノ缺如等ニ由リテ之ヲ知ルコトヲ得可シト雖、最後ニ擧ゲタル徵候ハ、每常確實ナル者ニ非ズ。是、副枝血行ハ、屢、甚ダ速ニ恢復セララルルコト有レバナリ。此他椎骨動脈ハ、深部ニ位シ、且屢、破格ノ徑路ヲ取ルコト有ルヲ以テ、其損傷ノ診斷亦甚ダ困難ナルコト有リ。

頸部動脈ノ損傷ニ際シテハ、亦神經氣管及食道ニ副損傷アリヤ否ニ注目スルヲ肝要ナリトス。是、鎖骨下動脈ノ損傷ニ際シテハ、殊ニ膈神經叢ヲ傷ケ、總頸動脈ノ損傷ニ際

頸部動脈損傷ノ診斷

頸部動脈損傷ノ療法

シテハ、屢、迷走神經ヲ傷クル等ノコト有レバナリ。

療法 頸部動脈ノ損傷ニ於テハ、常ニ迅速ニ止血法ヲ行ハザル可カラズ。然レドモ醫療ニ著手スル前ニ於テ、失血ノ爲、ニ即死スル者多シ、殊ニ總頸動脈及鎖骨下動脈ノ切創及銃創ニ於テ然リトス。而シテ止血法ニ種々有レドモ、最モ簡單ニシテ且第一著ニ施ス可キ者ハ、指ヲ以テ出血スル血管ヲ創處ニ於テ壓迫スルニ在リ。或ハ若シ之ヲ行フコト能ハザルトキハ、損傷部ノ中樞ニ於テ出血スル血管ノ本幹ヲ指壓ス可シ(所謂指壓法)。例之外頸動脈或ハ内頸動脈ノ損傷ニ在リテハ、指ヲ以テ總頸動脈ヲ脊柱ニ向テ固ク壓迫シ、爾餘ノ指ヲ以テ項部ヲ把握スルガ如シ(第十八圖)。鎖骨下動脈ノ出血ニ於テモ、亦先、指壓法ヲ施スカ、

第十圖 總頸動脈ノ指壓法

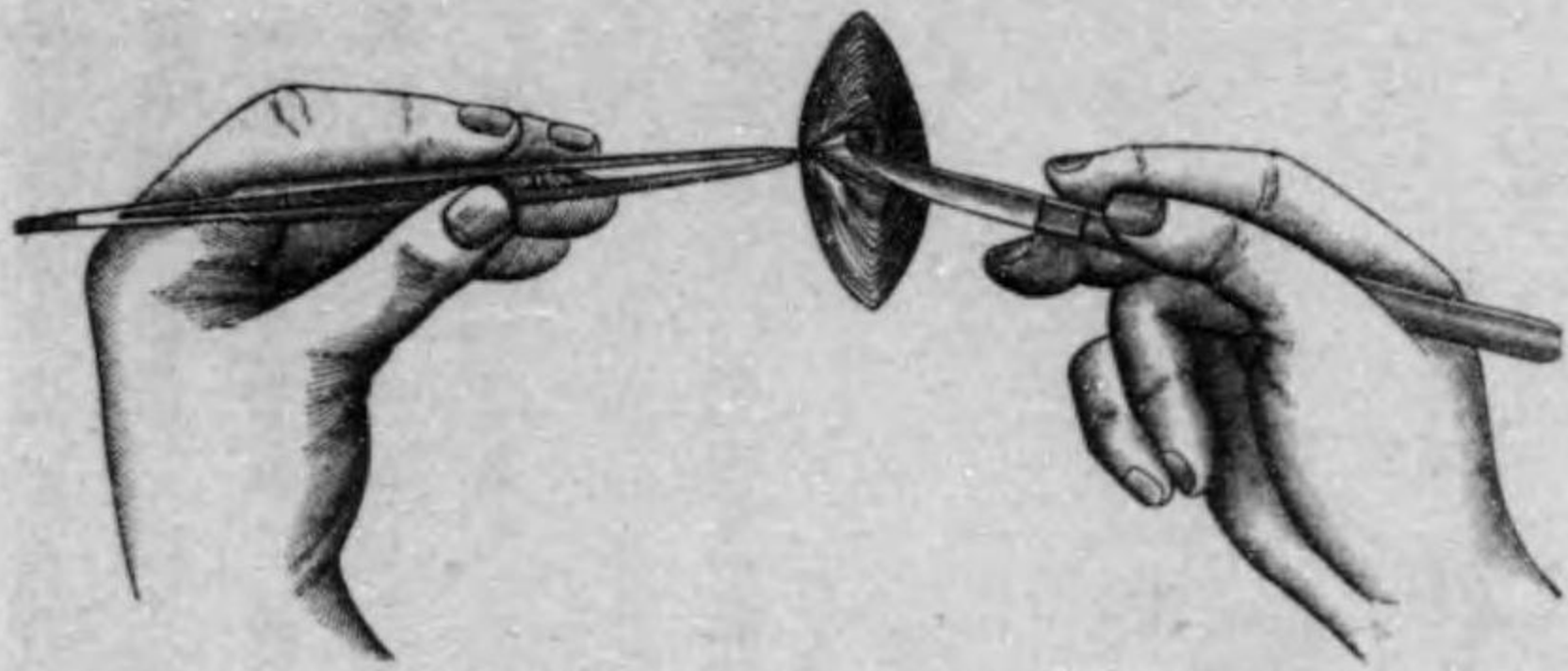


頸部動脈ノ損傷

或ハ創内ニ固クよーどふるむがーせヲ栓塞シテ壓抵繃帶ヲ施ス可シ。之ニ由リテ間、全ク止血セシムルコトヲ得可シ。然レドモ最モ確實ニ且最モ善良ナル止血法ハ、創所ニ於テ損傷セラレタル動脈ノ中樞端及末梢端ヲ求メテ之ヲ結紮スルニ在リ。此

際兩結紮部ノ間ニ在ル所ノ血管ハ、切離若クハ切除シ、若シ損傷部ヨリ派出スル分枝アルトキハ、亦悉ク之ヲ結紮セザル可カラズ。然ルニ此法ニシテ若シ施行シ難キトキハ、所謂輸入動脈主幹ノ連續部結紮法ヲ施ス可シ。例之内頸動脈或ハ深頸動脈ノ危險ナル出血ニ際シテ、外頸動脈ヲ結紮スルガ如シ。但シ外

第九十圖 法ルス開切ヲ鞘脈動

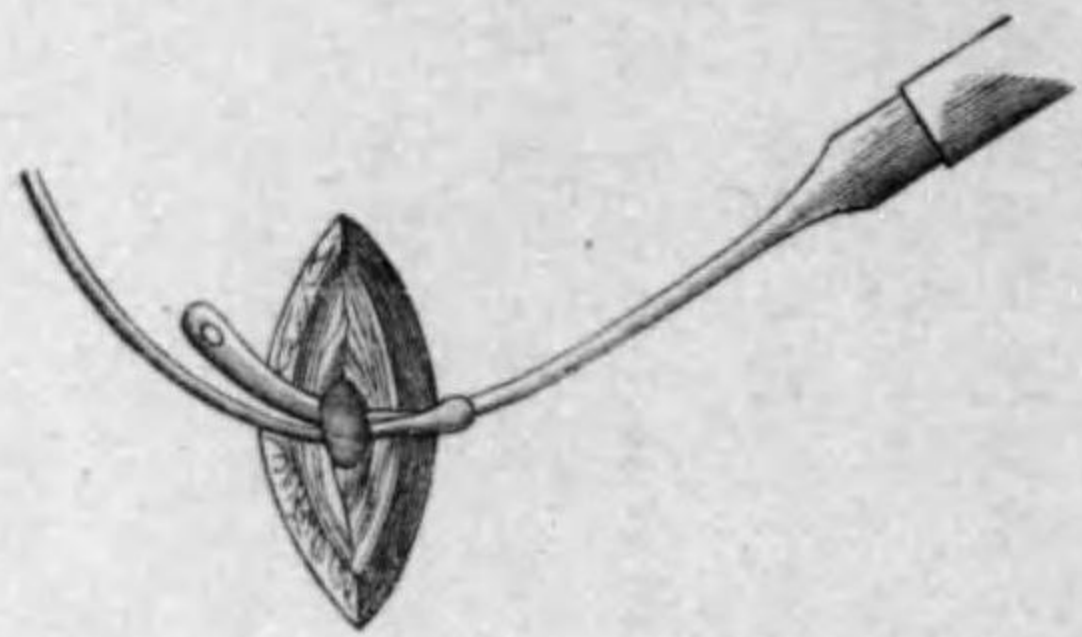


頸動脈分枝ノ出血ニ在リテハ、容易ニ施スコトヲ得可キ總頸動脈ノ結紮ヲ行フヲ可トスルコト有リ。是、外頸動脈ノ本幹ハ、甚ダ短ク且其周圍ニ靜脈及神經アルヲ以テ、其結紮ハ往々甚ダ困難ナルコト有レバナリ。然レドモ總頸動脈ヲ結紮スルトキハ、往々腦ノ血行障礙ヲ來シ爲、ニ危險ナル腦症狀ヲ招來スルコト有ルヲ以テ、輕々ニ之ヲ行フ可カラズ(總頸動脈結紮法ノ條下ニ詳ナリ)。

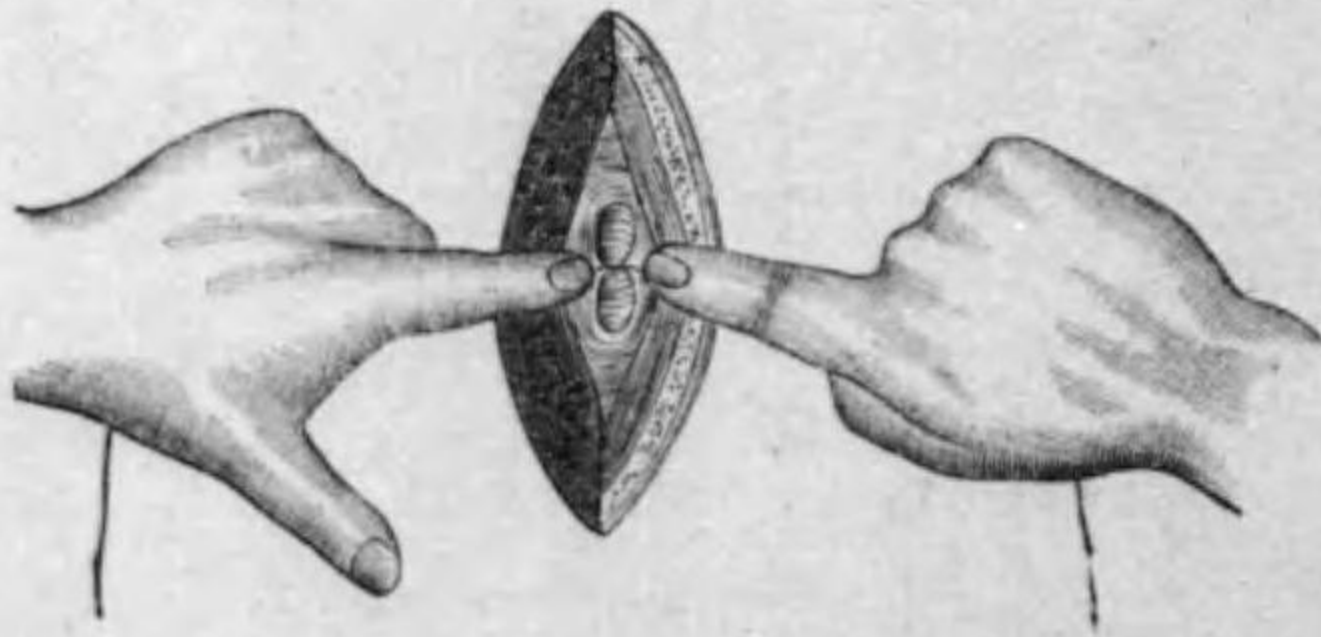
連續部動脈ノ結紮法ヲ行フニハ、嚴密ナル防腐法ヲ以テセザル可カラザルハ、固ヨリ言フ俟タズ。即、手術部ハ、法ノ如ク十分ナル消毒法ヲ行ヒタル後、先動脈ノ長軸ニ沿テ大約六乃至八仙迷ノ間皮膚ヲ切開シ、次デ二個ノ有鉤鑷子ヲ以テ僅ニ皮下組織ヲ撮舉シ、

皮創ニ沿ヒ兩鑷子間ニ於テ之ヲ切割シ、小心注意シツツ深部ニ進ム可シ。動脈鞘ニ達スルニ最モ安全ニシテ迅速ナル良法ハ、有溝消息子刀柄或ハ指頭ヲ以テ深部ニ進入スルニ在リ。殊ニ毎回有溝消息子上ニ於テ結組織ヲ切割スルヲ肝要ナリトス。既ニシテ動脈鞘ニ達スレバ、指頭ヲ以テ之ヲ接觸シ、其眞ニ動脈ナリヤ否ヲ檢知セザル可カラズ。但、脈搏ヲ觸レザル者ニ在リテモ、動脈壁ハ硬固ニシテ指下ニ滑脱スルヲ以テ、之ヲ柔軟ナル靜脈ト識別スルコトヲ得可シ。又神經幹ハ、圓形ナル硬固ノ索條トシテ感知ス可シ。是ニ於テ術者ハ、小

第十二圖 法ルス入送ヲ鉤脈動後ノ開切鞘脈動



第十二圖 法ルス結紮ヲ脈動



ナル有鉤鑷子或ハ解剖鑷子ヲ以テ動脈鞘ヲ撮ミテ之ヲ動脈管ヨリ撮舉シ、然ル後刀・クーパー氏剪或ハ有溝消息子ヲ以テ之ヲ開キ(第十九圖)注意シテ動脈鞘ヲ切離シタル後、其開孔ニ彎曲セル消息子ヲ送入シテ動脈ヲ鉤舉シ、次デ反對側ヨリ動脈下ニ動脈鉤ヲ送入シ(第二十圖)消息子ヲ

頸部動脈ノ損傷

拔去シタル後、動脈鉤孔ニ結紮絲ヲ穿テ、再ビ之ヲ拔去シタル後、第二十一圖ニ示スガ如ク、
 兩示指ヲ創内ニ送りテ結紮ヲ施ス可シ。此結紮ヲ施スニハ、大ナル動脈ニ在リテハ、通常二
 個ノ外科結節ヲ行ヒタル後、更ニ一回單結節ヲ以テス可シ。又大ナル動脈ニ在リテハ、常ニ
 中心部ト末梢部トノ兩結紮間ニ於テ血管ヲ切離スルヲ法トス。
 今左ニ頸部ニ於ケル主要ナル動脈ノ結紮法ヲ掲ゲム。

(一)無名動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria anonyma ハ、極テ罕ニ行
 ハルルノミ。即チ胸骨或ハ前縦隔膜ノ腫瘍摘出ノ際、若シ之ヲ損傷スルトキハ、結紮ヲ要ス
 レドモ、其他ノ損傷ニ於テハ、殆ド即死ヲ免カレザルヲ以テ、通常該動脈ニ結紮ヲ施ス
 ノ暇無キ者トス。又該動脈ノ動脈瘤ニ在リテモ、其中樞部ヲ結紮スルコト能ハズ。鎖骨
 下動脈及總頸動脈ノ動脈瘤ニ於テモ、危険ナル血行障得ノ爲メ、無名動脈ノ結紮ヲ禁忌
 ト爲ス。

無名動脈ノ結紮法ハ、一千八百十八年ニ、ヨーク市ノ醫士モットー氏ノ創テ、行ヒタ
 ル者ニシテ、其術式次ノ如シ。即チ頭ヲ後左方ニ傾屈セシメ、頸窩ノ中央ヨリ鎖骨ノ上縁
 ニ沿ヒ、其中央ニ至ルマデ約十仙迷ノ皮膚切開ヲ施シ、次デ此切開線ノ内端ヨリ胸鎖
 乳嘴筋ノ内縁ニ沿ヒ三四仙迷上行スル第二ノ皮膚切開ヲ施シテ、右胸鎖乳嘴筋ノ胸
 骨頭ヲ切離シ、三角形ノ皮瓣ト共ニ之ヲ外上方ニ翻轉ス。斯テ右側ノ胸骨舌骨筋及胸
 骨甲狀筋ヲ切斷シテ、筋膜ヲ切開スルトキハ、大ナル血管露出スルヲ以テ、内頸靜脈及

無名動脈結紮法

迷走神經ヲ遊離シテ之ヲ外方ニ牽引スルトキハ、鎖骨下動脈ニ達ス可シ。是ニ於テ横
 隔神經及返廻神經ヲ損傷セザルニ注意シ、此動脈ヲ下方ニ追跡スレバ直ニ無名動脈
 ニ達スルヲ以テ、動脈瘤針ヲ下方ヨリ上方ニ送入シ、少シク分岐部ヲ隔テテ、徐々
 ニ之ヲ結紮ス。此際亦胸膜ヲ傷ケザラムコトニ注意ス可シ。

無名動脈ノ結紮ニ施ス皮膚切開ニ、フォンランゲン、ベック、バルデンホイエル、リチギール等諸
 氏ノ變式アレドモ、茲ニ之ヲ省略ス。
 v. Langenbeck, Bardenheuer, Rydyger

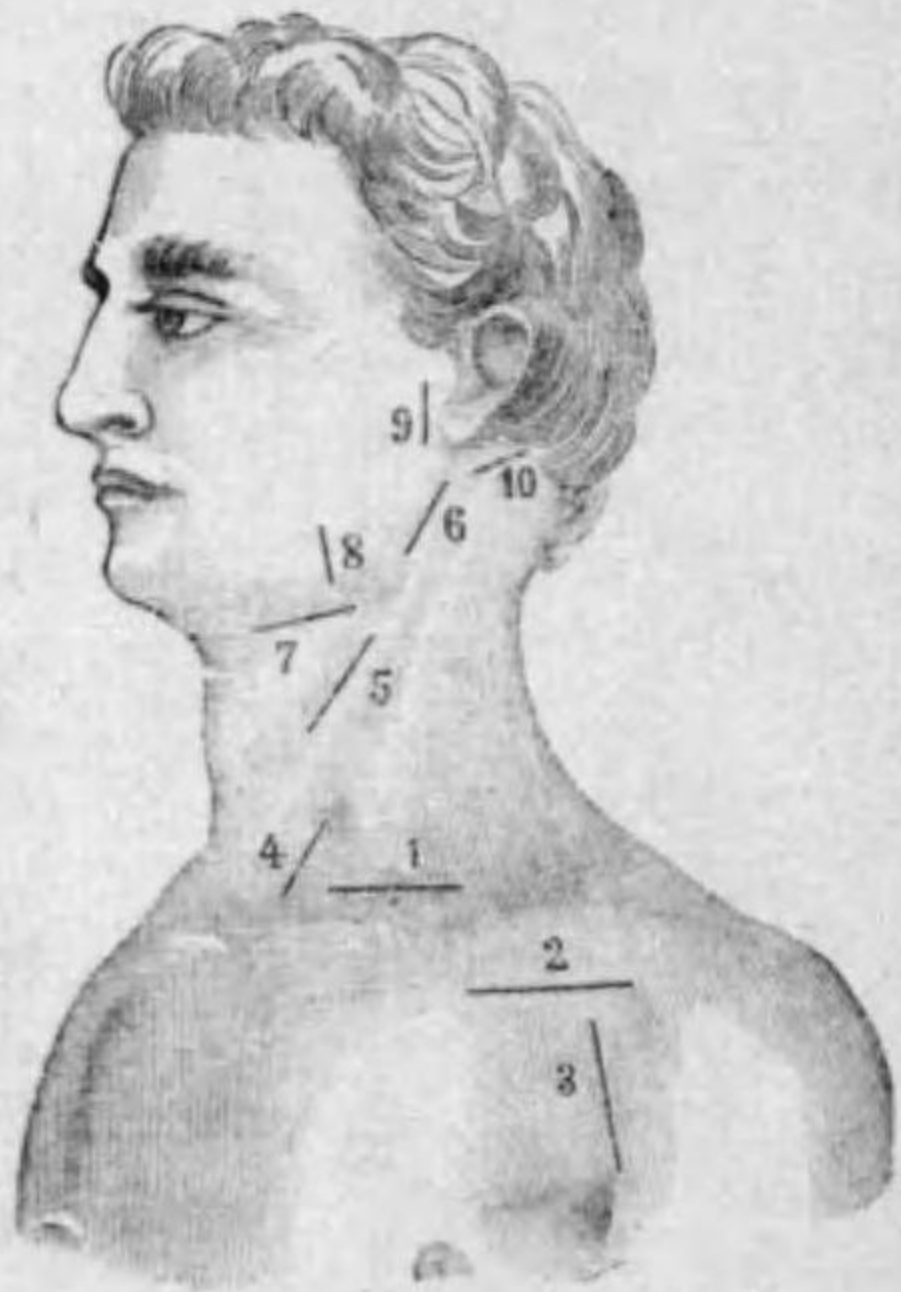
鎖骨下動脈結紮法

(二)鎖骨下動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria subclavia ハ、或ハ鎖骨
 上窩ニ於テ施サレ、或ハ鎖骨下窩ニ於テ施サル。

鎖骨上窩ニ於ケル結紮法

(イ)鎖骨上窩ニ於ケル鎖骨下動脈結紮法(第二十二圖)及第二十三圖ヲ行フニハ、鎖骨ノ上方一
 指横徑ノ所ニ於
 テ之ト並行シテ
 胸鎖乳嘴筋ノ外
 縁ヨリ外方ニ向
 ヒ僧帽筋ノ内縁
 ニ至ルマデ横切
 開ヲ施シ、淵頸筋
 及頸筋膜ヲ切開

第二十二圖
 鎖骨下動脈及頸動脈ノ分其
 鎖骨下動脈結紮法ニ於テ皮膚切開法



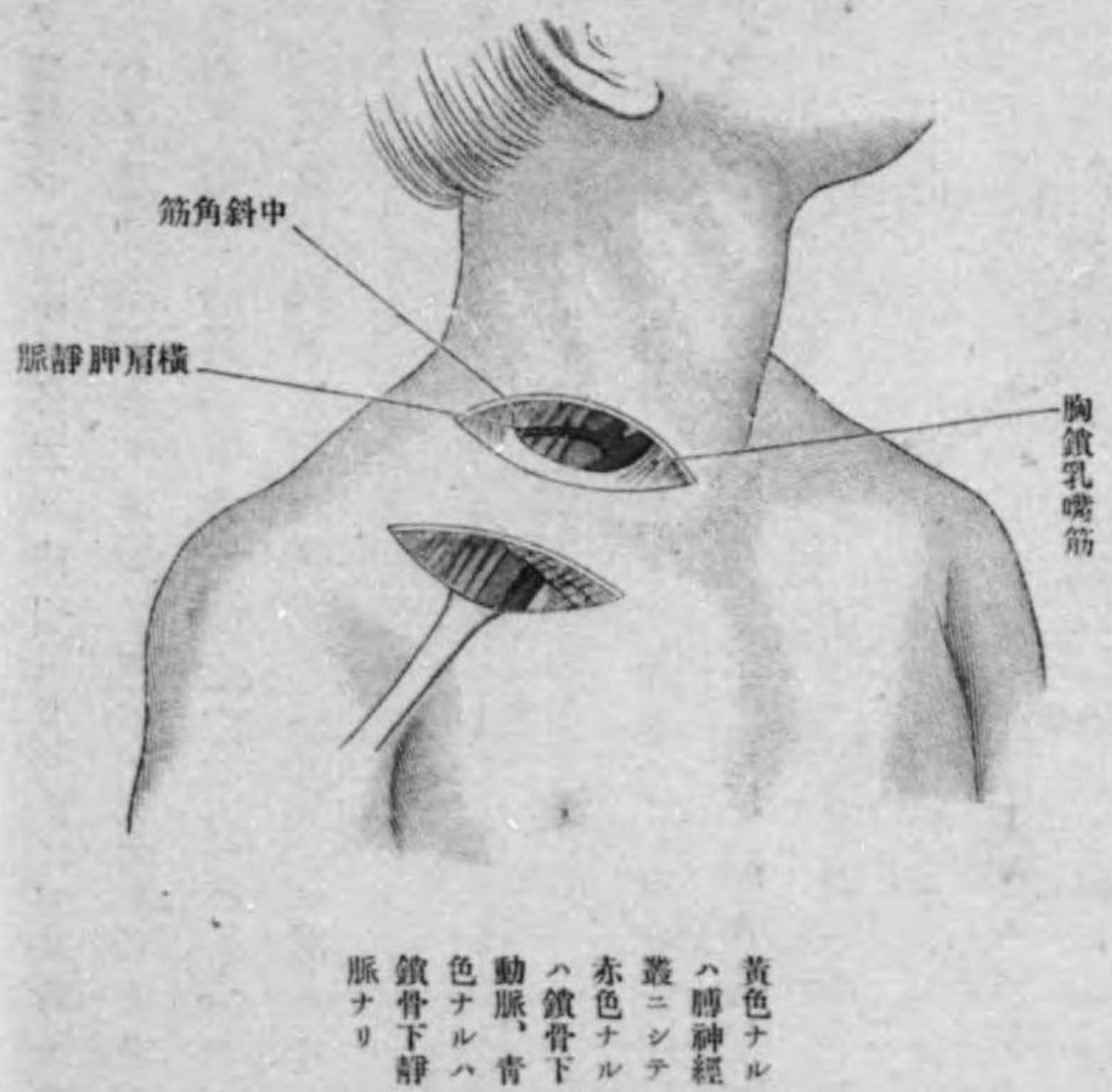
- (1)鎖骨下動脈結紮
- (2)腋窩動脈結紮
- (3)總頸動脈結紮
- (4)外頸動脈結紮
- (5)舌動脈結紮
- (6)外頸動脈結紮
- (7)淺在動脈結紮
- (8)後頭動脈結紮

頸部動脈ノ損傷(無名動脈及鎖骨下動脈結紮法)

シ、外頸靜脈ハ鈍鉤ヲ以テ排去シ、次デ肩胛舌骨筋ヲ上外方ニ牽引スルトキハ、脂肪組織ニ當メル下頸三角部露出スルヲ以テ、該組織ヲ他方ニ排除スルカ、或ハ之ヲ摘出シタル後、神經叢ヲ被覆スル所ノ深在筋膜ヲ切開シ、之ニ沿テ前斜角筋ノ附著スル第一肋骨ノ前斜角筋結節(所謂リスフラン氏結節)ヲ求ム可シ。鎖骨下動脈ハ、神經叢ヨリ被ハレ、該結節ノ外側ニ在リ。是ニ於テ動脈ヲ遊離シ、外方ヨリ動脈鉤ヲ送りテ之ヲ結紮ス。

法於鎖骨下高ニケル結紮

圖三十二 第 法於鎖骨下高ニケル結紮

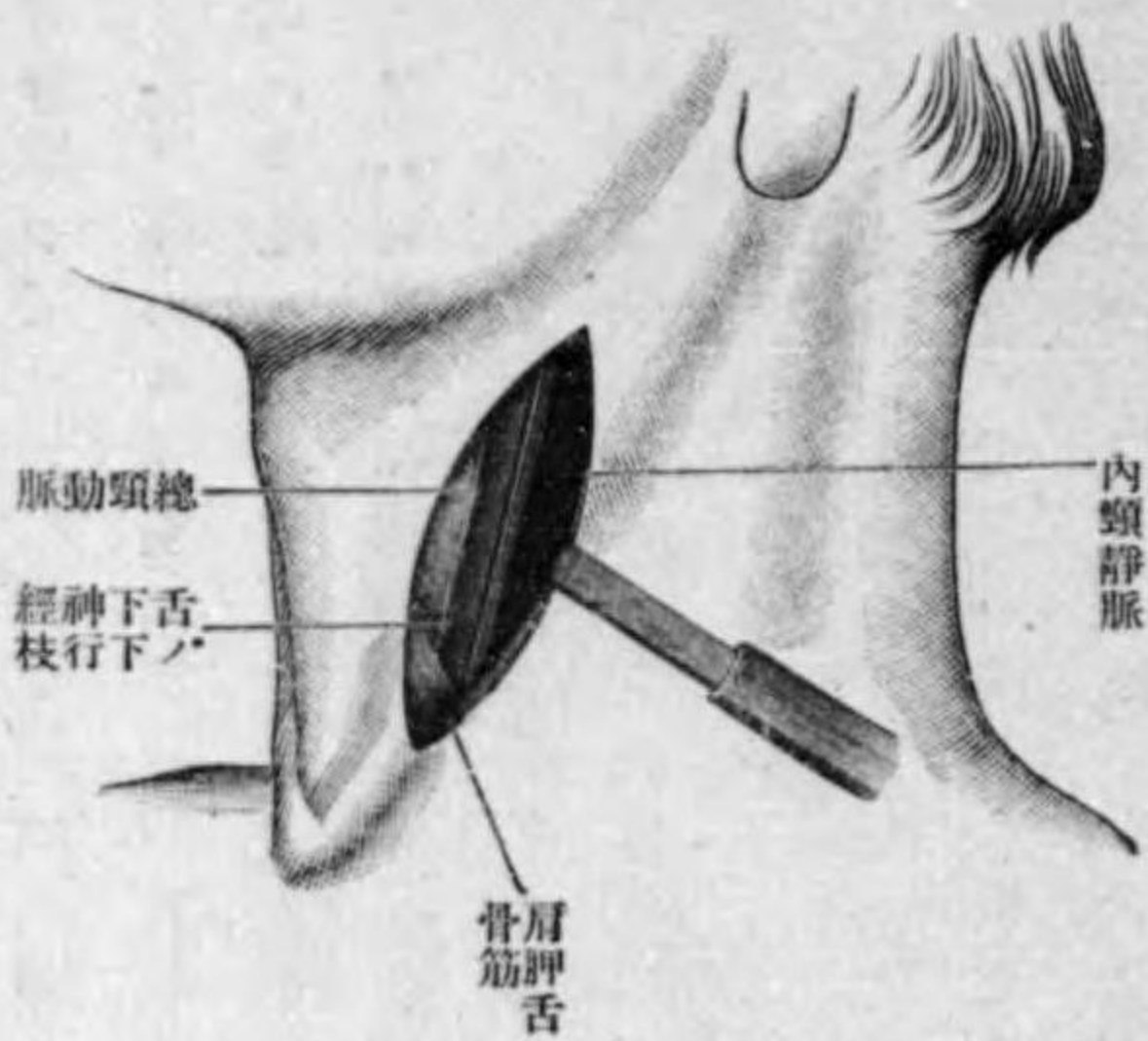


(B) 鎖骨下高ニ於ケル鎖骨下動脈結紮法(第二十二圖)及第二十三圖ハ、前法ニ比スレバ稍、因難ナルヲ以テ、唯稀ニ之ヲ施スコト有ルノミ。皮膚切開ハ、鎖骨ノ下部一指横徑ノ所ニ於テ其外半部ニ竝行シテ烏喙突起ニ至ル。皮膚及淺在筋膜ヲ切開スル際、注意シテ頭靜脈ヲ保

法總動脈結紮

環狀軟骨ノ高サニ於ケル結紮法

圖四十二 第 法總動脈結紮



頸部動脈ノ損傷(總動脈結紮法)

存ス可シ。大胸筋ノ外縁ハ必要ニ應ジテ少シク横斷シ、烏喙筋筋膜ヲ切刻シタル後、指ヲ以テ鈍的ニ三角鎖骨下筋及大胸筋ノ間ニ在ルモイレ、ンハイム氏窩ニ於テ深部ニ進行スルトキハ、膊神經叢ト靜脈トノ間ニ於テ鎖骨下動脈ヲ見ル。該動脈ハ、膊神經叢ノ内方ニ在リテ、一部ハ靜脈ヨリ被ハルルヲ以テ、之ヲ遊離シテ靜脈ヲ内方ニ遠ケ、神經叢ヲ上方ニ遠ケテ結紮ス可シ。

(三) 總頸動脈結紮法 Die Unterbindung der Carotis communis ヲ施ス部位

ニテ所アリ。即チ一ハ環狀軟骨ノ高ニ於テ胸鎖乳嚙筋ノ内縁ニ施シ、一ハ鎖骨ノ上方ニ於テ胸鎖乳嚙筋ノ兩頭間ニ施ス。但シ前法ハ、最も多ク施サルル法ニシテ、且其術最モ容易ナリ。

(イ) 環狀軟骨ノ高ニ於テスル總頸動脈結紮法(クーパー氏)(第二十二圖)ヲ施スニハ、頭ヲ強ク後方ニ傾屈セシメ、環狀軟骨上縁ノ高ヨリ胸鎖乳嚙筋ノ内縁ニ沿ヒ下方ニ向ヒ約六乃至八仙迷ノ皮膚切開ヲ

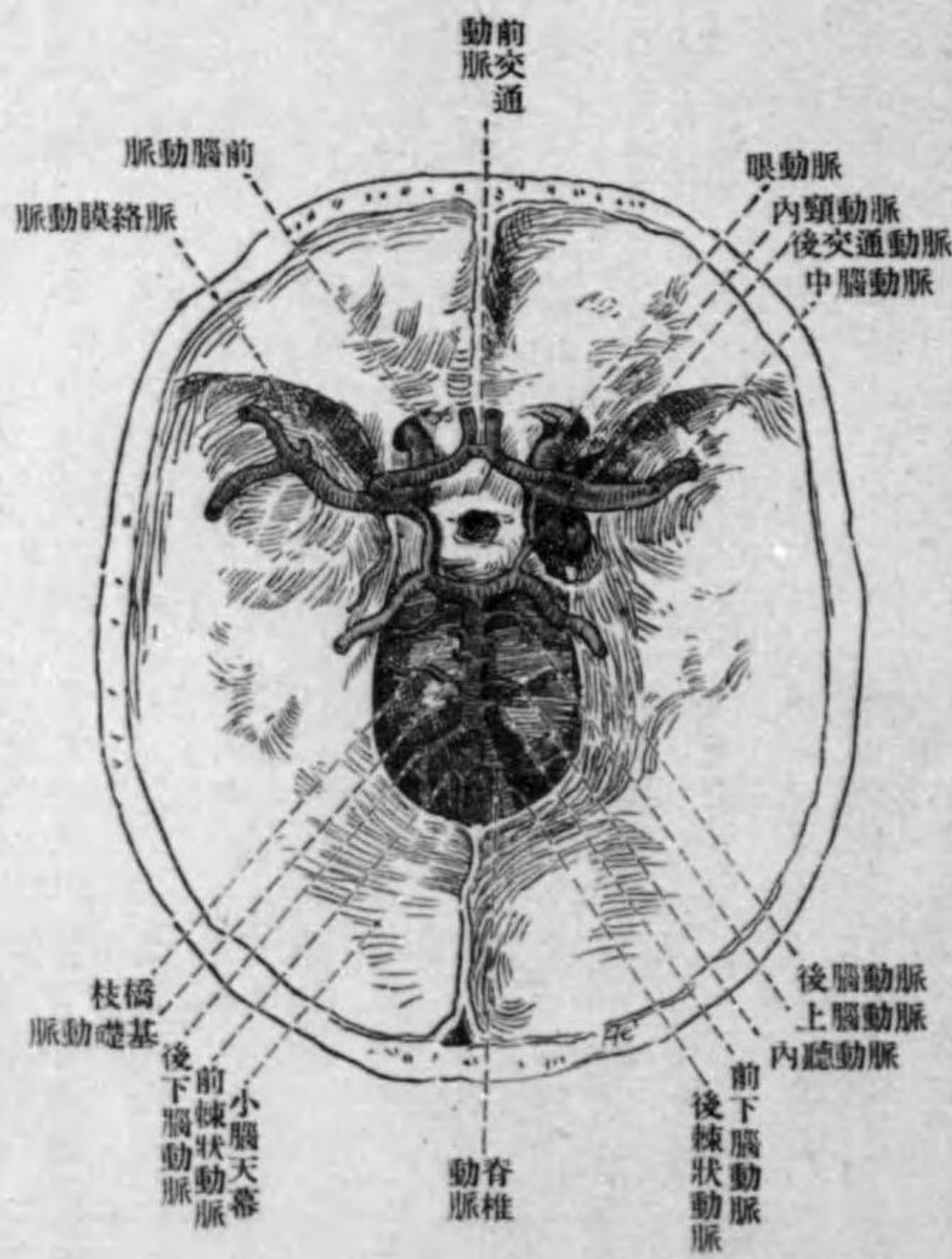
鎖骨上部ニ於ケル結紮法

行ヒ、淺在靜脈ハ可及的之ヲ避ケ、潤頸筋ヲ切離スルトキハ、胸鎖乳嚢筋ノ内縁露出スルヲ以テ、之ヲ外方ニ牽引シ、肩胛舌骨筋ヲ下方ニ牽引スルトキハ、血管鞘露出ス。是ニ於テ其上面ヲ走ル所ノ舌下神經ノ下行枝ヲ外方ニ牽引シ、其中央部ニ於テ血管鞘ヲ開クトキハ、共同血管鞘内ニ於テ總頸動脈ハ内方ニ、内頸靜脈ハ外方ニ在リ(第二十四圖)迷走神經ハ、其中間ヲ走ル。又血管鞘ノ後方ニハ交感神經アルヲ以テ、注意シテ動脈ヲ鞘ヨリ遊離シ、動脈鉤ヲ外方ヨリ、内方ニ向テ動脈下ニ送りテ結紮ヲ行フ。而シテ此結紮ハ、頸動脈結節(第六頸椎ノ横突起部)ノ高ニ於テ施スヲ最良ナリトス。

(ロ)鎖骨上部ニ於ケル總頸動脈結紮法(ツァンク氏)(第二十二圖)ハ、動脈深部ニ在リテ靜脈ヨリ被ハレ、又左方ニ於テハ胸管ニ接近スルヲ以テ、前法ニ比スレバ其術遙ニ困難ナリ。此法ハ、胸鎖乳嚢筋ノ兩頭間ニ於テ動脈ヲ索ムル法ニシテ、皮膚切開ハ此間ニ於テ下方ニ向ヒ鎖骨ニ至ルマデ約六仙迷ナル可シ。次デ潤頸筋ヲ切離シタル後、指ニテ切開創ヲ開大シテ深部ニ進ミ、内頸靜脈露出スルニ至レバ、胸鎖乳嚢筋ノ鎖骨附著部ト共ニ之ヲ外方ニ牽引シ、胸骨附著部ハ胸骨舌骨筋及胸骨甲狀筋ト共ニ内方ニ牽引ス。然ルトキハ靜脈ノ内側ニ迷走神經アリ、又其稍、内方ニ動脈ノ走ルヲ見ルヲ以テ、之ヲ迷走神經ヨリ分離シテ結紮ヲ施ス可シ。

上文既ニ述べタルガ如ク、總頸動脈ノ結紮ハ、萬止ムヲ得ザル場合ハ、非ザルヨリハ、溢ハ行ハ可カラズ。是レ之ガ爲、腦髓ノ血行障礙ヲ來シ、爲ニ危險ナル症狀ヲ招致スルコト有レバ

第二十五圖
頭部動脈ノ損傷(總頸動脈結紮法)
別枝ノ脈動ルケ於ニ部底基蓋頭
(氏ツルホテルバス)



頸部動脈ノ損傷(總頸動脈結紮法)

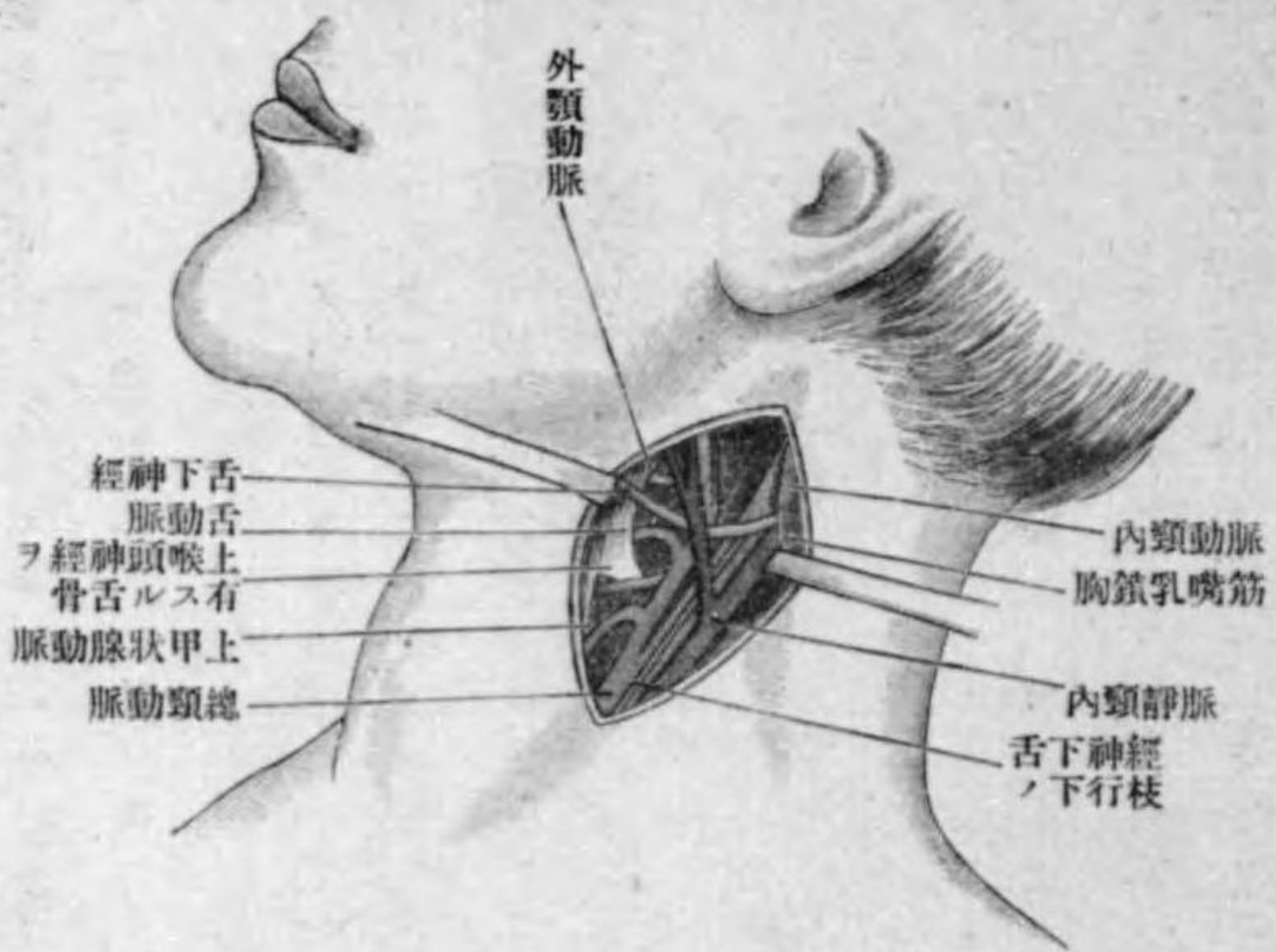
ナリ。然レドモ之ヲ結紮スルモ、若シ副枝血行完全ナルトキハ、著シキ障礙ヲ來サザルコト有リ。故ニ總頸動脈結紮後ノ豫後ハ、第一完全ナル副枝血行ノ存スルト否ト、第二血管ハ十分ニ擴張シ得ルト否トニ關ス。尙之ヲ詳言スレバ、偏側ノ總頸動脈ヲ結紮シテ其血行斷絶スルトキハ、之ヨリ養ハルル所ノ腦髓ハ、一方ニ於テハ前交通枝ニ由リテ他側ノ總頸動脈ヨリ、又一方ニ於テハ後交通枝ニ由リテ椎骨動脈ヨリ養ハレザル可カラズ。故ニ副枝血行ノ良否ハ、ウィリス氏(Willis)ノ動脈環ノ能ク發育スルト否トニ關スル者ニシテ、時トシテハ此間ノ交通ハ甚ダ不完全ナルコト有リ。故ニ此場合ニ於テ、若シ偏側ノ總頸動脈ヲ結紮スルトキハ、腦髓ノ一方

ニ著シキ血行障碍ヲ來スヤ論無シ(第二十五圖)。次ニ腦血行障碍ノ多少ハ、動脈ノ擴張性ノ有無、即、其代償的ニ擴張シ得可キヤ否ニ關ス。例之老人ニ於テ、若、動脈ニあてろゝむ變性アルトキハ、多少其擴張性ヲ失フヲ以テ、血行ヲ代償スルコト能ハザルガ如シ、從來諸家ノ統計上、總頸動脈ノ結紮後治療ヲ得タル者ノ比較的年少者ニ多キハ、蓋之ニ因ルナリ。此他尙腦ノ血行ニ關係ヲ有スル者ヲ、血、壓ト爲ス。即、大ナル失血後ニ於ケルガ如ク、血壓著シク減少スルトキハ、假令副枝血行完全ナルモ、危險ナル血行障碍ヲ來ス可シ。ピルツ氏ノ統計ニ據レバ、損傷ニ因リ總頸動脈ニ結紮ヲ施シタル者ノ死亡數ハ、五四%ナリト云フ。然レドモ該動脈ヲ結紮スルモ俄ニ之ヲ行ハズ、最初長ク之ニ壓迫ヲ加ヘ、後徐々ニ之ヲ結紮スルトキハ、漸次副枝血行ノ完成ヲ促スヲ以テ、腦髓ノ血行障碍ヲ來スコト少ナシ、即、腫瘍摘出時ニ於ケルガ如ク、動脈ノ既ニ長ク壓迫セラレタル場合ニ於テハ、之ヲ結紮スルモ其成績比較的甚ダ佳良ナリ。ピルツ氏ノ統計ニ從ヘバ、此場合ニ於ケル死亡數ハ、二六乃至三一%ナリト云フ。然レドモ總頸動脈結紮後血行ノ平均ヲ得ルト否トハ、固ヨリ之ヲ豫知スルコト困難ナルヲ以テ、其結紮ノ豫後ハ、多クハ疑ハシキ者ト看做サザル可カラズ。

總頸動脈結紮ニ因ル死亡ノ原因ハ、大、腦ニ於ケル、榮養障碍ニシテ、剖檢上血行ノ斷絶セラレタル腦部ニハ、其軟化ヲ見ル。而シテ結紮後ニ發スル臨牀的症狀ハ、顔面蒼白、頭痛、眩暈、失氣意識消失、嘔吐、痙攣等ニシテ、腦髓ニ著シキ障碍ヲ來ストキハ、亦他側ノ半身不遂症ヲ發ス。然レドモ時トシテハ一時斯ノ如キ危險ナル症狀ヲ發來スルコト有ルモ、血行漸ク恢復スルニ從ヒ、再ビ健康ニ復スルコト有リ。兩側ノ總頸動脈ヲ結紮スルトキハ、危險之ヨリ大

法外頸動脈結紮

圖 六 十 二 第
枝分ノ脈動頸外及部岐分ノ脈動頸總



頸部動脈ノ損傷(外頸動脈結紮法)

ナルコトハ固ヨリ言テ俟タズ。此際腦髓ハ唯椎骨動脈ニ由リテ養ハルルノミナレバナリ。然レドモ此場合ニ於テモ、亦幸福ナル轉歸ヲ得タル者アリト云フ。

上來述べタルガ如ク、總頸動脈ノ結紮法ハ常ニ危險多キヲ以テ、之ヲ施スハ、左ノ場合ニ限レリトス。即、(一)該動脈ノ損傷或ハ侵蝕ニ因ル出血、(二)剝離ス可カラザル悪性腫瘍トノ

瘻著及(三)動脈瘤ナリ。往時ハ重症ノ三叉神經痛、癲癇、卒中手術ヲ施ス可カラザル顔面ノ腫瘍著シク出血スル顔面ノ手術等ニ此法ヲ行ヒタレドモ、今ハ之ヲ行フコト罕ナリ。

(四)外頸動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria carotis externa

(第二十二圖)ハ、殆ド環狀軟骨ノ高ニ施ス總頸動脈ノ結紮法ニ同ジ(案卷三五頁參照)。然レドモ最良ナルハ、胸鎖乳嚙筋ノ内縁ニ沿ヒ下顎隅ヨリ甲狀軟骨ノ高ニ至ルマデ皮膚ヲ切開シ、先ツ總頸動脈ノ最上部ヲ露出シ、次デ其分岐部ニ至ル

マデ追跡シ、此所ニ於テ外頸動脈ノ血管鞘ヲ開クニ在リ。其本幹ノ長ハ、僅々一乃至一・五仙迷ニ過ギザルヲ以テ、之ヲ結紮スルニハ、上甲狀腺動脈ト舌動脈トノ分岐部ノ間ニ於テスルヲ法トス。此際亦同時ニ上甲狀腺動脈ヲ結紮スルヲ良トス(第二十六圖)。

外頸動脈結紮法ノ適應症ハ、略前段述べタル總頸動脈結紮法ニ於ケルト同ジ。但、此動脈ノ結紮法ハ、毫モ危險無ク、亦之ヲ兩側ニ施スコトヲ得可シ。

内頸動脈結紮法

(五)内頸動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria carotis interna ハ、外頸動脈結紮法ニ同ジ。外頸動脈ハ、内方ニ在リ、内頸動脈ハ、外方ニ在リ(第二十六圖)。其ニ總顔面靜脈ヨリ被覆セラル。

舌動脈結紮法

(六)舌動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria lingualis ハ、既ニ上文ニ述ベタリ(第一卷四九九頁參照)。

上及下甲狀腺動脈結紮法

(七)上及下甲狀腺動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria thyreoidea superior und inferior ハ、次章甲狀腺外科ノ條下ニ説ク可シ。

椎骨動脈結紮法

(八)椎骨動脈結紮法 Die Unterbindung der Arteria vertebralis ハ、該動脈ノ第六頸椎ノ横突起孔ニ入ル前ニ於テ施サル者ニシテ、皮膚切開ハ、胸鎖乳嚢筋ノ外縁ニ沿ヒ、其下三分ノ一部ヨリ斜ニ下内方ニ向ヒ鎖骨ニ達ス。乃、此切開線ニ於テ皮膚層、淵頸筋及淺在筋膜ヲ切離スルトキハ、上方ノ創角部ニ外頸靜脈ヲ見ルヲ以テ、之ヲ二重ニ結紮シテ切離スルカ、或ハ之ヲ遠ザケ、次デ現出スル胸鎖乳嚢筋ヲ内方ニ牽引ス

ルトキハ、總頸靜脈ニ達スルヲ以テ、總頸動脈ト共ニ亦之ヲ内方ニ牽引ス。是ニ於テ患者ノ頭首ヲ真直ト爲シ、或ハ少シク之ヲ前方ニ屈曲シ、指頭ヲ以テ深部ニ進行シテ頸動脈結節(第六頸椎ノ横突起部)ヲ索ム可シ。椎骨動脈ハ、此結節ノ内方ニ當リ前斜角筋ト長頸筋トノ中間ニ於テ頸椎ノ上面ニ之ヲ觸ル。依テ此筋ヲ側方ニ遠ザケ、外方ヨリ動脈鉤ヲ送入シテ動脈ヲ結紮ス。

既ニ述べタルガ如ク、椎骨動脈ノ結紮ハ、殊ニ其銃創ノ際施サル者ナレドモ、亦癩癩ニ之ヲ試ミラレタルコト少ナカラズ。該動脈ハ、假令兩側ヲ共ニ結紮スルモ、副枝血行ハ能ク？リス氏環ニ由リテ營マルル者トス(第二十五圖)。ウ・アレキサンデル氏ハ、癩癩治療ノ目的ヲ以テ該動脈ノ偏側或ハ兩側ノ結紮法ヲ施シタルコト三十六回ナリシガ、之ガ爲、毫モ腦ニ機能障礙ヲ誘發セザリシト云フ。殊ニ此法ノ癩癩ニ良效ヲ奏スルコト有ルハ新鮮ナル症ニシテ、ジ・クソン氏癩癩ニハ適應セズト云フ。然レドモ其治效ヲ奏スル所以ノ理由ニ至リテハ、尙明瞭ナラズ。或、云フ、手術ノ際知ラズ識ラズノ間ニ交感神經ヲ傷クルニ因ル者ナラムト(第一卷一七四頁參照)。

外頸動脈淺在頸動脈及後頭動脈ノ結紮法ニ於ケル皮膚切法ハ、宜シク第二十二圖ニ就テ觀ル可シ。

第四 頸部靜脈ノ損傷

頸部動脈ノ損傷(内頸動脈及椎骨動脈結紮法)

頸部靜脈ノ損傷 Verletzungen der Venen am Halse

ニ其大ナル者ニ於テ然リトス。是ハ著シキ出血ヲ來スト、一ハ靜脈管内ニ空氣ノ竄入スルニ因ルナリ。而シテ其損傷ハ、亦多クハ切創及刺創ニシテ、鈍創ニ於テハ亦動脈ニ於ケルガ如ク、一二週日ノ後ニ至リ繼發的出血ヲ來スコト少カラズ。此他頸部ノ靜脈ハ、亦惡性腫瘍ノ侵蝕ニ因リ、或ハ頸部腫瘍摘出ノ際損傷セララルコト多キ者ニシテ、内頸靜脈ノ如キ大ナル頸部靜脈ノ損傷ニ於テ、若シ創口哆開スルトキハ、血液連綿絶エズ流出シテ直ニ死亡ヲ來シ、其危險ハ決シテ總頸動脈ノ損傷ニ讓ラザル者トス。殊ニ最モ危險ナルハ、鎖骨下靜脈及無名靜脈ノ損傷ナリトス。又大ナル頸部靜脈ノ刺創ニシテ創口閉塞シ血液ノ流出妨ゲラルトキハ、著シキ皮下溢血ヲ生ジテ氣管ヲ壓迫シ、爲ニ窒息死ヲ來スコト無キニ非ズ。此他此溢血ハ、細菌ノ傳染ニ由リ化膿ニ陥リ易ク爲ニ膿毒症或ハ敗血症ヲ起スノ危險アリ。

靜脈ノ創傷ニ來ル所謂靜脈内空氣竄入ハ、頸部靜脈概言スレバ、心臟ニ接近セル胸廓附近ノ大ナル靜脈ノ損傷ニ見ル所ナリ。是此部ノ靜脈ニ於テハ、血液ハ吸氣ノ際胸廓内ノ陰壓ノ爲、一層迅速ニ吸引セララルニ因ルナリ。殊ニ頸部ノ大ナル靜脈壁ハ、其周圍ノ組織殊ニ筋膜ト連著シ、切斷セララルモ、其緊張ノ爲、血管壁ハ收閉スルコト能ハザルヲ以テ、益々空氣ノ竄入ヲ容易ナラシム可シ。平常ニ於テ既ニ斯ノ如シ況ヤ靜脈壁若腫瘍ト癒著スルカ、或ハ其周圍ニ炎症アリテ之ト癒著スルトキハ、血管壁ハ益々開

頸部靜脈ノ損傷 (氏ツルホテルパス)



頸部靜脈ノ損傷

張シテ收閉スルコト能ハザルヲ以テ、損傷ノ際益々空氣ノ竄入ヲ容易ナラシム可シ。而シテ靜脈内ニ空氣ノ竄入スルヤ、一種ノ吸啜音ヲ放ツ者ニシテ、之ト同時ニ或ハ一二分間ヲ經テ心臟及呼吸ノ障礙ヲ發來ス。即先顔面蒼白不安ノ狀ヲ呈シ、

時トシテ大聲モテ叫ビ、次デ呼吸困難ヲ來シ、脈搏微弱疾速且不整ト爲リ、瞳孔散大シテ反應ヲ呈セズ、意識消失シ、遂ニ痙攣ヲ發シテ斃ル。然レドモ斯ノ如キ危險ナル症狀ハ、每常必發ナラズ。時トシテハ一時危險ナル症狀ヲ呈スルコト有ルモ、亦漸次恢復スルコト有リ。

往時外科手術法ノ尙完備セザリシ頃ニ在リテハ、頸部及胸廓附近ノ手術ニ際シテ靜脈損傷ノ爲、往々危險ナル空氣竄入ヲ來シタルコト有リキ。故ニ佛醫ハ、是等ノ部位ヲ「危險領」(Region dangereuse)ト命名セリ。然レドモ現今ニ至リテハ、一ハ手術法ノ益進歩シタルト、一ハ十分深麻酔ヲ施シテ手術スルヲ得ルトニ由リ、斯ノ如キ危險ニ遭遇スルコト甚ダ稀有ト爲ルニ至レリ。
靜脈内空氣竄入ニ因ル死因ニ就テハ、未ダ確説無キモ、Painum氏ハ空氣右心ヲ經テ肺臟内ニ入り、此所ニ大ナル空氣栓、塞ヲ生ジ、以テ血液ハ左室ヲ充張スルコト能ハザルニ因ル者トセリ。然レドモクウチー氏ニ據レバ、吸引セラレタル空氣ハ心臟ノ右室内ニ充滿シテ其收縮ヲ妨ゲ、遂ニ心臟ハ開張ノママ靜止スル者ナラムト云フ。此他腦髓ノ空氣栓塞ニ由リテ死亡ヲ來シタルノ症例アリ。

頸部靜脈損傷ノ療法

療法 頸部靜脈損傷ノ療法ハ、概シテ動脈損傷ニ於ケルト同一ノ原則ニ據ル可シ。即チ第一著ニ指壓法ヲ施シ、以テ一ハ出血ヲ制止シ、一ハ血管内ニ空氣ノ竄入スルヲ防禦ス可シ。但シ確實ナル止血法ハ損傷セラレタル靜脈ヲ創所ニ於テ結紮スルニ在ルヤ論

無シ。殊ニ其全斷セラレタル者ニ在リテハ、中樞及末梢ノ兩端ヲ結紮スルヲ要ス。内頸靜脈ハ、之ヲ全ク結紮スルモ、腦機能ノ障礙ヲ來スコト無シ。然レドモ若シ總頸動脈ト共ニ之ヲ結紮スルトキハ、危險ナル腦症狀ヲ發來ス可シ。又結紮困難ナルカ、或ハ之ヲ行フコト能ハザルトキハ、創内ニ固ク殺菌ガ一セヲ栓塞シテ壓抵縛ヲ施ス可シ。之ニ由リテ屢々止血シ得ルコト有リ。又靜脈側壁ノ損傷ニシテ四乃至五密迷以上ナラザル者ニハ、細キ絹絲ヲ以テ側方結紮ヲ施ス可シ。創口血管口徑ノ三分一或ハ多クモ其半徑以上ニ達セザル者ハ、亦連次縫合ニ由リテ之ヲ閉鎖スルコトヲ得可シ。

靜脈内空氣竄入ニ對シテハ、殆ド救治ス可キ方策無シト雖、先ヅ指ヲ以テ靜脈ヲ壓迫シ、創内ニ殺菌セル水或ハ食鹽水ヲ充ス可シ。呼吸ノ際時トシテ空氣ハ再ビ靜脈創ヨリ外方ニ逸出スルコト有リ。故ニ空氣吸引ノ際ハ、胸廓ヲ壓迫シテ強キ呼吸運動ヲ行フヲ良トス。吸引セラレタル空氣幸ニシテ少量ナルトキハ、吸收セラレテ後害ヲ貽スコト無シト雖、多量ナルトキハ、倏忽ノ間ニ死亡ヲ來スヲ常トス。嘗テゼン氏ハ、動物ニ就テ細キ套管針ヲ右室ニ刺入シ、又靜脈創ヨリ右上房内ニかてテ送テ入シ、以テ直ニ右室内ニ竄入セル空氣ヲ吸出スルコトヲ試ミテ良成績ヲ得タリト云フモ、人ニ於テハ之ヲ試ムルコト固ヨリ難シトス。

頸部靜脈ノ結紮法

以下尙重要ナル頸部靜脈ノ結紮法(Die Ligatur der Venu an Hals)ニ就テ實地上肝要ナル點ヲ掲ゲム。

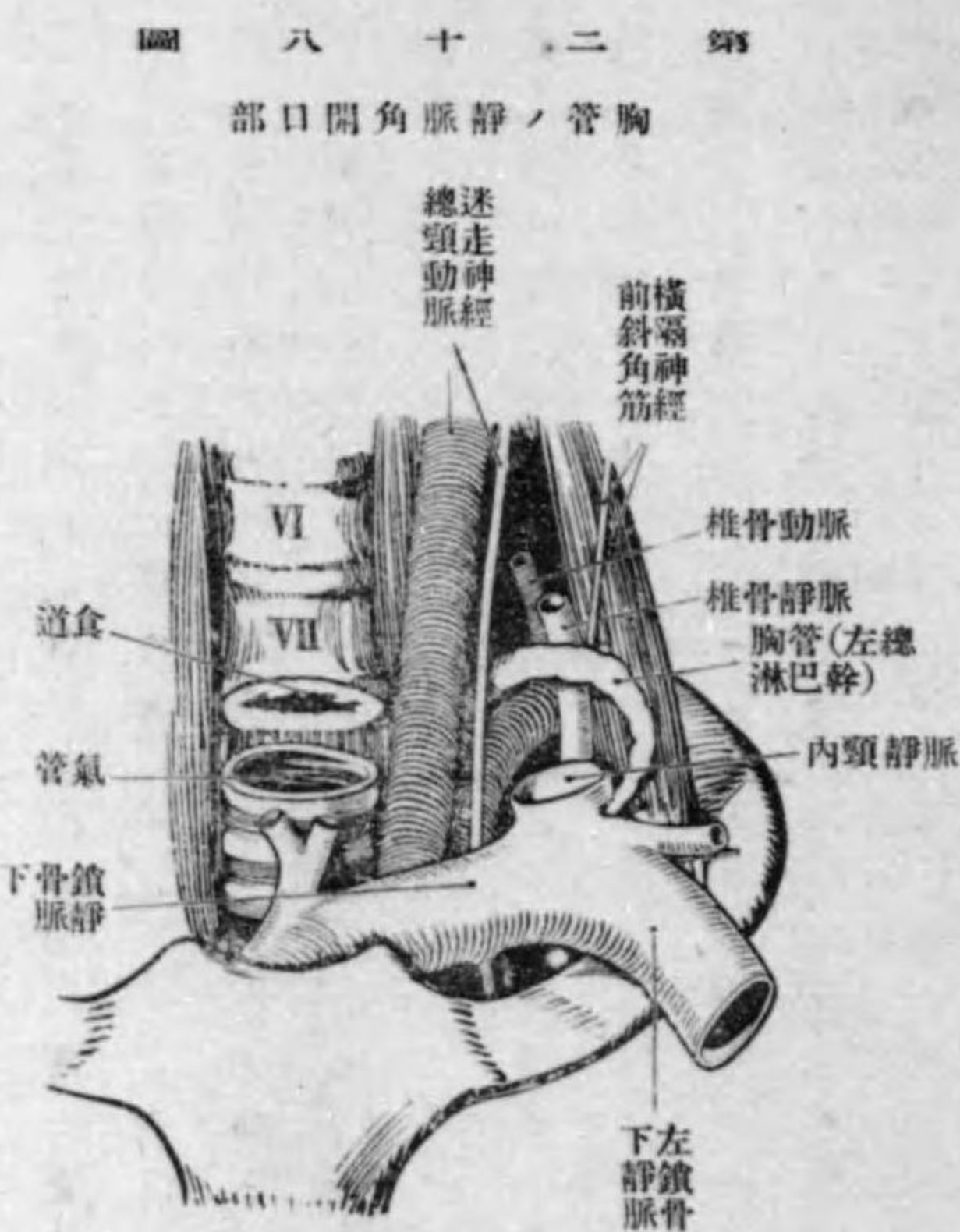
無名靜脈ノ損傷ハ、殊ニ腫瘍摘出ニ際シテハ、每常必死的ノ者ニ非ズ。嘗テブロール氏ハ、左鎖骨上窩部ノ黒色肉腫ヲ摘出スルニ當リ、瘡著ノ爲、總頸靜脈鎖骨下靜脈及無名靜脈ヲ切除シタリシニ、術後血行障礙ヲ見ザリシト云フ。是、恐ク腫瘍ノ爲、是等ノ靜脈壓迫セラレテ副枝血行ノ發生容易ナリシガ爲、ナラムト。

鎖骨下靜脈ノ結紮ハ、上肢ニ著シキ血行障礙ヲ惹起スルヲ以テ、止ムヲ得ザル場合ノ外、濫ニ之ヲ行フ可カラズ。若シ一部ノ損傷ナルトキハ、靜脈縫合或ハ側方結紮ヲ施スヲ良トス。但シ損傷ノ際ニハ多クハ同時ニ同名動脈ノ損傷ヲ來スヲ以テ、即死スルヲ常トス。殊ニ空氣竄入ノ際ニ然リトス。

内頸靜脈ノ損傷ニ在リテハ、直ニ結紮ヲ施ストキハ危險症ヲ發來スルコト無シ。ロール氏ハ、本症九十一例ヲ集メタルガ、其中唯九例ニ於テ患側顔面ニ一時ちあのハ、浮腫頭痛腫孔縮小ヲ來シ、死亡セル者ハ唯一名ナリシト。此死亡者ハ、五十七歳ノ女子ニシテ、頸部癌腫摘出ノ際左側ノ内頸靜脈ヲ結紮シタル者ナリシガ、剖檢上右側橫竇及頸靜脈ノ發育不完全ナルヲ認メタリト云フ。然レドモ此靜脈ノ結紮モ、亦止ムヲ得ザル適應症アルニ非ザルヨリハ濫ニ施ス可カラズ。外頸靜脈ノ結紮ハ、毫モ危險症ヲ招來スルコト無シ。

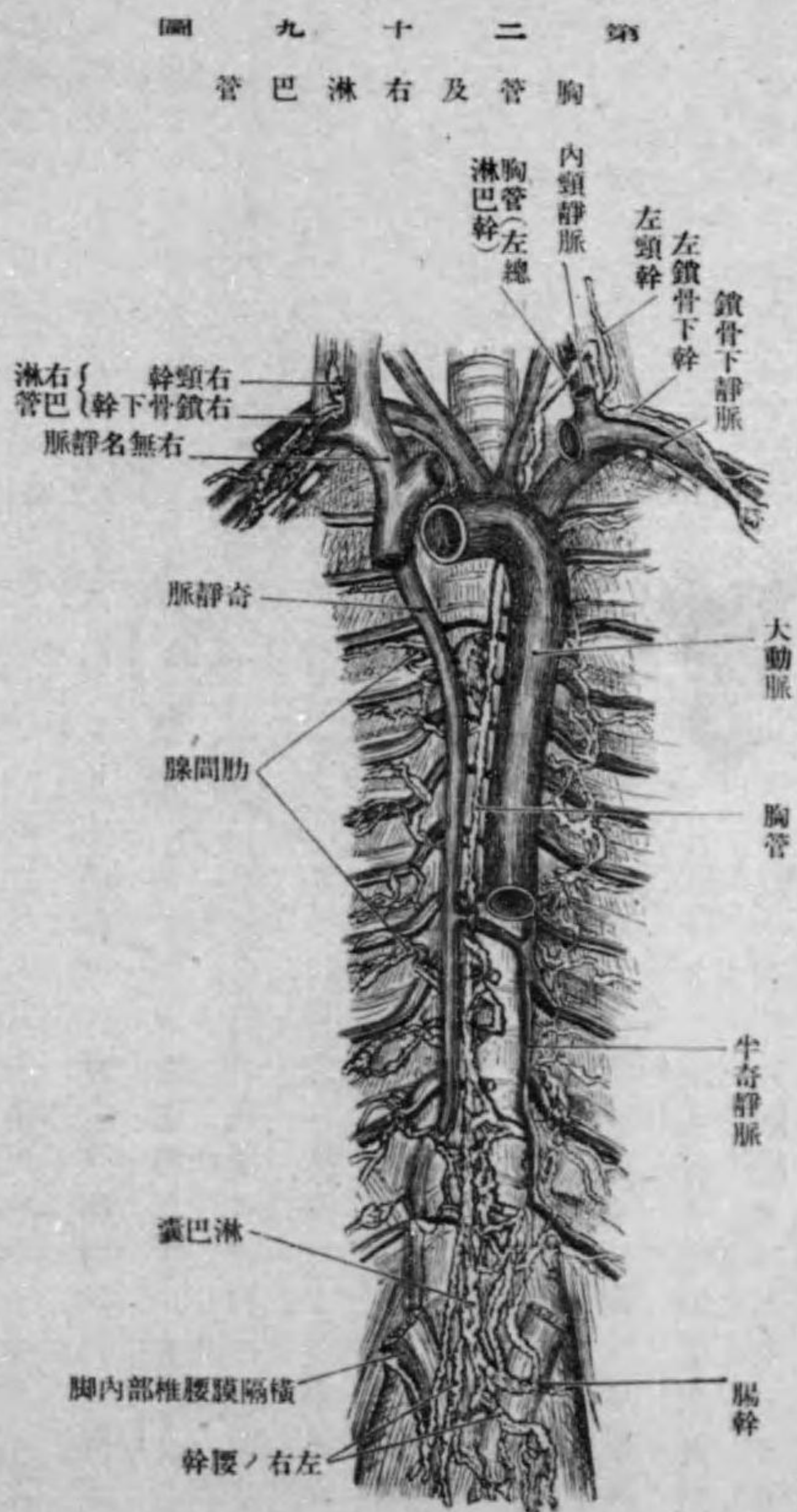
第五 胸管ノ損傷

胸管ノ損傷 Verletzungen des Milchbrustgangs (Ductus thoracicus) ハ、概シテ絶ダ罕ナリトス。是、該管ハ、頸ノ深部ニ伏在スルヲ以テ、切創刺創或ハ銃創ノ際其損傷セララルルコト頗ル稀ナレバナリ(第二十八及第二十九圖)。然レドモ鎖骨上窩ニ於ケル腫瘍ノ摘出ニ際シテハ、時トシテ其管壁ヲ損傷シ、或ハ全ク之ヲ横斷スルコト有リ。或ハ又其枝椏タル頸淋巴幹及鎖骨下淋巴幹等ヲ損傷スルコト有リ。後者ノ場合ニ於テハ、流出スル所ノ液ハ水様ニシテ清澄ナル漿液ナルヲ常トス。然レドモ若シ胸管即チ左總淋巴幹



胸管ノ損傷

損傷セララルトキハ、之ヨリ乳糜液ヲ胸膜腔内ニ漏泄シ、以テ乳糜胸(Der Chylothorax)ヲ發シ、或ハ乳糜液ハ創口ヲ經テ絶ズ外方ニ排泄セラレ、爲ニ高度ナル物質代謝機能及榮養ノ障礙ヲ來シ、又全ク之ヲ結紮スルトキハ、乳糜液鬱積ノ爲、危險ナル症状ヲ發來スルコト有リ。然レドモ人ニ在リテハ、從來其損傷ノ爲、危險症ヲ招キタルコト少ナク、



或ハ全ク之無シトス。殊ニ損傷ノ際速ニ栓塞ニ由リ之ヲ壓抵スルトキハ、創口直ニ癒合シ、乳糜ノ流出暫時ニシテ止ミ、又之ヲ二重ニ結紮スルコト有ルモ、淋巴行ハ能ク右總淋巴幹ニ由リテ營爲セラル。殊ニ頸部腫瘍ノ爲、最初ヨリ胸管ノ壓迫セラレタル場合ニ於テ然リトス。

療法 胸管ノ損傷ニ際シテハ、栓塞法結紮法夾壓鑷子使用等、創所ノ大小ニ應ジテ宜シク之ヲ適用ス可シ。又其一部ノ損傷セラレタル者ニ在リテハ、靜脈縫合ニ於ケルガ

如ク之ヲ縫合スルモ可ナリ。

第六 頸部神經ノ損傷

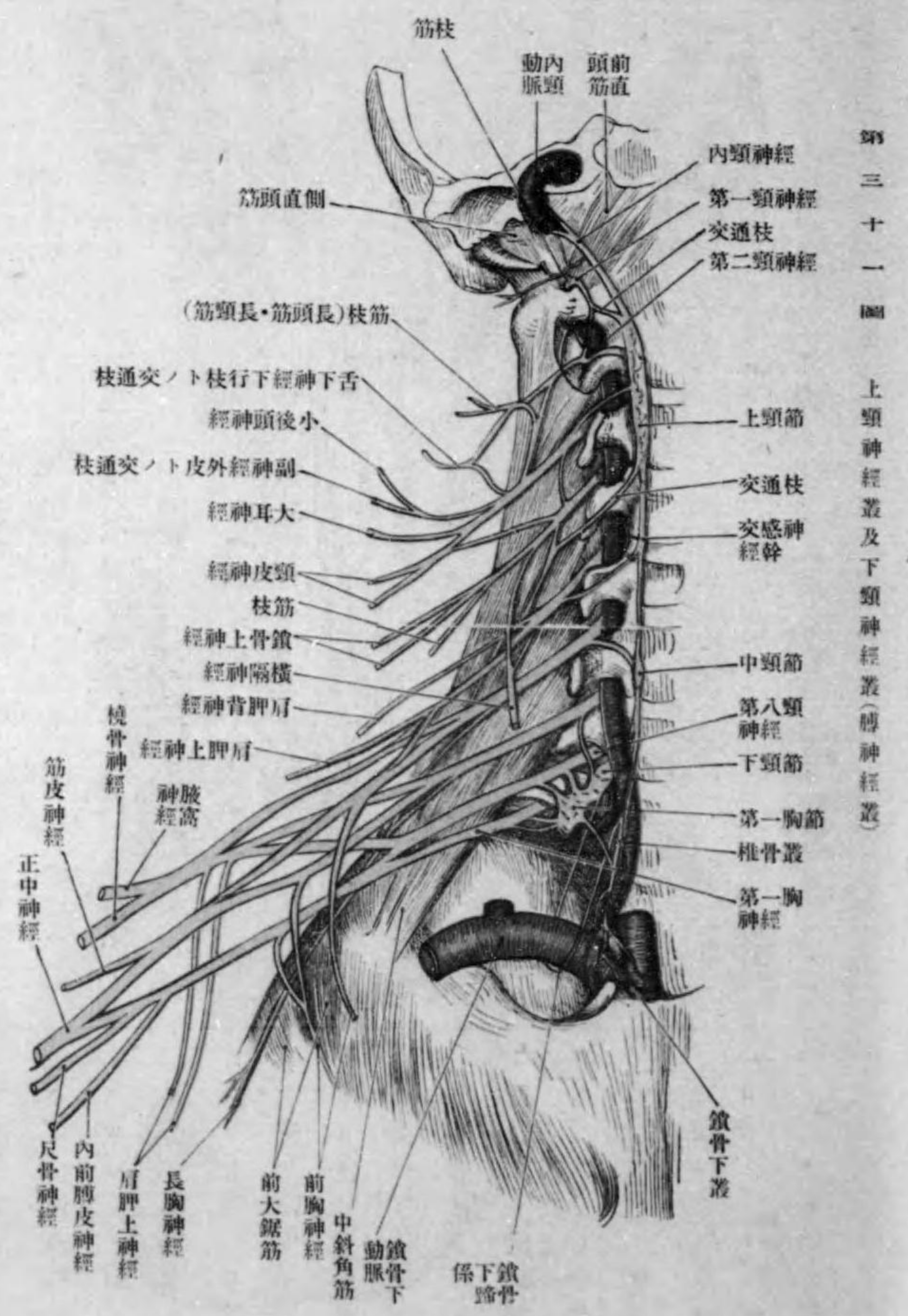
頸部神經ノ損傷 Verletzungen der Nerven am Halseニ就テ殊ニ注目ス可キ者ハ、頸神經叢及胸神經叢竝ニ迷走神經ノ下神經橫隔神經交感神經及副神經ノ損傷ナリトス。

頸神經叢 (Plexus cervicalis)ハ、頸椎神經ノ上方四對ノ前枝ニシテ頗ル小ナレドモ (第三十圖)、胸神經叢 (Plexus brachialis)ハ、頸椎神經下方四對ノ前枝ト第一胸椎神經ノ一部ヨリ成リ、甚ダ大ナリ。但シ腋窩ニ達スレバ、各神經枝相集合シテ上下後ノ三神經幹ト爲ル (第三十一圖)。是等神經叢殊ニ胸神經叢ノ損傷ハ、殊ニ打撃衝突ノ爲、其壓挫セララルニ因ルモ (此際鎖骨ノ骨折ヲ兼ルコト有リ)亦切創刺創又ハ銃創ノ爲、其一部或ハ全部切斷若クハ斷裂セララルニ由リ生ズル者ニシテ、殊ニ胸鎖乳嘴筋外緣ノ區域ニ於テ之ヲ見ルヲ多シトス。而シテ其症狀ハ、固ヨリ損傷ノ輕重ニ從ヒ異ナル者ニシテ、或ハ唯其一部ノ麻痺ヲ來シ、或ハ全部ノ麻痺ヲ來シ、時トシテハ亦橫隔神經ノ麻痺ヲ來スコト有リ。又其麻痺ニ、一時的ノ者アリ、或ハ持續的ノ者アリ。一部ノ一時的麻痺ハ、殊ニ神經叢ノ刺創、挫傷ニ由リ、或ハ溢血若クハ異物等ノ壓迫ニ因ル者ニシテ、通常劇痛ヲ伴フ。又輕度ノ挫傷ニ在リテハ、屢、搖擗知覺過敏及神經痛ノ如キ刺戟症狀ヲ呈スルコト有リ。或ハ又

迷走神經 (Vagus) (第三十二圖)ノ損傷ハ、殊ニ頸部腫瘍摘出ノ際ニ來リ、又總頸動脈結紮ノ

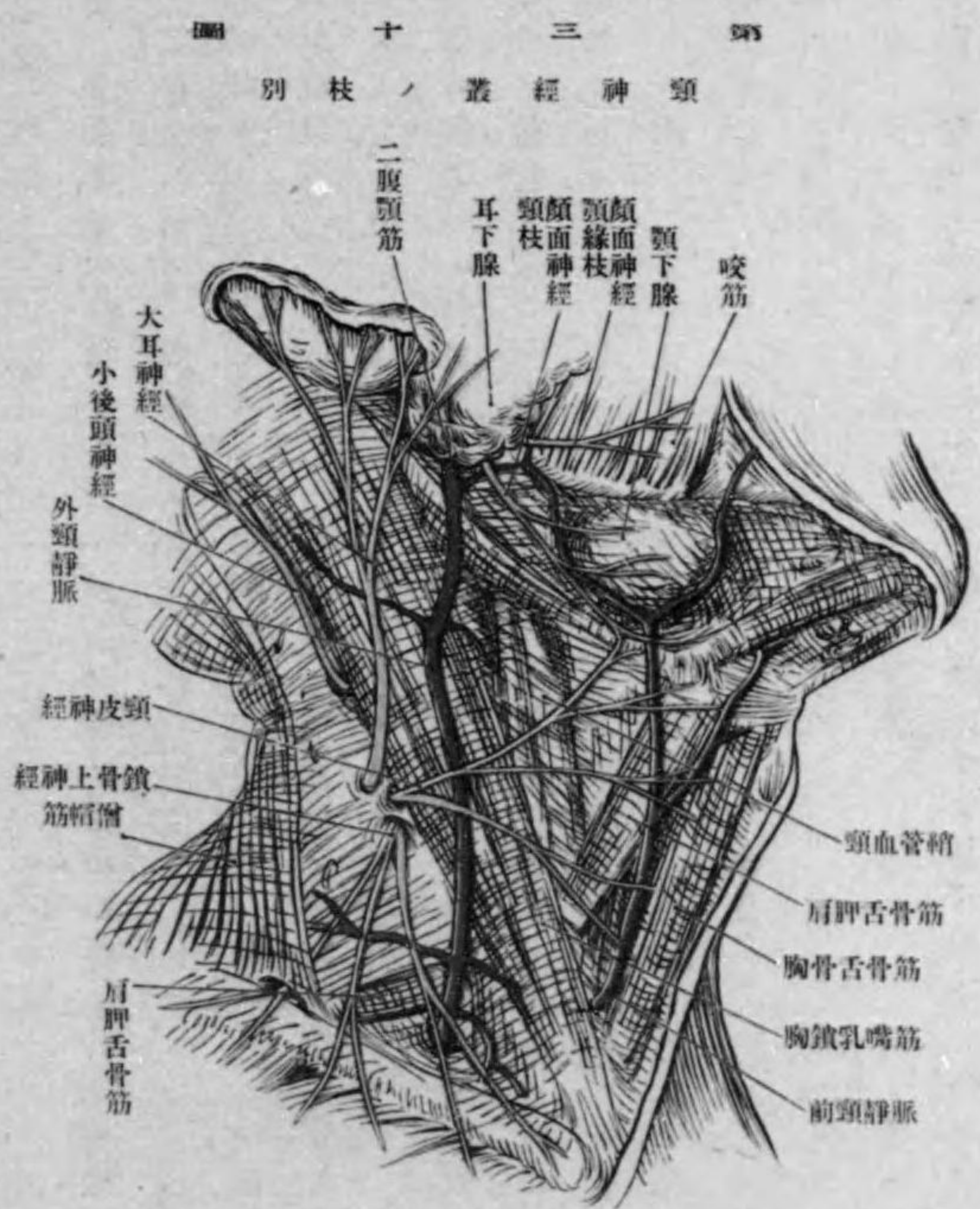
頸部神經ノ損傷

五二



第三十一圖 上頸神經叢及下頸神經叢(轉神經叢)

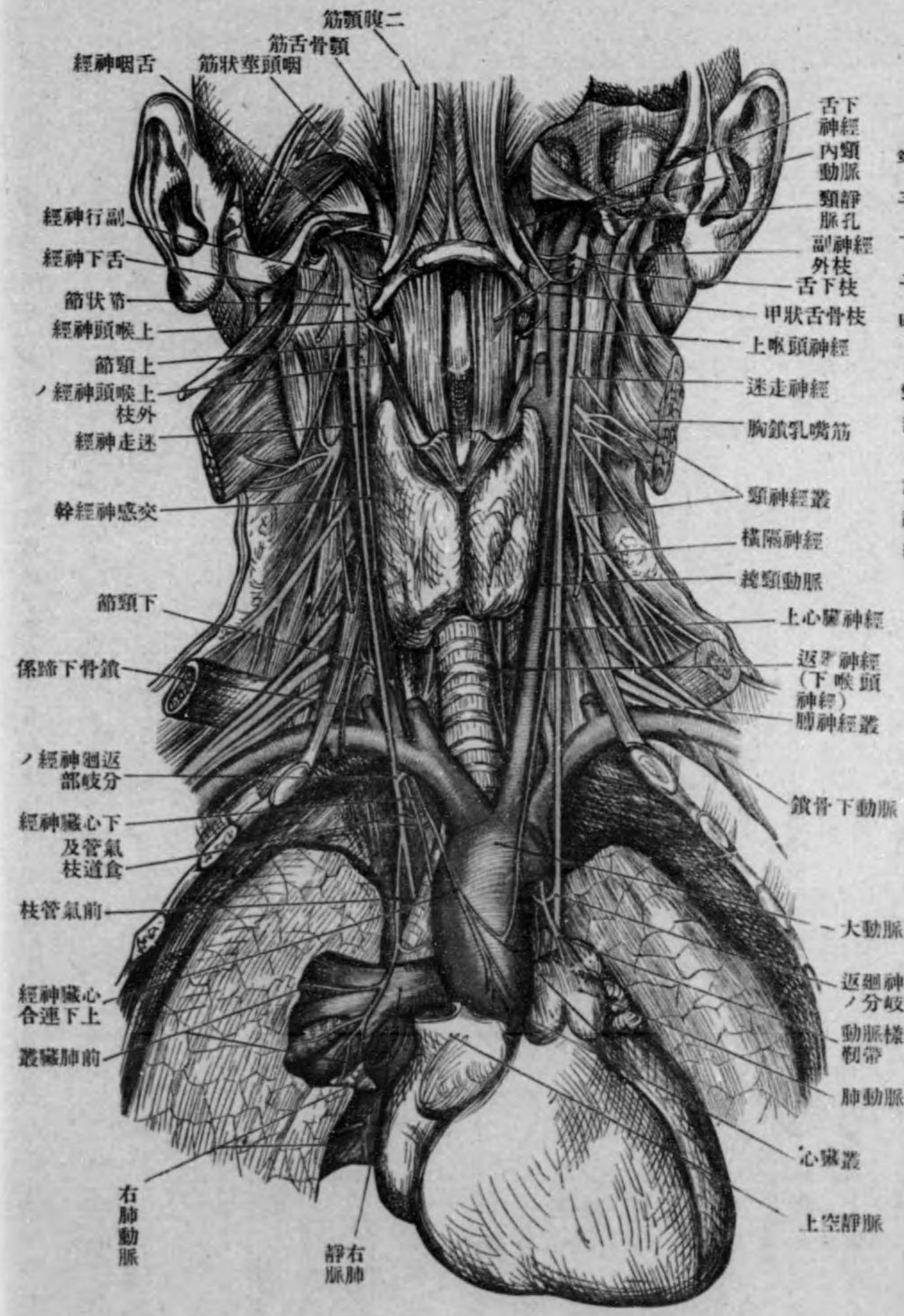
迫癢痕收縮又ハ異物(例之瘻合シタル彈丸)ノ存在等ニ因ル者ニシテ、壓迫ノ益増加スルニ從ヒ、麻痺症モ亦益増進ス。此他神經ノ損傷後麻痺症長ク持續スルトキハ、漸次亦皮膚及筋肉ノ榮養障礙ヲ招來ス可シ。



頸部外科

第三十二圖 頸神經叢ノ別枝

吾 知覺麻痺ハ、唯一局部ニ止ルモ、完全ナル運動麻痺ヲ來スコト有リ。蓋、損傷ニ因ル是等ノ麻痺ハ、皆受傷後即時現ルルモ、亦後日ニ至リテ之ヲ發スルコト有リ。後者ハ通常神經ノ變性假骨ノ發生(鎖骨、肋骨、脊椎骨)ノ骨折ニ由ルニ因ル壓迫



際其分離不完全ナルトキハ、頸動靜脈ノ中間ニ在ル所ノ此神經ハ、共ニ結紮中ニ入ルコト有リ。其返廻枝即返廻神經又下喉頭神經(N. recurrens s. laryngeus inferior)モ亦之ト同ジク下甲狀腺動脈結紮ノ際共ニ結紮セラレ、或ハ甲狀腺摘出ノ際損傷セララルコト有リ。而シテ偏側迷走神經ノ損傷ニ在リテハ、通常脈搏及呼吸等ニ異變ヲ呈スルコト無シト雖、若シ頸部ニ於テ上喉頭神經ノ分岐部ノ下方ニ於テ損傷セララルトキハ、唯當該側ノ返廻神經ノ機能障礙セララル。即、偏側聲帶開張筋ノ麻痺ヲ來シ、聲帶ハ所謂屍體位置ヲ取リテ全ク不動ト爲リ、聲音鈍濁且嘶啞シ、或ハ無聲ト爲ル。又迷走神經若シ上喉頭神經分岐部ノ上方ニ於テ損傷セララルトキハ、該神經亦麻痺ス。但シ此神經ハ、主トシテ會脈軟骨ノ諸筋ヲ主宰スル者ニシテ、聲帶ヲ主宰スル者ニ非ズ。然レドモ偏側迷走神經ノ切斷セララルヤ、時ニ亦嚔下困難及肺炎ヲ來スコト無キニ非ズ。而シテ例之腫瘍摘出ノ際、偏側ノ迷走神經ヲ切斷シ若クハ切除スルコト有ルモ、上述ノ如ク、實際危險症ヲ惹起スルコト無シト雖、此際若シ誤テ動脈錐子ヲ以テ迷走神經ヲ撮ムカ、或ハ之ヲ共ニ結紮スルトキハ、忽チ重劇ナル迷走神經ノ刺戟症狀、即呼吸及心動ノ停止ヲ來スコト有リ。是、蓋シ延髓ニ於ケル心臟及呼吸ニ對スル制止中樞ノ反射的ニ興奮セララルニ因リ、一部ハ又遠心性心臟神經纖維ノ興奮ニ因ル者ニシテ、爲ニ往々突然死ニ至ラシムルコト有リ。此場合ニ於テハ、速ニ錐子或ハ結紮ヲ去リ、人工呼吸法ヲ施シ、兼テ心臟按摩法ヲ行フ可シ。若シ又迷走神經刺戟ノ原因ヲ知ルコト能ハザルトキハ、迷走神經

頸部神經損傷ノ療法

切斷術(Die Tagoenic)ヲ行フコト有ル可シ。ライヒ氏ハ、頸部ノ手術ニ際シテ斯ノ如キ不快ナル偶發症ヲ避ケムガ爲メ豫防的ニ局部ノ迷走神經ニニコカインヲ注射スルコトヲ推舉セリ。兩側迷走神經ノ損傷ニ於テハ、聲門開張筋ノ麻痺竝ニ心臟及肺臟障礙(心悸亢進肺炎肺水腫)ノ爲メ多クハ三十六時間以内ニ死亡ヲ來ス可シ。

舌下神經(N. hypoglossus)第三十二圖ハ、殊ニ顎下腺部ニ於テ傷ケラル。例之自殺ノ際ニ於ケルガ如シ之ニ由リテ生ズル障礙ハ、偏側若クハ兩側ノ舌麻痺ナリ。

橫隔神經(N. phrenicus)第三十二圖ハ、偏側ノ損傷ニ在リテハ、橫隔膜ノ偏側麻痺ヲ來スノミニシテ、他ニ著シキ障礙ヲ見ズト雖、兩側全ク麻痺スルトキハ、呼吸麻痺ノ爲メ即死セシム。又其刺戟セララルルヤ、橫隔膜痙攣ノ爲メ、連續的咳嗽及吃逆ヲ來ス。

交感神經(N. sympathicus)第三十二圖ノ損傷セララルルヤ、其症候トシテ瞳孔及臉裂ノ狹縮ヲ來シ、且榮養神經及血管運動神經ノ障礙ヲ見ル。即顏半部ノ潮紅結膜炎流淚眼球縮小、近視等ノ如キ是ナリ。然レドモ該神經若シ刺戟セララルトキハ、瞳孔散大ス。セーリグニルレル氏ニ據レバ、此微候ハ殆ド常ニ鎖骨骨折ノ際ニ見ル所ナリト云フ。

副神經(N. accessorius)第三十二圖ハ、主トシテ胸鎖乳嘴筋及僧帽筋ニ分佈スル者ニシテ、其麻痺スルヤ、麻痺性斜頸ヲ來シ、其刺戟セララルルヤ、痙攣性斜頸ヲ來ス(本卷一五頁參照)。

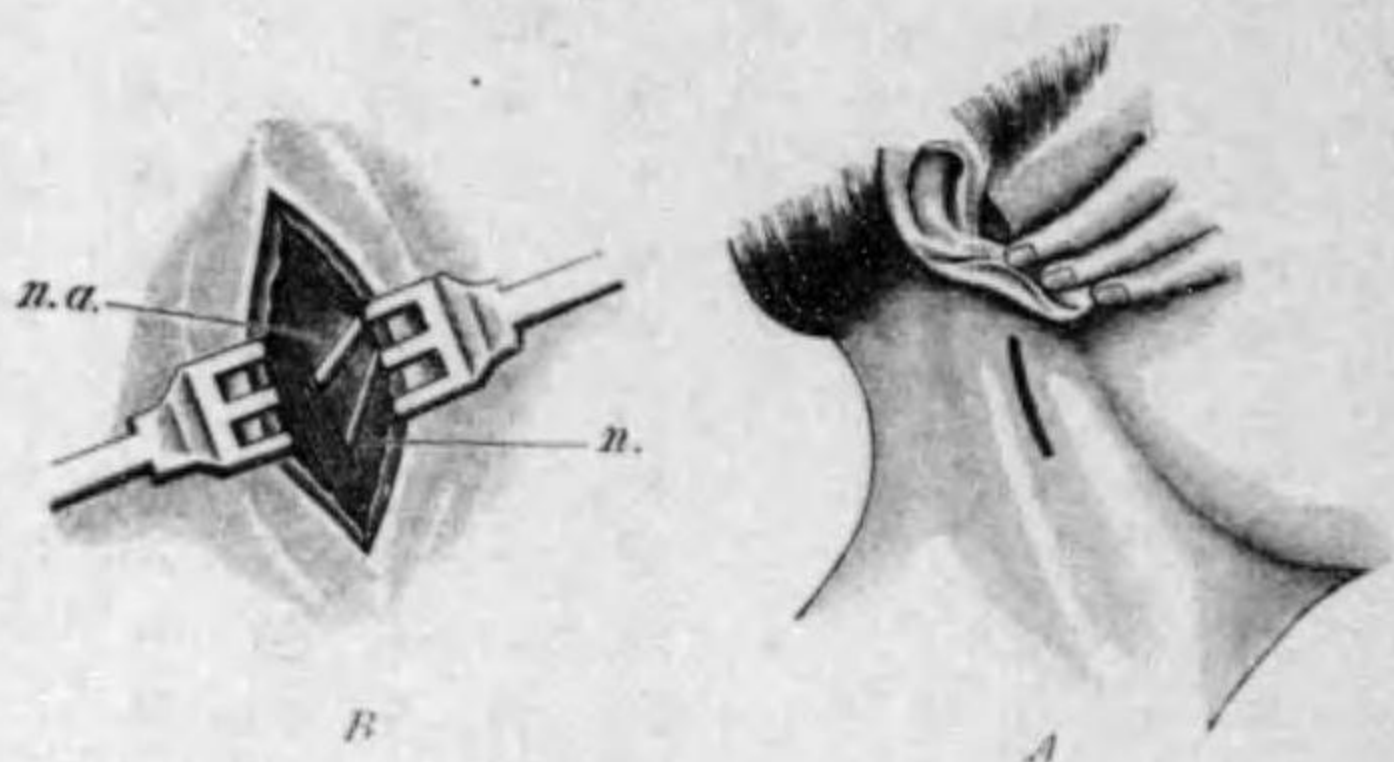
療法 膊神經叢ノ外傷性麻痺ニ在リテハ、局所ノ神經ヲ露出シ、其所見ニ從ヒ、一汎ノ法則ニ據リ之ヲ處置ス可シ。例之神經ノ切斷セラレタル者ハ之ヲ縫合シ(神經縫合

膊神經叢ノ伸展術

術)又假骨或ハ異物ノ壓迫ニ因ル者ハ、之ヲ除去スルガ如シ。又搖擗神經痛ノ如キ刺戟症狀アルトキハ、按摩法ヲ施シ、兼テ又神經伸展術ヲ行フヲ良トス。

膊神經叢ノ伸展術(Die Dehnung des Plexus brachialis)ハ、ファンヌイスバウム氏ニ據リ、左ノ如ク行フ可シ。其法、先患側ノ肩胛ヲ下方ニ押壓シ、頸部ヲ反對側ニ傾屈セシメ、然後僧帽筋ノ前縁ノ下部ニ於テ鎖骨ノ上方約三指橫徑ノ所マデ六乃至八仙迷ノ縱切開ヲ

副神經ノ露出法



頸部神經ノ損傷

(A)皮膚切開(B)神經ノ露出セラレタルモノ

施シ、皮膚潤頸筋及筋膜ヲ切離シタル後、肩胛舌骨筋及此所ヲ走ル橫頸動脈ノ上方ニ於テ胸鎖乳嘴筋前斜角筋及僧帽筋ノ間ニ於テ鈍的ニ深部ニ進ミ、深在頸筋膜ヲ切開シテ直ニ神經叢ニ達スレバ、之ヲ周圍ヨリ遊離シ、動脈鉤ヲ以テ之ヲ提舉シ、次デ神經鞘ヲ開キタル後、拇指ト示指トヲ以テ之ヲ中樞及末梢ノ方向ニ伸展スルニ在リ。

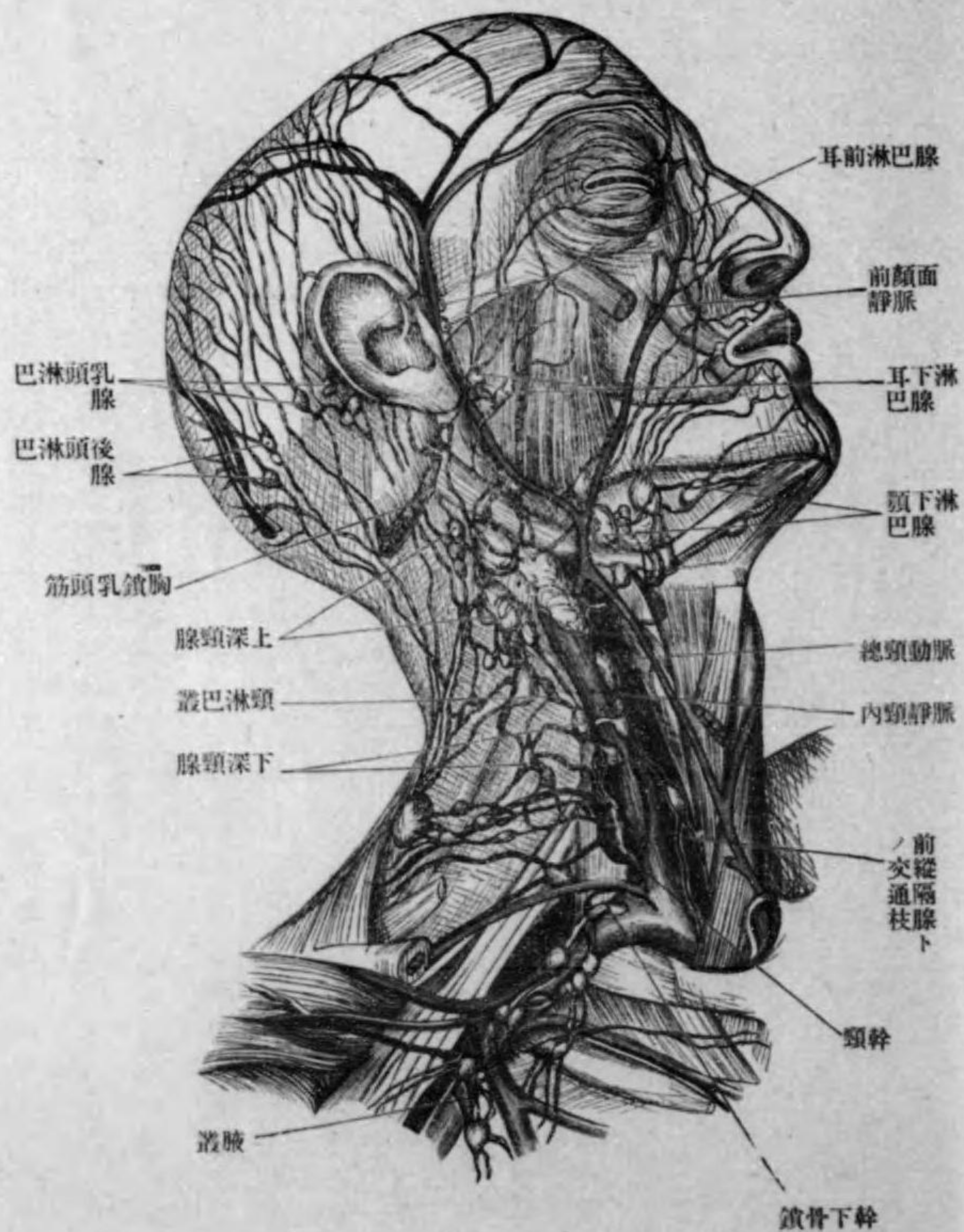
頸神經叢ニ達セムニハ、胸鎖乳嘴筋ノ後縁ニ沿ヒ、乳嘴突起ノ下方約三指橫徑ノ所ヨリ約六仙迷長ノ縱切開ヲ施スヲ最良ナリトス。

爾○他○頸○部○神○經○ノ○損○傷○モ○亦○宜○シ○ク○一○汎○ノ○治○則○ニ○據○リ○處○置○ス○可○シ○唯○茲○ニ○尙○記○述○ヲ○要○ス
 可○キ○者○ヲ○副○神○經○ノ○伸○展○術○(Die Dehnung des N. accessorius)ト○爲○ス○此○法○ハ○殊○ニ○痙○攣○性○斜○頸○
 ニ○施○サ○ル○所○ニ○シ○テ○時○宜○ニ○由○リ○亦○神○經○切○除○術○ヲ○行○フ○コト○有○リ○而○シ○テ○該○神○經○ヲ○露○出○
 ス○ル○ニ○ハ○胸○鎖○乳○嘴○筋○ノ○前○緣○ニ○沿○ヒ○乳○嘴○突○起○ヨ○リ○下○顎○隅○ノ○高○ニ○至○ル○マ○デ○五○乃○至○六○仙
 迷○ノ○皮○膚○切○開○ヲ○施○シ○筋○膜○ヲ○切○離○シ○タル○後○創○緣○ヲ○左○右○ニ○排○開○ス○可○シ○副○神○經○ハ○上○方○ノ
 創○角○内○ニ○觸○ル○ル○載○域○横○突○起○ノ○直○下○ニ○於○テ○深○在○筋○膜○下○ニ○在○リ○テ○二○腹○筋○ヨ○リ○被○ハ○レ○其
 側○傍○ニ○ハ○多○ク○ハ○第○二○頸○神○經○ノ○一○小○分○枝○ノ○走○ル○ヲ○見○ル○可○シ○(第○三○十○三○圖)。

第七 頸部ノ炎症性疾患

頸部ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen am Halse ハ日常吾人ノ頗
 ル多ク觀ル所ノ者ニシテ殊ニ其顔面及頭蓋ノ軟部ニ於ケル原發性炎症ニ繼發スル
 者ヲ最多ナリトス。是レ該部ニ於ケル無數ノ淋巴道ハ悉ク皆頸部ノ淋巴路中ニ開口ス
 ルヲ以テ頭蓋軟部及顔面諸腔ニ炎症ヲ起ストキハ細菌及其物質代謝產物ハ皆之ヨ
 リ頸部ノ淋巴腺ニ達シ以テ此所ニ種々ナル炎症ヲ發スルニ因ルナリ(第○三○十○四○图)。
 頸部ノ炎症及化膿ハ急性ナル有リ慢性ナル有リ又限局性ノ者アリ蔓延性ノ者アリ
 後者ハ亦遠ク蔓延進行スルノ傾向ヲ有スルコト有リ殊ニ頸部ニ於テハ處々ニ鬆疎
 ナル蜂巢織性組織間隙アリ又其中間ニ筋膜アリテ之ヲ境スルヲ以テ一朝此所ニ炎

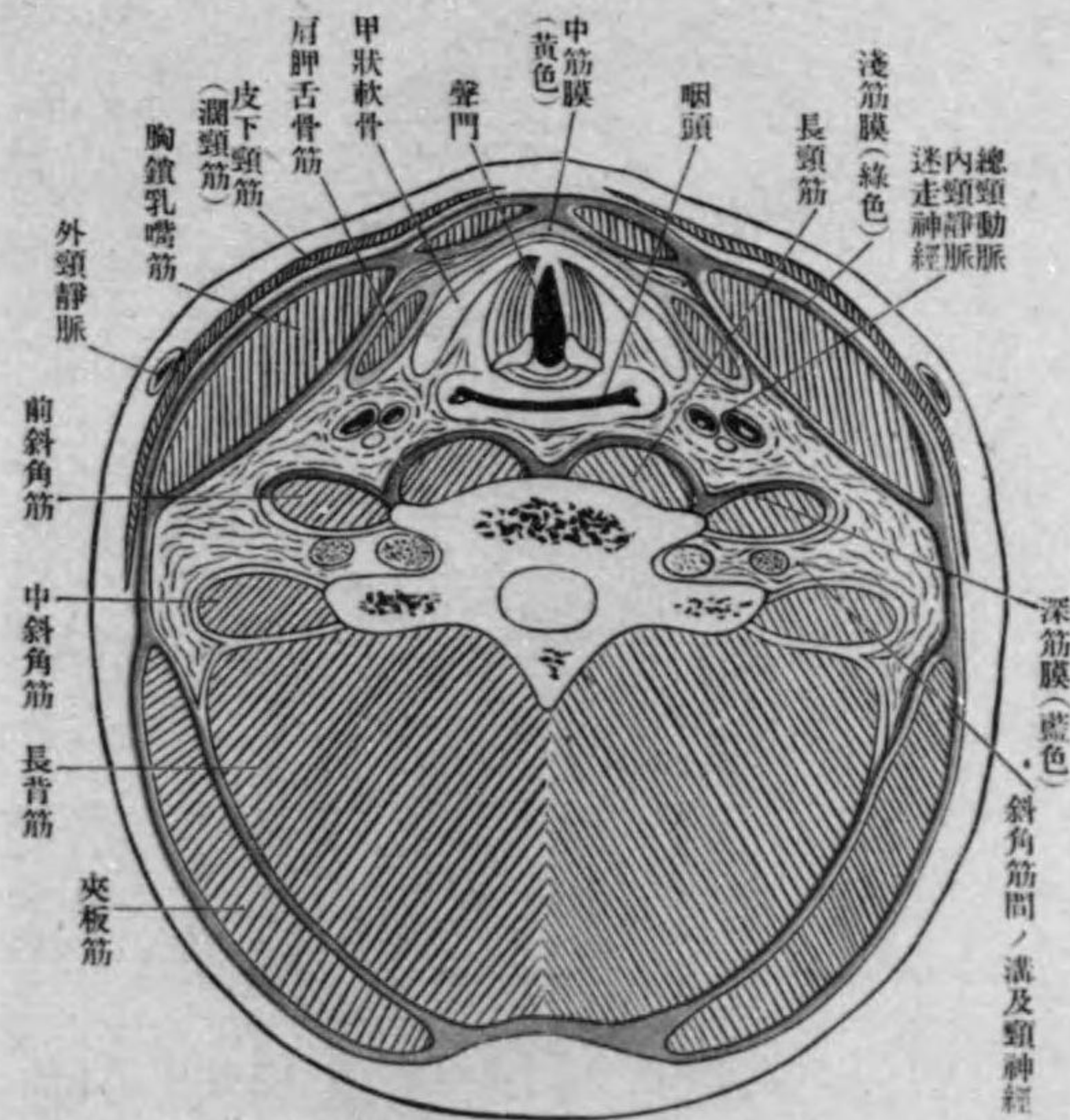
第三十四圖 頭及頸ノ淋巴管及淋巴腺



症ヲ發スルトキハ筋膜ハ能ク炎症ノ蔓延ヲ防遏スルモ鬆疎ナル蜂巢織ハ却テ之ヲ
 催進スルヲ以テ總テ頸部ノ炎症ニ於テハ其急性ナルト慢性ナルトヲ問ハズ先此兩

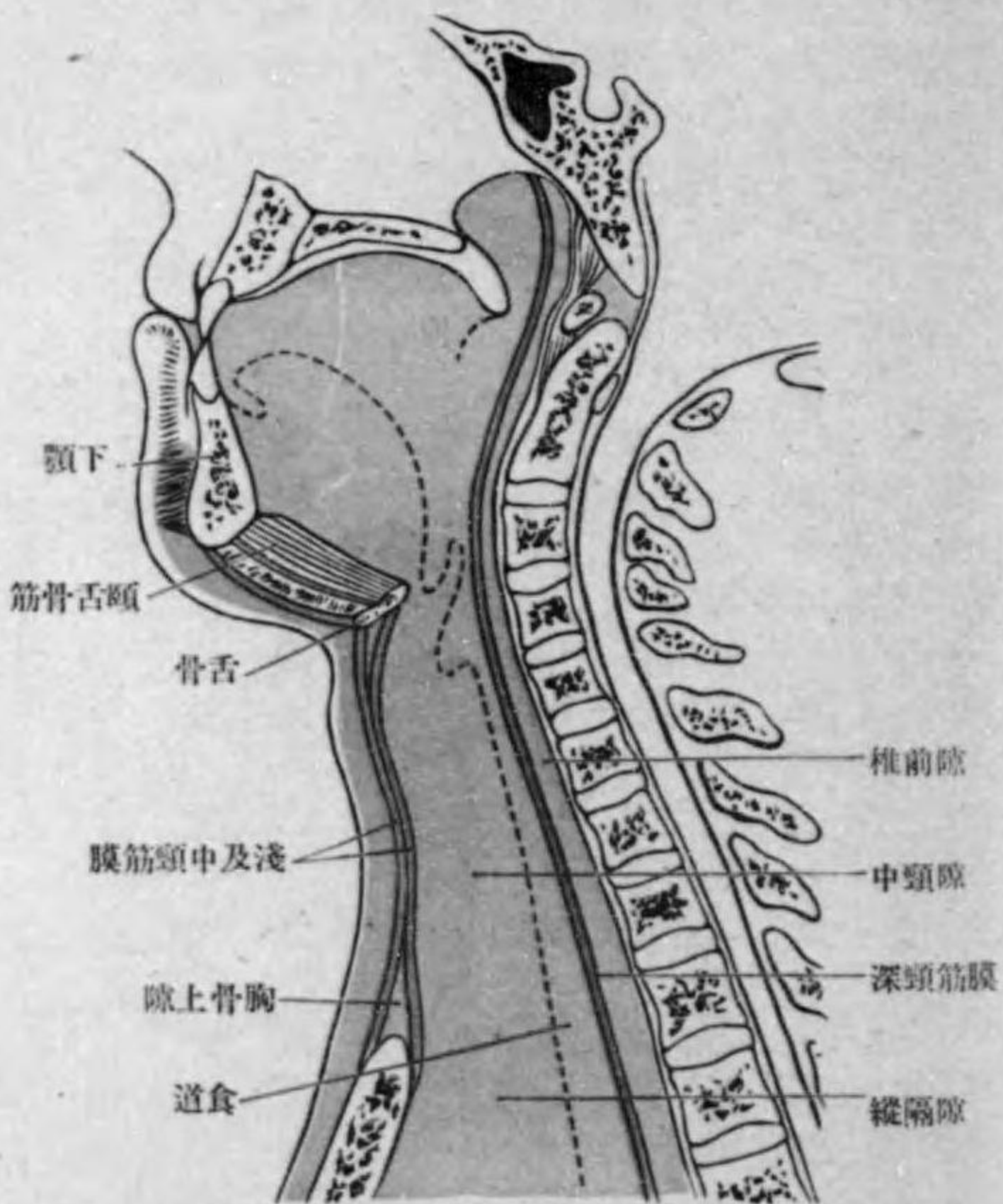
組織間ノ局所解剖的關係ヲ知悉スルヲ最モ肝要ナリトス。
 頸部ニ於ケル炎症ノ蔓延ニ大ナル關係ヲ有スル結構間隙ハ、或ハ各自相交通シ、或ハ胸
 腔ト交通スル者ニシテ、其主要ナル者、次ノ如シ。第三十五及第三十六圖。即、頸ノ兩側傍ニハ、大ナル
 血管ノ位置ニ適合スル側方ノ血管裂隙 (Der Gefäßspalt) アリ。筋裂隙 (Der Muskelspalt) ノ中
 ニ就テハ、殊ニ胸鎖乳
 嚔筋ニ對スル裂隙ヲ
 緊要ナリトス。不對ノ
 裂隙ニハ、頸ノ中央ニ
 前内臟裂隙 (Der ante-
 rior intra-cervical Spalt)
 アリテ、喉頭及氣管ヲ
 受容シ、又後内臟裂隙
 (Der posterior Spalt)
 アリテ、食道ヲ受容ス。
 是等ノ裂隙ハ、亦強韌
 ナル舌骨上筋膜ヨリ
 被覆セラレ、顎下腺
 ヲ容ルル所ノ囊狀部

第三十五圖 頸部水平斷中想像像



ト交通ス。此他、腋窩ニ
 向ヒ、頸部ヨリ大ナル
 血管及神經ヲ通ズル
 所ノ大ナル腋窩筋間
 裂隙 (Der infraclavicu-
 lar Spalt der Achselhöhle) ア
 リ。而シテ、喉頭及氣管
 ニ對スル前内臟裂隙、
 食道ニ對スル後内臟
 裂隙及血管裂隙ハ、共
 ニ胸腔ト交通シ、又互
 ニ相交通シ、加之、亦
 皮下蜂窠織トモ交通

第三十六圖 頸部筋膜裂隙想像像



ス。是故ニ若シ一朝是等裂隙ノ一部ニ炎症及化膿ヲ起ストキハ、容易ニ胸腔内ニ向テ蔓延シ、
 又他ノ裂隙内ニ蔓延スルヤ明白ナリトス。
 前内臟裂隙及後内臟裂隙ハ、前後兩縱隔膜ノ連續部ト看做ス可キ者ニシテ、ケーニヒ氏ハ、
 之ヲ頸縱隔膜 (Mediastinum colli) ト名ケタリ。而シテ、大動脈弓上ニ於テハ、氣管ハ前裂隙ヨリ
 後裂隙ニ移行シ、又前裂隙ハ、續テ前縱隔膜内ニ移行ス。故ニ此部ニ於テハ、化膿ハ容易ニ前

頸部ノ炎症性疾患

後ノ縱隔膜内ニ蔓延スルコトヲ得可シ。此他左右ノ血管裂隙ハ、此部ニ於テ肺尖上ノ左右ノ胸膜穹窿ノ間ニ於テ、又前後内臟裂隙内ニ入ルヲ以テ、此所ニハ上記三種ノ裂隙相結合シ、以テ前後ノ兩縱隔膜内ニ移行スル者トス。

側頸部ニ生ジタル深在性膿瘍ハ、外表ニ破開スルコト難シ。是其上面ニハ、皮膚ト固著セル調頸筋及筋膜ノ存在スル者アレバナリ。之ニ反シテ調頸筋ハ、淺在筋膜トハ緩ク連接スルヲ以テ、其後面ニ於ケル化膿ハ、胸壁面ニ傳播ス可シ。頸ノ中央ニ於ケル皮下膿瘍モ、亦胸腔内ニ入ルコト無ク、直ニ胸壁面ニ達スル者トス。

頸部ニ於ケル淋巴腺ハ、位置及淋巴道ノ方向ハ、宜シク第三十四圖ニ就テ觀ル可シ。

頸部炎症性疾患ノ症候及經過

症候及經過 頸部ニ於ケル炎症及化膿ノ臨牀の症候及經過ハ、殊ニ其原因及發生ノ部位ニ由リ一様ナラズト雖、解剖的關係上之ヲ淺在性及深在性炎症ニ大別シテ論ズルヲ至當ナリトス。

淺在性炎症及化膿

頸部ノ淺在性炎症及化膿 (*Oberflächliche Entzündungen und Eiterungen*) ハ、皮下及調頸筋下ニ發スル症ニシテ、或ハ此部ニ在ル所ノ淋巴腺ヨリ發シ、或ハ下顎骨ノ炎症殊ニ齒齦膿瘍又ハ唾液腺化膿ノ破開ノ後ニ發ス。而シテ淋巴腺ノ炎症ハ、急性ナルヨリモ寧ろ慢性症ヲ多シトス。但、小兒ニ在リテハ、頭部ノ原發性炎症、例之濕疹ニ屢、急性頸淋巴腺炎ヲ繼發スルコト有リ。慢性ノ淋巴腺炎ハ、結核病或ハ微毒ニ基因スル者ニシテ、殊ニ前症ヲ最モ多シトス。而シテ結核性淋巴腺腫 (*Das tuberkulöse Lymphom*) ハ、側頸部殊ニ其上部及下顎部ニ發スル者ニシテ、此所ニ限局性ノ腫瘤ヲ呈シ、其軟化破開スルヤ、處々ニ瘻

深在性炎症及化膿

管ヲ生ズ。

深在性炎症及化膿 (*Tiefiegende Entzündungen und Eiterungen*) ハ、殊ニ側頸部ニ於ケル血管裂隙ニ發スル者ニシテ、亦或ハ深部ノ淋巴腺ヨリ起リ、或ハ頭部ニ於ケル同一ノ炎症ノ之ニ蔓延スルニ因ルナリ。就中最モ多キハ、顔面諸腔下顎骨齒牙唾液腺頸椎乳嘴突起等ノ炎症ニ繼發スル者ニシテ、時トシテハ、亦病原的細菌ノ轉移ニ因ルコト有リ。例之むふてりーちふす膿毒症等ノ後ニ於ケルガ如シ。上文既ニ述ベタル所ノ **ルイドウキビ** **氏あんぎ** 一ナモ、亦頸部ノ深在性蜂窠織炎ニ屬ス可シ。

頸部ノ深在性炎症ニ、急性慢性限局性及蔓延性等ノ別アリ。就中最モ恐ル可キハ、深在性急性進行性蜂窠織炎性化膿ニシテ本症ニ於テ若切開及排膿ノ時期ヲ誤ルトキハ、炎症ハ急速ニ縱隔膜及胸膜ニ蔓延シ、忽チ死亡ヲ來スコト有リ。是、既ニ述ベタルガ如ク、頸ノ深在性化膿ハ、外方ニ破開スルヨリモ、寧ろ自然ノ組織裂隙ヲ傳ハリテ蔓延スル者ナレバナリ。而シテ斯ノ如キ深部ノ蜂窠織炎ニ在リテハ、頭首ハ多ク患側ニ傾キ、頸部ハ屢、宛モ板様ニ硬ク浸潤セラレ、且之ガ爲、扁桃腺喉頭口壓迫セラレ、或ハ會厭軟骨周圍ノ腫脹又ハ炎症ノ喉頭ニ波及スルガ爲、高度ノ呼吸障礙ヲ來シ、爲、ニ氣管切開術ヲ要スルニ至ルコト有リ。又喉頭及食道附近ニ炎症蔓延スルトキハ、咀嚼及嚥下困難ヲ來シ、交感神經ノ刺戟若クハ麻痺ニ在リテハ、瞳孔ノ散大若クハ縮小ヲ來ス可シ。又時トシテハ膿ハ氣管内、又罕ニハ食道内ニ破開スルコト有リ。然レドモ常ニ最モ恐ル可

水様蜂窠織炎
放線菌病

キハ其胸腔内ニ下垂シ、爲ニ縦隔膜炎、化膿性胸膜炎、化膿性心囊炎、肺膿瘍等ヲ繼發シ、且膿毒症或ハ敗血症ヲ來スニ在リ。此他頸部ノ深在性筋膜炎、下蜂窠織炎ハ、間、膈神經叢及大ナル血管ヲ傳ハリテ腋窩ニ蔓延シ、往々鎖骨ノ上下兩部ニ波動ヲ呈スルニ至ルコト有リ。頸部ノ深在性急性限局性化膿モ、亦常ニ蔓延性化膿ニ陥ルノ虞アルヲ以テ、宜シク注意ス可シ。

頸部ノ深在性慢性化膿ハ、多クハ深部淋巴腺ノ結核性炎症ニ因ルモ、亦頸椎或ハ乳嘴突起ノ結核性骨瘍ニ因ル蓄積膿瘍ナルコト有リ。但頸椎ノ骨瘍ニハ、所謂咽頭後膿瘍(下文ニ詳ナリ)ヲ發スルコト多シ。此他下顎舌骨及喉頭周圍ノ慢性化膿竝ニ例之食道周圍ノ癌腫性化膿モ、頸ノ深層ニ膿竈ヲ醸スコト有リ。而シテ斯ノ如キ膿竈ハ、限局スルコト有ルモ、亦處々ニ下垂スルコト少カラズ。

頸部ニハ、時トシテ發熱及疼痛無クシテ、宛モ板ノ如ク硬キ化膿ノ傾向少ナキ蔓延性慢性蜂窠織炎ヲ發スルコト有リ。是、一千八百九十六年佛醫ルクリュー氏ノ始、テ報告セル所ニシテ、氏ハ之ヲ木様蜂窠織炎(Phlegmon lignus, die Holzphlegmon)ト名ケタリ。本症ハ、恐ク毒性微弱ナル種々ナル化膿性細菌ノ傳染ニ基因スル者ニシテ、細菌ハ口咽頭腔ノ淋巴道ヨリ進入スル者ナラムト云フ。

頸部ニハ、亦放線菌病ヲ見ルコト少カラズ。是、多クハ口腔内ヨリ之ニ傳播スル者ニシテ、最初此所ニ硬固ナル浸潤及硬結ヲ生ジ、其遂ニ軟化溶崩スルヤ、亦恰モ蜂窠織炎ノ

第三十七圖 頸部放線菌病



三十歳ノ農夫ニシテ數多ノ瘰癧性膿竈アリタルモ遂ニ治癒シタル者

如キ狀況ヲ呈シ、且處々ニ膿竈ヲ醸スコト有リ(第三十七及第三十八圖)。

終ニ臨ミ茲ニ尙注意ヲ要ス可キハ、頸部血管周圍ノ化膿症ハ、時トシテ血管壁ヲ侵蝕シテ之ヲ破開シ、或ハ靜脈血塞ヲ起サシメ、其破潰スルヤ、血栓ヲ遊離シ、且之ガ爲、全身傳染(膿毒症或ハ粟

粒結核病)ヲ來スコト有ル是ナリ。但、化膿ノ爲、血管壁ノ穿孔ヲ來スハ、甚ダ罕ニシテ、唯結核性ノ化膿症ニ於テ往々之ヲ觀ルコト有ルノミ。

頸部炎症性疾患ノ療法

療法

總テ頸部ノ急性炎症ニ在リテハ、波動ノ有無ニ拘ラズ可及的早ク切開スルヲ良トス。即チ之ニ由リテ炎症及化膿ノ蔓延ヲ最モ迅速ニ且最モ確實ニ防遏シ得可レバナリ。而シテ其切開ハ、常ニ頸ノ縱徑ニ於テ施シ、其廣狹ハ固ヨリ炎症蔓延ノ度ニ關スルモ、廣ク切開スルニ如カズ。殊ニ化膿竈ノ最低部ハ、常ニ十分ニ切開スルヲ忘ル可カ

頸部ノ炎症性疾患

第三十八圖
頭部ノ放射線菌病
(白家實驗)



三十二歳ノ僧
侶、石川縣能
登國鳳至郡ノ
産ニシテ約二
年前發病シ今
ニ至レルモノ
(大正三年十
二月撮影)

ラズ。又膿竈
深部ニ在ル
トキハ、先ツ刀
ヲ以テ皮膚
及筋膜ヲ切
開シ、次デ刀
柄又ハ閉鎖
セル麥粒鉗
子ヲ以テ鈍

的ニ深部ニ進行ス可シ。之ニ由リテ亦最モ確實ニ血管及神經ノ損傷ヲ避クルコトヲ
得可シ。此他炎症發生ノ原因ヲ探リテ之ヲ除去スルヲ最モ肝要ナリトス。而シテ切開
ノ後ハ、法ノ如ク創内ニ排導管ヲ插入シ、或ハよーどふるむがーセラ栓塞シ、防腐繃帶
ヲ施ス可シ。慢性結核性膿瘍ニ在リテハ、廣ク膿竈ヲ露出シタル後、銳匙ヲ以テ劇シク
之ヲ搔爬ス可シ。但シ未ダ全ク化膿ニ陥ラザル淋巴腺ハ、常ニ可及的全ク之ヲ摘出セム
コトヲ努ム可シ。然レドモ大ナル血管ノ周圍ニ存在スル者ハ、其摘出往々甚ダ困難ナル
コト有リ。

茲ニ尙一種ノ深在性頭部炎症ニシテ、咽頭及食道ト脊柱トノ間ニ炎症及化膿ヲ來ス
者アリ。此咽頭後及食道後ノ間隙ニ發スル炎症ハ、實地上亦大ニ注意ヲ要ス可キ者ナ
ルヲ以テ、左ニ之ヲ詳述ス可シ。

咽頭後及食道
後ノ炎症(咽
頭後膿瘍)

咽頭後及食道後ノ炎症(咽頭後及食道後膿瘍) Die retropharyngeale
und retroösophageale Entzündung (der Retropharyngeal- und Retroösophageal-
Abszess) ハ、多クハ咽頭食道或ハ頸椎ヨリ起リ、稀ニハ他ノ深在性頭部炎症(例之血管

裂隙ヨリ)ノ内臟後間隙ニ傳播スルニ因リテ發スル者ニシテ、之ニ屬スル者ハ(一)咽
頭後壁及食道ノ損傷及穿孔(例之異物癌腫等ニ因ル)後ニ發スル急性腐敗性蜂窠織炎、
(二)所謂特發性急性咽頭後膿瘍(殊ニ小兒ニ來ル)(三)咽頭粘膜炎(例之猩紅熱ニ於
ケルガ如シ)及他ノ頭部炎症ノ蔓延後ニ發スル急性繼發性炎症及化膿及(四)結核性頭
椎炎ニ因ル慢性下垂膿瘍等ナリトス。而シテ總テ是等ノ炎症及化膿ニ於テ、咽頭後部
ニ膿瘍ヲ形成スルトキハ、咽頭後壁ハ脊柱面ヨリ遠ザケラレテ前方ニ隆起シ、爲ニ多
少喉頭及食道ノ門口ヲ狹隘ナラシメ、或ハ之ヲ閉塞シ、化膿増進スルトキハ、下垂シテ
環狀軟骨ノ後面上(咽頭ト食道トノ境界)ニ達シ、之ヨリ更ニ下甲狀腺動脈ニ沿テ後、内
臟間隙ヲ去リテ血管裂隙ニ到達シ、遂ニ胸鎖乳嚙筋ノ内緣或ハ外緣部ニ現出スルコ
ト有リ。然レドモ亦此膿瘍ハ、往々食道ニ沿テ下方後縱隔膜内ニ向テ蔓延シ、大動脈弓下
ヲ過ギリテ前内臟裂隙ニ到リ、遂ニ心囊或ハ胸膜内ニ穿孔スルコト有リ。此他咽頭後

頭部ノ炎症性疾患(咽頭後及食道後ノ炎症)

急性咽頭後膿瘍ノ症候

膿瘍ハ下顎及耳下腺ニ向テ蔓延スルコト有レドモ、斯ノ如キハ頗ル罕ナリトス。以上列舉シタル咽頭後及食道後ノ炎症及化膿ノ中、特ニ興味アル者ハ所謂急性咽頭後膿瘍 Der akute Retropharyngealabszess ナリ。此症ハ通常一歳乃至三歳ノ小兒ニ來ルモ、多ク觀ル所ノ者ニ非ズ。而シテ其原因ハ、恐ク鼻咽頭腔及咽頭内ノ炎症(例之鼻感冒咽頭炎猩紅熱)ニ由リ、丹毒(チフ)等ニシテ、病原的細菌ハ之ヨリ殊ニ第二及第三頸椎ノ兩側傍ニ在ル所ノ淋巴腺即咽頭後淋巴腺ニ達シ、之ニ急性化膿性炎症ヲ起ス者ナリ。此際亦往々頰筋ノ後面ニ位スル淋巴腺ニ化膿ヲ來シ、以テ膿瘍ヲ發生スルコト有リ。

急性咽頭後膿瘍ノ診察

症候 小兒ノ急性咽頭後膿瘍ニ來ル主要ナル徵候ハ、局所ノ疼痛嚥下困難或ハ嚥下不能、其他言語及呼吸障礙ニシテ、炎症性浮腫性腫脹若シテ咽頭口部ニ蔓延スルカ、或ハ膿瘍ノ爲メ氣道壓迫セララルトキハ、喉頭狹窄症ヲ發シ、爲メ氣管切開術ヲ要スルコト有リ。又此症ニ特異ナルハ、小兒ハ頭首ヲ少シク後方ニ傾ケテ之ヲ固持スルニ在リ。而シテ斯ノ如キ急性膿瘍ハ、多クハ下テ第五頸椎ニ達シ、之ヨリ亦更ニ組織ノ裂隙ヲ經テ、或ハ下方或ハ側方ニ向テ蔓延スルコト有レドモ、最モ多キハ咽頭内ニ破開スルニ在リ。若シ又炎症下顎部ニ向テ蔓延スルトキハ、通常炎症性牙關緊閉ヲ起サシム。又時トシテハ、膿瘍ハ耳下腺部或ハ下顎隅角部ニ顯出スルコト有リ。

急性咽頭後膿瘍ノ豫後

診察 先ツ視診上、患者ハ上述ノ如ク頭首ヲ稍、後方ニ傾屈固持シ、通常下顎下部殊ニ顎下腺部ニ炎症性腫脹ヲ呈ス。咽頭ヲ検査スルニ、其後壁ハ全部ニ互リ側方扁桃腺部ニ於テ前方ニ隆起シ、之ヲ指觸スルニ、波動ヲ呈ス。其他下顎隅角及頸部ニ於テモ、往々波動ヲ觸ルルコト有ルヲ以テ、常ニ之ヲ精密ニ検査スルヲ肝要ナリトス。

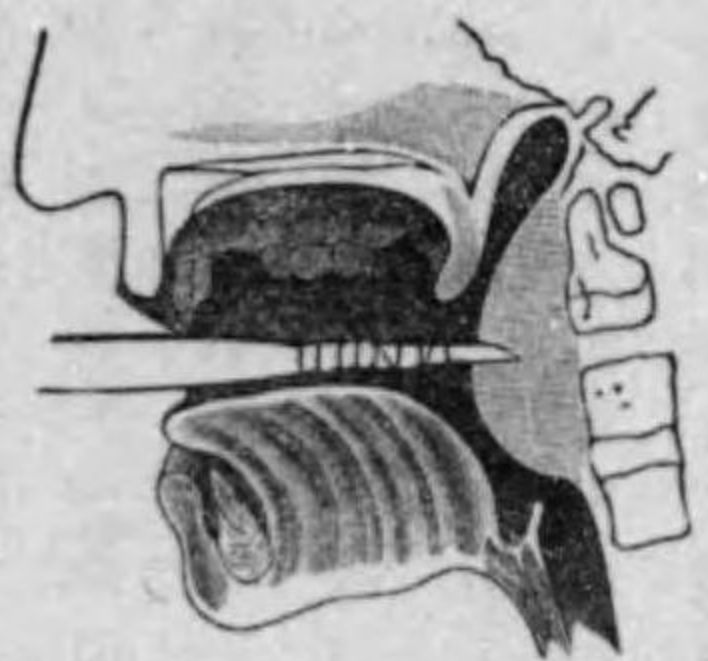
急性咽頭後膿瘍ノ療法

豫後 本症ハ、早ク認知シ速ニ之ヲ切開スルトキハ、豫後良ナレドモ、腐敗性チフテリ一性及猩紅熱性ノ膿瘍ニ在リテハ、頗ル不良ナリ。此他本症ニ於ケル豫後ノ吉凶ハ、亦患者ノ年齢ニ關ス。是其幼齡ナルニ從ヒ喉頭狹窄ヲ來シ易ク、又膿瘍自然ニ或ハ切開ニ由リテ破開スルモ、膿汁ハ氣道内ニ吸引セラレ、以テ肺炎ヲ繼發スルノ根アレバナリ。

急性咽頭後膿瘍ノ療法

療法 急性咽頭後膿瘍ハ、可及的早ク切開スルヲ要ス。殊ニ喉頭狹窄症及嚥下困難ヲ呈スル者ニハ、波動ノ有無ニ拘ラズ切開ヲ施サザル可カラズ。之ニ二法アリ。一ハ口内ヨリ施ス者ニシテ、一ハ外方側頸部ヨリ行フ者ナリ。殊ニ後法ヲ優レリトス。口内ヨリ咽頭後膿瘍ヲ切開スルニハ、患兒ヲ膝上ニ抱カシメ、頭部ヲ少シク前方ニ屈曲セシメ、麻酔ヲ施サズシテ行フヲ良トスルモ、止ヲ得ザルトキハ麻酔ヲ施シ、垂頭位置ニ於テ施行ス可シ。切開ニ用ユル尖刀ハ、手術ノ際近傍殊ニ舌ノ損傷ヲ防ガム爲メ、其尖端部ニ至ルマデ絆創膏ヲ纏絡スルヲ宜シトス(第三十九圖)。而シテ最初ハ著シク波動ヲ呈スル部ニ小切開ヲ施シ、少シク膿ヲ漏出セシメタル後、更ニ刀ヲ以テ創口ヲ開大ス可シ。否ザレバ膿ハ氣道内ニ吸引セラレ、爲メ窒息ヲ來スコト有レバナリ。而シテ切開口ハ、速ニ癒著收閉スルノ傾向アルヲ以テ、術後ハ創口ニ屢、消息子ヲ通ジ、或ハ硝酸

圖九十三 頸部
後頭咽ス施リヨ内口
式開切ノ瘍膿



銀ヲ以テ之ヲ腐蝕スルヲ良トス。外方頸部ヨリ膿瘍ヲ切開スルニハ、胸鎖乳嘴筋ノ内縁ニ沿ヒ喉頭ノ高ニ於テ行フコト有レドモ、之ヨリモ其術簡單ニシテ危險少キハ、其後縁部ニ切開ヲ施スニ在リ。其法、乳嘴突起ノ下縁ヨリ刀ヲ下シ、胸鎖乳嘴筋ノ後縁ニ沿ヒ皮膚及深在筋膜ヲ切開シタル後、筋神經及血管ヲ鈍鉤ニテ前方ニ牽引シ、直ニ鈍的ニ指消息子又ハ麥粒鉗子ヲ以テ頸椎ニ沿ヒ膿竈ニ向テ進入スルニ在リ。此際注意ス可キハ、時トシテ内頸動脈ハ直接ニ膿汁ヲ以テ圍擁セララルコト有ルヲ以テ誤テ之ヲ損傷セザルニ在リ。

慢性咽頭後膿瘍

慢性咽頭後膿瘍 (Dor chroniche Retropharyngealabscess) ハ、通常頸椎ハ結核性骨瘍ニ繼發スル者ニシテ、其經過甚ダ緩慢ナリ。此症ハ、咽頭内ニ膿瘍ヲ生ズル前、既ニ頸椎部ニ疼痛畸形、頭首ノ固持等ノ症狀ヲ呈スルヲ以テ、早ク之ヲ診斷シ得可シ。而シテ其膿瘍ハ、徐々ニ發生スルヲ以テ、從テ患者ノ苦痛少ナク、唯之ガ爲、咽頭後壁ノ著シク前方ニ隆起スルニ至リテ患者之ヲ自覺シ、又之ヲ視觸シ得ルノミ。其豫後ハ、一汎ニ不良ニシテ、患者多クハ遂ニ粟粒結核病若クハ肺結核病ノ爲ニ斃レ、又膿毒症或ハ敗血症ノ併發ニ由リテ斃ルル者ナリ。療法ハ、概シテ急性咽頭後膿瘍ニ於ケルト同ジ。但、頸椎ノ結核性炎症ニ就テハ、尙脊柱外科ノ條下ニ論述ス可シ。

第八 頸部ノ動脈瘤

頸部ノ動脈瘤

頸部ノ動脈瘤 Aneurysmen am Halse ハ、頸部血管ノ損傷ニ因リテ發スル者ヲ最モ多シトス。殊ニ頸部ノ刺創ニ於テ創口閉塞シ、血液若クハ外方ニ向テ流出スルコト能ハザルトキハ、組織間ニ溢血即チ血腫ヲ生ジ、之ヨリ最初其周壁ニ存スル血塞ヨリ終ニ動脈管腔ト交通スル所ノ囊ヲ形成ス。所謂外傷性動脈瘤是ナリ。而シテ其周壁ハ、血塞ノ最外層周圍ノ軟部及新生結締織ヨリ構成セラル。此他損傷セラレタル動脈若クハ、血塞屬スル靜脈ト相交通スルトキハ、動靜脈性動脈瘤ヲ發生スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ。是、慢性動脈内膜炎ノ爲、漸次血管壁ノ擴張ヲ來ス者ニシテ、其形狀ニ從ヒ圓柱狀動脈瘤、紡錘狀動脈瘤及囊狀動脈瘤ノ別アリ。

頸部動脈瘤ノ症候

症候 頸部動脈瘤ハ、頗ル巨大ト爲ル者ニシテ、此場合ニ於テハ、屢、其何ノ血管ヨリ發生シタルヤヲ確知シ難ク、唯患者既往ノ來歴ニ徴シテ之ヲ察知スルコト有ルノミ。殊ニ鎖骨下動脈瘤ハ著大ト爲ル者ニシテ、胸廓上口及鎖骨窩ヲ充填シ、終ニ上方頸部ニ向ヒ、又腋窩及肩胛部ニ向テ増大ス。之ニ由リテ發スル障礙ハ、頸部靜脈神經、其他氣道、食道及脊柱ノ壓迫ニシテ、此動脈瘤モ、亦他部ノ動脈瘤ノ如ク、破裂スルノ危險アリ。殊

ニ其内方ニ向テ破裂スルヲ多シトス。此他頸部ノ動脈瘤殊ニ頸動脈瘤ニ於テハ、往々凝血塊剝離セラレ、腦栓塞ノ爲、死亡ヲ來スコト有リ。故ニ動脈瘤ニ於テハ、決シテ粗暴ナル觸診ヲ行フ可カラズ。然レドモ小ナル動脈瘤ニシテ殊ニ一部囊狀ニ擴張セル者ニ在リテハ、血塞ノ組織化或ハ石灰變性ニ由リ、自ラ治癒スルコト無キニ非ズ。

頸部動脈瘤ノ診斷

診斷 本症ハ、真正ナル非傳達性ノ搏動及摩擦音其他輸入動脈ノ壓迫ニ由リ是等ノ症狀ノ消失スルニ由リテ之ヲ識ルコト容易ナレドモ、輕卒ナル検査ヲ施ストキハ、時ニ血管ニ富メル肉腫或ハ又膿瘍ト誤診セラルルコト無キニ非ズ。殊ニ軟部ノ肥厚腫脹或ハ炎症性症狀ヲ伴フ動脈瘤ニ於テ然リトス。

頸部動脈瘤ノ療法

療法 動脈瘤一汎ノ治則ニ從フ可シ。但、頸部ノ動脈瘤ニ在リテハ、亦多少之ニ變改ヲ加ヘザル可カラズ。即、壓迫法ハ、指壓法ト器械壓迫法トヲ問ハズ、頸部ニ於テハ施スコト能ハザルコト多シ。然レドモ頸動脈瘤ニハ、症ニ應ジテ先之ヲ試用ス可シ。手術的療法ニ於テハ、ハンター氏ニ從ヒ、輸入動脈ヲ結紮スルカ、或ハワルドローブ・ブラストール氏等ニ從ヒ、輸出動脈ノ結紮法ヲ施スヲ良トス。前者ハ殊ニ頸動脈瘤ニ適應シ、後者ハ鎖骨下動脈及無名動脈ノ動脈瘤ニ稱用ス可シ。又頸動脈領域ノ動脈瘤ニハ、時宜ニ由リアンチールス氏ニ據リ、中樞及末梢動脈ノ結紮ヲ行ヒ、腫瘍ヲ切開或ハ摘出スルコトヲ得可シ。此他到底手術的療法ノ企及ス可カラザル症ニハ、電氣針穿通法ヲ試用スルモ可ナリ。チルマンズ氏ハ、之ニ由リテ甚ダ良好ナル成績ヲ得タルコト有リト云フ。

又近時手術ヲ施シ難キ動脈瘤ノ附近ニ、二乃至五%殺菌げらちん食鹽溶液ノ注入ヲ推奨スル者アリ(ランスロウ・ポウレスコ氏等)其法タル、瘤ノ大ニ應ジテ、毎週一回百乃至二百立方仙迷ノ同溶液ヲ其近傍ノ皮下又ハ他ノ體部(大腿)ニ注射スルニ在リ。然レドモ其效驗ハ、確實ナラザル者ノ如シ。

第九 頸部ノ腫瘍

頸部ノ腫瘍

頸部ノ腫瘍 Geschwülste am Halse ハ、甚ダ種々ニシテ、且其構造大小等ニ於テモ頗ル複雑ヲ極ムレドモ、今之ヲ左ノ三種ニ區別シテ論述セムトス。即チ(一)淋巴腺腫瘍(二)硬性腫瘍及(三)囊腫性腫瘍是ナリ。

頸部ノ淋巴腺腫瘍

(一)頸部ノ淋巴腺腫瘍 Die Lymphdrüsigeschwülste am Halse ニ屬スル者ハ、元來唯惡性淋巴腺腫淋巴腺肉腫及其繼發性惡性腫瘍(繼發性淋巴腺癌腫及肉腫)ノ數者ニ過ギザレドモ、茲ニ先、單純肥大性淋巴腺腫、腺病性淋巴腺腫及結核性淋巴腺腫並ニ護膜腫性淋巴腺腫ヲ舉ゲムトス。是此等ノ淋巴腺腫ハ、固ヨリ真正ナル腫瘍中ニ算入ス可キ者ニ非ザレドモ、他ノ頸部腫瘍トノ類症鑑別上必要ナルヲ以テ、爰ニ之ヲ説クヲ便宜トスレバナリ。

單純肥大性淋巴腺腫

單純肥大性淋巴腺腫 (Das einfach-hyperplastische Lymphom) ハ、榛實大或ハ胡桃大以上ヲ越エザル淋巴腺ノ腫脹ニシテ、間、之ニ隸屬スル淋巴道根領域内(頭蓋及顔面諸腔)ノ急性

腺病性淋巴腺腫

炎症性刺激ニ由リテ發スルモ、最も多キハ經久持續的ノ刺激ニ因ル者ニシテ、殊ニ十歳以下ノ兒童ニ見ルコト最多シ。是、十歳以下ノ幼齡者ニ在リテハ、皮膚及粘膜ハ其ニ炎症ニ侵サレ易ク、淋巴腺モ亦其刺激ニ感ジ易キ者ナレドモ、成長スルニ從ヒ是等ノ傾向漸次自ラ減少スレバナリ。而シテ此淋巴腺ノ單純性肥大ニハ、主トシテ細胞ノ增生ヲ來ス者アリ(大淋巴細胞性肥大)或ハ專ラ結締織ノ増殖ヲ來シ、淋巴細胞ハ多少消耗セラレル者アリ(纖維性肥大)前者ニ在リテハ、肥大セル淋巴腺ハ柔軟ナルモ後者ニ在リテハ、硬固ナルヲ常トス。蓋シ此淋巴腺腫ハ、概シテ無害ノ疾患ニ屬スレドモ時ニ亦繼發性傳染ノ媒介ヲ爲スコト有リ。

腺病性淋巴腺腫(Das skrophulöse Lymphom)ハ、本來亦淋巴腺ノ單純ナル炎症性肥大ニシテ、病理解剖學上ヨリ之ヲ論ズルトキハ、腺病性淋巴腺腫ナル名ハ抹殺セザル可カラズト雖、從來「腺病性」(strophulös)ト看做サレタル所ノ淋巴腺ノ變化ハ、一部ハ單純性肥大ニ屬シ、一部ハ結核病ニ屬スル者ナリキ。蓋シ腺病ナル者ハ、幼齡ノ者ニ於テ皮膚及粘膜ニ慢性非特異性ノ炎症ヲ發シ、次デ頸淋巴腺ニ慢性ノ腫脹ヲ來シ易キ一種ノ體質異常ヲ指ス者ナリ。然レドモ若シ淋巴腺内ニ小結節、乾酪變性、瘰癧等ヲ生ズルトキハ、是、既ニ結核病ノ傳染ヲ證明スル者ナルヲ以テ、此意義ヨリ推論スルトキハ、腺病ナル者ハ殆ド全ク其本來ノ特性ヲ失フ者ナレドモ、今日吾人ガ尙腺病性淋巴腺腫ノ名ヲ保存スル所以ノ者ハ、臨牀上淋巴腺肥大ノ果シテ單純性肥大ナリヤ、或ハ既ニ結核病ノ

結核性淋巴腺腫

傳染ヲ蒙ムレルヤハ、之ヲ確知スルコト能ハザルノミナラズ、解剖上又ハ顯微鏡上ノ検査ニ據ルモ肥大セル淋巴腺ノ結核性ナリヤ否ヲ識別スルコト尙甚ダ難事ニ屬スルコト多ク、レバナリ。是故ニ臨牀上「腺病」ナル名目ヲ廢セザルトキハ、所謂腺病性淋巴腺腫ナル者ハ、解剖上性質不明ナル淋巴腺ノ肥大ニシテ、單純性腺肥大ニ屬セズ、亦結核性腺腫ニモ屬セザル中間物ト看做サザル可カラズ。然レドモ腺病性體質ヲ有スル者ニ來ル單純ナル慢性淋巴腺肥大ハ、結核病ニ侵サレ易キ原地ヲ作爲スル者ナルヲ以テ、腺病性淋巴腺腫ハ、結核性淋巴腺腫ノ前驅タルコト多シ。但、單純性淋巴腺肥大ノ結核病ニ變ズルハ、通常暇々裡ニ行ハルルヲ以テ、小兒ニ於ケル淋巴腺腫脹ノ實際單純性ナリヤ將、結核性ナリヤハ、蓋シ判知シ易カラザル者トス。

結核性淋巴腺腫(Das tuberkulöse Lymphom) (第四十四圖)ハ、結核桿菌ノ侵襲ニ由リ淋巴腺ニ慢性肥大ヲ來ス症ニシテ、往時ハ頸腺結核病ヲ以テ結核性全身傳染ノ局所ニ發顯セル者ト看做セリト雖、近時精確ナル檢索ニ據レバ、本症ノ最大多數ハ、全ク局所的疾患ニシテ、結核性病毒ハ外界ヨリ淋巴管ヲ經テ頸腺ニ到達スルニ因リテ發スル者ナリト云フ。即チ結核桿菌ハ、多クハ頸淋巴腺ニ隸屬スル淋巴道根ノ領域内ヨリ進入スル者(即チ下行性)ニシテ、中樞(氣管枝腺)ヨリ侵來スル者(即チ上行性)ハ稀ナリトス。蓋シ結核桿菌侵入ノ門戸ハ、頭蓋及顔面諸腔ノ慢性炎症性疾患(濕疹、かたゝる、齒齦炎、齦齒等)ニシテ、肺癆患者ノ齦齒中ニハ、殆ド毎常結核桿菌ノ存在ヲ證明シ、健全ナル者ニ於テモ、亦往

第十四圖
結核性淋巴腺腫
(白家實驗)



著大ナル
腺腫ナル
モ他ノ臟
器(殊ニ
肺臟)ニ
ハ毫モ結
核性病變
ヲ發見シ
得ザリシ
モノ

志

往之ヲ發見セリ。此
他近時諸家ノ研究
ニ據レバ、扁桃腺殊
ニ其肥大セル者ハ、
頸腺結核病ノ發生
原地タルコト頗ル
多シト云フ。
結核性淋巴腺腫ハ、
通常其發生緩慢ニ
シテ、最初多クハ、二
三ノ淋巴腺ヲ侵シ、後ニ至リテ乾酪變性シ或ハ膿潰スルヤ、次デ亦近隣ノ淋巴腺ヲ侵
ス者ナリ。殊ニ多ク侵サルルハ、頸下部大血管ノ徑路及鎖骨上窩ニ存スル淋巴腺ニシ
テ、最初ハ是等ノ諸部ニ數多ノ累々タル無痛性ノ腫瘤ヲ呈スルモ、終ニハ化膿或ハ乾
酪變性シ、外方ニ破開シテ瘻管及流注ヲ呈スル者少カラズ。但シ罕ニハ石灰變性シ、或ハ
外方ニ破開シタル後、自然ニ治癒スルコト有リ。

第二期微毒ニ於テ頸淋巴腺悉ク侵サレ、豆大ハ硬固ナル移動性無痛性腫脹ヲ呈スルコト
ハ、普ク人ノ知ル所ニシテ、該腺腫ハ時ニ唯單純肥大性淋巴腺腫ト鑑別ヲ要スルコト有ル

惡性淋巴
腺腫
又ホド
キ
ン氏病

第十四圖
四十歲男子ノ子
於ニ
惡性淋巴腺腫
(フ・ン・ル・ス氏)



頸部ノ腫瘍(淋巴腺腫)

ノミナレドモ(他ノ微毒症狀ノ有無ニ由リ鑑別容易ナリ)、之ニ反シテ護謨腫性淋巴腺腫
(Das gummiöse Lymphom)ハ、殊ニ頸下部ニ胡桃大ノ無痛性ノ硬キ腫瘤トシテ現ハレ、其漸次
増大スルヤ、軟化シテ皮膚ト癒著シ、遂ニ外方ニ破開シテ特異ナル潰瘍ヲ生ズル者ナリ。而
シテ本症ニハ、通常他ノ微毒症狀ヲ伴フコト多カラザルヲ以テ、其診斷間、甚ダ困難ナルコ
ト有リ。故ニ唯驅微療法ノ奏效如何ニ由リ、之ヲ診定シ得ルコト有リ。然レドモ後期ノ微毒ニ
來ル淋巴腺腫ハ、概シテ罕ニ見ル所ナリ。

惡性淋巴腺腫又ホドキン氏病(Das maligne Lymphom oder die Hodgkin'sche Krankheit)ハ、漸
次間斷無ク進行スル淋巴腺ノ肥大症ニシテ、通常始、側頸部ニ稍、大ナル累々タル軟性
ノ腫瘤ヲ生ジ、全ク無痛性ニシテ能ク移動シ、斯テ數週若クハ數月ヲ經過スルトキハ、
又近隣ノ淋巴腺ニ同様ノ腫脹ヲ來シ、遂ニ腋窩腺縱隔膜腺腹膜後腺鼠蹊腺等モ悉ク
侵サレ、又間、内臟器

(肺・脾・肝・腎)ニ轉移症
ヲ發スル者ナリ(爾
四十一及四十二圖)。蓋シ此淋
巴腺腫ハ、通常主ト
シテ十五歲乃至三
十五歲ノ者ニ來ル
也

圖 二十四 第
ルケ於ニ子女ノ歳十三
腫腺巴淋性惡
(氏スニルブ・ン・フ)



者ナレドモ、亦之ヨリ年少ノ者ニ發
スルコト少カラズ。且男子ハ、女子ヨ
リ侵サルルコト多シ本腫瘤ハ、組織
學上單純ナル淋巴腺組織ノ増生ニ
シテ、之ニ主トシテ淋巴腺細胞ノ増
生スル者ト、主トシテ結締織ノ増息
スル者トノ別アリ。前者ハ其質柔軟
ナレドモ、後者ハ稍、硬固ナルヲ常ト

夫

ス。而シテ此腫瘍ノ發生スルヤ、始、ハ患者ノ全身狀態、毫モ障礙セラレズ、其外觀健全ニ
シテ毫モ苦痛ノ狀ヲ認メザレドモ、腫瘍漸次増大シ、且處々ニ之ヲ發生スルニ至レバ、
全身狀態不良ト爲ル。即、患者貧血ノ狀ヲ呈シ、羸瘦シテ氣力無ク、食慾減退シテ漸ク惡
液質ニ陥リ、加フルニ浮腫腹水胸膜炎性滲出物下痢痔瘡等ヲ以テシ、遂ニ衰弱ニ因リ
テ斃ル。然レドモ各症皆斯ノ如キ經過ヲ取ル者ニ非ズ。時トシテハ著シキ全身症狀ヲ呈
スルニ先チ、氣道及食道ハ益、増大セル腫瘍ノ爲、ニ壓迫セラレ、爲、ニ著シキ呼吸及嚥
下障礙ヲ來シ、遂ニ窒息若クハ榮養不給ノ爲、ニ斃ルルコト有リ。但シ其經過ハ、各症甚ダ
異ニシテ、時トシテハ亦數年ノ間著シキ障礙ヲ起サズシテ經過スル者アリ。本症ノ
病性ハ、今日尙未ダ明瞭ナラズ。其果シテ腫瘍ニ屬ス可キ者ナリヤ、或ハ一種ノ傳染病

ニ算入ス可キ者ナリヤニ就テハ、諸說一致セザレドモ、諸家多ク後說ニ左相スル者ノ
如シ。而シテ本症ニハ、亦淋巴腺腫脹ノ他ニ、早ク脾臟ノ腫脹ヲ來スコト有レドモ、其全
經過中、赤白兩血球數ノ比例ハ常ニ尋常ニシテ、白血球ニ於ケルガ如ク、著シキ白血球
ノ增多ヲ見ルコト無シ。故ニ又之ニ假性白血病 (Die Pseudoleukämie) ノ名アリ。然レドモ末
期ニ至レバ、血液ノ有形成分總ジテ減少シ、へもぐろびんノ量モ亦著シク減少スルヲ
見ルコト多シ。

淋巴腺肉腫 (Das Lymphosarcom) (第四十三及第四十四圖)ハ、通常平等ノ硬度ヲ有スル平滑ナル腫

圖 三十四 第
腫肉腺巴淋
(驗實家白)



瘍ニシテ、殊ニ血管裂隙及下顎下部ニ生ジ、其
發育間、甚ダ急速ニシテ、惡性ノ者ハ直ニ腺囊
膜ヲ破リテ其周圍ノ組織殊ニ血管ト癒著シ、
加之、屢、靜脈管腔内ニ進入シ、以テ許多ノ轉
移症ヲ發スルコト有リ (第四十五圖)。又其皮膚ニ
破開スルヤ、潰瘍ヲ生ジ、血管侵蝕セララルト

キハ、出血ノ爲、卒然死亡ヲ招クコト有リ。此他該腫瘍ハ、氣道及食道ヲ壓迫シテ死ニ至
ラシムルコト有レドモ、其死因ハ多クハ内部ノ轉移症ニシテ、此間ノ經過ハ、一年半以
上ニ瀕ルハ罕ナリトス。
繼發性ノ淋巴腺惡性腫瘍ニ屬スル者ヲ、癌腫及肉腫ト爲ス。

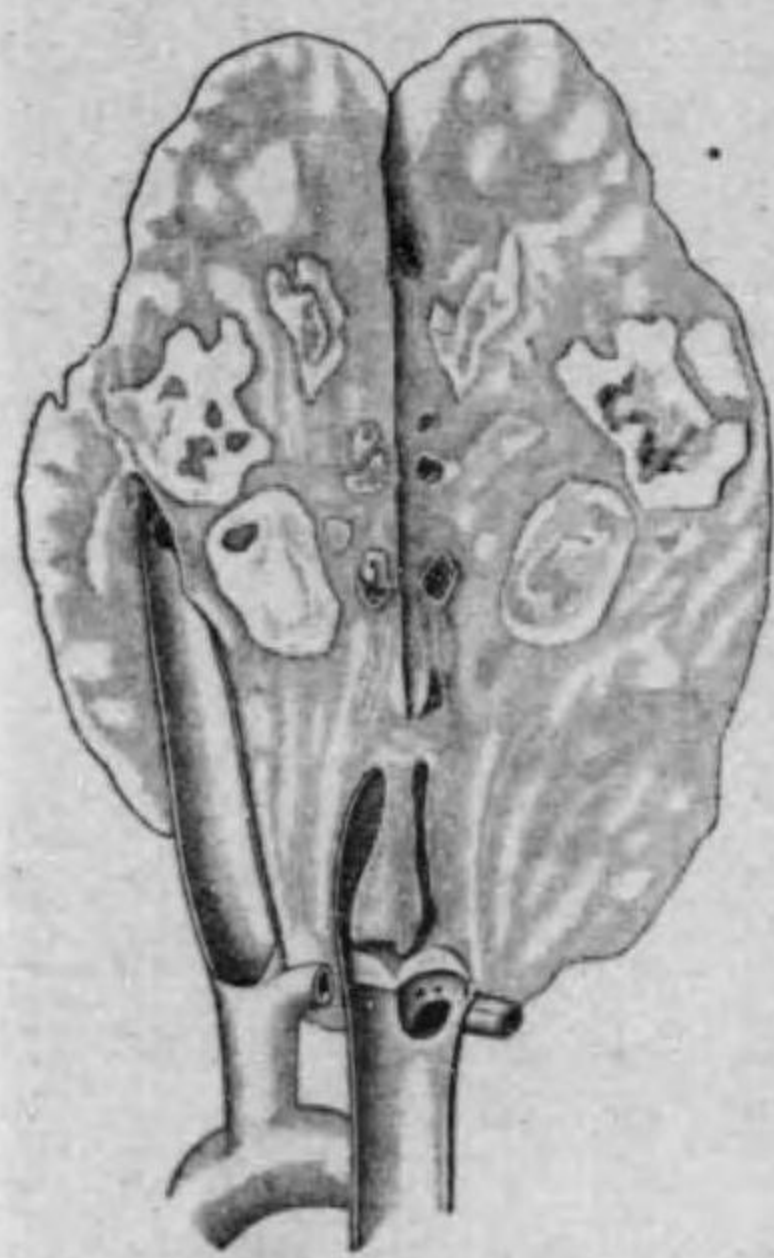


圖四十四 淋巴腺肉腫
ルケ於ニ子女ノ歳五十二
腫肉腺巴淋
(氏スルブ・ン・フ)

腫ノ發生部位ハ、時トシテ早ク發見セラレルコト能ハザルコトヲ有ルヲ以テ繼發性淋巴腺癌腫ハ、間、所謂頸道癌腫(余卷八四頁參照)ト誤ラレルコト無キニ非ズ。

癌腫ニ比スレバ罕ナリトス。

圖五十四 淋巴腺腫瘍ノ面斷

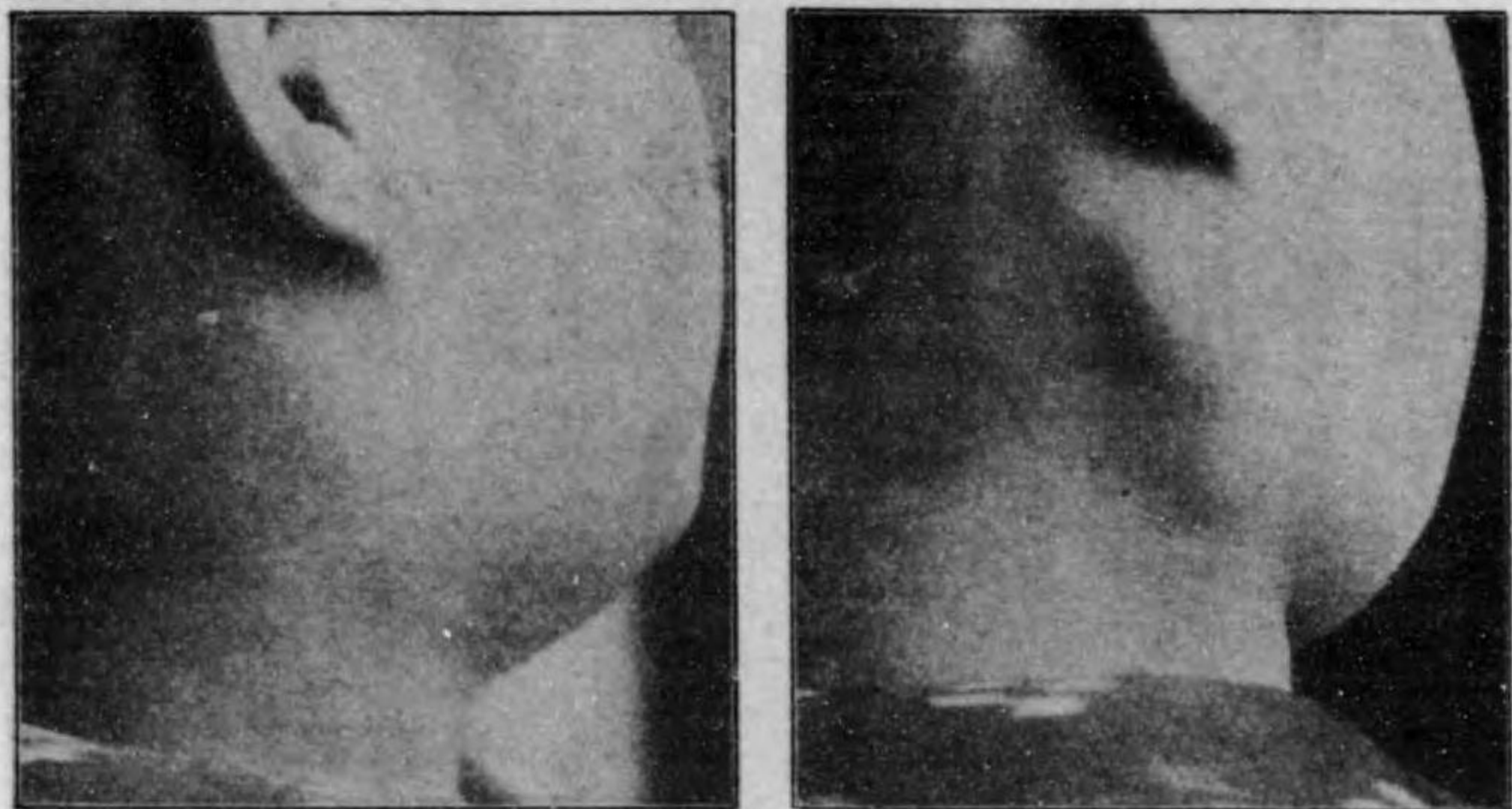


腫瘍ノ頸靜脈管腔内ニ侵入セル者

療法 頸部ノ單純肥大性淋巴腺腫ニ對シテハ、通常特別ノ療法ヲ要スルコト無シ。唯其原因ヲ除却セムコトヲ努ムルヲ最モ肝要ナリトス。腺病性淋巴腺腫ニ在リテハ、先

腺病ヲ治スヲ必要ト爲ス。即ちよほど鐵劑肝油等ヲ與へ、且專ラ滋養強壯ノ療法ヲ施ス可シ。單純ナル淋巴腺ノ肥大ナルトキハ、之ニ由リテ能ク全治セシムルコトヲ得可シ。然レドモ腺腫ノ漸次増大スル者ハ、既ニ結核桿菌傳染ノ虞アルヲ以テ、此場合ニ於テハ、可及的早ク之ヲ摘出セザル可カラズ。結核性淋巴腺腫ハ、上文述べタルガ如ク、局所的疾患タルコト甚ダ少カラザルヲ以テ、可及的早ク摘出スルヲ肝要ナリトス。但、其摘出ハ、每常必ズシモ容易ナラズ。殊ニ其周圍ノ組織ト癒著シタル者ニ於テ然リトス。之ヲ摘出スルニ最良ナルハ、増大セル淋巴腺ノ上面ニ於テ頸ノ縱徑ニ皮膚切開ヲ施シ、腺ニ達シタルトキハ、常ニ腺囊膜ニ密接シテ、或ハ鈍的ニ、或ハクウパー氏剪ヲ以テ、之ヲ周圍ノ結締織ヨリ剝離スルニ在リ。此際化膿或ハ乾酪變性セル腺ハ、慎デ破開セザラムコトニ努ム可シ。若シ之ヲ破開シタルトキハ、直ニ千倍昇汞水ニ浸シタルガーセヲ以テ嚴重ニ創面ヲ消毒シ、摘出ヲ了リタル後モ、再ビ此消毒法ヲ施シテ創縁ヲ縫合ス可シ。是レ之ニ由リテ創面ヲシテ第一期癒合ヲ營マシメ、且局所再發及全身傳染ヲ豫防セムガ爲ナリ。然レドモ創面廣大ナルトキハ、一部ノ縫合ヲ施シ、創内ニハよほどふるむがせヲ栓塞シ、時宜ニ由リ二三日ヲ經テ第二期縫合ニ由リテ之ヲ閉鎖ス可シ。乾酪變性又ハ化膿セル結核性腺腫ヲ單ニ切開シテ搔爬スルハ、蓋再發ノ點ニ於テ確實ナル療法ト謂フ可カラズ。又近時結核性淋巴腺炎ニれんごげん療法ヲ施シ、大ニ良效ヲ奏スル者ヲ見ルコト少カラズ(第四十六圖)。

第四十六圖 頸腺結核病ニ對スル線んげと果效ノ
(氏司章肥士士博)



治療前
ノ撮影

放射後
ノ撮影

然レドモ其既ニ軟化化膿セル者ニハ、小切開ヲ加ヘ、内容ヲ排出シタル後、該療法ヲ施スヲ良トス。之ニ由リテ瘻孔ハ多クハ速ニ閉塞ス可シ。
悪性淋巴腺腫ニ對シテハ、手術的療法無効ニシテ、之ニ由リテ反テ甚ダ速ニ再發ヲ來サシムルヲ常トス。最良ナルハビルロ
イト氏ニ從ヒ、砒石療法ヲ施スニ在リ。即、同氏ハ、内服ニ初、*Fowler* 氏水一日量十滴ヲ與ヘ、同時ニ淋巴腺内ニ毎日該水ヲ最初ハ二滴、後ニ四滴乃至六滴宛注射シ、内用量ハ毎三日ニ二滴ヲ増量シ、凡、四十滴ニ至レバ再ビ同一ノ方法ニ由リテ減量

シ、若シ此間ニ中毒症ヲ起ストキハ、早ク減量セリ。此療法ハ、往々頗ル偉效ヲ奏スル者ニシテ、全身状態恢復シ、腺ノ腫脹ハ忽チニシテ縮小シ、否ラザルモ、亦能ク其病勢ノ進行ヲ抑制シ得ルコト有リ。嘗テ醫學博士筒井八百珠氏ハ、本症患者ニ「さるうゝるさん」ノ靜脈内注射ヲ試ミテ其全治セル者ヲ實驗セルコト有リ。此他れんごげん療法モ、亦往々偉效ヲ奏スルコト有リ。然レドモ腫瘍益増大シテ貴重ナル器官ヲ壓迫スルトキハ、其障礙ヲ除カムガ爲、亦其一部ノ摘出ヲ企テザル可カラズ。
淋巴腺肉腫ハ、初期ニ於テ早ク摘出スルトキハ、全治ヲ期ス可シ。フォラー氏水ノ實質内注射法ハ、唯一時的ノ奏效ニ止マリ、之ニ由リ決シテ全治ヲ期ス可カラズ。

(二)頸部ノ硬性腫瘍 Die festen Geschwülste am Halse ニ屬スル者ハ、纖維腫、脂肪腫、神經腫、内軟骨腫及骨腫ニシテ、悪性腫瘍ニハ、間、肉腫及所謂頸道癌腫ヲ觀ルコト有リ。

頸部ノ纖維腫ハ稀有ナレドモ、間、頗ル巨大ナル腫瘤ヲ呈スル者ニシテ、殊ニ項韧带及頸椎棘状突起及横突起ノ纖維組織ヨリ發生スル者ヲ多シトス(項部纖維腫)又前頸部或ハ側頸部ノ纖維腫ハ、殊ニ大ナル血管及神經周圍ノ結締織又ハ交感神經ノ神經節ヨリ發生ス。而シテ其發育ハ、通常極、テ緩慢ナル者ニシテ、屢、久シク發育停止スルコト有レドモ、其著シク増大スルヤ、亦隣接部ノ器官ヲ壓迫シ、爲、ニ危險ナル症狀ヲ招クコト有リ。

圖七十四第 腫脂肪ノ部頸 (驗實家白)



左鎖骨
上高ヨ
リ發生
シタル
モノ

脂腫ハ、頸ノ處々ニ生ズ
ルモ、殊ニ項部ニ生ズルコ
ト多ク、該部ニハ間、頗ル巨
大ナル脂肪腫ヲ發シ、之ヨ
リ背部及肩上ニ懸垂スル
コト有リ(第四十七及第四十八圖)又
頸部ニハ、斯ノ如キ限局性
脂肪腫ノ他ニ、廣ク其周圍

圖八十四第 腫脂肪性局限ノ部項 (氏スンプ・ン・フ)



ニ向テ蔓延スル所謂蔓延性脂肪腫ヲ發ス
ルコト有リ。マールテルング氏ノ所謂「脂肪頸」
(*Fat Hals*) (第四十九圖) 是ナリ。此症ハ、主トシテ
成年ノ男子ニ來ル者ニシテ、其増大著シキ
トキハ、亦呼吸障碍ヲ來スコト有リ。
神經腫ハ、限局性ノ真正神經腫或ハ神經織
維腫トシテ來ルハ罕ニシテ、頸部ニ於テ多
ク見ルハ、多發性叢狀神經腫所謂蔓狀神經
腫 (*Das Rankenneuron*) (第五十圖) ナリ。此腫瘍ハ、耳

圖九十四第 腫脂肪性延蔓ノ頸項 (頸脂肪謂所)



前或ハ耳後ニ發スコト最モ多ク、次テ頭
部及頸部ニ蔓延スルコト有レドモ、亦頸
部ニ原發スル者ニシテ、皮膚及皮下結締
織著シク増生肥厚シ、恰モ象皮病ノ狀ヲ
呈シ、且皮膚ニハ色素沈著アリ、又往々著
シキ生毛ヲ見ル。此他頸神經叢及膊神
經叢ノ深在枝竝ニ交感神經及迷走神經

圖十五第 及腫神經ノ經神走迷 腫神經狀蔓ノ部頸項 (氏スンプ・ン・フ)



ニ、神經腫或ハ神經纖維腫ヲ發シ、爲ニ刺戟症狀若クハ麻痺症狀ヲ來スコト有リ。然レドモ是レ甚ダ罕ニ觀ル所ナリ。
軟骨腫及骨腫ハ、恐ク胎生時ニ於ケル軟骨性頸弓ノ殘痕ヨリ發生スル者ナレドモ、亦脊椎骨鎖骨或ハ第一肋骨ヨリ發生スルコト有リ。而シテ茲ニ宜シク注意ス可キハ、骨腫ヲ以テ所謂頸肋骨 (本卷一〇頁參照) ト誤診セザルニ在リ。
頸部ノ肉腫ハ、上述ノ如ク、淋巴腺ヨリ發生スル者ノ他ニ、又血管鞘及筋膜ヨリ發生スル者アリ。其經過ハ、概

シテ淋巴腺肉腫ニ同ジ。但シ血管鞘ヨリ眞ニ肉腫ヲ發生スルコト有リヤ否ヤハ、今日尙疑問ノ中ニ在リテ、血管鞘ノ肉腫ハ、恐ク多クハ早ク血管鞘ト癒著シタル淋巴腺肉腫

ニ外ナラズト云フ者アリ。

茲ニ尙實地上注意ヲ要ス可キ者ハ、頸部ノ原發性癌腫ニシテ、所謂頸道癌腫(Das bronchogene Karzinom)

(第五十一圖)ナル者は是ナリ。是、胎生時ニ於ケル頸道ノ殘痕ヨリ發生スル者ニシテ、通常上頸三角部ニ於テ喉頭、舌骨及胸鎖乳嚙筋ノ間ニ

第十五圖
頸道癌腫
(氏ニアウルケ・ツ)



占坐シ、大ナル血管迷走神經及交感神經ト癒著スルコト多シ。但、斯ノ如キ頸部ノ深在性癌腫ハ、亦他ノ錯迷セル上皮胚腫(皮様囊腫)或ハ絞斷セラレタル甲狀腺葉ヨリ發生スル者ニシテ、是等ノ原發性癌腫ハ、上述ノ如ク、管ニ血管及神經ト癒著スルノミナラズ、又氣道及食道ヲ壓迫シテ呼吸及嚥下障礙ヲ來シ、衰弱ノ爲、速ニ至ラシムル者トス。此他頸部ノ皮膚ニハ癌腫ヲ發スルコト有レドモ、極テ罕ナリトス。

茲ニ尙注目ス可キ者ハ、頸動脈ノ腫瘍(Geschwulste der Carotida carotica)ナリトス。此腫瘍ハ、近時殊ニコ、プスタイン氏ノ始テ著目セル者ニシテ、多クハ左側總頸動脈ノ分岐部ニ生ジ、腫

頸部硬性腫瘍ノ療法

瘍ハ柔軟ニシテ結締織性ノ皮膜ヲ被ムリ、殆ド常ニ該動脈ト固ク癒著ス。是恐ク血管ヨリ生ズル惡んごてりを一む若クハべりてりを一むニシテ、其發育甚ダ徐々ナル者ナリ。然レドモ此者タル、亦迷走神經交感神經及副神經ト癒著スルコト有ルヲ以テ、之ヲ摘出スルコト甚ダ困難ナルヲ常トス。

療法 一汎ノ法則ニ由リ、之ヲ切除若クハ摘出スルニ在リ。蔓延性ノ腫瘍(例之蔓延性脂肪腫、蔓狀神經腫)ニ在リテハ、數回ニ楔狀切除ヲ施シテ之ヲ縮小セシメ、遂ニ全ク之ヲ切除スルニ至ル可シ。然レドモ深在性癌腫ノ如キハ、其摘出頗ル難ク、或ハ全ク之ヲ摘出スルコト能ハザルコト多シ。

(三)頸部ノ囊腫性腫瘍 Die zystischen Geschwülste am Halseニ先天性ノ者ト後天性ノ者ト有リ。前者ニ屬スル者ハ、頸道囊腫、皮様囊腫、囊腫様淋巴管腫及血囊腫ニシテ、後者ニ屬スル者ハ、粉瘤、粘液囊腫、包蟲囊腫等ナリ。

頸部囊腫性腫瘍

頸道囊腫(Die Kiemengangsystem oder die bronchogenen Zysten)ハ胎生時ニ於ケル頸溝ノ殘痕、殊ニ主トシテ第二頸溝ノ發育障礙ニ由リテ發生スル上皮性囊腫ニシテ、其内面ニハ數層ノ圓柱上皮ヲ被ムリ、菲薄ナル囊壁内ニハ、漿液性或ハ漿液粘液性ノ液體ヲ容ル(頸水腫 Hydrack collis)其發生部ハ、殆ド常ニ側頸部ニシテ、殊ニ先天性頸瘻ヲ生ズル所ニ來ルヲ多シトス。就中乳嚙突起ト舌骨トノ間胸鎖乳嚙筋ノ内緣及鎖骨上窩又ハ頸窩部ニ發生スルコト最モ多ク、時ニ又多房性ノ者アリ(多房性頸道囊腫 Die multiloculären

頸部ノ腫瘍(囊腫性腫瘍)

ノ状ヲ呈スルコト有リ。蓋シ蝦蟇腫ノ一部ハ實際亦頸道囊腫ニ屬スル者ナラムト云フ。

圖二十五第 腫囊道頸性房多



圖三十五第 腫囊樣皮性在深ノ部頸



而シテ此囊腫ハ、大小甚ダ種々ニシテ、其大ナル者ハ、拳大ヨリ間、兒頭大ニ達スルコト有リ。
皮様囊腫(第五十三圖)ハ、胎生時頸溝部ニ於テ皮膚ノ内部ニ潛入セル者ヨリ發生スル者ニシテ、其構造ハ皮膚ノ粉瘤ニ類似ス。故ニ又「深在性頸部粉瘤」ノ名アリ。此腫瘤ハ、發育頗ル徐々ニシテ、拳大以上ニ達スル者ハ甚ダ少ナク、通常鞏韌ナル厚キ結締組織ヨリ成リ、其内面ニ有層ノ扁平上皮ヲ被ムリ、上皮及これすてりんヨリ成ル糜粥狀ノ内容ヲ有スルモ、真正ナル皮様囊腫ハ、其内面全ク皮膚ト異ナルコト、無ク、内容ハ表皮細胞毛髮ヨリ成リ、間、又軟骨骨及齒牙ヲ有スルコト有リ。此他

絞斷セラレタル甲状腺葉ヨリモ、亦上皮性囊腫ヲ發生スルコト有リ。又ヘッケル・チルマンス氏等ハ、頸ノ正中線ナル舌骨部ニ於テ、甲状舌管ヨリ生ジタル囊腫ヲ實驗セルコト有リト云フ。
Hecker Tilman

先天性囊腫様淋巴管腫(Lymphangioma cystoides congenitum)ハ、往時「先天性水瘤」(Hygroma congenitum)ト名ケラレタルモ、其實淋巴管ノ擴張新生及其囊腫様變性ニ由リテ發スル者ニシテ、多數ノ囊包ヨリ成リ、之ヲ觸ルルニ、硬キ部ト波動ヲ觸ルル部ト有リ。其好發部位ハ、頸下部ニシテ、通常速ニ増大シ、頗ル巨大ト爲ルコト有リ(第五十四圖)。蓋シ之ニ均シ

圖四十五第 腫管巴淋様腫囊性天先 (氏スルブ・ン、フ)



キ腫瘍ハ、成人ノ後ニモ發生スルコト有レドモ、罕ナリトス。
血囊腫(Die Blutzyste)(第五十五圖)トハ、流動性ニシテ多クハ靜脈性血液ヲ含蓋スル一種ノ囊腫性腫瘍ニシテ、稀有ノ症ナルモ、其發生ニ關シテハ種々ノ別アリ。即チ其一部ハ、胎生時ニ於ケル靜脈ノ發育失常ニ歸ス可キ者ニシテ、靜脈ノ徑路中ニ於テ大ナル單房性或ハ多房性ノ囊腫ヲ形成シ、其周圍全ク閉鎖セララル者アリ、或ハ細キ管孔ニ由リ尚靜脈ト交通スル者アリ。然レドモ其他ノ者ハ、或ハ靜脈壁一部ノ靜脈瘤狀擴張ニ由リテ生ジ、或ハ海綿様血

第五十五圖
頸部血腫
(氏ホコ・ユウ)



十八ヶ月の女児に於て、右側鎖骨下静脈に腫瘍あり。静脈上鎖骨下静脈に腫瘍あり。検査静脈に腫瘍あり。如静脈上鎖骨下静脈に腫瘍あり。

管腫又ハ淋巴管腫ヨリ生ズル者ニシテ、其静脈ト交通スル者ハ、壓迫ニ由リテ縮小シ、又呼吸ニ應ジテ擴張スルコト有リ。故ニ此血腫ハ、一部ハ先天性腫瘍ニ屬スルモ、亦一部ハ後天性ニ發生セル者ト看做サザル可カラズ。

粉瘤ハ、項部側頸部又ハ前頸部ニ發スル者ニシテ、之ヲ診斷スルコト難カラズ。粘液囊腫ハ、本来真正ノ腫瘍ニ屬セズ。是、多クハ漿液ヲ含蓄スル小ナル腫瘍ニシテ、(一)舌骨ノ上部ニ在ル舌骨上粘液囊、(二)舌骨ト甲狀軟骨間ニ在ル舌骨下粘液囊及(三)甲狀軟骨ノ中央隆起部ニ於ケル甲狀軟骨粘液囊ヨリ發生スル者ナリ。頸部ニハ又包蟲腫ヲ見ルコト有レドモ、罕ナリトス。此腫瘍ハ、常ニ側頸部大血管ノ近傍ニ發シ、始ハ深部ニ位スルモ、漸次増大シテ胸鎖乳嚢筋ノ後縁又ハ其前縁部ニ顯ハレ、間、巨大ナル腫瘍ヲ形成スルコト有リト云フ。此他頸部ニハ、間、空氣ヲ含蓄スル腫瘍ヲ發生スルコト有リ。即チ之ニ屬スル者ハ、喉頭へるにあ氣管へるにあ及肺臟へるにあニシテ、マールデルンゲ氏ノ實驗セル正中喉頭へるにあ(Die mediane Laryngectomie) (第五十六圖)ハ、恐ク不全正中頸瘻ノ擴張ニ由リテ發シタル者ナラムト云フ。氣管へるにあ(Die Tracheostomie oder Tracheotomie)ハ、氣管部ニ於ケル先天性或ハ後天性缺

第五十六圖
正中喉頭へるにあ
(氏ダングルデーマ)



林檎大ノ腫瘍トシテ顯ハルル者ナリ。但、是等ノ含氣腫瘍ハ、通常著シキ苦惱ヲ惹起スルコト無キ者トス。損部ヨリ發生スル者ニシテ、要スルニ、氣管ノ抵抗力微弱ナル部位ヨリ強キ呼吸壓ノ爲、粘膜ノ外方ニ翻出スルニ因リテ發生スルナリ。所謂肺臟へるにあ(Die Lungenblase)ナル者ハ、頸部鎖骨上窩ニ於テ氣腫狀ニ腫脹セル肺尖ノ梨子大或ハ

療法

頸ノ抽出ニ際シテハ、囊ヲ破開シテ其糜粥狀ノ内容ヲ創内ニ排出セシメザラムコトニ注意ス可シ。但、囊腫ノ大ナル血管ト癒著スル者ハ、唯囊壁内面ノ上皮層ヲノミ除去シ、囊腫ヲ遺存セシムルヲ可トス。囊腫様淋巴管腫ハ、小兒ニ於テ其尙小ナル者ニノミ抽出術ヲ施スコトヲ得可シ。其既ニ増大セル者ハ、頸部ノ各種組織中ニ進入スルヲ以テ、之ヲ全ク抽出スルコト能ハザル者トス。故ニ全抽出術ヲ企ツルコト能ハザルトキハ、數回反覆切開シテ其萎縮ヲ圖リ、或ハ此目的ヲ達セムガ爲、屢、穿刺法ヲ施シ、兼テよーどちんきあるこほるころーる亞鉛溶液等ヲ注入ス可シ。血腫ニ於テモ、亦囊ヲ全ク抽出スルヲ最良トスルモ、其尙靜脈ト交通スル者ハ、豫、靜脈ヲ結紮シタル後、抽出

セザル可カラズ。此囊腫ノ全ク閉鎖獨立セル者ニ於テハ、亦穿刺術ニ兼テよーどもんきあるこほる等ノ注入ヲ試ムルモ可ナリ。但シ其效驗ハ、確實ナラズ。爾他囊腫性腫瘍ノ療法ハ、亦主トシテ其摘出ヲ謀ルニ在リ。

第二章 甲狀腺之損傷及疾患

甲狀腺ノ解剖及生理

甲狀腺 (Die Schilddrüse, Glandula thyroidea) 第五十七圖ハ、排泄管ヲ有セザル上皮腺ニシテ、喉頭ノ前下部、氣管ノ前面及兩側部ニ位シ、左右ノ側葉 (側角) 及腺峽ヨリ成ル。側葉 (Seitliche Lappen) ハ、第五氣管軟骨輪ヨリ昇テ甲狀軟骨ノ後縁ニ接シ、腺峽 (Der Isthmus) ハ、狭小菲薄ニシテ、通常第二乃至第四氣管軟骨輪ノ前面ニ在リテ、左右ノ側葉ヲ連結ス。但シ腺峽ハ、間、缺如シ (第五十八圖)、或ハ反テ之ヨリ上方ニ向テ走ル所ノ中葉 (Middle Lappen) 即シ、錐體又中角 (Die Pyramide oder das Mithelhorn) ヲ有スルコト有リ (第五十九圖)。又甲狀腺ハ、其全部異常ニ下位ニ存スルコト有リ、*Kocher* 氏ノ所謂甲狀腺下垂症 (Die Thyropexia) 是ナリ。或ハ又該腺ハ、間、脊柱ト食道ノ間、若クハ食道ト氣管ノ間ニ入ルコト有リ。

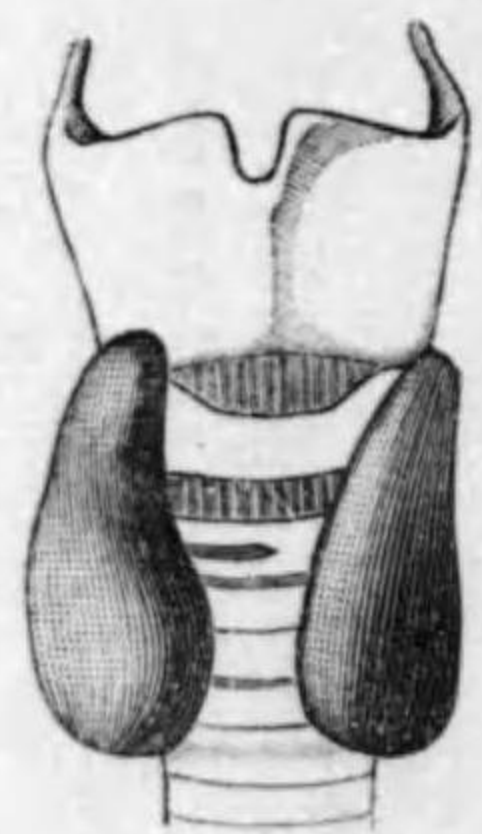
甲狀腺ハ、内外二葉ノ囊膜 (Kapsel) ヲ包被セラルル者ニシテ、内囊膜 (Capsula interna) ハ、該腺ノ表面ニ密著シテ其結締組織ト連結シ、外囊膜 (Capsula externa) ハ、稍、強ク腺ト氣管環狀軟骨胸骨舌骨筋及胸骨甲狀筋トノ連結ヲ營ミ、以テ腺ヲ喉頭及氣管ニ固定ス。是、甲狀腺ノ喉頭

第五十七圖 甲狀腺及其錐體

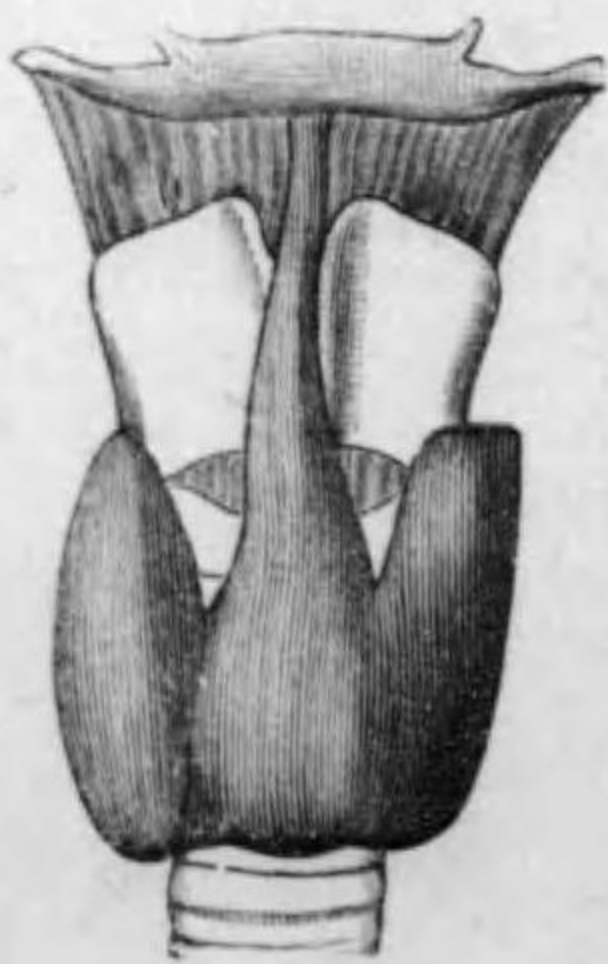


ノ運動ニ隨伴シテ上下ニ移動スル所以ナリ。又外囊膜ハ、甲狀腺ノ血管及神經ヨリ穿通セラレ、其内外兩囊膜ノ間隙ニハ、内囊ヲ穿チテ來リタル許多ノ靜脈ヲ見ル可シ (第六十圖)。

第五十八圖 腺峽ノ缺如 (氏ル、シルマ)

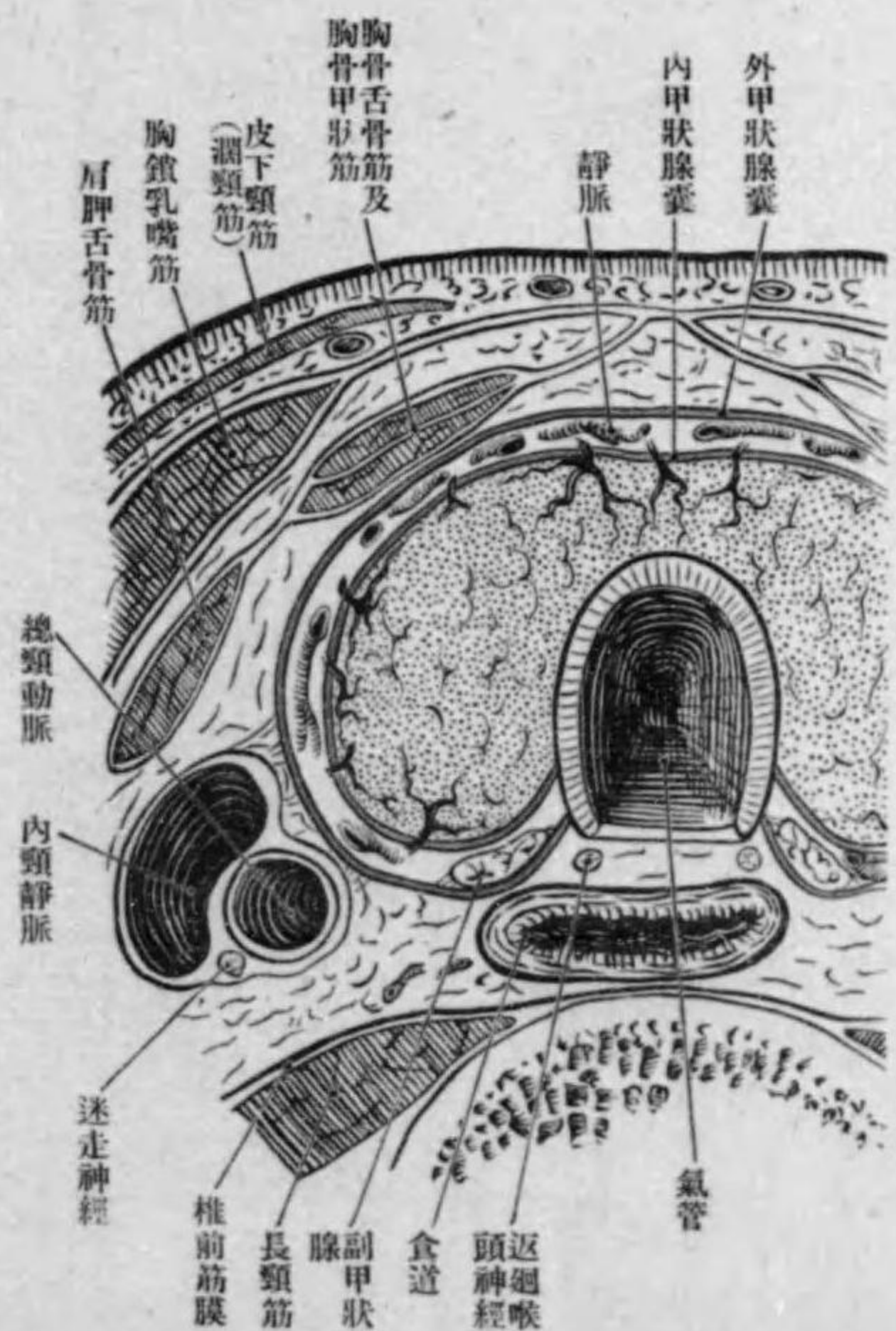


第五十九圖 錐體有ル腺峽 (氏ル、シルマ)



甲狀腺ノ解剖及生理

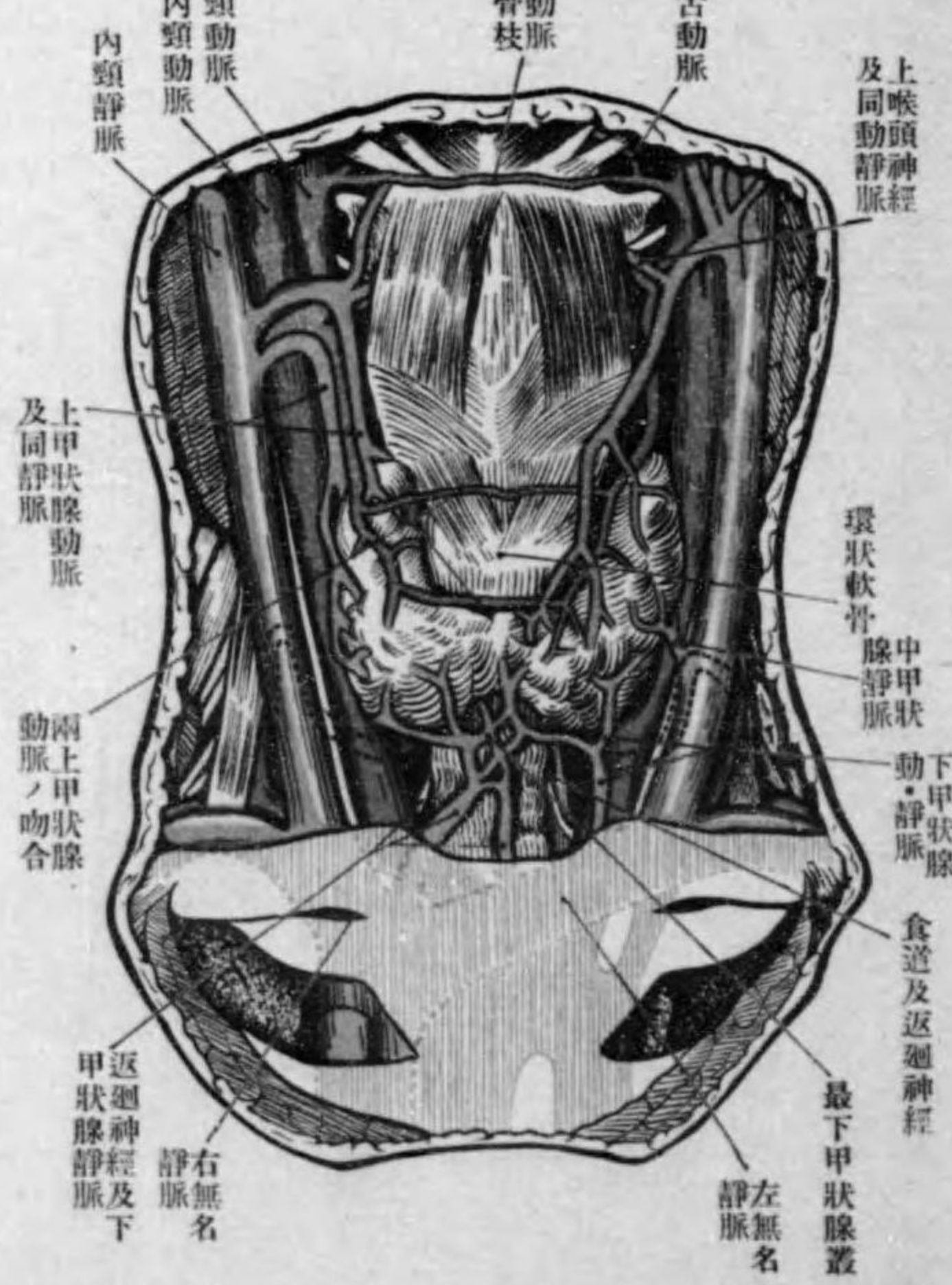
第十六圖
甲状腺ノ水平斷
(想像圖)



筋膜ノ附著部ヲ横ニ切離スルトキハ、腺ヲ損傷スルコト無クシテ筋膜皺襞内ニ於テ容易ニ之ヲ氣管ヨリ剝離シ、以テ之ヲ下方ニ遠ザクルコト

トヲ得可シ。是殊ニ氣管切開術ニ際シテ緊要トスル所ナリ。是、甲状腺ハ、頰ル血管ニ富ムヲ以テ、之ヲ損傷スルトキハ、著シキ出血ヲ來セバナリ。
甲状腺ノ動脈ニハ、兩側ニ上及下甲状腺動脈アリ、上甲状腺動脈 (*A. thyroidea superior*) ハ、外頸動脈ヨリ分岐シ、下甲状腺動脈 (*A. thyroidea inferior*) ハ、鎖骨下動脈ノ甲状腺軸ヨリ分岐シ來ル。又時トシテハ大動脈弓或ハ無名動脈ヨリ起ル所ノ不對ノ奇甲状腺動脈 (*A. thyroidea ima*) 有リテ、腺内ニ入ルコト有リ。靜脈ハ、無數ノ靜脈叢ヨリ起リ、一部ハ内頸靜脈ニ注ギ、一部ハ

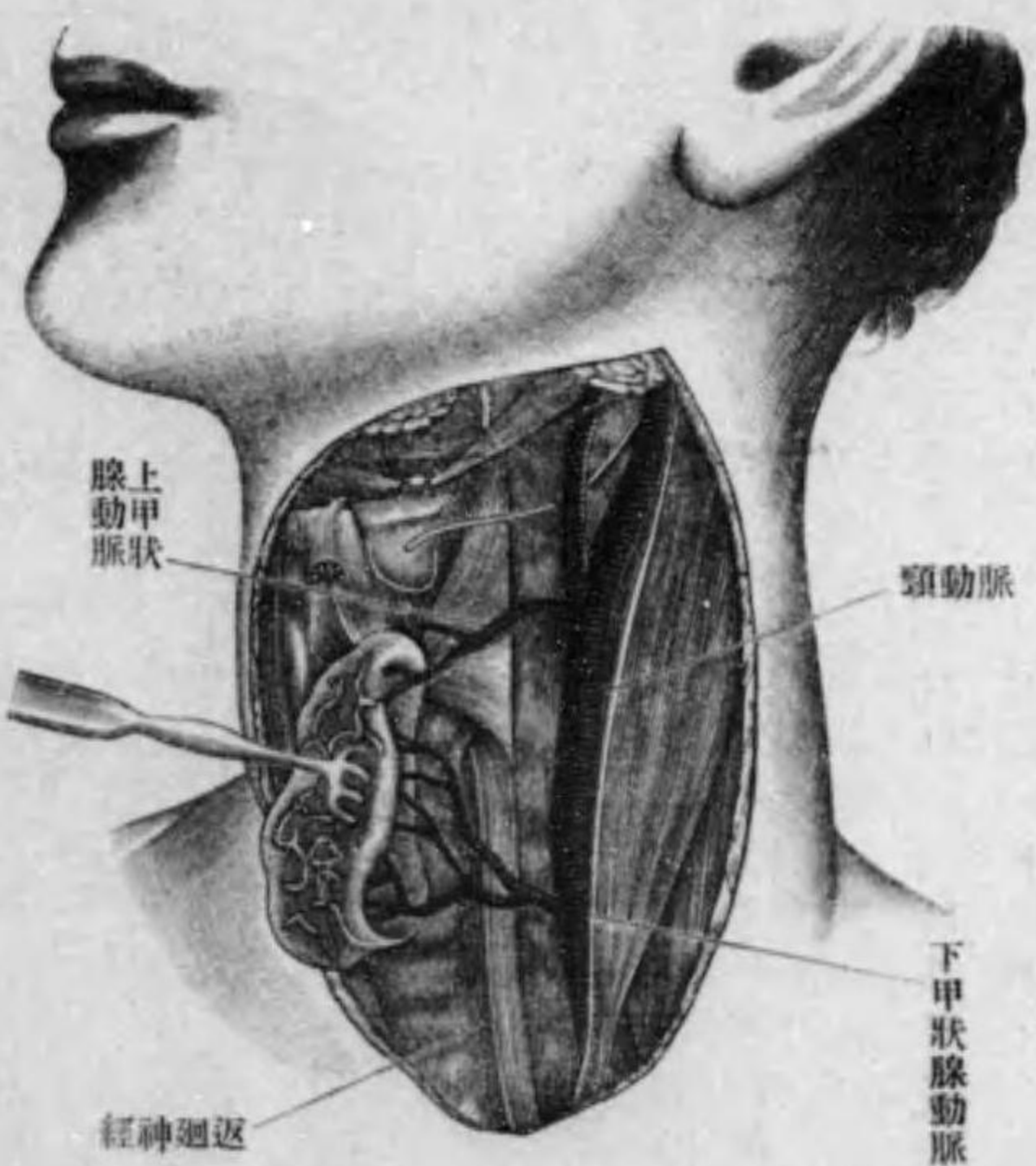
第十六圖
甲状腺ノ血管



無名靜脈ニ注グ (第六十一圖)。甲状腺腫ノ手術ニ際シテハ、亦返廻神經ハ經過ヲ審ニスルヲ最モ緊要ナリトス。是之ヲ損傷スルトキハ、聲帶ノ麻痺ヲ來セバナリ。該神經ハ、右側ニ於テハ、鎖

骨下動脈ヲ迂廻シ、左側ニ於テハ、大動脈弓ヲ迂廻シテ氣管及食道ノ側傍ニ沿テ上行スル者ニシテ、其下甲状腺動脈トノ關係一定セズ。該神經ハ、或ハ下甲状腺動脈幹ノ前方若クハ後方ニ位シ、或ハ其分枝ノ中間若クハ後方ニ在ルモ、該動脈兩分枝ノ前方或ハ後方ニ在ルヲ最モ多シトス (第六十二圖)。故ニ返廻神經ハ、下甲状腺動脈ノ結紮ニ際シテ甚ダ損傷セラレ易キ者トス。又下甲状腺動脈幹ノ附近ニハ、許多ノ分枝ヲ有スル交感神經アルヲ以テ、該動

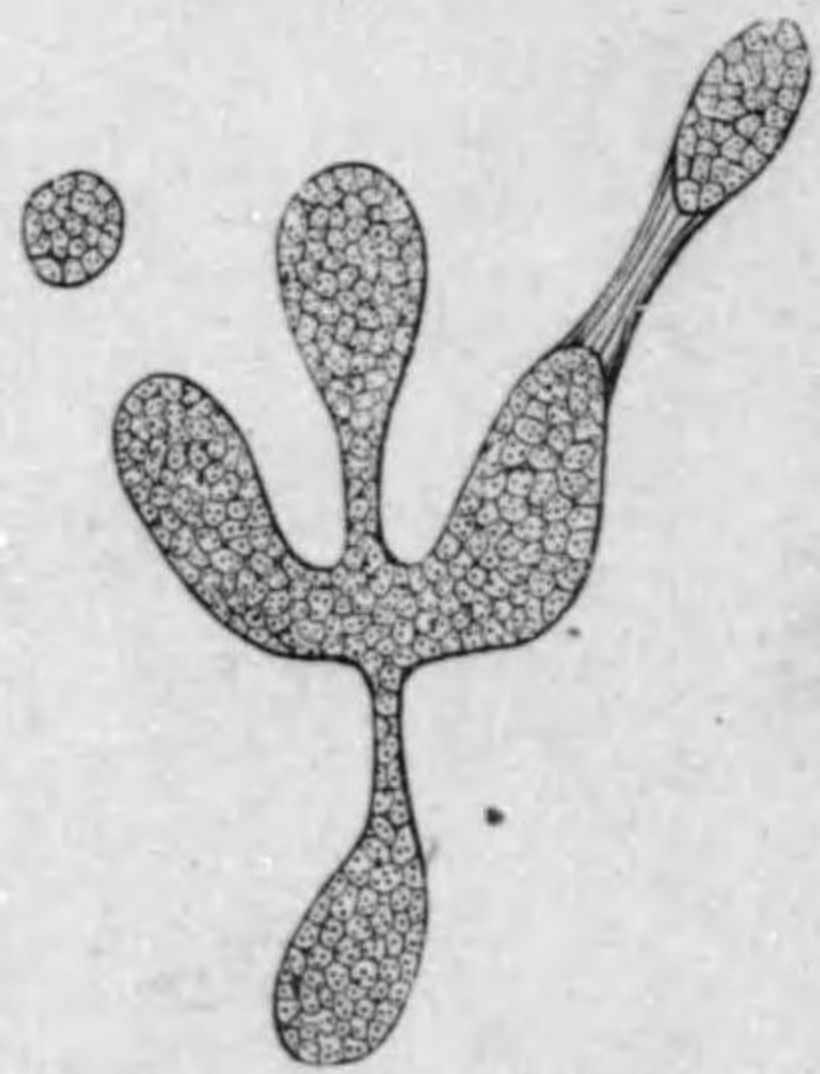
第二十六圖 脈動腺狀甲下ト經神廻返
ス示ヲ係關的位部ノト
(ルラセ轉翻ニ方側ハ腺狀甲)



脈結紮ノ際ニハ、亦其損傷ヲ避クルヲ最モ緊要ナリトス。
甲狀腺ノ大ハ、各人之ヲ異ニシ、其重量ハ、平均三十乃至七十瓦ニシテ、初生兒ニ於テハ、大人ニ於ケルヨリ比較的大ナリ。
又婦人ニ於テハ、男子ニ於ケルヨリ大ナルヲ常トス。而シテ此腺ニ最モ肝要ナル病的變化ハ、其

全部或ハ一部ノ腫脹増大ニシテ、一汎ニ之ヲ甲狀腺腫 (Der Kropf oder die Struma) ト稱ス。
上述ノ如キ甲狀腺ノ他ニ、尙注目ス可キ者ヲ、副生甲狀腺 (Accessorische Schilddrüsen) ノ存在ナリトス。其大ハ、豌豆大乃至蠶豆大ニシテ、大動脈弓部ヨリ舌骨ノ間ニ存シ、之ヨリ亦良性或ハ悪性ノ所謂「副生甲狀腺腫」 (Der Nebenknopf) ヲ發生スルコト有リ (第六十三圖)。
斯ノ如キ真正ナル甲狀腺組織ヨリ成ル所ノ腺ト全然區別ス可キ者ヲ、所謂「上皮小體」又副甲狀腺 (Die Epithelkörperchen oder Nebenschilddrüsen, Glandulae parathyroidae) ト爲ス。近時ノ研究ニ據

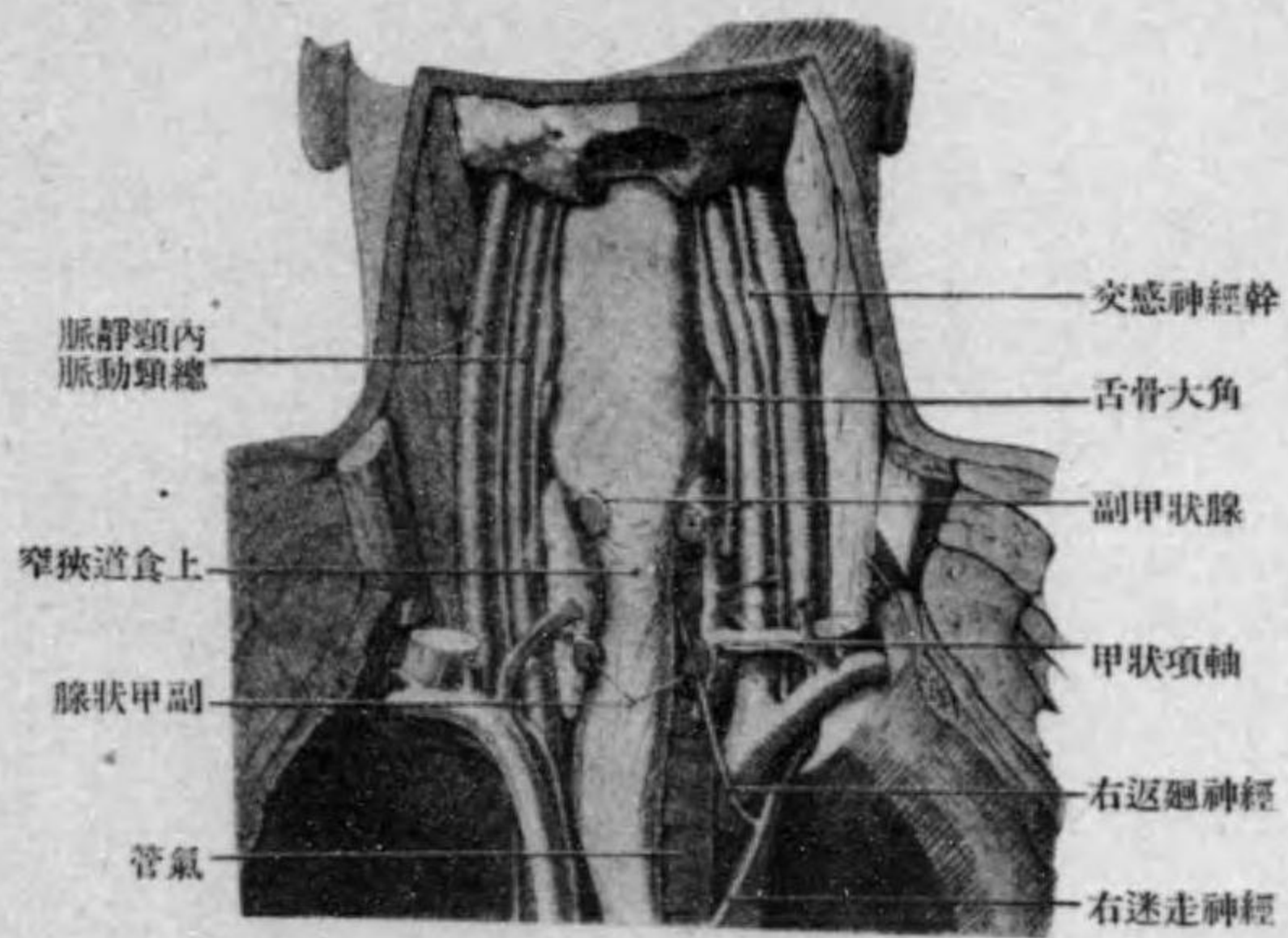
第三十六圖 副甲狀腺腫之模型圖
(氏ルレフルウ)



レバ、此上皮小體ハ亦生命上貴要ナル一臟器ニシテ、其數ト位置トハ、人ニ在リテハ一定セザルモ、通常各二個甲狀腺兩側葉ノ後緣ニ存在スル者ニシテ、上方ノ者ハ環狀軟骨ノ部位ニ在リ (第六十四圖)。
マク・カラム氏 (Mac Callum) 據レバ、上皮小體ハ多クハ長六乃至八密迷、幅三密迷、厚一乃至二密迷ノ扁平ナル腎臟形若クハ舌狀ノ柔軟平滑ナル光澤アル小體ニシテ、褐赤色ヲ呈シ、甲狀腺葉ノ後角ニ沿ヒ脂肪組織内ニ存在スルモ、甲狀腺ノ囊膜ヨリ容易ニ剝離スルコトヲ得可シ。而シテ此者タル、大

ニ在リテハ、甲狀腺内ニ埋没セララルモ、人ニ在リテハ、決シテ然ラズ。然レドモ之ヲ發見スルハ、必ズシモ容易ナラズ。而シテ其血管ハ、特別ナル副甲狀腺動脈ニシテ、多クハ下甲狀腺動脈ノ枝極ナルモ、罕ニハ亦上甲狀腺動脈ヨリ來ルコト有リ。キース氏 (Keiss) 從ヘバ、此小體ハ不正ナル上皮様ノ細胞ヨリ成リ、細胞ハ柱狀ニ竝列シテ、其間ニハ菲薄ナル包膜ヨリ生ズル結締織ヲ通ズト。蓋近時諸家ノ研究ニ據レバ、甲狀腺ト上皮小體トハ、解剖上且機能上全ク異ナレル器官ナラムト云フ。
抑、甲狀腺ノ機能ニ就テハ、未ダ確固タル定説無シト雖、其身體ニ有要ニシテ缺ク可カラザル一器官タルコトハ、全然之ヲ抽出シタル後ノ結果ニ由リテモ、亦推知スルニ難カラズ。即チ

圖 四 十 六 第
(腺 狀 甲 副) 體 小 皮 上



鹽ヲ與ヘテ甲狀腺ノ萎縮スルヲ見、以テ該腺ハ體內磷酸鹽ノ含量ニ親密ナル關係ヲ有スル者ナラムトシ、ヘンニケ氏ハ、尙儂病ヲ以テ主トシテ甲狀腺ノ機能不全ニ歸セリ。又同氏其他エルトイグ・カロー氏等ニ從ヘバ、甲狀腺ノ病變或ハ缺如ニ因ル病的狀態及動物試驗ニ徵スルニ、筋神經、腦皮膚、粘膜上皮及腺生殖器等、妊娠胎兒ノ發育等ハ、皆甲狀腺ノ機能ニ

人及動物殊ニ肉食動物ニ於テ若シテ甲狀腺ヲ全ク抽出スルトキハ、頗ル重症ナル障礙、殊ニ所謂甲狀腺抽出性惡液質 (Cachexia thyrotoxa) 及粘液水腫 (Myxoedema) ヲ來シ、早晚死ヲ免ガレザル者トス。ツリ、カーダンジリ氏等ニ從ヘバ、斯ノ如キ動物ノ血液中ニハ、一種ノ毒物ヲ存スト云フ、是故ニ甲狀腺ノ主要ナル機能ハ、蓋血液ニ存在スル或毒物ヲ無害ト爲スニ在リテ、該腺ハ恐ク體內ニ粘液素(むちん)ノ集積スルヲ妨グ、若クハ粘液素様物質ヲシテ無害ノ者ニ變化セシムル作用ヲ有スル者ナラムト云フ。又フントラヘウスキ氏ハ、磷酸

關係ヲ有スル者ナラムト云フ。

近時甲狀腺ヨリ種々ナル有效ノ物質ヲ分離セリ。即ノトキン氏ハ、ちれをぶろていん (Thyroprotein) ヲ、パウマン氏ハ、ちれをよびん (Thyroprotein) (一〇%ノよ、一〇%及〇五%ノ燐ヲ含有スル有機性物質) ヲ、又フレンケル氏ハ、よびんヲ含有セザルちれをあんちきしん (Thyroprotein) ヲ分離セリ。パウマン及ゴールドマン氏ニ據レバ、就中ちれをよびん又よびんちりん (Sollmyr) ハ、甲狀腺内ニ於ケル特殊有效ノ物質ニシテ、此者ハ能ク缺如セル甲狀腺ノ機能ヲ補償スル性能ヲ有スル者ナラムト云フ。之ヲ要スルニ、甲狀腺ノ全抽出術ハ、上來述べタルガ如キ重症ノ障礙ヲ惹起スルヲ以テ、人ニ於テハ之ヲ施ス可カラザル者トス。甲狀腺ノ先天性缺如即甲狀腺缺如症 (Die Atresia) ニ於テモ、亦甲狀腺全抽出後ニ於ケルト同一ナル症狀ヲ發スル者ニシテ、殊ニ粘液水腫及甲狀腺抽出性惡液質ノ症狀ヲ呈スルヲ特異ナリトス。上皮小體即副甲狀腺ノ機能ニ就テハ、今日尙知ル所無キモ、之ヲ全ク抽出スルトキハ、たに (Tanim) ヲ發來スルコトハ、人ノ知ル所ナリ。故ニ甲狀腺ノ手術ニ際シテ之ヲ共ニ抽出スルカ、或ハ其兩側動脈ヲ損傷スルトキハ、必ズヤ所謂副甲狀腺抽出性にて (Tanim) 起シテ達ニ死ニ至ラシム可シ。エルドハイム氏ニ據レバ、小兒妊婦等ニ來ル爾他ノてたにーモ、亦恐ク上皮小體ノ病的變化ニ基因スル者ナラムト云フ。

第一 甲狀腺ノ損傷

甲狀腺ノ損傷

甲状腺ノ損傷

甲状腺損傷ノ療法

甲状腺ノ損傷 Verletzungen der Schilddrüse は、絶大率ナリ。唯自殺ノ際氣管喉頭等ト同時ニ損傷セラレルコト有ルモ、此場合ニ於テハ、寧ろ氣道ノ損傷ヲ以テ主要ト爲サザル可カラズ。而シテ甲状腺ハ、元來血管ニ富ムヲ以テ、其損傷セラレルヤ、出血最モ著シキモ、側葉ハ通常喉頭結節ヨリ遙ニ後方ニ在ルヲ以テ、多ク損傷ヲ免カルル者トス。又氣管切開術ヲ行フニ際シテ、時ニ甲状腺峡部ヲ傷クルコト有レドモ、此部ハ左右甲状腺動脈ノ末枝相會合スル所ナルヲ以テ、側葉ニ於ケルガ如ク出血甚ダシカラズ。然レドモ氣管切開術ヲ要スル患者ニ在リテハ、通常呼吸困難ヲ呈シ、爲ニ前頸部ノ靜脈ニ著シキ鬱血ヲ起スヲ以テ、亦甚ダシキ靜脈出血ヲ來スコト有リ。

療法 一汎ノ法ニ則リ、専ラ止血法ヲ施スニ在ルノミ。

第二 甲状腺ノ炎症

甲状腺ノ炎症

急性甲状腺炎

甲状腺ノ炎症即ち甲状腺炎 Entzündungen der Schilddrüse, die Thyreoiditis ニ急性及慢性ノ二症ヲ區別ス可シ。

(一)急性甲状腺炎 Die akute Thyreoiditis は、損傷後ニ發スルコト有ルモ、健全ナル甲状腺ニ急性炎症ヲ發スルコトハ、概シテ甚ダ稀ナリトス。但し甲状腺ニハ、諸他ノ急性傳染病、例之ちふす猩紅熱、いんふるゑんつ、急性關節れうまちす等ノ經過中臨牀上其炎症ヲ認ムルコト往々之有リトス。此他甲状腺ノ一時的腫脹ハ、屢、月經時及産褥

急性甲状腺腫

中ニ見ル所ナリ。然レドモ甲状腺ノ急性炎症ハ、其既ニ病的ニ肥大セル者即ち甲状腺腫ニ發スルコト多シ(レーベルト及コッヘル氏)之ヲ

急性甲状腺腫 Die akute Strumitis ト名ク。而シテ甲状腺腫中殊ニ炎症ニ侵サルルハ、所謂濾胞性甲状腺腫及囊腫性甲状腺腫(下文ニ詳ナリ)ニシテ、其原因ハ、直接ニ損傷ノ爲、細菌ノ之ニ傳染スルニ因ルコト有レドモ、多クハ或病竈ヨリ血行ヲ介シテ細菌ノ轉移ヲ來スニ由リテ發スル者ニシテ、亦急性傳染病ノ經過中ニ併發スルヲ多シトス。例之膿毒症敗血症、丹毒、ちふてりー急性性れうまちす、其他腸ノ傳染性疾患(赤痢、これら)等ニ於ケルガ如シ。此他通常人體ノ腸管内ニ存在スル普通大腸菌モ、時ニ亦急性化膿性甲状腺腫ノ原因タルコト有リト云フ。

急性甲状腺腫ノ症候

症候 甲状腺若クハ甲状腺腫ノ急性炎症ニ特異ナル症狀ハ、發熱及腺ノ疼痛性腫脹ニシテ、病竈若深部ニ在ルトキハ、腫脹ノ爲、氣管ヲ壓迫シテ劇シキ呼吸困難ヲ來シ、又食道ヲ壓迫スルガ爲、嚥下困難ヲ來スコト有リ。斯ノ如キ炎症性腫脹ハ、幸ニシテ消散スルコト有ルモ、亦遂ニ化膿ニ陥リ、或ハ腺ノ一部壊死シ、膿竈ハ時ニ氣管若クハ食道内ニ破開スルコト有リ。否ラザルモ、患者ハ間、膿毒症敗血症、化膿性縱隔膜炎等ノ爲、ニ斃ルルコト有リ。

急性甲状腺腫及甲状腺腫ノ療法

療法 初期ニハ専ラ消炎療法ヲ努ム可キモ、既ニ化膿スルトキハ、可及的早ク切開セザル可カラズ。コッヘル氏ハ、深部ノ膿竈ニシテ到達シ難キ者ニ穿刺法ニ由リテ排膿シ、

甲状腺ノ炎症

九

慢性甲状腺炎

後ニ石炭酸水ヲ注入スル法ヲ稱用セリ。此他常ニ注意ヲ要ス可キハ、窒息症狀發來ノ如何ニ在リ。若シ之ヲ來ストキハ、速ニ氣管切開術ヲ施サザル可カラズ。

(二)慢性甲状腺炎 Die chronische Thyreoiditis ハ、絶ダ罕ナリ。全身粟粒結核病ノ一分症トシテ、該腺ニ粟粒結核病ヲ來スコト有レドモ、臨牀上肝要ナラズ。但シ甲状腺若クハ甲状腺腫ニハ亦時ニ結核性結節ヲ生ズルコト無キニ非ズ。此他第二期微毒ニ於テハ、甲状腺ニ往々瀰蔓性ニシテ無痛性ノ腫脹ヲ起スコト有リ。但シ後期ノ微毒ニハ、悪性甲状腺腫ノ如キ變化ヲ來スコト往々之有リトス。

第三 甲状腺ノ肥大即甲状腺腫

甲状腺ノ肥大即甲状腺腫

甲状腺ノ肥大即甲状腺腫 Die Hypertrophie der Schilddrüse, der Kropf oder die Struma ノ大多数ハ、上皮性原質即腺細胞ノ増生ニ因ル者ニシテ、一種ノ腺腫ニ外ナラズ。然レドモ亦腺原質ヨリモ、反テ主トシテ腺間結締織ノ増生或ハ血管ノ擴張及増生ヲ來スコト有リ。故ニ甲状腺腫ヲ大別シテ、腺腫性又濾胞性甲状腺腫結締織性又纖維性甲状腺腫及血管性甲状腺腫ノ三種ト爲ス可シ。但シ是等三種ノ者ノ中間ニ位スル者、亦少カラズ。又濾胞性甲状腺腫ハ、後ニ至リテ屢、退行變性ニ陥ル者ニシテ、殊ニ囊腫狀或ハ膠樣變性又ハ纖維性變性ヲ起シ、又時トシテハ石灰變性ヲ起スコト有リ。然リ而シテ甲状腺ノ肥大ニハ、又唯其一部ニ限局スル者(局所的肥大)ト、其全部平等

ニ肥大スル者(蔓延性肥大)トノ二種アリ。後者ハ、元來甲状腺腫ノ名ヲ冠ス可キ者ニシテ、其一部ノ肥大ヲ呈スル者ノ如キハ、寧ろ其腫瘍ト看做ス可キ者ナリ。又臨牀的及解剖的ノ關係ヨリ、甲状腺腫ヲ良性及悪性ノ二種ニ區別スルヲ肝要ナリトス。

良性甲状腺腫 (Die gutartige Struma) ハ、通常蔓延性肥大ヲ呈スル者ナレドモ、亦局所的肥大ヲ呈スル者アリ。ウエルレル氏ニ據レバ、本症ハ一部ハ單純ノ肥大ニ屬シ、一部ハ腺腫ニ屬スル者ニシテ、前者ハ普通ノ狀態ニ從ヒ生理的腺胞ノ増數及増大ニ由リテ發

Waller

生スル者ナレドモ、腺腫ハ之ニ反シテ上皮性新生物ニシテ、無定型ニ血管ヲ有スル胎生的腺成形物ヨリ發生シ、或ハ此狀態ニ於テ依然停止スルカ、否ザレバ尋常ノ外觀ヲ呈スル組織ニ變化スル者ナリ。而シテ此腺腫ハ、間、頗ル巨大ト爲リ、外觀上良性ナルモ、轉移シ又再發スルコト多シ。悪性甲状腺腫 (Die bösartige Struma) ハ、其構造良性腺腫ニ異ナルコト無キモ、其發育經過及轉移ノ點ニ至リテハ、粹惡ノ性質ヲ具ヘ、多クハ腺腫ト癌腫トノ中間物ニ屬シ、臨牀上殆ド之ト區別ス可カラザル者ナリ。此他甲状腺ニハ、亦癌腫及肉腫ノ如キ悪性腫瘍ヲ發生スルコト有リ。

良性甲状腺腫ニ屬スル者ハ、主トシテ濾胞性纖維性及血管性甲状腺腫ノ三種ニシテ、之ニ蔓延性ノ者ト限局性ノ者トノ二種アルコトハ、上文已ニ述べタルガ如シ。尙下文ニ之ヲ詳述ス可シ。

濾胞性甲状腺腫

(一)濾胞性甲状腺腫 (Struma follicularis) (第六十五圖) ハ、ウエルヒヨウ氏ノ所謂濾胞性又腺質性

甲状腺ノ肥大(甲状腺腫)

圖五十六第
腫腺狀甲性胞濾
(氏スナルプ・ン・フ)



圖六十六第
腫腺狀甲様膠
(氏スナルプ・ン・フ)



纖維性甲狀腺腫

(第六十七圖)ト稱セラルル者、卽チ是ナリ。

(二)纖維性甲狀腺腫(Struma fibrosa)ハ、主トシテ腺間結締織ノ增生ニ由リテ發スル者ニシテ、其蔓延性ノ者ハ、頗ル罕ナリ。蓋シ此種ノ甲狀腺腫ハ、間、例之腺内ノ出血及組織軟化

血管性甲狀腺腫

圖七十六第
腫腺狀甲性腫囊
(氏スナルプ・ン・フ)



圖八十六第
腫腺狀甲性惡
(氏ント、ウルケ・ツ)



甲狀腺ノ肥大(甲狀腺腫)

肥大性甲狀腺腫(Struma hyperplastica follicularis s. parenchymatosa)ニシテ、主トシテ濾胞細胞ノ増殖ニ因リテ發シ、單ニ濾胞ノ増大スルノミナラズ、亦數多ノ濾胞ヲ增生スル者ニシテ、全腺一様ニ肥大スルコト多ク、甲狀腺腫ノ多數ハ、蓋シ皆此種ニ屬スル者ナリ。但シ其經過中屢、濾胞中ニ膠樣變性ヲ起シ、其中ニ多量ノ膠樣物質ヲ含蓄スルコト有リ。之ヲ膠樣甲狀腺腫(Struma colloidosa s. sclerosata)(第六十六圖)ト名ク。本症ハ、其質甚ダ柔軟ナル者ニシテ、其變性高度ナルトキハ、腺質内ニ膠樣液ヲ充ス所ノ一大空洞ヲ形成シ、之ヲ觸ルルニ、明ニ波動ヲ呈ス。囊腫性甲狀腺腫(Der Zystenkröpf)

ノ後ニ發生スル者ニシテ、之ニ結締織性基質ノ硝子樣變性ヲ起スコト稀ナラズ。又其血管ニ乏シキガ爲、時トシテ石灰變性ヲ來シ、罕ニハ亦化骨スルコト有リ。

(三)血管性甲狀腺腫(Struma vasculosa)ハ腺内ニ血管、就中毛細血管、靜脈或ハ動脈ノ增生シタル症ニシテ、斯ノ如キ甲狀腺腫ハ、屢、毛細血管腫或ハ海綿樣血管腫ノ觀ヲ呈シ、之ニ出血ヲ來スヤ、栓塞ノ爲、一部ノ組織壞疽ニ陥リ、以テ囊腫ヲ發生スルコト有リ。

上記三種ノ甲狀腺腫ハ、各獨立シテ發生スルコト有レドモ、亦種々ニ合併シテ發生スルコト有ルヲ以テ、其割斷面ハ頗ル雜多ナルコ

ト少カラズ。

所謂惡性甲狀腺腫 (Struma maligna) (第六十八圖) ナル者ハ、其癌腫又ハ肉腫ト區別シ難キ者ニシテ、甲狀腺ノ癌腫及肉腫ハ其ニ健全ナル腺ニ發生スルコト少ク、多クハ既ニ甲狀腺腫ヲ起セル者ニ繼發スル者トス。

所謂副生甲狀腺腫 (Das accessorbische Aryn) ナル者ハ、絞斷セラレタル甲狀腺ノ一部ヨリ發生スル者ニシテ、之ト毫モ連續スルコト無キコト有ルモ、亦血管若クハ結締織ニ由リテ之ト連續スルコト有リ (第六十三圖) 而シテ之ヨリ亦往々惡性ノ副生甲狀腺腫ヲ發生スル者ニシテ、彼頸部ノ所謂深在性癌腫若クハ肉腫ナル者ハ、間ニ之ニ基因スルコト有リ。

原因 甲狀腺腫ハ各地方ニ於テ見ル所ニシテ、本邦内地ニ於テモ往々散在性ニ之ヲ見ルコト有リ。然レドモ或地方ニ於テハ、一種ノ地方病トシテ多數發見セラル。就中最モ著名ナルハ瑞西國及奧國チロール州ニシテ、是等ノ地方ニ於テハ、山間ノ住民ニシテ全ク甲狀腺腫ニ罹ラザル者ハ罕ナリト云フ。而シテ其原因ニ就テハ、從來種々ノ説アリテ、或ハ土地ニまぐねしあ石ヲ含有スルニ由ルト云ヒ、或ハ飲用水ニよ一トノ缺乏スルニ由ルト爲シ、^{Kocher}コヘル氏ノ如キハ、石屑中ニ植物性不潔物ヲ混ジ、之ガ爲飲用水ノ性質ヲ變ジ、以テ本症ノ發生ヲ促ス者ナラムト云ヘリ。實ニ本病ノ流行スル地方ニ於テハ、一定ノ泉水アリテ、之ヲ飲用スル者ハ、甲狀腺腫ヲ發スト云フ。又甲狀腺腫ニ一時又ハ持續的ニ充血若クハ鬱血ヲ起サシムル者ハ、甲狀腺腫發生ノ素因ヲ爲ス者ニシ

甲狀腺腫ノ原因

テ、殊ニ登山重物負擔頻回ノ號叫妊娠心肺兩臟ノ疾患ノ如キハ、此關係ヲ有スル者ナラムト然レドモ甲狀腺腫ノ眞因ハ、恐ク一種ノ機生性病芽ニシテ、此病芽ハ飲用水ニ介シテ體內ニ入り、以テ甲狀腺ノ充血ヲ起ス者ナラムト云フ。

甲狀腺腫ハ、流行地方ニ於テハ、男子ニ比スレバ女子ニ遙ニ多ク見ル所ニシテ、少女ニ就テハ、春機發動期ニ於テ屢々其腫脹ヲ認ム。又此症ハ、遺傳スル者ノ如ク、殊ニ母ヨリ遺傳スルコト多シト云フ。

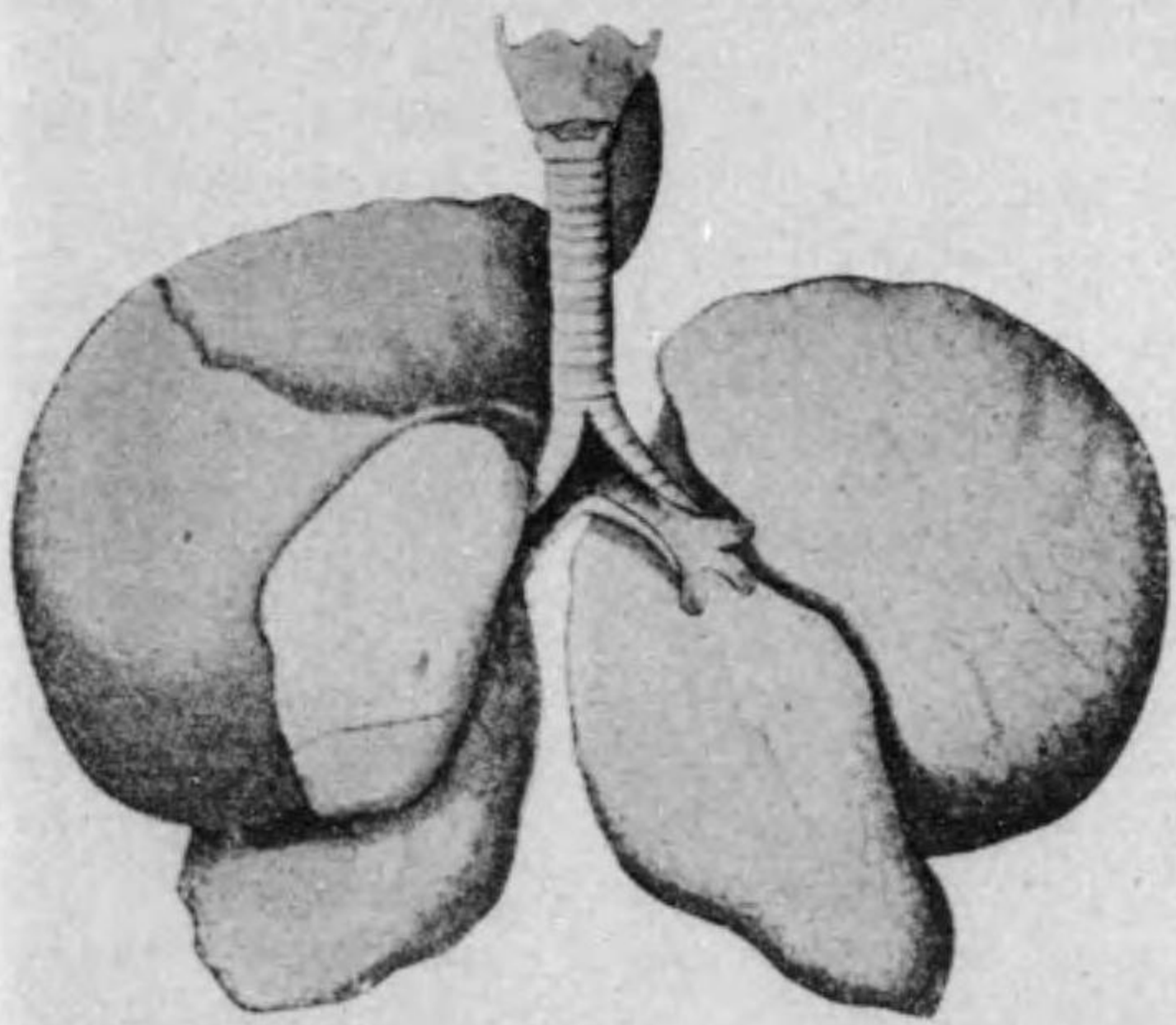
此他甲狀腺腫ノ流行地方ニ於テハ、屢々聲啞及白痴(くれち)ニ見ル。此症ハ、或ハ單獨ニ發シ、或ハ甲狀腺腫ニ合併シテ來ル者ニシテ、斯ノ如キ地方性くれちにニ見ル。此症ハ、或ハ及甲狀腺腫ハ、恐ク同一ナル原因ニ歸ス可キ者ナラムト。此くれちにニ見ル者ニ特有ナル徵候ハ、發育障礙(殊ニ骨ハ長軸ノ發育障礙セラレ、皮膚肥厚滑澤弛緩白堊様白色ヲ呈シ、生殖器ノ發育亦十全ナラズ)、白痴及甲狀腺ノ腫脹及其變性ニシテ、時トシテハ該腺ハ全ク缺如スルコト有リ(本卷九七頁參照)。

往年臺灣ニ於テ多數ノ甲狀腺腫患者ヲ發見セリ。博士長野純藏氏ノ調査ニ從ヘバ、明治四十三年中臺灣全土ニ於ケル本患者ハ、實ニ四千八百九十六人ノ多數ニ達シ、就中臺中、トロリア、ニュー、南斗ニ於テハ最も多數ヲ占ムト云フ。而シテ本島ニ於テモ、女子ハ男子ニ比スレバ之ニ罹ルコト遙ニ多クシテ、八〇%ヲ算シ、年齢ニ於テハ二十一歳乃至三十歳ノ者最多ナレドモ、十歳以下ノ者ニシテ亦之ニ罹ル者甚ダ少カラズ。又本島殊ニ南斗地方ニ於テハ、

くわいぢんチ見ルコト多シト云フ。

症候 甲狀腺腫ノ症候及經過ハ、固ヨリ其大小及一部ハ其解剖的構造ニ關スル者ナレドモ、之ニ由リテ生ズル主要ナル障碍ハ、其近隣ノ器官殊ニ血管神經氣道及食道ヲ壓迫スルニ在リ。即ち血管ノ壓迫ハ、殊ニ頸靜脈ニ見ル所ニシテ、之ガ爲、頭蓋ノ領域ニ鬱血症狀ヲ呈シ、大ナル甲狀腺腫ニ於テハ、患者少シク働作スルモ、鬱血強度ニ達ス。但大ナル血管ハ、多クハ一方ニ偏倚シ

圖九十六第
腫腺狀甲内廓胸
(氏ヒ、リト、チ)



テ能ク其壓迫ヲ避クル者トス。又神經ノ壓迫ハ、殊ニ迷走神經返廻神經及交感神經ニ來ル者ニシテ、之ガ爲、心臟及喉頭ノ官能ニ障碍ヲ惹起ス。殊ニ甲狀腺腫ノ遠ク胸骨下ニ達スル者、所謂胸骨下又胸廓内甲狀腺腫 (*Struma substernalis s. intrathoracica*) (第六十九圖)ニ於テ然リトス。即ち兩側ノ迷走神經壓迫セララルトキハ、心臟ノ働作増進シ、返廻神經壓迫セララルトキハ、上喉頭

神經ノ主宰スル環狀甲狀筋ヲ除クノ外、他ノ喉頭諸筋ノ麻痺ヲ來ス。殊ニ聲門開張筋即ち後環狀披裂筋ノ麻痺ハ危險ナル者ニシテ、其偏側麻痺ニ在リテハ、呼吸困難ヲ來スニ過ギザレドモ、兩側全ク麻痺スルトキハ、聲門閉鎖ノ爲、忽チ窒息ヲ來ス可シ。此他返廻神經ノ壓迫セララルヤ、發音變調(嘶啞無聲等)ヲ來シ、又返廻神經及交感神經ノ、其ニ麻痺スルヤ、險裂ノ狹縮瞳孔ノ縮小、眼球ノ陷沒、上眼瞼下垂等ノ症狀ヲ發來ス可シ。而

圖十七第
因ニ迫壓ノ腫腺狀甲
壓ノ管氣ルナ度高ル
化軟狀膜其及迫
(氏メムチ)



壓迫サレタル部ハ上方四個ノ氣管軟骨輪部ニシテ、其下方ノ氣管ハ擴張スル者ハ、蓋レ一部ハ、上述ノ如ク、返廻

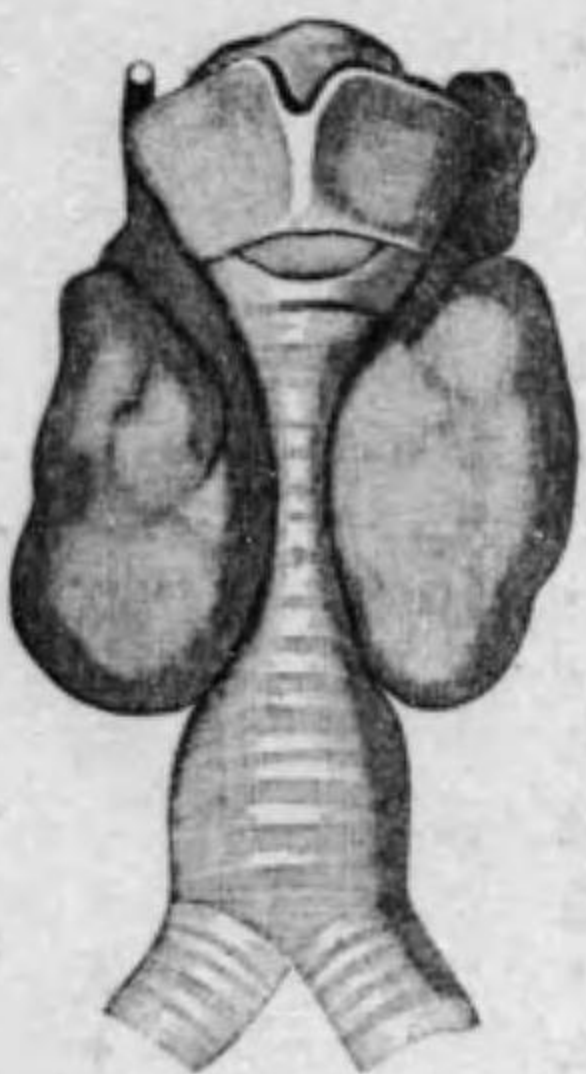
圖一十七第
ノ管氣リ因ニ腫腺狀甲
ノモルセ位轉ニ方側
(氏ケ、ユリ)



甲狀腺ノ肥大(甲狀腺腫)

神經ノ麻痺ニ基因スト雖、亦主トシテ氣管ノ壓迫ニ因ル者ニシテ、氣管ハ之ガ爲、狹隘ト爲リ、且膜狀ニ軟化スルコト有リ(第七十圖)。又偏側ノ甲狀腺腫ニ在リテハ、氣管ハ一方ニ向テ壓迫セラレテ狹隘ト爲リ、間、著シク彎曲スルコト

圖二十七
= 道壓ノ腫腺狀甲側兩
= 狀精刀ノ管氣リ因
ノモルレナト平扁



有リ(第七十一圖)或ハ又氣管ハ、左右兩方ヨリ、或ハ三方ヨリ、或ハ前方ヨリ脊柱ニ向テ壓迫セラレ、爲、ニ宛モ刀鞘ノ如ク扁平ト爲ルコト有リ(第七十二圖)蓋、斯ノ如キ氣管ノ壓迫ハ、殊ニ胸骨下甲狀腺腫ニ於テ最モ甚ダシ

キ者ニシテ、壓迫長ク持續スルトキハ、上述ノ如ク、氣管ハ遂ニ萎縮消耗シテ菲薄膜樣ト爲ルヲ以テ、患者ハ間、睡眠中或ハくろろふるむ麻酔中又ハ頭首ノ位置ヲ變ズルニ際シテ、窒息ニ由リ頓死スルコト有リ。然レドモ食道ノ壓迫ノ爲、ニ嚥下困難ヲ來スガ如キハ、蓋、絶ダ罕ニシテ、唯惡性ノ甲狀腺腫ニ於テ之ヲ見ルコト有ルカ、或ハ頗ル稀有ナル咽頭後甲狀腺腫(Der retropharyngeale Kropf)或ハ氣管後甲狀腺腫(Der retrotracheale Kropf)ニ於テ之ヲ見ルコト有ルノミ。

經過

甲狀腺腫ノ經過ハ、各症甚ダ異ナル者ニシテ、其増大ノ或ハ急速ナル者アリ、或ハ緩慢ナル者アリ、或ハ一定ノ大ニ達スルトキハ、發育停止スル者アリ、或ハ又其變性ノ爲、縮小スル者アリ。殊ニ最モ注意ヲ要ス可キハ、其惡性變性ニシテ、上文ニ述ベタルガ如ク、惡性甲狀腺腫ナル者ハ、既ニ存在セル甲狀腺腫ヨリ發生スルヲ常トシ、健全ナル甲狀腺ニ惡性腫瘍ヲ發生スルハ、破格ニ屬ス。蓋、甲狀腺腫ノ惡性ニ變ズルヤ、多クハ

過 甲狀腺腫ノ經

法 甲狀腺腫ノ療

頓ニ其増大ヲ來ス者ナルヲ以テ、殊ニ老年ノ者ニ於テ、若シ俄ニ其増大ヲ認メ且蓋著ヲ生ズルトキハ、其癌腫ニ變ジタルヲ推知ス可シ。此他甲狀腺腫ニハ、間、急性ノ炎症(急性甲狀腺腫炎)ヲ發スルコト有リ。是多クハ血行ニ介シテ細菌ノ之ニ轉移シ來ルニ因ル者ニシテ、傳染病ノ經過中ニ往々見ル所ナリ(本卷九頁參照)。

療法

甲狀腺腫ハ、其性質ニ由リ療法ヲ異ニスルヲ以テ、之ヲ治療セムニハ、須ク先ッ略其解剖的構造ノ如何ヲ診定セザル可カラズ。而シテ、良性甲狀腺腫ノ療法ニハ、藥物的ト手術的トノ二法アリ。

甲狀腺腫ノ藥物的療法ハ、殊ニ濾胞性甲狀腺腫ニ適スル者ニシテ、其初期ニ在リテハ、ヨリヨリ内服ヲ數週或ハ數月間持長セシムルトキハ、間、奏效アリ。最良ナルハ、純よーどちんきー二滴ヲ水劑ト爲シ毎日内服セシムルニ在リ。よーどちんきーハ、其效遙ニ確實ナラズ。よーどちんきーノ外用モ、亦效無キ者トス。又よーどちんきーノ内服ニ比シ更ニ適良ナルハ、劍羊或ハ犢牛ノ新鮮ナル甲狀腺ヲ食用セシムルニ在リ。所謂甲狀腺療法是ナリ。大人ニ在リテハ、每週新鮮ナル甲狀腺約十瓦、小兒ニ在リテハ、五瓦ヲ無腐的ニ粉碎シ、之ニ食鹽及胡椒ヲ和シ、麵包ニ塗リテ食セシム。或ハ又新鮮ナル甲狀腺ニ代フルニ、之ヨリ製シタル甲狀腺質ノ錠劑例之ちらーでん錠(Thyreatablen)ヲ用ユルモ可ナリ。此錠劑中ニハ、よーど及甲狀腺ノ諸成分ヲ含有ス。パウマン及ゴルドマン氏ニ據レバ、甲狀腺内ニハ唯一種ノ特異作用アル物質ヲ含蓄スル者ニシテ、パウマン氏ノ製造シ

甲狀腺ノ肥大(甲狀腺腫)

タルよーどちらんちろよむんハ、實ニ缺如セル甲状腺ノ官能ヲ補償スルノ性能ヲ有スル者ナリト云フ。故ニ現今ちらーでん錠ヲ廢シ、ちれをよむん錠 (Thyreojodinablen)ヲ稱用スル者多シ。但シ此療法ハ、年少者ニ於ケル肥大性甲状腺腫ニ適スル者ニシテ、之ニ由リテ腺腫ヲ縮小セシメ、或ハ全ク之ヲ治癒セシムルコト有レドモ、其既ニ變性セル者即チ囊腫性膠様又ハ纖維性甲状腺腫ニハ固ヨリ無効ナル者トス。ランツ及チルマンズ氏ニ據レバ、濾胞性甲状腺腫ニ本療法ノ有效ナル所以ノ者ハ、蓋シ人工的ニ甲状腺ノ分泌物ヲ與フルトキハ、腺腫ニ變性セル甲状腺ノ官能ノ缺如ヲ補ハムガ爲、ニ代償的ニ肥大セル甲状腺ヲシテ縮小セシムルニ因ル者ナラムト。然レドモ此療法ニ於テ、若シ多量ニ甲状腺ヲ服用セシムルトキハ、心臟及神經機能ニ重症ノ障礙ヲ惹起シ、間、體量著シク減少シ、且多尿症下痢等ノ如キ中毒症、所謂「ちれをいぢすむす」(Thyreoidismus)ヲ發來スルコト有リ。此他甲状腺療法ノ效無キ者、又ハ之ガ爲、反テ症狀ノ増悪セル者ニ、新鮮ナル劊羊ノ胸腺ヲ食用セシメテ奏效ヲ見タル者アリ。

コッヘル氏ハ、甲状腺腫ニ磷酸鹽、例之磷酸なごらんヲ稱用セリ。是、甲状腺ハ身體ノ磷酸鹽含量ト親密ナル關係アリト云フヲ以テナリ。又磷酸鹽ヲ與フルトキハ、實際甲状腺ノよーど含有量ヲ増加セシムト云フ。

濾胞性甲状腺腫ニハ、上記内服療法ノ他ニ、よーどちんき又ハ無水あるこほるノ甲状腺内注射法ヲ稱用セル者アリ。之ニハ純よーどちんき又ハ之ト無水あるこほる等分

ノ者ヲ用キ、或ハ又よーどふるむゑーてる合劑(よーどふるむゑーてる五・〇・おれーぶ油九・〇)ヲ用ユ。此法ハ、數日ヲ隔テテ施ス者ニシテ、之ヲ行フニハ、最モ防腐法ニ注意ス可キハ固ヨリ論無ク、又誤テ靜脈内ニ藥液ヲ注入セザルニ注意ス可シ。蓋シ此注射療法ノ奏效アルハ、主トシテ腺腫組織内ニ凝固壞死ヲ起サシムルニ因ル者ナラムト云フ。又囊腫性甲状腺腫ニ在リテハ、先ツ穿刺ニ由リテ其内容ヲ排泄シ、後ニよーどちんきヲ注入スルコト有レドモ、其奏效著シカラズ。故ニ大ナル囊腫ニシテ外表ニ在ル者ハ、寧之ヲ切開シテよーどふるむゑーてセラ栓塞シ、肉芽ノ發生ニ委シテ治癒セシムルヲ良トス。

然レドモ上記ノ諸法ニシテ效無キ者ニハ、手術的療法ヲ施スヲ以テ奏效最モ確實ナリトス。甲状腺腫摘出術 (Die Strumektomie) 即チ是ナリ。但シ此手術ハ、唯甲状腺腫ノ一部ヲ摘出スル者ニシテ、之ヲ全ク摘出スルトキハ、一種ノ惡液質ヲ發ス。此惡液質ハ、上文既ニ述ベタルガ如ク、實ニ甲状腺ノ缺亡ニ基因スル者ニシテ、之ガ爲、終ニ致命セシムルコト有リ (本卷九六頁參照)。ルウェルダン氏ハ、最初此惡液質ヲ手術的粘液水腫 (Das operative Myxödem) ト名ケタリシガ、^{Reverdin} ^{Kocher} コッヘル氏ハ、之ヲ甲状腺腫摘出性又甲状腺摘出性惡液質 (Cachexia strumipriva oder thyreopriva) ト名ケタリ、尙之ト親密ナル關係ヲ有スル者ヲ所謂「たにー (Die Tetanie) ト爲ス。但シ近時ノ研究ニ據レバ、此症ハ甲状腺ノ手術ニ際シテ、上皮小體ノ其ニ摘出セラレタル際發スル者ニシテ、多クハ亦數日或ハ三四週日ニシテ死ニ至ラ

シムル者ナリ。蓋シ甲狀腺手術ニ因ル死亡數ハ、往時三〇乃至四〇%ノ多數ヲ算シタレドモ、爾後ルウエルダン氏ノ統計ニ據レバ、二・八八%ニ減少シ、近時コッヘル・ルー・チライル・クレイン・ライン等諸氏ノ報告ニ據レバ、僅々〇・三乃至一・三%ニ過ギズト云フ。

粘液水腫

粘液水腫 (Das Myxödem) ナル者ハ、近時講究セラレタル稀有ナル疾患ニシテ、毎常甲狀腺ノ機能障礙ヲ伴フ。殊ニ其纖維様變性ヲ呈スルコト多ク、或ハ甲狀腺ハ全ク缺知スルコト有リ。是間、先天性ニ來リ (所謂甲狀腺缺亡症) 或ハ手術的ニ抽出セラレタルニ因ルナリ。後者ノ場合ニ在リテハ、粘液水腫ハ所謂甲狀腺抽出性惡液質ノ一症候ト看做ス可キ者トス。而シテ眞性ナル (手術的ナラザル) 粘液水腫ハ、臨牀上頗ル特異ナル症狀ヲ呈スル者ナリ、殊ニ小兒性粘液水腫 (Das infantile Myxödem) (第七十三圖) ニ於テ然リトス。即、患者ハ、一種特異ナル蒼白色ニシテ浮腫セルガ如キ顔貌ヲ呈シ、口鼻ノ粘膜腫脹シ、骨ノ發育障礙セラレ、其他言語、運動智力等ニモ亦障礙アリ。而シテ斯ノ如キ患者ノ皮膚及血液中ニハ、頗ル多量ノ粘液素 (黏たん) 含有シ、ハモぐろびんハ量減少スルモ、赤血球及纖維素ノ量ハ、増減一様ナ

圖 三 十 七 第
腫 水 液 粘 性 兒 小
(氏 ス マ ル チ)



三 歲 男 兒
シ 甲 狀 腺 缺 亡 症

動 智 力 等 ニ モ 亦 障 礙
ア リ 而 シ テ 斯 ノ 如 キ
患 者 ノ 皮 膚 及 血 液 中
ニ ハ 頗 ル 多 量 ノ 粘 液
素 (黏たん) 含 有 シ、ハ
モ ぐ ろ び ん ハ 量 減 少
ス ル モ、赤 血 球 及 纖 維
素 ノ 量 ハ、増 減 一 様 ナ

圖 四 十 七 第
す む す に ち れ く 性 在 散
(子 男 ノ 歳 八 十)



圖 五 十 七 第
す む す に ち れ く 性 方 地 ル ス 有 ヲ 腫 腺 狀 甲
(氏 ニ ー ウ ル ケ ヴ)



甲 狀 腺 ノ 肥 大 (甲 狀 腺 腫)

ラズ。血管殊ニ毛細管及動脈ニハ、あてろーむ變性若クハ澱粉様變性ヲ呈ス。本症患者ハ、放任スルトキハ早晩死ヲ免レザル者ニシテ、此症ハ恐ク間、小兒ニ見ル所ノ所謂散在性くれちにすむす (Disseminierte Kretinismus) (第七十四圖) ト同一種ノ者ニ屬シ、地方性くれちにすむす (Der endemische Kretinismus) (第七十五及第七十六圖) ニ近似スル者ナラムト云フ。蓋シ歐洲諸國、就中瑞西國及奧國、イロール州ノ或一地方ニ在リテハ、甲狀腺腫トくれちにすむすトハ、古來存在セル疾患ナリシモ、近年ニ至リ衛生的狀態ノ改善セララルルニ及ビ

第七十六圖 甲状腺腫有ラザル
地方に於ては性
甲状腺腫に
患出性悪液質



二四
テ、大ニ之ヲ減少セリト云フ。而シテ本症患者即、
くれちん (Dor Kwin) ニ在リテハ、亦通常甲状腺ノ變性或ハ甲状腺腫ヲ認メ、又間、甲状腺ヲ缺如スル者アリ。臺灣殊ニ南半地方ニ於テモ、屢、くれちんノ實見セラルルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ(本卷一〇五頁參照)

第七十七圖 二十歳六歳ノ女ニ於ケル
甲状腺腫抽出性悪液質
(氏スルブ・ン・フ)



所謂甲状腺抽出性及甲状腺腫抽出性悪液質 (Cachexia thyrotoxa et strumipriva) (第七十七圖)ハ、人ニ在リテハ、手術後數月ヲ經テ發來スル者ニシテ、最初全身倦怠、手足ノ厥冷及鈍麻及言語ノ澁滯ヲ來シ、顔面蠟樣蒼白ニシテ、浮腫樣ニ腫脹シ、明ニ白痴樣ノ容貌ヲ呈シ、智力及

甲状腺腫手術後ニ
行ハレタ

慾望減退シ、生殖器萎縮シ、年少ノ者ニ在リテハ、亦身體ノ發育停止ス。蓋、甲状腺抽出性悪液質ノ本態タル、主トシテ尋常ナル、腦機能ノ障礙、赤血球及ヘモグロビン量ノ減少ヲ以テスル、貧血、白血球ノ增多、體內多量ノ粘液素蓄積(即、粘液、水腫)ニシテ、動物(例之、犬)ニ在リテモ、亦全ク甲状腺ヲ抽出スルトキハ、危險ナル症狀ヲ呈シテ、斃ルルヲ常トス。
上述ノ諸症、即、粘液、水腫、甲状腺抽出性悪液質及くれちんにすむすニ對スル療法ハ、亦主トシテ、甲状腺療法ニシテ、殊ニこれをいぢん療法ヲ施スヲ良トス。此他、甲状腺ノ移植法 (Die Transplantation der Schilddrüse)ハ、亦頗ル良效ヲ奏スル者ニシテ、可及的新鮮ナル人體ノ甲状腺ヲ取リテ、或ハ之ヲ腹膜ト筋膜トノ間ニ移植シ(フ、ハ、マイゼルスベルグ氏、或ハ之ヲ皮下ニ移植シ(ゴーチエ、クリスチアニー及クムメル氏等)或ハ之ヲ脾臓内ニ移植ス(バイヤ氏、パウル氏ハ、又近時殊ニ之ヲ脛骨ノ骨髓内ニ移植スル法ヲ稱揚セリ。
氏ハ、又近時殊ニ之ヲ脛骨ノ骨髓内ニ移植スル法ヲ稱揚セリ。
甲状腺腫手術後ノてに (Die Technik nach Karyophanion)ハ、往時唯該腺ノ抽出ニ基因スル者ト看做サレタルモ、上文既ニ述ベタルガ如ク、本症ハ、手術ノ際、上皮小體即、副甲状腺ノ共ニ抽出セラルルガ爲、ニ發スル者ナルヲ知ルニ至レリ。蓋、テにハ、延髄、大脳及小脳ノ共働ノ下ニ發スル脊髄灰白質前角ニ於ケル一種、特異ナル刺戟状態ニシテ、其特微トスル所ハ、一定ノ筋屬、殊ニ四肢筋ニ發スル發作的ノ強直性痙攣ナリ。而シテ此發作ハ、二三分乃至數時間、又時トシテハ、一二日間持續スル者ニシテ、其間ニ長短不定ナル間歇時ヲ以テシ、間、亦咀嚼筋、顔面筋、頸筋、膈膜等ノ痙攣ヲ併發シ、危險ナル窒息症(聲門痙攣ニ因ル)ヲ來スコト有リ。而シテ斯ノ如キ痙攣ハ、亦上肢ノ血管及神經ヲ一二分間壓迫スルニ由リテ發セシ

ムルコトヲ得可ク(所謂ト。ル。ソ。ウ。氏。現。象。Das Trousseau'sche Phänomen)又胸椎或ハ頸交感神經ノ壓迫ニ由リテ發セシムルコトヲ得可シト云フ。蓋シ本症ハ、甲狀腺抽出性惡液質ノ最急性症トモ看做ス可キ者ニシテ、之ヲ發スルヤ、患者殆ド死ヲ免ガルルコト能ハザル者トス。但、其一部ノ機能障礙ニ在リテハ、速ニ死ニ至ルコト無クシテ慢性ノ經過ヲ取ル者トス。本症ニ對シテモ、亦上皮小體ノ移植法(Die Transplantation von Epithelkörperchen)(腹膜ト筋膜トノ間又ハ骨膜骨内等)ハ、良效ヲ奏スレドモ、其材料ヲ得ルハ、蓋シ至難ニ屬ス。

甲狀腺ノ全抽出後ニハ、人及動物ニ於テ其ニ諸般ノ障礙ヲ發スルコト、上來絮說セル所ノ如クナルヲ以テ、甲狀腺全部ノ抽出術ハ生理上許ス可カラザル者ニシテ、如何ナル場合ニ於テモ、唯其一部ヲ抽出スルニ止マリ、決シテ其全部ヲ抽出ス可カラズ。是故ニ蔓延性ノ惡性腫瘍ニ在リテハ、始、ヨリ手術ヲ施サザルカ、或ハ若シ之ガ爲、甲狀腺ノ全抽出術ヲ行ハムト欲スルトキハ、手術ヲ施スニ先テ、甲狀腺組織ヲ腹壁内若クハ骨内ニ移植セザル可カラズ。

甲狀腺腫抽出術 Die Kropfexstirpation oder die Strumektomie ハ、甲狀腺ノ偏側或ハ其一部ノ健全ナル者ニ於テ患部ヲ抽出スルノ法ニシテ、手術ハ可及的局所知覺麻痺ノ下ニ行フヲ良トス。殊ニ重症ノ者ニ在リテハ、全身麻酔ヲ避ケザル可カラズ。然レドモ若シ或場合ニ於テ全身麻酔ヲ施スノ必要アルトキハ、もるびねゑ一てる若クハもるひねくろるふるむノ半麻酔ヲ以テス可シ。而シテ手術ノ方式ニ種々有レド

甲狀腺腫抽出術

甲狀腺腫抽出術
若腫抽出術
若腫抽出術
若腫抽出術

モ、之ヲ大別スレバ、甲狀腺腫ハ腺囊外抽出法、甲狀腺結節ノ腺囊内抽出法及甲狀腺動脈結紮法ノ三法ナリトス。

(一)甲狀腺腫若クハ甲狀腺半側ノ腺囊外抽出法(Die extrakapsuläre Exstirpation des Kropfes resp. einer Schilddrüsenhälfte)ハ、血管ニ富饒ナル惡性甲狀腺腫及蔓延性ニ發スル甲狀腺腫ノ抽出ニ適スル者ニシテ、コッヘル氏ハ通常ノ甲狀腺腫ニ於テモ亦此法ヲ稱用ス。此一部分性腺囊外甲狀腺切除術(Die partielle extrakapsuläre Thyroidektomie)ニ於ケル皮膚ノ切開法ハ、腺腫ノ部位及大小ノ如何ニ由リ一定セザルモ、或ハ頸ノ中央ニ於テシ、或ハ患側胸鎖乳嘴筋ノ内縁ニ於テシ、或ハ前頸部ニ於テ斜切法角狀切法又ハ弓狀切法ヲ行フモ、コッヘル氏ハ通常廣ク横切

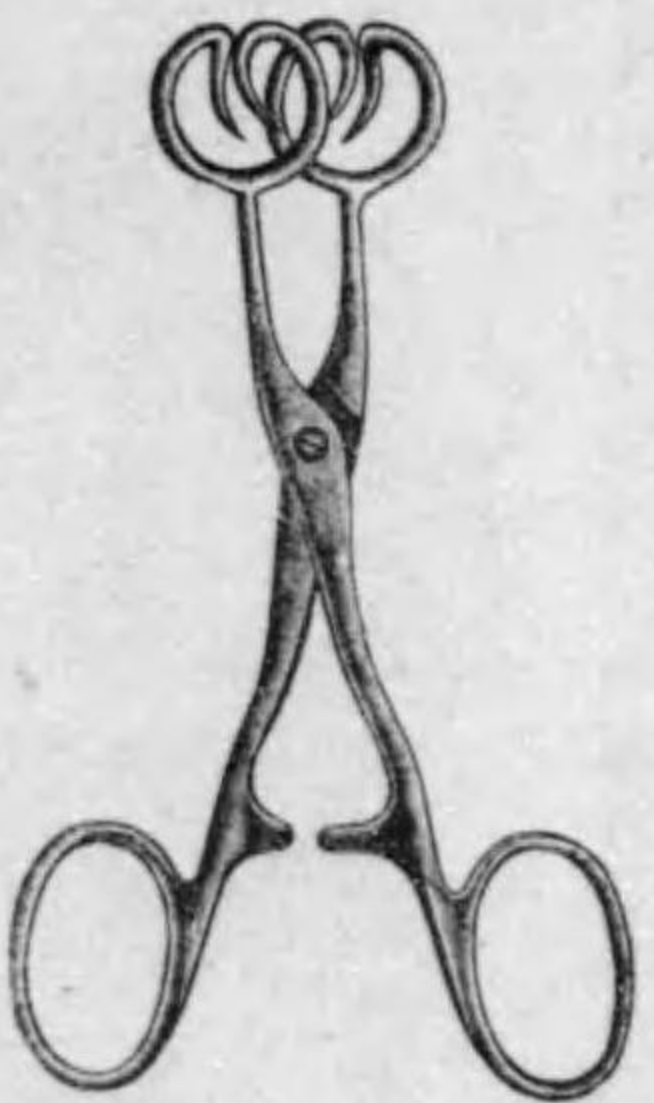
圖 八 十 七
法切膚皮ルケ於ニ術除切腫腺狀甲
(氏ルヘ、コ)



甲狀腺ノ肥大(甲狀腺腫)

法ヲ施シテ良成績ヲ得タリ(第七八圖)即チ先チ皮膚淺在筋膜潤頸筋及腺ヲ被覆スル諸筋ヲ切開シ、且可及的鈍的ニ腫瘤ヲ遊離シタル後、上下兩甲狀腺動脈ヲ靜脈ト共ニ悉ク結紮ス。但シ甲狀腺腫ヲ露出シ血管ヲ結紮スルニ先テ、外部ノ筋膜様囊(即チ外

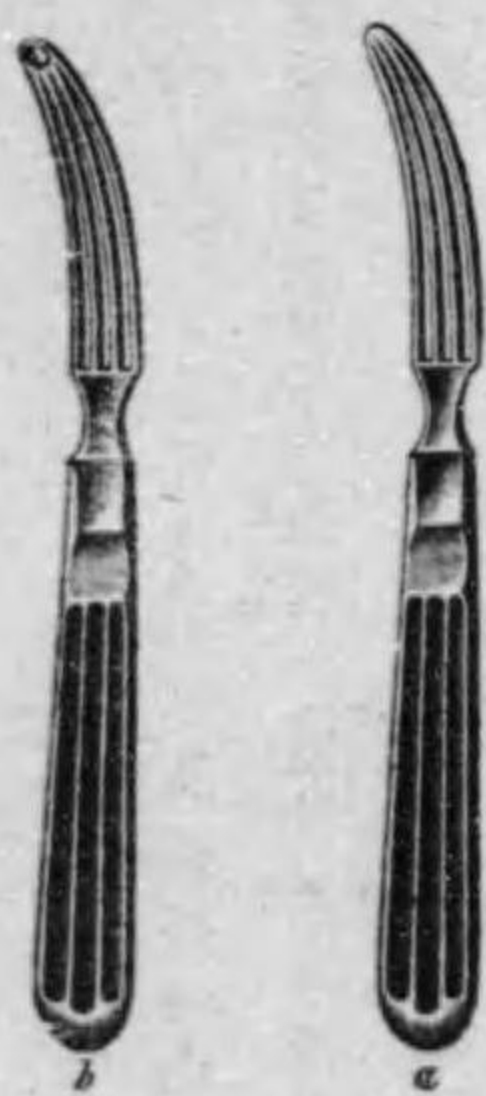
圖九十七第
子鉗腺氏ルヘ、コ



囊膜ヲ切離スルヲ肝要ナリトス。甲状腺ヲ拮撮スルニ際シ出血ヲ防止セムニハ、コッヘル氏腺鉗子 (Die Drüsenzange nach Kocher) (第七十九圖) ヲ使用スルヲ良トス。此他手術中血管ヲ結紮スルニハ、常ニ可及的集束結紮ヲ避ケ、上及下甲状腺動脈ハ、固ヨリ各別ニ結紮セザル可カラズ。甲状腺腫ノ上端ニ於テハ、腫瘍ノ前面ニ於テ上方ニ進ムトキハ、上甲状腺動脈及靜脈ヲ發見シ易ク、之ヲ結紮スルコト亦容易ナリ。コッヘル氏ハ、此際特別ナル有溝消息子、所謂甲状腺腫消息子 (Die Kropfsonde) (第八十圖) ヲ稱用ス。此消息子ハ、亦腫瘍ヲ剝離スルニ甚ダ便宜ナリ。斯テ上甲状腺動脈及靜脈ヲ二重ニ結紮シ、之ヲ切離シタル後腫瘍ノ上縁内縁及外縁ニ在ル大ナル靜脈ヲ結紮シ、以テ注意ヲ加ヘ之ヲ鈍的ニ遊離シ、然ル後腺腫ノ下縁ニ於テ下甲状腺動脈及靜脈ヲ結紮ス。此結紮ニ際シテハ、返廻神經及頸交感神經ヲ損傷シ、若クハ之ヲ共ニ結紮スル

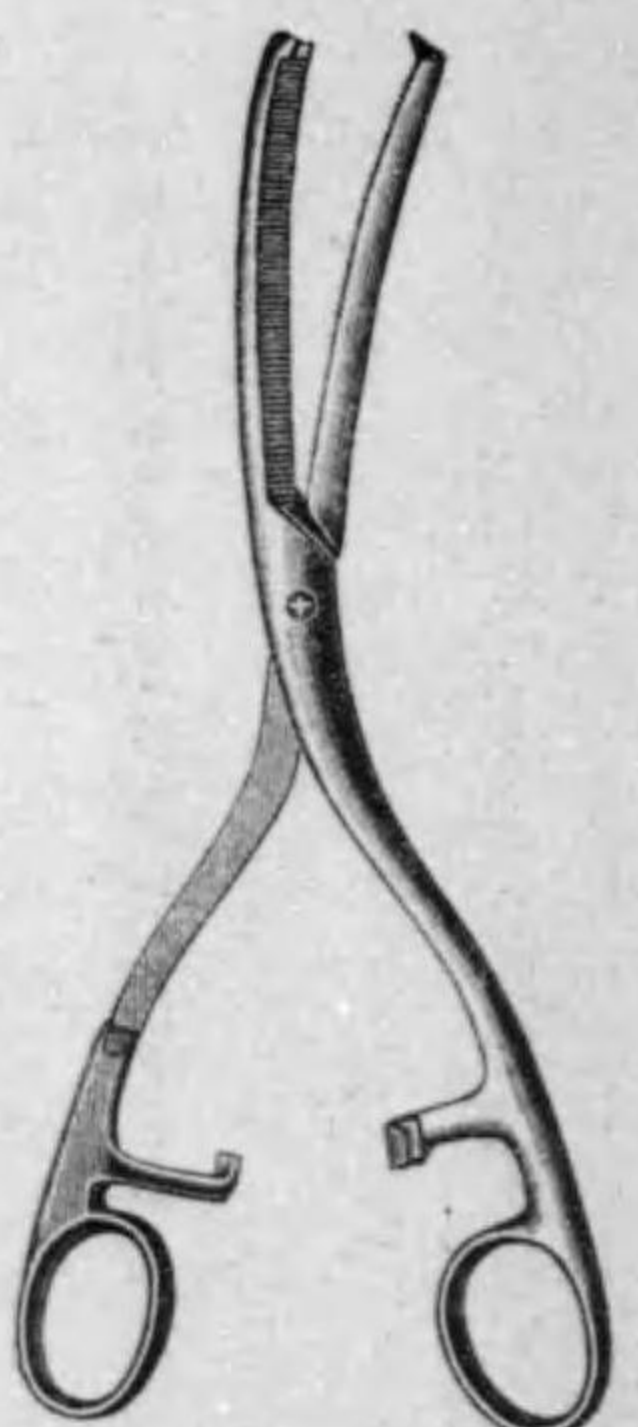
腺動脈ハ、固ヨリ各別ニ結紮セザル可カラズ。甲状腺腫ノ上端ニ於テハ、腫瘍ノ前面ニ於テ上方ニ進ムトキハ、上甲状腺動脈及靜脈ヲ發見シ易ク、之ヲ結紮スルコト亦容易ナリ。コッヘル氏ハ、此際特別ナル有溝消息子、所謂甲状腺腫消息子 (Die Kropfsonde) (第八十圖) ヲ稱用ス。此消息子ハ、亦腫瘍ヲ剝離スルニ甚ダ便宜ナリ。斯テ上甲状腺動脈及靜脈ヲ二重ニ結紮シ、之ヲ切離シタル後腫瘍ノ上縁内縁及外縁ニ在ル大ナル靜脈ヲ結紮シ、以テ注意ヲ加ヘ之ヲ鈍的ニ遊離シ、然ル後腺腫ノ下縁ニ於テ下甲状腺動脈及靜脈ヲ結紮ス。此結紮ニ際シテハ、返廻神經及頸交感神經ヲ損傷シ、若クハ之ヲ共ニ結紮スル

圖十八第
狀甲氏ルヘ、コ
子息消腫腺



三條ノ溝アル消息子ニシテ (ハ) ハ尖端ニ孔ヲ有スルモノナリ

圖一十八第
子鉗挫壓氏ルヘ、コ



ルコトヲ得ルモ、寧々之ヲ切離シテ血管ヲ各別ニ結紮スルヲ良トス。コッヘル氏ハ、集束結紮ヲ行フニ、常ニ一種ノ壓挫鉗子 (Die Quetschzange) (第八十一圖) ヲ稱用セリ。

フョン・ミクリッソ氏ノ甲状腺切除術 (Die Strumaresection) モ、亦前法ト大同小異ニシテ、腺腫ヲ遊離シ其上下兩縁ニ於テ血管ヲ結紮シタル後、兩結紮間ニ於テ腺峽ヲ切離シ、斯テ腺腫ハ壓挫鉗子ヲ以テ拮撮セラレ、結紮ノ後保存セラレタル腺部ハ深キ實質性縫合ニ由リテ接合セラレ。

米醫メヨール氏ハ、甲状腺腫ノ抽出ニ際シテ上皮小體ノ損傷ヲ避ケムガ爲、腺腫ノ後方ニ在ル囊膜ヲ保存ス可キコトヲ推舉セリ。
(ロ) 甲状腺腫結節ノ腺囊内若クハ腺内抽出法 (Die intrakapsuläre resp. intraglanduläre Entfernung der Kropfknoten) ハ、尙多少保全セラルル甲状腺組織中ヨリ腺腫結節ヲ抽出スル法ニシテ、ソチン氏ノ所謂甲状腺腫結節剝出法 (Die Einklebung der Kropfknoten) 是ナリ。諸家

甲状腺腫結節抽出法 (ソチン氏)

甲状腺ノ肥大 (甲状腺腫)

ノ經驗ニ據レバ、腺腫及他ノ結節ハ、多少厚キ囊膜ニ由リテ健全ナル腺組織ト分界セラルルヲ以テ、其自然ノ境界ニ於テ之ヲ引出スルトキハ、摘出容易ナリ。然レドモ此際若シ其境界ヲ誤ルトキハ、出血夥シクシテ手術頗ル困難ナル者トス。故ニ此法ハ、血管ニ富メル慢性炎症性及悪性甲状腺腫ニハ施ス可カラズ。

本法ハ、前法ニ於ケルヨリ手術遙ニ簡易ニシテ、諸種ノ良性甲状腺腫ノ摘出ニ應用ス可シ。而シテ此法ニ於ケル皮膚ノ切開ハ、概テ前法ニ同ジ。斯テ腺腫所在ノ深淺ニ應ジ之ヲ包裹スル腺質ヲ切割シ、以テ多クハ青色ニ透見スル血管ニ乏シキ結節囊膜ニ達シ、次デ結節ヲ腺囊内ニ於テ鈍的ニ列出ス。但、腺囊ヲ切開スルニ先チ、常ニ其下ニ在ル所ノ腫瘍組織ノ性質如何ヲ知得スルヲ肝要ナリトス。是、列出ニ適セザル腺腫ナルトキハ、爲ニ不快ナル出血ヲ來スコト有レバナリ。又若シ厚層ノ腺質ヲ切割セザル可カラザルトキハ、腺組織ヲ鉗子ニテ把握シテ漸次切離ス可シ。但、結節ハ屢、表面ニ在リテ、囊ヲ切開スレバ容易ニ列出セラルルコト有リ。斯ノ如クニシテ一個ノ皮膚切開ヨリ、二三個ノ結節ヲ剔出シ得ルコト有リ。蓋シ此腺内摘出法ノ利益トスル所ハ、主トシテ大ナル血管及神經ノ副損傷ヲ確實ニ避ケ得ルニ在リ。

前記ロチン氏ノ列出法ト大差無キ者ハ、コッヘル氏ノ所謂抉出法(Die Exokulation oder das Entleeren)ナリ。是、甲状腺内ニ於テ直ニ腺腫結節ヲ切割シ、其兩半部ヲ指或ハ銳匙ヲ以テ抉出スル法ニシテ、此法ハ殊ニ甲状腺組織ノ比較的善ク保存セラルル軟性ノ分離

甲状腺腫ノ抉出法(コッヘル氏)

甲状腺動脈ノ結紮法

セル結節ニ適シ、又數多ノ血管ニ由リ周圍ト連續スル軟性結節ニ適ス。

(ハ)甲状腺動脈ノ結紮法(Die Unterbindung der Schilddrüsenarterien)ハ、之ニ由リテ甲状腺腫ノ萎縮ヲ希圖スル者ナリ。而シテ此法ハ、殊ニ幼年ノ者ニ於テ、發育急速ナル血管ニ富メル(濾胞性)甲状腺腫及バセドウ氏病ニ適スル者ニシテ、纖維性及囊腫性甲状腺腫ニハ殆ド無効ナル者トス。コッヘル氏ニ從ヘバ、甲状腺動脈ハ唯最モ著明ニ病的現象ヲ呈スル領域ニ屬スル者ヲノミ結紮ス可ク、爾餘ノ動脈ハ、唯結紮後所期シタル效果ヲ見ルコト能ハザル際結紮ス可シト。但シコッヘル氏ハ、唯三個ノ甲状腺動脈ヲ結紮スルヲ常トセリ。是、全四個ノ動脈ヲ悉ク結紮スルトキハ、爲ニ惡液質ヲ招來ス可ケレバナリ。

今甲状腺腫摘出術ヲ施サズシテ、單ニ上及下甲状腺動脈ヲ結紮セムトスルニハ、胸鎖乳嚢筋ノ外縁ニ於テ皮膚切開ヲ施スヲ良トス。

上甲状腺動脈(*A. thyroidea superior*)ハ、甲状軟骨ノ上縁ノ高ニ於テ總頸動脈分岐部ノ直上ナル外頸動脈ヨリ發シ、始ハ上行シ、次デ弓形ヲ爲シテ下行シ、甲状腺側葉ノ上縁ニ達シテ腺峽ニ向テ走ルヲ以テ、下顎隅部ヨリ胸鎖乳嚢筋ノ外縁ニ並行シテ皮膚ヲ切開シ、觀頸筋及淺在筋膜ヲ切離スレバ、側葉ノ上縁ニ於テ容易ニ之ヲ發見スルコトヲ得可シ(第六十一圖)。

下甲状腺動脈(*A. thyroidea inferior*)ハ、鎖骨下動脈ノ甲状項軸ヨリ發シテ横ニ食道上ヲ走り、其前後ニ交感神經叢アリ。其上行ノ二枝ニ分岐スル所ニ於テ返廻神經ト交叉ス(第六十二圖)。

コッヘル氏ハ、之ヲ結紮スルニ次ノ法ヲ以テセリ。即、胸鎖乳嚢筋ノ外縁ニ於テ甲状腺

甲状腺ノ肥大(甲状腺腫)

軟骨ヨリ鎖骨ノ上方一乃至二仙達ノ所ニ達スル皮膚切開ヲ施シ、次テ胸鎖乳嚙筋ノ側縁ニ於テ、或ハ内頸靜脈ニ沿テ脂肪組織及淋巴腺ヲ側方ニ遠ク、以テ鈍的ニ前斜角筋ヲ露出ス。此際時宜ニ由リ肩胛舌骨筋下ノ淋巴腺ヲ摘出ス可シ。露出セル前斜角筋ノ上面ニ於テ、上方ヨリ下方ニ向ヒ横隔神經走り、又其稍上方ニ上行項動脈ノ走ルヲ見ル。爰ニ於テ鎖乳嚙筋頸靜脈頸動脈迷走神經ヲ内側ニ排去シ、上行項動脈或ハ淺在項動脈ヲ追跡スルトキハ、容易ニ甲狀項軸若クハ下甲狀腺動脈ヲ發見シ得可ク、或ハ又頸動脈結節ヲ觸知シ得可シ。下甲狀腺動脈弓ハ、老人ニ在リテハ一仙達、弱年ノ者ニ在リテハ二乃至三仙達其下方ニ於テ、前斜角筋ノ内縁ニ密接シテ存在ス、而シテ動脈ハ、前斜角筋ト長頸筋間ノ間隙中ニ在リテ深在頸筋膜ヨリ被ハルルヲ以テ、結紮前ニハ、先之ヲ切開セザル可カラズ。

甲狀腺腫瘍摘出術ノ後療法

甲狀腺腫瘍摘出術ノ後療法。總テ甲狀腺腫ノ摘出術後ニハ、殺菌食鹽水ヲ以テ丁寧ニ創面ヲ清淨ニシ、其深部ニ排導管(コッヘル氏ハ、之ニ硝子排導管ヲ使用ス)ヲ裝シ、縫合ニ由リテ之ヲ閉鎖ス可シ。但シ無腐的手術ニ於テハ、假令廣大ナル創腔トイヘドモ、大抵八日乃至十日間ニシテ第一期癒合ニ由リテ治療ス可シ。又時宜ニ由リ排導管ノ插置及縫合ノ代ニ、始、創内ニよーどふるむがーせヲ栓塞シ、後ニ第二期癒合ニ由リ創面ヲ閉鎖スルコト有ル可シ。茲ニ尙宜シク注意ス可キハ、甲狀腺腫ノ手術後ニハ完全ナル無腐の經過ヲ取ルモ、體溫ノ昇騰ヲ來スコト頗ル多キコト是ナリ。是此手術ニ際シテハ、許多ノ甲狀腺細胞廢滅ニ歸スルヲ以テ、此際生ズル一定ノ化學的物質(酵素)

惡性甲狀腺腫ノ療法

くれないんあるふもーせん血液ニ吸收セラレ、以テ發熱ヲ來ス者ナラムト云フ。甲狀腺腫ノ爲、氣管壓迫セラレテ危險ナル呼吸障礙ヲ發來スルトキハ、甲狀腺腫發生ノ部位ニ由リ、上氣管切開術或ハ下氣管切開術(氣管切開術ノ條下ヲ看ヨ)ヲ施サザル可カラズ。此際可及的長大ナル管子ノ插入ヲ要スル者トス。氣管切開術ハ、久シク猶豫シ、窒息ノ危險アルニ迫リテ行フハ宜シカラズ。氣管切開術後直ニ甲狀腺腫摘出術ヲ行フモ、亦得策ニ非ズ。要スルニ、甲狀腺腫ノ手術ハ、可及的氣管切開術ヲ施サズシテ行フヲ良トス。是氣管切開術ヲ行フトキハ、腐敗性傳染ノ危險ヲ招クコト大ナレバナリ。

惡性甲狀腺腫ノ療法ハ、可及的早く其摘出術ヲ行フニ在リ。其術式ハ、上文述べタル法ニ同ジ。然レドモ患者ノ醫治ヲ乞フヤ、多クハ其時期既ニ遲キニ失スルヲ以テ、根治的療法ヲ得ルハ、蓋シ罕ナリ。故ニ呼吸障礙ヲ起セル者ニハ、氣管切開術ヲ施シ、又時宜ニ由リ咽頭管ニ由リテ滋養物ヲ送り、以テ患者ノ衰弱ニ陥ルヲ防禦スルニ止マルノミ。

巴塞ドウ氏病(グレイヴス氏病)

茲ニ尙記述ヲ要ス可キ者ヲ所謂巴塞ドウ氏病(Dr. Basedow'sche Krankheit)ト爲ス。是一千八百四十年獨逸國メルビブルグ市ノ醫師巴塞ドウ氏ノ始テ報告セル所ナレドモ、之ト同時ニ亦英醫グレイヴス氏ノ報告シタル所ナルヲ以テ、又グレイヴス氏病(Graves disease)ノ名アリ。本症ハ、甲狀腺ノ增大、心悸亢進及眼球突出ヲ以テ其主徴ト爲スモ(前八十二及八十三圖、其原因ニ至リテハ、今日尙未ダ確乎タル定説アラズ。或曰ク、本病ハ主トシテ特殊ナル種類ニ

圖二十八 第
ルケ於ニ人婦ノ歳八十二
病氏ウドセバ



圖三十八 第
ルケ於ニ婦農ノ歳九十
病氏ウドセバ
(氏藏孝村木士博)



石川縣
加賀國
石川郡
小川村
ノ産

屬シ、且特異ナル部位ニ於ケル一種ノ原
發的機能神經症ニシテ、神經衰弱症ニ
テリ、及其他ノ機能神經症ニ近似シ、交
感神經、營養神經裝置及延髓内ニ於ケル
心臟運動神經及血管運動神經中樞及徑
路ト親密ナル關係ヲ有スル者ナラムト
（オペンハイム、エルブ等諸氏）蓋バセド
ウ氏病ノ上述ノ如キ原發的の神經的發生
說ノ基ク所ハ、種々有ル可シト雖、切離シ
タル頸交感神經ノ刺戟ノ後、眼球突出及
心悸亢進ヲ來スガ如キ、或ハ本病ニ於テ
頸交感神經頸交感神經節及延髓内ニ間
病的變化ヲ認ムルガ如キハ、其說ノ由リ
テ起リタル所ナリ。然レドモ又他ノ說（グレ
ーン、フールド、ジンスト、レイン、オイレ
ヒル、ジョンソン、レハ、エレン、エレン、
ブシヤン、オイレ、グロム、メビウス氏等）ニ據レバ、本病ハ過度ナル且病的ニ變化シタル甲状腺ノ分
泌ニ由リ、身體殊ニ神經系統ノ中毒ヲ繼發スルニ因ル者ナラムト云フ。蓋此說ノ至當ナル
ハ、殊ニ本症ノ甲状腺抽出ニ由リテ良好ナル效果ヲ齎スニ由リテ之ヲ微知ス可シト雖、甲

甲状腺機能ノ如何ナル變化ヲ呈スルヤハ、明ニ之ヲ知ルコト能ハズ。或又曰ク、是恐クよ、ミ
作用ノ亢進ニ由リ、爾他體內ニ於ケル化學的機轉ノ障礙セラレ又ハ減少セララルニ基ク
者ナラムト。此他近時ニ至リテハ、上皮小體即副甲状腺ノ病的變化ヲ以テバセドウ氏病ノ
發生ト關係アリトシ、或ハ又之ヲ腦下垂體ノ機能不全ニ歸スル者アリ。然レドモブシヤン、オイ
レンブルグ、チルマン、ス氏等ニ從ヘバ、本病ハ決シテ單一ナル原因ニ基ク者ニ非ズシテ、先
之ヲ其發生原因ニ從ヒ二種ニ區別セザル可カラズト。即一ハ神經系統ニ於ケル特殊ノ素
因ニ基ク原發性特發性症（Die primäre idiopathische Form）又神經性、或純正症（Die nervöse oder
scrofulöse Form）ニシテ、一ハ、上述ノ意義ニ於ケル甲状腺ノ疾患ニ基ク繼發性甲状腺發性症
（Die sekundäre thyrotoxic Form）ナリ。此症ハ亦多ク假性ばせ。のう（Krebsthrombose）ト稱セラル。而シ
テ後症ハ、前症ヨリ遙ニ多キ者ニシテ、此症ニ於テハ、甲状腺腫ハ最初ニ現ハルル最モ肝要
ナル症候ナルモ、神經發性バセドウ氏病ニ於テハ、甲状腺腫ハ晩ク發生スルカ、或ハ亦之ヲ
缺如スルコト有リ。而シテ本症ハ、其何ノ症タルヲ問ハズ、多クハ二十歳乃至四十歳ノ女子
ニ來リ、男子及小兒ニ來ルハ絶ダ罕ナリトス。
本症ハ、上文既ニ述ベタルガ如ク、其主○要○ナル○微○候○トシテ、心○悸○亢○進○、甲○状○腺○腫○及○眼○球○突○出○ヲ
呈スルノ外、亦震○戰○ヲ伴フ者ニシテ、就中心悸亢進ハ、患者ノ常ニ最モ苦痛トスル所ナリ。而
シテ本病ノ痊愈治療ニ就カザルヤ、遂ニ心臟ノ左室肥大及瓣膜ノ閉鎖不全ヲ來シ、加フル
ニ、狭心症ノ發作ヲ以テシ、又不眠、消化障礙一般衰弱等ニ由リ、多クハ年餘乃至數年ノ間ニ
致命セシムルヲ常トス。

パセドウ氏病ノ療法ハ、内外兩科ニ跨ガル者ニシテ、初期ニ在リテハ、食養的理學的藥物的療法ヲ試ム可キモ、其效無キ者ニ在リテハ、亦手術的療法ヲ施スヲ必要ナリトス。即チ多クノ内科醫ハ、本症ニ對シテハ、恰モ神經衰弱症ニ於ケルガ如ク、症候的療法ヲ施ス。之ニ稱用セラルルハ、先一般食養的療法、安靜、高山空氣療法、水治療法、電氣療法等ニシテ、藥物ニハ殊ニ砒石鐵劑、ヨド、ヨウ素鹽類、草製劑、黃耆、カクレン等ヲ稱用ス。又本症ニ對スル血清療法ハ、パセレー及アンリケイ氏ノ首唱セル所ニシテ、氏等ハ、始、甲状腺ヲ摘出シタル動物ノ血清ヲ皮下ニ注射シタリシガ、爾來本症ニ對スル種々ナル血清療法ハ、今日尙未ダ其效果ヲ見ルニ至ラズ。此他、コヘル氏父子ハ、本病ニ燒製劑ノ大ニ效驗アルヲ認メテ之ヲ稱用セリ。又此兩氏ニ從ヘバ、よーミ及甲状腺ノ製劑ハ、之ニ使用ス可カラズト云フ。

パセドウ氏病ノ手術的療法ハ、或ハ甲状腺ノ偏側切除術ヲ施スカ、或ハ一乃至二乃至三個ノ甲状腺動脈結紮法ヲ行フニ在リ。就中最モ適良ナル手術ハ、偏側ノ甲状腺摘出術ニシテ、甲状腺動脈ノ結紮法ハ、其效確實ナラズ。又ジンチスコ氏ハ、本症ニ頸交感神經ノ切除術ヲ推舉シタルモ、コヘル及ランドストローム氏ハ、此法ヲ稱用セズ。

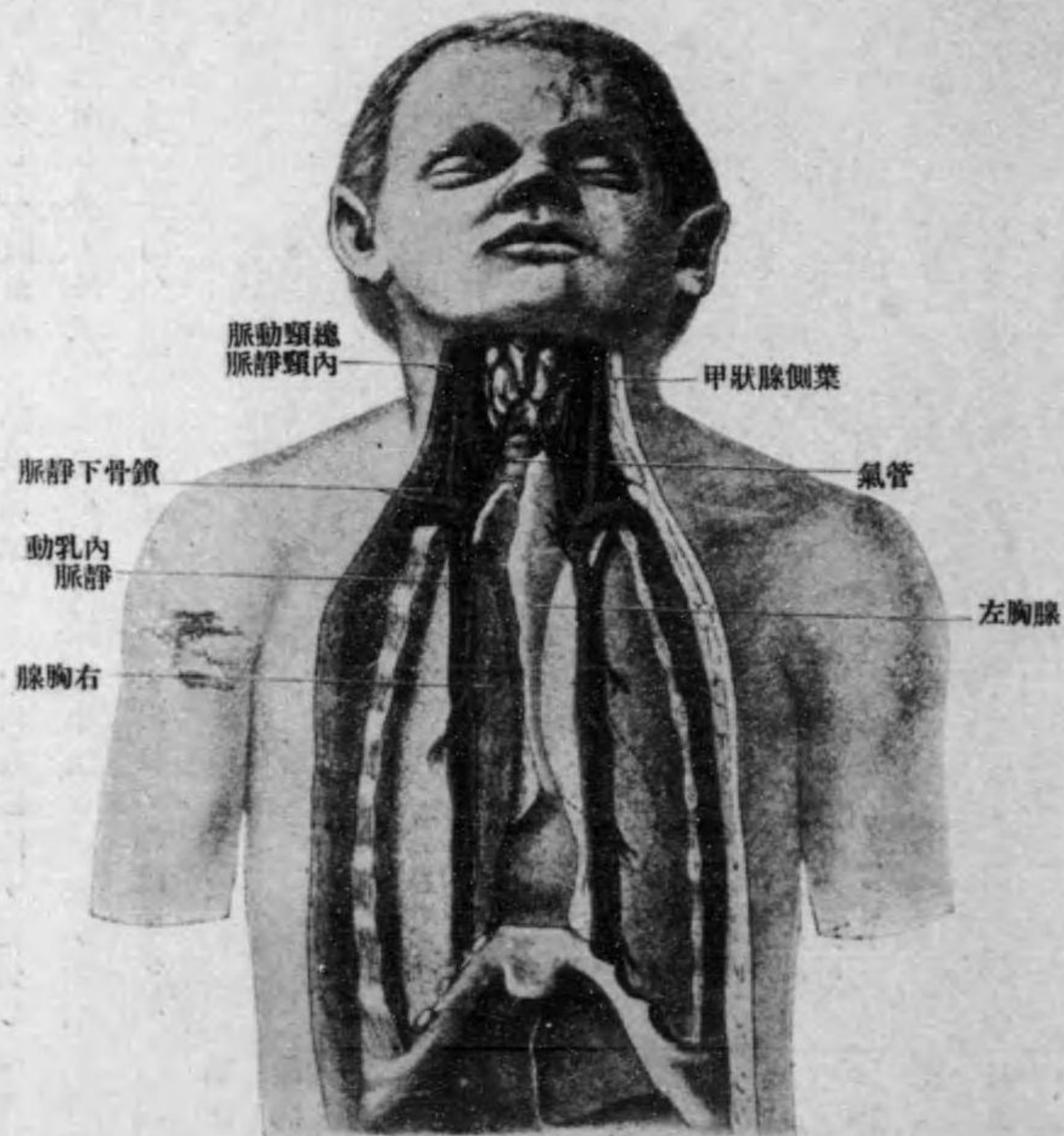
Jonacko
Landsstrom

第三章 胸腺之損傷及疾患

胸腺ノ解剖及生理

胸腺 (Die Thymusdrüse oder der Thyms) 第八十四圖ハ、一個ノ腺樣器官ニシテ、胸骨上部ノ後側ニ於テ前方上縱隔膜腔内ニ位シ、心臟ノ上方ニ於ケル大ナル血管ノ前方ニ在リ。該腺ハ、初生兒

第八十四圖 初生兒ノ胸腺 (氏カユシル)



ニ在リテハ、扁平ナル圓形ヲ呈シ、長楕圓形ナル二個ノ葉ヨリ成リ、其下端ハ廣ク、上端ハ尖銳ニシテ、一葉ハ、間高ク上方ニ聳出シテ、甲状腺ノ附近ニ達ス。而シテ胸

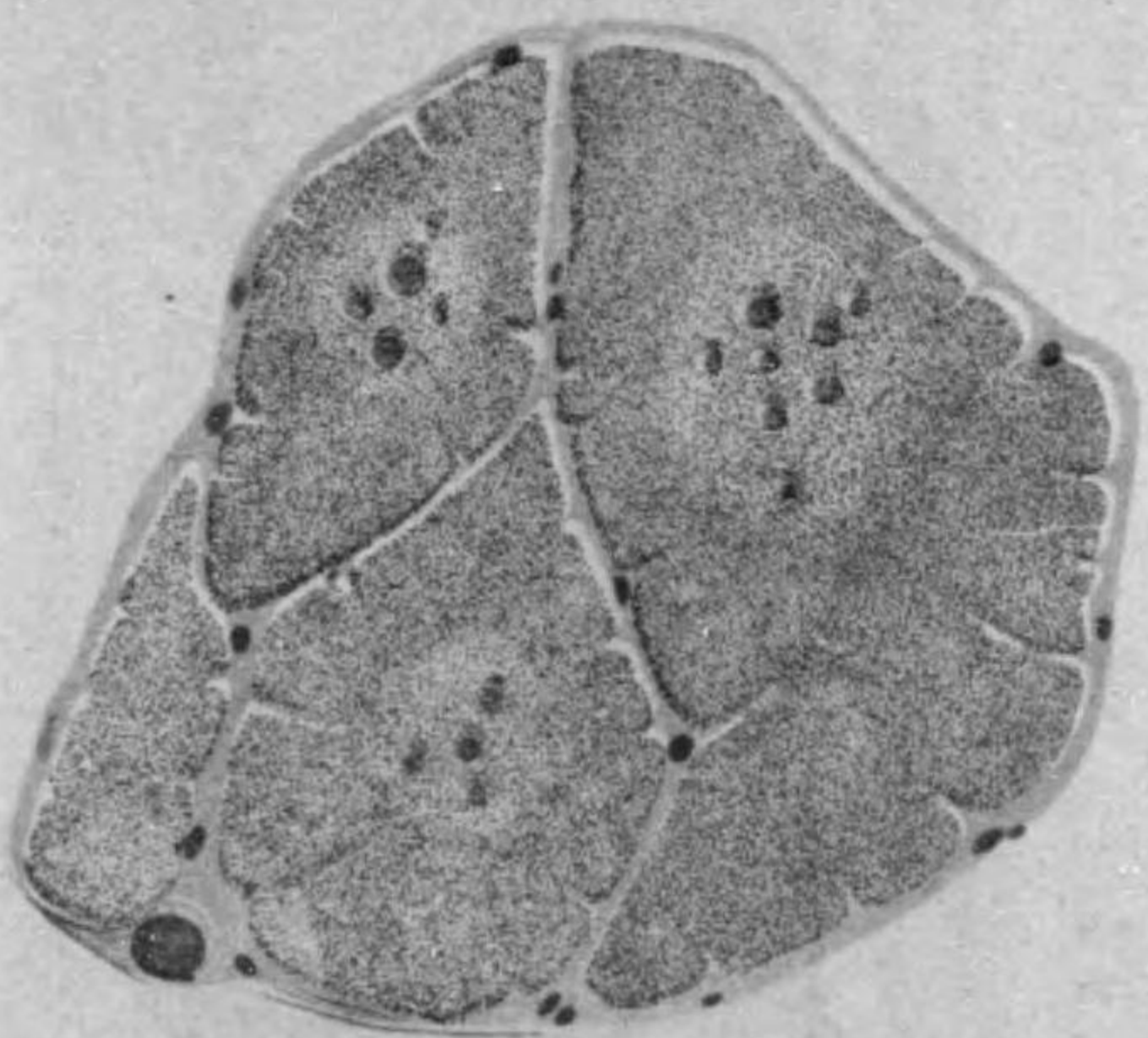
腺ニモ、亦甲状腺ニ於ケルガ如ク、遊離シタル副生小葉ヲ見ルコト有リ。蓋シ此器官ハ、胎生時

胸腺ノ解剖及生理

及生後第二年ニ至ルマデハ發育スルモ、第三年ヨリ第八年若クハ第九年ニ至レバ漸次萎縮シテ脂肪組織ト結締組織トニ變化シ、第十二年ニ至レバ遂ニ消滅ス。然レドモ成人ニ在リテモ、前縦隔膜ニ於ケル心臟前面ノ脂肪組織中ニハ、尙其痕跡ヲ認知シ得可シ。

胸腺ノ兩葉ハ、表面小葉ノ外觀ヲ呈シ、小葉ハ腺様組織ヨリ成リ、其中ニ所謂ハッセル氏小體(Die Hassall'schen Körperchen)ハ八十五圖ヲ有ス。此小體ハ、上皮性ノ細胞蕈根狀ニ排列スル者ヨリ成リ、

第八十五圖
(大腺ノ倍十五約面斷横)葉小ノ腺胸
(氏ゼイロク)



各小葉ハ結締組織ニ由リテ分離セララルヲ見ル而シテ、鈍藍色ナル皮質ハ稠密ナル四形細胞ヲ以テ充滿セララルモ、前明ナル髓質中ニハハッセル氏小體ヲ有スルヲ見ル可シ。

鏡檢上鈍點ナル腺狀組織中ニ在リ一種ノ光輝ヲ放ツヲ見ル。

胸腺ノ動脈ハ、内乳動脈ノ分枝ニシテ、靜脈ハ左側ノ無名靜脈ニ注グ。

胸腺ノ機能ハ、今日尙未ダ明瞭ナラザルモ、クローゼ及フレイグト氏(Klose, Vogl)ニ據レバ、胸腺ハ幼弱ナル動物ニ對シテハ、生後數月間ハ生命

胸腺ノ損傷 Verletzungen der Thymusdrüse ハ其直達的タルト介達的タルトヲ問ハズ、從來未ダ曾テ人ノ經驗セザル所ナリ。是レ該器官ノ位置ト、骨折ヲ起スニ適セザル胸骨ノ海綿様構造ノ然ラシムル所ニシテ、加フルニ小兒ノ胸骨上ニ働ク所ノ外力ハ、多クハ廣ク任從性ナル胸廓ノ全骨骼ニ波及スルヲ以テ、此際若シ骨折ヲ起ストキハ、胸腺ヲ保護スル所ノ胸骨ノ骨折ヲ起スヨリモ、寧ろ肋骨ノ骨折ヲ起ス可ケレバナリ(ハインリッヒ・クローゼ氏。Heinrich Klose)。

第一 胸腺ノ損傷

上貴要ナル器官ニシテ、幼弱ナル動物(犬・家兎・猫)ハ、該腺ヲ抽出スルトキハ、漸次惡液質ニ陥リ、且骨質ニハ明ニ佝僂病性及骨軟化病性變化ヲ呈シテ斃ル(恐ク一種ノ酸ノ作用ニ由ル者ナラム)。殊ニ同時ニ脾臟ヲ抽出スルトキハ、是等ノ變化ヲ呈スルコト最モ顯著ナリト云フ。又ブルームライヒ・ヤコビ(Blumenthal, Jakob)・マク・レナン氏等ニ據レバ、胸腺ヲ抽出スルトキハ、甲狀腺縮小シ、之ニ反シテ甲狀腺ヲ抽出スルトキハ、胸腺縮小スト云フ。又フリードレーベン及メンデル氏ニ據レバ、胸腺ノ機能障礙ト佝僂病トハ、互ニ原因的ノ關係ヲ有スル者ニシテ、佝僂病患者ニ積半ノ新鮮ナル胸腺或ハ胸腺錠ノ有效ナルハ、蓋之ガ爲、ナラムト云ヘリ。

第二 胸腺ノ炎症

胸腺ノ炎症即
胸腺炎

胸腺ノ炎症即胸腺炎 Entzündungen der Thymusdrüse, die Thymitis 急性及慢性ノ二症ヲ區別スルモ、其ニ頗ル稀有ノ症ニ屬ス。

急性胸腺炎

急性胸腺炎 (Die acute Thymitis) ノ原發性ノ者ハ、從來人ノ未ダ經驗セザル所ナルモ、繼發性ノ者ニシテ化膿ニ陥レル者ハ、絶ダ罕ナラズ。蓋シ化膿性細菌ハ、或ハ連續的ニ胸腺内ニ傳搬セララルコト有ルモ、亦膿毒症ニ在リテハ、血行ニ介シテ其中ニ侵入スルコト有リ。殊ニ多ク侵サルル所ハ、腺ノ基底部分ニシテ、膿瘍ハ榛實大ニ達シ、通常數多ノ膿瘍ヲ形成シ、此際其周圍ノ組織著シク腫脹シ、以テ氣道ヲ壓迫シテ窒息ヲ起サシムルコト有リ。蓋シ從來轉移性胸腺膿瘍中ニ發見セル細菌ハ、連鎖狀球菌葡萄狀球菌及普通大腸菌ニシテ、初生兒ノ臍化膿症ニ在リテハ、間、胸腺内ニ轉移性膿瘍ヲ生ジ、又小兒ノ急性發疹病ニ於テモ、轉移性胸腺膿瘍ヲ見ルコト少カラズ。然レドモ其診斷ハ、常ニ唯推測的ニシテ、若シ之ヲ放置スルトキハ、膿瘍ハ心囊内ニ破開シ、或ハ氣道ニ破開シテ窒息セシムルヲ以テ、其豫後ハ絶對的不良ナルヲ常トス。

慢性胸腺炎

慢性胸腺炎 (Die chronische Thymitis) ハ、外科學上肝要ナラズ。シュリッデ氏ハ、高度ノ衰弱ニ陥ラシムル諸般ノ小兒病(殊ニ微毒小兒萎縮症滲出性素質營養不給結核病尙僕病等)ニ於テ、胸腺ニ退行性營養障礙ヲ起スヲ認メ、同氏ハ之ヲ胸腺ノ硬變性萎縮 (Die sklerotische Atrophie der Thymusdrüse) ト名ケタリ。本症ニ於テハ、腺ノ容積ハ著シク減少スル者ニシテ、最初ニ皮質消失シ、次デ髓質縮小シ、此際ハッサル氏小體ハ益々接近シ、唯小葉内及小

葉間ノ結締織ノミ甚ダシク増殖スト云フ。又胸腺ニハ、微毒及結核病ヲ見ルコト少カラズ。殊ニ遺傳微毒性ノ小兒ニ在リテハ、腺内ニ膿瘍狀ノ病竈ヲ見ルコト有リ。是、既ニ一千八百五十年ポウル・ヂュボア氏ノ記載セル所ニシテ、斯ノ如キ胸腺ニ於ケル病變ハ、今モ尚ヂュボア氏膿瘍 (Der Dubois'sche Abscess) ト稱セラレ。

第三 胸腺ノ増生症

胸腺ノ増生症

胸腺ノ増生症 Die Hyperplasie der Thymusdrüse (die Thymushyperplasie) ハ、シュリッデ氏ノ檢索ニ據レバ、該腺組織ノ單純ナル増殖肥大ニ非ズ、其構造ニ著明ナル變化ヲ起シ、從テ亦其機能ノ變常ヲ伴フ者ニシテ、氏ハ病理解剖上之ヲ二種ニ區別セリ。即チ一ハ腺皮質及髓質ノ其ニ肥大スル者ニシテ、他ハ唯髓質ノミ肥大スル者ナリ。然レドモ前者ハ、絶ダ稀有ノ症ニシテ、一般ニ胸腺増生症ナル者ハ、髓質ノ増生ヲ來スヲ特有ナリトス。而シテ此際皮質ハ却テ萎縮スルヲ常トシ、髓細胞ハ著シク増多スルモ、ハッサル氏小體ハ常態ニ比シテ減少シ、而モ稍著シク増大スルヲ見ル。加之、該小體ハ、亦尋常ノ構造ヲ有セズ、其内部ハ大部分脂肪ヲ含有スル無核ノ物質ヨリ成リ、屢、ひありん或ハ石灰變性ヲ呈ス。蓋シ胸腺ニ斯ノ如キ病的變化ヲ起スヤ、上述ノ如ク、亦其内分泌機能ノ障礙、所謂胸腺變調症 (Die Dyslymisation) ヲ伴フ者ニシテ、胸腺増生症ニハ其症狀ニ多少ノ差異アルモ、亦淋巴性狀態 (Status lymphaticus) ヲ合併スルヲ常トス。故ニ本症

胸腺ノ増生症

ニ、又胸腺淋巴状態 (Status thymolymphaticus) ノ名アリ。所謂淋巴性状態ニ於ケル病理解剖的變化ハ、主トシテ諸淋巴装置ノ増殖肥大ニシテ、

圖六十八 胸腺増生症ニ於テ呼吸困難ノ作發



諸淋巴腺ノ著シク肥大スルハ固ヨリ論無ク、消化器官氣管ニ於ケル淋肥性組織モ常ニ多少肥大シ、殊ニ扁桃腺及舌基

底ノ囊狀腺ハ常ニ侵サレ、脾臟モ亦マルビギー氏小體ノ増大及増數ノ爲、ニ常ニ著シキ腫脹ヲ呈シ、又屢、心臟ノ肥大ヲ見ルコト有リ。但シ本症ニ最モ肝要ナル病的所見ハ、患兒ノ年齢ニ比シテ相應セザル胸腺ノ増大ニシテ、此場合ニ於テハ、亦骨ノ發育障礙ヲ認ムルコト少カラズ。故ニ是等ノ症狀ハ、亦多クハ佝僂病初期ノ症候ト看做サルコト有リ。

圖七十 胸腺増生症ニ於テ呼吸困難ノ作發



胸腺増生症ニ來ル最モ危險ナル障礙ハ、蓋呼吸及血行ノ障礙ニシテ、該腺ノ著シク増大スルヤ、或ハ氣管ヲ壓迫シテ呼吸困難 (所謂胸腺性喘息 Asthma thymicum) 若クハ窒息ヲ起サシメ、或ハ大ナル血管 (殊ニ上空靜脈及右心房) ヲ壓迫シテ忽チ死ニ至ラシムルコト有リ。

胸腺死 (Der Thymusdof) ナル者ハ、増大セル胸腺ニ由リ氣道壓迫セラレ、爲ニ窒息ヲ來スニ因ル者ナレドモ、亦之ガ爲、直達的或ハ介達的ニ心臟機能ノ障礙セラレルニ因ル者ナラムト。又チルマンズ・ホッツ氏等ニ從ヘバ、神經 (迷走神經返廻神經橫隔神經) ノ壓迫ハ、胸腺死ニ關係ヲ有スルコト少ナカル可シト云フ。然レドモ胸腺死ナル者ハ、必ズシモ胸腺増生症ニノミ來ル者ニ非ズシテ、炎症ノ爲、其著シク腫脹セル場合ニ於テモ、亦

胸腺增生症ノ療法

之ヲ來スコト有リ。

療法 胸腺增生症ノ爲、呼吸障礙ヲ來セル者ニハ、插管法及氣管切開術(次章ニ詳ナリ)ハ、其ニ奏效無キヲ常トス、最良ナルハ、腺ノ上極ヲ切除シ、且其囊膜ヲ胸骨筋膜ニ固定スルニ在リ。胸腺切除術及固定術(Die Exstirpation und Fixation des Thyms)ヲ行フ即チ是ナリ。之ヲ行フニハ、僅ニ一若クハ二若クハ三若クハ四若クハ五若クハ六若クハ七若クハ八若クハ九若クハ十若クハ十一若クハ十二若クハ十三若クハ十四若クハ十五若クハ十六若クハ十七若クハ十八若クハ十九若クハ二十若クハ二十一若クハ二十二若クハ二十三若クハ二十四若クハ二十五若クハ二十六若クハ二十七若クハ二十八若クハ二十九若クハ三十若クハ三十一若クハ三十二若クハ三十三若クハ三十四若クハ三十五若クハ三十六若クハ三十七若クハ三十八若クハ三十九若クハ四十若クハ四十一若クハ四十二若クハ四十三若クハ四十四若クハ四十五若クハ四十六若クハ四十七若クハ四十八若クハ四十九若クハ五十若クハ五十一若クハ五十二若クハ五十三若クハ五十四若クハ五十五若クハ五十六若クハ五十七若クハ五十八若クハ五十九若クハ六十若クハ六十一若クハ六十二若クハ六十三若クハ六十四若クハ六十五若クハ六十六若クハ六十七若クハ六十八若クハ六十九若クハ七十若クハ七十一若クハ七十二若クハ七十三若クハ七十四若クハ七十五若クハ七十六若クハ七十七若クハ七十八若クハ七十九若クハ八十若クハ八十一若クハ八十二若クハ八十三若クハ八十四若クハ八十五若クハ八十六若クハ八十七若クハ八十八若クハ八十九若クハ九十若クハ九十一若クハ九十二若クハ九十三若クハ九十四若クハ九十五若クハ九十六若クハ九十七若クハ九十八若クハ九十九若クハ百

然レドモ以上ノ方法ニ由ルモ、尙全ク呼吸障礙ヲ除クコト能ハズト思惟スルトキハ、胸骨切除術及左側腺葉ノ剔出術(Resectio sterni und die Exstirpation des linken Drüsenlappens)ヲ行ハザル可カラズ。此際殊ニ注意ヲ要ス可キハ、誤テ胸膜腔ヲ損傷セザルニ至リ。上記ノ手術ハ、之ヲ呼吸障礙ノ初期ニ施ストキハ、危険ナル者ニ非ズ。之ニ由リテ危険ナル窒息ヲ防グコトヲ得レドモ、術後兩三日間ハ稍、高熱ヲ發シ、呼吸及脈搏數ノ増進ヲ來スヲ常トス。是レ蓋シ胸腺分泌物ノ吸收セララルルニ因ル者ナルヲ以テ、若シ最初ヨリ

分泌物ヲ外方ニ誘導スルトキハ、亦是等ノ障礙ヲ輕減セシムルコトヲ得可シ。

胸腺ハ、先天性ニ發育不全ナルコト有リ。胸腺發育不全症(Die Thymsaplasie)是ナリ。或ハ該腺ハ、生ラニシテ全ク缺如

先天性胸腺缺如症(氏ルメラク)



スルコト有リ。胸腺缺如症(Die Thymsaplasie)是ナリ。蓋シノ如キ小兒ニ在リテハ、恰モくれち

胸腺ノ增生症

完全ナラズ、且精神的及神經的ノ機能著シク障碍セラルト云フ。第八十八圖ニ示スハ、先天性胸腺缺亡症ヲ有スル七歳ノ小兒ニシテ、高度ノ骨軟化病ニ痲呆(所謂胸腺性痲呆 *Adipsia thymica*)ヲ兼テ、全く起立歩行スルコト能ハザリシ者ナリト云フ(クラマー氏 *Kramer*)。

第四 胸腺ノ腫瘍

胸腺ノ腫瘍

胸腺ノ腫瘍 *Geschwülste des Thymus* ニ脂肪腫、皮様囊腫、粘液腫、肉腫、淋巴瘤、腺腫等アレドモ、其ニ絶ダ罕ナリ。殊ニ純粹ナル癌腫ノ如キハ、極テ稀有ナルモ、間之ニ癌腫ト肉腫トノ混合腫瘍ヲ見ルコト有リ。
療法ハ、通常胸骨ノ一部ヲ切除シテ之ヲ摘出スルニ在レドモ、此際胸膜及心囊ノ損傷ヲ免ガルルコト能ハザルヲ常トス。

第四章 喉頭及氣管之損傷及疾患

喉頭ノ解剖及生理

喉頭 *(Der Kehlkopf, Larynx)* (第八十九及第九十二圖)ハ、上方ニ於テハ舌骨ニ固著セラレ、下方ハ氣管ニ移行スル者ニシテ、安靜時ニ於テハ、第三頸椎ノ上縁ト第六頸椎ノ下縁トノ間ニ位シ、其構材ハ、九個ノ軟骨ヨリ成ル。即、三個不對ノ軟骨、即、甲狀軟骨、環狀軟骨、會厭軟骨、及三個有對ノ軟骨、即、披裂軟骨、ウリスベルグ氏軟骨、及サントリニ氏軟骨是ナリ。
Wrisberg Santorini

甲狀軟骨 *(Der Schildknorpel, Cartilago thyroideus)* ハ、中及側甲狀舌骨韌帶ニ由リテ舌骨ト聯接シ、中環狀甲狀韌帶(圓錐韌帶)ニ由リテ

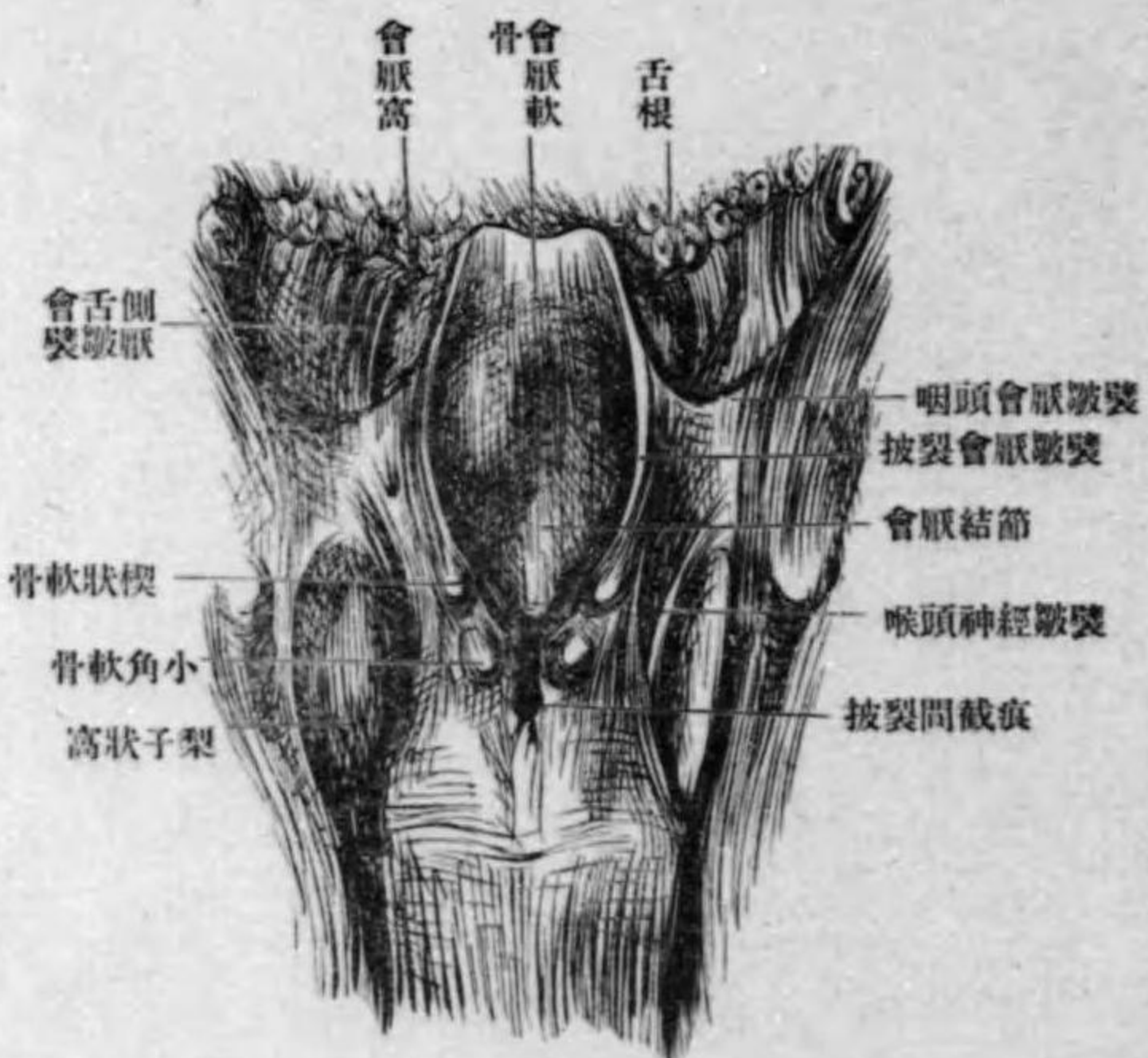
環狀軟骨 *(Der Ringknorpel, Cartilago arytaenoidea)* ト聯接ス。爾餘ノ側方ニ在ル甲狀軟骨ト環狀軟骨トノ間ノ空隙ハ、彈性力性ノ喉頭膜ヲ以テ充サル。

會厭軟骨 *(Der Kehlkopf, die Epiglottis, Cartilago epiglottica)* ハ、中舌會厭韌帶及左右ノ側舌會厭韌帶ニ由リテ舌根ニ固著セラレ、又甲狀會厭韌帶ニ由リテ甲狀軟骨ノ上縁ニ在ル甲狀截痕ニ固著セラレ。此他該軟骨ハ、左右ノ披裂會厭韌帶ニ由リテ

披裂軟骨 *(Der Giesskannenknorpel, Cartilago arytaenoidea)* ト聯接ス。而シテ喉頭軟骨中最モ能ク運動スル者

ハ、披裂軟骨ニシテ、内方ニ向ヒタル錐體ヲ呈シ、呼吸及發音ニ最モ肝要ナル喉頭後部ノ運動ヲ營ム者ナリ。該軟骨ノ基底ニ二個ノ突起アリ。一ハ筋肉突起 *(Processus muscularis)* ニシテ、

第八十九圖 喉頭後部ヲ示シ、前方ヨリ望ム



喉頭ノ解剖及生理

圖十九第 (半前) 頭前額斷



圖一十九第 (半左) 頭矢斷



聲帶突起ニ附著ス。故ニ又下。甲状披裂韧带 (Ligamentum thyroarytaenoidum inferius) ノ名アリ。其

側及後環狀披裂筋ノ附著部タリ。一ハ聲帶突起 (Processus vocalis) ニミテ、聲帶ノ軟骨部ト韧带部トノ間ノ境界ヲ爲シ、喉頭鏡検査ニ際シテ半透明ナル類黄色ノ斑點ヲ呈ス。

サントリニ一氏軟骨又小角軟骨 (Cartilago Santorini s. corniculata) ハ、披裂軟骨ノ尖端上ニ坐シ、

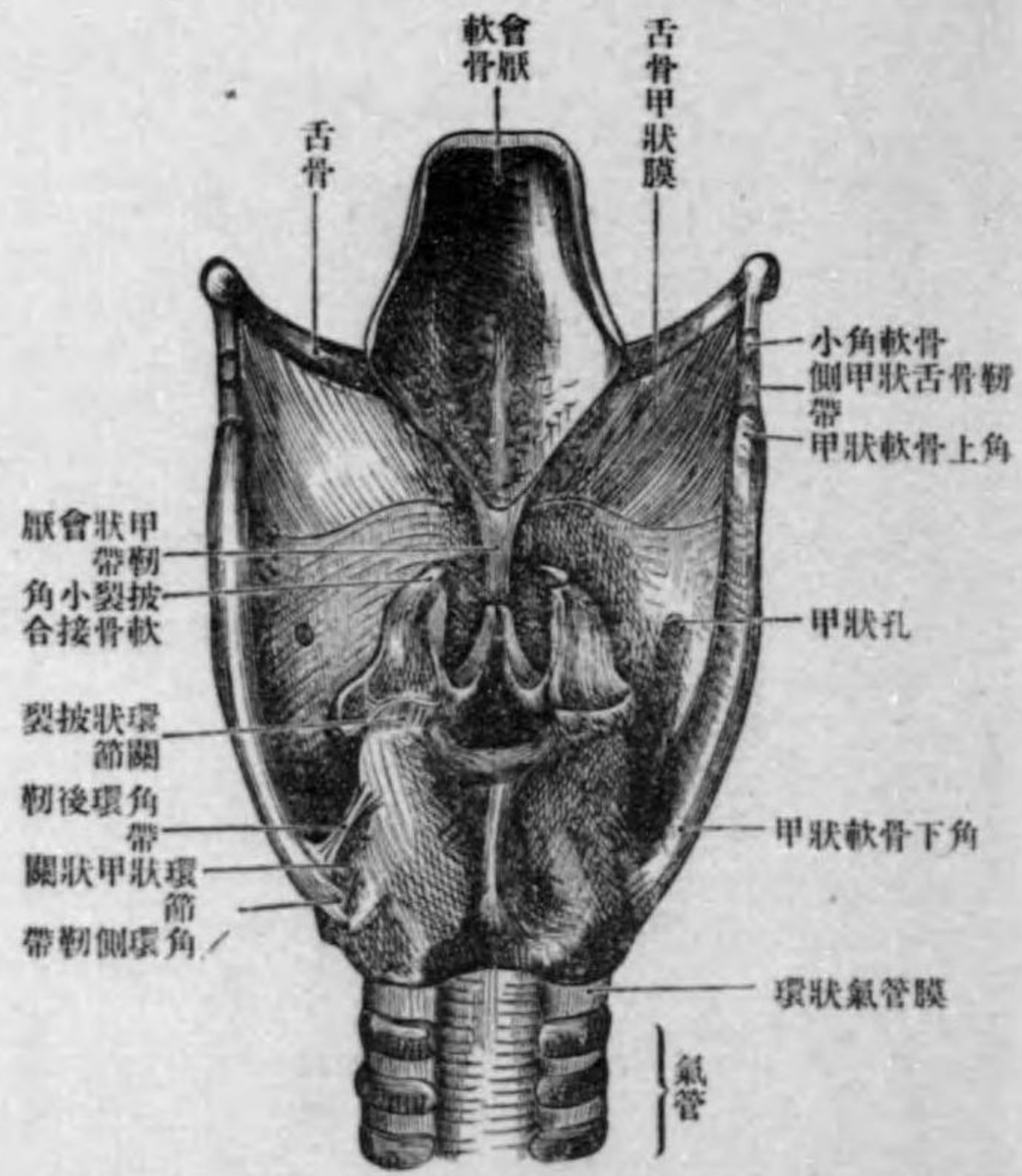
ウリスベルグ氏軟骨又楔狀軟骨 (Cartilago Wrisbergi s. cuneiformis) ハ、披裂會厭軟膜

内ニ在リテ、兩ナガラ聲帶ノ後附著部ト其運動ヲ共ニス。

然レドモ喉頭ノ官能上最モ主要ナル者ハ、聲帶ナリ。

聲帶 (Das Stimmband, Ligamentum vocale) ハ、甲状軟骨ノ前聯合部ヨリ左右相竝ニ起リ、

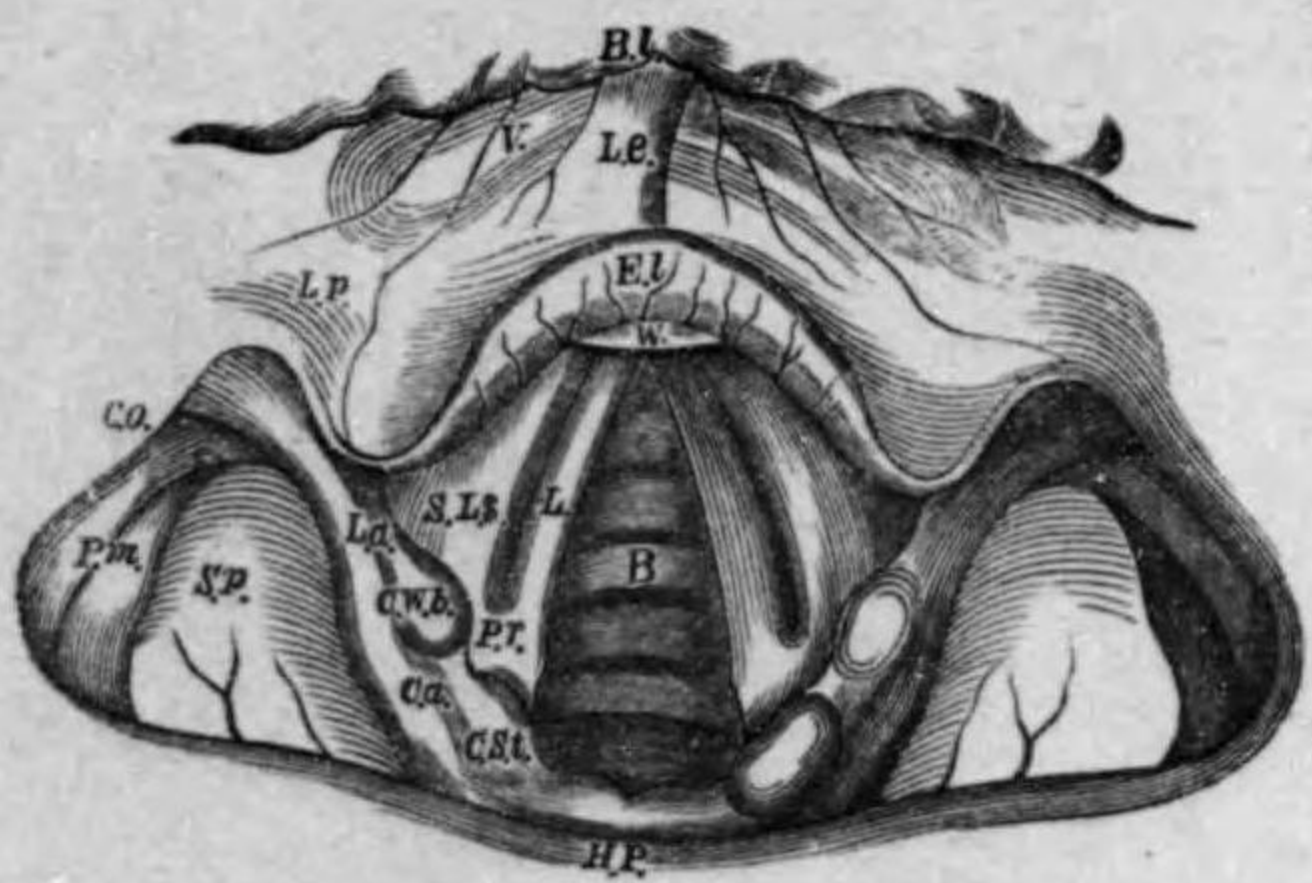
圖二十第 喉頭軟骨 (面後)



兩側ノ粘膜皺襞内ニ在ル上甲状披裂韧带 (Lig. thyro-arytaenoidum superior) ハ、假聲帶 (Das falsche Stimmband) ナ形成スル者ニシテ、梨子狀窩 (Sinus pyriformis) ハ、兩側披裂會厭韧带ノ外側ニ在リ。モルガニ一氏窩 (Sinus Morgagnii) ハ、真假兩聲帶ノ中間ニ在リ。

真聲帶 (Das wahre Stimmband) ハ、彈力ニ富メル結締織性原質ノ外、聲帶緊張筋(下甲状披裂筋)ノ纖維ヨリ成ル者ニシテ、安靜時ニ於テハ、細狭ナル同脚三角形ヲ呈シ、所謂屍體位置 (Die Kadaverstellung) ヲ取ルモ、深吸氣時ニ於テハ、更ニ之ヨリ開張ス(第九十三及第九十四圖)。之ニ反シテ發音時ニ於テハ、聲帶間ノ間隙即聲門 (Die Stimmritze, Rima glottidis) ハ、多少狹縮シ、或ハ兩聲帶相接近シテ、殆ド觸接スルニ至ル(第九十五圖)。假聲帶モ、亦之ニ似タル運動ヲ營ム者ナレドモ、常態ニ在リテハ、發音ノ際其兩緣相觸接スルコト決シテ之無ク、唯嚥下ノ際之ヲ見ルコト有ルノミ。然レドモ病態

圖三十九 喉頭鏡於呼吸時之映像

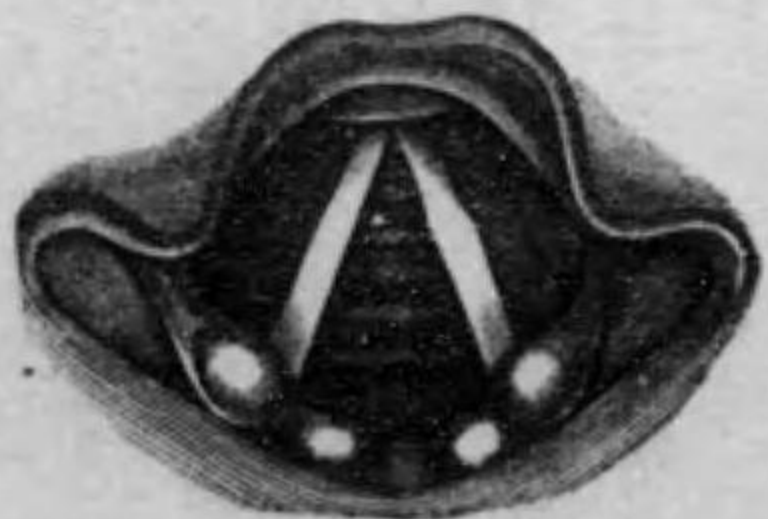


(B.L.) 舌根 (V) 小窩 (L.c.) 中舌會厭軟骨 (E.L.) 會厭軟骨 (P) 隆起部 (L.p) 側舌會厭軟骨 (B) 聲門 (L) 真聲帶 (P.r) 聲帶突起 (L.a) 披裂會厭軟骨 (C.w.b) ウリスベルグ氏軟骨 (C.s.t.) サントリニ氏軟骨 (C.a) 披裂軟骨 (C.o) 舌骨大角 (S.p) 梨子狀軟骨 (P.m) 粘膜炎 (H.p) 咽頭後壁

圖五十九 發音時之喉門狀態



圖四十九 深吸氣時之喉門狀態



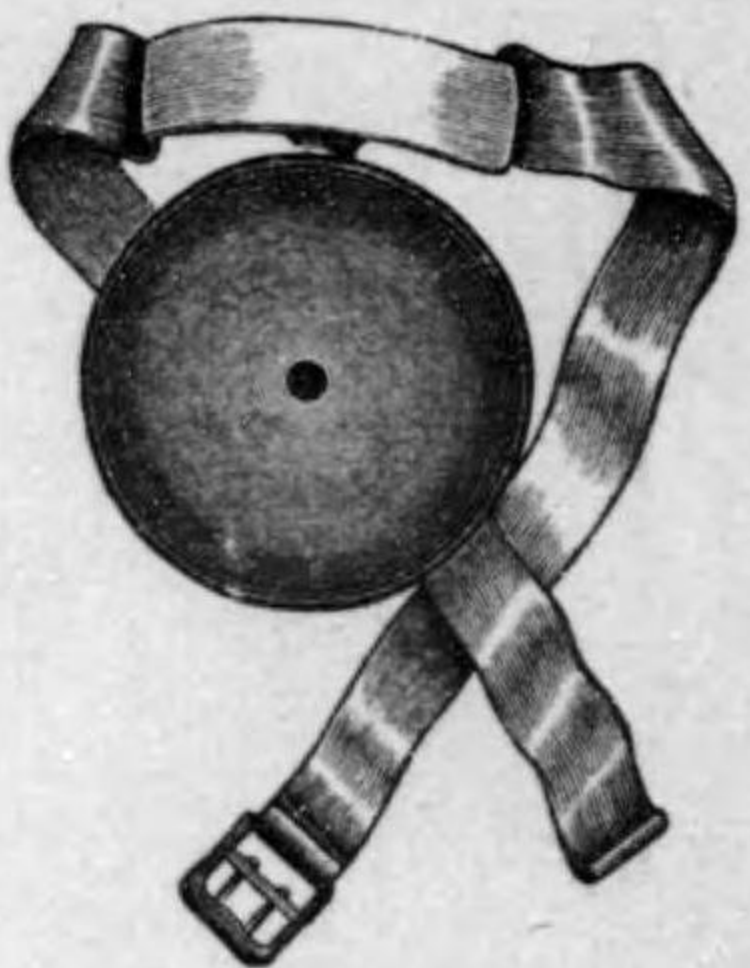
ニ在リテハ、假聲帶ハ亦發音器ト爲リ、罹病セル若クハ存在セザル眞聲帶ノ機能ヲ代償スルコト有リ。
聲帶諸筋ノ中、聲門ヲ開張スル者ハ、後環狀披裂筋ニシテ、其麻痺スルヤ、危險症ヲ來シ、兩側麻痺スルトキハ、頓ニ窒息ヲ來スコト有リ。又聲門ヲ閉鎖スル者ハ、前環狀披裂筋、橫披裂筋

喉頭ノ検査法
喉頭鏡検査法

環狀甲狀筋及甲狀披裂筋ニシテ、後者ハ聲帶ノ實質中ニ存シ、眞正ナル聲帶筋ナリ。
喉頭ニ分佈スル神經ハ、上及下喉頭神經ニシテ、上喉頭神經ハ、專ラ其知覺ヲ主宰シ、唯環狀甲狀筋ニ對スル一運動枝ヲ有スルノミナレドモ、下喉頭神經即返廻神經ハ、爾他喉頭諸筋ノ運動ヲ主ドル者トス(本卷九三頁參照)。

喉頭ノ検査法ヲ區別シテ、視診及觸診ノ二法ト爲ス。就中最モ肝要ナルハ、喉頭鏡ヲ用キテ其内景ヲ照檢スルニ在リ。喉頭鏡検査法即是ナリ。
喉頭鏡検査法 (The Laryngoscope) ヲ行フニハ、反射鏡ト喉頭鏡トヲ要シ、光源ニハ日光ヲ用ユルコト有ルモ、通常人工光(多クハ瓦斯若クハ石油光)ヲ以テス。之ニ使用セラルル反射鏡ハ、

圖六十九 額帶反射鏡



凹面鏡ニシテ、直徑十仙迷ヲ算シ、其中央ニ圓孔アリ、以テ通視ノ便ニ供セラル。又手ヲ自在ニ運用セムガ爲、常ニ額帶反射鏡 (Der Kopf-laschige mit Strahband) (第九十六圖) ヲ用ユ。
喉頭鏡 (Der Kehlkopfspiegel) (第九十七圖) ハ、正圓ナル小平面鏡ニシテ、長柄ヲ具ヘ、把柄ハ鏡面ト凡、百二十度ノ角度ヲ爲シ、鏡面ニ大小種々有レドモ、通常多ク使用セラルルハ、直徑二乃至二五仙迷ノ者ナリ。
人工光ヲ以テ喉頭内検査ヲ行フニハ、暗室ニ於テ先患者ヲシテ検査者ト膝ヲ交ヘテ椅子ニ

圖七十九第 喉頭鏡



圖八十九第 喉頭鏡用むらぶ

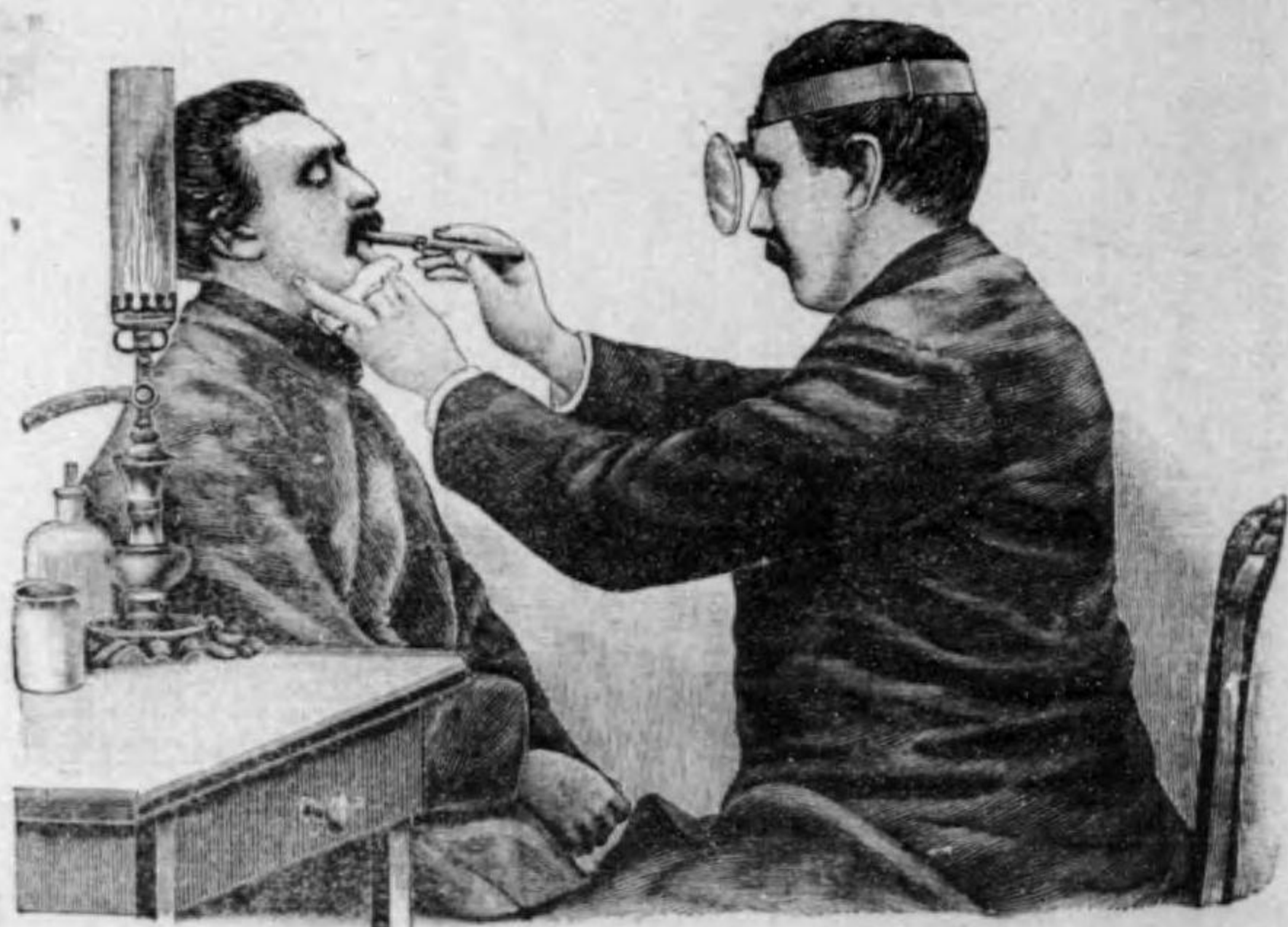


坐セシメ、燈ヲ患者ノ右肩ノ側方ニ置キ、検査ノ左眼前ニ額帶附反射鏡ヲ附シ、患者ヲシテ頭ヲ少シク後方ニ屈シ、可及的の口ヲ開大シ、舌ヲ前方ニ挺出セシメ、布片ヲ以テ之ヲ纏包シ、左手ノ拇指ト示指トヲ以テ之ヲ保持シ、反射鏡ニ由リテ光線ヲ咽頭腔内ニ反射セシメ、以テ先、咽頭ヲ検査

ス。是其疾患ハ、喉頭ノ疾患ト關係ヲ有スルコト有レバナリ。而シテ後喉頭鏡ヲ取り、燈火ヲ以テ少シク之ヲ煖メ（是、口内ノ水蒸氣鏡面ニ附著シテ曇翳ヲ生ズルヲ防ガムガ爲ナリ）、手掌ニ貼シテ其温度ヲ檢シ、右手ヲ以テ執筆スルガ如ク其把柄ヲ取り、左口角ヨリ硬口蓋ニ沿テ之ヲ口腔内ニ送入シ、鏡背ヲ懸垂垂ニ面シ、鏡ノ下縁ヲ咽頭ノ後壁ニ至ラシメ、斯テ鏡面ヲ上下左右ニ運轉シテ喉頭ノ各部ヲ照檢ス（第九十九及百四圖）。此際患者ヲシテ靜ニ呼吸セシメ、時々「エー」ナル音ヲ發セシムルヲ良トス。

喉頭鏡検査ニ際シ、扁桃腺肥大スルカ、患者舌ヲ口蓋ニ向テ壓上スルカ、又ハ咬扼運動ヲ發

圖九十第 喉頭鏡検査法ヲ行フ所

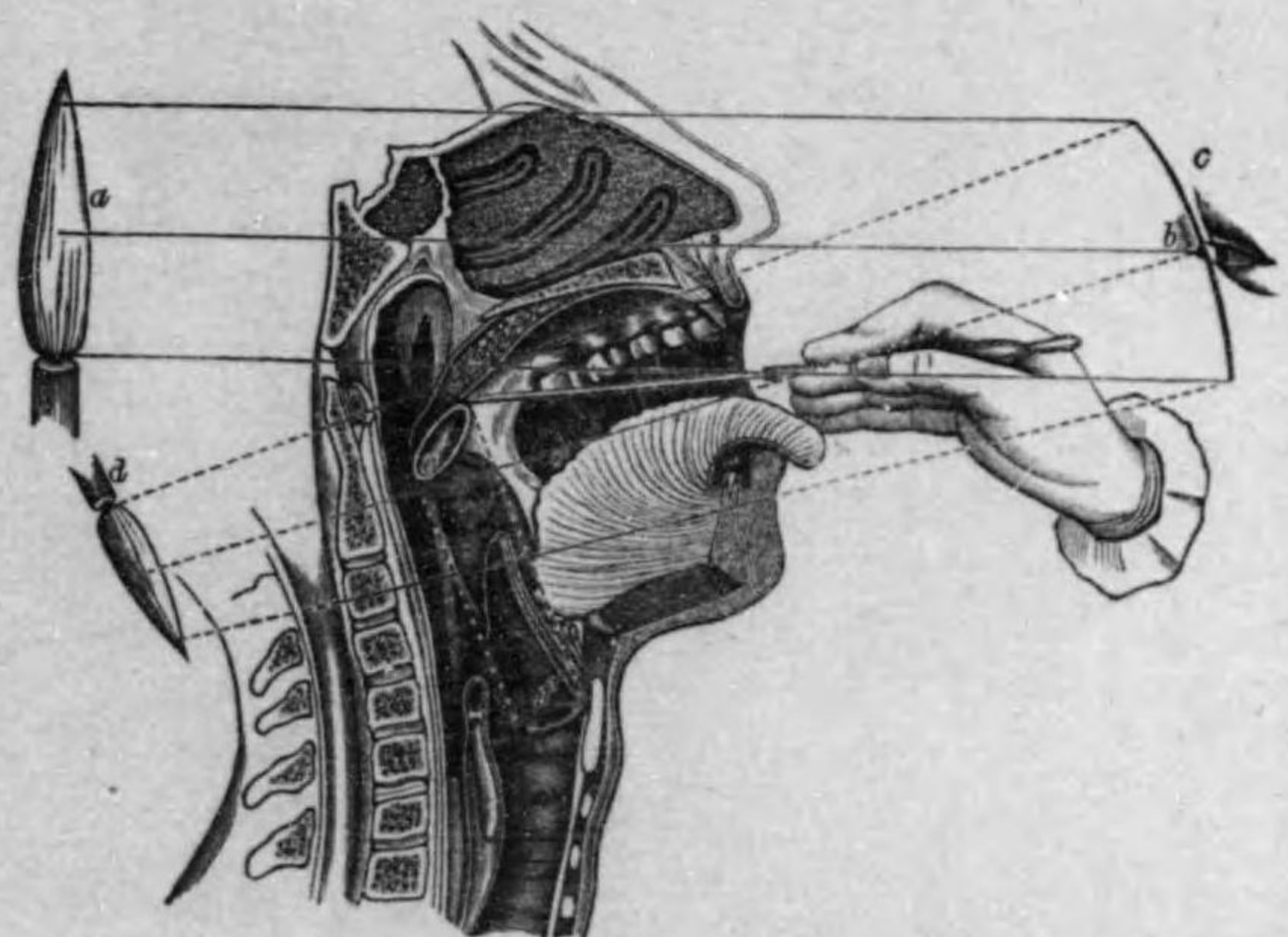


聲帶ヲ検査シタル後、之ヲ根據トシテ他部ヲ検査スルヲ良トス。此際注目ス可キ者ハ、喉頭各部ノ形状、色、竝ニ位置及運動ニシテ、其形状ハ、常態ニ於テモ、各人多少異ナル所アリ、病的

喉頭ノ検査法

スルトキハ、大ニ検査ヲ妨グ可キモ、咽頭粘膜ノ知覺過敏ナル者ハ、五%こかいん水ノ塗布ニ由リテ之ヲ防グコトヲ得可シ。喉頭内ノ病的變化ヲ確知セムニハ、先、屢尋常ノ喉頭ヲ照檢シテ之ヲ熟知セザル可カラズ。而シテ喉頭鏡面ニ映ズル像ノ上方ニ在ル者ハ、喉頭ノ前上部、例之會厭軟骨及前連合ニシテ、下方ニ在ル者ハ、其後部、例之披裂軟骨及後連合ナリ。常態ニ在リテハ、眞聲帶ハ白色ニシテ光輝アルモ、爾餘ノ諸部ハ、悉ク曇赤色ヲ呈シ、唯軟骨ノ透映スル所ハ稍、黄色ヲ帶ブ。故ニ喉頭検査ニ熟練セザル者ニ在リテハ、最初ニ眞

第百圖 咽喉鏡之位置



(a) 燈光
(b) 反射
(c) 喉頭鏡
(d) 喉頭
(e) 喉頭鏡
(f) 喉頭鏡
(g) 喉頭鏡

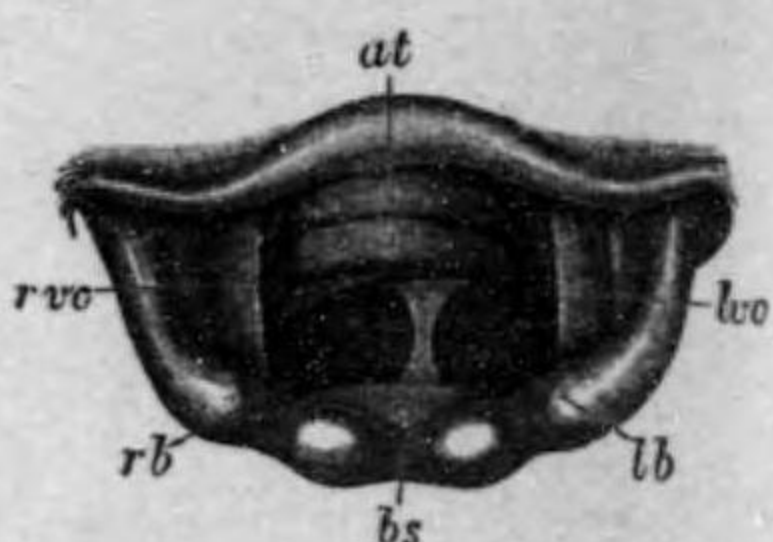
内ニ投射セシムルニ在リ。此法ニ依ルトキハ、亦能ク氣管ノ前後兩壁及其分岐部ヲモ明ニ視察スルコトヲ得可シ(第百一及第百二圖)。

ニ於テハ、殊ニ腫脹、炎症、腫瘍、潰瘍、異物ノ有無等ニ注意シ、又聲帶運動ノ尋常ナリヤ否ニ注目ス可シ。然レドモ上述ノ如キ尋常ノ喉頭鏡検査法ニ依リテハ、喉頭後壁ノ内面ヲ精細ニ検査スルコト能ハズ。之ヲ補フニハ、宜シクキリアン氏ノ法 (Die Killian'sche Methode) ヲ用フ可シ。其法タル、患者ヲシテ起立シテ頭首ヲ強ク前方ニ屈曲セシメ、検査者ハ跪坐シテ喉頭鏡面ヲ殆ド水平ノ位置ニ保持シ、光線ヲ下方ヨリ咽喉腔

介達喉頭鏡検査法

直達喉頭鏡検査法

第百一圖 氣管前壁及分岐部



(at) 氣管前壁
(lvo) 右側聲帶
(rb) 左側聲帶
(bs) 大氣管右側
(bs) 大氣管左側
(bs) 氣管分岐部

第百二圖 氣管後壁及分岐部



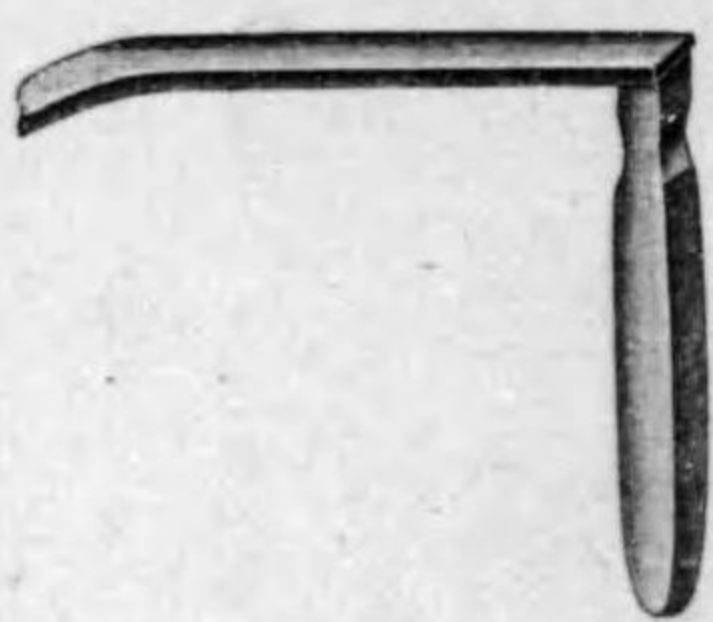
(bs) 氣管後壁
(sg) 聲門下部
(p) 氣管分岐部

喉頭鏡検査法ハ、上述ノ如ク、其光源ヨリ發スル光線ヲ集合シテ之ヲ咽喉腔内ニ送入セル小鏡面ニ投ジ、之ヨリ更ニ喉頭内ヲ照射シ、其

内景ヲ鏡面ニ反映セシメラ検査スルノ法ナリ。故ニ之ヲ介達喉頭鏡検査法 (Die indirekte Laryngoskopie) ト稱ス。

然ルニ一千八百九十五年キルスタイン氏ハ、喉頭鏡ヲ使用セズシテ直達喉頭鏡検査法 (Die direkte Laryngoskopie) ヲ發明シ、之ヲ行フニハ、先、舌根部

第百三圖 子範氏ノイタスルキ



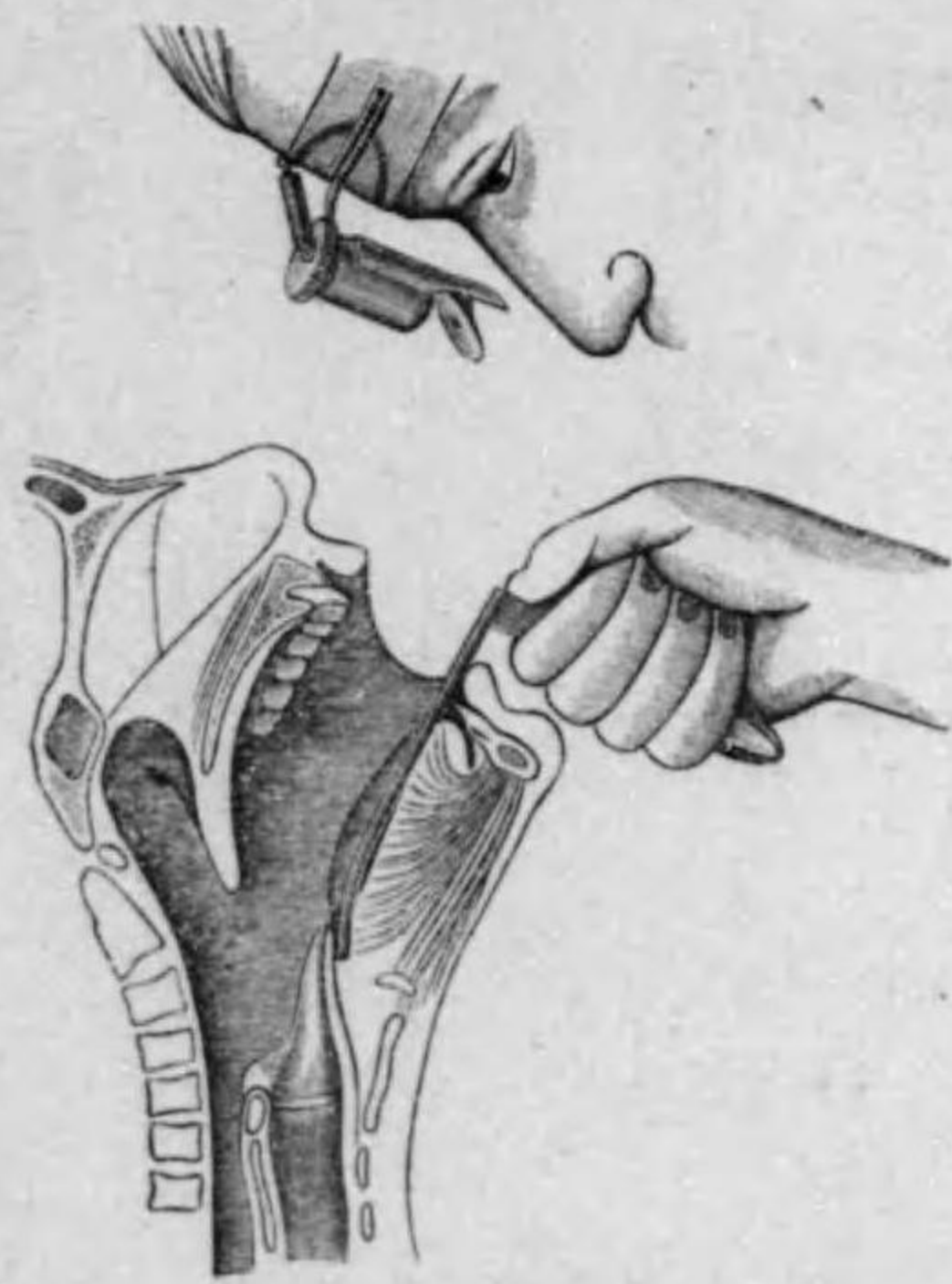
喉頭ノ検査法

及舌會厭窩部ニ二〇% がいん水ヲ塗布シ、患者ヲシテ低ク坐位ヲ取り、頭部ヲ強ク後屈シテ開口セシメ、キルスタイン氏鏡子 (Das Spiegel von Kirstein) (第百三圖) ヲ以テ舌根ヲ強ク壓抵シ、次デ把柄部ヲ舉上シ、其先端舌會厭窩ニ達スレバ、該部ヲ前下方ニ牽制スルトキハ、會厭軟骨ハ自ラ舉上シ、喉頭腔ハ口腔ト同一直線上ニ於ケル管腔トナル。

此際検査者ハ、同氏ノ前額電燈装置又ハ普通ノ反射鏡光線ニ由リテ直達的ニ喉頭内ヲ觀察スルコトヲ得可シ(第百四圖)。

近時ブリーニングス氏ハ、半管狀鏡子ヲ製作シ、且之ニ特別ナル電燈装置ト喉頭對照器トヲ接続セシメ、以テ大ニ直達鏡

第百四圖 スルキニ直達喉頭検査法



検査ニ改良ヲ加ヘタリ。今ブリーニングス氏法ニ依リ喉頭ヲ検査セムニハ、患者ヲシテキルスタイン氏法ニ於ケルガ如ク坐位ヲ取り、頭部ヲ後屈シテ開口シ、舌ヲ挺出シテ自ラ保持セシメ、検査者ハ左手ヲ以テ患者ノ上唇及門齒ヲ保護シ、右手ニ把持セルブリーニングス氏鏡子

(Das Brunlugs'sche Spekulum) (第百五圖)ヲ正中線ニ於テ約五仙迷舌根上ニ挿入シ、其先端ヲ以テ輕ク之ヲ前下方ニ壓抵ス。然ルトキハ、第百七圖ノ示スガ如ク、先會厭軟骨ノ遊離縁ヲ越エテ是ニ於テ鏡子ノ先端ヲシテ圖中矢ノ方向ヲ以テ示スガ如ク、會厭軟骨ノ遊離縁ヲ越エテ一乃至二仙迷送入スルトキハ、會厭軟骨ハ鏡子ノ前下方ニ壓排セラレ、同圖ガノ如ク、喉頭ノ後半部ヲ直視シ得ルニ至ル。此際患者ヲシテ舌ノ牽出ヲ中止シ、頭部ヲ益々後屈セシメ、更

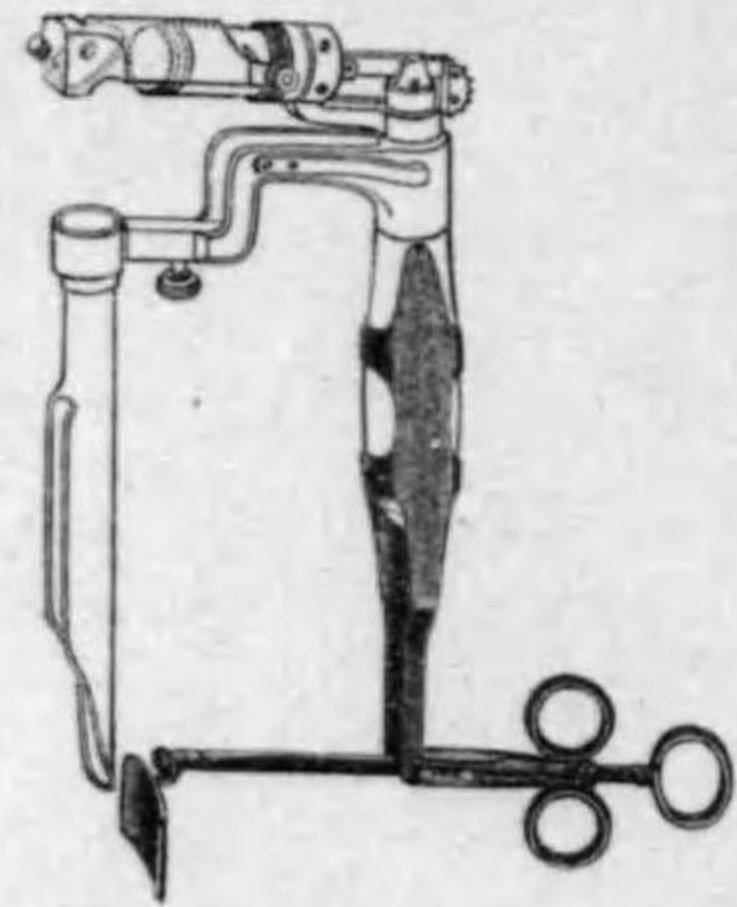
第百五圖 第百六圖

リブニスゲン氏鏡子



リブニスゲン氏鏡子

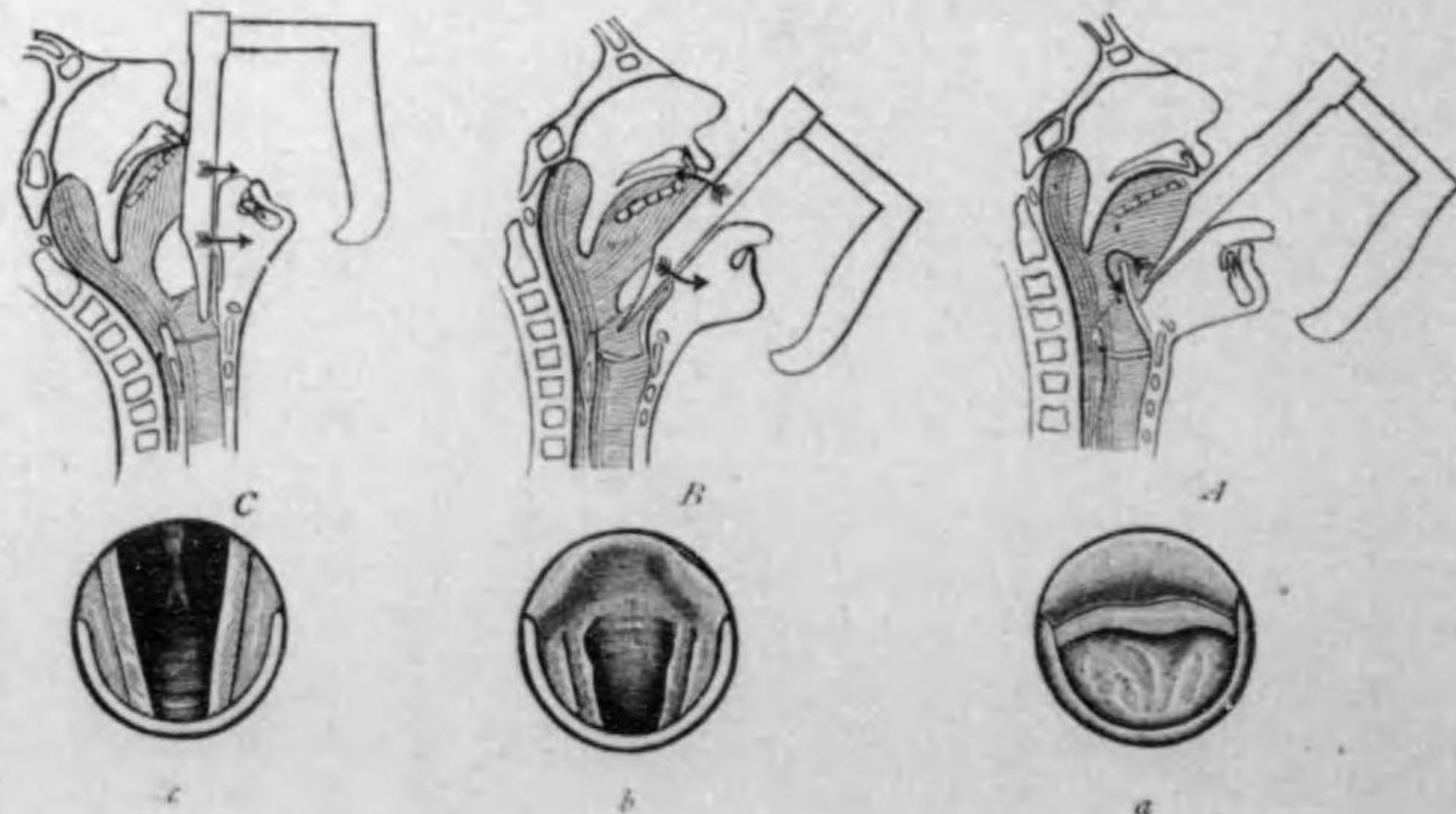
電燈及對照器ヲ裝シタルモル



喉頭ノ検査法

第百七圖 各々ノ時期及期其ノ見

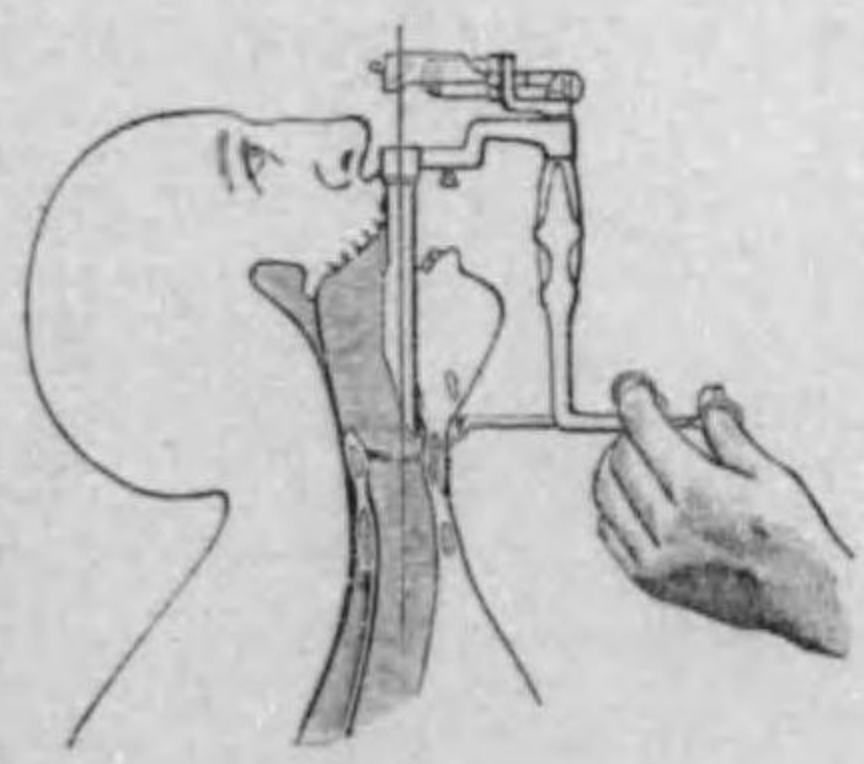
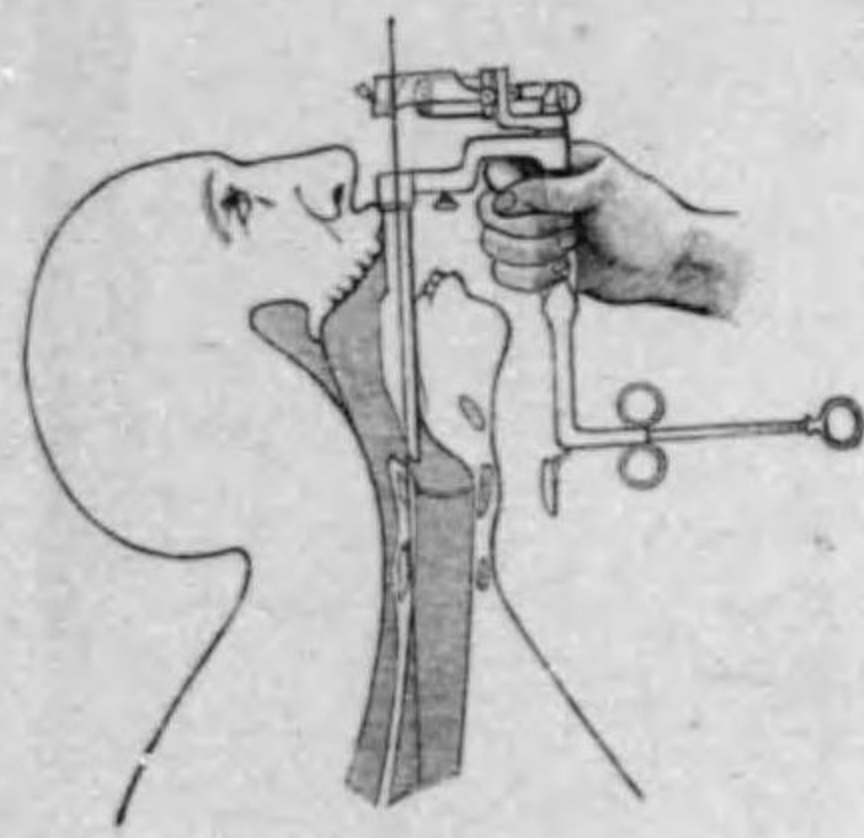
リブニスゲン氏鏡子送入ノ各々ノ時期及其見



ニ矢ノ示スガ如ク、鏡子ヲ轉向セシムルトキハ、圖中Cノ示スガ如ク、喉頭腔ヲ視診スルコトヲ得可シ。此際更ニ對壓器ヲ用キテ前頸部ヨリシテ喉頭ヲ後方ニ壓迫スルトキハ、能ク前連合部ニ至ルマデ目撃スルコトヲ得可シ。

ブリーニンクス氏ハ、喉頭及氣管ノ前壁ヲ視察シ易カラシムガ爲メ、同氏ノ對壓器 (Dra Gendrichkopf) ヲ使用ス可キコトヲ推奨セリ。此器ハ同氏ノ電燈裝置ノ柄端ニ裝著シ得

圖 八 百 第
氏スゲンニリブ
用作ノ器壓對頭喉



(B)ハ對
壓器ニテ
甲狀軟骨
ヲ壓迫シ
タル所ヲ
示ス

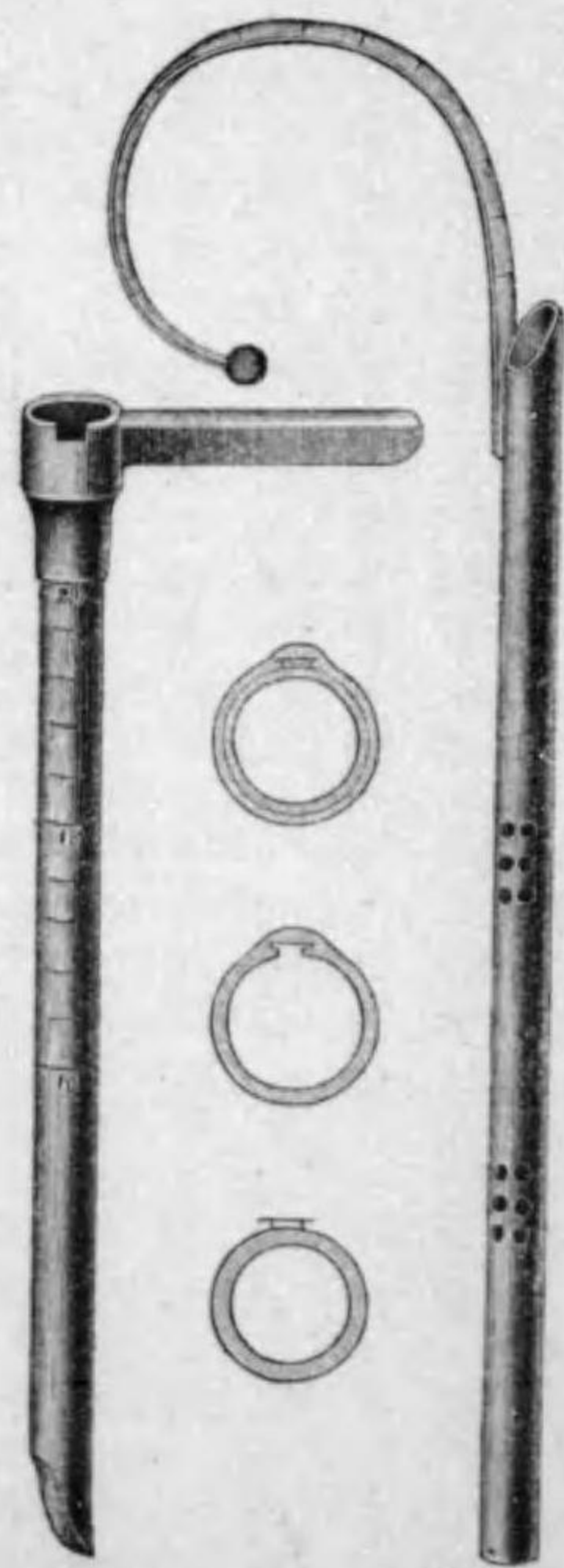
ル者ニシテ、之ニ由リテ甲狀軟骨ヲ後方ニ壓迫スル者トス (第百八及第百九圖)。然レドモ直達鏡検査法ハ、唯喉頭ノ検査ニノミ應用セラレルハ稀ナリ。是、喉頭ノ病變ハ、多クハ喉頭鏡検査ニ依リテ十分診斷シ得ラルルノミナラズ、直達鏡検査ハ、亦患者ニ苦痛ヲ與フルコト少カラズ、而モ喉頭前壁ノ視診困難ナルノ弊アレバナリ。但、此検査法ハ、聲門下腔

直達氣管
及氣管枝照檢
法

氣管及氣管枝ノ検査ニハ甚ダ必要ナル者ニシテ、小兒ニ在リテハ、全身麻酔ノ下ニ之ヲ施スコトヲ得可シ。
茲ニ尙直達氣管及氣管枝照檢法 (Die direkte Tracheo-Bronchoskopie) ヲ略述ス可シ。上述ノ如ク、キルスタイン氏ハ、一千八百九十五年喉頭ノ直達的検査法ニ成效シ、更ニ進ムデ氣管内ニ管鏡ヲ挿入セムコトヲ企テタリシモ、其危險ナルヲ慮カリテ之ヲ中止シタリシガ、一千八百九十七年キリアン氏ハ、強大ナル直管ヲ喉頭ヲ經テ氣管内ニ送入シ、氣管及氣管枝ノ内景ヲ能ク視察スルコトヲ得、又之ヲ治療上ニ應用スルコトヲ得タリシガ、次デ一千九百八年ブリーニンクス氏ハ、之ニ使用スル器械ニ改良ヲ加ヘ、本法ノ實施益、確實且簡易トナルニ至レリ。

直達氣管及氣管枝照檢法ニ使用セラレル器械ニハ、現今多クブリーニンクス氏ノ器械ヲ稱用ス。之ニ氣管枝鏡照輝裝置其他消息子、挾綿子、唾液吸引器等アリ。又異物ノ抽出若クハ

圖 九 百 第
鏡枝管氣氏スゲンニリブ



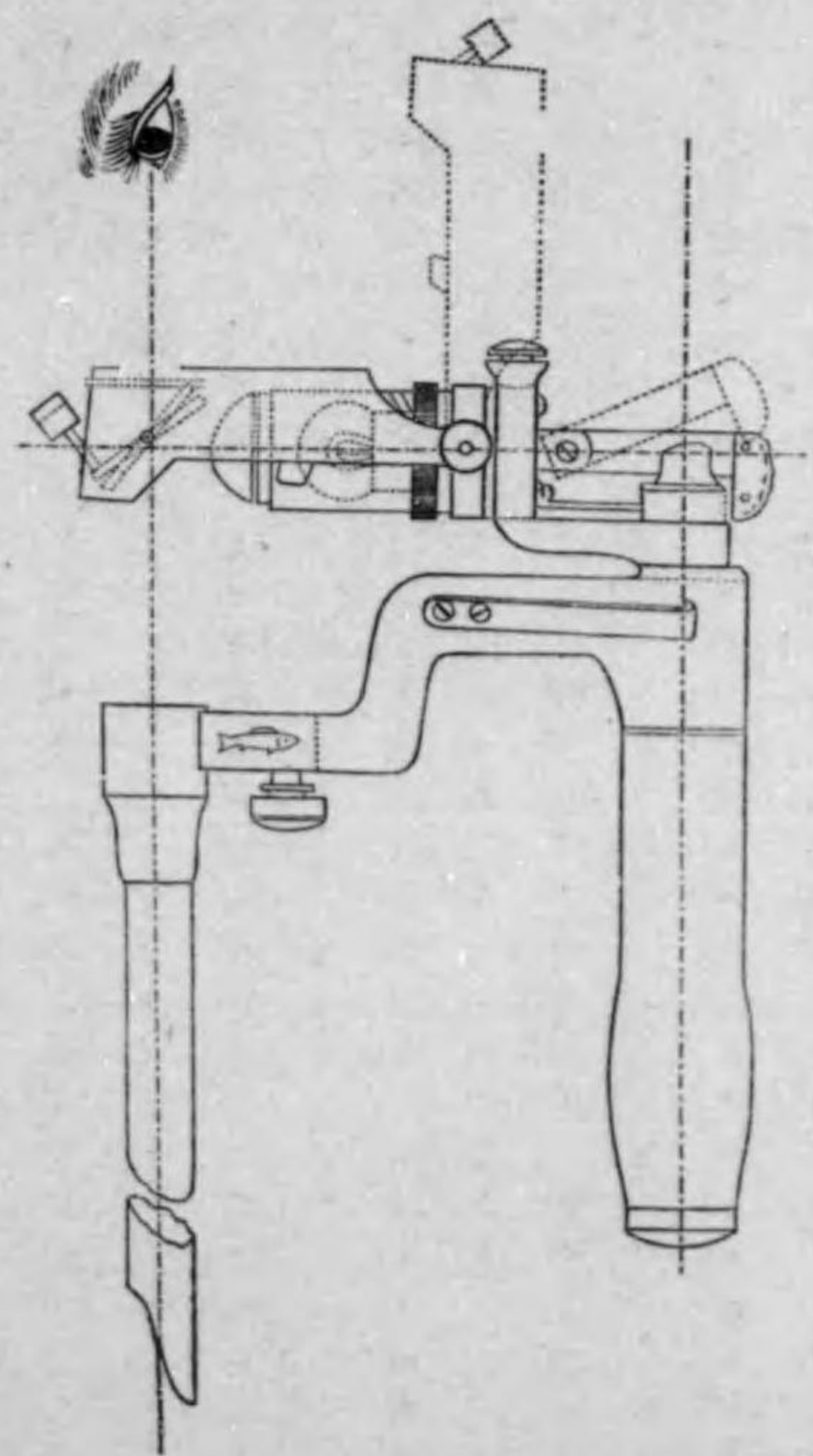
氣管及氣管枝ノ検査法

病的組織
ノ試験的
切除用ト
シテ、之ニ
鋸子及複
銳匙ヲ附
屬セリ。

ブリンニングス氏氣管枝鏡 (Das Bronchoskop nach Brunnings) ハ、所謂可延性重複管ニシテ、第百九圖ニ示スガ如ク、斜斷嘴端ヲ有スル導管ト、其管腔ニ挿入シ得キ移動管トノ二部ヨリ成リ、移動管ニ附著セル鋼鐵製撥條ハ、導管ノ内面ニ存スル凹溝ニ嵌入セラレ、其進退ニ由リテ適宜ニ其長ヲ變更シ、之ヲ固定スルヲ得可シ。而シテ此導管ハ、又直達喉頭鏡トシテ應用シ得可ク、移動管ハ亦食道鏡検査ニ應用セラル可シ。

照輝裝置 (Der Beleuchtungsapparat) ハ、第百十圖ニ示スガ如ク、氣管枝鏡ノ把柄ニ裝著スル者ニシテ、移動管若クハ手術器械ノ挿入ニ際シテハ、電燈ヲ一時側方ニ轉向シ、或ハ之ヲ把柄ヨリ抽出スルコトヲ得可シ。

第百十圖
リブニスタン氏電燈裝置



今ブリンニングス氏器械ヲ用キテ氣管及氣管枝ヲ照檢セムトスルニハ、患

者ヲシテ坐位若クハ臥位ヲ取ラシメ(小兒ニハ全身麻酔ヲ要スルヲ以テ、常ニ臥位ヲ取ラシメザル可カラズ)大人ニ在リテハ、懸垂軟口蓋、咽頭後壁及舌根部ニ二〇%こかいん水ヲ塗布シ、三分間ヲ經テ喉頭卷綿子又ハブリンニングス氏塗布注入器ヲ用キテ喉頭内ニこかいんヲ塗布シ、更ニ三分間ノ後、再ビ同様ニ塗布スルトキハ、喉頭各部ノ知覺ヲ全ク麻痺セシムルコトヲ得可シ。

氣管枝鏡ニハ、患者ノ年齢ニ應ジテ大小五種アルヲ以テ、今坐位ニ於テ検査ヲ施サムトスルニハ、先、患者ヲシテ低キ椅子ニ坐セシメ、頭首ヲ少シク後屈シ、左手ヲ以テ舌ヲ牽出セシメ、檢者ハ右手ニ把持セル流動ばらふんヲ塗リタル導管ヲ以テ舌背ヲ壓迫シツツ、會厭軟骨ノ遊離縁ヲ見得ルニ至ルマデ挿入シ、會厭軟骨現ハルルトキハ、其先端ヲ以テ該軟骨ノ遊離縁ヲ迂回シテ、其内方ニ約二仙迷送入シ、此際患者ヲシテ舌ノ牽出ヲ中止シ、且一層強ク頭首ヲ後屈セシムルト同時ニ、導管ヲ以テ會厭軟骨ト共ニ舌根ヲ前方ニ壓抵スルトキハ、能ク喉頭内腔ヲ直視スルヲ得可シ。以上ノ操作中ハ、患者ヲシテ靜ニ呼吸セシムルモ、今ヤ深吸氣ヲ爲サシメ、聲門十分開大スルトキハ、漸徐ニ導管ヲ下方ニ進メ、其先端ヲシテ氣管内ニ達セシムルトキハ、氣管壁及其分岐部ヲ明ニ觀察スルコトヲ得可シ。臥位ニ於ケル検査法ハ、坐位ニ於ケル検査ニ比スレバ、遙ニ困難ナリ。然レドモ全身麻酔ヲ施シタル大人患者ノ如キ、検査時間ノ長キ場合又ハ異物摘出時ニ於ケル方如キニ際シテハ、屢、此位置ニ於テセザル可カラズ。

ニ禁忌ト爲ス。
爾餘ノ喉頭検査法ハ、外方ヨリ喉頭ノ視診及觸診ヲ行フニ在リ。後者ハ、例之喉頭内異物、狭窄等ノ存在スル際ニ行フ者ニシテ、又かて一て其狀或ハ直角ニ彎曲セル消息子(喉頭消息子)ヲ用キテ喉頭内ヲ觸診スルコト有リ。例之其新生物ノ硬軟若クハ喉頭腔ノ知覺ヲ檢知セムトスル時ノ如シ。此他喉頭病ノ診斷ニ最モ肝要ナルハ、發音及呼吸ノ障礙アリヤ否ニ注目スルニ在リ。

第一 喉頭及氣管ノ畸形

喉頭及氣管ノ先天性畸形 *Kongenitale Formfehler des Larynx und der Trachea* 先天性頸瘻ニ屬スル者ハ、既ニ上文ニ述べタリ(本卷七及八頁參照)。次ニ實地上肝要ナル者ヲ先天性軟骨彎曲症(*Angeborene Knorpelbiegungen*)即會厭軟骨喉頭及氣管ノ脫位(*Die Deviationen der Epiglottis, des Larynx und der Trachea*)ト爲ス。是之ガ爲呼吸道ノ狭窄ヲ來スコト有レバナリ。此他喉頭内ニハ、先天性腫瘍及皮膜ヲ見ルコト有リ。前者ハ、多ク乳嘴腫ニ屬シ、後者ハ横ニ聲帶間ニ緊張セル強靱ナル膜、所謂喉頭ノ先天性橫隔膜(*Das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs*)ニシテ、常ニ其前連合ノ領域ニ存シ、多少後方ニ延長シ、爲ニ聲門ノ一部ヲ閉塞スルコト有リ。
先天性喉頭橫隔膜ノ高度ナル者ハ、喉頭刀又ハ電氣燒灼器ヲ用キテ喉頭内ニ於テ切

喉頭及氣管ノ畸形

離ス可キモ、時宜ニ由リ又喉頭切開術ヲ施シタル後、膜ヲ切除ス可シ。*P. v. Brunns*
ス氏ハ、喉頭狭窄ニ於ケルガ如ク、弾力性ノ中空ブービーヲ以テ非觀血の擴張法ヲ行フコトヲ賞揚セリ。
喉頭及氣管ノ後天性畸形ハ、其各病ノ條下ニ就テ觀ル可シ。

第二 喉頭及氣管ノ損傷

喉頭及氣管ノ損傷 *Verletzungen des Larynx und der Trachea* ハ、概シテ罕ナリ。是、此部ハ、一ハ突出セル頤部ノ爲、ニ庇護セララルト、又一ハ其軟骨壁ハ、頗ル彈力ニ富ミ、從テ外襲力ニ逢フモ、能ク之ヲ迴避シ得可ケレバナリ。
今喉頭及氣管ノ損傷ヲ區別シテ、左ノ諸種ト爲ス。

喉頭及氣管ノ損傷

喉頭震盪症

(一) 喉頭震盪症 *Die Erschütterung des Kehlkopfes, Commotio laryngis* ハ、喉頭部ニ強劇ナル打撃衝突ヲ蒙ル際、局所ニハ毫モ解剖的變化ヲ認ムルコト無キモ、爲ニ重症ナル呼吸困難及失神ヲ來シ、加之、終ニ死ニ至ルノ症ニシテ、*リストン氏*ノ始テ命名セル所ナリ。例之打球戲ノ際、球ノ飛ビ來リテ喉頭部ニ衝突スル際、患者即死スルコト有ルモ、剖檢上、局所ニハ毫モ解剖的變化ヲ證明スルコト能ハザルガ如シ。
療法 本症ニ對スル療法ハ、氣管切開術(後ニ詳ナリ)及人工呼吸法ヲ施シ、兼テ興奮劑ヲ投ズル等ニ過ギズ。

喉頭震盪症ノ療法

喉頭及氣管ノ畸形及損傷(喉頭震盪症)

喉頭挫傷

(一) 喉頭ノ挫傷 Die Quetschung des Kehlkopfes, Contusio laryngis モ亦其打撃衝突壓迫ヲ蒙ル際ニ發スル者ニシテ殊ニ軟骨ノ彈力ニ當ミ未ダ石灰變性ヲ起サザル者ニ多ク見ル所ナリ。自覺的症候ハ局所ノ疼痛咳嗽發作時トシテハ多少ノ呼吸障礙等ニシテ喉頭検査上ニハ往々溢血加之。間血腫ヲ認メ且粘膜浮腫シ時トシテハ聲帶ノ運動障礙ヲ見ルコト有リ。但本症ハ多クハ後害ヲ貽サズシテ治療スルヲ常トス。

喉頭挫傷ノ療法

療法 先局所ニ冷罨法ヲ施シ且之ヲ保安シ若呼吸障礙ヲ來ストキハ氣管切開術ヲ施ス可シ。

喉頭軟骨ノ脱臼

(三) 喉頭軟骨ノ脱臼 Die Luxation der Kehlkopfknorpel ハ絶ダ罕ナレドモ披裂軟骨及環狀甲狀關節ノ脱臼ヲ來シタルコト有リ。後者ハ又時ニ習慣性ニ來ルコト有リ。例之欠伸時若クハ深息時ニ發スルガ如シ。此際患者局所ニ劇痛ヲ覺エ且不安ノ感ヲ起シ時トシテハ亦窒息發作ヲ來スコト有リ。但壓迫或ハ嚔下運動ニ由リ之ヲ整復スルハ通常容易ナリトス。

喉頭軟骨ノ折傷

(四) 喉頭軟骨ノ折傷 Die Fraktur der Kehlkopfknorpel ハ殊ニ老人ニ於テ軟骨ノ石灰化シ或ハ骨化シタル者ニ多ク見ル所ニシテ甲狀軟骨及環狀軟骨ニ來ルコト最モ多ク披裂軟骨ニ來ルハ稀ナリ。其原因ハ側方ヨリ或ハ前方ヨリ後方ニ向テ襲來スル外力ニシテ例之手ヲ以テ前頸部ヲ絞扼セラレルカ或ハ拳ヲ以テ之ヲ打撃セ

喉頭軟骨折傷ノ症候

ラルル時ノ如シ。又外力暴劇ナルトキハ喉頭軟骨全ク破碎セラレ或ハ全ク氣管ヨリ離斷セラレルコト有リ。而シテ斯ノ如キ骨折ニハ多クハ亦喉頭ノ外部或ハ内部ノ損傷ヲ兼ル者トス。

喉頭軟骨折傷ノ療法

症候 他覺的ニハ局所ニ腫脹及變形ヲ認メ且著シク機能障礙アリ。殊ニ甚ダシキハ呼吸困難及頗ル疼痛性ノ痙攣様咳嗽發作ナリ。是折片ノ轉位氣道内血液ノ流入及外傷ノ爲喉頭知覺神經ノ刺戟セラレルニ因ル者ニシテ血液若シ多量ニ肺臟内ニ吸引セラルルトキハ爲ニ窒息死ヲ來スコト有リ。又喉頭内ノ粘膜損傷セラレルヲ以テ空氣之ヨリ竄入シ頸圍顔面軀幹及四肢其他縱隔膜ニ至ルマデ氣腫ヲ發スルコト多シ。蓋本症ノ重症ナル者ニ於テハ患者通常即時窒息ノ爲ニ斃ルルカ否ザルモ後ニ至リテ聲門浮腫縱隔膜氣腫聲門痙攣等ノ爲ニ斃ルルコト少カラズ。

療法 即時治療ヲ施サザレバ效無シ。即呼吸困難又ハ窒息ニ瀕スル者ニ在リテハ直ニ氣管切開術ヲ施スカ或ハ喉頭插管法(後ニ詳ナリ)ヲ行フ可シ。但是等ノ法ハ亦著シキ呼吸障礙無キ場合ニ於テモ行フヲ良トス。何者斯ノ如キ症ニ在リテハ當初呼吸障礙無キモ突然著シキ呼吸障礙ヲ來スコト有レバナリ。而シテ氣管切開術ヲ行ヒタルトキハ其創口ヨリ鉗子ヲ送入シテ轉位セル軟骨折片ヲ整復シ又護膜管ニ由リテ肺臟内ニ吸引セラレタル血液ヲ吸出ス可シ。此際時宜ニ由リ局所ヲ切開シテ折片ノ整復ヲ謀ルコト有ル可シ。

喉頭及氣管ノ損傷(喉頭挫傷・喉頭軟骨ノ脱臼及折傷)

氣管ノ折傷

(五)氣管ノ折傷 Die Fraktur der Trachea ハ舌骨及喉頭軟骨ノ折傷ニ比スレバ遙ニ稀有ニシテ、通常暴劇ナル外力作用ニ由リテ發ス。例之車輪ニ轢過セラレタル時ノ如シ。此際氣管軟骨輪ハ、或ハ縦ニ折傷セラレ、或ハ横ニ分離セラレ、或ハ又喉頭ヨリ離斷セラレルコト有リ。而シテ其症候ハ、殆ド喉頭軟骨ノ折傷ニ同ジ。但本症ニハ、皮膚ノ氣腫ヲ發スルコト著シキヲ以テ、折傷部ヲ觸診スルコト能ハズ。唯其部位ニ由リテ之ヲ察知スルノミ。

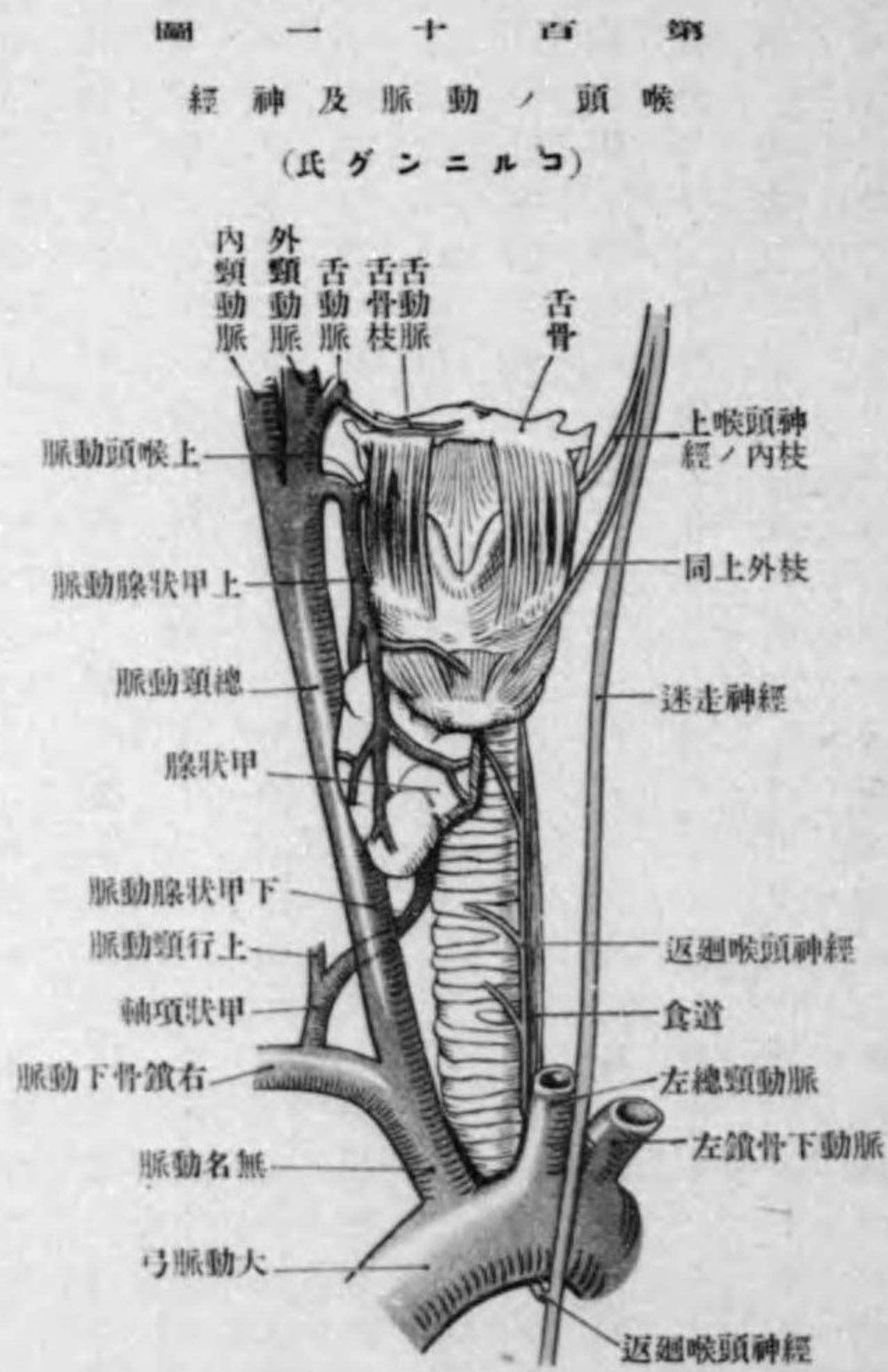
療法 速ニ氣管切開術ヲ施スニ非ザレバ、患者ヲ救治スルコト能ハズ。

氣管折傷ノ療法
喉頭及氣管ノ創傷

喉頭及氣管ノ創傷ノ症候

(六)喉頭及氣管ノ創傷 Die Wunden des Larynx und der Trachea ニハ、切創、刺創及銃創ヲ見ルヲ多シトス。切創及刺創ハ、殊ニ自殺ヲ企テタル者ニ見ルコト多ク、其創所ハ通常舌骨ト甲状軟骨トノ間ニ在リテ、刀尖ハ間、深ク咽頭腔内ニ達シ、亦舌骨會厭軟骨等ヲ傷クルコト有リ。斯ノ如キ穿通創ニ於テハ、舌動脈外頸動脈内及外頸動脈頭靜脈等ヲ損傷シ、爲ニ著シキ出血ヲ來シ、血液氣道内ニ流入スルトキハ、窒息ノ爲ニ斃ルルコト多ク、又失血ノ爲ニ即死スルコト有リ。但自殺ヲ企テ喉頭或ハ氣管ヲ横ニ切斷スルコト有ルモ、創口淺キ者ニ在リテハ、近圍ノ血管及神經ヲ損傷スルコト無キヲ以テ、死ニ至ラザル者トス。喉頭ノ銃創ハ、最モ著シキ損傷ヲ來ス者ニシテ、創口ハ不正ナルコト多ク、軟部著シク挫滅セラレ、且喉頭軟骨ノ折傷ヲ伴フコト多シ。

症候 創傷ノ種類及大小ニ由リ、又副損傷ノ有無ニ由リ、症狀固ヨリ一様ナラズ。氣道



第十四圖 喉頭及氣管ノ創傷 (氏ダンニルコ)

ノ切創ニシテ唯僅ニ切離セラレタル者ニ在リテハ、創口少シク哆開スルノミナレドモ、其深キ者ニ在リテハ、其上斷端ハ筋ノ收縮ニ由リテ著シク上方ニ牽引セラレ、下斷

端ハ下方ニ沈降スルヲ以テ、創口甚ダシク哆開スル者トス。而シテ通常多ク見ル所ノ症狀ハ、呼吸困難及咳嗽發作ニシテ、前者ハ血液氣道内ニ流入スルカ、或ハ軟骨片ノ轉位スルカ、或ハ會厭軟骨ノ損傷ニ由リ、

喉頭及氣管ノ創傷ノ豫後

或ハ又頸蜂窠織中ニ空氣ノ竄入スルニ由リテ發シ、此氣腫ハ速ニ四方ニ蔓延シ、殊ニ縱隔膜ニ向テ蔓延スルトキハ、頗ル危險ナル者トス。豫後 創傷ノ種類及大小ニ由リ一定ナラザレドモ、速ニ治療ヲ施サザルトキハ、不良ナルコト多シ。是レ大ナル頸ノ血管ヲ傷クルトキハ、失血ノ爲ニ斃レ、又肺臟内ニ血液流

喉頭及氣管ノ折傷(氣管ノ損傷・創傷)

喉頭及氣管創傷ノ療法

入スルトキハ、窒息死ヲ招クコト有レバナリ。又假令一時危険ナル症狀ヲ免カルコトヲ得ルモ、後ニ至リテ氣管枝炎、肺炎、蜂窠織炎等ヲ繼發シ、不良ナル轉歸ヲ取ルコト有リ。又幸ニシテ治癒ニ至ルモ、其經過緩慢ニシテ、後ニ氣管ヲ貽シ、或ハ喉頭又ハ氣管ノ狹窄ヲ來シ、又聲帶ノ癩痕性收縮ノ爲メ、著シキ呼吸障礙ヲ起スコト有リ。

療法 先づ出血ヲ制止シ、且呼吸障礙ヲ除却スルヲ主要ナリトス。即ち出血甚ダシキトキハ、先づ指壓法ヲ行ヒ、次デ局部所ニ於テ結紮スルカ、或ハ之ヲ行ヒ難キトキハ、連續部ノ本幹ヲ結紮ス可シ。又血液氣道内ニ流入シタルトキハ、其嚙出ヲ謀リ、或ハ護謨管ヲ氣道内ニ送入シテ之ヲ吸出ス可シ。此際時宜ニ由リ速ニ氣管切開術ヲ施シ、栓塞管子ヲ挿入スルコト有ル可シ(後ニ詳ナリ)。但、稍、重症ナル創傷ニ在リテハ、著シキ呼吸障礙ヲ呈セザルモ、豫氣管切開術ヲ施シ(所謂豫防的氣管切開術)、以テ急變ニ備フルヲ肝要ナリトス。又創傷部若シ氣管ニ在ルトキハ、直ニ其創内ニ管子ヲ挿入スルコトヲ得可シ。爾他創傷ノ處置ハ、一般ノ防腐的若クハ無腐的法則ニ從フ。而シテ喉頭若クハ氣管深ク横斷セラレ、創口廣ク哆開スル者ハ、之ヲ縫合セザル可カラズ。

氣道ノ創傷既ニ治癒シ、氣管若クハ狹窄ヲ貽ストキハ、各者又特別ノ治術ヲ要ス。即ち氣管存スルトキハ、其周圍ニ於ケル組織ノ一部ヲ橢圓狀ニ切除シ、左右ノ創縁ヲ下底ヨリ剝離シテ移動シ易カラシメ、之ヲ其中央ニ於テ縫合ス可シ。小ナル瘻孔ハ、之ニ由リテ閉合セシムルコトヲ得ルモ、其稍、大ナル者ニシテ、殊ニ一部ノ缺損セル者ハ、有莖

喉頭及氣管火傷及腐蝕

皮膚ヲ造リテ之ヲ閉鎖セザル可カラズ。氣道ノ狹窄ニ對シテハ、口内ヨリ中空ノ消息子ヲ通ジテ之ヲ擴張スルカ、或ハ氣管切開術ヲ施シ、口内或ハ創内ヨリボーヒーヲ送入シテ之ヲ擴張ス。或ハ又喉頭插管法ヲ施スモ可ナリ。

(七) 喉頭及氣管ノ火傷及腐蝕 Die Verbrennung und Verätzung des Larynx und der Trachea. 氣道ノ火傷ハ、火焰或ハ過熱セラレタル空氣ヲ吸入スルニ因ル。例之火災ノ際火焰ニ包圍セラルル時又ハ熱セラレタル蒸氣ヲ吸入スル際ニ於ケルガ如シ。又其腐蝕ハ、誤テ或ハ故意ニ強酸類若クハ強あるカリ劑ヲ飲下スル際ニ見ル所ニシテ、多クハ氣道ノ上部ニ來ル者トス。之ニ由リテ生ズル症狀ハ、粘膜ノ炎症性腫脹之ニ應ズル呼吸障礙、失聲、嚙下困難等ニシテ、重症ナル者ニ在リテハ、高度ノ呼吸困難ヲ來シ、爲メニ氣管切開術ヲ要スルコト有リ。而シテ幸ニシテ治癒スルモ、後ニ至リテ多少氣道ノ狹窄ヲ貽スコト有リ。

療法 火傷ニ在リテハ、先づ口内ニ冰片ヲ含マシメ、頸圍ニ冰罨法ヲ施シ、又蒸氣吸入法ヲ行ハシム。酸類若クハあるカリ劑ノ腐蝕ニ在リテハ、宜シク之ヲ中和スル所ノ藥劑ヲ與フ可シ。

喉頭及氣管火傷及腐蝕ノ療法

喉頭及氣管炎症性疾患

第三 喉頭及氣管ノ炎症性疾患

喉頭及氣管ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen des Larynx und

喉頭及氣管ノ損傷(火傷及腐蝕)

かたゝる性喉頭炎ノ療法

der Tracheaニ就テ主トシテ爰ニ述ブ可キ者ハ喉頭ノ炎症ナリ。喉頭炎(Die Laryngitis)ニかたゝる性炎くる一ぶ及ちふてり一性炎粘膜下喉頭炎其他聲門浮腫軟骨膜炎及軟骨炎結核病梅毒等ノ諸種アリ。

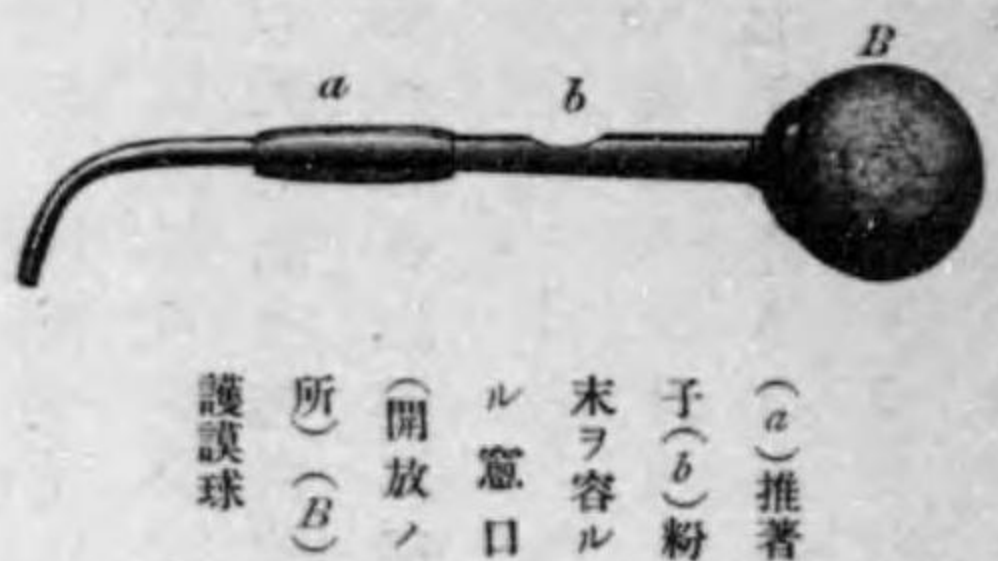
(一)かたゝる性喉頭炎又喉頭かたゝる Laryngitis catarrhalis oder der Kehlkopfkatarthニ急性及慢性ノ二症アリ。急性喉頭かたゝるニ於テハ喉頭ノ粘膜充血腫脹シ分泌物增多ス。其主徴ハ咳嗽嘶嘎或ハ無聲喉頭部ノ疼痛或ハ搔痒ノ感等ニシテ七八歳ノ兒童ニ在リテハ間嘔下障碍ヲ來シ吠ユルガ如キ咳嗽ヲ發シ又屢一時聲門閉鎖筋ノ反射的痙攣ノ爲呼吸困難ヲ來スコト有リ。所謂假性くろ一ぶ(Pseudo-croup)是ナリ。慢性喉頭かたゝるハ或ハ急性症ヨリ轉ジ來リ或ハ最初ヨリ慢性ニ發スル者ニシテ後者ハ殊ニ慢性鼻咽頭かたゝるニ繼發スルヲ多シトス。又本症ハ屢微毒及結核病患者其他酒客ニ多ク見ル所ニシテ喉頭ヲ過度ニ使用スル者例之説教者謠曲家其他常ニ塵埃ヲ吸入スル者例之石工磨工等ニ於テモ一種ノ職業病トシテ之ヲ見ルコト多シ。

かたゝる性喉頭炎ノ療法

療法 急性喉頭かたゝるニハ喫煙談話酒精飲料ヲ禁ジ頸圍ニプリースニツ氏器法ヲ施シ温湯番茶等ヲ飲用セシメ四%鹽酸カリ水三%硼酸水二%食鹽水等ノ蒸氣吸入法(Die Dampfinhalation)ヲ行ハシム。又咳嗽ヲ頻發スル者ニハもるひねヲ内服セシムルコト有リ。此他局所療法トシテハ吹粉器(Der Pulverbläser)第百十二圖ヲ用キ粉劑例之明

喉頭くる一ぶ及ちふてり一

第百二十圖 喉頭吹粉器



第百三十圖 喉頭毛筆



第百四十圖 喉頭海綿球



攀白糖等分ノ者ニもるひねヲ混ジテ喉頭内ニ吹入スルコト有リ。慢性症ニハ殊ニ收斂劑ヲ用ユ可シ。就中稱用ス可キハ二乃至四乃至一〇%硝酸銀水ノ塗布てれびん蒸氣ノ吸入

法等ニシテ喉頭ニ藥液ヲ塗布スルニハ喉頭毛筆(Die Kehlkopfbürste)第百十三圖又ハ喉頭海綿球(Die Kehlkopfschwämmchen)第百十四圖ヲ用ユ。但最モ肝要ナルハ其原因トナル可キ者ヲ避ケ且常ニ豫防法ニ注意セシムルニ在リ。即大氣溫度ノ變換ニ慣レシメ又海濱或ハ山間ニ住居セシムルヲ可トス。

(二)喉頭くる一ぶ及ちふてり一 Der Krupp (Croup) und die Diphtherie des Kehlkopfesニ喉頭狹窄症ノ爲屢氣管切開術ヲ要スルコト有ルヲ以テ肝要ナリトス。但其原因及解剖的變化ニ就テハ既ニ咽頭炎ノ條下(本書第一卷五二五頁參照)ニ述ベタ

喉頭及氣管ノ炎症性疾患(かたゝる性喉頭炎・喉頭くる一ぶ及ちふてり一)

ルヲ以テ、安ニ之ヲ贅セズ。故ニ茲ニハ唯其臨牀上緊要ナル點ヲ略述スルノミ。即喉頭くる一ふハ、通常三期ニ區別セラル。第一期ニ於テハ、毎常かたゝる性症候(咳嗽鼻感冒、嚥下障碍)ヲ呈シ、全身状態ハ障碍セラルルコト甚ダ少ナキモ、此前期無クシテ突然くる一ふヲ發スルコト有リ。之ニ又二種アリ。一ハ咽頭ヨリ喉頭ニ蔓延スル症ニシテ、之ヲ下降性くる一ふ(Der absteigende Krupp)ト稱シ、一ハ之ニ反シテ喉頭ヨリ咽頭ニ蔓延スル者ニシテ、之ヲ上昇性くる一ふ(Der aufsteigende Krupp)ト稱ス。而シテ真正ノくる一ふヲ發スルハ第二期ニシテ、此期ニ於テハ、粘膜ニ義膜ヲ生ジ、聲音無聲ト爲リ、且多少喉頭狭窄ノ爲、呼吸障碍セラレ、加之、時々窒息發作ヲ來スコト有リ。呼吸困難ハ、殊ニくる一ふノ氣管枝ニ蔓延セル者ニ於テ最モ高度ニ達シ、此際患兒頗ル苦悶ノ容貌ヲ呈シ、又舉動甚ダ不穩ニシテ、往々蔭中ヨリ蹶起セムトスルコト有リ。第三期ハ、即死亡若クハ治癒期ニシテ、其死ニ至ルヤ、俄然窒息ヲ起スハ罕ニシテ、通常漸次炭酸中毒ノ増進スルニ因リテ窒息スル者トス。此際患兒漸ク安靜昏睡狀ト爲リ、呼吸及脈搏益々微弱ト爲リ、遂ニ死亡ス。然レドモ其治癒ニ向フヤ、呼吸困難漸ク減少シ、多量ノ粘液及膿汁ト共ニ義膜ヲ喀出ス。

本症ノ持續ハ、平均六乃至八日ニシテ、其轉歸ハ常ニ甚ダ疑ハシク、殊ニ小兒ノ幼稚ナルニ從ヒ、豫後益々不良ナリト雖、輒近フオン・ペーリング氏ノ血清療法廣ク世ニ行ハルルニ至リテヨリ、本症ノ爲、ニ斃ルル可憐兒ノ著シク減少セルハ、寔ニ人世ノ幸福ト謂ハザル可カラズ。

喉頭くる一ふ
及ちふてり
ノ療法

粘膜下喉頭炎

喉頭ぢふてり一モ、其經過及豫後ニ於テくる一ふト異ナルコト無シ。蓋本症ハ、多クハ咽頭ぢふてり一ニ繼發スル者ニシテ、純然タル喉頭ぢふてり一ハ、罕ニ觀ル所ナリ。喉頭ぢふてり一ノ後ニハ、往々咽頭麻痺及調節機能ノ障碍ヲ貽シ、又小兒ハ恢復期中(第四乃至第七週)ニ於テ突然ぢふてり一性心筋炎ニ基因スル心臟麻痺ノ爲、ニ斃ルルコト有リ(第一卷五二五頁參照)。

療法 本症ニ對スル療法ハ、咽頭ぢふてり一ニ於ケルト同ジ(第一卷五二九頁參照)。最モ肝要ナルハ、可及的早クぢふてり一血清ヲ皮下ニ注射スルニ在リ(其詳細ハ、新纂外科總論ニ就テ觀ル可シ)。此他頸圍ニ冰罌法ヲ施シ、年長ノ小兒ニハ冰片ヲ與ヘ、鹽酸カリ、硼酸等ノ含嗽乳酸石灰水、石炭酸等ノ吸入ヲ行ハシム。然レドモ若シ呼吸障碍ヲ發來スルトキハ、速ニ氣管切開術ヲ施シ、或ハ喉頭插管法ヲ行フ可シ。其術式ハ下文ニ詳ナリ。

(三)粘膜下喉頭炎 Laryngitis submucosa ハ、主トシテ喉頭粘膜下組織ニ炎症ヲ發スルノ症ニシテ、之ニ急性及慢性ノ二症アリ。急性粘膜下喉頭炎ハ、局所ノ機械的化學的又ハ溫熱的刺戟ニ因リ、或ハ重症ナル喉頭かたゝる、ぢふてり一丹毒急性傳染病、微毒結核病等ニ基因スル者ニシテ、之ニ由リテ生ズル炎症性腫脹ハ、或ハ限局シ、或ハ蔓延シ、間、膿瘍ヲ形成スルコト有リ。而シテ其腫脹ハ、往々速ニ増進スル者ニシテ、爲ニ高度ノ喉頭狭窄症ヲ發スルコト有リ、殊ニ喉頭下部ノ侵サレタル者ニ於テ然リトス。

喉頭及氣管ノ炎症性疾患(喉頭くる一ふ及ちふてり一・粘膜下喉頭炎)

粘膜炎
喉頭下喉頭炎
ノ療法

チムセン氏ノ急性聲門下喉頭炎(Laryngitis hypoglottica acuta)即是ナリ。慢性粘膜炎
 喉頭炎ハ殊ニ會厭聲帶及聲帶下喉頭部ノ粘膜炎ニ肥厚ヲ來ス症ニシテ其經過
 甚ダ緩慢ナルモ時ニ劇甚ナル窒息發作ヲ來スコト有ルヲ以テ頗ル危險ナリトス。
療法 急性粘膜炎ニハ頸圍ニ冰罨法ヲ施シ、冰片ヲ與ヘテ專ラ消炎療法ヲ努
 メ呼吸困難ヲ來ストキハ速ニ氣管切開術ヲ行ヒ膿瘍ハ直ニ切開ス可シ。慢性症ニ於
 テハ其原因ヲ探リテ之ヲ攻治スルヲ肝要ナリトス。例之其微毒ニ基因スル者ニハ驅
 微療法ヲ行フガ如シ。又既ニ喉頭狹窄ヲ起セル者ニハ喉頭插管法ヲ施シ或ハ喉頭
 一ビラヲ送入シテ之ヲ擴張ス可シ(次項ニ詳ナリ)。

聲門浮腫又喉
頭浮腫

(四)聲門浮腫又喉頭浮腫 Das Glottis- oder Kehlkopfödem ハ喉頭粘膜炎及
 粘膜炎下組織ニ急性漿液性浸潤ヲ起ス症ニシテ或ハ種々ナル喉頭内ノ疾患ニ繼
 發シ或ハ其附近ノ疾患ニ續發ス加之此症ハ亦心臟肺臟及腎臟ノ諸病ニ因ル全身
 水腫ニ伴フコト有ル者ニシテ時トシテハ全ク純然タル血管運動神經ノ機能神經症
 トシテ突然發來スルコト有リ。彼急性局限性皮膚水腫(所謂クインケ氏皮膚水腫)ニ併
 發スル者ノ如キ即是ナリ。此水腫ハ多少一局部ニ局限スルコト有ルモ亦蔓延性ニ發
 スルコト有リ。殊ニ多ク侵サルルハ粘膜炎下組織ニ富饒ナル所ナルヲ以テ喉頭ノ上部
 ナル披裂會厭皺襞會厭及其周圍假聲帶附近ニ之ヲ見ルコト多ク聲帶ノ高度ニ腫脹
 スルハ罕ナリ而シテ之ニ由リテ生ズル症候ハ主トシテ呼吸困難ニシテ呼吸困難ハ

聲門浮腫ノ療
法

始ハ吸氣的ナルモ(是吸氣ノ際浮腫セル披裂會厭皺襞及假聲帶ハ互ニ壓迫セラレ
 バナリ)浮腫ノ増加スルニ從ヒ亦吸氣的呼吸困難ヲ來シ此際速ニ氣管切開術ヲ施サ
 ザルトキハ忽チ死ニ至ラシムルコト有リ。
 喉頭浮腫ハ亦慢性ニ來ルコト有リ。是喉頭内ニ於ケル著シキ病變例之潰瘍惡性
 腫瘍等ニ因ル者ニシテ狹窄症狀ハ通常著シカラザルモ間、急性増悪症ヲ來シテ窒息
 ニ陥ラシムルコト有リ。

療法 先テ精密ナル喉頭鏡検査ヲ行ヒ其原因ヲ除却スルヲ肝要ナリトス。浮腫ニ對シ
 テハ喉頭ノ兩側ニ水蛭ヲ貼シ頸圍ニ冰罨法ヲ施シ又喉頭刀ヲ用キテ粘膜炎ヲ亂切ス
 可キモ呼吸困難増進スルトキハ猶豫セズシテ氣管切開術ヲ行ハザル可カラズ。

喉頭軟骨膜炎
及軟骨炎

(五)喉頭軟骨膜炎及軟骨炎 Perichondritis und Chondritis laryngea 間
 損傷後或ハ微毒結核病等ニ由リ原發的ニ來ルコト有レドモ多クハ皆粘膜炎ノ疾患例
 之微毒結核病ニ由リ等ニ繼發スル者ニシテ殊ニ披裂軟骨及環狀軟骨ニ發スル
 ヲ最多ナリトス。而シテ軟骨膜ノ炎症ハ或ハ其肥厚ヲ來シ或ハ其化膿ヲ來ス者ニシ
 テ後者ニ在リテハ軟骨膜剝離セラレ爲ニ軟骨ノ一部或ハ大部壞死ニ陥ルコト有リ。
 又非化膿性ノ軟骨膜炎ニ於テハ著シキ肥厚ヲ來シ加フルニ軟骨ノ結締織性變化ヲ
 以テシ又軟骨及骨ヲ新生スルコト有リ。之ニ由リテ生ズル機能障礙ハ炎症所在ノ部
 位及其廣狹ニ關スレドモ主トシテ呼吸障礙ニシテ此障礙ハ軟骨ノ著シク肥厚セル

喉頭軟骨膜炎
及軟骨炎ノ瘰

際及化膿性炎症ヲ發スル際ニ最モ甚ダシトス。而シテ膿瘍若シ外方ニ破開スルトキハ、皮膚氣腫ヲ來シ、後ニ至リ遂ニ喉頭瘻ヲ貽スコト有リ。
本症ハ、毎ニ經過緩慢ナルモ、間、化膿ノ爲、急性増悪症ヲ來シ、爲、ニ氣管切開術ヲ要スルコト有リ。又炎症治癒スルモ、後ニ至リテ多少軟骨ノ肥厚ヲ貽シ、或ハ軟骨脱落ノ後、癩痕收縮ノ爲、喉頭狭窄ヲ起サシムルコト有リ。

療法 主トシテ症候的ナルモ、先ツ炎症發生ノ本源ニ著目スルヲ肝要ナリトス。膿瘍ヲ生ジタル者ハ、之ヲ切開シ、喉頭狭窄ニハ、氣管切開術ヲ行ヒ、又治後狭窄ヲ貽シタルトキハ、喉頭ブービーヲ用キテ其擴張ヲ謀ル可シ。

喉頭結核病

(六) 喉頭結核病 Die Tuberkulose des Kehlkopfes ハ、殆ド皆繼發性ニシテ、原發性ノ者ハ絶ダ罕ナリ。ハインチ氏ニ據レバ、肺結核病患者千二百二十六名中、二百七十六名(二一・六%)ハ、著明ナル喉頭結核病ヲ有シタリト云フ。是レ結核桿菌ヲ有スル喀痰ノ肺臟ヨリ來リテ喉頭粘膜ニ傳染ヲ起サシムル者ナレドモ、絶ダ罕ニハ之ニ反シテ、原發性喉頭結核病ヨリシテ肺結核病ヲ繼發セシムルコト有リ。蓋シ本症ハ、殊ニ男子ニ多キ者ニシテ、男子ハ女子ニ比スレバ二乃至三倍ノ多數ヲ占メ、就中中年ノ者ニ多ク、小兒ニ之ヲ見ルハ稀ナリ。而シテ其病變ハ、爾他粘膜ノ結核病ト同ジク、始、粟粒性結核或ハ稍、蔓延性ノ結核性浸潤ヲ生ジ、遂ニ破潰シテ潰瘍ト爲ル者ニシテ、最モ多ク侵サレルハ、喉頭後壁(披裂軟骨間部)之ニ次グハ、眞假兩聲帶、披裂軟骨部及會厭等ナリ。

喉頭結核病、
症候及診斷

症候及診斷 本病ハ、最初ハ、通常頑固ナルかたゝるノ症候ヲ呈スルニ過ギザレドモ、病勢進行スルトキハ、聲音嘶啞シ、遂ニ全ク失聲ニ陥リ、疼痛、咳嗽、喀痰等ノ諸症ヲ來シ、披裂軟骨及會厭部ニ潰瘍及浸潤ヲ生ズルトキハ、又嚥下障礙ヲ來ス。喉頭鏡検査ヲ行フニ、初期ニ於テハ、局所ニ限局性或ハ稍、蔓延性ノ粘膜肥厚又ハ乾酪性底面ヲ有スル多少特異ナル潰瘍ヲ認メ、又屢著シキ患部ノ破潰ヲ見ルコト有リ(第百五十五乃至第百四十七圖)。然レドモ粟粒性結節ハ、通常之ニ由リテ檢知スルコト能ハザル者トス。故ニ之ヲ確

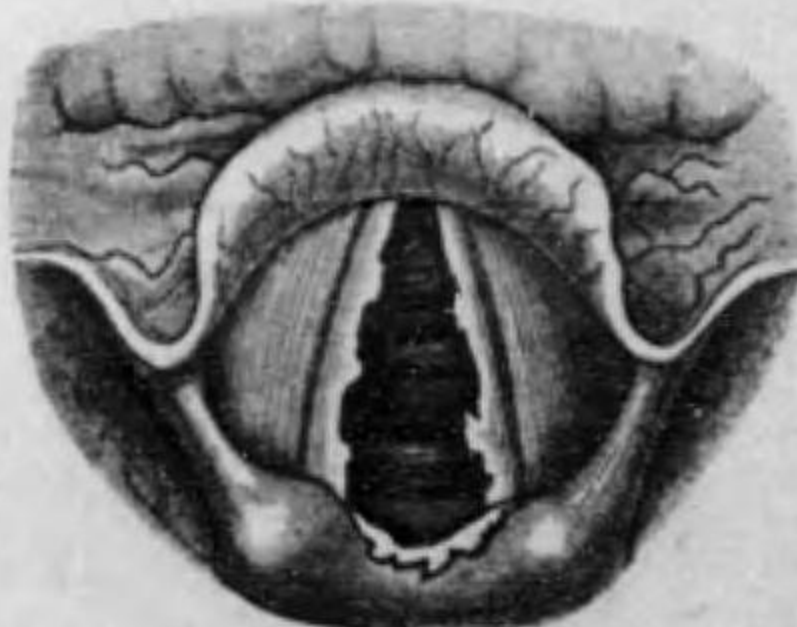
第百五十五圖
喉頭後壁ノ結核性浸潤



第百五十六圖
喉頭後壁ノ絨毛狀結核性浸潤



第百五十七圖
喉頭後壁及兩側帶ノ結核性潰瘍



喉頭結核病ノ
豫後

診セムニハ、潰瘍面ニ附著スル分泌物ヲ取り、結核桿菌ノ有無ヲ検査セザル可カラズ。但シ肺臟ヲ検査シ且患者一般ノ状態ヲ見ルトキハ、之ヲ診定スルコト難カラズ。
豫後 不良ナルヲ常トス。唯原發性ノ者ニ在リテハ、早ク適當ナル治療ヲ施ストキハ、

喉頭及氣管ノ炎症性疾患(結核病)

喉頭結核病ノ療法

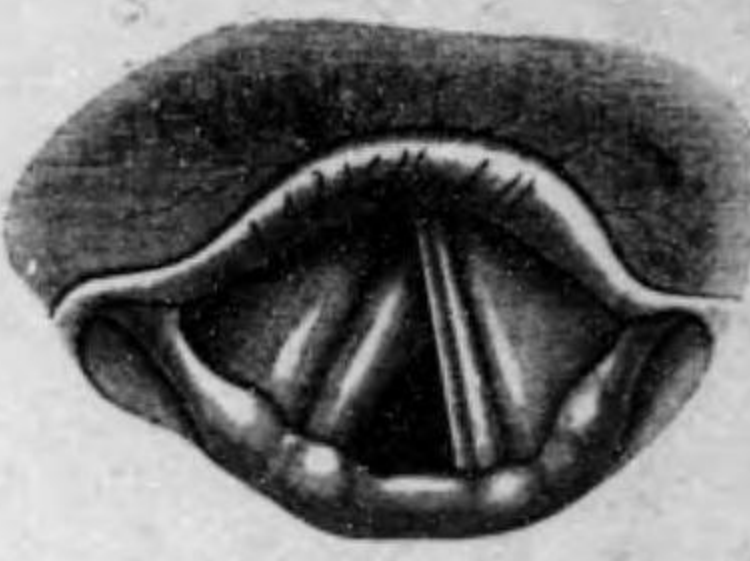
治癒ヲ期ス可キモ、而モ尙常ニ再發ノ虞アリ。殊ニ他臟器殊ニ肺臟ニ著シキ結核病ヲ存スルトキハ、豫後ノ最モ不良ナルハ、固ヨリ言フ俟タズ。

療法 喉頭結核病ノ初期ニ於テハ、其療法略々慢性喉頭かたゝるニ同ジ。然レドモ既ニ潰瘍ヲ生ジタルトキハ、二五乃至五〇乃至八〇%乳酸水ヲ塗布シ、又よどふるむ礬酸、醋酸鉛等ノ吹入法ヲ施ス。其他ノ防腐劑例之石炭酸くれおそーごべるーばるさむ等ノ如キモ、吸入塗布等ニ用キテ大ニ疼痛ヲ緩解スルノ效アリ。但シ刺戟ノ甚ダ強劇ナル療法ヲ行ハザルヲ良トス。又疼痛ノ甚ダシキ者ニハ、五乃至一〇%こかいん水或ハ一〇乃至二〇%めんごーる油ヲ塗布シ、或ハもるひね(〇・〇一五)ヲ毎日一二回ヲ澱粉よどふるむ或ハ礬酸ニ混ジテ吹入ス可シ。此他真正ノ外科的療法トシテハ、亂切法ヲ施シ、小銳匙ヲ以テ潰瘍ヲ搔爬シ、然後乳酸ヲ以テ腐蝕スルカ、或ハよどふるむ乳劑ヲ塗布ス。然レドモ喉頭ノ疾患既ニ蔓延セルモ、肺臟ノ疾患尙輕症ナルトキハ、喉頭切開術ヲ施シテ患部ヲ十分ニ搔爬シ、後ニ乳酸ヲ以テ之ヲ腐蝕スルヲ良トス。

喉頭微毒

(七) 喉頭微毒 Die Syphilis des Kehlkopfes 其第二期及第三期共ニ來ル者ニシテ、初期ニ於テハ、微毒性かたゝるヲ發スルニ過ギザレドモ、後期ニ於テハ、或ハ限局性ノ護膜腫ヲ發シ、或ハ粘膜及深部ノ組織ニ蔓延性ノ護膜腫性浸潤ヲ生ジ、其破潰スルヤ、潰瘍ト爲リ(第百十八及第百十九圖)爲、ニ亦軟骨ヲ破壊シ、組織ノ增生ヲ來シ、又癩痕ヲ形成シ之ガ爲、往々著シキ呼吸障礙ヲ起シ、氣管切開術ヲ要スルニ至ルコト有リ。蓋シ本病

第百十八圖 右聲帶ノ護膜性浸潤



第百十九圖 聲帶及披裂皺ノ護膜性潰瘍



ハ、常ニ咽頭微毒ニ併發スル者ニシテ、通常好シテ喉頭上部ニ發スルモ、亦聲帶ニ生ズルコト有リ。喉頭ノ微毒性潰瘍ハ、其周縁結節狀ニ隆起セザルヲ以テ、能ク癌腫性潰瘍ト鑑別シ得

喉頭微毒ノ療法

可シト雖、結核性潰瘍トハ、爾他體部ノ症狀ニ據ルニ非ザレバ鑑別シ易カラザルコト有リ。殊ニ又潰瘍ヲ存セズ、且他ノ微毒性症狀ヲ伴ハザル者ニ來ル所ノ喉頭ノ微毒性浸潤ハ、頗ル診定シ難キ者トス。本症ハ、初期ニ在リテハ、早ク微毒療法ヲ施ストキハ、豫後良ナレドモ、其既ニ潰瘍ニ陥リタル者ニ在リテハ、長ク機能障礙ヲ貽シ、殊ニ狭窄ヲ來スコト多シ。

喉頭癩病

(八) 喉頭ノ癩病 Die Lepra des Kehlkopfes ハ、初、殊ニ會厭軟骨ニ發スル者ニシテ、先、局所ニ結節又ハ浸潤ヲ生ジ、其破潰スルヤ、亦潰瘍ニ陥ルコト恰モ第三期微毒ニ於ケルガ如シ。而

喉頭及氣管ノ炎症性疾患(微毒・癩病)

喉頭ノ放線菌病

シテ其潰瘍ノ癰病性ナリヤ否ハ他部ニ於ケル癰病症狀ノ有無ニ由リ之ヲ決定ス可シ。
(九)喉頭ノ放線菌病 Die Aktinomykose des Kehlkopfes ハ或ハ之ニ原發シ或ハ周圍ノ同症ニ繼發スル者ニシテ、間、著シク局部ヲ破壞スルコト有リ。然レドモ是甚ダ稀有ノ症ニシテ、其診斷上特ニ肝要ナルハ、外軟部ノ狀況即ち板樣ニ硬固ナル浸潤淋巴腺腫脹ノ缺如ナレドモ、之ヲ確診スルハ、固ヨリ之ニ特有ナル菌塊ヲ發見スルニ在リ。

喉頭ノ硬腫

(一〇)喉頭ノ硬腫 Das Sklerom des Kehlkopfes ハ、^{Hebra}ケブラ氏ノ所謂鼻硬腫 (Das Rhinosklerom) (第一卷三四頁參照)ノ一分症トシテ來ルコト有レドモ、絶ダ罕ニハ亦喉頭ニ之ヲ原發スルコト有リ。而シテ喉頭ノ侵サル所ハ、主トシテ聲門下部及聲帶自己ニシテ、爲ニ著シキ呼吸障礙ヲ來スコト有リ。

第四 喉頭及氣管ノ狹窄

喉頭及氣管ノ狹窄

喉頭及氣管ノ狹窄 Die Stenose des Larynx und der Trachea ハ上來既ニ屢述ベタル所ナレドモ、本症ハ外科的手術ヲ要スルコト多キヲ以テ、爰ニ再ビ之ヲ詳述ス可シ。

喉頭狹窄

(一)喉頭狹窄 Die Stenose des Larynx ヲ起ス所ノ原因甚ダ多シ。既ニ述ベタルガ如ク、喉頭ノ損傷及其炎症性疾患ハ、多クハ多少喉頭ノ狹窄症ヲ起サシム。就中喉頭ぢふてりーノ如キハ、其最タリ。然レドモ吾人ガ茲ニ喉頭狹窄ト稱スル者ハ、損傷若クハ

圖 十 二 百 第
喉頭切創後癩痕狹窄 (氏シマデI.ウ)



炎症ノ爲、急劇ニ發スル症ニ非ズシテ、其結果トシテ漸次喉頭ノ狹窄ヲ起セル者ヲ謂フ。故ニ此狹窄ハ癩痕收縮ニ由リテ發スル者ヲ最も多トス。而シテ其原因中殊ニ多キハ、喉頭ノ損傷後ニ發スル

喉頭狹窄ノ症

癩痕收縮第三期微毒及軟骨膜炎後ニ生ズル狹窄ニシテ、ぢふてりーノ後ニモ、間殊ニ喉頭ノ下部ニ狹窄ヲ來スコト有リ。損傷ニ基因スル狹窄ハ、亦軟骨折片ノ轉位折片ノ假骨性肥厚或ハ粘膜ノ癒著等ニ因ル者ニシテ、切創ノ後ニハ、時トシテ橫隔膜樣ノ癩痕ヲ形成シ、或ハ間、其部ニ漏斗狀ノ癩痕收縮ヲ來スコト有リ(第百二十圖)。但、橫隔膜樣ノ癩痕ハ、亦殊ニ微毒ニ因ル者ニシテ聲帶或ハ囊狀韌帶ノ癒著ニ由リテ生ズルコト多ク、又聲門下ニ生ジタル肉芽面ノ癒著ニ因リテ發スルコト有リ。而シテ其膜狀ヲ呈スル者ハ、先天性ノ喉頭橫隔膜ニ類似ス(本卷一五二頁參照)。

症候 著明ナル症候ハ、多少ノ呼吸困難及一種特異ナル狹窄雜音ニシテ、甚ダシキ狹窄ニ在リテハ(殊ニ胸廓嫩弱ナル小兒ニ於テ)兩胸ノ前部橫隔膜ノ附著部ニ於テ吸氣的陷沒ヲ呈スルコト有リ。而シテ發音障礙ハ、發音裝置ノ侵サルル多少ニ由リテ一樣

喉頭及氣管ノ狹窄(喉頭狹窄)

喉頭狹窄ノ豫後

ナラザルモ、高度ノ症ニ在リテハ、全ク無聲ト爲ルコト有リ。
豫後 各症ニ由リテ一定スルコト能ハザレドモ、假令輕度ノ狹窄症ヲ呈スル者ニ在リテモ、些少ナルかたゝる症ノ爲、急速ニ危險ナル窒息症狀ヲ發來スルコト有ルヲ以テ、常ニ大ニ戒心セザル可カラズ。

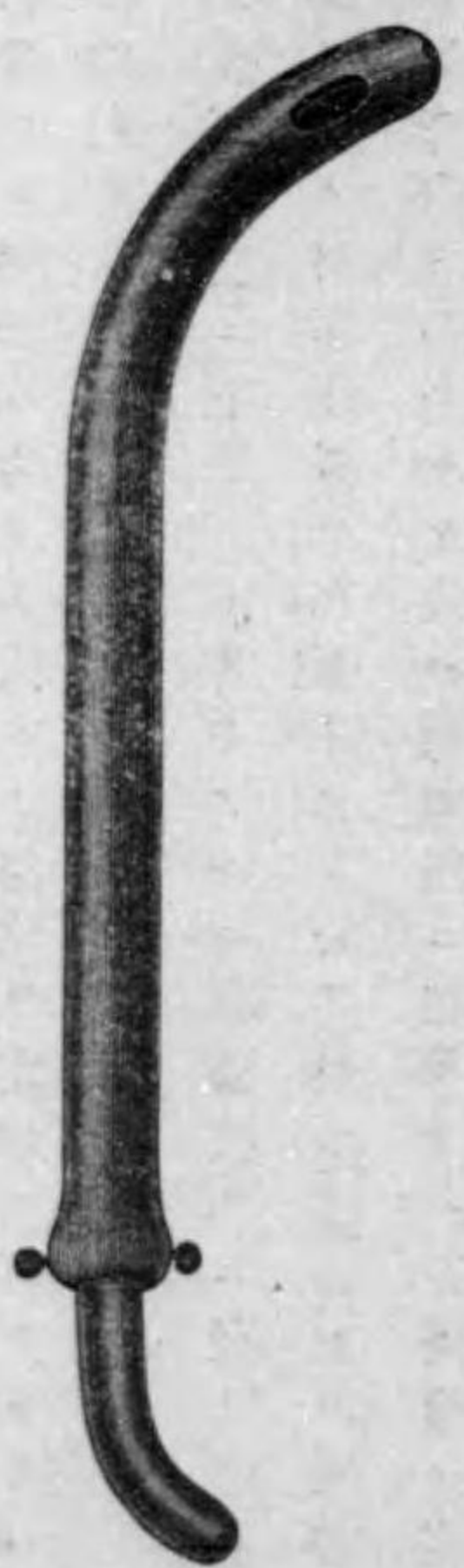
喉頭狹窄ノ療法

療法 慢性ノ狹窄症患者ニシテ俄然窒息症狀ヲ發來スルトキハ、速ニ氣管切開術ヲ施サザル可カラザルコトハ固ヨリ論無シト雖、著シキ呼吸障礙ヲ呈セザル患者ニ在リテモ、狹窄症漸次増進スルノ傾向アルトキハ、豫防的氣管切開術ヲ施スヲ安全ナリトス。何者、上述ノ如ク、斯ノ如キ症ニ在リテモ、突然窒息發作ヲ來シ、遂ニ致命セシムルコト往々之レ有レバナリ。

喉頭狹窄ニ對スル療法ニ種々有レドモ、之ヲ概括スレバ、(一)氣管切開術ヲ行ハズシテ喉頭内ヨリ擴張スル法、(二)豫氣管切開術ヲ施シ或ハ既ニ存スル氣管ノ創口ヨリ擴張スル法、(三)喉頭切開術及(四)喉頭摘出術ノ數法ナリトス。
氣管切開術ヲ施サズシテ喉頭内擴張法ヲ行フニハ、喉頭刀或ハ電氣燒灼器ヲ以テ狹縮セル瘻痕ヲ切開スルカ(内喉頭切開術 *Laryngotomy interna*) 或ハ之ヲ切除ス可シ。又症ニ由リ非觀血的擴張法 (*Die unblutige Dilatation*) ヲ行フコト有リ。此法タル、古來既ニ行ハレタル者ナルモ、殊ニシロエッテル氏以來大ニ進歩セリ。即チ氏ハ、之ニ長ニ二十六仙迷ニシテ種々ナル太ヲ具フル鈍三稜狀ノ硬護謨管 (*Die Hartgummibrille*) (第百二十一圖) ヲ用キタリ。

但シ之ヲ以テ擴張ヲ謀ルニハ、最初ニ屢次弾力性かてゝてゐるヲ狹窄部ニ通ジテ先其刺戟ニ慣レシメ、且之ニ由リテ多少狹窄ヲ擴張スルヲ良トス。而シテ硬護謨擴張器ハ、初ハ暫時喉頭内ニ挿入ス可キモ、後ニ至レバ、約三十分間之ヲ挿置シ、一日一回或ハ二回之ヲ行フ。但シ茲ニ

百二十一圖
シロエッテル氏ノ硬護謨管



宜シク注意ス可キハ、擴張法若シ過劇ナルトキハ、喉頭ニ浮腫壓迫潰

瘍粘膜炎、加之、軟骨膜炎ヲ發シ、體温ノ昇騰ヲ來スコト有ル是ナリ。此他シロエッテル氏ハ、擴張器トシテ又錫桿 (*Der Zinbolzen*) ヲ使用セリ。此器ハ、亦硬護謨管ノ如ク鈍三稜形ノ桿ニシテ、長ニ四仙迷ナルモ、細大種々有リ。但シ之ヲ用キテ喉頭ノ狹窄部ヲ擴張スルニハ、豫氣管切開術ヲ施サザル可カラズ。
豫氣管切開術ヲ施シテ狹窄部ヲ擴張スルニハ、上述ノ如ク、口内ヨリシテシロエッテル氏ノ錫桿ヲ挿入スルカ、或ハ氣管創ヨリシテ種々ナル擴張器ヲ送入シテ擴張ヲ謀ル可シ。

喉頭切開術及摘出術ノ術式ハ、後條喉頭及氣管手術ノ條下ニ詳述ス可シ。
近時喉頭擴張法ノ代用トシテ、又オドワイヤー氏ノ插管法ヲ行フ者アリ。是亦後文喉

氣管狹窄

頭及氣管手術ノ條下ニ説ク可シ。

(II) 氣管狹窄 Die Stenose der Trachea 氣管内ノ疾患ニ因ルヨリモ寧其外圍ノ疾患ニ因ルヲ多シトス。殊ニ氣管ハ、頸部ノ腫瘍ノ爲、壓迫セラレ、以テ其狹窄ヲ起スコト多シ。例之甲状腺腫胸腺增生症ニ於ケルガ如シ(本卷一〇七及一三三頁參照)而シテ氣管内ノ疾患ニ因ル狹窄ハ、喉頭狹窄ト殆ド其原因ヲ同フスレドモ、之ニ比スレバ遙ニ少シトス。然レドモ氣管切開術ノ後ニハ、往々氣管ノ狹窄ヲ來スコト有リ。炎症性疾患中氣管ノ狹窄ヲ來スコト最モ多キ者ハ微毒ニシテ、損傷ニ於テハ、其橫斷セラレタル際ニ最モ高度ノ狹窄ヲ起ス者トス。

氣管狹窄ノ症候及診斷

症候及診斷 本症ノ症候ハ、殆ド喉頭狹窄ニ同ジキ者ニシテ、著シキ狹窄雜音アルトキハ、聽診若クハ觸診ニ由リテ狹窄ノ部位ヲ察知ス可シ。ゲルハルド氏ハ氣管狹窄ト喉頭狹窄トヲ鑑別スルニ、次ノ徵候ヲ以テセリ。即前著ニ在リテハ、吸氣ノ際患者頭首ヲ前屈シ、喉頭ハ僅ニ下降スルノミナルモ、喉頭狹窄ニ在リテハ、之ニ反シテ患者頭首ヲ後屈シ、吸氣ノ際喉頭著シク下降スト云フ。但此徵候タル、每常必發ノ者ニ非ズト雖、狹窄部ノ氣管内ニ存スルヤ或ハ喉頭内ニ在ルヤハ、亦爾他ノ症候及經過ニ由リテ鑑別スルコト難カラズ。

氣管狹窄ノ豫後

豫後 一定シ能ハザルモ、概シテ狹窄部ノ愈、下方ニ在ルニ從ヒ愈、不良ニシテ、又一般ニ喉頭狹窄ヨリモ危險多シトス。

氣管狹窄ノ療法

療法 狹窄ヲ起セル原因ニ由リテ異ナリトス。例之腫瘍ノ壓迫ニ因ル狹窄ニ在リテハ、之ヲ摘出スルトキハ、狹窄症狀自ラ消散ス可シ。其他ノ症ニ於テハ、多クハ氣管切開術ヲ要ス。是レハ之ニ由リテ呼吸障礙ヲ除キ、一ハ其創口ヨリ根治法ヲ施サムガ爲、ナリ。然レドモ狹窄部若シ氣管ノ下方ニ在ルトキハ、之ヲ施スコト難ク、或ハ全ク之ヲ行フト能ハザルコト有リ。而シテ其根治療法ハ、概シテ喉頭狹窄ニ於ケルト同ジク、氣管ノ切開口ヨリ切開若クハ切除ニ由リテ障礙物ヲ除却スルカ、或ハ擴張器ヲ用キテ非觀血的ニ之ヲ擴張スルニ在リ。又輪狀ノ瘢痕狹窄ニシテ高度ナルトキハ、氣管ノ一部ヲ全ク切除シ、其上下兩端ヲ互ニ縫著スルコト有ル可シ。

第五 喉頭及氣管瘻

喉頭及氣管瘻

喉頭及氣管瘻 Die Fistel des Larynx und der Trachea 損傷或ハ潰瘍性若クハ壞疽性病の機轉ニ由リテ發スル者ニシテ、シムレル氏ハ、之ヲ潰瘍性及瘢痕性氣瘻ノ二種ニ區別セリ。潰瘍性氣瘻(Die ulceroöse Luftfistel)ハ、或ハ外部ノ軟骨膜炎性膿瘍ノ破壞ニ基キ、或ハ喉頭ぢふてりー症ニ於テ氣管切開術ヲ施シタル後、該病ノ此創面ニ蔓延スルニ因リ、或ハ又喉頭癌腫ノ外方ニ破壞スルニ因ル者ニシテ、軟骨膜炎性膿瘍ニ基因スル者ニ在リテハ、瘻口ハ甲状軟骨ノ下縁或ハ其下部ノ側方ニ存スルコト多シ。瘢痕性氣瘻(Die narbige Luftfistel)ハ、上記ノ炎症性疾患ニ繼發スルコト有ルモ(殊ニ

喉頭及氣管ノ狹窄(氣管狹窄) 喉頭及氣管瘻

喉頭及氣管
ノ療法

喉頭或ハ氣管ノ損傷ニ因ルヲ多シトス。就中自殺ノ目的ニテ之ニ切創ヲ來シタル者ニ往々略ル所ニシテ、瘻口ハ創傷ノ大小ニ應ジテ一様ナラザレドモ、氣管ノ全斷セラレタル者ニ在リテハ、氣管ハ全部此所ニ開口スルコト有リ。斯ノ如キ瘻孔ニ在リテハ、外部ノ皮膚ハ粘膜ト癒著シテ所謂唇狀瘻ヲ呈ス。而シテ之ニ由リテ生ズル障礙ハ、固ヨリ瘻口ノ大小ニ由リ異ナレドモ、主トシテ發音障礙ニシテ、又之ニ瘻痕狹窄ヲ合併スルトキハ、同時ニ呼吸障礙ヲ發來ス可シ。

療法 小ナル喉頭若クハ氣管ノ瘻孔ハ、通常腐蝕藥燒灼法等ニ由リテ之ヲ閉鎖スルコトヲ得レドモ、其效無キトキハ、手術的療法ヲ要ス。チツェンバッハ氏ノ所謂氣管形成術(Die Tracheoplastik)是ナリ。即チ瘻管ノ尙小ナル者ニ在リテハ、瘻痕ヲ全ク切除シ、氣管ノ邊緣ヲ長橢圓形ニ切リテ新創ヲ造リ、腸線縫合ニ由リテ缺損部ヲ閉鎖シタル後皮創ヲ縫合ス可シ。此際氣腫ノ發生ヲ豫防セムガ爲、創内ニ小ナル排導管ヲ插入スルヲ良トス。又稍大ナル缺損部ヲ閉鎖スルニハ、巴拉ッサ氏ニ從ヒ、其周圍ヨリ有莖ノ皮瓣ヲ取リ、其表皮面ヲ内方ニ向ケ、新創ト爲シタル缺損部ハ縫著シ、更ニ第二ノ皮瓣ヲ以テ之ヲ被覆ス可シ。然レドモ氣管ノ前壁廣ク缺損シタル者ニ在リテハ、吸氣ノ際外氣ノ壓力ニ抵抗シ得可キ強硬ナル壁ヲ作ラザル可カラズ。之ヲ行フニハ、シムメルブッシュ氏ノ法ニ從ヒ、胸骨ヨリ有莖ノ皮膚骨膜骨瓣ヲ取り、之ヲ上方ニ翻轉シテ缺損部ヲ閉鎖スルヲ良トス。

第六 喉頭及氣管内異物

喉頭及氣管
内異物

喉頭及氣管内異物 Fremdkörper in dem Larynx und in der Trachea 種類アレドモ殊ニ多キハ、諸種ノ食物片ニシテ、就中骨片、魚骨肉片、其他豆類、果實核等ヲ見ルヲ多シトス。蓋シ是等異物ノ氣道内ニ竄入スルハ、殊ニ食時ノ際談話スルトキ吸引セララルルニ因ル者ニシテ、くろろふるむ麻酔中又ハ酩酊者ノ失神状態ニ陥レル者ニ於テモ、往々吐物氣道内ニ竄入スルコト有リ。又顔面鼻口部ノ手術中血液氣道内ニ吸引セララルトキハ、其凝固ヲ來シ、爲ニ窒息ヲ起スコト有リ。

喉頭及氣管
内異物ノ症候

症候 異物ノ種類大小及其所在ノ部位等ニ由リ異ナレドモ、一般ニ見ル所ノ症状ハ、咳嗽多少ノ呼吸障礙及疼痛ニシテ、大ナル異物ニ在リテハ、亦即時ニ窒息ヲ來ス可シ。疼痛ハ、殊ニ尖銳ナル異物(例之針魚骨等)ノ喉頭内ニ嵌留スル際ニ甚ダシキ者ニシテ、異物若シ聲帶ノ振動ヲ妨グルトキハ、殊ニ發音ニ障礙(嘶嘎失聲)ヲ來ス可シ。而シテ小ナル固形ノ異物ハ、一時喉頭内ニ嵌留シ、或ハ氣道ヲ經テ肺臟内ニ入ルコト有レドモ、著シキ反應ヲ呈セズシテ再ビ咯出セララルコト有リ。然レドモ亦其肺臟内ニ入ルヤ、之ニ附著スル細菌ノ爲、肺膿瘍ヲ發シ、其肋膜及胸壁ヲ侵シテ外方ニ破開スルヤ、異物モ亦共ニ排出セララルコト有リ。此他流動性異物、例之血液、胃内容ノ如キ者氣道ニ吸引セララルトキハ、氣管枝ニ達シ、其分解スルヤ、所謂嚙下肺炎、又異物肺炎ヲ發シ、其量

許多ナルトキハ、窒息ノ爲ニ即死セシム。異物若シ一方ノ氣管枝内ニ入ルトキハ、偏側肺臟ノ呼吸音微弱ト爲リ、或ハ全ク之ヲ聽取ス可カラザルニ至ルコト有リ。但シ異物ニ因ル肺炎及肺膿瘍ノ症候ハ、爰ニ之ヲ論ゼズ。

喉頭及氣管内異物ノ療法

療法 異物ノ種類及其所在ノ部位ニ由リ、其療法ヲ異ニス。即チ異物若シ喉頭内ニ在ルトキハ、喉頭鏡検査ニ由リテ其部位ヲ審ニシ、先ツ五乃至一〇%コカイン水ヲ塗布シ、或ハ殊ニ小兒ニ在リテハ、僅ニくろろふるむ麻酔ヲ施シ喉頭鉗子又ハ咽頭鉗子ヲ用キテ其摘出ヲ謀ル可シ。近時氣道ノ異物ヲ摘出スルニ、亦殊ニブリーニンクス氏ノ氣管枝鏡(第九圖)ヲ稱用スル者甚ダ多シ。然レドモ呼吸障礙ノ著シキ者ニ在リテハ、神速ニ氣管切開術ヲ施サザル可カラズ。殊ニ患者ノ窒息ニ瀕スル危急ノ場合ニ於テハ、環狀中狀韌帶部ヲ切開シテ喉頭ヲ開クヲ最良ナリトス。氣管切開術ヲ施シタル後ハ、口腔ヨリ或ハ氣管ノ創口ヨリ異物ヲ摘出スルコトヲ得可シ。但シ時トシテハ、垂頭位置ニ於テ喉頭ノ正中ヲ一部或ハ全部切割セザル可カラザルコト有リ。斯テ異物摘出ノ後ハ、數日間氣管内ニ管子ヲ挿入ス可シ。然ラザレバ喉頭浮腫ノ爲、喉頭ノ狹窄症狀ヲ發來スルコト有レバナリ。氣管切開術ヲ施スモ、呼吸困難尙依然トシテ去ラザル者ハ、是異物ノ氣管ノ下部或ハ氣管枝内ニ竄入セルノ微候ナリトス。氣管或ハ氣管枝内ニ竄入セル液狀ノ異物ヲ除去セムトスルニハ、頭部ヲ下垂シテ其咯出ヲ催起セシムルカ、或ハ先ツ氣管切開術ヲ施シタル後彈力性かてーてるヲ其中ニ

喉頭及氣管内腫瘍

喉頭及氣管ノ腫瘍 Geschwülste des Larynx und der Trachea ニ種々有レドモ、其多數ハ喉頭ニ發スル者ニシテ、氣管ニ發スル者ハ絶ダ罕ナリトス。而シテ喉頭ノ腫瘍中、良性ニ屬スル者多數ヲ占メ、惡性ノ者ハ少シ。エフ・セーモン氏ノ統計ニ據レバ、喉頭ノ腫瘍一萬二千二百九十七例中、良性ノ者ハ一萬七百四十七例即チ八八%ニシテ、惡性ノ者ハ僅ニ千五百五十例即チ二二%ナリト云フ。喉頭ノ良性腫瘍ニ屬ス可キ者ニ、乳頭腺腫、纖維腫、脂肪腫、血管腫、粘液腫、軟骨腫、囊腫等アレドモ、就中最モ多キ者ヲ纖維腫及乳頭腺ト爲ス。

喉頭及氣管ノ腫瘍

第七 喉頭及氣管ノ腫瘍

送入シテ吸出ヲ謀ル可シ。頭部ヲ下垂シ咯出力ヲ催起セシムルトキハ、肺臟内ニ竄入セル異物トイヘドモ、往々氣管内或ハ喉頭内ニ向テ排出セラレ、之ヨリ咯出セラレ、或ハ此所ヨリ摘出シ得ルコト有リ。又一方ノ大氣管枝内ニ異物ノ竄入セル場合ニ於テハ、時宜ニ由リ下氣管切開術ヲ施シテ其摘出ヲ謀リ、或ハ咳嗽ヲ催起シテ之ヲ咯出セシム可シ。或ハ又直達氣管照檢法ヲ行ヒ、ブリーニンクス氏鉗子ヲ用キテ異物ヲ除去スルコト有ル可シ。

異物ノ爲、肺膿瘍ヲ發シタル者ニ於テハ、時宜ニ由リ開胸術(Die Thorakotomie)ヲ施シテ包裹セラレタル異物ヲ除去スルコトヲ得可シ(次編胸部外科ノ條下ニ詳ナリ)。

喉頭ノ纖維腫(第百二十二圖)ハ、粘膜下組織ヨリ發生シテ粘膜炎ヲ被ムリ、最初ハ廣キ基底ヲ有スル小結節ヲ呈スレドモ、増大スルニ從ヒ亦短キ莖ヲ有シ、茸腫狀ト爲ルコト有リ。纖維腫性茸腫(Fibromatose Polypus)其大ハ、大約豌豆大ニシテ、鳩卵大ニ達スル者ハ少ク、其表面ハ、多クハ平滑ナレドモ、間、不平ナルコト有リ。色ハ、蒼白色或ハ鮮赤色又ハ黯赤

圖百二十二第
腫維纖莖有ノ面下帶聲左
(氏ンゼムイチ)



圖百二十三第
腫乳ノ帶聲側右
(氏ンゼムイチ)



色ナリ。而シテ此腫瘍ハ、多クハ聲帶ヨリ發生シ、殊ニ其中央ヨリ前方ニ偏シテ生ズルコト多ク、其他ノ部位ニ生ズルハ稀ナリ。又此腫瘍ハ、主トシテ成年ノ男子ニ來リ、始メ常ニ孤獨ニシテ、一、二之ヲ切除スルトキハ、大抵再發ノ虞無キ者トス。
乳頭腫(第百二十三圖)ハ、疣贅狀或ハ覆盆子狀ノ腫瘍ニシテ、皮膚ノ尖圭肝脈腫ニ同ジ。其好發部位ハ、聲帶囊狀帶及披裂會壓帶部ニシテ、或ハ孤獨ナルコト有ルモ、亦數多同時ニ發生スルコト少カラズ。加之、時トシテハ著シク蔓延スルコト有リ(第百二十四圖)。此腫瘍ハ、廣ク占坐スルコト有レドモ、亦莖ヲ具フル者アリ。所謂喉頭茸腫(Keloid Polypus)ナル者ハ、亦此有莖ノ乳頭腫ナルコト少カラズ。其色ハ、赤色ヲ帶ブモ、厚キ上皮ヲ被ムル者ハ、灰白赤色ヲ呈シ、間、角

圖百二十四第
腫乳性發多ノ頭喉



化セル上皮ヲ以テ被ハレ、白堊様ノ白色ヲ呈スル者アリ。而シテ其質ニハ硬キ者アリ、軟キ者アリ、或ハ甚ダ脆キ者アリ。一説ニ據レバ、喉頭ノ乳頭腫ハ、纖維腫ヨリ多シト云フ。殊ニ注意ス可キ

ハ、此腫瘍ハ弱年ノ者ニ多ク發生シ、加之、亦其定型的ノ上皮増殖ニ由リ癌腫ニ變性スル者ニシテ、中年若クハ高年ノ者ニ發生セル乳頭性腫瘍ハ、常ニ癌腫ノ疑アル者トス。又此者ハ、一、二切除スルモ、往々再發スルコト有リ。
喉頭ノ良性腫瘍ニ因ル症候ハ、主トシテ其發生ノ部位及大小ニ關スレドモ、一般ニ認ムル所ノ者ハ、聲音ノ變化殊ニ其鈍濁、嘶啞或ハ失聲及多少ノ呼吸障礙ニシテ、時トシテハ患者喉頭内ニ異物ヲ存スルノ感ヲ訴フルコト有リ。

良性ノ喉頭腫瘍ハ、生命ニ危害ヲ及ボスコト無キモ、其聲帶ニ生ジタル者ニシテ、殊ニ廣ク占坐スル者ハ、全ク之ヲ切除シ得ルモ、聲音ノ變調ヲ貽スコトヲ免カレザル者トス。
喉頭ノ良性腫瘍ニ對スル療法ハ、可及的早ク之ヲ除去スルニ在リ。之ヲ行フニハ、或ハ

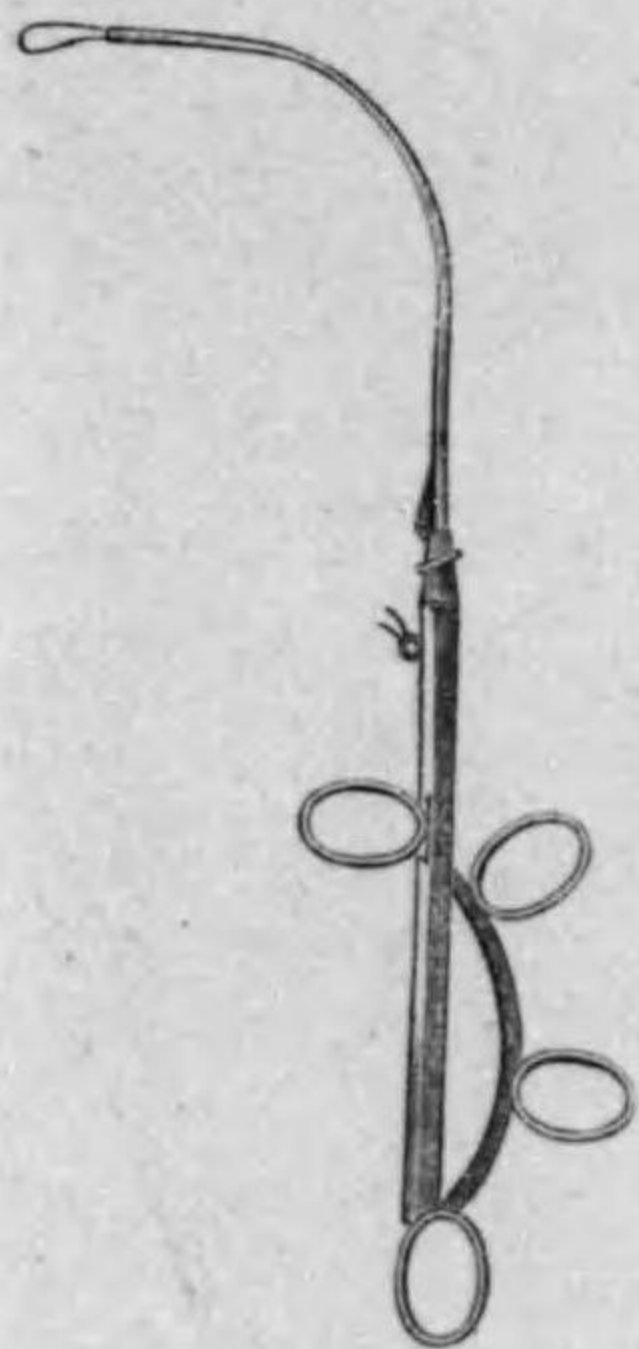
圖五十二百第 刀頭喉氏ドルボト



圖六十二百第 子鑷頭喉氏ルテルエ



圖七十二百第 器斷絞氏ドルボト



喉頭内ヨリシ、或ハ喉頭切開術ヲ施シテ之ヲ摘出ス。喉頭内摘出術 (Die endolaryngeale Exstirpation) ヲ行フニハ、五乃至二〇% こかいん水ヲ塗布シタル後、喉頭鏡ヲ以テ之ヲ照ラシツト、**トルボト** 氏喉頭刀 (Der **Tobold'sche** Kehlkopfnesser) (第百二十五圖)、**エルテル** 氏喉頭鑷子 (Die **Oertel'sche** Kehlkopfnetze) (第百二十六圖) 又ハ **トルボト** 氏絞斷器 (Die **Tobold'sche** Ekrasser) (第百二十七圖) ヲ用キ、或ハ **ヘーリ** 氏絞斷器 (Die **Herzogsche** Carrette) 其他彎曲セル喉頭鑷子 (Die **Kehlkopfsange**) 及輪狀刀 (Der **Ringmesser**)

喉頭癌腫

Das Karzinom des Kehlkopfs, Carcinoma laryngea ハ上述ノ如ク、間

ヲ以テ切除、斷裂若クハ挫碎ス。或ハ之ニ電氣燒灼器ヲ用キ、又腐蝕藥ヲ以テ之ヲ破壊スルコト有ル可シ。喉頭切開術ハ、腫瘍發生ノ部位、大小等ニ由リ、或ハ唯其一部ヲ切開シ、或ハ其全部ヲ切開スルコト有リ。其術式ハ、喉頭手術ノ條下ニ詳ナリ。又時トシテハ舌骨下喉頭切開術 (第一卷五九頁參照) ヲ要スルコト有リ。喉頭ノ惡性腫瘍中、最モ多キ者ハ癌腫ニシテ、肉腫ハ從來唯罕ニ實驗セラレタルコト有ルノミ。

圖八十二百第 癌皮上ノ帶聲右



圖九十二百第 テシニ腫瘍ノ帶聲側左ノモルセ潰破部一



乳嘴腫ヨリ發生スル者ニシテ、男子ハ女子ヨリ之ニ罹ルコト多ク、且多クハ四十歳以上ノ者ニ發ス。殊ニ酒客及喫煙家ハ、之ニ罹ル素因ヲ有スル者ノ如シ。**ワッセルマン** 氏ニ從ヘバ、喉頭癌腫百七十六例中、女子ニ發シタル者ハ、僅々二十九例ニ過ギズト

云フ。而シテ其發生ノ初期ニ於テハ、或ハ乳嘴狀ノ増殖ヲ呈シ (第百二十八圖)、次デ深部ヲ侵シ、或ハ稍扁平ナル粘膜肥厚ヲ呈シ、直ニ潰瘍ニ變ズル者ニシテ、之ニ特異ナルハ、後ニ至リテ其潰瘍益々進行シテ周圍ノ組織ヲ破壊スルニ在リ (第百二十九圖)。

喉頭癌腫ノ症

喉頭癌腫ノ診

喉頭癌腫ノ豫

喉頭癌腫ノ療

症候 腫瘍發生ノ部位ニ由リ其症狀ヲ異ニスレドモ、通常認ムル所ノ者ハ、聲嘶、失聲、談話及嚥下時ノ疼痛、出血、惡臭、分泌物、呼吸氣惡臭、頸淋巴腺ノ腫脹等ニシテ、後期ニ於テハ、亦喉頭狹窄ヲ來シ、遂ニ氣管切開術ヲ要スルニ至ル。

診斷 本病ノ診斷ハ、主トシテ喉頭鏡檢査ニ賴ル可シ。之ニ特異ナルハ、半球狀ノ粗顆粒狀ナル疣贅ニ似タル増殖ヲ呈シ、其基底ノ多少浸潤セララルニ在リ。但、其既ニ潰瘍ニ陥レル者ハ、微毒性潰瘍ト鑑別セザル可カラズト雖、癌腫性潰瘍ハ、底面凸兀不平ニシテ、邊緣ニ硬キ堤狀ノ浸潤ヲ呈スルヲ以テ、之ト區別ス可シ。然レドモ疑ハシキ症ニ在リテハ、驅微療法ヲ試ムルカ、或ハ時宜ニ由リ喉頭切開術ヲ施シテ之ヲ判決ス可シ。口内ヨリ切除セル腫瘍片ノ顯微鏡的檢査ハ、必ズシモ常ニ確實ナル斷定ヲ與フル者ニ非ズ。此他患者ノ年齢、頸淋巴腺ノ硬キ腫脹等ハ、類症鑑別上殊ニ肝要ナリ。又喉頭結核病トハ、通常之ヲ鑑別スルコト難カラズ。

豫後 通常不良ニシテ、一年乃至一年有半ニシテ死ニ至ラシムルヲ常トシ、唯初期ニ全然之ヲ摘出スルトキハ、治癒ヲ得ルコト有ルノミ。ワッセルマン氏ニ據レバ、本症百七十六例中、喉頭ノ全摘出術ニ由リテ永久的ノ治癒ヲ獲タル者ハ、唯僅ニ八例ナリト云フ。蓋シ斯ノ如ク手術ノ成績不良ナル所以ノ者ハ、一ハ患者ノ手術ヲ需ムル時期遅クシテ、根治的療法ヲ行フコト能ハザルニ因ルナリ。

療法 腫瘍發生ノ初期ニ施サザレバ、其效無キ者トス。チルマンズ氏ハ、其初期ノ患者

Tilmanus

ニ豫メ甲状軟骨切開術ヲ施シタル後、喉頭内ヨリ手術ヲ施シテ治癒ヲ得タリト云ヒ、フレンケル氏ハ、五例ニ於テ喉頭内手術ヲ施シテ永久的治癒ヲ得タリト云フ。此法ヲ行フニハ、先、垂頭位置ニ於テこかいん局所麻痺ノ下ニ甲状軟骨切開術ヲ施シ、次デ喉頭内ニこかいん水ヲ塗布シ、刀或ハ更ニ之ヨリ可ナルハ、電氣燒灼器ヲ用キテ、腫瘍ヲ健全部ニ於テ除去スルニ在リ。此際喉頭創ニ通常ノ管子ヲ插入シ、喉頭ハよーどふるむがーセヲ以テ栓塞ス。但、此法ハ、亦喉頭切開術ヲ施サズシテ行フコトヲ得可シ。然レドモ病勢既ニ進行セル者ニ在リテハ、初ヨリ喉頭切除術或ハ全摘出術ヲ施サザル可カラズ(喉頭手術ノ條下ニ詳ナリ)。然レドモ之ニ由リテ全治ヲ得ルハ少ク、患者ハ早晚再發症ノ爲ニ斃ルルヲ常トス。

喉頭ノ肉腫ハ、通常結節狀ヲ呈シ、其發育頗ル迅速ナルモ、甚ダ稀ナリトス。氣管ニ於テモ、亦喉頭ニ於ケルト同一ノ腫瘍ヲ見ルコト有レドモ、遠ニ罕ニシテ、多クハ其上部ノ後壁或ハ側壁ニ發生ス。而シテ茲ニ注意ス可キコトハ、喉頭腫瘍ノ惡性ナル者ハ、僅ニ一二、六%ナルモ、氣管ニ於テハ三〇%ナルコト是ナリ。

第八 喉頭ノ神經症

喉頭ノ神經症 Die Neurosen des Kehlkopfes 就テハ、茲ニ唯喉頭狹窄症ヲ起シ、爲ニ氣管切開術ヲ要スルニ至ル者ヲ略述セムトス。

喉頭ノ神經症

喉頭ノ神經症