

青田山胤通 撰
稻田龍吉 編
林春雄 編
富士川游 編

第六册

〔二頁乃至
四七頁〕

脾臟病篇

日本內科全書

三卷

昭和六年五月

吐鳳堂發行

(第二十九回出版)

稟告

醫學博士岡田清二郎氏述「臍臟病篇」(卷二第六册)製本出來候ニツキ今回配本致候、引キ
續キテ、醫學博士鹽谷不二雄氏述「脊髓病各論篇」配布致候事ヲ得ベクト存候

昭和六年四月

日本内科全書發行書肆

吐鳳堂 敬白

謹告

一、日本内科全書ハ全十卷。毎巻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。毎巻ノ終末(毎巻最後ノ冊子)ニ、其巻ノ目次索引・扉紙ヲ附スベキガ故ニ、製本ニ際シテハ、コノ點ニ留意アラシムコトヲ望ム。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、毎巻ノ結了ト共ニ價格ヲ定メテ報告スベシ)。

三、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トラ企テタリ。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専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ツキ、譯字ノ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及ビ卷三第二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	枯瘦	Marasmus	能働性	Aktiv
委質	Habitus	物質代謝	Stoffwechsel	受働性	Passiv
稟質	Temperament	害物	Schädlichkeiten	機能	Funktion

症狀	Symptome	潛出血	Okkulte Blutung	注流雜音	Durchspritzgeräusch
潤爛	Maceration	氣脹	Flatulenz	壓通雜音	Durchpressgeräusch
包纏法	Einpäckung	鼓脹	Metorismus	畏食症	Sitphobie
壓注	Douche (Dusche)	消化困難	Dyspepsie	送出	Austrabung
透熱法	Thermopenetration	按撫法	Streichen	密入	Einziennung
鬱積	Wallung	震搖法	Vibration	橫隔膜性内臟脫	Eventratio
鬱滯	Stauung	レントゲン輻射線	Röntgenstrahlen	diaphragmatica	
病前史	Anamnese	荷重試驗	Belastungsprobe	囊脹	Divertikel
辨症	Differentialdiagnose	食欲	Apetit		

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、腸窒扶斯實布垣里・痲麻質斯等、已ニ廣ク公私ノ間ニ行ハレタルモノハ、漢字ニテ書クコトナシ(漢字ノ中ニテモノノ一種ヲ選ビタリ)、ソノ他ハ、スベテ假名ニテ書クコトシタリ、タトヘバ、バラチーフス・ワンギナー・ヒステリー・スコルブート・マリア・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、一ニノ點ニ修正ヲ加ヘテ、一定セルモノヲ用ヒタリ。

四、用語ニ關スル事項中、一ニノ特ニ擧グテ、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』及フ等ノ場合ニハ、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

- ヂ (Ja)
- ヅ (Ji)
- ヅ (Ju)
- ヅ (Je)
- ヅ (Jo)

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。

- ヤ cha
- ヤ chi
- ヤ che
- ヤ ch

斯ノ如クchノ音ヲアラハスタメニハ、ヒ、ヘ、ホニ△ヲ附シタル活字ヲ新製シタリ。

ヂ　　ロ　　ヅ　　コ

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ラ例トシタレドモ、拗音(タトヘバキ、モ、キ等)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

ベツテンコーセル (Pettenkoler)

五。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。

六。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。

編輯委員

謹言

目次

第一章 緒言	一	第九章 急性脾臟壞疽	四
第二章 脾臟及ビ脾臟周圍部ノ造構竝ニ位置	二	第十章 急性及ビ慢性脾臟炎	五
第三章 脾臟ノ顯微鏡的造構	九	第十一章 化膿性脾臟炎(脾臟膿瘍)	七
第四章 脾臟疾患ニ關スル一般的原因	一三	第十二章 脾石症	七
第五章 外分泌及ビ其臨牀的検査法	一四	第十三章 脾臟結核	一三
甲 脾液及ビ其酵素	一四	第十四章 脾臟微毒	一五
乙 十二指腸液採取法	一四	第十五章 黃銅色糖尿病	一八
丙 糞便中ノ酵素證明法	一四	第十六章 脾臟囊腫	九〇
丁 血液及ビ尿酸エステラーゼ測定法	一五	第十七章 原發性脾臟癌	一〇八
戊 脾臟疾患ニ於ケル榮養物ノ利用	一七	第十八章 脾臟肉腫及ビ良性脾臟腫瘍	一一九
第六章 内分泌及ビ其臨牀的關係事項	一七	第十九章 脾臟ノ外傷	一二
甲 内分泌機能	一七		
乙 脾臟性糖尿病	一八		
丙 脾臟ト他内分泌腺トノ關係	一九		
丁 レゾ氏反應	一九		
戊 カミヂ氏反應	二〇		
第七章 脾臟疾患ノレントゲン診斷法	三〇		
第八章 脾臟機能不全症	三三		

第六編 膵臓病

醫學博士 岡田清三 郎述

第一章 緒言

ガレヌス⁽¹⁾、ヴェサル⁽²⁾、フロツピオ⁽³⁾、バウヒン⁽⁴⁾等ノ時代ニ於テハ、膵臓ノ主作用ハ胃ヲ機械的ニ支持シ、或ハコレニ入ル血管・神經等ヲ包持スルモノト考ヘラレタリシガ、ウエルスング⁽⁵⁾(一六四三年)初メコレニ二ツノ輸出管アリテ十二指腸ニ開口スルコトヲ證明シ、茲ニ新生面開カルルニ至ル。後、サントトリ⁽⁶⁾ハ通常二個ノ輸出管アルコトヲ記載シタリ。爾來、二個ノ中、大ナルラウルスング氏管、小ナルラサントトリニ氏管ト稱ヘラルルニ至ル。クロード、ベルナー⁽⁷⁾(一八五六年)ハ膵臓ニ就テ精細ナル研究ヲ行ヒ、膵液ハ有機性營養物質ノスベテノ種類ヲ消化スル酵素ヲ含有シ、蛋白質・脂肪及ビ含水炭素ヲ分解スル作用アルヲ述べ、ランゲルハンス⁽⁸⁾(一八六九年)ハ膵臓ニハ分泌ヲ司ル細胞以外ニ輸出管トモ關係係ヲ有セザル形態ノ著シク異ナル細胞群ノ存在スルコトヲ發見シ、爾來、コレヲランゲルハンス氏島ト稱スルニ至ル。フォン、メーリング及ビミンコウスキー⁽⁹⁾(一八八九年)及ビ別ニドゥドミニシス⁽¹⁰⁾ハ犬ノ膵臓ヲ摘出スルトキハ糖尿、ソノ他、糖尿病ニ特有ナル症狀ヲ來タヌヲ實驗シ、爾來、幾多ノ研究ニ依リテ糖尿病ノ多クハ膵臓疾患ヲ伴フコト明トナレリ。パウロツフノ弟子シ、ポワルニコフ⁽¹¹⁾ハ十二指腸粘膜ニエンテロキナーゼト稱

- (8) Langerhans
- (9) Von Mering und Minkowski
- (10) De Domjnicis
- (11) Schepowalnikow

- (1) Galenus
- (2) Vesal
- (3) Fallopio
- (4) Bauhin
- (5) Wirsung
- (6) Santorini
- (7) Claude Bernard

- (1) Bayliss and Starling
- (2) Zuelzer
- (3) Banting and Best
- (4) Einhorn

スル脾液蛋白質分解酵素ヲ賦活スル物質ヲ發見シ、ペーリス及ヒスタールゾング⁽¹⁾(一九〇二年)ハ小腸粘膜ニプロセクレチント稱スル物質存在シ、コレガ酸性糜粥ノ作用ニ依リテセクレチンニ變ジ、血行ニ依リテ脾臓ニ達シ、ソノ分泌ヲ來タスコトヲ發表シ、ゼルツェル⁽²⁾(一九〇八年)ハ脾臓越幾斯ニ、糖尿ソノ他、糖尿病ノ症狀ヲ去ル物質アルヲ示シ、バンダング及ビベスト⁽³⁾(一九二二年)ハ臨牀上廣クコレヲ應用スルニ成功シ、又、脾外分泌機能ノ状態ハアインホルン⁽⁴⁾ノ十二指腸液採取法(一九〇八年)ノ成功以來、長足ノ進歩ヲ爲シ、著者等(一九二八年)ハ脾液、竝ニソノ他ノ消化液分泌機轉ニ就テ新説ヲ主張シ得ル實驗的根據ヲ擧ゲ得タリト信ズルモ、コノ點ハ大方識者ノ公正ナル追試ト判斷トヲ俟ツテ決スベキモノナランカ。

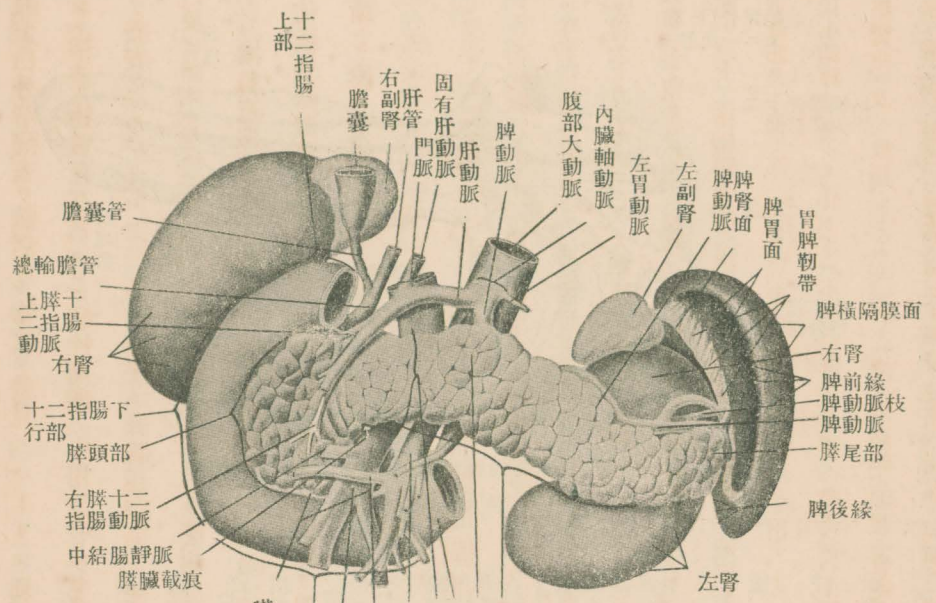
第二章 脾臓及ビ脾臓周圍部ノ構造竝ニ位置

脾臓ハ一ツノ消化腺ニシテ、十二指腸ニ附屬シ、上腹部ニ於テ胃ノ後方ニ位シ、第一腰椎ノ前面ニ横タハリ、右ヨリ左ニ向ツテ稍、上走ス。後方ハ蜂巢脂肪組織ニ連ナリ、前面ハ腹膜ニテ蔽ハル、故ニ單ニ開腹術ヲ行フニテハコレヲ見ルコトヲ得ズ、肝胃韧带並ニ小網膜ヲ切除シテ胃ヲ下方ニ牽引スルカ、大網膜ヲ切除シテ大彎ヲ引キ上グルヲ要ス。細長形ヲ具ヘ、長サ約十五センチメートル、重量約七十グラム、強靱ニシテ粗葉ヲナシ、空腹時ニハ灰白色、消化時ニハ蔷薇色ヲ呈ス。分チテ頭部・體部及ビ尾部ノ三部トナス。

(イ)頭部。ハ十二指腸彎曲部ニ嵌入シ、形ハ種種ニシテ靴形・鐵槌形・直角定規形等ヲナス。發生學及ビ比較解剖學ヨリ考察シテ、コレヲ垂直部及ビ水平部ニ分ツテ得。垂直部ハ頭部ノ前面ヨリ出テ、十二指腸中部ニ隨伴シ、左下方ニ走り、一ツニ小脾^{スロウ氏小鈎脾}若クハワンズ、水平部ハ常ニ能ク發達シ、體部ト峽部ヲ隔テテ連絡ス。頭部ト周圍トノ關係ハ前述ノ如ク蹄鐵形ニ陥凹セル十二指腸彎曲ニ嵌入

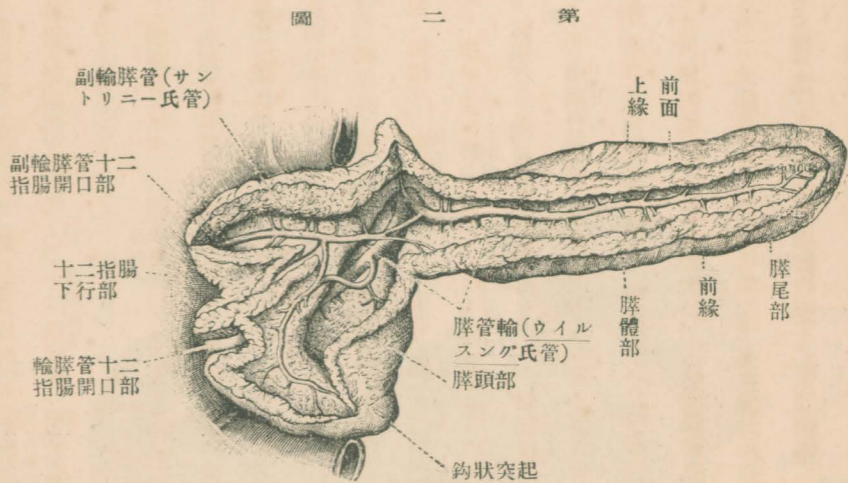
(5) Pancreas parvum sive Winslowii (Processus uncinatus)

第一圖



脾臓ノ位置ニ關シテ、肝臓ノ右葉ノ後方ニ位シ、第一腰椎ノ前面ニ横タハリ、右ヨリ左ニ向ツテ稍、上走ス。後方ハ蜂巢脂肪組織ニ連ナリ、前面ハ腹膜ニテ蔽ハル、故ニ單ニ開腹術ヲ行フニテハコレヲ見ルコトヲ得ズ、肝胃韧带並ニ小網膜ヲ切除シテ胃ヲ下方ニ牽引スルカ、大網膜ヲ切除シテ大彎ヲ引キ上グルヲ要ス。細長形ヲ具ヘ、長サ約十五センチメートル、重量約七十グラム、強靱ニシテ粗葉ヲナシ、空腹時ニハ灰白色、消化時ニハ蔷薇色ヲ呈ス。分チテ頭部・體部及ビ尾部ノ三部トナス。

シ、脾縁ハ厚ク溝ヲナシテ十二指腸ヲ抱擁シ、屢前面ニ小葉群ノ迷在ヲ見ル。時トシテハ、十二指腸起始部ノ後方ニ延ビ、或ハ終末部ノ前方ニ及ビ、又ハ十二指腸垂直部ヲ輪狀ニ抱擁シテコノ部ノ狹窄ヲ惹起スルコトアリ。脾頭部ト十二指腸トノ間ハ細胞纖維・血管・排泄管アリテ兩者ヲ密著セシム、故ニ胃及ビ十二指腸下垂アルトキハ十二指腸ト共ニ頭部ハ下方ニ牽引セラレ、臍高若クハ第五腰椎ニ至ルコトアリ。コノトキ殘部ハ多ク



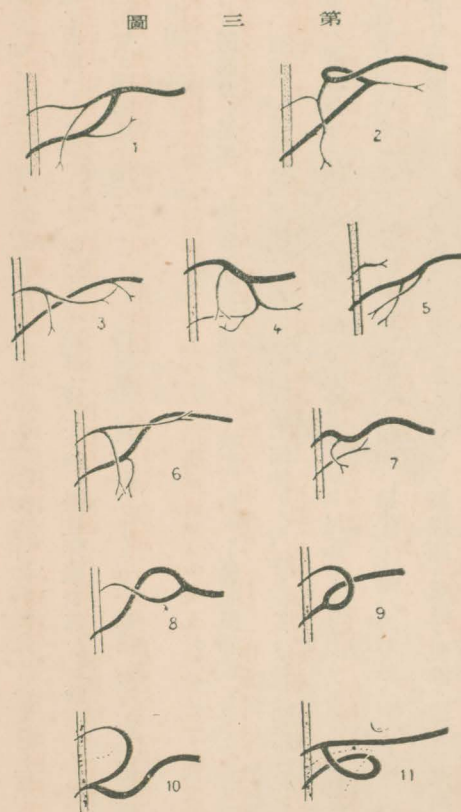
脾臟前面ヨリ開キ輸管及副輸管ヲ顯シタル圖
(ル據ニ氏トヅミシ)

イルスンク氏管ト合流シ、ソレヨリ十二指腸第二部ヲ貫通シテフローテル氏竇ニ接スル共同貯液所ニ開ク。總輸管ト脾頭部ガ

通常ノ位置ヲ保ツ。頭部ノ前面ハ腹膜及ビ横行結腸腸間膜ニテ蔽ハレ、胃十二指腸動脈・右結腸動脈等、ソノ前面ヲ走リ横行結腸ハ通常、唯、下縁ニ接スルニ過ギズ。前面ニハ主トシテ胃幽門部横ハル、故ニ、幽門竇小彎ノ上後部・幽門附近等ニ於ケル潰瘍及ビ癌腫ニ於テハソノ底壁ガ脾頭ナルコト多ク、且、屢、脾頭部前壁ヲ侵蝕シテ、ソノ壞疽・硬化等ヲ來タス。脾頭部ノ後面ハ腹膜無ク周圍ニ脂肪結締織アリテ腺組織ノ間ニ侵入ス。コト部ニハ門脈及ビソノ支脈ナル大腸間膜靜脈及ビ脾靜脈アリ。腸間膜靜脈ハ後面ノ溝ヲ走リ、時トシテハ頗ル低クシテ脾ノ下縁ヲ走ル。頭部ハコノ脈管ニヨリテ體部ヲ割セラル。時トシテハ門脈ハ脾組織ニヨリ環狀ニ抱擁セラレ、脾臟硬化ノタメニ脈管ノ狹窄ヲ惹起シ、腹水・脾腫等ヲ誘發スルコトアリ。同時ニ肝硬變アルトキハ一層、血行障得ヲ顯著ナラシム。頗、重要ナルハ脾頭部後面ト總輸管トノ關係ナリ。總輸管ハ十二指腸起始部ノ後面ヲ横キリタル後、脾後面ニ近クソノ深溝ニ包擁サレ、或ハコレヲ貫通スルコト約三センチメートルニ及フ。脾臟ノ一部ハ笈狀ヲテテ稍、上方マテ總輸管ヲ後方ヨリ包擁スルコトアリ。コノ溝溝經過中、總輸管ハウ

斯クノ如ク密接ナル關係ヲ有スル結果トシテ、コノ部分ノ脾臟ニ病的變化アル場合ニハ屢、總輸管ノ閉塞ヲ來タシ、所謂、閉塞性黄疸ヲ惹起スルコト少ナカラズ、脾頭部ノ癌腫・硬化ヲ伴フ慢性脾臟炎等ハソノ適例ナリ。尚、乳糜輸管トシテ胸管ニ連絡スル二三ノ淋巴幹管ガ脾頭部ト接シテ、コレト十二指腸第三部ト間ヲ走リ、又、數箇ノ淋巴腺ガ總輸管ノ後方ニ介在シ、ソノ腫脹ニ依リテ該管ヲ壓迫スルコトアリ。

(ロ) 體部及ビ尾部。 體部ハ頭部ト連絡スルモ峽部ニ於テ上腸間膜靜脈ノ印スル溝ニ依リテ分タル。體部ハ三角形、即、プリズマ形ヲ呈シ、明確ナル境界無ク尾部ニ移行ス。尾部ハ屢、細長ナルモ、時トシテハ反對ニ體部ニ比シテ膨脹ヲ示ス場合アリ。通常、脾臟ニ接觸ス。體部ハ腹膜後壁ニ依リテソノ前面ヲ蔽ハレ固著ナルニ反シ、尾部ハ上方ニ向ヒ、多少ノ移動性ヲ具ヘ、腹膜ニテ包擁サル。體部及ビ尾部ハ垂直面ハ兩凸面レンズ形ヲ呈シ、前面ハ隆起シ、後面ハ扁平、上縁ハ脾靜脈ニ對シテ溝ヲ形成シ、下縁ハ厚ク屢、面ヲ成ス。前面ハ漿液ヲ有スル網膜腔ヲ隔テテ胃ニ接シ、脾臟疾患、際ニハコノ網膜腔ニ漿液・血液・膿等ノ滯溜ヲ來タシ、又、胃ノ腫瘍・炎症・潰瘍等ガ脾體部ニ傳播シソノ硬化ヲ來タシ、胃後壁ノ破レタル場合ニハ脾面ガコレヲ代償シ、或ハ胃脾瘻管ヲ形成スルコトアリ。脾臟ハ全ク胃ヲ以テ蔽ハレ、腹壁ヨリハ直ニ到達スルヲ得ズ、胃下垂症ニ於テハ小彎モ下垂スルガ故ニ脾臟ノ一部ハ表在性トナリ、瘡セタル人ニ於テハ腹壁ヨリコレヲ觸知スルヲ得、腫瘍、誤診ザルルコトアリ。體部後面ニハ腹膜無ク脂肪結締織ニ包マレ、時トシテハコレト腺組織トノ區別明瞭ナラザルコトアリ。後面ニハ二條ノ溝ヲ見ル。上端ニ近ク走ルハ脾動脈ニシテ小兒ニテハ直線ヲ成シ、成人ニテハ曲折ス。ソノ直下ニアルハ脾靜脈ニシテ稍、直線ヲナシ、脾體部後面ニ深キ溝若クハ隧道ヲナス。コレ等ハ小腸間脈管ニ連ナル。脈管ニ沿フテ通常許多ノ神經小節ヲ連鎖アリ。ソノ他、脾體後面ハ内臟軸動脈及ビ上腸間膜動脈ノ間ニ於テ大動脈ニ接シ、羸瘦セルモノニアリテハ上腹脈搏ヲ觸知スルヲ得。大動脈ノ前ニハ太陽叢アリテ、脾臟疾患、際、交感神經症狀ヲ呈スルコトアリ。ソノ他、左腎及ビ左副腎モ亦、脾臟ト關係深キ位置ニアリ。脾臟ノ上縁ハ溝ヲナシ、ソノ中ヲ脾脈管走ル。右端ハ膨隆シ三角形ニ突出シテ小彎ノ上ニ出デ、開腹術ニヨリテ直ニ見得ル唯一ノ部分ナリ。下縁ハ通常厚ク、屢、面ヲナス。横行結腸腸間膜ニ接シ、時ニソノ中ニ脾液ヲ滯溜シテ膨隆シ、横行結腸ノ下ニ現ハルルコトアリ。

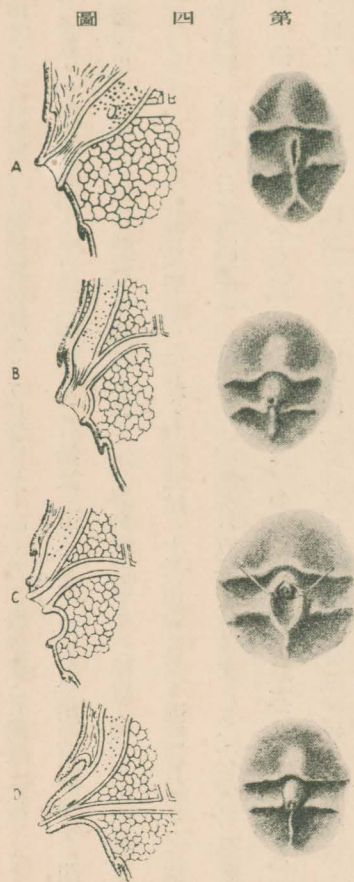


主及副膵管關係ノ示ス
(ル據ニ氏一ビオ)

張シテ胆汁ノ滯溜ヲ防グ。ウ
ルスング氏管、即、主管ハ
膵臓ノ全長ニ亙リテソノ軸ヲナ
シ、多少後面又ハ下縁ニ偏在
ス。尾端ヨリ頸部ニ至ルマデハ腺
ノ長軸ニ從ヒ、頸部ニ於テ右後
方ニ向ヒ約、四十五度ノ屈折
ヲナシ、後面ニ近ヅキテ總輸膽
管ニ接シ、共ニ十二指腸ノ筋

(ハ) 輪膵管。膵臓ノ排泄管ハ他臟器ニ於ケル如ク樹枝狀ヲサズシテ馬陸・蘇鐵ノ葉若クハ白楊樹ノ如クウルスング氏管ト稱スル軸管縱走シ、コレニ多數ノ枝管直角ニ流入ス。軸管ハ十二指腸ニ達シ、フワール氏管ニ注グモ、十二指腸ニ近ク一枝ヲ分岐シテ別ニ十二指腸ニ注グ。コレヲサントリニ氏管或ハ副膵管ト名ツク。兩管ノ關係ハ種種ナリ。膵臓枝管ハ鉛直ニ膵臓ノ上下兩縁ニ始マリ、下縁ニ始マルモノ上縁ニ起ルモノヨリ大ニシテ且、深シ、多少ハ屈曲シ時ニハ螺旋狀ヲナシ、軸管ニハ通常直角ニ開クモ、時ニハ斜ノコトアリ。最大枝管ハサントリニ氏管ニシテ頸部ニ於テ岐レ、直接十二指腸ニ注グ。コレハ五乃至六センチメートルノ長サ、二乃至三センチメートルノ太サヲ有シ、一端ハ膵頭部ニ於テウルスング氏管ト直角ニ連ナリ、他端ハフワール氏管ノ下方ニ乃至三センチメートルノ所ニテ十二指腸ニ開ク。開口ノ周圍ハ二乃至四ミリメートルノ小ナル圓錐狀突起ヲナスカ、或ハザールベルモーン氏隱窩(ロ)ノ基底ニ開ク。副膵管ハ瓣ヲ有セズ、内容ハ何レノ方向ニモ流れ得ルモ、十二指腸ヨリウルスング氏管ノ方向ニ流ルルコト多シ、蓋、サントリニ氏管ノ十二指腸開口ハ遙ニ小ナルカ、閉塞セルニヨル(五分ノ一ハ閉塞ス。ウルスング氏管閉塞スルトキハサントリニ氏管擴張シテ胆汁ノ滯溜ヲ防グ。ウルスング氏管、即、主管ハ膵臓ノ全長ニ亙リテソノ軸ヲナシ、多少後面又ハ下縁ニ偏在ス。尾端ヨリ頸部ニ至ルマデハ腺ノ長軸ニ從ヒ、頸部ニ於テ右後方ニ向ヒ約、四十五度ノ屈折ヲナシ、後面ニ近ヅキテ總輸膽管ニ接シ、共ニ十二指腸ノ筋

- (1) Oddi Schirmer
- (2) Letulle
- (3)
- (4) Nattan-Lorrier



フワール氏管ノ總輸膽管
及膵管ノ相互關係
主トシテ圖ニ示ス
種四ノ何
レナカ
ル(ル據ニ氏エリ
ローン)

壁ヲ貫通シテフワール氏管ニ注グ。ウルスング氏管ノ太サハ種種ニシテ且、所所狹窄アリ、膵體部ニテ約三ミリメートル、膵頭部ニテ四乃至五ミリメートルノ直径ヲ有シ、十二指腸壁ヲ通過スルトキ、再、狹隘トナル、管壁ハ薄ク眞珠色ヲ呈ス。ウルスング氏管ノ終端ニハ總輸膽管ニ於ケルガ如ク、平滑筋ヨリナル括約筋、所謂、オツヂ氏筋(ワ)アリテ肉眼ニテ見ルヲ得、フワール氏管ハウルスング氏管及ビ總輸膽管ノ共同終管ナリ。コレハ十二指腸垂直部ノ中央或ハ三分ノ一ノ部、又ハ下端ニアリ。シルメル(ロ)ニヨレバ幽門下十二センチメートル、ルゾル(ロ)ニヨレバ八センチメートルノ所ニアリ、乳嘴ヲナシ、長サ一センチメートル、太サ五乃至八ミリメートル、屢、陰核狀ヲ呈ス、移動浮遊性ニシテ下方ニ傾キ殆、垂直ニ走り、軸管ハ十二指腸ニ開ク頂點ニ橢圓形若クハ圓形ノ小孔口アリ、十二指腸ガ充滿膨脹スルトキハソノ壁ニ貼付サレ、腸液ノ逆入ヲ防グ。乳嘴ハ變積ニテ圍マレ、ソノ上方ニ僧帽狀ノ横襞アリテ陰核ニ彷彿タリ、竇ヲ縱斷スルトキハ兩管ノコレニ注グヲ見ル。ソノ排置ノ狀態ハ大體四種ナリ(ルゾル・ナタン・ロリエ(ハ))。 (イ) 總輸膽管及ビウルスング氏管ガ接觸

シテ共同竇ノ基底ニ注グ場合ニシテ、總輸膽管ハ上前ニアリテ太ク、ウルスング氏管ハ下後方ニアリテ小ナルルゾル・ナタン・ロリエ(ハ)ニ二十一例中六例ニコノ型ヲ見タリ。(ロ) 總輸膽管及ビウルスング氏管ガ各、別別ニ相接シテ小腸ニ開ク場合ニシテ、最、多クルゾル・ナタン・ロリエ(ハ)ニ二十一例中、八例ニコヲ見タリ。(ハ) 共同竇ニ至ルニ先ツテ、一方ノ管ガ他ノモノニ開口スル場合。通常ハ

(1) Pacini

ウルスング氏管が輸膽管を開ク。ルゾル及ビナタンーロリエハ二十一例中二例ニコレヲ見タリ。(ニ)兩管が相接シテ極メテ著シク突出セル乳嘴ノ頂ニ開ク場合ナリ。

脾臟血管 脾臟血管ハ頗、饒多ニシテ脾ノ周圍ニ吻合環ヲ成シ、種種ノ病變ニ於テモ血液注流ノ杜絶ヲ來タスコト無シ。脾臟ノ上縁ニ沿フテ走ル脾動脈ハ、上腸間膜動脈及ビソノ支流ナル下脾十二指腸動脈・肝動脈ノ支流ナル上脾十二指腸動脈等ト吻合ヲ形成シテ多數ノ小血管ヲ臟器ノ中ニ送ル。靜脈ハ多クハ動脈ニ沿フテ走リ、脾靜脈・腸間膜靜脈又ハ門脈幹ニ入ル。

脾臟淋巴系 四ツノ淋巴腺群アリ。脾臟上縁ニテリテ脾動脈ニ沿フモノ、脾臟ヲ被フ上腸間膜中ニテルモノ、十二指腸ノ中部、竝ニ脾頭部ニアルモノ、及ビ脾・脾囊積中ニアルモノ是ナリ。脾臟竝ニ十二指腸ニ於ケル淋巴管ハ集マリテ胸管ノ源ヲナス。

脾臟神經 神經ハスベテ太陽叢ヨリ來タル。ソノ一小部分ハ直接、コレヨリ來タルモ、大部分ハ動脈ニ伴フ第二ノ神經叢ヲ經テ來リ、動脈管ニ沿ヒテ脾臟中ニ穿入シ無數ノ小ナル神經叢及ビ多數ノ小神經節(最大〇・二ミリメートル)ヲ構成シ、神經叢ヨリバチニ(1)氏體ニ向ツテ知覺神經ヲ、筋及ビ血管ニ向ツテ運動神經ヲ、細胞ニ向ツテ分泌神經ヲ送り、細胞ノ周圍ニハ細胞周圍叢ヲナス。分泌神經ハ肺胃神經、即、迷走神經ヨリ來タル。犬ニ於テ迷走神經ヲ頸部ニテ切斷シ、四日後(心臟抑制纖維ノ興奮セザルニ至ルヲ待テ)末端切斷部ヲ刺戟スルトキハ脾液ノ分泌ヲ來タス、コレハ刺戟ヨリ一分以内ニハ決シテ起ラズシテ三乃至四分間繼續ス。内臟神經モ亦、分泌纖維ヲ有スルモ重要ナラズ、且、同時ニ抑制神經ヲ含有ス。血管運動神經ハ延髓球及ビ脊髓ヨリ交感神經ヲ經テ來タリ、第五脊髓ヨリ第一腰髓ニ至ル神經枝ヲ連絡シテ内臟神經ニ入リ、更ニ、ソレヨリ太陽叢ニ至ル。内臟神經ノ末端切斷部ヲ刺戟スルトキハ脾臟ノ容積ヲ減ズ。血管擴張神經ハ肺胃神經中ニアリ。心臟枝ノ岐レタル下ニ於テ、コレヲ刺戟スルトキハ持續的ノ脾臟血管擴張ヲ來タス。

副脾 コレハ屢見ラルル畸形ニ屬ス。最、多キハ十二指腸壁ニアツテ他部ト分離シテ存在スルモノナリ、又、胃壁ニ於テ或ハ大彎ニ沿ヒ或ハ幽門前ニ存在シ、ソノ他、パウヒン氏瓣ニ至ルマデノ任意ノ小腸壁ニ接ス。大サハ唯、顯微鏡所見ニテ見出シ得ルモノヨリ、長サ數センチメートルニ達シ、二、三ノ排泄管ヲ具フルモノアリ。ルゾルハ二百例中、五乃至六例ニ於テ迷在性脾臟ヲ見、オビーハ千八百例中十

(1) Gianelli
(2) Pancreas anulare

(3) Maziariski
(4) Centroacinäre Zellen
(5) Golgi
(6) Zymogenkörner

例ニ於テコレヲ見タリ。メツケル氏憩室ニ脾組織ノ附隨スルコトアルハ尙、疑問ナレドモ、胃腸又ハ十二指腸壁ニアル憩室ノ尖端ニコレヲ見ルコトアリ。コレ副脾ハ通常、胃腸壁ノ筋層ニアルヲ以テ粘膜炎及ビ粘膜炎下組織ノヘルニヤ惹起シ得ルヲ以テナリ。又、斯カル憩室ヨリ腸壁積・腸嵌頓ヲ發生スルコトアリ。

内胚板性脾基質 第二胎月ニ於テ分枝シ始メ、分枝ハ腺腔ヲ生ジ、ソレヨリ無數ノ上皮細胞芽ヲ發生シ、コノ細胞芽ハ二種ニ分ル。ソノ一ハ分泌ヲ司ル腺房細胞ヲ形成シ、他ハ密集シテ脾小島ノ基質トナル。ギアチゾー(1)ニヨレバプランゲルハンス氏島ハスベテ背側基質ヨリ成リ從ツテ脾臟ニ近キ部ニ多シ。

脾組織カサントグーニー氏乳嘴ノ中ニモ存在スルコトアリ、脾臟ハ十二指腸筋層ニヨリ隔テラレ、特別ノ輸送管ヲ有スルコトアリ。副脾ニ於テハ脾小島ヲ證明セル人ト、セザル人トアリ。

環狀脾(2) 脾頭部が環狀ヲ成シ、十二指腸ヲ抱擁スルモノニシテ、十二指腸癌腫ト誤ラルルコトアリ。

第三章 脾臟ノ顯微鏡的造構

マチアルスキ(3)ノ研究ニ依リテ脾臟ハ腺房ヨリ成ルコト明トナレリ。人類ニ於テハ腺房ハ圓形、若シクハ卵形ヲ呈シ、稀ニハ聚顆性ノ表面ヲ示スモ分枝ヲ呈スルコト無シ。腺房ノ大サハ不定ナルガ、直徑平均〇・〇三六乃至〇・〇三五ミクレンナリ。腺房ノ中央ニ腺房管アリテ所謂、腺房中心細胞(4)ニヨリテ、ソノ内面ノ一部ハ蔽ハルモ實質細胞トコノ腺房管トノ連絡ハ絶タルコト無シ。ゴルギ(5)氏法ニテ染色スレバ既成分泌液ハ染色シテ全管系ハ黑色ヲ呈シ、管發端ヨリ毛細分泌管ガ腺房細胞間ヲ縫フテ走ルヲ見ル。腺房細胞ノ基底部分ハ鹽基嗜好性原形質ヨリ、管腔ニ面スル部分ハ酸嗜好性原形質ヨリ成リ、特ニ所謂、チモーゲン顆粒(6)ニ富ム。核ハ細胞ノ基底部分ニ近ク偏在シ、圓形ニシテ直徑五乃至六ミクレンニ達ス。輸脾管ハ單層ノ圓錐細胞ニテ蔽ハレ、杯狀細胞ハ通常稀ナリ。輸脾管表皮細胞ハ粘液様物質ヲ分泌スルモノト解セラル。主輸脾管竝ニソノ大枝ハ壁ニ多クノ粘液腺ヲ具フ。圓錐細胞ニテ蔽ハレタル輸脾管ハ細カク分岐シテ、所謂、閥管

- | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|----------------|
| (15) Karl Seyfarth | (8) Hertel | (3) Mac Callum | (1) Heidenhain |
| (16) Lane | (9) Kibbes | (4) Laguesse | (2) Scaffidi |
| (17) Matin | (10) Diamare | (5) Morchal | |
| | (11) v. Hansemann | (6) Gente | |
| | (12) Grinev | (7) Weichselbaum | |
| | (13) Koch | | |
| | (14) Hertsheimer | | |

トナル、コレハ卵形核ヲ有スル扁平細胞ニテ蔽ハレ、更ニ分歧ヲナス、直徑ハ〇・〇〇九乃至〇・〇一二ミクロンニ過ギズ。腺房ハ頗、繊細ナル結締組織ニ抱擁サレ、各小葉ノ境界ニハ稍、廣クシテ疎鬆ナル結締組織アリテ中ヲ輪腺管・血管及ビ神經走ル。ハイデン・ハイン⁽¹⁾ソノ他ノ人人ノ動物實驗ニヨリ、腺房ノ内側ニアル顆粒層ハ饑餓状態ニ於テ著シク増加シ、食後分泌行ハレタル後ニハ著シク減少スルコト明トナレリ。コレノ顆粒層多キモノハ分泌液ノ酵素ニ富ミ、恒久性腺管ヲ有スル犬ニ於テハコレノ顆粒層殆、缺乏シ、分泌液ノ酵素モ極メテ少ナシ。迷走神經及ビ交感神經ヲ切除シテコレニ刺戟ヲ加ヘ、腺組織ニ及ボス變化ヲ研究セルハ、スカスチ⁽²⁾アリ、ソノ結果ニヨレバ迷走神經ハ腺酵素發生ヲ調節シ、ソノ分泌ヲ抑制シ、交感神經ハ分泌ヲ促進スル働キヲ有ス。

ダンゲル・ハンス氏⁽³⁾島或ハ葉間細胞群ハ通常ノ腺組織間ニ大小ノ圓形細胞群ヲナス。正常ノ場合、コレヲ完全ニ包圍スル結締組織アリヤ否ニ就テハ多數ノ學者ニヨリ論議セラレ、マツカブム⁽⁴⁾・ラツゲエス⁽⁵⁾・オビー⁽⁶⁾・モルシ⁽⁷⁾・ゲンテ⁽⁸⁾・ワイクゼ⁽⁹⁾ルバウム⁽¹⁰⁾及ビソノ門下ノ學者ハラ氏島ニハ常ニ結締組織包圍ノ存在ヲ信ジ、殊ニワイクゼルバウムハラ氏島ニテ結締組織ノ缺如セルモノアレドモ、コレハラ氏島ノ増大ニ伴フ裂損ノ狀ナリセリ。又、ラ氏島獨立説ヲ唱ヘ、有名ナルハイベルグモ⁽¹¹⁾ラ氏島ニハ完全ニコレヲ包圍スル結締組織ヲ有スト主張セリ。然ルニヘルテル⁽⁸⁾・キツベス⁽⁹⁾・マア⁽¹⁰⁾・フオン⁽¹¹⁾・ハンゼマン⁽¹²⁾・グリチ⁽¹³⁾・コツボ⁽¹⁴⁾・ヘルクスハイメル⁽¹⁵⁾及ビカール⁽¹⁶⁾、ザイフルト⁽¹⁷⁾及ビ特ニ宮入氏ハ種種研究ノ結果、ラ氏島ニハ本來特有ノ包圍無ク、腺房細胞トノ移行ノ可能性アルヲ主張セリ。宮入氏ハ連續切片ニテ詳細ニ檢索セルモ、ラ氏島ヲ包圍セル如キ完全ナル包圍ノ存在ヲ認メズ、到ル處ニ於テ腺房細胞ト移行セルヲ認メ、處ニヨリテハラ氏島細胞ト腺房細胞ト混合セルヲ見タリ。

ラ氏島細胞ハ血管トハ極メテ密接ノ關係ヲ有シ、腺房細胞ヨリ遙ニ密ナル血管網ヲ具フルモ、輪腺管系ニハ全ク關係無シ。細胞ハ多角形ニシテ密集シ、腺房細胞ヨリ小ナリ。ラ氏島細胞ニ就テ、少クトモ二種ノ細胞アルコトヲ詳細ニ記載セルハ、レーン⁽¹⁸⁾(一九〇五年)ナリ。彼ハ海狸⁽¹⁹⁾ラ氏島ニ於テ化學的及ビ形態學的ニ二型ノ細胞ヲ區別シテ、コレヲ α 及ビ β 細胞ト命名セリ。木村⁽²⁰⁾・鶴飼⁽²¹⁾兩氏(一九二一年)ハ鷄⁽²²⁾ラ氏島ニ二種細胞アルヲ報告シ、マーデン⁽²³⁾(一九二二年)ハ α 及ビ β 細胞ノ中、糖尿病ニ最、關係アルハ β 細胞ナリト主張シ、ボウイ⁽²⁴⁾(一九二四年)ハトロン⁽²⁵⁾ト大學ニ於テ魚類⁽²⁶⁾ラ氏島ニ就テ研究シ、 α ・ β 及ビ γ 三種ノ細胞ヲ區別シ、皆、同一細胞ヨリ變化セルヲ説ケリ。又、レーン⁽¹⁸⁾ハ若干ノラ氏島ニ於テ α ・ β 何レトモ異ナル細胞アリトシ、核ハ分割像ヲ呈シ、原形質ノ網狀著明ナルヲ見タリト云ヒ、宮入氏ハ多數ノラ氏島ヲ檢索セルモ特ニ斯カル細胞ヲ見ズ、唯小ナルラ氏島ニテハ細胞全ク無キカ、極メテ少数存在セルニ過ギザルヲ認メタリ。

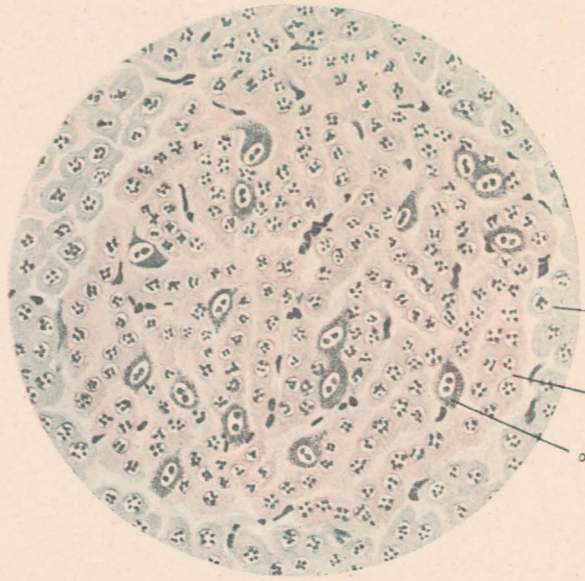
(1) Bowie

ラ氏島ト實質トノ移行ニ就テハ、古來多數學者ニヨリテ論議セラレ。ラ氏島ヲ全ク獨立ナル器官ナリトシ、ソノ周圍ニ必、結締組織包圍ノ存在ヲ信ズル學者ハ、ラ氏島ト實質トハ何等ノ交渉ノ存在セザルヲ主張シ、ラ氏島ニハ特異ノ結締組織包圍無ク、獨立セル器官ニアラズト思考セル學者ハ、コレノ兩者ノ間ニ互ニ移行シ得ルモノナルヲ主張セリ。既ニレワツ⁽²⁷⁾・シツフ⁽²⁸⁾(一八八六年)ハ兩者ノ移行像ヲ見タルヲ報告シ、ソノ後、ラツゲエス⁽²⁹⁾・グレー⁽³⁰⁾・コンチール⁽³¹⁾・ドラ⁽³²⁾・ロツシ⁽³³⁾・ヘルクスハイメル⁽³⁴⁾等モラ氏島ト實質トノ移行像ヲ見タリトシ、兩者ノ關係ヲ主張シ、殊ニラツゲエスハ所謂平衡説ヲ樹テタリ。シミツト⁽³⁵⁾(一九〇二年)ハ糖尿病患者ノ腺臟ニテ同様ノ像ヲ見、オールマツヒル⁽³⁶⁾・デー⁽³⁷⁾ル等多クノ佛⁽³⁸⁾・英國學者コレニ和シ、殊ニ一九〇四年、獨逸病理學會ニ於テ、本問題ニ就テ盛ニ論議セラレタル際、フオン⁽³⁹⁾・ハンゼマン⁽⁴⁰⁾、ベンダ⁽⁴¹⁾及ビエム等ハ兩者ノ密接ナル關係アルコトヲ力説セリ。然レドモ、ラ氏島ノ獨立説ヲ主張スル學者、ワイクゼルバウム⁽⁴²⁾及ビソノ門下ノスタンゲル⁽⁴³⁾・キール⁽⁴⁴⁾・エルゼ⁽⁴⁵⁾等ハ兩者間ノ移行像ハ認ムル能ハズト主張シ、ハイベルグモ⁽⁴⁶⁾否定説ヲ固持セリ。レーウ⁽⁴⁷⁾・スルド⁽⁴⁸⁾及ビヤツス⁽⁴⁹⁾ハラ氏島ニ疑フ餘地無キ境界ノ存在ヲ主張セルモ、コツボ⁽⁵⁰⁾ハコレニ反對シテ腺房細胞ノビロニン顆粒ヲ失ヒ、島細胞トナルヲ説キ、マルヂウス⁽⁵¹⁾及ビファー⁽⁵²⁾ルハラ氏島ハ實質ヨリ生ズルモノナルヲ唱ヘ、ソノ後、シノン⁽⁵³⁾、ヤツス⁽⁵⁴⁾ル及ビカール⁽⁵⁵⁾ザイフルト⁽⁵⁶⁾モコレニ和シ、特ニ腺房中心細胞トノ關係ヲ説ケリ。緒方氏⁽⁵⁷⁾モ亦、ラ氏島細胞ト腺房中心細胞トカ特ニ密接ノ關係アルヲ認め、宮入氏ハ、種種ノ研究ヲ行ヒラ氏島ノ多數ヲ占ムル β 細胞ハ腺房中心細胞ト密接ナル關係ヲ有シ、 α 細胞ハソノ顆粒ノプロテモ⁽⁵⁸⁾ゲン顆粒ト類似シ、 β 細胞ノ退化變性ヲ呈セルトキ、 α 細胞ハソノ抵抗比較的強クシテ、長ク存在スル事等ヨリ α 細胞ハ寧、腺房細胞ト密接ナル關係ヲ有スルモノナルベシト結論セリ。

(1) Sauerbeck

デ氏島ノ數ニ就テハオビー・ザウエルベツク(ハイベルグ・ザイフルト等ノ報告アリ。オビーハ五〇立方ミリメートル中平均頭部二一・八・三、體部二一・八・〇、尾部三・三・四・〇、即、特ニ尾部ニ多キヲ認メ、ザウエルベツクハ頭部平均六・六・五、尾部七七

腺房細胞
β細胞
α細胞



ス示ヲ胞細β及αノ島氏ヲ臟膵常正 (ル據ニ氏入宮)

(體部ハ一回見タルノミニテ四九)、ハイベルグハ五〇例ニ於テ脾臟部五一乃至七五ノモノ五例、七六乃至一五〇ノモノ三二例、一五〇ノモノ一三例ヲ見、三二例ニテ十二指腸部二六乃至五〇ノモノ二二例、五一乃至七五ノモノ六例、七六乃至一五〇ノモノ一一例、一五〇以上ノモノ二例ヲ見、ザイフルトハ正常成人ニテハ平均一三〇アリトナス。デ氏島ノ容積ハハイベルグニ據レバ右半ニ於テ八一%、左半ニ於テ八五%、全體ヲ通ジテ三三%ニ當リ、膵臟ガ八〇グラムナルトキハデ氏島ハ二・四グラムナル。

モノナラントノ想像ヨリフオン、メーザンゲ及ビミンコウスキー・ラツグス・シェーファー・デアマアレ等ノ熱心ナル研究ノ結果、コレガ含水炭素代謝ニ重要ナル關係ヲ有スルコトハ明トレリ。

第四章 膵臓疾患ニ關スル一般的原因

膵臓ハ二種ノ全ク異ナリタル機能ヲ有スルガ故ニ、ソノ疾患ヲ惹起スル原因モ亦、二ツノ全ク異リタル方面ヲ有ス。

(一) 全然デ氏島ノ疾患ヲ惹起シ、コレニ依リテ内分泌障、來タスモノ。コレハ含水炭素新陳代謝障ヲ起ス。

(二) 全然外分泌ヲ司ル組織ノ疾患ヲ惹起スルモノ。コレハ十二指腸液若シクハ糞便ノ異常ニ依リテ知ルコトヲ得。

兩者ヲ併發スル場合少ナカラズ、特ニ、近來、検査方法ノ進歩ニ伴ヒ、兩障ノ併發ヲ認ムルコト多シ。一般ニ第一ノ障、第二ノ障ニ遙ニ多シ。

第一ノ機能障、第二ノ原因トシテハ、或ル不明ノ毒素ガ特殊性ニテデ氏島ヲ侵シ、糖尿病ヲ起ス。老年ト云フコトガ幾許ノ關係ヲ有スルカハ、明ラカナラザレドモ、一般他ノ組織ト同様、動脈硬化ガ多少ノ關係アルモノノ如シ。

第二ノ機能障、第二ノ原因トシテハ、傳染性・中毒性及ビ機械性ノ三種トナスヲ得。
(イ) 傳染性原因トシテハ、炎症ガ十二指腸又ハ輸膽管ヨリ輸膵管ニ及ビ、ソレヨリ更ニ傳播シテ間質性膵臓炎ヲ起ス。而シテ實際ニ於テハ何レノ道ヲ經テ傳染ノ起リタルカヲ定ムルコト容易ナラズ。實驗ノ結果ヨリ歸納スレバ、輸膵管ヲ傳ハル場合ト血液ヲ傳ハル場合トアリ得ルナリ。ソノ他、淋巴管ヲ傳ハリ、或ハ周圍ノ疾患、タトヘバ胃潰瘍・癌腫等ガ膵臓ニ波及シ、ソノ炎症ヲ起スコトアリ。

(ロ) 中毒性原因ハ毒物ガ經口ノ入リ、血液ヲ經テ膵臓ニ及アカ、或ハ胃腸加答兒ニヨリテ間接ニ膵臓ヲ襲フ。ソノ他、稀ニハ結核・梅毒又ハ尿毒症等ニ於ケル毒素ニヨル多クノ物質ハ、膵分泌液中ニ排泄セラル。タトヘバ水銀・沃度

加里・ウロトロピン等ノ如シ。ワイクセルバウム(一九一二年)ハ慢性酒精中毒ガ肝硬變ヲ經ズシテ慢性腺炎ヲ起スコトヲ示セリ。即、確實ニ慢性酒精中毒アリテ肝硬變無ク、又、輸尿管ニ分泌液ノ鬱滯無ク、又、周圍ヨリ慢性炎症ノ傳播スルコト無クシテコレヲ起セル多クノ例ヲ見タリ。

動脈硬變症ハ腺臟ノ外分泌障礙ヲ惹起シ得ルモ、特ニ内分泌ニ影響ヲ及ボスコト多シ。

(ハ)器械的原因トシテハ先、輸尿管ノ閉塞ヲ擧グベシ。シカシ、コノ場合、屢、傳染性原因ガ閉塞ヲ惹起シ、若シクハ誘發スルコトアルハ看過スベカラザル事實ナリ。各種ノ腫瘍、淋巴腫、膽石等ニヨル壓迫等ハ屢、閉塞ノ原因トナル。主輸尿管ノ機械的閉塞ノトキハ、小輸尿管ハコレトノ連絡ニヨリ代償作用ヲ營ミ、腺硬化症ノ場合ニハ腺ノ再生ヲ來タシテ補充スルヲ得。

外傷ニヨリテ出血性腺臟壞死又ハ後發性腺臟囊腫ヲ生ズルコトアリ。膽石ガ輸尿管開口ニ近ク扼在スルトキハ、停滯セル腺液ガ十二指腸液又ハ膽汁ニヨリ賦活セラレテ組織ニ作用シ、腺臟壞死ヲ來タスコトアリ。

カルノー⁽¹⁾ハ腺臟實質ヲ重要視シ、極メテ小障礙ニヨリテ著シキ病變ヲ起スモノアルヲ説ク。即、個人的ニ素因・遺傳家族的素質等アリ、或ル家族ハ特ニ細菌ノ侵略ヲ受ケ易シト。

第五章 外分泌及び其臨牀的検査法

甲、腺液及ビノ酵素

腺液ハ腺房細胞ヨリ分泌セラレ、輸尿管ニヨリテ十二指腸ニ送ラル。人類ノ腺液ハ比重約一・〇〇七九、澄明ニシテ無色無臭固形成分ハ一・五%又ハソレヨリ稍、低ク、滴度ハ炭酸曹達(Na₂CO₃)〇・五乃至〇・七%ニ相當シ、水素指數八・〇(余ハ犬ノ腺

(1) Carnot

- (1) Pawlow
- (2) Wohlgemuth
- (3) Lombroso
- (4) Bompiani
- (5) Rinaldini
- (6) Cohnheim u. Klee

- (7) Bayliss and Starling
- (8) Secretin

液ニ就テハ一ナル成績ヲ得タリ。滴度ハ重炭酸鹽ニ基ク。腺液中ニ含まルル酵素トリプシン・ヂアスターゼ及ビステアフィンノ最適反應ハ腺液ノ水素イオン濃度ト一致ス。グレスキルガウイルスング氏管ヨリ直接得タル成績ニ依レバ、一日ノ分泌量八〇〇立方センチメートル、分泌ハ鹽酸投與ニ依ツテ増加シ、瀾ノ投與ハ影響無ク、分泌量・酵素量及ビ滴度ハ空腹時ニ於テ最低ク、食物攝取ノ後、漸次増進シテ四時間ニテ最高ニ達シ、八時間ニテ復舊ス。パウロツフ⁽²⁾及ビソノ門下ハ動物實驗ニヨリテ食物ノ種類ガ分泌量及ビ液ノ性質ニ關係アルコトヲ見タリ。即、分泌量ハ麵麩ヲ與フルトキ、最、多ク、肉ヲ與フルトキコレニ亞ギ、脂肪ヲ與フルトキ、最、少ナシ。ウオルゲム⁽³⁾トハ人ニ就テコノ關係ヲ確認シタルガ、酵素濃度ニ關シテハ分泌量多キホド稀薄ニシテ、少ナキ程、濃厚ナルヲ證セリ。ロムプロゾ⁽⁴⁾・ボムビアニー⁽⁵⁾及ビリナルヂニー⁽⁶⁾等ハコレニ反シテ、諸種ノ榮養(肉類・麵麩・牛乳等)ニヨル酵素量ノ顯著ナル相違ヲ否認セリ。コーンハイム及ビクレ⁽⁷⁾ハ遊離鹽酸ガ主要ノ關係ヲ有シ、動物實驗ニ於テ胃液分泌障礙ガ顯著ナルトキハ、腺液分泌ノ障礙ヲ伴ナフコトヲ示シ、油類ハ弱、石鹼ハ強分泌興奮劑トシテ働キ、肉越幾斯ハ水ト何等擇テ所無ク、ノウカインハ鹽酸ノ刺激ヲ弱メ、麵麩ハ多量ノ分泌ヲ惹起スモ、粉類、就中、燕麥粉ハ餘リ作用無キヲ見タリ。食物攝取則、常ニ膽汁及ビ腺液ノ分泌ヲ伴ナフ、即、精神作用ニ依ル分泌ノ存在ヲ認めタリ。パウロツフハ腺分泌ハ十二指腸ニ進入スル酸性糜粥ニ依ル化學的反射作用ニ基クト考ヘタルガ、ペーリ⁽⁸⁾及ビスターリ⁽⁹⁾ング⁽¹⁰⁾ハ神經の連絡ノ不必要ナルヲ實驗的ニ證明セリ。即、彼等ハ小腸ト他ノ身體諸部並ニ腺臟トノ神經的聯絡ヲ全ク斷ツモ小腸内ニ輸入セル酸ニ依ツテ起ル腺分泌ヲ阻止スルヲ得ザリキ。彼等ハ又、小腸上部ノ粘膜炎ヲ刮削シコレヲ〇・四%ノ鹽酸ニテ煮沸・中和・濾過シテ得タル液ヲ靜脈内ニ注射シ、腺液分泌ヲ惹起スルヲ得、ソノ有效成分ニセクレチン⁽¹¹⁾ナル名稱ヲ與ヘタリ。ソノ化學的組成明ナラザルガ、恐ラク種種ノモノガセクレチントシテ作用スルナラント云フ。酸性糜粥ガ十二指腸ニ到達スルトキハ、十二指腸粘膜炎ニ存在スルプロセクレチンハセクレチンニ變ジ、血行ニ依ツテ腺臟ニ到達シテ分泌ヲ促ス。松尾氏ハ複合動物ノ一方ニ注射シタルセクレチンニテ他方ノ腺液分泌ヲ惹起スルヲ得タリ。余等ハ胃液缺乏症、胃癌ノ如キ鹽酸分泌ノ全ク缺如スル場合ニ於テモ腺液分泌ハ毫モ障礙無キヲ發見シ、セクレチンニヨル體液性機轉ガ腺液分泌ニ對スル唯一ノ機轉ニアラザルベキヲ考ヘ、種種檢索ノ結果、腺液分泌ノ機轉ニハ三種アル

コトヲ知り得タリ。即、神経性・體液性神經性及び體液性機轉コレナリ。神經性機轉ハ、食物攝取刺戟或ハ糜粥ガ十二指腸粘膜ニ接觸スル如キ受感神経末梢ノ興奮ガ神經中樞ニ及ビ、ソレヨリ興奮ガ植物性神経系ヲ經テ臟器細胞ニ傳ハリ、ソノ分泌ヲ刺戟スルモノニシテ、體液性機轉ハ、體液性神經性刺戟素ガ吸收サレ、血流ニヨツテ植物性神経系ノ中樞ニ達シ、コレヲ刺戟興奮スルカ、血糖ノ減少ヲ來タス際ニ植物性神経系ノ中樞ガ興奮ヲ來タスモノニシテ、ソレヨリ植物性神経系ヲ經テ臟器細胞ニ興奮ヲ傳播シ、分泌ヲ促スモノヲ云ヒ、體液性機轉ハセクレチンガ血行ニ入りテ直接、臟器細胞ヲ刺戟興奮スルモノナリ。

人類ニ於テ脾外分泌ノ状態ヲ知ルニハ胃腸内容・糞便・尿竝ニ血液ノ検査ニ依ル。又、時ニ瘦管分泌液・囊腫内容等ニヨルコトアリ。脾液ノ酵素中、臨牀上興味多キハトリプシン⁽¹⁾・アミロプシン⁽²⁾（チアスターゼ）及ビリパーゼ⁽³⁾（ステアプシン）ナリ。ソノ他エレプシン⁽⁴⁾・ラブ⁽⁵⁾酵素・溶血酵素等存在ス。

トリプシンハ非活性ノ状態即、トリプシノゲン⁽⁶⁾トシテ分泌サレ、腸粘膜ニ接觸スルヤエンテロキナーゼ⁽⁷⁾ノ作用ニヨリテ賦活セラル。ウルゲムー⁽⁸⁾トニ依レバアミノ酸モ賦活作用アリト云フ。腸管ヲ經ズンテ採取セル脾液ハ腸粘膜越幾斯ニテ賦活スルヲ得、又、鹽化カルシウムニテモ可ナリ（デレ・ユンヌ）⁽⁹⁾、ツンツニ依レバ最適最量ハ脾液ニ立方センチメートルニ對シ一〇プロセント鹽化カルシウム〇・二立方センチメートルナリト云フ。或ハ脾液ヲ單ニ空氣中ニ放置スレバ活性ヲ得、

トリプシンノ定型的證明法ニハ凝固卵白ノ薄片或ハ纖維素絮片ヲ投入シ、三十八度ノ孵卵器又ハ水浴中ニ於テコレヲ消化セシム。

トリプシンノ定量的測定ニハ種種ノ方法擧ゲラル。メツト⁽¹⁰⁾ハ凝固卵白管消化法・フルド、グロースノカゼイン法⁽¹¹⁾・ミゼル、ヨ・ボマ⁽¹²⁾ノ血清板法・マンデルバウム⁽¹³⁾ノ牛乳寒天板法・ヌルミ⁽¹⁴⁾ノゲラチン法・ロバートソン⁽¹⁵⁾ノ屈折係數ニ依ル法・ペーリス氏法⁽¹⁶⁾・アブデルハルデン及ビケルケル氏法⁽¹⁷⁾・マツクザール⁽¹⁸⁾・ウツトモア及ビレノルツ氏法⁽¹⁹⁾・ゴシエ・ロツシ及ビバラツト⁽²⁰⁾氏法・アインホルン氏法⁽²¹⁾・ルイダース及ビバーガム氏法等アリ。

アミロプシンノ定量法ハ通常二種ニ大別スルヲ得、一ツハ消化ニヨツテ生成セル麥芽糖ノ量ヲ還元法ニテ定量スルモノニシテ、他ハ澱粉沃

- (1) Trypsin
- (2) Amylopsin
- (3) Lipase
- (4) Erepsin
- (5) Lab
- (6) Enterokinase
- (7) Delezenne

- (8) Mett.
- (9) Mandelbaum
- (10) Abderhalden u. Koelker
- (11) Mc Clure, Wetmore and Reynolds
- (12) Gaultier, Roche et Baratte

- (1) Bang
- (2) Lintner
- (3) Einhorn and Rosenbloom
- (4) Sherman, Kendall and Clark
- (5) Grimbert

度反應ノ消失スル時間ヲ測定スルモノナリ。前者ニ屬スルモノハバング⁽¹⁾ノヒドロキシラミン液ヲ用ヒテ滴定スル法⁽²⁾・リントチル⁽³⁾及ビアイ⁽⁴⁾ンホルン及ビローゼンブルム⁽⁵⁾ノスーリンゲ氏液⁽⁶⁾・シーマン、ケンダール及ビクブーク⁽⁷⁾ノ沃度銅ヲ用ユル法⁽⁸⁾・ゴシエ、ロツシ及ビバラツト⁽⁹⁾ノグリムベルト⁽¹⁰⁾氏法ノ應用、著者ノ比色法⁽¹¹⁾・ルイダース及ビバーガム氏法等アリ。後者ニ屬スルモノハウルゲムート⁽¹²⁾ノ澱粉沃度反應ナリ。ウルゲムートノ定量法ハ井上及ビ佐藤氏ニヨリ甚シキ缺點アルコトヲ指摘セラル、ソノ缺點ヲ改良セル井上氏ノ變法アリ。又同氏ハ適ニ正確ニシテ且、精密ナル定量法ヲ提供セリ。

リパーゼハ通常ソノ作用ニヨツテ發生スル酸ノ滴定ニヨツテ定量ス。カニツツハ市販ノオレフ油又ハ蓖麻子油ヲ消化基體トシ、マツクザール、ウツトモア及ビレノルツハ綿種子油ヲ用ヒ、ゴシエ、ロツシ及ビスターデハレチンヲ、ホルハルド及ビスターデハ卵黄乳劑ヲ用ユ。

トリプシン・アミラーゼ及ビリパーゼ竝行的ニ測定スル方法トシテアインホルンノ寒天法⁽¹⁾・ルイダース及ビバーガム氏法等アリ。著者等ハ從來ノ方法ガ、何レモ脾機能ノ測定不十分ナルヲ發見シ、特殊ノ方法ヲ考案シタルヲ以テ、コレヲ茲ニ細敘スベシ。

短時間十二指腸内容ヲ吸引スル場合ハ刺戟劑ヲ用ヒタルト否トニ拘ラズ、液量竝ニ酵素濃度ガ著シク動搖シ、一時間ニテモ不十分、二時間ニテハ稍、調節サレ、三時間持續的ニ採取スルトキハ大體ニ於テ信憑スベキ成績ヲ得、三時間以上ハ患者竝ニ術者ニ於テ不便宜キヲ以テ、三時間ノ分泌液ヲ一時間又ハ三十分ツツ分割的ニ集メ、各ニ就テ酵素濃度ヲ測定シ、コレニ液量ヲ乗ジ、三時間ノ總和ヲ以テ脾臟機能判定ノ標準トナス。酵素測定ニハトリプシンニ就テハグロースノカゼイン法⁽¹⁾・アミラーゼニ就テハ岡田ノ比色法⁽²⁾・リパーゼニ就テハローナ・ミパエリスノトリプチン法ヲ用ユ。原法トハ多少ノ改變アルヲ以テ茲ニ全操作ヲ擧グベシ。

トリプシン測定法

(一) カゼイン液。 レナニヤ製カゼイン〇・一及ビ重曹〇・一グラムヲ蒸留水ニテ者沸溶解シ、冷却後、全量ヲ一〇〇立方センチメートルトナス。(二) 磷酸鹽混合液。 一〇〇分ノ一モル第一磷酸曹達 (NaH₂PO₄・H₂O) 純藥會社製一・三八一グラム、五〇分ノ

一モル、第二磷酸曹達(Na₂HPO₄・12H₂O カールバウム製七・〇一六グラム)、食鹽八・五グラム(メルク製)ヲ蒸留水ニ溶解シ、全量ヲ一〇〇立方センチメートルトナス、コノ液ノPHハ七・八ナリ。

(三)醋酸酒精溶液。無水酒精五〇立方センチメートル、氷醋酸二立方センチメートルニ餾水ヲ加ヘテ一〇〇立方センチメートルトナス。實施

十二指腸液ヲ通常磷酸鹽混合液ニテ一〇〇倍ニ稀薄ス。試験管臺ニ小試験管(高サ一〇・五、直徑一・二センチメートル)六本ヲ聯テ、ビベットヲ以テ精密ニ稀釋十二指腸液ヲ一・〇、〇・六三、〇・四、〇・二五、〇・一六、〇・一取リ、コレニ磷酸鹽混合液ヲ加ヘテスベテ一・〇トスナ、次ニコレヲ三十八度ノ水浴ニ入レ、ソノ溫度ニ達シタルトキ、〇・一%カゼイン溶液ヲ二・〇立方センチメートルツツ各試験管ニ加ヘ、三十分間三十八度ニテ消化ヲ行ヒ、醋酸酒精溶液一〇滴ヲ加ヘ、毫モ濁濁ヲ來タササル最後ノ試験管ヲ以テ消化完全トナス。斯クシテ二〇〇、三二〇、五〇〇、一二五〇及ビ二〇〇〇單位ヲ得。十二指腸液ノ酵素作用弱キトキハ一立方センチメートルノカゼイン溶液ヲ用ヒ、或ハ十二指腸液ノ稀釋ヲ一〇倍又ハソレ以下トナス。全酵素能力ヲ示ス場合ニハ、キロ單位ヲ用ユルコトアリ。一キロ單位トハ三〇分間ニ一グラムノカゼインガ完全ニ消化サル酵素力ヲ意味ス。三時間ニ採取セル十二指腸液ノ全トリプシン量ハ健康體ニ於テ三〇乃至一二〇キロ單位ナリ、又三時間分割的ニ採取セル液ノ最高酵素濃度ハ五〇〇單位以上ナリ。

フミラーゼ測定法

試藥

(一)澱粉溶液。一グラムノ可溶性澱粉(カールバウム製)ヲ蒸留水ニテ加熱溶解シ、冷却ノ後、全量ヲ一〇〇立方センチメートルトス。

(二)葡萄糖溶液。〇・一グラムノ無水純葡萄糖(メルク製)ヲ蒸留水ニテ溶解シ、全量ヲ一〇〇立方センチメートルトナス。

(三)二〇%炭酸曹達溶液。二〇グラムノ炭酸曹達ヲ溶解シテ一〇〇センチメートルトナス。

實施

三本ノ試験管(高サ一六・五センチメートル、直徑一・八センチメートル)ヲ試験管臺ニ取リ(同一ノモノヲ二本ツツ作ルタメハ本用プレバ一層可)、第一ノ試験管ニ九立方センチメートルノ澱粉溶液ヲ取リ、第二ノ試験管ニ九立方センチメートルノ澱粉溶液及ビ一立方センチメートルノ蒸留水ヲ取リ、第三ノ試験管ニ葡萄糖溶液一〇立方センチメートル取リ、各試験管ヲ三十八度ノ水浴ニ入レ、内容ガソノ溫度ニ達シタルトキ一〇〇倍稀釋十二指腸液(トリプシン測定ノタメ稀釋セルモノヲ用)一・〇立方センチメートルヲ第一ノ試験管ニ入レ、十五分間消化ノ後、各試験管ニ約〇・三グラムツツノピクリン酸粉末ヲ加ヘテ善ク攪拌シ、濾紙ヲ以テ濾過シ、濾液五立方センチメートルツツ取リ、二〇%炭酸曹達溶液一・〇立方センチメートルツツ加ヘ、沸騰セル水浴ニテ十五分間煮沸スルトキハ深紅色トナル。十五分間ヲ超過スルモ差支無シ。次ニコレヲ取リ出シ、冷却シテ蒸留水ヲ以テ第一ノ試験管内容ハ色ノ濃度ニ從ヒ二〇乃至一〇〇立方センチメートルトナシ、第二ノ試験管ハ三〇立方センチメートル、第三ノ試験管ハ五〇立方センチメートルトナシ、各内容ヲ善ク振盪シタル後、第三ノ試験管内容ヲ標準液トシテゾボスク比色計ニテ測定ス。例ハバ十二指腸液ガ一〇〇倍ニ稀釋サレタル場合ニ

蒸留水ニテ稀釋シタル容積

比色計ノ讀ミ

第一試驗管

七〇立方センチメートル

一八・〇ミリメートル

第二試驗管

三〇立方センチメートル

一七・八ミリメートル

第三試驗管

五〇立方センチメートル

一一〇・〇ミリメートル

ナルトキハ、第一試驗管ハ消化終了時

$$10 \times \frac{20}{18} \times \frac{70}{50} = 15.56 \text{ ミリグラム}$$

ノ糖ヲ含有スル理ナルガ、第二試驗管ハ

$$10 \times \frac{20.0}{17.8} \times \frac{30}{50} = 6.74 \text{ ミリグラム}$$

ヲ含有スルガ故ニ、ソノ差八・八二ミリグラムカー一〇〇倍稀釋十二指腸液一立方センチメートルニヨツテ十五分間ニ產生セル糖量ナリ。故ニ十二指腸原液一立方センチメートルハ八八二ミリグラムヲ產生スル理ナルヲ以テ、コレヲ八八二單位トナス。著者等ハ又キロ單位ヲ用フ。一キロ單位トハ可溶性澱粉ヨリ十五分間ニ一グラムノ糖ヲ產生スル酵素力ヲ意味ス。三時間ニ採取セル十二指腸液ノ全アミラーゼ量ハ健康體ニ於テハ五〇乃至三〇〇キロ單位ナリ。又、三時間分割的ニ採取セル液ノ最高酵素濃度ハ六〇〇單位以上ナリ。

試 藥

(一)飽和トリブチリン液。一滴ノトリブチリン(カールバウム)ヲ蒸留水一〇〇立方センチメートルニ加ヘ善ク振盪シ、一日間室温ニ放置シ、濕濾紙ニテ濾過ス。(二)調節液。三分ノ一モル第一磷酸曹達液($\text{Na}_2\text{HPO}_4 + 12\text{H}_2\text{O}$)三五八・二四グラムヲ一〇〇〇立方センチメートルノ蒸留水ニ溶解シタルモノ。十九分ト、三分ノ一モル第一磷酸加里液(KH_2PO_4)一三六・一六グラムヲ一〇〇〇立方センチメートルトナセルモノ。一分トヲ混合ス。コノ混合液ノPHハ七・八ナリ。(三)適度稀釋十二指腸液。先、十二指腸液一立方センチメートルニ血清一、二滴加フ。コレハリパーゼノ効力ヲ不變ニ維持スル目的ニ行德氏ノ考案セルモノナリ。次ニ、コレヲ一プロセント磷酸アンモニヤニテ倍量ニ稀釋セルググセリンヲ以テ一〇〇乃至一〇〇〇倍ニ稀釋シ、豫備的測定ニ依リテ、コノ稀釋液一立方センチメートルガ大體一單位ニ相當スル程度トナス。

實 施

稀釋十二指腸液一立方センチメートルニ二立方センチメートルノ磷酸鹽混合液及ビ五七立方センチメートルノ飽和トリブチリン液ヲ加ヘ、十五分毎ニローナ・ミハエリス氏滴定ビベットニテ四回測定ス。コノ滴定ビベットニテ一〇乃至二三度ニ於テ蒸留水ヲ測定スルトキハ七七滴ニシテ、ソレヨリ一〇度上ル毎ニ二滴ヲ増シ、一〇度下ル毎ニ一滴ヲ減ズ。飽和トリブチリン液ニテハ一一六滴ヲ數ヘ、一〇度上ル毎ニ三滴ヲ増シ、一〇度下ル毎ニ一滴ヲ減ズ。四回ノ測定ニヨリテ曲線ヲ作り、曲線ノ五〇分ニ相當スル部ガ何滴ナルヤヲ計算ス。リパー

- (1) Kutscher u. Lohmann
- (2) Ehrmann

ゼ一單位ハ五〇分ニ於テ二〇滴減少ヲ來タス酵素力ヲ示ス。コノ場合ノ滴數ハ蒸留水トトリブチリン液トノ約中間ニ位スルコトナル。ソノ千倍ヲ一キロ單位ト名ヅク。三時間ニ採取セル十二指腸液ノ全リパーゼ量ハ健康體ニ於テハ五〇乃至三〇〇キロ單位ナリ。又、三時間分割的ニ採取セル液ノ最高酵素濃度ハ六〇〇單位以上ナリ。

エレフシハ腸粘膜ヨリモ分泌サルモノナルガ故ニ、十二指腸液中ニコレヲ證明スルモ意味少ナシ。コーンハイム氏ビウレット法及ビザラスキン氏燐ウルフラム酸法ハ定性竝ニ定量法トシテ用ヒラル。

ボリペプチド分解酵素ハペプチドヲソノ因子ナルアミノ酸ニ分解ス。

レチチン分解酵素ハクツ左ル及ビローマン⁽¹⁾ガ見出シタルモノニシテ、レチチンヲ分解シテビヨリンヲ遊離ス。エールマン⁽²⁾ニ據レバ脾臓疾患ノ際、糞便中ニレチチンノ増加ヲ來タスハコノ酵素ノ缺乏スルニ依ル。

テラ酵素ノ脾液中ニ存在スルコトヲ證明セルハ、モーターナリ。グレスチルハ人ノ脾液中ニハコレヲ認めズ。溶血酵素ハデレツンヌガ犬ノ脾液ニ就テ、ウルゲムートガ人ノソレニ就テ見出セルトコロナリ。

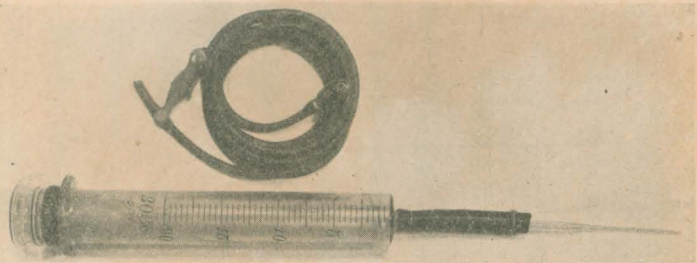
散腫物質ハグレスチル及ビビツク、南氏ソノ他ニヨリテ脾液中ニ證明サル。

乙、十二指腸液採取法

ボアスハ一千八百八十九年、空腹胃ニ胃ゾンテヲ挿入シ、肝臟ヲ按摩シ、十二指腸液ヲ胃腔ニ逆流センメント企テ、ボルデイレツフハ一千九百〇七年、動物ニ就テ油若クハ脂肪ヲ胃ニ送ルトキハ、十二指腸液ノ胃中ニ逆流スルヲ觀察シ、コレヲ臨牀上ニ應用シ得ベキヲ述べ、ホルハルドコレヲ實施シ、エールマン及ビレデル(一九〇九年)ハコノ方法ニヨツテ重要ナル成績ヲ擧ゲタリ。唯、コノ方法ハ常ニ好果ヲ齎スニアラズ、或ハ逆流ノ起ラザルコトアリ、或ハ逆流セル腸液ガ胃液ト混合シテ使用ニ適セザルニ至ルコト少ナカラズ。ココニ於テヘムメーテル、クーン等ハ直接十二指腸ヨリ液ヲ吸出スル方法ヲ企テタルガ十分ノ效果ヲ收ムルニ至ラズ。ソノ後アインホルンノ天才的工夫ニ依ツテ十二指腸液ヲ容易ニ採取シ得ルニ至リ、廣ク臨牀上ニ應用セラルルニ至ル。アインホルンハ初、陶製珠玉ニ肉塊・腸

(1) Duodenaleimerchen

線・馬鈴薯・脂肪等ヲツケテ嚥下セシメ、コレヲ糞便中ニ搜出シテ胃腸ニ於ケル消化状態ヲ檢シ、或ハ長キ絲ニテ胃又ハ腸マデ吊下ケ、一定時ノ後引キ出シテ消化ノ有無ヲ檢シタルガ、一千九百〇八年、十二指腸吊桶（ハ）ヲ發明シタリ。コレハ金製ノ小桶ヲ絹絲ニテ吊リ、十二指腸ニ至リタルトキニ引キ出シテ十二指腸液ヲ汲ミ出スモノナリ。コノ方法ハ餘リ満足



筒唧引吸及デンゾ腸指二十ルス用愛ノ者著 (大一分四約)

ナル結果ヲ得ズ。蓋、採取シ得ル液量少ナク、十分酵素ノ他ノ關係ヲ檢スルニ足ラザルト、胃又ハ食道等ニテ粘液ソノ他ノ物質ガ混入スルコトアル缺點アリ。ココニ於テ、彼ハ翌一千九百〇九年、十二指腸唧筒（ハ）ニ十二指腸管（ハ）ヲ發明セリ。コレハ金屬製ノ小ナルオリブ（長サ一四ミリメートル、周圍二三ミリメートル）ニ多クノ小孔ヲ具ヘ、球ノ一方ヲ細キ護謨管（周圍八ミリメートル、長サ一メートル）ニ連續シ、ツノ四〇センチメートル（噴門ニ相當ス）、五六センチメートル（幽門ニ相當ス）、七〇センチメートル及ビ八〇センチメートルノ部ニ印ヲ付ケ、ソノ端ニ吸引唧筒ヲ連續スベキ装置ヲ具フ。十二指腸液檢査ヲ行ハントスル日ハ固形物ヲ與ヘズ、小量ノ水・牛乳ヲ加ヘザル紅茶又ハ澄明ナルスープレヲ與ヘ、十二指腸管（ハ）ヲ嚥下セシメ、右側ヲ下ニシテ横臥センムレバ三十分乃至數時間ニテ管（ハ）ニ十二指腸ニ達シ、更ニ空腹ノ起始部ニ及ブ。毫モ液體ヲ與ヘズ唯、十二指腸管（ハ）ヲ濕ホスダケニテ嚥下シ得ルコト多シ。十二指腸ニ達シ難キトキハ數回廊下ヲ往復セシメ、或ハレントゲン照射ノ下ニオリブヲ幽門ニ向ケ壓迫スル等ノ補助操作ニヨツテ目的ヲ達スルコトアリ。ステツプハ甘扁桃油ニ

- (1) M. Gross
- (2) Palefski
- (3) Jutte

レヲ油ヲ善ク攪拌シテ注入スルモ同様ノ效果アルコトヲ舉ゲ。或ハ前夜、胃腔ノ既ニ空虚トナレル頃管（ハ）ヲ嚥下セシメ、他端ヲ絲ニテ耳殼ニ結び置クトキハ翌朝オリブヲ十二指腸中ニ見出スヲ常トス。

グロース（ハ）ハ一千九百十年アインホルント關係無ク、同様ノ十二指腸管（ハ）ヲ發明セリ、コレハ表面全部護謨管ニテ蔽ハレ、多數ノ孔ヲ有スル銀鍍金ノ鉛球ヲ具ヘ、球ノ重量約一〇グラムアリテ容易ニ十二指腸ニ入ル。パレフスキー（ハ）ハ一九一四年モ亦、金鍍金ヲ施セル鉛球ヲ護謨管ノ端ニツケ、重量ニ依ツテ容易ニ幽門ヲ通過センメント企テ、ジツト（ハ）（一九一二年）ハ鉛球ニハ孔ヲ作ラズ、コレニ連絡スル護謨管ニ多クノ小孔ヲ穿テリ。尙、護謨管ガ急速ニ幽門ヲ通過スル様針金ノ閉塞子ヲコレニ挿入セリ。

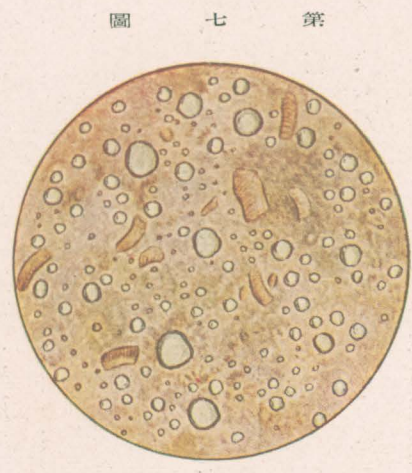
脾液分泌促進法 アインホルンハアインホルンヲ與ヘテ脾液ノ分泌ヲ促シ、又、稀鹽酸ノ投與ヲ試ミタル人アルガ、思ハシキ結果ヲ見ズ。カツチ及ビフオン、フリードリヒ、ロッド・ベルナルガ動物實驗ニ於テエーテルガ著シキ脾液分泌促進作用ヲ有スルコトヲ記載セルニ

基キ、コレヲ應用シテ十二指腸管（ハ）ニ至四立方センチメートルノ純エーテルヲ注入スルコトヲ推獎ス。コレハステツプノペプトン注入ト異ナリ、膽囊内容ノ排出ハ起ラズ、只僅ニ肝臟膽汁ヲ交ル濃厚ナル脾液ガ遅クモ五分間以内ニ流出ス。時ニハ全然著色無クシテ頗、脾酵素ニ富ム液ヲ得ルコトアリ。著者ハ通常三立方センチメートルヲ注入セルガ、患者ハ屢、局部疼痛・短期ノ嘔吐・顔面蒼白・頭痛等ノ症狀ヲ來タスモ、スベテ一過性ニ過ギズ。唯コレ等ノ副作用ノタメコレヲ同一患者ニ反復スルハ困難ナル場合少ナカラズ。マツククリール及ビウトモアハオリブ油ノ十二指腸内注入ガ著シク脾液及ビ膽汁分泌ヲ促進スルコトヲ舉ゲ、又、種々ノ食物生産物中、クリーム及ビ油酸ガ最、適當ナル脾液分泌ヲ促進劑ナルコトヲ報告セリ。著者等ハ一〇プロセント酒精三〇立方センチメートル、純エーテル三立方センチメートル、〇・二プロセント鹽酸三〇立方センチメートル、水三〇立方センチメートル等ヲ十二指腸管（ハ）ニテ注入シ、五分間後ヨリ吸引シテ十二指腸液ヲ採取測定セリ。五分間經過スレバ通常、注入液ハ空腸以下ニ流下シ、吸引ノ際、最初管ニ殘レル少量ノ注入液ヲ去レバ殆、純粹ノ十二指腸液ヲ得。以上ノ刺戟劑ヲ注入スレバ、何レモ最初ハ脾液及ビ膽汁ヲ流出ヲ促進スルモノナルガ、長時間ノ採取（三時間）ニ於ケル全量ニ於テハ刺戟劑ヲ用ヒザル場合ト大差無キニ至ル。

- (1) Groß u. Koslowsky
- (2) Schmidtsche Kernprobe

丙、糞便中ノ酵素證明法

糞便中ノ酵素ニテ膵臓機能診斷ニ對シ、主要ナルモノハトリプシン及ビアミロプシンナルガ、ステアリンモ亦、意義無キアラズ。コレ等ヲ證明スルニ種種ノ方法アリ、タトヘバグロース及ビコス、ロウスキー(1)ノトリプシン検査法、ウルゲムートノアミロプシン證明法ノ如シ。
 シミット氏核試験法(2) シミットハ細胞核ノ消化ハ膵液中ノヌクレアーゼニヨリヌクレイン酸ガ分解シ、水溶性トナリ、更ニ腸液ノタメアミノプリン體ニ分解スルニ依ルコトヲ發見シ、コノ事實ヲ利用シテ膵臓機能診斷法ヲ工夫セリ。新鮮ナル牛肉ヲ〇・五センチメートル立方ニ



滴酸脂肪固凝ルケ於ニ便脂肪性臟膵
(ル據ニ氏トツミヅ)



的病ノ便糞ルタヘ與ヲ食驗試臟膵
(ル據ニ氏トツミヅ) 存殘維織肉筋

切り、酒精ニ入レ固メテツツ中ニ貯ヘ、用ニ臨マテ數時間水洗シ、絹ノ囊ニ包ミ、更ニオートトニ入レテ試験食ト共ニ與ヘ、糞便中ニコレヲ見出シ、殘存セル肉片ヲ醋酸メチレン青ニ染メ直チニ見ルカ、コレヲ固メテ切片ヲ作り、組織ノ検査ヲ行フ。シミットニ據レバ膵液分泌ガ完全ニ障碍サルル場合ニハ、核消化ハ毫モ行ハレズ、唯、分泌不十分ナル場合ハ核ハ多少消化サル。但、コノ物質ガ糞便中ニ出ヅル時間ニ關シ、六時間以上三十時間以下ナルヲ要ス。蓋、通過時間速ニ過グレバ膵液ガ十分作用スル暇無ク、遅キニ過グレバ腐敗作用ニ依リテ

- (6) Oefele
- (7) Plattenverfahren nach Müller-Schlecht
- (8) Geloduratkapselmethode nach Müller-Schlecht.
- (1) Einhornsche Perlenprobe
- (2) Sahlsche Glutoidkapselmethode
- (3) Pankreasdiagnostikum nach Winternitz
- (4) Ehrmannsche Palminmethode
- (5) Grutzner-Gamgee

核ノ溶解スル俟アルヲ以テナリ。
 柏戸氏變法 シミットノ下ニテ柏戸氏改良核試験法ヲ案出シタリ。ソノ方法ハ〇・八プロセントノ食鹽水ニ一プロミルレノ割合ニ蔭



(ル據ニ氏トツミヅ) 應反核性腸

酸若シクハ蔭酸カリウムヲ溶解シタル液中ニ鶏血ヲ取リ水ヲ加ヘテ血色素ヲ溶カシ、反覆洗滌シテ後、アルコホルル及ビエーテルニテ十分抽出シ、乾カシテ輕ク研磨スレバ容易ニ輕鬆ナル塵埃狀粉末トナル。コレヲ乳鉢ニ入レ約半量ノ石松子末ト平等ニ混合シ、〇・五ヲ膠囊ニ入レ、主食後嚥下セシム。食餌ハナルベク渣滓ニ乏シカラシコトヲ要ス。若シ膵液分泌障碍アルトキハ核ハ便中ニ再現シ、膵液ガ腸管内ニ流入シ居ル場合ニハ獨、石松子ノ出現ス。ヘマトキシリン染色法ヲ用ヒテ顯微鏡下ニ檢ス。

ソノ他、アインホルン氏珠玉法(1)・ザーグラー氏硬膠囊試験(2)・ウインテルニッツ氏膵臓診斷藥(3)・エールマン氏バルミン法(4)・グルツチル・ガムギー氏法(5)・エスレー氏法(6)・ミレール・シレビト氏血

丁、血液及ビ尿チアスターゼ測定法

外分泌及ビ其臨牀的検査法

血液ヂアスターゼノ測定ハ特ニ脾臟外傷ノ疑アルトキ必要ナリ。犬ニ脾臟ノ部分的抽出ヲ行フトキハ血液ヂアスターゼノ増加ヲ來タス。コレ分
泌液ノ一部ガ腹膜内ニ漏出シテ吸收サルルカ、殘留部ニ於ケル分泌液滯留ノ結果吸收サルルタメナルベシ。輸尿管ノ急性閉塞ヲ來タス場
合ハ就中、顯著ナル血液ヂアスターゼノ増加ヲ見ル。ソノ他、急性脾臟疾患ノ際ハ屢、血液ヂアスターゼノ増加ヲ來タシ、糖尿病ニモソノ増加
ヲ見ルコト尠ナカラズ、血液ト併行シテ尿ヂアスターゼモ増加ヲ來タスヲ常トス。

ウルゲムート氏血液ヂアスターゼ測定法
所要液

(一) 血清。血液四、五立方センチメートルヲ採取シ、直チニ遠心シテ血清ヲ分離シ、可及的新鮮ノ状態ニ於テ検査スベシ。(二) 〇・八
五プロセント食鹽水。(三) 一プロミル可溶性澱粉溶液。(四) 五〇分ノ一定規沃度液。

實施

十本ノ試験管ニ漸減的ニ血清一〇・〇・五、〇・二五、〇・一二五、〇・〇六二五等ヲ取り、生理食鹽水ニテ全部ヲ一〇立方セン
チメートルトナシ、各試験管ニ一プロミルレ澱粉溶液二一〇立方センチメートル宛加ヘ、三八度ノ水浴ニテ三〇分間消化シ、急劇冷水ニテ
冷却シ、試験管ヲ以前ノ列ニ戻シ、各試験管ニ五〇分ノ一定規沃度液數滴ヲ加ヘ、僅ニ色ヲ生ジタルモノヲリメストシ、ソノ次ノ無色
ノ試験管ヲ計算ニ用ヒ、一般ノ法則ニ從ヒ一立方センチメートルノ血清ニ於ケルヂアスターゼ量ヲ計算ス。健康人ニ於テハ $D_{320}^{30} \parallel 8-16-1$
 D_{320}^{30} ナリ。若 $D_{320}^{30} \parallel 33$ ヨリ大ナルトキ、タトヘバ六四又ハソレ以上ノトキハ確實ニ血液ヂアスターゼノ増加ヲ示ス。二十四時間法ヲ用フルトキ
ハ健康人ニテ $D_{24h}^{30} = 10-80$ ナリ。
 $D_{24h}^{30} \parallel 0-100$
ウルゲムート氏尿ヂアスターゼ測定法

尿ノ反應ハ顧慮ノ要無シ。通常、早朝空腹時ノ排尿ヲ用フ。コレ最、多量ノヂアスターゼヲ含有スルガ故ナリ。シカシナカラ若、二十四時間ニ
於ケルヂアスターゼ量ヲ知ラント欲セバ全尿ノ一部ニ就テコレヲ測定スルヲ要ス。方法ハ血清ノ場合ニ準ズ。急性脾臟疾患・皮下脾臟破裂

(1) Saathoff

等急速ノ診斷ヲ要スル場合ハ三〇分法ヲ用フ。コノ時ハ一プロミルレ澱粉液ヲ使用ス。健康體ニ於テハ $D_{320}^{30} \parallel 16-64$ ナルガ、脾臟傷
害ノ場合ハ $D_{320}^{30} \parallel 100-150$ 又ハソレ以上トナルコトアリ。二十四時間法ヲ用ユル場合ニハ澱粉溶液ヲ一プロセントトナシ、尿ヲ一プロセ
ントノ食鹽水ニテ稀釋スルヲ要スルコトアリ。腐敗ヲ防グタメトル〇・五乃至一〇立方センチメートル宛ヲ加フルノ必要アリ。唯、實質性
腎炎ノトキハ高値ヲ示ス場合アルヲ以テ、コレヲ除外スルヲ要ス。輸尿管ガ閉塞シテ分泌液ノ排出行ハレザルトキハ著シク高キ尿ヂアスターゼ
量ヲ示スニ至ルコトアリ。タトヘバ通常 $D_{24h}^{30} = 20-162.5$ 對シ $D_{24h}^{30} = 625-1250$ 或ハ $D_{30}^{30} = 250-500$ ヲ示スカ如シ。

戊、脾臟疾患ニ於ケル榮養物ノ利用。

脾臟ノ如キ重要ナル消化腺ノ機能が消失スル場合ニハ、著シキ榮養物利用ノ障礙ヲ來タシ、ソノ検査ニ依ツテ診斷ヲ下シ得ベキモ、スベテノ
脾臟疾患ニ於テ斯カル高度ノ機能障礙ヲ見ルモノニアラズ、既ニ遠キ古ヘヨリ病人竝ニ實驗動物ニ就テ物質代謝竝ニ榮養物利用試
験ニ依ツテ生前診斷ヲ確定シ得タル場合アリ。スベテノ中性脂肪酸ハズダンⅢノ酒精溶液ニテ紅色ヲ呈ス。ザートホーフ(氏)液(氷醋
酸九〇、九六プロセント酒精一〇立方センチメートルズダンⅢ一刀尖ヲ以テ作ル)ニテ染色スルヲ可トス。脂肪酸ハ弱苛性曹達ニテ容易ニ
溶解スルコトヨリ中性脂肪ト區別サレ、石鹼ハ中性脂肪及ビ脂肪酸ト異ナリエーテルニテ溶解セズ。
食物蛋白質ノ利用ニ就テハトリアシンガ小腸ニ達セザル場合、消化管中ノ他ノ蛋白消化酵素カコレヲ代償シ得ルト共ニ、腸ニ於ケル窒素
吸收ハ他ノ疾患ニ於テモ著シキ障礙ヲ見ルコトアリ、從ツテ窒素下痢ノミアル場合ハ、直チニソノ原因ヲ脾臟疾患ニ歸シ難キモ、窒素下痢ト
共ニ筋肉下痢、即、横紋筋ガ多量ニ排泄サルル場合ハ、脾性蛋白消化作用ノ機能障礙ト認ムルヲ得。

第六章 内分泌及其臨牀的關係事項

甲、内分泌機能

既ニ一千七百八十八年、カウレー(四)ハ糖調節作用ト脾臟トノ間ニ密接ノ關係アルコトヲ認メ、脾臟疾患ガ糖尿病ノ原因トシテ重要ナ

(2) Cawley

- (1) Bright
- (2) Bouchardat
- (3) Friedreich
- (4) Bamberger
- (5) Frerichs
- (6) Senator
- (7) Seegen

ル因子ヲナスモノナルコトヲ報告セリ。コノ事實ハソノ後ブライイト⁽¹⁾・ブシダー⁽²⁾・フリードライビ⁽³⁾・バンベルゲル⁽⁴⁾・フレリーツヒ⁽⁵⁾・セナトル⁽⁶⁾・セーゲン⁽⁷⁾、ソノ他ニ依ツテ承認セラレタルガ、何レモ唯統計的ノ報告ニ過キザリキ。ブシダー⁽⁸⁾（一八七七年）ハ多クノ臨牀的竝ニ病理解剖的觀察ヨリ脾臟性糖尿病ト稱スル特殊ノ糖尿病ヲ記載シ、ソノ特徴ハ急性ノ發症・悪性ノ經過竝ニ結核ヲ併發シ易キコトナルヲ擧ゲタリ。フオン、メーリング及びミンコースキ⁽⁹⁾（一八八九年）竝ニ別ニジ、ドミニシ⁽¹⁰⁾ハ犬ニ於テ脾臟ノ完全摘出ヲ行フトキハ常ニ重症糖尿病ヲ惹起スルコトヲ發見シ、脾内分泌ノ糖代謝調節ニ缺クベカラザルコト明白トナレリ。インシュリンノ發見（一九二二年）以來、コノ方面ノ研究ハ頓ニ進歩シ、文獻増集スルモ糖尿病竝ニ物質代謝ニ屬スルヲ以テ、ココニハ省略ス。

乙、脾臟性糖尿病⁽¹¹⁾

糖尿病ノ輕重ト脾臟ニ於ケル器質的變化ハ必ズシモ併行スルモノニアラズシテ、重症糖尿病ニ於テモ脾臟ニ於ケル變化著シカラザルコトアリ。又、脾臟器質ニ著シキ變化ヲ呈スルニ拘ハラズ、糖尿病ハ無キカ極メテ輕症ノコトアリ。脾臟ノ器質的變化ト糖尿病トガ併行スル場合ハ特ニ脾臟性糖尿病トシテ佛醫ランセローノ記述スルコトコ、今日、尙、コノ名ハ用ヒラル。

脾臟性糖尿病ノ發見以來、糖尿病屍體ノ脾臟ニ就テ特ニ注意セラレルニ至レリ。唯、コノ臟器ノ一般の萎縮ノ如キハ通常斯カル患者ノ一般の羸瘦ノ結果ニ依ル場合少ナカラズ。又、脾臟ノ殆、全部ガ癌腫性變性ヲ呈シ、外分泌ガ極度ニ障礙サルル場合ニ内分泌ハ尙、十分ナルコトアリ。フオン・ハンゼマン⁽¹²⁾ハ糖尿病患者ノ七〇プロセントニ於テ脾臟ノ顆粒性萎縮ヲ認め、レモアンヌ及びランノイ⁽¹³⁾ハ *periacineux et micellulaire*（腺房周圍及ヒ單細胞硬化）ナル病變ヲ記載シ、主トシテ脾臟ノ淋巴組織ノ變化ヲ記載セルガ、コレ今日ノラ氏島ヲ以前、淋巴腺ト考ヘタルタメニシテ、ラ氏島ノ病的變化ヲ記載セルモノニ外ナラズ。ワイクゼルバウムニ至リテ初メテ正常ナル判斷ノ下ニ記載サルルニ至レリ。

バンデンク及びベストハ脾臟ヨリ越幾スヲ作り、インシュリン名ツグタリ。コレハ含水炭素物質代謝ニ特異性ノ作用ヲ有ス。ジクソ

- (12) von Hansemann
- (13) Lemoine et Lannois

- (8) Lanceraux
- (9) v. Mering u. Minkowski
- (10) de Dominicis
- (11) Diabète pancréatique (Lancéaux)

- (3) Löwische Adrenalinmydriasis
- (4) Cammigesche Reaktion
- (1) Pratt
- (2) Martini

ン、マクレオード等ノ研究ニヨリ、コノ有效成分ハラ氏島ヨリ得ラルモノナルコト明トナレリ。マクレオードハ魚類ニ於テラ氏島ト腺房細胞ト全ク離レテ存在スルモノニ就キ、別々ニ越幾スヲ作リテ檢シ、腺房越幾スハ斯カル作用ヲ有セズ、全クラ氏島越幾スノ作用ナルコトヲ確定セリ。勝沼・堀江兩氏ハ胸管淋巴漏アル患者ノ血糖上昇セルコト及び同淋巴中ニインシュリン様物質アルコトヲ證明シ、インシュリン吸收路ガ熊谷氏ノ云フカ如ク胸管ニアルモノナルコトヲ想像セリ。

丙、脾臟ト他内分泌腺トノ關係

第一ニ舉グベキハクロム親和系ト脾臟トノ相互關係ナリ。副腎越幾ス若クハアドレナリンヲ血管中ニ注入スルトキハ糖尿ヲ來タス。通常ノ場合ニハ副腎系ト脾臟トノ間ニ拮抗作用アリ。アドレナリン竝ニ脾臟ホルモンノ作用發生部ハ肝臟ナリ。コノ部ニ於テ糖ハ生成サレ、又、糖原ハ蓄積サル。脾臟ホルモンハ糖生成ニ對シテ阻止性ニ働キ、フオン、ノールデンノ所謂、ヂアスターゼ作用壓迫ヲ行ヒ、アドレナリンハ肝臟ニ於ケル交感神經末梢ヲ刺戟シテ糖原ノ賦動ヲナス。

丁、レヴィ反應⁽¹⁴⁾

脾臟ト甲状腺及ヒ性腺トノ相互關係ニ就テハ、ブラット⁽¹⁵⁾ノ研究アリ、脾臟不全ヲ呈スル犬ニ於テハ甲状腺ニ著シキ變化ヲ來タシ、性腺ノ發育停止ス。マルヂニ⁽¹⁶⁾ハ犬ニ完全脾臟摘出ヲ行ヒタルニ、甲状腺ハ分泌過多及ヒ膠質増加ヲ來タスヲ確證セリ。甲状腺及ヒ腦下垂體ノ作用ハ脾臟ニ對シテ拮抗的ナリ。卵巢ホルモンハ葡萄糖同化作用ヲ増進シ、表皮小體ハ脾臟機能ト共作性ナリ。

戊、カミチ氏反應⁽¹⁷⁾

脾臟内分泌ハ交感神經ニ對シテ阻止的作用ヲ有スルモノナルガ、ソノ缺乏ハ交感神經末梢ヲ刺戟スル物質ノ作用ヲ過敏ナラシム。結膜中ニ千倍アドレナリンヲ三滴點眼シ、五分ノ後反復ス。脾臟患者ニ於テハ三〇分乃至六〇分後ニハ著明ナル瞳孔ノ擴大ヲ來タス、ソノ他、糖尿病・甲状腺機能亢進症ニモ起ル。コレハ陽性ノ場合ハ重要ナル診斷的意味アレド、陰性ノトキハ意味ナシ。

一千九百〇四年、カミチハ一種ノ脾臟機能診斷法ヲ發表セリ。脾臟疾患患者ノ尿ニフェニールヒドラチンヲ作用スルトキハ、特有ナル結晶

ヲ生ズルト云フニアリ。コノ反應ハソノ後、多クノ人ノ研究ニヨリ實地的價値無キモノトシテ顧ミラザルニ至レリ。

第七章 脾臓疾患ノレントゲン診断法

レントゲン診断法ハ近來、特ニ脾臓ノ空間狹隘ヲ來タス如キ疾患ニ特殊ノ意義ヲ生ズルニ至レリ。脾臓疾患ニ對シレントゲン診断ヲ講ズルニ至ルマデハ、コノ臓器ガ隠レタル場所ニアル點ヨリ他臓器ヨリ後レタリト雖、既ニ早キ頃ニ試ミラレタルコトアリ。エクス（1）ハ脾臓頭部ノ癌腫ノ際、レントゲンニテ像影ヲ確認セルモ、コレハ診斷ノ確定セルモノヲレントゲンニテ認メ得タルニ過ギズ。

脾臓疾患ノレントゲン診斷ノ困難ナルコトハ、罹患臓器ヲレントゲンニ映出スルコト困難ナルニアリ。多クハ罹患脾臓ガ近接臓器、就中、消化器ニ造影劑ヲ充タシタル際ニ與フル作用ニ依リテ判斷ヲ下スニアリ。第一ガ胃及ビ十二指腸ニシテ、コレハ解剖的關係ヨリ自明ノ理ナリ。シカシナガラ肝臓・腎臓・腸間膜・膽道等ノ腫瘍、動脈瘤、胃竝ニ十二指腸自己ノ腫瘍形成ナドニヨル造影變形トノ類症鑑別困難ノコトアリ。故ニ胃外ニ存在スル變化ヲ證明スル要アリ。困難ナルコトハ脾臓腫瘍ノ屢、全ク觸知シ得ザルニアリ。胃外ニソノ存在ヲ證スルニハ、患者ノ位置ヲ變ズルコトニヨリ胃造影ノ變化スルコト、觸診ニ依リテ胃影ト腫瘍トヲ引離シ得ルコト、胃蠕動ガ影毀ヲ超エテ走ルコト等ニ依ル。

疾患ノタメニ脾臓ガ大トナルホド、益、レントゲン診斷ハ容易トナリ、特ニ脾臓腫瘍ニハ定型的變化ヲ示スニ至ル。胃造影ノ形ヨリ脾臓病變ノ状態ニツキ一定ノ結論ヲ下スヲ得ルコトアリ。例へバシュレージゲルハ、初メテ脾臓囊腫ヲ脾臓ヨリ出デタル腫瘍トシテ知リ得タルノミナラズ、胃ノ影形ガ左下ニ押シヤラレ、脊椎トハ隔ツテ左方ニアリ、内側胃縁ハ直線ヲナシタルタメ脾臓囊腫ノ想定診斷ヲ下セリ

胃造影ノ變化ハ腫瘍發生部位ニヨツテ著シク異ナル。胃中央部ノ變化ハ特ニ脾體部及ビ脾尾部ノ腫瘍ニ見ラル。胃ハ屢、位置ヲ變ジ、腫瘍ノ腫脹状態ニ依リテ小彎又ハ大彎ニ造影缺損ヲ示ス。胃後壁ノ後ニ腫瘍ガ發生スルトキハ、ルンハイゼル（1）ノ所謂、壓子症狀ヲ呈ス（背位ニテ胃造影中央部ノ缺損）。

幽門部ノ變化ハ脾頭ノ腫瘍ノ際ニ見ラル、或ハ外方ヨリノ壓迫ノタメ圓錐狀ノ狹縮ヲ示シ、或ハ唯、幽門部ノ造影ガ不鮮明トナル。

十二指腸及ビソノ機能ガ、脾臓疾患ノタメニ變化ヲ受ケ易キハ解剖學上ヨリ考フルモ當然ノ理ナリ。就中、十二指腸狹窄症狀及ビ十二指腸轉位ハ特ニ注目ニ値スル主要症狀ナリ。胃ニ於テハ通常、蠕動波深ク、十二指腸起始部及ビ下行部ハ擴張シテ造影物質ニテ濃厚ノ陰影ヲ示シ、ソノ下部ハ狹窄狀ヲ呈ス。特ニ興味アルハ十二指腸ニ於ケル憩室形成ニシテ、コレハ脾臓疾患ノ結果トシテ生ズル場合アリ。反對ニコレアルモノニ脾臓疾患ヲ招來スルコトアリ。前者ハ特ニ憩息室ノコト多シ。即、脾腫瘍ノ一部ニ壞疽腔ヲ生ジ、コレト十二指腸ト連絡シテ生ズルモノ、若シクハ潰瘍ノ龜形彎出ニヨル。フーテル氏竇ニ於ケル憩室、最、多キモ、ソノ他ノ部ニモ來タル。フーテル氏竇ノ擴張若シクハ十二指腸憩室ト脾臓炎トガ然カク共存スルコト多キ理由如何。コレニ就テハ實測頗、多クシテ、到底偶然ノ共存ト認ムル能ハズ。造影物質カ單ニフーテル氏竇内ノミナラズ、進シテ膽道・脾管ニ及フコトアリ。コノ部ニ數日間、腸内容ガ停滞スルコトアリ。然ル時ハ自然停滞物質ノ腐敗分解作用起リ、ソノ刺戟ニヨツテ炎症ヲ惹起スルニ至ル。通常、十二指腸ハ無菌ナレドモ、停滞起レバ直ニ有菌トナル、從ツテ憩室ヨリ十二指腸炎ヲ起シ、コレガ輸尿管ニ傳播シ、或ハ擴張セルフーテル氏竇ヲ經テ炎症ガ直接輸尿管ニ傳播スルコトアリ。輸尿管壁ノ腫脹若シクハ腸内容ニテ充タサレタルフーテル氏竇ノ壓迫ニヨリ分泌液ノ停滞ヲ來タスコトアリ。最初ハ唯、フーテル氏竇ノ擴張ニ過ギザリシモノガ斯クシテ真正ノ

憩室ト化シ、病的意義ヲ帶ブルニ至ル、即、コレハ脾臟炎ノ結果ニアラズシテソノ原因ナリ。

レントゲン像ニテ確定セルラーテル氏竇ノ擴張、又ハ十二指腸憩室形成ハ常ニ脾臟炎ノ存在ヲ想像セシメ、脾臟機能ノ検査ヲ行フ必要アリ。クレルモン及ビシンツ⁽¹⁾ハ十二指腸憩室ニ特有ナル事項ヲ擧ゲ居ルガ、コレヤガテ脾臟疾患ノ診斷ニ肝要ナルヲ以テ、茲ニ擧ケレバ

- 一、十二指腸ハ造影ニテ割然タル像ヲ示ストキ、雲絮狀造影ヲ呈スルコト。
 - 二、造影物質ノ一部分ガ一部ノ造影斑點ヲ飛ビ超エテ下方ニ進ムコト。
 - 三、十二指腸内容ガ無クナツテモ造影斑點ノ殘ルコト。
 - 四、數時間又ハ一日位モ停滞スルコト。
 - 五、必發テハ無イガ、造影斑點ト一致シテ限局性壓痛點アルコト。
 - 尙、ヘルンハイメルニ據レバ
 - 六、斑點部ガ腹後壁ニ對シテ小範圍ノ移動性ヲ有スルコト。
 - 七、憩室部ニ蠕動ヲ認ルコト。
 - 八、ラーテル氏竇擴大ト共ニ、總輸膽管及ビ輸脾管ノ模型ヲ示スコト。
- 脾腫瘍ガ下方ニ生長スルトキハ、他腸部ガ壓迫ヲ受ク。タトヘバ横行結腸狹窄ヲ生ズ。又、左結腸彎曲ガ狹窄シ、若シクハ下方ニ轉位スルコトアリ。
- 脾囊腫ニ石灰ノ沈著アリテ、レントゲンニテ映出シ得ルコトアリ。又、氣腹(空氣ヲ四、五ラーテル位腹腔内ニ入ル)ヲ作りテ種種ノ方向ヨリ透視スルトキハ造影ヲ明カニ認メ得ルコトアリ。

第八章 脾臟機能不全症

胃分泌機能ニ於ケルガ如ク脾分泌機能ニ於テモ亦、分泌過多及ビ分泌減少アリ。前者ハ何等症狀ヲ來タザザルヲ以テ臨牀上ノ意義少ナシ。脾臟分泌障碍ヲ發見スルニツノ困難ガ伴ナフ。一ツニハ脾臟分泌障碍ハ胃分泌障碍ニ比シテ稀ニ見、シュミット氏試驗食ヲ用ヒテ糞便検査ヲ行フ比較的簡便法ニテモ、試驗朝食ヲ用ヒテ胃分泌検査ヲ行フヨリ遙ニ複雑ニシテ、一般醫師ノ検査法トナリ居ラザルコト、及ビ一ツニハ脾臟機能障碍ノ際ハ消化腺ガ代償的ニ働クコトナリ。シカシコレハシュミットノ記載スル如ク大ナル意味アルモノニアラズ。シュミットニ據レバ唾液・胃液・腸液及ビ細菌作用ガ代償的ニ働キ、特ニ細菌ハ脂肪分解ヲ完全ニ代償ス。脾臟ニ有機的障碍無キ場合ハ脂肪吸收作用ガ維持セラルルヲ以テ、細菌ノ分解作用ニ依リ脂肪利用ハ障碍ナク行ハル。コレニ反シテ蛋白質並ニ含水炭素消化ニハ細菌ノ作用・唾液・胃液・ペプシン等ハ代償ノ價値無ク、又、ペプシンハトリプシント同一ニハ働カズ。コノ機能性脾臟障碍ノ顯著ナル場合ハ、糞便ノ顯微鏡的検査、若シクハシュミット氏試驗食ヲ與フルコトニ依リ知ルヲ得。脾臟機能不全ノ特有ナル現象ハ不消化筋肉纖維・澱粉顆粒・脂肪球又ハ結晶ノ多量ニ現出スルコトナリ。コレ等ノ現象ハ有機性ノ分泌障碍ニ彷彿タレドモ、ソノ經過竝ニソノ他ノ臨牀的症狀ガ重症有機性疾患ニアラズシテ唯、機能性分泌障碍ナルコトヲ示ス。特ニ興味深キハ胃液缺乏症ノ際ニ屢、見ルガ如キ下痢ノ存在ニナリ。コレハ種種ノ因子ニ依ルト考ヘラレタリ。先、胃液缺乏症ニ於テハ消毒作用ヲ有スル胃酸缺乏ノ結果、腸粘膜ノ細菌的刺戟ガ起ルコト、胃ニ於テ消化サレザル攝取物ガ粗大ナル状態ニテ腸ニ進入スルタメ機械的ニ刺戟ヲ與ヘテ下痢ヲ起スト考ヘラレ、シュミットハ胃液缺乏症ニテハ結締織ノ消化ガ行ハレザルタメ、コレガ腸ヲ刺戟スルニヨルトナシ。タボラハ蛋白質ニ富ム糜粥ニ於ケル蛋白質腐

- (1) Koslowsky
- (2) Achylia pancreatica simplex
- (3) Hypochylia pancreatica (Schmidt)

敗ノ結果トナセリ。シカシ、コレ等ノ説ノ反證ハ、胃液缺乏症ノスベテニ於テ下痢アルニアラズ。又、有機的胃疾患、タトヘバ癌腫若シクハ悪性貧血、慢性胃炎ナドニ依ル胃液缺乏ノ際ニコレヲ見ズ。コノコトハ特ニ注目ニ値ス。鹽酸缺乏ガ常ニ胰臟機能減退ヲ來タスト云フ報告ハ嘗テ無シ。コノ問題ノ解決ニ對シテハ胃液缺乏症ノ原因ヲ明ニセザルベカラズ。疑モ無ク、腹腔神經ノ作用ガ單純ノ胃液缺乏症ニ對シテハ主因ト認ムベキモノナレドモ、消化器ニ於ケル神經系統及ビソノ機能ニ就テハ尙、頗、混沌トシテ不明ノ點多シ。唯、分泌阻止性影響ニ基ツクコトハ明ニシテ、胃ニ限ラズ、他ノ臟器ニモ及ビ得ルモノナリ。胰臟ガ斯カル障礙ニ陥ルトキハ下痢ヲ來タシ易シ。單純性胃液缺乏症ニ於ケル下痢ハ、同時ニ起ル胰臟障礙ニ基ツク場合多シト見ラレ、胃液缺乏症無キ場合ニモ胰臟性下痢ヲ來タシ得ト考ヘラル。グロースハ糞便ニ就テ彼ノカゼイン法ニヨルトリフシン測定ヲ行ヒ、通常ハ七乃至十二時間ニテ消化シ、有機性胰臟障礙ニテハ單ニ遲延スルノミニテ一、二日ヲ要ス。コノ點、特ニ重要視スベシト云フモ、著者ハ消化力ノ程度ニ依ツテ有機性若クハ機能性ノ診斷ヲ下スコトニハ左袒スルヲ得ズ。コスロウスキリ、グロース等ノ研究ニ據レバ腸通過ガ急速トナレバ反ツテ糞便トリフシンノ消化力ハ増強スルヲ以テ、コノ消化作用ノ減退ヲ下痢ニ歸スルヲ得ズトナス。胃液缺乏症ニ於ケルガ如ク單純性胰液缺乏症⁽⁴⁾若シクハ胰液減少症⁽⁵⁾ト名ツク。

- アインホルンノ研究ニ據レバ、胰液分泌状態ハ種種ニシテ、二種ノ主要酵素ノ形成モ各、獨自の二行ハレ、一ツノ酵素ハ正常若シクハ正常以上ニシテ、他酵素ハ減少ヲ示スコトアリ。又、液量ガ種種ノ動搖ヲ示ス。アインホルンハ胰液分泌障礙ヲ左ノ如ク分類セリ。
- 一、正常胰液分泌。スベテノ酵素ヲ證明シ、トリフシン量正常ナルモノ。
 - 二、胰液分泌過多。スベテノ酵素存在シ、トリフシン量正常以上ナルモノ。

(1) Matko

- 三、胰液分泌減少。三酵素存在スルモ、トリフシン量減少ヲ示スモノ。
 - 四、胰液分泌缺乏。一、二ノ酵素全ク缺乏スルモノ。
 - 五、胰液異型分泌。胰機能著シク消長ヲ示シ、分泌不定ノモノ。
- 胰液量ヨリノ分類トシテハ、

- 一、胰液分泌正常。液量正常ノモノ。
- 二、胰液分泌過多。液量正常以上ノモノ。
- 三、胰液分泌減少。液量正常以下ノモノ。
- 四、胰液缺乏症。胰液分泌無キモノ。

マトコ⁽⁶⁾ハ單純性胰液缺乏症⁽⁷⁾及ビ完全性胰液缺乏症⁽⁸⁾ヲ分テリ。前者ハ鹽酸投與ニ依リテトリフシン量ノ増進ヲ來タスモノヲ云ヒ、後者ハ鹽酸ヲ與フルモ、糞便中ニ恒久性ニトリフシンノ缺乏スルモノヲ云フ。グロースハ未、嘗、後者ノ如キ例ヲ見ズ、若、コレアレバ有機性疾患ナラント。

グロースハ從來ノ方法ニテハ一般ニ精密ヲ缺キ、十二指腸内容乃至胰液ヲ大體定量的ニ採取スル方法無ク、且、十二指腸液ハ種種ノ臟器ノ分泌液ノ混合物ニシテ、胰液ガ如何ナル程度ニ稀釋サレタルヤヲ知り得ザルヲ擧グ。

余等ハ上述ノ如ク真正ノ意味ニ於テ未、臨牀上、胰液分泌ノ定量法無キニ鑑ミ、一方法ヲ案出シテ稍、コノ缺ヲ補フラ得タリト信ズ。實施方法ハ既ニ第五章ニ於テ詳述セルヲ以テ茲ニハ述ベズ。余等ノ方法ニテ三時間ニ分泌サルル胰液ノ全酵素量ハトリフシン三〇乃至一二〇キロ單位、アミラーゼ及ビリパーゼ各五〇乃至三〇〇キロ單位ナルヲ以テ、コノ範圍ヲ超エテ多キトキハ分泌過多、少ナキトキハ分泌減少ヲ示ス。エールマン及ビレデレルハ胃液缺乏症ニ於テ

脾液分泌ハ毫モ障碍サルヲ要セザルコトヲ發見シタルガ、コレハ油ヲ用ヒテ十二指腸液ノ胃内逆流ヲ惹起シ、逆流液ヲ採取シテ檢シタル結果ナルヲ以テ、正確ヲ缺クノ嫌無キニアラズ。著者ハ初メテ十二指腸ゾンデニヨツテ直接十二指腸液ヲ得、ソノトリプシン量ヲ測定シ、彼等ノ業績トハ全ク關係無ク、全ク同一ノ成績ヲ得、爾來、多クノ學者ハ全ク同一ノ結論ニ到達セリ。

シミツトハ脾液缺乏之症ノ診斷ニハ酵素缺乏ヲ證明スルノミナラズ、脂肪及ビ肉ノ利用悪シキコト(肉下痢、脂肪下痢)ヲ證明スルヲ要ストナシ、グロースハコレニ反對シ、攝取物ノ利用障碍ハ寧、脾臟ノ有機的疾患ヲ示スモノナリトス、蓋、脾液缺乏之症ニ於テハトリプシンヲ全ク缺クヨリハ、ソノ減少ヲ示ス場合多シ。又、下痢アルトキハ、腸通過ノ早キタメ肉下痢ト共ニ核試驗法陽性ヲ示ス場合アリ。脂肪下痢ハ脾臟ノ純機能的障碍ニテハ、コレヲ缺クコト多シ。

マトコノ研究ニヨレ、バトリプシン減少スルトキハ、コレト併行シテ血液ノアンチトリプシン減少シ、脾液分泌減少症ニテハ殆、正常ナレドモ、單純性脾液缺乏症ニハソノ減少ヲ見、完全性脾液缺乏症ニテハアンチトリプシンハ零トナルト。

脾液缺乏之症ノ原因。バウロツフノ教室ニ於テコーンハイム及ビクレーハ胃ニ於ケル鹽酸分泌ガ脾液分泌ニ大ナル關係ヲ有スルヲ見、ポピルスキー及ビベルタイメルノ研究モコレヲ證シ、ペーリス及ビスターリングニ至リテ鹽酸ガ腸壁ニ作用スル場合ニハ腸壁ニ於テセクレチンヲ生ジ、コレガ吸收サレテ血行ニ入り脾臟ニ達シテソノ分泌ヲ促スコト明トナレリ。彼等ハ脾液分泌ハ主トシテ化學的作用ニヨリテ行ハレ、神經系統ノ作用ニ依ツテ行ハルモノニアラザルコトヲ主張セリ。セクレチンノ生ズルニハ鹽酸ガ第一ナレド、少量ニハ他ノ物質、就中、石鹼溶液ニテ生ズルモノナリ。シカシナガラ神經性機轉モ決シテ忽諸ニ附スベカラザルモノニシテ、化學的因子ノ外ニ反射的神經性機轉アルベシトハ多クノ學者ノ信ズルトコロナリ。有機性疾患、タトヘバ胃加答兒・胃癌等ニ起ル胃液缺乏症ニハ脾液缺乏症ヲ見ルコト殆、無

- (1) Mayer
- (2) Farmer and Redenbaugh

ク、又、脾液缺乏之症ヲ鹽酸ニテ治療シ、後、鹽酸投與ヲ中止スルモ、一旦、脾液分泌ノ恢復セルモノハソノ状態ヲ維持シ、又、脾液缺乏之症ハ正常若シクハ胃分泌過多ノ際ニモ見ラルルコト等、種種ノ點ヲ綜合スルニ、脾液缺乏之症ノ主因ハ神經系障碍ニアルモノニシテ、胃酸缺乏之症ハ唯、助長作用アルニ過ギズト見ルラ至當トスベシ。多クハ定型的神經衰弱症アリテ、純神經的原因ニ依ルト思ハルル場合多シ。余等ノ研究ニ據レバ、脾液分泌ハ、神經性・體液神經性及ビ體液性ノ三種ノ機轉ニ依リテ行ハルモノニシテ、體液性機轉ニ屬スルセクレチン生成ノ脱落ハ、毫モ脾液分泌障碍ヲ招來セザルヲ證シ得タルヲ以テ、脾液缺乏之症ノ原因ハセクレチン機轉ノ脱落ニ關係無キコトヲ特ニ力説セント欲ス。

脾液分泌過多ハ、通常何等ノ症狀無ク、臨牀上ノ興味ヲ有セズ。脾液分泌減少モ輕度ノ場合ハ何等ノ障碍ヲ見ズ。マイヤー⁽¹⁾ハ戰線戰壕ニ於テ精神的並ニ肉體的過勞ニ在リタル兵士ヲ檢査シ、胃酸及ビ脾液減少ヲ認め、何等ノ治療ヲ施サズシテ數週ノ後ニハ正常ニ復セルヲ見タリ。カリソン⁽²⁾ハウタミン缺乏ガ消化障碍ノ結果、脾臟ノ重篤ナル障碍ヲ來タシ、ソノ一部ハ萎縮作用ニヨリ、一部ハ機能障碍ニヨルト報告セリ。フーマー及ビレデンバウフ⁽³⁾ハウタミンB缺乏症ヲ起セル鳩ノ脾臟ヲ取り、粉末ヲ製シ、賦活ノ目的ニ腸越幾斯ヲ加ヘ、ソノアミノプシン・リパーゼ及ビトリプシンヲ測定セルニ、健康鳩ノソレニ比シテ著シク酵素作用ノ減退セルヲ證セリ。ウタミンB缺乏ニ依リテ脾臟ノ萎縮及ビ退行變成ヲ來タスコトハ多クノ學者ニヨリテ證明セラル。原田氏ハ脚氣患者ノ十二指腸液ヲ檢シテニ酵素共、減少ヲ示シ、治療ニ依ツテ病症輕快スルト共ニ、酵素量ノ増加スルヲ認メタリ。余等ハ脚氣患者三十一例ヲ檢シ、三時間法ニテトリプシン正常價二十一例、減少ヲ示スモノ十例(二二・二%)、平均ノ價四・六二キロ單位、ホスターゼ正常價二十例、減少ヲ示スモノ一例(二・二%)、平均ノ價一四・五九キロ單位、リパーゼ正常價十七例、減少ヲ示スモノ十四例(四・一%)、平均七七・七キロ單位、即、トリプシン及ビリパーゼハ約三分ノ一例ニ於テ減少ヲ示シリパーゼハ健康者ノ檢

查ニ於テモ動搖著シキコトヲ考慮シテ、平均ノ價モ共ニ減少ヲ示スガ、チアスターゼハ一例ヲ除ク外、全ク正常ニシテ平均ノ價モ減少ヲ示サズ。最、重症ニテトリプシン・リパーゼ減少ヲ示シ、チアスターゼモ正常範圍ニハアルモ、平均價ヨリ低カリシモノニ治療ヲ施シテ殆、完全ニ治癒シタルトキ検査セルニ、三酵素トモ殆、平均價ヲ示セルヲ以テ、チアスターゼモ重症ニハ多少減少ノ傾向ハ認めラルモ、他酵素ニ比シ、著シキ執拗サヲ以テ正常價ヲ保ツノ傾向アルハ特筆スベ事實チリ。三酵素トモ最低正常價以下ヲ示シタルハ一例ニシテ、ソレモチアスターゼハ、四・七三キロ單位ニテ殆、正常ニ垂ントセルヲ以テ、脚氣ノ場合ニ於ケル脾臟機能ノ障礙ハ、一般ニ酵素量ノ解離ヲ來タス程度トナスコトヲ得。余等ハコノ解離ヲ示ス脾臟機能障礙ヲ第一度、三酵素ノ減少ヲ示ス場合ヲ第二度トナシ、コノ分類ニヨリテ余等ガ糖尿病及ビ脚氣ニ就テ得タル成績ヲ比較セルニ

糖尿病(二十一例)

脾分泌正常	六例	二八・六%
脾分泌解離	十例	四七・六%
脾分泌減少	五例	二三・八%
脚氣(二十一例)		
脾分泌正常	十五例	四八・四%
脾分泌解離	十五例	四八・四%
脾分泌減少	一例	三・三%
		第一度
		第二度

ニシテ糖尿病ノ場合ハ第一度及ビ第二度ノ機能障礙ヲ示ス場合頗、多キニ比シ、脚氣ノ場合ハ第一度ノ機能障礙ハ頗、多キニ反シ、第二度ハ殆、無シ。即、糖尿病ニ於ケル機能障礙ノ屢、強度ナルニ對シ、脚氣ニ於ケル機能障礙ハ常ニ

- (1) Piersol and Bockus
- (2) Kusnetzow u. Michailowa

輕度ナリ、三時間中、各一時間又ハ各半時間毎ノ酵素濃度ヲ測定シ、トリプシン五〇〇單位、チアスターゼ及ビリパーゼ各六〇〇單位以上ノ最高酵素濃度ヲ示ス場合ヲ正常トナストキハ、脚氣ノ場合、トリプシン三〇〇プロセント、チアスターゼハ、四プロセント、リパーゼ二八・七プロセントニ於テ減少ヲ示スヲ以テ略、三時間法ト一致ス。肝臟・膽道及ビ膽囊疾患ノ際ハ屢、脾機能ノ障礙ヲ來タス。ピヤソル及ビボツクス⁽¹⁾ハ四十例ノ膽囊疾患患者ヲ檢シ、八五プロセントニ於テ脾酵素ノ顯著ナル減少ヲ認め、余等ハ二十七例ノ肝臟・膽道及ビ膽囊疾患ヲ檢シ、正常四七・七プロセント、解離三六・四プロセント、減少一五・九プロセントナルヲ見タリ。クス子⁽²⁾及ビミパエロフ⁽²⁾ハ加答兒性黄疸ノ際ハ、多クハ十二指腸液ノ消化力ノ減退ヲ示シ、肝硬變ノ一部、特ニ萎縮性肝硬變ニ於テモノノ減退ヲ見、膽囊炎及ビ膽石症ニテハ屢、正常ヲ示スガ、黄疸著シク、中毒症狀顯著トナレバ矢張り十二指腸液ノ量並ニ消化力ヲ減ズルコトヲ證セリ。有熱患者ニハ屢、脾酵素ノ減少ヲ來タス(稻田氏・行徳氏・倉矢及ビ柴田氏・行徳及ビ寺島氏・グレンスチル・寺島氏)。

症狀及ビ經過。胃液缺乏症ニ於ケルガ如ク、脾液缺乏症モ亦、何レノ年齢ニモ來タリ得ルガ、少年ニハ稀ニシテ、五十歳以上ニ多シ。兩性殆、同様ニ罹患ス。主觀的症狀ハ疾患ノ輕重ニヨリテ消長ヲ示シ、胃液缺乏症ト頗、類似スルヲ以テコレノ區別困難ナリ。マイヤーノ研究ニヨレバ、脾臟機能減退ハ毫モ主觀的症狀ヲ呈セヌコトアリ。通常ハ胃違和・壓感・食後膨滿感・嘔吐等ヲ訴フ。時トシテハコレ等ノ症狀ハ腸症狀ニ壓倒サルコトアリ。發作的ニ毫モ食餌性不攝生無クシテ激シキ下痢ヲ來タスコトアリ、下痢ハ數日間ニシテ止ミ、又、再發ヲ起シ、或ハ持續性トナル、爲ニ患者ハ著シク衰弱スルコトアリ。通常、腸障礙ノタメ、患者ハ初メテ醫師ヲ訪フニ至ル。コノ疾患ハ頗、慢性ニシテ數年・數十年ニ亙ルコトアリ。サレド、又、急性ノ經過ヲ取ル場合モアリ、多年繼續セル重症ガ藥劑的治療ニ依リテ一朝ニシテ快癒ヲ

(1) Bramwell
(2) Moorhead

(3) Porter

(4) Kern und Wiener

來タスコトアリ。糞便ノ性状ハ上述ノ如シ。
類症鑑別。第一ニ有機性脾臟疾患ニ就テ考慮ヲ拂フベシ。トリフシシン検査ノ成績疾患ノ經過・治療ノ效果等ヲ考察スルトキハ誤ルコト少ナシ。又、大腸加答兒ニテ胃酸ヲ缺ク場合ト誤ル虞アリ。糞便検査・治療效果等ニ依リテ決定ス。プラム・ユル⁽¹⁾及ビム・アヘツド⁽²⁾ハ脾臟性兒體格ト云フ名稱ノ下ニツノ病症ヲ記載セリ。コレハ性的兒體體格ノ外、重性慢性腸障碍ヲ來タシ、多年、下痢・強臭性脂肪便・肉下痢ヲ呈シ、脾臟製劑ノ投與ニ依リテ單ニ下痢ノ止マルノミナラズ身體ノ發育ヲ促スモノヲ云フ。

ホルテル⁽³⁾ハコノ疾患ハ單ニ脾臟ノ機能的障碍ニ止マラズシテ異常腸細菌ニ依リテ、コノ臟器ガ障碍ヲ受クル爲ナリトセリ。細菌トシテハ就中、二裂菌・大腸菌等ヲ舉グ。彼ノ觀察セルニ二歳ニテ死セル小兒ニ於テハ、脾臟ハ萎縮シ、結締組織ハ著シキ増殖ヲ示セリ。彼ハ自家ワクチン療法ヲ施シテ治愈ヲ見タルコトアリ。

療法。鹽酸缺乏ハ下痢ノ唯一ノ原因ニハアラザレドモ、鹽酸ヲ供給シテ缺乏セル胃酸ヲ補足スルヲ可トス。シカシナガラ單ニコレノミニテハ症狀ヲ全ク去ラシムルヲ得ズ。コレ輸入シ得ル鹽酸量ガ生理的ニ發生スル量ヨリ遙ニ少ナキガタメノミアラズ、寧、脾臟製劑ノ投與ヲ遙ニ有效ナリトス。脾臟製劑トシテハ特ニバンクレオンガ賞用サル。コレト共ニアチドールペフシナヲ併用スルトキハ鹽酸ハ發生期ノ状態ニ於テ胃分泌ヲ挑發ス。通常、各食毎ニ二、三錠ノアチドールペフシナヲ與ヘ、食後三乃至六錠ノバンクレオンヲ與フ。ケルン及ビウィーテル⁽⁴⁾ハピロカルピン注射ヲ賞用スルモ、グロースハコレヲ試ミテ效無キヲ認メタリ。グロースハ特ニ榮養ノ調節ニ重キヲ置キ、通常、患者ハ害ヲ悞レテ長時嚴食餌ヲ用ヒ、流動食・半流動食ニ止マルモノ多キモ、脾臟ノ機能的障碍ハ多ク神經的素因ニ依ルモノナルガ故ニ、食慾ヲ挑發シ、分泌ヲ誘起スルモノナルヲ要ス、即、香料調味ニ意ヲ用ヒ、或ハ少許ノ葡萄酒ヲ與ヘ、男患者ニハ喫煙ヲ許シ、上述ノ藥劑ヲ併用スルトキハ

(1) Grunenberg

(2) Pankreasapoplexie

(3) Chiari
(4) Autodigestion

通常效能顯著ニシテ、年來ノ下痢止ミ、體重・體力ヲ恢復シ、投藥ヲ中止スルモ症狀再發セザルニ至ル。若、再發ノ兆アルトキハ、再、短期間ノ投藥ヲ行フ。グルン・テンベルグ⁽¹⁾ハインシュリン葡萄糖併療法ニヨリ障碍サレタル肝臟・脾臟ノ外分泌機能ノ恢復ヲ來タセル症例ヲ報告セリ。インシュリン十單位ヲ用フルト共ニ四〇グラムノ葡萄糖ヲ四〇プロセントトナシ靜脈内注射ヲ行フコトヲ推奨シ、コレニヨリテ血糖減少症ヲ起セルコト無シト云フ。

第九章 急性脾臟壞疽 Akute Pankreasnekrose.

急速ニ脾組織ノ壞疽ヲ來タシ、同時ニ出血アルカ、或ハコレナクシテ中毒症狀ヲ呈シ、急速ニ死ノ轉歸ヲ取ル疾患ニシテ、ソノ原因・本體ニ關シテハ多種多様ノ説アリテ、殆、收拾スベカラズ。從ツテ現今、尙、種種ニ命名セラル。急性脾臟炎・急性出血性脾臟炎・出血性脾臟壞疽・急性脾臟壞疽ノ如シ。彼ノ細菌性化膿性疾患ニ屬スル急性、若シクハ亞急性化膿性脾臟炎トハ區別スベキモノニシテ、本疾患ハ脾組織及ビ脂肪組織ノ壞死ト出血トガソノ主徵ヲ爲ス。時トシテハ、殆、純出血ヲ呈シ、特發性脾臟出血、或ハ脾臟卒中⁽¹⁾ト名ヅケラル。コノ疾患ノ本體ヲ以テ炎症性トナスモノアリ、又、炎症ニ屬セザル壞疽ヲ主體ト考フルモノアリ、或ハ出血ヲ伴ナヒ、或ハコレナクシテ急速ニ組織ノ壞疽ヲ來タス傍、屢、炎症性變化ヲ伴ナヒ、實際ニ於テ炎症ノ有無ヲ明確ニ區別スルコト困難ナリ。蓋、經過ノ如何ニ依リテハ純化學的組織壞疽ヲ來タシ、コレニ反應性非細菌性炎症加ハル場合ニ屢、二次的細菌感染ヲ惹起シ、病竈ノ化膿・腐敗等ヲ醸成シ得ルコトハ最、可能ノコトナリ。斯カル場合ニハコレヲ出血性・化膿性及ビ壞疽性脾臟炎等ニ區別ス。一方ニハ、又、原發性化膿性脾臟炎ニ壞疽ヲ併發シ、ソノ脱落・腐敗ヲ來タスコトアリ。斯ク種種ノ移行型ノ存在スルニ拘ラズ、純急性脾臟壞疽及ビ純化膿性脾臟炎ノ兩病型ヲ區別スルコトヲ得。キヤリー⁽³⁾ハ自家消化説⁽⁴⁾ヲ唱ヘタルガ、

(1) Guleke

コレハ今日一般ニ承認セラルトコロニシテ、脾臟ガ自己ノ有スル酵素ノ作用ニヨリ組織ノ分解ヲ來タス。コレ最初、餘リ炎症ノ徵候及ビ細菌ノ關與無クシテ行ハルル事實ト符合シ、脾臟炎ノ命名ハ適セズ。グレンケ⁽¹⁾ハコレヲ急性脾臟壞疽ト命名セルガ、今日一般ノ用フルトコロナレリ。

(2) Knappe
(3) Beneke und Lewit

病理 キヤリーガ初メ解剖的見地ヨリ想像セル如ク、コノ疾患ノ共通性原因ト認ムベキモノハ脾組織ニ賦活セル脾液ノ作用スルニアリ。コノ分泌液ガ周圍ニ擴散スルトキハ腹腔内ニ散發スル脂肪壞疽ヲ來タス。又、壞死性細胞ガ淋巴管竝ニ血管ニヨリテ肝臟ニ送ラルトキハ、ソノ退行變性ヲ惹起ス。各症例ニ於テ病理解剖的變化竝ニ臨牀的症狀ニ著シキ徑庭アルヲ以テ、現今、重要視サルル問題ヲ一覽的ニ記述スレバ

一、脾臟組織ノ壞疽。多クノ學者ハ脾臟組織ノ壞疽ヲ原發性現象ト認ムルガ、クナベ⁽²⁾ハ血行停滯及ビコレニ追從スル滲透ヲ擧グベキケ及ビレヴツト⁽³⁾ハ血管ニ比較的短時間指壓ヲ加ヘテ局部貧血性壞疽ヲ來タシ、又、他ノ研究者モ血行障礙ニ依ツテ同様ノ結果ヲ得タリト雖、コレハ唯、除外例ニ過ギズシテ、脾臟壞疽ノ大多數ノ説明トハナラス。輸脾管結紮ニ依ツテ特ニ消化ノ最、盛ナルトキニコレヲ行ヒ、分泌液ノ人工的停滯ヲ起サシムレバ壞疽的現象ヲ助長スルヲ認メタレドモ、注意シテコノ方法ヲ行フトキハ、脾臟ノ緩徐ナル萎縮及ビ結締織硬化ヲ來タス。

(4) Seidel

急性壞疽ヲ惹起スニハ他ノ因子、タトヘバ脾液酵素、就中、トリフシゲンノ賦活ヲ招來スル如キ作用ヲ必要トス。コノ因子ハエンテロキナーゼ。十二指腸内容・細菌・細菌酵素又ハ他ノ方法ニ依ツテ傷害サレル脾細胞ヨリ遊離セル細胞酵素等ニ依ル。十二指腸内容・有菌性膽汁・腸粘膜越幾斯⁽⁴⁾活性トリフシン溶液等ヲ主輸脾管ニ注射スルトキハ、人類ニ於ケル脾臟壞疽ト同様ノ像ヲ生ズルヲ得。ザイデル⁽⁴⁾ハ自然ノ状態ヲ出來ルダク模倣スル意味ニ於テ、先、胃腸吻合ヲ行ヒ、十二指腸内容ヲウイルスング氏管ノ開口部ノ邊ニ滯留セシメ、ウ氏管中ニ細菌浮游液ヲ注射スルノニテハ不十分ナレドモ、コノ管ヲ結紮シ、膽囊ニ細菌ヲ入ルルトキハ、コレガ總輸脾管ヲ經テ脾細

(1) Oser

胞ニ作用シ、ソノ壞疽ヲ來タス、ソノ他、ステアフィンモ亦、壞疽構成ニ關係アリ。オーゼル⁽¹⁾ハ一千八百九十六年、油ヲウ氏管ニ注入シ、同時ニ脾體ヲ壓搾シテ同様ノ結果ヲ得、ヘスハ唯、オレフ油ノ注入ニヨツテコレヲ惹起シタリ。膽汁ハステアフィン⁽¹⁾ニテラズ既ニ賦活セルトリフシン⁽¹⁾一層賦活スル作用アルガ、オレフ油ニハコノ作用ハ認めラズ、故ニ、コレガ作用ヲ顯スニハ石鹼ヲ生ズルカ、油酸ヲ生ジ、コレガ壓力ト共ニ脾細胞ニ作用シテソノ壞疽ヲ來タスト云フモ、ザイデルノ注意深キ追試ニ依レバ、トリフシン賦活物質注入ノ際ニ於ケルガ如ク確實ナルモノニアラズ。

(2) Eichelter

上述ノ動物實驗ヲ人ノ脾臟壞疽ノ病理ニ適用セントスレバ、第一ニ膽石症ヲ擧グベシ。即、コノ際ハ輸脾管ニ分泌液ノ滯留ヲ來タシ易シ。サレド、十二指腸内容ガコレニ逆流スルタメトハ一寸考ヘ難キモ、總輸脾管ニ出テ來タレル膽石ハフリーテル氏乳頭ノ開口部或ハ副輸脾管ヲ擴張シ、殊ニ後者ハウ氏管ニ比シ開口部ノ傾斜少ナキヲ以テ異常巨大開口ヲ呈スルコトアリ、但、コレハ除外例ニ屬ス。又、膽道疾患ニテハ屢、膽汁ニ細菌感染アリ、コノ細菌ハ十二指腸又ハ膽道ヨリ脾臟ニ達ス。アイペルテル⁽²⁾ハ膽道手術百三十例中、十五例、即、全數ノ一・五フロセントニ於テ脾臟壞疽ヲ見出シタリ。又、淋巴系ヲ通ジテ感染スルコトアリ。コノコトハ壞疽性脾組織ニ最初、著シキ細菌叢ヲ認メス事實ニ依ツテ反證トナスヲ得ズ、蓋、細菌ハ最初、唯、トリフシンニ對スル賦活者ノ働キナシ、後期ニ至ツテ初メテ細胞組織ニ集積スルヲ以テナリ。

(3) Balsler

二、出血。脾臟組織ノ出血ハ稀ニハ壞疽無クシテ動脈硬化・靜脈ノ鬱血・新生物・外傷等ニ依ツテ發生スルコトアリ。コノ特發性出血ハ臨牀的竝ニ解剖的ニ壞疽ニ依ルモノト區別スルコト困難ナリ。蓋、出血ガ起レバ腺組織ノ生存力ヲ害シ、壞疽ヲ來タシ得ルヲ以テナリ。一般ニハトリフシンノ消化作用ニ依ツテ壞疽ヲ來タス際、同時ニ脈管壁ヲ害シ出血ヲ來タス。コノ出血量ト壞疽組織トノ量的關係ハ種種ニシテ、出血ガ主ナルトキハ脾臟卒中若クハ脾臟出血ト名ヅク。三、脂肪組織壞疽。脾臟壞疽ノ大多數ニ於テ脾臟周圍ニ多數ノ小ナル白色ヲ呈スル病竈ヲ認ム。一千八百八十一年バルセル⁽³⁾ハコレヲ脂肪壞疽ト名ヅク、唯、彼ハコレヲ誤リテ脂肪細胞ノ過剩増殖トナシタリシガ、キヤリー⁽³⁾ハソノ退行變性ナルヲ認メ、現今、廣ク用

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| (12) Lattes | (8) Rudolph | (1) Fitz |
| (13) anaphylaktischer Shock | (9) Fischler | (2) Katz u. Winkler |
| | (10) Rostock | (3) Hildebrandt u. Dettmer |
| | (11) Plexus coeliacus | (4) Flexner |
| | | (5) Truhart |
| | | (6) Körte |
| | | (7) Wiesel |

ヒラルル如ク脂肪組織壞疽ト名ツケタリ。ブランダールハココレヲ消化酵素ノ作用ニ依ツテ發生スルモノトナシ、スツツ⁽¹⁾ハ脾臟疾患ノ結果ナルヲ明ニセリ。カッツ⁽²⁾及ヒウシク⁽³⁾、ヘルデブランド⁽⁴⁾及ヒデット⁽⁵⁾、フレクス⁽⁶⁾、スチル⁽⁷⁾、ツルハルト⁽⁸⁾、ケルテ⁽⁹⁾ノ他ノ人人ノ研究ニヨリ、コノ關係ハ疑フ餘地無キカ如シ、唯、脂肪組織壞疽ハ分泌液ガ容易ニ達シ得ル腺ノ近傍ニ止ラズ、腹腔内ニ散在性ニ發生スルコトニ對シ、説明困難ナルガ、ヘスハコ⁽¹⁰⁾ハ分泌液ガ飛散シテ健康腹膜ニ進入スルタメナリト説明シ、グレケ⁽¹¹⁾ハウルス氏管ニ舌狀瘻孔ヲ作りテ脾液ヲ腹腔ニ誘導シ、コレヲ發生シ得タリ。一方ニハ壞疽脾臟組織ノ碎片ト共ニリパーセガ淋巴管ニヨツテ撒布サルルニヨルコトモ可能ナリ。コレハ脾臟疾患ノ際、肝組織ニ多發性壞疽ヲ來タス事實ニ一致シ、ウーゼ⁽¹²⁾、ルード⁽¹³⁾、ル⁽¹⁴⁾、フ⁽¹⁵⁾、シ⁽¹⁶⁾、レル⁽¹⁷⁾等ノ研究ニ據レバ、門脈血ニ脾臟細胞ノ栓塞ヲ來タスニヨル。ロストツク⁽¹⁸⁾ハ脂肪組織壞疽ノ瀰蔓經路ヲ研究シ、ソノ可能性トシテ、(一)接觸作用、(二)血行性瀰蔓、(三)淋巴行性瀰蔓ノ三種ヲ舉ゲ、前二者ハ從來ノ報告ニヨリテ確實ナルヲ以テ、淋巴性瀰蔓ヲ確ムルタメ犬ニ就テノ實驗及ヒ臨牀的研究ニ依ツテ淋巴道ト脂肪組織壞疽トハ密接ナル關係アリ、又、人間ヨリ得タル標本ニ於テ淋巴管ガ直接ニ壞死シテ脂肪組織内ニ開口シ居ルコトヲ明カニ認メ、淋巴行性瀰蔓經路ヲ闡明セリ。

四、壞疽脾組織ノ毒作用。脾臟壞疽ノ際ハ重篤ナル全身症狀ヲ起シテ急速ニ死ヲ來タスガ、ソノ原因ニ就テハ最初、フリードリッ⁽¹⁹⁾、ビ⁽²⁰⁾ノ如キハ内臟動脈軸叢⁽²¹⁾ノ反射作用ニ歸シタルガ、フォン、ベルグマン⁽²²⁾及ヒグレケ⁽²³⁾ハ脾組織ヲ腹腔内ニ移植スルコトニ依リ、同様ノ症狀ヲ起シ得タルノミナラズ、豫、動物ニトリアシン注射ヲ施シテ抗體ヲ高メ置⁽²⁴⁾キハ著シク症狀ノ發生ヲ輕減スルコトヲ得、中毒說ガ一般ノ承認スルトコロトナレリ。彼等ハ最初コレヲ以テトリアシン中毒ト考ヘタルガ、後ニハトリアシンノ作用ニ依ツテ脾組織中ニ生ゼル有毒成分ニ依ルコトヲ主張スルニ至レリ。蓋、中毒症狀ハ血液ノ抗トリアシン量ノ上昇ト並行セズ、又、トリアシンヲ如何ニ精製スルモ唯、消化力ノミヲ保持シテ毒作用ノ消失ヲ來タサシムルヲ得ザルヲ以テナリ。唯、コノ反應性生産物ハ如何ナルモノナリヤガ問題ナリ。ウルグム⁽²⁵⁾トガ脾液中ニヘモリジンヲ發見シテ以來、コレガ關係アルベント考ヘラレタルモ、臨牀的症狀ガ毫モヘモリゼニ相當セズ、ヘスハリパーゼノ作用ニ依ツテ生ズル石鹼ノ作用ニ歸セントセルモ、コレヲ反證スル事實アリ。ラツテス⁽²⁶⁾ハ脾中毒症狀ガ過敏⁽²⁷⁾、症⁽²⁸⁾、性⁽²⁹⁾、衝⁽³⁰⁾、動⁽³¹⁾ニ一致スルコトヲ證明セリ。コレ新鮮ナ

- | | |
|-------------------------|--------------|
| (2) Ruppner | (1) Kircheim |
| (3) Schweizer | |
| (4) Thorel u. Leonhardt | |

ル脾組織ノ越幾スハ比較的毒性少ナキモ、自家融解ヲ來タセルモノハ頗、強毒性ナル事實ト一致ス。ミ⁽³²⁾、レル⁽³³⁾及ヒビンク⁽³⁴⁾スハコノ事實ヲ確認セルノミナラズ、脾組織ノ刺戟ニ依ツテ毒性分泌液ヲ發生スルコトヲ證明セリ。コノ物質ハアセトンニ依ツテ抽出スルヲ得、抽出シタル殘部ニハ純トリアシン作用殘リ、コノモノノ小量注射ハアンチトリアシンヲ生ジ、大量ハ生存組織ノ消化・血壓降下・腸筋ノ緊張減少等ヲ惹起スガ、典型性ノ中毒症狀ヲ來タサズ、即、コノ中毒症狀ハ組織ノ分解産物ノミガ問題トナリ得ルモノニシテ、フォン、ベルグマン⁽³⁵⁾及ヒグレケ⁽³⁶⁾ノ到達シ得タル防禦作用ハ、斯カル分解産物ニ對スル抵抗力ノ一般の上昇ニシテ、特殊ノ抗毒素生成ニ依ルニアラザルベシ(キルビハイム⁽³⁷⁾)。

原因 先、年齢ニ就テ考フルニ、一定ノ關係無キモ、四十歳乃至六十歳ノ男子ガ最、多ク罹患スル傾向アリ。コレコノ疾患ノ發生ヲ促ス多クノ害毒ハ成熟男子ニ最、頻繁、且、顯著ニ作用スルヲ以テナリ。サレド、七十歳以上ノ患者モアリ、又、二十歳乃至四十歳ノ患者モ少ナカラズ。十九歳、十六歳、生後九ヶ月ノ男子ナドノ罹レル報告アリ。一般ニハ男子ノ方、女子ニ比シテ罹患率大トセラル。ル⁽³⁸⁾、ツバン⁽³⁹⁾、テル⁽⁴⁰⁾ニヨレバ、四十歳乃至六十歳ノ中年ノ人ニ最、多ク起リ、小兒期ニ起リタル例モアリ、以前ノ見解トハ反對ニ現今ノ統計ニテハ女子ノ方、本症ヲ起シ易シト。シ⁽⁴¹⁾、ワイ⁽⁴²⁾、ツ⁽⁴³⁾ノ統計ニヨレバ、男五十三、女四十六ノ割合ナリ。患者ノ大部分ハ脂肪肥胖症ヲ呈スルコトハ特ニ注目ニ値ス。就中、脾臟ニ於ケル脂肪組織ノ著シキ發達ヲ舉グル人アリ(トーレル⁽⁴⁴⁾及ヒシオン⁽⁴⁵⁾ハルト⁽⁴⁶⁾)。シカシナガラ、急性脾臟壞疽ノ發生原因ヲ脂肪肥胖症ニ歸スルヲ得ズ、蓋、著シク羸瘦ヲ呈スル人モ罹患スルコト稀ナラザルヲ以テナリ。脂肪肥胖症ト共ニ患者ハ屢、大食ヲ爲ス習慣ヲ有ス。急性發作ハ屢、大食ニ續發ス。ウルム⁽⁴⁷⁾ス及ヒグレケ⁽⁴⁸⁾等ノ報告ニ據レバ世界大戰中、及ビソノ後ハ獨逸ニ於テ急性脾臟壞疽、頗、少ナク、ソノ原因ハ營養不十分ノ爲ナリト。慢性酒精中毒モ一定ノ關係アリ、特ニ脂肪肥胖症ヲ伴フトキ然リ。唯、酒精濫用ガ血管傷害ヲ經テ脾臟ニ有害ニ働クコトニ就テハ確證無シ。慢性血管疾患、就中、動脈硬變ハ腺組織ノ營養障礙ヲ來タシ、コノ疾患ノ發生ヲ助長スルコトアリ。閉塞性動脈内

- (1) Märten
- (2) Egdahl
- (3) Dietrich
- (4) Zoepffel

被炎・栓塞・血塞・血管痙攣並ニコレニ依リテ起ル局部的貧血等ガ一時性若シクハ恒久性ニ脾臓ニ變化ヲ起シ、細胞ノ抵抗力ヲ弱メ、脾液ノ消化作用ニ打勝タルコトアリ。微毒モ亦、原因ノ中ニ數ヘラレ、又、慢性脾臓炎ガ急性脾臓壞疽ノ根柢ヲ爲スコトアリ。メルテンス⁽¹⁾ハ産褥中ニ起レル急性脾臓壞疽ノ一例ヲ經驗シ、コレト從來ノ文獻トヲ綜合シテ、分娩ト本症トノ間ニハ直接原因の關係無キモ、妊娠ガ膽石ノ存在スル場合ニ本症ノ誘因トナリ得ルモノトナス。急性脾臓壞疽ノ際、屢、同時ニ重症膽道疾患ヲ伴フ點ヨリ、兩疾患ノ密接ナル關係ガ考ヘラル。外科醫ガ注意ヲ拂フニ從ヒ、兩疾患ノ併發ハ益、頻繁トナレリ。エグダ⁽²⁾ル(一九〇七年)ハ脾臓疾患ノ四二プロセントニ於テ膽石症アルヲ發見シ、マトリビ⁽³⁾(一九一四年)ハ六二・五プロセントニ於テ、ケルテハ三分ノ二ノ例ニ於テ、メーヨハ八一プロセントニ於テコレヲ發見シ、ツェベル⁽⁴⁾(一九二一年)ハ十一例中十例ニ於テコレヲ發見セリ。然ラバ如何ニシテ、膽道疾患ガ急性脾臓壞疽ヲ誘發スルヤハ探究ヲ要スル問題ナリ。臨牀的竝ニ動物實驗的觀察ヨリ考フルニ、種種ノ可能性アリ。先、機械的障礙ヲ舉グベシ。膽石ガローテル氏乳嘴ヲ經テ徐徐ニ通過スルカ、長時日、脾臓中ニ嵌頓スルトキハウルス稍、小ナル石ニテ乳嘴ニ嵌頓スルモ、ローテル氏竇ヲ充タスニ至ラザルトキハ玆ニ停滯スル膽汁ガ輸管ヨリ輸管ノ方ヘ流入シ、機械的障礙ニ加ヘテ化學的傷害ヲ及ボスニ至ルコトアリ。蓋、膽汁ハ脾液、就中、リパーゼノ作用ヲ數倍強ムル働アリ、特ニ有菌性膽汁ニコノ作用強ク最、危險ナリ、即、コレニ依ツテ脾液ハ賦活サレ、分泌液ノ停滯ノタメ、輸管系ノ内壓高マリ、ソノ壓迫ニ依リテ腺細胞ノ抵抗力ヲ阻害シ、兩兩相俟ツテ脾臓壞疽ニ必要ナル條件ヲ具備スルコトナル。シカシナガラ實際ニ於テ急性脾臓壞疽ノ際、乳嘴ニ膽石ノ嵌頓シ居ルコトハ比較的稀ナリ(ケルテハ四十四例中二例、ツェベルハ十一例中三例)。又、膽石ガ介在シテ乳嘴ノ哆開ヲ來タシ、十二指腸内容ガ輸管系ニ進

- (1) Clairmont und Schinz
- (2) Marchand
- (3) Bera
- (4) Vinary
- (5) Ghedini
- (6) Drasche
- (7) Shea

- (8) Vierordt
- (9) Eberle
- (10) Gooch
- (11) Simmonds

入スル機會モ餘リ考フルヲ得ズ。蓋、脾分泌液ノ流出ノタメ進入十二指腸内容ハ容易ニ再、流出スベク、又、十二指腸内壓ノ高マル際ニハ十二指腸壁ヲ斜ニ走ルウルスング氏管ヲ壓迫シ、腸内容ガコレニ進入スルヨリハ腸壁ノ裂開ヲ來タスベシ。クレルモント及ビシンツ⁽¹⁾ノ研究ニヨレバ、ローテル氏乳嘴ノ附近ニ於ケル憩室ガ總輸管ノ停滯ヲ來タシ、脾液ヲ賦活シ、急性若クハ慢性脾臓炎ヲ惹起シ、急性脾臓壞疽ノ原因トナルコトアリト云フ。サントリニー氏管ガ主輸管ヲ爲ス場合(約一〇プロセント)ハ腸ニ開ク部ニ乳嘴ヲ缺キ、閉塞ガ不十分ノタメ腸内容ガ輸管中ニ逆流シ易シ(オピー)。オピー及ビミーキンスノ一例ニ於テハサントリニー氏管中(二ミリメートル)太サノツンデガ樂ニ插入スルヲ得、ソレヨリ出血性脾臓壞疽ヲ起シテ死ノ轉歸ヲ取リタルモノナルガ、唯、僅ノ脾組織ガウルスング氏管ノ周圍ダケニ健在セルコトヲ認メタリ。

尙、膽道感染ヨリ細菌ガウルスング氏管ヲ經、或ハ總輸管ヨリ直接周圍ノ脾組織ニ傳染ス。又、急性膽囊炎ニテ總輸管ニ感染無クモ、淋巴系ヲ經テ脾頭ニ達スルコトアリ。シカシコノ際ハ寧、化膿性脾臓炎ヲ惹起シ、急性脾臓壞疽トハナラズ。蛔蟲ガ輸管ニ迷入シ、本症成立ノ誘因或ハ局所素因トナリタル報告アリ。マルヤン⁽²⁾ハ一千九百二十一年マデノ文獻ヲ涉獵シ、脾臓内蛔蟲三十一例ヲ報告セリ。ベラ⁽³⁾・ヴィナリー⁽⁴⁾・ゲヂニー⁽⁵⁾・ドラツシ⁽⁶⁾・シア⁽⁷⁾等ハ蛔蟲ノ輸管閉塞ニヨリ急劇若クハ漸進的脾液停滯ヲ來タシ、蛔蟲ト同時ニ搬入セラレタル腸内細菌ニヨリテ急性脾臓炎、又ハ脾臓膿瘍ヲ惹起セル症例ヲ記載セリ。フヤオルト⁽⁸⁾・エベルシ⁽⁹⁾等ハ膽道内蛔蟲症ニ續發シテ脾臓内蛔蟲迷入ヲ來タシ、脾臓膿瘍及ビ壞疽ヲ起セル症例ヲ報告セリ。室谷氏・泉氏・石川氏ハ蛔蟲卵ニヨリテ慢性脾臓炎ヲ記載セリ。急性脾臓壞疽ノ場合ニ輸管管内ニ蛔蟲卵ヲ發見シ、コレヲ報告セルハゴツボ⁽¹⁰⁾(一九一一年)ヲ嚙矢トシ、次デシモンズ⁽¹¹⁾(一九一五年)モ同様ノ症例ヲ報告シ、本症成立ニ蛔蟲ガ大ナル關係

- (1) Rigby
- (2) Pfanner
- (3) Baider

ヲ有スルコトヲ述ベタリ。ソノ後、野口氏・リグビー⁽¹⁾各一例、ブランチル⁽²⁾及バイデル⁽³⁾各二例ヲ報告シ、急性脾臟壞疽ト蛔蟲トノ關係、漸ク、學者ノ注目スル所トナルルガ、菅原氏(一九二七年)ハソノ脾管迷入ニ依リ起レル脾臟脂肪壞死ノ一例ヲ報告シ、泉山氏(一九二八年)ハ定型的急性脾臟壞疽二例ニ於テ、脾管内ニ蛔蟲ノ深く迷入シ、多數ノ蟲卵及ビ細菌ノ集積ヲ來タセルヲ認め、精細ナル檢索ニヨツテ蛔蟲ガ本疾患成立ノ誘發原因タルベシト結論セリ。脾臟ノ外傷ハ、脾臟壞疽ノ發生ニ對シ重要ナル意義ヲ有シ、打撲若クハ銃創ニヨツテ重症脾臟壞疽ヲ來タン、死ノ轉歸ヲ取ルニ至ルコトアリ。米大統領マ・ツキンシーハ銃創ニ基ツク脾臟壞疽ニヨツテ敢無ク斃レタリト云フ。又、膽石手術後ニ急性脾臟壞疽ヲ起シテ死ノ轉歸ヲ取レル症例ノ報告アリ。

病理學 脾組織ハ種種ノ程度ニ壞疽ヲ呈シ、所ニ出血竈・黃白色ノ脂肪組織壞疽竈ノ散在ヲ認め、血漿液性ノ滲出液ニテ圍マレ、脾後腹膜囊ハコノ滲出液ニテ充滿ス。病症スデニ著シク進行セル場合ニハ、コノ腹膜囊ハ濁濁シ、褐色ヲ呈シ、時ニ腐敗ヲ來タセル液ニテ充タサル。コノ液中ニハ壞疽ヲ來タセル脾臟ノ殘骸、脂肪化シ、且、出血ヲ交ヘタル碎片・凝血等ノ浮游スルヲ見、腸間膜血管ハ索狀ヲナシテ、ソノ中ヲ貫通ス。コノ病の物質ハ腹膜後方ヲ左腰部ニ向ツテ進出シ、若クハ穿孔ヲ經テ腸内又ハ腹腔内ニ進入スルコトアリ。腹腔内ニハ無菌性ノ血漿液性滲出液ヲ見ルコト多ク、コレトモニ主トシテ脾臟周圍若クハ全腹腔内ニ散在スル脂肪組織壞疽及ビ小出血ヲ見ル。時トシテハ前述ノ如ク、出血ガ主像ヲ呈シ、脾臟卒中ト名ヅクベキ狀態ヲ示シ、出血少ナキトキハ壞疽ヲ來タセル脾組織ガ唯褐色ヲ呈スルニ過ギズ。サレド、顯微鏡的ニハ所所、赤血球ノ集合セル出血竈ヲ認ムルヲ常トス。脾臟周圍ニハ小ナル點狀出血竈ノ散在ヲ認め、最初、脾臟ハ水分ヲ吸收シテ膨脹シ、後ニ碎片狀分解物トナツテ收縮ス。顯微鏡的ニハ細胞核ハ染色力ヲ失ヒ、數日ノ經過ニテニ腺房造構ハ失ハル。部分的或ハ限局性壞疽ニ於テハ周圍ニ區劃性炎ヲ起ス。反應性炎症ガ發生スルトキハ脾臟ハ硬化シ、分解部ノ吸收後ハ慢性脾臟炎ノ像ヲ呈スルニ至ルコトアリ。

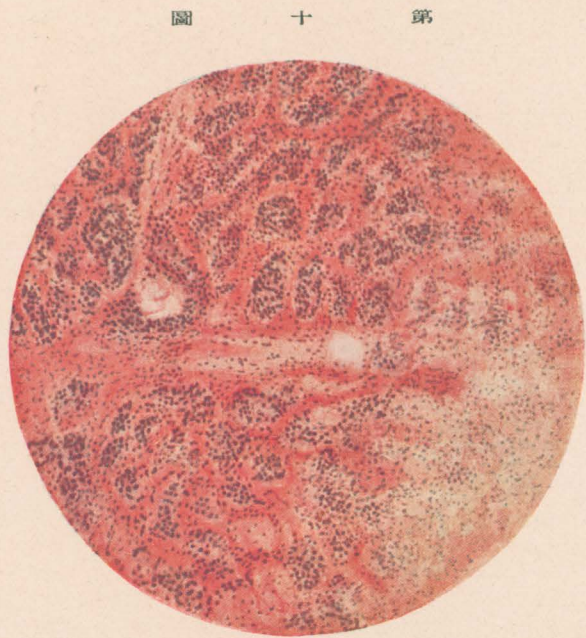
脂肪組織壞疽ハ殆、常ニ散在性ニ帽針頭大乃至水晶體大ノトキニハ、紅縁ヲ以テ圍マレタル斑點若クハ索狀ヲナン、脾臟内外ノ脂肪組織ハ勿論、全腹腔内乃至ハ心竇膜、肋膜ニ及ブコトアリ。コレハ漿膜ニアリテ白黃色ノ濁濁シ、若シクハ輝ク斑點トシテ透視サル。顯微鏡的ニハ毫モ核染色ヲ來タサズ、脂肪組織網中ニハ滴狀遊離脂肪酸・脂肪酸石灰粒・脂肪酸針狀結晶ニテ充滿シ、一部ニハ尙、細胞排列ヲ認ム。

肝臟ニハ壞疽ヲ來タセル脾組織碎片ノ栓塞ヲ來タス結果、散在性壞疽ヲ來タスコトアルハ前述ノ如シ。

症狀 (一) 全身症狀 本病ニハ時トシテ不定ノ消化違和若シクハ、痲痛ノ前驅ヲ見ルコトアリ。コレハ屢、見ル潛在性膽石症ニ依ルコトアリ。患者ハ、通常、中年若シクハ

高年ノ脂肪肥胖ヲ呈スルモノニシテ、屢、大食ニ續イテ急遽、上腹部ニ於ケル猛烈ナル疼痛・嘔吐・虛脫性全身症狀ヲ來タス。

疼痛ハ一時輕減スルコトアルモ更ニ一層ノ劇痛再來ス。便通ハ止ミ、上腹部ハ膨滿シ、壓痛ヲ訴フ。體溫ハ平溫以下トナリ、脈搏ハ小ニシテ頻數、顔面憔悴シ、四肢ハ冷汗ニテ蔽ハル。意識ハ死ヲ來タスマテ明瞭ナルヲ常トス。コノ初期症



(ル據ニ氏スーログ) 疽壞臟脾性急

(1) Anamnesis

狀ヲ幸ニ經過スルトキハ先、注腸ニ依リテ瓦斯竝ニ糞便ノ排泄ニ好徵現ハレ、體溫正常以上トナリ、脈搏恢復、嘔吐止ミ、上腹部ニ於ケル局限性腹膜炎ノ症狀前庭ニ現ハル。即、上腹部ニ於ケル膨滿及ビ壓痛・腹筋緊張ヲ來タス。若、外科的療法ヲ施サザレバ、コノ時期ニ於テモ屢、死ノ轉歸ヲ取ルニ至ル。シカシナガラ、又緩徐ナル自然治療ヲ來タシ、若シクハ膀胱周圍ニ膿瘍ヲ生ズルコトアリ。

(二)特殊症狀。病前史⁽¹⁾及ビ發病。病前史ニ膽石症ヲ見出スコト多シ、シカシナガラ、屢、定型性ニアラズシテ、唯、不定疼痛・痙攣等ヲ舉グルニ過ギザルコトアリ。ケルテハ斯カル不定疼痛發作ノ一部分ハ既ニ輕症急性膀胱炎トナシ、膽石手術ノ際ニ屢、膀胱硬化及ビ附近ニ小脂肪組織壞疽ヲ認ムル點ヨリ一層ソノ事實ナルヲ想ハシム。時トシテハ前驅症狀トシテ腹痛・下痢・便秘等ヲ來スコトアリ、コレハ殊ニ壞疽ガ通常ノ如ク輸尿管道ヨリ來ラズシテ腹膜後方疾患ヨリ傳播スルトキニ認メラル。

疼痛。上腹部ニ於ケル痙攣性疼痛ハ最初ヨリ極メテ劇烈ナリ、不幸ナル轉歸ヲ取ル場合ハ多少ノ消長ハアルモ最後マデ繼續ス。又、他ノ場合ハ漸次輕減シテ腹膜炎ニ於ケルガ如キ一般の疼痛トナル。最初ハ多クハ劍狀突起ノ直下正中線ニアルモ、多少左右ニ偏スルコトアリ。觸診ヲ行ヘバ疼痛増進ス、後期ニハ全腹部ニ一樣ニ擴リ、全般的腹膜炎ノ危険ヲ來タシ、又ハ化膿部ノ沈降ニヨリ左腰部ニ蔓延スルコトアリ。

嘔吐。コレモ初期症狀ニ屬シ、多クハ頻發シ、吐出量モ多量ニシテ一日一〇リテニ達スルコトアリ、屢、膽色素ニテ染色ヲ呈ス。稀ニハ血液ヲ交ヘ、若シクハ珈琲沈渣狀ヲ呈ス、糞臭ヲ呈スルコト無シ。虚脱期ヲ經過スレバ嘔吐減ズルモ、後期ニ於テ再現スルコトアリ、吃逆ヲ見ルコト多シ。黄疸ハ必要ノ症狀ニアラズ、唯、同時ニ膽石症、又ハ他ノ膽道疾患アルトキニコレヲ見ル。

- (1) Wolff
- (2) v. Zeschwitz

腹部。通常、氣腸性膨滿ヲ呈シ、上腹部特ニ左側著シ、蠕動波ヲ認ムルコトハ寧、例外ナリ。觸診ヲ行フニ直腹筋緊張シテ所謂、防禦性緊張 (Defense musculaire) ヲ呈ス。サレド、壓痛ハ腹膜炎ニ於ケルガ如ク強度、且、廣汎ナラズ、唯、末期ニ於テ腹膜ガ著シク侵サルルニ至リテ腹膜炎ニ於ケルト同様ノ現象ヲ呈ス。血漿液性滲出液ハ既ニ早ク生ズルモ無菌性ニテ且、量多カラザルヲ以テ、餘リ臨牀的症狀ヲ現サズ。胃及ビ小腸等ノ上腹部空洞臟器ハ空氣枕様ニ膨隆シ、ソノ間ニ横走スル膀胱後腹膜囊ノ緊張壁若シクハ膨脹セル膀胱ノ抵抗ヲ觸知スルヲ得。尙、膿瘍ヲ生ズルニ至レバ一層顯著トナリ、又、ソノ中ニ瓦斯ヲ生ズレバレントゲン照射、若シクハ寫眞ニ依リテコレヲ證明スルヲ得。

便通。最初ハ全ク止ミ、瓦斯モ最初ハ全ク出デザルヲ以テ、多クノ場合、上部ノ腸閉塞ト誤ラル。通常ハ注腸ニ依リテ便通開ケ少ナクとも、瓦斯ノ排泄ヲ見ル。初期下痢ヲ來タスコトハ例外ナリ。發作發生後、便通アルトキハコレニ就テ膀胱機能障礙ヲ認ムルヲ得。即、糞便ハ脂肪ニ富ミ、多量ノ筋纖維殘存ヲ示シ、トリプシン及ビヂェスターゼ減少シ、若シクハ缺乏ス。シカシコレノミニ依ツテ診斷ヲ下サントスルハ不可ナリ。屢、便通ヲ缺キ、又、便通アルモ斯カル重篤狀態ニ於テハ膀胱液分泌ノ反射的阻止作用起ルコトアルヲ以テナリ。初期、吐糞症症狀ノ發生ニ關シテハ見解ノ一致ヲ見ズ。コレハ上部小腸ノ麻痺ニヨルモノニシテ、閉塞ニ依ルモノニアラズ。ウルフ⁽¹⁾ニ據レバ、膀胱素ガ腸動脈中ニ進入スルタメ、肝臟ニ於ケルガ如ク腸壁ノ限局性壞死ヲ來タスニヨル。フオン、ツェヒウツ⁽²⁾ハ腸間脈管ノ壓迫ノタメニ腸麻痺ヲ起シタルナラント思ハルル例ヲ實驗セリ。サレド、大部分ハ膀胱後腹膜囊ノ前壁ヨリ滲透シタル酵素ノ化學的刺戟ガコノ麻痺ノ原因ト認ムベキモノナリ。

尿。ハ最初ハ量少ナク、多クハ多少ノ蛋白質ヲ含有ス。糖ノ存在ハ診斷上大ナル意義ヲ有スルモ、多クハ證明セズ。血尿ハ極メテ稀ナリ。インヂカンハ極メテ弱陽性ヲ呈スルニ過ギズ、コレハ腸閉塞トノ鑑別ニ重大ナル意義ヲ有ス。カミヂ氏

(1) Seidel

- (2) Roloff
- (3) Unger und Heuss
- (4) Janker
- (5) Rostock
- (6) Walzel
- (7) Skoog

反應ハ餘リ信賴スルヲ得ズ。
 血液ニハ白血球及ビデファスターゼノ増加ヲ見、又レヴィー氏アドレナリン反應陽性ヲ呈スルコトアリ。
 (二) 経過。多クハ急性ニシテ急速ニ死ヲ來タス。又、初期症狀ニ續イテ稍、遷延性ノ局所的腹膜炎症狀ヲ呈シ、外科手術ヲ施サザレバ豫後疑ハシ。然シナカラ遷延性トナリテ後、合併症ヲ起サズシテ治癒ヲ來タスコトモアリ。多クハ二次的ニ脾後腹膜囊、左側腰部・横隔膜下等ノ膿瘍・胸膿・門脈栓塞・軟化等ヲ來タス。ザイデル⁽¹⁾ニヨレバ、出血ガ主ナル場合ト、壞死ガ主ナル場合トノ間ニ經過ノ相違アリ。前者ニ於テハ多クハ迅速ナル經過(二日)ヲ取り、六日以テ上ヲ經過スル場合ハ通常極メテ少許ノ出血ヲ示スニ過ギズ。

診断 診断ハ特ニ膽石症症狀ノ前驅無キ場合、最初、頗、困難ナリ。上部ノ腸閉塞トノ區別ハ人工的ニ瓦斯乃至糞便ノ排出ヲ招來スルモ、症狀ニ變化ヲ來タサザルコトニヨリ知ルヲ得、尿ニインヂカン反應無キコト若シクハ頗、弱キコト、嘔吐ノ輕減スルコト、腸強直ノ見エザルコト等、時ニ診斷上大ナル價值ヲ有ス。急性腹膜炎トノ區別ハ腹部ノ慎重ナル觸診ニヨリ決定ムルヲ得ルコト多キモ、胃及ビ十二指腸潰瘍ノ穿孔ハ當初、脾臓壞疽ト同様ノ症狀ヲ呈ス。陽性症狀トシテ糖尿ハ遺憾ナガラ頗、不定、カミチ氏反應モ信賴スルヲ得ズ。血液竝ニ尿ニ於ケルデファスターゼ量ノ増加ハ頗、價値アリ。ロロツフ⁽²⁾ハ特ニ急性脾臓壞疽ノ診斷ニ尿中デファスターゼ定量ヲ推賞シ、必、ソノ増加アルヲ述ベ、陰性ノ場合モ亞急性ノ脾臓壞疽ハ除外スルヲ得ズ。又、デファスターゼ増加ハ疾患ノ重サヤ經過トハ無關係ナルヲ認メタリ。ウンゲル⁽³⁾及ビホイイス⁽⁴⁾・ヤンケル⁽⁴⁾・ロストツク⁽⁵⁾・ワルツェル⁽⁵⁾等モ同様、本法ノ診斷的價値大ナルヲ擧ゲ。スコーグ⁽⁶⁾ハウォルゲムート法ニテ尿中デファスターゼ含有量ヲ檢シ、健康者ニ於テハデファスターゼ量ニ乃至二二八、大多數ハ一

(8) Walzer

- (1) Alfred
- (2) Ehler
- (3) Bernhard
- (4) Jorns
- (5) Kreiner
- (6) Hirschhorn u. Selinger
- (7) Gleinitz

六乃至三二ニテ手術・剖檢等ニヨリ脾臓炎ナルコトヲ確メタル九例ニ於テハ、何レモ一〇二四乃至二〇四八、又多分脾臓炎ナラント思ハルル十二例ニ於テハ五二乃至八一九二、膽石症五十一例中五例ニ於テハ五二乃至一六三三四、膽石症兼膽囊炎八十例中、八例ハ五二乃至三二七六八ナリシト云フ。但、アルフレツド⁽¹⁾ニ據レバデファスターゼ低キモ脾臓疾患ハ否定サレズ、完全脾臓壞疽死ノトキハ却、低シト云ヒ、小山氏等ノ例ニ依ルモ、低キ場合アルコトヲ記憶スルヲ要ス。エーレル⁽²⁾・ベルンハルド⁽³⁾・ゾルン⁽⁴⁾・クライネル⁽⁵⁾・ヒルツホルン⁽⁵⁾及ビセザンゲル⁽⁶⁾・グライニツツ⁽⁷⁾・ワルツェル⁽⁸⁾等ハ急性脾臓壞疽ノ際、過血糖ヲ來タス場合多キ(時ニハ糖尿アリ)ヲ見、ベルンハルドハ特ニ糖投與試験ニ依リテコレヲ診斷スベキヲ述ベ、空腹時ニハ膽道疾患ニテモ過血糖ヲ來タシ得ルヲ以テ、直ニ脾臓疾患トナスヲ得ズ。又、急性脾臓壞疽ノ前驅期ト認メラルル急性脾臓水腫ニ於テハ空腹時ハ血糖正常ノコト多キモ、糖投與試験ニ依レバ多クハ血糖ノ上昇著シク、血糖調節機能障礙ヲ示スコトヲ報告セリ。フォン、ベルグマンハ急性脾臓壞疽ノ極メテ當初ニ於テハ、時トシテ血液循環竝ニ分泌液流通状態ノ變化ニヨリ、過度ノインシュリン分泌ヲ惹起シ、寡血糖ヲ來タスコトアルヲ述ベ、ベルンハルドハ再發ノ起ル際ニコレヲ認メタリ。ゾルン⁽⁴⁾、ベルンハルド等ハ耳下腺炎ノ際、尿デファスターゼノ増加ヲ認メ、ベルンハルドハ糖尿ヲ認メタリト云フ。コノ事ハ急性脾臓壞疽ノ診斷ニ際シ注意ヲ要ス。シヴィイ氏反應モ亦、度外視スベカラズ。慢性脾臓炎ニ於テ頗、價値アル糞便所見ハ唯、末期ニ於テノミコレヲ利用スルヲ得。最初ハ便通ヲ缺キ、且、食物攝取ノ缺乏ハ一層ソノ診斷的價値ヲ減ズルモ、十分ナル注意ヲ以テ特ニ酵素測定ヲ行フヲ可トス。若、確實ナル診斷ヲ下シ得ズ、生命危險ノ故ヲ以テ開腹術ヲ行フ場合ニハ、腹腔内ニ於ケル脂肪組織壞疽及ビ血漿液性滲出液ガ脾臓疾患ナルコトヲ確證ス。

- (1) Nordmann
- (2) Oehler
- (9) Dreesmann

豫後 ドリースマン⁽⁹⁾ガ一千九百〇一年乃至一千九百十一年ニ互ル症例ヨリナシタル統計ニ據レバ、自然治癒ヲ來タセル場合ハ一二プロセントニシテ、外科手術ニヨリ治癒ヲ來タセル場合ハ四五プロセントナリ。即、手術ヲ行ハザルモノニ於テハ八分ノ一、手術ヲ行ヒタルモノニ於テハ半数ノ治癒ヲ見ル。ケルテハ最近ニ於ケル多數ノ人ノ實驗例ニ於テ五六・九プロセントノ全死亡率ヲ舉ゲ、石井氏ハ三例ノ手術ニ於テ二例全治、一例ノ死亡ヲ見タリ。近來、輕症ノ診斷可能トナリテヨリ漸次、姑息療法ニヨリ治癒率高マリ、特ニ、ノルドマン⁽¹⁾ノ如キハ重篤初期症候ヲ呈スル場合ニモ、必シモ死ノ轉歸ヲ取ルモノニアラザルヲ舉ゲ、ケルテハ輕症ノ多クガ胃痙攣膽石痛ナドト考ヘラレ、治癒スル場合少ナカラザルベキヲ舉ゲ、シミツトハ慢性脾臟炎ハ通常考ヘラルルヨリモ遙ニ多ク、再歸的急性發作ヨリ轉化セルモノナルコトヲ述ベ、オエシル⁽²⁾ハ脾臟壞疽ヲ二型ニ分チ、ソノ一ツハ重篤ナル急性型ニテ、ソノ死亡率ハ九二プロセント、急性ニ上腹部ノ腹膜炎ノ症候ヲ以テ始マリ、二ハ稍、輕症ニテ甚シク急劇ナラズ、死亡率ハ二三プロセント、ソノ多クハ重キ膽石發作様ニ始マル。且、ソノ三分ノ二位ニ膽石ヲ證明ス、手術ノ成績ハ、何レノ型ニモ良好ナリト。

療法 脾臟壞疽竝ニソノ後貽症ノ治療ニ當リテハ、外科手術ヲ最良トナスガ故ニ、先、コレヲ施スベキヤ否ヤ。又、何時行フベキヤニ就テ考慮ヲ廻ラスベシ。多クノ外科醫ハ早期手術ノ必要ナルヲ舉ゲ、重篤ナル初期虚脱状態モ毫モ禁忌トスルニ足ラズトナス。ケルテハコノ範圍ニ於ケル最、經驗ニ富メル外科醫ナルガ、急性期ニ於テ特ニ手術ハ奏效シ、壞疽・化膿ノ進行ヲ停止セシメ得ルコトヲ認メタリ。彼ガ第一週ニ手術セル十六例中、十一例ハ治癒シ、十四例ノ第三、第四週ニ手術セルモノニテハ僅ニ七例治癒シ、ソノ後ニ手術セルモノハ全部死亡セリ。唯、注意スベキコトハ一週間ノ後、症状候著シク輕快セルモノハ勿論、手術ノ問題トナラザリシコトナリ。勝沼氏ハ十三例ノ急性脾臟壞疽ヲ經驗シ、ソノ中十

- (1) Haberer
- (2) Friedler

- (3) Grant
- (4) Hoffmann

- (5) Kreiss

例ハ手術ニヨリ、三例ハ剖見ニヨリ確メタリ。手術ニヨリ治癒セルモノ七例、何レモ四十時間内外ニ手術セルモノノミナリト云フ。右症例中、蛔蟲ニヨルト考ヘラルルモノ五例、膽石症ノ既往症アルモノ七例、皆壯年ノ男子。血液像ハ中等度ノ白血球過多症ヲ示セルモ高度ナラズ、一萬二千内外ニ過ギズ。初メ比較的淋巴球多ク、治癒ニ從ヒ減少シ、手術後一週間ニテ約平常値ニ復セリト云フ。ケルテ及ビハベレル⁽¹⁾ハ壞死ハ多クハ最初ノ四、五日ニテ絶頂ニ達スルヲ以テ、コノ時期ニ於テ脈搏善ク、且、緩徐ナレバ手術ヲ見合スベシト。勿論後ニ至リテ膿瘍ヲ生ジ、手術ノ必要トナルコトアリ。フリードレル⁽²⁾ノ如キモ自己ノ經驗ヨリ、出來得ル限り早期手術ヲ推賞ス。早期手術ハ第一ニ腹膜滲出液ヲ去リ、後續分泌液ヲ外部ニ誘導スルニアリ。若、重篤ニテ危險ノ場合ニハコレニテ満足スベク、尙、出來得ル場合ハ、脾臟ヲ開放シテ導管ヲ付スベシ。脾臟ニ達スル道ハ種種ナリ。多クハ胃結腸靱帶ヲ經テ入ル方、横行結腸腸間膜ヲ經テ入ルヨリ便宜アリ。又、肝胃靱帶ヲ經テ入ルヲ得、コレハ殊ニ同時ニ膽石症アル際ニ賞用セラル。フオン、ハベレルハ脾臟被膜ヲ切開スルコトハ絶對ニ必要ナレド、脾組織ニ切り入ルノ要無キコトヲ述フ。膽道疾患アレバ再發ヲ防グタメ、コレニモ排膿管ヲ附スベシ。尙、タンボント排膿管トハ長時行フヲ要ス。コレ脾液ノタメニ腹膜ノ癒著力減少スルヲ以テナリ。グラント⁽³⁾ハ自己ノ經驗ヨリ、急性脾臟壞疽ノ際ハ決シテ膽囊摘出術ヲ行ハズ、單ニ插管法ノミニヨリテ治療スベシト説キ、ホフマン⁽⁴⁾ハ膽石症ニテ膽囊切除術ヲ受ケタル一患者ガ、ソノ後十一ヶ月ヲ經テ、急性脾臟壞疽ニ罹リタルノ故ヲ以テ、豫防的膽囊切除法ニ反對セリ。後期手術ニ就テハ明細ナル適應症ヲ舉グルコト困難ナリ。多クハ脾後腹膜囊・左側腰部・肋膜等ノ膿瘍發生ニ基ツクモノナルガ故ニ、精密ナル位置ノ決定ヲ要ス。腰部ノ膿瘍ノ際ハ後側ヨリ開キ、脾後腹膜囊ノ場合ハ急性ノ場合ト同様ニナス。一般的療法ハ勿論忽緒ニ付スベカラズ。虚脱症狀ヲ呈スルトキハ刺戟劑、食鹽水ソノ他ノ皮下注射ヲ行フ。亞急性ノ場合ハ特ニ榮養ニ注意スベシ。クライス⁽⁵⁾ハエレフアント葡萄糖ト

ヲ各五プロセントトナシ點滴注射ヲ行フコトヲ賞揚ス。ソノ他、一般ノ内科的治療ヲ行ヒ、慢性膵臓炎ノ症狀ヲ呈スルニ至レバ、ソノ章ニ於テ述フルトコロニ從ツテ治療ヲ行フ。

第十章 急性及慢性膵臓炎 Akute und chronische Pankreatitis.

急性膵臓炎ハ殆、常ニ壞死及ビ出血ヲ伴ナヒ、又、膿瘍ヲ來タスコト多キヲ以テ、膵臓壞死及ビ化膿性膵臓炎トノ區別ハ、要スルニ、唯、程度問題ニ過ギズ。又、慢性膵臓炎ハ膽石若シクハ癌腫ヲ伴ナフコト多シ。

原因 近來ニ至ルマテ膵臓炎ハ唯、少數ノ除外例以外、最初ヨリ慢性ノ經過ヲ呈スルモノト考ヘラレタルガ、検査方法ノ改善ニ伴ナヒ、輕症ニシテ死ヲ來タサズ、コレ迄ノ検査ニテ不知ノ儘、經過セル炎症ガ、後ニ慢性ノ變化ヲ來タシ、或ハ偶、手術ニ依リテ發見サレ、若シクハ再度、再發スルコトニヨリテ、注意ヲ惹キ、今日ニ於テハ急性膵臓炎ハ決シテ慢性膵臓炎ニ比シテ少ナカラズ、且、多クノ場合ハ、共通ノ原因ニ基ツクコト明トナレリ。アインホルンハ四例ノ急性膵臓炎ニ一例ノ亞急性、二十六例ノ慢性膵臓炎ヲ診斷シ、コノ疾患ハ從來信ゼラレタルヨリ遙カニ頻發スルモノナルコトヲ經驗セリ。急性膵臓炎ハ、獨立ノ疾患トシテ、急性傳染病タトヘバ、猩紅熱・流行性耳下腺炎・マルタ熱・咽頭炎・流行性感冒等ノ後ニ起ル。慢性膵臓炎ハ慢性酒精中毒症・微毒・結核及ビ動脈硬化症等ノ基礎ニ發育スルコト多シ。又、慢性膵臓炎ノ場合、ソノ既往症ニ腸窒扶斯ヲ認ムルコトアリ。膵臓ノ二次的炎症ハ隣接臓器ヨリ起ル、就中、膽囊及ビ膽道ノ炎症・結石等ニ後續スルコト多シ。ヘス⁽¹⁾及ビボヅヤ⁽²⁾ハ膽汁又ハ十二指腸内容、就中、感染

- (1) Hess
- (2) Pölya

- (1) Mann and Giordano

- (2) Barthels
- (3) Deaver
- (4) Arnsperger
- (5) Kaufmann

- (6) Helly

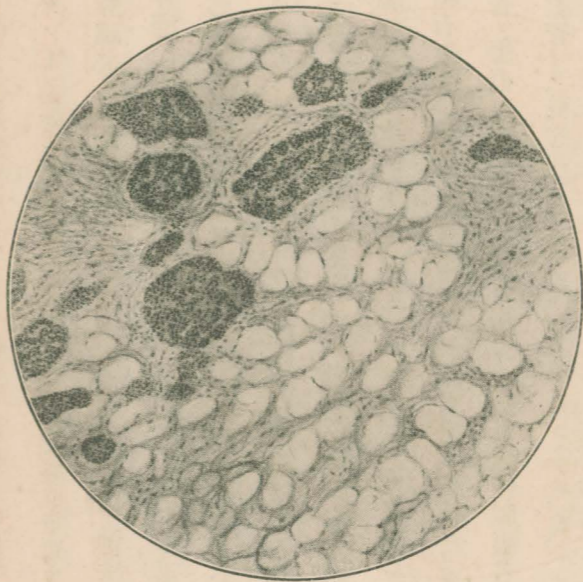
- (7) Anderson
- (8) Ohly und Schmidt

膽汁ノ進入ガソノ主因ヲナストナシ、一般ノ信ズル所トナレルモ、尙、異ナリタル見解ヲ持スルモノ無キニアラズ。マン及ビジオルダノ⁽¹⁾ニ依レバ、膵臓炎ニ對シテ膽石症ハ餘リ重要ナル意義アルモノニアラズ。慢性膵臓炎ノ場合ニハ、斯カル直接中毒性、若シクハ傳染性機轉ノ他ニ、淋巴系ヲ經、若シクハ輸尿管ヲ壓迫シ、分泌液ノ停滯ニ依リテ發症スルコトアリ。バルテルス⁽²⁾、テウ⁽³⁾等ハ膽道淋巴管ト膵臓トガ密接ナル關係アルヲ證シ、膵臓淋巴管炎ヲ誘起スルニヨルトナシ、アルンスペル⁽⁴⁾ハ、ソノ他ニ、淋巴腺炎起リ、膵臓中ニ散在スル淋巴組織ノ腫脹ヲ來タストナシ、カウフマン⁽⁵⁾ハ動物實驗ヲ根據トシテ、淋巴管ト膵臓トノ關係ヲ承認シ難シト結論ス。

膵頭ニ於ケル膽道ノ局所的壓迫、例ヘバ膽石ノ嵌頓ハ、單ニ膵頭ノ局所的傷害ヲ來タスニ過ギズシテ、閉塞ガ完全ナレバ全膵臓部ニ二次的硬化ヲ來タス。ヘス⁽¹⁾及ビボヅヤ⁽²⁾ツトニヨレバコレハ實驗的研究ニ於テ必發ノ事實ナリ。膽道ノ壓迫ハ結石無キモ、膵頭ノ單純炎症性腫脹若シクハ硬化ニヨリテ生ズルコトアリ。

輸尿管ノ壓迫ハ總輸尿管ニ結石無キモ、ソノ炎症性腫脹若クハ膵頭ノ硬化等ニ依リテ起ルコトアリ、シカシテ感染セル總輸尿管ヨリ、炎症ガ直接膵組織ニ波及スルコトアリ、蓋、ヘヅ⁽³⁾ニ據レバ總輸尿管ノ六五プロセントハ膵頭ニテ圍マルヲ以テナリ。同様ニ膵頭癌腫ノタメ分泌液停滯ヲ來タシ、膵尾ノ萎縮ヲ招來スルコトアリ。尙、輸尿管ニ於テ結石ヲ生ズル場合ハ通常、膵組織ノ炎症性變化ヲ伴フ、若、結石ノ結果、輸尿管ガ完全ニ閉塞スルトキハ、膵組織モ亦、完全ニ萎縮ヲ來タスニ至ル。十二指腸疾患モ亦、膵臓炎ノ原因トナルコトアリ(アンダーソン⁽⁴⁾)。胃液缺乏症若シクハ胃癌ニ於テハ絶エズ十二指腸中ニ細菌ガ棲息スルガ故ニ、感染ノ機會少ナカラズ。十二指腸潰瘍ニテモ斯カル感染ノ機會ヲ來タスノミナラズ、膵臓淋巴管炎ヲ誘發シ、若シクハ炎症ガ直接、膵頭ニ波及ス。オゾ⁽⁵⁾及ビヒミツト⁽⁶⁾ハ先天性十二指腸擴張症ニ再歸性膵臓炎ヲ見タルコトヲ報告セリ。

(1) Chabrol



縮萎臟脾ルケ於ニ際ノ化硬臟脾 (ル據ニ氏スーログ)

病理解剖 急性脾臟炎ノ場合ハ常ニ炎症・出血及ビ壊死ヲ併發ス(充血・水腫・白血球浸潤。病勢劇甚ナル場合ハ特ニ壊死著シク、コレガ主徵ヲ呈スルタメ炎症ハ寧ニ二次的現象ニアラズト思ハシムルコトアリ。現今ニテハ一般ニ兩者同原因ニ基ヅクト考ヘラル。廣汎ナル出血及ビ壊死ハ急速ニ死ヲ來タスカ故ニ、他ノ炎症性表徵ヲ缺クコト多シ。壊死竝ニ出血少ナキ場合ハ、コレガ吸收セラレテ炎症性浸潤ヨリ結締織性硬化ヲ來タシ、漸次、慢性ノ變化トナル。比較的新シキ脾臟炎アル屍體ニ遭遇スルトキハ、コレ等ノスベテノ變化ヲ同時ニ發見スルコトアリ。膽石若シクハ十二指腸潰瘍ノタメ手術ヲ施ス場合ニハ、脾頭ノ浸潤ト共ニ帽針頭大ノ脂肪組織壞死ヲソノ表面ニ認ムルコトアリ。慢性脾臟炎ハ限局性ニ多クハ脾頭ニ起ル場合ト、汎發性ニ全脾臟ヲ侵ス場合トアリ、前者ノ方多シ。コレ脾頭ガ膽道及ビ十二指腸ト關係深キ解剖的理由ニ基ヅク。シブローロ

(2) Poggenpohl



化硬臟脾ルケ於ニ病尿糖 (ル據ニ氏スーログ)

著ナリ。又、慢性酒精中毒ニ依リ場合ハ屢、輸脾管ノ増殖及ビ脾組織ニ於ケル脂肪増殖ヲ來タス。特ニ一般ノ注意ヲ惹クモノハ糖尿病ノ場合ニ於ケル解剖的所見ニテ、フォン、ハンゼマン及ビ近時、ワイクセルバウムノ精細ナル研究アリ。フォン、ハンゼマンハ彼ガ顆粒狀萎縮ト名ヅクル變化ガ、糖尿病ニ於ケル典型性ノモノナリトナス。コノ際、全臟器ハ縮小シテ柔軟ク、腺房細胞モ小ナル外、餘リ變化無ク、結締織ハ唯、腺房ノ縮小ニ伴フ罅隙ヲ充タスニ止マリ、餘リ硬化ヲ呈セス。又、圓形細胞ノ浸潤モ著シカラズ。デ氏島ニ關シテハフォン・ハンゼマンハコノ疾患ニハ意味ヲ有セザルヲ擧ゲ、即、ソノ數及ビ大サ竝ニ變成ハ不定ニシテ特有トナスヲ得ズ。ハイベルグハ腺細胞ノ萎縮ヲ水分損失ニ歸ス。ワイクセルバウムハ、コレニ反シ、彼ノ檢セル一八三例ニ於テデ氏島ニ水腫様變成及ビ萎縮萎縮ヲ伴フ硬化・硝子様變成等ヲ認メタリ。デ氏島ヲ圍繞スル結締織ハ常ニ多少發達ヲ示シ、脂肪浸潤ヲ伴フ。間質性炎症ハ約半數ニ於テ認メラレ、

動脈硬變性脈管肥厚ハ常ニ認メラレタリ。

尚、脾臟炎ノ稀有ナル形トシテ所謂色素性硬變(Pigmentcirrhose)ヲ見ル。コレハ黃銅色糖尿病(Bronzediabetes)ニ認メラルモノニシテ、赤褐色ヨリ代赭黃色ノ色素沈著ヲ腺細胞竝ニ結締織ニ認ムル慢性間質性炎症ナリ。同時ニ肝臟ニ同様ノ變化ヲ呈ス。

症狀 (イ) 急性脾臟炎

急性脾臟炎ノ輕症ハ前述ノ如ク、重症ノ所謂、脾臟卒中又ハ脾臟壞死ト明快ニ區別スルヲ得ズ。蓋、兩疾患ハ同一原因ニヨリ發生シ、唯、同一疾患ノ種種ノ程度ヲ示スニ過ギザルヲ以テナリ。外科的療法ノ好果ヲ來セタル文獻、近來頓ニ増加シツアリ。是等ノ報告ニ據レバ頗、重症ニテ吐糞症若シクハ、腹膜炎類似ノ症狀ヲ呈スルモノニ於テモ、脾臟ハ全ク破壞サレ居ルトハ限ラズシテ唯、硬化シ、腫脹シ、多少著色シ、小脂肪組織壞死ニテ圍繞サルヲ見ル。適當ナル治療(切開・被膜剝離・排膿管)ニヨツテ重症カ何等後貽症無ク治癒スルコトアリ。斯カル重症ト膽道疾患ノタメ、外科的手術ヲ施ス際ノ副所見トシテ、脾頭ノ輕度ノ腫脹及ビ壞死發生ヲ示ス場合トノ間ニハ種種ノ段階アルガ、要スルニ程度ノ相違ニ過ギズ。輕症脾臟炎ハ近來マテ臨牀的觀察ヲ逃レタリ。蓋、コレト共ニ起リ、若シクハコレヲ誘發セル膽石症ノ症狀ト分ツコト困難ナルト、時トシテハ全ク症狀無ク經過スルコトニヨル。然ルニ近來、脾臟機能ノ検査ガ漸次精密トナルニツレ、コレヲ發見シ得ルニ至レリ。

重症ノ場合ハ上腹部ニ急遽激痛起リ、嘔吐、虛脫症狀ヲ起ス。患者ハ蒼白トナリ、チアノーゼ現ハル。脈搏小、且、頻數、體溫多少上昇シ(三十八度)又ハ通常以下トナル。腹部ハ輕度ノ膨滿ヲ呈シ、糞便及ビ瓦斯ノ排泄止ミ、當初ハ急性腹膜炎又ハ絞窄性吐糞症ノ狀ヲ呈ス。シカシナガラ前者ト異ナルトコロハ、腹壁緊張著シカラズ、又、後者ト異ナルトコロハ漸次嘔吐止ミ、腸運動恢復シテ再、瓦斯及ビ糞便ノ排泄起ル。又、兩者トノ區別ニ、屢、黃疸ヲ伴ヒ、若シクハ膽石症性腹痛ノ前驅ヲ見ルコト等舉ゲラル。

腹部ノ觸診ヲ行フニ、屢、臍ヨリ上部ニ横走スル抵抗アリテ、頗、強キ壓痛ヲ示ス。ノルドマン⁽¹⁾ニ據レバ此處ヨリ壓痛ハ左側腰部ニ擴ル。尿量ハ多クハ減少シ、時トシテハ糖尿ヲ認ム。コツボハ糖尿アレバ豫後不良トナセリ。

症狀激甚ナルトキハ直ニ外科手術ヲ要スルガ故ニ、脾臟機能ノ障礙ヲ十分検査スル暇無ク、且、ベル⁽²⁾ニ據レバ同時ニ

- (1) Nordmann
- (2) Pel

- (1) Nagy

胃液及ビ膽汁ノ分泌止ムヲ以テ、糞便ノ酵素缺乏モ決定の意味トナラズ。ナギー⁽¹⁾ハ糞便ニ不分解脂肪多キコト及ビ尿窒素量ノ著シク多キコトニ重キヲ置キ、同種ノ所見ヲ有スル人少ナカラズ。

輕症ニテハ全身症狀無ク、唯、多少ノ疼痛發作ガ起ルガ、同時ニ膽道疾患アルトキハ膽石痛ト誤認サルコト多シ。發熱及ビ嘔吐モ無ク、觸診ニテモ唯、局限シ難キ壓痛ヲ示スニ止マル。斯カル發作直後ノ糞便ヲ注意シテ檢スルトキハ、著シク淡色ニテ脂肪ニ富ムヲ見ル。若、同時ニ黃疸無キトキハ、コレヲ直ニ診斷ノ助トナスヲ得、顯微鏡的ニハ脂肪ガ黃疸ノ際ノ如ク、主トシテ針狀ヲ呈セズ滴狀ヲ爲スコトガ必要ナリ。同時ニ筋纖維ガ横紋ヲ維持シ、銳利ノ角ヲ呈シテ見出サルトキハ一層コノ疾患ヲ想ハシム。シミ、ツトハ膽石症ニ後續シテ起レル脾臟炎ニテハ、特ニ肉消化ヨリモ脂肪消化障礙ノ主ナル點ガ脾液缺乏症ト異ナルトコロナリトス。ソノ理由トシテハ、前者ニ於テハ脾リパーゼノ賦活劑ナル膽汁排出ニ障礙アルニ反シ、後者ニ於テハ、トリプシン分泌ノ刺戟劑ナル胃酸ノ缺乏スルタメナリト。ヒルシベルグハ二例ニ於テ外科手術及ビ糞便ノ酵素測定ヲ行ヒタルニ、當初ハトリプシンモアミラーゼモ缺乏シタリシガ、漸次現出シテ數週ノ後ニハ正常價ニ達シタリ。反對ニ尿中ノアミラーゼハ最初、著シク増加ヲ示シ、漸次、通常價ニ復セリ。スコーク⁽³⁾ハウルゲムート氏法ニテ尿チアスターゼヲ檢シ、二百十五名ノ健康者ニ於テハチアスターゼ量ハ二乃至一二八、大多數ハ一六乃至三二ニシテ、手術・剖檢等ニヨリ脾臟炎ナルコトヲ確カメ得タル九例ニ於テハ、何レモチアスターゼハ高度ノ増量ヲ見、一〇二四乃至二〇四八、多分脾臟炎ナラント思ハレシ十二例ニ於テハ、五二乃至八一九ニナリシト云フ。ロストヅク⁽³⁾モ同一方法ニテ二百六十八名ノ患者ニ二千回ノ検査ヲ行ヒ、急性脾臟壞疽患者ニ於テハ尿チアスターゼ量非常ニ増加シ、手術、即、插管法・タンポン挿入法等ヲ行ヘバ、ソノ量忽、低下シ、臨牀的ニ脾臟壞疽ノ疑アル症例ニ於テ尿チアスターゼ検査ノ結果ガ陰性ナルトキハ本症ニアラス。即、尿チアスターゼノ検査ハ急性脾臟壞疽ノ診斷ニハ最、有力ナリ。コレニ反

シテ慢性脾臟疾患ニ於テハソノ増加ヲ示サズ。コノ病の關係ノ消失ハ最初、存在セル脂肪下痢及ビ肉下痢ノ消失ト並行シ、將來、輕症ニシテ治癒ヲ來タス脾臟炎ノ診斷ニ對シ大ナル意義ヲ有ス。コノ現象ハ胃性消化違和ニ於テ週期的ニ起ル機能的脾液分泌障碍ニ類似シ、唯、ソノ方ニハ初期疼痛發作ヲ缺ク。シカシテ脾臟炎ノ際ニ、コノ消化機能障碍ガ必ズシモ顯著ナラザルガ故ニ、ソノ故ヲ以テ直ニコノ疾患ヲ除外スルヲ得ズ。糖尿ハ起ルモ多クハ一過性ナリ。

診斷困難ナル場合ハアラユル補助方法ヲ講ゼザルベカラズ。斯カル際ニレヴィー氏反應陽性ナリシタメ、診斷ヲ決定シ得タル場合アリ。

急性脾臟炎ニ就テハ我國ニ於テモ近藤氏・鹽田氏・杉氏・泉氏・志村氏・岩井氏・桐澤氏・佐藤氏・江崎氏等ノ報告アリ。内・外科醫ハ時時、遭遇スル疾患ニシテ稀ナルモノニアラズ。

(ロ) 慢性(硬化性)脾臟炎。慢性脾臟炎ハソノ發生及ビ經過ニ伴ヒ頗、變化ヲ呈スル臨牀的症狀ヲ示ス。臨牀上全ク症狀無クシテ、病理解剖ノ際、偶然發見サルコトアリ。コレハ勿論、輕症ノ際ニシテ、特ニ慢性酒精中毒症・動脈硬化症ナドニ起ル場合ナリ。他ノ急性炎症ヨリ發生スル場合ハ急激ニ起リ、又、他ノ場合ハ徐徐ニ發生シテ、時時激甚ナル症狀ヲ呈ス。後ノ場合ハ特ニ症狀不明ニシテ紛ハシク、診斷ガ種種ニ變化シ易シ。漸次、病症進行スルニツレテ、糞便ノ多量ナルコトガ患者自身ノ注意ヲ惹キ、正當ノ診斷ヲ下サルニ至ル。

主觀的訴狀。患者ハ屢、不定ノ消化障碍ヲ訴へ、食慾ノ變化スルコト、腹部膨滿・疼痛・便痛不規則・全身違和・倦怠・羸瘦・嗜眠等ヲ訴フ。客觀的ニハスベテノ進行セル場合ニ於テ全身狀態ノ著シキ障碍ヲ認め、コレガ頗、極端ナルコトアリ。コレハ分泌障碍ニ伴フ食物ノ利用障碍ト並行スルモノニシテ、一ツノ饑餓狀態ニ基ツク。若、攝取物ノ損失著シカラザルカ、人工的ニコレヲ防遏スルトキハ體重減少モ輕度ニ止マル。糖尿著シケレバ體重維持ハ容易ニアラス、所謂黃

(1) Holler und Kudelka

銅色糖尿病ニ於テハ特有ナル皮膚ノ著色ト共ニ惡液質ガ主像ヲ呈ス。貧血ガ羸瘦ニ伴フコトアリ。ホーシル及ビクデルカ⁽¹⁾ハ彼ノ肝臟疾患ニ來タル赤血球肥大ガ外分泌障碍アル慢性脾臟疾患、特ニ慢性脾臟炎ニ來タリ、巨大赤血球ヲ證明スルコトハ診斷上ニモ重要ナル意義アリトナス。デ氏島機能不全ニハ、コレニ反シテ赤血球ノ縮小ヲ來タスト云フ。體溫ハ平常ノコト多ク、例外トシテ發熱ヲ見ルモ、コレハ多クハ膽道ノ新感染ヲ伴フニ依ル。疝痛發作及ビ輕度ノ黃疸ガコノ併發症アルコトヲ示ス。持續性ノ黃疸ハ多クハ總輸膽管結石アルヲ示スモノナルガ、稀ニハ脾頭ノ炎症性肥厚ガコレヲ通過スル總輸膽管ヲ壓迫シテ、ソノ内容停滯ヲ惹起スコトアリ。

腹部ノ検査ヲ行フニ、多クノ場合ハ既存若シクハ現存ノ膽石症アリ、即、膨大シ、硬化シ、稍、壓痛アル肝臟及ビ膨脹シテ壓痛ヲ示ス膽囊ヲ見出ス。病前史・現存ノ黃疸・ウロビリן尿等ト共ニ是等ノ症狀アルトキハ、大ナル實際上ノ意義ヲ有ス。クルポア⁽²⁾ニ依レバ、膽囊ノ肥大ヲ示ス際、屢、同時ニ脾臟炎ヲ見ル。肥大シ硬化セル脾臟ガ門脈ヲ壓シテ腹水ヲ起シ、若シクハ十二指腸ヲ壓シテ胃内容ノ停滯ヲ來タシ、嘔吐ヲ惹起スガ如キハ遙ニ稀ナリ。慢性脾臟炎ハ時時、發作性増悪ヲ來タシ、全腹部ガ稍、膨脹シ、壓痛ヲ示スコトアリ。恐ラク炎症ガ周圍ニ及ビ腹膜ヲ刺戟スルニ基ツク(Peripankreatitis)。又、不消化ノ内容ヲ以テ填充サレ、擴大シ居ル腸壁縁ヲ所ニ認め、腹部ガ特ニ側方ニ擴大ス。經驗家ハコノ特有ナル像ヲ認ムルコトニヨリテ、直ニ脾臟疾患ヲ想像シ得ルニ至ル。

罹患脾臟ヲ觸知シ得ルハ唯、少數ナリ。シュミーデン・グレケソノ他ノ外科醫ハ餘リ肥胖ノ著シカラザル場合ハ硬化セル脾臟ヲ脊椎ノ前面ニ横走スル腫瘍トシテ屢、觸知シ、コレガ診斷上大ナル意義ヲ有ストナス。ウムベルモ微毒性硬化ヲ呈セル例ニ於テコレヲ認メタリ。著者等モ斯カル經驗ヲ有ス。一方ニハ又、全ク陰性ノ所見ヲ有スルモノ少ナカラズ。斯カル所見ノ不一致ハ脾臟炎ヲ惹起スル原因(十二指腸潰瘍・膽囊周圍ニ於ケル炎症性腫瘍等)及ビ脾臟自己ノ

(2) Courvoisier

- (1) David
- (2) Deaver und Walko

關係ニ依ルモノニシテ、觸知シ得ル脾臟必ズシモ病的ニアラズ。ブラツトハ二例ノ硬脾臟ヲ觸知シ、脾臟炎ノ診斷ヲ下シタルガ、解剖ノ結果全ク普通ナリシコトヲ報告セリ。慢性脾臟炎ノ經過中、ソノ腫脹ヲ來タスハ多クハ初期若シクハ病勢増進ノ場合ニシテ、後期ニ於テハ縮小シテ普通ノ脾臟ヨリモ却、觸知シ難クナルモノナリ。若、觸知シ得ル抵抗ガ壓痛アリ若シクハ自然ニ疼痛ヲ惹起ス場合ハ大ナル意義アリ。グレケハレントゲン照射ノ下ニ疼痛ノ發生部位ヲ定ムルコトヲ賞揚セリ。疼痛ハ劍狀突起尖端ノ下、數センチメートルノ中央、若シクハ稍、右側ニアリ。自然疼痛ノアル場合ハ通常輕度ニシテ、上腹部ヨリ背側ニ放射シ、消化時増強シ、若シクハ週期性ニ疼痛發作ヲ起ス。シカシ、コレハ特有ニアラズシテ十二指腸潰瘍若シクハ膽石症ニ基ツクコトアリ。又、脾石ノ存在モ考慮スル必要アリ。少ナクモ半数以上ハ疼痛無ク經過ス。レントゲン検査ハ特ニコレノ疾患ガ膽囊若シクハ十二指腸疾患ニ由來スル場合、重要ナル所見ヲ得、特ニダヴド¹⁾ニ從ヒ、十二指腸ヲ造影物質ニテ直接充填スルヲ可トス。

胃ノ機能検査ハ種種ノ結果ヲ示ス。ダヴ²⁾及ビワルコー³⁾ニ據レバ二分ノ一乃至三分ノ二ノ場合ハ酸減少若シクハ酸缺乏ヲ呈ス。シカシ、コレハ胃液缺乏症ニ來タル機能的脾液缺乏症ヲモ炎症的現象中ニ入ルル場合ニ於テ然リ。近來、精細ナル研究ニ依リテ通常酸度若シクハ酸過多ヲ示スコト多シトノ報告ヲ見ル。食慾ハ屢、却、増進スルガ、暴食ノ結果ヲ恐レテ患者ハ節慾スル場合多シ。唾液分泌ノ増加ヲ見タル人アルモ、稀有ノコトニ屬ス。

糞便検査ハ診斷竝ニ疾患ノ程度ニ對シテ大ナル解決ヲ與フ。多クノ場合、糞便ノ大ナルコト、濃粥狀ヲ呈スルコトガ特有ナリ。通常、脂肪下痢著明ナルモ、コレハ黃疸無キ場合ノミ直接診斷ニ用ヒラル。脾臟性脂肪便ノ特有ナルコトハ、凝固セル脂肪ガ薄キ被膜ヲナシテ糞便ヲ蔽フコトニシテ、所謂、牛酪便(Buttersuhl)ト稱シ、他ノ疾患ニ見ザルトコロナリ。ミツトノ檢セル例ノ三分ノ一ニハコレヲ認メタリト云フ。コレノ脂肪被膜ハ必シモ中性脂肪ニヨラズ、屢、高級脂肪酸(グ

ロース)ナルコトハ前述ノ如シ。顯微鏡検査ニ於テハ脂肪酸竝ニ石鹼ノ針狀結晶ノ外、著シク多量ノ脂肪滴ヲ認ム、コレモ亦、多クハ遊離脂肪酸ナリ。即、コレハ石鹼發生ノ不十分ナルヲ示スモノナレドモ、脂肪分解ノ不十分ナルヲ示スモノニアラズ。攝取脂肪ノ糞便トシテ失ハルル量ハ種種ニシテ、一〇乃至八〇プロセントニ及フ。

脂肪下痢ト共ニ通常、肉下痢アリ。コレハ正當ノ判斷ヲ下スタメニハ患者ガ試験食ヲ用ヒタルヤ否ヤニ關ス。肉眼的ニ肉ノ殘留物ヲ認ムルコトハ稀ナレドモ、顯微鏡下ニハ不消化筋肉殘餘ガ著シク多ク、且、大ニシテ、横紋ヲ保留シ、銳キ角端ヲ具ヘ、全視野ヲ滿ス。尙、約半数ニ於テハ核試験ガ陽性ヲ示ス。又、澱粉ノ利用不十分ナルコトモ認メラルコト多シ(沃度ヲ以テ著色スル殘留ヲ試驗食便ニ認ム)。

スベテ以上ノ變化ハ、同時ニ腸加答兒無キトキノミ診斷ニ利用スルヲ得。加答兒アレバ糞便ハ液化シ、且、多量ノ粘液ヲ交ユ。コレノ疾患經過中、挿入性ニ起ル加答兒ハ屢、發生スル症狀ノ一ツニシテ、腹部膨滿・疝痛・一過性發熱等ガ消化不十分ニテ分解ヲ來タセル食物殘餘ニヨル刺戟ノ結果、起レル消化不良性加答兒ノ症狀トシテ現ハレ、患者ハ急遽、體力衰ヘ、コレガ反ツテ基礎疾患ト考ヘラルルコトアリ。サレド十分、食物ヲ攝シ、適當ノ處置ヲ講ズレバ速カニコレヲ防遏スルヲ得。

脾酵素ノ検査ハ近來、特ニ慢性脾臟炎ノ診斷ニ向ツテ重要トナレリ。多クノ場合、糞便像ニ於テ認メラルル分泌障礙ヲ證明スルヲ得。特ニ糞便ニ於ケルトリプシン及ビヂェスターゼ關係ガ重キヲナシ、トリプシンハ多クハ全ク缺乏スルカ、著シク減少ヲ示ス。シカシナガラ、糞便トリプシンヲ缺ク場合ヲ以テ直ニ脾臟疾患トナスヲ得ズ。蓋、ブラツトハ全ク健康ナル人ニ於テ恒久性ニコレヲ缺ク例ヲ見タルヲ以テナリ。又、油試驗朝食ヲ與ヘテ胃内容ヲ採取シ、ソノトリプシン(ボルヂレツフ)又ハリパーゼ(エールマン)ヲ檢シ、又、尿ノヂェスターゼ量増加(ウーグムート)ヲ見タル人アリ。コレ等ハスベテ不

確實ナルヲ免レズ。著者ハ特ニ十二指腸液ヲ採取シテ、ソノ酵素量・膽汁成分・細菌検査等ヲ行フコトノ最、重要ナルコトヲ力説セント欲ス。特ニ十二指腸内容ノ酵素測定法ニ於テ述ベタル著者等ノ方法ヲ用ユルトキハ、脾機能ノ程度ヲ精細ニ測定スルヲ得ベシ。但、慢性脾臟炎ニ於テハソノ分泌障礙ノ程度ガ經過中、著シク動搖シ得ルモノトス。

尿ニ於テハ自然性若クハ食餌性糖尿ニ注意スルヲ要ス。プラツトハ三十五例ノ慢性脾臟炎患(癌腫ヲ除ク)ニ於テ八例ニ於テ自然性若クハ食餌性糖尿ヲ證明シ、シミツトハ二十三例ノ脾臟炎中十三例ニ於テコレヲ證明セリ。即、全症例ノ二分ノ一乃至四分ノ一ニ當ル。カミチ氏反應ハ信憑スルヲ得ズ。レヴィ氏反應モ慢性脾臟炎ニ就テハ未、十分試ミラレズ。糖尿病ニ於テハレヴィ及ビワルタハ約半数ニ陽性ナルコトヲ報告セリ。

經過及ビ豫後

急性脾臟炎ハコレヲ誘發スル直接原因ノ外ニ、脂肪肥胖症竝ニ慢性酒精中毒症ニヨリテ助長サル。輕症ニ於テモコノ關係アルヤ否ヤハ明確ニ知ルヲ得ズ。一般ニ初期全身症狀、コトニ虚脱症狀ガ著シキホド、豫後ハ不良ナリ。治療方法モ亦、關係ヲ有ス。輕症ハ多クハ治療ヲ來タスモ再發ヲ起シ、或ハ慢性トナルコトアリ。

慢性脾臟炎ノ經過ニ就テモ未、十分ノ觀察ヲ缺ク。膽道疾患ニ於ケル外科手術ノ際、屢、慢性脾臟炎ヲ認ムルコト(ケール^二一〇プロセント、ケルテ^二四プロセント、メーヨ^二六プロセント)、解剖ノ際、輕症脾臟間質炎ヲ偶然見出スコト少ナカラザルコト等ヨリ考へ、臨牀上コレヲ診斷シ得ル場合ハ通常、重症ト見做サザルベカラズ。サレド、コノ際ニ於テモ死ノ轉歸ヲ取ルコトハ餘リ多カラズ(シミツトハ二十三例中六例ノ死亡ヲ見タリ)。若、注意深キ治療ヲ施スニ拘ラズ、快癒ノ徵現ハレザルトキハ豫後ノ不良ヲ想ハシム。羸瘦ノ度モ幾分參考トナル。著シク衰弱セルモノニアリテハ恢復ヲ見ルコト少ナシ。又、コレヲ惹起シタル原因ニ關ス。微毒ニヨルモノハ比較的良好、膽石症・十二指腸潰瘍ニ基ツクモノハ手術ヲ施セ

(1) Kehl

バ快癒ヲ來タスコト多シ。又、胃性消化違和ニ基ツクモノモ比較的良好ナリ。結石ニ依ルモノ・慢性酒精中毒症ニテ肝硬變ヲ伴フモノ・黄疸繼續スルモノ・糖尿著シキモノ等ハ豫後不良ナリ。尙、食物利用障礙ノ程度モ、豫後判定ノ有力ナル根據ヲナス。

脾臟炎ノ大多數ハ高齢者(三〇乃至六〇歳)ニ來タルガ、年齢高キホド概シテ豫後不良ナリ。シミツトハ男子ニ多シトシ、カミチ氏ハ女子ノ方多シトシ、外科醫ハ大體同様ナリトナス。

慢性脾臟炎ニ就テハ、我國ニ於テモ岩井及ビ小坂氏・伊藤氏・辻氏等ノ報告アリ。著者モ二例ヲ實驗セルガ、共ニ微毒性ト思ハレ、ワ氏反應陽性ニシテ重症糖尿病アリ、十二指腸液酵素量ハ極度ニ減少ヲ示シ、トリフシンハ殆、缺乏ス。即、内・外分泌共ニ高度ノ障礙ヲ示シ、所謂、脾性糖尿病ノ像ヲ呈シ、アラユル治療法モ分泌機能ノ恢復ヲ來タスヲ得ザリキ。一ツハ四十三歳ノ男子ニシテ、他ハ三十歳ノ女子ナリ。

療法

脾臟炎ノ治療ハ全然内科ニ屬スルニアラズ、又、外科ニ屬スルニアラズ、急性ニテ全身症狀ノ激甚ナルトキハ常ニ先、外科手術ヲ考フベシ。コレガ不必要ノ場合ハ初メテ内科的治療法ニ依ル。慢性脾臟炎ノ場合ハ反對ニシテ、内科的療法ニテ治療ノ見込立タザルトキ初メテ外科手術ヲ考フ。コレヲ誘發セル基礎疾患、即、膽道疾患・十二指腸潰瘍等ハ若、是等ノ疾患ノタメ必要ナル場合ハ、勿論、外科手術ヲ行フヲ要ス。

内科療法ヲ施ス場合ハ、輕症急性疾患・慢性ノ場合ニ於ケル發作・間歇性腸加答兒・高度ノ羸瘦又ハ貧血ヲ示ス場合等ハ、臥牀ヲ要ス。輕症慢性症ニテ進行ノ模様ヲ示サザルモノニ於テハ、通常ノ職務ヲ多少輕減スル程度ニ於テ續行スルヲ得。

第一ノ治療方針ハ誘發原因ヲ除去スルニアリ、即、微毒ニ因ル場合ハ水銀・蒼鉛及ビサルフェルサン療法ヲ施ス。時ニ顯著ナル奏效ヲ呈スルコトアリ。膽石症、十二指腸潰瘍ノ場合ハコレニ相當スル内科的治療ヲ施シ、胃性下痢ノ場合ハ稀鹽酸ノ投與、規則的胃洗滌（一プロミルピサリール酸・嚴食餌等ヲ用ヒ、慢性酒精中毒症アルトキハ酒類ヲ禁ジ、同時ニ存在スル肝硬變ニ注意シ、動脈硬變アレバ成ルベク攝生シ、入浴療法・沃度等ヲ用ヒ、一般ニ脾臓疾患ニ於テハ糞便ニ注意シ、ソノ性質ニヨリテ適當ナル食餌療法ヲ施スベシ。

食餌療法ノ主要點ハ脂肪利用障礙ヲ救フニアルヲ以テ、食餌ノ脂肪含有量ヲ制限ス。脂肪下痢ハ全然除去スルヲ要セザレドモ、コレガ大量ニアリテ特ニ鹼化不充分ノ脂肪酸ニ富ムトキハ、腸内容ハ強酸性トナリ、強刺戟ヲ與ヘテ腸加答兒ヲ誘發シ易シ。純バター・クリーム、スベテノ肉脂肪・野菜脂肪等ヲ禁ズ。牛乳ソノ他ノ乳化脂肪（卵黃乳・片桃乳）ハ害少ナシ。肉下痢ガ同時ニ存在スルトキハ肉食モ制限スルヲ要ス、特ニ十分咀嚼セシムベシ。卵白モ半熟ニシテ用ユレバ差支ナシ。ゲラチン製食物ヲ可トス。コレゲラチンハ脾臓ノ作用ヲ必要トセズ、又、餘リ腐敗産物ヲ生ゼザルニ依ル。植物性蛋白質モ同様ノ理由ニテ可ナリ。アルブミン（ソマトーゼ）ハ頗、有益ナレド大量ニ用ユレバ腸ヲ刺戟ス。グロースハ完全ニ分解セル蛋白質ナルエレフトラ與ヘ、シミ、ツトモコレヲ賞揚ス。含水炭素ニテハ糖ノ外、デキストリン化セル粉類、ソノ他ノ細粉類ヲ可トス（糖尿著シクレバ勿論、含水炭素ヲ制限ス）。燕麥粗粒・セーゴ・麵麩・米飯・馬鈴薯粥等ヲ用ヒシム。野菜ハ注意シテ與フベシ。炭酸水・麥酒ノ類ハ餘リ用ヒザラ可トシ、葡萄酒ハ少量ナレバ可ナリ。一般ニ榮養ノコトハ各例ニヨツテ定ムベキモノナリ。二次的腸加答兒ノ併發セル場合ニハ嚴食餌ヲ用ユルヲ要ス。

特殊療法トシテ消化催進藥ナル脾臓製劑バンクレオン（レナニヤ）・バンクレアヂン（メルク）アリ。サロモン・グレスチル及ビシューゲル、グロス及ビエールマン等ハ特ニコレ等ガ脂肪消化ニ頗、良好ナルコトヲ報告セリ。時ニハ糞便

ニヨル脂肪消失ハ半分以下トナルコトアリ。又、他ノ場合ハ肉下痢ノ方ニ一層有效ナルコトアリ。效果ハ一定不變ニアラズ。時ニバンクレアヂンノ方バンクレオンヨリ良好ニ働キ、他ノ場合ハ反對ナリ。グロスハ餘リ少量ヲ用ユベカラザルコトヲ説クモ、大量（特ニタニニンヲ含有スルバンクレオン）ハ耐エ得ザルコトアリ。グレスチル及ビシューゲルノ推舉ニ基ツク脾臓製劑ニアルカラ伍スルヲ可トス。特ニ炭酸カルシウムハ遊離脂肪酸ヲ結合スル働アルヲ以テ頗、良果ヲ齎ス。

脾臓製劑ノ外、阿片ヲ可トス。コレハ糖尿ニ對シテ良好ナルノミナラス、消化障礙ニ對シテモ良好ニ働ク。但、ソノ便秘催進性作用ガドノ程度マデ良果ニ關係アリヤハ明ナラズ。週期性下痢又ハ腸加答兒ヲ起シタル際ハ、ソノ他ニタニナルビン・白陶土・アドソルビン等ヲ用フベシ。

カルルス泉鹽ノ飲用療法モ輕症慢性疾患ニハ試ムルヲ得。

榮養療法以外ニハ内科的療法ハ餘リ奏效セズ。疼痛アレバ溫濕布ヲ纏ハシメ、腫脹セル脾頭ノ癒著若シクハ壓迫ノタメニ十二指腸通過ガ障害サルトキハ、胃洗滌ニヨツテ輕快ヲ來タスコトアリ。十二指腸ゾンデニテ直接十二指腸ヲ洗滌スルコト（微湯湯・稀過酸化水素・サリチール酸水等）ハ十二指腸加答兒ノ存在スルトキナドニハ良好ナリ。

黒田及ビ小林氏ハ十二指腸ゾンデヲ用ヒテ、メルツォーゾオン氏療法ヲ行フコトヲ推賞ス。コレニヨリテ屢、完全治愈ヲ來タスト云フ。

外科的療法 急性脾臓炎ノ外科療法ハ前章述アルトコロノ脾臓壞死ニ於ケルト同ジ。即、破壊サレ、分解シツツアル組織殘餘ヲ外方ニ導クタメニ被膜ノ廣汎ナル切開及ビ排膿管設置ヲ爲スニアリ。外科手術ニ於テ脾臓ガ破壊ナク、唯、多少炎症ヲ示スニ過ギザル場合ハ種種ノ方法アリ。多クノ外科醫ハ脾臓ノ結締織被膜ヲ開キ、出來ルダケ剝離シ、腫脹セル組織ヲ弛ム、コレハ奏效スルコト多シ。又、唯、單ニ脾臓周圍ノ癒著ヲ剝離スルノミテ再、腹壁ヲ閉ヅル人アリ。

- (1) Payr
- (2) Habs

コレニテモ多クハ自然ノ經過ニヨリテ治癒ヲ來タス。
慢性脾臟炎ハ一般ニ外科的治療ヲ施スベキモノナリヤ否ヤハ今日、尙、問題ナリ。バイル⁽¹⁾・グレケ⁽²⁾・ハブス⁽³⁾等ハ被膜ノ廣キ切開ニヨリテ病勢ノ停止ヲ庶幾シ、ケルテノ如キハ、コレニ反對ス。シミツトモ亦、併發症無キ慢性脾臟炎ニハ外科手術ヲ行フ理由ヲ認メズ。膽石症、潰瘍等アル場合、脾頭ノ癒著ヲ想ハシムル場合等ハ勿論、上述ノ場合ト異ナリ、内科的治療ノ涉シカラザルトキハ外科治療ヲ必要トナス。手術ノ種類ハソノ場合ニヨリ異ナレドモ、總輸膽管ニ結石アル場合ハコレヲ去リ、膽道ノ一時的排膿ヲ行フ。膽囊ニ結石アルトキハ膽囊摘出法ヲ施シ、コレガ不可能ノトキハ膽囊ヲ十二指腸若シクハ胃ト縫合シテ、内容ヲソノ中ニ流入セシム。時トシテハ輸膽管ノ排膿・脾臟ノ部分的切除等ヲ要ス。十二指腸潰瘍ノ場合ニハ胃小腸吻合術ヲ施シ、幽門ヲ閉鎖ス。

- (3) Arnstein
- (4) Haak

外科手術ノ結果ニ關シテハ餘リ報告無シ。アルンスタイン⁽³⁾ハ七十四例ノ外科的治療ヲ施セル症例ヲ文獻ヨリ集メタルガ、ソノ中五十六例ハ治癒シ、五例ハ多少快方ニ向ヒ、十例ハ手術後間モ無ク死亡セリ。三例ノ結果ハ報告無シ、即、死亡率ハ一四プロセントニ當ル。ハーク⁽⁴⁾ハ時時、疼痛發作ヲ起ス慢性脾臟炎ニ於テアトロピンガ發作ニ對シテ頗、有效ニ働キ、強發作ノ際ニハ黃疸・糖尿・血糖上昇ヲ見、手術ニヨリテ脾臟被膜著シク肥厚シ、腺房ニハ肉眼的變化無ク、膽石ヲ認メズ、脾臟被膜及ビ總輸膽管切開・肝管插管法ニヨリテ治癒ヲ來タセル例ヲ報告セリ。

第十一章 化膿性脾臟炎(脾臟膿瘍) Eitrigie Pankreatitis (Pankreasabscess)

原因 化膿性脾臟炎ノ原因ハ頗、多方面ナリ。感染ヲ惹起ス源ハ特ニ膽道ノ感染ニアリ。ファーテル氏乳嘴ガ炎

- (1) Quénu und Duval
- (2) Bartel und Arnsperger
- (3) Robson

- (4) Stockton
- (5) Williams
- (6) Fritsch
- (7) Brentano
- (8) Haggard

- (9) Buzi

症性腫脹ヲナスカ、コノ部ニ近ク結石ノ箝頓ヲ來タストキハ、滯留セル感染膽汁ガ輸膽管ニ進入シテ病菌ヲ脾臟組織ニ傳播ス。ケルテ及ビノルドマンニ據レバ、斯ク兩管ヲ傳ハツテ感染スル外ニ、脾臟中ヲ走ル總輸膽管壁ヨリ脾頭組織ニ直接感染シテ、ソノ部ノ間質性炎症及ビ膿瘍形成ヲ來タス。經驗上、化膿性總輸膽管炎ノ際ニ最、多ク來タル。總輸膽管ニハ變化無ク、唯、膽囊ノ感染シ居ル際ニ、如何ナル道ヲ經テ脾臟ニ感染スルカハ稍、困難ナル問題ナリ。ケヌ⁽¹⁾及ビゴヅル⁽²⁾ニ據レバ、血行ニ依ツテ斯カル感染ノ行ハルコトハ稀ニシテ、多クハ淋巴系ヲ經テ感染スルモノト考ヘラレル。蓋、バルテル及ビアルンズベルゲル⁽³⁾ノ研究ニ據レバ、頗、豊富ナル淋巴管網ガ膽囊ト脾頭トヲ連絡シ、脾頭周圍竝ニ脾頭内ニ散在スル淋巴腺中ニ入ル。コノ點ヨリ考ヘ、脾頭ノ膿瘍ハ屢、先、脾臟組織ニ來タラズシテ脾頭中ニ存在スル淋巴腺ニ發生スルモノナリ。又、總輸膽管周圍炎症膿瘍ガ脾頭ニ波及シテソノ炎症ヲ起ス。ロブソン⁽⁴⁾ニ據レバ胃及ビ十二指腸ノ加答兒ノ際、十二指腸ヨリ輸膽管ヲ遡ツテ、ソノ感染ヲ來タス場合ハ酒類亂用ノ結果ニ基ツク場合、最、多シ。シカシ、グレケ⁽⁵⁾ハ胃腸加答兒ハ甚、頻繁ナルニ拘ラズ、化膿性脾臟炎ハ頗、罕ナルガ故ニ、斯カル機轉ニヨル感染ハ餘リ多カラザルベシトナス。輸膽管開口部ニ近キ十二指腸潰瘍ヨリ感染シテ脾頭膿瘍ヲ來タセル例ハストツクトン⁽⁶⁾及ビビザアムス⁽⁷⁾・フリツモ⁽⁸⁾・ブレンタノー⁽⁹⁾・ケルテ⁽¹⁰⁾・ロブソン⁽¹¹⁾等ノ報告ニ見ル。コノ感染ハ直接起ルコトアリ、又、淋巴系ニ依ルコトアリ。ハツガード⁽¹²⁾ハ後者ノ方多シトナス。臨牀上ノ經驗ニ依レバ胃及ビ十二指腸ノ潰瘍穿孔ニ依リテ、化膿性脾臟炎ヲ起スコトハ稀ニシテ、潰瘍ガ深ク脾臟中ニ破レタル場合ニテモ通常、慢性限局性脾臟炎ヲ起スニ止マル。コレニ反シテ、胃又ハ十二指腸潰瘍ノ切除ヲ行ヒタル場合、残留セル脾臟創面ガ感染スルトキハ脾臟膿瘍ヲ惹起スコトアリ。ブヂ⁽¹³⁾ハ結腸周圍炎ヨリ淋巴系ヲ經テ、脾臟膿瘍ヲ生ゼル例ヲ報告セリ。四十七歳ノ男ニテ十四年來、便秘ト下痢ト交互ニアリ、吐糞症狀ヲ呈シテ入院シ、盲腸及ビ上行結腸ニ於ケル結腸周圍炎症性癌

- (1) Edgecombe
- (2) Simonin
- (3) Neurath

著ヲ剝離シ、少シク炎症ヲ呈セル蟲様突起ヲ摘出シテ一時治療ヲ來タセルガ、數週ノ後、化膿熱ト下痢トノタメ、再、入院、上腹部ニ壓痛アル小腫瘍ヲ認め、尿ニ糖ヲ證明シタルヲ以テ再、開腹術ヲ行ヘルニ、脾臓中央部ニ一ツノ膿瘍アリ、脾頭及ビ尾部ハ異常無ク、タンポン挿入ニテ治療ヲ來タシ、尿糖ハ痕跡トナレリ。

種種ノ傳染病、又ハ身體ノ處處ニ於ケル傳染性病竈(乳腺炎・門脈系統ニ於ケル化膿竈)アル場合、血行ニヨツテ脾臓ノ急性炎症ヲ來タスガ膿瘍ヲ生ズルコトハ少ナシ。耳下腺炎流行ノ場合ハ特ニ多シ、エジコンブ⁽¹⁾ハ三十三例ノ流行性耳下腺炎ノ五例ニ於テ輕症脾臓炎ヲ見、シモニン⁽²⁾ハ六、五二例ノ中一〇例ニ於テ脾臓ノ罹患ヲ見タリ。ノイラート⁽³⁾ハ四例ノ同様ノ症例ヲ見タルガ、脾臓ニ於ケル症狀ハ二日目乃至八日目ニ現ハレ、急遽、嘔氣・嘔吐・發熱・激烈ナル腹痛・臍上方ノ壓痛、ソノ部ニ於ケル汎發性抵抗等ヲ認メタルガ、腹壁ノ緊張ハ證明セザリシト云フ。尿ニハ糖無ク、糞便ハ屢、血液・脂肪ヲ含有シ、脾臓機能ノ障碍アルヲ示セリ。數日ニテ皆、治療ヲ來タセリ。他ノ腺、特ニ辜丸ガ耳下腺炎ノ際、屢、侵サルルコトヨリ考へ、ノイラートハ耳下腺炎性脾臓炎ハ血行ヲ經テ感染スルモノニシテ、嚙下セル唾液ヨリ十二指腸ヲ經テ感染スルモノニアラザルコトヲ主張セリ。

腸室扶斯ノ際、化膿性脾臓炎ヲ併發スルコトアリ。

マイヤーハ黄疸出血性スピロヘータ病ニ於テ出血及ビ壞死ヲ來タス、頗、重症脾臓炎ヲ經驗セリ。猩紅熱・インフルエンザ・マテリヤ等ニモ輕症ヲ見ルコトアリ。尙、急性化膿性脾臓炎ハ急性脾臓壞死ヨリ二次のニ起ル。又、脾石・慢性脾臓炎ニ續發スルコトアリ。斯カル際ハ慢性ノ經過ヲ取ルコト多ク、從ツテ穿孔ノ悞ハ比較的少ナキモ、漸次、脾臓組織ノ消滅ヲ來タシテ重症糖尿病ヲ惹起スルコトアリ。又、外傷ニ基ツキ、或ハ直接創面感染ニヨリ、或ハ皮下ノ出血若シクハ破壊竈ノ二次的感染ヨリ傳播シテ急性化膿性脾臓炎ヲ惹起スルコトアリ。脾臓化膿ヲ惹起スル細菌ノ種類ハ大腸

菌、最、多ク、ソノ他ニ葡萄狀球菌・連鎖狀球菌・肺炎桿菌等ニヨリ、或ハ種種ノ菌ノ混合感染ニヨル。上述ノ感染經路ヲ考フルトキハコノ關係ハ自ラ明トナル。

症狀 化膿性脾臓炎ノ症狀ハ、大體ニ於テ急性脾臓壞疽ニ於ケルト同様ナレド、通常、稍、徐徐ニ進ミ且、症狀モ輕シ。ソノ他ニ傳染性疾患ノ症狀現ハレ、惡寒・戰慄・發熱等ヲ起シ、白血球ノ増加ヲ來タス。嘔氣・嘔吐・上腹部ノ疼痛・胃腸違和等起リ、便秘ト下痢トガ交互ニ來タル。疼痛ハ通常、脾臓壞疽ニ於ケルヨリ弱シ、即、彼ノ場合ニ通常起ル重症性虛脫症狀ヲ缺グ。上腹部ノ膨滿ハ通常、徐徐ニ起ルモ、時ニハ最初ヨリコレアリテ全腹ニ擴リ、且、壓痛アルヲ以テ腹膜炎ト誤ルコトアリ。脾臓疾患ナルコトヲ確實ニ知ラシムル點ハ、腫脹セル脾臓ニ相當スル橫走抵抗ト同時ニ存在スル機能障碍ナリ。若、化膿竈ガ外部、就中、脾後腹膜囊内ニ破レルトキハ上腹部ニ腫瘍ヲ觸レ、時ニ波動ヲ證明シ得ルコトアリ。化膿竈ガ腹腔内ニ破レルトキハ化膿性腹膜炎ノ典型性症狀現ハレ、急速ニ死ノ轉歸ヲ取ル。脾臓ヨリコノ疾患ガ發生シタルコトヲ證明スル重要ナル證左ハ、脾臓ノ分泌障碍ヲ示スコトナリ。内分泌ノ障碍トシテハ唯、一過性ノ糖尿ヲ來タスニ過ギズ。但、コレガ慢性脾臓炎ニ移行スル場合ニハ持續性ノ糖尿病ヲ惹起スコトアリ。

ブルグツシ及ビケーニヒノ例ハ興味アルヲ以テ引例スルノ價值アリ。二十三歳ノ屠獸者、三週間以前ヨリ急遽、上腹部ニ激烈ナル疼痛起リ、多少ノ間隔ヲ置キテ二十四時間續キ、八日後ソレヨリ稍、輕キモノ再、起リ、最後ノ八日間ハ胃部ニ持續性ニ疼痛アリ。便通ハ注腸ニ依ツテノミ出テ、著シキ變化ヲ呈セズ。急性ニ羸瘦シ、皮膚ニ痕跡ノ黄疸ヲ發シ、體溫、朝ハ正常、夕ハ四〇度、脈搏一〇〇乃至一二〇、腹部ニハ僅少ノ腹水アル外、確實ノ所見無シ。白血球數二〇四〇〇、血液中ニ連鎖狀球菌アリ。糞便ハ黃褐色・軟膏狀、ヒドロビリビン多量ニ證明サル。顯微鏡下ニ

ハ多量ノ石鹼及ビ脂肪酸針狀結晶ヲ認ム。脂肪吸收悪シク(五九・七プロセント排出ス)、開腹術ヲ施シテ檢セルニ、多量ノ黄色腹水アリ、網膜及ビ腸壁ハ充血ヲ示シ、膽囊・膽道・網膜・腸ノ間ニ著シキ癒著アリ。十二指腸及ビ腹膜後組織ハ液ヲ以テ腫脹シ、總輸膽管ノ下ニ波動ヲ示ス腫瘍アリテ、穿刺ニヨリテ黄色竝ニ染血塊ヲ交ヘタル濃厚ナル膿ヲ證明セリ。コノ膿瘍ハ約、胡桃大ニシテ、切開ヲ行ヘルニ脾頭ニ達セリ。膿ニトリフシヲ證明シタリ。タンポン挿入法ニテ治愈シタリ。

(1) Borelius

診断 診断ハ通常頗、困難ナリ、特ニ初期ニ於テハ急性脾臓壞疽トノ區別ハ不可能ナリ。唯、比較的輕症ヲ呈スルガ故ニ、遷延シテ精細ナル臨牀的觀察ヲ行フヲ得。發熱・惡寒・戰慄竝ニ膿毒症性現象ガ炎症性疾患ナルヲ示シ、上腹部ニ横走スル抵抗ヲ胃及ビ横行結腸ノ間ニ認メ、且、典型的濁音界ヲ示ストキハ診斷ヲ下スヲ得。ケルテハ左側上腹部ノ左側深部ニ粘土様ノ抵抗ヲ認ムルトキハ腹膜後膿瘍ト診斷シ得ベシト云フモ、コレハ末期ニ於テノミ認メラルル症状ナリ。

急性化膿性脾臓炎ハ、急性脾臓壞疽ニ比シテ遙ニ稀有ナル疾患ニシテ、ボレザウス⁽¹⁾ハ十二例ノ脾臓壞疽ヲ見タル間ニ一例ノ脾臓膿瘍ヲ見タルニ過ギズト。

豫後 急性竝ニ亞急性化膿性脾臓炎ハ、ソノ症状輕度ナルコト多キヲ以テ、急性脾臓壞疽ニ比シテ比較的良好ナリ。併シナカラ常ニ懸念スベキ疾患ニシテ、自然治愈ハ唯、極メテ輕症ニ限ル。ソノ他ノ場合ハ適時、十分ノ排膿ヲ行ハザレバ全身感染・腹膜炎等ヲ起シテ死ノ轉歸ヲ取ルコト多ク、唯、稀ニハ幸ニモ胃若シクハ腸ニ破レテ外へ排泄サル。化

膿性脾臓炎ガ脾臓組織ノ萎縮及ビ消失ヲ來タス慢性脾臓炎ニ變化セル場合モ、豫後ハ頗、懸念スベキモノナリ。

療法 化膿性脾臓炎ノ治療ハ、診斷ヲ下シ得ルト共ニ手術ヲ施シ、排膿ノ完全ニ行ハルル様處置スベシ。コレハ被膜ヲ有スル一ツノ膿瘍ノ際ニ於テ最、良好ニシテ、汎發性間質化膿ニテ多クノ小化膿竈散在スル場合ニハ左程良好ニアラズシテ、化膿竈ガ限局スルヲ待チテ手術ヲ爲スノ要アルコトアリ。一般ニ限局セザル蜂窠織炎型ニ於テハ罹患者ノ切開ヲ行ヒ、タンポン挿入法ヲ施スヲ可トス。脾臓ノ表層ニ存在スル大膿瘍ノ場合最、達シ易シ、深部ニ存在スルトキハ穿刺ニ依リテ位置ヲ定メ、穿刺針ニ沿フテ鉗子ヲ挿入ス。コレハ特ニ慢性炎症ニテ結石ヲ伴フ場合ニ善シ。

脾頭膿瘍ノ場合ハケルテニ從ヒ二ツノ到達法アリ、即、胃結腸靱帶ヲ開キテ前方ヨリ十二指腸角ニ入ルコト、稍、左側ヨリ脾後腹膜囊ヲ經テ入ルコト及ビ十二指腸ヲ脾臓ヨリ剝離シテ入ルコト是ナリ。多クノ膿瘍アルトキハ、スベテノ膿竈ヲ切開シ挿管法ヲ施スベシ。周圍ノ血管ヲ傷ツクルコトヲ避ケ、周圍ノ健康部ヲ豫、十分閉塞シテ感染傳播ヲ十分豫防スベシ。

脾後腹膜囊ノ大ナル膿瘍ハソノ擴リ竝ニ周圍トノ關係ヲ十分調べタル後、前方ヨリ切開シ、脾臓壞死片ヲ搜索シテ去リ、對照切開ヲ腰部ニ行フ。蓋、コレニ依リテタンポン及ビ挿管法ニヨル排膿ガ著シク良好ニ行ハルルヲ以テナリ。若、後期ニ於テ手術ヲ爲ス機會ニ遭遇スレバ、腹腔ヲ開クコト無ク腰部ヨリ入リテ直接化膿部ニ達ス。膿ノ横隔膜下ニ瀰蔓セル場合ニハ、肋膜ヲ經テ化膿竈ニ達スル法アリ。

膽道ニ結石又ハ炎症性變化ガアル場合ニ手術ノ際、ドノ程度マデコレヲ同時ニ處置スベキカハ一般ニ言フヲ得ズ。患者ノ全身症状悪シク、化膿竈ヨリ他腹膜部ニ傳染ノ擴ル惧アルトキハ十分行フヲ要ス。膽道ガ同時ニ著シク感染シ居

ルトキハ、コレヲ清拭シ、感染ノ擴大乃至再發ヲ豫防シ、膽道插管法ヲ行フ。
若、膽道疾患ヲ初回ノ手術ニテ處置シ得ザル場合ハ、後ニコレヲ行フヲ要ス。
手術ノ結果ハ排膿早ク、膿毒症・化膿若シクハ炎症ノ腹膜炎ニ擴ルコト等ノ危険ヲ去ルホド良好ナリ。脾臓ニ於ケル破
壞現象ニ作用スルコトモ同様ナリ。

後處置ハ大體、急性脾臓壞疽ニ於ケルト同ジ、餘リ早ク排膿管ヲ除去スベカラズ。蓋、後ニ至リテ壞疽性脾臓片ガ排
出サルコトアルヲ以テナリ。分泌液ハ純膿性ノコトアリ、又、一、二若シクハ、スベテノ脾臓素ヲ含有スルコトアリ。
急性症ガ慢性トナルコトアルヲ以テ、絶エズ物質代謝ニ注意シ、コトニ糖尿ノ出現ニ注意スベシ。コレニ相當スル榮養竝ニ
脾分泌障礙ニ對スル代償劑ノ投與ニ依リテ、長時健康ヲ保持シ得ルコトアリ。

第十二章 脾石症 Pankreassteine (Sialolithiasis)

原因 脾臓ニ結石ヲ生ズルコトハ稀ナリ。膽石ガ女子ニ多キニ反シ、脾石ハ男子ニ遙ニ多ク、通常、老人ニ來タル。

オビーハ一五〇〇ノ解屍體ニ唯、三回コレヲ見、クレツ⁽¹⁾ハ約三〇〇〇ニ一回、コレヲ見タルノミ。而シテ結石アルモ
ノ約三分ノ一位ガ臨牀上ノ症狀ヲ呈スルニ過ギズト云フ。

結石生成ノ原因ハ尙、明ナラズ。分泌液ノ停滯ヲ原因ト考フル人(フリードライ⁽²⁾)アレドモ、正常脾液ハ磷酸石
灰ヲ含有スルコト少ナク、炭酸石灰ハ含有セザルヲ以テコレニ依リテ説明スルコトハ困難ナルノミナラズ、脾臓硬化ノタメ、
著シキ慢性分泌液停滯ヲ示スモノニ結石ヲ見ザルコト少ナカラズ。一般ニハ特ニ細菌感染ニヨル輸尿管ノ加答兒性現
象ガ主因ト認メラレ、且、限局性又ハ汎發性ノ間質性炎症起リ、分泌停滯ヲ伴フ場合ガ擧ゲラル。脾頭部ニ比較的

- (1) Kretz
- (2) Friedreich

- (1) Matani

- (2) Baldoni
- (3) Legrand

大ナル結石ヲ見ルヲ以テ、直ニ他部ヨリ移行シ來タリタルモノトスルヲ得ズ。蓋、コノ部ハ輸尿管口徑が大ナルト共ニ炎症
ヲ起シ易ク、又、膽石ガ膽道ニ繫留シ、一時輸尿管ヲ壓迫スルタメニ、脾臓結石生成ヲ助長シ得ト考ヘラル。結石ト共
ニ輸尿管粘膜炎ノ結痂ヲ來タシ、全輸尿管ガ管狀ニ石灰化スルコトアリ。

結石ノ大サハ顯微鏡ニテ僅ニ認メ得ラルルモノ・セメント粉狀ノモノ・細砂大ノモノヨリ、ハシバミ大・胡桃大ノモノマデ、アラユ
ル大サヲ示スガ、胡桃大ノモノハ極メテ稀ナリ。マタニ⁽¹⁾ノ見タルモノハ大人ノ無名指大ニテ約六〇グラムアリタリト云フ。極
メテ小結石ガ多數輸尿管ニ存在スル場合最、多シ、結石ハ多クハ突起若シクハ枝ヲ具ヘ、枝管ニ突入シ居ルヲ見ル。

結石ノ組成 脾石ハ通常、炭酸カルシウム・磷酸加里及ビ有機性窒素含有物質等ヨリ成ル。又、ビヨビステリン・脂肪・

脂肪酸・石鹼等ヲ含有スルモノアリ。チンストン⁽²⁾ハ一例ニ於テ磷酸カルシウム七二プロセント、炭酸カルシウム一九プロセ
ント、有機物質九プロセントナルヲ見、今一例ニテハ炭酸カルシウム九二プロセント、炭酸麻苦四プロセント、有機物質三
ロセントナルヲ見タリ。バルドニー⁽³⁾ハ脂肪一一・四プロセント、脂肪酸一三・四プロセント、石鹼及ビ色素四〇・九プロ
セント、ビヨビステリン七・七プロセント、蛋白質二・五プロセント、磷酸カルシウム、炭酸カルシウム及ビ鹽化物一・七プロセ
ントナルヲ見、シグランド⁽³⁾ノ例ハ炭酸カルシウム九三・一四プロセント、磷酸二・四五プロセント、有機物質〇・一六
八六プロセント、水一・九六プロセントナリト云フ。ソノ他、ロイチン・チロジン・クサンチン・尿酸カルシウム等ノ成分見出サル。
通常、他ノ結石ニ於ケルガ如ク、脾石ニ於テモ有機物質ガ核ヲ成スコト多シ。結石ガウ・氏管ノ開口部ニ近キトコロニ著
定スルトキハ膽色素ニ染マリ、若シクハビヨビステリンノ沈著ヲ來タス。斯カル場合ニハ膽石ガ輸尿管ニ進入シタルモノト、固
有ノ脾石トノ誤診ヲ來タス。同時ニ多數ノ結石ガ脾臓中ニ存在スルトキハ脾石ノ方ニ考ヘラル。

(1) Tschirschwitz

症狀 脾石症ノ症狀ハ餘リ特有ニアラズシテ、一定ノ症狀ヲ擧ゲ難シ。又、一方ニハ他ノ疾患特ニ膽石症ト誤リ易ク、又、他方ニハ客觀的症狀ニ稀有ナル點無ク、唯、特殊ノ方法ヲ用ヒテ想像的診斷ヲ下シ得ルニ過ギズ。尙、又、結石ノタメニ腺組織ガ著シキ變化ヲ來タスタメ、ソレニヨル症狀ガ主徵トナルコトアリ。

屢、病前史ニ於テ疝痛發作アリ。コレハ時トシテ膽石痛・腎石痛・胃痛ナドト誤診サル。且、又、疼痛ハ結石症ニ特有ニアラズシテ、殆、スベテノ脾臟疾患ニ來タリ得ルモノナリ。シカシ兎ニ角、脾臟疾患ナルコトヲ知り得バ、既ニ餘程ノ利益アリ。疼痛ハ胃部ニ起リ、背部ニ放射シ、時トシテハ寧、右ニ、時トシテハ寧、左ニ放射シ、屢、脾臟壞疽ニ於ケル疼痛ト一致シ、耐エ難キ程度ニ達スルコトアリ。時トシテハ既ニ長時、胃竝ニ脾臟部ニ不快感覺アルコトアリ。疼痛ノ發生原因ハ主トシテコノ臟器ニ於ケル停滯及ビ膨滿ニ基ツクモノニシテ、隣接臟器、就中、神經組織ニ加ハル壓迫モ關係アリ。發作ノ場合ハ通常、嘔吐ヲ來タス。即、疼痛ノ模様ハ膽石痛ニ彷彿タリ。又、膽石及ビ脾石ガ同時ニ來タルコトアリ。膽石ガ脾石ノ原因ヲナスコトモ少ナカラズ、蓋、脾臟ニ上行性加答兒ヲ惹起スルコトアルヲ以テナリ。時トシテハ慢性脾臟炎ノ結果、發生セル結石ニ於テ疼痛ノ全ク缺如スルコトアリ。コレハ特ニ砂狀結石ノトキニ見ル。但、大ナル結石ニテモ疼痛無キ場合モアリ。疼痛アルトキハ、コレガ發作性ニ來タリ、長時止ミテ、復再發ス。漸次、疼痛發作増シ、遂ニハ毎日起ルニ至ル。時トシテハ發作後ノ糞便中ニ結石ヲ見出スコトアリ。斯ク糞便中ニ見出サレタル場合ハ、ソノ化學的檢査ガ特ニ診斷上重要ナリ。第二ノ重要ナル表徵ニテ、他ノ脾臟疾患ニモ來タリ、膽石症トノ區別困難ナルハ黃疸ナリ。如何ニシテ黃疸ガ起ルカハ、總輸膽管ト脾臟トノ解剖的關係ヲ考フレバ自、明瞭ナリ。即、總輸膽管ハ屢、脾臟ヲ貫通シ、膽道及ビ脾管ノ開口ハ屢、共通ニシテ脾臟竝ニ輸脾管ノ停滯ハ總輸膽管ニ壓ヲ及ボシ黃疸ヲ惹起ス。

皮膚ノ褐染ヲ來タスコトアリ(チルシウツ⁽¹⁾・グレンスネル)。發作止ミ、症狀去レバ再、消失ス。

(1) Lazarus

内・外分泌障礙ガ主徵ヲ呈スルコトアリ。約半數ニ於テ糖尿病ヲ認ム。コレハ最初ハ輕度ナレドモ病勢進ムニ從ヒ重症トナル。コレトモニ食物ノ利用障礙現ハレ、肉下痢・蛋白下痢・脂肪下痢ヲ來タス。シカシコノ内・外分泌ノ障礙ハ結石症ノ極メテ末期ニ現ハル現象ニシテ、既ニ腺組織ニ深甚ナル變化ヲ來タセルニ基ツク。下痢ハ發作中及ビ發作後ニ於テ殆、必發ノ現象ナリ。疼痛發作後、糞便ニ一過性ノ脾臟機能障礙ヲ示スコトアリ。發作ノ際ニ發熱ヲ來タスコトアリ。グレンスネルハ食餌性糖尿ノ檢査ヲ行フベキコトヲ力説セリ、發作中又ハソノ前後ハ殆、常ニ陽性ヲ示ス。他ノ脾臟疾患ニ於ケルガ如ク屢、唾液分泌ノ亢進ヲ來タス。

(一) 結石固有症狀

脾臟疝痛

脾臟腫脹

糞便中、結石排出

(二) 脾石ノ續發症狀

脾臟炎及ビ脾臟周圍炎

脾臟膿瘍

脾臟出血

脾臟瘻管

脾臟囊腫

隣接臓器(十二指腸)への破裂

(三) 脾臓機能ノ脱落症狀

糖尿

脂肪下痢・肉下痢・蛋白下痢

(四) 隣接臓器ヨリ來タル二次的症狀

脾臓ガ胃又ハ腸ト癒著スルタメニ起ル消化不良

乳嘴部結石ノ際、脾頭腫脹又ハ脾臓周圍炎ノ結果、黃疸ヲ惹起スコト

黃褐色色素沈著

下行大動脈壓迫ノ結果、動脈瘤ヲ起スコト

唾液分泌亢進スルコト

(五) 全身症狀

羸瘦

脱力

- (1) Mikulicz
- (2) Moynihan
- (3) Glaeßner

診断 フリードライイビハ脾石ノ診断ハ不可能ナリトナセド、今日ハ必ズシモ然ラズ。生存時診断ノ下サレタル場合アルノミナラズ、治癒ヲ來タセル症例ノ報告アリ(ミクヴツツ⁽¹⁾・モイニア⁽²⁾・グレスネル⁽³⁾)。診断ガ斯ク困難ナルハ臨牀的症狀ガ餘リ特有ナラズシテ、脾石ノ病徴トシテ記載スベキモノ無キニ依ル。即、遙ニ頻繁ナル膽石症類似ノ徵候ノ

(1) Zesas

外ハ殆、スベテノ脾臓疾患ニ來タルベキ症狀ニ過ギズシテ、所謂、末期症狀ナルモノハ二次的の重症腺組織變化ノ結果ニ外ナラザルヲ以テナリ。

實際ニ於テ生存時診断ヲ下サレタル症例ニ於テハ、先、脾石ニアラズヤト思ハシムル如キ症狀ヲ呈セリ。Zesas⁽¹⁾ハ一千九百〇六年、文獻中ヨリ七〇例ノ脾石ヲ蒐集セルガ、ソノ中七例ノミガ生存時診断シ得タルモノナリ。就中、重要ナルハ痲痛發作アル場合ニ、糞便中ニ結石ヲ搜索スルコトナリ、特ニ砂狀物質ヲ注意スベシ、コレハ容易ニ篩孔ヲ通過スルヲ以テナリ。コノ物質ヨリ屢、結石ノ診断ヲ下シ得ルコトアリ。最、稀ナル有機性結石ナルトキハ化學的分析ニテ餘リ結果ヲ見ザレドモ、無機性結石ナル場合ハ殆、除外例無ク、石灰、就中、炭酸石灰ヨリ成ル。灰分ノ多キコトハ脾石ニ特有ナルドモ、腸管ニテ生ゼル結石ニテ類似ノ組成ヲ呈スルモノアリ。

石灰分ノ多キコトハ尙、又レントゲン寫眞ニ於テ造影ヲ來タスノ故ヲ以テ診斷上ノ助トナル。膽石ノ如キハビヨレスチンニ富ムヲ以テ寫眞板ニ現影スルコト稀ナリ。但、グレスネルノ一例ニテハ炭酸石灰ヨリ成ル脾石ガ、レントゲン造影ヲ呈セザリシト云フ。グロースハ脾石ニハレントゲン像ト結石ノ化學的組成トガ特有ナリトナス、即、脾石ノ疑アルトキハ第一ニコノ點ニ注意スベシ、コレトモニ勿論スベテノ脾臓疾患診斷法ヲ利用スベク、就中、糞便及ビ十二指腸液ノ酵素測定法ヲ行フベシ。コレニ依リテ先ヅ脾臓ガ病的ナルヤ否ヤヲ決定スルヲ得。コレトモニ經過ニ就テ注意ヲ拂フベク、特ニ發作性痲痛・黃疸・糞便ノ狀態及ビ外觀・尿検査・唾液分泌亢進等ニ注意ス。腎石トノ鑑別ヲ要スル場合ニハ反復膀胱鏡検査・尿管カテーテル挿入法・腎盂撮影法等ヲ行フベシ。膽石ト診断サレ開腹術ヲ施シ、コレヲ發見セザル場合ハ常ニ脾石ノ有無ヲ考慮シツツ十分検査スベシ。急性脾臓炎トノ鑑別ハ時ニ困難ナリ。蓋、コノ場合モ亦、輕症ニ於テハ程度、疼痛發作ヲ反復シ、各發作ハ相當ノ期間ヲ隔テ起ル場合アルヲ以テナリ

経過 脾石症ハ一般ニ、慢性疾患ニシテ數年・十數年ニ亙リ、ソノ間反復發作ヲ來タヌヲ常トス。臨牀的症狀トシテハ發作性疝痛ガ主徴ヲ呈スレドモ、特ニセメント様小結石ノ場合ノ如キハ、全然、疼痛發作無キコトアリ。疼痛發作ハ恐ラク結石ノ位置移動ニ基ツクモノナルガ、唯、注意スベキコトハ輸尿管ニハ滑平筋ヲ缺クコトナリ。從ツテ疼痛發作ハ寧、慢性脾臓炎ニ來タルト同様ノ機轉ニ依ルモノナラン。疼痛發作後、結石ガ糞便中ニ出ツルコトアルハ、停滞セル分泌液ノ壓ニヨツテ押し出サルルモノナルベシ。發作ノ後全ク健康ヲ恢復シ、更ニ再發ヲ來タシ、回ヲ重スルニ從ヒ發作ハ益、劇甚トナルヲ常トス。病變ガ腺組織ニ及ビ、ソノ大半ヲ侵スニ至レバ、ソレニ依ル症狀ガ主徴ヲ呈スルニ至ル。就中、糖尿病ヲ發生スレバ、ソレガ漸次重症トナリ、患者ハ頓ニ衰弱ヲ來タス。又、脂肪下痢・肉下痢ヲ來タセバ惡液質ニ陥リ、死ノ轉歸ヲ取ルニ至ル。

豫後 ハ一般ニ樂觀ヲ許サズ。モイニアンハ手術ニヨリテ治癒セル例ヲ有ス。即、早期診斷ヲ下シ、手術ヲ施スコトニ依リ豫後ノ良好トナルヲ期シ得ベシ。

療法 グレスネル・スカシレル⁽¹⁾等ハ油類飲用療法竝ニ大量アルカリ液ノ洗滌ガ良果アルコトヲ擧グ。ソノ他、一般ニ膽石症ノ際ニ用ヒラルル榮養・モルヒン劑・阿片・カルス泉鹽・局所溫抵中・溫浴等ハ餘リ效果無シ。アイビホルスト⁽²⁾ハ十九年間、確實ナル脾石ニテ、發作ノタメ治療ヲ施シツツアリシ患者ニ於テ、ピロカルピン注射(〇・〇〇五乃至〇・〇一)ガ好結果ヲ示シタル例ヲ報告セリ、恐ラクピロカルピンニ依ツテ高マレル分泌液ノタメニ、結石ノ移動ヲ來タスニ依ルモノナラン。ニミール⁽³⁾ハ稀鹽酸ノ投與ヲ賞揚ス。スベテコレ等ハ結石ガ固著セザル場合ニ有效ナルモノニシテ、固著シ居

- (1) Skaller
- (2) Eichhorst
- (3) Nimier

ル場合ニハ、ソノ上流ノ停滞ヲ一層高メ反對ノ結果ヲ招來シ得ベシ。外科手術モ有望ナラズ、脾臓實質ニ於ケル變化モ顯著ナル場合ハ、スベテ脾臓硬變ノ條ニ述ベタルトコロニ從ツテ治療ヲ行フ。即、榮養ヲ攝シ、糖尿ヲ去リ、脾臓製劑及ビ消化蛋白質ノ投與ヲ行ヒ、榮養ノ恢復ヲ圖ル。ソノ他ハ一般ニ症狀的治療ヲ施ス。

第十二章 脾臓結核 Tuberkulose des Pankreas.

病理解剖的檢査ガ漸次精細トナルニツレ、脾臓ノ結核性病變ガ從前考ヘラレタルヨリモ遙ニ頻繁ナルコト明トナレリ。サレド原發性結核ハ極メテ稀有ニシテ、通常、續發性ナルコトハ從前唱ヘラレタルトコロト變化無シ。マデニ古ク他ノ臟器、就中、肺臓ノ結核症ノ際、脾臓ノ罹患スルコトアル記載アリ。但、脾臓ノ孤在スル結核竈ヲ見ルコトハ稀有ノコトニ屬ス。クジェセン⁽¹⁾(一八四一年)・フリドライイ⁽²⁾(一八七五年)ハ脾臓結核ハ極メテ稀ナル疾患ニテ、主トシテ肺臓及ビ腸ニ慢性結核ノ存在スル場合、大小ノ密生粟粒性肉芽トシテ多少乾酪様顆粒ヲ呈ス。ロキタンスキー⁽³⁾ハ脾臓ニ於ケル乾酪様變成シテ記載サレタルモノハ脾臓組織ヲ侵セルニアラズシテ、隣接淋巴腺ノ侵サレ生ズルコト無カルベシトナシ、從來、脾臓ニ於ケル乾酪様變成シテ記載サレタルモノハ脾臓組織ヲ侵セルニアラズシテ、隣接淋巴腺ノ侵サレタルモノナラントナシ、オルト⁽⁴⁾モ亦、結核ヲ認メタル場合ハ間質性淋巴腺ノ侵サレタルモノナリトナス。クレブス⁽⁵⁾モ亦、汎發性粟粒結核ノ際、脾臓ノ侵サルコトニ疑ヲ挾メリ。シカシナガラ、コレ等ノ主張ハ事實ニ反シ、既ニ脾臓ガ汎發性粟粒結核(ロエゼル⁽⁶⁾・バルロウ⁽⁷⁾)・結核性膿瘍(アラン⁽⁸⁾)及ビ大結核竈(クダステツク⁽⁹⁾)ノ際ニ罹患スルコトガ證明セラル。ブラーグノ病理解剖教室ニ於テ精細ニ檢査セルトコロニ據レバ、脾臓結核ハ一般ニ倍セラルル如ク稀ナルモノニアラザルコト明トナレリ。種種ノ臟器ニ於ケル結核例、六十八例ノ顯微鏡檢査ニ於テ十三例ニ於テ脾臓結核竈ヲ證明セリ、即、約一九プロセントニ當ル。又、百二十八例ノ肉眼の所見ニ於テ九・四プロセントノ脾臓結核ヲ認め、十八例ノ汎發性粟粒結核ニ於テ六例即、三三・二プロセントニコレヲ認めタリ。小兒ニ於テハ特ニ頻繁ニシテ結核

- (1) Claessen
- (2) Rokitansky
- (3) Virchow
- (4) Orth
- (5) Klebs
- (6) Roeser
- (7) Barlow
- (8) Aran
- (9) Chvostek

(1) Mayer

(2) Kudrewetzky

- (3) Chabrol und Walter-Sallis
- (4) Carnot
- (5) Klippel und Chabrol
- (6) Salomon und Halbron

性小兒屍ノ四四・四フロセントニ脾臓ノ罹患ヲ認メタリ。マイエル(1)ハ百八十四例ノ結核例中十回即、五・四フロセントノ脾臓結核ヲ見、ソノ中四例ハ小兒ナリ。四十二例ノ汎發性粟粒結核中二例(一・一フロセント)ガ脾臓ノ罹患ヲ示セリ。ステニ前述ノ如ク、脾臓ノ原發性結核ハ殆、コレヲ見ズ、唯、メーヨトアラントノ各一例位ニ過ギズ。結核ノ感染経路トシテハ急性粟粒結核ノ際ニテモ、他臓器ノ慢性結核ノ際ニテモ、血行ニヨリ傳播ヲ第一トシ、ソノ他ニ隣接臓器ヨリ接觸感染ヲ來タス。タトヘバ結核性腹膜又ハ淋巴腺ヨリ疾患ガ確實ニ傳播セル症例ノ報告アリ。コレニ反シテ輸脾管ヲ遡上シテ傳播セル確實ノ症例ヲ見ズ。結核菌ハオルトノ主張セル如ク、先、間質内介在淋巴腺ヲ侵シ、腺房細胞ノ破壊ニ及ビ、中央ハ乾酪樣變成ニ陥ル。結核菌ハ通常證明セラレ、巨大細胞モ多クハ見出サル。慢性結核ノ際ハ廣汎ナル破壊ヲ來タシ、空洞形成、隣接臓器ヘノ破裂等ヲ來タス。クドレウツキー(4)ハ脾臓ノ肉眼的結核檢出ノ困難ナルヲ擧ゲタルカ蓋、當ヲ得タルモノナリ。一方ニハコレが見逃サルル惧多キトモ、他方ニハコレト誤認サルル場合モアリ。大デ氏島ヤ小脂肪組織壞疽ハ肉眼的ニ頗、粟粒結核ニ彷彿タル外觀ヲ有ス。

ザイナルトハ脾臓結核ニ左ノ形ヲ分テリ。

- 一、慢性結核性脾臓炎。コレハ脾臓結核中、最、頻發スルモノニシテ結核ノ際ニ於ケル肝臓硬變ニ比スベキモノナリ。シヤブロール及ビワルター、ザリス(3)ニヨレバ肥大性萎縮性ノ兩型ヲ分ツベシ。マイヤーモ亦、慢性脾臓炎型ヲ見タリ。斯カル硬變性炎症ハ恐ラク身體中ニ於ケル毒素生成ノ結果ニシテ、コレヲ結核中ニ數フルコトハ困難ナリ。
 - 二、淋巴腺又ハ脾臓周圍ノソノ他ノ結核性病竈ヨリ傳播セル大結核菌ヲ呈スル場合。
 - 三、脾臓ノ間質組織ニ來タル大小種種ノ結核菌(多クハ粟粒結核)ヲ呈スル場合。
- 脾臓結核ハ實地上、餘リ意義無シ。糖尿ハ餘リ起ラズ、起リテモ一過性ノ場合多シ。蓋、デ氏島細胞ハ特ニ結核性病變ニ對シテ抵抗強キモノナルガタメナリ。カルノー(4)ハ脾臓實質竝ニ輸脾管ニ結核菌ヲ注射シ、脾臓結核竝ニ脾臓硬變ヲ惹起スルヲ得、又、一過性ノ糖尿ヲ認メタリ。クワッペル及ビシブロー(5)・サロモン及ビハルブロン(6)等モ同様ノ成績ヲ得タリ。

- (1) Ancelet
- (2) Arnozan
- (3) Morache

(4) Rostant

- (5) Cruveilhier
- (6) Birsch-Hirschfeld

アンゼレ(1)・アルナザン(2)・モラシ(3)等ハ他ノ臓器ノ結核ノ際、脾臓硬變ヲ見タリ。カルノーハ結核ノ際、結核菌ノ増殖ヲ來タスハ細菌毒素ノ分泌ニ基ヅクモノニシテ、一ツノ防禦的反應ト認ムベキモノナリトセリ。

一般ニ原發性脾臓結核ハ殆、無キコト、二次的結核ノ際ハ唯、重症結核ノ部分的疾患ニシテ、原發結核ノ症狀主徴ヲ呈シ、脾臓疾患ハ實際上、生前診斷サルルコト少ナク、僅ニ想像サルル場合アルニ過ギサルヲ以テ、多クハ治療方針ヲ樹ツルニ至ラザルモノナリ。

第十四章 脾臓微毒 Syphilis des Pankreas.

微毒ノ如ク人體各臓器ヲ侵ス疾患ニ於テハ、脾臓モ亦、比較的早期ニソノ侵蝕ヲ蒙ルコトアルハ蓋、免レザルコトコトナリ。實際ニ於テ、吾人ガ脾臓ノ微毒性疾患ト診斷シ得タル場合ヨリ、遙ニ頻繁ニコノ疾患ノ存在スルコトハ、否ム能ハザル事實ナリ。ソノ原因ハ肝臓微毒ヲ除キテ、一般ニ内臓微毒ハ診斷上、頗、困難ナルノミナラズ、脾臓ハソノ解剖的位置ヨリ一層困難ナリ。ワツセルマン氏反應、ソノ他ノ反應ニヨツテ近來、著シク診斷ノ進歩ヲ來タシタルハ事實ナリ。脾臓ニ於ケル解剖的變化ノ如キモ、漸、近來ニ至ツテ十分ノ注意ヲ拂ハルルニ至レリ。サレド、脾臓ノ微毒性疾患ノ觀察ハ既ニ比較的的古クヨリ行ハレ、ロキタンスキ(1)ノ如キモ脾臓ノ微毒性疾患及ビ保護腫ニ就テ記載セリ。ロスタント(4)ハ下疳ニ罹リテヨリ十四年ヲ經テ、他部ニ於ケルトモニ脾臓ニ保護腫ヲ生ゼルヲ見タリ。ランセローハ内臓微毒ノ際、硬結セル脾臓ヲ發見セリ。彼ハ十分注意ヲ拂フコトニヨリ一層多ク斯カル所見ニ遭遇スベキコトヲ述ベ、クルベリ(5)ノ如キモ同様ノ觀察ヲナセルガ、フリードライビハコノ疾患ノ稀ナルコトヲ主張シ、コノ疾患ハ時ニハ全腺、時ニハ局部の癥痕性病竈ヲ呈シ、同時ニ保護腫ノ存在スルコト、セスコトアリトナセルガ、コノ所見ハ今日廣ク認メラルルコトコトナリ。ビルシ、ヒルシス(6)ノ報告ニ據レバ、先天性微毒ノ際、脾臓ノ侵サルコトハ頗、頻繁ナリ。

二十三例ノ他部ノ所見ニテ明白ナル先天性微毒ニ於テ、十二例マテ腺臟ノ罹患セルヲ認メタルガ、ソノ後ニハ罹患率ノコレヨリ低キヲ見タリ。即、百二十四例ノ微毒性初生兒中、二十九例ガ腺臟ニ變化ヲ呈セリ。彼ハコノ變化ハ妊娠末期ニ於テ發生スルモノトナセリ。腺臟ハ常ニ著シク肥大シ、通常五グラムナルモノガ約十グラムアリ。ソノ他、後ニ述アルガ如キ變化ヲ呈ス。ミシルハ十八例ノ死産セル微毒性小兒ノ剖見ニ於テ、三例ニ腺臟ノ罹患ヲ認メタリ。ソノ一例ニ於テハ主トシテ腺房周圍ノ肉芽細胞増殖ヲ呈シ、ソノ結果、腺房細胞ノ破壊ヲ來タシ、粟粒性微毒腫ノ像ヲ呈シ、第二例ニ於テハ腺房細胞ノ代リニリンパ細胞ノ限局性増殖ヲ來タシ、第三例ニ於テハ腺房周圍纖維ノ増殖ヲ示シタリ。ウグネ

- (1) Wegner
- (2) Mraczek
- (3) Birsch-Hirschfeld

圖 三 十 第



炎臟腺性腫謨ルケ於ニ毒微傳遺 (ル據ニ氏スーログ)

ル⁽¹⁾ハ十二例ノ微毒患者ノ中二例ニ於テ、ムラツ、ヅク⁽²⁾ハ十九例中、五例ニ於テ腺臟ノ罹患ヲ認メタリ、シュレージンゲルニ據レバ遺傳微毒ニ於テハ脾臟・肝臟・骨及ビ肺臟ハ腺臟ヨリハ頻繁ニ、胸腺・心臟腸及ビ腎臟ハ遙ニ稀ニ罹患スト云フ。ビル⁽³⁾、ヒル⁽³⁾ズエルド⁽³⁾トハ反對ニ、彼ハ腺臟モ他ノ臟器ノ罹患ト時期的關係ニ於テ相違ヲ認メズ。腺臟ノ遺傳微毒ノ際ニハ先、硬化ヲ來タシ、續イテ肥大及ビ重量増加ヲ來タシ、漸次、硬化ノ度ヲ増シ、一樣ナル白

色若シクハ灰白色ノ塊トナル。顯微鏡的ニハ纖維癌ニ彷彿タリ。一般ニ頭部ノ方、尾部ヨリ著シク侵サル。シュレージンゲルハ遺傳微毒ニ於テ腺臟ニ護膜腫ヲ見タルコト無シト云フ、顯微鏡的ニハ先、腺房間結締織ノ増殖ヲ來タスガ、小葉ノ周圍ノ方、中央部ヨリ著シ。結締織ハ腺房内及ビ細胞間ニ至ルマテ見出サルニ至ル。全體トシテハ、汎發性間質性腺臟炎ノ像ヲ呈ス。結締織増殖ト共ニ中、小動脈ニ微毒性動脈炎ヲ起シ、腺房周圍毛細管網ノ消失ヲ來タス。ザイフルトニ據レバ、凡テノ遺傳微毒兒ハ腺臟ニ變化ヲ示シ、糖尿病ノ原因トナルコト多シ、斯カル場合ニハデ氏島ハ硬固ナル結締織ニテ圍繞サレ、コレガ腺房ニ變化スルコトヲ妨ゲラルト。フォン、ノールデンモ亦、遺傳微毒ト糖尿病トノ關係深キコトヲ證明セリ。又、腺房細胞ハ全ク消失セルニ拘ラズ、デ氏島ハ善ク維持サルル場合モアリ。後天性微毒ニハ二種ノ全ク異ナリタル型ヲ區別スルヲ得。第一ハ護膜腫ニシテ或ハ大ニ、或ハ顯微鏡下ニ漸、證明シ得ル程小ナル場合アリ。我國ニ於テハ武谷氏及ビ松尾氏・賀屋氏ノ報告アリ。第二ハ硬化性纖維型ニシテ結締織増殖ト、ソノ結果起ル實質ノ消失トナル。後者ニ於テハ微毒性ナルコトノ見逃サルル場合少ナカラズ。著者ハコノ型ト思ハルルニ二例ヲ經驗セリ。兩型ノ混在スル場合モ少ナカラズ。遺傳微毒ハ殆、常ニ硬化性纖維型ニ屬ス。既ニ著シク結締織ノ増殖ヲ來タセル硬化性纖維型ハ特殊療法ヲ施スモ著シキ快癒ヲ來タサザレドモ、護膜腫ハ適時適當ノ治療ニ依ツテ少ナクモ機能ノ完全ナル治癒ヲ來タス。

症狀 腺臟微毒ニ殆、必發ノ臨牀的主要症狀トシテハ、第一ニ疼痛ヲ舉グベシ。コレハ發作的ニ上腹部ニ限局シ起ル。通常膽石症發作又ハ潰瘍ナドニヨル胃痛ト誤診サル。特ニ輕度ノ黃疸ヲ伴フ場合ハ一層、膽石症發作ト誤ラル。斯カル場合ハ必シモ肝臟ノ類患セルモノニアラズシテ、全ク解剖的關係ヨリ説明スルコトヲ得。第二ノ重要ナル症狀ハ

- (1) Herxheimer
- (2) Koch
- (3) Hirschfeld

糖尿病ナリ。コレハ必シモ存在セズ、寧ろ小數ニ見ラル。ヘルクスハイメル⁽¹⁾・コツポ⁽²⁾・ヒルシュフェルト⁽³⁾ニヨレバ護謨腫ノ場合ニハ糖尿病ヲ見ルコト稀ナリ。特ニ重要ナルハ脾臓機能検査ニヨリテ、ソノ消失ヲ決定スルコトニシテ、ソノ陽性成績トワ氏反應陽性ノ場合ハ糖尿病無キモ多クハ診斷確實ナリ。

療法 一般ノ法則ニ從ヒ驅微療法ヲ施ス。コレハ患者ノ全身状態ノ尙、衰へザル間ニ最、峻烈ニ行フ可トス。護謨腫ノ場合ハ一般ニ成績良好ナリ。纖維型ニテ既ニ實質ノ消失著シケレバ奏效疑ハシ。糖尿病ノ存在スル場合ハ、同時ニ食餌療法・インシュリン療法等ヲ施シ、脾臓機能障礙ニ對シテハ他ノ疾病ニ於テ擧ゲタル一般ノ脾臓疾患療法ヲ行フ。

第十五章 黃銅色糖尿病 Bronze-Diabetes, Hämochromatose des Pankreas, Pigmentsklerose des Pankreas.

matose des Pankreas, Pigmentsklerose des Pankreas.

- (4) Trousseau
- (5) Mossé et Danic

トルーソー⁽⁴⁾ガ初メテ記載セルモノニシテ、肝硬變・皮膚及ビ内臓ノ色素沈著及ビ糖尿病ノ二主徴ヲ具ヘタル疾患ナリ。コレニ加フルニ、顯著ナル惡液質ヲ呈ス。糖尿病ハ比較ノ末期ニ發生シ、時トシテハソノ未、發生セザルニ死ノ轉歸ヲ見ルコトアリ。黃銅色糖尿病ノ特徴ハ就中、血色素性組織褐變、即、褐色色素ノ沈著デアツテ、血色素ニ由來スルコトハモツセ及ビダニツク⁽⁵⁾ニヨツテ初メテ證明セラレ、皮膚・腹部臓器・心臓・腎臓・淋巴腺等ニ沈著ス。生存時ニ於テハアデソン氏病ト頗、類似ノ觀ヲ呈ス、コレ黃銅色糖尿病ノ名アル所以ナリ。色素沈著ハ汎發性ニシテ、アデソン氏病ト異ナリ、全身一樣ニシテ壓力ヲ受ル部ニ特ニ著明ナルガ如キコト無シ。又、アデソン氏病ノ如キ口腔等ノ粘膜ニ於ケル色素沈著ハ嘗テ見ラレズ。アデソン氏病ニ於ケル皮膚竝ニ粘膜ニシテ來タル色素

- (1) Porges
- (2) Bernstein und Falta
- (3) Anschütz
- (4) Quinke
- (5) Simonds

ハコレト根本的ニ由來ヲ異ニス。アデソン氏病ニ於ケルモノハメラニンニ屬シ、デロジン若シクハソノ誘導體又ハアドレナリンヨリ發生スルガ、血色素性組織褐變ニ於テハ血色素ヨリノ誘導體ニ屬ス。尙、アデソン氏病ニ於テハ寡血糖及ビ耐糖力亢進ヲ示ス。ホルジス⁽¹⁾・ベルンスタイン及ビワルタ⁽²⁾。(著者曰、寡血糖ハ必發ニテラズ。黃銅色糖尿病ハ殆、常ニ男子ナルハ特筆ニ値ス。黃銅色糖尿病ニ於ケル沈著色素ハ鐵ヲ含有スルヘモジデリン(Häm siderin)ト、コレヲ缺クヘモフスチン(Hämofuscin)トナリ。色素ハ皮膚・内臓、就中、肝臓及ビソノ他ノ腹部ニ於ケル實質性臓器淋巴腺及ビ時ニ唾液腺・腎臓等ニ密集セル粉塊及ビ小顆粒ヲナシ、或ハ汎發的ニ瀰蔓ス。血管中ニハコノ色素ヲ見ルコト無シ。恐ラク溶解状態ニ於テ臓器ニ輸送セラレ、ソノ局所ニ於テ色素ニ轉化スルモノナラン。蓋、コノ見解ヲ支持スルト考ヘラルル點ハ脾臓ニコノ色素ヲ見ザルコト・色素顆粒ガ細大種種ナルコト・顆粒狀沈著ト共ニ細胞ガ色素ニヨツテ浸淫サルコト等ナリ。ソノ他、内臓機關ニ種種顯著ナル變化ヲ示ス。就中、脾臓ハ色素沈著ノ所好位置ニシテ、ココハ特ニ著シキ變化ヲ示シ、脾臓性糖尿病ヲ來タス。ソノ他、アンシツツ⁽³⁾ガ記載セル例ノ如ク、脾臓ノ著シキ機能障礙ヲ來タシ、脂肪下疔・肉下疔ヲ起ス。又、脾臓疾患ニ特有ナル劍狀突起下ノ疼痛モ屢、認メラル。糖尿ハ時時、消失スルガ、終ニハ重症型ヲ呈スルニ至ル。糖尿病ノ存在セザル場合ニ於テモ葡萄糖一〇〇グラムヲ與フルトキハ多クハ食餌性糖尿ヲ惹起ス。コレ耐糖力ノ低下ヲ證スルモノナリ。又、脾臓ハ必シモ罹患スルハ限ラズ、或ハ脾臓ハ著シク變化セルニ拘ラズ、糖尿病無キコトアリ。黃銅色糖尿病ニ稀有ナルコトハ、餘リ食餌ノ影響無キコト、アチドーゼヲ起ス傾向無キコトナリ。

クインケ⁽⁴⁾ハ黃銅色糖尿病ニ於テハ同時ニ、肝硬變アル場合ト、無キ場合トアルコトヲ擧ゲ、ジモンゾ⁽⁵⁾ノ解屍セル例ニ於テモ、淋巴腺・肝臓及ビ脾臓ニ鐵成分ノ沈著ヲ認メタルモ、肝硬變ハ存在セザリシト云フ。

脾臓ハ毫モ硬化ヲ呈セヌコトアリ、又、著シク硬變シ、シカモ糖尿病ヲ起サヌコトアリ。中野氏ノ報告セル一例ニ於テハ頗、同検査ヲ行ヘルニ拘ラズ、嘗、糖尿ヲ認メズ、シカモ脾臓ニ於ケル結締組織増殖ハ頗、著シクアラ氏島ニ於テハ脂肪變性ヲ示シ、腺房細胞ハ脂肪變成無キモ、所、結締組織ニヨツテ絞扼サレ、著シキ萎縮ヲ示セル部分アリタリ。

- (1) Naunyn
- (2) Murri
- (3) Hess und Zurhelle

所謂、黄銅色糖尿病ニ於テハ脾臓ニ變化ヲ認めザル場合ヲ見ズ、必、色素沈著ヲ證明シ、結締織増殖ハアル場合ト、無キ場合トアリ。原因ニ就テ考察スルニ、コノ疾患ハ屢、既往歴ニ飲酒・血液疾患・漿膜ノ炎症等ヲ見ル。即、脾臓周囲炎・心囊炎・肝臓周囲炎・肋膜炎・ホルホッフ氏病・敗血症等擧ケラル。飲酒ハ肝硬變ノ主因ニシテ、ワイクゼルバウムノ如キハ酒精中毒ヲ以テ黄銅色糖尿病ノ原因トナセドモ、飲酒セザル人ニモ來タルコトアリ。

ナウニン⁽¹⁾・ムリー⁽²⁾・ヘス及ビツルヘレ⁽³⁾ハ肝硬變ト血色素性組織褐變トハ何等ノ因果關係無シトナス。唯、兩疾患ガ共通ノ原因ニヨツテ惹起サレ得ルト云フ。

アンシツツハ、コノ疾患ニ於テハ不明ノ原因ニヨリ細胞ガ血色素ヲ取り、且、通常ノ鐵排泄ガ行ハレザルタメナリトナスガ、コレニハ相當ノ根據アリ。鐵含有量ハ通常ノ五〇乃至一〇〇倍ニ達スルコトアリ。肝臓ハ通常〇・〇八プロセントノ鐵ヲ含有スルモノナルニ、黄銅色糖尿病ニ於テハ七・六プロセント(アンシツツ)及ビ七・一プロセント(ヘス・ツルヘレ)ナルコトが見ラレタリ。

上述ノ點ヨリ、血色素性組織褐變竝ニ黄銅色糖尿病ハ下ノ如ク説明スルヲ得ベシ。酒精・傳染疾患等ニヨツテ體細胞ノ傷害ヲ來タシタル結果、血球ノ分解産物ノ停滯ヲ來タシ、コレガ反應作用ヲ喚起シ、諸臓器ノ結締織増殖及ビ硬結ヲ結果シ、仍テ以テ肝硬變及ビ脾硬變ヲ發生ス。又、細胞ノ退行變成ヲ誘發シ、脾臓ニ於テフノ現象ガ顯著トレバ、糖尿病ヲ惹起ス。要スルニ網狀織内被細胞系ハ生物ヲシテ鐵作用ヲ完カラシムル作用ヲ有スルモノナルガ、ソノ機能不全ノタメ一旦採取セル鐵ヲ再ビ供給スル能力ヲ失フニ至ル、即、血球崩壊ノ亢進ニヨルモノニアラズシテ、生理的血球分解作用ノ結果、遊離セル血色素ガ細胞ノ機能不全ノ結果、堆積スルコトガ血色素性組織褐變ノ原因ト認めラル。

第十六章 脾臓囊腫 Cystenbildung der Bauchspeicheldrüse.

脾臓囊腫ノ成因ハ種種ナリ。ケルテハ下ノ如キ分類ヲ爲ス。

- 一、溜潑囊腫 (Retentionscysten)
 - イ、輸尿管ノ閉塞ニヨルモノ (Ranula pancreatica Virchows)
 - ロ、間質性脾臓炎ニヨリ腺房竝ニ小輸尿管ノ絞扼ニヨルモノ。
 - 二、増生囊腫 (Proliferationscysten, Cystoma glandulare proliferans.)
 - 三、變質囊腫 (Degenerationscysten) 腫瘍ノ軟化・包圍性出血竝ノ自家消化・急性脾臓炎ノ結果、腺房ノ變質ヲ來タスコト等ニヨリ生ズ。
 - 四、假性囊腫 (Pseudocysten)
 - 五、胞蟲囊腫 (Echinokokkencysten)
- ノ五種ニ區別サル。コノ順序ハ別ニ頻度若シクハ重要度ニヨラズ。
- 一、イ、潑溜囊腫 (Ranula pancreatica)

コノ型ハウルピヨウガ初メテ記載シ、唾液腺輸管ニ於ケル腫脹ト類似スルノ故ヲ以テ、Ranula pancreaticaト名ツク。ウルピヨウハコレニ二種ヲ區別ス。第一ハ輸尿管ノ全長ニ亘ツテ連珠狀ニ擴張ヲ示スモノニシテ、側枝ハ必シモ擴張ヲ呈セズ。第二ハ輸尿管ガ腸ニ注グ部ニ於テ閉塞ヲ來タシ、全輸尿管ガ囊腫狀ニ擴張スルモノナリ。コレハ時ニ著シキ大サニ達ス。コノ型ノ生ズル原因トシテ、ウルピヨウハ癥痕生成及ビ腫瘍ニヨル壓迫ヲ擧ゲタルガ、輸尿管閉塞ニ對シテハ種種ノ原因考ヘラル。タトヘバ脾石又ハ膽石ガ介在スルコトアリ、フオン、ピツクリングハウゼンハ小兒頭大ノ囊腫ノ原因ガ結石ノ介在ニヨリタルヲ見タリ。クレブスハ小輸尿管ニ於ケル加答兒性腫脹竝ニ分泌液停滯ガ泡沫狀腫脹ヲ來タストナス。又、癥痕形成ガ外ヨリ輸尿管ヲ壓迫スルコトアリ、又、副脾ヨリスカル囊狀擴張ヲ發

(1) Senn
(2) Wegelin

生スルコトアリ。

コノ種ノ囊腫ノ病理解剖的所見ハ眞正瀦溜囊腫ニ屬ス。但、ソノ大多數ニ於テハ閉塞的障得見出サレ、ソノ發生原因ヲ知ルモ、比較的容易ナルハ一般ニ後ニ述アル種類ニ見ルカ如ク、巨大ナルコトハ稀ナルニテリ。多クハ林檎大ニシテ小兒頭大ナルハ稀ナリ。

ゼン山ハ動物實驗ニ於テ輸脾管ヲ結紮セルモ、瀦溜腫ヲ構成スルヲ得ズ。グロースモコレヲ追證シ、只、單ニ輸脾管ノ閉塞ノミテハ囊腫形成ニ十分ナルヲ認メタリ。蓋、分泌液停滯ノタメニ管腔内壓ノ増進ヲ來タスモ、間モ無クソノ吸收起リ、壓ハ再、均衡ヲ保ツニ至ル、即、脾液ノ病的變化ニヨツテ、ソノ吸收不可能ノ成分ヲ混ズルカ、壁ノ吸收作用ノ低下ヲ必要トナシ、特ニ細胞ガ吸收作用ヲ失ヒタルニ拘ラズ、分泌作用ヲ保持スルコトナリ。ウゲザン等ハ、脾臟囊腫ニハ種種ノ成因アルガ、就中、發育障得ヲ舉ゲベシトナス。

脾臟瀦溜囊腫ハ、ソノ閉塞障得ノ位置ニヨリ形態、自、異ナル。クレブスハコレヲ二種ニ區別セリ。

一、ウ氏管開口部ニ近ク閉塞アル場合、續發狀態。全輸脾管竝、副輸脾管ノ擴張ヲ來タスガ、平等ニアラズテ珠數狀ヲナス。
二、ウ氏管ノ中途ニ於テ閉塞アル場合、續發狀態。閉塞ヨリ上流部ノ管腔ノ擴張ヲ來タシ、小兒頭大ニマテ達スル大囊腫ヲ生ズルコトアリ。形ハ時トシテ長形、時トシテ圓形ヲナス。囊腫壁ハ硬纖維性・内面平滑ニシテ所ニ腺房組織ヲ認ム。腺房組織ハ二次的ニ慢性纖維性硬化ヲ呈ス。近接臟器ニハ壓迫ヲ與フ。

三、一ツ又ハ多クノ副輸脾管ニ閉塞アル場合、續發狀態。終管竝、腺房ノ擴張ヲ來タシ顆房狀ヲ呈ス。クレブスノ所謂脾臟瘻瘡(Acne pancreatica)コレナリ、主トシテ尾部ニ來タリ、内容ハ發生後ノ年月ノ長短ニヨリ種種ナリ、殆、證明ナル場合ヨリ牛酪様若シクハ石灰様ヲ呈スル場合アリ。

以上記載セルガ如ク、脾管腫(Ranula pancreatica)ノ大サ及ビ形ハ種種ニシテ、單獨ノ囊腫ヲナス場合・桑實様ナル場合・長形若シクハ圓形ヲ成ス場合等アリ。大サハ珠數狀連鎖ヲナス擴張ヨリ小兒頭大ニ及ブモ、他種ノ囊腫ニ於ケルガ如キ巨大ナルモノヲ見ズ。

内容ハ種種ナリ、多少變化ヲ呈セル脾液ヲ含有シ、屢、脾酵素ヲ證明ス。ソノ他、血色素・尿素・ビヨレスチン・細胞分解産物等ヲ證

明スルコトアリ。

コノ種ノ囊腫(一、イ及ビロ)ニ特有ナルコトハ、囊腫内面ガ輸脾管表皮細胞ニテ被ハルルコトナリ。尙、屢、囊腫中ニ結石ヲ認ムルコトアリ。コレハ多クハ石灰鹽、就中、炭酸石灰ヨリ成ル。結石ハ輸脾管閉塞シテ囊腫ノ原因トナルコトナリ。又、囊腫中ニ分泌液停滯スルタメニ、二次的ニソノ中ニ發生スルコトナリ。

一、ロ、間質性脾臟炎ニ於ケル腺房ノ絞縛ニヨル瀦溜囊腫

慢性脾臟炎、即、脾硬變ノ特徴ハ腺房ノ消失ト共ニ結締織増殖ヲ來タスニテリ、ソノ際、腺房ノ絞縛・新生輸脾管ノ増殖ヲ來タシ、コレガ結締織條索ニヨツテ閉塞ヲ來タシ、分泌液ノ停滯ヲ招キ囊腫ヲ生成スルニ至ルコトナリ。コレ亦、眞正瀦溜囊腫ニ屬ス。デザルス(1)ハコレヲ囊腫性間質性脾臟炎(Pancreatitis interstitialis cystica)ト名ク。

一般ニ脾臟硬變ハ稀ナル疾患ナルガ、結石又ハ腫瘍ニ伴フ硬變ノ場合ニモ、コレヲ生ズルガ故ニ、コノ種ノ囊腫モ亦、割合ニ少ナカラズ。デザルスニ據レバ、殘存腺房ハ常ニ罹患シ、慢性脾臟炎ヲ呈ス。彼ノ十二例中三例ハ動脈硬變ヲ基礎トシテ脾硬變ヲ示シ、三例ハ癌腫アリ、二例ハ主若シクハ副輸脾管ニ結石アリ、コノ種ノ囊腫ハ(一)ノ部ニ述ベタルモノト明確ニ區別スルコトハ困難ノ場合少ナカラズ。發生ノ狀態ニ就テハ先、結締織束ノタメニ生ゼル分泌液停滯ノタメニ小囊腫ヲ生ジ、桑實形ヲ呈シ、各囊腫ガ融合シテ中隔ハ失ハレ、多數ノ小泡ガ合シテ大トナル。斯クシテ漸次、大囊腫トナル、從ツテ内面ニハ尙、網狀ノ造構ヲ示シ、若シクハ中隔ノ殘餘ヲ示ス場合アリ。

輸脾管ノ狭窄竝、分泌液停滯ニヨリテノ囊腫ヲ生成スルニラズシテ、結締織束ノ牽引ニヨリテモ輸脾管ノ擴張ヲ惹起シ得、一旦擴張ヲ來タセバ、ソノ部ニ刺戟性物質ノ停滯ヲ來タシ、分泌細胞ヲ侵シ、分泌液ガ化學的ニ變化シ、粘稠硬化ヲ來タシテ流通ノ障得トナリ、輸脾管ノ擴張ハ益、顯著トナル。

就中、デルゲル(4)ハ囊腫發生ノ原因トシテ慢性脾臟炎ヲ舉ゲ、腺房細胞ガ脂肪變性ニ陥リ、軟化ヲ來タスハ循環障得及ビ分泌液停滯ニ基ツクトナス。デザルスハコノ種ノ囊腫ト自己消化ニヨリテ生ゼルモノトハ明確ニ區別スベキモノニシテ、スベテノ瀦溜囊腫ニ於テハ内壁

(2) Tilger

(1) Lazarus

ニ常ニ表皮細胞ノ殘留ヲ示スガ、軟化囊腫ニ於テハコレヲ缺ク。但、囊腫ガ一層大トナレバ、分泌液ガ表皮細胞ニ作用シテコレヲ腐蝕シ、脱落ヲ來タスカ故ニ、遂ニ全體ニハコレヲ認メ得ザルニ至ル。

ザルゲルハ脾臟囊腫ヲ出血囊腫及ビ滲溜囊腫ニ分ツ舊分類法ハ不可ナルコトヲ初メテ注意セリ。蓋、囊腫液ノ外見ハ毫モソノ發生狀態ヲ物語ルモノニアラズ。ザナルスハ十二例ノ囊腫中、八例ニ慢性間質性脾臟炎ヲ證明シ、ソノ中三例ハ六十二歳乃至七十六歳ノ老人ナリ。彼、斯カル動脈硬變ニ由來スル囊腫ヲ、真正萎縮腎ニ於ケル尿管ノ囊腫狀變化ニ比較シ、ソノ根據トシテ腦・靜脈叢・腎臟及ビ脾臟ニ於ケル囊腫ノ複合性ナルコトヲ擧ゲ、グロースモコレヲ追認セリ。

上述ノ關係ヨリスベテ慢性脾臟炎ノ原因トナリ得ルモノハ、又、滲溜囊腫ノ原因タリ得。先、膽道ノ疾患特ニ膽石症ハ脾硬變ノ最、頻發原因ニ屬ス。次ニ十二指腸竝、ウ氏管ノ上行性加答兒、脾石ヲ擧ゲベシ。動脈硬變ノ關係アルコトハ前述ノ如シ。又、血液性ニ起ルコトアリ。慢性中毒、就中、酒精・微毒・諸種ノ傳染病(腸窒扶斯・インフルエンザ・妊娠・産褥等)ノ如シ。又、敗血症ノ部分症トシテ來タレル急性脾臟炎ガ慢性トナリ、囊腫生成ヲ來タスコトアリ。外傷モ亦、脾硬變及ビ囊腫ノ原因タリ得ルコトハケルテノ擧グルトコロナリ。

一、增生囊腫 (Proliferationsystem, Kystoma glandulare proliferans, Kystadenoma)

コノ種ノ囊腫ハ腺腫即、特殊ノ腺房組織ノ增生ヲ來タシ、且、コノ增生細胞ハ尙、分泌機能ヲ失ハサルタメ分泌液ノ停滯ヲ來タシ、腺腫性囊腫 (Kystom bzw. Kystadenom) ヲ形成ス、結局ハコノ場合モ分泌液ノ滲溜ニ依リテ囊腫ヲ形成スルニ至ルト雖、滲溜囊腫トハソノ發生機轉ヲ異ニシ、腺腔ノ原發的増殖ニ後續シテ、コレガ囊腫ニ變成スルモノニシテ、滲溜囊腫ノ如ク既存管系ニ於ケル停滯ニヨリテ發生スルモノニアラズ。

滲溜囊腫ニ於テモ、細胞竝、結締織ノ廣汎ナル増生ヲ來タスコトアルガ故ニ、コレト增生囊腫トノ間ニハ多クノ共通點ヲ具ヘ、實際ニ於テ兩者ヲ鑑別スルコト困難ナル場合少ナカラズ、コレ各種囊腫ノ頻度ニ就テノ見解ガ岐レル所以ナリ。

ヂエクホツフ(1)ヤオゼル(2)ハ增生囊腫ハ滲溜囊腫ヨリ遙ニ稀有ノモノトナセド、ザナルスハ臨牀上、吾人が觀察シ外科手術ヲ受クル

- (1) Dieckhoff
(2) Oser

- (1) v. Petrykowski
(2) Waldeyer

(3) Adler u. Hippel

囊腫ノ大多數ハ眞正腺腫性囊腫ナリトナス。彼ハ、他ノ誤マレル見解ハ、一ツニ外科手術ニ於テ殆、常ニ切開・導管及ビ囊腫壁ヲ腹壁ニ縫合スルニ止マリ、治癒ヲ來タス場合ニハ精細ナル病理解剖的研索ノ不可能ナルニ基ツクトナス。彼ハ十三例ノ全摘出ヲ行ヒ、顯微鏡檢査ヲ遂ゲタルモノニ於テ、十一例ガ腺腫性囊腫ニシテ、只、僅ニ二例ガ滲溜囊腫ナルヲ見タリ。增生囊腫ノ第一例ハフオン、ベトリコウスキ(1)ノ報告セルモノニシテ、コレハ三歳半ノ男兒ニテ一グーテル半ノ内容ヲ包含セル泡囊ト、二ツノ胡桃大ノ小泡囊トヲ具ヘタル多發性囊腫ナリ。大泡囊ニ於テハ最早、表皮細胞ノ包被ヲ認メ得ザリシモ、小泡囊ハ典型性腺腫組織ヲ呈セリ。

ザナルスハ滲溜囊腫ト增生囊腫トノ眞ノ移行型アルコトヲ記載セリ。增生囊腫ニ於テモ亦、表皮細胞ノ包被スルヲ見ルカ、コレハ必在ニアラズ、ソノ缺グル場合ハ酵素作用ニヨツテ消滅セルモノナリト言フモ、ケルテハソノ理由無キヲ擧ゲテコレヲ否定セリ。ワルダイエル(2)ハ囊腫内壓ノタメニ表皮細胞ノ消滅ヲ來タストナシ、グロースモコレニ左袒セリ。

表皮細胞包被ハ囊腫ヲ生セル原發腺腫ニ由來ス。通常、丈ケ高キ表皮細胞ニシテ、最早、脾臟ノ腺房細胞ニ似ズ、ソノ下ニ多少血管ニ富ム増殖結締織アリテ新生腺房腔内ニ殖入ス。結締織生成度ハ種種ニシテ、時ニハ肉眼的主所見ヲ呈スルコトアリ。然ルトキハコレヲ纖維性腺腫性囊腫又ハ囊腫性纖維腺腫 (Adenokystoma fibrosum od. Fibroadenoma cysticum) ト名ク。

顯微鏡的所見ハ、多クハ脾臟組織ト類似ノ點ヲ示サズ。只、時ニハ脾臟組織ヨリ成ル囊腫モアリ、タトハバアドレル(3)及ビヒツペルノ例ノ如シ。コノ場合ハ囊腫壁ニ擴張セル小腺管ヨリ增生セル泡囊ノ外、尙、脾臟組織殘存シ、腺腫性増殖ヲ見ズ。囊腫性腺腫ノ大サハ種種ナリ、多クハ或ル程度マテ大トナリテ、初メテ知ラル。一〇乃至一〇グーテルノ内容ヲ有スル大人頭大ノモノヲ見ルコト少ナカラズ。囊腫ノ大

サ、竝、數ハ囊腫性腺腫ニテハ種種ニシテ、大泡性若シクハ小泡性ヲナス。表皮細胞包被ハ圓柱狀又ハ方形ニシテ、前者ハ大輪腺管ノ表皮ヨリ發生シ、粘液性内容ヲ有シ、後者ハ潤管又ハ腺房中心細胞ヨリ發生シ、内容ハ漿液性ナリ。大囊腫ニハ表皮細胞包被ハ既ニ消失セルモノ多ク、小囊腫ニハ常ニコレヲ認ム。位置ハ殆、常ニ脾臟尾部ニシテ、他脾臟疾患ノ好シテ頭部ニ發生スルモノト、好箇ノ對照ヲナス。ソノ他、副脾ヨリ發生スルコトアルハザナルス及ビヒツペルノ證明スルトコロナリ。

三、變質囊腫 (Degenerationsystem)

(腫瘍ノ軟化・包圍出血竈ノ自己消化・急性脾臓炎ニ後續シテ腺房細胞ノ變質スルコト等ニヨリ發生ス。變質囊腫ハ退行變性ノ生産物ナリ。コレハ悪性腫瘍ノ内部・血液滯留竈・炎症ヲ呈スル腺房組織等ニ發生スルモノニシテ、脾液ノ特異作用ハコノ囊腫形成ニ對シ主役ヲ演ズルモノナリ。シカシナカラ、ウゲリン・ニヨレバ、ソノ際、トリプシンノ賦活ニハ腸液ヲ必要トセス、蛋白質分解産物ナルアミノ酸ニモ同様ノ賦活作用アリ。コノ事實ハ假性囊腫ノ多ク尾部ニ來タルコトヨリモ考ヘラルルトコロナリ。即、コノ場合ハ真正囊腫ニアラズシテ囊腫ニ屬ス。脾臓腫瘍ハ餘リ稀ナラズ、コレハ種種ノ機轉ニ依ツテ囊腫ノ形成ヲ來タス。先、腫瘍自己ガ腺腫癌ニ屬スル場合ニハ、腺腫性囊腫ノ條ニ述ベタルガ如キ機轉ニテ、分泌液ノ滯留ヲ來タシ、囊腫ヲ形成スルニ至ル。從ツテコノ場合、腺腫性囊腫ト稱腫トノ間ニ、明快ナル區別ヲシ難シ。又、腫瘍ノ變質ニヨリテ囊腫ヲ生成スルコトアリ、變質囊腫ノ特徴ハ囊腫壁ガ腫瘍塊ヨリ成リ、固有ノ表皮細胞包被ナキコトナリ。

出血竈ガ囊腫ニ變成スル關係ハ、ザザルスノ研究ニヨツテ闡明サル。ザザルスハ動物實驗ニ於テ鈍撃ニヨツテ脾臓ニ出血竈ヲ作り、ソノ周圍ノ腺房實質ニ沃度丁幾ヲ注射シ、外傷性囊腫ヲ生成セリ。出血竈周圍ニ沃度丁幾ニヨル炎症ヲ起スコトガ根本要件ナリ。即、硬化現象ヲ惹起スコトニ依ツテ、分泌液ノ滯留ト吸收ノ困難トヲ惹起ス。分泌液滯留ニヨリ腺房ハ擴張シ、分泌液ハソノ組成ヲ變ジ、且、堆集分泌液ノ爲ニ出血竈、破壊組織ノ消化起ル。同時ニ病竈壁ニ反應作用起リ、結締織ヲ新生シテ囊腫壁ヲ構成スルニ至ル。ソノ他、外傷ヲ受ケタル腺管ヨリ逸出セル分泌液ノタメニ、血腫・組織碎片・近接實質組織等ノ消化ヲ來タシ、周圍ニハ反應性炎症起リテ結締織囊ヲ構成シ、囊腫ヲ生ズルコトアリ。酒客ノ外傷性脾臓囊腫ハ既ニ變化セル血管ガ出血ヲ來タシ易キコト、竝、多クハ既ニ慢性脾硬變ヲ消起シ居ルコトガ素因ヲナスモノナリ。又、急性脾臓壞疽ヨリ囊腫ヲ生ズルコトアリ。コノ際ハ吸收作用行ハレズ分泌液ノ滯留ヲ來タシ、自己化ニ陥リ、周圍ニハ反應的結締織増殖ヲ來タシテ囊腫ヲ構成ス。ソノ他、急性傳染性疾患(腸窒扶斯・產褥熱等)ニ後續シテ發生ス。

四、假性囊腫 (Pseudozysten)

外科手術ヲ受クル脾臓囊腫中、最、頻發スルモノナリ。假性囊腫ハ脾臓周圍ニ生ズルモノナルガ、ソノ發源ハ脾臓ナリ。原因ハ外傷又ハ炎症ナリ。主トシテ脾後腹膜囊(Bursa omentalis)ニ來タル。脾臓出血ハ必シモ即死ヲ來タサズ、殊ニ周圍ニ來タルモノニ於テ然リ。脾臓ヲ包被スル腹膜ガ破レズシテ、出血ト分泌液トガ脾臓ト腹膜トノ間ニ集合スルトキハ、腹膜後方脾臓周圍囊腫ヲ生ズ。外傷ニヨツテ逸出シタル分泌液ハ、血管ヲ侵蝕シテ包圍出血竈中ニ後出血ヲ來タス。又、脾液ノ作用ニ依リ、ソノ内容ニ變化ヲ來タシ、コレガ刺戟トツテ腹膜刺戟症狀ヲ來タスヲ常トス。外傷後間モ無ク發生ス。假性囊腫ハ脾臓ヨリ發生スト雖、ソノ周圍ニ横ハリ、内面ニ表皮細胞ノ包被ヲ缺グ。外科手術ニ依リテ切開及ビ挿管法ヲ施セバ治癒ヲ來タスコト多ク、又、天然ノ吸收作用ニヨツテ縮小ヲ來タスコトアリ。

五、胞蟲囊腫 (Echinokokkusystem)

脾臓ニ於ケル胞蟲囊腫ハ極メテ稀有ノモノニシテ、タイビマン⁽¹⁾ノ統計ニ依レバ、二四五二例ノ胞蟲病中、唯、三例ノミナリシト云フ。即、〇・一二プロセントニ當ル。診斷ハ通常不可能ナリ。試驗穿刺ハ危險アルヲ以テ行ハサルヲ可トス。

ソノ他、脾臓寄生蟲トシテハ蛔蟲・條蟲・囊蟲・「ヂストマ」等舉ゲラル。脾臓囊腫ノ頻度。ケルテハ一千九百〇二年マデニ、七七例ノ手術例ヲ蒐集スルヲ得、一千九百〇七年ニハ二三二例(ゲベル⁽²⁾)トナリ、グレケハ一千九百二十二年マデニ、二六〇例ヲ集ム。一般ニ外傷ガ原因ヲナスコト多キタメ著シク男子ニ多ク、ホニヒマン⁽³⁾ハ七〇例中、唯、一〇例(一二四プロセント)ガ女子ナルヲ見タリ。一〇乃至三〇歳、最、多シ。オゼルノ集メタル一二四例ニテハ男女殆、同數ニシテ一〇乃至四〇歳ニ最、多シ。松尾氏ニ據レバ脾臓囊腫ハ稀ナル疾患ニシテ、彼ハ十五年間ニ三例ヲ見タルニ過キズト。首藤氏モ亦、三例ノ脾臓囊腫ヲ報告セルガ、中二例ハ上腹部打撲ニ由來スル假性囊腫ニ屬シ、偶、連續二年間ニ一例ツツヲ見タリ。岩男氏ハ大正十三年・十四年ノ二ケ年ニ四例ノ假性脾臓囊腫ヲ觀察セリ。柏戸氏ノ例ハ興味深キモノニシテ、假性脾臓囊腫ガ自然ニ十二指腸中(?)ニ破レ、治癒ヲ來タセリト云フ。尙、西村氏ノ一例・笠原氏ノ十例報告アリ。鈴木氏ハ八歳ノ男子ガ打撲後二ケ月ニテ發生シタル假性脾臓囊腫ノ一例ヲ報告セリ。

- (2) Göbell
(3) Honigmann

(1) Teichmann

病理解剖 肉眼的所見 囊腫ノ大サハ種種ナリ。一般ニ瀰留囊腫ガ最、小ニシテ、外科手術ヲ必要トスル場合少ナク、多クハ一〇〇立方センチメートル以下ノ内容ヲ有スルニ止マリ、小兒頭大ノモノハ稀ナリ、大ナル場合ハ他種ノ囊腫ヲ疑ハシム。

腺腫性囊腫及ビ假性囊腫ガ最、大ナル。是等ハ一〇乃至二〇リテノ内容ヲ有スルモノアリ。

囊腫壁ハ一般ニ強靱ニシテ、〇・三乃至數センチメートルニ及ブ。壁ノ内面ハ多クハ平滑ナレド、増殖及ビ沈著物ノタメニ毛絨狀ヲナスコトアリ。中隔ノ漸次退縮シテ尙、枝狀ノ突起ヲ呈シテ殘存スルモノアリ、特ニ腺腫性ノモノニ多シ。

囊腫ハ單腔性(腺腫性囊腫・軟化囊腫・胞蟲囊腫)又ハ腹腔性(瀰留囊腫・腺腫性囊腫・胞蟲囊腫)ナリ。コノ關係ハ診斷上ノ參考トナルコトアリ。

囊腫ノ多クハ脾尾部ヨリ發生ス、特ニ腺腫性囊腫ニ於テ然リ。デザルスハ二〇例ノ腺腫性囊腫ノ中、一五例ハ尾部、二例ハ尾部ト體部トヨリ出デタルヲ報告セリ。

顯微鏡的所見 多クハ囊腫ノ外ニ脾臟自己ニ變化ヲ呈ス。コノ變化ハ原發性ニテ囊腫ノ原因ヲナス場合(囊腫性間質性脾臟炎ト、續發性ニ腫瘍ノ壓迫又ハ病的分泌液ノ作用ニ依リ、若シクハ腫瘍ノタメニ循環障礙ヲ來タシタルタメニ起ル。常ニ慢性硬化性脾臟炎ニ屬ス。即、結締織増殖ト腺房組織ノ變成消失トヲ來タス。コレニ加フルニ、再生現象ヲ伴ヒ、特ニ腺管ノ増殖新生ヲ認ム。斯カル炎症ノ原因ハ動脈硬變ニ由來スルコト多キガ故ニ、ソレニ相當スル脈管ノ變化ヲ見ル。膽石症ガ原因ナルトキハ、ソレニ相當スル變化ヲ膽道ニ認ム。スベテ斯カル脾臟ノ變化ニ際シ、特有ナル現象ハ、デ氏島細胞ノ抵抗力強キトニシテ、腺房細胞ハ既ニ最強度ノ變化ヲ呈セルニ拘ラズ、全ク完全ニ維持サルコトアリ。囊腫自己ニ關シテハ囊腫ノ種類ニヨリ、ソノ顯微鏡的所見ヲ異ニス。瀰留囊腫ニ於テハ囊腫内面ニ表皮細胞ノ包被アルコトヲ特有ナリ、コレ、コノ種ノ囊腫ハ腺房ノ擴張ニヨツテ生ズルガタメナリ。主トシテ外傷性ニ發生セル假性囊腫ニハコノ細胞性包被ヲ認ムルコトナシ。但、瀰留囊腫ニアツテモ、コノ表皮細胞包被ハ常ニ認メラルルニテラズ、蓋、囊腫内面ニシテ消失ト來タスコトアルニヨル。コノ關係ハ卵巢囊腫ニ於ケルト同様ナリ。表皮細胞下、又ハソノ代ニ瀰留囊腫ニ於テハ、通常核ニ乏シキ結締織アリ

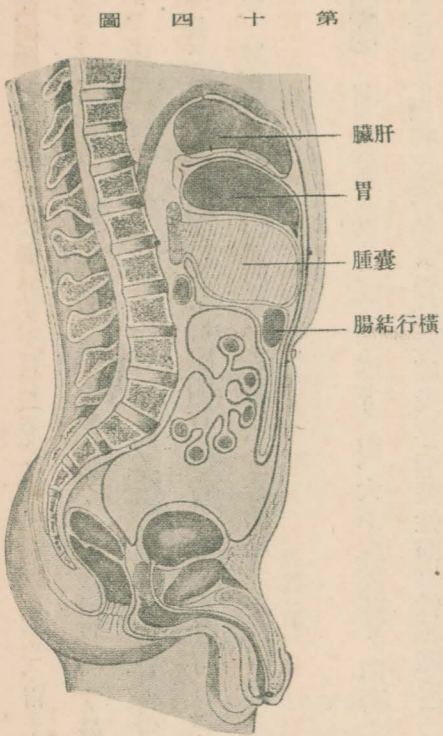
テ多少毛細管ニ富ミ、ソノ中ニ血栓ヲ認ムルコトアリ。ソノ外方ニハ特ニ瀰留囊腫ニ於テ脾臟組織ノ殘存ヲ認ム。ソノ腺房細胞ハ著シキ退行變成ヲ示スコトアリ。又、ソレト共ニ再生現象トシテ新生腺管ヲ見ル。囊腫壁中ニ屢、新生ノ顯微鏡的小囊ヲ認ム、コレハ一部ハ停滞ニヨリ、一部ハ新生シテ十分榮養ヲ得ザルニヨリ軟化ヲ來タシタルタメニ生ズ。

増生囊腫ニハ表皮細胞包被ヲ缺クコトアリ。コレハ真正腺腫又ハ腺腫性囊腫ニ屬ス。ソノ發生關係ヨリ腺腫性囊腫ニ於テモ、ソノ壁ニ脾臟組織ヲ證明ス。内壁ニハ腺腫ヨリ成ル増殖ヲ見ルコトアリ、屢、細網性ヲ呈スル結締織ト共ニ長短種種ノ腺房、竝、大小ノデ氏島ヲ認ム。腺管ノ増生ハ最、人目ヲ惹ク。腺腫性囊腫ハ進行性發育ヲ示スガ、ソレハ特ニ輪脾管ニ於テ見ルトコトナリ。ソレト共ニ結締織ガ同歩調ニ發育ス。若、結締織ノ發育ガ主ナルバ乳嘴性囊腫(Kystoma papilliferum)トナリ、表皮細胞ガ同時ニ發育スレバ、腺腫性囊腫ヲ生ズ。コレ等ハ惡性腫瘍ノ性質ヲ帶ブ。コノ場合モ、デ氏島ハ矢張り永ク維持サル。囊腫壁ニハ色素沈著及ビ石灰化ヲ來タス。

假性囊腫ノ解剖的造構ハソノ發生ヨリ明ナル如ク、囊腫壁ハ脾後腹膜囊腫ヨリ成リ、軟化囊腫ハ軟化腫瘍ヨリ成ル。惡性腫瘍ガ囊腫ヲ生成スルコトアリ、又、囊腫壁ガ癌腫性變成ヲ來タスコトアリ。胞蟲囊腫ハ他臟器ノソレト異ナルトコロ無シ。

脾臟囊腫ノ局所解剖

脾臟囊腫ノ位置ハソノ發育方向ニヨリ種種ナリ。最初ハ腹膜後方ニアルガ、大ナルニ從ヒ、腹部臟器ノ間ニ介在スルニ至ル。ケルテハ三ツニ分類ス。



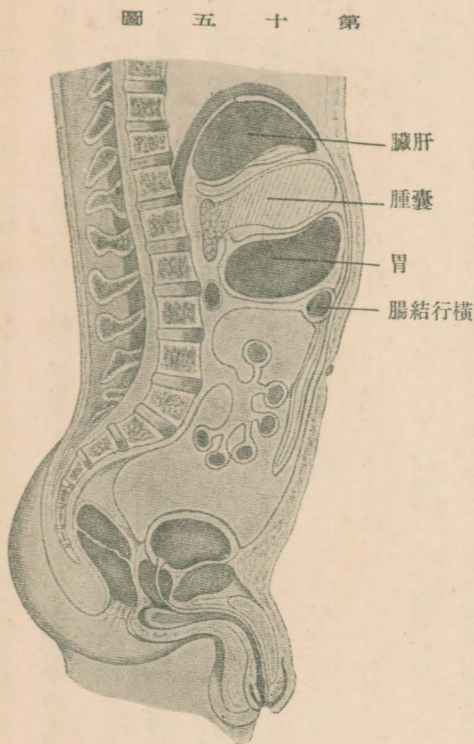
脾臟囊腫ノ局所解剖
腫囊ノ位置ハ發育方向ニヨリ種種ナリ。最初ハ腹膜後方ニアルガ、大ナルニ從ヒ、腹部臟器ノ間ニ介在スルニ至ル。ケルテハ三ツニ分類ス。
(ル據ニ氏テルケ)

イ、腫瘍が脾後腹膜囊ニ於テ生長シ(多クノ假性囊腫ノ如ク)、胃ヲ上方ニ、横行結腸ヲ下方ニ押し除ケテソノ間ニ現ハル。胃ヲ膨脹シテ檢スレバ胃打診音ハ腫瘍ノ上方ニ、横行結腸ノ鼓音ハソノ下方ニアリ。

ロ、腫瘍が胃ノ上方ニ現ハレ、小彎が腫瘍ノ下縁ニ來タル。肝胃靱帯ハ押し除ケラル。コノ腫瘍ハウィンスロウ孔ヨリ生長スルコトアリ。腫瘍ノ濁音ハ肝臟濁音ニ移行シ、ソノ下方ニ胃打診音アリ。

ハ、腫瘍が横行結腸腸間膜間ニ發育シ、横行結腸ハソノ前方若シクハ囊腫ノ下縁ニアリ。

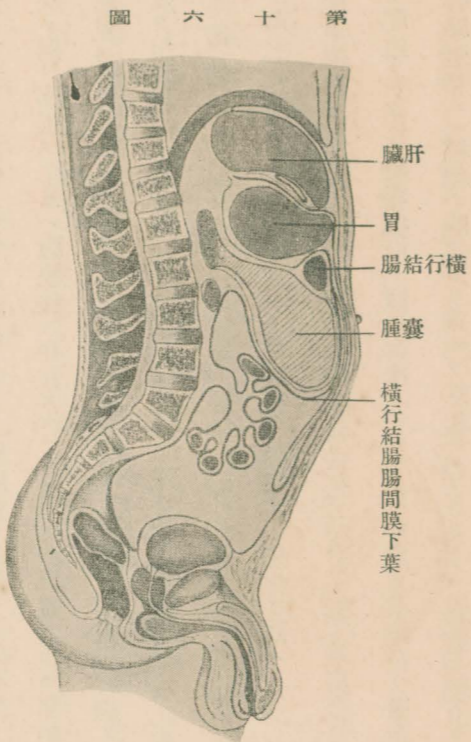
原因 滯溜囊腫ニ就テハ既ニ詳述セリ。即、大小ノ輸脾管ノ閉塞ニ續發スルモノト考ヘラル。大輸脾管ガ閉塞セル場合モアルガ、特ニ屢、見ルハ慢性脾臟炎症(囊腫性間質性脾臟炎)ニヨルモノナリ。原因トシテ慢性酒精中毒・微毒・



脾臟腫囊が横行結腸腸間膜間ニ發育セル場合
横行結腸ノ前方ニ腫瘍ハ腫囊ニ變ジテ現ル
(ル據ニ氏テルケ)

輸脾管炎 (Splenitis, Pancreatica) 及、時トシテハ膽石・脾石等擧ゲラル。尙、外傷ガ慢性脾臟炎ノ原因トナリ、ソレヨリ脾臟囊腫、就中、滯溜囊腫ヲ生成ス、外傷ハ腫瘍ノ軟化ニヨル囊腫、若シクハ増生囊腫ニハ餘リ關係無キモ、出血腫ノ後ニ起ル軟化囊

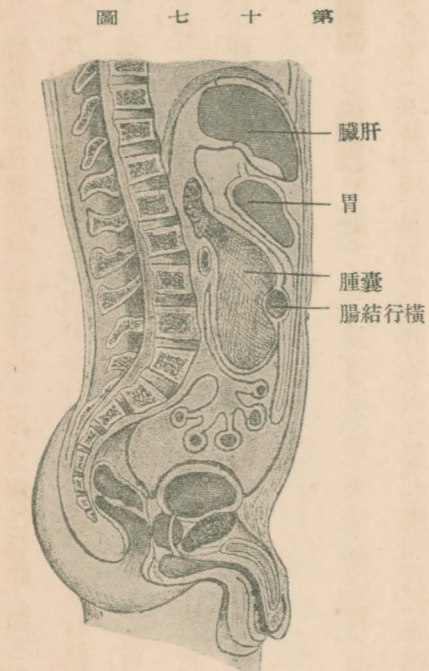
圖 五 十 第



脾臟腫囊が横行結腸腸間膜間ニ發育セル場合
横行結腸ノ上方ニ腫瘍ハ腫囊ニ變ジテ現ル
(ル據ニ氏テルケ)

腫及ビ就中、脾後腹膜囊ニ於ケル假性囊腫ノ發生ニハ最、重要ノ關係アリ。ケルテハ囊腫ノ約四分ノ一例ハ外傷ニ基ツクトナス。

ホニヒマンハ四十八例ノ外傷ニ基ツク囊腫ニ就キ、外傷ヲ受ケテヨリ腫瘍ノ出現マデノ時日ヲ研索シ、左ノ結果ヲ得タリ。



脾臟腫囊が胃ノ前方ニ膜網小ハ覆テ發育セル場合
(ル據ニ氏テルケ)

一週	二例
二週	三例
三週	六例
四週	四例
五週	六例
六週	三例
六週乃至二ヶ月	四例

三ヶ月	五例	六ヶ月乃至一年	零	五年後	一例
四ヶ月	三例	一年後	一例	八年後	一例
五ヶ月	二例	二年後	二例		
六ヶ月	三例	三年後	二例		

即、大多數ニ於テハ外傷ヲ受ケテヨリ、三ヶ月以内ニ腫瘍ノ發生ヲ見タリ。常ニケルテノ所謂、假性囊腫ニ屬ス。

診断及ビ症状

他種ノ脾臟疾患ニ於テハ唯、脾臟ガ罹患シ居ルコトヲ知ル外、疾患ノ性質ニ關シテハ唯、想像ヲ下シ得ルニ過ギズシテ、終局ノ診断ハ解屍ニ依リテ確定スルニ至ルヲ常トスルモ、囊腫ハ生前コレヲ認知シ得ル場合少ナカラズ。多クノ症状ガ存在スル場合、タトヘバ脾臟内分泌、又ハ外分泌ノ障碍・緊張弾力性ノ腫瘍、ソレハ波動シ、胃又ハ腸ヲ膨脹スルトキハ腹膜後ニ存在スルコト・典型的位置・試験穿刺ニテ得タル囊腫内容ノ検査・經過・レントゲン所見及ビソノ他ノ所見ニヨリテ脾臟囊腫ナルコトヲ確定スルヲ得。脾臟ノ他疾患ニ於ケルガ如ク、囊腫ニ於テモ脱落症狀ヲ呈セザルコトアリ、特ニ内分泌ニ於テ然リ。或ル種ノ脾臟囊腫、特ニ假性囊腫ニ於テハ内分泌障碍ハ比較的少ナシ。即、糖尿ヲ證明スルコト少ナシ。又、脾臟組織ニ變化ヲ來タセル場合モ、グ氏島ハ最、永ク變化ヲ免ル、故ニ糖尿病ヲ起シ、解剖トナリタル例ニ於テハ最、著シキ脾實質ノ變化ヲ認ム。

肉下痢及ビ脂肪下痢等ノ脾臟機能障碍ヲ示スコトアリ。斯カル場合ニ高度ノ羸瘦ヲ來タスハ當然ニシテ、一方ニハ胃ヲ壓迫スルタメニ榮養攝取ノ減少ヲ來タスニモヨル。皮膚ガ黃銅色ノ著色ヲ示スニ至ルコトアリ。

脾臟囊腫ニハ種種ノ關係ヨリ黃疸ヲ惹起スルコト、タトヘバ膽道ニ壓迫ヲ與ヘテコレヲ惹起シ、或ハ反對ニ總輸膽管結

石ガ脾臟潑溜囊腫ノ原因トナルコトアリ。診断ヲ決定スルニ最、根據トナルハ腫瘍ノ位置ナリ。囊腫ガ或ル程度マテ生長スルトキハ上腹部ニ横ハル緊張弾力性ノ屢、波動スル腫瘍ヲナシ、尾部ヨリ發生スルコト最、多キ關係上、正中線ヨリハ左方ニ横ハルコト多シ。腫瘍ガ大トナレバ左偏ハ認めラズ。又、他部ヨリ發生スルトキハコレヲ缺ク。腫瘍ハ又、腰部ニ於テ右側又ハ左側ニ生長ス。

腫瘍ハ腹部大動脈上ニ横ハルガ故ニ、假性搏動ヲ示シ、腹部大動脈瘤ト誤ルコトアリ。ベ、ツベルノ例ニ於テハ肘肘位ヲ取ラセバ搏動止ミタリ。腫瘍ノ壓迫ニヨリ大動脈ニ雜音ヲ發シ、コレガ腫瘍内ニアルガ如ク誤診サルコトアリ。

腫瘍ハ吸氣時、下方ニ移動シ、癒著無キ場合ハ呼氣性固定ヲナスヲ得。時トシテハ頗、移動性ナリ。

如何ナル方向ニ囊腫ガ生長セルカハ、胃腸ノ膨脹ヲ行フテ定ムベシ。腫瘍ガ脾後腹膜囊中ニ生長シ、胃及ビ横行結腸ノ間ニ擡頭スルトキハ腫瘍ノ上方ニ鼓音ヲ呈スル胃ヲ認メ、下方ニ腸打診音ヲ聞ク。腫瘍ガ胃ノ上方ニ生長スルトキハ上方ハ肝臟及ビ心臟濁音トノ限界ヲ定メ難シ、下方ニハ胃打診音ヲ聞クガ、胃ヲ膨脹セシムルトキハ一部ソノタメニ蔽ハル。第三ノ發育狀態トシテ、グザルスノ舉グルモノニ於テハ、横行結腸腸間膜内ニ擴リ、横行結腸ハ下方ニ壓迫サレテ、

ソノ鼓音ヲ濁音界ノ下縁ニ認メ、上方ハ胃ト境スルカ、或ハ胃ガ囊腫ノ前面ヲ横走ス。ケルテニ依レバコノ型ニ於テハ他ニ脾臟疾患ナルコトヲ示スベキ症狀無キ場合ニハ、唯、腹膜後方ヨリ發育セル囊腫ト云フ診斷ヲ下シ得ルノミナリト云フ。アルブーモ亦、腫瘍ガ大ナルホド診斷ガ困難ナリトナス。ソノ原因ハ大腫瘍ハ腹腔ヲ填充シ、隣接臟器ヲ移轉ニヨリテ、

局所解剖的關係ノ遷移ヲ示スヲ以テナリ。囊腫内容ノ化學的検査ヲ行フトキハ、脾臟腫瘍ノ診斷ヲ下シ得ルコトアリ。シカシナガラ、試験穿刺ハ危険アルモノニシテ、ケルテハ特ニコレヲ警戒セルコトヲ忘ルベカラズ。囊腫内容ガ腹腔ニ出ヅルトキハ重篤狀態ヲ惹起シ、死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。ケルテハ腹膜ヲ避ケ、試験穿刺ヲ腰部ヨリ行フトキハ安全ナリトナス。

シカシナガラソノ際、他臓器、タトヘバ腎臓又ハ胃ノ損傷ヲ來タスコトアル故ニ注意ヲ要ス。試験穿刺ニヨリテ囊腫中ニ後出血ヲ來タス候アリ。又、内容検査ガ陽性ノ場合ノミコレヲ診斷ニ利用スルヲ得。囊腫内容ノ化學的検査ハ囊腫内容ガ大多數ニ於テ脾液ヨリ成ルトノ考ノ下ニ行ハルルモノナリ。コレハ正當ノ見解ナルモ、脾酵素ヲ證明シ得ルハ寧、例外ナリ。若、トリプシン、リパーゼ及ビアミラーゼ又ハ前二者ヲ證明スルトキハ殆、決定的ナリ。アミラーゼハ他ノ體液又ハ他種ノ囊腫内容ニモ證明サルコトアリ。トリプシンハトリプシノゲンテ分泌サレ、腸ニ於テ腸液ノタメニ賦活サルルモノナルガ、他ノ物質、タトヘバ白血球ニ依リテ賦活サレ得。囊腫中ニトリプシヲ證明スルニハ先、賦活スベシ。又トリプシンハ耐久性ニアラズシテ、間モ無クソノ效力ヲ失フモノナリ。囊腫中ニハ絶エズ新成トリプシノ分泌サルルモノニアラザルヲ以テ、同様ノ關係アルコトヲ忘ルベカラズ。トリプシン證明ニ對シテ最、障礙トナルモノハ内容ニ血液ヲ混ズルコトナリ。蓋、血清ハ頗、強力ナル抗トリプシン作用ヲ有スルガタメナリ。

尿素ヲ囊腫内容ニ證明サルコトアリ。然ルトキハ腎臓水腫ト誤診サルコトアリ。囊腫内容ニ就テハ種種ノ報告アリ。出血性、澄明若シクハ溷濁、漿液性又ハ水様澄明ナリ。色ハ多クハ暗黄色ヨリチコレト褐色ヲ呈スルモ、時ニハ無色ノコトアリ。反應ハ滴性ナルヲ常トス。蛋白質含有量ハ常ニ著シ、ケルテハコレヲ特徴トナス。沈渣ハ細胞殘餘・赤血球・圓柱細胞・脾腺房細胞殘餘等ヲ證明ス。グロースモ亦、試験穿刺ノ危険ナルト、穿刺ニ依リテ得タル内容ノ化學的検査ノ餘リ價値無キコトニ依ツテ、コレヲ行ハザルヲ可トス。

蛋白尿ガ起リ腫瘍ガ腰部ニ生長スル場合ニハ腎臓ノ罹患ヲ疑ハジム。コレハ鬱血現象ニ基ツクモノナラン。血尿モ見ラレタルコトアリ。又、腎臓部ニ於ケル放射性疼痛ヲ惹起シ、且、囊腫内容ニ尿素ヲ證明シテ泌尿器疾患ト誤ルコトアリ。客觀的病徴ト共ニ多クノ主觀的症狀ヲ發生シ、頗、多様ノ症狀ヲ呈ス。囊腫ガ脾臓ノ慢性炎症ノ結果ナル場合ハ囊

- (1) Herrmann
- (2) Riegner

腫症狀ノ現ハルル以前ニ於テ、既ニ慢性脾臓炎ノ條下ニ述べタルガ如キ症狀ヲ呈ス。外傷ガ原因ナルトキハ隣接臓器、就中、脾臓及ビ腎臓ノ共損傷ノ症狀ガ先、主徴ヲ呈シ、後、疼痛等モ消失シテ患者ハ健康ヲ恢復シタル如ク感ズルガ、一定時ヲ經テ腫瘍ノ大トナルニ從ヒ新タニ激痛ヲ惹起ス。疼痛ノ位置ハ種種ナルガ、ヘルマン⁽¹⁾・リーゲネル⁽²⁾及ビホニヒマンノ例ニ於テハ左肩ニ放射セリ。コレニ加フルニ、腫瘍ガ隣接臓器ニ及ボス壓迫症狀ヲ惹起ス。就中、胃痛、便秘若シクハ下痢等ヲ起シ、腫瘍ガ總輸膽管ヲ壓迫スルトキハ膽汁缺損性糞便ヲ排泄スルニ至ル。

脾臓疼痛ヲ發生スルニ及ビ、患者ハ醫師ノ門ヲ叩クニ至ル。同時ニ上述ノ如キ性質ヲ有スル緊張彈性ノ腫瘍ヲ觸ルル場合ニハ診斷ハ左程困難ナラズ。疼痛ハ典型性ノ脾性疝痛トシテ起リ、頗、激烈トナルコトアリ。高安氏ハ一〇四例ノ手術例ニ於ケル統計ヲ取り、唯、ソノ中ノ四〇例ニ於テ疼痛ヲ缺キタルヲ見タリ。嘔吐モ亦、殆、必發ノ現象ニシテ比較的早期ニ現ハレ、漸次頻繁、且、猛烈トナル。又、吐血ヲ來タスコトアリ。現ハレタル腫瘍ヲ確實ニ脾臓囊腫ト診斷スルコトハ必シモ容易ナラズ、腹部動脈瘤ト誤診サルコトアルハ上述ノ如シ。シカシナガラ精細ニ検査スレバ搏動ガ傳播ニ基ツクコトヲ證明スルヲ得。顔面ノ異常蒼白及ビ鬱血アレバ寧、動脈瘤ト考フルヲ可トス。蛋白尿及ビ血尿アレバ腎臓ヨリ出デタル腫瘍、就中、腎臓水腫、又ハ腎臓血腫ト誤リ易シ。コトニ腫瘍ガ腰部ニ生長セルトキニ於テ然リ。診斷ヲナスニ當ツテハ腎盂撮影法ヲ行ヒ、若シクハ色素注射ヲナシテ尿管カテーテル及ビ膀胱鏡検査ヲナスベシ。病前史ニ於テ腫瘍ガ上腹部ニ發生セルコトヲ確ムベシ。肝臓腫瘍トノ區別ニハ腫瘍ト肝臓濁音トノ間ニ鼓音ヲ呈スル部アルニ注意スベシ。又、コノ腫瘍ハ吸氣ノ際、下方ニ壓下シ、且、呼吸性固定ヲナスヲ得。コノ點、又、脾臓ニ於ケル新生物ト區別スルヲ得。若、全腹部ニ擴リ居ルトキハ腹水ト誤ルコトアリ。腹膜後方ニ生ゼル淋巴囊腫乃至乳糜囊腫トノ區別ハ他ニ脾臓罹患ノ症狀ヲ缺クトキハ不可能ナリ。斯カル場合ハ開腹術ヲ行ヒ囊腫壁、竝ニ囊腫内容ヲ檢スルコトニ依リテノミ診斷ヲ下スコ

(1) Seefisch

トヲ得。

経過及ビ豫後 外傷ヨリ囊腫ノ現出スルマデノ時日ニ就テハ上述セル如シ。一般ニ囊腫ハ徐徐ニ發生ス。一旦、發生シタル後、種種ノ併發症、竝、轉歸ヲ取ル。就中、根本疾患ガ經過ニ對シテ影響シ、慢性脾臓炎ノタメニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。然ルトキハ囊腫ニハ比較的稀ナル脾臓性惡液質ヲ來タス。囊腫ガ腸ニ破レテ自然治癒ヲ來タスコトアリ。ゼーフェイス¹⁾ハ囊腫ヲ有セル患者ガ、散歩ニツヅイテソノ消失ヲ來タセルヲ見タリ。多クハ消失ハ一時性ニシテ再現スルヲ常トス。斯カル腫瘍ノ消失ハ多クノ脾臓囊腫ニ特有ニシテ診斷ニ利用スルヲ得。消失スル際ニハ下痢ヲ來タスコト多シ。試験穿刺ガ動機トナリテ消失ヲ來タスコトアリ、或ハ腫瘍ガ横隔膜穹窿部ニ隠レテ消失ト誤ルコトアリ。又、腸ニ破ルルト共ニ後出血ヲ來タシ、急遽、死ノ轉歸ヲ取ルコト、若シクハ他ニ破ルルコト無クシテ囊腫内出血ヲ來タスコトアリ。又、尿道ニ破ルルコトアリ。囊腫ノ化膿スルコトモ見ラル。腸ヲ壓迫スルトキハ壓迫性吐糞症ヲ惹起ス。或ハ腹膜ト癒著シ、症狀ノ増悪ヲ招クコトアリ。

療法 脾臓囊腫ノ療法トシテハ、手術療法ヲ行フ以外ニ良法ヲ見ズ。囊腫ノ性質、竝ニ位置ガ多種多様ナルタメ、スベテノ場合ニ共通ナル手術ヲ行フヲ得ズ。脾臓ノ囊腫及ビソノ假性囊腫ニ於テモ、身體ノ他部ニ於ケル囊腫ノ如ク全摘出ヲ行フコトハ願ハシキコトナレドモ、出血性假性囊腫ニ於ケルガ如ク、ソノ境界ガ隣接臓器及ビ脾後腹膜囊ヨリ成リ、固有ノ囊壁ヲ有セザルモノニ於テハ摘出スルヲ得ズ。又、稀ニ見ル脾臓ノ多房性囊腫性變成ノ如キモ手術ハ問題トナラズ、從ツテ脾臓囊腫ノ種類ニ依ツテ治療方法ヲ異ニスルハマタ、止ムヲ得ザル次第ニシテ、腹壁手術創ニ囊腫ヲ縫合シ

(1) Braun und Delagenièrl

(2) Bessel-Hagen und Körte
(3) Göbell

テ插管法ヲ行フコト、囊腫壁摘出法及ビ脾胃縫合法等行ハル。脾臓囊腫ノ穿刺ヲ行ヒ、且、コレニ消耗物質ヲ注入スルコトニ依リテ、恒久性治癒ヲ來タシタル例ハ餘リ多カラズ。コレニ反シテ穿刺ハ或ハ大ナル血管ニ穿入シテ大出血ヲ來タシ、或ハ穿刺孔ヨリ囊腫内容ガ腹腔ニ漏レテ腹膜炎ヲ續發シ、危険頗、多キガ故ニ、今日ニ於テハ治療ノ目的ニ穿刺ヲ行フコトハ全ク廢棄サルルニ至レリ。脾臓囊腫及ビソノ假性囊腫ニ於テハ摘出ガ種種ノ事情ニヨツテ不可能ナル場合ハ、グツセンバウエル²⁾ノ法ニ從ツテ、囊腫ノ縫合及ビ插管法ヲ行フコト廣ク行ハル。特ニ假性囊腫ガ固有ノ囊腫壁無ク、脾後腹膜囊中ニ於ケル滲出物ヨリ成ル場合ニ於テ然リ。假性囊腫ニ於テハ壁薄ク、コレヲ剝離セントスレバ容易ク破レ、真正囊腫ノ強靱ニシテ、厚キ壁ヲ有スルモノトハ格段ノ差異アリ。

手術ハ通常一回ニテ完結ス。囊腫壁ガ特ニ血管ニ富ム場合、若シクハ囊腫内容ノ腹腔内へ漏出スルコトヲ完全ニ防禦シ得ル様縫合シ能ハザルトキハ二回ニ行フ。ブラウン及ビデラゲニール³⁾ニ據レバ、囊腫ハ縫合ニ先ダチ、ソノ内外ヲ十分觸診シテ結石、脾臓斷片又ハ腺腫性増殖等ノ囊腫内腔ニアルヲ見逃サザル様ニナスヲ要ス。若、斯カルモノノ存在スル場合ニハ、出來得ベクンバ縫合及ビ插管ヲ行フ代リニ摘出ヲ行フヲ可トス。然ラザレバ執拗ニシテ治癒シ難キ瘻管ヲ殘スヲ常トス。

脾臓囊腫ノ全摘出ニヨル、死亡率ハ手術ノ困難ナルタメグツセンバウエル氏縫合法ニ依ルヨリ大ナリ。ベツセル、ハーゲン及ビケルテ⁴⁾ハ縫合法ニテハ四乃至五プロセントノ死亡率ヲ舉ゲタルガ、全摘出ニ於テハゲベル⁵⁾ハ一〇・七プロセント、グレケハ九・五プロセントノ死亡率ヲ舉ゲ。即、全摘出ノ直接危険ハ縫合法ヨリ大ナレド、縫合法ニハ後ニ至リテ死ヲ招來スル場合多ク、結局兩法ニ依ル危険ノ相違ハ餘リ著シキモノニアラズ。コレニ反シテ、不全摘出法ハ遙ニ危険多ク、部分的、竝ニ全摘出ノ死亡率ハソレ五五・五プロセント及ビ一〇・七プロセントノ關係ナリ。コレ前者ハ重

篤ナル出血・廣汎ナル癒著・隣接臓器ノ傷害等ニヨリテ、完全摘出ヲ行ヒ得ザルガタメナリ。
 稀有ナルモ尙、茲ニ記載ヲ要スルハ、脾臓ノ胞蟲囊腫ナリ。手術ハ他ノ脾臓囊腫ニ於ケルト同ジ。腹腔ヲ開キ囊腫ノ性質明瞭トナレバ摘出ノ可否ヲ決ス。有柄若シクハ癒著無キ胞蟲囊腫ハ摘出スルヲ得。囊腫ガ脾尾ニアルトキハ囊腫ト共ニ脾尾ノ切除ヲ要ス。

第十七章 原發性脾臓癌 Primäre Carcinom.

脾臓ニ來タル最、重要ナル腫瘍ハ癌腫ナリ。他臓器ニ於ケルガ如ク原發性、竝ニ續發性ニ起ル。フリードリイヒハ續發性、グレンプスハ原發性癌腫ノ方多シトセルガ、今日ニ於テハ原發性脾臓癌ハ頗、稀有ノ疾患ト認メラル。サレドミラリエ⁽¹⁾ハ一八八九年、既ニ一三三例ノ原發性癌ヲ、オーゼル⁽²⁾ハ一八八九年、更ニ三二二例ヲ維納全般病院ニテ擧グルヲ得タリ。オリヴィール⁽³⁾ハ外見上、原發性ノモノニ十二指腸淋巴腺ガ發源場所ナルコトアルヲ擧ゲ、原發・續發ノ區別ノ困難ナルヲ注意ス。ソイカ⁽⁴⁾ノ統計ニ據レバブラーグノ病理學教室ニテ、三三三例ノ癌腫解屍中、唯、三例(一プロセント)ニ於テ原發性癌ヲ認メタリト云フ。ホルスデー⁽⁵⁾モ二八二例中ニ三三例ヲ見タルヲ以テ、殆、一致ス。ゾーボルド⁽⁶⁾ハケールノ教室ニテ二〇〇例ノ手術例中、一七例(五・六プロセント)ノ脾臓癌ヲ見タルガ、ソノ大多數ハ續發性ノモノナリ。フェルステル⁽⁷⁾ノ統計ニテハ六三九例ノ解屍體中、原發癌ハ一例モ無ク、續發癌ハ八例アリタリト云フ。フエン・ゲルメルスハウゼン⁽⁸⁾ガ、ミンヘン病理學教室ニテ十年間ニ見タル五七例ノ脾臓癌ニ於テハ、原發癌二五例、續發癌三二例ナリシト云フ。
 癌腫ハ一般ニ高齢ノ疾患ニテ脾臓癌モ亦、高齢者ニ多キモ、原發癌ガ屢、壯年者ニ多キハ注意ニ價ス。フリーデ

- | | |
|----------------------|--------------|
| (5) Holsti | (1) Mirallié |
| (6) Liebold | (2) Oser |
| (7) Förster | (3) Olivier |
| (8) v. Germershausen | (4) Soyka |

- | |
|-----------------|
| (1) Friedenwald |
| (2) Simon |

- | | |
|-------------|-----------|
| (3) Ancelet | (4) Segré |
|-------------|-----------|

ワルド⁽¹⁾ハ三十七例ヲ基本トシテ綜説シ、少數例ニ於テハ若年者ニモ見ラルガ、普通ハ四十乃至七十歳代ノ男性ニ多シトナス。

性ノ關係ニ就テハジモン⁽²⁾ハ一三例男、一〇例女ナリシ統計ヲ擧ゲ、ミンヘンノ病理學教室ニテハ一六例男、九例

女ナリシコトヲ擧ゲ。

原發癌ノ部位ニ就テハ、一般ニ脾頭ガ所好位置トサル。アンセ⁽³⁾ガ一二八例ニ就テナセル統計ニテハ、三三三例ハ脾頭、五例ハ脾體、二例ハ脾尾、八八例ハ全脾ナリシト云フ。スグレ⁽⁴⁾ハ四五例ノ脾頭癌、二例ノ脾體癌、一例ノ脾尾癌、一九例ノ全脾癌ヲ擧ゲ、ソノ他多クノ統計アルモ、スベテガ必シモ原發癌ト見ルヲ得ズ。

腫瘍脾臓ルヘ伴ヲ殖増ノ織締結 (ル據ニ氏スーログ)



頗、多樣ナリ。
 肉眼的所見ヨリ左ノ如ク分類サル。

病理解剖

肉眼的竝ニ顯微鏡的ニ

- 一、纖維癌
- 二、髓様癌
- 三、膠様癌

纖維癌ハ慢性炎症性病變(Pankreasfibrose)ト誤リ易シ。硬固ニシテ軟骨ノ如シ。膵臓ハ著シク肥大シ、内部ニハ軟化層ヲ生ズルコトアリ。切斷面ニ於テ腫瘍ハ白色滑澤、且、臆様ノ外見ヲ有ス。コレハ結締織増殖ニ依ルモノニシテ、ソノ間ニ細胞巢ガ散在ス。顯微鏡所見モコレニ一致シ、特ニ著シキ結締織ノ發達ヲ見ル。細胞ハ多クノ場合、圓柱細胞ナリ。結締織ノ増殖ト共ニ退行現象モ見ラレド、前者特ニ著シ。

髓様癌ニ於テハ結締織ノ増殖少ナク柔軟ナルヲ特徴トス。

膠様癌ハ主トシテ退行變性ノタメニ膠様質ノ生成ヲ來タス。

以上ノ間ニ様様ノ移行型アリ。

組織學的ニハソノ發生セル母細胞ノ種類ニヨリ三種ニ分ツ。

- 一、輸尿管表皮細胞ヨリ發生スルモノ(圓柱細胞癌)。
- 二、腺房細胞ヨリ發生スルモノ。
- 三、デ氏島ヨリ發生スルモノ。

圓柱細胞癌ハ腺腫性癌ニ屬シ、輸尿管ノ表皮細胞ヨリ生ジ、最屢、來タル型ナリ。硬度ハ間質發達ノ程度ニヨリ種々ナリ。結締織増殖ガ著シケレバ纖維癌ノ像ヲ呈シ、コレガ少ナクシテ退行變成著シケレバ膠様癌、又ハ髓様癌ノ像ヲ呈ス。

- (1) Wilder
- (2) Thalheimer
- (3) Elösser

(4) Ssoblew

デ氏島細胞群ハ癌腫ニ對シテ著シキ抵抗ヲ示シ、腺房細胞ハ既ニ全ク影ヲ没スルニ至ルモ、コレノミハ善ク存續シ、若シクハ再生現象ヲ示ス。シカシナガラ、コノデ氏島ガ腫瘍ノ發生地トナルコトアリ。但、稀有ノ事項ニ屬ス。ワイルダー⁽¹⁾及ビサルハイマー⁽²⁾ハ各、斯カル一例ヲ報告セルガ、患者ハ膵臓島癌細胞ノ分泌ニ依リテ、インシュリン過剰症ニ陥リ、低血糖症狀ヲ呈セリト云フ。

エシーゼル⁽³⁾ハ副膵ヨリ發生セル癌腫ノ例ヲ報告セリ。

原因 膵臓癌ノ原因ニ就テハ、一般癌腫ニ於ケルガ如ク不明ニ屬ス。シカシナガラ屢、多クノ因子ガ癌腫ト關係アル如ク考ヘラル。酒精濫用ノ如キ、全ク無關係ニアラザル如シ。又、硬化性病變ガ癌腫ノ原因トシテ擧ゲラル。膽石形成ガ輸尿管炎及ビ輸尿管周圍炎ヲ惹起シ、コレガ癌腫ノ原因トナルコトアリ。又、胃潰瘍ガ膵臓ニ達シ膵臓炎ヲ惹起シ、原發性膵臓癌ノ素地ヲ作ルコトアルヲ擧ゲル人アリ。

ソボグー⁽⁴⁾ハ輸尿管ヨリ出ヅル大多數ノ癌腫ハ、輸尿管ノ種種ノ萎縮性及ビ炎症性病變ニ來タル増殖ニヨリテ發生スト考フ。

ソボグーハ又、輸尿管ノ發育異常及ビ迷走肉芽ガ癌腫發生ニ關係アリトナス。遺傳ガ關係ヲ有スルトナスガ如キコレニ屬ス。蟲様突起又ハ腸壁ニ於ケル迷在性組織ニ癌腫ノ發生セル報告アリ。外傷モ原因ニ數ヘラル。

症狀及ビ經過 膵臓ノ解剖的位置ヨリ考フルモ、先、不定ノ現象ヲ呈スルコトハ明ナリ。續イテ隣接臟器ニ對スル壓迫現象、膵臓機能ノ脱落現象等現ハル。疾患ノ初期ニハ胃腸障礙現象ヲ來タシ、最初ハ輕度ニシテ、重患ヲ想ハシ

ムルニ至ラズ。就中、先、糞便ニ變化ヲ來タス。既ニ疾患顯著ナレバ下痢ヲ來タスモ、最初ノ時期ニ於テハ便秘ヲ來タシ、通常ノ慢性便秘ト誤ラル。末期ニハ下痢多シ。脾臟ハ最、重要ナル消化酵素供給所ナレド、總輸膽管ガ壓迫サレザル間ハ、榮養物利用ニ對スル顯微鏡的所見ニ餘リ變化ヲ呈セザルコトアリ。就中、慢性脾臟炎ニ屢、見ル如キ脂肪便ハ餘リ屢、認メラズ。脂肪便ハ新タニ排泄サレタルモノニ於テハ、油狀脂肪トシテ浮遊シ、冷ユレバ硬脂狀塊トナル。中性脂肪ト共ニ細菌ノ作用ニ依リテ、分解セル遊離脂肪酸、竝ニ石鹼ヲ見ル。コノ脂肪便ハ糞便中ニ酵素ヲ缺乏スルタメニアラズ、蓋、總輸膽管閉鎖ノ際ハコレヲ見ザルガ故ナリ。即、陶土色ノ糞便中ニ比較的少量ノ分解脂肪(脂肪酸針狀結晶)ヲ見ルニ過ギズ。故ニ脂肪便ノ著シキハ、脂肪吸收ト關係ヲ有スル内分泌ノ重篤障礙ト認メラル。癌ノタメ臟器ガ著シク破壊サルルニ至レバ脂肪便ヲ來タシ、コノモノハ特有ナル外見ノ外、激シキ臭氣ト糞量ノ多量ナルヲ特徴トス。通常、ソノ他ニ肉下痢ヲ認ム。シカシナガラ、一般ニ食物利用ノ重篤ナル障礙ハ、慢性脾臟炎ニハ比較的頻繁ナレド、脾臟癌ニハ比較的稀ナリ。コレアル場合モ、癌ソノモノヨリハ同時ニ存在スル硬變ノ結果ト認メラル。コノ關係ハ癌腫ノ場合ハ完全ナル臟器細胞ノ殘存スルヲ常トスルニ反シ、硬變ノ際ハ一樣ニ侵サルヲ以テナリ。シカシナガラ癌ノ際モ注意シテ糞便ヲ檢シ、特ニ肉食、タトヘバシミ、ツト氏試驗食ヲ與フルトキハ、不消化筋肉纖維ヲ見出シ得ル場合少ナカラズ。

最初、便秘ヲ來タスモ、病勢ノ進行ニツレ下痢ヲ來タスニ至リ、食物ノ腸通過ガ頗、速ク、攝取後間モ無ク糞便中ニ出ツルニ至ル。既ニ十五分間ニシテ不消化ノ儘、排泄サレタル症例ノ報告アリ。

腫瘍ガ總輸膽管ヲ壓迫スレバ、糞便ハ無膽色素性トナリ、陶土色ノ外見。膽色素及ビウロビリリンノ脱落。脂肪酸針狀結晶ノ現出ヲ來タシ、尿ニウロビリリン反應ナシ。又、血便ヲ來タスコトアリ、コレハニツノ原因ニ依ル。即、癌ガ胃腸ニ波及シテ血管ノ侵蝕ヲ來タシテ出血スルカ、又ハ脾臟癌ノタメニ出血性素質ヲ生ジタルタメニ起ル。腸管ハ癌腫ノ壓迫又ハソノ浸

潤ニヨリテ閉塞ヲ來タスコトアリ。又、腸ノ周圍ニ絞扼性癒著ヲ來タシ、重篤症狀ヲ惹起スルコトアリ。特ニ十二指腸ノ下行脚ハ比較的容易ニ閉塞ヲ來タス。腸症狀ト共ニ胃症狀ノ著シキ場合アリ、就中、食慾缺乏、嘔氣、嘔吐ヲ來ス。ソノ原因ハ二次的胃機能障礙ニモ依レド、又、直接癌腫ノ發育ニ關ス。但、食物ノ利用惡シキタメ榮養缺乏ノ結果、食慾善キカ病的饑餓ヲ呈スルコトアリ。胃液ハ通常酸度・無酸症又ハ過酸症ヲ呈ス。ハイベルグハ一〇例中、五例ニ無酸症ヲ認メタリ。時トシテハ肉食ニ對シ、時トシテハ脂肪食ニ對シテ嫌惡スルコトアリ。十二指腸又ハ幽門ヲ壓迫スルタメニ、若シクハ腫瘍ガ胃ニ轉移セルタメニ却、胃ノ閉塞不全ヲ惹起スルコトアリ。腫瘍ガ或ル程度マテ成長スレバ、腸ヲ壓迫シテソノ閉塞ヲ來タシ、吐糞症狀ヲ呈スルニ至ルコトアリ。

局所解剖的關係ヨリ明カナル如ク、脾臟癌ハ比較的早期ニ總輸膽管ノ閉塞ヲ來タシ、鬱滯性黄疸ヲ惹起スルコト少ナカラズ。コノ黄疸ガ抑、患者ヲシテ醫治ヲ乞フニ至ラシムル原因ナルコトアリ。解剖的關係ヨリ、スベテノ脾臟癌ガ同様ニ惹起スルニアラズシテ、脾頭癌又ハ癌ノ發育ガ脾頭ニ及ンデ、初メテコレヲ惹起ス。他ノ原因ニ依ル黄疸ト異ナリ、ソノ程度ノ不變ナルヲ特徴トス。コレ總輸膽管ノ腫瘍ニ因ル閉塞ガ不變ナルタメナリ。黄疸ハ時トシテハ徐徐ニ、時トシテハ急速ニ發生ス。脾液分泌ハ維持サルコトアリ、又、反對ニ黄疸無クシテ脾液ノ分泌消失スルコトアリ。前者ハ副輸膽管ノ存在ニ依リテ説明スルヲ得、後者ハ輸膽管ノ閉塞アルモ、總輸膽管ハ開通シ居ルコトニ依リテ説明スルヲ得。但、糞便ノトリフシ量ヲ測定スルトキハ殆、常ニ著シク減少セルカ、缺乏ヲ示ス。ケール⁽¹⁾ハ十七例ノ脾臟癌中十六例ニ黄疸ヲ見、膽石症ト異ナリ、黄疸ノ程度不變ナリシト云フ。ハイベルグハ二十五例ノ脾臟癌ノ例ヲ集メタルガ、ソノ二十三例ハ脾頭、五例ハ全脾、五例ハ尾部、二例ハ體部ニアリタリ。黄疸ハ頭部ニアリタル二十三例中十九例、全脾ニアリタル五例中二例、尾部ニアリタル五例中一例ニ認メラレタリ。フオン、ゲルメルス⁽²⁾ハ脾臟癌百七例ニ於テ、五

- (1) Kehr
- (2) v. Germershausen

十三例ニ黄疸アリタルヲ報ズ。

疼痛ノ缺如スル場合ハ、膽石症ト類症鑑別スルヲ得ルモ、一般ニ脾臟癌ニ疼痛ヲ來タスコト多シ、從ツテ膽石症ト誤診スル場合少ナカラズ。特ニ疼痛發作ニ續イテ黄疸ヲ發シ、或ハソノ増進ヲ來タストキニ於テ然リ。時トシテハ患者ノ皮膚ハ緑黑色ヲ呈ス。黄疸ヲ來タス結果、膽毒症症狀、即、脈搏緩徐・皮膚瘙癢・精神朦朧・昏睡狀態・出血性素質等ヲ來タシ、胃腸・皮膚・漿液腔關節及ビ口腔粘膜等ニ出血ヲ見ルニ至ル。エレンツセル⁽¹⁾ニ據レバ、脾臟疾患ノ際、カカル出血傾向ヲ見ルハ、單ニ膽毒症ノ結果ト見ルベキモノニアラズシテ、脾臟疾患ニ特有ナルモノナリト云フ。エレンツセルハ十三例中六例ニ於テ、カカル出血性素質ヲ認メタリ。腎臟・肺・眼瞼等ニ出血ヲ起セル例ノ報告モアリ(ヘルマン⁽²⁾)。脾臟癌ノ診斷ニハ尙、膽囊ノ狀態ガ重要ナル意義ヲ有ス。フリエル⁽³⁾・クルボア⁽⁴⁾ニ據レバ、總輸膽管ガ膽石ノタメニ閉塞スル場合ハ、多クハ膽囊ヲ萎縮ヲ來タスガ、ソノ他ノ原因ニヨル總輸膽管ノ閉塞ノ場合ハ、多クハ膽囊ノ擴張ヲ來タス。ソノ原因ハ蓋、總輸膽管ニ於ケル膽石ハ通常、膽囊中ニ發生スルモノニシテ、コレヨリ膽囊管ヲ經テ總輸膽管ニ出ツル際ニ、壁ノ慢性炎症ヲ貽シテ膽囊ヲ萎縮ヲ來タスナラント。ケール⁽⁵⁾ノ症例ニテハ、脾臟癌ノ過半数ニ於テ膽囊ヲ充滿セル腫瘍トシテ觸知シ、總輸膽管結石ノ八〇プロセントニハ萎縮膽囊ヲ證明セリト云フ。

ハイベルグハ三十五例ノ脾臟癌(二十三例ハ脾頭部)ニ於テ、手術臺上ニ於テ膽囊ヲ觸知セルハ二、三例ニ過ギザリシガ、解剖ノ際ニハ十九例ニ於テ擴張ヲ認メタリト云フ。デバマン⁽⁶⁾ハ膽囊ノ擴張著シク、遂ニソノ破裂ヲ來タセルヲ見タリト云フ。

膽囊ノ癒著ハ唯、手術ニ於テコレヲ認メ得ルモノナルガ、ロブソン⁽⁷⁾ハ、コレハ慢性脾臟炎ニハ頻發スルモ、脾臟癌ノ際ハ少ナシトナシ、エレンツセルモコレニ賛ス。

- (1) Elösser
- (2) Herrmann
- (3) Ferier
- (4) Courvoisier

- (5) Kehr

- (6) Lachmann
- (7) Robson

- (1) Schupfer
- (2) Bard et Pic

- (3) Mayo-Robson
- (4) Riedel

肝臟肥大ハ胆汁ノ蓄積ニヨツテ惹起サル。シツペル⁽¹⁾ハ脾頭癌ノ大多數ニ於テ、肝臟肥大ヲ認メタルガ、コレハ同時ニ黄疸アル際ニ多シ。エレンツセルハ十例ノ肝臟肥大ヲ呈セル患者中、八例ニ於テ黄疸ヲ認メタリ。又、肝臟ノ肥大ハ轉移ニヨルコトアリ、蓋、脾臟癌ノ多クハ肝臟ニ轉移ヲ來タスガ、ソレニ依ツテ肝臟肥大ヲ見ルコトハ寧、少ナシ。パール⁽²⁾及ビピツクニ依レバ、肝臟ノ轉移アルニ拘ラズ、肝臟ハ通常小ナリ、蓋、胃腸癌ヨリノ轉移ト異ナリ、脾臟癌ノトキハ肝臟ニ於ケル結節小ニシテ、肝臟表面モ多クハ結節突起ヲ示サズ、且、ソノ容積モ増加セズ。ハイベルグハ經驗セルスベテノ例ニ於テ肝臟ニ轉移ヲ見タルガ、生前ニハコレヲ觸知セズ、從ツテコレヲ診斷シ得ザリシト云フ。シカシオーセルノ如キハコノ說ニ賛セズ、肝臟ノ肥大セル例ヲ認メ、グロースノ如キモ、他ノ消化器系ヨリノ轉移ト同様、肝臟ガ肥大シ、結節性突起ヲ示セル例ヲ經驗セリト云フ。

メーヨー、ロブソン⁽³⁾・リーデル⁽⁴⁾等ハ腹水ノ證明ヲ重要視ス。コレハ靜脈ノ壓迫ニ由來ス。就中、腹膜靜脈・下空靜脈及ビ門脈等ガ壓迫ヲ受ケ、鬱滯スルトキハ腹水ヲ來タス。腹水ハ後期症狀ニ屬シ、黄疸ヨリハ遙ニ後レテ發生ス。下空靜脈ガ腫瘍ニ依ツテ壓迫サルトキハ、腹水ノ外、下肢ノ水腫性腫脹ヲ來タス。リーデルノ如キハ、腹水アンバ腫ノ存在ヲ意味シ、慢性炎症ノ反證トナルトナセド、シツペルハ直ニ賛意ヲ表スル能ハズトナス。ソノ他、大動脈・胸管・輸尿管等ガ壓迫ヲ受クルコトアリ。又、脾臟靜脈ノ壓迫ノ結果、脾臟ノ肥大ヲ惹起スルコトアリ。

脾臟腫瘍ガ一定度マデ大トナレバ觸診スルコトヲ得(シツペルハ四分ノ三例ニ觸知シタリト云フ)。多クハ確實ニコレヲ觸知シ得ルニ至リテ、診斷ヲ下シ得ルモノナルガ、時ニハ癌腫ナルカ、慢性炎症ナルカハ顯微鏡検査ニ依リテ初メテ決定シ得ル場合アリ。

觸知シ得ル腫瘍ノ表面ハ、他ノ癌腫ト區別無シ。結節性・不規則、且、硬固ナルカ、脾臟全體ノ肥大ヲ呈ス。後ノ場

- (1) v. Germershausen
- (2) Kerkel
- (3) Chauffard et Malus

合ハ他ノ疾患、特ニ炎症性ノモノトノ區別困難ノコトアリ。肝臓ト癒著アルトキハ、或ル程度マテ呼吸性轉位ヲ呈ス。フオン、ゲルメルスハウゼン⁽¹⁾ノ統計ニ據レバ、一〇七例中、五〇例ニ於テ腫瘍ヲ觸知シ得タリト云フ。脾臓癌ノ際ハ、比較的早期ニ疼痛ヲ來タス、コレヲ脾臓痛(Pankralschmerz)ト名ヅク。シカシ必シモ、コレハ癌腫ニ固有ニアラズシテ、スベテ脾臓ノ肥大ヲ來タス如キ疾患、就中、炎症性疾患ニ認メラル。コノ脾臓痛ハ持続性又ハ發作性ニ起リ、激甚ナル場合ハ、ソノタメニ虚脱症狀ヲ呈スルコトアリ。コレハ上腹部胃部、稀ニハ背部ニ局在シ、食物攝取トハ關係ナシ。コレニヨリテ通常食物攝取ノタメ、疼痛ノ激成ヲ來タス胃癌ト區別スルヲ得。ケルケル⁽²⁾ニ據レバ、疼痛ハ臥位ニ於テ激甚ニシテ、坐位若シクハ立位ニテハ消失ス。疼痛ノ原因ニ關シテハ種種ニ説明サル。或ハ分泌液停滯ニ歸シ、或ハ脾臓ノ神經周圍炎ニ歸シ、若シクハ内臓動脈軸叢ノ壓迫ニ歸ス。一方ニハ疼痛ノ缺如スル症例ノ報告モアリ。ケールノ如キハ寧、脾臓癌ノ多數ハ疼痛ナク經過ストナセド、コレハ一般ノ臨牀的經驗ニ反ス。ショーラー⁽³⁾及ビマールス⁽⁴⁾ニ據レバ、疼痛ハ特ニ脾體部ガ侵サル場合ニ類症鑑別の價値ヲ有ス。コノ際、疼痛ハ臨牀的主徴ヲナシ、中央又ハ稍、左方ニ於テ最、劇シク擬性肋骨ニ向ッテ放射シ、若シクハ背面ニ於テ終胸椎又ハ初腰椎ノ邊ニ局在ス。患者ハ終日若シクハ週間ニ互リテ跣踏シ、兩拳ヲ心窩部ニ當ツ。發症性疼痛ハ漸次頻度トナリ、終ニハ消失セザルニ至ル。又、上腹部ノ膨滿・壓迫感ヲ訴フ。マールスハ、カカル劇痛ノ原因ノ多クハ腹膜炎性刺戟若シクハ分泌液停滯ニヨルベケレド、主因ハ太陽叢神經末梢ノ刺戟ニ歸スベキモノトナシ、脾體部ガ侵サル場合ノミ疼痛ヲ發シ、只、脾頭又ハ脾尾ノミ侵サル場合ハ、疼痛無ク經過スト云フ。脾體部ノ癌腫ニハ黄疸ヲ缺ク。

脾體部癌腫ニ特有ナル現象ハ、ショーラー⁽³⁾及ビマールス⁽⁴⁾ニ據レバ

一、劇甚ナル上腹痛

- (1) Friedemann
- (2) Achalme
- (3) Fuchs
- (4) Ssobolew
- (5) Kiefer

二、早期、且、急速ナル羸瘦
三、黄疸ナキコト。

ニシテ、脾體部癌腫ト他部ノソレトヲ區別スルコトハ、治療上重要ナリ。羸瘦ノ迅速ニ進ムコトハ胃癌ヨリ著シ。ソノ原因トシテハ、脾管ノ閉塞ノタメ、消化液ノ分泌缺乏スルコト、脂肪ノ吸收障得ヲ來タスコト等擧ゲラレ、又、コノ脾臓性惡液質ハ特殊中毒作用ニ依ルモノニシテ、脾臓組織ノ分解吸收ニ依ルカ、脾液及ビソノ中ニ含有サルル酵素ノ吸收ニ依ルナラント考フル人アリ。赤血球ハ一二百萬以下トナルコト稀ナラズ。患者ハ體力消耗シ、容易ニ失神傾向ヲ惹起スヲ以テ、臥床ヲ離レ得ザルニ至ル。稀ニハ脾管ノ閉塞ヲ來タス。良性疾患ニモ同様ノ現象ヲ來タス。近來、カカル急速ナル衰弱ヲ來タスヲ説明スルニ足ル物質ヲ脾臓組織中ニ見出セル人アリ(フリーデマン⁽¹⁾・アヒルメ⁽²⁾・グレケ等)。

體温ハ通常又ハ通常以下ニシテ、稀ニハ發熱ヲ見ル。皮膚ガ青銅色トナルコトアリ、コレハ太陽叢ノ刺戟ニ基ツクモノニシテ、脾體部ノ癌腫ニ特有ナリト云フ。

流涎ヲ來タスコトモ稀ナラズ。コレハ他ノ消化器疾患ニモ來タルコトアルヲ以テ、診斷的意義少ナシ。

脾臓癌ニ於ケル含水炭素代謝ノ關係ハ興味少ナシトセズ。蓋、癌腫ノ如キ脾臓ノ重篤疾患ニ於テ、糖尿病ハ全ク起ラザルカ、唯、極メテ輕度ノ糖尿ヲ見ルコトアルニ過ギザルハ寧、驚異ニ値ス。ソノ原因ハ、ラ氏鳥組織ノ特殊の抵抗ニヨリ、最後マテ保持サルルニヨルト説明サル(フツクス⁽³⁾・ソポルウ⁽⁴⁾等)。食餌性糖尿モ通常ナシ。キーラー⁽⁵⁾ハペーター・ベントブリガム病院ニ於ケル二十二例中、僅ニ二例ニ於テ糖尿ヲ證明セルコトヲ報告セリ。

診断 診断ハスベテ上述ノ症状ヲ基礎トス。今日ト雖、脾臓癌ノ診断ハ著シク困難ナレドモ、機能検査ヲ行フコトヨリ、著シク根據ヲ得ルニ至レリ。又、レントゲン診断ノ價値アルコトモ、ソノ章ニ於テ述ベタルガ如シ。

経過及ビ豫後 アルプーハ脾臓癌ノ臨牀的経過ニ就テ、下ノ如キ分類ヲナセルガ、幾多移行型アルコトハ勿論ナリ。

- 一、死ニ至ルマテ全ク潜伏性ニシテ、解剖臺上ニテ腫瘍ヲ發見スル場合。コレハ脾臓ノ轉移性腫瘍ニ多シ。
- 二、全身症状、特ニ消化障碍著シクシテ、急速ニ惡液質ト衰弱ノ進ム場合。
- 三、特ニ臓器脱落症状(脂肪便・肉下痢・窒素下痢・糖尿病又ハ食餌性糖尿等)ガ著シク顯ハルル場合。
- 四、總輸膽管ヲ壓迫シテ急速ニ増進スル黄疸ト、同時ニ膽嚢管ノ壓迫ニヨル膽嚢腫瘤ヲ來タス場合。
- 五、幽門又ハ十二指腸起始部ヲ壓迫シテ、コノ部ノ狹窄症状ヲ來タス場合。

ソノ他、肝臓轉移ノ症状ガ著明ナルコトアリ。腸又ハ胃ニ穿孔シテ死ヲ招クガ如キ出血ヲ來タスコトアリ、肺臓・腹膜等ニ轉移ヲ來タスコトアリ、腸ヲ壓迫シテ狹窄症状ヲ來タスコトアリ。

腫瘍ノ位置及ビ生長ノ速度ニヨリ経過ハ著シク異ナル。纖維癌ノトキニハ、ソレガ總輸膽管ヲ閉塞シテ膽毒症ヲ起ス場合ヲ除キテハ経過緩徐ナリ。表在性ノ場合ハ潜伏性ニ経過スルコト多シ。コレ總輸膽管及ビ輸膽管ヲ侵サレザルニ依ル。脾尾ノ癌腫モ同様ナリ。深部ニ生ズル場合ハ早期ニ輸膽管・總輸膽管・内臓動脈軸叢・太陽叢等ヲ侵シ、脾疝痛・惡液質及ビ衰弱ヲ來タス。

臨牀的経過ハ屢、二、三ヶ月ニ過ギザルガ、四年間ノ経過ヲ取りタル症例アリ。脾體部ニ來タル如キ衰弱ヲ急速ニ招

來スルモノ・腸ニ於ケル榮養物利用ノ障碍著シキモノ・黄疸アルモノ等ハ比較的急速ニ死ヲ來タス。

一般ニハ發見後、六、七ヶ月ノコト多シ、若キホド急速経過スル傾向ヲ有ス。

療法 内科的竝ニ外科的療法ヲ必要トス。内科的療法トシテハ畢竟對症のニ過ギズ、疼痛アレバコレヲ鎮靜スルニ努メ、便秘ヲ除クヲ要ス。脾液流出障碍アルトキハ、稀鹽酸ノ如キ刺激劑ヲ用ユルハ不可ナリ、却、症状ヲ増惡ス、宜シク重曹等ノアルカリ劑ヲ用ユベシ。蛋白質脂肪食ハ好マシカラズ、含水炭素ヲ、主食トナスベシ。他脾臓疾患ト異ナリ、糖尿ヲ來タスコト少ナキヲ以テ、ソノ點ハ多クハ考慮ノ必要無シ。脾外分泌障碍アル場合ハ、パンクレオン・パンクレアチン等ノ代償療法ヲ可トス。出血傾向・脂肪下痢等ニ對シテハ石灰劑ヲ用ユルヲ可トス。

手術療法トシテハ、腫瘍ガ尾部ニアルトキ又ハ稀ニ體部ニアツテ尙、小ナル場合ハ、摘出シ得ル場合アリ。多クハ既ニ發育ノ進ミタル癌腫ナルタメ根治の手術ハ最初ヨリ豫期スルヲ得ズ、殊ニ肝臓ニ轉移ヲ示ス場合多ク、ハイベルグノ二十五例ノ如キハ、腹壁上ヨリハ尙、觸知シ得ザルモノアリタルニ拘ラズ、スベテコノ轉移ヲ示セリ。多クハ既ニ數週、若シクハ數月ニ互ツテ重症黄疸アルタメ、大手術ノ爲ニ虚脱ヲ來タシ、若シクハ大出血ヲ來タス傾向アリ。脾臓ノ大部分、竝ニ近接臓器ガ腫瘍ノ浸潤ヲ呈スルタメ、根治の手術ハ意味無ク、唯、姑息の手術ニ依リテ總輸膽管又ハ十二指腸ニ對スル壓迫ヲ除去ス。膽汁ヲ誘導スルニハ、膽嚢截除術又ハ膽嚢腸管連通手術ヲ施ス。前者ハ餘リ稱揚サレズ、蓋、コレニヨリテ膽汁ノ損失ヲ來タシ、一層急速ニ衰弱ヲ來タスヲ以テナリ。後者ハ連通部ヲ經テ上行性傳染ヲ來タス惧アリ。

第十八章 脾臓肉腫及ビ良性脾臓腫瘍 Sarkom und

gutartige Geschwülste des Pankreas.

- (1) Remo Segré
- (2) Boldt
- (3) v. Halasz
- (4) Senn

- (5) Ehrlich
- (6) Mannilow
- (7) Schtüler
- (8) Witzel

- (9) Litten
- (10) Piccoli
- (11) Schirokogoroff
- (12) Baudach
- (13) Krönlein
- (14) Ribbert
- (15) Ravenna

(16) Kakels

脾臓肉腫ハ癌腫ニ比シテ遙ニ稀ナルモノニシテ、レモ、セグレ⁽¹⁾ハ百三十二例ノ脾臓腫瘍中、唯二例ノ肉腫ヲ見、ボルド⁽²⁾ハ五十八例ノ脾臓腫瘍ノ統計ニ於テハ唯、三例ノ肉腫ヲ擧ゲ、フォン・ハプス⁽³⁾ハ七千八百五十例ノ剖見中、十九例ノ原發性脾臓腫瘍ヲ擧ゲ、ソノ中、唯、一例ガ肉腫ナリト云フ。ゼン⁽⁴⁾ハ脾臓肉腫ニ二種ノ主型ヲ分ツ。

一、全臓器ヲ侵シ著シキ大サニ達スルモ轉移ヲ來タサザル場合

二、脾臓ノ唯、小部分ガ罹患スルノミテ周圍竝、遠隔部ニ轉移ヲ生ズル場合

文獻ニ徵スルニ第二型多ク、從テ脾臓肉腫ハ癌腫ヨリ悪性ニシテ轉移ヲ來タス場合多シ。

脾臓肉腫ノ組織的所見ハ種種ナリ。紡錘狀細胞肉腫(エールリツツビ⁽⁵⁾・マニロウ⁽⁶⁾・シーレル⁽⁷⁾・ソボリウ・ウヰル⁽⁸⁾)又ハ圓

形細胞肉腫(リツテン⁽⁹⁾・ピコザ⁽¹⁰⁾・シロコゴロツフ⁽¹¹⁾)、或ハ多形細胞(マン・ハプス)ヨリ成ル。發生部位モ種種ナリ。パウダツ

バ⁽¹²⁾ハ粘液性血管腫又ハ圓柱腫ヲ記載シ、エールリツツビ⁽⁵⁾ノ例ハ内被細胞腫・クレンデイン⁽¹³⁾ノ例ハ原發性血管肉腫ニシテ、リツ

ベルト⁽¹⁴⁾ノ研究ニ據レバ、副腎芽ガ脾臓中ニ發生セルモノナリト云フ。ラヴンナ⁽¹⁵⁾モ同様ノ症例ヲ記載セリ。多クハ起原不明ナリ。癌腫

ト併發セル例モ記載セラレ、黒肉腫・淋巴肉腫等ノ造構ヲ示セル場合アリ。最後ノ型ハ多クハ轉移性脾臓肉腫ナリ。

顯微鏡的所見ニ於テ特有ナルコトハ、デ⁽¹⁶⁾氏島細胞ノ著シク抵抗強ク、善ク保持サルコトニシテ、從ツテ殆ク糖尿病ヲ見ルコトナシ。特筆スベ

キコトハ、脾臓肉腫ト囊腫トノ關係ナリ。シムレルハ出血性肉腫ノ一例ヲ記載セルガ、生前、左肋弓下ニ大ナル波動性腫瘍ヲ認メ、試験穿

刺ニテ褐色ノ内容ヲ證シ、剖見ニテ脾臓ヨリ出テタル囊腫ニテ、血液ヲ以テ充サレタルヲ認メ、組織學的検査ニヨツテ紡錘狀細胞肉腫ノ

内部ガ軟化シ、血管ノ侵蝕ニ依ツテ出血ヲ來タセルモノナルコトヲ證セリ。癌腫ニ於ケルト同ジク肉腫ノ所好地ハ頭部ナリ。文獻ニ於ケルニ

十一例中、唯、三例ガ尾部ナリト云フ(カケルス⁽¹⁶⁾)。年齢ニハ關係無ク、初生兒ヨリ老人ニ至ルマテ罹患ス。

経過 経過ハ急速ニシテ、腫瘍ノ生長急激ナルヲ特徴トス。臨牀的症狀ヲ呈スルニ至リテヨリ、數週乃至一年ニ及ブ。通常、上腹部ニ大

ナル腫瘍トシテ現ハレ、骨(頭蓋)・腸壁・肺・肝・心筋・ソノ他、種種ノ臓器ニ轉移ヲ來タス。

臨牀的症狀ハ脾臓癌トハ區別シ難シ。疼痛ガ主訴ヲナスコトアリ。黄疸ハ癌腫ヨリ少ナキガ如シ。食物利用ノ減退モ見ラル(脂肪便)。糖尿ハ極メテ稀ナリ。

療法 ハ大體脾臓癌ニ準ズ。

脾臓ノ良性腫瘍ニハ纖維腫・纖維腺腫・デ⁽¹⁷⁾氏島腺腫等アリ、最後ノモノニハ殆、常ニ糖尿ヲ證ス。又、迷在性脾臓芽又ハ副脾ヨリ良性ノ腺腫ヲ發生スルコトアリ。コツ⁽¹⁸⁾ボハ脾臓ニ於ケル淋巴管腫ノ一例ヲ報告セリ。

良性腫瘍ハ剔出ニヨツテ根治シ得ル場合少ナカラズ。尾部ニ生ゼル場合、若シクハ有柄性ナルトキハ手術ハ簡單ナルモ、脾臓内部、特ニ大血管ニ富ミ、主輸脾管ノアル脾頭内部ノ腫瘍ハ手術困難ナリ。

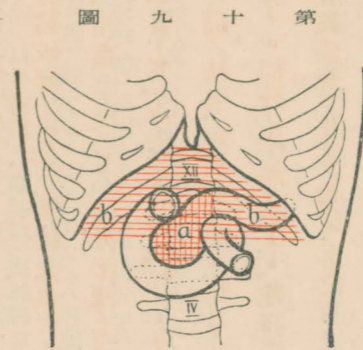
第十九章 脾臓ノ外傷 Verletzungen des Pankreas.

(1) Heineke

脾臓ハ腹腔後壁ニ接シ、比較的掩護サレタル位置ニアルノ故ヲ以テ、臨牀的症狀ヲ來タスホドノ著シキ外傷ヲ受クルコトハ比較的稀ナリ。ダトヘバハイチケ⁽¹⁾ハブチツヒ病理學教室ニ於ケル九五〇〇ノ剖見例中、唯、二例ノ脾臓破裂ヲ見タリ。脾臓ハ後方ヨリハ脊椎及ビ強靱ナル背筋ニテ蔽ハレ、前方ハ少ナクモ一部ハ肋弓・肝臓・胃・横行結腸等ニヨリテ蔽ハル。故ニ前方ヨリ來タリテ脾臓ヲ破碎スル如キ鈍性破壊力ハ先、肋弓ノ抵抗力ニ打ち勝チ、且、肝臓・胃・横行結腸、竝ニソノ間ニ介在スル韧带等ノ隣接臓器ニ重性傷害ヲ來タスヲ常トス。

脾臓傷害發生ヲ助長スルモノハ、脾臓ガ前彎性腰椎ニ固定サルコト、肋弓ガ下後方ニ斜ニ走リテ斜面ヲ呈スルコトニシテ、下胸部部ニ横ニ當リタル外力ガ下ニ外レテ脾臓ヲ傷ツツクルニ至ル。脾臓ノ輕度ノ挫傷ハ一般考ヘラルルヨリモ屢

起ルモノナルガ、ソレニ依ツテ起ル組織傷害及ビ出血ノ如キハ自然ニ治愈シ、若シハ囊腫又ハ偽性囊腫ヲ生ズルコトアルモ、コレハ數年後ニ初メテ現ハル。單純ノ脾臓破裂ト外傷性脾臓囊腫トノ間ニハ、精確ナル限界ヲ立テ難シ。外力ガ前方ヨリ來タリタル場合ハ、最、容易ニ脾臓ニ達シ、ソノ單獨傷害ヲ來タシ得。斯カル單獨脾臓傷害ヲ來タスニハ、襲撃面ノ餘リ廣カラザルヲ要ス（蹄蹴・手斧ヤ牛角ノ突撃等）。又、他臓器ノ副傷無ク、腹壁ヨリ脾臓ガ單獨ニ傷害サルル場合ハ特殊ノ位置的關係ヲ呈スルヲ要ス。即、胃ガ下垂シ、脾臓ハ唯、小網膜ニ裹マレ、小彎ノ上方ニ現ハレ居ルヲ要ス。



第十圖
(a) 脾臓ノ直腸外傷帶
(b) 同上間接外傷帶
(ホエシム氏ニ據ル)

ケルテガ屍體ニ就テ、實驗的ニ試ミタル結果ニ依レバ、唯、二分ノ一ノ場合ニ於テ直接、脾臓ニ達シ得ルニ過ギズ。脾臓傷害ガ鈍力ニ依リテ腹壁ノ破ルルコト無ク起リタル場合ト、穿孔ヲ來タシタル場合トニヨリテ皮下性及ビ開口性脾臓外傷ニ分ツ。

皮下性脾臓外傷ハ、上腹部ヲ汽車ノ兩輪間ニ挾マレタル場合・車輪ニテ乗り過ギラレタル場合、蹄撃・衝突・足踏・手斧若シクハ牛角刺等ニ依リテ起ル。稀ニハ腹ヲ下ニ向ケテ落チタル際、脾臓ノ破碎ヲ來タスコトアリ。脾臓ノ脊椎前正中線ニ横ハル部ガ最、多ク挫傷・粉碎ヲ招ク。蓋、脊柱ハ枕トナリテ損傷ヲ助ク、時トシテハ脾臓後面ニ損傷著シキコトアリ。

外傷ヲ受ケタル腺部、竝ニソノ周圍ニ於テ外傷ノ輕重ニヨリ、種種ノ程度ノ壞疽、竝ニ出血ヲ來タス。輸尿管ガ破ルルトキハ、脾分泌液ハ脾組織・脾被膜下及ビ、ソノ破レタル場合ハ腹膜後結締織内、竝ニ脾後腹膜囊中ニ出ツ。ウンスロウ氏孔ガ閉塞シ居ルトキハ、流出液ハ脾後腹膜囊中ニ溜溜シ、出血性偽性囊腫ヲ生ズ。脾臓ヲ腹膜ガ蔽フ場合ハ

(1) Stich

脾臓周圍性囊腫ヲ生ズ。又、真正脾臓囊腫ヲ生ズルコトアリ。ウンスロウ氏孔ガ開通シ居リテ、容易ニソノ癒著ヲ來タサザル場合ハ、流出セル脾液ハ全腹腔内ニ擴リ、先、中毒性、續イテ細菌性腹膜炎ヲ起シ、適時ニ手術ヲ施サザレバ死ヲ招ク。脾臓ノ外傷性隙隙ノ大サト、流出液量ト、偽性囊腫ノ發生スル速度トノ間ニハ一定ノ關係無シ。カカル偽性囊腫ノ自然的退縮モ來タルコト無キアラザルモ、頗、稀ナリ。コレニ反シテ、カカルモノヲ手術ニテ除去セル後、徐徐ニ再發ヲ來タスコトアリ。

脾臓破碎ノ場合ハ、隣接大血管ノ破壊ヲ來タサザル限リ出血ハ著シカラズ。從ツテカカル傷害ニ於ケル危險ノ主ナルモノハ、出血ニアラズシテ、脾分泌液ノ腹腔内ニ漏出スルコトナリ。スチヅビ⁽¹⁾ハ彼ガ經驗セル例ニ於テ、腹水中ニ多量ノチアスターゼリパーゼ及ビ非働性ノトリプシンヲ證明シ、後者ハ賦活後、明カニ消化力ヲ示セリ。

外傷ノ結果、短期間ニ死ヲ招カザル場合ハ、外傷部ノ周圍ニ纖維性脾臓炎ヲ來タス。挫傷シ、粉碎サレタル腺部ハ或ハ腺ノ一部分ノ窄離ヲ來タシ、輸尿管ノ完全切斷アルトキハ、ソノ閉塞ト脾臓一部分ノ窄離及ビ壞滅ヲ來タシ、時ニハ真正脾臓囊腫ヲ生ジテ治愈スルコトアリ。若、廣汎ナル腺部ガ主輸尿管ノ癩痕ノタメ窄離ヲ來タストキハ、一過性又ハ恒久性ノ脱落症狀ヲ來タス。コレニ隨伴スル脂肪組織壞疽ハ別ニ臨牀的症狀ヲ呈スルコト無ク、數月ニシテ全ク吸收サレ、消失スルニ至ル。

稀ニハ外傷ニ續イテ急性脾臓壞疽ヲ來タス。又、化膿性脾臓炎ヲ來タスコトアリ。

皮下性脾臓外傷ノ症狀ハ餘リ特有ニアラザルタメ、確實ノ診斷ハ下シ難シ。特ニ單獨脾臓外傷ノ際ハ只、想像的診斷ヲ下スニ止マル。就中、重要ナルハ、最初ニ起リタル虛脫症狀ノ恢復ヲ來タスコトニシテ、單獨脾臓外傷ノタメ急速ニ死ヲ來タスコトハ寧、稀ナリ。外傷ノ後一、二日又ハ八日若シクハ一層永クシテ著シク快方ニ赴クヲ常トス。一部ノ人ハ全ク

恢復シテ職ニ復スルヲ得。又、後ニ至ツテ俄然、重態ニ陥リ、腹膜炎性症狀ヲ呈シテ死ノ轉歸ヲ取ル場合アリ。外傷後ノ患者ノ主訴ハ、上腹部ニ於ケル劇痛、絞心感及ビ呼吸障碍ナリ。通常間モナク嘔吐ヲ來タス。精細ニ檢スルニ、上腹部ハ最初、陥沒緊張シ、外傷ガ中央又ハ側方ヨリ襲來スルコトニヨリ、ソノ部ノ筋肉緊張ヲ來タシ、時ニ腫脹セル脾臓ニ相當スル抵抗ヲ認メ、脾臓腹膜囊ニ於テ滲出物ガ包留サルトキハ、上腹部ノ膨隆ヲ來タス。壓痛部ノ存在及ビ脾臓部ノ限局性腹壁緊張ハ、診斷ニ對シテ重要ナル根據トナル。續イテ脈搏増加シ、全腹壁ノ緊張ヲ來タシ、腹水現ハレ、全身ノ脱力ヲ來タスニ及ンデ、腹膜炎ノ併發セルヲ知ルニ至ル。尿ニ一過性ニ糖ヲ證明セル人アレド、コレハ稀有ノ現象ニ屬ス。ウルゲムート及ビ野口氏法ニヨル酵素測定法ガ、コノ診斷ニ對シ幾何ノ價値アリヤハ更ニ研究ヲ要ス。

近接臓器、タトヘバ胃・肝臓・脾臓・腸等ガ同時ニ傷害サレタル場合ハ、脾臓傷害ニヨル症狀ハ他ノ症狀ニ蔽ハルルヲ常トス。經過ハ出血劇シキカ、急性腹膜炎ノ症狀著シキカニヨツテ異ナル。出血著シカラズシテ一時、小康ヲ得、後、症狀ノ増惡ヲ來タスガ如キ場合ハ、脾臓ノ單獨外傷ヲ考フベク、何レニシテモ他部ノ傷害ノ比較的輕度ナルコトヲ示スモノナリ。脾臓ノ皮下性外傷ノ豫後ハ、第一ニ合併傷害ノ存否ニ關スルコトハ上述ノ點ヨリ明カナリ。

單獨脾臓破裂ノ際ハ、ソノ經過ハ、脾液ガ自由ニ腹腔内ニ流出スルカ、脾被膜・腹膜等ニテ分域サルルカ、ウィンスロウ氏孔ノ早期癒著、早期外科手術ヲ行フコト等ニ關ス。手術ヲ行ハズシテ脾液ガ腹腔内ニ擴ルトキハ、常ニ死ノ轉歸ヲ取リ、手術ヲ行フモ、コレヲ全ク腹腔外ニ誘導シ能ハザルトキハ死ヲ免レズ。

脾臓外傷ノ治癒ハ一般ニ手術ニ俟タザルベカラズ。滲出液ガ分域サレ偽嚢腫ヲ生ズルコトハ、脾臓ノ單獨破裂、若シクハ複合傷害ニ於テハ頗、不確實ナルノミナラス、コレヲ生ジタル場合モ、結局、手術ニ依リテ除去ヲ要スルガ故ニ、最初ヨリ手術ノ方針ニ出ツルヲ可トス。即、脾臓ノ外傷ハ出來得ル限り、早期ニ開腹術ヲ行フベシ。既ニ腹膜炎性症狀顯著トナレ

バ、豫後ハ著シク不良トナル。手術ハ外傷ノ及ンダル位置ニ從ヒ、或ハ正中線、或ハ左右ノ直腹筋縁ニ沿フテ切開ス。又、肋弓ニ併行、若シクハ横ニ切開スルコトアリ。靱帶中ニ見ユル出血、又ハ破裂ヲタドリテ深部ニ進ム。ソノ模様ニ依リ小網膜又ハ胃結腸靱帶ヲ經テ脾臓ニ達ス。早期手術ノ際ハ尙、脾臓ノ作用ニヨル脂肪組織壞疽ヲ缺ク。シカシナガラ間モナク廣汎ナル脂肪組織ノ壞疽ヲ惹起シ、ソレニ依ツテ直ニ脾臓傷害アルコトヲ知ルヲ得。脾臓ノ平滑裂創ノ際ハ唯、脾臓被膜ノミヲ細カク縫合シ、脾臓組織ニ及バザル様ニナシ、タンポン挿入及ビ插管法ヲ施ス。輸尿管破碎ニ於テハ唯、主輸尿管破碎ノトキノ縫合ヲ行フベク、ソノ他ノ場合ハ縫合ヲ行ハズシテ、自然復舊ヲ見ル場合多シ。

開口性脾臓外傷ハ特ニ銃創ノ場合多シ。コノ場合モ亦、脾臓ノ位置的關係ヨリ他臓器ノ共傷ヲ呈スル場合多シ。タトヘバ肋膜・肺臓・横隔膜・腎臓・脾臓・脊柱・大血管ノ如シ。

脾臓ノ單獨銃創ハ頗、稀ナレド明確ニ起ルコトアリ。脾臓銃創ノ際ノ出血ハ近接大血管、タトヘバ脾臓血管・上腸間膜動脈等ガ同時ニ傷ケラルルニアラザレバ著シカラズ。脾臓部及ビ尾部ノ外傷ハ一般ニ著シク豫後佳良ナリ。同時ニ胸腹腔ニ於ケル他臓器ノ傷害アレバ豫後著シク惡シ。

脾臓銃創ハ複合傷害ニ依ル症狀著シカラザル限り、皮下傷害ニ於ケルガ如ク、最初餘リ著シキ症狀ヲ呈セズ、後ニ至リテ腹膜炎ノ症狀現ハレ、又ハ脾後腹膜嚢若シクハ脾臓被膜内ニ分域サレ、偽性嚢腫又ハ脾臓周圍嚢腫ヲ生ズ。稀ニハ脾臓中ニ膿瘍ヲ生ズ。

脾臓銃創ノ治癒ノ際ハ、脾臓組織内破壊竈ニ結締織性瘢痕ヲ生ジ、銃丸貫通部ノ周圍ニハ慢性硬變性脾臓炎ヲ起ス。ロツクス⁽¹⁾ハ柘榴散彈傷害後二ヶ月半ニシテ脾臓ノ廣汎ナル炎症性纖維性硬化ヲ來タシ、ラ氏島ノ二次的

萎縮及び硝子様變性ヲ來タシ、糖尿病性昏睡ニ陥ツテ死ヲ來タセル例ヲ報告セリ。シカシナガラ、一般ニハ限局性脾臓傷害ニハ糖尿病ヲ來タスコト無キモノナリ。脾臓銃創ノ症狀ハ皮下性外傷ト同様ナリ。上腹又ハ下左側胸部ノ銃創ノトキハ通常、脾臓ノ共傷ヲ想像シ得ルニ止マル。シカシ手術者ニ取リテハコノ方ガ寧、簡單ナリ。蓋、腹部ノ銃創ニテハ可及的、迅速ニ開腹術ヲ施スヲ以テ規則トナスヲ以テナリ。以前ハ唯、平時ニ於テノミニナリシモ、現今ニテハ戰爭ニ依ル場合モスベテコノ規則ヲ適用スルニ至レリ。

脾臓銃創ノ場合モ亦、副傷害ヲ處置シ、止血ヲ十分行フ外ニ、脾液ノ腹腔内漏出ヲ防グヲ要ス。脾臓創面ノ縫合ハ創縁ノ挫創、竝、不規則ナル點ヨリ問題トナラズ。常ニ十分タンポン挿入ヲ施シ、且、挿管法ヲ施シ、液ノ滯溜ヲ防グベシ。通常、脾臓瘻管ヲ生ズルガ、コレハ數週、數月ノ後、自然ニ治癒スルヲ常トス。脾尾ノ貫通銃創ノ際ハ、コノ部ノ摘出ヲ最、確實ナル方法トナス。然ラザレバ、コノ部ノ榮養障碍ノタメ、ソノ壞疽、膿瘍形成ヲ來タシテ重態トナリ得ルヲ以テナリ。脾臓銃創ハコレヲ發見シテ適當ノ處置ヲ講ズルヲ必要トナシ、不知ノ儘、手下サザリシ例ハスベテ死ノ轉歸ヲ取リタリ。スベテ早期手術ヲ必要トシ、治癒ヲ來タセル例ハ悉、受傷後、五時間以内ニ手術ヲ施セルモノナリ。

脾臓ノ刺創ハ銃創ニ比シテ遙ニ稀ナリ。コノ場合ハ多クハ近接臓器ノ傷害アリテ寧、ソノ方ノ症狀著シ。

手術療法ニ關シテハ銃創ニ準ズ。コノ際モ早期手術ヲ第一トシ、且、十分注意シテ創面ノ搜索ヲナスベシ。通常ハ平滑ナル切面ヲ呈スルガ故ニ、脾臓被膜ノ縫合可能ナリ。

手術ノ際ニ於ケル脾臓損傷ニ就テモ注意ノ要アリ。最、多キハ脾臓面マデ穿孔セル胃潰瘍ノ切除ヲ行フ場合ナリ。潰瘍ヲ來タセル胃部ヲ脾臓ヨリ剝離スル際、潰瘍底ハ通常、脾面ニ殘リ、硬固ノ胼胝ヲ以テ圍マレ、局部的間質性脾臓炎ヲ呈ス。コノ罹患部ノ切除ハ唯、癌腫ノ疑アルトキノミ必要ニシテ、ソノ他ノ場合ハ唯、單純ニ潰瘍底ノ上ニ隣接腹膜

又ハ網膜ヲ縫ヒ付ク。コレニヨツテ通常、脾臓ニ於ケル炎症現象ハ治癒ヲ來タス。

極メテ稀ニハ突入性外傷ニヨツテ脾臓ノ脱出ヲ來タスコトガアル。コレハ周圍トノ關係密接ナル脾頭ニ於テハ來タルコト無ク、常ニ脾尾及ビコレニ接觸スル脾體部ノ一部ナリ。脾臓脱出ガ尙、新シク且、創面ガ清潔ナルトキハ臓器ヲ善ク食鹽水又ハ過酸化水素水ニテ洗ヒ、腹腔ニ復位シ得ルモノノ他ノ場合ニハ脱出部ノ切除ヲ行ヒ、殘留部ヲ特ニ注意シテ腹膜ニテ蔽ヒ縫合ス。

文獻

全般ニ互ルモノ

- Opie, E. L.*, Disease of the pancreas. Philadelphia & London; J. B. Lippincott, 2nd Edition, 1910.
- Heiberg, K. A.*, Die Krankheiten des Pankreas. Wiesbaden; J. F. Bergmann, 1914.
- Carnot, P.*, Maladies des glandes salivaires et du pancréas. Brouardel et Gilbert's Nouveau traite de médecine et de thérapeutique. Paris; J. B. Baillière et fils, 1908.
- Gross, O. und Guleke, N.*, Die Erkrankungen des Pankreas. Berlin; Julius Springer, 1924.
- Schmidt, Ad.*, Erkrankungen des Pankreas. Kraus-Brugsch's spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. VI. Band, 1. Hälfte. Berlin und Wien; Urban & Schwarzenburg 1922.
- Umber, F.*, Erkrankungen des Pankreas. Mohr-Saehelin's Handbuch der inneren Medizin. 3. Band. Berlin; Julius Springer, 1918.
- Oser, L.*, Die Erkrankungen des Pankreas. Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie. Bd. 18. Wien; Al. Hölder, 1898.
- Schirmer*, Diss. Basel 1893 enthält die Originalzitate der alten Autoren in ausführlicher Wiedergabe. zit. von Heiberg.
- Claude Bernard*, Suppl. Compl. rend. de l'Acad. des sciences. 1856.
- Langenhans, P.*, Diss. Berlin, 1869.
- v. Mering, J. und Minkowski, O.*, Zentralbl. f. klin. Med., 1889, S. 393; Arch. f. exper. Path. u. Pharmakol., 26: 371, 1889.
- De Dominics*, Giór. int. delle sc. med., 1889, p. 801.

第一章

- Bayliss, W. M. and Starling, E. H., *J. Physiol.*, 28: 325, 1902.
- Zuelzer, G., *Berl. klin. Ws.* 44: 475, 1907; *Zeitschr. f. exp. Path. u. Therap.*, 5: 307, 1909.
- Banting, F. G. and Best, C. H., *Journ. of laborat. a. clin. med.*, 7: 251, 1922; 7: 464, 1922; *Transact. roy. soc. Canada*, Sec. V, 16: 27, 1922.
- Einhorn, M., *Die Duodenalsonde und ihre Anwendungsmöglichkeit*. Leipzig; Georg Thieme, 1924.
- 岡田清三郎, 櫻井英一, 今津綱幹, 倉持寛一, 日本内科学會雜誌, 第十五卷, 三八一頁, 昭和二年。岡田清三郎, 倉持寛一, 塚原俊雄, 同上第十六卷, 一七二頁, 昭和三年。岡田清三郎, 倉持寛一, 大井上龍男, 同上第十七卷, 一〇六頁, 昭和四年。岡田清三郎, 倉持寛一, 塚原俊雄, 同上續報, 同上第十八卷, 二二六頁, 昭和五年。
- 岡田清三郎, 櫻井英一, 今津綱幹, 倉持寛一, *Proc. of the Imp. Acad.*, 4: 131, 1928. 岡田清三郎, 倉持寛一, 堀内勝雄, 塚原俊雄, *ibid.*, 4: 134, 1928. 岡田清三郎, 倉持寛一, 塚原俊雄, *ibid.*, 4: 178, 1928. 同上 *ibid.*, 4: 421, 1928. 岡田清三郎, 今津綱幹, 倉持寛一, 松原正香, 塚原俊雄, *ibid.*, 4: 423, 1928.
- 岡田清三郎, 倉持寛一, 塚原俊雄, 大井上龍男, *ibid.*, 6: 18, 1930.
- 岡田清三郎, 倉持寛一, 塚原俊雄, 大井上龍男, 東京醫事新誌, 第二五八九號, 一九五九頁, 昭和三年九月。同上第二六三九號, 一七三五頁, 昭和四年九月。
- 岡田清三郎, 櫻井英一, 今津綱幹, 倉持寛一, *Arch. Int. Med.*, 42: 270, 1928. 岡田清三郎, 今津綱幹, 倉持寛一, 堀内勝雄, 塚原俊雄, *ibid.*, 42: 560, 1928.
- 岡田清三郎, 今津綱幹, 倉持寛一, 松原正香, 塚原俊雄, *ibid.*, 43: 413, 1929. 岡田清三郎, 倉持寛一, 塚原俊雄, 大井上龍男, *ibid.*, 43: 446, 1929. 同上 *ibid.*, 45: 783, 1930.
- 岡田清三郎, 實驗消化器病學, 第五卷, 一頁, 昭和五年。
- 岡田清三郎, 愛知醫學會雜誌, 第三十七卷, 一九九七頁, 昭和五年。
- 倉持寛一, 日本消化器病學會雜誌, 第二十八卷, 四二七頁, 昭和四年。同上第二十九卷, 一頁, 昭和五年。
- 第二章, 第三章, 第四章**
- Saffold, *Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1907.
- Laquesse, *Verh. d. anat. Ges.* 1897, 43; *C. r. de Soc. biol.* 1905, 1; *C. r. de Soc. biol.* 1905, 1; *C. r. de Soc. biol.* 1905, 2; *Compt. rend. de l'association des anatomist.* IX. Réunion Lille, 1907; *C. r. de Soc. biol.* 1908, 2; Poirier, *Traité d'anatomie humaine*. Tom. IV. Fasc. II.

- Oppl. E. L., Johns Hopkins Hospital Bulletin. Vol. XI, 1900. *Weichsellamm und Kyrle*. *Arch. f. mikr. Anat.* 74: 223, 1909.
- Weichsellamm, *Sitzungsber. d. Kaiserl. Akad. d. Wissensch. in Wien. Math-naturw. Klasse.* 1910, 113.
- Heiberg, K. A., *Anat. Anz.*, 23: 49, 1906.
- v. Diamere, *Anat. Anz.*, 1899, 16; *Internat. Monatschr. f. Anat. u. Hist.*, 1899, 16; *Diamere und Kalabke*, A., *Zentralbl. f. Physiol.*, 18: 432, 1904; v. *Diamere*, *Ebenda*, 19: 99, 1905.
- Griner, *Arch. des scienc. biol. de Saint Petersburg*, 17: 13, 1912.
- Sejfarth, K., *Kongr. f. inn. Med.* 1920, S. 178. Jena 1920 (Hier ausführliche Literaturangaben).
- 宮入清四郎, 東京醫學會雜誌, 第四十一卷, 一〇九七頁, 昭和二年。同上第四十二卷, 一三六六頁, 昭和二年。同上第四十二卷, 一三八四頁, 同上第四十二卷, 一三九三頁, 同上第四十二卷, 一四〇〇頁。
- 木村鶴岡, 日本病理學會誌, 第十一卷, 大正十年。
- Matin, W. B., *Ser. III. Journ. metab. Research*, 1: 43, 1922.
- Bowie, D. J., *Anat. record*, 29: 57, 1924.
- Lane, *The americ. Journ. of Anat.* Vol. VII, 1907.

第五章

- Glaeßner, K., *Zeitschr. f. physiol. Chem.* 55: 465, 1903; *Biochem. Zs.* 41: 325, 1912.
- Paulou, J. P., *Die Arbeit der Verdauungsdrüsen*. Wiesbaden 1898; Nagels *Handbuch der Physiologie*. Bd. 2. Braunschweig 1907; *Paulou, J. P. und Parastschuck*, S. W., *Zeitschr. f. physiol. Chem.* 42: 415, 1904.
- Wohlgemuth, J., *Kongr. f. inn. Med.*, 1907; *Biochem. Zs.* 2: 350, 1907; 4: 271, 1907; 39: 302, 1912.
- Lombroso, *Arch. di fisiol.*, 10: 318, 1912.
- Cohnheim, O. und Klee, Ph., *Zeitschr. f. physiol. Chem.*, 78: 464, 1912.
- Bayliss and Starling, *Journ. Physiol.* 28: 325, 1902.
- 松尾巖, *Journ. Physiol.*, 45: 447, 1912-13.
- Delzeime, C., *C. r. de Soc. biol.* 59: 476, 477, 523, 614; 60: 1070; 63: 274, 1907.
- 中川知一, 日新醫學, 第十九年, 八, 九號, 昭和五年四, 五月
- Zunz, E., *Soc. roy. d. Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1906.
- Gross, O., *Arch. f. experim. Path. u. Pharmak.*, 58: 157, 1906.

- 行德健助、醫事新聞、第一〇七九號、大正十年十月。同上第一〇九一號、大正十一年四月。東京醫學會雜誌、第三十六卷、第八號、一〇一五頁。同上第三十六卷、第十號、一二三頁、大正十一年。Jap. med. World. Vol. 2, No. 12, 1922. 東京醫學會雜誌、第三十七卷、第四號。
- 行德、寺島、東京醫事新誌、第二五五號、昭和三年一月。行德、倉持、實驗消化器病學、第二卷、第十一號、一二八四頁、昭和三年。行德、荒井、十全會雜誌、第二十八卷、第十二號、大正十二年十二月。行德、川島、實驗消化器病學、第四卷、第八號、一一三二頁、昭和四年。行德、岩永、實驗消化器病學、第四卷、一二六三頁、昭和四年。吉田武夫、實驗消化器病學、第二卷、一〇三二頁、昭和三年。
- 井上硬、十二指腸「*マンネリ*」臨牀の應用、現代之醫學社、大正十三年。
- 岡田清三郎、Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Tokyo, 13:143, 1914. 日新醫學、第十二年第十一號、大正十二年。
- 廣川廣男、日本內科學會雜誌、第十二卷、三三〇頁、大正十三年。
- Müller und Jochmann, Münch. med. Ws. 53:1393, 1906.
- Mandelbaum, M., Münch. med. Ws. 56:2215, 1909.
- Fermi, C., Arch. f. Hyg., 4:155, 1906.
- Robertson, T. B., J. Biol. Chem., 12:23, 1912.
- Bayliss, W. M., Journ. Physiol., 36:221, 1908.
- Aberhalden, E. und Koelker, A. H., Zeitschr. physiol. Chem., 51:294, 1907.
- McClure, C. W., Wetmore, A. S. and Reynolds, L., Arch. Int. Med., 27:706, 1921.
- Gaultier, Roche et Baratte, Paris Médicale, 32:115, 1919.
- Bang, J., Biochem. Zs. 2:271, 1907; 11:538, 1908; Ebenda. 32:443, 1911.
- Linther, C. J., Zitschr. f. d. ges. Brauwesen. 31:421, 1908.
- Einhorn, Max and Rosenblom, J., Arch. Int. Med. 6:666, 1910.
- Sherman, H. C., Kendall and Clark, Journ. Am. Chem. Soc., 32:1073, 1910.
- 岡田清三郎、櫻井英一、今津綱幹、倉持寛一、Pancreatic function, 42:270, 1928.
- Lueders, C. W. and Bergheim, O., Am. Journ. med. Sci., quoted by Lyon.
- Wohlgemuth, J., Grundriß der Fermentmethoden. Berlin; J. Springer 1913.
- 井上文藏、東京醫學會雜誌、第三十二卷、二十一號、二十三號、第三十三卷、一號、三號。日本內科學會雜誌、第七卷、三號。東京醫學會雜誌、第三十三卷、九號、二十一號、二十二號、二十三號、二十四號。第三十四卷、七號。

- Kantz, A., Zeitschr. f. physiol. Chem. 46:482, 1905.
- Vohard, F., Zeitschr. Klin. Med. 42:414, 1901; 43:397, 1901.
- Stade, W., Hofm. Beitr. 3:291, 1902.
- Einhorn, Max, Die Duodenalsonde und ihre Anwendungsmöglichkeit. Leipzig; Georg Thieme 1924.
- Rona, P. und Michaelis, L., Biochem. Zs. 31:345, 1911.
- Cohnheim, O., Zeitschr. f. physiol. Chem. 35:134, 1902; 36:13, 1902; 47:286, 1906; Zeitschr. f. physiol. Chem. 51:415, 1906.
- Salaskin, Zeitschr. f. physiol. Chem. 35:419, 1902.
- Kutscher und Lohmann, Zeitschr. f. physiol. Chem. 39:313, 1903.
- Jacoby, M., Biochem. Zs. 1:53, 1906.
- 龜大齋、Biochem. Zs. 39:381, 1912.
- Boas, J., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 6. Auf. 1911, S. 100.
- Boldyreff, W., Pflüger's Arch. 121:13, 1907.
- Vohard, F., Münch. med. Ws. 54:403, 1907.
- Ehrmann, R. und Lederer, R., Deutsch. med. Ws. 35:879, 1909.
- Hemmeter, J. C., Arch. f. Verdauungskrankh. 2:85, 1897.
- Kahn, F., Arch. f. Verdauungskrankh. 3:19, 1898.
- Einhorn, Max, Med. Record 10. Februar 1906. New York med Journ. 20. Juni 1908. Med. Record 9. Oct., 1909. Arch. f. Verdauungskrankh. 15:199, 1902. Deutsch. med. Ws. 36:1519, 1910.
- Lepelne, G., Münch. med. Ws. 75:701, 1928.
- Gross, M., New York med. Journ. 8. Juni 1910.
- Palefski, O., Interstate med. Journ. 1914, p. 977.
- Jutte, M. E., New York. med. Journ. 16. March, 1912, p. 542.
- Katsch, G. und von Friedrich, L., Klin. Ws. 1:112, 1922.
- Gross, O. und Guleke, N., Die Erkrankungen des Pankreas. Berlin. J. Springer. 1924.
- Esser, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 93:535, 1905.
- Schmid, Die Funktionsprüfung des Darms mittels der Probestoff. Wiesbaden 1908, 2. Auf; Klinik der Darmkrankheiten. Wiesbaden 1913, Kongr. f. inn. Med. Bd. 21, 1905; Zentralbl. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. d. Stoffw. 1905, S. 132; Deutsch.

- Arch. f. kl. Med. 104:598, 1911.
- 梁 氏 著 述 Deutsch. Arch. f. klin. Med. 104:584, 1911.
- Schli, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig. 1913; Deutsch. med. Ws. 23:6, 1897; Deutsch. Arch. f. klin. Med. 61:445, 1898.
- Winternitz, Congr. f. inn. Med. 1911.
- Ehrmann, R., Berl. klin. Ws. 49:1363, 1912. Zeitschr. f. kl. Med. 69:319, 1910.
- Müller, E. und Schlecht, H., Med. Klinik. 5:573, 1909.
- Niemann, A., Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therapie. 5:466, 1909.
- Brugsch, Th. und König, F., Berl. klin. Ws. 42:1605, 1905.
- Burkhardt, G., Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 58:251, 1908.
- Fleckseder, R., Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. 59:407, 1908.
- Abelmann, Inaug. Dissert. Dorpat. 1890.
- Camazzani, Arch. di clin. med. 1893. p. 493.
- Baldi, Arch. di farmacol. e terap. 1894. Nr. 10.
- Rubner, M., 15:485, 1879.
- Tschernoff, W., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 98:231, 1884.
- Müller, F., Zeitschr. f. klin. Med. 12:45, 1887.
- Schiff, M., Arch. d. Heilk. 1862. S. 271; Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 3:622, 1870.
- Keuthe, W., Berl. klin. Ws. 46:47, 1909.
- Tilston, W., Arch. Int. Med. 9:525, 1912.
- Ehrmann, R. und Kruspe, H., Zeitschr. f. klin. Med. 78:122, 1913.
- Deutscher, Korrespbl. f. Schweiz. Aezte 1898. Nr. 11/12.
- Salomon, H., Berl. klin. Wochenschr. 39:45, 1902; Wien. klin. Ws. 21:480, 1908; Arch. f. Verdauungskr. 46:129, 1929.
- Brugsch, Th. und Masuda, N., Zeitsch. f. exp. Path. u. Therap. 8:617, 1911.
- Fles, Arch. f. d. Holländ. Beitr. z. Natur u. Heilkunde. Utrecht 1864. p. 187. zit. nach Salomon.
- Rosenberger, Zeitschr. f. Biol. 48:529, 1907.

第 六 章

- Canley, zit. v. Labbé et Récard. Arch. d. mal. d. l'app. digestif. 16:867, 1926.
- Bright, Medico-chirurg. transactions of London 18:3, 1833.
- Bouchardat, De la glycosurie en diabète sucré. Paris 1883; Annuaire de thérapeutique, suppl. 1846.
- Seegen, Der Diabetes mellitus. Berlin. 1893.
- Lancereux, Bull. de l'Acad. de méd. II. sér. 6:1215, 1877.
- v. Mering, J. und Minkowski, O., Zentrabl. f. klin. Med., 1889, p. 393; Arch. f. exper. Path. u. Pharmakol. 26:271, 1889.
- De Dominicis, Gior. int. delle sc. med. 1889, p. 801; Münch. med. Ws. 38:717, 1891.
- Pflüger, E., Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 118:265, 1907; Ebenda 119:227, 1907; Ebenda 122:267, 1908; Ebenda 124:1, 1908.
- Hédan, E., Arch. ital. de Biol. 13:256, 1913.
- Biedl und Offer, Wien. klin. Ws. 57:2375, 1907.
- Chauveau et Kaufmann, Memoires de la soc. de biol., 3:11, 1893; Compl. rend. hebdom. des séances de l'Acad. des sciences. 117:226, 1893.
- Markowitz, J., Transact. roy. soc. Canada, Sec. V. 19:79, 1925.
- Minkowski, O., Leipzig 1893; Berl. klin. Ws. 29:90, 1892; Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 31:85, 1893; Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 58:271, 1908; Med. Klinik. 7:27, 1911.
- v. Noorden, Die Zuckerkrankheit 7. Aufl. Berlin. 1917.
- Eppinger, H., Falta, W. und Radinger, C., Zeitschr. f. klin. Med. 66:1, 1908; 67:380, 1909.
- v. Hansemann, D., Zeitschr. f. klin. Med. 26:191, 1894.
- Lemoine et Lannois, Arch. de Méd. exp. 3:33, 1891.
- Weichselbaum, A., Wien. kl. Ws. 15:190, 1902.
- Heiberg, K. A., Münch. med. Ws. 54:2532, 1907; Mikroskopiske Undersøgelser over Bugspytkirtelens etc. Kopenhagen 1910; Die Krankheiten des Pankreas. Wiesbaden 1914.
- Lagasse, C. r. de Soc. biol. 68:367, 1910; Scalpel. 73:88, 1920.
- Opie, E. L., Bull. of Johns Hopkins hosp. 11:206, 1900; Journ. Exp. Med. 5:387, 527, 1900-01.
- Allen, F. M., Journ. Exp. Med. 21:363, 381, 555, 575, 587, 1920; Americ. Journ. of the med. sc. 160:781, 1920; Journ. metabol. research. 11:5, 53, 75, 89, 165, 193, 221, 251, 1922.

- Seyfarth*, Kongr. f. inn. Med. 1920, S. 178; Jena 1920 (Hier ausführliche Literaturangaben).
Banting, Best, Collip, MacLeod and *Nolle*, Journ. Physiol. 52:162, 1922.
 勝沼精藏、堀江頼貞、愛知醫學會、昭和三年二月演說
Jackson, S., Journ. med. research 2:141, 1922.
Macleod, J. J. B., Journ. med. research. 2:149, 1922.
Pratt, Americ. Journ. of the med. Sc. 143:313, 1912; Journ. of the Amer. med. Assoc. 59:322, 1912.
Martini, Rev. de Chirurg. 33:171, 1913.
Höckendorf, zit. nach Biedl.
Stolper, Gynäkol. Rundschau 6:898, 1912.
Loewit, M., Wien. klin. Ws. 20. 747, 1907; Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 62:47, 1909.
Cannidge, Proc. of the roy. soc. of London, Serie B. 81:372, 1909; Brit. med. Journ. II:8, 1910.
Grimbert et Bernier, C. r. de Soc. biol. 66:1020, 1909.
 維嶺、Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 25:403, 1912.
Grosser und Kern, Monatschr. f. Kinderheilkunde. 9:20, 1910.
Sorrentino, Rif. med. April 1910, Nr. 17.

第七章

- Eckles*, Bull. med. assoc. Belfast 1909.
Schlesinger, E., Med. Klinik. 8:1027, 1912.
Herrheiser, Med. Klinik 18:233, 1922; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 28:384, 1921-22.
Akerlund, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 25:540, 1917-18.
Assmann, Die Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. Leipzig 1921; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 18:242, 1911-12.
Bauer, Wien. kl. Ws. 25:879, 1912.
Gross, Klin. Ws. 2:1346, 1923.
Gulke, Ergeb. d. Chirurg. u. Orthop. 4:408, 1912.
Lexer, Zentralbl. f. Chirurg. 41:1031, 1914.

- Pförtner*, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 19:74, 1912-13.
Puschel, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 27:495, 1919-21.
 岩井孝義、小坂禮二、實驗消化器病學、第一卷、四八三頁、大正十五年。
 早野常雄、實驗消化器病學、第一卷、一〇六三頁、大正十五年。

第八章

- Schmidt, A.*, Dtsch. Arch. f. klin. Med. 87:456, 1906; Dtsch. med. Wochenschr. 40:1208, 1914.
Koslowsky, Inaug.-Dissert. Greifswald 1909.
Matko, J., Arch. f. Verdauungskrankh. 19:663, 1913.
Gross, Münch. med. Ws. 59:2797, 1912.
Ehmann, R., und *Lederer, R.*, Dtsch. med. Ws. 35:879; 1909.
 岡田鶴三郎、Mitt. a. d. med. Fakult. d. k. Univ. zu Tokyo. 13:143, 1914.
 八田善之進、丸井清泰、Ebenda 20:121, 1918.
Schoppe, W., Arch. Verdauungskrankh. 28:289, 1922.
Isaac-Krieger, K., Med. Klin. 18:431, 1922.
Katsch, G. und *v. Friedrich, L.*, Klin. Ws. 1:112, 1922.
Roh, N. und *Sternberg, F.*, Dtsch. med. Ws. 48:1207, 1922.
Schoening, 1922, zit. von Roh und Sternberg.
Deloch, E., Arch. Verdauungskrankh. 30:27, 1922.
McClure, C. W. and *Wemore, A. S.*, Boston M. & S. J. 187:882, 1922; *McClure, C. W.* and *Jones, C. M.*, ibid. 187:909, 1922; Editorial. Journ. Am. Med. Assoc. 80:1145, 1923.
 永井菊雄、日本内科學會雜誌、第十卷、一一二一頁、大正十二年。
 行徳健助、荒井金三、同上同頁。
Kusnetzow, N. W. und *Michalina, S. J.*, Arch. Verdauungskrankh. 40:41, 1927.
 岡田、今津、倉持、松原、塚原、Arch. Int. Med. 43:413, 1929.
Mayer, Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. Bd. 20, H. 2.
Mc Carrison, R., Brit. med. Journ. 1:822, 1920.

- Farner, C. J. and Redenbauge, H. E.*, Am. Journ. of Physiol. 75:45, 1925.
 原田 辰雄, *zit. von J. Shimazono*, Beriberi in Enzyklopaedie der klinischen Medizin. S. 621, 1927.
 岡田 倉持, 塚原 日本内科学會雜誌 第十六卷 一七二頁, 昭和三年。
Petersol, G. M. and Bockus, H. L., Arch. int. Med. 35:204, 1925.
 稻田龍吉, 日本傳染病學會雜誌 第一卷 一頁, 大正十五年。
 行徳健助, 東京醫學會雜誌 第三十六卷 一〇五頁。
 倉矢徹, 柴田博衛, 中外醫學新報 一〇八八號, 九七一頁, 大正十四年。
 行徳 寺島, 東京醫學新報 二五五五號, 一四九頁, 昭和三年一月。
Glaessner, K., Wiener kl. Ws. 33:859, 1920.
 寺島正一, 東京醫學新報 二六二二號, 九二二頁, 昭和四年五月。
Bramwell, B., Scott. med. surg. Journ. April, 1904.
Moorhead, Dublin. Journ. of med. Sci. Series 577, p. 1. 1920.
Porter, Americ. Journ. of dis. of Childr. 6:65, 1913.
Kern, T. und Wiener, E., Dtsch. med. Ws. 39:2085, 1913.
Grunenberg, K., Dtsch. med. Ws. 52:271, 1926.

第九章

- Chiari, Wien.* med. Ws. 26:292, 1876; Wien. med. Ws. 30:139, 1880. Zs. f. Heilk. 17:69, 1896; Prag. med. Ws. Nr. 14, S. 157, 1900; Verhandl. d. dtseh. Pathol. Ges. Karlsbad 1902.
Guleke, N., Ergbn. d. Chirurg. u. Orthop. 4:408, 1912; I. Teil. Langenb. Arch. f. Chirurg. 78:845, 1906; II. Teil. Ebdenda 85:615, 1908; v. *Bergmann, G.* und *Guleke, N.*, Münch. und. Ws. 57:1673, 1910.
Knape, Dtsch. Zs. f. Chirurg. 121:471, 1913.
Seidel, H., Chirurg.-Kongr. 1910; Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. 85:239, 1913; Chirurg. Kongr. 1911, S. 158; Zentralbl. f. Chirurg. 37:1601, 1910.
Oser, L., Dtsch. Klinik Bd. 5, S. 151; Nothnagels Handbuch. Bd. 18, 1898; *Oser und Meakin*: Journ. Exp. Med. 11:561, 1909.
Hess, O., Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. 19, H. 4; Münch. med. Ws. 50:1905, 1903; Münch. med. Ws. 52:644, 1909.

- 1905; Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 19:637, 1909.
Eickeler, Zentralbl. f. Chirurg. 55:126, 1928.
Baker, W., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 90:520, 1882.
Langenhans, Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 122:252, 1890.
Katz, A. und Winkler, F., Arch. f. Verdauungskrankh. 4:289, 1898.
Hildebrand, Zentralbl. f. Chirurg. 22:297, 1895; Langenb. Arch. f. Chirurg. 51:435, 1898.
Rudolph, W., Dtsch. Arch. f. klin. Med. 87:1, 1906.
v. Bergmann, G., Zs. f. exp. Pathol. u. Therap. 3:401, 1906.
Latte, L., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 211:1, 1913.
Müller, K. P., Bruns' Beitr. f. klin. Chirurg. 126:113, 1922.
Ruppaner, E., Schweiz. med. Ws. 57:505, 1927.
Schweizer, R., Schweiz. med. Ws. 57:516, 1927.
Kirchheim, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 66:352, 1911.
Wilms, Münch. med. Ws. 65:204, 1918.
Märtens, H., Zentralbl. Gynaek. 52:2381, 1928.
Diétrich, Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. 92:322, 1914.
Zoepffel, Dtsch. Zs. f. Chirurg. 163:24, 1921.
Clairmont und Schinz, Dtsch. Zs. f. Chirurg. 159:304, 1920.
Opie and Meakins, Journ. Exp. Med. 11:561, 1909.
Marchand, Centralbl. f. Bakteriol., Parasit. u. Infekt. 85:27, 1921.
Bera, Memorie fisico-med. sopra i princip. vermidel corp. umano. crema, 1811. zit. nach Marchand.
Vinay, Lyon méd. 1:251, 1869, zit. nach Marchand.
Ghedini, Gazz. d. osped. 1904, No. 136, zit. nach Marchand.
Drusche, Ber. d. k. k. Krankenanst. Rudolfsstift. Wien. 1868, S. 301, zit. nach Guleke.
Shea, Lancet 1881, Vol. II.
Vierordt, Volkmann's Sml. kl. Vorträge Nr. 111, S. 209, 1904.

- Eberle, D., Schweiz. med. Ws. 1:1110, 1920.
 空谷, Dtsch. Zs. f. Chirurg. 119:21, 1912.
 泉伍朗, 日本外科學會雜誌, 第十四回, 三二七頁, 大正二年。Mittell. med. Fukuoka, Kyushu, 1916.
 石川昇, 中外醫事新報, 九五八號, 二〇三頁, 大正九年。
 Simmonds, Berl. kl. Ws. 52:561, 1915.
 野口雄三郎, 高岸作次, 中外醫事新報, 八七三號, 九二一頁, 大正五年。
 Rigby, Brit. Journ. of Surg. 10:416, 1923.
 Pfanner, W., Dtsch. Zs. f. Chirurg. 187:125, 1924.
 Baiden, A., Russkaja Klinika. Jg. 4, Bd. 7: S. 391, 1927.
 Walzel, P., Wien. klin. Ws. 15:218, 1927.
 菅原正, シンミンヤマト, 第一卷, 二八一頁, 一九二七年。
 泉山幸吉, シンミンヤマト, 第二卷, 九七〇頁, 一九二八年。第二十八回日本外科學會總會, 昭和二年七月。
 Körte, W., Langenh. Arch. f. Chirurg. 96:557, 1911; Berl. klin. Ws. 33:967, 1896; Berl. Klinik. 1896; Stuttgart Enke
 1898. Dtsch. Chirurg. Lief. 45d; Chirurgen-Kongress 1904; Dtsch. med. Ws. 32:129, 1906.
 Roloff, W., Dtsch. med. Ws. 53:1043, 1927.
 Unger, E. und Heuss, H., Zentralbl. f. Chirurg. 53:1500, 1926.
 Janke, Zentralbl. f. Chirurg. 53:2951, 1926; Münch. med. Ws. 74:101, 1927.
 Jenckel, Dtsch. Zs. f. Chirurg. 131:253, 1914.
 Rostock, P., Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. 138:171, 1926; Ebenda. 143:330, 1928.
 Walzel, P., Wien. klin. Ws. 42:14, 1929; Bruns' Beitr. f. klin. Chirurg. 147:3, 1929.
 Skoog, T., Zentralbl. f. Chirurg. 54:2264, 1927.
 Roseuo, A. und Dreyfuss, W., Dtsch. med. Ws. 54:783, 1928.
 小山, 樋渡, 近藤, 岡崎, シンミンヤマト, 第二卷, 九五頁, 一九二八年。
 Jorns, G., Bruns' Beitr. z. kl. Chirurg. 146:51, 1929.
 Bernhard, Fr., Dtsch. Zs. f. Chirurg. 212:209, 1928; Klin. Ws. 9:1346, 1930.
 Geinitz, R., Zentralbl. f. Chirurg. 55:2069, 1928.

- Doberner, G., Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. 48:456, 1906.
 石井豊徳, 日本外科學會雜誌, 第二十八回第一號, 八六頁, 昭和二年四月。
 Nordmann, Verhandl. d. dtsh. Ges. f. Chirurg. S. 362, 1913.
 勝沼精藏, 口述。
 Oehler, J., Dtsch. med. Ws. 55:866, 1929.
 v. Haberer, H., Med. Klinik 9:1532, 1913.
 Friedler, L., Zentralbl. f. Chir. 54:1356, 1927.
 Grant, J. W. G., Brit. med. Journ. No. 3521, p. 1101, 1928.
 Hoffmann, K. J., Med. Klinik 23:92, 1927.
 鹽田廣重, 治療及處方, 大正十二年。
 近藤乾郎, 日本消化機病學會雜誌, 第十七卷, 四號。
 片山久壽頼, 日本外科學會雜誌, 第十七回, 一五七頁, 大正五年。日本消化機病學會雜誌, 第十五卷, 第一號, 大正五年。
 大野真藏, 福岡醫學會雜誌, 第十五卷, 二, 三, 四號, 大正十一年。
 日影薫, 日本外科學會雜誌, 第二十六回, 八八九頁, 大正十四年。
 寺島清七, 東北醫學雜誌, 十三卷, 一頁, 一九三〇年。
 碓居龍太, 實驗醫報, 第十六年, 一四〇七頁, 昭和五年。
- ### 第十章
- Einhorn, Mar, Arch. Verdauungskrankh. 44:293, 1928.
 Hess, O., Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 19:637, 1909; Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 118:536, 1907; Münch. med. Ws. 54:1505, 1907.
 Polya, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 24:1, 1911; Ref. Zentralbl. f. Chirurg. 33:1278, 1906.
 Mann, F. C. and Giordano, A. S., Arch. Surg. 6:1, 1923.
 Barthel, Arch. f. Anat. u. Physiol; Anat. Teil. 1904, S. 299; 1906, S. 250; 1907, S. 267.
 Deaver, Journ. of the Am. med. Assoc. 55:1079, 1911; 56:11, 1911; Journ. of the Am. med. Assoc. 60:1, 1913.
 Deaver and Pfeiffer, Transact. of the Am. surg. assoc. 31:393, 1913.
 Arnsperger, L., Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. 43:235, 1904.

- Pratt*, Journ. of the Am. med. assoc. 54:2112, 1910; New York med. Journ. 92:1296, 1910.
- Anderson, H. B.*, Journ. of the Am. med. assoc. 80:1139, 1923.
- Philip, J. A.*, Arch. de méd. d. enf. 23:357, 1920.
- Hausmann, D.*, Zs. f. klin. Med. 26:191, 1894.
- Weichselbaum*, Wien. klin. Ws. 25:63, 1912.
- Nordmann, O.*, Langenb. Arch. f. kl. Chirurg. 102:66, 1913.
- Nagy, S.*, Wien. klin. Ws. 26:326, 1913.
- Hirschberg, M.*, Dtsch. med. Ws. 36:1992, 1910.
- Skoog, T.*, Zentralbl. f. Chirurg. 54:2264, 1927.
- Roslock, P.*, Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. 143:330, 1928.
- 近藤次繁 日本外科學會雜誌 第二十二回 二四四頁 大正十年。鹽田廣重 日本外科學會雜誌 二四五頁。杉寛一郎 日本外科學會雜誌 第二十三回 二八四頁 大正十一年。泉伍朗 日本外科學會雜誌 第十四回 三二七頁 大正二年。志村國作 診斷と治療 第十三卷 七〇頁 大正十五年一月。岩井孝義 小坂禮二 實驗消化器病學 第一卷 四九二頁 大正十五年。相澤金重 北越醫學會雜誌 第二六七號 大正十五年四月。佐藤政夫 岡山醫學會雜誌 第四四五號 昭和二年二月。江崎二郎 日本外科學會雜誌 第二十九回 昭和三年十月。
- Holler, G. und Kudelka, O.*, Dtsch. Arch. klin. Med. 154:165, 1927.
- Canroisier*, Leipzig 1890.
- v. Schmieden*, Münch. med. Ws. 53:2289, 1906.
- David, O.*, Dtsch. med. Ws. 40:688, 1914.
- Walke, K.*, Arch. f. Verdauungskr. 13:497, 1907.
- Gross*, Dtsch. Arch. f. klin. Med. 108:106, 1928; Ergebn. a. wiss. Med. Bd. 13; Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 229:90, 1920; *Gross und Avel Lallenant*; Therap. Monatschr. Bd. 27, 1913.
- Vehr*, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 20:45, 1909.

- Körte, W.*, Enke 1898. Dtsch. Chirurgie. Lief. 45d.
- Mayo*, Journ. of the Am. med. assoc. 1908, April 11.
- Majo-Robson, A. W.*, Edinburgh med. Journ. Dec. 1905; Med. Klinik. 1:902, 1905.
- 伊藤幹愛 日本内科學會雜誌 第十三卷 八九七頁 大正十五年一月
辻縁 實地醫家と臨牀 第六卷 第八號 昭和四年八月
- Glaessner, K.*, Wien. kl. Ws. 26:494, 1913; Zs. f. physiol. Chem. 40:465, 1904; *Glaessner, K. und Popper, H.*, 94:46, 1908.
- Glaessner, K. und Siegel, J.*, 41:440, 1904; *Glaessner, K. und Stauber, A.*, Biochem. Zs. 25:204, 1910.
- Ehrmann, R. und Kruspe, H.*, Berl. klin. Ws. 50:1111, 1913; Zs. f. Klin. Med. 78:122, 1913.
- 黒田一眞 小林幸治郎 實驗消化器病學 第一卷 廿三頁 大正十五年
- Guleke, N.*, Ergeb. d. Chirurg. u. Orthop. 4:408, 1912; Chirurg. Kongr. 1912; Langenb. Arch. f. Chirurg. 99:120, 1912.
- Habs*, Med. Klinik. 9:1277, 1913.
- Arnstein, A.*, Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 15:90, 1912.
- Haak, A.*, Nederl. Tijdschr. Geneesk. II. 5431, 1928, zit. nach Congr. Centralbl. 53:238, 1929.
- Warfeld, L. M.*, Journ. of the Am. med. assoc. 89:654, 1927.

第十一章

- Körte, W.*, Enke 1898; Dtsch. Chirurg. Lief. 45d.; Langenb. Arch. f. Chirurg. 96:557, 1911; Chirurg-Kongr. 1904.
- Nordmann*, Verhandl. d. Ges. f. Chirurg. 1913. II. Teil. S. 362.
- Arnsperger, L.*, Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. 43:235, 1904.
- Robson, M.*, Med. Klinik. 1:902, 1905; Berl. klin. Ws. 45:136, 1908.
- Guleke, N.*, Ergeb. d. Chirurg. u. Orth. 4:408, 1912.
- Stockton and Williams*, Buffalo med. Journ. 1908, July.
- Fritsch, K.*, Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. 66:101, 1910.
- Buzi*, Riv. osped. Vol. 4, Nr. 1, 1914.
- Edgencombe*, Practitioner 1908, Februar, p. 2.
- Neurath, R.*, Wien. med. Ws. 61:1218, 1911; Münch. med. Ws. 58:603, 1911.

Brussch, Th. und König, F., Berl. klin. Ws. 42:1605, 1905.
 Borclius, J., Bernus' Beitr. z. klin. Chirur. 73:261, 1911.

第十一章

Opie, E. L., Transact. of the Congr. of Am. physiol. and surg. 1903.
 Friedreich, Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie Bd. 8, H. 2.
 Mutani, Giorn. di med. Venecia Vol. 4, p. 174.
 Baldoni, Moleschotts Untersuchungen zur Naturlehre. 17:91.
 Legrand, Journ. of Pharmacol. and of Chem. 1901, p. 21.
 Lazarus, P., Zs. f. Heilkunde Bd. 22, H. 6, 1901; Zs. f. kl. Med. 51:95 u. 203, 1904; 52: 146 u. 381, 1904.
 v. Mikulicz, J., Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirur. 12:1, 1903.
 Mognihan, Lancet 9, Aug. 1902.
 Zesas, Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirur. 6:801, 1903.
 Eichhorst, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten Bd. 2, 1905.

第十二章

Classen, Die Krankheiten der Bauchspeicheldrüse. Köln. 1842, S. 345.
 Rokitsansky, Lehrbuch der pathologischen Anatomie 3:312, 1861.
 Orth, Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie 1:903, 1887.
 Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie. Berlin. 1870, S. 539.
 Roeser, Schmidts Jahrb. Suppl.-Bd. 4, S. 184.
 Barlow, Transact. of the pathol. soc. of London 27:173, 1876.
 Aran, Arch. gén. de méd. Tome 3, Paris 1846.
 Choosteck, Wien. med. Blätter 1877, S. 1136.
 Mayer, A., Zs. f. exp. Pathol. u. Therap. 22:235, 1921.
 Mayo, zit nach Senn. Sem.: Transact. of the Am. assoc. 1886; Volkmanns Vortr. Chirur. Nr. 98.
 Kuhnweitzky, Inaug.-Dissert. Göttingen 1896.
 Seyfarth, Jena 1920 (Hier auch ausführliche Literaturangaben).

Chabrol, Rev. de la tuberculose, II. Sér. 8:279, 1911.
 Walter-Sallis, Rev. de la tuberculose II. Sér. 11:114.
 Carnot, Thèse de Paris 1898.
 Kippel et Chabrol, C. r. de Soc. biol. 69:347, 1910.
 Salomon et Habron, C. r. de Soc. biol. 1018, 1908.
 Ancelet, Etude sur les mal adies du pancreas. 1864.
 Arnazan, Zit. nach Carnot.
 Morache, Bull. soc. anat. Bordeaux 1881. zit. nach Carnot.
 Carnot, Thèse de Paris 1898.

第十四章

Rokitsansky, Lehrbuch der pathologischen Anatomie Bd. 3, 1861.
 Lancereaux, Traité historique et pratique de la syphilis. Paris 1866, p. 318, 552.
 Friedreich, Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie 8:253.
 Birch-Hirschfeld, Arch. f. Heilk. 16:166, 1875.
 Müller, R., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 92:553, 1883.
 Wegner, G., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 50:305, 1870.
 Schlesinger, E., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 154:501, 1898.
 Seyfarth, Jena 1920.
 a. Noorden, Die Zuckerkrankheit 7. Aufl. Berlin 1917.
 武谷廣, 臨牀醫學, 第十二年, 第八號, 九六一頁。
 佐藤爲治, 醫學中央雜誌, 第十一卷, 四四一頁, 大正二年。
 松尾巖, 實驗消化器病學, 第二卷, 一〇八一頁, 昭和三年。
 賀屋俊吉, 實驗消化器病學, 第三卷, 一五二九頁, 昭和四年(前同一例)
 Herheimer, Dtsch. med. Ws. 32:21, 1906.
 Koch, K., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 214:180, 1913.
 Umber, Mohr-Staehlins Handbuch der inneren Medizin. 1918.

Schlagenhauser, Arch. f. Dermatol. u. Syphilis 1895, 31.

第十五章

- Trousseau*, Clinique médicale. 2. Auf. Bd. 2.
Mossé et Darnic, Gaz. hebd. de méd. et Chirur. 1895, No. 28.
Porges, O., Zs. f. klin. Med. 69:341, 1910.
Anschütz, W., Dtsch. Arch. f. klin. Med. 62:411, 1899.
Quinke, Festschrift für Albrecht von Haller. Bern. 1877.
Simmonds, M., Berl. klin. Ws. 46:531, 1909.
Weichselbaum, Sitzungsber. K. Akad. d. Wiss., Wien. Mathem.-naturw. Kl. 1910.
Naunyn, B., Nothnagels Handbuch. Bd. 7, 1898.
Murri, Wien. klin. Rundschau 1901.
Hess, O. und Zurbelle, E., Zs. f. klin. Med. 57:344, 1905.
 中譯文獻 Münch. med. Ws. 61:919, 1914.

第十六章

- Körte, W.*, Stuttgart: Enke 1898; Dtsch. Chirurgie Lief. 1913 S. 727; Dtsch. med. Ws. 37:536, 1911.
Virchow, Berl. klin. Ws. 24:248, 1887.
v. Recklinghausen, F., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 30:360, 1864.
Klebs, Handbuch der speziellen Pathologie. Bd. I. S. 552, 1870.
Senn, Volkmanns Vortr. Chirur. 1888 Nr. 313/314
Wegelin, Verhandl. d. Dtsch. Pathol. Ges. 1921, S. 169.
Lazarus, P., Zs. f. Heilk. 22:165, 215; Berlin 1903; außerdem Zs. f. klin. Med. 51:95, 1903.
Tilger, A., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 137:348, 1894.
Dieckhoff, Leipzig 1895.
v. Petrykowski, Inaug.-Dissert. Würzburg. 1889.
Hippel, Inaug.-Dissert. Greifswald 1908.
Teichmann, Inaug.-Dissert. Halle 1898.

Goebell, Chirurg. Kongr. 1907, S. 361.

Honigmann, F., Dtsch. Zs. f. Chirur. 80:19, 1905.

松尾巖, 實驗醫報, 第十一年, 六五頁, 大正十三年。

首藤守彦, グレンツゲベート, 第一卷, 五九六頁, 昭和二年。

岩男督, 日本内科學會雜誌, 第十四卷, 九七〇頁, 大正十五年。

柏戸留吉, 診斷及治療, 第十四年, 九一四頁, 昭和二年。

西村俊一, 東京醫事新誌, 二四六九號, 一一五九頁, 大正十五年。

笠原龜之助, 臨牀醫學, 第十四年, 一二九五頁, 大正十五年。

鈴木正次, 治療及處方, 第十一卷, 九四頁, 昭和五年二月。

Pepper, Zentralbl. f. d. med. Wiss. 1871, 256.

Herrmann, Dtsch. militär-ärztl. Zeitschr. 1895, S. 473.

Riegner, O., Berl. kl. Ws. 27:957, 1890.

宮安, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirur. 3:89, 1898.

Seefsch, G., Dtsch. Zs. f. Chirur. 59:153, 1901.

Gussenbauer, C., Prag. med. Ws. 1894; Arch. f. klin. Chirur. 29:355, 1883.

Bessel-Hagen, Verhandlung d. Dtsch. Ges. f. Chirur. Bd. 29:1900; Langenb. Arch. f. klin. Chirur. 62:157, 1900.

Goebell, Chirurg. Kongr. 1907, S. 361.

Friedenwald, J. and Gullen, T. S., Am. J. med. Sci. 172:313, 1926.

Hahn, O., Zentralbl. f. Chirur. 54:585, 1927.

第十七章

Friedreich, Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Bd. 8, Th. 2, S. 277.

Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie. Berlin 1870.

Mirallié, Gaz. des hôp. 19:8, 1893.

Olivier, Beitr. z. Pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 15:351, 1894.

Sogka, Prag. med. Ws. Bd. 42, 1876.

Förster, Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Bd. 2, 1863.

- v. Germerhausen*, Inaug.-Dissert. München 1904.
Friedenwald, J. and Cullen, T. S., Am. J. Med. Sci. 176:31, 1928.
Ancelet, Étude sur des maladies du pancreas. Paris. 1866.
Segré, Ann. Univ. di med. e Chirurg. 283:3, 1888.
Wilder, R. M., Allan, F. N., Power, M. H. and Robertson, H. E., Journ. of the Am. med. assoc. 89:348, 1927.
Thalmer, W. and Murphy, F. D., Journ. of the Am. med. assoc. 91:89, 1928.
Elasser, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirur. 18:195, 1907.
Sobolew, Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 47, 1910; Virchows Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. Suppl.-Bd. 177:123, 1904.
Heiberg, K. A., Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 22:531, 1911; Zs. f. klin. Med. Bd. 72: H. 516.
Kehr, H., Handbuch der praktischen Chirurgie 1907; Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirur. 20:45, 1909.
Lachmann, Inaug. Dissert. Greifswald 1889.
Mayo-Robson, A. W. and Cannidge, P. L., The pancreas, its surgery and pathology. Philadelphia and London, 1907, p. 592.
Schupfer, Rif. med. Vol. 17, Nr. 99-102.
Bard et Pic, Rev. de méd. 1888, p. 257 et 363; Ebenda 1897, p. 929.
Riedel, Berl. kl. Ws. 33:1, 1896.
Chanfjard, Bull. d. l'acad. de med. 1908, p. 242.
Malus, These de Paris, 1910.
Friedemann, U., Dtsch. med. Ws. 33:585, 1907.
Kiefer, E. D., Arch. Int. Med. 40:1, 1927.
 角田隆、臨牀、第二卷第一號、大正十三年十一月。
 長與又郎、治療及處方、第七十一號、大正十五年二月。
 佐藤正男、北越醫學會雜誌、第二六七號、大正十五年四月。
 鈴木孝二、内外治療、第二年第六號、昭和二年六月。
- 第十八章
- Segré*, Ann. Univ. di med. e Chirur. 283:3, 1888.

- Boldt*, Inaug.-Dissert. Berlin 1882.
v. Haldsz, A., Wien. klin. Ws. 21:1807, 1908.
Senn, Volkmanns klin. Vortr. 1888, Nr. 313/314.
Mannlow, Wratsch 1900, Nr. 51.
Schüler, Inaug.-Dissert. Greifswald, 1899.
Witzel, O., Dtsch. Zs. f. Chirur. 24:326, 1886.
Litten, M., Dtsch. med. Ws. 14:901, 1888.
Piccoli, Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 15:351, 1894.
Schirokogoroff, J. J., Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 193:395, 1908.
Baudach, Inaug.-Dissert. 1885.
Krönlein, Stuttgart 1898, Dtsch. Chirurgie. Lief. 45d. Handb. d. prakt. Chirurg. 1907.
Ravenna, Policlinico sez. Chirur. April. 1909, Nr. 4.
Kakels, Americ. Journ. of the med. sci. March, 1902.
Koch, Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 214:180, 1913; Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 216:25, 1914.
Marziani, Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 271:625, 1929.
- 第十九章
- Heineke, H.*, Langenb. Arch. f. Chirur. 84:1112, 1907.
Körte, W., Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg. 1914/18, S. 88.
Sich, Dtsch. med. Ws. 39:437, 1913.
Wohlgemuth, J. und Noguchi, Berl. klin. Ws. 49:1069, 1912.
Kochs, K., Berl. klin. Ws. 55:907, 1918.
Deuschler, W., Zentralbl. f. Chirur. 54:2957, 1927.

昭和六年五月一日印刷
昭和六年五月五日發行



日本文科全書
第三卷第六册

編者 小田平義

發行者 田中けい

印刷者 柴山則常

印刷所 合資社 杏林舍

電話小石川(七七九番)
四七二五番

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	大阪市南區心齋橋筋	丸善株式會社支社
同 同區春木町二丁目	半田屋書店	名古屋市中區榮町	丸善株式會社支社
同 同區切通坂町	株會社 金原商社	名古屋市中區老松町	大竹書店
同 同區本富士町	克誠堂書店	京都市上京區寺町通	南江堂支店
同 同 同	杏誠堂書籍部	京都市三條通麩屋町	丸善株式會社支社
同 同 同	文光堂書店	岡山市下之町	渡邊泰山堂
同 同區新花町	鳳鳴堂書店	岡山市中之町	文江堂書店
同 同區龍岡町	南山堂書店	熊本市安己橋通町	芹川書店
同 同 同	文榮堂書店	福岡市博多上西町	丸善株式會社支社
同 同 同	富倉書店	金澤市片町	宇都宮書店
同 同區切通坂町	宮澤書店	金澤市廣坂通	いりや書店
同 同區新花町	佐奈商社	金澤市廣坂通	内田書店
同四谷區信濃町三四會内	仁誠堂書店	仙臺市國分町	丸善株式會社支社
同 芝區愛宕下町三丁目	明文館書店	新潟市古町	萬松堂支店
同 日本橋區通三丁目	丸善株式會社	千葉市市場	松田屋書店
		千葉市市場	寶文堂書店

青山胤通撰

稻田龍吉
林春雄

富士川游編

日本內科全書 既刊目錄

既刊書全部取揃
御注文に應申候

吐鳳堂發行

東京市本郷區龍岡町
振替東京四一八・電話小石川七六八七

日本内科全書既刊書目録

出版回数	巻・冊数	書目	著者	正價	送料	發行年月
第一回	第一冊卷	緒内科	青山胤通	二〇〇	一八五五	三月
第二回	第一二冊卷	榮水養療 看護療 溫熱療	藤水猛 速水猛 額田豐 佐野彪太 富土川游 松岡道治	二〇〇	一八五五	八月
第三回	第二三冊卷	胃病ノ解剖及生理 胃病ノ診斷總論 胃病ノ治療總論 胃病ノレントゲン診斷論	湯川玄洋 南大曹 藤浪剛一 井上善次郎 北村精造 井上善次郎 北村精造	二〇〇	一八五五	十二月
第四回	第三三冊卷	脚氣病各論	青山胤通	二〇〇	一八五五	二月

第十回	第九回	第八回	第七回	第六回	第五回
第三一冊卷	第三二冊卷	第一六二二冊卷	第二二冊卷	第二五三冊卷	第二二冊卷
豫後總論	精神療病法	中樞神經病法	電氣療藥篇	民間治療的技術論	腸病ノ解剖及生理論 腸病ノ診斷總論 腸病ノレントゲン診斷論 大便檢査法 大腸治療的技術編論
井上善次郎	北村精造	南大曹	南大曹	南大曹	南大曹
二〇〇	二〇〇	二〇〇	二〇〇	二〇〇	二〇〇
一八五五	一八五五	一八五五	一八五五	一八五五	一八五五
八月	十二月	四月	十月	三月	八月

第十一回	第十二回	第十三回	第十四回	第十五回	第十六回	第十七回	第十八回	第十九回	第二十回
別第三卷	第五卷	第五卷	第六卷	第六卷	第六卷	第一卷	第二卷	第三卷	第六卷
乳兒榮養障礙	腎臟病總論	藥物療法	藥物療法	氣管・氣管枝及肺炎	中樞神經病	鼻腔及副鼻腔疾患	咽喉腔疾患	喉頭及氣管枝疾患	症狀總論
高洲謙一郎	額田豐	上林直親	上林直親	賀屋隆吉	熊谷直三郎	久保猪之吉	伊村昌繁	賀屋隆吉	佐々貫之
一・五〇	一・五〇	四・〇〇	四・〇〇	四・〇〇	一・五〇	三・八〇	三・〇〇	四・二〇	二・五〇
一・二四五	一・二四五	一・八五五	一・八五五	一・八五五	一・二四五	一・二四五	一・二四五	一・八五五	一・二四五
八	九	十一	十二	十三	十三	十四	十四	二	二
七月	九月	十月	七月	四月	九月	一月	八月	一月	十月

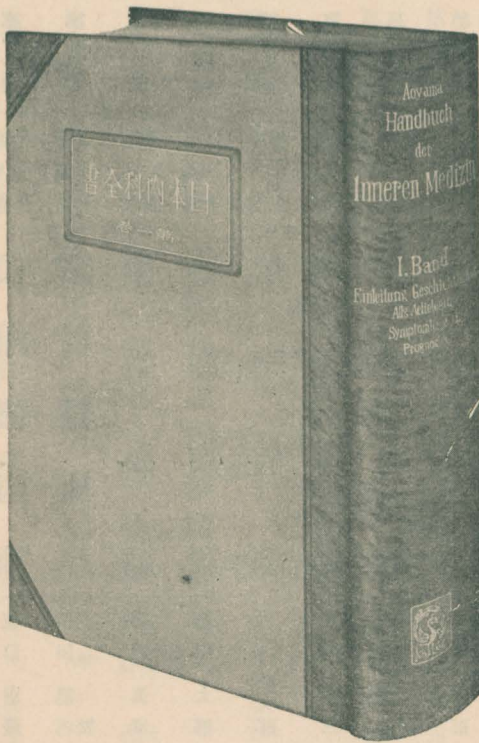
第廿一回	第廿二回	第廿三回	第廿四回	第廿五回	第廿六回	第廿七回	第廿八回	第廿九回
第一卷	第二卷	第二卷	第三卷	第三卷	第八卷	第八卷	第八卷	第六卷
代謝機病篇	循環器病篇	傳染病篇	傳染病篇	傳染病篇	傳染病篇	傳染病篇	傳染病篇	臍臟病篇
坂口康藏	酒田龍吉	明石真隆	豐田太郎	竹内松次郎	村山達三	明石真隆	豐田太郎	岡田藩三郎
二・〇〇	四・五〇	二・三〇	一・一〇	一・一〇	五・四〇	一・三〇	一・八〇	二・四〇
一・二二	一・二四五	一・二四五	一・八	一・八	一・八五	一・八	一・二二	一・二二
二	三	三	四	四	四	五	五	六
十一月	七月	十二月	四月	九月	十月	七月	十二月	五月

第三十回近刊以下續出

日本內科全書

合本用表紙出來

第一卷完成



◇第一卷內容目次◇

緒論	青山胤通
內科史	富士川游
原因總論	藤水浪
症狀總論	伊丹昌繁
豫後總論	稻田龍吉

背皮上製本綴美裝
紙數五百九十餘頁

合本

正價金七圓貳拾錢

送料內地 貳拾四錢
臺灣、朝 六拾五錢

合本用表紙 金九拾五錢
一枚送料共

