

前方より後方に鑿除す。次いで患側に於ける第一門歯を拔去し、口蓋粘膜健全なれば患側齒槽突起の内側に於て齒列に接して切開し、「ラスパトリウム」にて口蓋軟部を骨膜と共に剝離する。之に反して口蓋粘膜も侵したる時は口

第三〇八圖



第三〇九圖



蓋正中腺に於て縦に切開し鼻底より線鋸を通じ、鼻棘に於て硬口蓋を鋸断するか或は鑿にて前方より後方に離断すれば、上顎骨は單に蝴蝶骨翼と結合するのみとなる、爰に於て患者に口を開かしめ鑿にて後臼齒の上方に於て垂直に敲けば容易に離断せらる。終りに獅子

様鉗子を取り一方を鼻腔に一方を上顎の外面に當てて挟み又拇指を鼻腔に他指を骨の外側に當て骨を捻轉して速かに除去する。別出後は創腔より出血するが故に「ガーゼ塊を以て暫時壓迫したる後、「ガーゼ塊を去り、出血する血管を確かめ結紮し、沃度フォルムガーゼ」の「タムボン」を施し「ガーゼ端を鼻腔と口腔とに出して置く、而して粘膜創は腸

線にて縫合し外部の皮膚創は普通絹絲にて縫合する。

豫め結紮したる外頸動脈の結紮絲は之を解き同じく沃度フォルムガーゼの「タムボン」を施す。

後療法。「タムボンガーゼ」は三日或は四日目より少許づつ之を引出し多量の出血なきを程度とす。口腔を清潔にし、外部の縫合創に沃度丁幾塗布を行ふ。而して爾後毎日少許づつ「ガーゼ」を除去し約一週間乃至十日にて全部を除去する。此間嚥下肺炎の豫防に注意し、創腔の治癒後に於て可及的速かに上顎の「プロテーゼ」を装填する。

丙 篩骨蜂窩手術

篩骨蜂窩手術には鼻内手術及び鼻外手術の二方法が行はれる。而して二つの手術法は各々適應症を異にする。

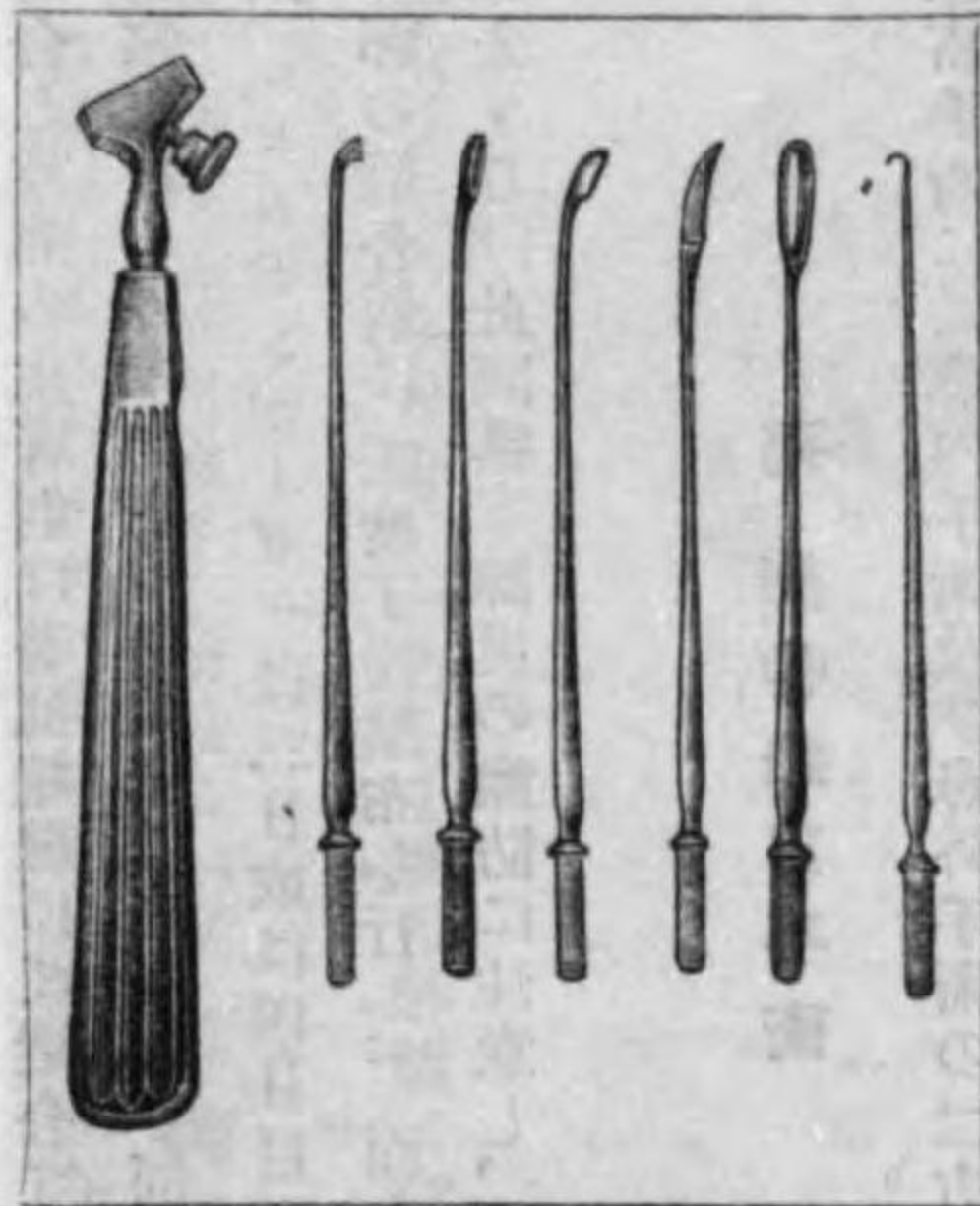
①鼻内手術の適應症 ①篩骨蜂窩の慢性炎症なれば開放性なると閉塞性なるとを問はず、且亦鼻内に蜂窩の擴大せると然らざるとを問はず、是等は總て鼻内手術の適應症である。②急性炎症にて眼窩に破壊する危険ある場合が適應する。又此際に鼻内手術を行ふも十分に排膿の目的を達せず、症状輕快せざる時は速かに鼻外手術を執行せればならぬ。

②鼻外手術の適應症 ①既に外部より眼窩膿瘍の症候著しきか、或は頭蓋内合併症の疑ある時。②總て慢性炎症の場合に鼻内手術を施すも症候輕快せず排膿止まざる時。③前額竇蓄膿症を合併するか、或は前額竇に接せる篩骨蜂窩(最前篩骨蜂窩)の慢性炎症の際に鼻外手術を必要とす。④小兒の慢性篩骨蜂窩炎に於ては部位甚だ狹隘なる

が爲め鼻内手術にては充分に目的を達する能はず。故に屢々鼻外手術法適用せらる。

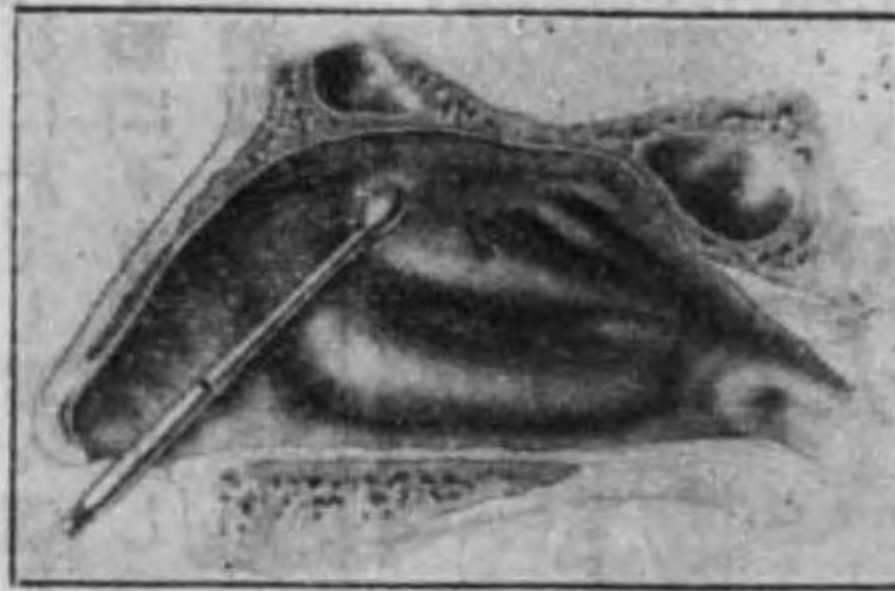
手術術式 鼻内手術を行ふには先づ手術準備として鼻洗滌を行ひ鼻腔を清潔にし、一〇%コカイン・アドレナリンを塗布し適當に局所麻痺法を施し次で手術に移る。慢性炎症(加答兒)の副産物たる「ポリプ」あれば蹄係を以て之を除去し、又中甲介の肥厚あれば其の前半部を切除する。屢々以上の除去のみによつて前篩骨蜂窩炎の著しく輕快する事がある。然れども大多数の場合に更に進んで篩骨蜂窩を悉く開放し病的部位は悉く排除せねばならぬ。此際使用に適用する機械はハアエック氏の器械である。尙グリユンワルド氏、ハルトマン氏コンヒョトーム、及び蹄係を準備するを便利とする。先づハアエック氏鉤を篩骨蜂窩の各開口部或は底面に深く掛け之を牽出す、此際窩壁

第三一〇圖
ハアエック氏器械類

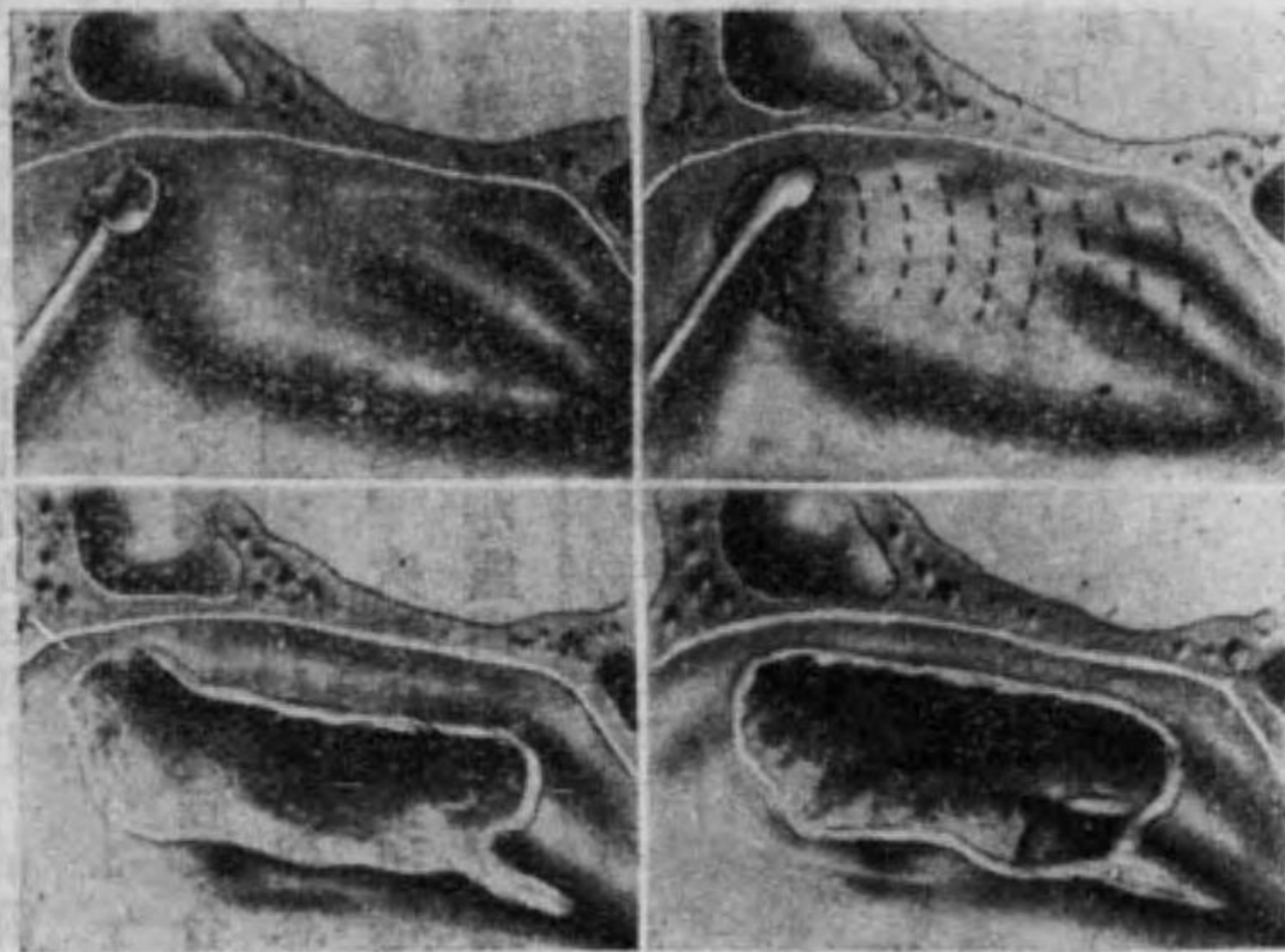


の種々の部位に裂傷を作り、蜂窩開口部を發見する事困難なくば鋭鉤を蜂窩内に侵入せしめる。斯くして蜂窩壁を破り之より「コンヒョトーム」・鋭匙・鉗子等を適當に應用して蜂窩内の病的組織を除去し、尙ほ篩骨蜂窩も悉く除去するのである。此際、特に篩骨紙板並びに頭蓋側に注意し、之が局所解剖的關係を顧慮して中甲介根部を越してはならぬ。蓋し中甲介根部より上方は即ち直ちに頭蓋腔であるからである。手術創は過酸化水素を塗布し之を清潔にし、出血あらば「アドレナリン」及び過酸化水素を塗布し暫時傍觀して止血するを待ち沃度フォルムガー

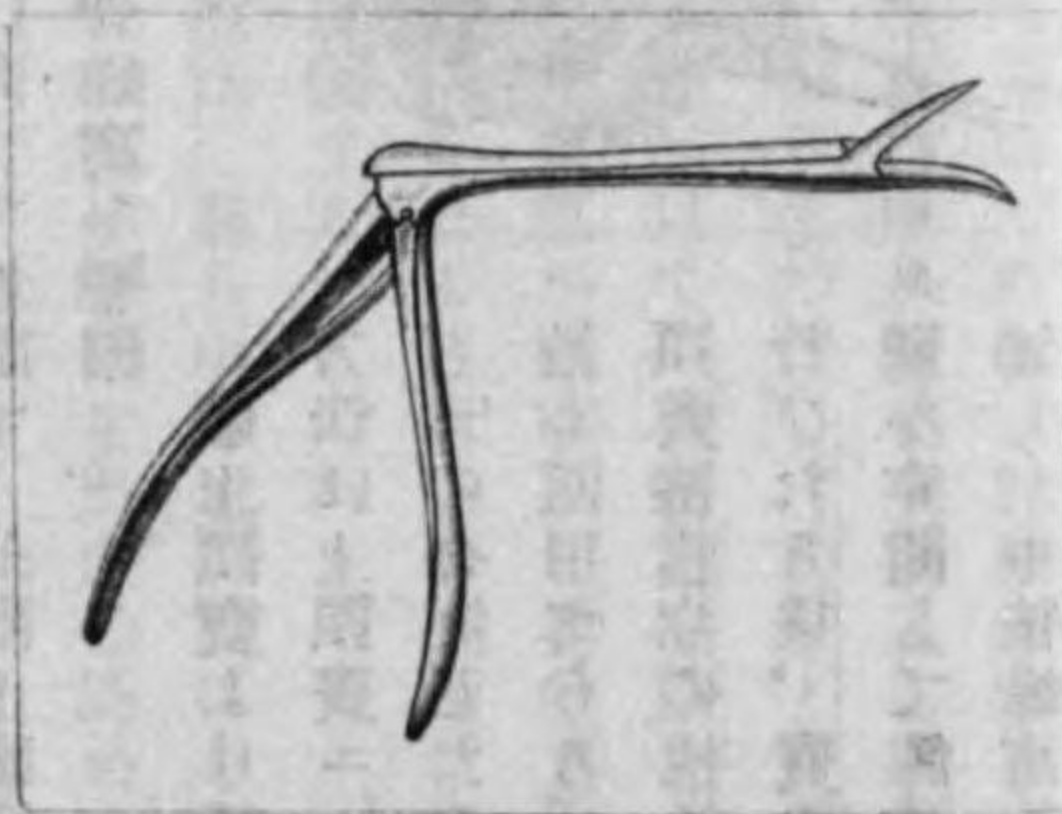
第三一一圖
前篩骨蜂窩手術



全篩骨蜂窩手術の順序



第三一二圖
オノヰ氏スタンツエ



ゼの「タムポン」を施す若し出血なき場合は只單に創腔を清潔に

し、「タムポン」を施せばよい。術後は鼻上に氷罨法を行ふ。

後療法 翌日より創腔の清潔法を勵行し出血すれば止血せしむ。又局所を精査し肉

芽を認むれば之を除去す、尙ほ必要に應じて増殖せる粘膜炎を絞斷し或は硝酸銀等にて腐蝕する。
鼻外手術 としては眼窩よりするもの、顔面よりするもの、及び上顎竇より行ふものの三方法がある。何れも「コ

カイン・アドレナリン」の塗布或は「ノボカイン・アドレナリン」の注射による局處麻痺を施したる後施行せらる。
 ①眼窩より行ふ方法は前額竇エムビエームを合併したる場合、最も多く適用せらる、即ちキリアン氏の前額竇根治手術を行ひ、然る後鼻の外壁たる粘膜炎及び中甲介を切除し、前篩骨蜂窩の前額骨部にあるものを「コンヒョトーム」或は骨鉗子にて除去し更に進んで鋭匙並びに「コンヒョトーム」を以て深部の病的蜂窩を除去するのである。

②顔面よりする方法は篩骨蜂窩のみの疾患にして爾他の副鼻腔に合併症なき場合最も適す。殊に鼻内手術の困難なる小兒等に於ても屢々適用せらる。本法はグリユンワルド氏の創意に係はり、先づ眉毛の中央より内端に至る切開線を弓形に下方に彎曲しつつ内眥まで延長作爲し、次いで軟部組織を眼窩縁に向つて剝離す。此際上眼窩神経の副損傷を避くる爲め注意して骨膜を剝離し涙骨紙板を露出せしめ、然る後篩骨蜂窩を鑿開す。

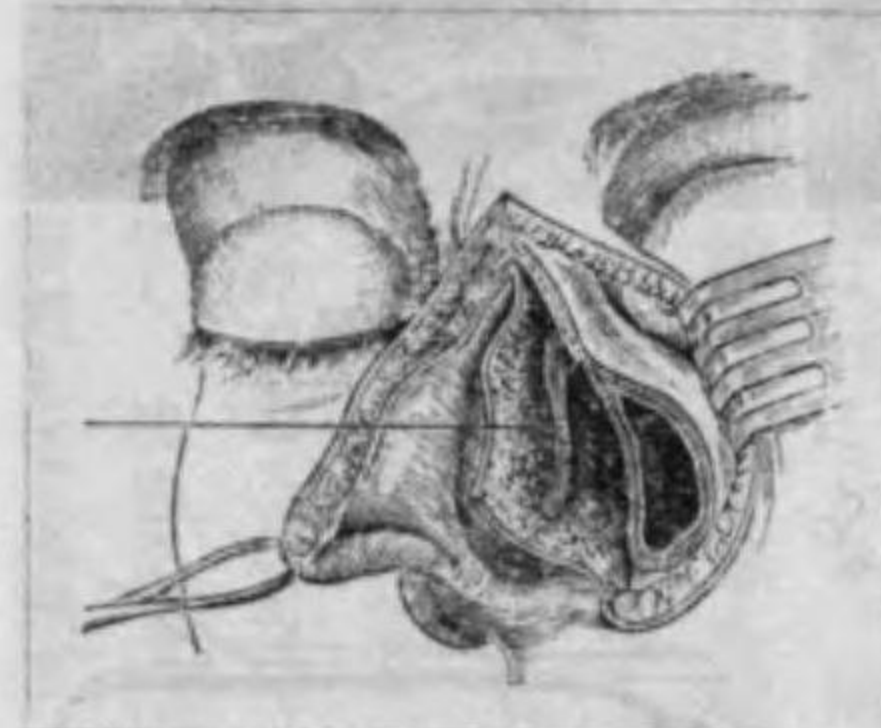
第三一三圖
篩骨蜂窩(上顎竇)鼻外手術(一)
の皮膚切開(フオール氏に據る)



第三一四圖
同上(二)

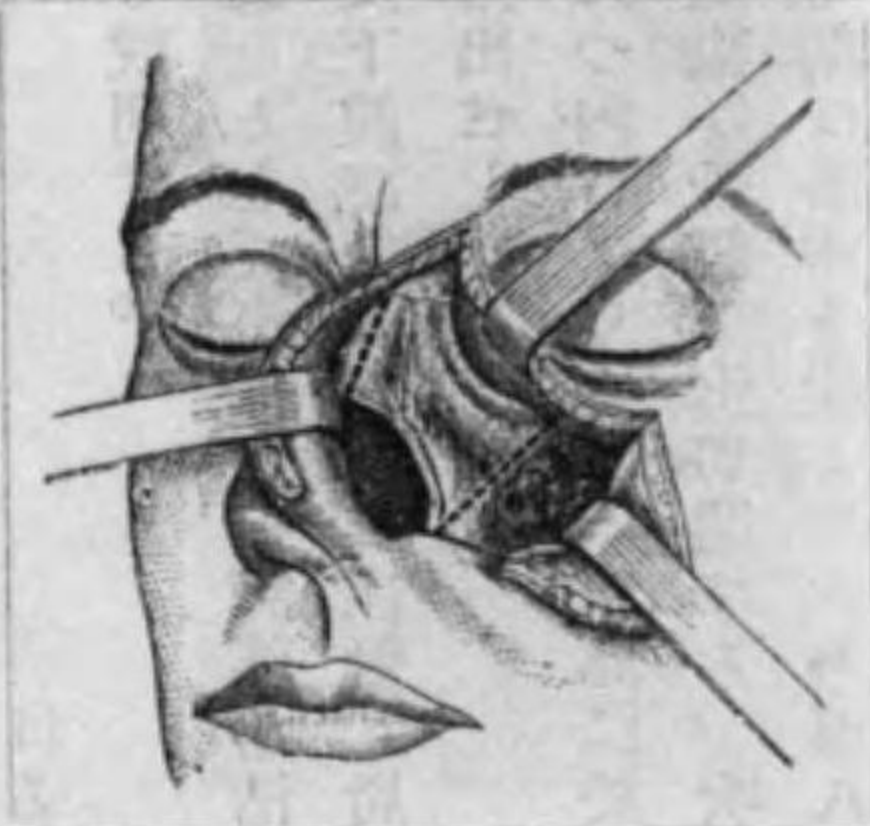


第三一五圖
同上(三)

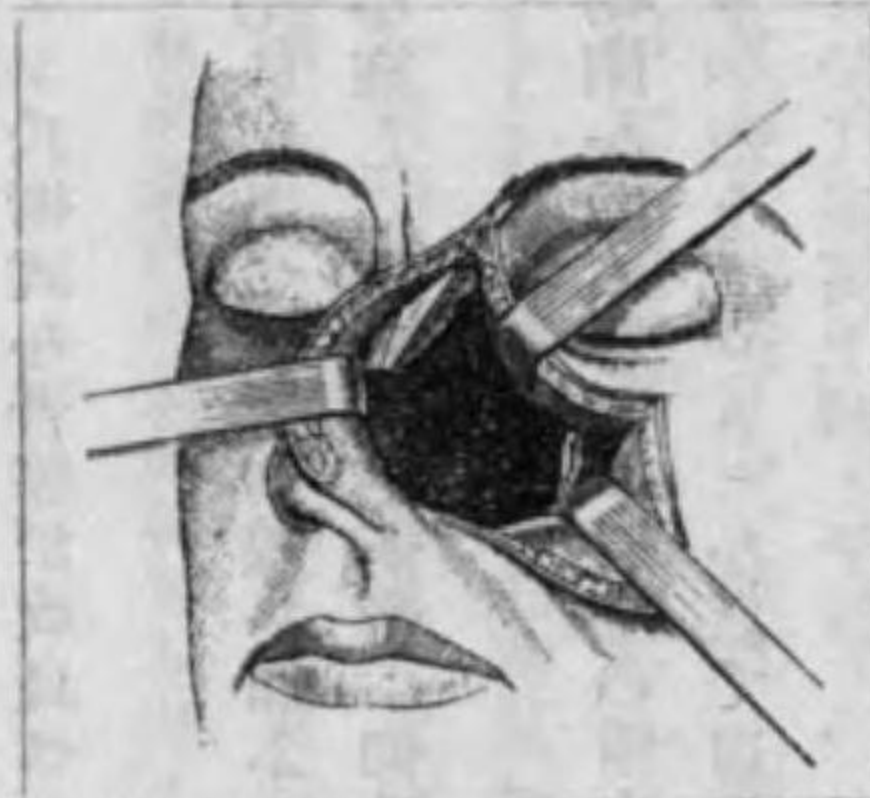


③上顎竇より手術する方法は上顎竇エムビエームの合併したる場合に最も適用せらる。即ち上顎竇蓄膿症の根治手術を行ひたる後、竇の内後壁を穿開して篩骨蜂窩に達し、中後蜂窩まで悉く

第三一六圖
篩骨蜂窩(蝶形竇)鼻外手術
(一)(セビロウ氏に據る)



第三一七圖
同上(二)



除去するのである、此際注意して「ゾンデ」を鼻腔中鼻道より挿入し、鋭匙・上向コンヒョトーム・ハアエック氏スタンツェ」等を以て一々蜂窩を除去す、而して中甲介根部を標準とし其の上方は之を避ける。それより以上を手術すれば頭蓋内を損傷するからである。

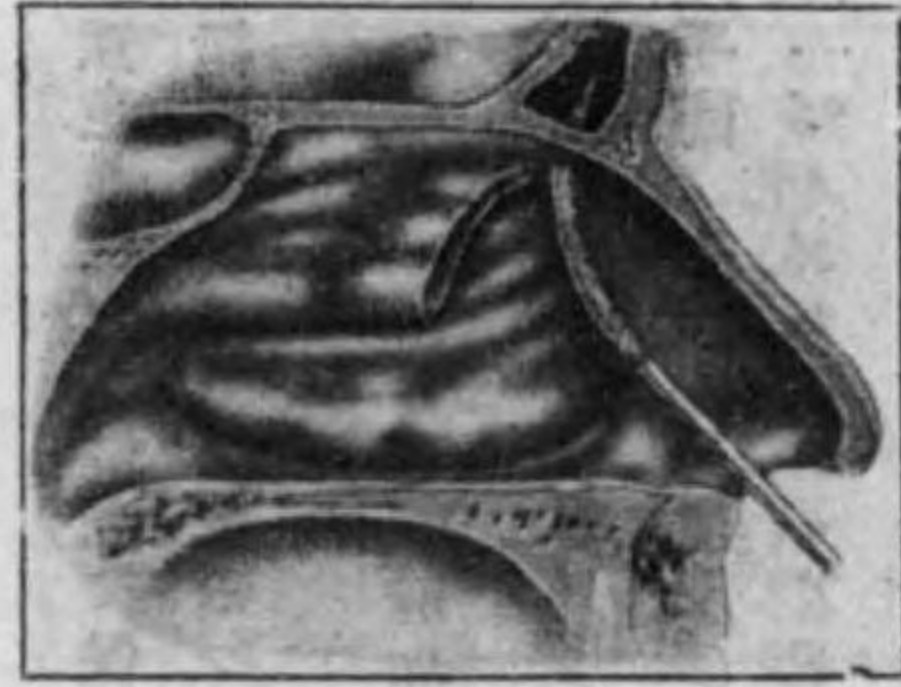
後療法 専ら中鼻道に於ける篩骨蜂窩の創腔は注意して之を清潔に保持すれば足る。殊に堅く「タムボン」を施すは禁物なり、若し出血の爲め止むを得ざれば、緩に「ガーゼタムボン」を篩骨蜂窩部に施す。

丁 前額竇手術

前額竇手術は鼻内及び鼻外より之を施行す。

①鼻内手術 先づ中鼻道及び上鼻道に於て「コカイン・アドレナリン」の局處麻痺を施し、或は中甲介及び中鼻道側壁に1%ノボカイン・アドレナリン」を注射して局處麻痺を完全にす。手術に際し同部位に「ポリプ」あれば之を抽出し、中甲介前縁は之を除去す。次いで「ゾンデ」を以て前額鼻管の擴張を試み、尙且つ狹窄して充分に

第三一八圖
前額竇口開大法



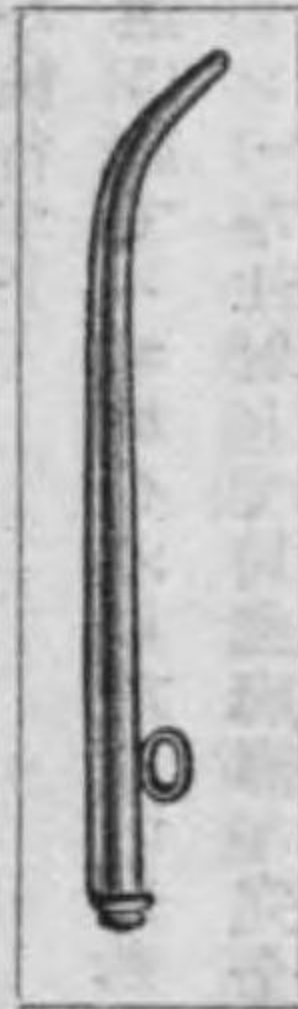
氏術式をも説明する。

手術準備 として患側の前額部を消毒し眉毛は剃毛せず。切線を加ふる眉毛部に於て一%ノボカイン・アドレナリンを皮下並びに骨膜下に注射し局處麻痺を施し、患者を手術臺へ仰臥せしめ軀幹及び頭部を消毒布にて覆ひ眉部のみを露出せしむ。

手術 先づ内眥より少しく下部に於て皮膚切開を始め弓形に眉毛の中央を其の中途まで切開を施し、皮膚のみならず軟部組織を骨膜下迄切開する、次いで「ラスパトリウム」を以て切線を上下に剝離し前額竇部の骨を露出せしむ。骨膜切開は眼高上縁より六乃至八mm上方に於て眼高上縁と平行し、正中に於ては鼻骨の上端に相當せしめる。

ジールマン氏前額竇洗滌管

第三一九圖



開通せざるときは鋭匙を以て搔爬し廣く開通せしめる。これより生理的食鹽水、一%硼酸水、其他「リゾノール」、「トリパフラグイン」等の藥液を以つて洗滌するのである。

鼻外手術 主として前額竇の前壁を切開するリュック氏、オグストン氏及びクイント氏等の術式があり、又専ら下壁を切開するヤンゼン氏の術式、或は竇の前壁並びに下壁を併せて切開するリーデル氏、キリヤン氏の術式がある。其他尙ほウインクレル氏の骨成形術を兼ねたる根治手術法もあるが、茲には最も廣く行はるるキリアン氏術式を吾等が改良せるものに就いて述べ。次いでウインクレル

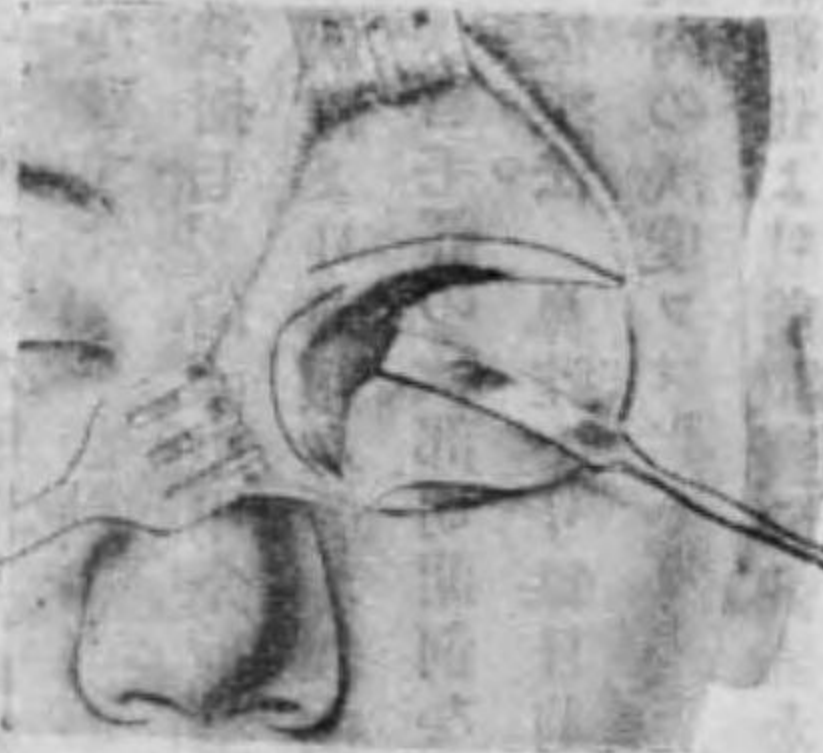
第三二〇圖
前額竇根治手術皮膚切開圖



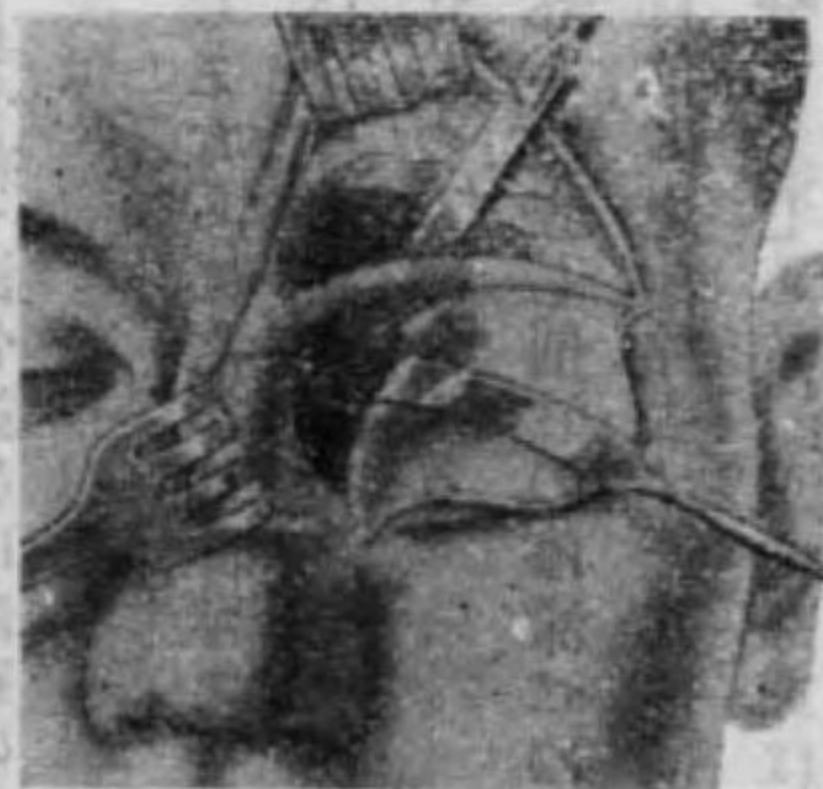
第三二一圖
同上前壁鑿開



第三二二圖
前額竇前壁露出



第三二三圖
骨橋造設



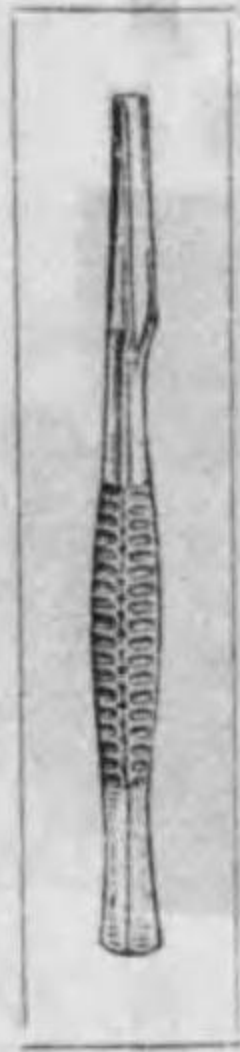
前額竇前壁と眼高上縁を鑿開するには角鑿が便利であり、其他は普通の鑿にて十分目的を達する。或は上頸竇前壁の除去に用ゆるチテリー氏スタンツエの一層便利なることがある。前壁の鑿開したる箇處は鋭匙を以て之を平滑ならしむ。竇内の病的物質を検査し、先づ一%ノボカイン・アドレナリンを竇内組織に注射し、次いで「ラスパトリウム」を以て骨創縁より之を剝離し、それから「ガーゼ」を組織と骨壁との間に挿入しつつ、漸次剝離し前額竇内の病的物質を悉く除去する。

前額竇の鼻開口部及び篩骨蜂窩を完全に除去する目的を以

て眼窩と鼻梁との間に於て鑿開し、上顎骨の前額突起を鑿除し必要に應じて鼻骨縁・涙骨並びに滑車の附近まで露出せしむ。斯くして前額竇創との間に骨橋を残す。

篩骨蜂窩並びに前額鼻管を充分に搔爬し清掃し、尙ほ中甲介前端が障礙となるならば之を切除する。終りに過酸化水素にて創腔を清潔にし、創腔より前額鼻管を経由して鼻腔に達する沃度フォルムガーゼ」を充填し、眉毛部の軟部切開創をよく接觸せしめて縫合する。

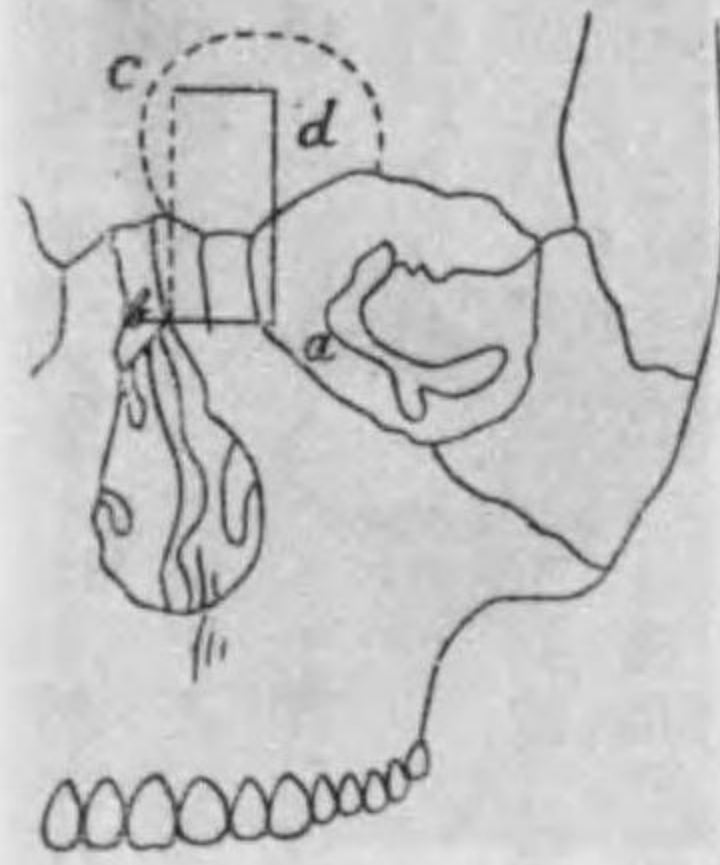
第三二四圖 キリアン氏鑿



後療法。鼻腔より毎日前額竇開口部を検査し創液の停滞せぬ様注意し、竇内の沃度フォルムガーゼ」は三日目位に之を除去す。其後は「ゾンデ」を前額孔より前額竇に挿入し交通を十分ならしめる。又肉芽或は「ポリープ」等にて軽く竇洗滌を施し然る後ち二%硝酸銀液、五乃至一〇%三鹽化醋酸等を塗布し粘膜の新生を促がす。其他出來得る限り擗出並びに鼻洗を禁じ分泌物は吸ひ込ませしめ口腔より咯出せしむるやうにす。

ウインケレル氏手術 手術準備並びに順序はキリアン氏手術と大差なく、唯相異なる點は軟骨及び骨の瓣を作り置きして手術後に成形を行ふことにある。

第三二五圖 ウインケレル氏手術式を示す



前額竇前壁に相當する軟部を切開し之を上下に剝離したる後、圖に示す

が如くa. b. c. d.の軟骨及び骨の瓣を作る、即ちa. b.を基底となし、之を正中線より翻轉す。最初c. b.を切開し次いでc. d.及びb. a.の二切開を加ふ。是に於て「エレバトリウム」を切開線に挿入し軟骨及び骨をc. b.線に於て舉上し翻轉す。前額竇内・前額鼻管・篩骨蜂窩等の手術的治療はキリアン氏の術式と異なることがない。

終りに手術創腔を過酸化水素にて清潔にし、十分に開通したる前額竇及び鼻腔との間の交通路に沃度フォルムガーゼ」を充填し、先きに翻轉せる軟骨及び骨瓣を舊位置に整復せしめ、少しく壓迫し、軟部の切開線を縫合する。

後療法。軟骨及び骨瓣の部位は之を壓迫することなく、外部よりは防腐法を行ふのみにて足る。鼻腔内に出したる沃度フォルムガーゼ」は三日目より之を除去す。爾後は前額竇口の開通に注意すれば足る。然れども往々、分泌物多量にして停滞することもある。斯かる場合は軽く生理的食鹽水等にて洗滌した後ち「リゾノール」「トリパフラヴィン」等を注入する。

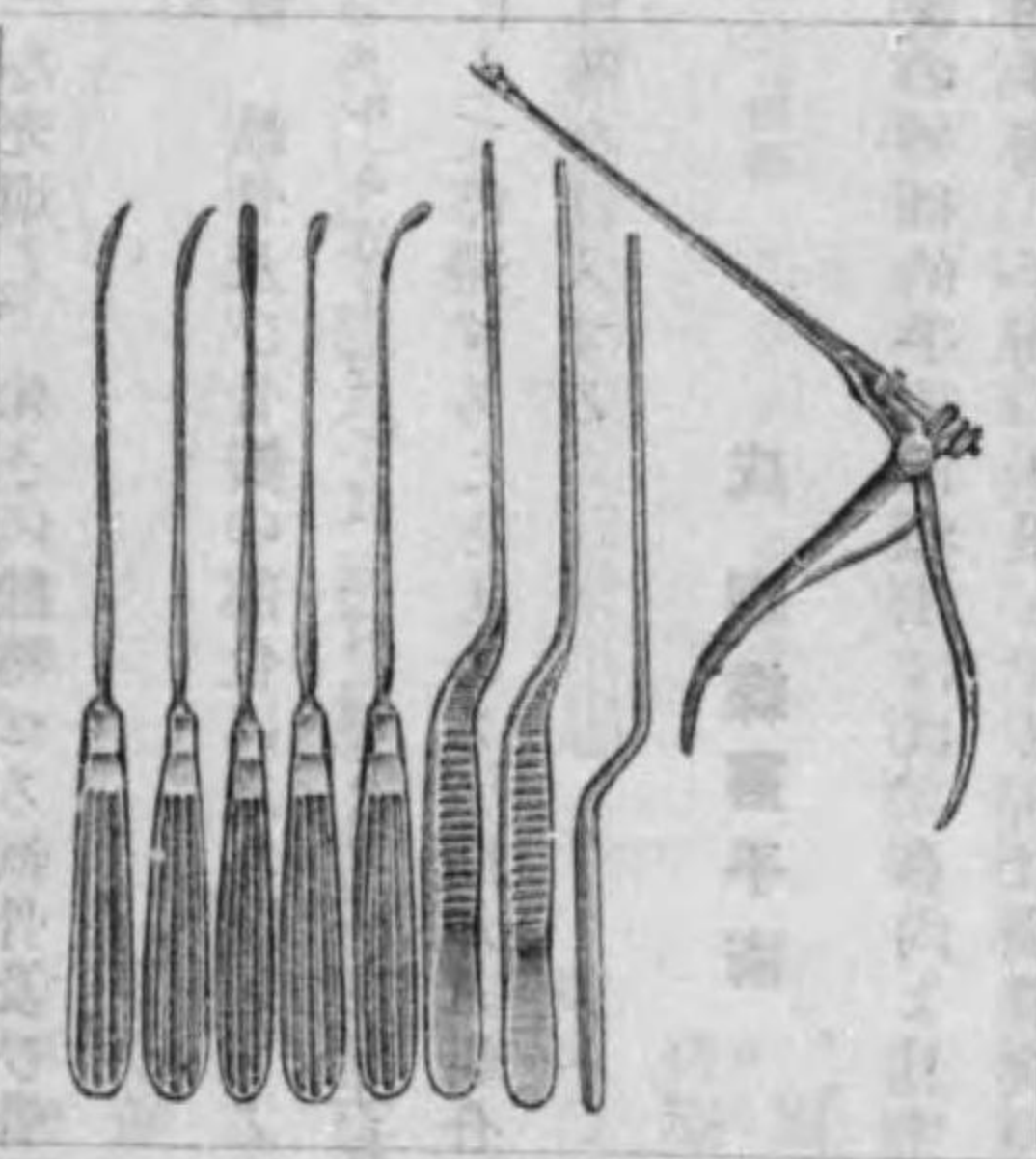
戊 蝴蝶蓋手術

蝴蝶蓋の外科的手術治療法には、鼻内よりするものと、鼻外より行ふものとの二方法がある。

①鼻内手術 手術の主眼とする所は蝴蝶蓋の前壁を除去し竇を開放することにある。局處解剖上、蝴蝶蓋は篩骨蜂窩の最も深部に占居する、従つて此處に達する迄には種々の障礙に逢著することが多い。例へば鼻中隔變形(彎曲症・樞及び棘)及び中甲肥大等である。手術に際しては前準備として豫め是等の障礙を除去すべく、即ち鼻中隔變形

は之を矯正し、中甲介肥大症は之を切除する。
手術實施 最も多く行はるるはキリアン氏及びハアエック氏の方法で、

第三二六圖 蝶竇鼻内手術器械類



第三二七圖 蝶竇前壁を開放する圖



キリアン氏は中鼻道に於て豫備的手術を行ひたる後、先づ切開を篩骨胞に加へ中甲介の基底に於て篩骨蜂窩を開放し、前後の篩骨蜂窩を悉く開通せしめて、ここに蝶竇前壁を確定す、即ち中鼻道を経て、蝶竇前壁を開放するのである。蝶竇前壁を確定すれば、鋭鉤を開口部に掛け、之を前下方に牽引

を了する。此手術に於ては必ず後篩骨蜂窩を共に開放することが必要である。

竇前壁を悉く除去したる後は竇内を検査し過酸化水素液にて清潔にし若し「ポリープ」或は肥厚粘膜炎あれば之を除去する。又、屢々竇内を搔爬する必要があるが、斯かる場合には専ら下壁及び開口部の周圍に於て行ふ。若し上壁及び側壁を搔爬すれば視神経・海綿竇・内頸動脈等を損傷する虞がある。

第三二八圖 鼻咽腔より視たる脳下垂體



鼻咽腔 歐氏管口 隆起 上頸神經 蝶竇中隔 内頸動脈
トチ リナル
視神経交叉 内頸動脈 視神経 脳下垂體 骨創縁 歐氏管口
イロハニホヘ

ハアエック氏手術は中甲介の後半部をも切除すると同時に後篩骨蜂窩との中間層をも除去し、蝶竇の前壁を廣く露出せしむ。次いでハアエック氏鉤を自然孔に入れ、之を前下方に牽引し依つて生ずる舌状の粘膜炎を鉤子にて除去するか或は蹄係にて絞断す。又長き溝鑿を以て間隙を擴げ、「ゾンデー」を入れて十分觸診を可能ならしめる。尙ほ十分に竇前壁を開通するには、ネーベル氏鉗子或はシエッフエル氏骨鉗子を以て除去するを便利とする。

蝶竇の手術に際しては出血すること稀である。従つて「タムボン」を必要とすること稀い。後療法 竇前壁の常に開通することに注意する。術後屢々「ポリープ」を認め或は、痂皮を形成し排膿を妨げることがあるが、是等は注意して之を除去する。竇洗滌法は殆んど行ふの要がない。

② 鼻外手術 従來行はれたる方法種々あるも大體、① 上頸竇より入る手術法、③ 眼窩より入る手術法、④ 前額より入る手術法及び⑤ 外鼻より入る手術法に區分せられる。

① 上頸竇より入る手術法は上頸竇エムビエームを併發したる場合に最も適應する。併し上頸竇を開放しただけでは直ちに蝶竇を確めることは出來ぬ、必ず下甲介・中甲介及び篩骨蜂窩を開放せねばならぬ。即ち下甲介及び中甲介を適當に切除し上頸竇の鼻壁を廣く開通せしむ（此際、特に口蓋骨鉛直板及び口蓋骨口蓋孔を損傷せぬ様注

意せねばならぬ。次いで篩骨蜂窩を開放し其の大部分を除去すれば即ち上顎竇の後内方に當りて蝴蝶竇前壁を認め、即ち篩骨蜂窩の後部に占居するのであるから、篩骨蜂窩後部は廣く之を除去し、終りに蝴蝶竇前壁を滲鑿・鉗子及び鋭匙等にて廣く切開するのである。

⑤眼窩より入る手術法は篩骨蜂窩の疾患を併發せる場合最も適應し、殊に篩骨紙板が破れて、眼窩に開通したる時は其の手術も容易である。即ち篩骨蜂窩を切開し之を除去すれば蝴蝶竇前壁は直ちに露出するから、前法と同様に之を切開するのである。但し此際蝴蝶竇を一層確むるには「ゾンデ」を挿入すべく、下鼻棘より7cm入れれば確に蝴蝶竇前壁に達する。

④前額竇より入る手術法は蝴蝶竇の他に篩骨蜂窩及び前額竇の疾患を併發せる場合に最も適應する、即ち先づ前額竇を鑿開して之を開放したる後、鼻腔への通路を廣くし次いで篩骨蜂窩を開放し然る後ち蝴蝶竇の前壁を確かめ之を開放するのである。此手術に於てはキリアン氏前額竇根治手術を行ふを便利だと言ふ人もあるが、寧ろリーデル氏式の如く骨橋を設けず前額竇と内眥部とを共に鑿除して進入するのが便利である。

③外鼻より入る手術法は恰もレーヴエ氏の鼻腔悪性腫瘍手術に酷似す、而して單獨に蝴蝶竇エムビエームのみの場合には適用せられずして鼻腔並びに咽頭の腫瘍を併發したる時に適應する、即ち一側の下眼窩縁より切開し始め鼻梁を越えて他側の下眼窩縁まで及ぶ。次いで「ラスタバトリウム」を以て骨膜下の剝離を行ひ鼻梁骨部は之を鑿開し外鼻を下方に翻轉しつつ鼻内の手術を進める（此際多くは多量に出血して中止の止むを得ざる場合が多い）。尙ほ必要ならば鼻中隔の後半部を除去して手術創を擴張する。「ゾンデ」を鼻中隔に沿うて入れ蝴蝶竇前壁を確め、

竇前壁を開放するには前法に従ふ。更に鼻咽腔・咽頭に腫瘍あれば鼻中隔後半部は勿論、中甲介及び篩骨蜂窩をも除去せねばならぬ。術後は過酸化水素ガーゼを挿入して創腔を清潔にし、沃度フォルムガーゼを竇と鼻腔に亘りて挿入し鼻腔より抜去するに便ならしむ。終りに切開線を縫合する。

後療法は専ら鼻内より行ふ。二日目或は三日目に「ガーゼ」を除去す。出血止れば爾後は「ガーゼ」を挿入せず、専心縫合部の化膿を防ぎ鼻腔及び竇内を清潔にす。

第八 鼻性頭蓋内合併症及手術

鼻性頭蓋内合併症を惹起する原因には直接原因及び誘因がある。

原因 傳染菌或は副鼻腔の化膿性疾患の傳染性なる結果發病すること多い。是等を直接の原因と見做す。

誘因 ①副鼻腔の周圍に於て部分的缺損或は副鼻腔蓄膿症に際し缺損部より進入す、即ち頭蓋腔に近き骨壁に缺損あれば即ち頭蓋内に侵入す、従つて例へば前額竇に於ては眼窩突起板層部の缺損、眼窩下極部の缺損より進入し篩骨蜂窩にては紙板部の缺損、篩狀部の缺損より傳染し、蝴蝶竇に於ては外上隅の損傷部より傳染する。②副鼻腔開口部の不通なるは漸次蓄膿の増加するに從つて危険症狀を來す。

頭蓋内合併症の病型 は恰も中耳炎に續發するものと相似て居る。

①限局性硬腦膜外炎 本症は頭蓋内合併症中最も輕微なる病型である。恐らく副鼻腔の直接する頭蓋骨壁先づ侵されて其の硬腦膜炎を來す。此場合、硬腦膜は光澤を失ひ或は變色し多くは肥厚して居る。屢々義膜様物を以て覆

はれ内芽増殖することがある。

②硬膜外膿瘍 本症は硬膜外炎より慢性に來りしか、或は直接發生したるものである。即ち硬膜と頭蓋骨板との間に膿滯し且つ膿竈は被膜を以て包まる。此被膜は即ち膿瘍膜である。

③硬膜内膿瘍 此場合には最も速かに蜘蛛膜炎乃至腦膜炎を惹起する、併し稀れには蜘蛛膜、或は軟腦膜等に於て癒着を生じ而して硬膜との間に貯膿し、周壁は即ち膿瘍膜となる。此硬膜内膿瘍は膿瘍の部分症狀としても來る。

④腦膿瘍 本症は腦實質の一部分に貯膿し同部に限局する。腦實質は漸次膿汁により融解し爲めに増大す。併し周圍に膿瘍膜の存する間は腦膜炎等の症狀を來すことがない。此腦膿瘍は最も多く副鼻腔壁の缺損部より發生するも亦、血行傳染によりても成立する。

⑤靜脈血栓或は靜脈炎 副鼻腔壁に於ける骨靜脈の如き小靜脈に限局せる間は頭蓋内合併症と稱する程度ならざれども、更に進んで頭蓋内に直接する大靜脈竇に傳染性血栓或は靜脈炎を來すに至れば既に危險なる頭蓋内合併症と見るべきである。就中海綿竇及び上縦竇は副鼻腔疾患より傳染すること最も多い。

⑥腦膜炎又は軟腦膜炎 本症は硬膜内膿瘍の惹起せらるるとき、既に限局性に發病して居るのみならず、硬膜外膿瘍でも或は腦膿瘍でも一度破壊すれば、忽ち廣汎性腦膜炎を起すのである。又傳染性靜脈血栓血及び靜脈炎からも腦膜炎を繼發することが多い。是等は何れも副鼻腔疾患より間接誘發するものであるが又副鼻腔疾患より轉移として來り或は手術に際して硬膜の副損傷を來し、此處より傳染菌進入して腦膜炎を起すことがある。

⑦漿液性腦膜炎 本症は比較的毒力弱き細菌の腦膜殊に軟腦膜を刺戟するによりて起り、腦表面に於て濾過液の多量なるを特徴とする。本症は腦膜炎の輕度なるものと見られ且つ多くは化膿性腦膜炎の前徵である、即ち間もなく其経過中に化膿性腦膜炎に變症するものである。臨牀上の經驗に依れば漿液性腦膜炎は前額竇炎・篩骨蜂窩炎に類發し亦其他の副鼻腔疾患にも屢々繼發することがある。

症候

①硬膜炎は獨立の疾患として來ること極めて尠く、多くは爾他の頭蓋内合併症に併發する。局處疼痛の劇しき場合、例へば慢性前額竇炎の経過中に於て前額疼痛の特に甚だしき場合には或は同部の硬膜炎が想像せらる。

②硬膜外膿瘍 硬膜炎と同様著しき症候がない、併し前頭部に於ける硬膜外膿瘍の定型的なるは眩暈嘔吐・遲脈、全身痙攣・癲癇様發作及び種々の腦刺戟症狀が著しい。而して是等の症狀は重篤なる前額竇炎にも來るが故に之を區別すること困難である。或は又臨牀上の症候殆んど見るものなく而かも副鼻腔疾患の手術に際して始めて本症を發見することがある。

③硬膜内膿瘍 本症も速かに腦膜炎に變すること多く、或は部分的に腦膜癒著し腦膿瘍を形成するを以て獨立の一病型と見做す期間は殆んどなく、從つて特徴と見做すべき症候がない。

④腦膿瘍 此場合も症候の著しきこと、或は反對に甚だ不定なることもある、特に症候の著しき場合は常に全身症狀及び局處症狀を區別せらる。全身症狀として頭痛・眩暈・嘔吐・無慾狀態・嗜眠狀態・記憶力減退・興奮狀態である。又往々惡寒戰慄を訴へ敗血症と誤診せらる、併し發熱するも大概三十八度五分位に止まり多くは發熱せず。稀

れには視神経炎・鬱血乳頭を來すことがある。局處症狀は多くは同部の劇烈なる疼痛及び病竈症狀である。若し前頭葉に限局する膿瘍なれば病竈症狀著しからざるも、膿瘍更に後方に進みて顛葉に近づき運動領域を侵すに至れば種々の症狀現はる。例へば顔面神経麻痺・斜視・失語症・四肢麻痺等である。

脳膿瘍の経過は種々であり、急劇なるは副鼻腔疾患と殆んど同時に發病し、又瀰久性なれば數ヶ月乃至數ヶ年の後初めて脳膿瘍の症狀を現はす。何れにしても終局は突然死の轉機を取るものである。唯瀰久性なる場合には著しき全身症狀を呈せず、僅かに頭痛・眩暈を數ヶ月に亘りて訴へることもある。

⑤ 靜脈血栓及靜脈炎の症狀も亦一定せず、多くは爾他の頭蓋内合併症と區別し得ないが、唯海綿竇血栓及び上縦竇血栓の症候に就ては特に記述の必要がある。即ち①海綿竇血栓の成立したる場合は海綿竇を閉塞するのみならず、眼及び眼球後組織に影響し種々の症狀を來す。例へば眼瞼浮腫・結膜腫脹・眼球突出症・乳頭炎及び動脈神経・滑車神経及び外旋神経等の麻痺を見る。屢々神経も壓迫せられる。②上縦竇血栓は屢々化膿性前額竇炎に繼發し爾他の頭蓋内合併症とは毫も關係しないことがある。斯かる場合著しき症候は顛頂部疼痛及び膿毒症性熱候である。若し靜脈血栓が破壊して血行に入れば惡寒戰慄・弛張熱・發汗著しく又は腦膜炎を惹起する。

⑥ 腦膜炎及軟腦膜炎 副鼻腔疾患より直接に繼發することがある、或は一旦腦膿瘍、又は靜脈血栓となり之より間接的に發病することがある。従つて本症の症候も一定せずゲルベル氏は之を耳性腦膜炎に比較して卒中性・潛行性、及び發作性に區別して居る。副鼻腔より繼發する腦膜炎にても副鼻腔疾患の症狀極めて輕微にして恰も突然腦症狀を來すが如きことがある。或は化膿性副鼻腔炎の重篤症狀著明にして最初より腦膜炎の疑はるることあり。

又副鼻腔疾患の手術に際し篩骨篩板を損傷して頭蓋内傳染を來し直ちに腦膜炎の偶發することもある。

⑦ 漿液性腦膜炎は前額竇炎並びに篩骨蜂窩炎より繼發すること多く腦膜に於ける限局性非化膿性炎である。突然嘔吐・遲脈・項強直及び視神経炎等を誘發し、此際前額竇或は篩骨蜂窩を開放するに、硬腦膜は健全なるも著しく緊張し硬腦膜を切開すれば漿液が盛んに流出する、爾後は経過可良にして治癒するものが多い。

診斷 種々の症候あるも一定の特徴なく従つて診斷も容易でない、殊に硬腦膜炎及び硬腦膜外膿瘍は獨立疾患として來る場合毫も特徴なく殆んど診斷し難い、唯局處疼痛・熱型・嘔吐・前額竇壁叩痛並に壓痛等は僅かに標準となる。併し化膿性前額竇炎の劇烈なるものは頭蓋内合併症を起さざるも既に是等の症狀を現はすが故に鑑別すること最も必要である。

腦膜炎も亦副鼻腔疾患より繼發するものと爾他の原因によるものと毫も相違を認められぬ。故に腦膜炎の疑ひあらば診斷を確むる爲め腰椎穿刺を行ふ。又副鼻腔疾患より繼發する腦膜炎は其の鼻腔疾患を精検するを要する、即ち「コカイン・アドレナリン」を副鼻腔開口部に塗布し且つ機械的に開口部を開き詳しく検査する。尙ほ黴毒或は結核の諸種反應を試み、然る後ち腰椎穿刺をも行ふべきである。

腦膿瘍の診斷は特に容易でない。彼の前頭葉膿瘍は全身症狀も病竈病狀も著しからず到底診斷し難い。只毎常僅微の症候をも詳しく検査せればならぬ。併し偶然に前額竇より頭蓋内に通ずる瘻管を發見して其の排膿を確め、或は腐骨を除去して硬腦膜の變化を見れば硬腦膜内外の膿瘍を診斷することが出来る。場合によりては脊椎より空氣或は「リビオドル」を送入し頭蓋のレントゲン撮影を行ひ深部膿瘍或は癒著を診斷することを得る。

治療法 鼻性頭蓋内合併症は治療法何れも容易ならず、就中腦膜炎を惹起したる場合は之が治療を施すも既に時期を失する事が多い。唯、硬腦膜外膿瘍及び腦膿瘍は適當の時期に手術的治療を加へ屢々治療せしめ得ることがある。

①硬腦膜外膿瘍は大多數に於て前額竇疾患に續發する、故に手術的治療は前額竇を經由する、即ち前額竇を開放して竇壁を検するに骨組織の變色するか或は腐骨となるか、或は全然缺損することがある、又變色せる部位の中央に於て小孔ありて膿汁の流出することもある。斯る場合には靜かに「ゾンデ」を挿入して探診するに屢々膿瘍腔に達する。又瘻孔なければ骨壁の疑はしき部位を鑿開する、屢々之れによりて直ちに膿瘍を開放し膿汁の流出することがある。膿汁出づれば同部を注意して周圍に鑿開し變化せる骨部を除去す、而して排膿を出來得る限り完全にす。

後療法としては「ガーゼタムボン」を行ふよりも寧ろ「ゴム管或は硝子管の「ドレイン」を施す。或は沃度フォルム「ガーゼ」を軟らかに挿入す。要するに固く創腔に充填してはならぬ。爾後の治療に際しても特に注意して膿瘍膜(壁)を穿通してはならぬ。

②腦膿瘍は多くの場合硬腦膜外膿瘍に續發せるものと見てよい。或は特發する腦膿瘍あるも先づ副鼻腔疾患ありて之れより腦膿瘍を惹起するには其間に硬腦膜外膿瘍を經由することが最も多い、従つて副鼻腔疾患の手術に際して硬腦膜外膿瘍の疑ひあり而して之を切開するが如き場合は必ずや硬腦膜の腦壁をも精檢せねばならぬ。若し其中に腦膿瘍の潜めるあらば硬腦膜は多く灰色又は黒色に變じて居る、甚だしきに至りては壞死に陥り又は瘻孔を形成

することがある。従つて斯かる場合には僅かに探診したるのみにて腦實質に達する。

腦膿瘍に對しては之を穿刺するか或は最初より切開すべきかは從來問題となつて居る。硬腦膜變色し腦膿瘍の疑ひあれば之を確定する爲めに穿刺してもよいが勿論これは治療とは言へない。此際副鼻腔壁及び硬腦膜は充分に之を消毒し然る後に穿刺する。又穿刺針の入る深さは3cmを適度とする。若し4cm以上深く且つ外下方に入れば大概腦側室に入り腦膿瘍より側室に流注する恐れがある。穿刺に依りて膿汁を證明すれば茲に腦實質の切開を實施する。蓋し切開法に依らざれば腦膿瘍を徹底的に治療し得ぬ。

併し腦膿瘍は穿刺に依りて之を確定することは容易でない。又前頭葉は其の一部分を切除するも始んど機能障礙を起さず。即ち是等の關係を參酌すれば腦膿瘍は穿刺するよりも最初より切開するを合目的なりと思ふ。換言すれば副鼻腔疾患の手術に際して硬腦膜を切開する場合は尙ほ進んで腦膿瘍を目標とし同部の腦實質を切開するのである。次いで適當なる鉗子を以て創腔を哆開すれば排膿することが多い。排膿後には硝子製或は護謨製の排膿管を挿入し其の上に「ガーゼ」を置き繃帯を施す。

後療法に於て注意すべきは排膿管の交換である。交換に際し排膿管端を不注意に挿入すれば膿瘍膜を破壊し速かに腦膜傳染を來すのである。故に第二回目の排膿管交換に際し十分排膿すれば其日より排膿管を止めてもよい。或は創腔を哆開し沃度フォルム「ガーゼ」を膿瘍腔まで挿入する。

③腦膜炎は之を治療するの時期を失することが多い、併し實際の場合に遭遇しては適當の治療法を施さねばならず、且つ最近に臨牀上早期診断竝に早期手術に就いて多く經驗せられて居る。

若し副鼻腔の化膿性疾患にて其経過中、腦膜炎の疑ひあれば猶豫なく副鼻腔壁の頭蓋腔に直接する部位を廣く切開す、之によりて屢々漿液性非化膿性腦膜炎を證明し得る。斯る場合には硬腦膜を切開し頭蓋腔を開き腦脊髄液を流出せしむ。漿液性腦膜炎は單に此治療に於て屢々快癒する。尙ほ精密に創腔を探診し腐骨或は死滅せる組織あれば之を除去し且つ創腔を清潔にし排膿管を挿入する。此他腦膜炎に對して一般に施行せらるるは腰椎穿刺及び後頭骨下穿刺である。

① 腰椎穿刺は屢々賞用せらる。殊に漿液性腦膜炎の如きは僅かに一回の腰椎穿刺にて全癒することがある、又一回の腰椎穿刺にて治療の目的を達せざれば翌日亦試みてよい、且つ爾後毎日一回或は隔日一回之を試み數回反復するも決して危険なる處置法で無く、而かも數回反復するに依り始めて透明なる腦脊髄液を得、茲に回春の曙光を見ることがある。又腰椎穿刺に依りて腦脊髄液を取りたる後、同時に「ウチン」、「リッゾノール」、「トリ、パフラヴィン」等を注入して屢々著效を認むることがある。尙ほ是等の藥劑は皮下若くは靜脈内に注射してよい。

② 後頭骨下穿刺も亦腦膜炎の治療法として施行せらる、本法を以てすれば腰椎穿刺よりも確實に腦脊髄液を採取し得るのみならず、一層速かに頭蓋内の膿汁を排除し得る。即ち後頭骨下縁に於て其中央に穿刺針を立て下縁に沿うて先づ直角に穿入すれば弾力性の靭皮を穿通するが如き感覺があり、而して同時に抵抗を失ふ。其の穿刺する深さは1cmとなし、次いで針先き約三十度上方に向ける、即ち針先きは髓液大槽に達する。大槽に達したら内針を取り去れば忽ち腦脊髄液が流出する。爾後同じく數回反復して毫も危険がない。唯注意すべきは穿刺は後頭下縁の中央より頸椎の中央を標準として行ひ決して兩側へ偏せざることである、即ち兩側の頸髓實質に於ては呼吸及び血

行等の重要な中樞が占居するからである。

第六章 鼻科の關係事項

第一 鼻及副鼻腔の廣長

中隔軟骨 前部より計測すれば一・五乃至二・五耗の厚さあり。

鼻腔 底は長さ四〇耗、幅三二耗で、鼻口蓋管は前鼻孔の後方二〇—二五耗の所に在る。高さは篩板まで四七耗あり、側壁の長さは中間部では前後六三耗あり。

容積 約三四・二立方耗ありて、右半は一五・七耗、左半は一八・五耗である。

前鼻孔より蝴蝶竇前壁迄の距離 大なる人にては八耗を算し、小さな人では七耗位である。又前額竇迄の距離は七—八耗 (Grinnald)、後鼻竇迄の距離は初生兒では七・七乃至六・三耗、成人では二九・八乃至一五・五耗である。

篩液室は高さ一〇耗、幅は六耗。上額竇は長さ三一—一九耗、幅三五耗である。

上額竇の平均容積は一〇・五耗立方、前額竇の平均容積は二・八耗立方、蝴蝶竇の平均容積は二・四耗立方である。

前額竇は長さ一五—三五耗、幅二〇—四〇耗、高さ六一—三二耗、前壁の厚さ一一五耗、後壁の厚さ一一三耗

蝴蝶竇は長さ九—一六〇耗、幅九—一六〇耗、高さ九—四二耗、前鼻壁の高さ五—二〇耗、幅八一—二八耗。前蝴蝶竇篩

部は幅二—一二耗。前蝴蝶竇篩骨部は幅一一八耗。前蝴蝶竇上額部は幅四—一〇耗 (以上 Onuz 氏に依る)

上額竇 二歳半では長さ九耗、幅四耗にして、五歳では長さ二十五耗、幅一六耗なり。(Hajek)

蝴蝶篩骨蜂窩 長さ八―三〇耗、幅八―四〇耗、高さ一〇―二六耗。(Onodi)
鼻涙管 前鼻孔の後縁約二五―三〇耗の處に開口し全長は約一〇耗位である。

第二 副鼻腔と腦との關係

前額窩の大部分は上前頭廻轉の領域に在るが尙ほ中及び下前頭廻轉の領域に迄及ぶ事がある、即ち上方は上及び中前頭廻轉の領域に於て四―六耗も超える場合がある。少数の場合前額窩は前頭葉の下面の大部分或は全部に接觸して顛顚葉まで及ぶ事さへある。そして多くの場合前額窩は他側の前頭葉に接觸するものである。

篩骨蜂窩の大部分は前頭葉下面・直廻轉及び眼窩廻轉の一部に接觸する、時としては前頭葉全下面に接する事がある。後部篩骨蜂窩は中央部は壓迫隆起の領域より外側は顛顚葉の領域に相當する、稀には他側の前頭葉下面まで擴がる事もある。

蝴蝶窩は大部分壓迫隆起と顛顚葉の領域に在るが、尙ほ同側及び他側の前頭葉下面並びに他側の顛顚葉及び橋部にまで擴大する場合もある。

腦側室の前端は腦の前頭截斷にて前頭極より四耗の距離にあり、矢狀截斷にては前頭極より三八乃至四七耗の距離を有し、前頭葉の底部よりは垂直に一八乃至二〇耗位距たる。尙ほ前額窩後壁よりは四五―五五耗、前額窩前壁よりは五四乃至六二耗の距離がある。

腦側室前端は垂直の方向にては後部篩骨蜂窩又は蝴蝶窩の領域に於て直廻轉から二〇耗距たる。

ライル氏鳥は前額截斷に於ては前頭極より六耗距たる。腦側室の周圍には馬尾核・レンズ核・視丘・腦索狀體の神經節群が散在して居て是等の間に内囊及び外囊が存在し、矢狀方向にて馬は前中央廻轉は前頭極より更に八・九―一〇耗距つて居る。

第三 副鼻腔と視神經との關係 (Onodi氏に據る)

①後部篩骨蜂窩と蝴蝶窩は視神經管或は視神經溝壁に由り密接なる關係を有しない。②後部篩骨蜂窩と視神經との關係は三様の型態をなす、即ち兩側の視神經壁と視神經溝の一部と接觸するのである。③後部篩骨蜂窩壁は一側に於て七様の型態を示し蝴蝶窩壁は各側共五様の型態を示す。④蝴蝶窩は一側に於て六様の型態を現はす。⑤蝴蝶窩と後部篩骨蜂窩との關係は兩側とも各一様の型態を有する。⑥兩側に於ける後部篩骨蜂窩の關係及び兩側に於ける蝴蝶窩の關係は二様の型態がある。⑦兩側に於ける蝴蝶窩の關係及び一側に於ける後部篩骨蜂窩の關係は一型あるのみ。⑧一側に於ける後部篩骨蜂窩の關係及び一側に於ける蝴蝶窩の關係は六様の型態がある。⑨一側に於ける蝴蝶窩の關係は二様の型を示す。⑩上甲介の骨胞は一側に於ては一様の型を顯はす。

第四 嗅覺測定の形態

様式	形	態	種	類
弱 嗅 覺 計	彈性護膜	「ロシヤ草、 「バファイン」、 「デル木、 「ペンツォエ」	紫檀、「ツェー

副鼻腔と腦との關係・副鼻腔と視神經との關係・嗅覺測定の形態

中等度嗅覺計	「アンモニウム」、「グッタペルカ」…………… 「ズムブル根」	「黄臘、珈琲脂」、「トルーパーサム」
強嗅覺計	「羊脂」 「ネルケン油に浸漬せる吸墨紙」……………	「煮沸「パラフィン」」 「阿魏、揮發肉荳油」、「シヨパーテル」木

第五 嗅覺の最小認識度

嗅覺の最小認識度は多くの研究諸家に依りて決定され、成績は次の如くである。

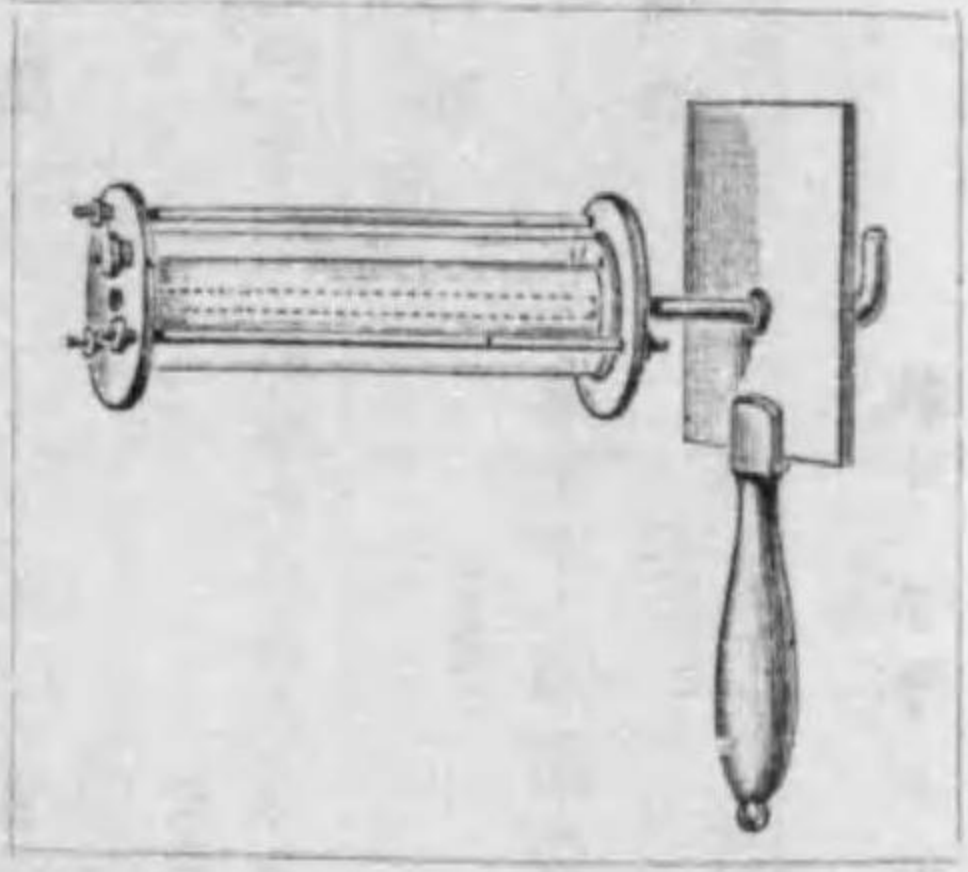
- ① 硫酸エーテル 一：八〇〇〇〇〇〇、② ヴァニリン 一：一〇〇〇〇〇〇〇、③ クマリン 一：一〇〇〇〇〇〇〇
- ④ 丁香油 一：二〇〇〇〇〇〇〇、⑤ 樟腦 一：四〇〇〇〇〇〇〇、⑥ 麝香 一：八〇〇〇〇〇〇〇、肉荳油 一：二〇〇〇〇〇〇〇

第六 嗅覺の定量的測定 (Aronsohn)

- ① 樟腦 ^{リットル} 〇・六%食鹽水一立に就き〇・〇一瓦
- ② ネルケン油 〇・六%食鹽水一立に就き〇・〇〇〇一瓦
- ③ コロン香水 〇・六%食鹽水一立に就き一・〇瓦
- ④ クマリン 〇・六%食鹽水一立に就き〇・〇〇〇一瓦
- ⑤ ヴァニリン 〇・六%食鹽水一立に就き〇・〇一瓦

第七 嗅覺に関するツワルデマーケル氏の分類

第三二九圖 ツワルデマーケル氏嗅覺計



するもので此臭ひを嗅ぐ時は反射的に嘔吐を催すものなり。

第八 味覺試験

味覺として感覺せられるには次の濃度を要す

- ① 砂糖……………一・二%、② 食鹽……………〇・二五%、③ 硫酸キニーネ……………〇・〇〇一%、④ 硫酸……………〇・〇〇一%

第九 嗅覺

嗅覺の最小認識度・定量的測定・ツワルデマーケル氏の分類・味覺試験・嗅覺

物質	容量		必要なる量 (mg)	感覚の強さ	備考
	容積の 容	積の 量			
臭素	1/200000	1/2000	1/600	明瞭なり	ワランタン氏に據る
麝香			0.000,00000005 五(千萬×千萬分の一) 「ミリグラム」	「リップトル」の空氣中でわかる	パッシ氏の試験に據る
樟腦			0.000005 五千萬分の一「ミリグラム」	「リップトル」の空氣中に嗅ぎつけられる	同上
ワニリン			500(千萬分の一)「ミリグラム」	同上	同上
薄荷油	1/170000		1/1700	微弱なり	ワランタン氏に據る
薔薇油	1/100000		1/5000 弱	明瞭なる感覺あり	同上

第十 チフテリア桿菌の二重染色法 (Nisser)

a液 「メチレン青一・〇」「アルコホル」二〇・〇 蒸留水一〇〇〇・〇 氷醋酸五〇・〇

b液 「ビスマルク褐一・五〇〇

方法 a液中に三〇秒↓水洗↓乾燥↓b液に一〇秒間浸漬す。

第十一 同菌の極小體の二重染色法 (Marie Kaslin)

染色法次の如し。

氷醋酸五・〇 蒸留水九五・〇 九五%酒精一〇〇・〇 陳舊飽和メチレン青水溶液四・〇 チール氏カルボールフクシン」四・〇

右混合物を載物ガラスの上へ注下し火焰を通過せしめて酒精を注意して燃やし、五乃至六秒水洗し、後乾燥せしむれば極小體は深青色に菌體は鮮紅色に染色す。

第十二 同菌の「トルイヂン青染色法

被覆硝子標本染色は普通の如く固定を行ふ。染色液は左の如し

グリユーブレル會社製トルイヂン青〇・〇二 氷醋酸一・〇 無水酒精二・〇 蒸留水一〇〇・〇

此染色液の少量を白金耳にて攝り12の油浸装置で懸滴標本にして検査する、そして検査は人工照射の下に行ふ必要があり、此際は餘り懸滴が大きくならぬ様、又過染色せぬ様、標本作製後三―四時以内に検査を終了しなけれ

チフテリア桿菌の二重染色法・極小體の二重染色法・トルイヂン青染色法

ばならぬ。

標本中に在る物體の一部は全く染色せられず、種々なる球菌中連鎖球菌及び種々なる微生物は純青色を示し、枯桿菌は青色を示す、「デフテリア菌は特有の像を呈して赤き顆粒を有する青色に染色す。酵母及び八聯球菌も同様に染色するも「デフテリア菌とは鑑別可能である。

該染色法は培養菌に對してのみならず、咽頭粘膜炎の塗抹標本検査にも適して居るので急性デフテリア」の急速な診断に應用される。但し成績陰性なりとて必ずしも本病ならずと斷するは早計である。

「トルイデン青は「メチレン青に比して二重染色が出来る長所がある。

第十三 「デフテリア被疑検査物の採取並細菌試験所への發送手續に就て

良質なる書簡箋の小紙片を薬包紙様に折り疊み此内に海綿の豌豆大の小片を容れ、薬劑師又は醫師自身一五〇度—二〇〇度の温度にて半時間滅菌する、此包がよく滅菌されしや否やは他の紙に比べて珈琲乳色を呈して居る事で定める。此包紙は永く無菌状態であり得るもので繻帯又は書簡箋に入れて置き必要時に使用される。

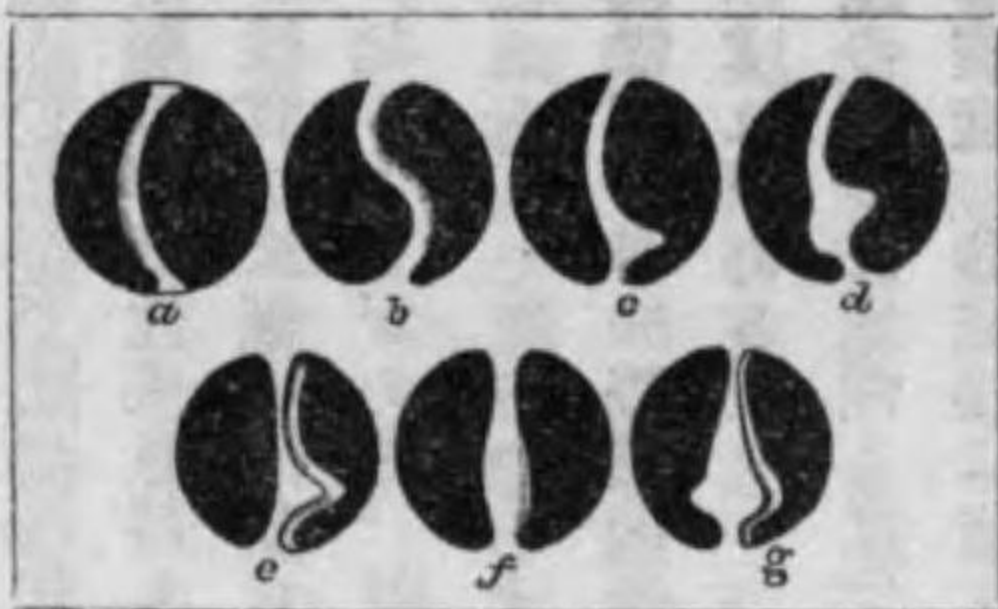
病牀に於て使用するには錘子・麥粒鉗子を石油ランプで滅菌し、之を冷却したる後海綿片を撮み被檢物にて満さるる疑ある粘膜炎を左右縦横に擦する。被檢物の附著した海綿片は再び包紙中へ收め、之を患者及び送人の名を誌して注意して普通郵便小包になし検査所へ托送する。

此外尙ほ發送用の滅菌管及び滅菌綿がある、即ち此拭擦綿で被疑物を擦りたる後ち管へ納め最寄の試験所へ送る。

第十四 鼻と副竇(副鼻腔)

1 鼻中隔彎曲の主な種類 (Fress)

第三三〇圖 鼻中隔彎曲の種々なる症型を示す



①有角彎曲 之は兩角彎曲とも云ふべき者で、一角は垂直にして、多くは高く聳立して軟骨中隔の前部に在り時としては外壁に達するものである。他の一角は水平にして前下部より後上部に走るものである。其下面は前部下鼻樞より後方は鋤骨により形成せられる、上面は前は方形軟骨により、そして遙か後方では垂直板によりて形成される。反對側では垂直樞に對しては全く淺き溝を有し、水平樞に對しては深淺種々なる陷凹を有す。②水平角を有するのみの彎曲 之は多く鼻の深部から始まり殆ど全部が骨から成立する。③S字狀彎曲 方向は垂直、水平共にあり。④C字狀彎曲 普通全軟骨中隔は水平及び垂直に狭き鼻腔内に於て孕める帆の如くに穹窿を呈し居る。⑤軟骨中隔の前下縁脱臼 之は鼻中隔彎曲の總ての種類に來るもので、軟骨の前下縁は白き弾力性の突起として膜様中隔の傍に現はれる。⑥不規則なる彎曲症

口 鼻中隔疾患(突破より破壊迄) (Traumann)

①中隔疾患として知らるるは漿液性軟骨膜炎と中隔膿瘍であり、是等は細菌・慢性副竇疾患・腺様増殖症・慢性鼻咽喉カタル」及び慢性鼻炎より起る。②外傷後の中隔膿瘍 之れの起始は血腫であり、膿は總ての場所に破壊的に

デフテリア被疑検査物の採取並細菌試験所への發送手續に就て、鼻と副竇

作用する、若し手術後間もなく破壊作用が起る時には早期切開と粘膜片の除去をなすは最善の豫防法である。⑤出血性・漿液性・化膿性及び壞疽性の中隔疾患で急性傳染病の結果起るものでは次の様なものがある、即ち「チフス」(この場合は永く罹患したる後)・猩紅熱・痘瘡・「デフテリア」(此場合には潰瘍を起し易し)・丹毒(之も中隔を犯す傳染病で血腫・軟骨膜炎・膿瘍を起す)・流行性感冒(之は好んで血腫を來し出血性傾向を有し後化膿する)等である。⑥所謂中隔の特發性疾患即ち特發性血腫・特發性漿液性軟骨膜炎及び鼻中隔の急性膿瘍等がある。特發性血腫は其特發性の性質は文獻中に載せられてゐない。特發性漿液性軟骨膜炎・鼻中隔急性膿瘍は外傷なくして鼻加答兒の症状の下に起ることがある。

ハ 上顎蓋著膿症の臨牀型 (Morse 氏の分類)

①單純性型—鼻加答兒後の單純性排膿。②傳染性骨髓炎型—疼痛・纖維性膜形成・壞疽・熱發並びに外部穿破・全身傳染等の虞れがある。

慢性型のものには齒性・鼻性・外傷性の三つに分つ。

齒性著膿症 ①直接に齒より傳播するもの、②膿腫により間接的に齒性の炎症を起すもの。

鼻性著膿症 ①加答兒性で上顎蓋のみのもの「ポリープ」、②「オツエナ」の場合萎縮性鼻炎を起したる時、③乾酪性鼻炎の場合(之は餘り膿を起るものでなく洗滌により治癒に就くことがある)④黴毒性鼻炎の時殊に上下眼窩神経痛の夜間増悪せる時。

外傷性著膿症 齒槽骨折、抜齒の際の骨挫折及び異物(砲彈・齒根治療時の器物)等により起ることがある。

ニ 副竇疾患の合併症

①附近に於ける浮腫 急性著膿症並びに慢性症の急性化せる場合に於て浮腫が自然に、又は發汗状態の下に、又は鼻内手術の結果起る事あり。高熱或は激しき頭痛の場合には罹患竇を廣く開放する必要がある。②眼症状 球後疼痛 眼球突出・複視・瞳孔縮小・篩骨蜂窩著膿症の際の眼球運動制限、及び前額竇炎の時に上眼瞼の浮腫等がある、併し鼻内に化膿或は粘膜腫脹等の症候なくして篩骨疾患の存在せることもある。③附近の化膿 慢性篩骨炎の時には内眥下に化膿瘻が來ることあり、前額竇著膿症の時には竇の前又は下壁が穿破することがある。④漿液性腦膜炎(前額竇著膿症の際) 起れば前額痛・嘔吐・眩暈・高度の遅脈等がある。⑤硬腦膜外膿瘍 之は上眼瞼の強度の腫脹を以て始まる前額竇疾患の時に起る。⑥不完全なる手術を受けたる後の化膿性腦膜炎もある、手術時總ての竇を検査する必要がある。⑦前頭蓋膿瘍。⑧慢性篩骨著膿症、前額及び蝴蝶竇手術並びに第一次縫合後の頭蓋骨膿炎。⑨海綿竇の血栓及び膿毒症⑩上縦竇の血栓。⑪轉位性膿瘍。

ホ 篩骨迷路と蝴蝶竇の慢性炎症の意義

次の場合には本症を考慮すべきである。

①既に鼻性の腦疾患合併症あることを知り、而も神経系統の侵さるる時、即ち外見的には純粹の神経痛・神経症状「ヒステリー症・神経衰弱・上眼窩神経痛・偏頭痛及び他の頭痛・眩暈等。②慢性の歐氏管及び中耳疾患、時には急性中耳炎、更に鼓膜建常で聴力も犯されざるもので恐らく毒素の吸收の結果起つた初期の聽神經炎の爲めに來したと思はるる耳鳴の場合。③眼球轉位・涙道の炎症・視野暗點症又は黒内障の型態を有する視神經疾患、及び眼窩の炎症性疾患で輕度のものより膿瘍又は蜂窩織炎迄のもの。④氣道殊に喉頭・氣管及び氣管枝に於ける再發し易い慢

性カタル」。**⑤**慢性の胃腸カタル」を伴ふ消化器障礙。**⑥**一般病的状態例へば慢性貧血・慢性インフルエンザ」更に其外急性關節ロイマチス」・腺膿瘍・轉移性の腎炎等。

へ 副竇疾患の根治手術に對する適應症

根治手術に對する適應症を決定するのは必ずしも容易でない、併し最近の發表に係はるレーウエ氏の適應症を述べれば次の通りである。即ち**①**悪性腫瘍、**②**總ての副竇蓄膿症で眼窩・頭蓋腔・翼狀口蓋窩を犯し重篤な局所又は一般症状を起すもの、**③**總ての慢性副竇蓄膿症で多發性の「ポリリーブ」を合併するもの（此場合膿汁蓄溜の虞、**④**總ての篩骨蜂窩蓄膿症で矢狀レントゲン像を見るに上下眼窩板に入り込める窩孔に膿汁があつて清掃を行ふも排除し得ぬ時。**⑤**同様の理由で總ての慢性前額竇蓄膿症は鼻内手術によりて排膿不可能なりし場合は廣く切開すべし、**⑥**單純性なると複雑性なるとを問はず總て副竇蓄膿症にして鼻内手術に依るも效果なく、重篤なる症候・高熱・激痛等が發來したる場合、**⑦**上顎骨の總ての竇炎・骨髓炎及び竇周圍炎にして鼻孔より到達し得ざる場合、**⑧**鼻内に於ける總ての高度の廣汎なる外傷性及び潰瘍性破壊作用行はるる時、**⑨**諸種の異物で他の方法によりて除去し得ざる時等である。

前額竇の根治手術に就てリッテル氏は新法を考案した、即ち前額竇の眼窩面を除去し前額壁に狭き對孔を作りて竇内の清掃を行ふ方法である。

ト 鼻硬結症の診斷的標準 (Gardner)

第三三一圖 鼻硬結症の患者(男) (林氏に據る)



第三三二圖 鼻硬結症の患者(女) (林氏に據る)



及び上口唇を侵すものである。従つて自覺的症候は一見カタル性のもので鼻閉・頸部の粘液蓄積・嘶啞等あり、是等の症候は初めは長い間一二の症候を呈するのみであるが、喉頭狹窄が増悪して呼吸

時に空氣缺乏を來せば症候が顯著となる。時としては外觀上鼻咽カタル」と大差なく、殊に乾性硬結症に於て然りである、それ故に斯かる症候をなせるものの背後に潛む僅かなる浸潤や、結締織性新生物殊に其等が鼻咽腔及び聲門下部に在る場合に之を發見するには相當の經驗家たるを要するものである。

斯の如くであるから硬結症の組織立つた研究をするには總ての「カタル性及び結核性疾患を精細に觀察するを要する。

外鼻の變化は極めて特徴があり決して痕瘡又は黴毒と誤まることにはない、況んや他の疾患とは無論のことである。外鼻は下部が軟骨様に浸潤して内部に擴がり、時としては凸凹に隆起し、尙ほ此浸潤は殊に鼻孔の横下縁を越え、そして時としては上口唇まで下たることもある。滑らかな極めて硬い扁平な又は膨隆せる結節や、潰瘍に陥り難い隆起は、頗る獨特の印象を示すものである。併し往々にして診斷の資料ともなる外鼻の變化が全然ないことがあ

鼻硬結症の初期には屢々鼻閉を起すことあるが、或場合には乾性萎縮性鼻炎を起して痂皮形成を營むことがある。他の特有の場合では厚い硬い多少凸凹ある腫瘍を生じ其色は鮮紅色乃至赤褐色を呈し、中隔・外壁或は鼻底から發生して遂には全鼻腔を充たして完全に鼻閉を起す。

時には前鼻鏡検査では何等の變化なく、後鼻鏡検査で鼻咽腔に疾患を發見して的確に決定を下され、病原が此處より起始せるを知ることがある。後鼻鏡の狭小又は完全閉鎖を起すことがあるが、それは中隔の擴大によるか又は側索の擴大によるか、又は歐氏管隆起と後鼻鏡の間に癥痕を形成するによるのである。殊に本症に特有なるは歐氏管から翼状をなして後鼻鏡の方へ押進む側索によりて閉鎖を來すことである。

咽頭は全く健全のことあり、又浸潤・硬化及び口蓋帆の高擧することがある。此外に特有の硬結症結節又は廣き腫瘍塊や、黴毒性のものに似た放線狀癥痕及び口蓋帆と咽頭後壁の間に癒著を認めることがある。

喉頭も早晚又は原發的に罹患し概し聲帶の側下方又は前壁に聲門下降起を形成する。前連合の直下に屢々小腫瘍塊が顯はれる、陳舊の場合には膿が出来る、そして聲門の上には結節及び増殖が生ずる。

氣管にも浸潤・癥痕及び狹窄の來ること稀でない、時としては乾燥せる分泌物又は痂皮を以て覆はれることがある(氣管オツエナシ)。

硬結症の特徴としては其位置が何處であらうとも増殖物の硬靱なものと潰瘍のないことである、即ち浸潤が破潰作用なくして癥痕となることが特有である。硬結症は黴毒・結核及び癩と誤られることもある。

組織的にはミクリッチニ氏細胞、細菌的にはフリッシュニ氏硬結症桿菌が重要なものであるが、併し此兩者は發生後時日を経たもので結締織の増殖せるものには認められない。

チ 鼻洗時の注意

第三三三圖
ウオクス氏フレンケル氏
鼻洗器



冷水又は峻烈なる物質にての鼻洗は不可である、微温(廿五度—三十度位)の液體例へば稀薄食鹽水溶液、重曹水、硼砂(一立の水に「メス」の尖位乃至半匙位入れる)又は硼酸(一—二%)水等で洗滌すべきである。而して常に狭き鼻腔の方より灌注して潤き側より流出せしめる。施行の際は患者の頭は少しく前方へ曲げて液體が鼻咽腔を通りて他側の鼻腔へ流るる様にする。液流は強壓を加へず且つ成るべく平均を保たしめて、口蓋帆が收縮し續けて鼻咽腔と口腔とを閉鎖せしめる様にする。

洗滌中患者は嚙下運動をしてはならぬ、靜に口で呼吸する。若しも嚙下運動が起つたならば洗滌を直に中止せねばならぬ。

鼻洗後液が全く排除された時でなければ一度に兩鼻をかんでならぬ、一方づつ掃ましむべきである。又鼻洗後殊に寒い天候の時には數時間部屋に居なければならぬ。

頭痛を起さぬ様液柱は水平に後方に向けて洗ふべきである。決して鼻天蓋即ち上方に向けてはならない。

リ 慢性上顎蓋蓋膿症治療の原則 (Gerber)

①罹患せる上顎蓋は根本原理として成るべく自然孔より治療し、口腔咽頭との新なる永久的交通を作ること

ける。②新鮮な、そして軽度な場合には初めは中鼻道より這入る「カニューレ」で洗ふ。③膿汁排出が永續し而も濃くて高度の悪臭があるときは、中鼻道孔を擴げ或は下鼻道に孔を作る。④慢性にして重症なる場合には犬齒窩から廣い穴を開ける、此穴から竇を視、且つ清掃し、尙ほ下鼻道に廣い對孔を作つてから注意して犬齒窩を閉ぢ、下鼻道から後療法を行ふ。⑤口腔より治療をする場合は(a)高度の鼻閉があつて鼻内治療が全然不可能なる時、(b)永く醫師の治療を受けられぬ人とか又は下鼻道より自個治療をなし得ぬ人などである。

又 前頭竇鑿開法

①前壁の一部分切除・搔爬及び鼻前頭管擴張等の手術 (Ogston-Luc) は竇が小さくして篩骨は健全なる時にのみ行はれる。②前壁の全部切除術には鼻腔と交通をなす場合 (Luc) とならぬ場合 (Kühn) とある。③ヤンゼン氏の法は竇の眼窩壁を切除して眼窩脂肪を竇の膈壁迄入れて同時に篩骨蜂窩を開放する。④眼窩縁を保存せずして竇の前壁と下壁を同時に除去する方法もある (Kühn)。⑤上顎上行枝を切除して篩骨蜂窩を開放し、同時に一方の竇壁を切除するか又は篩骨の眼窩壁を開きて同様に竇の一壁を切除する方法 (Hartmann, Tappas, Jaques-Duval)。及び⑥眼窩橋を残して前・下壁を除去し尙ほ上顎骨上行枝を切る方法 (Kilian) もある。⑦前額壁又は鼻から皮膚・骨膜・骨の瓣を作りて骨造形手術をなすのは特に兩側を同時に行ふ方法である、それには前額竇が大で骨壁が薄いとを必要とする。

第三編 咽頭科診療の實際

第一章 咽頭科診療方針

咽頭疾患は其病竈が咽頭のみに限局するもの多いとは云へ、又鼻腔及び喉頭(氣管及び食道)の疾患に對して因果關係を有せざるもの無い位相互殆ど常に關聯して居る。従て咽頭疾患患者の所訴は咽頭領域の症状のみではなく、或は鼻疾患、或は喉頭疾患、或は口腔疾患等々の諸症状混淆して之を區別し難きを常とする。

咽頭疾患の症状は爾他の身體部位のそれに等しく矢張り一般症状及び局所症状に區別せられる。

咽頭疾患の一般症状としては發熱・違和及び全身倦怠等が、身體各所の關節・筋肉の疼痛乃至腎臟炎初期の症状等であり、恰度流行性感冒或は「インフルエンザ」の場合に相似て居る。即ち是等の一般症状だけで毫も局所的の兆候無ければ夫れは咽頭疾患とは思はれぬ。咽頭の局所症状としては咽頭及び附近の疼痛・嚥下痛・異物感(異様感)等であるが、其程度も亦劇甚なるものあり或は極めて輕微のものもある、特に是等の症状は自覺的のものだから患者の個性に左右せらるることが多い。

かく一般症状の外に局所的の徵候具備すれば大概咽頭の疾患に相違無く、而も之は咽頭及び近部の急性炎症を想像せしめる、而して吾等が咽頭疾患を推定診斷して茲に咽頭を診察するに際しては幾多の他覺的局所症状を認め、それは粘膜の發赤・腫脹・浮腫・苔被・出血・潰瘍・麻痺其他である、且是等の局所症状は二三混合して來ること

多いが亦單獨に現はれても居る。即ち是等の症状の組合せによりて病類を區別し得るのである。若し一般症状を缺くか或は顯著で無く専ら局所症状に限られた場合は、大抵慢性の咽喉疾患か然らざれば腫瘍の初期などである。

① 一般症状の外に咽喉粘膜の發赤腫脹認めらるる場合

① 急性咽喉炎 は代表的のもので患者は違和を感じ多少に拘らず熱發し、局所に咽喉粘膜の發赤腫脹を認め、自覺的には局所の異物感・痒痒感・或は乾燥感・疼痛等を訴ふ、荏苒治癒せざるものは即ち亞急性となり、或は漸次再發する、斯かる病型は概ね上氣道の廣く侵される上氣道カタル」の部分的症状なのであり、所謂咽喉カタル」と稱するものに外ならぬ。

② 急性側索炎 は急性咽喉炎の一部症候なりと見做す人もあるが寧ろ獨立の一病型と認むるが至當である、即ち後口蓋弓から歐氏管開口部に連互する側索(歐氏管咽喉皺襞)が専ら發赤腫脹し炎性浸潤を蒙り、太き帶狀を呈し、熱發は甚だしからざるも局所疼痛及び嚥下痛を訴へる。又本病は一般の急性咽喉炎と異りて屢々治癒し雖く、遂に慢性側索炎に變化してしひ、之を視診するに側索太く廣帯となり、表面は暗赤色乃至黄白色を呈して居る、そして自覺的には異物感が耳邊に波及し絶えず一種の輕咳に惱まされる。本病は説教家・辯舌家等に多く遭遇するから一種の職業的疾患と見られる。

③ カタル性アングナ 一種の急性咽喉炎に外ならざるも、口蓋扁桃腺が特に發赤腫脹して、下方舌根扁桃腺及び口峽部に波及し、自覺的に局所の狭窄症状著しく嚥下痛を訴へ、特に嚥下に際し疼痛が耳邊まで放散する。尙ほ一

般症状として發熱三十九度乃至四十度に昇り、全身倦怠・關節疼痛來り、蛋白尿を證明することもある。

斯の如く局所竝に一般症状の著しい「カタル性アングナ」は其他の「アングナ」病例へば腺高性・濾胞性アングナ、猩紅熱アングナ、ワンサン氏アングナ」等と比較するに症候的には酷似してゐるが、局所的に精診すると彼の腺高の栓塞・濾胞の隆起を決して證明することが無い、之が唯一無二の鑑別點である。只「カタル性」のものに在りては扁桃腺其者が發赤腫脹して居て近部の咽喉粘膜に波及し或は浮腫を呈する位に過ぎぬ、それで扁桃腺が専ら病狀を呈するから扁桃腺アングナ」とも別稱するのである。

治療法の要點 急性咽喉炎に對しては殆ど局所療法の必要が無い、若し慰安的に試みるなれば頸部に溫罨法を施し、單純なる含嗽料を與へ、そして患者は休息せしめて「アスピリン」等の解熱劑を投與すれば足る。急性側索炎は特に注意して治療せねばならぬ、先づ鼻腔を通過せしむる爲め藥液を塗布するか尙ほ且鼻洗法を施す。局所に對しては豫め薄液「コカイン」を塗布し置きて更に強力な收斂劑として一〇%カルボールグリセリン、三%沃度丁幾或は濃厚ルゴール氏液等を用ゐる。尙ほ外部から頸部の溫罨法をも施す。慢性側索炎には手術的の治療法を要する、即ち局所麻痺法を施して、後ち側索の縱軸に沿うて亂刺(亂切)するか、或は電氣マッサージ」を繰返して側索組織の増殖を緩減せしめるのである。

「カタル性アングナ」に對しては「アスピリン」、「フェナツエチン」及び「サリチル酸劑」の解熱劑を與へ、局所に稀薄なる收斂劑を塗布するか、ルゴール氏薄液、マンドル氏液等を試み奏效する、且單純なる含嗽料は患者を爽快ならしめる。又「クロールカルシウム」の靜脈内注射は屢々頓挫的に偉效を奏することがある。

●**微毒性アングナ** は所謂第二期微毒の現象である、殆ど一般症状を欠き局所の發赤腫脹を主とし、好發部位は口蓋弓及び硬口蓋であり、同部位の粘膜は多く暗赤色を呈して周圍組織より著明に腫脹して居る。そして自覺的症狀は殆んど無く経過甚しく漸久的である、此狀況は普通の「アングナ」と異りて一種特別のものであるから本症をば**特種アングナ**と別稱する。

又皮膚表面の發疹と異りて薔薇疹・紅疹・丘疹等を見ること無く、只往々口蓋弓・口蓋扁桃・軟口蓋・咽頭後壁・硬口蓋等に於て乳白色の斑状を認める事がある、即ち是れ粘膜斑と稱せらるるものである。

本症と類症鑑別を要するものは殆ど無いと云うて好い程、本症の症狀は特異點を有して居る。例へば濾胞も腺窩も著明ならざるが故に腺窩性乃至濾胞性アングナと區別されるし、義膜を形成せざるが故に「ヂフテリー性乃至猩紅熱アングナ」と區別せられる。又普通の「カタル性アングナ」なれば局所を侵すこと廣汎に互つて居り、且乳白斑を欠き發赤する色彩も異なる（本症では概ね暗赤色）、加之ならず経過の緩慢なる點は大に其趣を異にする。

治療法 驅微療法によりて全治する、只此時期には他人に傳染する危険最も多い、從て此點を患者には勿論親近者にも警告する必要がある。

●**咽頭丹毒** は高熱を發して俄然發病し、口峽部の粘膜が非常に發赤且つ急速に腫脹し嚥下困難（嚥下痛）が甚だしい、特に口蓋扁桃の附近は深紅に發赤し口峽粘膜も「ラック」を塗つたやうに赤く、そして暫時の間に頰粘膜竝に食道入口部の粘膜に浮腫現はれ、且つ屢々微量の出血を來す。特に食道に波及したるものは喉頭附近をも侵して呼吸困難著しく、實に重篤の症狀を呈す。本病は経過極めて急劇で一日二日の間に耳鼻口及び鼻涙管を經由し

て外部に出で皮膚に丹毒症狀を來すものが多い。

類症鑑別を要するものは極めて尠ない、普通の「アングナ」なれば一般症狀左程猛烈でなく、熱系も本病よりは大抵低い、且粘膜の發赤も本病に比較して甚だ軽度である。又頰・喉頭・食道等の入口部に浮腫を見ることは本病だけであり、普通の「アングナ」に在りては之を見ない、出血も亦普通の「アングナ」に見ざる所である。併しかのゼナートル氏蜂窩織炎は一見したところ本病と誤診せぬとも限らぬが、只此蜂窩織炎では一般狀態の悪化すること非常に早く、且意識の侵害甚だしいから、本病と區別されるし、又局所の發赤は丹毒に於て甚だしく蜂窩織炎では左程で無い。

治療法の要點 連鎖球菌血清・丹毒治療液・「ワクチン」等一般に用ひられ、「エレクトラルゴール」・「トリパフラゲン」の注射療法も亦用ひらる。又最初から強心劑・「ヂガレイン」・「ヂギフォリン」等の投與を忘るること無く、酸素吸入も缺くべからざる處置の一つである。解熱劑も時に用ひられるが、「ウロトロピン」のやうな尿路制腐劑と共に併用すれば都合が好い。

●**咽頭天疱瘡**は多く軟口蓋・咽頭後壁及び會厭に粘膜紅斑を形成するものであり、此紅斑は周圍よりも一層隆起し且透明の液體を内容とする水疱を生ずる、水疱は屢々破壊して液體出て跡に結痂様のものが出来る。天疱瘡には急性及び慢性とあり、急性のものは高熱を發して其の間に上記の局所諸症狀現はれる。慢性のものは四週間或は夫れ以上も不定の症狀にて経過し確實に水疱を證明すること殆ど無い、而も尋常性天疱瘡と別稱せられる。

治療法の要領は砒素劑特に「サルグルサン」注射の偉效を奏する場合が多い。内服としては「フォールレル水」を投與

する。又鹽酸キニーネ及び「プラスモヒン」は解熱劑としてのみならず格別の效驗を顯はす。局所に對しては三乃至五%硝酸銀の塗布、又一%過マンガン酸加里、「ヤトレン」及「トリパフラヴィン」の塗布を試みて好い。時には鎮靜劑及び強心劑を處方すべきである。大抵是等の治療法で多くは本症治癒するが、若し目的を達せざれば爾他の疾患を考慮せねばならぬ。即ち「ヘルペス」多發性滲出性紅斑、或は壞疽性アンギナ、咽頭丹毒等である。併し天疱瘡は皮膚面の本症に隨伴することが多く、此點を注目すると鑑別は容易である。

天疱瘡の甚だ猛烈なるものは咽頭粘膜のみならず結膜囊を侵したり角膜溷濁を來したり、中耳に波及し、或は氣管・氣管枝の粘膜にまで及び、又は外陰部及び直腸等を侵襲することがある。斯かる劇甚なる病型となれば爾他の疾患と誤診すること殆ど無い。

●咽頭毒麻疹は水疱の形で來り、口蓋扁桃・舌及び懸壅垂に好發し、夫等の粘膜は水疱を隆起せしめて發赤腫脹して居る。尙ほ病竈が擴がる傾向があつて喉頭にも波及し呼吸困難を起すこともある。そして一般症狀として熱發し稽留することも稀で無い。本症は是等の症狀を呈するから診斷も容易なるが、尙ほ本症には發病の原因を突き留め得る、例へば多く貝類・蟹・蝦・有色魚類・鳥卵・草毒・菌類等を不用意に食したる時であり、或は又藥劑に對して特異質ある人が沃度加里・阿片・キニーネ・アンチピリン・サリチール酸・オルトフォルム・アネステジン・水銀劑等を試用して本症に罹ることがある。

本症は皮膚表面に於ける發疹に伴ふものが多く、此點に注意すれば恐らく誤診するものも無い、併し呼吸困難が主要の場合に喉頭検査を行ふ時は屢々聲門水腫・咽頭蜂窩織炎・多發性ロイマチス性紅斑と誤まれたり、又粘膜發疹著しからざるは喉頭クループ・喘息等と見分け難い。即ち斯かる場合は發病時の機會を詳に確定せねばならぬのである。

治療法の要點。は列記した食物や藥劑に留意して斷然其用途を避けることであるが、一旦發病したる時は合理的の治療が必要である。それには洗腸を行ひ次いで胃腸の征腐強壯劑を投與するに在る。又呼吸困難を訴ふれば救急處置として挿管法或は氣管切開法を執行せねばならぬ。

●一般症狀の外に咽頭粘膜の發赤腫脹甚だしく部位組織隆起して嚔下痛を訴ふる場合

斯る疾患は必ずや傳染性細菌によりて發病し、咽頭の炎症を惹起して粘膜の發赤を來し、炎性浸潤蔓延すれば腫脹を來し屢々化膿するから、無論局所の疼痛はあり、又一般の疼痛を訴へる。加之ならず炎性腫脹疑しくなりて嚔下痛を來すのみならず構語障礙必ず起り、往々呼吸困難をも醸すのである。それで病症として此種類に入るべきものは扁桃腺周圍炎・咽後膿瘍・扁桃腺肉腫(特に施術後の再發せるもの)・後壁甲狀腺腫其他二三なのである。

●扁桃腺周圍炎乃至扁桃腺周圍膿瘍 發熱を以て起始し全身に違和を覺え、又各處の關節痛を訴ふることも屢々である。局所の咽頭を見れば専ら側壁の口蓋扁桃腺に相當して發赤腫脹著しく恰も腫瘍の如く隆起して居る。尙ほ附近の口蓋帆及び口蓋弓まで波及すること稀有で無い。併し初期に在りては本病も亦限局性に發病し前方の扁桃腺周圍に止ることもあり。又は反對に後壁に近き扁桃腺周圍のみに限局することもある、前者を前扁桃腺周圍炎と云ひ、後者を後扁桃腺周圍炎と稱する。そして前扁桃腺周圍炎は一目瞭然たるもので看過することも無いが後扁桃腺周圍炎は扁桃腺組織に覆はれて爲めに見逃すことがあり、或は側索炎と誤診することも屢々である。

既に局所が化膿して扁桃腺周囲膿瘍を形成すれば口蓋弓・口蓋の粘膜炎赤腫脹し且つ往々浮腫を呈し、扁桃腺は膿竈の爲めに押出されて、其膨隆は咽頭中央を越し、懸壅垂と一所になつて見える、此懸壅垂は又他側の咽頭壁までも壓せらるることがある。此場合患者は疼痛の甚だしきに苦惱し、開口困難となり、自動的に開口せしめると特に劇痛を感ずる、即ち一種の牙關緊急だが他動的には疼痛を忍んで開口せしめ得るものである。尙ほ患者は開口時の疼痛の爲めに殆んど開口せず、従て食事も十分で無く、言語の構成も出来ない。

本症は特有の症状を呈すること前記の如くで誤診されるものは殆んど無い、只牙關緊急の一徴候のみを以てすれば破傷風に似て居るが、破傷風なれば僅微な損傷或は泥土に塗れし機會ありて、而して後ち傳染病性の熱發あり、直ちに項強直（頸強直）起り牙關緊急を訴へるのであり、それも麻酔せざれば容易に開口し難いが、本病に在りては感冒の氣味から（或は誘因を認め）突然咽頭局所に障礙を來し牙關緊急を訴へるのであるが、之は咽頭の疼痛若しくは嚥下痛の結果であり、他動的に開口せしむれば麻酔せずとも開口し、只疼痛に惱むに過ぎぬ。

治療上の注意。從來は扁桃腺周囲炎と膿瘍とは各治療法を異にしたが今日は其根本的治療法を一にして居る。即ち往時は周圍炎に對して全身療法として解熱劑・發汗劑を處方し、局所には收斂劑を塗布し、外頸には濕布或は氷嚢を貼置し、又尙ほ含嗽或は吸入を命じたのである。又近來は「アンチフロギスチン」の「パップ」を施したり消炎劑として「クローカルシウム」、「アンチカロリン」、「カタモール」等を靜脈内に注射したのである。以上の藥劑及び治療方法は比較的効果があつたやうに思ふ。然れども根本的治療法としては扁桃腺周圍炎にしても亦周圍膿瘍にしても、今日は均しく扁桃腺別出術を執行し、常に目的を達するのである。從來は急性炎症ある扁桃腺に對し

て手術を加ふるは大出血を來して危険ありとされたが、現今は大量注射による局所麻痺を行ふことに依り、殆ど完全に出血を防止し得るばかりで無く、術後の出血に對しても十分の止血法考究せられがあるので安心して手術し得るのである。

◎咽後膿瘍 大人よりも三四歳の小兒に頻發する疾患だから、常に小兒科に於て取扱ふ場合が多い。又大人にては殆んど熱發せず疼痛も亦殆んどなく、専ら局所症状のみ著しいが、小兒に於ては三十八度以上に熱發し、嚥下痛（或は困難）の外に呼吸困難を起して發病する。そして咽頭の各處に膿瘍を形成するから腫瘍の如く腫脹し、表面は軟かく若干發赤して居る。且つ咽頭の上咽・中咽及び下咽の各部に膿瘍の局在することに依りて症状の特徴を示す、例へば上咽に在る場合は鼻呼吸を阻礙するし、中咽に在れば咳嗽發作起りて喉頭へ誤嚥すること多く、下咽に發生すれば發聲明瞭なるも呼吸時に著しく高き鼾聲がある。

大人に在りては他部の炎症より轉位し來る咽後膿瘍が屢々ある、例へば頸椎カリエスより流注するものがあり、中耳炎にしてベッソルド氏乳嘴突起炎を惹起し、それより更に内側に破れ或は胸鎖乳嘴筋の内側に破れて咽後膿瘍を形成するものがある。

鑑別を要する場合は本症に於て特に一般症状の缺如する大人の場合である。三四歳の小兒にては本症を誤診すること殆ど無い。大人の場合で往々誤診せらるるものは内被細胞腫・鼻咽腔纖維腫・肉腫・頸椎外發性骨腫及び轉倒性甲狀腺腫等である。本症を診斷するに當りては年齢を考慮し、専ら視診だけで見極められるが、指頭にて局所を觸診すれば一層よく確めらる、即ち本症の場合は硬からず彈性を帯びて居る。更に穿刺針を以て内容物を採り見れば

最も確實に診断が附く、又大人の場合には前記の腫瘍と混同を避くる爲め頸椎を打診して疼痛の有無を確め、頭部を胸廓より廻轉せしめて運動障礙及び疼痛部位を定め、頸椎「カリエス」を較診するのである。尙ほ詳しく中耳炎の有無をも診察して本症の根本をも確めればならぬ。

治療法要旨。 窒息或は嚥下性肺炎を防止すること最も肝要であり、それには穿刺して排膿せしむるを安全の方策とする、一回の穿刺にて尙ほ十分排出せざれば數回反復して差支無い。但し一刀の下に切開し十分排膿せしめるには患者を懸頭位か前屈位置にして之を行ふ。其際には必ず全身麻酔を避け局所麻痺のみを以てせねばならぬ、是れ全身麻酔の下に行へば大量の膿を氣管に誤嚥して窒息するの危険あるからである。併し若し全身麻酔の必要あれば此際別の手術方法がある、即ち外頸部を切開して胸鎖乳嚙筋の真中より深く進み膿瘍に達するのであり、排膿は之を外側へ誘導するのである。此場合にも往々膿竈破れて膿の氣管に入るの虞れがあるから、豫め氣管切開をやつて置くか、危険の期に臨んで迅速に氣管切開を行ふのである。何れにしても此方法は咽後膿瘍の手術法としては餘りに大袈裟であるので、吾等は今日殆んど之を行はぬ、只二歳以下の小兒にて且つ非常に衰弱して膿を吐出するの力無き時に限り止を得ず之を決定するのみである。大概は助手をして患者を捧持せしめ、一刀にて膿瘍を切開すると同時に瞬時に猶豫せず手早く患者の頭部を出来るだけ前屈せしめて膿を吐出せしめるのである。此方法にて殆んど常に治療の目的を達し得る。

④ **ゼナートル氏咽頭蜂窩織炎** 概して経過の極めて急劇なる本症は猛烈なる細菌類の粘膜損傷部より侵入して發病するものであり次の二型の病状がある、①限局性粘膜下膿瘍としては口蓋弓・軟口蓋・咽頭後壁に局在し、該部の粘膜は發赤腫脹し且つ附近の粘膜に丹毒様の浮腫を呈する。加之ならず粘膜及び粘膜下組織に浸潤して其部は隆起して居る。②廣汎性に化膿し且つ範圍廣く浸潤を來すものにして、之は膿瘍にあらすして所謂蜂窩織炎である、而も此場合は全身の敗血症を醸すこと急速であり、豫後も概ね不良にして死の轉歸を執るものが多い。本症は丹毒と區別されぬことが多い、又丹毒に類似する病型は其治療法も同様に行ひ治療するもの稀有でない。第二型の蜂窩織炎は敗血症の症状ありて扁桃腺蜂窩織炎に似て居る、即ちかの蜂窩織炎性「アンギナ」なのである。

治療法 全身療法を第一義とし、常に強心劑を忘るること無く、敗血症を治療する心持にて「コラルゴール」、「エレクトラルゴール」の注腸或は注射を試み、「トリパフラヴィン」を注射するか又葡萄糖の注射も行ふ、且つ事情之を許せば輸血をも行ふのである。局所療法としては膿瘍を切開して排膿せしめ、又呼吸困難を治する爲めに氣管切開を決定する。

③ **一般症状の多少に拘らず又嚥下困難あり咽頭の一定部位に被苔か潰瘍を認める場合** 熱發三百度或は四〇度に昇るか、或は左程熱發せざることもあり、尙ほ全身症状として急性ロイマチス様の苦痛を訴へることが多いが、咽頭局所に於ては粘膜發赤腫脹し、又一定部位に於ては種々の被苔を認むるか、或は潰瘍先づ存して其上に被苔を見ることもある。即ち大體に於て潰瘍を認むるものと然らざるものと二型に區別し得る。

④ **潰瘍は存せず單に被苔を認むる場合** 一般症状ありて嚥下困難を訴ふる場合に咽頭を隈無く診察するも遂に潰瘍を見ず、只一定部位の粘膜に於て白色・灰白色・黄白色のものが沈着して居り、其者は斑點であつたり被苔であつ

たりする、例へば腺窩性アンギナ、濾胞性アンギナ、「ヂフテリー」及び「ヘルペス」等がそれである。

此種類に入るべきもので一般症状の著しからざるは丘疹性黴毒（或は粘膜黴毒）である。

茲に(a)腺窩性アンギナ及び濾胞性アンギナと稱するは大體扁桃腺に於ける發疹部位より由來せるもので、即ち腺窩性アンギナは扁桃腺炎として全面の腺窩に瀦留せる物質ありて恰も黄白色乃至灰白色の栓塞を示すものであり、濾胞性アンギナは矢張り扁桃腺炎の結果扁桃腺濾胞の腫脹し恰も白斑の如く扁桃腺面から透見するものである。此二型の「アンギナ」は殆ど「アンギナ」の代表とも云ふべく、最も頻々咽頭に發病し、左右の口蓋扁桃腺を侵し且つ往々口蓋弓及び咽頭後壁に波及する、此白斑及び栓塞を見るに周圍が特に發赤腫脹して當初は隆起せるが如くに見える。此二型の「アンギナ」は解剖的にも臨牀的にも嚴格の區別は出來ぬ、何れも急性扁桃腺炎を以て發病するものであり、扁桃腺は著しく發赤腫脹して居り、其間に「フィブリン」滲出起り扁桃腺面に沈着するのである。換言すれば何れも急性扁桃腺炎の名に一括されるのである。此急性扁桃腺炎は別に扁桃腺アンギナと稱するが發病の機轉によりて尙ほ二三の病型を示す、例へば鼻腔の手術後に發病するものを術後アンギナ、又は外傷性アンギナと云ひ、其症状は前陳の「アンギナ」のそれと同様である。又氣候の變り目毎に感冒に罹り「アンギナ」症状を呈するものがある、これは細菌類の扁桃腺に傳染せる結果發病するが、患者體質の然らしむるものであり、恰も常習性に罹る「アンギナ」なるが故に特に常習性アンギナと稱せられる。

「アンギナ」の症状は、就中全身症状が特徴ありて確診せしめる、例へば全身症状として三十八度以上四十度位の高熱發し惡寒戰慄來り、小兒などは腦症を疑はしめる、大體が敗血症の症状を呈して、屢々轉移性併發症の筋肉關節ロイマチス、心内膜炎・心筋炎・骨髓炎・膿毒症・中耳炎・腎臟炎等を惹起する。局所症状としては専ら口蓋扁桃腺が「カタル」症状を呈し時には深紅色に染まる、尙ほ著しく腫脹して表面に粘膜様の皮膜生じて居る。更に口蓋・口蓋弓・懸壺垂等には浮腫を認めらる、かくて扁桃腺の濾胞が化膿し黄白色の點々現はれる、即ち是れ濾胞性アンギナである。又各腺窩を黄白色或は灰白色の栓塞にて塞ぐものがある、之を検するに上皮塊・白血球及び細菌類の塊である、即ち此病型は腺窩性アンギナと稱せらるるものである。

是等の「アンギナ」の經過屢々扁桃腺周圍炎を惹起し、次いで扁桃腺周圍膿瘍にもなる、又甚だ稀有ながら扁桃腺實質の膿瘍を形成することもある。

是等の「アンギナ」は専ら口蓋扁桃腺を舞臺とするが、尙ほ咽頭淋巴環の一たる咽頭扁桃腺も亦罹病したり或は之を根據とすることもある、かく咽頭扁桃腺の多く侵される「アンギナ」を特に後鼻アンギナと稱して居る。次に咽頭淋巴環の一たる舌根扁桃腺も既に肥大して居れば矢張り「アンギナ」の卷添を食ふことがあるが、斯かる場合は頗る稀である。

本病の診断は前記の病狀顯かなれば誤診することは無い、併し往々鑑別すべきものを述べる、腺窩性アンギナと扁桃腺局在ヂフテリーとは屢々類似して居るが、熱發高度なるにも拘らず全身狀態比較的佳く頸腺及び咽頭の腫脹せるは「アンギナ」であり、中等度に熱發して脈搏宜しからず鼻呼吸の氣味なるは「ヂフテリー」を思はしめる。又局所を診見して多く兩側の扁桃腺甚しく發赤し、其の上に點狀の「フィブリン塊」を認めるは「アンギナ」であり、之に反し發赤が輕微であり膜様物廣く附著し而も一側の扁桃腺に來るは「ヂフテリー」である。兎に角診斷

の確實ならざる場合は局所組織より附著物を剝離或は爬出して塗抹標本を作り検査するのである。併し尙ほ疑はしければ須らく「ヂフテリー」として處置すべきである。

「アンギナ」の治療竝に該患者に對する要領は必ずや豫後を念頭に置かねばならぬ、即ち本病は簡單に治癒するものが多いが、若し最初から敗血症を起して居つたり、又往々腦膿瘍を惹起したり、爾他の頭蓋内合併症を誘發したのを經驗して居るから、必ずしも豫後佳良なるもののみとは限らぬ。

全身的の療法としては就牀靜養せしめて、「サリチール酸」「アスピリン」「ザリピリン」を與ふると同時に多量の清涼飲料を攝らしめ、發汗療法を行ふのである。且つ常時心臓に注意して適當の強心劑を處方するが目的に適ふ。

局所に於ては頸部に氷嚢を貼し、時に含嗽せしめ、咽頭に輕い收斂劑を塗布したりする。若しか嚙下痛あれば「コカイン」「アネステジン」等の稀釋液を塗布し、或は薄く散布するも好い。又は錠劑として口中に嚙ましめる、例へば

(一)「コカイン」〇・〇二乃至〇・〇四 「アンチピリン」二・〇 「ワニール、サッカリン」二〇・〇 單

舍適量(右爲十錠、一錠宛時々口中せしむ)

(二)「アネステジン」〇・五 重曹二・五 「アラビアゴム」〇・五 單舍適量(右爲二十五瓦二瓦宛隨時

口中せしむ)

尙ほ局所療法として就中口蓋扁桃腺の處置法が講究されて居る、例へば硝酸銀液(一〇%以上のもの)腐蝕法・「クロール亞鉛水」に「カルボール水」注射・組織亂刺法・沃度丁幾塗布法(デンケル氏法)・腺窩洗滌法(田中氏法)・扁桃腺搾取法(細谷氏法)・扁桃腺切開法及び剔出法等が夫れである。吾等は現今好んで扁桃腺剔出法を行ひ、以て「アンギナ」を根治せしめて居るが、併し手術を拒否する患者に對しては先づ鹽酸コカインにて適當に麻痺せしめ、然る後扁桃腺全面に沃度丁幾の塗布を試みる。又扁桃腺搾取法は頗る偉效を奏することが多い、即ち一方の手にて患者の外頸を抑へつつ太く卷きたる卷綿子を扁桃腺に當て、かくて兩々壓迫すれば扁桃腺面の栓塞「フィブリ」ンは押出される。そして其上に沃度丁幾を塗布すると一層奏效顯著である。

(b)「ヂフテリー」はクレブズ・レフレル氏菌の感染によりて發病するが多くは「ストレプトコックス、ヘモリチクス」其他も加はり、所謂混合感染の疾患と見て差支無い。本症は咽頭の外に鼻腔・喉頭・氣管に發生したり、又氣道のみならず中耳腔或は食道にも稀に見らるるが、兎に角咽頭は「ヂフテリー」の好發部位である。又咽頭に來るものに猩紅熱「ヂフテリー」がある。これは猩紅熱の咽頭發症とも見るべきもので、「ヂフテリー」菌の感染に由るものにあらず、病原は窮明されぬ點あるが一種の連鎖狀球菌に起因するものと見做され、血液を検査するに概ね赤血球增多症を證明するのである。

咽頭「ヂフテリー」は局所症狀著しく且つ發熱あり。咽頭では専ら口蓋扁桃腺及び其周圍に、義膜を形成し、此義膜は纖維素絲を以て粘膜に入り込み恰も植物の根生えせるが如くである。口蓋扁桃腺の外は軟口蓋・口蓋弓・懸壺垂及び咽頭後壁に波及する。併し大方は扁桃腺部の義膜と一所になつて居る。若し咽頭後壁に散在するか或は孤立せるが如き義膜は屢々鼻「ヂフテリー」の繼續と見られる。診斷上注意すべきものは、類症鑑別を要する疾患である。先づ日常多く見るものは、濾胞性及び腺窩性「アンギナ」

であるが、局所見だけに偏すると咽頭デフテリ」と誤診せぬとも限らぬ、特に「アングナ」と輕症デフテリ」の初期は誤り易い。又年長兒の鼻デフテリ」で咽頭後壁に僅に點々白く散在するやうな場合は腺窩性アングナ」と區別し難い。

次にゼモン氏の記載したる肺炎菌インワジョン」も咽頭粘膜（下部は喉頭邊まで）に粗大の點々灰白色を呈し居り（其灰白色を除去すると僅に出血して奥に潰瘍を認める、咽頭後壁に来る「デフテリ」義膜と誤診することがある。而も「デフテリ」に流行時があるが如く、肺炎菌インワジョン」も亦亞熱帶地方（本邦では臺灣に於て屢々之を経験せらる）では一種の流行かのやうに頻々觀察されることがある。

輕症デフテリ」二乃至七日の潜伏期を経て三九乃至四〇度の高熱を發し、恰度急性アングナ」のやうな發病で、咽頭特に口蓋扁桃腺部を見ると灰白色の斑點散在して居る、それが二日目か三日目に既に三々五々融合して義膜を形成する。此義膜形成は口蓋扁桃腺部に多いが、更に口蓋弓・軟口蓋・懸壜垂・咽頭後壁にも之を見ることがある。多くは五六日にして自然に脱落し、僅かに糜爛面を残すか、或は其儘治癒する。又一旦消失したる義膜は再び出現し、恰も再發するが如き傾向をも來す。

次に類症鑑別を要するは猩紅熱デフテリ」・ワンサン氏アングナ」・壞疽性アングナ」である。「デフテリ」中でも壞疽性デフテリ」が最も是等と誤診され易い。猩紅熱デフテリ」は前項に於ても略説したが全身皮膚に發疹を見ることが「デフテリ」と異なる點であり、咽頭粘膜も廣く深紅色に浸潤して、定型的なるは覆盆子舌著しく、是れ又「デフテリ」に見ざる點である。口蓋扁桃腺に在る義膜脱落すると其跡には蠶蝕されたるが如く潰瘍

を見る、これも「デフテリ」と異なる點である。次に猩紅熱デフテリ」は鏡檢上「ストレプトコクセン」を證明するが、「デフテリ」なれば「デフテリ」菌を證明し得る。（簡単に塗抹標本を染色しては）

壞疽性及び敗血性デフテリ」は「デフテリ」菌の外に大抵連鎖球菌（其他球菌類）加はり、所謂混合感染にて發病する、全身症状は頗る重態であり、咽頭局所の義膜ありし部位は壞死し、組織の深くまで破壊されて行く、鉗子等にて摘むに汚穢なる組織・扁桃腺・懸壜垂等ポロ／＼脱落する、そして何か生物の腐りたるやうな臭氣がある。其部位及び周圍は汚穢灰白色或は暗綠色・暗褐色を呈し、又其周圍の健康部は浮腫・浸潤著しい。而も之が喉頭部まで及んで一般に呼吸困難に陥る。呼吸亦臭氣を放ち、且つ咽頭部の粘膜より出血して屢々危険なこともある。而して斯かる症型の「デフテリ」は之を治療するに用意周到、強心劑を與へ、血清注射を十分にし、臨機に氣管切開をなすも、患者屢々心臓麻痺に襲はれ、又敗血症の爲に救ふべからざるものが多い。

ワンサン氏「アングナ」も亦口蓋扁桃腺部に潰瘍を生じ、其上に義膜を以て被ひ、尙ほ附近粘膜に廣く炎性浸潤あり、全身的に違和・疼痛・熱發（概して高熱でない）を來す、尙ほ口臭を放つたり、稍々嚥下困難の加はることもある。斯の如き病状であるから「デフテリ」の特に重症型と誤診され易い。故に確實に類症鑑別するには細菌學的検査を行はねばならぬ、即ちワンサン氏アングナ」では紡錘狀桿菌「スピロヘーテ」其他を證明するし、「デフテリ」なれば「デフテリ」菌を證明するのである。

左に「デフテリ」菌の證明法を述べる。それには染色法と培養法とある。

① 染色法

①レフレル氏メチレン青染色法

メチレン青アルコホル飽和液三〇・〇 一%苛性加里液一・〇 蒸餾水一〇〇・〇
 此液中に染色數秒、次いで水洗、封鎖鏡檢す、「ヂフテリ」菌は太く少しく長い桿菌である。

「メチレン青アルコホル飽和液とは「メチレン青六〇を普通純アルコホル」一〇〇に溶解せしめたるものである。

②ナイセル氏染色法

第一液 「メチレン青〇・一 九六%アルコホル」二・〇 氷醋酸五・〇 蒸餾水一〇〇・〇
 第二液 「結晶紫〇・一 無水アルコホル」一・〇 蒸餾水三〇・〇
 第三液 「クリソイジン」〇・一 湯水三〇・〇

第一液二分、第二液一分を混和して「デックグラス」の塗抹標本を染色すること十秒乃至十五秒にして水洗し、次いで第三液にて重複染色すること三秒餘にして水洗し、封鎖、鏡檢す。即ち菌體は黄色を呈し、エルンスト氏小體は深青色に染まり鮮明である。

③培養法 診断の爲に「ヂフテリ」菌を培養するの必要は甚だ尠いし、且つ培養を待つては治療の好機を失することもある。

壞疽性扁桃腺炎、も亦重症ヂフテリ」と見分け難いことがある。併し本病は「ヂフテリ」菌に因るもので無く、連鎖球菌・葡萄球菌・肺炎雙球菌等の混合感染にて發病し、最初口蓋扁桃より發するが、本來咽頭蜂窩織炎であり、同時に口蓋扁桃腺部が潰瘍乃至壞疽に陥るのである。従て咽頭も廣く侵され軟口蓋も免かるること尠ない。

い。兩者の區別は「ヂフテリ」菌の檢出、若しくは血清注射の效力如何によりても決せらるる。

治療上の注意事項 時期を誤らず血清注射を行ふ、血清は出来る限り大量を注射すべきである。又強心劑を忘れてはならぬ。血清注射によりて義膜が悉く脱落すれば最も好都合である、或は義膜の全部取れざるも患者は全身違和を覺えず、病感消失すれば治效を奏したものである。かかる場合鉗子で義膜を摘み取りて差支無い。血清奏效したれば義膜は異物の如くに容易に剝取し得る。

次に咽頭局部が不潔になりて恰も壞疽性アングナ」或は扁桃腺炎かの如き有様なれば血清注射だけに止まらず、口腔咽頭の清潔法を施すのである。これには〇・一%過マンガン酸加里液も用ゐられるが、一%トリパフラヴィン液も便利であり、又「サルグルサン食鹽水にて洗滌するも好い。血清注射の效を急ぐ爲には靜脈内注射を行ふことと洋書に記載してあるが、それは無目的である。氣管切開は呼吸困難甚だしき場合に應用し偉效あること勿論だが、茲に注意すべきは一般に中毒症狀を起したる時期である。此期に臨んで矢張り呼吸困難を起すことが多い、此呼吸困難だけは氣管切開にて除き得られ救命的の效果を見んことは先づ期待多きに過るのである。故にかかる場合の呼吸困難は挿管法で以て治するのが手取り早い。

(c)咽頭ヘルペス 特徴があり、屢々局所に於て神経痛様の疼痛を訴へ、以前より胃腸の障礙があり、或は感冒のやうに違和・全身倦怠、「ロイマチス」様疼痛を起したり、悪感・頭痛も亦時に之を訴へる。そして咽頭・舌及び口唇等の粘膜に發疹を見るのである。

病因關係より觀るに傳染を基礎とするものと神経性の影響に依るものの二症型區別せられる。かの帶狀ヘルペス

は神経の分佈経路に出現するので有名である。ギョウテルボック氏は「ヘルペス性半側舌炎を記載したことあるが其發疹は三叉神経及び鼓索神経の分佈経路に一致して現はれたのである。併し之が粘膜に發生すると點々相連する程に雁行する、そして發赤し水泡を形成する。要するに神経痛を伴ふ榮養神経障礙ありと見做される。

反射性ヘルペスは咽頭（口腔）に發現すること比較的によく、帶狀ヘルペスの比で無い。又神経の影響に依る發疹は女性に於て著しく、特に生殖器と何等か關聯するやうに思はれ、多くの場合に發疹は月經時に顯著になるのが規則的だと云つて好い。胃腸障礙に伴ふ「ヘルペス發疹も反射性なりと理解する人あるが、或は中毒性の機縁に依るとも見らる。特に本症が肺炎・インフルエンザ・ロイマチス・「アングナ」感冒等の機會に屢々現はるる點から觀ると中毒性と云ふのが妥當である。クローネンベルグ氏は「ヘルペス水泡より細菌検査を行つたがクレム

ベル氏と反對に病菌を證明しなかつたので血液中を循環する毒素に依りて惹起するものと結論して居る。診斷上顯著なる症候。咽頭ヘルペスは口唇ヘルペスに始まるか或は之を伴ふものが多い、同時に舌・頤・口蓋（軟口蓋にも硬口蓋にも）・口蓋扁桃・咽頭後壁・會厭軟骨部、更に喉頭入口部より喉頭内部まで廣汎的に發疹を起す。發疹は切め斑狀の發赤を現はし、其中央に於て特に著しき圓形斑を呈す、又往々上皮片が浮遊したり、或は圓形の纖維素性苔を被むる。水泡も屢々見られるが概して一過性にして暫時後に消失する。即ち水泡は粘膜面より高まり居るが、之を見たと思ふ間に破壊して跡には上皮片を留める。そこには微細なる物質缺損部を示し、又直ぐ纖維素性苔にて覆はれる。又水泡は單獨に來ること無く群生するものが多い、故に是等が破壊して融合すると稍々大なる物質缺損部を遺し、其表面の状況は恰も「デフテリー」を思はしめることがある。

是等の發疹は殆んど規則的に群生し、且つ廣汎性に現はれ、從て全身状態も侵されることが多い。發熱は往々四十度以上なることあり（Schmidt）、頭痛に悩まされ、局所的に嚙下痛を訴へる、併し喉頭に波及すれば會厭軟骨部及び會厭披裂皺襞に發疹現はれ聲音嘶啞・喉頭咳嗽來る、又稀に聲帶まで波及することがあり、此場合には咳嗽に際し血點を混することがある。

發生竝に經過。感冒の症型に始まり、前陳の如く諸種の細菌證明せられ、就中連鎖狀球菌及び葡萄狀球菌は從來諸家によりて報告されて居るが、何れも眞の病原菌だと云ふわけ無く只之を認めたと云ふに過ぎぬ。併し其經過は傳染病のそれに一致し、口唇ヘルペスの如きは其特徴が著しい。發疹は通常數日にして褪色し、苔は脱落し、毫も癍痕を残すこと無く完全に治癒する。併し往々又治癒遷延し所謂退行性症型となる。これは治癒した側からほつ／＼發病し新たに水泡をも形成するのである。シュミット氏は之を慢性粘膜炎と稱して居るが、數年間も繰返して發疹新たに現はれ、或は生涯を通じて再發したりし、其際發疹は散在或は群生する、そして其際は又惡寒を覺え嚙下痛を訴へ「ヘルペス」の徵候明かである。發疹の局所も口蓋弓・會厭軟骨及び聲帶等であるが、一概に咽頭口部を普通とする。

類症鑑別上注意すべきは普通の「アングナ」、良性咽頭潰瘍、「デフテリー」、「アフター」、多形性滲出性紅斑・天疱瘡・粟粒結核等である。普通の「アングナ」は腺高性アングナ・濾胞性アングナ・扁桃腺アングナ等であり、専ら口蓋扁桃腺を中心として發病する。そして「ヘルペス」の如く神経分佈の経路に一致するが如き特徴は無い。又發熱・惡寒・局所疼痛・

嚙下痛等は酷似するも水泡を形成すること無く、只隣接部の粘膜に浮腫を來すに過ぎぬ。良性咽頭潰瘍も亦「ヘルペス」に酷似するも水泡は一層大きく且つ孤立性に來るものが多く、發生部位は前口蓋弓或は後部に限局し、他側口蓋には移行せず、咽頭後壁に見ることも無い。

「ヂフテリー」は多少の類似點あるも、之は扁桃腺及び附近を中心として發生し、義膜を形成し、且小兒に頻發し、大人に於ては稀有のものとされて居る。「ヘルペス」に在りては發熱・頭痛に始まり神經痛様の痛みあり嚙下痛著しく、局所に於ては多く連鎖狀に又は群生する斑點あるが故に「ヂフテリー」の義膜と區別せらる。之に反し「ヂフテリー」に在りては餘り發熱することなく嚙下痛も殆んど無い、併し發熱ひどく嚙下痛をも訴ふるは壞疽性或は潰瘍性「ヂフテリー」であつて單純のもので無い。且つ「ヂフテリー」菌を證明することに依り解決せられる。

多形性滲出性紅斑は「ヘルペス」に似た點があるけれど、發熱・頭痛・嚙下痛等の全身的症候著しく無い、且つ紅斑に在りては水泡を形成すること無く、中央より破壊し上皮片を留めることも無い。

天疱瘡の急性型は高熱を以て始まり此點よく似て居るけれども、之は附近の皮膚に水泡を生じ、次いで粘膜に發生するのが最も多く、單に粘膜のみに生ずるもの殆んど無いと云つて好い。且又天疱瘡なれば水泡極めて大きく内容は透明の液體である。又全身を診察するに天疱瘡は屢々結膜囊に發し角膜溷濁を見、生殖器乃至肛門・直腸等にも發來することあり、之は「ヘルペス」に見ざる所である。

急性粟粒結核は熱型・嚙下痛等非常によく相似て居る、併し粟粒結核には「ヘルペス」の好發部位とは異なる特

別の好發部位があり、即ち咽頭なれば左右後口蓋弓の後方で咽頭後壁に移行する皺襞部が夫れである。若し口腔なれば結核の好發部位は舌下部に在り、又喉頭部なれば會厭軟骨部（其遊離縁）會厭披裂皺襞等であり、何れも「ヘルペス」の好發部位と其處を異にし、神經分佈の経路に沿つて居るもので無い。特に又粟粒結核は全身の非常に衰弱したる場合に襲來するものだから、一見して患者は衰憊状態にあり、「ヘルペス」のやうに紅顔の少年に觀るが如きは似ても付かぬことである。

治療上注意すべき事項 先づ局所疼痛竝に嚙下痛に對策を講ぜねばならぬ、之に對して從來用ひられたるは「アネステジン」粉末の局所撒布である。「コカイン」液の塗布も亦屢々用ひられたのであるが、吾等が經驗上效多く便益なりと思ふは「アスピリン」である。即ち之を微細に研磨して其粉末をよく局所に撒布するのであり、之を日々二回（朝夕）都合の好い時間に施用すると殆んど嚙下痛など起さず済む。又結核に對する特別薬とされて居る「メントール」阿列布油も色々の「バアセント」のものを用意してあれば試みて好い、先づ五%か十%のものが都合好いやうである。

さて「ヘルペス」に對する治療としては從來は先づ適當の解熱劑を投與しつつ二%鹽剝水を食匙或は茶匙にて日々三回乃至數回服用せしめたりしたのである。又鹽剝一〇、瘡瘡木丁幾三〇、鹽水一〇〇〇、爲一日量三回分服の處方にて持用したこともある。併し何れも特效ありしと謂ふ經驗も持合はさぬ。

咽頭局所に對しては比較的軽い腐蝕劑で腐蝕するのが合目的である、夫れには乳酸か三鹽化醋酸を用ふれば好い。又既に發疹の破潰せるものは深く腐蝕せんでも好い。それには收斂劑を塗布するか「オルトフォルム」粉末等を

撒布し置く。發疹の破壊せるか或は局所の多少とも不潔なるは先づ清潔法を施して、次ぎに5%マリーキュロコロム液を塗布すると效驗著しいことがある。硝酸銀にて腐蝕するは餘り結果が良くない。

◎全身症状多少に拘らず認められ局所に潰瘍(更に被苔)生じ経過概して慢性なるもの 此症型に屬する咽頭疾患は左程多くは無いが、尙ほ嚥下痛を標準とすると、一は嚥下痛の激しきもの、他は殆んど嚥下痛を訴へざるものとの兩型がある。そこで

(a)嚥下痛激しき場合の疾患はと云へば咽頭の結核性疾患の外に餘り多くの類症が無い

咽頭結核性疾患 本症は粟粒結核竝に潰瘍性のものが多い、好發部位は口蓋弓に接する咽頭後壁、爾餘の咽頭後壁部、口蓋弓、側索等であり、又往々口蓋扁桃腺及び軟口蓋に發病することもある。舌根部及び食道移行部に發病することは非常に稀れであり、恐らくこれは咽頭結核(又肺結核)の續發症として起り末期の結核性疾患なのである。局所の状態を觀るに粟粒結核は恰も樹枝に霜の降りかかれるが如く、只附近は少しく發赤することあるも咽頭粘膜は蒼白色なるが一般である。粟粒結核は一體に患者の全身的結核に續發するのであり、殆んど末期的の症状と見らる。而して早くも部位破壊して潰瘍に陥る。潰瘍は最初小さく、周縁不正にて蠶蝕せられたるが如き状を呈し、漸次融合して大きな潰瘍となる傾向がある。潰瘍面には帶黄灰白色の附著物を見る、是れ一種の被苔である。此被苔様物は患者治療の間に剝離して潰瘍はど迄も深入するの傾向止まず。かくて潰瘍の周圍に擴がり深部に進むに従ひ末期は刻々近づくのである。咽頭粘膜は廣く貧血して到處蒼白色となり、頸部の淋巴腺は隨時腫脹し、之に觸るれば疼痛を訴ふ。

自覺的症狀としては疼痛特に嚥下痛甚だしく、空虚嚥下時の疼痛最も堪へ難きものがある。従つて患者攝食を欲せず、如何に空腹なりとも疼痛に戦いて飲食共に廢するに到り、遂には嚥下時のみならず安靜に呼吸して居ても咽頭部の疼痛を感じるようになる。

一般的の症状は發熱定型的なのである。結核症は一般に日晡潮熱と形容せらるるが如く恰度一度位高まる夕刻の發熱を見るが、咽頭に粟粒結核竝に潰瘍を生ずるに至れば所謂混合感染となり、隨分高熱を發することとなり、夜間などは三十九度四十度にもなり、それが又朝に高熱になつたり晝に高熱になつたり、極めて不規則なのである。是れ結核症の末期に近づいたのである。

診斷上注意すべき事項 咽頭結核は潰瘍にしる粟粒結核にしる殆んど誤診すること無い程特別のものである。局所疼痛竝に發熱の點から云へば諸種「アンギナ」を考慮すべきだが、「アンギナ」は口蓋扁桃腺を中心としたる疾患であり、結核症は之れに反して扁桃腺を侵すこと稀なのである。既に全身状態から觀て、結核症なれば衰弱疲勞が目立つて居るが、「アンギナ」は急性疾患であり一時の廢食ありたりとて左程の羸弱は認められぬ。

全身状態に注意すれば結核症は一體に慢性の経過を取り衰弱著しく、咽喉専門家に來る頃は多く第三期であり、比較的末期に近いのであるから、病症速に惡化して行く、其状恰も急性のやうである。故にビルケー氏反應などを檢するに大概は陽性であり、局所より塗抹標本を作製することに結核菌を證明することも容易である。若し結核菌を局所より檢出すれば確實に咽頭結核と診斷して好い。

治療上特記すべき事項 咽頭結核は全治の希望は尠なしとは云へ治療方法の如何によりて患者の局所症状は大に

輕快し、次いで全身状態に影響して良結果を齎すこと亦多い。即ち先づ局所療法に努力し同時に全身状態にも留意する。局所治療としては①止痛法及び②局所病竈に對する治療法がある。

止痛法 としては第一に局所に對して麻痺劑の塗布或は撒布を行ふ、塗布には「コカイン液を、撒布には「アネステジン」、「アスピリン」等を試む。第二に外部より塵埃・不潔空氣等の侵入を防ぐことも止痛の目的に適ふが故に患者に「マスク」を用ひしめる。第三に咽喉の乾燥を防止することも亦止痛の效あるを以て矢張り「マスク」の常用以外に隨時吸入法を行はしむ。吸入には普通重曹水を用ひ、時には少量の麻痺劑を加味して好い。第四に鬱血帶をかけることも一種の止痛法である、それには頸部を捲く帶と夫れから兩方の腋下かけて帶を締めしむ。

局所病竈に對する治療法としても亦種々の方法を講ずる、即ち第一には腐蝕法を行ふ、之には乳酸・三クロール醋酸、時には硝酸銀を以てする。第二には「キュレット」・鉗子類・銳匙等にて局所を鉗除する。第三には電氣燒灼にて深く局所を燒灼し去る、即ち一種のグリュンワルト氏深部燒灼法なのである。第四には「ヂアテルミー」装置を以て局所に「コアグラチオンスネクローゼ」を起さしめ局所を丁寧に破壞し去るのである。

全身的治疗の目的にて光線療法を行ひ、かれて咽喉腔を照射する光線療法は非常に好結果を齎らすことがある。次ぎに同様の目的にて昔時より行はれたる「ツベルリン」注射を試みる。其他結核治療劑としての金製劑即ち「クリゾルガン」、「トリヒアル」の注射を試む。

(b) 嚙下痛左程ならず異様の感を訴ふるものには**黴毒性潰瘍並に初期癌腫がある**

黴毒性咽喉潰瘍 本症は第二期より第三期に移行せる黴毒症と見做され、好發部位は咽喉後壁・口蓋帆・口蓋弓及び

口蓋扁桃腺等である。局所を見るに周圍浸潤せる中央より破壞して潰瘍に陥るものが多い、潰瘍の周縁は銳利なる刀刃にて切截されたるが如き觀を呈す。潰瘍には厚くして帶黄・帶綠の灰白色に染み或は不潔色を呈する被苔を有す。此被苔は粘膜分泌物の凝結せるものであり、之を除去せんとするに容易に出血する。又潰瘍は深部に進むが故に口蓋帆などは容易く穿孔する。潰瘍穿進すれば一時癒癒治癒を營む、又周圍の粘膜は浸潤して隆起し之を觸診するに硬く、且つ多くは暗赤色を呈して居る。此潰瘍局所は特に疼痛を訴へることが無く異様の感(或は麻痺せるが如き)を覺ゆ、併し新に咽喉カタルに罹れば嚙下痛を訴へることが多い。

此黴毒性潰瘍は鼻腔・口蓋等の第三期黴毒と共に併發することが多い、之れも壓診するに別に疼痛著しからず頸部に於ては多數の小淋巴腺腫脹し或は二三大淋巴腺となることあり、之れも壓診するに別に疼痛著しからず所謂無痛性腺腫なのである。

診斷上注意すべき事項 若し局所所見のみによる時は類症鑑別を要すべきもの亦多い。例へば潰瘍性アンギナ、結核性潰瘍等であるが、「アンギナ」は急性炎症であり其經過と云ひ熱型と云ひ黴毒に見ざる所である。又「アンギナ」に在りては局所疼痛・嚙下痛甚だしく到底黴毒性潰瘍の場合と異なる。結核性潰瘍なれば矢張り定型的に熱發すること多く嚙下痛は既述の如く激しい。局所を診たばかりでも潰瘍周圍の浸潤を認むること、邊緣の峻銳なる點が大に異つて居る。又全身の状態にても容易く鑑別せられると思ふ。

潰瘍の状況も似て居り、經過亦慢性且つ無熱なるものに癌腫性潰瘍があり、黴毒性潰瘍と一寸區別し難い。けれども癌腫も破壞して潰瘍に陥れば可なりに疼痛を訴へる、又癌腫は殆んど扁桃腺部に發生し、稀に舌根部にも波及

するもので、咽頭後壁・口蓋弓等に發生すること殆んど無い。尙ほ疑はしきはワ氏反應を検査し、「サルバルサン」注射を試み、其結果に依りて區別せられる。此他組織の一部分を切除して標本を檢鏡することに依り確實に鑑別せられる。

治療上の注意。一般的の驅敵療法で殆んど治療の目的は達せられる、即ち「サルバルサン」の注射・蒼鉛劑の注射を順序的に施行するか、屢々水銀劑を試み、又沃度加里を内服せしめる。咽頭局所は之を清潔に保持する爲め鹽剝水又は硼酸水を用ひ含嗽せしめる。

癌腫性咽頭潰瘍 本症は「全身症状多少に拘らず認められ局所に潰瘍（更に苔被）生じ経過概して慢性なるもの」に屬すべきや否や確言し得ざるも前掲の癌腫性潰瘍と鑑別を要するものなるが故に茲に略述する。即ち咽頭痛腫は破壊して遂には潰瘍に陥るが、其好發部位は口蓋扁桃腺であり、稀には舌根部に波及するか或は茲に原發することあるに過ぎずして、口蓋帆・口蓋弓・咽

第三三四圖
口蓋扁桃腺癌腫



第三三五圖
口蓋扁桃腺肉腫



頭後壁より發生することは極めて稀有の事に屬する。軟口蓋（硬口蓋移行部）に發生する癌性潰瘍は多く鼻癌より續發するものである。又診斷上に缺くべからざる症状は潰瘍であるが、此場合は癌腫も比較的に行進せる時期に

て甚だしく疼痛を訴へるのである。此疼痛も往々夜間に激しくなり恰も「ゴム腫の夜間疼痛に似て居る。併し嚥下痛として訴へることは稀れである。

診斷竝に治療は出來得る限り早期的に診斷して出來得る限り根本的に剔出するに在る。故に組織の一部分を切除して標本となし檢鏡すること必要である。

専ら運動障礙を伴ふ疾患

①麻痺症状の著しき場合 最も屢々遭遇するものは顔面神経の麻痺或は不全麻痺であり、是れは特に一側性に來るものが多い。即ち一側の口角が垂下して此處から唾液が絶えず流れ出で、かの乳臭兒の阿呆らしきに見えて居る。口笛も頬吹も出來ず、唇音を十分に發し得ぬ。此際舌咽神経も共に侵されることが多く軟口蓋の位置も運動も左右は對稱的で無い（左右に於て相異なる）。併し健康體に於ても亦往々にして左右の對稱的でないことが多いから此點注意を要する。又末梢性神経炎或は「ロイマチスムス」の爲めに顔面神経麻痺を來すことがある、此場合には豫後良なるものが多い。

舌下神経麻痺も亦孤立性に來るとするも中樞性乃至末梢性なるは蓋し稀有なのである。此場合舌は麻痺側に於て偏位する。之れに反して兩側性麻痺は屢々來り、且つ迷走神経と顔面神経と共に麻痺することがない、即ち進行性延髓球麻痺の症状であり、唇舌喉頭麻痺と稱せられ往時より周知せられて居る。此症状は現はれること緩慢であり、咀嚼も嚥下も亦構語も同時に支障を來すのである。かの「ヂフテリ」後麻痺に來る兩側性軟口蓋麻痺は著しい

ものだが、矢張り中毒性末梢性神経炎の症状なのである。(脳神経脊髄病篇に就いて参照せられたい)

●痙攣症状の著しき場合 顔面神経痙攣症は最屢々見られるものだが、概して間代性であり顔面の諸筋に現はれる。又電撃性口角搐搦を呈する。

咬筋痙攣症は破傷風の症状として現はれ、かの牙關緊急を呈す、即ち強直性痙攣なのである。又癲癇・脳膜炎等に際しても強直性痙攣を來すことがある。

間代性痙攣或は不随意性咀嚼運動は屢々「ヒステリー患者及び老人に見られる、かの精神病者は屢々切齒運動をして居ることがある。

舌痙攣症は稀有なる症状であるが職業性痙攣及び癲癇發作の際に認められる。

⑤分泌・知覺竝に意識の障礙される場合 口腔乾燥症は多くは唾液分泌の中止する結果惹起せられ、又時には口呼吸のみを營んで口腔の異常に乾燥するによりても誘發せらる。最近詳かにされた「交感神経ノイローゼ」とか或は高熱を發する疾患に際して本症を來し、又淋巴腺其他の諸腺の疾患にても本症を來すことがある。

唾液分泌過剰症は口腔のみならず食道或は胃に於て何等か疼痛性病變の蟠屈して、それより反射的に惹起するものが多い。即ち口腔のみを診察しては判断し難いのである。

知覺脫失症は大概は「ヒステリー症の症状だと云つて好いが、又大腦・延髄の疾患(稀には)末梢神経麻痺等ありて惹起する症状である。舌の領域に於ては諸種の神経疾患に侵されるが概して部分的の症状を現はす。又往々識らず知らずの間に咬傷を來し、其結果麻痺症状を惹起することがある。

知覺過敏症も矢張り定型的の舌疾患であり、舌痛として廣く知られ、殆んど三叉神経痛の一部症状なのであり、常に發作的に來る。之に反して疼痛持續するか或は時々異常疼痛を感じるは蓋し全身的の神経性疾患に起因すると思はる。

味覺脫失症は症状として最も多く見られるものである。そして該病竈の位置の如何によりて或は一側性に來り或は兩側性に來る。又本症は末梢性疾患によりて惹起するものと中樞性疾患の爲めに誘發するものとある。例へば末梢性原因としては口腔炎・胃疾患・鼻炎竝に鼻閉塞にて嗅覺減退を來したる場合、中耳炎にて鼓索神経の障礙された場合等であり、中樞性原因としては「ヒステリー」・外傷性ノイローゼ」等である。

味覺異常症は屢々味覺脫失(麻痺)を前驅して、其後ちに來ることが多い。そして妊娠時「ヒステリー」・精神病等の場合に見られるのである。

第二章 救急咽頭竝に顔面手術編

第一 口腔竝に咽頭出血

齒牙・齒齦・齒槽・口蓋・口蓋弓・舌根扁桃腺・鼻咽腔及び咽頭の出血は特發すること稀である。齒牙及び近隣の特發出血は壞血病・中毒疾患或は手術後に見られる。

救急療法に亦病原を忘却してはならぬ。止血剤としては「アドレナリン」・「ゲラチン」・「クラウデン」等を注射する。又局所に「アドレナリン」・「コアグレイン」等を塗布す。猶ほ局所は過酸化水素等にて清潔にし、其上に氷嚢を

貼置して冷却する。或は齒牙の手術後に出血すれば改めて創腔を探し、嚴重に清潔法を施し、其中に固く「タムボン」する。

口蓋・口蓋弓及び舌根等の出血は一層稀有のものであり、損傷・異物又は悪性腫瘍の末期等に見られる。損傷や異物なれば之を除去するか患部を清潔にして簡単に創縁を縫合する。此際に兩側の口蓋動脈（口蓋弓前方より門齒近くを走行す）を損傷せざるやう注意すべきである。又瘤腫・肉腫等の末期に組織深く破壊して出血する時は救急的に之を止血せしむること容易でない、多くは頸動脈を結紮せねばならぬ。

咽頭出血は組織の崩潰或は血管の破壊よりして來り、而も甚だ危険なる場合が多い。ニュウコムブ氏は「リテラツール」を蒐集して五十一例を挙げたが其中五四%は死の轉歸を取つて居る。そして大多数は内頸動脈の破壊を見之れに反して外頸動脈領域・上行咽頭動脈・口蓋動脈及び舌動脈等の出血は稀であつた。

咽頭出血の療法を救急的に行ふには「タムボン」挿入は殆んど不可能であり、僅かに指頭を以て壓迫する方法に過ぎない。これとても出血多量にして且つ持續する場合は到底目的通りに止血が出来ぬ、唯一の方法として纔に頸動脈結紮あるのみである。併し結紮するには内頸動脈或は總頸動脈は避けなければならぬ、特に失血の多い場合は危険が甚だしい。即ち失血多量なれば血壓は減じ、腦半球を養ふ副血行も不十分となる。従つてそこには軟化病發生し易く次いで麻痺・偏癱を起して、死の轉歸を取るものが多い。故にかゝる場合は外頸動脈のみを結紮するのである。

第二 咽頭の損傷及び異物

咽頭損傷は他部の損傷に併發し獨立的に來ること殆んど無い。火傷或は腐蝕は比較的によく見られるが、是れ亦口腔竝に食道を主として損傷し咽頭には偶發症を見るのである。自殺目的の損傷に銃創或は切創を來し、又は他殺的切創も稀には見られるが、是等の場合にも咽頭の症状よりは喉頭竝に頸部血管に關係するもの一層危険である。

以上の救急療法としては出血に對する處置を第一とする。

咽頭異物として來るは魚骨最も多く、又木綿針・釣針・止針・釘等も咽頭異物となる。小兒に在りては玩具の異物屢々見られる、而して咽頭異物は口蓋扁桃腺・舌會厭窩・舌根部・軟口蓋裏面・鼻咽腔等に多く之を認められ、疼痛（局所竝に放散性）及び攝食困難を訴へる。

異物の部位診斷は必要なるが指を入れて觸診することが最も簡單且つ確實なる方法である。此方法に依れば異物を觸診すると同時に之を摘出し得る。併し反射鏡下に行へば患者を苦しめない良い機械的方法であり、此際矢張り口蓋扁桃腺部（特に後面）・口蓋帆裏面・鼻咽腔及び舌會厭窩等々を注意して精診する。若し此方法にても發見し得なければ異物は何處かに潜在するのである。

救急處置 異物は之を除去しただけで他に治療を要することは無いが、時としては異物によりて咽頭壁の損傷を蒙り容易に治癒せざることがある。或は舌根部の損傷から縱隔膿化膿し生命の危険なることもある。又或は舌根部梨子狀窩に異物潜在することあり、同部の損傷久しく治せず次いで披裂會厭皺裂及び披裂軟骨の粘膜炎腫著しくし

て自覺的に甚だしき疼痛・嚥下困難あることがあり、斯かる場合には屢々廣汎なる蜂窩織炎を起すこともある。故に嚥下困難を訴へ且つ會厭・披裂軟骨部の浮腫著しき時は必ず咽喉頭異物を考慮せねばならぬ。

第三 舌動脈結紮

先づ指頭を以て舌骨大角を觸診して之を確かめ、且つ之を標準として切開する。即ち頸部の中央に於て舌骨上1cmを舌骨に平行して切開し胸鎖乳嘴筋の前縁まで達せしめる。此切開にて皮膚・皮下組織及び潤頭筋を一所に截切する、然る時は顎下腺直ちに現はれる。是に於て鉤を以て皮膚竝に筋膜を上方及び下方へ牽き開かしめる。而して消息子竝に解剖ピンセットを以て開離しつつ深部に進み、下方は舌骨大角を見定め、上方は二腹頸筋の後部を現はす。即ち二腹頸筋の前方には壑状舌骨筋があり、舌動脈は舌骨大角と二腹頸筋後腹との間を舌骨舌筋の後方で舌骨に接近して居る。故に鉤にて舌骨大角を固定し、其上にて舌骨舌筋の垂直に走る筋纖維を僅かに分離すれば直ちに動脈を認める。此舌動脈は比較的に淺在し、舌骨舌筋の纖維も亦菲薄だから、容易く觸診もされる。或は法の如く手術しても之を發見しないとして無暗に深入すると屢々咽喉粘膜炎を損傷するに至る。兎に角左程深入すること無く舌骨大角を標準として探索すれば好い。若し動脈を發見すること困難なれば切開創を後方に延長して胸鎖乳嘴筋を後方へ引寄せ、舌骨大角の側方へと進み外頸動脈を撮みて結紮すべきである。

第四 耳下腺外傷

耳下腺其者の外傷は比較的稀であるが、其排出管は頰部傷に伴うて屢々損傷を受ける。若し腺組織創傷あれば創口より唾液流れ出で、特に食事の際に夥しい。又治癒後に屢々唾液瘻を殘賒する。

此外傷に際し往々出血することがあるが、耳下腺動脈は外頸動脈の分枝であるから、出血の際は該動脈を結紮すれば好い、而も猶ほ大量に出血して止まざれば外頸動脈結紮を決定するのである。

耳下腺外傷は之を消毒し、然る後「カットゲット」にて腺を縫合する、其上にて筋膜及び皮膚を引合せ縫合し壓抵繃帯を施す、而して安静を保ち顔面の運動を禁すれば完全に治癒する、併し瘻孔を賒すことも多いから後療處置中は之れに留意し隨時腐蝕法を試むる必要がある。

排出管は耳下腺の前縁より出て咬筋の外面を横ぎり其前縁を廻はりて斜に頰粘膜炎を穿通し口腔に開き、開口部は上顎第一―第二大臼歯頸部の對側なる頰粘膜炎に在る。外部より排出管の部位を測定するに、此管は耳朶と耳翼下縁とも連結する横線上に在り、故に此線と交叉する創傷は排出管損傷を合併する。此管は表在性のもなるが故に外傷に罹り易い、若し損傷を蒙れば創口より唾液が流出し恰かも耳下腺外傷の場合に同一である。之を檢診するには鉤を創縁に掛け開大する、然る時は創腔に於て排泄管の損傷部が現はれる。此損傷は完全に治癒すること尠なく屢々唾液瘻を賒し、稀には唾液嚢腫を形成する。而して此唾液嚢腫は腺分泌の状況に依り或は大きく或は小さくなる。

第三三六圖
耳下腺を開放する手術



舌動脈結紮 耳下腺外傷

耳下腺の創傷が口腔に穿通するは僥倖なる場合であり、單に筋膜及び皮膚のみを縫合すれば足り、粘膜創は放置して差支ない。此時唾液は口腔に流出するに由り毫も支障無く治癒するのである。之れに反して創傷淺く口腔粘膜に達せざることがある、此場合に皮膚縫合のみを行ふ時は、唾液の排出障礙起り屢々唾液瘻を形成する、故に新たに排泄道を作らねばならぬ、排泄道を作るには唾液瘻の手術と同様に創底より口腔内に針又は套管針を以て相並ぶ二箇の孔を穿ち、此二孔に針金を通し口腔に於て十分に締めつつ結紮し、終りに皮膚を結紮する。斯くて時日を経れば針金にて締められたる軟部は壞疽に陥り、自然に脱落し、口腔内に通ずる瘻孔を遺すのである。其他「カットグット」にて管の兩端を縫合する方法もある。若し缺損ある時は靜脈管を以て自家移植を行ふ。或は管の中樞端を口腔内に引出し、之を縫合して固定し、頰部の皮膚は緻密に縫合する。是等の手術は之を實施するに中々困難なるのみならず満足の結果を得ること亦尠ない。

第五 急性耳下腺炎

唾液には防腐的の性状があるから耳下腺傳染は一般に稀である。併し往々口腔の諸種炎症・隣接部炎症（「フルンケル」・丹毒等）より續發し、又感冒・外傷・肺炎・産褥熱・「チフス」・猩紅熱等に併發することがある。口腔・咽頭の疾患例へば口内炎及び「アングナ」等に繼發する時は排出管を上行して先づ腺腔を侵し次いで腺間結締織に波及する。

急性壞疽性耳下腺炎は豫後不良のものであり、肺・心臓・腎臟諸病・糖尿病・癌腫其他慢性重症者は其經過中に罹る

ことがある、又開腹術後に續發することもある。特に婦人科に在りて手術後二乃至八日に發病するものを報告されてゐる。是等の場合は腺實質に大小種々の膿瘍多發し、腺は腫脹する、又壞疽性のもものは周圍に浸潤し、頸部に至るまで腫脹し、皮膚は發赤し、局所劇痛を訴へ、高熱を發する。往々破壊することありて惡臭性膿汁を排泄する。

救急處置 含嗽料を與へ口腔を清潔にし、局所には外部より濕布繃帯を施す。猶ほ進行する状態にあれば下顎上行枝の後方に於て耳朶より約6cmを切開する、此切開は特に皮膚竝に皮下脂肪組織に止め、注意しつつ深部には「ゾンデ」竝に鉗子を以て鈍に進入し膿瘍を探診し之を排膿せしめる。若し不注意に切開して行けば顔面神経及び其枝を損傷するからである。

通常急性耳下腺炎は五六日の間に化膿し、皮膚は發赤し浮腫を呈する、殊に自潰して唾液瘻を形成するものが多い。傳染病の經過中に來るもの、或は麻醉手術後に發病せるものは豫後良ならず。壞疽性のもものは特に危険であり頸部蜂窩織炎を起したり、縦隔竇に侵入したり、靜脈炎を起し敗血症を醸したり、腦膜炎を併發したりする。又喉頭に進めば窒息することがある。

第六 頸部外傷

切創は自殺又は他殺の目的により來ること多く、特に自殺に來るは左上方より右下方に斜走する傾斜切創が多い。而も舌骨と喉頭との間を切開し大血管の損傷を免かれ自殺の目的を達せざるものがある。

創傷の状況は刀器と火傷とに依りて異なり、又大血管の損傷するとせざるとに依りて大差がある。頸部の大血管

損傷せるは出血甚だしく失血死に終るか、若しくは大概氣管損傷をも合併して窒息死に陥る。
 刀器に依る損傷は深淺種々あり常に出血を伴ふ、而して大血管が損傷すれば豫後益々不良となる。若し血管の損傷無ければ簡単に縫合しただけで好い。又皮下静脈の損傷にても出血は案外に多く、且つ空氣吸込まれ危険状態を來す。是れ空氣栓塞を起すのであり、症状として患側胸痛・不安・呼吸促進不整、又呼吸困難を來す。脈搏は頻數不整となり、瞳孔散大し、遂に鬼籍に上るのである。

手術時に静脈を傷くる時は空氣吸込まれ一種の吸啜音を發す、故に之を直ちに壓迫し次いで注意して結紮する。
 小静脈の出血は簡単に壓迫するのみにて止血する、又静脈出血の場合之を容易に探し得ざる時は強く其部位を壓迫し、且つ繃帯を施して三四日安静にして置く、然る後ち創口を開き必要に應じて開大し出血血管を探索し之を結紮する。併し理想的なるは血管縫合を行ふことである。

第三三七圖
 頸部の外側位に頸下部に於ける
 切開する部位を示す



① 總頸動脈損傷 之は頸部血管の損傷中最も屢々遭遇するものであり、或は單獨にも損傷を蒙るが、多くは同時に内頸静脈・迷走神経・下甲狀腺動脈及び椎骨動脈等の損傷を伴ふのである。出血は通常非常に夥しく、外傷直後に即死するものが多い。或は刺創・銃創等の場合に外傷性動脈瘤若しくは外傷性動脈瘤を生ずることがある。若し創傷部に於て血管創を發見すれば之を結紮す、併し可及的血管縫合を施す、然らざ

れば中樞端に於て結紮し間接的に止血せしめる。

總頸動脈は環狀軟骨の高さに於て胸鎖乳嘴筋と肩胛舌骨筋との間に於て上方に開く三角形の内に在り、胸鎖乳嘴筋の前縁の下を走る。即ち同部に於て胸鎖乳嘴筋の前縁を五乃至六cm切開し、前縁を露出せしめ鉤を掛け筋を後方に引く、ここで消息子竝に「ピンセット」を用ひて深部へ〜と分離すれば先づ内頸静脈を發見す、而して其後内側に總頸動脈ありて静脈にて少しく覆はる。動脈の内方には又迷走神経が走つて居る。乃ち動脈をば鈍に分離して、静脈の側方から動脈瘤針を掛け、適當に太き糸を通し次いで結紮する。

總頸動脈結紮は之を五十歳以上の老人に行へば屢々腦軟化症を惹起して死の轉歸を取り、或は半身不隨に陥ることが多い。故に創傷部は叮嚀に之を檢診して血管端を探し血管縫合を行ふを理想的なりとする、併し若年者に於ては是等の續發症を見ること蓋し稀なのである。

② 外頸動脈損傷 此損傷は總頸動脈の夫れに比較すると稀有に屬する、而して多くは損傷部に於て結紮すること容易である。即ち外頸動脈は胸鎖乳嘴筋前縁の所を通るのであるから、先づ下顎骨後部より約五乃至六cmの縦切開を加へ、胸鎖乳嘴筋の現はるるまで切開し、筋前縁を遊離せしめ、鉤を掛けて内外に開創し、次いで「ピンセット」にて深部へ分離すると舌骨大角の側方に之を發見する。而して損傷時には血管は多少の位置を變ずるも大體に於て上記の通りであるから之を結紮するにも簡單である、而も此結紮により顔面部出血・扁桃腺出血等の間接的止血法となるは既に述べた如くである。

③ 内頸動脈損傷 も亦外傷によりて來ること稀である、此場合にも矢張り下顎角の後縁より縦に胸鎖乳嘴筋の前

を切開し、此筋前縁の下に於て深く探診し、動脈をよく分離して之を結紮する。内頸動脈は屢々外頸動脈と見誤らるる、故に結紮時には注意せねばならぬ、即ち内頸動脈は外頸動脈の後外方を斜に内上方に上走して居る、又其後外方には内頸静脈を見るのである。斯の如く外頸動脈・内頸動脈及び内頸静脈の三つを注意して探診し位置的關係を追求すれば三者を確實に見分けられ誤診することも無い。併し内頸動脈を結紮すると總頸動脈結紮の場合の如く往々腦軟化症を惹起することがあるから警戒を怠りてはならぬ。

第三三八圖
鎖骨下動脈を露出して椎骨動脈を結紮する圖



●椎骨動脈損傷 總頸動脈を結紮し凝血塊を除去する等其部位を清掃しても猶ほ深部より出血する時は椎骨動脈の損傷を考へればならぬ。

椎骨動脈は稀に第一頸椎の高さに於て刺創・銃創其他によりて損傷されることがある。該動脈を結紮するには胸鎖乳嘴筋の内縁を胸鎖關節に達するまで五乃至六cmを切開し、筋内縁に沿うて剝離しつつ、大血管と共に外方に引き、又甲状腺及び同部の筋層を内方へ引く、かく創腔を開大すれば前脊椎筋膜を認むる、乃ち此部位に於て下甲状腺動脈の凸側を上向けたる弓状を觸診する。椎骨動脈は此下甲状腺動脈と交叉し、其後方を上後方へ走り第六頸椎の横突起孔に入る。若し之を發見すること容易ならざる時は前脊椎筋膜を切開し、其中を探索する。蓋し結紮部位として最も適するは第六頸椎横突起の頸動脈結節の内下方1cmの部位である。

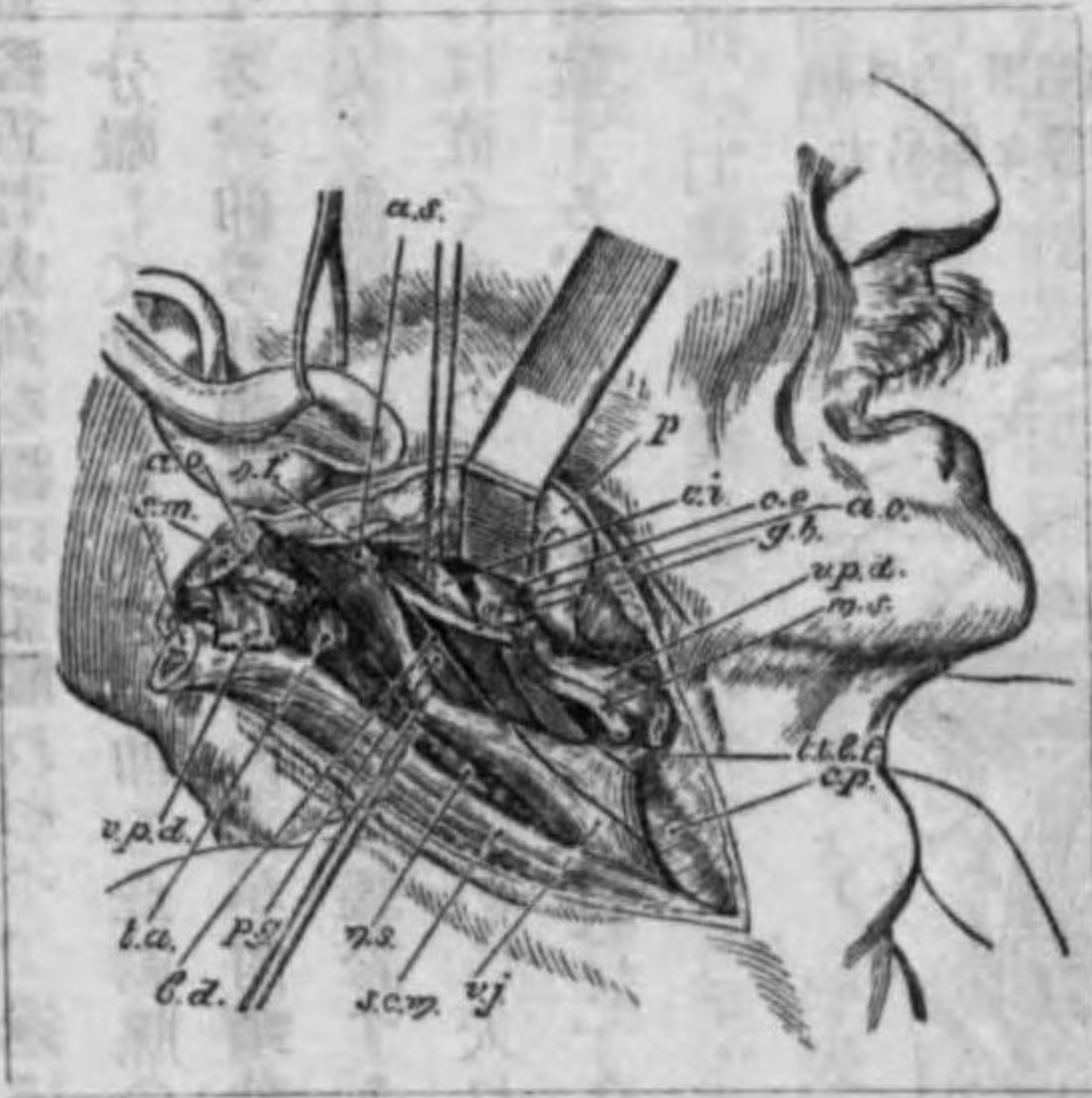
第七 外頸動脈結紮

先づ局部を消毒したる後ち局所麻痺劑の適當量を注射する。患者は手術臺上に仰臥せしめ、頭部を反對側へ向けしめる。而して先づ下顎角・胸鎖乳嘴筋前縁及び舌骨大角の三點を觸知して確め置く。胸鎖乳嘴筋の前縁に於て下顎骨後部より約五乃至六cmの縦切開を施し、胸鎖乳嘴筋を露出せしめる。次で鉤を此筋の前縁に掛け、他鉤を切開創の他縁に掛け内外に離開せしめる。即ち胸鎖乳嘴筋は前縁にて後外方へ引かれるのである。次いで消息子・...

第三三九圖
頸部淺層の大血管を露出せしめる切開圖



第三四〇圖
頸部の大血管竝に神經を露出せしめる圖

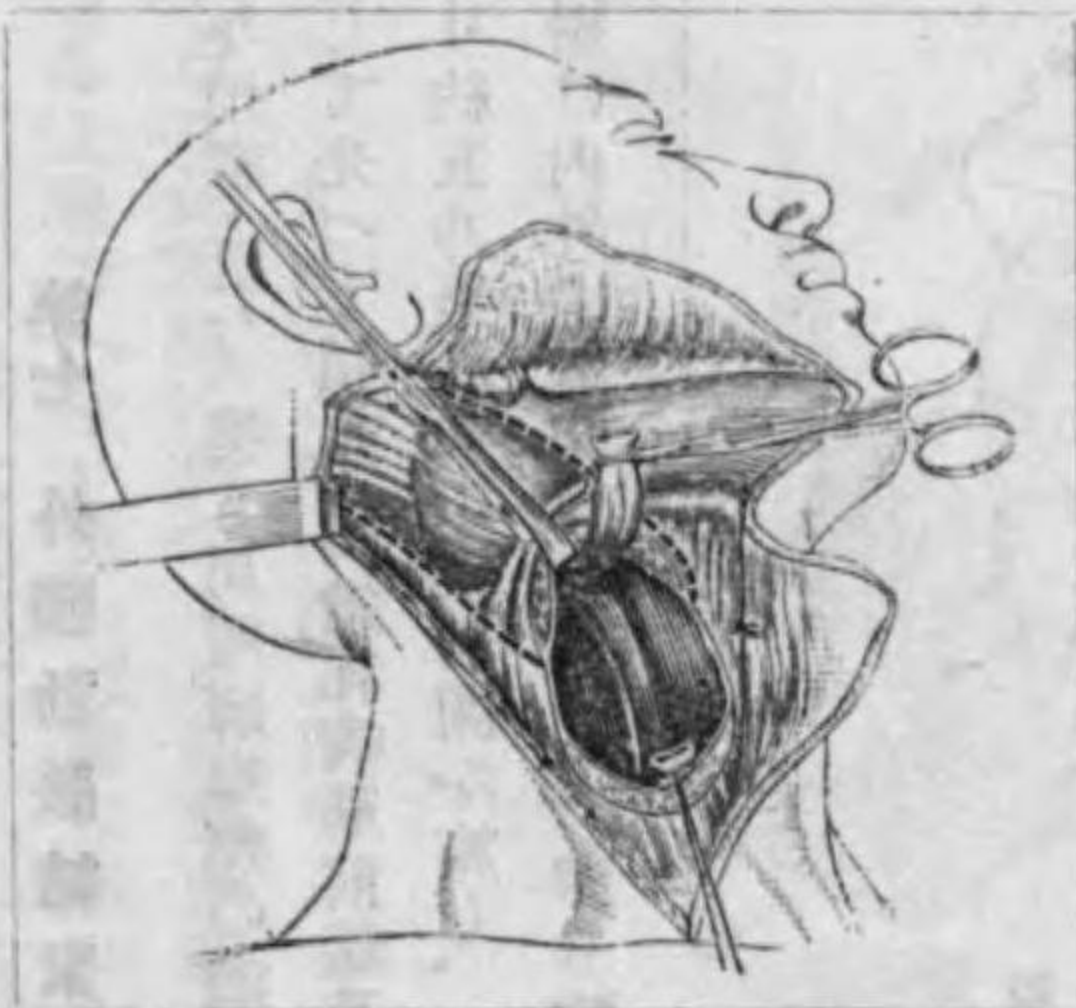


- | | | | |
|--------|--------|--------|---------|
| p.gl. | 耳下腺 | t.l.f. | 甲状舌頰靜脈 |
| n.f. | 顔面神經 | c.p. | 頸動脈第一枝 |
| s.m. | 乳嘴突起断面 | c.e. | 外頸動脈 |
| a.o. | 後頭動脈 | c.i. | 内頸動脈 |
| s.c.w. | 胸鎖乳嘴筋 | g.h. | 舌下神經 |
| v.p.d. | 二腹筋腹部 | b.d. | 舌下神經下行枝 |
| a.s. | 莖狀突起端 | p.g. | 肺胃神經 |
| m.s. | 莖狀筋 | n.s. | 脊髄神經 |
| v.j. | 頸靜脈 | t.a. | 截域結節 |

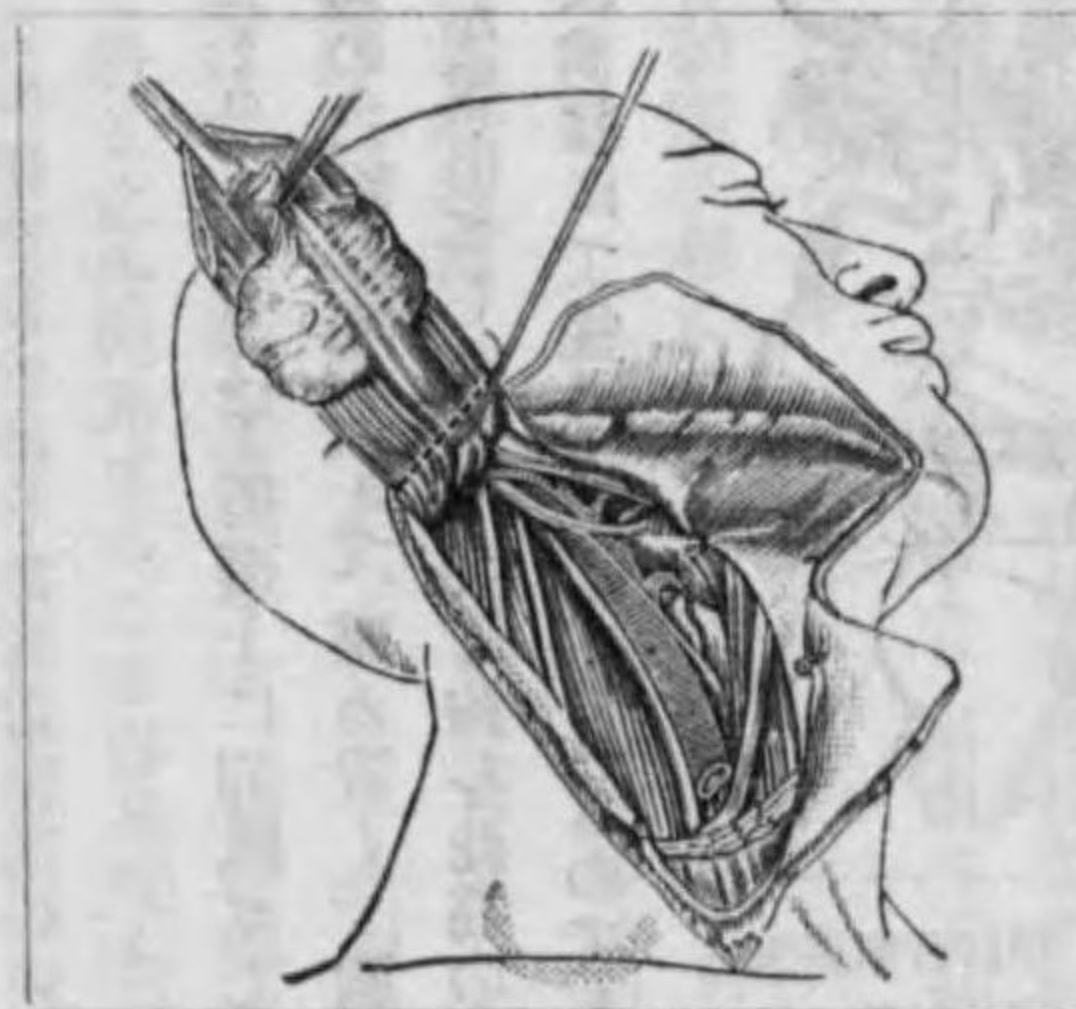
外頸動脈結紮

「ピンセット」或は鉗子を取りて組織を分離する。此際舌骨大角を指にて觸れつつ、遂に大角を現はす。此舌骨大角の側方に外頸動脈が搏動して居る。故に此部を好く分離して動脈を出す。即ち此動脈の前外方には内頸靜脈が走つて居り又動脈直ぐ分岐部となり、内頸動脈を見出す、即ち外頸動脈は前内方を内頸動脈は後外方を岐かれ行く。又靜脈と動脈とは其色を異にするのみならず靜脈は太く動脈は細く見えるから誤診することが無い。若し疑はしき時は血管を猶ほ上方へ分離し行く、蓋し外頸動脈には直ぐ血管の分岐ありて確かに夫れと知られる。外頸動脈を現出したら之に動脈瘤針を掛けて結紮する、若し一時的結紮なれば一ヶ所の結紮にて足り、結縛する前に「ガーゼ」を置き

第三四一圖
胸鎖乳嚙筋を切斷し内頸靜脈を結紮し切斷する圖



第三四二圖
内頸動脈を切斷して總頸動脈 内外頸動脈・顔面神經 迷走神經等を露出す



其上前にて結紮す、而して手術了れば結紮を解くに「ガーゼ」の上にて切り得て極めて便利である。若し又完全に結紮するなれば動脈瘤針を二重に掛けて一々結紮し、其結紮間を切斷すれば好い。

手術創には沃度フォルムガーゼを填し、其上に繃帯を施す。

第八 頸部神經損傷

神經損傷の結果頸部に症状を來すものは左程多く無い、横隔膜神經・膈神經等の損傷も考慮する必要あるも、就中迷走神經及び舌下神經の損傷に就いて知悉せねばならぬ。

① 迷走神經創傷 此は單獨に創傷を受けること極めて稀であり、通常頸部の大血管の損傷せらるる場合に併發する。若し廻歸神經損傷すれば聲帯麻痺を來し、咳嗽呼吸共に困難となり嘔聲甚だしい。

頸部手術竝に頸動脈結紮に際して往々迷走神經の副損傷を來すことがある。一側性切斷にては大なる危険症状なく、只心悸亢進を見ることがある。併し是れも數時間乃至數日にして消散する、呼吸運動には毫も變状が無い。

該神經を刺戟すれば比較的に危険症状現はる、例へば動脈結紮に際して「ピンセット」にて該神經を挟むか動脈と共に結紮すれば其瞬間に心運動止み或は心運動緩徐となり、咳嗽・呼吸困難を起し、呼吸は一時的に歇止し、嘔心・嘔吐等加はり遂に鬼籍に入ることがある。

救急處置 迷走神經を切斷した疑あれば直ちに創腔を開大し、互に斷端の一致するものを確診し、其兩端を引寄せて縫合する。次ぎに迷走神經の刺戟症状來れば結紮部位は之を開放し、結紮を解き病勢を觀察する。凝血塊・組織塊其他の障礙物は丁寧に除去する。

② 顔面神經損傷 耳の手術に際し、又は銃創・自殺竝に他殺の際の損傷に伴うて來る。

③ 舌下神經損傷

自殺を企てたる場合の創傷に伴ひて舌下神經を損傷すること稀にある。

此際一側の損傷なれば舌の半側麻痺を來し、

兩側の損傷なれば舌の

兩側の麻痺を來す

救急處置 神經の損

傷に遭遇すれば直ちに

縫合するを要す、若し

時日を經過すれば組織

増殖し、神經は癥痕組

第三四三圖 顔面神經と脊髄神經とを露出せしめる圖



第三四四圖 顔面神經を脊髄神經に吻合せしめる圖



第三四五圖 舌下神經を顔面神經に吻合せしめる圖



織中に包まれ、爲に之を分離して斷端を發見すること困難となり、亦他の神經或は結締織の纖維と縫合するの止むを得ざる、こととなる、即ち舌下神經端と顔面神經とを發見して之を互に縫合する。迷走神經を損傷すれば症狀の現はるるを俟たず、損傷後に之を縫合すること必要である。

第九 下顎脱臼

前方脱臼を來すこと多く、稀に後方脱臼を見ることがある。

救急處置 患者を椅子に倚らしめ、助手をして患者の頭部を其胸部に當てて固定せしむ。術者は患者の前方より兩拇指に繮帶の一片を捲き、之を患者の口内に送入し、下顎弓部の最後方まで達せしめ、之を臼齒の上に置く。他の四指にて下顎隅部を支持し、而して口内に送入せる拇指にて下顎を徐々に且つ強く下方へ壓下し、下顎關節部を異常の固定位より解離せしむ。爰に於て下顎角部に當てたる指を以て頤部を托げつつ後方に押込む。これにて脱臼は多くは整復せられる。此施術を終るや迅速に拇指を外方に外づして患者に咬傷せらるることなきやうにす、然らざれば意外の咬傷を蒙むることあり。一側性脱臼も亦稀に見られるが其症狀は顯著なるものなし。若し之れに遭遇すれば前法の救急處置を施すべし。蓋し下顎脱臼は屢々之を繰返へす時は遂には習慣性脱臼に陥るのであるから豫め之を防止せねばならぬ、此目的には脱臼を整復したる後ち提頸帶を施し、食事に注意せしめて流動食を與へ、約八日間安静就牀せしめ、其後も暫らく開口運動を制限し、徐々に之を練習せしめるのである。

第十 下顎骨骨折

これは屢々見る骨折であり、直ちに手術を要することが多い。①平時は馬に蹴られ車に轢かれる等の外傷によりて惹起され多くは骨部の物質缺損を來さず。②戦時に於ては重篤なる粉碎骨折を頻發し、屢々骨の一部分缺損し皮膚竝に粘膜の大損傷をも伴ふものである。

① 骨缺損の無い場合

下顎上行枝又は角部の骨折で、骨折部の口腔内に交通せざる時は骨折端は咬筋によりて固

定せられ轉位を見ることに無い。従て此場合には提頸帶を施用するのみにて特種の療法を要せぬ。但し含嗽料を與へて口腔の清潔法を圖り、飲食物は齒牙缺損部又は臼齒の奥より入る「ゴムカテーテル」を用ひて送入す。此「カテーテル」は齒列より入れて咽頭又は食道入口部に達せればならぬ。併し患者は往々開口障礙を訴へることがある。故に時々開口を試み或は木楔子（「コルク」にても宜し）を咬ましめる。即ち是れに由りて牙關緊急を防止するのである、但し既に牙關緊急に陥り居れば觀血的手術を行はねばならぬ。

第三四六圖
下顎骨折を縫合する圖



下顎骨體の骨折は多くは口腔と交通する。故に口腔を先づ清潔にせねばならぬ。即ち含嗽料を與へ、飲食物は「ゴム管にて咽頭竝に食道へ流れ込ましむ。骨片轉位の有無は齒列の状態によりて知らる。即ち齒列は通常不正となり其部の齒齦粘膜に損傷して居る。之を修復するには該部を壓迫するか若しくは之を牽引すれば容易であるが、之を固定することは難い、従來は直ちに之を切開して骨折部を現はし、針金にて骨を縫合したが、斯くては往々骨壞死を起したり、或は不良治癒を營み咀嚼障礙を貽すことがある。故に現今は針金縫合を殆んど用ゐず、専ら齒牙に副子を當てて矯正する、併し齒牙の全く缺如したるものには骨縫合を行ふ。

外方下顎下縁の上にて四―五cmの横切開を行ひ、骨膜を剝離し、骨を上下の二箇處に於て縫合し、又接合副子を當てる。猶ほ從來骨折部兩側の齒牙一二本を針金にて縛り固定すること行はれて居るが、此法は轉位の尠き時にのみ應用せられる。即ち一般には轉位甚だしきを以て齒牙に適應する副子にて固定す。副子は多くは齒科醫の考案に待ちて之を製作するのである。併し既製品にてはサウエル氏救急副子を最も合目的なりとする、該副子は長さ六―八cm、太さ二mmの「アルミニウム」青銅の針金製である。之を齒列の前後に當てて齒と共に〇・三―〇・四mmの直徑を有する針金にて縛り、針金の結び目を十分に齒に押付け、其上を「グッタペルカ」にて包被し粘膜の損傷を豫防する。又輕症なる場合は「ゴム製副子にて上下顎の間に挿入し槌状となし修復せる上齒及び下齒に冠し、更に提頸帶を用ふる。又は齒列を正しくし熱湯にて柔かにしたる「グッタペルカ」を齒列に當てて模型を作り、而してその冷却し硬固となれる後其周縁を切り取り平滑ならしむ。之を齒列の兩側及び齒冠に當てて其上に提頸帶を施す。併し此副子は不便多く遂にサウエル氏救急副子の便なるに及ばぬ。

●骨折の物質軟損を伴ふ場合

は軟部の損傷を併發せざることなく、又出血多く屢々續發的に傳染する。此出血は夥しくして容易に止血する方法無く極めて危険である。従つて手早く外頸動脈を結紮して介達的に止血せしめねばならぬ。特に軟部組織の挫滅甚だしきもの或は後出血を來す場合は必ず中樞部に於て血管の結紮を行ふべきであり、かかる場合外頸動脈を結紮するのが捷徑である。

骨體の中央部に於ける複骨折は骨片後方に轉位し、舌は後方に落ち込み、屢々窒息することがある。かかる場合は舌尖を鉗子にて引出すか、或は絲を通して引出し、其一端を胸部に絆創膏にて固定する。而も猶ほ引續き窒息症狀あらば氣管切開を決行し、そして骨及び軟部は其間に處置する。若し然らずして緩慢に處置する時は、治癒は速

かなるも硬固の癥痕生じ不良治癒を營み、成形手術は困難となり或は不可能となる。總て顔面軟部の創傷はよく治癒するが故に出来るだけ美容的に縫合し、早く創面を狭小ならしめ、大なる畸形的癥痕を生ぜざるやう努力し、下顎骨の缺損部には直ちに適當の補綴的處置を施さればならぬ。此目的には金屬又は「ゲッタベルカ」の補綴器を骨缺損部の間隙に挟み下顎弓を尋常にし癥痕を治癒せしめ、然る後永久的の補綴器を裝用せしめる。若し骨缺損の儘治癒し假性關節となる時は下顎弓は上顎弓の内部に退嬰し咀嚼不可能となる。かかる場合は化膿止め死骨の脱落せる後成形手術を行はばならぬ。

此手術は下顎下縁に平行して切開し骨折端を露出せしめ、之を搔爬し兩骨端を左右に開き尋常の下顎弓の廣さとなし、かくて兩骨折端の間に脛骨面或は腸骨櫛より切取せる骨片を裝置するか、或は肋骨の一部より切除し、之を其間に挟み移植手術を爲す。

齒槽突起骨折は屢々拔齒に際して遭遇する。若し不全骨折なれば特種の處置を要しないけれども、完全骨折なれば其儘にては癒著するもので無い、注意して骨片を摘出せればならぬ。

髁狀突起の骨折は間接的の外力によりて起り、例へば強く頤部を打撲する時之を觀る。骨折部は頸に相當し且つ横骨折が多い。又屢々岩様骨の骨折を併發し、從て耳内より夥しく出血することがある。此骨折に於ては轉位を矯正し之を固定すること殆んど不可能である、從て下顎關節の強直を免がれない、即ち注意して骨頭を摘出し早期的に開口運動を試みればならぬ。

第十一 口咽部損傷

①舌創傷 咬傷・接吻等により創傷生じ夥しく出血する。此際舌鉗子にて引出すか、或は針に絲を付けて舌に通し絲を以て引出さしめ、充分に處置す。先づ口腔咽頭を清拭し血液塊を除去し、「カッタゲット」にて創縁を縫合する、通常縫合しただけで止血するものである。縫合するには絲を充分深く通す必要がある。

偶然にも蜂に舌を螫されて舌は急劇に浮腫を來し、急性炎を起し、浮腫は舌根乃至聲門に波及し遂に呼吸困難に陥り或は突然窒息することがある。此時は直ちに氣管切開の救急處置を行ふ。

又舌痛の潰瘍に陥り、夥しく出血し、而も容易に止血せざることがある、かかる場合は遂に舌動脈結紮の救急療法を行ふ。

②軟口蓋創傷 多く小兒が尖銳なる器物・玩具等を口にして倒れ、其際口蓋に創傷を來す。創縁不正にして深ければ往々鼻腔或は頭蓋腔に穿通することがある。又器物の破片が異物となりて殘留することもある。

救急療法 患者を手術臺上に臥せしめ、懸頭位に齎らして流血の咽頭に入り誤嚥せらるるを防ぐ。助手をして開口せしめ或は指を以て開口せしむ。(麻醉の必要は殆んど無いが手術に時間を要するか又は過敏なる患者には之を行ふ)創部を検し粘膜創だけなれば直に之を縫合する。若し口蓋骨骨折し鼻腔に穿通すれば鼻腔に「タムボン」を填し、次いで口蓋創を縫合す。骨折端の轉位あれば鼻腔に麥粒鉗子を入れて之を擴げ又壓下して骨折部を整復す。若し出血夥しく止血容易ならざれば外頸動脈を結紮するのである。

③扁桃腺出血 扁桃腺の切除或は剔出後に往々出血夥しく容易に止血せざることがある。かかる場合は扁桃腺鉤にて口蓋弓を引き創腔を開大し、出血血管(大抵は扁桃腺動脈)を摑み結紮する、或は指頭に「ガーゼ」を捲き、

それにて暫時創腔を壓迫することもある。或は前後の口蓋弓を引寄せ又は其間に「ガーゼ」を入れて其上を縫合することもあるが、猶ほリコルド氏、ミクリツツ氏、マルシツク氏の壓抵子を一方創腔に他方下顎角下に當てることもあるが餘り合目的で無い。又往々電氣燒灼器にて出血部位を燒灼し奏效することもある。併し種々止血に努力するも容易に止血せざるか或は事態容易ならずして急を要する場合には外頸動脈を結紮する。

第十二 口腔・咽頭の外傷及び疾患

①咽頭外傷 稀に咽頭の兩側を通過する外傷に遭遇するが、其際血管損傷せられ大出血を來すことがある。又粘膜の創傷在りて之より傳染して屢々咽頭蜂窩織炎を誘發し、速かに聲門水腫を起し、窒息の危険迫ることもある。是等の創傷時は絶えず含嗽せしめて口腔粘膜を清淨に保ち、かくて創傷の縁を縫合す。若し出血夥しく之を結紮し難き時は早く總頸動脈を結紮せねばならぬ。咽頭竝に口腔の火傷は過熱飲料の誤嚥に因るものもあるも、蓋し稀有であり、寧ろ藥物に因ることが頻繁なのである。本症に於ては氷片を口中に含ませ、稀釋消毒液の含嗽料を與ふ。又治癒後に癍痕收縮甚だしく、爲めに咽頭の狹窄を貽すことある故に絶えず注意して處置せねばならぬ。

②急性舌炎 本症は表在性及び實質性の二種に區別せらる。表在性のものは單なる急性舌炎にして薬用適すれば容易く治癒し、殆んど外科的の意義がない。之に反して實質性のものは輕度ながら發熱し、舌の疼痛・腫脹及び運動障礙を來し、而も漸次に高熱となり劇痛を訴へ、二三日にして遂に絶頂に達する。爰に於いて口腔は腫脹せる舌體を以て充滿せられ舌縁には齒痕を印し舌は口腔外にはみ出す事となり、絶えず流涎し又往々言語障礙呼吸困難を來すのである。特に舌根部に波及すれば喉頭の上口を壓迫する事となりて、呼吸困難甚しく窒息するに至るのである。浮腫蔓延して喉頭に波及する時は聲門浮腫必發す。又患者の呼吸は腐敗臭を帶び顎下淋巴腺著しく腫脹する。轉歸 本症の重篤なるは窒息死に終るか、或は敗血症に變じて數日の間に鬼籍に入る。比較的佳良なる症型にありては八乃至一〇日を經過して炎症去り、化膿することも無く治癒する。特に瀰漫性化膿性炎を起せるは最も危険なる症型であり、之を治療するも多くは目的を達せず。之れに反して限局性舌炎は周圍に波及せず膿瘍を形成することが多い、此膿瘍は切開して充分に排膿せしめる。

膿瘍を形成せざる症型に在りては一日數回口腔内を清潔にす。若し窒息する虞れあれば舌の背面に於て一個乃至數箇の長くて深い切開を施す、是にて腫脹は速かに去るものが多い、猶ほ「アドレナリン」の少量を加味したる重曹水を以て吸入せしむ。又時期の既に後れたる症型に於ては急遽氣管切開を行ふ。膿瘍を形成せるは切開して排膿せしむるのであるが、舌根の深部に膿瘍存するものは之を口腔より切開すること甚だ困難であり、救急處置は間に合はぬ、須らく外方の頸部に於て舌骨上部を切開すべきである。

③口腔底蜂窩織炎 本症にも限局性及び瀰漫性壞疽性の二種區別せられる。此瀰漫性壞疽性蜂窩織炎は通常ルードウキッヒ氏アンギナ」と稱せられ、極めて重篤なる症型に屬し、死の轉歸を取るものが多い。本症は何れの年齢にも來るが、就中二十歳乃至三十歳の男性に遭遇すること比較的が多い。

病因、は口腔粘膜の小創傷特に魚骨・異物等の入りし創傷或は口腔の潰瘍等より繼發す。又扁桃腺アンギナ」よ

り傳搬したり、齒牙の疾患に起因したりする。特に齒牙の疾患に大なる關係があり、例へば齲齒を治療して或は齒槽突起骨膜炎を起したり或はルドウキツヒ氏アンギナを醸することがある。消毒不完全なる拔牙術は特に危険にして屢々本症の禍因となること報告されて居る。

下顎骨骨折及び口腔底手術後に於て屢々本症を來す。此際嫌氣性菌及び連鎖球菌を證明することが多い。そして糖尿患者・衰弱患者及び褥瘡婦等は特に本症に罹り易い傾向がある。

症候 最初より高熱を發し全身症状の重篤なることがある。併し時に殆ど全身症状無くして始る。特徴は口腔底特に下顎骨後面の硬き浸潤である。此浸潤腫脹は多くは瀰漫性であり、速に全口腔底に擴る許りで無く頰部にも波及し三四日を経て遂に上頸部に迄及ぶ。浸潤部を觸診するに比較的疼痛なく、舌は壓迫せられて運動障礙を來し、口は半開し流涎絶えず、咀嚼竝に嚥下障礙・言語障礙・呼吸困難、次いで窒息症状等を來し、同時に高熱・譫語・「チアノーゼ」現はれ、昏睡状態に陥り遂に終焉となる。又五六日以上生存者に於ては腫脹部の粘膜は壊死し且つ自潰し、そして壊死組織及び往々瓦斯を混じて潤濁せる膿汁を排泄し、甚だしき悪臭を放つ。併し自潰しても猶ほ不充分であり間も無く敗血症を發し、又氣管枝肺炎を併發し、屢々聲門水腫起り、終に窒息死に陥るのである。

救急處置 患部は波動の有無に拘らず早期切開手術を執行する。それには頰下部に於て其中央より舌骨に達するまで充分に切開する、或は同時に下顎縁下一横指の部で下顎角に達する一個一左右二個の側方切開を加ふ。此切開は顎舌骨筋を貫いて上部に達せねばならぬ。

若し本症が口腔の病因にて發病し、其経路明かなれば屢々口腔内より切開して行く。併し此時は舌動脈の結紮を必要とすることがある。而して口腔底に於て結締織内の膿竈を切開し、之を排膿せしめたる後ち、過酸化水素液を以て充分に洗浄し、其上に排膿管を送入する。若し其間に窒息症状を來すことあれば速かに氣管切開を施す。又切開する前後には瓦斯壞疽の血清注射を試みて好いが、血清のみに絶對的信用を置いてはならぬ。

限局性ルードウィッヒ氏アンギナは比較的稀有のものだが、矢張り口腔粘膜の外傷・齒牙病變及び扁桃腺疾患等に續發し來る。そして下顎弓と舌との間に腫脹し、粘膜下に膿汁瀦溜するのである。此場合疼痛甚だしく舌運動も障礙せらる。又往々舌骨上部の皮膚に浮腫發赤を來す。

救急處置、速に切開せねばならぬ、外科に於ては舌骨上部より切開するが、又口腔内より手術しても差支無い。

扁桃腺周圍膿瘍 急性扁桃腺炎・各種扁桃腺アンギナ・急性鼻炎・齒牙疾患・異常食物及び外傷等より續發し、口蓋扁桃腺と口蓋弓の間の結締織に炎症を起し、遂に膿瘍を形成するものである。従つて前口蓋弓と扁桃腺との間に於て化膿する前扁桃腺周圍膿瘍と、及び後口蓋弓と扁桃腺との間に膿瘍を生ずる後扁桃腺周圍膿瘍とを區別する、併し一般には前扁桃腺周圍膿瘍多く來り、之を扁桃腺周圍膿瘍と通稱して居る。

症候 高熱を發し局所疼痛・嚥下困難を訴ふ、疼痛は耳部に放散し、又牙關緊急を起す。屢々關節疼痛を訴へることもある。扁桃腺は腫脹し或は周圍組織に押されて内方へ隆出す。扁桃腺周圍より口蓋帆部までは發赤腫脹して居り、甚だしきは口蓋まで炎性浸潤を蒙むつて居る。屢々下顎淋巴腺の腫脹を來す。

救急處置 自然に放置すれば遂には自潰するのであるが、それでは靜脈炎・淋巴管炎・腦膜炎（腎臓炎・心囊炎・肝膿瘍等も）等を起すの危険がある、故に出來得るだけ早く口腔より切開すべきである。それには懸壺垂根部と最

後臼齒とを連結したる一線の中央に於て、1cm深く上方より下方へ切り下げる、それから鉗子を取りて膿瘍を哆開せし排膿せしめる。又懸壅垂根部を通過する水平線と前口蓋弓を延長せる線との交叉点より少しく外方を上下に切開し、然る後ち鉗子の先きを入れ膿瘍を破り排膿せしめる（手術篇第七二九頁参照）。後扁桃腺周囲膿瘍は腺の後方に扁桃腺鉤を掛け之を前方に引出し、後口蓋弓と扁桃腺との間に於て切開する。

近時扁桃腺周囲膿瘍に對して扁桃腺全別出術を行ひ、以て根本的に之を治療する。これは一般に慢性扁桃腺炎の全別出術より簡單でもあり、且つ奏效顯著である。

⑤咽後膿瘍 本症は咽頭後壁と第二第三頸椎との間に在る頸椎前淋巴腺の膿瘍にして、感冒・扁桃腺アンギナ・鼻カタル・副鼻腔炎・創傷等に繼發する。本病は殆んど幼兒病とも稱して差支ない程で三乃至一八箇月の小兒に最も多く、三歳以後には極めて稀に見るに過ぎぬ。大人にも極めて稀に見ることはあるが、是れ結核性頸椎カリエスに續發する一種のみだと云つて好い。

症状は嚥下困難・呼吸時囉音を來す。乳兒が乳汁を嚥下し得ず頭を後方に仰向け、泣叫し、發熱する時は本病を想像する。咽頭を検査するに咽頭後壁に發赤せる腫物を認める、若し開口に困難なれば手速く開口器をかけて見る。口腔の奥に多く乳汁・唾液等滯溜し、兎角するうちに膿瘍面の隆起を認める。頗る開口困難の幼兒に指を入れて指頭検査を行ふこともあるが、餘程迅速にやらぬと小兒を窒息せしめることがある。實際又咽後膿瘍自潰し膿汁を誤嚥して乳兒の窒息することがあり、或はそれ以前に聲門浮腫を起し窒息することもある。

救急處置 三歳或は夫れ以上の患兒は口腔よりして患部を切開する、其際先づ小兒の背部を助手の胸部に當てて

動かさるやう抱かしめる。術者は左手の示指にて患兒の舌體を下方へ押しつけ、此指に沿うて長柄の刀を送入し膿瘍表面を縦に約2cm切開する。専門家には特製の扁桃腺刀があるが、若し之れが準備なければ即座に普通の刀を執り其刀刃を絆創膏にて捲き先端のみ少しく露出し、是れにて切開する。切開するや否や患兒の頭部を大急ぎに前下方へ下傾せしめ、以て膿汁の氣管に流入するを防ぐ。排膿未だ充分ならざれば更に鉗子の先きを入れて創口を開大しそれより頭を下げて排膿を吐出せしむ。

若し三四箇月乃至五六箇月の乳兒なれば口腔よりの切開は膿汁を吐出し得ず之を誤嚥する危険があり、斯る場合には外部より胸鎖乳嘴筋に沿ひ此筋層を切開し、深部に進み咽後膿瘍を破りて排膿せしめ、排膿管を送入する。

第三章 代表的咽頭疾患

第一 チフテリー

「チフテリー」は咽喉科に於ける主要なる一急性傳染病であり、發熱の下に發病し且つ經過中は大概下熱したり、或は其内に再び中等度の發熱したりする。専ら口蓋扁桃・咽頭後壁等の咽頭組織及び喉頭等を侵し、最も多く小兒に來るが故に小兒科の疾患とも見られる。

原因 クレーブス・レフレル氏菌の感染に依りて發病するが猶ほ爾他の細菌殊に溶血性連鎖球菌の混合傳染するもの甚だ多い。「チフテリー」菌の感染は直接に人より人に咳嗽に依ることがあり、又間接に衣服・布片・玩具・食物等の媒介によるとも見られる。併し「チフテリー」菌在りても必ずしも罹病せず、例へば健康なる咽頭に屢々「チフ

テリ菌の存在することがある。又「デフテリー」に罹りて後ち數週乃至數ヶ月尙ほ咽頭に「デフテリー」菌の證明せらるることもある。是等は保菌者であり他人に對して屢々傳染せしめる。

本症は小兒病と見らるる位で小兒に類發するが殊に一歳より十歳迄の小兒に最も多い。之れに反して一歳以下の哺乳兒には極めて稀であり、或は母體の「デフテリー」に罹り居る時と雖も哺乳兒は罹病せずと謂ふ。只極めて稀有のものとして生後九日目の幼兒が罹患せしとの報告がある(ヤコビー氏)。斯の如く哺乳兒に於て感染し難きは恐らく「デフテリー」の好發部位たる扁桃腺其他の腺様組織の未だ充分に發育せざるに依るものならん。若し三四歳の小兒となれば是等の腺様組織は盛に發育して感受性を増すと同時に不潔なる細菌含有物に接する機會多く、爲に屢々罹患するものと考へらる。又大人に於ては「デフテリー」症一般に稀有であるが、長尾氏は五十餘歳の老人に於て咽頭「デフテリー」を見たる報告をして居る。

本症は流行病的・地方的、又散在性に發病し、春・秋及び冬季に多く、夏期は稀に之を見るのみ。

細菌學的觀察 「デフテリー」菌は中等大の桿菌に屬し、兩端は太く中央は細く恰も啞鈴の形狀なるか或は棍棒狀一楔狀をなすものもあり、又分裂して連鎖狀をなし稀には分枝するものもある。ナイセル氏染色法によりて一二の即ちエルンスト・パーベス氏小體を證明す。之は特に培養後十二三時間のものに於て最も好く觀察せられ、培養直後竝に長時間を経たるものには既に之を見ぬ。菌體には芽胞なく又運動性を有せず。本菌はグラム氏法にて脱色せず。諸種の色素に染色するも就中「アルカリ性メチレン」青最も好適せる染色液である。併しエルンスト氏菌小體を證明するはナイセル氏染色法に依らねばならぬ。(咽頭科診療方針第六二八頁に既述)

第一圖表

アフタ性口腔炎



麻疹のコプリック氏斑



咽頭デフテリー



猩紅熱アングナ



扁桃腺咽頭微毒(第二期潰瘍性)



右側扁桃腺周圍炎



嚔口瘡



咽後膿瘍



猩紅熱性壞疽性アングナ



扁桃腺癌



腺窩性アングナ



顆粒性咽頭炎



咽頭角化症



ワトソン氏アングナ



咽頭丹毒(左側)



デフテリ菌検査法。義膜を取るか、或は義膜上を綿棒にて拭ひ、之を「デッキグラス」に塗抹し、遠く火焰上にて乾かし標本として染色する。若し是等の方法にて「デフテリ菌」を證明し得ざる時は先づ純培養をなし然る後ち染色する。純培養をなすには先づ義膜の小片を能く殺菌水にて洗ひ、出來得る限り他菌を除去し、殺菌せる「ピシセット」にて壓搾し、之を白金線に執りて「レフレル氏血清培養基」又は「グリセリン寒天の斜面に能く塗擦し、而して孵卵器に納む、されば一日の後ち斜面上に個々の聚落を見る。

爰に注意すべきは假性デフテリ菌である。これは健康の口腔・咽頭に屢々發見せられ、形態上竝に培養上殆んど「デフテリ菌」と同一物に見え、確實に之を區別し得ず、只毒性を缺如するの一點を以て兩者を分別するのである。而して該菌は眞正デフテリ菌の大體に於て毒性を失へるものと云ひ、或は二者は全然異なるものだと云ふ。

病理解剖。「デフテリ菌」は疾患部位のみに限局して存在しそこに毒素を生成して全身竝に局所の症状を呈す。局所病變の特徴は汚穢白色の所謂義膜生成である。義膜は専ら粘膜表面の凝固壞疽と纖維素性滲出とによりて形成せられ、而も基底組織に固く附着して居り、之を剝離すること簡單でない。剝離すれば物質缺損を來し爲めに出血す。「デフテリ菌」は義膜中に存するも、多くは連鎖状球菌及び葡萄状球菌等が混合傳染して居る。粘膜の深層に於ては白血球の遊走を見る。義膜は適當なる治療により多くは自然に脱落して治癒するが、混合傳染の場合は深部まで壞疽に陥るが故に治癒したる後も瘰癧を遺す。

症候 二乃至七日の潜伏期を経て俄然發熱し四十度にも達する。高熱は通常數日間稽留す。そして全身違和・倦怠・食思不進等の一般症狀來る。小兒に在りては啼泣・不穩・嘔吐・譫語を發する等重篤なる一般症狀を呈する。次で咽頭痛竝に嚥下困難を訴ふ、咽頭痛は耳内に波及する事が多い。脈搏一般に細小にして速く顎下腺及び下顎角部の淋巴腺は通常腫大し、硬固にして疼痛がある。一般にホッペ・ザイレル氏に従ひ①純デフテリ菌及び②壞疽性竝

に敗血症性デフテリー」に大別し。更に又純デフテリー」を①未熟型、②輕症型及び③重症型の三つに區別する。

①純デフテリー症 ④未熟型は自覺的症候極めて輕微なるのみならず、他覺的にも全く「カタル性アンギナ」程度の症狀を呈し、扁桃腺に於て義膜生ぜず往々小斑點を見る。蓋し「アンギナ」と異なる所は發熱輕微にして其経過稍々持長するの點に在る。併し屢々「デフテリー」後麻痺を招來することがある。⑤輕症型は二乃至七日の潛伏期を経て三十九度乃至四十度の高熱を發し、恰も急性アンギナ」の如く發病す。其第一日に於て既に扁桃腺に灰白黄色の斑點現はれ、第二日には漸次周圍のものと融合し大なる義膜を生成する。又義膜は扁桃腺のみならず軟口蓋・口蓋弓・懸壺垂及び咽頭後壁に波及するのである。併し是等は三日乃至六日の後ち自然に脱落し淺き糜爛面を遺して治癒す。又時としては義膜の數回反復して生成することがある。此輕症型は殊に大人に於て屢々見られ且つ大體に於て頻發する症型である。⑥重症型は前二者に續發することもあるが、多くは最初より此症型を以て始り、一般に全身症狀遙かに重篤である。壞疽は粘膜の深部に及び、又病變も扁桃腺に限局せず咽頭後壁・咽腔及び鼻腔に波及することがあり、尙ほ屢々喉頭及び氣管等をも侵す。斯の如く扁桃腺に始まりて喉頭に波及するものを下行性「クルブ」と言ひ、之に反して喉頭に發病して咽頭を侵すものを上行性「クルブ」と稱する。兎に角に重症型は小兒に於て最も多く見る所であり、急劇に呼吸困難を起す場合尠からず。又往々義膜の脱落後數週にして發熱し本症の再發することがある、之を別に慢性デフテリー」と稱する。

⑦壞疽性並に敗血症性デフテリー」デフテリー菌のみならず連鎖球菌の混合傳染に依るもの最も多く、全身症狀極めて重篤であり、咽頭に於ける病的部位は壞疽に陥り、深部まで破壊せられ、懸壺垂の如きは遂に脱落することがある。潰瘍面は汚穢灰白色乃至暗綠色を呈し、或は褐色を帯べる苔を以て被はる。周圍組織への浸潤及び浮腫甚だしく、屢々粘膜出血を來し、惡臭を放ち呼吸困難亦甚だし。患者は全身に敗血症狀を現し、多くは心臓麻痺若くは敗血症によりて鬼籍に入る。

診斷 「デフテリー」の流行時には診斷左程困難で無い。併し兎に角腺窩性扁桃腺炎・濾胞性扁桃腺炎・カタル性アンギナ・猩紅熱性アンギナ・ワッサン氏アンギナ・壞疽性扁桃腺炎・アフター性アンギナ」等と所見相似て居るから類症鑑別を要し、特に腺窩性扁桃腺炎と鑑別すること臨牀上最も必要である。故に確實の診斷附かざれば必ず義膜物質を取りて「デフテリー」菌を検査せねばならぬ。かの腺窩性扁桃腺炎と比較するに次ぎの要點がある。

デフテリー	急性腺窩性扁桃腺炎
<ol style="list-style-type: none"> ①發熱は一般に漸進的なり ②脈搏緩徐にして熱性脈である ③氣分消沈すること著し ④滲出物は扁桃腺にも腺窩にも限局せず咽頭粘膜炎に出づ ⑤滲出物は上皮に密着す。故に之を剝離すれば出血す ⑥滲出物は硬くして鞏實様である ⑦滲出物は全然義膜となる 	<ol style="list-style-type: none"> ①高熱・惡寒・戰慄を以て發病す ②脈搏は急速にして且つ反跳性である ③氣分消沈する程でない ④滲出物は扁桃腺の特に腺窩に限局す ⑤滲出物は上皮と癒着せず容易に除去せらる ⑥滲出物は軟かくして脆し ⑦滲出物は個々に散在し明かなる義膜とならず

⑧ 淋巴腺腫脹は症状中等度なるも必ず併發す

⑨ 蛋白尿殆んど常に來る

⑩ クレブス・レフレル氏菌を證明す

⑪ 尿の「アツェトン反應」

⑧ 下顎下淋巴腺の腫脹は重症の場合に見るのみ其他の場合必ずしも併發せず

⑨ 蛋白尿は時として之を見る

⑩ クレブス・レフレル氏菌を證明せず

⑪ 尿の「アツェトン反應」

猩紅熱「アンギナ」なれば皮膚發疹・覆盆子狀舌・咽頭鮮紅・扁桃腺表面の不等蠶蝕狀潰瘍等著しく是等を以て鑑別せらる。

併發症 其意義最も大なるは後麻痺であり、初發より三四週の後に發病す。就中口蓋麻痺として來るもの最も多く、從て閉鼻聲・嚥下時鼻内逆流等の症状著し、又眼調節麻痺・聲帶麻痺・動眼筋麻痺・四肢の運動麻痺・顔面筋麻痺等も來る。運動失調を來し膝蓋腱反射は減弱するか或は消失する。稀に會厭麻痺・肋間筋麻痺・直腸膀胱麻痺・食道麻痺等も報告されて居る。「ヂフテリ」麻痺は「ヂフテリ」菌の毒素に因り中毒性神経炎を惹起し次いで筋麻痺を來すものであり、これは動物試験によりて證明せられる。

以上の外に最も恐るべき心臓麻痺及び横隔膜麻痺を來し死の轉歸を取ることがある。又腎臟炎・關節炎・心内膜炎・肺炎・中耳炎及びブルドウヰキヒ氏アンギナ等の併發症も見らる。

豫後 大人に於ては豫後概して良、只幼年者にありては幼若なるもの程危険率が多い。一般に豫後は流行の性質

患者の體質（全身状態）及び心臓の状態に關係し、局所所見の如何は殆んど無關係である。而して脈搏細小にして頻數なるか、緩徐なるか或は不整なるか、體温の高熱なるか或は常温以下に下降するものは危険状態である。就中壞疽性敗血症「ヂフテリ」は豫後最も不良である。其の死因には心臓麻痺・窒息・敗血症及び心内膜炎等擧げらる。蓋し「ヂフテリ」後麻痺の心臓に及べるは既に死の轉歸を取るものと覺悟せねばならぬ。

治療法 血清療法だけで完全に治療するものが多い。

① 血清療法 「ヂフテリ」患者は先づ之を隔離し時期を逸せず血清療法を行ふ。「ヂフテリ」血清の治療に應用されたるは一八九四年頃に始まる。其治療効果はベルン病院の統計を觀るに血清療法は施行以前は其死亡率平均四九%だつたが、血清療法は行はれた以後に於ては一七・五%に減少したのである。本邦に於ても明治三十年以前の血清療法行はれざりし時代は死亡率四〇—六〇%だつたが現代に於ては三〇%以下に減じて居る。而も猶ほ三〇%と云ふ高率を示すは恐らく輕症「ヂフテリ」の届出が漏れ、専ら重症「ヂフテリ」例のみ統計された結果と考へらる。恐らく現時に於ける本邦の「ヂフテリ」死亡率は約一〇%に近きものならん。

② 血清の種類 「ヂフテリ」治療血清は強毒の「ヂフテリ」菌を漸次増量しつつ反復して馬に注射し、之に由りて馬の血液中に多量の「ヂフテリ」抗毒素を生ぜしめ、然る後頸靜脈より血液を採取して靜置、而して後ち分離したるものである。そして體量約二五〇瓦の「モルモット」一頭を致死せしめる「ヂフテリ」毒素の一〇〇倍量を恰かも中和し得るだけの抗毒素量を一免疫單位或は抗毒素單位と稱す。通常の單純血清は治療血清一立方糵中に含有せらるる抗毒素が一免疫單位に相當する。普通用ひらるる血清には一立方糵中に四〇〇乃至五〇〇免疫單位を含有

むものが多い。併し一〇〇〇倍或は一五〇〇倍の高價血清も亦用ひられる。
 a. 液體ヂフテリ―血清 此血清は帶黄色透明又は僅に濁濁せる液體であり、一立方糎中に五〇〇免疫單位の抗毒素を含有する。傳染病研究所製品は次ぎの五種を分つ。

番 號	貼紙の色	容 量(純)	免疫單位
第一號	青 色	一〇〇	五〇〇
第二號	赤 色	二〇〇	一〇〇〇
第三號	白 色	三〇〇	一五〇〇
第四號	薄 藤 色	六〇〇	三〇〇〇
第五號	褪 紅 色	一〇〇〇	五〇〇〇

b. 乾燥ヂフテリ―血清 是れ液體ヂフテリ―血清を乾燥せしめたるものであり、黄色透明の小葉柱か或は帶黄白色の粉末である。その一瓦中には少くとも五〇〇〇免疫單位を含有する。本血清を使用するには先づ〇・五%石炭酸水或は殺菌水に溶解するのである。

c. 「ヂフテリ―抗毒素 是れ「ヂフテリ―血清中の有效成分を析出して水に溶解せしめ〇・五%の割合で石炭酸を加へたものであり、次ぎの三種がある。

ヂフテリ―抗毒素甲種 (一純中の免疫單位數一五〇〇)				ヂフテリ―抗毒素乙種 (一純中の免疫單位數一〇〇〇)				ヂフテリ―抗毒素丙種 (一純中の免疫單位數八〇〇)			
番 號	貼紙の色	容 量(純)	免疫單位數	番 號	貼紙の色	容 量(純)	免疫單位數	番 號	貼紙の色	容 量(純)	免疫單位數
第一號	青	二〇〇	三〇〇〇	第一號	白	三〇〇	三〇〇〇	第一號	黄	四〇〇	三二〇〇
第二號	同	三〇〇	四〇〇〇	第二號	同	四・五	四五〇〇	第二號	同	六〇〇	四八〇〇
第三號	同	四〇〇	六〇〇〇	第三號	同	六〇〇	六〇〇〇	第三號	同	三・二	六四〇〇

北里研究所製品ヂフテリ―血清の種類は次ぎの如くである。

● 血清の用量 傳染病研究所の血清使用書に據れば次ぎの標準を擧げて居る。

輕症一〇〇〇 中等症三〇〇〇 重症五〇〇〇 症狀の極めて危険なるもの一〇〇〇〇以上

併し是等の標準は實際に使用する用量より遙に少量なるが如く、吾等が日常實施しつつある分量は普通の症例に對しては八〇〇〇—一〇〇〇〇單位或は夫れ以上なのである。是等の標準に依るも猶ほ病症の経過良からざれば毎日若しくは短時日の間隔を以て注射を反復する。且つ心臓の状態に留意せればならぬ。又輕症者と雖も發病

後時日を經過したるものには比較的に大量を注射せればならぬ。

シツク氏に依れば「ヂフテリ―血清の最少限有效量は體量一キロ」に就き一〇〇免疫單位であり、最大限有效量は體重一キロ」に對し五〇〇免疫單位なりと、即ち輕症ヂフテリ―に於ては體重一キロ」に就き一〇〇免疫單位を注射して奏效することあるも、稍々重症のものには體重一キロ」に就き五〇〇免疫單位若しくは夫れ以上注射するを要する。蓋し體重一キロ」に就き一〇〇免疫單位の注射は奏效疑はしきことが多い。長尾美知氏は患者の年齢・體重及び病症の輕重等を顧慮して次ぎの標準表を作つて居る。

番 號	容 量(純)	免疫單位數
第一號	一・二	六〇〇
第二號	二・〇	一〇〇〇
第三號	二・五	一五〇〇
第四號	三・〇	二〇〇〇
第五號	四・〇	三〇〇〇
第六號	六・五	五〇〇〇
乾燥血清	一・壘	六〇〇〇

年齢(平均體重)	最少限有量	輕症	中等症	重症	最重症	最大限有量
一ヶ月(四キロ)	四〇〇	五〇〇	一〇〇〇	一五〇〇	一八〇〇	二〇〇〇
六ヶ月(七キロ)	七〇〇	八〇〇	一五〇〇	二二〇〇	三〇〇〇	三五〇〇
一歳(九キロ)	九〇〇	一〇〇〇	二〇〇〇	三〇〇〇	四〇〇〇	四五〇〇
二歳(一〇キロ)	一〇〇〇	一二〇〇	二二〇〇	三二〇〇	四二〇〇	五〇〇〇
三歳(一二キロ)	一二〇〇	一五〇〇	二七〇〇	四二〇〇	五五〇〇	六〇〇〇
四歳(一四キロ)	一四〇〇	一七〇〇	三一〇〇	四八〇〇	六五〇〇	七〇〇〇
五歳(一五キロ)	一五〇〇	一八〇〇	三三〇〇	五〇〇〇	七〇〇〇	七五〇〇
六歳(一六キロ)	一六〇〇	一九〇〇	三五〇〇	五五〇〇	七五〇〇	八〇〇〇
七歳(一八キロ)	一八〇〇	二一〇〇	四〇〇〇	六〇〇〇	八〇〇〇	九〇〇〇
八歳(一九キロ)	一九〇〇	二二〇〇	四二〇〇	六五〇〇	九〇〇〇	九五〇〇
九歳(二一キロ)	二一〇〇	二五〇〇	四六〇〇	七〇〇〇	九五〇〇	一〇五〇〇
一〇歳(二三キロ)	二三〇〇	二八〇〇	五〇〇〇	八〇〇〇	一〇〇〇〇	一一五〇〇
一一歳(二五キロ)	二五〇〇	三〇〇〇	五五〇〇	八五〇〇	一一〇〇〇	一二五〇〇
一二歳(二七キロ)	二七〇〇	三二〇〇	六〇〇〇	九〇〇〇	一二〇〇〇	一三五〇〇
一三歳(三〇キロ)	三〇〇〇	三六〇〇	六五〇〇	一〇〇〇〇	一三〇〇〇	一五〇〇〇
一四歳(三四キロ)	三四〇〇	三八〇〇	七五〇〇	一二〇〇〇	一五〇〇〇	一七〇〇〇
一五歳(三九キロ)	三九〇〇	四五〇〇	八五〇〇	一三〇〇〇	一八〇〇〇	一九五〇〇
二〇歳(五〇キロ)	五〇〇〇	六〇〇〇	九一〇〇	一七〇〇〇	二〇〇〇〇	二五〇〇〇
三〇歳(六〇キロ)	六〇〇〇	七〇〇〇	一三〇〇〇	二二〇〇〇	二五〇〇〇	三〇〇〇〇

此表中に在る年齢は總て満歳にて示してゐる。括弧内の體重は専ら男兒の體重であり、之れに適切なる免疫單位を其下に附記したのである。故に女兒が虚弱なる男兒か又は發育異常の小兒なれば相當に加減せればならぬ。又「ヂフテリ」病症の輕重は次ぎの標準を以て分類したのである。

- (イ)輕症 限局性咽頭ヂフテリ」の初期
- (ロ)中等症 限局性咽頭ヂフテリ」の稍々進捗せるもの
- (ハ)重症 咽頭ヂフテリ」甚だしく蔓延し且つ喉頭或は鼻腔ヂフテリ」等
- (ニ)最重症 全身症状著しきもの、悪性ヂフテリ」等

●血清注射の時期 血清注射は早期に行ふ程確に奏效すること一般の認むる所である。血清注射が僅か一日後れたるだけで死亡率は倍加すとも稱せられる。

●血清の用法 發病の初期に於て必要なる血清量を確定し、其全量を一度に注射する、若し然らずして數回に分ちて注射すれば殆んど效果がない。是れ數回に注射する時は最後のものは異種血清に對する身體の免疫に依り全く無効となるのである。

●注射法 現今最も多く行はるるは筋肉注射法である。即ち臀部或は大腿の如き筋層の廣汎なる部位に於て外側或は内側に深く注射する。又胸廓・大腿内側及び上膊の皮下に注射することもあるが、一般に「ヂフテリ」血清の注射量は大量なるが故に筋肉内注射を便利なりとする。靜脈内注射は理論的には最も有效なるが如きも決して然らず、寧ろ屢々過敏症を起すことあるが故に施行する人が無い。

●血清注射の効果 適量の血清を適當なる時期に注射すれば效果は確實である。即ち熱は漸次下降し、脈搏は減少し、全身症状著しく佳良となり、咽頭に於ける義膜は漸次周圍より剝離す。併し注射の時期を失するか或は毒素の強烈となりたる時は血清の奏效せざることもある。

●血清の副作用 血清を一回或は反復して注射する時屢々異常症状が現れる、是れ血清病なのであり、蓋し血清中に含有せらるる異種蛋白に對する其生體の異常過敏症に基づく現象である。

(イ)初回注射後に現はるる症状

a. 血清疹 血清注射後四五日或は一週半にして四肢特に手足の伸展側に於て左右對照的に恰も蕁麻疹様の發疹

を見る。又時に顔面・胸部及び腹部に發疹することもある。是等は癢痒甚だしく患兒は爲めに不眠に陥ることも稀で無い。尋麻疹様なるは兎に角最も多いが、此他に猩紅熱様疹・麻疹様疹及び紅斑様疹等を見ることもある。

b. 淋巴腺腫脹 注射の翌日或は翌々日注射部位に隣接せる淋巴腺腫脹し、同時に壓痛を訴ふ、通常二三週にして全く消失する。

- c. 發熱 淋巴腺腫脹或は發疹を見る場合に三十九度前後の發熱あれども、多くは三四日にして下降す。
- d. 浮腫 局所・陰囊又は眼瞼に生じ尿中に微量の蛋白を證明することがある。
- e. 關節痛 膝・肘又は肩胛關節に疼痛を訴ふことがある。
- f. 白血球の減少 白血球特に多核性白血球の減少すること著し。
- g. 嘔吐・下痢・筋痛・口腔粘膜炎・喉頭粘膜炎・浮腫等。

以上の諸症状は一時に現はるるもので無い、發疹・發熱或は淋巴腺腫脹は單獨に發來することあるも、多くは發疹と發熱或は發熱と淋巴腺腫脹と合併して來る。是等の症状は主として個人の素質と注射血清量とに關係するものであり、血清治療を受けたるもの約一〇—一五%は之に罹かる、併し血清大量にして一〇〇乃至二〇〇ccなる時は其の發病率は八五%なりと謂ふ。

本病は其豫後概して佳良にして通常數日内に治癒する。

- (る) 二回以上反復注射したる後ち現はるる症状 ビルケー氏は之に就いて即時反應及び漸進反應を區別して居る。
- a. 即時反應 一〇—四日の間隔を以て再注射を施す場合に殆んど規則的に起る、即ち注射直後に局所に於て浮腫を來し或は全身に波及す。又同時に發熱・發疹・關節痛等を伴ふことあるは初回注射の場合に同じである。

即時反應の一つとして稀に危險なる虚脱症状の現はるることもある。即ち注射直後に胸内苦悶を起し脈搏頻數微弱・呼吸促進・チアノーゼ等來り、一見重篤なる觀を呈すれども、多くは一時間或は數時間にして輕快し、致死の轉歸を取るが如きは甚だ稀である。之れは初回注射の際にも往々現はるるものであり、多くは先天的の特異性過敏症あるのである。

- b. 促進反應 六箇月以上の間隔を以て再注射を施す場合に起る。注射後五六日にして發疹・發熱・淋巴腺腫脹・浮腫・關節痛等急激に來り、且つ迅速に經過す。若し注射間隔一箇月半乃至六箇月なる時は即時竝に漸進の兩反應併發する。

④ 血清病の豫防法

- a. 血清は出來得るだけ免疫價の高きものを選ぶこと。
- b. 必要なれば充分に大量を注射して可、併し濫用は之を慎む。
- c. 反復注射する時は六月以内に於てす。出來得る限り短期の間隔を以て施行すること。
- d. 七日以上の間隔を以て再注射せねばならぬ場合は、先づ血清の少量例へば〇・五—一・〇ccを皮下に注射し、一二時間の後に其所要全量を注射すること。
- e. 注射後は努めて利尿便通を圖ること。
- f. 注射後は二三日間「クロールカルシウム」〇・五—一・〇瓦を牛乳に混じて内服せしむ。

① 血清病の治療法 全然對照的に治療するのみ、發熱・關節痛に對しては「サリチル酸」・「アスピリン」等を投與し、頭部及び心臟部に冷電法、關節に温電法を施す。重篤なる場合には「カムフル」・「ヂガレリン」・「ロベリン」・「カフェイン」等の注射を爲し、又生理的食鹽水、リンゲル氏液の注射を試み、人工呼吸を行ふ。

② 局所療法 塗布剤としてルゴール氏(グリセリン)加味液、一〇%カルボリルグリセリン等を用ゆ。義膜稍々剝離して咽頭不潔となれば過酸化水素を塗布し後ち含嗽せしめ、然る後ち〇・一%リゾノール液、「トリパラヴィン」・「マアキユロクロム」等を塗布す。又三%オキシフル液の含嗽を命じ、一%オキシフル液、二%重曹水(吸入時「アドレナリン」加味)の吸入を行ひ、頸部には電法を施す。

③ 全身療法 總ての場合に注意すべきは心臟の状態であり、適切なる強心劑を與ふることを忘れてはならぬ。特に強心劑としては「アドレナリン」・「ヂガレリン」・「カムフル」・「ヂキフォリン」・「ロベリン」等を選用す。「アドレナリン」は「ヂフテリ」の毒素を中和するものであり、蓋し同液に含まるる酸の作用に據ると説明せらる。

④ チフテリ後麻痺の治療法 本症の豫後は通常不良ならず、其輕度なるは自然に治癒するものが多い。只高度の麻痺に對しては「マッサージ」或は感傳電氣療法を施行す。又藥劑としては「ストリヒニン」(〇・〇〇〇五—〇・〇〇一)の皮下注射(隔日一回又は一週數回)若しくは内服(〇・〇〇〇一—〇・〇〇〇三を一日一二回)せしむ。後麻痺が軟口蓋・口蓋弓等にあれば生理的食鹽水の少量づつを麻痺部の各處に注射す、時に電氣療法よりも奏效するところがある。又近時二〇〇〇—四〇〇〇免疫單位の血清を毎日一回連續して注射し大に奏效せりとの報告がある、是れ亦注意して試むべきである。又後麻痺なるものは最初「ヂフテリ」治療に際して相當量の血清を注射せざるに依り惹起するものと説明する經驗家もある。

若し咽頭筋麻痺の爲めに食餌の攝取阻礙せられ榮養障礙を來すが如きことあれば、勿論人工榮養が必要である。
⑤ チフテリ性喉頭狭窄の治療法 咽頭「ヂフテリ」に引續きて最も屢々喉頭「ヂフテリ」を惹起す。或は喉頭「ヂフテリ」の單獨に發病することもある。かかる場合何れも喉頭狭窄を招來せればならぬ。蓋し喉頭狭窄は如何なる場合でも直ちに之を解放せねばならず、然らざれば殆んど總て危急の場合のみで、とすれば窒息死を免かれぬ、喉頭狭窄に對する實地臨牀上の處置法は二つある。即ち①喉頭插管法及び②氣管切開法である。「ヂフテリ」罹病に因る喉頭狭窄にも二六時中老練なる醫家の許に監視され得るなれば非觀血的の喉頭插管法を選用する。併し一概に安全を望むなれば氣管切開法亦目的に適ふのである。是等の實施法は救急手術法(第八六七頁参照)及び手術篇(第九二四頁以下及び第九四六頁以下参照)に記述してある。

⑥ 「ヂフテリ」の豫防 「ヂフテリ」患者は直ちに之を隔離するが、既に下熱して回復したる後も二週間は健康の小兒と交通せしめてはならぬ。「ヂフテリ」の豫防注射を行ふには二〇〇—三〇〇免疫單位を用ふ。即ち第一號血清〇・五—一・〇ccを注射するのである。マドセン氏に據れば抗毒素の血液中に證明せらるるに注射後二十餘日なるが故に豫防注射の效力は約三週間と見て差支無い。併し豫防注射の效力は決定的のもので無い。又豫防注射をなしたる後ち再び血清注射を要することもあり、かかる場合に血清病等起り、甚だ不快なること無きにあらず。故に豫防注射の如きは無暗に施行してはならぬ。

⑦ シック氏反應 「ヂフテリ」は小兒病とも稱すべく、二乃至五歳までは最も多く罹患し、一〇—一五歳に至れ

ば漸次其罹病率減じ二〇歳以上となれば極めて稀に罹患するのみ、是れ臨牀的に經驗せる事實なるが之を實驗的に證明したるものがシック氏反應である。

實驗方法。二五〇瓦海狸の致死量の150に等しき「ヂフテリ毒素〇・一ccを上膊の皮内に注射し四乃至八時間後に注射部に發赤浸潤を認め、一時間にして絶頂に達す。かかる現象をシック氏反應陽性なりと云ふ。即ち「ヂフテリ」に罹り易き徴である。之に反して注射部位に何等の變化無ければ陰性なりと稱す、是れ「ヂフテリ」に罹らざるの意味である。

蓋し「ヂフテリ」菌の毒素が血液中に入れば抗毒素を生ずる。健康體に於ても亦抗毒素を有するを常とす。抗毒素を有すること多ければそれだけ「ヂフテリ」に罹ること尠ない。即ちシック氏反應とは此抗毒素を測定する實驗なのである。爰にシック氏反應の成績を擧げるに、

年 齡	被檢者數	陽性率	罹患率
一歳未満	二九一	一六	七%
一 歳	四二	一八	四三%
二—五歳	一五〇	九五	六三%
五—一五歳	二六二	一三一	五三%

年 齡	七 歳	八 歳	九 歳	十 歳	十一歳	十二歳
罹患率	三八%	五三%	三〇・五%	二六・五%	三三・三%	二九・八%

次に東京市麴町區に於ける遺澤、岡田二氏の實驗成績に據れば小學兒童數五百名の 中陽性百七十五名即ち罹患率三五%であり、之を年齢別に列記すれば次ぎの如くである。

之を更に一五歳以上のものに就いて觀るに一五—二一歳の者七十名中陽性十七名(罹患率二一・五%)、二一—四〇歳の者七十四名中陽性十六名(罹患率二一・六%)である。猶ほ兩氏が檢査せる兒童五〇〇人の中既に「ヂフテ

リ」を経過せるもの二五例あり、其中十一名はシック氏反應陽性、他の一四名は陰性だったのである。是に由りて觀れば「ヂフテリ」罹患後も必ずしも免疫とはならざること知らる。

第二 アンギナ及類似症

甲 アンギナ症

一 カタル性アンギナ

原因 感冒が最も多く原因となる。又化學的及び物理的刺戟に依りて誘發せられ、流行性に「インフルエンザ」、百日咳等の際に亦罹病す。或は汽車・自動車等の旅行に塵埃多き強風に中りて誘發することもある。既に扁桃腺肥大せるか、鼻腔・副鼻腔の分泌過多なる時は概して罹病し易い。而して春季又は秋期に於て最も多く見らる。

症候 自覺的症候として、輕微の悪感を覺え三十八度か或は夫れ以下なる中等度の發熱あるも、一日若しくは二日にして消散する。輕度の嚥下痛或は乾燥感を訴ふ。他覺的症候としては口蓋扁桃腺は多少腫脹して、表面は發赤し咽頭後壁及び側索も亦屢々炎症を起す。其他鼻腔及び鼻咽腔の炎症を併發することがある。

豫後 不良なる場合殆んど無しと雖も、習慣性となる傾向が著しい。

治療法 ①全身療法として安靜に休養せしめ「サリチール酸曹達」「アスピリン」「ザリピリン」等を投與し、厚く寢衣を重ねしむるか布片を纏絡せしめて十分發汗せしめる。②局所療法として極めて緩和なる收斂劑の溶液を塗布するか。或は一擧にして全治せしめる目的を以て頓挫療法を施す。例へば一—二%鹽酸コカイン」を左右の口蓋

扁桃腺及び咽頭後壁(場合によりは側索竝に舌根の部位に)塗布し、次いで一%鹽化アドレナリン(原液は一%である)及び一%鹽化亞鉛水を塗布す。而して一%硼酸水、二%食鹽水及び重曹水にて含嗽せしめ。又一%重曹水或は食鹽水の吸入を行はしめる。尙ほ頸部に廣く濕布療法を施すことも治療の目的に適ふ。
頓挫療法には前記の如く薄液コカイン^①を塗布したる後一〇—一五%カルボールグリセリン、五%硝酸銀水或は沃度丁幾を塗布すべきである。三%以上の濃厚鹽化亞鉛水も亦往々試用せられる。

二 腺窩性アングナ

原因 連鎖球菌・葡萄球菌・肺炎双球菌・「ストレプトコックス、ウィリダダンス・假性デフテリ菌・大腸菌其他雑菌の混合感染によりて發病する一種の傳染性疾患であり、其大多數に於て溶血性連鎖球菌を證明する。是等の病原菌は多くの場合扁桃腺窩中に恆存するものである。特に常時多く存在するは溶血性連鎖球菌であり、之が本症の主なる病原菌たる亦怪しむに足らぬ。

連鎖球菌の傳染は其症狀最も猛烈であり、且つ種々の併發症を來す。肺炎双球菌に因る扁桃腺炎はガッビー氏の報告以來各國に於て經驗せられ、本邦に於ても屢々觀察されたが、其症狀は一般の扁桃腺炎の夫れと大差が無い。「デフテリ菌」にても單に扁桃腺炎起り、「デフテリ菌」義膜を形成せず経過することもある。
腺窩性扁桃腺炎は十四五歳乃至三十歳迄に最も多く、且つ女性よりも男性多く侵される。罹患率は男性に於て女性の二倍なりとの統計的報告さへある。

一般に扁桃腺肥大を有せる患者は本症に罹り易い。又急性關節ロイマチス^②は本病の症狀であるが、又反對に關節ロイマチス^③の素因あるものは本症に罹り易い。鼻内手術に際し不適當なる「ガージェタムボン」を挿入せる時或は電氣燒灼後には屢々本症を誘發す、是れべ、フレンケル氏の外傷性アングナ^④と稱したるもので爾來有名である。

臨牀上の經驗に徴すれば本症は早春或は晩秋に最も頻發し、次いで冬期に屢々發病す。而して夏期は稀に之を見るに過ぎぬ。
又本症は往々習慣性となり一年數回も罹患することがある、斯かる場合は特に常習性アングナと稱する。

病理的所見 扁桃腺實質の炎症を起して細胞増殖並に血管充血を來す、故に發赤腫脹して居る。腺窩内部の炎症烈しく、爲めに細胞の滲出増加し分泌物は腺窩に蒐集す。分泌物は化膿せるのみならず、剝落せる上皮細胞・多核性白血球・淋巴球及び多數の細菌類を含む。而して炎症甚だしければ滲出液は纖維素を有するに至る。初め各自の腺窩に一致し分泌物點々として灰白色を呈し、それが相合して義膜狀となり、屢々「デフテリ」と誤診せられることがある。

症候 自覺的症候として全身違和を覺え、其間に惡寒戰慄を以て三十九度乃至四十度の發熱あり、小兒に在りては四十度を越ゆること極めて稀である。特に患者の主訴は兩側咽頭部の疼痛であり、嚥下時に最も甚だしく、時として耳内に放散することがある。口腔及び咽頭の分泌物増加し、爲に患者の言語は不明瞭になり、恰も食物を口中に含みて談話するがやうである、口渴甚だしく舌は帶黄白色を呈し屢々口臭を放つ。多くは頭痛・肩痛・腰痛を訴へ、脈搏は疾速にして、食慾不振・不眠に憊む。小兒に於ては高熱の爲に往々譫語を發し、腦膜炎様の疾患を疑は

しめる。

他覺的症狀として口蓋扁桃腺は多くは兩側とも發赤腫脹し、各部の腺窩は白色又は黄色の分泌物にて満たされ、就中口蓋扁桃腺の中央部及び後部の腺窩に於て著しい。是等腺窩に相當して點々散在する分泌物は遂に融合して偽膜状となる。併し「ヂフテリー」の義膜と異なり容易に除去せられ、之を剝離するにも出血することが無い。

口蓋粘膜及び咽頭後壁粘膜も多少に拘らず炎症を起し、加之咽頭・舌根及び咽頭後壁の「アデノイド組織」も亦侵され、恰も口蓋扁桃腺に於けるが如き帶黄白色の分泌物は咽頭扁桃腺にも亦舌根扁桃腺にも斑點として認められる。故に若し口蓋扁桃腺の炎症現象去りても猶ほ解熱し切らず、時々高熱となり或は稽留するが如き場合は必ず咽頭竝に舌根扁桃腺を詳査せねばならず。是に由りて屢々發熱の原因を發見し得るのである。

下顎下淋巴腺屢々腫脹し、之を壓すれば疼痛を訴ふ。又屢々一過性蛋白尿を證明す。是れ亦他の熱性傳染性疾患に於ても觀る所であり、必ずしも豫後不良なりと言ふわけでは無い。

稀に顔面ヘルペスを併發する。脾腫も亦往々觸診せられると謂ふ。黄疸は未だ經驗したことが無い。

血液所見 一般に白血球の増加を來すも病勢の衰退するに従て減少する。ベンネツケ氏に依れば白血球の數は第一日に九四〇〇より二五二〇〇の間を往來すと云ふ。又ホルツェル氏は一九二四年四月一日より十月三十一日まで五〇例に就いて白血球數を検査したるに其平均數は一一九〇を得たのである、其主要なる成績は多核中性嗜好細胞七五%、「エオジン嗜好細胞一%、單核細胞一〇%、淋巴細胞一〇%」であり。即ち多核中性嗜好細胞最も優勢を示し、「エオジン嗜好細胞最も尠ない、是れ猩紅熱との類症鑑別に意義大なるものである。

一般に急性扁桃腺炎及び「ヂフテリー」に在りては炎症の絶頂に於て「エオジン嗜好細胞」は減少するか或は消滅するが、猩紅熱「アンギナ」に際しては寧ろ増加して來る。若し消失するが如き場合は豫後不良なることが多い。

經過 本症は多くは一週間にして治癒す。若し爾後に於ても疼痛去らず下熱せざる時は扁桃腺周圍炎か其他の合併症を恐れなければならぬ。先づ一側の扁桃腺に發病し次いで他側の侵さるることもある。斯る場合は發熱竝に疼痛が其都度反復する。本症の經過は適當の治療法によりて勿論短縮する。

合併症及續發症 扁桃腺周圍炎及び扁桃腺周圍膿瘍は最も屢々本症に續發す。又急性中耳炎・耳下腺炎・腎臟炎・急性關節ロイマチス・心内膜炎・傳染性黄疸・坐骨神經痛・結節性紅斑・多發性滲出性紅斑・蟲樣突起炎・膿毒症・敗血症・骨髓炎等も續發する。神經系統の合併症としては神經炎・脊髄前角炎等報告されて居る。

診斷 多くは診斷容易である、只「ヂフテリー」様に義膜を形成する時は「ヂフテリー」と鑑別を要する。一般に扁桃腺「アンギナ」は熱系高きに拘らず全身症狀は輕微である。若し熱高からざるも脈搏不良にして鼻翼呼吸等を示すものは「ヂフテリー」を疑はねばならぬ、併し決定的に區別するには細菌學的検査を行ふべきである。

腺窩性「アンギナ」に在りては腺窩附著物は卷綿子或は「ピンセット」を以て容易に除去せらる。之に反して「ヂフテリー」の義膜は剝離し難く、強いて之を除去すれば粘膜の實質も共に損傷し、出血を免かれぬ。

義膜竝に附著物の細菌學的検査は又屢々不確實のことがある。而して「ヂフテリー」の血清療法は早期なる程奏效するのである。故に腺窩性「アンギナ」か「ヂフテリー」か判然區別し得ざる場合は先づ「ヂフテリー」類似症と見做して血清療法を施すを得策とする。

豫後 一般に可良なれども、只重篤なる合併症竝に續發症を來した場合は警戒せねばならぬ。

治療法

① 全身療法としては安靜に就牀せしめ、内服薬として「キニーネ」、「アスピリン」、「ザリピリン」、「フェナツエチン」、「アンチピリン」、「ザロール」等を投與し、且つ麥湯・茶・白湯・番茶等の多量を攝らしめ發汗せしめる。食餌は流動物を與ふ。氷片を口内に含ませしむれば快感を覺ゆ。又一%硼酸水を以て含嗽せしめる。

「クローカルシウム」の靜脈注射、又屢々連鎖狀球菌血清の注射試みらる。其他敗血症竝に膿毒症を防止する意味に「トリパフラヴィン」、「エレクトラルゴール」等を注射す。尙ほ扁桃腺の周圍に「トリパフラヴィン」、「ヤトレン」(「ストレプトヤトレン」)等を注射し偉效を奏することもある。

② 局所療法としては塗布薬として一%—三%—五%鹽酸コカイン、五%アドレナリン、一%—二%鹽化亞鉛水、ルゴール氏液・マンドル氏液及び五%カルボールグリセリン等を用ふ。

著者は頓挫療法に五%鹽酸コカインを塗布したる後沃度丁幾又は一〇%—一五%カルボールグリセリン又は二〇%硝酸銀液を(此場合は食鹽水にて後洗す)塗擦す。パレンシア氏は硝酸銀は分泌物を凝固せしめ粘膜を漂白し、以て組織の炎性浸潤を防止するのみならず屢々病原菌たる溶血性連鎖狀球菌を征服するとの理由の下に五〇%以上九〇%の濃液硝酸銀を使用して居るが、これは餘りに濃厚に過ぎる、著者は二〇%のものを適當なりと思ふ。又ブレイグ氏沃度液、一〇%リゾノール、一〇%トリパフラヴィン等を以て扁桃腺窩を洗滌して效驗顯著なりと云ふ。著者は腺窩附著物を除去する意味にて一方頸側より扁桃腺部を手にて壓定し、他方卷綿子(綿を厚く捲いて)にて扁桃腺其物を壓迫す。かくて附著物を拭去し、然る後一〇%カルボールグリセリン或は沃度丁幾を塗

布す。

口蓋扁桃腺の表面に「キニーネ」、「アスピリン」、石灰等の粉末を撒布して效驗顯著なることがある。

含嗽料として一%硼酸水、二%重曹水、二%鹽剝水或は過酸化水素液等を與ふ。

外頸部には溫巻法或は冷巻法を施す。猶ほ疼痛甚だしければ巻法貼置の上に氷嚢を載置す。濕布劑としてはブロー氏液、二%硼酸水及び二%鉛糖水等を用ふ。

豫防法 扁桃腺肥大せる場合は「アンギナ」に罹り易い。故に扁桃腺肥大症は之を手術的に除去して本症の豫防法を講ず。即ち小兒の扁桃腺肥大症は之を切除し、大人のそれは全別出術にて除去す。常習性アンギナの患者にありては勿論別出術を執行せねばならぬ。

三 濾胞性アンギナ

原因 腺窩性アンギナの場合と病原菌略は同じく、溶血性(又は醸膿性)連鎖狀球菌竝に葡萄狀球菌、「ストレプトコックス」、ウィリゲンス、肺炎双球菌・大腸菌等擧げらる。斯の如く同種の細菌類によりて發病しながら病理學上竝に臨牀上、或は腺窩性となり或は濾胞性となり、全く異なりたる病變を來すは細菌混合の程度と毒力の強弱に依るものならん。

本症も亦傳染性あり流行性に來ることがある。多くは壯年の男子を侵し、小兒・女性及び老人には尠く、概して春季・秋期及び冬時に多く流行する。扁桃腺肥大症を有するものは本症に罹り易い。又本症と急性ロイマチスと

の関係に就ては種々論議されて居る。

病理 最も注意すべき組織的變化は扁桃腺濾胞に現はる。即ち網狀纖維の「リムフォラステン」と内被細胞は増殖し、從て種子中心の増大を來す。又邊縁の淋巴細胞に著しく現はる。此場合種子中心には細胞の碎片多數に認めらる。然れども是等は喉内被細胞に依りて速に消失し、同細胞の原形質は斯る細胞碎片を以て充たさるるに至る。之に反して間質の病變は著しくない。只一般に細胞の増殖を見るに過ぎぬ。

「プラスマ細胞は一般に増殖せず、多核性白血球は比較的増殖して居る、是等は多く腺窩上皮下に認めらる、血管は充血し、其内被細胞は著明に腫脹す。喉内被細胞は往々散見するに過ぎぬ。膿瘍は濾胞間組織中に生成せず、時に炎症激甚なるが爲めに濾胞中に現はることがある。又膿瘍は一個の濾胞内に別々に現はることがあり、或は二、三、多數の濾胞に跨がることもある。又同一の扁桃腺中に濾胞内の多核性白血球を見、腺窩に細菌集合したり、隣接腺窩中に流出する完全の膿瘍を認むることもある。併し一般に細菌の濾胞内組織中に發見することは稀有である。

症候 自覺的症狀として悪感を覺え發熱し三十九度—四十度に達す。多くは咽頭痛を訴ふ。疼痛は嚥下に際して特に激甚となり、或は耳内に放射することがある。其他の全身症狀等は腺窩性アンギナの場合と同様である。他覺的症候としては、多くは一側性なるが屢々兩側扁桃腺の發赤腫脹認めらる。扁桃腺の表面は圓形にして黄色を帯び、且つ隆起せる散在性若しくは集簇性の膿點を上皮より透見する。是れ濾胞内の化膿して惹起さるるのであるが破壊して潰瘍となる。

合併症 扁桃腺周圍に炎症波及して蜂窩織炎となり、扁桃腺周圍膿瘍を惹起す。又遠隔の地に續發症を起し、急性關節ロイマチス、腹膜炎及び心内膜炎等をも誘發する。

診斷 診斷敢て困難でないが、只腺窩性アンギナとの區別を要する。自覺的症狀は兩者に於て相似て居るが、他覺的症狀に於て相違の點がある、即ち

腺窩性アンギナ	濾胞性アンギナ
① 多くは兩側性に來り、一側性なるは稀なり	① 通常一側性なるもの多く時として兩側性に來るに過ぎぬ
② 腺窩は灰白色又は黄色の分泌物にて充たさる	② 腺窩の病變著しからず且分泌物少し
③ 濾胞の病變著し	③ 濾胞の病變著し、故に濾胞に相當せる部位に黄色圓形の上皮に覆はれたる膿點を認む
④ 「チフテリー」様義膜を形成すること屢々ある	④ 義膜を形成すること無し

併し是等の二疾患の互に移行する場合がある。従つて何れをそれと見極め難い。但し臨牀上等を區別する事の必要は無いのである。

豫後 良なり。治療法は腺窩性アンギナに於けると同様である。

乙 アンギナ類似症

一 壞疽性アンギナ

本症は種々の細菌特に連鎖球菌・葡萄球菌及び肺炎双球菌等に原因する扁桃腺疾患であり、咽頭蜂窩織炎と密接の關係を有し、扁桃腺のみならず口蓋弓・懸壺垂・咽頭後壁及び軟口蓋も同時に侵さることが多い。

原因 比較的稀有の疾患であり、多くは猩紅熱・チフテリー・麻疹・痘瘡・チフス・丹毒等に續發し、又壞血

病・天疱瘡・水瘡・疱疹等の経過中にも併發す、特に水瘡の場合は多くは營養極めて不良なる小兒である。第三期黴毒の不良性なるものにも亦本症を見、原發性のもものは全然衰弱せる青年にも之を見らる。其他口腔に於ける種々の潰瘍性疾患に併發することもある。

又本症には往々肺・腸・關節等の出血を伴ふことがある。

細菌學的検査 決定的の病原菌は未だ證明されざるも「レプトトリックス、ブッカーリス」・紡錘狀桿菌・重桿菌・假性デフテリ菌・大腸菌・肺炎双球菌・プロテウス屬菌種等の混合感染ならんと云はる。又双球菌と葡萄狀球菌のみの混合傳染も報告されて居る。

症候 ①自覺的症候 突如惡寒・苦惱を以て發熱することがある。又徐々に發病し全身違和・倦怠を感ず。多くは下痢を起し屢々不眠を訴ふ。時としては譫語を發し、或は反對に精神常に明晰なのである。體温は三十九度乃至四十度の高熱となり、口臭甚だしく嘔下障礙或は屢々吐出あり。②他覺的症候 咽頭は一般に發赤腫脹し、懸壜垂に浮腫生ず、扁桃腺の表面には所々に斑點・痂皮・潰瘍・膿瘍等を形成す。下顎下淋巴腺亦腫脹して硬固に觸診せらる、併し屢々侵襲されぬこともある。蛋白尿は殆んど必發し、皮下出血亦比較的によく認められる。

経過 甚だ急激なるもの多いが往々二三週より月餘に遷延することがある。而して終局は心臓麻痺・全身衰弱・肺炎・大出血等にて死の轉歸を取る。

合併症 扁桃腺の潰瘍は多くは軟口蓋・懸壜垂・咽頭後壁等に波及し、更に進んで喉頭及び食道の潰瘍を來し吐血することがある。猶ほ喉頭浮腫・靜脈炎・敗血性腦膜炎・肺栓塞・氣管枝肺炎・腎臟炎・大腸炎等の合併症を見る。

豫後 頗る重篤なるものが多い。本症の回復するものは二%弱に過ぎぬ。

診斷 本症に於ては元來偽膜を形成せざるが故に「デフテリ」の一般と比較して鑑別し難いことは無い。併し壞疽性敗血性デフテリ」とは屢々區別し難い。加之ならず本症は重篤性デフテリ」の合併症として來ることあるからである。黴毒性疾患とは既往症竝に村田氏反應及びワッセルマン氏反應を以て區別するか、或は又驅黴療法の結果に依りて區別する。ワンサン氏アングナ」は本症と密接なる關係があり症狀亦相似て居るが、本症に於ては痂皮が暗色に染み、壞疽性惡臭を發し、潰瘍進行するのみならず、治療の効果無き等、一般症狀亦彼れに比して甚だしい。

治療法 ①全身療法には強心劑を投與し、早期に酸素吸入を行ふ。②局處療法として過酸化水素液を塗布し、又ルゴール氏液竝にマンドル氏液を塗用す。場合によりては鹽化アドレナリン濃液の塗布、或は「オボスタチン」粉末の撒布を行ふ、是れに由りて即ち出血を防ぐ。又「サルバルサン」を粉末の儘撒布し、或は其溶液を塗布す。

③含嗽劑として〇・三%明礬水、二%鹽剝水、〇・五%リゾノール液、〇・一%過マンガン酸加里液等を使用す。④又連鎖球菌血清・「サルバルサン」注射の奏效することあり。猶ほ「トリパフラヴァイン」・「クロールカルシウム」・「プレーグル氏沃度液」の靜脈注射の有効なることがある。其他連鎖球菌血清と共に「エレクトラルゴール」を伍用する。

扁桃腺の全別出術を執行し得れば最も有效にして之れは出來得る限り早期に施行する。此意味に於て最近は外頸部より胸鎖乳嘴筋に沿うて大切開を加へ、頸部神經及び頸動脈(靜脈)を避けて頸部内に進み、扁桃腺を附近組織

と共に別出し、其創腔より外科的治療を施す。(咽頭手術篇第七二二頁参照)

二 ワンサン・プラウト氏潰瘍性義膜性アングナ

ワンサン・プラウト氏アングナは紡錘狀桿菌及び一種の螺旋菌に依りて發病する扁桃腺の潰瘍性疾患である。潰瘍の大多數は一側若しくは兩側の扁桃腺に限局するも亦屢々軟口蓋・咽頭後壁及び口腔粘膜にも蔓延する。又稀に原發病竈が咽頭・喉頭・氣管・氣管枝に在りて扁桃腺に續發的の潰瘍性義膜を形成することもある。潰瘍は一般に淺在性なるが時としては深部組織をも侵す。而して多少に拘らず全扁桃腺に痂皮を生ずることとなる。

細菌學的検査 一八八三年ミルラア氏は本症に於て紡錘狀桿菌及び一種の螺旋菌を認め之を記載した。即ち健全なる竝に齶齒ある口腔に於て之を發見したのである。此二菌が潰瘍性義膜性アングナの病竈に存在することを一八九三年ラヴフス氏既に記載して居る。同年バアブス氏は血斑病の齒齦に於て之を認め、プラウト氏は一八九四年、ワンサン氏は一八九六年多數の該菌を證明し潰瘍性義膜性アングナ症例を報告したのである。遂にワンサン氏は自ら本症にワンサン氏アングナと命名して居る。

此二菌は多くの化膿性若くは壞疽性疾患例へば股膿瘍・化膿性中耳炎・乳嘴突起炎・齒齦膿瘍・脾臟肝臟肺臟等の膿瘍・水瘡・壞疽等に於て屢々發見せられる。又該菌の血行に入りて一般敗血症を惹起したることも報告されて居る。紡錘狀桿菌は嫌氣性細菌なるが故に其培養には特別の方法を要する。本菌は兩端尖銳にして紡錘狀をなし結節を有す。時としては中央部膨脹し、原形質中の深部顆粒の多少によりて或は珠數の如く或は線の如く見ゆ。グラム氏法

欠

欠

が、又扁桃腺が潰瘍に陥り潰瘍性アンギナ類似症を起す。

第一期徴毒 生殖器以外の部位に於ける初期硬結は口唇に於て最も多く、次いで口蓋扁桃腺に類發する。統計に據れば陰部外初期硬結として扁桃腺に見るもの一〇%だと云ふ。ボスベロウ氏に據ればモスコウに於ては扁桃腺初期硬結は口唇の夫れよりも多いとのことである。

扁桃腺初期硬結の統計を見るに、フールニエ氏は陰部外原發徴毒一一二四例中六九例を挙げ、ノイマン氏は陰部外初期硬結六一三例中九二例を報告し、ゲルベル氏は口腔初期硬結四七五〇例中九九例即ち二・〇八%を認め、而して口蓋・扁桃腺・舌・齒齦・口蓋の順序であり、口蓋扁桃腺は第二位に在りと云うて居る。又扁桃腺は消化器の門戸に當り固形食物・鳥獸魚骨等の爲めに擦過傷を蒙り易く、且つ腺窩は「スピロヘータ」の生活に適する、是れ扁桃腺の屢々感染する所以である。

症候 本症起始の症候は濾胞性アンギナと同様である、即ち扁桃腺は發赤腫脹し、嚥下時に軽度の疼痛を覺ゆ、扁桃腺は稍々硬くして潰瘍に陥らず、多くは一側性扁桃腺炎である。猶ほ頸部淋巴腺は患側に於て腫脹する。既に潰瘍生じたる時は邊縁に於て隆起硬結し、周圍は鮮明に發赤する。潰瘍面は粘膜炎性分泌物にて蔽はれ、出血し易い。概して疼痛尠きも稀に激しいこともある。

診断 屢々「チフテリ」・ワンサン氏「アンギナ」・扁桃腺結核・第三期徴毒・扁桃腺癌・扁桃腺周圍膿瘍等と區別し難く、注意せざれば誤診に陥ることがある。

ワンサン氏「アンギナ」は最も鑑別に苦しむものである、併し比較的の苦痛尠なく、扁桃腺硬く腫脹せるは初期硬

結と認めて差支ない。一層確實に診断するには局所より塗抹標本を作りて之を検し特有なる細菌を證明するに在る。結核性乃至第三期黴毒性潰瘍を鑑別するには既往症を詳査し、潰瘍の性状を觀察し、頸腺腫脹の缺如を標準とする。又ワッセルマン氏反應は感染後より二三週を経て初めて陽性となるが故に之を以て亦第三期黴毒と區別し得るのである。

第二期黴毒 にて扁桃腺に最も多く現はるる症状は粘膜炎（扁平肝腫）である、これは圓形或は橢圓形の灰白色を帯べる扁平隆起であり、或は多發性に或は孤立性に現はる、又是等は連続して扁桃腺をも蔽ひ、更に口蓋弓及び口蓋に及ぶこともある。

扁桃腺は稍々肥大し、扁平隆起は暫時にして潜在性潰瘍に陥り、其表面は灰白色を帯び、邊緣は不明瞭である。これは又一二箇月経過すれば消失する。下顎隅淋巴腺は腫脹するも疼痛が無い。

黴毒性紅斑は特に黴毒性アンギナと稱せられ、扁桃腺・口蓋弓・軟口蓋・咽頭後壁其の他の部位に潮紅斑を呈することがある。

症候 自覺的には軽度の嚥下痛あるのみ、局所所見は既に記したる通りである。

第三期黴毒 「ゴム腫」に「ゴム腫性潰瘍」を特徴とする、即ち感染後少くも數年にして「ゴム腫」を形成し、暫時にして潰瘍に陥る。是等の病變は扁桃腺に好發するが、猶ほ口蓋帆・咽頭側壁及び後壁にも現はれる、其形状は圓頭・口腔の潰瘍性疾患と鑑別せねばならぬ。

形にして邊緣は急峻鋭利となり、潰瘍面は灰白色又は黄色の粘性膿性分泌物を以て蔽はる。之を除去するに出血し易く、爲に「ヂフテリー」の義膜となること無いでもない。潰瘍は深部に進み口蓋帆は穿孔し或は其處に癩痕を形成することがある。特に屢々鼻黴毒を併發して居る。

症候 局所變化の甚だしきに似ず疼痛は輕微である。

診断 特に扁桃腺結核・扁桃腺癌・初期硬結・義膜性潰瘍性アンギナ等と區別せねばならぬ。一般に第三期黴毒は一側の扁桃腺に來ること、経過急速なること、潰瘍獨特（邊緣の急峻なること）なること等によりて鑑別せられる。

豫後 不良なるものは尠ない。但し異人種より感染したるものは例外であり、之れは極めて悪性なるものが多い。

治療法 一般的の驅黴療法即ち「サルブサルサン」注射療法・水銀療法・沃度劑内用法等を任用する。局所療法として初期硬結の場合にはルゴール氏液・マンドル氏液、三―五%硝酸銀液、三―五%プロタルゴール等を塗布す。含嗽劑としては硼酸水或は鹽剝水と與ふ。第二期並に第三期の場合も同様の處置を加ふ。潰瘍に對しては過酸化水素を以て先づ之を清淨し、然る後ルゴール氏液（濃厚液）、沃度丁幾を塗布するか或は「アイロール」等を撒布する。

第四章 咽頭手術編

第一 扁桃腺外科

外科的手術の必要を生ずる扁桃腺は口蓋扁桃腺・咽頭扁桃腺及び舌根扁桃腺である。

一口蓋扁桃腺手術

口蓋扁桃腺の手術には口蓋扁桃腺切除術及び口蓋扁桃腺剔出術の二法が行はれる。扁桃腺切除術は前後口蓋弓より隆起せる口蓋扁桃腺の部分のみを切除するに止まるも、これに反して剔出術は扁桃腺被膜を周囲組織より完全に剝離して全扁桃腺を被膜と共に除去するのである。

適應並禁忌 扁桃腺切除術の適應する場合は、**①**小兒の扁桃腺肥大症ありて嚥下障礙を訴ふる時、**②**口蓋扁桃腺肥大症の爲めに呼吸障礙を來し夜間睡眠時に喘鳴或は鼾聲を發する時、**③**口蓋扁桃腺肥大症の爲めに嚥下障礙を來す時、**④**小兒の常習性アンギナを訴ふる時。

②扁桃腺切除術の**禁忌症** **①**扁桃腺及び其附近に急性炎症の蔓延するか、慢性炎症反復し口蓋弓及び附近組織にて口蓋扁桃腺を覆ふ場合、**②**急性傳染性疾患の場合、**③**原因不明の熱性病を併發する場合、**④**女性に於ける月經時、**⑤**出血性素因疾患ある時。

③口蓋扁桃腺剔出術の**適應症** **①**小兒若しくは大人に係はらず常習性アンギナを訴ふる時は全剔出術、**②**扁桃腺周囲炎或は膿瘍の反復する場合は其の炎症の治癒するを待ち全剔出術を行ふ、但し大人にありては炎症時も之を實行しても差支ない、**③**口蓋扁桃腺の腺窩或は組織中に慢性蓄積物或は結石兼化膿、又は不明の潰瘍及び瘻孔ある場合、**④**結核性及び非結核性頸部淋巴腺炎或は頸部淋巴腺腫脹が口蓋扁桃腺肥大症に原因する場合、**⑤**慢性扁桃腺炎にて肥大症を兼ねる場合は勿論、縦合肥大症なきも急性並に慢性ロイマチス、腎臓炎、心臓内膜炎、坐骨神経痛、

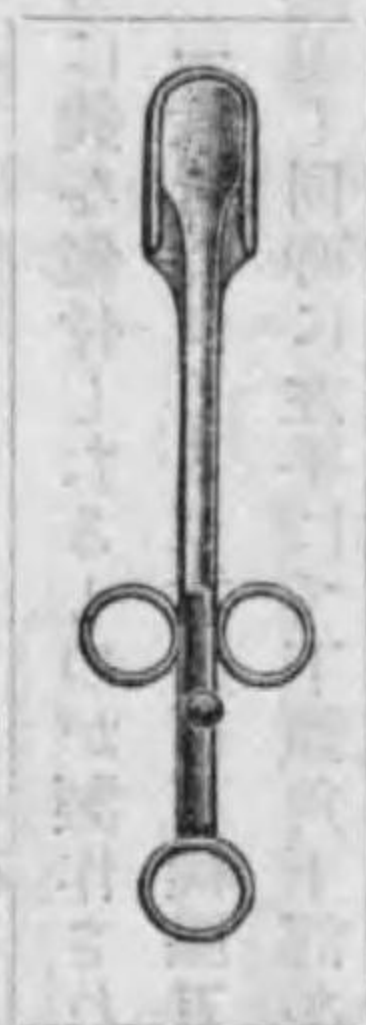
盲腸炎、敗血症、耳下腺炎、骨髓炎等の併發する場合、**⑥**口蓋扁桃腺外側に深く埋没し而も慢性炎症の反復する時、**⑦**扁桃腺切除術を施したる患者に尙ほ依然として炎症反復し上記の諸症を訴ふる場合等。
④口蓋扁桃腺剔出術の**禁忌症** **①**患者の甚だしく衰弱したる場合、**②**出血性素因病の證明さるる場合、**③**熱性傳染性疾患、**④**聲樂家、**⑤**腎臓病にて血圧の極めて高き場合、**⑥**代償機能不能の心臓疾患ある場合等。

手術術式

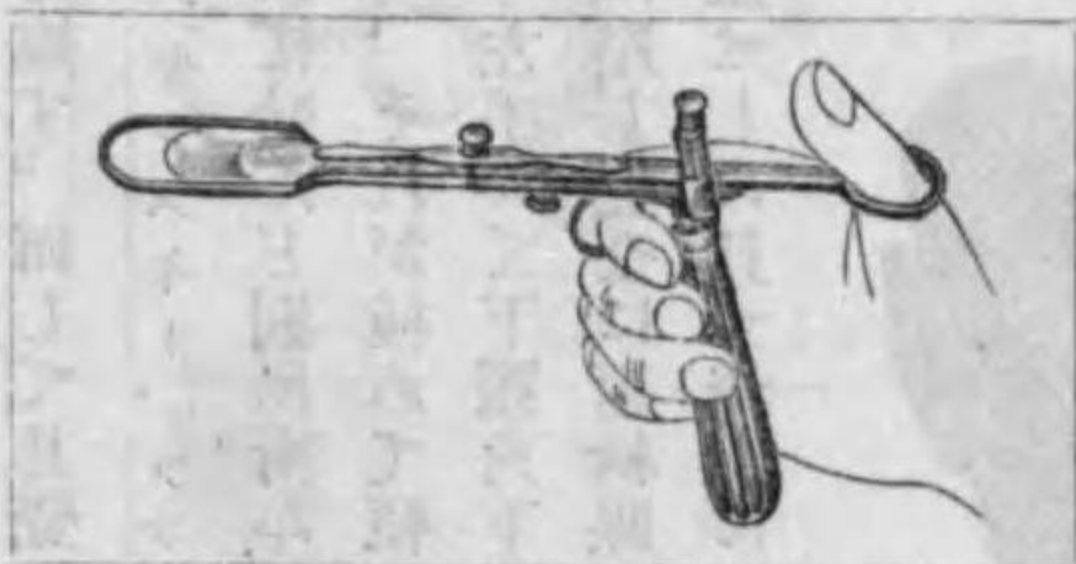
①扁桃腺切除術 先づ一〇%コカイン・アドレナリンを充分に塗布して局處麻痺を施す、或は極めて過敏なる

第三四七圖

ファネンストック氏扁桃腺切除刀



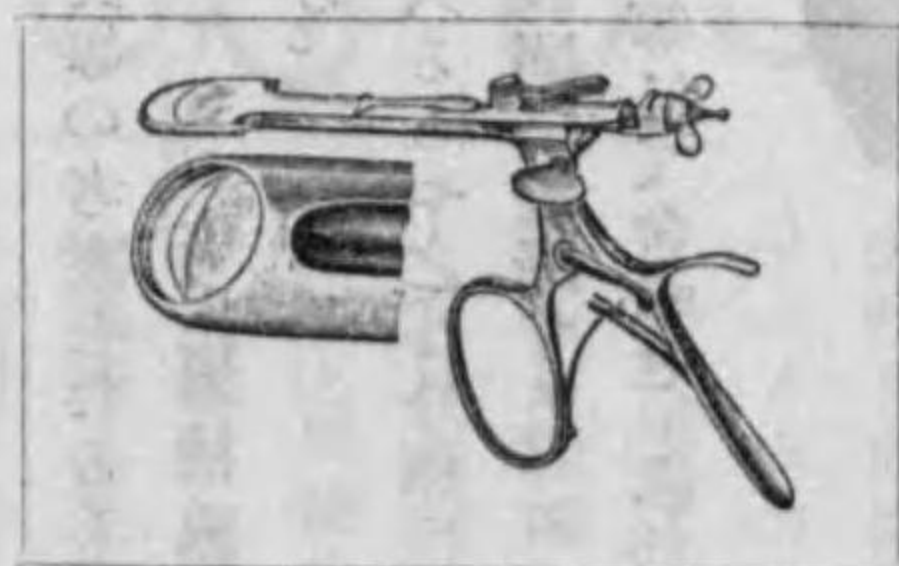
第三四八圖
マッケンダー氏扁桃腺切除刀



第三四九圖
スラーダ氏扁桃腺切除刀



第五〇圖
スラーダ氏同改良型



小兒なれば「クロールエチール」の麻酔を施す。而して其覺醒せんとする時を待ちて手術する。

手術器械にはマッケンジー、マチュール、バギンスキー、ファーンレストック、及びスラーダア氏等の考案したるものあり。就中スラーダア氏器械を以てすれば殆んど剔出術を施すと同様に行はる。又近時はマッケンジー氏扁桃腺刀に鉤を備付したるものが製作されて居て、それが極めて便利に恰も剔出術の如く實施せられる。

一般に行はるるは右手に扁桃腺刀を握り左手にて下顎角下部を抑へ扁桃腺輪狀部に扁桃腺を入るるや之を外側に壓迫し同時に左手にて下顎角下部を内方に壓し完全に扁桃腺組織を扁桃腺輪狀部に入る様に瞬間に絞断する。手術後には過酸化水素液を塗布して止血せしめ且つ清潔になし、二%硼酸水、〇・三%明礬水等にて含嗽せしむ。

第三五一圖
スラーダア氏刀の使用法を頭蓋骨にて示す



第三五二圖
スラーダア氏刀の使用法(一)



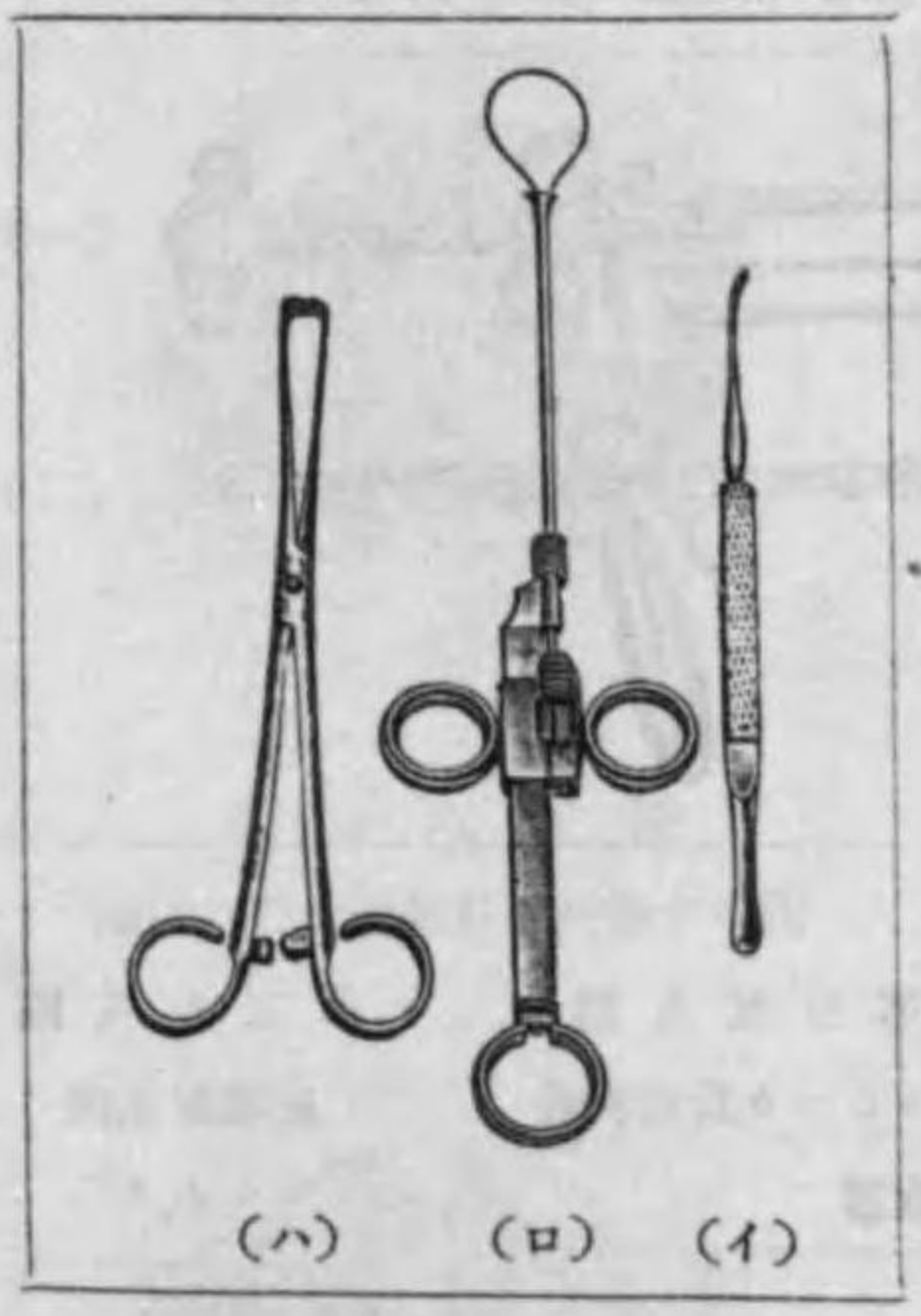
第三五三圖
スラーダア氏刀にて口蓋扁桃腺の全剔出を行ふ圖(二)



第三五四圖
口蓋扁桃腺剔出時の「ノボカイン」注射部位



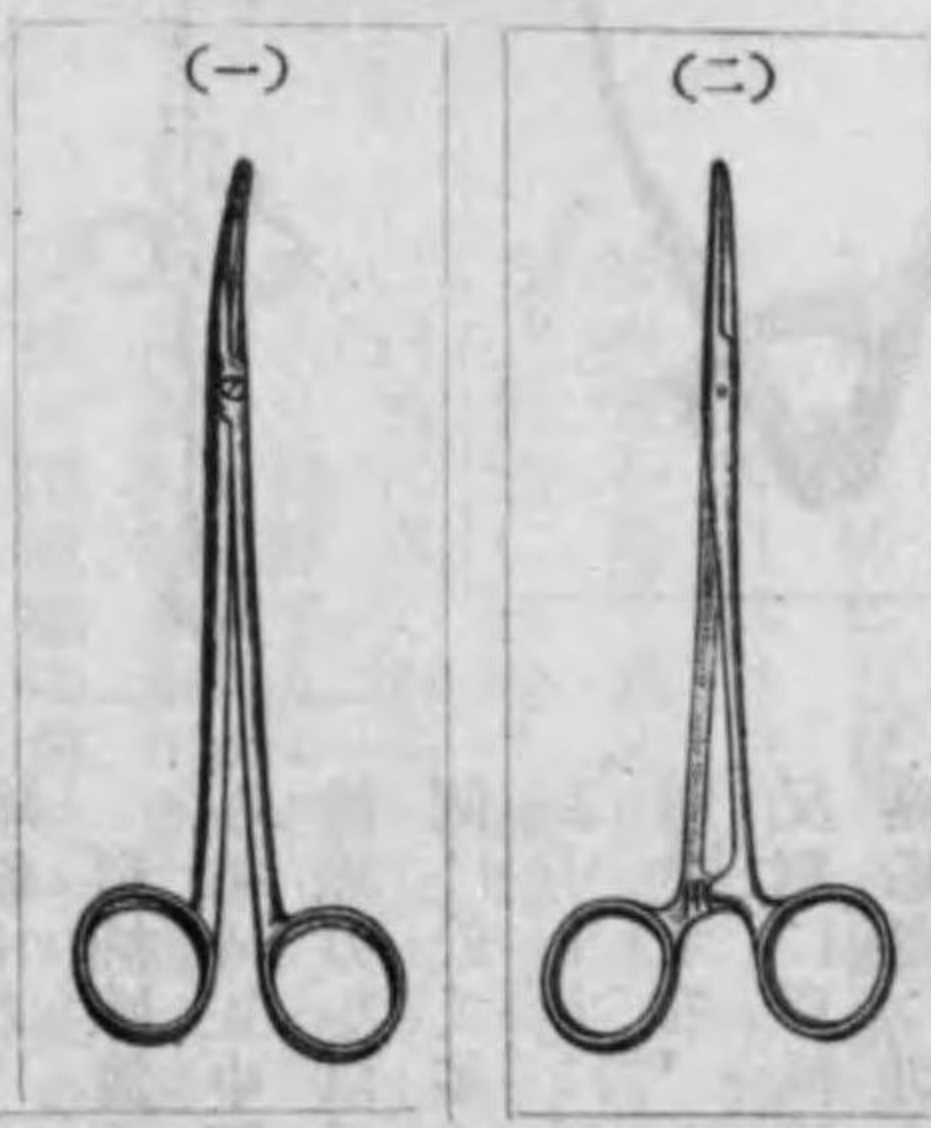
第三五五圖
(イ)全剔出時の扁桃腺刀兼用剝離子
(ロ)同上の蹄係 (ハ)扁桃腺把鉗鉗子



口蓋扁桃腺手術

多少出血する傾向あらば含嗽料に少量の「アドレナリン」を加ふるか氷塊を入れたるものを用ひしめる。
●口蓋扁桃腺剔出術 手術の際は患者に坐位を執らしむること最も多きも、亦往々手術臺上に仰臥せしめて手術することもある。麻酔は多くの場合局處麻痺を用ふ。即ち扁桃腺被膜部に於て扁桃腺上極・扁桃腺基底及び中央に於て一%ノボカイン・アドレナリンを充分に注射す、尙後口蓋弓に於て等しく扁桃腺上極・扁桃腺基底及び中央の三箇處より「ノボカイン」を注射す。手術用機械としては扁桃腺鉗子・扁桃腺刀・剝離子・扁桃腺蹄係及び止血鉗子等を

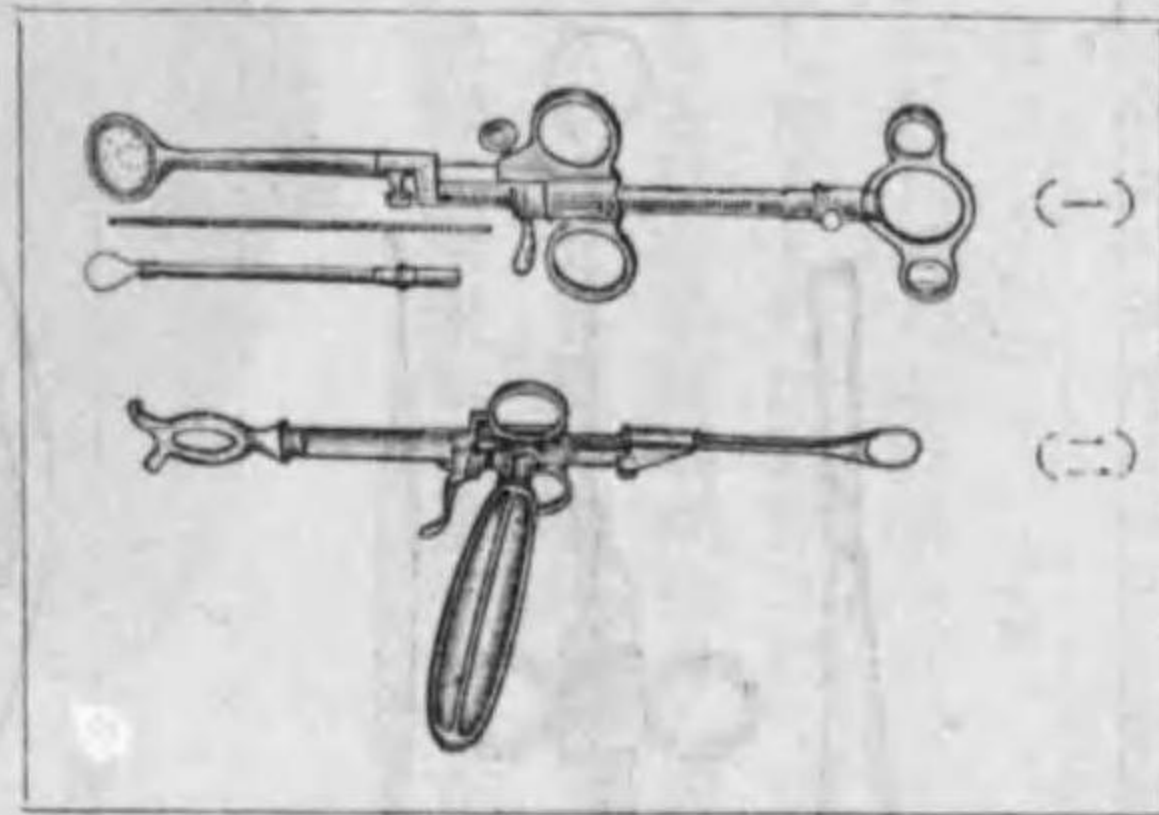
第三五六圖
(一)止血鉗子 (二)止血鉗子



七一五

第三五七圖

(一) ファラウ・パッチア氏扁桃腺
全剔出用蹄係 (二) 同上改良型



第三五八圖

扁桃腺止血
クレムメ



第三五九圖

マルシツク氏扁桃腺
止血器



外側へ切開す(但し此切開は屢々必要ならざることがある)。爰に於て扁桃腺を正中線に向つて引き出し、扁桃腺と口蓋弓との間を先の切開線に入れて扁桃腺被膜を周圍組織より剝離する。扁桃腺被膜は剝離して之を引き出せば、扁桃腺の如く白色の光澤がある。而して扁桃腺上極より扁桃腺基底に剝離し殆んど扁桃腺の中央部に達せしむ、扁桃腺の後面も亦被膜を剝離す(併し扁桃腺後面の剝離は必要ならざることがある)。次いで扁桃腺鉗子を以て豫め扁桃腺を正中線より稍々前方に牽出し、而る後蹄係を掛け、蹄係深く入りて扁桃腺床部に達したる時一舉に絞斷する。絞斷したる後は過

準備する。

扁桃腺鉗子を以て扁桃腺を稍々正中線に引き出し扁桃腺刀を以て前口蓋弓の内側に於て多くは扁桃腺基底より上方に扁桃腺上極まで切開する、場合によりては反對に扁桃腺上極より扁桃腺基底に切り下げる。次いで扁桃腺を前方に引き出し後口蓋弓と扁桃腺との間を

第三六〇圖

鉗子にて口蓋扁桃腺を引出す



第三六一圖

口蓋扁桃腺被膜より剝離す



第三六一圖

十分に剝離したるところ



第三六三圖

蹄係にて全扁桃腺を絞斷する圖



酸化水素水を塗布し創面を清潔にし且つ止血せしめる。而も尙ほ止血せざれば止血鉗子を以て血管を掴み之を結紮す。殊に大人にありては出血する血管の全部を結紮し、二三滴の出血さへもなきやうにせねばならぬ。左右の扁桃腺疾患ある時は左右共に一回の手術にて除去するを理想とする。

後療法。手術後は三日乃至四日絶對的安靜を命じ就牀せしむ。手術當時は冷流動食を攝らしめ翌日或は三日より冷粥食を與ふ。又

後出血を防ぐ爲め頭部を少しく高からしめる。創面には早く纖維素性結痂を生じ、爲めに創面は多く白色を呈するが、之れは約一週後より剝離するものである。

扁桃腺周囲組織の傳染起り敗血症の全身症狀を

來すことあり、斯る場合には強心劑を與へ創面を「リゾノール」、「トリバフラヴィン」及び「サルプルサン」等の溶液を以て洗滌す。又「ウロトロピン」を多量に與へ、「エレクトラルゴール」、「クロールカルシウム」、「トリバフラヴィン」、連鎖球菌血清（靜脈若しくは皮下）を注射する。④口蓋弓血腫生じたる後は時期を見て切開する。⑤聲門浮腫の場合には濃厚なる「アドレナリン」液を喉頭内に注入し吸入せしめ頸部に罨法を施す。⑥嚥下性肺炎は多くは血液を嚥下して惹起するものなれども治癒するものが多い。⑦肺膿瘍は最も危険なる合併症にして豫後不良である。⑧半身不隨は極めて稀なる合併症にして恐らく腦實質に於ける小血管に血栓の生成するに依る。併し多くの場合は経過良好なり。⑨後出血は最も屢々患者竝に醫家を悩ますものであるが、大體に於て之を限局性實質性出血と竝に續發性實質性出血とに分つ。即ち

(a)限局性實質性出血 は手術の際に看過したる溢血性組織片或は血管より流血するものである。多くは口蓋動脈・口蓋靜脈及び上行咽頭靜脈等の分枝より出血する、故に多くは口蓋扁桃腺の前上より側方に分布するものであるが、是等は血管の部位を簡単に壓迫することに依り止血する。或は「クレムメ」にて摺み結紮する。又殘存せる扁桃腺組織より出血することがある。此際には周圍に「ノボカイン・アドレナリン」を注射し、叮嚀に扁桃腺の殘部組織を剔出する。之は「ドッペルキュレット」、剪刀或は蹄係にて容易に除去し得る、唯硬き癥痕を形成するか或は癒著甚だしきか或は理性なき患者にありては困難を感ずることがある。

(b)汎發性實質性出血は甚だ危険なる合併症であり、多くは脈管神經性疾患の素因ある患者に偶發し、之は血管の多く弛緩するに基因する。此出血は屢々定型的にして手術時は一滴の出血もなく手術完了して、數時間後に出血來

り屢々睡眠中に點滴様に出血し漸次増加し而も組織全面より出血するのである。創面より絶えず出血し不知不識の間咽頭に流れ、患者は多く嚥下する。此處置法は先づ創面を完全に清潔になし、安靜に且つ深く呼吸せしむ。一〇%滅菌食鹽水五ccを靜脈内に注射し尙ほ出血止まざれば指頭或は鉗子にガーゼを巻き之を以て創面を壓迫し、尙ほ他手の掌を以て外頸部を壓迫す、即ち内外より扁桃腺部を壓迫するのである。此双手性壓迫法は比較的疼痛を與ふるも出來得る限り長く施行するを可とす。而も尙ほ止血せざる時は是れ血管「アトニー」を起したるものであるから、大に治療法に努力せねばならぬ。此際種々の止血劑即ち「コアグレン」、「ゲラチン」、「フィブログエン」、「オボスタチン」等あれども信賴するに足らないから、宜しく前後口蓋弓の縫合、又は外頸動脈結紮を決定せねばならぬ。此前後口蓋弓の縫合は、前後口蓋弓の間即ち手術したる扁桃腺部位を出來得る限り清潔にし、「ガーゼ塊」を「タムボン」として扁桃腺底部に壓迫す。次いで後口蓋弓より前口蓋弓へ絲を通し、而も粘膜のみならず深く筋層をも通し縫合するのである。縫合は場合により三絲或は四絲にて足る。

二 咽頭外扁桃腺手術

これはランゲンベック及びミクリッツ氏の創めたる咽頭外側切開術の術式に従うて實施する、即ち乳嘴突起と舌骨とを觸診して之を確定し、下顎の下縁に平行しつつ乳嘴突起より舌骨に達する皮膚切開を施す。皮下脂肪に於ける靜脈は之を結紮して、更に筋層を切開する、此時頸靜脈は恐らく二重に結紮して切斷せねばならず、大耳神經も亦多くは切斷する又切斷しても差支は無い。此他に前顔面靜脈及び外上顎動脈が現はれるから之を二重に結紮して切

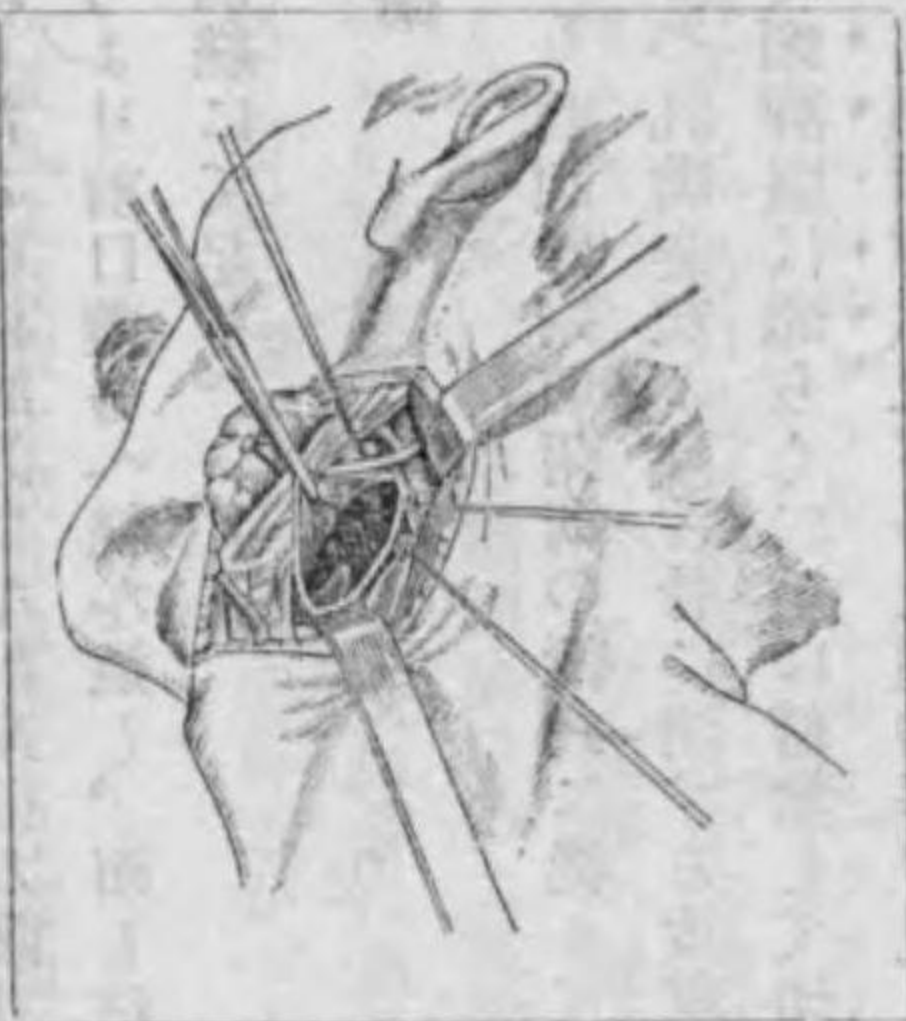
第三六四圖

(一) 下外側咽頭切開術の切開線
(扁桃腺の外部手術)



第三六五圖

(二) 下外側咽頭切開術 咽頭腔を開く



等が邪覓になる、斯る場合は夫れく結紮するか或は結紮して切斷する。外頸動脈も亦之を結紮するのが都合好い。次いで下顎内面及び翼狀筋内面に沿うて進み、遂に咽頭粘膜に達する。併し其間に猶ほ二腹筋及び莖狀舌骨筋は舌骨の所で之を切斷する、莖狀舌筋も亦切斷せればならぬ。加之ならず莖狀咽頭筋、舌骨舌筋及び顎舌骨筋をも舌骨の所で夫れく剝離し、かくして咽頭の外側壁を出來得るだけ廣汎に觀察し得るやうにする。次いで直ちに一刀を入れて粘膜を切開すれば前口蓋弓の所より舌根部近くまで開放せられる。爰に於て口蓋扁桃腺は之を目前に現れ完全に別出し得る。

手術後は沃度フォームガーゼを口腔より入れて「タムボン」とし扁桃腺部の創腔を充填し、「タムボン」の一端

は絲をつけて、絲を同側顔面か或は耳に掛け之を絆創膏にて固定する。而して外頸部の創腔は十分に清潔ならしめ厳に消毒して、直ちに筋層は筋層と皮膚は皮膚と二重に縫合し創腔を閉鎖す、其上には沃度丁幾を塗布して制腐し二三層の「ガーゼ」を置き更に繃帯を施す。

適應症 該手術は從來咽頭上部(専ら舌根部より上部)に於ける腫瘍を別出する目的に適用せられ、就中初期扁桃腺瘤の場合に施行せられたのである。然るに近來は扁桃腺を主體としての猛烈なる炎症或は極めて遷延する頑固なる疾患(原因不明なる)に對して本手術を施し、口蓋扁桃腺は勿論、其周圍をも十分に手術するのである、例へば扁桃腺瘤の場合に勿論本手術最も適應するし、かの壞疽性扁桃腺炎(咽頭炎)の場合には近時盛に適用せられて居る。又ワンスアンギナ、其他の咽頭組織を破壊するが如き悪性炎症の場合にも試用せられたのである。

三 咽頭扁桃腺手術

手術準備として先づ含嗽を命じて口腔竝に咽頭を清潔にす、又場合に依つては鼻洗法を行ひて鼻咽腔を清潔にする。次ぎに一〇%コカイン・アドレナリンを咽頭巻綿子にて塗布し、次いで鼻腔を経て鼻咽腔に一〇%コカイン・アドレナリンを塗布す。此局處麻痺法にて多くは殆んど無痛に手術し得るも、神経質の小兒にありては、「クロールエチール」或は「ソレスチン」の迷朦法を施す。而して迷朦より覺醒する瞬間に手術するが好い。

手術用機械としては、ゴットシュタイン及ベックマン氏輪狀刀、マナッセ氏鼻咽腔鉗子、トムソン氏有棘アデノトーム、ラフォース氏アデノトーム、デンケル氏腫瘍鉗子等用ひられる。

第三六六圖
鼻咽腔腫瘍鉗子



第三六九圖

ラフォース氏アデノトーム



第三七一圖

トムソン氏アデノトーム



第三六七圖
デンケル氏アデノ
トーム

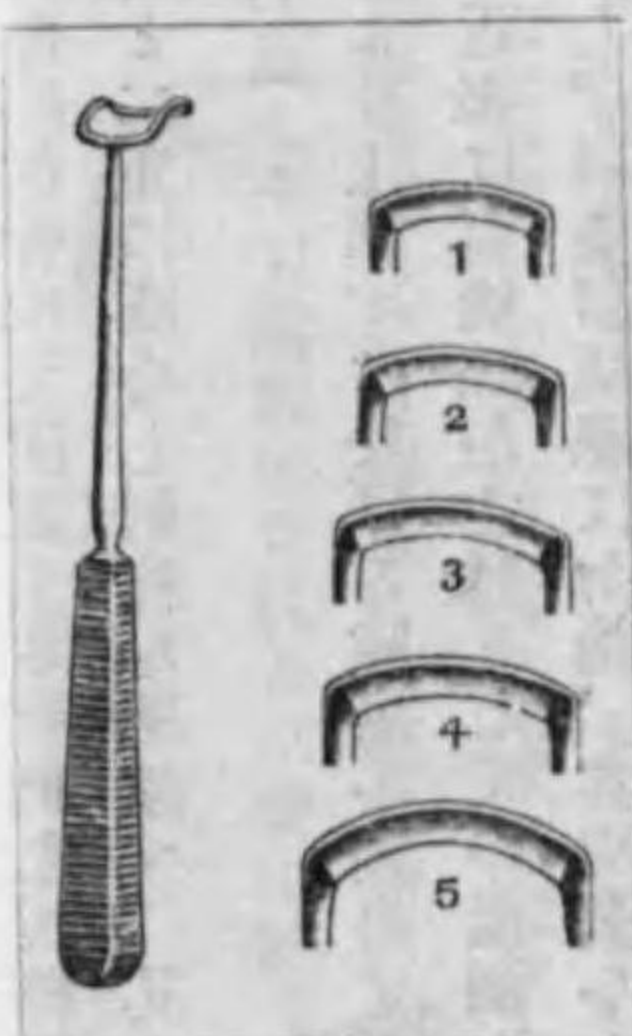


第三七〇圖

ゴットシュタイン氏輪狀刀



第三七二圖
ベックマン氏輪狀刀



手術式

肥大咽頭扁桃腺の大きに
適當したる輪狀刀或は「アデノト
ーム」を選び把柄を全手にて逆手に握
り、舌壓子を以て開口せしめたる患
者の鼻咽腔に挿入し、之を速に
口蓋帆より鼻咽腔天蓋に達せし
め然る後ち輪狀部に咽頭扁桃腺
組織を入れしむ、而して先づ後
上方に、次いで後下方に弓形を
畫きつつ全力を盡して擦過す。

第三六八圖

マナツセ氏アデノトーム



第三七三圖
腺様増殖手術時の患者頭部固定圖

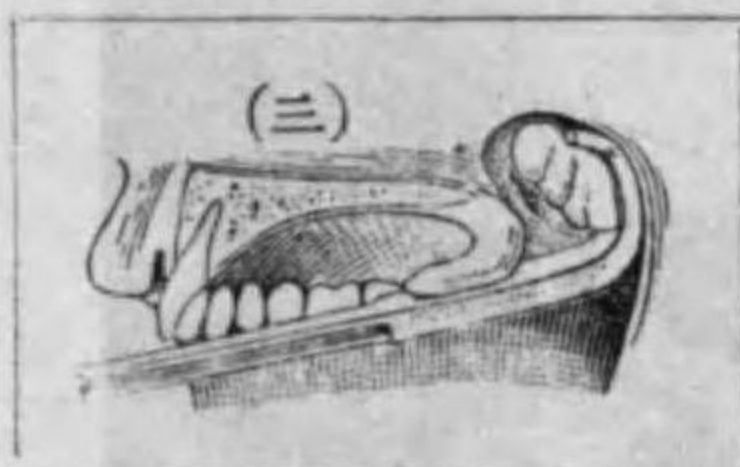
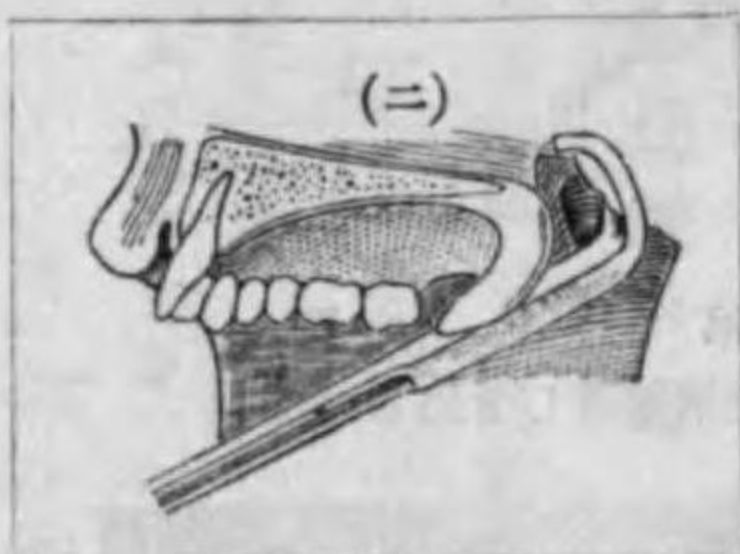


第三七四圖
腺様増殖手術時に患者開口せ
ざる時用の開口器二種



後下方に擦過すると同
時に、術者自らの胸部
に來る様掻き込めば、
腺様組織は患者と術者
との間なる膿盆に落
つ。術後は過酸化水素
を咽頭巻綿子にて塗布
し之を吐かしめ、亦掃

第三七五圖
腺様増殖手術の順序を示す
(一二三)

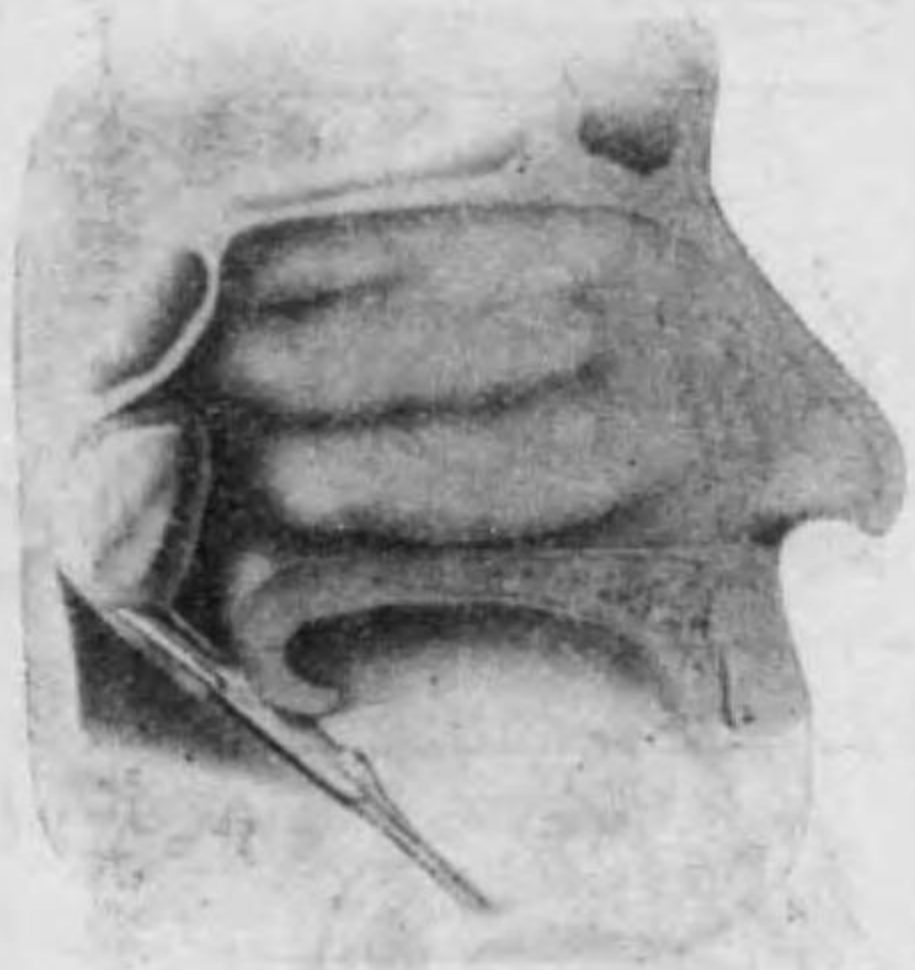


咽頭扁桃腺手術

後療法 約三日間は粥食或は牛乳食を與
へ、一時間二回の含嗽を續ける、殊に幼少
の小兒にありては重曹水(「アドレナリン」
加味)或は過酸化水素を以て吸入せしむ。
尙ほ一日一回鼻腔竝に鼻咽腔の藥液塗布を
行ふ。約一週間にて多くは全治す。

ましまして十分清潔にす。凡そ過酸化水素を塗布すること五六回に及べば鼻咽腔の出血殆ど歇止し且つ充分に清潔となる。

第三七六圖
ラフォース氏アデノトームにて
腺様増殖を手術する圖



第三七七圖
腺様増殖著しき患者の顔貌



第三七八圖
腺様増殖を鼻腔に見る像



イ、頭蓋底 ロ、腺様増殖 ハ、歐氏管口

適應症

- ① 腺様増殖症の爲め鼻閉塞の著しき場合、
- ② 腺様増殖症の小兒の絶えず鼻加答兒に惱まざる者、
- ③ 「アデノイド性顔貌」の著しき者、
- ④ 腺様増殖症の結果として歐氏管加答兒・中耳加答兒等を併發し重聽を訴ふる者、
- ⑤ 腺様増殖症にて諸種の神経症状を訴ふる者等、
- ⑥ 禁忌症
 - ① 鼻腔・咽頭・喉頭等に劇しき急性炎症ある者、
 - ② 出血性素因病ある者、
 - ③ 不明の發熱極めて高き場合
 - ④ 月經時等。

手術中又は手術後の偶發症

- ① 未熟の術者は「アデノトーム」を鼻咽腔後上方に挿入すること不充分にして、僅かに咽頭扁桃腺の下部のみを切除し後上部の大部分を残すことがある。
- ② 切除せる咽頭扁桃腺が莖を以て咽頭後壁

に連なり咽頭に下垂し出血止まざることがある。これは速かに「ドッベルキユレット」を以て切除せねばならぬ。

③ 切除したる扁桃腺を患者誤嚥することあり、之を豫防せんが爲めトムソン氏有棘アデノトーム及びラフォース氏箱狀アデノトーム、マナッセ氏鉗子等がある。

④ 往時は切除せる咽頭扁桃腺が喉頭或は氣管に入り窒息することありき。

⑤ 鼻咽腔の壁に椎骨突起出で爲めに輪狀刀の破折することがある。

⑥ 歐氏管軟骨を損傷して爲めに歐氏管閉塞症を残すことがある。

⑦ 適應症及び禁忌症に注意するも尙ほ出血を來すことがある。屢々出血死も報告されて居る。

⑧ 後出血は多く咽頭扁桃腺の全部切除せられずして組織残存し居る爲めに來るものであるから、此場合若し殘部組織を切除すれば出血も亦止む。

⑨ 手術後に於て創腔竝に附近に炎症を起して止まず久しく發熱することがある。

⑩ 手術後に一時的の斜頸を來すことあるも、後療法に際して之に注意すれば多くは治癒す。

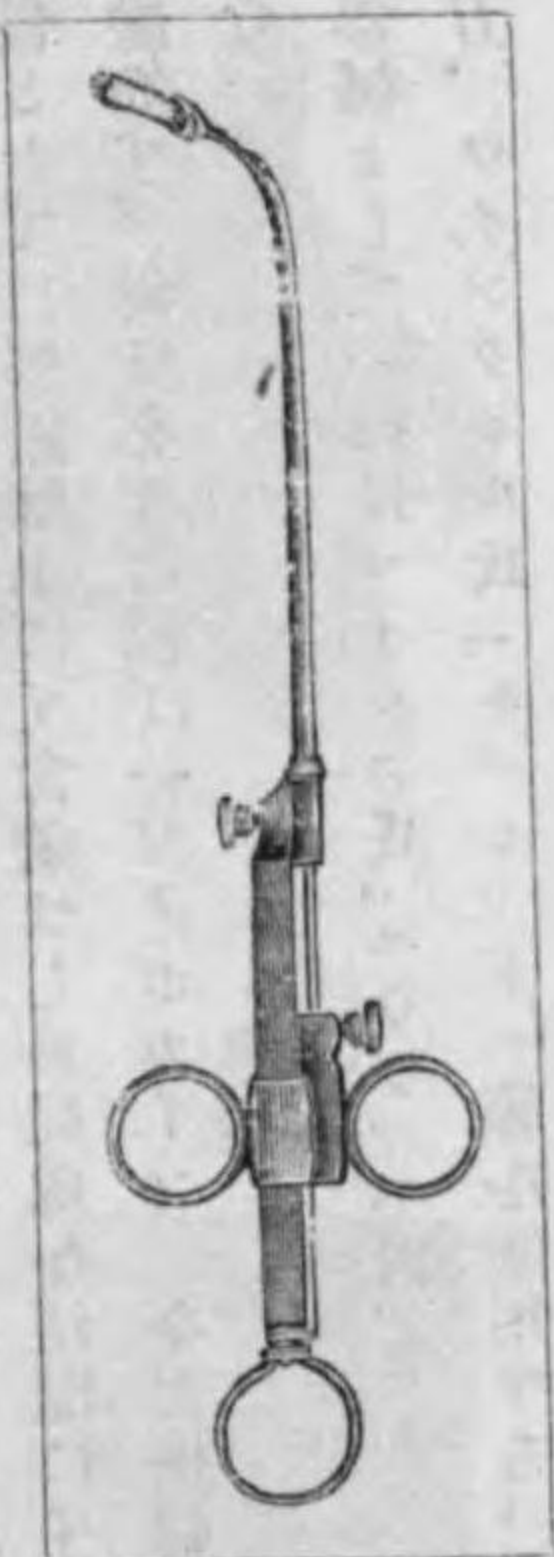
⑪ ミギンド氏は輪狀刀を以て手術せんとするに當り、患者突然聲門痙攣を起し呼吸困難に陥りし例を報告して居る。

四 舌根扁桃腺手術

手術準備として二%硼酸水にて含嗽せしめ局處を清潔にす。局處麻痺として一〇%コカイン（「アドレナリン」併用）を塗布す。尙ほ必要あれば一%ノボカインを舌根扁桃腺の表面に廣く注射する。全身麻酔を必要とする場合殆んどない。

手術用器械として一般にマイルス氏、ユウラッス氏、アレキサンダー氏、トンジロトーム廣く用ひらる。尙ほハイマン氏剪刀、ウインクレル氏「キユレット」等を適用する。

第三七九圖
マイルス氏舌根扁桃腺刀



手術式 患者自ら舌を牽出せしむるか、或は助手をして舌を牽出し固定せしむ。術者は咽頭鏡或は喉頭鏡を以て舌扁桃腺部を注視し上記の器械を挿入して隆起せる扁桃腺部を切除す。此際注意すべきは①舌根部の輪廓状乳頭を損傷せざること、②餘り深く

舌會厭下を手術せざること、③會厭部を損傷せざること等である。若し輪廓状乳頭を損傷すれば味覺障礙を残し、舌會厭下を深く損傷すれば出血多く且つ後出血を來す虞れあり、又會厭部を損傷すれば術後屢々誤嚥し爲めに小兒にありては榮養障礙を來すからである。又舌會厭下には盲孔ありて屢々甲狀腺に連絡す、故に注意せざれば甲狀腺の外傷性炎症を惹起することがある。
後療法として手術部位に過酸化水素水を塗布して清潔にす。若し出血あれば止血鉗子にて出血管を握むか或は之を周圍より縫合して結紮する。患者には尙ほ過酸化水素水、二% 酸硼水等の含嗽を行はしめ、外部より舌根部に相當して氷嚢を貼す。

第二 扁桃腺周圍炎並周圍膿瘍の手術的療法

内科的治療として含嗽料を與へ、随時解熱劑を處方したり、又耳下側頸部に罨法を施したり、咽頭の局所に「アドレナリン」、「クロールチンク」、「ゴール氏液」、「マンドル氏液」或は三—五% 硝酸銀水を塗布したりなどするが、結局

は何れも手術的治療を必要とするのである。

①豫め扁桃腺周圍に一〇% コカインを塗布し且つ一% のノボカインを注射して局所麻痺法を行ふ、爰に於て丈夫なる消息子を以て扁桃腺上窩を探り入り、外方へ又上方へ進入す、若し若干の排膿を見れば麥粒鉗子を入れ二爪を上下に擴げると創口擴張せられて十分に排膿する。斯くして完全に排膿したならば手術は終つたのである。併し猶ほ幾分の滯膿ありとすれば創口より沃度フォルムガーゼを挿入し置き、翌日に至りて之を除去し、創腔を過酸化水素にて清淨ならしめ更に沃度丁幾を塗布する。

此法はキリアン氏の遺法なるが手術に際し疼痛甚だしきを以て都合宜しからず。

第三八〇圖



扁桃腺周圍炎並に周圍膿瘍の手術的療法

② 鋭刀を以て切開する方法は往時より行はれて居る、而して刀を入るる部位は、消息子を以て精診し疼痛の最も甚だしきか或は波動を呈する箇處を選ぶ。猶ほ目標となる方法二三ある、①キアリ氏に據り上下列の大臼齒の基底を連絡する直線を考へ、其線の眞中に於て外方から内方へ切開する。(ドマルス氏も亦此法を推賞して居る)。②トムソン氏に倣ひ懸壜垂の基底に於て口蓋の正中線(縫際)と直角を爲す一線を考へ、次ぎに前口蓋弓の前縁を通る一線を想像する、此二線を各自直角に相合せしめ、其交叉點を過ぎて前口蓋弓に沿ひ外方より内方へ切開す、此法はブラウラトニコフ氏が大血管を避け得るとし特に推賞する所である。

何れの場合にも扁桃腺周圍膿瘍を切開する際はカットネル氏の言ふが如く一cmの

深さを適度とし、それより猶ほ深く進入するには鋭利ならざる鉗子を以てし、其二爪を上下に或は左右に開きて創口を擴張し且つ深く膿竈に達し之を排膿せしめるのである。切開して創口より大方排膿せしめたる後には沃度フォルムガーゼを挿入して置く。若し患者頗る理性的なれば「ガーゼ」挿入の必要無し、單純に含嗽したるのみにて十分である。往時より患者熟睡中或は食事中「ガーゼ」を誤嚥する恐れありとて、其端に絲を附けて口角を經由し耳邊に於て絆創膏を以て固定したるが、今日に於ては其必要を見ること殆んど稀である。

扁桃腺周囲膿瘍と稱するも必ずしも常に前口蓋弓の外側にのみ滞留するもので無い、或は遠く軟口蓋に進み硬口蓋の移行部にまで達することがあり、或は深く後口蓋弓の後方へ隆起することがある、後者は特に後部扁桃腺周囲膿瘍と稱せられる。軟口蓋部に現はれたる時は觸診して波動の最も著しき部位より切開する、又後口蓋弓の後方に隆起したるものは扁桃腺竝に後口蓋弓を前方へ牽引して（鉤を掛けて引けば最も好都合である）膿瘍部を切開するか、或は前方より切開する方法を其儘鉗子を扁桃腺の外側より進入し、後部の膿瘍に達せしめるのである。

⑤扁桃腺全別出術を行ふ方法はウインクレル氏の創めて企圖したるもので、膿瘍の在る高さにて扁桃腺全部を剝取したのである、蓋し敗血症を起さざる間に早期的全別出術を行ふと言ふ理由で十分に首肯される。又之を實地臨牀上の經驗に徴するも既に膿瘍を形成せる扁桃腺は之を剝離することも容易であり、従て手術は單筋に終了し得る、只往々出血することがあり、止血鉗子にて之を攔むに組織脆弱にして困難することがある。斯る場合には寧ろ健康組織まで廣く剝離して、之を出來得るだけ別出し「ガーゼダムボン」にて壓迫するか、或は指頭に「ガーゼ」を纏絡し以て壓迫するのである。

此場合の扁桃腺全別出術を全身麻酔の下に決行するは極めて危険である。蓋し嚥下性肺炎を起したり或は肺膿瘍を續發したるの報告は泰西にも敢て稀有では無い。

第三 咽後膿瘍の手術的療法

口腔より手術する方法と外部より切開する方法との二つがある。

①口腔より手術する方法は後に手術法の選擇（第七六四頁参照）に於て述べる通りで、四、五歳—五、六歳以上に於て相當に理性もあり醫師の言を諒解する小兒に於て施行すべきものであり、夫れ以下の幼小兒に於ては之を施行するに可なり困難である。口腔より膿瘍を手術するに切開及び穿刺の二方法がある。

②口腔よりする咽後膿瘍切開法（兼排膿法）は極めて簡單であるが又極めて迅速なる操作を要するものである。豫め銳刀は其先端二、三mmを残して絆創膏にて纏絡し置く、患者は助手又は看護婦をして其膝上に固定せしめ壓舌子又は示指（左手）を以て舌を壓下し、患者の大きく開口せる瞬間に、用意せる銳刀にて最も隆起せる部位且つ成る可く低位に於て下方より上方に向つて切開する。切開するや此時遅く彼時早く患者の頭部を強く前屈せしめる、是れ膿汁を悉く吐出せしめて氣管へ誤嚥するを防ぐ爲めである。

此法を神速に行へば膿瘍を十分に排膿せしめ得て、而も誤嚥するが如きことは殆んど稀有である、然るに此際窒息もせず卒然死することがある、是れ恐らくは巨大なる膿竈を一時に切開するに依り迷走神經麻痺を起す爲めならんと言ふ。ブローカ氏の報告せる一例は三週間前より發病せし膿瘍なるが、之を手術せんとして開口せしめ舌を壓

下したるのみにて患者瀕死の状態に陥れり、仍りて直ちに膿瘍を排膿せしめると同時に氣管切開を施し人工呼吸を續行したが回春の效無かつたと云うて居る。

兎に角に該手術を行ふ場合には必ず氣管切開を決行し得るの準備を忘れてはならぬ。

○**口腔よりする穿刺兼排膿法**は是れに由りて適當の量を排膿せしめて膿瘍を治療するのであるが、一方膿汁の誤嚥を防ぎ、又他方大量排膿に依る迷走神経麻痺を防止するを主眼とする。之れには適當なる太さの(長さも)針を用意せねばならず、又適當の部位を穿刺せねばならぬ。加之ならず膿瘍の爛熟し過ぎたるは患者をして十分に開口せしめ、其舌を壓下したるだけでも膿瘍破れて誤嚥を來すことがある、故に又膿瘍生成の時期にも關係し、餘りに晚期に入りたる膿瘍に對しては大に注意を要する。

併し脊椎カリエスに起因する咽後膿瘍(即ち多くは結核性のもの)なれば常に穿刺法を適應するものとす。即ち穿刺して十分に排膿したる後沃度フォルムグリセリンを注入するか或は「トリパフラヴィン」にて洗滌する。穿刺法にて排膿せしめるも亦再び膿瘍を形成するものが多い、故に屢々穿刺法を繰返すの必要が生ずる。此點が穿刺法の不便なる所とする。

レイトンは懸垂喉頭法を應用して咽後膿瘍を口腔より手術したるが、是れは外科に於て昔時より懸頭位に於て本症を手術したるに其範を取りたるものと思はる。然れども幼兒の患者にては十分に開口せしめ其舌を壓下したるだけにて膿瘍破れ、次いで誤嚥し直ちに窒息することさへあるが故に、懸垂喉頭鏡は小兒の本症に應用し難く、只危険を冒すの暴舉に過ぎぬ、又大人(或は稍々成長せるもの)の本症に於ては左程の面倒をかけること無く簡単に手術し得るのである。

○**側頸部より切開する手術法**は専ら外科に於て行はるる治療法である。最初英國のセイン氏は胸鎖乳嘴筋の後縁に沿うて進入する手術法を創始したが(フランスに在りても亦同様の方法にて手術したのであつた)、後ち獨逸のブルクハルト氏は胸鎖乳嘴筋の前縁に沿うて進む方法に變更した。併し吾等は恰も中間を取りて胸鎖乳嘴筋の中央線を切り進む方法を行ふのである。蓋し胸鎖乳嘴筋の後縁より入れれば咽後膿瘍に達するまでの距離比較的に大なるのみならず、後ち排膿の爲め「ゴム管或は「ガーゼ」を挿入するも排膿し難い憾みがある、又胸鎖乳嘴筋の前縁より入れれば頸靜脈・頸動脈・迷走神経及び爾他の脈管神経を避けるべく大に努力するの必要あり、且つ又膿瘍に達する「ドレイン」として「ガーゼ」或は「ゴム管」を入れ後療法を行ふ間に往々靜脈を挫滅せしむる虞なしとせぬ、實に其間に靜脈性大出血を來したる經驗を屢々聞いて居るのである。

手術の實施に際しては局所麻痺を豫行す、全身麻酔は多くは結果面白からず、局所麻酔には一%ノボカイン(少量の「アドレナリン」を加味す)が適應する。胸鎖乳嘴筋を觸診して之を確め、乳嘴突起尖端の下より皮膚切開を始め、胸乳嘴筋中央線に沿うて下り、該筋の全長の約三分一(或は四分三)の長さに亘りて切開し、次いで筋束は中央線に於て解剖ピンセットに剝離子にて前後に分け入り、筋層を全く貫通す。それよりハイマン氏鉗子(或は適當大の麥粒鉗子)を入れて其先を前後に開きつつ開通し行く、此際同側の下顎角を一手にて抑へつつ、口角の高さに於て咽頭後壁を目標として進む、鉗子の先端が口蓋扁桃の後方まで達すれば直ちに排膿を見る。爰に於て鉗子の先きを前後に開きて流出するだけの膿汁を排出せしむ。

術後は「ゴム管或は沃度フォルムガーゼ」を送入して排膿管とす。翌日は嚥下竝に呼吸の状態に鑑み、猶ほ排膿管多ければ排膿管を交換す、此際勿論創腔を清浄にせねばならぬ。若し一般の状態佳良なれば一二日を待ちて排膿管を交換して可い。

第四 咽頭切開術

本法は咽頭深部に於ける腫瘍を手術的に治療するか、或は扁桃腺咽頭後壁及び鼻咽腔の腫瘍を徹底的に手術する場合に適用せらる、之に①正中舌骨下咽頭切開法、②側舌骨下咽頭切開法、③超舌骨咽頭切開法、④舌骨後部咽頭切開法、⑤中央咽頭切開法等の諸法がある。

第三八一圖 (一) 正中咽頭切開法 (下顎骨一時切斷)



第三八二圖 (二) 同上法にて中咽頭腔を開く



出せしむ、尙ほ此手術によりて鼻咽腔の手術を爲し頭蓋底にも達し得る。本法を行ふには先づ第一に一側の舌骨下

① 正中舌骨下咽頭切開法

(マルゲーヌ氏—フォン、ラングンベック氏法) 舌骨下部正中に於て切開し、喉頭入口部・會厭軟骨・披裂軟骨・梨子状窩及び舌根部を徹底的に露

より他側の舌骨下まで舌骨を越して皮膚切開を施し、皮下脂肪・潤頸筋をも切開して舌骨を露出せしめ、次いで(此際舌骨動脈・舌骨静脈竝に皮下静脈を結紮す)舌骨の中央に於て舌骨下縁に附著する胸骨舌骨筋・肩胛舌骨筋・甲状舌骨筋とな左右に剝離する、(舌骨下縁には上喉頭神経走るを以て之を損傷してはならぬ)。次に筋層を剝離して舌骨甲状膜に達し此膜を舌骨に沿うて横に切開すれば直下に咽頭粘膜を見る。會厭部の腫瘍を剔出するには此手術式にて足りる。咽頭下部の側壁に達する腫瘍或は咽頭下部を半圓狀に侵せる腫瘍を剔出するには未だ充分ならず。更に次の手術式を施行せねばならぬ。

② 側舌骨下咽頭切開法(クレインラインス氏法)

皮膚切開は舌骨の中央に於て始め、此骨に沿うて胸鎖乳嚢筋の前縁に達し、尙ほ少しく上方に進んで切開す。胸骨舌骨筋及び甲状舌骨筋は舌骨下縁より之を切斷し、筋層を上下に剝離して顎下腺を露出せしめ附近の病的淋巴腺と共に剔出す。次いで舌骨甲状靱帯の中央より切斷し、而して咽頭粘膜を確め切開す。爰に於て鈍鉤を以て舌骨を上方に牽出すれば咽頭下部の全影を観察し得るのみならず食道入口部をも明視す。而して尙ほ後部にある病變を確むるには喉頭を外側に牽引せねばならぬ。

③ 超舌骨咽頭切開法(ワルストラ氏法)

頤より上甲状軟骨截痕に達する縦切開を施し、軟部組織を左右に剝離し舌骨を露出せしむ。爰に於て舌骨を正中線に於て切開すれば會厭及び喉

第三八三圖 側咽頭切開法にて舌根部を手術する圖



頭入口部を眼下に認む。然れども創腔は餘り大ならず、會厭部に於ける小腫瘍を手術し得るの大きさに過ぎぬ。又本手術を行へば術後に咽喉の狹窄を残す恐れがある。

●**舌骨後部咽頭切開法**(ケニューウ氏セビロウ氏法) 舌骨角より甲状腺外側に沿うて下行する皮膚竝に筋膜の切開を施し(其の間に於て上甲状腺動脈及び上甲状腺静脈を結紮せねばならぬ)これより喉頭を確め之を外側に牽引し咽頭を切開する。此際、手術野は比較的狭い、従つて扁桃腺腫瘍又は喉頭入口部腫瘍等を手術するには不充分である。

⑤**中央咽頭切開法**(コッホ氏法) 舌骨下縁に沿うて患側に向つて十分切開す。のみならず正中線を越え健側に向つて三乃至四cm切開す。此切開線に垂直に而も正中線に於て甲状腺峽部まで或は甲状軟骨乃至環状軟骨に達する縦切開を施す。

患側に於ては胸骨舌骨筋・甲状舌骨筋及び肩胛舌骨筋を切斷し且つ舌骨甲状膜に横切開を加ふ。次いで鋭鉤を以て會厭部を掴み健側に牽引すれば咽頭壁喉頭入口部會厭披裂皺襞及び披裂軟骨を明らかに認め、従つて同部位の腫瘍あれば其前面を明視し得る、よつて會厭軟骨を健側に押しつけ腫瘍は之を基底より剔出し得る。次いで甲状軟骨をやはり正中線に於て切開し、其筋層を患側に於て舉上し、甲状軟骨板を鋭鉤にて掴み患側に於て外下方に牽引す。斯くして腫瘍は後下方に於て披裂軟骨竝に咽頭より切除することが出来る、此際餘程大なる腫瘍にても指にて掴み、外部より筋附著部を切斷し得る。

腫瘍の占居する部位と腫瘍の大小とにより上記の諸手術式を兼用し。中咽部竝に下咽部に適應する術式を施され

ばならぬ。例へば下顎枝・上顎後部・上顎下部竝に舌骨部の淋巴腺癌を剔出するにはミクリツ氏の創案したる側舌骨下咽頭切開術を施し、下顎骨鋸断若しくは下顎枝切除をも兼行せねばならぬ。それには先づ乳嘴突起部より切開を始め、胸鎖乳嘴筋の前縁に沿うて下方に切開し恰も舌骨の高さに至る。次いで同側の口角より切開して内下方に向ふ弓状に進み、顎角水平部を越え上顎下部を經由し舌骨に達する。是に於て後方に曲り凡そ縦切開の中央に於て胸鎖乳嘴筋内縁に相合する。斯くして顎骨、下顎及び舌骨部の淋巴腺を掘り起し(此際屢々外頸動脈を結紮せねばならぬ)、次いで、顎下腺を摘出す。爰に於て軟部瓣を上方に舉上し下顎枝・頰部粘膜を觸診して頰粘膜を切斷し近部の上顎後部の淋巴腺と共に下顎枝を切除す。即ち下顎枝は下顎角の近部に於て横に鋸断するのである。手術によりて上方は鼻咽腔を明視し下方は喉頭を觀察し咽頭周壁は之を明かに検査し得る。

第五 鼻咽腔腫瘍特に纖維腫の手術的療法

口腔より手術するものと、鼻腔より手術するものとの二様の形式がある。

①**経口的手術法**には又口腔竝咽頭の自然道を經由して手術するものと、及び豫め口蓋の一時的切開を行ひ然る後ち手術するものとの二つがある。

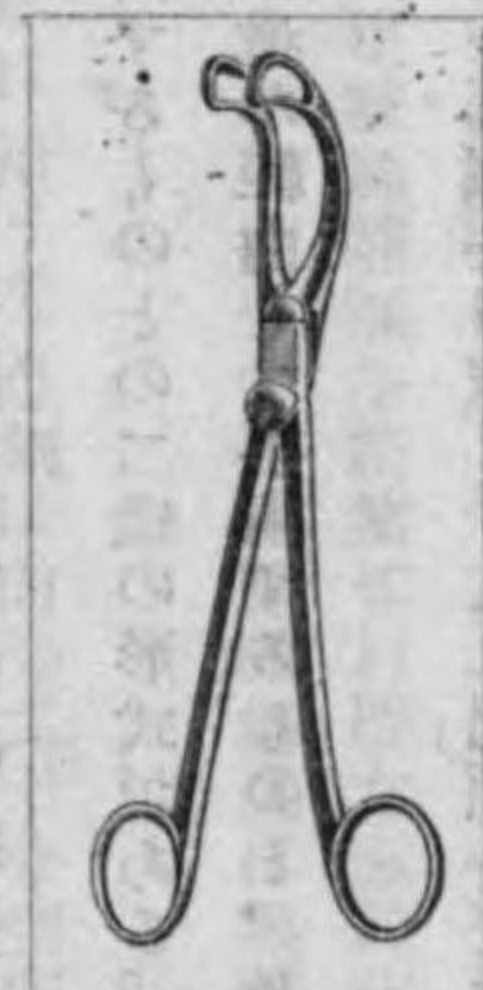
①**自然道を経由する手術的療法** 適當なる器械を口腔より入れ咽頭を經由し鼻咽腔の腫瘍を手術する方法であるが、常に出血夥しく且つ止血に不便なるが故に、患者の誤嚥を防がん目的に(1)患者の頭部を懸頭位に固定せしめて手術するか、或は(2)懸壅喉頭鏡を装用して手術することもある。併し纖維腫なれば手術中は驚くほど出血するが手

術終ると同時に止血するものが多い。故に迅速に手術を了するを主眼とし最も適當なる器械類を選び普通坐位に於て施行するを甚だ好都合なりと思ふ。

第三八四圖
デンケル氏腫瘍鉗子



ユウラツス氏
鼻咽腔鉗子



セツヒ氏鼻咽頭鉗
(剪刀)



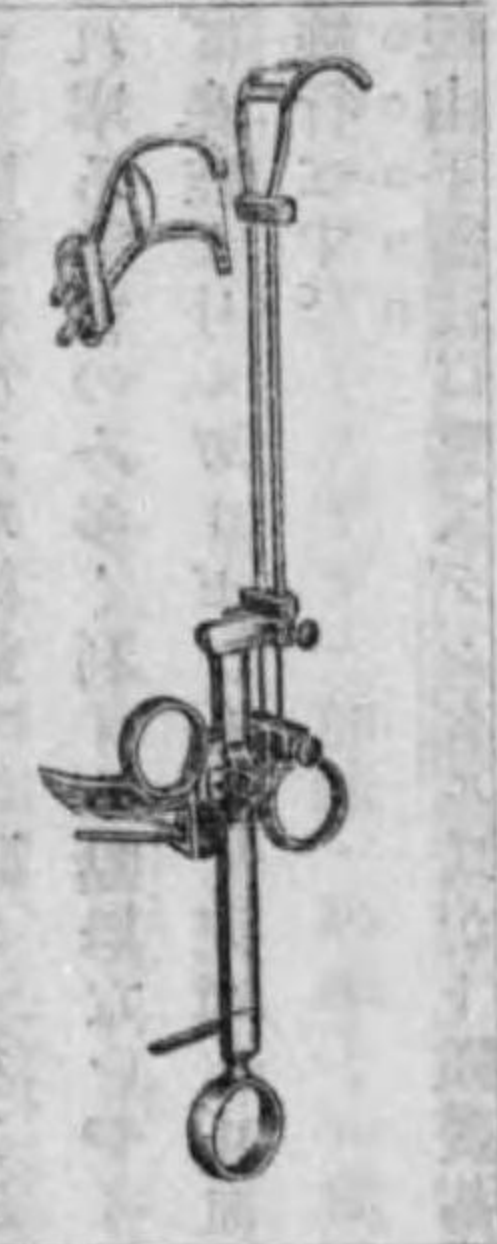
器械類には三四あるが最も簡單なる場合にはマナツセ氏「アデノトーム」にて足り、それより腫瘍大きく且つ深く蟠居するに従ひてユウラツス氏鼻咽鉗子、セツヒ氏鼻咽剪刀及びデンケル氏腫瘍鉗子等を適用する。

手術實施 簡單なる場合は腺様増殖症に對すると同様に前掲の器械を以て切除或は剪除する、術後は過酸化水素水を塗布して清淨にす、又必要を認むれば沃度丁幾を塗布する。デンケル氏の腫瘍用鉗子は比較的にななる腫瘍に對して適用せられるが、一舉にして腫瘍の大部分を剔出し得たる時には左程の出血も無くて済むが、屢々部分的の手術に止まり、大出血を來すことがある、乃ち術後食鹽水の注射を必要とすること稀でない。

○口腔口蓋經由手術法 外科のランゲンベック氏時代より實施せられたが現今鼻喉科に於ても亦屢々施行せられる。本法は腫瘍が鼻咽腔天蓋に占據して鼻腔に蔓延したる場合に便利である。而して口蓋を一時的に切開するには「アドレナリン」(少量の「アドレナリン」加味)注射を以て局所麻痺を行ひ、通常懸壜垂を避けて(極めて短縮し

て廣き懸壜垂なれば其正中線より切開する)、他は縫隙を切開し一舉に硬口蓋移行部まで達し、次に左右の軟口

第三八五圖
プライジング氏鼻
咽頭焼切刀



(クットネル氏把柄
兼用)

蓋部に絲を通し出來得るだけ廣く哆開せしめる。斯くすれば腫瘍は多く直に認めらる。是に於て前掲の器械類を選用して腫瘍を剔出するか。或はクットネル氏電氣燒灼蹄係或は「デアテルミー」應用の「エレクトロコアグラチオン」法にて腫瘍を燒切るのである。此手術に

際しても出血中々多いが「ガーゼ塊或は「ガーゼ」繻絡の指頭にて壓迫して止血を謀り、必要に應じては食鹽水を注入しつつ、軟口蓋を縫合する。日時を経て二次的に縫合するは其當を得ぬ。

②經鼻的手術法には鼻本腔を經由するものと、副鼻腔の顎竇を經由するものと二様の手術式がある。

①鼻本腔を經由する手術式 (1)外科に於ては全鼻を隣接部より切開して一時的に側方に或は下方に翻轉して手術を進める、即ち鼻中隔は鋤骨をも切除して後鼻竇の全領域を開通せしめ、かくて腫瘍を眼下に確認し、之を手術するのである。此手術に際しては出血特に夥しく、仰臥位若しくは坐位にては甚だ不都合である。況んや外科に於ては常に全身麻酔の下に行はるるを以て患者誤嚥するの恐れあり、故に必ず懸頭位にて之を施行して居る。腫瘍の手術終了すれば鼻を舊位置に復して切開線を綺麗に縫合する。

(2)鼻中隔の全體を鼻内に於て切除し後鼻竇より腫瘍を剔出する。此手術式は鼻科に於て吾等の屢々稱用する所である。先づ鼻中隔は兩側に於て一―二%ノボカイン「アドレナリン」の少量を加味)を十分に注射して麻痺せし

め且つ貧血せしめ置く、然る時は出血殆んど無く又無痛に鼻中隔を切除し得る、鋤骨は鑿にて除去するか或はヤンゼン氏の鉗子にて脱臼せしめて除去する。此際出血することがある、故に「ノボカイン・アドレナリン」を兩側の鼻底に注射して之を防止する。又鼻中隔の膜様部は完全に之を保存するが可い、而も之れ有りとして爾後の手術に毫も差支無く、且つ術後鼻の醜形を残す虞が尠い。

此場合腫瘍を剔出するに恰も扁桃剔出術に倣ひ周圍より剝離しつつ後鼻板より蹄係を入れて迅速に之を絞断し得、而も極めて便利なることがある。或はデンケル氏の腫瘍鉗子にて之を除去する、鉗子を十二分に掛けたるを重れて蹄係にて絞断しても好い。出血を尠なくする目的には電氣焼灼蹄係を以て絞断する。それには電氣を通ぜず鼻腔より蹄係を入れる、次いで他手の指頭を口腔より入れて、蹄係の輪を腫瘍に嵌める、然る後電氣を通じて焼切るのである。

又腫瘍を一舉に絞断するは出血多しとて寒蹄係を腫瘍に掛けては締め、締めては中止し、蹄係を掛けたる儘放置し翌日を待つ。翌日再び之を繰返す、斯くすること兩三日にして暫定的に腫瘍を絞断する方法もあるが、吾等の經驗にては是れ寧ろ弊害のみ多く利する點尠ないやうである。

手術すれば鼻腔より「ガーゼ」を固く充填し止血タムボン法を行ふ。かのベロック氏鼻腔タムボン法は出來得る限り之を施行せず。

⑤上顎竇經由手術法は嘗てデンケル氏が上顎竇蓄膿症の根治手術式に倣ひて鼻腔の悪性腫瘍を手術したるを更に一步を進めて、岡田博士が始めて鼻咽腔纖維腫手術に適用したものである。

麻醉法としては「一—二%ノボカイン」(少量の「アドレナリン」加味)を注射する局所麻痺が便利である、即ち鼻腔・口腔及び頬部粘膜炎十分に浸潤麻痺せしむ。猶ほ鼻腔に於ては當該の上顎竇に穿刺針を入れて5%鹽酸コカイン水(少量の「アドレナリン」加味)の半—一筒を注射し置く、且つ鼻中隔の後半部は除去する必要生ずるが故に十分に浸潤麻痺せしめて置く(併し之は鼻中隔を切除する直前に行ふも可なり)。上顎竇に相當する上唇移行部には矢張り「ノボカイン・アドレナリン」を注射して切開線の麻痺兼止血法を行ふ。

手術 上唇移行部に於て第三小臼齒(或は大臼齒邊)の所より刀を加へ、繫帯を起して3cmを他側まで切開する。此軟部は廣く上方へ剝離し且つ引上げて置く。斯くて上顎竇顔面壁は梨子状窩まで露出するのみならず、鼻骨下部・上顎骨前額突起及び眼窩の内下縁を開放する。次いでリュック氏コールドウェル氏に従て顎竇顔面壁を廣く鑿除する。竇粘膜炎には「ノボカイン」を注射しつつ悉く剝離して除去す、それより梨子状窩を開き、鼻腔側壁を鑿除する。下甲介は下甲介櫛の根部より全剔出を執行する。爰に於て同側の後鼻竇は開放せられ、眼下に腫瘍の部分を認む。併し他側の後鼻竇をも通ぜざれば腫瘍の大部分は認められざるが故に、更に鼻中隔の後半部を除去す、此際鋤骨は根部より脱臼せしめて除去するが好い。猶ほ鼻骨下部を切除し、上顎骨前額突起を涙骨に達する所まで鉗除して眼界を出來得る限り廣潤ならしめる。

腫瘍は之をよく周圍より剝離して、次いでセツヒ氏剪刀、デンケル氏腫瘍用鉗子等にて迅速に剔出するか或は電氣焼灼「シュリンゲ」を以て焼切るも好い。

手術後は顎竇より鼻腔を經由して長「ガーゼ」を固く挿入し完全に止血せしむ、兎に角に上顎竇孔を十分に宏開し

鼻腔は亦其兩側を一腔としたるが故に手術操作に便利であり、「ガーゼ」等にて壓迫止血せしめること容易である。

第五章 咽頭科の關係事項

第一 咽頭科の熱診断

鼻咽腔に於ては幼兒に屢々發來する後鼻腔アンギナありて、恰も鼻カタルの症狀を訴ふる間に三十八、九度の熱型續き、且つ経過中突然四〇度に上ることがある。ゲッペルト氏は屢々腦膜炎を疑はしめたることありと云うて居る。

咽頭に在りては扁桃腺及び之を中心とする急性咽頭疾患に際して必ず熱發する。例へばカタル性アンギナの患者は全身違和、輕き惡寒を訴へ、體溫三十七、八度となり而も一、二日は下熱せず、其間に多少とも嚙下痛を訴へたりする。

又之よりも一層症狀甚しく全身倦怠・諸關節の疼痛を訴へ、惡寒戰慄起り、體溫三十九度或は四十度にも達し、特に小兒に在りては四十度を越ゆることがあり、爲めに醫家は「チフテリー」ならずやと疑念を抱くことがあるが、是れは多くは腺窩性アンギナである。叮嚀に頸部を觸診するに口蓋扁桃腺の外側に當り疼痛を訴へる、嚙下痛をも覺える。併し屢々局所症狀を缺如し、食慾不進・不眠状態が續き、小兒の如きは高熱の爲めに譫語を發したりする。故に腦膜炎か腸チフスかと診断に惑ふことがある。併し此高熱は患者安靜に休養しさせれば一、二日で下熱するものが多い。而して其際咳嗽・喀痰でもあれば肺炎ならずやとも疑はれる。斯る場合は熱發のみに拘泥せず

咽頭局所の症狀を診察し全身の状態に留意すれば誤診することも無い。

熱發・熱型を考慮すれば「チフス」肺炎及び腦膜炎等の全身病と誤診され易き病患あり、例へば猩紅熱性アンギナ・壞疽性アンギナ・敗血症性アンギナの如き突如として三十九度或は四十度以上の高熱を發し、而かも翌日は稽留するか或は三十六度に下降したりし、一般状態は尙ほ重篤なのである。故に「チフス」とも區別し難く又敗血症とは鑑別し得ぬ。換言すれば實際に於て敗血症を起して居るのである。かのワサン氏アンギナは局所症狀を見ては「チフテリー」と誤まり、潰瘍甚だしければ壞疽性アンギナ又は黴毒とも誤診することがある。併し發熱は概して輕微で全身違和を覺ゆる位のものあり、熱系は寧ろ「カタル性アンギナ」の程度なのである。

所が又腸チフス・麻疹・痘瘡及び流行性感冒の経過の初めに咽頭アンギナを發病することがあるが、何れも原疾患の熱系を示すのである。例へば「チフス」の場合は其第二週に、麻疹の場合は潛伏期後發病の五、六日目に、痘瘡の場合には矢張り五、六日目に咽頭アンギナを發病するのである。

流行性感冒の時は爾他の傳染菌（或は化膿菌）感染せざれば「アンギナ」を來すことがない。併し多くは葡萄狀球菌・連鎖狀球菌或は「インフルエンザ菌等感染して一般症狀猛烈となり、咽頭アンギナ」も亦免かれぬ。此場合には即ち「チフテリー」・壞疽性アンギナ等の咽頭所見に酷似し従て又誤診される人がある。

最後に咽頭チフテリーを述べる。蓋し本症は咽頭の發熱性疾患としては劈頭第一に掲ぐべき程の意義大なる疾患である。本症の熱型は決して定型あるわけで無い。併し重症型或は敗血症型なれば「チフテリー」性全身病と同様であり、極めて高熱なるかと思へば又急劇に平熱（或は夫れ以下）に下降する。發病の初め四十度或は以上となり、

一、二日稽留する。頸腺・喉頭・氣管枝・肺等も共に侵さるること多く、三十八・九度まで熱發し、此場合は弛張熱の熱型を示す。併し又重篤にして死の轉歸を取る場合は之と異なり、先づ極度まで高熱を發し四十一度にも達し、然る後突然虚脱状態に陥り平熱或は夫れ以下に下降す。或は漸進的に上昇し四十度に達することもあり、此場合には咽頭の分泌物も亦急速に増加する。或は又膿毒症の夫れの如く急に高熱となり又更に下降することもある。兎に角に「ヂフテリー」の熱は定型的の熱型を示さぬ。併し血清療法に依り大に影響があり、多くの場合は一般の状態輕快する許りで無く熱も亦下降する。然るに又血清注射の影響を蒙らず少しも解熱せざることもある。斯る場合は兎に角に悪性ヂフテリーを想像し、又敗血症にも注意せねばならぬ。又熱型は三十七度位となり平熱に近づくも一般状態は憂慮すべきこともある。

「ヂフテリー」の経過は漸次下熱すれば先づ良好なりと云つて差支ない。其他の併發症ありても熱型下り坂となれば憂慮するに足らぬ。併し肺炎・腎臟炎・中耳炎及び淋巴腺炎（例へば耳下腺炎・顎下腺炎・頸腺炎）等併發すれば必ずや相當の高熱を發することを忘れてはならぬ。喉頭狹窄を起して高熱去らず、且つ酸素の吸入も又氣管切開の決行も影響なく依然解熱せざれば甚だしき危険状態を想像せねばならぬ。斯る場合には熱型を以て病勢を察することが出来る。斯く「ヂフテリー」症の熱型には定型とすべきものが無い。從て説明すれば説明する程繁雜を來す嫌がないでも無いが、要は醫家の周到なる觀察が緊要である。

第二 口腔の炎性疾患に對する非手術的治療

①炎性口腔疾患の病因的觀察 口腔の炎性疾患には、諸種の原因がある。例へば體質素因病、喫煙・飲酒に因するもの、胃腸疾患の一部疾患として來るもの、急性傳染性疾患の経過中に來るもの、齒牙疾患に起因するもの、中毒性疾患、食餌に因するもの、外傷性疾患、糸狀菌病、地方病と見做さるるもの、及び結核性並に黴毒性疾患に屬するもの等の如きである。

②體質素因病 此はツェルニー氏の滲出性素質及び「ヂスベプシー」・貧血症・萎黃病・腺病質・胃弱等であり、是等の疾患は、口腔の炎性疾患を惹起する傾向があつて、屢々「カタル性（或は單純）口腔炎・滲出性口腔炎・フタア性口腔炎及び小兒の落屑性舌炎等を誘發する。故に是等口腔炎及び舌炎の治療に當りては、勿論體質素因病に溯りて考慮すべく、若し之を閑却せんか、到底治療の目的を達すること難く、或は却つて病勢の惡化するを免かれぬ。

③飲酒並に喫煙 飲酒・喫煙は口腔炎及び舌炎の禍因となるは勿論、あらゆる疾患に對し誘因的の動機となるは周知のことである。就中、口腔は之れに直接する關係上、影響を蒙むること甚だしい。例へば、「カタル性口腔炎・淺表性舌炎・口腔白斑・齒齦炎及び黒毛舌等にして、其原因の不明なる場合は、殆んど常に喫煙の被害なりと見られ、或は又總ての口腔疾患は、飲酒の動機に因るとも見做される。而して飲酒並に喫煙は、日常の嗜好であり、適度なるに於ては殆んど疾患の禍因とはならず、種々の原因に加はりて初めて發病を容易ならしめるのである。斯る關係

なるか故に、又原因と見做さるることが忘却され易い。

①胃腸疾患 口腔は消化器の一部であり、而も其起始部である。従て口腔疾患の経過中には、胃腸の障礙されることが自然の數である。又之と反對に胃腸疾患に際して、口腔疾患を惹起することも免かれぬ。其他胃腸疾患の部分症状と見らるる口腔疾患が甚だ多い。例へば「アフタ性口腔炎・カタル性口腔炎・齒齦炎・舌炎 口腔匐行疹等」は何れも胃腸疾患の部分症状たることは明かである。故に之を診療するには必ず原病たる胃腸疾患を治療すると同時に、口腔疾患を注意するのである。胃腸疾患の治療に伴ひて口腔病變の自然に治癒することすらある。

②急性熱性傳染性疾患 「インフルエンザ」・肺炎・「チフス」・腦脊髄膜炎・痘瘡・麻疹・水痘等に際し、屢々口腔疾患を醸すことは、周知の通りであり、特に水疱を形成するか、或は發疹性急性口腔炎を惹起することが多い。かの滲出性口腔炎「インフルエンザ」に隨伴する匐行疹・麻疹時のコプリック氏斑、或は重症チフス患者に見る鷺口瘡の如きは最も著名なりとする。而して是等の場合には、口腔に對する治療法も行はるるが、寧ろ原病を標準としての全身的治療が主眼なのである。徒に口腔の治療のみを施しても大方は無効に終る。

③齒牙疾患 口腔の炎症疾患は、齒牙疾患の影響を受けざるものなく、之に由りて惹起する口腔炎症は最も多いのである。例へば蜂窩織炎・纖維素性口腔炎・骨膜炎・舌潰瘍・ルウドウィヒ氏アンギナ・潰瘍性壞疽性口腔炎・ワンスン氏アンギナ」等は、大概齒牙疾患に伴うて惹起すると見て差支無い。要するに齒牙疾患を有する患者は常に注意せざれば、口腔炎を免かれぬ。されば齒牙衛生は口腔衛生の第一歩であり、既に廣く口腔炎症の蔓延したる場合も、齒牙疾患を先づ治療し、かれて口腔炎症の治療方針を定めるのである。

④中毒性疾患 汞毒性口腔炎及び蒼鉛中毒性炎症は、先づ中毒性口腔炎の代表と見做される。而して中毒性疾患に對しては、第一に豫防法を講ずる。既に發病したる場合には、規則的に治療せねばならぬ。先づ水銀剤の入る道を杜絶せしむ。杜絶早きに從ひ、治療の效驗著しい。又全身症状が未だ來らず單に齒齦炎のみなれば、口腔衛生を守るだけでも既に消散す。併し中毒症状甚だしく、下痢・振顫(搖擗)蛋白尿等を來せば、大に警戒せねばならぬ。

⑤食餌に因するもの 口疫或は蹄疫と稱せらるる疾患は、家畜より直接傳染することもあるが、多くは食餌(牛酪・乾酪・牛乳等)の媒介によりて發病し、一定の病原菌ありと思はれず。又食餌に注意するものは絶対に本病に罹ることが無い。

⑥外傷性疾患 外傷に因る口腔炎症も亦稀有で無い。昆蟲に螫されて舌炎・舌膿瘍を惹起し、異物(火傷)の外傷にて口腔炎或は齒齦炎を來すこともある。かかる場合は一般の口腔衛生法を守らしめ、出血すれば之を止血せしめ、或は簡單に氷水(又は氷塊)を暫時含ましむ。此際過酸化水素の含嗽は效驗著しい。局所療法としては鎮痛劇及び收斂劑を塗布する。

⑦絲狀菌病 口腔の絲狀菌病は、矢張り急性炎症を惹起するのである。かの鷺口瘡・放線狀菌病・口腔レプトトリックス病等の如き口腔絲狀菌病に於ても、屢々炎症を併發す。而して一般には口腔衛生を以て豫防法とし、發病に對しては多くは全身的療法に兼れて局所療法を施すが、又屢々外科的手術の要あることがある。特に放線狀菌病に對しては、沃度劑を與へたり、或は深部レントゲン療法を推奨する人もある。

⑧地方病と見做さるるもの 腐爛口腔炎(「ストマカーツェヒ」)は屢々地方傳染病の如く、軍團・病院等に於て人よ

り人に傳染することが報告されて居る。一般に全身榮養の障礙される時に、衛生設備の缺如、口腔衛生の怠慢等により本病に侵されると云ふ。

①結核性竝に黴毒性疾患。爰には専ら診療に關係深き症型を擧げて、結核症と黴毒症とを對比し、各々特異なる點をのみ擧げる。結核性口腔炎と總稱せらるるものは、勿論慢性炎症だが、又急性病狀の再燃することも稀有で無い。其發病は、肺結核其他全身結核の患者に於て部分的症狀として來るものが最も多く、從て是等は、自己の有菌性喀痰が膠著するか、或は血行乃至淋巴道より傳搬的に移植せらるると思ふ。又狼瘡の症型は、多くは顔面皮膚竝に鼻粘膜の狼瘡より續發するのである。而して口腔の結核性疾患は、結節浸潤・潰瘍及び粟粒結核等の發見等であるが、其部位は特異なものである。例へば舌下面(其根部)・口蓋弓の前後部位・咽頭後壁及び軟口蓋等に頻發し、狼瘡は特に軟口蓋部に發するものである。之れに反して黴毒性疾患は、粘膜斑として來ること最も多く、又硬性下疳として、口唇・舌尖及び口蓋扁桃腺部に頻發する。只第三期黴毒の「ゴム腫」は、舌體中央部及び口蓋に發症し、口蓋は潰瘍に陥り遂に穿孔する。此口蓋「ゴム腫」は最初に骨膜炎を發し、次いで破壊作用の骨部にまで及ぶのである。且つ此際は鼻底骨部より骨膜炎となり、口蓋に波及するものもある。蓋し口腔より進歩するか、或は鼻底部より病機の進むかは確定し難いことが多い。

②炎性口腔疾患の治療一般。炎性口腔疾患の治療は、之を全身的療法・局所的療法・特殊療法(之は手術的治療及びレントゲン療法等を言ふ)に大別し得るが、全身的療法はそれらの全身病に對する治療法なのであり、口腔疾患を併發したからとて特に治療法を異にすることも無い。從て茲には記述するの必要ないと思ふ。又特殊療法も多くは手術的處置に屬するから、是等は別に述べることとし、茲には省略する。斯の如くにして吾等は即ち口腔の局所療法を主として記述しよう。而かも口腔の治療法に於て、一般的の意味あるものとして、口臭・口腔分泌物(唾液)變化・味覺障礙に對する場合無きにもあらずと云へ、是等も對症療法にて目的を達すること多く、矢張り口腔の局所療法を施行するのである。然らば、口腔の局所療法にはどんなものがあるか。それには含嗽劑・塗布劑・撒布劑及び膏藥類似劑等がある。

①含嗽劑及其處方。含嗽劑は、炎症に因る口腔の異常分泌物竝に其堆積を排除し、主として口腔の清潔法を行ひ且つ又炎性粘膜の收斂を目的とする。そして含嗽の方法にも口腔含嗽・咽頭含嗽・鼻腔含嗽及び喉頭含嗽の四種目があるが、茲では専ら口腔含嗽を指すのである。又含嗽劑の理想とするは、刺戟せざるもの、清冷にして若干收斂作用を有するもの、容易に分解せざるもの、又化合せざるもの等である。即ち昔時より微温の湯茶・重曹水・硼酸水・苦土水・鹽剝水等が用ゐられて居る。

①「ザロール」 三・〇 局方アルコール 五〇・〇 ミルラ丁幾 五・〇

此一茶匙を採り、大コップ一杯の水に投じ、それにて數回含嗽する。口腔炎症何れの場合にも好適し、嗽後は大に爽快を覺ゆ。特に含嗽時に一滴の薔薇油を點加すれば最も氣持よい。

②硼酸末 五・〇 薄荷水 二五・〇 餾水 二五〇・〇

周知の如く最も普及せる含嗽劑である。就中、齒牙疾患或は扁桃腺疾患を併發せる場合に好適す。又若し婦女子或は小兒に愛用せしめんとならば、少量の砂糖を加味するか、然らざれば一リリテル中に「サツカリン」〇・一を

加へれば好い、併し砂糖は歯牙を害ふ恐れがあるから、寧ろ一體に「サッカリン」を加味すべきである。

⑤ 過マンガン酸加里 一・〇 餾水 五〇・〇
之れは五滴或は一五滴を大コップ一杯の水に投じ、それにて數回含嗽せしむ。此際含嗽料は淡紅色を呈するか、特に淡紅料と稱す。以て同一原料を以てする「カメレオン水」と區別するのである。此含嗽料は、若干鼻を衝く臭あるも、總て口臭を發する疾患、粘膜及び近部の潰瘍、壞疽に陥り臭氣を發する場合、或は口腔粘膜の糜爛する疾患等に對して效驗ありとせられ、廣く適用せらる。

④ 硼砂 一・〇 「チモール」 一・〇 局方アルコール 五〇・〇 餾水 二〇〇・〇

之を其儘一と口づつ含嗽せしめるか、場合によりては冷水で等分に稀釋して投與す。齒齦炎にて潰瘍糜爛せるか、口蓋及び舌縁等に組織缺損が生じ且つ不潔なる場合、其他蜂窩織炎・潰瘍性口腔炎・ワンサン氏アンギナ」等に對して好適すと稱せらる。又大人竝に老人の類々口腔炎に憊む場合は、普通の硼酸水或は鹽剝水を以て含嗽せしめる外に、中間的に此含嗽料を投與するも便利である。

次に收斂作用の特に切要なりとする場合は左記の處方に依るを便利とする。

⑤ 沃度丁幾 〇・二 「ラタニア丁幾 二〇・〇
之の二〇滴を大コップ一杯の水に投じて含嗽せしむ。

⑥ ミルラ丁幾 一五・〇 沒食子丁幾 一五・〇 薄荷油 八滴
右三〇滴を大コップ一杯の水に投じて含嗽せしむ。

⑦ 明礬 三・〇 「サルヴィア葉煎 三〇〇・〇 ⑧ 三%過酸化水素液 四五〇・〇

以上の一茶匙を大コップ一杯の水に入れて含嗽せしむ。

⑨ 三%硼酸水 四五〇・〇 ⑩ 八%醋酸礬土水 三〇〇・〇

右の三〇滴を大コップ一杯の水に注加して含嗽せしむ。

⑪ 口腔塗布劑及其處方 口腔塗布劑は、大體に於て鼻咽喉用のもの及び口腔咽喉用のものと同様である。只口腔に於ては味覺を司どる舌體の蟠居するが故に、味覺を障礙したり或は不味なるものは適用し得ず。普通に塗布せらるるはルゴール氏液(稀釋)・沃度グリセリン、マンドル氏液及び「バラフィン・メントール」等であり、是等を卷綿子に浸漬し、「ゾンデ」を使用するが如くに卷綿子の先頭にて塗布しつつ、且つ適宜に摩擦す。是に由りて結痂を去り、粘膜の乾燥感をも治療するのである。或は卷綿子の代りに、穂短かき毛筆か、箸先きに海綿球を附したるものにて塗布するも便利である。

若し收斂作用を有し、且つ多少とも腐蝕する藥劑を必要とすれば、一—二%タンニン、二%鹽化亞鉛、二—六%硝酸銀、一〇—二五%乳酸(或は純乳酸)等を選用す。此際濃厚にて腐蝕力強きものを適用せんとすれば、豫め粘膜局所を麻痺せしめねばならぬ。

① 沃度丁幾 五・〇 「ミルラ丁幾 一〇・〇

② ミルラ丁幾 一〇・〇 「ラタニア丁幾 一〇・〇 沒食子丁幾 一〇・〇

何れも潰瘍性——壞疽性口腔炎・齒齦炎・舌潰瘍・アフタア性口腔炎及び鷺口瘡等の場合に塗布す。

- ③ 硼砂 一—四・〇 「メルロザアト」 五・〇 「グリセリン」 一〇・〇 餾水 一〇〇・〇
- ④ 「アフロゴール」(「カムフル」にて脱毒せる石炭酸製劑)
- 蜂窩織炎の初期に之を塗布し、齒齦炎・アフタア性口腔炎・匍行疹等に適用せられる。
- ⑤ 三%ネオサルグルサン溶液

右ワッサン氏アングナ・口腔糜爛・驚口瘡、其他原因不明の粘膜潰瘍を惹起したる場合に塗布す。或は洗滌する意味にて大量に薄めて用ゐらる。

- ⑥ 「サリチール酸」 一・〇—二・〇 「グリセリン」 一〇・〇 再製アルコホル 一〇・〇
- 特に糸状菌病の場合に塗布せらる。

⑦ 二—一〇%硝酸銀 ⑧ 二—一〇%クローム酸 ⑨ 二〇%純粋乳酸
何れも「アフタア」驚口瘡・粘膜斑浸潤・潰瘍・損傷部等に對して用ゐられ、豫め局所を十分に麻痺せしめて、然る後適當に之を塗布し、最後に食鹽水或は重曹水を以て洗滌し中和せしめる。

⑩ 口腔粘膜への撒布劑及其處方 撒布劑は大體に於て、口腔の局所疾患より發來する疼痛を鎮靜する目的に用ゐらる。又口腔の分泌過剰ある場合に效驗ありと稱せらる。一般に「カタル性症に對して廣く應用せられ、又結核性潰瘍に對し鎮痛の意味にて撒布せられ、手術後の粘膜創面には最も多く適用せらる。

- ① 「アスピリン粉末」 ② 「アンチピリン粉末」 ③ 「アネステジン粉末」 ④ 「チクロフォルム粉末」
- ⑤ 「オルトフォルム粉末」

是等の粉末は、純粹の儘粘膜の潰瘍面或は創面に撒布する。就中、疼痛甚だしき結核性潰瘍及び原因不明の潰瘍に應用して效驗ありとせられ、口蓋弓附近の炎症に愛用せらる。又是等の粉末劑は「グリセリン」及び「アルコホル」と混じて泥膏の如くし、各潰瘍面及び創面に貼布するも便利である。

⑥ 膏藥類似劑及其處方 口腔に於ては膏藥類或は其類似劑を適用することは容易で無い。口腔に於ては絶えず分泌物がある、從て膏藥類を貼布しても流失せられるのである。然れども炎性疾患の爲めに屢々口腔大に乾燥し、遂には處々に龜裂を生じ、或は潰瘍を形成するのである。斯る場合には膏藥類並に類似劑を貼用せればならぬ必要が益々急なのである。

ミクリッツ氏及びキウムメル氏以來沃度フォルム泥は廣く應用せらるるが、其處方は左記の如く沃度フォルムを主劑にして居る。

- ① 沃度フォルム 及び 一%昇永水 一〇分を混和す。 ② 沃度フォルム 及び 二%石炭酸水 一〇分を混和す。 ③ 沃度フォルム 及び 三%硼酸水 一〇分を混和す。

是等の藥劑は十分に攪拌し混和せしむ。而して二十四時間以上之を放置し、然る後、上清なる液體を丁寧に捨て専ら沈渣のみを採用す。之は其儘にても適用せらるるが、必要に應じては硼酸水を加味して適度の泥狀となす。即ち粘膜潰瘍面・壞疽・創面・腐蝕面等に貼布す。特に上唇内面の齒齦に於ては之を貼布するに最も都合が好い。

第三 鼻咽腔と舌會厭窩

吾等が鼻喉科の事に執筆して、日常最も屢々遭遇する個處の一、二は鼻咽腔及び舌會厭窩であり、且つ其割合に等閑に附することも稀ならざるかに見えるも亦此鼻咽腔と舌會厭窩とである。それで鼻喉科の中から選定して論述すべきものは多々あらう——實驗的にも亦臨牀的にも——。けれども吾等は前述の理由から、殊更に鼻咽腔及び舌會厭窩に於いて、注意すべき事項を説明して見ようと思ふ。就中臨牀的に意義あるべきものを先づ題目としたい。

第一に先づ鼻咽腔の事から述べる 鼻咽腔は何人も知る如く、鼻腔と咽頭との間に介在する、傾斜した花瓶のやうな形した立體的の腔である。此處に發現する疾病としては急性及び慢性鼻咽頭炎・咽頭扁桃腺肥大症・トルンワルド氏病・咽頭側索炎・鼻咽頭纖維腫・異物・歐氏管咽頭開口部及びローゼンミコルレル氏窩の疾患・口蓋帆の疾患、又新生物即ち腫瘍などが其須要なものである。此領域に於ける疾患は又年齢別に分類して大體の所まで決めることが出来る。即ち咽頭扁桃腺肥大症又腺増殖症は少年期の疾病であり、鼻咽頭纖維腫は中年期の疾病と見るべきものであり、腫瘍の類は概して中年期から老年期の疾患に屬すと見て好い。

是等の諸疾患に就いては、猶ほ病因・診断及び治療に亘つて詳論すべきだが、之れは省略して茲には先づ胎生學的的研究と比較解剖學的の見地から斯領域の事を説述して、概念を確かにすることの参考にしたがひたい。

胎生期のすつと初期（一ヶ月頃まで）には、鼻咽頭の上壁と後壁との間に何等の境界もない。二ヶ月の終りにやつと兩壁間に境が出来る。それは胎兒の頸部が前方へ曲がるのと、頭長筋及び上咽頭括約筋の發育が強くなるとに起因する。其後は再び此境界が不明瞭になる。更に其後の胎生期に至りて正中截痕が後方へ顯はれ、そして其後端は皺襞の所で消失して仕舞ふ。此皺襞が又鋭角を爲して、それが前方へ開く鋭角である。又此皺襞や窩窪は胎兒

によりて色々の形態で顯はれるやうである。

咽頭扁桃腺を觀て、特有なと思はるる事は、其粘液囊の後壁及び下壁が恰も上咽頭括約筋に相當する點である。そして此粘液囊は終に頭蓋底の纖維組織に這入り込んで行き、又纖維組織は胎生期の進むにつれ、比較的にも亦絶對的にも、段々薄くなるものである。

粘液囊は左右の頭長筋の間に在るものだが、此囊の窪みは左右の頭長筋の力で出来るので無く、寧ろ頭蓋底なる纖維軟骨の排列如何に依るものである。粘液囊は此纖維軟骨の内にあり、其形態も筋肉に依りて決まるもので無い。筋肉は寧ろ餘りに離れた距離にある。胎生期の咽頭扁桃腺は言ふまでも無く、咽頭粘膜の正しい彎曲に起因して生ずるもので、爾他の機械的影響にて決して左右せらるるものには無い。人間に在りては此扁桃腺は胎生第十週頃或はそれより少しく早く顯出するやうである。

咽頭上壁の粘膜は、可なり遅れて六ヶ月目の後半に初めて腺様組織の性質を帯びて来る。初め「ルウベ」で見ゆる位の粘膜皺襞が出來て、其皺襞は後方へ延び、粘液囊の開口の所で相合するのである。此時角狀の皺襞は半月形となり、それに平行した皺襞が出来るやうになつて、元來の特有な形態は認められなくなつて仕舞ふ、此皺襞は後方の粘液囊の邊から出發して、外方へ向つて軽度ながら凸面の弓狀を描きつつ、前方に於ては遂に正中線に相合するやうになる。

扁桃腺の造構のやうに、細胞浸潤の最も甚だしきところは、粘液囊より前方に當つて居る。そして次第に後方へ擴がる、又粘膜壁は肥厚して行くから、粘液囊の内腔は狹隘となり、ほんの罅隙になつて仕舞ふ。蝴蝶骨後部と後

頭骨との間の軟骨縫隙は蝴蝶骨の發育に押され、蝴蝶骨の出来る爲め漸次狹隘となり、最初後頭骨の骨核前部の下に位した粘液嚢は後方へ押し除けられ、其縦軸も殆んど骨に垂直となるやうである。

初生兒では、今日まで何人も正しい意味の粘液嚢を認めたと云ふ報告をして居らぬ。蓋し發育期の最後近い月になれば、該嚢は平坦になり、其代りに單純な溝窪を貽すばかりとなる。そして此溝窪は咽頭扁桃腺の中央皺襞なる後部に該當するのである。キリアン及びグラデニゴ氏等は粘液嚢を三種に分類して居る。

①胎生咽頭粘液嚢又は眞正咽頭粘液嚢と稱するは、常在不易のものでは無いが、明確にして小さな腔であり、胎兒にては、咽頭扁桃腺の前方に位して居る。即ち最初は原始正中縫隙の後端に位して居るが、咽頭扁桃腺の出現する頃には、其正中皺襞に當ることとなる。そして特異性の一ツとして、盲嚢を爲す底面が後方の後頭骨頭蓋底部に向つて居り且つ又頭蓋底の纖維軟骨の中に這入つて居ることである。

②正中咽頭凹窩と言ふのは、原始粘液嚢が平坦に低陷して成立するもので、扁桃腺の正中皺襞の後端に位して居る。けれども確實なる粘液嚢とか内腔とかにはなつて居らず、只簡單なる陷没であり、頭蓋底の纖維軟骨には達して居らぬ。

③假性粘液嚢又はルシユカ氏粘液嚢は必ずしも正中線に位置して居ると限らず所在が色々變るやうである。且つ其の内腔の大小も随分不同である。又退行期には二次的に色々な部位に癒着を起し、咽頭扁桃腺の間隙や皺襞を種々變形せしむるのである。

斯の領域に關して比較解剖學的研究に没頭し其結果を報告したるものにキリアン氏其他の學者がある。而も諸

家は専ら咽頭扁桃腺の造構や形態に就いて調査したやうに思はれる。比較生理學の見地から該領域に就いて研究の歩を進めた學者は未だ多くないやうである。

哺乳動物を見るに、咽頭扁桃腺は口蓋(或は口腔)扁桃腺の如く類々出現するもので無く、まあ舌根扁桃腺の所在と其頻度を等しうすると見られる。哺乳動物では、人間を別問題とすれば、牛に於て最も好く發達した咽頭扁桃腺を見ると曰ふ。而も該臓器(或は組織)は鼻中隔の後方へ伸びた突起であり、海綿様體の造構を有して居る。下方へは扇形・末廣形の櫛を爲し。咽頭後壁の上に高く擴がつて居るのである。

鳥類及び爬虫類を見るに、咽頭扁桃腺は口蓋及び舌根の夫れに比較して、遙かに頻發して來るのが格別注意を惹く、それだから往時は此三箇の淋巴組織の中、咽頭扁桃腺が最も原始的のものだと見做されて居つた。只之れが動物の生活に對して如何の意義ありや、今日猶ほ未だ明確を缺き之を後日の研究に俟たねばならぬ。

人間や牛馬、其他鳥類・爬虫類等の從來既に調査された動物に在りても、此臓器(或は組織)は何時も個性的の變化があり、決して一定不變のもので無い。只幼若のものに最も立派に存在せるの一事は、どの動物でも一致して居り、これだけは先づ確定した事實である。

猶ほ組織學の見地から觀て、動物界には色々な扁桃腺があるやうである。先づ最も單純ながら腺様浸潤の紀元ともなるべきものは、馬・鰐及び蝙蝠に於て出來て居る。淋巴濾胞の推積とも見らるるは家兎・家犬・狐及び猫などに認められる。そして腺様浸潤と同時に濾胞の出現して居るのは鳥類・有袋類・有翅類及び蜥蜴類等であるとして居る。

以上當該領域の疾病の分類並に胎生學乃至比較解剖學的の事項で参考となるべきものを略説した。そこで該領域に關し猶ほ須要なるべきは斯部に於ける疾病の診斷を確實にすべき検査の方法であり、又其等に對する治療法であらねばならぬ。既に疾病の分類では、専ら該部に限局して發現する器質的疾患は既に前掲したが、猶ほ近隣部位よりの疾患の波及やら神経性疾患がある、喘息・枯草熱・反射性疾患等をも閉却してはならぬ。

鼻咽腔に於ける検査法は從來色々あるが、最も普通に行はるるものから云ふと、**①後鼻検査**がある、斯法に依りて即ち腺様増殖症・鼻咽頭纖維腫・歐氏管開口部や、ローゼンミュレル窩の疾患其他を直接視診し得るわけである。併し斯法でも検査不可能な腺様増殖症の小兒などでは、**②鼻腔より消息子を以てする間接觸診法**、**③指頭を以て鼻咽腔を直接觸診する方法**も應用される。然るに是等の全方法を應用しても、猶且つ該部の疾患を確實に検査し得ざる場合も中々多い、斯る場合にはシュミット氏其他の諸家が考案した口蓋帆提子とか口蓋鉤が利用されるのである。要之、色々な検査法があるのは畢竟確診が困難であることを示すのである。然れども鼻咽腔を検診するの極意は極めて簡單であり、即ち該領域に到達するの捷徑を手に入れるに外ならぬ。最近の大著カツツ、ブルウメンフェルド及びブライジング氏共纂の耳科及び上氣道外科全書の中にゲルベル氏は次ぎのやうに述べて居るが確かに名言である。「鼻咽頭の疾患を外科的に治療するには咽頭内よりするのが最も自然である、部分的に治療するにも亦一時に全部を治療するにも、是れが蓋し理想的である、之を成就するに第一の條件は、検査法を完全に手に入れる事、此腔内で器械を取扱ふに十分に肉眼で視診しつつ手腕を發揮し得る事である。此目的の爲めには局所の麻痺を十二分にすれば勿論患者にも治療上の操作に飽堪堪へしめ患者も醫者も堪忍袋を用意せねばならぬ。蓋し該領域の治療は一週で済むことは殆ど稀有であり、多くは數週間を要し或は甚だしきは數ヶ月で初めて目的を達するものがある。又此際は出血を免がれず

爲に誤嚥すること多く、從て斯様の手術には局所麻痺を専らにし、全身麻痺は回避すべく努めねばならぬ。それにしても斯る領域の疼痛は往々にして甚だしく、此疼痛や反射機の爲め術者は常に悩まされる、故に局所麻痺は益々完全にせねばならぬ。そして術者が悠揚運ち手術を進めることが肝腎である。之を以て患者側にしては、舌壓子・反射機・器械類其他の操作に對して十分に諒解しつつよく押れると云ふ事が、鼻咽腔手術の第一要義なのである云々と。

茲に検査法並に手術操作を支障する動機を考察して見るに、患者等の一般心理状態を別問題として、先づ二つの動機があるやうである、即ち該當領域の知覺乃至感覺の過敏性及び反射機能が夫れである。而して是等の現象は、鼻咽腔を小さく刻んだ局所々に依り非常な差別がある。最も過敏なるは、鋤骨翼・後鼻竇中隔及び咽頭後壁であつて、歐氏管開口部隆起は僅に鈍感覺のみを有し、口蓋帆の後面は殆んど無感覺である。例へば鋤骨部を刺戟すれば嘔噎現象が起り、咽頭後壁に觸るれば咬扼運動が起る。之に反して口蓋帆後面は餘程永く刺戟して漸く咬扼運動を見る位で、歐氏管開口部隆起は如何に刺戟しても毫も反射運動を起さない。又知覺や反射の現象が起る場合、其程度の種々なるは、爾他の身體部位の夫れと同然である。

以上解説した所を綜括して見れば、第一に過敏なる要所を十分麻痺させる事が須要であり、斯くすればミツヘル鏡を以てしても、好く腺様増殖・纖維腫・側索炎・後鼻竇ポリープ」等を精診し得、且つ容易に手術もなし得るのである。若し反射鏡だけの操作で目的を達せざれば、シュミット氏の口蓋鉤或は久保博士考案の口蓋提子を利用するのが合目的であり、又極めて便利なることが多く、微々たる異物の潜在さへ探診し得るのである。併し是でも猶ほ完全には成就せざることが尠くない、此場合にはフォン、ギエルガイ氏の提案した検査法が頗る至便である。

それは既述の知覺過敏なる個處及び反射現象を頻發する部位を考慮したもので、夫れなく完全なる局所麻痺を施したる後、咽頭より同氏の器械を入れて、口蓋帆と咽頭後壁との間を十分に開大するのである。斯くすれば以上述べた諸種の疾患部位を一々精診し得るは勿論、今日まで最も困難の事相とされたる彼の歐氏管閉鎖をも、精診し得たる上外科的に治療し得るのである。

猶ほ一言すべきは指頭を以て直接に觸診する方法である。是れは極めて原始的な診査法なるが、用意周到に行へば、口蓋帆後面や扁桃腺などに潜在する極めて些細な異物、例へば稻穂・鈕・小針等を探がし當てて、簡単に摘み出し得る場合も決して稀有で無い。是れ又閑却すべからざる事である。

第二に舌會厭窩の事を略説する。舌會厭窩は周知の如く舌根部から會厭軟骨までの間腔であり、又漠然と「ワレクラ」とも稱する部位である。而して舌根より會厭軟骨へ跨がる正中線の皺襞に依りて、左右に小窩を區別して居る。此腔内には舌根扁桃腺が常に占居するが、猶ほ往々潜在性甲状腺が見られ、又盲孔の開いて居ることがある。又該領域は理由無くして往々閑却されることが多いやうである。

舌會厭窩の形状は、ツツケルカンドル氏カリウス氏及び尾關ドクトル等の研究調査した所に據るに、通常長形或は不規則なる圓形を呈して居る。最初小兒の時代では概して卵圓形・長圓形なりしものが大人となれば不規則な圓形を現はすやうである。次に舌會厭窩の大きさは小兒期に在りては殆んど大豆大であるが、大人に於ては示指頭乃至中指頭大となり或は稀に拇指頭大に達するものもある。又舌會厭窩の深淺は小兒と大人とでは〇・三乃至〇・六厘の差異があると認められて居る。それから左右の舌會厭窩を比較すると、普通の場合は左右同大なるのが常態なり認められて居るが、斯の如きは非常に稀にして、多くの場合は左右不同なるばかりか、全體に於て極めて不規則なるものであり、且つ左右に於て深淺の差別が甚だしい。

以上は形態の大體であるが、猶ほ舌會厭窩には屢々副生の皺襞及び副生の小窩が存在して、其の形状や深淺はいよゝ紛糾する有様である。例へば臨牀上異物として現はるる魚骨・小針・絲等が副生の皺襞と誤られたり、其他の小形異物は、屢々副生小窩の爲めに誤診せらるるのみならず、其中に潜在する場合も多いのである。

次に舌會厭窩の諸疾患を檢診して容易に確診を下し得ること亦稀有で無い。要するに檢診に際しては、形態上の關係を等閑視し得ざるは勿論なるが、猶ほ許多の難關に逢著する。それは専ら反射機から發現する數多の支障なのである。舌會厭窩を生理學上から觀る時、其本領は未だ明瞭ならざるが如く、或は舌及び會厭軟骨の運動の範圍に相應するばかりの間隙なるかにも察せられる。即ち嚥下乃至咬扼の運動時には舌と會厭軟骨と密接して、そこに間隙が無くなるのである。其他には生理的の意義が微々たるやうに觀察せられて居る。又諸家より味覺と關係ありて味蕾の斯領域に散在するなども記載された。

舌會厭窩の粘膜面は知覺乃至感覺の鈍麻して居るか或は無感覺である。それで醫家の檢診に際して、常に支障するものは専ら反射機の現象であり、例へば咬扼・嚥下又は嘔吐の運動として現はれるのである。而して是等の反射運動を誘發する局所を研索して見るに、舌會厭窩の諸皺襞が最も過敏のやうである、就中外側の境界なる咽頭會厭皺襞及び是れから咬れた側舌會厭皺襞が最なるものであり、次に中舌會厭皺襞（或は靱帶）も亦過敏である。之に反して會厭軟骨の遊離縁及び舌根部の粘膜は殆んど反射運動を起さず、只壓痛を有するから、暫時之を壓迫すれ

ば、即ち反應して反抗運動が起るのである。舌根扁桃腺も亦殆んど無關心で反射運動を起すこと稀である。以上述べた諸點に留意して考案した検査器械類にはルプリンスキイ氏の提子があり、専ら喉頭検査に應用せられるけれども、亦本領域に使用して至便である。フレンケル及びローゼンベルグ氏の器械も亦合理的のものである。キルスタイン氏の直達鏡も亦主として喉頭検査や食道入口部の直視法を助けるものだが、矢張り本領域に利用して便益がある。就中最近ザイフェルト氏が考案した直達擴大鏡があり、主として喉頭及び食道起部を精査する爲め適用するが吾等は之を舌會厭窩の検査に利用し、大に優秀なる點ありと認めて居る。

終りに舌會厭窩に見らるる諸疾患に就いて述べる。①舌扁桃腺の炎症・肥大症及び腫瘍。舌扁桃腺炎は極めて無碍のものだが、屢々頻咳の因をなすが故に此部を開却してはならぬ。肥大症あれば最も多く異物の潜在するものである。従て此部を精査するの必要が起つて来る、又夫等の異物が陳久的に留まりて腫瘍の核子となることを忘れてはならぬ。②範圍の漠然とした炎症。これは多く慢性となりて咳嗽・喀痰乃至反射症狀を招來するもので胃腸疾患に伴ふものが多い。③反射性疾患。格別器質的の疾患無くして來り、往々言語障礙の起因となることに注意すべきである。④異物。概して小形のもの多く、扁桃腺や副生小窩に潜伏して確診し難いことがあり、又嚥嚥と誤認される魚骨類が多い。金屬性などの固形物は往々指頭にて觸診し摘み得ることもある。併し甚だ稀有であるが龍眼肉・丹波栗の殻が會厭軟骨まで懸りて窒息した實例がある。日本では麥穗・枳・松杉の針葉などが専門醫をも困らして居る。⑤迷在性甲状腺腫。之は多く盲孔の處から出て來る。⑥會厭軟骨縁の潰瘍及び膿瘍等。之は食片・異物・胃酸、其他外傷の爲めに招來することが多い、齒磨楊子の外傷もあつたやうである。⑦ルードウキヒ安魏那の繼發。⑧腫瘍。⑨結核(微毒)。結核は會厭軟骨縁には好發するが、それより前方の舌會厭窩を侵すことは殆んど稀である。

第四 咽後膿瘍治療法の選擇

咽後膿瘍は最も多く小兒に見らるる疾患であり、大人に來ることは稀である。而して本病は咽頭後壁の粘膜炎が化膿して膿瘍を形成し口腔に向つて隆起するものが多い。

本病は二三歳乃至四五歳の幼兒に來ること最も多い、蓋し小兒時代には脊椎前の筋膜に當り左右對稱的の淋巴腺多く、従て化膿する機會も多いわけである。

本病の原因とも見らるるものに一般的のものと特種のものがある。一般的の原因は、感冒・氣管枝カタル、ヂフテリー、猩紅熱等であり、又素因あり又は誘因ありて發病することがある。夫れは腺病質なるか、齒牙・鼻腔・咽頭等に疾病あるか、或は元來病弱なるもの等であり、恰かも

第三八六圖 咽後膿瘍圖



扁桃腺疾患の素因や病因と其軌を一にするやうである。

次に特種の病因は病因と云ふよりも他處に原病在りてそれより續發するものである、例へば頸椎カリエス及び中耳炎を原病とするものの如き從來周知されて居る。頸椎骨カリエスに續發するものは其膿汁が筋膜を穿りて咽頭後壁に流れ寒性膿瘍を形成するものであり、即ち一種の流注膿瘍である。中耳炎より續發するものは最初ベツオ

ルド氏乳嘴突起炎になり、乳嘴蜂窩から先端を侵して其處を穿破し或は内壁を破りて、胸鎖乳頭筋の内部で咽頭後壁に流注膿瘍を形成するのである。

普通の咽頭膿瘍は前述の如く多く小兒の侵さるる疾病であるが、流注膿瘍の方は頸椎よりするものも亦中耳炎よりするものも共に大人の疾患だと云つて好い。而して脊椎カリエスの原因は周知の如く結核性なるもの最も多く極めて稀に徹毒性のことがある。又ベツォルド氏乳嘴突起炎を續發する中耳炎は殆んど常に急性の場合であり、若し慢性中耳炎から同様に續發するなれば恐らく結核性であらう。

症狀 咽後膿瘍の症候として注意すべきものは①熱系は小兒の場合に著しく上昇し三十九度以上に達し、概して八度以下には降らぬ、之に反して大人なれば寒性膿瘍であるから熱發することが無い。咽頭局所の腫脹する結果種々の症候を現はす、若し局所の症候を呈せず單に熱發するだけでは咽頭疾患は多くは看過される。而して腫脹の爲めに起る症候は部位によりて趣を異にす、即ち②膿瘍の局所が高く鼻咽腔後壁に近ければ鼻呼吸が妨げられ一種の閉鼻聲になる、そして乳兒なれば授乳に困難する。③懸壅垂の奥に當る中咽後壁の膿瘍なれば乳汁や食物を誤嚥して喉頭に入るから、其都度劇しき咳嗽を發作する、若し患者が衰弱して居て咳嗽の力が無ければ殆ど窒息することがある。④下咽後壁の膿瘍なれば患者は絶えず鼾聲を發して呼吸苦しく、横臥するに窒息様の發作あり、屢々夜間に飛び起る。

之を要するに小兒なれば必ず呼吸困難及び窒息發作を伴ひ、此自覺的症候だけでは「ヂフテリー」と誤診せられることがあるけれども大人に於てはそんなことが無い。さうすれば前記の諸症候だけ注意すれば小兒の咽後膿瘍も

亦大人の咽頭流注膿瘍も容易く診斷されて、爾他に誤診するやうなもの無いが、中々さうでも無い。

類症鑑別 「ヂフテリー」と誤診する小兒の場合には熱系の變化が相似て居り、呼吸困難もよく似て居る、けれども咽後膿瘍なれば直立するやう膝間に抱けば呼吸は樂になるし、鼻閉塞はあれども「ヂフテリー」の時の如く鼻翼呼吸などはせぬ。又音聲は大概閉鼻聲で十歳兒位の「アデノイド患者に酷似するが、「ヂフテリー」なれば全體として狭窄音聲である。又「ヂフテリー」なれば全身的に被害せらるるが如く一般に重篤症候を呈すれども咽後膿瘍の場合は左程に重症とも思はれぬ。其他開口せしめて咽頭に義膜を證明すれば「ヂフテリー」と見て差問無く、若し膿瘍に依る腫脹と波動とを認むれば咽後膿瘍に相違無い。けれども幼若の小兒なれば咽頭の檢診は往々容易で無い。此場合或は周壁の附著物を取りて「ヂフテリー」菌を顯微鏡下に證明すれば最も確實なる診斷を下だし得る。

大人の咽頭後壁に於ける寒性膿瘍も類症鑑別を要する場合頗る多い。①脊椎の外發性骨腫も咽頭に向て隆起することがある、併し此者は骨性の硬度を有して居るから咽後膿瘍とは觸診にて鑑別せられる。②後内壁甲状腺腫は殊に咽後膿瘍と誤診され易いものである。自覺的の呼吸障礙と云ひ他覺的の硬度と云ひ、誠によく似て居るが、併し觸診すれば膿瘍には波動あり甲状腺腫は弾力性を呈する、且つこれは速脈の者が多い。③脊椎カリエスの症狀が揃はず、而かも咽後膿瘍のみ著しいことがある、此場合には頭を抑へて廻轉するか後屈せしめると局所の疼痛を感ずる、尙ほ可なりに前屈せしめた後ち脊椎骨を叩くと該部の疼痛著しい。且つ前屈に際して畸形を認める。近時レントゲン診斷法が普及して居るから、其撮影によりて「カリエス」部を確かめることも困難では無い。④扁桃腺周囲膿瘍と誤診すること無いでは無い、併し大口を開かせて部位を見定めれば之は扁桃腺に續く周囲の腫脹であり

渠れは咽頭後壁の隆起であるから、自づから鑑別が出来ると思ふ、只多少は咽喉専門の経験を必要とせぬでも無い。⑤中耳炎の有無に注意することを忘れてはならぬ。

治療法の選擇は一般の専門書に記述してないが最も必要なことと思ふ。咽後膿瘍は小兒と大人とで本病の性質を異にして居り、又小兒と云うても二三歳のものと四五歳以上の者まで同一の手術的取扱は出来ぬ。併し大體が限局せる膿竈なるが故に之を開放せしむるを治療第一とする、手術の術式としては咽頭局所を切開する方法と外部の頸側から切開する術式とがある。

①咽頭局所切開法は開口せしめて膿瘍の中央より切開するに在る。そして膿汁の喉頭に誤入するを防ぐ爲に最初から懸頭の位置に於て之を施行するか、或は坐位に於て迅速に切開し、神速に患者の頭部を前屈せしめて、膿汁を吐出せしめるのである。併し此方法は二三歳の幼兒には到底行はれない、是れ懸頭位でも亦迅速に頭部を前屈せしめても膿汁を多く誤嚥し、瞬時にして窒息したり、或は術後暫時にして嚥下性肺炎を惹起するからである。されど四五歳から五六歳の小兒なれば術者の言をよく諒解するし、豫じめ膿を吐く方法を教示し置けばよく其通りにするから斯様な簡單なる切開法を便利とする。特に大人の場合は何等の不都合も無い。

②外部から頸側を切開して深く咽後膿瘍に達し、之を排膿せしめる方法である。夫れには必ず胸鎖乳嘴筋を目標とするが、同筋の前方には動脈や靜脈が多く且つ大神經分佈して居て、手術に際して夫等を損傷する虞もあり、後療法のとくに「ガーゼタムボン」の爲め靜脈が摩滅せらるることもあり、大出血を來して容易に歇止せず、或は傳染の擴がる等のこともあるから胸鎖乳嘴筋の前方を切開することは禁物である。然るに胸鎖乳嘴筋の後方は咽後膿

瘍に達するまでに距離があり過ぎる、故に胸鎖乳嘴筋の筋束を切開して進むより外は無い。即ち吾等は膿瘍部位の高さを目標として彼の筋束の真中を筋束に沿うて切開する。そして筋層を前後へ哆開せしめつつ切開を進め深部に達すれば、茲に「ゾンデ」を利用して膿瘍目がけて探診するのである。

③氣管切開を同時に施行すべきや否やは、一箇の問題である、往時は咽後膿瘍と決すれば乳兒は勿論四五歳や五六歳の小兒まで必ず全身麻酔の下に、外部から頸側を切開したのである、それは口腔から手術すると膿汁を誤嚥するを恐れたからである。所が只さへ全身麻酔は麻酔しかけると往々窒息の發作するは周知の通りである。況んや咽後膿瘍で咽喉の非常に狭窄せる場合には一層窒息の危険が多いわけであり、屢々氣管切開を餘儀無くされたのであつた。併し今日吾等は幼兒の咽後膿瘍でも常に局所麻酔の下に行ひ、而も手術を終るまで少しも不都合は無い、従つて氣管切開の必要が全然無くなつた。只例外として二三歳の幼兒で而も可なり衰弱したるものには氣管切開を豫行して置くのが便利である。

④頸椎カリエスより來た咽後膿瘍は之を切開して排膿せしめ且つ頸部を「ギブスカラー」にて包裹し、該部の運動を絶対に禁止するのである。中耳炎のベツォルド氏乳嘴突起炎を續發した咽後膿瘍は乳嘴突起の下部より咽頭方面を探り、排膿管を送入し得る、けれども陳舊なる場合は中々探診し難いこともある、そんな場合は口腔から新に切開して好い。

第五 口脣・口蓋及扁桃腺問題

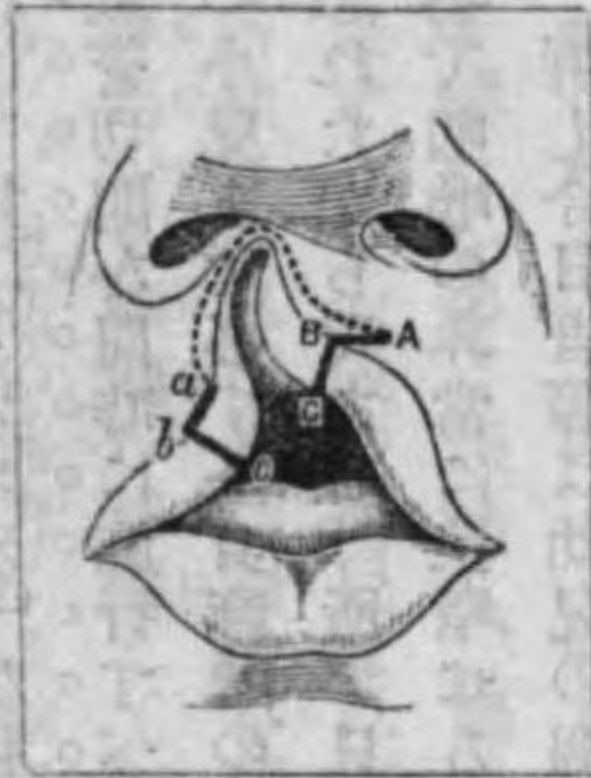
一 口唇外科

外科的治療を必要とする口唇の重要な疾患は必ずや口蓋及び口腔に關係し居りて、又治療に際しては鼻腔の状態を顧慮せねばならぬ。

兔唇

兔唇には口唇竝に近隣軟部のみの破裂せる單純性兔唇と、口唇の外に齒槽部の破裂せる複雑性兔唇とがある、而して單純性兔唇には一側性のものと兩側共に破裂せるものがあり、複雑性兔唇には口蓋破裂を兼ねたる所謂狼咽と稱するものがある。

第三八七圖



やう引寄せらる。之を縫合するは細き銀線が最も適當する、即ち之にて粘膜以外の大部分を縫合する、又粘膜面は別に絹絲にて之を縫合する。縫合後は創縁が適當の位置に固定するやうに、適當の幅の絆創膏を縫合部の上に貼附す

①一側性單純性兔唇 生後三ヶ月のものは既に手術的に治療して差支無い。

手術的療法 ①破裂縁に於て新創を作り、縁々を引寄せて之を縫合し整形するのであるが、此際人中は矢張り正中線に來るやうにし、且つ大概狹窄せる鼻孔をも整形的に擴張せねばならぬ。②眼科に於て愛用せらるるグレイフェ氏の小刀竝に小型の剪刀を以て圖に示すが如く破裂の縁に新創を作る③破裂の縁々を引寄せらる、即ち圖示するが如くAをaに、又Bをbに、又Cをcに適合する

る。又食事に留意し約一週間位は匙を以て攝取せしめる。

④鼻孔改造法 症例の異なるに從ひて其趣き異なるが故に、それ〴〵適當の手段を講ぜねばならぬ。鼻翼に於て鼻孔に相當する所の周縁を輪狀に切除して、圖に示すが如く、輪狀創を數ヶ處に縫合する。且つ兔唇の所は新創を作りて圖の如く、D'をDにB'をBに引寄せ互に好く縫合する。

⑤兩側性單純性兔唇 若し正中葉が十分に發達し居れば手術的療法は簡單であり、一側性の場合と略々同様に施術し得る。即ち兩側性破裂の創縁に於て新創を作る、恰も圖中の黒線が示すやうに切開する、而して之を引寄せて縫合するのである。若し又正中葉が退縮して僅に残存するが如き場合には先づ強力なる成形術を施さればならぬ、それは上顎齒槽部乃至口蓋(或は頰部)より瓣を切取り、之を鼻の下位に固定するのである。

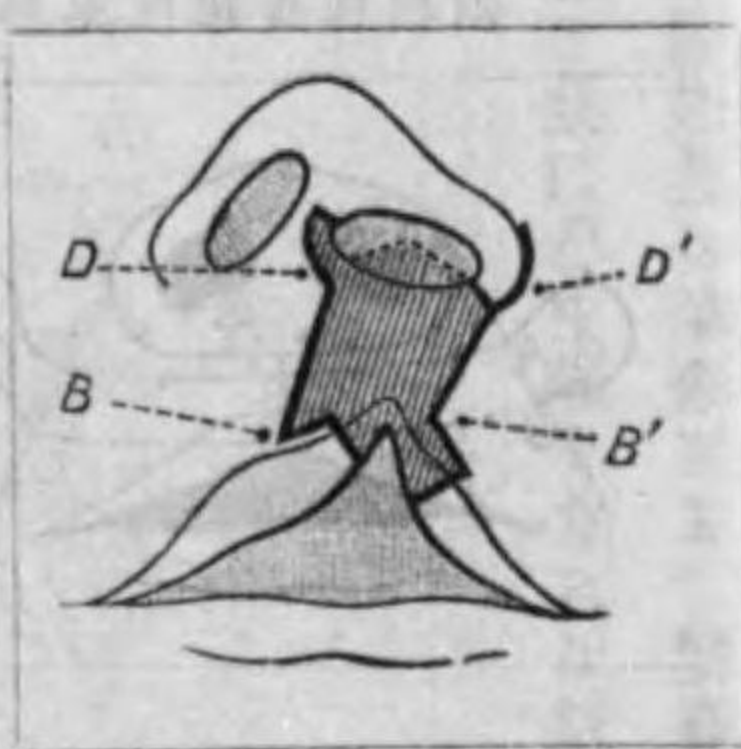
⑥複雑性兔唇 此場合齒槽部の破裂は既に存在しない。故に特別の手術を必要とする。即ち

⑦一側性複雑性兔唇は先づ顎頭に於て二重の骨部切開を施し、之を齒槽部破裂の中に押入れる、かくて丁度好く嵌入したる時は細き銀線にて縫合し固定する。次いで唇部を骨より完全に剝離し、骨部剝離の縁に新創を作る。骨切開を施すに先立ちて豫め顎頭に穿孔せしめ銀線の通過するやう準備し置く。そし

第三八九圖



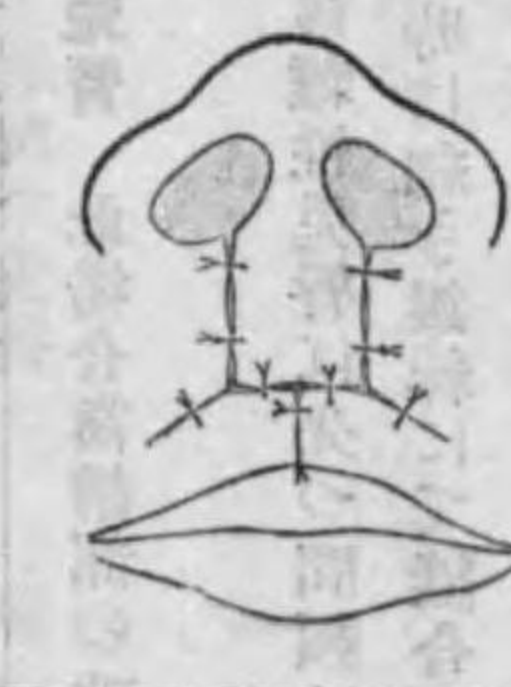
第三八八圖



第三九〇圖
兩側性兔唇に新創を造る圖



第三九一圖
同上縫合する圖



しめる。恰も前齒列より一

二cm後方に陥没せしめるのである。次に鑿竝に剪刀を以て齒槽縁の上部を顔面に水平

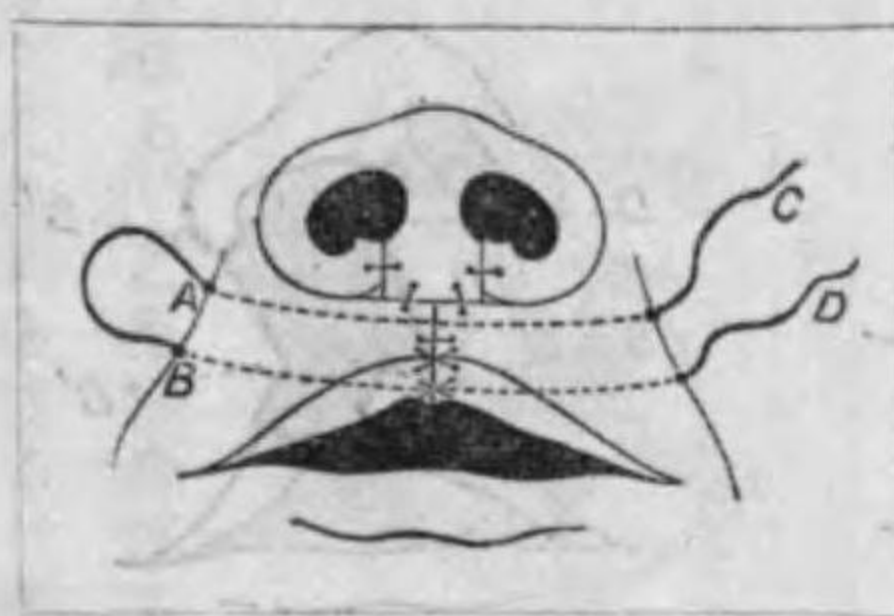
に叩き落とし前鼻棘竝に鋤骨を切り、十分に間顎を動かす。是に於て骨瓣を破裂の中に陥入せしめ二本の針金にて之を縫合固定する。

② 兩側性複雑性兔唇 此成形手術も亦殆んど同一の方針に行ふ。

③ 粘膜炎に骨膜切開 小刀を以て縦切開を施すのである、即ち間顎の後面に於て齒列後方一cmより切開し始め、猶ほ後方二cmまで進める。而して切開は骨部に迄達せればならぬ。

④ 骨膜剝離 「スパーテル型の剝離子を以て鋤骨の兩面に於て粘膜炎及び骨膜を剝離する、此際は遠く鼻尖に近づく迄剝離すること必要である。然らざれば修復するに困難となる。

第三九二圖
兩側性複雑性兔唇

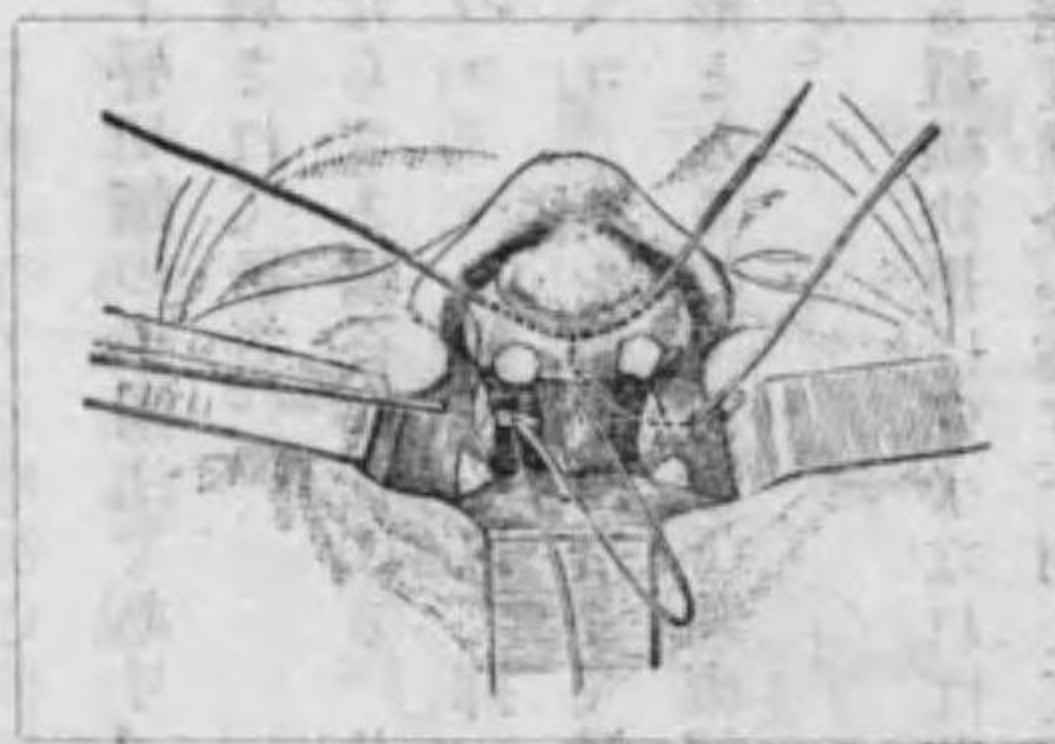


① 間顎の莖を切斷する、間顎を嵌入するには先づ骨切開を施して之を遊離せしめればならぬ。之を嵌入せしめれば鋤骨と共に鼻中隔となるが故に互に連結を適當ならしめる。此目的には鋤骨に三角形の切除を爲す。併し斯の如

第三九三圖
間顎を嵌入せしめる圖



第三九四圖
同上縫合する圖



き切開は鋤骨の支持力を妨げ不幸の醜形を遺す虞がある。故にラスコムブ氏の如きは三角形の切除を爲さず單純に間顎骨莖の水平切開を施して居る、それには有刃骨錐子或は骨剪を以て骨切開を爲し骨莖の頸部に於て兩側にかけて水平に切る。只骨縫合は一舉に全うし得ず、先づ骨莖を殘根部より骨折せしめて完全に遊離せしめればならぬ。次で間顎骨を鼻より遊離せしめる。かくすれば口蓋の所に骨莖部の面を現すから其上極を切除する。

⑤ 骨莖部を嵌入して之を固定する。骨莖部を間顎破裂の中に嵌入を試む。其容積若し過大なれば各側に於て之を削除し、整備し得る程度に骨容積を残す。而して骨縁の癒着を容易ならしめる爲め間顎破裂の兩側に於て少許の粘膜炎新創を作る。尙ほ骨莖を固定するに資する爲め好適の位地に之を嵌入し、二本の銀線をば間顎破裂の骨縁及び間顎骨を貫きて縫合し固定する。

① 口唇を修復する。間頸を修復すると同時に口唇を普通の方法で修復する人がある。併し又骨莖部を嵌入するに先だち單純に軟骨の帯を創造するに努め、然る後ち二次的に口唇を修復する人もある。是等の場合には必ず口蓋破裂（軟口蓋竝に硬口蓋）を合併するが、之れも亦五六歳頃迄には手術的に成形せればならぬ。若し時期を失すれば手術の目的を達すること愈々難い。

二 下唇外科

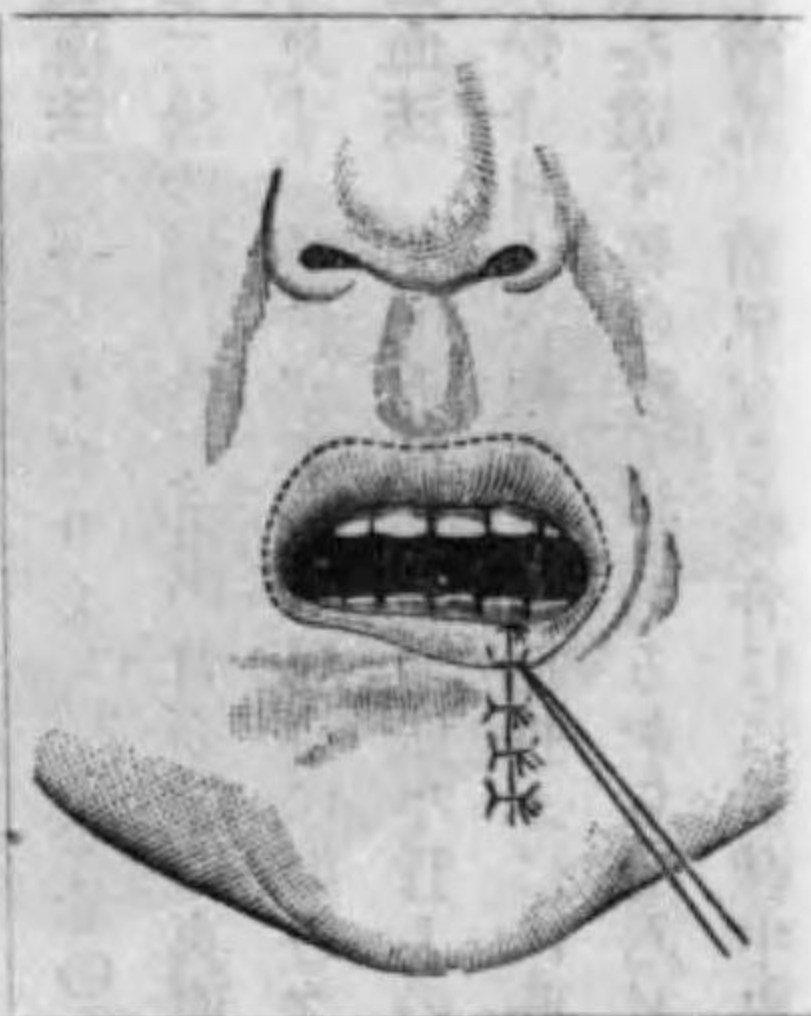
普通の臨牀に於て就中必要を感じるは下唇切斷の手術法であり、主として下唇腫瘍（特に癌腫）の場合に施行せられ、部分的切斷法及び全部切斷法に區別されて居る。

部分的切斷法 は腫瘍の範圍比較的大ならざる場合に行はる。此際局所麻痺法を施して之を決行す。
 ① 腫瘍の兩側なる健康部位に於て二箇のコツヘル鉗子を以て抑へるか或は「カットグット」を通して大量結紮を爲し臨時止血法を行ふ。次に直剪を取りてコツヘル鉗子に沿うて健康部を腫瘍の兩側に於て剪切する、而して切線は頤部に於て殆んど相合するから大體V形となるのである。健康部を残して腫瘍を悉く切除したる後ちコツヘル鉗子を除いて出血する血管を十分に結紮する。

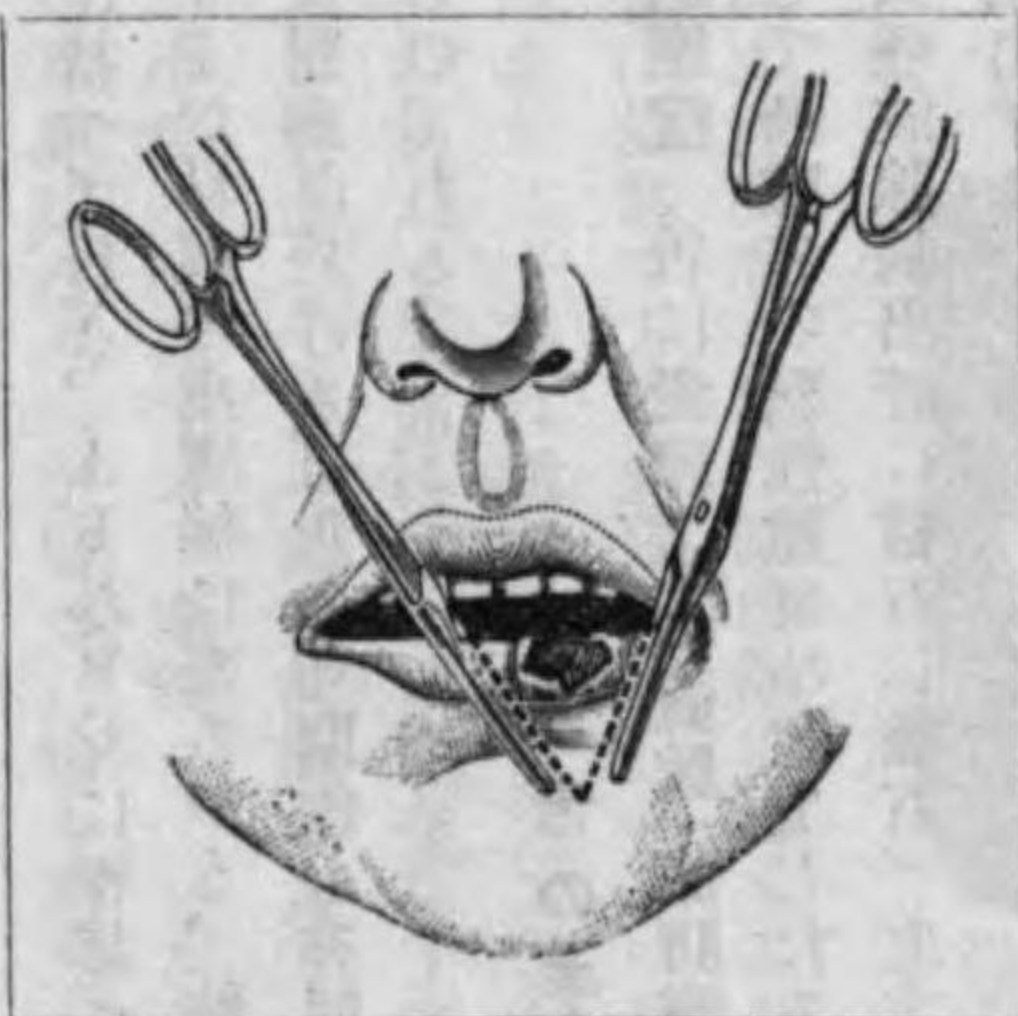
② 下唇を修復する。切除後に於て生ずる組織缺損は僅少なれば其儘に修復し得る。若しも缺損部が下唇半部に達せざれば簡單に兩方の切斷面を引合せて垂直縫合を施す。而して粘膜面は「カットグット」或は絹絲にて縫合し皮膚面は「クレムメ」を以てするを便利とする。

組織の缺損すること大なれば兩方の切斷面を直接に縫合し得るも、夫れのみについては或は口形を變じ或は狹隘と

第三九五圖

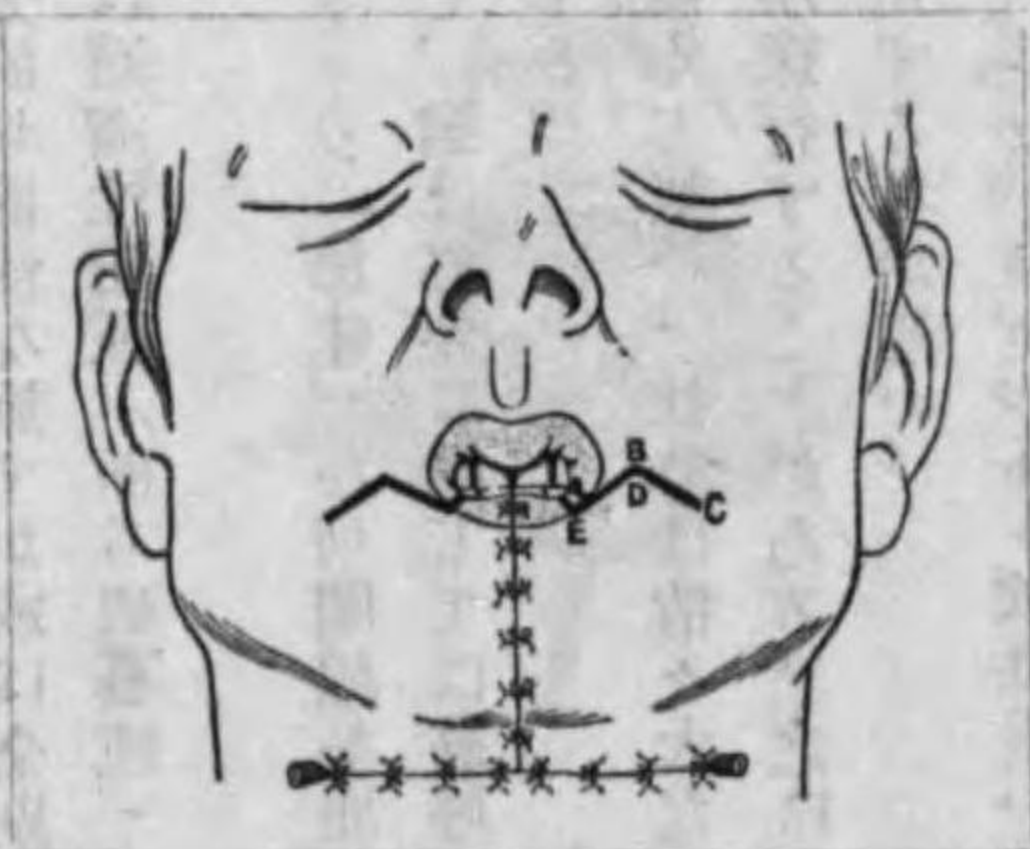


第三九六圖

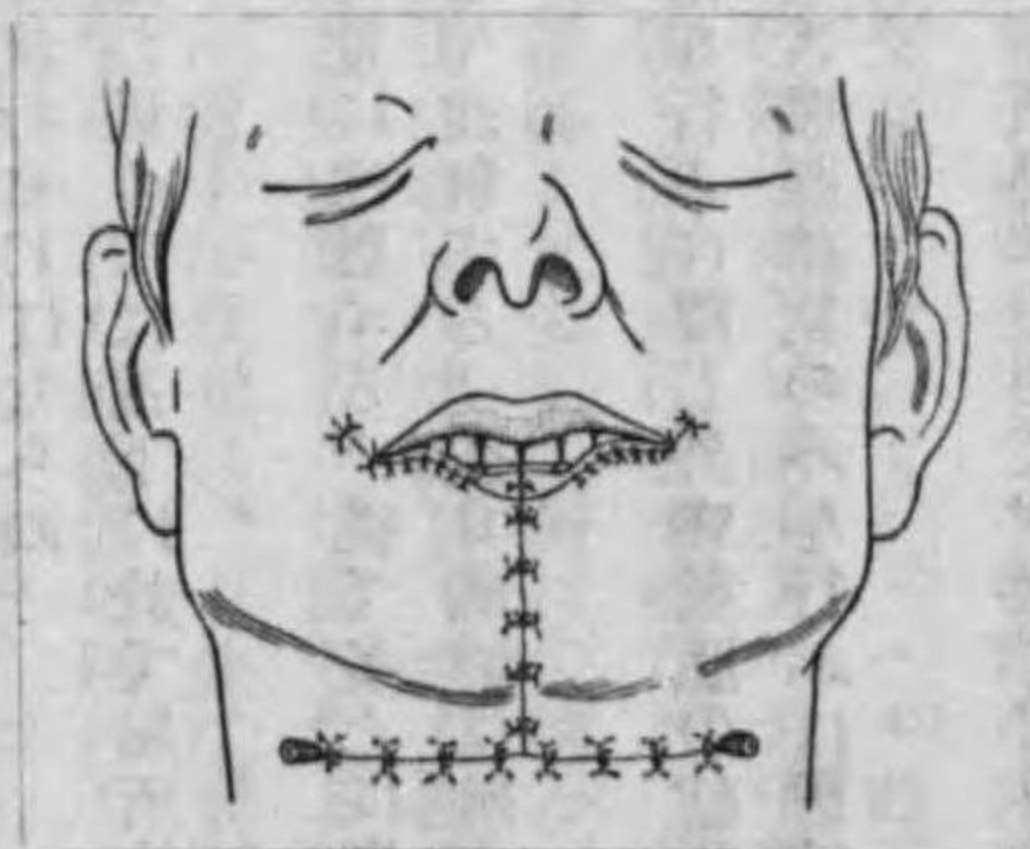


下唇外科

第三九七圖



第三九八圖



なる恐れがある、故に之を防止する必要があり、それが爲めには左右の口角に於てへ字形の切開を加へ、新しき下唇を成形するのである。即ち第三九七竝に第三九八圖に示すが如くへ字形を最初ABの方向に高く且つ多く後方へ頰部の全唇を切開し、次ぎにBよりBCの方向に低く且つ後方へ頰部の全唇を切開する。而して切開する長さはABもBCも各々一〇—一二mmを適當とする。是より縫合して下唇を成形するにA端をC

點に持つて行き、A BをB Cに密接せしめて皮膚面と粘膜面とを別々に縫合する、次にC D Eは恰も下唇縁に相當するが粘膜の皮膚縁に來るやう、粘膜を牽出しつつ皮膚縁に於て縫合するのである。
反對側に於ける口角の切開線も亦同様に縫合する、かく兩側に下唇の成形手術を施して口腔の門を十分に大きくするのである。

三 舌の手術

適應症 舌に囊腫・皮様囊腫・脂肪腫等の發生したる時は多くは抽出手術によりて腫瘍のみを除去し得るも、之に反して癌腫等の悪性腫瘍を發生したる時は部分的切除法を施すか或は全別出術を執行せねばならぬ。

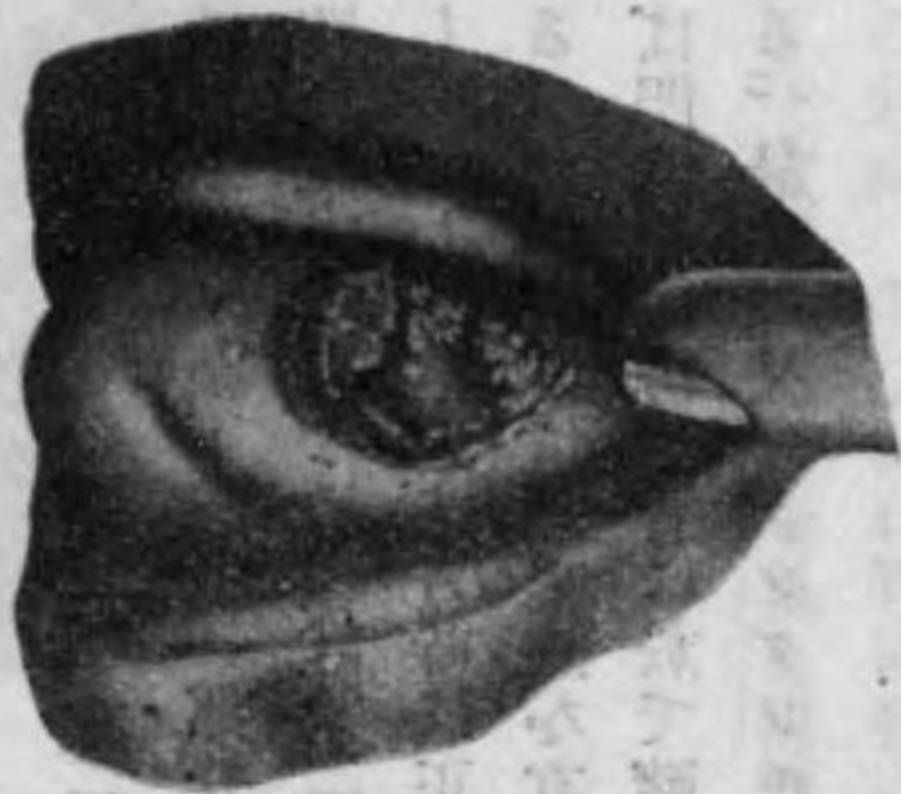
又唾液腺輸尿管に結石(唾石)生ずるか或は瀦溜性囊腫(即ち蝦蟇腫)の出來た場合には舌下に於て局所的に之を別出する。

麻痺法 一%ノボカイン(少量の「アドレナリン」加味)を切開線を加ふる部位に注射する。従て多くは楔狀を爲す二邊の線に於て舌の背面並に裏面に注射し、猶ほ必要に應じては筋層深くまで注射する。全身麻酔は殆んど其要を見ず、特に必要な場合にのみ之を施行する。

止血法 手術前豫め止血法を行ふの必要は殆んど無い。往時は稍々大なる手術を行ふに際し外頸動脈の結紮を行つたが今日も舌根部手術を行ふには此結紮法を豫行することがある。之に反して舌動脈結紮のみを行ふは爾後榮養障礙を遺す等の弊害があるから殆んど之を適用する者が無い。

手術式 簡單なる場合には舌體中央部に於て「カットグット」或は太い縫合糸を貫通せしめて、之にて舌を引出

第九圖 舌癌



第十圖 舌癌手術(-)



さしめる。或は術者二本の指を以て引出すも差支ない、次いでコックヘル鉗子にて第四〇〇圖の如く切開線より若干離れて挟み、即ち腫瘍或は其潰瘍なれば其兩側に於て腫瘍より少しく離れて挟み、コックヘル鉗子に沿うて切開し、恰も圖の如く楔狀に之を切除する。切除したる後ちばコックヘル鉗子を取除け、十分に創面を視診觸診する、若し腫瘍部の疑はしきもの

あれば更に廣く確に健康部に達するまで切除する。又出血する動脈の稍々大なるものあれば之を結紮すべきも、小血管は結紮する必要はない。次に切開線の縁邊を引寄せて、縫合糸を舌背より粘膜・筋層又粘膜を貫通して十分に縫合する。或は舌背・創縁及び舌裏面に於て別別に細糸を以て縫合することもある。

舌の殆んど半部に渉る切除を爲す場合にも亦同様に手術する、即ち局所麻痺を施したる後ち舌體に太い糸を通して舌を引出し、舌の縦横に圖の如くコックヘルを懸けて抑へ、此二個のコックヘル鉗子に沿うて切開線を入れ、終に舌體の半部を切除する。術後コックヘル鉗子を除去して創面を十分に検査し、出血する血管は之を結紮する。次に上下の粘膜縁を互に引寄せ、恰も筋層をば上下の粘膜にて裏むやうにして、「カットグット」或は絹糸にて十分に縫

第四〇一圖
同上(二)



第四〇二圖
同上(三)



第四〇三圖
同上(四)

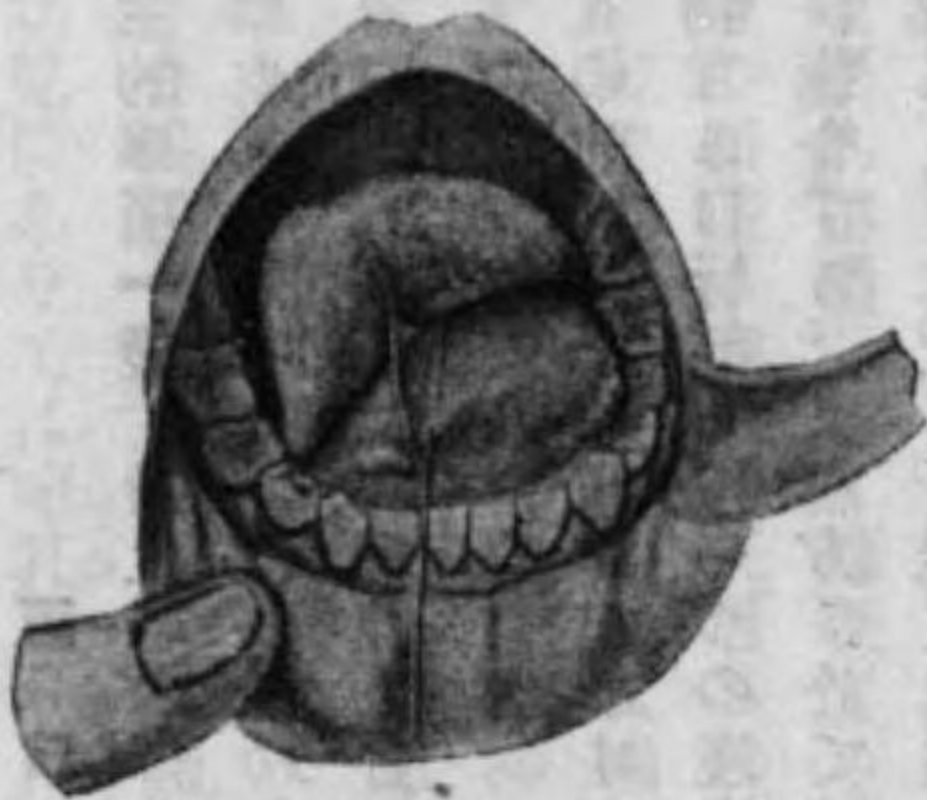


合する。

四 蝦蟇腫手術

蝦蟇腫は舌下腺・顎下腺の一部分が溢れ或は其排泄管が閉鎖して所謂諸溜嚢腫として發生するものが最も多い。大概は口腔底・舌下に現はる球状の腫瘍状を呈する。舌繫帯の側に占居するもの多く正中線に來ることは稀れであるが若し甚だしく増大する時は正中線を越して他側に及ぶこともある。又此者は甲状舌管の側分枝より發生することがある。此場合には氈毛皮を有して居り、舌下腺とは全然關係が無い。此他又は粘液腺より發生することがある、例へば門齒腺の排泄管に於て諸溜嚢腫を見ることがある。此場合には即ち門齒の直後にて正中線に現はれるわけである。最後に又ブランドン氏マイン氏舌尖腺の嚢腫として來るもので即ち舌尖腫瘍として觀察せられるものがある。

第四〇四圖



臨牀上の觀察 本症は口腔底特に舌下に現はるるが、多くは發育遅々として居る。併し後者は突然舌下の腫物あるを感じる。腫瘍は球形を呈し表面は平滑であり、灰白色・灰白紅色・帶青淡紅色の半透明なりと形容して可い。腫瘍の表面は緊張して弾力性を帯び、之に觸るれば波動を呈する。通常の大きなるは舌繫帯の側に占據するが頗る増大する時は舌繫帯を越して他側に及ぶことがある。其腫瘍の外観は半透明なるが本内容も亦無色透明の液體であり、極めて粘稠のものである。而して「ヒアリン」及び「ロダン加里を含有しない。又本腫瘍は下顎部に現はるることがある、之は専ら顎下腺及び其排泄管に發生したるものである。又屢々頰下に發來することもある。斯く出現する局所によりて本腫瘍に顎下蝦蟇腫及び頰下蝦蟇腫の各稱がある。而して是等は舌下の腫瘍を本據と爲し、細莖を以て之に連ることがある。

本腫瘍は通常多くは單房性であるが稀には多房性なることもある。

自覺的症狀を訴へること後者には尠ない。只嚢腫が比較的に大なれば談話並に嚙下を幾分か障礙する。小兒に在りては稀に呼吸困難を來すことがある。又嚢腫は自潰して消失することがあり、消失しては更に再び積溜して腫物として出現する。換言すれば自然の間に時々現滅するのである。

手術的治療 嚢腫を全部として剔出するを理想的とする。即ち腫瘍上の粘膜をも嚢腫壁と共に其儘剔出すれば嚢腫を破らす完全に剔出し得て極めて合目的である。若し嚢腫破れる恐れあるか或は破壊したる時は、先づ「ゾンデ」

を排泄管より本腺迄送入し、嚢腫を切開して、餘分なる組織を悉く切除し、終に嚢腫壁をば切開線に於て内面が外面に向ふやう反轉しつつ三四絲にて縫合する。又顎下或は頤下に出現したる嚢腫は到底口腔より剔出不能であるから、顎下若しくは頤下に於て外部皮膚を切開して進み、嚢腫を周圍より剝離して全部として之を剔出するのである。

又舌下腺から發生したる嚢腫は腫瘍のみならず舌下腺も共に剔出して爾後の再發を防がねばならぬ。

五 口 蓋

胎生的事項一般 胎生時の口蓋は極めて廣く裂在して居り、口腔と鼻腔とは互に連通した大腔となつて居る。それが胎生三ヶ月の後半位となつて左右の口蓋板が正中線に於て相接近するものである。それで胎生十週位の時口蓋裂在は甚だ廣く鼻咽喉も好く下から視かれる。けれども口腔と鼻腔とを閉鎖すべき口蓋部は明瞭に左右の板状をなして居る。

裂在の前境には前額突起より出づる間顎があり、その口唇も存在して、かの上顎突起の兩側から出づる齒槽弓や附屬物なる口唇部とは一つの淺溝によりて分たれて居る。胎生三ヶ月頃から左右の口蓋板は相近づいて、正中線に於ては癒合する。又前方に於ては間顎と連合するし鼻の方よりは此前額突起から垂下する鋤骨があつて、之が口蓋板と連ることになる。従て出來上る腔體は左右の二腔に分れる次第である。

是等口蓋裂在の痕跡や殘遺としては、前記の癒合部位に於て明瞭に認められる。例へば骨部に於ては門齒孔、口蓋及び門齒の縫合があり、硬口蓋の粘膜には縫隙ありて、之は往々口蓋帆の全約を貫くこともある。軟口蓋は口蓋

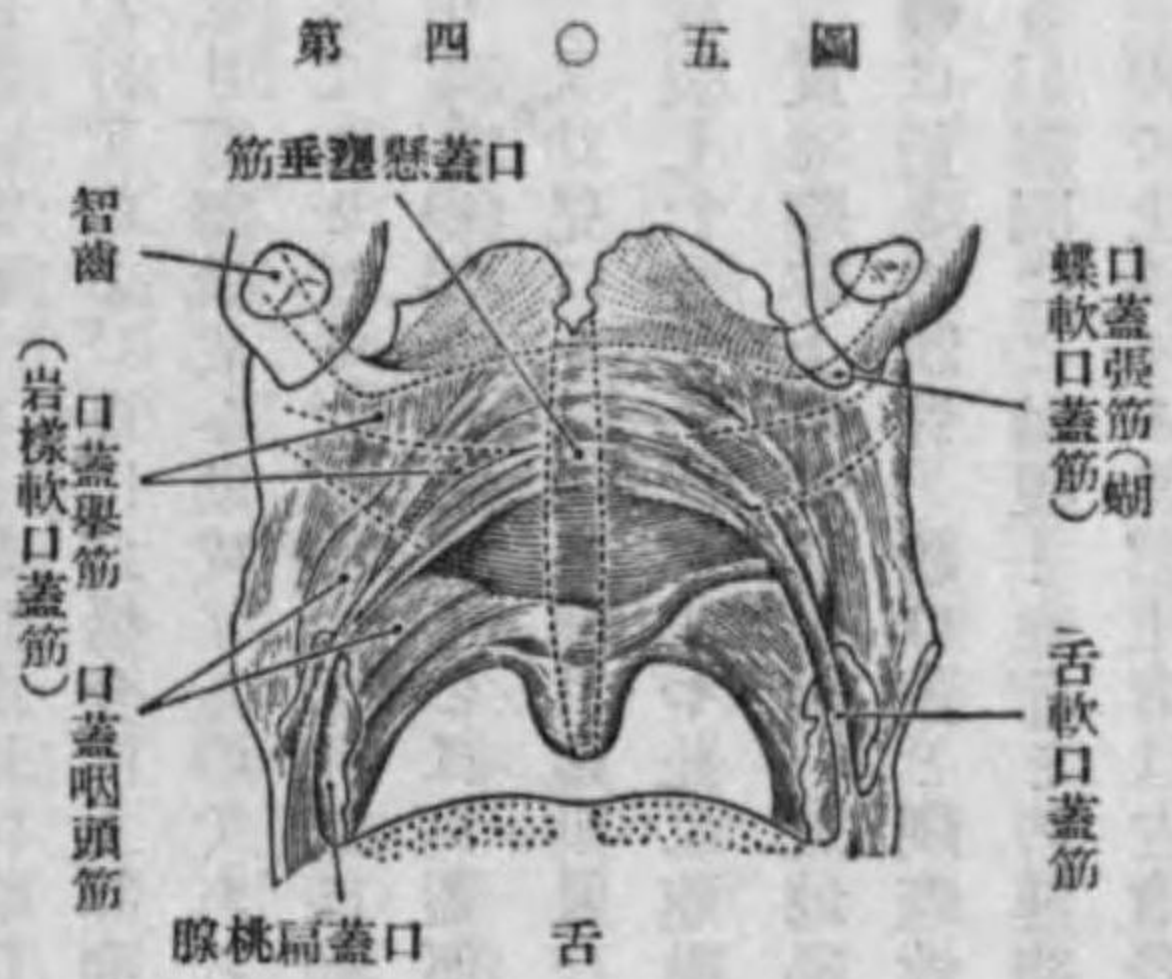
弓及び懸壜垂と共に上顎突起の左右口蓋板から出來上るが、就中其後部より發生することになる。又懸壜垂は元來軟口蓋の後端に起生するが各々左右の半部が癒合して生ずるものである。そして此癒合は四・五種の胎兒に於て既に證明せられた記載がある。

生理學的事項 特に釋明するの必要あるは口蓋の言語發生に對する關係であらう、つまり附屬管の一部として聲音生理の領域に這入つて居るのである。蓋し言語構成に際しては、殆んど總ての場合口蓋帆が舉上せられて、咽喉後壁に密著する。是に由りて咽口腔と咽鼻腔との間が閉鎖され所謂口蓋音を帶ぶる諸種の言語が完全に構成されるわけである。更に此場合は上部咽頭緊約筋が共働してパッサワント隆起となり、それが軟口蓋の背面に著くやうになり言語構成を助成するのである。猶ほ母音の發音と子音とに依りて、其趣き異なるものがある。是は後に再說することとするが、概して邦語は如何なる語類も、語尾に母音が接して居て口蓋運動を必要としないものは無い。就中「ア」の接尾音あるものは口蓋運動に大關係がある。

又幼兒にありては哺乳運動及び嚙下機いづれも十分なる口蓋運動無くては適はぬ。即ち口蓋の缺損したり、或は破裂したりすれば必ずや此二運動は阻礙せられる。

實地臨牀上の解剖要領 實地臨牀上特に手術に臨んで必要な關係は①口蓋と舌との間、②口蓋と咽頭との間、③口蓋と岩狀骨、④口蓋と蝴蝶骨との間等を連亘する筋肉組織である。口蓋と鼻腔との直接關係は診檢上須要であるが這間には神経と血管との連絡がある。今次に近隣部位との關係を述べる。

爰に上掲するは、上方は左右の智齒を結びつけた想像線を境界とし、下方は舌根部を限りて、觀察せるもので



壅垂に終るのである。

口蓋疾患

主題となるものは口蓋破裂である。畸形は外科の泰斗フォン、ランゲンベック氏の創めて詳記せられ、其療法に就き大家の潛心したものである。ランゲンベック氏に據れば口蓋破裂は二つの部分に大別される。①全口蓋破裂と總稱され居るものは硬口蓋竝に軟口蓋の廣く破裂せるものであり。②部分的口蓋破裂は口蓋の前部のみか或は後部

ある。①舌軟口蓋筋は舌根の外側から出て、口蓋扁桃腺の前面に走りて上行し、それより正中線に向つて縫際の所で懸壅垂の根部に這入る。②口蓋咽頭筋は左右兩側から硬口蓋後部及び軟口蓋全部を形成するもので、咽頭の外側前方から出て上方は正中線の方へ走行する。此間に於て口蓋扁桃腺は該筋の前方に位置して居る。該筋は左右のもの互に相合して軟口蓋の大部分を示す。又懸壅垂の筋肉も該筋より成るものである。③岩様軟口蓋筋は如上述べた筋層よりも深部に位置して、一方は顛顛骨の岩様部より起り、下方では軟口蓋の正中線に進み、大方は該領域に終結するが、又正中線を越して他側まで進み終るものもある。④口蓋張筋は又蝴蝶軟口蓋筋とも稱する通り、下方は硬口蓋の外側殆んど近き邊より出で、上方は蝴蝶骨に終る。該筋の運動に據りて口蓋は緊張するわけである。⑤口蓋の正中線に位置して、其内を走り懸

のみ破裂せるものである。

全口蓋破裂は外語「ウラノシユスマ」と云ふが、若し硬口蓋の破裂なれば兩側破裂及び一側破裂の二分類をして居る。けれども分類は甚だ紛らはしいのである。蓋し間顎及び鋤骨は二分して居ること殆んど無く、口蓋破裂の大なる場合には鋤骨や間顎が此間隙に嵌り込んで、元來一つの破裂を二分したるやうにて兩側性なるかに見えるからである。尤も間顎は前方口唇に突出して居ることが多い。

ランゲンベック氏は猶ほ正中破裂を記載して居る。之は極めて稀有なる畸形であり、人中・間顎・鼻中隔も、亦鋤骨も缺如するものは口蓋破裂は大きな空洞として咽頭まで續くのである。著者は未だ之を経験したことが無いから、只名稱だけを擧げて置く。

硬口蓋の重複破裂（即ち兩側性のもの）は、多くの場合、後方に入つては口蓋帆の正中破裂に移行するもので、而も前方に於ては兩側の兎唇が著しく、且つ多くは間顎の突出するものである。斯の如く極めて高度の畸形は又狼咽の名を附してある。

一側性口蓋破裂は左側に來るもの最も多く從て右側口蓋板は鋤骨と一處になるわけである。此際は軟口蓋も亦正中線に於て破裂し、其破裂口は上顎も口唇も合せて交通し、遂に前鼻孔に及ぶものである。此外に所謂不全口蓋破裂がある。之は硬口蓋の諸部分に來る。そして一側性兎唇・兩側性兎唇或は軟口蓋の正中破裂等を併發するのである。口蓋帆破裂は懸壅垂の正中部が切れて、それより口蓋骨の水平突起にまで波及したものである。又或は軟口蓋の一部分に不完全の破裂をして穿孔の形を示すものがある。又懸壅垂の破裂も屢々見られるものである。

口蓋破裂に伴ふ種々の症候 口蓋破裂は殆んど小兒に來るは本畸形の然らしむる所である。症候は小兒に在りては哺乳困難が來り、稍々長じたる時期とななりても嚥下困難は去らぬ。且つ外界の空氣に曝されたと同然な、鼻腔・口腔及び咽頭等の粘膜は間斷無く欣衝して所謂慢性カタルに罹るのである。次に必發の症候として最も須要なるは構音構語の障礙である。爰に言語科専門の見地から其要項を述べて見たい。

言語生理の見地から觀れば發音より構語まで呼吸を以てするが、實際母音は殆んど皆な鼻腔を通り、子音は口腔を過ぎる。只 m n ng 等の拗音は大牛鼻腔にて構成せられる。それか口蓋破裂の患者では、鼻腔と咽頭と一處になり、軟口蓋の作用は失うて了ふ、それで總ての發音構語は所謂鼻聲を帯びて來る。就中母音の中でも a 音は鼻聲弱く、o と e となれば漸次強く u と i となれば最も強い鼻聲となる。

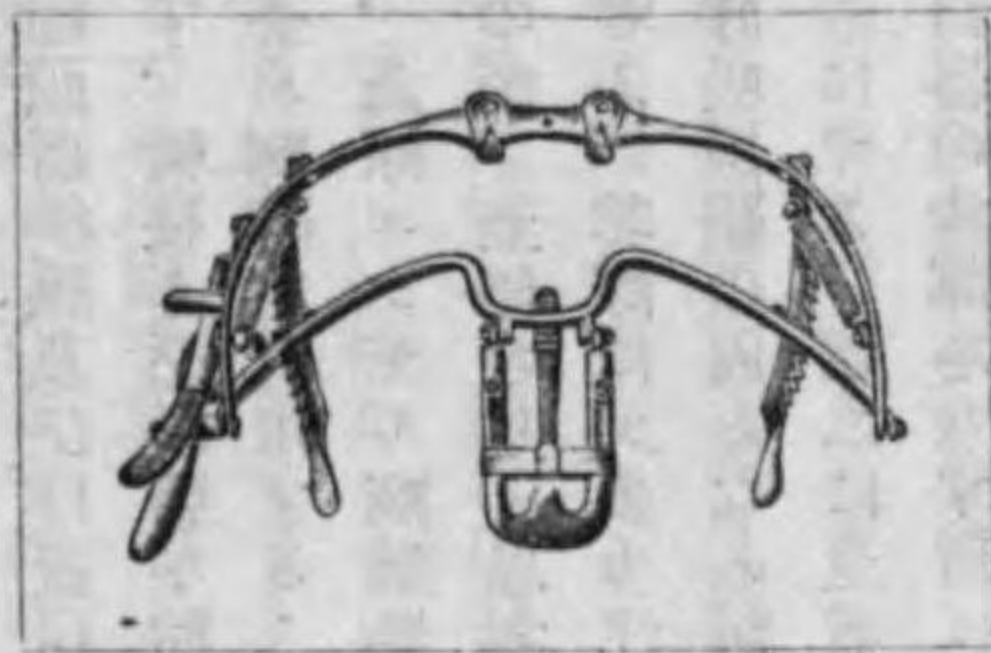
元來口蓋が満足に存在すれば、鼻腔・口腔及び咽頭は咽口腔と咽鼻腔とに分れる。即ち口蓋帆は擧上して咽頭後壁に接し、そこに上咽頭緊括筋が働いて該壁が隆起することとなり、所謂パッサワント隆起生じて、軟口蓋後面と相接する。かうした結果が如上の二腔に分るのである。子音を構成するには口腔の諸處が閉鎖せねばならぬ。先づ口唇・舌及び口蓋の三ヶ處の閉鎖は是非必要がある。所が口蓋破裂の患者では此閉鎖運動が出來ず、從て子音構成も不可能なわけである。併し患者は永い間發音に努力して、自から經驗を積み類似の程度まで構音する。就中 m n ng などの子音はもと一、鼻聲がかりだから比較的明瞭に聞える。又 k 音は尋常の場合なれば、舌が口蓋に附いて之を塞ぎ發音するのだが、口蓋破裂の患者では此運動は出來ぬ。乃ち舌根が喉頭入門を越して咽頭後壁と接し、k に類似して發音し、只前後が咳嗽するやうな響きがある。p t r など患者は比較的に熟練して正常に近い構音を

するのである。之を要するに子音の大概は喉頭内で構成するやうになる。

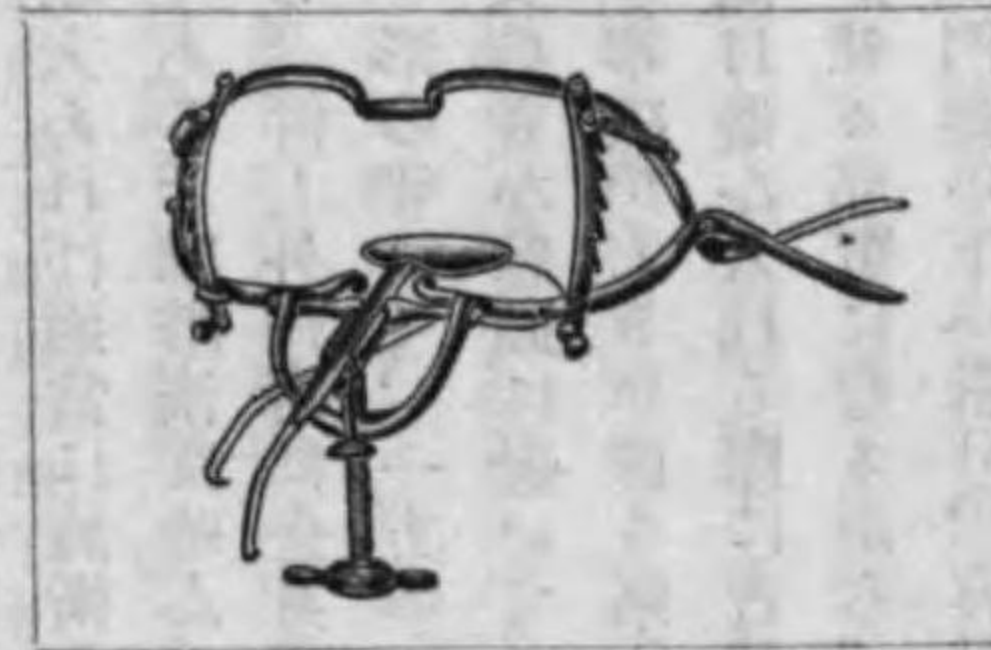
口蓋破裂の處置 外科の猶ほ幼稚なりし時代は「プロテーゼ」にて破裂の部位を閉鎖したのであるが、今日は萬止むを得ざる場合のみ斯法を用ふるに過ぎない。殆んど總ての場合吾等は手術によりて破裂を塞ぐのである。手術的療法に就てはチイフェンバツハ氏やファガツソンの造詣も認めなければならぬが、先づランゲンベック氏によりて大成したものと見るべきである。そして本手術は軟口蓋成形と及び硬口蓋成形の名稱があるが實際別々に行はれることは殆んど無い。故に簡單に口蓋成形と言ふのが至當なのである。

手術施行に際しては準備手術は須要なものである。例へば慢性粘膜炎カタルが鼻咽腔及び咽頭にあれば十分に治療し、又咽頭扁桃腺及び口蓋扁桃腺の肥大あれば適當に手術して治されねばならぬ。是等の存在は本手術の支障たるのみならず、術後も悪影響を貽すからである。麻醉法は殆んど常に局所麻醉のみに據り、只小兒にて萬止むを得ざる場合に全身麻醉を利用することがある。併し外科醫は全身麻醉を用ふること多く、且つ又懸頭位にて本手術を行ふが故に、此際ユンケル麻醉器に連る Y 形の管にて、一方の「ゴム管を鼻腔へ送入し、手術場面を支障せざるやうに麻醉するのが、至便なり」と思考する。又患者を懸頭に置いて手術を施すにはホワイトヘッド開口器を嵌用するが至便なりと考ふ。其際は又多少注意すべき事項がある。即ち第一に患者の舌體は開口器に押されて、餘りに後方へ落ち込むと呼吸困難の因となるが故に、開口器を入れる際に舌體を前方へ引いて、適當の位置で舌が開口器下に壓定さるるやうにする。第二に患者の下顎が往々邪覺になるから、助手又は看護婦をして可成前方へ抑へつけるのである。又開口器の鍍部をなす所は、患者の門齒の下へ當り、容易に動搖せざるやう注意するのである。外科方面では

第四〇六圖
ホワイトヘッド氏開口器



第四〇七圖
ヘルビンゲ氏開口器



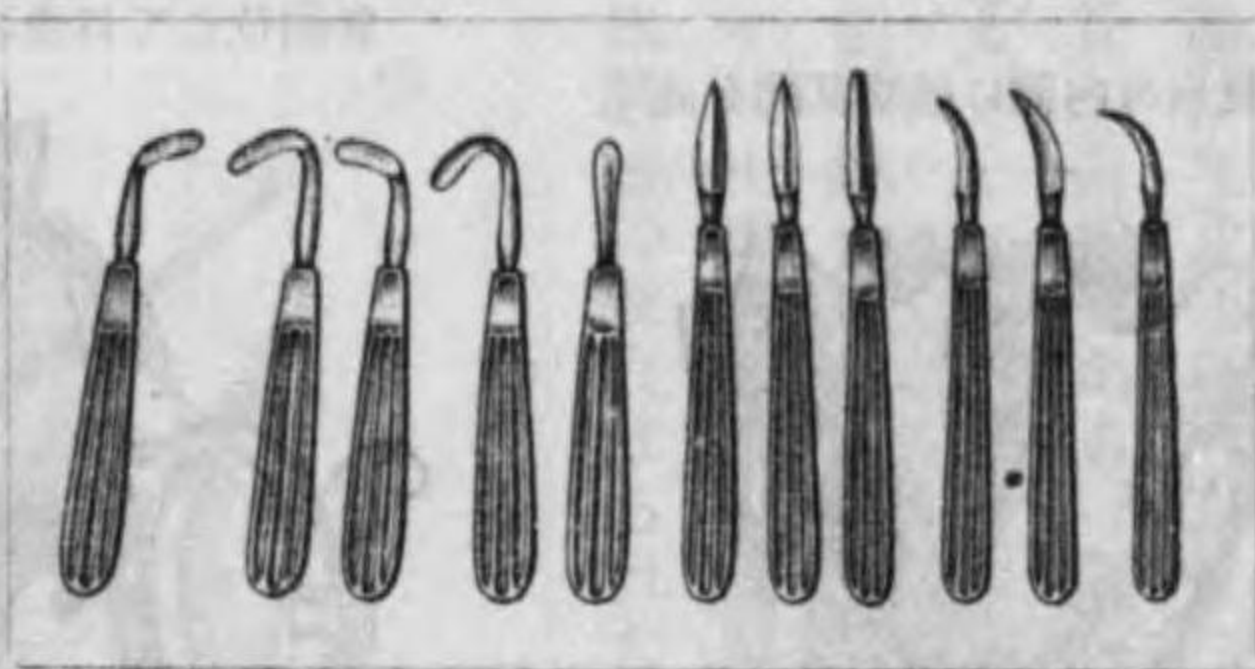
患者の懸頭位を保つに助手や看護婦を使用するが、鼻喉科専門から見れば甚だ便利ならずと思はる。吾人は懸垂喉頭検査（竝に手術）に應用して居る患者臺を置いて其頭部保持機をここに利用するのである。斯うすれば助手や看護婦の手を省くばかりで無く、手術を受くる患者も甚だ寝心地の好いものである。次に本手術を數項に分ちて述べん。

初軟口蓋部の邊緣を切つて進み、次いで硬口蓋の方へ及ぼすが、其間切創は全深に互らず、差當り軟口蓋に於いて残し置いて硬口蓋の方へ進むのである。硬口蓋の破裂縁を切るには、特にランゲンベック氏の短かく曲がつた骨刀を利用するが至便である。即ち該骨刀を以て粘膜から骨膜まで銳利に切り落すのである。次に鑷子にて切創縁を摘み上げつつ、臥位に在る患者なれば硬口蓋の方から剪刀にて切り落して行く。尋常の坐位に在れば懸垂垂の方が軟口蓋へ硬口蓋へと切り落して行くのであるが、最後に懸垂垂に當る部位は多少の莖を貽して置き後に懸垂垂を造るに便ならしめる。

② 脱緊切開を行ふにも亦前方から後方へ齒列に沿うて進む場合あり、又懸頭の位置にあれば反對に後方より前方

へ切り進むも好い。さうして其範圍は圖に示すが如く後方は智齒に近く翼狀鉤の部位に刀を入れて切り進むが、前

第四〇八圖
ランゲンベック氏器械式



第四〇九圖
口蓋破裂の縁創と脱緊切開線
(赤色にて示す)



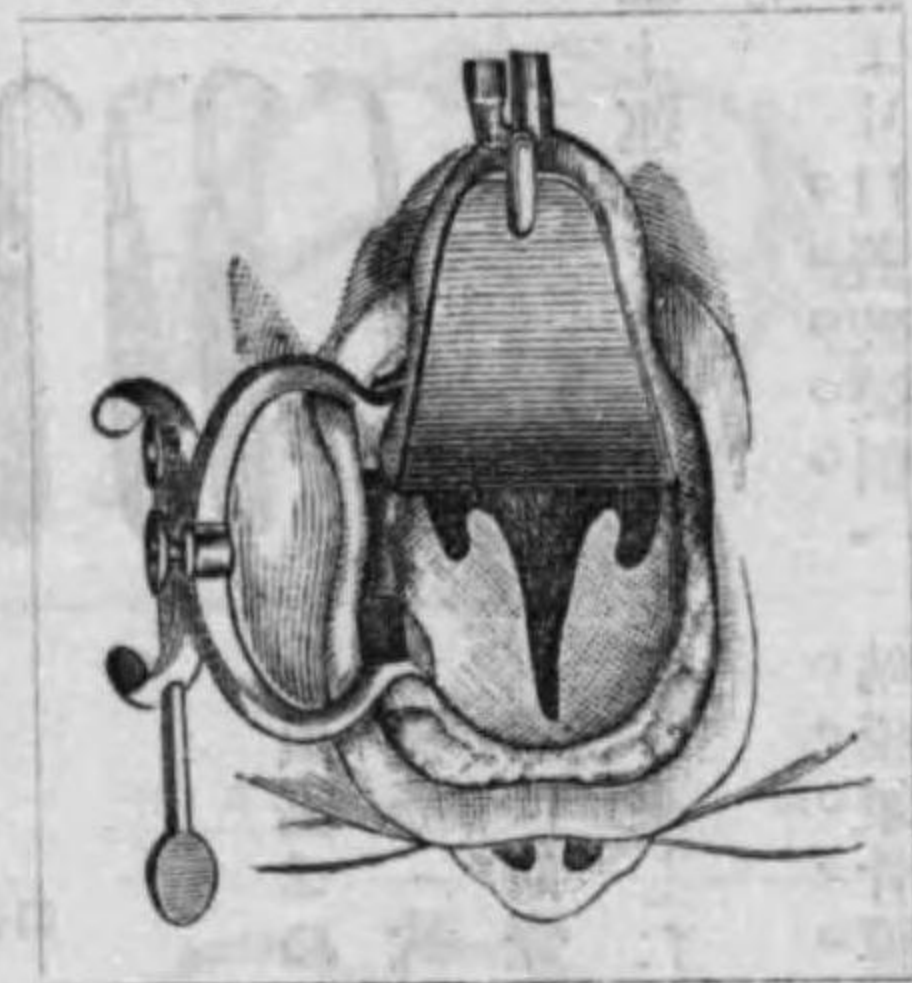
方は兩側破裂の場合に由り、或は門齒の間まで切り、或は犬齒と第一小白齒との邊まで切るのである。且つ成るべく齒列に近く切り進むが好いのである。猶ほ此際には解剖要項に所掲の第四〇五圖を觀て考慮し、口蓋諸筋の層々を徒に

軟口蓋の擧上運動に差したる支障を來したりとも思はなかつた。レキセル氏等も該筋を切りて左程の障礙残らずと云うて居る。

③ 脱緊創より口蓋破裂創へ 粘膜炎骨膜下の剝離が頗る重要なる成因である。即ち小さい屈強な「エレバトリウ

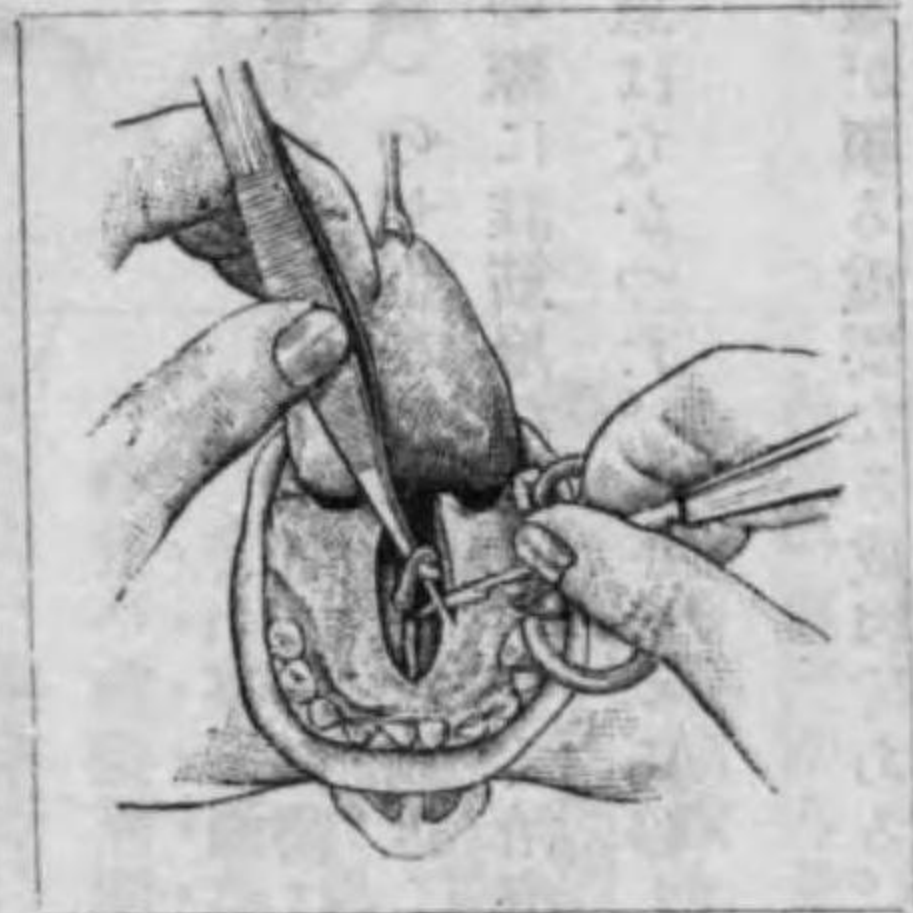
第四一〇圖
(一)

懸頭位にて口蓋破裂を手術す



(二)

破裂縁に新創を造る



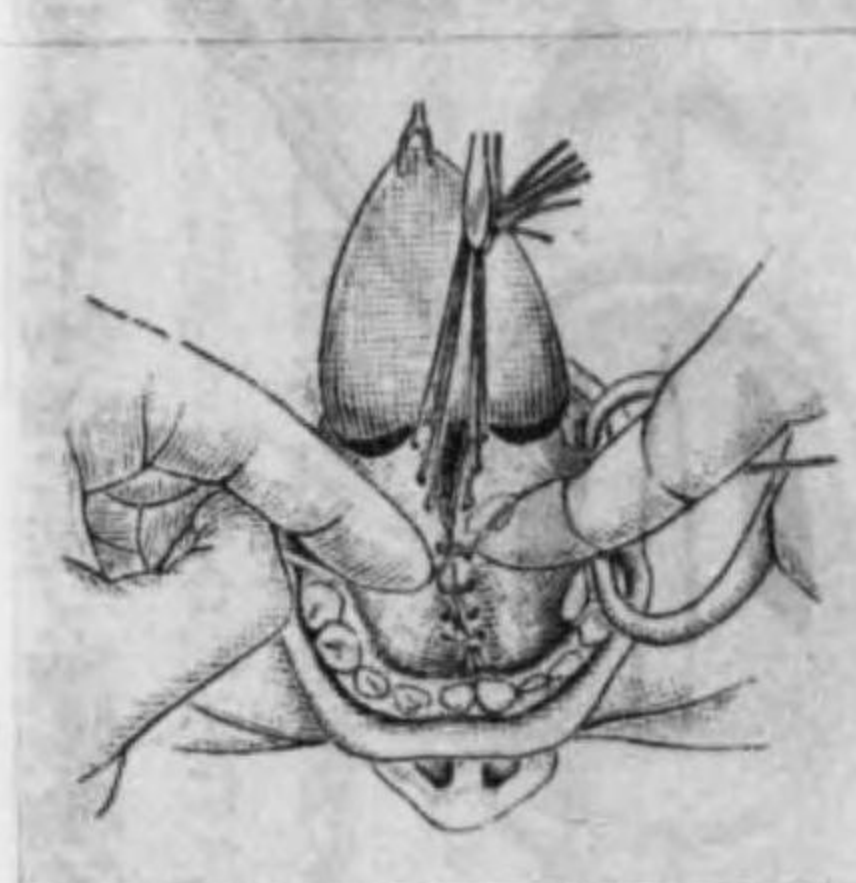
第四一一圖
(一)

左右齒列の内側に脱緊切開を施す



(二)

破裂新創に於て破裂を縫合す



ム」を執りて兩側なる脱緊創より剝離し始める。そして粘膜及び骨膜は相離れぬやうに且つ切れ目の生ぜぬやうに注意して剝がす。それには矢張りランゲンベック氏の「エレパトリウム」もあるが我等は鼻喉科で日常用ふる起子を利用して居る。只粘膜と骨膜とを一と纏めにして口蓋骨より剝離することは口蓋諸筋を徒らに損傷せぬ極意の存する點であるから用意周到にせねばならぬ。そして剝離進行すれば外側の脱緊創より破裂部位に作つた新鮮創縁まで貫通するのである。

猶ほ破裂創の後上方に當り、恰も翼狀鉤の上に骨性隆起があつて甚だしく脱緊の邪魔になるといふので、ピルロート氏等は鑿にて之を叩き落すことを唱道して居るが、吾人は多くの場合起子にて叮嚀に剝離して置き、格別の障礙を貽さなかつたのである。併しヒ氏等の法は極めて簡単な操作なるが故に必要なれば鑿に便るも亦何等の妨げは無いのである。

●破裂創の縫合には又一段の注意を要する。これには元來ランゲンベック氏考案せる縫合針が至便とされたが、其後プロウフイ氏縫合針、銀裂クラムメル^ルが用ひられたりした。又ツエルニイ氏針が考案せられたり、本邦にありても岡田教授の改良せられたるツエルニイ型の針があり、久保猪之吉教授の指示された縫合針などがある。就中

第四一二圖
久保氏深部縫合針



久保教授の深部縫合針は意匠の精巧なる點に於て群を抜いて居ると云うて好い。かの扁桃腺手術後の出血に際して用ひらるるウィットマアク氏・ウインドレル氏の深部縫合針も此場合に好く應用される。猶ほ全身麻酔を施し懸頭の位置で手術する場合には、通常の縫合針(少しく曲りたれば猶ほ好都合なり)にても結構に縫合されるのである。破裂創を縫合すればここに圖示(第四一五圖)せる如くなるが、吾人は猶ほ脱緊を兼ね、縫合を確實にする爲め、兩側で破裂創と脱緊創との中間に當り、細くて小さい金屬板(錫製のもの)の二孔を穿てるものを置き、即ち二孔より絲を通して、其絲端をば