日本內科全書

卷參

青山胤通
林春雄
富士川游
尼子四郎
宮本叔
撰編

第三册

〔三八五頁乃至四八八頁〕

胃病各論

大正三年二月

吐鳳堂發行

（第四回出版）

稟告

日本内科全書卷三第參册完成致シ本日ヲ以テ豫約諸君ニ配布致シ候事ヲ得ルハ弊堂ノ大ニ光榮トスルトコロニ御座候、本册ニハ前册ニ續キテ、井上、北村兩氏述胃病各論ヲ收載致シ候、原稿訂正ノ都合ニヨリテ今回ハ四八八頁マデ刊行致シ、四八九頁以下ハ引キ續キ刊行スベク又本回分不足紙數ハ次回ニテ必、補充ノ筈ニ御座候、尙ホ次回ハ本年四月中ニ刊行致シ可申候間左樣御承知被下度願上候。

大正三年二月下浣

日本内科全書發行書肆

吐鳳堂

田中增藏敬白

（附言）第三卷第一册（一頁ヨリ百六十頁マデ）ハ口腔・咽喉・食道ノ疾病ヲ記述セルモノニシテ、本年五六月ノ頃ニ刊行ノ豫定ニ御座候。

謹告

一。日本内科全書ハ全十卷。毎卷紙數約九百頁ヲ標準トシ、毎月一冊、二百五十六頁宛ヲ刊行スル豫定ナルガ故ニ、毎冊ハ記事ノ途中ニテ中絶スルコトアルベシ。故ニ、毎冊ノ表紙ニ、卷數・冊數・頁數ヲ明記スルヲ例トス。

二。毎冊ノ内容ハ表紙ニソノ大要ヲ示スノミニテ別ニ目次ヲ附セズ。毎卷ノ終末(毎卷最後ノ冊子)ニ、其卷ノ目次・索引・扉紙ヲ附スベキガ故ニ、製本ニ際シテハ。コノ點ニ留意アランコトヲ望ム。又希望ニヨリテハ、製本用ノクロース(金文字入)ヲ送附スベシ(但、コレハ頁數ノ多少ニヨリテ價格ニ差異アルガ故ニ、毎卷ノ結了ト共ニ價格ヲ定メテ報告スベシ)。

三。今回刊行シタル卷二第三冊ハ消化器病篇ノ第三冊ニシテ、コノ冊中ニハ前冊ニ續キテ胃病各論ヲ收メタリ。又、青山博士述脚氣病論ヲ卷八(傳染病論)ノ別錄トシテ同時ニ刊行シタリ。印刷紙數ノ都合ニテ、豫定紙數(二百六十八頁)ニ足ラザルコト一百余頁ナリ、(元來一冊ノ豫定紙數ハ二百五十六頁ナレドモ第一回刊行ノ分ニテ四十八頁ヲ超過シ、第二回刊行ノ分ニテ二十頁ヲ超過シ、第三回刊分ニテ十二頁不足シタレバ今回ノ豫定頁數ハ二百六十八頁ナリ)、コノ不足ハ次回刊行ノ分ニテ必、補塡スベシ。後來モ時時此ノ如キ場合アルベク、ソノ際ハ、次回ノ刊行ニ際シテ、豫定紙數ヨリ增減スルコトアルベシ、故ニ、毎冊ノ價格ニハ紙數ノ增加セルトキト、減少セルトキトニヨリテ變動ヲ生ズルコトナシ。

四。本書ニ用フルトコロノ術語及ビ用語ハ、成ルベクコレヲ一定センコトヲ企テタリ。譯語ノ選定ニツキテハ、撰者、編輯委員、及ビ在京執筆者諸氏ノ會合ノ席ニテ、從來行ハレタル譯語ニシテ專門家諸氏ガ選用セラレタルモノハコレヲ其儘ニ用ヒ、不適當ト認ムルモノ及ビ新ニ譯字ヲ定ムベキモノハ編輯委員會ニテコレヲ議定スルコトニ評議一決シ、コノ目的ニテ編輯委員會ヲ開クコト、大正元年八月ヨリ毎月一回、特ニ斯學ニ造詣深キ大槻如電翁ヲ煩ハシテ、毎回出席ヲ乞ヒ、委員富士川游ノ原案ニ基ヅキ、譯字ノ可不可ヲ討議シテ一定セルモノヲ用ヒタリ。

新定又ハ選定ノ譯字ハ、本文中ニ西洋語ヲ插入シテ明示スルガ故ニ、讀過スレバ自カラ明瞭ナルベシト雖、試ミニ卷一第一冊・卷二第一冊・卷三第二冊及ビ第三冊中ニ現ハレタルモノノ内、著シキモノヲ擧グレバ左ノ如シ。

基質	Anlage	壓注	Douche (Dusche)	レントゲン輻射線	Rötgenstrahlen
姿質	Habitus	透熱法	Thermopenetration	荷重試驗	Belastungsprobe
稟質	Temperament	鬱積	Wallung	食慾	Apetit
枯瘦	Marasmus	鬱滯	Stauung	注流雜音	Durchspritzgeräusch
物質代謝	Stoffwechsel	病前史	Anamnese	壓通雜音	Durchpressgeräusch
害物	Schädlichkeiten	辨症	Differntialdiagnose	畏食症	Sitophobie
能働性	Aktiv	潛出血	Okkulte Blutung	送出	Austreibung
受働性	Passiv	氣脹	Flatulenz	窓入	Einziehung
機能	Funktion	鼓脹	Metorismus	横隔膜性内臟脫	Eventratio diaphragmatica
症狀	Symptome	消化困難	Dyspepsie		
潤爛	Maceration	按撫法	Streichen		
包纏法	Einpackung	震搖法	Vibration		

病名ノ中ニモ、從來西洋ノ語ヲ漢字ニテ書キタルモノト、假名ニテ書キタルモノトアリ、本書ニハソノ書式ヲ一定シテ、タトヘバ、腸窒扶斯・實布垤里・僂麻質斯等、已ニ廣ク公私ノ間ニ行ハレタルモノハ、漢字ニテ書クコトトナシ(漢字ノ中ニテモソノ一種ヲ選ビタリ)、ソノ他ハ、スベテ假名ニテ書クコトトシタリ、タトヘバ、パラチーフス・アンギーナ・ヒステリー・スコルブート・マラリア・イレウス・インフルエンザ等ノゴトシ。

藥物ノ稱呼ハ、大體、日本藥局方所定ニ基キ、一二ノ點ニ修正ヲ加ヘテ、一定セルモノヲ用ヒタリ。

五。用語ニ關スル事項中、一二ノ特ニ擧ゲテ、注意ヲ乞フコトハ、本書ニテハ『蓋、又、亦、甚、屢、始、漸』等ノ文字ニシテ、一字ニシテソノ意義ヲ盡クスモノハ句點ヲ附スルノミニテ假字ヲ附セズ、若、ソノ文字ノハタラキニ變化アル場合、タトヘバ『及ビ、及ブ』等ノ場合ニハ、常ニ假字ヲ附スルヲ例トセリ。又、新ニ假名ヲ製造シテ用ヒタルモノ數種アリ、左ノゴトシ。

ラ (la)　リ (li)　ル (lu)　レ (le)　ロ (lo)

斯ノ如ク、Lノ音ヲアラハスガタメニ普通ノ假名『ラ、リ、ル、レ、ロ』ニ。ヲ附シタルモノヲ新ニ製シ用ヒテ、Rノ音ト區別シタリ。

ぢ cha　ぢ chi　ぢ ch　ぢぇ che　ぢ ch

斯ノ如クchノ音ヲアラハスタメニ『ハ、ヒ、フ、ヘ、ホ』ニ△ヲ附シタル活字ヲ新製シタリ。

チ ti　ツ tu

Tノ音ヲアラハスタメニ『チ、ツ』ニ。ヲ附シタル活字ヲ新製シタリ。

又、從來發音ノ詰マル場合ニハツノ假字ヲ小サク書クヲ例トシタレドモ、拗音(タトヘバキャ、キュ、キョ等)ヲ示スニモ同一ノ書式ヲ用ヒザルベカラザルガ故ニ、本書ニハ新ニツノ字ヲ製作シテ、用ヒタリ、タトヘバ

ぺツテンコーフェル (Pettenkofer)

六。地名ニハ右側ニ複線ヲ附シ、人名ニハ右側ニ單線ヲ附スル等ハ、普通ノ例ニ依レリ。

七。本書ノ凡例等ハ、第一卷ノ終末冊ニ附スベク、本卷ノ目次及ビ索引等ハ本卷ノ終冊ニコレヲ附スベシ。

大正三年二月下浣

編輯委員謹言

(1) Die diätetische Therapie
(2) Link
(3) Flüssige Kost
(4) Trockenkost
(5) Moritz

本病ノ療法ヲ分チテ普汎療法及ビ局處療法、卽、本病療法ノ二トス。

(甲)普汎療法　本病ハ普汎性無力症ノ一分症ニシテ、貧血或ハ神經衰弱症ノ本病ノ基礎タルコトアレバ、胃筋ノ緊張ヲ高ムルガタメニ普汎療法ヲ行フコトヲ要ス。

(乙)本病ノ療法　ヲ食養療法・藥物療法及ビ理學的療法ニ分ツ。

(一)食養療法[1]　本療法ノ目的タルヤ、榮養ヲ佳良ナラシメ、胃筋ノ緊張ヲ高ムルニアリ。故ニ滋養ニ富メル食物ヲ、弱キ胃ノ耐ヘ得ルヤウニ調理シテ與フルヲ要ス。本患者ハ食後ニ仰臥セシムルヲ良トス。コレ仰臥位ニ於テハ、食物ハ脊柱等ニヨリテ恰適ノ支持ヲ得ルノミナラズ、リンク氏[2]ノ試驗ニ據レバ、起立位ヨリモ、仰臥位ノ方、食物ノ胃ヲ去ルコト迅速ナリ。加之、安靜ハ物質ヲ消耗スルコト僅少ナル利アリ。胃アトニーニハ就褥ヲ要スルモ、種種ノ事情ニヨリテコレヲ實行スルコト能ハザル場合ニハ、主ナル食事ヲ了リタル後、一・二時間安靜位ヲ取ラシムレバ、食物ノ腸ニ移行スルコト速ナリ。

度數ヲ少ナクシテ一時ニ大量ノ食物ヲ與フルヨリモ、度數ヲ多クシテ少量ヅツ與フルヲ可トス。

本病患者ニ與フベキ食物ニ就テ二樣ノ說アリ。(一)ハ流動食[3]ヲ與フベシトノ說、(二)ハ乾燥食[4]ヲ與フベシトノ說ナリ。

流動食ハ速ニ胃ヲ去ル利益アルモ(モーリツツ氏[5]ノ試驗ニ據レバ、胃內容ノ中、最、早ク胃ヲ去ルハ液體ニシテ、コレニ次グハ粥狀食、最、遲キハ固形食ナリ)、流動食ヲ以テ多量ノカロリーヲ體內ニ輸入センニハ、大量ヲ要シ、從テ胃ノ負擔ヲ增加セシムルノ缺陷アリ。固形食ハソノ消化ニ先ダチ、消化液ニテ液化セラルルヲ要シ、從テ永ク胃ニ停滯スルノ缺陷アルモ、少量ノ容積ヲ以テ、多量ノカロリーヲ體內ニ輸入シ得ルノ利益アリ。流動食及ビ固形食ノ中、何レヲ與フベキカハ、患者ノ就褥スルト通常ノ如ク職業ニ從事スルトニ關ス。就褥セル者ニハ流動食ヲ與フルモ可ナレドモ、就褥セザル者ニハ、主ト

(1) Die medicamentöse Therapie

シテ粥狀食若クハ固形食ヲ與ヘ、牛乳・スープ・茶ノ如キ液體ハ、制限シテ一日ノ量一リートル乃至一リートル半ヲ越エシムベカラズ。

食物ノ選擇上注意スベキコトハ、胃液ニヨリテ容易ニ液化セラルルモノ、竝ニ腸ニ於テ容易ニ消化セラルルモノヲ得ルニ在リ。淡泊ノ魚肉・脂肪ノ少ナキ肉(挽肉トナシ)・卵・粥・白麵麭・再焙麵麭(フヰーバック)・馬鈴薯粥等ハ用フルニ適ス。本病ノ多數ハ、鹽酸過剩症ヲ發スルヲ以テ、香料・酒類・生ナル果實・脂肪ノ多キ肉類ヲ與フレバ、或ハ分泌ヲ催進シ、或ハ永ク胃ニ停滯スルノ虞アリ。牛酪(脂肪ハ鹽酸ノ分泌ヲ制止スルノ作用アリ)ハ與フルモ可ナリ。

(二)藥物療法(1)　胃筋ノ緊張ヲ高ムルニハ、主トシテ**ストリキニーネ**及ソノ製劑ヲ用フ(但、學者ノ**ストリキニーネ**ノ效力ヲ疑フモノモアリ)。其他、**アルコホール**製劑・**オレキシン**・**クレオソート**・吐根・麥角・**カフェイン**・流動**ハマメリス**越幾斯・**ペプトン**溶液・肉**エキス**等モ同樣ノ目的ニテ使用セラルルコトアリ。

方　**ゲンヂアナ**丁幾　一〇・〇　蕃木鼈丁幾　一〇・〇　右一日三回、二十滴宛、水ニ滴加シテ服用。

方　蕃木鼈越幾斯　〇・〇一　安息香酸**ナトリウム**・**カフェイン**　〇・二　白糖　一・〇　右一包量、一日三回、一包宛服用。

方　蕃木鼈越幾斯　〇・〇二　次硝酸蒼鉛　〇・五　右一包量、一日三回、一包宛。

方　蕃木鼈越幾斯　〇・〇三　重炭酸**ナトリウム**　大黃根末　各〇・四　右一包量、一日二回、服用。

酸酵ヲ伴フトキハ、制酵劑ヲ用フ。

方　**クレオソート**　〇・〇五　乳糖　〇・三　右膠囊ニ包ミ、一日三回、食後ニ服用。

(1) Boas　(2) Die physikalische Therapie　(3) Massage　(4) Magendusche

方　硫酸**イヒチオール**、**アンモニウム**　〇・一　右膠囊ニ包ミ、一日三回、食後ニ服用。

胃部壓重ノ感強キモノニハ**ボアース**氏(1)ハ**ヴリドール**ヲ賞用セリ。

方　**ヴリドール**　一〇・〇　右一日三回、五滴宛服用。

貧血ニ對シテハ、鐵劑ヨリモ亞砒酸製劑ヲ可トス。

方　**アトキシール**　二・〇　蒸餾水　八・〇　右注射用、一日2/10筒ヨリ始メ、毎日1/10筒ヅツ增量シ、一日全筒ニ至ル。

方　**ホーレル**水　一〇・〇　蕃木鼈丁幾　二〇・〇　右混和、一日三回、二十滴宛服用。

礦泉、特ニ溫ナル礦泉ノ大量ヲ服用スレバ、胃腸ノ弛緩ヲ增加スベキヲ以テ不可ナリトス。

便祕ニ對シテハ蘆薈・**ヤラツパ**・**コロシント**・鹽類下劑等ヲ用ヒズ、止ヲ得ザル場合ニハ**カスカラサグラダ**・**レゲリン**・**ホリクリン**等ヲ用ヒ、或ハ灌腸スベシ。

(三)理學的療法(2)　按摩(3)ハ主食後三時間ヲ經テ行フベシ。

電氣　ハ或ハ腹壁ニ通ジ、或ハ胃內ニ通ズ。而シテ胃內ノ電氣ハ、腹壁ニ用フルヨリモ效アルガ如シ。

胃壓注法(4)ハ、胃筋ノ緊張ヲ高ムルノ效アリ。

胃下垂ニ對シテハ、ローゼ氏絆創膏帶ヲ使用スベシ。

(1) Motorische Insuffizienz I. Grades
(2) Megalogastrie
(3) Gastrektasie
(4) Ewald
(5) Pylorusstenose

胃擴張症 Dilatatio ventriculi, Gastrektasie, Magenerweiterung.

食糜瀦溜症 Ichochymie. (Einhorn)

第二度胃運動不全症 Motorische Insuffizienz II. Grades. (Boas)

胃、特ニ幽門部ニ器質的疾患アリテ、運動障碍ヲ發シ、食糜永時胃内ニ停滯スレバ、胃腔ハコレガタメニ漸次擴張スベシ。單ニ胃運動機能ニ障碍アルヲ運動不全[1]ト云ヒ、胃機能ニハ障碍ナク、單ニソノ容積ノ異常ニ大ナルヲ巨大胃[2]ト云フ。後者ハ先天性ノ異常ニシテ、病的ノモノニアラズ。胃腔ノ擴張ト同時ニ運動機能ノ障碍アルトキハ、コレヲ胃擴張[3]ト稱ス。

エーワルド氏[4]ニ據レバ、胃容積ノ一六〇〇乃至一七〇〇立方センチメートル以上ニ達スルヲ胃擴張トナス。

原因 本病ノ原因ハ(一)幽門狹窄・(二)胃送出力ノ微弱・(三)過食等ナリ。而シテ、諸原因中最、多數ヲ占メ、加之、最、高度ナル擴張ヲ發スルモノヲ幽門狹窄トス。

(一)幽門狹窄[5] ハ器質的ナルコトアリ(タトヘバ幽門癌腫)、或ハ一時的ナルコトアリ(タトヘバ幽門痙攣)。狹窄ノ原因ノ内方ニ存スルコトアリ、或ハ外方ニ存スルコトアリ。幽門狹窄ヲ發スル原因ヲ擧グレバ、左ノ如シ。

(イ)潰瘍後ノ瘢痕。

(5) Kussmaul
(6) Maier

(1) Stenosierende Gastritis (Boas)
(2) Magencirrhose, Linitis plastica (Brinton)
(3) Pylorusspasmus
(4) Schwäche der austreibenden Kraft des Magens

(ロ)幽門部腫瘍(癌腫・肉腫・ポリープ・筋腫等)。

(ハ)良性肥厚(肥厚性胃炎[1])・胃硬化[2](原因ハ黴毒ナラン)。

(ニ)幽門痙攣[3](先天性ナルコトアリ、幽門部ノ小潰瘍・糜爛或ハ鹽酸過剩ニヨリテ誘發セラルルコトアリ、或ハ神經性ナルコトアリ)。

(ホ)隣接臓器ノ外方ヨリスル幽門部壓迫。

(ヘ)隣接臓器ト幽門附近ノ癒著

等ナリ。十二指腸ノ狹窄モ亦、幽門狹窄ト同樣ノ結果ヲ呈スベシ。

(二)胃送出力ノ微弱[4]ヲ來タスモノハ、胃筋肉ノ疾患(タトヘバ胃アトニー)及ビ全身ノ榮養不良ヲ發スル疾患又ハ神經系疾患ナリ。

(三)過食 ニ因リテモ亦本病ヲ發スルコトアリ。タトヘバ貪食家・農夫・精神病者及ビ糖尿病者ノ往往本病ニ罹ルコトアルガ如シ。然レドモ幽門狹窄以外ノ原因ニテ、高度ノ胃擴張及ビ強キ運動障碍ヲ發スルコトハ稀ナリトス。

病理解剖 胃壁ハ底部、卽、食物ノ瀦溜スル部位ニ於テ擴張スルヲ以テ、擴張ハ特ニソノ部ニ於テ著明ナリ。幽門左下方ニ下降シ、胃縱位ヲ占ムルトキハソノ部擴張ス。然レドモ擴張ハ早晩胃全體ニ波及スベシ。甚シキ場合ニハ、胃ノ、腹腔ノ左半側ヲ占メ、下界ノ恥骨縫際ニ達スルコトアリ。筋肉ハ或ハ肥厚スルコトアリ、或ハ尋常ナルコトアリ、或ハ菲薄トナルコトアリ。概シテ云ヘバ、胃壁ハ幽門狹窄ニ因スル胃擴張ニハ肥厚シ、胃アトニーニ續發スルモノニハ菲薄ナリ。又、本病ノ急發セシ場合ニハ胃壁菲薄ナレドモ、徐徐ニ發生セル場合ニハ肥厚ス。筋層ヲ鏡檢スルニ、筋纖維ノ萎縮、竝ニ脂肪變性ヲ認ム。クツスマウル[5]・マイエル[6]氏ハ筋纖維ノ膠樣變性ヲ證明セシモ、コレヲ否認スル者アリ。粘膜ハ慢性加答兒

ヲ呈ス。食物ノ停滯セル胃ハ重量ニ富メルヲ以テ下垂ヲ起スベシ。

症狀 幽門ニ障碍アルモ、胃筋ノ肥厚アリテ、食物適宜ニ腸ニ送出セラルレバ病徵ヲ發セズ。然レドモ、早晩運動障碍ヲ發シテ、病徵ヲ呈スルニ至ルベシ。

自覺的症狀 壓重及ビ充滿ノ感(1) 既ニ僅少ノ食物攝取ニヨリテ胃部ニ壓重及ビ充滿ノ感ヲ發シ、患者コレガタメニ衣帶ヲ弛ムルコトアリ。患者仰臥位ヲ取レバ、食物ノ腸內ニ送出セラルルコト容易トナルヲ以テ、コノ感覺輕減スベシ。

噯氣(2) 食物胃腔ニ永時停滯シ、醱酵ヲ起スヲ以テ噯氣ヲ發ス。噯氣ノ酸臭ヲ帶ブルコトアリ、又時トシテ腐敗卵臭(硫化水素臭)ヲ呈スルコトアリ。稀ニハ噯氣中ニ可燃性瓦斯ノ存在スルコトアリ。

嘔吐(3) 胃運動障碍セラルレバ、食物ハ胃腔ニ瀦溜スルヲ以テ、患者充滿ノ感及ビ惡心ヲ除去センガタメニ、自ラ指ヲ口內ニ插入シテ嘔吐ヲ催起スルニ至ル。然レドモ食物停滯增加スレバ、早晩自ラ嘔吐ヲ發スベシ。嘔吐ハ食後若クハ空腹時ニ發シ、其量大ニシテ、通常最終ニ攝取シタル食物ノ量ヨリモ多シトス。コレ以前ヨリ停滯シタル食物ヲモ共ニ嘔吐スルヲ以テナリ。吐物ハ鹽酸ヲ含メル場合ニハ酸臭ヲ發ス。時トシテハ腐敗卵臭ヲ呈スルコトアリ。嘔吐後ハ患者輕快ヲ覺ユ。胃筋肉甚シク衰弱セルトキハ、嘔吐セズ。故ニ嘔吐ノ缺如ハ惡徵ナリトス。嘔吐ハ最、緊要ナル症狀ニシテ、患者反覆シテ空腹時ニ嘔吐スルトキハ、既ニコノ症狀ノミニテソノ病症ノ胃擴張症ナルコトヲ診斷シ得ベシ。

食慾(4) ハ瘢痕狹窄ニアリテハ良ナルモ、癌腫性狹窄ニアリテハ不良ナリ。後者ハ特ニ肉類ヲ嫌惡ス。

渴(5) 水分ノ吸收不良ナルヲ以テ、患者口腔及ビ咽頭ノ乾燥ヲ訴フ。而シテ水分ヲ飲用スルモ渴ハ醫セラレズ。

大便 ハ食物ノ同化及ビ水分吸收ノ不良ナルガタメニ祕結ス。

神經症狀 頭痛・眩暈・睡眠不安・指趾ノ知覺異常等ノ症狀ヲ發スルコトアリ。

(1) Druck u. Völlegefühl
(2) Aufstossen
(3) Erbrechen
(4) Appetit
(5) Durst

他覺的症狀 〔視診〕 榮養障碍アリ。特ニ癌腫性狹窄ニ於テ著明ナリ。

舌 ニハ固有ノ病變ヲ認メズ、赤色ナルコトアリ、苔ヲ被フコトアリ、濕潤セルコトアリ、或ハ乾燥セルコトアリ(特ニ高度ノ胃擴張ニ於テ然リトス)。

腹壁菲薄ナルトキハ、胃輪廓ノ瞭然トシテ呼吸ニ從ヒテ上下スルヲ透見シ得ベシ。時時胃部ニ於テ蠕動運動ヲ見ル、コノ症狀ハ特ニ幽門狹窄ニ於テ顯著ナリ。蠕動運動ハ通常噴門ヨリ幽門ニ向フモ、時トシテハ反對ニ幽門ヨリ噴門ニ向フコトアリ(逆蠕動)(1)。炭酸瓦斯或ハ空氣ヲ以テ胃ヲ膨脹セシムルトキハ、胃下界若クハ胃全體ノ下降セルヲ見ル。

〔觸診〕 緊滿セル胃ヲ觸診スルニ、空氣枕ニ觸ルルガ如キ感(空氣枕樣)(2)アリ。幽門部ニ於テ腫瘍若クハ抵抗ヲ觸知シ得ルコトアリ。幽門狹窄ニアリテハ、時トシテ胃ノ强直性痙攣(3)ヲ觸知シ得ルコトアリ。

胃ノ下界ヲ定メン爲ニ、ロイベ氏(4)ハ硬製胃消息子ヲ胃中ニ插入シ、外方、卽、腹壁ヨリシテソノ尖端ヲ觸知シ、コレニヨリテ胃擴張ノ度ヲ檢セント試ミタリ。サレドコノ檢査法ハ胃粘膜ヲ損傷スル恐アリ。オブラスツォーフ氏(5)ハ患者ヲシテ二〇〇乃至四〇〇立方センチメートルノ水ヲ飲マシメ、檢者ハ右手ノ指ヲ廣ゲテ鉤狀トナシ、衝突狀ニ胃部ヲ觸診シテ胃中ノ水分ヲ觸知シ、水ヲ觸知スル範圍ヲ定メテ胃ノ境界トナスノ法ヲ唱道セリ。

〔打診〕 胃ヲ打診スルニ、低調ノ鼓音ヲ發ス。炭酸瓦斯或ハ空氣ヲ以テ胃ヲ膨脹セシメ、然ル後ニ打診スルトキハ、ソノ境界特ニ著明ナリ。胃內ニ液體ノ瀦溜スルトキハ其部ニ濁音ヲ呈ス。而シテ濁音部ハ體位ノ變換ニヨリテ變化ス、タトヘバ起立位ニ於テ濁音ノ臍以下ニ達スル場合ニモ、仰臥位ニ於テハ消失スルガ如シ。又、起立位ニ於ケル濁音部ハ、胃消息子ヲ用ヒテソノ內容物ヲ除去スレバ消失シテ鼓音ニ變ズベシ。ケルニヒ氏(6)ニ據レバ、胃擴張症ニ於テハ、仰臥ニ於テ左腹側ニ現ハレタル濁音ハ右側臥ヲ取ルニヨリテ消失スト云フ。

(1) Antiperistaltik
(2) Luftkissenartig
(3) Magensteifung (Boas), Gastrospasmus (Rütimeyer)
(4) Leube
(5) Obrastzow
(6) Kernig

(1) Plätschergeräusch, Succussionsgeräusch, Clapotement
(2) Pauli
(3) Penzoldt
(4) Leube-Riegel
(5) Okkultes Blut
(6) Sarcina ventriculi

〔聽診〕　胃部ニ平カニ手ヲ置キテコレヲ按壓シ、或ハ拇指ト示指トヲ以テ胃部ノ皮膚ヲ摘ミテコレヲ上下シ、或ハ全胸腹ヲ振動スルトキハ拍水音[1]ヲ發スベシ。コノ拍水音ハ健康者ニ於テモ食後ニ發シ、又分泌過多症ニ於テモ空腹時ニ發スレドモ、空腹時、卽、既ニ胃ノ空虛トナリタルベキ頃ニ於テ著明ナル表在性拍水音ノ存在スルトキハ、胃擴張ノ疑ヲ發スベシ。バウリー[2]及ビペンツォルト[3]氏ハ、胃部ニ於テ栓ヲ拔キタル**セルテル**水ノ如キ一種ノ水泡音ヲ聽キ、コレヲ異常醱酵ニ因スルモノナリトセリ。

〔機能檢査〕　本病ニアリテハ胃ノ運動機能減退ス。ロイベ・リーグル氏[4]試驗食ヲ與ヘ、七時間ノ後ニ胃洗滌ヲ行フニ、運動力減退ノ程度ニヨリテ多少ノ殘渣ヲ得ベシ。

患者ニ試驗夕食ヲ與ヘ、翌朝胃管ヲ插入スルニ、胃擴張ノ場合ニハ殘渣ヲ得ベシ。而シテソノ殘渣ヲ硝子器ニ採取シテ放置スルニ、三層ニ分ルルヲ見ル。卽、上層ハ褐色ノ泡沫ヨリナリテ粗大ナル食物成分ヲ含有シ、中層ハ帶黃褐色ニシテ、少シク溷濁シタル液ヨリナリ、下層ハ暗褐色ニシテ、顆粒狀食物殘渣及ビ粘液ヨリ成ル。殘渣ハ醱酵スルヲ以テ時時水泡ノ器底ヨリ上昇スルヲ見ル。而シテソノ醱酵腐敗セルタメニ刺スガ如キ酸臭ヲ發シ、或ハ新鮮ナル卵製西洋菓子ノ如キ臭氣ヲ放チ或ハ硫化水素臭ヲ呈ス。

殘渣ノ化學的檢査ヲ行フニ、總酸度多ク、遊離鹽酸ノ含有量多クシテ酸過剩症及ビ分泌過多症ヲ呈ス。コレ、停滯セル食物ノ胃腺ヲ持續的ニ刺戟スルニ由ル。惡性狹窄ニ於テハ、胃腺早晚死滅スルヲ以テ、鹽酸分泌減少シ、乳酸醱酵ヲ呈スベシ。

屢、食物殘渣中ニ潛在性血液[5]ヲ證明シ得ルコトアリ。

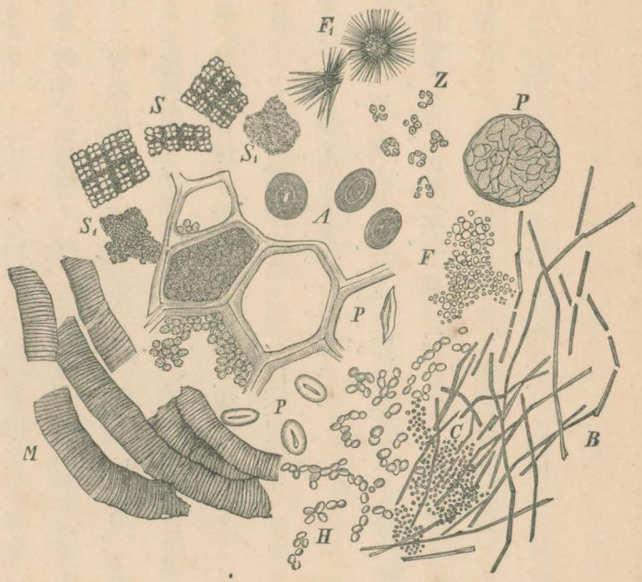
顯微鏡檢査ヲ行フニ、**ザルチナ**[6]及ビ釀母菌ノ存在ヲ認ム。コレ醱酵ヲ起ス根元ナリ。**ザルチナ**ノ存在ハ診斷上價値アリ。

(1) Milchsäurebacillus
(2) Boas

第二圖

高度ナル胃擴張內容ノ顯微鏡所見

(ボアス氏)



A 澱粉球
M 筋纖維
S **ザルチナ**
S1 **ザルチナ**ノ崩壞セルモノ
P 植物細胞及ビ植物纖維
F 脂肪球
F1 脂肪針
H 釀母菌
Z 細胞核
B **レプトトリキス**
C 球菌

尿量ハ減少シテ、燐酸鹽類ニ富ミ、**クロール**鹽類ニ乏シ。又**ペプトーン・アツェトン・アツト**醋酸ヲ證明スルコトアリ。幽門狹窄强キホド尿量ハ愈、減少スベシ。ボアース氏[2]ハ尿量ニヨリテ本病ヲ次ノ如ク三度ニ區別セリ。

第一度　二十四時間ノ尿量ノ千五百乃至千立方**センチメートル**ナルモノ、

第二度　九百乃至五百立方**センチメートル**ナルモノ、鹽酸存在シ、而シテ高度ノ運動障碍アル際ニハ**ザルチナ**存在ス。コレ、**ザルチナ**ハ鹽酸ノ存在セル場合ニ於テノミ發育スルモノナレバナリ。鹽酸ノ缺如セル場合ニハ乳酸菌[1]存在ス。癌腫性狹窄ニハ**ザルチナ**缺如シ、多數ノ消化セザル肉纖維ノ含有セラルルヲ認ム。良性狹窄ニハ多數ノ**ザルチナ**ト澱粉球トノ存在ヲ見ル(第二圖)。

第三度　五百立方センチメートル以下ナルモノ。

胃消化・運動及ビ吸收障碍セラルレバ、榮養漸次衰退シ、組織水分ニ乏シク、四肢厥冷シ、體溫下降シ、脈數減少シ（一分間脈搏ノ五十乃至四十至ニ減少スルコトアリ）。患者衰弱・呼吸困難・嗜眠・指趾ノ知覺異常・腓腸筋ノ痙攣等ヲ訴フ。

合併症　（一）**テタニー**[1]　本症ハ左右相對スル某筋簇（指及ビ手關節ノ屈筋類）ニ强直性痙攣ヲ發スルモノニシテ、手腕ハ一定ノ姿勢（助產者姿勢若クハ指ノ寫字姿勢）ヲ取ル。本症ニ特異ノ三現象アリ、（一）トルーソー氏現象[2]（上膊ノ神經幹若クハ動脈ヲ壓迫スレバ本症ヲ發ス）。（二）エルブ氏現象[3]（運動神經ノ電氣的興奮性亢進）。（三）シュヴォステック氏現象[4]（運動神經ノ機械的興奮性亢進、タトヘバ顏面神經現象[5]ノ如シ）是ナリ。本病ノ由來ニ就テハ諸說未、一致セズ。或ハ組織ノ乾燥ヨリ發スルモノト解釋シ、或ハ胃粘膜ヨリノ反射ナリト主張シ、或ハ酸酵及ビ腐敗ニヨリテ胃內ニ產出シタルトコロノ有毒物質ノ吸收ニ因スル自家中毒ナリト說明セリ。

（二）胃出血。（三）肺結核。（四）消化困難性昏睡[6]等ナリ。

診斷　本病ノ診斷ハ、胃ノ增大及ビ運動機能障碍ヲ證明スルニ據ル。而シテ診斷上主要ノ症狀ハ空腹時ニ於ケル拍水音・胃蠕動運動亢進・多量ノ嘔吐（最終ニ攝取セル食物ノ量ヨリモ多シ）・衰弱・皮膚乾燥・尿量減少等ナリ。胃運動機能ヲ檢センニハ、患者ニ試驗夕食ヲ與ヘ、翌朝胃ヲ洗滌スベシ。コノ際肉眼的食物殘渣存在スルトキハ、胃運動障碍アルモノトス。若、殘渣ノ存在スル疑アルニ拘ラズ、ソノ流出セザル場合ニハロビン氏[7]ノ說ニ從ヒ、百乃至二百立方センチメートルノ水ヲ胃ニ灌注シテ再、之ヲ流出セシムベシ。然ルトキハ往往食物殘渣ヲ見出スコトアリ。又、次サリチール酸蒼鉛ヲ夕食ニ加フルトキハ、蒼鉛ハ硫化蒼鉛ニ變ジ、暗褐色ノ結晶トナリテ翌朝ノ洗滌物中ニ現ハルベシ。

(1) Tetanie
(2) Das Trousseu'sche Phänomen
(3) Das Erb'sche Phänomen
(4) Chvosteck'sche Phänomen
(5) Facialisphaenomen
(6) Coma dyspepticum
(7) Robin

胃擴張ノ診斷ヲ下シ得タルトキハ、次デ幽門狹窄ノ原因ヲ探知スルヲ要ス。幽門狹窄ノ良性ト惡性トノ區別ハ經過ニ據ルベシ。經過ノ短ナルモノハ惡性ニシテ幽門癌腫ト認ムベク、經過ノ永時ニ亙ルモノハ良性ニシテ、タトヘバ潰瘍後瘢痕ノ如キモノナリ。幽門痙攣ハ通例一時的狹窄ヲ起スモ器質的疾患ニ因スル幽門狹窄ハ持續性ナリ。

心窩痛及ビ胃出血アリタル後ニ幽門狹窄ノ症狀ヲ發スルハ潰瘍後ノ瘢痕ナリ。膽石疝痛及ビ黃疸アリテ、後ニ幽門狹窄ノ症狀ヲ呈スルモノハ胃周圍炎性癒著[1]ナリ。健康ナリシ者ノ、短時日間ニ胃擴張ヲ發シ、幽門部ニ腫瘍ヲ觸知シ、鹽酸分泌ノ減少スルハ幽門癌腫ナリ。主食後四乃至五時或ハ夜間ニ胃痛發作ヲ現ハシ、間歇性胃擴張症ヲ發スルハ幽門痙攣ナリ。

鑑別症　本症ト鑑別スベキハ左ノ諸症ナリ。

（一）良性及ビ惡性狹窄

	疾患ノ持續	經過	腫瘍	遊離鹽酸	乳酸
良性狹窄	長シ（二年乃至十五年）	永キ間疼痛ヲ發セザル間歇時アリ	缺如	存在	缺如
惡性狹窄	短シ（五ケ月乃至一年半）	常ニ進行性ニ增惡ス	多クハ觸知ス	缺如	存在

（二）巨大胃[2]　胃ノ症狀ナク、胃運動機能ノ障碍ナシ。

（三）胃アトニー　ニハ胃逆動機能ノ障碍アレドモ、翌朝空腹時ニ於テ、肉眼的食物殘渣ナシ。

（四）胃下垂症　ニアリテハ、胃ノ上界ハ下界ト共ニ下降スベシ。或ハ胃擴張ニ胃下垂症ヲ合併スルコトアリ。

豫後　幽門癌腫ハ外科的手術ニ據ルノ外、治癒ノ望アルコトナシ。

(1) Perigastrische Adhäsion
(2) Megalogastrie

良性幽門狹窄ハ、ソノ原因ノ幽門痙攣ナルト器質的狹窄ナルトニヨリテ豫後ヲ異ニス。痙攣ニ原因セル狹窄ハ治癒スベキモ、器質的狹窄ニアリテハ、豫後ハ狹窄ノ度ニ關係ス。輕度ノ狹窄ナラバ適當ナル療法ニヨリテ永ク生命ヲ保ツコトヲ得ベシ。

テタニーノ豫後ハ不良(死亡數ハ七〇%)ナリ。

療法　內科的療法ニヨリテ本病ヲ根治シ得ザルコトハ勿論ナリ。コノ療法ノ目的ハ胃筋ノ運動力ヲ高メ、食物ヲシテ狹窄部ヲ通過シ得セシムルニアリ。

本病ノ療法ヲ別チテ食養療法、理學的療法及ビ藥物療法ノ三トナス。

(一)食養療法[1]　本療法ヲ行フニ當リテ必要ナル條件ハ、患者ヲシテ仰臥セシムルニアリ。何トナレバ、食物ハコノ位置ニ於テ最、容易ニ狹窄部ヲ通過シ得ベケレバナリ。

食物ハ固形食ヲ用ヒズ　狹窄ノ度ニヨリテ粥狀若クハ流動性食物ヲ與フベシ。固形食ハ先、液化セラレズンバ幽門ヲ通過セザルモノナリ。加之、食物ニヨリテハ胃粘膜ヨリ水分ノ漏出スルコトヲ催進シ、胃ノ負擔ヲ增加スルノ虞アリ。

食養療法ヲ行フニ方リテハ二個ノ條件ヲ要ス。スナハチ

(一)時時胃運動力ヲ檢査スルコト

(二)體重ヲ測定スルコト

コレナリ。

先、淡泊ナル流動性食物ヲ與ヘ、翌朝空腹時ニ胃管ヲ插入シ、食物殘渣ノ有無ヲ檢ス。而シテ殘渣存在セザルトキハ更ニ滋養品ヲ加ヘ、翌朝胃管ヲ再用スベシ。斯ノ如クスレバ病胃ノ耐ヘ得ベキ食物ヲ定メ得ベシ。又體重ヲ測定シテ食

(1) Diätetische Therapie

物ノ患者ニ適合スルヤ否ヤヲ定ムルヲ要ス。

許可スベキ食品ハ牛乳・鷄卵・粥・細碎セル肉類・粥狀ニセル野菜等ナリ。斯ノ如キ食物モ數回ニ分チテ少量ヅツ與フルヲ可トス。

多ク糖分ヲ含有セル食物・香料及ビ酒等ハ、水分ヲ胃腔ニ漏出セシムルヲ以テ不良ナリ。脂肪ハ脂酸醱酵ヲ現ハシ、多クノ場合ニ、胃ハコレニ耐フルコトヲ得ズ。然レドモ新鮮ナル牛酪ノ少量ハ與フルモ可ナリ。炭酸含有ノ飲料ハ不良ナリ。**ヌトローゼ**[1]・**ビギヤマ**・**ゾマトーゼ**等ノ如キ人工榮養品ヲ牛乳ニ混ジテ、ソノ榮養價ヲ增加セシムルコトアリ。

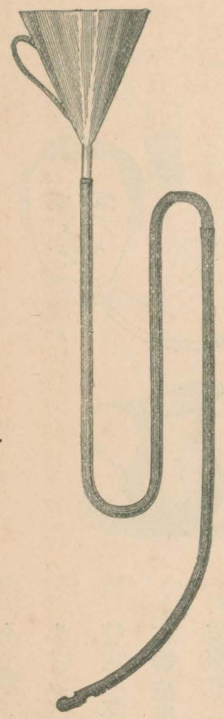
經口的榮養ノ不能ナル場合ニハ、滋養灌腸ヲ行ヒ、胃消化ノ缺陷ヲ補助スベシ。渴ニ對シテハ水ヲ灌腸スベシ。尿量六〇〇立方**センチメートル**以下ニ下降スルトキハ、水ノ灌腸ノ必要アリ。

(二)理學的療法[2]　理學的療法中最、有效ナルハ胃洗滌[3]ナリ。コレニヨリテ既ニ醱酵腐敗ニ陷リテ榮養ニ不必要トナレル停滯物ヲ除去シ、胃ニ一定時ノ安靜ヲ與ヘ、新シク來ルベキ食物ニ對シテ準備ヲナサシムルコトヲ得ベシ。

胃洗滌法ハクツスマウル氏[4]ガ一千八百六十九年幽門狹窄ニ惱メル者ニ應用セル以來、諸氏ノ研究ニヨリソノ使用法大ニ單簡トナルニ至レリ。最、使用ニ便ナルハ、護謨管ノ一端ニ消息子ヲ附シ、他端ニ漏斗ヲ附シタルモノナリ(第三圖及ビ第四圖)。

第三圖

胃洗滌用ノ裝置



胃ニ消息子ヲ插入シタル後、高ク擧ゲタル漏斗ニ洗滌液ヲ盛レバ、液ハ胃ニ流入ス。而シテ漏斗內ノ水ノ

(1) Nutrose
(2) Physikalische Therapie
(3) Magenausspülung
(4) Kussmaul

(1) Rosenthal
(2) Leube

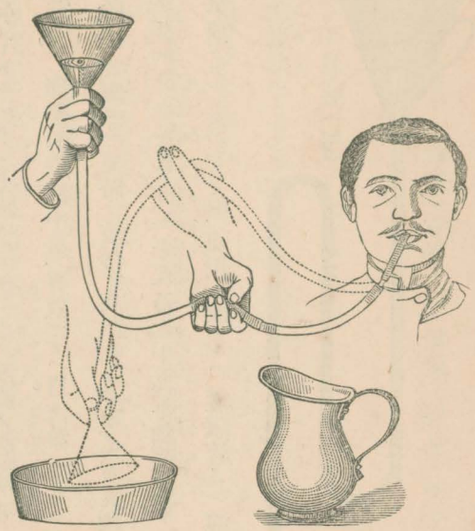
全ク盡キザル前、卽、空氣ノ護謨管内ニ入リ込マザルニ先チテ漏斗ヲ下降スレバ、護謨管内ノ水柱連續スルヲ以テ、胃ヨリシテ内容物流出スベシ。斯ノ如ク漏斗ノ上下ヲ反復スルニヨリテ胃ヲ洗滌スルモノトス。

コノ漏斗裝置ノ他、ローゼンタール[1]及ビロイベ[2]氏裝置アリ。ソノ裝置ハY若クハT字形管ノ一端ヲ消息子ニ、他端ヲ護謨管ニヨリテ漏斗若クハ**イルリガートル**ニ連子、ソノ鉛直管ニモ亦、護謨管ヲ附シ、コレヲ排出液ノ受器ニ導ク。而シテ**イルリガートル**ニ液ヲ滿タシ、消息子ヲ胃ニ插入シタル後ニaノ栓子ヲ開キ、c管ヲ閉ヅルトキハ、液ハ胃ニ流入シ、cヲ開キ、bヲ閉ヅルトキハ、液ハ胃ヨリ流出スルナリ(第五圖)。

井上ハ胃洗滌ノ爲ニ一種ノ機械ヲ考案セリ。機械ノ原理ハY管又ハT字管ト同一ニシテ、左右兩管ノ相合スル處ハ球狀ニ膨大シ、Y管ノ鉛直管ニ相當セル處ニ於テ一定ノ容積(約二百立方**センチメートル**)ヲ有スル球アリ。球ノ下方ハ硝子管ニ終リ、之ニ護謨管ヲ附シテ受器ニ導ク。球ノ上方ニ稍、大ナル窓孔アリテ護謨栓ヲ以テ充塡シ、流出液ノ量ヲ測定スルノ用ニ供ス。左右水平管ノ一管aハ消息子ニ連子、他管bハ護謨管ニヨリテ**イルリガートル**ニ接續ス(第六圖)。

今、**イルリガートル**ヨリ胃ニ水ヲ輸送スルニハ、コノ機械ヲ顚倒シ、a及ビb管ヲ開クベシ。然ルトキハ**イルリガートル**内ノ液ハ胃

第四圖
胃ノ洗滌法



腔ニ向ヒテ進入ス。而シテ既ニ所望ノ液量ノ胃ニ入リシトキハ、機械ヲモトノ位置ニ復シ、b管ヲ閉デ、胃内容ヲシテ大ナル球ヲ經テ受器ニ流出セシムベシ(第七圖及ビ第八圖)。

コノ機械ノ長所ヲ擧グレバ、左ノ如シ。

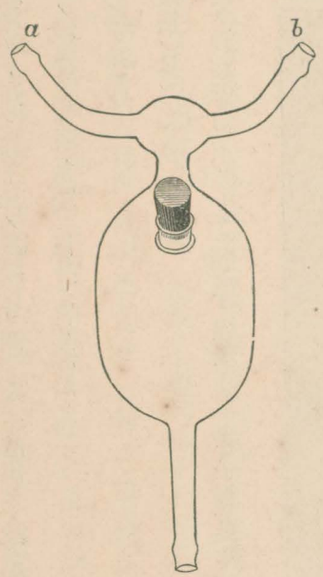
(一)漏斗裝置ニ於クルガ如ク、一度、胃ヨリ流出シタル不潔ナル内容物ノ、再、胃ニ逆流スルコトナシ。

(二)胃洗滌中、ソノ内容物ニ就テ注意ヲ要スベキモノノ流レ來レルトキコレヲ熟視シ得ベク、又、必要ニ應ジテコレヲ採取シ得ルノ便アリ。

(三)大球内ニ蓄積スル液量稍、多量ナルヲ以テ、胃内容物ヲ吸吮スルノ力強シ。

第五圖

第六圖



ローゼンタール氏及ビロイベ氏ノ患者自ラ胃ヲ洗滌スル方法

(四)機械ヲ下降シ、球上部ノ護謨栓ヲ開クトキハ、流出セシ液量ヲ略、測定シ得ベシ。

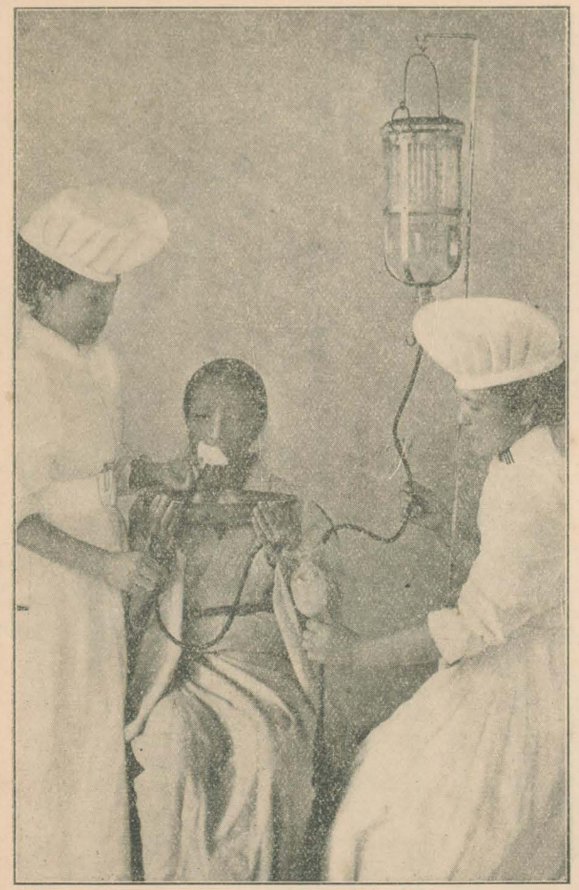
(五)コノ機械ヲ用フレバ患者、自身ニ胃ヲ洗滌シ得ベシ。

コノ機械ノ缺點ハ

(一)破損シ易シ。

(二)液ヲ胃ニ流入セシムルトキニ機械ヲ顚倒スルヲ要スル等、操作稍、複雜ナリ。

第七圖

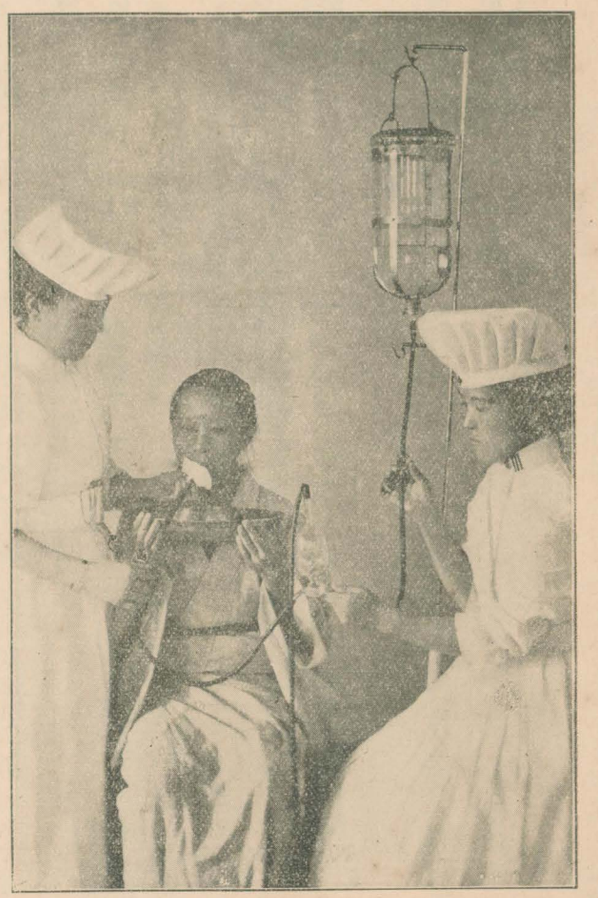


洗滌液ハ通例、微溫湯ヲ用フレドモ、時トシテ食鹽(〇・七五%)・重炭酸ナトリウム(一乃至三%)・レゾルチン(二乃至三%)、サリチール酸(〇・三%)・サリチール酸ナトリウム(一乃至五%)安息香酸ナトリウム(一乃至三%)・硼酸(三%)・クレオリン・リゾール・イピチオール等ヲ加フルコトアリ。

胃洗滌ハ通例一日一回ニシテ、ソノ時刻ハ朝食前ナリ。前日ヨリ早朝マデニ蓄積シタル內容

(3) Unterleibsbinde (1) Riegel
(2) Oser

第八圖



物ハ、朝食ニヨリテ新タニ入リ來タル食物ヲ酸酵スルノ虞アルヲ以テ、ソノ前ニ胃洗滌ヲ行フヲ可トス。リーゲル氏(1)ハ、胃ヲ永ク休憩セシムル利益アリトテ晩ノ洗滌ヲ主張シ、オーゼル氏(2)ハ主食ノ消化ヲ容易ナラシメンタメニソノ前ニ洗滌ヲ行フコトヲ稱揚セリ。胃洗滌ノ時刻及ビ回數ハ患部ノ狀態ニ據ルベシ。

電氣療法・按摩・水治療法ハ狹窄性胃擴張ニハ效ナク、唯、胃筋肉ノ疾患ニ因スル擴張ノミニ用ヒラル。

下腹帶(3)ハ多少ノ效アルベシ。患者ヲシテ右側臥位ヲ取ラシムレバ、食物ノ胃ヨリ腸ニ送出セラルルコト速ナリトス。

(4) Bloch　(1) Medicamentöse Therapie
(5) Thiosinamin　(2) Cohnheim
(6) Fibrolysin　(3) Merkel

(三)藥物療法(1)　幽門痙攣ニ對シテハ油療法ヲ行フ。コーンハイム(2)及ビメルケル(3)氏等ハオレーフ油ヲ推薦セリ。即、一日三回食前一時ニ五〇立方センチメートルノオレーフ油ヲ内服セシメ、或ハ胃消息子ニテ胃ニ注入シタリ。同劑ハ高キカロリー價ヲ有スルノミナラズ、鹽酸分泌ヲ減却シ、鎮痙作用及ビ狹窄口ヲ滑澤ナラシムルノ作用アリ。同劑ヲ飲用シ難キ場合ニハコレヲ乳劑トシテ用フ。

方　ペプトンナ丁幾　五・〇　扁桃油　三〇・〇　卵黄　一個　蒸餾水ヲ加ヘテ二〇〇・〇トナス　右混和爲乳劑、一日三回、食前一時間一食匙宛服用(ブロツホ氏(4))。

瘢痕狹窄ニハチオシナミン(5)或ハフイブロリジン(6)ヲ注射ス。

方　チオシナミン　一〇・〇　グリセリン　二〇・〇　蒸餾水　七〇・〇　右一週三回1/2乃至一筒皮下注射。

本劑ノ瘢痕溶解作用ニツキテハ尚、疑ハシキ點ナキニアラズ。

胃筋ノ緊張ヲ高メンニハストリキニーネ及ビ其製劑ヲ用フ。

方　蕃木鼈越幾斯　〇・一二　萇菪越幾斯　〇・一二　サリチール酸蒼鉛　三・〇　右分六包、一日三回食後ニ服用。

方　蕃木鼈越幾斯　〇・一二　コロムボ根末　一・〇　右爲六包、一日三回、食前三十分服用。

方　蕃木鼈丁幾　一・五　龍膽丁幾　二・〇　桂皮水　一〇・〇　蒸餾水　一九〇・〇　右一日三回分服、二日量。

制酵ノ目的ニハ鹽酸・サリチール酸・サリチール酸ナトリウム・安息香酸ナトリウム・ナフトール・ベンツオ、ナフトール・ザロール・レゾルチン・クレオソート・イビチオール・チモール・サツカリン・ピノゾール(1)・メントール・サリチール酸蒼鉛・サリチール酸マグネシウム等ヲ用フ。

方　ベタ、ナフトール　一五・〇　サリチール酸蒼鉛　一五・〇　右分三十包、一日三回乃至六回、一包宛服用。

方　サリチール酸蒼鉛　煆製マグネシア　ベタナフトール　各一〇・〇　右分三十包、一日二包乃至四包宛服用。

方　レゾルチン　二・〇　クロロフルム水　一五〇・〇　右一日三回、一茶匙宛。

方　レゾルチン　五・〇　サリチール酸蒼鉛　大黄根末　硫酸ナトリウム　各一〇・〇　乳糖　一五・〇　右散劑トナス、一日二回、一刀尖宛食後ニ服用。

方　レゾルチン　四・〇　次硝酸蒼鉛　二〇・〇　蒸餾水　二〇〇・〇　右一食匙ヲ、一盞ノ水ニ加ヘ、一日三回食前半時間ニ服用セシム。

制酸ノ目的ニハアルカリ劑・萇菪越幾斯及ビオイミドリン等ヲ用フ。

方　煆製マグネシヤ　三・〇　重炭酸ナトリウム　六・〇　萇菪越幾斯　〇・一二　右一日三回、食後三十分乃至一時間ニ服用。右二日量(便祕ノ際ニ用フ)。

方　重炭酸ナトリウム　六・〇　次硝酸蒼鉛　二・〇乃至五・〇　萇菪越幾斯　〇・一二　右爲六包、一日三回、食後三十分乃至一時間ヲ經テ服用。二日量(下痢ノ際)。

礦泉ノ服用ハ本病ニハ多クハ效ナキノミナラズ、却テ害アリトス。

外科的療法(2)　内科的療法效ヲ奏セズシテ漸次衰弱ニ赴クトキハ、時トシテ手術ヲ要スルコトアリ。ソノ適應症ハ

(1) Chinosol　(2) Chirurgische Therapie

(一)胃洗滌ヲ正規ニ行フモ、朝空腹時ニ於ケル食物殘渣ノ漸次ニ增加スル場合。
(二)二十四時間ノ尿量五百立方センチメートル以下ニ減少セル場合。
(三)合理的療法ヲ行フニ拘ラズ、體重ノ漸次ニ減少スル場合ナリトス。

手術ノ種類ハ左ノ如シ。

(一)ロレツタ氏指擴張法[1]
(二)ビルロベル氏胃造皺術[2]
(三)ハイチーケー・ミクリツツ氏幽門成形術[3]
(四)胃腸吻合術[4]

胃下垂症 Gastroptose. (Descensus ventriculi)

グレナール氏病 (Glenard'sche Krankheit.)

名義 噴門ハ、第十二胸椎部ニ於テ固定セラルレドモ、幽門ハ已ニ生理的ニモ、少シク下方及ビ左方ニ移動シ得ベク、病的ニテハソノ移動增大シ、タトヘバ、肝臓ノ重量ニヨリテ顯著ニ下左方ニ移動セラルルモノナリ。レントゲン輻射線檢査等ノ成績ニ據レバ、本病ハ胃全體ノ下垂スルニアラズシテ、唯、幽門及ビ脊椎ノ前ニ存在スル胃ノ部位ノ下垂スルモノナルヲ以テ、嚴格ニ言ヘバ、本病ハ胃下垂[5]ニアラズシテ、幽門下垂[6]ナリ(此說ニ反對スルモノアリ)。而シテ胃ハ下降ト共ニ、縱徑ニ擴張ス。ローゼンフェルド氏[7]曰ク、胃擴張ナキ胃下垂ナシ。故ニ、解剖學上ヨリ觀察スレ

(5) Gastroptose
(6) Pyloptose
(7) Rosenfeld

(1) Loreta'sche Digitaldivulsion des Pylorus
(2) Gastroplicatio nach Bircher
(3) Pyloroplastik (Heineke-Mikulicz)
(4) Gastroenterostomie

バ、胃下垂症トハ幽門部ノ下垂シ、胃ノ縱徑、卽、噴門ヨリ幽門ニ向ヒテ擴張セルモノナリ。

原因 本病ハ吾人ガ最、頻回、遭遇スル疾患ノ一ニシテ、破瓜期後ニ發シ、五十歲ヲ越ユレバ再、稀ナリ。歐洲ニテハ勞働者ニ多キモ、本邦ニ於テハ富家ノ子弟及ビ學生ニ多シ。又歐洲ニ於テハ、女子ニ多キモ、本邦ニ於テハ男性ニモ決シテ少ナカラズ。

デンニヒ氏[1]	男性	二九・七%
	女性	七五・四%
ベンニーゲル氏[2]	男性	二六・〇%
	女性	六三・〇%
井上氏	男性	七四・三%
	女性	二五・七%
北村氏	男性	六五・〇%
	女性	三五・〇%

原因上、本病ヲ二種ニ區別ス。

(甲)本病ハ姿質異常、卽、スチルレル氏[3]ノ所謂腸下垂性姿質[4]ニ發ス。而シテコノ異常姿質ハ、スチルレル氏ノ所謂、先天性全身無力症[5]ノ基礎トナル。コノ先天性全身無力症ハ腸下垂性姿質ノ外、胃ノアトニー及ビ神經性消化困難ヨリ成立スルモノナリ。腹部內臟ノ下垂ノ、腸下垂症ノ一分症タルガ如ク、腸下垂症モ亦、全身無力症ノ一分症ナリトス。全身無力症ニシテ、腸下垂ノ顯著ナルモノアリ、或ハ胃アトニー又ハ神經性消化困難ノ顯著ナルモノアリテ、コレニ從テ胃アトニー性姿質[6]、神經衰弱性姿質[7]ノ名稱アリ。

(乙)局處ノ障碍ニヨリテ發ス。

(イ)胸廓下部ノ壓迫セラルル場合。タトヘバ、歐洲ニアリテハ婦人ノコルセツト、本邦ニアリテハ附紐、或ハヘコ帶ヲ以テ幼兒ノ胸廓下部ヲ緊約スル惡習(コノ結果ベルツ氏ノ所謂帶溝[8]ヲ生ズ)。

(8)Schnurfurche

(3) Stiller
(4) Habitus enteroptoticus s. Habitus paralyticus
(5) Asthenia universalis congenita s. Morbus asthenicus
(6) Habitus atonicus
(7) Habitus neurasthenicus

(1) Dennig
(2) Boenniger

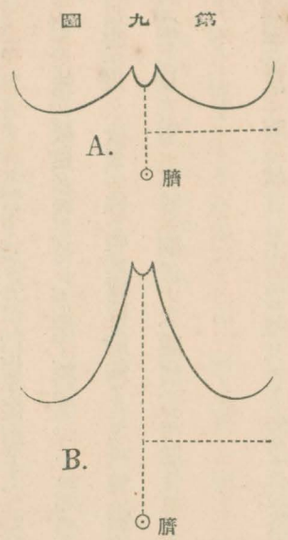
(ロ)胃ノ重量ノ增加セル場合(胃癌・胃擴張等)。
(ハ)胸廓及ビ脊柱ノ畸形。タトヘバ、鳩胸・漏斗胸・後彎・側彎等。
(ニ)多量ノ肋膜滲出液・肝臟ノ腫大・白血病性脾腫等モ、胃ノ下降ヲ來タスコトアリ。腹部內臟ハ腹腔內壓ニ適合シテ、一定ノ位置ヲ占有スルモノニシテ、一方ニ於テ壓力ニ變化ヲ起セバ、他方ニ於テ位置ニ移動ヲ來タスモノナリ。
(ホ)腹壓ノ下降スル場合。タトヘバ、出產後・腹水穿刺後・出產後ノ懸垂腹・脫脂療法後・開腹術後等。

腸下垂症[3]ノ發見者タルグレナール氏[4]ノ說ニ據レバ、本病ニハ肝結腸靭帶[5]弛緩スルニヨリテ、橫行結腸ノ下垂及ビ屈曲ヲ來シ、次デ、他靭帶ノ弛緩ヲ續發シ、遂ニ、胃・腎等ノ轉位ヲ來スモノナリト云フ。同氏ノコノ發見ハ、諸學者ノ贊同スルトコロナレドモ、ソノ發病ノ由來說ニハ、異議アリ。要スルニ、本病ハ主トシテ、姿質異常ニ因スルモノナルモ、亦、腹腔內壓ノ不平均ヲ來タスベキ諸種ノ原因ニヨリテ發スルモノナリ。

症狀　自覺的症狀　本病ニハ特有ナル症狀ナシ。又、高度ノ胃下垂症ニシテ、少シモ病徵ヲ呈セザルコトアリ。本病ノ症狀ハ多般ニシテ、スチルレル氏ニ從ヘバ、主トシテ普汎神經衰弱症及ビ腸胃ノアトニー症ニ因スルモノナリ。食傷並ニ身體及ビ精神過勞ノ本病ノ誘因タルコトアリ。普汎神經衰弱症ノ症狀ト做スベキモノハ、全身倦怠・衰弱ノ感・不眠症・頭重・頭痛・心悸・精神沈鬱等ナリ。胃アトニー症ヨリ來タレルモノハ、胃部灼熱ノ感・吐逆・食後不快・噯氣・呑酸・嘈囃等アリ。コレ等ノ症狀ノ短時日內ニ變換スルハ、神經性消化困難ノ性質ヲ帶ベルニヨル。食慾ハ通例減退シ、時トシテハ亢進ス。又畏食症[6]ヲ發スルコトアリ。多數ノ場合(約二七%)ニ於テ便中ニ粘液片ヲ混ズ(膜樣腸炎[7])。胃下垂ヲ有スル婦人ハ甚、屢、薦骨痛ヲ訴フ。

(1) Meltzing
(2) Verdraengungs-Enteroptose
(3) Enteroptose
(4) Glenard
(5) Lig. hepatico-colicum
(6) Sitophobie
(7) Colitis membranaceaa

他覺的症狀　(一)視診　視診上特異ノ姿質ニ注意スベシ。背高ク、手足長ク、頸細ク、胸腹共ニ細長ナリ。骨格纖弱、筋肉ノ發育不良ニシテ脂肪ニ乏シク、全身ハ角張リ、特ニ肩胛部ニ於テ顯著ナリ。最、固有ナルハ、胸廓ノ異常ナリトス。卽、胸廓ハ狹長ニシテ、肋間廣ク、且、陷沒シ、肋骨ハ下外方ニ向ヒテ斜ニ走レルヲ以テ、上腹角銳角ヲナス。コノ角度ハ强壯者ニアリテハ、屢、百二十度ヲ有スルコトアレドモ、本病ニアリテハ六十度以下ニ降ルコトアリ。本病ハ細狹ノ胸廓ヲ有スル者ニ甚、多キヲ以テ、井上ノ調査ニ據レバ、胸圍ノ、身長ノ半數ヨリ小ナルコト甚、屢、ナリ(七〇%)。ウォルフ、ベッケル及ビレンホッフ氏[1]ハ軀幹ノ長サ(頸切痕[2]ヨリ恥骨縫際マデノ距離)及ビ最小腹圍ノ關係ヨリシテ、左ノ式ニヨリテ腸下垂性姿質ヲ確定セントセリ。而シテ七十五センチメートルヲソノ境界數トナセリ。



$$\frac{\text{頸切痕ヨリ恥骨縫際マデノ距離}}{\text{最小腹圍}} \times 100$$

腹部細長ニシテ劍臍線(劍狀突起ト臍トノ連結線)ノ長サハ、ソノ線上ニ垂直線ヲ劃シテ腋窩線ニマデ達スル長サ(卽、劍臍線ト腋窩線トノ距離)ヨリモ頗、大ナリ。

心窩ハ扁平若クハ陷沒シ、起立ノ際、臍以下ニ於テ膨隆スルコトアリ。

數回分娩シタル婦人ニアリテハ、直腹筋離開シ、ソノ部位ニ於テ、薄キ腹壁ヲ透シテ腸蠕動ヲ見ルコトアリ。又、小彎ノ呼吸時ニ上下ニ移動スルヲ透見ス。

(二)觸診及ビ緊張度ノ檢査　本病ニハ比較的屢、第十肋骨ノ遊離[3]スルコトアリ。コレ肋軟骨ノ短縮スルニヨル。コノ症狀ノ度數ハ、スチルレル氏ニ據レバ、八五乃至九〇%、エルスチル氏[4]ニ據レバ七五%、ツワイグ氏[5]ニ據レバ六

(1) Wolff-Becker u. Lenhoff
(2) Jugulum
(3) Costa decima fluctuans
(4) Elsner
(5) Zweig

七%ナリ。又、本病ノ一徵候トシテ心窩搏動(1)アリ。時トシテ、胃小彎ノ上方ニ於テ膵臟ヲ觸知シ得ベシ。又、腹壁ノ弛緩セル場合ニハ、大彎ヲ觸知シ得ベシ。

本病ニハ殆、常ニ腎ノ下垂(2)アリ。往時ハ右側遊走腎ト胃擴張トハ同時ニ存在シ、而シテ、兩者相互ニ關係ヲ有スルモノトセリ。然レドモ、往時、諸家ノ胃擴張ト看做シシモノハ、眞正ノ胃擴張ニアラズシテ、胃下垂症ナラン。而シテ、胃下垂症ト右側遊走腎(今日ノ所謂腎下垂症)トハ相互ノ關係アルニアラズシテ、同一ノ原因ニヨリテ發スルモノナリ。

イスラエル氏(3)ハ、腎下垂ヲ左ノ四度ニ區別セリ。

第一度　吸氣ノ終ニ、腎ノ下端ヲ觸知ス。コレハ健體ニ於テモ存ス。

第二度　吸氣ノ終ニ腎全體ヲ觸知スルモ、呼氣ノ際ニハ腎ハ上方ニ昇ル。

第三度　腎ハ呼吸ニ關係ナク、腫瘍トシテ肋骨弓下ニアリ。然レドモ、コレヲ受働的ニ故位ニ復歸セシムルコトヲ得ベシ。

第四度　腎ハ肋骨弓下ニ固著シ、コレヲ故位ニ復歸セシメ難シ。

右腎ハ左側ニ比シテ下垂スルコト多シ。コレ、右腎ノ左腎ヨリモ低位ニアルト、吸氣時ニ肝臟ニヨリテ下方ニ移動セラルルトニヨル。余(井上)ハ、胃下垂ノ疑アルモノニ遭遇スル毎ニ、マヅ腎下垂ノ有無ヲ檢シ、若、腎下垂ノ存在ヲ發見シタル場合ニハ、次デ胃下垂ノ有無ヲ檢スルヲ以テ便利ナル方法ト思惟ス。

肝臟下垂(4)ハ腎臟下垂ニ比スレバ稀ナリトス。コレニモ三度ノ區別アリ。

第一度　右季肋部ニ於テ肝臟ノ下緣ヲ觸知ス。肝臟ノ上界ハ、ソノ下降ニ伴ヒテ下降ス。

第二度　肝臟ノ大部分ヲ腹腔內ニ於テ觸知ス。肋骨弓上ノ肝濁音部ハ全ク消失スルカ、或ハ、僅ニ存在ス。

(1) Epigastrische Pulsation
(2) Nephroptose
(3) I. Israel
(4) Hepaloptose

第三度　肝臟全ク腹腔內ニ存在ス。

脾臟下垂(1)ハ尙、稀ニシテ、グレナール氏ハ百四十八名ノ本病患者中ニ於テ、唯、二回ノミ脾臟下垂ヲ見タリト云ヘリ。

結腸下垂(2)　屢、結腸及ビS狀部ノ下垂スルコトアリ。コレヲ檢査センニハ、消息子ヲ直腸ニ插入シテ、空氣ヲ吹送スベシ。健體ニアリテハ臍ノ上部若クハ臍部ノ膨隆ヲ見ルモ、本症ニアリテハ、臍以下ニ於テ膨隆ス。又、水ヲ灌注シ、拍水音ノ部位ニヨリテ大腸ノ位置ヲ定ムベシ。大腸ハ收縮狀態(3)ニ於テ、ソノ橫行結腸ヲ索狀物トシテ觸知スルモノナリ。又、移動性盲腸(4)ナルモノアリ。右ハ全ク症狀ヲ呈セザルコトアレドモ、時トシテ慢性盲腸周圍炎類似ノ症狀ヲ呈スルコトアリ。本症ニハ胃アトニーヲ合併スルヲ以テ、臍上若クハ臍下ニ於テ、胃下垂ノ强弱ニヨリ表在性拍水音(5)アリ。

(三)胃ノ位置及ビ大サノ檢査。　胃ノ位置及ビ大サヲ檢査センニハ、視診及ビ觸診ノ外、炭酸瓦斯、若クハ空氣ヲ以テ胃ヲ膨脹セシムル法・胃透照法(6)及ビレントゲン輻射線透照法アリ。コノ中、天然ノ胃ノ位置及ビ大サヲ識ルニハレントゲン輻射線透照法最、良ナルモ、實地上單簡ニシテ最、便利ナルハフレーリビス氏(7)法、卽、炭酸瓦斯ヲ以テ胃ヲ膨脹セシムル法ナリトス。ケルリング氏(8)ハ、胃下垂ヲ左ノ三度ニ區別セリ。

第一度　大彎及ビ小彎共ニ下降スルモ、大彎ハ臍ヲ降ラズ。

第二度　大彎ハ臍下ニ降ルモ、小彎ハ尙、臍上ニ在リ。

第三度　小彎モ亦、臍下マデ下降ス。

(四)胃機能ノ檢査　分泌機能ハ胃アトニーノ結果、亢進スルコト多キモ、亦、酸減却症及ビ無酸症ヲ認ムルコトアリ。

單純ノ胃下垂症ニハ必シモ運動障碍ヲ伴フモノニアラザルモ、多クハ胃アトニーヲ合併スルヲ以テ、通常運動ノ減退スルコ

(1) Splenoptose
(2) Coloptose
(3) Corde colique transverse, Colospasmus
(4) Coecum mobile
(5) Oberflächliches Plätschern
(6) Gastrodiaphanie
(7) Frerichs
(8) Kelling

ト多シトス。

診斷　姿質及ビ胃・腎等ノ下垂ニ據ルベシ。

鑑別症　本症ト鑑別スベキハ左ノ諸症ナリ。

(一)胃擴張。(イ)胃擴張ニハ胃ノ下界下降スルモ、上界ハ下降セズ。(ロ)胃擴張ニ於テハ、諸症持續性ニシテ、症狀ノ強弱ハ、胃刺戟ノ強弱ニ關ス。(ハ)胃擴張ノ吐物ハ酸性ニシテ、腐敗シ、コレヲ放置スレバ三層ニ分ルルモ、胃下垂ハ、嘔吐スルモ、吐物少量ニシテ、腐敗セズ。(ニ)胃擴張ニハ渴・尿量減少アルモ、胃下垂ニハコレヲ見ズ。(ホ)胃擴張ニハ榮養大ニ障碍セラルルモ、胃下垂ニハ障碍少ナシ。(ヘ)胃擴張ニハ早晨ニ胃中ニ食物ノ殘渣ヲ含有スルモ、胃下垂ニアリテハ多クハ空虛ナリ。

(二)胃アトニー

(三)神經性消化困難

兩病共ニ胃下垂ニ合併シ來ルヲ以テ、症狀及ビ機能檢査ノミニテハ、コレヲ鑑別スルコト不可能ナリ。胃下垂ノ有無ハ、唯、胃小彎ノ位置ヲ定ムルニヨリテ之ヲ知リ得ベキノミ。

經過　ハ慢性ニシテ、症狀ハ、ソノ經過中、或ハ緩解シ、或ハ增惡ス。

豫後　本病ハ全身無力症ノ分症ニシテ、ソノ解剖的位置ニ對シテハ、治療效ヲ奏スルノ望ナカルベキモ、症狀ハコレヲ除去シ得ルノ望アリ。神經衰弱ニヨリテ發シタル症狀ハ年齡ト共ニ消失スベシ。他ノ胃病ニ續發シタル胃下垂症ハ、原病ノ治癒スルニ從テ治癒スベシ。

療法　豫防法　腹壁ノ弛緩スルコトヲ防ギテ、本病ノ發生ヲ豫防スベシ。腸下垂性婦人ノ出產後ハ、少ナクトモ三箇

月間ハ適當ノ腹帶ヲ施スヲ要ス。胸廓下部ハ久シク緊約スベカラズ。

腸下垂性姿質ヲ有スルモノニハ、小兒時ヨリシテ、滋養物ヲ與ヘ、身體ノ筋肉ヲ鍛練スルタメニ體操ヲ奬勵スベシ。

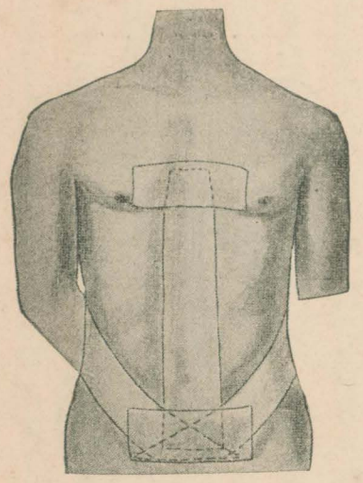
本病ノ療法　臟器下垂ニ對スル原因的療法ナシ。本病治療ノ目的ハ、主ニ身體ヲ强壯ニシ、榮養ヲ良クシ、腹筋及ビ胃筋ヲ强メ、病的症狀ヲ除去スルニアリ。

療法ヲ分チテ食養療法・機械的療法及ビ藥物療法トナス。

(一)食養療法　本病ノ治療上ニ必要ナルハ、安臥ト滋養品ヲ與フルコトナリ。安臥(仰臥)ハ本病ニ合併シ來タルトコロノ胃アトニーニ對シテ效アルノミナラズ、コレニヨリテ身體成分ノ消費ヲ防グコトヲ得ルモノナリ。安臥ニヨリテ食慾ノ減却スルコトハ殆、コレナシ。

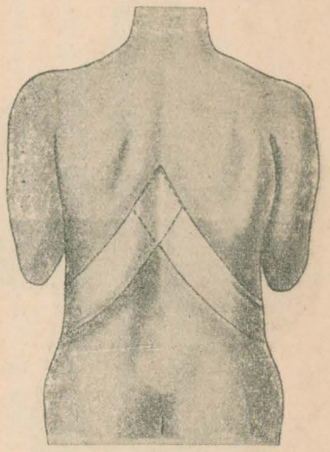
榮養ヲ佳良ナラシメンガタメニハ、可及的、多量ノ蛋白質及ビ脂肪等ヲ攝取セシムベシ。然レドモ、コノ際、胃ノ狀態ヲ參照スベキコトハ勿論ナリトス。食物ヲ選定スルニ際シテ注意スベキ點ハ、(第一)食物ノ滋養價ニ富ムベキコト、(第二)食物ノ、胃中ニ停滯スルコト短時ニシテ、腸內ニ於テ良ク吸收セラルベキモノナルヲ要スルコトナリ。而シテ、食物ハ少量ヅツ度度用フベシ。以上、安臥及ビ滋養療法ノ效驗ハ殆、常ニ良ナリ。體重少シニテモ增加スレバ、患者勇氣ヲ恢復シ、治癒スベキコトヲ自信シ、自覺的症狀消散スベシ。腹腔內ニ脂肪沈著シテ腹腔ノ容積減少スレバ、內臟ノ轉位制限セラルベシ。榮養佳良トナリ、體力恢復スレバ、腸機

第十圖



(1) Dusche　(2) Bandagenbehadlung　(3) Rose　(4) Rosewarter

第十一圖



腹帶ノ代リニローゼ(3)及ビローゼワルテル氏(4)ハ、絆創膏帶ナルモノヲ賞用セリ。卽、三條ノ廣キ(約五センデメートルノ幅ヲ有ス)絆創膏ヲ恥骨縫際ニ密貼シ、ソノ中央ノモノハ胸骨ニ、左右ノ二條ハ後方脊柱ノ傍ニ固定ス。而シテ、別ニ一條ヲ以テ横ニ恥骨縫際ノ上ニテ腹部ヲ圍ラス。コノ法ハ良效ヲ奏スベキモ、患者ニ不快(濕疹、汗疹ヲ發シ——ベンチン若クハエーテルニテ皮膚ヲ摩擦スレバ、多少コレヲ防グコトヲ得ベシ——沐浴スルコト能ハズ)ナルノミナラズ、稍、高價ナルヲ遺憾ナリトス(第十圖及ビ第十一圖)。

(三)藥物療法　胃ノ筋力ヲ强メ、且、胃筋ノ緊張ヲ高メンタメニハ、主トシテストリキニーネ及ビソノ製劑ヲ用フ。醱酵ノ場合ニハイピデオール・クレオソート・レゾルチン等ヲ用フ。

全身ノ榮養ヲ佳良ナラシムルニハ、亞砒酸劑(アトキシール・ヴィーピル水等)ヲ用フ。

患者、通例、多量ノ水量ニ耐ヘザルヲ以テ、礦泉療法ハ應用スベカラズ。

能モ亦、恢復シテ、便通正規トナルベシ。

(二)機械的療法　按摩・電氣療法・浴法・冷水摩擦法・壓注法(1)等ハ、腹筋及ビ胃筋ヲ强壯ナラシムルノ效アリ。

內臟ノ下方及ビ前方ニ轉位セルヲ、再、上方及ビ後方ニ固定スルニハ、腹帶療法(2)ヲ行フ。懸垂腹ニ對シテハ、腹帶ハ原因的療法ナルモ、姿質性ノモノニハ、只、對症的ニ腹壁ヲ固定スルニ止マルノミ。

(1) Marcet

胃圓形潰瘍 Ulcus ventriculi rotundum (pepticum), Das runde Magengeschwuer.

名義 胃潰瘍トハ抵抗力ノ減少セル胃粘膜一局部ノ實質缺損ニシテ、治癒シ難キ傾向ヲ有ス。ソノ主徵ハ疼痛・胃出血及ビ胃液ノ酸過剩症ナリ。

病理 胃ニ血行障碍アレバ、胃粘膜ハ壞疽ニ陷ルベシ。死滅セル胃粘膜ハ、消化力ヲ有スル胃液ニヨリテ消化セラレ、潰瘍ヲ發スルモノナリ。故ニ、胃潰瘍ノ形成ニハ、(一)胃粘膜ノ抵抗減少、(二)胃液ノ消化力亢進ノ存在ヲ要ス。

通例、胃粘膜健全ナルトキハ、イカニ胃液ノ消化力强キモ、コレガタメニ侵サルルコトナシ、シカルニ、若、胃血管ニ血行障碍アルトキ、タトヘバ、トロムブス・エムボリー・出血・血管ノ動脈瘤性及ビ靜脈性擴張・靜脈性鬱血・出血性梗塞・血管硬變・貧血・萎黃病及ビ火傷ニ因スル胃毛細管栓塞等アレバ、胃粘膜ハ胃液ニヨリテ消化セラルベシ。

酸過剩症ト潰瘍形成トノ關係ニ就テ二說アリ。或ハ酸過剩症ヲ以テ潰瘍ヲ形成スルノ一原因ト看做スモノアリ、或ハ酸過剩症ヲ以テ潰瘍ノ結果ナリトスフモノアリ。然レドモ、酸過剩症ニヨリテ粘膜缺損ノ治癒ノ障碍セラルル事實アルノ外、胃腸吻合術ヲ施シタル後、强酸性ナル胃消化液ノ小腸ニ流入スルニヨリテ小腸ノ消化性潰瘍ヲ形成スル事實アルニヨリテ推測スルニ、酸過剩症ハ潰瘍ノ形成ニ關與スルモノノ如シ。

原因 本病ハ胃粘膜ノ機械的・化學的或ハ溫熱的刺戟ニヨリテ發スルコトアリ。又、胃部ノ外傷ニヨリテモ本病ヲ發スルコトアリ。然レドモ、本病ノ原因ノ、唯、胃粘膜ノ外傷ノミニアラザルコトハ、マルツェヅト氏(1)ノ例ニヨリテモコレヲ知ルコトヲ

得ベシ、卽、氏ノ實驗ニ據レバ、米國ノ一水夫、小刀三十五個ヲ嚥下セシニモ拘ハラズ、胃ニ潰瘍ヲ發スルコトナカリシト云ヘリ。

粘膜ノ損傷ト同時ニ、血液ニ變化アレバ、スナハチ、潰瘍ヲ發スルコトハ、左ノ諸氏ノ試驗ニヨリテコレヲ證明スルニ足ルベシ。

クインケ及ビデットヴィーレル[1]ノ兩氏ハ、刺絡ニヨリテ動物ニ貧血ヲ起サシメタル後ニ、粘膜ヲ傷ケタルニ、胃潰瘍ヲ發スルヲ見タリト云ヒ、コッポ及ビエーワルド氏ハ、動物ノ脊髓ヲ切斷シテ胃出血ヲ起サシメ、然ル後ニ〇・五%ノ鹽酸溶液ヲ注入スレバ潰瘍ヲ發スト云ヒ、ジルベルマン氏[2]ハ、動物ノ赤血球ヲ崩壞シテ、血色素貧血[3]ヲ誘起スベキ物質ヲ血管內ニ注入シ、而シテ、胃粘膜ノ人工的缺損ヲ作リシニ、胃潰瘍ノコレニヨリテ起レルヲ見タリト云フ。以上、動物試驗ノ成績ニ據レバ、血液變常ハ潰瘍ノ發生ニ多大ノ關係アルモノナリトス。實際、貧血・萎黃病ニハ潰瘍ヲ發スルコト屢ナリ。但、貧血・特ニ萎黃病ニハ、屢、潰瘍ノ第二原因タルベキ酸過剩症アリテ、本病ヲ誘發スベキ素因存在スルモノナレドモ、亦、潰瘍ニ因スル潛出血ノタメニ、萎黃病ヲ發スル場合モナキニハアラザルベシ。又、動脈硬化ノ場合ニ本病ヲ發スルコトアリ。

火傷ノ場合ニ十二指腸潰瘍、又ハ胃潰瘍ヲ發スルハ、コノ部ニ於ケル毛細管ノエムボリーヲ發スルガタメナラン。

性ノ關係　本病ハ男子ヨリモ女子ニ多シ。ソノ比例ハ左ノ如シ。

ブリントン氏[4]	一(男性)ト	二(女性)
ウィルリク氏[5]	一ト	三
レーベルト氏[6]	一ト	三—四
フライシェル氏[7]	二ト	七

(1) Quincke u. Daettvyler
(2) Silbermann
(3) Haemoglobinaemie
(4) Brinton
(5) Willigk
(6) Lebert
(7) Fleischer

アンデルソン氏[1]	三ト	三五
スタイネル氏[2]	八ト	一一
ハーベルソン氏[3]	七四ト	一二七
リーゲル氏[4]	一二六ト	一三四

本邦ニ於テハ、男女殆、同數ナリ。山極氏ニ據レバ、男屍一三・四%ニ對シテ女屍一四・五%ナリ(男一對、女一〇八二)。

年齡ノ關係　本病ハ十歲以下ノ小兒ニ發生スルコト稀ニシテ、女子ニアリテハ二十歲乃至三十歲ニ多ク、男子ニアリテハ三十歲乃至四十歲、或ハソノ以上ノ年齡ノモノニ發スルコト多シトス。山極氏ニ據レバ、潰瘍性瘢痕ハ四十歲乃至七十歲ノ間ニ多ク(就中、五十歲乃至六十歲ノ間ニ最、多シ)、而シテ、打開ケタル潰瘍自己モ五十歲乃至七十歲ノ間ニ最、多數ナリト云フ。湯川玄洋氏ノ統計的研究ニ據レバ、本病ハ男子ニ多ク、シカモ、壯年以上ニ來ルコト多シト云ヘリ。

職業ノ關係　本病ノ料理女ニ多キハ、常ニ熱キ飲食物ヲ試食スルタメナラント云ヘドモ疑ハシ。

硝子磨工・金屬工及ビ陶器工ニ本病ヲ發スルハ、銳利ナル塵末ヲ嚥下スルガタメナラン。

常ニ心窩ニ重壓ヲ加フル者(タトヘバ靴工等)及ビ强ク俯屈スルモノハ本病ニ罹ルコト多シ。

地方的關係　リューデマイエル氏[5]ニ據レバ本病ノ發生數ハ各國ニアリテ、大ニソノ數ヲ異ニセリ。卽、屍百個ノ中、胃潰瘍ノ存在スルモノ

丁抹　一六・七%

(1) Anderson
(2) Steiner
(3) Haberson
(4) Rigel
(5) Rütimeyer

英國	五・〇%
獨逸	五・〇%
墺地利	四・〇%
瑞西	二・六%
北亞米利加	一・三%
露西亞	〇・八%

ナリ。而シテ、一國ニ於テモ處ニヨリテ本病ノ發生數ニ大ナル差異アリ。獨逸國內ニ在リテハ北ニ多クシテ、南ニ少ナシ。タトヘバ、キールニ於テハ八・三%ナルモ、ミュンヘンニ於テハ一・五%ナリ。斯ノ如キ差異ノ食物・生活法等ニ關スルモノナリヤ否ヤハ未、明ナラズ。

本病ハ露西亞(大露西亞)及ビ南獨逸ニハ甚、稀ナリ。ゾーレルン氏[1]ハソノ原因ヲ以テ同地住民ノアルカリ鹽類ニ富メル植物性食物ヲ攝取スルニ歸シ、植物性食物ヲ攝取スレバ血液、特ニ赤血球ハ多量ノカリ鹽類ヲ含ミ、コレガタメニ、住民ハ潰瘍ニ對シテ免疫性トナレルナリト云ヘリ。草食動物ニシテ、血液中ニ燐酸カリヲ含ムコト多キモノノ、胃潰瘍ニ罹ルコトナシト云フ事實ハ、コノ說ニ符合セリ。貧血病、特ニ赤血球ノ減少スル症ニハ、血液中ノカリニ乏シキタメニ本病ヲ發スルモノナラン。

經竭期[2]ニ本病ヲ發シ(ボルリー氏[3])、又、尿毒症ノ本病ヲ發スルコトアリ。

病理解剖　胃潰瘍ハ、酸性胃液ノ組織ヲ消化スルニヨリテ發生スルモノニシテ、主トシテ胃壁ニ占居スレドモ、稀ニハ胃腑以外、十二指腸及ビ食道下部ニ於テモ潰瘍ヲ發スルコトアリ。

(1) Sohlern
(2) Klimakterium
(3) Borri

胃潰瘍ノ發生部位ニ就テ、ブリントン[1]・リューチマイエル[2]・及ビウェルビ[3]等諸氏ノ統計ニ據レバ、左ノ如シ。

	ブリントン氏(二二〇例)	リューチマイエル氏	ウェルビ氏(七九三例)
後壁	四二・〇%	二四・二%	二三五
小彎	二六・八%	三三・八%	二八八
幽門	一五・六%		九五
前壁	四・九%		九六
大彎	二・四%		二七
噴門	二・〇%		五〇
胃底			二九

ブリントン氏ニ據レバ、胃潰瘍ハ後壁ニ最、多ク、リューチマイエル・及ビウェルビ氏ニ據レバ、小彎ニ最、多シ。山極氏ニ據レバ、小彎正中線ニ位スル者最、多ク、幽門部ニ存スルモノモ、小彎正中線ニ適スル部位ニアルヲ常トス。小彎部ニ潰瘍ノ多キ理由ハ、ソノ部ハ胃收縮ノ際ニ、粘膜ノ移動スルコト僅少ニシテ、皺襞ヲ作ルコト少ナク、從テ粘膜缺損部ヲシテ消化液ニ觸接セシメザルヤウニ被覆スルコト能ハザルヲ以テナリ。

潰瘍ノ數ハ多クハ一個ナルモ、稀ニハ二個以上ナルコトアリ。

胃潰瘍ノ形狀ハ、圓形・長卵圓形・若クハ橢圓形ナリ。リーゲル氏ニ據レバ、粘膜缺損ノ圓形、若クハ卵圓形ナルハ、一動脈枝ノ毛細管分岐區域ニ一致スルガタメナリトニ云フ。

潰瘍ノ大サハ扁豆(リンゼ)大乃至手掌大ナリ。

(1) Brinton
(2) Rütimeyer
(3) Welch

(9) Innere Magenfistel
(10) Aeussere Magenfistel
(11) Epigastralgie
(12) Ulcusschmerzen
(13) Wundschmerzen

(5) Art. pancreatica
(6) Perigastritis
(7) Perforationsperitonitis
(8) Subphrenischer Abscess

(1) Rokitansky
(2) Sanduhrmagen
(3) Art. coronariae ventriculi
(4) Art. splenica

實質缺損部ハ漏斗狀若クハ噴火口狀ヲ呈シ、粘膜面ニ於ケル口徑大ニシテ、尖端ハ漿液膜ニ向ヘリ。潰瘍面ハ斷崖狀ヲナシ、底部ニ向ヒテ階段狀ヲナス。ロキタンスキー氏[1]ハ、コレヲ鑿ヲ以テ抉去シタル狀ニ比セリ。又、反應炎症ノタメニ邊緣ノ隆起シテ堤狀ヲ呈スルコトアリ。潰瘍面ハ新鮮ナルモノハ、滑澤清潔ナルモ、陳舊ナルモノハ、粘液ヲ以テ蔽ハル。潰瘍部ヲ鏡檢スルニ、胃腺ハ潰瘍部ニ於テ恰、切斷シタル如キ狀ヲ呈ス。潰瘍ノ周圍ニ於テハ、反應的炎症アリテ、小圓形細胞ノ滲潤アリ。次デ瘢痕ヲ形成ス。大ナル放線狀瘢痕ノ幽門附近ニ存在スルトキハ、幽門狹窄ヲ發シ、胃體ニ存在スルトキハ、瓢簞狀胃[2]ヲ來タス。

瘢痕ヲ形成スルコト無キトキハ、潰瘍ハ漸次深部ニ向ヒテ進行シ、或ハ動脈ヲ侵蝕シテ出血ヲ發シ(胃冠狀動脈[3]・脾動脈[4]・膵動脈[5])、或ハ局處腹膜炎(胃周圍炎[6])ヲ發シテ、腸・肝・膽囊・膵・脾等ト癒著ス。若、癒著セザルトキハ、潰瘍ハ腹腔ニ穿孔シテ、穿孔性腹膜炎[7]ヲ發スルニ至ルベシ。穿孔ガ好ンデ占居スル部ハ、胃前壁ナリトス。ブリントン氏ニ據レバ、穿孔ノ七分ノ六ハ前壁ニ起リ、ソノ頻度ハ後壁ニ比スレバ四十倍ナリ。斯ノ如ク前壁ニ穿孔ノ多キ理由ハ、該部ノ運動ノ大ニシテ癒著ヲ來タスコト困難ナルヲ以テナリ。前壁ニ次デ多ク穿孔ヲ來タスノ部位ハ噴門ナリ。稀ニハ潰瘍穿孔後、橫隔膜下ニ膿瘍ヲ形成スルコトアリ(橫隔膜下膿瘍[8])。

胃潰瘍ハ腹腔ニ穿孔スルノ外、腸・肋膜腔・心囊腔・及ビ氣管枝ニ穿孔スルコトアリ(內胃瘻[9])、稀ニハ外方腹壁ニ穿孔スルコトアリ(外胃瘻[10])。

症狀　**自覺的症狀**

(一)心窩痛[11]ハ、胃潰瘍ノ主徵(潰瘍痛[12])ニシテ、ソノ性質ハ灼クガ如ク、切ルガ如ク、嚙ムガ如ク、鑽ガ如ク、或ハ痙攣樣ナリ。往往、患者ノ胃內ニ創傷存在ノ感ヲ自覺スルコトアリ(創傷痛[13])。疼痛ハ心窩ニ於テ、劍狀突起ノ尖端ト、臍ト

(2) Superaciditätsschmerzen
(3) Continuirliche Saftsecretion

(1) Sitophobie

ノ中央部ニ存シ、胸骨・肩胛・脊柱・及ビ腹部ニ向ヒテ放散ス。

疼痛ハ食後ニ發シ、食物ノ性質及ビ量ニ關係スルモノトス。固形ノ食物・熱及ビ冷ニ過グル食物ハ、潰瘍面ヲ刺戟スルヲ以テ、疼痛ヲ發ス。疼痛ハ通例食後凡、三十分乃至四十五分後ニ發呈シ、漸次增劇シ、二・三時間ヲ經テ惡心ヲ起シ、酸味ノモノヲ嘔吐ス。而シテ嘔吐後、患者ハ輕快ヲ覺エ、疼痛ハ直ニ消失ス。

食後、直ニ疼痛ヲ發スルハ、噴門ノ潰瘍ニシテ、食後、一・二時間ヲ經テ疼痛ヲ發スルハ、幽門部ノ潰瘍ナリ。

胃內容ノ潰瘍面ニ觸接スル體位ヲ取ルトキハ、疼痛增加ス。タトヘバ、幽門部潰瘍ノ場合ニハ、右側臥ヲ取レバ劇痛ヲ發スルモ、左側臥ニ變ズレバ疼痛緩解シ、噴門ノ潰瘍ハコレニ反ス。又、後壁ノ潰瘍ノ場合ニハ、患者伏臥シ、前壁ノ潰瘍ノ場合ニハ仰臥シテ疼痛ヲ避クルガ如シ。

食慾ハ佳良ナルモ、患者ハ食後ノ疼痛ヲ恐レテ食物ヲ節限ス(畏食症[1])。畏食ト食慾不振トハ混同スベカラズ。食慾アルモ食後ノ疼痛ヲ恐レテ食事ヲ自制スルハ胃潰瘍ノ徵ナリ。

月經及ビ妊娠ハ潰瘍痛ト關係アリ。概シテ、月經强ケレバ胃痛輕ク、月經弱ケレバ胃痛强シ。妊娠中ハ屢、胃痛ノ停止スルコトアリ。

潰瘍瘢痕ヲ結ベバ、癒著ノナキ限リハ、疼痛ヲ發セザルモノナリ。

定型性胃痛ハ、最、確實ナル潰瘍ノ症狀ナルモ、往往不定型性胃痛ヲ發スルコトアリ。

(イ)潰瘍痛ノ屢、酸過剩性胃痛[2]ニ類似シ、食後强酸性內容物ノ胃粘膜ヲ刺戟スルニヨリテ疼痛ヲ發シ、蛋白性食物、若クハ**アルカリ**劑ヲ用フルニヨリテ疼痛ノ直ニ消散スルコトアリ。胃潰瘍ト同時ニ、持續性分泌過多症[3]存在スルトキハ、定型性潰瘍痛ノ外、間歇時、特ニ夜間ニ疼痛ヲ發スルコトアリ。

(ロ)食後ニ疼痛ナク、又、食物ノ性質及ビ量ニ關係ナク、全ク不定型性ニ疼痛ヲ發スルコトアリ。

(ハ)胃痛ノ定期性ニ發作スルコトアリ。卽、一定時、タトヘバ、春季及ビ秋季ニ於テ一・二週間、食後胃痛ヲ發スルコトアリ。

(ニ)疼痛全ク缺如シ、唯、不定ノ消化障碍アリテ、患者ハ唯、或ハ胃部ニ輕易ナル灼熱感ヲ發シ、或ハ壓重ノ感ヲ呈スルコトアリ。

(ホ)自覺的症狀全ク缺如シ、唯、吐血或ハ貧血ノタメニ醫治ヲ乞フモノアリ。

(二)胃出血[1]　ハ胃潰瘍ニ於ケル第二ノ緊要ナル症狀ナリ。本症狀ハ潰瘍底ノ血管ノ侵蝕セラルルニ因ス。ソノ量ハ通例、多量ニシテ、吐血[2]、或ハ下血[3]トシテ發現ス。胃出血ハ胃癌・出血性糜爛等ニモ來タレドモ、胃潰瘍ニ來タルコト最、多シトス。ロイベ氏ハ胃潰瘍ノ四六%、フンウィツク氏[4]ハ七五%、リューチマイエル氏[5]ハ七一%、ブリントン氏[6]ハ二九%、エーワルド氏ハ五〇%、ウィツテ氏[7]ハ三〇%、ゲルハルト氏[8]ハ四七%ニ於テ出血ヲ來タスト云ヘリ。身體過勞・精神發揚・怒責等ノ出血ノ誘因タルコトアリ。診斷上ニ必要ナルハ、吐血前ニ胃痛ノ存在スルコトナリ。吐物ハ通例、多量ニシテ、暗紅色ノ血塊ヲ示ス。出血ノ量僅少ニシテ、血液永時胃內ニ停滯スルトキハ、酸化ヘモグロビンノ鹽酸ヘマチンニ變化スルガタメニ、暗褐色咖啡殘渣樣觀ヲ呈ス。ヤヌルスキー及ビコレチンスキー氏[9]ニ從ヘバ、胃ノ鹽酸ハ、吐血ノ前後ニ於テ著シク增加スト云フ。胃出血ノ際ニハ血液ノ大部分ハ、吐血トナリテ出現スルモ、ソノ一部分ハ腸ヨリ排出シ、コレガタメニ大便ハ暗黑色テール樣外觀ヲ呈ス。故ニ、胃潰瘍ノ疑アルモノニシテ、急ニ貧血ヲ呈シ、或ハ失神シタル場合ニハ、ソノ大便ニ注意スベシ。

吐血後ノ後病ハ出血ノ量ニ關スルモノニシテ、出血ノ量僅少ナルトキハ、神識ヲ失ハズ、患者貧血ニ陷リ、顏面蒼白・脈

(1) Die manifeste Magenblutung
(2) Haematemesis
(3) Melaena
(4) Fenwick
(5) Rütimeyer
(6) Brinton
(7) Witte
(8) Gerhardt
(9) Yaworsky u. Korezynski

細小・耳鳴・渴・視力障碍・微熱等アリ。多量ノ出血アルトキハ失神シ、內出血ノ徵ヲ以テ斃ル。

吐血ト喀血トハ容易ニ區別スルコトヲ得ルモ、胃出血ト食道出血トノ鑑別ハ容易ナラズ。

(三)嘔吐及ビ消化困難症狀[1]　ハ、胃痛及ビ胃出血ノ如クニ、確實ナル潰瘍ノ症狀ニアラズ。

嘔吐ハ胃潰瘍ノ多數ノ場合ニ存ス。リューチマイエル氏ニ從ヘバ、本病ノ六〇%ニ於テコレヲ見ルト云フ。食後疼痛發作ノ後ニ嘔吐アリ。而シテ、嘔吐後疼痛ノ直ニ消失スルヲ以テ本病固有ノ徵ナリトス。嘔吐ハ又、食物ノ性質及ビ量ニ關係ス。食後時ヲ經テ嘔吐スルトキハ、吐物ハ强酸性ヲ呈シ、齒牙ヲ害スルコトアリ。

胃潰瘍ニ持續性分泌過多症ヲ合併シタル場合ニハ、夜間若クハ早晨ニ酸性溷濁液ヲ吐出ス。

食後直ニ嘔吐スルハ噴門潰瘍ニシテ、食後二・三時間ヲ經テ嘔吐スルハ幽門潰瘍ナリトス。

吐物中、肉眼的ニ血液ヲ認メザルモ、潛出血[2]ノ有無ヲ檢査スルヲ要ス。

嘔吐ノ外、噯氣・惡心・呑酸嘈囃等ノ症狀アレドモ、コレハ胃潰瘍ニ固有ナルモノニアラズ。

食慾ハ殆、常ニ良ナルモ、患者食後ノ疼痛ヲ恐レテ食物ヲ節限ス。

大便ハ通例祕結ス。コレ患者ノ淡泊ナル食物ヲ攝取スルト、食量ノ僅少ナルトニヨル。

尿ハ減少シ、インヂカンニ富ム。出血後、往往、蛋白質ヲ含有スルコトアリ。尿ノ酸度ハ減少シ、中性或ハアルカリ性ヲ呈スルコトアリ。

精神狀態ハ沈鬱ニシテ、不眠症ヲ發スルコトアリ。

他覺的症狀

外部檢査

(1) Erbrechen u. dyspeptische Beschwerden
(2) Dis okkulte Blutung

(2) Ganglion coeliacum
(3) Der epigastrische Druckpunkt, Point epigastrique
(4) Algesimeter
(5) Der dorsale Druckpunkt

(1) Druckpunkt

榮養狀態ハ食物攝取ヲ障碍セラルルヲ以テ不良ナリ。榮養不良トナリ、羸瘦骨立スルコト胃癌ヨリモ却テ高度ナリ。

潛出血ニヨリ屢、顯著ノ貧血ヲ呈スルコトアリ。

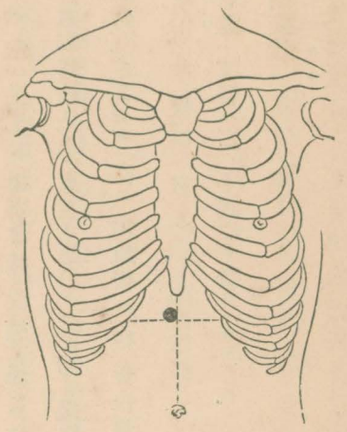
舌ハ暗赤色ヲ呈シテ清潔ナリ。

壓痛點(1)　腹部ヲ觸診スルニ、心窩、卽、白線中ニ於テ劍狀突起ト臍トノ中央ニ壓痛點アリ。コノ點ハ胃潰瘍ノ部位ニ一致スルモノニアラズシテ、內臟神經節(2)ノ部位ニ一致ス。所謂、心窩壓點(3)コレナリ(第十二圖)。壓痛ノ强度ハ、壓痛計(4)(第十三圖)ヲ以テコレヲ測定シ得ベシ。潰瘍患者ハ既ニ〇・五乃至一キログラムニテ疼痛ヲ感ズ。四キログラム以上ニシテ始テ疼痛ヲ感ズルハ潰瘍ニアラズ。

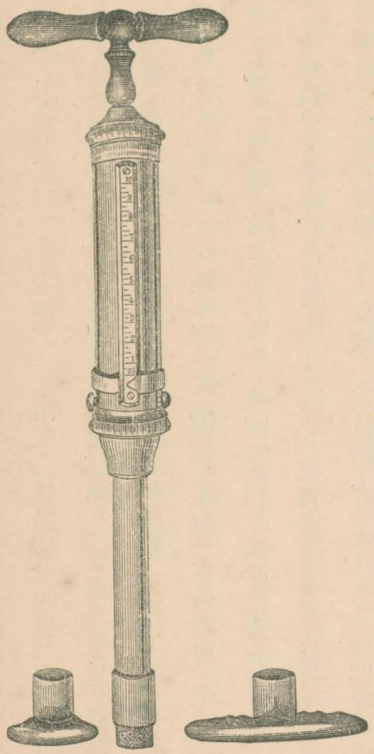
背部ノ壓痛點(5)ハ、同ジク反射點ニシテ、第十一乃至第十二胸椎體ノ左側ニ接近シタル部位ニ存在ス。コノ壓痛點ハ胃潰瘍ノ診斷上ニ大ナル價値ナシ。

幽門部ニ潰瘍存在スルトキハ、壓痛點ハ脊椎ノ右側ニ於テ第一腰椎ノ高サニアリ。後壁ノ潰

第十二圖



第十三圖



(2) Schneider
(3) Wirsinger
(4) Wagner
(5) Oerum

(1) Superacidität

瘍ニハ、心窩ノ壓痛點缺如シテ、唯、背部ノ壓痛點ノミ存スト云フ(第十四圖)。

稀ニハ潰瘍緣ノ堤狀ニ肥厚セルモノ・潰瘍ノ癌性變性セルモノ・潰瘍ノ隣接臟器ニ癒著セルモノ・或ハ幽門潰瘍ニ因スル幽門痙攣等ヲ、腫瘍トシテ觸知シ得ルコトアリ。

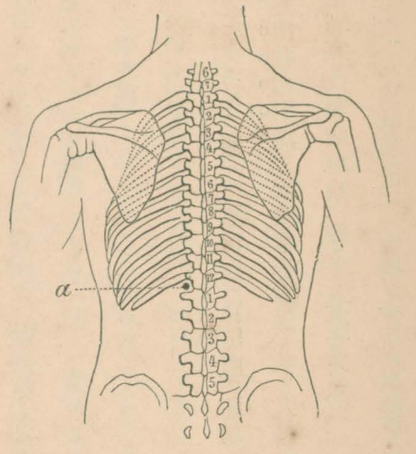
機能檢査

胃潰瘍ニ胃管消息子ヲ插入スルノ可否ハ問題ニシテ、英國ニテハ、多クハ胃管消息子ヲ使用セザルモ、獨逸ニテハ、注意シテ使用スレバ無害ナリト主張スル論者多シ。胃出血後時間ヲ經ザルモノ及ビ潛出血ヲ證明シタル場合ニハ、胃管消息子ノ插入ハ禁忌トス。

リーゲル氏ハ、始テ本病ニ於テ酸過剩症(1)ヲ發見シタリ。コノ症狀ハ本病ニ必發ニハアラザレドモ、多數ノ場合ニ於テコレヲ認ムルハ諸家ノ一致スルトコロナリ。諸氏ノ檢査ニ據レバ、酸過剩症ノ%數ハ左ノ如シ。

	エーワルド氏	シュナイデル氏(2)	ポアース氏	ウイルシンク氏(3)	ワゲ子ル氏(4)	エールム氏(5)
酸過剩症	三四・一%	一八・五%	三三・七%	四二・七%	四二・六%	五八%
普通酸	五六・八%	—	—	—	—	—
酸減却症	九%	—	—	—	—	—
無酸症	—	三六・八%	—	—	—	—

第十四圖



(1) Die okkulte Blutung
(2) Elsner
(3) Rütimeyer
(4) Boas
(5) Yoachin
(6) Weber'sche Probe.

獨逸ハ地方ニヨリテ本病ノ酸過剩症ノ數ニ大ナル差異アリテ三〇%乃至一〇〇%ノ間ヲ上下ス。伊太利・丁抹國・北米及ビ英國ニ於テハ、本病ノ四分ノ三ニ於テ酸過剩症ヲ見ルト云フ。胃潰瘍ハ性ニヨリテソノ酸度ヲ異ニセリ。リューチマイエル氏ニ據レバ、酸過剩症ハ男子ニアリテハ六一%ナレドモ、女子ニハ三四%ニ過ギズト云フ。

胃潰瘍ハソノ各期ニ於テ鹽酸ノ分泌ノ同樣ニ亢進スルモノニアラズ。從テ本病ノ各期ヲ通ジテ酸過剩症ヲ發スルモノニアラズ。通例、病ノ初期ニ於テハ酸度高シトス。又、胃出血ノ前後ニ於テモ酸度高キヲ常トス。

概シテ、本病ニ於テハ、酸度四十度乃至六十度ヲ越エ、七十度・八十度・九十度及ビ百度以上ニ達スルコトアリ。唯、少數ニ於テ酸度ノ普通量或ハソノ以下ナルコトアリ。

潛出血(1)ハ本病ノ他覺的症狀ニテ緊要ナルモノナリ。胃出血アルカ、或ハ反覆シテ便中ニ潛出血ヲ證明シ得ルトキハ胃潰瘍ノ診斷確實ナリ。胃出血ナキトキハ、他ノ固有ノ症狀存在スルモ、診斷不確實ナリトス。潛出血ノ數ハ

エルスチル氏(2)	五〇%
リューチマイエル氏(3)	五一・四%
ボアース氏(4)	五八・三%
ヨアヒイン氏(5)	八三%

ナリ。ボアース氏ニ據レバ、潛出血ハ胃出血ノ前驅症狀ナリ。故ニ潛出血アルトキハ胃出血ノ豫防ヲ勉メザルベカラズ。

便中潛出血證明法　大便檢査方法ニツキテハ腸病總論ノ條下ニ敍述セラルト雖、臨牀上重要ノ事項ヲココニ擧グベシ、讀者宜シク腸病總論ノ條下ヲ參照スベシ。

(一)ウェーベル氏試驗法(6)　大便ノ少量ヲ試驗管ニ採リ、微量ノ水ヲ加ヘテ攪拌シ、コレニ三分一ノ氷醋酸ヲ加ヘ、次

(1) Aloinprobe nach Rosser
(2) Benzidinprobe nach O. u. R. Adler
(3) Phenolphthaleinprobe nach Boas

デ約五分一ノエーテルヲ注ギテ振盪スレバ、血色素ハ氷醋酸ニヨリテ醋酸ヘマチンニ變化シ、醋酸ヘマチンハエーテルニ遇ヒテ帶褐赤色ニ著色スベシ。又、酸性エーテル性浸出液二乃至三立方センチメートルヲ他ノ試驗管ニ注ギ、新ニ製シタル五%癒瘡木丁幾十滴ヲ滴加シ、次デ古キオツォーンヲ含有セルテレビン油二十滴乃至三十滴ヲ滴加スベシ、血色素存スレバ青色ヲ呈スベシ。

(二)ロッセル氏アロイン試驗法(1)　酸性エーテル性浸出液ニ、三乃至五立方センチメートルノアロイン酒精溶液(一乃至四%)若クハ粉末及ビオツォーンヲ含有スルテレビン油二十滴乃至三十滴ヲ滴加スベシ。血液存在スルトキハ、ソノ混和液ハ淡紅色トナリ、五分乃至十分ノ後ニハ櫻實紅色ヲ呈スベシ。

(三)アドレル氏ベンチヂン試驗法(2)　酸性エーテル性浸出液ニ一乃至二立方センチメートルノベンチヂン酒精溶液(五%)及ビ二乃至四立方センチメートルノ三%過酸化水素水ヲ混ズベシ。血色素存スレバ、數秒乃至數分時ノ後ニ綠色ヲ呈ス。

(四)井上、安富氏試驗法　エーテル性浸出液ニ、同量ノアルコホール(九〇%)ヲ加ヘ、更ニ半量ノクロロフルムヲ加ヘ、輕ク振盪シ、更ニ五%癒瘡木丁幾十乃至二十滴ヲ加ヘ、次デオツォーンヲ含有スルテレビン油十乃至二十滴ヲ滴加スベシ。然ルトキハ血色素含量ノ多少ニヨリテ青色乃至紫色ヲ呈ス。

(五)ボアース氏フノールフタレイン法(3)　フノールフタレイン一・〇ト苛性加里二五・〇ヲ餾水一〇〇・〇ニ溶解シ、コレニ亞鉛末一〇・〇ヲ加ヘ、振盪シツツ文火上ニ熱シ、紅色ノ全ク消褪スルニ至ラシメ、未、冷却セザルニ先チテ濾過ス。コノ試藥ヲ保存スルニ良ナルハ亞鉛末ノ多量ヲ加フルニアリ。試驗方法ハウェーベル氏法ト同一ニシテ、同氏法ニ於ケルト同一ノ法ヲ以テ可檢便ヲ處置シ、コレニ試藥二十滴ヲ加ヘテ振盪シ、三四滴ノ過酸化水素液ヲ加フベシ。血色素存在スル

トキハ薔薇紅色ヲ呈ス。若、血色素ノ含有量多キトキハ、過酸化水素ヲ加ヘザルモ尚、反應ヲ呈ス。

經過　經過ハ慢性ニシテ、レーベルト氏(1)ニ據レバ、平均三乃至五年ナリ。經過甚、長キニ渉ルモノニアリテハ、多數ノ場合ニ於テ合併症(胃癒著等)ノ存在ヲ認ム。本病ハ再發シ易シ。

異常經過

(一)出血性(2)(スコルブート性(3))(レーベルト氏)　本病ノ症狀ハ潛伏シ、突然胃出血ヲ來タス。

(二)急性穿孔性(4)　本病ハ潛伏シ、全ク症狀ナキカ、或ハ僅少ノ消化困難症狀アルニ過ギズ。而シテ急ニ穿孔ノ症狀ヲ發ス。殆、常ニ前壁ノ潰瘍ニ來タルモノナリ。

(三)慢性消化困難性症(5)　固有ナル潰瘍ノ症狀缺如シ、消化困難症アリ。緊要ナルハ本症ニハ酸過剩症存在シ、粘液ノ缺如スルコトナリ。

(四)胃痛性若クハ神經痛性症(6)　胃痛ノ、他症ニ比シテ顯著ナルヲ常トス。

(五)嘔吐性症(7)(レーベルト氏)　コノ症ニ於テハ嘔吐頗、頑固ナリ。

(六)惡液性症(8)

(七)慢性症ニシテ胃出血ノ傾向ヲ有スルモノ(9)　等ナリ。

診斷　本病ヲ診斷スルニ際シテ、注意スベキコトハ、左ノ三問題ナリトス。

(一)胃潰瘍ナルカ

(二)何レノ部位ニ潰瘍存在スルカ

(三)單純性潰瘍ナリヤ、他ニ合併症存在スルカ

(1) Lebert
(2) Die haemorhagische Form
(3) Die scorbutische Form
(4) Die acute perforative Form
(5) Die chronische dyspeptische Form
(6) Die gastralgische oder neuralgische Form
(7) Die vomitive Form
(8) Die kachektische Form
(9) Chronische Form mit Neigung zu Blutungen

胃ノ潰瘍ヲ診定スルニ重要ナル徵候、四アリ。

第一、定型性胃痛

第二、胃出血(吐血・下血及ビ潛出血)

第三、酸過剩症

第四、壓痛　コレナリ。

コノ四症狀ノ中、胃痛及ビ胃出血ハ確實ナル潰瘍症狀ナリ。酸過剩症及ビ壓痛ハ前ノ二症狀ニ比スレバ、大ニ劣ルモ、尙、前症ト同時ニ存在スルトキハ補助診斷症狀タルコトヲ得ベシ。又、**レントゲン**輻射線ヲ本病診斷用ニ供シ得ベシ。潰瘍ノ部位ヲ診斷スルニハ、左ノ要徵ニ據ルベシ。

心窩ニ壓痛アリ。且、腫瘍ノ存在スルハ前壁ノ潰瘍ナリ。

背痛及ビ胃出血アルハ、後壁ノ潰瘍ナリ。

右側臥ヲ取ル場合ニ疼痛ヲ發スルハ、幽門ノ潰瘍ニシテ、左側臥ヲ取リテ疼痛ヲ起スハ胃底ノ潰瘍ナリ。

胃擴張症ヲ發スルモノハ幽門ノ潰瘍ナリ。

嚥下時ニ劍尖下ニ疼痛ヲ發スルハ噴門ノ潰瘍ニシテ、ソノ瘢痕ヲ結ベルトキハ、食道狹窄症ヲ發スベシ。

鑑別　胃潰瘍ト鑑別スベキ病症ハ左ノ如シ。

(一)齒齦・咽頭及ビ鼻腔ノ出血ハ、通例、コレヲ認識シ得ベキモ、喀血ト吐血トヲ區別スルニハ精査ヲ要ス。

肺出血(喀血)

(イ)血液ハ咳嗽ニヨリテ排泄セラル。

胃出血(吐血)

(イ)血液ハ嘔吐ニヨリテ排泄セラル。

(1) Anamnese

(ロ)病前史ヲ[1]案ズルニ、肺臓若クハ心臓病アリ。出血ニ先チテ胸内ニ壓重及ビ絞窄ノ感ヲ起シ、且、往往、胸内ヨリ溫液ノ上昇スルヲ覺ユルコトアリ。

(ハ)肺臓若クハ心臓病ノ徵候アリ。

(ニ)血液ハ鮮紅色ニシテ泡沫ヲ含ミ、凝固セズ。

(ホ)アルカリ性反應ヲ呈ス。

(ヘ)往往粘液及ビ膿ヲ混ズ。

(ト)肺出血ハ久シク持續シテ徐徐ニ消失ス。

(チ)熱ヲ發スルコト多シ。

(二)胃癌ト胃潰瘍トノ鑑別ハ左ノ要徵ニ依ル。

胃潰瘍

(イ)年齡及ビ性　潰瘍ハ壯年及ビ中年ニモ發シ、且、女子ニ多シ。

(ロ)經過　潰瘍ハ慢性疾患ニシテ、ソノ經過中或ハ緩解シ、或ハ增惡ス。

(ハ)胃病若クハ肝臓病ノ徵候アリ。

(ニ)血液ハ黯色ヲ呈シ、或ハ往往殆、黑色ヲ呈ス。空氣ヲ含マズ、凝固シテ團塊ヲナス。

(ホ)酸性反應ヲ呈ス。

(ヘ)往往食物ノ成分ヲ混ズ。

(ト)胃出血ハ俄然トシテ發シ、持續短シ。出血後初メテノ便ハ、往往テール様ニ著色ス(血便)。

(チ)熱發スルコト稀ナリ。

胃癌

(イ)胃癌ハ高年ニ發シ、且、男子ニ多シ。

(ロ)癌腫ノ經過ハ潰瘍ヨリモ早ク、二年ニ亙ルモノナシ。

(1) Ulcus carcinomatosum

(ハ)疼痛狀態　食後ニ疼痛發作アリ。心窩ニ按壓ニヨリテ劇痛ヲ發スル部位アリ。

(ニ)嘔吐狀態及ビ吐血　食後疼痛最、强キ際ニ嘔吐ス。吐血ハ多量ニシテ、凝固シタル暗赤色ノ血塊ナリ。

(ホ)潛出血　食養療法ニヨリ、便中ノ潛出血消失ス。

(ヘ)胃內容　胃內容ハ鹽酸ニ富ミ(酸過剩症)、異常酸酵ナシ。

(ト)腫瘍　通常腫瘍ナシ。唯、稀ニ瘢痕形成ニ因スル結節物又ハ胃周圍炎ニ因スル腫瘍樣物ヲ觸ルルコトアルノミ。久シク腫瘍ノ存在スルハ古キ潰瘍ナリ。

(チ)食慾及ビ舌　食慾ノ障碍ナキモ、食後ノ疼痛ヲ恐レテ食物ヲ制限ス。舌ハ清潔ニシテ、食味普通ナリ。

(リ)榮養　榮養佳良ナルヲ常トス。

(ヌ)左鎖骨上窩ノ淋巴腺　腫大セズ。

以上ノ要徵ニヨリテ兩者ヲ區別シ得ベキモ、潰瘍ヨリ癌腫ノ發生セル場合、卽、癌性潰瘍[1]トノ鑑別ハ、決シテ容易ナラズ。胃潰瘍ニ癌性變性ヲ來タストキハ、漸次酸度ノ減少ヲ來タスト云フモノアレドモ、屢、酸度ニ變化ナク、死ニ至ルマデ遊

(ハ)疼痛ハ潰瘍ノ如クニ劇シカラザルモ、持續性ニシテ全體ニ亙ル。

(ニ)嘔吐ハ不規則ニシテ、多クハ食物ノ久シク停滯シタル後ニ發ス。吐血ノ量少ク、咖啡樣褐色ノ外觀ヲ呈ス。

(ホ)食養療法ヲ行フニ拘ハラズ、胃液中及ビ便中ニ於ケル潛出血消失セズ。

(ヘ)鹽酸ハ減少若クハ缺如シ、乳酸酸酵アリ。內容ヲ鏡檢スルニ、オブ・レル、ボアース氏乳酸菌アリ。

(ト)屢、腫瘍ニ觸ルルコトヲ得ベク、ソノ腫瘍ノ表面ハ凹凸不平ニシテ疼痛アリ。且、往往コレヲ移動シ得ベシ、而シテ、短時ニ增大スルハ癌腫ナリ。

(チ)食慾振ハズ。舌ハ厚苔ヲ帶ビ、食味不良ナリ。

(リ)榮養大ニ衰ヘ、惡液質ヲ呈シ、時時、水腫ヲ發ス。

(ヌ)腫大ス。

(1) Rosenheim　(2) Ulcus oesophagi

離鹽酸ノ過剩ヲ證明シタル者アリ(ローゼンハイム氏)[1]。腫瘍ヲ觸知スルコトハ甚、稀ナリ。潛出血ハ、胃潰瘍ニアリテハ、潰瘍療法ヲ行ヘバ消失スルモ、癌性潰瘍ニアリテハ、嚴重ナル潰瘍療法ヲ行フモ、全ク消失スルニ至ラズ。

(三)十二指腸潰瘍ハ、胃潰瘍類似ノ症狀ヲ呈シ、兩者ノ區別、時時、困難ナルコト多シ。

胃潰瘍

(イ)出血　吐血ス。

(ロ)嘔吐　アリ。

(ハ)潛出血　ヲ胃內容中及ビ便中ニ證明シ得ベシ。

(ニ)食後ノ疼痛　ハ食後直ニ或ハ暫時ニシテ發ス。

(ホ)壓痛點　ハ正中線ニ於テ劍狀突起ト臍トノ中央ニ在リ。背痛點ハ第十一乃至第十二胸椎體ノ左側ニアリ。

(ヘ)黃疸　ナシ。

(四)食道潰瘍[2]　食道出血ト胃出血ノ區別ハ、甚、困難ナリ。出血ノ食道狹窄症(タトヘバ、癌腫)ニ因スルモノハコレヲ診斷シ得ベキモ、出血ノ狹窄ヲ伴ハザル疾患、タトヘバ、消化性潰瘍、若クハ靜脈瘤ニ因スル場合ニハ、診斷容易ナラズ。食道出血ニ於テハ(イ)血液ハ暗赤色ニシテ、ソノ中ニ食物ヲ含有セズ。(ロ)食後直ニ疼痛及ビ嘔吐ヲ發ス。(ハ)食道狹

十二指腸潰瘍

(イ)血液ハ胃ニ逆流シテ吐血トシテ現ハルルコトアレドモ、普通ハ下血トシテ現ハル。

(ロ)稀ナリ。若、嘔吐アレバ、吐物中膽汁・膵液・竝ニ既ニ消化ノ進ミタル食物ヲ混ズ。

(ハ)唯、便中ニノミ證明シ得ベシ。

(ニ)二・四時間ニシテ發ス。

(ホ)壓痛點ハ正中線ヨリ右側卽、右副胸骨線ニ近接シテ存ス。背痛點ハ第十一乃至第十二胸椎體ノ右側ニアリ。

(ヘ)屢、存在ス。

(6) Cholelithiasis　(4) Intercostalneuralgie　(5) Epigastralpunkt　(3) Gastralgie　(1) Stauungsblutungen　(2) Superacidität

窄ノ症狀アリ。(二)消息子ヲ插入スルニ、食道ノ一局部ニ疼痛アリ。(ホ)門脈鬱血ノ症狀アリ。

(五)肝臟硬化　ハ胃潰瘍ニ次デ屢、胃出血ヲ來ス(鬱血性出血)[1]。コレヲ胃潰瘍ニ因スル出血ト區別スルニハ、病前史・經過・肝臟ノ縮小・門脈鬱血(脾腫・腹水)及ビ副枝血行等ノ症狀ニ據ル。

(六)酸過剩症[2]　ハ食後二・三時間ヲ經テ疼痛ヲ發シ、牛乳・鷄卵ノ如キ食物ヲ攝取スルカ、或ハ**アルカリ**劑ヲ用フレバ直ニ消失ス。呑酸・嘈囃ハ、胃潰瘍ヨリモ本病ニ於テ屢、發ス。嘔吐・胃出血・潛出血・腫瘍・穿孔及ビ壓痛點等ハ缺如ス。疼痛ハ胃潰瘍ヨリモ輕微ニシテ、且、不規則ナリトス。

(七)胃痛[3]　ニ於テハ(イ)疼痛ハ食物ノ攝取ニ關セズ、又、食物ノ性質及ビ量ニ關セズ。心窩及ビ背部ノ壓痛點ハ胃潰瘍ノ如ク顯著ナラズ。(ロ)疼痛ハ精神發揚ト關係アリ。(ハ)疼痛ハ壓迫ニヨリテ輕快、若クハ消失ス。(ニ)電氣ノ積極ヲ通ズレバ疼痛消失ス。(ホ)安靜及ビ食養療法ヲ行フモ、胃潰瘍ノ如ク奏效ナシ。(ヘ)**ヒステリー**等ノ神經症狀アリ。(ト)胃出血及ビ潛出血ナシ。

(八)肋間神經痛[4]　最下ノ肋間神經痛ニシテ、疼痛點(上腹點[5])心窩ニ存在シ、且、消化困難症アルトキハ、コレヲ胃潰瘍ト誤マルコトアリ。然レドモ、疼痛點ノ表在性ナルト、他ノ疼痛點(側點・脊柱點)ノ存在スルト、疼痛ノ電氣ニヨリ緩解スルト、胃潰瘍ノ他ノ症狀ナキトニヨリテコレヲ區別シ得ベシ。

(九)膽石病[6]　(イ)疼痛ハ食物攝取ニ關聯シテ發スルコトナシ。夜間疼痛ヲ發スルコトアリ。(ロ)疼痛ノ持續胃潰瘍ヨリモ長シ。(ハ)嘔吐スルモ胃潰瘍ノ如ク直ニ疼痛消失セズ。(ニ)本病ニハ疼痛急發ス。本病ハ妊娠中、或ハ產褥中ニ發スルコトアリ。(ホ)疼痛發作ハ胃潰瘍ノ如ク持續性ナラズシテ間歇性ナリ。(ヘ)本病ニハ黃疸及ビ熱發アリ。

ソノ他、鑑別ヲ要スルトコロノ疾患ハ、左ノ諸種ナリ。

上腹ヘルニア(1)(白線中劍狀突起ト臍トノ中央部ニ於テ豌豆大乃至胡桃大ノ有痛性腫瘍ノ、腹壓亢進ニヨリテ發現スルヲ見ル)。

萎縮性胃加答兒(2)(食物攝取ニ關セズシテ劇痛アリ。壓痛點ナシ。鹽酸及ビ醱酵素缺如ス)。

腸疝痛(3)

狹心症(4)

膵囊腫(5)

腸間膜血管ノエムボリー

遊走腎

併發症及ビ後病(6)

(一)穿孔(7)　肺空洞ノ破裂シテ氣胸ヲ發スルガ如ク、胃潰瘍ノ穿孔シテ腹膜炎ヲ發スルコトアリ(穿孔性腹膜炎)(8)。胃潰瘍ノ一三%(ゲルハルト氏)乃至一八%(ハーベルション氏)(9)ニ於テコレヲ見ル。穿孔ヲ來タスノ最好部ハ、胃前壁ニシテ、萎黃病性潰瘍(10)ニ多シトス。

穿孔性腹膜炎ノ症狀ハ、腹部ハ膨滿シ、或ハ却テ陷入シテ板ノ如ク硬ク、嘔吐ナシ。肝臟濁音部ハ消失ス。脈ハ細小トナリ、時トシテハ熱發スルコトアリ。尿中、インヂカンノ量ハ增加ス。虛脫症狀アリ。時トシテハ腹膜炎ノ症狀顯著ナラザルコトアリ。

胃潰瘍ノ、穿孔シテ橫隔膜下ニ限局部膿瘍ヲ形成スルコトアリ(橫隔膜下膿瘍)(11)。本症ニ於テハ胸廓下部ニ膿性滲出物潴溜シ、而シテ滲出物ノ上部ニ於テ肺ニ病變ヲ認メズ。膿汁及ビ空氣ヲ含有スルニヨリテ膿氣胸ニ類似スルコトア

(1) Hernia epigastirica
(2) Gastritis atrophicans
(3) Darmkolik
(4) Angina pectoris
(5) Pankreascysten
(6) Nachkrankheit
(7) Perforation
(8) Perforationsperitonitis
(9) Habershon
(10) Ulcus chloroticum
(11) Subphrenischer Abscess, Subdiaphragmatischer Abscess, Pyopneumothorax subphrenicus (Leyden)

リ。穿刺ニヨリテ膿汁ト食物トノ混和物ヲ得タルトキハ、診斷確實ナリ。屢、穿刺ニヨリテ漿液ヲ得、尙、深ク穿刺スルニヨリテ膿汁ヲ得ルコトアリ。コレ、炎症ノ橫隔膜ニ波及シ、同時ニ同側ノ肋膜炎ヲ發スルニ由ル。プール氏(1)ハ、本病ト膿胸トヲ區別スルニ次ノ如キ方法ヲ行ヘリ。卽、吸吮針ニ壓力計(2)ヲ連結スルニ、本症ニアリテハ、壓ノ、吸氣ノ際ニ增シ、呼氣ノ際ニ減ズルヲ見レドモ、膿瘍ノ橫隔膜上部ニ存在スルトキハ、コレニ反ス。ゼナートル氏(3)ニ據レバ、胃潰瘍ノ後ニ左側肋膜炎ヲ發スルトキハ橫隔膜下膿瘍ノ疑ヲ起スベシト云フ。又、肋膜炎ノ外觀アリテ

(イ)心窩及ビ季肋部ニ劇痛アルトキ、

(ロ)臥位ヨリ起立スル際背部ニ於テ疼痛及ビ强硬アルトキ、

(ハ)疼痛性嗳氣及ビ吃逆アルトキ、

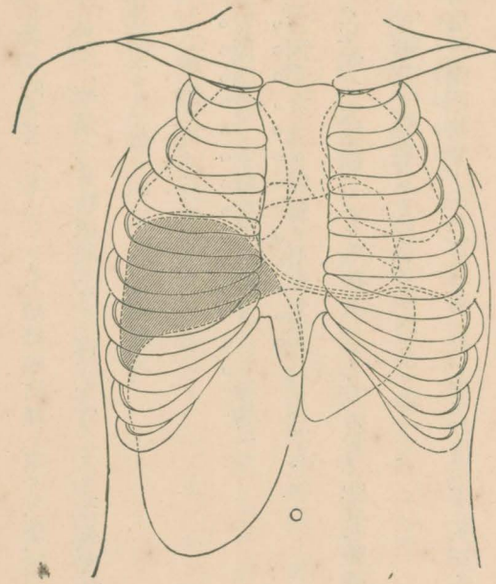
(ニ)滲出液ノ多量ナルニ拘ハラズ、患者ノ仰臥位ヲ取ルトキ(肋膜炎ニアリテハ患者患側ヲ下ニス)、

(ホ)胸廓ノ下後部及ビ下側部ヨリ腰部ニ亙リテ多少ノ水腫アルトキ(第十五圖)。

右ノ徵候ヲ呈スルトキハ、本病ノ疑アリ。

甚、稀ニハ、胃潰瘍ノ穿孔ニ先チテ、局處腹膜炎ヲ發シ、胃ト橫行結腸トノ癒著ヲ來シ、然ル後ニ穿孔シテ胃ト結腸トノ

第十五圖



(1) Pfuhl
(2) Manometer
(3) Senator

(1) Fistula s. Anastomosio gastro-colica
(2) Perigastritis
(3) Cirrhosis ventriculi
(4) Perigastritis ohne Tumorbildung
(5) Perigastritis mit Tumorbildung
(6) Narbige Pylorusstenose
(7) Stenose der Cardia
(8) Sanduhrmagen, Hourglass stomach, Estomac biloculaire
(9) Frerichs

交通スルコトアリ(胃結腸瘻)[1]。ソノ症狀ハ吐糞症及ビ完穀下痢ナリ。著色溶液ヲ飲用セシムルトキハ、變化セズシテ腸ヨリ流出ス、又、同液ヲ以テ灌腸シ、胃消息子ヲ胃中ニ插入スレバ、ソノ變化セズシテ採取セラルルヲ認ムベシ。

(二)胃周圍炎[2]　胃潰瘍ノ、深部、卽、漿液膜ニ向ヒテ進行スルトキハ、局處腹膜炎ヲ發シテ、肝・脾及ビ腸等ノ周圍臟器ト癒著ス。時トシテハ本症ニヨリテ結締織增殖ヲ來タシ、後、縮小シテ胃硬化[3]ヲ發スルコトアリ。

本症ニ於ケル疼痛ハ、食物攝取ニヨリテ發スルモノニアラザルモ、胃部膨滿スルトキハ、牽引ニヨリテ疼痛ヲ發ス。又、疼痛ハ身體運動ニヨリテ發シ、平臥ニヨリテ消失ス。

本症ニ、二種類アリ。スナハチ、

(イ)胃周圍炎ニシテ腫瘍ヲ形成セザルモノ[4]及ビ

(ロ)胃周圍炎ニシテ腫瘍ヲ形成セルモノ[5]、コレナリ。

兩者ノ症狀ハ、大體同一ナルモ、後者ニアリテハ癒著ノ結果、腫瘍ヲ形成シ、胃癌ト區別スルヲ要スルコトアリ。サレドモ、病前史・年齢及ビ經過ニヨリテコレヲ區別スルヲ得ベシ。

(三)瘢痕性幽門狹窄[6]　ハ、胃潰瘍ノ最、多キ合併症ニシテ、ソノ症狀ハ胃擴張及ビ運動不全ナリトス。稀ニハ噴門狹窄[7]ヲ發シ、食道狹窄樣症狀ヲ呈スルコトアリ。

(四)瓢簞狀胃[8]　胃潰瘍ノ後病ニシテ、瘢痕收縮ノ結果、胃ハ二分セラレ、噴門部ハ左方ニアリ、幽門部ハ右方ニアリテ、ソノ形、砂時計、若クハ瓢簞ノ如シ。本症ノ檢査法ハ、次ノ如シ。

(イ)フレーリピス氏[9]法、或ハ空氣ヲ以テ胃ヲ膨脹セシムルニ、噴門部、先、膨脹シ、次デ幽門部ニ及ブ。

(ロ)胃ヲ洗滌スル際、流出液透明トナリシヲ以テ、今ヤ洗滌ヲ終ラントスルニ當リ、突然溷濁セル糜粥ノ新ニ流出スルヲ

(1) Schmilinsky
(2) Gastrodiaphanie
(3) Ulcus carcinomatosum
(4) Hayem
(5) Pylorospasmus
(6) Brinton

見ル。又、注入シタル液ハソノ一部分再、流出スルモ、一部分ハ胃ニ殘留シテ流出セズ。シュミリンスキー氏[1]ニ據レバ、一〇〇〇立方センデメートルノ水ヲ胃ニ注入シ、三〇〇立方センデメートル以上胃ニ殘留スルトキハ、本症ノ疑アリ。

(ハ)本症ニシテ、狹キ交通口ノ存在セル場合ニハ、一手ヲ交通口ノ部ニ置キ、他手ヲ液ヲ含有セル胃底部ニ置キテ壓迫ヲ加フルトキハ、液ノ噴門部ヨリ幽門部ニ流入スルヲ觸知シ得ベシ。

(ニ)胃透照法[2]ヲ行フニ、噴門部ハ透照セラルルモ、幽門部ハ暗シ。

(ホ)レントゲン輻射線ノ應用ニヨリテ、近時確實ニ本症ヲ證明シ得ルニ至レリ。

(五)癌性潰瘍[3]　潰瘍ヨリ癌性變性ニ移行スルモノハ五乃至六%ナリ。サレド近時、外科醫ノ研究ニ據レバ、甚、多數ニシテ、四三%ニ達スト云フ。ハイエム氏[4]ニ據レバ、本症ヲ發スルハ主トシテ幽門部ナリ。

(六)幽門痙攣[5]　本症ヲ發スレバ、胃擴張(間歇性胃擴張)ヲ發ス。

豫後　ハ良ナリト云ハザルベカラズ。何トナレバ剖檢ニ際シテ、胃ニ於テ潰瘍後ノ瘢痕ヲ見ルコト屢、ナレバナリ。幼年者ニ於テハ出血ノ豫後モ亦、良ナリ。出血ニテ死スルモノハ、ブリントン氏[6]ニ據レバ、二乃至五%ニシテ、男子ノ方、女子ヨリ四倍多シトス。

潰瘍ノ周圍ニ進行スルモノハ、豫後不良ナリ。老人ニハ癌性變性ヲ起スヲ以テ、豫後良ナラズ。

療法　本病ヲ治療スルニハ、

(一)疾患臟器ノ安靜、卽、患者ヲシテ褥中ニ橫臥セシメテ胃ヲ安靜ナラシメ、又、

(二)疾患臟器ノ保護、卽、胃ヲシテ種種ナル刺戟ヲ避ケシムルコトヲ要ス。而シテ、本病ノ療法ハ、出血期ト非出血期トニヨリテ差異アリ。

(2) Senator　(1) Styptica

(甲)出血期療法

糖尿病及ビ腎臓炎患者ニ就テ時時檢尿ノ必要アルガ如ク、胃潰瘍患者ニ於テハ潛出血ノ有無ヲ檢スルヲ要ス。而シテ潛出血ヲ證明シタルトキハ、胃出血ノ豫防法ヲ講ズベシ。

新シキ出血ノ場合ニハ、褥ニ就キテ絶對的仰臥位ヲ取ラシメ、大小便ハ褥中ニテナサシメ、且、全ク絶食セシム。最良ノ止血療法ハ、絶對的ニ胃ヲ空虛ナラシムルコトナリ。少量ノ冷飲料・氷片ノ如キモノニテモコレヲ與フルハ害アリ。

重壓ノ加ハルコトナキヤウニ注意シテ心窩ニ氷嚢ヲ置クベシ。氷嚢ハ胃ヲ收縮シ、且、出血部ノ血塞ヲ助成スル效アリ。氷嚢ヲ應用シテ患者ノ不快ヲ感ズル場合ニハ、ブリースニツツ氏罨法ヲ用ヒテ、屢、效アルコトアリ。熱罨法ハ決シテ用フベカラズ。

止血劑[1]ハ內服セシメズシテ、コレヲ皮下ニ注射スベシ。

方　麥角越幾斯　一・〇　石炭酸　〇・一　蒸餾水　五・〇　右一筒ヲ心窩ニ注射ス。

方　ゼラチン(Tetanusfreie Gelatin aus Merck)　一・〇　蒸餾水　一〇〇・〇　右一・二回半量乃至全量ヲ上腿ニ注入ス。

方　ゼラチン　二・〇乃至五・〇　蒸餾水　一〇〇・〇　右灌腸料。

ゼナートル氏[2]ハゼラチンヲ內服的ニモ應用セリ。

方　ゼラチン煎(一五・〇)　一五〇・〇　枸櫞油糖　五〇・〇　右一日數回分服、使用前ニコレヲ溫ム。

ボアース氏ハ五%鹽化カルシウム溶液一〇乃至二〇立方センチメートルヲ三・四時間每ニ小ナル直腸注射器ヲ以テ

(4) Deuscher
(5) Meyer
(6) Baum

(3) Reinigungsklystier　(2) Nährklystier　(1) Bourget

灌腸セリ。

アインホルン氏ハ、一%鹽化アドレナリン溶液ヲ注射スレバ效アリト云ヘリ。

出血ノタメニ生命ノ危篤ニ陷レル場合ニハ、皮下若クハ靜脈內ニ生理的食鹽水ヲ注入シ、或ハ樟腦油ヲ皮下ニ注射ス。

止血ノ目的ニテ氷水(エーワルド・ミンコウスキー氏)或ハ二%過クロール鐵液(ブールシェー氏[1])ヲ以テ胃ヲ洗滌スル人アレドモ、コノ操作ニヨリテ却テ出血ヲ來タスノ恐アリ。

甚シキ渴アルトキハ、皮下、或ハ直腸內ニ生理的食鹽水ノ灌注ヲ要スルコトアリ。

通例、出血後、第二日乃至第三日目ヨリ、滋養灌腸[2]ヲ行フ。出血第一日ニ於テハ、多クハ滋養灌腸ヲ行フノ要ナキノミナラズ、コレガタメニ胃ノ蠕動ヲ發シテ再出血ヲ來タスノ危險アリ。

淨清灌腸[3]ハ、多クハソノ必要ヲ見ズ。灌腸液量ハ一回ニ三〇〇立方センチメートルヲ越ユベカラズ。直腸榮養中ハ口內ノ清潔ニ注意スルコト、肝要ナリ。

滋養灌腸料ノ成分ニ就テハ左ノ點ニ注意スベシ(本書第二卷榮養療法條下參照)。

(一)蛋白質ノ中、ペプトーンハ最、良ク吸收セラルルモ、直腸ニ於テ腐敗スルノ缺點アリ。通例、卵一個ニツキテ食鹽一・〇ヲ加フ。牛乳ハ鹽類及ビ乳糖ヲ含有スルヲ以テ、滋養灌腸ニハ最、適當ナリ。

(二)脂肪ハ滋養灌腸ニ適セズ。ドイシェル氏[4]ニ據レバ、一日中ニ乳化セルオピーフ油一〇・〇以上ハ吸收セラレズ。マイエル[5]及ビバウム氏[6]ノ試驗ニ據レバ、牛乳中ノ脂肪分ノ吸收ハ、パンクレアス製劑ノ混和ニヨリテ著シク佳良トナルト

云フ。

(三)含水炭素ノ溶解セルモノハ恰好ノ滋養灌腸料ナリ。少量ノ葡萄糖ヲ灌腸料ニ混ズルトキハ、吸收良好トナル。糖ノ濃厚ナルモノ(五%以上)ハ腸ヲ刺戟ス。澱粉ハ腸ヲ刺戟セザルノミナラズ、直腸ニ於テ能ク糖化セラルベシ。澱粉糊ニ**チアスターゼ**ヲ加フレバ更ニ可ナリ。

(四)滋養灌腸料ニ食鹽ヲ加フルハソノ吸收ヲ增ス。コレニ阿片丁幾ヲ加フレバ、直腸ノ刺戟性ヲ減退スルヲ以テ、患者ノ腸內ニ長ク滋養灌腸料ヲ保持セシムルコトヲ得ベシ。

滋養灌腸料ニハ牛乳・鷄卵・澱粉若クハ葡萄糖及ビ食鹽ノ混和セルモノヲ以テ最、適當トナス。本病ニ於ケル灌腸料ニハ、酒類ヲ混ゼザルヲ可トス。スピロ氏[1]ノ試驗ニ據レバ、七乃至一〇%**アルコホール**含有ノ酒類ヲ直腸ニ注入スレバ著シク胃分泌ヲ增加スト云フ。

滋養灌腸ハ、通例、便中ニ血液ノ消失スルマデコレヲ行ヒ、漸次經口的食養ニ移行スベシ。然レドモストラウス氏[2]ノ說ノ如ク、急ニ滋養灌腸ヲ廢セズシテ、漸次ニ滋養灌腸ヲ減ジ、經口的食養ヲ增シ、遂ニ經口的食養ノミトナスベシ。

食物トシテハ先、牛乳ヲ少量ヅツ數回ニ與ヘ、一日量二〇〇立方**センチメートル**ヨリ漸次增量スベシ。牛乳ノ外、鷄卵・粥汁等ヲモ與ヘテ可ナリ。肉羹汁ハ胃液ノ分泌ヲ亢進スル虞アルヲ以テ禁忌トス。

時時、潛出血ノ有無ヲ檢シ、潛出血存在スルトキハ、經口的食養ヲ減ジ或ハコレヲ廢シテ、滋養灌腸ヲ以テコレヲ補フベシ。

(乙)非出血期(慢性胃潰瘍)療法

止血後十日以上ヲ經過スレバ、ロイベ・チームセン氏ノ潰瘍療法[3]ヲ行フ、ソノ法ハ、患者ヲシテ絕對的安靜ヲ守ラ

(3) Leube-Ziemsen'sche Ulcuscur　(2) Strauss　(1) Spiro

(1) Thermophor
(2) Priessnitz'sche Umschläege

シメ、節制的食物ヲ取リ、心窩ニ熱罨法ヲ施スニアリ。斯クスレバ溫熱ノ作用ニヨリテ一方ニハ疼痛ヲ緩解シ、他方ニハ患部ニ充血ヲ來タスヲ以テ、潰瘍ノ治癒ヲ催進スルコトヲ得ベシ。

患者ヲシテ仰臥位ヲ取ラシメ、心窩ニ熱キ粥巴布(燕麥・亞麻仁ヨリ製シタルモノ)・蒟蒻(煮沸シテ交代ニ布片ニ包ミテ貼用ス)、湯ニ浸シタル海綿・**テルモフル**[1]・懷爐等ヲ貼用シ、皮膚ノ赤色トナリ、若クハ火傷スルニ關セズ、晝夜間斷ナクコレヲ行ヒテ、胃痛ノ全ク消失スルニ至リテ止ム。夜間ハ熱粥巴布ノ代リニブリースニツツ氏罨法[2]ヲ用フルヲ便利ナリトス。皮膚過敏トナレル場合ニハ、一日數回**ワゼリン**ヲ塗布スベシ。

食物ハ、極メテ徐徐ニ流動性ノモノヨリ、糜粥性、若クハ固形性ニ移行スベシ。胃潰瘍ノ食養ニ就キテハ左ノ點ニ注意スベシ(本書胃病療法總論ノ部ヲ參照スベシ)。

(一)食物ノ**カロリー**價十分ナラザルベカラズ。永時牛乳ノミヲ與フルトキハ、患者漸次榮養不良ニ陷ルベシ。

(二)食物ノ容量ハアマリ大ナラザルヲ要ス。多量ノ液體(タトヘバ、牛乳療法)ヲ以テ胃ヲ膨滿スルトキハ潰瘍ノ治癒ヲ妨グ。何トナレバ潰瘍ノ治癒スルニハ、胃ノ收縮ヲ要スレバナリ。

(三)食物ハ無刺戟ナルヲ要ス。コレ刺戟ハスベテ胃液分泌ヲ催進スルヲ以テナリ。コノ點ヨリ言ヘバ、早ク胃ヲ通過スル食物ヲ用フルヲ可トス。

(四)食物ハ可及的、遊離セル鹽酸ノ多量ヲ結合スルモノナルヲ要ス。而シテ食物ノ酸結合力ハ、蛋白含有ノ多少ニ關スルモノナリ。

故ニ、胃潰瘍ノ食物トシテハ、滋養價ニ富ミ、容積少ナク、刺戟ナクシテ、蛋白ニ富メルモノナルコトヲ要ス。以上ノ條件ヲ有スルモノハ、牛乳・**スープ**・乳酥(クリーム)・鷄卵・**バター**・砂糖・粥汁・澱粉粥等ニシテ、就中、最、主食タルベキモノハ牛乳(レオ及ビフ

ンゲン氏[1]ニ據レバ牛乳ハ酸ト結合ス)ニシテ、コレニ乳酥・バター・砂糖・鷄卵・人工榮養品等ヲ加ヘテ、滋養價ヲ高ムルコトヲ得ベシ。スープハ肉ノエキス分ヲ含有スルヲ以テ、胃液ノ分泌ヲ亢進スルノ不利アリ。ゼナートル氏ハゼラチン(止血ノ效アルノ外、榮養價大ナリ)、バター(胃液分泌ヲ抑制ス)及ビ砂糖(胃液分泌ヲ抑制ス)ヲ推薦セリ。

レンハルツ氏[2]ハ、潰瘍ノ治癒ノ、一方ニハ酸過剩症ノタメニ、他方ニハ貧血及ビ榮養不良ノタメニ妨ゲラルルヲ防グ目的ニテ、出血第一日ニ二〇〇乃至三〇〇立方センチメートルノ牛乳及ビ一乃至三箇ノ鷄卵ヲ與ヘ、出血第六日ニ一リートル以上ノ牛乳・數箇ノ鷄卵及ビ細碎セル牛肉ヲ與ヘタリ。同氏ニ據レバ、出血第一日ニ食物ヲ與フルモ毫モ危險ナク、又、節減的療法ノ如ク、榮養ヲ害スルコト少キガ故ニ、却テ治癒スルコト速ナリト云ヘリ。レンハルツ氏法ニ據レバ舊法ニ比シテ患者ノ速ニ治癒スルコト疑ナキモ、潰瘍面ヲ斷エズ化學的及ビ機械的ニ刺戟シ、且、攝食ニヨリテ胃液ノ分泌ヲ催進スルノ弊アリ。

要スルニ、便中ニ血液ノ消失スルマデハ絶食セシメ、漸次經口的ニ牛乳ヲ少量ヅツ攝取セシムベシ。斯ノ如ク、流動食ヨリ糜粥食、糜粥食ヨリ固形食ト漸次移行シ、四・五週間ノ節減的療法ヲ行ヘバ、患者臨牀的ニ治癒シ、臨牀的・潛伏狀態ニ移行ス。然レドモ、コノ時期ニ於テモ尙、解剖的治癒ヲ得タルニアラザルヲ以テ、再發スルノ恐アリ。外觀的治癒後一年間ハ、時時潛出血ノ有無ヲ檢シ、胃ヲ刺戟若クハ過勞スル食物、タトヘバ、果實・冷若クハ熱ニ過グル飲食物・脂肪ニ富メル肉類・酸・鹽藏物・香料・酒類及ビ咖啡等ヲ避クベシ。本病ハ既ニブリントン氏[3]ガ數十年前ニ唱ヘシ如ク、食養療法ニヨリテ治癒シ得ベキモノナリ。

左ニポイベ・ペンツォルト・及ビレンハルツ等諸家ノ食箋ヲ掲ゲン。

(甲)ポイベ氏食養獻立

(1) Leo und Pfungen
(2) Lenhartz
(3) Brinton

第一食　肉羹汁・ポイベ・ローゼンタールパ氏肉溶液・牛乳・半熟卵・生卵・ビスケット・水・天然炭酸水。

第二食　煮タル犢牛腦・同犢牛胸腺・同鷄肉・同鳩肉・同犢牛足・タピオカ・牛乳・粥・粘液汁[1]

第三食　細碎セルビーフステーキ・細碎セル生ナルハム・馬鈴薯粥・白パン・牛乳加茶若クハ咖啡。

第四食　炙リタル鷄肉・同鳩肉・同鹿肉・同鷓鴣肉・ローストビーフ[2]・炙リタル犢牛肉・煮魚肉・マカロニー・飯・葡萄酒。

(乙)レンハルツ氏胃潰瘍食箋

出血後日數	食物	鷄卵	卵ニ加フル砂糖ノ量	牛乳	生ナル細碎肉	牛乳飯	ビスケット	生ナルハム	バタ	カロリー
一日		二個	—	二〇〇	—	—	—	—	—	二八〇
二日		三個	—	三〇〇	—	—	—	—	—	四二〇
三日		四個	二〇	四〇〇	—	—	—	—	—	六三七
四日		五個	二〇	五〇〇	—	—	—	—	—	七七七
五日		六個	三〇	六〇〇	—	—	—	—	—	九五五
六日		七個	三〇	七〇〇	三五	—	—	—	—	一一三五
七日		八個	四〇	八〇〇	七〇	一〇〇	—	—	—	一五八八
八日		八個	四〇	九〇〇	七〇	一〇〇	二〇	—	—	一七二一
九日		八個	五〇	一リートル	七〇	二〇〇	四〇	—	—	二一三八
十日		八個	五〇	一リートル	七〇	二〇〇	四〇	五〇	二〇	二四七八
十一日		八個	五〇	一リートル	七〇	三〇〇	六〇	五〇	四〇	二九四一
十二日		八個	五〇	一リートル	七〇	三〇〇	六〇	五〇	四〇	二九四一

十三日	八個	五〇	一リートル	七〇	三〇〇	八〇	五〇	四〇	三〇〇七
十四日	八個	五〇	一リートル	七〇	四〇〇	一〇〇	五〇	四〇	三〇七三

(丙)ペンヅォルト氏食養獻立

ペンヅォルト氏食箋ハ、本書本卷第二九八頁乃至三〇〇頁ニ掲載セルガ故ニ、重複ヲ避ケテココニハ省略ス。

藥物療法　胃潰瘍ハ、十分ニ安靜及ビ食養療法ヲ行ヘバ、藥物療法ヲ要セザルコトアリ。

アルカリ療法(1)　過剩ノ遊離鹽酸ノ存在スルトキニハ、**アルカリ**療法ヲ用フレバ奏效ス。胃潰瘍ニ持續性分泌過多症ヲ合併セル場合ニハ、**アルカリ**療法ハ特ニ必要ナリトス。

方　重炭酸**ナトリウム**　六・〇　煆製**マグネシア**　三・〇　萇菪越幾斯(或ハ燐酸**コデイン**　〇・一五)　〇・一二　右爲六包、一日三回食後三十分ニ服用、二日量。

方　重炭酸**ナトリウム**　六・〇　次硝酸蒼鉛　三・〇　萇菪越幾斯　〇・一二　右爲六包、一日三回食後三十分服用、二日量。

方　枸櫞酸**ナトリウム**　炭酸**マグネシウム**　各一〇・〇　燐酸**コデイン**　〇・二　右盒ニ入レテ與フ。三・四時毎ニ半乃至一茶匙。

方　重炭酸**ナトリウム**　燐酸**マグネシウム**　各一〇・〇　萇菪越幾斯　〇・一　右盒ニ入レテ與フ。一日三回一茶匙宛。

方　萇菪越幾斯　〇・一　煆製**マグネシア**　五・〇　白糖　一〇・〇　枸櫞酸**ナトリウム**　四〇・〇　右爲散、一日三回一茶匙宛。

(1) Alkalibehandlung

方　煆製**マグネシア**　炭酸**ナトリウム**　炭酸**カリウム**　各五・〇　大黃根末　一〇・〇　乳糖　二五・〇　右每一時、一刀尖宛乾燥ノ儘服用(エーワルド氏)。

方　煆製**マグネシア**　五・〇　乾燥炭酸**ナトリウム**　薄荷油糖　各一五・〇　右每二時、滿一刀尖宛(アインホルン氏(1))。

方　煆製**マグネシア**　重炭酸**ナトリウム**　各五・〇　炭酸**カリウム**　三・〇　萇菪越幾斯　〇・三五　右一日數回、食後半茶匙宛(ローゼンハイム氏(2))。

方　乾燥硫酸**ナトリウム**　乾燥燐酸**ナトリウム**　各二・〇　重炭酸**ナトリウム**　八・〇　右混和シテ十包ヲ作リ、右一包ヲ一**リートル**ノ水ニ溶解シ、食後二時間ニソノ一〇〇・〇ヲ微溫トナシテ服用セシム(ブールジェー氏(3))。

次硝酸蒼鉛療法(4)ハクヅスマウル及ビフライヂル氏(5)ニヨリ推薦セラレタル療法ニシテ、フライヂル氏ハ次硝酸蒼鉛一〇・〇乃至二〇・〇ヲ水二〇〇立方**センチメートル**ニ混和シタルモノヲ胃管ニヨリテ胃中ニ流入セシメ、次硝酸蒼鉛ノ潰瘍面ニ沈著シタル後ニ水ヲ吸出セリ。胃潰瘍ニ胃管ヲ使用スルハ危險ナシトセザルヲ以テ、胃管ヲ用ヒズ、朝空腹時ニ次硝酸蒼鉛一〇**グラム**ヲ、微溫水二〇〇立方**センチメートル**或ハ**カルルス**礦泉ニ投ジテ振盪合劑トナシタルモノヲ服用セシメ、患者ヲシテ仰臥位ヲ取リ、少シク骨盤ヲ高クシテ一時間就蓐セシメ、然ル後ニ朝食ヲ取ラシムベシ。然ルトキハ次硝酸蒼鉛ハ潰瘍面ニ沈著シテ、ソヲ被覆シ、胃液及ビ食糜ト觸接スルヲ防グノミナラズ、肉芽ヲ催進スルノ效アリト云フ。次硝酸蒼鉛ノ效力ヲ否認スル學者ナキニハアラザルモ、多クハ多少ノ效力ヲ是認スルモノノ如シ。

方　**クロロフォルム**　一・〇　蒸餾水　一九〇・〇　次硝酸蒼鉛　五・〇　薄荷油　二滴　右

(2) Rosenheim　(3) Bourget　(4) Bismut-Behandlung　(5) Kussmaul-Fleiner

(8) Höllensteinbehandlung
(9) Gerhardt
(10) Narcotica

(1) Stepp
(2) Wegele
(3) Bismutose
(4) Eskalin (Aluminium-Glycerinpaste)
(5) Pariser
(6) Creta alba
(7) Talcum

振盪シツツ一時毎ニ一食匙宛(ステップ氏[1])。

方　次硝酸蒼鉛　五·〇　カルルス泉鹽　五·〇　右二五〇立方センチメートルヲ微溫水ニ投ジ、朝夕ニ服用セシム(ウェーゲレ氏[2])。

ボアース氏ハ次硝酸蒼鉛ノ代リニ炭酸蒼鉛ヲ用フ(六·〇乃至一〇·〇ヲ一日量トナス、便祕ヲ發セズ)。ソノ他ビスムトーゼ[3](二一%ノビスムート蛋白化合物)、エスカリン[4]アリ。

バリーゼル氏[5]ハ、等分ノ白堊[6]及ビ滑石[7]一乃至二茶匙ヲ一盃ノ水ニ混ジテ服用セシメタリ。本劑ハ價ノ廉ナルト便ヲ黑變セザルトノ利益アリ。便通ヲ良ナラシメンニハ煆製マグネシアヲ加フベシ。

硝酸銀療法[8]　硝酸銀ハゲルハルト氏[9]ニヨリテ推薦セラレタルモノナリ。

方　硝酸銀　〇·二五—〇·三—〇·四　蒸餾水　一二〇·〇　右黑色罎ニ入レ、一日三回一食匙(陶器製)ヅツ空腹時ニ與フ。初ノ一罎ヲ飲ミ終ルトキハ、增量シテ〇·三トナシテ二罎ヲ與ヘ、更ニ增量シテ〇·四トナシテ一罎若クハ二罎ヲ與フ。

ボアース氏等ハ、大ニ硝酸銀ヲ賞用スルモ、本劑ハ味不良ニシテ、且、惡心·下痢·鹽酸分泌ノ亢進等ヲ發スルコトアリト云フモノアリ。

麻醉劑[10]　胃痛ニ向ヒテハ麻醉劑ヲ用フル必要アリ。鹽酸モルヒネハ胃液ノ分泌ヲ催進スル作用アルヲ以テ本病ニハ不適當ナリ。プライヤル氏ノ如キハ、モルヒネヲ用フル間ハ胃病ハ治癒セズト云ヘリ。コレニ反シテ、アトロピン劑ハ分泌ヲ制スル作用アルヲ以テ、硫酸アトロピンノ皮下注射及ビ莨菪越幾斯ノ內服ハ、弘ク賞用セラル。又、モルヒネトアトロピンヲ伍用スルモノアリ。

(6) Die balneologische Behandlung
(7) Chirurgische Behandlung

(4) Hoppe-Hannover
(5) Liquor ferri albuminat

(1) Olivenoelbehandlung
(2) Walko
(3) Cohnheim

方　鹽酸モルヒネ　〇·一　硫酸アトロピン　〇·〇一　蒸餾水　一〇·〇　右注射料。一筒皮下注射。

ソノ他、コデイン·アヂステジン·クロロフォルム等モ亦、用ヒラルルコトアリ。

オレーフ油療法[1]　ワルコ[2]·コーンハイム氏[3]ハ、本病ニオレーフ油ヲ推薦セリ。本劑ハ次硝酸蒼鉛ノ如ク、潰瘍面ヲ保護スル他、鹽酸ノ分泌ヲ制止シ、且、高キカロリー價ヲ有スルモ、味不良ノ缺點アリ。幽門痙攣ノ場合ニハオレーフ油ハ特ニ效アリ。用量ハ一日二回乃至三回、食前ニ一乃至二食匙ヅツ服用セシム。蓋、油ハ痙攣ヲ鎭靜スル作用アレバナリ。患者、油ニ耐ヘザルトキハ

方　ベラドンナ丁幾　五·〇乃至六·〇　甘扁桃油　三〇·〇乃至四〇·〇　卵黃　一乃至二箇

右水ヲ加ヘ乳劑二〇〇·〇トナシ、一日三回食前ニ一食匙宛用フ(ホッペ·ハンノーヴエル氏[4])。

鐵劑　萎黃病ニ因スル本病ニハ、鐵劑ヲ用フルコトアリ。鐵劑トシテハ蛋白鐵液[5]ヲ用フルカ、或ハ鹽化鐵液二乃至三%ノモノヲ一日三回一茶匙宛、一酒盃ノ蛋白水(蛋白一分·水二分)ニ混ジテ服用セシム。

礦泉療法[6]　ロイベ氏ハカノ食養療法ヲ行フニ當リテ、通常カルルス礦泉ヲ每朝空腹時ニ飲用セシメタリ。三〇〇立方センチメートルノカルルス礦泉ヲ空腹時ニ服用セシメ、或ハ一刀尖ノカルルス泉鹽ヲ同量ノ礦泉ニ加ヘテ飲用セシム。溫ハ刺戟ヲ緩解シ、アルカリハ酸ヲ減却セシメ、便通及ビ利尿ヲ良クス。通例晝食及ビ晚食前半時ニ與ヘ、二·四週間持續セシム。礦泉療法ハ特ニ本病ノ後療法ニ適スルガ如シ。

外科的療法[7]　適應症ハ左ノ如シ。

(一)胃ノ穿孔

(二)高度ノ出血ニシテ生命ノ危險ナル場合

(三)高度ノ運動障碍アル場合　コレナリ。

本病治癒ノ證トナスベキモノハ、自覺的及ビ他覺的疼痛ノ缺如及ビ潛出血ノ消失ナリ。

胃粘膜出血性糜爛症 Die haemorrhagischen Erosionen des Magens.

潰瘍性慢性胃炎 (Gastritis chronica ulcerosa.)

本病ハ胃粘膜表層ノ物質缺損ニシテ、胃潰瘍ノ如クニ瘢痕ヲ結ブコトナクシテ治癒スルモノナリ。

糜爛症ト胃潰瘍トハ全ク特別ナル疾患ナルカ、將タ兩者同一ナル疾患ニシテ、唯、ソノ度ヲ異ニセルニ過ギザルカ、即、糜爛症ノ、進デ胃潰瘍ニ移行スルモノナリヤ否ヤニ就テ二說アリ。第一說ヲ唱フルモノハ、ラングルハンス氏[1]ニシテ、同氏ニ據レバ、兩者ハ別種ノ疾患ニシテ、糜爛症ノ胃潰瘍ニ移行スルコトナシト云フ。ボアース氏[2]ニ據レバ、胃潰瘍ハ多クハ孤發スルモ、糜爛症ハ多發性ナリ。且、糜爛症ハ、粘膜及ビ粘膜下組織ヲ侵スモ、筋層ニ達セズト云ヘリ。反之、ゲルハルト[3]及ビナウヱルク氏[4]ハ、兩者ヲ同一種ノ疾患ト看做セリ。同氏ニ據レバ、剖檢ノ際ニ潰瘍ノ傍、多數ノ表在性糜爛症ヲ認ムト云ヘリ。

原因 本病ハ急性及ビ慢性胃炎ノ副症タルコトアリ。急性傳性病(タトヘバ、敗血症及ビ肺炎球菌ノ普汎傳染等)ニハ屢、本病ヲ發スルモ、慢性胃炎ヨリ發生スルハ稀ナリトス(潰瘍性慢性胃炎[5])。慢性胃炎ニ因スル糜爛症ハ、胃潰瘍

(3) Gerhardt
(4) Nauwerg
(5) Gastritis ulcerosa chronica

(1) Langerhans
(2) Boas

ヨリ區別シ得ベシ。何トナレバ胃潰瘍ニハ慢性胃炎缺如スレバナリ。

症狀 本病ニハ、臨牀上二樣ノ症狀アリ。

(一)胃粘膜ノ炎症及ビ

(二)胃出血　コレナリ。

病徵ハ急性及ビ慢性ニヨリテ差異アリ。重性普汎傳染ニ因スル急性胃炎ニハ、通例、多量ノ出血アリ。稀ナレドモ實地上必要ナルハ、慢性胃炎ニ因スル粘膜缺損ナリ。コノ症ニハ、慢性胃加答兒、特ニ胃液缺如症[1]ニ胃粘膜缺損ノ症狀(疼痛及ビ出血)アリ。

疼痛ハ胃潰瘍ノ如クニ食後ニ發シ、食物ノ性質及ビ量ニ關係ス。出血ハ潛性ニシテ、療法ニ對シテ頑固ニ抵抗ス。

診斷 慢性胃加答兒、或ハ胃液缺如症ニ粘膜缺損ノ症狀(疼痛及ビ出血)ヲ發スルトキハ本病ナリトス。

空腹時ニ胃ヲ洗滌スルニ、洗滌液中ニ血液ニ染メル帽針頭大乃至小豌豆大ノ粘膜片アリ。コレヲ顯微鏡下ニ檢スルニ、胃粘膜ノ造構ヲ有スルヲ認ム。アインホルン氏[2]等ハコレニ大ナル價値ヲ置ケドモ、エルスヰル氏[3]ハコレヲ重要視セズ。

アインホルン氏等ハ本病ヲ獨立ノ一疾患ナリト看做シ、ベルゲル氏[4]ハコレヲアインホルン氏病[5]ト稱スレドモ、他ノ學者ハ本症ヲ慢性胃加答兒ノ一症狀ニ外ナラズトナセリ。

療法 大體、胃潰瘍ニ同ジ。安靜及ビ食養療法ニヨリテ疼痛緩解ス。酸ヨリモ**アルカリ**劑ヲ用フレバ效アリ。

(2) Einhorn
(3) Elsner
(4) Berger
(5) Einhorn'sche Krankheit

( ) Achylia gastrica

(1) Lebert
(2) Brinton
(3) Leube
(4) Wilson Fox

胃癌 Carcinoma ventriculi, Der Magenkrebs.

癌腫ハ諸臓器中胃ニ發スルコト最、多シトス。レーベルト(1)及ビブリントン氏(2)ニ據レバ、スベテノ癌腫ノ四分ノ一ハ胃癌ナリト、ロイベ氏(3)等ハ、胃癌ハスベテノ癌腫ノ約半數ヲ占ムト云ヘリ。山極氏ノ本邦ニ於ケル統計ニ據レバ、總解剖例三〇七六體中、胃癌一〇七(三・四七九%)アリ。癌腫總數二三七中、胃癌ハ四五・一%ヲ占ム。井上ノ千葉病院ニ於ケル調査ニ據レバ左ノ如シ(自明治四十三年至大正元年三箇年間)。

內科患者總數	一七〇二六
胃病患者總數	四五〇八(二六・八一%)
胃癌患者總數	九七(〇・五六%)

胃病患者ニ對スル%ハ二・一五ナリ。

性 胃癌ハ男子ニ多シ。

男女ノ比較ハ

ヴィルソン・フォックス氏(4)	男性	五二・〇%
	女性	四八・〇%
トルノー氏	男性	七七・六五%
	女性	二二・三五%

(1) Lebert
(2) Welch
(3) Ruetimeyer
(4) Haebelin
(5) Ewald
(6) Lebert
(7) Haebelin
(8) Boas

山極氏	男性	八四・一%
	女性	一五・九%

ナリ。井上ノ千葉病院ニ於ケル調査ニ據レバ、男性七六・二八%、女性二三・七二%ニシテ、後藤氏ノ長與胃腸病院ニ於ケル統計ニ據レバ、男性八七・二%、女性一二・七%、北村ノ經驗ニ徵スレバ男性八二・七%、女性一七・二%ヲ示セリ。

年齡 胃癌ハ四十歲乃至七十歲ノ間ニ多シ。殊ニ、ソノ多數ハ五十歲乃至六十歲ノ間ニ發生ス。近時ノ經驗ニ據レバ、胃癌ハ漸次若キ者ヲ侵スノ傾向アリテ、男子ニアリテハ四十五歲乃至五十五歲ノ間ニ於テ多シ。本病ハ又、壯年期ニモ發生ス。三十年代ニ發病スルモノハレーベルト氏(1)ニ據レバ一%、ウェルピ氏(2)二・七%、リューデマイエル氏(3)ニ據レバ三・四%ナリ。甚、稀ニハ十五・六歲ノモノニ來ルコトアリ。山極氏ノ統計ニ據レバ、胃癌患者總數百〇七例中、四十歲以上ノ者實ニ八十八例(八二・二%)、三十歲乃至三十九歲ノモノ十一例(一〇・二六%)、二十歲乃至二十九歲ノモノ二例(一・八七%)アリ。後藤氏ノ統計ハ四十歲以上ノ者ニ最、多クシテ、八五・二%ヲ示シ、四十歲以下ハ一二・八%ヲ算セリ。北村ノ實驗ニ據レバ、四十歲以上ハ九一・〇%、四十歲以下ハ九・〇%ナリ。就中、最、多キハ五十歲乃至六十歲ニシテ、三〇・〇%ヲ算セリ。

地理的關係 本病ハ溫帶地方ニ多シ。歐洲ニアリテハ特ニ瑞西國(ヘーベリン氏(4))ニ多シト云フ。米國ニ於テハ歐洲ヨリモ少ナシ。熱帶地方、タトヘバ、埃及ニ於テハ腸胃病ノ多キニ拘ハラズ、本病ハ稀有ナリト云フ。

遺傳 一家族中ニ多數ノ本病患者ヲ出ス事實アリ。タトヘバ、ナポレオン、ソノ父及ビソノ妹ハ共ニ本病ノタメニ死セシガ如シ。エーワルド氏(5)ハ本病ノ六・七%、シーベルト氏(6)ハ七%、ヘーベリン氏(7)ハ八%、ボアース氏(8)ハ一一

(1) H. Snow　(2) Cohnheim　(3) Elsner　(4) Hayem　(5) Leube

%ニ遺傳ヲ證明セリ。スノー氏[1]ハ倫敦市ノ癌腫病院ニ於ケル各部癌腫患者一〇七五例ノ中一六九例、卽、一五・七%ニ於テ遺傳ヲ證明シ。後藤氏ハ一〇・七%ニ於テ遺傳ヲ認定セリ。上述ノ如ク本病ハ時トシテ恰、遺傳セルガ如キ觀ヲ呈スルモ、ソノ果シテ遺傳スルモノナリヤ、將タ偶然ノ出來事ナリヤ、或ハ原因的機會ヲ同ウスルモノナリヤ未、明確ナラズ。

外傷　胃部ノ外傷後、短時ニ胃癌ヲ發生スルコトアリ。外傷ニヨリテ既存ノ腫瘍ノ發育ヲ催進シ、或ハ潛在セル癌腫ヲ出現セシムルコトアルベキモ、果シテ外傷ノタメニ本病ヲ發スルヤ否ヤノ問題ハ未、解決セラレズ。コーンハイム氏[2]ニ據レバ、外傷ニヨリテ胃粘膜ニ挫傷・壞死ヲ生ジテ、潰瘍ヲ發シ、續テ癌腫ヲ形成スルモノナリト云フ。

他ノ胃疾患　胃潰瘍、殊ニ幽門部ノ潰瘍ハ、屢、癌性變性ヲ來タス。エルスヲル氏[3]ニ據レバ平均癌腫八%、ハイエム氏[4]ニ據レバ、二〇%ハ胃潰瘍ヨリシテ變性シタルモノナリト云フ。シカノミナラズ多數ノ外科醫ノ經驗ニ據レバ、胃潰瘍ノ癌腫ニ移行スルモノハ三〇乃至五〇%ニ達スト云フ。山極氏ハ、多數ノ胃癌ノ單純胃潰瘍ヨリ發生スルヲ說クリ。

ロイベ氏[5]等ニ據レバ、慢性胃加答兒ハ胃癌ヲ誘發セズト云フ。然レドモ、ボアース氏等ハコレニ反對セリ。

酒精ノ濫用ノ、胃癌發生ニ關係アリヤ否ヤニ就テハ、成書ニ記スルトコロ少ナシ。リーゲル氏ハ酒精濫用ノ胃癌發生ト何等ノ關係ナキヲ說キ、フライヲル氏ハ胃癌ハ却テ酒客ニ稀ナリト云ヘリ。本邦ニ於テモ亦、コレニ關スル報告甚、少ナク、後藤氏ノ統計ハ酒客ニ於テ六四・七%ヲ示シ、北村ハ四六・七%ヲ算セリ。長與博士、半井ドクトル等ハ茶ヲ嗜好スル者ニ胃癌ヲ發セシ實驗ニ徵シ、茶ノ濫用ハ胃癌發生ニ於テ注目スベキ原因ナリト說ケルモ、茶ノ濫用ガ果シテ胃癌發生ノ誘因トナルヤ否ヤハ、向後ノ研究ヲ要ス。

病理解剖　胃癌ハ殆、原發性癌腫ニシテ、甚、稀ニ近接臟器、タトヘバ、膵臟ヨリ轉移スルコトアリ。癌腫ハ胃粘膜ノ腺質ヨリ發生シテ不定型性增殖ヲナス。或ハ癌腫ノ限局性腫瘍トシテ胃粘膜ニ菌狀ニ突出スルコトアリ、或ハ瀰蔓性浸潤ヲ起スコトアリ、或ハ潰瘍ニ陷ルコトアリ、或ハ幽門又ハ噴門ニ於テ狹窄ヲ起スコトアリ。

(1) Das Carcinoma medullare (Markschwamm)
(2) Das Carcinoma fibrosum (der Skirrhus od. Faserkrebs)
(3) Epitheliom (das Carcinoma adenomatosum, Adenocarcinom)
(4) Das Carcinoma gelatinosum s. colloides (Schleim- od. Gallertkrebs)
(5) Plattenepithelkrebse

癌腫ノ種類ハ次ノ如シ。

(一)髓樣癌[1]　多クハ幽門部ニ發生スルモノニシテ、細胞及ビ血管ニ富ミ、結締織ニ乏シ。屢、早クヨリ崩潰シテ潰瘍ヲ形成シ、肝臟・腹膜等ニ轉移シ易シ。

(二)硬性癌[2]　結締織ニ富ミ、ソノ發育スルコト遲シ。收縮スル傾向アルヲ以テ、幽門狹窄ヲ發スルコトアリ。髓樣癌ノ如クニ崩潰シテ潰瘍ヲ形成シ、或ハ轉移ヲ來スコト少ナシ。

(三)上皮癌[3]**(腺腫性癌)**　柔軟ナル腫瘍ニシテ、容易ニ崩潰シテ潰瘍ヲ形成ス。屢、出血及ビ轉移ヲ來タス。

(四)膠樣癌[4]　或ハ結節性肥厚ヲ呈シ、或ハ瀰蔓性滲潤ヲ發シ、好デ腹膜ニ蔓延ス。

(五)扁平上皮癌[5]　コノ癌腫ハ食道ヨリ噴門ニ移行スルコトアリ。

山極氏ノ顯微鏡的檢査上ヨリ立テタル分類ハ左ノ如シ。

スキルス	一五例	三四・八八%
腺腫性癌	九例	二〇・九三%
膠樣癌	六例	一三・九五%
髓樣癌	四例	九・三〇%
腺細胞癌	三例	六・九九%
膠樣癌性スキルス	二例	四・六五%

髓樣癌性圓柱細胞癌	二例			四・六五％
圓柱細胞癌	二例			四・六五％
計	四三例			一〇〇・〇〇％

各癌腫中、最多キハ硬性癌ニシテ、髓樣癌コレニ續グ。ブリントン氏ニ據レバ、百八十例ノ癌腫中、硬性癌百三十(七二％)、髓樣癌三十二、膠樣癌十四ナリキト云フ。

廣ク粘膜面ヲ侵スモノハ髓樣癌及ビ膠樣癌ニシテ、粘膜面ヲ侵スコト少ク、且、胃壁ノ大部ニ滲潤・硬結ヲ來タスモノハ硬性癌ナリ。

胃癌ハ何レノ部位ニ於テモ發生スベキモ、ソノ好發部位ハ幽門・小彎及ビ噴門ナリ。コレニ關スル諸氏ノ統計左ノ如シ。

	レーベルト氏	ブリントン氏	山極氏	バーン氏	トルノー氏
幽門	五一％	六〇％	五九・〇％	三五・五％	四八・〇％
小彎	一六％	—	一四・〇％	一五・九％	一二・〇％
噴門	九％	一〇％	七・五％	一三・五％	二〇・八三％
前壁	三％	—	四・一％	一・六七％	
後壁	四％	—	四・一％	三・三三％	
前及ビ後壁	四％	—	—	一・六六％	
大彎	四％	—	〇・九％	四・七％	四・一七％
汎發性浸潤	六％	—	一二・三％	—	—

(1) v. Mikulicz
(2) Kausch
(3) Tobora

山極氏ニ據レバ、癌腫ノ最好發部ハ、幽門輪ヨリ一乃至二センチメートル以上ノ處ニ於テ小彎線、若クハコレト前後セル部位ナルガ如シト云フ。

癌腫ノ幽門・小彎及ビ噴門ニ好發スルノ理由ハ、該部ノ機械的刺戟ヲ受クルコト强キト、粘膜皺襞ノ顯著ナルト、移動性ノ比較的僅微ナルトニヨル。近時諸家ノ說ニ據レバ、癌腫ハ多クハ小彎ニ發シ、續發性ニ幽門等ニ蔓延スルモノナリト云フ。ミクリツツ(1)・及ビカウシュ氏(2)ニ據レバ、癌腫ノ小彎ニ發生スルモノ約四〇％、ボアース氏ニ據レバ三三・六％、トボーラ氏(3)ニ據レバ三九％ナリ。

癌腫噴門ニ發スレバ胃腔縮小シ、幽門ニ占居スレバ胃腔擴張スルノミナラズ、ソノ重量ノタメニ下方ニ轉位スルコトアリ。

又、胃ノ近隣臟器ト癒著スルタメニ轉位・屈曲・牽引等ヲ起スコトアリ。胃癌ノ穿孔スルコトハ稀ナリ。ブリントン氏ニ據レバ、五百七例ノ中、穿孔セシモノ二十一例ナリキト云フ。

胃癌ノ他臟器ニ傳播スルニ二樣ノ別アリ。

(イ)胃壁漿膜面ヨリ腹腔內ニ、癌細胞ノ撒種狀ニ擴ガルモノ。

(ロ)淋巴系ヲ介シテ他部ノ淋巴腺、タトヘバ、左鎖骨上窩腺ニ轉移ヲ生ズルモノ。

(ハ)血行ヲ介シテ肝・肺等、諸臟器ニ轉移スルモノ。

又、胃癌ノ連續シテ食道或ハ小腸ニ蔓延シ、或ハ觸接シテ隣接臟器、タトヘバ、肝・大網膜・大腸等ニ蔓延スルコトアリ。

胃癌ノ他臟器ニ轉移ヲ起ス場合ハ甚、屢、ニシテ、ブリントン氏ニ據レバ、ソノ四三七回中、二一〇回、卽、四八％ハ轉移スト云フ。最、屢、轉移ヲ生ズル臟器ハ肝臟(ブリントン氏ニ據レバ二五％、山極氏三二％、トルノー氏三六％、レーベルト氏四一％)ナリ。ソノ他、腹膜・肺・肋膜(特ニ左側)、膵・腎・子宮・卵巢・腸・眼及ビ皮膚等ニモ轉移ス

ルコトアリ。

山極氏ノ調査ニ據レバ、胃癌ノ轉移及ビ撒種ノ統計ハ左ノ如シ。

肝	三一・七二％
上腹部腺	三一・七二％
ドウグラス窩	二一・三八％
腹腔漿膜	一〇・三四％
腹壁漿膜	八・二八％
腸間膜腺	五・五二％
腸粘膜	五・五二％
大網部	一七・九三％
後腹膜淋巴腺	一三・七九％
肝門腺	一一・三〇％
腹腔漿膜	一〇・三四％
肺	四・八三％
中隔膜ノ氣管枝腺	四・一四％
胸膜	〇・六九％

症狀　胃癌ノ臨牀的症狀ハ、ソノ發生部位ニヨリテ差異アリ。今コレヲ左ノ三種ニ區別ス。

(1) Kardiakarcinome
(2) Karzinome der Regio pylorica
(3) Karzinome des Magenkörpers
(4) Peristoe
(5) Allgemeine Symptome
(6) Dyspepsie

(一)噴門癌(1)
(二)幽門部癌腫(2)
(三)胃體ノ癌腫(3)(前壁・後壁・小彎・大彎)

噴門癌ハ恰、食道癌ノ如キ症狀、嚥下困難ヲ發シ、幽門部癌ニアリテハ蠕動運動ノ障碍ヲ起シ、胃ノ運動不全ヲ發シ、胃壁ノ癌腫ニアリテハ、胃壁ノ內容ヲ抱擁收縮スル機能(**ペリストレ**(4))ノ障碍ヲ發スルモ、胃運動、卽、食物送出ノ障碍セラルルコト僅少ナリ。

本病ノ症狀ヲ述ベントスルニハ、コレヲ普汎症狀ト癌腫ノ發生部位ニ關スル症狀トニ區別スルヲ可トス。

(甲)普汎症狀(5)

(一)消化困難(6)

(イ)胃癌ノ發病ハ、通例徐々ナリ。而シテ初期ノ症狀ハ頗、不明ニシテ、慢性胃加答兒ノ如キ觀アリ。ロイベ氏ニ據レバ、五十歲乃至六十歲ノ人ニシテ、從來胃ノ健全ヲ誇リシモノノ、漸次消化困難ヲ發スルハ胃癌ナリト云フ。

(ロ)食慾ハ通例減退シ、特ニ肉及ビ蛋白質ニ富メル食物ニ對シテ嫌惡ノ念ヲ生ズ。時トシテハ、食慾不振ノ初發症狀トナリ、コレニヨリテ本病ノ疑ヲ生ゼシムコトアリ。ブリントン氏ニ據レバ、食慾不振ヲ來スモノ八五％アリ。稀ニハ食慾ノ末期マデ侵サレザルコトアリ。舌ハ通常厚キ苔ヲ以テ蔽ハル。食味ハ變調シ、苦味・酸味等ヲ帶ビ、屢、口臭アリ。時トシテ酸性唾液ヲ分泌スルコトアリ。飲酒・喫煙ヲ嫌フコトアリ。幽門癌腫ニ於テハ、渴ヲ發スルコトアリ。**ロダンカリウム**ハ唾液中ニ於テ缺如ス。

(ハ)胃部ニ壓重及ビ膨滿ノ感アリ。殊ニ食後ニ顯著ナリ。疼痛ハブリントン氏ニ據レバ九二％、シーベルト氏ニ據

レバ七五%ニ於テ起ルト云フモ、屢、缺如スルコトアリ。噴門癌ニ於テハ嚥下時ノ食物ノ刺戟ニヨリテ疼痛ヲ發シ、胃體ノ癌腫ニアリテハ、屢、自發疼痛ヲ感ズ。時時、肩胛間部及ビ鳶骨部ニ疼痛ヲ發スルコトアリ。

(ニ)曖氣　本病ハ異常醱酵ヲ生ズルヲ以テ、屢、曖氣ヲ發ス。曖氣ハ無臭ナルコトアレドモ、多クハ不快ノ臭氣アリ。

(ホ)嘔吐ハ胃癌ニ屢、發スル症狀ニシテ、ブリントン氏ハ八八%、アルノルト氏(1)八六%、レーベルト氏ハ八〇%ニ於テコレヲ見ルト云フ。胃體ノ癌腫ニアリテハ、殆、嘔吐ヲ缺グモ、噴門及ビ幽門ノ癌腫ニハ常ニ嘔吐アリ。孔口ノ癌腫崩壞スレバ、從來存在セシ嘔吐稀トナル。又、胃壁ノ癌腫性浸潤ヲ起ストキハ、患者最早嘔吐シ得ザルニ至ル。

(ヘ)便通ハ多數ノ場合祕結ス。コレ食慾不振ノタメニ食物ヲ攝取スルコト少ナキニヨル。稀ニハ下痢スルコトアリ。フリードリッヒ・ミュルレル氏(2)ニ據レバ、胃癌患者ノ三五%ハ下痢ヲ起ス。コレ硬便、或ハ癌腫ノ產出物ノ腸粘膜ヲ刺戟スルニ因ルト云フ。

(二)癌性惡液質(3)

惡液質ハ本病ノ末期ニ於テ常ニ來タルトコロノ症狀ニシテ、患者羸瘦骨立シ、顏貌憔悴ス。本病ノ初期ニ於テハ皮膚ノ著明ナル蒼白色ノ、本病唯一ノ症狀タルコトアリ。

貧血ノ原因ハ胃潛出血及ビ消化困難ナルモ、癌腫組織ヨリ分泌シタル毒素ノ吸收モ、亦、ソノ原因トナルナラン。グラーフェ(4)及ビレーメル氏(5)ハアルカリ性トナシタル胃內容ノエーテル浸出物中ニ於テ一種ノ血球溶解性物質ヲ發見セリ。本物質ハ屢、胃癌ニ存在シ、稀ニハ良性胃疾患ニモ存在スレドモ、健康胃ノ內容中ニハ存在セズ。

血色素ハ著ク減少シ、三五%以下ニ降ルコトアリ、赤血球モ亦、減少ス。健康者ニアリテハ消化時白血球增加(6)スルモ、胃癌ニハコノ現象ノ現レザルヲ特徵ナリトスルモノアリ(シュナイエル(7)、レーヴィツト(8)、ハルツング氏(9)等)、然レドモ、ソノ

(1) Arnold
(2) Fr. Müller
(3) Cachexia carcinomatosa
(4) Grafe
(5) Röhmer
(6) Verdauungsleucocytose
(7) Schneyer
(8) Lävit
(9) Hartung

後ノ檢査ニ據レバ胃潰瘍及ビ胃加答兒等ニ於テモ亦、胃癌ト同ジク、消化時ニ白血球增加セズト云フ。

(三)腫瘍(1)

心窩ニ腫瘍ノ存在スルコトハ、確實ナル胃癌ノ症狀ナリトス。ブリントン・及ビレーベルト兩氏ニ據レバ、本病ニ於テ腫瘍ノ證明セラルル場合ハ八〇%ナリ。但、コレヲ證明シ得ルハ、多クハ經過ノ後半期ナリトス。

視診スルニ、患者ノ羸瘦セル場合ニハ、圓キ或ハ長キ腫瘍ノ、左右肋骨弓ト臍ヨリ左右ニ引ケル地平線トヨリナレル三角內ニ存在シ、呼吸ニ伴ヒテ上下スルヲ視ル。コノ場合ハ經驗上、前壁及ビ小彎ノ癌腫ナリ。

觸診ハ腫瘍ヲ診斷スルニ最、緊要ナル方法ニシテ、コレニヨリテ腫瘍ノ大サ・硬度及ビソノ何レノ臟器ニ屬スルカヲ認知シ得ベシ。緊張シタル腹壁ハ觸診ヲ妨害スルノミナラズ、往往收縮シタル直腹筋ノ、腫瘍ノ如キ觀ヲ呈スルコトアリ。故ニ觸診ノ際ニハ患者ヲシテ腹壁ニ力ヲ入レシメザルヲ要ス。場合ニヨリテハ溫浴中ニ觸診シ、尙、必要アラバクロロフォルム麻醉中ニ觸診ヲ行フベシ。

腫瘍ノ、正中線ノ右ニ在ルモノハ幽門癌、左ニアルモノハ胃體ノ癌腫ニシテ、就中、左肋骨弓ノ直下ニアルモノハ通常小彎癌ナリ。噴門ノ癌腫ハ觸知シ得ズ。サレドモ、患者ヲシテ右斜臥位ヲ取ラシムルトキハ、深吸氣時ニ於テ、稀ニコレヲ觸知シ得ルコトアリ。

胃癌ノ診斷上必要ナルハ、ソノ呼吸運動トノ關係ナリ。小彎及ビ大彎ノ腫瘍ハ實性臟器、タトヘバ、肝臟ノ如ク呼吸運動ヲナスモ、幽門癌ハ甚、僅ニ呼吸運動ヲナシ、或ハ全ク呼吸運動ヲナサズ。

胃癌殊ニ小彎癌ニ於テハ、呼氣ノ際ニソノ腫瘍ノ上昇スルヲ固定シ得ベキモ(呼氣的固定(2))、肝臟ニ於テハコレヲ固定スルヲ得ズ。コレニヨリテ腫瘍ノ胃ニ屬スル否ヤヤヲ鑑別シ得ベシ。又、胃癌ニシテ、近接臟器ト癒著セザルモノハコレヲ移動シ

(1) Tumor
(2) expiratorische Fixierbarkeit

得ルコトアリ。心窩ノ腫瘍ニシテソノ上緣ノ觸知シ得ラルルモノハ胃癌ナリ。腫瘍ハ硬固、凹凸不平ニシテ、多少ノ壓痛アリ。可動性腫瘍ハ、觸診ニ際シテ、ソノ實際ヨリモ大キク感ズルモノナリ。腫瘍ヲ打診スルニ鼓性濁音ヲ呈ス。

胃癌ハ屢、肝臟ニ轉移ス。肝臟癌ハ時トシテハ觸知シ得ザルコトアレドモ、亦、往往甚シク腫大シテ、原發癌ヲ隱蔽スルコトアリ。胃癌ハ又、**ドウグラス**窩ニ轉移スルコト多ク、コノ場合ニハ肛門ヨリ觸知シ得ベシ。又、臍部ニ於テ癌腫性滲潤ヲ發スルコトアリ(臍癌腫[1])。淋巴腺ニ轉移スルコトハ概シテ多カラズ。鼠蹊腺ノ硬ク腫大スルコトアリ。ヘーノポ[2]・及ビヴィルヒョウ氏[3]ノ、胃癌ニ固有ナル病徵ト做シタル左鎖骨上窩淋巴腺ノ腫大ハ、比較的稀ナリ。

炭酸瓦斯若クハ空氣ヲ以テ胃ヲ膨滿スルトキハ、腫瘍ハソノ部位ニヨリテ或ハ現レ、或ハ沒スベシ。即、胃腔膨滿スルトキハ、大彎ハ前方ニ來リ、小彎ハ上後方ニ轉位スベキヲ以テ幽門癌ハ左下方ニ移動シ、前壁ノ腫瘍ハ腹壁ニ近ヅキ、共ニヨクコレヲ觸知シ得ベキモ、後壁ノ腫瘍ハ觸レ難クナルベシ。

一乃至二**リートル**ノ水ヲ直腸ニ灌注スレバ、大腸ノ充盈スルニ從ヒテ、胃ノ腫瘍ハ上昇シテ季肋弓內ニ沒入スベシ。

胃癌ノ診斷上ニハ胃透照器[4]・胃鏡[5]・及ビ**レントゲン**輻射線檢査ヲ應用スベシ。胃ノ透照法ハ大ナル價値ナキモ、胃ノ照視法ハ熟練スレバ大ニ診斷上ニ裨益スルモノナリ。胃鏡ハ**ライテル**[6]・**ローゼンハイム**[7]・**ケルリング**[8]・**カウシュ**[9]・**レーニング**[10]・及ビ**スチーダ**[11]等ノ諸氏ヲ經テ、**エルスチル**氏[12]ニ至リ、最、單簡ナルモノヲ製出シ得ルニ至レリト雖、コレ等ハスベテ屈曲セザル直管ナルヲ以テ、插入ニ際シテ甚シキ困難ニ遭遇シ、熟練セザルトキハ食道壁ヲ損傷シ、不測ノ危害ヲ來スノ虞アリ。故ニソノ操作ニハ細心注意ヲ要ス。然ルニ最近、**ズヅスマン**氏[13]ノ考案ニ係ル可撓性胃鏡[14]ハ極テ精巧ナルモノニシテ、插入スルコト容易ナルノ利益アリ。

(1) Umbilikalkarzinoma
(2) Henoch
(3) Virchow
(4) Gastrodiaphan
(5) Gastroskop
(6) Leiter
(7) Rosenheim
(8) Kelling
(9) Kausch
(10) Laening
(11) Stieda
(12) Elsner
(13) Sussmann
(14) Biegsames Gastroskop

胃癌ノ**レントゲン**檢査ニ際シテハ、同時ニ必要ナル**レントゲン**觸診法ヲ併用シテ最初觸知シ得タル腫瘍ノ、果シテ胃ニ屬スルヤ否ヤヲ判定シ、次デ胃ノ大サ・形狀・位置・竝ニソレ等ノ受働的變化・蠕動及ビ送出ノ各項ニ亙リテ、精細ナル檢査ヲ施シ、コレ等ノ成績ヲ綜合シテ、腫瘍ノ位置・廣袤・癒著ノ有無等ヲ推斷シ、併セテ外科的手術ノ可否ヲ判定スルニ資スベシ(總論、胃ノ**レントゲン**檢査ノ條下ヲ參照スベシ)。

胃癌ノ**レントゲン**像ハ、場合ニヨリ千態萬狀ニシテ、一言以テコレヲ盡スコト難シ。而シテソノ最、固有ナル現象ヲ陰影ノ缺損[1]トス。即、腫瘍ニ該當スル部分ニ於テ、**レントゲン**食(胃ノ檢査ニハ炭酸蒼鉛・硫酸**バリウム**ヲ燕麥粥・葛湯等ニ混和シテ與フ)ノ陰影缺損シ、ソノ緣凹凸不正ナルヲ特徵トス。胃癌ニ對スル**レントゲン**檢査ノ成績ハ、他ノ臨牀的診査ニ依リテ胃癌ノ確認セラレタル場合ニハ、必、陽性ナルノミナラズ、時ニ或ハコレニ依リテ始テ診斷シ得ルコトアリ。タトヘバ、腫瘍ノ或ハ位置高クシテ肋骨弓內ニ隱レ、或ハ肝臟ニヨリテ蔽ハレ、或ハ胃壁ニ平面狀ニ浸潤シテ觸診ニ依テ認定シ難キ場合ノ如シ。但、コノ場合ニモ每常、必、他ノ臨牀的症狀ニ注意セザルベカラザルコト論ヲ俟タズ。

(四)出血

胃出血ハ胃癌ニ於ケル緊要ナル症狀ナリ。**ブリントン**氏ニ據レバ、四二%ニ於テコレヲ發スト云フ。サレドモコノ%數ハ少ナキニ失ス。本病ニ於ケル潛出血ハ甚、多數ニシテ、約七〇%乃至八〇%ニ於テコレヲ發ス。**リューチマイエル**氏ニ據レバ、ソノ數ハ九六%ニ達スト云フ。但、胃潰瘍ニ於ケル如キ大出血ハ、多クトモ一〇%ヲ越エズ。

出血ノ原因ハ、腫瘍ノ崩潰ナリ。故ニ崩潰ノ傾向ヲ有スル癌腫ニ於テハ、比較的早ク出血ス。出血ハ或ハ顯性[2]或ハ潛性[3]ナリ。顯出血ハ通例、胃潰瘍ノ如ク大量ナラズシテ、ソノ血液ハ胃液ト混和シ、暗褐色咖啡狀外觀ヲ呈ス。潛出血ハ、胃癌診斷上緊要ナル症狀ニシテ、往往コノ症狀ニヨリテ胃癌ヲ決定スベキコトアリ。

(1) Füllungsdefekt
(2) Manifeste Form
(3) Okkulte Form

以上、四主症狀ノ外ニ、尙、左ノ症狀アリ。

(五)胃內容檢査成績

胃內容中ニ遊離鹽酸ノ缺如スルコトハヴァルデン氏[1](一千八百七十九年)ノ發見シタルトコロニシテ、往時ハ胃癌辨症上價値アル症狀ト看做サレタリシモ、今日ニ於テハ診斷上ノ價値從前ノ如ク多カラズ。何トナレバ一方ニ於テハ胃癌以外ノ疾患、タトヘバ、胃加答兒・胃外傷・胃粘膜萎縮・胃粘膜ノ澱粉變性・神經性胃疾患・特ニ胃液缺如症[2]ニ於テモ遊離鹽酸及ビ酸酵素ノ缺乏ヲ見ルコトアルノミナラズ、他方ニ於テハ、胃癌ニシテ胃液分泌ノ通常ナルコトアリ、或ハ却テ亢進スル(胃潰瘍ノ癌性變性シタル場合)コトアレバナリ。

胃癌ニシテ遊離鹽酸ノ缺乏セルモノハ約七七・五%ナリ。遊離鹽酸ハ漸次ニソノ量ヲ減ジテ缺乏スルモノニシテ、遂ニハ結合鹽酸及ビ酸酵素モ亦、缺如スルニ至ル。

癌腫面ヨリ分泌スル液ハ、蛋白質分解酸酵素ヲ有シ、蛋白質ヲペプトン以上ニ分解ス。ノイバウエル[3]・ヲイツシュル[4]兩氏ハコレヲ癌腫診斷上ニ應用セリ。卽、試驗朝食ニヨリ得タル胃內容ニゲリチールトリプトファン[5]ヲ加ヘ、コレヲ孵卵器ニ藏スルニ、癌腫醱酵素存スルトキハ、トリプトファンハ分解セラレテブロームニヨリテ薔薇紅色ヲ呈ス。

胃癌ハソノ多數ニ於テサーリー氏デスモイド反應[6]ヲ現ハサズ。稀ニコレヲ現ハス場合ニモソノ現出甚シク遲延ス。生(ナマ)ノ結締織(タトヘバ、生(ナマ)ノ腸線)ハ、獨リ遊離鹽酸トペプシントヲ有スル胃液ニヨリ消化セラレ、腸內ニ於テハ決シテ消化セラルコトナシ。サーリー氏ハコノ事實ニ基キ、胃カテーテルヲ用ヒズシテ胃ノ機能ヲ檢スル法ヲ案出シタリ。コレ卽、デスモイド反應ナリ。然レドモ本法ハ諸家ノ經驗ニ徵スレバ、ソノ診斷的價値確實ナラザルガ如シ。

胃癌ノ胃內容ニハ乳酸ノ反應アリ。シツフ氏[7]ハ胃癌ノ七三・五%、クローチル氏[8]ハ七八・五%、リューヂマイエ

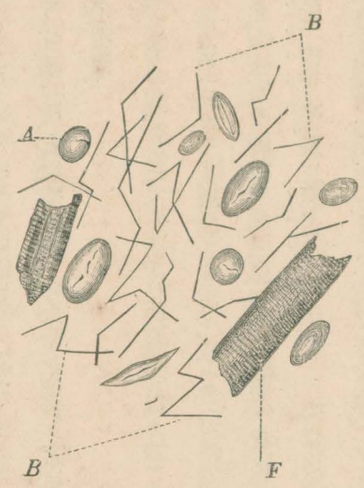
(1) Van den Velden
(2) Achylia gastrica
(3) Neubauer
(4) H. Fischer
(5) Glyzyltryptophan
(6) Desmoidreaction
(7) Schiff
(8) Kroner

ル氏ハ七五乃至八〇%、エルスチル氏ハ九五%ニ於テ乳酸反應アリト云ヘリ。シツフ氏ニ據レバ、乳酸醱酵ヲ伴フ胃病ノ八五%ハ胃癌ナリト云フ。乳酸醱酵ハ鹽酸缺如シ、食糜ノ停滯スル場合ニ發生スルモノナレバ、胃癌ノ外、胃擴張等ニモコレヲ見ル。證明スベキ運動障碍ナクシテ、乳酸反應アルトキハ癌腫ノ疑アリ。

稀ニハ膿汁ノ胃內容ニ混ズルコトアリ。

顯微鏡的檢査ヲ行フニ、肉纖維・脂肪・澱粉ノ外、多數ノ乳酸菌[1]アリ。通例、ザルチナナシ。稀ニハ滴蟲(トリコモナス[2]及ビメガストーマ[3])ヲ見ルコトアリ。

第十六圖



(六)熱　熱ハ胃癌ノ末期ニ稀ニ來ル症狀ナリ。多クハ中等度(三十八度乃至三十九度)ニシテ、間歇性ナリ。ソノ原因ハ腫瘍ノ周圍ニ炎症機轉ヲ起スタメナルカ、或ハ腫瘍崩潰シテ、淋巴道開口シ、細菌ノ近接シタル淋巴腺ニ侵入スルタメナルカ、或ハ腫瘍ノ潰瘍面ヨリ產出スル毒素ノ吸收セラルルタメナラン。

(七)浮腫　ハ衰弱ノ結果トシテ來ル。多クハ關節窠ニ浮腫ヲ呈ス。ボアース氏ハ一二%ニ於テコレヲ見ルト云ヘリ。浮腫ハ他ノ良性胃病ニアリテモ發呈スルヲ以テ診斷的價値少シトス。

(八)尿ノ關係　尿ハ濃厚トナリ、グロールニ貧シク、インヂカンノ反應著明トナル。時トシテハアルブモーゼ・ペプトーンノ反應アリ。窒素ノ排泄增加ス。尿中ニハペプシン缺如ス。

(1) Milchsäurebacillus
(2) Trichomonas
(3) Megastoma

(九)自家中毒[1]　癌腫ノ末期ニ於テハ患者ノ、時トシテ昏睡狀ヲ呈スルコトアリ。コレヲ癌腫性昏睡[2]ト稱ス。コノ場合ニハ呼氣ニ腐敗セル果實樣ノ臭氣ヲ發シ、尿中ニ**アヅトン・アヅト**醋酸及ビ**ベタ・オキシ**牛酪酸ヲ證明シ得ベシ。又、**テタニー**神經炎等ヲ發スルコトアリ。

(乙)癌腫ノ發生部位ニ關スル症狀[3]

(一)噴門癌[4]

噴門癌ノ症狀ハ略、食道癌ニ同ジ。ソノ主ナル症狀ハ次ノ如シ。

(イ)嚥下困難[5]

噴門癌ハ多クハ先、食慾不振及ビ胃部壓重ヲ以テ始マリ、早晩、嚥下障碍ヲ發シ、患者ハ食物ノ胃ノ入口ニ停滯シ或ハ食物ノ胃ニ入ラズシテ逆流スルヲ訴ヘ、或ハ食物通過時ニ疼痛ヲ感ズルヲ訴フ。時トシテハ心窩ノ上部ニ鈍痛ヲ發スルコトアリ。漸次嚥下困難增加シ、患者唯、流動性食物ヲ攝取シ得ルニ過ギザルニ至ル。從テ榮養大ニ障碍セラルベシ。

(ロ)消息子檢査法[6]及ビ嚥下雜音[7]

噴門癌ヲ診斷スルニ最、必要ナルハ、消息子檢査ヲ行ヒテ噴門部ニ於ケル抗抵ヲ認識スルニアリ。抗抵ノ局處ヲ認識スルニハ、硬キ消息子ヲ勝レリトナスモ、柔軟消息子ヲ使用スルトキハ、ソノ尖端ニ粘液・血液附著シ、コレヲ顯微鏡下ニ檢シテ癌腫細胞・**アメーバ**等ヲ見出スコトアリ。稀ニハ癌腫組織小片ノ附著スルコトアルベシ。

患者ヲシテ相圖ニ應ジ水ヲ嚥下セシメテ聽診スルニ、嚥下雜音ノ遲延シ(健體ニ於テハ已ニ六秒後ニ發スルモ、本病ニ於テハ二十秒乃至二十五秒後ニ於テ發ス)、或ハ全ク缺如スルヲ認ム。而シテ患者ノ水ヲ飲ミテ、已ニ嚥下雜音ノ發生シタル後ニ、空虛嚥下ヲナサシムルニ、狹窄上部ニ停滯セル水ノ一種ノ雜音(所謂殘遺雜音[8])ヲ發スルヲ認ムベシ。

(1) Autointoxication
(2) Coma carcinomatosum
(3) Specielle, von der Localisation des Magentumors abhaengige Symptome
(4) Kardiakarcinom
(5) Schluckbeschwerde, Dysphagie
(6) Sondierung
(7) Schluckgeraüsche
(8) Residualgesäusche (Rewidroff)

(ハ)食道鏡檢査[1]　ハ噴門癌ノ診斷ニ應用スルコトヲ得ベシ。

(二)幽門癌[2]

幽門癌ニハ左ノ症狀アリ。

(イ)自覺的症狀

本症ニ於テハ幽門狹窄ヲ發スルニヨリ嘔吐ヲ發ス。而シテ嘔吐ノ際ニ疼痛ナク、惡心・噯氣ヲ伴フ。嘔吐ハ頻頻ニシテ、殊ニ不消化性食物ヲ攝取セルトキニハ規則正シク發スルモ、流動性食物ニシテ、幽門ヲ通過シ得ル場合ニハ、嘔吐セズ。持續性嘔吐ノタメニ體內ノ水分減却シ、煩渴アリ。同時ニ尿量ハ六〇〇立方**センチメートル**以下ニ下ル。

食物停滯スルモ永ク嘔吐セザルトキハ、噯氣ノ惡臭、殊ニ腐卵樣ノ臭氣ヲ帶ブルコトアリ。コノ症狀ハ胃運動ノ早クヨリ障碍サレテ、食物ノ停滯セル徵ナリ。

便ハ多クハ甚シク祕結ス。

(ロ)外部ノ檢査

視診スルニ時時胃部ニ蠕動運動ヲ視ル。コレ肥厚セル胃筋肉ノ、食糜ヲシテ狹窄部ヲ通過セシムルタメニ努力スルニヨル。手ヲ心窩ニ貼スレバ、胃筋ノ强直性痙攣ヲ觸知シ得ベシ。慢性胃痙攣[4]ト名ヅケタリ。

幽門癌ニ於テ、胃勁直ノ、診斷的價値アルハ、ソノ比較的、疾患ノ初期ニ來ルヲ以テナリ。幽門ニ狹窄アリテ、胃筋ノ運動力强盛ナルトキニハ胃痙直ヲ發スルモ、狹窄高度トナリ、胃筋微弱トナリ、胃腔擴張スルニ至レバ、胃痙直ハ漸次減弱スベシ。

(1) Oesophagoskopie
(2) Pyloruscarcinom
(3) Magensteifung
(4) Gastrospasmus chronicus

(2) Stagnation microscopischer Art　(1) Most
(3) Okkulte Blutungen

觸診スルニ、正中線或ハソノ右側ニ於テ、多クハ小ニシテ硬キ腫瘍アリ。腫瘍ハ呼吸運動ヲナサザルモ、容易ニ受働的ニ移動シ得ベシ。但、幽門癌ノ、肝臓ト癒著セル場合ニハ、腫瘍ハ容易ニ呼吸ニ伴ナヒテ運動ヲナスベシ。

胃ヲ膨脹セシムレバ、胃ノ大サ及ビ位置ノ關係明瞭トナル。胃ノ膨脹ニヨリ胃ハ上右方ニ移動シ、時トシテ腫瘍ノ右季肋弓下ニ潛入スルコトアリ。幽門癌ノ膵ニ癒著セルトキハ、胃ヲ膨脹セシムルモ腫瘍ハ移動セズ。

(ハ)胃機能檢査

患者ニ試驗夕食(パタヲ著ケタル麵麭一〇〇・〇ニ、少シノ冷肉及ビ二盃ノ茶ヲ添ヘタルモノ)ヲ與ヘ、翌朝胃消息子ヲ胃腔ニ插入スレバ、夜間ニ幽門部ヲ通過シ得ザリシトコロノ多量ノ食物殘渣ヲ採取シ得ベシ。採取シタル胃內容ヲ放置スレバ三層ニ分ル。遊離鹽酸ハ多數ノ場合ニハ缺如スルモ、往往胃底癌ニ反シテ胃液分泌缺如セズ、殊ニ潰瘍ヨリ癌性變性シタルモノノ如キハ却テ分泌ノ亢進スルコトアリ。

遊離鹽酸ノ存在セル場合ニハ、良性幽門狹窄ニ於ケルガ如ク、モスト(1)或ハ釀母ノ臭氣、又ハ硫化水素臭ヲ發スルコトアリ。而シテ顯微鏡的ニ多數ノザルチナ及ビ釀母菌ヲ見ル。

遊離鹽酸ノ缺如セル場合ニハ乳酸ノ反應アリテ、顯微鏡檢査ニヨリテ乳酸菌ヲ見ル。

空腹時ニ胃消息子ヲ插入スルニ、肉眼的ニ見得ベキ殘渣ナク、唯、僅微ノ溷濁シタル粘液樣液體ヲ得ルニ過ギズ。コレヲ顯微鏡下ニ檢スルニ、澱粉球及ビ筋纖維等ノ食物殘渣竝ニ釀母菌・鹽酸ノ缺如セル場合ニハ乳酸菌ヲ見ル。カクノ如ク唯、顯微鏡下ニ於テ檢出セラルベキ食物殘渣ノ存在、卽、顯微鏡的食物潴溜(2)ハ、幽門部ニ於ケル器質的疾患ノ前兆タルコトアリ。

(ニ)潛出血(3)

(3) Magendrücken　(1) Manifeste Blutungen
(4) Appetitlosigkeit　(2) Carcinom des Magenkörpers

顯出血(1)ハ幽門癌ニハ稀ニシテ、且、常ニ唯、疾患ノ末期ニノミ來ルモ、潛出血ハ殆、常ニ胃內容及ビ便中ニ存ス。反覆シテ便中ノ潛出血ヲ檢査シテ常ニ陰性ノ成績ヲ呈スルモノハ、多クハ幽門狹窄ノ、惡性疾患ニ因スルモノニアラズト斷定シテ誤ナシ。

(ホ)尿　ハ體內水分ノ吸收不良ナルヲ以テ、濃厚トナリテ減量スベシ。

(丙)胃體ノ癌腫(2)(胃底・小彎・大彎・前壁及ビ後壁)

(イ)自覺的症狀

本病ハ幽門癌ニ反シテ、自覺的症狀ヲ發スルコト遲シ。時トシテハ自覺的症狀全ク缺如シ、貧血若クハ羸瘦ニヨリテ始メテ醫家ヲ訪フニ至ルコトアリ。

自覺的症狀トシテハ胃壓重(3)及ビ食慾缺如(4)アリ。胃壓重ハ通例、持續性ニシテ、食物攝取ニ關セズ。時時噯氣ヲ伴フ。惡心・嘔吐ハ幽門癌ニ比スレバ甚、稀ナリ。食慾缺如ハ屢、食事不攝生ニヨリ急發スルコトアリ、或ハ徐徐ニ發生スルコトアリ。

(ロ)外部ノ檢査

橫臥セル患者ノ頭端ニ立チテ視診スルニ、心窩ニ於テ腫瘍樣隆起物ノ、呼吸ニヨリテ上下ニ運動スルヲ見ル。

觸診スルニ、正中線或ハソノ左側ニ於テ、劍尖下、或ハ臍上、或ハ左季肋部ニ接シテ、腫瘍ヲ認知ス。左季肋部下ノ腫瘍ハ、右側臥或ハ右斜臥位ニ於テ、深吸氣時ニ辛フジテ觸知シ得ルコトアリ。腫瘍ハ屢、手拳大ニ達シ、通例、呼吸ニ伴ナヒテ運動シ、又、呼氣時ニ腫瘍ノ上昇ヲ抑留シ得ベシ。胃底ノ癌腫ニ於テハトラウベ氏半月狀部ノ濁音ヲ呈スルコトアリ。

(1) Achylia gastrica
(2) Myelintropfen
(3) Glaessner
(4) Frühdiagnose
(5) Cacinoma acutum
(6) Carzinoma occultum

(ハ)胃機能檢査

胃機能ヲ檢査スルニ、胃液缺如症[1]ノ觀ヲ呈ス。試驗朝食ハ消化セズシテ多量ノ粘液ヲ混ジ、遊離鹽酸缺如シ、**ラーブ**・及ビ**ペプシン**ハ僅ニ存在シ、或ハ全ク證明シ得ズ。試驗夕食ヲ與ヘテ、翌朝胃消息子ヲ插入スルニ、胃ハ空虛ナリ。病ノ大ニ進ミタル場合ニハ、顯微鏡的食物殘澪アルモ、重キ運動障碍ヲ發セズ。

空腹時ニ胃消息子ヲ插入スルニ、胃底ノ癌腫ニ於テハ、少量ノ粘液樣液體ヲ採取シ得ベシ。コレヲ鏡檢スルニ、胃上皮・膿球・**ミエリン滴**[2]・球菌及ビ細菌アリ。空腹時ノ胃內容中ニ癌腫細胞及ビ滴蟲ノ存在スル場合ニハ、胃癌ノ診斷ヲ下シ得ベシ。

グレースチル氏[3]ニ據レバ、胃底ノ癌腫ニハ**ペプシン**及ビ**ラーブ**共ニ減少スルモ、幽門癌ニハ**ラーブ**ニ變化ナク、**ペプシン**ノミ減少ス。コレ胃底ハ**ペプシン**及ビ**ラーブ**ヲ分泌スルモ、幽門部ハ唯、**ペプシン**ノミヲ分泌スルヲ以テナリ。

(ニ)出血

胃體及ビ胃底ノ癌腫ハ、幽門癌ニ比スレバ胃出血ヲ來スコト少ナシ。但、顯出血ハ甚、稀ナルモ、潛出血ハ約六〇乃至七〇%ニ於テ證明シ得ベシ。

診斷　發病ノ緩慢・消化困難・羸瘦・貧血・惡液質・疼痛・嘔吐・咖啡沈渣狀嘔吐・潛出血・遊離鹽酸ノ缺如・乳酸ノ存在・腫瘍ノ證明・轉移癌等ノ症狀アレバ、胃癌ノ診斷ハ困難ナラズ。サレドモ、本病ヲ可及的早期ニ診斷シテ、施術スベキ好時期ヲ逸セザルヤウニコレヲ外科醫ニ委スルコトハ、決シテ容易ナラズ。

胃癌ノ早期診斷[4]ノ困難ナル原因ハ、ソノ症狀ノ胃癌發育ノ各時期ニ出現スルニアリ。胃癌ハ急性經過ヲ取ルモノアレドモ(急性癌[5])、又、久シク症狀ヲ呈セズシテ、全ク潛伏スルコトアリ(潛伏性癌腫[6])。而シテ癌腫ヲ診斷シ得タルトキハ已ニ

(1) Methode von Salomon

手術ノ時機ヲ逸スルヲ常トス。

胃癌症狀發現ノ早晩ハ、癌腫發生ノ部位及ビ組織的構造ニ關係ス。癌腫幽門部ニ發生スルトキハ、早期ヨリ胃ノ運動障碍ヲ來スモ、幽門以外ノ癌腫ニアリテハ、運動障碍缺如スルヲ以テ、自覺症狀ノ發現スルコト遲シ。而シテ發育ノ緩慢ナルモノハ、發育ノ迅速ナルモノニ比スレバ臨牀症狀ヲ發スルコト遲シトス。

胃癌ノ早期診斷ニ緊要ナル症狀ハ次ノ如シ。

幽門癌ノ早期診斷ニハ、遊離鹽酸ノ缺如ト、顯微鏡的食物澪溜トヲ證明スルニアリ。

幽門以外ノ癌腫ノ早期診斷ニハ

(イ)空腹時ニ胃內容ヲ採取シテ癌腫細胞ヲ證明スルコト。

(ロ)便中ノ潛出血ヲ證明スルコト。

(ハ)サロモン氏法[1]ヲ行フコト。サロモン氏法ハ患者ヲシテ試驗前日蛋白ニ貧シキ食物ヲ取ラシメ、晩九時ニ胃洗滌ヲ行ヒ、翌朝卽、試驗當日ノ早朝ニ四〇〇立方**センチメートル**ノ生理的食鹽水ヲ以テ胃ヲ洗滌シ、ソノ洗滌液ニ就テエスバツパ氏法ニヨリ蛋白質ヲ定量シ、キールダール氏法ニヨリテ窒素ノ定量ヲ行フニアリ。エスバツパ氏試藥ニヨリテ速ニ點狀沈澱ヲ生ズルカ或ハ洗滌液百立方**センチメートル**中ニ二十**ミリグラム**以上ノ窒素ヲ含有スルトキハ、ソノ胃疾患ヲ以テ癌腫性ト看做スコトヲ得ベシ。平山博士ハ諸種ノ消化器疾患ニ本法ヲ試ミシニ、胃癌ニ於テ反應最、著明ナリキト云フ。然レドモ、コノ試驗法ハ方法ノ比較的複雜ナルト他ノ疾病ニ於テモ同一ノ反應ヲ來ストヲ以テ、確實ナル診斷法ト稱スルコト能ハズ。

辨症　(一)幽門癌及ビ非幽門癌ノ區別

(1) Achylia gastrica

幽門部癌腫ニハ、顯著ナル運動障碍アリテ食物滯溜シ、非幽門癌ニハ、運動障碍ナク、空腹時ニ於テ食物停滯ナク而シテ分泌障碍アリ。

(二)良性及ビ惡性ノ幽門狹窄ノ區別

幽門狹窄ノ良性ト惡性トヲ區別スルニハ、患者ノ年齡及ビ疾患ノ經過ヲ參照スベシ。若キ者ニ發シタル狹窄竝ニ狹窄ノ經過長キモノハ良性ナリ。幽門部ニ腫瘍ヲ觸知スルモアナガチ惡性ノモノト臆斷スベカラズ。良性潰瘍ノ、胃周圍炎性癒著ノタメ、或ハ潰瘍底若クハ潰瘍緣ノ浸潤ニヨリテ腫瘍ノ外觀ヲ呈スルコトアリ。腫瘍ノ永時存在スルハ良性ニシテ、ソノ短時日ニ現ルルモノハ惡性ナリ。出血ハ辨症上價値少シトス。顯出血ハ、癌腫ヨリモ潰瘍ニ多ク來リ、潛出血ハ、良性瘢痕性幽門狹窄ニ來ルモ、開キタル潰瘍ニハ殆、常ニ存在ス。

(三)非幽門癌ト慢性胃加答兒(胃液缺如症(1))トノ區別。

良性及ビ惡性ノ胃液缺如症ヲ區別スルニハ、左ノ症狀ニ據ル。

(イ)サロモン氏法。

(ロ)空腹時ニ胃消息子ヲ插入シテ、少量ノ粘液樣物ヲ採取シ、コレヲ顯微鏡下ニ檢シテ、若、癌腫細胞或ハ滴蟲ヲ見出ストキハ惡性ノモノナリ。

(ハ)反覆シテ便中ニ潛出血ヲ證明スルトキハ惡性ノモノナリ。

(四)肝臟癌腫。

(イ)胃癌ニハ消化障碍アリ。肝癌ニハ黃疸・腹水アリ。(ロ)肝癌ハ常ニ呼吸運動ヲナスモ、胃癌ハソノ發生部位ニヨリテ或ハ呼吸運動ヲナシ(胃體、タトヘバ、小彎癌)或ハ呼吸運動ヲナサズ。(ハ)胃癌ハ體位ノ變換又ハ胃ノ空虛ト充實トニヨリテソノ位置ヲ變ジ、若クハ出沒スルモ、肝癌ニアリテハ然ラズ。(ニ)胃癌ハ受働的ニ移動シ得ベシ。(ホ)胃癌ハソノ上緣ヲ觸レ得ルコトアリ。(ヘ)胃癌ハ呼氣ノ際腫瘍ノ上昇ヲ固定シ得。(ト)肝癌ハ重濁音ヲ呈スルモ、胃癌ハ鼓性濁音ヲ呈ス。

(五)膵癌　ハ深部ニ在リテ固定シ、門脈系鬱血症狀及ビ黃疸アリ。

(六)橫行結腸癌　ハ移動ス。胃及ビ腸ニ水若クハ空氣ヲ送リテコレヲ膨滿セシメ、或ハ**レントゲン**輻射線ヲ應用シテコレヲ檢ス。ソノ他、結腸癌ニハ腸狹窄症狀アリ。

(七)十二指腸癌　ハ往往幽門癌ト區別シ難シ。**レントゲン**輻射線ヲ應用シテ診斷スベシ。腫瘍ノ輸膽管乳頭部ニ存在スルトキハ黃疸ヲ發シ、ソレヨリモ下部ニ發生スルトキハ、胃內容中ニ膽汁及ビ膵液混和スベシ。

(八)大網膜癌　ハ呼吸運動ヲナサズ。腹水アリ。本症ハ多クハ續發性ノモノニシテ何レカニ原發竈アリ。ソノ他、**レントゲン**輻射線ヲ應用シ、且、胃內容ノ化學的・顯微鏡的檢査ヲナスベシ。

(九)脾臟腫瘍　ハ胃底癌腫ト誤ルコトアリ。**レントゲン**輻射線ヲ應用スベシ。脾腫ニハ固有ノ形狀及ビ濁音アリ。呼吸運動アリ。消化障碍及ビ胃機能ノ障碍ナシ。

(一〇)淋巴腺腫　脊柱ノ前、下行大動脈側ニ在ル淋巴腺腫ハ稀ニ胃癌ト誤マラルルコトアリ。胃ヲ膨滿セシムレバ、腫瘍ハ消失ス。ロイベ氏ニ據レバ、該腺腫ノ性質ハ屢、不良ナルモノニアラズト云フ。

(一一)動脈瘤　胃癌ノ大動脈ニ接近セルトキハ、搏動ヲ呈シテ動脈瘤ト誤マルコトアリ。コノ場合ニハ腫瘍ノ硬度及ビ搏動ノ狀態ニ注意スベシ。

ソノ他、直腹筋ノ强ク收縮セルモノ・腹壁ノ膿瘍・惡性貧血等ト鑑別スルコトヲ要スルコトアリ。

經過　經過ハ急性(四週乃至六週)ナルモノアリ。或ハ慢性(十八箇月乃至二年)ナルモノアリ。平均約六箇月乃至

(1) Püree

十五箇月ナリ。經過ノ長短ハ患者ノ年齢（若年ノモノハ老人ニ比シテ經過迅速ナリ）、腫瘍發生ノ部位（孔口ニ生ジタル癌腫ハ孔口外性ノモノニ比スレバ經過早シ）、腫瘍ノ種類及ビ合併症（タトヘバ、崩潰・出血・轉移等）ノ有無ニヨリテ差異アリ。

豫後　不良。オーゼル氏曰ク、胃癌ニシテ若、藥物療法ニヨリ治癒シタル例アリトセバ、コレ醫師ガソノ診斷ヲ誤リタルモノナリト。

死因ハ衰弱・飢餓・嚥下性肺炎・癌腫性昏睡・出血及ビ穿孔等ナリ。

療法　(甲)噴門癌ノ療法

(イ)食養療法　食物ハ滋養ニ富ミ、且、刺戟ノ少ナキモノナルヲ要ス。コノ目的ニ適セルハ牛乳（バタ・鷄卵・糖・澱粉・人工滋養品ヲ加ヘタルモノ）・スープ・澱粉煎等ナリ。酒類ハ粘膜ヲ刺戟スベキヲ以テ不可ナリ。粥・馬鈴薯・及ビ豌豆ノ粥(1)・バタ・油等モ亦用フベシ。

(ロ)藥物療法　食道ノ痙攣ヲ制スルタメニハ、麻醉劑ヲ用フ。

方　鹽酸モルヒネ　〇・二　硫酸アトロピン　〇・〇〇三　蒸餾水　二〇・〇　右一日三回、二十滴宛。

方　萇若越幾斯　〇・一　單舍利別　三〇・〇　右一日三回、一茶匙宛。

ボアース氏ハ噴門癌腫ニヨードナトリウム（一日量二・〇乃至三・〇）ヲ賞用セリ。ソノ他、メチーレン青・及ビ亞砒酸（ホーピル水）モ亦、應用セラル。

(ハ)機械的療法　狹窄部ニ消息子ヲ插入シテ擴張ヲ試ムベシ。アマリ屢、消息子ヲ使用スレバ、患部ヲ刺戟スル恐アリ。

(1) Gastrotomie

狹窄上部ニ食糜瀦溜スレバ、コレヲ洗滌スベシ。時トシテ粘液分泌ヲ制スルノ目的ニテ、千倍ノ硝酸銀水ヲ以テ洗滌スルコトアリ。

(ニ)外科的療法　患者ノ食物ヲ攝取シ得ザルトキハ、造胃瘻術(1)ヲ行フコトアリ。

(乙)噴門以外ノ胃癌ノ療法

(一)內科的療法　內科的療法ノ目的ハ、永ク患者ノ體力ヲ保持シ、刺戟ヲ去リテ腫瘍ノ發育ヲ制スルニアリ。コノ目的ニ向ヒテ最、必要ナルハ、食養療法ニシテ、藥物療法及ビ機械的療法ノ如キハ價値少ナシ。

(イ)食養療法　食物ヲ選定スルニハ、胃運動ノ狀態ヲ參照スルヲ要ス。幽門ノ癌腫ニハ、流動性或ハ糜粥性食物ヲ與フ。食物ハ可及的患者ノ好メルモノナルヲ可トス。

遊離鹽酸ノ存在セル場合ニハ、植物性若クハ動物性蛋白質、タトヘバ、豌豆ノ粥（ピウレー）・豆腐・鷄卵・魚肉・ヒキ肉ニシタル鷄肉・鳩肉等ヲ與フ。遊離鹽酸ノ缺如セル場合ニハ、患者蛋白性食物ニ耐ヘズ、特ニ鷄卵ハ胃內ニ於テ醱酵腐敗ヲ發スベシ。植物性蛋白質、タトヘバ、豆等ヨリ製シタルスープ若クハ味噌汁等ヲ試用スベシ。

胃底ノ癌腫ニシテ運動障碍ノ少ナキ場合ニハ、主トシテ澱粉ヨリ成レル混合性食物ヲ與フ。酒類及ビ香料ヲ用フレバ食慾ヲ興奮スルコトアリ。

食事攝生ト共ニ身體ヲ安靜ニナスコトモ亦、必要ナリ。就褥ハ胃ノ機械的作用ヲ輕減スルノミナラズ、物質代謝ヲ減少スルノ益アリ。

胃痛アルトキハ、腹部ニブリースニツツ氏罨法ヲ行フベシ。

(ロ)藥物療法　癌腫ニ對シテハ未、有效ナル藥劑アラズ。コンヂランゴーノ如キハ、一時好評ヲ博セシモ、唯、健胃劑タルニ

過ギズ。

方　コンヂランゴー皮　一八・〇乃至二〇・〇　右十二時間水三〇〇・〇ニ冷浸シテ、一八〇・〇ニ煎出シ、稀鹽酸一・五ヲ加ヘ、一日三回、食前ニ一食匙宛服用セシム(リーゲル氏)。

方　コンヂランゴー皮　二〇・〇乃至三〇・〇　右十二時間水三〇〇・〇ニ冷浸シ、二五〇・〇ニ煎出シ、レゾルチン五・〇　稀鹽酸三・〇　薑根舍利別適量ヲ加ヘ、全量ヲ三〇〇・〇トナシ、二・三時間毎ニ一食匙宛用フ(エーワルド氏)。

方　コンヂランゴー流動越幾斯　三〇・〇　番木鼈丁幾　五・〇　右一日三回、一茶匙ヲ一盃ノ水ニ加ヘテ用フ(ボアース氏)。

方　コンヂランゴー酒　二〇〇・〇　右一日三回、一食匙宛食前ニ與フ(アイピホルスト氏)。

方　稀鹽酸　二・〇　コンヂランゴー流動越幾斯　八・〇　番木鼈丁幾　二・〇　水　七〇・〇　單舍利別　二〇・〇　右一日三回、食前ニ服用セシム。二日量。

方　稀鹽酸　一〇・〇　大黃丁幾　二〇・〇　右一日三回、三十滴ヲ一酒盃ノ水ニ加ヘ食後ニ服用セシム。

ソノ他、單寧酸オレキシン・メヂーピン青・ピオクタニン(1)・白屈菜越幾斯・ベリドニン(2)等ヲ與フ。

胃癌ノ胃液中ニハ、遊離鹽酸缺如スルヲ以テ、鹽酸ヲ與フルハ合理的療法ナルモ、ソノ效ヲ奏スルコト極テ稀ナリ。鹽酸缺如ノ結果、異常酸ノ發生セル場合ニ、アルカリ劑ヲ投ズレバ自覺的輕快ヲ得ルコト多シトス。

疼痛・嘔吐・吐血等ニ對シテハ、對症的療法ヲ行フベシ。

(1) Pyoktanin
(2) Chelidonium tannicum

礦泉療法ハ多クハ效ナシ。

(ハ)機械的療法　幽門癌ニシテ運動障碍アル場合或ハ醱酵ノ强キトキハ胃ヲ洗滌ス。但、潰瘍面ノ存スル場合ニ、胃洗滌ヲ行フトキハ甚シク不快ヲ感ジ、惡液質ノ增加スルコトアリ。

(三)外科的療法　胃癌ニハ內科的療法效ナシ。根治的療法トシテハ、胃癌ヲ可及的早ク診斷シ、患部ヲ切除スルニアリ。

(一)胃癌ノ根治的手術(1)　ハ殆、幽門癌ニ限レリ。而シテ手術ノ目的ヲ達スルハ、腫瘍ノ幽門ニ限局シ、周圍ト癒著ナク且、患者ノ榮養狀態ノ手術ニ堪フル程度ニ在ルヲ要ス。

(二)幽門切除術(2)　ハビルロート氏(3)(一千八百七十八年)ノ初メテ行ヒシトコロニシテ、ソノ後諸大家ニヨリテコノ術大ニ進歩セリ。

根治的手術ノ禁忌ハ左ノ如シ。

(一)轉移癌ノ存在

(二)腫瘍ト周圍トノ癒著セル場合

(三)腫瘍ノ甚、增大セル場合

(四)高年・高度ノ貧血及ビ惡液質

(五)心臟及ビ肺臟疾患ノ合併

姑息的手術(4)　胃癌ノ全摘出ヲ行フヲ得ザル場合ニハ、姑息的手術ヲ以テ滿足セザルベカラズ。ソノ目的ハ消化器內ニ、食物ノ輸入ヲ容易ナラシメ、可及的食物ノ刺戟ヲ患部ヨリ遠ザカラシムルニアリ。

(4) Palliative Operation　(2) Pylorusresection　(1) Radicaloperation
(3) Billoth

(4) Syphilitische Magengeschwuere
(5) Syphilitische Magengeschwulste
(6) Syphilitische Pylorusstenose

(3) Lymphosarcom
(1) Gastrotomie
(2) Gastroenterostomie

(一)噴門癌ニハ造胃瘻術[1]ヲ行ヒ、(二)幽門癌ニハ胃腸吻合術[2]ヲ行フ。

胃肉腫 Magensarcom.

本病ハ胃癌ニ比シテ若年ノモノヲ侵ス。淋巴肉腫[3]ハ二十歳乃至三十五歳ノ間ニ多シ。

本病ハ癌腫ニ比スレバ經過善良ニシテ、下痢・皮膚ノ轉移・脾腫・舌粘膜ノ變化アリ。而シテ胃出血ノ傾向少ナシト云フモノアレドモ、兩者ノ辨別ハ殆ンド常ニ不可能ナリ。

胃黴毒 Magensyphilis.

胃黴毒ハ甚、稀ニシテソノ黴毒性變化ハ種種ナリ。

(一)黴毒性胃潰瘍[4]

(二)黴毒性胃腫瘍[5]

(三)黴毒性幽門狹窄[6]

黴毒性胃潰瘍ニハ頑固ナル疼痛・酸過剰症・出血ノ傾向・反覆スル再發アリ。患者ニ黴毒ノ病前史アリテワツセルマン氏反應陽性、且、驅黴療法ノ奏效アリ。

黴毒性胃腫瘍及ビ幽門狹窄ハ癌腫ト、區別スルコト甚、難シトス。

(6) Bickel
(7) Osmose
(8) Strauss
(9) Verdünnungsekretion

(1) Superacidität
(2) Riegel
(3) Pawlow
(4) Sommerfeld
(5) Roeder

胃結核 Magentuberculose.

腸結核ハ甚、多ク、肺結核屍ノ約七〇乃至八五%ニ於テコレヲ見ルモ、胃結核ハ稀ナリ。シモンズ氏ニ據レバ、二千ノ結核屍ニ於テ僅ニ八例ヲ見キト云フ。

結核ノ胃ニ發生スルヤ(一)結核性肉芽腫・(二)粟粒結核・(三)結核性潰瘍トナリテ現ハル。

診斷ハ甚、困難ナルモ、他部、タトヘバ、肺結核ノ末期ニ於テ吐血・胃痛發作等、胃潰瘍ノ現ハルルニヨリテ結核性潰瘍ノ疑診ヲナシ得ベキコトアリ。

酸過剰症 Superaciditaet, Peraciditaet, Hyperaciditaet.

鹽酸過剰症 Hyperchlorhydrie.

從來胃液ノ酸量ニ富メルヲ酸過剰症[1]ト稱セシガ(リーゲル氏[2])、近時バウロフ[3]・ゾムメルフェルド[4]・レーデル[5]・及ビビツケル[6]等諸氏ノ研究ニ據レバ、純粹胃液ノ鹽酸含有量ハ常ニ同一ニシテ胃内容物ノ鹽酸含量ニ差異ヲ來タスハ、酸ノ胃粘膜ヨリ分泌セラレタル粘液ニヨリテ中和セラレ(バウロフ氏)、或ハ滲透[7]ニヨリテ胃腔ニ漏出シタル液(ストラウス氏[8])ノ所謂稀釋分泌[9])ニヨリテ稀釋セラルルニ依ル。胃液ノ酸度ハ又、胃運動ニ關係アリ。胃蠕動亢進シ、食物ト共ニ攝取シタル液體ノ速ニ腸管ニ送出セラルル場合ニハ、胃液ノ酸度高マルベシ。

以上論述セシ如ク、酸過剰症ハ(一)胃液分泌ノ定量的增加、(二)胃運動機ノ亢進ニヨリ發スルモノナリトス。

酸過剰症ハ胃病中、屢、來ル疾患ニシテ、各胃疾患ニ於テ、コレヲ現ハス割合ニツキテ、諸家ノ報告セルトコロ左ノ如シ。

ヤウルスキー氏(1)(ペンベルグ)	五一・〇%
アインホルン氏(2)(ニウヨーク)	五一・〇%
ヨーンソン・及ビベーン氏(3)(ストツクホルム)	三六・四%
コレシー氏(4)(ブダペスト)	三〇・四%
マチー・及ビレモン氏(5)(巴里)	二九・〇%
ブーヴレー氏(6)(リオン)	二五・〇%
ベルリンニ於テハ	三三・〇%
湯川氏(大阪)	三八・〇%

本症ハ胃及ビ他臓器ノ疾患、タトヘバ、胃潰瘍・萎黄病等ノ一症狀トナリテ現ハルルコトアリ。然レドモ、甚、屢、臨牀的獨立ノ疾患トナリテ現ハルルモノトス。

原因　本病ハ少年及ビ中年(二十歳乃至四十歳)ニ多ク、女子ヨリモ男子ニ多シ。

本病ノ原因ハ、(一)末梢性刺戟(7)及ビ(二)中樞性刺戟(8)ナリ。

本病ノ多數ハ末梢性疾患—胃ノ慢性刺戟狀態—ニ來ル。屢、慢性胃加答兒ノ初期ニ現ハル。早食ノ習慣・咀嚼ノ不十分・香料・酒・咖啡・煙草ノ濫用ノ本病ヲ誘起スルコトアリ。溫熱的刺戟、タトヘバ、過熱ノ食物ノ、胃ヲ刺戟シテ本病ヲ發スルコトアリ。胃筋ノ弛緩及ビ胃運動不全ニ於テハ、食物久シク胃腔ニ停滯シ、胃腺ヲ刺戟スルヲ以テ、本病ヲ發

(1) Yaworski
(2) Einhorn
(3) Johnson u. Behn
(4) Koresi
(5) Mathieu u. Rémond
(6) Bouveret
(7) periphere Reize
(8) zentrale Reize

ス。

本病ハ又、屢、機能的疾患、卽、中樞性分泌異常症(1)(反射性神經病(2))トナリテ來タルコトアリ。精神感動・精神過勞・腦脊髓病・タトヘバ脊髓癆ノタメニ本病ヲ發スルコトアリ。

慢性腸疾患・膽石病・生殖器疾患・腹膜癒著等ノ場合ニ反射性ニ本病ヲ發スルコトアリ。便祕ハ本病成立上多少ノ關係ヲ有スルモノニシテ、便祕ニヨリテ本病ヲ誘發シ、排便ニヨリテ減退スルコトアリ。

症狀　**(甲)自覺的症狀**

酸過剰症ニ最、緊要ナル症狀ハ、食後約二・三時間ニ襲來スルトコロノ胃痛ニシテ、ソノ疼痛ハ食物、殊ニ蛋白質ニ富メル飲食物ノ攝取ニヨリテ直ニ消散スルモノナリ。疼痛ノ原因ハ、胃內容ノ鹽酸ニ富メルタメニシテ、胃消化ノ初ニ當リテハ、鹽酸ハ唾液及ビ食物ト結合スルモ、ソノ分泌漸次增加スルヲ以テ、鹽酸ハ遂ニ遊離シテ、胃粘膜ヲ刺戟シ胃痛ヲ發セシムルモノトス。故ニ、コノ際、蛋白若クハ**アルカリ**劑ヲ內服セシムレバ、遊離鹽酸中和セラレテ、疼痛ハ直ニ消散スベシ。疼痛ノ度ハ種種ニシテ、心窩ノ壓重・灼熱ノ感ヨリ、痙攣性疼痛ニ至ル。疼痛ハ常ニ發スルモノニアラズシテ、特ニ酸味ノモノ・油濃キモノ・甘キモノ・或ハ鹽辛キモノヲ攝取セル場合ニ顯著ナリ。植物性食物ハ動物性食物ヨリモ疼痛ヲ發シ易シ。食物ノ胃腔ニ存在セザルトキ、タトヘバ、夜間ニハ、通例疼痛ナシ。若、夜間ニ疼痛アル場合ニハ、同時ニ分泌過多症アルカ、或ハ運動障碍アルノ疑アリ。體位ニヨリテ疼痛ノ增減ヲ來スコトナシ。

屢、疼痛缺如シ、ソノ代リニ饑餓ノ感・强キ惡心(3)・衰弱ノ感(4)ヲ發シ、食物ノ攝取ニヨリテ直ニ治癒スルモノアリ。

甚、屢、噯氣・呑酸・嘈囃アリ。殊ニ甘キモノ・油濃キモノ・或ハ鹽辛キモノヲ攝取セル場合ニ强シトス。

嘔吐ハ通例缺如ス。屢、嘔吐ヲ發スルモノハ、胃潰瘍ノ疑ヲ發スベシ。

(1) Zentrale Sekretionsneurose
(2) Reflexneurose
(3) Faim nauseouse
(4) Faim défaillante

(1) Sitophobie

食慾ハ通例良ナリ。時時患者ノ、食後ノ胃痛ヲ恐レテ食事ヲ嫌フコトアリ(畏食症)[1]。稀ニハ渴ヲ發スルコトアリ。同時ニ運動不全或ハ分泌過多アルトキハ、渴ハ顯著ナリ。便ハ通例祕結ス。

(乙)他覺的症狀

(一)視診及ビ觸診

普汎榮養狀態ハ佳良ナリ。舌ハ殆、常ニ清潔ナリ。同時ニ胃**アトニー**ノ合併スルトキハ、表在性拍水音アリ。時トシテハ心窩ニ壓痛ノ存在スルコトアリ。

(二)機能試驗

(イ)胃ハ空腹時ニハ空虛ナリ。胃管ヲ插入スルニ屢、少量ノ粘液樣液ヲ得ルコトアリテ、液中ニ遊離鹽酸ヲ證明ス。液ノ顯微鏡的檢査ヲ行フニ、ヤウォルスキー氏核及ビ螺旋狀細胞ヲ見ル。

(ロ)試驗朝食後一時間ヲ經テ採取シタル胃內容ヲ放置スレバ分レテ二層トナル。而シテ澱粉性食物ハ、微細ナル顆粒トナリテ器底ニ沈降スルヲ見ル、コレ蛋白性被膜ノ溶解ニヨリテ、澱粉球ハ遊離セラルルモ、胃內容ノ鹽酸含量增加シ、**プチアリン**ノ作用障碍セラルルヲ以テナリ。コレニ反シテ蛋白質ノ消化ハ佳良ナリ。

(ハ)胃內容ノ鹽酸含量ハ增加ス。胃內容ノ生理的酸量ハ歐洲人ニ在リテハ總酸四〇乃至六〇度、遊離鹽酸二〇乃至四〇度ナリトス。故長與博士ハ本邦人ノ生理的胃液ノ酸量ノ歐洲人ニ比シテ著シク低位ニアルヲ認メタリ。湯川博士ノ實驗ニ據レバ、總酸量ハ三二乃至五二、遊離鹽酸量二二乃至四二ナリト云フ。鹽酸含量ノ生理的酸量ヲ超過スルトキハ酸過剰症ト看做スベシ。時トシテハ總酸ノ、八〇乃至一〇〇度以上ニ達スルコトアリ。但、總酸ノ八〇度

(1) Talma
(2) Verdünungssekretion
(3) Superaciditas larvata

以上ニ及ブトキハ、胃潰瘍ノ疑ヲ發スベシ。

往往、鹽酸過多症ノ症狀アルニ拘ハラズ、胃內容ヲ檢シテ鹽酸ノ增加ヲ認メザルコトアリ。コレタルマ氏[1]說ノ如ク、胃神經ノ、酸ニ對シテ特ニ過敏トナレルニヨル。

試驗食ヲ與ヘタル後、胃分泌ハ早ク且、强ク高度ニ達シ、次デ稀釋分泌[2]ノコレニ加ハルヲ以テ、前ノ酸過剰症ハ消失シ、試驗食後一時間ニ於テハ、外見上通常ノ酸度ヲ示スコトアリ。ストラウス氏等ノ所謂假面酸過剰症[3]コレナリ。

(ニ)胃內容ノ醱酵素含量ハ、通例甚、多キヲ以テ蛋白ノ消化力强シ。

(ホ)胃內容ノ濾過殘渣ニ**ヨード**溶液ヲ加フルトキハ深青色ヲ呈ス。澱粉消化ノ不良ナルハ、本病ノ特徵ナリ。

(ヘ)胃內容ノ粘液含量多シ。

(ト)胃運動ハ種種ナルモ、通常本病ニ高度ノ運動障碍ヲ見ルコトナシ。

(チ)尿ハソノ酸度ヲ減ジ、**クロール**鹽ニ乏シク、燐酸鹽ニ富ム。

診斷　酸過剰性胃痛ハ甚、固有ナルヲ以テ、既ニコレニヨリテ本病ヲ推測シ得ベキモ、確實ニ診斷スルニハ必、胃內容ノ檢査ヲ要ス。酸過剰性胃痛ノ顯著ナルニ拘ハラズ、胃內容ノ鹽酸含量ノ減少セル場合アリ。胃粘膜ノ過敏症及ビ假面酸過剰症モ亦、診斷上顧慮ヲ要ス。

本病ニ固有ナル症狀左ノ如シ。

(一)食後二・三時間ニシテ常ニ胃痛ヲ發ス。コノ疼痛ハ**アルカリ**劑若クハ蛋白性食物ノ攝取ニヨリテ緩解ス。

(二)食慾ハ尋常若クハ却テ亢進ス。

(三)榮養ノ障碍ナシ。

(四)便祕。

(五)試驗朝食後一時間ニ檢スルニ胃內容ノ鹽酸含量多シ。

(六)蛋白ノ消化ハ良ナルモ、澱粉ノ消化ハ不良ナリ。

辨症　酸過剰症ト鑑別スベキモノハ左ノ如シ。

(一)胃潰瘍　胃潰瘍ニハ上腹部及ビ背部ニ壓痛點アルモ、酸過剰症ニハコレヲ缺グ。胃潰瘍ハ食後直ニ胃痛ヲ發シ、且、疼痛ノ强弱ハ食物ノ性質ニ關スルモ、酸過剰症ニハ食後二・三時間ニシテ胃痛ヲ發シ、蛋白性食物若クハ**アルカリ**劑ヲ攝取スレバ疼痛ハ直ニ緩解ス。但、胃潰瘍ニ於テモ幽門部ニ發生セル者ハ酸過剰症ニ於ケルガ如ク、食後二・三時間ヲ經テ疼痛ヲ發スルコトアルヲ以テ、酸過剰症ト誤診セラレ、吐血ニ依テ始テ潰瘍ノ存在ヲ證スルコトアリ。胃潰瘍ニハ吐血及ビ瀉出血アルモ、酸過剰症ニハコレヲ缺グ。總酸量八〇度以上ナルトキハ、胃潰瘍ノ疑アリ。診斷疑ハシキ場合ニハ潰瘍ノ療法ヲ行フベシ。

(二)胃液分泌過多症　早朝空腹時ニ於テ胃管ヲ插入スルニ、酸過剰症ノ、全ク胃ノ空虛ナルニ反シ、分泌過多症ニハ多量ノ遊離鹽酸ヲ含有セル胃液ノ存在セルヲ證明ス。分泌過多症ニハ屢、嘔吐ヲ伴ヒ、且、夜間若クハ早朝劇痛アリテ、食物ヲ取ルニヨリ鎭靜ス。

(三)酸性胃加答兒　ハ酸過剰症ノ外、胃內容中ニ多量ノ粘液アリ。

(四)膽石疝痛　ハ疼痛發作不規則ニシテ、長キ間歇ヲ以テ反覆ス。食後疼痛ヲ發スルコト酸過剰症ニ比スレバ遲ク(食後四・五時間ヲ經テ發ス)、且、食事若クハ**アルカリ**劑ノ服用ニヨリテ疼痛緩解セズ。肝臟又ハ膽囊ノ腫大及ビ黃疸ヲ發スルコトアリ。

(1) v. Sohlern (1891)

經過　慢性。

豫後　良。

療法　本病ノ神經性原因ニヨリテ發シタルモノハ原病、タトヘバ、神經衰弱症ヲ治療スルヲ要ス。本病ノ慢性酸性胃加答兒ニ因スルモノハ、食事ノ攝生ヲ要スルコト勿論ナリトス。

(一)食養療法　胃ノ刺戟狀態ニアルトキハ、刺戟ヲ避クルヲ可トス。香料(辛子・胡椒・山椒・生姜等)、酒類・炭酸ニ富ミタル諸種ノ飲料・咖啡・及ビ煙草等ヲ禁ズベシ。茶ハ用フルモ可ナリ。肉ノ**エキス**分・**スープ**・有機酸、タトヘバ、枸櫞酸・醋酸・酒石酸等ハ用フベカラズ。

本病患者ノ食物トシテハ、主トシテ蛋白性食物ヲ與フベキヤ、將、澱粉性食物ヲ與フベキヤハ緊要ナル問題ナリトス。本病ニハ蛋白ノ消化佳良ニシテ、澱粉ノ消化不良ナリ。蛋白ハ胃內ノ鹽酸ト結合スル利益アルモ、分泌機能ヲ亢進シ、鹽酸ノ分泌ヲ催進スル不利アリ。コレニ反シテ澱粉ハ分泌機能ヲ亢進スルコト少ナキヲ以テ、鹽酸ノ分泌ヲ催進セザル利益アリ。從來本病ニハ主トシテ蛋白性食物ヲ與ヘタリシモ、ゾーレルン氏[1]ノ試驗研究以來、澱粉性食ヲ用フルニ至レリ。要スルニ、本病ニハ主トシテ澱粉性食物ヲ與ヘ、傍ラ消化シ易キ蛋白性食物ヲ與フルヲ可トス。蛋白ニ富メル食物中、牛乳・鷄卵・植物性蛋白・**エキス**分ノ少ナキ獸肉・鳥肉・魚肉・膠等ハ與フルモ可ナリ。生肉及ビ炙リタル肉ハ、良ク煮タル肉ヨリモ胃分泌ヲ催進スルコト强シトス。

植物性食物中ニテハ米・麵麭・及ビ蛋白質ニ富メルモノ・タトヘバ、豆類ヲ味噌又ハ粥狀トナシテ與フベシ。砂糖ハ本病ニ對シテ良好ノ治療的影響ヲ與フルモノトス。コレ砂糖ハ稀釋分泌ヲ催進シ胃液ヲ稀釋スルヲ以テナリ。同時ニ便祕ノ傾向アルモノニハ乳糖ヲ用フベシ(一日三回一食匙ヲ牛乳・茶・若クハ**カカオ**ニ混ジテ用フ)。然レドモ、往往甘味ヲ攝取シタル

後ニ呑酸・嘈囃ヲ發スルコトアリ。

脂肪ハ鹽酸分泌ヲ制止スル作用アルノミナラズ、便通ヲ良クスル利アリ。然レドモ、容易ニ嫌惡ヲ起シ易シ。脂肪ノ中、牛酪・植物性油・及ビ卵黄ハ用フルニ適ス。

食物ノ溫度ニ顧慮スルヲ要ス。過熱及ビ酷冷ノ食物ハ避クベシ。

飲料トシテハ**アルカリ**性礦泉ヲ用フ。咖啡・**カカオ**ハ分泌ヲ催進スルモ、茶ハ佐々木氏ノ研究ニ據レバ、分泌ヲ制止スト云フ。故ニ茶ハ與フベキモ、咖啡・**カカオ**ハ禁ズベシ。

ニコチンハ強ク分泌ヲ催進スル作用アリ。故ニ、空腹時或ハ食前ノ喫煙ハ有害ナルモ、食後少量ノ煙草ヲ用フルハ大ナル害ナカルベシ。

食物ハ一度ニ大量ヲ與フルヨリモ、少量ヅツ反覆シテ用ヒシムルヲ宜シトス。

(二)藥物療法　ノ目的ハ胃腺ノ刺戟狀態ヲ減却シ、已ニ存在シタル過剩ノ鹽酸ヲ減殺スルニアリ。分泌ヲ制止スルニハ、**アトロピン**・蒼鉛・及ビ硝酸銀ヲ用ヒ、酸ヲ中和スルニハ**アルカリ**劑ヲ用フ。

アトロピンハ胃分泌ノ興奮神經タル迷走神經ヲ麻痹セシメテ分泌ヲ制止ス。**アトロピン**製劑トシテ萇菪越幾斯又ハ**オイミドリン**(〇・〇〇一乃至〇・〇〇三・乳糖〇・五、一包量、一日三回)ヲ用ユ。次硝酸蒼鉛及ビ硝酸銀モ制酸ノ效アリ。

酸中和ノ目的ニハ、**アルカリ**劑ヲ用フ。コレヲ與フルハ食後一・二時間ヲ可トシ、持續シテ用フルモ害ナシ。**アルカリ**劑ハ酸ヲ中和スルノミナラズ、胃粘膜ノ過敏ヲ輕減スル效アリ。醫用ニ供スル**アルカリ**劑ハ重炭酸**ナトリウム**・枸櫞酸**ナトリウム**・煆製**マグネシア**・炭酸**マグネシウム**・燐酸**アムモニウム**・**マグネシア**等ナリ。就中煆製**マグネシア**ハ酸ヲ中和スル力最、强シ。**アルカリ**劑

(1) Ehrmann
(2) Rosenheim
(3) Neutralon
(4) Magnesium perhydrol

ハ或ハ單味ニテ用ヒ、或ハ少量ノ萇菪越幾斯・**コデイン**及ビ**モルヒネ**ヲ伍シ、或ハ乳糖若クハ薄荷油糖ヲ加フルコトアリ。**モルヒネ**ハ分泌ヲ催進スル作用アリト云フモノアレドモ、少量ナラバソノ虞ナシ。

エールマン氏[1]・及ビロゼンハイム氏[2]ハ**ノイトラローン**[3]ヲ賞用セリ。**ノイトラローン**・硅酸**アルミニウム**ヲ一日三回一茶匙ヅツ一盞ノ微溫湯ヲ以テ内服セシム。

ベルヒドロールマグネシア[4]一日〇・五ヲ食後半時乃至一時間ニ用フ。

頭痛・不眠症等ノ神經症狀存在スルトキハ、**ブロームナトリウム**・**ブロームアムモニウム**・**ブロームストロンチウム**等ヲ用フ。

方　煆製**マグネシア**　一五・〇　鹽酸**モルヒネ**　〇・一　(或ハ燐酸**コデイン**　〇・三乃至〇・五)　右混和、盒子ニ入レ、一日三回一刀尖乃至一茶匙宛服用。

方　重炭酸**ナトリウム**　六・〇　次硝酸蒼鉛　二・〇　萇菪越幾斯　〇・一二　右一日三回、食後半時乃至二時服用、二日量。

方　重炭酸**ナトリウム**　六・〇　煆製**マグネシア**　二・〇乃至三・〇　萇菪越幾斯　〇・一二　右一日三回、食後半時乃至二時服用、二日量。

方　煆製**マグネシア**　一〇・〇　次硝酸蒼鉛　五・〇　萇菪越幾斯　〇・三　(或ハ鹽酸**モルヒネ**　〇・一)　右一日數回食後ニ一刀尖宛。

方　煆製**マグネシア**　一五・〇　炭酸**ナトリウム**　各五・〇　萇菪越幾斯　番木鼈越幾斯　各〇・一乃至〇・二　右一日三回、一茶匙宛、每食後三十分服用。

方　重炭酸**ナトリウム**　二〇・〇　煆製**マグネシア**　燐酸**アムモニウム**　**マグネシア**　各一〇・〇　右散トナ

シ、盒子ニ入レ、一日三回、半茶匙乃至一茶匙宛、食後二時間毎ニ服用セシム。

方 煆製**マグネシア** 大黄末　各七·五　乾燥炭酸**ナトリウム** 重炭酸**ナトリウム** 各一五·五　薄荷油糖　右函ニ入レテ與フ、一日三回、半茶匙乃至一茶匙ヅツ、毎食後二時間水ヲ以テ服用セシム。

方 **ブロームカリウム** 六·〇　煆製**マグネシア** 二·〇乃至三·〇　右爲六包、一日三回、食後服用、二日量。

方 **ブロームストロンチウム** 一二·〇　薄荷水 六〇·〇　右一日二回、一茶匙宛食後ニ服用。

ヤウォルスキー氏ハ**カルルス**泉鹽ヲ稱用シ、ウォルフ氏[1]ハ左ノ處方ヲ賞用セリ。

方 硫酸**ナトリウム** 三〇·〇　硫酸**カリウム** 五·〇　食鹽 三〇·〇　炭酸**ナトリウム** 二五·〇　重炭酸**ナトリウム** 一〇·〇　右一日三回、半茶匙ヲ半盞ノ微溫湯ニ入レ、晝食前二時間若クハ晚食前二時間ニ服用セシム。

アルカリ礦泉ハ用フベキモ食鹽礦泉ハ用フベカラズ。**ゴム**ヲ嚼マシメ或ハ咀嚼錠ヲ口内ニ含マシムルトキハ唾液分泌亢進シ、ソノ唾液ヲ嚥下セシムレバ、多少胃酸ヲ中和スルノ效アルベシ。

方 **タカヂアスターゼ**若クハ柏木**ヂアスターゼ** 一·二　乳糖 三·〇　右爲六包、澱粉性食物ノ攝取後直ニ服用セシム。

(1) Wolff

(1) Hypersecretio chronica continua
(2) Hypersecretio chronica digestiva, alimentäre od. digestive Hypersecretion
(3) Hypersecretio acida
(4) Quantitative u. Qualitative Sekretionsstörungen
(5) Intermittierende Hypersekretion
(6) Nervöse Gastroxyusis (Rossbach)

分泌過多症 Hypersekretion, Parasecretion, Magensaftfluss.

分泌過多症ヲ、次ノ三種ニ區別ス。

(一)慢性持續性分泌過多症[1]　本症ニハ食物ノ刺戟ナキ場合、消化時以外、卽、胃ノ空虛トナルベキ場合ニ於テモ、絕エズ持續的ニ胃液ノ分泌スルモノナリ。

(二)消化性分泌過多症[2]　本症ニハ消化時ニ於テノミ胃液ノ通常量ヨリモ甚、著シク增加スルモノニシテ、胃ノ空虛時ニ於テハ、胃ハ健康胃ノ如ク空虛ナリ。

兩者共ニ量的分泌障碍ヲ發ス、卽、後者ニハ消化時、前者ニハ消化時以外ニモ胃液ノ分泌スルコト、通常量ヨリモ著シク增加ス。分泌過多症ニアリテハ胃液ノ酸度通常ヨリモ强シ(酸性分泌過多症[3])、故ニ、本症ニハ量的及ビ性的分泌障碍[4]ノ合併セルヲ見ル。

(三)間歇性分泌過多症[5]　本症ニハ胃液分泌ノ持續性ナラズシテ、發作性・間歇性ニ增加スルモノナリ。嘔吐・胃痛發作ノ傍、頭痛ノアルモノヲローズバッパ氏ハ神經性胃酸過多症[6]ト名ヅケタルモ、マタ本症ニ屬スベキモノナリトス。本症ハ慢性持續性分泌過多症ノ前階級ナリトノ說モアリ。

以下、各種ノ分泌過多症ニツキテ敍述スベシ。

(一)慢性持續性分泌過多症 Chronische Kontinuierliche Hypersekretion, Hypersecretio acida continua (Jaworski)。(慢性持續性胃液漏 Gastrosuccorrhoea cotinua chronica, Permanenter Magensaftfluss。(ライピマン氏病 Reichmannsche Krankheit.)

本病ハ始メテライピマン氏(1882)ノ記載シタル疾病ニシテ、胃ノ空虛ナル場合ニ於テモ酸過剩性胃液ノ存在スルモノナリ。

健康ナル胃ハソノ空腹時ニ於テ空虛ナリヤ。從テ胃ノ空虛トナルベキ場合ニ於テ胃液存在スレバ必、病的ナリヤノ問題ハ議論ノアルトコロニシテ、一〇立方センチメートルヨリ多ク、五〇立方センチメートル以内ハ生理的ナリト云ヒ、ストラウス氏(1)ハ二〇立方センチメートル以上アルモノヲ病的トナセリ。胃消息子插入ニ因スル機械的刺戟ハ分泌ヲ催發セザルモ(バウロフ氏)、唾液及ビ咽頭乃至氣管枝分泌物ノ嚥下及ビ精神的分泌、所謂、食慾ニヨリ發スル分泌(3)等ニヨリ空腹時ニ於テモ少量ノ胃液ヲ分泌スベケレバ、純粹胃液存在ノ傍、同時ニ嘔吐・胃痛等ノ臨牀的症狀存在スルトキハ病的、卽、分泌過多症ナリトス。

(3) Apetitsaft　(1) Strauss　(2) Boas

原因 本症ハ男子ニ多シ。年齡ハ多クハ三十歲乃至五十歲ノ間ナリ。精神過勞ヲ原因ニ擬スルモノアリ。本症ノ主ナル原因ハ胃腺ノ慢性刺戟ニシテ、甚、屢、圓形胃潰瘍及ビ幽門狹窄ニ因スル運動不全症ニ因ス。

症狀 **自覺的症狀** 本症ノ症狀ハ通例胃潰瘍ノ症狀ニ類似ス。本症ニ固有ナル症狀ハ痙攣性胃痛ニシテ或ハ、食後二・三時後ニ發シ、或ハ空腹時・夜間若クハ早朝ニ現ハレ、酸性ノ液體ヲ嘔吐ス。開口性潰瘍ニハ胃痛强ク、潰瘍ノ瘢痕ヲ結ビ運動障碍ヲ發セル場合ニハ嘔吐强シトス。食後嘔吐スルトキハ食物ヲ混ズベキモ、空腹時ニ於テハ主トシテ純粹ノ胃液ヲ吐ス。

食慾ハ良ナリ、時トシテ亢進スルコトアリ。幽門狹窄ノ存スル場合ニハ渴及ビ尿量減却アリ。大便ハ祕結ス。

他覺的症狀 心窩及ビ背部ニ於テ胃潰瘍ニ於ケルガ如ク疼痛點アリ。屢、胃筋アトニーアリテ容易ニ淺在性拍水音ヲ發ス。又、屢、胃下垂ヲ合併ス。

診斷上、緊要ナルハ胃ノ機能檢査ニシテ、早朝、空腹時ニ胃消息子ヲ插入スルニ、澄明、或ハ僅ニ溷濁セル液ヲ得。コノ液ノ純粹ナル胃液ヨリ成ルトキハ持續性分泌過多症ニシテ、若、採取シタル胃內容物中食物殘渣アルトキハ、純粹ナル持續性分泌過多症ニアラズシテ同時ニ運動障碍(痙攣性或ハ瘢痕性幽門狹窄)ノ存在セルモノナリ。本症ニハ屢、輕度ノ食物瀦溜(顯微鏡的瀦溜(1))ヲ合併ス。

空腹時、胃ヨリ採取シタル液體ガ、胃液タルノ徵候ハ、左ノ如シ。

(一)液體ハ稀薄・澄明・水樣ナリ。屢、膽汁ヲ混ズルヲ以テ綠色ニ染レリ。時トシテ、白色ナル粘液絮狀片ノ浮游セルアリ。

(二)液體ハ多量ノ遊離鹽酸及ビ酸酵素(ペプシン及ビラーブ)ヲ含有ス。

(1) Stagnation microscopischer Art

(2) Schichtungsquotient (1) Jaworski

(三)コレヲ鏡檢スルニヤウォルスキー氏[1]核及ビ螺旋狀細胞ヲ認ム。運動障碍ナキ場合ニハ食物殘渣(澱粉球・肉纖維・脂肪滴)・**ザルチナ**及ビ釀母菌等ヲ認メズ。

(四)液ハ**デキストリン**及ビ糖ノ反應ヲ呈セズ。

試驗朝食ヲ與ヘ、一時間ヲ經テ胃內容ヲ攝取スルニ、稀薄液狀ニシテ、固形殘渣ノ量(RM)少ナクシテ液量(SM)多ク、ストラウス氏層係數[2](RM:SM)ハ小ナリ。鹽酸ノ含量ハ多シ。結合鹽酸及ビ有機酸ハ殆、コレナキヲ以テ總酸ト遊離鹽酸ノ差少ナシ。蛋白ノ消化ハ佳良ナルモ、澱粉ノ消化ハ不良ナリ。

運動機能ハ種種ニシテ、或ハ全ク通常ナルコトアリ、或ハ亢進スルコトアリ。又、多少ノ運動障碍ヲ見ル。多クノ場合、顯微鏡的食物瀦溜ヲ發スルコトアリ。コレ潰瘍ノタメニ一時性幽門痙攣ヲ發スルタメナラン。粗大ナル食物殘渣ノ空腹時ニ存在スルコトハ前症ニ比スレバ稀ナリトス。カカル場合ニ、分泌過多症ヲ確定センニハ、夜間、胃ヲ十分ニ洗滌シ、翌朝、空腹時ニ胃消息子ヲ插入スルヲ法トス。

潛出血ヲ見ルコトアリ。

尿中**クロール**鹽類缺如シ、燐酸鹽類ニ富ム。時トシテ尿反應ノ**アルカリ**性ヲ呈スルコトアリ。

診斷　消化ノ最盛時及ビ空腹時ニ於ケル疼痛發作・渴・食慾良若クハ亢進・蛋白消化良・澱粉消化不良・空腹時酸性嘔吐・空腹時胃液ノ存在・吐物ノ三層ヲ呈スルコト(上層ハ泡沫ヨリ成リ、中層ハ最大部分ヲ占メ、溷濁セル液ヨリナリ、下層ハ僅少ナル沈澱層ニシテ主トシテ澱粉球ヨリナル)等ノ症狀アレバ、診斷ハ困難ナラズ。

吐物、若クハ胃內容ノ顯微鏡的檢査ヲ行ヒ、食物殘渣ノ有無ヲ檢スベシ。顯微鏡的食物瀦溜アルトキハ、ソノ原因ノ幽門痙攣ナリヤ、或ハ瘢痕ニ因スルモノナリヤハ永時觀察スルニヨリテ始メテ決定セラルベキモノナリ。

大正三年二月二十三日印刷
大正三年二月二十六日發行

日本內科全書
第參卷・第參冊

正價金壹圓

編者　東京市本郷區龍岡町三十二番地　中川恭次郎
發行者　東京市本郷區駒込林町百七十二番地　田中增藏
印刷者　東京市本郷區駒込林町百七十二番地　今井甚太郎
印刷所　合資會社　杏林舍　【電話小石川七七九番】

發行所　東京市本郷區龍岡町三十二番地　振替口座東京四一八番〔電話小石川七六八七番〕　吐鳳堂書店

賣捌書店

東京市本郷區春木町　南江堂書店
同　同區春木町二丁目　半田屋書店
同　同區切通坂町　合名會社　金原商店
同　本郷區本富士町　克誠堂書店
同　同區同　杏誠堂書籍部
同　同　文光堂書店
同　同區新花町　鳳鳴堂書店
同　同區龍岡町　南山堂書店
同　同　文榮堂書店
同　同　根津書店
同　同　富倉書店
同　同區切通坂町　宮澤書店
同　同區新花町　佐奈商店
同　芝區愛宕下町三丁目　明文館書店
同　日本橋區通三丁目　丸善株式會社

大阪市南區心齋橋筋　丸善株式會社支社
名古屋市中區榮町　丸善株式會社支社
名古屋市中區老松町　大竹書店
京都市上京區寺町通　南江堂支店
京都市三條通麩屋町　丸善株式會社支社
大阪市西區江戸堀　荒木書店
岡山市下之町　渡邊泰山堂
岡山市東中山下　文江堂書店
熊本市安己橋通町　芹川書店
福岡市博多上西町　丸善株式會社支社
長崎市引地町　安中集榮堂
金澤市片町　宇都宮書店
金澤市廣坂通　いろや書店
金澤市廣坂通　内田書店
仙臺市國分町　丸善株式會社支社
新潟市古町　萬松堂支店
千葉市市場　松田屋書店
千葉市市場　寶文堂書店