

- klin. Chir., Bd. 99, S. 479, 1912.
- Finsterer, H., Wann soll man bei akuten Blutungen aus Magen- u. Duodenalgeschwüren operieren? Wien. klin. Wschr., 1918, Nr. 19, S. 521, u. Nr. 23, S. 654, (Schlusswort)
- Derselbe Über lebensbedrohliche Magen- u. Duodenalblutungen, Beitr. z. klin. Chir., Bd. 65, S. 621, 1909.
- Derselbe Über akute Magen- und Duodenalblutungen und ihre chirurgische Behandlung, Dtsch. Z. Chir., Bd. 158, S. 44, 1920.
- Derselbe Die operative Behandlung der akuten profusen Magen- und Duodenalblutungen, Wien. klin. Wschr., 1931, Nr. 36, S. 1125, Nr. 37, S. 1160, u. Nr. 38, S. 1185
- Derselbe, Traitement chirurgical de l'hémorragie profuse aigue de l'estomac. J. de Chir., 42, p. 673, 1933, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 65, S. 617, 1934.
- Friedemann, M., Über die Radikaloperation bei der Geschwurskrankheit des Magens und Zwölffingerdarms, Münch. med. Wschr., 1924, S. 1604.
- Derselbe Über Magenblutung, Zbl. Chir., 1927, S. 2150.
- Garre, Chirurgisch operative Behandlung von Magenkrankheiten, Peutzold u. Stinzling Handbuch d. ges. Therapie, Jena, 1909, Bd. 2, S. 468.
- Gibbon, Massive gastric hemorrhage. Gastric hemorrhage, Pennsylvania med. J., 32, p. 242, 1929, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 46, S. 576, 1929.
- Graf, P., Ein Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen. Dtsch. Z. Chir., Bd. 90, S. 365, 1907.
- Gregoire, R., Traitement des hémorragies massives dans l'ulcère gastroduodénal. Bull. Soc. nat. Chir. Paris, 58, p. 796, 1932. Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 59, S. 118, 1932.
- Griffith, Duodenal ulcer, New York med. Journ., 1911, Sept. 16, p. 572, Ref. in Zbl. Chir. 1913, Nr. 1, S. 34.
- Gruber, Zur Lehre über das peptische Jejunalgeschwür, Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 25, S. 465, 1913.
- v. Haberer, Der gegenwärtige Stand chirurgischer Indikationsstellung und Therapie beim Carcinoma und Ulcus ventriculi, Wien. med. Wschr., 1912, Nr. 47, S. 3090.
- Derselbe, Meine Erfahrungen mit 183 Magenresektionen, Arch. f. klin. Chir., Bd. 106, S. 533, 1915.
- Derselbe, Ulcus duodeni und postoperatives peptisches Jejunalgeschwür. Ebenda, Bd. 109, S. 413, 1917.
- Derselbe, Zur Frage der Operation während akuter Blutungen aus Magen- und Duodenalgeschwüren, Wien. klin. Wschr., 1918, Nr. 33, S. 909
- Derselbe, Gegenwärtiger Stand der operativen Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüres, Dtsch. Z. Chir., Bd. 200, S. 212, 1927.
- Habershon, Ulceration of the duodenum, extension in the portal vein, haemorrhage, Transact. of the pathol. Soc. London, Vol. 27, p. 155, 1876.
- Heidenheim, Über Operationen wegen Ulcus ventriculi et duodeni, Deutsche Arztezeitung

- 1900 Nr. 7, Zit. nach Kaupe.
- Heile, Über die chirurgische Behandlung des Magenulcus und seine Folgezustände, Berlin. med. Wschr., 1909, Nr. 51, S. 2285.
- Herzberg, B., Zur Frage des operativen Eingriffs bei Magenblutungen auf gastrischer Basis, Vestn. Chir., 1932, Nr. 80/81, S. 101, Ref. in Zentralorg. Bd. 63 S. 178, 1933.
- Hesse, E., Über das Indikationsproblem zum chirurgischen Eingriff beim akut blutenden Magengeschwür, Dtsch. med. Wschr., 1926, S. 620
- Hinton, W., Bleeding gastric and duodenal ulcers, Report of 52 cases. Ann. Surg., Bd. 93, p. 844, 1931.
- Derselbe Fatal hemorrhage in peptic ulcer treated conservatively, Amer. J. Surg., 1933, p. 315.
- Hirsch Zur Kasuistik und Therapie der lebensgefährlichen Magenblutung, Berlin. klin. Wschr., 1896, p. 847.
- Hirschel, Beitrag zur operativen Therapie bei lebensgefährlichen profusen Magenblutungen, Münch. med. Wschr., 1907, Nr. 4, S. 167.
- Hohlbaum, Anzeigestellung für chirurgische Behandlung bei Massenblutungen aus Magen- und Duodenalgeschwüren, Klin. Wschr., 1922, S. 2596.
- Hurst, A. a. Stewart, M. Haemorrhage from chronic gastric and duodenal ulcer, Gastric and duodenal ulcer, Edition. 1929, p. 252.
- Janssen, Die Resultate der Gastroenteroanastomie bei bösartigen und gutartigen Magenerkrankungen, Therapeut. Monatshefte. 1912, Nr. 10, S. 697.
- Jeanneney, G., Du rôle de l'infectin dans les hémorragies des ulcères gastriques, Arch. des Mal. Appar. digest., 19, p. 691, 1929. Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 8, S. 250, 1930.
- Kärger, Magenblutung nach Netzunterbindung, Zbl. Chir., 1912, Nr. 40, S. 1389.
- Kaupe, W., Ist bei lebensbedrohender Magenblutung in Folge von Ulcus ventriculi ein operativer Eingriff indiziert und welcher?, Dtsch. Z. Chir., 62, S. 566, 1902
- Kehr, Über das Duodenalgeschwür, Münch. med. Wschr., 1912, Nr. 24, S. 1307
- Kelling, Mechanische Methode zur Stillung gefährlicher Magen und Darmblutungen, Münch. Med. Wschr., 1910, Nr. 51, S. 2690.
- Kobes, R., Ulcus ventriculi recens mit Verblutung bei einem Neugeborenen, Zbl. f. Gynäk., 1931, S. 995, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 54, S. 629, 1931.
- Koch, E., Beiträge zur Frage über die chirurgische Behandlung akuter Magenblutungen, Nov. chir. Arch., 20, S. 368, 1930, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 54, S. 716, 1931.
- Krabbel u. Geinitz, Beiträge zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankung, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 27, S. 859, 1914.
- Kraft, L., Beiträge zur Behandlung der lebensgefährlichen Magenblutungen, Arch. f. klin. Chir., Bd. 93, S. 557, 1910.
- Krogius, Ein Wort für die radikale operative Behandlung des chronischen Magengeschwürs, Arch. f. klin. Chir., Bd. 75, S. 817, 1905.

- Krönlein, Über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs, Arch. f. klin. Chir., Bd. 79, S. 644, 1906.
- Kümmell, Diskussion am IV. internationalen Chirurgenkongress, Ref. in Zbl. Chir., 1914, Nr. 22, S. 941.
- Kurosawa, Über das Verhalten der Blutgefasse am Geschwürgrund des blutenden Ulcus pepticum ventriculi, Frankf. Zeit. f. Patholog., 38, S. 246, 1929.
- Küster, E., Zur operativen Behandlung des Magengeschwürs, Arch. f. klin. Chir., Bd. 48, S. 787, 1894.
- Küttner, Beiträge zur Chirurgie des Magens auf Grund von 1100 in 7 Jahren behandelten Fällen. Arch. f. klin. Chir., Bd. 105, S. 789, 1914.
- Küttner, Über Magenblutung und besonders deren Beziehung zur Menstruation, Berlin. Wschr., 1895, Nr. 7.
- Derselbe Die diagnostische Bedeutung okkultur Magen- und Darmblutungen, Med. Klinik, 1910, Nr. 16, S. 621.
- Lenk, Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs, Verhandlung d. Deutsch. Gesellschaft f. Chir., 1897.
- Leube, Über die Erfolge der internen Behandlung des peptischen Magengeschwürs. usw. Mitt. a. d. Med. u. Chir., Bd. 2, S. 1, 1897.
- Lewin, Zur Lehre von Arteriosklerose des Magens, Arch. f. Verdauungskrankheiten, Bd. 14, S. 114, 1908.
- Liebermann, Arrosion d. a. gastroepip, Bull. Soc. med. des hôp de Paris, XII, p. 132, 1875. (Zit. n. Collin).
- Lieblein, Beiträge zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 21, S. 842, 1910.
- Linkberg, A., Fall von operativ geheiltem blutendem Duodenalgeschwür. Zbl. Chir., 1931, Nr. 5, S. 263.
- Löhr, W., Dauerresultate operativ behandelter Magenulcera, Dtsch. Z. Chir., Bd. 137, S. 1, 1916.
- Marino, Chirurgische Behandlung blutender Gastroduodenalgeschwüre, Arch. argent. Enferm. Apar. digest., 5, S. 881, 1930, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc. Bd. 52, S. 644, 1931.
- Materna, Wien. klin. Wschr. 1910, Nr. 32, S. 1189.
- Mattisson, Die manifeste Blutung, Das Magengeschwür. Aufg., 1931, S. 205.
- Mayer, J. M. (Steinthal). Über Dauererfolge in der operativen Behandlung der gutartigen Magen-Erkrankungen, Beiträg. z. klin. Chir., Bd. 61, S. 150, 1909.
- v. Mikulicz, Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 2, S. 184, 1897.
- Miller, C., Gastric haemorrhage, Brit. med. Journ., 1927, p. 411.
- Miller, T. G., Massive gastric haemorrhage, Gastric haemorrhage from the internist's point of view. Analysis of 151 cases, Pennsylvania med. J., 32, p. 237, 1929, Ref. in

- Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 46, S. 575, 1929.
- Moser, Über parenchymatöse Magenblutung, Munch. med. Wschr., 1902, Nr. 44, S. 1832.
- Moynihan, An adress on gastro-enterostomie and after, Brit. med. jour., 1908, Mai 9, Ref. Zbl. Chir., 1908, Nr. 34, S. 1037.
- Müller, A., Zur Atiologie, Diagnostik und Therapie bei akuter Blutung des Magens und Duodenums, Arch. f. klin. Chir., Bd. 124, S. 60, 1923.
- Neugebauer, F., Ergebnisse der operativen Behandlung der Gastritis, Beiträg. z. klin. Chir., Bd. 147, S. 86, 1929.
- Oser, Ein Fall von Perforation eines runden Magengeschwürs in das linke Herz, Wien. med. Blätter, 1880, Nr. 52, S. 1315.
- Pauchet, Gabriel et Hirschberg, Ulcères de l'estomac et du duodenum, Paris: Gaston Doin & Cie. 1929, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 46, S. 133, 1929.
- Pauchet, La cura dell'ulcera emorragica dello stomaco e del duodens, Riforma med., 1924, No. 49, Ref. in Zbl. Chir. 1925, S. 2278.
- Derselbe, Behandlung der gastroduodenalen Blutungen, Arch. f. klin. Chir., Bd. 167, S. 438, 1931.
- Derselbe, The treatment of profuse gastric haemorrhages, Irisch J. med. Sci., Nr. 33, p. 594, 1928. Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 44, S. 160, 1929.
- Paus, Statistische Bemerkungen über peptische Ulceration, Berlin. klin. Wschr., 1912, Nr. 9, S. 397.
- Payr, Erfahrungen über Excision und Resection bei Magengeschwürs, Arch. f. klin. Chir., Bd. 90, S. 989, 1909 u. Bd. 92, S. 199, 1910.
- Derselbe, Zur operativen Behandlung des runden Magengeschwürs, Wien. klin. Wschr., 1910, Nr. 9, S. 310.
- Peco, Operationsindikation bei Ulcusblutungen, Semna méd., 1930, I, p. 429, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 50, S. 337, 1930.
- Perthes, Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs, Dtsch. Z. Chir., Bd. 129, S. 464, 1914.
- Petermann, Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalulcus, Arch. f. klin. Chir., Bd. 135, S. 495, 1925.
- Derselbe, Diagnostische Fehler bei schweren Magen- und Darmblutungen, Zbl. Chir., 1926, Nr. 41, S. 2591.
- Petersen u. Machol, Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten, Beiträg. z. klin. Chir., Bd. 33, S. 297, 1902.
- Petersen, Über die operative Behandlung akuter Magenblutungen, Zbl. Chir., 1902, Kongressb. S. 91.
- Petrén, Studien über die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. mit ihren nicht akuten Komplikationen, Beiträg. z. klin. Chir., Bd. 76, S. 305, 1911.
- Petrén u. Edling, Eine bisher nicht beschriebene Form des Nischensymptomes bei Ulcus

- ventriculi, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, Bd 21, S. 45.
- Peycelon, M. R., Interventions pour hémorragie gastrique aigue, Lyon Méd., 1932, S. 653.
- Pick, Diskussion, Wien. klin. Wschr. 1918, Nr. 21, S. 598.
- Podlaha, Chirurgische Behandlung schwerer Blutungen bei peptischen Geschwüren, Čas. lék. česk., 1933, S. 1202 Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc. Bd. 65, S. 417, 1934.
- Popper, Transfusion von 2 1/4 Liter Blut bei einer Nachblutung nach Magenresektion, Zbl. Chir., 1931, Nr. 45, S. 2817.
- Pupini, Beitrag zur Kenntnis der Magenblutung unbekannter Erkrankung. Policlino, Sez. Chir., 1933, 31, Ref. in Zbl. Chir. 1933, S. 2654.
- Purjesz, Zur Frage des Fiebers bei blutendem Magen- und Duodenalgeschwür und bei Blutverlust. Wien. Arch. inn. Med., 1931, S. 413.
- Quénu, L'ulcère du duodenum; de l'exclusion du pylore dans un cas d'hémorragie aigue, Bull. et Mém. de la soc. de chir., 191, p. 1126.
- v. Redwitz, Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs, München; Verl. d. ärztl. Rundschau Otto Gmelin, 1929, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 48, S. 249, 1930.
- Reichard, Drei Fälle von tödlicher parenchymatöser Magenblutung. Deutsch. med. Wschr., Bd. 26, S. 327, 1900.
- Reitzenstein, Die operativ zu behandelnden Magenerkrankungen, Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1909, Nr. 21, S. 661.
- Reschke, K., Die chirurgische Behandlung der grossen Magengeschwürblutung, Med. Klinik, 1933, S. 483.
- Richter, Zur Resektion des Duodenum und Pylorus bei Ulcus duodeni, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1913, I. S. 76.
- Robson, On gastric haemorrhage and its surgical treatment, Lancet, 1901, S. 375.
- Rödélius, Bericht über die während der letzten 3 Jahre chirurgisch behandelten Magenerkrankungen, Beitrag z. klin. Chir., Bd. 92, S. 277, 1914.
- Rodmann, Pylorotomy and partial gastroectomy etc., Surg. Gynec. a. Obst., 1915, Januar, Ref. in Zbl. Chir. 1915, Nr. 28, S. 502.
- Rosenbach, Zur Pathologie des Ulcus duodeni, Arch. f. Verdauungskrankh., 1912, 18, S. 48.
- Saltykow, Ulcus ventriculi mit zahlreichen Komplikationen, Korresp. f. Schweizer Ärzte., 1911, Nr. 18, S. 675.
- Savariaud, Les gastrorrhagies dans l'ulcère de l'estomac et du duodenum etc., Gaz. des hôp. 1899, Zit. nach Zesas.
- Schlesinger, Hermann, Magenblutung bei Thyphus, Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 14, S. 107, 1908.
- Schloffer, Gutartige Magenerkrankungen. Bemerkungen zur Gastroenterostomie, Beiträg. z. klin. Chir., Bd. 32, S. 310, 1902.
- Schmerz u. Wischo, Wertbestimmung der blutgerinnungsfördernden Kraft usw., Wien. klin. Wschr., 1918, Nr. 23, S. 607.

- Schmitt, J. Adolf, Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs, Beiträg. z. klin. Chir. Bd. 70, S. 269, 1910.
- Schnitzler, Über Magen Chirurgie, Wien. med. Wschr., 1914, Nr. 16, S. 668.
- Schnitzler, Diskussion, Wien. klin. Wschr. 1918, Nr. 23, S. 651.
- Singer, G., Über seltenere Formen gastrointestinaler Blutung, Med. Klinik, 1912, Nr. 22, S. 891.
- Singer, Die akute Blutung beim Magen- und Zwölffinger darengeschwür und die Anzeigen zum chirurgischen Eingreifen. Ebenda, 1918, Nr. 48, S. 1131.
- Singer, Diskussion, Wien. klin. Wschr., 1918, Nr. 21, S. 599.
- Sternberg, Ulcus duodeni mit Arrosion, a) einer Art. pancr., b) der Art. gastroduod., Wien. klin. Wschr., 1912, Nr. 30, S. 1181.
- Stich, Duodenalgeschwür mit Durchbruch in die Aorta abdominalis, Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1874, 13, S. 191.
- Tiegel, Zur Kasuistik der tödlichen Magenblutungen, Münch. med. Wschr., 1902, Nr. 47.
- Tixier et Clavel, La jéjunostomie d'urgence dans certaine gastrorrhagies très graves, Arch. franco-belges Chir., 1932, S. 218.
- Tuffier et Jeanne, Les gastrorrhagies dans l'ulcère simple de l'estomac, Revue de chir. 1905, XXXI, p. 195.
- Vautrin, L'exclusion du duodenum dans la cure de l'ulcère souspylorique, Revue de chir., 1912, I, p. 685.
- Velden, von den, Pharmakotherapeutisches zur Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1913, I, S. 67.
- Weill et Gardere, Ulcère du duodenum chez un enfant de 1 mois. Mort par hémorragie intestin, Lyon méd., 1911, 48, p. 1177.
- Wendel, Demonstr. von 2 Fällen von Magenresektion, Münch. med. Wschr., 1912, Nr. 25, S. 1409.
- White, Gastrotaxis. Brit. med. Journ., 1910, Juni, 4. Ref. in Zbl. Chir., 1910, Nr. 47, S. 1510.
- Zesas, Über Duodenalgeschwür und seine chirurgische Behandlung, Dtsch. Z. Chir., Bd. 105, S. 494, 1910.
- Zweig, Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des nicht pylorischen Ulcus. Med. Klinik, 1911, Nr. 34, S. 1313.
- Zweig, Die Indikation zur Operation blutender Magengeschwüre, Wien. klin. Wschr., 1918, Nr. 22, S. 611.

第三章 惡性變化

所謂消化性潰瘍就中胃潰瘍ガ痛性變化ヲ招クコトアルベキハ既ニ往昔ヨリ學者ニ依テ注意セラレタル所ニシテ、文獻ニ徵スルニ、1839年 Cruveilhier 氏ハ痛素質ヲ有スル胃潰瘍患者ニ於テ胃潰瘍ノ痛性變化ヲ來タスモノナルコトニ注意シ、1842年 Rokitsansky 氏、1848年 Dittrich 氏、1868年 Steiner, Wollmaun 氏等、1874年 Meyer 氏、1878年 Lebert 氏等ノ學者モ亦カカル事實ヲ認ムル所トナリ、1883年ニ至リ Hauser 氏ハ初メテカカル事實ヲ組織學的ニ立證シ、胃潰瘍ニ於ケル上皮細胞ノ異型ノ變化ヲ痛腫ノ前驅ナリトセリ、爾來潰瘍ノ惡性變化ニ就テハ、多數ノ學者ニ依リ各種ノ方面ヨリ攻究セラレタル所ナルモ、惡性變化ヲ來タス可キ頻度等ニ關シテハ、諸家ノ統計ノ報告ニ大ナル差異ノ存スルモノトス、然ルニ潰瘍ガ惡性變化ヲ招クコトハ潰瘍ノ診療ニ關シ臨牀上極メテ留意ス可キ重要ナル事項ナルヲ以テ以下ニ關スル從來學者ノ見解ヲ紹介シ余等ノ外科的經驗例ニ基キ聊カ吟味ヲ試ミントスルモノナリ。

第一節 胃潰瘍惡性變化ノ頻度

胃潰瘍ガ惡性變化ヲ來タス頻度ハ諸家ニ依リ其ノ成績ヲ著シク異ニスルモノニシテ、今其ノ所以ヲ攻究シ以テ比較的正確ナル頻度ヲ知ラント欲セバ、先ツ諸家ノ用ヒタル統計ノ材料ト研究方法ニ就テ嚴密ナル批判ト吟味ヲ加ヘザル可ラス、ソレニ關シテ列記スレバ次ノ如シ。即チ

- (1) 內科的材料ニ基ケル場合
- (2) 胃腸吻合術後ノ經過竝ニ開腹時所見ニ基ケル場合
- (3) 剖檢例ニ依ル場合
- (4) 胃切除標本ニ依ル場合等

以下此等諸項ニ就テ研究ヲ進メントス。

第一項 內科的材料ニ基ケル場合

內科的ニ潰瘍癩(所謂消化性潰瘍ニ續發セシ痛腫)ト診斷セラレタル場合ハ、主トシテ病歴、全身竝ニ局所ノ理學的臨牀的所見、殊ニ胃液竝ニ X 線検査所見ヲ基礎トシタルモノナリ、然ルニ原發性胃癩(所謂消化性潰瘍ニ續發セザル癩)ニ於テモ長期ニ互ル胃炎ヲ前驅トナス場合ノ如キ、潰瘍類似ノ症狀ヲ訴ヘ、其ノ經過ノ極メテ長キ場合存スルノミナラズ、反對ニ胃潰瘍ニシテ殆ンド其ノ症狀ヲ缺如シ不識ノ間ニ既ニ惡性變化ヲ惹起セルガ如キ場合モ少ナカラズ、又原發性痛腫ノ經過ハ一般ニ短カクシテ、潰瘍癩ノ場合ハ長キヲ通常トスルモ、時ニ全ク反對ノ場合モ之ヲ存ス。尙ホ原發性胃癩ノ場合ハ、胃液中ニ遊離鹽酸ヲ缺如スル頻度潰瘍癩ノ場合ニ比シテ遙ニ高ク、潰瘍癩ノ場合ニ鹽酸ヲ證明スルモノ比較的多數ヲ占ムル事實ニヨリ、

後者ノ診斷ニ當リ、胃液検査所見ヲ重用視スルモノアルモ、潰瘍癩ニテモ、進行セル場合ニハ遊離鹽酸ヲ缺如スルコト少ナカラザルノミナラズ、原發性癩ニ於テモ遊離鹽酸ヲ證明スルコトアリ、且ツ稀ニ過酸症ヲ示ス場合スラ之ヲ存スルヲ以テ、胃液所見モ亦診斷上絕對的價値ヲ有スルモノニ非ズ。

次ニ X 線検査所見ニ於テモ、胼胝性潰瘍ト初期潰瘍癩ヲ的確ニ鑑別スルハ至難ノコトアリ、潰瘍ノ內科的治療ニ當リ X 線検査ヲ繰返シ、常ニ其ノ惡性變化ニ留意シ、診斷竝ニ治療上ノ指針トナスコトハ可トスベシト雖、一般ニ X 線検査ノミニ依テ原發性痛ト潰瘍癩、胼胝性潰瘍ト初期潰瘍癩ヲ鑑別スルコトハ、余等ノ經驗ニ依ルモ甚ダ困難ナル場合少ナカラザルモノトス。從來內科的方面ヨリ報告セラレタル潰瘍癩ノ全胃癩ニ對スル頻度ハ第 143 表ニ示スガ如シト雖上記ノ如キ諸種ノ理由ニ依リ、其統計成績ニハ充分ノ信ヲ置クコト能ハズ。

第二項 胃腸吻合術後ノ經過

竝ニ開腹時所見ニ基ケル場合

開腹時視診竝ニ觸診上ノ所見ニ基キ、胼胝性潰瘍ト痛腫ヲ鑑別スルコトハ、術式選定上甚ダ肝要ナル問題ニシテ、殊ニ腫瘍ガ幽門部ニ存スルガ如キ場合ニ於テ然リトス、何者此部ニ於テハ、惡性腫瘍ニ非ザル場合、胃腸吻合術ニ依リ良效ヲ收ムルコトアルヲ以テナリ。然ルニ此ノ鑑別ハ困難ナ

ルコト多ク、往々不可能ノコト少ナカラザルハ外科醫ノ經驗スル所ナリトス。今潰瘍癩ニ胼胝性潰瘍ト痛腫トノ鑑別上參考トナル可キ 2.3 ノ要項ヲ掲グレバ次ノ如シ。

- (1) 胃壁ヲ觸診スルカ、又ハ加温生理的食鹽水ニテ之ヲ覆フ時、潰瘍ニ於テハ、局所胃壁ニ著明ナル動脈性血管反應ヲ證明シ、痛腫ニ於テハ寧ロ靜脈血ノ鬱滯ヲ認ムルコト多シ。
- (2) 未ダ漿膜面ニ迄到達セザル幽門又ハ幽門竇痛腫ニ於テハ、腫瘍ノ増殖ニ從ヒ、縱走筋ハ互ニ壓排(auseinanderdrängen)セラレタル結果、著明ナル平行性ノ筋束トシテ胃壁表面ニ現ルルモ潰瘍ノ場合ニハカカルコトナシ。
- (3) 所屬淋巴腺ハ潰瘍ノ場合ニハ炎衝性ニ腫脹シテ柔軟ナルヲ例トシ、痛腫ノ場合ニハ轉移性腫脹ニシテ硬キコト多シ。然レドモ痛腫ノ場合ト雖モ、腫脹セル淋巴腺ノスペテカ轉移性ノモノニ非ズシテ炎衝性ノモノノ存スルコトアルモノトス。
- (4) 胃ノ大半ガ硬固ナル管狀物ニ變化スルコトハ痛腫ニ於テ屢認ムル所ナルモ、胼胝性潰瘍ノ場合ニハ決シテカカルコトナシ。

第 143 表 內科的材料ニ於テ全胃癩ニ對スル潰瘍癩ノ頻度

報告者	全胃癩例數	潰瘍癩例數	頻度%
Roserheim	50	4	8.0
Häberlin	—	—	7.0
Ewald	—	—	25.0以上
Fenwick	134	4	3.0
Hayen	94	—	22.0
A. Mathiena Moutier	—	—	30.0
松尾(平川)	52	6	11.5

(5) 術中大及ピ小網膜=於ケル血管ヲ結紮スル時、潰瘍ノ場合=ハ腫瘍ガ胃壁ニ存セル限り、大部分其ノ堅牢性ヲ失フヲ通常トスルモ、病腫=於テハ然ラズ。

(6) 周圍臟器トノ癒着モ亦潰瘍ト病腫=於テ全ク其ノ趣ヲ異ニスルモノナリ、即チ穿通性潰瘍ノ場合=ハ局所ハ恰モ數層ノ巾着縫合ニテ括約セラレタルガ如ク周圍=癒着ヲ示シ、從テ一側性ノ型態的變化ヲ招致スルノミナラズ屢同時=數個ノ臟器(例之肝、脾、横行結腸及ピ前腹壁等)=緊密=癒着ヲ示スコト多キモノトス、病腫=在テハ少クトモ潰瘍=ヨル腫瘍トノ鑑別ガ問題トナルガ如キ時期=於テハ、上記ノ如キ廣汎且ツ強度ノ癒着ハ通常之ヲ缺如スルモノトス。

(7) 胃壁周圍=於ケル炎衝性所見ハ病腫ノ場合ヨリモ潰瘍ノ場合=於テ著明ニシテ、潰瘍症狀ノ週期的「アツク」ヲ示シタルガ如キ時期=於テ殊ニ然リトス、尙ホ浮腫性浸潤著明ナル結果、粘液性、膠様ノ附着物ヲ見ルコトノ如キモ亦潰瘍=於テ著明ナリ。

(8) 潰瘍癌ハソノ初期=在テハ、前記潰瘍ノ諸所見ヲ具備セルタメ、原發性癌ト區別シ得ベキモノナルモ、鑑別スルコトハ不可能ナリ、尙ホ潰瘍ト初期潰瘍癌ハ術後鏡檢=依ラザレバ決定シ難キコトスラ之ヲ存ス、從テ往々開腹時所見=依ル診斷ノ誤レルコトハ吾人モ亦經驗セル所ナリ。

上述ノ如ク諸種ノ點=留意スルモ開腹時所見=ヨリテソレガ潰瘍ナリヤ、或ハ既ニ悪性變化ヲ示セルモノナリヤノ判定ハ往々困難ナルモノニシテ、即チ潰瘍癌ノ頻度ヲ比較的正確ニ決定セントセバ、必ズ切除標本=就キテ之ヲ吟味セザル可ラザルコトヲ物語ルモノナリ、今吾人ノ有スル經驗例ヲ引用シテ更ニコノ間ノ消息ヲ明ニセントス。

第1例 患者 樋口某 男子 42歳 農業 大正13年1月11日入院、同年2月13日退院、同年4月7日再入院、同月19日死亡退院。

病歴、大正12年12月8日、特別ノ誘因無クシテ心窩部=劇痛ヲ訴ヘ、鎮痛劑ノ注射=依リ輕快シ、當時患者ハ心窩部=腫瘍ヲ觸レタリ。又攝食後數回嘔吐セシコト及ビ、時ニ吞酸嘔吐ヲ訴ヘタルコトアリ。

腹部所見、心窩部正中線=テ臍上部竝ニ右側上腹部=壓痛ヲ訴フル大人手拳大ノ腫瘍アリ、移動性ヲ缺キ、境界不鮮明、表面平滑ナリ。

胃液ハ總酸度30、遊離鹽酸度12.0ナリ、潛血反應弱陽性ニシテ乳酸反應ハ陰性ナリ、胃ノX線検査上、小彎ニテ幽門部=腫瘍様抵抗ヲ觸知スルモ幽門通過ニ異常ナク、著明ナル陰影缺損ハ之ヲ認メズ、其他病變ノ變化ヲ證明セズ。

手術所見、術前幽門部潰瘍ナル診斷ノ下ニ、1月15日開腹手術ヲ施セリ、胃壁ハ前腹壁=密ニ癒着シテ開腹ニ甚々困難ヲ覺エタリ、小彎ニテ幽門部=腫瘍存スルモ胃周圍炎性癒着著明ナル爲メ充分之ヲ剝離シ難シ、一部ヲ入念ニ剝離シタルニ該部=穿孔性潰瘍ヲ證明シ、周圍ヨリ膿汁流出セリ、潰瘍ハ觸診所見ノミニ依テハ、果シテ單純性ノモノナリヤ、或ハ既ニ悪性變化ヲ來タセルモノナリヤノ判定スルコト能ハズ、腹腔内ニハ沃度「フオルム」綿紗ヲ挿入シテ腹壁ヲ閉ヂタリ、術後經過良好ニシテ2月13日一旦退院セシモ同年4月7日幽門狹窄症狀ヲ訴フ、再ビ入院シ、翌日 Mayo Robson 氏法=依リ空腸瘻形成術ヲ受ケ、腸間膜淋巴腺ノ輕ク腫脹セルモノヲ摘出シテ鏡査セシニ癌腫細胞ハ之ヲ證明セズ、然ルニ幽門部ノ硬結次第ニ増大ノ傾向ヲ示スヲ以テ、潰瘍ノ悪性變化ヲ推定セシム、再手術後10日衰弱ノタメ死亡セリ。

本例ハ剖檢ノ機ヲ得ザリシタメ、再度手術ヲ施シタルニモ拘ハラズ的確ナル診斷ヲ下スコト能ハザリキ。

第2例 患者 恒屋某 女子 57歳 無職 大正14年5月30日入院、同6月20日治癒退院。病歴、約4年前ヨリ吞酸嘔吐ヲ訴フ、大正13年頃ヨリ時々心窩部=疼痛ヲ覺エ、殊ニ冬期=著シト云フ、該疼痛ハ攝食トハ關係ナシ、當科入院マデ=數回嘔吐ヲ催セリ、而シテ心窩部=疼痛ヲ覺ユル時ハ常ニ體温ノ上昇ヲ認メタリ、然ルニ大正13年2月=於ケル心窩部疼痛ハ約50日ニ互リテ持續セリ。

腹部所見、觸診上、心窩部=ハ腫瘍ヲ觸知セズ、其他ニ著變ナシ、迴盲部=於テハキュンメル氏點=輕度ノ壓痛存スルノミ。蟲様突起モ之ヲ觸知セズ。

胃液ハ總酸度最高70、遊離鹽酸度最高52ヲ算シ、乳酸反應陰性ナルモ、潛出血反應ハ陽性ナリ、胃ハX線検査上、小彎部=壁龕様陰影ヲ證明シ、附近胃壁=壓痛ヲ訴フ、幽門通過ニ異常ナシ。

手術所見、慢性蟲様突起炎竝ニ胃潰瘍疑診ノ下ニ6月6日開腹手術ヲ施セリ。胃ニハ小彎=於テ幽門近部=約鶏卵大ノ腫瘍アリ、肛及ビ臍ト密ニ癒着セリ、癒着高度ノ爲メ充分ナル手術操作ヲ施スコト能ハズ、且ツ幽門=異常ナカリシタメ、單純開腹術ニ止メ、大網膜=於ケル淋巴腺ヲ剔出シテ腹壁ヲ縫合シ手術ヲ終レリ、然ルニ淋巴腺=ハ鏡檢上癌腫細胞ヲ認メズ。

即チ本例ハ開腹時ノ所見ノミニ依テハ該腫瘍ガ果シテ單純ナル潰瘍ナルヤ、又潰瘍癌=依ルモノナリヤ判定スル事能ハザリシモノニシテ、退院後ノ經過=基キテ診斷ヲ決セザル可ラザルモノニ屬ス、然ルニ書信ヲ以テ退院後ノ容態ヲ照會セシモ返信=接セズ、既チ以上2例ハ手術ヲ施シタルニ不拘、遂ニ的確ナル診斷ヲ附シ能ハザリシモノトス。

次ニ胃潰瘍=對シ胃腸吻合術施行後、潰瘍ノ悪性變化ヲ來タス頻度=關スル研究=當リテハ次ノ事項ヲ吟味セザル可ラズ。

(1) 胃潰瘍患者ガ胃腸吻合術後腫瘍様症狀ヲ呈シテ死亡セシ場合ト雖、手術當時、潰瘍癌ヲ單純潰瘍ト誤診シテ之ニ吻合手術ヲ施シタルニ非ザルヤ否ヤ。

(2) 胃腸吻合術後、潰瘍ト別個=原發性癌ガ發生シタルモノニアラザルヤ否ヤ。

(3) 胃腸吻合術後患者ノ死因ガ果シテ術後發生シタル潰瘍癌=基クモノナリヤ否ヤ。

(4) 胃腸吻合術後潰瘍ガ惡性變化ヲ來タシタルコトヲ推定スル場合=ハ少ナクモ術後一定期間ノ經過ヲ觀察セザル可ラザル事等。

以上上記ノ要項=就テ述ベン=臍腸性潰瘍ト之ヨリ變性セル潰瘍癌トノ正確ナル區別ハ切除標本=於ケル系統的ナル檢索ニ待タザル可ラザルモノニシテ、既ニ悪性變化ヲ來タセル潰瘍癌ヲ手術ノ時單純性潰瘍ト考ヘ、之ニ胃腸吻合術ヲ施ス時ハ、患者ハ術後病腫ノ爲メニ斃ルルモノトス、而シテコレハ手術時=於ケル誤診ノ結果ニ外ナラズシテ、術後=於ケル潰瘍ノ惡性變化=ヨルモノニ非ザル事ハ勿論ナリ、又同一胃=潰瘍ト癌ガ同時ニ發生スルコトアル可キハ既ニ Malkow, Armbrusler, Hauser, Mitterstiller 氏等ノ報告セル所ニ徴シテモ明カナリ、我ガ教室=於テモ最近カカル興味アル1例ヲ經驗セリ、故ニ潰瘍=對シテ吻合術施行後同時ニ發生セル原發性癌ヲ看過スルカ、術後=於テ潰瘍トハ別個=原發性癌ガ發生スル事モ考ヘ得

ベシ。從テ潰瘍ニ對シ胃腸吻合術ヲ施サレタル患者ガ、術後痛腫ニテ驚レタル場合ト雖、剖檢ニ依ルニ非レバ、コノ間ノ消息ニ對シ正確ナル判斷ヲ下スコト能ハザル可シ、尙ホ胃腸吻合術後患者ガ痛腫様症狀ノ爲メ死亡シタル場合ト雖、ソレガ果シテ痛腫ニ依ルモノナリヤヲ決定セントセバ更ニ手術又ハ剖檢ニ依ラザル可ラズ、蓋シ胃腸吻合術後ノ衰弱、吻合部ノ癒著、狭窄等モ其ノ死因ト得レバナリ、其ノ他原發性癌ハ一般ニ潰瘍痛ニ比シ、其ノ經過極メテ短キヲ通常トシ、諸家ノ統計竝ニ吾人ノ經驗ニ徵スルモ發病後手術迄ノ期間ハ2ケ年以内ナルモノ大多數ヲ占ムルモノトス。從テ胃腸吻合術後滿2ケ年以内ニ痛腫ニテ死亡シタル場合ハ、手術時既ニ存在セシ、又ハ術後發生セシ原發性癌ヲ患者ノ病歴ヨリ除外スルコトハ至難ナリ、假令再手術又ハ剖檢ニ依ル場合ト雖、前手術時既ニ癌性變化ヲ來ケル潰瘍ナリシヤ否ヤヲ判定スルコトハ不可能ナリ、故ニ胃腸吻合術後少ナクモ滿2ケ年以上ヲ經過シタル場合ニ非ザレバ吻合術發生シタル潰瘍痛ナリト推定スルコト能ハザルモノトス。

今潰瘍ニ對シ胃腸吻合術ヲ施シタル後該潰瘍ノ惡性變化ヲ來タス頻度ニ就テ、諸家ノ報告ヲ記載スレバ第144表ニ示ガ如シ。

前表ノ諸家統計中著者ガ擧ゲタル要項ニツキテ充分考慮シタルモノハ甚ダ稀ニシテ僅カニ Petren, Löhr 氏等ノ場合ニ過ギズ、即チ前者ハ6.0%, 後者ハ1.7-2.0%ナル成績ヲ報ジタリ。

既ニ述タルガ如ク胃潰瘍ハ胃腸吻合術施行後ニ於テモ亦惡性變化ヲ來タシ得キハ否ミ難キ事實ナリト雖、其ノ正確ナル頻度ヲ知ラントセバ、術後ノ經過ヲ長ク觀察セザル可ラズ、之ニ關シテ吾人ガ經驗セシ數例ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

第1例 患者 松本某 女子 49歳 無職 大正8年11月9日入院、同年12月4日退院、家族歴竝ニ既往症ニ特記ス可キコトナシ、約4年前ヨリ胃部ニ疼痛及ビ膨滿感ヲ訴ヘ、大正8年4月末頃心窩部ニ硬キ抵抗ヲ觸レタリ、疼痛ハ初メハ攝食ト無關係ナリシモ、後ニハ攝食後ニ起リ、「アルカリ」劑ノ服用ニ依リ消退スルヲ常トセリ。

腹部所見、心窩部正中線上、臍部ト胸骨劍狀突起トノ間ニ約小兒手拳大ノ抵抗ヲ觸レ、壓痛著明ナリ。胃液ハ總酸度65、遊離鹽酸度45、潛出血竝ニ乳酸反應陰性ナリ、X線検査上、胃ハ著明ニ下垂セリ。手術所見竝ニ經過、11月20日胃下垂症診斷ノ下ニ開腹セリ、胃小彎ニ約鴉卵大ノ腫瘍アリテ、肝、脾及ビ後腹壁ニ密ニ癒著セリ、胃ハ下垂ヲ示シ、腫瘍附近及ビ小網膜ニ於テ數多ノ淋巴腺腫脹シ、轉移ヲ思ハシム、癒著著明ニシテ切除術不可能ナリシタメ、後胃腸吻合術ヲ施セリ、術後經過良好ニシテ治癒退院セリ、

第144表 胃腸吻合術後ニ於ケル胃潰瘍ノ惡性惡化ヲ來ス頻度

報告者	吻合例數	潰瘍發性例數	百分率
Petren	73	5	6.0
Th. Kocher	92	2	2.0
M. Robson	112	2	1.7
Moynihan	201	7	3.0
Kelling	71	2	2.8
Billeter	112	1	0.8
Hempel	—	—	3.0
Hüttner	12	5	41.0
Löhr	—	—	1.7-2.6

剔出セシ淋巴腺ニハ鏡檢上單ニ單純性炎術所見ノ外癌腫ハ之ヲ證明セザリキ。

即チ本症例ハ手術所見ヨリハ單純性潰瘍ナリヤ、既ニ惡性變化ヲ示セルモノナリヤハ充分之ヲ決定スルコト能ハズ、剔出淋巴腺ハ鏡檢上痛腫ヲ示サズト雖、腫瘍ノ硬度其他手術所見ニヨリ胃癌疑診ノ下ニ術後ノ經過ヲ觀察スルコトセリ、然ルニ、大正12年4月23日即チ術後約3ケ年半ヲ經テ余等ノ教室ヲ訪レタルニ、心窩部ニ拇指頭大ノ腫瘍存スルノ外全身狀態ハ毫モ變化ヲ受ケズ、全ク健全ナリキ、其後音信不通トナリシモ、上記ノ如キ術後經過ヨリセバ恐ラク肝癌性潰瘍ニヨル腫瘍ナリシモノト推定セラル。

第2例 患者 富永某 38歳 男子 商業 大正9年5月31日入院、退院6月18日退院。病歴、大正8年11月頃ヨリ心窩部ニ食後膨滿感ヲ訴ヘ、諸所ノ醫ヲ訪レ治療ヲ受ケタルモ毫モ輕快ノ兆ナシ。大正9年2月中旬ヨリ食後心窩部ニ膨滿感ノ外輕度ノ鈍痛ヲ覺エ、又時々嘔吐ヲ來タスニ至レリ、呑酸嘔噯モ亦之ヲ存ス。

腹部所見、右側心窩部ニ拇指頭大ノ腫瘍ヲ觸知ス、其他ニ異常ナシ。胃液ハ總酸度31.0、遊離鹽酸度22.0ニシテ乳酸反應陰性ナリ、X線検査上、十二指腸起如部ニ腫瘍アリテ幽門通過ハ著シク障礙セラレ、6時間後ニハ尙ホ大部分「バリウム」粥胃内ニ停留セリ。

手術所見竝ニ術後經過、6月3日、胃癌症ノ疑診ニテ開腹手術ヲ施セリ、幽門ニ約胡桃大ノ腫瘍アリ、周圍ト癒著ハ之ヲ認メザルモ、幽門通過ハ著シク障礙セラレ、腫瘍周圍殊ニ後腹膜腔、脾頭部等ニ多數ノ淋巴腺腫脹ヲ認ム、コレガ爲メ切除手術ヲ行ハズシテ、後胃腸吻合術ヲ施シテ術ヲ終レリ、但シ此ノ際試片ハ剔出セザリシモノトス。

本症例モ手術ニ依テ診斷ヲ確定スル事能ハザリシヲ以テ、術後ノ經過ヲ觀察スルノ要アルモノニシテ、術後約3ケ年半、尙ホ健全ニシテ家事ニ服セリ。最近ハ音信不通トナリシモ、術後經過ニ基ク時ハ、本症例モ亦幽門部潰瘍ト推定ス可キモノナル可シ。

第3例 患者 石川某 男子 50歳 炭坑夫 大正13年8月21日入院、9月12日退院、同14年7月27日再入院、8月13日退院。

病歴、約6年前ヨリ食後1乃至2時間ニシテ臍ヨリ左側心窩部ニ於テ恰モ穿ツガ如キ疼痛ヲ訴ヘ、左側肩胛部及ビ背部ニ放散スト云フ、嘔吐、呑酸嘔噯ヲ訴ヘズ。

腹部所見 臍ノ左側ニシテ、疼痛ヲ覺ユル部位ニ壓痛アリ、然レドモ腫瘍又ハ抵抗ヲ觸知セズ。胃液ハ總酸度36.0、遊離鹽酸度8.0乳酸反應陰性ナリシモ潛出血反應陽性ナリ、胃ハX線検査上、大彎ニ鋸齒ヲ認メ、大彎中央部ニ壓痛ヲ訴フル部位アルノ外、腫瘍、陰影缺損、壁龕等ヲ認メズ、幽門通過其他ニ異常ナシ。

手術所見、8月26日 胃潰瘍診斷ノ下ニ開腹手術ヲ施セリ、小彎ニ於テ幽門輪ヨリ約7厘米距離ニ於テ潰瘍アリ、約鴉卵大ニシテ胃後壁ニ於テ脾臟ニ穿通シテ之ト密ニ癒著セリ、前胃腸吻合術ヲ施シテ手術ヲ終ヘタリ、手術所見ニヨリテ、惡性變化ノ有無ハ充分之ヲ確ムルコト能ハザリシニ、患者ハ翌年7月27日、食後胃部膨滿感竝ニ疼痛ヲ主訴トシテ再ビ受診シ、術後空腸潰瘍疑診ノ下ニ入院セリ、胃液ハ總酸度最高28.0遊離鹽酸ハ之ヲ缺如ヲ、乳酸反應ハ陰性ナリシモ潛出血反應強陽性ナリ、X線検査上、胃腸吻合部ニ於テ空腸ニ壓痛存スルノ外著變ナシ、8月1日再開腹術ノ結果、術後潰瘍ハ之ヲ認メズ、前手術時ヨリ小彎部ニ存在セシ潰瘍ハ著シク其ノ硬度ヲ増シH.ツ邊部著明ニ肥厚シ潰瘍痛ノ像ヲ示セリ、單純開腹術ニ止メテ手術ヲ終レリ。

即チ本症例ハ再手術時ノ腫瘍ノ所見ニヨリ潰瘍癌ナルコトヲ確メ得タルモノニシテ、第1回手術當時ニ於テ既ニ悪性變化ヲナセシモノナル少シ。

第4例 高田某 男子 73歳 商業 大正15年9月27日入院、同10月18日退院。

病歴 大正15年8月27日頃ヨリ突如、腹痛ヲ訴フ。疼痛ハ食後1乃至2時間ニシテ出現シ藥劑ノ内服ニ依リ消失ス、其後食事ヲ攝ラザル場合ニハ疼痛再現スル事ナシ、當科受診前3乃至4日、嘔心アリシモ嘔吐ナシ、時ニ吞酸アリ血色素量ハザーリ氏法ニテ61ヲ算ス。

腹部所見、視診上腹部ニ著變ナシ、觸診上、臍部且ツ其ノ右側ニ壓痛ヲ訴フルモ腫瘍ヲ觸知セズ、胃部ニ振水音著明ナリ、腹水、鼓腸等ヲ認メズ。

胃液検査所見、遊離鹽酸缺如シ、總酸度最高38、乳酸反應陽性ナリ。

胃曲線検査所見、胃癌ノ曲線ヲ示ス。

X線検査所見、胃後壁癌腫ト診斷セラル、幽門通過障礙ナシ。

術前臨床的診斷、胃癌。

手術所見 10月2日 心窩部正中線ニテ開腹セリ、胃小彎後壁ニ拇指頭大「デルプ」ノ硬結アリ、横行結腸間膜ト密着セリ、淋巴腺轉移ヲ認メズ、十二指腸ニ變化ナシ、高齢ノタメ胃切除術ヲ行ハズシテ、Wölfler氏胃腸吻合竝ニ Braun 氏小腸吻合ヲ施セリ。

術後診斷 穿通性胃潰瘍。

昭和3年2月28日、食思不振ヲ訴ヘテ受診セリ。心窩部手術創痕部ニ著シキ廣汎ナル大人手拳大ノ硬キ腫瘍アリ、癌疑診ト診斷セラル、同29日胃X線検査ヲ行ヒシニ、胃ハ比較的小ニシテ幽門部ニ陰影缺損ヲ認ム、胃腸吻合部ヨリ「バリウム」排出ハ良好ナリ、3時間ニシテ胃ハ空虚トナル。

本症例ハ手術時所見ニ於テハ穿通性胃潰瘍ノ像ヲ呈セシモ、術後17ヶ月目ニハ既ニ癌腫ノ所見ヲ呈セリ。術後経過日數比較の短カクシテ癌腫ノ所見ヲ呈セシ點ヨリ考察スレバ、手術時既ニ癌細胞ノ浸潤ヲ存セシモノト思惟セラル、但シコノ際潰瘍癌ナリシヤ、原發性癌ナリシヤハ不明ナリ。

第三項 剖檢例ニ依ル場合

病理學者ノ報告セシ頻度ヲ表示スレバ第145及第146表ノ如シ。

病理學者ガ剖檢例ニ基キテナセル統計ハ一般ニ低率ヲ示スモノニシテ、其ノ理由トスル所ハ剖檢材料ガ通常癌腫ノ高度ニ進行セルモノヨリ成リ、從テ潰瘍存スルモ、原發性癌ノ二次的破壊ニヨルモノナリヤ潰瘍癌ナリヤノ區別不可能ナル場合多キ爲ナリ、胃癌切除標本ニ於ケル余等ノ材料ニ依ルモ、全例322例(昭和7年ニ於ケル余ノ調査)、中比較的大ナル潰瘍ノ存シタルモノ74.3%ヲ占メ、當大學三宅外科ニ於ケル統計ニ於テハ同様ノ場合90%ヲ算セリト云フ、尙ホ余ノ場合ニ於テモ、大正8年ヨリ昭和9年8月迄ノ胃癌切除全例(但シ胃全剔出例2例ヲ含ム)367例中、癌腫進行シテ潰瘍癌ナリヤ、原發性癌ノ二次的變化ニヨル潰瘍癌ナリヤヲ決定スルコト能ハザリシモノ實ニ131例ニ達シタルモノトス、即チ剖檢例ニ於テハ、潰瘍ガ悪性變化ヲ示シタル初期ノモノ例之、外科的ニ胃切除術ヲ施シテ、ソノ鏡檢ノ結果初メテ癌腫

第145表 剖檢所見ニヨル潰瘍癌頻度(木村氏調査)

Table with 4 columns: 報告者, 潰瘍例數, 潰瘍癌例數, 百分率. Rows include Scheuermann, Berthold, Wolowsky, Cohn, Greiss, Schneider, Brinkmann, and a total (計).

第146表 余ノ照會ニ返信ヲ寄セラレタル本邦各大學病理學教室ニ於ケル潰瘍癌ノ頻度ニ關スル統計 (著者)

Table with 7 columns: 報告者, 胃癌潰瘍癌全例, %, 胃潰瘍潰瘍癌全例, %, %. Rows list various university pathology departments like 東北大學, 慈惠會大學, etc.

ト診斷セラルルガ如キモノハ比較の少數ナルニヨリ、其統計成績モ正確ナルヲ保シ能ハザルモノトス。

第四項 胃切除標本ニ依レル場合

新鮮ナル切除標本ヲ材料トシテ検査成績ハ、前述諸項ノ場合ニ比スレバ透ニ正確ナルモノナリ、今カカル場合ニ於ケル諸家ノ得タル頻度ヲ示セバ第147表ノ如シ。

新鮮ナル胃切除標本ニ於ケル潰瘍癌ノ肉眼的判定ニ際シテハ、既ニ教室先輩木塚氏ノ述タルガ如ク特ニ次ノ諸事項ニ留意スルヲ要ス。

Table comparing ulcer cancer characteristics: 肉眼的所見 (1. 邊緣肥厚増殖, 2. 潰瘍基底ノ性状, 3. 血行狀態, 4. 固有形狀) vs 原發性癌 (平度, 平坦ナラズ壞疽物ニテ被ハル, 貧血, 一定形狀ナシ) vs 潰瘍癌 (不平度, 平滑清淨, 充血, 小彎軸ニ對シテ對稱ノ形ヲ取ルコトアリ).

而シテ切除標本ニ於ケル肉眼的の検査所見ノミニ依テ腫瘍性潰瘍ト初期潰瘍癌ヲ鑑別スルコトハ往々至難ナルコトニシテ、肉眼的ニハ明カニ潰瘍ト思惟ス可キ場合ニ於テモ鏡檢上癌腫ナル場合アルト同時ニ又其ノ反對ニ、肉眼的ニ既ニ悪性變化ヲ示セルモノト考ヘラレタル場合ニ在リテモ、精密ナル鏡檢上癌腫細胞ハ毫モ之ヲ證明セザルコトアリ、從テ新鮮ナル胃切除標本ニ於テ潰瘍癌ノ正確ナル頻度ヲ知ラントセバ、肉眼的の検査ノ外、ソノ數ヶ所ニツキ精密ナル鏡檢ヲ行フコトハ最モ肝要ナリ。

今胃潰瘍切除標本ニ就テ組織學的ニ癌ヲ證明シタル頻度ニ關スル諸家ノ統計ヲ掲グレバ第148表ノ如シ。

Haberer 氏ハ臨牀的及ビ手術時所見、更ニ切除標本ニ於ケル肉眼的の検査ニヨリテ潰瘍ト診

斷シタル=鏡檢=依テ初メテ潰瘍痛ナルコトヲ知り得タルモノ胃切除410例(88例ハ胃痛, 322例ハ善性胃疾患)中21例即チ5.0%以上=達シタルコトヲ述べ、余ノ場合=於テハ、20例ノ潰瘍痛中3例ハソノ手術所見並ニ切除標本=於ケル肉眼的の検査所見=依リ單純ノ潰瘍ト考ヘラレタルニ、鏡檢=依テ、初メテ潰瘍痛ナルコトヲ確證シタルモノトス、依之潰瘍ノ悪性變化ヲ認知センニハ、組織學的の検査ノ如何=肝要ナルカヲ知ルニ足ルベシ。

更ニ注意ス可キハ、組織學的の検査モ亦絕對的ノモノニ非ザルコトニシテ、新鮮ナル胃切除標本=ツキ系統的ナル組織學的の検査ヲ行ヒ、毫モ癌性變化ヲ證

明セザリシニ拘ラス、術後癌腫ノ再發ヲ來タシ、再手術又ハ剖檢=依テ之ヲ證明トスルコト往々存スル事實アリ、コレ鏡檢ト同時=術後經過ノ觀察ガ肝要ナル所以ナリトス、今2.3ノ實例ヲ掲ゲテ説明スレバ次ノ如シ。

Haberer 氏ハ胃切除標本=於テ鏡檢上癌腫ヲ證明セズシテ單純性胃潰瘍ト診斷シタル患者=於テ、術後癌腫ノ再發ヲ來タセン興味アル2例ヲ報ゼリ、次=其ノ1例ヲ引用スルコトトスベシ。

患者 62歳 女子 30年=互ル潰瘍症狀アリテ胃液ハ總酸度30、遊離鹽酸度12ヲ示セリ。手術時小彎=胛胝性潰瘍ヲ認メ其ノ周圍淋巴腺ハ腫脹シテ癌腫ノ轉移ヲ疑ハシメタリト云フ、廣汎ナル胃切除手術ヲ施シソノ切除標本=於ケル肉眼的の検査所見=ヨレバ潰瘍基底=増殖ノ兆アリテ癌腫ヲ疑ハシメタルニ拘ハラズ、病理學者=依ル鏡檢所見ハ單純性胃潰瘍ト診斷セラレタルモ、術後1ケ年餘=シテ患者ハ衰弱シ、胃痛ヲ訴ヘ醫師=依リ腹部=多數ノ腫瘍ヲ發見セラレ術後15ヶ月=シテ癌再發ノ爲メ死亡セリ。

又 Rixford 氏ハ潰瘍癌ト診斷シテ之=胃切除手術ヲ施シタルニ、病理學者ノ行ヘル鏡檢ノ結果ハ癌ヲ證明セズ、然ルニ術後癌再發ノタメ死亡シタルヲ以テ、前記病理學家ガ再度連續切片ヲ作リテ鏡檢シタルニ、初メテ潰瘍=癌腫細胞ヲ發見シタル症例ヲ報ジ、H.Finsterer 氏モ亦40歳ノ男子ニシテ3年以來潰瘍症狀ヲ訴

第147表 切除胃=於ケル潰瘍癌ノ頻度

報告者	切除例數	潰瘍癌例數	百分率
三宅	胃癌 751	50	6.6
	胃潰瘍 60	10	16.6
Finsterer	胃潰瘍切除例=對スル頻度		40.0
Stewart	胃癌 70	11	15.7
	胃潰瘍 180	11	6.1
W. Mac Carty	胃癌 153	109	71.0
	胃潰瘍切除例=對スル頻度		68.0
Matti	胃癌 97	—	16.5
Payr	胃癌切除例=對スル頻度		26.0
Konjetzny	胃癌98例(切除例及剖割檢例)		21 約3.0
山根	胃癌 237	47	20.0
	胃癌 320	11	3.4
赤岩	胃潰瘍 222	6	2.7
	胃癌 365	17	4.65
著者	胃潰瘍, 胃, 十二指腸潰瘍合併例 88		17 19.3
	胃癌 580	20	5.2
立林	胃癌 200	18	9.0

第148表 胃潰瘍切除標本=於テ組織學的=癌腫ヲ證明シタル頻度

報告者	頻度(%)
三宅	16.6
Payr	26.0
Küttner	43.0
Mayo	68.0
Finsterer	24.0
Elanski	6.2
Jost	11.7
赤岩	2.7(222例中6例)

ヘタル患者=手術ヲ施シ、大彎部=大ナル潰瘍ヲ認メ癌腫疑診ノ下=食道=到ル迄廣汎ナル切除術ヲ施セリ、切除標本=於ケル鏡檢ノ結果ハ毫モ癌細胞ヲ證明セズ、然ルニ術後6ヶ月頃ヨリ衰弱、腹水、肝腫脹ヲ來タシ、再手術ノ結果、肝ハ著明ニ腫大シ、空腸々間膜部=大ナル淋巴腺腫大アリ、肝表面ヨリ、試片ニハ鏡檢上癌所見ヲ認メザリシモ、手術所見ハ、癌再發ナリシコト疑無キモノナリトセリ、更ニ又50歳ノ男子ニシテ、5ケ年來潰瘍症狀ヲ呈シ、X線検査上胃潰瘍ト診斷セラレ、高度ノ過酸症ヲ呈シタルモノニ於テ、開腹手術ノ結果、小彎=胛胝性潰瘍ヲ存シ、小網膜=淋巴腺腫脹アリ、之=廣汎ナル胃切除手術ヲ施シ、鏡檢上、單純性ノ胃潰瘍ニシテ毫モ悪性變化ノ所見ナカリシニモ拘ラス、同時ニ檢シタル腸間膜淋巴腺=轉移性癌腫ノ像ヲ證明セリ、從テ再度胃潰瘍ノ諸所=ツキ組織學的=入念ニ檢シタルニ、胃潰瘍周邊部粘膜ノ一部=癌腫性變化ノ像ヲ認メタルコトヲ特記セリ。

即チ前記諸例=依レバ、潰瘍ノ悪性變化ヲ正確ニ認定スルニ當リテハ胃切除標本=ツキ系統的ナル鏡檢ノ甚ダ肝要ナルコトヲ物語ルモノナルト共ニ、精細ナル組織學的の検査所見モ時=絕對的ノ指針タルコト能ハズ、從テ胛胝性潰瘍ニシテ其ノ悪性變化ノ疑ハシキ場合ソノ診斷ヲ確ムルタメニハ、術後ノ經過ヲモ同時ニ觀察セザル可ラザルコトヲ教フルモノトス。

第五項 我が教室ニ於ケル胃潰瘍悪性變化ノ頻度ニ就テ

潰瘍癌ノ頻度=關スル研究=當リ、余ハ新鮮ナル胃痛又ハ胃潰瘍ノ胃切除標本ヲ材料トシ、前記諸事項ト共ニ特ニ次ノ要約ヲ基順トシテ検査セリ。

- (1) 肉眼的ニハ全ク慢性胃潰瘍ノ像ヲ呈スルコト
- (2) 組織學的の検査=於テハ、潰瘍ノ邊緣ノ一部=ノミ癌細胞ノ浸潤ヲ證明スルコト。
- (3) 尙ホ肉眼的ニハ全ク潰瘍癌ノ如ク見ユルニモ拘ハラズ、鏡檢的ニハ癌細胞浸潤既ニ大ナル場合=於テハ、其臨牀の經過、病歴、開腹時所見ヲ特ニ嚴密ニ吟味検討スルコト。

カクノ如キ見地=基キテ調査シタル我が教室=於ケル胃潰瘍悪性變化ノ頻度ヲ擧グレバ次ノ如シ。

胃癌切除全例	365例
潰瘍癌例數	17例(4.65%)
原發性癌例數	217例
分類困難ナルモノ	131例

胃痛切除全例ノ4.65%ハ潰瘍癌ナリ。尙ホ我が教室=於テ外科の手術ヲ施シ胃潰瘍又ハ胃及十二指腸潰瘍合併症ト診斷シ、術後ノ經過ヲモ嚴密ニ觀察セルモノ244例ヲ存スルヲ以テ、之=前記17例ノ潰瘍癌ヲ加算スレバ、胃潰瘍、胃及十二指腸潰瘍合併例261例中悪性變化ヲ出セシモノ17例即チ6.5%トナルモノナリ。

又胃切除術ヲ施シタル胃潰瘍、胃十二指腸潰瘍合併例88例中胃潰瘍癌17例ニシテ即チ19.3%=相當ス。

即チ余等ノ外科の材料=ツキテ論ズレバ、胃潰瘍ノ悪性變化ヲ來タスベキ頻度ハ略病理學

者ノ報ズル成績ニ近シ、本邦ニ於ケル各大學病理學教室ニ於ケル統計成績ニハ著シキ差異ヲ存スト雖、一般ニ調査材料僅少ナルヲ遺憾トス、然レドモ此等ノ中統計材料ノ最モ多數ナリシ當大學病理學教室ニ於ケル成績ハ、胃癌全例 284 例中潰瘍全例 18 例ヲ算シ即チ其ノ頻度ハ 6.3%ニシテ余等ノ手術材料ニ於ケル成績ト略近似セリ、尙ホ胃潰瘍屍全例 122 例中潰瘍ハ 18 例ニシテ其ノ頻度 14.7%トナレリ。

次ニ余等ノ成績ヲ切除胃ヲ材料トセル三宅、赤岩外科ノ成績ト比較スルニ、既ニ第 147 表ニ示セルガ如ク、三宅教授ノ場合ニハ、胃癌切除例 751 例中潰瘍ハ 50 例ニシテ即チ 6.6% 胃潰瘍切除例 60 例中潰瘍ハ 10 例ニシテ 16.6%ナリ、又赤岩教授ノ場合ニハ、前者ニ於テ 3.4%、後者ニ於テ 2.7%ノ成績ヲ示セリ。

若シ組織學的檢査ニ際シ、慢性潰瘍ノ縁邊ノ一部ニミ初期癌細胞ノ浸潤ヲ認め、潰瘍底ニ瘢痕組織ヲ證明スル場合ニハ、鏡檢上潰瘍ト判定シテ差支ナカル可シ、然レドモカカル程度ノモノハ、初期潰瘍ニ屬シ、少ナクモ本邦ニ於テ患者ノ外科醫ヲ訪レテ手術ヲ決心スル時期ニハ、一般ニ癌腫ノ既ニ進行セル時期ニ屬スル場合多キモノナリ、潰瘍ガ悪性變化ヲ來タスモ、少クモ其ノ初期ニ於テハ患者ノ訴フル症狀ト苦痛ハ著シカラズ、從テ組織學的所見ノミニヨリ潰瘍ノ悪性變化ノ頻度ヲ決定スル場合ニハ、其成績低率ナルハ論ヲ俟タザル所ナリ、然レドモ依之、潰瘍悪性變化ノ全般ヲ探知スルコトハ不可能ナリ。

何者、潰瘍ニ於ケル癌細胞浸潤比較ノ高度ニシテ、嚴密ナル組織學的檢査ニ依リテハ、充分ノ根據ヲ以テ潰瘍ト診斷スル根據ヲ缺ク場合ト雖、事實上、臨牀ノ事項ヲ考慮スル時ニハ、潰瘍ト思惟スルヲ合理的ナリトナス可キ場合ノ存シ得ベキコトヲ知ラザル可ラズ、又事實ニ於テハカカル種類ニ屬ス可キモノ多數ナル可シト推定セラル、唯潰瘍ナル診斷ノ判定ニ際シ、科學的根據ノ確實性ヨリ立論スルニ、嚴密ナル鏡檢所見ノミニ依ルヲ以テ最モ合理的トナス可キモ、臨牀家、殊ニ外科醫ガ胃患者ヲ取扱フ場合ニ、潰瘍悪性變化ノ眞ノ頻度ヲ知ラントセバ、亦同時ニ臨牀ノ事項ヲ併セ考慮セザル可ラズ、鏡檢所見ニヨリテ得タル低率ナル頻度ノミニ基キテ、潰瘍ノ悪性變化ヲ輕視スルガ如キハ、當ヲ得タルモノニ非ザル可シ。

組織學的檢査ニ際シテモ、毎常潰瘍全體ニ就テ入念ナル連續切片ヲ作成スルニ非ザレバ悪性變化ノ真相ヲ知ルコト不十分ナリ、又實際ニ於テハ、慢性潰瘍ニ見ル所ノ腺細胞ノ單純性増殖ト初期潰瘍ヲ區別スルコト不可能ナル場合モアリテ、カカル場合ニハ、臨牀ノ經過ヲ觀察スルノ必要アルモノナリ。

余ガ當大學病理學教室ノ潰瘍屍ニ於ケル剖檢記録ヲ調査セシ所ニ依レバ、68.1%ニ於テ潰瘍ハ臨牀上潛伏性ニ經過セルモノト推定セラル、即チ本症ノ大多數ハ從來成書ニ記載セラレタルガ如キ定型の症狀ヲ呈セズ潛伏性ニ經過スルモノナリ、又潰瘍ハ自然ニ、若クハ内科的醫

治ニ依リ治癒スルコトアリテ、外科醫ヲ訪ル者ハ其ノ一部ナル可キヲ以テ、外科的材料ヨリ得タル頻度ヲ以テ、潰瘍ノ全般ニ及ボスコトハ聊カ妥當ヲ缺クモノナル可シ、然レドモ潰瘍ノ決定ハ外科的ニ切除シタル新鮮ナル標本ニ就テ研究スルコト最モ正確ナルモノトスベキヲ以テ其ノ決定ナル頻度ヲ數字的ニ認知スルニハ、今後更ニ多數ノ症例ニ就テ各種ノ方面ヨリ系統的ナル研究ヲ行フベキモノナリト云可シ。

第六項 胃潰瘍癌ニ關スル余等ノ經驗例

前記諸事項ヲ基調シテ吾人ガ胃潰瘍ヨリ續發セシ癌腫ト診斷セシ症例中興味アルモノヲ 2,3 記載ス可シ。

第 1 例 小林某 男子 57 歳 自作農 大正 15 年 2 月 24 日入院、同 3 月 27 日治癒退院。

主訴 心窩部腫瘍、食後胃痛、胃膨滿感

現病歴、大正 13 年 11 月以來嘔吐、胃膨滿感、肉體の勞働時嘔吐ヲ來タセリ、翌年 11 月心窩部ニ腫瘍ヲ發見セリ、同 12 月、某内科醫院ニ入院、約 1 ヶ月間加療セラレタルモ效ナク、安靜時ニハ苦痛ナキモ勞働スル時ハ嘔吐、食後胃膨滿感、食後 1 乃至 2 時間ニシテ心窩部疼痛ヲ訴ヘ嘔吐ヲ催セリ、吐出物ハ酸性褐色ノ液體ニシテ食塊ヲ混ズ、羸瘦甚シ。

腹部所見、腹部ハ著シク陷没シ、蠕動不安ナリ、腫瘍等ヲ觸知セズ、腹壁弛緩セリ。

胃液所見、單一の檢査法ニ依リ、遊離鹽酸 15、總酸度 48、潛血反應乳酸反應共ニ陰性ナリ。

X 線檢査所見、胃ニ下垂擴張ナク、蠕動正常、分泌ニ異常ナシ、右側距離正常、大彎ニ鋸齒ナク、胃ノ移動性可良ナリ、胃小彎ニ腫瘍ヲ觸知シテ壓痛アリ、之ニ相當シテ壁龕ヲ證明ス、幽門通過正常ナリ、陰影ノ缺損ナシ、十二指腸球部ニ變形ヲ認め、且ツ壁龕ヲ證明ス、小彎穿通性潰瘍、十二指腸潰瘍ト診斷セラル。

術前診斷、胃及ビ十二指腸潰瘍。

手術所見、2 月 27 日心窩部正中線ニテ開腹セリ、幽門ヨリ 3 厘米距リタル胃小彎ニ拇指頭大ニシテ周圍に著セザル硬キ腫瘍ヲ存ス、臍頭部大小兩彎ニ多數ノ淋巴腺轉移アリ、クレーンライン氏法ニ依リ胃切除術ヲ行ヒ、空腸ニブラウン氏吻合ヲ併施セリ、切除胃片、小彎 8 厘米、大彎 10 厘米ナリ、胃ヲ大彎ニ沿ヒテ開クニ、胃小彎ニテ幽門輪ヨリ 4 厘米距リタル部位ニ長徑 2.3 厘米、横徑 1.7 厘米、深サ 0.6 厘米潰瘍アリ、ソノ邊緣ハ著シキ増殖ヲ示サズ、其ノ基底ハ肝賦性ナリ。

術後診斷、胃潰瘍癌

潰瘍ノ鏡檢所見、潰瘍部ハ筋層ニ達ス、基底ノ表面ハ纖維素ヲ混ジタル偽膜ニテ蔽ハル、單核大白血球、「プラスマ」細胞、淋巴球等ノ細胞浸潤一般ニ強シ、殊ニ血管周圍ニ著明ナリ、尙ホ潰瘍ノ邊緣ニテ粘膜ニ接シタル部ハ瘢痕化シ、瘢痕組織ノ内部ニ腺管殘留セリ、コノ部ニテハ、上皮細胞ノ配列幾分亂レタルモ尙ホ悪性變化ノ所見ヲ見ズ。

潰瘍邊緣ヨリ少シク離レタル粘膜ニハ潰瘍ニ接近スルニ從ヒ、次第ニ腺管配列亂レ、粘膜一般ニ肥大シ、杯狀細胞多ク粘液産出多量ナリ、腺管相互ノ間ニ存在スル結締組織ニ細胞浸潤強シ。

粘膜下組織中粘膜ニ接シタル部分ニハ淋巴組織ノ増殖アリ、細胞浸潤瀰漫性ニシテ著明ナリ、粘膜下組織ノ稍深部ニ於テハ細胞浸潤輕度ナリ。

筋層ニ於テハ筋間結締組織ニ圓形細胞浸潤強ク、殊ニ血管周圍ニ著シ。

即チ本標本ニハ悪性變化ノ像ヲ發見セザルヲ以テ、更ニ他ノ個所ヨリ標本ヲ作製シテ檢セリ、其ノ所見次ノ如シ。

粘膜ハ一般ニ腺細胞ノ肥大ヲ示シ、粘液產生旺盛ナリ、諸所ニ粘液產生ノ見エザル細胞核大小不同ニシテ透明ノ核ヲ有シ、上皮細胞ノ配列ノ亂レタル腺管アリ、其管腔内ニ「エオジン」ニテ赤ク着色セル分泌物ヲ藏ス。悪性腺腫ノ像ヲ示セリ、核小體甚シク著明ナリ、(挿圖 65 (甲)(乙)) 他ノ部分ニ於テハ、粘膜ハ萎縮痕化シ、腺管大小不同ニシテ囊腫狀ニ擴大セリ、粘膜上皮細胞ニ粘液產生少ナク圓柱細胞ノ高さ不揃ナリ、コノ部ニ在リテハ粘膜ノ構造變化シ細胞配列亂レ管腔ノ消失セルガ如ク見ユル部分モアリ、粘膜下組織ニ輕度ノ炎衝性細胞浸潤ヲ認メ殊ニ血管周圍ニ之ヲ有シ「プラスマ」細胞多シ。

要之、本症例ニ在テハ、潰瘍ノ一部ニ悪性腺腫ノ像ヲ示シ、粘膜ハ初期悪性變化ヲ來セルモノニシテ、未ダ粘膜筋層ヲ突破セズ、又周圍ニ對シテモ破壊性發育ノ像ヲ示サザルモノナリ。

術後経過 経過順調ニシテ術後 28 日ニ治癒退院セリ、退院後ノ経過ニ就テ書信ヲ發シテ照會セシモ返信ニ接セズ。

本例ハ術前單純性胃潰瘍ト診斷シタルモ臨牀的症狀、胃液所見、胃標本ニ於ケル潰瘍ノ肉眼的竝ニ鏡檢所見ニ基キ潰瘍ニ續發セシ癌腫ト思考シテ差支ナカル可キモノナリ。

第 2 例 吉岡某、男子、43 歳、貴金屬細工業、昭和 6 年 7 月 1 日入院、同月 24 日治癒退院。

主訴 胃部膨滿感、心窩部腫瘍形成

現病歴 5 年前劇シキ胃痛ヲ病シコトアリ、鎮痛劑ノ注射ニ依リ消失セリ、其後過食後ニハ時々「チクチク」スル胃痛ヲ訴フ、時トシテ攝取後却テ疼痛消失スルコトアリ、夜間ニ胃痛ヲ來タスコトナシ、昭和 5 年秋頃ヨリ食後胃部膨滿感アリ、胃ニ腫瘍ノ存スルコトヲ知レリ、殊ニ入浴ニ際シヨク觸知シ得タリト云フ、嘔吐ハナキモ胃部膨滿感ノタメ不快ヲ感ズル場合ニハ指ヲ挿入シテ自ら嘔吐セリ、吐出物中ニ血液ヲ見ズ、特ニ衰弱セシガ如キコトナシ、當大學内科ニ受診シ手術ヲ勸メラレテ當外科ニ入院セリ。

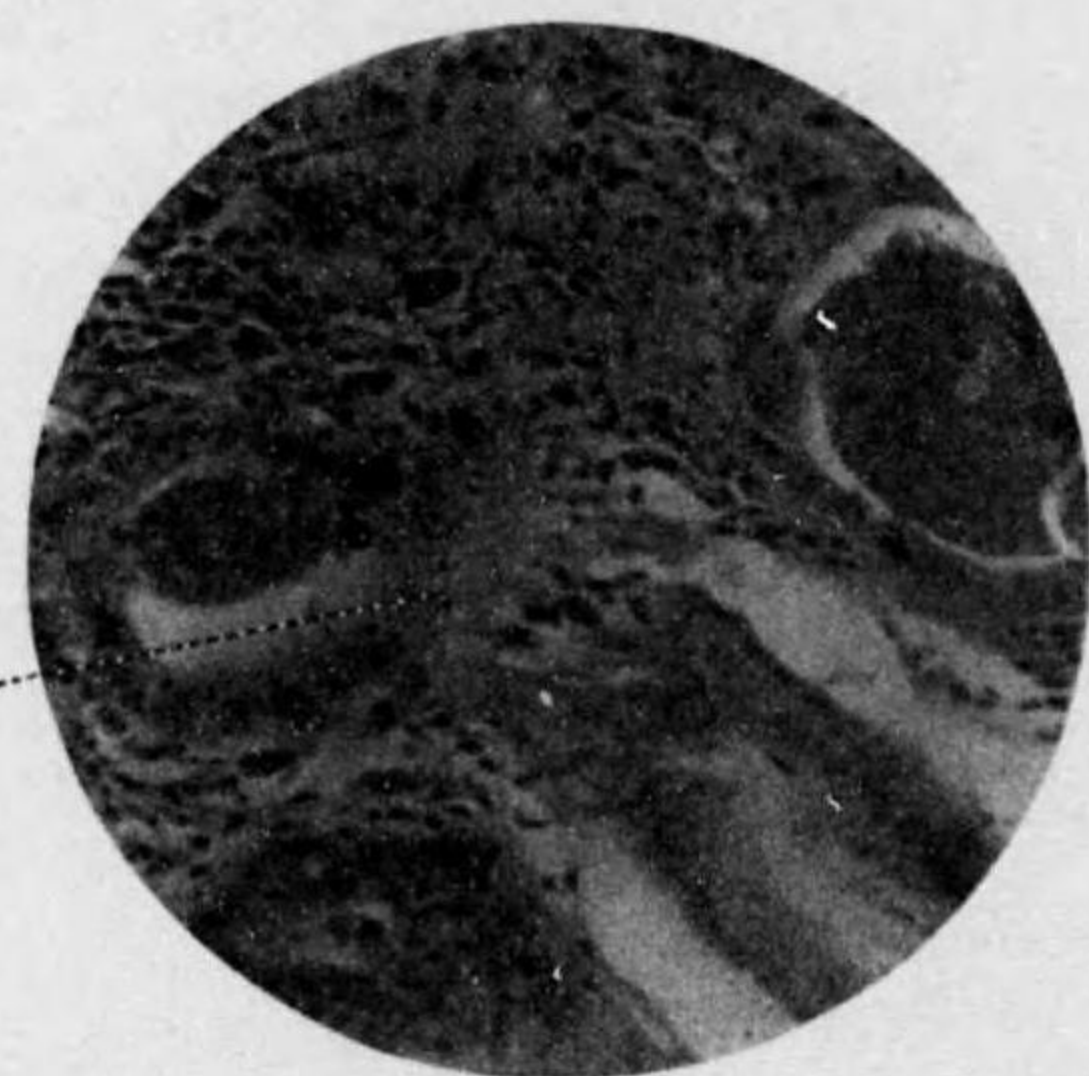
腹部所見 視診上、腹部ニ著變ナシ、觸診上、左心窩部中央部ニ小兒手掌大ノ腫瘍ヲ觸レ、結節狀

悪性腺腫ノ像ヲ示セル部



挿圖 65. (甲) 粘膜ニ於ケル初期、悪性腺腫ノ像ヲ示ス。45 倍

悪性腺腫ノ像ヲ示セル部



挿圖 65. (乙) 上圖ヲ更ニ擴大セシモノ。200 倍

ニシテ視觀ナリ、呼吸時ニ固定性ヲ保持シ移動性ニ富ム、食後 5 時間尙ホ胃振水音ヲ聴取ス、肝、腎、脾等ヲ觸知セズ。

胃液検査所見 遊離鹽酸度最高 2、總酸度最高 33、乳酸反應陽性ナリ。

X 線検査所見 幽門部ニ腫瘍ヲ觸レ、コノ部ニ相當シテ陰影缺損アリ。

術前診斷 幽門癌

手術所見 7 月 4 日、心窩部正中線ニテ開腹ス、幽門部胃前壁ニ腫瘍アリテ臍頭部ト可成リ密ニ癒着シ其ノ剝離困難ナリ、臍頭部、小彎、後腹膜ニ多數ノ淋巴腺轉移アリ、胃ヲモアン氏第 2 法ニ依リテ切除シ空腸ニブラウン氏吻合ヲ併施セリ、切除胃片ノ大小彎 7.5 種、大彎 13 種、十二指腸 0.5 種ナリ、大彎ニ沿ヒテ胃ヲ開クニ、幽門ニ接シタル胃前壁ニ潰瘍アリ、邊緣ノ増殖著シク基底ハ肝賦性ナリ。

術後診斷 胃潰瘍癌

鏡檢所見 潰瘍ノ表面ハ偽膜ニテ蔽ハレ、深部ハ硬靱ノ結締組織ヨリナリテ舊キ瘢痕ナリ、粘膜一般ニ肥大シ、潰瘍ニ接シタル粘膜ハ破壊セラレ、殆ド全部膠様化セリ、癌變性ハ粘膜下組織ニ及バズシテ潰瘍ノ邊緣ニ限局セリ、潰瘍基底ニハ癌細胞ノ浸潤ナシ。(挿圖 66 參照)

経過 良好ニシテ術後 20 日ニ治癒退院セリ、昭和 6 年 8 月 16 日ノ書信ニ依レバ既ニ癌再發ノ兆アリ。

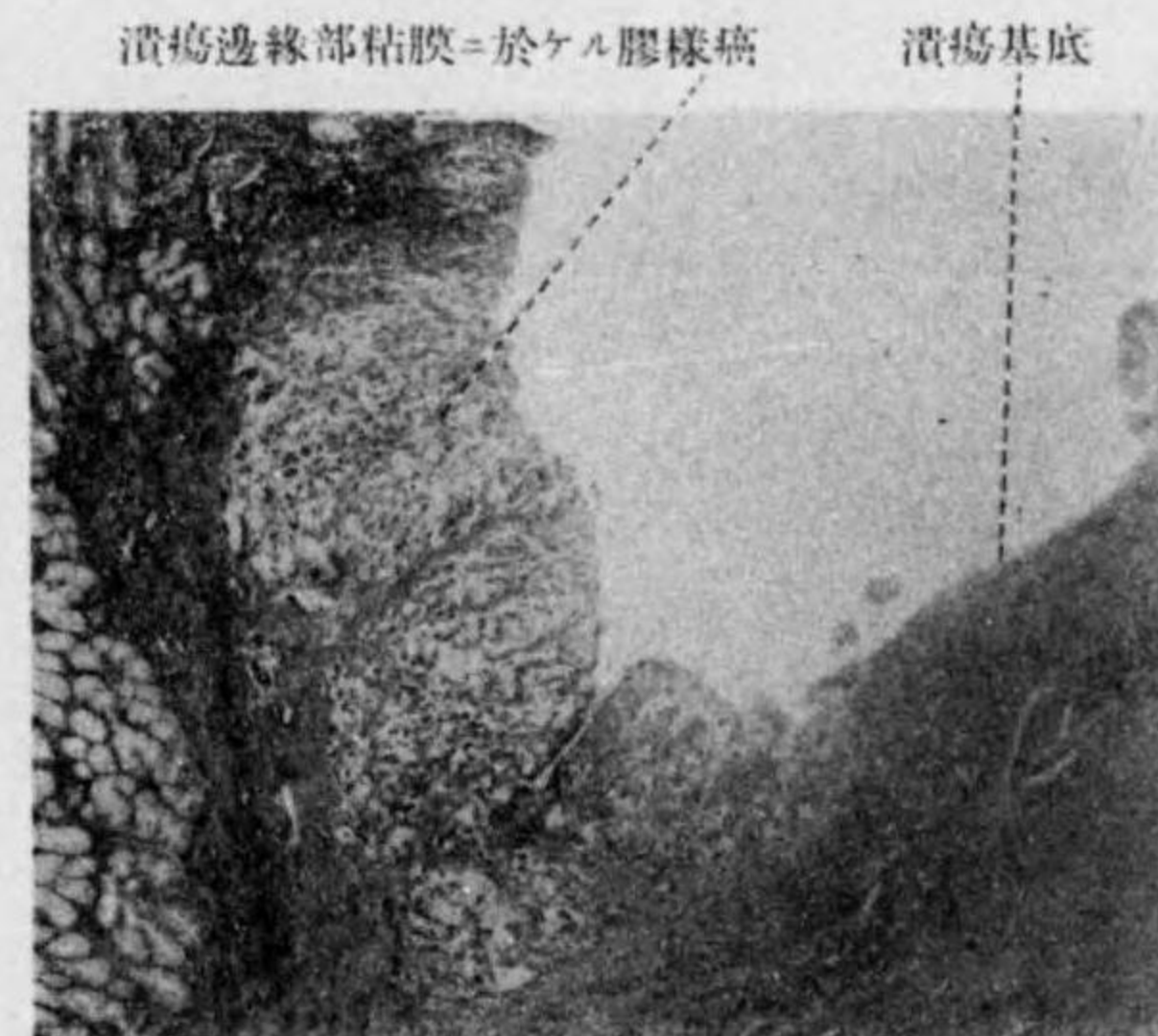
本例ハ既ニ 5 ヶ年前劇シキ胃痛ヲ訴ヘタル病歴有リ、潰瘍ハ既ニ其ノ當時ヨリ存在セシモノナル可シ、潰瘍ノ肉眼的所見ニ於テモ、又殊ニ其ノ鏡檢所見ニ於テモ潰瘍邊緣ノ一部ニ癌細胞ノ浸潤ヲ證明シ基底ハ肝賦性組織ニシテ全ク癌浸潤ノ存セザル事實ニ徴シ、潰瘍癌ト診斷シテ然ル可キモノト思惟ス、尙ホ本例ハ術後短時日ニシテ再發ヲ來タセリ、尙ホ早期ニ手術ヲ施スノ機ヲ得タランニハ、ソノ成績モ良好ナリシモノト考ヘラル。

カカル症例ニ徴スルモ、慢性潰瘍ニ對シテハ時期ヲ失セズニ、外科的根治手術ヲ施スベキモノニシテ單ニ潰瘍癌ノ早期診斷上ノミナラズ、胃癌ノ豫防上ニモ其ノ意義大ナルモノナリ。

第 3 例 梅本某 49 歳男子、昭和 6 年 7 月 18 日入院、8 月 17 日治癒退院。

主訴 心窩部疼痛。

現病歴 7.8 年前ヨリ胃痛ヲ訴ヘタルモ、意ニ介スルコトナク、攝食後疼痛消失スルヲ當トセリ、偶々醫師ヲ訪レ胃液検査ヲ受ケ、胃酸過多症ト診斷セララルニ至レリ、3.4 年前ヨリ春秋ニ心窩部疼痛特ニ增強シ、昨年 5 月頃ヨリ毎日之ヲ訴ヘ、胃痛ノ食後 2.3 時間ニシテ來タリ、食事ノ攝取ニ依リ消失スルヲ當トセリ、昭和 5 年秋ヨリ今迄ニ 3 回嘔吐アリシガ咖啡殘渣様物質ヲ認メタルコトナシ、同年頃ヨリ羸瘦シ全身衰弱ヲ感ジ、胃痛持續スル際ニハ顔色悪シクナルト云フ、7 月 10 日當大學某内科ニ入院、各種検査ノ結果手術ヲ勸メラレ當科ニ轉



挿圖 66. 潰瘍基底並ニ邊緣部粘膜ノ鏡檢所見 擴大 28 倍

入セリ。

腹部所見 腹部ハ寧ろ陥没シ、蠕動不安ヲ認メズ、心窩部ニ軽度ノ壓痛ヲ訴フ、胃ニ振水音ヲ聴取ス、肝、腎、脾ヲ觸知セズ。

胃液検査所見 遊離鹽酸度最高 33、總酸度最高 60、乳酸並ニ潛出血反應共ニ陽性ナリ。

X線検査所見 胃ノ緊張並ニ蠕動正常ナリ、胃小彎ニ大ナル壁龕ヲ認ム、コノ部ノ上下ニ尙 2 個ノ小ナル壁龕アリテ壓痛強シ、壁龕ノ部及ビ其ノ附近ニ腫瘍ヲヨク觸知ス、3 時間後壁龕内ニ「バリウム」殘渣ヲ認メ、且ツ「バリウム」ハ全量ノ 2 分ノ 1 ヲ胃内ニ殘セリ、幽門通過佳良ナラズ、胃潰瘍癌ト診斷ス。

赤血球沈降速度、軽度ニ促進セリ。

術前診斷 胃潰瘍癌

手術所見 7 月 23 日心窩部正中線ニテ開腹セリ。幽門後壁ノ胃ニ鶏卵大ノ腫瘍アリ、脾頭部ニ軽度ニ癒着セリ、コノ部及ビ胃小彎ニ示指頭大ノ硬キ淋巴腺腫脹アリ、モニアン氏第 2 法ニ依リ胃ヲ切除セリ。

空腸ニハ「ブラウ」氏吻合ヲ施セリ、切除胃ノ大サ、小彎 10 釐、大彎 15 釐、十二指腸 2 釐ナリ、胃ヲ大彎ニ沿ヒテ開キシニ、幽門輪ヨリ 5.5 釐ヲ距リタル胃小彎ニ近ク其ノ後壁ニ潰瘍アリ、其底ハ圓形ニシテ瘢痕化シ、邊緣部ハ充血シ硬靱ナリ、然レドモ著シキ増殖ナシ (第 67 圖(甲))

術後診斷 胃小彎潰瘍癌

鏡檢所見 潰瘍ノ數ヶ所ヨリ切片ヲ作製シテ檢セリ。切片ニ癌細胞ヲ認メザリシモ、1 個ノ切片ニ於テ之ヲ證セリ、所見次ノ如シ。

潰瘍基底ニハ「ペラーグ」附着シテ、炎衝性細胞浸潤シ、血管ニ富メル肉芽組織ヨリ成ル。基底部分ニハ邊緣ヨリ少シク離レタル部位ノ粘膜ニ於テハ、上皮細胞多少増殖シ、潰瘍ノ基底ニテ粘膜筋層ノ下部ニ群ヲナシテ細キ上皮細胞列アリテ、硬靱ナル結締組織纖維間ニ浸潤セリ、同様ノ像ハ其他

ノ粘膜下組織ニモ之ヲ存ス、癌細胞ハ潰瘍ノ邊緣部ニ於テハ瀰漫性ニシテ粘膜下組織ノ深部ニ及ベリ、細キ細胞索ヲ作り、腺構造ヲ形成セズ、1 乃至 2 列ニ配列シ、泡狀透明ノ細胞核ヲ有シ、原形質ニ富ミ、癌細胞ノ周圍ニ存スル結締組織ト癌細胞トハ密ニ交錯セリ、硬性充實性癌ノ像ヲ示ス、カカル癌細胞ハ筋層ニハ及バズ、尙ホ注意ス可キハ、潰瘍邊緣部粘膜ニ於テ既ニ癌變性ヲ來タセル像ヲ示サザルモ、コノ部ノ直下ニテ粘膜筋層ノ下方ニ癌細胞群ヲ認ム、切片ニ依リテハ、兩者ノ細胞群ガ甚ダシク接近セル部位アリテ、癌變性カ潰瘍邊緣ノ 1 部ヨリ起レル所見ヲ示セリ。(第 67 圖(乙)(丙)參照)

經過 良好ニシテ術後 25 日目ニ治癒退院セリ、昭和 8 年 3 月 5 日ノ書信ニ依レバ尙健存セシモ同年 3



插圖 67. (甲) 胃切除標本

月 10 日再發ノタメ死セリ。

本症例ハ胃切除標本ノ肉眼的検査、殊ニ其ノ鏡檢所見ニ於テ潰瘍邊緣ノ一部ニミ初期悪性變化ノ像ヲ認メタルモノナリ、臨床的ニモ、既ニ 7.8 年ニ亙リ潰瘍症狀持續シ、胃液所見モ亦潰瘍ニ相當セル所見ヲ示セリ、本例ノ如キハ潰瘍ニ續發セン癌腫ト判定シテ然ル可キモノナリ、又カカル慢性潰瘍ニ對シテハ、尙ホ早期ニ外科的根治手術ヲ行フヲ以テ可トスルモノナリ。

第 4 例 森某 38 歳 女子 米穀商 昭和 9 年 6 月 16 日入院、7 月 11 日治癒退院。

主訴 嘔吐、胃膨滿感、心窩部疼痛 現病歴 約半年前ヨリ、別ニ原因ナク、惡心ヲ訴ヘ又心窩部ニ不快感ヲ來タセリ、然ルニ約 50 日前ノ或ル夜中 1 乃至 2 時頃急ニ嘔吐セリ、吐出物ハ食塊ナリキ、コノ時輕度ノ惡寒アリキ、ソノ後度々嘔吐起リ、食後 2.3 時間ニ心窩部ニ膨滿感アリ、疼痛ハ食後約 2 時間ニシテ嘔吐共ニ來タル、1 ヶ月前嘔吐後蓋ニ約 3 分ノ 1 位ノ血液ヲ嘔吐セリ、嘔吐ハ約 1 ヶ月前ヨリアリシガ現在ハ之レナシ、吞酸ハ發病初期ニ之ヲ認メ現在ニ之ヲ存セズ、依テ當大學内科ニ入院、検査ノ結果胃惡性腫瘍疑診ノ下ニ當科ニ轉入セリ。

腹部所見 心窩部ニ著明ナル蠕動不安ヲ認ム、觸診上右側心窩部ニ鶏卵大硬靱ナル腫瘍アリテ、可成リ著シキ壓痛ヲ訴フ、呼吸ト共ニ動キ、側方ノ移動性ニ富ミ、呼吸時固定性ヲ保持ス、其他ノ腹部諸臟器ニハ著變ナシ、尿ニ「ウロビリノーゲン」「アセトン」ヲ證スルノ外變化ナシ、大便ノ潛血反應陽性ナリ。

胃液検査所見 遊離鹽酸度最高 24、總酸度最高 40.5、Klettertypus ヲ示ス、乳酸反應陰性、潛血反應陽性ナリ。

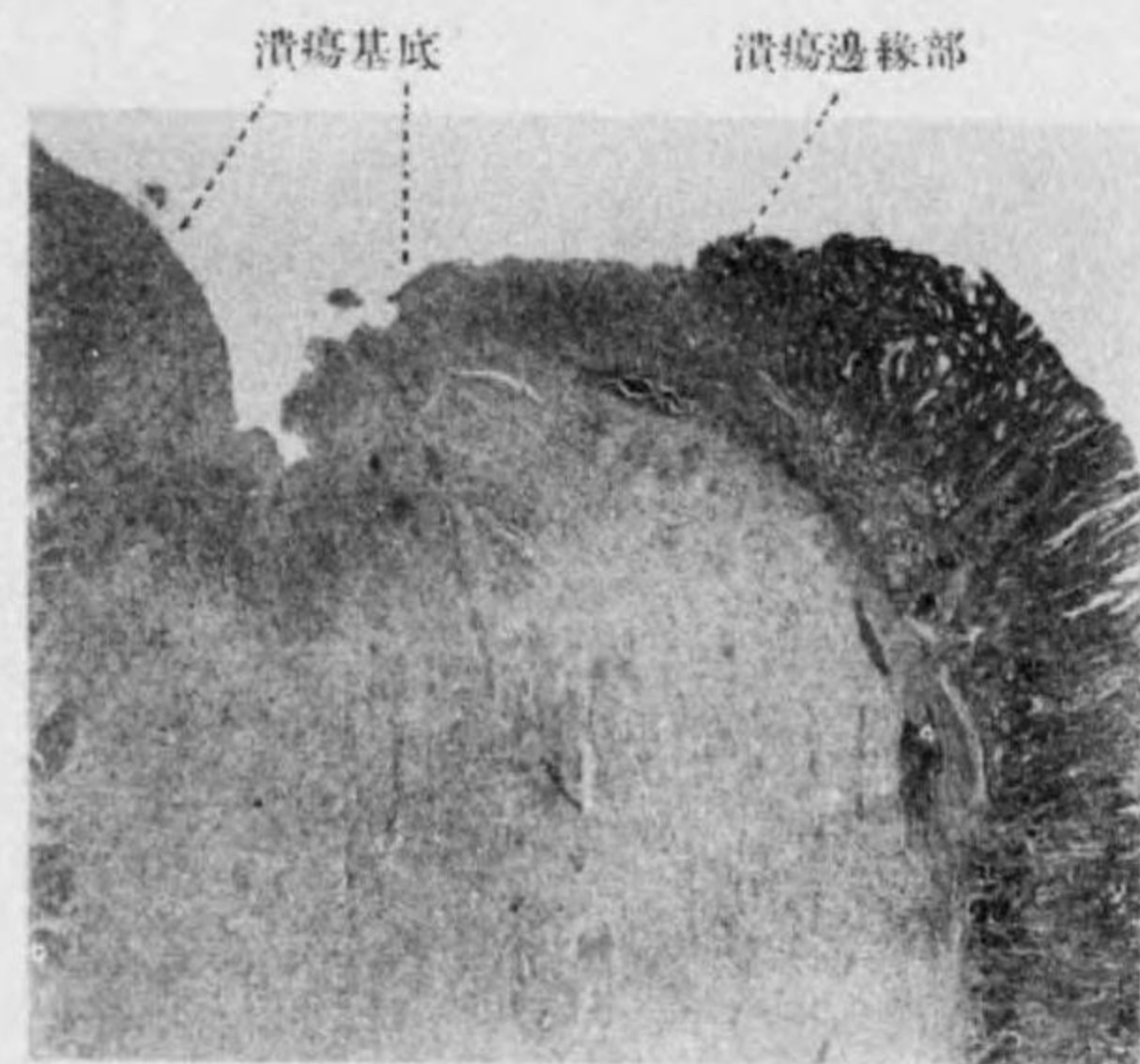


插圖 67. (乙) 潰瘍基底部分示ス 擴大 11 倍

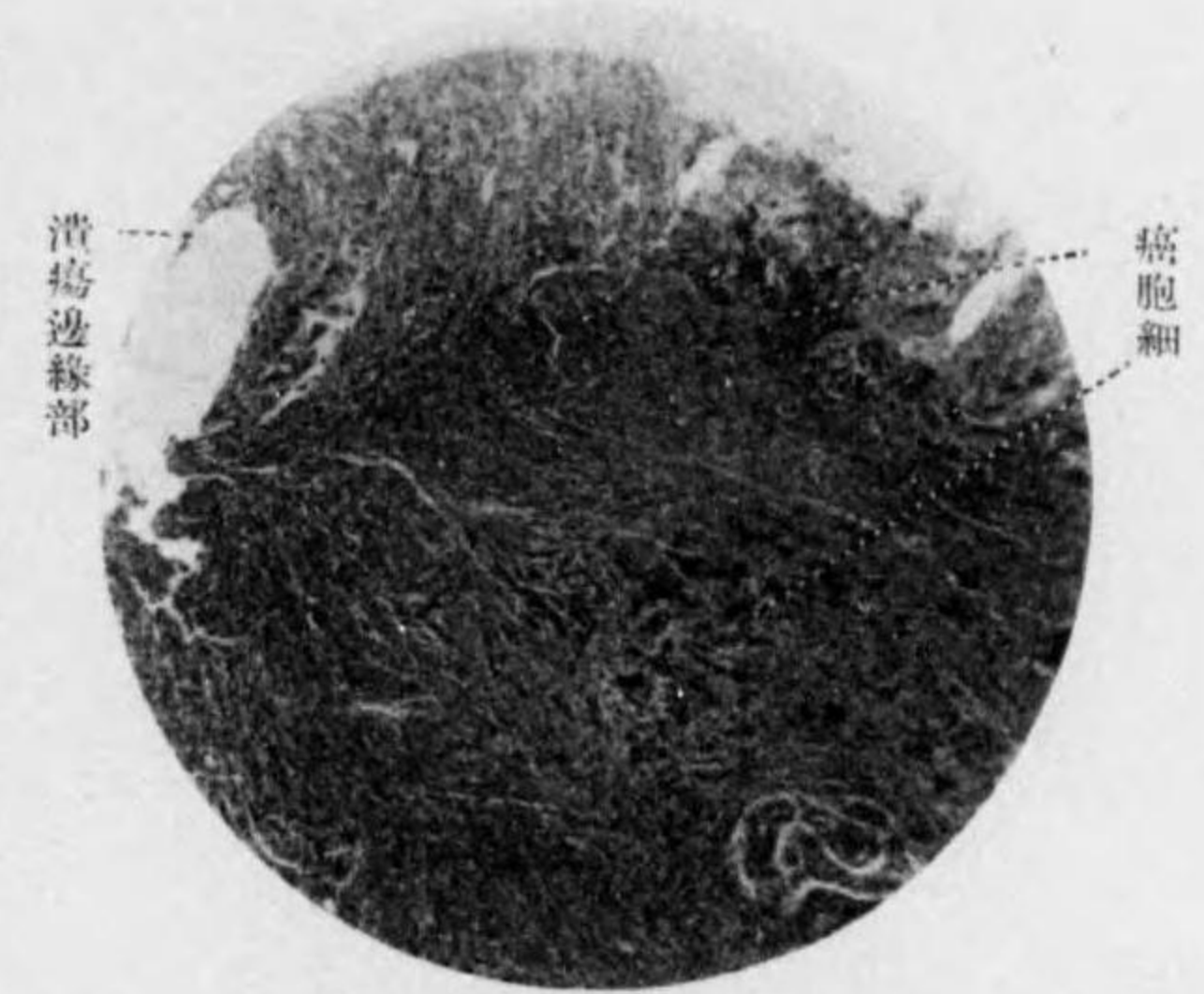


插圖 67. (丙) 潰瘍邊緣部粘膜並ニ粘膜下組織ニ於ケル癌細胞浸潤ヲ示ス (丙) 45 倍

X線検査所見 胃下垂、擴張シ、蠕動及分泌亢進セリ、幽門部=陰影缺損アリ、且ツ幽門狭窄セリ、胃癌ト診断セラル、5時間後「バリウム」ハ尙ホ全量ノ3分ノ2ヲ胃ニ殘留ス。

術前診断 幽門癌

手術所見 6月19日、心窩部正中線ニテ開腹セリ、胃幽門部=鶯卵大ノ腫瘍アリ、主トシテ後壁ヲ占ム、脾頭部、小彎=多數ノ指頭大ナル、或ハ軟キ、或ハ硬キ淋巴腺腫脹アリ、腫瘍ハ横行結腸間膜、脾頭部ト可成リ強ク癒着セリ、バルフォア氏法ニ從テ胃ヲ切除シ、空腸=ブラウン氏吻合ヲ併置セリ、切除胃片ノ大サ、小彎11種、大彎17種、十二指腸2種ナリ、胃ヲ大彎=沿ツテ開クニ、小彎=接シ、胃後壁=圓形ノ潰瘍アリ、ソノ邊緣増殖セリ、直径3種、深サ1.5種=シテ(第68圖(甲))横行結腸間膜=穿通シ黑色ノ壞死組織ニテ蔽ハル、慢性膽囊炎ノタメ更ニ膽囊別出術ヲ行ヘリ。

術後診断 胃潰瘍癌、慢性膽囊炎。

鏡檢所見 潰瘍基底ノ表面ハ偽膜ニテ蔽ハレ、炎性浸潤強シ、癌細胞ハ潰瘍邊緣部附近ノ粘膜下組織ニ所々存在ス、膠様癌ノ像ヲ示ス(第68圖(乙)(丙))潰瘍基底ニハ癌細胞ヲ殆ド見ズ。

経過 良好ニシテ術後22日ニ治癒退院セリ、書信ニ依レバ昭和9年8月頃ヨリ消化障礙、同10月ヨリ胃痛ヲ訴ヘ、目下流動食ノヲ攝取シ、衰弱次第ニ加ハルト云フ、主治醫ハ癌再發ト診断セリ。

第5例 占部某 41歳男子 石炭商、大正14年2月4日入院、同年2月27日退院、大正15年3月5日再入院、同年3月25日治癒退院。

主訴 心窩部並ニ右側季肋部ノ疼痛。

現病歴 大正12年1月23日ニ吐血シ、其前日ヨリ40

度以上ニ發熱セリ、同12日再度吐血シ、其頃心窩部=灼熱感アリ、就牀スルニ至レリ、18日頃ヨリ心窩部ニ劇痛ヲ訴ヘ意識消失セシコトアリ、醫師ヨリ胃潰瘍ト診断セラル、コノ頃ヨリ約3週間大便ハ黒ク着色セリ、約50日ニシテ輕快セシモ、翌年ノ4月半ヨリ再び同様ノ疼痛ヲ起シ且ツ少シ過食スレバ、直チニ嘔吐シ、空腹時疼痛劇シキヲ常トセリ、約1ヶ月ニテ輕快セシモ、7月末ヨリ3度劇シキ疼痛ヲ起シ、背部ヨリ肩胛部迄放散セリ、疼痛ト食事トノ關係ニ就テハ以前ト同様ナリキ、12月末3回日ノ吐血ヲ來シ、出血量ハ少ナカリキ、疼痛ト左側季肋下部ニモ劇シク之ヲ覺ユルニ至リタルモ、別ニ發熱セシコトナク、又黃疸ヲ病ミタルコトナシト云フ。

腹部所見 視診上心窩部並ニ左季肋下部ハ輕度ニ膨隆ス、觸診上心窩部ニ著明ナル抵抗ヲ觸知ス、臍ヨリ上方3横指ノ部ニ著シク壓痛ヲ訴ヘ、背部ニ放散ス。

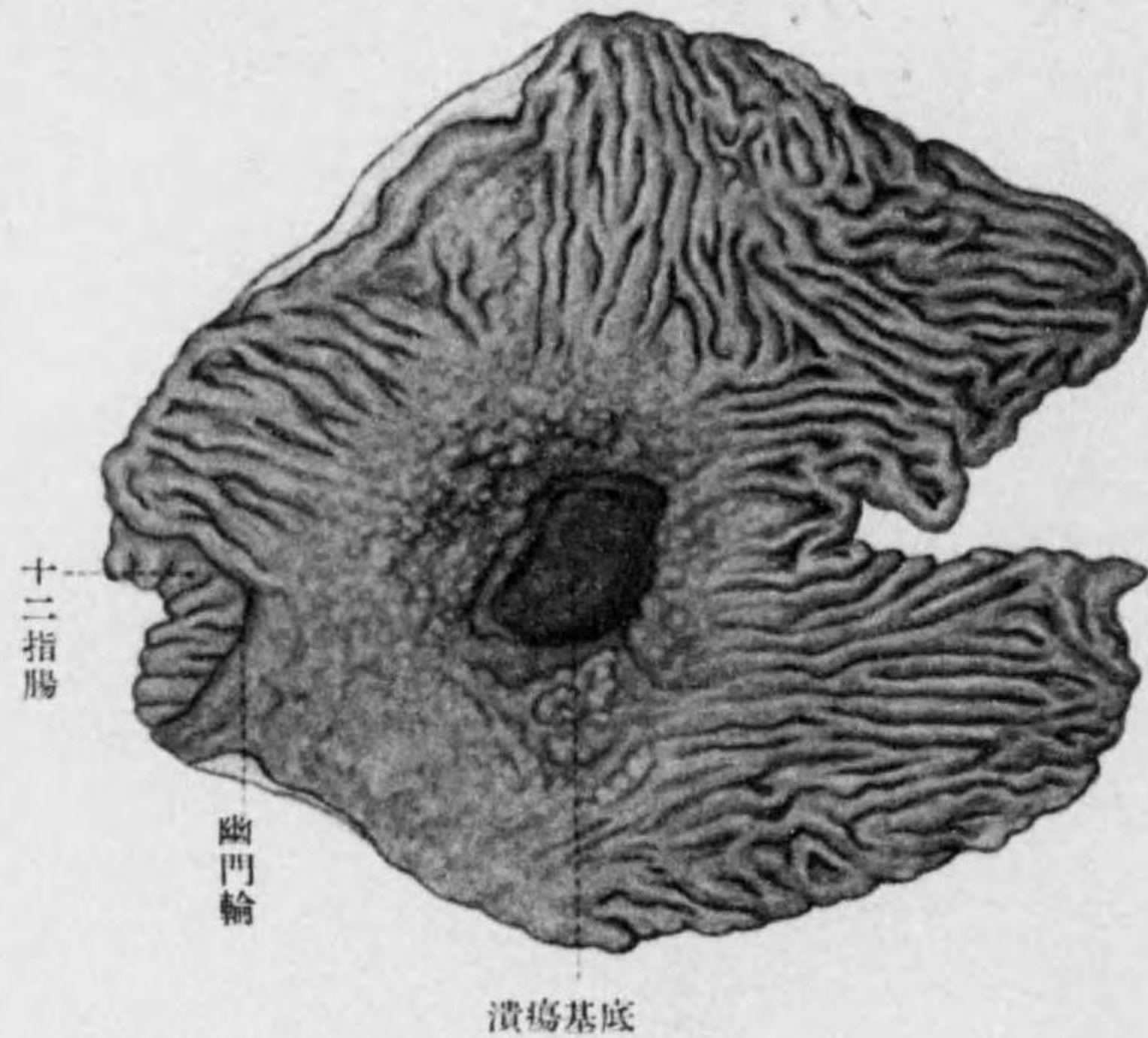


插圖 68. (甲) 胃切除標本



插圖 68. (乙) 潰瘍基部ヲ示ス、擴大25倍



插圖 68. (丙) 潰瘍邊緣部鏡檢所見 擴大32倍

胃液検査所見 全量90託、遊離鹽酸度19、總酸度48、乳酸反應陽性ナリ、十二指腸消息子ニ依リテ得タル胆汁ニハA、B及ビC胆汁内ニ共ニ塗抹標本、培養上細菌ヲ證明セズ。

X線検査所見 胃ノ展開正常ニシテ緊張並ニ蠕動亢進セリ、幽門部ニ壓痛ヲ訴ヘ通過可良ナリ、腫瘍ヲ觸知セズ、又壁龕、陰影缺損ヲ認メズ、3時間後胃ニ極メテ少量ノ「バリウム」ヲ殘ス、幽門潰瘍ト診断ス。

術前診断 胃潰瘍。

手術所見 2月7日心窩部正中線ニテ開腹ス、幽門輪ヨリ約6種距リタル小彎部、後壁漿膜ニ一大硬結アリ、之ヲ中心トシテ幽門部ヲ殘シテ胃ノ横切除ヲ行ヘリ、切除胃ハ小彎4種大彎8種ヲ算ス、切除標本ニ於テ小彎後壁ニ大ナル深キ圓形潰瘍アリ、長徑2.2種、幅員1.0種、深サ4種ナリ、潰瘍邊緣部ニハ著シキ肥厚ヲ認メズ、基底ハ粘液様血性物質ヲ以テ蔽ハル、同時ニ尙ホ萎縮、肥厚セル膽囊、蟲様突起ヲ切除セリ。

術後診断 胃潰瘍、慢性膽囊炎、慢性蟲様突起炎。

潰瘍ノ鏡檢所見 數ヶ所ヨリ作成セシ切片ノ中或ル切片ニ於テ潰瘍ノ邊緣及ビ基底ニハ癌細胞強ク浸潤シ膠様癌ノ像ヲ呈ス、爾餘ノ切片ニハ癌浸潤ヲ證明セズ。

経過 良好ニシテ術後20日ニ全治退院セリ。

再入院時所見

主訴 胃部膨滿感並ニ饑餓痛。

現病歴及ビ局所々見 退院後數ヶ月ニシテ、誘因ナクシテ、再び饑餓痛ヲ訴フ、再入院前1乃至2ヶ月ヨリ著シキ胃部膨滿感アリ、嘔吐ナシ、局所々見トシテ心窩部中央ヨリ稍左側ニ局シテ抵抗存シ壓痛アリ。

胃液所見 遊離鹽酸度最高62、總酸度最高88、血液反應陽性ナリ。

X線検査所見 過緊張胃ニシテ蠕動亢進ス、幽門通過不良、十二指腸球部變形ス。

術前診断 良性幽門狭窄症

手術所見 幽門輪ニ接シテ十二指腸前壁漿膜面ニ小指頭大ノ硬結アリ、幽門内腔ハ狭窄セリ、胃體ノ手術創ハ既ニ全ク快癒シ何等狭窄ヲ認メズ、後胃腸吻合ヲ行フ。

術後診断 十二指腸潰瘍

経過 術後16日ニシテ全治退院セリ、退院後ノ経過ニ就テ書信ヲ發シテ照會セシモ返信ニ接セズ。

本症例ハ甚ダ興味アルモノニシテ、既往ニ數回ノ吐血ヲ來シ、心窩部疼痛ヲ訴ヘ、醫師ニ依リ胃潰瘍ト診断セラレタルコトアリ、胃液所見(第1回手術前)ニ於テモ、單一的検査法ニ於テ、遊離鹽酸度19、總酸度48ヲ示シ、胃切除標本ノ肉眼の所見モ亦慢性胃潰瘍ノ像ヲ示セリ、ソノ鏡檢所見ニ於テ癌細胞浸潤ハ單ニ潰瘍ノ邊緣部粘膜ノミナラズ、其ノ基底部分モ稍高度ニ波及セルヲ以テ、單ニ鏡檢所見ノミニ依テハ、所謂消化性胃潰瘍ニ續發セン癌腫ナリヤ、胃痛ニ續發セン潰瘍ナリヤヲ正確ニ判定スルコト至難ナリト雖、前記臨牀の所見ニ微シ潰瘍癌ト診断スルヲ最モ合理的ナリトス、尙ホ再入院、再手術ニ際シ十二指腸漿膜面ニ潰瘍硬結ヲ證明セシハ、恐クヤ前回手術時看過セラレタル所ナリト思惟ス。退院後新ニ發生セン潰瘍トシテハ、僅カ數ケ月ニシテ既ニ漿膜面ニ迄、潰瘍性過程ガ進行セル點理解ニ苦ム所ナリ、即チ本例ハ、胃、十二指腸ニ各潰瘍アリテソノ内胃潰瘍ガ悪性變化ヲ來セシモノト解ス可キナリ、尙ホ臨牀上特ニ注意ス可キハ、既往ニ定型的潰瘍症狀存センタメ、醫師モ胃潰瘍トシテ治療ヲ加ヘタリ、胃標本ノ肉眼の所見ニ於テハ慢性潰瘍ノ像ヲ示セシニ不拘鏡檢の既ニ稍高度ノ悪性變化ヲ呈セリ、若シ潰瘍ノ悪性變化ニ就テ特ニ考慮ヲ拂ヒ、診療ニ從事センカ、更ニ早期ニ根治手術ヲ施スノ機ヲ得タルモノナル可シ、本例ノ如ク、潰瘍症狀ヲ呈シ、胃液所見ニ於テモ遊離鹽酸相當量ニ存在セルニ不拘既ニ癌變性ヲ來タセル場合ノ存スルコトハ臨牀上大ニ注目ス可キ點ナリトス。

第二節 十二指腸潰瘍悪性變化ノ頻度

一般ニ十二指腸ニ癌腫ノ發生スルコトハ甚ダ稀有トスル所ニシテ、文獻ニ徵スルモ、手術又ハ剖檢ニ依テ確證セラレタル十二指腸癌ノ報告例ハ極メテ少數ナリ、我が教室ニ於テモ大正8年以降昭和7年末迄ニ手術ヲ施シタル胃癌患者ハ832例ヲ算スルニ、十二指腸癌ガ僅カニ2例ニ過ぎズ、幽門部ハ癌腫ノ好發部位ナルニ拘ハラズ、癌腫ガ幽門輪ヲ突破シテ十二指腸壁ニ進入スルコトハ稀ナリトス、コノ事實ハ十二指腸ノ癌腫ニ侵サレ難キコトヲ如實ニ物語ルモノナリ。

次ニ十二指腸潰瘍ノ悪性變化ノ有無ニ關シテハ、從來多數ノ學者ニ依リテ研究、論議セラレタル所ナルモ、現今ニ至ル迄未ダ充分ナル解決ヲ見ザルモノトス、即チ一派ノ學者ハ、ソノ

悪性變化ヲ來タスコトナシト主張シ從テ Judd 氏ノ如キハ十二指腸潰瘍ニ對シテハ、胃潰瘍ノ場合ト異ナリ、其ノ悪性變化豫防ノ目的ヲ以テ、切除術ヲ施行スルガ如キハ、何等意味ナキ企ナリトセリ、蓋シ同氏ノ調査ニ依レバ、從來文獻上ニ潰瘍ヨリ發生センモノナリトシテ報告セラレタル十二指腸癌ニ於テ、一ツトシテ其ノ確證ヲ有スルモノナク、又同氏自己ノ經驗セル5例ノ十二指腸癌ニ於テモ、亦潰瘍トノ關係ヲ示スガ如キ所見ニ接スルヲ得ザリシガ爲ナリ。又 Carty 氏ハ、1906年ヨリ1924年ニ至ル間ニ Mayo Clinic ニ於テ處置セン、425例ノ十二指腸潰瘍中癌腫性變化ヲ示セシモノハ、全ク之ヲ缺如シ、又同期間ニ於テ經驗セン3例ノ十二指腸癌ニ於テモ十二指腸潰瘍トノ間ニ於テ、胃潰瘍ト胃潰瘍癌トノ間ニ見ルガ如キ關係ヲ見出スコト能ハザリシト報ゼリ、而シテ此ノ際、同氏ハ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ邊緣粘膜ニ於ケル、腺上皮細胞ノ反應狀況即チ其ノ排列狀態及ビ形態等ニ於テ、兩者間ニ著明ナル差異ノ存スルコトヲ發見シ、該現象ハ悪性變化ガ胃潰瘍ニ多ク、十二指腸潰瘍ニ缺如セル事實ニ對シ重要ナル關係ヲ有スルモノナル可シト稱セリ。

前記悪性變化否定論者ニ對シ、自家ノ經驗ニ基キテ、之ヲ肯定スル學者モ亦少ナカラズ。殊ニ Jefferson 氏ハ、普ク文獻ヲ涉獵シ、十二指腸癌中潰瘍ヨリ發生シタリト見做サルモノ、30例ヲ蒐集シ、之ニ同氏自己ノ經驗例ヲ附加シ、以テ十二指腸潰瘍ニ於テモ亦、悪性變化ノ可能ナルコトヲ力説セリ(第149表)。

十二指腸潰瘍ノ悪性變化ニ關スル學者ノ意見ハ概ネ前述センガ如クニシテ、假令悪性變化可能ナリトスルモ、其ノ頻度ハ甚ダシク僅ナルモノノ如ク、第149表ニ於ケル Jefferson 氏ノ蒐集セン例中ニ於テモソノ疑ハシキモノノ存スル事ハ既ニ同氏自己ノ認メタル所ナリ。

次ニ潰瘍ガ十二指腸内ニ限局スル事ナク、遂ニ幽門輪ヲ越エテ胃粘膜迄モ侵蝕セン場合ニ、胃粘膜ニ屬スル部分ニ於テモ悪性變化ヲ起シ得ル事實ハ既ニ、2,3ノ學者ノ報ズル所ニシテ Sherren 氏ハ2例、Busch 氏ハ1例、Mayo 氏ハ5例、我が教室ニ於テモ亦十二指腸潰瘍ノ存在ニ依リ其ノ隣接胃粘膜ニ癌變性ヲ來セシ2例ヲ經驗シ既ニ城島氏ノ發表セン所ナリ、カカル事實ハ、胃潰瘍ニ比シ十二指腸潰瘍ニ癌變性ノ起リ難キコトヲ物語ルモノナリ、我が教室ニ於テモ昭和9年11月末迄ニ手術セン十二指腸潰瘍例ハ156例、胃及ビ十二指腸潰瘍合併例32例ヲ算スルモ十二指腸潰瘍ニシテ癌變性ヲ示セシモノハ1例モ之ヲ經驗セズ、最近益子氏ハ我が教室ニ於テ、幽門部胃潰瘍癌ガ十二指腸壁ニ浸潤ヲ來タシタル症例ヲ報告セリ、(東京醫事新誌第2820號)而シテ前記城島氏ノ報告例ハ甚ダ興味アルモノナルヲ以テ次ニ之ヲ紹介スベシ。

第1例 患者隅川某、30歳男子。農夫、大正14年1月23日入院、同2月9日治癒退院、
現病歴 約5年前ヨリ何等誘因ナク、心窩部ニ激痛ヲ覺ヘ、其ノ都度患者ハ就床靜養服藥シ、藥ニヨリ直ニ

減退スルヲ常トセリ、約3年前ヨリカカル疼痛ハ次第ニ減弱消退スルト共ニ、食後胃部膨滿感ヲ來タスニ至リ、現時屢々嘔吐ストイフ、吐物ハ食物殘渣ニシテ、未ダ曾テ混血セシコトナク、又黃疸發熱ヲ伴ヒシコトナシト。

現症 體格營養共ニ中等度、顔貌ハ稍憔悴シ、皮膚ハ一般ニ貧血性ナリ、胸部臟器、神經系統、淋巴腺系統共ニ著變ナク、糞便尿共ニ異狀ナシ、腹部ヲ檢スルニ腫瘍壓痛點等ハ全く之ヲ缺如スルモ、振水音著明ナリ、迴盲部ニ壓痛アリ。

胃液所見 トシテハ遊離鹽酸ハ之ヲ缺如シ、總酸度ハ45。潛出血反應陰性ナルモ、乳酸反應ハ中等度ニ陽性ナリ。

胃ノ「レントゲン」検査成績ヲ述ブレバ胃ハ鉤狀型ヲ示シ、中間層多量ナリ、過緊張狀態ニシテ、蠕動甚ダシク亢進シテ逆蠕動ヲ認ム、右側距離甚ダ大ナリ、幽門通過ハ著シク障礙セラレ、6時間後ニ於テモ尙試験食ノ2分ノ1ヲ胃内ニ殘留ス、腫瘍、壁竈、充填缺損等ヲ認メス。

術前診斷 善性幽門狹窄症、

手術 1月27日清醫學士執刀ノ下ニ心窩部正中線ニ於テ開腹セリ、胃ハ可成リ擴張、肥大シ幽門部附近ハ一帶ニ稍固キ鳩卵大ノ腫瘍ト化シ脾臟頭部橫行結腸間膜等ト纖維性ニ強ク癒着セリ、依テホリア氏法ニヨリ同部ヲ切除シ、二重縫合ニヨリ腹腔ヲ閉鎖セリ、切除セシ胃片ハ大彎ノ長サ4糎、小彎ノ長サ5糎、十二指腸ノ長サ3糎ヲ算セリ、大彎ニ沿ヒテ、胃腔ヲ開キシニ十二指腸起始部ニテ其ノ小彎側ニ一致シ、且ツ幽門輪ノ直下ニ、長徑3糎、橫徑2糎ヲ算スル橢圓形ノ潰瘍アリテ、其ノ周圍粘膜ハ著明ニ肥厚シ稍硬固ナリ。

組織學的所見 十二指腸粘膜ニ於テハ、潰瘍ニ近ヅクニ隨ヒ圓形細胞ノ浸潤、結締織ノ増殖強クシテ、腺管ノ數モ減少シ且ツ其排列狀況方向等モ不規則トナレリ、粘膜下層ハ稍肥大シ圓形細胞浸潤ス、潰瘍底附近ノ血管ハ其ノ壁稍肥厚シ赤血球ヲ以テ充サル。殊ニ潰瘍底ノ筋層ニ於テ著明ニシテ、漿膜下部ニ於テハ廣汎ナル出血竇多數ヲ認ム。

次ニ幽門輪ニ接セル胃粘膜ニ於テハ、固有層中ニ於ケル結締織ノ増殖、圓形細胞ノ浸潤甚ダ高度ナルニヨリ腺管ノ數大ヒニ減少シ、其ノ方向深サ、排列狀況モ甚ダシク不規則トナレリ、粘膜筋層ハ強度ノ細胞浸潤ノタメニ肥厚シ且ツ多數ノ大小不同ナル分野ニ分割セラル、而シテ其ノ間ニ於テ數ケ乃至數十ケノ癌腫細胞ガ線狀ヲナシ、又ハ集簇シテ浸潤セルヲ認ム、粘膜下層ハ著明ニ肥厚シ、其ノ間ニ於テ結締織ノ増殖、腫瘍細胞ノ浸潤ヲ呈ス、筋層内ニ於テハ腫瘍細胞ヲ認ムルコト少ナク所々ニ圓形細胞ノ浸潤アリ、一般ニ胃壁ノ血管ハ其ノ壁稍著明ニ肥厚シ赤血球ヲ以テ充滿セリ、腫瘍細胞ハ「ヘマトキシリン」ニ染染シ大小不同不整ノ核ヲ有シ其ノ原形質ハ不明ナルモノ多シ、要之、組織學的檢索ノ結果十二指腸壁ニ於テハ、單ナル炎性變化ヲ認メ得タルノミナルニ、胃壁ニ於テハ其ノ粘膜、粘膜下層ニ於テ癌腫細胞ノ浸潤ヲ認メ單純癌ノ構造ヲ示セリ。

術後經過 良好ニシテ患者ハ術後17日ニ治癒退院セリ、書信ニヨリ狀況ヲ尋ネシニ、手術後健康ヲ回復

第149表 Jefferson氏ノ蒐集シタル十二指腸潰瘍ノ惡性變化ヲ來シタル症例

報告者	發表年次
1. Ewald	1886
2. Eichhorst	1888
3. Schrötter	1886
4. Perry a. Show	1893
7. "	
8. Greenhow	1873
9. Mackenzie	1892
10. Letiille	1897
11. Buts	1900
12. Boxwell	1907
13. Geiser	1907
14. Chanfard	1908
15. Peck	1910
16. W. J. Mayo	1910
17. " "	
18. Mognihar	1912
19. " "	
20. Benedict	1911
21. Lecène	1910
22. Deaver	1914
23. "	
24. Melchior	1910
30. " "	
31. Jefferson	1917

説明 1-31.ハ症例數

術後經過 良好ニシテ患者ハ術後17日ニ治癒退院セリ、書信ニヨリ狀況ヲ尋ネシニ、手術後健康ヲ回復

シ術後既ニ約4年ヲ經過セルニ拘ラズ何等ノ自覺症モナク日々農業ニ從ヘリトイフ(實地醫家ト臨床、第6卷第4號)

第2例 患者大庭某、60歳女、昭和3年4月20日入院同5月11日死亡。

現病歴、膽囊炎ノタメ膽囊瘻ノ手術後、全く健康ヲ回復セシガ、入院前約3ヶ月ヨリ食後胃部ニ膨滿感ヲ訴フルニ至リ、且ツ夜間ニ輕度ノ胃痛ヲ覺ヘタリ、其後疼痛ハ次第ニ輕減セシモ、心窩部膨滿感ハ次第ニ増悪シ、1ヶ月前1回酸性食餌ヲ吐出セシコトアリ、現今患者自ラ心窩部ニ蠕動不安ヲ認ム、食慾ハ佳良ナルモ膨滿感強キタメ充分攝食スルコト能ハズ、便痛ハ秘結ニ傾ク、酒ハ之ヲ用ヒザルモ煙草ヲ嗜ム。

現症 體格、營養共ニ中等度、皮膚稍貧血性ナリ。胸部臟器、神經系統、淋巴管系統ニ異常ナシ、尿糞便共ニ變化ヲ呈セズ、心窩部正中線ニ手術創アリ、蠕動不安著明ナリ、觸診スルニ腫瘍ハ之ヲ認ムルコト得ザルモ、臍ヨリ約二指橫徑、右側方ニ壓痛點アリ、振水音著明ナリ、迴盲部ハ壓痛甚ダシ。

分割的検査法ニヨリテ、胃液ヲ檢スルニ、總酸度最高25遊離鹽酸度最高15ナリ、血液反應及ビ乳酸反應共ニ陰性ナリ。

「レントゲン」検査所見 トシテ胃ハ著明ニ擴張シ、牛角型ヲ呈ス、中間層多量ナリ、蠕動著明ニ亢進シ、逆蠕動ヲ認ム、十二指腸球部ハ變形ス、幽門通過ハ全く障礙セラレ試食後6時間目ニ檢スルニソノ殆ド全部ヲ胃中ニ殘留ス。

手術、前記所見ニヨリ、善性幽門狹窄症ト診斷シ4月24日、後藤教授執刀ノ下ニ、心窩部正中線ニ於テ開腹セリ、胃ハ著明ニ肥大擴張シ、十二指腸ノ起始部ニ於テ約拇指頭大ノ硬キ腫瘍ヲ認メ、其ノ部ハ周圍殊ニ、前回膽囊瘻出術ヲ施行セシ部ト可成リ強ク癒着セリ、脾臟頭部附近ニ硬キ小指頭大ノ淋巴腺腫脹2.3ヲ認メタリ。ホリア氏法ニヨリ幽門部ヲ切除シ腹壁創ヲ閉鎖セリ、切除セシ胃片ハ大彎長サ8糎、小彎ノ長サ5糎十二指腸2.5糎ヲ算セリ、十二指腸ノ起始部ニシテ、幽門輪直下部小彎側ニ一致シテ、淺キ細長ノ潰瘍アリテ、其ノ一部ハ胃粘膜迄ニモ達セリ(插圖69)、其ノ長徑2.5糎、幅1糎深サ0.5糎ナリトス、其ノ基底ハ瘢痕性ニシテ、粗造不平、所々ニ灰青色ノ壞死組織ヲ以テ被ハレ、其ノ邊緣ハ堤防狀ニ増殖シ充血強ク所々ニ硬化セル部アリ。

組織學的所見 胃ノ潰瘍ニ接近セル粘膜ハ、稍肥厚シ固有層中ニ於ケル結締織ノ増殖、圓形細胞ノ浸潤甚ダ著明ナルタメ、腺ノ數モ大ニ減少シ且ツ其排列ノ狀況、深サ、方向等甚ダ不規則ナリ、粘膜筋層モ結締織ノ増殖、圓形細胞ノ浸潤ニヨリ、大小不同ノ分解ニ分タレ、且ツ所々ニ數ケ乃至10數ケノ癌腫細胞集簇シテ浸潤シ、其ノ多クハ腺樣構造ヲ形成シ其ノ腺腔ハ稍大ナリ、粘膜下層モ潰瘍ニ近キ部分ハ稍肥厚シ圓形細胞ノ浸潤結締織ノ増殖強クシテ、尙其ノ間ニ於テ癌腫細胞ノ浸潤ヲ認ム、此ノ腫瘍細胞ハ粘膜筋層ニ於

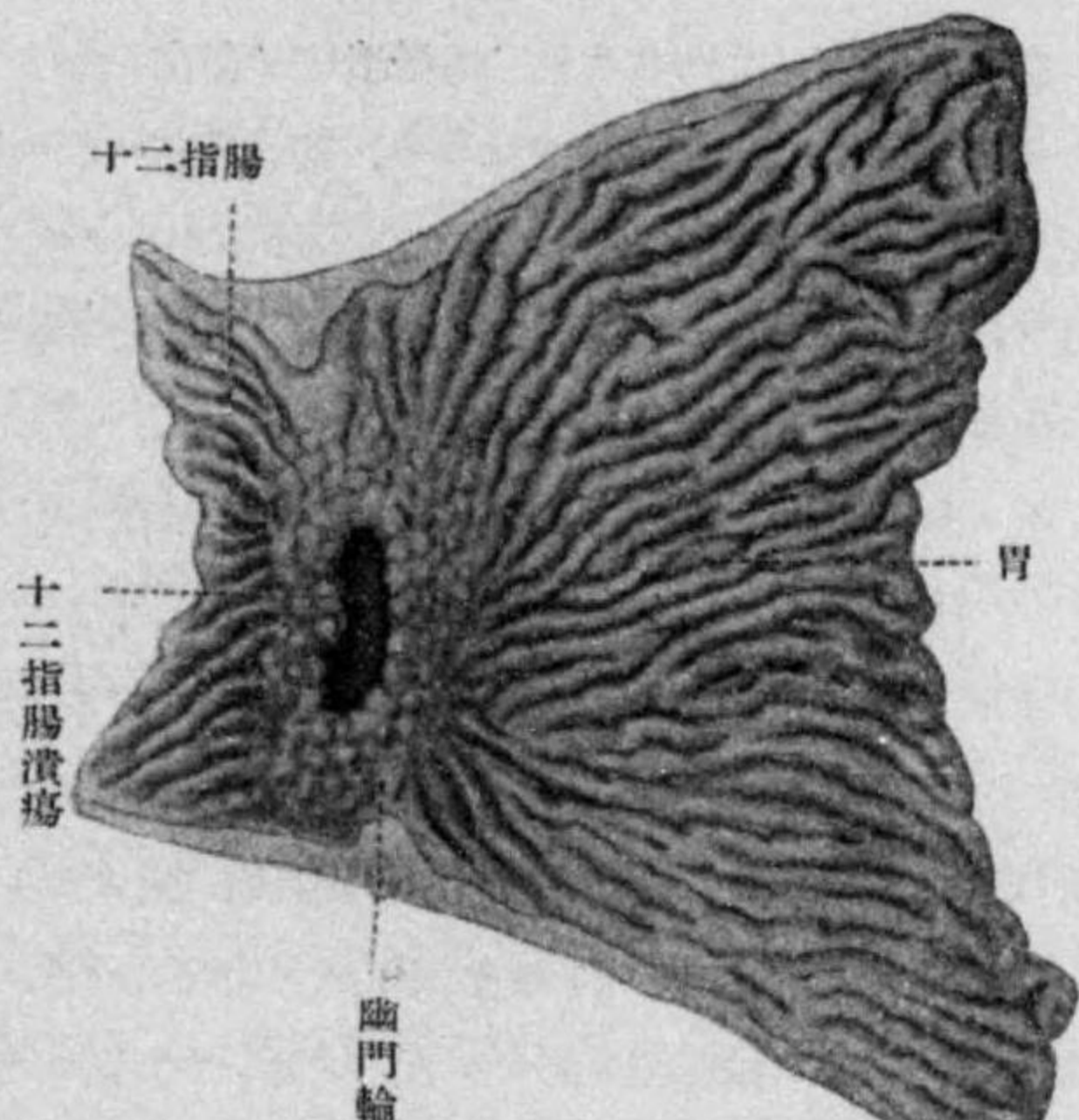


插圖 69. 一部惡性變化ヲ示セル十二指腸潰瘍(胃切除標本)

ケルモノ同様ニ腺様構造ヲ示シ大ナル腺腔ヲ形成セリ、筋層ハ一般ニ圓形細胞ノ浸潤セルヲ認ムルモ、癌腫細胞ハ單ニ粘膜下層ニ接セル一部分ニ於テノミ、之ヲ認メ得ルノミナリ。一般ニ胃壁ノ血管ハ、其ノ壁強ク肥厚シ且ツ充血著明ナリ。

潰瘍底ハ細胞ニ富メル肉芽組織ヨリ形成セラレ充血著シ、癌腫細胞ハ單ニ胃粘膜ニ接セル一部分ニ於テノミ之ヲ認メタルモ腺様構造ヲナセルモノナシ。

十二指腸壁ハ潰瘍ニ近ヅクニ從ヒ、粘膜、粘膜下層ニ於ケル圓形細胞、浸潤、結締織ノ増殖其ノ度ヲ加ヘ、且ツ充血強キモ、胃壁ニ於ケルガ如キ腫瘍細胞ヲ認メズ。

腫瘍細胞、大小不同不正型ニシテ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル核ヲ有シ、原形質ノ構造ハ多ク不明ナリ、多數集簇シテ、可ナリ大ナル腺様構造ヲ形成ス、前記組織學の所見ヲ總括スルニ、本例ニ於テモ、第1例ノ場合ト同様ニ十二指腸ニ於テハ何等悪性變化ノ徵ヲ認メ得ザルニ反シ、胃粘膜ニ於テハ腺癌ノ發生セルヲ見タルモノナリ。

術後ノ経過 術後輕度ノ膽汁瘻ヲ形成シ糞便ノ着色異常、腹膜炎ノ症狀等ハ全ク之ヲ來サザリシモ、次第ニ衰弱ノ度ヲ加ヘ、術後21日遂ニ死去セリ、(實地醫家ト臨床第6卷、第4號)。

要之、前記ノ2例共ニ十二指腸潰瘍ノ存在ニヨリ、其ノ隣接胃粘膜ニ癌腫性變化ヲ招來セシモノニシテ、殊ニ第1例ノ如キハ、其ノ潰瘍ハ單ニ十二指腸内ニ限極セシニ拘ラズ幽門輪ヲ距リタル胃粘膜ニ於テ癌腫ノ發生ヲ來クシタルモノニシテ、第2例ト共ニ臨牀上誠ニ興味アリ、且ツ稀有ナル症例ナリトス、而シテ前述ノ如ク此ノ兩者ニ於テハ共ニ、其ノ十二指腸壁ニ於テハ何等悪性變化ノ所見ヲ認メ得ザリシモノトス。

次ニ十二指腸潰瘍ガ胃潰瘍ニ比シテ悪性變化ヲ來ス頻度ノ低キハ如何ナル理由ニ基クモノナリヤヲ研究セザル可ラス、教室先輩木塚氏ハ、手術ニ得タル胃癌切除標本125例ニ於テ、胃粘膜ガ特ニ癌變性ヲ示セル附近ニ於ケルブルネル氏腺ノ態度及ビ既ニ發生セル癌腫ノ浸潤ニ對スル同腺ノ所見ニ關シテ組織學的研究ヲ重ネタル結果、癌腫ヲ有スル胃粘膜ニ於テハ、獨リ幽門輪ノミナラス、苟クモ粘膜胃腺組織ノ肥大セル部ニ於テハ、少ナクトモ形態學のニ十二指腸粘膜ノブ氏腺ト識別シ難キ腺組織ヲ粘膜基底又ハ粘膜下層ニ認ムルモノニシテ、只其ノ發達ノ度ニ十二指腸粘膜ニ於ケルガ如ク著シカラザルノミナリトシ、之等ハ胃粘膜ノ悪性變化ニ干與セズ、尙ホ其ノ良ク粘膜基底ニ健存セルガ如キ部位ニ於テハ胃腺組織ガ増殖ニ傾クコトアルモ、悪性變化ニ迄至ラザルヲ常トシ、又癌細胞ノ浸潤ニ對シブ氏腺ハ肥大性胃腺組織ト共ニ抵抗力大ナルコトヲ認ムルモノナリト云ヘリ、更ニ氏ハ胃癌胃粘膜ニ於ケルブ氏腺ハ胃腺組織ノ肥大ニ隨伴シテ出現シ來ル附帶現象ニシテ、胃粘膜ノ癌性變化ヲ營ムニ至ラシメズ、又既ニ癌發生後ノ癌細胞浸潤ニ對シテハ、比較的良好ノ抵抗力ヲ有スルモノニシテ、胃癌ノ幽門輪ヲ突破シテ十二指腸ニ浸潤スルコトノ困難ナルハ、幽門輪ノ筋肉ノ發育可良ナルコト、粘膜下層ノ比較的小ナルコトノ外、此ノブ氏腺ノ發育良好ナルコトモ亦其ノ一要素タルヲ失ハザルモノナリト稱セリ。

依之、氏ハ、胃潰瘍ト十二指腸潰瘍ハ極メテ類似ノ疾患ナルニモ拘ラズ、其ノ癌性變化ニ

關シ甚ダ趣ヲ異ニスル所以ハ、兩所粘膜ノ癌發生ニ對スル素因ノ相違、換言スレバ、兩所粘膜腺細胞ノ再生現象ニ於ケル過程ノ相違ニ基クモノナルモ、カカル相違ガ何ニ依テ來タルモノナリヤニ關スル決定的ノ事由ニ至リテハ今日尙ホ充分明カナラザルモノトセリ。

第三節 胃潰瘍癌ノ病理組織學の所見

第一項 胃潰瘍癌ノ發生經路

胃潰瘍ヨリスル癌腫發生ヲ潰瘍邊緣ニ於ケル腺組織ノ異型の増殖ニ歸シタルハ Hauser 氏ニシテ又カカル増殖ノ原因ヲ胃腺小窩部ノ再生作用ニ求メタルハ L. Moszkowitz 氏ナリトス。其ノ他潰瘍癌發生ノ經路ニ就テ組織學的研究ヲ重ネタル學者少ナカラズ。

我が教室ニ於テモ曩ニ木塚氏ハコノ方面ニ關シテ系統的組織學的研究ヲ遂ゲタルモノナリ、今氏ノ研究ニ基ヅキ其ノ大要ヲ記載スレバ次ノ如シ。

其ノ1. 胃潰瘍周圍ニ於ケル粘膜ノ態度及ビ癌組織ノ發生 胃潰瘍周圍ノ粘膜ハ、肥大性胃炎ノ像ヲ呈スル場合ト萎縮性胃炎ノ像ヲ呈スル場合トアリ、而シテ肥大性胃炎ノ場合ニハ通常間質結締組織ノ増殖ナク、又悪性變化ノ傾向モナクシテ寧ロ邊緣周圍ヨリ潰瘍面ニ沿ヒ潰瘍底ニ伸展セントスル傾向アリ、然レドモ、他面又腺細胞核「ピクノーゼ」ヲ呈シ、甚シキハ粘膜ノ表層消失シテ僅カニ粘膜基底ニブ氏腺ノミヲ止メタルモノアリ。

萎縮性胃炎ノ場合ニハ前者ニ反シテ、一般ニ間質組織ノ増殖強ク、腺實質組織ハ萎縮減少セル事多ク、其ノ甚ダシキニ至レバ全ク腺型消失シ其ノ局部ノ粘膜全層ガ間質組織化セルコトアリ、而シテ斯ク間質結締組織増殖旺盛ニシテ腺實質ノ消失スルガ如キ場合ニハ其ノ部ニ存在スル多數ノ新生結締組織細胞又ハ小圓形細胞浸潤ニ混入シテ多數ノ上皮様細胞ヲ見ル事アリ、之等上皮様細胞ハ或ハ胞巢或ハ腺型ヲ形成シテ可ナリ密集シ、或ハ又散在性ニ存在ス、更ニ又間質組織ノ増殖前記程高度ナラズシテ粘膜組織ハ尙ホ多少殘存シ、其ノ腺型ハ尙ホ多少保存セララルモノアルモ、之等ハ増殖シタル結締織ニ依リテ絞窄分難疎隔セラレテ僅カニ島嶼狀ニ發見セララルガ如キ場合ヲ見ルニ之等腺上皮細胞核ハ濃染ヲ呈スルト共ニ増殖傾向著明ニシテ或ル腺管ハ迂曲シ、或ル腺管ハ囊狀トナリ、諸家ノ所謂異型の増殖ノ像ヲ呈スル事稀ナラズ。

然ラバ如何ニシテ斯カル現象ヲ呈スルヤニ就テ、木塚氏ニ依レバ、腺組織ハ一方破壊消失ヲ補償セシメガ爲メ再生機能ヲ發揮セント努力スルモ、他方破壞的刺戟ハ今尙ホ存在スルノミナラス、更ニ又肉芽組織ノ發生ニ亞テ高度ナル結締織纖維ノ増殖アルガ爲メ、再生の組織ハ平常ニ於ケルガ如ク自由ニ自己ノ占有スベキ位置ヲ得ズ、換言スレバ常態ト異ナレル條件ノ下ニ増殖スルノ餘儀ナキガ爲メ、遂ニ異型の増殖(即チ癌組織形成)ヲナスニ至ルモノナル可シト、

而シテ粘膜炎斷絶縁ヲ遠ザカルニ從ヒ、叙上間質ノ變化ハ急ニ其度ヲ減ズルト同時ニ粘膜炎組織ハ肥大ヲ呈スルモ、腺上皮細胞ノ増殖ノ傾向ハ最早ヤ著明ナラザルニ至ルヲ見レバ、益々カカル想像ノ正鴻ヲ得タル可キヲ思ハシム。腺組織ノ悪性増殖ノ傾向ヲ示サ、常ニ腺管部上皮細胞ニ於テスルモノシテ、反之腺底部上皮細胞乃至粘膜炎基底ニ占居スルブ氏細胞ニハ毫モカカル現象ナキガ如シト。

其ノ 2. 粘膜炎筋層ノ能度、細胞浸潤ニ對シテ、筋層ノ抵抗比較的大ナル事ハ一般ニ認メラルル所ナルガ胃潰瘍邊縁ニ於テハ粘膜炎筋層ハ木塚氏ニヨレバ肥大スルヲ常トスト、然レドモ胃粘膜炎ニ於ケル間質結締織及ビ圓形細胞ノ浸潤甚ダシキ時ニハ其ノ影響粘膜炎筋層ニ及ビ爲メニ粘膜炎筋層ハ斷裂、疎隔セラルル事アリト、而シテ胃潰瘍ノ邊縁部ニ於ケル粘膜炎筋層ノ走行状態ハ種々シテ次ノ如ク之ヲ分類スルコトヲ得ベシ。(木塚)

- (1) 潰瘍面ニ達シ茲ニ於テ一刀兩斷的ニ切斷セラレタル型(進行性潰瘍ノ場合)
- (2) 潰瘍面ニ對シ 茲ニ於テ鈎狀ニ下方ニ迂曲セル型。
- (3) 潰瘍面迄到ラズシテ下方ニ迂曲シ終ルモノ(即チ潰瘍面ニ瘻痕組織發生ノ場合)
- (4) 潰瘍淺キタメニ、基底面ノ一部又ハ全部ヲ形成セルモノ。

之等ノ諸型ト粘膜炎組織ノ状態如何トニ依テ、新生癌組織ハ深部組織浸潤ニ當リテ種々ノ方途ヲ取ルニ至ルト。

其ノ 3. 粘膜炎下層ノ態度、潰瘍ニ續發セシ癌ニ於ケル粘膜炎下層ハ増殖結締織細胞ノ浸潤及ビ毛細血管形成ノ著明ナル事ヲ以テ特長トシ、此點ニ依リテモ殆ンド原發性癌腫ト識別シ得ル程ナリ、而シテ其ノ組織ノ粗鬆ナル事ト血管ニ富ミテ榮養攝取ニ便ナル事ハ一旦此部ニ到達セル癌細胞ヲシテ一舉ニシテ廣汎ナラシムルモノナリ。

而シテ粘膜炎ニ於テ、再生増殖ニ傾ケル腺上皮細胞ガ粘膜炎離レテ粘膜炎下層ニ達スル事ハ癌變性ノ第一確徴ナリ。此ノ際素ヨリ粘膜炎組織中ニ於テ癌變性ニ陥レル細胞有リ得ベキモ、潰瘍邊縁ニ於ケル、癌性變化ノ初期ヲ觀察スルニ、粘膜炎部ニ於テハ、細胞核ノ形態排列等悪性増殖ノ細胞ナルカ又ハ單純性ノ増殖性細胞ナルカノ識別難ナルモノナリ。

其ノ 4. 癌組織浸潤ノ方法 悪性變化セル粘膜炎腺上皮細胞ガ他ノ組織ニ浸潤スルニハ二ツノ方法ニ依ルモノニシテ、其ノ一ハ粘膜炎筋層ヲ迂迴シ、他ノ一ハ之ヲ穿通スル方法ナリ。今之等ノ各々ニ就テ次ニ更ニ詳述セン(插圖 70 参照)。

甲 粘膜炎筋層ヲ迂迴シテ浸潤スル法

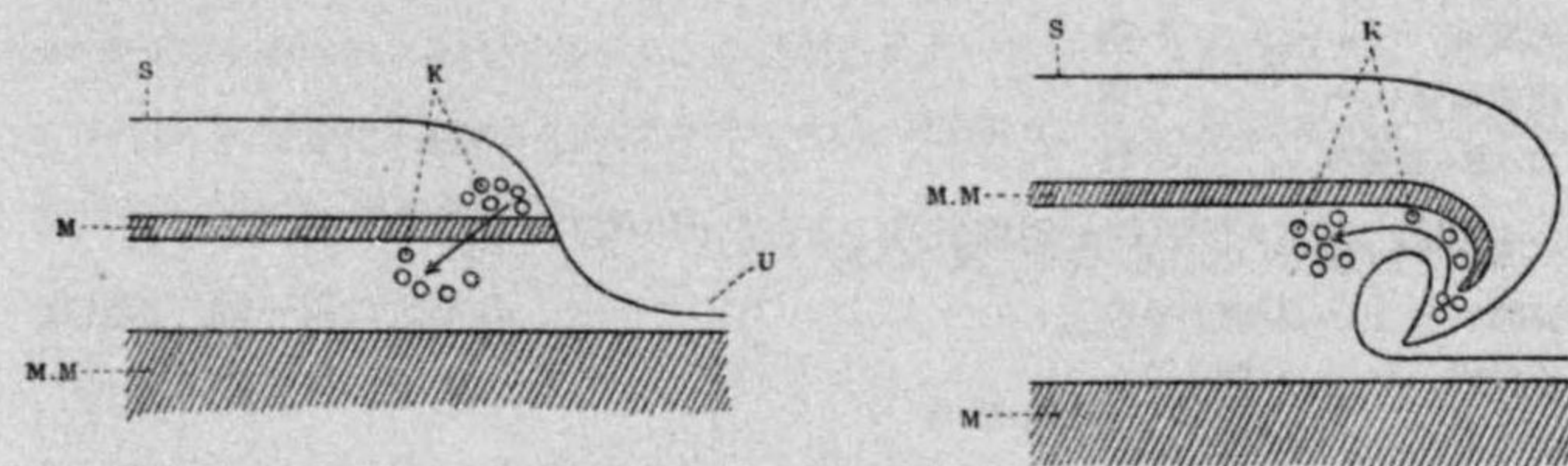
粘膜炎筋層ヲ迂迴シテ浸潤スル場合ニハ次ノ如キ組織學的所見ヲ示スモノトス。

- (イ) 粘膜炎邊縁ニハ間質組織ノ増殖アルモ萎縮高度ナラズ。少ナクトモ多少ノ腺型ヲ保存シ而モ其ノ上皮細胞ハ増殖ノ傾向ヲ有ス。

- (ロ) 粘膜炎筋層ハ潰瘍面ニ到達セズ又ハ到達スルモ下方ニ向テ迂曲セリ。

- (ハ) 粘膜炎下層ガ潰瘍面ニ於テ彎入セリ。

上記ノ如キ條件ニ於テハ粘膜炎斷絶縁ガ潰瘍面ニ向テ内翻シ易ク遂ニ其ノ組織ハ潰瘍面ニ接著スルニ至ル可シ。



(甲) (乙)
插圖 70. 潰瘍癌ニ於ケル癌細胞浸潤經過ヲ示ス(木塚氏ニ依ル)

説明 U 潰瘍基底 K 癌細胞 S 粘膜炎
M.M. 粘膜炎筋層 M 固有筋層

此際粘膜炎斷絶縁ノ腺組織ガ壞疽ヲ免レテ増殖性ヲ持スル時ハ粘膜炎下層ニ容易ニ浸潤シ得テ癌像ヲ呈スルニ至ル、然ルニ粘膜炎ガ潰瘍面ニ接著セザル場合ニハ、内翻セル粘膜炎先端ノ増殖性細胞ハ潰瘍面迄到達セザル粘膜炎筋層ノ終端ヲ迂迴シテ粘膜炎下層ニ到達ス、而シテ此場合粘膜炎下層ニ浸潤セル癌組織ハ常ニ腺癌ノ像ヲ呈ス。

乙 粘膜炎筋層ヲ穿通シテ浸潤スル方法

増殖性上皮細胞ガ粘膜炎筋層ヲ穿通シテ其ノ下層ニ浸潤スル場合ニハ、次ノ如キ組織學的所見ヲ示ス事多シ。

- (イ) 粘膜炎ノ萎縮高度ニシテ間質組織化セル中ニ核分裂ヲ伴フ上皮細胞ヲ認ム。
- (ロ) 粘膜炎筋層ハ潰瘍壁又ハ其ノ基底ニ到達ス。
- (ハ) 潰瘍壁ノ彎入ナシ。

前記ノ如キ場合ニ於テハ、粘膜炎斷絶縁ハ潰瘍面ニ向ツテ内翻スル事ヲ得ズ、粘膜炎組織内ニ發生セル増殖性上皮細胞ハ肥厚セル粘膜炎筋層ニ多少遮ラルルモ、一旦間質結締織又ハ圓形細胞浸潤ニ依リテ粘膜炎筋層ノ斷裂疎隔セラルルニ至レバ其ノ間隙ヲ通ジテ比較的容易ニ粘膜炎下層ニ到リ遂ニ癌浸潤ヲ呈スルニ至ル、而シテ此場合ニ於テハ腺癌ヲ形成スル事比較的稀ニシテ充實性ノ癌像ヲ作ル事多シ。

第二項 潰瘍癌組織像

潰瘍ニ續發スル癌腫ノ組織像ニ關シテハ種々議論セラルル所アリ、木村氏ハ、殆ンド凡テノ癌腫ガ發生シ得ルモノナルモ、最モ多キハ髓様癌ニ類スル小型細胞ヨリナルモノナルモ、眞ニ

髓様構成ヲナスコトナク、寧ロ此レガ結締組織間ニ浸潤スル狀況ヲ示シ、大體ニ於テ、單純癌ニ近キコトヲ述ベタリ、而シテ潰瘍癌ニ就テ我ガ教室ニ於ケル余ノ調査成績モ亦略之ト同様ナリ、先ヅ腺腔ヲ形成スル腺癌ト之ヲ形成セザル充實癌トニ大別シソノ頻度ヲ擧グレバ次ノ如シ。

腺癌	6 例 (悪性腺腫 2 例ヲ含ム)
充實癌	3 例
兩者混合セシモノ	2 例
尙ホ他ニ膠様癌	2 例

次ニ癌組織ニ對スル間質結締組織發育ノ強弱如何ニ依テ分類シタルニ次ノ如シ。

髓様癌	1 例
單純癌	1 例
硬性癌	8 例

癌變性尙ホ初期ニシテ間質組織發育ノ強弱ハ癌細胞トノ關係ヲ正確ニ決定シ難キモノノ3例アリ。

尙ホ教室木塚氏ガコノ關係ヲ潰瘍化原發性癌並ニ無潰瘍原發性癌ニ就テ調査セシ所ヲ紹介スリバ次ノ如シ。

	潰瘍化原發性癌	無潰瘍原發性癌
髓様癌	31 例	2 例
單純癌	3 例	4 例
硬性癌	2 例	5 例

即チ潰瘍化原發性癌ハ其ノ大部分髓様性ヲ呈スルモノニシテ、無潰瘍化原發性癌ニ於テハ硬性乃至單純性ノモノ多ク、潰瘍癌ノ場合ニハ硬性癌最モ多シ、而シテ髓様性ノ高度ナルモノ程退行變性乃至壞疽ニ陥リ易ク從テ又潰瘍化シ易キハ當然ニシテ事實上、潰瘍化セル原發性癌ノ多クガ髓様性ナリ、又單純性胃潰瘍殊ニ悪性變化ヲ來クシ易キ膀胱性ノモノニ於テハ常ニ結締組織増殖著明ナルヲ以テ、之ヨリ續發セル癌腫ニモ亦硬性乃至單純性ノモノ比較的多數ニ存スルコトハ首肯シ得ラルル所ニシテ之ハ Anschütz, Konjetzny, 木村氏等ヲ始メシ其ノ他ノ學者ノ見解一致セル所ナリ。

更ニ胃癌ニ就テ膠様變性ノ如何ヲ調査スルニ、膠様癌ノ潰瘍化シ易キ事實ニヨリソレガ潰瘍化原發性癌ニ多キ事ハ當然ナリ、而シテ潰瘍癌ト雖、膠様變性ノ可能性ヲ有スルモ、既ニ木塚氏モ述ベタルガ如ク、潰瘍ニ續發セル事ヲ證明シ得ルガ如キ早期ニ於テハ、癌腫ノ進行未ダ膠様變性ニ至ラザル場合存スルヲ以テ、余ノ場合ニ於テモ、潰瘍癌ノ場合ニハ膠様癌ハ甚ダ少數ナリ。木村氏モ潰瘍癌ニ於テ膠様癌ガ發生シ得ルヤ否ヤハ疑問トシタルモ、種々檢索シタル點ニヨリ其ノ可能性存スルコトヲ記載セリ、潰瘍ノ悪性變化ハ必ズシモ潰瘍ノ或ルーケ所ノミヨリ發生スルモノニ非ズ。數ヶ所ヨリ同時ニ、又ハ僅カニ時ヲ隔テテ發生スルコトアルモノニシテ、

又或ル場合ニ於テハ或ル個所ニハ定型的ノ腺癌ヲ見、他ノ個所ニテハ硬性癌ニ近キ小ナル癌細胞ガ孤立性又ハ線狀ニ結締組織間ニ浸潤スルコトアリ。

第三項 悪性變化ヲ來タスベキ潰瘍ノ時期

胃潰瘍癌ハ膀胱性潰瘍ヨリ發生スルコト最モ多ク、稀ニ瘰癧ヨリモ之ヲ發生スルモ新鮮ナル潰瘍ヨリ生スルガ如キコトハ殆ンド是ナシ、余ノ調査シタル所ニ於テモ亦同様ナリ。而シテ潰瘍ノ瘰癧ヨリ稀ニ悪性變化ヲ來タスコトニツキテハ木村, Ribbert, Stewart 氏等ニ依テ之ニ關スル各實驗例ノ報告セラレタルモノアリ。

第150表 手術ヲ加ヘタル胃潰瘍並ニ胃癌ノ占居部位 (Stewart 氏)

	單純潰瘍	原發性癌	潰瘍癌
幽門管	6例(3.5%)	47例(88.7%)	3例(27.0%)
噴門	—	—	—
小彎部	164例(96.5%)	4例(7.5%)	8例(73.0%)
其他	—	2例(3.8%)	—
(計)	170例	53例	11例

第四項 同一胃ニ於ケル潰瘍ト潰瘍癌ノ合併

潰瘍ガ胃、十二指腸又ハ其ノ兩者ニ多發スルコト多キハ余ノ既ニ報告セシ所ナリ、從テ胃潰瘍癌ガ潰瘍ト同時ニ相合併シテ來タルコトモ亦存シ得キ處ニシテ、既述患者占部ノ場合ノ如キ、十二指腸潰瘍ニ胃潰瘍癌ノ合併セシ例ナリトス。Konjetzny, 泉, 富永氏等モ同一胃ニ潰瘍ト潰瘍癌ノ合併セシ症例ヲ報告セリ。

第五項 潰瘍癌ノ個數

胃潰瘍癌ガ同一胃ニ2個以上發生スルコトモ亦可能ニシテ Stewart 氏ハ剖檢上並ニ組織學的檢査ニ基キ2個ノ潰瘍癌ノ存セシ症例ヲ報告セリ。然ルニ、カカル事實ハ甚ダ稀トスル所ニシテ、余ノ材料ニ於テハソノ確カナル例ニ遭遇セルコトナシ。

第六項 潰瘍癌ノ位置

胃潰瘍、胃癌ハ各其ノ好發部位ヲ有スルモノニシテ、潰瘍癌ニ於テモ亦然リトス。

今胃潰瘍 原發性胃癌 潰瘍癌ノ占居部位ニ關スル余並ニ Stewart 氏ノ統計ヲ掲グレバ第150及ビ第151表ニ示スガ如シ。

即チ小彎部及ビ幽門部ハ癌腫並ニ潰瘍ヲ通ジテ最モ好發スル部位ニシテ、潰瘍癌ノ場合ニ於テモ、潰瘍ノ好發部位タル幽門部小彎部等ニ屢々之ヲ發シ Stewart 氏ノ材料ニ見ルモ小彎部

第151表 胃癌並ニ胃潰瘍占居部位ニ關スル統計 (著者ノ場合)

疾患部 部位	單純性胃潰瘍 (手術例)	潰瘍癌 (胃切除例)	原發性癌 (胃切除例)
幽門及ビ其近接部	47例	13例	100例
小彎部及ビ其附近	87例	7例	68例
前壁	—	—	1例
後壁	—	—	5例
全胃	—	—	3例
大彎部	—	—	3例
體部	—	—	1例
噴門及ビ其近部	2例	—	—
計	136例	20例	192例

於ケルモノ73.0%、幽門部及び其ノ近接部ニ於ケルモノ27%ヲ算セリ、而シテ元來潰瘍ノ稀ナル部位、例之、大彎、胃底、噴門等ニ潰瘍病ノ來タルコトハ甚ダ少ナク、原發性癌ノ場合ニ時トシテ認ムルガ如キ全胃ニ互ルモノノ如キ殆ンド之レ無キモノトス、コノ點潰瘍病ノ診斷ニ當リ考慮ス可キコトナリトス。

第四節 胃潰瘍癌ノ臨牀的觀察

潰瘍癌ニ關スル吾人ノ經驗例ヲ經トシ學者ノ報ズル所ヲ緯トシ本症ニ就テ臨牀的考察ヲ行ハントス。

第一項 患者ノ性別

Stewart 氏ニ依レバ胃潰瘍癌患者ノ男女ノ比率ハ九對二ノ割合ナリト云フ、本邦ニ於テハ、川井、江菅兩氏ガ20例ノ本病ニツキテ報ジ、コノ内女子2例ニシテ18例ハ男子ナリト云フ、余ノ場合ニ於テハ、20例ノ患者(2例ハ十二指腸潰瘍ニシテ胃ニ接シタル部位ヨリ惡性變化ノ始マレルモノナルモ、便宜上胃潰瘍病トシテ統計的觀察ヲ行フコトセリ。以下ニ準ズ)中女子7例ニシテ男子13例ナリ、胃潰瘍ノ場合ニハ、男子176例(80%)ニシテ女子44例(20%)ヲ認メ、原發性癌ノ場合ニハ、男子163例(75.2%)ニ對シ女子54例(24.8%)ヲ算セリ(第152表)。

第152表 胃潰瘍及ヒ胃癌腫患者ノ性別(著者)

疾患別	性別	
	男子	女子
原發性胃癌	163例(75.2%)	54例(24.8%)
胃潰瘍癌	7例(35%)	13例(65%)
胃潰瘍	176例(80%)	44例(20%)

第二項 患者ノ年齢別

第153乃至第155表ニ示シタル余及ヒStewart, Paul, Miller 氏等ノ統計ニ依テ明ナルガ如ク、壯年期以後ノ患者ニ於ケル潰瘍ハ惡性變化ヲ來タシ易ク、40歳以後ニ於テ潰瘍ヲ思ハシム可キ症狀發現シタル場合ニハ、コノ點ニツキ充分考慮シテ外科的根治療法ノ時期ヲ失セザル様留意セザル可カラズ、川井、江菅兩氏ニ依レバ胃潰瘍癌20例中40歳ノモノ最モ多クシテ8例ヲ算シ、30, 50, 60歳代ノモノハ各4例ナリトシ、Paul, Miller 氏等ノ調査ニ依ルモ胃潰瘍ト胃潰瘍癌患者ノ各年代ニ於ケル頻度ノ最高點ヲ比較スル時ハ、後者ハ前者ニ比シ平均20年後發スルモノトス、即チ前者ハ20乃至29歳ノ間ニ最モ多ク示シ、後者ハ40乃至49歳ノ間ニ其ノ頻度最高ニ達スルモノナリ、余ノ場合ニハ患者例數僅少ナルヲ以テ精確ニコノ關係ヲ研究スルニ困難ナリト雖、我が教室ニ於ケル材料ニ基ヅク時ハ、原發性胃癌ハ51歳乃至60歳ノ間ニ於テ最多ヲ示シ、41歳乃至50歳ノ間ニ次ギ、61歳乃至70歳ノ間ニ於ケルモノ第3位ヲ占ム、胃潰瘍癌ニ胃潰瘍癌患者ノ場合ニハ共ニ、41歳乃至50歳ノ間ニ於テ最多ニシテ51乃至60歳ノ間ニ於ケルモノニ次グ成績ヲ得タリ。

尙ホ Stewart 氏ノ調査ニ依レバ症狀初發平均年齢ハ胃潰瘍ニ於テ36.5歳、胃癌ニ於テ49歳、胃潰瘍癌ニ於テ41.5歳ニシテ、手術時年齢ハ胃潰瘍ノ場合44歳、胃癌ノ場合50歳胃潰瘍癌ノ場合48歳ナリ。又胃潰瘍癌ニシテ若年者ニ發生スルコトモ亦之ヲ存ス、殊ニ山極氏ノ如キ15歳ノ少年ニ於テ胃潰瘍邊緣ノ癌變性ヲ來タセル症例ヲ報ゼリ、余等ノ場合最低年齢ハ24歳ナリ、從ツテ假令若年者ニ於テモ他覺的徵候ニ於テ潰瘍病ヲ疑ハシムル時ハ單ニ若年者ナルノ理由ヲ以テ癌腫ヲ除外スルコト能ハザルモノトス。

第153表 胃癌胃潰瘍患者年齢ニ關スル統計著者

年齢別	原發性胃癌	胃潰瘍癌	胃潰瘍
0—10歳	—	—	—
11—20歳	—	—	4例
21—30歳	6例	3例	19例
31—40歳	27例	1例	61例
41—50歳	58例	8例	77例
51—60歳	92例	7例	53例
61—70歳	33例	1例	5例
71歳以上	1例	—	1例
	計217例	計20例	計220例

第154表 胃癌及ヒ胃潰瘍患者ニ於ケル年齢(Stewart 氏)

疾患別	症例	手術時平均年齢	症狀初發時平均年齢
胃潰瘍	146	44.0歳	36.5歳
胃癌	50	50.0歳	49.0歳
胃潰瘍癌	11	48.0歳	41.5歳

第三項 症狀

胃潰瘍癌ニ於テハ惡液質其他ノ癌腫症狀ニ前驅シテ胃潰瘍ノ症狀長ク持續スルコト多シ、就中注意ス可キハ胃部疼痛ノ性狀ガ途中ヨリ變化スルコトニシテ Mac Carty 氏ニ依レバ、239例ノ癌前驅性胃潰瘍ニ於テ其ノ81.0%ハ週周期性發作、4.7%ハ持續性發作ヲ示シ、續發性病發生ノ場合ニハ前驅症狀ノ如何ニ拘ハラズ其ノ99.0%以上ニ於テ、發作ハ持續的且ツ進行性トナリ、原發性病ニ在リテハ、其ノ182例中、持續性發作ハ95.1%、頻發性周期性發作ハ4.8%ナリトシ、即チ潰瘍

第155表 胃潰瘍癌及ヒ胃潰瘍患者ノ年齢別(Paul, Miller 兩氏)

年齢	胃潰瘍癌		胃潰瘍	
	症例數	%	症例數	%
10—19歳	1	3.2	8	10.1
20—29	5	16.1	36	45.6
30—39	7	22.6	21	26.6
40—49	9	29.1	6	7.6
50—59	8	25.8	7	8.8
60—69	1	3.2	1	1.3

ガ惡性變化ヲ來タシタル場合ニハ疼痛ガ持續性ヲ帶ブルニ至ルコト多キモノナリ、尙ホ氏ニ依レバ胃潰瘍ニ於テハ攝食ニ依リ疼痛一般ニ減退シ、續發性病ニ在リテハ攝食ニ依ル疼痛減退20.9%、之ニ依ル増悪46.4%、其ノ影響ナキモノ27.4%、不確實ノモノ5.1%ナリト云フ、即チ攝食ニ依ル疼痛ノ減退ハ潰瘍ガ惡性變化ヲ來タスニ從テ次第ニ之ヲ認メザルニ至ルコト多キモノナリ、今我が教室ニ於テ、先輩、木塚氏ガ胃潰瘍及ヒ胃癌ニ於ケル初發症狀ニ關シテ調査シタル所ニ依レバ、胃癌ノ初發症狀トシテハ、其ノ潰瘍性ナルト否トヲ問ハズ胃部膨滿感ヲ訴フルコト最モ多ク之ニ次グハ攝食ニ關係ナキ不定時疼痛ナリ、而シテ潰瘍ヲ有セザル原發性病ニ

於テハ疼痛ヲ初訴トセルモノ僅カニ1例ニ過ギザルニ胃潰瘍痛及ビ原發性胃痛ノ潰瘍化セルモノニ於テハ不定時疼痛ヲ初訴トスルモノ多ク、何レモ將ニ初發症狀ノ首位ヲ占ムルモノナリ、即チ此ノ所見ニヨレバ疼痛ハ潰瘍ノ存在ヲ示指スルモノト云フ事ヲ得ベシ。

而シテ胃潰瘍ニ於テハ空腹時ノ疼痛ヲ訴フルモノ少ナカラザルニ比シ、其ノ痛變性ヲ示セルモノニ於テハ攝食ト無關係ノ疼痛又ハ攝食時乃至攝食直後ノ疼痛ヲ示スモノ多シ、カカル事實ハ既ニ學者ノ注目セル所ニシテ余等ノ教室ニ於ケル經驗ニ基ヅクモ亦、疼痛性状ノ變化ハ胃潰瘍ノ悪性變化ヲ疑フノ價值充分ナルモノトス。

更ニ食慾ノ減退、肉類ノ嫌忌、過酸症ノ消失等ノ疼痛性状ノ變化ト共ニ潰瘍ノ悪性變化ヲ疑ハシムル症狀ニシテ診斷上留意スベキモノナリ、就中注意ヲ要スルハ、胃潰瘍患者ニ於テ長ク訴ヘタル吞酸嘔吐其ノ他所謂過酸症ニ基ヅク症狀消失シ、從テ從前ノ如ク「アルカリ」劑ノ服用モ不必要ナルコト多キコトニシテ且ツ次第ニ衰弱等加ハル時ハ其ノ悪性變化ヲ考慮スベキモノナリ。

次ニ胃潰瘍痛ノ臨牀的症狀トシテ尙ホ注目ス可キ所ハ症狀ノ持續期間ナリ、胃潰瘍痛ノ場合胃症狀ノ手術迄ノ平均持續期間ニ關シテ學者ノ調査セン所ヲ二、三紹介センニ、Taylor, Paul, Miller 氏等ニ依レバ原發性痛ノ場合ニハ8.6ヶ月ナルニ比シ、潰瘍痛ノ場合ニハ10ヶ年半ヲ算ストナシ Nilson 氏ニ依レバ潰瘍痛ニ於テ平均6ヶ年ニ互ルトナセリ、其ノ他 Stewart 氏及著者ノ調査所見ニ徴スルモ、原發性痛ト潰瘍痛トノ間ニハ著明ナル相違存スルモノニシテ、前者ニ於テ手術時迄ノ症狀持續期間平均1ヶ年以内ナルモノ Stewart 氏ノ場合75.0%著者ノ場合73.2%ヲ算セリ。

即チ原發性痛ノ場合ニハ其ノ症狀持續期間平均1ヶ年以内ナルヲ通常トスルモノナリ、然ルニ胃潰瘍痛ニ於テハ全ク其ノ趣ヲ異ニシ、2年以上ニ互ルモノ Stewart 氏ノ場合100%、著者ノ場合40%ヲ示シ、5年以上ニ互ルモノ Stewart 氏ノ場合64.0%、著者ノ場合25.0%ニ達ス、即チ潰瘍痛ニ於テハ其ノ症狀持續期間原發性痛ノ場合ニ比シテ遙カニ長ク通常2乃至3ヶ年以上ニ互ルモノトス。然ルニ原發性痛ニシテ2ヶ年以上ニ互ルモノ甚ダ少ナク15.6% (著者)乃至19.0% (Stewart 氏)ナルニ過ギズ。(第156-157表)

然カルニ又他方原發性痛ニシテ長キ胃症狀ヲ有スルモノアリ、又潰瘍痛ニシテ症狀ノ持續短カク又殆ンド之ヲ訴ヘズ、所謂潜在性ニ經過スルガ如キモノモ必ズシモ稀ナラス、コレ潜在性潰瘍ガ多數存在スルノ事實ニ徴シテ自ラ首肯シ得ベキ所ニシテ潰瘍痛ノ診斷ニ當リ注意スベキ點ナリトス。

外科的ニ吾人ガ處置シタル潰瘍痛20例ノ經驗ニ徴スルモ癌細胞ノ浸潤稍高度ニシテ、既ニ所屬淋巴腺ニ稍高度ナル轉移ヲ來タシタルモノモ少ナカラザリシモノトス。而シテ癌腫ノ早期

第156表 胃潰瘍痛ニシテ手術迄ノ症狀持續期間 (Stewart 氏)

期間別	胃潰瘍(146例)	胃原發性痛(48例)	胃潰瘍痛(11例)
0-6ヶ月	6例(4.0%)	23例(48.0%)	—
6ヶ月-1年	10例(7.0%)	13例(27.0%)	—
1年-2年	9例(6.0%)	3例(6.0%)	—
2年以上	12例(8.3%)	9例(19.0%)	11例(100%)
5年以上	91例(62.0%)	0(0.0%)	7例(64.0%)

診斷ハ其ノ手術成績ヲ良好ナラシムル上ニ甚ダ肝要ナル問題ナルヲ以テ、治愈困難ナル慢性潰瘍ニ對スル外科的根治手術ハ胃痛ノ豫防及ビ早期治療上甚ダ重大ナル意義ヲ有スルモノト云フベク年來吾人ノ強調セル所ナリトス。

第157表ニ示シタルガ如ク、余等ノ材料ニ基ヅク時ハ手術迄ノ症狀持續期間

ハ、胃潰瘍痛ノ場合12ヶ月以内ノモノ20%ニシテ、2年以上ノモノ40%ナルニ比シ、原發性胃痛ニ於テハ12ヶ月以内ノモノ實ニ72%ナルニ比シ、2年以上ノモノ僅カニ15.6%ニ過ギザルモノナリ。

5年以上ノ經過ヲ有スルモノ胃潰瘍痛ノ場合ニハ25%ヲ算スルニ、原發性胃痛ノ場合ニハ僅カニ8%ニ過ギズ。泉氏ノ報告ニ依ルモ初メ胃潰瘍ノ症狀アリシ時ヨリ腫瘍ヲ觸知シ又ハ手術迄ノ時期ハ、大凡ソ2乃至5年、平均3年8ヶ月ニシテ、最モ遅キモノハ6年以内ナリトセリ。

第四項 胃液所見

胃痛症ニ於ケル遊離鹽酸缺如率ハ總例ノ略60乃至90%ヲ算ス、然ルニ胃潰瘍ニ在テハ大ニ其ノ趣ヲ異ニシ、遊離鹽酸缺如率遙ニ低ク、諸家ノ成績ヲ綜合スルニ3.0乃至20.0%ノ間ニ在リ、然ルニ胃潰瘍ガ悪性變化ヲ示スニ從テ、遊離鹽酸缺如率ハ次第ニ増加シテ胃痛症ノ夫レニ近接スル傾向ヲ示ス、コレ胃潰瘍ガ癌細胞浸潤ヲ受クル程度ノ進行スルニ從ツテ當然惹起セララル所見ナリ。

今胃潰瘍痛ノ場合遊離鹽酸缺如率ニ關スル統計ヲ記載スレバ、次表ニ於ケルガ如シ。

此等各統計成績ニ大ナル差異ノ存スル所以ハ一ハ、潰瘍痛分類ニ關スル見解ノ相違ニ基ヅクモノナレドモ、癌細胞浸潤ノ程度ニモ關スルコト少ナカラズ、之ヲ單純性胃潰瘍ノ場合ニ比シレバ概シテ遙ニ大ナルモノナリ。

原發性胃痛ニ於テハ、假令遊離鹽酸ヲ證明スル場合ト雖、低酸度ナルコト甚ダ多キニ比シ、

第157表 胃原發性痛ニシテ手術迄ノ症狀持續期間 (著者)

期間別	潰瘍痛(20例)	原發性痛(211例)
0-6ヶ月	2例	88例
6-12ヶ月	2例	64例
12-24ヶ月	8例	26例
24-36ヶ月	1例	13例
36-60ヶ月	2例	3例
60ヶ月以上	5例	17例

第158表 胃潰瘍病胃液所見(Paul, Miller 兩氏)

無酸症	55.5%
低酸度	18.5%
正常酸度	18.5%
過酸度	7.4%

潰瘍病ノ場合ハ正常酸度乃至過酸症ナルコト遙ニ多シ(第158-159表)。余ノ材料ニ於テハ過酸症ナルモノ6%, 正常酸度ノモノハ29.4%,

低酸度ノモノハ41.1%, 無酸症ハ23.5%ナリ(第160表)即チ胃潰瘍病ノ胃液所見ハ原發性痛ノ場合ニ比シ, 遊離鹽酸陽性率遙ニ大ナルノミナラズ, 正常酸度若クハ過酸症ナルコト比較的高キハ注目ス可キ點ナリ。

次ニ乳酸反應陽性率ハ原發性痛ニ於テハ遊離鹽酸缺如率ト略々同程度ニシテ即チ約60%乃至90%ナルニ比シ胃潰瘍ニ在リテハ甚ダ低率ナリ, 即チ著者ノ場合6.0%, 植村氏ノ場合10.2%, ニシテ立林氏ノ場合5.4%ナリ。

潰瘍ガ惡性變化ヲ示スヤ, 乳酸反應陽性率ハ次第ニ增加シ原發性痛ノ場合ノ所見ニ接近シ, 潰瘍ト原發性痛トノ中間ニ位スルニ至ル, 乳酸陽性率ハ余ノ調査ニ依レバ潰瘍病ノ場合41.1%, 原發性痛ノ場合66.4%, MacCarty氏ニ依レバ, 前者ノ場合44.9%, 後者ノ場合52.2%ナリ。即チ乳酸反應ノ有無ハ此等疾患鑑別ニ際シ一助トナリ得ルモノナリ, 由來胃液所見ハ胃痛ト潰瘍ノ鑑別上主要ナル意義ヲ有スルモノナリトセラレタルモ, 正常酸度又ハ過酸症ヲ呈スルモノニシテ痛(潰瘍ニ續發セシ)ナルコトアリ, 從テ胃液酸度高キ故ヲ以テ胃痛ニ非ズト速斷スベキモノニ非ズ, 又胃潰瘍ガ惡性變化ヲ來タシタル場合ニモ, 一程度以上痛浸潤ノ進行セザル間ハ胃液酸度ニ低下ヲ來タスモノニ非ザルヲ以テ, 酸度低下セザル事實ニヨリ直チニ痛變性ヲ否定スベキモノニ非ズ, 然レドモ胃液乳酸反應陽性率ハ胃潰瘍病ニ於テハ, 單純性胃潰瘍ノ場合ニ比シ遙カニ高率ナルコトハ診斷的價値大ナルモノトス。

第五項 診斷

胃潰瘍ガ痛性變化ヲ示ス場合早期ニ的確ナル診斷ヲ下スコトハ至難ナル問題ナリト雖, 單純

第159表 潰瘍病胃液所見(三宅氏)

遊離鹽酸缺如例	6例(14.3%)
低酸度(遊離鹽酸18以下)	12例(28.5%)
正常酸度(同18—45)	20例(47.2%)
過酸度(同45以上)	4例(9.5%)

第160表 胃潰瘍, 胃潰瘍病, 胃原發性痛, 胃液所見(著者)

遊離鹽酸度	胃潰瘍病(17例)	胃原發性痛(203例)	胃潰瘍(78例)
0	4例(23.5%)	129例(63.5%)	5例(6.4%)
1—20	7例(41.1%)	62例(30.5%)	14例(17.9%)
21—40	5例(29.4%)	9例(4.4%)	22例(28.2%)
41以上	1例(6%)	3例(1.6%)	37例(47.5%)
乳酸陽性率	17例中7例(41.1%)	66.4%	6%

性潰瘍ト潰瘍病ハ其ノ療法及ビ豫後ヲ異ニスルモノナルヲ以テ其ノ診斷ハ最モ慎重ナラザル可ラズ, 殊ニ潰瘍病ヲ單純性潰瘍ト誤診シテ長ク内科的療法ニ委シ, 外科的根治療法ノ時期ヲ失スルコトアラシカ, 患者ノ生命ニ及ボス影響大ナルコト敢テ論ヲ待タズ, 今潰瘍病ノ診斷及鑑別診斷ニ關シテ注意ス可キ事項ヲ記載スレバ次ノ如シ。

(1) 病歴 一般ニ原發性痛ハ其ノ病歴ノ持續期間短カク, 潰瘍病ハ之ニ比シ, 甚ダ長キ經過ヲ取ルモノニシテ, 3年以上ニ互ルガ如キコト少ナカラザルモノトス, 從テ長期ノ潰瘍病狀アリテ殊ニ途中ヨリ, 疼痛性狀ノ變化, 過酸症症狀ノ消失等ノ如キ症狀ノ變化ヲ來タス時ハ先ヅ其ノ惡性變化ヲ疑フ可ク, 食慾不振, 胃部腫瘍ノ觸知, 衰弱等ノ認メラルルニ於テハ特ニ然リトス。時トシテ, 原發性痛ニ於テモ潰瘍病類似ノ長キ胃症狀ヲ呈スルコトアルヲ以テ, ソレノミニ依リテ原發性痛ト潰瘍病トノ確ニ區別スルコトハ至難ナリト雖, 臨牀上, 重大ナル問題ハ胼胝性潰瘍ト潰瘍病トノ鑑別ニ存スルモノナリ, 而シテ余等ノ多數ノ症例中ニモ手術所見ニ於テ惡性變化ノ稍進行セルニモ拘ラズ, 或ハ慢然胃腸疾患等ト診斷セラレテ長ク内科的醫治ヲ受ケ, 又ハ長期ニ互リテX線検査ヲ屢々繰返サレ, 徒ニ根治手術ノ時期ヲ失スルニ至リタルモノアルハ甚ダ遺憾トスル所ニシテ, 實地醫家ノ共ニ注目ス可キ所ナリトス, 尙ホ重要ナルハ, 所謂潛在性潰瘍ノ少ナカラザルコトニシテ, カカル場合ニハ殆ンド潰瘍病狀ヲ訴フルコトナク患者不識ノ間ニ往々潰瘍病ノ發生ヲ見ル場合アルモノトス。

(2) 胃部觸診所見 一般ニ單純性潰瘍ニ於テハ心窩部ニ明カニ腫瘍ヲ觸知スル場合ニ於テモソノ硬度硬靱ニシテ, 周圍ニ對スル境界ハ不鮮明ニ著シキヲ常トス, 之ニ比シ原發性痛腫瘍ノ場合ニ於ケル腫瘍ハ, 胼胝性潰瘍ノ場合ニ比シテ, 更ニ硬ク, 周圍ニ對スル境界モ初期ノ間ハ比較的鮮明ナルモノナリ, 腫瘍ノ大サハ, 胼胝性潰瘍ニテハ, 拇指頭大乃至鳩卵大内外ナルコト多ク, 原發性痛ニ於テハ之ニ比シ一般ニ大ニシテ且ツ表面結節狀ヲ示スコト多シ。

尙ホ潰瘍病ハ潰瘍ノ好發部位タル小彎又ハ幽門部ニ屢々之ヲ發シ, 噴門, 大彎, 其ノ他ニハ來タルコト稀ナリ。コノ點亦觸診上參考ニ資ス可キ所ナリトス。

今, 余ノ材料ニ就キ潰瘍病並ニ原發性痛ノ腫瘍觸知率ヲ表示スレバ第161表ノ如シ。

即チ潰瘍病ノ場合ニ於ケル腫瘍觸知率ハ原發性痛ノソレヨリ大ニ低率ニシテ, 即チ前者ノ場合65%, 後者ノ場合89%ナリ, 腫瘍ヲ缺如セシ率ハ前者ニ於テ25%, 後者ニ於テ, 僅カニ4.7%ナリトス。

第161表 胃潰瘍病, 胃原發性痛ニ於ケル腫瘍觸知率(著者)

腫瘍ノ種類	潰瘍病(20例)	原發性痛(210)
觸知所見		
腫瘍ヲ觸知セシ頻度	13例(65%)	187例(89%)
腫瘍樣抵抗ヲ證セシモノ	2例(10%)	9例(4.2%)
腫瘍ヲ缺如セシモノ	5例(25%)	10例(4.7%)
索狀物ヲ觸知セシモノ	—	2例

(3) 理化學的検査所見

(甲) 胃液所見 潰瘍病=於テハ、原發性癌ノ場合=比シ、遊離鹽酸陽性率高ク、時=過酸症ヲ證明スルコトモ少ナカラズ、又潰瘍病ノ場合=ハ、單純性潰瘍ノ場合=比シ、乳酸反應陽性率遙=高キコトモ注意ヲ要ス、然レドモ潰瘍病=於テモノノ進行セルモノ=在リテハ、無酸症ナルコトアリ、原發性癌=於テモノ稀=酸度ノ高キコト存スルヲ以テ、單=胃液所見=ノミ重キヲ置クコトハ誤診ヲ來クシキモノトス。

(乙) 糞便ノ潛血反應 本反應ハ單純性潰瘍ノ場合=ハ、出血後通常2週間内外ニシテ陰性トナルモノナルニ、原發性癌=於テハ、持續性ナルコト多キモノトス、潰瘍患者ノ糞便潛血反應ガ持續性ナル時ハ、其ノ惡性變化ヲ疑ハシムルモノナリ。

(丙) 赤血球沈降速度 一般=惡性腫瘍ノ存スル時ハ、其ノ赤血球沈降速度亢進スルモノニシテ、余等ノ教室=於テ立野氏ノ研究シタル所=由ルモ、潰瘍病ノ場合=ハ、其ノ速度ハ單純性潰瘍ト原發性癌ト=於ケルモノノ中間=位スルモノナリ。

(丁) 胃曲線検査 余ハ教室小林氏ト共ニ、胃潰瘍病=於ケル、胃曲線検査ノ診斷的價値=就テ研究セシ所アリ、(診斷治療 23 卷, 第 4 號), 即チ潰瘍病 10 例中 7 例ハ癌ノ曲線ヲ、3 例ハ胃潰瘍ノ曲線ヲ示セリ、且ツ同時=觀察セン胃 X 線検査所見ト比較スルニ、本検査法ハ略 X 線検査法ト同程度ノ診斷的價値ヲ有スルモノトナス。

(戊) 胃 X 線診斷 胼胝性潰瘍及ビ潰瘍病ノ鑑別上ノ諸點、竝=潰瘍病ノ X 線検査=際シ、特=留意ス可キ所ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(イ) 壁龕ノ大サ 一般=潰瘍病ノ場合、壁龕ノ直徑ハ單ナル潰瘍=比シ大ナルモノトス、松尾氏ハ拇指頭大以上ナル時潰瘍病ヲ考フ可キモノトナシ、寺内、五十嵐氏等ハ 2 種以上ノモノ=於テハ、他=之ヲ否定スル事實ナキ限り、癌腫ヲ疑フ可キモノナリト云ヒ、尙ホ Alvarez, MacCarty 兩氏ハ、直徑 2.5 種以上ノ場合=ハ、胃癌ヲ疑フ可キモノニシテ、同 3.5 種以上ノ場合=ハ恐ラクヤ惡性ノモノナル可シトナセリ。

(ロ) 壁龕外廓曲線ノ状態 壁龕外廓曲線ハ癌腫ニシテ規則正シキコトアリ、潰瘍ニシテ不規則ナルコトモアリ得可ク、從テ寺内、五十嵐氏等モ、依之兩者ヲ鑑別スルコト不可能ナリトセリ。

(ハ) 藥物=依ル壁龕外形ノ變化 寺内、五十嵐氏等ハ更=「ピロカルピン」注射=依リ、潰瘍ノ場合=ハ潰瘍邊緣ノ平滑筋ノ收縮ヲ起ス爲メ=壁龕ノ直徑ハ小ナルモ癌腫=於テハ其ノ壁硬化シ藥物ノ作用ヲ受ケテ變形スルコトナリト報シ、該方法ハ潰瘍ト癌腫ノ鑑別=供シ得ベキモノナリト云フ、

(ニ) 數回、時ヲ異ニシテ検査スル時 壁龕ノ大サ變化セバ即チ縮小スル時ハ善性ノモノ=相當シ、之ヲ見ザル場合=ハ寧ロ惡性ノモノト思考セラル、又内科的=適當ナル醫治ヲ施ス=

不拘、壁龕ノ縮小セザル時ハ癌腫ヲ疑ヒ、直チ=外科的處置ヲ施ス必要アルモノトス。

(ホ) 潰瘍病ノ場合=ハ、陰影缺損ヲ證明スル頻度、原發性癌ノ場合ヨリモ低率ナリ、從テ陰影缺損ヲ缺クノ故ヲ以テ、癌腫ヲ否定スルガ如キハ大ナル誤ナリ、又潰瘍病ノ場合=ハ單ナル潰瘍ノ場合=比シ所謂胃亢奮性「ノイローゼ」ノ徵候一般=少ナキモノトス。

前記ノ諸點ヲ充分參酌スルモ、胼胝性潰瘍ト初期潰瘍病ヲ X 線検査上的確=鑑別スルコト至難ナル場合アリ、我ガ教室=於ケル原發性胃癌、潰瘍病ノ術前 X 線診斷の中率ヲ各表示スレバ、第 162-163 表ノ如シ。

即チ余等ノ材料=於テハ、術前 X 線検査=際シ、胃癌又ハ潰瘍病ト診斷シタルモノハ、原發性胃癌=於テ 94.6% ナルニ比シ、潰瘍病=在リテハ、胃癌、潰瘍病、潰瘍(惡性變化疑診)ト診斷シタルモノ 52.5% ヲ算ス、單純性潰瘍又ハ善性幽門狹窄症等ト診斷シタルモノハ、原發性胃癌=在リテハ僅カニ 3.8% ナルニ比シ、胃潰瘍病=於テハ、47.5% ノ高率ヲ算セリ、カカル場合、胃 X 線診斷ノ如何=困難ナルカヲ知ルニ足ル可シ、内科的=潰瘍患者ヲ診療スル=際シ、X 線検査ヲ繰返シ、其ノ惡性變化ヲ常=警戒スルコトハ可ナリト雖、X 線検査所見=捕ハルル結果徒ラ=根治療法ノ時期ヲ失スルガ如キハ嚴=戒メザル可ラズ。

潰瘍病ノ診斷=當リ、注意ス可キ事項=就テハ、既=之ヲ述ベタリ、我ガ教室=於テ胃切除手術ヲ加ヘタル潰瘍病ノ術前臨牀的診斷の中率ヲ表示スレバ第 164 表ノ如シ。

即チ術前胃潰瘍病ト診斷セシモノ僅カニ 30%、胃癌ト診斷セシモノ同 30% ナリ。然ルニ 40% ハ單純性潰瘍、善性幽門狹窄症ト診斷シタルモノトス、換言スレバ、吾人ノ材料=於テハ一般=胃ノ癌腫ト診斷シタルモノ

第 162 表 切除手術ヲ受ケタル胃潰瘍病術前 X 線検査成績(著者)

診 斷 名	例 數 (%)	
癌ト診斷セシモノ	8例 (42.1%)	52.5%
潰 瘍 癌	1例 (5.2%)	
潰瘍(惡性變化)	1例 (5.2%)	
潰瘍善性幽門狹窄(又ハ其ノ疑診)	9例 (47.5%)	

第 163 表 切除手術ヲ受ケタル原發性癌 131 例ノ術前 X 線診斷 (著者)

診 斷 名	例 數 (%)	
癌(又ハ其ノ疑診)	117例 (89.3%)	94.6%
潰 瘍 癌	7例 (5.3%)	
潰瘍又ハ善性幽門狹窄	5例 (3.8%)	
幽門通過障礙又ハ幽門部腫瘍	2例	

第 164 表 胃潰瘍病術前ノ臨牀的診斷(著者)

診 斷 名	症 例 數	
胃潰瘍病	6 30%	60%
胃 癌	6 30%	
潰瘍、善性幽門狹窄症	8 40%	
計	20	

60%ニシテ、胃ノ善性疾患ト診断シタルモノ、40.0%ノ高率ヲ占ムルモノナリ、而シテ潰瘍癌20例中3例(15%)ニ於テハ胃切除標本ニ於ケル肉眼の所見ニヨリ單純性潰瘍ト診断セシモノナルコト既述ノ如シ、余等ノ處置シタル潰瘍癌患者ニ於テハ、切除標本ノ鏡檢ニヨルモ癌細胞相當進行セルモノアルニ不拘、術前尙ホ單純性潰瘍ト誤診セシ場合少ナカラザルモノトス、又假令余等ガ術前ニ潰瘍癌ト診断セシ場合ニ於テモ、當科受診前、潰瘍、胃液過酸症等ト誤診セラレ、長ク内科的醫治ヲ受ケタルモノモ少ナカラズ、胃及十二指腸潰瘍ノ外科的手術ノ適應症ニ就テ、潰瘍ガ悪性變化ヲ來タシタル場合、又ハソノ疑存スル場合ニハ其ノ適應症タル可キハ勿論、更ニ進ミテ、治療困難ナル慢性潰瘍ニ對シテハ、ソレガ癌變性ヲ示セルモノニ非ズト云フ、確實ナル反證ナキ場合ニハ、徒ラニ長ク内科的保守的治療ヲ持續スルコトヲ避ク可キモノトス、斯ノ如クシテ、初メテ初期潰瘍癌ノ早期診斷ヲ確保スルコトヲ得、又依之胃癌ノ豫防ニ資スル所少ナカラザルコトハ、余ノ既ニ高調セシ所ナリ。

第六項 療法、手術ノ成績

潰瘍ガ悪性變化ヲ來タシタル場合ニハ、速ニ外科的根治療法ヲ施ス可キモノナルコト敢テ説明ヲ要セズ、然ルニ開腹所見竝ニ胃切除標本ニ依ルモ、胼胝性潰瘍ナリヤ、潰瘍癌ナリヤノ適確ナル鑑別困難ナルコト多キヲ以テ、疑ハシキ場合ニハ寧ろ癌トシテ胃切除術ヲ施ス可キモノトス、而シテ此ノ際最モ注意ス可キ事ハ此等ノ切除手術ニ當リテハ可及的廣汎ニ胃ヲ切除シ、以テ癌再發ヲ防止セザル可ラズ、余等ノ行フタル術式ヲ列記スレバ次ノ如シ。

モアン氏第二法	7例	ホリア氏法	3例
バルフォア氏法	7例	胃横切除	1例
		二次的胃切除	2例

手術ノ直後成績即チ手術死亡率ニ就テハ、ホリア氏法ニ依ル胃切除術後21日目ニ衰弱ノ爲メ死亡セシ1例ヲ除キ他ハ何レモ手術ニ耐エタリ。潰瘍癌ノ場合ニハ、腫瘍ノ周圍臓器ニ對スル穿通癒著、原發性癌ニ比シ高度ナルコト多キヲ以テ、胃切除術稍困難ナリト雖、彼ノ原發性胃癌ノ二次的潰瘍化セルモノトハ大ニ其ノ趣ヲ異ニシ、胃液内ニ遊離鹽酸ヲ證明スルコト多ク、胃内細菌ノ毒力モ原發性癌ノ場合ト其ノ狀況ヲ異ニセルヲ以テ、手術直後成績ハ、原發性癌ノ場合ニ比シ良好ナルベキモノナリ。少ナクトモ潰瘍癌ノ初期ニ於テハ、胼胝性潰瘍ニ對スル胃切除術ト同様ノ關係ニ存スルモノナリ、而シテ胃潰瘍癌ニ施シタル胃切除術ノ遠隔成績ニ關シテハ Küttner 氏ハ組織學的ニ癌細胞ヲ證明シタル7例ノ切除例ニ於テ、2例ハ再發ニテ死亡シ、1例ハ再發ヲ來タシタルモ尙ホ生存シ、4例ハ術後18年間生存シ、切除術ヲ受ケン者ニ對スル治療率ハ57.1%ナリト報シ又 Finsterer 氏ニヨレバ切除手術ヲ施シタル16例中、2例ハ癌腫以外ノ疾患ニテ死亡シ、残りノ14例中7例ハ半年乃至2ケ年半以内ニ轉移ノタメ死亡

シ、1例ハ局所再發ヲ來タシ、爾餘ノ6例中3例ハ術後2ケ年半乃至3ケ年以上生存シ3例ハ術後3ケ年乃至5ケ年以上生存セリト云フ。余等ノ材料ハ、少數例ナリト雖、遠隔成績ニ關スル照會狀ニ對シ返信ヲ得タル12例中、3年以上ヲ經過シテ尙ホ健存セルモノ2例(16.67%)再發ヲ來タセル場合ト雖、3年以上ヲ經過シ得タルモノ2例、又術後3年3ヶ月ヲ經過シ、不明ノ疾患ニテ死亡セシモノ1例アリ、術後2年乃至3年以内ニテ再發セシモノ3例、1年乃至2年以内ニテ再發セシモノ2例、1年以内ニテ再發セシモノ2例ヲ算ス。即チ再發ヲ來タシタル場合ト尙ホ健存スル場合ヲ問ハズ、術後3年以上ヲ經過シ得タルモノハ、12例中5例、即チ41.6%ナリ。

材料尙ホ少數ナルヲ以テ、依之、原發性癌腫ニ對スル胃切除術ノ遠隔成績ト比較檢討スルコト困難ナリト雖、胃切除術後3年以上健存セシモノハ胃切除術ニ耐エ、而モ遠隔成績ニ關シ返信ヲ寄セタル12例中僅カニ2例ニ過ギズ、從テ治療困難ナル慢性潰瘍ニ對シ、相當ノ時期ニ外科的根治手術ヲ施スコトハ、潰瘍癌ノ早期診斷及ビ胃癌豫防上ノ意義少ナカラザルコトヲ力説セザル可ラズ、何者吾人ノ手術的ニ處置シタル潰瘍癌ニ於テハ、手術時所見ニ於テ既ニ淋巴腺轉移ヲ證明シ、鏡檢上ニモ癌細胞浸潤ノ相當進行セルモノ少ナカラザリシヲ以テナリ、而シテ此等ノ症例中40%ハ既ニ癌變性ヲ來タセルニ不拘、尙ホ善性疾患トシテ内科的處置ヲ施サレタモノトス。更ニ一言スベキハ潰瘍癌ハ高度ノ癒着ヲ示セルコト多ク、從テ之ガ爲メ疼痛ヲ訴フルコトモ亦少ナカラザルヲ以テ、若シ根治手術不可能ナル場合ト雖モ、之ニ胃腸吻合術ヲ施ス時ハ往々疼痛消失シ對症療法トシテノ意義ヲ存スルコトナリトス。

文獻

- 秋山 潰瘍癌ニ就テ 慶應醫學 第8卷第11號
 泉 胃癌組織知見補遺 日新醫學 第6年第6號
 大野 胸腺癌ト胃潰瘍ヨリ發生セル癌 實地醫家ト臨牀 第12卷第6號第48頁
 川井、江管 潰瘍カラ癌ヘノ變性、日本消化器病學會雜誌第33卷昭和9年
 木塚 惡性變化ヨリ觀タル胃竝ニ十二指腸潰瘍、内外治療 第7年第7號
 木塚 潰瘍性胃癌ニ就テ 九州醫學會々誌 昭和3年第427頁
 木塚 胃癌ニ關スル病理組織學的竝ニ臨牀的研究 日新醫學 第18年第6第7、第8號
 木村 胃潰瘍 日本消化器病學會雜誌 第28卷第587頁
 木村 胃癌「グレンツゲビート」第1卷第900頁
 後藤 胃癌ト胃潰瘍 臺灣醫學會雜誌第30卷第1號
 後藤、友田 胃及十二指腸潰瘍ノ外科的經驗「グレンツゲビート」昭和10年7月
 城島 興味アル十二指腸潰瘍ノ二例ニ就テ 實地醫家ト臨牀 第6卷第4號
 高橋 青年ニ來ル胃潰瘍ニ續發セル胃癌ノ1例 日本鐵道醫協會雜誌 第13卷第3號
 立林 胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察 日本外科學會雜誌 第25回

- 谷口 潰瘍ヨリ發生セル胃癌殊ニ其ノ頻度及ビ診斷ニ就テ、九州醫學會誌 昭和3年
寺内, 五十嵐 胃潰瘍「ニフシエ」ニ關スル知見補遺 實驗消化器病學 第6卷昭和6年第539頁
富永 潰瘍性胃癌ニ就テノ一考察 日本外科醫室函 第12卷第5號
友田 胃及十二指腸潰瘍ノ惡性變化ニ就テ 實地醫家ト臨牀 第10卷第7號
友田 胃及十二指腸潰瘍ノ惡性變化, 「グレンツゲビード」, 第11年第8-10號
長興 日本ニ於ケル癌腫ノ統計的研究 癌特別號 昭和9年
畑 胃癌ノ病理組織學的研究(第1報) 成醫學雜誌第49卷, 第12號
畑 胃癌ニ關スル綜説特ニ其病理組織學の所見ニ就テ 成醫學雜誌 第49卷第10號第11號
畑 胃癌ノ病理組織學的研究(第2報) 成醫學雜誌 第50卷第13號
畑 胃癌ノ病理組織學的研究(第3報) 成醫學雜誌 第50卷第6號
平川 松尾内科教室ニ於ケル胃癌手術例ノ統計的研究 實驗消化器病學 第1卷第1073頁
益子 十二指腸壁ニ廣汎ナル浸潤ヲ示セル胃潰瘍性癌ノ1例 東京醫事新誌 第2820號
町井 胃癌ノ病理知見補遺, 癌 第23年
松尾 胃潰瘍カラ胃癌ノ發性スル頻度ニ就テ 實驗消化器病 第10卷第4號
松尾 胃癌ト胃潰瘍, 診斷ト治療, 臨時號昭和5年
三宅 胃癌切除ノ遠隔成績ニ就テ, 「グレンツゲビード」第7年第1號第84頁
三宅, 宮城, 谷口 胃癌, 昭和3年第25頁
山極 醫學時報 大正11年第1062頁
山根 最近5ケ年間ニ於ケル胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察 日本外科學會雜誌 第25回
Anschütz, Wanke, Ü. d. Ulcuscarcinom u. d. Carc. im Ulcusmagen, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg.,
Bd. 234, S. 424.
Anschütz, Konjetzny, D. Ulcuscarcinom d. Magens, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 154, S. 1.
Alvarez, MacCarty, Sizes of resect. gastr. ulcer a. gastr. carc., Journ. of Amer. Med. Ass.,
vol 91, 1928, P. 226.
Bueermann, Eine klinische u. patholog. Studie ü. d. carc. Magengeschwür, Ref. in Zentralorg.
f. d. gesamt. Chirg., Bd. 56 S. 737, 1932.
Eitel, Shneider, Zeitl. Beobachtg. ü. d. Entstehungsdauer d. Magenkrebses auf d. Boden d.
Magenulcus, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 230, 1931, S. 390.
Elanski, Ü. maligne Entartung d. Ulcus ventr., Zentralbl. f. Chirg., 1923, S. 70.
Federmann. Carcinom trotz Resektion d. Magens wegen Ulcus ventriculi, Verhandlg. d.
Deutsch. Gesell. f. Chirg., 1914. S. 270.
Finsterer, D. Ulcuscarcinom d. Magens, Archiv f. kl. Chirg., Bd. 131, S. 71.
Derselbe, Zur Frage d. Ulcuscarcinoms d. Magens, Med. Klinik. 1923, Nr. 43.
Fleischner, Goldhaber, Landan, Zur Frage d. Ulcus ventr. carcinom., Mittg. a. d. Grenzgeb.
d. Med. u. etc., Bd. 40, S. 699.
Gütig, Gleichzeitiges Vorkommen von Karzinom u. kallösem Ulcus im Magen, Zentralbl. b.
Chirg., 1934, S. 1839.
Hauser, D. chron. Magengeschwür, sein Vernarbungsproc. u. dessen Beziehung z. Entwicklung

- d. Magenkarzinoms Leipzig, 1883.
Derselbe, Krebsige Entartung d. chron. Magengeschwürs, Münch. med. Wochenschr., 1910,
S. 1209.
v. Haberer, Z. Frage d. Magencarcinom auf Ulcusbasis u. z. Verwechslungsmöglichkeit.
vom Ulcus u. Krebs, Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., Bd. 31, S. 442.
Hempel, E., Über Operationsmortalität u. Dauerresultat d. Gastroenterostomie u. Resektion
bei Ulcus ventr., Zentralbl. f. Chirg., 1921, Nr. 33, S. 1219.
Horsley, S., Pept. ulcer a. cancer of the stomach, The Journ. of the Amer. Med. Ass. 1929,
vol. 92. P. 1813.
Hurst a. Stewart, The pathologie of ulcer-cancer, Gastric a. duod. ulcer, 1929. p. 364.
Jordan, Gastric ulcer a. cancer, Amer. Journ. of med. Ass., 1929. vol. 93. p. 1642.
Judd, Proctor, Mult. gastric ulcer, Collect. papers of Mayo Clinic. 1924, Bd. 16, p. 30,
Konjetzny, Ü. d. Beziehg. d. chron. Gastritis u. über Folgeerscheinung ü. d. chron. Magenulcus
z. Entwicklung d. Magenkrebses, Bruns' Beitr. z. kl. Chirg., Bd. 85, S. 455.
Latzl, Ulcuscarcinom d. Magens, Wien kl. Wochenschr., 1923, s. 318.
Maier, O., Ü. Nachteile d. Gastroenterostomie als Ulcusoperation, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg.,
Bd. 172, S. 117.
Matti, Beiträge z. Chirurgie d. Magenkrht. Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 77. 1905.
Melchior, E., D. malign. Degeneration, Chirurgie d. Duodenum, (Neue Dtsch. Chir.) Aufg., 1917,
S. 262.
Mesnil, Zur Ätiologie d. Magengeschw., Münch. med. wochenschr., 1894, Nr. 50. S. 1007.
Ref. Neue Deutsche Chirg., Bd. 42, S. 58.
Mitterstiller, S., Ü. einen Fall gleichzeitigen Vorkommens von primärem Magenkarzi-
nom. u. Ulcus callosum ventr., Deutsch. Zeitschr. f. Chirg. Bd. 172, S. 152.
Napalkow, Elast. Faser in Krebsgewebe bei d. Entartung d. Ulcus in Krebs, Zentralbl. f.
Chirg., 1924. S. 2036.
Newcomb, W. D., The relationship betw. pept. ulceration a. gastric carcinom, The Brit.
Journ. of Surg. 1932, Nr. 78. p. 279.
Payr, Altes u. neues z. Unterscheidung v. Ulcustumor u. Krebs an Magen, Zentralbl. f. Chirg.,
1922, S. 1706.
Peyser, Untersuchung ü. d. Ulcuscarcinom d. Magens, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 168.
1922, S. 409.
Ribbert, D. Karzinom aus Magengeschwüren, D. Karzinom des Menschen, 1911, S. 433.
Rothmann, Chron. Magengeschw. in seiner Beziehung z. Magenkrebs, Arch. f. kl. Chirg.,
Bd. 175, S. 201.
Scott, The relationship of carcinoma a. callous gastric ulcer, Surg. gyn. a. obst., Vol. 46,
1928, p. 199.
Stewart, A. case of two isolated carc. gastric ulcers, Amer. Journ. of med. sciences, 1898, p.
576.
Taylor, Paul, Miller, Bericht ü. 182 Fälle von Magencarcinom mit besond. Berücksichtg.

d. Ulcercarcinom, Amer. Journ. of the med. Sciences 1921. p. 862. Ref. in Zentral-
org. f. d. ges. Chirg., etc., 1922, Be. 16. S. 477.

Wilson a. MacCarty, Patholog. relationships of gastr. ulcer a. gastr. cancer, Amer. Journ.
of the medical sciences, 1909.

Wolfsohn, G., Ü. Magenkarzinome nach Gastroenterostomie, Deutsch. Med. Wochenschr.,
1928, S. 1079.

第八篇

續發症ト其ノ處置

潰瘍ハ其ノ經過中各種ノ續發症ヲ招致スルモノナリ。本篇ニ於テハ、此等續發症ニ關シテ
解説ヲ試ントス。先ヅ其ノ主タルモノヲ列記スレバ次ノ如シ。

第一章 胃腸狹窄竝ニ二次的胃擴張

第一節 原因 竝ニ病理

潰瘍ノ場合、幽門、十二指腸、稀ニ噴門等ニ狹窄ヲ來ス。而シテ其ノ原因トシテハ凡ソ次
ノ如キ場合ヲ掲グルコトヲ得。

- (イ) 痙攣ニ由ルモノ。
- (ロ) 炎衝ニ由ルモノ。
- (ハ) 癭痕ニ由ルモノ。
- (ニ) 痛變性ニ由ルモノ。

痙攣ニ由ル場合ハ機能的ニシテ、治癒可能ナレドモ、其レ以外ノ場合ハ其ノ原因何レモ、
器質的ナリ。而シテ機能的ノモノハ非手術的處置ニ依リ治癒シ得可キモ、其他ノ原因ニヨル
場合ハ外科的手術ニ依ラザレバ治癒不可能ノモノトス。痙攣、粘膜ノ炎衝性腫脹、浮腫等ニヨ
ル場合ハ尙ホ開放性潰瘍ガ狹窄部位又ハ其ノ近接部位ニ存在シ、之ガ爲メニ生ズル狹窄ナル
ヲ以テ、潰瘍ノ續發症ト稱スルヨリハ寧ロ、合併症ト見做ス方合理的ナリ。眞ノ續發症ト
シテノ狹窄ハ癭痕ニヨル場合ナリトス。

而シテ上記各種ノ原因中同時ニ二ツ以上ノモノガ共同シテ作用スルコトモ之ヲ存ス。

今順次此等原因ニ就テ説明スレバ次ノ如シ。

(イ) 痙攣ニ由ルモノ。痙攣性狹窄ノ場合ハ潰瘍ガ多ク狹窄部位ニ存在スルモノトス、即
チ開放性潰瘍ニヨリテ痙攣ヲ招致シテ狹窄ヲ來スニ至ルモノナリ。然レドモ時トシテ潰瘍ガ幽門
ヨリ稍隔リタル小彎ニ存在シテ而モ幽門痙攣ヲ起ス事アリ、而シテ又カカル場合ノ痙攣ハ甚ダ
長期ニ互リテ存在スルコトアリ。痙攣性狹窄ハ主トシテ幽門ニ之ヲ認ムルモノニシテ稀ニハ噴門
ニモ來ルコトアリ。

(ロ) 炎衝ニヨルモノ、胃炎ノ結果粘膜ニ輪狀ノ腫脹ノ來ル時、又固有筋ノ炎衝性肥大ノ
タメ幽門ニ狹窄ヲ來スコトアリ。

前記 (イ) (ロ) ノ場合ハ内科的療法ニ依リ潰瘍ノ輕快スルニ從テ、狭窄モ亦次第ニ消失スルモノニシテ(固有筋ノ炎衝性肥大ノ場合ヲ除ク)、高度ナル二次的胃擴張ヲ招致スルコト少ナシ。

(ハ) 癩痕ニ由ルモノ、潰瘍ガ幽門、十二指腸、稀ニ噴門ニ存在シ、癩痕性ニ治癒スル時、後ニ癩痕組織ノ萎縮ニヨリテ狭窄ヲ來スニ至ルモノナリ、狭窄ノ程度ハ疾患ガ陳舊性ナル程著シキモノトス。時トシテ幸ウジテ小消息子ヲ通シ得ルガ如ク高度ナルコトアリ。

癩痕性狭窄ハ外科的處置ニ依ラザレバ治癒スルコトナシ。之ヲ放置スル時ハ次第ニ狭窄高度ニ達シ、幽門部又ハ十二指腸狭窄ノ場合ニハ二次的胃擴張ヲ招致シ、益々患者ノ衰弱ヲ増進ス。而シテカカル場合潰瘍ガ完全ニ癩痕性治癒ヲ示スコトハ寧ロ比較的少ナク、之ヲ精査スル時ハ屢々尙ホ潰瘍ガ治癒ノ過程ニ在ル場合アリ又急性炎衝所見ガ癩痕組織内ニ認メラルルコトアリ、今コレニ關スルニ、三ノ統計ヲ示セバ次ノ如シ。

Hurst 及ビ Stewart 兩氏ノ報告		
幽門狭窄 20 例 (胃潰瘍ニ由ルモノ)	内	13 例 完全治癒
(剖檢例)		7 例 開放性
幽門狭窄 43 例 (十二指腸潰瘍ニ由ルモノ) 内	内	21 例 完全治癒
(剖檢例)		22 例 開放性
十二指腸狭窄 17 例	内	7 例 治癒
(剖檢例)		10 例 開放性
Collin 氏報告		
十二指腸狭窄 18 例		8 例 癩痕
		10 例 癩痕化充分ナラズ

從テ臨牀上主トシテ、狭窄症狀現ハレ、開放性潰瘍ノ症狀著明ナラザル場合ニ於テモ、出血穿孔等ノ如キ合併症ノ到來ハ之ヲ輕々ニ否定スル事能ハズ、爲メニ突然死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。

病理解剖學的ニハ潰瘍ガ胃腸壁ノ深層ニマデ達シ且幽門又ハ十二指腸ノ全周、又ハ輪狀ニ全周ノ大半ヲ占ムル場合ニ著シキ狭窄ヲ起スモノニシテ、表在性潰瘍ノ場合ニハ高度ノ狭窄ヲ起スコト少ナシ、殊ニ癩痕性組織ト同時ニ周圍炎性癒著、穿通等存シ、此等カ後來萎縮スル時ハ更ニ狭窄ヲ助長スルモノナリ。殊ニ廣範圍ニ互リテ存在スル狭窄症ノ場合ニハ、カカル因子ノ同時ニ加ハレル場合多キモノトス。

狭窄ハ通常幽門又ハ十二指腸ニ於テ短キ範圍ニ存スルヲ普通トスルモ、時トシテ數種ノ長キニ達スルコトアリ、Burke 氏ノ報告例ニ於テハ、十二指腸ニ 6 乃至 7 纏ニ達セシ狭窄ヲ認メタリト云フ。

幽門又ハ十二指腸ニ狭窄ノ存スル場合ニハ、胃ハ初メ蠕動亢進ニ依リ或ル程度マデ通過障礙ヲ調節セント努ムルモ、後ニハ次第ニ擴張スル共ニ胃壁モ亦肥厚スルニ至ル。而シテカカル

肥厚ハ運動力ノ旺盛ナル部位即チ幽門竇部ニ最モ著明ナリ、其ノ甚シキ時ハ胃壁ノ厚サ健常時ノ數倍ニ達スルコト稀ナラズ、擴張ソノ頂點ニ達スルニ及ベバ、筋層ニ退行變性ヲ來シ筋層ハ遂ニ弛緩シテ菲薄トナルニ至ルモノトス。

(ニ) 癌變性ニ依ルモノ、潰瘍ガ癌變性ヲ來シタル場合ハ、腫瘍ノ増殖ニ依リ、狭窄ヲ増強セシム。コハ主トシテ幽門部ニ見ラルルモノニシテ、且ツ十二指腸潰瘍ノ場合ニハ甚ダ稀ナリ。カカル場合ニハ、觸診ニ由リテ結節狀ノ腫瘍ヲ觸知ス。時ト共ニ癌浸潤高度トナリ、遂ニ廣ク胃壁ヲ侵スニ至ルヲ以テ、善性幽門狭窄ノ場合ノ如ク、高度ノ胃擴張ヲ來スコト少ナク、其ノ經過モ亦一般ニ速ナリ。

第二節 狭窄ノ頻度、部位

潰瘍ノ場合、狭窄ヲ來ス頻度ニ就テ、學者ノ統計ヲ示セバ次表ノ如シ。

幽門狭窄ノ頻度		
Gerhardt 氏	10.0 % (胃潰瘍)	臨牀例
Hurst, Stewart 兩氏	5.8 % (胃潰瘍)	剖檢例
	15.6 % (十二指腸潰瘍)	剖檢例
十二指腸狭窄ノ頻度		
Hurst, Stewart 兩氏	7.4 % (十二指腸潰瘍ノ場合)	剖檢例
Collin 氏	10.5 % (")	剖檢例
Gruber 氏	5.0 % (")	剖檢例
Moynihah 氏	23.0—13.0 % (")	手術例
Melchior 氏	25.5 % (")	手術例

我が教室ニ於ケル統計ヲ掲グレバ次ノ如シ (第 165 表)

如斯余等ノ材料ニ於テ、狭窄例ノ多キハ、外科的材料ナルニ依ルモノニシテ狭窄ノ頻度ハ、剖檢例ニ依ル場合ト臨牀例ニ依ル場合ニ於テ各其ノ率ヲ異ニスルハ明カナリ。後者ノ場合ニ於テモ、内科家ト外科家ニ於テ、其ノ率ヲ異ニシ外科的手術例ニ於テ、内科的ノ材料ニ比シ狭窄ノ頻度高キハ容易ニ之ヲ理解シ得可シ。

第 165 表 潰瘍患者手術時ニ於ケル幽門又ハ十二指腸狭窄ノ頻度(著者)

潰瘍例	例數	検査例	狭窄部位	陽性例	%
胃潰瘍	168 例		幽門狭窄	90	53.5
			十二指腸狭窄	0	
十二指腸潰瘍	120 例		幽門狭窄	61	50.8
			十二指腸狭窄	12	10.0
胃及ビ十二指腸潰瘍合併例	27 例		幽門狭窄	17	62.9
			十二指腸狭窄	1	3.7

Stewart, Hurst 兩氏ニ依レバ、狭窄ガ幽門近部ニ存在セシ 63 例中、53 例即チ 84.0 %

ハ、ソノ原因十二指腸潰瘍ニシテ、僅カニ16.0%ガ胃潰瘍ナリト云フ。幽門狭窄ノ大半ハ、十二指腸潰瘍ニ由ルモノナルコトハ、多數學者ノ認ムル所ナリ。而シテ、十二指腸潰瘍ガ、以前甚ダ稀ナリトセラレタル時代ニハ幽門狭窄ハ主トシテ胃(幽門)潰瘍ニ依ルモノト思考セラレタリ。

狭窄ヲ來ス頻度ハ、一般ニ胃潰瘍ノ場合ニ比シテ十二指腸潰瘍ノ場合遙カニ多シトセラル、コレ解剖學的關係ノ然ラシムル所ナリ。

尙狭窄ヲ來ス部位ハ、幽門ニ最も多ク、十二指腸之ニ次ギ、噴門ニ最も少ナシ。十二指腸狭窄ノ部位ハ、潰瘍ガ十二指腸起始部ニ來ルコト最も多キ關係上、狭窄モ亦其ノ部位ニ相當スルコト論ヲ待タズ。十二指腸下部殊ニ Vater 氏乳頭以下ニ狭窄ノ來ルコトハ甚ダ稀ナリ。例之 Collin 氏ハ Vater 氏乳頭上部ノ狭窄23例ニ對シ、下部ニ來リシ場合ハ僅カニ2例ニ過ギズトセリ。我が教室ニ於テハ、十二指腸下部ニ來レル、潰瘍狭窄例ノ興味アル經驗例ヲ有ス、(石田「グレンツゲビート」第6年第2號)之ヲ記述スレバ次ノ如シ。

第1例 阿○新○郎 42歳 男 商業 大正10年10月24日入院、同年11月18日退院。

現病歴 12,3年前所謂胃腸病ニ苦シミ、臍直上部ニ劇痛ヲ訴ヘ、當時醫師ニ依ツテ胃潰瘍ト診斷セラレテ治療ヲ受ケ約60日位ノ加療ニヨリ苦痛ハ消散セリ。然ルニ本年2月中旬旬等ノ原因ナク突然腹部全部ニ互リ劇烈ナル疼痛ヲ訴ヘタルモ、其際嘔吐・吐血・黄疸・發熱・黑色便等ハ之ヲ認メザリキト云フ。數回ノ注射ニ依リ鎮靜スルヲ得タリ。然ルニ5月下旬ニモ同様ノ發作アリ。疼痛ハ食時トハ全く無關係ニシテ、背部ニ放射セザリシト云フ。斯カル症狀約4,5箇月繼續セリ。

局處所見 上腹部ニ蠕動不安、振水音等ハ認ムルヲ得ザルモ、右直腹筋ハ強ク緊張セリ。入浴診斷ニ依リ劍狀突起ヨリ右側三橫指ノ下方ニ小指頭大ノ橫位ヲ取レル硬キ腫瘍ヲ觸レ、輕度ノ壓痛アリ。呼吸時ニ移動シ、呼吸時固定性ヲ有ス。胃液検査所見、總酸度 13、遊離鹽酸 0

胃ノ「レントゲン」検査所見。

著明ナル胃下垂並ニ十二指腸起始部ノ擴張ヲ認ム。術前十二指腸潰瘍ト診斷セラル。

手術所見 大正10年10月29日全身麻痺ノ下ニハツカー氏後胃腸吻合術ヲ行フ。

胃部ハ下垂擴張シ、幽門輪及ビ十二指腸上部モ強ク擴張セリ。十二指腸下行部ハフアーテル氏乳頭ノ下方ニ於テ膽囊管及ビ後腹壁ト固ク癒着シ、ソノ剝離困難ニシテ、コノ部ニ潰瘍ノ存在スルヲ認ム。

膽囊ニ變化ナク、結石モ外部ヨリハ觸ルルコトナシ。脾臟ハ硬クシテ腫瘍ノ如ク之ヲ觸ル。

轉歸 大正10年11月18日全治退院セリ。

第2例 土○ア○ノ 27歳 女 無職 大正12年1月10日入院、同年1月26日退院

現病歴 2日前眞夜中突然上腹部ニ劇痛ヲ發シ、同時ニ劇烈ナル嘔吐アリ吐物ハ初メハ食物殘渣ノミニシテ後胆汁様物ヲ混ゼリ。食思不振ニシテ便秘ニ傾ケリ。

局處所見 腹部ハ一般ニ陷凹セルモ、上腹心窩部ハ膨隆シ、高度ノ蠕動不安ヲ認メ、壓痛著明ナリ。腫瘍ヲ觸レズ。

胃液並ニ「レントゲン」線ニヨル胃ノ検査ハ患者ノ状態危險ナルニヨリ之ヲ行ハズ、入院後直チニ手術ヲ施行セリ。

手術前診斷 吐糞症疑診

手術所見 大正12年1月10日局所麻痺ノ下ニハツカー氏後胃腸吻合術ヲ施セリ。

胃部及ビ十二指腸上部ハ著シク擴張シ、幽門部ニハ變化ヲ認メズ。十二指腸下行部ニ於テ後腹壁及ビ脾臟頭部ト強固ニ癒着シ、コノ部ニ穿通性潰瘍ヲ認メタリ。

轉歸 良好ナル經過ヲ取リ、全治退院セリ。

第3例 安○又○ 50歳 男 農業 昭和4年5月6日入院、同年6月3日退院

現病歴 本年4月25日何等ノ原因ナクシテ腹部全部ニ互リ劇烈ナル疼痛ヲ訴ヘ、醫師ヨリノ下劑ヲ内服セシ後、黑色便ヲ排出シ爾後疼痛ハ一掃セリ。同月27日同様ノ發作アリ。コノ時醫師ハ鳩卵大ノ腫瘍ヲ右季肋部ニ發見セリ。局處ニ高度ノ壓痛アリシト云フ。醫療ニヨリ一時輕快セルモ、數日後再び同様ノ發作アリ。發作中便通放屁ヲ缺如ス。嘔吐ハ一回モナク、最近糞便ハ赤色ニ著色セリ。最後ノ發作ハ3日前ニアリ。今回モ前同様右季肋部ニ高度ノ壓痛アル腫瘍ヲ生ジ昨日ニ至リ漸ク消散セリ。發作中ノ最高體温ハ約38.0度ナリシモ皮膚ノ黃染ハ嘗テ之ヲ認メズ。

局處所見 腹部膨隆、蠕動不安等ヲ認メズ。腹部ニハ一般ニ壓痛アリ、特ニ右季肋部及ビ廻盲部ニ於テ顯著ナリ。腫瘍ハ觸レズ。

胃ノ「レントゲン」検査所見 胃部ハ砂時計狀ヲ示ス。幽門部ハ強固ニ癒着シテ動カズ。幽門部ノ通過障礙ナキモ、試験食ハ約6時間胃部ニ停滯セリ。

手術所見 腸狭窄症疑診ノ下ニ4月11日局處麻痺ニテ前胃腸吻合術及ビブラウン氏腸々吻合術ヲ施行シ、幽門部ヲ噴置セリ。胃ハ其ノ壁輕度ニ肥厚シ、甚ダシク縮小セリ。十二指腸ノ後壁ハ幽門輪ヨリ7釐ノ距離ニ於テ、後腹壁及ビ膽囊管下方ニ於テ、肝臟下面ト密接ニ癒着シ、剝離困難ナル状態ニアリ。コノ部ニ穿通性潰瘍ヲ認ム。

膽囊ハ萎縮シ、輸膽管ハ少シク擴張セリ。外部ヨリ結石ヲ觸レズ。S字狀部ヲ検索スルモ別ニ異狀ヲ認メズ

轉歸 經過良好ニシテ、全治退院セリ。

第4例 田○タ○ 53歳 女 商業 昭和4年11月8日入院、同年同月29日退院

現病歴 本年9月頃ヨリ漸次食思不振ナリ胃部膨滿感ヲ訴フ。又食時ト關係ナク多量ノ嘔吐アリ。吐物ハ食物殘渣ノミナリ。近來羸瘦甚ダシト云フ。自發痛ハ之ヲ缺如セリ。當大學武谷内科ニテ胃ノ「レントゲン」検査ヲ受ケシ結果、十二指腸潰瘍ト診斷セラレ當教室ニ送ラレタリ。

局處所見 腹部ハ一般ニ陷凹シ、上腹部ニ蠕動不安ヲ認ム。臍ノ右側部ニ壓痛點アリ、腫瘍ヲ觸レズ。振水音モ亦之ヲ聽カズ。

胃ノ「レントゲン」検査所見 胃ハ延長下垂セリ。幽門部通過ハ良好ナリ。十二指腸起始部ハ甚ダ擴大シ、十二指腸ニ高度ノ逆蠕動ヲ認メ、又胃ノ狭窄蠕動モ著明ナリ。十二指腸下行部ト下部ノ境界ニ狭窄ヲ認メ、試験食ノ通過障礙アリ。試験食ハ3時間後尙ホ其ノ大部分十二指腸上部ニ殘存セリ。

手術所見 昭和4年11月9日局處麻痺ノ下ニハツカー氏後胃腸吻合術ヲ施行セリ。

胃ハ高度ノ擴張下垂ヲ示シ、其ノ壁肥厚セリ。幽門輪及ビ十二指腸ハ約3倍ニ擴張シ、其ノ下部ノ中央腸間膜起始部ニ該當シテ約指頭大ノ硬キ腫瘍ヲ發見セリ。コノ部ハ後腹壁ト比較的強固ニ癒着シ、十二指腸腔ハ狭窄ヲ來セリ。腸壁ハ腫瘍部ニ於テ肝賦性結締組織ニ變化セリ。即チ該部ニ穿通性潰瘍ヲ認メタリ。順調ノ經過ヲ取リ全治退院セリ。

第三節 臨床的症狀

第一項 胃症狀

患者ハ食物ノ胃内停滯感、及ビ胃部膨滿感ヲ訴フ、而シテカカル症狀ハ、初メ主トシテ食後

殊ニ大量攝取後ニノミ之ヲ認ムルモ、狭窄増強シ、胃擴張高度トナルニ從ヒ、食餌量少ナキ場合ニモ之ヲ訴ヘ、且ツ長時間持續ス、加之吞酸嘔吐、發作性痙攣性胃疼痛ヲ伴フニ至ル、胃擴張高度トナリ、胃粘膜ニ炎衝加ハルニ及ビ、食慾益々衰フルモノトス。

又特ニ顯著ナルハ口渴感ヲ訴フルコトニシテ、コレ體液缺乏ニ基クモノナリ。次ニ狭窄ノ存スル時患者ニ最モ屢々認ムル症狀ハ嘔吐ナリ。コハ潰瘍ニヨル幽門又ハ十二指腸狭窄ノ存スル時最モ屢々來ルモノニシテ、狭窄ト共ニ高度ナル胃擴張ヲ存スル場合ニハ數日前ノ食塊ヲモ多量ニ吐出スルコトアリ。

尙ホ十二指腸狭窄ノ場合、其ノ部位ノ異ナルニ從テ、狭窄症狀ハ、多少其ノ趣ヲ異ニス。狭窄ガフアーテル氏乳頭ノ上部ニ存スル場合ニハ、臨牀上幽門狭窄ノ場合ト殆ンド區別スル事能ハズ。然レドモ、同乳頭以下ニ於ケル狭窄ノ場合、局所診斷上甚ダ主要ナル症狀ハ、胆汁、膽汁ノ著シキ胃内逆流ヲ認ムルコトナリトス。即チ爲メニ吐物中ニ多量ノ膽汁ヲ混ズ。又夜間胃洗ヲ行ヒソノ翌朝多量ノ膽汁ヲ吐出スルガ如キ事ハ診斷上意義大ナルモノニシテ、コレ狭窄上部ノ十二指腸ガ高度ニ擴張セルコトヲ證スルモノナリ。

又「アルカリ」性液ノ逆流ニヨリ胃液中ノ遊離鹽酸中和セラレ酸度低下又ハ酸缺如ヲ見ルコトアリ。逆流ガ持續的ナラズシテ、間歇的ニ行ハルル時ハ、各時期ニ於ケル胃液検査ニ於テ、或ル場合ハ鹽酸低下乃至缺如ヲ認メ、或ル場合ニハ高酸度ヲ示スコトアリ。

又低位十二指腸狭窄ノ場合ニハ、小腸狭窄ノ場合ト異ナリ、糞便ノ吐出ハ之ヲ見ザルモノニシテ且ツ或時期ニ達スル迄ハ胃自身ハ擴張セラレザルモノトス。

以上狭窄症狀ハ主トシテ狭窄ガ器質的ナル場合ニ就テ述ベタル所ナルモ、痙攣性ノ場合ニハカカル症狀時ニ依リ變化スルモノトス。其他「アトロピン」「パペリン」ノ注射ニ依リテ痙攣消失シ、從テ狭窄症狀モ亦自ラ治癒スルモノナリ。

第二項 腸並ニ泌尿器症狀

高度ノ狭窄存スル場合ハ通常便秘ニ傾クモノナリ。コハ狭窄ニヨリテ水分ノ胃ヨリ腸ニ移行スルコト妨ゲラルルト共ニ、體液缺乏ノ結果、腸内容ヨリモ水分ガ奪取セラルル爲メナリトス、次ニ又尿量ノ減量ヲ示スモノニシテ狭窄高度ノ場合ニハ尿量1日500-800 兪ニ減ズルコトアリ。コノ際尿ハ著シク濃縮セラレ比重上昇ス。

第三項 全身症狀

狭窄高度ナル時ハ、全身狀態次第ニ衰ヘ體液缺乏、食餌攝取不充分ノ爲途ニ甚ダシキ羸瘦ヲ示スニ至ルモノナリ。更ニ神經症狀トシテ記述ス可キハ胃「テタニー」ナリトス。本症狀ハ1869年 Kußmaul 氏ニ依テ、胃擴張ノ場合招致セラルル痙攣トシテ初メテ報告セラレタルモノナリ、然レドモ近時内臓外科ノ進歩ニ伴ヒ、幽門狭窄患者モ以前ヨリハ比較的早期ニ手術ヲ

受クルヲ以テ、方今此ノ症狀ヲ經驗スルコトハ稀ナリ。

本合併症ノ場合ニハ、胃擴張ノ經過中、間歇的ニ強直性痙攣ヲ認ムルモノニシテ、通常兩側ノ四肢、時トシテ偏側ニ之ヲ發シ重症ノ場合ニハソノ他背部、顔面、眼及ビ喉頭等ノ筋肉ニモ亦之ヲ來スモノナリ。

カカル症狀ハ潰瘍ニ依ル幽門狭窄ノ爲メ胃擴張高度ナル場合ニ之ヲ見ルコト多ク、殊ニ胃液分泌過多ノ時往々之ヲ經驗スト稱セラル、然レドモ十二指腸狭窄ノ場合ニハ稀ニシテ痙攣ニヨル胃擴張ノ場合ニハ「テタニー」更ニ甚ダ稀ナリ。

Albu, Kuckeim, Trevelyan 氏等ハカカル場合ノ報告ヲナシ、最近 H. Steinatz 氏モ亦十二指腸空腸彎曲部ノ痙攣ニ依ル胃擴張ノ場合本合併症ヲ經驗セリ。

稀ニハ幽門外部ニ原因ヲ有スル胃擴張ノ場合ニモカカル症狀ヲ來スコトアリト云フ。(Blazicek, Berlitzheimer)又 Gatzky 氏ハ外傷ニ依リ後腹膜腔ニ發生セシ血腫ガ十二指腸ヲ壓迫シテ發生セシ「テタニー」ヲ記載セリ。

原因 從來種々ナル原因學ゲラレタルモ未ダ鮮明セラルルニ至ラズ、今2,3ノ主ナル原因ニ就テ記述スレバ次ノ如シ。

(1) 1890年 v. Frankl, Hochwart 氏等ハ「テタニー」ト幽門狭窄ガ偶然合併セシモノナリト想像セシモ、方今カカル見解ヲ有スルモノナシ。

(2) Kußmaul 氏ハ、生體ノ水分缺乏ハ血液ノ濃縮ヲ來シ爲メニ神經及ビ筋肉ノ乾燥ヲ招致シ、僅少ノ刺激(例之嘔吐、胃洗)ニ依テモ、痙攣ヲ促スト稱セリ。然ルニ其後氏ハカカル意見ヲ放棄スルニ至レリ。

(3) 反射説、胃粘膜ノ神經刺激ニ依リテ起ル中樞神經ノ反射的刺戟ニ基クト稱スル學者アリ。即チ胃「ゾンデ」ノ插入、胃打診等ニ際シ、痙攣ノ發生シタル事實ニ基ク説ナリ。

又或場合ニ於テハ胃ガ突然擴張セラレタル場合發生スル反射性過程ヲ原因トシテ學グル學者アリ。

(4) 擴張胃ニ發生スル異常新陳代謝物質ニ依ル中毒即チ自家中毒ヲ原因トナス學者アリ。

(5) 血液鹽素缺乏説 Sprach, v. Korczynski, Jaworski 氏等ハ「クロール」缺乏ヲ以テ原因ナリト稱シ H. Strauß 氏ハ其新陳代謝ヲ長期觀察セシ胃「テタニー」患者ニ於テ、食鹽水ノ皮下注入ニヨリテ「テタニー」ノ消失セシ例ヲ報ジ、近時 H. Steinitz 氏モ亦カカル患者ニ血中「クロール」ノ著シキ低下ヲ目撃シ、コレヲ本症ノ原因ナリト見做シ Chloroprive Tetanie ト稱セリ。

豫後、内科的療法ニ依ル豫後ハ甚ダ不良ナリ。Riegel 氏ニ依レバ27例中死亡例16例、Cunningham 氏ハ47例中34例ノ死亡ヲ見タリト。

療法, 胃「テター」ニテ高度ノ障礙存スル時ニ手術ヲ加フルコトハ望マシカラズ, 輕症又ハ中等度ノモノハ, 多量ノ生理的食鹽水ノ靜脈内注射ニ依リ回復ス, 然ル後手術ヲ加フ可シ, 但シ局所麻痺ノ下ニ而モ姑息的手術ニ依ルヲ安全トス, 食鹽水注射ニ依ルモ效ナキ重症ノ場合ニハ手術ヲ加ヘザル可ラザルモ, 其ノ效果ハ期待シ難シ。

次ニ吾人ノ經驗例ヲ略述ス可シ。

患者 高木某 男子 65歳 農 大正12年9月19日入院, 10月8日治癒退院。

主訴 心窩部停滯感。

現病歴竝ニ現症 約3年來食後胃痛ヲ訴フ, 吞酸, 嘔吐アリ, 大正12年7月中旬ヨリ胃部ニ停滯感ヲ訴フ, 時々嘔吐ヲ催ス, 吐血ナシ, 下腹部ニ著シキ蠕動不安ヲ訴ヘ「グル」音ヲ發スルニ至リテ蠕動不安消失スト。

胃液所見 遊離鹽酸48, 總酸度62, 乳酸反應陰性ナリ。

X線検査所見 胃ハ著シク下垂, 擴張ヲ示ス, 胃小彎ハ臍ヨリ著シク下位ニ在リ, 胃ニ逆蠕動著明ナリ, 幽門ニ狭窄ヲ認ム, 3時間後, 攝取「バリウム」ハ尙殆ド全量胃内ニ殘存ス。

9月22日開腹セシニ, 胃ハ著シク擴張シ其ノ壁ノ肥厚甚シ, 幽門輪ニ瘢痕性硬結アリ幽門強ク狭窄セリ, 胃小彎ノ長サ32.2糎, 大彎75.5糎ヲ算シ, 胃横徑13糎ナリ, Beyer氏胃固定術 Wölfler氏胃腸吻合兼 Braun氏小腸吻合術ヲ行ヘリ, 10月8日治癒退院セリ。

退院後1時治癒ノ状態ニ在リシモ, 主治醫ノ報ニ依レバ, 大正14年8月11日突然嘔吐ト共ニ左手指疼痛性痙攣ヲ發シ14日死亡セリ, 主治醫ハ胃擴張再發ノタメ「テター」ヲ發シタルモノト診斷セリ。

第四項 他覺的所見

(1) 視診 胃擴張高度ナル場合ニハ, 瘦削シタル腹壁ヲ通ジテ擴張セル胃ノ輪廓ヲ認メ得ベク, ソレガ胃ナルコトハ, 膨隆ノ形態竝ニ位置ニ由リテ明ナリ, 殊ニ大彎ノ輪廓ガ明瞭ナルコト多シ。若シ胃擴張ト同時ニ胃下垂症ノ合併セル場合ニハ小彎ノ輪廓モ亦明ニ之ヲ認ムルコトヲ得。

次ニ屢々認ムルモノハ胃蠕動不安ニシテ腹壁ヲ通ジテ狭窄蠕動ヲ目撃ス。即チ胃壁筋ハ狭窄ニ打勝チテ胃内容ヲ排出セント努ムルモノニシテ, 殊ニ幽門竇ニ於テ強ク著シキ蠕動運動ヲ表現シ, 左方ヨリ右方ニ進行ス。カカル胃蠕動不安ハ痙攣性胃痛ヲ伴フテ間歇的ニ發スルコト多シ。

尙此ノ胃蠕動不安ハ殊ニ腹壁ニ加ヘラレタル胃部機械的刺戟就中胃打叩ニヨリテ誘發セラレルコト多シ。而シテ胃「アト」ノ場合ニハソノ出現著明ナラズ。

(2) 打診 小彎正常位ニアリテ大彎ノ下垂セル時ハ胃擴張ノ證ナリ。又胃部ニ打叩ヲ加ヘテ胃ノ運動ヲ起サシムル時ハ, 振水音ヲ聴取ス。是レ胃内ニ液分ト空氣ガ混在セル時ニ認ムル現象ニシテ正常胃ノ場合ニ於テモ, 多量ノ液體攝取後ニ之ヲ證明スルモノニシテ, 必ズシモ胃擴張ニ特有ナルモノニ非ズ。液體攝取後一定時間ヲ經, 正常時ニ於テハ既ニ胃内ニ空虛タル可キ時期ニ尙之ヲ認ムル時ハ胃擴張ノ證ナリ。次ニ胃内ニ空氣ヲ送ルカ又ハ炭酸飲料ヲ攝取

セシムル時ハ打診上發スル膨音ニ依リテ胃ノ位置及ビ大サヲ知り得ベシ, 然レドモ此ノ方法ノ應用ハ開放性潰瘍ノ存在スル時ニハ注意ヲ要ス。

(3) 觸診 胃擴張高度ナル場合ニハ上腹部全體ニ互リ輕度ノ壓痛ヲ訴フルコト多シ, 幽門ノ瘢痕性狭窄ノ場合ニハ局所ニ瘢痕ヲ觸知スルコトアリ。潰瘍ガ開放性ナル場合ニハ潰瘍部ニ相當シテ屢々壓痛抵抗又ハ腫瘍ヲ觸知ス, 潰瘍ガ惡性變化ヲ來セル初期, 又ハ原發性幽門癌ニシテ, 大ナル腫瘍ヲ觸知セザル場合ニ於テハ, 觸診所見ニ由リ狭窄ノ性質ヲ判定スルコトハ困難ナリ。

(4) 胃液所見 遊離鹽酸度ハ一定セス, 幽門狭窄症ニ於テハ十二指腸液ノ胃内逆流妨ゲラレ胃液酸度ノ中和不十分ナリ, 爲メニ過酸症ヲ示スコトアリ。然ルニ高度ナル胃擴張長ク持續スル時ハ, 胃粘膜ニ病變ヲ招キ酸度ノ低下ヲ來スコトアリ。更ニ胃粘膜ガ高度ナル萎縮ニ陥ル時ハ Achylia gastrica ヲ見ルコトアリ, 又若シ狭窄ガ十二指腸乳頭部以下ニ存スル時ハ「アルカリ」性十二指腸液ハ盛ニ胃内ニ逆流スルヲ以テ, 酸低下ヲ來スモノトス。

カクノ如ク潰瘍ニ基ク狭窄ニ在テモ低酸度若クハ無酸症ヲ認ムルコトアリ, 他方胃癌ニ於テ時トシテ過酸症ヲ示スコトアルヲ以テ, 胃液酸度ノミニ依リテ狭窄ノ性質ヲ判定スルコト能ハズ。

乳酸モ亦潰瘍ニヨル幽門狭窄症ノ場合往々之ヲ證明スルモノトス。如斯, 幽門部ノ狭窄高度ニシテ胃内容長ク停滯スル時ハ細菌益々増殖シ且ツ其ノ毒力上昇スルヲ以テ外科的手術時ニ當リテハ特ニ此ノ點ニ注意セザル可ラズ。

(5) X線検査所見 狭窄ノ部位竝ニ胃擴張ノ程度, 狭窄ノ性質等ヲ詳細ニ知ルガためニハX線検査ヲ行フヲ最モ可ナリトス。即チX線検査所見ニ於テ, 幽門又ハ十二指腸ニ於ケル狭窄從テ通過障礙, 狭窄上部ニ於ケル胃又ハ十二指腸ノ擴張ヲ認ムルノミナラズ, 胃内「バリウム」ノ殘留量ニ依リ胃擴張ノ程度ヲ知り得ベシ, 癌腫ト潰瘍ノ鑑別ニツキテモX線検査ハ有力ナル根據ヲ與フルモノナリ, 其ノ詳細ハ既ニ之ヲ述タリ。

(6) 血液所見 血色素量, 狭窄症患者ニ於ケル血色素量ハ一般ニ正常値以下ノモノ多キモ, 體液水分ノ缺乏ニ依リ血液濃縮セラレ, 血色素量増加スルコトアリ。

血液PH, 岡田, Witney氏等ハ幽門狭窄時「アルカロージス」ノ發生スルコトヲ發表シタリ。秋谷氏ハ潰瘍竝ニ癌腫ニ依ル幽門狭窄患者ニ就テ, 血液PH竝ニ炭酸結合カヲ測定セル結果, 狭窄強度ニシテ, ソノ症狀甚シク, PH及ビ炭酸結合カ共ニ高ク「アルカロージス」ノ状態ニ在ルモノト, 狭窄ノ程度甚シカラズシテPHハ正常値ナルモ, 炭酸結合カ比較的低下シ, 「アチドージス」ヲ示スモノト二様ノ場合存シ手術ニ依リ狭窄除去後ニハ共ニ正常値ニ復スト報ゼリ。

第四節 診斷 並ニ 鑑別診斷

(1) 狭窄の有無 狹狹高度ナル時ハ、診斷容易ナリ。大量ナル又時トシテ數日前ニ攝取シタル食餌ヲ嘔吐シ、胃蠕動不安、振水音ノ聴取、胃ノ位置及ビ大サノ異常等ニ依リ狭窄ヲ考ヘシメ、尙 X 線検査ヲ行フ時ハ更ニ詳細ナル診斷ヲ行ヒ得ベシ。

(2) 狭窄部位 幽門狭窄ト高位十二指腸狭窄トノ鑑別ハ臨牀上、又 X 線検査上ハ往々困難ナリト雖、十二指腸下位即フアール氏乳頭以下ノ狭窄ノ場合ハ、胃擴張ノ出現比較的後キト、狭窄上部十二指腸ノ擴張高度ナルコト、並ニ十二指腸液ノ胃内逆流盛ナルコト從テ遊離鹽酸低下又ハ缺如セルコト多キ點ニ依リ鑑別スルコトヲ得可シ。尙潰瘍ニヨル噴門狭窄ノ場合ハ患者ノ訴フル嚥下困難並ニ X 線検査ニ依リ診斷簡單ナリ。

(3) 狭窄ノ性状 痙攣性ノモノハ狭窄症狀ガ間歇的ニ變化スルコト、並ニ「アトロピン」「パバペリン」等ノ投與ニ依リ、狭窄ノ消失スルコトアルニ依リ之ヲ知り得ベシ。器質的狭窄ノ場合、果シテ潰瘍ガ充分治癒セリヤ、又ハ開放性ナリヤヲ診斷スルコトハ外科ノ手術ノ適應症判定ノ上ニモ甚ダ重要ニシテ、胃痛、壓痛、胃液並ニ糞便内潛出血、X 線検査所見等ニ依リ之ヲ判定ス可キモノナリ、然レドモコハ往々甚ダ困難ナルコトニシテ、術後胃切除標本ニ於テ初メテ之ヲ知ル場合少ナカラズ、臨牀的症狀ニ於テ開放性潰瘍ニ基ヅク症狀缺如シ爲ニ癩痕性狭窄ト思惟セラレタル場合ニ突然出血、穿孔等ヲ來スコトモ之ヲ存ス。

尙ホ幽門狭窄ハ痙攣ニ由ル場合ト潰瘍ニ由ル場合ヲ區別セザル可ラズ。コレ亦 X 線検査、胃曲線検査、胃液検査其他ノ所見ヲ参照スルモ時トシテ甚ダ困難ナルコトアリ、痙攣性狭窄ノ場合ニハ高度ナル胃擴張ハ通常之ヲ認メザルモノトス。

(4) 狭窄ノ程度 狭窄並ニソレガ爲ニ起リタル胃擴張ノ程度ヲ知ルコトモ亦甚ダ肝要ナリ。コレガ爲ニハ X 線検査ヲ行フヲ最モ可ナリス。

(5) 潰瘍ノ位置 幽門狭窄ノ場合、之ガ胃(幽門)潰瘍ニ基クモノナリヤ將又十二指腸潰瘍ニ基クモノナリヤノ判定ハ病歴、各種検査所見ニヨリテ診斷スベキモノナリト雖、往々困難ナルコトアリ。蓋シ狭窄ノ高度ナル時ハ X 線検査ニ依ルモ「バリウム」ガ十二指腸ニ進入セザルヲ以テナリ。昔時十二指腸潰瘍ガ稀有ナリトセラレタル時代ニハ幽門狭窄ハ殆ンド常ニ胃潰瘍ニ依ルモノト見做サレタルモ、近時ノ研究ニ於テハ、却テ十二指腸潰瘍ニ依ルコトヲ認ムル場合多キモノトス。

(6) 其他ノ鑑別診斷 幽門狭窄ニ由ル胃擴張ト胃「アトニー」性擴張トノ區別ハ、病歴ニ於ケル潰瘍症狀ノ有無、腹部觸診所見、胃液検査所見ノ外 X 線検査ニ於ケル胃緊張ノ状態、潰瘍ノ存否等ヲ參考トス可シ、一般ニ過酸症ハ「アトニー」ニ相當セズ。以上ノ外消化管外ニ在

リテ狭窄ノ原因ヲナス可キ疾患ヲ除外セザル可ラズ、吾人ハ曾テ巨大ナル膽石、遊走腎ニ依ル幽門壓迫ヲ狭窄ニヨル幽門狭窄ト誤診セシコトアリ。

第五節 豫後

近時狭窄症ニ對シテハ、比較的早期ニ手術的療法ヲ加フル傾向ニアルヲ以テ、之ガ爲メニ死亡スル場合少ナシ、然レドモ狭窄ノ原因ガ痙攣性變化ヲ來セル潰瘍ニ基ヅク時ハ、狭窄症狀ハ手術ニ依リ除去セラルルモ、時トシテ再發轉移等ヲ來ス憂アルヲ以テ特ニ早期ニ手術ヲ行ハザレバ其ノ豫後不良ナリ。

尙ホ痙攣性ノ如キ術前的確ニ之ヲ診斷スルコト往々至難ナルト、器質的狭窄ハ内科的醫治ニヨリテハ到底根治セシムルコト能ハザルヲ以テ可及的早期ニ手術的療法ヲ加ヘザル可ラズ。

第六節 療法

痙攣性狭窄ノ場合ニハ、合法的ノ食餌ヲ投與シ「アトロピン」「パバペリン」等ヲ服用セシムル時ハ多ク輕快スルヲ以テ單ニ狭窄症狀ヲ示スガ爲メニ、必ずシモ常ニ手術的療法ヲ加フルノ要ナシ。器質的狭窄ニ依ルモノノ中前述(第一節)(ロ)ノ原因ニ依ルモノハ内科的醫治ニ依リ效果ナキ時、(ハ)ノ原因ニヨルモノハ常ニ手術的療法ヲ必要トス。

手術式トシテハ次ノモノヲ擧グベシ。

1. 幽門成形手術 Finney 氏手術、並ニ胃十二指腸吻合、コレハ特種ノ場合ニノミ、行ハルルモノニシテ、效果確實ナラズ、詳細ハ治療編ニ於テ之ヲ述ブ可シ。
 2. 胃腸吻合術 癩痕性狭窄ノ場合ニハ胃腸吻合術ニヨリ著シキ效果ヲ收ムル事ヲ得可シ。
 3. 胃切除術 並ニ姑息的胃切除術、開放性潰瘍ノ存スル場合ハ成ルベク切除手術ヲ行フヲ可トス。尙後章述ブルガ如ク、潰瘍ガ十二指腸又ハ幽門ニ近シ、切除不可能ナル場合ニハ若シ患者ノ體力ニシテ之ニ耐フル場合ニハ近時、胃腸吻合術ヨリモ姑息的胃切除術ヲ推奨スル學者多シ。痙攣ノ疑有スル場合ニハ成ルベク廣汎ナル胃切除ヲ施スベキハ論ヲ俟タズ。
- 而シテ手術時、狭窄ノ原因ガ果シテ癩痕ナリヤ、開放性潰瘍ナリヤヲ充分判定スルコト至難ノコトアルヲ以テ器質的狭窄ニ際シテモ、寧ロ胃切除手術ヲ推奨スル學者アリ。

第二章 砂時計胃

第一節 原因

砂時計胃 (Sanduhrmagen, Segmentierter Magen, Stundenglasmagen, Hourglass stomach, Estomacque biloculaire) ハ、噴門ト幽門トノ間ニ存在スル括レニ依リ、2個ノ囊狀物ニ變化セル胃ノ變形ヲ稱スルモノニシテ、其ノ原因トシテハ、先天的、竝ニ後天的ノ因子ヲ舉グルコトヲ得可ク、更ニ後者ノ場合ニ在テモ次ノ如キ事項ヲ數ヘ得ベシ。

- (1) 外的器械的作用(例之「コルセット」着用)
- (2) 藥劑ニ依ル胃壁ノ腐蝕
- (3) 癌腫竝ニ潰瘍ニ由ルモノ
- (4) 胃ノ痙攣ニ由ルモノ

今潰瘍ニ依ル場合ヲ述ベシニ、コノ場合ニハ機能的即チ痙攣ニ依ル場合ト器質的即チ瘢痕ニ依ル場合トアリ。

(甲) 痙攣性砂時計胃、潰瘍胃ノ手術ニ際シ、胃壁筋ノ強キ收縮ヲ目撃スルコトハ、外科醫ノ往々經驗スル所ナリ、而シテ收縮セル胃壁ノ部分ハ、恰モ充實性腫瘍ノ如ク之ヲ觸レ、甚キ場合ニハ、其ノ内腔狹窄シテ手指ノ辛ジテ進入シ得ル程度ナルコトアリ、又術前 X 線検査等ニ際シ、定型的ノ砂時計胃ノ像ヲ呈セルモノニ手術ヲ施シ、開腹時、最早胃ニ砂時計胃ノ像ヲ發見セズ、胃痙攣ニ基キシモノナルコトヲ知り得ル場合アリ、又開腹手術時、胃ノ觸診、外氣ノ觸接等ニ依リ、胃壁ノ收縮起リ、深キ陥入部生ジ、暫時ニシテ消失スルガ如キ現象ヲ呈スル事アリ。最モ定型的ナル場合ハ、小彎ニ潰瘍存スル時、恰モ之ヲ指スガ如ク、對向側ノ大彎ガ潰瘍部ニ向テ陥入シ、以テ痙攣性砂時計胃ヲ示スコトハ、X 線検査ニ依テ認ムル所ナリ。

(乙) 器質的砂時計胃 器質的砂時計胃ノ原因ハ、器質的幽門狹窄ノ場合ト略同様ナリ。即チ既ニ瘢痕化セル潰瘍、開放性潰瘍等ガ原因トナルモノナリ、然ルニ元來胃體部ニ在テハ、胃内腔ハ幽門部位ニ比シテ遙ニ大ナルヲ以テ、砂時計胃ヲ生ズル爲ニハ、潰瘍ガ一程度ノ範圍ニ互ルモノナラザル可ラス、即チ主トシテ小彎部ノ潰瘍ニシテ、帶狀又ハ馬蹄形ノ形態ヲ有シ、前後室ニ達シ且ツ胃長軸ニ直角ノ方向ニ浸潤セル場合ナリ、又單ナル表在性潰瘍ニハ本合併症ヲ認ムルコトナク、胃筋層、更ニ漿膜迄達スル潰瘍ガ、瘢痕化シ、胼胝化スルコトニ依テ之ヲ生セシムルモノナリ、尙砂時計胃ノ起リ易キ他ノ因子ハ、胃周圍炎及ビ之ニ依ル癒著ナリ

トス、又潰瘍ノ位置トシテハ、小彎ニ於ケル場合最モ多ク、大彎潰瘍ハ之ヲ發生セシムルコト稀ニシテ、後壁潰瘍ニ至リテハ更ニ稀ナリス。

第二節 頻度

潰瘍ニ由ル、器質的砂時計胃ノ頻度ニ就テ、2.3 學者ノ統計ヲ掲グレバ次表ノ如シ。

即チ略 6 乃至 10% 内外ナリ、我が教室ニ於ケル統計ニ依レバ其ノ率 0.56% ニシテ歐米ノ場合ニ比シ遙ニ低率ナリ。

第 166 表

報告者	潰瘍例	砂時計胃	頻度	備考
Stewart, Hurst.	173	17	9.8	剖檢例
Moynihan,	—	—	7.8	手術例
Mayo Clinic	—	—	6.0	手術例
菱田(教室例)	177	1	0.56	手術例

第三節 病理解剖

第一項 狹窄

砂時計胃ニ於ケル狹窄部ハ通常幽門ニ近ク存スル事多シ、コレ幽門部ハ胃體部ニ比シソノ内腔比較的狹小ナレバナリ。噴門部ニ狹窄ノ存スル事ハ稀ナリ。該狹窄ハ胃ノ全周ニ互レル場合ト、ソノ一部ニ止マル場合トアリ、若シ砂時計胃ノ原因タル潰瘍ガ大彎部ヨリ發生スル時ハ、大彎ガ小彎ニ牽引セラレ、兩囊ノ連絡管ハ小彎ニ近ク存シ、反對ノ場合ニハ連絡管ハ大彎側ニ生ズ。

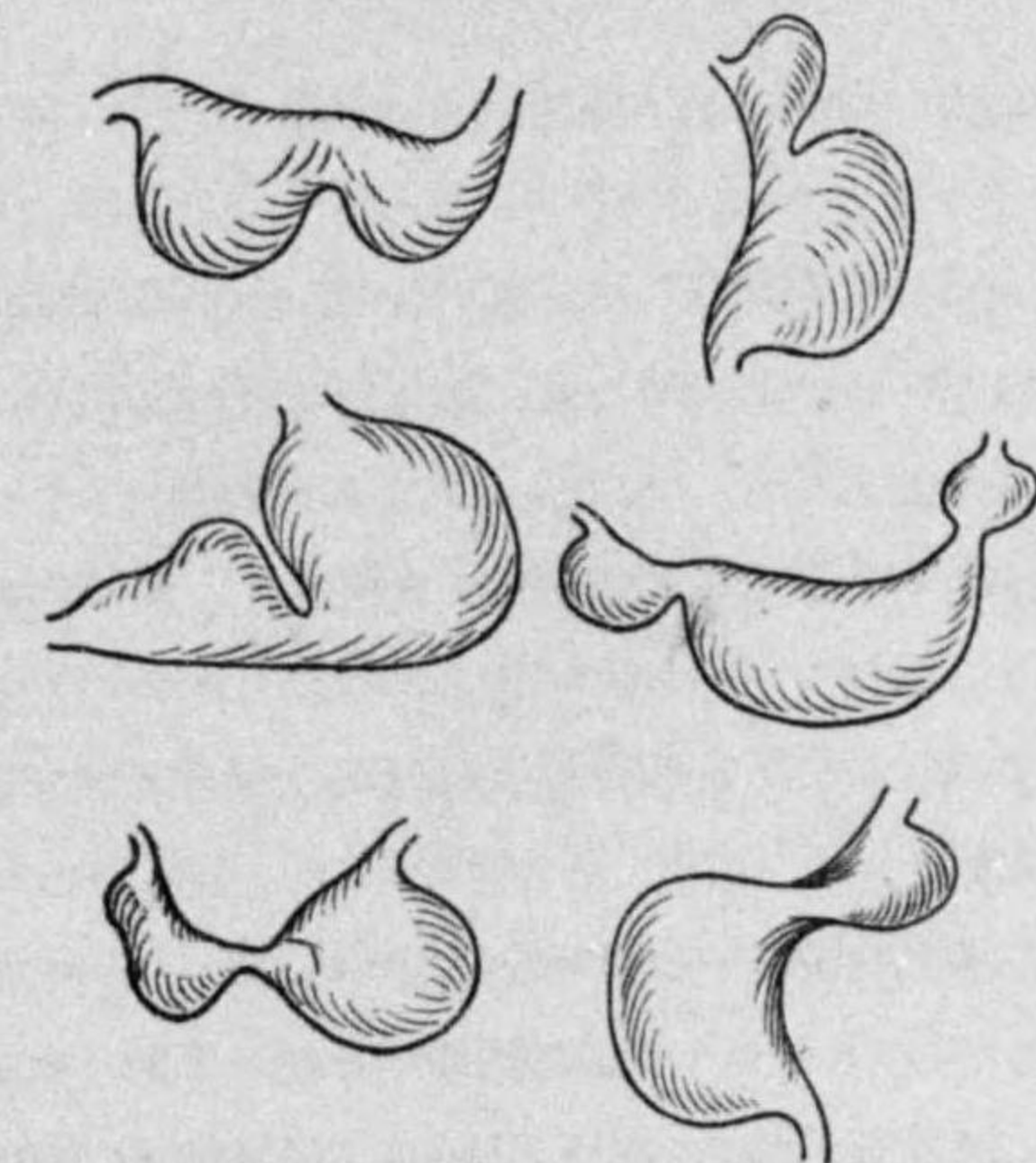


插圖 71. 各種ノ砂時計胃ヲ示ス

狹窄ノ程度ハ種々ナルモ通常 1 乃至 2 指ヲ通ジ得ル程度ニシテ、稀ニ極メテ高度ニシテ液體スラ通過シ難キ場合アリ、狹窄部ハ周圍ト癒著ヲ示スコト多ク、潰瘍ノ穿通大ナル時ハ腹膜ト肥厚癒著モ亦甚キモノトス。狹窄部ニ於テハ粘膜完全ニ瘢痕化セルコトアリ、又一部分ニミ瘢痕ノ存スルコトアリ。

第二項 噴門囊

砂時計胃ニ於ケル噴門囊ハ通常幽門囊ヨリ大ナリ。コレ狹窄部ヨリ上部擴張スルガ爲ナリ、然レドモ之ニ反シ稀ニ幽門囊ノ大ナルコトアリ、而シテ噴門囊小ナル時ハ手術ニ依リ見逃サル事アリ。

噴門囊胃壁ノ厚サハ種々ナリ、狹窄ノ爲初メハ胃ノ代償性運動ノクメ甚ダ肥厚スルコトアル

モ、後期=於テハ寧ロ弛緩スル事多シ。

第三項 幽門囊

コハ通常噴門囊ヨリ小ナリ。コレ狭窄ハ寧ロ幽門部=近ク存スルヲ以テナリ、コハ幽門狭窄ガ同時=存スルカ、砂時計胃ノ合併症トシテ幽門=痙攣存スル場合=ハ稀ニ幽門囊ノ著シク大ナルコトアリ。

砂時計胃ノ場合、總例約25%=於テ、同時=幽門狭窄ヲ見ルモノト稱セラル。Hurst, Stewart氏等=依レバ剖検例材料=於テハ其ノ率35例中5例ノ割合ナリ。コノ事ハ砂時計胃ノ外科的手術=際シ甚ダ肝要ナル事項ナリ。尙稀ニハ胃ガ2ヶ所以上=於テ縊レテ、砂時計形ヲ示シ、又胃ノミナラズ十二指腸=モカカル畸形ヲ見ルコトアリ(挿圖71)。

第四節 症状、合併症及ビ診断

總テノ砂時計胃ガ臨牀的症狀ヲ呈スルモノ=非ズ。生前全ク症狀ナクシテ剖検=依リ初メテ之ヲ發見スル事アリ。

食餌ノ鬱積甚シキ時ハ幽門狭窄ト同様ナル症狀ヲ呈ス。即チ症狀ハ一般=狭窄ノ程度、其ノ位置、幽門狭窄ノ有無、潰瘍治癒状態等=關スルモノトス。

先ヅ認ムルモノハ嘔吐=シテ、多クノ砂時計胃=於テ之ヲ來スモノトス。コノ際嘔吐ハ、攝食後24時間乃至48時間=シテ出現ス。而シテ攝取セシスベテノ食餌ヲ吐出スルモノ=非ズシテ、食餌ノ一部ハ狭窄部位ヲ通過シ、ソノ噴門囊=止マリシモノノミ吐出セラル、即チ噴門囊ガ小ナレバ小ナル程吐物ノ量少シ。狭窄ガ幽門=近接スル=從テ其ノ症狀ハ幽門狭窄症狀=近似ス。

又嘔吐ハ狭窄ノ程度=關係スルモノニシテ、狭窄尙高度ナラザル時期=於テハ、不消化物ノミヲ吐出スルモノナリ。嘔吐著シキ時ハ患者ハ次第=衰弱シ、栄養缺乏ノ爲メ死亡スルコトアリ。通常嘔吐後=ハ輕快ヲ覺ユルヲ以テ屢々人工的=嘔吐ヲナシ、尙時シテ吞酸、胃部膨滿感、喝感等ノ外上腹部=限局セル疼痛ヲ訴フ。コレ胃壁ノ痙攣性收縮=依ルモノナリ。其ノ他吐血ヲ見ルコトアリ、Büdingen, Kruckenberg氏等ハ重症ナル出血例ヲ報告セリ。

病歴ヲ辿ル時ハ、既往=胃症狀、即チ數年=互ル潰瘍症狀ヲ有スルコト多ク、カカル長キ病歴ヲ認ムル時ハ癌腫=ヨル砂時計胃ノ鑑別=モ甚ダ参考トナルモノナリ。砂時計胃ト同時=尙開放性潰瘍ノ存在スル時ハ、更ニ潰瘍症狀モ加ハルモノトス。

合併症=就テ述ブレバ次ノ如シ。

(イ) 出血 砂時計胃ニシテ開放性潰瘍存スル場合=ハ出血ヲ來スコトアルハ、既ニ之ヲ述タリ。

(ロ) 穿孔 砂時計胃ノ場合時トシテ潰瘍ノ穿孔ヲ來スコトアリテ、Schomerus氏ハカカル21例ヲ報告セリ。然レドモ砂時計胃=於テハ多ク既ニ癒著ノ存スルニヨリ穿孔スルモ限局性腹膜炎ヲ惹起スルニ止マルコト多シ。

(ハ) 捻轉 幽門胃ガ、胃ノ長徑ヲ軸トシテ捻轉スルコトアリ、コノ際大彎ハ上方=向ヒ、後壁ハ前方=來ルモノトス。又胃前壁ト後壁トノ間=癒著生ジテ捻轉ヲ起スコトアリ。(Langerhaus, Mazzotti, Saake, Doyen)

次ニ診断=就テ述ブルニ先ダチ2,3ノ検査所見ヲ擧ゲザル可ラス。

(1) 胃洗滌=際シ、注入液ノ一部ハ狭窄部ヲ通過シテ下行スルヲ以テ、注入液ノ全量ハ再ビ經口的=排除セラルルコトナシ。

(2) 胃洗滌=際シ、初メ澄明液流出スルモ、突如幽門胃=存在セシ惡臭ヲ發スル胃内容排出セラル。

(3) 胃ノ觸診=於テ振水音ヲ聽キ、更ニ胃「ゾンデ」ヲ挿入シテ内容ヲ排除スルモ、尙振水音ヲ呈ス。コレ噴門胃ノ内容ガ排除セラレ、幽門胃内容ノ殘存セル爲ナリ。

(4) 胃ヲ膨滿セシムル=當リ、先ヅ心窩部左側膨滿シ之ニ次ギテ右側ノ膨滿スルヲ認ム。

(5) 炭酸瓦斯=テ胃ヲ膨滿セシムルニ、膨滿セル胃=溝ヲ生ジ2個ノ囊=分タル。而シテソノ一方ヲ壓セバ他方膨大ス。

(6) 手ヲ狭窄部=置キ、他ノ手ヲ以テ、液體=テ充タセル噴門胃=當テテ輕ク壓スル時ハ、狭キ狭窄管ヲ液體ノ通過スル爲メ1種ノ渦ヲ生ジ雜音ヲ聽取ス。

診断=際シテハ、患者ノ病歴經過、狭窄症狀殊ニ嘔吐等ヲ參照スル共ニ、前記各種ノ検査ヲ施ス可シ。特ニ注意ヲ要スルハ、潰瘍ノ治癒状態、幽門狭窄合併ノ有無、發生原因即チ狭窄ノ性状ナリトス。潰瘍尙開放性ナル時ハソレニ相當スル症狀ノ存スルコトアリ。幽門狭窄ノ存否ハ手術ノ術式選定上重要ナルコトニシテ、又砂時計胃ノ原因ハ癌性ナル場合、又ハ痙攣性ナル場合等ハ夫々其ノ治療法ヲ異ニスルコト論ヲ俟タズ。

最も確實ナル診断ハX線検査=依ラザルベカラズ、而シテ其ノ大要ハ既ニX線診断ノ項ニ於テ述ベタルヲ以テ茲ニ之ヲ省略ス。

手術時砂時計胃ヲ見逃スコトアリ。即チ噴門胃ガ肋骨弓下=隠クレ且ツ癒著=依リ固定セラレタル場合ノ如キ是レナリ。Ewald氏ハ術前砂時計胃ト診断シテ、手術時之ヲ發見セズ、剖検=於テ初メテ認知セリト云フ。其他手術時=之ヲ見逃セシ學者少カラズ。

(Childe, Koch, Bier, Czerny, Martin, Polland, Küster, Hartmann, Nissen)カカル場合單ナル幽門狭窄ト誤リテ幽門胃=胃腸吻合術等ヲ施ス時ハ、術前ノ症狀消失セザルモノトス。茲ニ於テMoynihian氏ハ幽門狭窄ノ手術時=ハ特ニ全胃ヲ觀察ス可キコトヲ注意セリ。又

稀ニハ胃ガ3個以上ニ細別セラレタコトアルヲ知ラザル可ラズ。

第五節 豫後

手術の療法ヲ加ヘザル場合ノ豫後ハ不良ナリ、何者患者ハ次第ニ衰弱シ遂ニ榮養不足ニ陥ルヲ以テナリ。其ノ他胃捻轉、出血、穿孔等ノ合併症ヲ起スコトアルノミナラズ、潰瘍ノ癩變性モ亦來リ得ルモノナリ。

第六節 治療

吾人ガ茲ニ療法ヲ論ズルハ器質的砂時計胃ノ場合ナリトス、而シテ癩變性ノモノハ同時ニ存スル潰瘍ニシテ外科的治療ノ必要ナキ場合ニハ手術ヲ要スルコトナク、内科的醫治ニ依ル可シ。手術ノ適應症ヲ決定スルニ當リ考慮ス可キ事項ヲ列記スレバ次ノ如シ。

- (1) 潰瘍ガ癩痕化セル場合
- (2) 開放性潰瘍ノ存スル場合
- (3) 幽門狹窄ノ存スル場合
- (4) 潰瘍ノ惡性變化ノ疑アル場合

(1) ノ場合ニハ狹窄一定度以上ニ達シテ障礙ヲ來ス時手術ヲ施サザル可ラズ。而シテ潰瘍ガ充分癩痕化セル場合ニハ必ずしも之ヲ切除スルノ要ナク、手術ノ目的ハ唯鬱積セル胃内容ヲ適當ニ排除スル方法ヲ講ズルニ在リ。

(2) ノ場合ニシテ狹窄一定度以上ニ達シ噴門胃ニ鬱積存スル時ニハ無條件ニ手術ヲ加ヘ、且コノ際成ル可ク潰瘍ハ之ヲ切除スルヲ可トス。若シ狹窄程度ニシテ潰瘍自身ニ於テ尙外科的手術ノ適應症ナキ時ハ先ヅ内科的治療ヲ施シテ經過ヲ觀察スルモノナリ。

(3) ノ場合ニハ無條件ニ手術ノ適應症存スルモノトス。手術ノ主眼トスル所ハ砂時計胃及ビ幽門ニ於ケル狹窄ノ原因タル潰瘍ノ性状ニヨリテ一定セズ。

(4) ノ場合ニハ成ル可ク早期ニ胃切除ヲ行ヒソノ根治ヲ計ラザルベカラズ。

手術々式 狹窄ノ位置、潰瘍ノ性状、患者ノ一般狀態等ニ依リ、各種ノ方法アリ、列記スレバ次ノ如シ。

甲 姑息の術式

- (イ) 胃吻合術
- (ロ) 胃成形術
- (ハ) 胃腸吻合術
- (ニ) Finney 氏手術

(ホ) 姑息の胃切除術

乙 根治療法

胃切除術

今各種術式ニ就テ説明スレバ次ノ如シ。

(1) **胃胃吻合術** 1894年 Wölfler 氏始メテ之ヲ行ヒシモノナリ。氏ハ初メ狹窄部位ノ下方ニ於テ、胃兩囊ノ對向面ニ吻合ヲ施セリ。癩痕性狹窄ニシテ、大彎ガ小彎部ニ向テ牽引セラレ、癒著少ナキモノニ適ス。然レドモ胃壁ガ癩痕化シ、癒著高度ナル時ハ吻合ハ狹窄ノ前方ニテ健康部胃壁ニ之ヲ行ハザル可ラズ。

又吻合時兩囊ニ強キ緊張ヲ生ズルコトアリテ、縫合不全ヲ來ス危險アリ。本術式ヲ行フ場合ニハ必ず幽門ノ正常ナルコトヲ確メザル可ラズ。本術式ト同時ニ幽門部ニ胃腸吻合ヲ行フ學者モアリ。

本手術ニヨリ良好ナル成績ヲ收メタル多數ノ報告アレドモ、他面術後障礙ヲ來シテ再手術ヲ行ヒシモノモ之ヲ有ス。即チ吻合口ノ狹小ニ過ギタル爲メ癒著、潰瘍ノ再發 (Chaput, Schwarz) 等ヲ來スモノアリ。

(2) **胃成形術** 幽門成形術ト同様ノ意圖ヨリ出デタルモノナリ、本手術ハ成果不確實ニシテ再發多ク、手術ニ伴フ危險モ亦大ナルヲ以テ方今カナル術式ヲ用ユルモノナシ。

(3) **胃腸吻合術** コハ操作簡單ナルコト、癒著著シク他ノ術式ノ施行困難ナル場合ニモ之ヲ行ヒ得ルコト、同時ニ幽

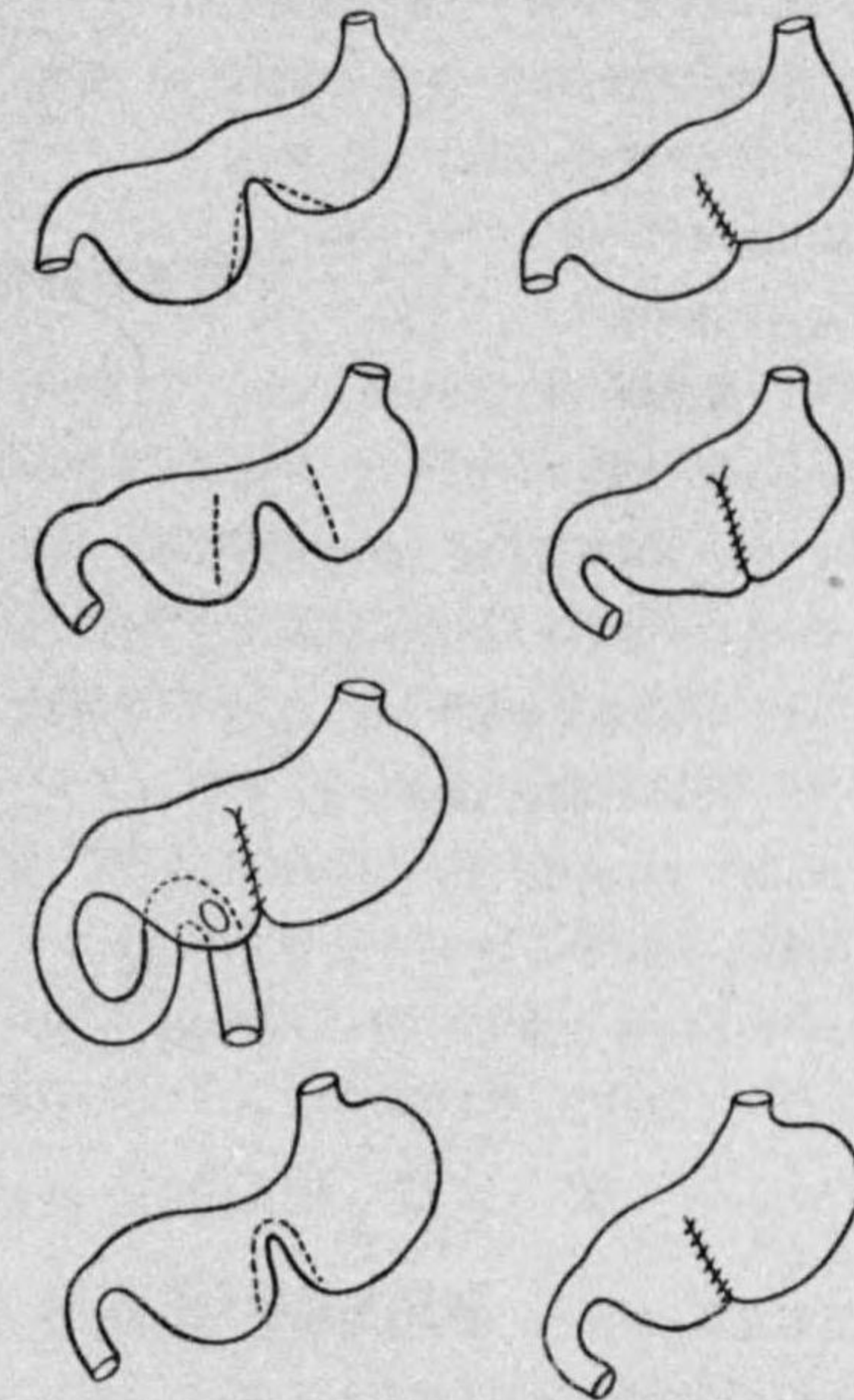


插圖 72. 砂時計胃ニ對スル各種手術

門狹窄ノ存スル時ニモ施シ得ル等ノ利點存スルニ依リ屢々用ヒラル、其ノ效果亦良好ナリ。只砂時計胃ヲ見逃シ、同時ニ合併セル幽門狹窄ニ對シテ本手術ヲ施ス時ハ效ヲ奏セズ。若シ開放性潰瘍無ク、單ニ癩痕性狹窄ナル時ハ噴門胃ニ之ヲ行フ可シ。若シ又同時ニ幽門狹窄存シ、砂時計胃輕度ナル時ハ幽門胃ニ之ヲ行フヲ可トス、狹窄ガ砂時計胃及ビ幽門ノ2ヶ所

ニ存シ、且ツ高度ナル時ハ、胃ノ兩囊
ニ同時ニ胃腸吻合術ヲ施スモノトス。

尙本手術ハ他ノ手術式ト合併シテ
用ヒラルル事アリ。

(4) Finney 氏手術 幽門狹
窄ノ場合ニ行ハルル術式ト同様ナリ、
他ノ術式ニ比シテ有利ナル點ナシ。

(5) 胃楔狀切除 横切除、本術
式ハ癒著高度ナル時ニハ施行困難ナ
リ、胃體部潰瘍ノ場合ニ於ケルト同様
ニシテ潰瘍ヲ楔狀ニ切除スル場合ト胃
ノ横切除ヲ行フ場合トアリ、共ニ其ノ
成績ハ不良ナリ。

(6) 胃切除 幽門及ピ胃ニ同時
ニ潰瘍ノ存スル時及ピ胃潰瘍ノ悪性
變化ノ疑存スルカ又ハ既ニ癌變性ヲ
ナセル場合ニ之ヲ行フモノニシテ幽門
部ヲ含ミテ胃潰瘍ヲ切除スベシ。幽門
又ハ十二指腸ニ開放性潰瘍存在スル
場合ニ於テモ同様ナリ。若シカカル
場合潰瘍ノ切除不可能ニシテ狭窄ナ
キ時ハ姑息的胃切除ヲ行フヲ可トス(插圖 72-73)。

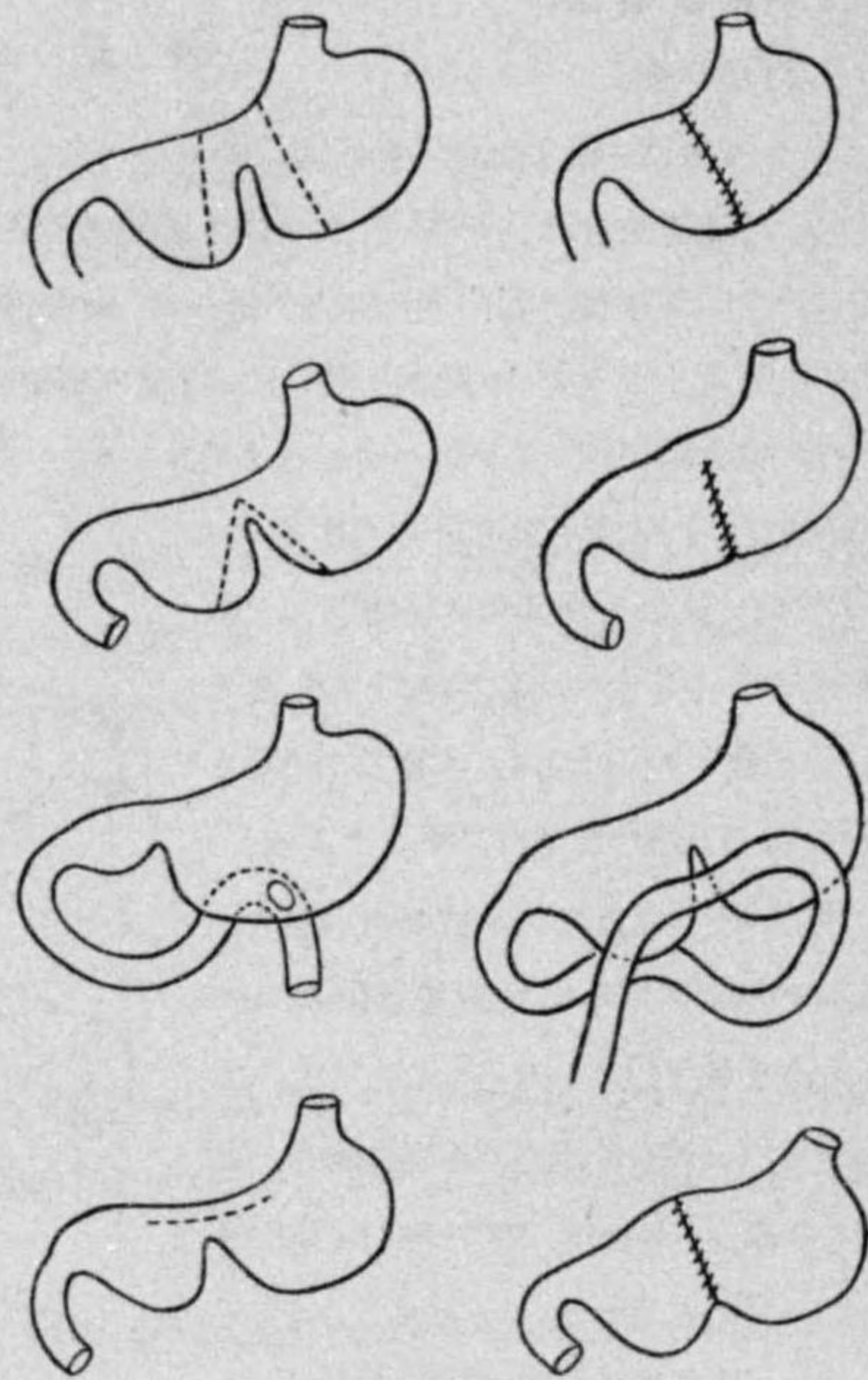


插圖 73. 前圖ニ同ジ

第三章 總輸膽管 並 胰臟排泄管ノ狭窄

潰瘍患者ニ於テハ、稀ニ總輸膽管、胰排泄管ニ狭窄ヲ來スコトアリ。

第一節 總輸膽管狭窄

潰瘍ノ續發性變化トシテ總輸膽管ノ狭窄ヲ來ス場合、其ノ主要ナル原因ヲ二ツトナシ得可
シ。即チ其ノ一ハ、胃又ハ十二指腸周圍炎症性癒著ニヨリテ生ジタル平滑性結締組織ノ萎縮ノ
爲メ、門脈及ビ總輸膽管ニ狭窄ヲ來ス場合ニシテ、其ノ二ハフアーテル氏乳頭附近ノ十二指
腸潰瘍ニ際シ、潰瘍浸潤ノ爲メ、總輸膽管開口部ヲ狭窄セシムル場合ナリトス。著者ハ穿孔

性蟲樣突起炎ニ依ル腹膜炎ニ際シ癒著ノ爲メ總輸膽管ニ狭窄ヲ招致シテ黃疸ヲ來シ、癒著剝
離ニ依リ治癒セシ症例ヲ經驗ス。

總輸膽管狭窄症ノ臨牀的症狀ハ、腫瘍ニ依ル狭窄ノ場合ト略同様ナリ、即チ結石症ニ於ケ
ルモノトハ異ナリテ膽嚢ハ次第ニ増大シ、黃疸モ亦時ノ經過ト共ニ其ノ程度ヲ増強スルモノナリ。

狭窄長期ニ互ル時ハ、膽管、殊ニ肝内膽管モ亦擴張ス。Morgan 氏ノ報告セシ症例ニ於テ
ハ、表在性肝内膽管ガ、漿膜下ニ於テ擴張シ恰モ囊腫狀ヲ呈セリト云フ。カカル場合膽道ガ
終始無菌状態ニ保持セララルコトハ稀ニシテ感染加ハル時ハ肝膿瘍ヲ來シ(Duplant, Harch-
iafava, Dance) 若シ又膽道長ク無菌ナル場合ニハ膽血症、擴張セル膽嚢ノ破裂(Herz,
Felder) 門脈血栓(Trier) 等ガ死因トナルモノナリ。

診斷ニ際シテハ、既往ニ於ケル潰瘍症狀ノ存在、黃疸ト同時ニ存スル十二指腸狭窄等ヲ參
照ス可シ。

第二節 胰排泄管狭窄

十二指腸フアーテル氏乳頭部附近ニ存スル潰瘍ノ爲メ稀ニ胰排泄管ニ狭窄ヲ來スコトアリ、
此ノ際若シ主排泄管ヨリ相當ノ距離ニ於テ副排泄管ノ存スル時ハ、胰液ハ一部十二指腸内ニ
排泄セララル、而シテ潰瘍ノ場合ニ於ケル胰排泄管ノ通過障礙ハ、單ニソノ狭窄ニ過ギザルコト多
ク完全ナル閉塞ヲ見ルコト稀ナリ。カカル狭窄ヲ起ス時ハ胰實質内排泄管ノ擴張ヲ來シ、更ニ
胰ノ硬變症、鬱血萎縮ヲ招致ス。此ノ際際ハ通常無菌的ナルモ、Förster 氏ハ擴張セル胰管
ノ感染セシ例ヲ發表シ、又 Eekersdorf 氏ハ、十二指腸潰瘍ノ無メ十二指腸周圍炎ヲ發シ
次デ胰臟排泄管ニ屈曲ヲ起シ遂ニ胰限局性囊腫ヲ招致セシ症例ヲ報告セリ。

臨牀的ニハ、胰萎縮高度ナル場合ト雖モ、通常ノ検査法ニ由リテハ之ヲ證明シ得ル程度ノ
所見ナキコト多シ。又從テ潰瘍ニ基キテ其ノ排泄管ノ通過障礙ノ存在ヲ術前的確ニ診斷スルコ
トハ困難ナリ、Mayo Robson 氏ハカカル場合糖尿、糖尿病性昏睡ヲ來シテ死亡セシ症例ヲ
經驗セリ。

第三節 總輸膽管、胰排泄管狭窄ノ治療

H. Packard 氏ハ十二指腸ノフアーテル氏乳頭附近ニ發生セシ潰瘍ノ爲メ總輸膽管ニ狭窄
ヲ來シ、著明ナル黃疸ノ發生シタル患者ニ開腹手術ヲ施シ、初回手術ニ際シテハ、黃疸ノ原
因ヲ發見シ得ズ、膽嚢剔出及ビ總輸膽管ニ「ドレーン」ヲ插入シテ經過ヲ觀察セシニ、黃疸消
失セシヲ以テ、第二回手術ヲ施シ、十二指腸前壁ヲ切開シテフアーテル氏乳頭附近ニ潰瘍ヲ
發見シ、之ガ總輸膽管閉塞ノ原因ナルコトヲ知リタルヲ以テ、總輸膽管ヲ十二指腸ニ近ク切斷
シ、ソノ中心端ヲ十二指腸ニ移植シ、之ニ胃腸吻合術ヲ併置シテ治癒セシメタリ。又 F. B.

Harrington 氏モ同様ノ症例ニ於テ總輸膽管ノ十二指腸移植術ヲ行ヒテ治癒セシメタルコトヲ報告セリ。

脾頭部切除ニ際シ脾臟ノ殘部ヲ十二指腸ニ吻合セシムル場合アレドモ、潰瘍ニ依ル脾排泄管狭窄ノ外科的療法ハ甚ダ至難ナリ。

第四章 癒着, 腫瘍形成

胃又ハ十二指腸ガ筋層ヲ貫キ遂ニ漿膜ニ達スル時ハ、遂ニ穿孔スルカ或ハ腹壁又ハ周圍臟器ト炎性癒着ヲ示スニ至ル。更ニカカル過程ガ、持續スル場合ニハ、結締組織ノ増殖及ビ炎性浸潤ヲ招致シ、比較的大ナル腫瘍ヲ形成スルコトアリ。而シテカカル癒着及ビ腫瘍ハ潰瘍ノ續發的變化トシテ重大ナル意義ノ存スルモノニシテ、殊ニ外科醫ニ於テ然リトス。

潰瘍患者手術時ニ認ムル癒着ハ、多クハ潰瘍ニ續發シテ潰瘍ノ周圍ニ起ルモノナリト雖、手術時潰瘍部ヨリ遠隔ノ部位ニモ尙癒着ヲ認ムルコトアリ、コハ主ニ胃炎ニ基クモノト思惟セラル、Konjetzny 氏一派ニ依レバ、該胃炎ガ潰瘍發生ノ成因ノ意義ヲ有スルモノナリ。從テ深ク漿膜面ニ迄達スルガ如キ潰瘍ノ存在セザル場合ト雖、胃炎ノ存在ニヨリ、炎性過程ニ基キ漿膜面ニ癒着ヲ招致スルモノナリ。

第一節 癒着ノ頻度

カカル胃周圍炎性癒着ノ頻度ニ關シテハ、Hartewhite 氏ハ胃潰瘍ノ約 45%ニ於テ之ヲ認ムト云ヘリ。而シテ最も癒着ヲ來シ易キ臟器トシテハ、先ツ肝及ビ脾ヲ擧ゲザル可ラズ。蓋シ此等ノ臟器ハ胃、十二指腸ニ最も近接セルニ由ルモノナリ。次デ横行結腸間膜ナリ。然ルニ横行結腸ト癒着スルコトハ稀ナリ。コレ胃大彎ノ潰瘍ガ稀ナルト、横行結腸ハ頗ル移動性ニ富ムヲ以テナリ。又胃潰瘍ノ位置ヨリシテ脾ト癒着モ稀ナリ。

Fenwick = 依レバ胃潰瘍ノ場合各臟器ト癒着ヲ示ス率ハ次ノ如シ。

脾ノ癒着	49 例	40.0%
肝ノ癒着	33 "	26.8%
前兩者ト癒着	10 "	8.2%
横行結腸ト癒着	7 "	5.7%
肝, 横行結腸ト癒着	4 "	3.2%
脾ト癒着	2 "	1.6%
横行結腸間膜ト癒着	3 "	2.4%
前記臟器中ノ三又ハツレ以上ノ臟器ト癒着	15 "	12.2%
		計 123 例

胃潰瘍ノ場合ニ他臟器ト癒着ニ關スル Hauser (1926) 氏ノ統計成績ヲ示セバ次ノ如シ。

脾ト癒着	41.0%	大綱膜ト癒着	4.0%
脾及ビ肝ト癒着	9.0%	脾ト癒着	4.0%
肝ノ癒着	22.0%	十二指腸ト癒着	1.0%
膽嚢ト癒着	6.0%	腹壁ト癒着	2.0%
結腸ト癒着	4.0%	横隔膜ト癒着	1.0%
肝及結腸ト癒着	—	以上臟器中三又ハツレ以上ノ臟器ト癒着	—
結腸間膜ト癒着	5%	其他	5.0%
腸間膜ト癒着	1.0%		

又 Hurst, Stewart 兩氏ガ手術時、剖檢時ニ認メタル胃潰瘍ノ基底ガ他臟器ト癒着ニ就テ調査セシ所ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

剖檢例 (233 例)

脾ト癒着	57 例	24.4%
肝ト癒着	10 例	4.3%
脾ノ癒着	49 例	21.1%
肝ノ癒着	4 例	1.7%
脾及肝ト癒着	6 例	2.6%
脾及横行結腸ト癒着	1 例	0.4%
脾左腎及ビ左副腎ト癒着	1 例	0.4%
計	61 例	26.2%

手術例 (183 例)

脾ノ癒着	32 例	17.5%
脾及ビ肝ト癒着	4 例	2.2%
計	36 例	19.7%

外科的ニ取扱ヒタル材料ハ、一般ニ慢性潰瘍多キヲ以テ、癒着ノ頻度モ高率ナルハ論ヲ待タザル所ナリ、吾人ノ手術材料ニ於テ、記載明ナルモノニ就テ癒着ノ頻度ニ關シ著者ノ調査セシ成績次ノ如シ。

胃潰瘍	167 例中	癒着例 150 例	89.1%
十二指腸潰瘍	142 例中	癒着例 139 例	97.9%
胃及十二指腸潰瘍合併例	27 例中	癒着例 27 例	100.0%

癒着ノ性状トシテハ索狀物トシテ來ルコトアリ、又ハ胃、十二指腸周圍炎性癒着トシテ平面性慢性ニシテ、輕度ノモノアリ、カカル癒着ガ前腹壁ニ存シ且ツ其ノ程度強キ場合ニハ爲ニ開腹ヲ困難ナラシムルコトアリ、後壁ニカカル癒着強キ場合ニハ遂ニ胃ノ遊離從テ胃切除術不可能トナル。幽門又ハ幽門近部潰瘍、十二指腸潰瘍ノ場合ニハ、殊ニ潰瘍ノ穿通甚ダシキ場合ニ於テハ、脾頭部、總輸膽管、後腹壁、肝、十二指腸靱帶等ト強キ癒着ヲ示スコト多シ、

膵頭部從テ膵排泄管、總輸膽管、肝、十二指腸韌帶等=潰瘍ノ穿通癒着甚シキ場合=ハ、其ノ剝離不可能ナル場合アリ、從テ後述ノ如ク曠置の胃切除術ノ適應症トナル場合多シ、潰瘍ガ胃小彎=存スル場合=ハ、小網膜、肝、膵體部、後腹壁ト癒着ヲ示ス、潰瘍ガ小網膜ト=強ク穿通癒着ヲ示ス場合=ハ手術時其ノ剝離甚ダ困難ナルコトアリ、殊=出血性又ハ穿孔性潰瘍=際シテ迅速ナル胃切除術ヲ必要トナス場合ノ如キ手術甚ダ至難ナリ、潰瘍ガ慢性ニシテ小網膜=強ク穿通セル場合=ハ、小網膜ハ萎縮シ瘢痕組織ニ化スルコトアリ、潰瘍ガ膵臟=強ク癒着ヲ示ス場合=ハ、殊=膵組織内ニ深ク穿通セル場合=ハ、癒着ノ剝離不可能ニシテ、遂=潰瘍基底ノミヲ膵臟=殘存セシメテ胃切除術ヲ施サザル可ラザル場合アリ、更=潰瘍ガ横行結腸間膜、殊=其ノ主要血管=強ク癒着セル場合=ハ、血管ノ結紮、從テ横行結腸ノ切除ヲ要スルコトアリ。

尙術後空腸潰瘍ガ發生シタル場合=ハ、甚ダ高度ノ癒着ヲ示スモノナリ、術後潰瘍ノ項ニ於テ更ニ述ブルコトアル可シ。

如斯、潰瘍ガ慢性トナルニ從テ、周圍臟器=對シ強キ癒着ヲ示シ益々手術ヲ困難ナラシムルヲ以テ、內科的=治癒困難ナルモノニ對シテハ徒ラ=姑息的醫治ヲ施スコトナク適當ノ時期ニ外科的根治手術ヲ行フ必要アルモノナリ。

症狀、診斷並ニ療法ヲ考案スル=際シテハ、單純ナル周圍炎性癒着ト腫瘍形成トヲ區別セザル可ラズ。

第二節 胃又ハ十二指腸周圍炎性癒着

癒着ハ胃又ハ十二指腸運動ヲ障礙シ、胃充實=際シテ癒着セル臟器ニ牽引ヲ及ボシ、又ハ總輸膽管、膵排泄管ノ屈曲ヲ生ゼシメテ、分泌液排出障礙ヲ招キ或ハ又門脈ノ狹窄ヲ來シテ末梢部=血栓鬱血等ヲ生ゼシムル等 (Frerichs, C. Allbutt, H. D. Rolleston) 各種ノ障礙ヲ惹起シ得ルコト説明ヲ要セズ。其他胃又ハ十二指腸內腔狹窄ノ原因又ハソノ誘因トナルコトアリ。然ルニ比較的高度ノ癒着存スルニモ不拘何等症狀ヲ呈セザル場合モ之ヲ存ス。

癒着ノ主要ナル症狀ハ疼痛ナリトス。潰瘍疼痛ノ原因=就テハ尙不明ノ點多キモ潰瘍ノ穿通、癒着ガ疼痛發生ニ關シ大ナル意義ノ存スル事ハ吾人ノ手術的經驗ニ徴シテ否ミ難キ所ナリ。疼痛甚シキ無酸症ヲ示ス潰瘍痛ノ場合=手術時=著シキ癒着ヲ發見スルコトアリ。然レドモ癒着=ヨリ場合ノ疼痛ノ性状=就キテハ特有ナルモノナシ。即チ持續性ナルコトアリ、發作性ナルコトアリ、又食後=來ルコトアリ、時=攝食=ヨリ輕快スル場合アリ、仰臥位=依リ消失スルコトアリ、上腹部=限局スルコトアリ、背部=放散スル事アル等一定シ難シ、時トシテ嘔吐モ之ヲ訴フルモ、吐血ヲ見ルコトハ稀ナリ。癒着ト同時ニ幽門狹窄、砂時計胃、開放性潰瘍等存スル場合=ハ、主トシテコレラ=基ク症狀ヲ認メ癒着ノ症狀ハ却テ之ヲ訴ヘザルコト多キモノトス。他覺

的徵候ハ僅少ナルモ、壓痛ハ殆ド常ニ之ヲ證明ス。胃液所見ニモ特有ナルモノナシ。

癒着=特有ナル症狀ヲ缺クヲ以テ、術前ニ之ヲ診斷スルコトハ甚ダ困難ナル場合多シ。X線診斷ハ最も有力ナリトス。然レドモ手術所見ト比較研究スル時ハ、X線検査=依ルモスベテノ癒着ヲ證明シ得ザルコトヲ知り得可シ。癒着ノ經過ハ極メテ慢性ニシテ數年ニ亙ルモノトス。苦痛甚シキ時ハ爲メニ、營養障礙ヲ來スニ至ル。

療法ハ苦痛甚シキ時=ハ必ず外科的手術ニ依ラザル可ラズ。殊=同時ニ存在スル潰瘍ガ外科的手術ノ適應症ナル場合=於テハ手術ノ必要ナルコト論ヲ待タズ。術式トシテハ癒着ノ鈍的又ハ銳的剝離即チ胃ノ場合=ハ Gastrolyse ヲ行フニアルモ、癒着=對スル同時ニ潰瘍=對スル手術的療法ヲ併施セザル可ラズ。癒着剝離法ノミヲ單獨ニ行フモ效少ナシ。癒着剝離後=ハ再癒着ヲ防止スルガ爲メ「ババイオン」其他之ニ類スル癒着防止ノ藥劑ヲ腹腔内、殊=手術部位ニ注入スルヲ可トス。

第三節 腫瘍形成

癒着ト同時ニ腫瘍ヲ形成スル時ハ、更ニ臨牀的意義大ナルモノトス。コノ際通常自發痛並ニ壓痛著シク、殊ニ潰瘍ガ炎性腫瘍ヲ形成セル場合=ハ壓痛點ハ腫瘍部ニ、一致セルコト多シ。潰瘍穿通ノ部位=從テ、胃腹壁間、胃膵間、胃肝ノ間ニ腫瘍ヲ形成スルコト最も多ク、時トシテ痛腫ト誤診セラルルコトアリ、ソノ鑑別=就テハ既ニ之ヲ述タリ、カカル炎性腫瘍ヲ形成スル潰瘍ハ陳舊性肝膿性ノモノナルコト多ク一般ニ內科的療法ニテハ治癒ノ見込ナキモノナリ、尙之ヲ放置スル時ハ周圍、並ニ深部ニ益々穿通癒着ヲ增強スルモノニシテ多ク外科的手術ノ適應症ヲ示スモノナリ。然レドモ、炎術次第ニ消退シ、手術的療法ヲ加ヘザルモ、適當ナル內科的醫治ニ依リ、腫瘍ノ消失スル場合モ亦存スルコトヲ忘ル可ラズ。

第五章 周圍臟器ノ蒙ムル續發的變化 並ニ 症狀

胃、十二指腸潰瘍ノ場合=ハ、周圍ノ臟器ニモ亦一定ノ續發的變化ヲ招致スルモノナリ、其ノ主ナルモノ=就テ説明ヲ加フレバ次ノ如シ。

第一節 腹部大動脈、門脈ニ及ボス變化

潰瘍ガ腹部大動脈ニ穿孔シ、又ハ炎性癒着ノ爲メ門脈ノ狹窄ヲ起シ、門脈系統ニ血栓形成其他ノ障礙ヲ招致スルコトアリ。

第二節 肝臟膿瘍

稀ニ潰瘍ニ續發シテ、肝臟ニ膿瘍ヲ形成スルコトアリ、今其ノ成因=就テ述レバ次ノ如シ。

(1) 潰瘍 = 依ル膽道ノ炎衝, Marchiafava 氏ハ, 十二指腸潰瘍ガ, 周圍炎衝性癒着ヲ起シテ, 總輸膽管ヲ壓迫シ, 後更ニ之ヲ犯シテ, 病的自家離斷ヲ來シ, 膽道炎衝ノ結果, 遂ニ肝 = 膿瘍ヲ形成セシ症例ヲ報告シ, 又 Duplant 氏ハ, 44 歳ノ男子ニシテ, 10 日前 = 嘔吐ヲ訴ヘ, 戰慄, 黃疸, 疼痛等 = 苦シミテ死亡セル患者 = 於テ, 剖檢ノ結果, 肝ハ全體 = 互リテ膿瘍ヲ示シ, 總輸膽管ハ十二指腸潰瘍ノクメ狭窄ヲ來セルコトヲ認メタリ。

(2) 門脈炎性肝膿瘍, Warfvingte, v. Beck 氏ノ報告例 = 於テハ, 胃部疼痛, 戰慄, 黃疸等ヲ訴ヘ, 肝臟ノ腫脹ヲ來シテ死亡シ, ソノ剖檢ノ結果, 肝臟 = 膿瘍ヲ認メ門脈殊 = 肝分枝部 = 於テ著明ノ血栓形成アリ, 十二指腸前壁 = ハ潰瘍ヲ存シ, 其ノ周圍 = 膿瘍ヲ形成シ, 門脈ハ二ヶ所 = 於テ穿孔セリト云フ, v. Beck 氏モ亦カカル症例ヲ報告セリ。即チ十二指腸潰瘍ノ穿孔 = 依リ門脈 = 血栓ヲ生ジ, 之 = 依リテ肝膿瘍ノ形成セラレタルモノナリ。

(3) 潰瘍ノ直接穿孔 = 依リ肝膿瘍形成, 潰瘍ガ直接肝臟内 = 穿孔スル時ハ肝膿瘍ヲ形成スル事明カニシテソノ際 = ハ戰慄, 黃疸, 肝腫脹, 肝臟部疼痛等ノ症狀ヲ示スモノトス, 而シテカカル膿瘍ハ限局性ナラザルコト多キヲ以テ, 手術ヲ施スモ其ノ後甚ダ不良ナルモノナリ。

第三節 脾障礙

潰瘍ノ爲メ脾臟ノ犯サルル = 當リテハ次ノ如キ場合ヲ區別スルコトヲ得ベシ。

- (1) 潰瘍 = 依ル脾排泄管ノ狭窄。
- (2) 脾臟内 = 於ケル潰瘍ノ急性穿孔。
- (3) 手術時脾損傷。
- (4) 潰瘍ノ脾臟内穿孔 = 依ル脾障礙。

前記ノ内前3者(イ乃至ハ) = 就テハ既ニ之ヲ述タルヲ以テ, 最後ノ場合 = 就テ説明スレバ次ノ如シ。

Henle 氏ハ幽門部潰瘍ガ脾臟 = 穿通シテ脾ヲ犯シ術前ヨリ糖尿アリタルモノ = 胃切除術ヲ施シ, 術後限局性脾壞死ヲ招致シ, コレガ爲メ出血性腹膜炎ヲ惹起セシ症例ヲ經驗シ, 術前ヨリ脾臟ノ犯サレタル場合 = ハ, 手術 = 依ル脾障礙モ發生シ易キコトヲ述べ, 又 Katsch 氏ハ膽囊炎ノ場合ノ脾合併症 = 於テ術前糖尿ヲ證明セシモノ1例モ無カリシニ, 同一期間内 = 經驗セシ, 穿通性潰瘍 = 際シテハ術前糖尿ヲ證明セシモノ3例ヲ存セリト云フ。H. Stocker 氏ハ, 胃, 十二指腸潰瘍 = 於テ脾ノ障礙セラレタルモノノ總例ノ31%ヲ算スト稱セリ。

胃體部, 後壁潰瘍ハ脾臟體部, 幽門, 十二指腸潰瘍ハ主シテ脾頭部 = 穿通シ易キコトハ, 解剖學的關係上容易ニ理解シ得ラルル所ナリトス。

脾障礙時ノ臨牀的症狀トシテハ, 或ハ嘔吐ヲ伴ヒ, 或ハ之ヲ伴ハザル疼痛發作ヲ時々發生シ, 上腹部, 殊 = 左側 = 放散ス, 而シテ疼痛ナキ時期 = 於テハ心窩部 = 壓迫感ヲ覺ユ, 又脊

椎ノ外側部 = シテ, 第12肋骨ノ下部 = 強キ壓痛點ヲ證明スルコトアリ。患者ハ次第 = 衰弱, 惡液質ヲ來シ, 充分ナル醫治ヲ加ヘザル時ハ, 遂ニ榮養不足ノ爲メ死亡スルコトナリ。

次 = 脾臟自身ノ所見トシテハ, 潰瘍 = 依ル不斷ノ障礙 = 依リ, 脾ハ後 = 感染シ, 慢性脾臟炎ノ像ヲ呈シ, 内及ビ外分泌機能障礙ヲ招ク = 至ルモノナリ。

診斷, 糖尿ヲ證明スル事ハ, 障礙高度ナル場合 = シテ, 必發的ノ所見 = 非ズ, 從テ障礙程度ナル時ハ, 術前之ヲ診斷スルコト困難ナリ, 診斷 = 際シテハ, 血中「ヂアスターゼ」, 「リパーゼ」糖等ノ検査ヲ行ヒ脾臟ノ機能ヲ系統的ニ検査セザル可ラス, W. Block 氏ハ脾ト癒着セル, 又ハ脾内 = 穿通セル, 胃及ビ十二指腸潰瘍患者 = 就テ血液「アミラーゼ」ヲ測定セシニ次ノ如キ結果ヲ得タリ。

(1) 潰瘍ガ直接脾ト癒着セル時, 又ハ脾内 = 穿通セル時ハ著シク増量セリ。

(2) 小彎潰瘍, 胃後壁, 及ビ胃前壁上部潰瘍, 十二指腸潰瘍 = シテ, 炎衝ガ周圍 = 波及セザル時(即チ周圍炎ヲ缺ク時)ハ其ノ増量ハ中等度ナリ。

(3) 潰瘍ガ, 幽門, 噴門, 大彎等 = 存スル場合 = ハ, 周圍炎ヲ伴ハザル限り, 正常値又ハ減少ヲ示ス。

然ル = A. Graßberger 氏ハ, 脾内 = 穿通セシ胃, 十二指腸潰瘍患者ノ血中酵素ヲ測定シタル = 前記 W. Block 氏ノ場合ト反對ノ成績ヲ得タリ, 即チ次ノ如シ。

(1) 血中「ヂアスターゼ」, 「リパーゼ」ノ測定 = 依リテ潰瘍ノ位置ヲ推定スル事能ハズ, 潰瘍ガ脾内 = 穿通セシ場合ト雖, 長期間ヲ經過シタル後 = ハ, 前記血液酵素量ハ多ク正常値ヲ示ス = 至ル。

(2) 前記血液酵素ハ, 全ク健全ナリシ脾ガ急 = 疾患 = 罹リシ時増量スルモノナリ, コノ際, 「ヂアスターゼ」ノ増量ハ數週間, 「リパーゼ」ノ増量ハ數ヶ月間持續ス。

(3) 既 = 慢性疾患 = 罹レル脾 = 急性障礙加ハル時ハ「リパーゼ」ノミ證明セラレ, 「ヂアスターゼ」ハ増加セズ。

(4) 急性脾疾患ガ全治スルカ, 慢性期 = 移行スル時, 前記酵素ハ再ビ正常値, 又ハソレ以下ノ値ヲ示ス = 至ル。

即チ Graßberger 氏ハ, カカル成績 = ヨリ, Block 氏ノ調査セシモノハ, 主トシテ經過ノ短キ新鮮ナル潰瘍ノ場合ナリシコトヲ推定シ, Graßberger 氏自己ノ成績 = 於テハ, 脾 = 重症ナル障礙存スルニモ不拘, 血中酵素 = 著變ナキモノ少カラザルヲ以テ, 血中酵素検査成績陰性ナルノ故ヲ以テ, 脾疾患ヲ除外スルコト能ハズトナセリ。

療法, 脾臟ガ著シク障礙セラレタル場合ノ胃切除術ハ直接手術ノ爲メ又ハ術後重症ナル脾臟炎ノ生ズル = 由リ之ヲ避クルヲ可トスル學者アリ, 又穿通性癒着高度ナル時ハ, 手術 = 依ル障礙大ナルヲ以テ, 姑息的胃切除ヲ推奨スル學者ノ存スル事 = 就テハ既ニ之ヲ述タリ, 然レド

モ v. Haberer 氏一派ハ多數ノ手術的經驗例ニヨリ、潰瘍ガ腔内ニ穿通セル場合ト雖、之ニ胃切除術ヲ施シ良好ノ成績ヲ擧ゲツアルコトヲ高唱シ、其門下 Stocker 氏ノ如キモ潰瘍ガ腔内ニ穿通シ、以テ腔ノ障礙存スル場合、潰瘍治療トシテ胃腸吻合術ヲ行フモ成績不良ノ事多シトセリ、故ニ潰瘍ガ腔ニ穿通シ、之ガ障礙ヲ招致セザル以前ニ於テ、根治療法ヲ講ゼザル可ラザルモノトス、然ラザレバ穿通癒着ノ爲メ、胃切除手術ニ際シ、技術益々困難トナリ、手術ニ依ル危險ヲ助長シ、手術死亡率モ増加スルニ至ル、腔頭部ニ穿通癒着甚シキ時 Henle 氏其他ノ學者ハ、胃切除術ニ際シ、局所ニ「ドレーン」挿入ヲ推奨セリ。

一旦重症ナル腔臟炎ヲ發生シタル場合ニハ之ヲ外科的ニ治癒セシムルコト能ハズ、内科的治癒ニ依ルモ其ノ效果ヲ期待スルコトハ困難ナリ。

文 獻

- 秋谷 幽門通過障礙ノ血液成分ニ及ボス影響 日本外科學會雜誌 第33回 第5號 第615頁
 石田 興味アル所謂消化性十二指腸潰瘍ノ症例ニ就テ「グレンツゲビート」 第6年 第2號
 岡田 胃腸管各部閉塞ニ血液尿酸結合カ及ビ血液尿素トノ關係ニ就テ 東京醫事新誌 第2355,56大正13年
 堀江 急性腸閉塞時ニ於ケル物質代謝殊ニ食鹽ノ代謝ニ就テ 日本外學會雜誌, 第28回 第939頁
 Albu, Zur Frage d. Tetanie bei Magendilatationen. Arch. f. Verdauungskrht., Bd. 4. S. 467 Bd. 5. S. 123.
 Allbutt, C., H. D. Rolleston, System of Medicine, Second Edition, iii, 559.
 Cuningham, Gastric dilatation a. tetany, Ann. of surg., 1904, Nr. 4.
 Berlzheimer, Ü. einen Fall von Magentetanie, Berl. kl. Wochenschr., 1897, Bd. 34. S. 773-775.
 Büdinger, Zur Pathologie u. Therapie d. Sanduhrmagens, Wien kl. Wochenschr., 1901 Nr. 36.
 v. Beck, Weitere Erfahrung ü. op. Behdlg. d. diffus eitrigen Peritonitis, v. Bruns Beitr., 1902, S. 116, Bd. 34.
 Block, W., Die Lokalisation d. Ulcus ventr. u. Ulcus duod. mit Hilfe d. Blutamylasebestimmung, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 118, S. 114.
 Doyen, Traité des maladies de l'estomac, 1895.
 Duplant, Ulcères du duod., Lyon med. 1898, Vol. 87, P. 373.
 Eckersdorff, Scheinbare Stenosierung d. pylorus durch ein chron. suprapap. Duodgeschw., Münsch. med Wochenschr., 1906, Nr. 44. S. 2152.
 Ferannini, Histolog. Veränderung d. Zentnervensystems u. d. Magens bei Tetanie d. Magens, Zentralbl. f. inn. Med., 1901 Nr. 1.
 Fleiner, Zur Frage d. Tetanie bei Magenerweiterung, Arch. f. Verdauungskrht., Bd. 5. S. 119.
 Frerichs, Diseases of the liver, 1860, i. 272 case No. 30.
 Förster, A., Zur Kasuistik d. Geschwüre im Duod., Fälle von Stenosis pylori et. Stenosis duct. choled. durch geheilte Duod.geschw., Würzburger med. Zeitschr. 1861. S. 157.
 Gatzky. Ein Fall von Tetanie gastr. Ursprungs im Anschluss an ein Trauma, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., 1902 Bd. 67. S. 330.

- Gerhardt, C. Ü. Pylorusstenose, Berliner kl. Wochenschr., 1886, S. 603. 23.
 Derselbe, Ü. Zeichen u. Behdlg. d. einfachen chronischen Magen-geschwüres, Deutsch Med. Wochenschr., 1888. S. 349.
 Golla, The Relation between acetonuria a. acidaemia in cases of gastr. ulcer. Lancet, 1903, p. 1230.
 Grassberger, A., Fermentuntersuchung im Blut bei Pankreaserkrankung mit besond. Berücksichtigung d. im Pankreas penetrierenden Magen-Duod. ulcus, Deutsch. Zeitschr. f. Chig., Bd. 210. S. 293.
 Guleke, N., A. Niden, H. Smidt. D. gutartige Verengung bei Magengeschwür., Die Chirurgie Bd. 5. S. 604, Aufg. 1930.
 Hainebach. Zwei Fälle von perigastritis adhaesiva nach Ulcus ventr. Deutsch., med. Wochenschr., 1897, Bd. 23, S. 657.
 Hirschel. Ein seltener Fall von perfor. Magengeschw. bei Sanduhrmagen, Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 12.
 Honigmann, Beitrag zur Symptomatologie d. Magenkrebses u. zum Vorkommen d. Tetanie bei Magenkrht., Zeitschr. f. kl. Med., 1904. Bd. 53.
 Hurst a. Stewart, Pyloric a. duod. obstruction, Gastric a. duodenal ulcer, p. 325 1929.
 Henle, C., Ulcus penetrans-Pankreatitis und Magenresektion, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 161 S. 747.
 Kaufmann, Zur Frage d. Magensaftflusses u. die Krampfzustände bei chron. Geschwür, Deutsch, Arch. f. kl. Med. Bd. 73.
 Kuckein, Ein Fall von latenter Tetanie bei hochgradiger Magenerweiterung infolge karzinom. Pylorusstenose, Berl. kl. Wochenschr., 1898, Nr. 45.
 Kussmaul, Ü. d. Behdg. d. Magenerweiterung, Deutsch. Arch. f. kl. Medzin, Bd. 6. S. 158, 1869.
 Langerhaus, R., Ein Fall von inner. Einklemmung d. Pylorushälfte eines Sanduhrmagens, Virchows Archiv, Bd. 111. S. 387.
 Lieblein, Hilgenreiner, D. Pylorusstenose u. sekundäre Magenerweiterung, Deutsch. Chirurgie, 46, 1905.
 Loeb, Tetanie bei Magenerweiterung, Deutsch. Arch. f. kl. Med., 1890, Bd. 46, S. 95.
 Marchiafava, Ü. einige Folge d. einfachen Duod. geschw., Zentralbl. f. allg. Pathol. u. s. w. 1906, 17, s. 325.
 Mazzotti, Di uno vomito etc., Riv. clin. di Bologna, 1874, Aug. u. Sep.
 Melchior, E., D. geschwürige Narbenstriktur d. Duodenum, Chirurgie des Duodenum, Aufg. 1917 S. 255.
 Paton, The surg. treatment of perigastric adhesion, Lancet, 1904, 357.
 Pfeiffer, D. B., Alkalosis due to pyloric stenosis simulating nephritic uraemia, Ann f. Surg. Vol. 92.
 Richartz, Beitrag z. Lehre von d. Tetanie ei Magenerweiterung, Zeitsch. f. kl. Med. 1904 Bd. 53.

- Robson, Tetany a. tetanoid spasm-associated with gastric dilatation treated surgically, Lancet, 1898, II. 1392.
- Saake, Ein Fall von Sanduhrmagen, Arch. f. patholog. Anat., 1893, S. 181-188.
- Schwarz, Ein Fall von Sanduhrmagen u. s. w., Wien. kl. Wochenschr., 1896, Nr. 25.
- Steinitz, H., Ü. chloroprive Tetanie bei Magenerkrankung Ref in Zentralbl. f. Chir., S. 1534, 1929.
- Stocker, H., Die Auswirkung der ins Pankreas penetrierten Magen-Duod. geschw. auf d. inn. Sekretion d. Bauchspeicheldrüse, Deutsch. Zeitschr., f Chir., Bd. 207, S. 249.
- Sudeck, P., Die Tetanie bei Magen-Darmkrht., Die Chirurgie Bd. III. s. 319, Auflag. 1930.
- Spannaus, K., Der Sanduhrmagen, Ergeb. d. Chirg. u. Orth., 1911 S. 393.
- Trevelyan, Gastric tetany. Lancet, 1898, 24 Sep.
- Ury, Kasuistische Beiträge zur Tatanie u. d. anderen tonischen Krampföormen bei Magendilatation, Deutsch. med. Wochenschr., 1900, XXVI, 471-473 481-483.
- Warfvinge Fälle von Pylephlebitis suppurativa, Ref. Schmidts Jahrb., 1882, 195, S. 130.

第九篇 多發性潰瘍

第一章 緒言

胃竝=十二指腸潰瘍ハ往々多發性=之ヲ生ジ、又兩所=於テ潰瘍ガ同時=相合併シテ來ルコトアリ。カカル多發性潰瘍=於テハ、孤立性ノ場合=比シ、臨牀上自ラ相異ナレル症狀所見ノ存ス可キハ容易=之ヲ推定シ得ルモノニシテ、之=關シテ精細ナル知見ヲ有スルコトハ、臨牀醫家特=外科醫=取り甚ダ肝要ナル問題ト稱スベク、就中外科の療法ヲ攻究スル場合=於テ然リトス。又本症ノ成因考察上モ肝要ナル問題ナリトス。

今歐米ノ文獻=徵スル=病理解剖學的立場ヨリナセル胃及ビ十二指腸潰瘍ノ統計的研究=關スル業績ハ枚舉=遑アラズト雖モ、潰瘍ノ多發性=關スル比較的精細ナル業績=至リテハ僅= Judd, Wilkie, O. Bsteh, E. Just 氏等ノ報告存スル=過ギズ。翻ツテ本邦=於ケル文獻ヲ參照スル=胃及ビ十二指腸潰瘍=關スル病理解剖學的、臨牀的、又ハX線學の研究報告ノ如キ、比較的多數ヲ認メ、就中後藤、植村、武藤、宮城、立林、松尾、赤染、青山、磯部、齋藤、山根、宮本(金兒、正岡)、高梨、佐野氏等ノ業績ヲ以テ其ノ主ナルモノトスベシ。然ル=特=多發性潰瘍=關シテ比較的系統的=研究シタル業績トシテ特=舉グ可キモノハ曩=教室先輩南氏ガソノ15例=ツキ、其後赤岩外科岡本氏ガ29例=關シテ統計的觀察ヲ行ヘル業績アル=過ギズ。

而シテ潰瘍ノ多發性ナル問題ハ本症=對シ外科的處置ヲ施ス=當リ殊=吟味ヲ要スル重大ナル問題ナルヲ以テ、友田、高浦ハ教室=於ケル多數ノ手術例竝=當大學病理學教室剖檢屍=就テ精細ナル檢索ヲ遂ゲ、尙ホ本邦各大學ノ潰瘍屍=於ケル多發性潰瘍ノ頻度=關スル成績=徵シ、本邦=於テハ、多發性潰瘍ノ頻度低率ナラザルコト、殊=潰瘍ガ相互間遠ク距リテ存スルモノノ少ナカラザルコトヲ認メ、外科的の手術殊=胃切除術ヲ施ス=當リ、ソノ切除範圍ノ決定上甚ダ重要ナル事項ナルコトヲ確メタリ。

余等ハ手術ヲ施シタル胃及ビ十二指腸潰瘍418例中、多發性胃又ハ十二指腸潰瘍、兩所潰瘍ノ合併56例=就テ、精密ナル外科的臨牀的竝=統計的觀察ヲ行ヒ、且ツ當大學病理學教室潰瘍屍182例中多發性ナリシモノ54例=就テ、病理解剖學的の方面ヨリ檢索ヲ進メ、胃腸

於ケル所謂消化性潰瘍ノ研究ニ資スル所ナカラザルモノアルヲ信ズルニ至レリ。

而シテ臨牀例中(多發性潰瘍ニシテ惡性變化ヲ示セルモノ1例ヲ除ク)41例ハ胃及十二指腸ノ切除ニ依リ10例ハ胃腸吻合術、3例ハ贛置的(姑息的)胃切除ニ際シ、又一例ハ剖檢ノ結果之ヲ認メタルモノトス。

第二章 頻度

先ヅ多發性胃又ハ十二指腸潰瘍、兩所潰瘍ノ合併例ノ頻度ニ關スル學者ノ統計ヲ示セバ第167表ノ如シ。

多發性潰瘍ハ其ノ位置ニ依リ、之ヲ次ノ如キ場合ニ分類スルコトヲ得。

- 第1. 胃ニ2個又ハ其レ以上ノ潰瘍ノ存スル場合。
- 第2. 十二指腸ニ2個又ハ其レ以上ノ潰瘍ノ存スル場合。
- 第3. 胃及十二指腸ニ夫々潰瘍ヲ合併セル場合。

而シテコノ場合ハ更ニ之ヲ次ノ如ク細別スル事ヲ得可シ。

- (イ) 兩者ニ各々1個存スル場合。
- (ロ) 胃ニ多發性、十二指腸ニ單發性潰瘍ノ存在スル場合。
- (ハ) 胃ニ單發性、十二指腸ニ多發性潰瘍ノ存在スル場合。
- (ニ) 兩所ニ各々多發性潰瘍ノ存在スル場合。

先ヅ我が教室ニ於ケル手術例ニ基キ是等各々ノ場合ニ於ケル例數並ニ頻度ニ就テ之ヲ擧ゲレバ次ノ如シ。

第1ノ場合 胃潰瘍222例中14例即チ6.3%ヲ示セリ。(コノ内開放性潰瘍12例ヲ算シ瘢痕トナリタルモノ2例ナリ)

第2ノ場合 十二指腸潰瘍163例中8例即チ4.9%ナリ。(全例ニ於テ開放性潰瘍ハナラス)

第3ノ場合

(イ)ノ場合 25例ニシテ胃及十二指腸潰瘍總數418例ニ對シ5.9%ニ相當セリ。(コノ内1例ハ胃潰瘍ガ惡性變化ヲ來セシモノトス。又全例中2例ニ瘢痕ヲ認メタルモノ他ハ總テ開放性ナラス)

(ロ)ノ場合 8例ニシテ、胃及十二指腸潰瘍總數ニ對シテ1.9%ニ相當セリ。

(ハ)ノ場合 1例ニシテ、胃及十二指腸潰瘍全例ニ對シ0.2%ナリ。

(ニ)ノ場合 之ヲ認メズ。

今前記臨牀的手術例ニ依ル場合ヲ簡單ニ記述スレバ次ノ如シ。

潰瘍例總數	418 例		
胃潰瘍例	222 例	内多發性胃潰瘍例	14 例(6.3%)

第167表 多發性胃又ハ十二指腸潰瘍、胃及十二指腸潰瘍合併例頻度ニ關スル統計

報告者	年號	胃潰瘍全例	多發性胃潰瘍對スル%	胃潰瘍全例ニ對スル%	十二指腸潰瘍全例	多發性十二指腸潰瘍對スル%	十二指腸潰瘍全例ニ對スル%	胃及十二指腸潰瘍合併例	潰瘍全例ニ對スル%	材料種別
山根	1923-1931	54	—	11.46	37	—	—	3	3.1	手術例
青山	1923	44	—	—	15	—	—	7	11.8	“
赤染	1927	76(潰瘍全例)8(多發性潰瘍) 10.5(潰瘍全例ニ對スル%)						7	9.2	X線診斷ト手術所見ト一致セシモノ
高梨	1922-1934	85	12	14.1	10	—	—	3	2.7	手術例
岡本 (開放性潰瘍ノミ)	1926-1931	99	10	11.1	106	1	0.9	6	2.9	“
宮城	1917-1921	196	5	2.5	65	—	—	—	—	“
植村	1919	350(開放性及瘢痕性胃及十二指腸潰瘍)			86(多發性潰瘍)				23.0%	剖檢例
友田, 高浦	1919-1935	222	14	6.3	163	8	4.9	34	8.1	手術例
	1904-1934	138	40	28.9	36	6	16.6	8	4.3	剖檢例
C. H. Mayo	1906-1920	1191	638中 28	4.4	4532	—	—	203	3.6	手術例
S. Judd	1914-1924	1475	75	5	—	—	—	347	16.7 (胃潰瘍ニ對シ)	“
Hurst, Stewart	1920	切除例 189	16	8.5	—	—	—	—	—	胃切除例
	1921-1926	剖檢例 173	22	12.7	230	104	45.0	21	5.2	剖檢例
Robertson, Hargis	1925	168	43	25.5	264	52	15.9	117	6.2	“
Sturvant, Shapiro	1931	120	34	28	44	20	45.0	5	3.0	“
Abadie	1927	264			30例(11.4%)					胃切除例
Wilkie	1926	—	—	—	41	—	—	5	12.0 (十二指腸潰瘍ニ對シ)	剖檢例
		37	—	—	221	—	—	42	14.0	手術例
G. Ssmagin	1924	34(潰瘍全例)						3	8.8	“
Moynihan	1913-1923	164	12	7.3	531	—	—	23	3.3	“
Fr. Brunner	1903	—	—	—	55	16	29.0	—	—	穿孔性潰瘍剖檢例
Petrivalsky	1909	—	—	—	71	—	—	14	19.0 (十二指腸潰瘍ニ對シ)	“
Krug	1900	—	—	—	26	9	35.0	—	—	—
Collins	—	—	—	—	233	38	16.4	—	—	—

Nauwerck	1913	—	—	—	29	5	17.0	—	—	剖檢例
Dietrich	1912	—	—	—	34	10	29.4	—	—	〃
Gruber	—	—	—	—	96	—	—	36	37.5	(十二指腸潰瘍=對シ)
v. Haberer	—	× 132 例中多發性潰瘍例 26%								切除例
O. Bsteh	1932	—	—	—	110	32	30	—	—	手術例

× Kalima 氏モ切除例ニ於ケル多發性潰瘍ノ頻度ヲ 26%トセリ。

十二指腸潰瘍例 163 例 内 多發性十二指腸潰瘍 8例(4.9%)
 胃十二指腸潰瘍合併例 34 例 (全潰瘍例ニ對シ8.1%, 胃潰瘍全例ニ對シ15.3%
 %, 十二指腸潰瘍全例ニ對シ 20.7%)

手術例ニ依ル時ハ、多發性潰瘍例ノ全潰瘍例ニ對スル頻度ハ418 例中 56 例即チ 13.3%ナリ。

次ニ當大學病理學教室ニ於テ明治 37 年(1904年)ヨリ昭和 9 年(1934年)末迄ニ至ル間ノ剖檢例總數 6120 例ニツキテナシタル調査成績ヲ掲グレバ次ノ如シ。

潰瘍屍全例 182 例
 胃潰瘍屍 138 例
 内、多發性胃潰瘍(スベテ開放性潰瘍) 40 例(28.9%)
 十二指腸潰瘍屍 36 例
 内、多發性十二指腸潰瘍屍(スベテ開放性潰瘍) 6 例(16.6%)
 胃及十二指腸潰瘍合併例(1 例ニ於テハ十二指腸ニ瘢痕ヲ有シ、他ハスベテ開放性潰瘍ナリ) 8 例 (全潰瘍屍ニ對シ 4.3%, 胃潰瘍屍ニ對シ 5.7%, 十二指腸潰瘍屍ニ對シ 22.2%)

剖檢例ニ依ル時ハ多發性潰瘍ノ全潰瘍屍ニ對スル頻度ハ 182 例中 54 例即チ 29.1%ニ相當ス。

今諸家ニ依リテ多發性潰瘍ノ頻度ニ著シキ相異ノ存スル理由ヲ考察スルニ、民族的地理的因子モ之ヲ容易ニ否ムコト能ハザル可シト雖モ、重ナル理由ノ一ハ諸家ノ取扱ヒタル調査材料及ビ方法ノ相異ナリトス。

即チ剖檢材料ニ於テハ、治癒速ナル潰瘍ハ之ヲ見逃ス機會多カル可ク、又小ナル潰瘍ガ治癒シテ久シキニ互レル場合ノ如キ、剖檢時之ヲ認知スルコト至難ナリ。尙剖檢時瘢痕ノ判定ニ關シテモ病理學者ニ依リ各其ノ見解ヲ異ニスル所アル可キナリ。又瘢痕ヲ統計ノ中ニ算入シタル場合トラザル場合ニ依リ、統計成績ニ相異ヲ來スモノナルコトハ説明ヲ要セザル所ナリ。

次ニ臨牀的材料ニ於テハ、内科家ノ材料ト外科家ノ材料トニ於テ、自ラソノ成績ヲ異ニス。

前者ノ場合ハ潰瘍ヲ誤診スル可能性甚ダ多キモノニシテ、症狀ヲ呈セザル潜伏性潰瘍ノ場合ノ如キ特ニ然リトス。尙外科的材料ニ於テモ、各種手術ノ異ナルニ從テ其ノ成績ニ著シキ相異ノ生ズルコトハ後述スル所ニ依リ明ナリ。故ニ多發性潰瘍ノ正確ナル頻度ヲ知ラントセバ、同一地域ニ於ケル材料ニシテ、而モ手術例(殊ニ廣汎ナル胃切除標本)及ビ剖檢例ニ就テ調査セザル可ラズ。然ルニ從來ノ報告ニシテ、斯クノ如ク周到ナル態度ト注意ヲ以テナサレタルモノ甚ダ少ナキハ誠ニ遺憾トスル所ニシテ、余等ノ統計ハ、前記ノ如ク周到ナル用意ノ下ニ調査セルモノナルト、其ノ調査材料ノ多數ナルノ點ニ於テ真相ヲ探知スルニ充分ナル可シト信スルモノナリ。即チ是ニ依ル時ハ、多發性潰瘍ノ全潰瘍例ニ對スル頻度ハ手術例ニ於テ平均 13.3%廣汎ナル胃切除例ニ依ル時ハ、後述ノ如ク 26.4%、剖檢例ニ於テハ平均 29.1%ノ高率ヲ算スルモノナリ。依之、潰瘍ノ多發性ナル問題ハ、本症ノ外科的治療ニ際シテハ最モ考察ヲ要スル肝要ナル事項タル所以ヲ知ルニ充分ナリト云フ可ク、吾人多年ノ外科的經驗モ亦之ヲ證シテ餘リアルモノアリ。本邦ニ於テモ、岡本氏ノ如キ、29 例ノ多發性潰瘍ニ關シテ臨牀的方面ヨリ統計的觀察ヲナシ、其ノ頻度歐米ノ夫ヨリ低率ナルコトヲ述ベタルモ、余等ノ成績ハ全ク之ニ反スルモノニシテ、曾テ東京、京都及ビ九州ノ三大學病理學教室ニ於ケル剖檢屍ニ就テ植村氏ノ調査セシ所ニ依ルモ、個數ニ關スルモ記載明ナル胃及ビ十二指腸潰瘍屍 350 例中多發性ナリシモノ 86 例即チ 23%ノ高率ヲ示セルモノニシテ、余等ノ成績ニ近似シ、共ニ、本邦ニ於ケル多發性潰瘍ノ頻度ガ低率ナラザルコトヲ證スルモノナリ。尙術後消化性潰瘍モ亦往々多發性ニ來ルモノトス。

第三章 潰瘍數

先ヅ多發性潰瘍ノ個數ニ就テ學者ノ報スル所ヲ見ルニ次ノ如シ。

M. Sturvant, L. L. Shapiro 氏等ハ剖檢シテ得タル胃潰瘍 120 例ニツキノ潰瘍ノ數ヲ調査シタルニ次ノ如キ成績ヲ得タリ。

1 個ヲ存セシモノ	86例(71.66%)	6 個ヲ存セシモノ	1例(0.83%)
2 個ヲ存セシモノ	14例(11.66%)	8 個ヲ存セシモノ	1例(0.83%)
3 個ヲ存セシモノ	7例(5.83%)	12 個ヲ存セシモノ	1例(0.83%)
4 個ヲ存セシモノ	2例(1.66%)	多發性ナリシモノ	5例(4.16%)
5 個ヲ存セシモノ	3例(2.5%)		

即チ孤立性ノモノ 86 例、多發性ノモノ 34 例ニシテ 2 個ナリシモノ最モ多ク、3 個ナリシモノ之ニ次ギ、最多ナリシモノハ 12 個ナリ。

更ニ同氏等ハ十二指腸潰瘍 44 例ノ個數ニ就テ次ノ如キ成績ヲ得タリ。

1 個ヲ存セシモノ	24例(54.54%)	5 個ヲ存セシモノ	2例(4.54%)
2 個ヲ存セシモノ	12例(27.28%)	6 個ヲ存セシモノ	2例(4.54%)
3 個ヲ存セシモノ	1例(2.27%)	25 個ヲ存セシモノ	1例(2.27%)
4 個ヲ存セシモノ	1例(2.27%)	多發性ナリシモノ	1例(2.27%)

即チ孤立性ナリシモノ 24 例，多發性ナリシモノ 20 例ニシテ，2 個ナリシモノ最モ多ク，4 乃至 5 個ナリシモノ之ニ次ギ，最多ナリシモノハ 25 個ナリ。

S. Judd, O. S. Proctor 氏等ハ手術ニ依リテ得タル 86 例ノ多發性胃潰瘍例中，2 個ナリシモノ 63%，3 個ナリシモノ 20%，3 個以上ナリシモノ 17% ヲ算シ，最多ナリシモノハ 22 個ナリト云フ。

A. F. Hurst, M. J. Stewart 兩氏ノ報告ニ依レバ，剖檢屍ニ於ケル 22 例ノ多發性潰瘍例中，2 個ノ開放性潰瘍ヲ有シタルモノ 2 例，開放性竝ニ瘢痕性潰瘍ノ共存セシモノ 10 例，2 個ノ瘢痕ノ存セシモノ 7 例ヲ認メ，爾餘ノ 3 例ニ於テハ 3 乃至 4 個ノ瘢痕ヲ存セリト云フ。高梨氏ノ報ズル多發性潰瘍ニ於ケル個數ノ關係ヲ擧ゲレバ次ノ如シ。

小彎ノミニ 2 個ヲ存セシモノ	4 例
幽門竇ノミニ 2 個ヲ存セシモノ	3 例
幽門竇ノミニ 3 個ヲ存セシモノ	1 例
幽門竇ト小彎ニ各 1 個宛ヲ存セシモノ	4 例
幽門竇ニ 2 個，十二指腸ニ 1 個ヲ存セシモノ	1 例
後壁及十二指腸ニ各 1 個ヲ存セシモノ	1 例
幽門竇ニ 1 個，十二指腸ニ數個ヲ存セシモノ	1 例

Nauwerck 氏ニ依レバ多發性潰瘍 5 例中，2 個ヲ認メタルモノ 3 例ニシテ，爾餘ノ 2 例ハ 3 個ヲ存セリト云フ。

最近岡本氏ノ調査成績ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

開放性多發性胃潰瘍 10 例中 2 個ナリシモノ 5 例，3 個ナリシモノ 4 例，5 個ナリシモノ 1 例ニシテ，胃竝ニ十二指腸潰瘍合併 6 例中，各部ニ 1 個宛ヲ存セシモノ 3 例，胃ニ 2 個，十二指腸ニ 1 個ヲ存セシモノ，胃ニ 3 個，十二指腸ニ 1 個存セシモノ，胃ニ 14 個，十二指腸ニ 1 個ヲ存セシモノノ各 1 例ナリト。ソノ他開放性多發性十二指腸潰瘍 1 例ヲ認メ，コハ 2 個ヲ存セリト云フ。又植村氏ノ剖檢例ニ於ケル開放性胃潰瘍 205 例中 2 個ヲ存セシモノ 15%，3 個ヲ存セシモノ 8% ヲ算シ，最多ナリシモノハ 7 個ヲ存セリト。今余等ノ手術竝ニ剖檢例ニ於ケル成績ヲ表示スレバ第 168 表竝ニ第 169 表ノ如シ。

即チ手術ニ於テ，多發性胃潰瘍ノ場合，2 個ナリシモノ最モ多ク，3 及ビ 4 個ナリシモノ之ニ次ギ，胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例ニ於テモ，2 個ナリシモノ最モ多ク，3 個ナリシモノ之ニ次ギ，多發性十二指腸潰瘍例ノ場合ニモ 2 個ナリシモノ最モ多ク，4 個ナリシモノ之ニ次ゲリ。

第 168 表 手術例ニ依ル多發性潰瘍ノ個數ニ關スル統計(著者)

潰瘍例數	多發性胃潰瘍	胃竝ニ十二指腸合併症	多發性十二指腸潰瘍	合計
例數	14	34	8	56
2 個	5(二)	25(一)	6	36(三)
3 個	4	7(一)	—	11(一)
4 個	3	1	2	6
5 個	—	1	—	1
6 個	1	—	—	1
7 個	1	—	—	1

(備考) 括弧内ノ漢字ハ瘢痕ヲ表ハシ，括弧「アラビヤ」數字ハ惡性變化ヲ來セシコトヲ示スモノトス

第 169 表 剖檢例ニ於テ多發性潰瘍ノ個數ニ關スル統計(著者)

潰瘍例數	多發性胃潰瘍	多發性十二指腸潰瘍
2 個	13 例	3 例
3 個	2 例	3 例
4 個	5 例	—
5 個	1 例	—
6 個	1 例	—
7 個	1 例	—
以上數個	7 例	—

剖檢例ニ於テ，多發性胃潰瘍及ビ十二指腸潰瘍ノ場合共ニ 2 個ナリシモノ最モ多ク，胃潰瘍例ニ於テハ，4 個ナリシモノ 2 位ヲ，3 個ナリシモノ 3 位ヲ占メ，十二指腸潰瘍例ニ於テハ 3 個ナリシモノ 2 位ヲ占メタリ。

要之，余等ノ材料ニ於テハ，多發性潰瘍ノ個數ハ 2 個ナリシ場合大多數ニシテ，3 個又ハ 4 個ナリシモノ之ニ次ギ，最多ナリシモノハ胃ニ 7 個ノ開放性潰瘍ヲ認メタル場合ナリトス。

M. Sturvant, L. L. Shapiro 氏等ハ十二指腸，胃潰瘍ニシテ 25 個ヲ存セシモノヲ，S. Judd 氏ハ 22 個ヲ存セシ多發性胃潰瘍例ヲ，岡本氏ハ十二指腸ニ 1 個，胃ニ 14 個ノ潰瘍

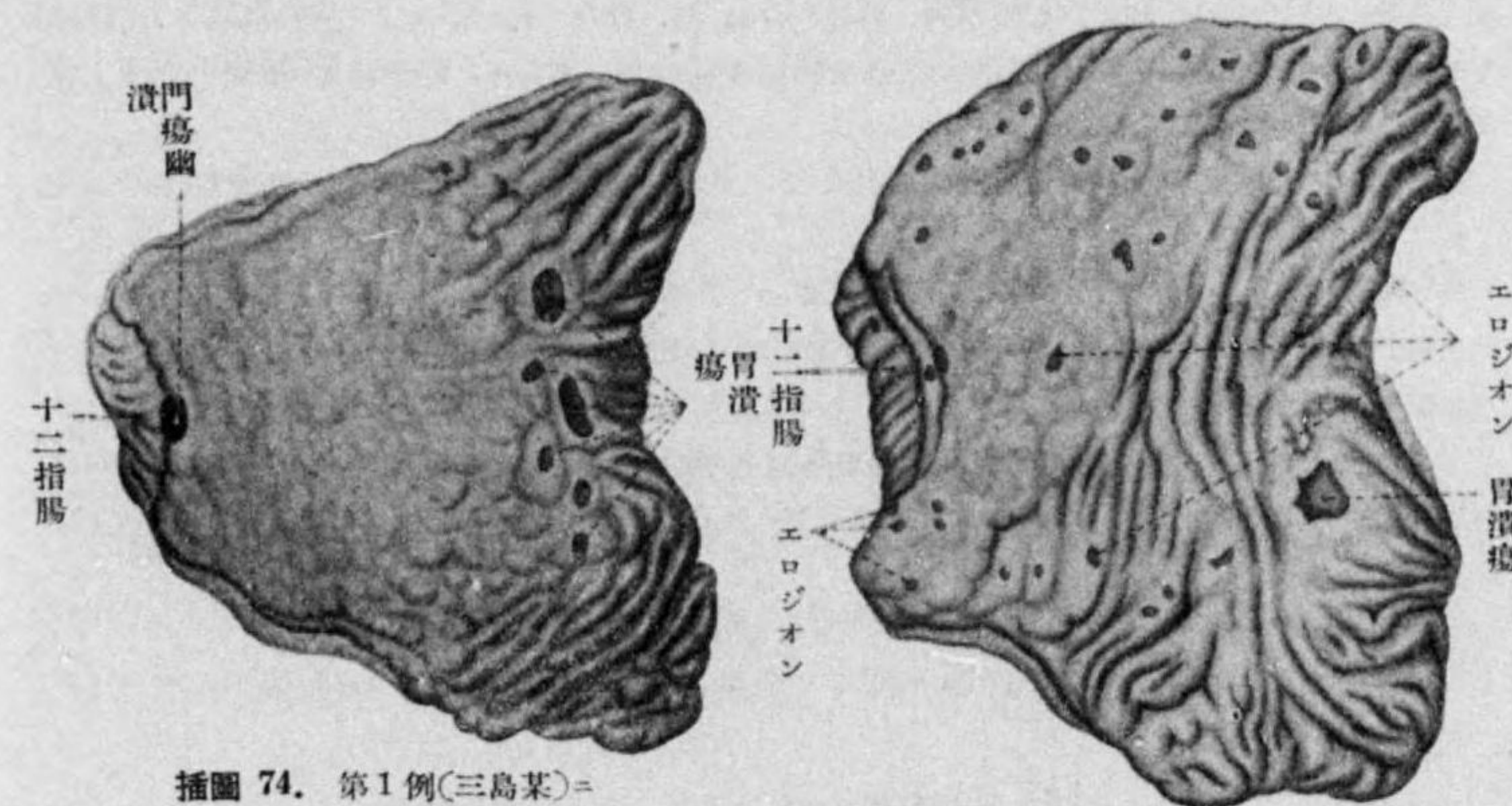


插圖 74. 第 1 例(三島某)ニ於ケル多發性

插圖 75. 第 2 例(荒木某)ニ於ケル胃潰瘍ト十二指腸「エロジオン」ヲ示ス

ヲ存セシ症例ヲ夫々報告セリ。如斯稀ニハ極メテ多數ノ潰瘍ガ同時ニ合併シ得ルモノナルコトハ、殊ニ胃切除手術ヲ施スニ當リ考慮ヲ拂フ可キ事項ナリトス。著者ハ胃ニ1個ノ潰瘍ト共ニ、胃、十二指腸ニ、33個ノ「エロジオン」ノ共存セシモノヲ胃切除標本ニ於テ目撃セシコトアリ。

今次ニ興味アル多發性潰瘍ノ症例ニ就テ記述スルコトス可シ。

第1例 患者 三島某 59歳 男子 商業 昭和2年6月1日入院、同年7月4日治癒退院。

現病歴及ビ局所所見 20歳ノ頃ヨリ胃弱ニ悩マサル。30歳ノ頃ヨリ胃饑餓痛、胃部膨滿感アリ。近時胃部膨滿感甚ダシク、食物ヲ稍々多ク攝取スレバ、胃部膨滿感著シク、常ニ故意ニ嘔吐スト云フ。吐物中ニ血液様ノモノヲ混ゼシコト2回アルモ、便ノ黒變セルヲ認メシコトナシ。次第ニ羸瘦セルト。便通ハ1日1行ナリ。局所所見トシテ、心窩部中央ニ抵抗存シ壓痛アリ。

胃液所見 總酸度最高70、遊離鹽酸度最高36、潛血反應陽性。

「レ」線検査所見 胃ハ擴張シ、蠕動亢進シ逆蠕動アリ。胃緊張減退ス。幽門部變形シ、壓痛アル壁龕アリ。幽門通過ハ遲延ス。「バリウム」食攝取後6時間ニシテ尙ホ殆ド全量ヲ胃内ニ存ス。

診斷 胃潰瘍及ビ幽門狹窄。

手術所見 クレーンライン氏胃切除術ヲ施シ、尙腫脹セル淋巴腺ヲ剔出セリ。切除標本ヲ精査スルニ插圖74ノ如ク、ソノ一部幽門輪ニ達シタル直徑約1.5糎ノ潰瘍ノ外ニ幽門輪ヨリ約5糎離レタル胃小彎ニ6個ノ潰瘍アリ。ソノ直徑約0.3糎乃至1.5糎、深サハ0.2糎乃至1.0糎ナリ。潰瘍ノ邊緣及ビ周圍ハ硬シ。小彎ニ於ケル6個ノ潰瘍ハ小彎ニ直角ニ珠子狀ニ連接セリ。

第2例 患者 荒木某 57歳 女子 農業 昭和3年9月28日入院、同年10月24日治癒退院。

主訴 嘔吐。

現病歴及ビ局所々見 10年來、吞酸嘔吐ヲ訴ヘ近時特ニ増悪セリ。4、5ヶ月以前ヨリ、食後約1時間ニシテ起ル心窩部疼痛竝ニ胃部膨滿感アリ、1ヶ月程前ニ嘔吐ス。吐物ニハ血液様ノモノヲ混ゼシコトナク、又便ノ黒變セルヲ氣付キシコトナシ。食思不振、便秘ニ傾ク。酒、煙草ハ共ニ用ヒズ。局所々見トシテ、心窩部中央ヨリ左側ニ互リ一帯ニ著シキ壓痛存セルモ抵抗腫瘍等ヲ認メズ。迴盲部、膽囊部共ニ著變ヲ示サズ。大便ノ潛血反應陽性ナリ。

胃液所見 總酸度最高95、遊離鹽酸度最高80、級末上昇ヲ認メズ。潛血反應、乳酸反應共ニ陰性ナリ。

「レ」線検査所見 過緊張性胃ヲ示シ、蠕動亢進シ、大彎ニ鋸齒ヲ認メ、小彎ニ壓痛性壁龕アリ、幽門通過良好ナラズ。十二指腸球部ニ變形壓痛ヲ認メズ、肝臟性胃潰瘍ト診斷セラル。

診斷 胃潰瘍。

手術所見 クレーンライン氏胃切除術ヲ行フ。切除標本ヲ檢スルニ幽門輪ヨリ7糎離レタル小彎後壁ニ長サ1.5糎幅1.4糎ナル深キ潰瘍存シ、胃及ビ十二指腸全粘膜ニ散在セル33個ノ「エロジオン」ヲ認ム(第75圖參照)。

第四章 性別

第170表

潰瘍例	性別	
	男	女
多發性胃潰瘍	11	3
多發性十二指腸潰瘍	7	1
胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	28	5
多發性潰瘍中惡性變化ヲ來セルモノ	1	—
合 併	47	9

多發性潰瘍患者ノ性別ニ就テ之ヲ表示スレバ第170表ノ如シ。何レモ男性ニ遙ニ多ク女性ニ甚ダクナシ。我ガ教室ニ於ケル全潰瘍患者ニ於ケル場合ト略々一致ス。

第五章 年齢的關係

多發性潰瘍患者入院時ノ年齢ヲ表示スレバ第171表ノ如シ。

第171表

潰瘍例	年齢						合計
	11歳-20歳	21歳-30歳	31歳-40歳	41歳-50歳	51歳-60歳	61歳以上	
多發性胃潰瘍	—	1	2	6	5	0	14
多發性十二指腸潰瘍	2	3	1	2	0	0	8
胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	—	9	6	10	8	0	33
多發性潰瘍ニテ惡性變化ヲ來セルモノ	—	—	—	1	—	—	1

多發性胃潰瘍14例ニ就テ見ルニ41歳乃至50歳ノモノ最モ多ク、51歳乃至60歳ノモノニ次ゲリ。而シテ我ガ教室全胃潰瘍例ノ年齢的關係モ略々之ト同様ノ關係ニ在リ。

次ハ多發性十二指腸潰瘍8例ニ就テ之ヲ見ルニ、21歳乃至30歳ノモノ最モ多ク、教室ニ於ケル全十二指腸潰瘍ノ場合モ、前記年齢ニ於テ最モ發頻セルモノナリ。

由是觀之、潰瘍ガ胃、又ハ十二指腸ニ多發性ニ來ル場合ニモ、最モ屢々發頻スル年齢ハ、是等部位ニ於ケル孤立性潰瘍場合ト略々同様ナリト云フ可シ。

尙多發性胃潰瘍ニシテ惡性變化ヲ來セル場合ノ1例ハ41歳ナリキ。

第六章 飲食及ビ喫煙ノ關係

近時所謂消化性潰瘍ノ誘發原因トシテ學者中、飲酒ヨリモ寧ロ喫煙ニ重キヲ置クモノ往々

アリ。多發性潰瘍 55 例=就キテ此ノ關係ヲ調査シタルニ次ノ如シ。

- | | | | |
|-----------------|------|-----------------------|------|
| (1) 飲酒スルモノ | 24 例 | 喫煙セザルモノ | 10 例 |
| 飲酒セザルモノ | 31 例 | 喫煙スルモノ | 26 例 |
| 飲酒スルモノ喫煙セザルモノ | 1 例 | (内、大喫煙家ト見做スベキ者8例ヲ見タリ) | |
| (大酒客ハ以上ノ中2例ナリキ) | | (3) 喫煙飲酒共ニ之ヲナスモノ | 25 例 |
| (2) 喫煙スルモノ | 45 例 | (4) 喫煙飲酒共ニ之ヲナサザルモノ | 10 例 |

即チ多發性潰瘍患者中喫煙スルモノ比較的多數ヲ認め、喫煙セザルモノ稀ナリ。大喫煙家ト見做ス可キモノ全例中8例ヲ算セリ。然レ共、飲酒ノ關係ニ於テハ之ヲ嗜ムモノ比較の少ナク、殊ニ大酒客ノ如キニ例ニ過ギズ。患者ニシテ飲酒セザルモノ却テ多數ナリトス。

第七章 主 訴

多發性潰瘍患者ノ主訴ニ關シテ吟味スレバ次ノ如シ。

- (1) 胃痛ニ就キテ 多發性潰瘍ニシテ胃痛ヲ訴ヘシモノ36例ニ對シ全然之ヲ訴ヘザリシモノ19例ナリ。即チ2個又ハ2個以上ノ潰瘍ガ胃又ハ十二指腸、若シクハ兩所ニ存シナガラ疼痛ヲ主訴トセザリシモノカク多數ナルハ、注意スベキコトナリ。多發性胃潰瘍14例中7例、胃竝ビニ十二指腸潰瘍合併例33例中8例ニ於テハ、早發性及ビ遲發性疼痛ヲ主訴トセリ。
- (2) 饑餓痛ハ一般ニ十二指腸潰瘍、時トシテ幽門近部胃潰瘍ニ甚ダ特有ノ症狀トセラレタル所ナルモ、十二指腸ニ多發性潰瘍存セシモノ7例中、本徴候ヲ主訴トセシモノ1例モナク、胃竝ビニ十二指腸潰瘍合併33例中、饑餓痛ヲ主訴トセシモノ僅カニ5例ニ過ギズ。患者偶々本徴候ヲ主訴トシテ受診シタル場合ト雖、十二指腸潰瘍ノ外胃潰瘍ヲモ同時ニ合併セルコトアルヲ知ラザル可カラズ。十二指腸ニ潰瘍ガ多發スル時ハ解剖學的關係上連ニ狭窄ヲ起スヲ以テ、本徴候ヨリハ寧ロ狭窄症狀ヲ主訴トシテ來ルコト多ク、即チ8例中4例ニ胃部膨滿感ヲ訴ヘタリ。
- (3) 黑色便 十二指腸潰瘍ニ特有トセラルル黑色便ヲ主訴トセシモノハ多發性十二指腸潰瘍例中1例ダモ之ヲ認めズ、胃竝ニ十二指腸潰瘍合併33例中、1例存シタルニ過ギズ。
- (4) 蟲様突起炎發作 多發性胃潰瘍14例中1例、及ビ多發性十二指腸潰瘍8例中1例ニ於テ各本徴候ヲ主訴トセリ。要之、胃又ハ十二指腸潰瘍ガ多發性ニ存在シ或ハ兩所ニ潰瘍ガ合併セル場合ニ於テモ、是等兩所潰瘍ニ特有ナリトセラレタル症狀ヲ特ニ顯著ニ現ハスモノニ非ズ。從テ患者ノ主訴ニノミ捕ハルル時ハ思ハザル誤診ヲ來ス結果トナルモノナリ。

第八章 發病ヨリ手術マデノ期間

之ニ關スル統計成績ヲ表示スレバ第172表ノ如シ。

第172表

發病ヨリ入院マデノ期間	潰瘍例	多胃潰瘍性潰瘍	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍	計
半年以內	2	3	—	—	5
半年—1年	—	—	—	—	—
1年1ヶ月—2年	1	1	—	—	2
2年1ヶ月—4年	3	3	5	—	11
4年1ヶ月—6年	—	7	2	—	9
6年1ヶ月—10年	2	6	—	—	8
10年1ヶ月—15年	1	7	1	—	9
15年1ヶ月—20年	—	3	—	—	3
20年1ヶ月—30年	4	2	—	—	6
30年以上	1	1	—	—	2
計	14	33	8	—	55

(備考) 本表中ニハ惡性變化ヲ來セシモノヲ含マズ

孤立性潰瘍ノ場合ニ比シ、著シキ相異ヲ發見セズ。即チ潰瘍ノ多發性ナルガ故ニ、入院マデニ特ニ長期間ヲ經過セント云フガ如キ關係ハ、之ヲ認めザルモノトス。

第九章 自覺的症狀

多發性潰瘍ノ一ガ惡性變化ヲ示セルモノヲ除キ、單純性多發性潰瘍ノミニ就テ自覺的症狀ヲ調査セリ。

第一節 初期症狀ニ就テ

發病初期ノ症狀ニ關スル統計成績ヲ舉グレバ第173表ノ如シ。

表ニ示サガ如ク、發病當初ニ、胃痛ヲ訴ヘタルモノハ33例ニシテ60%ニ過ギズ、定型の胃痛ヲ訴ヘザリシモノハ22例(40%)ノ多キニ達セリ。

第173表

發病初期症狀	潰瘍例	多發性胃潰瘍	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍
早發性胃痛	5	4	—	—
早發性胃痛竝ニ吞酸嘔噎	1	1	—	1
早發性胃痛竝ニ吐血	—	—	1	—
遲發性胃痛	2	1	—	1
饑餓痛	1	6	—	1
早發性胃痛竝ニ饑餓痛	—	—	2	—
饑餓痛、膨滿感	—	—	—	1
食事ニ關係ナキ胃痛	1	3	—	1
迴胃部疼痛	—	—	1	—
腹部疼痛	—	—	1	—
胃部不快感	—	—	1	—
吞酸嘔噎	1	4	—	1
胃部膨滿感	—	—	4	—
胃部膨滿感竝ニ嘔吐	2	—	1	—
胃部膨滿感、嘔吐竝ニ吞酸嘔噎	—	—	1	—
食思不振	1	—	1	—
吐血	—	—	—	1
黑色便	—	—	—	1
裏急後重	—	—	—	1

(備考) 表中食後1時間以內ニ發生スル疼痛ヲ早發性疼痛、同ジク1乃至3時間ニ發生スルモノヲ遲發性疼痛、3乃至6時間ニ發生スルモノヲ饑餓痛ト稱ス。

第二節 自發痛

第一項 自發痛ノ有無(55例ニ於ケル調査)

(イ) 疾病ノ經過中疼痛ヲ訴ヘシ事アル者及ビ現在疼痛ヲ訴フル者ハ55例中50例ナリ。尚ホ之ヲ訴ヘシ部位ニ就テ調査スレバ次ノ如シ。

胃部	46例	腹部一般	2例
廻盲部	2例	局所ノ記載不明	1例

(ロ) 發病當時ヨリ、全然自發痛ヲ訴ヘシコトナキモノ5例アリ(コノ中3例ハ他覺的ニ壓痛ヲ認メタリ)、内2例ノ如キハ壓痛スラ之ヲ證明スルコト能ハザリキ、之ヲ細別スレバ第174表ニ示スガ如シ。

第174表

主訴	經過	手術所見	術後病名	備考
井上某 嘔吐竝ニ胃部膨滿感ヲ以テ終始ス	5年間吞酸嘔吐胃部膨滿感嘔吐ヲ以テ終始ス	十二指腸前壁ニ直徑0.8糎ノ深キ潰瘍、竝ニ後壁ニ直徑1.0糎ノ淺キ潰瘍存セリ	多發性十二指腸潰瘍	自發痛ハ之ヲ訴ヘズ他覺的ニ壓痛ヲ證明セリ
久原某 同上	5年間胃部膨滿感嘔吐ヲ以テ終始ス	幽門部ニ直徑1.0糎、十二指腸前壁ニ同ジク1.0糎ノ潰瘍存セリ、共ニ深シ	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	同上
柴田某 同上	2ヶ月間胃部膨滿感嘔吐ヲ以テ終始ス	幽門前後壁ニ各々直徑0.7糎及ビ0.5糎竝ニ米粒大ノ3個ノ潰瘍アリ、深カラズ	多發性胃潰瘍	同上
杉元某 胃部膨滿感	14年間嘔吐胃部膨滿感ヲ以テ終始ス	幽門ニ近キ小彎及ビ十二指腸前壁ニ直徑各々1.0糎ノ穿通セントスル潰瘍アリ	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	自發痛壓痛共ニ之ヲ認メズ
武末某 裏急後重直腸不快感	9年來肛門ノ不感快ヲ以テ終始ス	十二指腸後壁ニ潰瘍アリ胃ニ穿孔性潰瘍アリ	十二指腸潰瘍穿孔性潰瘍	同上

潰瘍患者ハ一般ニ定型的ノ胃痛ヲ訴フルモノトセラルル所ナルモ、胃及十二指腸ニ2個又ハソレ以上ノ潰瘍ヲ存スルニ拘ラズ、全然疼痛ヲ訴ヘザルモノ必ズシモ少ナカラザルハ診斷上、大ニ留意ス可キコトナリ。

第二項 疼痛ノ部位

之ニ關シテ記載アル44例ニ於ケル統計成績ヲ示セバ第175表ノ如シ。

多發性胃潰瘍12例中8例迄ハ心窩部中央ニ疼痛ヲ訴ヘタリ。然ルニ多發性十二指腸潰瘍7例中、心窩部右側ニ疼痛ヲ訴ヘシモノ僅カニ2例ニシテ、4例ハ心窩部中央ニ之ヲ訴ヘタリ、又胃潰瘍竝ニ十二指腸潰瘍ノ合併例25例中心窩部右側ニ疼痛ヲ訴ヘシモノ僅カニ1例ニ過ギズシテ、18例ハ心窩部中央ニ之ヲ訴ヘタルハ注意ヲ要ス。即チ潰瘍ガ胃竝ニ十二指腸ノ兩所ニ合併セル場合ト雖、患者ハ其ノ疼痛ヲ必ズシモ、胃及十二指腸ノ兩所ニ之ヲ訴フルモノニ非ラザルモノナリ。

第175表

潰瘍例 自發痛 局所部位	多發性 胃潰瘍	胃竝ニ 十二指腸 潰瘍 合併症	多發性 十二指腸 潰瘍
心窩部中央	8	18	4
心窩部右側	—	1	2
心窩部左側	1	2	—
上腹部一帶	1	2	—
心窩部竝ニ廻盲部	1	—	—
廻盲部	1	—	1
腹部	—	2	—

第三項 疼痛ト食事トノ關係

多發性潰瘍患者ノ訴フル自發痛ト食事トノ關係ニ關スル統計的成績ハ第176表ニ示スガ如シ。

即チ之ニ關シテ記載アルモノ45例中、食事ト關係アルモノ35例ニシテ關係ナキモノ8例(多クハ勞働ト關係ヲ有ス)、不定ノモノ2例ナリ、而シテ食事ト關係ナキモノノ比較的多數ニ之ヲ存セリ。

第176表

潰瘍例 疼痛ト 食事關係	多發性胃潰瘍	胃竝ニ 十二指腸 潰瘍 合併症	多發性 十二指腸 潰瘍	合計
例數	11	27	7	45
早發性疼痛	6	8	1	15
遲發性疼痛	1	4	—	5
饑餓痛 (内一例ハ極ク輕度ノモノトス)	2	4	5	11
早發性時ニ饑餓性疼痛 關係ナキモノ	—	4	—	4
不定ノモノ	2	5	1	8
	—	2	—	2

多發性胃潰瘍11例中、7例ハ食

後早發性ニ遲發性疼痛ヲ訴ヘタルモ、饑餓痛ヲ訴ヘシモノ2例ヲ存ス。十二指腸潰瘍ナキニ不拘、饑餓痛ヲ訴フルモノアルヲ以テ、診斷上注意ヲ要スル所ナリ、多發性十二指腸潰瘍7例中5例ハ饑餓痛ヲ訴ヘタルモ、1例ハ却テ早發性疼痛ヲ訴ヘタリ。

特ニ興味アルハ、胃竝ニ十二指腸潰瘍ノ合併例ニ於テハ、全27例中12例ハ食後早發性乃至遲發性疼痛ヲ、4例ハ饑餓痛ヲ、4例ハ食後早發性及ビ饑餓痛ヲ訴ヘタリ。即チ潰瘍ガ胃及ビ十二指腸ノ兩者ニ存在スル時、疼痛ト食事トノ關係ハ複雑トナリ、或ルモノハ主トシテ胃潰瘍ノ場合ニ、或ルモノハ主トシテ十二指腸潰瘍ノ場合ニ類似ス。又コノ關係不定ナルモノアリ、時トシテ兩所潰瘍ノ性狀ト同時ニ具備シテ、食後早發性疼痛ト饑餓痛ト同時ニ訴フルモノアリ、コノ關係ヲ逆ニ觀察スル時ハ、患者ガ食後早發性乃至遲發性疼痛ヲ訴ヘタル場合ト雖、胃潰瘍ニ十二指腸潰瘍ノ合併セルコトヲ否定スルコト能ハズ。又饑餓痛ヲ訴ヘタル場合ト雖、十二指腸潰瘍ニ胃潰瘍ノ合併ヲ否定スルコト能ハズ。然レドモ食後早發性乃至遲發性疼痛ト同時ニ饑餓痛ヲ訴ヘタル場合ハ、兩所潰瘍ノ合併ヲ考フ可キモノトス。

原、大原兩氏モ亦多發性胃十二指腸潰瘍ニテハ同一患者ニ於テ、時ニ早期痛ヲ訴ヘ、時ニ空腹痛ヲ訴ヘ其ノ時間的關係不定ナルコト特徴ナリトセリ。

第四項 疼痛ノ放散性

疼痛ノ放散性ニツキ記載アルモノ23例中之ヲ認メタルモノ9例ナリ。

第五項 症狀ノ週期性

之ニ關スル記載アルモノハ17例ナリ。症狀ノ週期性即チ所謂「アタック」ヲ示シタルモノ11例ニシテ、ソノ陰性ナリシモノ6例ナリトス。

即チ「アタック」ヲ訴ヘシモノ11例中10例ニ於テ十二指腸潰瘍ヲ認メタリ。十二指腸潰瘍

ヲ含ム 41例中 40% = 相當セリ。

由來、本徴値ハ、十二指腸潰瘍=頻發スルモノナルヲ以テ、本徴候ノ存在ハ直チ=十二指腸潰瘍ヲ考ヘシムル所ナルモ、胃潰瘍ノ場合=モ尙稀=之ヲ認ムルコトアルト共ニ、十二指腸潰瘍ト同時=胃潰瘍ヲ合併セル場合=モ之ヲ存スルヲ以テ、本徴候ノ存在セン場合ト雖、直チ=胃潰瘍ヲ除外スル根據トハナラザルモノナリ。

第六項 經過中ニ於ケル疼痛性狀ノ變化

多發性潰瘍=於テハ、元來胃又ハ十二指腸=潰瘍ガ 2 個若シクハ其レ以上存在セルヲ以

第 177 表

患者姓名	初期症狀	經過年數	入院當時ノ症狀	手術時ノ所見	術後診斷
長谷川某	早發性疼痛	22年	早發性竝ニ饑餓疼痛	小彎竝ニ幽門輪ニ密接シテ存シ直徑各々1.0糎、深サ各々0.7糎	多發性胃潰瘍
香月某	早發性疼痛	2年	饑 餓 痛	幽門輪ヨリ6糎距リタル小彎ニ直徑1.0糎ノ淺キ潰瘍ト十二指腸前壁ニ米粒大ノ深キ潰瘍ヲ認ム	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症
池田某	早發性疼痛	10年	持續性疼痛	幽門ヨリ5糎距リタル小彎ニ4個ノ潰瘍ヲ認ム	多發性胃潰瘍
江上某	早發性疼痛	6ヶ月	持續性疼痛	小彎部ニ直徑0.5糎ノ深キ潰瘍及ビ幽門輪ニ近ク長サ3.0糎、幅0.5糎ノ穿通セル潰瘍アリ	多發性胃潰瘍
久保田某	早發性竝ニ饑餓性疼痛	9年	早發性疼痛強シ	十二指腸ニ大ナル瘢痕ヲ存シ幽門ニ1個深キ潰瘍アリ	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症
柿 某	食事ト關係ナキ胃痙攣	22年	饑 餓 痛	小彎ニ長サ0.9糎、幅0.5糎ノ筋層ニ達スル潰瘍ト十二指腸ニ直徑0.5糎噴火口様ノ深キ潰瘍アリ	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症
重岡某	饑 餓 痛	15年	早發性疼痛	十二指腸ニ米粒大ノ深キ潰瘍ト小彎ヲ中心トシテ前後壁ニ跨ル長サ3.0糎ノ深キ長キ潰瘍存ス	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症

テ、單發性ノ場合=比シテ症狀特ニ疼痛ノ性狀=變化ヲ來スコトハ、容易=之ヲ推定スルコトヲ得可シ。尙症狀ヲ呈シタル1個ノ潰瘍ガ治癒シ、新=他ノ部位=潰瘍ガ發センガ爲ニ、症狀=變化ヲ來スコトモ考ヘ得可キ所ナリトス。カカル疼痛性狀ノ變化=シテ興味アル症例ヲ記述スレバ第 177 表ノ如シ。

如斯疼痛ノ性狀特ニ食事トノ時間的關係ガ經過中=變化スルコトアル時ハ多發性潰瘍ノ存在ヲ疑ハザル可ラザルモノトス。

第十章 合併症

第一節 出血

出血=關スル統計ヲ掲グレバ第 178 表ノ如シ。

第 178 表=示セルガ如ク、多發性潰瘍例=於テハ、孤立性ノ場合=比シテ、吐血、下血竝ニ便中潛血陽性率稍々多キヲ知ルベシ。

第 178 表

出血	潰瘍例		
	多發性胃潰瘍	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	多數性十二指腸潰瘍
例 數	14	33	8
吐血	5(35.7%)	11(33.3%)	4(50%)
血便竝ニ便ノ黑變	4(28.5%)	9(27.2%)	5(62.5%)
便中潛血反應陽性例	8(57.1%)	12(36.3%)	6(75%)

第二節 穿孔

多發性潰瘍=於テモ往々穿孔ヲ來タスモノナリ。時トシテ多發性穿孔ノ場合ヲモ報告セラル。余等ノ場合全例 55 例中急性穿孔ヲ來タシタルモノ 2 例アリ。其ノ病歴ヲ略述スレバ次ノ如シ。

第 1 例 患者 村上某 42 歳、男子、商。昭和 4 年 5 月 23 日入院、同年 5 月 26 日死亡。

現病歴及ビ局所々見 18 歳ノ折、特ニ擧グ可キ原因ナクシテ強烈ナル心窩部疼痛ヲ訴ヘシモノ後ハ單ナル胃弱ノ程度ニテ經過セリ。約 1 ヶ年前ヨリ饑餓痛、胃部膨滿感アリ。尙嘔吐ヲ催スニ至レリ。吐物=血液様ノモノヲ混ゼシコト及ビ便ノ黑變セシコトナシ。酒ハ之ヲ用ヒズ煙草ヲ嗜ム。便ハ便秘ニ傾キ食思不振ナリ。局所所見トシテ、心窩部中央=壓痛ヲ證明シ左心窩部一帯=筋緊張アリ。

胃液所見 總酸度最高 62、遊離鹽酸度最高 50、終末上昇ハ之ヲ認メズ。潛血反應陽性。

「レ」線検査所見 過緊張性胃ニシテ蠕動亢進ス。幽門通過不良ニシテ、十二指腸球部=壁竈ヲ認ム。

「レ」線検査終了後外出シ「サイダー」ヲ攝取セルニ、歸途、夕刻強烈ナル腹痛ヲ訴ヘ路上ニ轉倒セリ。即日午後 9 時穿孔性腹膜炎ヲ診斷ノ下ニ開腹手術ヲ行フ。

手術所見 幽門輪前壁中央ニ穿孔ヲ認メ、腹腔内ニ多量ノ胆汁様液ヲ證明セリ。横行結腸ハ膨大シテ胃大彎ニ癒着セリ。穿孔部ハ之ヲ 2 層ニ縫合シ、排膿装置ヲ施セリ。術後 7 時間ニシテ死亡ス。剖檢シタルニ幽門輪=接シ、幽門部ニ直徑 2.0 糎ノ潰瘍存シソノ中央穿孔セリ。之ヨリ 7 糎離レタル小彎ニ米粒大ノ 2 個ノ潰瘍アリ。腹腔内ニハ多量ノ膿ヲ證明セリ。

第 2 例 患者 武末某 52 歳 男子、商。昭和 6 年 4 月 10 日入院、同年 5 月 17 日死亡。

現病歴及ビ局所々見 19 年來痔核=惱マサレ 3 年來屢々裏急後重ヲ訴ヘ種々治療ヲ受ケシモ效ナシ、2、3 ヶ月來便秘ノ際、下腹部ニ疼痛アリ、便秘ニ傾ク。入院當時局所々見トシテ、腹部=腫瘍ヲ觸レザルモ肛門括約筋弛緩シ、直腸内ヲ指診スルニ異常ニ擴大セルモ腫瘍ヲ觸レズ。直腸鏡ニテ檢スルニ 27 糎ノ部ニ狭窄アリ、「レ」線検査ニヨリテ移動性長 S 字狀結腸ト診斷セラル。然ルニ入院後 3 日目特ニ原因ノ認ムベキモノナク、心窩部ニ疼痛ヲ訴ヘ他覺ノ検査ニテ右側心窩部=腹筋緊張竝ニ壓痛ヲ證セリ。

「レ」線検査所見 胃=著變ナキモ、十二指腸球部變形シ十二指腸部周圍癒着ト診斷セラル。

手術所見 大腸下部ニ 2、3 癒着ノ箇所ヲ認メタルモ腫瘍ナシ。蟲樣突起ハ慢性炎症ヲ示シ之ヲ摘出ス。十二指腸後壁幽門輪ニ近ク瘢痕硬結アリ。該部臍頭ト癒着ス。ホリヤ氏法ニヨリ胃切除術ヲ行フ。切除片ハ大彎 12 糎、小彎 9.5 糎、十二指腸 2.5 糎ヲ算セリ。幽門輪ヨリ 1 糎ノ十二指腸後壁ニ深キ圓形潰瘍存セリ。

術後 3 日目放屁アリ。一般狀態良好ナリシモ、4 日目ヨリ發熱、肺炎ノ徵アリ。術後 1 週間ヨリ屢々嘔吐アルモ他覺ノ=腹部=異常ヲ認メズ。術後 17 日日、古キ血液様物質ヲ嘔吐ス。胃部膨隆壓痛顯著ナラザルモ、左側腹筋緊張セリ。同日夕刻、胃部不快感ヲ訴ヘ冷汗淋漓、不安狀態ヲ呈ス。胃洗滌ニテ多量ノ

肉汁様ノモノヲ得タリ。

再手術所見 術後18日目再手術ヲ行フニ、胃ハ稍々擴張セルモ胃腸吻合部ニ癒着狹窄ナシ。胃底大彎部ニ拇指頭大ノ纖維性血液様ノ苔ヲ以テ被ヘル穿孔ヲ思ハシムル箇處アリ。附近腹腔内ニ凝血竝ニ稀薄膿汁ヲ認ム。胃大彎部ニ胃腸吻合竝ニブラウン氏腸々吻合ヲ行ヒ輸出脚ニ空腸瘻ヲ形成、腹腔ヲ洗滌シテ手術ヲ終レリ。

術後約15時間ニシテ死ノ轉歸ヲ取レリ。

即チ前記2例ノ如キハ、多發性潰瘍ノ一ガ急性穿孔ヲ來タシタル興味アル症例ニシテ、殊ニ第1例ハ胃X線検査ニ際シ造影劑攝取ガ穿孔ノ誘因トナリタルコト特ニ興味アル所ナリ。本例ニ在リテハ手術時、幽門前壁中央ニ存スル穿孔性潰瘍ノミヲ發見シ得タルニ過ギズシテ、死後剖檢ニ依リ初メテ幽門ヨリ7糞離レタル小彎ニ尙2個ノ潰瘍ヲ發見シ得タルモノナリ。

第2例ハ多發性潰瘍ノ存在セシニ不拘、術前何等潰瘍症狀ヲ呈セズ所謂潛伏性潰瘍トシテ經過セルモノニシテ漸ク入院後3日目心窩部ニ疼痛ヲ訴ヘタルニ過ギズ。ポリア氏法ニ依リ小彎9.5糞、大彎12糞ニ互ル胃切除ノ施サレタルニ、術後、殘存胃潰瘍ノ穿孔ヲ來タシタル極メテ興味アル症例ト云フ可シ。コノ場合可成リ廣汎ニ互ル胃切除術ヲ施シタルニ不拘、生憎多發性潰瘍ガ大彎部胃底ニ存セシモノトス。本症例ニ於テ知り得ルガ如ク、多發性潰瘍ノ存在セル場合胃切除術ヲ施スモ、切除範圍小ナル時ハ術後殘存セル多發性潰瘍ノ穿孔ヲ招致スル事アルモノナリ。

文献ニ徵スルニ、多發性潰瘍ガ同時ニ穿孔ヲ來タスコト必ズシモ稀ナラズ。カカル場合ノ手術ニ際シ、1個ノ穿孔性潰瘍ノミヲ發見シ、他ノ部位ノ穿孔ヲ見逃スコトアリ。Brunner氏モカカル數例ヲ記載セリ。又時トシテ1個ノ潰瘍ガ二ヶ所又ハ夫以上ノ個所ニ於テ同時ニ穿孔スル場合モ存シ得可キモノナリ。Brunner氏ハカカル場合ヲ報告セリ。又1個若クハ2個ノ穿孔性胃潰瘍ト同時ニ、胃又ハ十二指腸ニ瘻痕若クハ開放性潰瘍ノ存在スル場合ニ就テBrunner氏ハ剖檢例ニ於テ次ノ如キ場合ヲ擧ゲタリ。

1 個ノ穿孔性胃潰瘍ト同時ニ	=	1 個ノ十二指腸ノ合併例	4 例
		1 個ノ非穿孔性胃潰瘍ノ合併例	9 例
		1 個ノ腔内穿通性胃潰瘍合併例	1 例
		1 個ノ胃瘻痕合併例	3 例
		1 個ノ非穿孔性胃潰瘍及ビ1 個ノ十二指腸潰瘍合併例	1 例
2 個ノ穿孔性胃潰瘍例		12 例	
1 個ノ穿孔性胃潰瘍ト同時ニ、	2 個ノ非穿孔性胃潰瘍合併例	4 例	
2 個ノ穿孔性胃潰瘍ト同時ニ、	1 個ノ非穿孔性胃潰瘍合併例	1 例	
1 個ノ穿孔性胃潰瘍ト同時ニ、	2 個ノ非穿孔性胃潰瘍合併例	1 例	
1 個ノ穿孔性胃潰瘍ト同時ニ	=	數多ノ非穿孔性胃潰瘍合併	1 例
		2 個ノ胃瘻痕合併例	1 例
		3 個ノ胃瘻痕合併例	1 例

即チ前記39例ノ潰瘍穿孔例ハ胃潰瘍穿孔例總數120例(剖檢例)ニ對シ、32%ニ該當スルモノナリ。是ニ由テ視ル時ハ、胃潰瘍ノ穿孔例ニ際シテハソノ4分ノ1乃至3分ノ1ハ單一ノ潰瘍ニ非ズシテ同時ニ多發性潰瘍ノ合併セルモノト考フベキモノナリ。

尙 Brunner 氏ハ穿孔性十二指腸潰瘍ト同時ニ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ合併セル場合ニ就テ次ノ如キ例ヲ報告セリ。即チ

1 個ノ非穿孔性十二指腸潰瘍ノ合併	11 例
1 個ノ十二指腸瘻痕ノ合併	2 例
1 個ノ幽門部潰瘍ノ合併	1 例
1 個ノ非穿孔性十二指腸潰瘍及ビ2 個ノ非穿孔性胃潰瘍ノ合併	1 例
3 個ノ非穿孔性胃潰瘍ノ合併	1 例

即チ前記16例ノ多發性潰瘍ハ十二指腸潰瘍穿孔例總數55例(剖檢例)ニ對シ29%ニ相當ス。

S. Judd 氏ノ多發性潰瘍例ニ於テモ、其ノ32%ニ於テハ慢性穿孔ヲ認メタリト云フ。

多發性潰瘍ト穿孔例ニ關スル余等ノ外科的經驗竝ニ文献ニ徵シ、胃又ハ十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ際シテハ、同時ニ爾餘ノ部ニ多發性潰瘍ノ存スルコトノ少ナカラザルコトヲ知り得ルト共ニ、稀ニハ同時ニ2個ノ穿孔性潰瘍ニ遭遇スルコトアリ。尙余等ノ苦キ經驗ニ依テ明ナルガ如ク、潰瘍ニ對スル胃切除術ハ、ソレガ廣汎ナラザル時ハ多發性胃潰瘍ヲ遺殘セシムルコトアル點ヲ提言セントス。

第三節 多發性潰瘍ノ惡性變化

潰瘍殊ニ胃潰瘍ガ癌變性ヲ來シ易キコトハ既ニ周知ノ所ニシテ、詳細ハ既ニ記述セリ。然ルニ多發性潰瘍モ亦惡性變化ヲ來スモノニシテ、文献ニ徵スルニ S. Judd 氏ハ多發性胃潰瘍症例中1例ニ於テ胃ニ潰瘍癌(Ulkuskrebs)ト同時ニ小ナル2個ノ單純性潰瘍ノ共存セシ症例ヲ、又1例ニ於テ胃痛ト同時ニ3個ノ單純性胃潰瘍ノ合併セル場合ヲ記載セリ。2個ノ胃潰瘍ガ同時ニ癌變性ヲ來スコトハ稀ニシテ Stewart 氏ハカカル一例ヲ報告セリ。

尙同一胃ニ原發性癌ト同時ニ單純性潰瘍ノ合併セル場合モ存スルモノニシテ Mesnil, S. Mitterstiller, Gütig 其他ノ學者ニ依テ報告セラル。

著者ハ多發性潰瘍ノツガ惡性變化ヲ來セル症例ヲ經驗セリ、本症例ニ就テハ既ニ第7篇第3章第1節(患者 占部某 41歳 男子)ニ於テ述タリ。

第十一章 他覺的症狀

第一節 他覺的症狀出現率

之=關スル統計ヲ示セバ第179表ノ如シ。

第二節 壓痛ノ部位的關係

之=關スル調査成績ヲ示セバ第180表ノ如シ。

多發性潰瘍ノ場合=ハソノ多數例=於テ壓痛點ヲ存シ、壓痛點ノ部位ハ多クハ上腹部(蟲樣突起炎ノ存在スル場合=ハ廻盲部=モ之ヲ證明ス)=1個之ヲ證明スモノナレドモ、5例=於テハ心窩部ニ相離レテ2ヶ所ニ之ヲ證明セリ、而シテ該壓痛點ハ、手術時所見ト對照スル=何レモ潰瘍部位=相當セシモノトス。即チ壓痛點1箇ナルノ故ヲ以テ、多發性潰瘍ヲ否定スルコト能ハザルモ、上腹部=相離レテ2箇所=壓痛點存在スルトキハ多發性潰瘍ノ疑ヲ置キテ、檢査ヲ進メザル可ラズ。

第179表

他覺的症狀	潰瘍例數	多發性胃潰瘍	胃竝=十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍
例數	14	33	8	3
振水音	4	14	3	—
胃蠕動不穩	—	4	2	—
腹脹	3	11	2	—
抵抗	3	3	—	—
腹筋緊張	2	8	3	—
壓痛	13	29	7	—
蟲樣突起炎ノ症狀ノミアリシモノ	—	1	1	—
直腸癌ノ症狀ノミアリシモノ	—	1	—	—

(備考) 本表=ハ惡性變化ヲ來セルモノヲ含マズ

第180表

壓痛部位	潰瘍例數	多發性胃潰瘍	胃竝=十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍
例數	14	33	8	—
壓痛ヲ證シ得ザリシモノ	1	4	1	—
心窩部中央=アリシモノ	4	5	1	—
心窩部右側=アリシモノ	1	7	2	—
心窩部左側=アリシモノ	3	6	—	—
廻盲部=ノミ壓痛アリシモノ	1	—	1	—
膽囊部=ノミ壓痛アリシモノ	—	—	1	—
壓痛心窩部及ヒ廻盲部=アリシモノ	3	3	1	—
壓痛心窩部、廻盲部、膽囊部=アリシモノ	1	2	1	—
壓痛心窩部及ヒ膽囊部=アリシモノ	—	1	—	—
左右心窩部=壓痛ヲ證シ得タルモノ	—	1	—	—
心窩部中央及ビ右側=壓痛ヲ證シ得タルモノ	—	3	—	—
心窩部中央及ビ左側=壓痛ヲ證シ得タルモノ	—	1	—	—

(備考) 本表=ハ惡性變化ヲ來セルモノヲ含マズ

第十二章 胃液所見

胃液所見=關スル記載明ナルモノ51例=關スル統計ヲ示セバ第181表ノ如シ。

第181表

胃液所見	潰瘍例數	多發性胃潰瘍	胃竝=十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍	計	百分率
例數	13	30	8	51	—	—
過酸症	8例(61.5%)	18例(60%)	5例(62.5%)	31例	61.6%	61.6%
正常酸度	1例(7.7%)	8例(26.6%)	2例(25%)	11例	21.7%	21.7%
低酸症	3例(23%)	3例(10%)	1例(12.5%)	7例	13.8%	13.8%
無酸症	1(7.7%)	1(3.3%)	—	2例	3.9%	3.9%
終末上昇陽性例	3(23%)	8(26.6%)	4(50%)	15例	29.4%	29.4%
潛血反應陽性例	6(46.2%)	12(10%)	6(75%)	24例	47%	47%
乳酸反應陽性例	0	1(3.3%)	0	1例	2%	2%

(備考) 胃液所見ハ一部ハ單一的、一部ハ分割的採取法=依リシモノトス

次=過酸症ノ率ヲ細別スレバ次ノ如シ。

(1) 多發性胃潰瘍 13 例中 8 例

尙ホ孤立性胃潰瘍ノ場合、過酸症ヲ示ス率ハ 22% (單一的の検査法) 乃至 47% (分割的の検査法) ナリ。

(2) 多發性十二指腸潰瘍 8 例中 5 例(62.5%)

尙ホ孤立性十二指腸潰瘍ノ場合、過酸症ノ頻度 33% (單一的の検査法) 乃至 63% (分割的の検査法)

(3) 胃竝=十二指腸潰瘍合併症 30 例中 18 例(60.0%)

即チ多發性潰瘍ノ場合ハ孤立性潰瘍ノ場合=比シ胃液過酸症ヲ示ス率高キコトハ、注目=値スル所ナリ。今此ノ成績ヲ我が教室=於ケル全胃潰瘍、全十二指腸潰瘍ノ場合ノ胃液所見=比スルニ、何レノ場合=於テモ過酸症ヲ示ス率ハ多發性潰瘍ノ場合ノ方遙=高率ナリ。特ニ多發性胃潰瘍ノ場合、過酸症ノ頻度實=61.5%=達セルハ注意ス可キ所ナリ。多發性潰瘍 51 例中無酸症ヲ示シタルハ僅=2例=過ギザルモノナリ。

次=胃液酸度ノ終末上昇ヲ示ス頻度ハ、多發性潰瘍ノ場合 23%、多發性十二指腸潰瘍ノ場合 50.0%、胃竝=十二指腸潰瘍合併ノ場合 26.6% ナリ。症例少ナキヲ以テ俄=斷言スルコト困難ナリト雖、孤立性潰瘍ノ場合=比シ多發性潰瘍ノ場合其ノ率甚ダ高キハ注意スベキ所=シテ、尙今後多數ノ症例=就テ研究ヲ要ス。

由來終末上昇ハ十二指腸潰瘍=多ク、胃潰瘍=稀ナリトセラレタル所=シテ、我が教室ノ統計=依レバ、其ノ陽性率、十二指腸潰瘍例=於テ 29.4%、胃潰瘍=於テ僅=11.5% ナリ。

然ルニ多發性潰瘍ノ場合ニハ潰瘍ガ胃ニ存在スル場合ニ於テモ之ヲ證明スル率甚ダ高ク、從テ本所見ハ、潰瘍ガ多發性ナルノ場合ニハ胃潰瘍及ビ十二指腸潰瘍ノ鑑別上意義少ナキモノト云ハザル可ラス。

要之、多發性潰瘍ノ場合ニ於テハ、一般ニ胃液酸度ノ過酸症ナルコト甚ダ多ク、又胃ニ多發性潰瘍ノ存在スル場合ニハ終末上昇甚ダ高率ヲ示ス。從テ此ノ際、終末上昇ナル所見ハ、胃潰瘍ト十二指腸潰瘍ノ鑑別上其ノ意義少ナキモノトス。

尙多發性潰瘍ノ術後、胃液検査ヲ行ヒシモノ14例アリ。コノ中13例ハ胃、十二指腸切除術ヲ、1例ニハ胃腸吻合術ヲ施セリ。術後胃切除術ヲ施シタルモノハ多數例ニ於テ遊離鹽酸缺如シ、又ハ酸度ノ著シキ低下ヲ見ルモノナレ共、多發性潰瘍ニ胃腸吻合術ヲ施シタル場合ニハ、術前ヨリ却テ酸度上昇セリ。

第十三章 「レ」線検査所見

「レ」線微候ニ關スル記載明ナルモノニ就テ多發性潰瘍ノ所見ヲ表示スレバ第182表ノ如シ。次ニ多發性潰瘍ノ「レ」線検査ニ於テ壁龕ヲ證明シタルモノノ位置ニ關スル調査成績ヲ擧ゲレバ第183表ノ如シ。

壁龕ヲ證明セシ位置ハ孤立性潰瘍ニ於ケルガ如ク小彎部ニ最モ多ク、幽門部、十二指腸之ニ次ゲリ。

「レ」線診斷ノ中率ト見做スベキモノハ55例中7例即チ、12.7%ニ相當ス。多發性潰瘍ノ診斷ニ際シ、「レ」線検査ハ最モ有力ナル検査ニシテ、爾餘ノ検査方法ニ比シ診斷ノ中率最モ高シ。本検査法ニヨリ、2個又ハ其レ以上壁龕ヲ證明スル時ハ診斷ハ確實ナリ。余等ノ場合第183表ニ示スガ如ク、2個ノ壁龕ヲ證明セシモノ3例アリ。S. Judd氏ハ多發性潰瘍ノ「レ」線診斷ニ際シ、的中率僅ニ4.5%ナリト報ゼリ。余等ノ場合ハ前記ノ如ク12.7%ニ達セルハ注目ニ値ス可キ所ナリ。

本検査ニ當リ、注意スベキハ、本症ノ「レ」線ノ直接微候トシテ、單ニ1個ノ壁龕ヲ發見シタル場合ト雖モ、之ノミニ満足セス、常ニ多發性潰瘍ノ存在ヲ念頭ニ置キ、爾餘ノ部ニ於ケル所見、特ニ壓痛點、腫瘍、癒着、十二指腸球部缺損等ニ留意セザル可ラス。余等ノ材料ニ於テ之ヲ見ルニ、多發性潰瘍ノ場合、其ノ中ノ1個ハ殆ンド常ニ幽門輪近接ノ胃又ハ十二指腸ニ存スルヲ以テ、幽門ヲ離レタル部位ニ潰瘍ノ直接微候ヲ認メ、同時ニ高度ノ幽門狹窄ヲ伴ヘル場合ニハ幽門部ニ潰瘍ノ直接微候ヲ證明シ得ザル場合ニ於テモ、多發性潰瘍ノ合併ヲ念頭ニ置クベキモノナリ。尙「レ」線検査ニ當リテハ、粘膜皺襞像ノ撮影ハ診斷ノ價值甚ダ大ナルモ

第182表

潰瘍例 「レントゲン」線検査所見		多發性胃潰瘍	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍
胃 間 接 的 微 候	液層ノ増加	7(66%)	14(66%)	5(83%)
	緊張上昇	7(60%)	21(70%)	7(100%)
	胃下垂	7(63%)	14(60%)	4(60%)
	胃擴張	7(85%)	21(85%)	4(75%)
	蠕動亢進	7(60%)	29(92%)	8(100%)
	逆蠕動存在	2(20%)	4(12%)	—
	大彎鋸齒	2(50%)	5(60%)	—
	胃内容排出障礙	9(66%)	19(64%)	6(71%)
	痙攣性收縮	—	6	3
	微候結果	幽門通過障礙	10(83%)	19(66%)
	幽門閉鎖不全	—	1	—
	周圍癒着	2	7	1
直 接 微 候	壁龕	8(58%)	12(36%)	—
	影像缺損	—	1	—
	觸知シ得ル皺襞又ハ腫瘍	6(44.3%)	13(40%)	1
壓痛	8(58%)	21(63%)	—	
十二 指 腸 微 候	球部變形	—	10(33%)	2(25%)
	持續性十二指腸球	—	2(8%)	—
	壁龕	—	3(10%)	4(50%)
	壓痛	—	5(16.6%)	6(75%)
	觸知シ得タル皺襞又ハ腫瘍	—	—	—

第183表

潰瘍例 壁龕ノ位置	多發性胃潰瘍	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍
小彎部	6	9	—
幽門部	2	1	—
十二指腸	—	1(十二指腸=壁龕2個存ス)	4
小彎部竝ニ十二指腸	—	1	—
幽門部竝ニ十二指腸	—	1	—

	胃 徴 候											直 接 徴 候						
	間 接 徴 候										機 能 的 徴 候	結 果 的 徴 候	壁 龕	陰 影 損 傷	觸 知 シ 得 タ ル 痕 痕 腫 瘍	壓 痛		
	液 層 増 加	緊 張 上 昇	胃 下 垂	胃 攣 張	蠕 動 亢 進	逆 蠕 動	大 彎 曲	胃 排 出 障 礙	痙 攣 性 收 縮	幽 門 通 過 障 礙	幽 門 閉 鎖 不全	幽 門 輪	+	(小 彎)	-	(小 彎)	+	(小 彎)
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
里井某	-	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	+	(小彎)	-	+	(小彎)	
大石某	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	/	-	+	(小彎)	-	-	(小彎)	
野村某	+	+	-	+	+	-	-	+	-	+	/	+	(小彎)	-	-	-	(小彎)	
高村某	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	/	/	+	(小彎)	-	-	(小彎)	
重岡某	/	+	/	/	-	-	-	+	-	+	-	-	+	(小彎)	-	-	-	
大原某	/	+	-	-	+	/	-	+	-	+	+	-	+	(幽門部)	-	-	-	
安富某	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	

ノトス。「レ」線=テ診断の中セシ症例=就テ「レ」線検査所見ヲ表示スレバ第184表ノ如シ。
 次=孤立性胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合ノ「レ」線検査所見ト比較研究スル事ハ興味多キ所ナリ。我教室=於ケル孤立性胃及ビ十二指腸潰瘍ノ「レ」線検査所見=關スル統計ハ齋藤氏既=之ヲ報告セリ。今之ヲ多發性潰瘍ノ場合ト比較スルニ、兩者=於テ「レ」線各徴候ノ出現率=著シキ差異ヲ認ムルコト能ハザリキ。

更=多發性潰瘍ノ X 線診断=關スル文献=徴スルニ、胃及ビ十二指腸潰瘍合併例ノ X 線診断ヲ試ミ、最初=之ヲ報告セルハ 1912 年 Kienböck, Baron 及ビ Barsony 氏等ナルモ是等ハ何レモ進デ手術=依リテ之ヲ確メタルモノ=非ズ。初メテ X 線=多發性潰瘍ヲ診断シ且ツ手術=依リテ之ヲ證明セシハ 1914 年 Holitsch 氏ノ 2 例ヲ以テ嚆矢トナスモノノ如シ。其後 Carmann 氏(1916 年)ハ「メイヨークリニク」=於テ手術セシ胃及ビ十二指腸潰瘍合併例 16 例中手術前 X 検査=依リ 7 例=於テ之ヲ診断シ、其他ノモノハ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ何レカノーツヲ認知セシ=過ギズ。其ノ後 Chaul-Stierlin 氏(1917 年), Akerlund 氏(1919 年)等ハ胃及ビ十二指腸潰瘍合併例ヲ X 線=テ診断セシコトヲ報告セリ。而シテ Chaul-Stierlin 氏ノ 2 例中、1 例ハ剖檢=ヨリ、Akerlund 氏ノ 3 例中 1 例ハ手術=依リ何レモ潰瘍ノ共存ヲ確證セシモノナリ。更ニ Judd, Proctor 兩氏(1924 年)ノ報告セルハ 7 例ノ多發性潰瘍例=シテ術前 X 線診断ヲナセシモノノ中唯 2 例=於テ胃=2 個ノ潰瘍ノ存在スルコト知リ得タル=過ギズ。他ノ 2 例=於テハ單=多發性潰瘍存在ノ可能性ヲ推知シ得タルモノナリ。又胃及ビ十二指腸潰瘍合併例 12 例中 6 例=於テ X 線診断的中セリト云フ。斯ノ如クシテ

「前頁ニツヅク」	十 二 指 腸 徴 候					「レ」線 診 断	術 後 診 断
	球部變形	持續十二指腸球	壁 龕	壓 痛	觸知シ得タル痕痕腫瘍		
+	-	-	-	-	-	穿通性胃潰瘍並ニ十二指腸潰瘍	同 左
-	-	-	-	-	-	小彎穿通性潰瘍及ビ幽門輪附近潰瘍	胃竇=十二指腸潰瘍合併症
-	-	-	-	-	-	胃潰瘍並ニ幽門輪潰瘍ナラン	胃竇=十二指腸潰瘍合併症
-	-	-	+	-	-	胃竇=十二指腸潰瘍(?)	同 左
-	-	(球部)	-	-	-	胃竇=十二指腸潰瘍	同 左
-	-	(球部)	-	-	-	胃竇=十二指腸潰瘍	同 左
-	-	(十二指腸前壁後)	+	-	-	多發性十二指腸潰瘍	胃及び十二指腸潰瘍合併症

Judd, Proctor 氏等ノ場合=於テハ X 線=多發性潰瘍ヲ確證セシコト僅カニ 4.5% = 過ギザルモノナリ。

最近 E. F. Ruckenstein 氏ノ報告=依レバ手術=依リテ診斷ヲ確定セシ十二指腸潰瘍=於テ、術前十二指腸=多發性潰瘍ヲ X 線=發見セシモノ 73% ノ高率ヲ示シタリト。

本邦=於テ池田氏(1927 年)ハ X 線=徴候極メテ顯著ナル多發性壁龕ヲ示シタル胃潰瘍ノ 1 例ヲ報ジ、赤染氏(1927 年)ハ X 線=診斷ト共ニ開腹手術ヲ行ヘル 76 例中多發性潰瘍ヲ認メタルモノ 8 例ヲ記載シ、コノ内 X 線検査=依リ認知シ得タルモノハ 3 例ノミナリト云フ。田北氏(1933 年)ハ 4 例ノ多發性潰瘍=於テ X 線検査=依リ殆ンド全部ノ壁龕ヲ證明シ、術前=確診ヲ下スコトヲ得タリト。尙ホ多發性潰瘍ノ X 線=診斷=際ニ、注意ス可キハ、此ノ場合、時トシテ痛腫ト誤診ヲ來シ易キ事ナリトス。

S. Judd 氏モ多發性潰瘍 87 例中 4 例=於テ、胃癌ト誤診セリト報ジ、岡本氏モ多發性潰瘍ノ X 線=診斷例中記載明カナル 8 例=於テ、陰影缺損ヲ證明セシモノ 1 例(4%)ヲ經驗セシト云フ。

余等モ亦多發性潰瘍ヲ X 線検査=於テ痛腫ト誤診セシ經驗ヲ有ス。之ヲ略述スレバ次ノ如シ。

第 1 例 患者 二村某, 30 歳, 女子, 髮結業。大正 15 年 5 月 5 日入院, 同年 5 月 28 日治癒退院。主訴 嘔吐及ビ上腹部疼痛。現病歴 大正 12 年 12 月蟲様突起切除ヲ受ケ全治ス。大正 14 年 9 月頃ヨリ廻盲部ト上腹部=激痛ヲ感

ジ疼痛ハ食餌ト關係ナカリシト云フ。大正15年正月頃ヨリ疼痛増悪シ固形食ヲ攝取スルコトヲ得ズ、疼痛ハ寧ロ自發性ナリ。固形食ヲ取レバ直チニ之ヲ嘔吐ス。蟲様突起切除術ヲ受ケタル3日後ニ多量ノ吐血アリ。同年2月頃ニモ1合位ノ吐血ヲ來タセリ。黑色便ヲ排シ羸瘦甚シ便秘ス。

「レ」線検査所見 胃展開遲延ス。高度ノ過緊張性胃ヲ示シ、全胃痙攣ノ像ヲ認ム。中間層ハ正常、胃蠕動ノ亢進ナシ。幽門ヨリ胃隅角ノ所迄ニ比較的硬キ横位ノ腫瘍ヲ觸知シ小指大ナリ。而シテ此ノ部ニハ胃壁硬固ノ狀ヲ示ス。十二指腸下水平部ハ擴張シ、幽門閉鎖不全ヲ認ム。「バリウム」食攝取後3時間ニ少量ク「バリウム」粥腫瘍ノ表面ニ殘存シ、又擴張セル十二指腸内ニモ之ヲ認ム。以上ノ如キ所見ナルヲ以テ硬性癌ノ疑ヲ抱ケリ。

手術所見 前胃腸吻合術及ビブラウン氏腸々吻合術ヲ施セリ。膽囊1十二指腸球部トハ輕度ニ癒著ス。小彎ニ小ナル星芒狀ノ瘢痕性陷凹アリ。尙ホ大彎ノ約中央部ニ前者ト同様ナル所見アリ。胃後壁ノ小彎ト大彎ニ潰瘍アリ。而シテ潰瘍ハ全部癒着ヲ認メズ。十二指腸部ニ2錢銅貨大ノ瘢痕アリ其中央ニ淺キ陷凹アリ。幽門輪ヨリ十二指腸ニ沿ビ約8種ノ小指大ノ索狀物ヲ認メ其ノ中央ニ潰瘍アリ。

第2例 患者 横山某, 58歳, 男子, 農業。昭和6年7月6日入院, 同年8月3日治癒退院。

「レ」線検査所見ニ於テ、幽門部ニ近ク鶏卵大ノ腫瘍ヲ存シテ壓痛アリ。幽門通過不良, 十二指腸球部ハ之ヲ證明シ得ズ、幽門部潰瘍癌ト診斷セリ。

手術所見ニ於テ、胃小彎竝ニ十二指腸前壁ニ夫々瘢痕ヲ認メタリ。

第3例 患者, 中村某, 43歳, 男子, 軍人。昭和8年1月17日入院, 同年3月29日治癒退院。

「レ」線検査ニ於テ、幽門輪附近ニ稍々硬キ腫瘍アリ、幽門通過不良、胃癌ト診斷セラル。手術所見ニ於テ、十二指腸及ビ胃小彎ニ潰瘍ヲ存セリ。

第4例 患者 三木某, 60歳, 男子, 無職。昭和8年11月29日入院, 同年12月29日退院。

「レ」線検査ニ於テ、幽門部ニ鶏卵大ノ腫瘍アリ、此部ニ陰影缺損ヲ認ム幽門癌ト診斷セラル。手術所見ニ於テ十二指腸及ビ胃小彎ニ潰瘍ヲ證明セリ。

第5例 患者 白川某, 56歳, 男子, 官吏。昭和9年11月21日入院, 昭和10年1月10日治癒退院。

「レ」線検査ニ於テ、小彎ニ陰影缺損竝ニ壓痛アル腫瘍ヲ觸レ、小彎癌ト診斷セラル。手術所見ニ於テ胃小彎ニ2個ノ潰瘍ヲ認ム。

即チ上記5例ノ誤診例中、第3例例及ビ5例ハ陰影缺損及ビ腫瘍ノ存在ニ依リ、第1及ビ第2例ハ腫瘍ノ觸知ニ依リ胃癌ト誤診セラレタルモノナリ。

第十四章 胃曲線検査所見

胃曲線検査ノ胃癌及ビ、胃竝ニ十二指腸潰瘍ニ對スル診斷的價値ニ就テハ、教室ニ於テハ既ニ平田、大林兩氏ガ其ノ業績ヲ發表シ、又最近小林學士ハ其後ノ多數ノ材料ニ就テ追加報告スル所アリタリ。コノ際小林氏ガ多發性潰瘍、胃又ハ十二指腸潰瘍合併例22例ニ就テ統計的研究ヲ行ヒシ所次ノ如シ。

潰瘍第1型曲線ヲ示シタルモノ 4% 潰瘍第2型曲線ヲ示シタルモノ 41%
潰瘍第3型曲線ヲ示シタルモノ / 穿通性潰瘍曲線ヲ示シタルモノ 18.0%

非定型的曲線ヲ示シタルモノ 14% 胃癌曲線ヲ示シタルモノ 23%

即チ、前記成績ニ依レバ、第2型曲線ヲ描キタルモノハ最も多ク、胃癌曲線ヲ示シタルモノニ次ギ、非定型的曲線ヲ描キタルモノハ14%ニシテ第1型曲線ヲ示シタルモノ最も少シ。多發性潰瘍22例中胃曲線検査ニ依リ、潰瘍ト診斷セシモノ63%ニ達スルモ、胃曲線検査ニ依リ、多發性潰瘍ノ正確ナル診斷ヲ下シ得シモノハ、1例ダモ之ヲ存セズ。由是觀之、胃曲線検査ニ依ルモ、潰瘍ノ多性發ヲ正確ニ診斷スルコト能ハザルノミナラズ、多發性潰瘍ニシテ胃癌ノ曲線ヲ示シタルモノ23%ノ高率ヲ示スガ如キハ注目ニ値スル所ニシテ、本検査法ノ多發性潰瘍ニ對スル診斷的價値ハ大ナルモノヲ期待スルコト能ハザル可シ。

第十五章 診 斷

術前ノ臨牀的診斷ニ關スル統計成績ヲ掲グレバ第185表ノ如シ。

臨牀的診斷(「レ」線診斷ヲ除ク)ニ依リ術前多發性潰瘍トセシモノ全56例中僅ニ1例ニ過ギズ、興味アル其1例ニ就テ病歴ヲ略述スレバ次ノ如シ。尙1例ニ於テハ、術前臨牀的ニハ多發性十二指腸潰瘍ト診斷セシニ、術後胃十二指腸切除標本ニ於テハ、十二指腸ニ2個ノ潰瘍ヲ存シ、尙胃ニモ1個ノ潰瘍ヲ存セリ。而シテ後者ハ術前之ヲ見逃シモノナリ。

患者 重岡某, 58歳, 男子, 農。昭和7年11月25日入院, 同年12月20日治癒退院。

第185表

Table with 10 columns: 術後診斷, 術前診斷, 多發性胃潰瘍, 胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症, 多發性十二指腸潰瘍, 惡性變化ヲ來セルモノ, 術後診斷, 術前診斷, 多發性胃潰瘍, 胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症, 多發性十二指腸潰瘍, 惡性變化ヲ來セルモノ. Rows include 胃潰瘍, 胃潰瘍竝ニ幽門狹窄, 十二指腸潰瘍, 多發性十二指腸潰瘍, 十二指腸潰瘍竝ニ幽門狹窄, 幽門狹窄, 幽門附近潰瘍竝ニ幽門狹窄, 幽門附近潰瘍竝ニ胃潰瘍.

主訴 右側心窩部ノ疼痛。現病歴及ビ局所所見 15年前ニ鐵線痛ヲ訴ヘシコトアリ。近來ハ寧ロ食後直チニ疼痛ヲ訴フ。局所所見トシテ左右心窩部ニ各々拇指頭大ノ壓痛アル腫瘍ヲ觸知ス。

胃液所見 總酸度最高 23, 遊離鹽酸度最高 15, 潛血反應陰性。

「レ」線検査所見 胃小彎部及び十二指腸球部=各々壓痛アル小指頭大ノ壁龕ヲ認ム。幽門通過障礙アリ。胃竝=十二指腸潰瘍合併症ト診斷セラル。

診斷 胃竝=十二指腸潰瘍合併症。

手術所見 小彎竝=十二指腸起始部=豌豆大ノ瘻痕存ス。該瘻痕ハ各々脾臓及ビ肝, 十二指腸韌帶ト癒着ス。

モアン氏第 2 法=ヨリ胃切除術ヲ行フ。切除標本ヲ檢スル=幽門輪=接シテ十二指腸=米粒大ノ深キ潰瘍ヲ認メ尙ホ幽門輪ヨリ 2 糎離レタル胃小彎部=附圖ノ如キ啞鈴狀ノ胼胝性潰瘍存ス。長さ 3 糎, 兩端膨大部ハ各々 0.8 及ビ 0.3 糎ノ直徑ヲ存セリ。(插圖 76)

前記ノ如キハ左右心窩部=各腫瘍ヲ觸知センヲ以テ, 術前診斷の中センモノナレ共, 一般ニ多發性潰瘍ヲ術前的確ニ診斷スルコトハ甚ダ困難ナリトス。然レ共潰瘍=對スル外科的手術々式ノ選定上ヨリスレバ, 術前之ヲ正確ニ診斷スルコトハ甚ダ肝要ナル事項ナリ。X 線診斷ノ中例ハ全例中 7 例ナルコト既ニ之ヲ述ベタルガ如シ。

次ニ多發性潰瘍 1 個ノ潰瘍ガ, 惡性變化ヲ來タシタルモノ 1 例=於テハ既述ノ如ク潰瘍ガ惡性變化ヲ來タセルニ, 尙ホ單純性潰瘍ト誤診セラレシモノナリ, 注意ヲ要ス。

多發性潰瘍ノ診斷=際シ, 最モ有力ナル診斷法ハ「レ」線検査ナリ。殊ニ 2 箇處壁龕ヲ發見セル場合ノ如キ, 術前的確ニ診斷ヲ下スコトヲ得, 次ニ臨牀的ニハ, 上腹部ニ 2 箇處=於ケル壓痛點, 腫瘍又ハ抵抗ノ觸知, 自發痛ノ性狀, 經過中ニ=症狀ノ症狀特ニ食事トノ關係變化スルコト多キコト等診斷上肝要ナル事項ナリ。尙ホ多發性胃潰瘍ノ場合ニハ, 胃液酸度ハ一般ニ高キコト既述ノ如シ。

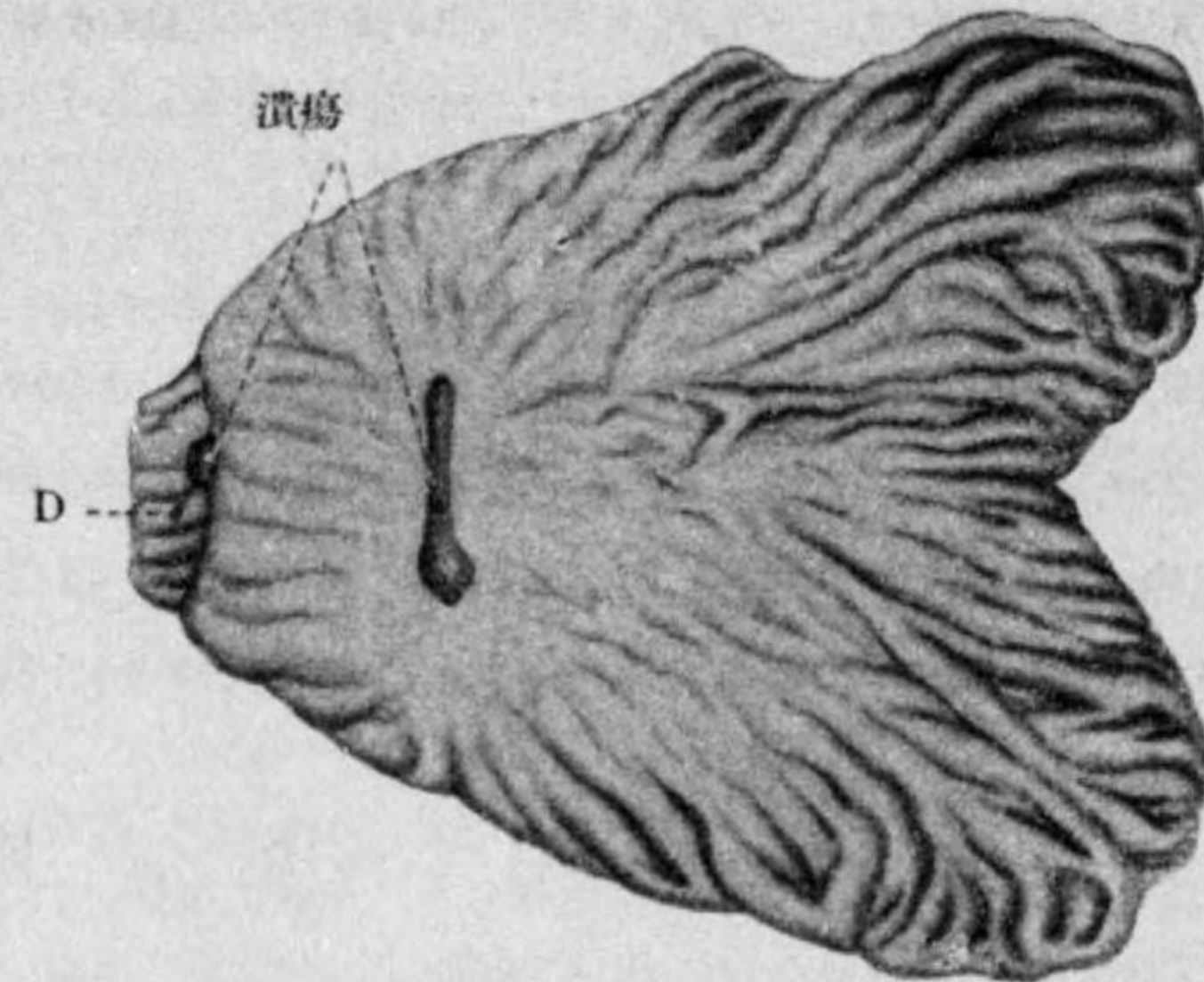


插圖 76. 重岡某ニ於ケル胃切除標本ニ於ケル潰瘍ノ位置ヲ示ス。

第十六章 手術所見

第一節 漿膜ノ變化

之ニ關スル調査成績ハ第 186 表ニ示スガ如シ。

第 186 表

潰瘍例 瘻痕, 腫瘍ノ位置, 個數	多發性胃潰瘍	胃竝=十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍	計
例 數	14	33	8	55
胃=1 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	5	1	/	6
胃=2 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	2	1	/	3
幽門附近=1 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	3	3	3	9
胃=3 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	2	1	/	3
幽門附近=2 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	2	/	/	2
幽門附近ヨリ十二指腸ニカケテ 1 個ノ瘻痕ヲ認メシモノ	/	1	1	2
胃竝=十二指腸=各々 1 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	/	22	/	22
十二指腸=1 個ノ瘻痕又ハ腫瘍ヲ認メシモノ	/	4	3	7
十二指腸=2 個ノ瘻痕ヲ認メシモノ	/	/	1	1

第 186 表ニ示スガ如ク, 55 例ノ多發性潰瘍中手術後確メ得タル所見次ノ如シ。

(1) 胃又ハ十二指腸漿液膜=瘻痕(或ハ腫瘍)ヲ 1 個認メ, 手術時潰瘍 1 個ヲ考ヘシメタルモノ 24 例ニシテ, コノ中瘻痕大ニシテ術前ハ 1 個ト考ヘタルニ術後切除標本ニ於テ 2 個ノ潰瘍ガ相接近シテ存センモノ 5 例ナリ(即チ多發性胃潰瘍 3 例, 多發性十二指腸潰瘍 1 例, 胃竝=十二指腸潰瘍合併症 1 例ナリ)。

(2) 瘻痕(又ハ腫瘍)ヲ 2 個認メタルモノ 28 例ニシテ中, 胃切除標本ニ於テ 2 個ノ潰瘍存在センモノ 25 例ナリ。

(3) 瘻痕(又ハ腫瘍)ヲ 3 個認メタルモノハ 3 例ナリ。

即チ手術時漿膜面ニ於ケル所見ニ依リ, 多發性潰瘍ノ個數ヲ的確ニ診斷シ能ハザリシモノ, 55 例中 28 例(50.5%)ナリトス。而シテ漿膜面ノ瘻痕又ハ腫瘍大ニシテ術前ハ 1 個ノ潰瘍ト考ヘテ胃切除術ヲ施シタルモノ, 多發性潰瘍ガ密接シテ存在セン場合ニハ, 假令潰瘍ノ個數ニ關スル誤診ヲナス場合ト雖モ, 直接著シキ障礙ヲ來スコトナキヲ以テ, カカル 5 例ヲ除ケバ, 誤診率ハ 42%ヲ算ス。然レドモ手術時ノ誤診率ガ 42.0 乃至 50.5%ノ高率ヲ占メタルコトハ, 潰瘍ニ外科的手術療法ヲ施スニ當リ, 甚ダ考慮スベキ事項ナリトス。

從テ手術時 1 個ノ潰瘍ヲ發見シタル場合ニ於テモ, 單ニ之ノミニ満足セス, 尙精細ニ爾餘ノ部位ヲ檢ス可キモノトス。コノ際診斷ノ指針トナル可キ事項ヲ擧グレバ次ノ如シ。

- (1) 癒着
- (2) 胃腸壁觸診所見
- (3) 潰瘍附近淋巴腺腫大

コノ内(1)ハ後段更ニ記述スル所アル可シ。潰瘍壁ノ入念ナル觸診ニ依ルモ、潰瘍表在性ナル時ハ、検査成績陰性ニ終ルコト多シ。然ルニ余等ハ從來潰瘍存在ノ場合局所淋巴腺腫脹ニ留意スレバ、其ノ診斷ニ資スル所少ナカラザルコトヲ主張セルモノナリ。今多發性潰瘍55例ノ手術ニ當リ、潰瘍周圍ニ於ケル淋巴腺腫脹ニ就テ調査スルニ、之ニ關スル記載アルモノ16例ナリ。多クハ幽門附近潰瘍ニ相當シテ幽門部竝ニ脾頭部附近ニ存在スルモ、他ノ個所ニ於ケル潰瘍部位ニ相當シテ淋巴腺ノ腫脹ヲ認メシモノ8例(50.0%)アリ。コノ内4例ハ淋巴腺腫脹ト同時ニ潰瘍部ニ相當シテ漿膜面ニ變化アリシモノニシテ、他ノ4例ハ漿膜面ニハ變化ナク、開放性潰瘍部位ニ相當シテ淋巴腺ノ腫脹ノミヲ認メタリ。是等ノ症例ヲ略述スレバ次ノ如シ。

第1例 患者 三島某

術前診斷 幽門附近潰瘍。

手術所見 幽門輪附近ニ軟キ腫瘍存シ脾頭附近ニ淋巴腺ノ腫脹スルト共ニ小彎ニ於テ數回ノ腫脹セル淋巴腺ヲ認メタリ。切除標本ニテ幽門輪上ニ1個ノ深キ潰瘍アリ、尙幽門輪ヨリ5糎離レテ小彎部ニ6個ノ珠子狀ニ列ベル潰瘍ヲ認メタリ。

第2例 患者 江口某

術前診斷 十二指腸潰瘍竝ニ幽門狭窄。

手術所見 幽門ヨリ十二指腸ニ互リ軟キ腫瘍存セリ。

十二指腸ハ脾頭ト癒着セリ。脾頭附近大彎、小彎ノ淋巴腺腫脹ヲ認メタリ。切除標本ニ於テ十二指腸起始部ニ深キ潰瘍ヲ認ム、大彎壁ニ1個、小彎壁ニ3個ノ潰瘍ヲ存セリ。

第3例 患者 中村某

術前診斷 幽門狭窄(悪性變化ノ疑)。

手術所見 幽門輪附近ニ栗實大ノ軟キ腫瘍アリ。脾頭附近竝ニ小彎ニ於テ淋巴腺ノ腫脹ヲ認ム。切除標本ニ於テ、十二指腸及ビ幽門輪ヨリ數糎離レタル小彎部ニ各々深キ潰瘍アリ。顯微鏡ノ検査ニヨルニ肝臓性潰瘍ナリキ。

第4例 患者 山口某

術前診斷 胃潰瘍竝ニ幽門狭窄。

手術所見 幽門輪附近漿液膜ニ硬結アリ、脾頭ト癒着ス。該部竝ニ小彎中央附近淋巴腺腫脹セリ。切除標本ヲ検査セルニ幽門輪ヨリ7糎ノ小彎部ニ圓形潰瘍アリ。尙幽門部小彎側竝ニ十二指腸後壁ニ各1個ノ潰瘍アリ。幽門ハ高度ニ狭窄セリ。

如斯漿膜面ニ瘢痕又ハ腫瘍ヲ1個認メタル場合ニモ他ノ部位ニ淋巴腺腫瘍ヲ認ムル時ハ、多發性潰瘍ノ疑ヒヲ置クベキモノトス。

依是觀之、手術時胃又ハ十二指腸ニ於ケル淋巴腺ノ腫脹ヲ系統的ニ検査スル時ハ、手術時ノ多發性潰瘍ノ診斷ニ資スル所大ナルモノアリ、v. Haberer 氏モ手術時全胃ノ淋巴腺腫脹ニ就テ注意スベキコトヲ述べ、狭窄性幽門潰瘍ノ患者ニ於テ、斯ノ如クシテ噴門部小彎ニ大ナル穿通性潰瘍ノ存在ヲ知り、單ナル幽門切除術ニ依ラス、殆ンド全胃摘出術ヲ施シテ良成績ヲ得タル症例ニ就テ報告セリ。

第二節 癒着

之ニ關スル統計成績ヲ擧グレバ第187表ノ如シ。全例中潰瘍部ト周圍臟器トノ間ニ癒着ナキモノハ僅ニ4例ニ過ギズ。

第三節 潰瘍ノ位置ニ就テ

第一項 壁ノ關係ニ就テ

- (イ) 胃潰瘍ノ場合
 - (1) 小彎ニ1個又ハ2個以上存セシモノ 33例
 - 内、小彎ノミニ多發性ニ存セシモノ 3例
 - 噴門ニ近キ小彎ニ潰瘍存セシモノ 1例
 - (2) 前壁ニ1個又ハ2個以上存セシモノ 12例
 - 内、前壁ニノミニ多發性ニ存セシモノ 1例
 - (3) 後壁ニ1個又ハ2個以上存セシモノ 17例
 - (4) 大彎ニ1個又ハ2個以上存セシモノ 6例
- (ロ) 十二指腸ノ場合
 - (1) 前壁ニ存セシモノ 23例
 - (2) 後壁ニ存セシモノ 8例
 - (3) 上壁ニ存セシモノ 7例
 - (4) 下壁ニ存セシモノ 2例
 - (5) 壁ノ關係記載明カナラザルモノ 8例

即チ胃ニ存セシ潰瘍ハ、小彎附近ノモノ最モ多ク、後壁ニ次ギ、前壁、大彎ノ順序ニシテ、十二指腸ニ於テハ前壁ノモノ最モ多ク、後壁、上壁ニ次ギ下壁ニ在リシモノ最モ少ナシ。其ノ他多發性潰瘍ノ1ハ前壁ニ他ハ後壁ニ存スル事アリ、或ハ數個共ニ小彎ニ配列シ、或ハ1ハ十二指腸ニ、他ハ胃底ニ存スル等潰瘍ノ占居スル部位ニ就テハ何等1定ノ規範ヲ認メズ。

第187表

潰瘍例 癒着臟器	多發性胃潰瘍	胃竝ニ十二指腸潰瘍合併症	多發性十二指腸潰瘍	備考
例數	14	33	8	
脾臟ト癒着	7	16	6	1例ハナホ横行結腸ト癒着ス 1例ハナホ後腹壁ト癒着ス 2例ハナホ小網ト癒着セリ
膽囊ト癒着	1	6	1	
小網膜ト癒着	1	4	—	小網膜ハ萎縮セリ
肝臟竝ニ前腹壁ト癒着	—	1	—	
肝臟竝ニ總輸膽管ト癒着	—	1	—	
肝臟竝ニ横行結腸ト癒着	1	3	—	
肝臟竝ニ後腹壁ト癒着	—	1	—	
左直腹筋ト癒着	—	1	—	
數個所ト癒着	1	—	—	小彎ハ肝臟小網ト癒着。大彎ハ十二指腸結腸ト癒着セリ
癒着ナキモノ	3	—	1	

第二項 幽門輪ヨリ潰瘍マデノ距離ニ就テ

多發性潰瘍例=就キ觀察スルニ、潰瘍全部ガ幽門輪ヨリ3 糎以內=存セシモノハ6 例ニシテ、潰瘍中ノ1 ツガ幽門輪ヨリ3 糎以內=他ハ3 糎以上離レテ存セシモノ6 例、潰瘍全部ガ幽門輪ヨリ3 糎以上離レテ存セシモノ2 例ナリキ。

多發性十二指腸潰瘍8 例ハ盡ク、幽門輪=近接シテ存セリ。

次ニ胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例=就テ見レバ、33 例中8 例ハ、胃及ビ十二指腸ノ潰瘍盡ク幽門輪=近接シ、20 例=於テハ、十二指腸潰瘍ハ幽門輪=近ク、胃潰瘍ハ幽門輪ヨリ3 糎以上離レテ胃體=發見セラレタリ。尙他ノ1 例=於テハ胃潰瘍ハ幽門輪=近ク十二指腸潰瘍ハ幽門輪ヨリ遠ク2 乃至3 糎離レテ存セリ。潰瘍共ニ幽門輪ヨリ2 乃至3 糎以上距リテ存在セシモノ3 例ヲ算セリ。1 例ハ記載不明ナルモノトス。

要之多發性潰瘍ノ位置=ツイテハ1 定ノ規範ナシト雖、極ク概括的ニ之ヲ見レバ、孤立性潰瘍ノ場合ト略々同様ニ幽門附近ニ最モ多ク、55 例中50 例=於テハ多發性潰瘍中ノ1 ツハ幽門輪ヨリ2 乃至3 糎以內ニ存セリ。從ツテ後述ノ如ク幽門狹窄ヲ示セシコト高率ナリ。而シテ十二指腸潰瘍ニ於テモ幽門輪=近キヲ常トスルモ、2 乃至3 糎以上距リタルモノ3 例ヲ見タリ。

第四節 潰瘍相互間ノ關係ニ就テ

潰瘍間ノ距離=就テハ、學者ノ唱フル所一致セズ、或學者ハ集群ヲナスモノト認メ、他ハ潰瘍間ノ距離相當大ナルモノ多キヲ報告セリ。余等ノ統計=就テ觀察スルニ次ノ如シ。

(1) 集群ヲナセシモノ即チ潰瘍間ノ距離1 糎内外ナリシモノ

胃潰瘍ノ場合	2 例	十二指腸潰瘍ノ場合	6 例
胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例ノ場合	5 例		

(2) 集群ヲナサザリシモノ即チ潰瘍間ノ距離2 糎以上ナリシモノ

胃潰瘍ノ場合	8 例	十二指腸潰瘍ノ場合	2 例
胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例ノ場合	28 例		

(3) 混合型、即チ1 方=於テ2 個又ハ2 個以上ノ潰瘍ガ互ニ集群ヲナシ、他ノ部=於テ

1 個乃至2 個ノ潰瘍ガ集群潰瘍ヨリ距リテ存在セシモノ 4 例

即チ潰瘍間ノ距離相當距リタルモノ多キヲ知ル可シ。

次ニ潰瘍ノ位置6 糎以上ヲ距リシモノヲ示セバ次ノ如シ。

胃潰瘍ノ場合

幽門部竝ニ小彎ニ存セシモノ	1 例
小彎竝ニ大彎ニ存セシモノ	1 例

内、前者ハ手術時幽門ニ=瘢痕硬結ヲ認メ、胃切除標本ニ於テ小彎ノ潰瘍ヲ發見セリ。

胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例ノ場合

十二指腸及ビ小彎ニ存セシモノ	11 例	十二指腸及ビ胃後壁ニ存セシモノ	1 例
十二指腸及ビ大彎ニ存セシモノ	1 例	十二指腸竝ニ噴門=近キ小彎ニ存セシモノ	1 例

合計16 例ニシテ多發性潰瘍55 例ニ對スル頻度29 %ヲ示セリ。

尙剖檢例ニヨレル潰瘍間ノ距離ノ大ナルモノヲ示セバ次ノ如シ。

幽門ト噴門トニ存セシモノ	2 例	小彎中央ト噴門ニ存セシモノ	1 例
小彎中央ト幽門ニ存セシモノ	1 例	幽門ト胃底ニ存セシモノ	1 例

剖檢例ニシテソノ位置ニ關スル記載明ナル多發性潰瘍28 例ニ對シ17.8 %ノ頻度ヲ示シ、之レ即チ胃切除術ニ際シテ廣汎ナル切除ヲ要ス可キヲ物語ルモノナリ。

第五節 潰瘍ノ病理學的性狀

(1) 癍痕性=於テ 胃切除例=就テ、潰瘍ノ既ニ癍痕性ナリシモノ前述ノ如ク4 例ヲ存セリ。

(2) 胼胝性=就テ 胃切除例44 例=就テ觀察スルニ全部ガ單純性潰瘍ナリシモノ23 例ニシテ、ソノ1 ツ又ハ全部ガ胼胝性潰瘍ナリシモノ19 例、即チ43 %ノ多キニ上レリ。ソノ内、多發性潰瘍、全部胼胝性潰瘍ナリシモノハ胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例ノ1 例ナリキ。尙ホ十二指腸潰瘍ニシテ胼胝性ナリシモノハ5 例ナリトス、2 例=於テハ記載不明ナリ。

(3) 穿通性=就テ 穿通セシモノハ多發性潰瘍55 例中19 例ニシテ、内十二指腸潰瘍ノ穿通セシモノハ、11 例ナリトス、即チ十二指腸=潰瘍1 個又ハ2 個以上存セシモノ、41 例中27 %ニ之ヲ見タリ、尙ホ胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例ニシテ雙方共ニ穿通セシモノ1 例ヲ存セリ。

(4) 穿孔=就テ 多發性胃竝ニ十二指腸潰瘍ニシテソノ1 ツガ穿孔シ汎發性腹膜炎ヲ惹起セシモノ2 例アリ。之ニ就テハ既ニ之ヲ述ベタリ。

第六節 潰瘍ノ數、大サ、ソノ他ニ就テ

潰瘍ノ個數=於テハ前述セリ、潰瘍ノ大サニ關シテ記載明カナルモノノ統計的觀察ヲ示セバ第188 表ノ如シ。

潰瘍ノ大サ=就テハ區々ニシテ不定ナリト雖、比較的小ナルモノ多シ。而シテ明カニ噴火口狀ヲ呈セル比較的大ナル潰瘍ヲ取圍ミテ小潰瘍ノ散在スルコト少ナカラズ。一般ニ直徑1 糎内外ノモノ最モ多ク、A. F. Hurst 氏ハ直徑6.3 糎ノセリヲ報告セルモ余等ノ症例ニ於テ潰瘍ノ最モ大ナルモノハ直徑3 糎ヲ有スル噴火口狀ヲ呈セル深キ潰瘍ナリキ。

潰瘍ノ形態ニ關シテハ、多發性潰瘍中1 個ガ圓形ヲナセシモノ26 例、中、潰瘍全部ガ定

型的圓形ヲ示セルモノハ4例ナリトス。潰瘍中1ツガ橢圓形ナリシモノ19例、不正形ナリシモノハ9例ナリ。亞鈴狀ヲナセシモノ1例ヲ見タリ。

潰瘍縁膨隆セルモノ少ナカラズ、概ネ充血シ硬固ニシテ周圍ニ發赤浸潤ヲ來タセリ。潰瘍底ハ平滑ノモノ多ク概ネ硬シ。

第七節 幽門狹窄ニ就テ

胃切除例44例ニ就テ見ルニ、30例ニ幽門狹窄ヲ認メタリ。内、高度ナリシモノ4例、中等度ナリシモノ8例、稍々輕度ナリシモノ17例ナリ。尙ホ十二指腸潰瘍ニヨル十二指腸狹窄

第188表

潰瘍ノ大 患者名	長サ	幅	深サ	潰瘍ノ大 患者名	長サ	幅	深サ
井上某	1錢銅貨大 同上	圓 同上	筋層ニ達ス 淺シ 同上	福富某	3.0糶 1.0糶	3.0糶	穿通ス 筋層ニ達ス
柴田某	0.7糶 0.5糶 米粒大	0.7糶 0.5糶	0.2糶 0.4糶 0.2糶	松崎某	豌豆大 1.5糶	0.6糶	深シ 同上
上村某	1.0糶 1.0糶	0.4糶 0.5糶	0.3糶 深シ	杉元某	1.0糶 1.0糶	0.5糶 1.0糶	穿通セント 同上
久原某	豌豆大 米粒大		淺シ 深シ	高村某	米粒大 0.8糶	圓	淺シ 深シ
小島某	2.0糶 豌豆大 米粒大	1.0糶	1.0糶 淺シ 淺シ	武末某	1.0糶	0.5糶	0.3糶
牟田某	隱元豆大 同上		深シ 痕	妹尾某	米粒大 拇指頭大		深シ 淺シ
加久某	米粒大 0.2乃至0.5糶(5個)		深シ 深カラズ	中村某	小豆大 上		深シ 同上
三島某	1.5糶 0.3乃至1.5糶(6個)		深シ 2.0乃至10糶	重岡某	米粒大 3.0糶	0.3糶	深シ 深カラズ
的野某	1.0糶 1.5糶	0.5糶 0.7糶	0.8糶 0.2糶	三木某	米粒大 同上		深シ 淺シ
矢野某	0.6糶 1.8糶 1.5糶 0.2糶	0.6糶 1.8糶 1.5糶 0.2糶	0.1糶 0.1糶 0.8糶 0.1糶	廣門某	豌豆大 同上		深シ 同上
井上某	0.8糶 1.0糶	圓 同上	深シ 痕	大原某	米粒大 1.0糶	0.5糶	深シ 同上
山田某	0.5糶 1.0糶	0.4糶 0.5糶	0.3糶 0.4糶	中村某	2.5糶 米粒大	1.5糶	筋層ニ達ス 同上
長沼某	1.0糶 1.2糶	0.5糶 1.0糶	筋層ニ達ス 同上	竹下某	豌豆大 十二指腸潰瘍ハ之ヲ 除去セズ		深シ

阿部某	米粒大 豌豆大		穿通 穿通	山本某	3.5糶 米粒大	1.5糶	深シ 淺シ
久保田某	1.0糶 1.5糶	1.0糶 1.0糶	0.5糶 痕	馬場某	1.5糶 1.5糶	1.0糶 0.3糶	深シ穿通ス 0.2糶
江口某	0.3糶 0.3糶 0.5糶 1.0糶	0.3糶 0.3糶 0.5糶 0.4糶	深カラズ 同上 同上	中川某	1.5糶 1.0糶	0.3糶 0.5糶	筋層ニ達ス 痕
吉田某	1.5糶	1.0糶	0.6糶	香月某	1.0糶 米粒大	1.0糶	1.0糶 深シ
武市某	米粒大	圓	深カラズ	吉田某	0.7糶 0.3糶	0.3糶 0.2糶	0.2糶 筋層ニ達ス
長谷川某	1.0糶 1.0糶	1.0糶 0.5糶	0.7糶 0.7糶	山口某	1.5糶 0.8糶 米粒大	0.3糶 0.3糶	筋層ニ達ス 同上 淺シ
梯某	0.5糶 0.9糶	0.5糶	筋層ニ達ス 筋層ニ達ス	白杵某	1.0糶 豌豆大 米粒大	0.5糶	穿通ス 同上 淺シ
村上某	2.2糶 米粒大	1.7糶	深シ 淺シ	白川某	1.5糶 米粒大	1.0糶	筋層ニ達ス 淺シ
石松某	1.0糶 0.5糶	圓 同上	淺シ 同上	池田某	1.5糶 米粒2倍大 米粒大 米粒大	0.6糶	0.3糶 深シ 淺シ 淺シ
江上某	1.5糶 0.5糶	1.5糶 0.5糶	1.0糶 1.0糶	安富某	1.0糶 1.0糶 0.2糶	0.7糶 0.5糶 0.1糶	0.3糶 0.3糶 淺シ

ノ高度ナリシモノ1例ヲ有セリ。

第八節 手術ノ種類ニ依ル多發性潰瘍發見率

多發性潰瘍ノ發見率ハ手術ノ種類ニ依リ大ニ差異アリ。胃腸吻合術ノ場合ハ本手術208例中、多發性潰瘍ヲ見タルモノ10例即チ4.8%ナルニ比シ、胃切除術ノ場合ニハ167例中多發性潰瘍44例(贓置ノ胃切除ヲ含ム)即チ其ノ發見率ハ26.4%ノ高率ニ達スルモノトス。v. Haberer氏モ潰瘍切除例132例中多發性ナリシモノ26%ヲ算セリト報ゼリ。更ニ潰瘍剖検屍ニ就キテノ研究ニヨレバ、多發性潰瘍ノ發見率ハ前述ノ如ク29.1%ノ高率ヲ示セリ。

即チ依之胃腸吻合術ハ多發性潰瘍ヲ見逃ス可能性最モ大ナルコトヲ知ル可シ。剖検例ニ依ル頻度ノ最モ大ナルハ、胃切除術ニ於ラモ切除範圍小ナル時、時トシテ之ヲ見逃ス可能性ノ存ス可キヲ示スモノナリ。

カカル成績ニ依リ、手術例ニ依テ、多發性潰瘍ノ眞ノ頻度ヲ知ラント欲セバ必ズ廣汎ナル胃切除例ニ就テ研究セザル可ラザル事ヲ高唱スルモノナリ。

第十七章 治療成績

多發性潰瘍ノ治療ハ、孤立性潰瘍ノ場合ト多少其ノ趣ヲ異ニスル所アリ。

多發性潰瘍ニ於テ、潰瘍相互間ノ距離ノ甚ダ遠キコト少ナカラザルコトハ、胃切除範圍ノ廣汎ナルコトヲ必要トスベキヲ教フルモノナリ。

手術所見ニ依ル多發性潰瘍誤診率ハ甚ダ大ナルヲ以テ、偶々胃ニ單發性潰瘍存在スル場合、之ニ過チテ胃腸吻合術ヲ施ス時ハ、残留潰瘍ヨリ出血、穿孔等ノ合併症ヲ來ス恐アリ。是亦胃切除ヲ推奨スル理由ナリトス。吾人モカカル苦キ經驗ヲ有スルモノニシテ、既ニ之ヲ詳述セリ。

吾人ノ行ヒタル術式ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(甲) 胃切除術ヲ行ヒシモノ41例

- 内、ボリア氏法 12例
- クレンライン氏法 19例(ブラウン氏腸々吻合術ヲ併施セリ)
- モミアン氏第2法 8例(同前)
- ビルロート氏第2法 2例

(乙) 姑息的胃切除例 3例

(丙) 胃腸吻合術 10例

- 内、ウエルフレル氏法 7例(ブラウン氏腸々吻合術ヲ併用ス)
- ハッカー氏法 3例

(丁) 穿孔口ノ縫合閉鎖及ヒ空腸瘻形成 1例

(戊) 尙合併症ニ對シテ行ヒタル手術次ノ如シ

- 蟲様突起摘出 8例
- 膽嚢摘出 5例

次ニ手術ノ直接成績ニツキテ記載センニ、死亡例6例アリ、其ノ死因ヲ細別スレバ次ノ如シ。

- バルフォア氏法胃切除術後、急性胃擴張ニテ死亡 1例
- ビルロート氏第2法胃切除術後、衰弱ニテ死亡 1例
- モミアン氏第2法胃切除術後、急性心臓麻痺ニテ死亡 1例
- 穿孔性腹膜炎術後、腹膜炎ニテ死亡 1例
- ボリヤ氏法胃切除術後、殘存セシ潜在性大彎潰瘍穿孔ノタメ死亡 1例
- 胃腸吻合術後、出血ノ爲メ死亡 1例

次ニ手術ニ耐エシ49例中、遠隔成績ヲ求ムルニ吾人ノ照會ニ對シ、回答ヲ與ヘシモノ27例アリ。細別スレバ第189表ノ如シ。

第189表

手術々式	例數	異常ナキモノ	時トシテ胃痛ヲ訴ヘシモノ	退院後死亡セシモノ	不明
胃切除例	26	19	1	0	6
姑息的胃切除例	3	2	0	0	1
吻合例	10	2	1 (術前經後ノ 幽門狹窄アリ タリ)	2	5

而シテ遠隔成績ノ觀察期間ハ退院後8ヶ月乃至9ヶ年ナリトス。

前記ノ調査成績ニ依テ見ルニ、多發性潰瘍ニ對スル治療法トシテハ、廣汎ナル胃切除ヲ以テ最モ合理的トナスモノナリ。依之術中ト雖、氣付カザリシ他ノ潰瘍ヲモ共ニ除去シ得ルモノトス。又其ノ遠隔成績モ甚ダ良好ニシテ、全治率95%ヲ算ス。然ルニ胃腸吻合術ニ在リテハ10例中1例ハ術後、既存潰瘍ヨリ出血ノ爲死亡セリ、爾餘ノ9例中退院後ノ調査ニ返信ヲ寄セシモノ僅ニ5例ニ過ギズ。而シテ異常ナキモノヨリモ、異常アルモノ竝ニ退院後死亡セシモノノ方、多數ナリ。胃切除例ニ於テハ、退院後ノ死亡例ハ、1例モコレナキモノトス。潰瘍ガ十二指腸(又ハ幽門)ニ存在シ、穿通癒着高度ニシテ胃切除不可能ノ場合、之ニ姑息的(曠置的)胃切除術ヲ施ストキハ、術前ハ元ヨリ術中ト雖氣付カザリシ多發性潰瘍ヲ除去シ得ルコトアリ。コハ著者ノ既ニ力説セン所ナリ。其後潰瘍ニ對シ、廣汎ナル胃切除術ヲ施スコトニヨリ、術前ハ元ヨリ術中モ氣付カザリシ多發性潰瘍ヲ胃切除標本ニ於テ、初メテ之ヲ發見セシ興味アル症例數例ヲ經驗セリ。又潰瘍ニ對スル胃切除術ガ廣汎ナルコトヲ要ス可キ所以ヲ如實ニ物語ル可キ、2,3興味アル胃切除術ヲ列記スルコトトス可シ、即チ次ノ如シ。

第1例 患者、明石某、男子、36歳、無職。昭和10年5月23日入院、6月19日治癒退院。(本例ハ最近吾人ノ經驗セン所ニシテ、前述各章ニ取扱ヒタル統計材料ニ含まレザルモノトス)

現病歴、昭和9年7月頃ヨリ、食後3乃至4時間ニシテ心窩部ニ突如劇痛ヲ覺エ、10月頃迄隔日位ニ同様ノ疼痛發作アリ。同年12月初旬又前記疼痛アリタルタメ、醫師ヨリ「アトロピン」ヲ投與セラル。爾來劇痛ハナキモ常ニ胃部ニ鈍痛ヲ訴フ。近時食後3乃至4時間シテ悪心、胃部膨滿感ヲ示シ、2,3日毎ニ嘔吐ヲ來ス、發病以來本年3月頃迄大便ガ黑色ニ變化セリト云フ。

腹部所見、視診上腹部ニ變化ナキモ、觸診上心窩部一面ニ壓痛ヲ訴ヘ、胃振水音著明ナリ。腫瘍ヲ觸知セズ。

「レ」線検査所見、十二指腸球部變形シ、小彎延長線上ニテ十二指腸球部ニ、壓痛ヲ有スル壁癭ヲ證明シ、幽門通過正常ナリ。十二指腸潰瘍ト診斷セラル。

胃液検査所見、遊離鹽酸最高27.9、總酸度最高41.9、乳酸反應陰性。潛出血反應陽性ナリ。

術前診斷、穿通性十二指腸潰瘍。

手術所見、5月28日友田執刀、心窩部正中線ニテ開腹セリ。十二指腸前壁ニ幽門輪ヨリ2.5厘米離レテ

腫瘍アリ、潰瘍ハ臍頭部ニ深く穿通セリ。胃ヲ幽門前方ニテ切離シ、曠置の胃切除術ヲ行ヘリ。胃切除術ハクレーンライン、ミクリツツ氏法ニ依リブラウン氏小腸吻合ヲ併置セリ。胃切除標本ハ大彎ノ長サ18 糎、小彎ノ長サ6.5 糎ナリ。胃切除標本ヲ大彎ニ沿ヒテ開クニ胃切除標本ノ末梢斷端ヨリ2.5 糎ヲ距リタル胃小彎ニ偶然2 個ノ潰瘍ヲ發見セリ。潰瘍ノ大サ1 糎ハ長サ1.1 糎、幅0.5 糎、深サ0.1 糎ニシテ、他ハ長サ0.3 糎、幅0.2 糎、深サ0.1 糎ナリ(插圖77)。該潰瘍ハ、術前ハ元ヨリ術中ト雖モ、之ヲ見逃セシモノトス。全治退院セリ。

第2例 患者、田中某、男子、60 歳、僧侶。昭和10年2月8日入院、同年3月5日治癒退院。

(本例ハ最近經驗セルモノニシテ、前述ニ取扱ヒタル統計材料ニ含マレザルモノトス)

現病歴、昭和9年4月頃ヨリ、食後ノ胃痛ヲ訴ヘ、珈琲殘渣様ノモノヲ嘔吐セルコトアリ、次第ニ胃部膨滿感ヲ訴フルニ至リタルモ、2.3 ヶ月ニシテ輕快セリ。同年秋頃ヨリ再び胃部膨滿ノ感ヲ訴フルニ至リ、同年10月「レ」線検査ニテ幽門狹窄ト診斷セラル。昭和10年正月頃ヨリ再び前記症狀増悪ス。

腹部所見、視診ニテ胃部膨滿シ、胃蠕動不穩ヲ認ム。觸診上心窩部中央ニ腫瘍狀ノ索狀物アリ。壓痛ハ著シカラズ。

胃液所見、總酸度最高76、遊離酸度最高68終末上昇ヲ示ス。潛血反應陽性。

「レ」線検査所見、胃ハ高度ニ擴張ス。蠕動ハ稍々亢進ス。幽門通過極メテ不良、腫瘍、壁龕等ハ之ヲ認メズ。著シキ壓痛ナシ、善性幽門狹窄ト診斷セラル。

手術所見、胃ハ高度ニ擴張ス。十二指腸前壁漿膜ニ幽門輪ニ接シ著明ナル瘢痕アリ。該部ハ臍體ト固ク癒着ス。幽門竝ニ十二指腸腔ハ著シク狹窄ス。ベツツ氏胃腸縫合器ヲ以テ胃ノ廣汎ナル切除ヲ行ハントセシニ、胃

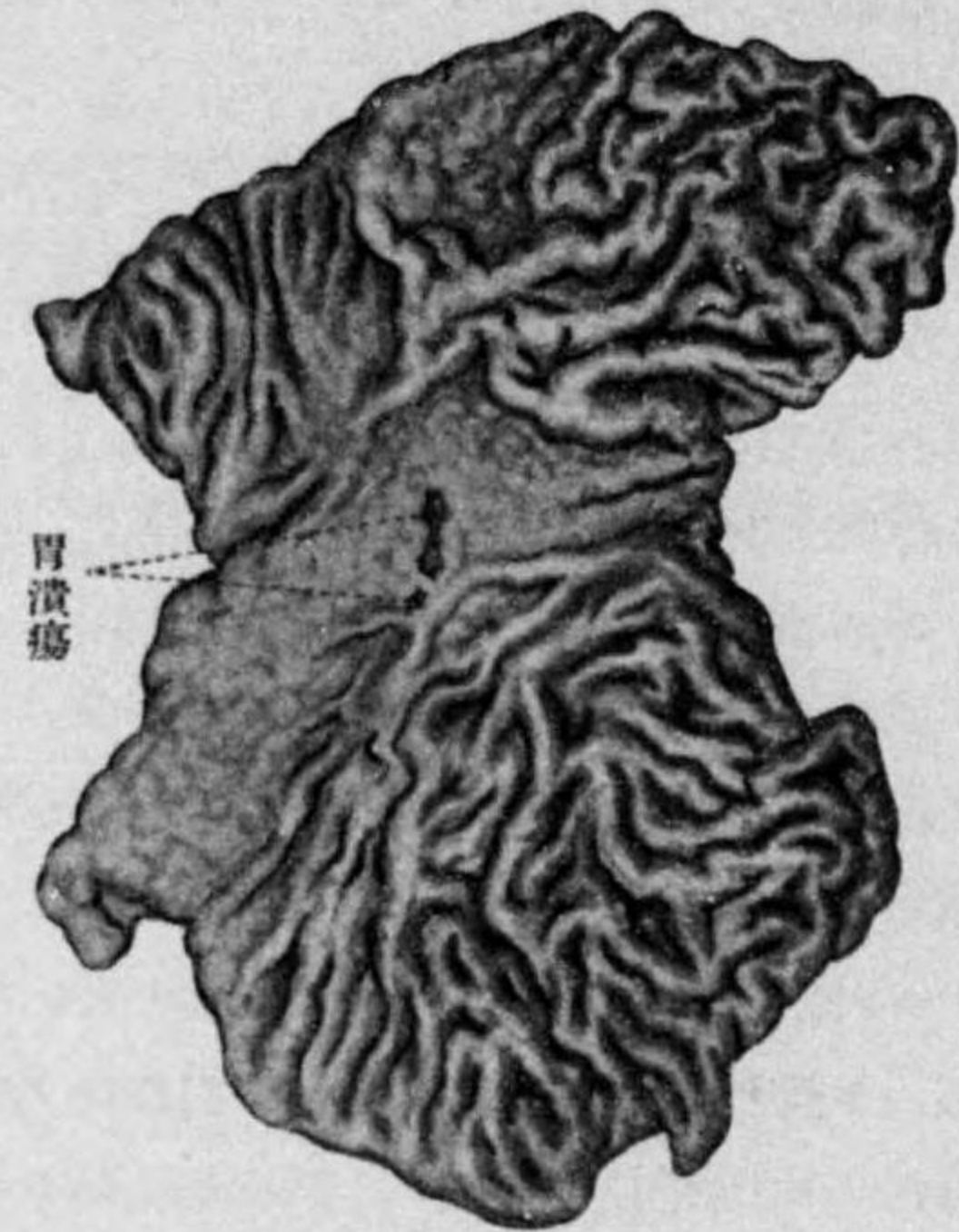


插圖77. 明石某ノ胃切除標本ナリ。小彎ニ於ケル2 個ノ潰瘍ヲ示ス。廣汎ナル胃切除標本ニ依リ初メテ之ヲ發見セシモノナリ。

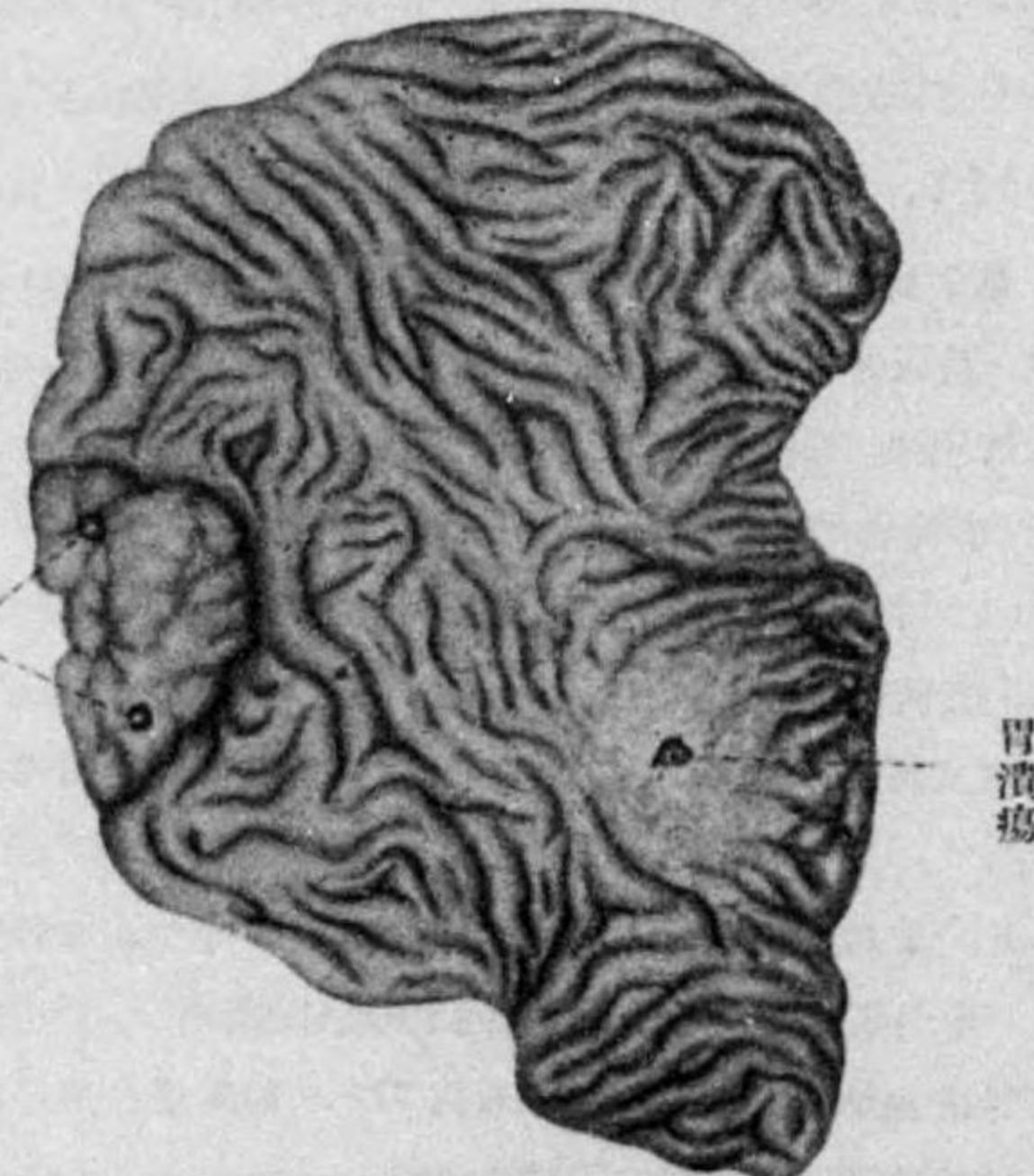


插圖78. 田中某ニ於ケル胃切除標本ナリ。胃潰瘍口側端ヨリ幽門輪マテノ距離11 糎ナリキ。

ノ後壁漿膜面ニ瘢痕アルヲ發見セリホリヤ氏法ニ依リ廣汎ナル胃切除術ヲ施ス。胃切除標本ハ大彎ノ長サ19 糎、小彎ノ長サ15 糎ナリ。胃切除標本ヲ大彎ニ沿ヒテ開クニ、幽門輪ニ接シ十二指腸ニ2 個ノ潰瘍ヲ認ム、尙ホ胃後壁ニ1 個ノ潰瘍存シ、幽門輪ヨリ潰瘍口側マデ11 糎ヲ算セリ(插圖78 參照)。

本例ハ術前臨床的診斷、幽門狹窄症ナリキ。手術時十二指腸ヲ切離シ、次デ胃ヲ切除セントシテ之ヲ遊離中、偶々胃後壁ニ瘢痕ヲ發見シ、廣汎ナル胃切除ニ依リ、術後幽門輪ヨリ11 糎ヲ距リタル胃後壁ニ潰瘍ヲ證明セリ。全治退院セリ。

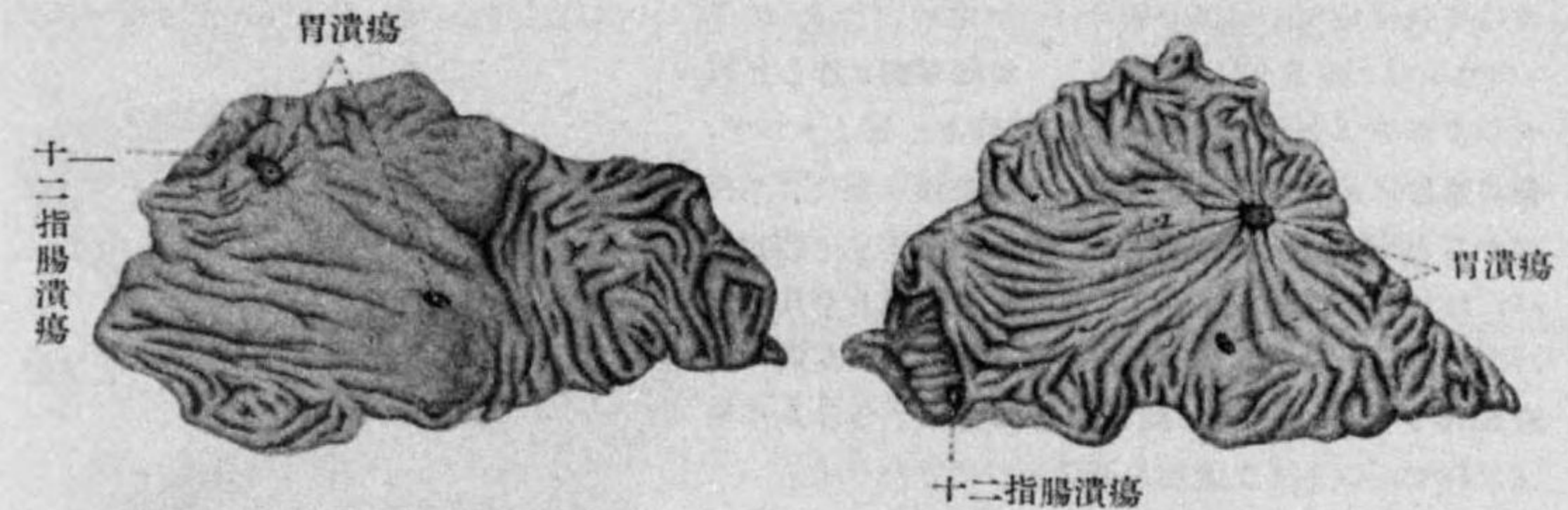


插圖79. 山口某ノ胃切除標本ニシテ、廣汎ナル胃切除術ニ依リ、發見セシ多發性潰瘍ヲ示ス。コハ術前ハ元ヨリ術中ト雖モ之ヲ見落セシモノナリ。尙注意ス可キハ幽門ヨリ小彎部胃潰瘍ノ口側端マデノ距離9.3 糎ニ達セル點ナリトス。

插圖80. 白杵某ノ胃切除標本ニシテ、廣汎ナル胃切除術ニ依リ、發見セシ多發性潰瘍ヲ示ス。幽門輪ヨリ胃小彎潰瘍口側線マデノ距離11 糎ヲ算スルモノトス。

第3例 患者、山口某、35 歳、男子、商。昭和9年11月5日入院、同年11月28日治癒退院。術前臨床的診斷ハ、單ニ胃潰瘍幽門狹窄ナリシガ手術時モ、單ニ幽門狹窄及ビコノ部ノ潰瘍ヲ證明シ得タルニ過ギザリシニ、胃切除標本ニ於テ初メテ多發性潰瘍ヲ發見セリ。2 個ノ胃潰瘍中、1 個即チ幽門部ノモノハ其ノ長サ1.5 糎、小彎ノモノハ同0.8 糎ニシテ幽門輪ヨリ該小彎潰瘍ノ口側端マテノ距離9.3 糎ヲ算セリ(插圖79)。胃切除標本ハ小彎ノ長サ12.5 糎、大彎ノ長サ20 糎、十二指腸ノ長サ1.5 糎ナリ。

第4例 白杵某 男子、35 歳、農。昭和9年11月8日入院、同年12月7日治癒退院。本例ハ十二指腸潰瘍ノ外、胃後壁及ビ小彎ニ各々2 個ノ潰瘍ヲ存シ、而モ小彎ニ於ケルモノハ、幽門輪ヨリ10 糎ヲ距リタル遠隔ノ部位ニ在リ、又本潰瘍ハ其ノ長サ1 糎ヲ算スルヲ以テ、幽門輪ヨリ本潰瘍ノ口側端マデノ距離ハ略々11 糎ニ相當セリ(插圖80)。本例ニ於ケル胃切除標本ノ長サハ、小彎13 糎、大彎21 糎、十二指腸2 糎ナリキ、前記諸例ニ依ル時ハ、潰瘍ニ對スル胃切除術ハ廣汎ナルコトヲ要ス可キ理由ヲ、容易ニ首肯シ得ラル可シ。

方今、胃及ビ十二指腸潰瘍ニ對スル外科的處置ニ就キテノ廣汎ナル胃切除術ノ成績ヲ以テ優秀ナルモノトシテ之ヲ推奨スル學者多シ。著者ハ後藤教授ト共ニ我ガ教室ニ於テ、手術シタル胃及ビ十二指腸潰瘍408 例ノ遠隔成績ニ就キ本年度外科學會ニ於テ報告セシ所アリ。即チ術後16 ヶ年間ニ互リ、各種手術ノ成績ヲ比較研究シタルニ廣汎ナル胃切除術ニヨル成績ガ最モ優秀ナルコトヲ知レリ。然ルニコノ事ハ多發性潰瘍ノ外科的處置ニ於テ特ニ然リトスルモノトス。又切除不可能ナル十二指腸潰瘍ノ療法トシテ曠置的(姑息的)胃切除術ト胃腸吻合術ノ

優劣=就テハ方今尙ホ充分ノ解決ヲ見ルニ至ラズト雖モ、特ニ多數ノ多發性潰瘍例=於ケル吾人ノ外科ノ經驗=徵スル時ハ、曠置ノ胃切除術ヲ以テ胃腸吻合術=遙ニ優レルモノト提言スルモノニシテ、多發性潰瘍=對スル胃腸吻合術ノ如キ甚ダ不適當ノ療法ナリト云ハザル可カラズ。尙多發性潰瘍ノ興味アル症例ヲ掲グレバ次ノ如シ。

患者、白川某、十二指腸潰瘍=對シ、後胃腸吻合術ヲ施セシニ、約9年後、胃液ハ無酸症ヲ呈セルニ、潰瘍症狀再發ヲ來タシ再手術=ヨリ胃切除術ヲ行ヒタル結果、十二指腸潰瘍ハ既ニ治癒シ、胃小彎=2個ノ慢性潰瘍ヲ發見セリ(插圖81)。前回手術ニ際シ見逃サレタルモノナリヤ、術後新ニ再發セシモノナリヤ、俄ニ斷言スルコト能ハザルモ、術後酸度ノ低下、消失ガ十二指腸潰瘍ノ治癒ニ重大ナル意義アリト假定セバ、カカル無酸胃ニ於テ、潰瘍ガ永ク治癒セザルカ又ハ術後再發セシ所以ヲ理解スルコト能ハズ、本例ハ胃液酸度ノ低下ガ手術ノ成績ヲ常ニ長效ナラシムルモノニ非ザルコトヲ立證セルモノナリ。

2,3ノ文獻=徵スルニ英醫 Wilkie 氏ハ胃及ビ十二指腸潰瘍合併例42例ノ手術=於テ、胃切除ヲ施セシモノハ、僅ニ2例ニシテ、胃腸吻合術ヲ行ヘルモノハ、其ノ半數=於テ不成功=終レリ。依是單ナル胃腸吻合術ノ成績ガ甚ダ不合理ナルコトヲ記述セリ。更ニ氏ハ從來多發性潰瘍=關シテ特ニ留意スル所ナカリシガ、次ノ如キ苦キ經驗例=遭遇スルヤ、特ニ注意ヲ拂フ可キ必要ノ存スルコトヲ報ゼリ。即チ28歳ノ男子=於テ、2年前、穿孔性十二指腸潰瘍=對シ、穿孔口閉鎖手術ヲ施シタルニ、術後潰瘍症狀ノ「アタック」ヲ招致シ、再手術ヲ行ヒタルニ、十二指腸前壁=慢性潰瘍アリ。後胃腸吻合術ヲ施セシニ、再度症狀現ハレシヲ以テ、空腸潰瘍ノ疑ニテ第2回手術後1ケ年ニシテ、第3回ノ手術ヲ行ヒタルニ、空腸潰瘍ヲ認メズ。十二指腸潰瘍モ亦治癒セルニ、胃小彎高位=大ナル慢性潰瘍ニシテ周圍=穿通セルモノヲ發見セリ。之ヲ燒灼セシニ爾來5年遠ニ治癒セリ。

米國=於テ、Judd, Proctor 氏等ハ87例ノ多發性潰瘍ノ各種手術成績ヲ報ゼリ。ソノ内成績ノ面白カラザルモノ2,3ヲ例記スレバ次ノ如シ。

即チ1例ハ多發性潰瘍ト潰瘍痛ノ合併例ナリシメ、胃切除術後痛再發ノ爲メ死亡シ、他ノ1例ハ穿孔性多發性潰瘍=胃、十二指腸吻合術ヲ施シタルニ、症狀再發シ、術前ヨリ却テ不良トナリ、後、重症ナル胃出血ノ爲メ死亡セリト云フ、此等ハ多發性潰瘍=吻合手術ヲ施シテ何レモ不成功=終リシモノナリ。

次ニ一時輕快セシ後、症狀再發セシ場合トシテ次ノ如キ症例ヲ發表セリ。

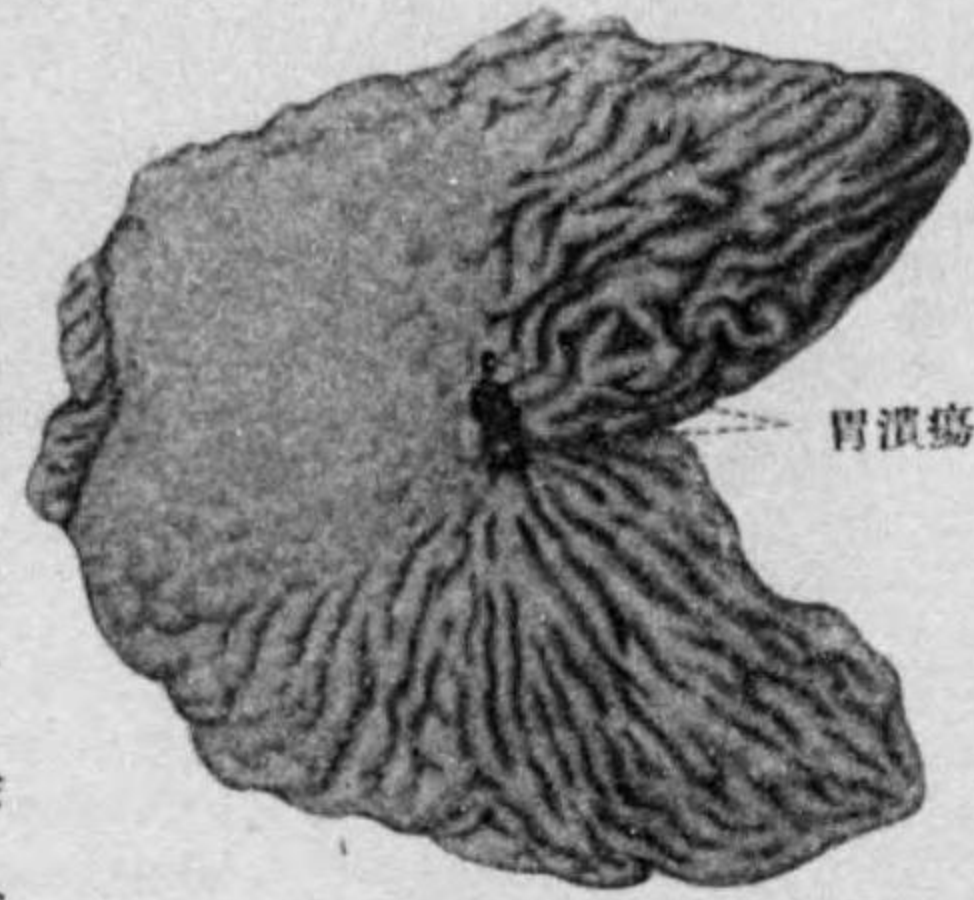


插圖 81. 白川某ノ胃切除標本ニシテ、胃小彎=於ケル2個ノ潰瘍ヲ示ス。十二指腸潰瘍ハ胃腸吻合術=ヨリ既ニ治癒セリ

1例ハ多發性潰瘍=潰瘍燒灼及ビ胃、十二指腸吻合手術ヲ施シ、一時成績良好ナリシガ、後、症狀再發セシメ再手術ヲ行ヒシニ、胃=8個ノ潰瘍ヲ發見セリ。依テ胃切除術ヲ施セリ。又1例=於テハ、多發性潰瘍=對シ、潰瘍部ノミノ剔出手術竝ニ胃腸吻合術ヲ行ヒシニ、術後1ケ年ハ成績良好ナリシガ、後再發ヲ來タシ、再手術=依リ2個ノ潰瘍ト、1個ノ空腸潰瘍ヲ發見シ、胃切除術ヲ施シテ治癒セリ。尙他ノ1例=於テハ、胃小彎竝ニ後壁潰瘍=對シ、胃腸吻合術ヲ施セシニ、約1ケ年ハ成績良好ナリシニ、後、潰瘍ノ穿孔ヲ來タシテ死亡セリ。

米國=於ケル胃腸吻合術ノ成績ハ殊ニ Balfour 氏等多數ノ手術例ニ依ルモ、獨國ノ夫レニ比シ、甚ダ良好ニシテ、從テ一般ニハ米國=於テハ廣汎ナル胃切除術ヲ賞用スルモノノ少ナシ。然ルニ Judd, Proctor 氏等ハ單純性潰瘍=對スル根治手術ニハ讚シ難キモ、多發性潰瘍=對シテハ全潰瘍ヲ含ミテ胃切除術ヲ行フ可トスベキコトヲ記セリ。

前記兩氏ノ報告ニ依ルモ、多發性潰瘍=對スル姑息的手術後、往々、出血、穿孔其他ノ再發少ナカラザルヲ知ル可ク、前述 Wilkie, Judd, Proctor 氏等ノ手術成績モ亦吾人ノ經驗ト一致スルモノナリ。

文獻

- 青山 徹藏 胃潰瘍=就テ 日本外科學會雜誌 第24回
- 赤染 種章 胃竝ニ十二指腸潰瘍「レントゲン」學的研究、醫學研究 第1卷 第1號
- 池田三千畝 「レ」線の徵候極メテ顯著ナル多發性雙齶性胃潰瘍竝ニ穿孔性胃潰瘍ノ各1例 東京顯微鏡學會雜誌 第34卷 第4號
- 磯部喜右衛門 胃及ビ十二指腸潰瘍ノ外科的處置竝ニ其批判、實驗消化器病學雜誌 第6卷 第5號
- 植村卯三郎 胃潰瘍=因スル統計的臨牀的及ビ實驗的研究、日本外科學會雜誌 大正8年
- 岡田 一郎 十二指腸潰瘍及ビ胃潰瘍ノ合併、日本內科學會雜誌 第13卷 第3號
- 岡本 繁 多發性胃及ビ十二指腸潰瘍ノ統計的觀察、福岡醫科大學雜誌 昭和8年 第1412頁
- 後藤 七郎 十二指腸潰瘍ノ外科的經驗=就テ、東京醫事新誌 第2750號
- 後藤 胃潰瘍ノ外科的經驗、日本外科學會雜誌 第25回 第8號
- 後藤 胃腸=於ケル所謂消化性潰瘍、日本外科雜誌 第22回
- 後藤 胃竝ニ胃潰瘍、臺灣醫學會雜誌 第30卷 第1號
- 後藤、友田 胃及ビ十二指腸潰瘍ノ外科的經驗 「グレンツゲビート」昭和10年7月、日本醫事新報 第672號、醫事公論第1202-1205號
- 小林 苦樂 胃曲線ノ統計的觀察竝ニソノ診斷的價値=就テ、實驗消化器病學 第10卷 第5號 「グレンツゲビート」 第9卷
- 齋藤 正雄 胃及ビ十二指腸潰瘍竝ニ胃潰瘍痛「レントゲン」學的統計的觀察 「グレンツゲビート」 第5年 第6號
- 高梨 和助 胃十二指腸潰瘍及ビ胃十二指腸痙攣性狹窄手術例ノ統計的觀察 日本外科學會雜誌

- 誌 第36回 第1號
- 田北 周平 多發性胃及十二指腸潰瘍ノ「レントゲン」診斷=就テ, 實踐醫學 第3年 第2號
- 武藤 忠治 多發性胃及十二指腸潰瘍, 朝鮮醫學會雜誌 第50號
- 立林 洋一 胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察, 日本外科學會雜誌 第25回 第8號
- 友田 正信 臨牀上興味アル術後消化性空腸潰瘍ノ1例竝ニ本症ノ臨牀的及ビ外科的觀察=就テ, 「グレンツゲビート」 第3年 第6號
- 友田 胃竝ニ十二指腸潰瘍ノ惡性變化=就テ, 實地醫家ト臨牀 第10卷 第7號
- 友田 切除不可能ナル十二指腸潰瘍=對スル姑息的胃切除術, 日本外科學會雜誌 第35回 第6號
- 友田 切除不可能ナル胃及十二指腸潰瘍=對スル外科的療法, 特ニ多發性潰瘍ノ治療的意義, 臨牀ノ日本 第3卷 第24號
- 友田, 高浦 胃及十二指腸潰瘍ノ治療=際シ多發性潰瘍ノ意義, 實驗消化器病學 第10卷 第5號
- 友田, 高浦 多發性胃竝ニ十二指腸潰瘍及胃竝ニ十二指腸潰瘍合併例 56例=關スル外科的統計的研究, 「グレンツゲビート」 第10年 第2,3號
- 原, 大原 胃及十二指腸潰瘍ノ外科的療法, 治療及處方 第191號 193號 194號 195號
- 平田, 大林 胃曲線ノ診斷的價値=就テ, 實地醫家ト臨牀 第8卷 第8號
- 松尾 巖 十二指腸潰瘍=就テ, 東京醫事新誌 第2409號 大正14年
- 松尾 巖 胃潰瘍及十二指腸ノ考察 實驗消化器病學 第6年 第9, 第10號
- 南 尙一 多發性胃潰瘍竝ニ胃十二指腸潰瘍合併例, 「グレンツゲビート」 第1年 第10號
- 宮城 順 胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察竝ニ手術ノ直後及ビ遠隔成績=就テ, 日本外科學會雜誌 大正10年 12月
- 宮本延, 金兒博, 正岡勇 胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察, 「グレンツゲビート」 第6年 第10號
- 山根 齋 最近5ヶ年間ニ於ケル胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察=就テ, 日本外科醫函 昭和6年
- Abadie, A. Propos de 300 opérations pour ulcère de l'estomac dont 264 pylorotomies, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chirg. u. etc., Bd. 39, 1921.
- Akerlund, Drei Fälle von röntg. diagnostiz. Magen-u.-Duodengeschwüren, Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstr. Bd. 27, H. 1, S. 40, 1917.
- Baron, A., Bársony, Spast. Sanduhrmagen f. duod. Affektion, Wien. kl. Wochenschr., Nr. 31. S. 1185, 1912.
- Bársony, T., Beiträge z. Revision d. Magenpathologie. von Pylorusgeschwür., Med. Klinik, Bd. 21, S. 1420, 1925.
- Bier, Ü. Ulcus duod., Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 17, S. 788. Nr. 18, S. 836, 1912.
- Brunner, Fr., D. acut in d. freie Bauchhöhle perfor. Magen u. Duodenalgeschw., Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 69, 1903.
- Bsteh, O., Das Doppelulcus d. Duodenum, ein Beitrag zur Pathologie d. Duodenalgeschwürs, Archiv f. kl. Chirg., Bd. 170, S. 444.
- Carmann, Radiolog. sings of duod. ulcer with special reference to gastr. hyperperistalsis, Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 62. No. 13, p. 980.

- Carmann, Spasm of the stomach a. duodenum from a röntgenpoint of view, Journ. of the Amer. med. Ass., Vol. 66. No. 17, p. 1283.
- Chaoul, Stirlin, Zur Diagnose u. Pathologie d. Ulcus duodeni, Münch. med. Wochenschr., Nr. 48, 1917.
- Chaoul, Zur Diagnose u. insbesondere zur Röntgen-Diagnose. d. Ulcus duodeni, Münch. med. Wochenschr., Nr. 9, S. 259, Nr. 10, S. 302.
- Dietrich, Statistik u. ätiolog. Bemerkung z. Ulcus duodeni, Münch. med. Wochenschr., S. 638. 1912.
- Gruber, G., Die patholog. Anatomie d. Ulcus duod. Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., Bd. 36, 1923.
- Gruber, G., Zur Lehre ü. d. pep. Duod. geschw., Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., Bd. 25, S. 469.
- Gruber, G., Zur Statistik d. pep. Affektion in Magen, Oesophagus u. Duodenum, Münch. med. Wochenschr., Nr. 31, 1911.
- Hurst A. F., M. J. Stewart, Gastric a. duod ulcer, 1929.
- v. Haberer, Chirg. Behandlg. d. Magen- u. Zwölffingerdarmgeschw., Zentralbl. f. Chirg., Nr. 15, S. 903, 1934.
- Judd, E. S., O. S. Proctor, Multiple gastric ulcer, Collect. papers of Mayo Clinic, Bd. 16, P. 30. 1924.
- Just E., Ü. mehrfache Geschwürbildungen im Zwölffingerdarm u. mit diesen im Zusammenhang stehende krankhafte Veränderungen, Archiv. f. kl. Chirg., Bd. 179, S. 1. 1934.
- Lick, E., Zur Kenntnis u. op. Behandlg. d. mult. callös. Magengeschwür., Archiv. f. kl. Chirg., Bd. 107, S. 575.
- Mayo, C. H., Brit. med. journ. p. 103, 1920.
- Melchior, Chirurgie d. Duodenum, Neue Deutsch. Chirg. Bd. 25, S. 125.
- Mesnil, Zur Ätiologie d. Magengeschwürs, Münch. med. Wochenschr., Nr. 50, S. 1007, 1894.
- Moynihan, A hunterian lecture on some problems of gastric a. duodenal ulcer, Brit. med. journ., Feb. 10. 1923.
- Moynihan, Discussion on surg. treatment of gast. ulcer, Brit. med. journ., July, 24, 1920.
- Moynihan, Gastric a. duodenal ulcer, Lancet. Feb. 3, p. 231, 1923.
- Nauwerck, Ü. Duodenalgeschwür, Münch. med. Wochenschr., Nr. 47, 1913.
- Petrivalsky, Patholog. Anatomie u. exp. Studien u. d. Duod. geschwür, Ref. in Zentralbl. f. Chirg., S. 832, 1909.
- Petrivalsky, Zur Kenntnis d. Duodgeschw., Ref. in Zentralbl. f. Chirg., S. 478, 1909.
- Robertson, Hargis, Duodenal ulcer, Med. clinic of North Amer., Vol. 8, No. 4, 1925.
- Ruckensteiner, E. F., Ü. d. Doppelgeschwür d. Zwölffingerdarms, Verhandl. 4. internat. Kongr. Radiol., 2. 267-268, 1934., Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chirg. u. etc., Bd; 69. s. 487. 1934.
- Sebening, H. Vergleichende Betrachtung ü. d. amerik. u. deutsch. Magen Chirurgie, Zentra-

Ibl. f. Chirg., Nr. 49, 1932.

Sigmund, Bedeutung u. Erkrankung multipler Gastroduodengeschwüre, Zentralorg. f. d. ges. Chirg. u. etc., Bd. 52, S. 218, 1931.

Ssmagin, Zur Symptomatologie d. gleichzeitigen Magen-Duod.Ulcera, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chirg. u. etc., Bd. 31, S. 182, 1926.

Stewart, A case of two isolated carc. gastr. ulcers, Amer. Journ. of med. science, p. 576, 1898.

Stiller. M., U. einen Fall gleichzeitiger Vorkommen von prim. Magenkarzinom u. Uleus callosus ventr., Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 172, S. 152.

Sturtevant, Shapiro, Gastric a. duod. ulcer, Archiv. of internat. Med. Vol 38, No. 1, 1926.

Tomoda u. Takaura, Ü. d. Multiplicität d. Magen-Duodenal-geschwüre unter besond. Berücksichtigung d. chirg. Bedeutung, Arch. f. klin. Chir. Bd. 190, Heft 1.

Walters. W., The choice of surgical procedures for duod. ulcer, Ann. of surg. Bd. 96, 1932.

Wilkie. D. P. D., Coincident duod. a. gastric ulcer, Brit. med. Journ., Sep. 11. p. 469. 1926.

第十篇 術後空腸潰瘍

緒言

本症ハ1897年 Berg 氏, 1899年 Braun 氏ニ依テ初メテ學界ニ報告セラレテヨリ, 胃腸吻合術又ハ胃切除術後ニ遭遇スル甚ダ不快ナル合併症トシテ學者ノ注目ヲ喚起スルニ至レリ, 殊ニ歐米ニ在テハコノ症例ノ報告セラルルモノ年ト共ニ激增シ, Sokolow 氏ノ如キハ最近露國醫學界ニ於テ本症ノ900例ヲ報告セリト云フ。本症ノ成因, 症狀, 治療ニ就テ正シキ知見ヲ得ルコトハ胃, 十二指腸潰瘍ノ外科ヲ研究スル上ニ最モ肝要ナル事項ナリ。

第一章 臨牀實驗例

先ヅ之ニ關スル吾人ノ經驗例ヲ述ブレバ次ノ如シ。

第1例, 患者, 青柳某, 45歳ノ男子, 無職

入院, 昭和3年5月2日當大學小野寺内科ヨリ我科ニ轉入, 同年5月23日, 死亡退院。

現病歴, 約2ヶ年前ヨリ左側背部ニ食後雜穿スルガ如キ疼痛ヲ訴ヘ1昨年8月頃ヨリ同様ノ劇痛ヲ心窩部ノ左側ニ覺ユルニ至リ同側背部ニ放散セリ。コノ疼痛ハ固形食物攝取後或ハ食事不攝生ノ後ニ増悪シ, 軟カナル又ハ流動食攝取後ニハ輕減スルカ又ハ全く發現セザルヲ通常トシ疼痛ハ週期的ナラズ。疼痛時發熱ヲ見タル事ナキモ嘔吐セシ事數回アリ。然レドモ吐出物ニハ未ダ血液ヲ混ゼシ事ナシ。カクテ上述ノ痛ミハ空腹時ニモ前述ト同様ノ場所ニ覺ユルニ至リ且ツ夜間發生スル事モ稀ナラズ。嗜睡甚ク近時腹部ノ膨滿ノ感加ハリ幽門狹窄症狀ヲ呈ス。食慾次第ニ不良トナリ數人ノ醫師ヲ訪ニ治療ヲ受ケタルモ次第ニ衰弱増スノミニシテ内科的ニハ治癒セズ。

腹部所見, 視診上著變ナク, 觸診スルニ心窩部正中線ヨリ稍々左側ニ輕度ノ壓痛ヲ有スル彈力性硬固ナル鳩卵大ヨリやや大ナル腫瘍ヲ觸ル。該腫瘍ハ呼吸時固定性ヲ示スモ側方移動性ハ著明ナラズ。腹水ヲ證明セズ。亦振水音著明ナラズ。肝, 腎及ビ脾等ニ異常ナク。

胃液所見, 總酸度ハ試食攝取後1時間半ニシテ最高僅カニ20.0度ニ達スルノミニシテ遊離鹽酸ヲ缺如シ潛在性出血及ビ乳酸反應共ニ陽性ナリ。

X線診斷, 胃ノ緊張及ビ蠕動ニ異常ヲ認メズ, 胃ハ下垂セズ。幽門部ニ鳩卵大ノ壓痛アル腫瘍ヲ觸ルルモ陰影缺損著明ナラズ。又壁龕ヲ認メズ。幽門狹窄ハ輕度ナルモ閉鎖不全著明ナリ。

第1回手術所見, 5月5日劍狀突起ヨリ臍部ニ到ル正中線上ニ於テ開腹セリ。小彎部ニ於テ幽門ニ近ク鳩卵大ヨリやや大ナル彈力性硬固ノ腫瘍ヲ認メ, 殊ニ脾臟頭部ニ密ニ癒着セリ。脾臟頭部附近ニハ小指頭大ノ硬固ナル數個ノ淋巴腺ヲ認メタリ。依テクレーンライン氏ニ從テ胃切除ヲ行ヒ且ツブラウン氏腸々吻合ヲ施セリ。

切除胃ノ肉眼の所見, 胃切除片ハ小彎ニ於テ10.0釐, 大彎ニ於テ12.0釐ニシテ十二指腸ハ幽門輪ヨリ約1釐半ノ長サニ於テ切除セラレ, 幽門輪ヨリ約2釐半ノ距テテ小彎部前壁ニ大ナル潰瘍アリ。其長サ5釐,

幅4種、深サ約半種ナリ。

潰瘍ノ邊緣ハ強度ノ増殖ヲ示シテ彈性硬固ナル腫瘍ヲ形成シ幽門輪ハ既ニ腫瘍ノ侵略ヲ受ケテ狭窄ヲ來セリ。鏡檢上、潰瘍ノ邊緣及ビ基底ヲ始メシ癌浸潤ハ粘膜炎下筋層組織ヲ破リテ筋層ニ達シ充實性髓様癌ナリ。

術後診斷、幽門部癌。

術後經過、術後第1日既ニ放屁アリ。發熱38度内外ニシテ食慾モ次第ニ増進シ術後經過頗ル良好ニシテ第7日ニ抜糸セシニ手術創ハ第1期癒合ヲ嘗メリ。

然ルニ術後第11日ニ至リ、突然嘔吐ヲ訴ヘ、胃洗ヲ行フモ消失セズ。放屁アリテ腹部ニハ自覺的ニモ他覺的ニモ何等ノ異常ヲ認メザリシガ、翌日ニ至リ腹部次第ニ膨滿シ來リ、全般ニ輕度ノ自發痛ヲ訴ヘ同時ニ放屁ナキニ至レリ。而シテ視診上腹部ハ全般ニ互リ膨滿セルモ腸ノ蠕動不安ヲ認メズ。之ヲ觸診スルニ腹壁1般ニ強度ノ緊張ヲ示シ輕ク觸ルルモ既ニ壓痛アリ。腫瘍ヲ觸レズ。腹部ハ打診上側方ニ於テ濁音ヲ示シ、直腸ヨリドグラス腔ヲ觸ルルニ輕度ノ壓痛ヲ訴フ。脈搏ハ90至整調ニシテ緊張ニ異常ナシ。體温ハ37度以下ナルモ上述ノ所見ヨリ急性腹膜炎ノ診斷ノ下ニ、初期症狀發現以來約24時間ニシテ著者執刀シテ第2回開腹術ヲ施セリ。

第2回開腹術時所見。

第1回ノ手術部ヲ開キテ腹腔ヲ檢シタルニ、大網膜ト前腹壁腹膜ト癒着甚ク黃綠色ノ濁濁セル滲出液多量ニ流出ス。臭氣甚シカラザルモ既ニ膿様トナレリ。小腸ハ至ル所著明ノ擴張ヲ示シ、腸漿液膜ノ充血甚シク殊ニ横行結腸ニ於テ然ラス。胃腸吻合部ハ大網膜ト癒着セルモ吻合自身ハ完全ニ治癒セリ。ブラウン氏吻合部ハ大網膜及ビ腸間膜ト著明ノ癒着ヲ示シ左側腹部ニ於テ腹壁腹膜ニ固定セリ。而シテブラウン氏吻合自身ハ完全ニ治癒シテ何等ノ異常ヲ認メザリシモ、其輸出脚ニ於テ吻合部末梢最下端ノ距ル約1種ノ部ニシテ腸間膜附著部ヨリ約2種ヲ距タル部位ニ長サ約1種幅約半種ノ細長キ穿孔ヲ認メタリ。

(插圖82)依テ術後空腸潰瘍ノ穿孔ニ由ル急性化膿性瀰蔓性腹膜炎ナルコトヲ確メ患者ノ状態ヲ考慮シ該穿孔部ヲ2層ニ縫合シ、腹腔内ノ滲出液ヲ清拭シ、沃度「フオーム」綿紗「タンホン」ヲ挿入シテ手術ヲ終リ。

術後經過、嘔吐止マズ、食慾不振ニシテ少量ノ水ノ外攝取不能トナリ、腹部膨滿及ビ自發痛益々加ハリ、體温ハ37.0度以上ニ上昇セシ事稀ナルモ、脈搏頻數トナリ緊張次第ニ微弱トナリ、術後第6日遂ニ死亡セリ。

(「グレンツゲベート」第3年第6號)

第2例、患者、矢野某、35歳男子、漁業商、昭和2年3月30日第1回入院、同2年4月22日退院、同2年9月5日第3回入院、同2年10月8日退院、同2年10月24日第3回入院、同2年11月30日治癒退院。

主訴ハ、食後心窩部ノ鬱滯感、竝ビ嘔吐。

現病歴、24歳(11年前)ノ頃ヨリ、食後、屢々心窩部ニ鬱滯感ヲ覺エタルヲ以テ、先ヅ賣藥ヲ試用シ、時ニ醫師ノ門ヲ叩キ、又、或時ハ温泉ニ赴

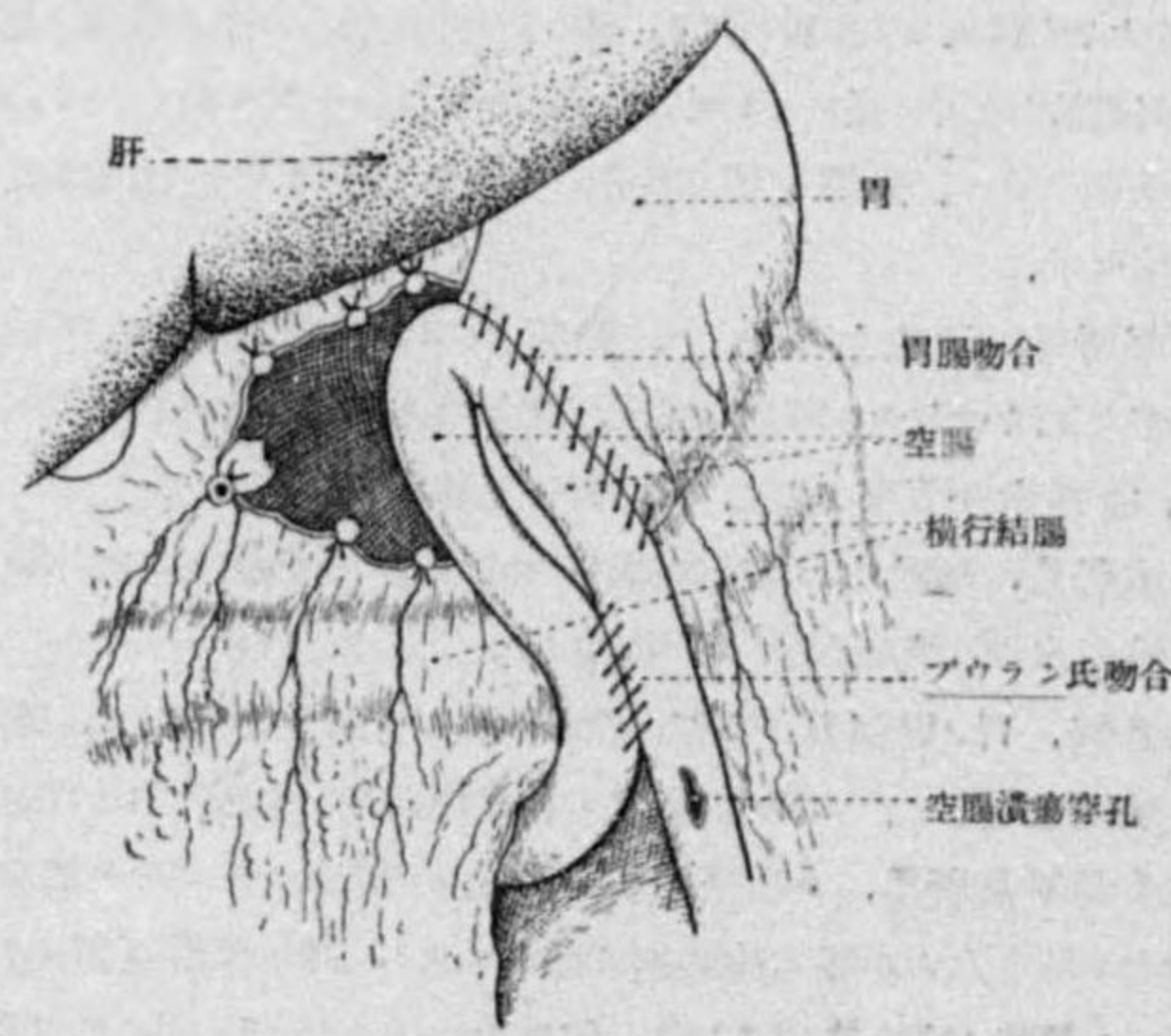


插圖 82. 術後空腸潰瘍ノ穿孔ノ部位ヲ示ス

ク等、一意之ガ回復ニ意ヲ注ギタリ雖、遂ニ著效ヲ認ムルコト能ハズシテ、體重ノ如キモ、漸次減少スルニ至レリ。31歳(4年前)ノ頃ヨリハ、更ニ嘔吐、嘔氣等ノ症狀加ハリ、更ニ食後約2時間ニシテ、臍ノ稍々上部ニ當リ、不快ナル鈍痛ヲ覺ユルニ至リ、而カモ此ノ鈍痛ハ、所謂週期性ニシテ、春秋ノ候ニ於テ、特ニ著シカリシトイフ。33歳ノ頃ヨリ、食事ニ關係ナク、心窩部ニ鈍痛ヲ覺ユルト共ニ、該部ノ鬱滯感ハ、益々増悪シ、食慾ハ頓ニ減退シ、時ニハ嘔吐セシコトアリシモ、主トシテ惡心ニ耐エズ、故意ニ胃内容物ヲ吐出シテ、漸ク不快感ヲ除キ得ルヲ常トシ、其ノ吐出物ハ、咖啡殘滓様ニシテ、此ノ頃ヨリ、口渴頻リニ起リタリ。33歳ノ秋、突然身體強直セシタメ、某病院ニ於テ「テタニー」ノ診斷ノ下ニ、2週日間ノ加療ヲ受ケタリ。斯クノ如キ症狀ハ、爾後、折々突發シ、注射ニヨリテ、纒カニ苦痛ヲ除キ居タリ。恰カモ此ノ頃ヨリ、臍ノ上部ニ局限セシ疼痛ハ、其ノ度ヲ増加シテ、右側心窩部ニ蔓延シ、更ニ背部ニマデ放散スルニ至リ、體温ハ、38度ヲ超ヘ、輕度ノ黃疸アリシト。爾來食慾益々減退シ、嘔吐頻リニ起レルヲ以テ、常ニ粥食ヲ用ヒ、家業ニ從事セリ。然ルニ大正15年晩秋ノ頃(34歳ノ時)、食事ニ全ク關係ナク、突然、右季肋部ニ劇痛ヲ覺エ、背部ニ放散シ、發熱ヲ伴ヒ、嘔吐モ亦之ニ加ハルニ至リ、注射ニヨリテ、1時輕快セシモ、再ビ疼痛ハ反復シテ、約3ヶ月間ハ、此ノ病狀一進一退シ、羸瘦其ノ極ニ達シタルヲ以テ、昭和2年3月30日、我が「クリニック」ニ受診ヲ乞ヒ、直チニ、良性幽門狭窄ニ因ル胃擴張症ノ診斷ノ下ニ、入院ヲ許可セリ。

腹部所見。觸診スルニ、肝、腎、脾等ニ異常ナキハ勿論、腫瘍ノ形成モナク、鼓腸或ハ腹水等ヲモ認メズ、而シテ胃ノ大彎ハ、臍下5種ニ及ビ、該部ニ於テ、明カニ、腹部鳴動及ビ振水音ヲ聽取シ得、且ツ臍ノ右上部及ビ同側季肋部ニ壓痛點アリ。

胃液ノ所見。總酸度最高55、遊離鹽酸度最高40ニシテ乳酸及ビ滲出血反應ハ、陰性ナリキ。

Lyon-Meltzer 兩氏ニヨル十二指腸消息法ハ嘔吐ノタメ不能ニ終ハレリ。

胃X線診斷。胃ハ頗ル擴張シテ、其ノ下端ハ遙カニ、恥骨縫際下、1横指徑ニアリ。蠕動ハ、初期ニ於テ頗ル活潑ナレドモ、暫時ニシテ停止シ、却ツテ逆蠕動ヲ認ム。而シテ「バリウム」粥ハ、全然幽門ヲ通過スルコトナク、唯、十二指腸膨隆部ハ、異常ニ膨脹シテ、瓦斯泡及ビ、水平面形成ヲ示ス。壁龕、腫瘍等ハ之ヲ全ク認ムルコト能ハズ。試食後6時間「バリウム」粥ノ大部分ハ胃内ニ殘存シ、24時間後ニ於テモ猶、其ノ少量ヲ認ム。

第1次手術。4月2日施行、劍狀突起ヨリ臍部ニ至ル正中線上ニ於テ、開腹シテ腹腔内ヲ檢スルニ、胃ハ頗ル擴張シテ、大彎ノ長サ103種、小彎ト大彎トノ距離14.5種ヲ算シ、其ノ壁ハ肥厚シ、幽門部ニ於テハ、癩痕性ニ萎縮セル部アリテ、周圍特ニ膽囊ト纖維性ニ癒着セリ。

茲ニ於テ患者ノ状態ニ鑑ミ、Wölfler氏胃腸吻合術ニ Braun氏小腸吻合術ヲ併施セリ。

術後ノ診斷。十二指腸潰瘍ニ因ル胃擴張症、兼、膽囊周圍炎。

術後ノ經過。順調ニシテ、創ハ1期癒合ヲ示シ、術後20日ニシテ治癒退院セリ。

再入院。然ルニ退院後約10日、心窩部ニ疼痛ヲ覺ユルニ至リ、ソレハ臍ノ上部ニシテ稍々右方ニ偏シ、空腹時ニ於ケル運動ノ後ニ著明ニシテ、食事ノ攝取ニヨリテ、纒カニ緩和セララルヲ嘗トセリ。食慾ハ異常ナク、嘔吐其ノ他ノ胃症狀ハナカリシニ、其ノ後20日、即チ術後50日頃ヨリ、毎朝必ズ2,3回ノ下痢アルヲ常トシ、其ノ量モ亦少量ナラザリキ。飲酒ハ、術後全廢セシモ、煙草ハ、術前同様ヲ用ヒ居タリ。

斯クテ同年9月5日、下痢ヲ伴フ空腹時ノ心窩部痛ナル主訴ノ下ニ、再ビ來院シ、直チニ術後ノ空腸潰瘍疑診ノ下ニ、再ビ入院セリ。

再入院時ノ現症。

腹部所見。心窩部及ビ腹部ノ形狀ハ、正常ニシテ、腸強直、蠕動不安、及ビ腹部靜脈ノ怒張等ヲ認メズ、

打診上。胃ノ大彎ハ臍部ニアリ、觸診スルニ、臍ノ直上ニ於テ、約乳兒手拳大ノ腫瘍アリテ、壓痛ヲ證明ス、右季肋部ニ於テモ亦、壓痛アリ、振水音及ビ腹部鳴動等ヲ聴取セズ、

胃液ノ所見。總酸最高70、遊離鹽酸度最高50ナリ。潛出血反應ハ陽性ノ成績ヲ示セリ。

胃ノX線學の所見。蠕動ハ正常ニシテ、臍ノ右上部ニ當リ、胃腸吻合孔アリ、該孔ヨリハ「バリウム」粥ノ排出ヲ認ムルモ、幽門ヲ通過セズ、唯該吻合孔ニ於テハ癒着ヲ示シ、且ツ明カニ壓痛アレドモ、壁龕ト思ハシキモノヲ認メ得ズ、「バリウム」粥ハ3時間後ニ於テ、約4分ノ1量殘存セシヲ知ル。

第2次手術。昭和2年6月10日、即チ第1次手術後、191日、法ニ從ヒテ腹膜ヲ開クニ、腹壁縫合部ハ、大網膜ト廣ク癒着シ、胃腸吻合部ノ後側、而カモ空腸輸入脚ノ後部ニ、明瞭ナル硬固ノ腫瘍アリ、該腫瘍ハ、大網膜竝ビニ横行結腸ノ前壁ト、密ニ癒着シ、其ノ剝離ニ際シテ、空腸輸入脚後部ノ穿孔ヲ生ジタルニヨリテ、明カニ術後ニ於ケル空腸潰瘍ノ存在ヲ認識シ得タリ。乃チ胃腸吻合部、及ビ Braun 氏小腸吻合部ノ間ニ存在スル空腸輸出入脚ヲ、其ノ中央ニ於テ截斷シ、其ノ腸々吻合部ニ近キ斷端ハ2層縫合ヲ以テ埋没シ、之ヨリ中心端ニ介在スル空腸ハ、胃腸吻合ニ關與スル胃部ト共ニ切除シ、胃切除口ヲ、約5糎ニ縮小セシメ、舊 Braun 氏小腸吻合ヲ距ルコト、約30糎下方ノ空腸ト、Wölfler 氏胃腸吻合術ヲ行ヒ、更ニ Braun 氏ノ小腸吻合術ヲ併施シタリ。(插圖 84,85)

術後ノ診斷。消化性空腸潰瘍。十二指腸潰瘍、兼膽囊周圍炎。

切除セシ胃空腸標本。

吻合口ニ接シ、長サ2.5糎、幅1.5糎、深サ0.8糎ニ達スル長橢圓形ノ潰瘍アリ。其ノ邊緣ハ稍々硬固ニシテ、纒カニ充血シ、其ノ底部ハ粗ニシテ、其ノ色調ハ帶綠灰白色ヲ示シ、一部ハ稍々充血シテ、壊死様物質ヲ以テ被ハル。基底

部ノ中央ニ溝狀ノ穿孔部アリ、更ニ空腸輸出脚ノ後壁ニシテ、吻合口ヨリ1糎ヲ距テテ、豌豆大ノ潰瘍アリ。其ノ邊緣部ハ、稍々硬固ニシテ、底部ハ筋層ニ達シ、壊死様物質ニヨリテ被覆セラル。(插圖 83)

經過。頗ル良好ナル經過ヲ取り、創ハ1期癒合ヲ營メリ。

術後1週日ヲ經テ、胃液ヲ檢セシニ、總酸度最高68、遊離酸度最高50ヲ示セリ、昭和2年10月8日即チ術後4週日ニシテ全治退院シタリ。

退院後ノ經過。第3次入院 退院當日汽車中ニテ、再び心窩部ニ疼痛ヲ覺エ、1時消退セシモ、數日ノ後、(術後32日)ニ至リ、毎朝2回宛、稍々多量ノ下痢アリ、更ニ食後ニハ、3時間ニシテ、心窩部ノ疼痛起リ、漸次其ノ強サヲ増加シテ屢々食後直チニ之ヲ覺エ、遂ニ「モルフィン」注射ヲ待ツテ初メテ鎮痛スルニ至レリトイフ。此ノ間、嘔吐2回アリテ、吐物ハ稍々褐色調ヲ呈セシガ如ク、大便ハ稍々黒色ニ著色セシコトアリトイフ。同年10月24日、下痢ヲ伴フ心窩部疼痛ナル主訴ヲ以テ來院シ、術後ニ於ケル空腸潰瘍ナル診斷ノ下ニ、3度ビ入院セリ。

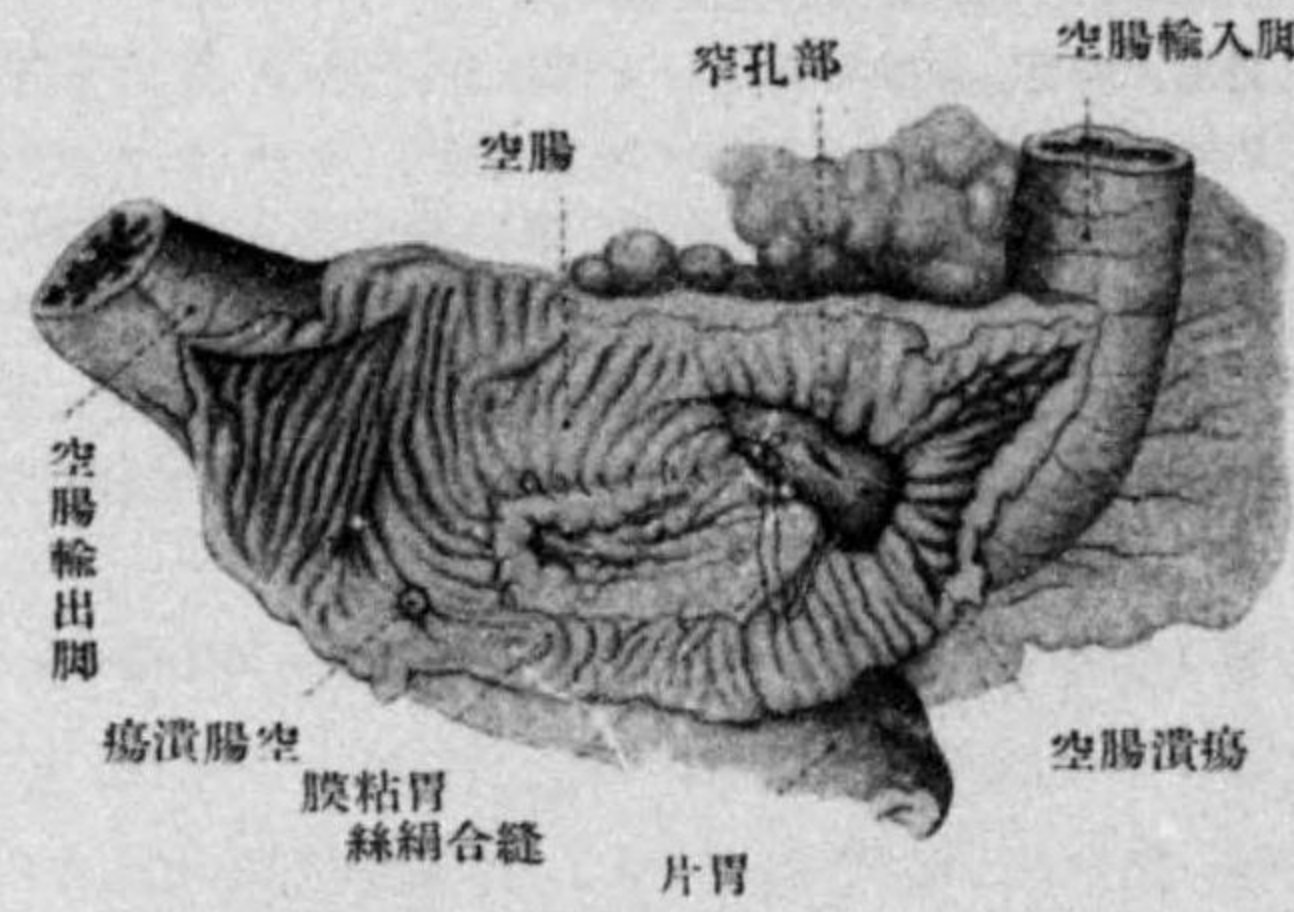


插圖 83. 切除シタル胃腸片

第3次入院當時ノ現症。

腹部所見。腹壁ノ緊張、腹部靜脈ノ怒張及ビ腸ノ蠕動不安等ヲ認メズ、且ツ振水音及ビ腹部鳴動等ヲ聴取シ得ズ、然レドモ、臍ノ左上方ニ當リテ、壓痛ヲ有スル鶏卵大ノ腫瘍ヲ觸知ス、該腫瘍ハ、殆ンド移動性ナシ。

胃液ノ所見。

總酸度最高82、遊離鹽酸度最高62ヲ算ス。

胃ノ「レントゲン」學的檢査所見。胃ハ一般ニ砂時計狀ヲ呈シ、幽門ノ充實ハ不良ニシテ、其ノ通過ハ全ク妨ゲラル。胃囊ノ部ニ胃腸吻合孔アリ、其ノ通過ハ佳良ニシテ、該部ニ著シキ壓痛アレドモ、壁龕ト覺シキモノヲ認ムルコト能ハズ。3時間後ニ於テ其ノ $\frac{1}{3}$ ノ内容ヲ殘存ス。

第3次手術。10月29日、(第2次手術後49日)、開腹ス。胃ハ頗ル擴張シテ其ノ壁肥厚シ、胃腸吻合部ハ、密ニ大網膜及ビ横行結腸ト癒着シテ、硬固ナル腫瘍ヲ形成シ、以テ空腸潰瘍ノ存在ヲ思惟セシム。乃チ横行結腸ノ剝離ハ不可能ナルヲ以テ、先ヅ癒着部ヲ中心トシテ、横行結腸ヲ切除シ、兩斷端ハ端々吻合ヲ施シ、更ニ空腸ノ輸出入兩脚ハ、Braun 氏ノ小腸吻合部ノ直上ニ於テ、切除ヲ行ヒ、其ノ腸々吻合部ニ近キ斷端ハ2層縫合ヲ以テ埋没シ、胃ハ横行結腸及ビ空腸ト共ニ、Balfour 氏法ニ倣ヒテ切除シ、Braun 氏ノ小腸吻合術ヲ併施セリ。(插圖 85—6)

術後診斷。再發セル空腸潰瘍。

標本、(插圖 87) 小彎ハ10糎、大彎ハ19糎、空腸ハ長サ16糎、ニシテ、胃腸吻合部ハ完全ニ癒合セシヲ知ル、今胃ヲ小彎ニ沿ヒテ剪開セシニ、吻合部ノ邊緣ハ、稍々脈管充血シ、吻合孔ヨリ見テ、其ノ底部ト見ルベキ空腸壁ノ後壁ニ於テ、吻合部ヨリ0.5糎ヲ距ル所ニ、長徑2.5糎、短徑1.0糎、恰カモ將棋ノ駒ノ如キ形狀ヲ呈セル潰瘍アリ、其ノ邊緣、特ニ前緣ハ強度ニ充血セルモ、其ノ他ノ部分ハ、稍々脈管充血ヲ示セリ。潰瘍ノ底部特ニ其ノ中央部ハ、多少黒色調ヲ呈シ、他ノ部ハ灰白褐色調ヲ有ス。底部ノ表面ハ粗ニシテ、結締組織ノ索條ヲ認ム。次ニ空腸ノ前壁ニ當リ、吻合孔ヨリ幽門側ニ位シテ、亦小指頭大ノ潰瘍アリ、其ノ邊緣ハ僅カニ充血セル、底部ノ表面ハ灰白褐色調ヲ呈シ、狹長溝ニヨリテ、上述セシ潰瘍ト相連絡セリ。

幽門輪ノ前縁ニ當リテ、亦1ツノ小潰瘍アリ、米粒大ヨリ稍々大ニシテ、其ノ周圍ハ強ク充血シ、爲メニ幽門ハ極度ニ狭窄セリ。(插圖 87)

術後ノ經過。經過ハ頗ル順調ニシテ、創緣ハ1期癒合

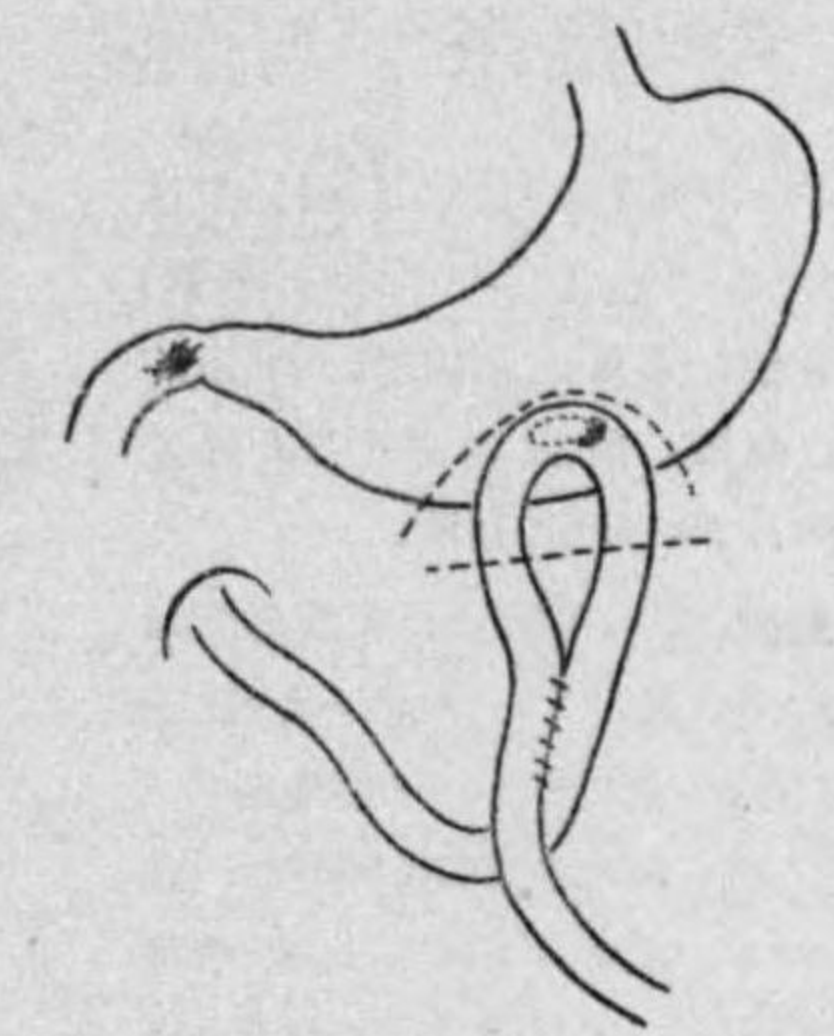


插圖 84.

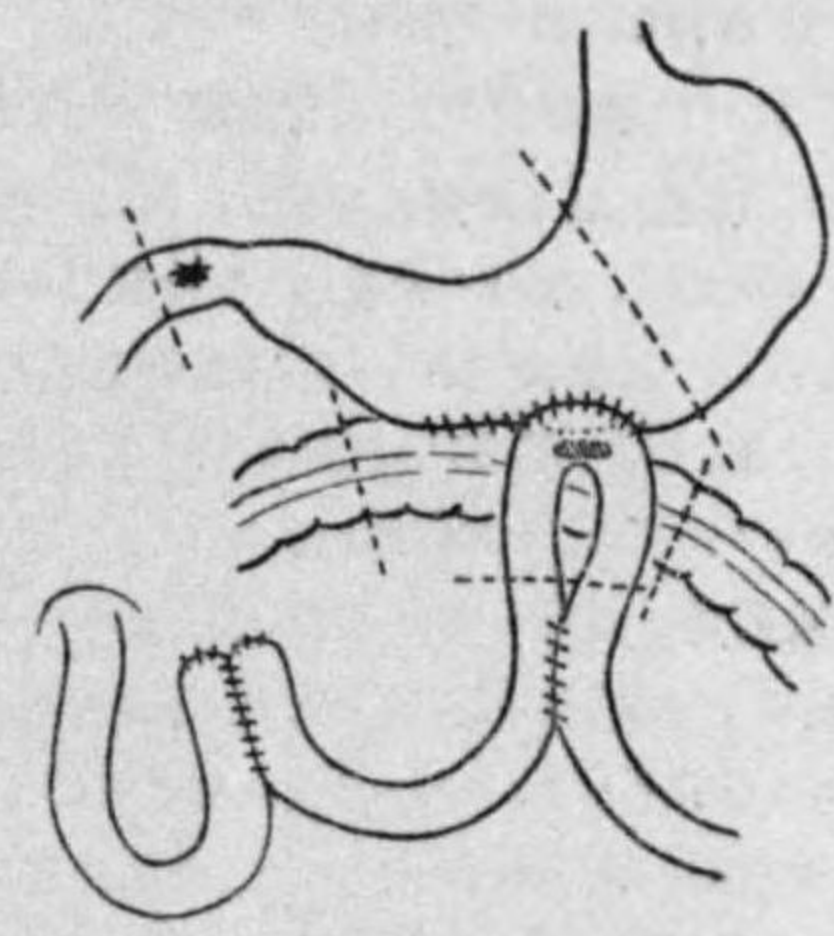


插圖 85.

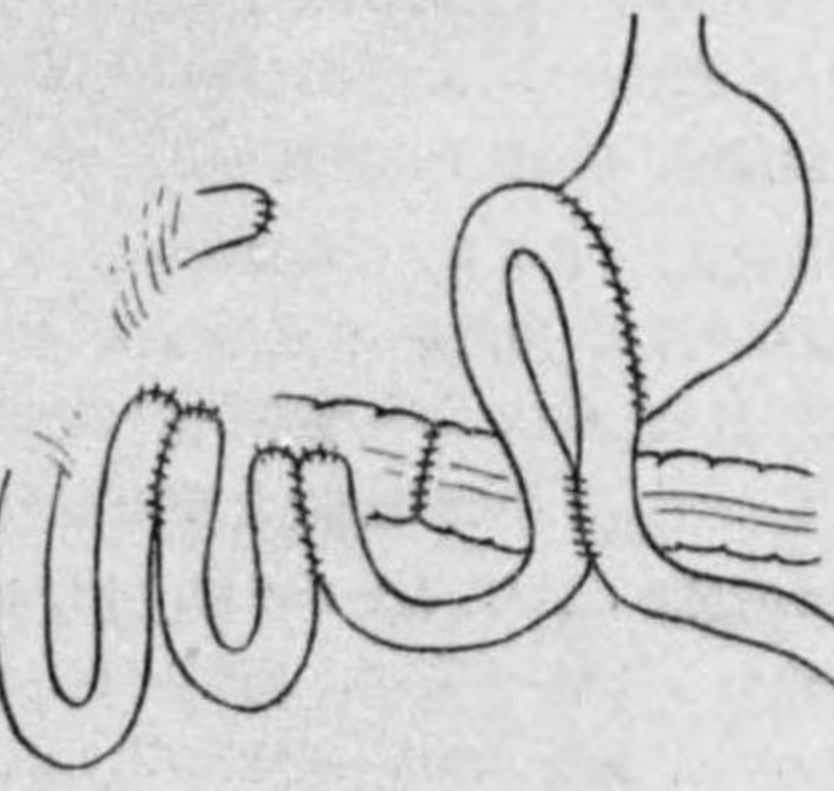


插圖 86.

ヲ營ミ、術前ノ症狀ハ拭ヘルガ如ク消退セリ。

第3回手術後32日(11月30日)全治退院セリ。(「グレンツゲビード」第2年8號)

第3例、患者、上田某、53歳、男子、無職、昭和10年4月6日入院、同月29日死亡退院。

現病歴、7-8年前ヨリ、上腹部飢餓痛ヲ訴フルニ至リシガ、飲酒ニ依リ急速ニ、又攝食ニ依リ數分ニシテ疼痛消失スルヲ常トセリ、以後數年間、病狀ハ一進一退セシガ、約半年前ヨリ、上述ノ疼痛著シク増強シ、最早飲酒又ハ食事ニ依リテモ、輕快セザルノミカ、却テ苦痛ヲ加フルニ至レリ、即チ此ノ頃食後約3時間ニシテ疼痛發現シ殆ト堪ヘ難キ事アリ、

某醫ニ依リ「レ」線検査ヲ受ケ、胃潰瘍ト云ハレ手術ヲ薦メラレタリ。

然ルニ疼痛ハ益々頻發且増強シ、同時ニ吞酸、嘔吐アリ、而シテ胃部膨滿感並ニ疼痛ヲ帯ビタル壓迫感ヲ訴フルニ至レリ、嘔吐モ亦屢起リ1日數日ニ及ブコトアリ、吐物ニハ時々咖啡殘渣様ノモノヲ混ジ惡臭アリ、約2ヶ月前ヨリハ流動食ヲ攝ルモ尚胃部停滯感ヲ訴ヘ、又此ノ頃ヨリ頑固ナル便秘ニ襲ハレ、專ラ臥床安靜ヲルニ至ル、臍上部ニ壓痛アル腫瘍狀物ヲ觸ルルニ至リ、2週間前當大學某内科ニ入院、各種検査ノ結果、狭窄ヲ有スル幽門癌トシテ當科ニ轉入セリ。

腹部所見、腹壁ハ柔軟ニシテ腹壁緊張ヲ缺キ、腹水又ハ鼓腸ヲ證明セズ、上腹部中央ニテ少ク右ニ偏シ、約2×5厘米大ノ横ニ長キ索狀ノ腫瘍ヲ觸ル、壓痛アリ、弾力性稍硬ニシテ表面平滑ナリ、限界可ナリ明瞭ナルモ移動性ナク、呼吸時固定性ヲ保持ス。

胃液所見。最高總酸度58、最高遊離鹽酸度48ニシテ、酸度曲線ハ終末上昇ノ傾向ヲ示シ、潛血反應及ビ乳酸反應ハ共ニ陰性ナリキ。

「レ」線検査所見。幽門輪或ハ十二指腸球部基底ニ相當シ直徑約半厘米ノ圓形ノ濃キ陰影ヲ殘シ、壁龕ノ存在ヲ疑ハシム、十二指腸球部充滿充分ナラズ、而モ此ノ部乃至幽門ニ相當シテ約鴉卵大ノ腫瘍ヲ觸ル、腫瘍ハ移動性小ナリ、幽門通過甚シク遲延シ幽門狹窄並ニ閉鎖不全ヲ證明ス。

術前診斷。穿通性十二指腸潰瘍。

手術所見。4月9日、上腹部正中線ニテ開腹セリ、胃小彎側ニ相當スル十二指腸壁ニ、約拇指頭大ノ硬キ腫瘍ヲ觸ル、周圍殊ニ臍頭部ト緊密ニ癒着シ、肝十二指腸靱帶ハ肝狀化セリ、十二指腸ハ上述腫瘍ノ部ニ於テ強ク狭窄セラル、癒着ヲ深ク剝離シタル後胃切除術ヲ施行セリ、胃切除斷端ノ小彎側ヲ埋没シ、結腸前方ニ於テ、胃大彎側斷端ト空腸側壁ヲ吻合シ、空腸ニブラウン氏吻合ヲ併施セリ。

胃切除標本、大彎ノ長サ18.0厘米、小彎ノ長サ10.5厘米、十二指腸1.0厘米、幽門輪ノ直下、而モ胃小彎延長線上ニ、1個ノ潰瘍アリ、長徑0.8厘米、短徑0.5厘米、深サ0.3厘米ナリ、潰瘍底ハ肝狀性ナリ、基底面ハ筋層ヨリナル、鏡檢上潰瘍ハ癌變性ヲ示サズ。

術後經過、術後經過良好ニシテ、術創ハ第一期癒合ヲナセリ、然ルニ術後11日夜半ニ至リ、患者ハ胃

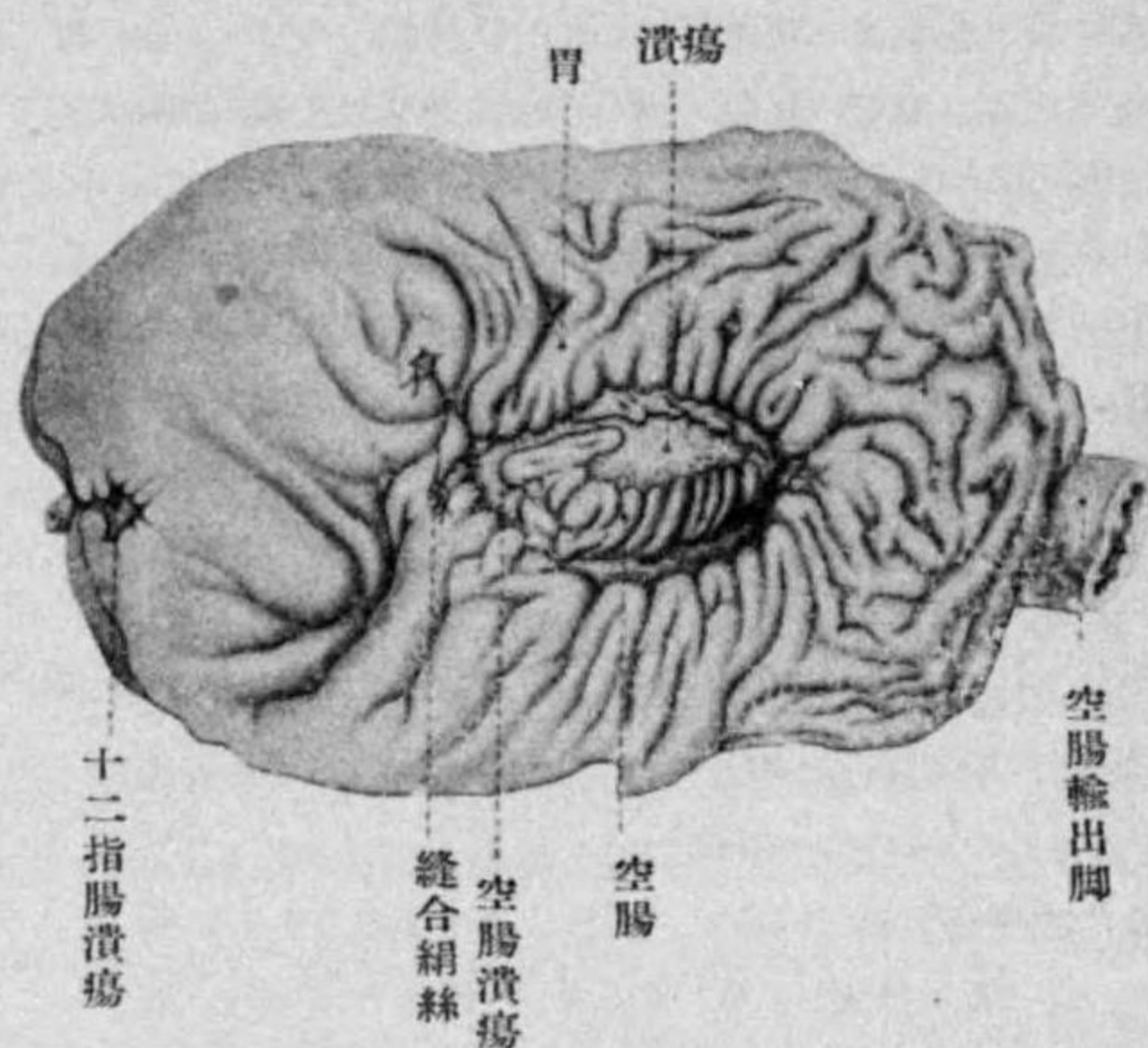


插圖 87. 切除胃大彎ニ沿ヒテ開キタルモノヲ示ス

痛並ニ胃膨滿感ヲ訴ヘシガ、翌日ニ至ルモ胃部膨滿感去ラズ、上腹部稍膨隆シ、殊ニ術創中央部ニ限局性ノ膨隆ヲ認ム、該部ハ打診上濁音ヲ呈ス、蠕動音ハ腹部隨所ニ之ヲ聽キ、放屁モアリ、脈搏ハ強脈ヲ呈スルモ甚不整ナリ、術後13日日、吃逆頻々ト起リ、上腹部膨滿スルモ腹筋緊張ナク壓痛モ著明ナラズ。胃洗ニ依リ腹部ノ膨隆全ク消失セズ、依テ上腹部「イレウス」ヲ疑ヒ「レ」線検査ヲ行ヒシニ、「バリウム」ハ胃ヨリ排除セラルコトナク、4時間後モ尙殆ト胃内ニ殘レリ、白血球數1萬ナリ、術後14日、朝胃洗施行中、患者ハ胃ノ穿孔セルガ如キ感ト共ニ背部ヲ走ルガ如キ疼痛ヲ訴ヘ冷汗アリ、四肢厥冷、體温36.0度、脈搏87、腹壁ハ板狀硬固トナリ、上腹部ニ壓痛ヲ訴フ、直チニ手術ヲ行フ。

第2回手術所見。4月23日開腹セリ、腹腔内ニハ可ナリ多量ノ稍濁セル滲出液ヲ認ム、十二指腸空腸瓣膜ヨリブラウン氏腸吻合部ニ至ル空腸蹄係ハ、胃腸吻合部、ブラウン氏吻合部トノ間ニ於ケル空腸輸出入兩脚ノ下ヲ潛リ、ソノ腸間膜ニテ強ク壓迫セラレ、胃腸吻合ヨリ腸吻合ニ至ル間ノ空腸兩脚ハ又ソノ後方ナル横行結腸後腹壁ニ強ク壓迫セリ、而シテブラウン氏腸吻合ノ末梢端ニ於テ、空腸輕入脚ハ急角度ヲ以テ屈曲シ、ソノ部ニ約示指頭大ノ穿孔ヲ生ゼリ、而モ胃腸吻合及ビ腸吻合自身ハ全ク正常ナリ、從テ先ヅ鑷入又ハ屈曲部ヲ整復セリ、ブラウン氏吻合ノ上下ニ於テ空腸兩脚ヲ切離シ、ソノ各ニハ上下端ニ吻合ヲ行ヒ、吻合部ノ數種下部ニ於テ新ニブラウン氏吻合ヲ施セリ、

切除標本所見。ブラウン氏吻合自身ニハ變化ナシ、潰瘍ノ穿孔ハ該吻合部下端ニ起リ、一部輸出脚、大部分ハ輸入脚ニ生ジタルモノニシテ、此ノ部ハ腸管ノ著シク屈曲セシ部位ニ相當セリ、尙潰瘍ハ腸間膜附着部ノ反對側ニ位シ、長サ4.5厘米、幅0.8厘米乃至0.2厘米、深サハ、一部ハ「エロジオン」ト思ハルル程度ニシテ、次第ニ潰瘍ノ穿孔ヲ示シタル部位ニ至ル。(插圖88)

術後經過。術後2回ノ輸血、食鹽水ノ靜脈内注射、強心劑ノ投與ヲ行ヘリ、然ルニ術後第1日脈性多少不良ニシテ、第2日ニハ脈性増悪シ、第3、4日汎發性腹膜炎ノタメ死亡セリ。(實地醫家ト臨床、14卷6號)

第4例、患者、城谷某、女子、50歳、菓子製造業、昭和11年2月1日入院、3月6日、死亡退院。

現病歴、昨年1月以來下腹部ニ鈍痛起リ1日3乃至5回ノ下痢ヲ來セリ、2、3ヶ月前ヨリ食事トハ無關係ニ、上腹部ニ不快感時々起リ、腹部膨滿感ニ止マズ、少量ノ粘液様透明液ヲ嘔吐スルニ至リ、當大學某内科ニ入院、2月1日當科ニ轉入セリ。

腹部所見。視診上、腹部一般ニ膨滿シ、蠕動不安アリ、腹壁上ヨリ胃腸輪廓ヲ認ム、觸診上、腹水ハ僅カニ之ヲ認ムルモ鼓腸著明ナリ、右上腹部ニ腫瘍ヲ觸ル、手拳大ニシテ硬ク、表面不平等ニシテ隆起アリ、壓痛ヲ訴フ、左右ニ良ク移動ス、呼吸ト共ニ移動スルモ、呼吸時固定性ヲ缺ク。肝ハ乳線上ニテ肋骨弓下2横指腫脹ス。

胃液所見。遊離鹽酸ヲ缺キ、總酸度最高24、乳酸反應陽性ナリ、潛血反應陰性ナリ。

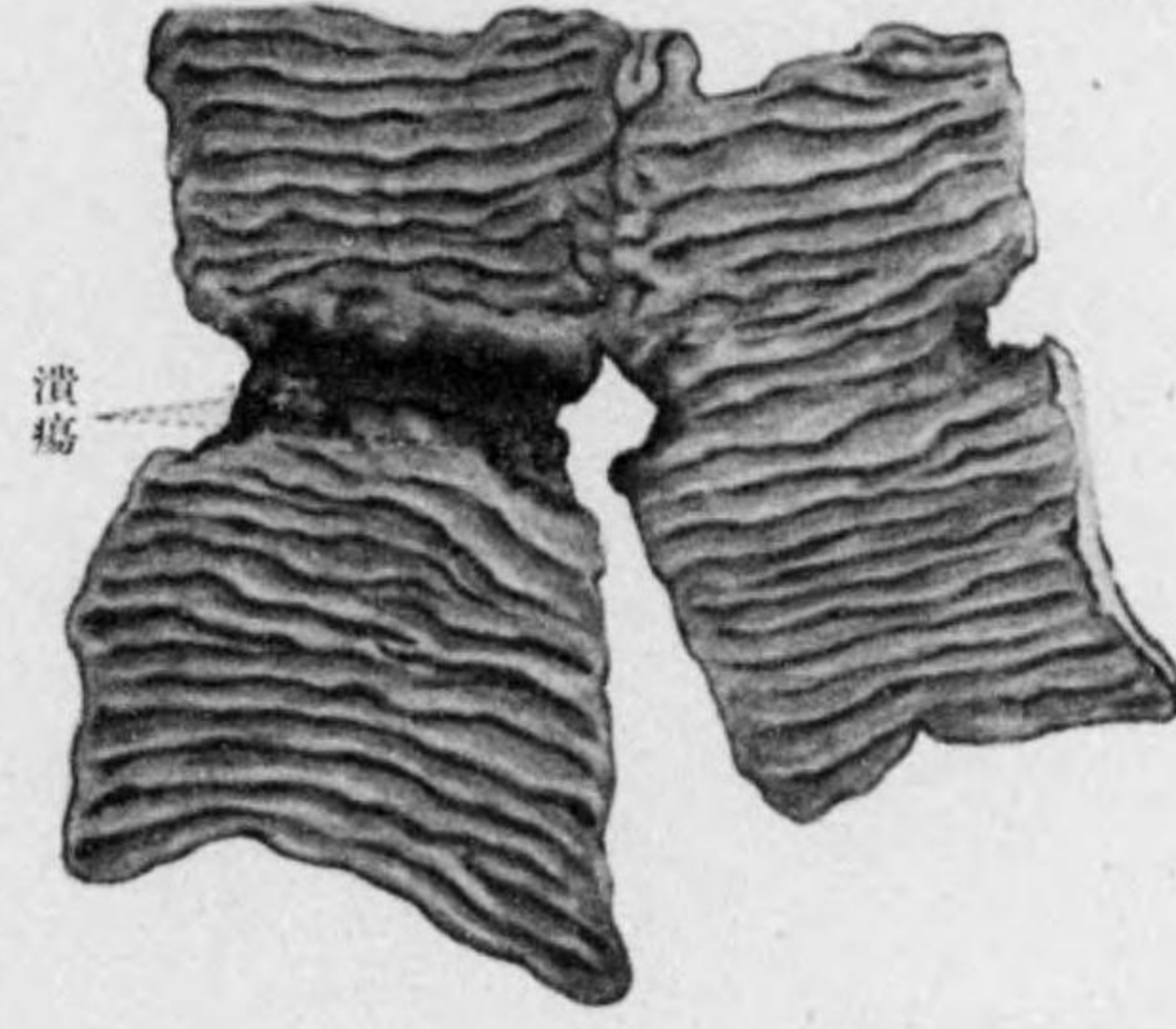


插圖 88. 術後空腸潰瘍

胃「レ」線検査所見。胃下垂シ、弛緩擴張アリ、幽門通過良好ナリ、幽門ヨリ十二指腸球部ニ至リ、手拳大ニシテ壓痛アル腫瘍ヲ認ム、胃幽門癌ノ診斷ヲ下サル。

術前診斷、胃幽門癌。

手術所見。2月6日、上腹部正中線ニテ開腹セリ、幽門ニ近キ小彎ニ驚卵大ノ硬キ腫瘍ヲ認ム、此腫瘍ハ横行結腸竇ニ膠ト癒着セリ、更ニ腫瘍ノ前面ハ膽嚢底ト強ク癒着シ、剝離不能ナリ、膽嚢別出、及ビヒヨリヤ氏法ニ依リ胃ヲ切除シ、腹壁ハ之ヲ二層ニ縫合セリ。

胃標本所見。胃大彎ノ長サ26糎、小彎ノ長サ10糎、十二指腸ノ長サ2.5糎、胃小彎ニ、長サ7糎、幅4.5糎、深サ1糎ノ潰瘍アリ、潰瘍ノ基底及ビ邊緣ニ増殖性腫瘍アリ、腫瘍ノ末梢縁ハ幽門環ニ密接ス、腫瘍ハ組織學的ニ硬性腺癌ナリキ。

術後経過。術後第1日右側下肺葉ニ囉音ヲ聽ク、肺炎ノ治療ヲ施ス、術後4日ニ至リ、一般状態良好トナリ術後7日抜糸ヲ行フ、術創ノ下端一部哆開シ膿ヲ排出セリ、翌日下腹部膨滿シ鼓腸顯著ニシテ蠕動存スルモ放屁ナシ、白血球數24000ヲ算ス、術後11日ニ至ルモ尚下腹部膨滿シ蠕動存スルモ放屁ナシ、「ペリスタルチン」3錠及ビ「アトニン」2錠ノ皮下注射ヲ行ヒ漸ク放屁起レリ、術後19日、繃帶交換ニ際シ腹壁傷ヨリ鮮血噴出シ直チニ少量ノ血液ヲ嘔吐セリ、腹痛起リ、腦貧血ヲ招致セリ、體溫38.1、脈搏125至ナリ、術後24日、下腹部尚膨滿シ、腹壁創ヨリ咖啡殘渣様液約200錠ヲ2回排出セリ、更ニ蛔蟲1匹ヲ排出セリ、最高體溫36.8、脈搏110至ヲ算シ、術後潰瘍ノ穿孔ヲ診斷セラル、術後28日、朝突然腹創ヨリ多量ノ鮮血噴出シ、直チニ腦貧血ヲ起セリ、尿ニ鮮血ヲ混セリ、術後29日突然手術創ヨリ多量ノ鮮血噴出シ、更ニ多量ノ「テール」様尿ヲ排出セリ、脈搏ハ殆ド之ヲ觸知セズ、遂ニ3時57分死亡セリ。

剖檢所見。3月6日死體解ヲ行フ、局所ノ所見ノミヲ記述スレバ次ノ如シ。

胃ヲ大彎ニ沿ヒテ開クニ胃粘膜ハ輕度ノ浮腫ヲ示シ著シク血液様ニ著色セリ、胃腸吻合部ニテ胃小彎側ニ拊指頭大、長形ノ潰瘍アリテ穿孔セリ、吻合縫合部ニ相當セリ、潰瘍邊緣ハ不規則ニシテ周圍ト境界鮮明ナリ、潰瘍底ニハ筋層露出セリ、然ルニ大ナル血管ハ之ヲ認メザリキ、尚胃腸吻合ノ縫合部ニ相當シテ2,3ノ小ナル潰瘍アリキ。(插圖89)、胃腸吻合部穿孔性術後潰瘍ト診斷セラル、而シテ該潰瘍ノ穿孔ガ死因トナリシモノナリ。(Zbl. Chir. 1937. Nr. 28, 1938. Nr. 23, 實地醫學ト臨牀 14卷6號)

第二章 成因

本症ノ成因トシテ從來發表セラレタル主要ナル學說ヲ擧グレバ、胃液消化說、器械的障礙說、(腸鉗子及ビ不吸收性縫合絲ノ使用、吻合部ニ於ケル食餌ノ刺戟等)、炎衝說、血行障

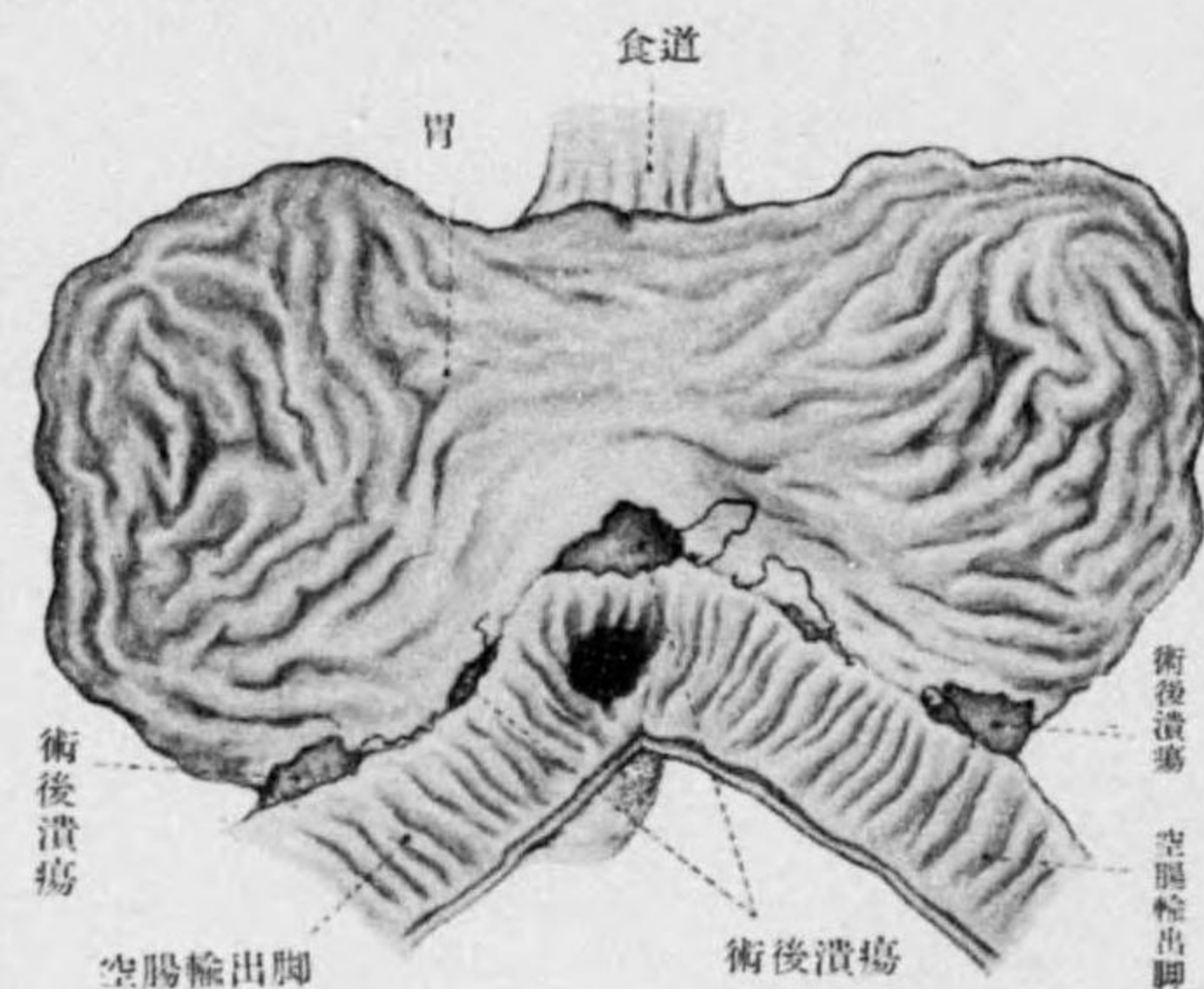


插圖 89. 術後、胃腸吻合部潰瘍ヲ示ス

礙說及ビ神經障礙說等是レナリ。今此等ノ諸學說ノ概要ヲ述ブレバ次ノ如シ。

第一節 胃液消化說

コハ本症ノ成因ヲ酸性胃液ノ消化作用ニ歸スル學說ニシテ、即チ Exalto 氏(1911年)ハ胃腸吻合術後發生スル空腸潰瘍ハ酸性胃液ノ空腸粘膜ニ作用スルニ依ルモノトシ、此ノ際豫メ器械的ノ原因ニ依ル空腸粘膜ノ障礙ヲ必要トスルモノナリヤ、又該粘膜細胞ノ生存ニ對シ酸度高キ食塊ノ慢性刺戟ノミテ潰瘍ヲ發生セシムルニ充分ナリヤハ尙ホ不明ナリトセリ。又 Schwarz 氏(1914年)ハ本症146例ニ關スル臨牀的統計的觀察ニ基キテ本症ノ成因ヲ考察シ、正常時ニ於テハ胃液酸度ト胃腸壁ノ「アンチペプシン」量ハ平行スルモノナルモ、或ル要約ノ下ニ該平衡状態障礙セラレル時、即チ胃液分泌量又ハ其ノ酸度ノ上昇ヲ來スカ、或ハ「アンチペプシン」量減少スルカ、或ハ兩者同時ニ加ハル時、空腸粘膜ハ胃液ノ消化作用ヲ受ケテ本症ノ發生ヲ來スモノナリト思考シ、其ノ論文中ニ、「胃液ノ達セザル所空腸潰瘍ナシ」ト記載スルニ至レリ、Katzenstein 氏(1925年)ハ犬ニ於テ、同一状態ノ下ニ、胃内ニ當該犬ノ胃ノ1部、十二指腸、小腸下部ヲ挿入縫着シ、此ノ際循環障礙ハ之ヲ來サザル様留意シテ實驗セシニ、胃、十二指腸等ハ毫モ胃液ノ消化作用ヲ受ケザリシニ、小腸下部ハ消化セラレタルニ徴シ、小腸下部ニ在テハ其ノ「アンチペプシン」量胃、十二指腸ニ於ケルガ如ク充分ナラザルニ徴シ、本症ノ成因ヲ胃液ノ消化作用ニ基クモノナリト解セリ、尙ホ Gussio 氏(1927年)ハ犬ノ胃ヲ略其ノ中央ニ於テ、噴門部ト幽門部トニ二部ニ分離シ、之ニ各胃腸吻合術ヲ施スニ當リ、小腸ノ口側脚ヲ噴門部ニ、其ノ肛門側脚ヲ幽門部ニ吻合セン場合ト、之ト全ク反對ノ方向ニ施行セン場合ト2様ノ實驗ヲ行ヒシニ、各10日乃至10ヶ月ノ觀察期間ニ於テ空腸潰瘍ノ發生ヲ見、且ツ此ノ際常ニ噴門部ニ吻合セン空腸脚ニ之ヲ認メ、小腸脚ノ口側脚ナリト肛門側脚ナリトニ區別ナカリシ事ヲ述ベ、潰瘍ノ成因ヲ噴門部胃ニ多量存在セン鹽酸ノ作用ニ歸セリ、更ニ Heidbreder 氏(1927年)ハ胃空腸吻合術ニブラウン氏吻合術ヲ合併センメタル手術ノ後、發生セシ本症7例ニ於ケル組織學的檢索ニヨリ潰瘍ハ常ニ空腸下行脚ニ發生シ、且ツ該空腸脚ニ於テ常ニ著明ナル炎衝所見ヲ認メ、該所見ハ、「アルカリ」性腸液ノ流注スルブラウン氏腸々吻合部ニ於テ消失セルモノナルコトヲ確メ、依是上述空腸脚ニ於ケル炎衝所見竝ニ本症ノ成因ヲ胃液ノ消化作用ニ因ルモノトセリ。而シテ此ノ際廣汎ナル炎衝部位ニ於テ、何ガ故ニ潰瘍ハ限局所ニ發生スルモノナリヤハ尙ホ不明ノ事項ナリト云ヘリ、近時舟山氏ハ犬ニ於ケル動物實驗ニ依リ本症ヲ實驗的ニ發生セシメ、且ツ組織學的檢査所見ニヨリ、本症ハ高度ノ遊離鹽酸及ビ「ペプシン」ノ消化腐蝕作用ガ胃腸吻合部附近ノ空腸パイエル氏板ニ及ビテ發生スルモノナリトセリ、尙ホカカル胃液消化說ニ賛同スルモノニ v. Haberer Kocher, Dahl, Kelling 氏等ノ學者アリ、近時關氏ハ犬ニ於テ實驗ヲナシ、單ナル胃腸吻合術、幽門曠置術ノミテハ實驗的

潰瘍發生ヲ見ルハ至難ナルモ幽門曠置術ト同時ニ十二指腸液ヲ廻腸ニ導ク時ハ十二指腸又ハ空腸潰瘍ノ發生頻度頗ル大ニシテ且ツ短時日ニシテ發生ストナシ小ナル幽門部切除ト共ニ十二指腸液ヲ廻腸ニ導ク時ニ於テモヨク其發生ヲ見ルモ時日ハ前者ヨリ後ルト之等ノ犬ハ稀鹽酸ノ少量ヲ加ヘテ飼育シタルモノハ血管神經ノ結紮切斷ヲ行ハズシテ胃潰瘍ノ發生ヲ見タリトシ、胃ノ大ナル切除ヲ加ヘテ胃酸度ヲ低下セシメタルモノニ於テハ十二指腸液ヲ廻腸ニ導クモ其ノ發生ヲ見ザリトシ、カカル所見ヨリ「アルカリ」性十二指腸液ノ中和不全ニヨリテ惹起セラレタル高酸度胃液ノ腐蝕消化作用ハ本症ノ發生因子トシテ重大ナル役割ヲナスモノトセリ。

胃液消化説ヲ唱導セル前記學者ノ根據トスル所ハ其ノ多クハ單ニ臨牀的經驗ニ止マリ、精密ナル動物實驗ヲナセルモノ少ナシ、然ルニ本學説ニツキ批判ヲ與フルニハ宜シク多數材料ニ於ケル臨牀的觀察及ビ系統的ナル實驗的研究所見ニ俟タザル可カラズ。

(1) 本症ニ於ケル胃液所見ニ關スル臨牀的觀察

本症ハ單ニ過酸症ノ場合ノミナラズ、遊離鹽酸ヲ缺ケル場合ニモ亦其ノ發生ヲ見ルモノニシテ、例之 Balfour 氏ノ 270 例ニ於テハ、空腸潰瘍ニ對スル手術前ノ分割的検査ニ於テ 40%ニ於テハ、遊離鹽酸上昇セルカ極僅カニ低下シ、亦 40%ニ於テハ著シク低下シ、20%ニ於テハ之ヲ缺如セリ。又近時 Lllucia 氏ハ胃切除術後ノ再發性潰瘍 28 例ノ胃液検査ニ於テ、無酸症 20%、低酸度 40%ナリシ成績ヲ報ジタリ、(Revue de Chir. 1938. Févr. p. 142) Friedemann 氏ハ胃切除後ノ再發例 28 例ニ就テ再手術前ノ胃液所見ニ就テ、12 例ニ過酸症、14 例ニ正常酸度、2 例ニ低酸度ヲ見タルモ遊離鹽酸ヲ缺如セシモノナシトシ、更ニ各種手術後ニ發生セン再發性潰瘍 138 例ノ胃液所見ニ於テ、過酸症 62 例、正常酸度 63 例、低酸度 12 例、無酸症 1 例ナリシコトヲ報ジカカル成績ヨリ術後潰瘍ノ發生ニ胃液ノ意義大ナルコトヲ主張セシモ、此ノ成績ハ之ヲ一般化スルコト能ハズ、Balfour, Lllucia 氏等ノ成績ハ全ク之ニ反スルモノナリ。尙遊離鹽酸ヲ缺如セシ場合ニ本症ノ發生ヲ見タリトナスモノニ Kuttner, Winkelbauer, Brütt, Brentano, Barsony, v. Haberer, Schmieden, Dahl, Balfour 友田其他多數ノ學者アリ、上記余ノ報告例ノ如キハ(第 1 例、第 4 例)胃病患者ニシテ術前全ク遊離鹽酸缺如セシモノニ、廣汎ナル胃切除術ヲ施シタル術後夫々本症ノ發生ヲ見タルモノナリ。

(2) 胃液消化説ノ意義ニ關スル諸氏ノ實驗成績ニ對スル批判

胃液説ヲ主張スル學者ハ十二指腸内容ヲ小腸下方ニ誘導シ (Bickel, Exalto, Mann a. Williamson 其他)、又ハ幽門ノ曠置術 (Eiselsberg) 後、又ハ Winkelbauer, Starlinger 兩氏ノ方法ニ依リ、術後空腸潰瘍ヲ發生セシメ、ソノ原因ヲ是等手術後ニ起ル胃液中和作用ノ減弱、又ハ第二化學相ノ亢進等ニ之ヲ求ムト雖、而モ此際學術的證據ハ之ヲ缺如セルモノトス。又是等ノ動物實驗ヲナセル學者モ、充分ナル組織學的檢査ヲ行ヒタルモノナク、一方此ノ際生ジタル潰瘍ノ成因ニ就テモ異論ヲ唱フルモノモ亦少カラズ。即チ、Ameline, Jonck-

heere 兩氏ハ、十二指腸液ヲ誘導スルコトニ依リ潰瘍ヲ成生セシメタル場合モ、胃潰瘍ノ化學的成因ヲ確證シタルモノトナスコト能ハズトナシ、カカル實驗ハ操作複雑ニシテ、粗大ナル障礙、多數ノ鏡檢的損傷ヲ胃腸壁ニ與ヘ、血管、淋巴管神經ノ切斷ヲ招致ス可キコトヲ考慮セザルヲ指摘セリ。Leriche ハ、十二指腸液ヲ下方ニ誘導スル動物實驗ニ際シテハ、動物ハ著シキ榮養障礙ヲ受ケ、直チニ惡液質ニ陥ルモノニシテ、ソノ經過中潰瘍ヲ生ズルモ、充分榮養ヲ保持セシメタル場合ニハ之ヲ生ゼズ、從テ術後潰瘍ハ事實上カカル榮養不全ニ基キテ發生スルモノナリトセリ、尙術後空腸潰瘍ハ前記動物實驗トハ全ク反對ノ場合即チ實驗的ニ胃液酸度ノ中和ヲ計ルカ、遊離鹽酸ヲ缺如セシムルモ尙且ツ高率ニ發生スルモノナリ、例之 Mac Cann 氏ハカカル手術ニ於テ、十二指腸下端ヲ廻腸ニ吻合セズシテ胃ニ吻合シ、酸性胃液ノ中和ヲ計リタル場合ニモ、80.0%ノ高率ニ潰瘍ヲ認メタリ、後藤、宇野、氏等モ亦十二指腸液ヲ胃内ニ誘導シ却テ術後潰瘍ノ發生ヲ見タリ。

Winkelbauer, Starlinger 兩氏ハ既ニ周知ノ術式ニ依リ極メテ高率ニ術後潰瘍ノ發生ヲ實驗的ニ證明シテ以來、Zukschwerdt, Becker 氏等モ幽門曠置ニ依リ犬小胃ノ分泌亢進、分泌時間ノ遷延ヲ來シ、之ガ原因トナリテ高率ニ術後潰瘍ヲ生ズルコトヲ報ジ、堺氏ハ犬ニ於テ完全曠置セラレタル幽門胃ニ各種物質ヲ注入シテ小胃分泌狀況ヲ觀察セシニ、分泌促進的作用ヲ有スル物質(例之十二指腸液、膽汁)ノ幽門胃内注入ヲ反復スル時、100.0%ニ胃腸粘膜ニ潰瘍ヲ生ズルコトヲ證明セリ、此等諸實驗モ、術後潰瘍ノ成因考究上、注目ニ値スル所ナリト雖、未ダ胃液説ニ對スル確證トハナラザルナリ、前記 Balfour, Lllucia 氏等ノ臨牀的報告ハ更ニ注目ニ値スルモノナリトス。

Puhl 氏ハ人體ノ本潰瘍乃至「エロジオン」ノ組織學的的研究ヲ行ヒ、「エロジオン」ニ「ファイブリノイデー」變性ヲ證明シテ、胃液ノ消化、腐蝕説ノ論據トセリ、然レドモカカル變性像ハ胃液ニ特有ナル所見ニ非ザルナリ、氏ノ主張ニモ確證ヲ缺ケルモノトス。(Arch. klin. Chir. Bd. 190.)

要之本潰瘍ノ成因トシテ胃液説ニ關スル實驗成績ニハ、陽性ノ場合ト同時ニ陰性ノ場合ヲ存ス可ク單ニ都合ヨキ陽性ノ場合ノミヲ特ニ高調スルハ當ラザルナリ、本潰瘍ガ胃液ノ消化、腐蝕ニ依リテ生ズト云フ主張ニハ未ダ學術的證據ヲ缺ケルモノトス。(友田、治療及處法、第 218-219 號, Zbl. Chir. 1937 Nr. 28, 1938 Nr. 23.)

第二節 胃腸鉗子障礙説

コハ本症ノ成因ヲ胃腸吻合時使用セシ鉗子ニ依リ腸壁ノ機械的障礙ニ歸スル學説ナリ、即チ van Roojen 氏(1910 年)ハ、文獻ヨリ蒐集セシ本症ノ多數症例中ニ、屢々鉗子ノ使用ニ依テ生ジタル思ハルル症例アルコトヲ述ベ、纖弱ナル腸壁ガ鉗子ノ壓迫把持ニ依リ甚大ナル外傷ヲ

蒙ムルコトヲ記シ、Flörcken 氏(1926年)ハ胃腸吻合術ニ當リ鉗子ヲ用ヒタルニ、其ノ把持ニ依リ腸壁ニ、而モ鉗子ノ支點ニ近キ部位ニ潰瘍ノ成生セシコトヲ經驗シ、鉗子ノ使用ハ假令短時間ノ壓迫ナルニモセヨ腸壁ニ血行障礙ヲ招致シ更ニ胃液ノ作用之ニ加ハリテ遂ニ潰瘍ヲ成生スルニ至ルモノナリト推論セリ、又 Denk 氏(1921年)ハ鉗子ヲ普通ニ使用スル時ハ決シテ粘膜ニ障礙ヲ及ボスコトナカル可キモ、強ク之ヲ用フルカ、或ハ一度ビ滑脱セラレシモノヲ更ニ把持セシ際ニ於テハ、粘膜ニ多少ノ創傷ヲ惹起シ得ベク、唯粘膜ノ創傷ノミニテハ潰瘍ヲ成生スルコトナク治癒スベキモノナラムモ、若シ更ニ食餌等ノ障礙作用加ハル場合ニハ、遂ニ潰瘍ノ發生ヲ見ルコトアル可シト論ゼリ、然ルニ Scherren 氏ハ臨牀上胃腸吻合術ニ際シ、全ク鉗子ヲ使用セザリシニ、2769例中31例ニ於テ潰瘍ノ發生ヲ認め、宮城氏ハ三宅外科ニ於テ從來胃腸吻合ニ際シテ鉗子ヲ使用セザリシニ、尙ホ且ツ674例ノ胃手術中ニ於テ、17例ノ本症ヲ見、又腸々吻合ニ際シテハ多ク之ヲ使用セルニ拘ラス未ダ1例ノ潰瘍ヲモ經驗セズト云ヘリ、我が教室ニ於テハ爾來常ニ吻合時鉗子ヲ使用セルニ拘ラス、過去16ケ年間ニ於テ、胃痛1000例以上胃十二指腸潰瘍433例ノ手術ニ於テ本症ヲ經驗スルコト僅カニ4例ニ過ギザルモノトス、近時舟山氏ハ犬ニ於ケル實驗ノ結果、吻合時通常鉗子ヲ使用セザリシニ拘ラス本症ノ發生ヲ見タリトシ、Popow 氏亦略同様に實驗成績ヲ報ジ、共ニ本症ノ成因ニ對シ鉗子ハ重大ナル意義ナキモノトセリ。

本症ノ成因トシテ鉗子使用ノ意義ニ關スル上記學者ノ述ブル所ヲ見ルニ、多クハ單ニ臨牀上ノ所見ヨリ之ヲ推論シタニ止マルモノ多シ、而シテ我が教室ニ於テハ後藤教授ハ犬ヲ用ヒ、本症ノ成因ニ關スル實驗ヲ重ネタル際 其ノ吻合部ニ於テハ全部鉗子ヲ使用セザリシニ、尙ホ且ツ大多數ノ場合ニ於テ潰瘍若クハ「エロジオン」ノ發生ヲ認め、從テ吻合時ニ於ケル鉗子ノ使用ハ、本症ノ發生上大ナル意義ナキモノトセリ、尙近時百瀬氏ハ犬ニ於ケル系統的ナル實驗ノ結果、次ノ所見ヲ得タリ。

- (1) 吻合ニ際シテ胃腸壁、特ニ空腸壁ヲ胃腸吻合用鉗子ニテ把持スルコト20分以内ナレバ鉗子ヲ除去セル後ニ在テモ其ノ空腸壁ニ著キ變化ヲ認めズ。
- (2) 然レドモ其ノ把持30分時ニ互ル時ハ、鉗子ノ除去後ニ於テ空腸壁ハ肉眼的ニ其ノ粘膜ニ明カナル鬱血痕ヲ留メ、鏡檢的ニ粘膜血管ノ擴張、鬱血著シ、然レドモ此ノ現象ハ、24時間ニシテ殆ンド消退スルモノナリ。
- (3) 其ノ把持1時間ニ及ブ場合ニモ、48時間以内ニシテ其ノ痕跡ヲ留メザルニ至ル。

氏ハ上記ノ實驗成績ニ基キ、臨牀上、胃腸吻合ニ際シテ胃腸壁ヲ鉗子ニテ把持スルニ要スル時間ハ各自1定シ難キモ、初心者ト雖、20分ヲ超ユルコトナキヲ以テ、犬及ビ人類ニ於ケル胃腸ノ關係ハ全ク相同ジカラザルベシト雖、一般ニ臨牀上吻合時ニ於ケル鉗子ノ使用ハ本

症ノ成因トシテ意義ナキモノト解セリ、近時教室員八木氏モ實驗ノ結果同様ノ結果ニ到達セリ。

余等ハ依是、術後空腸潰瘍ノ成因ニ對シ、鉗子使用ハ重大ナル意義ナキモノト信ズルモノナリ。

第三節 不吸収性縫合絲ノ意義

胃腸吻合時使用セラルル不吸収性縫合絲ガ、本症ノ成因トシテ意義ヲ有スルモノト認ムル學者アリ、潰瘍基底又ハ其ノ附近ニ殘存スル不吸収性絹絲ガ周圍組織ニ對シテ異物の作用ヲ營ミテ慢性刺激ヲ與ヘ、又ハ炎衝ヲ起サシメ以テ本症ノ原因ヲナスト云フニ在リ。例之、Mayo氏ハ本症ノスベテノ場合潰瘍基底底部ニ絹絲結節ヲ發見セリト稱シ、Breitner, v. Haberer, van Rooijen, Schosteck, Denk, Wiedhopp, Propping 氏等亦カクノ如キ場合ヲ經驗セリト報ゼリ。

然ルニ Denk 氏ハ腸腺ヲ使用セル場合ニ就テモ同ジク本症ノ發生ヲ見ルヲ以テ、此ノ説ニ贊同シ難シト云ヒ、又宮城氏ハ縫合ニモ、結紮ニモ總テ絹絲ヲ使用セルニ拘ラス本症ノ發生率ハ腸腺ノ使用多キ歐米諸家ノ統計ニ比シ、却テ多數ナル可キコトヲ記載シ、舟山氏ハ犬ニ於ケル實驗ヲ行ヒ、胃腸吻合術ニ際シ絹絲ヲ使用シタルニ1例ダモ潰瘍ノ發生ヲ見ズ、又反對ニ腸腺縫合ヲナセルモノニ於テモ本症ノ發生ヲ見タルコトヨリ、縫合絲ニヨリ障礙ハ本症ノ成因ノ因子ト見做スコト能ハズトセリ。

不吸収性縫合絲ニヨリ障礙ガ本症ノ成因トシテノ意義ニ關シテハ、學者ノ述ブル所區々ニシテ一定セル所ナシ、其ノ所以ハ前記學者ノ有スル見解ハ單ニ臨牀上ノ經驗例ニ基キタルモノニシテ系統的ナル實驗的研究ヲ缺キタルニ依ルモノナリトス。然ルニ後藤教授ハ本症ノ成因ニ關シ實驗ヲ行フタル結果、縫合絲ノ障礙ハ本症ノ成因上重大ナル意義ナキモノトシ、又百瀬氏ハ不吸収性胃腸吻合絲ノ使用ト潰瘍成生トノ關係ヲ知ラント欲スルニハ、該縫合絲ノ採ル可キ運命並ニ胃腸吻合部ノ治癒状態ヲ深く調査スルノ要アルニ拘ラス、此ノ點ニ關シテ、深く顧慮研索セルモノ殆ンド絶無ナルコトヲ説キ、氏ハ精細ナル動物實驗的研究ヲ行ヒタル結果次ノ結論ニ到達セリ。

(1) 吻合部ニ於ケル創傷ノ治癒機轉ハ、多ク第2期癒合ヲ營ムモノニシテ、先ヅ兩壁ノ接合ニヨリテ24時間以内ニ主シテ粘膜ハ壊死ニ陥リ、次デ壊死組織ノ排除ニヨリテ、兩壁各層ハ露出スルコトアルモ、更ニ結締組織ノ新生及ビ粘膜ノ再生作用ノ結果、遂ニ吻合部ニ於ケル創傷ハ、完全ニ治癒スルモノナリ、而シテ其ノ治癒ヲ完了スルノ期間ハ、胃腸吻合部ニアリテハ2週日、腸々吻合術ニ於テハ1週日ヲ要スルモノトス。

(2) 吻合部ハ、斯クシテ其治癒ヲ完了スルモノナレドモ、時ニ吻合部附近ニ血行障礙ノ存スル時ハ、吻合部創傷ノ治癒ハ遅延シ、遂ニ空腸潰瘍ヲ發生スルニ至ル。

(3) 胃腸及ビ腸々吻合部ニ用ヒタル縫合絲ノ採ル可キ運命ニ關シテ、腸腺ハ2週日以内

=全ク周圍組織ヨリ吸収セラルト雖、絹絲ハ決シテ、吸収セラルルコトナク、又長ク組織内ニ殘留スルモノニモ非ズシテ、悉ク300日以内ニ於テ吻合部ヨリ脱出シテ腸管内ニ出デ、遂ニ體外ニ排出セララルニ至ルモノトス。

(4) 縫合絹絲ノ脱出スベキ時期ハ、吻合時ノ臟器及ビ縫合法ノ種類ニ依リ之ヲ異ニシ、胃腸吻合部ニ於テ、全層連續縫合絲ハ49乃至300日、Lembert氏連續縫合絲ハ143日乃至300日、又腸々吻合部ニ於テ於テ前者ハ28日乃至49日、後々ハ52日乃至143日ノ期間以内ナリトス。

(5) 縫合絹絲ノ脱出状態ヲ觀ルニ、先ヅ全層連續縫合絲ハ、吻合部特ニ粘膜ノ壞死ニ依テ弛緩シ、次ギテ食塊ノ通過ニヨル牽引作用、及ビ蠕動等ノ之ニ加ハリ、組織ノ破裂ヲ招致シテ長ク腸管内ニ下垂シ、遂ニ吻合部ヨリ脱出シテ體外ニ排泄セララル、Lembert氏連續縫合絲モ亦全層連續縫合絲ト同様ナル經過ヲ採ルモノニシテ、時ニ全層連續縫合絲ニヨリテ經絡牽引セラレ、却ツテ其ノ脱出ノ時期ヲ早メラルルコトアリ。

(6) 縫合絲ハ、鏡檢上、一般異物ト同ジク、周圍組織ニ對シテ異物の作用ヲ及ボスモノナレドモ、時日ノ經過スルニ從テ、結締組織ニ依テ包埋セラレ、小圓形細胞ノ浸潤ハ頗ル輕微トナリテ、炎衝性變化ハ消退シ、縫合絲ノ脱出後ハ全ク其ノ痕跡ヲ留メザルニ至ル。

(7) 縫合絹絲ハ、時ニ發生スル潰瘍縁ヨリ腸管内ニ懸垂スルコトアレドモ、此ノ現象ハ潰瘍ノ發生ニ先驅セシ壞死組織ノ脱落ニ際シ、二次的ニ絹絲ノ脱出下垂セルモノナルコト、恰モ吻合時壞死組織ノ排除脱落ニ依リ縫合絲ノ一部ノ弛緩下垂セルモノト、何等選ブ所ナク、從ツテ縫合絹絲ハ、本症ノ成因上、全ク意義ナシ。

即チ以上後藤教授並ニ百瀬氏ノ實驗的研究所見ニ基キ、吾人ハ不吸收性縫合絲ノ使用ハ本症ノ成因上意義ナキモノト信ズルモノナリ、近時教室員八木氏モ實驗ノ結果前記見解ノ妥當ナルコトヲ證セリ。Hertel, Konjetzny氏等ノ報ジタル如ク絹絲ニヨル潰瘍ハ之ヲ存スト雖稀ナル場合ナリトス。

第四節 食餌ノ腸壁衝突説

胃切除後又ハ胃腸吻合術後ニ於テハ胃内容ノ停滯時間短縮スルヲ以テ、粗雜ナル食餌塊ノ腸壁ニ衝突スルコト並ニ、本症ハ吻合口ノ對向側ニ發生スルコトアル事實ニ基キ、カカル食塊ニヨル不斷ノ刺戟ニ依リ本症ヲ發生スルモノト思惟スル學者アリ、然レドモ生後數ヶ月ノ乳兒ノ先天性幽門狹窄症ニ對シ胃腸吻合ヲ行ヒ、2ヶ月後本症ノ發生ヲ見タル場合アリ、(Mikulicz, Tiegel), 尙ホSteinthal氏ハ胃腸吻合術後2日ニシテ本症ヲ發生シ穿孔性腹膜炎ニテ死亡シタル例ヲ報ジ、宮城氏ハ術後1週間決シテ固形物ヲ投與セザルニ、術後6日以内ニ1例、8日以内ニ2例ノ本症ヲ經驗セント云フ。カクノ如キ臨牀的事實ニ徴シテ明カナルガ如ク本説

ハ學者ノ注目ヲ喚起スルニ足ラザルモノナリ。

第五節 炎衝説

Mayo-Robson, Neumann氏等ハ本症ノ成因トシテ細菌感染ヲ擧ゲ、Lieblein氏ハ吻合部ノ肉芽形成期ニ於テノミ、感染ニ依テ本症ヲ發生シ得ルコトアリト説ケリ。

前記細菌感染説ノ他ニ非細菌性炎衝ヲ以テ術後潰瘍ノ成因トナス學者アリ、抑々本症ノ場合附近空腸壁ニ炎衝ノ存在ヲ目撃セシ學者少カラズ、組織學的研究ノ結果之ヲ主張報告セルモノニChiari, Orator, Konjetznyアリ、又ベルグマン氏教室ニ於ケル臨牀的、X線學的検査所見ニ基キテモ亦每常炎衝ヲ證スト云ヒ、尙胃鏡検査ノ結果同様ノ事實ヲ報ズル學者少カラズ。

Konjetzny氏ノ組織學的研究ニ依レバ、胃腸吻合術後ニ行ヘル潰瘍患者第2回目手術ヲ行ヘル症例ニ於テ、吻合部ニ屢炎衝性粘膜缺損、粘膜及ビ粘膜下組織ノ炎衝性浸潤ヲ證明シ、コノ際潰瘍ノ發生ガ胃液ノ消化作用ニ基キシガ如キ根據ハ毫モ之ヲ認メズトセリ、殊ニ穿孔性潰瘍ニ對シ、潰瘍ノ縫合及ビ前胃腸吻合ヲ行ヒタル症例ニ就テ、3年後胃切除、胃腸吻合ニ關與セシ空腸脚ノ切除ヲ行ヒタルニ、該標本ニ於テ吻合部周圍ニ重症ナル幽門竇胃炎、重症ナル急性胃潰瘍ヲ證明シ、吻合部並ニ空腸兩脚ニ重篤ナル一部潰瘍性腸炎ヲ證明セリ、Puhl氏モ亦、本症ニ際シ、空腸粘膜ニ高度ノ炎衝ヲ證明シ、2例ニ於テ、吻合部潰瘍ヨリ遠隔ノ空腸ニ高度ノ廣汎性及ビ限局性白血球浸潤ヲ證明セリ。

第六節 血行障礙説

コハ手術時又ハ術後、胃腸吻合部又ハ其ノ附近ニ發生セシ循環障礙ヲ本症ノ成因トスル學説ナリ、之ヲ唱導スルモノニ次ノ如キ學者アリ、即チSteinthal氏(1900年)ハ、40歳ノ幽門狹窄症ノ患者ニ、後胃腸吻合術施行後10日ニシテ死亡セル屍ノ剖檢ニ於テ、空腸ニ本症ノ發生ヲ認め、異狀位置ニ固定セラレタル空腸脚ノ潰瘍發生部位ニ溢血ヲ證明シ、カカル粘膜ノ物質缺損ハ出血、壞死、胃液ノ消化ニ依ルモノト思考シ、而シテ之ヲ誘發セシ因子ヲ、該患者ニ於ケル著明ナル動脈硬化症ノタメ血管ノ脆弱トナレルコト、並ニ空腸脚ノ屈曲固定ノタメ、其ノ腸間膜ニ血行障礙ノ發生セシコトニ歸セリ、又Tiegel氏(1904年)ハ本症ノ原因ハ單一的ノモノニ非ザルコトヲ述べ、其一トシテ空腸粘膜ニ於ケル限局性血行障礙ヲ擧ゲタリ、而シテカカル血行障礙ヲ發生セシムル原因トナルモノハ手術時ニ於ケル血管結紮、器械、縫合等ニ依ル障礙、手術後ニ於ケル腸間膜ノ屈曲、轉位、固定其他ノ要約ヲ擧ゲ、豫メ動脈硬化症、門脈系統ニ於ケル鬱血、心肺等ニ於ケル疾患ノ存スル場合ニハ上記ノ血行障礙ヲ發生シ易キモノナリト報ゼリ、Lieblein氏(1905年)亦同様ノ見解ヲ有シ、Scherrren氏(1920年)ハ吻合

部位=於ケル血腫ハ本症ノ因子トシテ有力ナルモノトシ、6例=於テカカル症例ヲ經驗セリト述べ、尙ホ Montgomery 氏(1923年)ハ犬=於テ、胃腸吻合ヲ施シ、漿膜面ヨリ針ヲ以テ吻合部附近=血腫ヲ發生セシメタルニ、コノ内4例=於テ術後胃空腸潰瘍ノ發生ヲ見、3例=於テハ空腸部、1例=於テハ胃部=發生セシメタル血腫ノ部位=相當シテ本症ノ發生シタルモノトシ、此ノ際血腫ノ細菌感染、縫合糸ノ材料如何、腸鉗子使用等ハ本症ノ成因=意義ナキモノトシ、上記ノ潰瘍ハスベテ、吻合時、2層縫合ヲ施シタル場合=發生シタルモノトシ、3層縫合ノ場合=ハ中間層ノモノガ血腫ノ發生ヲ防止スルモノト思考セリ。

第七節 神經障礙説

本症ノ成因=關シテモ、胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合ト同様神經障礙説ヲ唱導スル學者アリ、例之、Hohlbaum 氏ハ術後空腸潰瘍ヲ有スル患者=於テハ、之=切除術ヲ加ヘタル後ト雖、屢々再發ノ傾向ヲ有スル場合アルコト=ヨリテ、ソノ成因=關シテハ神經障礙ヲ意義アルモノトナシ、Els 氏亦體質の神經異常ヲ擧ゲ、近時 Kalk 氏亦本症患者=於テ植物神經系統障礙=基ヅク「スチグマータ」ノ現象特=著明ナリト稱シテ本説=賛同セリ、然レドモ本説ヲ唱導スル學者ノ多クハ、胃、十二指腸潰瘍ノ成因=準ジテ之ヲ推論シ、特=本症ノ場合=就テ深く追求探索シタルモノ=非ザルモノトス。

第八節 本症ノ成因ニ關シテ教室ニ於ケル諸氏ノ實驗成績

本症ノ成因トシテ從來學者ノ唱導スル所、前記ノ如ク諸説ヲ擧グベシト雖、單=臨牀的觀察=ヨリ之ヲ指定セルモノ少カラズ、實驗的=之ヲ攻究セシモノト雖、未ダ完璧ヲ期シ得タルモノナシ、從テ我ガ教室=於ケル後藤教授並=百瀬氏、八木氏等ノ精細ナル動物實驗成績ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

第一項 後藤教授實驗成績

實驗第1、犬6頭=於テ其ノ十二指腸直下ニテ小腸ヲ切斷シ、其ノ切斷端ヲ兩方共巾着縫合=依リ閉塞シ末梢端ヲ胃ノ後壁ニ吻合シ、胆汁ノ胃内逆流ヲ行ハシメ、以テ胃液トヨリ混合セシメ、尙ホ飲料トシテ弱「アルカリ」性ノモノヲ、又食物ハ主シテ植物性ノモノヲ與ヘ、術後20日乃至91日ニシテ検査セシニ、6例中4例=於テ1個又ハ2個ノ粘膜「エロジオン」乃至潰瘍ヲ吻合部ヨリ下方空腸壁ニ證明シ、其ノ最深キモノハ外筋層ニ達シ、圓形ニシテ其ノ直徑2糎ニ及ベリ。

實驗第2、本實驗=於テ行フタル各種實驗成績ヲ總括スレバ次ノ如シ。

(イ)犬4頭=於テ十二指腸直下ニテ小腸ヲ切斷シ、Y形ノ胃腸吻合ヲ作リ、其ノ遊離腸管ノ端ヲ盲管トシテ胃腸ノ交通ナキガ如クシ單=胃ノ後壁ニ縫著セリ、此ノ際遊離腸管ノ長サハ7乃至12糎トセリ、術後24日乃至88日ニシテ検査セシニ、1例=於テ設置シタル腸管内ニ粘膜「エロジオン」ヲ見、2例=於テ小腸吻合部ヨリ末梢部小腸=同ジク「エロジオン」ヲ生ゼリ。

(ロ)犬3頭ヲ用ヒ、幽門ノ稍下部ニ於テ、小腸ノ蹄形ヲ作リテ側々吻合ヲ施シ、10乃至12糎ノ小腸ヲ曠置シ、其ノ蹄部ノ項點ヲ胃ノ前壁ニ縫著スルコト2例、胸骨劍狀突起部ニ縫著固定スルコト1例トシ、此ノ際蹄形部ト胃トハ交通セザルガ如クシ、術後10日乃至40日ニシテ検査セシニ、2例=於テ蹄部腸管内ニ數個ノ「エロジオン」ヲ見、殊=1例=於テハ蹄形内ニ混血流動物ヲ以テ充シ、「エロジオン」ハ明カニ出血ヲ示セリ。

(ハ)3頭ノ犬=於テ、十二指腸ノ下部ニテ小腸ヲ切斷シ、其ノ中心端ヲ閉テ盲端トシ、コレト末梢端トノ間ニ側端吻合ヲ行ヒ、9日乃至42日ノ後検査セシニ、吻合部ヨリ末梢=3個ノ「エロジオン」ヲ發生セシモノ1例、吻合部ヨリ上部=2個、同時ニ末梢部ニ大ナル4個ノ「エロジオン」ヲ生ジタルモノ1例ヲ見タリ、殊=後者ノ場合ニハ吻合部以下約1米ノ小腸ニ互リ出血瘻及ビ可ナリ大ナル「エロジオン」ノ發生ヲ認メタリ。

而シテ實驗第1及ビ第2ノ場合共ニ腸鉗子ハ之ヲ使用セズ、又剖檢時吻合用絹絲ノ腸管内ニ弛緩懸垂セルモノヲ見タルモ、コレト「エロジオン」トノ間ニ特種ノ關係ヲ發見スルコト能ハザリシト云フ。

上記各種實驗ノ結果後藤教授ハ次ノ如キ結論ニ到達セリ。

(1) 小腸=於テハ胃腸吻合ノ場合ノ如キ状態ニ其ノ一部ヲ轉位固定スル時ハ胃液ニ接觸セザルモ慢性出血性粘膜「エロジオン」ノ發生ヲ見ルモノトス、故ニ胃腸吻合後ノ所謂消化性潰瘍ノ發生ニハ胃液ノ作用ハ大ナル意義ナキモノト云フ可シ、更ニ慢性ノ治療シ難キ腸ノ「エロジオン」ハ單ニ腸ヲ切斷シテ再ビ吻合ヲ行ヒタル後ニモ發生シ得ルモノナリ、其ノ際腸間膜ノ血行竝ニ神經ニ著シキ變化ヲ認ムルモノトス。

(2) 胃腸吻合術後ニ見ル潰瘍ハ前記慢性「エロジオン」ガ更ニ進行シタルモノト信ズ、即チ實驗第1ニ於テカカル「エロジオン」ト同時ニ定型的大ナル潰瘍ノ發生ヲ見タルモノナリ、而シテ其ノ成因トシテ考フ可キハ、手術ニ依ル腸ノ損傷、其ノ轉位固定、殊ニ腸間膜ノ障礙=由リ發生スル腸壁ノ營養障礙ナリト云フ可シ、即チ其ノ血管、神經ニ變化ヲ見ルモノトス。

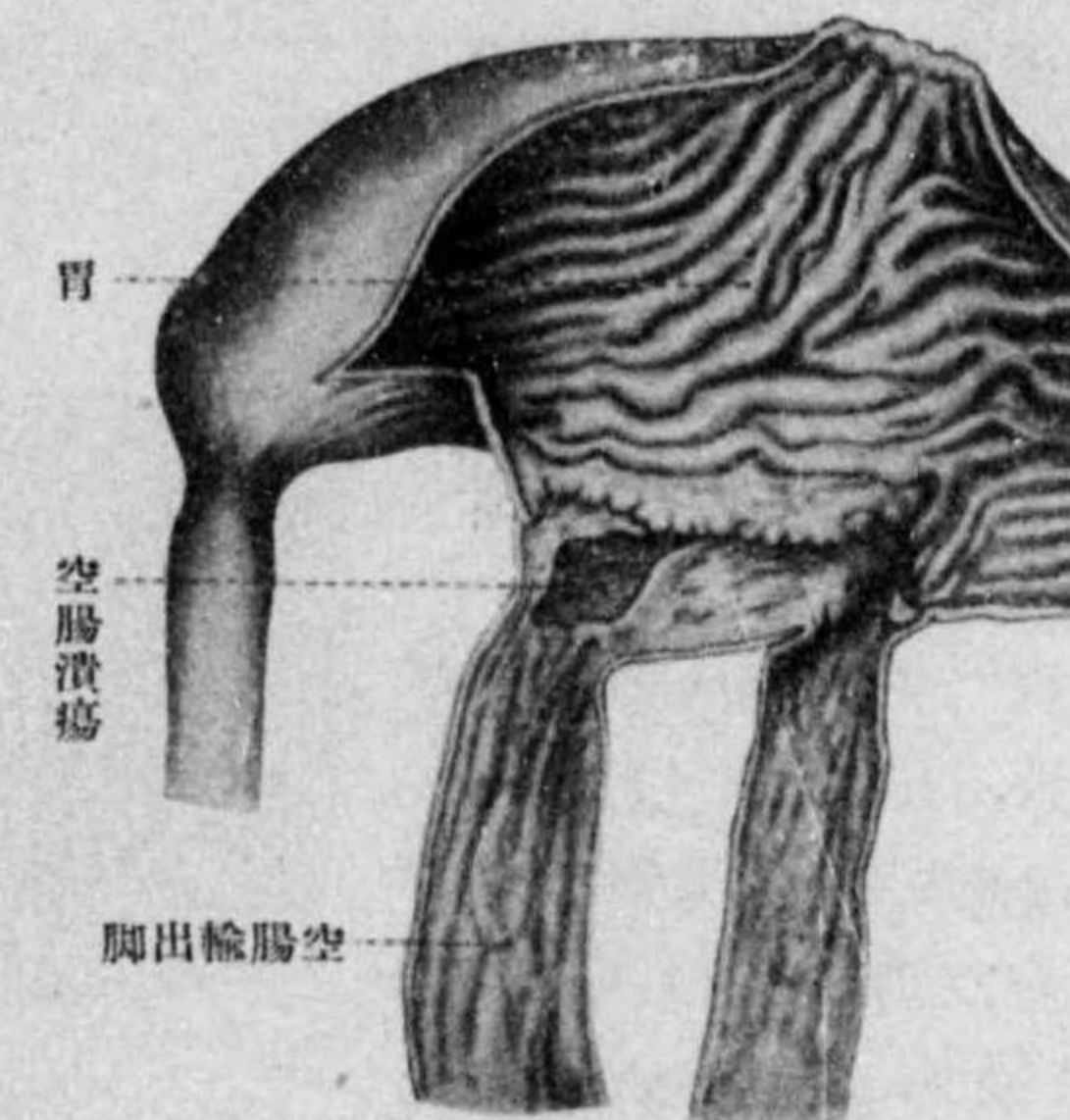


插圖 90.

第二項 百瀬氏實驗成績

犬16頭ヲ使用シ、後胃腸吻合、又ハ前胃腸吻合ニ Braun 氏ノ腸々吻合術ヲ併施スルニ際シテ、豫メ、胃腸吻合術ニ關與スベキ空腸ノ1部分ニ分布スル空腸動脈ノ末梢部血管ノ1乃至數枝ヲ結紮シ、一定期間後之ヲ検査セシニ、2頭=於テ吻合部ニ接シテ2個ノ潰瘍ト、2個ノ「エロジオン」ノ發生ヲ認メタリ(插圖90參照)、而シテ其ノ發生部位ハ何レモ空腸ノ輸出脚ニ位シ共ニ潰瘍ハ筋層内ニ達セリ。

第三項 八木氏實驗成績

八木氏ガ教室ニ於テ行ヘル實驗成績ヲ概約スレバ次ノ如シ。

(1)小腸端々吻合=際シ、所屬末梢血管ヲノミ、或ハ神經ト共ニ之ヲ結紮セシニ、8例中1例=於テ潰瘍ヲ發生セリ。

(2)小腸端側吻合=隆シ、吻合腸管ノ腸間膜附着部ヲ同一方面ナラザル様=行フ時ハ、16.7%又同實驗=於テ所屬末梢血管ノミ、或ハ之ト共ニ神經ヲ結紮セシ時ハ、60.0%=於テ術後潰瘍ノ發生ヲ見タリ。

(3)小腸ヲ2ヶ所=於テ切斷シ、遊離腸管及ヒ腸管膜ヲ180度廻轉シテ、小腸或ハ大腸間ニ夫々端々吻合ヲ行ヒ、以テ腸間膜血行障礙ヲ起サシメタルニ60.0%=於テ、潰瘍又ハ「エロジオン」ノ發生ヲ見タリ(插圖 91—92)。

前記ノ諸研究成績ニ基キ本症ノ成因ニ關スル後藤教授ノ見解ヲ總括スレバ次ノ如シ。

(1) 本症ノ成因ハ主トシ

テ手術時ニ於ケル腸及ヒ腸間膜ノ牽引、轉位、固定、並ニ術後ニ生ズル吻合部附近ノ癒着等ニ起因スル血管、神經ノ障礙ノ結果、吻合部及ヒ附近空腸脚ニ營養障礙ヲ招致シ、遂ニ潰瘍ノ發生ヲ見ルニ至ルモノニシテ、胃腸吻合時錯子又ハ不吸収性縫合絲ノ使用、胃液ノ作用ハ本症ノ發生ニハ意義ナキモノナリ。

(2) カカル潰瘍ガ胃腸吻合後、主トシテ其ノ下行脚ニ於テ發生スルハ、食物ノ大部分ハ下行脚ヲ通過スルニ由リ、其ノ爲メニ受クル器械的障礙大ナルト、續發性感染ノ機會ヲ受クルコト多キ爲メナリトス。

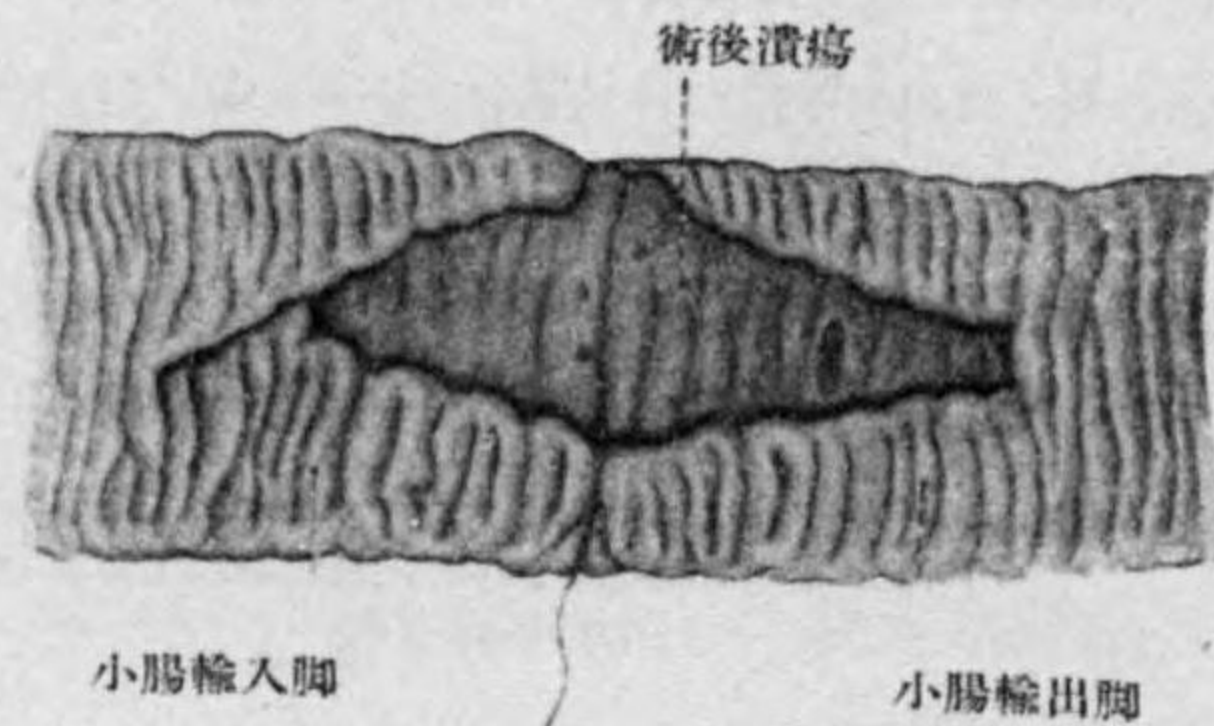


插圖 91.

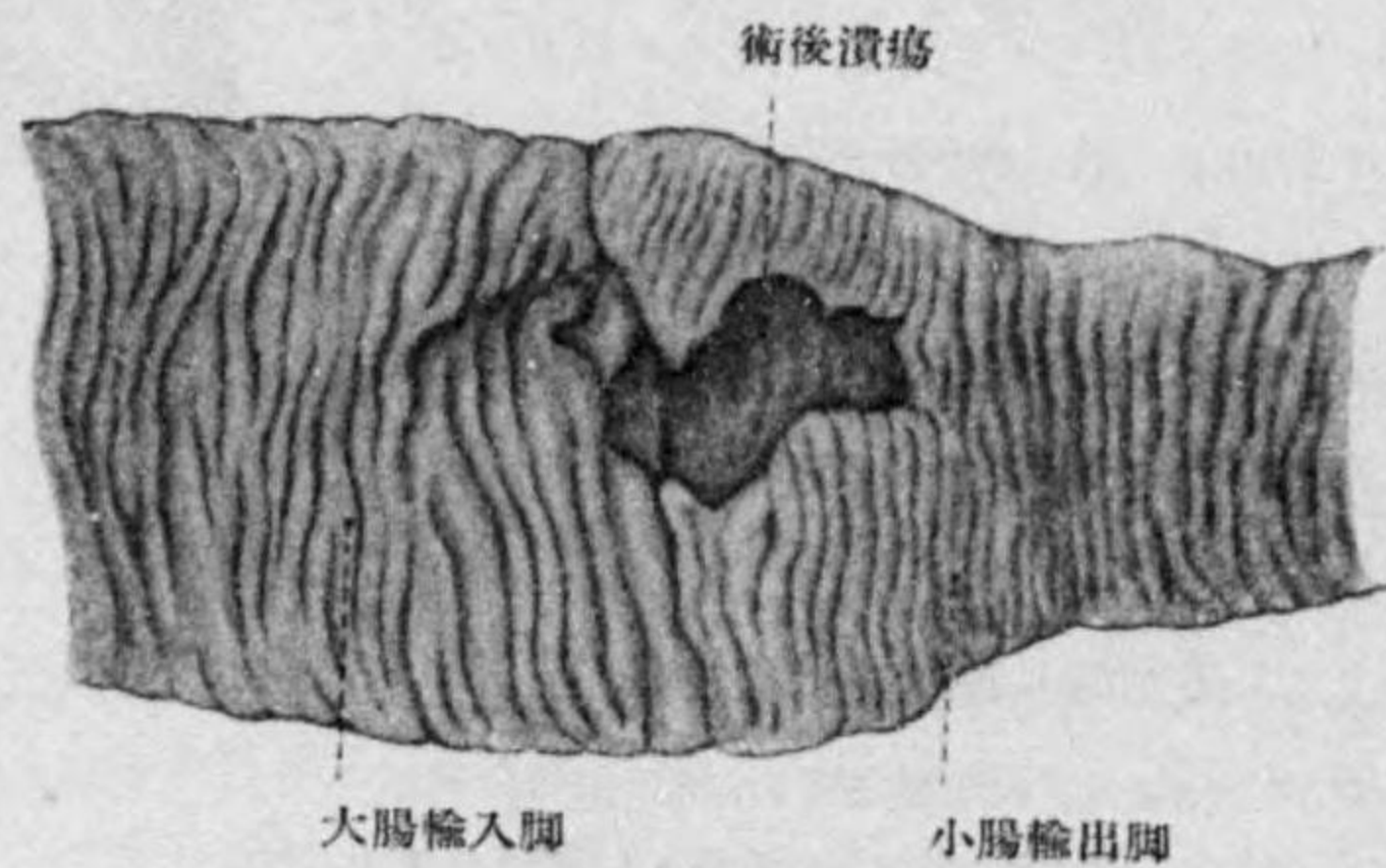


插圖 92.

別表 VII.

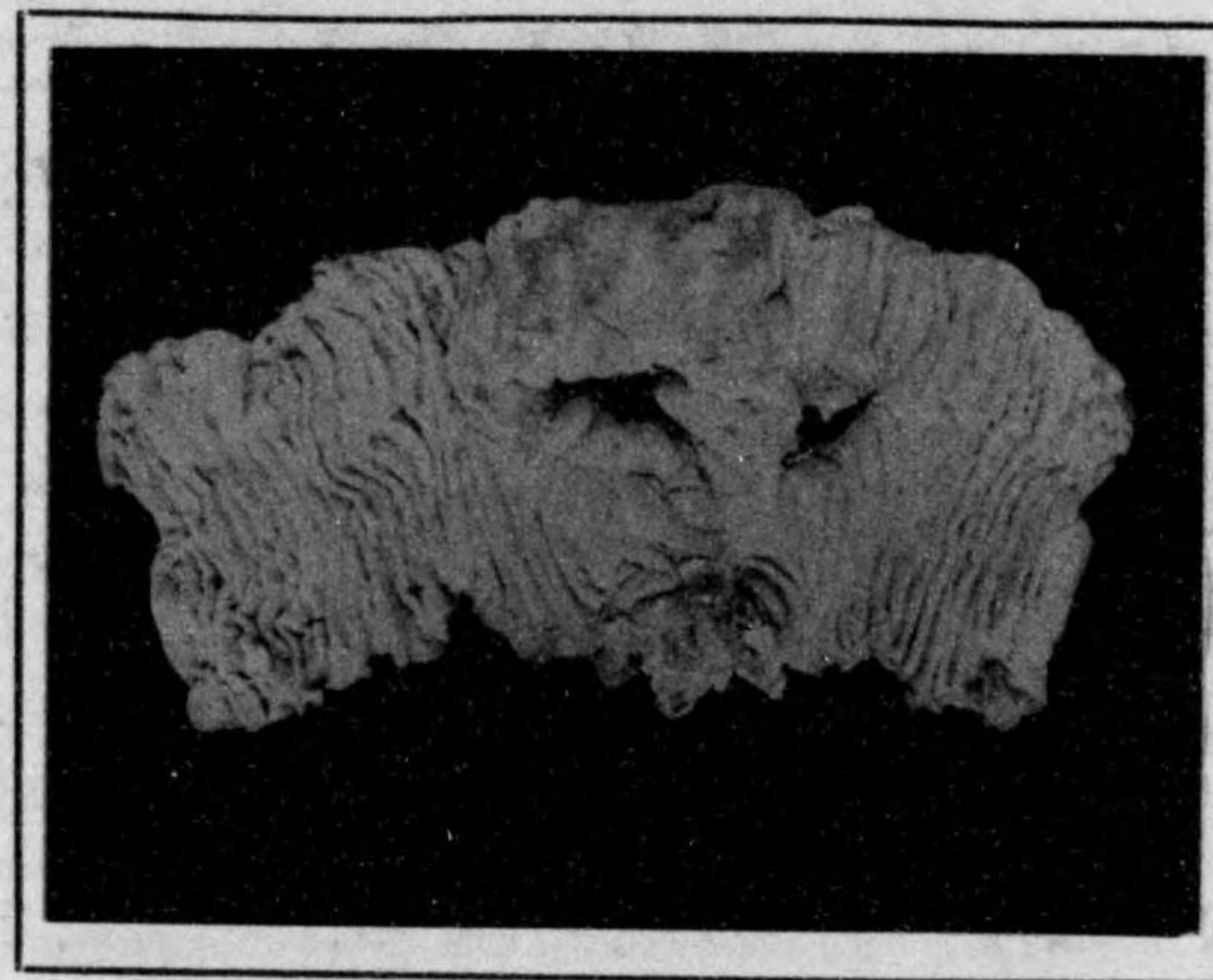


插圖 93. a. 十二指腸潰瘍ニ對スル曠置的切除後發生セシ空腸潰瘍

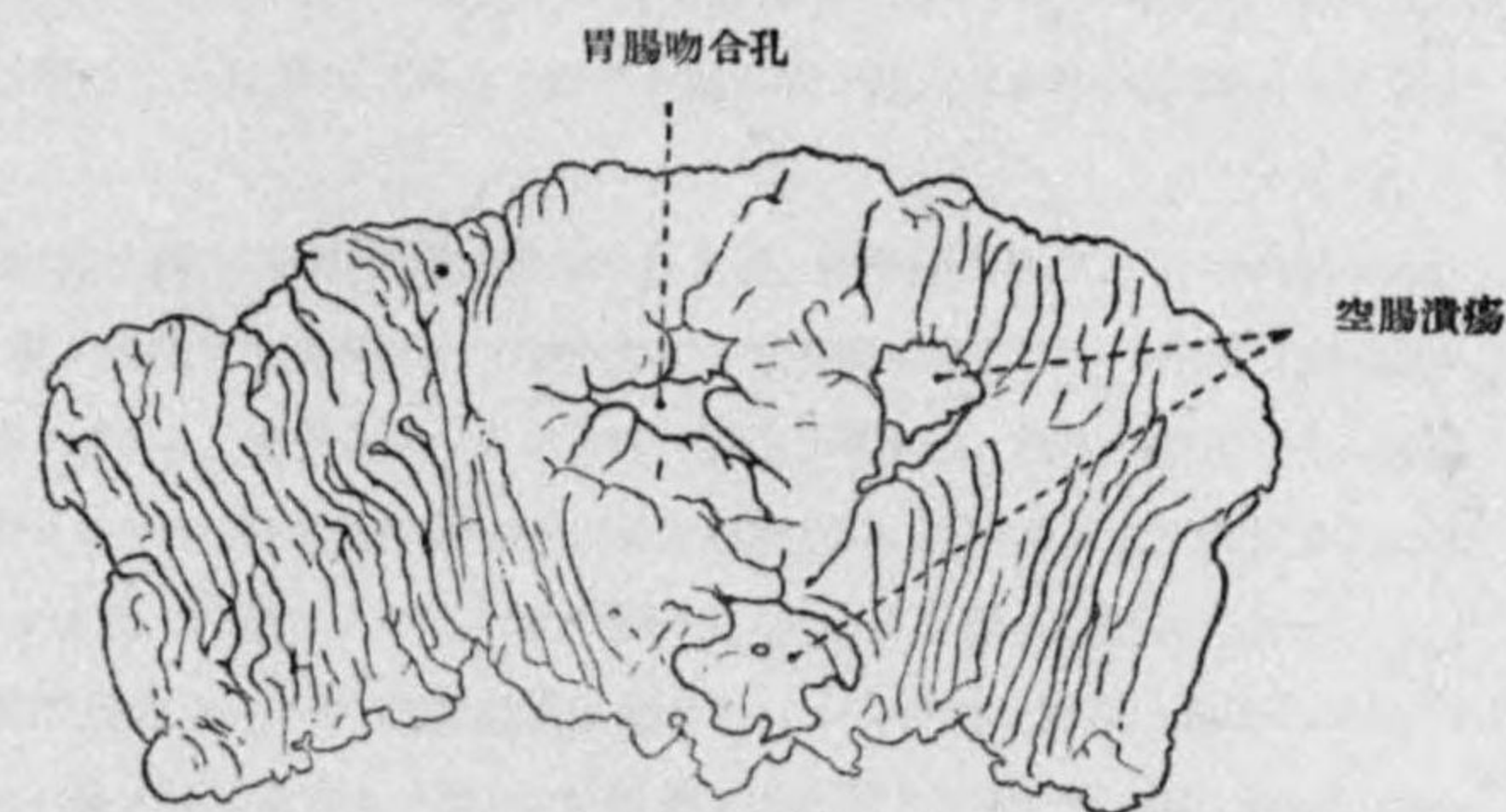


插圖 93 b. 模型圖

第三章 臨牀的及ビ統計的觀察

第一節 胃液所見

本症ノ場合ノ胃液所見ニ關シテハ Balfour, Lucia, Friedemann 氏等ノ統計成績ヲ示セリ、本症ノ場合 60%ハ無酸症ナルカ又ハ低酸度ナリ。

尙諸家ノ本症報告例ニ就テ胃液所見トノ關係ヲ調査センニ次ノ如シ。

Denk 氏ノ報告例 9 例中無酸症ナルニ拘ラズ本症ノ發生又ハ再發ヲ見シ者 3 例アリ。即チ第 1 例ハ幽門狹窄症ノ患者ニシテ術前胃液所見總酸度 51.0 遊離鹽酸度 11.0 ヲ算シ、ハッカー氏胃腸吻合ヲ施シタルニ術後 3 年半ニシテ胃結腸瘻ヲ有スル本症ノ發生ヲ見タリ。然ルニコノ際總酸度 33.0 ニシテ遊離鹽酸缺如シ乳酸反應陽性ナリト云フ。之ニ廣汎ナル切除ヲ行ヒタルニ術後半年ニシテ本症ノ再發ヲ見、再ビ切除ヲ施セリ。

第 2 例ハ幽門部潰瘍ニシテ術前遊離鹽酸 35.0 ヲ算シ、ビルロート氏第 2 法ニ從テ胃切除ヲ施シタルニ術後僅ニ、16 日ニシテ狹窄症狀ノ爲ウエルフレル氏胃腸吻合及ビブラウン氏腸々吻合ヲ行ヒタルニ、術後 3 年半ニシテ結腸ニ穿孔セル空腸潰瘍ナル事ヲ手術ニ依テ確メタリ。然ルニ當時胃液ニハ遊離鹽酸ヲ缺如セリ。

第 3 例ハ十二指腸潰瘍ノ患者ニシテ、術前總酸度 44.0 遊離鹽酸度 32.0 ナリ、單側幽門曠置術後 1 年半ニシテ結腸ニ穿孔セシ本症ヲ手術ニ依テ確メタルモノニシテ、當時胃液ハ總酸度 25.0 ニシテ遊離鹽酸缺如セリ。

尙 Denk 氏ノ報告例中 1 例ニ於テハ廣汎ナル胃切除後尙本症ノ再發ヲ見タリ。從テ氏ハ正常酸度、著シキ低酸度又ハ無酸症ノ場合ニ於テモ尙本症ノ發生スル事ハ否ミ難シト主張セリ。

Haberer 氏ノ本症報告例 14 例中低酸度ヲ示ス者 5 例、無酸症 1 例アリ。コノ内特ニ本症ト胃液所見ノ關係ニ就テ興味アル症例アリ。即チ患者ハ胃潰瘍ノ爲ビルロート氏第 2 法ニ從テ廣汎ナル胃切除ヲ受ケタルニ、術後暫時ニシテ本症ノ發生ヲ見タリ。然ルニ當時胃液ハ總酸度 15.0 遊離鹽酸 10.0 ナリキ。第 2 回手術ニ於テ吻合部輸出入兩脚及ビ胃ヲ廣汎ニ切除セリ。然ルニ術後程ナク本症ノ再發ヲ見タリ。即チ櫻實大ノ潰瘍ガ小腸々間膜ニ穿通セリ。コノ際胃液所見ニ於テ總酸度僅カニ 20.0 遊離鹽酸缺如セリ。コレ即チ胃ノ所謂 Säurefabrik ヲ廣汎ニ切除スルモ尙本症ノ發生シ得ルノ證ニシテ胃液ノ消化説ヲ以テシテハ解シ難キ症例ナリト云ハザルベカラズ。

Winkelbauer 氏ノ報告例 7 例中過酸症ニ屬スベキモノ僅カニ、2 例ニシテ氏モ亦本症ハ

必シモ過酸症ノ場合ニノミ見ルモノニ非ズシテ正常酸度乃至無酸症ノ場合ニモ尙發生シ得ベキ事實ヲ確メ、胃液中ノ鹽酸ノ作用ガ本症成因ノ主因ヲナスベキ者ナラズト主張セリ。

Birgfeld 氏モ亦無酸症ノ場合ニ本症ノ發生ヲ見、殊ニ幽門竇ノ切除ヲ施シ既ニ遊離鹽酸缺如スルニ拘ラズ尙本症ノ發生ヲ見タリト稱セリ。

第二節 症狀、經過

患者ノ病歴ヲ精密ニ吟味スルコトハ術後潰瘍ノ症狀ヲ知り、從テ其ノ診斷上ニモ價値大ナルモノアリ。

本症患者ノ訴フル疼痛ハ時ニ早發性ナルコトアリ、又時ニハ遲發性乃至飢餓痛ナルコトアリ、而シテ潰瘍ノ位置ト、疼痛ノ食事トノ時間的關係ニ就テハ一定ノ規則ナキモノトス、疼痛ノ放散性ハ反之潰瘍ノ位置ニ關係スルモノナリ、即チ潰瘍ガ左側上腹部ニ存在スル場合ニハ、主ニ左背部ニ、又右上腹部ニ存在スル場合ニハ右背部ニ放散ス、又時ニハ疼痛ハ兩側肩胛間ニ放散スルコトアリ。

本症ニ於テモ臨牀的症狀ノ出現ニ間歇期アリ、然レドモ症狀ヲ訴ヘザル間歇期ハ、原發性胃、十二指腸潰瘍ノ場合ヨリ遙ニ短シト稱セラル。

尙本症患者ハ、狹窄症狀ヲ呈スルモノニシテ、該症狀ハ、時折胃膨滿感ヲ訴フル程度ヨリ、遂ニ嘔吐ヲ訴フル程度ニ至ルマデ種々ノ程度ヲ存スルモノトス、尙時ニ吞酸、嘈雜ヲ訴フル事アリ。

更ニ特記ス可キハ出血ナリトス、本徵候ハ穿孔ト共ニ臨牀上注意ス可キ本症ノ合併症ナリ、穿孔ニ就テハ後段更ニ述ブル所アル可シ。

合併症ナキ本症ニ於テモ、潛出血ヲ證明スルモノナリ、患者ガ其ノ便通ニ注意セル場合ニハ、大便ノ「テール」様ニ着色スルコト多シ、又吐血ヲ初發症狀トセル場合モアリ、余等ノ患者城谷氏ノ場合ノ如キ是ナリ、若シ出血ヲ來セン血管大ニシテ血栓形成ヲ見ザル場合ニハ、致死的ノ大出血トナルコトアリ、少量ノ出血ト雖、再三之ヲ反復スル時ハ、遂ニ高度ノ貧血ニ陥ル、術後潰瘍ノ出血ニ對スル處置ニ就テハ、原發性潰瘍ノ場合ト同様ナリ、之ニ關シテハ既ニ説明セン所ナリ。

潰瘍發生ノ部位竝ニ其ノ經過ノ状態ニヨリ症狀ハ多様ナルモノナリ、吾人ハ之ヲ次ノ如ク分類シテ研究スル事ヲ得ベシ。

(1) 本症ガ發生シタルニ拘ラズ臨牀上何等ノ症狀ヲ呈セスシテ自然的ニ治癒ト轉歸ヲ取ル者コレナリ。Roojen 氏ハ本症ガ癩痕性ニ治癒シタル爲ニ發生セン、胃腸吻合部ノ狹窄ヲ手術ニヨリ確メ得タル 2 例ヲ報告セリ。依テ本類ニ屬スル者ノ存スル事ハ疑フベカラザル事實ナリ。

(2) 局部及び全身的ニ不定ノ症狀ヲ呈スル者。

本類ニ屬スルモノハ、胃痛、嘔吐、貧血其他不定ノ症狀ヲ呈シ、診斷充分判定セズ、術後初メテ本症ノ發生ヲ確メ得ルモノ多シ。

(3) 胃又ハ十二指腸潰瘍或ハ胃痛ノ外科的手術後、患者ガ全治セリト考ヘ、臨牀上自覺的ニモ他覺的ニモ何等ノ前徵ナクシテ、突然急性瀰漫性腹膜炎ノ症狀ヲ以テ始ル者即チ潛在性潰瘍コレニ屬ス。

胃潰瘍又ハ十二指腸潰瘍ガ臨牀上認ムベキ症狀ヲ示サズシテ所謂潛在性潰瘍トシテ經過シ、突然ノ合併症ニ由テ始メテ潰瘍ノ存在ヲ知ル事ノ稀ナラザルハ既ニ著者ノ述ベタル所ナリ。

然ルニ文獻ニ依ルニ術後ノ空腸潰瘍ノ場合ニ於テモ亦突然ノ穿孔ヲ以テ最初ノ症狀トナス潛在性ノモノ少カラズ。Roojen 氏ノ報告例 81 例中術後經過良好ニシテ突然穿孔性腹膜炎ニ依リテ初メテ本症ノ發生ヲ知り得タルモノ 10 例アリ、コノ内術後穿孔マデノ時期ハ最低 4 ヶ月最長 4 ヶ年ナリ。Heidbreder 氏ノ報告ニ依レバ 7 例中コノ類ニ入ル者 1 例アリ。即チ患者ハ十二指腸潰瘍ニシテウエルフレル氏胃腸吻合及ビブラウン氏腸々吻合ヲ受ケ、2 ヶ年間ハ何等ノ訴ナカリシガ、夜間臍部ト肋骨弓トノ間ニ於テ正中線ヨリ左側ニ突然刺スガ如キ刺痛ヲ覺ヘ入院セリ。開腹ノ結果胃腸吻合及ビ腸々吻合部ノ間ニ其輸出脚ニ發生セン本症ノ穿孔ヲ確メタリ。文獻上ヨリ本症中潛在性潰瘍ノ頻度ヲ統計的ニ觀察スル事ハ至難ナルモ、其頻度ハ 12.5% 内外ニ達ス。Lieblein 氏ハ以前何等ノ症狀ヲ呈セス急性穿孔ニ依テ初メテ本症ノ發生ヲ知り得タルモノ、吻合部潰瘍ノ 12.0%、竝ニ空腸潰瘍ノ 30.0% ニ達スト稱セリ。余ハ後節ニ於テ詳述スルガ如ク、本症ハ術後數日ニシテ既ニ發生シ得ルニ拘ラズ、術後數年乃至 10 數年ヲ經テ初メテ本症ノ發生ヲ見タリト云フ多クノ報告アルヲ思ヒ、其ノ潛在性ノ頻度ノ少カラザルコトヲ信ゼントス。

(4) 慢性癒着性腹膜炎ヲ起シ、腹壁ニ腫瘍又ハ腸瘻ヲ形成スルモノナリ。本症ノ大部分ハコノ類ニ屬スルモノナリ。腫瘍ノ好發部位ハ主トシテ臍部ト肋骨弓トノ間ニシテ其左側ニ位スル者最モ多シ。其主要ナル症狀ハ術後 1 定ノ時日ヲ經テ臍部ノ附近ニ疼痛ヲ訴ヘ、コノ疼痛ハ持続性ナル事アリ、或ハ痲痛様ノ事アリテ 1 定セズ。屢々背部ニ放散シ、食事ノ攝取ト關係アル事少シ。カクテ次第ニ臍部ノ附近ニ腫瘍ノ形成ヲ見ルニ至ルモノナリ。コレラノ症狀ハ胃癌狀ヲ伴フ事アリ又然ラザルコトアリテ 1 定セズ。カクテ腫瘍ガ腹壁ニ穿通シ必要ナル合併症狀トシテ瘻孔形成ヲ來スモノニシテ、Roojen 氏ハコノ種ノモノ 6 例ヲ報告セリ。尙ホ注意スベキハコノ類ニ屬スル者ハ殆ンド全部ウエルフレル氏ノ胃腸吻合術ノ後ニ發生スル事ニシテ、コレ解剖學的位置ノ然ラシムル所ナリ。

(5) 横行結腸ト空腸トノ間ニ交通ノ生ズルモノナリ。前者ニ屬スルモノガ殆ンド常ニウエルフレ氏胃腸吻合術後ノモノナルニ反シテ、コノ類ニ屬スル者ハ殆ンド常ニハツカー氏ノ吻合術後ノモノナル事ハ臨牀上注意スベキ點ニシテ、コレ又解剖學的位置ノ然ラシムル所ナルヤ明ナリ。尙ホ興味アルコトハコノ類ニ屬スルモノハ定型的ノ症狀ヲ呈スル事ナリ。即チ嘔吐、強度ノ下痢及ビ痙攣様腹痛ヲ訴ヘ、吐出物ハ糞狀トナル事多シ。Roojen 及ビ Gosset 氏等ハコノ種ニ屬スル者 9 例及ビ 3 例ノ報告ヲナシ、全部ハツカー氏ノ胃腸吻合術後ニ發生セリト云フ。

今臨牀的諸症狀出現率ニ就テ Roojen 氏ノ調査シタル所ニ依レバ前記第 4 類ニ屬スル者最モ多ク 73 例中 42 例即チ 57.0%、第 3 類ニ屬スル者之ニ次ギ 20.0%、第 5 類ニ屬スルモノ 12%ニシテ、第 2 類ニ屬スルモノ 11.0%ナリ。今本症ノ死亡率ニ就テ氏ノ調査シタル所ニ依レバ其平均 39.0%ナリ。

次ニ本症ノ穿孔又ハ穿通ノ頻度及ビ状態ヲ述ベンニ、第 190 表ニ示セルガ如クニシテ、急性及ビ慢性ノ穿孔、各種ノ臟器ニ穿孔又ハ穿通セシ者ヲ合スレバ全例ニ對シテ 76.5%ナリトス。

本症ニ於テハ其穿孔率原病ノ場合ノ數倍ニ及ベリ。而シテ其原因ノ一ハ空腸管壁ガ胃及ビ十二指腸ノ夫ニ比シテ遙ニ菲薄ナルニ依ルモノナルベシ。

次ニ本症ノ急性穿孔ニ就テ臨牀的及ビ統計的觀察ヲ試ミルニ次ノ如シ。(第 190 表)

次表ニ示セルガ如ク本症ノ急性穿孔ノ頻度ハ 145 例中 27 例即チ 18.6%ニシテ其ノ死亡率ハ

第 190 表 本症ノ各種穿孔及ビ其頻度

報告者	總數	急性穿孔性 腹膜炎	腹壁ニ穿通 セシ者	横行結腸ニ 穿通セシ者	其他ニ穿通 セシ者
Roojen	74	15	42	9	0
Winkelbauer	12	1	0	2	2
Haberer	14	1	1	0	5
Denk	9	0	0	3	0
Heidbreder	7	2	4	1	0
Gosset	20	8	12	3	0
平均	145	27	59	18	7
百分率	—	18.6%	40.7%	12.4%	4.8%



插圖 94. 術後空腸潰瘍ノ横行結腸ニ瘻孔ヲ示セルモノ (Eiselsberg)

63.0%ノ高率ナリ。コレ本症ノ穿孔ノ場合ニハ診斷困難ナルコト、既ニ第 1 回手術ノ後ニシテ腹腔内諸臟器ノ關係複雑ナルニヨルベシ。

第三節 胃及ビ十二指腸潰瘍ノ手術々式ト本症トノ關係

第一項 Eiselsberg 氏幽門曠置術ト本症トノ關係

胃及ビ十二指腸潰瘍ノ治療ニ關スル諸術式中本症發生ノ頻度最モ高キハ Eiselsberg 氏幽門曠置術ナリ。(第 191 表參考)、然レドモ其原因ニ至リテハ諸家ノ述ル所一定セズ。Freundenberg、及ビ v. Redwitz 氏等ハ幽門及ビ十二指腸ノ強度ノ「トリプシン」分泌物ガ曠置セラレタル幽門部ニ鬱積スル事ニヨリ胃底腺ノ第二化學相ガ刺戟サルル爲ナリトナシ其原因ヲ酸性胃液ノ消化作用ニ歸セリ。

第 191 表 アイゼルスベルヒ氏幽門曠置術後ニ發生セシ本症ノ頻度

報告者	百分率
Haberer	17%
Clairmont	27%
Ringel	44%
Flörcken	17%

第 192 表 胃腸吻合術後ニ發生セシ本症ノ頻度

報告者	百分率
Tichonowitz	0%
Haberer	1%
Brütt	3%
Hofmann	2%
Hempel	2.5%
Hohlbaum	10.0%
Petermann	1.4%
Wanke	3.2%
Koenneck	9.4%
Flörcken	3.5%
Clairmont	4.7%
Scherren	4.0%
Roepe	2.4%
Galpern	2.0%
Balfour	1.8%
Judd	1.3%
Denk	0.7%
Heile	0.6%
Pinner	0%
宮城友田	4.0%
友田	0.76%

然レドモ本潰瘍ノ成生ニ關シ胃液ノ作用ニ重大ナル意義ヲ附シ難キコト既ニ成因ノ部ニ於テ述ベタルガ如シ。

第 193 表 胃腸吻合ノ種類ト本症トノ關係

報告者	ウエルフレ ル氏手術後	本症例	ハツカー氏 手術後	本症例
Mayo Robson	30	1	200	0
Cackovic	80	2	35	1
Key	32	2	95	1
Krönleint Klinik	8	1	84	0
v. Stockum	—	—	30	2
宮城	78	3	267	10
平均	228	9	713	14
百分率	—	3.9%	—	2.0%

第二項 胃腸吻合術ト本症トノ關係

胃腸吻合術後ニ於ケル本症ノ發生率ヲ觀ルニ第 192 表ニ示セルガ如ク、平均 3.5%ナリ。余等ノ場合、遠隔成績ノ調査ニ返信ヲ寄セタルモノ 131 例中本症ヲ發生セシモノ 1 例(0.76%)ナリキ。次ニ胃腸吻合術ノ術式ト本症ノ發生率トノ關係ヲ表示スレバ第 193 表ニ示スガ如クニシテ、ウエルフレ氏吻合術ヲ施シタル 228 例中本症ノ發生ヲ見シ

モノ9例即チ3.9%ナルニ反シ、ハツカー氏吻合術ノ場合ニ於テハ713例中本症ノ發生ヲ來セシモノ10例チ僅カニ、2.0%ニ過ギズ。Heidbreder, v. Redwitz 氏等モ亦近年ウエルフレル氏吻合術後ニ於テ其發生頻度ハツカー氏ノ場合ニ比シテ高キ事ヲ報告セリ。曠置の胃切除術後ノ本症發生率ハ略胃腸吻合術後ノ場合ト大差ナシ、後段更ニ述ブル所アル可シ。

第三項 胃切除術ト本症トノ關係

從來本症ハ主トシテ胃腸吻合術後ニ發生スルモノト思惟セラレ、從テ胃切除殊ニ廣汎ナル切除後ニ於テハ其ノ發生稀有ノモノトセラレタルモ近年廣汎ナル胃切除術ノ履行ハルルニ從テソノ然ラザルヲ知ルニ至レリ、文獻ニ徴シテコノ間ノ消息ヲ審カニセンニ次ノ如シ。

(1) 先ヅ Birgfeld 氏ハ一部ハ文獻上ヨリ一部ハ自家經驗上ヨリ胃切除後ニ發生セン本症ノ51例ヲ報告セリ。而シテココニ切除ト稱スルハビルロート氏第2法ニ依テ切除ヲ施シタルモノ、及ビ其改良法、Finsterer 氏ノ所謂 Resektion zur Ausschaltung ヲ含ムモノニシテ、コッヘル氏法及ビビルロート氏第1法ヲ除ケルモノトス。

今氏ノ報告ヲ簡單ニ述レバ次ノ如シ。

第1, ビルロート氏第2法ニヨル胃切除後ニ發生センモノ

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 甲, 確實ナリシモノ | 乙, 不確實ナリシモノ |
| (イ), 第1次切除後ニ發生センモノ 16例 | (イ), 第1次切除後ニ發生センモノ 2例 |
| (ロ), 第2次切除後ニ發生センモノ 4例 | (ロ), 第2次切除後ニ發生センモノ 2例 |

第2, ビルロート氏第2法ノ改良法ニヨリシモノ

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 甲, 確實ナリシモノ | 乙, 不確實ナリシモノ |
| (イ), 第1次切除後ニ發生センモノ 16例 | (イ), 第1次切除後ニ發生センモノ 3例 |
| (ロ), 第2次切除後ニ發生センモノ 8例 | |

ココニ確實ト稱ルルハ本症ノ發生ヲ手術ニ依テ確メタルモノニシテ、不確實ト稱スルハ、潰瘍ガ空腸ヲ侵シタルモノナルヤ、或ハ單ニ縫合部位ノ化膿ナリシヤ不明ノモノヲ稱ス。氏ノ報告

第194表 各種胃切除術式後ニ於ケル術後潰瘍發生率 (Starlinger)

	例數	十二指腸	吻合部	胃	輸入脚	輸出脚	計
B.I.	7789	16	44	11	—	—	71(0.9%)
B.I.(T.L.G.D.)	869	—	1	2	—	—	3(0.3%)
B.II.(A.G.J.)	138	—	1	1	—	1	3(2.2%)
B.II.(A.G.J.B.)	2492	—	11	—	—	1	12(0.5%)
B.II.(R.G.J.)	14273	—	69	5	1	7	82(0.6%)
B.II.(Y.)	86	—	1	—	—	1	2(2.3%)
	25647	16	127	19	1	10	173(0.7%)

備考 B.I. B.II. ハビルロート第1, 第2法, T.L.G.D. 端側胃十二指腸吻合, A.G.J. ハ結腸前胃腸吻合, A.G.J.B. ハ前術式ニブラウン氏吻合ヲ併施セルモノ, R.G.J. ハ後胃腸吻合, Y; ハY字形胃腸吻合ヲ意味スルモノトス。

ニ依レバ切除後發生スル本症モ亦胃腸吻合術後ニ發生スルモノト同様術後直チニ發生スルモノ、遅キハ、45年後ニ發生センモノアルモ、概シテ術後半年乃至1年ニシテ症狀著明トナリシ者最モ多シト。32例ニ就テ其切除範圍ヲ檢セシニ次ノ如シ。

- | | | | |
|-------------------|----|-------------------|-----|
| 記載不明ノモノ | 3例 | 幽門竇全部及ビ尙廣汎ニ切除セシモノ | 15例 |
| 幽門ト共ニ唯潰瘍ノミヲ切除セルモノ | 6例 | 殆ンド全胃ニ及ビシモノ | 1例 |
| 尙幽門竇ノ1部ヲ切除セシモノ | 7例 | | |

即チ廣汎ナル胃切除後ニモ尙ホ本症ノ發生シ得ベキ事明カナリ。

(2) Haberer 氏ハ1920年迄ニハ536例ノ切除例中本症ノ發生ヲ見ザリシガ、1922年ニハ胃切除後ニ發生セン本症ノ1例、1923年ニハ同ジク5例ノ報告ヲナセリ。而シテ其ノ中ノ1例ハ術後3年ニシテ他ノ1例ハ7年ニシテ發生シタリト云フ。然ルニ近時 Galpern 氏ハ胃切除後發生セン本症例ニシテ手術ニ依テ確メ得タルモノニ關シ上述 Haberer 氏ノ報ズル5例ノ外ニ尙文獻ニ基キ39例ノ報告ヲナセリ。尙切除術後ニ發生セン本症ニ關シ Starlinger 氏ガ廣ク文獻蒐集ニ依リ其發生頻度ヲ調査セシニ第194表ニ示セルガ如ク、B.I.法後ニハ平均0.85%、B.II.法後ニハ平均0.7%ナリ。而シテB.I.法ハ最モ生理的ニ近キモノニシテ、近時殊ニ v. Haberer 氏ニ依リ2000例以上ノ多數ニ於テ行ハレタルモノトス。胃腸吻合術後ノ發生頻度3—5%ニ比スレバ低率ナリ。

然ルニ胃及十二指腸潰瘍ノ外科的治療トシテ切除術ヲ行ハルルニ至リシハ尙近年ノ事ニシテ從テ切除例モ僅少ナリ。又切除術後ニ發生セン本症ノ報告ハ漸ク近年ノ事ナルニ反シ、胃腸吻合術ハ既ニ久シキ以前ヨリ行ハレ、吻合術後發生セン本症例ノ報告ハ1915年迄ニハ129例、1921年迄ニハ300例ニ達セシモノアリ。反之切除術後ノ本症ノ報告ハ漸ク1917年及ビ8年頃ヨリ増加シ1925年頃ニハ其數6倍ニ増加セルモノアリ。而シテコノ増加ハ切除術例ノ増加ノ時期ト一致スル事ヲ思ヘバ前述 Galpern 氏ノ報告例44例ハ僅少ナルモノニ非ルノミナラズ、胃切除後ニ於ケル本症ノ發生率モ切除例數ノ増加ト共ニ將來其頻度ノ上昇スベキハ明カニシテ、此ノ點ニツキテハ獨リ余ノミナラズ、Birgfeld, Galpern 氏等モ高唱シテ止マラザル所ナリ。Haberer 氏ノ報告ニ依テモ明カナルガ如ク本症ハ切除術後尙數年ヲ經テ發生スベク、術後10數年ニシテ其發生ヲ見シト云フ報告例ニモ乏シカラズ。從テ、術後數年ノ經過ヲ精査スレバ其頻度ノ上昇ヲ見ルベキモノト思惟セザルベカラズ。

Haberer 氏ノ報告例中廣汎ナル胃切除後本症ノ發生ヲ見タル症例中特ニ興味アルモノニ就テ述ントス。

第1例, 患者ハ32歳、1915年十二指腸潰瘍ノ爲メ、ハツカー氏ノ胃腸吻合術ヲ受ケ、同時ニ肝圓靱帶ヲ以テ幽門ヲ曠置セラル。然ルニ本症發生シ、1921年6月5日、十二指腸壁ニ於ケル瘻痕ノ下位ヨリ、術後潰瘍ノ發生セン胃十二指腸吻合部マデヲ廣ク切除シ、ビル

ロツト氏第1法=從テ胃及十二指腸吻合ヲ行ヘリ。然ル=術後再ビ空腹時疼痛ヲ訴ヘ糞便中=血液ヲ證明シ、左側肋骨弓ノ下位=強度ノ壓痛ヲ訴フル=至レリ。胃液ヲ檢セシ=總酸度16ニシテ遊離鹽酸缺如シ、潛在性出血ヲ認メタリ。X線検査=依リ、吻合部ノ下位=十二指腸後壁=壁龕ヲ證セリ。カクテ1922年8月10日再手術ヲ施セシニ、胃及十二指腸吻合ノ下位=大ナル胼胝性潰瘍アリテ脾臟頭部=穿通セリ。從テ之ヲ切除後胃及十二指腸ヲ吻合セシニ、術後7日=シテ腸閉塞ヲ招致シ再手術ヲ施セシ=横隔膜下膿瘍ヲ形成シテ死亡セリ。コノ症例=於テ、本症ノ治療トシテ幽門及ビ幽門竇ヲ除去シタルノミナラス胃ノ亞全切除ヲ施シ、胃液中遊離鹽酸缺如シタルニ拘ラス尙本症ノ再發ヲ見、**ビルロート氏第1法**ニ從テ胃及十二指腸吻合ヲ施シ、酸性胃液ガ直チニ亞爾加里性ノ腸液ニヨリテ中和セラルル狀況ニ在ルニモ拘ラス本症ノ發生ヲ見シ事ハ特ニ興味アル所見ナリ。

第2例、患者ハ胃潰瘍ノタメ極メテ廣汎ナル胃切除ヲ受ケタルニ、術後暫時ニシテ本症ノ發生ヲ見タルニヨリ、胃及ビ胃腸吻合ノ兩脚ヲ廣ク切除シタルニ、術後6週間位ニシテ本症ノ再發ヲ來セリ。胃液所見=於テ總酸度20遊離鹽酸缺如セシモノナリ。本例ハ廣汎ナル胃切除後暫時ニシテ本症ノ發生ヲ見タル外殊ニ胃液所見ノ無酸症ナル事注目ニ値スル所ナリ。

(3) Denk氏ハ1921年胃切除後發生セシ本症=關シ確實ナルモノ6例不確實ナルモノ8例ヲ報告セリ。Flörcken氏ハ自家經驗=於テ301例ノ胃切除後本症ノ發生ヲ見シモノ2例即チ0.6%ニシテ、文獻上ヨリ平均0.8%ノ發生率ヲ得タリ。Finsterer氏ハ胃ノ3分ノ2ニ渉ル切除=テハ尙不足ナリトシ同ジク5分ノ4切除セザルベカラズトナシ、カカル場合ニハ1回モ本症ノ發生ヲ見ズト稱セシモ、Bohmannssohn氏ノ如キハ胃ノ5分ノ4ニ渉ル廣汎ナル切除後=モ尙本症ノ發生ヲ見、Birgfeld氏ノ報告例中ニハ殆ンド全胃切除ヲ施シタル後=モ尙本病ノ發生ヲ見タルモノ1例アリ。

(4) 諸家ノ報告例中、臨牀上竝ニ本症ノ成因ヲ考察スル=當リ特ニ興味アル數例=就テ述レバ次ノ如シ。

Beer氏症例

患者ハ29歳ノ男子、十二指腸潰瘍ノ爲メ幽門曠置術後、ハツカー氏ノ胃腸吻合ヲ受ク。然ル=術後1ケ年ニシテ吻合部輸出脚ノ後壁=於テ胃腸吻合部ヨリ1握下位=本症ノ發生ヲ見タリ。依テ胃腸吻合部ノ上下ニテ空腸脚ヲ切斷シテ兩端=端々吻合ヲ施シ、吻合口ノ有スル胃ノ部分ヲ幽門輪ヲ殘シテ切除シ末端ヲ縫合シ、空腸ト胃ノ間=端側吻合ヲ施セシニ、術後18日目=本症ノ再發ヲ見タリ。死後剖檢ノ結果吻合輸出脚ノ後壁=、胃腸吻合部ヨリ1握下方ニ新鮮ナル深キ潰瘍アリテ完全ナル穿孔ヲ示シ、其大サ5「マルク」貨大ナリト。即チ切除後本症ガ屢々發生スルノミナラス、其再發モ後節ニ於テ詳述スルガ如ク稀有ノモノニアラズ。

別表 VIII.

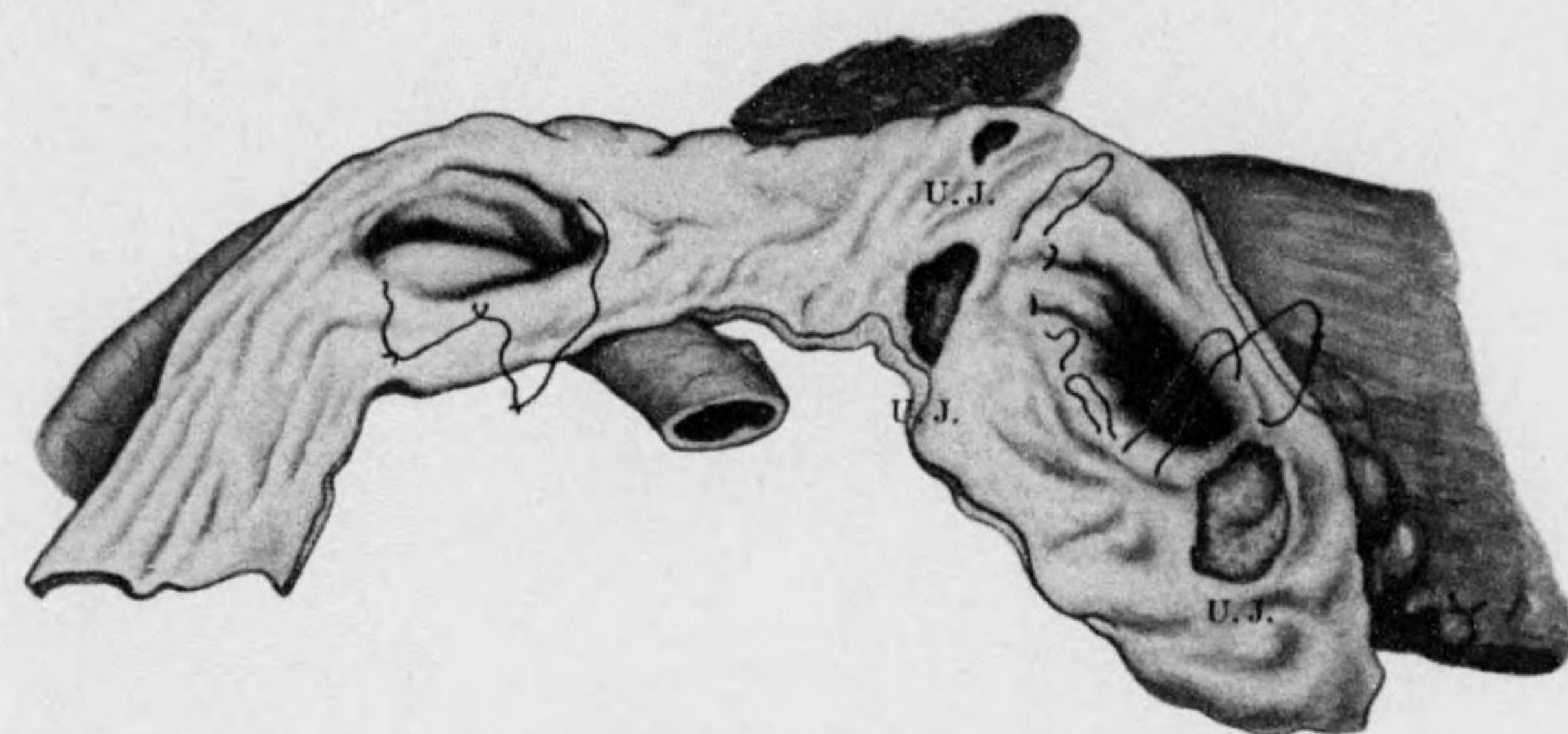


插图 95. 犬=於テ胃切除後發生シタル空腸潰瘍(著者)

U.J. = 空腸潰瘍

Lennander-Key 氏症例

患者ハ25歳ノ女子、胃癌症ノ爲メ胃ノ大部分ヲ切除セラレ、只噴門ノ一部ガ殘存センノミナリ、術後10日目ニ腹膜炎ニテ死亡セリ。剖檢ノ結果胃腸吻合部ヨリ各20乃至37耗ヲ距テ其輸入脚ニ、2個ノ潰瘍ノ穿存ヲ認メタリ。



插圖 96. 插圖 95ニ於ケル潰瘍ノ鏡檢所見

R. Stich 氏症例

患者ハ幽門部附近ノ潰瘍ノタメ、ハツカー氏ノ胃腸吻合ヲ受ケンガ、

障礙ノ結果再ビ胃ノ後壁ニ第2ノ吻合ヲ旋サレタリ。然ルニ再ビ劇痛ヲ訴ヘ、本症發生セシ事ヲ手術ニヨリ確メタルニヨリ、幽門部ヲ切除シウエルフレル氏胃腸吻合ヲ旋シタルニ、術後1ケ年ニシテ吻合部輸出脚ニ本症ノ再發ヲ見タリ。依テ輸出脚ヲブラウ氏腸々吻合部マデ切除シ輸入脚ヲ噴門部附近ニ吻合センガ3ケ月後再發ヲ見タリ。從テ氏ハ本症成因ノ中ニ、手術ニ依テ除去シ難キ或ル素因ノ存在ヲ思ハシムルモノアリト稱セリ。



插圖 97. 術後十二指腸潰瘍 (Clairmont)

說明 穿孔性十二指腸潰瘍ニ對スル術後胃腸吻合術後輸出脚ニ發生シタル空腸潰瘍ニ對シビルロート氏第1法ニ依リ胃切除術ヲ施セシニ術後發生シタル術後十二指腸潰瘍ナリ。

吾人ノ材料ニ於テハ潰瘍ニ對シ胃切除術ヲ旋セシモノ135例(以上)中本症ヲ發生セシモノ1例(0.7%)ナリ、胃腸吻合術後ニ比シ比較的高率ヲ示セルハ胃切除術ノ症例僅少ナリシガ爲ナリ。

上述諸家ノ報告ヲ概括スレバ廣汎ナル胃切除術後ニモ尙、本症ノ發生ヲ見、本症ノ治療法トシテ

再ビ廣汎ナル胃切除、時ニ亞全胃切除ヲ施スモ尙ホ本症ノ再發ヲ招致スルモノニシテ、胃切除後ノ本潰瘍發生率ハ切除例ノ増加ト共ニ近時増シ來リシ事ハ否ミ難キ事實ナリ。著者ノ經驗例4例中3例ハ廣汎ナル胃切除後ニ發生セシモノナリ尙著者ガ犬ニ於ケル胃(幽門)切除術

後發生セシメタル空腸潰瘍ヲ示セバ插圖 95—96 ノ如シ。

第四項 胃ノ潰切除ト本症トノ關係

v. Redwitz 氏ハ本術式後ニ本症ノ發生セシ事ヲ報告セリ。依是觀之、胃及十二指腸潰瘍ノ外科の手術中、如何ナル術式モ本症ノ發生ヲ確カニ防ギ得ルモノナシ。唯其頻度ニ關シテ云ヘバ、Eiselsberg 氏幽門曠置術後ニ發生スルモノ最モ多ク、吻合術或ハ曠置の胃切除術後ノモノ之ニ次ギ胃切除術後ノ發生率ハ最モ少シ。

第四節 多發性術後空腸潰瘍 及ビ 其ノ頻度

術後空腸潰瘍モ亦多發性ニ來ルコト少カラズシテ第 195 表ニ示セルガ如ク諸家ノ報告例ニツキテ平均スレバ其頻度 11.0% ナリトス。

術後空腸潰瘍ニ在リテハ著者ガ文獻上調査シタル所ニ依レバ 2 個ナルモノ最モ多ク、最多數ノモノハ 4 個ナリ、今其位置的關係ヲ見ルニ興味アルコトハ潰瘍ガ相離レテ存スルモノ少カラザル事ナリ。即チ 16 例中、吻合輸出入兩脚ニ分レテ位シタルモノ 2 例、胃腸吻合部ト空腸ニ分レテ存シタルモノ 2 例、胃結腸瘻及ビ空腸結腸瘻ヲ形成シタルモノ 1 例、7 種離レテ位セシモノ 1 例アリ。Schwarz 氏ノ研究ニ依レバ胃及十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ノ 31.0% ハ多發性潰瘍ナリ。多發性術後空腸潰瘍モ亦、穿孔又ハ穿通ヲ來シタル頻度少カラズ、即チ多發性潰瘍ノ 16 例ニ就テ檢スルニ次ノ如シ。

穿孔及ビ穿通ヲ示サザルモノ	4 例	結腸々間膜又ハ其附近ニ穿孔又ハ穿通セシモノ	6 例
急性穿孔性腹膜炎ヲ招致セシモノ	4 例	結腸ニ瘻孔ヲ形成セシモノ	2 例

即チ本症 在リテハ多發性潰瘍ノ約 75% ハ穿孔又ハ穿通ヲ招致スルモノノ如シ。

第五節 本症ノ再發 及ビ 其頻度

諸家ノ報告例ニ徴シテ本症再發ノ頻度ヲ檢スルニ第 196 表ニ示スガ如ク總數 138 例中再發セシモノ 22 例ニシテ即チ 16% ナリトス。本症ハ術後數年否 10 數年後ニモ尚ホ發生シ得ベク、從テ術後長年月ニ涉ツテ精査スレバ其ノ頻度ノ上昇ヲ見ルベキヤ明カナリ。例ヘバ Denk 氏ハ 9 例ノ本症例中再發セシモノ 1 例ナリト報シタルニ其後、Winkelbauer 氏ノ再檢査ニ依レバ更ニ 2 例ノ再發ヲ發見セシガ如シ。上述諸例ノ外、Beer, R. Stich, 及ビ Flörcken 氏

第 195 表 多發性消化性空腸潰瘍ノ頻度

報告者	總例	多發性潰瘍例
Heidbreder	7	3
Winkelbauer	12	2
Haberer	14	1
Gosset	29	2
Roojen	81	8
計	143	16
平均		11%

等ノ報告例ヲ合スレバ再發例ハ 26 例ニ達ス。而シテ是等ノ症例ニ關シテハ既ニ前諸節ニ於テ詳述シタル所ナルヲ以テココニ其ノ記載ヲ省クモ臨牀上特ニ留意スベキハ本症ノ治療トシテ廣汎ナル胃切除後ニモ尚ホ本症ノ再發ヲ見、甚シキニ至リテハ 2 回以上再發ヲ觀タル例ニ乏シカラザル事ニシテ、再發例 26 例中 9 例即チ 35.0%ニ於テ之ヲ見タリ。而シテ胃液所見ニ於テモ胃切除殊ニ廣汎ナル切除後再發セシ者ニ於テハ多クハ無酸症ヲ示セリ。

第 196 表 本症再發ノ頻度

報告者	總例	再發例
友田	21	2
Haberer	15	2
Denk	9	3
Roojen	81	14
Winkelbauer	12	1
計	138	22
平均		16%

備考 友田ノ報告例ハ本邦ニ於テ報告サレシモノニ於ケル者トス

第六節 原發性空腸潰瘍ノ存在ニ就テ

第 3 篇、第 4 章、第 6 節、第 2 項ニ於テ詳述セリ、茲ニ之ヲ省略ス。

第七節 本症ノ發生部位

第 2 回又ハ第 3 回目ノ開腹術ニ際シテ本症ヲ發見スル事ノ時ニ困難ナル場合少カラザルハ諸家ノ共ニ述ル所ナリ。Haberer 氏ハ腸間膜ノ淋巴腺肥大及ビ其炎症所見ヲ目標トスベキ事ヲ主張シ、手術時本症ノ發見不可能ナリシニ腸間膜淋巴腺ノ腫脹及ビ其炎症ヲ認メタルニ依

第 197 表 術後空腸潰瘍ノ位置的關係

報告者	總數	ブラウン氏腸々吻合部	空腸輸出脚	空腸輸入脚	吻合部 (又ハ其近接部)	吻合孔ノ對側
Roojen	58	2	8	6	42	0
Birgfeld	36	0	6	4	22	4
Flörcken	222	0	152		70	0
友田	19	1	3		13	2
Chiari	17	0	1	2	5	0
Gosset	11	0	5	6	1	0
Heidbreder	7	0	6		1	0
Haberer	12	1	4	1	4	2
Winkelbauer	9	0	1	0	7	1
平均	391	4	208		170	9

備考 友田ノ報告例ハ本邦ニ於テ報告サレシモノノ内其位置的關係ノ記載明ナルモノニ於ケル者トス

リ、腸ヲ切除後、切除標本ニ大ナル本症ノ發生ヲ確メタリト稱シ獨逸外科學會ニ報告セシ事アリ。從テ豫メ本症ノ好發部位ヲ知ル事ハ必シモ徒事ニ非ザルベシ。第 197 表ニ示セルガ如ク、諸家ノ報告ヲ平均スレバ最好發部位ハ吻合輸出入兩脚ニシテ胃腸吻合部又ハ其近接部ニ

次グ。而シテカカル潰瘍が胃腸吻合術後主トシテ其ノ下行脚ニ多キモノトス。

ブラウン氏腸々吻合部又ハ其ノ附近ニ發生セシト云フ報告ハ稀有ニシテ余ガ廣ク東西ノ文獻ヲ調査シタル所ニ由レバ、Roojen 氏ノ報告シタルモノ2例、Haberer 氏ノ報告例1例及ビ余ノ症例ヲ加ヘテ4例ニ過ギザルモノノ如シ。

第198表 本症ト病原トノ關係ヲ示スモノ

報告者	總數	胃潰瘍	幽門部及 十二指腸潰瘍	胃癌	其他
Roojen	67	60	3	1	3
Birgfeld	49	2	44	2	1
Flörcken	174	31	135	1	7
友田	19	9	5	5	0
Denk	9	0	9	0	0
Haberer	14	2	11	0	1
Winkelbauer	12	0	12	0	0
Heidbreder	7	2	5	0	0
平均	351	106	224	9	12

備考 友田ノ報告例ハ日本ニ於テ報告サレシモノノ内、原病ニ關スル記載明ナルモノニ於ケルモノトス

第八節 原病ニ就テ

第198表ニ示セルガ如ク、十二指腸及ビ幽門部潰瘍ノ場合ニ本症ノ發生スル事最モ多ク、百瀬氏ノ調査シタルガ如ク殊ニ幽門狹窄ヲ伴ヘルモノニ多クシテ、胃潰瘍ヲ原病トスルモノ之ニ次グ。

本症ハ獨リ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ手術後ニ發生スルノミナラズ亦胃癌症其ノ他ノ胃疾患ニ際スル外科的手術後ニモ發生シ得ル事ハ注意スベキ所見ナリ。即チ胃癌症ヲ原病トスルモノ351例中1例ニシテ、第198表ニ示スガ如ク、潰瘍及ビ癌以外ノ疾患ニ際スル外科的手術後ニモ本症ヲ發生セシモノ12例アリ。即チ次ノ如シ。

潰瘍ナラザリシモノ	6例	先天性幽門狹窄症ナリシモノ	1例
胃周圍炎ナリシモノ	2例	胃下垂症ナリシモノ	1例
胃炎ナリシモノ	1例	蟲線突起炎ナリシモノ	1例

第九節 術後發生時期

術後本症發生マデノ時期ニ關シテハ諸家ノ報ズル所一定セザル事第199表ニ示スガ如シ。Flörcken 氏ハ文獻ヨリ得タル249例中記載明カナルモノ50例ニ就テ調査シタルニ術後4週間ヨリ20年ニ渉ルモノニシテ平均2ケ年トナルコトヲ報ゼリ。

本症ハ術後早期ニ發生シ得ル事ハ否ニ難ク、文獻ニヨルニ、Steinthal 氏ハ胃腸吻合術後2日ニシテ本症ヲ發生シテ穿孔性腹膜炎ノ爲メ死亡シタル例ヲ發表シ、又 Key 氏ハ十二指腸ノ手術ノ直後ニ發生セシ症例ニツキ報告シ、Haberer、Galpern 氏等モ亦手術後早期ニ本症ノ發生シ得ルモノナル事ヲ記載セリ。本邦ニ於テモ本多氏ハ胃潰瘍ノタメ、ハッカー氏ノ胃

第199表 本症ノ發生時期

(Roojen 氏ニヨル)

發生時期	症例
10日以内	3
10日—3ヶ月	5
3ヶ月—6ヶ月	9
6ヶ月—12ヶ月	10
1年—1.5年	9
1.5年—2年	6
2年—3年	5
3年—4年	8
4年—5年	4
5年—10年	6
10年以上	1
計	65

(Winkelbauer 氏ニヨル)

發生時期	症例
21日マデ	1
1年マデ	2
2年マデ	1
3.5年マデ	1
4年マデ	2
7年マデ	1
8年マデ	1
10年マデ	1
14年マデ	1
17年マデ	1
計	12

(Denk 氏ニヨル)

發生時期	症例
10日以内1年マデ	22
1年—2年	12
2年—10年	21
計	55

(Schwarz 氏ニヨル)

發生時期	症例
2年—5年	20
5年—10年	13
計	33

(友田ニヨル)

發生時期	症例
14日以内	12
14日—2ヶ月	3
2ヶ月—6ヶ月	3
1年以内	2
2年以内	1
計	21

(Gosset 氏ニヨル)

發生時期	症例
10日以内	1
2ヶ月—6ヶ月	4
6ヶ月—12ヶ月	3
1年—2年	9
2年—3年	1
3年—4年	7
4年—5年	1
7年以内	1
計	27

備考 友田ノ報告例ハ本邦ニ於テ報告サレシモノニ於ケル者ナリトス

腸吻合術後6日ト16時間ヲ經テ本症ノ發生セシ事ヲ剖檢ニ依テ確メタリ。又宮城氏ハ術後8日ニシテ本症ノ發生ヲ見タル症例ヲ報告セリ。文獻ニヨルニ術後2週間以内ニ發生セシモノハ125例中16例(12.6%)ヲ算ス。然ルニ遅キハ數年、10數年後ニ於テ之ヲ臨牀的ニ認ムル

事少カラズ。例ヘバ Flörcken 氏ハ術後20年、Schemzö 氏ハ術後22年ニシテ本症ノ發生ヲ見タル例ヲ報告セシガ如シ。即チ本症ハ比較的屢々發生スルモノナルベキモ、1定ノ期間ハ潛伏シテ其症狀ヲ呈セザル者少カラザルモノノ如シ。從テ其診斷ハ特ニ慎重ナラザルベカラズ。

第十節 診 斷

本症ハ其ノ症狀甚ダ複雑ナルト、何等症狀ヲ示サズシテ突然穿孔ヲ來ス事屢々存スルヲ以テ、其ノ診斷ハ一般ニ至難ノ事ニ屬ス。胃又ハ十二指腸潰瘍ノ外科的處置後、心窩部疼痛、吐血又ハ下血、吻合部狹窄、下痢、腫瘍形成等ノ症狀出現シタル場合、殊ニ上記原發性潰瘍ニ對スル手術方法ガ本症ヲ屢々惹起スルガ如キ術式施行ノ後ニ於テハ、先ヅ本症ノ發生ニ

就テ熟慮スルヲ要ス。コノ際單ニ術後癒着等ノ診斷ノ下ニ之ヲ放置スルガ如キハ大ニ慎ムベキ所ナリトス。而シテ診斷ニ際シテ最モ確實ナル方法ハX線検査法ナリ。即チ吻合部ニ於ケル限局性壓痛、狭窄、癒着等ノ所見ノ外、往々壁龕ヲ證明シ得ル場合存スルモノトス。(插圖98及ビ插圖99参照)又空腸潰瘍ガ横行結腸ニ穿孔シテ兩者ノ間ニ瘻孔ヲ形成シタルガ如キ場合ヲモ證明シ得ルコトアリ。然レドモ本症ノ場合壁龕ヲ證明スル事ハ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合ニ比シテ甚ダ困難ナルモノニシテ從テX線検査上變化ノ發見セラレザル場合ト雖、直チニ本症ヲ否定シ得ザルモノトス。尙ホ胃液ノ過酸症ガ診斷上參考トナル場合アリト雖、無酸症ニシテ尙ホ頑固ナル本症ヲ惹起スル事アルヲ以テ胃液所見ニ重大ナル意義ヲ附スル事ハ當ヲ得タルモノニ非ズ。其ノ他本症ハ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合ニ比シテ屢々穿孔ニ依リ急性腹膜炎ヲ惹起スルモノナルヲ以テ、上記潰瘍ノ手術後ニ急性穿孔性腹膜炎ノ發生シタル場合ニハ先ヅ本症ニ留意スベキモノトス。



插圖 98. 術後空腸潰瘍ノ壁龕
(Kalk 氏ニ依ル)



插圖 99. 同左 (Kalk 氏ニ依ル)

第十一節 豫防法

胃及ビ十二指腸ニ於ケル原發性潰瘍ニ對スル各種手術式ト本症發生率トノ關係ニ就テハ既ニ述ベタル所ナリ、即チ本症ノ治療及ビ豫防トシテハ幽門ヲ廣ク含ム潰瘍ノ切除術ヲ以テ最モ適當ナルモノトス。而シテコノ場合最モ生理的状態ニ近キ、Kocher 氏法、Billroth 氏第1法ヲ可トスベキモ通常潰瘍部ノ癒着、十二指腸斷端ノ移動性不元分ナル場合多キヲ以テ、カカル場合ニハ Billroth 氏第2法、Polya、Balfour 氏法等ヲ施スベキモノナリ。蓋シ之等胃切除手術ノ後ニハ統計上本症ヲ見ルコト他ノ術式ニ於ケルヨリモ比較的稀ナルヲ以テナリ。若シ切除術不可能ナル場合ニハ、胃腸吻合術ヨリモ曠置ノ胃切除術ヲ可トス、若シ胃腸吻合術ヲ施ス場合後胃腸吻合ヲ施スベキヤ、前胃腸吻合ニ Braun 氏吻合ヲ併施スベキモノナリヤニ就テハ、學者間ニ尙ホソノ意見一致シ難シ。然レドモ、既述ノ如ク本症ノ發生率ハ後者ニ於テ、

稍高率ヲ示スヲ以テ見レバ、本症ノ豫防ヲ考慮スル時ニハ寧ロ前者ヲ選ブベキモノナルベシ、而シテ胃腸吻合術ニ際シ Eiselsberg 氏幽門曠置術ノ如キハ之ヲ併施セザルヲ可トス。

第十二節 療法

再手術ニ際シ、又ハ剖檢時、胃腸吻合部ノ附近ニ術後潰瘍ノ治癒ヲ思惟セシムル瘻痕ヲ證明セシ學者アリ (Starlinger) 又 Finterter, Roojen 氏等モ同様ノ事實ヲ目撃シ、v. Bergmann 氏ハ、X線検査ノ結果、空腸壁龕ノ消失治癒ヲ觀タリ、カカル事實ニ徴スレバ、本症ノ一部ハ自然治癒ヲ營ミ得ルガ如シト雖、以之、果シテ本症ノ幾何ガ自然治癒ヲ營ムモノナリヤヲ知ルコトハ甚ダ困難ナリ、亦本症ハ屢々致死的ノ合併症ヲ招致スルコトヲ思ハバ、本症ヲ徒ラニ長ク内科的姑息的ニ治癒ス可キモノ非ズ、輕症ナル場合ニ於テノミ、依之效ヲ收メ得ルモノナル可シ、内科的療法トシテハ、次ノ如キモノヲ擧グル事ヲ得可シ。

- (1) 食餌療法、一定ノ病院ニ患者ヲ收容シ醫師ノ監督ノ下ニ非ザレバ合法的ノ食餌療法ヲ行フコト困難ナリ。
- (2) 内容鬱積除去、潰瘍ノ解剖學的型態、潰瘍周圍ノ痙攣、狭窄等ニ依リ、空腸潰瘍ニ内容ノ鬱積ヲ招致ス、從テ、1日數回入念ニ胃洗ヲ行ツテ之ヲ防ガザル可ラス、コノ際、洗滌液内ニ收斂劑ヲ注加スルヲ可トス。
- (3) 疼痛ノ鎮靜。
- (4) 貧血ノ治療、空腸潰瘍ヨリノ出血ニ依リ著シキ貧血ヲ來スコトアルヲ以テナリ。
- (5) 肥滿療法、營養衰ヘタル場合ニハ「インズリン」肥滿療法ヲ施行シテ之ト戰フ場合アリ。前記内科的療法ニ依ルモ效ナキ場合(多クノ場合然リ)ニハ外科的手術ヲ行ハザル可ラス、之ニ對症の術式ト根治療法ノ2種類ヲ分ツ、順次説明センニ次ノ如シ。

第一項 對症の術式

- (1) 空腸瘻形成、最モ簡單ナル術式ナリ、初回手術々式ノ種類如何ヲ問ハズ、又患者ニ大ナル苦痛ヲ與フルコト無ク施行シ得ルモノナリ、本術式ハ次ノ如キ場合對症ニ施行セラル、而シテ根治手術不可能ナル場合ニ施行セラルルモノナルコト勿論ナリ。
 - (イ) 飢餓死防止ノ目的。
 - (ロ) 營養回復ノ目的。
 - (ハ) 試驗的開腹術、胃切開ヲ行フモ粘膜ニ高度ノ炎術ノミヲ證シ潰瘍ヲ缺如セシ場合、コノ際炎術部位ヲ充分曠置スルコトニ依リ其ノ治癒ヲ促進シ得ルモノナリ。
 - (ニ) 空腸潰瘍ノ穿孔時。
- (2) 胃腸吻合術、胃腸吻合術ヲ行ヒテ、空腸潰瘍發生部位ヲ曠置シ、該部位ニ於ケル

刺戟ヲ減弱セシメ以テ、潰瘍ノ治癒ヲ計ル事ヲ主眼トスルモノナリ、然レドモ本術式後ニ、再度空腸潰瘍ノ再發ヲ見ルコトアル (Polya, 友田) モノニシテ、其ノ成績面白カラズ。

第二項 根治療法

(1) 潰瘍部ノミノ切除、單ニ空腸潰瘍ノミヲ切除シ、再ビ縫合スル法ニシテ、其ノ效果疑ハシキヲ以テ廣ク應用セララルニ至ラズ (插圖 100)。

(2) 空腸潰瘍ヲ含ム吻合部ノ切除法、發生セシ空腸潰瘍部吻合ニ關與セル胃壁ノ一部及ビ空腸ノ兩脚ヲ共ニ切除シ、更ニ胃腸吻合ヲ施スモノナルモ、其ノ效果ハ不十分ナリ、吾人ノ經驗セシ例ニ於テモ、本術式ヲ行ヒタルニ潰瘍ノ再發ヲ來セシモノトス。

(3) 根治療法、前記(1)及(2)ノ兩法ハ、潰瘍部ヲ除去スル術式ナルモ尙根治ヲ期スルコト能ハズ、根治療法トシテ最モ優秀ナル法ハ次ニ述ブル術式ナリトス。

根治療法ハ初回術式ノ異ルニ從テ亦其ノ法ヲ異ニスルモノナリ。

(イ) B.I 法術後ノ場合、コノ場合ニハ、肝十二指腸靱帶ヘノ穿通癒着ノタメ本靱帶ノ損傷ヲ來シ易ク、又前回手術ニ際シ營養障礙ヲ受ケタル十二指腸斷端ノ閉鎖不全ヲ起スコト多キヲ以テコノ場合ノ根治手術ハ甚ダ至難ナリ、殊ニ潰瘍部ヲ切除シタル後胃十二指腸ノ切除兩斷端ノ直接吻合ハ望マシキコトナルモ一般ニ次ノ理由ニ基キ困難ナリ、即チ十二指腸後壁ニハ漿膜ヲ缺ケルコト、吻合時縫合ヲフアーテル氏乳頭附近ニ於テ行ハザル可ラザルコトアル點、及ビ潰瘍附近ノ十二指腸粘膜炎術部位ガ吻合部ニ位スルニ至ル諸點是ナリ、モシ胃十二指腸ノ端々吻合不可能ノ場合ニハ B.II 法、又ハ曠置的胃切除術ヲ選バザル可ラス。

(ロ) 幽門曠置ノ有無、胃切除ノ有無ニ不拘、一般ニ前回手術ニ際シ、胃空腸吻合術ヲ行ヒシ後ニ本症發生ヲ見タル場合ニハ、根治療法トシテ、空腸潰瘍、胃腸吻合部、幽門ハ幽門竇及ビ原發性潰瘍ヲ含ミテ胃ヲ廣汎ニ切除スベキモノニシテ、コノ際胃切除術式トシテハ B.I 法ニ依ルヲ可トス可キモ、手術時十二指腸斷端ノ移動性ニ乏シクシテ本法ノ不可能ナル場合ニハ、B.II (廣義)ニ依ラザル可ラス。コノ際、原發潰瘍ガ肝、膵等ニ穿通シテ其ノ除去不可能ナル場合ニハ、潰瘍底ヲ體內ニ殘存セシメテ爾餘ノ胃ヲ切除シ、又十二指腸潰瘍ニシテ切除不可能ノ場合ニハ曠置的胃切除術ヲ施ス可シ。空腸潰瘍ガ横行結腸ニ穿通セル場合ニハ、

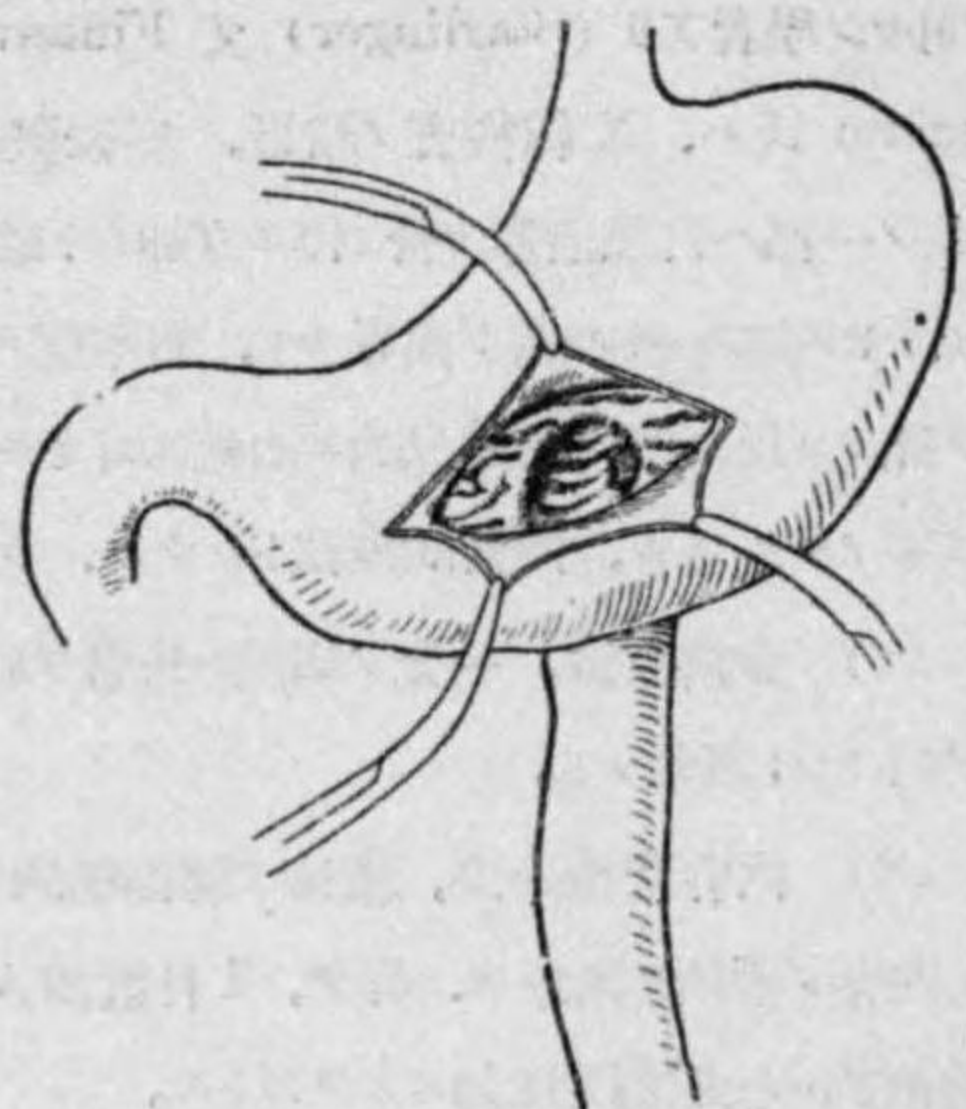


插圖 100. 潰瘍ノ切除術式ヲ示ス

穿通孔ヲ縫合閉鎖ス可シ。コノ際結腸ノ切除ハ必シモ必要ナラズ。尙手術ノ詳細ナル技術ニ關シテハ手術篇ニ於テ述ブルコトス可シ。

第三項 手術ノ成績

手術死亡率ニ就テ學者ノ述ブル所ヲ記スレバ次ノ如シ。

Starlinger	23.7 %	Löwy	27.0 %
Clairmont	25.0 %	Matolay	21.8 %
v. Haberer	10.0 %	Schloffer	20.0 %
Finsterer	50 %	Pauchet	12.5 %
Friedemann	9.5 %	Balfour	3.37 %
Sokolov	30.4 %		

即チ手術ノ直接成績ハ甚ダ不良ナルヲ知ル可シ、

次ニ遠隔成績ニ就テ述ブルコトス可シ、先ヅ Ranzi 氏ハ本症ニ對スル根治手術後 11.1 % 姑息的療法後ニハ 23.1 % ノ無効例ヲ報ジタリ、Clairmont 氏ハ 44 例ノ手術例中、13 例ノ治癒例ヲ見、コノ内 8 例ハ廣汎ナル切除ニ依リシモノニシテ、1 例ハ潰瘍ノ切除、1 例ハ空腸瘻、2 例ハ第 2 回胃腸吻合術ニ依リシモノトス、而シテ試験的開腹術ニ終リシ 5 例ハ何レモ效ヲ奏セザリシト、Finsterer 氏ハ根治手術例 22 例中無効例 7 例ヲ見、Eiselsberg 氏ハ、遠隔成績ヲ調査セシ 22 例中不治 3 例 (14 %) ヲ報ジ、Wanke 氏ハ治癒率トシテ 80—95 % ヲ、Balfour 氏ハ合併症ナキ本症 9 例ノ根治手術ニ於テ 85 % ノ治癒率ヲ報ジタリ。

文獻

赤木、空腸潰瘍成因ニ關スル實驗的研究、日本外科實函、第 12 卷第 6 號
 蟻田、消化性空腸潰瘍ノ 1 例 第 32 回九州醫學會誌、昭和 4 年、第 279 頁。
 後藤、胃腸ニ於ケル所謂消化性潰瘍、日本外科學會雜誌、第 22 回。
 後藤、友田、胃及ビ十二指腸潰瘍ノ外科的經驗 「グレンツゲベート」、昭和 10 年 7 月、實地醫家ト臨床第 14 卷第 6 號。
 關、消化性潰瘍ノ成因ニ關スル實驗的研究、日本外科學會雜誌、臨時號、第 36 回、日本外科學會總會、日程、第 31 頁。名古屋醫學會雜誌、第 44 卷、第 187 頁。
 寺本、消化性空腸潰瘍、日本外科學會雜誌、第 32 回、第 1801 頁。
 友田、臨床上興味アル術後消化性空腸潰瘍ノ 1 例竝ニ本症ノ臨床的及ビ統計的觀察ニ就テ 「グレンツゲベート」、第 3 年、第 6 號。
 友田、胃腸ニ於ケル定型的潰瘍ノ成因竝ニ其治療ニ關スル胃液ノ意義ニ就テ、治療及處方、昭和 13 年 4 月、5 月。
 溝口、所謂術後消化性空腸潰瘍ノ成因ニ關スル實驗的研究、醫學研究第 11 卷第 8 號。
 加藤、各種胃手術後ニ於ケル胃液酸度ノ消長竝ニ胃粘膜組織ノ變化ニ關スル實驗的研究、醫學研究第 11 卷第 11 號。
 舟山、術後空腸潰瘍ノ成因ニ關スル實驗的研究、日本外科室函、第 7 卷、第 3 號、第 433 頁。

- 本多, 余方圓形潰瘍觀補遺, 日新醫學, 第16年, 第10及第11號。
- 松尾, 空腸潰瘍, 實驗消化器病學, 昭和2年6月10日。
- 南, 多發性胃潰瘍並=胃及十二指腸潰瘍ノ合併症=就テ「グレンツゲビート」, 第1年, 第10號。
- 宮城, 消化性空腸潰瘍=就テ, 東京醫事新誌, 第2439號及第2440號。
- 百瀬, 胃腸吻合術後=發生スル所謂消化性空腸若クハ胃空腸潰瘍ノ成因=關スル實驗的研究, 日本外科學會雜誌, 第29回, 第11第12號。
- 百瀬, 所謂術後消化性空腸潰瘍ノ興味アル治驗例=就テ「グレンツゲビート」, 昭和3年8月1日。
- 八木, 腸吻合=關スル實驗的研究(所謂術後消化性潰瘍ノ成因=關スル研究補遺), 醫學研究, 第9卷, 第9號。
- 赤岩, 術後消化性空腸潰瘍=就テ, 實驗醫報, 第21年, 第294頁, 昭和10年。
- Abadie, J.: Resultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères du duodenum. Ref. Z.org. Chir. 48, 622 (1930).
- Achalme et Dambrin: Gastro-entérostomie; mort quinze mois après l'opération tuberculose pulmonaire. Ref. Jber. Chir. 5, 541 (1899).
- Alapy, Henrik: Die Erage der Operation des postoperativen jejunalen Ulcus. Ref. Z.org. Chir. 18, 144 (1922).
- Alessandri, R.: Alcune note cliniche sull'ulcera peptica post-operatoria. Ref. Z.org. Chir. 32, 770 (1925).
- Allen, Norman M.: Postoperativ Jejunal ulcers. Ref. Z. org. Chir. 44, 851 (1929).
- Appelmaus, R.: Les fistules gastro-jejuno-colicques. Rev. de Chir. 44, 757 (1925). Ref. Z. org. Chir. 34, 517 (1926).
- Armour, D.: The operation of gastro-enterostomy. Ref. Jber. Chir. 11, 657 (1905).
- Arn, E. K.: Diskussion zu Cneisohn. J. amer. med. Assoc. 1927, 1660.
- Arons, H.: Zur Frühdiagnose der Fistula gastrocolica. Dtsch. med. Wschr. 48, 771 (1922).
- Aschoff, L.: Ueber die peptischen Schädigungen des Magen-Darmkanals. Med. Klin. 1928, 1931.
- Ascoll, M.: Le modificazioni del chemismo gastrico dopo la gastroenterostomia. Policlinica 32, 6 (1925).
- Bager, B.: Beitrag zur Kenntnis über Vorkommen, Klinik und Behandlung von perforierten Magen- und Duodenalgeschwüren nebst einer Untersuchung über die Spätresultate nach verschiedenen Operationsmethoden. Acta chir. scand. (Stockh.) 64, Suppl., 11 (1929).
- Balfour, D. G.: Further observations on the use of the cautery in peptic ulcer. Ann. Surg. 78, 205 (1923).
- Partial gastrectomy for gastrojejunal ulcer. Ann. Surg. 79, 3 (1924).
- The case against gastroenterostomy. J. amer. med. Assoc. 83, 603 (1924).
- The occurrence and management of gastrojejunal ulcer. Ann. Surg. P. 271(1926).
- Lesions of the stomach and duodenum. Ref. Z.org. Chir. 37, 272 (1927).
- Balfour, Recurring ulcers following partial gastrectomy. Ann. Surg. 88, 548 (1928).

- Problems in the surgical treatment of peptic ulcer. Ref. Z.org. Chir. 41, 654 (1928).
- The value of conservative operations in irremovable lesions of the stomach. Ref. Z.org. Chir. 47, 87 (1929).
- The problem of recurrent peptic ulcer. J. amer. med. Assoc. 93. (1929).
- Bauer, K. H.: Kasuistische Mitteilungen über Fehler und Gefahren bei Magenoperationen. Zbl. Chir. 53, 997 (1926).
- Béclère, H.: Ulcus peptique et diverticule (contrôle opératoire) sur bouche de gastro-entérostomie pour ulcère juxta-pylorique. Ref. Z.org. Chir. 26, 243 (1924).
- Beer, Beitrag z. Aetiologie d. pept. Jejunalgeschwürs, Zentralbl. b. Chirg., Nr. 9, S. 282, 1922.
- Berger, W.: Die Bedeutung der Allergie für die innere Medizin. Wien. klin. Wschr. 1931, 789.
- Bey, Orhan: Soll man die Resektion oder die einfache Gastroenterostomiebehandlung beim Ulcus ventriculi oder duodeni vorziehen? Dtsch. med. Wschr. 52, 624 (1926).
- Bezy, Elemer: Neues Verfahren zur Gastroenteroanastomose zur Verhütung des postoperativen Ulcus pepticum. Ref. Z.org. Chir. 35, 118 (1926).
- Bidwell, John Berg: Pyloroplasty for cicatricial contraction of the pylorus and for gastric ulcer. Brit. med. J. 1900, 1000.
- Birgfeld, Über d. Ulcus pept. jej. nach Magenresektion, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 137, S. 568, 1925.
- Derselb., Ein Beitrag z. Magen Chirurgie, ebenda, Bd. 134, S. 51, 1925.
- Bishop: Abdominal emergencies. Brit. med. J. 1910, 1214.
- Boas, L.: Ueber die Bewertung der okkulten Blutungen im Symptomenkomplex des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. Med. Klin. 1928, 1381.
- Bohmansson, G.: Erfahrungen mit Polyas Resektionsmethode. Zbl. Chir. 53, 18 (1926).
- On secondary resections of the stomach in diseased conditions after gastroenterostomy. Acta chir. scand. (Stockh.) 62, Nr 1/2 (1927).
- Bonar, T. G. D.: Gastric function before and after gastro-jejunosomy. Lancet 207, 261 (1924).
- Borszky, K.: Magengeschwürchirurgie von 20 Jahren. Ref. Z.org. Chir. 26, 491 (1924).
- Börzer, H., Ein Fall von Ulcusrecidiv nach Billroth I (Kocher), Zentralbl. f. Chirg., S. 1499, 1926.
- Brin: De la gastro-entérostomie dans les troubles gastrique des nevropathes. Semaine méd. 1904, 342.
- Brock, R. C.: Four cases of gastro-colic fistula. Ref. Z.org. Chir. 43, 221 (1928).
- Bruce, A. H.: Diskussion zu D. G. Balfour. Ann. Surg. 88, 548 (1928).
- Brun, H.: Gastroduodenostomie bei Ulcus. Zbl. Chir. 1914, 140.
- Brunner, C.: Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II. Zbl. Chir. 1905, 1265.
- Budde, W.: Ueber ein Ulcusrecidiv nach Magenresektion (Billroth I). Arch. klin. Chir. 153, 600 (1928).
- Budisavljevis, J.: Ulcus pepticum jejuni. Ref. Z.org. Chir. 34, 517 (1926).

- Büchner, F.: Magensaft, Gastritis und peptisches Geschwür. *Klin. Wschr.* 1930, 1.
- Bürckle, de la Camp H.: Über das durchgebrochene Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür. *Münch. med. Wschr.* 1929, 1.
— Zur Pathologie und Chirurgie der peptischen Schädigungen des Magendarmkanals. *Dtsch. Z. Chir.* 220, 31 (1929).
- Bürmann, W.: Ein Fall von Retention des Murphyknopfes bei Gastroenterostomie. *Münch. med. Wschr.* 1920, 963.
- Bull, Chr. R.: Ulcus pepticum jejuni. *Ref. Z.org. Chir.* 32, 668 (1925).
- Bumm, R.: Die Spätergebnisse der Querresektion beim pylorusfernen Magengeschwür. *Arch. klin. Chir.* 145, 233 (1927).
- Bundschuh: Zur Frage der Resektion beim freiperforierten Magen-Zwölffingerdarmgeschwür. *Arch. klin. Chir.* 129, H. 1/2 (1924).
- Burckhardt: Sollen wir bei Pylorus-Duodenalgeschwür den Pylorus ausschalten oder nicht? *Dtsch. Z. Chir.* 172, 332 (1922).
- Catalina, P. A.: Ueber einige Fälle von Gastroenterostomieulcera. *Ref. Z.org. Chir.* 47, 771 (1929).
- Christian, J.: Zwei schwerere Fälle von Ulcus pepticum jejuni mittels Reoperation geheilt. *Ref. Z.org. Chir.* 34, 317 (1926).
- Clairmont, P.: Ergebnisse der operativen Behandlung der Ulcuskrankheit. *Schweiz. med. Wschr.* 1924, 9.
— u. Hadjipetros: Die Operation der Magen-Colon-Fistel nach Gastroenterostomie. *Münch. med. Wschr.* 1918, Nr 39, 1067.
- Clendening, L.: The causes of unfavorable Symptoms following gastroenterostomy. *J. amer. med. Assoc.* 77, 1241 (1921).
- Coffey, R. C.: Gastroenterostomy still the treatment for chronic gastric and duodenal ulcer. *Ann. Surg.* 71, 303 (1920).
- Cohen, H.: Gastro-ileostomy. *Surg. etc.* 33, 564 (1921).
- Cornioley, Ch.: L'ulcère simple de l'intestin grêle. *Rev. méd. Suisse rom.* 50, 91 (1930).
- Cutler, E. C. and F. C. Newton: Perforated ulcer of the stomach and duodenum. *Ref. Z.org. Chir.* 23, 441 (1923).
- Davis, L.: Late recurrence of peptic ulcer after gastroenterostomy. *Surg. etc.* 45, 293 (1927).
- Deaver, J. R.: Gastro-enterostomy. *Surg. etc.* 54, 2 (1925).
- Delore, X.: Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères du duodenum. *Ref. Z.org. Chir.* 47, 353 (1929).
- Denk, W.: Studien über die Aetiologie und Prophylaxe des postoperativen Jejunalgeschwürs. *Arch. klin. chir.* 116, 1 (1921).
- Desmarest, E. et G. Debray: A Porpos de 25 gastro-pylorectomies pour ulcère des Pestomac. *Z.org. Chir.* 44, 704 (1929).
- Devine, H. B.: Basic principales and supreme difficulties in gastric surgery. *Surg. etc.* 40, 1 (1925).

- Divis, J.: Spätkompliation nach Gastroenterostomia posterior. *Ref. Z.org. Chir.* 32, 109 (1925).
- Donati, M.: Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodenal. *Ref. Z.org. Chir.* 45, 148 (1929).
- Dubs, J.: Gastroenterostomie mit falscher Schlinge. *Dtsch. Z. Chir.* 162, 424 (1921).
- Dunnhill, D. P.: An adress on duodenal and gastric ulceration. Some personal experiences. *Brit. med. J.* 1925, 1069.
- Duschl, L.: Beitrag zur Pathogenese des Ulcus ventriculi. *Zbl. Chir.* 1929, 1515.
- Eberle, D.: Zu den Komplikationen der Gastroenterostomia retrocolica. *Zbl. Chir.* 1921, 1044.
- Eggstein, A. A. and H. L. Frosch: A case of gastroileostomy surviving operation 5 years. *Ref. Z.org. Chir.* 10, 474 (1921).
- Eichelter, G.: Spontanperforation des paralytisch erweiterten Duodenalschenkels 4 Jahre nach subtotaler Magenresektion wegen Ulcus. *Dtsch. Z. Chir.* 222, 691 (1930).
— Rezidivierendes Ulcus pepticum nach Oesophagusplastik im ante-thoracal verlagerten Dickdarm (Resektion, Heilung). *Zbl. Chir.* 1931, Nr. 38, 2369.
- Eiselsberg, A.: Ueber Ausschaltung inoperabler Pylorusstrikturen nebst Bemerkung über die Jejunostomie. *Arch. klin. Chir.* 50, 919.
— 160 opérations de Pestomac faites ces dernières années a Königsberg. *Ref. Zbl. Chir.* 1900, 835.
— Unsere Erfahrungen mit der Behandlung des Magen- und Duodenalulcus. *Wien. klin. Wschr.* 1926, 25, 26.
- Eliason, E. L. and D. Hinton: Chronic duodenal ulcer. *Ref. Z.org. Chir.* 48, 674 (1930).
- Els, Zur Entstehungs- u. Behandlungsfrage d. Ulcus, pep. jej. *Dtsch. Ztsch. Chir.*, Bd. 175, 1922.
- Erdmann, J. F.: Marginal, gastrojejunal or peptic ulcer subsequent to gastroenterostomy. *Ann. Surg.* 73, 434 (1921).
- Fernandez-Martinez, F.: Traitment de l'ulcus gastro-duodéal. *Ref. Z.org. Chir.* 42, 446 (1928).
- Finsterer, H.: Die chirurgische Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs unter Berücksichtigung der Dauerresultate. *Klin. Wschr.* 1925, 2017.
— Früh- und Spätergebnisse der operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. *Med. Klin.* 1927, 523, 567.
— Beziehungen zwischen Größe der Magenresektion und Dauerbehandlung bei der Ulcusbehandlung. *Brunns' Beitr.* 147, 78 (1929).
- Fischer, A.: Zur Technik der Operation des Ulcus jejuni. *Ref. Z.org. Chir.* 26, 278 (1924).
- Flechtenmacher, C.: Beitrag zur Radikaloperation des Ulcus pepticum jejuni postoperativum mit Colonresektion. *Arch. klin. Chir.* 134, 2 (1925).
- Flint, E. R.: Gastroduodenostomy. Further experiences. *Lancet* 1927, 12.
- Flörcken, Beiträge z. Entstehung u. Therapie d. Ulcus pep. jej. nach Magenoperation nach eigenen Erfahrungen u. einer Umfrage. bei 22 Chirg., *Arch. f. kl. Chirg.*, Bd. 143, S.

- 173, 1926.
- Flörcken, Über Pathogenese u. Therapie d. Ulcus pep. jej. nach Magenoperation Zbl. Chir. S. 2348, 1926.
- Flörcken, H.: Beiträge zur Magen Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung des Ulcus ventriculi und duodeni. Bruns' Beitr. 130, 329 (1924).
- Erfahrungen mit der "palliativen Resektion" beim nicht resezierbaren Ulcus duodeni und ventriculi. Zbl. Chir. 1926, 2772.
- Frangenheim, P.: Ulcus ventriculi und duodeni. Zbl. Chir. 1927, 1237.
- Frankau, C.: A case of jejuno-colic fistula following gastro-enterostomy. Brit. med. J. 1922, 3188.
- Fremont-Smith, M. and M. A. Melver: Late results of surgical treatment of peptic ulcer based of a study of 678 cases. Ref. Z.org. Chir. 45, 822 (1922).
- Friedemann, M.: Vorläufige Erfahrung mit der grossen Magenresektion insonderheit nach der Methode Billroth I (115 Fälle) beim Magengeschwür. Zbl. Chir. 1922, 49.
- Friedemann, Über d. Leistungsfähigkeit d. gross. Antrum-Pylorusresektion bei d. Geschwürskrht. d. Magens u. Zwölffingerdarms, Deutsch. Zeitschr. f. Chir., S. 191. Bd. 192, 1925.
- Derselbe
- Ueber Misserfolge nach Operationen wegen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür. Dtsch. Z. Chir. 179, 3, 4 (1923).
- Ueber die Leistungsfähigkeit der grossen Antrum-Pylorusresektion bei der Geschwürskrankheit. Dtsch. Z. Chir. 192, 191 (1925).
- Ueber Rückfälle nach grosser Magen-Zwölffingerdarmresektion wegen Geschwürskrankheit. Bemerkungen zu der Arbeit Stohrs. Zbl. Chir. 1925, 2659.
- Zur Frage der Verhütung des Ulcus pepticum jejuni. Zbl. Chir. 1926, 3227
- Ueber Dauerresultate bei der Radikaloperation wegen Geschwürskrankheit des Magens und Zwölffingerdarms. Zbl. Chir. 1927, 3015.
- Bedingungen f. d. Entstehung d. Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs u. etc., Zbl. Chir. 1937, Nr. 45.
- Fromme, A.: Ueber primäre Resektion des in die freie Bauchhöhle geplatzten Ulcus pepticum jejuni. Bruns' Beitr. 147, 117 (1929).
- Galpern, D. Magenresektion u. d. Ulcus pept. jej., Zentralbl. f. Chir., S. 535, Nr. 9, 1926.
- Galpern, J.: Resultate der Magenoperationen wegen Ulcus usw. 1908-1922. Arch. klin. Chir. 125, 86 (1923).
- Ueber einen Fall von Gastroileostomie. Zbl. Chir. 1927, 144.
- Gatewood: The immediate mortality and late results of operations for peptic ulcer, performed in the Presbyterian hospital of Chicago between 1915 and 1930. Ann. Surg. 92, 554 (1930).
- Girgolar, S.: Ueber wiederholte Eingriffe bei Magen- und Duodenalgeschwüren. Ref. Z.org. Chir. 46, 695 (1929).
- Gironcoli, De: Zur Magenresektion bei Ulcus pepticum postoperativum. Zbl. Chir. 1930, 25.

- Goepel: Demonstration zur Magen Chirurgie. Münch. med. Wschr. 1904, 33.
- Gola, L.: Die Behandlung des Magen- und Duodenalulcus mit parenteraler Proteininjektion. Ref. Z.org. Chir. 40, 585 (1928).
- Gosset, Lulcere pept. d. Jej., Revue d. Chirg., p. 54. Tom. 33 1906.
- Gottstein: Reiteration von Perforationen bei Ulceration des Magen-Darmkanals. Zbl. Chir. 1929, 2532.
- Goyena, J. R., M. M. Gallino u. A. Galindez: Fistula gastro-jejuno-colica infolge perforierendem Ulcus nach Gastroenterostomie. Ref. Z.org. Chir. 35, 573 (1926)
- Grassmück, Th.: Ein peptisches Geschwür nach einer ausgedehnten Magenresektion Modus Billroth II mit nachfolgender Perforation in die Bauchhöhle. Einige Worte über die Behandlung der Ulcuskrankheit. Ref. Z.org. Chir. 46, 289 (1929).
- Groeschel, L. B.: Gastrocolic fistula. With a report of a case. Ref. Z.org. Chir. 15, 289 (1922).
- Gussio, S.: Sull' ulcera digiunale secondaria. Ref. Z.org. Chir. 33, 388 (1926).
- Gutzeit, K.: Ueber die therapeutischen Erfolge der duodenalen bzw. jejunalen Ernährung bei Magenkranken. Münch. med. Wschr. 1930, 446.
- Grasmann, Max Zur Frage d. Ulcus simp. d. Dünndarms, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 136, S. 449, 1925.
- Haas, W.: Zur Frage der fehlerhaften Gastroenterostomie. Münch. med. Wschr. 1927, 1664.
- Haberer, H. v.: Terminolaterale Gestroduodenostomie bei der Resektionsmethode nach Billroth I. Zbl. Chir. 1922, 49.
- Zur operativen Behandlung des Ulcus pepticum jejuni. Dtsch. Z. Chir. 172, 351 (1922).
- Indikationsstellung für die chirurgische Behandlung bei bösartigen und gutartigen Erkrankungen des Magens und Duodenums auf Grund von Erfahrungen an 1432 eigenen Fällen. Slg. Abh. Verdgskrkh. 8, 5 (1923).
- Betrachtungen über unsere Misserfolge nach Resektion wegen Magen- und Duodenalgeschwüren. Zbl. Chir. 1930, 1.
- Ergebnisse nach weitgehender Resektion bzw. Totalexstirpation des Magens bei Carcinom und Ulcus. Dtsch. med. Wschr. 1930, 562, 613.
- Chirurgie des Magens, Darms und Wurmfortsatzes. Lehrbuch der Chirurgie, A. v. Eiselsberg gewidmet, S. 672. Wien: Julius Springer 1930.
- Haberer, Zur Frage d. Ulcus pept. jej., Arch. f. kl. Chirg., Bd. 140, S. 395, 1926.
- Derselbe, Resektion z. Ausschaltung u. recidiv. Jejunalulcus Arch. f. kl. Chirg., Bd. 146, S. 651, 1927.
- Derselbe, Verhindere eine unserer bisherigen op. Massnahmen, mit Sicherheit Ulcusrecidiv bzw. Ulcus pept. jej.? ebenda Bd 122, S. 564, 1923.
- Halpern, I. O.: Das peptische Geschwür des Dünndarms. Ref. Z.org. Chir. 19, 146 (1923).
- Die Ursachen von Rezidiven nach Operationen wegen Ulcus ventriculi. Ref. Z.org. Chir. 25, 283 (1924).
- Die Magenresektion und das Ulcus pepticum jejuni. Zbl. Chir. 1926, 535.
- Zur Pathogenese und Behandlung der peptischen Jejunalgeschwüre. Ref. Z.org. Chir.

- 44, 163 (1929).
- Hammer, D.: Ueber akute peptische Gastritis. Beitr. path. Anat. 82, 485 (1930).
- Hansy, V.: Ueber Verwendung von Klemmen bei Operationen am Magendarmkanal. Zbl. Chir. 1904, 18.
- Hayek, W.: Bakteriologische Befunde am resezierten Magen. Arch. klin. Chir. 160, 426 (1930).
- Heaney, F. J. Strong: Results of a series of gastric and duodenal operations. Brit. med. J. 1928, 1055.
- Hechtmann, G.: Tätigkeit von Magen und Darm nach Gastroenterostomien. Ref. Z.org. Chir. 47, 641 (1929).
- Hedlund, E.: Die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi et duodeni. Ref. Z.org. Chir. 22, 32 (1923).
- Heidbreder, Klinische u. histologische Untersuchung z. Frage. d. pept. Jejunalgeschwüre bei vorderer Gastroenterostomie u. Braunscher Anastomose, Arch. f. kl. Chirg., S. 685. 1227.
- Hellström, N.: Fistulae jejunae-colicae pepticae. Acta chir. scand. (Stockh.) 54, 282 (1921).
- Henning, N.: Die Bakterienbesiedlung des gesunden und kranken Magens. Arch. Verdgs. krkh. 47, 1 (1930).
- Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 42, 401 (1930).
- Henry, C. K. P.: Recurrent gastric perforations. Surg. etc. 32, 542 (1921).
- Henschen, C.: Ueber die Invaginationen im Bereiche des Magens, insonderheit die gastro-duodenalen Mageninvaginationen. Arch. klin. Chir. 148, 730 (1927).
- Hertel, E.: Die Entstehungsursachen des postoperativen Jejunalgeschwürs. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 42, 57 (1930).
- u. H. U. Kallius: Beiträge zur Gastroskopie des operierten Magens. Arch. klin. Chir. 151, 578 (1928).
- Hesse, E.: In Diskussion zu Girgolar. Ref. Z.org. Chir. 46, 695 (1929).
- Heyrovsky: Seltene Komplikationen nach Gastroenterostomie. Wien. klin. Wschr. 1911, 258.
- Hilarowicz, H.: Zur Frage der sog. Degastroenterostomiesation. Zbl. Chir. 1929, 1551.
- Hinterstoisser, H.: Ueber Ulcus pepticum jejuni. Bruns' Beitr. 145, 594 (1929).
- Hiymans van den Bergh, A. A.: Ulcus ventriculi. Ref. Z.org. Chir. 50, 595 (1930).
- Hohlbaum, Zur chirg. Therapie d. chron. Duodgeschw., Arch. f. kl. Chirg., Bd. 113, 1920.
- Horak, Josef: Experimenteller Beitrag zur Aetiologie des postoperativen Jejunalulcus. Ref. Z.org. Chir. 44, 518 (1929).
- Horsley, J. S.: The choice of operations for gastric and duodenal ulcers with especial reference to pyloroplasty. J. amer. med. Assoc. 81, 912 (1924).
- The immediate mortality and late results of operations for gastric and duodenal ulcers. Ann. Surg. 92, 545 (1930).
- Hurst, A. F. and M. J. Stewart: Jejunal and gastro-jejunal ulcers. I. Aetiology and pathology. Lancet 1928, 653.

- Hutchinson, C. E.: Some results of gastro-enterostomy. Ref. Z.org. Chir. 43, 651 (1928).
- Ito u. Soyesima: Zur zweiten Billrothschen Methode der Magenresektion. Dtsch. Z. Chir. 92, 352 (1908).
- Jacobovici, J.: Resultats de 250 resections d'estomac pour ulcères gastriques et duodenaux. Rev. de Chir. 21 (1929).
- Jansen, H.: Bemerkungen über Ulcusrezidive nach Magenresektion. Arch. klin. Chir. 154, 597 (1929).
- Jones, T. E.: On fifty-five cases unsuccessfull gastro-jejunostomy. Ref. Z.org. Chir. 44, 580 (1929).
- Jordan, S. M.: Ulcer of the lesser curvature of the stomach following gastroenterostomy. Ref. Z.org. Chir. 49, 539 (1930).
- Judd, E. S.: Jejunal ulcer. Surg. etc. 33, 120 (1921).
- Judine, S.: A propos du traitement des ulcères de l'estomac et du duodenum Statistique de 207 cas. Ref. Z.org. Chir. 49, 500 (1930).
- Jungermann, E.: Ein Beitrag zur Magen Chirurgie auf Grund von 275 operierten Fällen. Dtsch. Z. Chir. 158, 5, 6 (1920).
- Just, E.: Zur Frage des frei in die Bauchhöhle perforierten Ulcus pepticum jejuni. Wien. klin. Wschr. 1929, 500.
- Kakokura, N.: Ueber den Mechanismus der Magenentleerung ins Duodenum mit besonderer Berücksichtigung der Einflüsse der verschiedenen Formen der Magenresektion und Magendarmanastomose auf denselben. Jap. J. med. Sci., Trans. 92, (1930).
- Kalk, H.: Das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarmes. Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1931.
- Katzenstein, Über Entstehung u. Behandlung d. pept. Magengeschwürs, Dtsch. med. Wochenschr., S. 1603, 1925.
- Kausch: Zur extramuskulären (partiellen, submukösen) Pyloroplastik. Berl. klin. Wschr. 1910, 21.
- Kelling, G.: Zur vereinfachten Operation des peptischen Jejunalgeschwürs. Arch. klin. Chir. 153, 594 (1928).
- Keppich, Über d. Ulcus pept. jej. nach Pylorusausschaltung, Zentralbl. f. Chirg., S. 118, 1921.
- Koch, E.: Zur radikalen Behandlung des Ulcus pepticum jejuni. Ref. Z.org. Chir. 40, 455 (1928).
- J.: Erfahrungen mit der "palliativen Resektion" beim Ulcus pepticum jejuni. Zbl. Chir. 1927, 711.
- Könnecke, Ulcusgenese u. Gastroenterostomie, Beitrag z. kl. Chirg., Bd. 135, S. 118, 1926.
- Derselbe, Pylorusmagen. u. Ulcusdisposition, Zentralbl. f. Chirg. s. 2. 1923.
- König, F.: Zur Therapie des Magengeschwürs. Münch. med. Wschr. 1926, 51.
- Koennecke, W.: Ulcusgenese und Gastroenterostomie. Bruns' Beitr. 135, 188 (1925).
- Körte, W.: Bemerkungen über Operationen am Magen und Pankreas. Dtsch. med. Wschr. 1906, 748.

- Kohlmann, G.: Ueber die Magen-Colon- bzw. die Magen-Jejunum-Colonfistel und die gedeckte Darmperforation. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 38, 45 (1924).
- Konjetzny, G. E.: Die entzündliche Grundlage der typischen Geschwürsbildung im Magen und Duodenum. Erg. inn. Med. 37; 184 (1930).
- Konjetzny Missfolge nach Magenresektionen, Der Chirurg, 1932 S. 402. S. 433.
- Konokotin, S.: Spontanes Auseinanderweichen einer Gastroenterostomieöffnung nach Verschluss derselben. Ref. Z.org. Chir. 39, 44 (1927).
- Kopyloff, G.: Vergleichend-experimentelle Untersuchungen über Nahtmethoden bei der Gastroenterostomie. Ref. Z.org. Chir. 30, 532 (1925).
- Kotzoglou, P.: Ueber Fistula gastrocolica jejunalis nach Gastroenterostomie. Dtsch. Z. Chir. 221, 223 (1929).
- Kowarsky, G.: Zur Frage der chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. Ref. Z.org. Chir. 23, 319 (1923).
- Kreuter, E.: Ueber die "palliative Resektion" des Pylorus und Antrums beim Ulcus pepticum jejuni. Zbl. Chir. 1924, 11
— Ulcus pepticum jejuni und "palliative" Magenresektion. Zbl. Chir. 1927, 1504
- Lahey, F. H.: Excision of the stoma for gastro-jejunal ulcer. Ref. Z.org. Chir. 42, 451 (1928).
— and S. M. Jordan: Gastrojejunal ulcers and gastrojejunocolic fistulae. Ref. Z.org. Chir. 42, 509 (1928). Lluçia, H., Les récidives d'ulcères après gastrectomies, Revue de Chirurgie, 1938 P. 142
- Lampson, E. R.: Gastro-jejunal ulcers. Ref. Z.org. Chir. 17, 86 (1922).
- Lamson, O. F.: Jejunal ulcer (Ulcus jejuni). Ref. Z.org. Chir. 41, 503 (1928).
- Lehmann: Diskussion zu Lengemann. Zbl. Chir. 1926, 2999.
- Lengemann: Operationsbefunde an Gastroenterostomierten. Zbl. Chir. 1926, 2999.
- Leon-Meunier: De l'ulcère jéjunal post-opératoire. Presse méd. 1921, 536.
- Leriche, R.: Sur la possibilité de la guérison de l'ulcère peptique d'une bouche gastrojéjunale sans resection gastrique. Ref. Z.org. 46, 694 (1929).
- Leveuf, J.: La perforation en péritoine libre des ulcères post-opératoires du jejunum. Rev. de Chir. 46, 101 (1927).
- Lewisohn, R.: The frequency of gastrojejunal ulcers, Surg. etc. 40, 70 (1925).
— Gastroduodenal ulcers. Partial Gastrectomy versus gastro-enterostomy in their surgical treatment. J. amer. med. Assoc. 89, 1649, 1659 (1927).
— Reactivation of an old duodenal ulcer following disconnection of gastro-enterostomy. Ref. Z.org. Chir. 47, 490 (1929).
- Lieblein, Ulcus pep. jej., Deutsche Chirg., Bd. 46. 1905.
- Lieblein: Fernergebnisse der Gastroenterostomie beim chronischen Duodenalgeschwür. Med. Klin. 1928, 1385.
- Lindboe, E. Fr.: Erfahrungen mit der Resektionsmethode nach Polya bei Magen- und Duodenalulcus. Ref. Z.org. Chir. 33, 387 (1926).

- Linhart, W.: Zur Kasuistik der Megacolonfistel nach Gastroenterostomie. Münch. med. Wschr. 1920, 46.
- Loenhard, H.: "Nahtfernes Ulcusrezidiv" im Magenstumpf nach Billroth II. Zbl. Chir. 1929, 718.
- Lotheisen, E.: Der Weg durch das Mesocolon (Cholecystojejunostomie, Gastroenterostomia transmesocolica). Zbl. Chir. 1907, 31.
- Louria, H.: The surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. Surg. etc. 47, 493 (1928).
- Lluçia, Les récidives d'ulcères après Gastrectomies, Revue de Chir. 1938, p. 142.
- MacDonald, J.: Gastric-jejuno-colic fistulas. Remarks on six cases. Lancet 1927, 804.
- Madlener, M.: Ueber Pylorotomie bei pylorusfernem Magengeschwür. Zbl. Chir. 1923, 34.
— Die "palliative" Resektion bei der Magengeschwürkrankheit. Zbl. Chir. 1927, 450.
- Mandl, F.: Nochmals zur Frage des "chirurgisch unheilbaren Ulcus" des Magens. Wien. klin. Wschr. 1926, 14.
— Zur Resektionsbehandlung des Ulcus duodeni. Wien. klin. Wschr. 1930, 31.
- Marnoch, J.: Case of gastrojejunocolic fistula with stercoraceous vomiting following gastro-enterostomy. Brit. J. Surg. 8, 368 (1921).
- Marx, H.: Zur Wirkung der Proteinkörpertherapie auf das anatomische Bild des Ulcus ventriculi und duodeni. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 38, 4 (1925).
- Mason, J. Tata: Surgical results in peptic ulcer. Surg. etc. 47, 244 (1928).
- Massie, Grant: Perforated jejunal ulcer. Ref. Z.org. Chir. 29, 80 (1925).
- Matolay, G.: Ueber die operative Behandlung jejunaler Geschwüre. Ref. Z.org. Chir. 44, 519 (1929).
- Mayo, Ch. H.: Discussion on surgical treatment of gastric ulcer. Brit. med. J. 1920, 3108.
— Diskussion zu Lewisohn. J. amer. med. Assoc. 89, 1660 (1928).
— W. J.: 500 cases of gastroenterostomy. Ref. Jber. Chir. 11, 658 (1905).
- Meischke, M.: Beitrag zur operativen Behandlung der gastrokolicen Fistel. Bruns' Beitr. 138, 139 (1926).
- Meisel: Diskussion zu Reichel. Ref. Z.org. Chir. 45, 766 (1929).
- Métruax, A.: Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie postérieure simples dans le ulcères de l'estomac et du duodenum. Ref. Z.org. Chir. 10, 420 (1921).
- Michaelson, E. Fälle von Ulcus pept. post. jej. bei Kindern, nebst einem Beitrag. z. Frage d. Ulcus im Kindesalter, Zentralbl. f. Chirg., s. 805, 1926.
- Moise, T. S. and S. C. Harvey: A Method for an end-to-end gastro-enterostomy after a partial-gastrectomy. Surg. etc. 40, 4 (1925).
- Monsarrat, K. W.: The peptic ulcer. With a review of twelve months' surgical treatment. Brit. med. J. 1922, 3197.
- Montgomery, Gastrojej. ulcer, Ref. Z.org. Chir., Bd. 22 1923, S. 96.
- Moppert, G.: Résultats du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodenum. Gaz. Hôp. 1922, 1189, 1221.

- Morison, B.: Pyloroplasty. *Lancet* 1905, 11.
- Morrin, F. J.: Spontaneous perforation of primary Jejunalulcers. *Ir. J. med. Sci.* 1931, 198.
- Morton, Observation on pept. ulcer, *Annals of Surgery*. p. 207. 1927. *Collect. pap. of the Mayo Clinic* p. 21. 1926, vol. 18.
- Morton: Perforated gastric and duodenal ulcers. *Brit. med. J.* 1910, 249.
- Moszkowicz, L.: Ueber die Entstehung der Magengeschwürkrankheit (Gastropathie). *Klin. Wschr.* 1930, 385.
- Moynihan, B.: A case of gastro-jejunosomy for complete rupture of the intestine at the duodenal-jejunal flexure. *Brit. med. J.* 1901, 1136.
- Discussion on surgical treatment of gastric ulcer. *Brit. med. J.* 1920, 3108.
- An adress on the treatment of duodenal ulcer. *Lancet* 1923, 13.
- The Loyd Roberts Lecture on some problems in gastric surgery. *Brit. med. J.* 1928, 1021.
- Mugniéry, E.: Ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. *Ref. Z.org. Chir.* 10, 294 (1921).
- Neller, K.: Spätergebnisse der grossen Pylorus-Antrumresektion nach Billroth I und II wegen Ulcus ventriculi oder duodeni. *Dtsch. Z. Chir.* 222, 165. (1930).
- Neumann, A.: Weitere Erfahrungen mit der Verwendung der Netzmanschette, insbesondere bei der Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. *Dtsch. med. Wschr.* 1913, 39.
- F.: Chirurgie gastrique pour ulcères. *Ref. Z.org. Chir.* 47, 492 (1929).
- Nixon, O. I. and S. T. Lowry: Multiple consecutive perforated gastrojejunal ulcers. With report of a case, *Ref. Z.org. Chir.* 45, 217 (1929).
- Noetzel, W.: Die Catgutnaht bei Magen- und Darmoperationen. *Dtsch. Z. Chir.* 186, 128 (1924).
- Noever: Contribution a l'étude de la fistule jéjuno-côlique par ulcère peptique postopératoire du jéjunum. *Ref. Z.org. Chir.* 27, 113 (1924).
- Nordmann, O.: Korrekturoperationen nach erfolglosen Ulcusoperationen. *Zbl. Chir.* 1927, 1893.
- Nowák, M.: Die chirurgische Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre. *Ref. Z.org. Chir.* 27, 225 (1924).
- Oehnell, H.: Erfahrungen über die parenterale Eiweissbehandlung bei Magen-, Duodenal- und Jejunalulcus. *Ref. Z.org. Chir.* 33, 246 (1926).
- Oestreicher, F.: Einige Untersuchungen über das Befinden nach Magen- und Darmoperationen mit besonderer Berücksichtigung des peptischen Jejunalgeschwürs. *Arch. Verdgskrkh.* 33, 240 (1924).
- Oglobin, A.: Die Ursachen schlechter Dauerresultate nach den Operationen wegen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür nach den Befunden bei Relaparotomien. *Ref. Z.org. Chir.* 43, 55 (1928).
- Oliani, C.: Interventi ed esitia nella cura delle ulcere gastroduodenali comprese le perforate

- e le peptiche. *Ref. Z.org. Chir.* 46, 782 (1930)
- Ollenstein, R.: Die operative Behandlung der Gastropiose und deren Erfolge. *Arch. klin. Chir.* 158, 611 (1930).
- Orator, V.: Die Pathogenese der Magen-Duodenalgeschwüre im Lichte der neueren Forschung. *Krkhforschg.* 3, 490 (1927).
- Paschkis, K. u. V. Orator: Beiträge zur Normalhistologie des menschlichen Magens. *Z. Anat.* 67, 494 (1923).
- Paterson, H. J.: Gastric surgery. *Lancet* 1906.
- Pauchet, V.: One thousand operations for gastric, duodenal and jejunal ulcers. *Surg. etc.* 41, 711 (1925).
- Payr, E.: Verwendung von Jodtinkturdesinfektion am eröffneten Magen- und Darmtractus. *Zbl. Chir.* 1912, 386.
- Peck, Ch. H.: The present status of surgery for benign ulcer of the stomach and duodenum. *Ref. Z.org. Chir.* 34, 159 (1926).
- Permann, E.: Die Acidität im Magen nach Ventrikelresektionen. *Zbl. Chir.* 1927, 35.
- Petravskaya, G.: Ulcus pepticum jejuni. *Ref. Z.org. Chir.* 36, 751 (1927).
- Petrescu, G.: La gastro-entéro-anastomose dans un seul plan. *Rev. de Chir.* 63, 369 (1924).
- Petrov, N.: Welche Lehren ziehen wir aus wiederholten Magengeschwürsoperationen? *Ref. Z.org. Chir.* 42, 45 (1928).
- Philipowicz, J.: Zur Technik der breiten Gastroenterostomie. *Zbl. Chir.* 1923, 22.
- Pireaux: La gastro-entérostomie et ces complications. *Ref. Z.org. Chir.* 38, 704 (1927).
- Pokotilo, V.: Beobachtungen über das Ulcus pepticum postoperativum. *Ref. Z.org. Chir.* 41, 654 (1928).
- Diskussion zu V. Korocanskij *Ref. Z.org. Chir.* 44, 87 (1929).
- Polak, E.: Vermeintliche Krebsrezidive nach Magenresektion. *Ref. Z.org. Chir.* 50, 164 (1930).
- Polya, E.: Jejunumcolon- und Magencolonfistel nach Gastroenterostomie. *Dtsch. Z. Chir.* 121, 101 (1913).
- Ueber die Ausschaltung des Ulcus jejuni. *Ref. Z.org. Chir.* 9, 277 (1920).
- Zur Frage der Ausschaltung des Jejunalgeschwürs. *Ref. Z.org. Chir.* 9, 415 (1920).
- Pool, E. and P. A. Dineen: Late results of gastro-enterostomy for gastric and duodenal ulcers, including perforated ulcers. *Ann. Surg.* 76, 457 (1922).
- Porzelt, W.: Das perforierte Ulcus pepticum jejuni im Gefolge des Zwölffingerdarmgeschwürs-durchbruches. *Zbl. Chir.* 1928, 28.
- Pospisil, R.: Ulcus duodeni mit Jejunumcolonfistel. *Ref. Z.org. Chir.* 31, 99 (1925).
- Prat, D.: Das perforierte Magen- und Duodenalgeschwür. *Ref. Z.org. Chir.* 21, 250 (1923).
- Propping, Seidenfadenuleus nach Pylorusaffnaht, *Münch. med. Wochenschr.*, S. 345, No. 11 1924.
- Puhl, H.: Ueber die Entstehung und Entwicklung des Magen-Duodenalgeschwürs. *Arch. klin. Chir.* 158, 1 (1930).

- Quervain, F. A consideration of the relative merits of resection and gastro-enterostomy in the treatment of gastric and duodenal ulcer. *Surg. etc.* 34, 1 (1922).
- Rankin, F. W. and C. H. Mayo: Gastrojejunocolic fistulae following gastroenterostomy. *Ref. Z.org. Chir.* 18, 40 (1922).
- Redwitz, E. v. u. H. Fuss: Die Pathogenese des peptischen Geschwürs des Magens und der oberen Darmabschnitte. *Neue Dtsch. Chir.* 42. Stuttgart: Ferdinand Enke 1928.
- Reiche: Diskussion zu Konjetzny. *Ref. Z.org. Chir.* 27, 111 (1924).
- Reichel: Zur ursächlichen Behandlung des Magen-Duodenalgeschwürs und des Ulcus pepticum. *Ref. Z.org. Chir.* 45, 766 (1929).
- Ribas Ribas E.: Chirurgische Indikationen beim Magengeschwür. *Ref. Z.org. Chir.* 18, 143 (1922).
- Richter, Zur Resektion d. Duodenum u. d. Pylorus bei Ulcus duod., *Verhandlg. d. deut. Gesellschaft f. Chirg.*, S. 76, Bd. 42. 1913.
- Riess, P.: Zur Perforationsneigung des Ulcus pepticum. *Zbl. Chir.* 1925, 50.
— Misserfolge nach Ulcusoperation. *Zbl. Chir.* 1926, 3026.
- Ritter, L. E.: Der Wert der Ausschaltung des präpylorischen Teiles des Magens (Kelling'sche Operation) als eines kurativ-prophylaktischen Verfahrens beim Ulcus ventriculi und duodeni. *Ref. Z.org. Chir.* 25, 284 (1924).
- Robertson, W. E.: Jejuno-colic fistula. *J. amer. med. Assoc.* 91, 1259 (1929).
- Robinson, V. P.: A case of partial gastrectomy for pyloric ulcer; followed by two jejunal ulcers perforating at intervals of 6 months; recovery. *Lancet* 1928, 14.
- Roeder, C. A.: The relation of surgical technic to gastrojejunal ulcer. *Ann. Surg.* 3, 622 (1921).
- Roojen, Über d. Ulcus pep. jej. nach Gastroenterostomie, *Arch. klin. Chir.* S. 381, Bd. 91 1910.
- Rosenbach, F.: Resektion oder Gastroenterostomie bei pylorusfernem Ulcus ventriculi. *Zbl. Chir.* 1921, 1654.
- Rostock, P.: Pepsingehalt des Magensaftes und pathologischer Befund am Magen. *Brun's Beitr.* 143, 770 (1928).
- Rovsing, Th.: Beitrag zur Pathologie, Diagnose und Behandlung des chronischen Duodenalgeschwürs, auf Erfahrungen an 164 Fällen basiert. *Arch. klin. Chir.* 114, 712 (1920).
- Rubasew, S. M.: Die Biersche Naht bei der Gastroenterostomie. *Ref. Z.org. Chir.* 35, 36 (1926).
- Ruhmann, *Ergeb. z. Frage d. Konstitution bei Ulcus pepticum.*, *Deutsch. med. Wochenschr.*, Nr. 49, S. 2032, 1925.
- Ruhmann, W.: Frei perforiertes Ulcus pepticum und Schmerz bei schnellender Bauchdecke (Blumbersches Zeichen). *Münch. med. Wschr.* 1929, 1674.
- Rusanow, A.: Diskussion zu Levit. *Ref. Z.org. Chir.* 38, 223 (1927).
- Sanders, R. L.: Factors influencing health following surgical treatment of duodenal ulcers. *Ref. Z.org. Chir.* 47, 708 (1929).
- Stich, R. Ulcus. pep. jej., Fehler u. Gefahren bei chirg. Operationen, *Anflg.* 1923, S. 448.

- Sattler: Studien über Ausschaltung von ulcuskranken Magenteilen durch die Naht. *Dtsch. Z. Chir.* 197, H. 1/6 (1926).
- Savignac, R.: Les fistules gastro-coliques. *Ref. Z.org. Chir.* 29, 170 (1925).
- Savitzkij, A. I.: Eine Magen-Dickdarmfistel als Folge des Ulcus jejuni pepticum post-operativum. *Ref. Z.org. Chir.* 35, 573 (1926).
- Sawkoft, N. M.: Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. *Ref. Z.org. Chir.* 24, 324 (1924).
— Diskussion zu Levit. *Ref. Z.org. Chir.* 38, 223 (1927).
- Schachner, A.: Questions involved in operative procedures in cases of gastric and duodenal ulcers. *Ann. Surg.* 35, 117 (1926).
- Schempp, E.: Seromuskuläre Seidennähte als Quelle von Störungen nach Gastroenteroanastomosen. *Zbl. Chir.* 1927, 24.
- Scheren Chron. ulcer of the stomach and duodenum, *Lancet*, p. 691. Nr. 13, 1920.
- Schindler, R.: Gastroskopische Beobachtungen an operierten Mägen. *Zbl. Chir.* 1926, 2959.
— Erfolge internistischer Behandlung des Ulcus ventriculi seit Beginn der Reizkörperära. *Münch. med. Wschr.* 1928, 997.
- Schloffer, H.: Wandlungen in der Magen Chirurgie. *Med. Klin.* 1929, 502.
- Schmidt, L.: Die Ergebnisse von Operationen wegen Magen- und Duodenalgeschwüren. *Ref. Z.org. Chir.* 49, 52 (1930).
- Schmieden, V.: Ueber die chirurgische Behandlung des Ulcus duodeni. *Ref. Z.org. Chir.* 15, 429 (1922).
- Schneider, S. L.: Beiträge zur Frage der chirurgischen Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. *Ref. Z.org. Chir.* 50, 841 (1930).
- Schnitzler, J.: Bemerkungen zu dem Aufsatz Prof. Finsterers: "Ist die ausgedehnte Magenresektion usw." *Zbl. Chir.* 1924, 234.
— Indikationsstellung zu operativen Eingriffen bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni. *Wien: Julius Springer* 1926.
- Schubert, A. u. Th. Beer: Experimenteller Beitrag zur Technik der Magen-Darmnähte. *Arch. klin. Chir.* 133, 537 (1924).
- Schwarz, E.: Ergebnisse der operativen Therapie des chronischen Magen-Duodenalgeschwürs. Resultate nach Gastroenterostomie und Magenresektion, insbesondere der Methode nach Reichel. I. Teil: Die Gastroenterostomie. *Arch. klin. Chir.* 151, 280 (1928).
— Ergebnisse der operativen Therapie des chronischen Magen- und Duodenalgeschwürs. Resultate nach Gastroenterostomie und Magenresektion, insbesondere der Methode nach Reichel. II. Teil: Die Magenresektion. *Arch. klin. Chir.* 151, 445 (1928).
— Ueber die Behandlung des postoperativen Ulcus pepticum jejuni. *Ther. Gegenw.* 69, 157 (1928).
- Schwarz, F.: Die Behandlung der freien Perforationen des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs und des Ulcus pepticum jejuni. *Brun's Beitr.* 145, 212 (1928).
— Ueber das Ulcus pepticum postoperativum. *Brun's Beitr.* 147, 116 (1929).

- Ueber das Ulcus pepticum postoperativum. Zbl. Chir. 1929, Nr 56, 1719.
- Schwarz. Über d. op. Behandlung d. perfor. Magen u. Duod. geschwürs, u. d. Perforation d. pep. jej. Ulcus nach d. Gastroenterostomie, Deutsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 192, S. 239, 1925.
- Schwyzler, A.: Spätresultate in der Magen Chirurgie. Schweiz. med. Wschr. 1921, 966.
- Scott, W. J. M.: The relationship of nonabsorbable suture material to jejunal ulcer. An experimental study. Arch. Surg. 18, 1584 (1929).
- Segre, J.: Note di chirurgia gastrica. Ref. Z.org. Chir. 44, 86 (1929).
- Seebold, A.: Fehler und Gefahren in der Chirurgie. Ein Fall von mehrfachen, ohne genügende Gründe angelegten Gastroenterostomien. Ref. Z.org. Chir. 46, 289 (1929).
- Sherren, J.: An address on disease of the stomach and its surgical treatment, Lancet 1924, 10.
- Shore, B. R.: Gastro-jejuno-colic fistula. An unusual and fatal complication following operations for duodenal ulcer. Ann. Surg. 87, 4 (1928).
- Silbermann, I. S.: Experimentelle Magen-Duodenalulcuserzeugung durch Scheinfüttern nach Pawlow. Zbl. Chir. 1927, 38.
- Simon, R.: Ulcère duodénal gastro-entérostomie postérieure transmésocolique; ulcère peptique perforé, degastro-entérostomisation; nouvel ulcère pylorique, résection du pylöre et gastro-entérostomie postérieure; ulcère peptique sur la bouche deuxième gastro-entérostomie antérieure cette fois; ulcères peptique sur le deux bouche. Ref. Z.org. Chir. 47, 566 (1929).
- Sipicyn, N.: Chirurgische Behandlung des Ulcus duodeni. Ref. Z.org. Chir. 42, 450 (1928).
- Sladky, F.: Kasuistik der peptischen Jejunalgeschwüre. Ref. Z.org. Chir. 40, 455 (1928).
- Snapper, I. u. S. van Creveld: Ueber okkulte Blutungen. Erg. inn. Med. 23, 1 (1929).
- Sokolowskij, M. u. M. Schapiro: Die einreihige Knopfnah. Ref. Z.org. Chir. 33, 739 (1926).
- — Aussprache zu den Fragen der Magen Chirurgie. Ref. Z.org. Chir. 33, 740 (1926).
- Solé, R.: Spätere Resultate der Gastroenteroanastomosen. Ref. Z.org. Chir. 48, 406 (1930).
- Solkov, B. V.: Ulcus pepticum jejuni perforativum. Ref. Z.org. Chir. 35, 575 (1926).
- Solowoff, P. D.: Ueber wiederholte Magenoperationen. Ref. Z.org. Chir. 35, 243 (1926).
- Spassokutzki, S.: Ueber wiederholte Magenoperationen. Was lehren sie uns? Ref. Z.org. Chir. 25, 286 (1924).
- Aussprache zu Lewit. Ref. Z.org. Chir. 38, 223 (1927).
- Das postoperative peptische Dünndarmgeschwür. Die Ursachen seiner Entstehung. Ref. Z.org. Chir. 49, 482 (1930).
- Speck, W.: Zur Klinik und Pathologie der in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalgeschwüre. Bruns' Beitr. 129, 537 (1924).
- Spehl, G.: La gastrophotographie. Presse méd. 1931, 577.
- Stahnke, Zur Frage d. Braun Anastomose, Zbl. Chir., S. 2946, 1926.
- Starlinger, F.: Zur Diagnostik und chirurgischen Indikationsstellung der Geschwürs Krankheit des Magens und Zwölffingerdarms. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 41, 248 (1929).

- Ulcus pept. postoper., Ergeb. Chir. u. Orthop., Zbl. 25 S. 380, 1932
- Das Rückfallgeschwür nach vorhergegangener Magenresektion wegen Ulcus ventriculi und duodeni. Arch. klin. Chir. 160, 409 (1930); Arch. klin. Chir. 162, 564 (1930).
- Häufigkeit, Ursache, Anzeigestellung und Erfolge der unmittelbaren und späteren Relaparotomien nach Ersteingriffen zur Heilung des Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs. Im Truck.
- u. W. Richter: Zur Heilungsdauer der Anastomosennaht nach Magen-Darmvereinigung. Wien. klin. Wschr. 1931, 962.
- — Zur Beurteilung der Widerstandskraft des Kranken vor dem Eingriff. Chirurg 1931.
- Steinthal, Multiple pept. Ulcera d. jejunum nach Gastroenterostomie, Verhandlg. d. dt-sch. Gesellschaft f. Chir., S. 139 Bd. 29, 1900.
- Stendel, M.: Die neueren Magenoperationen in der Czernyschen Klinik und die bisherigen Dauererfolge. Arch. klin. Chir. 57, 459, (1898).
- Strauss, G.: Fistula gastrocolica als späte Komplikation der operierten Magen- und Duodenalulcera. Ref. Z.org. Chir. 37, 118. (1927).
- H.: Fistula gastrocolica. Dtsch. med. Wschr. 1930, 50.
- A. A., L. Bloch and I. G. Friedmann: Gastrojejunal ulcer. Medical and surgical considerations. J. amer. med. Assoc. 90, 3 (1928).
- Strelinger, L.: Ueber das Ulcus pepticum jejuni. Ref. Z.org. Chir. 49, 692 (1930).
- Sussig, L.: Contributo allo studio della patogenesi e del trattamento operativo dell'ulcere peptica del digiono. Ref. Z.org. Chir. 43, 587 (1928).
- Szemzö, G.: Ein 23 Jahre nach Gastroenteroanastomose relaparotomierter Fall von Ulcus pepticum jejuni. Klin. Wschr. 1924, 1227.
- Tiegal, Über d. pept. Geschwür d. jejunum nach Gastroenterostomie, Metteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. S. 897, Bd. 13 1904.
- Tomoda u. Yamamoto, Über d. Bedeutung d. Magensaftes f. d. Pathogenese d. U. p. j., Zbl. Chir. 1937, Nr. 28
- Tomoda, Erwiderung auf d. Arbeit von M. Friedemann ü. Bedingungen f. d. Entstehung d. Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs u. etc., Zbl. Chir. 1937, Nr. 45.
- Truesdale, P. E.: Pylorotomy. Report of a follow-up study of forty cases. J. amer. med. Assoc. 1928, 1001.
- Unruh: Ueber Anastomosis (Fistula) gastrocolica. Dtsch. med. Wschr. 1899, 257.
- Upcott-Gill, G. A. and H. B. Jones: The dangers of unabsorbable sutures in gastroenterostomy. With report of a case. Lancet 1925, 242.
- Urrutia, L.: Behandlung des Magenduodenalulcus und ihre Fernresultate. Ref. Z.org. Chir. 34, 786 (1926).
- L'ulcere jéjunal post-opératoire en Espagne. Ref. Z.org. Chir. 39, 506 (1927).
- Behandlung der Ulcusperforation. Ref. Z.org. Chir. 47, 430 (1929).
- Uspenskij, V. u. E. Sykova: Zur Ulcusepidemie. Ref. Z.org. Chir. 50, 97 (1930).
- v. Redwitz. Ulcusrecidiv nach Querresektion. d. Magens, Zbl. Chir, S. 2086, 1926.

- Vedova, Della: Quadruplici intervento in un caso di duplice stenosi gastrica benigna. Ref. Jahresber. 1909, 685.
- Veer, E. A. van Der: Some secondary complications of posterior gastro-enterostomy. Ann. Surg. 74, 360 (1922).
- Verhoogen, J.: Résultats du traitement chirurgical de l'ulcère estomac et du duodenum. Ref. Z.org. Chir. 30, 241 (1925).
- Vidakovits, K.: Ueber das Ulcus pepticum jejuni. Ref. Z.org. Chir. 10, 566 (1921).
- Walton, A. J.: Gastro-jejunal ulcer. Lancet 1925, 800.
- Operative treatment of ulcers of body of the stomach. Surg. etc. 40, 6 (1925).
- The results of surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. Brit. med. J. 1928, 784.
- Walzel, P.: Ulcus pepticum jejuni nach gleichzeitig ausgeführter Cholecystogastrostomie und Gastroenterostomie wegen chronischer Pankreatitis. Zbl. Chir. 1931, 2679.
- Wanke, R.: Das Ulcusleiden und die chronische Gastritis in chirurgisch-klinischer Betrachtung. Dtsch. Z. Chir. 214, 28 (1929).
- Operierte chirurgische Misserfolge des Ulcusleidens und der chronischen Gastritis (Rezidiv ulcus und Gastritis im operierten Magen, sc. postoperative Adhäsionen und Neurose). Dtsch. Z. Chir. 220, 263 (1930).
- Weir, J.: Phenomena including recurrent ulcer following resection of benign Lesion S. Ref. Z.org. Chir. 49, 51 (1930).
- Wiedkopf, Recidiv eines Magenulcus nach Schleimhautnaht mit Seide, Zentralbl. f. Chirg., S. 4. 1923.
- Willich: Zur Behandlung des akut perforierenden Magenduodenalulcus. Arch. klin. Chir. 157, 730 (1929).
- Winkelbauer, A.: Probleme in der neueren chirurgischen Ulcustherapie. Wien. med. Wschr. 1929, 24.
- Erfahrungen mit der infrapapillären terminolateralen Methode nach Billroth I. Arch. klin. Chir. 160, 439 (1929).
- Witzel: Die Sicherung der Gastroenteroanastomose durch Hinzufügen einer Gastrostomie (Gastroenterostomosis externa). Zbl. Chir. 1899 1193
- Winkelbauer, Zur Frage d. postop. ulcus pept. jej., Arch. f. kl. Chirg., S. 427, Bd. 140, 1926.
- Derselbe, Studien über d. Verhütung. d. Ulcus pept. postop. im Exp., ebenda, Bd. 143, S. 649, 1926.
- Wright, G.: The surgical treatment of gastro-jejunal and jejunal ulceration. Brit. med. J. 1922, 640.
- Yagi, Experimentelle Forschung über die Genese des sog. postoperativen pept. Ulcus, Archiv f. klin. Chirg., Bd. 184.
- Zahradnicek, J.: Magenresektion bei Ulcus pepticum jejuni. Ref. Z.org. Chir. 34, 713 (1927).
- Zollschan, Zum röntg. Nachweis d. Ulcus pept. jej., Dtsch. med. Wochenschr., 1918, S. 177.
- Zweig, W.: Ein Fall von Fistula gastro-colica. Wien. klin. Rdsch. 1900, 16.
- Die Nachbehandlung nach Magen- und Darmoperationen. Slg. Abh. Verdgskrkh. 9, 1(1925).

第十一篇

所謂腹部三主徴

(胃又ハ十二指腸潰瘍, 膽囊炎, 蟲様突起炎ノ合併例)

第一章 緒 言

所謂腹部三主徴トハ, 胃又ハ十二指腸ノ潰瘍, 膽囊炎及ビ蟲様突起炎ノ三者, 又ハ是等ノ内何レカ二者ガ相合併スル場合ヲ稱スルモノニシテ, Trio abdominis (Robin 氏) 又ハ Pathologische Syntonie des rechten Abdomens (S. Solieri 氏) トモ稱セラル。

1927年 Hinrichsen 氏ノ報告ニ依レバ, 膽囊炎及ビ蟲様突起炎ノ合併ニ關シテハ, 既ニ一世紀前ヨリ Körte 氏ノ注意セシ所ニシテ, Becker 氏モ亦夙ニ, コノ問題ニ興味ヲ有セシモノノ如シ。即チ氏ハ膽囊炎, 蟲様突起炎ノ合併例ニ就テ文献ヨリ 34 例竝ニ W. Müller 氏ノ 5 例ヲ蒐集報告セリト。W. Müller 氏ハ當時膽囊炎及ビ蟲様突起ニ, 一時的ニ外科的處置ヲ加ヘテ, 4 例ノ患者ヲ治癒セシメタリト報ズ。1902 年ニハ Kehr 氏亦膽囊手術ニ際シ同時ニ蟲様突起切除ヲ行ツテ效ヲ收メタル 18 例ヲ發表シ, 1900 年ノ學會ニ於テ, 氏ハ膽石手術後ノ再發ニ關シテ, 單ニ膽石ノ剔出ノミヲ以テ満足スルコトナク, 更ニ胃, 又ハ蟲様突起ノ合併疾患ヲモ同時ニ處置スベキ必要アル場合ノ存スル事實ヲ指摘高唱セリ, 其後泰西ニ於テハ, Retzlaff (1911 年), W. Oppel (1914 年) 氏等ヲ始メトシ, 腹部三主徴ニ關シテ注意スルモノ次第ニ増加シ, 其ノ臨牀的報告例モ多數ヲ算スルニ至レリ。而シテ本邦ニ於テハ, 大正 13 年後藤教授ガ之ニ關スル 40 例ノ報告ヲナシ, 其後教室ニ於テハ, 平常臨牀的方面ニ於テコノ問題ニ就テ注意ヲ拂ヒ, 又其ノ成因ニ關シテモ動物實驗的研究ヲモ重ネタルモノトス。即チ成因ニ關スルモノトシテハ, 宮川・細見氏等ノ業績ヲ, 外科的, 臨牀的研究トシテハ, 百瀬, 後藤, 楠氏等更ニ最近ニ至リテハ余ノ業績ヲ擧グルコトヲ得可ク, 第 36 回日本外科學會ニ於テ余ハ後藤教授ト共ニ最近 16 ケ年間ニ於ケル, 腹部三主徴ノ手術例トシテ 178 例ノ經驗ヲ報ジタリ。本邦ニ於テハ, 一般ニ學者ノコノ方面ニ深く留意セルモノハ甚ダ少ナク, 僅カニ本多氏(10 例), 池谷氏(2 例) 及ビ中田氏(1 例) 等ノ簡單ナル臨牀的報告アルニ過ギズ, 其ノ實驗的研究ニ至リテハ漸ク最近松永, 松本二氏ノ業績ニ接スルニ過ギザルモノトス。

第二章 蟲様突起炎 及び 潰瘍ノ合併例

第一節 文獻的考察

胃又ハ十二指腸潰瘍ト蟲様突起炎ハ相互間ニ原因的ニ關係ヲ有スルモノトナス學者アリ、Dieulafoy 氏 (1901 年) ハ化膿性蟲様突起炎ニ因ル穿孔性十二指腸潰瘍ニ就テ記載シ、Payr 氏 (1905 年) ハ蟲様突起炎ガ潰瘍發生ニ關與スベキモノナルコトヲ實驗的ニ證明シ、Mahnert 氏 (1908 年) ハ手術例及ビ剖檢例等ニ於テ兩疾患ノ合併セルモノニ就テ、臨牀上ノ見地ヨリ、蟲様突起炎ヨリ二次的ニ潰瘍ノ生成スベキモノト思考シ、胃潰瘍ニ蟲様突起炎ノ合併シタルモノハ 64.0% ナリトセリ、又 Schwalbach 氏 (同年) ハ蟲様突起炎後ノ消化管出血 30 例ヲ經驗シ、其ノ内 4 例ノ十二指腸潰瘍 (内 2 例ハ胃潰瘍ト共存)、各 3 例ノ胃潰瘍及ビ胃粘膜溢血ヲ存セシト云フ。Moynihan 氏 (1910 年) ハ潛伏性蟲様突起炎ニ際シテ屢々胃症狀ヲ現出スルコトアル可キヲ記載シ、且ツカカル場合手術所見ニ於テ、幽門部ノ痙攣、充血、大彎ニ沿ヒ幽門近ク存在スル淋巴腺腫脹等ヲ認メ、之ヲ Threeg astric stigmata ト稱セリ。更ニ Mansell-Moullin 氏 (1910 年) ハ潰瘍ノ症狀ハ胃粘膜ニ高度ノ充血及ビ浮腫アル時ニモ起リ得ルモノニシテ、斯カル變化ハ細菌性中毒ニ基因シ、蟲様突起炎ニ依リテモ誘發セラレ、遂ニ此ノ状態ヨリ潰瘍ニ變化スルモノトナシ、Paterson 氏 (1911 年) ハ潰瘍例ノ 66% ニ慢性蟲様突起炎ノ合併セルコトヲ述べ、Wilkie 氏 (1912 年) ハ廻腸、盲腸、下行結腸等ニ慢性炎性過程ノ共存セル十二指腸潰瘍ノ 10 例ニ就テ記載報告シ、Sherren 氏 (1913 年) ハ潰瘍患者 369 例ノ手術例ニ基キ、蟲様突起炎ガ潰瘍ノ生成ニ原因的ニ關係ヲ有スルコトヲ述べ、患者ノ既往症ニ於テ蟲様突起炎ノ症狀缺如セン胃及ビ十二指腸潰瘍 83 例ニ於テ蟲様突起ヲ切除セシニ、其ノ正常ナリシモノ僅カニ 8 例ニ過ギズシテ、爾餘ノモノニ於テハ多少クリモ蟲様突起ニ病的變化ヲ認メ即チ 13 例ニ於テハ、蟲様突起ノ肥厚著明ニシテ屢々内腔ノ狭小ヲ發見シ、其他ノ例ニ於テモ蟲様突起ノ閉塞、退化、蟲様突起炎性消化障礙 (Appendix dyspepsia) ノ合併ヲ證明セリト云フ。Nordmann 氏 (1922 年) ハ 64 例ノ手術例ニ基キ、潰瘍ト蟲様突起炎ノ合併 15 例、潰瘍、膽囊炎及ビ蟲様突起炎ノ合併 5 例、膽囊炎、蟲様突起炎合併例 37 例、膽囊炎、潰瘍合併例 7 例ヲ見、潰瘍ハ蟲様突起炎ニ續發スルモノナリトシ、潰瘍ノ成因ニ就キ感染説ヲ支持セリ。Kaufmann 氏 (1923 年) ハ胃潰瘍ハ胃粘膜ノ溢血ニ始マリ、カカル溢血ハ粘膜筋層ノ痙攣ニ因ルモノトシ、之ガ原因ニ蟲様突起炎ヲ擧ゲタリ。即チ蟲様突起炎ニ依テ迷走神經緊張症ヲ亢進セシメ、胃粘膜ノ溢血モ亦該神經ヲ刺戟シ、胃粘膜ノ消化作用モ共ニ作用シテ潰瘍ヲ生成スルモノナリトセリ。Braithwaite 氏 (1923 年) ハ、人ニ

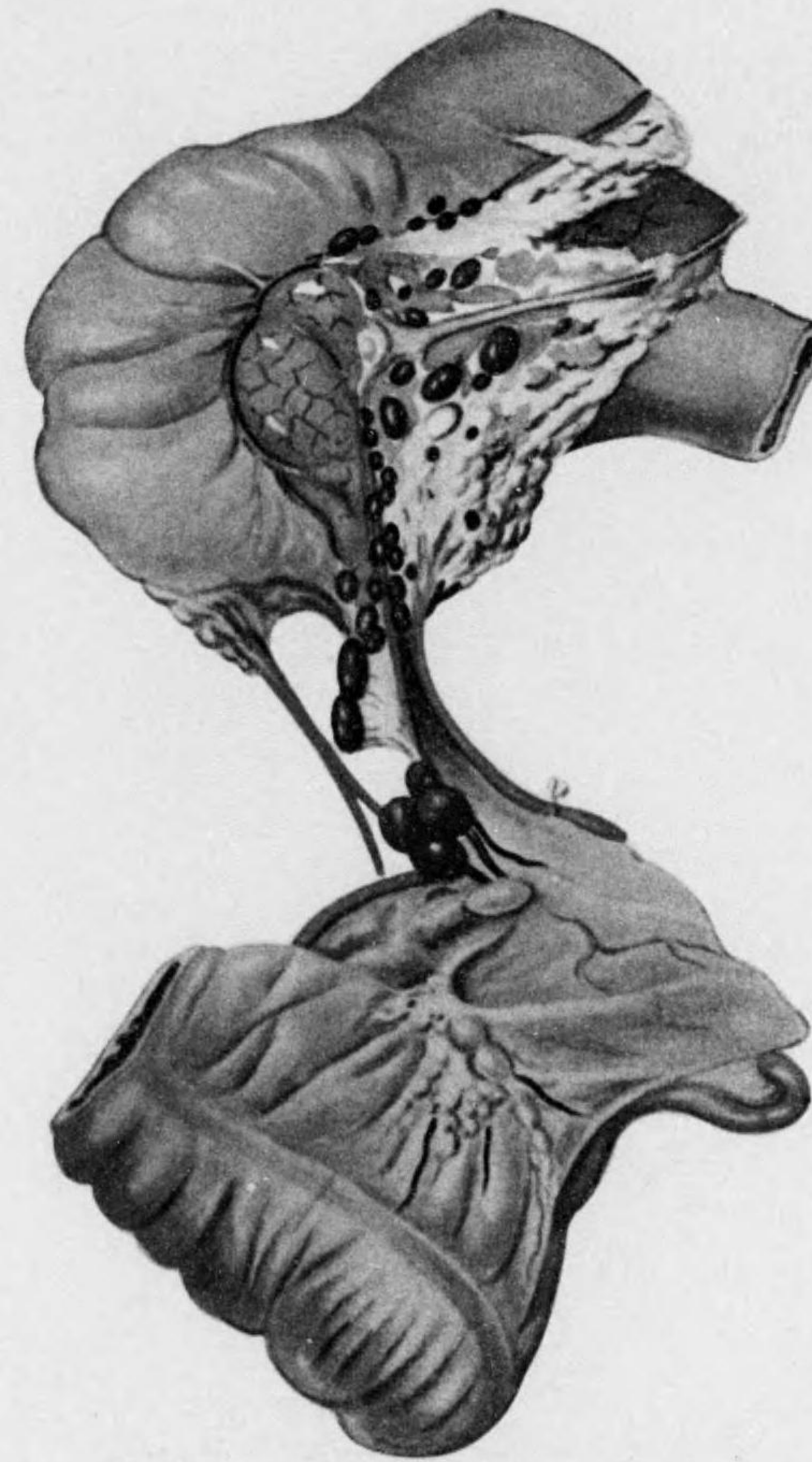


插圖 101. 人屍ニ於テ週首部淋巴腺ニ注射シタル色素ガ頭部淋巴腺ニ到達セル狀況 (Braithwaite)

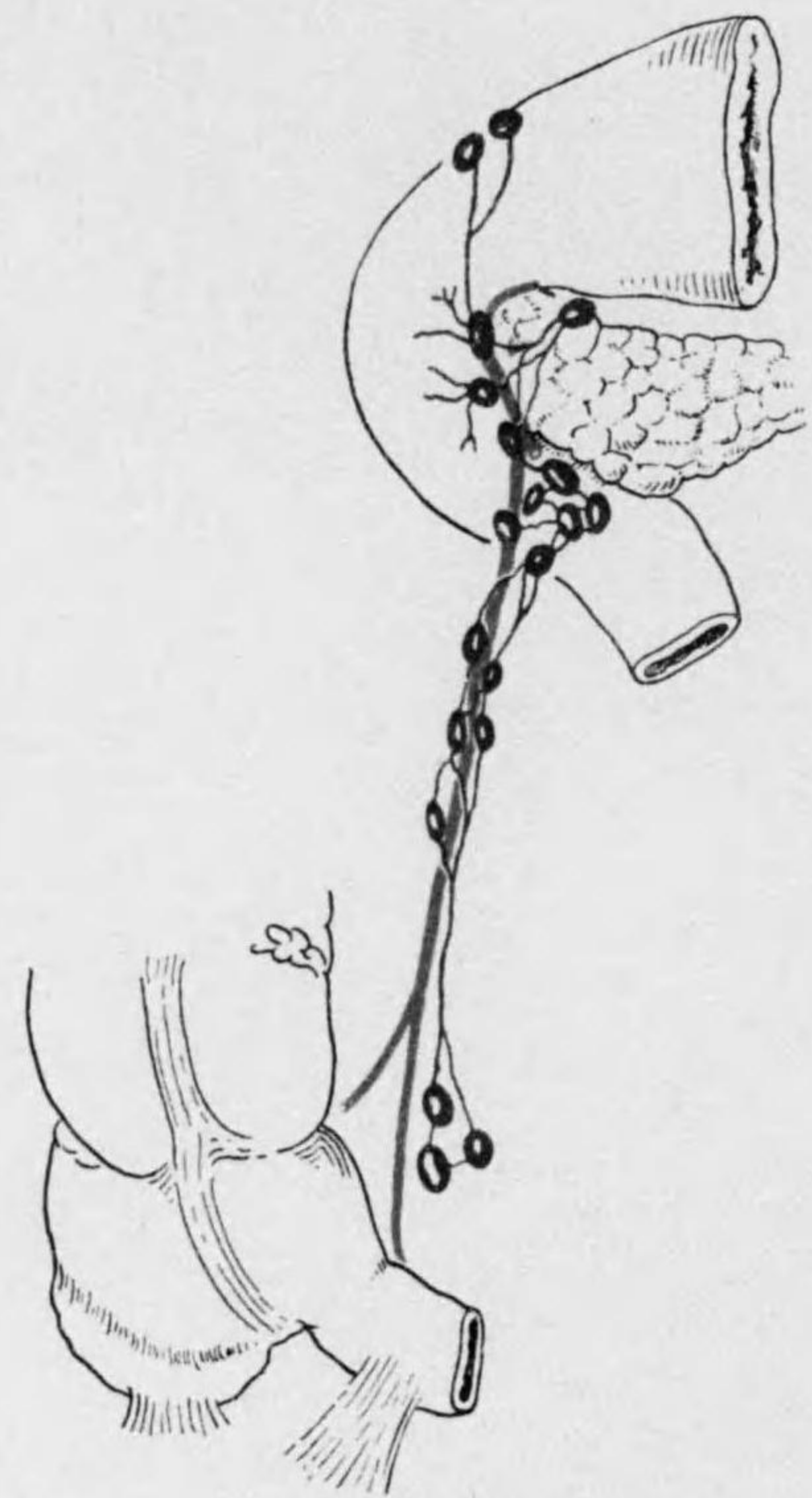


插圖 102. 人生體ニ於テ週官部淋巴腺ニ注射シタル色素ガ幽門部隣頭部附近ノ淋巴腺ニ到達セル狀ヲ示ス (Braithwaite)

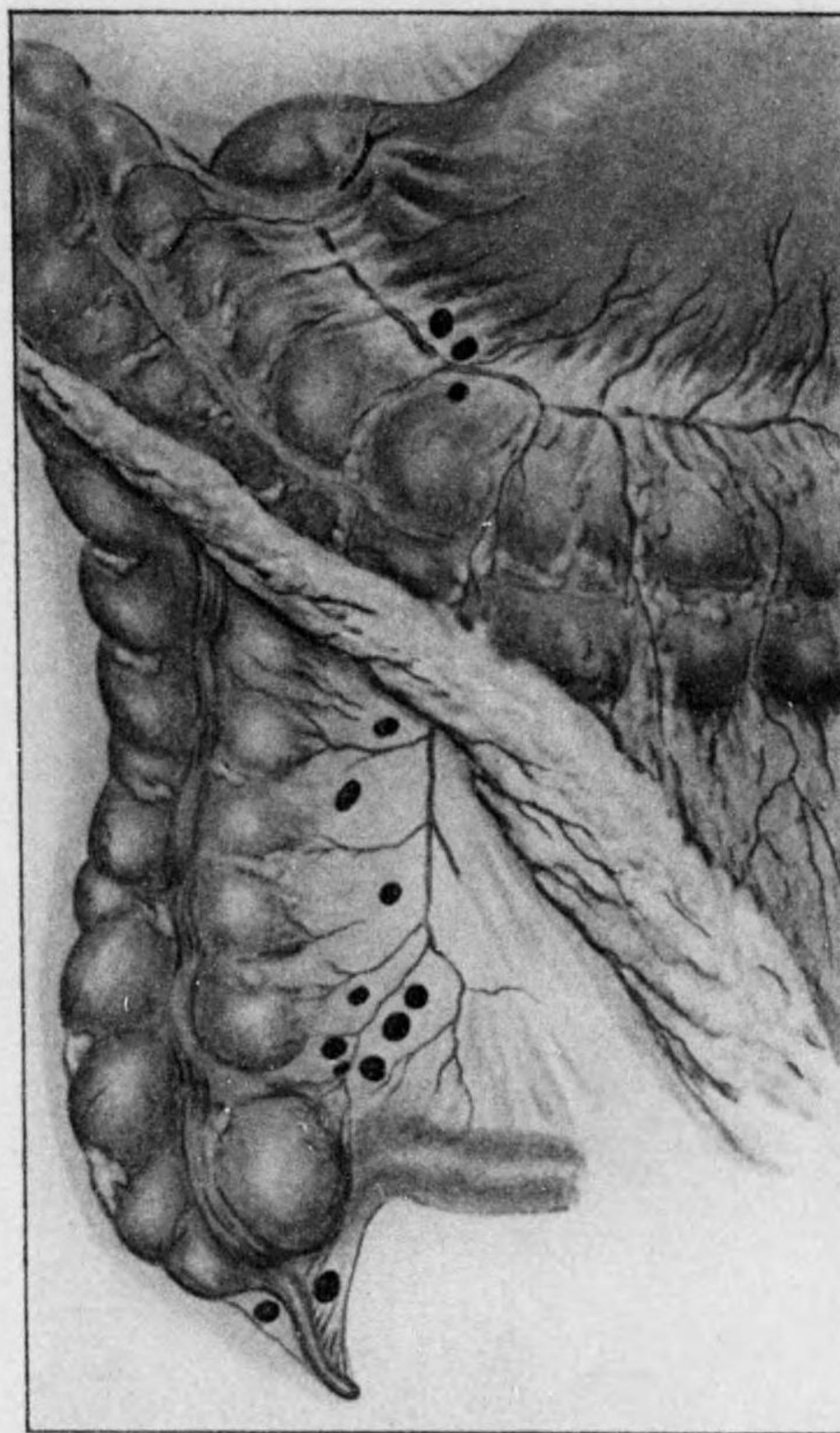


插圖 103. 30歳ノ婦人ノ蟲様突起炎手術ニ於テ偶然週官部淋巴腺ノ黒ク着色セルヲ認メタルニ同時ニカカル黒色ノ淋巴腺ガ十二指腸部迄連鎖狀ニ存在シ且ツ幽門部ニ於テモ大彎側ニ2個カカル淋巴腺ヲ認メタリ、蟲様突起ハ少シク充血セリ。(Braithwaite)

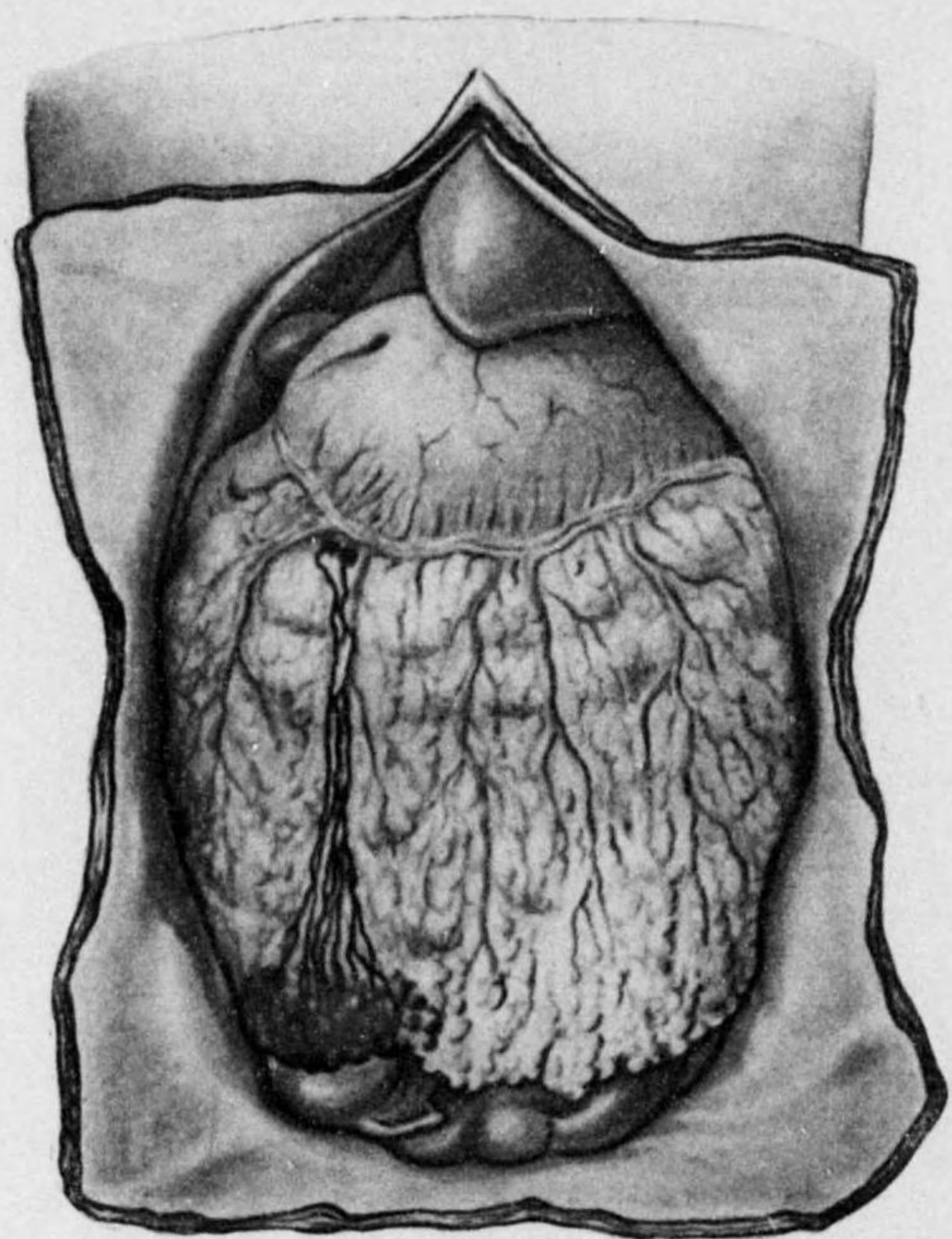


插圖 104. 人ノ生體ニ於テ手術時大網膜ノ右下部ニ「インヂゴカルミン」ヲ吸收セシメタルモノガ幽門下部淋巴腺ニ達スル狀ヲ示ス (Braithwaite)

於テ手術ニ際シ廻盲部ト十二指腸及ビ幽門部淋巴腺ハ、上腸間膜動脈及ビ大網膜ノ主要血管ニ沿ヘル淋巴道ニ依テ連絡スルコトヲ確メ、十二指腸潰瘍ノ成生ニツキテハ、蟲様突起炎ニ依テ十二指腸淋巴濾胞ノ炎衝又ハ「エロジオン」ヲ起シ、更ニ胃液ノ作用ニ依テ第1部 (Mayo's anaemic spot) ノ部位ニ於テノ潰瘍ノ形成ヲ見ルニ至ルベキコトヲ推論セリ (插圖 101—105)。又 Ginsburg 氏ハ手術ニ際シ「インヂゴカルミン」色素ノ注射ニ依リ、廻盲部ノ淋巴ハ一部十二指腸系統ニ進ミ、幽門ノ後面ニ於テ、膽嚢管及ビ總輸膽管ニ沿ヒテ存在スル淋巴腺ニ流注スルコトヲ證明セリ。又 Calpesco 氏ハ直接盲腸ヨリ幽門部ニ到達スル淋巴管ノ存在ヲ記載セリ。Grekow 氏 (1923年) ハ心窩部ニ疼痛ヲ訴フル慢性蟲様突起炎ニ際シテハ、常ニ胃周圍炎、十二指腸周圍炎、幽門部痙攣及ビ肥厚ヲ證明ストナシ、コノ事實ハ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ成因上大ナル意義ヲ有スルモノナリト主張セリ。即チ氏ニ依レバ、胃潰瘍 183 例中蟲様突起ニ變化ナキモノハ唯 1 例ニ過ギズシテ、他ハ何レモ病變ヲ示セリトナシ、且ツ氏ノ勸メニ依リ Kisselew 氏ガ剖檢例ニ就テ調査セシ成績、即チ胃周圍炎乃至十二指腸周圍炎ノ 30 例中 25 例ニ於テ蟲様突起ニ變化ヲ見タリト云フ成績ト、臨牀的ノ調査成績ヲ綜合シ、胃及ビ十二指腸潰瘍ノ成因ニ對スル蟲様突起炎ノ意義ニ關シテ説ヲナシ、廻盲瓣ノ痙攣ヲ惹起シ、後者ハ後更ニ胃機能ノ著シキ障礙ヲ惹起シ、遂ニ潰瘍ノ成生ヲ來スト云ヘリ。Pauchet 氏 (1925年) ハ急性胃潰瘍ノ生成ハ蟲様突起、膽道其他ニ於ケル炎衝過程ニ基クモノナリト見解ヲ報ジ、從テ胃潰瘍ノ手術ニ際シテハ是等原發性疾患ニ對スル根治手術ノ必要ナル事ヲ注意シ、Deavera 及ビ Reiner 兩氏 (1926年) ハ潰瘍ノ生成ニ炎衝ノ有意義ナルコトヲ述べ、カカル炎衝ノ 80% ハ蟲様突起炎ナル可シトセリ。

Sitkovsky 氏 (1926年) ハ蟲様突起炎ガ、胃及ビ十二指腸潰瘍ノ成因上大ナル意義ノ存スルコトヲ報ジ、ソレガ幽門痙攣ヲ惹起シ、胃血管ニ血栓ヲ生ジ、以テ潰瘍ヲ生成ストナセリ。且ツ潰瘍患者ニ於テ内科的醫治ガ效ヲ奏セザル時ハ、常ニ蟲様突起切除術ヲ行ヒ、コレニ依リ尙ホ效ナキ時、始メテ胃ノ手術ヲ行フ可キコトヲ述ベタリ。Hinrichsen 氏 (1927年) ハ所謂腹部三主徴ニ關スル 331 例ノ臨牀的經驗例ヲ發表シ、潰瘍ト蟲様突起炎トノ合併ニ就テハ 92 例ヲ報告セリ。列記スレバ次ノ如シ。

潰瘍及ビ膽嚢炎ノ合併	35 例	膽嚢炎及ビ蟲様突起炎ノ合併例	204 例
潰瘍及ビ蟲様突起炎ノ合併例	92 例		

Vorschütz 氏 (1929年) ハ、下腹部ニ炎衝性疾患ト上腹部ノ夫レトノ場合ヲ精細ニ觀察シ、蟲様突起炎及ビ婦人内部生殖器ノ炎衝性疾患ト潰瘍トノ關係ヲ調査シ、太陽神經節ヨリ交感神經及ビ副交感神經ガ刺戟ヲ受ケテ潰瘍ヲ生ズルモノナリトセリ。

Wustmann 氏 (1930年, 1931年) ハ蟲様突起炎ト十二指腸潰瘍並ニ膽嚢周圍炎トノ關係ニ就テ報告シ、蟲様突起炎ガ原因トナリテ、十二指腸潰瘍、膽嚢周圍炎等ヲ起スコトアリ。コノ

際臨牀的ニハ、消化障礙、胃液過酸症並ニ低酸症、上腹部膨滿感、食後胃痛、十二指腸壓痛、嘔吐等ヲ訴フルノミナラズ、胃饑餓痛、時トシテ夜痛ヲ觀、之ヲ訴フルコトアル可キヲ指摘セリ。M. Vernengo 氏 (1933 年) ハ、蟲様突起炎ト胃又ハ十二指腸潰瘍合併例ハ屢々遭遇スルモ、兩者間ニ共通性ノ原因ヲ有スルヤ否ヤハ俄ニ斷言スルコト能ハズトセリ。Amorosi 氏 (1933 年) ハ胃及十二指腸潰瘍ニ於テ、蟲様突起ニハ常ニ陳舊性又ハ現在活動性ノ病變ヲ認ムトナシ、潰瘍ニ對スルニ外科的手術ニ際シテ原則トシテ蟲様突起ノ切除ヲ行フ可キコトヲ述ベタリ。更ニ 1934 年 M. Titone 氏ハ Leotta 氏ノ報告ニ於ケル見解ト所説ヲ報ズル所アリ。即チ Leotta 氏ニ依レバ、胃及十二指腸潰瘍及ビ膽囊炎ハ單獨ノ障礙ニ依テ發生スルモノニ非ズシテ、常ニ (100.0 %)ニ於テ解剖學的及ビ機能的障礙ガ右側腹部臟器ニ存スル場合ニ發生スト云フ。從テ此等臟器ノ障礙ハ潰瘍ニ先行セル變化ナリトセリ。而シテ是等一系統ノ疾患ニ於テ蟲様突起炎ハ、100 %ニ於テ肉眼的並ニ組織學的ニ之ヲ證明スト云フ。Leotta 氏ノ説ク所ニ依レバ、胃及十二指腸潰瘍ノ場合ニ最初ノ病變ハ粘膜ニ發生スルモノニ非ズシテ、漿膜ニ於ケル病的過程ノ最終期ノ變化トシテ粘膜ニ潰瘍ヲ生ズトナシ、外科的治療モソレガ單ニ潰瘍ニノミ限局シテ右側腹部臟器ニ於ケル障礙ヲ考慮セザル場合ニハ充分ナル成績ヲ確保スルコト能ハザルコトヲ述ベ、外科的手術後無効例ヲ認メ、本症ノ外科的療法トシテ胃切除又ハ胃腸吻合術ノ優劣ニ就テ論争ノ存スルハ、前記ノ如キ理由ニ基ヅクモノナルコトヲ明ニシ、氏ノ教室ニ於テハ潰瘍ニ對スル手術トシテハ通常胃腸吻合術ニ止メ、蟲様突起切除及ビ上行結腸ニ於ケル癒着剝離等ヲ行ヒ、極メテ良好ノ成績ヲ收メツツアル事ヲ記セリ。本邦ニ於テ松本氏ハ、猫、犬及ビ人胎兒ニ於ケル、廻盲部及ビ胃腸管系ヲ研究シ、蟲様突起淋巴管ノ注ゲル廻盲腺、胃腸管第一部ノ注ゲル幽門上下ノ淋巴腺、十二指腸上部淋巴腺ニ注ゲル上臍十二指腸淋巴腺及ビ膽囊淋巴管ノ誘導者ハ、五ニ廻盲動脈乃至上腸間膜動脈ニ沿ヘル淋巴管系統ト、臍後側ニ於テ瀾蔓セル淋巴管トニ依リテ間接的ニ連繫シ居ルモノアルヲ以テ今若シソコニ淋巴液ノ逆流ヲ想定シ、更ニ蟲様突起炎初發ヲ條件トセバ、次デ胃及十二指腸ノ症狀或ハ膽囊炎ノ症候等續發シ來ルコトノ可能性ヲ拒ミ得ザル可キヲ説ケリ。

第二節 本合併例ニ關スル余等ノ外科的經驗

上記ノ如ク、潰瘍ト蟲様突起炎ガ相合併スルコトノ少ナカラザルコト、並ニ後者ノ、前者ノ生成ニ原因的關係ヲ有スルモノトナス學者ノ存スルコトヲ知り得可シ。本合併例ニ關スル教室ニ於ケル外科的經驗例ニ就テハ曾テ著者ガ「グレンツゲビート」第10年第3號ニ報ジタルガ如シ。而シテ腹部三主徴ノ手術例トシテ吾人ノ經驗例ニ就テ以下記述スル所ハ、何レモ手術ヲ行ヒ、或ハ組織學的、或ハ細菌學的ノ精密ナル検査ヲ施シテ其ノ診斷ヲ確定セシモノトス。

第三節 外科的、統計的觀察

臨牀的ニ定型の發作ヲ有シ、蟲様突起炎ト診斷セラレタルモ、ソノ手術ヲ受ケザリシ患者ニシテ、胃又ハ十二指腸潰瘍ヲ合併セルモノヲモ加算スレバ、潰瘍ト蟲様突起炎ノ合併例ハ 54 例ニシテ、コノ内兩疾患ニ對シ共ニ手術ヲ加ヘタルモノハ 43 例ナリ。今是等ノ手術例ニ就テ外科的、統計的觀察ヲ試ミルニ次ノ如シ。

第一項 術前診斷

是等 43 例ノ患者ニ術前下サレタル臨牀的診斷ヲ列記スレバ次ノ如シ。

兩疾患ヲ同時ニ診斷セルモノ	21 例	結核性腸狭窄症ト診斷セルモノ	1 例
潰瘍ノミヲ診斷セルモノ	15 例	潰瘍及ビ慢性膽囊炎ト診斷セルモノ	2 例
直腸癌ト診斷セルモノ	1 例	胃癌疑診トセルモノ	1 例
潰瘍、蟲様突起炎及ビ膽囊炎ト診斷セルモノ	1 例	胃癌疑診及ビ蟲様突起炎ト診斷セルモノ	1 例
		計	43 例

術前兩疾患ヲ同時ニ診斷セシモノハ 43 例中 21 例即チ 48.8 %ニ過ギザルモノトス。全例中 15 例即チ 34.8 %ニ於テハ、常ニ潰瘍ノミヲ診斷シ、同時ニ合併セル蟲様突起炎ハ之ヲ見落セシモノナリ。余モ既ニ報告セシ如ク、臨牀上蟲様突起炎ノ症狀輕度ノ場合ニ於テモ、肉眼的及ビ組織學的の所見ニ於テ往々高度ノ炎術ヲ證明スルコトアリ。蟲様突起炎ハ原因的並ニ臨牀的ニ潰瘍ト密接ナル關係ヲ有スルヲ以テ、術前ノ診斷判定ニ當リテハ、常ニ兩疾患ノ合併ニ就テ特ニ留意シ、合併疾患ノ一ヲ見落サザル様努ム可キモノトス。

第二項 潰瘍ノ位置並ニ病理解剖學的の所見

先ヅ潰瘍ノ位置の關係ニ就テ調査セシニ次ノ如シ。

十二指腸潰瘍	18 例	胃及ビ十二指腸潰瘍合併例 (潰瘍ノ1個ハ胃)	
幽門又ハ幽門近部潰瘍	8 例	幽門又ハ幽門ニ接シタル十二指腸ニ在リ	4 例
胃小彎潰瘍	12 例	大彎潰瘍 (幽門ヨリ 1.5 糎)	1 例

即チ全例中潰瘍ノ位置ガ胃幽門又ハ其ノ近部、十二指腸 (幽門近部)ニ在リシモノ 30 例ノ多キニ達セリ。而シテ全例中 15 例ニ於テ、潰瘍ハ穿通ヲ示セリ。

第三項 手術

全例ニ於テ、潰瘍及ビ蟲様突起炎ニ對シテ手術ノ行ハレタルモノトス、而シテ當科ニテ潰瘍ノ手術ヲ受クル以前ニ蟲様突起切除術ヲ受ケシモノ全例中 7 例ヲ算ス。

興味アル症例ヲ舉グレバ次ノ如シ。

第 1 例 患者、藤田某 (男子、54 歳)。

胃小彎ノ穿通性潰瘍ノタメ大正 11 年 11 月 Wölfler 氏前胃腸吻合術及ビ Braun 氏小腸吻合術ヲ施サル。從テ單ニ潰瘍ニ對スル手術ノミヲ施シタルモノナリ。當時、患者ハ下腹部疼痛ヲ主訴シタルモノニシテ、検査ノ結果、胃潰瘍ト診斷ノ下ニ手術ヲ受ケ手術時ニモ胃潰瘍ヲ發見セリ。然ルニ前記ノ如キ下腹部疼痛ハ手

術=依り毫も輕快セザリシヲ以テ、大正13年2月、再入院ノ上、蟲様突起切除術及び盲腸膿嚢形成術ヲ施サレ、依之治癒セリ。即チ本例=於ケル第一回入院時ノ主訴ハ、胃潰瘍=依ルモノ=非ズシテ、蟲様突起炎=依リシモノト推定セラル。

第2例 患者、二村某(女子、30歳)。

蟲様突起炎ノタメ、大正12年某醫=依り蟲様突起切除術ヲ受ク、術後3日目=洗面器約1杯位ノ大吐血ヲ、又大正15年2月=亦約1合位ノ吐血ヲ來タシ、大便ハ黒ク變色シ、後嘔吐、右心高部疼痛ヲ主訴トシテ當教室=受診シ各種検査ノ結果、大正15年5月胃癌疑診ノ下=開腹手術ヲ受ケシニ、胃及び十二指腸潰瘍合併例ナルコトヲ明ニセリ、即チ十二指腸=1個ノ潰瘍アリテ、膿嚢ト癒着シ又胃小彎及ビ大彎=各1個ノ潰瘍ヲ存セリ。Wölfler氏前胃腸吻合術及ビ Braun氏小腸吻合術ヲ行ヒタルニ全治セリ。

第3例 患者、岡田某(同表、第23例)。吐血及ビ下血ヲ主訴トシテ當教室=受診、各種検査ノ結果、胃潰瘍兼慢性蟲様突起炎ト診斷セラル、迴盲部=於テハ、キユンメル氏點竝ニマック・バーネ氏點=何レモ壓痛ヲ證明ス。昭和3年6月、上腹部正中線ニテ開腹セシニ、胃小彎=潰瘍アリ、横行結腸間膜及ビ脾頭部=穿通癒着ヲ示セリ、Kronlein氏法=依り胃ヲ切除シ Braun氏吻合術ヲ併施セリ。然ルニ退院後、慢性蟲様突起炎ノ症狀著明トナリシタメ當教室=再入院シ、昭和4年2月蟲様突起切除術ヲ受ケテ治癒セリ。

第4例 患者、小林某、女子、36歳(「グレンツゲヒート」第10年第3號)。

現病歴、患者ハ13歳ノ時、心高部=劇シキ痙攣様ノ疼痛ヲ覺ヘシコトアリ、コノ頃ヨリ吞酸嘔吐ヲ訴ヘ、食後心高部=鈍痛アリ、17歳ノ時、食事不攝生ノ後迴盲部=劇痛ヲ來タシ同時ニ最高40度ノ發熱ヲ伴ヒタルモ嘔吐ハナカリキ。醫治=依リテ約20日ノ後症狀ハ輕快シタルモ、爾來不攝生ノ後=ハ年ニ數回迴盲部=鈍痛ヲ訴フ、カクテ26歳ノ頃ヨリ食物ノ胃内停滞感及ビ空腹時ノ心高部疼痛ヲ覺ユルニ至レリ、入院前2週間迴盲部=疼痛發作アリ、體温ハ37.3分ニ上昇シ、内科的醫治ヲ加フルモ疼痛消失セザルヲ以テ遂ニ我ガ教室ニ入院セリ。

腹部所見、心高部及ビ右季肋部一面=輕度ノ壓痛ヲ訴フ、但シ抵抗、腫瘍ハ之ヲ觸知セズ、胃部=振水音著明ナリ、迴盲部=於テハ、ランツ氏、マック・バーネ氏竝ニキユンメル氏ノ諸點=何レモ壓痛アルモ、腹壁ノ緊張ヲ缺ケリ。

胃液検査所見、總酸度最高35、遊離鹽酸度最高12ヲ算ス。

X線検査所見、胃展開、竝ニ緊張ニ異常ナシ、液層増加シ、蠕動亢進シ、小彎部一體=壓痛ヲ訴フ、幽門通過、十二指腸球部=異常ナク、其他壁龕、陰影缺損ハ之ヲ認メズ。

手術所見、慢性蟲様突起炎、胃潰瘍疑診ノ下ニ、6月10日、心高部正中線ニテ開腹シタルニ、輕度ノ胃周圍炎性癒着ノ外、胃、十二指腸、膿嚢=ハ何等異常ヲ認メズ、依テ手術創ヲ延長シテ迴盲部ヲ檢シタルニ蟲様突起=慢性炎性ノ兆ヲ認メタルヲ以テ之ヲ切除セリ。

切除蟲様突起所見、長サ4.5釐ニシテ其壁ハ著明ニ肥厚セリ、内腔ニハ粘液狀ノ糞塊ヲ藏ス。

經過良好ニシテ退院直後全ク術前ノ苦痛ヲ訴ヘザリシモ、退院後約3ヶ月ニシテ、再び心高部膨滿感及ビ空腹時胃痛ヲ訴フルニ至レリ、且ツ時々嘔吐サヘ伴ヘリ。依テ再び我ガ教室ニ入院セリ、當時腹部ハ視診竝ニ觸診上著變ヲ認メズ。糞便ノ潛血反應陰性、遊離鹽酸最高55、總酸度最高70ナリ、胃液中乳酸反應ハ陰性ナリシモ潛血反應ハ陽性ナリキ。

胃X線検査所見、胃液層=著變無シ、右側距離增大シ幽門及ビ十二指腸起始部=壓痛アリ且ツ後腹壁=癒着ス、幽門通過=異常ナシ、十二指腸潰瘍ノ疑ト診斷セラル。

第2回手術所見、上腹部正中線ニテ開腹シタルニ、胃幽門前面=約示指頭大ノ硬結ヲ觸知シタルヲ以テ幽門又ハ十二指腸潰瘍ノ疑下ニ Polya氏法ニテ胃切除ヲ行ヘリ。

切除標本、切除シタル標本ハ大彎部=ノテ5釐、小彎部=ノテ4釐、十二指部2釐ニシテ、十二指腸前面

=於テ幽門輪=近接シテ約豌豆大ノ潰瘍ヲ存ス、其ノ周邊平滑ニシテ肝賦性ナリ。

術後經過良好ニシテ全治退院セリ。

本症例=於テハ第一回開腹手術=際シテハ胃、十二指腸及ビ膿嚢等=著變ナク、唯輕度ノ胃周圍炎性癒着ヲ認シタルニ過ギズシテ潰瘍ノ如キ毫モ之ヲ發見セザリシモノトス、術後胃症狀一旦消失治癒シタルニ再び術前ノ胃症狀發見シタルヲ以テ、再入院ヲナシ第2回手術=依り十二指腸潰瘍ヲ確メタルモノナリ。

前掲第1例ハ、第1回手術當時、蟲様突起炎所見ナク潰瘍=對スル手術ヲ施シタルモ、入院時ノ主訴消退セザリシヲ以テ再入院ノ上第2回手術=依り蟲様突起炎ヲ切除セシモノナリ、第2例ハ蟲様突起切除後3日目=吐血ヲ來クシ退院後モ亦吐血、下血ヲ認メ、加フルニ其他ノ潰瘍症狀現ハレタルタメ第2回手術=於テ潰瘍=手術ヲ加ヘタルモノナリ、第3例ハ術前胃潰瘍兼慢性蟲様突起炎ト診斷シタルモ第1回入院時ニハ潰瘍=ノミ手術ヲ施シ次デ第2回入院=依り蟲様突起ヲ切除セリ、第4例ノ場合ニハ十二指腸潰瘍、蟲様突起炎ノ合併例ニシテ初回手術=於テハ開腹所見=依リテモ潰瘍ヲ證明セザリシモノナリ。蟲様突起切除後、潰瘍症狀消退セザルヲ以テ、第2回手術=依り十二指腸=潰瘍ヲ發見セリ、即チ前記症例=依ル時ハ、潰瘍ト蟲様突起炎ハ相合併シテ來タルコト多キヲ以テ診斷=際シテハ之ヲ念頭ニ置キ、細心ノ注意ヲ拂フベキコトヲ知ルベシ。

第四項 合併兩疾患ノ症狀出現順位

合併セル2疾患ノ臨牀的症狀ノ出現順位=就テ調査セン所次ノ如シ。

潰瘍ノ症狀ト蟲様突起炎ノ症狀ヲ判然ト區別スルコト能ハザリシモノ	3例
潰瘍ノ症狀ガ蟲様突起炎ノ症狀ニ先行セシモノ	6例
蟲様突起炎ノ症狀ガ潰瘍ノ症狀ニ先行セシモノ	9例
兩疾患ノ症狀同時ニ呈シタルモノ	1例
蟲様突起炎ノ症狀ノミヲ呈シタルモノ	3例
潰瘍ノ症狀ノミヲ呈シタルモノ	21例
計	43例

殆ンド半数ニ於テハ、潰瘍ノ症狀ノミヲ呈シ、蟲様突起炎ノ症狀ハ之ヲ呈セザリシモノナリ、潰瘍ノ症狀ヲ全ク示サザリシモノハ3例ナリ。

第五項 胃液所見

分割的胃液採取法=ヨリ胃液検査ヲ行ヒシモノ=就テ調査センニソノ成績次ノ如シ。

過酸症	11例	低酸度	7例
正常酸度	10例	無酸症	1例

第六項 手術死亡率

43例中手術死亡例3例(69%)ナリ、即チ次ノ如シ。

- 第1例 白武某。胃横切除及ビ蟲様突起切除術後第1日目=死亡、死因不明。
- 第2例 沖田某。幽門潰瘍ノ穿孔=依リ急性腹膜炎=對シ空腹瘻ヲ作成セルモ死亡セリ。

第3例 武末某, 十二指腸潰瘍ニ對シ胃切除術ヲ施シタルニ, 看過セシ胃潰瘍ガ穿孔シテ死亡セリ。

第七項 性別

男子 34 例ニシテ, 女子 9 例ナリ。

第八項 年齢的關係

再入院ヲナセシモノハ初回入院時ノ年齢ヲ取りテ入院時ノ患者年齢ニ就テ調査セシニ次ノ如シ。

11 歳ヨリ 20 歳迄	2 例	41 歳ヨリ 50 歳迄	9 例
21 歳ヨリ 30 歳迄	10 例	51 歳ヨリ 60 歳迄	6 例
31 歳ヨリ 40 歳迄	16 例		計 43 例

第三章 潰瘍及ビ膽囊炎ノ合併例

第一節 文獻的考察

胃又ハ十二指腸潰瘍ト膽囊炎モ合併スルモノトシテ之ニ注意スル學者アリ。即チ前記 Nordmann, Hinrichsen 氏等ノ報告例ヲ始メシ, W. Zweig 氏ハ潰瘍, 膽囊炎及ビ蟲様突起炎ノ三者ガ同時ニ, 又ハコノ内何レカ二者ガ相合併セルモノ合計 13 例ノ手術例ヲ報ジ, カカル合併症ヲ招致スベキ原因トシテハ恐ラク腸管ヨリ出發スル感染ノ結果ナル可キコトヲ推定シ, カカル合併症ノ手術ニ際シテハ, 原則トシテ罹患蟲様突起ノ切除ヲ推奨シ, 又膽囊炎ノ場合ニハ十二指腸, 後者ノ潰瘍ノ場合ニハ膽囊ヲ特ニ精査スルノ要アルコトヲ高唱セリ。Judd 氏ハ出血性十二指腸潰瘍ニシテ, 膽囊炎ヲ合併セル 4 例ノ手術例ヲ報ジ, 且ツ此ノ際前者ヨリモ後者ノ症狀ノ重症ナリシコト從テ膽囊炎ガ其ノ原因ニシテ潰瘍ノ續發シタルモノナリト云ヒ, 尙カクノ如ク膽囊炎ヨリ潰瘍ノ發生ヲ見ルコトアル論據トシテ文獻上ヨリ之ニ關スル諸家ノ見解竝ニ報告例ヲ紹介シ, 慢性炎衝ヲ起セル膽囊ノ剔出後初メテ止血セシ出血性潰瘍ノ治驗例(Balfour 氏) 竝ニ連日ニ互リ胃腸出血ノ止マザリシ 1 患者ニ於テ開腹手術ノ結果, 胃幽門端ニ浮腫ヲ見タル外, 胃, 十二指腸ニ於テ潰瘍ヲ認メズ, 結石ヲ藏シ炎衝ヲ示セル膽囊ノ剔出後初メテ止血治癒セシ症例等ノ存在ニ基キ, 膽囊炎ヨリ, 胃又ハ十二指腸ニ病變殊ニ潰瘍ヲ續發スベキモノナリトセリ。最近 Mattisson 氏(1931 年)モ亦潰瘍ト蟲様突起炎又ハ膽囊炎トノ合併ニ關シ多數ノ症例ヲ報告セリ, 即チ次ノ如シ。

1. 蟲様突起炎ト潰瘍ノ合併例

	男	女
潰瘍ノ症狀發現前ニ蟲様突起炎ノ症狀現ハレシモノ	16 例	27 例
潰瘍ノ症狀發現後ニ蟲様突起炎ノ症狀現ハレシモノ	22 例	30 例

計 38 例 57 例

1. 膽囊炎ト潰瘍ノ合併例

	男	女
潰瘍ノ症狀發現前膽囊炎ノ症狀現ハレシモノ	6 例	7 例
潰瘍ノ症狀發現後膽囊炎ノ症狀現ハレシモノ	6 例	19 例
詳細不明ナルモノ	1 例	1 例
合計	13 例	27 例

其他潰瘍ト膽囊炎ノ合併例ニ關シテ報告セルモノニ, Mix, Hart, Holzweissig, Finsterer 氏等ヲ學グルコトヲ得ベシ。Kotama 氏ハ犬ニ於テ「トリパン」ナル色素ヲ膽囊液膜下部ニ注射シタルニ, 該色素ハ十二指腸上部即チ潰瘍ノ好發部位ニ到達シ(插圖 105), 反對ニ之ヲ十二指腸上部ニ注射シタルニ膽囊ニ及ビ, 從テ兩者ノ間ニハ直接淋巴管ノ連絡ノ存スル事ヲ實驗的ニ證明シ, 又前記 Gallassi 氏ハ「メチレン」色素ニテ著色シタル「グリセリン」ヲ胃壁血管内ニ注入シタルニソレガ蟲様突起炎及ビ膽囊ニ達シタルコト及ビ石松子粉末「グリセリン」浮游液ノ注入ニ依リテ胃, 膽囊及ビ蟲様突起ニ栓塞ヲ生ジ且ツ是等臟器ニ慢性炎衝ノ像ヲ認メタルコトヲ報ジ, 其他肝ト膽囊トノ間ニ膽道ヲ遮斷シテ耳殼靜脈内ニ細菌ヲ注入シテ, ソレガ膽囊内移行ノ状態ヲ研究セルモノニ, Chiarolanza, 村山, 恒次氏等ノ諸氏アリ。

White, Franklin, Jankelson 氏等ハ(1931 年)膽囊疾患ノ際胃腸出血ノ來タルコトヲ報ジテ, 4 例ノ自家經驗例ヲ擧ゲ且ツ文獻ヨリ 12 例ヲ蒐集セリ, 而シテ其ノ原因ニ就テ, 罹患膽囊ヨリ生ジタル毒素ガ血液内ヲ循環シテ, 胃腸粘膜ニ達シテ出血ヲ惹起スルモノト解セリ, B. Krivoglas 氏(1933 年)ハ 132 例ノ胃, 十二指腸潰瘍ニテ膽道疾患ヲ合併セルモノ 45 例ヲ報ゼリ。之ヲ細別スレバ次ノ如シ。

胃體部潰瘍 42 例中膽道疾患合併例	12 例	28 %
胃幽門潰瘍 54 例 "	18 例	33 %
十二指腸潰瘍 36 例 "	15 例	40 %
計 132 例中	45 例	34 %

氏ハカカル成績ニ徴シ, 潰瘍ト膽道疾患トノ合併例ハ從來學者ノ考ヘタルヨリモ遙ニ頻發スルモノトセリ。

尙ホ注意ス可キハ, 膽汁酸ノ潰瘍生成ニ關スル意義ニ就テノ業績ナリ。

Sellard 氏(1909 年)ハ膽汁酸ヲ家兎, 海猿ノ腹腔内及ビ血管内ニ注射シタルニ, 胃粘膜ニ急性ノ潰瘍ヲ招致スルヲ見タリ, 其後 Smith 氏(1914 年)ハ猫, 犬ニ就テ膽汁酸ヲ經口的ニ, 又ハ胃内ニ注射スルコトニ依リ胃潰瘍ヲ發生セシメタリ, 最近 Berg 及ビ Jobling 氏等(1930 年)ハ犬ニ就テ, 總輸膽管ノ結紮ヲ行ヒシニ, 5 例中 3 例ニ於テハ, 胃又ハ十二指腸ニ潰瘍ノ生成ヲ認メ Bollman 及ビ Mann 兩氏(1932 年)ハ犬ニ就テ, 總輸膽管ヲ結紮シテ

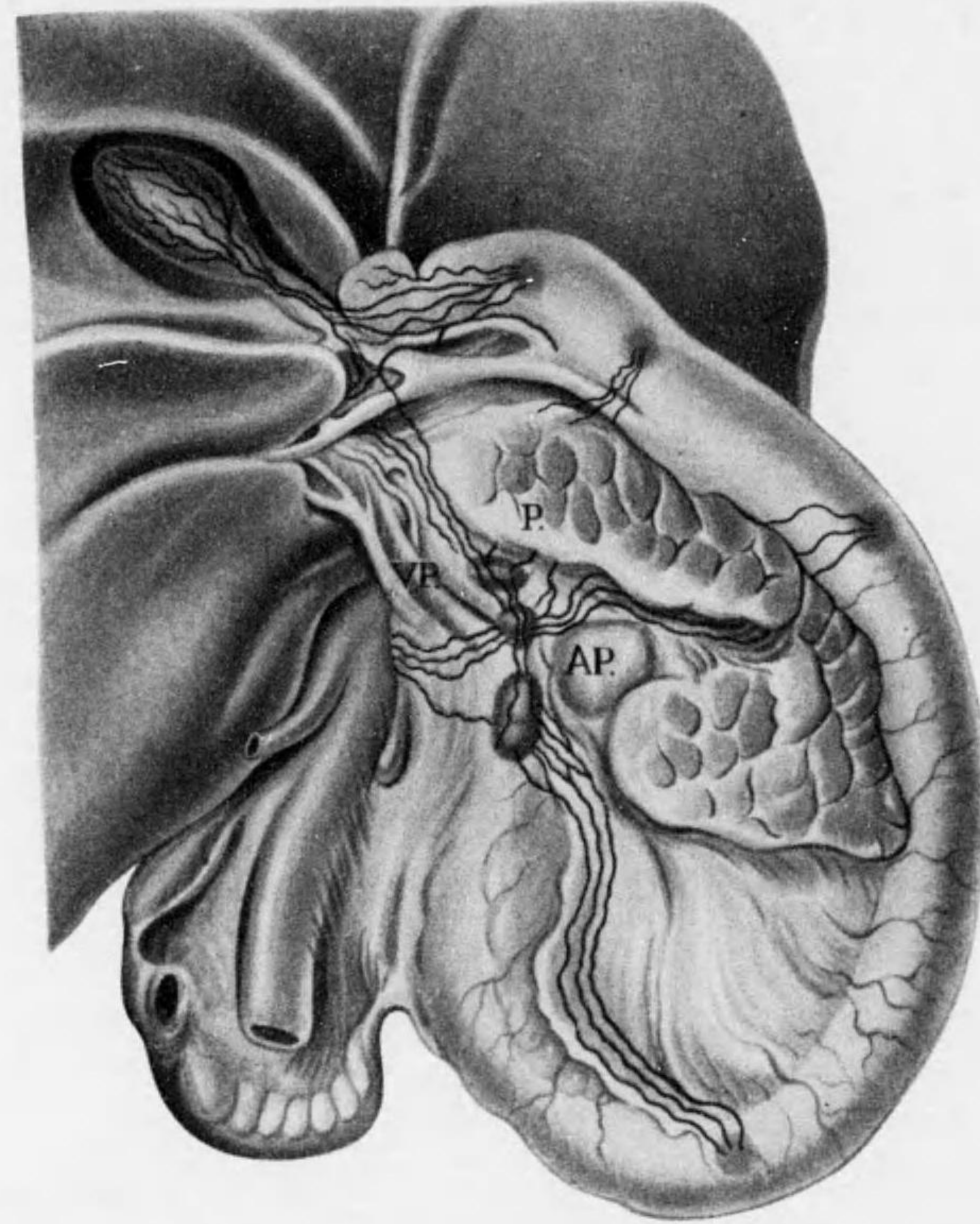


插圖 105. 「トリパン」ノ漿膜下注射ニ依ル十二指腸、膽囊、蟲様突起相互間ニ於ケル淋巴管ノ關係 (Kodama 氏)

黃疸ヲ起サシメタルニ, 64 例中 41 例ニ於テ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ發生スルヲ證セリ。而シテ Berg 及ビ Jobling 兩氏ノ場合ニ於テ, 潰瘍ノ發生シタル 3 例中, 1 例ハ, 術後 47 日ニシテ多數ノ胃潰瘍ヲ, 次ノ 1 例ハ 108 日後ニ 2 個ノ慢性胃潰瘍ヲ, 最後ノ 1 例ハ 189 日後ニ 1 個ノ慢性十二指腸潰瘍ヲ認メタリ, 又 Bollman 及ビ Mann 兩氏ノ場合ニ, 潰瘍ノ生成セシ 41 例ハ, 手術後 22 日乃至 195 日間ニ斃死セリト云フ。

尙ホ最近中氏 (1934 年) ハ總輸膽管結紮ヲ施セル家兎 15 例中 10 例ニ於テ, 術後 18 乃至 50 時間ニ胃潰瘍ノ發生ヲ見タルコトヲ報ゼリ。

第二節 外科的, 統計的觀察

胃又ハ十二指腸潰瘍, 及ビ膽囊炎ノ合併例ニ關スル吾人ノ外科的經驗ハ 49 例ナリトス(「グレンツゲビート」第 10 年第 3 號, 是等ノ經驗例ニ就テ臨牀的, 統計的觀察ヲ試ミルニ次ノ如シ。

第一項 術前診斷

前記 49 例ノ術前診斷ヲ列記スレバ次ノ如シ。

兩疾患ヲ同時ニ診斷セシモノ	8 例	(内 1 例ハ胃潰瘍痛及ビ膽囊炎ト診斷シ, 又 1 例ハ膽囊炎及ビ幽門癌ノ疑ト診斷セリ)
一疾患ヲノ診斷セシモノ	35 例	(内 2 例ハ幽門癌ノ疑, 1 例ハ胃潰瘍痛ト診斷セリ)
潰瘍, 蟲様突起炎及ビ膽囊炎ト診斷セシモノ	2 例	
廻盲部癌ノ疑ト診斷セルモノ	1 例	

第二項 潰瘍ノ位置, 性状ト膽石ノ有無

潰瘍ノ位置ニ就テハ, 十二指腸潰瘍ハ 21 例, 幽門又ハ幽門近部潰瘍 13 例, 胃小彎潰瘍 7 例, 胃及ビ十二指腸潰瘍合併例 8 例(内 1 例ハ幽門輪ニ在リテ胃, 十二指腸ノ兩者ニ互レリ)ナリ, 即チ潰瘍ガ十二指腸起始部, 幽門又ハ幽門近部ニ在リシモノハ全 49 例中 42 例ナリトス。次ニ全 49 例中, 穿通性潰瘍ハ 17 例ニシテ, 潰瘍ト膽囊ノ間ニ癒著ノ存セシモノ 14 例ナリ。尙ホ膽囊炎ニシテ膽石ヲ有セシモノ竝ニ其ノ種別次ノ如シ。

膽囊内結石	4 例	肝臓内結石	1 例
肝, 膽囊及ビ總輸膽管内結石	1 例		計 7 例
膽囊及ビ總輸膽管内結石	1 例		

即チ膽石ヲ有セシモノ全 49 例中 7 例ナリ。

第三項 手術

潰瘍及ビ膽囊炎ノ兩者ニ手術ヲ加ヘタルモノ 19 例, 潰瘍ノミニ手術ヲ加ヘタルモノ 27 例ニシテ膽囊炎(膽石症)ニ對シテノミニ手術ヲ加ヘタルモノ 3 例ナリ。

是等ノ中, 特述ス可キ症例ヲ掲グレバ次ノ如シ。

第 1 例 患者, 安永某。男子, 27 歳, 會社員。昭和 6 年 3 月 3 日入院, 同月 12 日死亡。

現病歴、昭和2年5月18日午後4時頃急ニ右季肋部ニ劇シキ疼痛ヲ覺ニ、同側肩胛部ニ放射セリ、當時全身ニ黃疸アリシト。而シテ昭和5年迄ニ同様ノ發作2回アリ、昭和5年12月28日亦同様ノ發作ヲ來タシ大阪市某病院ニ入院シ、十二指腸「ソデ」ヲ使用シ膽石ノ排出ヲ見タリ。其後尙ホ數回同様ノ發作ヲ繰返セリ、然ルニ當教室ヘ轉入前日ノ最終發作時ニハ未ダ曾テ經驗セシコトナキ劇痛ヲ右季肋部ニ訴ヘ、發熱、戰慄ト同時ニ頑固ナル10數回ノ嘔吐ヲ繰返シ、白血球數ハ21000ヲ算スルニ至レリ。

腹部所見、腹部ハ全般ニ互リ、著明ニ膨隆シ、且ツ到ル所腹壁ハ強ク緊張セリ。壓痛ハ腹部全般ニ互リ著シキモ特ニ右季肋部ニ於テ劇シ、疼痛ノタメ、腹部ノ精密ナル検査ヲ行フコト能ハズ、ダグラス氏腔ハ著明ノ壓痛ヲ呈ス。膽囊穿孔ニ依ル急性汎發性腹膜炎ナル診斷ノ下ニ手術ヲ行フコトセリ。

手術所見、右季肋部ニ劇痛ヲ覺エテ約20乃至24時間ニシテ、心窩部正中線ニテ開腹セリ。

膽囊ノ内下方ニシテ、肝附著部ヨリ3種ヲ距タル部位ニ約米粒大ノ穿孔ヲ認メ、該穿孔部位ヨリ綠褐色ノ著明ニ潤濁セル胆汁多量流出シ、ダグラス氏腔ニ及ベリ、依テ先ヅ膽囊動脈ヲ2重ニ結紮シ膽囊ヲ漿液膜下ニ剝離剔出セリ。

摘出膽囊標本、長サ9糎、直径3糎、2個ノ結石ヲ藏ス、膽囊ノ内下方ニ約米粒大ノ穿孔部位ヲ存ス、其ノ壁著シク脆弱ニシテ粘膜炎充血甚シク、膽囊内胆汁ヨリハ大腸菌ヲ證セリ。

術後経過、術後18日目ヨリ急性肺炎ヲ併發シ翌日死亡セリ。

剖見所見、摘要左ノ如シ。

1、總輸膽管内ニテ、其ノ十二指腸開口部附近ニ約拇指頭大ノ膽石1個ヲ有ス、尙ホ膽道ヲ逐次開クヤ、總輸膽管及ヒ肝管ハ強ク擴張シ其ノ中ニ大小多數ノ膽石ノ行列シテ肝内ニ及ベリ、肝内膽道亦強ク擴張シ無數ノ膽石ヲ有ス。

2、胃小彎ニ1個ノ潰瘍有リ、不規則ナル腎臟形ヲナシ、長徑3.5糎、邊緣銳ニシテ基底ハ筋層ヲ貫ケリ。

第2例 布某。44歳、女子、履物商。入院昭和9年7月26日、10月20日死亡。

既往症、約14年前膽囊炎ノタメ、又4年前膽石症ノタメ手術ヲ受ケタリ、然レドモ昨今ニ至ルマデ尙ホ屢々痲痛ヲ訴フ。

現病歴、7月7日頃、左季肋部ニ引キ吊ルガ如キ感アリ、水囊ヲ用ヒテ一旦消失セシモ、再ビ之ヲ覺ユルニ至レリ、又食後嘔吐加ハリ、吐出物ハ胆汁ナリト云フ。

腹部所見、視診上、左側季肋下部ニ鶏卵大ニシテ限界不明瞭ナル腫脹アリ、觸診上、前記腫脹部位ハ壓痛甚シキモ波動ヲ證明セズ。觸診上硬結アリ。

手術所見竝ニ経過、7月26日、左季肋部ニ於ケル前記腫脹部位ニ切開ヲ加ヘ、約40糎ノ膿ヲ排除セリ、但シ膿瘍ト腹腔トノ關係ニ就テハ精細ナル検査ヲ行ハザリキ、後切開部位ヨリ攝取セシ食塊ノ排出ヲ見ルニ至レリ。

X線検査ノ結果該胃瘻ハ胃小彎部ニ在リテ3時間後ニハ空虚トナレリ。胃液ヲ検査セシニ、遊離鹽酸最高9、總酸度最高23ヲ算ス、乳酸反應、潛血反應共ニ陰性ナリ。胃潰瘍穿孔ニ依ル腹膜炎ニシテ、其ノ切開後胃瘻ノ生ジタルモノト考ヘ、8月28日 Mayo-Robson 氏法ニ依リ空腸瘻ヲ作成セリ。爾來經口の食餌攝取ヲ禁ジ、空腸瘻ニ依リ營養ヲ計ルコトニセリ。10月2日、胃切除ノ目的ヲ以テ上腹部正中線ニテ開腹手術ヲ行ヒタルニ、癒着高度ノタメ胃切除術ハ不可能ナリシヲ以テ、胃小彎ノ穿孔性潰瘍ヲ縫合閉鎖セリ。10月16日、空腸瘻ヲ解除スルタメ、腹壁ニ縫着セシ空腸瘻孔部ヲ周圍腹壁ヨリ剝離、開腹シ、空腸ノ瘻孔部ヲ多層ニ縫合閉塞セシニ、20日死亡セリ。

剖檢ノ結果、急性汎發性腹膜炎ヲ證明シ、尙ホ肝左葉ニ膽石ヲ認メ、且ツ膿瘍ヲ形成セリ、胃小彎ニハ縫合セラレタル潰瘍ヲ存セリ。

前記2例ハ臨牀的ニ甚ダ興味アル症例ニシテ、第1例ニ於テ上腹部正中線ニテ開腹手術ヲ施シタルモ、胃潰瘍ノ存在ヲ看過シ、剖檢ニ依リテ初メテ之ヲ發見セシモノニシテ、第2例ハ某外科醫ニ膽石症ノ手術ヲ受ケタルコトアリ、次デ胃潰瘍ハ定型的ノ症狀ヲ呈セズ、穿孔シテ腹膜炎ヲ起シテ我が教室ニ入院シ、各種検査ノ結果、胃潰瘍穿孔ニ依ルモノト診斷セシモノナリ、膽石症ノ手術時看過セラレタルモノナリヤ、又ハ術後新タニ發生シタルモノナリヤハ、俄ニ斷定スルニハ難シト雖、兎ニ角兩疾患ハ往々相合併シ、而モ開腹手術ヲ施スモ注意ヲ怠タル時ハ、時トシテ之ヲ見落スコトアルヲ以テ、注意ヲ要スル所ナリ。

第四項 臨牀的症狀出現順位

本合併例ノ症狀出現順位ニ就テ調査セシ所次ノ如シ。

兩疾患ノ症狀ヲ呈シタルモ、潰瘍ノ症狀ヨリモ膽囊炎又ハ膽石症ノ症狀ガ先行シタル場合	3例
膽囊炎又ハ膽石症ノ症狀ノミヲ呈シタルモノ	5例
潰瘍ノ症狀ノミヲ呈シタルモノ	38例
合併兩疾患ノ症狀ヲ區別スルコト能ハザリシモノ	3例
計	49例

兩疾患ノ症狀ヲ呈シタルモノハ全例中僅カニ3例ニ過ギズ、最モ多キハ潰瘍ノ症狀ノミヲ呈シタル場合ニシテ全49例中38例ニ達シタルモ、膽囊炎又ハ膽石症ノミノ症狀ヲ呈セシモノハ全例中僅カニ5例ニ過ギズ、尙ホ注意ス可キハ、全例中潰瘍ガ全ク症狀ヲ呈セザリシモノ即チ潛伏性ナリシモノ4例ヲ存シタル事實ナリトス。

第五項 胃液検査所見

分割的胃液採取法ヲ行ヘル24例ニ就テ其ノ成績ヲ記述スレバ次ノ如シ。

過酸症	12例	無酸症	1例
正常酸度	7例		
低酸度	4例		
計	24例		

第六項 性別

男子35例ニシテ、女子14例ナリ。

第七項 年齢的關係

年齢ニ就テ調査セシ所ヲ列記スレバ次ノ如シ。

11歳乃至20歳迄	1例	51歳乃至60歳迄	10例
21歳乃至30歳迄	12例	61歳乃至70歳迄	1例
31歳乃至40歳迄	12例		
41歳乃至50歳迄	13例		
計	49例		

第四章 蟲様突起炎及ビ膽囊炎ノ合併例

第一節 文獻的考察

多數學者ノ之ニ關スル報告例ニツキテハ、其ノ一部ハ既ニ之ヲ記述セリ、近時 Dalsace 氏 (1930年)ハ慢性蟲様突起炎及ビ慢性膽囊炎ノ合併60例ヲ報ジ、其ノ症狀ヲ詳細ニ調査研究シタル所アリ、更ニ其ノ診斷、療法等ニ關シテ論述セリ。Brütt 氏 (1922年)ハ2500例ノ急性蟲様突起炎中15例 (0.6%)ニ於テ門脈炎ヲ經驗シ、此ノ際ノ蟲様突起炎ハ重篤ナル壊死性型ニシテ、多クハ膿瘍形成ヲ示シ、ソノ病原菌ハ大腸菌、嫌氣性菌、特種嫌氣性連鎖狀球菌等各種ノ病原菌ヲ得タリト云フ。Vorschütz 氏ハ胃、十二指腸、膽囊及ビ蟲様突起ハ太陽神經節支配ノ下ニ一單位ヲナシ、極メテ密接ナル關係ヲ有スルモノナルコトヲ述ベタリ、Rufanow 氏ハ膽囊炎ト蟲様突起炎ガ同時ニ穿孔ヲ示シタル症例ヲ、又 J. Sveinsson 氏 (1929年)ハ65歳ノ女子ニ於テ壞疽性膽囊炎ト壞疽性蟲様突起炎ガ同時ニ來タリシ興味アル臨牀例ヲ報告セリ。Ochsner 氏ハ膽囊炎ノ35%ニ於テ蟲様突起炎ノ合併ヲ證明シ、Irger 及ビ Dragun 兩氏ハ、亞急性竝ニ慢性蟲様突起炎ノ多數症例ニ就テ、十二指腸「ゾンデ」ヲ使用シテ胆汁ヲ検査シタル結果、カカル場合ニハ膽囊胆汁ニ屢々白血球、粘液、上皮細胞ヲ認め、カカル所見ハ膽囊炎ノ存在ヲ示スモノナルコトヲ明ニシ、且ツ膽囊内容ニ於ケル上記ノ變化ハ蟲様突起病變ノ過程ト略々平行スベキコト、竝ニ胆汁ノ上記所見ハ罹患蟲様突起切除ニ依リ消失スベキモノナルコトヲ述べ、兩者ノ間ニ密接ナル關係ノ存スルコトヲ高唱シ、從テ蟲様突起炎ハ獨リ腹膜炎ニ對スルノミナラス、他ノ遠隔臟器例之膽囊、胃等ニ對シテモ亦感染源トナルヲ以テ、膽囊炎ニ際シテ蟲様突起炎ノ疑ハシキ場合ニハ之ヲ切除スベキモノナルコトヲ述ベタリ。Rivers, Hartmann 兩氏 (1930年)ハ膽囊炎ト診斷シタル287例中31%ニ於テ、同ジク膽石症592例中28.9%ニ於テ慢性蟲様突起炎ノ合併ヲ經驗シ、其ノ他本合併ニ關シテ臨牀的報告ヲナセルモノニ、Bokartowa, Wolkowitsch, Rubaschow 及ビ Wharton 氏等ノ諸學者アリ。

第二節 外科的、統計的觀察

蟲様突起炎及ビ膽囊炎合併例ニ關スル余等ノ經驗例ハ64例 (「グレンツゲビート」第10年第3號)ナリ、之ニ就テ外科的、統計的觀察ヲ行フニ次ノ如シ。

第一項 術前診斷

本合併例ニ於テ、術前ノ診斷名ヲ列記スレバ次ノ如シ。

蟲様突起炎及ビ膽囊炎ト診斷シタルモノ	31例	潰瘍ト診斷シタルモノ	6例
膽囊炎ト診斷シタルモノ	2例	横行結腸下垂症ト診斷シタルモノ	1例
蟲様突起炎ト診斷シタルモノ	1例	潰瘍及ビ膽囊炎ト診斷シタルモノ	3例
潰瘍及ビ蟲様突起炎ト診斷シタルモノ	11例	慢性腸狭窄症ト診斷シタルモノ	1例
潰瘍、蟲様突起炎、膽囊炎、ト診斷シタルモノ	7例	右側心窩部後腹膜腫瘍ト診斷シタルモノ	1例
		計	64例

兩疾患ヲ同時ニ診斷セシモノハ64例中31例ニシテ略々其ノ半バニ達ス。然ルニ、蟲様突起炎又ハ膽道疾患トハ全ク別種ノ疾患ト誤診シタルモノ3例アリ、即チ横行結腸下垂症、慢性腸狭窄症、後腹膜腫瘍ト誤診シタルモノ各1例是レナリ。

第二項 手術

64例ニ施シタル手術ノ種類ヲ擧グレバ次ノ如シ。

蟲様突起切除術ヲ施シモノ	4例	肝膿瘍切開竝ニ迴腸横行結腸	
蟲様突起切除術、膽囊剔出術ヲ施シモノ	59例	吻合術ヲ施セルモノ	1例
		計	64例

尙蟲様突起切除及ビ膽囊剔出術ヲ二次的ニ行ヘルモノハ全例中5例ニシテソノ内初メ蟲様突起切除、後膽囊剔出術ヲ施シタルモノ2例ニシテ、初メ膽囊剔出術後蟲様突起切除術ヲ行ヒタルモノ3例ナリ。

第三項 臨牀的症狀出現順位

記載明カナル63例ニ就テ、合併疾患ノ症狀出現順位ニ關シテ調査セシニ次ノ如シ。

蟲様突起炎ノ症狀ガ膽囊炎ノソレニ先行セシモノ	5例
前者ト全ク反對ナリシモノ	3例
兩疾患ノ症狀ヲ判然ト區別スルコト能ハザリシモノ	1例
主トシテ蟲様突起炎ノ症狀ヲ示シタルモノ	14例
主トシテ膽囊炎ノ症狀ヲ呈シタルモノ	18例
潰瘍類似ノ胃症狀ノミヲ認メタルモノ	16例
蟲様突起炎竝ニ膽囊炎ノ症狀ガ全ク潛伏性ナリシモノ	2例
蟲様突起炎ノ症狀先行シ後潰瘍類似ノ胃症狀ヲ訴ヘタルモノ	2例
蟲様突起炎、膽囊炎ノ症狀ガ同時ニ存セシモノ	2例
計	63例

次ニ興味アル症例ヲ掲グ可シ。

第1例 患者、眞武某。44歳、男子。昭和7年4月4日入院、同月14日死亡。

下腹部膨滿ヲ主訴トシテ受診セシモノニシテ、慢性腸閉塞ノ疑念ニテ入院セシメ各種ノ検査ヲ施行スルコトセリ。本例ハ診斷判定竝ニ本合併ノ成因考察上特ニ興味アルモノナルヲ以テ次ニ其病歴ヲ詳細記載ス可シ。

病歴、從來1日1行ノ規則正シキ便通ガ受診前約3月頃ヨリ便秘ニ傾キ2.3日ニ1行トナレリ、但シ便中血液其他ノ病的物質ヲ認メズ、然ルニ2月21日夜ヨリ腰部ニ刺痛ヲ訴ヘ下腹部ニ放散シ、ソノ翌日尙ホ腰痛ヲ忍ビテ學校ニ勤務セリ。カクテ腰痛ニ罹ルコト約1週ニシテ或日突然惡寒ト同時ニ激シキ腰痛、下腹部ノ緊

張感ヲ覺エ、翌日無理ニ登校セシニ38.8ニ度ノ發熱アリ、爾來約3日間38乃至9度ノ發熱去ラズ。尙ホ腰痛持續セリ、排便ハ灌腸ニ依リ之ヲ得タリ云フ。3月15日高熱アリテ腹部全面瀰漫性ニ膨隆シ瓦斯及ビ大便ノ自然排出停止セリ、惡心ヲ覺エ、2回嘔吐ヲ催セリ、且ツ吃逆ヲ訴フルニ至レリ。然ルニ3月18日ヨリ多量ノ下痢便及ビ瓦斯ノ排出アリテ鼓張減退シ同時ニ解熱セリ。

腹部所見、腹部ハ視診上全體トシテ適度ニ膨滿シ、殊ニ下腹部ニハ著明ナル蠕動不安ヲ見、コレヲ觸診スルニ腹壁ニハ適度ノ抵抗アリ、心窩部正中線ヨリ稍々右方ニ抵抗アリ、壓痛ヲ訴フ、腫瘍ヲ認メズ、肝、腎、脾等亦之ヲ觸知セズ、肛門ヨリ指ヲ挿入スルモ直腸ニハ著變ナシ。

各種検査所見、腹部ノX線單純透視竝ニ寫眞撮影ニ依リ大腸殊ニ横行結腸及ビ下行結腸ニ著明ナル瓦斯ノ著積ヲ認メ大腸ノ擴張セルヲ思ハシム、白血球數ハ11000ヲ算ス。「バリウム」粥ノ經口の投與竝ニ直腸注入ニ依ルX線検査上、胃、小腸ニ著變ナク大腸、脾彎曲ニ腸管ノ狭窄ヲ認ム。

手術所見、慢性腸閉塞症ノ疑診ニテ、開腹手術ヲ施セシニ輕度ノ腹水アリ、胃ニ著變ナク、迴腸ノ下部約1米ニ互リテ著明ニ膨大シ腹壁ト纖維性ニ癒着ヲ示セリ、横行竝ニ下行結腸ニ著變ナク1般ニ萎縮セリ、迴盲部ニ於テハ既往ニ穿孔シタル蟲様突起ト思ハル鳩卵大ノ腫瘍ヲ存ス。但シ盲腸及ビ蟲様突起自身ハ強キ癒着ノタメニ充分發見スルコト能ハズ、依テ迴腸下端ト横行結腸ト吻合ヲ施セリ、然ルニ腹壁縫合ニ際シ偶然肝右葉ニ約鳩卵大ノ腫瘍ヲ發見セリ、依テ腫瘍ヲ切除シ綿紗「タンボン」ヲ挿入セリ、膽囊ハ適度ニ充滿シ其ノ壁著明ニ肥厚シ周圍ニ癒着セリ、適當ノ醫治ヲ施シテ後療法ニ努メタルモ術後4日目衰弱ノタメニ遂ニ死亡セリ。

本症例ニ於テ、各種ノ検査ヲ施シタルニ拘ラズ、術前唯、慢性腸閉塞症ナル事判明シタル以外其ノ詳細ナル認識不可能ナリシモノニシテ、手術ニ依テ初メテ穿孔性蟲様突起炎及ビ之ニ基ク迴腸下端ノ癒着性腸狭窄ナルコト判明シタルモノナリ、更ニ興味アルハ腹壁縫合ニ際シテ偶然肝ニ腫瘍ヲ發見シタルニ由リ、膽囊部ヲ特ニ精査シタルニ、膽囊ニモ亦炎衝性所見ヲ發見シ得タルモノトス、尙ホコノ際特ニ注目ニ値スルハ蟲様突起炎及ビ膽囊炎合併ノ成因攻究上甚ダ興味アル事實ナリトス。即チ患者ハ既往ニ未ダ膽道ニ於ケル炎衝性疾患ヲ思ハシムルガ如キ症狀ヲ訴ヘタルコトナク、突然蟲様突起炎ノ症狀ヲ以テ發病シタルモノトス、而シテ肝臟ノ機能障礙ノ存スル時ハ膽囊炎ノ發生シ易キ事實ハ教室宮川氏竝ニ膳所氏ノ既ニ動物實驗ニ依テ之ヲ確メタル所ナリ。

然ルニ本症例ハ重篤ナル穿孔性蟲様突起炎ニ續シテ肝腫瘍(機能障礙)ヲ來クシ、其ノ結果膽囊炎ノ生成ヲ見タルモノニ非ザルヤヲ思ハシム。

第2例 患者、堤某。39歳、女子、針灸業。

大正10年6月、突然迴盲部ノ劇痛ト共ニ發熱嘔吐ヲ伴ヒシコトアリ、入院當時ニモ、勞働時ニハ常ニ迴盲部ノ鈍痛ニ悩ミタルモノニシテ、入院後更ニ心窩部ニ劇痛ヲ訴ヘタリ、因リテ胃ノX線诊断及ビ胃液検査ヲ行ヒタルニ著變ヲ認メ得ザリシヲ以テ、リオン・メルツェル氏ノ十二指腸消息子法ヲ行ハントセシモ頻發スル嘔吐ノタメ遂ニソノ目的ヲ達シ得ザリキ、即チ開腹手術ノ結果、胃ハ後面ニ於テ輕度ノ癒着ヲ示セル他ニ著變ナク、膽囊ハ十二指腸及ビ肝、十二指腸靱帶ト癒着シ、尙ホ迴盲部ニハ膿ノ滯溜ヲ認メタルヲ以テ、膽囊剝出術ヲ行ヒ、腹壁ヲ閉ヂ、更ニ右直腹筋外方切開ニ依テ排膿手術ヲナセリ、術後經過良好ニシテ全治退院セリ。然ルニ其後、迴盲部ニ輕度ノ疼痛ヲ感ジタルヲ以テ、更ニ術後、4ヶ月再ビ入院シテ蟲様突起ノ切除術ヲ受ケタリ。

第3例 患者、山本某。男子、27歳。大正14年6月1日入院、7月8日治癒退院。

入院前3年來、迴盲部ノ疼痛ト之ニ伴フ發熱ニ惱ミツツアリシタメ、我が教室ニ於テ蟲様突起切除術ヲ行ヒタリ、然ルニ術後2週日ヲ出デズシテ心窩ノ疼痛、胃内膨滿及ビ鬱滯ノ感ヲ覺エ、X線診斷ニテハ胃ニ障礙ヲ認メザリシモ、數日ノ後右季肋部ニ拇指頭大ノ腫瘍ヲ觸知セルヲ以テ、再ビ開腹手術ヲ行ヒタルニ、膽囊ハ緊張充滿シテ、壁ハ肥厚シ、十二指腸ト纖維性癒着ヲ示セリ、之ヲ剝出ス。剝出セシ膽囊ノ粘膜ハ充血ヲ示シ、浮腫狀ニ腫脹シ、潤濁セル暗褐色ノ膽汁ヲ容レタリ。患者ハ術後經過良好ニシテ全治退院セリ。

第4例 患者、若杉某。男子、47歳。大正13年10月20日入院、11月7日治癒退院。

現病歴、大正13年5月上旬、迴盲部ニ刺スガ如キ痛ヲ訴フ、發熱ナシ、局部ニ氷嚢ヲ使用シ、2、3日ニテ治癒セリ。同年9月16日下腹部ニ劇痛アリ、嘔吐ナカリシモ、發熱38度ニ及ベリ、氷嚢ノ使用、鎮痛劑ノ注射時ニ依リ疼痛ハ迴盲部ニ局限セリ、然ルニ今回ノ疼痛發作後2、3日シテ、右季肋下部ニ疼痛ヲ訴ヘ、醫ハ、コノ際疼痛部位ニ腫脹ヲ認メシト云フ、黄疸ハナカリシト。

腹部所見、視診上變化ナク、觸診上迴盲部ニ小指頭大ノ壓痛アル腫瘍ヲ觸ル、マツ・バーネ氏點ニ壓痛アリ、右季肋部ニテ肋骨弓下部ニ相當シ、腹壁ノ緊張ヲ證明ス。壓痛ヲ訴フ。

十二指腸消息子検査所見、A及ビC膽汁ニ菌ヲ證明セザルモ、B膽汁ニ大腸菌ヲ認メ、培養上、無數ノ菌集落ヲ生ゼリ。菌ハ退行變性ヲ示サズ。

手術所見、心窩部正中線ニテ開腹セシニ、膽囊ハソノ壁輕度ニ肥厚ヲ示シ、鳩卵大ニ腫脹セリ、之ヲ剝出ス、蟲様突起ハ盲腸ト癒着セリ、之ヲ切除ス、治癒セリ。

術後診斷、慢性膽囊炎兼陳舊性蟲様突起炎。

前記第1、第3及ビ第4例ハ、何レモ臨牀的ニハ蟲様突起炎ニ膽囊炎ガ續發セリト思惟セラレル症例ニシテ、第3例ノ場合ノ如キ、蟲様突起炎發病後2週日ニシテ又第4例ノ場合ハ、同様2、3日ニシテ膽囊炎ノ症狀ヲ續發セシモノトス。

第2例ハ、第1回手術時、膽囊剝出術、穿孔性蟲様突起炎ニ依ル腫瘍切開手術ヲ行ヒ、治癒退院セシモ、後迴盲部ニ疼痛ヲ感ジタルヲ以テ入院ノ上、蟲様突起切除手術ヲ受ケタルモノナリ。

第四項 患者性別

64例中、男子39例ニシテ、女子25例ナリ。

第五項 患者年齢的關係

本合併例ノ年齢的關係ヲ列記スレバ次ノ如シ。

11歳乃至20歳	2例	41歳乃至50歳	13例
21歳乃至30歳	25例	51歳乃至60歳	7例
31歳乃至40歳	17例		計 64例

第六項 手術死亡率

手術ニ依ル死亡例ハ10例ニシテ、64例ニ對シ15.6%ニ相當ス。

第七項 膽囊炎ノ性状、結石ノ有無

膽囊内ニ結石ヲ有シタルモノ6例、總輸膽管内ニ結石ヲ有シタルモノ4例、病歴中ニ膽石

ノ大便中ニ排出セラレタリト記載セルモノ1例, 即チ膽石ヲ認メタルモノ11例ナリ。

次ニ膽囊炎又ハ膽石症ニシテ, 急性症狀ヲ呈シタルコト有ルモノハ18例ニシテ, 慢性ニ經過セシモノ45例ナリトス。

第八項 蟲様突起炎ノ性狀

記載明カナル63例中, 陳舊性蟲様突起炎17例(内2例ハ穿孔ヲ來タセリ)ニシテ, 尙初メヨリ慢性ナリシモノ46例ナリ。

第五章 潰瘍, 蟲様突起炎, 膽囊炎ノ合併例

第一節 外科的, 統計的觀察

本合併例ニ關スル余等ノ經驗例ハ22例ニシテ(「グレンツゲビート」第10年第3號), 以下之ニ關シテ外科的, 統計的觀察ヲ試ムベシ。

第一項 術前診斷

本合併例ノ術前診斷ヲ列記スレバ次ノ如シ。

潰瘍, 蟲様突起炎, 膽囊炎ヲ同時ニ診斷セシモノ	7例	
潰瘍ト蟲様突起炎ヲ診斷セシモノ	9例	(内2例ハ胃潰瘍癌及ビ蟲様突起炎ト, 1例ハ迴盲部腫瘍及ビ潰瘍ト診斷セリ)
蟲様突起炎ト膽囊炎ヲ診斷セシモノ	2例	
潰瘍ノミヲ診斷セシモノ	3例	
膽囊炎ノミヲ診斷セシモノ	1例	
計	22例	

又合併セル3疾患ヲ同時ニ診斷セシモノハ7例ニシテ約三分ノ一ニ相當シ, 合併疾患ノ2ツヲ同時ニ診斷セシモノハ11例ニシテ50%ニ相當ス, 他ハ合併3疾患中ノ1ヲ診斷シ得タルニ過ギズ。

第二項 手術

本合併例ニ對シテ施シタル手術方法ニ就テ記述スレバ次ノ如シ。

合併3疾患ニ對シテ手術セシモノ	8例	蟲様突起ニ對シテノ手術セシモノ	1例
潰瘍ト蟲様突起炎ニ對シテ手術セシモノ	10例	膽囊炎ニ對シテノ手術セシモノ	1例
膽囊炎ト潰瘍ニ對シテ手術セシモノ	2例	計	22例

即チ全22例中, 合併3疾患ニ對シテ手術セシモノハ8例, 合併2疾患ニ對シテ手術セシモノハ12例ナリトス, 次ニ興味アル症例ヲ擧グ可シ。

第1例 患者, 大内某。官吏, 男子, 49歳。
主訴, 黃疸, 右季肋部痛。

既往症, 大正2年穿孔性蟲様突起炎ノタメ切開手術ヲ受ク, 大正13年膽囊炎ヲ病ム。

現病歴, 大正13年1月12日, 風邪ニ罹リ, 20日間ニテ輕快セリ, 10日後膽囊炎ニ罹レリ, 醫治ニ依リ40日ニテ治癒セリ, 其後次第ニ便秘ニ傾ク。大正15年4月大便ヲ排スル際下腹部ニ輕度ノ疼痛ヲ訴フ, 後戰慄ト共ニ體温上昇セリ, 且ツ黃疸ヲ來タセリ。4月8日膽石症ト診斷セラレ, 某病院ニ入院セリ, 入院中2,3日毎ニ惡寒ヲ伴フ痙攣發作アリ, 毎日十二指腸消息子療法ヲ受ク, 小ナル砂石多數排出セリト云フ, 全治ニ至ラズシテ4月25日退院セリ。爾來斯カル痙攣發作屢々アリ。

腹部所見, 視診上腹部ニ著變ナシ, 觸診上, 膽囊部ニ相當シ壓痛ヲ訴フ, コノ部ノ腹壓緊張セリ。

X線検査所見, 胃, 十二指腸ニ變化ナシ。

十二指腸消息子検査所見, B胆汁ノ塗抹標本ニ於テハ菌ヲ證明セズ。

胃液検査所見, 總酸度最高60, 遊離鹽酸最高40ナリ。

手術所見, 心窩部正中線ニテ開腹セシニ, 胃ニハ手術時著變ヲ認メザリキ, 膽囊ハ萎縮シ, 周圍ハ甚ダ強ク癒著セリ, 觸診ニ依リ膽囊, 總輸膽管内ニ結石ヲ證明セズ。膽囊ヲ剔出シテ手術ヲ終レリ, 膽囊内ニ結石ナシ。術後診斷, 慢性膽囊炎。

術後經過並ニ剖檢所見, 12月31日, 嘔吐アリタルモ吐物中ニ血液ヲ混ゼズ, 1月1日, 嘔吐ハ多少輕快セリ。同月8日右側中耳炎ヲ病ム, 同月17日死亡セリ。

剖檢所見左ノ如シ。

總輸膽管内ニ示指頭大ノ結石アリ, 胃小彎ニテ幽門ヨリ約1釐ノ部ニ2錢銅貨大ノ潰瘍在リ。該潰瘍ハ出血ヲ示セリ, 血液ハ胃及ビ腸ニ充滿セリ, 潰瘍ノ出血ガ死因ヲナセリ, 蟲様突起ハ長サ4釐ニシテ周圍ト密ニ癒着セリ。

本例ハ手術時ニ胃ノ潰瘍ヲ全ク看過シ, 單ニ膽囊剔出術ノミヲ行ヒシガ, 該胃潰瘍ヨリ術後出血ヲ來シテ死亡セリ。本例ニ依リテ見ルモ, カカル合併疾患ノ存在ニ深ク注意ヲ拂フコトハ, 治療上甚ダ肝要ナル問題ナルコトヲ知ルベシ。

第2例 患者, 白川某(男子, 44歳)。蟲様突起炎ノタメ, 大正11年6月, 蟲様突起切除術ヲ受ク, 然ルニ, 食後胃部膨滿, 心窩部鈍痛, 胃餓痛ヲ訴ヘ, 大正14年6月10日當科ニ再入院セリ。十二指腸潰瘍ニ對シテ後胃腸吻合ヲ施シ, 膽囊炎ニ對シテ膽囊剔出術ヲ行ヘリ。然ルニ, 昭和9年11月胃症狀再燃シ, 胃癌疑診ノ下ニ胃切除術ヲ施セリ, 十二指腸潰瘍ハ既ニ治癒セシモ胃小彎ニ2個ノ潰瘍ヲ存セリ。

第三項 手術死亡率

22例中2例死亡セリ。1例ハ既述ノ如ク胃潰瘍ノ出血ノタメ死亡シ, 他ノ1例ハ, 膽囊剔出術, 胃腸吻合術後翌日死亡セリ。死因不明ナリ。

第四項 潰瘍ノ位置, 病理解剖學的所見

先ヅ潰瘍ノ位置ニ就テ列記スレバ次ノ如シ。

幽門及ビ幽門近部潰瘍	4例	胃及ビ十二指腸潰瘍合併例	2例
胃小彎潰瘍	4例	計	22例
十二指腸潰瘍	12例		

潰瘍ガ十二指腸又ハ胃ニ在ル場合, ソレガ幽門近部ニ存在セシモノハ22例中18例ナリトス。

尙ホ全 22 例中潰瘍ガ穿通セシモノハ 7 例ニシテ潰瘍ガ膽囊ト癒着セシモノハ 9 例ナリキ。

第五項 膽囊炎ノ性狀及ビ結石ノ有無

結石ヲ有セシモノハ 22 例中 2 例ナリ。共ニ結石ハ總輸膽管内ニ存セリ。

次ニ膽囊炎ハ 22 例中 1 例ヲ除キ他ハ何レモ慢性ノモノナリキ。

第六項 蟲様突起炎ノ性狀

慢性ノモノ 19 例、陳舊性ノモノ 2 例ニシテ、急性穿孔ヲ來タセシモノ 1 例ナリ。

第七項 臨牀の症狀出現順位

合併 3 疾患ノ症狀出現順位ニ就テ調査セシ所次ノ如シ。

3 疾患ノ症狀ヲ呈シタルモノ	1 例	(潰瘍ノ症狀先行シ、膽囊炎ノ症狀コレニ次ギ最後ニ蟲様突起炎ノ症狀ヲ發セリ)
蟲様突起炎ノ症狀ガ潰瘍ノ夫レニ先行セシモノ	3 例	
前者ノ反對ナリシモノ	1 例	
蟲様突起炎ノ症狀ガ膽囊炎ノ症狀ニ先行セシモノ	2 例	
膽囊炎ノ症狀ガ潰瘍ノ症狀ニ先行セシモノ	3 例	
膽囊炎ト蟲様突起炎ノ症狀ガ同時ニ現ハレシモノ	1 例	
潰瘍ノミノ症狀現ハレシモノ	10 例	
蟲様突起炎ノミノ症狀現ハレシモノ	1 例	
計	22 例	

即チ全例中合併 3 疾患ノ症狀同時ニ呈シタルモノハ僅カニ 1 例ニシテ、合併 2 疾患ノ症狀ヲ呈シタルモノハ 10 例ヲ算シテ約其ノ半數ニ達シ、爾餘ノ 11 例即 50%ニ於テハ 3 疾患中僅カニ 1 疾患ノ症狀ノミヲ認メタルニ過ギズ。

第八項 胃液所見

分割的検査ヲ行ヘル 15 例ニ於ケル成績次ノ如シ。

過酸症	7 例	正常酸度	4 例
低酸度	3 例	無酸症	1 例

過酸症ヲ呈シタルモノ最モ多クシテ 7 例ニ達ス。

第九項 患者性的關係

男子 17 名ニシテ、女子 5 名ナリ。

第十項 患者年齢的關係

年齢的關係ニ就テ調査セシニ次ノ如シ。

11 歳乃至 20 歳	ナシ	51 歳乃至 60 歳	7 例
21 歳乃至 30 歳	3 例	61 歳乃至 70 歳	1 例
31 歳乃至 40 歳	4 例	計	22 例
41 歳乃至 50 歳	7 例		

第六章 腹部三主徴ニ關スル外科的、統計的觀察概括

腹部三主徴ニ關スル吾人ノ外科的經驗例 178 例ニ基キ吾人ノ經驗ヲ概括セシニ次ノ如シ。

第一節 各種合併例ノ頻度

胃又ハ十二指腸潰瘍、蟲様突起炎、膽囊炎ハ既述ノ如ク屢々相合併シテ來ルモノナリ。今之ヲ細別セシニ次ノ如シ。

第 1 類 潰瘍、膽囊炎、蟲様突起炎 合併例	22 例	第 3 類 潰瘍、蟲様突起炎合併例	43 例
第 2 類 潰瘍、膽囊炎合併例	49 例	第 4 類 膽囊炎、蟲様突起炎合併例	64 例
		合計	178 例

全 178 例中、蟲様突起炎ハ 129 例ニシテ 72.4%ノ罹患率ヲ、潰瘍ハ 114 例ニシテ 64%ヲ、膽囊炎(膽石症)ハ 135 例ニシテ、75.8%ヲ夫々呈ス。膽囊炎ノ場合ニ膽道内ニ同時ニ結石ノ存在セシモノハ 20 例ニシテ、1 例「ビロステリン」色素石灰石ヲ除クノ他ハ盡ク炎衝性ノ「ビリルビン」石灰石ナリキ。

又潰瘍ハソレガ、十二指腸及ビ胃ニ存スル場合、共ニ幽門近部ニ之ヲ認メタルコト最モ多キハ注意ニ値ス。

前述 4 種類ノ合併症中最モ多キハ膽囊炎及ビ蟲様突起炎ノ合併ニシテ、此ノ事實ハ余ノ場合ノ他、Nordmann 氏(全合併例ノ 57.8%) Hinrichsen 氏(同様 61.6%)等ノ報告例ニ於テモ亦同様ニシテ注意ス可キコトナリ、潰瘍及ビ膽囊炎ノ合併例之ニ次ギ、潰瘍及ビ蟲様突起炎ノ合併例ハ第 3 位ヲ占メ其ノ頻度ノ最モ少ナキハ 3 ツノ疾患ガ同時ニ合併セル場合ナリス。吾人ガカカル 3 主徴例ヲ經驗シタルト同期間内ニ手術ヲ加ヘタル胃及ビ十二指腸潰瘍例數ハ 408 例ニ達スルヲ以テ、吾人ノ手術例ニ於テハ、潰瘍患者ニ於ケル蟲様突起炎及ビ膽囊炎ノ合併頻度ハ 27.9%ニ達ス。然レドモ、臨牀例ニ於テハ、潰瘍患者ノスペテニ、蟲様突起及ビ膽囊ヲ剔出シテ、是等臟器ノ炎衝性所見ノ有無ヲ檢スルコト能ハズ、假令臨牀の症狀ニ依リ蟲様突起炎ノ存在ヲ知り得タル場合ニ於テモ、毎常蟲様突起ヲ切除スルコト能ハザル事情ニ在リ、故ニ潰瘍患者ノ幾%ニ於テ、前記臟器ニ炎衝性所見ヲ發見スルヤヲ正確ニ知ラントセバ、寧ロ剖檢屍ニ依ルヲ可トス可シ。

第二節 各種合併症ニ於ケル症狀ニ就テ

腹部 3 主徴ノ存在ニ依リテ、ソノ各個ノ疾病ノ場合ニ比シテ、患者ノ訴フル症狀ハ益々複雑ナルモノナリ。合併シタル 2 ツ又ハ 3 ツノ疾患ガ盡ク特有ノ症狀ヲ呈スルコトハ寧ロ稀ニシ

テ多クハ其ノ内ノ1ツ又ハ2疾患ガ主症状トシテ認メラルル場合多シ。時トシテ、其ノ呈スル症状ガ合併疾患ノ何レニ依ルモノナリヤ判然ト區別スルコト能ハザル場合モ之ヲ存ス。從テ手術ニ依テ初メテ爾餘ノ合併疾患ヲ發見スルコト稀ナラズ。殊ニ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ症状ト膽道ニ於ケル炎衝性疾患ノソレトハ甚ダ酷似シテ其ノ鑑別不可能ナル場合往々ニシテ開腹手術ニ依リ初メテ兩者ノ合併ヲ認知シ得ルガ如キコト再三ニ止ラザルモノトス。又余ガ既ニ報知セシガ如ク、慢性蟲様突起炎又ハ膽囊ニ於ケル炎衝性疾患ニシテ胃潰瘍類似ノ症状ヲ示スコトモ亦少ナカラズ。即チ余等ノ經驗例ニ於テ、膽囊炎ト蟲様突起炎合併例63例中16例例即チ25.3%ハ潰瘍類似ノ胃症状ノミヲ呈シタルモノトス。尙ホ余等ノ屢々經驗スル所ハ、潰瘍ノ如キ、潛伏性ニ經過シテ症状ヲ全ク示サザルモノ少カラザル事實ナリトス。如斯、胃、膽囊、蟲様突起ハ相互間ニ密接ナル關係ヲ有スルヲ以テ、是等臟器ノ疾患中、2者又ハ3者ガ同時ニ合併セルモノナリヤ否ヤヲ術前判定スルコト至難ナル場合少ナシトセズ。

更ニ合併シタル疾患ガ其ノ症状ヲ呈スル場合ニハ、同時ニ又ハ殆ンド同時ニ症状ヲ認ムルコト、一疾患ノ症状ニ後レテ他ノ合併疾患ノ症状ヲ呈スルコト有リ、又一疾患ノ内科的處置ヲ施セル經過中、若シクハ一疾患ノ術後、他ノ合併症ノ症状顯著トナル場合モ之ヲ存スルモノナリ。

第三節 診斷ニ就テ

此ノ腹部3主徴ノ診斷ハ時トシテ甚ダ困難ナルコトアリ、又ソノ一ツヲ認メテ他ヲ看過スルコトアリ、今ソノ理由ニ就キ述ブレバ次ノ如シ。

1, 凡ソ慢性膽囊炎(膽石症)ノ存スル時ニハ胃液酸度ハ多ク低酸若シクハ無酸症ヲ呈シ之ニ反シテ、胃潰瘍殊ニ十二指腸潰瘍ノ場合ニハ胃液酸度ノ過酸症ヲ示スコト多シ、而シテカカル所見ハ前記疾患ノ診斷ニ際シ、夫々其ノ診斷的價値少ナカラザルモノナリ、然ルニ前記疾患ガ相合併シタル時ハ膽道疾患ニシテソノ胃液ガ過酸症ヲ示シ時トシテ、終末上昇ヲ認ムルコトアリ、之ニ反シ又潰瘍ノ存スルニモ不拘、胃液ニ於テ無酸症ヲ認ムルコトアリ、即チ前記疾患ノ合併スル場合ニハ、胃液所見ノ診斷的價値ハ自ラ低下スルモノナリトス。

2, 教室員南氏モ既ニ報告セルガ如ク、蟲様突起炎、膽囊炎等ノ存スル場合ニハ胃ノX線検査ニ際シ、恰モ胃又ハ十二指腸潰瘍ニ於テ見ルガ如キ間接徵候ヲ呈スルコト少ナカラズ。爲メニ診斷ニ際シ困難ヲ覺ユルモノナリ。

3, 慢性蟲様突起炎ニ際シテ潰瘍ナキ場合ニモ、往々胃又ハ十二指腸潰瘍酷似ノ症状ヲ呈スルコトアリ、同様ニ膽囊炎ノ場合ニモ、膽囊炎特有ノ症状ハ全ク之ヲ示サズシテ潰瘍類似ノ胃症状ノミ認ムルコト有リ、コレガ爲メニ腹部3主徴ノ診斷ニ困難ヲ來タスモノナリ。

4, 上記3ツノ疾患ノ2ツ、又ハ3ツガ相合併セシ場合ニハ往々其ノ呈スル症状極メテ複雑

ナルヲ以テ、症状ノ著シカラザル合併疾患ヲ看過スルニ至ルコトアリ。

以上ノ如クナルヲ以テカカル合併症ノ疑アル場合ニハ、單一疾患ニ對スル検査ニ止マラズ、他ノ2疾患ニ對シテモ系統的ニ検査スルヲ要アリ。一疾患ノ症状ガ特ニ定型ナリシタメ、爾餘ノ合併疾患ニ對スル検査ヲ怠リ、爲メニ術前合併症ヲ看過シ、又ハ開腹時初メテ之ヲ發見スルニ至ルコトアリ、尙ホ時トシテ手術時ニ於テスラ合併疾患ヲ看過スルコトアリ。

要之診斷ニ際シテハ特ニ此ノ合併ノ存在ニ注意シ、之ヲ充分念頭ニ置キテ患者ニ接スルコト肝要ナリ。余等ガカカル合併例ノ多數ヲ經驗シ得タル所以ノ一ハ、實ニカカル注意ヲ怠ラザリシ爲ナリト信ズ。

第四節 豫後及ヒ療法

胃又ハ十二指腸潰瘍、膽囊炎(膽石症)、蟲様突起炎ノ内ソノ2ツ、又ハ總テガ合併セシ場合ニハ、各一個ノ疾患ノ場合ニ比シテ豫後不良ナルハ論ヲ待タザル所ナリ、殊ニ潰瘍ニシテ、之ガ全ク症状ヲ呈セザル時ニハ、上腹部ニ於テ開腹手術ヲ施シテ合併シタル他ノ疾患ニ治療ヲ加ヘタルニモ拘ラズ遂ニ潰瘍ヲ看過シ術後該潰瘍ヨリ出血死ヲ來クシタルガ如キ苦キ經驗スラ吾人ハ之ヲ有ス。前記ノ3疾患ガ各定型ノ症状ヲ呈シ、且ツ各獨立ニ出現セン場合ノ如キ、速ニ合理的ナル醫治ヲ施スノ機會存スルヲ以テ其ノ豫後ハ必ズシモ不良ナルモノニ非ズ、然レドモ是等ガ2ツ又時トシテ3ツガ相合併シ、而モ症状不定ナル場合ニハ、合併疾患ノ1ツ又ハ2ツヲ誤診スルコト少ナカラズ。假令正確ナル診斷ヲ下シタル場合ニ於テモ、患者ガ既ニ重篤ナル状態ニ在ル時ハ是等合併疾患ニ對シ同時ニ合理的ナル手術ヲ施スコト能ハザルヲ以テ其ノ豫後ハ不良ナルモノナリ。尙ホ合併疾患ニ對スル手術ヲ怠リタル場合ノ如キ、術後、該合併疾患ニ對シテ手術ヲ要スルニ至ルコトアリ、斯ノ如クシテ吾人ハ同一患者ニ數回ノ開腹手術ヲ施セン經驗ヲモ之ヲ有ス。

次ニ治療ニ當リテハ、同時ニ合併スル疾患ヲ共ニ治療スルコト肝要ナリ、然ラザレバ術後又ハ退院後、合併疾患ノ症状顯著トナリ、爲メニ再手術ヲ要スルコトトナルハ勿論、殊ニ潰瘍ヲ看過シタル場合ノ如キ術直後之ヨリ出血ヲ來クシテ死亡スル場合アリ。從テ蟲様突起炎、膽囊炎ノ手術ニ際シテハ、特ニ潰瘍ノ有無ニ就テ精査スルコト肝要ナリ。又蟲様突起炎ヲ看過スル時ハ、胃腸吻合術又ハ胃切除術後ニ於テモ、頑固ナル潰瘍酷似ノ胃症状ヲ呈スルモノニシテ、吾人モ亦カカル經驗ヲ有ス。合併疾患ノスペテニ對シ合理的な外科處置ヲ施スコト甚ダ肝要ナリ。

手術ハ、可成の一時的ニ之ヲ行フニ若カズ、即チ膽囊剔出術、總輸膽管切開又ハ其ノ兩手術共ニ、胃腸吻合術、若クハ胃切除術ヲ同時ニ行ヒ、又胃手術ト蟲様突起切除術ヲ同時