

- Boas, Neue Beiträg. z. Methodik d. okkult. Blutnachweises, Berl. kl. Wochenschr., 1916, S. 970. Nr. 35.
- Boas, Über okkulte Magenblutungen, Deutsch. med. Wochenschr., 1901.
- Derselb., Die Lehre v. d. okkult. Magenblutungen, Leipzig, 1914.
- Derselb., u. Kochmann, Weitere Beiträge z. Lehre v. d. occult. Magenblutg., Arch. f. Verdauungskrht., Bd. 8, 1902.
- Bogoras, Über cholecystogastrostomie bei d. Magenulcus, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 134, 1925, S. 42.
- Bonar a. Lond, A note on the investigation of gastric function before a. after gastro jejunostomy, The Lancet, 1921, Vol. 101, P. 952.
- Dodds, Roberston, (Lancet, 1930). 抄録 日本消化器病學會雜誌 第 29 卷 第 487 頁
- Ehrmann, Ausheberung d. Magensaftes, Berl. kl. Wochenschr., Nr. 14, S. 662, 1914.
- Feldmann, Gastroenterostomy to effect a decive reduction in gastric acidity. Ann of Surg., Vol. 82, 1925.
- Fraenkel, D. Einfluss d. cholecystogastrostomie auf d. Magenchemismus bei Magen u. Duodenalalcaus, Zentralbl. f. Chirg., 1925, S. 1459.
- Friedrich, Über fraktionierte Magensaftuntersuchung bei 200 Ulcuskranken. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med., Bd. 56, S. 562, 1927.
- Grundmann, Über d. Technik u. d. Wert d. Nachweises v. okkult. Blutungen im Mageninhalt u. Stuhl mittels d. katalytischen Blutreaktion, Berl. kl. Wochenschr. 1916, Nr. 35, S. 970.
- Guy, E., The effect of gastroenterostomy on gastric function, as interpreted by the fractional test meal, Brit. J. of Surg., vol, 10, Nr. 39, Ref. in Zentralbl. f. Chirg., 1923, S. 1893
- Klein, Gastric secretion after partial gastrectomy, The Journ. of Am. Med. Ass., 1927, P. 1235.
- Kutscha-Lissberg, Zur chirg. Behdg. d. Magen u. Zwölffingerdarmgeschw., Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 191, S. 1, 1925.
- Lanz, Über d. Prüfg. d. Magenfunktion mit. d. Alkoholphenolphthaleinprobebrühstück, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 115, S. 294.
- Lewisoh, R., L. Ginzburg, The relation of postop. achlorhydia to the cure of gastric a. duod. ulcers, Surg. gyn. a. obst., Vol. 44, 1927, p. 344.
- Lorenz, H., H. Schur, Unsere Erfahrung über d. Wert d. Antrumresektion bei d. Behandlg. d. Ul. pept., Achir f. kl. Chirg., Bd. 119, S. 239.
- Moynihan, Some problems of gastr. a. duod. ulcer, Brit. med. Journ. 1923, p. 221
- Novak, N., Über d. chirg. Behdg. u. deren Späterfolge Magn u. Duodgeschwüre, Bruns' Beiträg., Bd. 131, S. 566.
- Perman, Acidität im Magen n. Ventrikelresektionen, Zentralbl. f. Chirg., 1927, S. 2266.
- Portis, A., B. Portis, Effect of subtotal gastrectomy on gastr. secretion, The Journ. of am. med. Ass., 1926, No. 12, p. 836.
- Rehfuss, New Method of gastric testing, Amer. journ. of med. Science, 1914, Bd. 47.

- Derselbe, The fractional study of gastic digestion with a description of normal a patholog. curves, Journ. of am. Med. Ass., Vol. 69.
- Derselbe, The diagnosis a. Treatment of Diseases of the Stomach, 1927.
- Scherren, J., On the results of the surgical treatment of chron. ulcers of the stomach a. duod., The Lancet, p. 691, 1920.
- Seeber, Zur klin. Bedeutg. d. fraktionierte. Magenausheberg., Deutch. Archiv f. kl. Med., Bd. 153, S. 152, 1929.
- Schmidt, H. Exp. Studien am nach Pawlow isolierten kleinen Magen über d. sekret. Arbeit d. Magendrüsen nach d. Resektion Billroth I. u. II., sowie nach d. Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 125, S. 26, 1923.
- Wustmann Periduodenitis u. Pericholecystitis als Folge rezidivierender Appendicitis, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg 31, 5.57.
- Weber, H., Über d. Nachweis d. Blutes in d. Magen u. d. Darminhalt, Berl. kl. Wochenschr., Nr. 19, S. 441. 1893

## 第二章 糞便潜血反應試験

潰瘍ノ如キ消化管ノ壁ニ物質缺損ヲ來ス疾患ニ於テハ、其ノ糞便ノ潜血反應試験ハ獨リ本症ノ診斷、鑑別診斷ニ有意義ナルノミナラズ、本症ノ治癒傾向ノ模様ヲ觀察スルノ點ニ於テモ亦必要ナル問題ナリトス。

### 第一節 試験方法

糞便潜血反應試験ニハ化學的方法ト光學的方法トノ二ツアリ。然レドモ後者ハ特種ノ装置ヲ要スルノミナラズ、操作亦簡單ナラザルヲ以テ廣ク日常臨牀的ノ使用ニ便ナラズ、茲ニハ主トシテ前者ニ就テ記載スルコトトスベシ。

#### (1) Weber-van Deen 氏法

原理、「テレピン」油中ノ過酸化ハ血色素觸媒作用即チ酸素傳搬作用ノ爲メニ癒瘡木ノ一成分タル「グアヤツク」酸ニ傳搬セラレ、「グアヤツク」青トナル。然レドモ本法ハ獨リ血液ニ特有ナラザルメ往々誤謬ヲ招致スルヲ以テ、Weber 氏ハ之ヲ改良センガタメ、試験物ヲ豫メ氷醋酸及ビ「エーテル」ニテ浸出スルノ要アルコトヲ明ニセリ。

試薬 5% 癒瘡木脂丁幾

陳舊「テレピン」油

實施、少量糞便(又ハ胃液)ニ氷醋ヲ 1—2 錢加ヘ、「エーテル」10 錢ヲ以テ數分間振盪ス。



該浸出液ヲ、前記試藥等量混合液上ニ層重スル時ハ血液存在スル場合ニハ青色ヲ呈ス。

注意 本法ハ8乃至10萬倍マデハ陽性ナリ、癒瘡木丁幾ハ新鮮ナルヲ要スルヲ以テ、使用時新ニ調製スルヲ要ス。本法ハ其ノ鋭敏度低キヲ以テ、其ノ陽性成績ハ信ズベキモ、成績陰性ノ場合ニハ俄カニ潛出血ヲ除外スルコト能ハズ、他ノ試験方法ヲ併行スル必要アルモノトス。

### (2) 「ベンチヂン」反應

被驗物(糞塊ノ場合ニハ其ノ1片ヲ數粒蒸溜水ニ溶シ)ニ氷醋酸1粒ヲ加ヘ、振盪シタル後其ノ3分ノ1容量ノ「エーテル」ヲ加ヘ強ク振盪スル時ハ、血色素ハ醋酸ノタメニ醋酸「ヘマチン」トナリテ「エーテル」ニ移行ス。上記「エーテル」浸出液ヲ豫メ一刀尖ノ「ベンチヂン」ヲ氷醋1粒ニ溶解シ之ニ3%過酸化水素2-3粒ヲ注加セル試験液ニ移入ス。若シ血色素存在スル時ハ緑青色ヲ呈ス。

注意 本反應ハ20乃至30萬倍マデ陽性ナリト稱セラレ甚ダ鋭敏ナリ。

### (3) Wohlgemuth 氏法

#### 試藥

第1液	
純「ベンチヂン」(「メルク」)	0.5
50% 醋酸	50.0
「ベンチヂン」ノ溶解ハ加熱スルコトナク、低温ニ於テ行ヒ溶液ハ褐色ノ容器ニ貯ス。	
第2液	
葡萄糖	5.0
「オルチゾン」(「バイエル」)	2.0
50%酒精	50.0

第2液ハ酒精中ニ葡萄糖ヲ投ジ、微熱ヲ加ヘテ溶解シ、之ヲ冷却シテ後「オルチゾン」ヲ加ヘ、屢々振盪溶解セシメ此溶液ヲ冷處ニ靜置ス。而シテ15分後、不溶解ノ儘殘留セル部分ヲ濾過シ、濾液ヲ褐色瓶ニ貯フ。

實施、清淨ナル「ガーゼ」ノ小片ヲ白色磁器板ニ載セ、被驗液ノ1滴ヲ滴加シ、之ニ第1液、第2液各1滴宛ヲ滴加ス。血液存在スル時ハ1分間以内ニシテ青色反應ヲ呈ス。

注意 鹽酸ガ本反應ヲ抑制スルコト、從テ此ノ場合豫メ酸ヲ中和スルヲ要スルモノトス。尙糞便ノ場合ニハ醋酸「エーテル」ヲ以テ浸出スルヲ可トス。本法ハ、血液無クモ、發烟硝酸ヨリ發生スル瓦斯、又ハ鹽素瓦斯ガ試藥液面ニ作用スレバ直チニ血液陽性反應ト同ジク呈色反應ヲ起スヲ以テ、本試験ヲ行フ際ニハ、試験管竝ニ器具ノ清淨ナルコト、室内ニ於テ各種瓦斯體ノ發散ナキコトニ留意ス可キモノナリ。

### (4) 「フェノールフタレイン」反應

Ehrlich-Meyer 氏「フェノールフタレイン」試藥製法

「フェノールフタレイン」	20.0
苛性曹達	25.0
亞鉛末	10.0
餾水	200.0

以上ヲ磁製蒸發皿ニ入レ攪拌シツツ熱シテ遂ニ無色ニ至ラシメ、半量トナルニ至リ濾過シ著色瓶ニ入レ、上ニ流動「パラフィン」ヲ浮ベ空氣トノ接觸ヲ遮斷ス。用時瓶底ヨリ「ピペット」ニテ吸收ス。

實施、醋酸「エーテル」ノ浸出液ヲ作ルコト前法ト同様ナリ、該浸出液5粒ニ3%過酸化水素1粒ヲ加ヘ、上記「フェノールフタレイン」5粒ヲ加ヘ輕ク振盪セバ血液存在スル場合ニハ薔薇紅色乃至櫻實紅色ヲ呈ス。

#### Boas 氏變法

試藥ノ少量ニ過酸化水素5滴ヲ加ヘ、醋酸「エーテル」浸出液ヲ斜ニ管壁ニ沿フテ入ルル時ハ慢性ノ場合ニハ紅輪ヲ生ズ。

注意 本法ハ500萬倍迄ハ著明ニ反應シ、1000乃至5000萬倍迄ハ陽性ナリト稱セラル。反應最モ鋭敏ニシテ色調鮮麗頗ル優秀ナルモ、餘リ鋭敏ニ過ギ、粥食、牛乳食糞便及ビ乳兒糞便等ノ血液アリト認メラザルモノニ於テモ血液類似ノ反應ヲ呈スルコト多ク、齋藤氏ニ由レバ、該試験ハ單ニ氷醋酸ノミニ由テモ外觀上陽性成績ヲ示スコトアリ。故ニ試験法ニ熟達スルニ非ザレバ其ノ結果ノ判斷ニ誤謬ヲ來シ易ク、其ノ陰性成績ハ大ニ價値アルモ、陽性ノ場合ニハ他ノ試験法ヲ併用スル要アリ。

### (5) 「アロイン」法

被驗物ノ醋酸浸出液ニ「テルペンチン」20乃至30滴ヲ加ヘタル後「アロイン」溶液(一刀尖ノ「アロイン」ヲ普通酒精3-5粒ニ溶解セルモノ)10乃至15滴ヲ加フ。血液存在スル場合ニハ淡紅色トナリ。放置スレバ櫻實紅色トナル。

注意 本法ハ3萬倍マデハ陽性ナリト稱セラル。類似反應ヲ呈スルコト最モ少ナク且ツ色調鮮麗ナレドモ、其ノ鋭敏度鈍ク、從テ出血少量ノ時ハ之ヲ檢出スルコト能ハズ。

### (6) 「ピラミドン」酒精法

被驗液ノ醋酸「エーテル」浸出液ヲ作り、之ヲ5%「ピラミドン」酒精及ビ3%過酸化水素同量混合液中ニ注入スル時ハ血液存在スル場合ニハ淡藍色ヲ呈ス。

氷醋酸及ビ過酸化水素ノ現色反應ニ及ボス影響

氷醋酸、過酸化水素水ノ濃度若クハ量的關係ハ、呈色反應ニ一定ノ影響ヲ及ボスモノニシテ、宇佐、吉野、齋藤氏等ニ依テ詳細ニ研究セラレタリ、齋藤氏ノ調査ニ依レバ、癒瘡木脂試験法及ビ「フェノールフタレイン」試験法ニ於テハ可檢液中3%以上ノ氷醋酸ヲ含有スル時



ハ既ニ反應妨ゲラレ、何レモ10%位ニテヨク反應ス。「アロイン」法ニ於テハ、氷醋酸ノ影響ヲ受クルコト少ナク、10%以上ヲ含ム時ハ反應妨ゲラレ、「ベンチヂン」試験法ニ於テハ、氷醋酸ニ依リ反應障アセラレズ。然レドモ醋酸ノ多少ニ依リ反應色調ヲ異ニシ、最高適ナルハ5-10%ナリト稱ス。

然ルニ糞便検査ニ際シ、氷醋酸、「エーテル」ヲ以テ色素ヲ浸出スル場合僅少ナル氷醋酸ヲ用ユル時ハ、色素ヲ充分醋酸「ヘマチン」ニナスコト能ハズ、宇佐氏ニ由レバコノ際5瓦ノ糞便ニ對シテハ氷醋酸5瓦以上ヲ要スト。而シテカカル強酸性浸出液ナル時ハ、癒瘡木脂、「アロイン」「フェノールフタレイン」法ニテハ其ノ酸度ヲ著シク低減セシムルヲ要スト。齋藤氏亦實驗ノ結果之ニ賛セリ。

尙過酸化水素ガ多量ナルカ、又ハ少量ニ過グル時共ニ呈色反應ハ妨ゲラル。齋藤氏ニ依レバ癒瘡木脂試験法ニテハ0.5%試薬1.0克ニ對シ過酸化水素0.2乃至0.5、「アロイン」法ニテハ0.5%試薬1.0克ニ對シ0.1乃至0.3克、「ベンチヂン」試験法ニ於テハ2%ノ試薬1.0克ニ對シ0.5乃至1.0克、「フェノールフタレイン」法ニテハ試薬0.2克ニ對シ1乃至2滴ガ適量ナリト稱シ、若シ過酸化水素ガ之ヨリ多量ナル時ハ反應障アセラレ、少量ナル時ハ反應完全ナラズト、注意ヲ要スル點ナリトス。

第二節 被檢者ニ於ケル準備事項

上記各種ノ潛血反應ハ頗ル鋭敏ニシテ、極メテ少量ノ血液痕ト雖、之ヲ證明シ得ルモノナリ。Bell氏ハ人體ニ自家血液0.5克ヲ經口ニ投與シタルニ其ノ糞便ニ於テ潛血反應陽性ナルコトヲ報ゼリ、故ニ他所ヨリノ出血、殊ニ、齒齦、口腔、痔疾等ヨリスル出血ナキヲ要シ、婦人ニ於テハ月經血ニ混ゼザル様特別ノ注意ヲ要ス。從テ出血シ易キ齒齦ヲ有スル患者ニ於テハ、潛血検査時、早朝洗面ニ際シ、該齒齦ニ硬キ刷毛ヲ長期使用スルコトヲ禁ジ、尙胃内ニ消息子ノ挿入等モ之ヲ行ハザルヲ可トス。肉食ハ糞便ニ色素ヲ混入セシムルヲ以テ、カカル試験ニ際シテハ少クトモ3日間ハ肉食ヲ禁ズル必要アリ。

其他血液類似反應ヲ呈スルガ如キ食餌、藥物等ハ悉ク之ヲ避ケ、液食又ハ粥ヲ採ラシムルヲ要ス。尙 Sahli氏ニ依レバ肉食禁斷後試験ニ供スル糞便ヲ得ルマデニハ少クトモ2回ノ排便ヲ經ルヲ要スト、試験ニ供スル糞塊ハ便ノ周邊部ナラザルコトヲ要ス。

第三節 潰瘍患者ノ糞便潜血反應検査ノ臨牀的意義

第101表 潰瘍患者糞便内潜血反應陽性率

報告者	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	報告者	胃潰瘍	十二指腸潰瘍
Hartmann	100.0%	—	Moynihan	—	50.0%
Friedenwald	86.6%	83.0%	Bier	—	37.2%
Joachim	83.0%	—	Stewald	—	50.0%
Sihgel	74.1%	—	Wydler	—	65.0%
Boas	71.4%	—	Bircher	—	50.0%
Citron	60.0%	—	Blad	—	40.9%
Jöppritz	53.9%	—	齋藤	70.0%	50.0%
Rüttimeyer	51.4%	—	山根	24.0%	13.5%
Balford	86.7%	82.0%	寺田, 渡邊	54.0%	32.3%
Craven More	—	100.0%	宮本, 金兒, 正岡	81.0%	78.3%
Ewald	—	98.7%	E. Jones	術後消化性潰瘍	84.0%
Kemp	—	70.0%			

第102表 潰瘍患者糞便内潜血反應陽性率(著者)

潰瘍例	例數	検査例	陽性例	%
胃潰瘍	92例	39例		42.3
十二指腸潰瘍	81例	38例		46.9
胃及十二指腸潰瘍合併例	21例	10例		47.6

胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合、其ノ何%ニ於テ糞便中潛血反應陽性ナリヤ、之ニ關スルニ、三學者竝ニ著者ノ報告ヲ表示スレバ次ノ如シ。(第101-102表)

今其ノ診斷的價値ヲ論ズルニ先立チ、

先ヅ諸家ノ成績ニ基キ差異ノ存スル所以ヲ詳細吟味批判セザル可ラス。

今其ノ理由トシテ吾人ハ略左ノ如キ事項ヲ擧グルコトヲ得ベシ。

(1) 試験方法ノ相違 上記ノ如ク潛血反應試驗ニ多數ノ方法アリテ、此等ハ何レモ皆其ノ鋭敏度ヲ異ニシ、正常時糞便ニテモ、陽性成績ヲ示ス場合アリ、又反之、消化管内ニ出血存シ、或ル試験法ニ依テハ成績陽性ナルニ拘ラス、他ノ方法ニ依テハ成績陰性ナル場合アリ。例之 Bell氏ハ健康者10例ニ於テ自家血液1.0克ヲ經口ニ投與シテ其ノ糞便ノ潛血反應ヲ見タルニ、「ベンチヂン」及ビ「グアヤコール」反應ニ依ル場合ニハ全例ニ陽性成績ヲ、分光管ニ依ル場合ニハ7例ニ陽性成績ヲ、更ニ0.5克ノ場合ニハ、「ベンチヂン」法ニ於テハ3例「グアヤコール」法ニ於テハ7例ニ於テ陽性ヲ示シタルニ、分光法ニ依ル場合ニハすべて陰性成績ヲ



示シタリト報ジタルガ如シ。如斯、各銳敏度ヲ異ニセル試驗方法ニ基キテ検査セラレタル場合ニハ、其ノ成績ニ差異ヲ來スコト説明ヲ待タズ。

(2) 糞便検査時ノ潰瘍時期ノ相違 消化管ニ於ケル痛腫ノ場合潛出血ガ連續的ナルニ反シ、潰瘍ノ場合ニハ、一定期間内ニ限ラルルコト多キヲ特長トス。即チ下血直後又ハ比較的之ニ接近セル時期ナル時ハ糞便ノ潛出血反應陽性率高キモノニシテ、コレヨリ一定時日ヲ經過スルカ、潰瘍ガ既ニ癢痕化セル場合ニ於テハ其ノ率ハ減少スルモノナリ、Mattisson 氏ニ依レバ、既往症ニ下血ヲ來シタルコトナキ胃潰瘍症例ニ於テ、糞便ノ潛血反應陽性ナリシモノ男子89例、女子65例計154例ヲ算シ、コノ内57例ハ潛出血ハ3乃至5日間持續シ、其他ノ症例ニテハ6日又ハ其レ以上持續シ、後者ノ内4例ニ於テハ30日以上陽性ナリシト云フ。又齋藤氏ノ調査ニ依レバ、潛血反應持續期間ハ種々ニシテ短キハ6日間ヨリ長キハ32日間ニ涉リタルニ、入院中ニ陽性反應ノ消失セルモノ14例ニ就テ觀察シタルニ、6日間ヨリ21日間ニ涉リ其ノ平均ハ12日間ヲ算セリ。而シテ出血後直チニ入院セル1例ニ於テ反應持續期間ハ17日ナリシト云フ。其他ノ學者ノ見解ニ從フモ、本症ノ場合、潛血反應ノ持續期間ハ通常2週間内外ナルコト多シ、即チ潰瘍ハ其ノ時期ヲ異ニスルニ從テ潛血反應ヲ招致スル率ニ著シキ差異ヲ來スモノニシテ、是レ諸家ノ成績一致セザル一因ヲナスモノナリ。

上述ノ理由ニ依リ、潛血反應ノ調査ニ當リテハ、單ニ其ノ存否ノミニ止ラズ。検査時期、試驗方法ヲ嚴密ニ明記スルヲ以テ合理的ナリトス。

(3) 潰瘍ノ診斷ニ於ケル手術的確定ノ有無 潛血ヲ認メタル場合ノスペテニ潰瘍ヲ證明シ得ルモノニ非ズ、又潛血反應陰性ニシテ潰瘍ノ存スル場合モアリ、潰瘍ノ診斷ハ直接手術的ニ之ヲ確ムルヲ以テ最も確實ナルコト敢テ論ヲ待タザル所ニシテ、單ニ臨牀的又ハX線検査ニ基ケル診斷ト、手術的確定ヲ得タル場合トハ、自ラ反應ノ陽性率ニ差違ヲ來スベキモノナリ、多クノ外科醫ニ依ルモ、手術時潰瘍ノ存在スルニ拘ラズ、糞便内潛血反應陰性ナル場合少シトセズ。Melchior 氏ノ如キ、一般外科醫ノ調査セル潛出血反應陽性率ガ低キコトヲ述べ、其ノ理由ハ外科醫ヲ訪ルル潰瘍患者ハ、通常症狀ノ缺如セル間歇期ナルコト多キタメナル可シト解セリ。例之 Borchgrevink 氏ハ6例ノ十二指腸潰瘍手術例ニ於テ、潛血反應ハWeber 氏法ニテ5例ニ陰性ナリシガ、此等ノ潰瘍ハ何レモ間歇期ニ在リシコトヲ附加セリ、Codman 氏ハカカル場合ニ潰瘍ヲ剔出スル時ハ、纖維性癢痕組織ノ形成極メテ旺盛ナルコトヲ確メタルガ如キ是レナリ。

(4) 胃消息子插入ノ有無 胃消息子ヲ插入シタル後糞便ノ潛血反應ヲ検査スル場合ニハ、消息子ノ胃壁刺戟ニ依リ、潰瘍無キ場合ト雖、往々糞便内潛出血ヲ證明スルコトアリ、從テ胃消息子插入ノ有無ハ亦潛血反應陽性率ニ差違ヲ來ス原因トナルモノナリ。

糞便潛血反應陽性率ノ諸家ニ依リ其ノ成績ヲ異ニスル所以ハ之ヲ詳述シタルヲ以テ、本試驗ノ胃、十二指腸潰瘍竝ニ術後消化性潰瘍診斷ニ對スル價値ト意義ヲ約言スレバ次ノ如シ。

(1) 潰瘍存スルモ、糞便ノ潛血反應陰性ナルコトハ屢々之ヲ認ムルモノナリ、コハ潰瘍ノ時期ト試驗方法ノ相違ニ基クモノナリ。故ニ反應陰性ナルノ故ニ本症ヲ除外スルコト能ハズ。然レドモ反應陰性ナル場合ニハ假令潰瘍存スルモ開放性ナラザルコトヲ推定セシムルモノニシテ、潰瘍ガ胼胝性ニ變化シ又ハ既ニ癢痕化セル場合ノ如キ是レナリ。

(2) 潛血反應試驗ハ唯1回ノ検査ヲ以テ満足セズ、數回之ヲ繰返シテ行フ必要存スルモノトス。消化管痛腫ノ場合ニハ不斷連續的ニ潛血反應ノ陽性ナルニ反シ、單純ナル潰瘍ノ場合ニハ一定期間間歇的ニ之ヲ認ムルモノナルコトハ、本試驗ノ潰瘍ト痛腫トノ鑑別上甚ダ有意義ナルト共ニ、長期連續的ニ之ヲ證スル場合ニハ潰瘍ノ惡性變化ヲ考ヘシムルモノナリ。蓋シ潰瘍ノ場合ニハ、安靜ヲ保持シ食事療法ヲ行フ時ハ2週間以上潛血反應持續スルコトハ寧ロ稀ナルモノトス。

(3) 糞便潛血反應陽性ノ場合、同時ニ他ノ症狀竝ニ所見ガ潰瘍ニ相當スル時ハ、X線検査上本症ヲ確認シ難キ場合ト雖、潰瘍診斷上有力ナル根據ヲ與フルモノナリ。

反應陰性ナル場合ト雖、他ノ症狀竝ニ所見(殊ニX線検査所見)ガ本症ニ相當スル場合ニハ容易ニ潰瘍ヲ除外スルコト能ハズ。

(4) 一般ニ外科醫ヲ訪ルル患者ハ、本症ノ間歇期ニシテ進行性症狀顯著ナラザル場合多ク、從テ本反應陰性ナル場合比較的多キモノナルコトハ考慮ニ値スベキ所ナリ。

(5) 本反應検査時ニハ、他ノ原因ニ依ル出血ノ加ハラザルコトニ注意シ各種ノ必要ナル準備ハ嚴密ナラザル可ラズ。

## 文獻

- 宇佐 糞便内血色素ノ浸出ニ要スル米醋酸量ニ就テ、醫事新聞、第1093號、第521頁、大正11年
- 宇美 諸種「ロイコ」化合物ノ血色素證明ニ對スル反應の價値ノ研究竝ニ主要ナル現色反應ノ批判、中央醫學會雜誌、第27卷、第2號、第53頁、第3號、第16頁、第4號、第1頁、第5及6號、第1頁
- 齋藤 胃竝ニ十二指腸潰瘍患者ノ糞便内潛血反應ニ就テ、日本內科學會雜誌、第12卷、第4號
- 寺内、渡邊 胃竝ニ十二指腸潰瘍患者ノ胃液所見ニ就テ(附糞便内潛出血)、實驗消化器病學雜誌、第3卷、第846頁
- 豐岡 德壽木、「アロイン」、「ベレチジン」及「フェノールフタレン」試驗ノ血液證明價値検査、福岡醫科大學雜誌、第4卷、第1號、第65頁
- 本間 諸種ノ血液檢出法ノ批判及「フェノールフタレン」血液試驗法ノ臨牀的應用及其ノ價値ニ就テ、日新醫學、第4年、第6號、第749頁
- 山根 最近5ケ年間ニ於ケル胃十二指腸ノ統計的觀察ニ就テ、日本外科醫會、第8卷、1931年、第1015頁、第9卷、1932年、第45頁



- 吉野 現色反應=ヨル糞便中ノ潛血證明法=就テ, 軍醫團雜誌, 第104號, 第63頁, 大正10年
- Bier, Zur Diagnose d. ulcus duod., Deutsch. med. Wochenschr., 1913, S. 2492.
- Boas, D. Lehre d. okkult Blutungen, 1914, S. 82.
- Boas, D. Phenolphthaleinprobe als Reag. auf okkt. Blutg. d. Magendarmkanals, Deutsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 2.
- Derselbe, Neue Beiträge z. Methodik d. okkult. Blutnachweisses, Berl. klin. Wochenschr., 1916, Nr. 51.
- Derselbe, Blutnachweiss in Mageninhalt, Faeces u. Urin, Bioch. Zeitschr., Bd. 79, 1917.
- Citron, Technik u. diag. Beiträge z. Blutanalyse d. Faeces, Deutsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5, S. 190.
- Ewald, Über d. Ul duod., Berl. klin. Wochenschr., 1913, S. 1789.
- Friedenwald, A clinical study of a thousand cases of ulcer of the stomach a duod., The am. J. of med. science, 1912, Vol. CXLIV, p. 159.
- Hartmann, Über Anwendg. u. diag. Verwertg. d. Weber's Blutprobe b. okkt. Magen u. Darmblutg., Arch. f. Verdauungskrht., 1904 Bd 10, S. 48.
- Hurst, Stewart, Occult blood, Gastric a. duod. ulcer, p. 184.
- Joachim, Über d. Bedeutg. d. Nachweisses d. Blutspuren in d. Faeces, Berl. klin. Wochenschr., 1904, Nr. 18, S. 466.
- Kalk, Das Geschwür d. Magen u. Zwölffingerdarms, Aufg., 1931, S. 75.
- Kemp, Über d. Diag. u. Behdg. d. nicht perf. Duodenalgeschwürs, Zeitschr. f. klin. Med., 1911, Bd. 72, S. 519.
- Kuttner, Guttman, Zur Methodik d. okkulten Blutnachweisses in d. Faeces, Deutch. med. Wochenschr., 1918, Nr. 46.
- Mattisson, D. okkt. Blutung, Das Magengeschwür, S. 223.
- Melchior, Okkt. Blutung, Die Chirurgie d. Duodenum, Neue Deutsch, Chirg., Bd. 25.
- Ruszuyak u. Vandrofy, Bert. kl. Wochenschr., Nr. 50, 1921.
- Siegel, Über d. Nachweiss von Blutfarbrstoff in d. Faeces, Münch. med. Wochenschr., 1905, Nr. 33, S. 1579.
- Weber, Über d. Nachweiss d. Blutes in d. Magen u. Darminhalt, Berl. klin. Wochenschr., 1893, S. 441.
- Zöpplitz, D. Nachweiss v. okkt. Blutg. in Stuhl u. Mageninhalt u. seine Beziehg. z. Diag. chirg. Magenerkrg., insbesondere z. Frühdiag. d. Magencarc., Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., 1912, Bd. 24 S. 538.

### 第三章 潰瘍ノX線學的検査

本症ノ診断=最も重要ナルハX線學的検査法ナリス。蓋シ之=依リテ幽門通過狀態, 周圍臟器トノ癒着ノ有無, 腫瘍竝=壓痛點ト胃又ハ十二指腸トノ關係等ヲ詳細=知り得ルノミナラス, 往々本症ノ直接徵候タルベキ壁龕ヲ證明シ得ル場合ヲ認め, 又稀=多發性潰瘍ノ存在, 術後空腸潰瘍ノ發生, 潰瘍ノ惡性變化ノ有無, 術後合併症等ヲモ診断シ得ルヲ以テナリ。齋藤氏ハ吾ガ教室=於テ多數潰瘍患者ノX線検査所見=就テ調査研究セル所アリ。

#### 第一節 總論

##### 第一項 患者ノ前處置

X線検査ハ朝食前成ルベク早朝=之ヲ行フ可キモノトス。患者=ハ前日午後4時乃至5時=夕食ヲ與ヘ, 翌日朝食前造影食ヲ投與ス。幽門狹窄症候高度ニシテ, 胃内=多量ノ食物殘渣ヲ存シ, 分泌過多ヲ示ス場合=在テハ, 前晚特=胃洗ヲ行フヲ要ス。X線検査直前=之ヲ行フ時ハ, 胃壁ヲ刺戟シ, 胃運動=變化ヲ惹起スルヲ以テ之ヲ避クルヲ可トス。腸管, 殊=大腸管ノ瓦斯ヲ以テ著明=膨滿セル場合=ハ, 之=依テ胃ヲ壓迫シ, 往々誤診ノ原因ヲナスコトアルヲ以テ, 腸管ハ=之ヲ空虚トセザル可ラス。コレガ爲=ハ, 自然排便ヲ以テ理想的トスベキモ, 特別ナル場合=ハ検査數時間前=灌腸スルヲ要ス。下劑ノ使用ハ腸管ノ運動ヲ充進センムルヲ以テ, 之ヲ避クルヲ可トス。カクテ検査=當リテハ, 鉛小片ヲ臍部=貼付シ, 其ノ位置ヲ明カ=示スノ要アリ。

一般=衰弱甚シキ患者, 胃腸管穿孔直後=シテ腹膜炎症狀著明ナルモノ, 多量ノ出血直後ナルモノ等ノX線検査ハ充分ノ考慮ヲ要スルハ勿論其ノ他, 永ク就床セン患者ヲ急激=直立位ヲ取ラシムル時=ハ, 往々腦貧血ヲ起シ, 検査中卒倒スルコトアリ, 之ガ爲メ患者ノ危險ハ元ヨリ, 検査醫モ當惑スルコトアリ。

##### 第二項 造影劑

胃腸ノX線検査=ハ造影食餌ヲ要ス, Cannon氏初メテ次硝酸蒼鉛ヲ榮養物質ト混合シテ投與シ依之動物消化管ノ運動ヲ研究セリ。Rieder氏ハ次硝酸蒼鉛, 粥, 牛乳等ヨリナリ蒼鉛食餌ヲ人體=使用シテ學者ノ注目ヲ喚起シ, 爾來造影食ハ多數ノ學者=依リテ改良セラレタル所多シト雖, 同氏ノ名譽ノタメニ, 粥狀造影食ヲ一般= Rieder氏造影食餌ト稱ス。其後諸家ガ多數ノ經驗ヲ重スル=從テ, 該次硝酸蒼鉛ハ中毒作用ヲ惹起スルモノナルコト明ナリ,



爲メ次第ニ願ラザレト共ニソノ代用品トシテ、中毒作用ナキ炭酸蒼鉛ガ、一般ニ使用セラレル所トナレリ。然ルニソノ値高價ナルニヨリ遂ニハ硫酸「バリウム」使用ノ廣ク普及スルニ至レリ。本品ハ其ノ陰影強ク、廉價且ツ其ノ化學的ニ純粹ナルモノハ無害ニシテ頗ル便利ナリ。余等モ亦久シクコレヲ使用ス。其他ノ「バリウム」鹽ハ強毒性ヲ有シ使用スルコト能ハズ。而シテ硫酸「バリウム」ハ必ズ化學的純粹品ナルヲ要シ、藥品瓶「ニレントゲン」用化學的純粹品ト記入セルモノヲ使用ス可キモノニシテ、近時不純ナルモノヲ使用シテ往々中毒症狀ヲ起シタル報告アリ。

文獻ニ徴シテ二、三ノ造影食餌、其ノ處方竝ニ胃内停留時間ヲ紹介スシバ次ノ如シ。

#### 吉光寺氏法(胃内停留時間2時間)

硫酸「バリウム」	80 乃至 100 瓦
澱粉	30 瓦
單舍利別	若干
熱湯	350 匁

#### 加藤、中村氏法(同ジク2時間50分乃至5時間11分)

蕎麥粉、80 瓦ニ水 200 匁ヲ用ヒテ粥トナシ、之ニ純硫酸「バリウム」60 瓦(又ハ純炭酸蒼鉛 60 瓦)、水 100 匁ヲ混和シテ液狀トナシ、更ニ鶏卵 1 個ト調味劑トシテ少量ノ醬油ヲ加ヘテ製セル硫酸「バリウム」蕎麥飯ナリス。

#### 高橋氏法(同ジク2時間乃至3時間、平均2時間)

硫酸「バリウム」	100 瓦
澱粉	15 瓦
單舍利	30 匁
熱湯ヲ加ヘテ全量ヲ 300 匁トナス	

#### 藤澤、川島氏法(同ジク1時間58分乃至3時間35分)

米粥	200 瓦
硫酸「バリウム」	50 瓦

#### 中島氏法(同ジク最長4時間、最短2時間、平均3時間)

澱粉	40 瓦
硫酸「バリウム」	120 瓦
白糖	30 瓦
「ココア」	10 瓦
水	350 匁

#### 小林氏法(同ジク3時間)

炭酸蒼鉛	45 瓦
單舍利	30 匁
熱湯	300 匁
澱粉	30 瓦
牛乳	150 匁

#### 齋藤氏法(60歳以上ノ場合、同ジク最長3時間45分、最短2時間15分)

(60歳以下ノ場合、最長4時間5分、最短2時間41分)

澱粉	40 瓦
次炭酸蒼鉛	50 瓦
砂糖	適量
水	300 匁

「ミカサ」商會特製、造影劑

80% 以上ノ純硫酸「バリウム」ヲ含有シ、主トシテ本邦人ノ嗜好ニ適スル様ニ調味シ、可溶性澱粉ト微量ノ香料ヲ均等ニ混和セルモノナリ。本劑ノ 120 乃至 150 瓦ヲ容器ニ採リ、徐々ニ攪拌シツツ温水約 250 乃至 300 匁加ヘ均等ノ粥狀トナルニ至リテ内服セシム。

余等ノ教室ニ於テ從來使用セルモノハ次ノ如シ。

硫酸「バリウム」	120 瓦
澱粉	40 瓦
砂糖	適量
水	350 匁

造影劑ノ量ハ患者ノ肥滿、羸瘦ノ状態ニ依リ適宜加減ス可キモノニシテ、著シク肥滿シ、厚キ腹壁ヲ有スル人、腹水等存スル場合ニハ、「バリウム」120 瓦以上ヲ要ス。又衰弱セル人、幽門狹窄高度ニシテ嘔吐著シキ場合ニハ、造影食ハ 200 乃至 300 瓦以上ニ互ラザルヲ安全ナリス。尙小兒ノ場合ノ如キハ之ヲ減量スベキモノニシテ、浦野氏ニ由レバ、3 歳迄ハ成人ニ於ケル量ノ 10 分ノ 1、4 歳迄ハ 8 分ノ 1、10 歳迄ハ 3 分ノ 1、15 歳迄ハ 2 分ノ 1 量ヲ適量トシ、造影食餌ハ各自一定ノ處方ニ依ルモノヲ日常使用シ、豫メ健康本邦人ニ就テ、胃排出時間ヲ測定シ置クヲ可トス。而シテ余等ノ使用セルモノニ於テハ、健康胃ノ場合胃内停留時間 3 時間以内トス。

造影食ハ常ニ平等ニ混和シ、小塊ノ存セザル様ニシ、且ツ常ニ其ノ硬度ヲ略一定ナラシムルガ如ク注意ス可キモノトス。

#### 第三項 X線検査室内ノ準備

X線検査室ハ、豫メ之ヲ暗室トナシ、検査醫、助手、患者等ハX線室ニ入りタル後、暫時室内ニテ視力ノ調節ヲ行フ。コハ晴天ノ場合ニハ比較的長時間ヲ要シ、雨天、夜間等ノ場合ニハ短時間ニテ足ルモノトス。夜間ノ如キハ殆ソド其ノ必要ナキコト多シ。通常 10 乃至 15 分ヲ要ス。依之検査醫ハ、螢光像ヲ明細ニ認知スル事ヲ得、助手ハ、室内ニ於ケル動作ヲ自由ニ營ミ得ベク、又患者ハ造影食ヲ容レタル食器竝ニ匙ノ把握、及ビ該食餌ノ攝取容易トナル。尙視力調節中ハ其ノ室内ヲ全ク暗室トセズ、赤色電燈ヲ照明シ置クヲ可トス。然ラザレバ神經質ノ婦人、小兒等ハ、複雑ナルX線室内ノ構造其他ノタメ、往々不安、苦悶、頭痛其



他ノ不快感ヲ訴フルコトアリ、赤色燈照明ノ下ニ於テモ尙之ヲ訴フル場合ニハ患者ヲ暫時暗室外ニ出ス可トス。

視力調節竝ニ診斷中ハ、戸ヲ密閉シ、外部ヨリノ入室ヲ嚴禁スルヲ要ス。視力調節中ニ助手ハ配電板上ノ調節及ビ透視竝ニ察眞撮影ノ用意ト準備ヲ整ヘ置クモノトス。蓋シ各種ノ準備不十分ナル時ハ、其ノ都度室内ヲ明ルクセザル可ラス。之ガ爲メ視力調節ノ目的ヲ充分達セザルニ至ルヲ以テナリ。

透視診斷ニハ通常、最大二次電壓 40 乃至 50「キロボルト」、最大二次電流 3 乃至 4「ミアンペーア」、螢光板焦點間距離約 60 糎ヲ適當トス。著シク肥滿セル患者、小兒等ノ検査ノ場合ニハ螢光像ノ明暗程度ニ從テ、其ノ都度助手ニ命ジテ適當ニ配電板上ノ調節ヲ行ハシム、而シテ軟線患者皮膚ニ對シ及ボス障礙ヲ防止スル爲メ、管球ト患者皮膚トノ間ニ、ソノ厚サ 0.5 乃至 1 糎ノ「アルミニウム」濾過板ヲ挿入スルコトヲ忘ル可ラス。

X 線診斷ニハ次ノ如キ各種ノ装置ヲ必要トス。

(イ) 管球 瓦斯管球ニ於テハ電壓ト電流ヲ各無關係ニ調節スル事能ハズ、然ルニ「クーリツチ」管球ニ於テハ、電壓ニ關係ナク熱電流(加熱線)ノ調節ノミニ由テ電流ヲ調節シ得ルノ便アリ、斯ク真空管球(「クーリツチ」管球)ハ調節上瓦斯管球ニ遙ニ優ルノミナラス、其ノ取扱ヒ簡便、其ノ能率高ク、且ツ堅固ナル上、逆電流ヲ通ジ得ザル不利アルヲ以テ近時主トシテ之ヲ使用ス。而シテ透視竝ニ寫眞撮影ニ際シテハ、各透視用及ビ撮影用ノ管球ヲ設備スルヲ要ス。而シテ前者ノ場合ニハ銳焦點ヲ、後者ノ場合ニハ中焦點ヲ可トス。近時實效光線ノミヲ通過セシムル放射窓ヲ除キ他ハ全部金屬ニテ防禦セル管球使用セラル。依之、實效以外ノ X 線ノ放出ヲ防止シ得ルモノトス。Metalix-Röhre, Multix-Röhre, 「ジャパニツクス」管球等是レナリ。

(ロ) 高壓電氣裝置 診斷及ビ撮影ノ目的ニハ 40 乃至 100「キロボルト」ノ電壓ニテ充分ナリ。寫眞撮影ニハ機械整流ヨリモ電氣整流ヲ以テ適當ナリトス。コレ後者ニ在テハ、最小電壓ヨリ最高電壓迄ノ全電流ヲ整流スルガ爲メ X 線像ノ對照鮮明ナルヲ以テナリ。

(ハ) 透視診察臺 患者ヲ一定ノ姿勢ニ置キ、管球竝ニ螢光板ヲ任意ニ移動シ得、又遮光裝置ヲ具備シテ透視ヲ行フベキ診察臺ヲ必要トシ、且ツ任意ノ位置ニ容易ニ移動セシメ得ルモノヲ便利トス。衰弱セル患者ノ場合ニハ、診察臺上ニ革帶ヲ具備シテ、患者ヲ支フ、カクスルモ尙直立不可能ナル場合ニハ診察臺ヲ水平ニ倒シ、之ニ臥センメテ透視診斷ヲ行フ。

(ニ) X 線保護裝置 絶エズ X 線ニ接スル醫師及ビ助手ハ X 線ニ對スル防禦裝置ヲ用ユルコト特ニ必要ナリトス。即チ目ニハ含鉛眼鏡、兩手ニハ一定ノ鉛ヲ含有スル護手袋ヲ用ヒ寧丸及ビ胸部モ同様ノ含鉛護膜布前掛ニテ防護スベシ。

第四項 寫眞撮影

近時 X 線寫眞撮影ニハ殆ンド常ニ「フィルム」ヲ使用ス。コレ取扱ヒ及ビ保存ニ便ナルト、増感紙 2 枚ヲ使用シ得、從テ照射時間ヲ著シク短縮シ得ルヲ以テナリ。増感紙ノ使用ハ單ニ照射時間ヲ短縮セシムルノミナラス、寫眞ノ明暗ヲ著明ナラシムルノ利アリ。然レドモ、本紙ニ汚點ヲ存シ或ハ水滴ヲ附著スルガ如キ事等ハ甚ダシキ障礙トナルヲ以テ、其ノ取扱ヒニハ特ニ細心ノ注意ヲ要ス。

胃腸ノ寫眞撮影ヲ行フニ當リテハ、豫メ透視ヲ行ヒテ、撮影部位ト螢光板從テ「フィルム」ニ對スル位置ノ關係ヲ定メ、管球ハ寫眞撮影用ノモノト取代ヘ、適當ナル電壓、電流竝ニ照射時間ノ下ニ成ルベク短時間内ニ撮影ヲ行フモノトス。而シテ余等ノ「バリウム」投與ニ依ル胃腸検査時ノ撮影ノ條件ヲ記述スレバ次ノ如シ、

發生裝置	「ダイアナ」號(器械整流)
管球	撮影用「クーリツチ」管球(中焦點)
焦點「プラツテ」間距離	60 糎
電壓	70「キロボルト」
電流	70「ミアンペーア」
照射時間	3分ノ1秒(但シ増感紙 2 枚使用)

尙幽門部、十二指腸球部等ヲ詳細ニ觀察シ、之ヲ撮影セントスル時ニハ、Schaoul 氏斜面ヲ使用ス。

第五項 現象法

現象ニハ先ツ現象液竝ニ定着液ヲ必要トス、今ニ、三ノ處方ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

「アグファ」X 線「フィルム」現象液 (現象溫度攝氏 18 度)		無水炭酸曹達	52.5 瓦
		臭素加里	6.3 瓦
		右冷水ヲ加ヘテ全量ヲ 1000 糎トナス。	
溫湯	1000 糎	「イルフェード」指定「メーロ」ハイドロキノ	
「メーロ」	3 瓦	ン」現象液	
無水亞硫酸曹達	90 瓦	水	500 糎
「ハイドロキノ」	7 瓦	「メーロ」	1 瓦
炭酸加里	50 瓦	結晶亞硫酸曹達	50 瓦
臭素加里	5 瓦	「ハイドロキノ」	4 瓦
「イー・ストマン、フィルム」指定現象液 (現象溫度攝氏 18 度)		結晶炭酸曹達	50 瓦
水	500 糎	臭化加里	4 瓦
「メーロ」	2.5 瓦	使用時水ノ等量ヲ加ヘテ稀釋ス	
無水亞硫酸曹達	105 瓦	「イルフェード」指定「メーロ」現象液	
「ハイドロキノ」	9.5 瓦	水	500 糎



「メーラ」	7 瓦
結晶亞硫酸曹達	50 瓦
結晶炭酸曹達	50 瓦
臭化加里	1 瓦
使用時 3 倍ノ水ニテ稀釋シ 10 乃至 15 分間 現像ス	
「メーラ・ハイドロキノン」現像液	
第 1 液	
水	1000 匁
「メーラ」	3 瓦
「ハイドロキノン」	8 瓦
結晶亞硫酸曹達	100 瓦
第 2 液	
水	1000 匁
結晶亞炭酸曹達	100 瓦
使用時兩液ヲ等量ニ混合ス	
「イルフォード」指定「グリシン」現像液 (「タンク」用)	
水	480 匁
結晶硫酸曹達	50 瓦

一定ノ條件ニテ適當ニ寫眞撮影ヲ行フモ、現像其ノ宜シキヲ得ザル時ハ、明細ナル寫眞ヲ得ルコト能ハズ、又反對ニ、撮影ニシテ多少不十分ナル場合ト雖モ、現像ニ依テ或ル程度迄ハ之ヲ補正スルコトヲ得ルモノナリ。

現像液ノ溫度ハ現像ノ結果ニ著シキ影響ヲ及ボスモノニシテ攝氏 18 度乃至 20 度位ヲ以テ好適トス。溫度高キニ過グル時ハ膜面溶解シテ剝離シ又ソノ現像ノ進行早クシテ細部ニ至ルマデ充分現像スルコト能ハズ、又溫度ノ餘リニ低キ場合ニハ現像甚シク遅延シ、殊ニ少量ノX線ヲ受ケタル部位等ハ之ヲ現像セシムルコト不可能ナルコトアリ、例ヘバ潰瘍ノ壁籠等ノ如キ、單ニ透視ノミニ依テ充分ノヲ判定シ得ザルガ如キモノハ、現像ヲ行フニ當リテハ細心ノ注意ト熟練シタル技術ヲ要ス。

撮影終了後、先ヅ「フィルム」ヲ短時間水洗シ、以テ現像「ムラ」ノ生ズルヲ防ギ、適當ノ溫度ヲ有スル所定現像液中ニ之ヲ入レ、「バット」ヲ平度ニ動カシツツ、時々現像進行ノ程度ヲ觀察シ、適當ノ時期ニ現像液ヨリ「フィルム」ヲ引キ揚ゲ水洗シタル後約 10 乃至 15 分間ニ互リ定着液内ニ浸シテ充分定着ス。而シテ定着時間ノ短カキニ過グル時ハ「フィルム」ハ後日變色ヲ來スモノトス。

「グリシン」	20 瓦
無水炭酸曹達	100 瓦
使用時 10 倍ニ稀釋シテ用フ	

#### 定着液

##### 寒冷季節ノ場合

水	1000 匁
次亞硫酸曹達(結晶)	250 瓦
異性重亞硫酸曹達	30 瓦

##### 暑熱季節ノ場合

#### 第 1 液

水	2000 匁
次亞硫酸曹達(結晶)	500 瓦

#### 第 2 液

水	150 匁
亞硫酸曹達(無水)	30 瓦
氷醋酸	30 瓦
加里明礬(結晶)	30 瓦
使用ニ際シ第 1 液ト第 2 液ヲ等量ニ混合ス。	

## 第六項 胃腸ノX線診斷法ト其ノ順序

患者ヲX線透視臺上ニ背腹位ニ直立セシメ、先ヅ心臓、兩肺、横隔膜運動、腸管殊ニ其ノ瓦斯含有量、胃泡等ヲ検査シ、然ル後患者ヲ第 1 斜位トナシ、初メテ前記造影食ノ 1 匙ヲ投與シ、コノ第 1 食塊ガ通過スル状態ニ依リ、食道通過障礙ノ有無ヲ檢ス、次デ殘餘ノ造影食ヲ次ニ嚥下セシム。而シテ順次ニ胃展開、緊張、蠕動運動、中間層ノ大サ、幽門通過状態、胃下垂又ハ擴張ノ有無、陰影缺損、壁籠、壓痛點ノ狀況若クハ腫瘍ト胃又ハ十二指腸トノ關係等ヲ始メシ、以下詳細述ルガ如ク、潰瘍ノ直接及ビ間接症候竝ニ潰瘍ノ續發徵候ヲ系統的ニ觀察スルモノトス。

診斷ハ必ず各種ノ位置及ビ方向ニ於テ入念ニ之ヲ行フヲ要シ、依之壁籠ノ如キモノ、其ノ位置及ビ透視方向ヲ變換スルコトニ依テ初メテ發見シ得ルコト往々ナリ。直立位ノ際ニ造影食ノ充實不十分ナル場合ト雖、右側臥位ニ於テハ、幽門部竝ニ十二指腸球部充分充實セラレ、コレ等ノ部位ニ於ケル病變ヲ精細ニ觀察シ得ルコトアリ。

カクテ一通リ上記検査ヲ終了シタル後、螢光板上ニ、肉筆ヲ以テ、胃、十二指腸ニ於ケル所見ノ略圖ヲ描キ、後、所定ノ用紙ニ之ヲ寫生スルモノトス。

而シテ通常 3 時間後再ビ透視シテ造影食ノ胃内停滯量ヲ觀察ス。コノ時初回検査時發見シ得ザリシ壁籠ヲ發見シ得ルコトアリ。然レドモ第 2 回検査ノ時期ハ、一般ニ胃運動力ノ如何ニ依ルモノニシテ一定セズ、例之切除胃ノ場合、内容ノ排出ハ速ナルヲ以テ早期ニ第 2 回検査ヲ行フガ如キ是レナリ。而シテ第 2 回目検査ニ際シテ尚胃内ニ造影食殘留スル場合ニハ更ニ 3 時間ヲ經テ同様ノ検査ヲ繰返シ、胃内ニ殘留セル造影食ノ量ニ依リ幽門通過障礙ノ程度ヲ知り得ルモノトス。一般ニ健常ナル胃ニ於テハ、6 時間以上「バリウム」ノ殘留スル事ナシ。6 時間ヲ經ルモ尚造影食ノ胃内ニ殘留セル場合之ヲ 6-Stundenrest ト稱ス。

而シテ上記検査ノ途中、必要ニ應ジテ X 線寫眞ノ撮影ヲ行フ。全検査ノ終了スル迄患者ニハ絶食ヲ命ズ。コレ途中食餌攝取ニ依リ、胃ノ運動其他ニ一定ノ影響ヲ及ボスヲ以テナリ。而シテ診斷ハ單ニ胃、十二指腸ニ止ラズ。同時ニ廻首部ヲモ共ニ觀察スルヲ要ス。コレ蟲棲突起炎ノ存スル場合ニハ、潰瘍ナキ場合ト雖、往々潰瘍類似ノ胃症狀ヲ呈シ誤診ノ原因ヲナスコトアルヲ以テナリ。

## 第二節 正常胃ニ於ケル觀察

病的胃(又ハ十二指腸)ニ於ケル各種病の所見ヲ觀察セントセバ、豫メ正常胃(又ハ十二指腸)ニ於ケル所見ニ通ゼザル可ラス。



第一項 胃各部ノ名稱

胃各部ノ名稱=就テハ、諸家=依リ多少其ノ命名ヲ異ニス。今讀者ノ參考迄ニ、主ナルモノニ、三ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

1. Holz knecht 氏命名、同氏ハ第26圖(イ)=示スガ如ク、噴門部、中央部、幽門部=區別シ、更ニ上端ヲ頭極、下縁ヲ尾極、及ビ幽門ト稱セリ。

2. Groedel 氏命名、同氏ハ同ジク(ロ)=示スガ如ク、胃泡、下行部、胃囊、上行部、幽門及ビ頭極ヲ區別セリ。

3. Forsell 氏命名、同氏ハ(ハ)=於ケルガ如ク、穹窿、體部、竇部、排泄管及ビ幽門ヲ區別シ、穹窿部、體部及ビ竇部ヲ消化囊ト稱セリ。

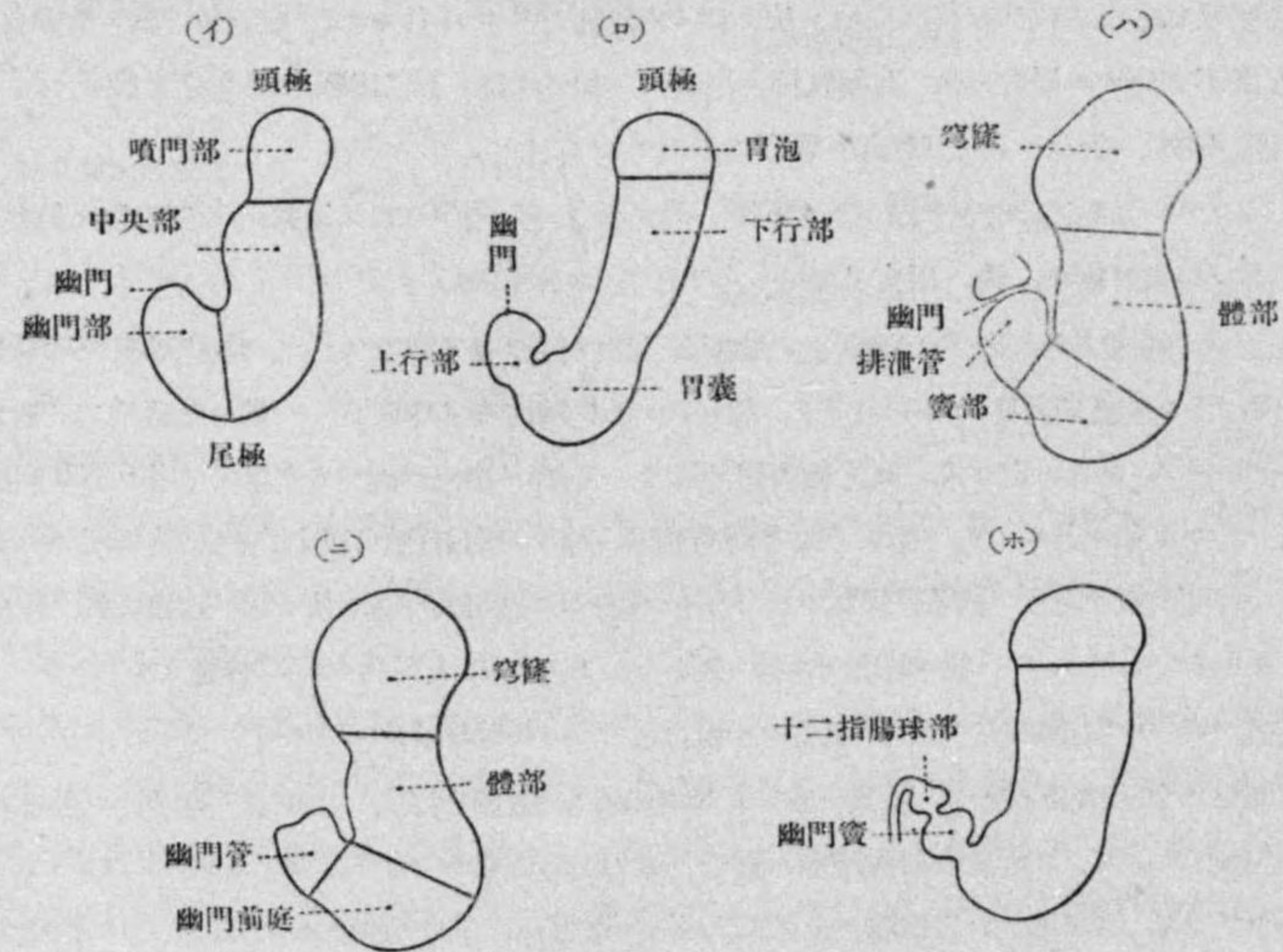


插圖 26. 胃各部ノ名稱ヲ示ス

4. Aschoff 氏命名、同氏ハ(ニ)圖=示セルガ如キ各部ヲ區別セリ。又(ホ)=於ケルガ如ク、造影食ガ幽門ヲ出デ、十二指腸起始部ヲ球狀=充實スル部位ヲ十二指腸球部ト稱ス。

第二項 胃泡 (Magenblase)

胃ノ穹窿部=テ空氣ヲ含有セル部位ヲ胃泡ト稱シ、空腹時=ハ極メテ小ナルモ、食塊ノ進入

ト共ニ次第ニ増大ス其ノ形態ハ、胃ノ長さ、緊張力、幅員等=關係シ、第26圖ノ如キ種々ノ形態ヲ示ス、即チ次ノ如シ。

正圓ノ一部=似タル形 半圓形 半橢圓形 西洋梨子形 漏斗狀 等

第三項 正常胃ノ形態

造影食ヲ投與シテ X 線検査=依テ觀察スル胃型ハ、屍=於ケルガ如キ胃型トハ異ナリテ方今學者ノ研究=由レバ、生理的胃ノ型態=極メテ近似セルモノナリト稱セラル。而シテ其ノ型態ハ多種多様ナルモ、略次ノ如キモノヲ區別ス。

第1. 鉤狀型胃 (Angelhakenform, Riedr) 第27圖, (イ)=於ケルガ如シ。

此ノ型態ハ健康胃ノ約80%=於テ之ヲ見ル。

第2. 牛角型胃 (Stierhornform Holz knecht) 同ジク(ロ)=於ケルガ如シ。

胃ノ長徑ガ右下方=約45度傾斜シ、下方=向ツテ漸次縮小シ、ソノ幽門ハ最下部=位スル者ナリ。本型胃ハ健康胃ノ約20%=於テ見ラルト稱スルモノアリ。

第3. 長型胃 (Langmagen)

本型ハ鉤狀型胃ヨリ變化セルモノニシテ、殆ンド全胃ガ正中線ノ右側=存シ、下行脚ハ垂直ヲナシ、長ク臍部ノ下方=達セルモノニシテ、同圖(ハ)=於ケルモノ是レナリ。

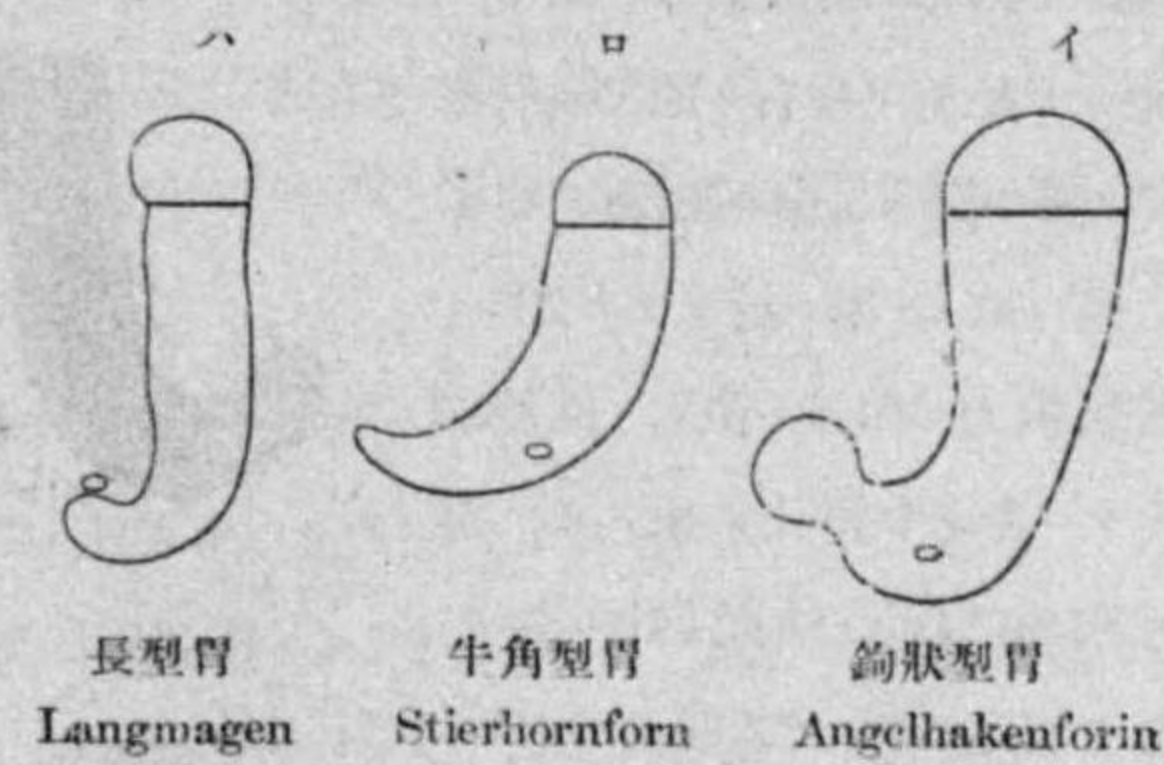
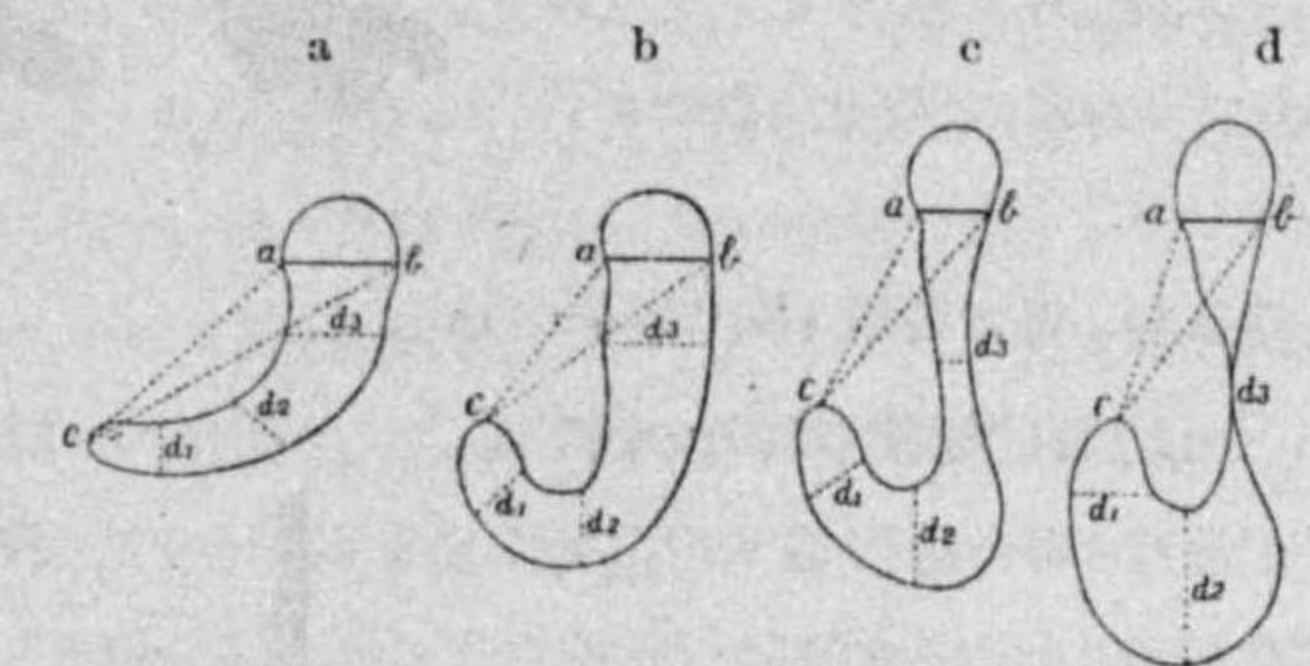


插圖 27. 正常正ノ形態ヲ示ス



a) 過緊張力性胃 (Hypertonie)  $d_3 > d_2 > d_1$   
b) 正規 (Orthotonie)  $d_3 = d_2 = d_1$   
c) 減 (Hypotonie)  $d_2 > d_1 > d_3$   
d) 無 (Atonie)  $d_1, d_2$  益増大シ  $d_3$  ハ遂ニ 0トナル  
 $d_1$ .....體部  
 $d_2$ .....彎曲部  
 $d_1$ .....前庭  
ab.....噴門  
c.....幽門

插圖 28. 胃ノ緊張ヲ示ス

前記各種ノ胃型ハ、體質、神經支配、緊張力ノ關係相違等=基キテ發生セルモノニシテ、就中胃ノ緊張力ト密接ノ關係ヲ有ス。即チ鉤狀型胃ハ正規緊張力、牛角胃ハ過緊張力、長型胃ハ減緊張力ノ場合=見ラルモノトス。尙此等生理的胃型ハ直立體位=於ケルモノナリトス。



第四項 胃ノ緊張力(Tonus)

Schlesinger 氏ニ依レバ、之ヲ次ノ如ク分類スル事ヲ得。

過緊張力(Hypotonie)

正規——(Orthotonie)

減——(Hypotonie)

無——(Atonie)

而シテ此等ノ場合ニ於テ、胃各部ノ大サニ關スル相互關係ヲ列記スレバ、第23圖ニ於ケルガ如シ、即チ緊張力ノ相違ニ依リ、胃各部ノ大サニ著シキ變化ヲ來スモ、胃ハ元來幽門(c)ト噴門(ab)トニ於テ輕ク固定セラレタル臟器ニシテ、ソノ緊張力變化スルモ、噴門ト幽門トノ固定點ヲ結合スル三角形(abc)ニハ著シキ變化ヲ招致セザルモノトス。

第五項 胃ノ展開(Entfaltung)及ビ充實(Füllung)

正常胃ノ場合造影食ヲ少量ヅツ嚥下セシムル時ハ、第一ノ食塊ハ先ヅ胃泡ノ直下ニテ暫時停滯シ、楔狀ヲナシテ次第ニ小彎ニ沿ヒテ右下方ニ進行スルト共ニ、第二ノ食塊ガ進行シ來ルヤ、遂ニ之ト重積シ、胃ノ長徑ハ増加シ、遂ニ幽門ニ達ス。コノ時幽門竇部、幽門部ニ旺盛ナル蠕動生ジ、造影食ノ一部ヲ十二指腸ニ排出ス。

而シテ楔狀陰影ハ其ノ軸稍彎曲シ、左上方ヨリ右下方ニ走り、即チ先端稍上行ス。楔狀陰影ノ基底即チ胃泡ニ面スル所ハ、食塊著シク堅キ時ハ暫時凹凸ヲ示スモ、柔軟ナル時ハ平滑ナリ。

以上ハ正常胃ニ於ケル所見ナルモ、緊張力強キ時ハ、胃壁ノ抵抗大トナリ、展開ハ徐々ニ行ハル。從テ上部ニ造影食多量ニ滯積シ、楔狀陰影ノ基底ハ著シク擴大セラレ、尖端ハ狹細ト

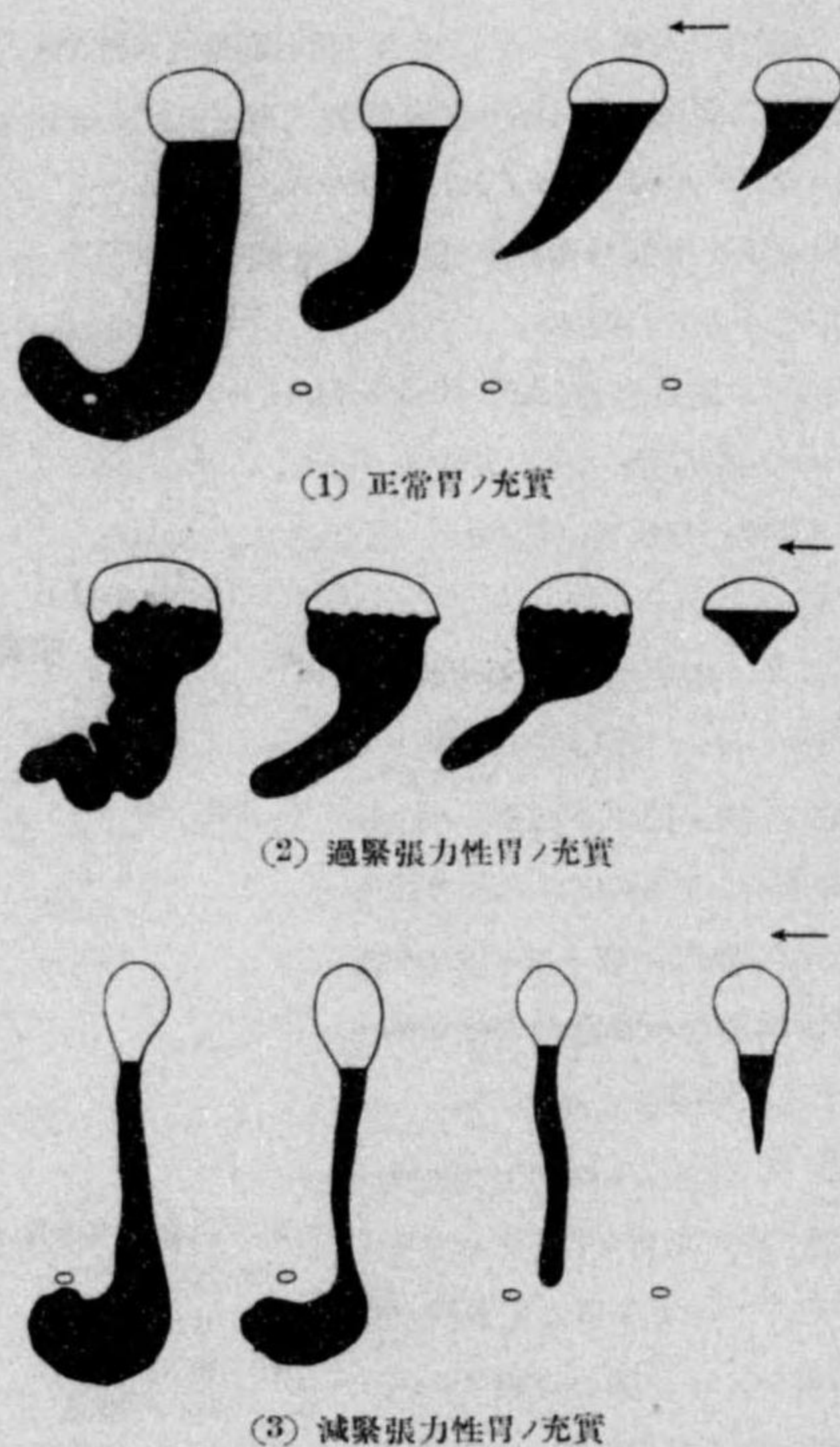


插圖 29. 緊張力ノ相違ト各種胃展開ノ狀ヲ示ス

ナル、比之、減緊張力性胃又ハ「アトニー」ノ場合ニ於テハ、基狹底小ニシテ、陰影ノ全長延長シ、食塊ハ胃泡ニ滯在スルコト極メテ少時ニシテ、恰モ空虚ナル袋包ニ於ケルガ如ク直チニ落下ス、從テ展開ハ極メテ迅速ニ行ハルルコト勿論ナリ。而シテ胃ノ下方底部ハ著シク擴大セラレルヲ例トス。(插圖 29 参照)

胃ハ空虚ニ非ズシテ、既ニ多量ノ胃液、其他液體ヲ含有スルガ如キ場合ニハ、造影食ハ胃泡底ニテ停滯セズ、又楔狀ヲ呈スルコトナク、直チニ不定型ノ狀態ニテ液體內ヲ沈降シ且ツソノ比重大ナルタメ、胃下方ニ集注ス。從テ胃泡ト造影食トノ間ニ液體ノ層ヲ生ズ。コレヲ中間層(Intermediäre Schicht)或ハ液層(Saftschrift)ト稱シ、分泌過多幽門狹窄症等ノ時屢々増大ス。

第六項 胃ノ蠕動(Peristaltik)

胃ノ蠕動運動ヲ吾人ハ次ノ如ク三種類ニ分類スルコトヲ得。

(1) 大小彎ニ於テ規則的ニ現ハルル波濤狀蠕動ニシテ約 20 秒ノ間歇ヲ以テ、胃體ヨリ幽門部ニ向ヒ、整然タル波動進行シテ幽門部ニ達スルモノトス。正常ノ緊張力ヲ有スル正常胃ニ於テハ、蠕動波ハ約上部 3 分ノ 1 ト、3 分ノ 2 ノ境ヨリ出現スルヲ通常トス。活動寫眞撮影ニ依レバ、蠕動波ハコレヨリ稍上方ニ於テ生ズルモノノ如キモ、コノ部ニテハ其ノ波動表在性ニシテ、螢光板上ニハ確實ナル波動トシテ之ヲ充分認メ難キモノトス。弛緩セル胃ニ於テハ波動ハ尙下方ニ於テ出現シ、蠕動ノ充進セル時ハ、時ニ胃泡ノ直下ニテ深キ蠕動ヲ見ルコトアリ。小彎ニ於テハ、其ノ蠕動運動大彎ニ於ケルヨリモ遙ニ微弱ナリ、時トシテ爲メニ之ヲ充分認知シ難キコトアリ。コレ小彎部ニハ長徑ノ筋質好ク發達シ、爲メニ平時ニ於テ、收縮輪ノ深入ヲ防止スル爲メナリト稱スル學者アリ。又兩彎ニ於ケル神經支配ノ相違ニ基クモノトナス學者アリ。小彎ニ潰瘍ノ存スル時ハ、其ノ對向側ノ大彎ニ於テ、殆ンド小彎迄達スルガ如キ大ナル攣縮ヲ生ズルコトアルハ、時トシテ之ヲ經驗スル所ナルモ、反對ニ潰瘍ガ大彎ニ存スル場合、小彎ニカカル攣縮ヲ發見スルガ如キコトハ殆ンド之レナキモノノ如シ。

(2) 大彎ニ於ケル不規則ニ現ハルル小波動ニシテ、鋸齒(Zähnelung)ト稱セラレ。

コハ前記ノ大蠕動ノ上ニ坐シテ、之ト共ニ進行シ、其ノ形狀ハ鋸齒狀ヲナシテ、頗ル小サク、全體ノ形狀ハ恰モ大蠕動曲線ノ振動ノ如ク見ユ、該鋸齒ハ大彎ニ來リ、可ナリ持續スルコトアリ。且ツ時々コノ上ヲ大蠕動通過ス。該波長ノ稍大ナル場合ニハ、通常ノ透視診斷ニテ充分ニ之ヲ認知シ得ルモ、小ナル場合ニハ寫眞撮影ニ依リ美麗ナル像ヲ得ベシ。而シテ通常幽門部迄ハ達セズ。後ニ述ブルガ如ク、潰瘍ノ存スル時往々之ヲ見ルモノトス。

(3) 幽門竇部蠕動、本蠕動ハ最も旺盛且ツ最も有意義ナルモノナリ。初メ上行脚根部ヨリ凡ソ 3 種離レタル大彎側部即チ胃囊ニ極メテ淺表ナル波動ヲ生ジ、同時ニ對側小彎部ニ於テ



同様ナル彎入ヲ生ズ、コノ期ヲ興奮期(Erregung)ト云フ。該兩波動ハ次第ニ其ノ深サヲ増加シ依之、幽門竇部陰影ヲ畫キ、細キ狹部ヲ以テ胃體部ト連續スルニ至ル。コノ期ヲ形成期(Formierung)ト稱ス。

コノ兩波ハ深サヲ増加スト同時ニ次第ニ幽門ニ向テ進行シ、幽門竇陰影ハ該部ノ收縮運動ニ依リ縮小シ、内容1部ハ十二指腸ニ進入シ、他ノ1部ハ胃囊内ニ逆行ス。依之、竇部ノ陰影ハ消失シ同時ニ十二指腸起始部ニ球狀ノ陰影(十二指腸球)ヲ生ズコノ期ヲ送末期(Eutleerung)ト云フ。

幽門竇蠕動ハ週期的且ツ規則的ニ發現スルモノナルモ、蠕動波ハ種々ノ條件ニ依リ強度及ビ速度ヲ變ズ。ソノ速度ハ生理的ニハ20乃至30秒ナリト稱セラル。而シテコノ蠕動運動ハ消化ノ初メニ旺盛ニシテ、胃内容ノ減少ト共ニ衰へ、排出ノ末期ニ於テハ甚ダ微弱トナルト云フ。

以上ハ生理的胃ニ於ケル蠕動ノ觀察ナルモ、胃ノ各種疾患ノ場合ニハ蠕動運動ニ變化ヲ來スモノトス。胃壁ニ潰瘍、痲腫其他ノ腫瘍、「エロジオン」等存スル時ニハ、胃壁ニ限局性強直(Starre)ヲ生ジ、コノ部分ハ蠕動運動ニ關與セズ、運動ハコノ部位ニテ一旦中斷セラル。コレヲ蠕動缺損(Peristaltikdefekt)ト稱シ、病的胃ノ場合ニ診斷的意義大ナルモノトス。依之初期痲腫ヲ診斷シ得ルコトアリ。又カカル蠕動缺損ハ活動寫眞撮影或ハ連續撮影或ハ重複撮影ニ依リ最モ明細ニ之ヲ發見スルコトヲ得。

次ニ蠕動運動ハ生理的程度以上ニ増強セラルル場合アリ。最モ著明ナルハ幽門ニ狹窄アル場合ナリトス。即チ幽門ノ通過障礙ニ打勝ツタメ、胃ハ全體的ニ強烈ナル蠕動運動ヲ反復ス。然ル時ハ蠕動不安(Peristaltische Unruhe)トシテ、腹壁ヲ通ジテ之ヲ目撃スルコトヲ得。之ヲX線ニテ透視スルニ、胃ハ數個ノ小部分ニ區分セラルルガ如キ強キ運動ヲ營ムモノナリ。而シテ狹窄強キ場合ニハ、コノ上部ニハ逆行性蠕動現ハレテ幽門部ヨリ反對ニ噴門部ニ波及ス之ヲ逆蠕動(Antiperistaltik)ト稱ス。

#### 第七項 胃内容ノ排出、胃運動力(Motilität)

胃ノ運動力ハ造影食排出時間ノ測定ニ依リ之ヲ知ルコトヲ得、ソノ方法トシテ早朝空腹時ニ造影食ヲ投與シテ胃ノ空虚トナルマデ順次検査スル方法ト、前夜又ハ翌午前4時乃至5時頃自宅ニテ、一定量ノ造影食ヲ服用セシメ、6時間後第2回目ノ検査ヲナシ、造影食ノ胃内殘留量ノ多寡ニ依リ、胃運動力ヲ判定シ、同時ニ尙一定量ノ造影食ヲ投與シテ透視診斷ヲ行フ方法トアリ。通常ハ前者ノ方法ニ依ルモノトス。コレ後者ノ場合ニハ2回ノ造影食投與ニ由ル精神的苦痛ト、胃疲勞ニ由ル影響存スレバナリ。

而シテ造影食ノ胃排出時間ハ次ノ如キ各種ノ要約ニ依リ支配セラルルモノナルヲ以テ、之ニ

關シ充分ナル豫備知識ヲ得ルニ非レバ、眞ノ運動力ヲ知ルコト能ハズ、カカル要約ニ關シ説明スル所アラントフ。

(1) 造影劑ノ性状ト排出時間 日常ノ食物ニ於ケル同様、造影食ニ於テモ、其ノ組成ノ異ナルニ從テ排出時間ニ影響ヲ及ボスモノナリ。浦野氏ガ3種ノ造影劑(炭酸曹鉛40瓦、「チルコノオキシード」50瓦、硫酸「バリウム」60瓦)ニ於テ、賦形劑ヲ同一トナシタルモノヲ用ヒ排出時間ヲ比較シタルニソノ成績次ノ如シ。

炭酸蒼鉛食餌	300瓦	排出時間	2時15分
「チルコノオキシード」食餌	"	"	"
硫酸「バリウム」食餌	"	"	2時5分

一般ニ「バリウム」食餌ハ蒼鉛食餌ニ比シ排出迅速ナリトセラルル所ナルモ、浦野氏ハ上記ノ成績竝ニ臨牀の經驗ニヨリ、造影食ノ胃排出時間ノ差ハ意義極メテ少ナク、蒼鉛食餌ニ依テ得タル排出時間ハ「バリウム」食餌ノ場合ニ應用シ得ルモノトセリ。造影食ノ種類ノ外、其ノ硬度モ亦排出時間ニ關係ヲ有スルモノニシテ、硬キ食餌ハ正常ノモノニ比シテ延長シ、飲用シ得ルガ如キ軟カキ粥ニ於テハ送出時間短縮ス。而シテ前述シタル余等ノ用ユル造影食ノ場合ニハ、3時間以内ニ排出セラルルモノトス。

(2) 食物ノ種類ト排出時間、造影食ノ排出時間ヲ研究スルニ際シテ、日常吾人ノ採レル各種食物ノ胃排出時間ヲ知ルコトハ甚ダ意義深キモノトス。コハ亦潰瘍患者ノ食餌療法ヲ論ズル上ニモ必要ナル事項ナルヲ以テ、聊カ説明ヲ加ヘントス。Beaumont, Richet, Leube, Penzoldt, Giggberger氏等ハコノ點ニ關シテ詳細ナル調査ヲナシ、殊ニPenzoldt氏ノ調査ヲ參考ニ供スレバ次ノ如シ。

即チ排出時間ノ短カキモノヨリ之ヲ列記スレバ次ノ如シ。

水	平均1乃至2時間
含水炭素	" 2乃至3時間
蛋白	" 3乃至4時間
脂肪	" 7乃至8時間

尙Modrakowski氏ノX線検査所見ニ依レバ、造影食ニ脂肪ヲ加フル時ハ胃排出時間ノ延長ヲ來ストナシ、又Cannon氏ノ猫胃ニ於ケル實驗ニ於テモ略同様ノ結果ヲ得タルモノトス。

(3) 幽門ノ性状ト排出時間 造影食ノ胃排出時間ハ幽門ノ性状ト甚ダ密接ナル關係ヲ有スルモノニシテ、胃排出時間ヲ測定シ、依之幽門ニ於ケル病變ヲ推定シ得ルコト少カラズ。然レドモ造影食ノ胃排出時間ノ測定ニ依テ毎常幽門ノ病變ヲ推定シ得ザルコトアリ。即チ排出時間正常ニシテ、尙ホ且ツ幽門ニ障礙ノ存スルコトアリ。又幽門ニ病變ナクシテ排出時間ノ延



長ヲ見ルコトアリ。故ニ幽門ノ性状ハ直接ニ、幽門自身ノ通過状態ヲ吟味スルニ非レバ、其ノ真相ヲ窮知スル事能ハズ。之ヲ検査スルニハ腹壁ヲ弛緩センメテ、幽門竇部蠕動ト十二指腸球部ノ充實状態ヲ觀察スルモノトス。而シテ十二指腸球部ニ癒着其他ノ病的變化ノ存スルタメニ充分之ヲ觀察シ能ハザル時ハ、照射方向ヲ變換シ、手掌ニテ胃下部ヲ壓迫舉上シテ内容ヲ十二指腸球部ニ壓出スルモノトス。カクシテ吾人ハ次ノ如キ各種ノ排出状態ヲ觀察スルコトヲ得ベシ。

(イ) 持續的且ツ迅速ナル排出 此ノ場合ニ於テハ、排出ハ規則的又週期的ニ行ハルモノニ非ズシテ、造影食ハ恰モ竹筒内ヲ持續的ニ通過スルガ如ク進行シ、從テ十二指腸ハ全體トシテ充實セラレ、球部ヲ形成セズ、カカル排出ハ幽門ノ閉鎖不全 (Pylorusinsufficienz) ヲ意味スルモノニシテ、幽門又ハ其ノ近部ニ於ケル潰瘍、痙攣等ノ時屢々之ヲ見ルモノナリ。從テ胃内容ノ排出時間ハ短縮セラルルコト勿論ナリ。

(ロ) 正常排出 十二指腸球部ハ規則的且ツ週期的ニ充實セラレ、之ヲ鳩卵大乃至拇指頭大ノ陰影トシテ認ム。コノ場合ニハ胃内容ノ排出時間ハ正常ナリ。然レドモ緊張微弱ニシテ同時ニ分泌過多等ノ存スル時ニハ、幽門ノ性状正常ナル場合ト雖モ、排出時間ハ稍延長スルコトアリ。

(ハ) 僅微ナル排出 幽門ニ輕度ノ通過障礙存スル場合ニ之ヲ認メ球部ノ充實ハ減少シ、胃排出時間延長ス、然レドモ代償機能充分ナル期間ハ、胃排出時間ニハ著變ヲ見ザルモノトス。

(ニ) 高度ノ通過障礙 幽門ノ通過障礙極メテ高度ナル時ニハ、造影食ハ全ク幽門ヲ通過セズ、從テ球部ノ充實モ亦全ク之ヲ見ルコトナシ、爲メニ排出時間ハ著シク延長ス、然レドモ同時ニ幽門ニ閉鎖不全アル時ハ排出時間ハ却テ短縮スルコトアリ。幽門ノ通過状態ニ異常アリテ、胃ニ造影食ノ6時間以上残留スル時ハ、幽門狹窄ノ存スルコトヲ思フベキナリ。

以上述ベタル所ニ依リ、單ニ胃排出時間ノ測定ノミニ依テ幽門ノ通過障礙ヲ判定スル事ノ不都合ナル場合存スルコトハ容易ニ之ヲ理解スルヲ得ベシ。

(4) 蠕動及ビ緊張ト排出時間、幽門健全ニシテ蠕動運動旺盛ナル場合ニハ排出時間短縮シ、微弱ナル場合ニハ延長ス。緊張力強キ時ニハ上行脚ノ Hübhöhe 小トナリ、機械的ニ内容排出ヲ助クルト同時ニ内容ヲ壓迫收縮スル力大トナリ從テ排出時間短縮シ、緊張力弱キ場合ニハ延長ス。然レドモ此等ノ差異ハ極メテ僅微ナリト稱セラル。

(5) 分泌液ノ性状ト排出時間 分泌過多ハ排出時間ヲ延長セシム、藤浪、Haudeck 氏等ハ蒼鉛食ヲ與ヘタル後一定量ノ水ヲ飲マシメ食餌中ヨリ蒼鉛ヲ分離沈降セシムル時ハ排出時間約15分以上延長スル事ヲ實驗シ、Holzknecht、Skalizzer 氏等ノ實驗ニ依レバ、分泌

過多アリテ排出時間ノ延長セル胃ニ藥物ヲ投與シテ分泌ヲ制限スル時ハ短縮セラルルモノナリトセリ。浦野氏亦分泌過多ノタメニ排出時間7時間ニ及ビタルモノニ、「ババベリン」ヲ投與シテ分泌ヲ制限シタルニ排出時間ハ4時間ニ短縮シタルコト並ニ、消息子ヲ用ヒテ胃内容上層ノ分泌液ヲ吸出スル時モ同様排出時間短縮スルコトヲ實驗セリ。

Hirsch, Moritz, v. Mehriug, Pawlow 氏等ガ十二指腸瘻犬ニ於ケル實驗ニ依レバ、酸性ノ胃内容ガ十二指腸粘膜ニ接觸スルヤ幽門ハ直チニ閉チ、其ノ内容ガ「アルカリ」性ノ腸液ニ由テ悉ク中和セラルルカ、弱「アルカリ」性ヲ呈スルニ至リテ初メテ開クト、該實驗ハ多クノ學者ノ承認ヲ得、從テ從來、胃液酸度ノ高キ時ハ幽門閉鎖ヲ強メ、胃排出機能障礙セラレ、反對ニ酸度ノ低キカ又ハ全ク酸ヲ缺如セル者ニ在テハ幽門ハ開放シ、胃排出時間ハ著シク短縮セラルト思惟セラレタル所ナリ。

然ルニ其後 Pawlow Kuttner, Meyer, Elsner, Brauer, Ley, Kemp, Boas, Rabe, 氏等ハ人體ニ於ケル調査ノ結果コノ關係ニ漸ク疑念ヲ抱クニ至リ、殊ニ最近中村、齋藤氏等ノ系統的検査ニ依レバ、人ノ場合胃液酸度ト胃抽出時間トノ間ニハ、一定ノ關係ヲ認メ難シトナシ、井田氏ニ依レバ、酸分泌機能ノ減少セル人胃ハ、收縮強クシテ排出促進セラレ、酸分泌機能充進セルモノニアリテハ 排出遅延シ收縮ハ減弱ス。酸分泌機能著シク過多ナル胃ニ在テハ、排出モ亦著シク遅延スルモノニシテ收縮ノミハ却テ增強スルモノトナシ、酸分泌機能ト運動トハ或ル程度マデ逆比例スルモ、一定ノ限度ヲ超過スル時ハ、之等ノ關係ハ不定ナルモノナリト云フ。

(6) 體動並ニ體位ト排出時間 體動ハ排出時間ニ一定ノ影響ヲ及ボスモノノ如シ、浦野氏ノ調査ニ依レバコノ關係次ノ如シ。

體動	攝食後1時間ニ於ケル残留量
起立	32.3%
走行	28.0%
散歩(徐行)	34.7%

尙 Markowitz, Persia 氏等ニ依レバ、右側臥位ニ於テハ直立位ニ於ケルヨリモ排出時間短ク、左側臥位ニテハ著シク延長ストセリ。

(7) 其他ノ條件 一般ニ饑餓ノ場合ニハ飽食シタル時ニ比シテ排出時間短カク、精神感動ハ排出時間ヲ遅延セシムルモノノ如シ。



第三節 胃潰瘍ノ診斷

X線學的ニハ表在性潰瘍「エロジオン」ト深在性潰瘍ヲ區別ス。前者ハ物質缺損ガ唯粘膜ノミニ局限シ、後者ハ粘膜下層組織ヲ突破シテ更ニ深部組織ニマデ及ビタルモノナリ。從テ前者ノ場合X線學的ニ之ヲ診斷スル事ハ至難ナリ。今「エロジオン」ノ場合ニ現ル「レントゲン」學的徵候ヲ記述スレバ次ノ如シ。

(1) 小斑點狀陰影 表在性潰瘍ノ場合稀レニ小斑點狀陰影ヲ認メ得ルコトアリト稱スル學者アリ。然レドモ又他ノ學者ハ之ヲ以テ深在性潰瘍ニ由來スルモノナルベシト云フ。

(2) 壓痛點 胃壁ニ局限セル壓痛點ヲ證明スル時ハ潰瘍ノ疑ヲ置クコトヲ得。然レドモ敢テ潰瘍ニ特有ノ徵候ニ非ラズ。

(3) 間歇性瓢型胃 Salomon 氏初メテ之ヲ記載報告セルモノニシテ亦甚ダ稀レニ發見スル所見ナリ。潰瘍部ノ輪狀筋收縮ノタメ大彎ニ間歇的ニ出現スルモノナリ。

4, 6時間後ノ胃内容残留, 表在性潰瘍ニシテ6時間後稍々多量ノ残留ヲ認ムルコトアリ。

表在性潰瘍ハ之ヲ以上ノ如キ諸徵候竝ニ粘膜「レリーフ」等ヲ参照シテ診斷スベキ所ナルモ、至難ノ事ニ屬ス。

次ニ深在性潰瘍ノ診斷ニ關シテ述ブベシ。一般ニ潰瘍ノ症候ハ之ヲ潰瘍自己ニ依ル直接症候ト、間接ニ誘發セラルル間接症候、竝ニ潰瘍ニ續發シテ發生スル續發症候トニ分類スルコトヲ得。今其ノ主ナル徵候ヲ列記スレバ次ノ如シ。

甲. 直接徵候

- 1. 壁龕(Nische)
- 2. 穿通腔洞(Penetrationshöhle)

乙. 間接徵候

- 1. 胃緊張力ノ變化
- 2. 痙攣
- 3. 右側距離ノ増大
- 4. 大彎ノ鋸齒
- 5. 蠕動ノ變化, 胃排出時間ノ變化
- 6. 液層ノ變化
- 7. 壓痛點ノ存在

丙. 續發症候

- 1. 胃周圍癒着
- 2. 小彎ノ短縮
- 3. 粘膜皺襞走行ノ變化 (Schleimhautfaltenrelief)
- 4. 器質的幽門狹窄竝ニ閉鎖不全, 胃擴張
- 5. 瓢型胃(Sanduhrmagen)
- 6. 瀧壺胃(Kaskadenmagau)
- 7. 幽門ノ右側高位
- 8. 瘢痕竝ニ腫瘍ノ觸知

第一項 直接徵候

潰瘍ノ直接徵候トシテ造影食ガ潰瘍内ニ進入スル事ニ由リ、胃壁ニ突出部ヲ生ズルモノヲ壁龕(Nische)ト稱ス(插圖 30-40 参照)。其ノ探究ト檢出ハ潰瘍ノ診斷上最モ重大ナル意義ヲ

有スルモノナリ。次ニ諸種ノ要項ニ就テ解説ヲ試ム可シ。

(1) 壁龕形態 壁龕ノ形態ハ、圓筒狀、圓錐狀、半月狀、半球狀、不正圓形、線狀、斑點狀、梯形狀、又ハ全ク不規則ノ形狀ヲ呈スル場合アリテ一定シ難シ。而シテ壁龕ノ形態ハ潰瘍ノ解剖學的竝ニ周邊部組織ノ機能的關係、X線照射方向ノ相違等ニ依リテ種々變化スルノミナラス、亦必ズシモ潰瘍自身ノ夫レト同一ナルモノニ非ズ。從テ又検査時期ノ異ナルニ從テ其ノ形態ニ變化ヲ見ルコトアリ。寺内、五十嵐兩氏ニ依レバ、壁龕ノ存スル場合、硫酸「アトロピン」、「ピロカルピン」等ヲ注射シタル後再び寫眞撮影ヲ行フ時ハ壁龕ハ其ノ形態一定不變ニ非ズシテ、植物神經ノ支配下ニ其ノ形態ヲ常ニ變化スルニ反シ、潰瘍痛ノ場合ニハ、

上記藥物ノ同量ヲ用ユルモ、注射前後ニ於ケル壁龕竝ニ隣接小彎ノ所見ニ著變ヲ來サザルコトヲ報ゼリ。尙ホ潰瘍患者ニ內科的食餌療法ヲ施ス時ハ、壁龕ノ形態ニモ亦變化ヲ來スモノナリ。

(2) 其ノ大サ 寺内、五十嵐氏等ハ、手術ニ由リ潰瘍痛ト確定セルモノ5例、手術竝ニ經驗ニ依リソノ診斷確實ナル胃潰瘍20例ヲ主トシ、之ニ臨牀的ニ確定シタル胃潰瘍27例ニ於ケル壁龕ニ就テ調査セル結果、壁龕ノ深サハ、胃潰瘍於テ、2例ノ除外例ヲ除キ、他ハ0.2 種ト1.3 種ノ間ニ在リ、就中0.2 乃至0.7 種ノ程度ノモノ多ク、潰瘍痛ニ於テハ、例數少キタメ不確實ナルモ一般ニ深キモノ多キ傾向アリトセリ。コノ場合氏等ノ調査



插圖 30. 造影食ガ潰瘍内ニ進入シテ發生シタル各種ノ壁龕ヲ示ス(Rehfuss 氏ニ由ル)



セル5例=在テハ、1.7 糎、2.0 糎、1.3 糎、1.9 糎及ビ0.9 糎ヲ算セリト。

次=壁龕基部ノ廣サヲ測定シタルニ、0.3 糎ヨリ 3.0 糎=互リテ種々ナル變化ヲ示シ、其ノ間頻度稍多キモノヲ算ルニ、0.4 糎乃至 1.9 糎ノ間=在リテ、2 糎以上ノモノハ稍稀ナルガ如シ。之=對シ、潰瘍瘻5例=就テハ、1例ヲ除キ、スベテ 2.0 糎以上=達セリ。依テ 2.0 糎以上ノモノ=於テハ、他=之ヲ否定スル事實ナキ限リ、臨牀的=瘻ヲ疑ヒ慎重考慮スルヲ要ストナセリ。

更= Carman 氏ハ 2.5 糎以上ノ直徑ヲ有スルモノハ惡性ノモノナリト稱シ、 Alvarez, Mac Carty 兩氏ハ最近 Mayo Clinic =於テ、外科的=切除セン胃潰瘍 638 例、同胃瘻 682 例=於ケル潰瘍面ノ直徑ヲ測定シ次ノ如キ成績ヲ得タリ。

潰瘍ノ場合

直徑 1.8 糎以下ノモノ	80.0%
“ 2.5 糎 “	93.8%
“ 3.5 糎 “	99.7%

胃瘻ノ場合

直徑 1.8 糎以下ノモノ	5.0%
“ 2.5 糎 “	8.9%
“ 3.5 糎 “	18.8%
“ 4糎以上 “	71.2%

依之兩氏ハ、直徑 2.5 糎以上ノ場合=ハ胃瘻ヲ疑フ可キモノニシテ、3.5 糎以上ノ場合=ハ恐ラク惡性ノモノナリトナセリ。

潰瘍ガ幾何ノ深サ=達スル時初メテ壁龕ヲ證明スルモノナリヤ=關シテハ諸家=由リ各其ノ意見ヲ異ニスルモ、略 3 糎以上ナルコトヲ要スルモノノ如シ。

X 線検査=依リ稍大ナル壁龕ヲ證明シタル=拘ラズ、開腹術ノ結果潰瘍ガ極メテ淺クシテ、驚ク場合ト、又反對=術前=發見セン壁龕

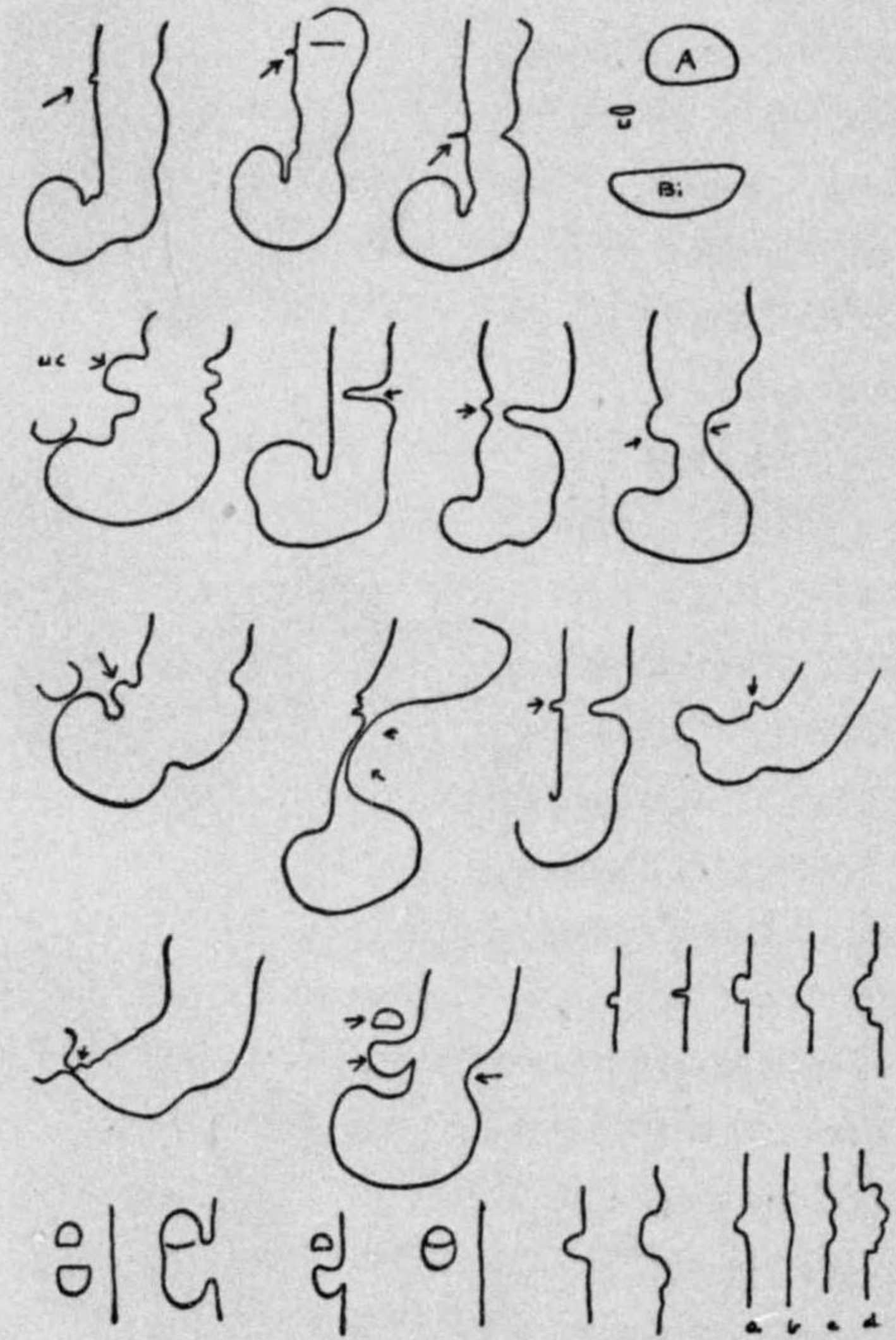


插圖 31. 各種型態ノ壁龕ヲ示ス。a, b, c, d ハ潰瘍瘻ノ場合ヲ示セルモノナリ (Rehfuß 氏=由ル)

ノ大サヨリモ開腹術後=認ムル潰瘍ノ遙=大ナルガ如キ場合モ存ス。

(3) 壁龕外廓曲線ノ狀態 前記寺内、五十嵐氏等ノ調査=依ルモ、胃潰瘍ノ場合=於テモ、壁龕外廓曲線ノ不規則ナルコト甚ダ屢之ヲ存シ又、反對=潰瘍瘻ノ場合=其ノ規則正シキコトアリ、從テ依之兩疾患ヲ鑑別スルコトハ不可能ナリト云フ。

(4) 穿通腔洞(Penetrationshöhle)トノ關係 潰瘍ガ周圍組織例之、肝、脾、腹壁等=穿通セル場合=ハ、此等ノ臟器=腔洞ヲ生ジテX線検査=當リ壁龕=當リ壁龕ヲ生ズ。之ヲ穿通腔洞ト稱シテ胼胝性潰瘍=於テ認ムル壁龕ト區別ス。今浦野氏=依リ兩者ノ鑑別點ヲ記述スレバ次ノ如シ。

穿通性腔洞

1. 大ナル造影食陰影斑ガ胃壁陰影外=存スルコト。
2. 造影食陰影斑ト胃壁ト間=連絡無キコト。
3. 造影食陰影斑ガ上部=氣泡ヲ有スルコトアル事。
4. 造影食陰影斑ノ内容ガ三層(空氣層、液層、「バリウム」層)ヲナス場合アルコト。
5. 造影食陰影斑ガ胃内容ノ排出消失セシ後マデ長ク残留スルコト。

通常ノ壁龕

1. 小ナル造影食陰影斑ガ胃壁=密着セルコト。
2. 氣泡ヲ含マズ。且ツ三層ヲナサザルコト。
3. 胃内容ノ排出消失ト共=造影食陰影斑モ消失スルコト。

然レドモ實際兩者ノ鑑別至難ナル場合少カラズシテ上記ノ如キ定型的ノ特長ヲ示セル場合=遺遊スルコトハ寧ろ稀ナリ。壁龕ノ大サヲ以テ兩者ヲ、鑑別スルコト最モ重要ナルベキモ、具體的ノ大サヲ明示スルコトハ不可能ナリ。穿通性腔洞ノ形態、胃=開口スル方向、體位ノ變換=依リ、潰瘍ノ孔口ガ頂點=來レバ瓦斯ハ通出シ、同時=胃内容流入ス可ク、又胼胝性潰瘍ハ一般=ソノ内=瓦斯ヲ蓄積セズト雖、壁龕ノ壁厚ク其入口狹小ナル時ハ、瓦斯ノ蓄積ヲ見ルコトアリ。

(5) 壁龕ノ位置的關係 潰瘍ノ壁龕出現=ハ自ラ其ノ好發部位ノ存スルモノニシテ、壁龕ヲ最モ屢々證明スルハ胃小彎部及ビ其ノ近接部位ノ潰瘍ノ場合ニシテ、幽門、十二指腸ノ潰瘍ノ場合=之ヲ證明スルコト少キハ諸家ノ成績ノ一致スル所ナリ。噴門、大彎部等=之ヲ證明スル事ハ更=稀ナルモノトス、カク小彎部=其ノ頻度高キハ、位置的關係上、X線検査=依リ、本所見ノ檢索容易ナルコト、竝= X 線の=壁龕ヲ呈シ得ベキ程度ノ潰瘍ガ他ノ部位=比シ小彎部=遙=多ク生ズル事實等=基クモノトス。

(6) 壁龕検査方法 造影食ノ餘リ硬キ場合=ハソレガ潰瘍内面ヘノ進入困難ナルヲ以テ、其ノ硬度=ハ特別ノ注意ヲ要ス。又ソノ檢出=當テハ單ニ一方向ヨリノミナラズ、各方向ヨリ之ガ檢出=努メザル可ラズ。殊=幽門近部ノモノ=在テハ Schaoul 氏斜面ヲ使用スベシ。尙



ホ特=「ブレンダ」ヲ狭小シテ胃周邊殊=小彎部ヲ精細=觀察シ、且ツ透視用壓迫器ヲ使用シテ小彎部ヲ上方ヨリ順次壓迫検査スルヲ可トス。而シテ單=透視=テ不十分ナル場合=ハ寫眞撮影ヲ要ス。蓋シ透視ノ場合果シテ壁籠ナルヤ否ヤ判定シ難キ場合ト雖、寫眞撮影=依リ之ヲ確證シ得ルコト少カラザルヲ以テナリ。小彎部潰瘍=シテ噴門=近く存スルガ如キ場合=ハ液層ヲ存シテ造影食=ニテ、胃上部マデ充實セシムルコトハ通常不可能ナルヲ以テ、患者ヲ左側臥位トシ上體ヲ少シ下ゲ造影食ヲ充分上部マデ達センメテ検査スベキモノトス。又前及ビ後壁=於ケル壁籠ハ其ノ檢出甚ダ困難ナリ。コノ際 X 線ヲ第一又ハ第二斜位=射入スルヲ可トシ、尙粘膜皺襞像ノ檢出ヲナスコト必要ナリトス。一般=小彎ノ場合=於テモ大量ノ造影食ヲ用ユルヨリハ少量ナル時=美麗ナル像ヲ得ルモノナリ。

壁籠ノ診斷=際シテハ、之ト類似シテ混同シ易キ陰影外之ヲ鑑別セザル可カラズ。今 2, 3 ノ場合=就テ説明スレバ次ノ如シ。

1. 粘膜皺襞内=沈渣セン造影食陰影、コハ手壓=依リ變形移動シテ消失シ、壁籠ノ如ク持續性=固定スルモノ=非ズ。
2. 小彎部蠕動 一定期間ノ觀察=依リテ消失ス。
3. 胃陰影=接近セル小腸陰影、造影食ガ小腸=進入シタル後初メテ出現ス。
4. 壁籠様陰影ヲ發見シテ而モ手術=依テ潰瘍ヲ認メザルコト稀=存ス。恐ラク粘膜筋層ノ異常緊張=依ルモノナル可シ。

### 第二項 間接徵候

間接徵候トハ潰瘍ノタメ=間接=現ハルル不確實ナル徵候ヲ總括シタルモノニシテ、多數ノカカル徵候ヲ發見スル時ハ、本症ノ疑ヲ置カザル可ラザルモ、必ズシモ本症=特有ナルモノ=非ズシテ他ノ疾患ノ場合=モ亦屢々遭遇スルモノナリ。

(1) 緊張ノ變化 本症ノ場合=ハ胃緊張力ハ一般=充進スルヲ常トシ、殊=潰瘍ガ幽門近部、十二指腸=存スル時=於テ著シ、殊=幽門近部潰瘍=於テ緊張ノ充進ヲ見ル頻度多シ、而シテ胃緊張充進ノ頻度=關シ、幽門部潰瘍ノ場合、中島氏ハ 61.0%、齋藤氏ハ 53.3%ト報ジ小彎部潰瘍ノ場合中島氏ハ 33.0%、齋藤氏ハ 58.3%ト報ジタリ。

(2) 痙攣 潰瘍ノ場合ノ胃痙攣ハツレガ胃ノ全體=來ル場合ト其ノ一局部位=來ル場合トアリ。

其ノ一、全胃痙攣 (Gastrosasmus totalis) 緊張ガ胃壁全體=互リ著シク充進セル場合ヲ云フ。コノ場合胃ハ腸管大ノ管トナリ心窩部=殆ンド水平=横タハルモノトス。コハ潰瘍ノ他、「ニコチン」中毒、膽囊炎、脊髄癆、「ヒステリー」、「モルヒネ」又ハ鉛中毒等ノ際=モ見ラル所ナリトス。

其ノ二、噴門痙攣、潰瘍ガ噴門又ハ其ノ附近=存在スル時之ヲ認メ依之食道ノ擴張ヲ來スコトアリ。

其ノ三、幽門痙攣、主トシテ幽門近部、又ハ十二指腸ノ潰瘍=際シ之ヲ見ル。之ガ爲メ胃内停滯時間延長ヲ來ス事アリ。又該痙攣ハ比較的長時間持續スルコトアリ。痙攣時=於テハ幽門ヲ觸知スル事アリ。カカル患者ヲ入院セシメ安靜ヲ命ジ、「ペラドンナ」、「ハバベリン」等ヲ投與シ、検査數回=及ブ時ハ痙攣消失シ從テ腫瘍モ亦消失スル事アリ。然ル=痙攣=依ル場合=ハ其ノ所見恒久的ニシテ、上記藥物ノ影響ヲ受ケザルモノトス。

其ノ四、痙攣性瓢型胃、小彎側=潰瘍ノ存スル時、其ノ對向側ノ大彎=於テ壁籠ヲ指サスガ如キ深キ彎縮ヲ生ジ、胃ハ恰モ此ノ部=於テ殆ンド切斷セラレタルガ如キ像ヲ呈ス。然レドモ本邦=於テカカル定型的ノ像ヲ見ルコトハ稀ナリ。該痙攣性瓢型胃ハ潰瘍ノ他、膽囊炎等ノ場合=モ往々之ヲ發見スルモノトス。

我が教室=於テ齋藤氏ガ調査シタル所=依レバ、胃潰瘍患者=シテ胃痙攣ヲ示ス率ハ次ノ如シ。

潰瘍部位	痙攣ヲ示ス頻度(%)
幽門近部潰瘍	13.3
小彎部潰瘍	20.8

又 Miller, Pendergrass, Andrew 氏等ガ胃潰瘍 36 例ノ調査=於テ幽門痙攣ヲ示セルモノハ 48.0% ナリト云フ。

(3) 右側距離 (Rechtsdistanz) ノ増大、右側距離トハ、正中線ヨリ胃ノ右端=至ル距離ヲ稱ス。大塚、友石兩氏ノ調査=依レバ本邦人健康胃=在テハ男子平均 4.15、女子平均 5.53 種ナリト云フ。中島、赤染兩氏ハ 6 種以上=及ブモノヲ以テ正常ヨリ増大セルモノト見做セリ。吾人モ亦兩氏ノ標準=基キテ検査セルモノトス。潰瘍=ヨリ幽門狹窄症ヲ續發シタル場合、ソノ輕度ナル場合=於テハ胃緊張力強ク從テ胃ハ尙ホ縮レルモ、狹窄高度トナルヤ、胃ハ擴張ヲ招來ス。胃「アトニー」=依ル胃擴張ハ著シキ高度=達スルコトハ稀ニシテ胃ハ左側=偏在シ右側距離ハ正常ヨリ小ナル。然ル=癩痕性幽門狹窄症ノ場合=ハ右側距離ハ正常ヨリモ増大ス。從テ該症候ハ兩者ノ鑑別診斷上有意義ノモノナリ。胃潰瘍ノ場合右側距離ノ増大ヲ示ス頻度=關シ、中島氏ハ、幽門部潰瘍ノ場合 39.0% 小彎部潰瘍ノ場合 8.0% ナルコトヲ、又齋藤氏ハ前者=於テ 40.0%、後者=於テ 12.5% ナルコトヲ報ジタリ。

(4) 大彎鋸齒 (Zähnelung der großen Kurvatur) 胃潰瘍ノ場合=ハ往々大彎=鋸齒ヲ示スモノニシテ、其頻度=關シ幽門部潰瘍ノ場合中島氏ハ 36.0%、齋藤氏ハ 20.0% ナルコトヲ、又小彎潰瘍=於テハ前者ハ 50.0%、後者ハ 25.0% ナルコトヲ報ジタリ。

H. Smidt 氏ハ各種病ノ竝=健康胃=於ケル大彎鋸齒ノ出現率=關シ精細ナル調査ヲナセ



リ。即チ氏ハ其ノ調査成績ニ基キ、本所見ハ胃緊張力充進セル場合ニ之ヲ見モノナリト解セリ。Schwarz 氏ハ之ヲ以テ胃粘膜筋層ノ收縮ナリト稱シ、Forsel 氏ハ胃粘膜筋層ハ小彎ニ僅少ニシテ大彎ヨリ胃前壁ニ互リテ多キモノトセリ。而シテ本所見ハ大彎全體ニ現ルルコト稀ニシテ、上ヨリ3分ノ2、3分ノ1、或ハ極上部胃泡トノ境ニ近ク最モ屢々現ルルモノトス。多量ノ造影食ヲ攝取セル時、胃ノ展開ヲ妨グルガ如キ條件ノ加ハル時ハ現ハレ難ク、全胃腔ノ半バ若クハ70乃至80%迄造影食ヲ攝取シタル時最モヨク現ハル(岩城氏)尙ホ岩城ニ由レバ、鋸齒ノ出現率ハ胃酸度ト平行シテ増加スル傾向アルモ、無酸症ニ於テスラ尙ホ相當ニ之ヲ發見シ得ルモノナルヲ以テ胃液所見ト絶對的ノ關係ナシト云フ。

(5) 蠕動ノ變化及ビ胃排出時間  
潰瘍ノ場合、殊ニ幽門近部乃至十二指腸ニ潰瘍ノ存スル場合ニハ胃蠕動著シク充進スルヲ常トス。(第103表)

第103表 胃潰瘍ノ場合胃蠕動充進ノ頻度

報告者	幽門近部潰瘍ノ場合(%)	小彎部潰瘍ノ場合(%)
中島	79.0	33.0
赤染	69.0	33.0
齋藤(教室)	80.0	79.2
Miller, Pendergrass, Andrew	59.9	

第104表 胃潰瘍ノ場合ノ胃排出時間

排出時間別	幽門近部潰瘍ノ場合(%)	小彎部潰瘍ノ場合(%)
6時間以上ノモノ	25.0 (中島)	25.0 (中島)
	25.0 (赤染)	16.0 (赤染)
	46.7 (齋藤)	33.3 (齋藤)
少シク遅延セルモノ	21.0 (赤染)	33.0 (中島)
	26.7 (齋藤)	26.0 (赤染)
		8.3 (齋藤)
短縮セルモノ	39.0 (中島)	0 (中島)

潰瘍ガ幽門ヲ離レテ存在スル場合ニモ、幽門痙攣、分泌過多、癒着、潰瘍ノ續發性徴候トシテノ胃ノ變形、牽引、偏軸、又ハ疼痛等種々ナル變化ノタメ胃内容排出ノ遅延スル事アリ。潰瘍ノタメ蠕動著明ニ充進シ、加フルニ幽門ニ閉鎖不全存スル場合ニハ排出時間ノ却テ短縮セララル場合アリ。今胃潰瘍ノ場合ノ胃排出時間ニ關スル諸家ノ統計ヲ示セバ第104表ニ於ケルガ如シ。

(6) 液層ノ變化 潰瘍ノ場合ニハ胃液分泌一般ニ充進シ、從テ中間層ノ増大ヲ來スコト多シ。我が教室ニ於テ齋藤氏ノ調査シタル所ニ依レバ、幽門近部潰瘍ノ場合液層増大セルモ

ノ總例ノ73.3%、小彎部潰瘍ノ場合ニハ同ジク58.3%ナリトス。

(7) 壓痛點ノ存在 患者ガ胃部ニ疼痛ヲ訴フル場合、該疼痛ガ果シテ胃ト關係ヲ有スルモノナリヤ否ヤ、尙ホ若シ胃ト關係ヲ有スル場合胃ノ如何ナル部位ニ存スルモノナリヤ等ノ判定ハ獨リX線検査ニ依テノミ解決シ得ル所ナリ。今之ヲ檢スル場合ニハ、X線透視ヲ行ヒツツ、胃ヲ手掌ニテ移動セシメ、壓痛點ガ胃陰影ト共ニ移動スルヤ否ヤヲ確メザルベカラズ。若シ壓痛點ガ胃陰影ト共ニ移動スル場合ニハ該壓痛ハ正ニ胃ト直接ノ關係ヲ有スルコトヲ示スモノニシテ、然ラザル場合ニハ該疼痛ハ胃以外ニ基因スベキモノナルコトヲ物語ルモノナリ。著者曾テ胃部疼痛ヲ訴ヘテ受診シ、病歴竝ニ各種臨牀的検査所見ニヨリ胃潰瘍疑診ノ診斷ヲ下サレタル患者ニ於テX線検査ヲ行ヒタルニ、該疼痛ハ胃部ト關係ナク、從テソノ診斷ノ確定困難ナリ。シニ、爾來更ニ疼痛増強シタルヲ以テ、患者ハ再ビ受診シタルニ、臍臟ノ腫脹セル事ヲ認め、X線検査上、前記壓痛點ハ全く腫脹セル臍臟部ニ一致セルコトヲ認め、臨牀的竝ニX線検査所見ニヨリ臍臟腫瘍ト診斷シ手術所見竝ニ腫瘍組織ノ鏡檢上臍臟ノ病腫ナリシコトヲ確メ得タル經驗例ヲ有ス。

壓痛點ノ潰瘍部ト一致スル頻度ハ甚ダ高率ヲ示シ、幽門近部潰瘍ノ場合ニハ、60(齋藤)乃至75%(中島)同小彎部潰瘍ノ場合ニハ83乃至83.5%(齋藤)ヲ算ス。從テ潰瘍ノX線診斷ニ際シテハ有力ナル一徴候ナリト云フベシ。

第三項 續發症候

(1) 胃周圍癒着 潰瘍ガ次第ニ深部組織ニ達スルヤ、胃周圍ニ反應性炎術發現シ、又ソレガ遂ニ穿通ヲ來シタルガ如キ場合ニハ共ニ依之胃周圍ニ炎術性癒着ヲ招來ス。カカル胃周圍癒着ハ蟲様突起炎、膽囊炎(コノ場合ニハ主トシテ幽門部及ビ十二指腸ニ)其他ノ腹部炎術性疾患ノ時ニモ之ヲ認ムル事アルモ、潰瘍ノ場合ニハ、屢々著明ナル胃周圍癒着ヲX線検査ニ依リテ證明スルモノニシテ、依之手術ノ適應、術式ノ選定上、便スル所少カラザルモノナリ。

今本徴候ノ検査方法ニ關シテ述ブレバ次ノ如シ。先ヅ胃陰影ヲ手ニテ壓迫移動セシメ、其ノ運動制限ノ有スルヤ否ヤヲ檢スベシ。胃壁ニ癒着著明ナル場合ニハ、胃壁ニ特有ノ棘狀突起ヲ惹起シ、胃陰影ハ不鮮明、不規則トナルモノナリ。更ニ患者ヲ右側臥位ニ移ス時ハ胃ニ、癒着ノ存スルヤ長キ垂直ノ下行脚ハ水平位ヲ採リ、其ノ内容ハ重力ニ從ハズ、特種ノ位置ニ固定セラレ、胃泡ニ分裂ヲ來スニ至ル。若シ幽門ガ右上方ニ移動固定セラレタル時ハ、膽囊トノ癒着ヲ考フ可ク幽門深在スル時ハ膽囊トノ癒着ヲ否定シ得ルモノトス。胃潰瘍時、胃周圍炎性癒着ヲ見ル頻度ハ、幽門近部潰瘍ニテ11.0%(中島)乃至13.3%(齋藤)小彎部潰瘍ニテ33.3%(齋藤)乃至50.0%(中島)ナリ。

(2) 小彎ノ短縮 小彎部潰瘍ニ際シ其ノ侵蝕作用ニ依リテ小彎部胃壁ノ萎縮ヲ招致シ、



依之胃幽門部ガ體部ニ接近シテ左上方ニ捻轉シ小彎ニ短縮ヲ來ス。甚シキ場合ニハ插圖 32ニ示スガ如ク胃ガU型ヲ取ルニ至ルモノトス。カカル際ニハ、幽門ハ噴門ニ接近ス。カクノ如ク胃ガ完全ナルU型ヲ示スガ如キ事ハ稀ナルモ其ノ輕度ナルモノハ往々之ヲ經驗スル所ナリ。同様ノ捻轉ガ幽門近部ニ來ル時ハ爲ニ該部位ニ於ケル痛腫等ト誤診ヲ來スコトアルモノトス。

(3) 粘膜皺襞走行ノ變化 潰瘍殊ニ胼胝性ノモノニ於テハ、續發的ニ周圍胃粘膜ニ病變ヲ招致シ、其ノ粘膜皺襞(Schleimhautfaltenrelief)ノ走行、形狀等ニ變化ヲ招致スルニ至ル、之ヲ檢スルニハ單ニ硫酸「バリウム」水(濃度水80 鈎, 硫酸「バリウム」60 瓦)ヲ作り其ノ少量即チ20—40 鈎, 又ハ30 鈎乃至50 鈎ヲ、又ハ「ウンブラトール」ヲ投與スルヲ可トス。先ヅ一口ノ造影食ヲ投與シ、手掌又ハ「ヂスチントール」等ニテ胃部ヲ壓迫シ、造影食ヲ一様ニ廣ク胃内面ニ分布セシム。然ル時ハ造影食ハ粘膜皺襞ノ陷凹部ニ沈着シテ陰影ヲ形成ス。「バリウム」水少量ニシテ胃内面ニ廣ク到達セザル時ハ更ニ造影食ヲ投與ス。然ル時ハ、侵蝕性潰瘍ノ存スル場合ニハ、之ガ爲ニ皺襞ノ中絶セラルルコト多ク、又瘢痕等存スル時ハ皺襞ハ星芒狀ニ集中シテ現ハレ、壁籠ハ其ノ周圍ニ於テ放射狀又ハ輪狀ノ皺襞ニ圍マレテ發現ス(插圖 33—34 參照)。該粘膜皺襞像ノ檢出ニ依ル時ハ通常ノ方法ニ依テハ證明困難ナル胃前後壁ノ壁籠モ之ヲ證明シ得ルコトアルモノトス。コレ通常ノ場合ノ如ク單ニ胃腔ヲ充實スル時ハ、壁籠存スルモノレガ胃前後壁ニ生ズル場合ニハ、造影食ノ陰影ニ蔽ハレテ之ヲ證明スル事能ハザルヲ以テナリ。

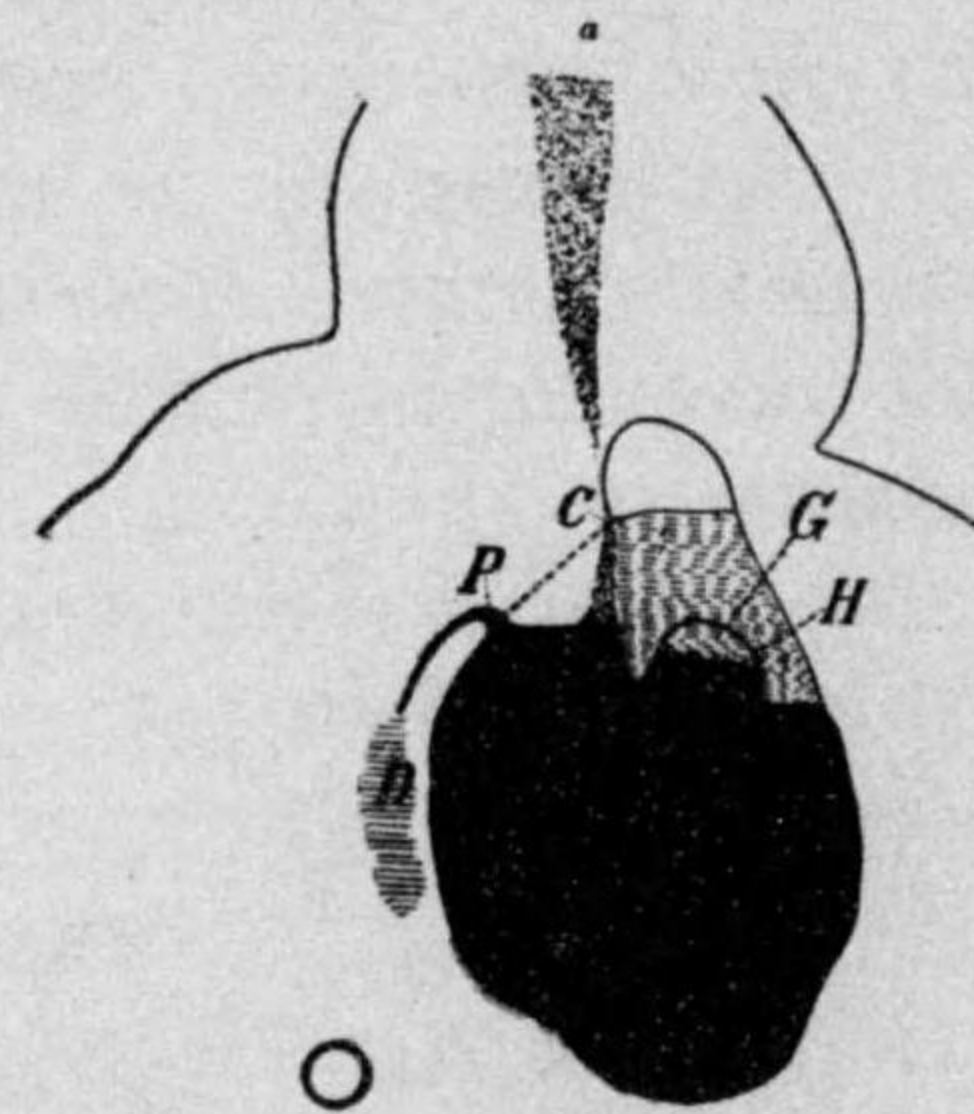


插圖 32. 幽門部ガ噴門部ニ近接シテ胃ハU字形ヲ呈シ小彎ノ短縮セル狀ヲ示ス (Schlesinger 氏ニ由ル)

(4) 器質的幽門狭窄 並ニ閉鎖不全、胃擴張 幽門近部ニ潰瘍ヲ存シ、其ノ瘢痕性萎縮ニ依リ幽門ノ狭窄ヲ招致スルヤ胃ハ次第ニ擴張シ長時間ニ亙リ食物ノ停滯ヲ來スニ至ルモノトス。而シテ其ノ狭窄ノ程度ヲ精密ニ認知シ得ルハ全クX線検査ノ賜ト云フ可ク、依之、單ニ狭窄ノ程度ヲ知り得ルニ止ラズ、外科の手術ノ適應ヲ決定スルコトヲ得ルモノトス。而シテ幽門狭窄ニヨリテ胃擴張高度トナルヤ通常量ノ造影食ニテハ胃腔ノ全部ヲ充實セシムルコト能ハズ。又多量ヲ投與セントセルモ嘔吐ノタメ不可能ナルヲ以テ、從テ投與セラレタル「バリウム」食餌ハ專ラ胃下方ニ沈滯シテ半月狀ノ陰影ヲ呈スルニ至ル。カク造影食ガ充分幽門マデ達セザル時ハ、幽門狭窄ノ原因ガ善性ノモノナリヤ、悪性ノモノナリヤヲ判定スルコト往々困難ナル場合



插圖 33. 小彎部壁籠ト粘膜皺襞ノ變化ヲ示ス (Hurst, Stewart)

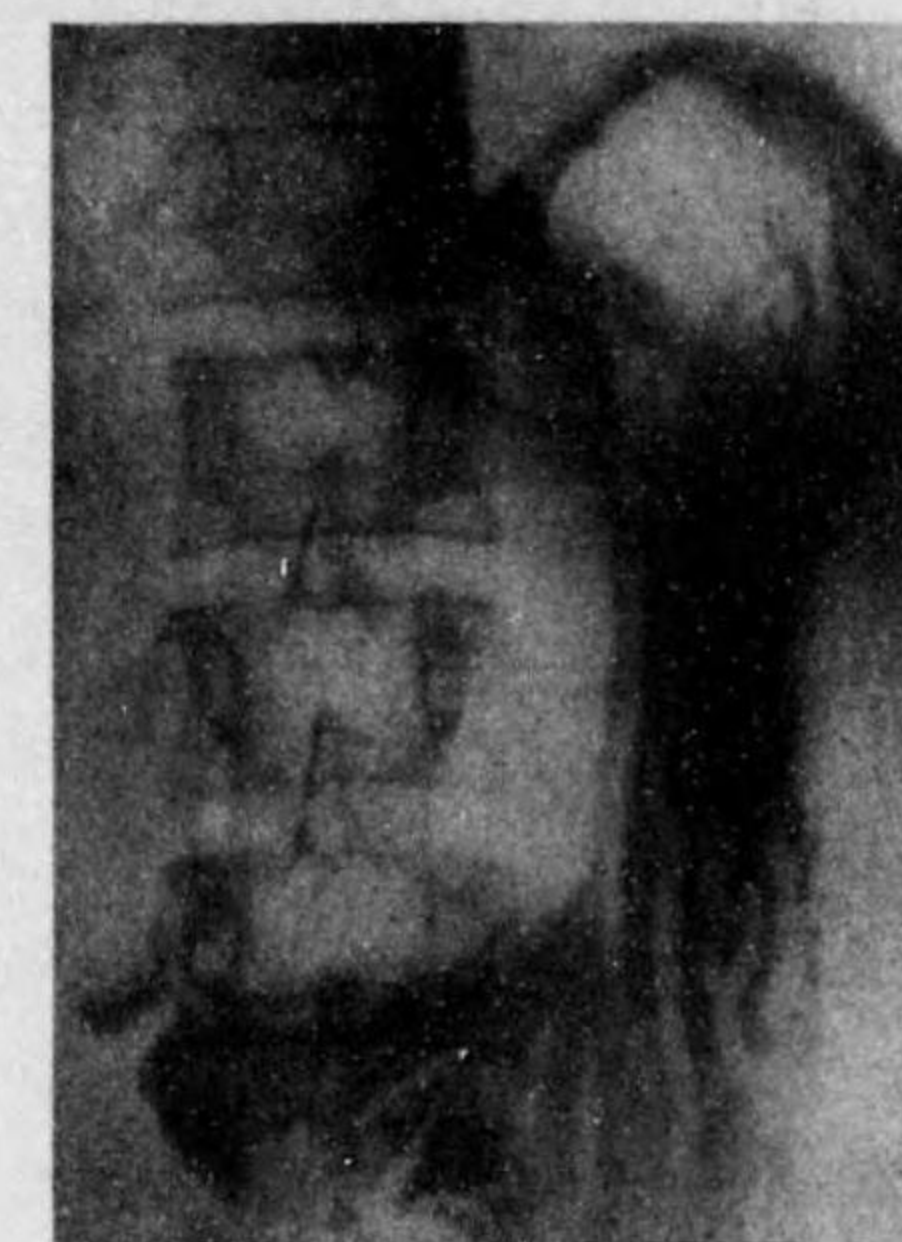


插圖 34. 正常胃粘膜ト皺襞像ヲ示ス (Hurst, Stewart)

アリ。カカル場合ニハ、右側臥位ヲ採ラシメ且ツ手掌ニテ胃下方ヲ上方幽門部ニ向テ壓迫舉上シ「バリウム」ヲ充分幽門部ニ達セシメ以テ透視又ハ寫眞撮影ヲ行フヲ可トス。

然ルニ潰瘍ハ屢々惡性變化ヲ示スモノナルヲ以テ善性狭窄ト惡性狭窄ヲ明カニ判定區別スル事往々至難ニシテ、時ニ不可能ノ場合アリ。

器質的幽門狭窄症ノ場合、一方「バリウム」攝取後6時間ヲ經ルモ尙ホソノ胃内停滯ヲ示シ、著シキハ更ニ數日間ニ亙ル停滯ヲ認ムルト共ニ、他方胃ハ次第ニ擴張ヲ來シ、從テX線検査時、胃蠕動著シク充進シ、且ツ明カナル逆蠕動ヲ呈スルニ至ル。

胃擴張症ハ前記器質的幽門狭窄症ノ場合ノ外胃「アトニー」ノ場合ニモ之ヲ見ルモノナリ、然レドモ後者ノ場合ハ次ノ如キ諸點ヲ參酌シテ鑑別スベキモノトス。即チ次ノ如シ。

- (1) 胃壁緊張力減少セルコト。
- (2) 下行脚中央部ニ於テ胃横徑ノ最短ナルコト。
- (3) 胃液ノ長キコト。
- (4) 胃擴張ハ幽門狭窄症ノ場合ノ如ク高度ニ達セザルコト。
- (5) 右側距離増大セズ、却テ減少セルコト等。

次ニ潰瘍時ノ幽門狭窄症ハ獨リ器質的の要約以外機能的の即チ痙攣的の要約ニ依テモ亦之ヲ發スルモノナリ。然ルニ兩要約ノ同時ニ加ハリテ幽門狭窄症ヲ起スコト亦少シトセズ。尙ホ幽門痙攣ノ原因ハ主トシテ幽門近部竝ニ十二指腸潰瘍ニ在リ雖、幽門部ヨリ遠隔セル潰瘍ノ場合ニ於テモ之ヲ惹起スルコトアルモノトス。



Schlesinger 氏ニ依レバ、小彎ノ侵蝕著明ナル潰瘍ニ於テハ、小彎ノ捻轉、小網膜ノ浸潤等ノタメ、慢性胃不全麻痺(Chronische Gastroparese)ヲ來シ幽門正常ナルニ不拘、麻痺性運動障礙ヲ來シ、著明ナル胃内停滞ヲ來スコトアリト云フ。

幽門ガ潰瘍ノ浸潤、瘢痕性牽引、癒着等ノタメ、其ノ一部又ハ全體ガ強直ニ陥リ、或ハ壁ノ肥厚ヲ來ス時ハ、幽門ノ閉鎖不全ヲ招致シ、造影食ハ週期的ニ排出セラレズ、持續的ニ迅速ニ十二指腸ニ排出セララルニ至ルモノトス。其ノ他閉鎖不全又ハ幽門狹窄ト合併スル事アリ。

(5) 瓢型胃(Sanduhrmagen) 胃ノ中央部ニ狹窄ヲ生ジ、噴門竝ニ幽門ガ共ニ袋狀ニ化シタル場合ニ之ヲ總稱シテ一般ニ瓢型胃ト稱ス。其ノ成因ニ從テ器質的瓢型胃ト機能的瓢變型胃ヲ分ツ。

其ノ一、器質的瓢形胃、潰瘍、癌腫、癒着性胃周圍炎等ノ場合ニ之ヲ發生ス。潰瘍ノ場合單ニ器質的的要約ニ依テ本型胃ヲ生ズルコトハ寧ロ稀ナリトセラレ。主トシテ胃體部ノ胼胝性潰瘍ニ於ケル重要ナル所見ナリ。然レドモ次ニ述ブルガ如キ機能的障礙即チ痙攣モ亦其ノ發生要素トシテ之ニ加ハレル場合少カラズ。今本型胃ノ癌腫ニ基クモノト潰瘍ニ基クモノトノ鑑別ヲ述ブレバ次ノ如シ。(浦野氏)

癌性瓢型胃	潰瘍性瓢型胃
1. 狹部ハ多ク中軸ニ位ス	多クハ小彎側ニ偏ス
2. 狹部ハ多ク管狀ヲナシテ長ク且ツ徐々ニ狹部ニ移行シ(髓標癌)又ハ漏斗狀ヲナス	多クハ急ニ變入シテ狹部ニ移行ス
3. 胃ノ充實ハ持續性ニ狹部ヲ通ジテ下部ヨリ始マリ次ニ上半部ニ及ブ	上半部充チ然ル後下半部ニ及ブ
4. 狹部邊緣ハ突如トシテ不正形ヲナシ蠕動ナシ	狹部邊緣ハ多クハ帶圓彈性ヲ有スルガ如ク見ユ
5. 胃ノ容量ハ多クハ縮小セリ	胃ノ容量ハ多クハ正常、上半部囊狀ニ擴張ス
6. 他ニ癌ノ症狀アリ	他ニ潰瘍ノ症狀アリ

其ノ二、機能的瓢型胃、主トシテ痙攣ニ依テ生ズルモノナリ次ノ二種類ヲ區別ス。

(イ) 間歇性瓢型胃 Salomon 氏ノ初メテ報告セルモノナリ。粘膜ノ損傷、淺在性潰瘍、「ヒステリー」脊髄癆等ノ場合ニ之ヲ見ル。多クハ大彎輪狀筋ノ局所的攣縮ニ由テ成生スルモノニシテ、間歇性ニ現ハレ、間モナク原形ニ復スルモノナリ。

(ロ) 持續性痙攣性瓢形胃 小彎潰瘍、稀ニ幽門竝ニ十二指腸潰瘍、膽石竝ニ膽囊炎等ノ場合ニ之ヲ見ルモノニシテ持續的ニ誘發セラレ。大彎ノ痙攣性收縮ニ由テ生ズルモノナリ。絞窄ハ一般ニ極メテ深ク、殆ンド横徑ノ半バ以上ニ及ブコト稀ナラズ(第35圖)。

(6) 瀧壺胃(Kaskadenmagen) 前記瓢型胃ニ於テハ、最初ノ造影食塊ハ瓢型胃ノ下半部ニ落下シ、其後ノ食塊ハ一部上半部ニ止マリ、一部ハ下半部ニ落下ス、排出ハ先ヅ上半

部ガ空虚トナリ、次ニ下半部ニ及ブモノトス。然ルニ胃體ノ上部即チ噴門部ニテ絞約セララル時ハ、最初ノ食塊ハ上半部ニ止マリ、其ノ充實ニ程度ニ達シタル後下半部ニ及ビ兩半部ニ於テ胃泡ハ二分セラレ、且ツ兩半部ノ水平線ガ同一ノ高サヲ示スニ至ル、Rieder 氏ハカカル胃型ニ對シ瀧壺胃ト命名セリ。其ノ原因ニ關シテハ、或ハ胃後壁殊ニ脾臟ト癒着、或ハ膨滿セル結腸ノ壓迫、潰瘍ノ存在等種々ノ要約ヲ擧グルコトヲ得ベシト雖、尙ホ充分明ナラザル點多シ。最近、Politzer 氏(1931年)ハ本型胃ハ、從來考ヘラレタルガ如ク瓢型胃ノ一種ニ非ズシテ、全ク獨自ノ胃形態竝ニ位置異常ナルコトヲ述ベ、カカル形態ヲ示ス胃ニ於テハソノX線検査ニヨレバ、上半部ハ高位且ツ背側部ニ偏シ、下半部ハ右側且



插圖 35. 小彎ニ於ケル壁龕ノ對向側大彎ニ攣縮ヲ來シテ瓢型胃ヲ發生シタル狀ヲ示ス (Hurst, Stewart)

ツ前方ニ位シ、尙ホ特長トシテ、カカル位置的竝ニ形態的異常ハ甚ダ變化シ易キコトヲ明ニシ、從來其ノ原因トシテ思考セラレタルガ如キ要約例之、結腸ノ膨滿ニ依ル壓迫、周圍癒着等ハ單ナル誘因ニ過ギズシテ其ノ眞因ニ非ズ、本型胃ハ、胃下部ヲ支配セル、且ツ特ニ交感神經ヲ含有セル Plexus hepaticus ノ障礙ニ基クモノトシ、カカル障礙ハ臨牀的ニハ膽囊部位ニ於ケル急性竝ニ慢性疾患、癒着等ニ依リテ起ルモノナリトセリ。然レドモ此ノ際カカル膽囊疾患ガ原發性ノモノナリヤ、潰瘍ニ續發セシモノナリヤハ尙ホ不明ナルモノナリト云フ。本型胃ノ場合ニ、手術的ニ潰瘍ノ證明セラレタル報告例存スベシト雖、必ズシモ常ニ然ラザルモノトス。

(7) 幽門ノ右側高位 潰瘍ノ結果、膽囊其他幽門近部組織ニ癒着ヲ招致スル時ハ、幽門ハ右側高位ニ偏在固定セララルニ至ル。

(8) 癩痕竝ニ腫瘍ノ觸知 潰瘍ガ胼胝性トナリ、殊ニ周圍組織ニ穿通シテ腫瘍ヲ作り、又ハ瘢痕化スル時ハ、外部ヨリ觸診ニ依リ、抵抗又ハ腫瘍トシテ之ヲ觸知ス。カカル場合ニハ往々癌腫ニ依ル腫瘍ト鑑別困難ナルコトアリ雖、X線検査ニ依リ、爾餘ノ潰瘍徵候ノ存在ト相待テ之ヲ鑑別スベキモノトス。而シテ腫瘍竝ニ抵抗ノ觸知率ハ一般ニ單ナル臨牀的検査方法ニ依ルヨリモ、X線透視下ニ、之ヲ觸診スル方、其ノ率遙ニ高キモノトス。今潰瘍ノ場合、癩痕又ハ腫瘍ト思フシキモノヲ觸レタル頻度ニ關シ、幽門近部潰瘍ノ場合、中島氏ハ39.0%齋藤氏40.0%又小彎部潰瘍ノ場合中島氏ハ33.0%齋藤氏ハ33.3%ナル率ヲ報ジタリ。



潰瘍ノ場合ニ限ラズ、一般ニ單純ナル觸診ニ依ルヨリモ、X線検査ノ下ニ觸診スル時ハ、觸知率遙ニ高キモノニシテ、臥位ニ於テ觸診上腫瘍ヲ認メザル際ニ「レントゲン」觸診ニテ確實ニ之ヲ觸レ得ルコト稀ナラズ、是レ水平位ニ於テハ腫瘍ハ後上方ニ移動シテ肋骨弓下ニ隠レ觸診不可能ナルモ、垂直位ニ於テハ腫瘍ハ下方ニ下降スルガ爲ナリト雖、尙ホ主ナル原因ハ透視ニ依リテ諸臟器ノ位置的關係ヲ見ツツ觸診ヲ行フニヨリ、其ノ視覺ニ依ル注意力ノ集注ハ觸覺ヲ助ケテ一層鋭敏ナラシムルニ依ルモノナル可シ。教室先輩南氏ガ胃癌例ニ於ケル調査ニ依レバ、普通觸診トX線觸診ニ於ケル觸知率次ノ如シ。

「レントゲン」觸診	例數	比率%	普通觸診	例數	比率%
腫瘍ヲ觸レタルモノ	69	86.3	腫瘍ヲ觸レタルモノ	55	68.8
胃部異常抵抗	3	3.7	胃部異常抵抗	3	3.7
腫瘍ヲ觸レザリシモノ	8	10.0	腫瘍ヲ觸レザリシモノ	22	27.5
合計	80		合計	80	

#### 第四節 十二指腸潰瘍ノ診断

十二指腸球部ハケルクリング(Kerkring)氏皺襞ヲ缺如シ、其ノ粘膜ノ構造ハ胃ノ大レト類似セルヲ以テ或ハ後胃トモ稱セラル(第42圖參照)。而シテ十二指腸潰瘍ノ大部分ハコノ部位ニ來ルモノナルヲ以テ、同潰瘍ノX線検査ニ當リテハ、特ニコノ部位ヲ精密ニ觀察スルノ要アルモノトス。本症ノ場合ニ於テモ、胃潰瘍ノ場合ト同様、其ノ所見ヲ直接及ビ間接徵候ニ區分ス。

##### 第一項 直接徵候

(イ) 壁龕 潰瘍ノ直接徵候タル可キ壁龕ハ、十二指腸潰瘍ノ場合ニハ之ヲ證明スルコト、胃潰瘍ノ場合ニ比シ少キモノナリ。

壁龕ノ證明率ニ關シ、著者ガ96例ノ本潰瘍ニ就テ調査シタル所ニ依レバ、十二指腸ニ壁龕ヲ證明シタルモノ9例(9.37%)壁龕様陰影ヲ證明シタルモノ7例(7.3%)ニシテ之等ヲ通算スレバ其ノ率16.7%ニ達ス。又田北氏ハ19.0%、Wylder氏ハ8.6%ナル成績ヲ報ジタリ(插圖36)。中ニハÅckerlund、Berg氏等ノ如ク60.0%、宮本、金兒、正岡氏等ノ如キ85.0%ノ高率ヲ報ズルモノアリト雖、十二指腸潰瘍ノ場合ニハ、壁龕ヲ證明スル頻度ハ、胃小彎潰瘍ニ比スレバ一般ニ低率ナリ、其ノ理由トシテハ、次ノ事項ヲ擧ゲルコトヲ得可シ。

- (1) 本症ノ場合潰瘍ガ胃小彎部ニ於ケルガ如ク深部組織ニ深く達シテ胼胝性潰瘍ヲ形成スルコト稀ナルコト。
- (2) 潰瘍ノ大サ亦一般ニ胃潰瘍ノ場合ニ比シテ小サキコト。
- (3) 十二指腸ニ於テハ、潰瘍ガ主トシテ前壁又ハ後壁ニ位シ、小彎ノ延長線上ニ存スル事稀ニシテ、假令潰瘍存スルモ、「バリウム」陰影ニ蔽ハレテ、出現シ難キコト。

## 別表 II.



插圖 36. 胃小彎壁龕



插圖 37. 胃小彎壁龕



別表 III.



插圖 38. 胃小腸壁龕



插圖 39. 胃小腸壁龕 (Chaoul 氏寢臺使用)



別表 IV.

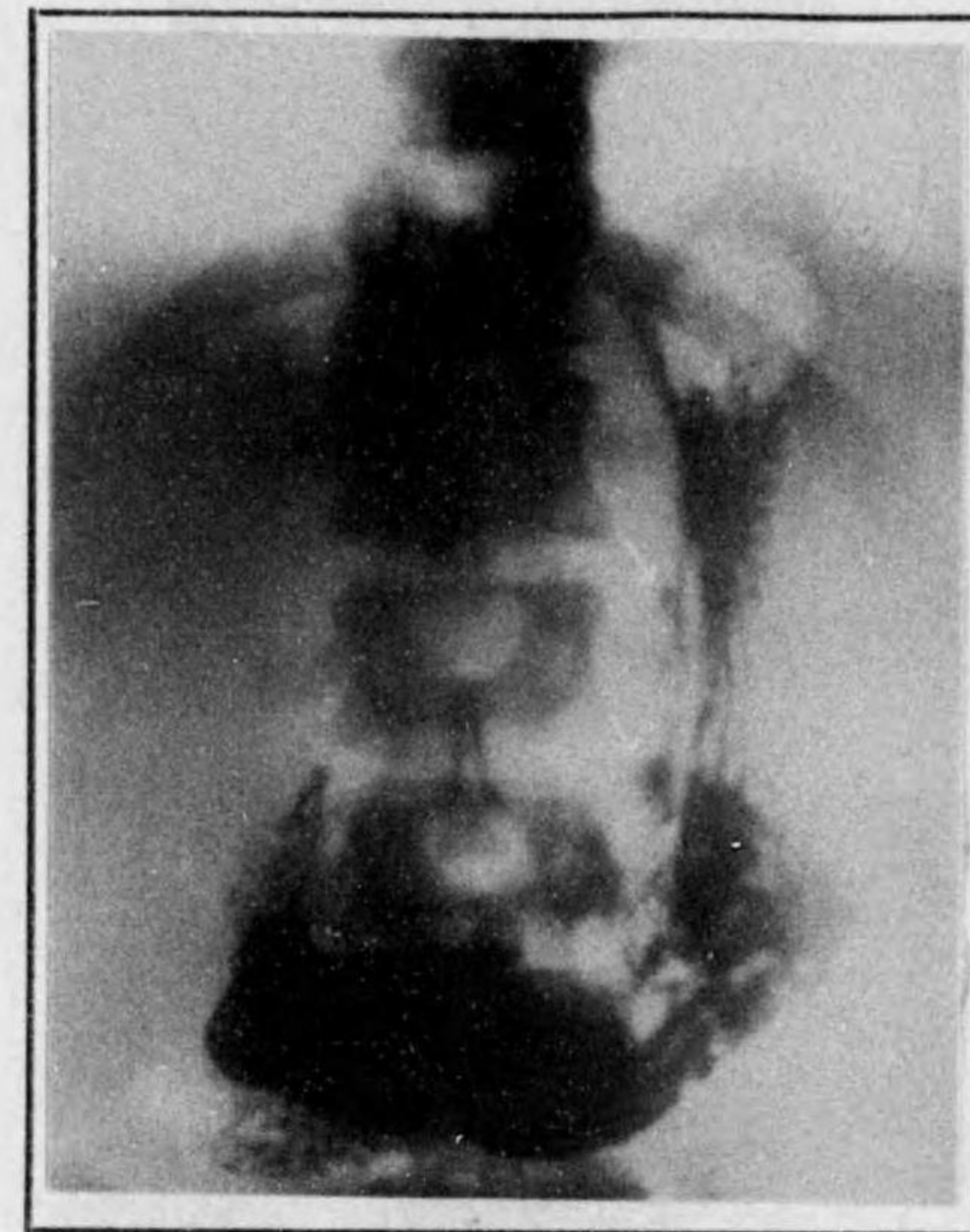


插圖 40. 胃小腸多發性潰瘍  
(2 個ノ壁竈)



別表 V.

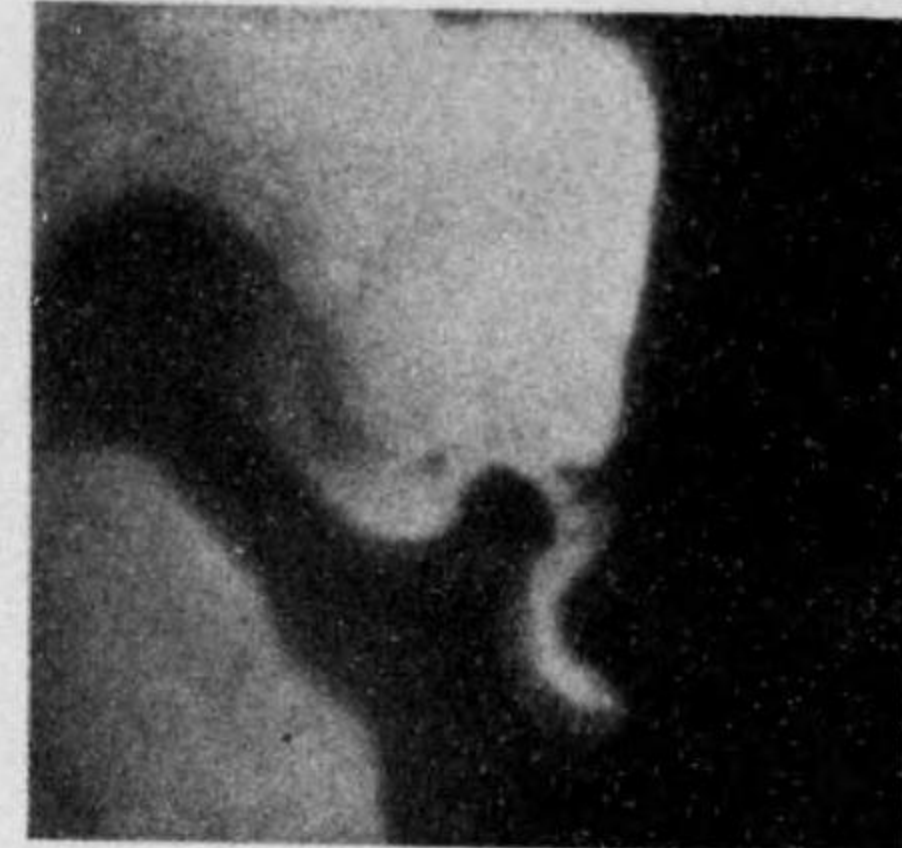


插圖 41. a. 十二指腸後壁潰瘍ノ壁龕  
(Assmann ニヨル)



插圖 41. b. 腔ニ穿通セル十二指腸潰瘍壁龕  
(Assmann ニヨル)



(4) 十二指腸潰瘍ハ比較的早ク狭窄ヲ招致シ、造影食ノ球部ニ排出スルコト不十分ナルカ又ハ絶無ナル場合多ク從テ壁龕ノ證明困難ナルコト。

潰瘍壁龕ノ検査ハ、十二指腸潰瘍ノ場合ニハ右側臥位、殊ニ Schaoul 氏斜面ヲ使用シ、體位ノ轉換、球管ノ移動ヲ行ヒ、各種ノ方向ヨリ透視竝ニ寫眞撮影ヲ行フ必要アルモノトス。壁龕ハ一般ニ小サク單ニ透視ノミニヨリテハ之ヲ見遁ス場合アリ、十二指腸ニハ稀ニ憩室(Divertikel)ノ來ルコトアリテ潰瘍ノ壁龕ト混同セラレ易キ場合存ス。憩室ハ一般ニ、高年者ニ之ヲ認メ、十二指腸下行脚殊ニ Vater 氏乳頭近部ニ多キコト諸家ノ見解ノ一致セル所ナリ。又之ヲ X 線學的ニ檢スル時ハ十二指腸脚ノ近部ニ於テ鮮明ナル縁ヲ有スル斑點狀陰影トシテ現ハレ、多ク類圓形ヲ呈ス。尙ホ Clairmont 及ビ Schinz 氏等ハ次ノ如キ X 線的徵候ヲ擧ゲタリ。

- (1) 十二指腸領域内ニ明カナル斑點狀陰影ヲ認ム。
- (2) 造影食ノ一部ハ此ノ斑點ヲ越テ、又ハ傍ヲ通過シテ下方ノ十二指腸又ハ空腸ニ移行ス。

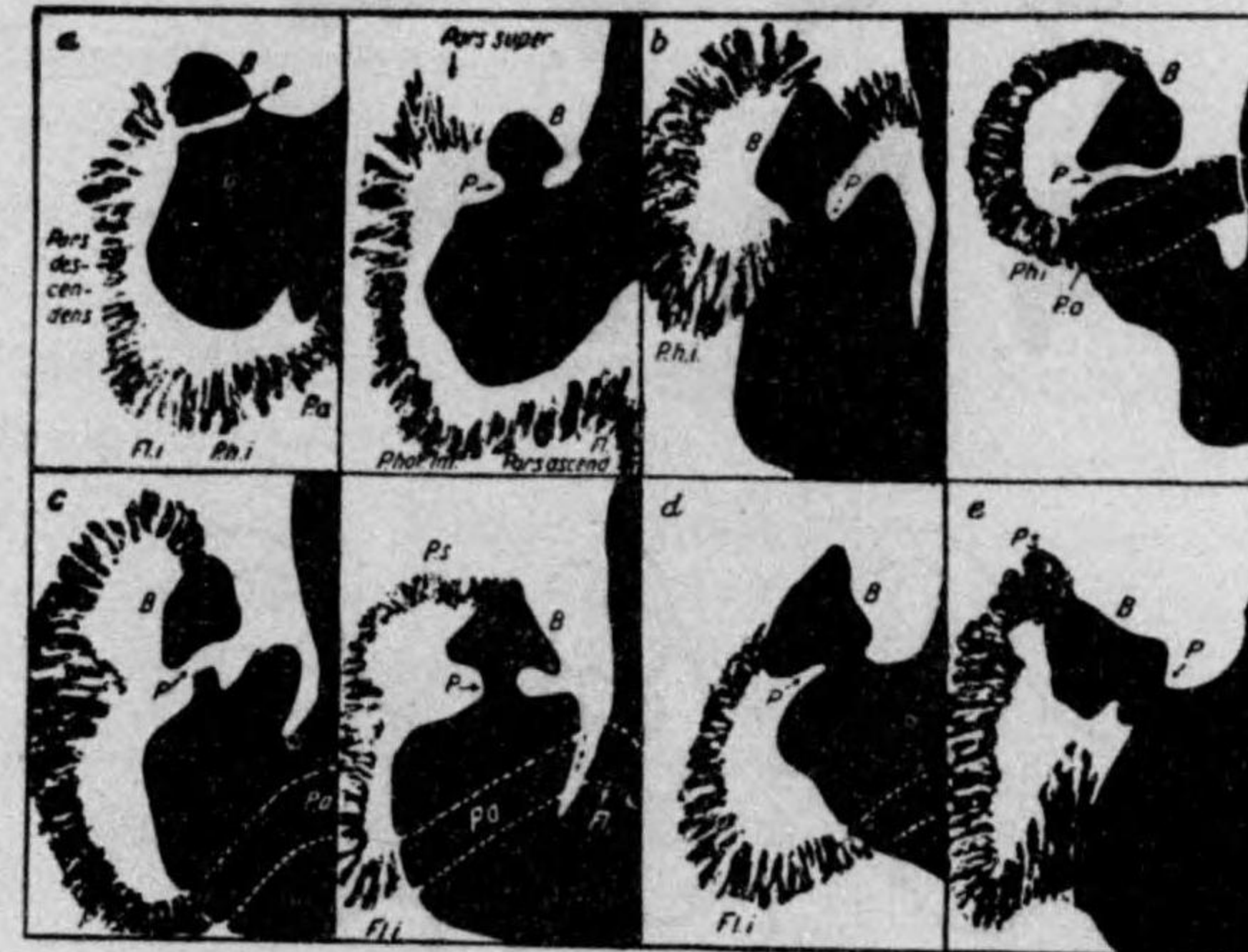


插圖 42. 正常十二指腸球部「レントゲン」線ノ個人的差異ヲ示ス

- (3) 十二指腸管腔内ノ造影食ガ全部排出セラレタル後尙斑點狀陰影殘存ス。
- (4) 此ノ陰影ハ數時間乃至數日間ニ互リテ存在スルコトアリ。
- (5) 時トシテ壓痛點ガコノ陰影ニ一致スルコトアリ。



十二指腸上水平部ノ憩室ハ壁籠トノ區別容易ナラザルコトアリ。一般ニ憩室ト壁籠ハ前記年齡的、位置的竝ニX線學的徵候ヲ參酌シテ診斷スベキモノトス。

(口) 球部變形 潰瘍ニ固有ナル徵候ニ非ザルモ、X線検査上屢々之ヲ認ム。(第43圖)即チ本徵候ハ教員齋藤氏ニ依レバ39.5%、田北氏ニ依レバ48.7%ニ之ヲ見ルモノニシテ、X線検査ニ當リテ輕度ノ球部變形ヲ證明シ、潰瘍ノ存在ヲ殆ド考慮セザリシ場合ニ、開腹手術ヲ施シテ、既ニ周圍組織ニ穿通、癒着ヲ示セルガ如キ狀態ノ潰瘍ニ遭遇スル場合往々ナリトス。故ニX線検査ニ當リテハ、本所見ニハ充分ノ注意ヲ拂ハザル可ラス、球部變形ハ、器質的(多ク十二指腸周圍炎)ニ、又ハ機能的(多ク痙攣)ニ、或ハ兩要素ノ相合併シテ發生スルコトアルモノトス。一般ニ器質的ノ場合ニハ、球部ノ輪廓不規則ニシテ、機能的ノ場合ニハ其ノ輪廓平滑、且ツ壁籠ノ反對側ニ之ヲ發見スルコト多シ、然レドモ器質的ノ場合ト機能的ノ場合トノ確ニ判定鑑別スル事ハ往々不可能ナリトス。

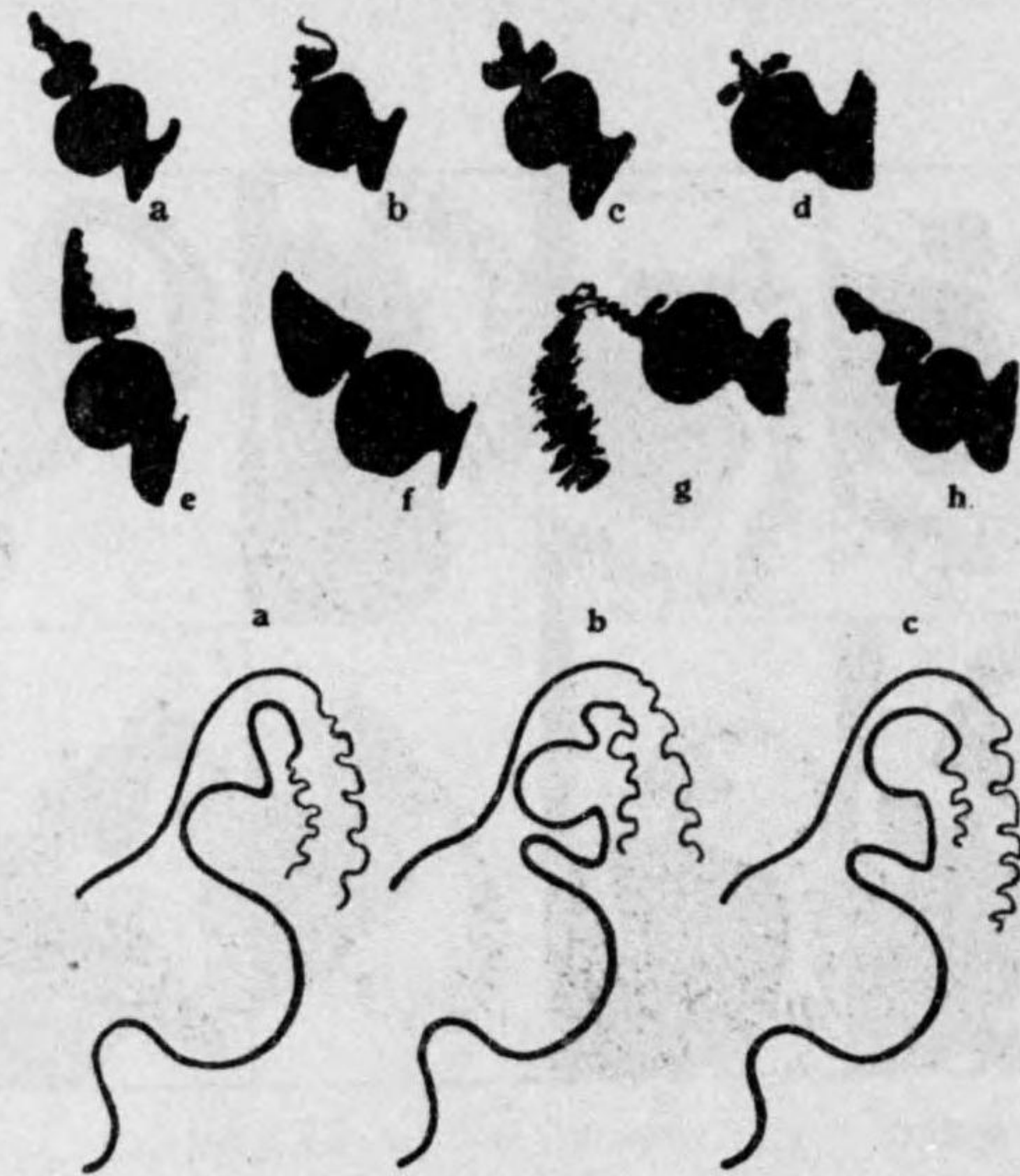


插圖 43. 球部ノ缺損ノ種々相

(ハ) 持續性孤立性球部殘留(Perisistierende isolierte Ampullenrest) 胃內容ノ既ニ排出セラレタル後十二指腸球部ノ全部又ハ大部分ニ造影食ガ殘留セル場合ニ之ヲ持續性

孤立性球部殘留ト稱ス。Clairmont, Stierlin 氏等ガX線診斷竝ニ手術的所見ヲ比較研究セシ結果ニ依レバ、コハ胼胝性潰瘍ノ噴火口内ニ造影食ガ停滯シテ生ズルモノナリトセリ。又カカル噴火口ガ小ナル時ハ、同様ノ原因ニ依リ稀ニ孤立性持續性小斑(Isolierte perisistierende kleine Fleche)トシテ小ナル斑點様陰影ヲ認ムト云フ。

第二項 間接 竝ニ續發徵候

(イ) 持續球 (Dauerbulbus) 造影食ガ週期的ニ十二指腸球部ニ排出セラレズシテ、持續的ニ行ハルル時、即チ幽門閉鎖不全等ノ場合ニハ、球部ノ充實ハ持續的ニ行ハルルニ至ル、カカル場合ヲ持續球ト稱ス。而シテ本徵候ハ十二指腸潰瘍ニ於ケルガ如ク、胃蠕動亢進竝ニ幽門閉鎖不全ノ同時ニ存スル場合ニ發現シ易シ。幽門閉鎖不全ノ原因トシテハ、潰瘍面ノ刺戟ニ基ク反射及ビ潰瘍ガ深部組織ニ侵潤シ、神經叢ヲ破壞シタル場合等ヲ擧ゲ得ベシ。

田北氏ニ依レバ、十二指腸潰瘍ノ場合持續球ヲ見ル頻度ハ48.7%ナリト云フ。然レドモ持續球ハ必シモ十二指腸潰瘍ニ特有ノ所見ニ非ズシテ、本症以外、次ノ如キ各種ノ場合ニモ亦發生スルモノトス。

- (1) 胃酸缺乏症 (Achyilia gastrica)
- (2) 十二指腸上水平部ト垂直部ト間ノ屈曲
- (3) 膽囊竝ニ十二指腸周圍炎性癒着ノ結果十二指腸球部ニ膨出部(Ausbuchtung)ノ生ジタル場合。

(ロ) 壓痛點ノ證明 患者ガ右側心窩部ニ壓痛ヲ訴フル場合、該壓痛點ガ果シテ十二指腸ニ一致セルモノナリヤ否ヤニ關スル確ナル判定ハ、一ニX線検査ニ依ラザル可ラス、十二指腸陰影ヲ手ニテ移動セシメ、壓痛點ガ十二指腸ト共ニ移動スルヤ否ヤヲ檢ス可キモノトス。壓痛點ノ潰瘍部位ニ一致セル頻度ニ關シ、中島氏ハ63.0%、田北氏ハ91.1%、齋藤氏ハ76.9%ノ率ヲ報ジタリ。

Åckerlund 氏ニ由レバ106例ノ十二指腸潰瘍中60例ニ於テハ常ニ十二指腸球部陰影ノ一部ニ相當シテ壓痛點ヲ證明シ、他ノ21例ニ於テハ球部全體ニ互リテ壓痛アリ。爾餘25例ニ於テハ壓痛ヲ證明セザリシト。

(ハ) 狹窄症狀 本症ノ場合ニハ一般ニ胃潰瘍ニ比シ、狹窄症狀ヲ呈スル頻度遙ニ高キモノナリ。又狹窄ハ幽門部ニ來ルコト最モ多シト雖、吾人モ數例ニ於テ經驗セルガ如ク、潰瘍ガ幽門ヨリ遠隔セル部位ニ存スル時ハ之ニ相當シテ十二指腸ノ狹窄ヲ證明スル事アリ。

一般ニ狹窄ノ性狀ハ、器質的ナルモ、時トシテ機能的即チ痙攣ニ依ルコトアリ、又兩者ガ同時ニ合併シテ來ルコトアリ、狹窄ヲ招致シタル時ハ必然的ニ造影食ノ胃内停滯時間ノ延長ヲ認



ム。尙ホ本症ノ場合幽門ノ閉鎖不全(齋藤氏ノ場合9.3%)ヲ證明スルコトアリ、其他狹窄ト閉鎖不全ガ同時ニ合併スル事モ亦アリ得ルモノトス。

(二) 幽門ノ右側變位、癒着 幽門ガ右側ニ變位固定セラルル事ハ主トシテ幽門周圍炎症癒着ニヨルモノナリ。而シテカカル癒着ハ潰瘍ニ基ク場合、膽囊炎ニ基ク場合、或ハ兩者同時ニ合併セル場合ニ來ルモノトス。從テカカル場合球部ノ充實不良ヲ招致スル事明ニシテ、我が教室ニ於テ齋藤氏ノ調査セル所ニ依レバ「レントゲン」検査ニ際シ、十二指腸潰瘍ノ9.5%ニ之ヲ認ムト。尙ホ田北氏ニ依レバ、稍高度ノ癒着ヲ手術時ニ證明シタル頻度ハ、十二指腸潰瘍患者47例中37例ニシテ、ソノ際X線的ニ之ヲ證明シタルモノ、9.7%ナリセリ。十二指腸周圍ニ於ケル癒着ガ潰瘍ノ結果ナリヤ、膽囊炎ノ結果ナリヤハ他ニ潰瘍ノ徵候ナキ場合ニハ、單ニX線學的検査ノミニ依テ之ヲ區別シ難キコト往々ナリトス。從テカカル場合ニハ、膽囊造影術ヲ施シ、膽囊陰影ト、「バリウム」造影食ニ依ル胃、十二指腸陰影ヲ同時ニ透視シ又ハ寫眞撮影ヲ行フ可トス。

(ホ) 抵抗腫瘍並ニ癭痕ノ觸知 潰瘍ガ周圍組織ニ穿通シ、之ト癒着ヲ示ス時、或ハ著明ナル癭痕ヲ成シタル場合ニハ、X線検査ニ際シ、潰瘍部ニ相當シテ之ヲ抵抗、癭痕又ハ腫瘍トシテ觸知スルモノトス。其ノ觸知率ハ教室員齋藤氏ニ依レバ、14.0%、赤染氏ニ依レバ32.0%ヲ算ス。

(ハ) 胃症狀 十二指腸潰瘍ノ場合ニ於テモ亦胃潰瘍ノ時ニ見タル各種ノ所謂胃亢奮性「ノイローゼ」ノ徵候ヲ證明スルモノニシテ、本症ノ場合ニハ此等胃症狀ノ出現頻度胃潰瘍ノ場合ヨリモ遙ニ高キモノナリ。殊ニ蠕動運動ノ如キ著シキ亢進ヲ示スモノニシテ、齋藤氏ノ調査ニ依レバ實ニ93.0%ニ達ス。元來胃潰瘍ノ場合ニ於テモ殊ニ潰瘍ガ幽門近部ニ存スル時、爾餘ノ場合ニ比シ、所謂胃亢奮性「ノイローゼ」ノ出現率高キモノナルコトハ既ニ之ヲ述タリ。

### 第五節 多發性潰瘍ノX線診斷

胃腸ニ於ケル所謂消化性潰瘍ハ屢々多發性ニ發生スルモノナリ。詳細ハ後段更ニ詳述スル所アル可シ。從テX線診斷ニ當リテモ單ニ1個ノ潰瘍ヲ發見シテ満足スベキニ非ズシテ、多發性潰瘍ノ有無ニ關シテモ周到ノ注意ヲ以テ検査ヲ行ハザル可ラス。之ニ關スル詳細ハ多發性潰瘍ノ章ニ於テ記載スルコトス可シ。

### 第六節 潰瘍癌ノX線診斷

潰瘍ガ惡性變化ヲ來スコトニ就テハ後章更ニ之ヲ詳述ス可シ、而シテ潰瘍ガ惡性變化ヲ來

シタル場合、肝腫性潰瘍トノ鑑別診斷ハ臨牀上甚ダ困難ナルノミナラズ、X線検査ニ依ルモ亦容易ナラザル場合少ナカラズ、潰瘍癌ノX線診斷ニ就テハ後段詳述ス可シ。

## 第七節 術後ニ於ケル胃(十二指腸)ノ検査

胃腸疾患ニ際シ術前X線検査ノ必要ナルコトハ敢テ論ヲ待タズト雖、術後ニ於テモ亦、胃機能ノ變化、潰瘍若クハ潰瘍痛再發ノ有無、術後合併症等ニ就キ、X線検査ヲ必要トスル場合少カラズ。先ヅ切除若クハ吻合胃ノ機能ニ就テ述ブルコトス可シ。

### 第一項 術後胃ニ於ケル充盈

手術的操作ヲ加ヘザル胃ニ於テハ、幽門正常ナル場合、胃ハ一旦造影食ノ全量ヲ包含シ、然ル後週期的ニ之ヲ排出スルモノナリ。然ルニ術後ニ於テハ、胃充盈状態ニ異ニスルモノニシテ、例之前田氏ニ依レバ、胃腸吻合術後ニハ術式ノ如何ニ不拘、調査總例50例中39例ニ於テハ胃ハ一旦充盈ヲ示シタル後、全例中8例ニ於テハ2分ノ1又ハ全量ノ攝取直後、既ニ一小部分ガ輸出脚ニ移行スルヲ認メ、又幽門切除胃ニ於テハ、術式ノ如何ニ不拘、30例中24例ニ於テハ既ニ攝取直後ニ一小部分ガ輸出脚ニ排出シ、其他ノ諸例ニ於テハ、攝取中ヨリ既ニ一部分ガ空腸ニ移行スルヲ認メタリト云フ。依之氏ハ、術式ノ如何ニ不拘、胃腸吻合術後ニハ多クノ場合胃ハ一度充盈ヲ示スモノナルモ、切除胃ノ場合ニハ多ク胃ノ充盈ヲ待タズシテ、造影食攝取中ヨリ既ニ空腸ニ排出セラルルモノトセリ。Schüller, Härtel, Goetze氏等ハ胃腸吻合術後「バリウム」ハ胃ニ留マリテ全ク之ヲ充盈スト云ヒ、Mauz氏ハ一旦胃ヲ充盈スルコトアリ、又然ラズシテ排出セラルルコトアリセリ。余等ノ調査ニ依レバv. Hacker氏胃腸吻合術後、稀ニ落下排除ヲ見タルコトアルモ、一般ニ吻合胃ノ場合ニハ一旦充盈ヲ見ルコト多ク、反之幽門切除胃ノ場合ニハ造影食ハ一旦胃ヲ充滿セル後、空腸ニ排出セラルルコトアルモ攝取中ヨリ排出ヲ見ルコト稀ナラズ、コハ近時中田教授等ノ研究ニヨレバ胃腸吻合ニ關與セル空腸ノ緊張力ニ關係ヲ有スト。

### 第二項 術後胃ニ於ケル排出

切除胃ニ於テハ胃内容ハ造影食攝取中ヨリ既ニ速ニ排出セラルル事アリ。一般ニ術前ニ比シ其ノ排出ハ遙ニ速ナルモノトス。而シテ極メテ迅速ナル場合ニハ恰モ漏斗ヨリ水ノ落下スルガ如ク吻合部ヨリ腸ニ移行スルモノナリ、之ヲSturzentleerungト稱シ、カカル場合ニハ、造影食攝取後僅カ10數分ニシテ既ニ全量ノ排出ヲ見ル場合アルモノトス。而シテ排出ハ、通常輸出脚ニ出ヅルモ、兩脚ヨリ出ヅルコト亦稀ナラズ。胃切除術後、胃内容ガ胃腸吻合ニ關與セル空腸ノ何レノ脚ヨリ排出セラルルヤハ、胃切除方向即チ其ノ斷端ニ胃腸吻合ノ施サレタル場合



ニハ、空腸脚ノ身體中軸ニ對スル角度ト一定ノ關係ヲ有スルモノナリ。詳細ハ後段更ニ述ブルコトス可シ。術式ニ關シテハ、Billroth II 法ノ方 Billroth I ノ場合ヨリモ排出速ナリト稱セラル。胃切除全口徑ト十二指腸ノ切離全口徑ヲ端々ニ吻合スル v. Haberer 氏胃切除後、又 Kirschner-Usadel 氏法ニ依ル胃切除術後ニハ夫々胃内容ノ排出ハ正常幽門ノ機能ニ近キ状態ニテ rhythmisch 行ハルト云フ。

吻合胃排出模様ハ幽門ノ通過状態ト密接ナル關係ヲ有ス。胃腸吻合術後ト雖、胃内容ハ原則トシテハ尙ホ生理的ノ通路即チ幽門ヨリ排出セラレントスル傾向ヲ有スルモノナルコトハ、多數學者ノ認ムル所ナリ。即チ Legette, Maury 兩氏ハ犬ニ胃腸吻合ヲ施シ、金屬球ヲ嚥下セシメタルニ、通常幽門部ヲ通過スルコトヲ認メタルガ如キ如實ニ此ノ關係ヲ説明セルモノト云フ可シ。從テカカル幽門ガ病的又ハ手術時ニ閉鎖又ハ狹窄ヲ來ス場合ト、之ガ全ク正常ナル場合トハ、吻合術後胃内容ノ排出状態ニ著シキ差異ヲ來スモノナルコトハ多言ヲ待タザル所ナリ。胃腸吻合術後幽門ノ開放セル場合 Maunz, Rivas, Härtel, Petren 氏等ハ各自ノ検査所見ニヨリ、一部ハ吻合部ヨリ、一部ハ幽門部ヨリ排出セラルルコトヲ述べ、Schuler 氏ハ一部ハ常ニ幽門ヲ通過スルモノトシ、更ニ J. Berberich 氏ハ幽門ハ之ヲ如何ナル材料ヲ以テ手術的ニ閉鎖スルモ、術後一定期間即チ3乃至4ヶ月ヲ經過スレバ強キ胃蠕動ニ抗シ難ク、内容ノ通過ヲ許シ、約2ヶ年後ニハ術前ノ状態ニ復歸スルモ、此ノ際、胃内容ハ幽門竝ニ吻合口ノ兩者ヨリ排出セラレ、幽門ノ開放性ナル時ト雖、之ガ爲メニ吻合口ノ萎縮若クハ閉鎖ヲ起ス事ナキモノトナセリ。

Pers 氏ハ胃腸吻合患者 40 例ノ調査ニ於テ、38 例ハ吻合口ノミヨリ、1 例ニ於テ一部ハ幽門部ヨリ排出セラレタルコトヲ述べ、L. Schüller 氏ハ吻合術後一部ハ必ず幽門ヨリ排出セラルルモノトナシ、更ニ Härtel 氏ハ幽門ノ通過状態ト胃腸吻合術後胃ノ排出模様トニ關シ第 105 表ノ如キ調査成績ヲ報告セリ。

尙ホ犬ニ於テ幽門開放セル場合、胃腸吻合術ヲ施ス時ハ吻合部ハ殆ンド利用セラレズ、且

第 105 表 幽門ノ性状ト胃内容排出通路 (Härtel 氏ニ依ル)

幽門ノ性状	P-A+	P(+)+A+	P+A+	P+A(+)
幽門狹窄存スル場合	5	6	—	—
幽門ニ器質的變化アルモ狹窄ナキ場合	1	—	4	1
幽門正常ナル場合	—	—	3	2
計	6	6	7	3

備考 P ハ幽門通過、A ハ胃腸吻合部通過、+ハ(+)ヨリモ早期且ツ多量ノ排出ヲ意味スルモノトス。

ツ吻合口ハ解剖學的ニ縮小ヲ來スモノトセシ、Kelling 氏ノ實驗成績ガ Härtel 氏ノ人體ニ於ケル成績ト相違アル所以ハ犬ニ於テハ蠕動ハ胃底ニハ殆ンド之ヲ缺如スルニ對シ、人體ニ於テハ胃體部ニモ亦蠕動運動ヲ證明スルニ基クモノトナシ、人體ニ於テ、氏ハ術後 2 年及ビ 7 年後ノモノヲ X 線的ニ検査シタルニ、胃腸吻合術後、吻合口ノ狹小ヲ認メザリシト云フ。

即チ上記學者ノ成績ニ基ク時ハ、胃腸吻合術後、内容ハ幽門及ビ吻合口ノ兩者ヨリ排出セラレ、幽門ニ狹窄存スル時、初メテ主トシテ吻合部ノミヨリ排出セラルルニ至ルモノトス。余ノ經驗モ亦之ニ一致致セリ。從テ幽門ニ全然狹窄ナキカ、之ヲ存スルモ甚ダ輕度ナル場合ニハ、假令胃腸吻合術ヲ施スモ胃内容ハ主トシテ幽門ヨリ排出セラレ。

胃腸吻合術後胃内容ノ排出時間ハ、稀ニ落下排除ヲ見ルコトナキニ非ザルモ、術前ニ比シ、殆ンド變化ナキカ、稍迅速ナリ。從テ胃内停留時間ノ短縮セラルルヲ通常トスルモ、到底切除胃ノ夫レニ及バズ、稀ニ胃腸吻合術後排出ノ却テ遲延スル場合モ之ヲ存ス。又排出時間ハ術後經過日數ト一定ノ關係アリ。即チ善性疾患ノ場合ニハ、術後時日ノ經過スルニ從テ一般ニ胃内停留時間短縮スルヲ通常トスルモ、悪性ノモノニ於テハ、稍遲延スルニ至ルモノトス。而シテ術後一定時日ヲ經テ狹窄症狀ノ再現スル時ハ、術後ノ合併症(例之、癒着、狹窄)ニ依ラザル限り、潰瘍ノ再發、術後潰瘍ノ發生、癌ノ再發ニ基クモノナリ。

### 第三項 胃腸吻合部ヨリノ排出状態 並ニ排出機轉

胃内容ノ排出ガ胃腸吻合口部ヨリ行ハルル場合ニハ、其ノ排出状態ハ造影食ガ帶狀ヲナシテ胃ヨリ空腸脚ニ排出セラルル場合ト、然ラズシテ狹キ絞レヲ以テ、或ハ幽門竝ニ十二指腸球部間ニ於ケルガ如ク全ク分離シテ、胃及ビ空腸脚ノ間ニ直接ノ連絡ヲ缺クガ如キ陰影ヲ示ス場合トアリ、時ニハ幽門ニ於ケル同様其ノ排出ノ週期的ニ行ハルル場合ヲ認ムルコトアリ。

Härtel 氏ニ由レバ、吻合胃ニ於テハ、胃體ニ小波動ヲ示ス蠕動運動、兩彎ニ深く且ツ徐々ニ現ハルル蠕動運動、及ビ尙ホ多クノ場合ニハ幽門竊蠕動ヲ認メ、カカル蠕動運動ノ方向ハ術前術後トモ、幽門ノ方向ニ進ミ胃腸吻合部ヨリノ排出ハ、週期的ニ、胃體部蠕動ト同時ニ行ハルルモノトセリ、吻合口ハ幽門ニ於ケルガ如キ充分ナル閉鎖性ヲ有セズト雖、元來胃體ノ有スル生理的ノ性状ニ依リ、幽門ノ機能ニ類似シタル作用ヲ營ムモノトス。

### 第四項 術後障礙

切除竝ニ吻合胃ニ術後障礙ノ發生スルハ凡ソ次ノ如キ場合ナリトス。

- (1) 術後潰瘍ノ發生 本症ハ胃腸吻合口及ビ其ノ附近、主トシテ空腸輸出脚ニ發生ス、之ガ爲メ胃、腸吻合口ノ狹窄、壁竈、吻合部癒着、胃横行結腸瘻等ヲ招致ス。
- (2) 潰瘍癌ノ再發 コノ場合ニハ通過障礙、胃壁ノ硬化及ビ陰影缺損等ヲ證明ス。



(3) 術後合併症 吻合技術ノ誤謬, 例之後胃腸吻合術ノ際, 空腸脚ノ方向ヲ反對ニ胃ト吻合シタル場合, 前胃腸吻合時, 空腸脚ノ短キニ過ギ, 横行結腸ヲ壓迫シタル場合, 術後癒着其他空腸脚ノ轉位固定等ニ基キ術後ニ合併症ノ來ルコトアリ, カカル場合ニモ亦胃腸ノX線検査ヲ必要トスルモ急性腸閉塞症々狀ヲ呈スル場合ノ如キハ多量ノ造影食ヲ投與スルコト不可能ナルコトアリ, コノ際腹部X線單純透視並ニ寫眞撮影ニ依リ, 瓦斯ヲ以テ膨滿セラレタル腸管ノ美麗ナル像ヲ證明スルノミナラス, 依之腸管ノ位置ノ關係ヲモ知り得ルモノトス。之ニ關シテハ著者ハ溝口學士ト共ニ報告セルコトアリ。

第八節 胃及十二指腸潰瘍ニ際シX線検査ノ診斷的價値

潰瘍ニ關スル各種検査方法中, X線検査法ハ最も確實ナル方法ナリ, 今本検査法ノ最も

第106表 潰瘍ニ際シX線検査ノ診斷的中率 特長トスル所ヲ2,3列記スレバ次ノ如シ。

報告者	診斷的中率(%)		
	幽門近部潰瘍	小彎部潰瘍	十二指腸潰瘍
赤 染	91.3	95.0	85.7
著 者	80.7		77.0
田 北	86.5	86.8	72.0
Wydlar	87.0		54.3
Miller, Pendergrass, Andrew.	94.0		88.0

- 潰瘍ノ胃腸ニ於ケル位置ノ關係ヲ知り得ルコト。
- 從テ場合ニヨリ多發性潰瘍ヲモ同時ニ診斷シ得ルコト。
- 患者ノ訴フル疼痛, 腫瘍等ノ胃腸トノ關係ヲ知り得ルコト。
- 潰瘍ノ續發現象(狹窄, 穿通, 癒着等)ヲ詳細ニ検査シ得, 從テ或ル程度迄手術ノ適應ヲ決定シ得ルコト。

迄手術ノ適應ヲ決定シ得ルコト。

- 潰瘍ノ惡性變化ニ關シテ診斷又ハ疑診ヲ下シ得ル場合存スルコト。
- 術後空腸潰瘍又ハ痛腫ノ再發, 其ノ他術後合併症ヲ檢出シ得ルコト。

即チ上記ノ諸點ハ爾餘ノ検査方法ニ依テハ充分ノ望ミ難キ所ナリ。而シテX線検査ニ依ル潰瘍ノ診斷的中率ニ關スル2,3ノ統計ヲ示セル第106表ノ如シ, 我ガ教室ニ於テ著者ノ調査セシ所ニ依レバ, 的中率, 胃潰瘍ノ場合80.7%, 十二指腸潰瘍ノ場合77.0%ナリトス。(第104表)診斷的中率ニ關スル諸家ノ報告ニハ多少ノ差違アリト雖, 何レモ比較的高キの中率ヲ示スモノナリ。從テ潰瘍ノ診斷ニ際シテX線検査ハ缺ク可ラザル方法タル事敢テ説明ヲ要セス, 然レドモ之ヲ嚴密ニ批判スル時ハ本法ニ於テモ尙ホ充分ノ望ミ難キ點ナシトセズ。

元來胃又ハ十二指腸ニ潰瘍存スルモ, 尙ホ表在性ニシテ本症ノ直接徵候タル壁竈ヲ示サザル場合ニ於テハ, 本法ニ依ルモ其ノ確實ナル診斷ハ殆ンド不可能ナリ。又既ニ大ナル潰瘍存スルモ其ノ位置胃ノ前又ハ後壁, 若クハ噴門部ナル場合ニハ, 壁竈ヲ證明スル事困難ニシテ,

第107表 胃潰瘍患者術前X線診斷ニ關スル統計(著者) 十二指腸潰瘍患者術前X線診斷ニ關スル統計(著者)

胃潰瘍患者術前X線診斷ニ關スル統計(著者)		十二指腸潰瘍患者術前X線診斷ニ關スル統計(著者)	
胃潰瘍	31例(2例)	十二指腸潰瘍	47例(9例)
胃潰瘍(癌變性疑)	2例	幽門周圍潰瘍	9例(1例ハ癌變性疑)
胃潰瘍及十二指腸潰瘍	2例(1例十二指腸潰瘍並胃潰瘍(癌變性疑))	十二指腸潰瘍及胃潰瘍	1例
善性幽門狹窄	10例	善性幽門又ハ十二指腸狹窄	17例
幽門周圍潰瘍	8例(1例)	幽門潰瘍	7例(1例)
十二指腸潰瘍	8例(3例)	幽門潰瘍及小彎潰瘍	2例
潰瘍癌	5例	胃潰瘍	4例(1例)
胃癌	7例(1例)	胃潰瘍癌	3例(1例)
誤診	2例	胃癌	4例
	計 75例	誤診例	2例
			(計) 96例

備考 括弧内ノ例數ハ疑診例ナリトス

備考 括弧内ノ例數ハ疑診例ナリトス

爲ニ潰瘍ヲ見逃スコトアリ。又既述ノ如ク胼胝性潰瘍ト病性變化ヲ來セル初期ノモノトハX線的ニ之ヲ確ニ鑑別スル事ハ諸家ノ報告ニ依ルモ甚ダ困難ナリ。然ルニ兩疾患ハ其ノ豫後ヲ全ク異ニスルモノナルヲ以テ, カカル場合ニハ, X線検査ニモ充分ノ信頼ヲ置キ難キコトナシトセズ。又術後空腸潰瘍ノX線診斷ハ手術ヲ加ヘザル潰瘍ノ場合ニ比シ更ニ困難ナルモノトス。從テカカル場合検査所見陰性ナルノ故ヲ以テ, 直チニ之ヲ除外スルコト能ハザルモノトス。尙ホ潰瘍ノX線診斷ニ際シテ留意スベキハ, 蟲樣突起炎, 膽囊炎等ノ存スル場合ニハ, 胃, 十二指腸ニ潰瘍存セザル時ト雖モ, 屢潰瘍類似ノ徵候ヲ呈スルモノニシテ, 余及ビ教室先輩南氏等ノ既ニ之ヲ述タル所ナリトス。況ンヤ潰瘍ハ, 蟲樣突起炎又ハ膽囊炎等ト合併シテ來ル場合少カラザルニ於テヤ, 從テ線検査ニ當リテハ, 單ニ潰瘍ノ検査ノミナラス, 同時ニ合併スルコトアルベキコレ等ノ疾患ニ對シテモ亦検査ヲ等閑ニ附スベカラザルモノトス。

文 獻

赤 染 最近壁竈及穿通空洞ヲ證明セシ胃潰瘍23例ニ就テ(追加2例), 日本「レントゲン」學會雜誌, 第5卷, 第2號, 第221頁

赤 染 胃竈ニ十二指腸潰瘍「レントゲン」學的研究, 醫學研究, 第1卷, 第1號, 昭和2年

井 田 胃ノ酸分泌機能ト收縮ト排出トノ關係, 臺灣醫學會雜誌, 第299號

岩 城 胃大彎ニ於ケルZähnelungト胃酸度トノ關係ニ就テ, 東京醫事新誌, 昭和6年, 第363頁

上 田 X線用造影劑使用上ノ注意, 治療及處方, 昭和6年2月, 第13頁

海老名 十二指腸ノX線像ニ就テ, 日本消化機病學學會雜誌, 第33卷, 第527頁

大 高 レントゲン診斷學提要, 昭和5年

大 高 消化管粘膜炎ノX線像, 治療及處方, 第12卷, 第1192頁



- 岡 歐洲=於ケルX線診斷最近ノ趨勢及ビX線診斷=必要ナル2,3ノ法則ト注意 「グレンツゲビート」第6年,第5號,第533頁
- 小川 消化器系「レントゲン」診斷學,昭和9年發行
- 栗原 胃憩室ノ1例,日本消化器病學會雜誌,第30卷,第320頁
- 栗原 胃憩室ノ1例,日本消化器病學會雜誌,第30卷,第320頁
- 齋藤 胃及ビ十二指腸ノ潰瘍竝ニ胃潰瘍性癌「レントゲン」學的觀察,「グレンツゲビート」,第5年,第6號,昭和6年
- 齋藤 餅「ウドン」,「ソウメン」,「オハギ」,餅,ノ胃内停留時間ニ關スル實驗 福岡醫科大學雜誌,第13卷第143頁
- 齋藤大雅 「レントゲン」診斷=ヨル胃手術ノ適應症,「レントゲン」學講義集,第3卷
- 齋藤,岩井 胃腸吻合患者「レントゲン」検査所見,日本內科學會雜誌,第11卷,第8號
- 齋藤,瀧本 腸閉塞症「レントゲン」診斷=就テ 日本外科學會雜誌,第31回,第749頁
- 坂本 急性「バリウム」中毒症,治療及處方,昭和6年5月,第85頁
- 高橋(敏) 十二指腸憩室=就テ,日本消化器病學會雜誌,第30卷,第327頁
- 高橋 「レ」線像=ヨル十二指腸憩室=就テ,實驗消化器病學,第6卷,第1476頁
- 田川 胃竝ニ十二指腸粘膜皺襞像ノX線寫眞供覽,日本消化器病學會雜誌,第33卷,第508頁
- 田北 胃及ビ十二指腸潰瘍ノX光線診斷ノ統計的觀察,實驗消化器病學,7卷,第5號,第670頁
- 田邊,後藤 「レ」線胃粘膜像=就テ,日本「レントゲン」學會雜誌,第8卷,第102頁
- 多々見 胃癌,胃潰瘍及ビ十二指腸潰瘍ノX光線診斷 「グレンツゲビート」,第5年,第10號,第1259頁
- 寺内,五十嵐 胃潰瘍「ニツエ」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
- 友田,溝口 急性又ハ慢性機械的腸閉塞又ハ狹窄症ノX線無造影診斷=關スル知見補遺,福岡醫科大學雜誌,第27卷,第12號
- 中島 醫學「レントゲン」學講義第1卷(昭和8年發行) 第3卷(昭和10年發行)
- 中村 健康本邦人ノ造影食胃排出時間,實驗消化器病學,第4卷,第93頁
- 中村 胃酸度ト胃排出時間トノ關係,實驗消化器病學,第3卷,第1381頁
- 西川 內科領域=於ケル營養療法ノ理論ト實地,治療及處方,第2卷,大正10年
- 藤田 造影劑ヲ異ニセル場合ノ胃潰瘍「ニツエ」陽性率ノ統計的比較,實驗消化器病學,第8卷,第5號
- 前田 胃腸吻合術及ビ胃切除術後=於ケル「レントゲン」像ノ外科的考察,日本「レントゲン」學會雜誌,第1卷,第2號
- 南 膽囊炎,膽石症竝ニ蟲樣突起炎=於ケル胃ノ「レントゲン」學的所見=就テ 實驗消化器病學,第1卷,第1241頁
- 南 胃癌「レントゲン」學的統計的觀察,日本「レントゲン」學雜誌,第4卷,第2號,第79頁
- 宮田 胃及ビ十二指腸潰瘍「レントゲン」的壁龕症候=就テ,東京醫事新誌,第2386號,大正13年
- 宮本・金兒・正岡 胃及ビ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,第1259頁
- 村松 「レントゲン」寫眞トX線「フィルム」,治療及處方,昭和7年8月,第95頁
- 山田 胃「レントゲン」診斷學 大正12年
- Albrecht, Röntg. u. Klinisches z. Frage d. Ul. carcin. ventr., Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgstr., Bd. 40, S. 26. 1930.

- Alvarez, Mac Carty, Sizes of resected gastric ulcers a. gastric carcinomas, The Jour. of Am. Med. Ass., 1928 Vol. 91. p. 226.
- Assmann, H., Klinische Röntgendiagnostik d. inn. Erkr., Auflage 1934.
- Beck, E., Zur Böntgendiagnose d. Ul. duod. Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. 35 S. 623.
- Berberich, J., Nachuntersuchg. v. Gastroenterostomie wegen Ul. ventr. u. ul duod, unter besond. Berücksichtg. d. Röntgendiagnostik, Bruus, Beiträge z. klin. Chirg., Bd. 119, S. 194.
- Braun, Hase, Küstner; Über d. in d. Diagnose verabfolgten Dosen in R-Einheiten, Fortschr. auf. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, Bd. 38, 1928, S. 385.
- Chaul, Stierlin, Zur Diagnose u. Pathologie d. Ulcus duod., Münch. med. Wochenschr., 1917, S. 1551, S. 1584.
- Clairmont u. Schinz, Zur Diag. u. Chirg. d. Duod. divertikel, Deutsch. Zeitsch. f. kl. Chirg., Bd. 159, S. 340, 1920.
- Dyes, D., D. Röntgenrelief d. Magenschleimhaut, Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. 43, 1931. S. 1.
- Freund, J., D. häufigste röntg. Lokalisation d. Uleus duod., Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgstr., Bd. 37, S. 14.
- Grödel, D. Zähnelg. d. gr. Kurv. d. Magens im Röntgenbild, eine funkt. Frscheing., ebenda, Bd. 25. S. 493.
- Haudek, M., Ein Typus von Schneckenförmig Einziehung d. Pars pylorica, der Karzinom vortäuschen kann, Zugleich ein Beitrag z. Antrumgastritis, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. str., Bd. 42, S. 285, 1930.
- Härtel, F., D. Gastroenterostomie im Röntgenbilde, Deutsch. Zeitsch. f. Chirg., Bd. 109, S. 317.
- Meyer, Beobachtg. u. d. Funktion d. Magendarmanastomosen, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgstr., Bd. 42. S. 36.
- Nauwerck, C., Zur Kenntnis d. Divertikel d. Magens, Deutsch. med. Wochenschr., 1920, S. 119.
- Pers, D. Wirkungsweise d. Gastroenterostomie, Ref. in Zentralbl. f. Chirg., 1909. S. 1417.
- Ratkoczi, N. Über d. Aetiologie u. diag. Bedeutg. d. Kaskadenmagens, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. str., Bd. 43, 1931, S. 593.
- Rieder, H., Instruktive Füllg. u. Entfaltg. einer Karzinomische sowie d. zugehörig. ul. narbig. Sanduhrmagens, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. 43. S. 267. 1931.
- Schinz, R, Baensch, W, Friedl, E, Lehrbuch d. Röntgendiag., S. 830. Aufl. 1928.
- Schlesinger, E., D. Röntgdiag. d. hochsitzend. Ulcus d. kl. Kurv. durch Untersuchung in ls. Seitenlage, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. 25, S. 343.
- Schlesinger, D. Röntgendiagnostik der Magen-und Darmkrankht., 2. Auflage, 1922.
- Derselb., Chron. Gastroparese als Ursache schwerster motor. Insuff. bei freien pylorus, Mittg. a. d. Grenzgeb. u. etc., Bd. 32, S. 30.
- Schüller, L., Klinische u. exp. Untersuchg. ü. d. Funktion d. Magens n. G. E. u. Pylorusresektion, Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., Bd. 22. S. 715.
- Schulze, D. Häufigkeit röntgenologischer Symptome b. Ul. ventr., Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, Bd. 29, S. 474.



Schütze, J., Was bedeutet im Röntgenbild d. Zähnelg. d. gr. Kurv. d. Magens?, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl., Bd. 25. S. 208.  
 Smidt, H., D. Zähnelg. d. gross. Kurv. d. Magens in Röntgenbild, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 119, S. 225.  
 Spannaus, K., Sanduhrmagen, Ergeb. d. Chirg. u. Orthop., Bd. 3, 1911. S. 393.  
 Wydler, Ein Beitrag z. Chirg. d. Magen u. Duod. geschwürs, Mitteltg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., Bd. 35. S. 103.  
 Zollschan, J., D. Aetiologie d. Kaskadenmagens, Fortsch. a. d. Geb. d. Röntg. str. Bd. 39, 1929, S. 1035.

### 第四章 胃運動曲線検査法

胃疾患ノ診断ニ際シ、胃分泌機能ノ検査ノ如キ甚ダ細微ヲ穿ツニ至リタルモ、運動機能ニ關スル検査ハ、造影食投與ニ依ルX線検査法ヲ除キ、尙ホ未ダ充分ノ域ニ達セザルノ感アリ、而シテ護謨球ヲ胃内ニ挿入シ、空氣又ハ水傳導ニ依リ胃ノ運動ヲ描寫シ、生理的又ハ病的胃ノ運動ヲ研究スル方法ハ、既ニ1905年 Boldyreff 氏ニ依テ行ハレ、其後 Carlson 氏(1912年) Cannon 氏(同年)其他ノ學者ニ依テモ亦施サレタルモ、未ダ廣ク臨牀的ニ應用セラルルニ至ラザリキ、然ルニ大正15年當大學小野寺内科教室鐘江氏ハ同方法ヲ多數患者ニ應用シ、人胃ニ就テ研究シタル結果、2,3疾患ニ於テ、各特有ナル胃運動線ヲ得、診斷的價値少カラザル臨牀的検査方法ナルコトヲ明カニシ、其後同教室澤田、宮原、松藤及ビ吐師氏等ハ更ニ多數症例ニ就テ之ヲ追試スル共ニ、松藤氏ハカカル運動曲線ノ發生ニ關シ實驗的研究ニ着手スルニ至リ、爾來該検査法ハ學者ノ注目ヲ喚起シ、北大瀧本氏等亦コレヲ追試報告スル所アリ。我が教室ニ於テモ平田、大林、小林氏等之ヲ追試シ、殊ニ曲線検査後手術的ニ診斷確證シタル症例ニ就テ本法ノ診斷的價値ヲ考慮シテ批判ヲ加ヘタリ。

以下本検査方法竝ニ診斷的價値ニ就テ紹介セン。

#### 第一節 検査方法

直徑約0.3 ㎝ノ細キ護謨管ノ一端ニ、長サ6 ㎝、幅約2 ㎝ニシテ適當ナル硬度ノ壁ヲ有スル護謨球ヲ縛リ附ケ、護謨球内ニハ豌豆大ノ鉛球ヲ絲ニテ護謨管端ヨリ吊リ下ゲ、護謨球竝ニ護謨管ヲ水ニテ浸シ、患者ヲシテ、胃中ニ嚥下セシメ、他端ヲ護謨板上ノ桿ヲ介シテマーレー氏「タンブル」ニ連結シ、此ノ護謨管ニ豫メ2 個ノ側管ヲ作り置き、ソノ一つヲ水壓器ニ連結シテ内壓ノ變化ヲ計リ、他ノ一つヲ十二指腸「ゾンデ」用「ポンプ」ニ連結スルモノトス。「ポンプ」ニヨリ空氣180 ㄱヲ胃内ニ送入シ、胃運動ニ依ル胃内壓ノ變化ヲ煤煙紙上ニ描寫セシム、

胃運動曲線ハ胃ノ各部ニ依リテ異ナルモ、護謨管ヲ門齒ヨリ45 ㎝嚥下セシメ、空氣ヲ送入シテ自由ナル状態ニ放置スル時ハ、護謨球ハ胃體部ニ在リテ體部ノ運動ヲ描寫スルニ至ル。近時澤田、宮原兩氏ハ、水壓計ノ代リニ水銀壓力計ヲ使用シ、其ノ水銀面ニ浮標ヲ浮シ之ヲ介シテ胃運動ヲ「インキ」ニテ描寫紙(紙上ニ印刷セル細キ縦線ハ時間ヲ表シ、横線ハ胃内護謨球ノ内壓ヲ水銀柱ノ高サニテ表

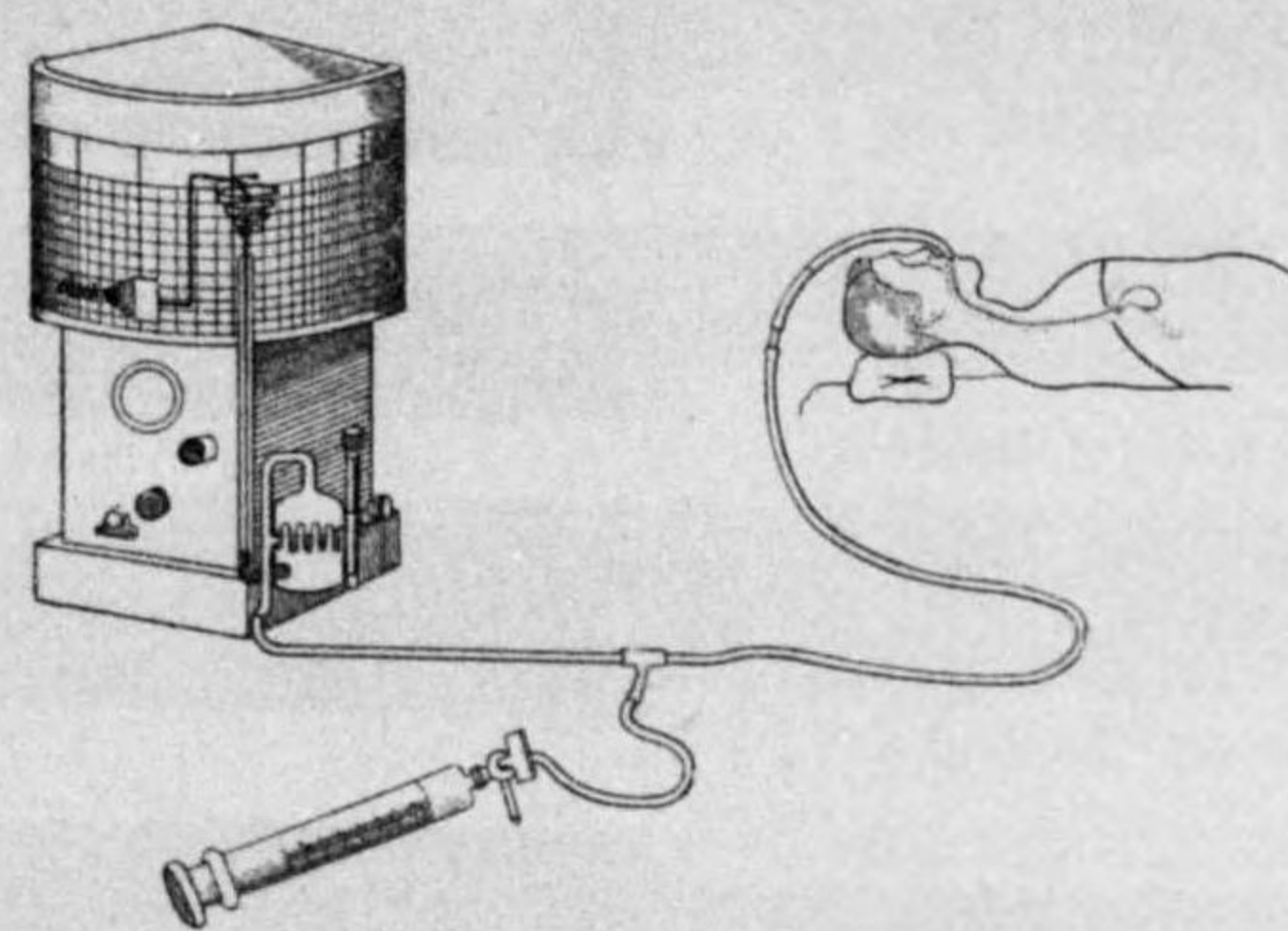


插圖 44. 澤田、宮原氏法ニ依ル胃運動曲線検査法

ハセルモノトス)上ニ描キ、以テ鐘江式原法ニ依ル不便ヲ除去セリ(第44圖)。即チ鐘江式原法ニヨレバ、煤煙紙裝置ヲ必要トシ又、水壓計ハ高サ約1 米ナルヲ要シ從テソノ裝置大ナルコト等ノ不便ヲ有スルヲ以テナリ。而シテ余等ノ教室ニ於テモ亦近時澤田、宮原式ノ検査器ヲ使用ス。尙ホ曲線描寫ハ空腹時之ヲ行ヒ、前日ノ夕食ハ通常ノ如ク之ヲ取ラシメ、翌日朝食前空腹時ニ検査スルヲ可トシ、藥劑殊ニ消化管運動ニ影響ヲ及ボスガ如キモノハ之ヲ投與セズ、又検査前患者ニハ豫メ排便セシメ置クヲ要シ、全検査中検査者ヲ牀上ニ自由ニ背位ニ臥セシム。

#### 第二節 2,3 疾患ニ於ケル胃運動曲線

##### 第一項 正常胃ノ胃運動曲線 (以下單ニ胃曲線ト略記ス)

健康者ノ饑餓胃ハ胃體部ニ於テハ略20 乃至35 分間ニ平均45 回(松藤、吐師兩氏)ノ收縮ヲ示シ、多クハ最後ニ Carlson 氏ノ所謂「テタヌス」型ヲ呈シテ休止ス、休止期間ハ約25 分乃至45 分ニシテ再び饑餓收縮ヲ開始シテ週期的運動ヲ示ス。(插圖45 參照)

##### 第二項 胃癌曲線

胃癌ノ場合ニハ最も顯著且ツ特有ナル曲線ヲ現ハスモノナリ。鐘江氏ハ之ヲ3 型ニ、松藤、吐師氏等ハ之ヲ4 型ニ分チ、第1 型及ビ第2 型ヲ更ニ各2 種ニ分類セリ。(第45 圖參照)我が教室ニ於テハ平田、大林兩氏ハ、手術竝ニ鏡檢所見ニ依リ診斷確定シタル胃癌56 例ニ就キテ松藤、吐師氏等ノ分類ニ從ヒ調査セリ、其ノ成績ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

第1 型	1.	32.0%
	2.	25.0%
第2 型	1.	11.0%
	2.	10.0%
第3 型		11.0%



第4型 11.0%  
胃曲線ノ診斷的價値ハ  
癌ノ場合ニ於テ最高率ヲ  
占ムルモノトス。其他詳細ハ  
之ヲ省略ス。

第三項 胃又ハ十  
二指腸潰瘍ノ胃  
曲線

潰瘍ニ於テハ新舊ノ  
別、大小ノ別、癒着ノ有  
無、癌變性ノ有無等諸  
種ノ状態ヲ異ニシ、從テ  
胃曲線ノ形モ亦種々ナ  
リ、鐘江氏ハ之ヲ三型ニ  
分類セリ(插圖46參照)  
今各型ニ就キテ説明ス  
レバ次ノ如シ。

第1型 先端尖銳  
ナル山ヲ頻繁ニ現ハシ  
運動ノ持續スルコト長  
ク、多クハ「テタヌス」型  
ニテ終ルモノナルモ、其

ノ休止時間ハ甚ダ短シ、コハ比較的新鮮ニシテ幽門狹窄存スルモ尚ホソレガ輕度ナル場合ニ  
現ハルモノニシテ、潰瘍治癒スル時ハ曲線モ亦正常トナル。

第2型 餘リ高カラザル先端尖銳ナル山ヲ現ハスモ第一型ノ如ク頻繁ナラズ。胃痛曲線第  
1型ニ酷似セルモ唯其ノ山多少低シ、主トシテ古キ潰瘍ノ時ニ之ヲ見ルモノトス。

而シテ多クハ最後ニ「テタヌス」型ヲ呈セズ。

第3型 曲線ノ山低ク且ツ其ノ數ヲ減ズ、コハ狹窄及ビ擴張ノ強度ナル時即チ良性幽門  
狹窄症ノ場合ニ生ズ。

平田、大林兩氏ハ穿通性潰瘍ニ於ケル曲線トシテ第4型ヲ附加セリ。即チ次ノ如シ。

第4型 山高ク且ツ尖銳ニシテ胃痛第1型ト酷似スルモ、「テタヌス」型ニ終ル事ニ依リテ區別  
ス。

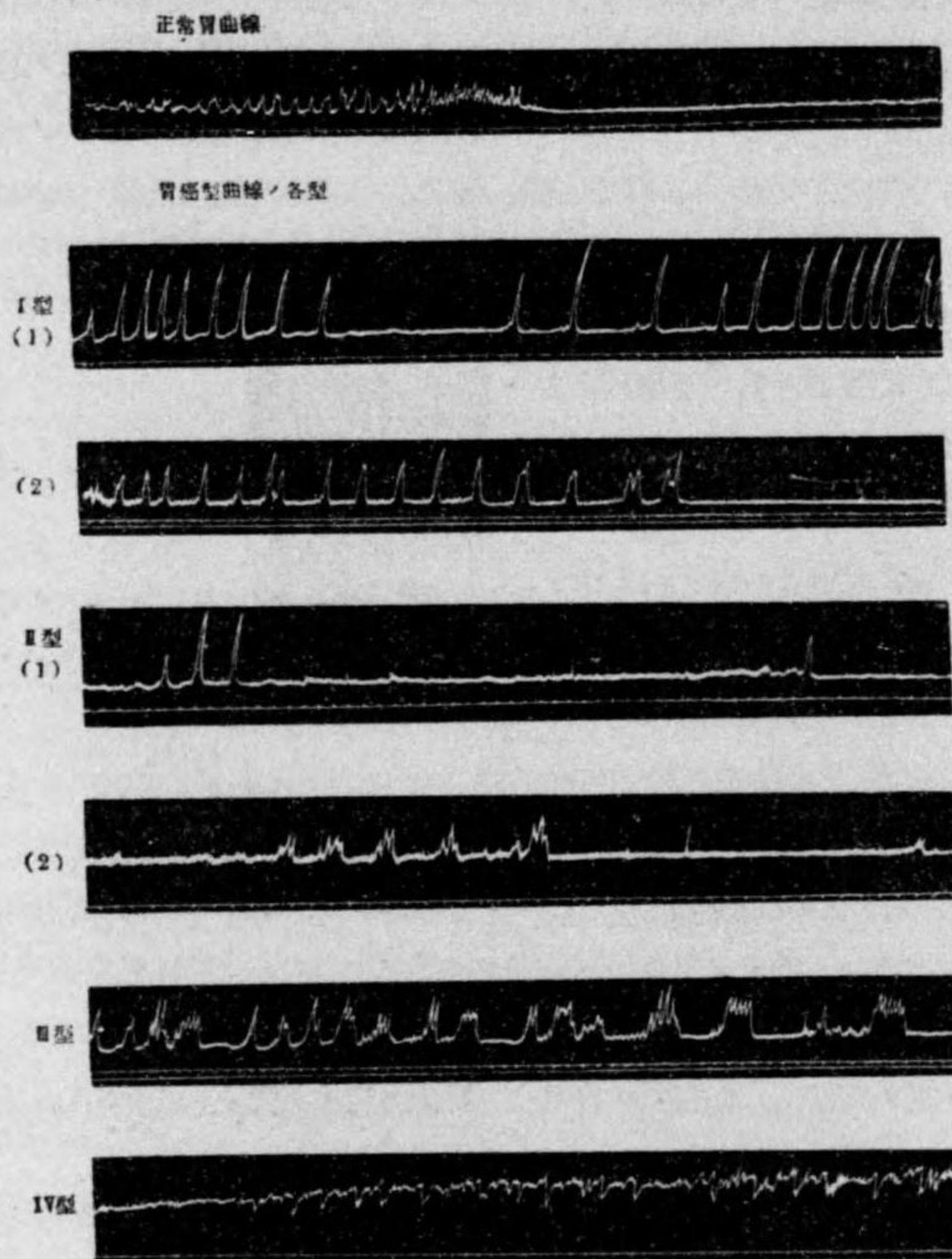


插圖 45. 正常胃竝ニ胃癌曲線ヲ示ス(松藤, 吐師兩氏ニ由ル)

潰瘍癌(潰瘍ニ續發シタル癌)  
ノ曲線、初メ潰瘍ノ時期ニ於テハ  
潰瘍型曲線ヲ呈スルモ、癌ニ變化  
シ始ムルヤ曲線ノ山ハ大トナリ、ソ  
ノ數モ亦減少シ遂ニ全ク胃痛曲  
線ニ變化ス、概シテ潰瘍癌ノ曲線  
ハ本來ノ胃痛曲線ニ比シ山狭ク  
シテ先端尖銳ナリト稱セラル。

十二指腸潰瘍曲線、十二  
指腸潰瘍モ多クハ胃痛潰瘍ト  
同様ノ曲線ヲ表ハスモ時ト  
シテ曲線ノ形胃潰瘍程度ニ  
達セザルコトアリ、コハ潰瘍ノ  
位置ニ關係スルモノニシテ、  
潰瘍ガ幽門輪ニ近ク存スル  
時ハ其ノ影響ヲ受ケテ胃痛  
曲線ハ明カニ潰瘍型ヲ呈スルモ  
ト稱セラル。

第四項 幽門狹窄症  
ノ胃曲線

幽門癌ニ依ル狹窄症ノ場合ニ

ハ、胃ニ蠕動不安ノ著明ニ現ハレ、嘔吐ヲ來スルニ至リテモ尚且ツ胃痛曲線ハ定型的ノ胃痛型ヲ呈ス。又幽門ニ  
潰瘍生ジタル時モソレガ新鮮ナル間ハ胃潰瘍曲線ヲ示スモノトス。潰瘍ガ癒着治癒ヲ來シ、之ニ基キテ幽門狹  
窄ヲ生ズルニ至ルヤ、初メ胃痛曲線ハ高キ山ヲ表ハシ、各山ガ不揃ヒナルモ、狹窄長ク持續シテ胃擴張ヲ來スヤ、  
緊張基線ハ低下シ、ソノ運動小トナリ、曲線ハ時々低キ山ヲ表ハスニ至ル、コレ潰瘍曲線第3型ナリ。

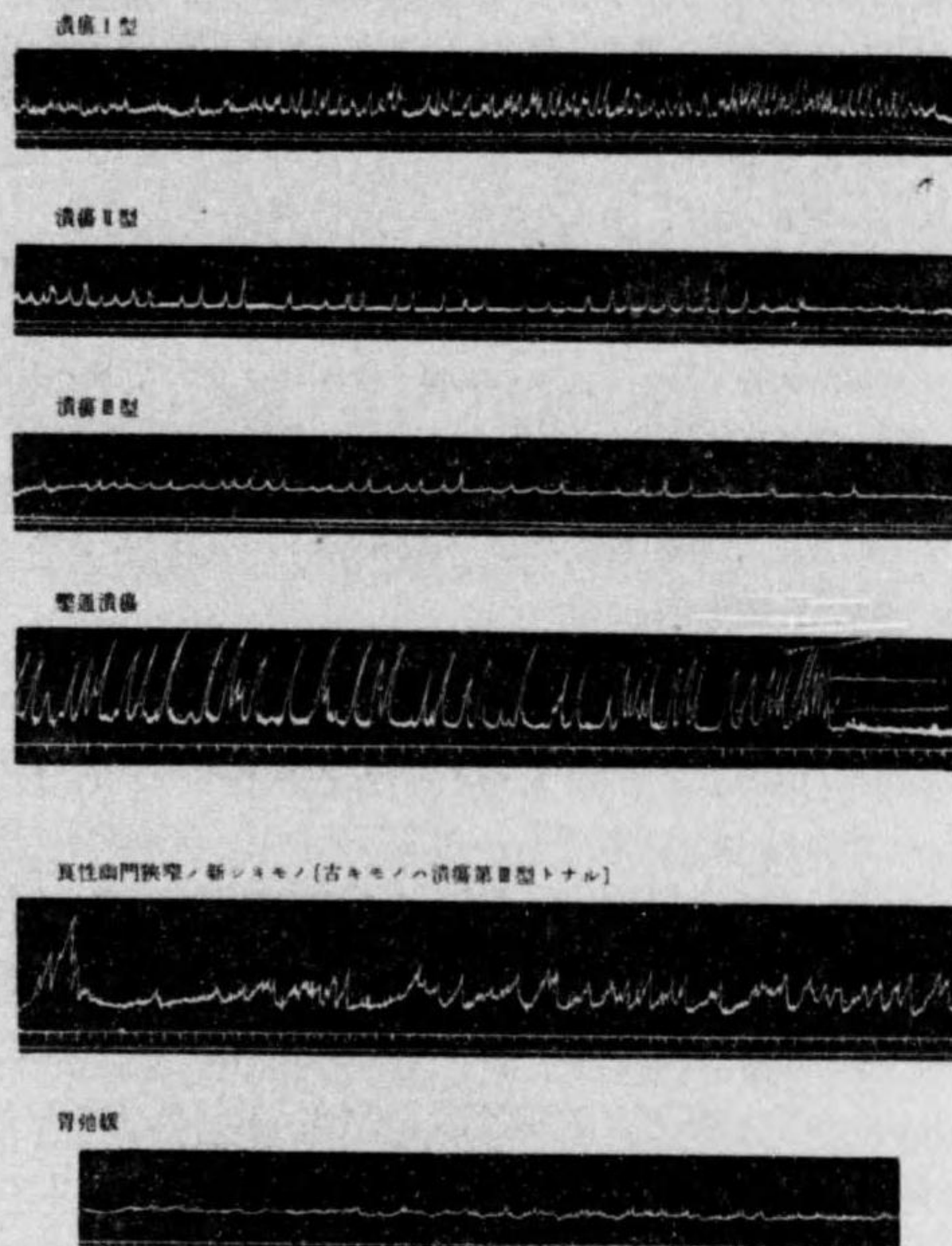


插圖 46. 潰瘍曲線ヲ示ス(松藤, 吐師兩氏ニ由ル)

第三節 各種胃曲線ノ成因ニ關スル説明

各種胃疾患ニハ略持有ナル胃曲線ヲ生ズルコトハ既ニ之ヲ述タリ。松藤氏ハ種々ノ實驗ヲ重  
ネテ此等曲線ノ成因ニ關シテ説明セリ以下ソノ大要ヲ紹介セン。

第一項 胃癌曲線ノ説明

松藤氏ハ家兔胃壁ニ肉腫ヲ接種シ、或ハ膿瘍、「パラフィン」腫瘍等ヲ作り其他諸種ノ方法ニヨリテ實驗シタ  
ル結果、胃癌曲線ノ成因ハ、胃壁ノ腫瘍ガ増殖スル共ニ周圍組織内ニ侵入シ之ヲ破壊シテ強キ刺戟トナリ運  
動ヲ亢進セシメ、他方癌組織ハ其ノ成長ニ當リ宿主組織ヨリ營養物ヲ吸收シ、氣中「ビタミン」Bヲ消費スルコ



トニ依リテ出現スルモノニシテ、患者ノ食物攝取減少シ自ラ「ウイタミン」B 缺乏ヲ來スコトモ亦之ニ關與スルモノナシ、胃癌ノ場合ニ認ムル貧血、變化シタル胃液、癌毒素等ハ本曲線ノ成因ニハ關係ナキモノナリト云フ。而シテ家兎胃壁ニ肉腫ヲ接種スルモ胃癌曲線ト酷似ノ曲線ヲ得ルヲ以テカカル曲線ハ必ズシモ、癌腫ニ特有ナルモノニ非ザルモ、癌腫ハ胃癌ノ大部分ヲ占ムルヲ以テ實際上、之ニ依テ癌腫ヲ推定シ得ルモノナリトセリ。尙肉腫接種ニ依ル實驗ノ結果、第1型曲線ノ山ノ高キハ腫瘍ニ依リテ附近ノ胃筋肉ノ收縮力ガ亢進セラレタル爲メニシテ、ソノ數ノ少ナキハ腫瘍ノ發育ニ因ル變化、就中「ウイタミン」B ノ消費ニ依ルモノト推定シ、第2型曲線ハ患者ノ食物ヨリ來ル「ウイタミン」B ノ不足ノ加リテ、曲線ノ山ノ數ノ減少ヲ來シタル場合ニハ表ハレ、「ウイタミン」B 缺乏ノ程度ガ増加スル時ニハ、單ニ山ノ數ガ減少スルノミナラズ、山ハ次第ニ低下スト云フ。第3型曲線ノ山ノ幅ノ廣キハ腫瘍増大ノタメニシテ、此ノ時ノ山ノ幅ハ胃壁ニ於ケル腫瘍ノ大小ニ略平行スト、第4型曲線ハ腫瘍益々増大スルト共ニ山ノ幅次第ニ擴大シテ、隣ノモノト相接近シタル形ニシテ、緊張ノ増加ハ大トナリ腫瘍ノタメニ胃壁ハ廣ク硬化シ、周圍ト癒著ヲ生ジテ伸張性ヲ失シタルガ爲メニ、少量ノ空氣ヲ保護球ニ送入スルモ高キ緊張ヲ示ス所以ナリト説明セリ。

### 第二項 潰瘍曲線ノ説明

松藤氏ハ更ニ家兎胃壁ニ切創ヲ加ヘ、又鹽酸注入ニヨル胃粘膜糜爛形成等種々ナル損傷ヲ與ヘテ胃曲線ノ變化ヲ觀察シ、依之胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合ノ胃曲線ノ成因ヲ推定セリ。即チ潰瘍ノ新鮮ナルモノニ於テハ、胃内容ガ傷面ヲ刺戟シテ胃運動ヲ促進シ、曲線ノ山ヲ高ク且ツ鋭クシ、同時ニ其ノ數ヲ増加セシム。此ノ時主トシテ粘膜ノ侵サレタル場合ニハ、曲線ノ山ノ數ガ非常ニ増加シ、潰瘍ガ次第ニ深層ニ達シ、主ニ筋層ヲ侵サヤ山ノ幅廣ク又、從テ大トナルベク、潰瘍ガ次第ニ陳舊性トナルヤ、山ノ數ハ次第ニ減少スルモノニシテ、尙ホ穿通性潰瘍ノ時ハ筋層ガ深ク侵蝕セラレルニ依リ甚ダ高キ且ツ大ナル山ヲ表ハスモノトセリ。尙ホ同様ノ實驗ヲ家兎十二指腸ノ種々ノ部位ニツキテ行ヘリ。即チ之ニ人工的潰瘍ヲ作り、胃曲線ヲ描寫觀察シタルニ、潰瘍ノ上端ガ幽門輪ニ接シタル時ハ胃潰瘍ノ曲線ヲ表ハスモ、0.5 糲ヲ離レタル時ハ、餘リ明瞭ナル曲線ヲ示サズ、2.0 糲ヲ離レタル時ハ、最早潰瘍曲線ヲ呈セズ、要之潰瘍ガ幽門輪ヲ遠ザカルニ從テ次第ニ胃曲線ニハ影響ヲ與ヘザルニ至ルモノトシ、略臨牀上ノ所見ト同様ノ成績ヲ得タリ。

又家兎胃ニ鹽酸ヲ注入シテ豫メ潰瘍ヲ作り、此ノ潰瘍ノ一端ニ肉腫ヲ接種シ、潰瘍、肉腫ノ大小ニ依リテ胃曲線ノ受クル變化ヲ實驗的ニ觀察シ、以テ臨牀上見ル潰瘍病ノ場合ノ胃曲線ノ成因ヲ攻究セリ。然ル時ハ、初メ鹽酸ノタメ胃壁ニ潰瘍生ジテ曲線ハ潰瘍型曲線ヲ呈スルモ、肉腫増大スルヤ、曲線ノ山ノ減少ヲ來シ、遂ニ全ク肉腫型トナルニ至ルト、即チ潰瘍ノ性質ヨリ來ル收縮ガ肉腫ノ性質ヨリ來ルモノヨリモ大ナル時ハ曲線ハ潰瘍型トナリ、肉腫増大シテ、潰瘍ノ性質ニ打勝ツ時ハ胃曲線ハ肉腫型トナルモノノ如シ。而シテ兩者ノ力相伯仲スル時ハ曲線モ其ノ中間ニ在リテ、胃曲線ノ山ノ高ク先端ハ尖銳ニシテ潰瘍型曲線ニ見ルガ如キ山ヲ生ズト云フ。

### 第三項 幽門狹窄ノ曲線

同氏ハ更ニ家兎ニ於テ、幽門ニ肉腫ヲ接種シ、鹽酸ヲ注入シテ潰瘍ヲ作り、瘢痕ヲ形成セシメ、或ハ「パラフィン」ヲ注入シ、或ハ絲ニテ結紮シテ幽門ニ狹窄ヲ發生セシメ、以テ胃曲線ノ變化ヲ吟味シタルニ、狹窄ノ性状良性ナル時ハ、狹窄状態永ク持續スルタメ遂ニ胃擴張ヲ起シテ緊張モ運動モ却テ減退シ(潰瘍曲線第3型)幽門狹窄ノ成因腫瘍ニ依ルモノナル時ハ腫瘍特有ノ曲線即チ癌腫ノ場合ト酷似ノ曲線ヲ得ルモノナルコトヲ明ニシ、臨牀上ノ場合ト略同一ノ成績ヲ得タリ。

### 第四節 胃曲線(特ニ潰瘍ノ場合)ノ診斷的價値

胃痛ノ場合、胃曲線ニヨル診斷法ハ其ノ診斷の中率甚ダ高ク從テソノ價値少カラザルハ既ニ之ヲ述タリ。即チ胃痛ニ於テハ、正常曲線ヲ示スコト甚ダ稀ナルモノニシテ、又胃痛以外ノ疾患ニシテ胃痛ニ類似ノ胃曲線ヲ示スコトモ亦2,3ノ例外ヲ除キテハ一般ニ稀トスル所ナリ。殊ニ幽門痛ニシテ狹窄高度ナル時ノ如キ、X線検査ニ際シ、投與セラレタル「バリウム」ハ胃下方ニ沈ミ、幽門部ヲ充分充盈セシメ能ハザル爲メ他ノ臨牀所見上痛腫ナルコト殆ンド明ナルニモ不拘、X線検査ニヨリテ却テ其ノ診斷ニ難ナル場合アリ、又幽門狹窄ノ善性ルヤ悪性ナルヤハ、造影食ガ假令幽門部ヲ充分ニ充盈スル場合ト雖、初期ニハ之ヲ鑑別スルコト困難ナルコトアリ、カカル場合ニ胃曲線ニヨル検査法ハX線検査ノ不備ヲ補フニ充分ナリ。尙ホ胃曲線法ハ時ニ根治手術ノ可能性ヲ推定セシメ、又癌腫ノ早期診斷ニ對シテモ或ル程度ノ價値ヲ有スルモノノ如ク、其ノ診斷的價値ハ略X線検査ト胃液検査トノ中間ニ在ルモノト云フベシ。從テ胃痛又ハ其ノ疑アル場合ニハ一應試行スベキ検査方法ナリス。

然ルニ潰瘍ノ場合ニ於テハ癌腫ノ場合ト聊カ其ノ趣ヲ異ニスルモノアリ、以下系統的ニ、之ヲ吟味スベシ。

#### 第一項 潰瘍ノ場合胃曲線ノ診斷的中率

潰瘍ノ診斷ハ手術ニ依ルニ非レバ之ヲ確證シ難キ場合少ナカラズ、又潰瘍病ノ初期ノ如キ、手術ハ勿論術後鏡檢ヲ必要トスル場合アルヲ以テ、胃曲線ノ診斷的價値ヲ論ズルニ際シテハ、手術ノ若クハ鏡檢ニ確證セラレタル多數症例ニ就キテ之ヲ吟味セザル可ラザルモノナリ。然ルニ本邦ノ文獻ニ徴スルニ、カクノ如キ場合材料ニ乏シク、從テ現時ニ於テハ少クモ潰瘍ノ場合、嚴密ナル意義ニ於テ胃曲線ノ診斷的價値ヲ論ズルハ尙ホ早計ナル可シ。今後多數症例ニ就テ精密ナル調査ヲ必要トスルモノナリ。今ノ2,3報告ヲ紹介センニ、先ヅ北大瀧本氏ハ胃及ビ十二指腸潰瘍38例(手術的診斷ノ有無ニ關シテハソノ記載不明)中胃曲線ニ依ル診斷の中率76.0%、正常曲線ヲ示シタルモノ24.0%ナリト云フ。

次ニ我が教室ニ於テハ、最近小林氏ハ曾テ平田、大林兩氏ノ報告例ニ更ニ最近ノ經驗例ヲ加ヘ、合計100例ノ胃又ハ十二指腸潰瘍患者(手術例)ニ就テ胃曲線検査ヲ行ヒ、其ノ成



績ヲ次ノ如ク報ジタリ。

診斷的中セシモノ	79%
胃癌症ト診斷シタルモノ	14%
非定型の曲線ヲ示シ診斷不明ノモノ	7%

而シテ前記潰瘍例ニ於ケル X 線検査ノ診斷の中率ハ75% ナリキ。

以上ノ成績ニヨリテ、本症ニ於テハ、胃癌ノ場合ト異ナリ、本症以外ノ疾患ニ於テモ類似ノ曲線ヲ表ハスコトアリテ胃曲線ノミニヨリ本症ヲ診斷スル際ニハ往々困難ヲ感ズルコトアリ、瀧本氏亦本症ノ場合24.0%ニ於テ正常曲線ヲ得、又神経系統ノ刺激亢進セル患者ニ屢々胃運動亢進ヲ來シ、本症曲線第1型ト全ク相似タル曲線ヲ呈スル場合アリ、又同氏ニ依レバ壁龕ヲ證シタル5例ニ於テモ、胃曲線ニ特異ナル關係ヲ見出し能ハザリシコト等ニヨリ、胃曲線ノミニヨリテ直チニ潰瘍ト診斷ヲ下シ得ル場合少ナク、從テ胃痛ニ比シ其ノ診斷の價値劣ルモ他ノ臨牀的所見ト比較考察スル時ハ大ニ參考トナルベキ事ヲ述ベタリ。余等ノ見解モ略同様ナリトス。

第二項 胃及十二指腸潰瘍鑑別ノ可能性

我が教室ニ於ケル平田、大林兩氏ハ其研究成績ニ基キ、胃曲線ニ依テハ胃潰瘍ト十二指腸潰瘍ハ之ヲ判然ト區別スルコト能ハザルモノトセリ。其後小林氏モ亦潰瘍患者100例ニ關スル胃曲線検査成績ニ基キ、平田、大林兩氏ト同様ノ結果ヲ得タリ。松藤氏ノ動物實驗ニ依ルモ、十二指腸潰瘍ノ場合、潰瘍ガ幽門ヲ遠ザカルニ從テ胃曲線ニハ其ノ影響ヲ與ヘザルニ至ルモノナリ。

第三項 胼胝性潰瘍ト胃癌トノ鑑別

平田、大林兩氏ノ實驗例胃痛56例中診斷的中セザリシ、9例ヲ細別スレバ次ノ如シ。

潰瘍曲線第2型ヲ示シタルモノ	2例
同 第3型	3例
同 第4型	2例
其他ノ曲線ヲ示シタルモノ	2例

又潰瘍27例中診斷的中セザリシ8例ヲ細別スレバ次ノ如シ。

胃癌曲線第1型(1)ヲ示シタルモノ	2例
同 第1型(2)ヲ示シタルモノ	3例
其他ノ曲線ヲ示シタルモノ	3例

又小林氏ガ潰瘍患者100例ノ胃曲線検査中14例ニ於テハ、胃痛ト誤診セリト云フ。

即チ胃曲線ニ於テ、胃痛ト潰瘍トハ時ニ反對ノ結果ヲ得、往々鑑別ニ迷フコトアルヲ知ルベシ。平田、大林兩氏ガ更ニ兩疾患ノ混同セラレ易キ場合ニ就テ記述セシ所ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

(1) 胃癌曲線第1型(2)ト潰瘍曲線第2型ニ就テ、潰瘍第2型ハ胼胝性潰瘍ノ際ニ現ハレ、又胃癌曲線第1型(2)ハ潰瘍症ノ場合ニ之ヲ見ルヲ常トスルモ、兩曲線ハ其ノ型甚々類似ス。松藤、吐師兩氏ハ曲線ノ山ノ高サニ依リ兩者ヲ區別スト稱スルモ、平田、大林兩氏ノ研究ニ依レバ、其ノ鑑別屢困難ナルノミナラス。山ノ比較的低キ曲線ニシテ既ニ癌ニ惡變セルコトアリ。又反對ニ定型の胃癌曲線第1型(2)ニシテ尙潰瘍ナルコトアリト云フ。

(2) 胃癌曲線1型(1)ト潰瘍曲線第4型(所謂穿通性潰瘍型)ニ就テハ兩者トモ先端尖鋭ナル山ノ曲線ヲ描クモ穿通性潰瘍ノ場合ニハ最後ニ「テタヌス」型ヲ呈シテ休止スル事ニ依リ胃癌曲線第1型(1)ト區別セララルヲ常トセリ。然ルニ我が教室ニ於ケル前記兩氏ノ經驗ニ依レバ、胃癌曲線ニシテ「テタヌス」型ニ終ル場合アルノミナラス、稀ニ穿通性潰瘍ニシテ「テタヌス」型ニ終ラザルコトアルヲ以テ、兩者ノ鑑別診斷ハ特ニ注意ヲ要スルモノナリ。

(3) 平田、大林氏等ニ依レバ、胃癌ニシテ潰瘍第3型ヲ描ク事アリト稱ス。又小林氏ノ調査ニ於テ、潰瘍ニシテ、胃癌曲線ヲ示シタル14例ニ於テ、3例ハ膽囊炎又ハ蟲様突起炎ヲ合併シ、5例ハ多發性潰瘍ナリキ。

即チ前述ノ如ク、潰瘍ノ陳舊ニシテ胼胝性トナレル場合又穿通若クハ惡性變化ヲ來シタル場合ノ如キ胃痛トノ鑑別ハ單ニ胃曲線ノミニ依リテ之ヲ判然ト識別シ能ハザルモノナリ。

前記3項ニ於テ吟味シタル所ニ基キ、潰瘍ノ場合胃曲線ノ診斷的價値ヲ考案スルニ、元來胃曲線ハ本症ノ直接徵候ヲ示スモノニ非ザルノミナラス、此等曲線ノ判定ニハ特種ノ熟練ト多數材料ニ於ケル幾多ノ經驗ヲ要スルモノニシテ、加フルニ現時ニ於テハ胃曲線ヲ描寫シタル症例ニツキテ手術ヲ施シソノ診斷ヲ確證シタル症例尙多數ナラス、從テ今後更ニ充分ノ研究ヲ要スルモノアリト思惟ス、然レドモ X線検査竝ニ胃液所見其他ニ依ルモ的確ニ診斷ヲ下シ難キ場合ニ於テハ、胃曲線検査法ハ爾餘ノ検査方法竝ニ臨牀的所見ト相待チテ之ヲ參考ニ資スルコトヲ得ベシ。多發性潰瘍竝ニ潰瘍病ノ場合ノ本検査所見ニ就テハ後述スルコトス可シ。

文 獻

稲田 内科的疾患ノ診斷及ビ治療ニ就テ 日本内科學會雜誌、第19卷、第1號、第7頁  
 小野寺 胃壁ノ緊張及ビ運動ニ關スル吾人ノ臨牀的觀察 日本消化機病學會雜誌、第27卷、第10號  
 小野寺、松藤 胃運動曲線ノ見方ニ就テ、東西醫學特輯號「臨牀最新知識」昭和10年  
 鐘江 消化器殊ニ胃運動ヲ描寫シテナセル觀察、日本内科學會雜誌、第14卷、第4號  
 鐘江 胃及ビ食道收縮曲線ニヨル臨牀診斷法ノ研究、「グレンツゲビート」、第3年、第4,5,6號  
 小林 胃曲線ノ統計的觀察、特ニソノ診斷的價値ニ就テ「グレンツゲビート」第9年、第11號  
 澤田 澤田宮原式胃運動曲線描寫器ニテ描寫セル胃癌症例ノ胃曲線ニ就テ、日本消化機病學會雜誌、第31卷、第5號  
 瀧本 胃曲線ニ依ル胃癌診斷ニ就テ、實驗醫報、第16年、第192號  
 龍本 胃曲線ニ依ル胃癌診斷ニ就テ、日本醫事新報、昭和7年8月20日、8月27日、9月3日  
 吐師、松藤 胃曲線ニヨル胃痛及ビ胃潰瘍ノ鑑別診斷ニ就テ、日本消化機病學會雜誌、第29卷、第623頁  
 中村 飢餓胃運動ノ型態ニ關スル臨牀的研究、實驗消化器病學、第4卷、第8號  
 平田、大林 胃曲線ノ診斷的價値 實地醫家ト臨牀、第8卷、第8號  
 松藤、吐師 胃運動曲線ニ關スル臨牀的觀察、及ビ實驗的研究、日本消化機病學會雜誌、第29卷



## 第2, 第3號

Boldyreff, D. period. Tätigkeit d. Verdauungsapp. ausser d. Verdauungszeit, Zentralbl. f. Phys., Bd. 18, 1904.

Derselbe, D. Übertritt d. Pankreassaftes u. ander. Darmsäfte in d. Magen bei alk. Resktion in demselb., Ergeb. d. Physiol., Bd. 11, 1911.

Cannon a. Washburn, An explantion of hunger, Am. J. of physiol., vol. 29, 1912.

Cannon, The receptive relaxation of the stomach, Am. J. of physiol., Vol. 29, 1912.

Carlson, The character of the movements of the empty stomach in man, Am. J. of Physiol., vol. 31. 1912.

Derselbe, A Study of the mechanism of the hunger-contraction of the empty stomach by experiments on dogs, Am J. of physiol., Vol. 32. 1913.

Danielopolu, D. viscerographische Methode, Kl. Wochenschr., Nr. 19 1929.

H. Hasi

Onodera, N., S. Kangae M. Matsufuji, H. Hashi,

Über d. gastrographische Methode d. Diagnose v. Magenkrebs, Magen-Darmgeschwür u. Cholecystitis, Zeitschr. f. kl. Medizin, Bd. 118, s. 354, 1932.

## 第五章 胃鏡検査

胃鏡検査法ハ、既ニ以前ヨリ考究、試用セラレタル所ナルモ、最近迄ハ一般ニ著シキ普及ヲ見ルニ至ラザリキ、コレ從來ノ胃鏡ガ多ク硬式ノモノニシテ、胃内挿入ニ一定ノ技術ヲ要シ、被檢者ニ相當ノ苦痛ヲ與フルノミナラズ。稀ニハ胃腸、胃穿孔其他ノ致死的ノ合併症ヲ來スコトモアリ、又胃鏡ニ依リテ胃内ノ觀察シ得ル範圍ニハ一定ノ制限存シ、胃鏡映像ノ判斷ニモ相當ノ熟練ヲ要スル等ノ諸事項ハ胃鏡検査法ノ一般ノ普及ヲ妨ゲシ理由ナリトス。然ルニ最近(1932年) Wolf, Schindler 氏等ノ「レンズ」組合セニ依ル軟性胃鏡ノ考察ハ、本検査法ニ劃期的ノ衝動ヲ與ヘタリ。即チ軟式胃鏡ハ撓性ナルタメ、胃内挿入ニ甚ダ便ニシテ、危険無ク、本器先端ニ近キ 35,6 種ノ個ガ自由ニ屈曲スルヲ以テ、胃内ノ可視範圍廣大トナリ、胃體部後壁、幽門附近モ之ヲ目撃シ得ルニ至レリ。

尙胃鏡検査法ノ普及ヲ促セシモノハ近時ニ於ケル胃炎ノ研究ナリトス。即チ Konjetzny, Henning, Gntzit, 等ヲ初メシ其他多クノ學者ノ研究ニ依リ胃炎ノ研究ハ近時胃病理ノ焦點トナルニ至レリ。殊ニ Konjetzny, Kalima, Puhl 氏等ノ研究ニ依レバ、胃炎ハ胃及十二指腸潰瘍、術後空腸潰瘍ニ對シ、成因の意義ヲ有スルモノトセラレ、潰瘍ニ對スル術後胃苦痛ノ原因モ亦術後胃炎ニ關係ヲ有スル所少カラザルモノト解セラレ、近時コノ方面ニ留意研究ヲナセル學者少カラズ、然ルニ胃炎ノ研究ニ當リテハ、他ノ検査法ニ比シ胃鏡検査ハ最モ肝要ナル検査法ナラザル可ラズ、即チ一方ニ於テハ前記軟式胃鏡ノ考案ハ、他方近時ニ於ケル胃

炎ノ研究ト相待チテ胃鏡検査ノ普及ヲ促シ、胃鏡ノ價值ヲ大トセンモノナリ、蓋シ本検査ニ依ル時ハ、胃粘膜ノ色調、肥厚ノ有無、潰瘍ノ位置、形態、潰瘍邊緣並ニ基底ノ性状、粘膜皺襞ノ走行状態、胃炎ノ有無並ニ性状等ニ關シ、精密ニ之ヲ觀察シ得ルモノナリ、本邦ニ於テモ近時胃鏡検査ハ追々發達ノ傾向ヲ示スニ至レリ、吾人ハ本検査法ニ就テハ尙充分ノ經驗ヲ有セザルヲ以テ、胃鏡検査ニ際スル患者ノ準備、體位、胃鏡挿入法、觀察法、検査後ノ注意事項等ニ就テハ之ヲ省略シ、章末ノ文獻ニ之ヲ讓ルコトシ、本検査法ノ診斷的價值ニ於テ吟味ヲ進ムルコトトス可シ。

本検査法ハ近時頃ニ其ノ發達ヲ見タルモノナリト雖、而モ胃検査法モ一法タルニ過ギズシテ、爾餘ノ検査法(殊ニ X 線検査法)ト相俟チテ初メテ臨牀的診斷上補助的資料ヲ與フルニ至ルモノニシテ、本検査法ノミニ捕ハルルガ如キコトハ臨牀家ノ慎ム可キ所ナリ。胃鏡映像ニ於テ胃粘膜(從テ潰瘍、痲腫)ノ性状ヲ直接目撃シ得ルノ點ハ、爾餘ノ診斷法ノ及バザル利點ナリト雖、胃鏡検査法ハ、一方患者ニ相當苦痛ヲ與フルノミナラズ、小兒、70 歳以上ニモ達セル高齢者、甚シク衰弱セルモノ、心臟疾患、大動脈瘤ヲ有スルモノ、龜背、咽頭炎、氣管支炎等ノ存スル場合等ニハ其ノ施行不可能ナリ。尙記述ノ如ク病變ノ部位如何ニ依テハ充分病竈ヲ觀察スルコト能ハザルモノナリ。又胃鏡映像ノ判定ニ當リテハ特ニ熟練ヲ要スルモノトス。

胃鏡検査ハ、胃疾患ニ依リテ其ノ診斷的價值ヲ異ニス、或ル疾患ニ對シテハ殆ンド決定的ノ診斷ヲ與フル場合アルモ、或ル疾患ニ對シテ其ノ診斷的價值甚ダ少キコトアリ。v. Bergmann 氏ハ、本検査法ハ、胃痛ニ對シテハ何等役立ツコトナク、潰瘍ニ對シテハ幾分役立ち、胃炎ニ對シテハ大ニ役立ツト稱セリ。近時著シク進歩セル X 線ニ依ル粘膜皺襞造影法、分割的胃液採取法、胃運動曲線法ヲ施スモ尙確定的ノ診斷ヲ下シ難キ場合ノ如キ同時ニ胃鏡検査法ヲ行フコトニ依リ、其等所見ノ綜合的判斷ニ依リ診斷上利スル所少カラズ、然レドモ、胃鏡検査ニ依リ陰性ノ成績ヲ得タル場合ノ如キハ、其ノ判斷ニ注意ヲ要スルヤ論ヲ俟タザル所ナリ。

病年齢ニ達セル胃病患者ニシテ、胃痛ノ疑ノ存スル場合ニハ一應胃鏡検査ヲ行フ可キコトヲ主張スル學者アリト雖、一般ニハ、胃痛症ノ診斷ニ當リテハ、胃鏡検査ヲ必要トセザルコト多シ。胃痛ハ、病歴、經過、爾餘ノ胃検査法ニ依リ診斷ヲ下シ得ル場合多キヲ以テナリ。即チ本症ニ對スル胃鏡検査法ハ補助的診斷法タルニ止ルコト多シ。

次ニ胃、十二指腸潰瘍ノ診斷ニ對シテハ、潰瘍ノ位置、型態、邊緣、基底ノ性状、殊ニ同時ニ存在セル胃炎ノ状態等ニ就テ胃鏡ノ診斷的價值ハ前記胃痛ノ場合ニ優レタルモノアリ、X 線検査ニ於テ壁竈陰影ヲ認ムルモ、單ニ胃壁ノ癒着等ニ起因セシ場合ノ如キ、胃鏡検査ニ於テ潰瘍ニ非ザルコトヲ確知スルコトヲ得ル場合アリ、又潰瘍ニ對スル内科的醫治ノ奏效セル



ヤ否ヤ=關シテモ、胃鏡検査ヲ施ス時ハ、潰瘍治癒ノ狀況竝ニ其ノ程度、合併セル胃炎ノ治癒狀況ヲ直接知ルコトヲ得可ク、臨牀上潰瘍ガ治癒センガ如ク見エ、而モ胃鏡検査ニ於テ尙比較的大ナル潰瘍ノ存在スルガ如キ場合有リト稱セラル、又潰瘍ノ惡性變化ヲ起セルヤ否ヤヲ判斷スル場合ニモ、胃鏡検査ノ「コントロール」ノ下ニ觀察ヲ續クル時ハ、治療ノ適應症判定上意義大ナルモノナリス。

胃炎ニ關スル研究ニ當リテハ、胃鏡検査法ハ缺ク可ラザル最モ有力ナル検査法ナリス。從來單ニ胃神經症、胃分泌障礙、胃無力症等ノ診斷ノ下ニ治療ヲ施サレタル胃疾患患者モ、近時胃鏡検査ニ依リ、之等ガ胃炎ニ起因セルモノナルコト判明スルニ至レリ。又胃炎ノ病理解剖學的所見ノ診斷、胃炎ニ基ク致死ノ胃大出血、所謂潰瘍ナキ潰瘍症 (Ulcuskrankheit ohne Ulcus) 等ニ對シテモ本検査法ハ最モ有力ナル診斷法ナリス。

又近時術後胃炎ニ關スル知見ノ大イニ精密トナリ來リシモ、X線検査法ト相待チテ胃鏡検査法ノ賜ナリ。コノ場合ニハ、前者ヨリモ後者ニ於テ其ノ診斷的價値ノ大ナルヲ論フ俟タザル所ナリス。從來潰瘍ニ對スル胃手術後(殊ニ胃腸吻合術後)ノ苦痛ノ原因トシテ、術後癒着、痙攣、術後潰瘍等ガ擧ゲラレタリト雖、近時精密ナル胃鏡検査ニ依リ、術後胃苦痛ノ原因ハ多ク、術後胃炎ニ基クモノナルコト明トナルニ至リシモノニシテ Korbach, Hohlweg, Gutzeit, Henning 等ノ學者ニ負フ所大ナリ。

### 文 獻

- 三宅 胃鏡検査, 胃癌, 昭和3年, 第147頁  
 宮城 胃鏡検査ノ經驗ト改良, 日本外科學會雜誌, 第31回臨時號  
 相原 胃鏡診斷法ノ進歩, 實驗醫報, 第21年, 第350頁  
 中谷 胃鏡術ニ就イテ, 東西醫學, 昭和10年4月  
 中谷 胃癌ノ胃鏡所見, 治療及處方, 昭和9年11月  
 相原 胃潰瘍胃鏡像, 消化器病學, 第1卷, 第1號  
 Bogendörfer, Über unsere gastroskopischen Erfahrungen, Münch. med. Wochenschr., 1930, Nr. 18, S. 750.  
 Elsner, Die Gastroskopie, Auflage 1911.  
 Elsner, Ein Gastroskop, Berl. kl. Wochenschr., 1910, Nr. 13, S. 593.  
 Derselbe, D. heutige Stand der Gastroskopie, Erg. Med. 5., 122, (1924)  
 Derselbe, D. Methodik, d. Gastroskopie, Deutsch. med. Wochenschr., 1923, Nr. 45.  
 Derselbe, Mein verbessertes Gastroskop, Deutsch. med. Wochenschr., 1923, nr. 8.  
 Derselbe, Die Gastroskopie in der Diagnostik d. Magengeschwürs u. Magenkarzinoms, Arch. f. Verdgskrh., 1924.  
 Gutzeit, D. Gastritis im Röntgenbild mit gastroskopischen Kontrolluntersuchungen, Fortschr. Röntgenstr., 1926.  
 Hertel, E. u. H. U. Kallius, Beiträge zur Gastroskopie der op. Magens, Arch. klin. Chirg.,

- 1928, 151. 578.  
 Henning, D. Entzündung des Magens, Auflage 1934.  
 Henning, D. endoskopische Untersuchung der Kardie u. des Osophagus mit dem Gastroskop, Kl. Wochenschr., 1930, Nr. 52, 2454.  
 Derselbe, D. bisherigen Ergebnisse und der klinische Wert der Gastroskopie, Erg. Med 1931, S. 539.  
 Derselbe, Erfahrungen mit d. flexiblen Gastroskop nach Wolf-Schindler, Münch. med. Wochenschr., 1932, Nr. 32, 1269.  
 Hohlweg, Beobachtg. u. Betrachtg. auf Grund von 100 Gastroskopien, Münch. med. Wochenschr., 1927, Nr. 16, 506.  
 Derselbe, Derzeitiger Stand d. Gastroskopie, Med. Ges. Giessen 1924.  
 Derselbe, Der derzeitige Stand der Gastroskopie, Karlsbad. arztl. Vortr. 7. 1926.  
 Derselbe, Wichtige Probleme d. Gastroskopie, Münch. med. Wochenschr., 1927, Nr. 18.  
 Hübner, Bedeutg. der gastroskopischen Untersuchungsmethode, Klin. Wochenschr., 1925, Nr. 10.  
 Derselbe, Das optische Problem bei d. Gastroskopie, Klin. Wochenschr., 1925, Nr. 41, 1951.  
 Derselbe, Ein neues Führungsgastroskop, Münch. med. Wochenschr., 1926, Nr. 48, 2027.  
 Derselbe, Gastroskopie, Erg. Chirg. 20, 1927.  
 Kausch, Demonstration eines Gastroskops, Vrh. deutsch. Ges. Chirg., 1909.  
 Kelling, Zur Coelioskopie u. Gastroskopie, Arch. klin. Chirg., 126, 1923.  
 Korbach, Gastroskopische Ergebnisse, Münch. med. Wochenschr., 1924, Nr. 43, 1498.  
 Derselbe, Ü. ein neues Gastroskop, Münch. med. Wochenschr., 1925, Nr. 4, 129.  
 Derselbe, Gastroskopische Bilder zur Pathognese u. Therapie des Ul. venticuli, Ach. Verdgskrh., 38, 247 (1926)  
 Derselbe, Mein Gastroskop, Münch. med. Wochenschr., 1926, Nr. 1, 20.  
 Derselbe, Gastroskopische Ergebnisse. Arch. Verdgskrh., 41, 1927, 43, 1928  
 Derselbe, Zur Weiterentwicklg. d. Magenspiegels u. der Technik d. Gastroskopie, Münch. med. Wochenschr., 1929, Nr. 335, 1370.  
 Derselbe, Der Pylorus in Gastroskop, Med. Klin., Nr. 9, 319.  
 Kalk, H., D. Gastroskopie, D. Geschwür d. Magens u. Zwölffingerdarms, Auflage 1930, S. 107,  
 Kuttner, Ü. Gastroskopie, ein gegliedertes Gastroskop, das durch Rotation gestreckt werden kann, Berl. klin. Wochenschr., 1897 Nr. 42/43, 912/939.  
 Loening u. Stieda, Ü. Gastroskopie, Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 19.  
 Derselbe, D. Untersuchg. d. Magens mit d. Magenspiegel, Mittlg. Grenzgeb. Med. u. Chirg., H. 2, 182, 1910.  
 Schindler, R., Gastroskopie, Auflage, 1923,  
 Schindler, R., Gastroskop Beobachtg. an op. Magen, Zentralbl. Chirg., 1926, S.2259.  
 Schindler, R., D. diag. Bedeutg. d. Gastroskopie, Münch. med. Wochenschr., 1922, S. 535, S. 1513.



- Schindler, R., Lehrbuch u. Atlas der Gastroskopie, Rahmenführer, Ü. Gastroskopie, Ref. Klin. Wochenschr., 1923, Nr. 23.
- Derselbe, Gastroskopie u. Röntgenuntg. d. Magens, Fortschr. Röntgenstr. 32 (Kongr. H) 1924.
- Derselbe, D. diagnost. Bedeutg. d. Magenspiegelung, Münch. med. Wochenschr., 1924, Nr. 15, 465.
- Reis, Demonstration des optischen Prinzips eines biegsamen Gastroskops, Ref. Med. Klinik 1927, 534.
- Sauerbruch, Gastroskopie mit tödlichem Ausgang, Zbl. Chirg., 1924, Nr. 38, 2071.
- Schindler, D. diagnost. Bedeutung d. Gastroskopie, Münch. med. Wochenschr., 1922, Nr. 15, 535.
- Derselbe, Probleme u. Technik d. Gastroskopie, mit d. Beschreibung eines neuen Gastroskops, Arch. Verdgsksh., 1922, 133.
- Derselbe, Gastroskop. Untersuchung. ü. d. Heilung des Ul. ventriculi, Münch. med. Wochenschr., 1923, Nr. 14, 421.
- Derselbe, Ü. d. zukünftige Entwicklg. d. Gastroskopie, Münch. med. Wochenschr., 1928, Nr. 4.
- Derselbe, Ein völlig ungefährliches flexibles Gastroskop, Münch. med. Wochenschr., 1932, Nr. 32, 1268.
- Derselbe, D. gastroskopische Magenuntersuchung, Der praktische Arzt, 17, 1932.
- Schindler, R. & H. Sielmann, Ü. Gastroskopische Kontrollen röntgenolog. Reliefbilder d. Magenschleimhaut, Münch. med. Wochenschr. 1931, Nr. x 47, 1989.
- Sternberg, Technik u. Methodik d. Sternbergschen Gastroskopie u. s. w., Leipzig 1924.
- Derselbe, D. direkte Gastroskopie u. Autoskopie d. Pylorus, Deutsch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 46.
- Derselbe, Gastroskopische Form u. Lageanalyse d. Pylorustrichters, Deutsch. Arch. klin. Med. 150, 366, 1926.

## 第六章 腫瘍觸知, 入浴診断法

胃竝ニ十二指腸潰瘍ノ場合ニハ、潰瘍ガ癥痕化セル時、周圍組織ニ穿通シ著明ノ癒着ヲ呈スル時殊ニ潰瘍ガ悪性變化ヲ來セル時ハ心窩部ニ腫瘍又ハ抵抗トシテ之ヲ觸知シ得ルモノナリ。又潰瘍ノ穿通若クハ穿孔ヲ來シタル時ハ其ノ程度ニ依テ腹壁ノ「デフアンス」ヲ證明スルモノトス。從テ本症ノ場合腹部ノ觸診ハ單ニ本症ノ診斷上ノミナラズ、他疾患トノ鑑別診斷上甚ダ有意義ナル検査法ノ一ナリ。先ツ患者ヲ背位ニ臥セシメ、兩脚ヲ膝ニテ屈曲セシメ、口ヲ閉カシメテ靜カニ腹式呼吸ヲ命ジ腹部ノ緊張ヲ除キ以テ腹部ヲ靜ニ觸診スルモノトス、コノ場合検査ハ殊ニ冬期ニ於テハ其ノ手指ヲ豫メ適度ニ温メ置クヲ要シ、被験者ハ出來ル限リ豫メ排便

及ビ排尿ヲ行ハシムルヲ可トス、觸診ハ空腹時ヲ最モ可トシ、食後ノ觸診ハ之ヲ避ケザル可ラズ、又患者ノ體位ヲ種々變更セシメテ入念ニ觸診スベキモノニシテ、仰臥位ニ於テ觸知不可能ノ腫瘍モ、患者ヲ起坐セシメ、兩手ヲ後方ニ衝カシメ、上體ヲ半臥位ニ置ク時ハ、依之腹壁ノ緊張ヲ去リ良ク腫瘍ヲ觸レ得ル場合多キモノトス、又患者ヲ左側臥位若クハ右側臥位ニ移シテ觸診スル時ハ、腫瘍ノ移動性ヲ知り得ベシ。

尙ホ本症ノ場合ハ、單ニ胃又ハ十二指腸部ノ觸診ニ満足セズ、同時ニ廻盲部及ビ膽囊部位ノ觸診ヲモ怠ル可ラズ、コレカカル部位ノ疾患ハ屢合併シテ存スルコトアルヲ以テナリ。

尙ホ腫瘍ヲ觸知スルハ入浴診断法ヲ最モ好適トス。即チ前夜就眠前ニ「リチネ」油ヲ投與シ、早朝迄ニ排便セシメ、又検査前豫メ放尿セシメ、疼痛ヲ訴フル患者ノ場合ニハ検査前鎮靜劑ヲ注射シ、患者ヲ入浴セシム、コノ際浴槽ハ西洋風呂ニシテ餘マリ大ナラザルモノヲ可トス。湯ハ其ノ溫度ヲ適度ナラシメ、先ツ體ヲ温メタル後、前記半臥位ヲ取ラシムル時ハ、腹壁ノ緊張去リ、腫瘍ハヨク之ヲ觸知シ得ルニ至ル。而シテ陰部ハ豫メ木綿布其他ニテ之ヲ蔽ヒ置クヲ可トス。



## 第六篇

### 診斷竝ニ鑑別診斷

正確ナル診斷ハ、合理的ナル治療ノ第一歩ナリ。從テ診斷ヲ誤マル時ハ、患者ノ豫後ニ及ボス影響大ナリ。而シテ各種合併症竝ニ續發症ノ診斷ニ就テハ既ニ之ヲ述ベタルヲ以テ、茲ニハ主トシテ合併症ナキ潰瘍ノ診斷ニ就テ記載スルコトス可シ。

今診斷ニ必要ナル各種検査方法ヲ列記スレバ次ノ如シ。

- |                  |            |
|------------------|------------|
| (1) 胃液検査法        | (5) 胃鏡検査   |
| (2) 胃ノX線検査法      | (6) 入浴診斷法  |
| (3) 胃曲線検査法       | (7) 試験的開腹術 |
| (4) 胃液、糞便潛出血反應試験 |            |

以上ノ中(1)ヨリ(6)ニ至ルマデノ検査方法竝ニ其ノ診斷的價値ニ就テハ既ニ之ヲ詳述シタルヲ以テ茲ニハ之ヲ省略ス可シ。

從來本症ノ診斷ニ際シ、其ノ根據トス可キ症狀竝ニ所見トシテ學者ノ記述スル所ノモノハ、本症ノ定型的ナル場合ニノミ適應シ得ルモノニシテ、カカル定型的ナル事項ニ捕ハルル時ハ往々計ラザル誤診ニ陥ルモノナリ。殊ニ本邦ニ於ケル本症患者ノ訴フル症狀乃至他覺の所見ノ出現頻度ノ如キ、必ズシモ泰西ノ場合ト一致ス可キモノニモ非ズ、又本邦ニ於テハ、一般人士ノ醫學的(殊ニ科的)知識ノ普及歐米ニ比シテ尙ホ幼稚ナルヲ以テ、吾人外科醫ヲ訪ルル頃ニハ、本症ノ餘程進行セル場合ナルコト多シ。

以下余ハ余等ノ手術的治療ヲ加ヘタル多數材料ニ基キ、自覺的竝ニ他覺的徵候ノ出現率、診斷的價値ニ就テ記述シ、又手術的對照ニ基キ誤診率ヲ明記シテ、胃又ハ十二指腸潰瘍診斷ノ參考ニ資セントス。

#### 第一節 手術ヲ行ヒタル潰瘍患者ノ自覺的竝ニ他覺的症候出現率

余等ノ手術ヲ施シタル、胃及ビ十二指腸潰瘍患者ニ於テ、其ノ自覺的竝ニ他覺的所見ノ出現率ヲ、胃潰瘍ノ場合ト、十二指腸潰瘍ノ場合トニ分チテ列記スレバ次ノ如シ(第108表)。

第108表 潰瘍患者ノ呈スル各種症候所見、出現率(著者)

症 狀 所 見	胃 潰 瘍	十 二 指 腸 潰 瘍	
X線診斷の中率	80.7%	77.0%	
過酸症ノ頻度	47.17%(分割的検査法)	63.15%(分割的検査法)	
胃曲線診斷の中率	79.0%		
胃液曲線ノ終末上昇ノ頻度	11.5%	29.4%	
症狀週期性(Periodität)ノ頻度	5.0%	39.0%	
嘔吐ノ頻度	幽門狹窄存セシ場合	81%	90%
	幽門狹窄ナキ場合	68%	53%
疼 痛	早發痛 8.06%	15.7%	幽門又ハ幽門近部潰瘍 16.3% 16.3% 38.4%
	遲發痛 20.9%	17.1%	
	饑餓痛 30.6%	27.1%	
糞便潛出血ノ頻度	42.3%	46.9%	
壓痛ノ頻度	88.8%	87.9%	
腫瘍觸知率	小彎潰瘍 26.5%	17.8%	
	幽門又ハ幽門近部潰瘍 17.7%		
抵抗觸知率	小彎潰瘍 21.4%	14.5%	
	幽門又ハ幽門近部潰瘍 18.7%		
出 血	吐血 23.1%	9.1%	
	下血 13.7%	17.3%	
	兩者合併 14.4%	10.9%	

潰瘍患者ノ訴フル症狀、他覺的所見ノ診斷的價値ニ就テハ、既ニ症候篇ニ於テ詳述セシヲ以テ茲ニハ之ヲ省略ス。前表ヲ參酌スル時ハ、胃潰瘍ト十二指腸潰瘍ノ鑑別診斷上ニ資スル所少ナカラザル可シト信ズ。

#### 第二節 病歴ノ診斷的價値

潰瘍患者ハ胃癌患者等ニ比シ、屢々定型的ナル臨牀的症狀(食事ト一定ノ關係ヲ有スル胃疼痛、嘔吐、吐血、下血、饑餓痛症狀ノ週期性其他)ヲ呈スルヲ以テ此等ノ症狀ヲ精密ニ調査スル事ハ診斷上甚ダ有力ナル根據ヲ與フルモノトス。而シテ他覺的ニハ每常必ズシモ本症ニ特有ノ徵候ヲ示スモノニ非ザルヲ以テ病歴ノ討究ガ却テ診斷的價値大ナルコトアリ。Moynihan氏ノ如キハ、十二指腸潰瘍ノ診斷ニ際シテ病歴ヲ甚ダ重要視シ、殆ンド之レノミニ依リ的確ナ



ル診斷ヲ下ダシ得ルモノトナセンガ如キ此ノ事實ノ一面ヲ物語ルモノナリ。(The anamnesis is everything, the physical examination is nothing)

然レドモ既ニ述タルガ如ク、潰瘍ノ大サ及ビ病理解剖學的性狀ト患者ノ訴フル症狀トノ間ニハ一定ノ關係ヲ有セズ。苦痛ノ持續期間短キニモ不拘、陳舊性、胼胝性、穿通性潰瘍ノ存スルコト少カラザルノミナラズ。後藤教授並ニ著者ノ精細ニ調査センガ如ク、本症ノ過半數ハ臨牀上症狀ヲ呈セザルモノナルヲ以テ、單ニ臨牀的症狀ノミニ捕ハルル時ハ大ナル誤診ヲ來シ、其ノ治療方針ヲ誤マルガ如キ事少ナシトセズ。本症ノ定型の症狀全ク缺如シ、而モ潰瘍ガ既ニ惡性變化ヲ來シタル時期ニ於テ吾人ノ診ヲ乞フモノ亦往々ナリ。

又余等ノ手術例ニ基ク時ハ、從來本症ニ特有アリト稱セラレシ 2,3 定型のノ症狀ノ如キモ從來學者ノ稱センガ如キ程度ニ於テ每常之ヲ發見スルモノニ非ザルモノトス。

尙ホ潰瘍類似ノ症狀ハ爾餘ノ腺部疾患、殊ニ胃炎慢性蟲樣突起炎等ニ際シテモ亦屢之ヲ認ムルモノナリ。

其ノ他潰瘍ハ蟲樣突起炎、膽囊炎等ト相合併シテ來ルコト多キヲ以テ、單ニ症狀病歴ノミニ捕ハルルコトハ吾人ノ取ラザル所ニシテ診斷ニ際シテ實地醫家ノ留意ス可キ點ナリトス。

### 第三節 試驗的開腹術ノ意義

本症ノ診斷ニ際シテモ、試驗的開腹術ヲ必要トス可キ場合アリ。即チ潰瘍ノ診斷ハ甚ダ困難ナル事少カラズシテ、本症ヲ術前胃病又ハ其ノ疑診ト考フル場合アリ。又胃癌症ヲ術前潰瘍ト誤診スル事アリ。臨牀的症狀乏シキ本症ガ既ニ惡性變化ヲ示シタル初期ノ如キ、潰瘍ト癌腫ト術前的確ニ鑑別スル事甚ダ困難ナルコトハ既ニ之ヲ述タリ。而モ本症ヲ胃癌ト誤診シ又胃癌ヲ本症ト誤診スル場合ノ如キ、其ノ治療方針ヲ異ニスルモノニシテ、直接患者ノ豫後ニ及ボス影響少ナシトセズ。カカル場合ハ試驗的開腹術ガ問題トナルコトアリ。

尙ホ著者ガ 10 數例ノ經驗例ヲ舉ゲテ詳細報告センガ如ク(東京醫事新誌第 2751-2754 號)慢性ノ假面性蟲樣突起炎ガ頑固ナル胃症狀ヲ呈スル場合ノ如キ、數年ニ亙ル內科的潰瘍療法ヲ施サルモ症狀輕快セズ、患者ハ長キ苦痛ニ堪ヘ兼テ遂ニ外科醫ヲ訪レ自ラ開腹術ヲ望ムガ如キコトアリ、カカル際ニハ理學的系統的檢查所見ニ依ルモ潰瘍トノ鑑別困難ニシテ、試驗的開腹術ニ依ラザレバ、到底的確ナル診斷從テ合法的ノ治療ヲ施ス事能ハザルモノナリ、又胃炎ニシテ潰瘍ト全ク類似ノ症狀ヲ呈シ、潰瘍ト考ヘテ開腹シ胃切除術ヲ施スモ、胃標本ニ潰瘍ヲ發見セズ、胃炎ニ基クモノナルコトヲ知り得ルコトアリ、吾人モ亦數例ニ於テカカル經驗ヲ有ス。

著者ハコノ機會ニ最近經驗セル興味アル實例ヲ舉ゲテ讀者ノ參考ニ資セントス。

患者 柴田某 男子 24 歳 農夫

昭和 8 年 8 月 21 日入院 同 9 年 月 13 日治癒退院

現症病歴 患者ハ二年前ヨリ、食後三時間ニシテ心窩部ニ鈍ニテ刺サルガ如キ疼痛ヲ訴ヘ、食餌ノ攝取ニヨリテ消失シ、又夜間ニ疼痛ノ發生セシト屢々ニシテ爲メニ睡眠ニ障礙セラレト云フ、而シテ疼痛發作時、心窩部ニ抵抗ヲ訴ヘ、呑酸ハ之ヲ存セシモ胃部膨滿感、嘔吐等ヲ缺除セリ。長ク內科的醫治ヲ受ケシモ毫モ效ヲ奏セズ、當科入院前、某公立病院外科ニ受診セシモ、確タル診斷ヲ附セラレズ、又藥物ノ服用モ其ノ必要ナシト云ハレタルモ、患者ハ自己ノ苦痛ニ堪ヘ兼テ遂ニ余等「バクリニツク」ニ受診スルニ至レリ。

局所所見 視診上 腹部ニ著變ナシ、觸診上、心窩部正中線ニテ、臍上ニ横指徑ノ所ニ輕度ノ抵抗ヲ觸ルルモ壓痛著シカラス腫瘍ヲ認メズ、脾、兩側腎ハ之ヲ觸知セズ、廻盲部ニモ壓痛點ヲ證明セズ。

胃液検査所見 總酸度最高 41、遊離鹽酸度最高 17、乳酸反應陽性、潛血反應陰性

X 線検査所見 胃緊張ハ著シク充進セルモ、胃、十二指腸ニハ、陰影缺損、壁龕等ヲ認メズ、十二指腸球部ニ相當シテ、患者ハ著シク壓痛ヲ訴ヘ、コノ部ニ變形アリ、且持續球ヲ認ム、而シテ球部ニテ其小彎側ニ壁龕樣ノ陰影ヲ存ス。幽門通過ハ正常ニシテ「バリウム」攝食後 3 時間ニシテ胃ハ空虚トナリ。十二指腸潰瘍ト診斷セラル。

十二指腸消息子検査所見 A 及ビ B 膽汁ニ共ニ普通大腸菌及ビ葡萄狀球菌ヲ證明セリ、C 膽汁ノ流出ハ之ヲ見ズ。

胃曲線検査 非定型のナルモ潰瘍ノ曲線ヲ得タリ。

術前診斷 前記病歴 各種検査所見ニ徴シ 術前十二指腸潰瘍 慢性膽囊炎ト診斷セリ。

手術所見 8 月 26 日 上腹部正中線ニテ開腹セシニ、幽門後壁ニ、彈力性硬ノ鳩卵大ノ腫瘍在リ、周圍ト癒著ハ之ヲ缺キ幽門ニ狹窄ヲ認メズ、脾頭部附近ニ數個淋巴腺ノ腫脹ヲ認ム、十二指腸ニ著變ナシ、膽囊ハ鳩卵大ニ腫脹シ周圍炎ヲ起セリ。バルフォア氏法ニ從テ胃切除ヲ行ヒ、ブラウン氏小腸吻合ヲ併施セリ。

胃切除標本 切除胃標本ハ、大彎 10 釐、小彎 7.5 釐、十二指腸 1 釐、幽門輪ヨリ 1.5 釐ヲ距タル小彎部後壁ニ長サ 3.5 釐、幅 3 釐、深サ 0.8 釐ノ大ナル潰瘍アリ、其邊緣ニ適度ノ増殖ヲ示セリ。

鏡檢所見 潰瘍邊緣ノ一部ヲ鏡檢セシニ既ニ癌細胞ノ浸潤アリ、充實性髓樣癌ノ像ヲ示セリ。

術後經過良好ニシテ 9 月 13 日治癒退院セリ。

術後診斷 胃小彎潰瘍癌、慢性膽囊炎

本症例ハ饑餓痛ヲ主訴トシテ受診セルモノニシテ、患者ノ所訴ハ十二指腸潰瘍ノ症狀ニ一致セリ。當科受診前長ク內科的姑息的醫治ヲ施サレタルモノニシテ吾人モ術前十二指腸潰瘍ト診斷シ開腹セルニ、十二指腸ニ變化ナク胃ノ漿膜モ著シキ變化ヲ呈セズ、癒着モ之ヲ缺如シ、觸診上單純ナル潰瘍ト思惟セシモノニシテ鏡檢ノ結果初メテ癌變性ヲ認メタルモノナリ。本症例ハ年齡尙ホ 24 歳ノ若年者ナルコト、當科受診前某公立病院外科ニ受診セン際ニモ胃腸ニ格別ノ病變ナシト診斷セラレタルコトノ如キ亦注目ニ値スル所ナリトス。

### 第四節 診斷的中率並ニ誤診率

患者ノ病歴ヲ吟味シ、各種理學的檢查ヲ行フモ尙ホ誤診ヲ來スコト少カラズ。今本症診斷ノ的中率乃至誤診率ニ關シテ調査スレバ次ノ如シ。



第一項 屍體ニ於ケル調査

本症患者が著シキ症状ヲ呈セザル時ハ、患者ハ之ガ爲ニ醫ヲ訪ルコトナク、又假令受診スルモ、系統的検査ヲ受クルニ至ラザルコト多キヲ以テ、カカル潜在性潰瘍ノ生前ニ於ケル誤診ニ關シテハ臨牀家が必シモ其ノ責ノ全般ヲ負フ可キモノニ非ズ、然レドモ屍體ニ就テコノ間ノ消息ヲ明ニスル事ハ、臨牀家トシテハ甚ダ重要ナル問題ナリ。後藤教授ガ東京、京都、九州ノ三大學病理學教室ニ於テ調査セル所ニ由レバ生前ノ誤診率次ノ如シ。

胃潰瘍ニ於ケル誤診率	77.6%
十二指腸潰瘍ニ於ケル誤診率	82.14%
胃及十二指腸潰瘍合併例ニ於ケル誤診率	58.33%

更ニ著者ガ當大學病理學教室ニ於テ、最近迄ノ材料ニ就テ、生前病歴ノ明カナルモノニ就テ調査セル所ニ依レバ、潜伏性潰瘍ノ率ハ、潰瘍屍全體ニ就テ 68.14%ニ達セリ。尙、生前ノ臨牀的診斷ニ就テ表示スレバ次ノ如シ。

潰瘍屍ニ於ケル生前臨牀的診斷の中率(著者)

胃潰瘍屍ノ場合(137例)	穿孔性腹膜炎ト診斷セシモノ	2例	
潰瘍又ハ其ノ疑診	25例(18.2%)	診斷不明ナリシモノ	1例
潰瘍以外ノ診斷	104例	胃及十二指腸潰瘍合併例ノ場合(8例)	
胃癌ト診斷セシモノ	8例	潰瘍又ハ其ノ疑診	1例(12.5%)
十二指腸潰瘍屍ノ場合(36例)		潰瘍以外ノ診斷	5例
潰瘍又ハ其ノ疑診	7例(19.4%)	穿孔性腹膜炎ト診斷セシモノ	1例
潰瘍以外ノ診斷	26例	腹部三主徴	1例

即チ術前診斷ノ的中セシモノ、胃潰瘍屍ニテ僅カニ 18.2%、十二指腸潰瘍屍ニテ 19.4%ニ過ギズ、胃及十二指腸潰瘍合併例ニ於テハ、潰瘍又ハ其ノ疑診、腹部三主徴ト診斷セシモノ總例 8 例中僅カニ 2 例ニ過ギズ、胃及十二指腸潰瘍合併例ト診斷セシモノハ 1 例ダモ之ヲ存セザリキ。

又木村氏モ、胃潰瘍屍ノ生前臨牀的診斷ノ誤診率 90.0% 以上ナリト報ゼリ。

前記ノ調査成績ニ依レバ、潰瘍屍ノ生前臨牀的診斷ノ的中率ガ甚ダ低率ナルコトヲ知ル可シ。コレ潰瘍患者ノ訴フル症状ガ、從來成書ニ記載セラレタルガ如ク定型のナラザル場合多キニ基クモノナリ。

第二項 教室ニ於ケル潰瘍手術例ニ於ケル調査

我が教室ニ於テ手術ヲ加ヘタル潰瘍例ニ就テ、術前診斷ニ就テ表示スレバ第 109 表ノ如シ。

第 109 表 潰瘍患者術前ノ診斷

(1) 胃潰瘍患者術前ノ診斷(著者)

胃潰瘍	73例(10例)	} 77.9%
胃潰瘍(癌變性ノ疑)	1例	
胃潰瘍(又ハ單ニ潰瘍ヲ穿孔ニヨル腹膜炎)	11例	
幽門周圍潰瘍	9例(4例)	
穿孔性幽門周圍潰瘍	2例	
幽門潰瘍	8例(1例ハ穿孔性幽門潰瘍)	
幽門潰瘍(癌變性ノ疑)	1例	
善性幽門狹窄症	46例	
胃潰瘍疑ヒ及ヒ十二指腸潰瘍	1例	
十二指腸潰瘍	17例(4例)(8.70%)	
胃癌	20例(8例)	
胃潰瘍癌	10例(2例)	
穿孔性腹膜炎疑	1例	
限局性腹膜炎(急性膽囊炎)	1例	
穿孔性腹膜炎(蟲様突起炎)	1例	
穿孔性腹膜炎(膽囊穿孔)	1例	
腸閉塞	2例(1例)	
慢性腸閉塞(幽門癌)	1例	
胃下垂症	4例(胃擴張慢性膽囊炎慢性蟲様突起炎慢性肝炎ヲ各 1 例ニ合併セリ)	
胃壁呈合術後障礙	1例	
胃結腸下垂症	1例	
胃擴張	1例	
肝疾患	1例	
慢性膽囊炎	1例	
	計 195例	

備考 本統計ニ於テハ潜伏性潰瘍ノ場合ヲ除ク、但シ潜伏性潰瘍ニシテ穿孔ヲ來シタルモノハ之ヲ含メリ。括弧内ノ數字ハ疑診ナリトス。



(2) 十二指腸潰瘍患者術前診斷(著者)

十二指腸潰瘍	69例(15例)	72.4%
穿孔性腹膜炎 (十二指腸潰瘍)	1例	
幽門周圍潰瘍	5例	
十二指腸狭窄	5例	
善性幽門狹窄	29例	
腹部三主徴	1例	
胃潰瘍	15例(3例)	77.9%
穿孔性胃潰瘍	1例	
幽門潰瘍	7例	
潰瘍癌	6例(2例)	
胃癌	3例(1例)	
肝膿瘍	1例	
慢性膽囊炎	2例(1例)	
慢性膽囊炎及蟲樣突起炎	2例	
腸間膜淋巴腺結核, 腸狹窄症疑, 盲腸癌 疑, 腸閉塞症疑	各 1例	
慢性蟲樣突起炎, 噴 門痙攣	1例	
計	152例	

備考 括弧内ノ例數ハ疑診例ナリ, 潜伏性潰瘍例ハ之ヲ除ケリ, 但シ潜伏性潰瘍ニシテ穿孔ヲ來シタルモノハ之ヲ含ム。

果シテ胃, 十二指腸ノ何レニ屬スルヤヲ判別スルニ困難ナル場合存スルモノニシテ, 此ノ際自覺的, 並ニ他覺的症候ニ依ルモ, 胃潰瘍ト十二指腸潰瘍ヲ鑑別スルニ困難ナル場合少カラザルヲ以テ, 術前幽門周圍潰瘍ト診斷セシ場合ハ, 臨牀的ニハ診斷の中セシモノト解シテ差支ナカル可シ。

幽門又ハ幽門近部潰瘍ト十二指腸潰瘍トハ類似ノ症狀ヲ呈シ, 臨牀上判然ト區別スルコト困難ナルヲ以テ, Soupault, A. Mathieu, Faber, Kemp 氏等ハ幽門潰瘍ト十二指腸潰瘍ヲ總括シテ Juxtapylorisches Geschwür ト稱シ, 又 H. Strauss 氏ハ之ヲ Parapylorisches Geschwür ト稱セリ。

最後ニ, 胃及ビ十二指腸潰瘍合併例ノ場合ニハ, 術前潰瘍ノ兩所ニ合併セルコトヲ診斷シ

(3) 胃及ビ十二指腸潰瘍合併例ニ於ケル術前診斷(著者)

胃潰瘍	13例(1例)	41.93%
幽門周圍潰瘍及ビ胃小彎潰瘍	1例	
幽門周圍潰瘍	3例	
胃潰瘍(癌變性疑)及 十二指腸潰瘍	1例	
善性幽門狹窄症	2例	
十二指腸潰瘍	6例(1例)	19.35%
慢性蟲樣突起炎及膽 囊炎, 胃擴張, 胃横 行結腸下垂症	1例	
胃癌	4例(1例)	
計	31例	

備考 又本統計ニ於テハ潜伏性潰瘍ヲ除ケリ。

即チ胃潰瘍ノ場合, 診斷の中率 77.9%ナリ。但シ善性幽門狹窄症, 幽門周圍潰瘍, 胃潰瘍兼兼十二指腸潰瘍ト診斷シタルモノハ之ヲ診斷の中率ノ中ニ加算セリ。次ニ十二指腸潰瘍ノ場合, 診斷の中率 72.4%ナリ。但シ, 幽門周圍潰瘍, 善性幽門狹窄, 腹部三主徴ト診斷セラレタルモノハ, 之ヲ診斷の中率ノ中ニ加算セリ。蓋シ潰瘍ガ幽門輪ニ密接セル場合ノ如キ, 胃切除標本ニ依ルモ, 潰瘍ガ

得タルモノ 1 例モ之ヲ存セス, 胃潰瘍ノミヲ, 診斷シ得タルモノ 41.93% 十二指腸潰瘍ノミヲ診斷シ得タルモノ 19.35% ナリキ。

次ニ我が教室ニ於テ, 手術所見ニ基ク診斷ノ誤診例ニ就テ吟味スルコトス可シ。

(1) 開腹時所見ニ依リシ場合, 潰瘍存在スルモ, 漿膜面ニ尙ホ潰瘍性過程ガ達セザル場合ノ如キ, 手術時視診觸診等ニ依リ潰瘍ト考ヘ, 之ニ切除手術ヲ施セル標本ニ就テ, 潰瘍ヲ發見セズ。表在性ノ「エロジオン」, 幽門痙攣性腫瘍, 慢性胃炎等ナリシ場合アリ。開腹時胃切除術適應症決定ニ際シ注意ス可キ所ナリス。

胼胝性潰瘍ニシテ痛腫トノ鑑別ガ手術時至難ナル場合ノ如キハ, 之ヲ痛腫ト考ヘ, 廣汎ナル胃切除術ヲ施スコトハ當ヲ得タル所ナリト雖, 前記慢性胃炎, 表在性「エロジオン」, 痙攣性腫瘍等ノ場合ノ如キハ, 多クハ外科の手術, 少クモ胃切除手術ノ適應症ナキモノナリ。

(2) 切除標本ノ鏡檢ニ依リシ場合, 潰瘍痛ヲ尙ホ單純性潰瘍ト誤診シテ之ニ胃腸吻合術ヲ施スガ如キ場合モ, 之ヲ存ス可シト雖, 反對ニ胃痛ト考ヘテ之ヲ切除シ, 鏡檢ノ結果尙ホ單純性潰瘍ナル場合モアリ。胃潰瘍痛 20 例中, 手術時單純性潰瘍ト考ヘテ之ニ胃切除手術ヲ施シ, 術後標本ノ鏡檢所見ニヨリ初メテ痛腫ナルコトヲ知リ得タルモノ 3 例ヲ經驗ス。

## 第五節 診斷並ニ鑑別診斷

### 第一項 胃潰瘍ト十二指腸潰瘍ノ鑑別診斷

兩疾患相互ノ鑑別ハ容易ナルガ如クニシテ實ハ然ラズ。余等ノ材料ニ於テモ術前兩者ノ鑑別ヲ誤リシ場合アリ。即チ胃潰瘍ヲ十二指腸潰瘍ト誤診セシモノ 8.07%, 反對ニ十二指腸潰瘍ヲ胃潰瘍ト誤診セシモノ 9.8%ヲ算ス。コレ潰瘍ガ幽門附近ニ存スル場合, 其ノ呈スル症狀 十二指腸潰瘍ニ往々酷似セルノミナラズ, 手術時觸診ニ依ルモ尙ホ鑑別不可能ノコト少カラザルニ由ルモノトス。

今兩者ノ鑑別上注意ス可キ諸點ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(1) 胃液所見, 胃潰瘍ニ於ケルヨリモ, 十二指腸潰瘍ニ於テ, 過酸症ヲ示ス率高キモノトス。余等ノ場合, 過酸症ヲ示シタル率前者ニ於テ 47.17% ナルニ比シ, 後者ニ於テ 63.15% ナリス。然レドモ十二指腸潰瘍ニ於テモ低酸度乃至無酸症ノ場合存スルヲ以テ, 胃液所見ハ兩疾患鑑別ノ絕對的指針トナラザルヤ明ナリ。又胃液曲線ノ終末上昇ノ頻度ハ十二指腸潰瘍ニ於テ, 胃潰瘍ヨリモ高率ヲ示スモノナリ。余等ノ場合十二指腸潰瘍ニテハ其率 29.4% ナリス。然レドモ胃潰瘍ニ於テモ亦 11.5%ニ於テ之ヲ示スコトアルヲ以テ注意ヲ要ス。

(2) X 線検査所見, 「ニツセ」ヲ明ニ證明シ得ル場合ニハ, 兩者ヲ確實ニ區別シ得ベシ。然レドモ該直接徵候ヲ缺キ, 單ニ間接徵候ノミヲ呈スルカ, 幽門部ニ狹窄存スル場合ノ如キ其



ノ區別至難ナルコト少カラズ。余等ノ場合 X線検査ニ於テハ、胃潰瘍ハ80.7%、十二指腸潰瘍ハ77%ニ於テ診斷の中セリ。茲ニ於テ Parapyloriches Ulcus 又ハ Juxtapylorisches Ulcus ナル診斷ヲ以テ満足セザル可ラザルガ如キ場合存スルモノナリ。又潰瘍ガ幽門輪ニ接著シテ存スル場合、X線検査ニ依ルモ、コノ部ノ潰瘍ハ「ニツセ」ヲ呈スルコト少ナキヲ以テ其ノ區別甚ダ困難ナリトス。

(3) 胃曲線、既述ノ如ク胃曲線検査ノミニ依テハ兩者ヲ區別スルコトハ不可能ナリ。

(4) 疼痛ノ性状、十二指腸潰瘍ニ於テハ、胃潰瘍ニ比シ餓痛一般ニ多シ。(余等ノ場合38.4%)然レドモ十二指腸潰瘍ニシテ早發性疼痛ヲ訴フルモノアリ。又反對ニ胃潰瘍ニ於テ餓痛ヲ訴フルモノモ余等ノ場合28.5%ヲ算ス。尙ホ兩疾患ニ於テ其ノ訴フル疼痛ガ食事ト關係ナキモノモ少ナシトセズ。亦全ク疼痛ヲ缺如セル場合モアリ。從テ疼痛ノ性状ヲ以テ兩者ヲ的確ニ區別セントスルハ不可能ナリ。又餓痛ハ潰瘍以外ノ疾患例之膽囊炎、膽石症、蟲樣突起炎等ノ場合ニモ之ヲ訴フルモノトス。

不消化物ノ攝取ニ由リ、胃潰瘍ノ場合ニハ疼痛早發スルモ、十二指腸潰瘍ニ於テハ反對ニ遲發スルモノナリ。

又 Moynihan 氏ニ由レバ、十二指腸潰瘍ニ於テハ疼痛ハ食事一安靜一疼痛ノ三拍子ヲ取ルニ比シ、胃潰瘍ニ在テハ食事一安靜一疼痛一安靜ノ四拍子ヲ取り、診斷的價値大ナルモノトセルモ、他ノ多數學者ノ調査ニ依レバ大體其ノ關係ハ之ヲ認メラルルモ、胃潰瘍ニ於テモ幽門近部ノモノハ三拍子ヲ示スモノニシテ必ズシモ絶對的ノモノニ非ズ。

(5) 症狀ノ週期性、本徵候ハ十二指腸潰瘍ニ於テハ胃潰瘍ヨリモ遙ニ高率ヲ示シ、余等ノ材料ニ於テハ、其ノ比率ハ39%對5%ナリ。

(6) 壓痛點、胃潰瘍ノ場合ハ多クハ正中線又ハ左側心窩部ニ之ヲ存スルモ、十二指腸潰瘍ノ場合ハ正中線又ハ多クノ場合右側心窩部ニ之ヲ存スルモノトス、然レドモ稀ニハ十二指腸潰瘍ニシテ左側心窩部ニ、胃潰瘍ニシテ右側心窩部ニ壓痛點ヲ有スル場合アルヲ以テ壓痛點ノミニ捕ハルル時ハ誤診ノ原因トナルモノナリ。

(7) 嘔吐並ニ吐血及ビ下血、胃潰瘍ハ十二指腸潰瘍ニ比シ嘔吐ヲ訴フル頻度多シ。又吐血ハ胃潰瘍ニ多ク(23.1%)十二指腸潰瘍ニ少ナシ(9.1%)下血ハ十二指腸潰瘍ノ場合ニ屢々之ヲ認メ、他ニ何等ノ症狀ナク、周期的ニ又ハ時トシテ突然高度ノ下血ヲノミ來ス場合アリ。

(8) 潛血試驗、胃液ノ潛血反應陰性ニシテ糞便ノ夫レガ陽性ナル場合ハ十二指腸潰瘍ト考フ可キナリ。

要之、兩種潰瘍ヲ術前的確ニ區別スル能ハザル場合ノ少ナカラザルハ、思フニ一部ノ症狀

ニ捕ハルル爲ナル可シ。Moynihan 氏ノ如キ十二指腸潰瘍ノ診斷ハ病歴吟味ノミニテ充分ナリト稱スルモ、吾人ノ經驗ニ於テハ然ラズ。病歴ハ勿論各種検査所見ヲ系統的ニ吟味セザル可ラザルモノトス。

尙一言ス可キハ、多發性潰瘍ノ診斷ナリトス。吾人ノ研究ニ依レバ、潰瘍ガ多發性ニ來ルコトハ、從來學者ノ報ジタルヨリモ遙ニ高率ヲ占ムルモノナリ。而モ術前之ガ的確ナル診斷ハ甚ダ困難トスル所ナリ。詳細ハ後段更ニ述ブル所アル可シ。

## 第二項 胃及ビ十二指腸ノ他ノ器質的疾患トノ鑑別

### (1) 胃癌、十二指腸癌

十二指腸ニ原發性癌腫ノ發生ヲ見ルコトハ甚ダ稀ニシテ余等モ未ダ二例ヲ經驗セルニ過ギズ。從テ十二指腸癌腫ヲ、コノ部位ノ潰瘍ト誤診スル機會モ亦少ナシト雖、潰瘍ト胃癌トハ往々誤診ヲ來スコトアリ。余等ノ取扱ヒタル材料ニ於テ潰瘍ヲ術前胃癌ト誤診セシ率ヲ記述スレバ次ノ如シ。

胃潰瘍ヲ術前胃癌ト誤診セシモノ 195例中20例=10.2%

十二指腸潰瘍若クハ其疑ト誤診セシモノ 152例中3例=1.97%

潰瘍ヲ癌腫ト誤診スル時ハ、速ニ開腹術ヲ施シ、根治手術ヲナスノ機會有ルヲ以テ、患者ニハ寧ロ好都合ナリト雖、反對ニ胃癌ヲ潰瘍ト誤診シテ、内科的療法ヲ施ス事ハ、其ノ豫後ニ及ボス所甚ダ大ナルモノアルヲ論ヲ待タズ、コレ潰瘍ノ他疾患トノ鑑別上最モ留意セザル可ラザル所ナリ。今余等ノ材料ニ於テハ胃癌ヲ潰瘍ト誤診セシ誤診率ヲ記述スレバ次ノ如シ。

胃癌ヲ術前潰瘍ト誤診セシモノ 774例中28例 3.6%

潰瘍ヲ十二指腸潰瘍ト誤診セシモノ 774例中12例 1.5%

次ニ胃癌ト潰瘍トノ鑑別ニ注意ス可キ諸點ヲ列記スレバ次ノ如シ。潰瘍ト誤診スル胃癌ニ二種類アリ、一ハ原發性癌腫ニシテ、他ハ潰瘍ニ續發セシ胃癌症ナリトス。而シテ後者ノ場合即チ潰瘍ノ惡性變化ニ關シテハ後段當該條下ニ於テ之ヲ詳述スルコトトシ、茲ニハ潰瘍ト、主トシテ原發性胃癌トノ鑑別ニ就テ述ベントス。

(一) 病歴、癌腫ハ一般ニ潰瘍患者ニ比シ高年者ニ多ク、症狀ノ持續期間潰瘍患者ヨリ遙ニ短シ。然レドモ胃癌ニシテ胃部疼痛、呑酸嘔吐、胃酸過多、時ニハ餓痛スラ之ヲ訴フルコトアリ。例之教室木塚氏ノ調査ニ依レバ原發性胃癌55例中空腹時疼痛ヲ初發症候トナセシモノ7例ヲ算ス。一方高齢者潰瘍ニシテ腫瘍ヲ觸知シ、且ツ定型の症狀ヲ呈セザル場合ノ如キ、更ニ誤診ヲ來シ易キモノナリ。

潰瘍ト胃癌トノ鑑別ハ容易ナルガ如クシテ而モ甚ダ困難ナル場合アルヲ以テ、全經過ヲ入念ニ觀察セザル可ラズ。一般ニ胃癌ニ於テハ時日ノ經過ト共ニ症狀次第ニ増悪スルモ、潰瘍ノ



場合=在テハ發作性=症狀ノ増悪ヲ示スモ、適當ノ醫治=依リ、再ビ輕快スルモノトス。

胃痛=於ケル疼痛=就テ吟味セン=次ノ如シ。

胃痛=テモ多クノ場合疼痛ヲ訴フルモノナルモ、發病後疼痛發現ノ時期潰瘍ノ場合=比シ一般=遅キヲ普通トス。今參考ノタメ教室=於ケル木塚氏ノ調査成績ヲ掲グレバ次ノ如シ。

原發性胃痛 100 例中

疼痛ヲ有セシモノ	84 例
内先驅症狀トシテ自發痛ヲ有セルモノ	48 例
疼痛ヲ全然(自發痛、壓痛)缺如セシモノ	16 例
自發痛ノ缺如セシモノ	35 例
壓痛ノ缺如セシモノ	12 例

又胃痛ノ疼痛ハ其ノ性狀壓迫感程度ノ輕痛ノ場合ヨリ痛痛ノ如キ刺痛=至ル迄種々ノ程度ノモノアルモ、多クハ鈍痛ナリ。且ツ潰瘍ノ疼痛ガ多ク發作性ナル=比シ、胃痛ノ夫レハ持続性ヲ帶ブルモノ多シ。コノ點=關シ、木塚氏ガ胃痛=ツキテ調査シタル成績ヲ掲グレバ次ノ如シ。

原發性胃痛 28 例=於ケル疼痛ノ性狀

鈍痛	15 例	刺痛	1 例
輕痛	8 例	穿痛	1 例
劇痛	1 例		

然レドモ胃痛=テ刺痛ヲ訴ヘ、潰瘍=テ疼痛程度ナルモノ稀=存スルヲ以テ、單=疼痛ノ性狀=ノミ捕ハルル時ハ不測ノ誤診ヲ來スコトアリ。

又攝食ト疼痛トノ關係=就テ木塚氏ノ調査セン所=依ルニ、胃痛症ノ場合=モ、空腹時疼痛ヲ訴フルコトアリ。胃痛=テハ一般=疼痛ト攝食トノ關係ハ甚ダ複雑ナリ。然レドモ一般=潰瘍患者=在テハ既述ノ如ク、疼痛ハ攝食ト密接ナル關係ヲ有スルモノナリ。

後藤教授ハ我が教室=於テ、最近 11 ケ年間=手術ヲ施シタル胃痛 733 例中、術前、潰瘍及ビ之=類スル疾患ト誤診セシモノ 39 例即チ 5.33% 存スルコトヲ述べ、コノ 39 例ハ何レモ其ノ呈スル臨牀的症狀、検査所見等潰瘍ト甚ダ酷似セシモノニシテ、潰瘍=シテ定型的症狀ヲ呈セズ又胃痛=シテ潰瘍類似ノ症狀ヲ呈スル場合、診斷ノ至難ナルヲ物語ルモノナリトセリ。參考ノタメ、39 例=就テ其ノ症狀ノ主ナル點ヲ吟味スレバ次ノ如シ。

主訴

胃部膨滿感 10 例内	嘔吐ヲ伴ヒシモノ	4 例	胃部腫瘍形成	2 例
	上腹部緊張感	1 例	胃部膨隆	1 例
上腹部疼痛		25 例	廻盲部疼痛	1 例

即チ注意ス可キハ、上腹部疼痛ヲ訴ヘシモノ 5 例ノ多キ=達シ、潰瘍=稍特有ナル所見ヲ示ス場合ノ存スルコトヲ知り得可シ。又腫瘍形成ヲ主訴シタルモノ僅カニ 2 例=過ギズ。次=

主要ナル症候=就テ吟味セン=次ノ如シ。

上腹部自發痛=就テハ、25 例中、饑餓時=モ之ヲ訴ヘシモノ 7 例アリ。十二指腸潰瘍ト誤診セン所以ナリ。

腫瘍=就テハ、之ヲ觸知セシモノ 10 例ニシテ、内 3 例=於テハ入浴診斷=由リテ初メテ之ヲ觸ルルヲ得タリ。抵抗ヲ觸レシモノ 7 例、腫瘍及ビ抵抗共ニ之ヲ認メザリシモノ過半数 22 例=達セリ。コレ潰瘍ト診斷シタル所以ナリ。

羸瘦ヲ認メタルモノ 13 例、内 3 例ハ高度=之ヲ存セリ。然ルニ 23 例=於テハ全ク之ヲ示サザリキ。是レ胃痛=非ズト思考スル=根據ヲ與ヘタルモノトス。

吐血、之ヲ訴ヘタルモノ 7 例アリ。コハ潰瘍ト診斷スル=有力ナル根據ヲ與ヘタルモノトス。

(二) 胃液所見 胃痛=於テハ遊離鹽酸缺如率竝=乳酸反應陽性率ハ大約 60 乃至 90 %ヲ占ムルモ、潰瘍殊=十二指腸潰瘍=在テハ過酸症ヲ示スコト多キヲ以テ、胃液検査ハ潰瘍ノ診斷竝=鑑別診斷上意義少ナカラザルモノナリ。然レドモ、胃痛=於テモ稀=過酸症ヲ示スモノアリ、潰瘍=シテ無酸症ノモノモ往々之ヲ有ス。即チ余等ノ材料=於ケル調査成績ヲ示セバ次ノ如シ(胃液検査法ノ項参照)。

胃潰瘍ノ場合	5.72%(分割的胃液検査法)
十二指腸潰瘍ノ場合	4.22%(分割的胃液検査法)

斯ノ如クナルヲ以テ、單=胃液所見=ノミ捕ハルル時ハ往々思ハザル誤診=陥ルコトアリ、潰瘍=於テモ、幽門狭窄存スル場合ノ如キ、乳酸反應陽性ナルコトアリ。

(三) X 線検査所見 X 線検査ハ兩者ノ鑑別上甚ダ肝要ナリ。コレ兩疾患=於テハ各有ノ徵候ヲ示スコト多キヲ以テナリ。比較的大ナル腫瘍ヲ觸レ、X 線検査=於テ陰影缺損存スル時ハ胃痛ト診斷シテ差支ナシ。然レドモ胼胝性潰瘍=シテ大ナル潰瘍存スル場合ノ如キハ兩者ノ鑑別至難ナリ。胃痛=於テモ初期ノモノ=在テハ上記ノ如キ定型的ノ X 線の徵候ヲ示スモノ=非ズ。

殊=幽門部=狭窄存スル場合ノ如キ、狭窄ノ性狀ガ潰瘍=基クモノナリヤ、痛=基クモノナリヤ之ヲ確=區別スルコト殆ンド不可能ナルコトモ亦少ナカラズ。

(四) 胃曲線 胃曲線検査モ、兩疾患ヲ鑑別スル=助トナリ得ルモノナレドモ、潰瘍=シテ、深ク周圍=穿通シ、陳舊性胼胝性ノモノ=於テハ往々鑑別困難ヲ來スコトアル可キハ教室ノ大林、平田兩氏ノ既=報告シタル所ナリトス。

(五) 糞便ノ潛血反應 胃痛ノ場合=ハ出血ハ多ク少量=シテ且ツ持続性ナルヲ以テ糞便潛出血ノ反應ハ持續的=陽性ナル=比シ、潰瘍ノ場合=ハ出血著シキ時ト雖、醫治=依リ比較的速カ=治愈シ糞便潛出血反應ノ如キモ 2-3 週間=シテ消失スルヲ通常トス。



(六) 腫瘍 我ガ教室=於ケル腫瘍ノ觸知率ハ原發癌=於テ 89.0% =シテ胃潰瘍ノ場合=ハ 22.1%, 十二指腸潰瘍ノ場合=ハ 17.8% ナリ。即チ胃癌ノ場合ハ潰瘍=比シ觸知率=大ナリ。又腫瘍ノ大サハ癌腫ノ場合=於テ通常大ナリ。即チ潰瘍ノ場合=ハ癌腫=比シテ一般=小=シテ周圍トノ癒着強キモノトス。又著シク強キ癒着アル腫瘍存スル場合、既往症ヲ充分精査スル時ハ、既往=於テ穿通症状トシテ著シキ疼痛發作ト共=腫瘍形成ヲ訴ヘシコトアル場合多シ。

潰瘍ニシテ痙攣性ノ腫瘍存スル時胃痛ト誤診スルコトアリ。注意ヲ要ス。

(七) 血液検査 アーネット氏血像、赤血球沈降速度ノ検査等モ鑑別診断ノ一助ナルモノナレドモ絶對的ノモノニ非ズ。

(八) 貧血 癌腫ハ早晚惡液質=陥リ、從テ貧血ヲ呈スル場合多キ=比シ潰瘍ハ大出血ノ場合=於テモ、比較的速=治癒シ貧血モ亦早ク回復スルモノナリ。然レドモ潰瘍ニシテ貧血著シキ場合、癌腫ニシテ貧血著シカラザル場合モ時トシテ之ヲ存シ爲メ=兩者ハ混同セラルルコトアリ。

我ガ教室=於テ潰瘍ト誤診セラレタル胃癌 39例=就テ之ヲ見ルモ、血色素量 51 以上(ザーリ氏法)ノモノ 20 例ヲ算セリ。

次ニ胃痛トノ鑑別=甚ダ困難ヲ覺エタル經驗例ヲ列記シ讀者ノ參考=資セン。

第1例 患者、宮地某、女子、商業、入院、昭和8年9月25日、同年12月13日、全治退院。主訴 發作性=發現スル右側季肋下、竝ニ心窩部=於ケル劇痛。

現病歴 本年5月16日、食餌不攝生ノ後心窩部=膨滿感ヲ覺ヘ、同月22日右側季肋部=劇甚ナル腹痛ヲ訴フ、某醫ヲ訪レ、鎮痛劑ノ注射ヲ受ケテ漸ク疼痛消失セリ、醫ハ心窩部=腫瘍ノ形成ヲ認メタリト云フ。發熱ハナカリシ。6月1日=至リ皮膚=黄疸ヲ來シ、翌日醫師ヲ訪レ、胃液検査ヲ受ケタリ。其ノ所見ハ次ノ如シ、即チ

總酸度	18.0
遊離鹽酸度	0

依テ胃癌及ビ肝轉移ト診斷セラル。黄疸ハ7日=シテ消失セシモ、8月6日再ビ右側季肋部=痙攣性ナル痛現ハルルト共=黄疸モ亦再發セリ。疼痛ハ注射=依リテ消失シ、黄疸モ3日=シテ消失セリ。9月10日再ビ心窩部膨滿感及ビ黄疸ヲ認ム、最初ヨリ疼痛發作ノ際ニ、該疼痛ガ肩胛部又ハ背部=放散スルコトナク、高熱モ亦無カリキ、嘔吐モ之ヲ訴ヘシコトナシ。

局所々見、視診上、腹部ハ一般=陥没シテ著變ヲ認メズ。觸診上、腹壁一般=弛緩シ、肝下緣ハ右乳線上=テ肋骨弓下横指徑ノ所=之ヲ觸知セリ。右側季肋部=約鳩卵大ノ抵抗アリ。輕度=壓痛ヲ訴フ。心窩部正中線=テ臍上部=鶏卵大ノ腫瘍アリテ横位ヲ示ス。硬度、弾力性硬、表面平滑ニシテ、壓痛ヲ訴ヘズ、呼吸ト共=移動シ、左右ノ移動性亦之ヲ存ス。呼吸時之ヲ固定スルコトナク、兩側腎及ビ脾ハ之ヲ觸知セズ、腹部=ハ其他=著變ヲ認メズ。

胃液検査所見、遊離鹽酸ハ之ヲ缺如シ、總酸度ハ最高 22 ナリ、潛出血反應強陽性、乳酸反應モ亦陽

性ナリ。

十二指腸消息子検査所見 A 胆汁ハ輕度=潤濁シ、變形セル普通腸菌ノ少數ヲ認メ、B 胆汁亦輕度=潤濁シ多數ノ變形セル普通大腸菌ヲ含メ、C 胆汁ハ流出セズ。

消化管X線検査所見、胃ノ緊張ハ甚ク低下シ、胃ハ第三度ノ下垂ヲ示ス。胃蠕動著シク亢進セリ。幽門=鶏卵大ノ腫瘍在リ、之=相當シテ陰影缺損ヲ認ム、3時間=シテ胃ハ空虚ナル、前記ノ所見=依リ幽門癌及ビ胃下垂症ト診斷セラル。

術前診斷、膽石症、幽門癌疑、胃下垂症。

手術所見、10月7日上腹部正中線=テ開腹セシニ、肝ハ中等度=増大シ、觸診=依リ膽囊及ビ總輸膽管=結石ヲ證明セシヲ以テ、膽囊別出術、總輸膽管切開術ヲ行ヒテ結石ヲ除去シ、肝管内=「ドレーン」ヲ、手術野=「チガレフテンドレーン」ヲ挿入シテ手術ヲ終レリ。

然ルニ本症例=於テ、注意シキハ、幽門部=X線検査=依リテ證明セシガ如キ腫瘍アリ。大サ鶏卵大、表面比較的平滑ニシテ、癒着ハ之ヲ缺ケリ、該腫瘍ハ開腹手術所見ヨリ幽門部潰瘍ト思考シ、患者ノ一般狀態=鑑ミ、該腫瘍ノ處置ハ二次的=之ヲ行フコトシ腹壁縫ヲナシテ手術ヲ終レリ。術後經過良好ニシテ、11月18日、前同手術創ヨリ再開腹手術ヲ施シ、Balfour 氏法=從ヒテ胃切除手術ヲ行ヒ、Fraun 氏小腸呈合ヲ併置セリ。然ルニ術後胃標本ヲ檢スルニ、幽門部腫瘍ノ性質=就テハ俄ニ之ヲ決定スルコト困難ナルモノコト部=瘻痕又ハ潰瘍ヲ缺キ却テ小彎=テ幽門ヨリ 7 糎ヲ距タル部=偶然ニモ潰瘍ヲ發見セリ、其ノ長サ 0.5 糎、幅 0.3 糎、深サ 0.2 糎ナリ。

術後經過頗ル順調ニシテ12月13日治癒退院セリ。

術後診斷、胃潰瘍、胃下垂症、膽石症

本症例ハ、患者ノ訴フル主症狀ハ寧ろ定型的ナル膽石症ニシテ胃潰瘍=相當スル著シキ症狀ハ術前之ヲ呈セズ、又胃液所見=於テ遊離鹽酸缺如セル點、X線検査=依リ、幽門部=陰影缺損ヲ認メタル點ヨリ、術前幽門癌ト疑診シ、開腹時=ハ幽門部潰瘍ト見做シ、第2回手術=依リ胃切除術ヲ施シ、胃標本=於テ初メテ幽門遠隔小彎潰瘍ナルコトヲ知ルニ至リタルモノナリ。

## 第2例

患者ハ40歳ノ男子、大正9年11月22日入院、同年12月9日退院、

主訴ハ嘔吐胃部膨滿感竝ニ羸瘦ナリ。

家族歴=特記スベキコトナク前病歴トシテ 20 年前暴飲暴食=原因シテ嘔吐腹痛ヲ經驗シ爾來殆ド毎月 1 回臍窩部附近=鈍痛アリ 4,5 日間持續シタルモ攝食ト關係ナカリシト云フ。

現病歴ハ3年前ヨリ腹鳴及ビ胃部膨滿感アリテ某醫=胃擴張ノ診斷ヲ受ケシコトアリ入院前10ヶ月ヨリ諸症候増悪シ嘔吐ヲ僅ニ至ル但シ吐血ノ經驗ナシ疼痛モ入院前10ヶ月ヨリ消滅シ便通ハ1日2回下痢便ナリ食慾ハ膨滿感ナキ時ハ惡シカラズ近時腰痛アリ羸瘦倦怠口渴ヲ訴ヘ心窩部右側=胃ノ蠕動不安ヲ認ムルコトアリ吞酸嘔吐ハコレナシト云フ。

現症、觸診スル=劍狀突起ヨリ約 4 横指下=於テ拇指頭大ノ硬キ腫瘍アリ呼吸運動=ヨリ移動セズ左右=移動セリ胃液ハ總酸度 60、遊離鹽酸度 30、乳酸反應陰性、X線所見=於テモ幽門部狹窄所見著明ニシテ腫瘍ヲ認メ得タリ。

以上ノ所見=由レバ本例=於テ幽門狹窄ノ存在スル事ハ明ナルモ其ノ原因胃潰瘍ト胃癌ト



何レニ依ルカヲ判断スルニ甚ダ感ヒ無キ能ハズ20年來1ヶ月1回鈍痛ヲ經驗セシ事アルハ稍々胃潰瘍ノ存在ヲ疑ハシムルモ未ダ之トテモ定型的ノ疼痛ト云フベカラズ管テ胃擴張ノ診斷ノ下ニ等閑視サレタル程ナリ殊ニ10ヶ月來此ノ疼痛ハ消退スルニ至リ胃液ノ遊離鹽酸度モ高カラズ然ルニ一方一般症狀増悪シ加フルニ現在ニ於テモ腫瘍ヲ觸知セリ其他ノ諸點ヲ綜合シテ少クトモ胃潰瘍ノ惡性變化ヲ考ヘ得ベキ症例ナリト云フベシ、然ルニ本例ノ手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ高度ニ擴張シテ胃壁肥厚シ小彎ニ於テ幽門ニ接着シ略々鷲卵大ノ硬キ腫瘍アリ臍臑及ビ臍囊トノ癒着殊ニ著シク尙病竈附近ノ淋巴腺肥大セルモ其質軟ナリキ腫瘍ヲ切除セリ。

切除セル胃標本ニ就テ檢スルニ幽門輪ニ接着シ小彎部ニ於テ長サ 2.0 幅 1.5 幅深サ 1.5 幅卵圓形ノ潰瘍アリ其ノ邊緣ハ一般ニ軟ナレドモ諸所ニ稍々硬キ部アリ但シ著シキ肥厚ナシ潰瘍基底ハ平滑ニシテ血性粘液ニテ被ハル邊緣ノ組織學的檢査ヲ行ヒシニ癌組織ハ之ヲ認メザリキ。

第3例 患者ハ44歳ノ男子、大正13年4月26日入院、同年5月19日退院。

現病歴 10年前食後3時間ニシテ腹部ニ劇痛來リ更ニ1,2時間ニシテ嘔吐アリ尙下痢ヲ催セリ當時某醫ニ依リ急性胃腸加答兒ノ診斷ヲ受ケテ治療セラレシガ爾來劇動スレバ心窩部ニ疼痛アリ胃散ヲ服用シテ小康ヲ得タリ4年前ヨリ靜養ヲ怠ルキハ食後約4時間ニシテ心窩部ニ疼痛アリ時々攝食ニ依リ疼痛消退スルコトアリ1年前前斯カル發作増悪シテ1日、2,3回ニ及ビ更ニ糞便ノ黒色ヲ呈セシコトアリ其ノ後十二指腸蟲驅除ヲ受ケタリ半年前ヨリ食後胃部膨滿感アリ3ヶ月前ヨリ吞酸嘔噎羸瘦アリ食慾普通便通1日ニ1回ナリ。

現在症、主ナルモノハ貧血、心窩部腹壁ノ緊張、壓痛並ニ抵抗感アリ胃液ノ總酸度32、遊離鹽酸反應缺如シ乳酸反應ハ陰性ナリ、X線所見ニ於テハ影像缺損壁龕ナク緊張普通、蠕動稍々弱シ壓痛アリ。

本例ノ病歴ヲ見ルトキハ初期症狀トシテハ胃潰瘍ノ疑ヲオクベキコト明ナルモ經過ト共ニソノ症狀漸次増悪スルニ加ヘテ胃液ノ遊離鹽酸缺如セル如キ所見ニ遭遇スルトキハ少クトモ胃潰瘍ノ惡性變化ヲ考フベキコト前例ニ於ケルガ如シ尙本例ハ管テ急性胃腸加答兒ノ診斷セラレタルコトアリ當時本患者ハ下痢ヲ併發セルモノニシテ是レ又普通認結ヲ當トスル胃潰瘍ノ症候トシテ非定型的ナリ次ニ疼痛ノ時間的關係ニ於テハ寧ロ十二指腸潰瘍ヲ想ハシメタル時期アリ更ニ本患者ハ十二指腸蟲驅除ヲ受ケタル事アリ胃潰瘍患者ニシテ貧血ヲ訴ヘ糞便ノ潛血反應ヲ呈スル場合偶々蟲卵ノ證明ニ依リテ十二指腸蟲寄生トシテ處置セラレタル例往々聞知スル所ナルガ之ヲ以テ能事終レリトナスハ早計ナリトス。

本例ノ手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ幽門ニ近キ小彎部ニ於テ肝下面及ビ前腹壁ト緊密ニ癒着シ之ヲ剝離シテ所見ヲ審カニスルコト能ハザリシモ周圍ノ狀況ヨリ判斷シテハ小彎潰瘍ノ穿孔竝ニ胃周圍炎ニ依リ癒着ト判定シタリ穿孔部周圍左程硬カラズ大彎ニ沿フテ淋巴腺ノ腫大ヲ認メタレドモ軟ニシテ組織學的檢査ニ於テモ癌組織ヲ認メズ胃腸吻合術ヲ施セリ。

第4例 55歳ノ女子大正14年9月28日入院同年9月30日死亡。

現病歴ハ約15年前ヨリ時々心窩部ニ劇痛アリ背部ニ放散セリ5年前ヨリ食後ニ嘔吐來リ更ニ3年前ヨリ吞酸嘔噎アリ時々黒褐色ノ吐物アリ漸次羸瘦シ食慾不振ニシテ便通ハ秘結ニ傾ケリ。

現在症ノ主ナルモノトシテ貧血アリ心窩部ニ輕度ノ膨隆ヲ示シ殊ニ心窩部ノ右側ニ於テ壓痛著明ニシテ此ノ部

ニ鷲卵大ノ硬キ腫瘍アリ上界ヲ除ケバ境界明ナレドモ可動性ハ充分ナラズ胃液所見ハ總酸度47、遊離鹽酸度23、乳酸反應、潛血反應共ニ陰性ナリ。

本例モ大體ニ於テ胃潰瘍ノ病歴ヲ備ヘ且ツ胃潰瘍ニ於テモ其穿孔ヲ生ゼル時又ハ肝賦性ノ場合ニハ腫瘍トシテ觸ルル事アルモ本例ノ如ク腫瘍鷲卵大ニ達シ而カモ硬固ニシテ他面胃液遊離鹽酸ノ低下ヲ示セル如キ場合ニハ寧ロ胃癌ノ診斷ヲ下スニ至ルコト往々ナリ而シテ本例ノ手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ幽門部ニ於テ胡桃大ノ硬キ腫瘍アリ漿膜面ハ肝賦性ナリ淋巴腺腫大ハ臍臑頭部ニ於テ僅ニ認メラレタルノミ。腫瘍ハ周圍ト癒着シ之ニ依リテ幽門狹窄ヲ生ジ胃腔擴大シテ其ノ壁肥厚セリ腫瘍部ヲ切除セリ。

切除シタル胃ヲ小彎ニ沿フテ開ケバ幽門輪ニ接着シ大彎ニ位置シテ長サ 1.6 幅 1.1 幅深サ 1.1 幅ノ潰瘍アリ潰瘍底ハ血液様粘性物ヲ以テ被ハレ邊緣ハ稍々肥厚シ硬化セリ組織學的檢査ニ於テ癌組織ヲ認メザリキ。

第5例 59歳ノ男子大正15年9月13日入院同年10月1日退院。

家族歴前病歴ニ特記スベキ事ナシ。

現病症ハ元來秘結ニ傾キシガ1年前前ヨリ空腹時ニ心窩部疼痛ヲ感ジ疼痛烈シク爲メニ手ヲ以テ觸ルルコト能ハズ其ノ後食事直後ニ疼痛ヲ覺ユルニ至レリ約8ヶ月前ヨリ食慾不振ヲ訴ヘ漸次羸瘦セリ此ノ頃ヨリ右季肋部ニ牽引性疼痛アリ約2ヶ月前ヨリ食慾減退著明ニシテ食後直ニ心窩部疼痛アリテ膨滿感ヲ訴フルニ至レリ。

現在症ノ主ナルモノトシテハ上記ノ外顔面蒼白ニシテ糞便ノ潛血反應陽性ナリ胃液所見ニ於テ總酸度54、遊離鹽酸度40、乳酸反應陰性ナリ、X線所見ニ於テ幽門部ニ比較的硬キ腫瘍ヲ觸レ稍々可動性ヲ缺キ壓痛アリ。

本例ハ空腹時ニ心窩部疼痛ヲ訴ヘタル事既ニ胃潰瘍トシテ定型的ナラズ今此ノ發作ヲ胃潰瘍ニ依ルモノトスルモ其ノ後ノ經過ヲ見ル時ハ諸症狀ノ増悪著明ニシテ殊ニX線檢査上硬キ腫瘍ヲ認メタル如キ胃潰瘍ノ惡性變化ヲ疑ハシムル事明ナリ只胃液中遊離鹽酸度稍々高キコト胃潰瘍ニ相當ス、手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ擴張シ幽門部ハ臍囊部ト纖維性癒着ヲ示セリ幽門輪ニ接シ小彎部ニ穿孔ヲ有セリ胃切除ヲ施セリ。

切除胃ヲ大彎ニ沿フテ開キ見ルニ幽門輪ニ接シテ小彎部ニ於テ長サ 2.5 幅 1.2 幅ノ潰瘍アリ潰瘍底ハ穿孔シ潰瘍邊緣ハ鋭ニシテ肥厚ナシ組織學的檢査ニ於テ癌組織ヲ認メザリキ。

第6例 49歳ノ男子、大正15年10月8日入院、同年10月30日退院。

現病歴ハ約8ヶ月前大酒後心窩部ニ烈シキ胃痛ヲ起シ發熱アリ吐血ヲ伴フ吞酸、嘔噎、膨滿感惡心、嘔氣等相繼テ起リ漸次羸瘦ス食思ハ存在シ便通ハ秘結ス。

現在症ノ主ナルモノトシテ心窩部一般ニ稍々膨隆スレドモ壓痛、腫瘍等ヲ觸レズ胃液所見ハ總酸度50、遊離鹽酸度35、乳酸反應、潛血反應共ニ陰性、X線所見ニ依レバ壁龕ヲ認メザレドモ幽門部ニ拇指頭大ノ腫瘍ヲ觸レ影像缺損ノ疑ハシキモノヲ認メタリト云フ。

本例ハ病歴ヲ見ル時ハ胃潰瘍ヲ考フベキモ尙壓痛點ヲ缺如シ胃液遊離鹽酸度モ左程高カラザルナリ、X線檢査ニ於テモ胃痛トノ鑑別ニ困難セルモノナリ本例ニテモ明ナルガ如ク食思ノ



存否ハ胃痛トノ鑑別ニ可成有力ナル根據ヲ與フルガ如シ手術所見次ノ如シ。

胃ハ小彎ヲ以テ左肝葉ノ後壁ト纖維性癒着ヲ示シ腫瘍形成ヲ認メズ但シ胃壁ハ瀰漫性ニ硬化セリ胃切除ヲ施セリ。切除胃ヲ大彎ニ沿フテ開キタルニ小彎部ニ廣汎ナル淺キ潰瘍アリ長サ9.0 極幅 6.0 極ニ及ベリ組織學的検査ニ於テ癌組織ナシ。

尙一言スキハ、潰瘍患者ハ、稀ニ他臟器ノ癌腫ヲ合併シ來ルコトアリ、カカル場合潰瘍ノ症狀ガ先行シ且ツ定型的ナル時癌腫ヲ見落ストアリ、吾人ノ經驗セル症例ニ於テハ、胃潰瘍ニ對スル胃横切除後、一定期間ヲ經テ貧血ヲ主訴トシテ患者受診シ、各種検査ヲ行ヒシモ診斷確定セズ、入院後相當ノ期日ヲ經テ上行結腸肝彎曲部ノ癌ヲ發見セシコトアリ、本例ニ於ケルガ如ク單ニ潰瘍ニ捕ハルル時ハ、重篤ナル合併疾患ヲ見落スコトアリ。

(2) 胃炎及ビ十二指腸炎

胃及ビ十二指腸炎、殊ニ胃炎ト潰瘍ノ鑑別ハ甚ダ困難ナルモノトス。コレ胃炎及ビ潰瘍ニ於テハ、其ノ症狀相酷似セルノミナラズ、潰瘍性胃炎(Gastritis ulcerosa)ト定型的潰瘍トノ間ニハ幾多ノ移行型存スルヲ以テナリ。單ニ患者ノ訴フル苦痛ノミニテハ兩者ヲ判然ト區別スルコト不可能ナリ。今鑑別上留意スキ諸點ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(一) 病歴及ビ自覺症狀 Henning 氏ガ700例ノ胃鏡検査例ニヨリ、慢性胃炎ハ主ニ若年者ニ來ルモノトナセリ。即チ表示スレバ次ノ如シ。

10—20 歳	4%	40—50 歳	19.0%
20—30 歳	40.0%	50—60 歳	7.0%
30—40 歳	25.0%	60—70 歳	5.0%

然レドモ潰瘍患者ニ於テモ亦略々同様ノ關係存スルヲ以テ、單ナル年齡ノ關係ハ鑑別上ノ確ナル指針トナルコト能ハズ。

Henning 氏ニ依レバ、胃炎ノ症狀持續期間ハ甚ダ短カク其ノ53%ハ1ケ年ニシテ、數年ニ亙ル病歴ヲ有スルガ如キモノ甚ダ稀ナリト。然レドモ Konjetzny 氏等ノ報ズルガ如ク、治癒傾向ヲ有スル胃炎ガ屢々再燃シ從テ症狀再三再發スルコトアルモノトス。

胃炎ニハ、長期ニ亙ル病歴ヲ有スルモノニ於テハ週期性ヲ示スコト存スルヲ以テ、十二指腸潰瘍ト誤診セララルコトアリ。

吐血ハ胃炎ニ之ヲ見ルコト稀レナリ。然レドモ Henning 其他ノ學者ニ依ルニ、胃炎ニシテ反復性ノ吐血ヲ來スコト稀ニ之ヲ存スト云フ注意ヲ要ス。疼痛ノ性状ニツキテハ胃炎ニ於テハ潰瘍ニ見ルガ如ク穿ツガ如キ、刺スガ如キ腐蝕セララルガ如キコト少ナク、概ネ重壓感輕度ノ鈍痛緊張感ナルコト多シ。然レドモ既ニ Konjetzny 氏其他ノ學者モ注意セルガ如ク、胃炎ニシテ、穿通性潰瘍ノ場合ノ如キ腹膜刺戟症狀ヲ訴フルコトモアリ著者亦カカル經驗ヲ有ス。

潰瘍ニ於ケルガ如キ早發性疼痛ハ Henning 氏ニ由レバ胃炎ノ四分ノ一ニ之ヲ見、約半數ニ於テハ遲發性疼痛ヲ訴ヘ、饑餓痛ヲ訴フルコトモ亦少カラズト云フ。

其他嘔吐ノ如キモ胃炎ニハ屢々之ヲ來シ要之胃炎ノ自覺症狀病歴等ハ潰瘍ニ甚ダ酷似セルモノナリ。著者モ術前潰瘍ト考ヘテ胃切除術ヲ施シ、切除標本ニ潰瘍ヲ發見セズ、術前ノ潰瘍症狀ガ胃炎ニ基キシモノナルコトヲ知り得タル數例ヲ經驗ス稿ヲ更メテ詳述スル機會存ス可シ。

(二) 胃液検査所見 Henning 氏ノ胃鏡検査所見ニ依リ決定セル胃炎ノ胃液所見ハ、無酸症乃至低酸度ノ場合甚ダ多クシテ全例ノ3分ノ2ヲ占ムト。(第47圖)然レドモ胃炎ニシテ過酸症ヲ示スコトアリ(Henning 氏 11%)又潰瘍ニシテ低酸乃至無酸症ノ存スル場合アルコトヲ思ハザル可ラズ。空腹時胃内容ノ白血球數ハ胃尖ニ於テ甚ダシク増加セリト云フ。胃内容ノ粘液量ニツキテハ分割的胃液採取法ニ於テ、各期ニ於テ規則的ニ増量セル時胃炎ノ診斷ノ一助トナル

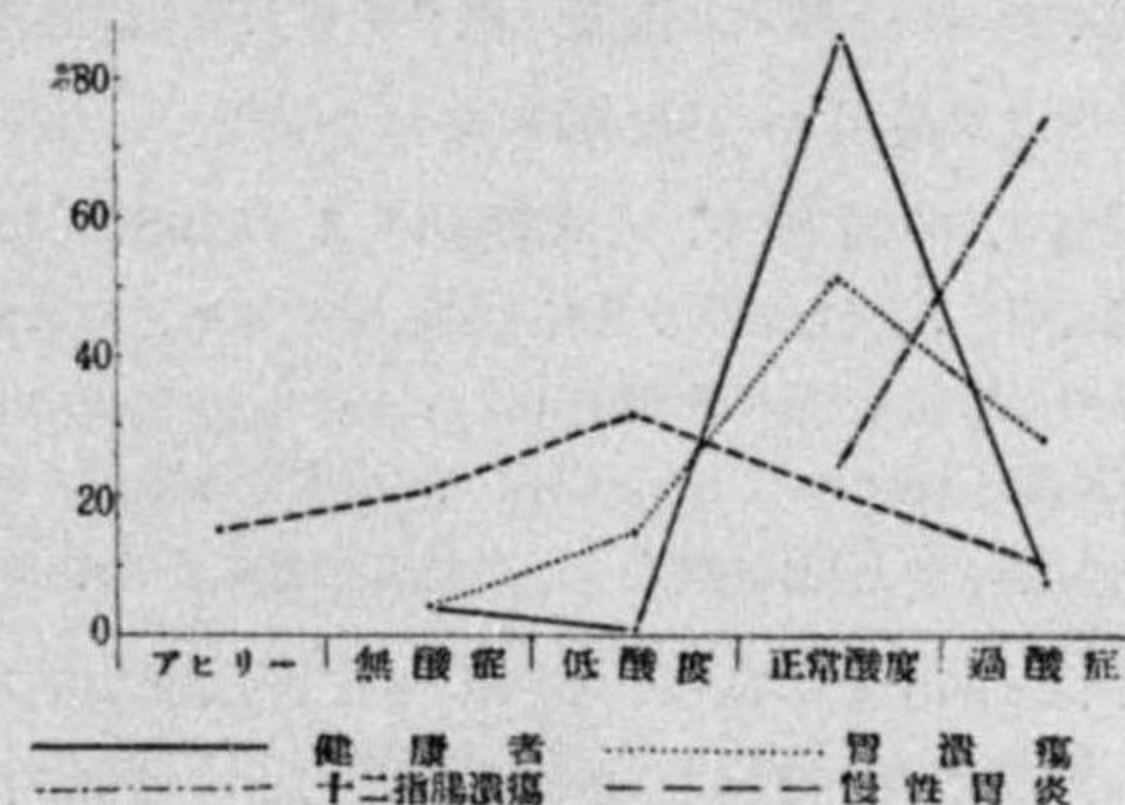


插圖 47. 正常胃病ノ胃ニ於ケル胃液所見 (Henning)

モノナリ。又胃炎ノ場合ハ空腹時ノ胃内容ニ乳酸反應著明ニ證明セララルコトアリト云フ。

(三) 糞便ノ潛血反應 胃炎ニ在テハ、合併症ナキ限り潛血反應ハ通常陰性ナリトス。鑑別診斷ノ價値ノ少ナカラザル點ナリ。然レドモ潰瘍ナキ胃炎ニ於テモ時ニ大出血ヲ來スコトアルハ注意ヲ要ス。既昔、特發性胃實質性出血ト稱セラレンモノハ近時ノ研究ニ由レバ出血性胃炎ニ外ナラザルモノニシテ時ニ致命ノ高度ナルコト少カラズ。(Korbsch, Gutzeit, Henning 氏等)

大出血ヲ來シタル場合ノ如キ、潰瘍トノ區別又困難ヲ感ズル所ナリ。

(四) X線検査 潰瘍ノ直接徵候ヲ認メタル場合ハ鑑別容易ナリト雖、每常之ヲ證明スルモノニ非ラズ。胃炎ノ場合粘膜『レリーフ』ノ變化ヲ確認スルコトヲ得バ診斷上參考トナルモノナリ。

(五) 胃鏡検査 胃疾患ノ鑑別診斷上最モ有力ナル方法ナリ。即チ該検査ニ依リX線ニテ「ニツセ」缺如セル場合ニ於テモ、潰瘍ヲ證明診斷シ得ルコトアリ。然レドモ本検査方法ニ依テハ胃ノ各部分ヲ精密ニ觀察スルコト能ハザルヲ以テ、潰瘍缺如シ、胃炎ノ證明セラレタル場合ニ於テハ、單ナル胃炎ナリヤ、尙ホ潰瘍ヲ伴フモノナリヤノ區別ハ困難ナリ。



## (3) 善性幽門狭窄症

幽門狭窄ハ、潰瘍又ハ其他ノ瘰癧=依リテ發生スル以外、幽門自身又ハ其ノ外部=於ケル善性疾患=依テモ出現スルモノナリ。而シテ胃又ハ十二指腸潰瘍=依ル場合ハ、潰瘍症狀、各種検査所見ヲ參酌スル時ニ、正確ナル診斷ヲ下シ得ベト雖、潰瘍患者=シテ、既往=定型的ナル症狀ヲ全ク缺如シ、遂ニ狭窄ヲ招致セシ場合=ハ、潰瘍以外ノ善性疾患=依ル幽門狭窄ト鑑別スルコト困難ナルコトアリ、カカル場合、潰瘍症狀ガ非定型的ナルノ故ヲ以テ良性幽門狭窄症ト診斷シテ手術ヲ行ヒ、術後、幽門=潰瘍ヲ發見スルコトアリ、又反對=潰瘍=依ル狭窄ト考ヘテ手術シ、術後、然ラザルコトヲ知り得ル場合モアリ、今參考ノタメ、2,3ノ症例ヲ掲ゲテ之ヲ説明スレバ次ノ如シ。

症例 1. 30歳ノ男子、大正11年6月6日入院、同月28日退院。

現病歴ハ7ヶ年前烈シキ胃痛及嘔吐=罹リ爾來胃症狀ヲ訴ヘタルガ3,4年以來ハ胃痛ヲ來サズ單=胃部停滯ノ感ト共ニ時々嘔吐ヲ來スト云フ。

現在症ノ主ナルモノシテ心窩部=於テ振水音著明ニシテ且ツ蠕動不安著ルシ但シ腫瘍ヲ觸レズ胃液所見=於テ總酸度40、遊離鹽酸度25、乳酸反應潛血反應共ニナシ。

本例ノ如キ手術當時=於テ單=幽門狭窄ノ症狀ヲ示スノミニシテ疼痛腫瘍等ナク胃液ノ所見=著變ナク其ノ酸度モ亦通常ナリ、然ルニ手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ擴張シテ其壁肥厚シ幽門部ハ肝ノ下面ト癒着セリ此ノ部ヲ檢センタメ僅=胃ヲ下方=引キタル=癒着部ハ容易ニ剝離スルト共ニ約示指頭大ノ胃壁穿孔ヲ認メタリ依テ直=幽門部ヲ切除シ之レヲ開キ檢スル=幽門ノ前壁=於テ長サ2.0 糎、幅1.0 糎ノ潰瘍有リ基底部分=於テ穿孔セリ。

症例 2. 42歳ノ男子、大正13年9月1日入院、同年9月19日退院。

現病歴ハ約17年前ヨリ食後=膨滿感及ビ惡心アリ、又吞酸嘔吐ヲ訴フ、胃散服用若クハ醫療=依リ治癒セリ1年2ヶ月前ヨリ漸次増悪ス食思存シ便秘結ス。

現在症ノ主ナルモノハ全身羸瘦シ心窩部=於テ蠕動不安ヲ認メ臍窩ノ上部=稍々壓痛アルモ腫瘍ヲ觸レズ胃液所見ハ總酸度15 遊離鹽酸度3.0 乳酸反應陽性、血液反應ナシ、X線検査所見=テハ幽門部=輕キ壓痛點ヲ認ムレドモ腫瘍ハ之ヲ明ニセズ。

即チ本例ハ臍窩上部=輕度ノ壓痛ヲ認ムル外ニ疼痛ノ認ムベキモノナク、胃液所見モ遊離鹽酸ノ低下ノ外乳酸反應ノ陽性ヲ示セリ。又胃痛トシテハ觸診上又X線検査上腫瘍ヲ證明セズ主トシテ幽門狭窄ノ症狀ヲ呈セリ。

手術所見ハ次ノ如シ。

胃周圍ハ炎症性癒着ヲ示シ前壁ハ大腸間膜ト癒着セリ幽門部=ハ小腫瘍アレドモ其ノ質硬カラズ多數ノ淋巴腺腫脹シ總テ軟ナリ。大網膜ハ腸間膜ト密着シ膽囊周圍亦炎症性癒着アリ、胃腸吻合術ヲ施セリ。

症例 3. 29歳ノ女 大正11年6月5日入院同年同月22日退院。

現病歴ハ約10ヶ月前ヨリ毎夕嘔吐アリ疼痛ヲ覺エタルコトナシ某醫=依リ胃擴張ノ診斷ヲ受ケシコトアリ近時上腹部=蠕動不安ヲ訴フルニ至レリ食慾左程惡カラズ下痢アリ。

現在症ノ主ナルモノシテ患者ハ稍々羸瘦シ心窩部=明瞭ナル蠕動不安ヲ認ムレドモ壓痛又ハ腫瘍ナシ、X線検査所見トシテハ幽門狭窄ヲ示シ擴張下垂セリ。

本例モ疼痛及ビ腫瘍ヲ缺如シ胃液酸度モ正常ニシテ主トシテ幽門狭窄ノ症狀ヲ訴ヘタルモノナルガ手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ左程下垂擴張ヲ認メズ其ノ壁肥厚ス。而シテ幽門輪=硬キ胡桃大ノ腫瘍及ビ幽門部=稍々高度ノ胃周圍炎症性癒着ヲ認メ、多數ノ淋巴腺腫大シ大ナルハ大豆大ニ及ベルモノアリシモ組織學的検査ノ結果其ノ結核性ナルコトヲ知レリ、胃腸吻合術ヲ施セリ。

症例 4. 42歳ノ男子 昭和2年9月14日入院同年10月7日退院。

前病歴トシテ3年前=胃過酸症ノ診斷ヲ受ケシ事アリ。

現病歴ハ約1ヶ月前=食後數回ノ嘔吐アリ1週間來症狀増悪セルモ疼痛ハ始メヨリ缺如ス便通普通ナリ。

現在症ノ主ナルモノハ全身稍々羸瘦シ右直腹筋ノ緊張アリ心窩部及ビ右季肋部殊ニ其ノ下部=於テ壓痛アリ胃液所見ハ總酸度50 遊離鹽酸度30 乳酸反應ナシ「レントゲン」所見ハ主トシテ幽門狭窄症狀ニシテ腫瘍壁龕等ヲ認メズ。

以上ノ症狀ヲ觀ルニ右直腹筋ノ緊張竝ニ心窩部ノ壓痛アルニ依リテ胃潰瘍ノ存在ヲ想ハシメザルニ非ザルモ自發痛ハ始メヨリ缺如シ胃液遊離鹽酸度ハ寧ろ低シ。

手術所見ハ次ノ如シ。

胃ハ小彎部=於テ指頭大ノ腫瘍ヲ有シ、漿膜部=癩痕性變化ヲ示セリ。大小彎=沿フテ淋巴腺ノ腫脹ヲ認メ、示指頭大ニ及ブモノアルモ軟ナリ、胃切除ヲ施セリ。

切除胃ヲ大彎=沿フテ開キタルニ小彎=於テ長サ1.1 糎幅0.4 糎ノ潰瘍アリ邊緣ノ肥厚増殖ナシ。

症例 5. 34歳ノ男子、昭和2年5月11日入院、同年6月9日退院。

現病歴ハ約3年前ヨリ吞酸嘔吐アリ1ヶ年位續ケリ腹痛及ビ發熱等ナシ約1ヶ年前ヨリ心窩部膨滿感アリ大食スルト1,2時間ニシテ嘔吐スルコトアリ漸次増悪ス食思存シ便通ハ普通ナリ。

現在症ノ主ナルモノシテ皮膚蒼白ニシテ羸瘦セリ而シテ心窩部一般=膨隆シ蠕動不安アリ腫瘍壓痛等ナシ胃液所見ハ總酸度35 遊離鹽酸15 乳酸反應ナシ「レントゲン」的所見=テハ幽門部潰瘍=依ル狭窄ト考ヘラタリ。

本例モ自發痛竝ニ壓痛等ヲ缺如シ且ツ遊離鹽酸ハ低下シテ單=幽門狭窄ノ症狀ヲ訴フルノミナリ。然ルニ手術ノ所見ハ次ノ如シ。

胃ハ擴張シ胃壁ハ肥厚ス、幽門部ハ視診=於テ變化ナケレドモ幽門輪=指示頭大ノ腫瘍ヲ觸ル胃切除ヲ施セリ。

切除胃ヲ大彎=沿フテ開ケバ長サ1.5 糎幅0.12 糎深サ粘膜ノ高サヲ有スル潰瘍ヲ幽門輪ニ



認め周囲充血シテ邊緣ハ癍痕性ナリ。

症例 6. 患者ハ 50 歳ノ女子、大正 10 年 5 月 23 日入院、同年 6 月 27 日退院。

前病歴シテ 12 年前ニ夜半腹痛ヲ訴ヘシコトアリ爾來時々嘔嘔及ビ心窩部ノ腹鳴アリタリト云フ。

現病歴ハ約 1 年前ヨリ腹部ノ膨隆ヲ訴ヘ便通ニ依リテ快復セリト云フ 6 ヶ月前ヨリ心窩部ニ於テ緊張感、吞酸嘔嘔アリ某醫ニ依リテ蟲様突起炎ト診断セラレテ手術ヲ受ケタリ次デ胃加答兒ノ診断ヲ受ケ醫藥ニ依リ快癒セリ 5 ヶ月前ヨリ漸次増悪シ常ニ心窩部ニ食物ノ停滯セル感アリ又屢々嘔吐ヲ催セリ約 3 ヶ月前ヨリ心窩部ニ膨隆アリテ移動シ且ツ腹鳴ヲ聞ク疼痛ナシ腸狭窄ト診断ヲ受ケシコトアリ食慾存シ便通秘結スト。

現在症ノ主ナルモノシテ以上ノ訴ヘノ外貧血アレドモ腫瘍壓痛等ナシ胃液所見シテ總酸度 22 遊離鹽酸度 10 乳酸並ニ潛血反應共ニ陰性、X 線所見ニ依レバ幽門狭窄ト胃ノ擴張及ビ下垂ヲ見タリ。

本例ヲ觀察スルニ 1, 2 年前ニ腹痛ヲ訴ヘシ外自發痛又ハ壓痛ヲ訴ヘズ主トシテ嘔嘔、腹鳴、食物ノ胃部停滯感ヲ症候トセルモノナリシ爲メニ或ハ胃加答兒ト云ハレ或ハ腸狭窄ト云ハレ未ダ一回モ胃潰瘍ノ診断ヲ受ケタルコトナシ當教室ニ於テハ前記ノ症候並ニ胃液所見 X 線所見ヲ照合シテ癍痕性幽門狭窄ニ依ル胃擴張ト診断セリ然ルニ手術ニ當リテハ次ノ所見ヲ示セリ。

胃ハ著シク擴張シテ下垂シ小彎ニ於テ幽門輪ニ接シテ漿膜ニ約胡桃大ナル癍痕性凹窩ヲ認め該部ニ硬結アリ附近ニ淋巴腺ノ腫大ナシ胃腸吻合ヲ施シテ術ヲ終レリ。

(4) 胃結核

本症ハ稀ニシテ、毎常鑑別診斷の意義ヲ有スルモノニ非ザルモ、而モ時トシテ潰瘍ト誤診セラルル事アルヲ以テ一應ハ之ヲ念頭ニ置キ、以テ診斷ノ萬全ヲ期ス可キナリ。

先ツ本症ハ、病理解剖上、次ノ 3 型トシテ來ルコト多シ。

(1) 潰瘍性、(2) 増殖性、(3) 硬化性

コノ中、潰瘍性ノモノ最モ多ク、硬化性ノモノハ極メテ少ナシ、而シテ結核性潰瘍ハ圓形潰瘍トハ稍其趣ヲ異ニシ、ソノ形狀不規則ニシテ邊緣穿掘シ、病變ハ主トシテ粘膜炎組織ニ存シ、胃血管ノ分布状態トノ關係少ナク、又臨牀的ニハ出血及ビ穿孔ヲ來スコト稀ナルヲ特長トス。

本症ハ幽門部ニ最モ多ク、其他ノ部位ニ就テハ一定ノ關係ナシ。ソノ臨牀的徵候トシテハ特有ノモノナク、胃部鈍痛、食慾不振、嘔嘔、噯氣、嘔吐、膨滿感等、胃痛又ハ潰瘍ニ似タル症狀ヲ呈ス。幽門狭窄ヲ來スニ及ビテハ嘔吐其他ノ狭窄症狀ヲ呈スルニ至ル。

胃液検査ニ於テハ一般ニ低酸度ヲ示シ、又胃液及ビ糞便中ノ潛血反應モ陰性ナルコト多キモノトス。又 X 線検査ニ於テハ、時トシテ腫瘍、潰瘍ニ相當スル陰影缺損又ハ粘膜炎異常ヲ示スコトアレドモ、結核ニ特有ナル像ニ非ラズ。

吾人ハ本症ノ術前 X 線診斷ニ際シ、所謂消化性潰瘍及ビ胃痛トノ鑑別甚困難ナリシ經驗例ヲ有ス。

要之、本症ヲ術前ニ確診スルコトハ、特有ノ場合ヲ除キテハ至難ニシテ、小塚、國井兩氏ノ調査ニ依ルモ、本邦ニ於ケル 18 例中、16 例ハ解剖臺上ニ、2 例ガ手術ニ際シテ發見セラレタルモノナリ。即チ胃結核ノ診斷、竝ニ消化性潰瘍トノ鑑別診斷ニ當リ注意ス可キ點ハ、胃結核ハ比較的若年者ニ來リ、他部ニ結核病竈ヲ有シ、胃液ハ低酸度ヲ示シテ「レ」線検査ニ依リ、良性腫瘍ノ陰影ヲ認ムル事等ナリ。

次ニ余等ノ經驗セシ胃結核ノ症例ヲ掲グレバ次ノ如シ。

第 1 例 患者、出水某、男子、50 歳、農夫、昭和 6 年 4 月 20 日入院、5 月 12 日輕快退院。

主訴 食後心窩部ニ於ケル膨滿感。

家族歴 結核其他遺傳的素因ヲ認メズ。

既往症 生來健全ニシテ、右側陰囊水腫、同側鼠蹊「ヘルニヤ」ノ手術ヲ受ケタル他著患ヲ知ラズ。花柳病ハ之ヲ否定ス。

現病歴 3 年以前ニ患者ハ胃ニ苦痛ヲ覺エ、灸療法ニ依リ治セリ、本年 2 月上旬、食餌不攝生後嘔心ヲ訴ヘ、且ツ體温ノ上昇ヲ來シ、嘔吐ヲ伴ヘリト云フ。但シ吐物中ニ血液ヲ認メザリシ。爾來大量攝食後胃部膨滿感ヲ訴ヘ、從テ少量ノ食餌ヲ取ルニ至レリ。

現症、全身所見、身長小、骨格、筋肉ノ發育共ニ適度、皮下脂肪組織稍減退セリ。顔貌ニ著變ナク、顔ニ輕度ノ發赤(Wangenröte)アリ。榮養、稍不良、體温ノ上昇ハ之ヲ認メズ。脈搏 1 分時 75 至、整調ニシテ緊張僅カニ微弱、血壓ハ最高 96、最低 60 ナリ。血色素量 60 (ザーリ氏法)白血球數 8200、ビルケー氏皮膚反應陽性ナリ。

神經、循環器、淋巴管、竝ニ泌尿生殖器系統ニ著變ナシ、呼吸器系統ニ於テハ、兩肺共、呼吸音稍粗雜、後面ニ笛聲ヲ聽取ス。聲音振盪(Petralfremitus)ハ左側ニ於テ右側ニ比シ稍弱シ、殊ニ上葉ニ於テ然リトス。尿、尿ニ病的成分ヲ含マズ。

局所所見、視診、腹部ハ一般ニ輕度ニ膨隆ス、觸診上、腹部一般ニ弛緩シ、臍上 3 乃至 4 釐ノ部ニ横位ヲ取レル拇指頭大ニシテ、移動性ニ乏シク、硬度堅牢ノ腫瘍ヲ觸知ス。其他腹部臟器ニ異常ナシ。

胃液検査所見、遊離鹽酸缺如シ、總酸度ハ最高 12 ナリ。乳酸反應、潛出血反應共ニ陰性ナリ。

X 線検査所見、胃緊張正常ナルモ、其ノ蠕動ハ尤進シ十二指腸球部變形シ、該部ニ壓痛ヲ訴フ。大彎ニ鋸齒ヲ認ム。胃ニ下垂、擴張ナク、幽門部ニ鳩卵大ノ腫瘍ヲ觸知スルモ、判然タル陰影缺損ハ之ヲ證明セズ。只 X 線寫眞(第 48 圖)ニ於テ陰影稍硬化セリ。3 時間ニシテ「バリウム」ハ全量ノ 3 分ノ 1 胃内ニ殘留スルモ、6 時間後ニ胃ハ空虚ナリ、十二指腸潰瘍ト診斷セリ。

胃曲線検査 潰瘍ノ曲線ヲ得タリ。

赤血球沈降速度(ウェスターグレン氏法)検査所見ノ如シ。

30 分後	1 時間後	1 時間半後	2 時間後	2.5 時間後	3.5 時間後	4.5 時間後	5.5 時間後
20	38	59	75	83.5	91	98	100.2

術前診斷 十二指腸潰瘍

手術所見 4 月 25 日、上腹部正中線ニテ開腹セシニ、射後「パンカイン」局所麻痺ノ下ニ幽門部ヨリ十二指腸ニ互リ其ノ後壁ニ堅牢ノ表在性潰瘍ヲ認ム、横行結腸間膜、後腹膜、小腸間膜ニ、多數ノ淋巴線腫瘍アリ、其ノ大サ粟粒大ヨリ拇指頭大ニ及ブ。胃腫瘍ノ一部ハ組織學的検査ノ目的ヲ以テ剔出セリ、小腸ニハ結核性病變ヲ認メザリキ。Wölfler 氏胃腸吻合 Braun 氏小腸吻合ヲ併置セリ。

剔出試片ノ鏡檢所見 ラ氏巨大細、壞死腔ヲ認メ、組織學的ニハ結核ナリキ。



術後診斷 胃幽門及十二指腸結核。  
術後経過良好ニシテ5月13日輕快退院セリ。

本症例ハ食後胃痛、胃部膨滿感ヲ主訴トシ、數年ニ亙リ潰瘍類似ノ胃症狀ヲ呈シ、胃曲線検査ニ依テテハ潰瘍ヲ思ハシメ、X線検査ニ依テハ十二指腸球部ニ變形、壓痛點類存センタメ、術前十二指腸潰瘍ト誤傷センモノナリ。

第2例 患者、日浦某、28歳、女子、農夫、昭和7年5月23日入院、6月18日輕快退院。

主訴 心窩部疼痛及嘔吐。

家族歴 遺傳的素因ハ之ヲ認メズ。

現病症 4、5年前ヨリ胃部ニ疼痛ヲ訴ヘ、攝食ニ依リ輕快スルヲ通常トセンガ、約1年半前頃ヨリ該疼痛ハ食後ニ之ヲ訴フルニ至レリ。嘔吐ハナカリシモ、妊娠第7ヶ月頃ヨリ嘔吐始マレリ、但シ吐物中ニ血液ヲ混ジタルコトナシ。當科受診84日前ニ出産ヲナシ、産後發熱、嘔吐、咯痰ヲ認ムルニ至レリ。肋膜炎ト診斷セラレ、約2ヶ月ノ醫治ニ依リ治療セリ。昭和7年5月13日何等誘因ナク、突如胃部ニ疼痛ヲ訴ヘ、嘔吐ヲ來セリ、且ツ吐物中ニ約300鈍ノ血液ヲ混ゼリ。絶食ヲ行ヒシモ、嘔吐持續シ、胃部ニ腫瘍ヲ認メタリ。爲ニ當大學内科ニ入院セリ。爾來嘔吐ハ停止シ胃痛モ輕快センモ近時衰弱増強セリ。從テ手術ヲ希望シテ5月23日當科ニ轉入セリ。

現症 全身所見、身長、中等大、骨格ノ發育中等度、筋肉、皮下脂肪組織稍減退セリ。顔貌苦悶情ヲ呈シ營養不良、體溫、入院翌日38度5分ニ上昇シ、25日37度1分ナリ。脈搏1分時78至、整調ニシテ緊張適度ナリ。血色素量74(ザリー氏法)赤血球數410萬、白血球數12000、ビルケー氏皮膚反應陽性ナリ。尿ニ蛋白、其他ノ病的物質ヲ含マザルモ、尿潛血反應陽性ナリ。神經、循環器、呼吸器、泌尿管、泌尿生殖器系統ニ著變ナシ。

腹部所見 視診上、腹部ニ異常ヲ認メズ、觸診上、腹部一般ニ弛緩セリ。心窩部ニ適度ノ抵抗及ビ壓痛點アリ。臍上4.5釐ノ部位ニテ左側心窩部ニ約拇指頭大ノ腫瘍アリ。脾、腎等ハ之ヲ觸知セズ。Virchow氏淋巴腺ノ腫脹ナシ。

胃液検査所見 別表ニ於ケルガ如ク、總酸度最高78遊離鹽酸度最高46、乳酸及ビ潛血反應陽性ナリ。

胃曲線所見 特異ノ曲線ヲ得ズ。

X線検査所見 胃小彎ニ腫瘍アリ。コノ部ニ「ニツセ」及ビ陰影缺損ヲ認メ、小彎癌腫ト診斷セララル(内科教室検査所見)。

術前診斷 胃潰瘍癌

手術所見 5月26日、上腹部正中線ニテ開腹セシニ、肝ハ適度ニ増大シ、其表面ニ粟粒大ノ結節多數ヲ存シ、又體壁腹膜ニモ同様ノ小結節多數ヲ認ム。腹水ハ之ヲ證明セズ。胃小彎ニテ幽門ニ近ク、不規則ナル鳩卵大ノ腫瘍アリテ、周圍ニ密著セリ。彈力性硬ニシテ尙噴門部ニモ浸潤ヲ示セリ。胃葉膜ニ多數ノ小結節アリ。腸間膜及ビ腸管ニ異常ヲ認メズ。肝、體壁腹膜、胃葉膜ニ無數ニ存在スル粟粒大ノ結節ハ之ヲ癌轉



插圖 48. X線検査所見

移ト思考シ、其ノ一部ヲ組織學的検査ノ目的ヲ以テ切除シ、前胃腸吻合ヲ行ヒ Braun 氏小腸吻合ヲナシテ手術ヲ終レリ。

鏡檢所見 前記小結節ノ鏡檢所見ハラ氏巨大細胞、上皮様細胞、小圓形細胞浸潤、多數ノ「ツベルケル」ヲ證明シ結核症ナルコト判明セリ。

術後経過 順調ニシテ嘔吐去リ輕快退院セリ。

本症例ニ在テモ、數年ニ亙リ胃症狀ヲ訴ヘ胃液所見ニ於テ著シキ過酸症ヲ呈シ、X線検査上ニ腫瘍ニ相當シテ壁龕及ビ陰影缺損ヲ證明セシノミナラズ、腫瘍ノ部位ガ癌腫ノ好發部位ニ相當セル點等ヨリ術前潰瘍癌ト考ヘ、開腹時ニ於テモ、肝、胃葉膜、腹膜等ニ多數存在セシ粟粒大結節ヲ癌轉ト見做シ、患者ガ偶々若年者ナルヲ以テ、癌腫ノ發育甚ダ迅速ニシテ、カクモ廣汎ナル轉移ヲ來セシモノト思考シ、胃腸吻合術ヲ施セルモノナリ。從テ其ノ豫後甚ダ不良ニシテ恐ラク入院中ニ死亡スルモノナル可シト思惟シ經過ヲ觀察スルコトセシニ、豫想外ニモ經過極メテ良好トナリ、嘔吐去リ、體力次第ニ回復ニ向ヒタルヲ以テ、手術時別出セシ前記試片ヲ鏡檢セシニ結核ナルコトヲ知り得タルモノトス。

#### (5) 胃梅毒

本症モ亦甚ダ稀ナリ。先天性及ビ後天性梅毒患者ニ之ヲ認メ後者ニ在テハ主ニ第3期ニ來ルモノトス。多クハ多發性、護膜腫性浸潤ノ型ヲ取ルモノト、結締組織増殖ヲ主トスルモノトアリ。前者ハ治愈後瘻痕形成ヲ來シ幽門部ニ來レバ狹窄症狀ヲ起ス。消化性潰瘍ト異ナリ先ヅ粘膜下組織ニ始マリ、進行ノ過程ニ於テ、二次的ニ粘膜ヲ犯シテ潰瘍化スルモノナリ。コノ際ノ潰瘍ハ胃中一定ノ好發部位ナク、ソノ大サモ消化性潰瘍ニ比シ大ニシテ潰瘍ノ性状モ亦梅毒性潰瘍ノ性状ヲ有ス。穿孔、出血等ハ稀トセララル。

胃梅毒ノ臨牀的診斷ハ甚ダ困難ナリ。消化性潰瘍、癌腫等ト誤診セララルコト甚ダ多シ。

青山氏ノ經驗ニ依レバ4例中1例ハ胃潰瘍、他ノ3例ハ胃癌ト誤診セラレタリト。

本症ノ胃液所見ハ低酸度ナルカ無酸症ナルコト多シト稱セララル。然レドモ青山 Lenzmann 氏等ノ證明セル如ク時トシテ過酸症ノモノモ之ヲ存ス。他方所謂消化性胃潰瘍ニ於テモ低酸度ナルコトアルヲ以テ鑑別上注意ヲ要ス。

X線検査所見、陰影缺損ヲ示シ又幽門通過障礙等存スルコトアルモ、癌、潰瘍トノ鑑別上、特別ノモノニ非ラズ。

症狀 本症ハ時トシテ食後胃痛、食慾不振、嘔吐等ノ訴ヲ主トスルコトアリ。カカル場合ニハ消化性潰瘍ト誤診セララル。

本症ハ比較的若年者ニ多ク、胃症狀モ特有ナルモノナシ。佛國學者ニ由レバ夜痛ヲ來スコト特有ナリト稱セララル。

嘔吐ハ多クノ場合ニ之ヲ認ムルモノニシテ、食後ニ之ヲ訴ヘ、次第ニソノ回数ヲ増加ス。



Ritter 氏=由レバ42例中18例=之ヲ存セリト云フ。便中潛出血ハ一般=稀ナリトセラレ、鑑別診断上意義アルモノナリ。

全身=於ケル梅毒所見ノ著明ナル出現ハ診断上根據トナルモ、胃梅毒=在テモコレヲ缺クコトアリ。又ワ氏反應=ツキテハ消化性潰瘍=於テモノノ陽性ナルモノモ存スルヲ以テ絶對的ノモノ=非ラズ。2—4週間驅梅毒療法ヲ行フ事ハ鑑別診断=資スル所アル可シ。

### 第三項 神經性胃疾患

#### (1) 胃酸過多症、胃液分泌過多症

胃酸過多症、胃液分泌過多症(甚シキ時ハ連續的胃液流出ヲ來シ Reichmann 氏病ト稱セラル)ノ症狀ハ、胃又ハ十二指腸潰瘍ノ症狀ト類似セルヲ以テ、往々誤診ヲ來ス=至ルコトアリ。甚シキ時ハ潰瘍ガ惡性變化ヲ招致セルニ不拘過酸症ヲ示スノ故ヲ以テ、永ク胃液過酸症ト誤診セラルル場合アリ。Moynihan 氏ガ屢々再發ヲ示ス重症ナル過酸症ハ十二指腸潰瘍ナリト稱セシガ如ク、單ニ胃酸過多症ナル診斷ノ下=徒=長期=互リ、内科的療法ヲ受クルモ治癒セズ、手術=依リ潰瘍ヲ明=證明スル場合モ少ナカラズ。

從テカカル場合、胃腸=於ケル器質的疾患殊=潰瘍=對シテハ細心ノ注意ヲ拂ハザル可ラズ。

吐血其他ノ病歴、胃内及ビ糞便内潛血反應、X線検査、又ハ觸診所見(腫瘍、抵抗、壓痛點)=注意スルヲ要ス。殊=X線検査上、胃腸=「=ツセ」癒着、狹窄其他ノ器質的變化ヲ證明スル時ハ診斷ハ確實ナリ。潰瘍トノ鑑別困難ナル時ハ經過ヲ觀察スル必要アルコトアリ。

#### (2) 神經性消化不良症

本症=於テモ胃痛嘔吐等潰瘍症狀=類似セル症狀ヲ呈スルヲ以テ鑑別ヲ要スル事アリ、神經性消化不良ノ場合=ハ、症狀ガ精神興奮等ノ如キ、患者ノ氣分=關係ヲ有スル事多キ點アルヲ以テ特長トス。胃液検査所見 X線検査所見 糞便潛血反應、壓痛點、吐血ノ有無、腫瘍抵抗ノ觸知等=注意スレバ潰瘍ト鑑別スル事ヲ得。

#### (3) 脊髓勞ニ於ケル胃「クリーゼ」

脊髓勞患者ハ往々潰瘍=類似ノ症狀即チ胃「クリーゼ」ヲ呈ス、コハ通常突發性=出現シ、極メテ高度ノ胃痛ヲ訴ヘ、又同時=嘔吐ヲ伴フ事アリ。吐出物ハ胆汁、粘液様物質等ヲ主トス。時=血液ヲ混ズルコトアリ。從テ往々潰瘍ト誤診セラレ易キモノトス。

Hurst, Stewart 氏等=由レバ、誤診ノタメ胃腸吻合術ヲ施サレタル脊髓勞患者4例ヲ經驗セリト云フ。又 Nuzum 氏ハ(1916年)1000例ノ脊髓勞患者中97例ハ無意義ナル外科的手術ヲ受ケシモノナルコトヲ記述シ、コノ内潰瘍ト誤診セラレテ手術ヲ受ケシモノ19例ナリ。又 Woltman 氏ハ1924年胃「クリーゼ」ヲ示セル120例中63例ハ不必要ノ外科的手術ヲ受

ケシモノトセリ。

即チ依是胃「クリーゼ」ガ往々潰瘍ト誤診セラルルモノナル事ヲ知り得可シ。著者尙ホ學生時代、外科外來臨牀講義=於テ、胃痛著シキ患者ヲ診察研究ノ材料トシテ與ヘラレ、胃潰瘍ノ疑ヲ以テ、先ツ胃ヲ入念=検査シタルモ潰瘍トシテハ聊カソノ病歴並=所見ヲ異ニスル所アリ。從テ全身ヲ系統的=精査シ初メテ初期脊髓勞ナルコトヲ發見シ、幸ウジテ誤診ヲ免レ得タル記憶ヲ有ス。

從テカカル場合ハ全身ヲ検査シ、脊髓勞ノ症狀ノ有無ヲ入念=検査可キモノトス。血液ワ氏反應モ亦之ヲ検査スルヲ要アリ。然レドモ、脊髓勞ノ初期=シテ、特有ノ症狀=先立チテ胃「クリーゼ」ノミヲ呈スル事アリ、又該患者=シテ同時=潰瘍ヲ合併セル事モアルヲ以テ其ノ鑑別ハ困難ナル場合存スルモノトス。

### 第四項 胃下垂症

X線検査=依リ、潰瘍ノ直接徵候ヲ發見シ得ザル場合=シテ同時=胃下垂症ヲ合併セル時ハ、單ニ胃下垂症ト診斷スル事アリ。余等ノ材料=於テハ、胃潰瘍177例中術前胃下垂症トセシモノ1例アリ。著者モ亦最近胃潰瘍ヲ胃下垂症ト誤診シ、其ノ療法トシテ廣汎ナル胃切除術ヲ施シタル=術後胃切除標本=於テ胃噴門側切除斷端=接著シテ潰瘍ヲ發見セリ。

既=成因論=テ述タルガ如ク、胃下垂症ハ往々潰瘍ト合併スル事アルヲ以テ診斷上注意ヲ要ス。

吐血、其他ノ病歴ヲ吟味シ觸診(限局性壓痛、腫瘍、抵抗其他) X線検査、胃液検査、糞便潛血反應検査、胃曲線検査等系統的検査ヲ行フヲ要ス。症狀=於テ往々誤診ノ原因トナルハ疼痛ナリトス。胃下垂症=於ケル疼痛=關シ、教室=於テ木塚氏ノ調査セル所ヲ記述スレバ次ノ如シ。

疼痛ヲ缺キシモノ	5例
疼痛ヲ訴ヘシモノ	27例
内自發痛ノミ訴ヘシモノ	11例
壓痛ノミ訴ヘシモノ	5例
自發痛、壓痛共=存セシモノ	11例

胃下垂症=於テハ單ニ胃遠和ヲ訴フルノミニシテ、疼痛ハ之ヲ缺如スルコトアレドモ、又時=ハ何等ノ前驅胃症狀ナク、突發的=刺痛又ハ痙攣痛ヲ訴フルコトアリ。疼痛ノ種類及ビ強度=關シテ木塚氏ノ調査セン所=由レバ次ノ如シ、即チ刺痛4例、鈍痛3例、穿痛2例、輕痛1例、刺痛1例。

初メ刺痛、後=痙攣痛トナリシモノ1例=シテ初メ痙攣痛、後=切斷痛トナリシモノ1例ナリトス。



即ち胃下垂症ノ場合ニ於テモ、時トシテ潰瘍類似ノ疼痛アルコトヲ知ル可シ。而シテ胃下垂症ニ於ケル胃痛ノ場合、攝食トノ時間的關係ハ之ヲ一概ニ律スル事能ハザレドモ、食物ノ量ハ之ニ關係ヲ有スルモノナリ。又立姿、階段昇降運動後ハ増悪ヲ示シ、臥位又ハ入浴後ニ輕減スル傾向ヲ有スルコトハ注意ス可キ所ナリトス。

#### 第五項 反射性消化障碍

##### (1) 假面性蟲様突起炎ニ於ケル胃症状

假面性蟲様突起炎ノ場合ニハ、蟲様突起炎自身ノ症状ハ甚ダ輕微ナルカ、殆ンド之ヲ缺如シテ却テ潰瘍類似ノ胃症状著明ナルコトアリ。又時ニハ潰瘍ト蟲様突起炎ガ合併スル事モアルヲ以テ其ノ診断、鑑別診断ハ至難ナルコトアリ。開腹手術ニ依ラザレバ解決シ難キ場合モアリ。其ノ詳細ハ既ニ述タルヲ以テ茲ニ之ヲ省略ス。只廻盲部ニ於テハ僅カニ壓痛ヲ證明スルニ過ギザルガ如キ場合ト雖、術後蟲様突起ノ鏡檢上著明ノ慢性炎衝ヲ呈セルコト少ナカラザル點ヲ高調セントス。

##### (2) 膽囊炎、膽石症

膽囊炎又ハ膽石症ノ場合、主トシテ潰瘍類似ノ症状ヲ呈スルコトアリ。又潰瘍及ビ膽囊炎(膽石症)ハ相合併シテ來ルコトモ往々之ヲ存ス、他方胃、十二指腸ト膽道ハ解剖學的關係上其ノ位置相接セルヲ以テ、兩疾患ノ鑑別ハ甚ダ困難ナル場合ナシトセズ。

余等ノ症例ニ於テ潰瘍ヲ術前、膽囊炎(又ハ膽石症)ト誤診セシ頻度ヲ擧グレバ次ノ如シ。

胃潰瘍(195例)ノ場合	3例	1.53%
十二指腸潰瘍(152例)ノ場合	4例	2.43%

十二指腸潰瘍ノ診断ニ於テハ確固タル自信ヲ有スト稱スル Moynihan 氏ニ於テスラ、潰瘍100例中3例ハ膽道ノ炎衝性疾患ト誤診セシモノナリ。

今鑑別上注意ヲ要スル諸點ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(1) 疼痛 膽囊炎又ハ膽石症ノ疼痛ハ發作的ニ來ルモノニシテ攝食トノ關係ハ密接ナラズ、之ニ反シ、潰瘍ニ在テハ、其ノ關係甚ダ密接ニシテ、殊ニ十二指腸(又ハ幽門近部)潰瘍ニ在テハ特ニ空腹時ニ之ヲ訴フルコト多シ、然レドモ、稀ニ膽道炎衝性疾患ニ於テモ、膽囊炎又ハ結石症ノ症状ハ殆ンド之ヲ缺乏シ、潰瘍類似ノ胃症状ノミヲ呈スルコトアリ。又膽囊炎ニ於テ、稀ニ十二指腸トノ癒着著明ナル時ハ、其ノ疼痛ガ食餌ト關係ヲ有スル場合アルモノナリ。一般ニ膽囊炎ノ症状ガ週期性ヲ示スガ如キコトハ殆ンド之ナキモノトス。

(2) 吐血 本徴候ハ潰瘍殊ニ胃潰瘍ニ屢々之ヲ見ルモノニシテ、之ニ由テ寧ロ潰瘍ヲ診断セシムルモノナリ。然レドモ、潰瘍ト膽囊炎ガ相合併スルコトアルヲ忘ルベカラズ。

(3) 發熱 發熱ハ膽囊炎ニハ通常之ヲ伴フモ、潰瘍ニハ、出血、穿孔等ノ合併症ナキ限

リ之ヲ缺如スルヲ例トス。

(4) 黃疸 本徴候ハ潰瘍ノ場合ニハ殆ンド之ヲ見ザル所ニシテ、之ヲ認ムル時ハ、膽囊炎ヲ考ヘシムルモノトス。而シテ甚ダ稀ニ潰瘍ニシテ黃疸ヲ伴フコトアリ、然レドモ黃疸ノ存在ガ直チニ潰瘍ヲ否定スルノ根據トナルモノニ非ラズ、コレ膽囊炎ニ潰瘍ノ屢々合併スルコトアルヲ以テナリ。

(5) 觸診所見 潰瘍ニ於テハ、往々腫瘍、抵抗等ヲ觸知スルコトアルモノナリ。然ルニ又膽石症ニシテ大ナル且ツ多數ノ結石存スル場合ニハ稀ニ腹壓上ヨリ之ヲ觸知スルコトアリ。カカル場合胃液低酸度ナルカ、無酸症ナル時ハ、胃痛ト誤診セララルコトナキニ非ラズ。又胃液過酸症ナル時ハ、潰瘍ト誤診セラレ易シ。

(6) 胃液所見 潰瘍ノ場合ニハ膽囊炎ニ比シ一般ニ胃液酸度高ク、殊ニ十二指腸潰瘍ニ在テハ過酸症ヲ示ス率多シ、又余等ノ材料ニヨレバ全例ノ39%ニ於テ終末上昇ヲ示セリ、反之、膽囊炎ノ場合ニハ一般ニ、低酸度乃至無酸症ナルコト多キモノトス、コレ兩疾患ノ鑑別上甚ダ有力ナル根據タルモノトス。然レドモ胃液所見ニ捕ハルル時ハ、却テ誤診ヲ來スコトナシトセズ、即チ潰瘍ニ在テモ低酸度又ハ無酸症ナルコトアリ、膽囊炎ニ在テモ時ニ過酸症ヲ呈スルコトアルノミナラズ、潰瘍ト膽囊炎ガ合併スル時ハ、其ノ胃液所見ハ兩疾患ノ影響ヲ受ケテ變化ヲ來スモノナリ、余等ガ術前潰瘍ト誤診セシ膽囊炎中ニ於テモ過酸症ヲ呈セシモノアリ。又無酸症ナリシガ爲メ、潰瘍ノ合併ヲ見逃シ、單ニ膽囊炎ト誤診セシ經驗例モ之ヲ存ス。

(7) 胃液、糞便中ノ潛出血反應 潰瘍ノ場合ニハ、胃液、糞便ノ潛血反應陽性率高キモ、膽囊炎ノ場合ニハ通常陰性ナリ、コレ亦鑑別上肝要ナル點ナリトス。然レドモ、潰瘍ニ於テモ陰性ナルコトアリ。又膽囊炎ニ於テモ、時ニ胃液内潛出血反應陽性ナル事アルヲ知ラザル可ラズ。吾人ガ術前、潰瘍ト誤診セシ膽囊炎11例ニ就テ之ヲ見ルモ、胃ニ潰瘍ナキニ不拘胃液潛出血反應陽性ナリシモノ4例(即30.7%)ヲ算ス。

(8) 十二指腸消息子検査所見 依ニ膽囊炎ノ存否ヲ探知スル事ヲ得ルモノニシテ、潰瘍ト診断セシ場合ト雖ツノ症状並ニ検査所見非定型的ナル場合ニハ十二指腸消息子検査ヲ施シテ胆汁ノ検査ヲ行フ可トス。

(9) X線検査所見 膽石撮影、膽囊造影術等ヲ行フコトニ依リ膽道ノ炎衝性疾患就中膽石症ノ診断ニ資シ得ルコトアリト雖尙ホ肝要ナルハ「バリウム」投與ニヨル胃腸検査ナリトス。潰瘍ノ時ハ「ニツセ」、十二指腸球部缺損等ノ直接徴候、並ニ其他間接徴候ノ證明ニヨリ潰瘍ヲ診断スル事ヲ得、然レドモ潰瘍ニシテ單ニ間接徴候ノミヲ呈スルコトアリ。

膽囊炎時ニ於テモ、胃興奮性「ノイローゼ」ノ症状著明ナル事アルヲ知ラザル可ラズ。



次ニ膽囊炎ト誤診シ又ハ其ノ鑑別困難ナリシ症例ヲ掲ゲン。

第1例 患者、41歳男子、大正12年6月8日入院、同年同月27日退院。

家族歴 前病歴ニ特記ス可キ事ナシ。

現病歴 6ヶ月前何等ノ認ム可キ誘因ナクシテ、全身ニ互リ緊張感アリ、1時間程ヲ經テ心窩部殊ニ右季肋部ニ刺痛アリ、體溫ノ上昇ヲ示サズ、黃疸、嘔吐ナシ、此ノ疼痛ハ殆ンド毎日1回、午後3時乃至5時頃ニ來ルヲ常トセリ。2ヶ月餘ニシテ1時小康ヲ得タルモ、數ヶ月前ヨリ、食後1時間ニシテ鈍痛及ビ膨滿感來レリ、便通ハ3日ニ1回ナリ。

現症ノ主ナルモノハ、肝臟下緣ヲ肋骨緣下1横指徑ニ於テ觸レ、右季肋部ニ壓痛點アリ、胃液ハ遊離鹽酸度19、乳酸反應、潛出血反應陰性ナリ。

X線検査上、胃ハ擴張竝ニ下垂ヲ示ス外變化ナク、肋骨弓下膽囊部位ニ相當シテ壓痛著明ナリ。

本例ヲ見ルニ、主トシテ右季肋部ノ自發痛竝ニ壓痛ヲ訴ヘタリ。而シテ胃液ノ遊離鹽酸度ハ低クX線所見ニ於テモ、胃潰瘍ノ確證ヲ得ズ。カカル場合ニ於テハ、多ク膽囊炎ノ診斷ヲ附セラル可シ。然ルニ手術ノ結果ハ次ノ所見ヲ得タリ。膽囊壁ハ纖維性ニ肥厚スレドモ、癒着ナク、試験穿刺ニ依リテ黒褐色ノ濁セル膽汁約30ccヲ取りタルガ、寒天培養ノ結果ハ菌ノ聚落ヲ證明セズ。

幽門部ニ於テ著明ナル硬結アリ、胃潰瘍ノ穿孔セルモノニシテ、後腹壁ト硬ク癒着ス、胃ハ稍擴張セリ、胃腸吻合術ヲ行フ。

第2例 47歳ノ女、大正13年6月30日入院、同年9月26日退院。

家族歴 前病歴ニ特記ス可キコトナシ。

現病歴 5,6年前何等誘因ナクシテ右季肋部ニ刺痛アリ。該部ニ抵抗感ヲ伴フ。軽度ノ發熱アリ。斯クノ如キ發作ハ爾來毎年1,2回之ヲ經驗セリ。10日前ニ右季肋部肋骨弓直下ニ輕度ノ膨隆ヲ認メ、同時ニ心窩部ノ抵抗感竝ニ壓痛アリ、高熱ヲ伴ヒタリ、食慾不振、便通秘結ス。

現在症ノ主ナルモノトシテ眼球結膜ハ稍黃色ヲ帶ビテ羸瘦著シク、心窩部ニ於テ著明ナル抵抗感アリ、壓痛ヲ伴フ。而シテ右側ニ偏シテ肋骨弓直下ニ硬結ヲ觸ル。胃液ハ總酸度6、遊離鹽酸、乳酸、潛血、膽汁ノ各反應陰性ナリ、X線検査所見ハ、胃ノ蠕動緩慢ニシテ壁籠、陰影缺損等ナシ、幽門通過可良ナリ。

本例ノ如キハ、心窩部ニ於テモ、抵抗感壓痛ヲ訴フルガ故ニ胃潰瘍ノ疑ナキニ非ザレドモ、他面右季肋部ニ於ケル諸症狀ハ、膽囊炎ニ相當ス、加フルニ、胃遊離鹽酸缺如シ、X線検査所見ニ於テモ、胃潰瘍確證ヲ擧ゲ得ザリシナリ。從テ此ノ際診斷トシテハ寧ロ膽囊炎ヲ考フ

ベシ。之ヲ急性膽囊炎ニ依ル限局性腹膜炎ト診斷シタルガ、手術ノ結果ハ、胃潰瘍ノ穿孔ニ依ル限局性腹膜炎ヲ確メタルモノニシテ其ノ所見次ノ如シ。

心窩部腹壁ハ腹膜ト癒着シ胃前壁ハ周圍ニ炎性癒着アリ。之ヲ剝離セントシテ膿汁出デ來レリ。此ノ膿瘍部ノ周圍ハ痙攣性肥厚ヲ示セリ。部位ハ胃小彎ニシテ、幽門ニ近シ、膵臟膽囊ハ腹膜炎性癒着ノ爲メ之ヲ檢出スルコト能ハズ、「タンポン」ヲ插入シテ腹壁ヲ閉ヂタリ。

### (3) 上腹部正中線「ヘルニヤ」

1909年ヨリ1919年ノ間ニ Hochenegg 氏ノ教室ニ於テハ胃及十二指腸潰瘍605例ニ手術ヲ施シ、コノ内14例即チ2.3%ニ於テハ同時ニ上腹部「ヘルニア」ヲ合併シ、同期間内ニ手術セシ40例上腹部「フルニア」中15例(35%)ニ於テハ胃又ハ十二指腸潰瘍ヲ合併セント云フ。

即チ潰瘍ハ上記「ヘルニア」ヲ時トシテ合併スルコトアルノミナラズ、該「ヘルニア」ノミノ場合ニ於テモ往々胃痛嘔吐ヲ始メシ其他潰瘍類似ノ症狀ヲ呈スルコトアルヲ以テ鑑別ヲ要ス。單ニ上腹部「ヘルニヤ」ヲ診斷シ得タル場合ニ於テモ、潰瘍合併ノ有無ニ對シテ注意ヲ拂フ可キモノトス。

### 第六項 膵臟疾患

膵臟疾患ニシテ、疼痛其他潰瘍ニ類似ノ症狀ヲ呈スルコトアリ。又潰瘍ガ膵ニ穿孔スル場合等膵臟炎ヲ合併スルモノトス。從テ潰瘍ノ診斷ニ當リテハ又膵臟疾患ヲモ鑑別セザル可ラザル事アリ。著者ハ、初期膵痛患者ニシテ胃痛著シク各種検査ノ結果胃潰瘍疑ト診察シテ其ノ經過ヲ觀察スルコトセシニ、一定期間以後再ビ受診セシ際上腹部ニテ膵ト思ハル所ニ横位ノ腫瘍ヲ形成シ、膵疾患ヲ疑ヒ、開腹術竝ニ鏡檢結果癌腫ナリシ經驗例ヲ有ス。

### 文 獻

- 稻田 胃及十二指腸潰瘍ノ診斷及治療、治療及處方第1卷、第495頁  
 岡崎 二三ノ胃潰瘍問題ニ就テ東京醫事新誌、昭和3年、294頁  
 川島 蝸蟲ト十二指腸潰瘍症狀、實驗醫報、第20卷、第425頁  
 木塚 診斷上興味アル胃潰瘍例ニ付イテ、實地醫家ト臨牀、第5卷、第956頁  
 熊野、河合 胃結核ニ就テ「グレンツゲビートン」第6年、第1218頁  
 小塚、國井 胃結核ニ就テ 診斷ト治療、第17卷、第305頁  
 後藤 胃癌ト胃潰瘍、臺灣醫學會雜誌、第30卷、第一號。  
 城島 十二指腸潰瘍ノ診斷及治療、診斷ト治療第16卷、第8號、第941頁  
 武谷 胃潰瘍ノ診斷、日本內科學會雜誌、第12卷、第345頁  
 額田 內科類症鑑別診斷學 大正14年發行  
 野村 胃潰瘍ノ診斷ニ就テ 東京醫事新誌、第2758號、第39頁  
 松尾 胃潰瘍及十二指腸潰瘍ノ考察 實驗消化器病、第6卷、第1177頁  
 宮城 上腹部慢性疾患ノ特徵ト鑑別診斷 實地醫家ト臨牀、第7卷、第797頁、第897頁  
 Aoyama, U. d. Syphil. Erkr. d. Magens, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 174, S. 34



- Gäbert, E. Zur Kenntnis u. Diag. d. Magensyphilis, Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., etc. Bd. 40. S. 224.
- Hurst, Stewart, Gastric a. duod. ulcer, Aufl. 1929.
- Henning, N., Die Entzündung des Magens, Aufl. 1934
- Mandl, D. Hernien der Linea alba und ihre Beziehung zu den ulcerösen Proc. d. Magens u. Duod., Arch. f. klin. Chig., Bd. 115.
- Moynihan Duodenal ulcer. Auflag., 1912, Second Edition.
- Nuzun Needleless surgical Operation from failure to recognize tubes dorsalis, Journ. f. Am. Med. Ass. 1916, S. 482.
- Sommerfeld, Zur Differenzialdiag. d. ul. vertr. u. d. ul duod., Arch. f. Verdauung. krh., Bd. 19.
- Soupault, A. Mathien, Faber, Kemp. Zit. n. Boas Diagnostik u. Therapie d. Magenkrh. S. 440, 1925.
- Strauss, Zit. n. Boas, Diagnostik u. Therapie d. Magenkrht., S. 440, 1925.
- Van Amstel. Die Diagnose d. Ul. duodeni, Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 29, S. 94.
- Westphalen, Zur Diagnose d. pep. Geschwürs im Magen u. Duodenum, Med. Wochenschr., Nr. 52 S. 2873. 1912.
- Wulff, O., U. d. Diag. v. ul. duod., Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirg. u. etc., Bd. 29. S. 79.

## 第七篇

### 各種合併症ト其ノ療法

胃腸ニ於ケル所謂消化性潰瘍ハ其ノ經過中往々ニシテ甚ダ不快且ツ重症ナル合併症ヲ招致ス。從テカカル合併症及ビ其ノ處置方法ニ關シテハ充分ナル臨牀的知見ヲ必要トスルモノナリ。而シテ合併症ノ主ナルモノヲ列記スレバ次ノ如シ。

1. 穿孔
2. 出血
3. 惡性變化

此等主ナル合併症ニ就テ順次解説ヲ加フルコトス可シ。

#### 第一章 穿孔

胃及ビ十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ2種類アリ、即チ瘍瘍ガ胃又ハ十二指腸ノ後壁ニ存スル場合、又ハ既ニ胃又ハ十二指腸周圍炎性癒着ノ存スル場合等ニ在テハ假令穿孔ヲ來スモ、解剖學的關係上容易ニ包蔽セラレテ汎發性腹膜炎ヲ見ルコト少シ、コレヲ非開放性又ハ被覆性穿孔ト稱ス、反之、潰瘍ガ胃腸ノ前壁ニ存在スル場合ニハ、癒着ヲ來スコト困難ナル關係ニ在ルヲ以テ容易ニ急性汎發性腹膜炎ヲ惹起ス、コレヲ開放性穿孔ト稱ス。

就中急性穿孔ハ手術時期遅延スル時其ノ豫後甚ダ不良ナルモノニシテ、出血、惡性變化等ノ如キ潰瘍合併症中最モ恐ル可キ致死の合併症ナリ、然ルニ本邦ニ於テハ、穿孔直後ノ早期ニ合理的ナル外科的手術療法ヲ施サルル機會歐米ノ夫ニ比シ遙ニ少キハ遺憾トスル所ナリ。從テ本合併症ノ治療成績ヲ良好ナラシメントスレバ其ノ早期診斷ヲ初メ本合併症ニ關シテ充分ノ臨牀的知見ヲ有セザル可ラス。

先ヅ開放性穿孔ニ就テ説明スルコトス可シ。

#### 第一節 開放性穿孔ノ頻度

胃及ビ十二指腸潰瘍ガ急性穿孔ヲ招致シ急性汎發性腹膜炎ヲ惹起スル事ハ潰瘍ノ最モ不快ナル合併症ノ一ナリ。而モ是等急性穿孔ノ頻度ハ膽囊穿孔等ノ場合ニ比シテ遙ニ大ナルモ



トセラル。然レドモ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ幾分ガ如實ニ穿孔ヲ來スヤヲ的確ニ識知センコトハ殆ンド不可能ナリ。コレ潰瘍存スルモ必ズシモ常ニ其ノ症狀ヲ現スコトナク所謂潜伏ノ状態ニ在ルモノ甚ダ多キヲ以テナリ。此ノ際外科醫ハ潰瘍ノ手術例ニ對スル穿孔ノ頻度、病理學者ハ潰瘍屍ノ剖檢例ニ對スル頻度ヨリ之ヲ推定スルニ過ギザルモノニシテ、且ツ穿孔セル場合患者ハ附近地方醫ヲ訪ルル場合多ク、日常潰瘍ノ多數患者ヲ取扱フ大ナル「クリニック」ニ於テ穿孔例ヲ取扱フ場合ハ寧ろ稀ナルモノトス。從ツテ其ノ頻度ニ關シ諸家ノ述ブル所ニ差異ノ存スルハ

第110表 胃潰瘍穿孔ノ頻度

報告者	頻度
著者 / 手術例 剖檢例	6.6% 8.7%
小田	13.7%
高梨	16.4%
植村	4.5%
Gruber	5.6%
Guleke	6.5%
Feuwick	28.5%
Habershon	18.0%
Brinton	13-15.0%
Lebert	12.0%
Welch	6.6%

敢テ怪ムニ足ラズ。今文献ニ徴シテ諸家ノ報告ヲ表示スレバ第110表及ビ第111表ノ如シ。但シ兩方ニ於ケル頻度ハ穿孔ニ依リ汎發性腹膜炎又ハ限局性腹膜炎ヲ惹起シタルモノヲ總括セルモノ多ク、兩者ヲ判然明記セルモノ少ナキヲ以テ汎發性腹膜炎ヲ惹起セシモノノ實數ハ上述前表ニ於ケルモノヨリノ頻度ニ於テ少ナルベキモノトス。之ヲ一般ニ云ヘバ十二指腸潰瘍ハ胃潰瘍ニ比シテ穿孔ノ頻度大ナリト稱スル學者多シ。例ヘバ Gruber 氏ハ一般ノ觀察ニヨリ胃潰瘍ノ場合ハ之ヲ 5.6%、Dietrich 氏ハ 7.0%ト見ルヲ妥當ナリトセリ。鹽田教授ハ胃潰瘍ノ場合ニハ 5.0 乃至 6.0%、十二指腸潰瘍ノ場合ニハ 17.0 乃至 2.0%トナセルガ如キ是レナリ。

高梨氏ガ鹽田外科ニ於ケル材料ニ就テ調査セシ所ニ依レバ、潰瘍穿孔ノ頻度ハ、胃潰瘍ニ

第111表 十二指腸潰瘍穿孔ノ頻度

報告者	頻度
著者 / 手術例 剖檢例	1.9% 24.2%
小田	7%
高梨	44.5%
Chvostek	43.0%
Oppenheimer	48.0%
Lieblein 及び Hilgenreiner	50.0%
Lauenstein	92.0%
Rosenbach	38.0%
Nauwerch	31.0%
Dietrich	20.0%
Gruber	17.0%
Moynihan	3.0%
Robson	10.0%
Mayo	24.0%

テ 16.4%、十二指腸潰瘍ニテ 44.5% ナリ。著者ノ調査ニ依レバ、潰瘍ガ急性穿孔ヲ來シ、汎發性腹膜炎ヲ起セシモノ、胃潰瘍手術例ニ於テ、220 例中 15 例即チ 6.6%、胃潰瘍屍ニテ 137 例中 12 例即チ 8.7% 同様ノ場合十二指腸潰瘍手術例ニ於テ 156 例中 3 例即チ 1.9% 同潰瘍剖檢例ニ於テ 33 例中 8 例即チ 24.2% ヲ算セリ。

第二節 性別

非穿孔性潰瘍患者ノ性別ニ就テハ既ニ之ヲ述タリ、胃潰瘍ノ急性穿孔ハ歐米ニ於テハ遙ニ女子ニ多キモノニシテ、胃潰瘍ノ罹患率ガ女子ニ遙ニ多キ事實ト一致スル所ナリ、然ルニ十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ハ歐米ニ於テモ、男子ニ遙ニ多キモノナルコト第112表ノ如シ、本邦ニ於

第112表

病名	胃潰瘍急性穿孔例數		十二指腸潰瘍急性穿孔例數		計		
	男	女	男	女	男	女	
報告者							
Brunner	68	273	74	8	142	281	
Petrén	33	43	16	2	49	45	
Shoemaker	115	123	—	—	115	123	
Brütt	61	28	74	2	135	30	
Prader	28	4	19	0	47	4	
Perry 及び Shaw	—	—	42	8	42	8	
Southam	—	—	—	—	46	2	
Smith	—	—	—	—	40	1	
Cukor	—	—	—	—	33	1	
土井 (蒐集)	—	—	—	—	79	5	
福地	蒐集	31	2	26	1	78	5
	司馬醫院	13	2	8	0		
高梨	—	—	—	—	29	2	

ケル胃及ビ十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニ關スル報告例ニ就テハ、胃及ビ十二指腸潰瘍共ニ男子ニ遙ニ頻發スルモノニシテ、臨牀上大ニ留意スベキ所ナリ。我ガ教室ニ於ケル穿孔性潰瘍患者 18 例中、男子 17 例ニシテ、女子ハ僅カニ 1 例(胃潰瘍穿孔)ナリキ。



### 第三節 年齢別

十二指腸潰瘍ノ穿孔ト年齢トノ關係ニ就テ文獻ノ報ズル所ニ依レバ、年少ナル者ハ生後二ケ月(Cecil, Finney 氏等ノ報告例)ニシテ穿孔ヲ來セシモノアリ、又教室先輩田代氏ハ最近7歳ノ小兒ニ於ケル十二指腸潰瘍穿孔例ニ對スル手術的治験例ヲ報ジタリ、年長ナルモノハ、80歳(Brentano 氏ノ例)ニシテ穿孔ヲ來シタルモノアリ。

Brütt 氏ハ多數ノ症例ニ基キ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ穿孔ハ20歳乃至40歳ノ間ニ來ルモノ最モ多シトナシ、Brunner 氏モ亦多數ノ症例ニ於テ胃及ビ十二指腸潰瘍穿孔ハ男子ニ於テハ20歳乃至50歳ノ間ニ於テ各年代ヲ通ジ略々同程度ニ來ルトナシ、女子胃潰瘍ノ穿孔ハ16歳乃至30歳ノ間ニ、殊ニ20歳代ニ於ケルモノ最モ多シト稱セリ。

土井氏ハ本邦ニ於ケル胃及ビ十二指腸潰瘍穿孔例ハ84例ヲ蒐集シ、ソノ年齢ノ關係ニ於テ、41歳ヨリ50歳ノモノ最モ多ク、29例ニシテ、31歳乃至40歳ノモノ之ニ次ギ21例ヲ占ムル事ヲ述ベタリ。高梨氏ノ調査ニ依レバ40歳代ノモノ最モ多ク、次ニ20歳代30歳代ハ次位ニアリト、本邦ニ於テ田録氏ハ18歳ノ若年者ニ於ケル潰瘍穿孔例ヲ報ジタリ。我が教室ニ於ケル18例ノ穿孔例ニ於テハ、20歳以下ノモノハ1例モ之ヲ認メズ、20歳代ノモノ1例30歳代ノモノ4例、40歳代ノモノ6例、50歳代ノモノ6例ニシテ63歳代ノモノ1例ナリ、即チ30歳乃至60歳ノ間ニ最モ多シ。

### 第四節 職業トノ關係

穿孔性潰瘍患者ノ職業ニ就テ學者ノ報ズル所ヲ見ルニ先ヅ Zukschwerdt 氏ハ穿孔患者ノ63%ハ労働者ニシテ、腹壓ノ變化ノ著シキモノニ多シト述べ、而モ全患者ノ3分ノ2ハ晝間ニ起レリト云フ、Peters 氏ハ最近10ケ年ニ於ケル102例ニツキ全患者ノ65%ハ常ニ食事ヲナス場所ノ異ナリ充分ナル食事時間ヲ有セザル職業ニ従事スル人ニ穿孔ヲ來ス事多シト述ブ。即チ自動車運轉手、鐵道吏員ニ多シト云フ、高梨氏ノ調査例ニ於テハ、畫然タル職業的差異ヲ認ムル事能ハズト云フ。土井氏ノ本邦ニ於ケル蒐集例ニ於ケル調査ニ依レバ、農夫ハ最モ多キモ必ズシモ労働者ニ多シト云フヲ得ズトナシ。

福地氏ノ場合ニ於テハ、穿孔ト職業トノ間ニ何等ノ關係ナシト報ジタリ。又大島氏ガ潰瘍穿孔例ノ本邦文獻例中、職業ニ關シテ明記ノ存スル92例ニ關スル調査ニ依レバ、農夫ニ多キコト注目セラル可シト雖、而モ本邦人ノ職業別ニ於テハ農業ニ従事スルモノハ他ノ職業ニ従事スルモノヨリモ遙ニ多キコトヨリスレバ、潰瘍ノ穿孔ガ農夫ニ多シト稱スルコト能ハズトセリ。著者ノ材料(18例)ニ就テ其ノ職業ヲ明記スレバ次ノ如シ。

即チ無職ノモノ1例、農業3例、商業6例、郵便局長1例、理髮業1例、請負業1例、會社員2例、大工1例、電車運轉手1例、記載ナキモノ1例ナリトス。

高梨氏モ述ベタルガ如ク、患者ノ職業ハ病院ノ存スル場所ニヨリ大イニ異ナルモノニシテ殊ニ斯ル重篤ナル急性疾患ハ病院ノ存スル位置ガ患者ノ職業ニ大イニ關係スルモノナルヲ以テ、統計ヨリ得タル結果ヲ以テ直チニ一定職業ト穿孔トノ關係ヲ速斷スルコト能ハザルモノナリ、余ノ材料ニ於テモ、潰瘍ノ穿孔ト其ノ職業トノ間ニ一定ノ關係ナキモノトス。

### 第五節 季節的關係

W. Broad-bent 氏ハ潰瘍穿孔ハ主トシテ10月乃至3月ノ冬期ニ多シト報ジ、Brunner 氏ハ胃竝ニ十二指腸潰瘍ノ穿孔ハ11月ニ最モ多ク7及ビ8月ニ最モ少ナシトナシ、Demmer, Steichele 氏等モ亦11月ニ最モ多シト云ヘリ。

Rieder, Peters 氏等ハ、4月、5月10月、12月ニ多シトセリ。本邦ノ材料ニ就テ土井氏ノ蒐集調査セル成績ニ於テハ、9月ニ最モ多ク、10月ニ最モ少ク、又大島氏ノ蒐集セル90例ニ關スル調査成績ニ依レバ、夏期ト冬期トニテハ冬期ニ多ク、月別ニ於テハ、1月、4月、9月ノ3ケ月ニ特ニ多シト、同氏ハ其ノ理由トシテ、1月ハ正月トシテ、又4月、9月ノ兩月ハ本邦ニ於テハ各地ニ祭禮ガ多ク、又花見、月見ニ兎角飲食上ニ攝制ニ陥リ易キ機會ノ多キコトヲ擧ゲタリ。

冬期ニ多キコトヲ報ズル學者ハ其ノ理由トシテ、冬期ニ於ケル著衣荷重、食餌攝取増進等ヲ擧ゲタリ。然ルニ Steichele 氏ハ胃ノ充滿状態ハ潰瘍穿孔ノ因子トシテ甚ダ稀ナル場合ニノミ作用スルモノニシテ、却テ空腹時ニ於テ消化液ノ潰瘍ニ作用スルコト強ク、著衣荷重ノ如キハ穿孔誘因トシテノ意義少ナキモノトセリ。

余等ノ材料ニ於テハ、5月ニ穿孔セシモノ6例ニシテ最モ多ク、2月及ビ3月ニ穿孔セシモノ各3例ナリ、1月、6月、8月、9月及ビ12月ニ穿孔セシモノ各1例ナリ。

次ニ穿孔ノ時間的關係ニ就テハ、大島氏ガ本邦文獻蒐集シテ調査セシ所次ノ如シ。

晝夜時間別	例數	合計
夜間	{ 午前0時—6時 19例 午後6時—12時 14例 }	33例
晝間	{ 午前6時—12時 25例 午後0時—6時 24例 }	
		49例

即チ氏ノ調査ニ依レバ、夜間ヨリモ晝間ノ労働乃至飲食時ニ多ク發生セルモノニシテ、尙食時中又ハ食後ノ所謂滿腹時ト消化作用進行シテ空腹ヲ感ズルニ至ル頃ト何レニ急性穿孔ガ起リ易キカヲ檢シタルニ、81例中、滿腹時ニ發生シタルモノ34例、空腹時ニ發生シタルモノ47



例ナル成績ヲ得、依之、氏ハ胃ノ充滿狀態ガ穿孔ノ因子トナルコト比較的少シトセリ、高梨氏ノ調査成績ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

夜間	{ 午前 0 時—6 時 9 例 }	21 例
	{ 午後 6 時—12 時 12 例 }	
晝間	{ 午前 6 時—12 時 6 例 }	9 例
	{ 午後 0 時—6 時 3 例 }	

氏ノ成績ニ於テハ夜間 21 例ニ對シ、晝間 9 例ニシテ、夜間ニ穿孔ヲ來セル場合ノ方斷然多シ。本邦文獻ニ於テ土井氏ノ蒐集調査セルモノニ於テハ、68 例中、晝間 41 例、夜間 27 例ニシテ、空腹時 42 例、滿腹時 25 例ナリト云フ。福地氏ノ報告例ニ於テハ晝間 18 例夜間 5 例ニシテ、空腹時 19 例、滿腹時 3 例不明 1 例ナリ、著者ノ場合ヲ表示スレバ次ノ如シ。

夜間	{ 午前 0 時—6 時 3 例 }	8 例
	{ 午後 6 時—12 時 5 例 }	
晝間	{ 午前 6 時—12 時 4 例 }	6 例
	{ 午後 0 時—6 時 2 例 }	

著者ノ場合ニ於テハ、晝間ニ來レルモノヨリモ、夜間ニ來レルモノニ多ク、内夜間睡眠中ナリシモノ 3 例ヲ算ス。

今本邦ニ於ケル調査材料（即チ大島、高梨、福地、竝ニ著者ノ成績）ニ就テ觀ルニ、穿孔ガ夜間ニ來リシモノ 67 例ニシテ晝間ニ來リシモノ 82 例ナリ。即チ晝間ニ來リシモノ稍多シ、Kreuter 氏モ亦晝ハ夜ノ 4 倍多シトセリ。即チ多數學者ノ報告ヲ綜合スル時ハ、潰瘍ノ穿孔ハ夜間睡眠中ニ於テモ發生シ得可シト雖、其ノ頻度ハ寧ろ晝間ニ多キモノナリ、然レドモ潰瘍ノ穿孔ハ食事攝取時間トハ密接ノ關係ナキコト一般學者ノ意見ノ一致スル所ナリ。

### 第六節 潰瘍ノ病理解剖學的所見

潰瘍穿孔ノ患者ガ重篤ナル腹膜炎ニ陥リタル時ハ、ソノ開腹手術ニ際シ、穿孔局所ノ發見ハ往々至難ナルコト少カラズ、殊ニ穿孔小ナル場合ニ於テ然リス。故ニ豫メ穿孔ノ好發部位ニ就テ知見ヲ有スルコトハ甚ダ重要ナル事項ニ屬ス。

胃潰瘍穿孔ノ部位ニ關シ諸家ノ述ブル所ヲ綜合シテ表示スレバ第 113 表ノ如シ。尙胃潰瘍穿孔部位ニ關シ Mayo Robson 氏ガ之ヲ圖示セル所ヲ掲グレバ插圖 49 ノ如シ。

第 113 表 胃潰瘍穿孔部位

報告者	噴門部附近	胃中央	幽門部附近	總數
Brunner	56.4 %	9.6 %	3.4 %	241
Shoemaker	12.0 %	36.0 %	52.0 %	400 例以上

Petren	21.0 %	25.0 %	54.0 %	48 例
Brütt	3.4 %	34.0 %	62.6 %	/

土井氏ノ日本ニ於ケル統計ニヨレバ穿孔性潰瘍ノ部位ニ關スル調査成績次ノ如シ。

十二指腸潰瘍	21 例
胃潰瘍	14 例
後壁	3 例
幽門部	34 例
多發性	3 例

高梨氏ノ報告例ニ於テハ、穿孔性胃潰瘍ニ於テ、其ノ位置次ノ如シ。

幽門竇 20 例	前壁 16 例
	{ 上縁ニヨリタルモノ 4 例

「アングルス」

1 例 × 後面ニ於ケルモノ ● 前面ニ於ケルモノ

福地氏ノ穿孔性胃潰瘍 15 例中、幽門部前壁ニ存セシモノ 13 例、小彎中央部ノモノ、前壁中央部ノモノ各 1 例ナリ。

Morville, Poul 氏ハ 91 例ニ於テ、幽門近部潰瘍 70 例ニシテ幽門遠隔潰瘍 21 例（内胃 16 例、十二指腸 5 例）ナリトシ、Wilmonth 氏ハ 59 例ニ於テ、幽門管 28 例、小彎 8 例、十二指腸 11 例トシ、Rapaut 氏ハ 78 例ニ於テ潰瘍ノ位置ニ就テ次ノ如ク報ジタリ。

幽門輪ニ近キモノ	74.3 %	幽門輪ヨリ遠キモノ	24.3 %
空腸潰瘍	1 %		

即チ胃潰瘍ガ好シク幽門、小彎部ニ頻發スルニ伴ヒ其ノ穿孔モ亦コノ部ニ多キモノナリス、然レドモ、胃前壁ニ來ルコト甚ダ稀ニシテ約 5 % 内外ニ過ギザルニモ拘ラズ、急性穿孔ニ依リ汎發性腹膜炎ヲ惹起スル場合其ノ大多數（80 乃至 90 %）ハ胃前壁ノ穿孔ニ依ルモノナリス。例之、Mayo Robson 氏ノ如キ胃前壁ニ來リシモノ 66 例ニ對シ、後壁ニ來リシモノ僅カニ 11 例ヲ舉ゲ、又 Brunner 氏ノ如キ前壁ニ來リシモノ 278 例ニ對シ、後壁ニ來リシモノ僅カニ 42 例ナルコトヲ報ゼリ。

次ニ十二指腸潰瘍穿孔ノ好發部位ニ關シ Brunner 氏ノ調査セル所次ノ如シ。

上水平部ニ於ケルモノ	62 例	前後壁ノ記載不明ノモノ	15 例
前面上部ニ於ケルモノ	38 例	垂直部ニ於ケルモノ	6 例
後面ニ於ケルモノ	9 例	下水平部ニ於ケルモノ	3 例

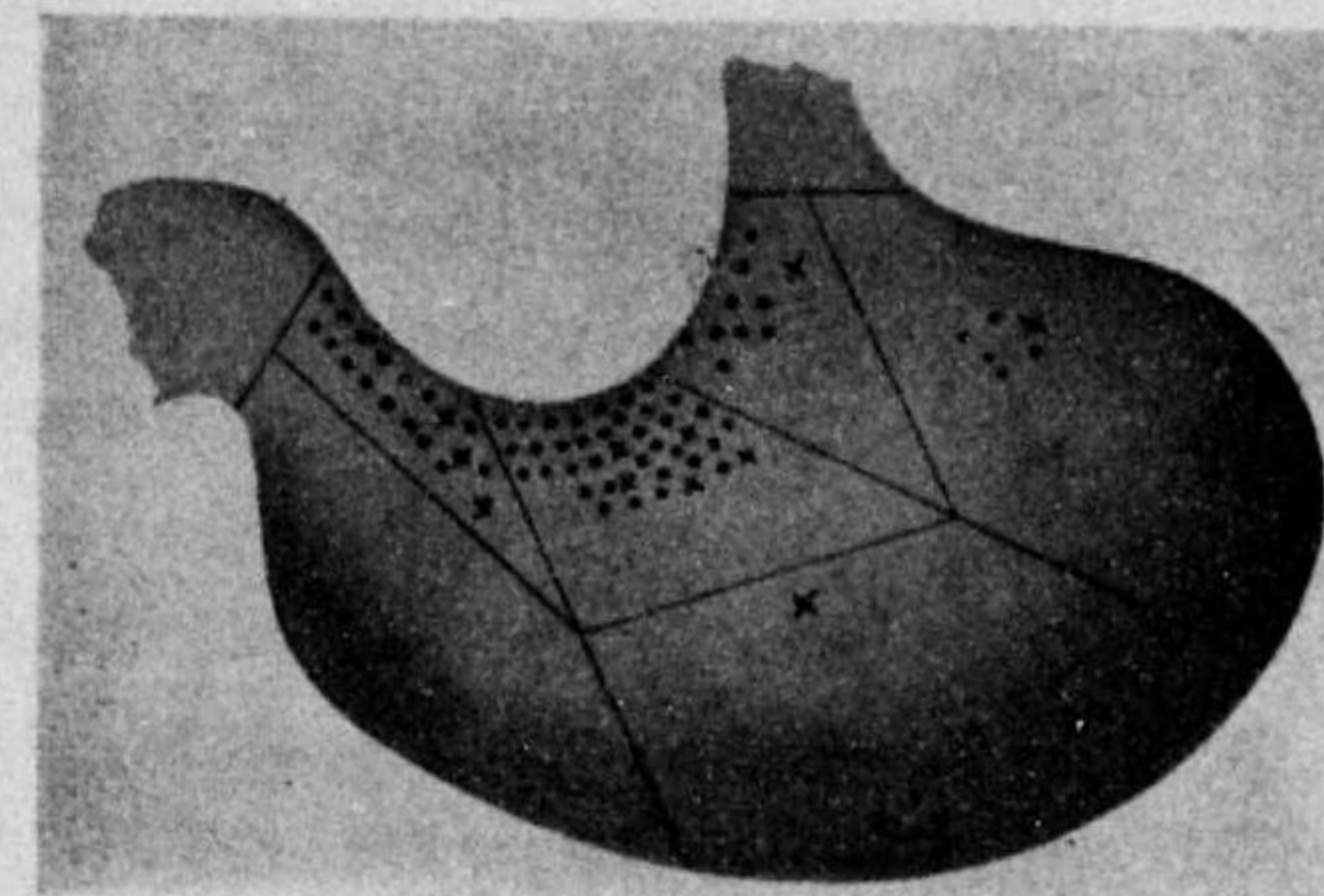


插圖 49. 潰瘍穿孔部位 (Mayo Robson 氏ニ依ル)



即チ十二指腸潰瘍ノ穿孔モ亦幽門附近殊ニ其ノ前面ニ多クシテ幽門ヲ距ルニ從テ減少スルモノトス。

著者ノ材料ニ於テモ、先進學者ノ報ズル所ト一致スルモノナリ、即チ次ノ如シ。

胃潰瘍穿孔	13例	前壁	5例
		前壁ヨリ後壁ニ互レルモノ	1例
十二指腸潰瘍穿孔	3例	(スベテ前壁)	
多發性穿孔性潰瘍	2例	胃前壁穿孔性潰瘍兼十二指腸潰瘍	1例
		胃幽門前壁穿孔性潰瘍兼胃小彎多發性潰瘍	1例

Brunner, Körte, Noetzel 氏等其他多數學者ノ意見ニ依レバ、潰瘍ノ急性穿孔ヲ招致スル場合該潰瘍ハ既ニ數年ニ亙ル古キ病歴ヲ有シ、又屢々剖檢上之ヲ確證スル場合多キモノナリ。Brütt 氏モ胃潰瘍ニ於テ該所說ニ賛同シ穿孔例ノ54%ニ於テ胼胝性潰瘍ヲ見タリト云フ。然ルニ十二指腸潰瘍ニ於テハ通常小ナル淺在性潰瘍ニシテ且ツ未ダ長キ病歴ヲ有セザル場合ト雖、穿孔ヲ招致スルコトアルモノニシテ、此ノ點胃潰瘍ノ場合ト其ノ趣ヲ異ニセル所ナリトナシ、此ノ理由ヲ該十二指腸壁ノ稀薄ナル點ニ歸センメタリ。

著者ノ經驗ニ於テモ、穿孔例總數18例中5例即チ27.8%ニ於テ胼胝性潰瘍ナリキ、コノ内1例ハ十二指腸潰瘍ニシテ、他ハスベテ胃潰瘍ナリキ、然レドモ手術時潰瘍ガ周圍ト癒着シ、又ハ一般狀態不良ナル場合ニハ潰瘍ノ性状ヲ精細ニ檢査スルコト困難ナルコトモアリ、尙病牀日誌ニ穿孔性潰瘍ノ性状ニ關スル記載ヲ缺クモノモ之ヲ存スルヲ以テ、實際ニハ穿孔性潰瘍ニシテ胼胝性ナル場合ハ前記頻度ヨリモ更ニ高率ナル可シト推定セラル。

穿孔口ノ形ハ通常圓形、橢圓形ニシテ其ノ邊緣銳利ナルモノニシテ、恰モ錐穿セラレタルガ如キ外觀ヲ呈スルヲ例トス。

穿孔ノ大キサニ就キハ一様ナラザルモ最モ屢々遭遇スル所ノモノハ小豆大乃至「クルミ」大ナリ。十二指腸ニ於テハ稀ニ穿孔ノタメ殆ンド腸管ノ橫斷セラレタルガ如キ破格例アリト雖、一般ニ十二指腸潰瘍穿孔ノ場合ハ胃潰瘍ノ夫ヨリモ小ナルモノナリ。

余等ノ材料ニ於テ、穿孔口ノ大サニ關シテ記載明カナルモノ11例中、2錢銅貨大ノモノ1例、小指頭大ノモノ4例、示指頭大ノモノ3例、中指頭大ノモノ1例ニシテ留針頭大ノモノ2例ナリトス。

穿孔ノ數ニ就テハ、大多數ニ於テ單獨ニ來ルモノナルモ、稀ニ2個以上ノ潰瘍ガ同時ニ穿孔スルコトモアリ。(詳細ハ後段多發性潰瘍ノ篇ニ於テ之ヲ説明スルコトス可シ)、從テ開腹術時穿孔部位ノ探索ニ當リテハ此ノ點ニ就キテ注意ヲ要ス。

### 第七節 腹腔内滲出液ノ性状

潰瘍穿孔時、腹腔内滲出液ノ性状ハ手術ノ豫後ト重大ナル關係アリ、滿腹時ノ穿孔ニ際シテハ、攝取シタル食物並ニ其他ノ胃内容ガ多量ニ腹腔内ニ漏出ス、穿孔後尙時間ヲ經過セザル場合ニハ、胃内容ノ漏出物ハ、主トシテ穿孔口附近ニ止ルモ、穿孔後時間ヲ經過シタル場合ニハ、此等ノ漏出物ハ腹腔内ニ廣ク分布セラレ遂ニダグラス氏腔ニ達ス、穿孔後ノ嘔吐、腹壓等ハ胃内容ノ腹腔内漏出ヲ促進スルモノトス、腹腔内滲出液ハ初メハ胆汁様、膿様濁濁液ナルモ、穿孔後長時間ヲ經過シタルモノニ於テハ膿様ノ若クハ生ズルニ至ル。

腹腔内滲出液ノ細菌學的所見ハ、手術成績ト最モ密接ナル關係ヲ有スルモノナリ、先ツ Brütt 氏ハ112例ニツキ細菌學的檢査ヲ行ヒ、次ノ結果ヲ得タリ、即チ

穿孔後	6乃至12時間	無菌ナルモノ	26%
穿孔後	12時間以上	無菌ナルモノ	7%

而シテ此ノ際細菌ノ種類トシテハ、葡萄狀球菌、溶血性連鎖狀球菌、綠色連鎖狀球菌、普通大腸菌等ヲ證明セリ、氏ハ前記細菌學的所見ト多數ノ臨牀的經驗トヨリ、穿孔後6時間以内ハ、腹腔内浸出物ハ無菌ナルカ、感染力弱キ故、年齢45歳位迄ハ胃切除術ニ堪エ得、死亡率モ小ニシテ、6時間以上12時間迄ハ無菌ナルカ綠色連鎖狀球菌ニシテ尙胃切除術可能ナルモ、12時間ヲ過グレバ大腸菌及ビ溶血性連鎖狀球菌ヲ證明シ、カカル際胃切除術ハ唯特別ノモノノミニ可能ナリト報ゼリ。Prader 氏ハ胃液中遊離鹽酸ノ存スル時ハ、穿孔後3乃至12時間ノ間ニテハ炎症性滲出液中細菌無シト稱シ、Löhr 氏モ亦遊離鹽酸ノ存スルモノニ於テハ穿孔直後ハ無菌ナルコトヲ説ケリ。高梨氏ハ穿孔性潰瘍31例中12例ニ於テ滲出液ノ細菌學的檢査ヲ行ヒタルニ、12例4中例ニ於テ塗抹標本及ビ培養ニ於テ細菌ヲ證明スルコトヲ得ザリシモ、他ノ8例ハ其ノ何レカ、或ハ兩法ニ於テ菌ヲ證明シ、穿孔部附近ノ方遠隔ノ部位ニ比シ、細菌ノ證明セラルルコト多キヲ以テ、穿孔部附近ノ腹膜ハ殊ニ清淨ニセザル可ラザルコトヲ記セリ。

胃及ビ十二指腸潰瘍患者殊ニ後者ノ場合ニハ胃液ハ過酸症ヲ呈スルコト多ク、胃十二指腸内容ニハ、病原菌ヲ證明セザル場合甚ダ多キコトニ就テハ既ニ之ヲ述ベタリ、潰瘍ノ穿孔ニ依リテ、胃ノ内容ガ腹腔内ニ漏出スル時ハ、腹膜ハ強度ノ刺戟ヲ受ケ、弱「アルカリ」性ヲ有スル液體ノ盛ナル滲出ヲ見ル。爲メニ腹腔内ニ漏出セル胃、十二指腸内容ハ漸次中和セラル、從テ初メ無菌ナリシ滲出液ハ漸次細菌ノ繁殖ヲ許シ、遂ニ傳染性腹膜炎トナルニ至ル。

立林氏ハ、非穿孔性潰瘍手術時、潰瘍壁龜底ノ細菌學的檢査ヲナシ、23例中2例即チ8-9%ニ菌ヲ證明セシニ過ギズトナシ、而モ、其ノ2例ハ大腸菌ニ非ズシテ、共ニ連鎖狀球菌ナリシガ、毒力ニ至リテ1例ハ3日間ノ後ニ「マウス」ヲ斃シ得タルモ、他ノ1例ニ於テハ毒力



ハ證明スル能ハザリシトセリ、且ツ、胃及十二指腸内細菌ノ検査ニ關スル研究ニ於テ、胃液中遊離鹽酸ノ存在スル時ハ、病原性菌族ハ常ニ存在スルコトナク、遊離鹽酸ノ缺如スル時ハ病原性菌族殊ニ大腸菌族ノ常ニ無數ニ存在スルテフ結果ニ徴シ、潰瘍穿孔直後ヨリ幾時間カハ腹腔内ニ感染セラレザルモ、一定時間ノ後小腸ノ中部以下ニ存スル大腸菌ノ上昇シテ穿孔部ニ達スルモノト稱シ、其ノ理由トシテ、次ノ二項ヲ擧ゲタリ。

(1) 胃液内遊離鹽酸在リテ手術ニ際シ、胃、十二指腸及ピ空腸上部ニ大腸菌族ヲ證明スル能ハザリシモノニテモ、胃切除或ハ胃腸吻合術後ハ間モナク該病原菌ノ存在ヲ見ルニ至ルコトヲ再手術時ノ検査ニ依リ證明シ得ル事實。

(2) 胃液中遊離鹽酸ヲ有スル犬ニ於テ鹽酸「モルヒネ」ノ下ニ開腹、幽門部ノ切除ヲナシ、胃液中遊離酸ノ出現ヲ見ザルコトヲ證シ、胃腸吻合ヲ施サズシテ胃内容ヲ檢スルニ、初メハ胃、十二指腸及ピ空腸上部ニ大腸菌族ヲ見ザルモノモ、30分間毎ニ之ノ内容ヲ採取シテ培養スル時ハ早キハ7時間遅クモ11時間位シテ空腸、十二指腸内ニ之ヲ證明スルニ至ル、コノ時ニ於テモ胃中ニハ尙之ヲ證明セズ、胃腸吻合ヲ施シ置ク時ハ、胃中ニモ大腸菌族ノ出現ヲ見ルモノニシテ、コレ下方小腸ヨリ上昇シ來リシモノナルノ事實是ナリ。

著者ノ材料ニ於テハ、腹腔滲出液ノ細菌學的検査ヲ行ヘルモノハ18例中僅カニ4例ニ過ぎズ即チ十二指腸潰瘍穿孔後12時間目ノ検査ニ於テ、連鎖狀球菌、雙球菌ヲ證シタルモノ1例、胃小彎潰瘍穿孔後18時間目ニ白色葡萄狀球菌ヲ證明シタルモノ1例、同胃小彎潰瘍穿孔後14時間半ニシテ普通大腸菌ヲ證明シタルモノ1例、胃幽門潰瘍穿孔後數時間目ノ検査ニ於テ連鎖狀球菌、普通大腸菌ヲ證明シタルモノ1例是ナリ。

前記多數學者殊ニ Brütt 氏ノ報告ニ依リテ明ナルガ如ク、潰瘍穿孔後早期ニ於テハ無菌ナルコト多シト雖、約12時間後ニ於テハ病原菌ヲ證明スル事甚ダ高率トナルコトナリ。

### 第八節 穿孔ノ直接原因

大島氏ガ本邦文獻ヲ蒐集シ、穿孔ノ誘因ニ就テ調査セシ所次ノ如シ。

食事中又ハ食直後	13 例	登山中	1 例
労働中	7 例	雨戸ヲ締メル時	1 例
歩行中	2 例	高所ヨリ物ヲ取ル時	1 例
上園中	1 例	何等誘因ナク突如襲來セシモノ	19 例
靴紐ヲ締メル時	1 例		

高梨氏ノ調査ニ依レバ、31例中20例ハ潰瘍穿孔ノ直接原因ト思ハルモノナク、其ノ内11例ハ睡眠中ニ穿孔シ疼痛ノタメ覺醒セリト、穿孔ノ直接原因ノ存在セシモノニ就テ次ノ如ク細別セリ。

食事中或ハ食後間モナク穿孔セシモノ	4 例
暴飲暴食後	1 例
「バリウム」ニテ X 線検査後	2 例
水攝取後	1 例
便通ノ際腹壓ヲ加ヘタル後及ビ前夜ニ胃洗滌ヲ行ヒ翌日早期穿孔セシモノ、空車ヲヒケル中ニ穿孔セルモノ各	1 例

J. Jordan 氏ハ潰瘍穿孔例21例中、重キモノヲ持チタル後ニ穿孔セシモノ3例、高跳後ノモノ3例、「ビール」暴飲後ノモノ2例ヲ經驗セリ。著者ノ場合ニ於テハ18例中穿孔ノ直接原因ト思惟セラレタルモノハ、6例ニ於テ之ヲ認メタリ、列記スレバ次ノ如シ。

旅行中	1 例
胃切除術後殘存潰瘍ノ穿孔	1 例
「バリウム」攝取ニヨル胃 X 線検査後	1 例
酒精暴飲後	1 例
上園中	1 例
腹壓ヲ加ヘタル後	1 例

尙夜間睡眠中ニ穿孔ヲ來シタルモノ3例ヲ算スルハ注意ス可キ所ナリ。

潰瘍穿孔ノ誘因トシテ、腹部壓迫、打撲、體動、勞作、暴飲暴食、腹部内壓亢進、外傷等ガ從來擧ゲラルル所ナリト雖、體動、勞作等モ就牀患者以外ニ於テハ、日常之ヲ行フ機會甚ダ多キヲ以テ、福地氏モ既ニ主張セシガ如ク、普通ノ仕事、歩行等ヲ以テ直チニ潰瘍穿孔ノ誘因トナスハ當ヲ得タルモノニ非ズ。其ノ穿孔ガ直接外傷ト關係シテ起ルコトモ亦寧ロ稀ナリ。潰瘍ノ穿孔ニ對シテ直接原因ヲ認ムル場合ハ一般ニハ寧ロ稀トスル所ナリ、コハ穿孔ガ夜中睡眠中ニ突發スルコト少カラザル事實ニ徴シテモ明ナリス、即チ著者ノ場合ニ於テモ、穿孔例18例中夜間睡眠中ニ穿孔セシモノ3例ヲ存シ、高梨氏ノ場合ニ於テモ、31例中同様ノ場合11例ヲ算セリ。暴飲暴食ヲ初メシ其他ノ不衛生ハ健全人ト雖之ヲ避ク可キハ論ヲ待タザル所ニシテ、殊ニ慢性潰瘍ヲ有スル患者ニ於テ特ニ然リス。然レドモ、患者ノ診斷、治療ノ目的ヲ以テ避ク可ラザル事項ガ穿孔ノ誘因トナルコトアリ、臨牀家ノ注意ス可キ所ナリ。即チ余ノ場合ニ於テハ、手術時多發性潰瘍ヲ見逃シテ胃切除術ヲ行ヒシニ、術後見逃ガサレタル多發性潰瘍ガ穿孔セル場合アリ(「グレンツゲビー」第10年、第1號、第10章、及ビ後篇多發性潰瘍ノ部參照武末某52歳男子)、手術時多發性潰瘍ヲ見逃サザル様特別ノ注意ヲ要ス、又稀ニハ2個ノ潰瘍ガ同時ニ穿孔ヲ來シタル場合モ之ヲ存スルモノトス。

次ニ造影劑攝取ニヨル胃 X 線検査後潰瘍ガ穿孔ヲ來スコトアリ、著者モ其ノ1例ヲ經驗ス(「グレンツゲビー」第10年、第1號、第10章、第1例。尙第8篇、第10章、村上某、42歳、男子)即「チバリウム」攝取ニ依リ胃 X 線検査後外出シタルニ突如穿孔性腹膜炎ノ症狀ヲ訴ヘ途申倒レタルモノナリ。



文獻=徴スルニ、Himmelmann 氏 (1932 年)ノ文獻調査=依ル研究=ヨレバ、造影劑攝取後胃乃至十二指腸潰瘍穿孔セリト考ヘラルルモノ39例=シテ、之=氏ノ4例ヲ加算スレバ43例トナル。高橋氏ノ報告=依レバ鹽田外科=於テモカカル症例3例ヲ存スト、Panek 氏ハ胃、十二指腸潰瘍穿孔36例中8例ハ胃 X 線検査後=穿孔セシモノナリト云フ。然レドモ何故=X 線検査ガ穿孔原因トナルヤ=關シテ諸家ノ説亦區々=シテ一定セズ、從來擧ゲラルル主ナル因子ヲ列記スレバ次ノ如シ。

- (1) 觸診、又ハ Distinktor 使用時ノ壓迫=因ルトナスモノ(Mandl, Meijer, Nußbaum, Panek Pizzoglio)
- (2) 造影劑ノ重量=因ルトナスモノ(Bittrolff, Mandl, Meijer, Nußbaum)
- (3) 多量ノ造影劑=テ急激=胃ヲ充滿スル=因ルトナスモノ(Lameris, Panek, Pizzoglio)
- (4) 造影劑=ヨル蠕動昂進=ヨルトナスモノ(Bittrolff)
- (5) 興奮=ヨル蠕動亢進=因ルトナスモノ(Pizzoglio)
- (6) 幽門狭窄症及ビ胃擴張ノ共存=依ルトナスモノ(Bittrolff Meijer)

即チ X 線検査時ノ觸診 Distinktor, Kompressorium 使用=ヨル壓迫、牽引、腹内壓上昇或ハ普通食以上ノ重量ヲ有スル造影劑ノ胃内=長時間停滞スルコト等ハ本検査後潰瘍穿孔ノ原因、少クモ其ノ因子トナルモノナリ、其他造影劑攝取ト胃、十二指腸穿孔トノ關係=就テハ、高橋氏ノ詳細ナル報告アリ。(日本外科學會雜誌、第36回第1號)

### 第九節 症候

#### 第一項 既往症

急性汎發性腹膜炎ヲ招致シタル場合ノ開腹手術=當リ、皮膚切開ノ部位選定=考慮ヲ要スルコトアリ。從テカカル場合、既往=於ケル胃症狀ノ存否=關シテ追求スルハ甚ダ有意義ナリトス。然レドモ實際上、患者ハ劇痛=堪ヘ難キ苦悶ノ極=存スルヲ以テ、醫師ノ質問=正確ニシテ充分ナル返答ヲ與ヘ得ルコト困難ナルコト多キヲ以テ、既往症ノ吟味=就テハ充分ノ注意ヲ要スルモノトス、又元來胃十二指腸潰瘍患者=シテ、從來成書=記載セラレタルガ如キ定型的ノ症狀ヲ呈セザルコトモ少カラザルヲ以テ、患者ノ訴ヘタル症狀=就テモ充分ノ吟味ヲ要スルモノナリトス。而シテ多數學者ノ報告=依レバ、急性穿孔ノ場合大多數=於テ、患者ハ既往=潰瘍ヲ疑ハシム可キ病歴ヲ有ス。例之 Brunner 氏ノ報告例=於テハ、347 例中 291 例即チ 84% Brütt 氏ノ場合ハ、154 例中 131 例即チ 85%、Walkss 氏ノ 78 例=於テ 100% =於テ夫々潰瘍症狀若クハ胃症狀ヲ呈シタリ、又 Goldstücker, Garré 氏ハ 90%、Morley, Marschall, Walkers 氏等ハ全症例=於テ、既往症=胃症狀ヲ訴ヘタルコトヲ報ジタリ。本邦=於テハ、土井氏ノ蒐集例 117 例中 94 例=於テ、高梨氏ノ 31 例中 30 例=於テ、福地氏ノ 20

例中 16 例外即チ 80% =於テ夫々既往症=胃症狀ヲ訴ヘタリ。

然ル=既往=於テ何等潰瘍類似ノ症狀ヲ訴ヘズ、突然穿孔ヲ招致スル場合ノ往々存スルコトハ臨牀醫家ノ大=留意スベキ所ニシテ、コノ點=關シハ夙=後藤教授並=著者ノ特=高唱スル所ナリトス。而シテカカル潜在性潰瘍ノ穿孔頻度ヲ正確=知ルコトハ至難ナリト雖モ、2,3 學者ノ報告ヲ紹介スレバ次ノ如シ。即チ Brütt 氏ハ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ 15% Brunner 氏ハ同様 45% =於テ之ヲ認ムト稱シ、Frederick 氏ハ 41 例ノ十二指腸潰瘍中 3 例 =於テ之ヲ見タリトセリ。

更=福地氏ノ蒐集セル 49 例中 7 例(14.3%)、同氏自家經驗例 20 例中 4 例(20%) =於テハ夫々發病前何等ノ胃障礙ヲ知ラザリシモノニシテ残りノ 16 例ハ發病前=多少トモ胃ノ具合惡ルカリシコト又ハ疼痛等アリテ醫療ヲ受ケ又ハ胃散等ノ賣藥ヲ用ヒタルモノニシテ、胃潰瘍ト診斷セラレタルモノ或ハ胃又ハ十二指腸潰瘍ヲ思ハシムルガ如キ症狀ヲ有セシモノ 7 例=過ギズトセリ、高梨氏ノ報告=依レバ、潜伏性潰瘍ノ突如穿孔ヲ來セシモノ 301 例中 1 例ヲ算ス、著者ノ材料=於テハ、18 例中 13 例=於テハ夫々既往=胃症狀ヲ訴ヘタルモ、穿孔前全ク症狀ヲ呈セズシテ突如穿孔セシモノハ 5 例 27.7% ヲ算ス。

穿孔前胃症狀ヲ呈シタル症例中、胃症狀ノ持續期間ノ明カナルモノ=就テ觀ルニ、之ヲ細別スレバ次ノ如シ。

胃症狀持續、半年以内	2 例
同 半年—1 年	2 例
同 1 年—4 年	6 例
同 13 年及ビ 24 年ノモノ	各 1 例

即チ何レモ長期間ノ胃症狀ヲ訴ヘタルモノ多シ。

次=穿孔前患者ノ訴ヘタル胃症狀ヲ列記スルコト可シ。

胃苦痛、炭酸嚕嘩、竝=嘔吐ヲ訴ヘシモノ	1 例
胃腸障礙、胃痛竝=食慾不振	1 例
胃腸障礙、食後胃鈍痛	1 例
嘔吐、便秘、竝=腹痛	1 例
腹部劇痛、下血	1 例
輕度ノ胃痛	1 例
食後胃劇痛、胃膨滿感、嘔吐	1 例
胃苦痛、胃鈍痛	1 例
食後胃部膨滿感、吞酸、嚕嘩、吐血	1 例
胃鈍痛、吐血、吞酸、嚕嘩	1 例
腹痛	1 例
胃痛、吞酸、嚕嘩	1 例
胃膨滿、胃痛、吐血	1 例
計	13 例



由是觀之，術前胃症狀ヲ訴ヘタルモノ中ニモ，胃，十二指腸潰瘍ノ定型的症狀ヲ缺キ，寧ロ不定ノ胃障礙ヲ訴ヘタルモノ少カラズ，苦悶ノ状態ニ在ル患者ガ，醫師ノ質問ニ對シ漫然ト前記ノ如キ不定胃障礙ノ既往症ヲ返答シタル場合ノ如キ，依之，胃，十二指腸潰瘍ノ存在ヲ診斷スルコト至難ナル場合少シトセズ。

前記多數學者ノ報告ニ徴スル時ハ，潰瘍ノ穿孔例ハ，多クノ場合ニ於テ，數年ニ亙ル胃症狀ヲ呈スルヲ以テ，コノ點ニ留意シテ其ノ既往症ヲ質スコトハ診斷上甚ダ意義大ナルモノアリ，然レドモ，不定胃症狀ヲ呈シ，又ハ全ク胃症狀ヲ訴ヘザル潛伏性潰瘍ガ突如穿孔ヲ來スコトモ之ヲ存スルヲ以テ注意ヲ要スルモノトス。

第二項 警告の前驅症

潰瘍患者ハ穿孔ヲ來スニ先立チ，數時間乃至數日前ヨリ時ニハ1,2週間前ヨリ，従前ノ潰瘍症狀ガ増悪スルコトアリ。警告的信號(Alarm signal, Moynihan, Villard, Pinatello)穿孔前胃痛(Präperforative Magenschmerzen, Ryse)，警告の前驅症(Warnendes Vorboten)等トシテ臨牀家ニ依リテ注意セラレタル所ナリ。カカル前驅症狀ヲ訴フル頻度ニ就テハ，Brütt氏ハ24%，Speck氏ハ7%ヲ報ジ，Noetzel, Simon, Pétren氏等ハ大多數ノ症例ニ見タリト云フ，土井氏ハ本邦文獻蒐集ニ依リ，117例中25例ニ之ヲ見タリトシ，高梨氏ハ31例中16例ヲ之ヲ見タリト云フ，著者ノ症例ニ於テハ18例中ノ之ヲ訴ヘシモノ8例ナリ。其ノ症狀ヲ列記スレバ次ノ如シ。

- 2日前ヨリ食後2,3時間シテ胃飢餓痛ヲ訴ヘ，食思不振，嘔吐，珈琲殘渣様物質ノ吐出，大便ノ黒キ着色ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 4日前ヨリ輕キ腹痛，心窩部ノ膨滿ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 數日前ヨリ全身倦怠感，食思不振，胃部不快感ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 前日ヨリ惡心，嘔吐ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 5日前ヨリ劇シキ胃痛，頭痛，食思不振ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 2日前ヨリ嘔吐ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 10日前ヨリ腹痛，3日前ヨリ嘔吐ヲ訴ヘシモノ 1例
  - 1週間前ヨリ劇シキ胃痛，數日前ヨリ腹部緊張感ヲ訴ヘシモノ 1例
- 計 8例

即チ最モ短キハ穿孔前日ヨリ，長キハ穿孔10日前ヨリ警告の前驅症ヲ訴ヘシモノナリ，然レドモ特ニ穿孔ヲ豫知シ得ルガ如キ特異ノ症狀ヲ認メザルモノトス，學者ニ依リテハ，カカル警告的疼痛ハ從來ノモノト異リ，食物ニ注意スルモ，「アルカリ」ヲ服用スルモ緩解セラレズト報ズルモノモアリ，然レドモ余等ノ經驗例ニ於テ見タルガ如ク不定ノ症狀ヲ訴フルモノモアリ，殊ニ全然警告の前驅症狀ヲ呈セザルモノ甚ダ多キヲ以テ，本症狀ヲ以テ穿孔ヲ豫知スルコトハ至難ナリトス。

第三項 自覺的並ニ他覺的症候，經過

(1)穿孔時初發症候 前記警告の前驅症トシテ胃痛ガ次第ニ增強シテ穿孔症狀ニ移行シ特ニ穿孔症候ノ判然ト確認シ難キ場合アレドモ，カカル場合ハ寧ロ稀ナリ。多クハ青天霹靂ヲ聞クガ如ク，突發的ニ堪ヘ難キ劇痛ヲ心窩部ニ訴フルモノナリ，該胃痛ハ甚ダ劇甚ナルモノニシテ，往々鎮痛劑ノ注射モ其ノ效ヲ奏セザルモノトス，從テ疼痛ノタメ，患者ハ叫喚シ，冷汗ヲ流シ，顔面蒼白ナル，意識ハ多クハ侵サレズト雖，稀ニ「シヨツク」ノタメ死亡スルモノモ之ヲ存ス，穿孔當初ニ於ケル心窩部疼痛ノ性狀ニ就テハ，鹽田氏ハ之ヲ腹内ニテ何物カ蹴破ラレタルガ如キ感ヲ覺エ，灼クガ如ク，刺スガ如ク，屢々人類ノ最高度ノ疼痛トシテ現ハルモノト形容シ，Ed. Juillard氏ハ非常ニ熱キ水滴ガ腹内ニ流レ込ミタルガ如キ，或ハ腸内ニ降り來リタル液體ガ破裂セル如ク感ズルモノナリト述ベタリ，然レドモ穿孔當時カカル定型的劇痛ヲ訴ヘザル場合モ之ヲ存スルモノニシテ，例之高梨氏ノ如キ，突然襲來スル上腹部ノ激痛ヲ以テ始マリタルモノハ，31例中20例ニシテ他ノ11例ニ於テハ斯ル定型的症狀ヲ呈セザリト云フ，著者ノ場合ニ於テハ，18例中，突如腹部ノ劇痛ヲ訴ヘタリト記載セシモノ11例，穿孔ニ依ル急性症狀ヲ缺ケルモノ1例ニシテ，其他ノモノハ疼痛ノ性狀ニ就テ比較的正密ナル記載ヲ存スルモノナリ，即チ次ノ如シ。

- 突發セシ腹痛ト共ニ顔面蒼白トナリ「シヨツク」症狀ヲ呈シタルモノ 1例
  - 劇シキ腹痛ノ爲メ歩行中倒レタルモノ 1例
  - 甚ダ著シキ腹痛ヲ訴ヘ意識稍濁シシモノ 1例
  - 胃ガ破裂セシ如キ感覺ト共ニ直チニ劇シキ胃痛ヲ訴ヘ轉々トシテ苦悶セシモノ 1例
  - 初メ胃部ニ輕度ノ疼痛ヲ訴ヘ，一時輕快セシモノ4時間後堪ヘ難キ程度ニ增強セシモノ 1例
  - 初メ胃部ニ劇痛ヲ訴ヘ後腹部全面ニ互レルモノ 1例
- 計 6例

穿孔當時ハ寧ネ前記ノ如キ劇甚ナル症狀ヲ呈スルモ，一般ニ患者ハ短時間内ニ「シヨツク」ヨリ恢復スルモノナリ，殊ニ輸血等施行シタル場合ニ於テ然リトス，「シヨツク」ヨリ恢復スレバ患者ノ症狀ハ却テ一時輕快スルコトアリ。カカル時期ヲ休止期ト稱スル學者アリ。又以之本症穿孔ニ特有ノモノト報ズル學者モ之ヲ存ス。然レドモ間モナク症狀ハ再度増悪ノ徵ヲ示スモノナリ。

(2)初發嘔吐 潰瘍ノ穿孔ニ際シテハ嘔吐ヲ見ルコト一般ニ不定ナリ。即チ Riegel-Taboraハ初發嘔吐ヲ缺クコトヲ以テ特有ナリト稱シ Florowsky氏ハ38例中36例ニハ之ヲ缺ケリト報ジ，Brütt氏ハ20%ニ於テ，Brunner氏ハ約3分ノ1ニ於テ，Speck氏ハ86例中48例ニ，Schülein, Petren, Wagner氏等ハ穿孔例ノ約半數ニ嘔吐ヲ見タリト稱シ，鹽田氏ニ依レバ，穿孔例ノ20乃至60%ニ之ヲ見ルト云フ。一般ニ腹部急性疾患ニ際シ多ク初發嘔吐ヲ見ルニ比シ潰瘍ノ穿孔時ニハ其ノ出現不定ナリ，Brunner氏ノ調査ニ依レバ，十二指腸潰瘍穿孔ノ場合ニハ，胃内容ノ腹腔内ニ流出スルガ如キ瘻孔缺如セルヲ以テ胃潰瘍ノ場合ニ比シ，嘔吐出



現ノ頻度約3倍ノ多キニ達ス。

(3) 肩胛部疼痛 穿孔時、疼痛ガ肩胛部ニ放散スルコト多キハ大ニ注目スベキ所ナリ。該現象ハ横隔膜刺戟ニ依ルモノシテ横隔膜神經求心枝ノ刺戟ガ肩胛部竝ニ項部ニ分布スル第3乃至第5頸部神經知覺枝ニ飛ビ傳ハルニ基クモノシテ、Loeffelmann氏ハ胃及十二指腸潰瘍穿孔16例中15例ニ、Brütt氏ハ同様80%ニ於テ之ヲ觀察シタリ。コハ主トシテ右側、稀ニ左側ニ現ハレ穿孔後15分乃至1時間ニシテ發現シ、數時間持續スルモノトス。

疼痛ハ右側肩胛部ニ感ズルコト多シト雖、左側ニモ現ハルルコトアリ。然レドモ該現象ハ潰瘍ノ穿孔ニ特有ノモノニ非ズシテ、横隔膜下面ガ急激ニ刺戟セララルコトニ依リテ招致セララルモノトス。

(4) 一般狀態 穿孔當時「シヨツク」症狀ヨリ恢復スレバ、一時小康ヲ得ト雖、腹腔内ニ漏出セル胃腸内容ノ刺戟ト滲出物ノ爲メ症狀更度増悪ス、輕微ノ體動モ疼痛ヲ増強セシムルヲ以テ患者ハ一般ニ其ノ身體ヲ徒ニ動カスコトヲ避ケ靜ニ臥牀スルヲ普通トス、顔貌ハ蒼白ニシテ著シク苦惱ノ情ヲ呈シ、穿孔後數時間ヲ經過シテ腹膜炎症狀ヲ現スニ及ビ、舌ハ乾燥シ、黒褐色ノ苔ヲ被ムルニ至ル。

(5) 體溫、脈搏 體溫ハ、一般症狀ニ比シ著シキ影響ヲ受クルコト少シ、例之高梨氏ノ症例ニ於テハ、穿孔性潰瘍患者入院時ニ於ケル體溫ハ最高38.2度、最低34度、37度以上ノモノ21例、37度以下ノモノ8例ナリ、著者ノ材料ニ於テハ、入院時體溫ノ37度以下ナリシモノ4例、37—38度ナリシモノ5例ニシテ38—39度ナリシモノ3例ナリキ、即チ一般ニハ、體溫ノ上昇スルコト輕度ナリ、潰瘍ノ穿孔ニ際シテハ、胃腸内容ハ急激ニ腹腔内ニ散布セララルヲ以テ、血液ハ腹腔内ニ集中シ、皮膚ノ血量ハ減少シ、四肢ノ血量不足トナリ、從テ腋窩ノ體溫ハ低下スルコトアルモ、直腸内ニ於テハ上昇セルコトアルヲ知ラザル可ラス。

從テ腋窩竝ニ直腸内ニ双方ニテ測定セザレバ診斷的價値少キモノトス。

脈搏ノ性狀ハ、體溫ノ變化ヨリモ局所的竝ニ全身的ノ所見ヲ知ルニ意義大ナルモノナリ。患者「シヨツク」症狀ヨリ恢復スル時ハ、脈性一時良好トナルモ、穿孔後時間ヲ經過スルニ從テ脈搏頻數トナリ、緊張低下ス、體溫ノ上昇ナキモノニ於テモ、脈搏既ニ著シク犯サルコト少シトセズ、豫後判定上意義大ナルモノトス。

#### (6) 腹部所見

(甲) 自發痛 潰瘍ノ穿孔ハ多ク幽門部、十二指腸起始部ニ存在スルヲ以テ内容物ハ上腹部、右心窩部ニ漏出スルコト多キ關係上、自發痛モ亦一般ニ此ノ部ニ著シ。

疼痛ハ上腹部ニ初發シ、胃腸内容物ノ上行結腸ニ沿ヒテ下降シ廻盲部、遂ニダグラス氏腔内ニ蓄積スルニ及ビテハ、右下腹部ニモ疼痛ヲ訴フ、而シテ穿孔後數時間ヲ經過セン場合ニ於テハ、疼痛ハ遂ニ全腹部ニ及ブモノトス。然レドモ患者ニ依リテハ當初ヨリ疼痛ヲ全腹部ニ感ズ

ルコトアルモノトス、潰瘍穿孔患者ノ訴フル疼痛ハ其ノ強度甚ダ高度ニシテ鎮痛劑ノ注射モ奏效セザルコト多シ、又僅カナル體動ニ依リテモ疼痛ハ増強スルモノナリ。然レドモ自發痛ハ潰瘍穿孔後時間ヲ經過スルニ從テ次第ニ輕減スルニ至ルモノトス、尙時ニハ穿孔例ニ於テ自發痛ノ甚ダ輕度ナル場合モ之ヲ存スルモノトス。

(乙) 壓痛 壓痛ハ心窩部ニ最モ著明ナリ。腹腔内ニ漏出セン胃腸内容ガ廻盲部ニ下行スルニ至レバ右下腹部ニモ壓痛ヲ訴フ、又ダグラス氏腔ニモ壓痛ヲ訴フルヲ以テ、蟲様突起炎ト誤診セラレ易キモ、潰瘍穿孔例ニ於テハ、同時ニ常ニ上腹部ニモ壓痛ヲ訴フルモノトス。

(丙) 腹壁緊張 穿孔直後腹部ハ舟狀ニ陥没シテ強度ノ腹壁緊張ヲ示ス、ソノ部位ハ上腹部ニ最モ著シ、幽門又幽門近部潰瘍、十二指腸起始部ニ於ケル潰瘍ノ穿孔ニ際シテハ心窩部ノ右側ニ殊ニ著明ナリ。然レドモ腹膜炎症狀著明トナリ。鼓腸ノ現ルル頃ニ於テハ腹部全般的ニ膨隆シ、同時ニ腹壁ノ緊張モ漸次緩和セララル。

(7) 血液所見 腹腔内ニ多量ノ滲出物生ジ血液濃縮セララル結果、血色素量比較的上昇ス、殊ニ腹膜炎高度ニシテ腹腔内鬱血ノ著シキ時ニ於テ然リス。著者ノ經驗例ニ於テモ、赤色素量(ザーリ氏法)50—60ノモノ3例、60乃至70ノモノ3例、70乃至80ノモノ3例ニシテ80以上ノモノ1例ヲ算セリ。血液ノ濃縮セル場合ニハ、術前生理的食鹽水又ハリンゲル氏液ノ靜脈内注射ヲ要シ、亦高梨氏モ稱シタルガ如ク、水分ノ消失甚シキ場合ニ於テモ尙、血色素45ノ如キ低價ヲ示スコトハ、出血、其他ノ原因ニヨル貧血ヲ意味スルモノナルヲ以テ輸血ノ必要ヲ認ム。

白血球ハ1萬以上ニ増加スルコト多シ、余等ノ經驗例ニ於テハ、1萬—2萬ノモノ9例、3萬以上ノモノ2例ニシテ6400ノモノ、980ノモノ各1例ヲ算セリ、然レドモ腹膜炎ノ甚シク重篤ナル場合ニハ却テ白血球ノ減少ヲ來ス。

(8) 經過 潰瘍ノ急性穿孔ニ依ル腹膜炎ハ、爾餘ノ穿孔性腹膜炎ニ比シ、遙ニ劇甚急速ノ經過ヲ取ルモノナルコト大ニ注目ス可キ所ニシテ、蟲様突起又ハ膽囊等ノ穿孔ノ場合ト全ク、其ノ趣ヲ異ニスル所ナリ、即チ鹽田氏ハ其ノ約半數ハ24時間内ニ死亡ストナシ、Choppin及ビLeblanc兩氏ガ非手術的ニ治療セン胃潰瘍穿孔ニ依ル汎發性腹膜炎33例ニ於テ、死亡マデノ時間ヲ調査シタルニ其ノ結果ハ次ノ如シ。

最初ノ數時間内ニ死亡セシモノ	8例
12乃至24時間内ニ死亡セシモノ	10例
2日以内ニ死亡セシモノ	7例
3日以内ニ死亡セシモノ	5例
4, 6, 8, 17日以内ニ死亡セシモノ	3例

即チ非手術例ノ半數以上ハ24時間内ニ死亡スルモノナルコトヲ知り得ベシ。

次ニ甚ダ迅速ナル經過ヲトリ、術前的確ナル診斷ヲ下スコト能ハズ、又手術ヲモ之ヲ施行スル



暇ナカリシ症例ヲ略述スルコトス可シ。

患者、鳥飼某、男子、60歳、無職、昭和7年8月16日入院、同日死亡退院。

主訴、突發セシ極メテ激シキ腹痛。

家族歴、特記ス可キコト無シ、遺傳的疾患ヲ認メズ。

既往症、16歳ノ時淋疾ヲ病シモ、梅毒ニ罹リシコト無シ、約6年前氣管支喘息ヲ病ミ、昨年肺炎後膿胸ニ罹リノ手術ヲ受ケタルコトアルノ他、元來壯健ナリシト云フ。

現病歴 入院前日(8月15日)午後4時頃臍部ニ極メテ著明ナル痙攣様ノ激痛突發シ、爾來嘔吐ハ之ヲ催サズト雖、放屁竝ニ便通ハ停止セリ、依テ直チニ醫師ヲ訪レ、鎮痛劑ノ注射ヲ受ケタルモ毫モ輕快ノ兆ナク、却テ次第ニ増悪シ到底ニ堪ユルコト能ハズ、腹部ノ觸診スラ之ヲ行フニ能ハザルノ状態トナリ、且ツ胃部次第ニ膨滿スルニ至レリ、發病當日午後8時灌腸ヲ行ヒタルモ便ノ排出ナク、コノ頃ヨリ漸ク睡氣ヲ催スニ至レリ。翌日醫師ハ高壓灌腸ヲ行ヒタルモ亦其ノ效無ク、激痛尙持續シ、患者床上ニ轉々トシテ苦悶シ、時々譫妄加ハリ、16日主治醫ハ腸閉塞疑診ノ下ニ當科ニ受診ヲ勸告シ、同日午後3時入院セリ。

食思、睡眠共ニ不良、便通ハ秘結シ、飲酒喫煙共ニ高度。

現症、身長中等大、筋肉、骨髄、皮下脂肪組織ノ發育共ニ可良、顔貌著シク苦悶ノ狀ヲ呈シ、口唇ニ既ニ著明ナル「チアノーゼ」ヲ認ム、眼瞼結膜ハ貧血シ、眼球結膜ハ黃疸ヲ示サズ、體温上昇ナシ、脈搏ハ1分時130至整調ナルモ緊張極メテ微弱ナリ、神經系統ニ於テ、意識ハ濁濁シ、時々譫妄ヲ發シ、瞳孔反應ハ既ニ之ヲ缺如ス、呼吸器、循環器系統ニ著變ナシ、尿ニ糖ヲ證明セズ、白血球ノ組成次ノ如シ。

大單核白血球 3.0% 淋巴球 51.0% 中性多核白血球 46.0%。「エオジン」嗜好白血球 / 鹽基性多核白血球 /

Arneth 氏血型ハ明カニ左旋ヲ示ス、次ノ如シ。

第1型 96.0% 第2型 4.0% 第3,4及ビ5型 /

其他全身系統的ナル検査ハ患者重篤ナリシ爲メ之ヲ施行セズ。

腹部所見 腹部一般、殊ニ心窩部輕度ニ膨滿シ、蠕動不安ナシ、患者ハ腹部一般殊ニ心窩部ニ壓痛ヲ訴フ、但シ腹壁ノ緊張ハ之ヲ認メズ、全ク弛緩セリ。又腫瘍ヲ觸レズ、肝、脾、腎等ハ疼痛高度ノタメ充分之ヲ觸診スルコト能ハズ。

經過 腹部激痛アルモ、腹壁ノ緊張ヲ缺キ、且ツ體温上昇ハ之ヲ認メザリシ爲メ、寧ろ急性器械的腸閉塞症ト診斷シテ入院セシム、然レドモ腸閉塞症トシテハ經過甚シク迅速且ツ疼痛劇甚ナル點ハ之ヲ理解スルコト能ハズ、入院後6.0%食鹽水300.0cc靜脈内注射ヲ行ヒ、生理的食鹽水ヲ以テ高壓灌腸ヲ行ヒシモ、約30.0cc注入シ得タルノミニシテ、其ノ效ナカリキ、入院1時間後ニハ脈性増悪シ、輸血其他ニ依リ極力戦ヒシモ遂ニ手術ヲ施スニ至ラズ、入院後2時間ニシテ死亡セリ。

剖檢所見、本症例ニ於テ、吾人ハ之ヲ上記ノ諸所見ニヨリ腸閉塞ト考ヘタルモ、ソノ迅速ナル經過、劇甚ナル腹痛ハ之ヲ充分説明シ得ザリシヲ以テ、遺族ト相談ノ上特志解剖ニ附セリ、剖檢ノ結果、十二指腸前面壁ニ2個ノ潰瘍アリ、1ハ幽門輪ヨリ3.0cm距離レテ存シ大サ約拇指頭大ニシテ腹腔内ニ穿孔ヲ示セリ。他ノ1ハ同幽門輪ヨリ5.0cm距離レテ位ニ帽針頭大ニシテ表在性ナリ、腹腔内ニハ血性膿性ニシテ糞便様ノ液體約1500.0ccヲ容レタリ、蟲様突起ハ周圍組織ト著明ナル癒着ヲ示シ、明カニ慢性蟲様突起炎ノ像ヲ呈セリ。

即チ本症例ハ十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニ依リ急性化膿性腹膜炎ナリシコト判明シ、又依ニ吾人ハ患者生前ニ於ケル種々ナル所見ニ關スル充分ノ理解ヲ得ルニ至リタルモノトス。

第十節 診斷

潰瘍ノ穿孔ニヨル汎發性腹膜炎ノ診斷ニ際シ特ニ留意ス可キ諸點ヲ列記スレバ次ノ如シ。

1. 既往ニ於テ大多數ノ場合潰瘍ノ症狀ヲ有シ(但シ潜在性潰瘍ノ穿孔モ亦少カラズ)。往々所謂警告的前驅症ヲ認ムルコト。
2. 特ニ上腹部ニ於テ、爾餘ノ疾患ニハ經驗セラレ難キ極メテ劇シキ疼痛突發シ、稍モスレバ「シヨツク」ニ陥ルコトアルコト。
3. 腹部緊張心窩部ニ著シキコト。
4. 疼痛肩胛部ニ放散スルコト。
5. 局所ニ於テ一般ニ重症ナル腹膜炎ノ症狀ヲ呈スコト、然レドモ體温ニ著變ナキ場合ノ存スルコト。
6. 患者ハ體動ヲ避ケ靜カニ臥牀シ、時ニ横臥位ヲトルコト。
7. X線検査ニヨル腹腔内遊離瓦斯ノ證明。

潰瘍ノ穿孔例ニ於テハ、患者腹部ノ單純X線検査殊ニ寫眞撮影ニ依リ腹腔内ニ遊離瓦斯ヲ證明シ得ルコトアリ。診斷的價値大ナルモノトス。瓦斯ノ量其ノ位置ノ關係、寫眞撮影方向、患者ノ體位等ニ依リ遊離瓦斯ノX線寫眞撮影困難ナルコトアリ。

前記ノ如キ既往症、腹部ニ於ケル自覺的竝ニ他覺的所見ヲ有シ、且ツX線寫眞ニ依リ腹部ニ遊離瓦斯ヲ證明シ得タル場合ニハ其ノ診斷容易ナリト雖、カカル定型的ノ症狀、所見ヲ呈スルコト寧ろ稀ニシテ、實際上其ノ診斷甚ダ困難ナルコト少カラザルモノトス、從テ其ノ誤診例モ少カラザルモノナリ。殊ニ穿孔當時ノ早期診斷ノ如キ至難ナルコト多シ、例之、著者ノ經驗例ニ於テ、當科受診前實地醫家ヨリ下サレシ診斷名ヲ列記スレバ次ノ如シ。

蟲様突起穿孔	1例
初メ胃痙攣後急性腹膜炎	1例
急性胃加答兒、後、穿孔性腹膜炎	1例
診斷的確ニ下シ得ザリシモノ	1例
腹膜炎(又ハ其ノ疑)	3例
潰瘍穿孔又ハ其ノ疑	2例
計	9例

即チ之ニ依テモ明ナルガ如ク、穿孔當時ニ於テハ、急性胃加答兒又ハ胃痙攣等ト誤診セラレタルコトアリ。而シテ此等ノ疾患ハ何等致死的ノ重篤ナル疾患ニ非ザルヲ以テ、カカルモノト誤診セラレ、速ナル外科的手術ノ時期ヲ失スルガ如キコトハ最モ注意ス可キ所ナリ。又高梨氏ノ材料ニ於テモ、31例中、18例ハ直チニ、他ノ10例ハ穿孔後6時間内ニ受診シタルニ不拘、鹽田外科受診前ニ、最初ノ診察ニテ胃穿孔ナリト正シキ診斷ヲ下サレタルモノハ實ニ5例ニシテ他ノ23例ハ種々ナル疾患ト誤診セラレタルモノナリト云フ。



次ニ我が教室ニテ下サレタル術前診断ノ的中率ニ關シテ記載センニ次ノ如シ。

潰瘍穿孔=依ル腹膜炎トセシモノ	13 例
蟲様突起穿孔=依ル腹膜炎トセシモノ	1 例
單ニ穿孔性腹膜炎トセシモノ	1 例
器械的腸閉塞トセシモノ	3 例
計	18 例

即チ6分ノ1ハ腸閉塞ト誤診セリ、潰瘍穿孔=依ル腹膜炎ト診断セシモノハ18例中13例ニ過ギズ。

大島氏ノ本邦文獻蒐集ニ依リ調査セン所ニ依ルモ、診断ヲ明記セン80例中、胃又ハ十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ基ク急性腹膜炎ト診断セラレタルモノ48例、單ニ急性腹膜炎トシテ術後原因ノ判明セシモノ15例、蟲様突起炎又ハ其ノ穿孔ニ依ル腹膜炎トシテ取扱ハレタルモノ13例、腸閉塞疑診トセラレタルモノ3例、膽囊穿孔疑診トセラレタルモノ1例ニシテ、術前正確ニ潰瘍ノ穿孔ト認メラレタルモノハ51%ニ過ギズトセリ。

又 Moynihan 氏ニ依レバ十二指腸潰瘍穿孔例49例中術前蟲様突起炎ト診断セラレシモノ19例ナリトシ、Brunner 氏ハ胃潰瘍ノ穿孔ニ於テ其ノ238例中術前正確ニ診断セラレシモノ82%ナルニ比シ、十二指腸潰瘍穿孔ノ場合ニ於テハ50%ニ於テ蟲様突起炎ト誤診セラレ、正シク診断セラレタルモノハ僅カニ7%ニ過ギザルモノトセリ。カク十二指腸穿孔ニ於テ其ノ診斷至難ナルハ一般臨牀家ノ本症ニ關スル知見不十分ナルコト、及ビコノ際生ジタル膿汁ハ肝下縁ヲ沿フテ右側ニ流レ結腸肝屈曲部ニ達シ、コレヨリ上行結腸ノ外側若クハ内側ヲ傳ハリ廻官部、右側腸骨窩ニ流注スルノ經過ヲ取ルコト多キガ故ナリ。

潰瘍ノ急性穿孔ニ依ル急性汎發性化膿性腹膜炎ト鑑別ヲ要スル主ナル疾患ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(イ)胃痛ノ穿孔 之ハ通常痛罹患年齢ノ患者ニ來ルコト、又胃痛ノ症狀ガ既ニ存在スル場合多ク、且ツ本症ニ依ル穿孔ハ稀有ナルコト等ニ依リ鑑別シ得ベシ。然レドモ潰瘍ガ惡性變化ヲ示セル初期ナル場合ニハ兩者ノ區別殆ド不可能ナリ。

著者ハ最近胃痛穿孔例ニ胃切除手術ヲ加ヘテ治癒センメタル興味アル治癒例ヲ有ス。病歴ヲ略述スレバ次ノ如シ。

現病歴 約2ヶ月前ヨリ吞酸嗜睡、胃部膨滿感アリ、突然心窩部ニ腫瘍ノ存在ヲ氣付ケリ。約10日程以前ヨリ誘因ナクシテ下痢ヲ來シ醫治ヲ受クルモ消失セズ、コノ頃ヨリ夜間嘔吐ヲ來セリ。現今ハ胃部膨滿感著シ。

腹部所見 心窩部ニ鶉卵大ノ横位ノ腫瘍アリ、表面結節狀ニシテ弾力性硬、輕度ノ壓痛ヲ訴フルモ、該腫瘍ハ左右及ビ上下ニ移動性ニ富ム。呼吸ト共ニ移動シ、呼吸時固定性ヲ有ス。血色素量43.5(ザーリ氏法)。

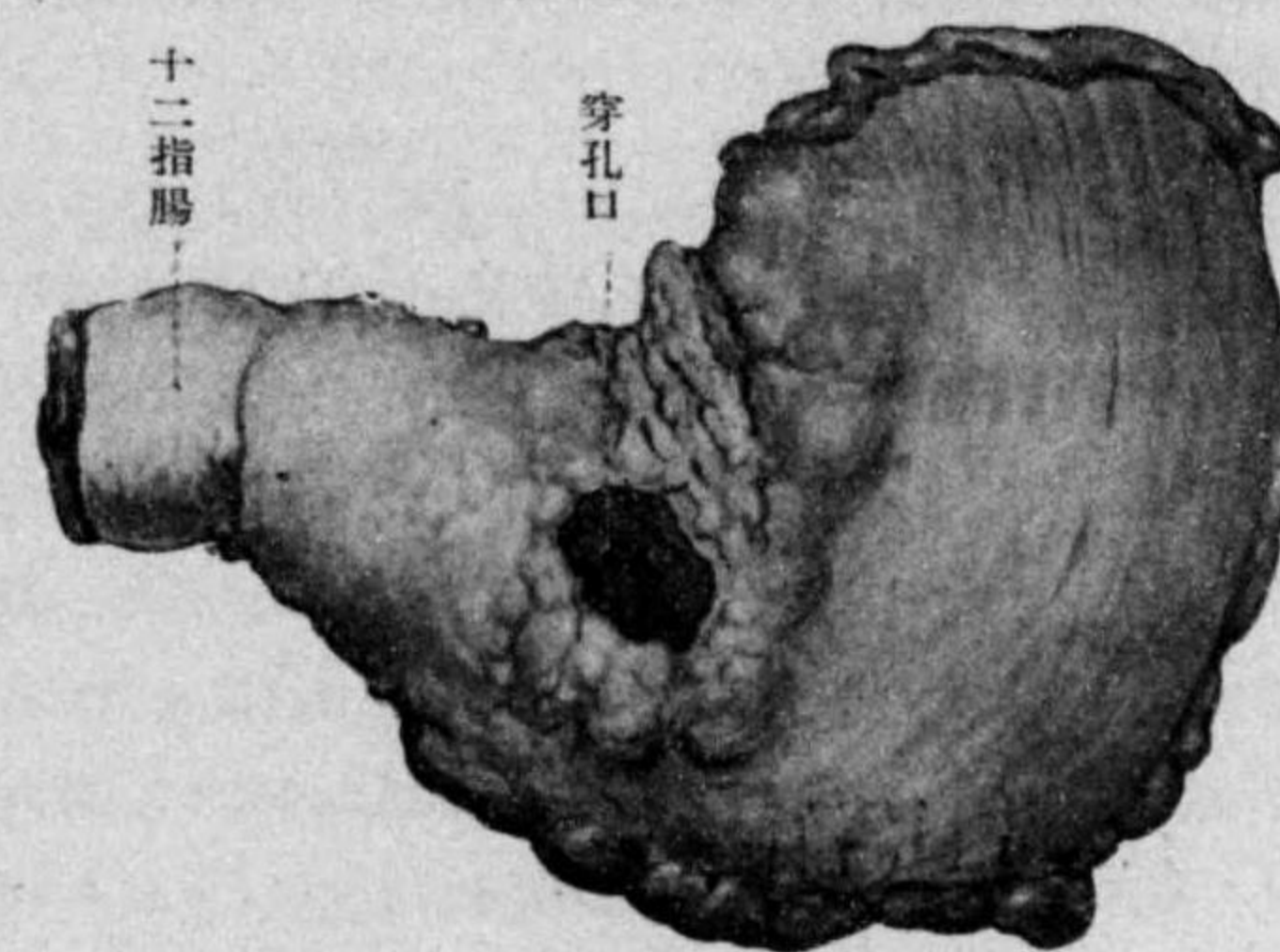
胃曲線検査所見ハ胃癌第3型ナリ。胃液ハ遊離鹽酸最高37.6、織酸度最高52、乳酸量ニ潛血反應陽性ナリ。

2月26日午後8時頃、翌日ノ胃X線検査ノ前準備トシテ「リチネ」油ヲ服用セシ所、同10時30分頃、患者ハ便意ヲ訴ヘ、強テ上厠シ少量ノ下痢便ヲ排セリト云フ、便所ヨリ病室ヘノ歸途、廊下ニテ突然昏倒セリ、當時脈搏極メテ微弱1分時90至、顔面全ク蒼白ニシテ冷汗ヲ出シ惡心アリ、患者ハ兩側胸關節ヲ屈シ、兩側大腿ヲ腹部ニ接着セシメ横臥位ヲ取レリ、下肢冷寒、腹部殊ニ心窩部ニ堪ヘ難キ鈍穿セラルルガ如キ劇痛ヲ訴フ、觸診上、腹部ニ膨滿ヲ認メズ、腹部全面ニ腹壁緊張アリテ壓痛甚シ。左側肩胛部ニ疼痛ハ強ク放散スト云フ。

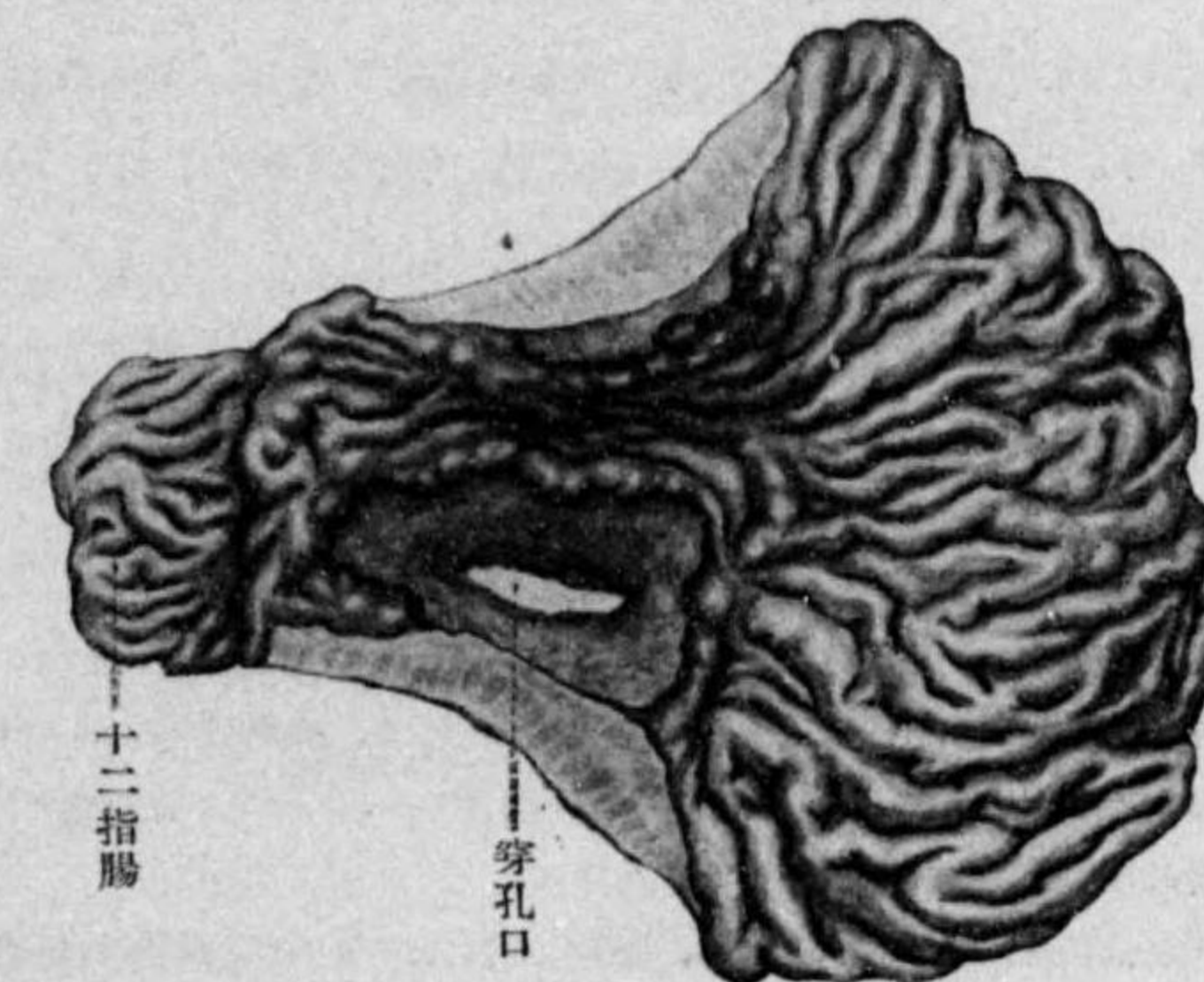
手術所見 穿孔症狀發現後約2時間半、余執刀上腹部正中線ニテ開腹手術ヲ施セリ。腹腔内ニハ胃内容物、滲出物約200g漏出セリ。特ニ臍部ニ多量ナリ。胃小彎ニテ幽門部ニ互リ鶉卵大ノ結節狀ノ腫瘍アリ、胃前壁ニテ腫瘍ノ中央ニ約示指頭大ノ穿孔口アリ、穿孔部附近ニハ何等ノ癒著モナシ。肝、脾頭部、大網膜ニ多數ノ轉移アリ、穿孔口周圍ノ腫瘍組織ガ甚ダ脆弱ニテ縫合ニ依ル閉塞ハ到底不可能ナリ、コレ硬キ組織ヲ有スル肝腫瘍ノ基底ニ於ケル穿孔ハ全ク其趣ヲ異ニセル所見ナリ、故ニ餘儀ナクベッツ氏胃縫合器ヲ使用シテ胃ヲ切除シ、斷端小彎側ヲ縫合ニ依リ埋没シ、大彎側ニ結腸前方ニテ空腸側壁ヲ吻合シ、更ニ空腸ニブラウン氏吻合ヲ施シ、腹壁ヲ二層ニ縫合シテ術ヲ終レリ、術後經過順調ニテ手術創ハ第1期癒合ヲ營ミ、術後21日目治癒退院セリ。(插圖50)鏡檢上、腫瘍ハ充實性腺癌ナリ。

(Yamamoto, Zbl. Chir. 1938. Nr. 6)

胃痛ノ穿孔ニ於テハ既ニ大ナル腫瘍ガ存在シ且ツ穿孔口ノ周圍ハ癌細胞ノ浸潤高度ニテ組織ガ脆弱ナル爲メ、肝腫瘍ノ基底ニ於ケル穿孔口トハ大ニ其趣ヲ異ニシ、穿孔口ヲ縫



〔甲〕 漿膜面ヨリ觀タル場合



〔乙〕 内面ヨリ觀タル場合

插圖 50. 胃痛穿孔例ニ於ける胃切除標本



合閉塞スガ如キ事ハ到底不可能ナリ。

(ロ)膽囊穿孔 潰瘍穿孔ニ比シ其ノ頻度遙ニ稀ナルコト、虚脱ノ發現ハ潰瘍ノ穿孔ノ場合ニ比シ輕度ニシテ、一般狀態ノ侵サルコトモ亦從テ比較的輕微ナルコト、經過長キニ互ル場合ニハ黃疸ノ發現スルコト、既往ニ於ケル膽石症ノ存在スルコト等ニ依リ鑑別スルコトヲ得。

著者ハ、膽囊穿孔ニヨル急性腹膜炎ノ2例ヲ經驗セシコトアリ。(「グレツゲビート」第6年第7號)

(ハ)腸結核及ヒ腸「チフス」ノ穿孔 前者ノ場合ニハ通常肺及ヒ腸結核症ノ存在スルコト、竝ニカカル場合ノ穿孔ハ既存ノ癒著ニ依リ通常無蓋腹腔内ニ及ブコト少ナキコト等ニ依リ、後者ノ場合ニハ腸「チフス」ノ諸症ノ留意スルコトニ依リ誤診ヲ免ルルコトヲ得ベシ。

(ニ)蟲様突起穿孔 初メ一定時間少クモ10數時間乃至2,3日ニ互リ蟲様突起炎ノ症狀發現シ、且ツ該症穿孔ノ場合ニハ潰瘍ノ穿孔ニ比シ症狀一般ニ緩徐ナルモノニシテ其ノ初期ニ於テモ後者ノ場合ノ如ク突發的ナラズ、又一旦腹膜炎發現スルモ、防禦的癒著成生スルヤ症狀輕減シ炎衝ノ限局スルコトアルハ屢々遭遇スル所ナリ。然ルニ潰瘍ガ一旦無蓋腹腔内ニ穿孔シタル場合ニハテハカカル限局性炎衝ノ如キ全ク之ヲ認ムルコト能ハズ。且ツ劇痛急速ニ増強スルヲ以テ通常穿孔後短時間ニシテ醫ヲ訪ルル場合多キモノナリ。又壓痛ハ蟲様突起穿孔ニ在テハ廻盲部ニ最モ高度ナルヲ通常トスルモ、潰瘍穿孔ノ場合ニハ自發痛竝ニ壓痛共ニ上腹部ニ著明ナルモノトス。但シ十二指腸潰瘍穿孔ノ場合ニハ遂ニ廻盲部ニ膿汁ノ下降スルモノナルコト從テ該部ニ疼痛甚シキコトアル點ニ注意ヲ要ス。尙ホ蟲様突起炎初期ニハ肝濁音ノ消失セザルコト。又該症ノ場合ニハ、通常其ノ病歴ヲ有スルコト、15歳以下ノ小兒ニ於テハ潰瘍ノ穿孔稀ナルノ諸點ヲ留意スベキモノナリス。

次ニ蟲様突起炎穿孔ニ依ル腹膜炎トノ鑑別甚ダ至難ナリシ經驗例ヲ掲グルコトス可シ。

沖田某、50歳、男子、農業、昭和6年2月20日入院、同月2日死亡退院。

主訴 腹部全般ニ互ル疼痛及ヒ緊張感。

家族歴 病、結核其他ノ遺傳的疾患ヲ認メズ。

既往症 10年前蟲様突起切除ヲ受ケ、2年來輕度ノ胃痛ヲ訴フ。

現病歴 2月19日別ニ誘因ヲ認ムルコトナクシテ、突然胃部ニ極メテ劇シキ恰モ刺スガ如キ疼痛ヲ訴ヘ、一醫師ヲ訪レ鎮痛劑ヲ注射ヲ受ケタルモ毫モ輕減セザルノミナラズ益々増強セリ。從テ他ノ醫師ノ診ヲ受ケタルニ急性腹膜炎ト診斷セラレ遂ニ我が教室ニ入院セリ。

罹患前便通1日1行、飲酒、喫煙ハ共ニ之ヲ嗜マズ。發病後食慾、睡眠共ニ侵サル。

現症 身長中等大、骨格強壯、筋肉ノ發育正常、皮下脂肪組織稍々減退セリ。顔貌ハ既ニ著シク苦惱ノ情ヲ呈ス。體温37.2、脈搏ハ1分時100至、適度ノ緊張ヲ有ス。神經、循環、呼吸、泌尿器、淋巴管系統ニ著變ナシ。尿、糞ニ病的物質ヲ認メズ。血色素含有量ハ65(ザーリ氏法)ヲ算シ、白血球數ハ14600ナリ。

腹部所見 心窩部ニ數個ノ炎癍アリ。視診上腹部ハ全般ニ互リ著明ニ膨滿シ廻盲部ニハ直腹筋外側ニ

長サ約9釐ノ手術創ノ癍痕アリ。腹部ハ之ヲ觸ルルニ全般ニ互リ腹壁筋緊張著明ニシテ著シキ壓痛ヲ訴フ。特ニ心窩部、右季肋部及ヒ廻盲部ニ著明ナリ。肝、脾、腎等ハ腹壁筋緊張強キタメソノ充分ナル觸診不可能ナリ。

術前診斷 胃潰瘍穿孔ニ依リ急性化膿性汎發性腹膜炎、手術所見、2月20日午後7時即チ發病後約一晝夜ヲ經過シ、木塚助教授執刀、豫メ「モヒ」液ノ皮下注射後「パンカイン」液局所麻痺ノ下ニ、心窩部正中線ニテ開腹手術ヲ施セリ。腹腔内ニハ稀薄ナル膿汁及ビ少量ノ食塊ヲ認メ、胃幽門部前壁ニ小指頭大ノ穿孔セル潰瘍ヲ認メ、周圍ト癒著ハ尙ホ之ヲ存セズ。依テ腹腔ハ「リパノール」液ヲ以テ洗滌シ、穿孔部ヲ縫合シ、尙大網膜ヲ以テ蔽著シ、Mayo Robson氏ニ從テ空腸瘻ヲ形成シ「タンホソ」ヲ腹腔ニ挿入シテ手術ヲ終レリ。術後食鹽水ノ注腸、強心劑ヲ注射、輸血等ヲ施シタルモ患者ハ次第ニ衰弱シテ術後第4日遂ニ死亡セリ。

本症例ハ廻盲部ニ於テ手術創癍痕ヲ有シ嘗テ蟲様突起炎ノ手術ニ當リ單純ナル切開排膿ニ止マリタランニハ、殘留セシ蟲様突起ノ穿孔セシモノナリヤモ計ラズ又他方潰瘍ノ穿孔ヲモ考ヘザルベカラズ。從テソノ判定ハ至難ナリキ。而シテ術前ノ吐出物中ニ咖啡殘渣様ノ血液混在セシコトヨリ術前胃潰瘍ノ穿孔ニ依ルモノナリト判定スルニ至リタルモノニシテ、診斷上頗ル興味アリ症例ナリキ。

(ホ)卵巢腫瘍ノ破裂 劇痛ノ突發、嘔吐、失神感等ヲ主要症狀トス。腫瘍小ニシテ外部ヨリ觸知不可能ノ場合ハ其ノ症狀潰瘍穿孔ノ類似スルコトアルモ、疼痛ハ潰瘍穿孔ニ見ルガ如キ劇甚ナルモノニ非ズ。又爾餘ノ症狀モ次第ニ輕減スルコトアルモノトス、大ナル腫瘍ノ穿孔ノ際ハ腫瘍ノ診斷ハ豫メ可能ナルヲ以テ其ノ鑑別比較的容易ナリ。

(ヘ)子宮外妊娠破裂 生殖器症狀、月經停止、子宮出血、著明ナル急性貧血等ニ留意スルコトヲ要ス。

(ト)胃痛 (Gastralgie)肝濁音ノ消失ナキコト、發熱ヲ缺如スルコト、疼痛發作ハ短時間ニシテ消失シ長時間ニ及ブコトナキコト、且ツコノ場合患者ハ安靜ヲ保持セズ狂ヒ廻ルモ、潰瘍穿孔ノ場合ニハ敢テ體動ヲ認メザルモノナルコト等ニ留意スベシ。

(チ)膽石發作 疼痛發作ハ潰瘍穿孔ノ場合ノ如ク劇甚ナラズ、主トシテ右季肋部ニ疼痛劇シキコト、發作時惡寒戰慄ヲ伴フコト、膽囊腫脹、黃疸ノ存在、既往症ニ於ケル膽石症發作ノ存在スルコト等ニ依リ鑑別シ得ベシ。

(リ)膀胱壞死 壓痛ハ主トシテ心窩部ニ來リ、腹壁緊張ハ輕度ナルコト、疼痛ノ肩胛部ニ放散スルコトナキコト等ニ依リ鑑別スベキモノトス。患者ガ40歳以上ニシテ肥滿セル酒客ナル時ハ寧ロ本症ニ疑ヲ置クベキモノナリ。

尿及ビ血中ニ「ヂアスターゼ」價ノ上昇ヲ證明スレバ診斷ノ參考トナル、尙注意ヲ要スルハ、局所性脂肪壞死ガ潰瘍ノ穿孔時ニモ見ララル事實ニシテ、十二指腸穿孔部ヨリ膀胱液ガ腹腔内ニ滲出スルニ基クモノナリ、手術時膀胱患ト一見誤診スルコトモ存シ得キナリ。吾人ハ曾テ十二指腸潰瘍穿孔性腹膜炎ト思考シテ開腹手術ヲ施シ、急性膀胱壞死ナリシコトヲ知り得タル經驗例ヲ有ス。



(ヌ)急性器械的腸閉塞症、腹膜炎又ハ腸閉塞ノ症狀ガ非定型的ナル時ハ往々誤診ヲ來スコトアリ、又腸閉塞ガ進行シテ腹膜炎ヲ惹起シ、腸痙攣ノ起レル場合、穿孔性腹膜炎ト鑑別スルコト困難ナルコトアリ。亦高位腸閉塞症ニテ腹痛甚シク、全身狀態ノ速ニ犯サレタル場合ノ如キ潰瘍ノ穿孔ト鑑別困難ナリ。然レドモ、腸閉塞症ニ於テハ始メ劇痛ノ起ル部位ハ必シモ上腹部トハ限ラズ、下腹部、或ハ左下腹部ヨリ起リ、疼痛、全身障礙ノ甚シキニ比シ上腹部ノ所見ハ一般ニ輕度ナリ、X線検査ニ於ケル遊離瓦斯ノ證明、腋窩竝ニ直腸内體溫ノ差異、血液所見等診斷ノ補助トナル、左ニ術前腸閉塞ト誤診セン症例ヲ掲グ可シ。

井上某、男子、44歳、大正14年3月9日入院、同月10日死亡退院。

現病歴 大正14年2月27日頃ヨリ便秘ヲ催スニ至リタルモ更ニ亦ソノ傾向アリシニ依リ別ニ意ニ介セザリシニ、3月7日ニ至リ嘔吐ヲ來シ、且ツ歩行中突然胃部ニ劇痛ヲ覺エ、次第ニ腹部ノ膨滿ヲ認メタリ。然レドモ當時發熱ハナカリシト云フ。翌8日腸閉塞ト診斷セラレ9日遂ニ我が教室ニ入院スルニ至レリ。食慾不振、睡眠可良、便通ハ秘結ス。飲酒、喫煙共ニ適度。

現症 身長中等大、骨格強大、筋肉、皮下脂肪組織共ニ稍減退セリ。體溫37.3度、脈搏82至、整調ニシテ適度ノ緊張ヲ有ス。尿ニ少量ノ蛋白ヲ證スルモ糖ハ缺如セリ。神經、呼吸器系統其ノ他身體諸臟器ニ著變ナシ。

腹部所見 腹部ハ全般ニ互リテ膨滿シ、腹壁著明ニ緊張ス、腸ノ蠕動不安ヲ認メズ、臍門ヨリ指診スルニ直腸下部著明ニ擴大セリ。ダグラス氏腔ニ壓痛ヲ認メズ。

術前診斷 器械的閉塞症疑診。

手術所見、3月9日即チ穿孔後約2日ニシテ「ナルコホン」、*「スコボラミン」*ノ皮下注射後、「エーテル」及ビ「クロロフォルム」全身吸入麻酔ノ下ニ芳野學士執刀、心窩部正中線ニテ開腹セリ。腹部ニハ多量ノ胆汁蓄積セリ。腸管ハ著明ニ擴大セルヲ以テ之ヲ穿刺シテ瓦斯ヲ排除シ腹腔内胆汁ヲ除去シテ精査セルニ幽門前壁ニ潰瘍ノ穿孔ヲ認メタリ。穿孔部ヲ縫合閉塞シ Mayo Robson 氏ノ空腸瘻ヲ作成シ、腹腔ニ「タンボン」ヲ挿入シテ手術ヲ終レリ。然ルニ衰弱甚シク翌日遂ニ死亡セリ。

本症例ニ於テハ、發熱ナク、脈性亦良好ナリシコトハ、當科受診前實地醫家ノ下セン腸閉塞症ナル診斷ニ捕ハレシコトハ共ニ誤診ノ原因ヲナセシモノトス。

(ル)腸間膜血管ノ血栓、栓塞、一般ニ甚ダ稀ナリ。急激ニ發生シ、上腹部激痛ヲ訴フルモ初期ニハ屢、血便ヲ訴ヘ、腹壁ノ緊張比較的少キモノトス。

(オ)其他鑑別ヲ要スル疾患、腎石症、子宮外妊娠破裂、腹腔内出血、腹腔内腫瘍捻捻轉、中毒症、「ヒステリー」等。

要之、潰瘍穿孔ハ速刻手術ヲ加フ可キ疾患ナルヲ以テ、特ニ早期診斷ニ努メザル可ラズ。胃痙攣、胃加答兒等ノ如キ豫後可良ナル疾患ト誤診シテ手術ノ時期ヲ失スルガ如キコトハ大ニ注意ス可キ所ナリス。

### 第十一節 治療及ヒ豫後

#### 第一項 豫防法

潰瘍ノ穿孔ヲ豫知スルニ足ル可キ定型的ノ前驅症狀ハ之ヲ存セズ、潛伏性潰瘍ガ何等誘因ナク、時ニハ夜間睡眠中穿孔ヲ來ス場合スラ之ヲ存スルモノナリ。Moynihan 氏ハ潰瘍症狀ガ著シク増悪セン場合ハ穿孔ヲ來ス兆ナルヲ以テ速ニ手術ス可シトナセドモ、吾人ノ經驗ニ依レバ穿孔ヲ豫知スルニ足ルガ如キ前驅症狀ハ之ヲ認メ難シ。從テ慢性ノ治癒困難ナル潰瘍、殊ニ胃、十二指腸前壁ニ存スルガ如キモノニ對シテハ、徒ラニ内科的姑息的治療ヲ施スコトナク、速ニ外科的根治手術ヲ施シ以テ、穿孔ヲ豫防スルニ如カズ。

#### 第二項 手術的療法

潰瘍ノ急性穿孔ガ手術ヲ加ヘラルルコトナク、自然治癒ヲ營ミシガ如キ場合ハ、古キ文獻ニ其ノ記載ヲ見ルト雖(Brunner 氏ニ依レバ約5%。Struthers, Petraschewskaya 氏等ニ依レバ1—2%)、此等ノ症例ニ於テ果シテ潰瘍ノ穿孔ナリシヤ否ヤノ確證ヲ缺ク場合多ク、假令自然治癒ヲナセン場合存スルモ、甚ダ稀有ノ場合ニ屬シ、開放性穿孔ハ手術ニ依ラズシテ之ヲ治癒センムルコトハ不可能ナリス。土井氏ノ調査ニ依ルモ、本邦ニ於ケル報告例ニ於テ、非手術例ハ悉ク死亡セリト云フ。而モ手術ノ成績モ甚ダ不良ナルモノナリ。殊ニ土井氏ノ調査ニ依レバ本邦ニ於テ諸氏ニヨリ報告セラレタルモノニ就テ、手術例174例中死亡103例即チ59.5%ノ高率ヲ示セリ、手術ノ成績ニ最モ大ナル關係ヲ有スルハ穿孔後手術迄ノ時間的關係ナリス。手術ノ豫後ハ殆ンド全クコノ時間ノ速サニ支配セラルルモノトス。

コノ關係ヲ諸家ノ統計ヲ引用シテ詳細ニ説明センニ次ノ如シ。

(イ) Wagner 氏ノ報告例

穿孔後4時間以内	死亡率	0%
” 10時間以内	”	9.7%
” 12時間以内	”	16.7%
” 20時間以内	”	61%
” 20時間以上	”	100%

(ロ) Brütt 氏ノ報告例

穿孔後12時間以内	死亡率	12.8%
” 12時間以後	”	59.7%

(ハ) Demmss 氏ノ報告例

穿孔後9時間以内	死亡率	6.6%
” 9時間以後	”	65.0%

(ニ) G. Turner, N. Hodgson, Löhr 氏報告例

穿孔後經過時間	症例	治癒例	死亡例	死亡率
6時間以内	105	100	5	4.7%
6-12時間	131	113	18	13.7%
12時間以上	143	78	65	45.4%
計	379	291	88	22.2%



(※) 高梨氏ノ蒐集セン統計

穿孔後ヨリ手術ニ至ル経過時間ヨリ見タル手術成績 (高梨)

		總數 死亡率		總數 死亡率		總數 死亡率		總數 死亡率	
		數	%	數	%	數	%	數	%
Gibson	1928	—12時		12—18時		18—24時		24時—	
		94	12.1%	5		9	22.2%	15	60.0%
		總死亡率 18.6%							
Bryce	1930	—6時		6—12時		12時—			
		75	5.3%	52	17.3%	27	25.9%		
Williams a. Walsch	1930	—6時		6—12時		12時—		18時—	
		12	33.3%	12	50%	10	100%		
		十二指腸		67	10.4%	36	23%	8	50%
Braum	1931	—9時		9時—					
		100	12%	116	52.6%				
Blackford John M. a. Joe W. Baker	1931	—12時		12—24時		24時—			
		15%		32%		71%			
Gilmour and Saint	1932	—12時		12時—					
		0.5%		15%					
Redwitz	1932	—6時		6—12時		12時—			
		13.65%		22.78%		55.9%			
Hoche, Otto G, Marangos	1932	—12時		12時—					
		22.4%		80%				切除	
		15—24時						縫合	
		100%							
土 井 (我國ノ統計)	1932	—6時		7—12時		13—18時		19—24時	
		8	25.0%	13	46.2%	22	54.5%	9	66.7%
		25—36時		37時—					
		10	90%	18	100%				
塩 田 外 科	1934	—6時		7—12時		13—24時		25時—	
		2	0%	6	67%	12	50%	7	100%

(へ) Zuckschwerdt 及 Eck 兩氏ノ統計

時間	數	治癒		死	
		數	%	數	%
0—6	26	24	92.3	2	7.7
7—12	26	19	73.1	7	26.9
13—18	12	8	66.6	4	33.3
19—24	24	10	41.7	14	58.3
25—48	12	4	33.3	8	66.6
48—	12	2	17.0	10	83.0
計	112	67	59.5	45	40.5

(チ) Speck 氏ノ統計

時間	數	死亡數	死 %
0—6	29	0	0
7—12	22	5	22
13—24	15	8	53
24—	39	33	85
計	105	46	45

(ト) Kunz 氏ノ統計

時間	數	治癒		死	
		數	%	數	%
0—6	45	44	97.8	1	2.22
7—12	27	23	85.2	4	14.8
13—18	17	13	76.2	4	23.8
19—24	10	2	20.0	8	80.0
25—48	9	4	44.4	5	55.6
48—	7	0	0	7	100.0
計	115	86	74.8	29	25.2

(リ) Judin 氏ノ統計

時間	數	死亡數	死 %
0—6	54	3	5.5
7—	30	6	20.0
9—12	15	6	40.0
13—24	13	6	46.0
24—	11	9	81.8
計	123	30	34.4

(ヌ) 本邦文献蒐集ニヨル土井氏ノ統計  
本邦ニ於ケル手術成績

時間	數	治癒		死	
		數	%	數	%
0—6	11	9	81.8	2	18.2
7—12	20	12	60.0	8	40.0
13—18	35	18	51.5	17	48.5
19—25	17	9	53.0	8	47.0
25—36	19	3	15.8	16	84.2
37—	33	9	18.2	27	81.5
計	139	57	42.2	78	57.8

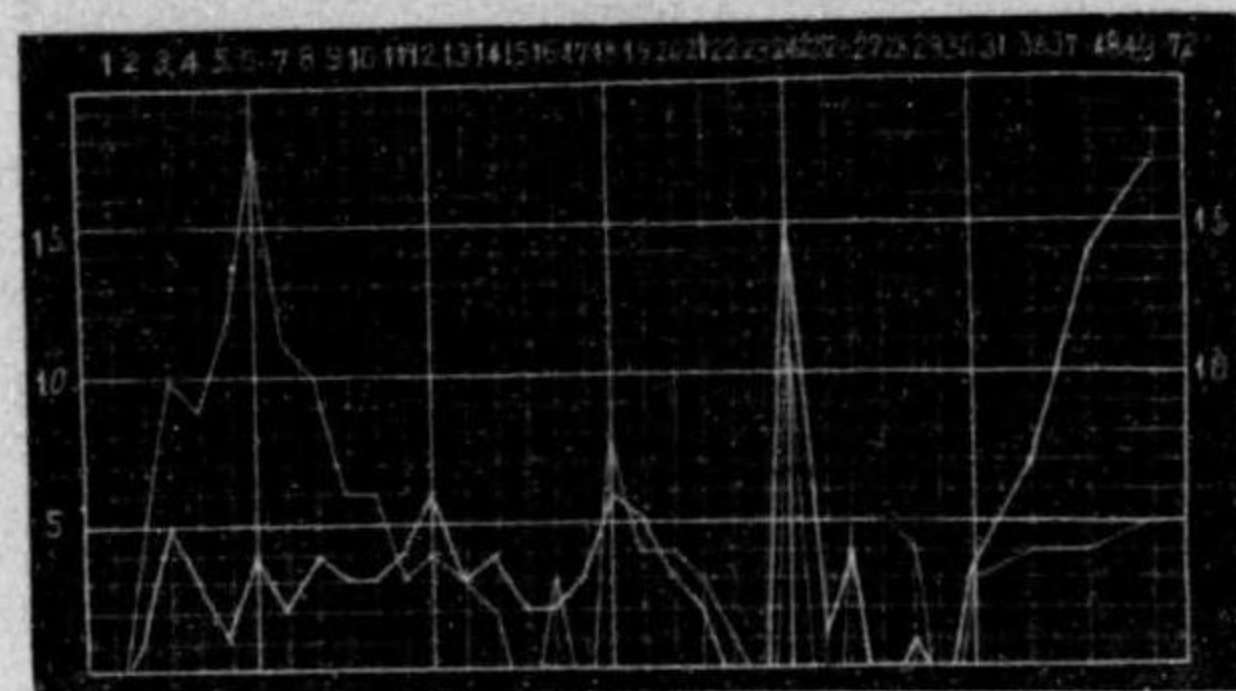
尙 Brunner 氏ガ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ多數症例ニ於テ穿孔後手術迄ノ時間ト死亡率トノ關係ヲ系統的ニ調査シタル所 (第 114 表) ニ依レバ穿孔後 11 時間以後ニ於テハ死亡率急劇ニ増加シ、治癒率亦急ニ減少スルモノナルコトヲ知り得ベシ。而シテ該時間ガ第 115 表ニ於ケルガ如ク、腹部膨滿ヲ來ス時間ト一致セルコトハ偶然ニ非ザルモノトス。

前記多數ノ統計ニ依テ知り得ルガ如ク、穿孔例ニ對スル手術ノ成績ハ、穿孔後少クトモ 6—12 時間以内ニ非ザレバ、甚ダ不良ナリ。例之



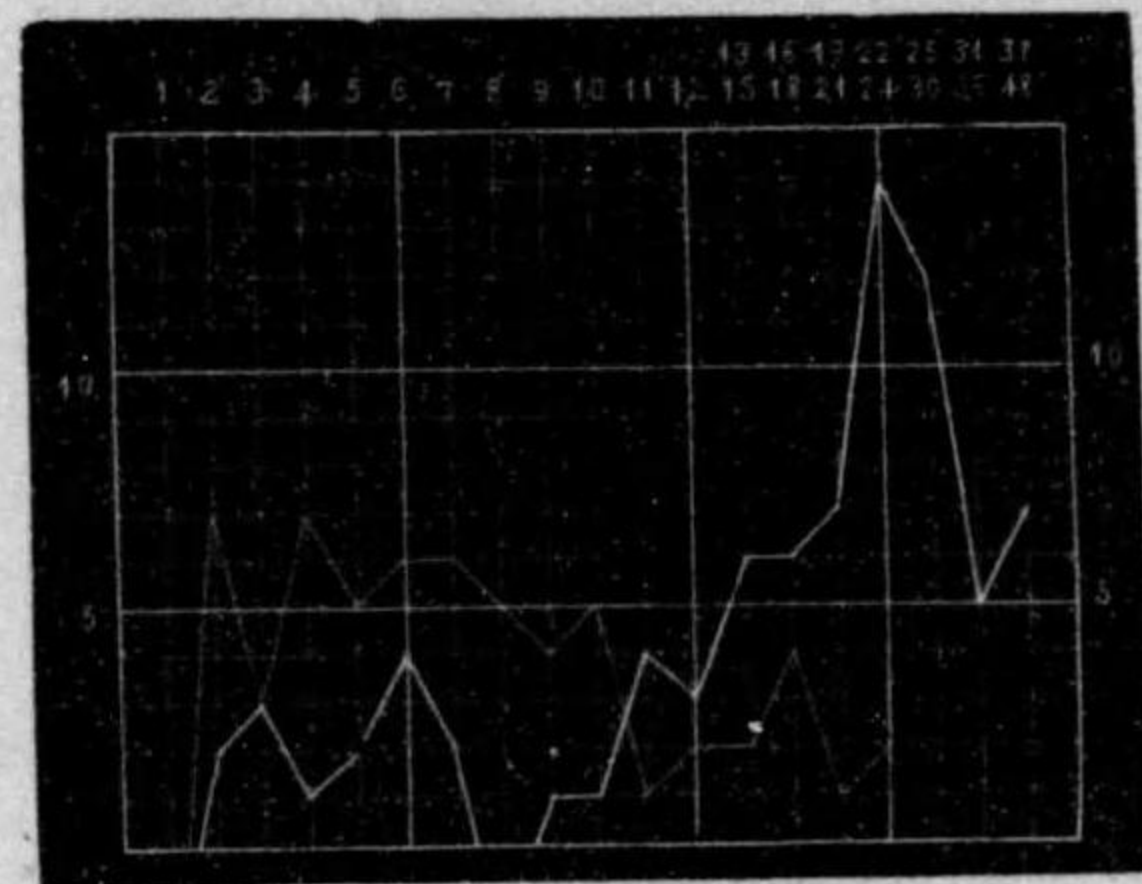
Speck 氏ノ統計ニ於テハ、穿孔後6時間以内ニ29例手術シテ總テ治癒セシメタルモ、24時間以後ノ手術例39例ニ於テハ、治癒セシモノ僅カニ6例ニ過ギズ、85%ノ死亡率ヲ示セル事實ヲ初メシ、其他多數學者ノ見解ノ全ク一致セル所ナリトス。

第114表 潰瘍穿孔後手術迄ノ時間ト死亡率トノ關係 (Brunner 氏)



— 治癒例  
— 死亡例

第115表 潰瘍穿孔後ノ經過時間ト腹部膨滿及ト腹壁緊張トノ關係 (Brunner 氏)



— 腹壁緊張ヲ示セル症例  
— 腹部膨滿ヲ示セル症例

潰瘍患者ノ胃液ハ過酸症ヲ呈スルコト多ク、胃内ハ無菌ナルコト甚ダ多シ。潰瘍穿孔後6時間以内ナル場合ハ腹腔内滲出液モ亦無菌ナルコト多ク、12時間以後ニ於テハ有菌率甚ク上昇スルモノナリ、6時間以内ノ手術例ニ在テハ、從テ手術ニ依リ死亡シタル場合ト雖、腹膜炎ガ死因ナラザルコトハ多シ、從テ多クノ學者ハ、腹腔内容ガ傳染性トナリ手術ノ豫後ノ著シク悪化スル時期ヲ便宜上穿孔後12時間ト見做シ、該時間以後ヲ晚期トシ、6時間以内ヲ早期手術ト思惟ス、然レドモ勝屋氏ガ穿孔後百時間ヲ經過セシモノニ手術ヲ加ヘテ治癒セシメタル症例ヲ報ジ又6時間以内ノ手術例ニ於テモ尙腹膜炎ガ原因トナリテ死亡スル場合存スルヲ以テ、必シモ時間的關係ノミヲ以テ手術ノ豫後ヲ判定スルコト能ハザル場合アリ、然レドモ特ニ潰瘍ノ穿

孔ニ對スル手術ノ成績ガ前記ノ如ク、穿孔後手術迄ノ時間ト甚ダ密接ナル關係ノ存スルコトハ大ニ留意ス可キ所ニシテ、穿孔直後ニ的確ナル診斷ヲ附シ速刻手術ノ療法ヲ施サザル可ラズ、手術時間ト豫後トノ關係ニ於ケル前記ノ事實ヲ裏書スル事項トシテ、年代ニ依リ、發病ヨリ手術ニ至ル時間的關係ニ就テ土井氏ノ蒐集セル統計ヲ掲グルコトヲ得可シ(第116表)。即チ歐米ニ於テ之ヲ觀ルモ、年代ノ進ムニ從テ、穿孔後

第116表 年代ニヨル發病ヨリ手術ニ至ル時間的關係(土井)

人名	年代	時間				計
		0-6	7-12	13-24	25-	
Korte	1891-1899	0	0	2	8	10
	1900-1906	4	5	9	1	19
	1910-1922	34		10	9	53
Bager	1911-1915	87	88	86	71	332
	1916-1920	170	100	109	91	470
	1921-1925	313	174	127	79	693
Schempp	1928-1929	11	10	7	1	29
Küchel	1930	30				
Notzel	1921-1930	21	12	9		42
Boehm	1928-1929	11	5	3		19
Hoche u. Marangos	1929-1931	13	8	0		21
Phillipowicz	1934	15	2	1		18

比較的早期ニ手術ヲ施シタル症例増加セリ、又土井氏ガ年代ト手術成績トノ關係ニ就テ調査セシ所ヲ紹介スレバ次ノ如シ(第117表)。即チ年代ノ進ムニ從テ死亡率低下ノ現象ヲ認ム、コレ早期手術ガ年代ノ進ムト共ニ増加スルニ基クモノナリ。

次ニ本邦ニ於テ報告セラレタル潰瘍穿孔例ニ就テ、穿孔後手術ヲ受クルニ至リタル時間ニ關シテ研究セシニ、土井氏蒐集ノ統計ニ徴スル時ハ、總例139例中6時間以内ニ手術ヲ受ケシモノ僅カニ11例、12時間以内ノモノ31例ニ過ギズ、即チ早期手術例ノ甚ダ少キニ驚カザル可ラズ、今之ノ關係ヲBager(1921年-1925年)氏ノ報告例ト比スルニ大ナル差異ノ存スル事ヲ知り得可シ。即チ氏ノ材料ニ在テハ、穿孔例693例中

第117表 年代ト手術成績(蒐集)

	年代	症例	死亡率 %
Brunner	1903	470	53.6
Schoemaker	1914	784	45.0
Brütt	1923	2088	34.6
Speck	1923	3224	40.7
Körte	1904-1926	2349	40.7
Pearse	1932	4813	27.0
Hoche u. Marangos	1932	3751	30.2
Doi	(外國) 1934	8056	32.5
	(本邦) 1934	135	57.8
Eichelter	1902-1912	4	75.0
	1913-1925	23	61.0
	1926-1929	51	23.5



穿孔後6時間以内=手術ヲ受ケシモノ實=313例ノ多數ヲ占メ、同12時間以内ノモノ487例ノ多數ヲ算スルモノトス。

著者ノ材料=於テハ、穿孔後手術迄ノ時間的關係次ノ如シ。

穿孔後 6 時間以内	2 例
” 6 乃至 12 時間以内	2 例
” 12—24 時間以内	5 例
” 24—48 時間以内	2 例
” 48 時間以上	2 例
計 13 例	

即チ全13例中12時間以内=手術ヲ受ケシモノハ僅カ=4例=過ギズ、コノ内1例治癒セリ、12時間以後=手術ヲ受ケシモノハ總テ死亡セリ。吾人ノ材料=於テ成績ノ甚ダ不良ナルハ穿孔ヨリ手術迄ノ時間遅延セシコト=依ルモノトス。コレ交通不便=シテ且ツ遠隔ノ假地ヨリ、穿孔後時間ノ經過シ衰弱セル患者ヲ運搬セシコト多キ爲ナリ、

次=潰瘍穿孔例=對スル手術=就テ研究スルコトス可シ。

(イ) 一般状態=對スル前處置、穿孔直後=シテ「ショック」ノ状態=在ル患者ヲ手術スルコトハ避ク可シ。「ショック」ヨリ恢復セシ後=手術ヲ施サザル可ラズ。Noetzel氏=依レバ潰瘍ノ穿孔=依ル「ショック」ハ長クモ3時間=シテ恢復スト云フ。Lennander氏=依レバ、穿孔後3時間ヲ經過スルモ尙「ショック」様症狀ノ存スル時ハ、腹腔内=漏出セシ胃内容=依ル腹膜刺戟=依リテ起レル虚脱症狀ナルヲ以テ、腹腔内ノ清淨ト穿孔部ノ閉鎖ハ合理的ノ處置法ナリト云フ。「ショック」=對シハ輸血ハ推奨スベキ所ナリ。其他嘔吐=依リテ起ル體液ノ缺乏=對シテハ食鹽水、リンゲル氏液ノ投與ヲ要シ、又循環器系統=對シテハ、強心劑ヲ投與ス可シ。

(ロ) 術前胃内容排除、胃=内容ノ鬱積スル事ハ、手術ノ操作ヲ妨ゲ、嘔吐ヲ促シ(殊=全身吸入麻醉時=特=然リ)胃縫合部=負擔ヲ加重スルコトナル。從テ穿孔口ヨリ胃内容ノ大量ガ腹腔内=漏出シ胃ノ空虚トナレル場合ハ別トシ、然ラザル場合=於テハ、術前胃内容ヲ排除スルコトハ、手術=利スル所大ナリ。然レドモ重篤ノ患者=術前胃洗滌ヲ行フコトガ患者=大ナル負擔トナルヲ以テ、術前ノ胃洗ハ之ヲ避ケ、單=胃内容ノ吸引排除=止ム可キヲ推奨スル學者アリ、又術前胃内容ノ排除ハ全ク之ヲ避ケ、開腹後、胃内容多量ノ場合、穿孔口、又ハ胃壁穿刺=依リ吸引=依リ其ノ内容ヲ排除スル學者アリ、余等モ亦後者=贊スルモノトス。

(ハ) 麻醉。穿孔性潰瘍患者ハ重篤ナル状態=在ルヲ以テ、「エーテル」、「クロロフォルム」等ノ如キ全身吸入麻醉殊=後者ノ使用ハ成ル可ク之ヲ制限シ、「バントボン」、「モルフィン」等ノ如キ補助麻酔ヲ用ヒテ局所麻痺ヲ主トスルヲ可トス。

(ニ) 腹壁切開。診斷ガ術前ヨリ確實ナル場合=ハ上腹部正中線=テ切開ス可キモノナル

モ、腹膜炎ノ原因ガ術前不明ナル場合=ハ、廻盲部又ハ下腹部正中線=テ開腹シ、腹膜炎ノ原因上腹部=存スルコトヲ知リテ後上腹部正中線=テ再度開腹スル=至ルコトアリ。鹽田教授ハ、胃、十二指腸潰瘍穿孔性腹膜炎ノ診斷ノ下=テ手術ヲ行フ時ハ、先ヅ盲腸部=斜切開ヲ加ヘ、遊離瓦斯ノ存否、蟲様突起ノ變化及ビ滲出液ノ性状、腹腔内脂肪組織壞死ノ有無等ヲ檢シ、此ノ部ヨリ腸骨窩、骨盤腔内=「ドレーン」ヲ插入セリ。盲腸部ノ切開ハ一ツハ診斷ノ目的=、一ツハ「ドレーン」插入ノ目的=行ヒ、カクスル時ハ、假令穿孔性蟲様突起炎ヲ誤診セル場合=於テモ切開シテ手術ヲ行ヒ得ルモノトセリ。

(ホ) 穿孔部位ノ探究、潰瘍ノ穿孔=依ル腹膜炎=際シテハ、開腹時腹腔内遊離瓦斯ヲ證明スルコト多シ、穿孔性潰瘍ハ、既述ノ如ク、幽門近部ノ胃又ハ十二指腸而モ其ノ前壁=存在スルコト最モ多キヲ以テ、先ヅカカル好發部位ヲ検査ス可シ。穿孔部附近=ハ、纖維素性膿性ノ苔、胃内容物殊=食塊等ヲ存ス。又潰瘍ノ周圍ノ血管ハ著シク充血セリ。胃小彎潰瘍ガ穿孔セシ場合ハ、滲出液ハ主トシテ肝臟下部胃小彎=蓄積スルヲ以テコノ部ノ滲出液ヲ排除シ、且ツ胃ヲ下方=牽引スル時ハ穿孔部ノ發見=便ナリ。

(ヘ) 手術方法、合併症ヲ伴ハザル潰瘍患者ノ治療ノ場合ト同様、穿孔性潰瘍ノ手術=於テモ、保存ノ手術ト根治手術ヲ大別スルコトヲ得、此等兩手術=於テ方今學者=依テ使用セラレ、主ナル術式ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(甲) 保存の手術法

- (1) 穿孔口ノ閉鎖
- (2) 穿孔口ノ縫合閉鎖
- (3) 穿孔口ノ處置及胃腸吻合術
- (4) 穿孔口ノ處置及空腸瘻形成
- (5) Neumannsche Netzmannshette
- (6) 穿孔口内護膜管插入
- (7) 「タンボン」插入

(乙) 根治手術

- (1) 潰瘍部ノ切除
- (2) 幽門切除術

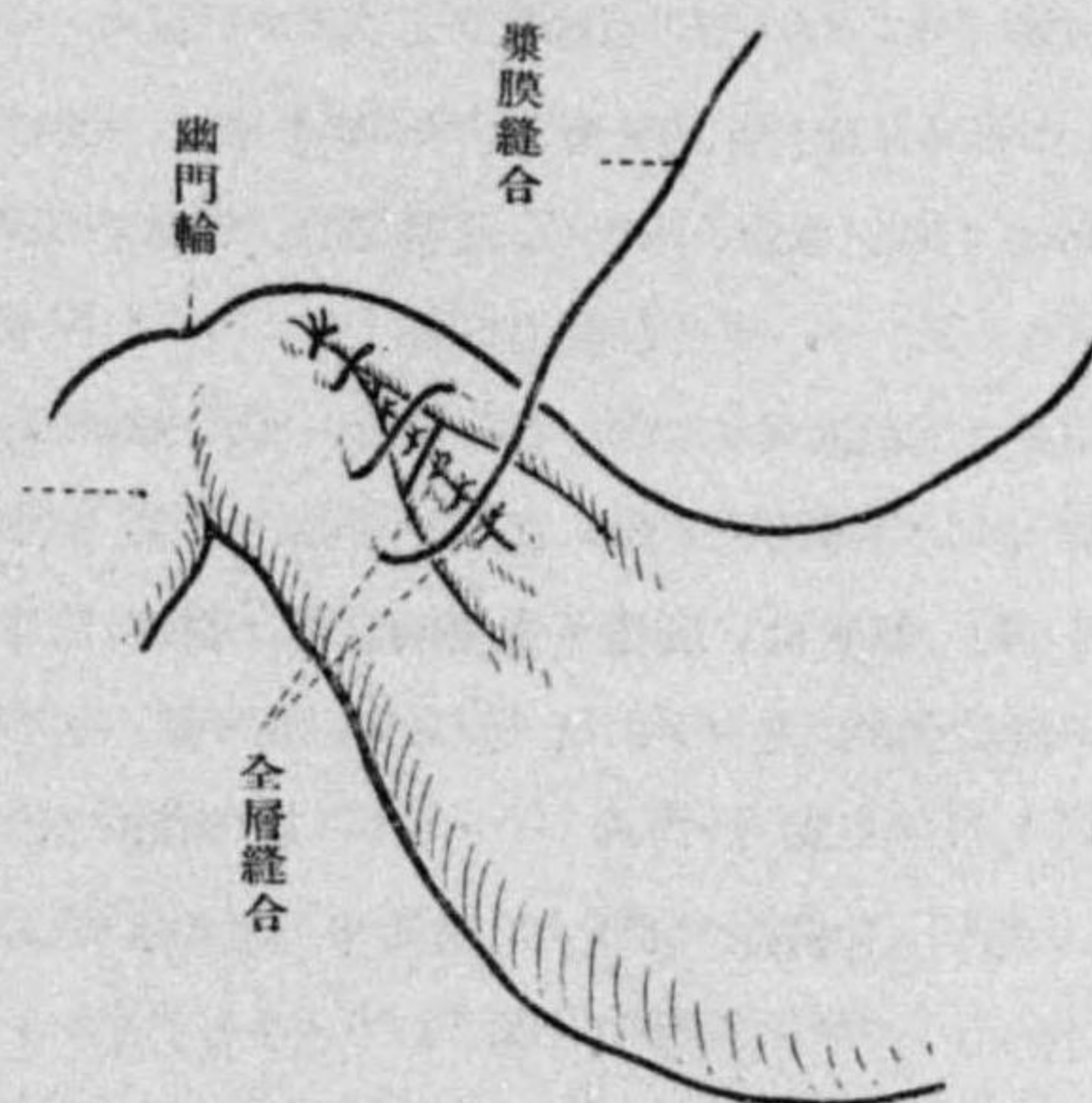


插圖 51. 穿孔部ノ縫合閉鎖

前記多數ノ術式=就テ順次説明スレバ次ノ如シ。

(1) 穿孔口ノ閉鎖、穿孔ヲ示シタル潰瘍ノ周邊=炎術強ク脆弱ナルタメ縫合絲=依リ組織ガ斷裂セラレルカ穿孔口ノ位置小彎=テ尙多少トモ後壁=及ベルガ爲メ=穿孔口ノ縫合閉鎖



至難ナルガ如キ場合ニハ餘儀ナク、大網膜ヲ穿孔口内ニ挿入シ又ハ單ニ大網膜ニテ被覆シ、或ハ腹膜遊離瓣ヲ以テ被フニ止メザル可ラザル場合アリ。Brunner 氏ノ調査ニ依レバ穿孔口ニ大網膜ヲ縫著セシモノ5例中3例治癒シ2例死亡セリト報ジ、高梨氏ハ、大網膜栓塞或ハ縫合ヲ行ヒシモノ5例中3例死亡セリト記載セリ。

(2) 穿孔部ノ縫合閉鎖 迅速ナル手術ヲ必要トスル場合ニハ、穿孔口ヲ縫合ニ依リ閉鎖スベキモノトス(挿圖 51)。コハ殆ンド毎常施行シ得ラルル方法ナリ。縫合ノ充分確實ナルコトヲ要シ、先ヅ全層縫合ヲ施シ、更ニ漿膜筋層縫合ノ併施ヲ要ス。而シテ穿孔部附近ハ多ク脆弱ナルヲ以テ、縫合ハ穿孔口邊緣ヨリ少クトモ半種ヲ距リタル充分健全ナル部位ニ於テ之ヲ行ハザル可ラズ。胃壁ガ潰瘍ノ周圍ニ於テ廣ク炎衝ニ陥リ、或ハ周邊部癒着ニ依テ轉位固定セラレタル場合、或ハ潰瘍ガ噴門近部ニ存スルガ如キ場合、潰瘍ガ後壁ニ位スル場合等ニ於テハ縫合閉鎖モ甚ダ困難ニシテ、殊ニ患者重篤ナル時ハ縫合モ遂ニ不可能ノ場合アリ、余等ノ經驗ニ於テモ大ナル胼胝性潰瘍ガ穿孔シタル場合ニシテ、加フルニ穿孔口大、邊緣著シク脆弱ニシテ縫合不可能ナリシタメ、瘢痕瓣ヲ周圍ヨリ遊離シ、幸ウジテ之ヲ閉鎖縫合スルコトヲ得タルモノアリ、又穿孔性潰瘍ガ胃小彎ニ在リテ多少トモ後壁ニ及ベルモノニ於テ、穿孔口ノ縫合充分ナリト思考シテ、手術ヲ終リシニ、後壁ニ互レル一部ガ充分縫合セラレザリシタメコレガ原因トナリ胃瘻ガ生ジタルニ依リ空腸瘻ヲ二次的ニ形成セシモノ遂ニ患者ヲ失ヒシ苦キ經驗例ヲ有ス。

尙カカル縫合閉鎖ヲ充分ナラシムルタメ、大網膜ヲ以テ之ヲ蔽フコトハ甚ダ有意義ナリ。Bager 氏ノ報告ニ依レバ、縫合閉鎖ヲ行ヒシ 684 例ニ於テ死亡率 36.4% ナリ。Dworzak 氏ノ報ニ依レバ、穿孔部縫合閉鎖ヲ行ヒシモノ 10 例中 7 例死亡シ Brunner 氏ノ報ニ依レバ、單純ナル縫合ヲ行ヒシモノ 33 例中 16 例治癒シ、多層縫合ヲ行ヘル 129 例中 77 例治癒シ、穿孔部ヲ大網膜ニテ蔽ヒ之ヲ縫合セシモノ 27 例中 15 例治癒セリ。

(3) 穿孔口ノ處置ト胃腸吻合術ノ併施、施穿孔口ノ縫合閉鎖ニ胃腸吻合術ヲ併施シ、以テ縫合部竝ニ全胃ノ負擔ヲ輕減シ、胃内容ノ停滯ヲ除キ、縫合部竝ニ潰瘍ノ治癒ノ促進ニ努ム可キコトヲ主張スル學者アリ。殊ニ胃腸吻合術ノ併施ニ要スル時間ハ 10 數分ニ過ギズ、亦本手術ニ依リ、合併症ナキ潰瘍ノ治癒率大ナル事實、竝ニ穿孔部ノ縫合閉鎖後幽門ニ狭窄ノ生ジタルタメ、二次的ニ胃腸吻合術ヲ行ハザル可ラサルガ如キ場合存スルヲ以テナリ。然レドモ穿孔口ノ縫合閉鎖ニ、一時的胃腸吻合術併施ノ優劣ニ就テハ尙學者ノ意見ニ一致ヲ見ザル所ナリ。

胃腸吻合術ノ併施ニ反對スル學者ノ根據トスル所ヲ列記スレバ次ノ如シ。

(イ) 單純ニ縫合セル場合ニモ相當ノ治癒率ヲ示スモノニシテ、假令胃腸吻合術併施例ニ於テ、單純縫合ニヨル場合ヨリモ成績可良ナリトスルモ、胃腸性吻合術ヲ行ヘル場合ハ患者ノ一般状態比較的良好ナル材料ナリシ場合多キヲ以テ、兩者ノ成績ヲ公平ニ比較研究シ難キコト。

(ロ) 重篤ナル合併症ナキ潰瘍ニ對スル胃腸吻合術ノ成績ハ近時一般ニ低下セシ所ニシテ、穿孔例ニ胃腸吻合術ヲ行フモ、術後空腸潰瘍ノ發生ヲ見ルコトアリ。胃腸吻合術ノ併施ノ有無ハ、穿孔例手術ニ於ケル遠隔成績ニ著シキ影響ナキコト。

(ハ) 幽門狭窄ナキ場合、胃腸吻合術ノ成績ハ不良ナルコト。

(ニ) 穿孔性腹膜炎ノ如キ危急手術ハ手術時間ノ短ニシテ操作容易ナルモノヲ選ブ可ク、且ツ再手術ヲ要スル場合ニハ胃腸吻合術無キ場合ノ方手術容易ナルコト等。

要之、胃腸吻合術ハ、幽門、十二指腸潰瘍ニシテ、穿孔前既ニ狭窄ノ存スル場合、又ハ穿孔口ノ縫合ニ依リ狭窄ヲ生ジタルカ、將來之ヲ生ズ可キ恐ノ存スル場合ニシテ、而モ患者ノ一般状態ガ吻合術ニ堪ヘ得ラルル場合ニ之ヲ行フ可キモノトス。然ルニ茲ニ注意ス可キハ、穿孔口ノ縫合ニ依リ、幽門ノ狭窄ハ必シモ容易ニ招致セラルルモノニ非ザル事實ナリトス、即チ 2, 3 學者ノ動物實驗的研究ヲ紹介センニ、Stewart 氏ハ犬ニ於テ、幽門輪ニ近キ十二指腸ヲ穿孔セシメ、十二指腸ガ全ク閉鎖スル程度ニ穿孔部ヲ縫合シ、X線検査ヲ行ヒタルニ、閉塞ヲ起スコト困難ナルコトヲ證明シ、Eliot 氏モ猫ニ於テ、十二指腸壁ノ3分ノ2ヲ切除シ、其ノ部ヲ縫ヒ縮メタルニモ不關内容物ハ此等狭窄部位ヲ通過スルコトヲ證明シ、鹽川氏モ、犬ノ幽門輪ヲ紐ニテ強ク縛リ、胃腸吻合術ヲナシ、翌日X線検査ヲ行ヒタルニ内容物ハ吻合部ヲ通過スルコトナク、全部幽門ヲ通過セリト云フ。

(4) 穿孔口ノ處置ト空腸瘻形成 縫合部ノ負擔ヲ輕減セントスルモ患者ノ一般状態ガ不良ニシテ、胃腸吻合術ノ施行不可能ナルガ如キ場合、空腸瘻ヲ形成シ、依之、早期ヨリ食餌ヲ投與シテ榮養ノ恢復ヲ計ル方法ナリ。

(5) Neumannsche Netzmanschette Neumann 氏ハ穿孔口ヨリ護謨管ヲ腸内ニ挿入シ、一端ハ手術創ヲ通ジテ腹壁ニ固定シ、該管ノ腹腔内ニ存スル部分ハ大網膜ヲ以テ之ヲ取巻キ、穿孔口ニ於テモ亦同様大網膜ヲ以テ穿孔口ノ縫合閉鎖ヲ充分ナラシメタリ。然ル時ハ患者ニ手術後速ニ榮養ヲ投與シ得ルノ便アリ。氏ハ術後 6 乃至 24 時間ニシテ該護謨管ヨリ食餌ヲ注入シ、5 日目ヨリ同時ニ經口ノ液食ヲ投與シ、12 乃至 17 日目ニ之ヲ除去スルコトセリ。氏ニヨレバ穿孔例 13 例中、穿孔後 20 時間以内ニ手術セシ 6 例ハ治癒シ、爾餘ノモノハ死亡セリ。Salzmann 氏ハ同様ノ方法ヲ施行シタル 84 例ニ於テ、死亡率 26.0%ニ過ギザルコト、竝ニ爾餘ノ方法ヲ行ヒシ 44 例ニ於テハ死亡率 70.0% ナリシコトヲ報ジ Cukor 氏モ同様 34 例中死亡率 30.0% ナリシト云フ。(挿圖 52)

(6) 穿孔口内護謨管挿入、穿孔部ヲ通ジテ護謨管ヲ挿入シテ十二指腸ニ達セシメ早期ヨリ食物ヲ供給セントスル方法ナリ。護謨管ノ周圍ハ之ヲ胃壁ニ縫著スルモノトス。

(7) 綿紗「タンボン」挿入、潰瘍部位ノ縫合不可能ナルカ、或ハ穿孔部位ノ發見不可能ナ



ル時、又ハ一般症狀重篤ニシテ手術ヲ頗ル急グ時等ハ、穿孔部位又ハ其ノ疑アル部位ニ單ニ縮紗「タンボン」ヲ挿入シテ手術ヲ終ル場合アリテ、依之治癒セシ報告例モ存ス。Brunner 氏ニ依レバ、該法ニ依リシモノ 15 例中 12 例ノ治癒例ヲ得タリト。

(8) 穿孔潰瘍ノ切除 穿孔部位ノ甚シク脆弱ニシテ縫合困難ナル場合ニハ、其ノ邊緣ヲ切除シテ閉鎖縫合ヲ施スベシ。而シテ該切除ハ手術時間ヲ著シク延長セザル場合ニ限リ之ヲ行フベキモノニシテ、胃中央部ニ於ケル大ナル潰瘍穿孔ノ場合ノ如キ從テ不適當ナリ。コレ邊緣切除ニ依リ穿孔口擴大セラレ其ノ閉鎖ニ著シク時間ヲ要スルヲ以テナリ。之ニ反シ潰瘍小ナル場合ニハ穿孔口邊緣ヲ切除スルコトニ依リテ縫合ハ遙ニ確實ニ之ヲ行ヒ得ルモノナリ。單ニ穿孔部ノ縫合ニ依ル閉鎖ニ止マル時ハ、殘存セル潰瘍ヨリ出血

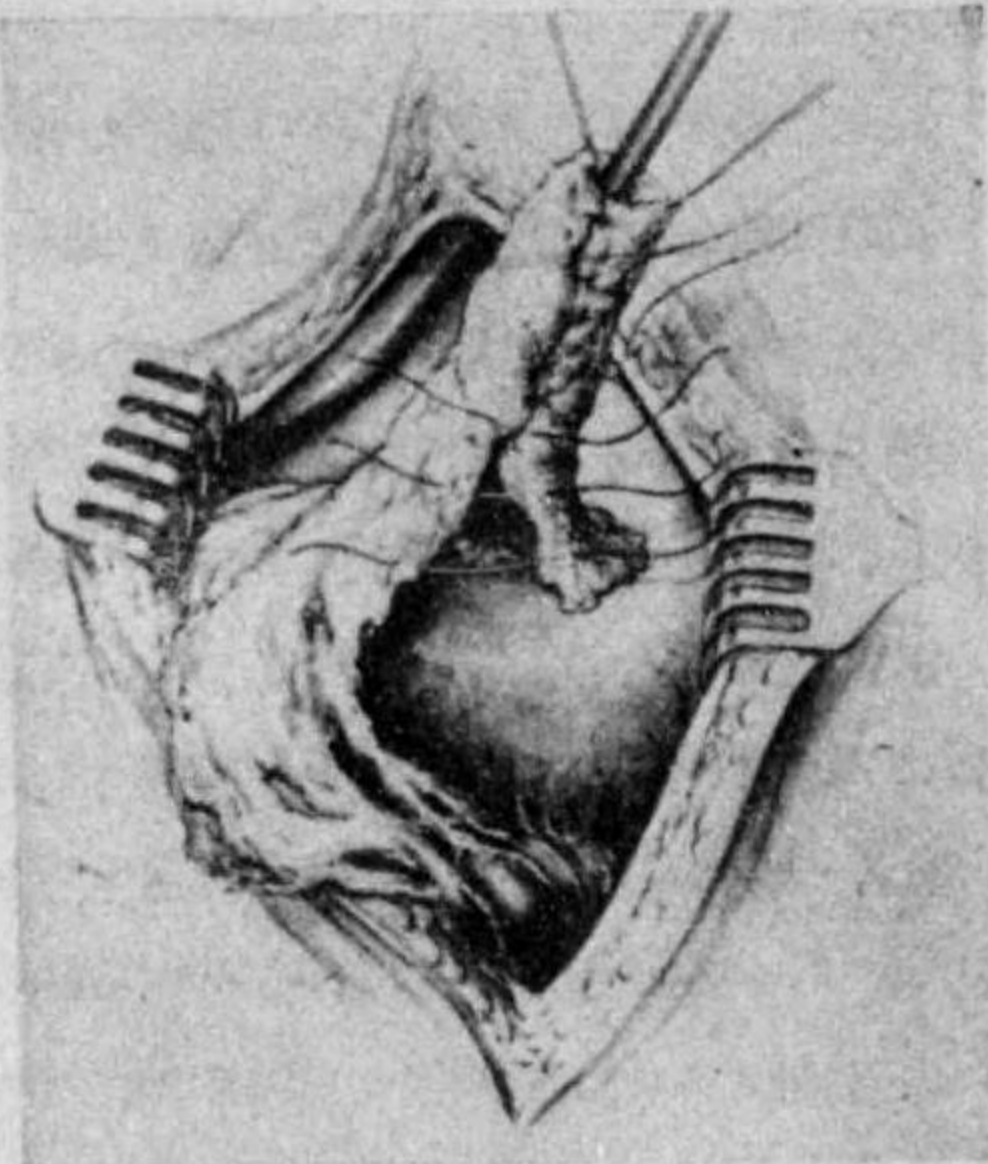


插圖 52. Neumannsche Netzmannschette

再穿孔其他ノ合併症ノ出現スルコトアリ。從テカカル意味ヨリスルモ適當ナル場合ニ於テハ潰瘍部ノ切除ヲ行ヒ穿孔口ノ縫合閉鎖ヲナスコト寧ロ合理的ナリトス。

(9) 胃切除術 潰瘍ノ穿孔ガ前述保守的手術ニ依リテ適當ニ處置セラレタリトスルモ、カカル方法ニテハ、潰瘍自身ガ尙ホ殘存スル時ハ、將來各種ノ合併症ヲ惹起スルコトアリ、例之 Brütt 氏ガ潰瘍穿孔例 58 例ニ就テ、術後遠隔成績ヲ調査シタル所ニ依ルニ、其ノ 12% 以上ニ於テ、胃又ハ十二指腸ニ著シキ障礙ヲ認メタルモノナリ、細別スレバ次ノ如シ。

全ク苦痛ナキモノ	47.0%
輕度ノ苦痛アルモノ	20.0%
胃又ハ十二指腸ニ著シキ障礙アルモノ	12.0%以上

潰瘍ノ穿孔ニ際シ、初メテ胃切除手術ヲ施シタルハ 1902 年 Keerly 氏ナルガ如ク、幽門部潰瘍ニシテ穿孔後 2 時間半ニシテ Billroth 氏第 1 法ニ依テ胃切除ヲ施シ以テ之ヲ救ヘリ。其ノ後カカル場合ニ胃切除手術ヲ施セシ學者次第ニ増加シ、其ノ報告セラレタル症例亦少カラズ。例之 Eunicke, Eberle, Massari, Schwarzmann, Dewes, Uhlrich, Bircher, Haberer, Hromada, Brütt, Küchel, O. Hoche, u. G. Marangos 氏等ノ場合ノ如キ是レナリ。

重篤ナル合併症ナキ潰瘍ノ治療ニ對シテモ、近時廣汎ナル胃切除術ノ成績ガ最モ優秀ナリトシテ多クノ學者ノ認ムル所トナルニツレ、穿孔性潰瘍ノ治療ニ對シテモ一次的胃切除術ヲ推

奨スルモノ次第ニ増加スルニ至レリ。而シテ今胃切除術ノ優劣ヲ論ズルニ當リテハ手術ノ直接成績即チ死亡率ト遠隔成績ニ關シテ吟味セザル可ラズ。

第 118 表 潰瘍穿孔ニ際スル胃切除術ト其ノ死亡率 (Hoche 及ビ Marangos 兩氏ノ統計)

報告者	潰瘍穿孔例總數	全死亡率 %	切除例	同死亡率 %
Eager	1767	32.8	84	25.0
Bürkel de la Camp	—	—	5	0.0
Brütt	—	—	55	14.5
Eichelter	—	—	41	17.0
Ehring Harry	—	—	9	15.0
Enderlen	94	34.1	2	?
Grigorowski	—	—	25	55.0
v. Haberer	—	—	28	10.0
Judin, S.	207	22.5	56	20.0
Kleinschmidt	—	—	40	20.0
Kunz, H.	115	25.2	54	7.4
Küchel	50	33.3	?	23.0
Mühsam	240	50.0	?	18.0
Pangger	85	18.8	—	—
Radioievitch	—	—	150	18.7
Rapant	78	28.9	25	12.0
Richard	53	24.5	21	0.0
Riese	—	—	104	15.4
Schwarz, Fr.	126	27.7	—	—
Speck	105	45.7	—	—
Willich	70	27.7	7	58.0
Wolf	—	—	5	20.0
Hoche u. Marangos	21	33.3	18	22.4
Kreutter	—	—	31	16.2
計	3011	平均 32.9	計 740	平均 18.0

Hoche 及ビ Marangos 兩氏ノ文獻蒐集ニヨル調査ニ依レバ、潰瘍穿孔例總數 3011 例ニシテ、全死亡率 32.9%ニ對シ、切除例ハ 740 例ニシテ其ノ死亡率 18%ナリ、(第 118 表)又兩氏ノ統計ニ於テ穿孔後 12 時間以内ニ胃切除術ヲ施シタル 405 例ニ於テ其ノ死亡率 8.9% (第 119 表)リ。即チカカル統計ニ基キテ吟味スル時ハ早期ニ胃切除術ヲ施ス時ハ爾餘ノ術式ニ比シ其ノ死亡率モ低キコトナル。又胃切除術ヲ施ス時ハ、潰瘍モ除去セラルル結果遠隔成績モ保存的療法ニ比シ良好ナルハ論ヲ待タザル所ナリ。從テ一次的胃切除術ノ主張者ハ適當ナル材料ニ於テハ、胃切除術ヲ施シテ、腹膜炎ヲ治スト共ニ潰瘍ヲ除去シテ其ノ根治ヲ計ラ



ントスモノナリ。即チ穿孔後尙早期ニシテ一般状態ノ良好ナル場合、高齢者、幼若者ナラザル場合ガ胃切除術ノ適應症ナリス。手術ノ豫後ハ穿孔後手術迄ノ時間ニ甚大ナル關係ノ存スルコトハ既ニ之ヲ述ベタリ。然レドモ該時間的關係モ絶對的ノモノニ非ザルヲ以テ、穿孔後何時間迄ノモノニ對シ胃切除術ヲ施ス可キモノナリヤニ就テハ尙學者ノ意見ニ一致ヲ見ザルモノトス。時ニハ穿孔後24時間ノモノニ胃切除術ヲ施シテ治癒セン場合アリ。然レドモ少クモ穿孔後6乃至12時間以内ノモノヲ可トス。學者ニ依リテハ、穿孔後6時間以内ハ必ず切除シ、ソノ後ハ一般状態ニ依リテ決ス可シトナスモノアリ、又穿孔後6時間以内ナル時、腹腔内容ハ無菌ナルコト甚ダ多ク、12時間以後ニ於テハ病原菌ノ證スルコト甚ダ高率トナルニ至ルコト、又一般ニ穿孔性潰瘍ノ手術ノ成績ハ12時間以後ニ於テ甚ダ不良ナルコトモ既ニ述ベタル所ナリ。從テ單ニ穿孔後ノ時間ニ就テ云ヘバ、胃切除術ハ穿孔後6時間以内遅クモ12時間以内ノモノニ之ヲ施ス可キモノトス。

余等ハ穿孔性潰瘍例ニ胃切除術ヲ施シタルモノ最近迄ニ數例ヲ經驗ス、コノ中2例ノ病歴ヲ記述スレバ次ノ如シ。

**第1例** 患者志波澤某、29男子、電車運轉手、昭和10年5月9日入院、7月10日治癒退院。  
**現病歴** 患者ハ最近食後2時間位シテ胃部ニ疼痛ヲ訴ヘ、尙時々吞酸嘔吐ニ苦シムコトアリキ、然ルニ5月9日午前11時頃、別ニ誘因ト思ハルモノナク、胃部ニ輕度ノ疼痛ヲ訴ヘタルモ、其儘仕事ニ從事セリ、一時輕快セシモ、午後3時頃ヨリ疼痛ハ再ビ劇シクナリ、遂ニ堪ヘ難キ状態トナレリ、依テ某醫ヨリ「パピナール」液ノ皮下注射ヲ受ケタルモ輕減セズ、更ニ「ナルコボン、アトロピン」ノ皮下注射ヲ受ケテ疼痛稍々輕減セリ、30分後「グリセリン」ノ浣腸ヲ受ケタルモ大便ノ排出ハナカリキ。疼痛ハ更ニ劇シクナリシヲ以テ午後6時半更ニ「パピナール」液ノ皮下注射ヲ受ケ。午後8時半當科ニ急患トシテ入院セリ、食思不良、睡眠佳良、便秘1日1行、飲酒、喫煙ハ適度。

**現症** 全身所見、身長中等大、骨骼、筋肉、皮下脂肪組織ノ發育共ニ適度、結膜ニ著變ナシ、顔貌ハ著シク苦惱ノ情ヲ呈ス、脈搏1分時72至、緊張佳良ニテ整調ナリ、呼吸、循環、神經、淋巴管並ニ泌尿生殖器系統其他ニ著變ナシ。血色素含有量73(ザーリ氏法)、白血球數12000、尿ニ變化ナク、大便ノ潛血反應陽性ナリ。

**腹部所見** 視診上、腹部ハ稍々膨滿セルモ蠕動不安ハ之ヲ認メズ。

**觸診上**、腹部全面、殊ニ上腹部ニ腹壁ノ緊張ヲ認メ、又患者ハ腹部全面ニ壓痛ヲ訴フ。殊ニ心窩部正中線ニテ胸骨瓠狀突起ト臍ト中央ニテ著明ナリ。腹壁緊張著明ナル爲メ、腹部ノ精細ナル検査ハ不可能ナリ、直腸指診ニ依リダグラス氏腔ニハ腫脹壓痛等ヲ認メズ。

第119表 穿孔後12時間以内ニ切除術ヲ施シタル場合ノ死亡率(前表ニ同ジ)

報告者	切除例數	死亡率%
Bager	61	3.3
Britt	40	7.5
Kunz	38	2.6
Kreutte	24	8.3
Mühsam	13	7.7
Radoiewitsch	124	11.3
Richard	21	0.0
Riese	71	2.8
Hoche u. Marangos	13	0.0
計	405	平均 8.9

**第1回手術所見** 5月9日午後9時(穿孔症狀初發後約6時間目)初メ「バントボン」0.4 鈺ノ皮下注射後「バンカイン」液ノ局所麻酔ニテ、後「エーテル」及ビ「クロロホルム」全身吸入麻酔ノ下ニ、上腹部正中線切開ニテ開腹手術ヲ施セリ。

胃ノ位置ハ正常ニテ擴張ヲ認メズ、十二指腸ハ後腹壁ト纖維性ニ密ニ癒著セリ、廻盲部ニ著變ナシ、腹腔内殊ニ上腹部ニ黄綠色ニテ濁濁シタル漿液性ノ滲出液ガ多量ニ蓄積セラル、胃前壁ニテ小變ニ近ク留針頭大ノ穿孔性潰瘍アリテ、コレヨリ黄褐色ノ胆汁ガ腹腔内ニ流出セリ、穿孔部ヲ2層ニ結合シ、尙大網膜ヲ以テ更ニ縫合部ヲ包蔽セリ、潰瘍ハ著シク硬カラズ癒著ノタメニ胃切除術ハ困難ニテヴェルフレル氏前胃腸吻合術ヲ行ヒ、之ニブラウン氏小腸吻合術ヲ併施セリ、腹腔内ハ之ヲ充分洗滌シ、上

腹ニ「チガレット」ノ挿入シ、腹壁ヲ2層ニ縫合シテ手術ヲ終レリ。術中生理的食鹽水1000 鈺、「ピタカンファー」5 鈺ノ靜脈内注射ヲ行ヘリ。

術後脈搏72至、緊張佳良ナリ、輸血200 鈺ヲ行ヘリ、然ルニ翌早朝2回ニ互リ約300 鈺ノ吐血ヲ來セルタメ午後2時半、胃切除術ヲ施ス積リニテ再手術ヲ行ヘリ。

**第2回手術所見** 前回手術創上ヨリ開腹スルニ潰瘍ノ穿孔部ハ充分縫合セラレタリ。十二指腸ハバイヤ氏鉗子ヲ以テ、胃ハベッツ氏鉗子ヲ以テ各切離シ、斷端ハ數層ニ埋沒シ、腹壁ハ之1層ニ縫合セリ。胃切除標本ハ小變及ビ大變ノ長サ各3.5 匁、十二指腸ノ長サ1 匁ニテ、潰瘍ハ十二指腸前壁ニテ幽門輪ヨリ約0.5 匁離ル(前回手術時胃潰瘍ト考ヘタルハ誤謬ナルコトヲ知レリ)(第53圖)。潰瘍ノ大サハ約留針頭大ニテ基底ガ穿孔セリ。然シ潰瘍ニハ別段出血部位ナク、再手術前ノ出血ハ恐ラク胃腸吻合部ヨリセルモノト推定セラル。

**術後経過** 手術創ハ一部ヲ除キ殆ド全ク第1期癒合ヲ營メリ、爾來経過良好ニシテ7月10日治癒退院セリ。

**第2例** 患者丸山某、男子、54歳、無職。入院、昭和10年5月20日、6月4日死亡退院。  
**主訴** 突如發現シタル腹部ノ疼痛ト膨滿。

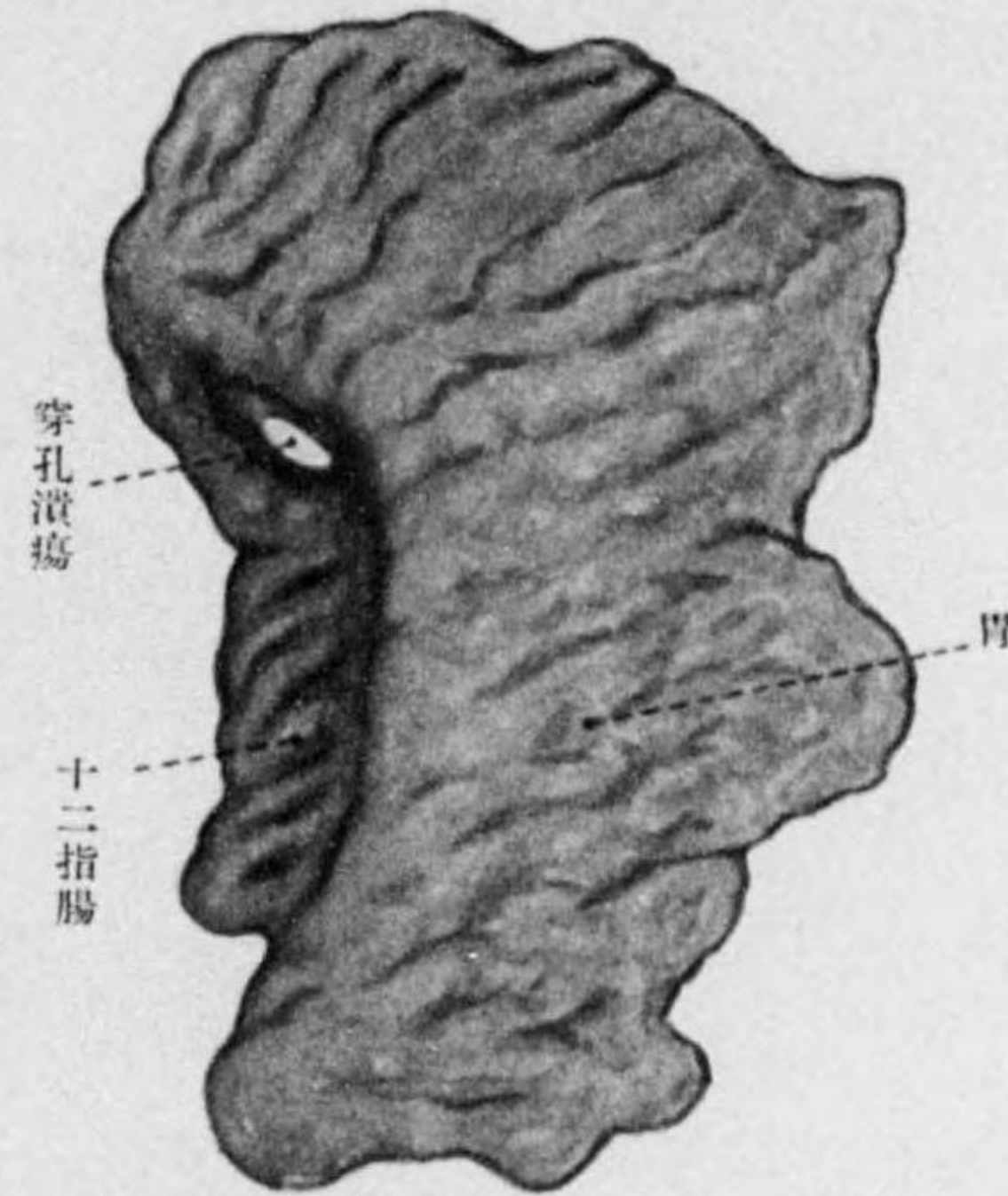


插圖 53. 穿孔性十二指腸潰瘍ヲ示ス



既往症 18年前腸チフスヲ病ム。

現病歴 腸チフス罹患以來、胃部膨滿並疼痛ヲ訴フルニ至レリ、胃痛ハ注射ニ依テ輕快セリ、嘔吐、嘔吐等ハナシ、昨年10月中旬、夜ニ劇シキ胃痛ヲ訴ヘシモ翌朝吐出物中ニ血液ヲ混セルニ氣付ケリ、其後食事は注意シ粥食ヲ常用セリ、胃痛ハ消失セシモ胃部膨滿感ハ持續セリ。昨年一度吞酸アリ胃酸過多症ト云ハレ、以來大分縣湯平温泉ニテ靜養ヲ續ケタリ。本年4月18日小野寺内科ニ入院シ、慢性蟲様突起炎、胃潰瘍疑診ノ下ニ醫治ヲ受ケタルモ、5月20日午前1時40分患者ハ腹部ニ突如劇シキ疼痛ヲ訴ヘ、顔面蒼白トナリ、冷汗ヲ出シ、脈搏ハ時々缺滯シ、微弱トナレリ、然シ嘔吐ハナカリキ、「パントボン」並ニ「アトロピン」各0.3鈎ノ注射ヲ受ケタルモ輕快セズ、患者ハ不安重篤ナル一般狀態ヲ呈スルニ至レリ。鎮痛劑ノ注射ニ依リ5時頃ヨリ患者ハ睡眠セシモ、6時半頃ヨリ疼痛ヲ下腹部ニ訴ヘ腹膜炎疑診ノ下ニ5月20日午前11時當科ニ轉入セリ。

飲酒ハ數年前迄ハ1日1升ニ及ビタルモ近時之ヲ嗜マズ、喫煙1日ニ「バツ」1箱位。

現症 全身所見 顔貌蒼白、脈搏1時68至、緊張微弱ニシテ時1分ニ缺滯ス、體温38度、身體諸臟器ニハ著變ナシ、尿ニ變化ナシ、糞便ニハ潛血反應陽性、寄生蟲卵陰性ナリ。白血球數3900血色素量72(ザーリ氏法)、腹部所見、視診上、腹部全般ニ互リ、殊ニ上腹部ノ膨滿著明ナリ。觸診上、腹壁全面ニ緊張セルモ腹部ニハ腫瘍、蠕動不安等ヲ認メズ、指診上、ダグラス氏腔ニ壓痛ヲ證明ス、直腸ノ膨滿ハナシ、聽診上、腸蠕動ヲ聽取セズ。

胃液検査所見(内科ニテ検査)遊離鹽酸最高10、織酸度最高26、乳酸、潛血反應共ニ陰性ナリ。

胃曲線検査所見(内科ニテ検査)正常曲線ヲ示ス。

X線検査所見(内科ニテ検査)胃、十二指腸ニ陰影缺損、壁龕等ハナク、幽門通過正常、慢性胃カタル、慢性蟲様突起炎ト診斷セラル。

手術所見 5月20日、穿孔症狀發現後約10時間ニシテ「パントボン」0.6鈎ノ皮下注射後「エーテル」「クロロホルム」全身吸入麻醉ニテ、心窩部正中線ニテ余執刀開腹手術ヲ施セリ、腹腔内ニハ多量ノ胃内容漏出シ、殊ニ小彎部ニ多量ナリ、横行結腸ハ著シク膨滿シ、胃ニハ小彎ニテ幽門輪ヨリ5糎ヲ距タル部位ニ、小指頭大ノ圓形ノ穿孔口ヲ有スル胼胝性潰瘍アリ、周圍ト甚シク癒著シテ小彎後側部ノ穿孔口ヲ充分縫合閉鎖スルコト能ハズ。依テ穿孔口ノ縫合ヲ中止シ、胃切除術ヲ施セリ、先ヅバイヤー氏鉗子ニテ十二指腸ヲ切離シ、次デベツ氏胃縫合器ニテ胃ヲ切除シ、胃切除斷端ノ小彎側ヲランペール氏遊走縫合ニテ埋没シ、大彎側部ニ

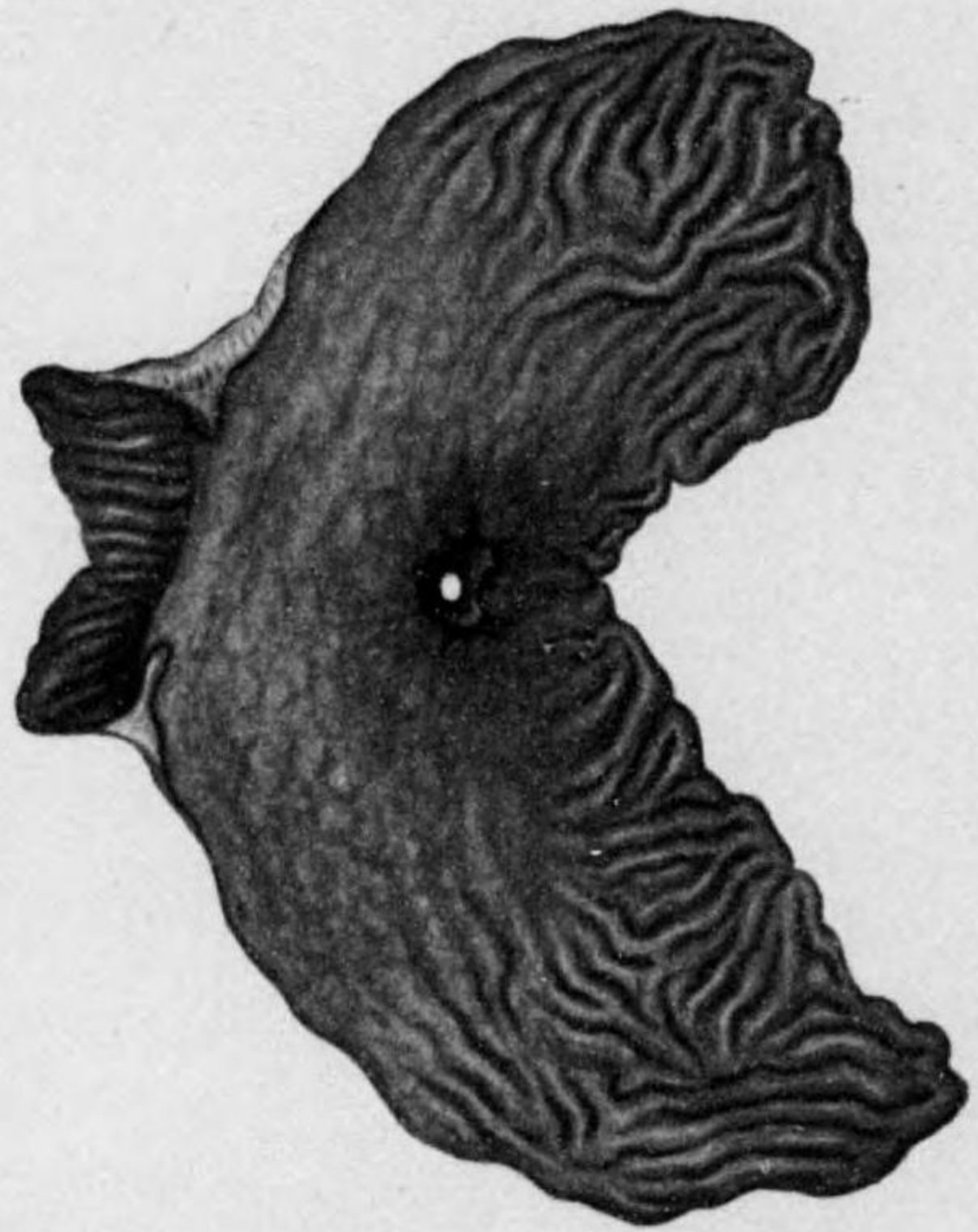


插圖 54. 穿孔性胃小彎潰瘍ヲ示ス

結腸前方ニ於テ空腸側壁ヲ吻合セリ。(ハッカー、アイゼンスベルヒ氏法)。更ニブラウン氏腸吻合ヲ併施セリ。腹腔滲出液充分除去シ、腹壁ハ之ヲ2層ニ縫合セリ。胃切除標本、小彎ノ長サ5糎、大彎ノ長サ14糎、十二指腸2.5糎ナリ。胃切除標本ヲ大彎ニ沿テ開クニ、小彎ニテ幽門輪ヨリ3.5糎ヲ距タル部位ニ潰瘍アリ、腎臟形ヲナシ、胼胝性ニテ基底ニ小指頭大ノ穿孔口アリ(第54圖)。腹腔内滲出液ノ細菌學的検査所見ハ、塗抹標本ニテグラム陽性ノ球菌ヲ證明シタルモ培養上細菌ヲ證明セズ。

經過 術中生理的食鹽水1200鈎ノ靜脈内注射、250瓦ノ輸血ヲ施セリ、術後血液30瓦ヲ輸血セリ、尙生理的食鹽水1000鈎ノ注腸ヲ行ヘリ、「カンフル液」ノ皮下注射、生理的食鹽水、葡萄糖液ノ靜脈内持續點滴注入ヲ施シ、以後之ト略同様ノ處置ヲ繰返セリ、經過全良好ニテ術後第七日拔絲、手術創ハ第一期縫合ヲ營メルモ術後第8日兩側化膿性耳下腺炎ヲ起シテ切開手術ヲ受ケ又術後第9日激シキ咳嗽ガ原因トナリ手術創ヨリ腸管ガ脱出センタメ直チニ局所麻痺ニテ開腹シ、脱出腸管ヲ再度腹腔内ニ整復シ、腹壁ハ之ヲ一層ニ縫合セリ、爾來經過良好ナリシガ氣管枝喘息ヲ併發シ心臟衰弱ノタメ第1回手術後15日遂ニ死亡セリ。

前記第1例ハ十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニヨリ、第2例ハ胃小彎潰瘍ノ急性穿孔ニヨリ共ニ急性汎發性腹膜炎ヲ起セルモノニ對シ、第1例ノ場合ハ初メ胃腸吻合術ヲ施シ、後二次的ニ胃切除術ヲ、第2例ニ對シテハ一次的ニ胃切除術ヲ施シタルモノナリ。而シテ第1例ハ穿孔後6時間、第2例ハ同10時間後ニ手術ヲ施サレタルモノナリ、第2例ハ不幸ニシテ胃切除術後15日目ニ死亡セシモ、死因ハ腹膜炎ニ依リシモノニ非ズ、氣管枝喘息發作ノ併發ニ伴フ心臟衰弱ニ依リテ死亡セシモノナリ、尙著者ハ既述ノ如ク、胃癌穿孔例ニ於テ、穿孔後2時間半目ニ一次的胃切除術ヲ施シテ治癒セシメタル經驗例ヲ有ス、カカル經驗例ニ徴スルモ穿孔後尙早期ニシテ、患者ノ一般狀態良好ナルガ如キ症例ニ對シテハ一次的胃切除術ハ最も合理的ノ療法トナリス。

我が教室ニ於ケル穿孔性潰瘍ニ對スル手術例18例(昭和九年末迄ノ材料)ニ就テ施シタル術式ヲ列記スレバ左ノ如シ。

穿孔口ノ縫合閉鎖	2例	試驗的開腹術	1例
前術式及胃腸吻合	4例	胃切除術	2例
「タンボン」挿入法	3例	胃腸吻合術及空腸瘻	1例
穿孔口縫合及空腸瘻	4例		
胃腸吻合術及迴腸瘻	1例	計	18例

余等ノ材料ニ於テハ手術ニ依リ治癒セシモノハ僅カニ1例ニ過ギズ、カク成績不良ナリシ最大ノ理由ハ、穿孔後手術迄ノ時間一般ニ遲延セシニ基ケルモノナルコトハ既ニ説明セリ、胃切除術ニ依リ治癒セシ1例ハ穿孔後6時間目ナリシモノトス。



要之、潰瘍ノ穿孔ニ對シテハ既述多數ノ術式アリト雖、此等術式ノ選定ニ當リテハ、患者ノ一般狀態(特ニ脈搏ノ性狀)、穿孔ヲ示シタル潰瘍ノ病理解剖學的所見、特ニ癒着、幽門狹窄ノ有無、術者ノ技術的能力ヲ充分參酌ス可キモノトス。然レドモ急性穿孔ノ豫後ヲ良好ナラシメントスレバ、治癒困難ナル慢性潰瘍ニ外科的治療ヲ行フコトニ依リ穿孔ノ豫防スル共ニ、一旦穿孔ヲ來シタル場合ニハ早期ニ正確ナル診斷ヲ下シ、迅ニ胃切除術ヲ行フコトニ努ム可キナリ。

(ト)腹腔内滲出液ニ對スル處置、腹腔内清淨法ニハ、洗滌法ト乾燥清拭法トアリ、其ノ適應ハ、術者ニ依リ、又滲出液ノ性狀ニ依リテモ異ルモノナリ。穿孔後尙時間ヲ經過セズ、滲出液少量ノ場合ニハ、之ヲ吸引シテ除去シ、又綿紗ニテ清拭スルニ止ムル學者多シ、コレコノ時期ニ於テハ腹腔内滲出液ハ無菌ナルコト多キヲ以テナリ、然レドモ穿孔後著シク時間ヲ經過シ、滲出液多量ニシテ且ツ化膿性ナル場合ニハ十分ニ腹腔内ヲ洗滌セザル可ラス。コノ際洗滌液トシテハ、生理的食鹽水、「リパノール」、等主トシテ用ヒラレ、時ニ鹽類「ペブシン」液、「エーテル」等使用セラル、洗滌ニ際シテハ、横隔膜下腔ヨリ小骨盤腔ニ至ルマデ充分洗滌スルヲ要ス。

次ニ「ドレーン」挿入ノ可否ニ就テモ學者ニ依リ其ノ意見ヲ異ニス、然レドモ一般的ニハ、穿孔後時間早ク滲出液少量ノ場合ハ「ドレーン」ヲ挿入セズ一時的ニ腹壁ヲ縫合シ、穿孔後時間ヲ經過シ滲出液多量且ツ化膿性ナルガ如キ場合ニハ之ヲ挿入スル方針ヲ取ル學者多シ、挿入ノ部位トシテハ、最モ汚サレタル部位、及ビ最モ滲出液ノ貯溜スル部位ヲ選ブ可キナリ。

(チ)後療法、術後ノ食餌ハ殊ニ穿孔口ノ閉鎖不十分ナルガ如キ場合ニハ、一兩日経口の投與ヲ避クルヲ可トス、又血中「クロール」缺乏ヲ補フタメ高張食鹽水ノ靜脈内注射、循環器系統其ノ他ノ機能回復ニ對シ輸血ヲ施スハ勿論、一般腹膜炎ニ對スル處置ヲ講ズベキモノトス。而シテ潰瘍尙ホ殘存セル場合ハ之ニ對スル處置モ亦之ヲ怠ル可ラス、適當ナル時期ニ於テ一定ノ手術的療法ヲ施サザル可ラス。而シテ術後經過中往々ニシテ各種ノ合併症ヲ併發スルコトアリ、之ニ對シテモ亦充分ノ觀察ト處置ヲ必要トス、今其ノ主ナルモノヲ列記スレバ左ノ如シ。

横隔膜下膿瘍、膿胸、肺炎、肺「エンボリ」、門脈炎、肝膿瘍、腸閉塞症、胃十二指腸ニ於ケル他ノ潰瘍ヨリノ出血及ビ穿孔、耳下腺炎等是レナリ。

## 第十二節 非開放性穿孔

潰瘍ノ穿孔ニヨル炎衝ハソノ穿孔ノ位置、癒着ノ有無、胃腸内容ノ狀況等ニ依リ毎常無蓋腹腔内ニ廣汎ニ波及スルモノニ非ズ、限局性ナル場合アリ、亞急性乃至慢性穿孔、或ハ Ge-

deckte Perforation ト稱セラル。

而シテ潰瘍ガカクノ如クシテ亞急性若クハ慢性穿孔ヲ來シタル時ハ以下述ブルガ如キ各種ノ結果ヲ招致スルモノナリ、尙非開放性穿孔例トシテ吾人例ノ15例ノ症例ニ就テ表示スレバ次ノ如シ。(第120表)

### 第一項 腹腔内ニ限局性膿瘍ヲ形成スル場合

(イ) 頻度、著者ガ我ガ教室ニ於ケル手術ヲ施シタル胃潰瘍220例ニ就テ調査セシ所ニ依レバ、非開放性穿孔13例、又十二指腸潰瘍156例ニ就テ調査セシ所ニ依レバ同1例ナリ。Melchior氏ニ由レバ腹腔内限局性膿瘍ヲ形成セシモノハ、十二指腸潰瘍716例中8例即チ約1.0% W. Mayo氏ニ依レバ同272例中、13例以上即チ4.5%ナリトシ、Codman氏ハ50例中5例即チ10.0%ナリトセリ。

(ロ) 成因、潰瘍穿孔スルモ汎發性腹膜炎ヲ惹起セズシテ腹腔内限局性膿瘍ヲ形成スルハ如何ナル要約ニ基クモノナリヤ、吾人ハ略次ノ如キ要項ヲ擧グルコトヲ得ベシ。

1. 胃又ハ十二指腸潰瘍ノ周圍ニ既ニ充分ナル癒着アリテ、穿孔ニ依ル胃腸内容乃至炎衝性滲出液ノ無蓋腹腔内ニ進入スルコトヲ防止セラルル場合。

2. 穿孔急激ニ發生シ、豫メ癒着ノ缺如セルガ如キ場合ニ於テモ、穿孔口ノ著シク小ニシテ、消化管内容ノ漏出極メテ少量ナルタメ、腹膜ノ反應性炎衝ハ穿孔部周圍ニ止マリ容易ニ包蔽セラルル場合。

3. 穿孔ノ初期ニ於テハ汎發性腹膜炎ニ於ケルガ如ク廣汎ナル腹膜反應ヲ現ハスモ、菌ノ毒力弱キカ其ノ數少ナキ時ハ初期ニ於ケル劇甚ナル症狀速カニ消失シ、穿孔部位ニ限局シテ膿瘍ヲ殘スニ至ル場合等之ナリ。

(ハ)膿瘍ノ部位、胃潰瘍穿孔ノ場合ニハ主トシテ横隔膜下、又ハ前腹壁ト胃トノ間ニ限局性膿瘍ヲ形成スルコト多ク、コノ際潰瘍ノ位置トシテハ小彎、噴門近部、若クハ胃後壁ニ存スル場合多キモノトス、例ヘバ Maydl氏ニ由レバ、胃潰瘍穿孔ニ依ル横隔膜下膿瘍32例中12例ハ小彎又ハ噴門近部潰瘍ニシテ6例ハ胃後壁ニ存セント。而シテ Leyden氏ニ依レバ横隔膜ハ呼吸ニ際シ膿瘍ニ對シ吸引的ニ作用スルモノナリト云フ、此ノ際横隔膜下膿瘍ハ腐敗性ニシテ特ニ惡臭ヲ發スルコト多ク、又殊ニ屢々瓦斯ヲ含有スルモノトス、Maydl氏ニ由レバ35例中17例、Gruneisen氏ニ由レバ9例中7例ニ於テ瓦斯ヲ認メタリト云フ、カカル瓦斯ハ胃、又ハ肺(肺トノ連絡アル場合)ヨリ來ルモノナリ。

横隔膜下膿瘍ノ原發病竈ニ就キテ諸家ノ統計ヲ觀ルニ次ノ如シ。Piquand氏(809例)

胃潰瘍ノ穿孔ニ依ルモノ	230例	十二指腸潰瘍穿孔ニ依ルモノ	36例
蟲様突起炎ニ因ルモノ	191例	胸腔内臓器疾患ニ依ルモノ	32例



第120表 胃, 十二指腸潰瘍非

症例	患者名	性	年齢	主訴	既往症	前駆症状	穿孔時症状	腫瘍
1	黒田某	男	23	心高部腫瘍形成	潰瘍症状ナシ	ナシ	突發セシ胃劇痛強度ノ嘔吐	心高部ニ手掌大ノ腫瘍アリ
2	倉地某	女	47	下腹部腫瘍形成	前例=同	ナシ	突發セシ戰慄高熱, 左下腹部ニ於ケル刺痛	心高部ニテ膈高位ニ婦人手拳大ノ腫瘍アリ
3	稻岡某	男	54	右季肋部疼痛, 發熱	前例=同ジ	ナシ	高熱, 右季肋部ヨリ心高部ニ互ル劇痛	腫瘍ナシ
4	平田某	女	41	右季肋部腫瘍形成	8ヶ月前劇シキ胃痛ヲ訴フ	ナシ	2週間前劇シキ胃痛ヲ訴フ	右季肋下部ニ腫瘍アリ
5	永田某	女	53	發作性ニ現ハル心高部疼痛及腫瘍	潰瘍症状ナシ	ナシ	心高部ノ劇痛再三ノ嘔吐, 輕度ノ體温上昇	心高部腫瘍形成
6	巖井某	男	39	心高部劇痛嘔吐	前例=同ジ	ナシ	心高部劇痛嘔吐	右心高部ニ輕度ノ抵抗アリ
7	池田某	男	30	心高部膨滿感嘔吐	7年前劇シキ胃痛ト嘔吐ヲ訴ヘシコトアリ	ナシ	著明ナル症状ナシ	腫瘍ナシ
8	上野某	男	37	心高部腫瘍	16年前激シキ胃痛嘔吐ヲ訴フ, 爾來年ニ1, 2回胃痛, 再發セリ,	2, 3日前胃痛發熱アリ胃膨滿感, 吞酸ヲ訴フ	心高部疼痛, 發熱, 腫瘍形成	心高部腫瘍
9	大根某	男	36	嘔吐, 胃痛, 心高部膨滿感	3年來胃膨滿感嘔吐, 5ヶ月前吐血	ナシ	著明ナラズ	ナシ
10	毛利某	女	47	心高部腫瘍形成	5-6年來劇シキ右季肋部疼痛アリ	10日前夜間右季肋部膨滿胃痛發熱ヲ訴フ	胃痛, 右季肋下部膨滿	胸骨鉋狀突起下ニ著明ナル抵抗アリ
11	萩尾某	女	41	心高部疼痛	潰瘍症状ナシ	ナシ	劇シキ胃痛, 戰慄	心高部ニ瘢痕ヲ觸知ス
12	山倉某	男	56	胃空腹痛	胃苦痛	ナシ	著明ナラズ	ナシ
13	福田某	女	52	心高部劇痛	膽石症ノ症状アリ	ナシ	突如起リシ心高部疼痛	ナシ
14	中原某	男	59	胃痛	1年前ヨリ胃痛8ヶ月前ヨリ右季肋部疼痛, 食思不良	ナシ	著明ナラズ	胸胸部ニ腫瘍アリ
15	布某	女	44	左季肋部腫脹	潰瘍症状ナシ	19日前左季肋部ニヒキツケルガ如キ感アリ	著明ナラズ	ナシ

開放性穿孔例(著者)

體温	脈搏數	術前診断	術式	腫瘍ノ細菌學の所見	手術時(又ハ剖檢時)腫瘍又ハ潰瘍位置	轉歸	手術年月
37.4	90	胃潰瘍腫瘍	腫瘍切開(第1回手術)空腸瘻形成(第2回手術)	—	胃大彎ニ近キ前壁ニ潰瘍アリ, 穿孔口ノ大サ, 長徑5程, 横徑3程	衰弱ノタメ術後5日目ニ死亡セリ	大正8年11月25日(第1回手術)大正8年12月2日(第2回手術)
37.3	85	幽門狭窄	胃及ビ横行結腸ノ切除	普通大腸菌	胃小彎(幽門ヨリ胃部)ニ腫瘍アリ, 腫瘍ハ前腹壁ニ穿孔セリ	腹膜炎ノタメ術後8日目死亡セリ	大正9年10月30日
39	114	肝膿瘍	切開, 排膿管挿入	葡萄球菌, 双球菌	十二指腸後壁潰瘍ニヨリ, 後腹膜膿瘍形式	衰弱ノ爲メ術後13日死亡セリ	大正9年4月17日
37.3	100	慢性再發性膽囊炎	後胃腸吻合	—	十二指腸潰瘍ノ穿孔	治	大正10年7月7日
37.8	70	穿孔性幽門周圍潰瘍	空腸瘻形成(第1回手術)前胃腸吻合兼ブラウン氏吻合(第2回手術)	—	幽門部潰瘍ノ穿孔周圍ニ癒着強シ	治	大正11年9月19日(第1回手術)大正11年10月5日(第2回手術)
36.5	90	穿孔性幽門潰瘍疑	後胃腸吻合	—	幽門潰瘍穿孔, 著明腫瘍ナシ	治	大正11年6月12日
37.0	95	善性幽門狭窄	ヒルロート第2法ニヨル胃切除術	—	幽門前壁ニ示指頭大ノ穿孔口アリ, 周圍トノ癒着強シ	治	大正11年6月13日
37.3	92	肝膿瘍	後胃腸吻合	—	胃小彎ノ中央ニ潰瘍アリテ穿孔セリ癒着著シ	治	大正12年8月14日
無熱	82	胃潰瘍	後胃腸吻合	—	胃小彎(幽門ヨリ3程)ニ潰瘍アリ, 周圍トノ癒着強シ	治	大正12年1月18日
37.3	95	急性膽囊炎ニヨル心高部限局性腹膜炎	「タンボン」挿入	普通大腸菌, 葡萄球菌	胃小彎前壁潰瘍, 周圍癒着強シ	治	大正13年7月29日
無熱	102	幽門周圍潰瘍穿孔ニヨル限局性腹膜炎	空腸瘻形成(第1回)前胃腸吻合ブラウント, 十二指腸吻合(第2回手術)	—	胃小彎ニテ幽門近部潰瘍	治	大正13年2月19日(第1回手術)同年4月18日(第2回手術)
無熱	75	幽門周圍潰瘍疑	膽囊取出, 潰瘍穿孔部「タンボン」挿入	無菌	胃小彎潰瘍, 周圍癒着強シ	治	大正14年10月14日
37.5	88	胃潰瘍穿孔ニヨル限局性腹膜炎	開腹術「ドレーン」挿入	連鎖球菌	胃潰瘍ナルモ癒着強ク, 穿孔部位不明	治	大正14年12月10日
無熱	80	胃癌疑診	ボリア氏法ニヨル胃切除術	—	小彎ニテ幽門近部穿孔性潰瘍	治	大正15年9月16日
39	88	胃潰瘍穿孔ニヨル限局性腹膜炎	腫瘍切開(第1回手術)空腸瘻(第2回手術)	普通大腸菌	胃小彎潰瘍癒着著明	治	昭和9年7月26日(第1回手術)同年8月28日(第2回手術)



肝及び膽道疾患=依ルモノ	136例	腎臓疾患=因ルモノ	27例
原因不明ノモノ	69例	小腸及び大腸ノ穿孔=依ルモノ	20例
脾臓疾患=因ルモノ	40例		
次= Fifield 及ビ Love 兩氏(84例)ノ統計ヲ示ス可シ。			
蟲様突起炎=因ルモノ	30例	腎疾患=依ルモノ	2例
胃潰瘍穿孔=依ルモノ	12例	食道痛=依ルモノ	1例
十二指腸潰瘍穿孔=依ルモノ	12例	胃癌=依ルモノ	1例
胃手術後ノモノ	9例	慢性胃潰瘍=依ルモノ	1例
原因不明ノモノ	9例	肋骨疾患=依ルモノ	1例
膽道疾患=依ルモノ	5例	骨盤骨折=依ルモノ	1例

十二指腸潰瘍穿孔ノ場合ニ於テモ亦、屢々限局性膿瘍ノ來ル部位ハ横隔膜下腔及び上行結腸外側ナリトス、然レドモ前者ノ場合ハ純粹ノ横隔膜下膿瘍ニ非ズシテ、解剖學的關係上一方、肝右葉下面ト、他方膽囊、幽門、十二指腸、右側腎前面トノ間隙ナルコト多キモノトス。M. Smith 氏ノ剖檢例ニ於テハ肝下面膿瘍ガ上行結腸外側ヲ經テ骨盤腔内マデ到達シタリト云フ、尙ホ Codman, Mayo 氏等ニ依レバ Douglas 氏腔ニ膿瘍形成ヲ認メ、蟲様突起炎ニ基因スルモノト考ヘ、蟲様突起ヲ切除シタルニ、死後剖檢ノ結果十二指腸潰瘍穿孔ニ依リシモノナルコト判明セリト。

次ニ潰瘍穿孔ニ依リ、横隔膜下腔若クハ肝下面ニ膿瘍ヲ招致シタル時、胃潰瘍ニ於テハ主トシテ左側、十二指腸潰瘍ニ於テハ主トシテ右側ニ來ルモノニシテ、蓋シ解剖學的關係ノ然ラシムル所ナリ、稀ニ反對ニ十二指腸潰瘍穿孔ニシテ左側横隔膜下膿瘍ヲ惹起スルコトアリ、コレ既存ノ癒着又ハ位置異常ニ基因スルモノナリ。

(二) 臨牀の症狀竝ニ轉歸、多クノ場合ハ數年ニ亙ル潰瘍ノ既往症ヲ有ス、余等ノ14例ノ中、既往ニ潰瘍症狀ノ存スルモノハ7例ニシテ之ガ缺如セシモノハ8例ナリキ、而シテ穿孔ハ著明ナル腹膜炎症狀ヲ呈シテ急激ニ來ルコトアルモ(第120表、第1例乃至第6例、第11例、第13例)一般ニハ急性穿孔ノ場合ノ如ク劇甚ナラザルコト多シ、又其ノ症狀全ク不定、緩慢ニシテカカル合併症ノ出現ヲ時間的ニ正確ニ認知スルコト能ハザル場合アリ、(同表第7、9、12、14、15例)、即チ穿孔症狀劇甚ニシテ患者ハ直チニ就床ヲ餘儀ナクセラルルガ如キ重症ノ場合ヨリ他方患者ハ潰瘍ノ穿孔ニ全ク氣付カズ、限局性膿瘍ガ更ニ腹腔内ニ破裂シテ初メテ重篤トナルニ至ルガ如キ場合ニ至ル迄ノ間幾多輕重ノ差異存スルモノナリ。而シテ一般ニ膿瘍ハ短時間内ニ形成セラルルモノニ非ズシテ、通常初期ノ急性症狀ハ比較的速ニ消退シテ慢性期ニ移行シ、數旬乃至月餘ニ亙リ、定型ノ限局性膿瘍ヲ形成スルモノトス。唯例外トシテ比較的早期ニ膿瘍ヲ形成スルコトアリ、穿孔ノ前驅症狀トシテ、例ヘバ從前ノ潰瘍症狀ニ増悪ヲ來スガ如キコトヲ認ムル場合一般ニ少シ、余等ノ14例中、前驅症狀ヲ認メタル場合ハ3例(第

8例、第10例、第15例)ニ過ギズシテ他ハ何レモ前驅症狀ヲ認メザリキ。

検査所見トシテハ、患者ハ局部ニ疼痛ヲ訴ヘ、壓痛甚シク、膿瘍存在ノ部位ニ相當シテ腹壁ニ「デフアンス」ヲ證明シ、時トシテ腹壁ノ膨隆ヲ示スコトアリ。然レドモ膿瘍形成部位以外ノ所ニ於テハ腹壁弛緩シテ何等壓痛ヲ訴ヘズ、又重症ナル横隔膜下膿瘍ヲ除キテハ脈搏ニ著變ナク、體溫ノ著シキ上昇ナキ場合多シ、即チ余等ノ14例中無熱ナルモノ5例、37度代ノモノ8例ニシテ39度ノモノ僅カニ1例ニ過ギズ、横隔膜下膿瘍ガ多量ノ瓦斯ヲ含有スル時ハ、肺ニ於テ打診上鼓音ヲ聽診ス、横隔膜下膿瘍ガ二次的ニ肺又ハ肋膜腔ヲ犯スニ至レバ、之ニ相當シタル症狀ヲ呈ス、而シテカカル膿瘍ガ手術的ニ處置セラレザル時ハ次ノ如キ轉歸ヲ取ルニ至ルモノナリ。

1. 患者著シク衰弱シテ抵抗力ナキ時ハ、爾餘ノ合併症ヲ伴フコト無クシテ膿瘍自身ノクメニ死亡ス。
2. 膿瘍久シキニ亙ル時ハ全身感染ノ原因トナル事アリ。
3. 重症ナル耳下腺炎其他ノ併發症ヲ惹起シテ死亡ス。
4. 膿瘍ノ周圍ニ於ケル防禦裝置即チ癒着ガ不充分ナル時外傷其他ノ誘因ノ下ニ二次的ニ無蓋腹腔内ニ穿孔シテ重篤ナル腹膜炎ヲ惹起シテ死亡スルコトアリ。
5. Hohlorgane 又ハ外部ニ自潰スル場合アリ、著者ハ曾テ胃潰瘍穿孔ノクメ前腹壁ト胃トノ間ニ限局性膿瘍ヲ生ジソレガ外部ニ殆ンド自潰セントスル状態ニ存セシモノヲ經驗セシコトアリ、カク外界ニ自潰シタル場合ハ往々胃又ハ十二指腸瘻ヲ形成スルコトアリ。Hohlorgane 内ニ於ケル穿孔トシテハ大腸、肺、肋膜腔、心囊、大血管内等ニ穿孔スルコトアリ、殊ニ大血管内ニ穿孔スル時ハ大ナル出血ヲ招致シ死亡スルコト多シ、尙ホ胸部疾患ガ横隔膜下腔ニ波及スルコトハ甚ダ稀ナルモ、横隔膜下膿瘍ガ胸部臟器ニ波及スルコトガ屢々之ヲ經驗スル所ナリ、是レ田中氏ノ研究ニ於ケルガ如ク、胸腹兩腔ノ淋巴系統ハ別個ノモノニシテ、胸腔ヨリノ淋巴管ハ腹腔ヨリノモノニ比シテ遙ニ少數ナルニ基ツクモノトス。

(ホ) 診斷、潰瘍ノ既往症ヲ有スル場合多キコト、急激ナル腹膜炎症狀ヲ呈スル場合アルコト、(症狀著明ナラザル場合モ少カラザルモノトス)

心窩部又ハ右側季肋部(稀ニ廻胃部又ハ骨盤腔)ニ壓痛竝ニ自發痛存スルコト、膿瘍部ニ相當セル腹壁ニ「デフアンス」ヲ證明シ、同時ニ膨隆又ハ波動ヲ示スコトアルノ諸點ヲ參考トスベキモノナリ。尙ホ横隔膜下膿瘍ヲ形成シテ、穿孔後ノ經過時間短カキ時ハX線單純透視又ハ寫眞撮影ニヨリテ、罹患側横隔膜ノ舉上、運動制限、竝ニ瓦斯蓄積等ヲ認メ其ノ陳舊性ナル場合ニ於テハ同時ニ「バリウム」投與ニ依リ胃腸ヲ檢スル時ハ、往々胃又ハ十二指腸ニ壁龕



其他潰瘍所見ヲ發見スルコトアルノミナラス、膿瘍ト消化管トノ位置的關係ヲモ知ルコトヲ得ル場合アリ、診斷困難ナル時ハ時トシテ試驗的穿刺ヲ必要トスルコトアリ。又白血球検査所見ノ大ニ參考ナル場合アリ、然レドモ膽囊炎、脾臟炎、胸部疾患等トノ鑑別甚ク困難ナルコト往々ニシテ之ヲ存ス。

余等ノ症例 14 例ニ於ケル術前診斷ニ就テ列記スレバ次ノ如シ。

潰瘍又ハ幽門狭窄ト診斷セシモノ	5 例	慢性再發性膽囊炎ト診斷セシモノ	1 例
潰瘍穿孔ニヨル腹膜炎トセシモノ	5 例	胃癌疑診	1 例
急性膽囊炎ニヨル腹膜炎トセシモノ	1 例		計 14 例
肝膿瘍ト診斷セシモノ	1 例		

(ハ)療法、初期症狀劇甚ナル場合ハ急性穿孔ナリヤ、亞急性若クハ慢性穿孔ナリヤの確ニ之ヲ判定スルコト至難ナル場合アリ、然ルニ急性穿孔ノ場合ハ穿孔直後ノ速ナル施術ヲ必要トスルヲ以テ、殊ニ患者ガ潰瘍ノ既往症ヲ有スル場合ノ如キ、直チニ手術的療法ヲ施スヲ合理的ナリトス、然ルニ症狀緩慢ニシテ壓痛限局シ、爾餘ノ腹部全ク弛緩シ全身症狀輕微ナル場合ニハ、暫ク觀望期待ノ方針ヲ取ル時ハ、急性症狀ハ通常比較的速ニ消退スルモノニシテ、手術ハ之ヲ間歇期ニ施術スルヲ可トス、然レドモ餘リ長期ニ互ル期待ハ患者ノ衰弱ヲ増進シ其ノ不適當ナルコト勿論ナリトス。尙ホ嘔吐甚シク、經口的食餌ノ攝取不可能ニシテ、患者ノ次第ニ衰弱スル場合ノ如キハ空腸瘻ヲ形成シテ、速ニ榮養ヲ回復セシメ以テ間歇期ヲ待ツベキモノトス、カカル場合空腸瘻ノ效果顯著ナルコトニ就テハ多數症例ニ於ケル經驗ニ基キ既ニ教室先輩楠氏モ亦報告セル所ナリ、

膿瘍ハ之ヲ切開排膿ニ努ム可ク、横隔膜下膿瘍ノ場合ハ膿瘍ノ位置、肋膜腔病變ノ有無等ニ從テ或ハ經肋膜的或ハ經腹膜的ニ之ヲ切開ス、開腹後、穿孔部位ガ既ニ充分ナル癒着ニ依テ閉鎖セル時ハ之ニ觸ルル必要ナキモ、然ラズシテ膿瘍ト胃壁ガ尙ホ連絡セル場合ハ、穿孔口ヲ縫合閉鎖スルヲ要ス、然ラザレバ後ニ瘻孔ヲ殘スコトアリ、尙ホ穿孔等ノ處置ヲ終リタル後、必要ニ應ジテハ胃腸吻合術ヲ施ス可シ、膿瘍存在セル場合ト雖、ソレガ少量ナルカ陳舊性ニシテ毒力少キ場合ニシテ、手術可能ノ場合ニハ胃切除術ヲ施行スルヲ可トス。

潰瘍穿孔ニ依ル限局性腹膜炎ニ關スル余等ノ 14 例ニ就テ施シタル術式次ノ如シ。

胃切除術	3 例
胃腸吻合術	4 例
「タンボン」挿入	3 例
初メ膿瘍切開後空腸瘻形成	2 例
初メ空腸瘻形成、後、胃腸吻合術	2 例

而シテ全例中、2 例ノ死亡例ヲ出ダセリ、即チ 1 例ハ初メ膿瘍ヲ切開シ、第 2 回手術ニ於テ空腸瘻ヲ形成セシニ、衰弱ノタメ、術後 5 日目ニ死亡シ、第 2 例ハ、胃及横行結腸切除

術後 8 日目ニ腹膜炎ノタメ死亡セリ。他ノ 12 例ハ何レモ治癒セリ、即チ急性穿孔ニヨル汎發性腹膜炎ノ場合ヨリ遙ニ其ノ成績良好トナリ、遠隔成績ノ調査ニ返信ヲ寄セタルモノ 6 例アリ全治 3 例、輕快 1 例、無効例 1 例、退院後老衰ノタメ死亡セルモノ 1 例ナリ。

第二項 後腹膜腔ニ膿瘍ヲ形成スル場合

潰瘍ガ十二指腸後壁ニ存シ、且ツ幽門部ヨリ遠隔ノ部位ナル時ハ解剖學的關係上、潰瘍ノ穿孔ハ後腹膜腔ニ發生スルモノナリ、コハ比較的稀ナル合併症ニシテ Melchior 氏ノ如キ、1917 年迄ノ文獻ニヨリ僅カニソノ 8 例ヲ蒐集シタルニ過ギズトナセリ、或ハ重症ナル蜂窠織炎ヲ惹起スル事アリ、或ハ外部ニ自潰シテ外十二指腸瘻ヲ殘スニ至ルコトアリ、又經過緩慢ナル時ハ膿瘍ハ後腹膜腔ヲ次第ニ下降シ、遂ニ骨盤腔内ニ達スルコトアリ。胃潰瘍ノ場合ニ在テハ、潰瘍ガ後壁ニ存スル時、後腹膜腔ニ穿孔スルコトアリ、松尾氏ハ最近胃潰瘍ノ穿孔ニヨリ網膜囊(Bursa omentalis)内ニ限局性膿瘍ヲ形成セシ症例ヲ經驗報告セリ。カク潰瘍ガ穿孔シテ後腹膜腔内ニ膿瘍ヲ形成シタル場合、其ノ診斷ハ一般ニ至難ナルコト多ク、剖檢ニ依リ初メテ之ヲ證明シ得ルコトアリ、療法トシテハ、十二指腸潰瘍穿孔ニ依ル場合ハ、胃切除術又ハ曠置的胃切除術ヲ施シ、膿瘍ヲ經腹膜的又ハ背部ヨリ切開排膿ニ努ム可シ、胃潰瘍穿孔ニ依ル場合亦同様ノ方針ニ從ヒ、成ル可ク早期ニ切開排膿ヲ行ヒ、患者ノ全身竝ニ局所所見ニ應ジ、或ハ胃腸吻合術、或ハ空腸瘻ヲ形成スルヲ可トス、然レドモ其ノ豫後一般ニ良好ナラザル場合多シ、余等ガ經驗セル症例ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

患者 稻岡某 男子 54 歳、大正 9 年 4 月 16 日入院 同 4 月 30 日死去。

主訴 右季肋下部ノ疼痛及ビ發熱。

既往症竝ニ現病歴 生來健康ニシテ胃腸障礙ヲ知ラズ、大正 9 年 1 月 11 日輕度ノ運動後惡感ヲ覺エシガ、翌 12 日夜突然 39 度ノ發熱ト共ニ、右季肋下部ヨリ心窩部ニ互リテ穿刺性刺痛アリテ翌日 13 日午前迄繼續セリ、2 回ノ注射ニ依リ輕快セリト、嘔吐、黃疸、惡心等ハ之ヲ認メザリト云フ、約 1 ヶ月間就牀セリ、其後モ時々 38 度位ノ發熱ヲ見タルコトアリ、又地方醫ニヨリ胃痛ト診斷セラレタルコトアリ、食思不振、便秘 1 日 1 行、酒煙草ハ以前ハ用ヒシモ、現今ハ用ヒズ。

現症、肝下緣ハ右乳線上ニ於テ肋骨弓下四指横徑ノ所ニアリテ壓痛著明ナリ。

術前診斷 肝膿瘍。

手術 4 月 17 日施行、肝臟ハ著シク下垂シ、膽囊ハ萎縮シテ周圍ト著明ニ癒着ス、十二指腸ハ強ク前方ニ壓排セラレ、其ノ後壁ヲ以テ固ク後腹膜ト癒着ス、而シテ其ノ後方ニ於テ、成人手拳大ノ限局性膿瘍ヲ發見シタルヲ以テ、「トラカール」ヲ用ヒテ排膿シ、「ゴム」排膿管ヲ挿入シテ術ヲ終レリ、排膿ト同時ニ肝臟ハ原位置ニ復歸セリ。

術後診斷 十二指腸後壁潰瘍穿孔ニ基ク後腹膜腔限局性膿瘍。

經過 術後患者ハ次第ニ衰弱セシヲ以テ、輸血等ニ依リ大ニ其ノ回復ヲ圖リタルモ、術行 13 日目ニ遂ニ死亡セリ。



## 第三項 隣接臓器ニ穿孔スル場合

潰瘍ハ時トシテ隣接諸臓器、例之、膽囊、腸管腔内、大血管ノ如キ Hohlorgane =、又ハ肝臓、脾臓等ノ如キ實質性臓器内ニ穿孔スルコトアリ、本節ニ於テハ主トシテ後者ノ場合ニ就テ述ブルコトスベシ。

(イ) 脾臓内穿孔、主トシテ十二指腸、小彎竝ニ幽門近部潰瘍ニ於テ之ヲ認ム、此ノ際脾臓ニ及ボス變化ハ種々ニシテ、或ハ脾頭部ニ穿孔シテソノ内ニ限局性膿瘍ヲ形成スルコトアリ、或ハ急性出血性脾臓炎ヲ招致スルコトアリ、Gruber 氏ハ潰瘍ガ該臓器内ニ穿孔シテ脾臓炎ヲ惹起シ、脾血管血栓第二次ノ脾栓塞及ビ脾臓壊死ヲ併發セン例ヲ報告セリ。

而シテ潰瘍ガ單ニ脾臓ニ穿通シ其ノ一部ト癒着ヲ示シタルノミニテハ脾臓ニ著明ナル機能障礙ヲ招致スルコトナキモ、器質的變化廣汎ナル時ハ機能障礙ヲ來コトアリ。H. Stocker 氏ニ依レバ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ約 31.0%ニ於テ脾臓ハ多少ナリトモ犯サルモノナリト稱シ、潰瘍患者ノ血糖ヲ測定シ、手術ニ依テ其ノ病變ノ確メラレタル場合ニハ術前血糖ノ上昇セルコトヲ報ゼリ。

(ロ) 肝臓内穿孔、胃小彎、幽門竝ニ十二指腸潰瘍ガ肝臓ニ穿通シト癒着ヲ示スコトハ日常屢々遭遇スル所ナルモ、肝内ニ穿孔スルコトハ稀ナリ、著者ハ曾テ X 線検査ニ際シ小彎ノ潰瘍痛ニシテ、深ク肝内ニ穿孔シ、約小兒手掌大ノ大ナル壁竈ヲ肝臓内ニ相當スル部位ニ證明シタル症例ニ遭遇シ、手術ノ結果肝臓ト密ニ癒着ヲ示セル潰瘍痛ナルコトヲ確メ得タルコトアリ、潰瘍ノ肝臓内穿孔ハ Collin, Gruber, Dietrich, Rayer, Sommerfeld, v. Kostlivy 氏等其他ニ依テモ報告セラレタル所ニシテ、殊ニ Rayer, Sommerfeld 氏等ニ依レバ潰瘍ガ肝臓内ニ穿孔シ、該臓器内大血管ヲ犯シ致死的大出血ヲ招致シタル場合アリト。

(ハ) 胃又ハ十二指腸瘻形成

第1 胃瘻孔形成、瘻孔ガ外界トノ交通ノ有無ニ依リ外及ビ内瘻孔ヲ區別ス。

## 其ノ1 外胃瘻

原因、胃竝ニ其ノ周圍組織ニ於ケル疾患外瘍又ハ手術ニ發生ス、胃疾患トシテハ先ヅ其ノ潰瘍ヲ擧ゲルコトヲ得ベク、殊ニ限局性膿瘍ヲ形成シタル場合、其ノ切開後外部ニ自潰シタル後ニ之ヲ發生ス。

症狀 食後暫時ニシテ瘻孔ヨリ胃内容漏出スルニ至ル、瘻孔大ナル場合ハ、攝取シタル食餌ノ大部分ガ瘻孔ヨリ排出セラル、從テ体内水分減少ノタメ患者ハ著シク渴ヲ覺エ、且ツ尿量ノ減少ヲ來スモノナリ。

診斷竝ニ療法 X 線検査ヲ行フ時ハ瘻孔ノ方向、胃トノ位置的關係等ニ就テ詳細ニ之ヲ觀察ス

ルコトヲ得、瘻孔小ナル時ハ自然ニ閉鎖スルコト多ク、殊ニ術後又ハ外傷性ノモノニ於テハ其ノ豫後良好ナリトセラル、瘻孔大ニシテ自然閉鎖ノ見込ナキ時ハ成ル可ク早期ニ空腸瘻ヲ設置スベシ。又場合ニ依テハ胃切除術ヲ施ス可シ。

今余等ノ經驗セル1例ヲ略述スレバ次ノ如シ。

患者 黒田某 男子 農夫 大正8年11月14日入院、同12月7日死亡退院。

主訴 心窩部腫瘍形成

既往症竝ニ現病歴 生來健全ニシテ未ダ著患ヲ知ラズ、大正8年7月頃ヨリ空腹時胃部ニ疼痛ヲ覺エ、某日食後胃部ニ刺痛ヲ訴ヘ、嘔吐甚シク胃内容ヲ殆ド全量ヲ吐出セリ、又高熱ヲ伴ヒ、醫治ニ依リ約1週間ニシテ輕快セシコトアリ、入院前1ヶ月頃ヨリ吞酸嘔吐、吐心、胃部膨滿感著明トナリ、左心窩部ニ超鷲卵大ノ腫瘍ヲ認メ、血塊ノ大便ニ混ジタルコトアリ云フ、次第ニ衰弱シ貧血現ハレ、腫瘍部ニ相當シテ刺痛ヲ訴フルニ至レリ、食思及ビ睡眠可良、便通ハ便秘ニ傾ク。

腹部所見 心窩部ニ於テ臍部ノ上方ニ約手拳大ノ膨隆部アリ、其ノ境界不鮮明ナリ、其他腹部ニ蠕動不安ヲ認メズ、觸診上、腫瘍ハツノ質硬靱、皮膚ト癒着ヲ缺キ、表面平滑ナリ、適度ノ壓痛ヲ訴フ、周圍ニ對シ全ク移動性ヲ缺ク。

検査所見 胃液ハ總酸度 62、遊離鹽酸 46 ナリ、X 検査上該腫瘍ハ胃ト一定ノ連絡ヲ有スルモノノ如シ、大便ノ潛血反應陽性ナリ。

手術所見 11月15日局所麻痺ニテ腫瘍上ニ切開ヲ加ヘタルニ、約 100.0 鈉ノ胆汁流出シ、膿瘍ハ胃前壁ト前腹壁ノ間ニ存ス、綿紗「タンホン」ヲ挿入シテ手術ヲ終レリ、然ルニ同月 28 日頃ヨリ食塊ノ手術創ヨリ排出セラルルニ至リ、12月2日心窩部正中線ニ敷布ヲ縫著シ、右側直腹筋上ヨリ開腹シ空腸瘻 (Mayo-Robson 法)ヲ設置セリ。

經過竝ニ剖檢所見、然ルニ患者次第ニ衰弱シ、同月6日遂ニ死亡セリ、剖檢上胃大彎部前壁ニ潰瘍アリテ穿孔ヲ示セリ。

## 其ノ2 内胃瘻

(イ) 胃、十二指腸瘻 (Fistula gastro-duodenalis) 胃潰瘍ガ十二指腸ニ穿孔シタル時、又ハ幽門及ビ十二指腸ニ於ケル潰瘍ガ互ニ交通シタル場合稀ニ胃、十二指腸瘻ノ形成ヲ見ルコトアリ、Mohr, Dittrich, Thierfelder, Odman, Blix, Rokitansky 氏等之ヲ報告セリ。

(ロ) 胃、結腸瘻 (Fistula gastro-colica) 胃潰瘍、術後空腸潰瘍等横行結腸ニ穿孔シテ兩者ノ間ニ瘻孔ヲ形成スルコトアリ、Bec 氏ニ依レバ、胃大腸瘻 85 例中、胃自身ニ原因ヲ有セン場合 66 例、コノ中潰瘍ニ依ル場合 17 例ナリトシ、大腸中横行結腸ハ最も屢々カカル瘻孔ノ形成ニ關與スルモノニシテ、且ツ其ノ中央部ニ多キコトハ解剖學的關係ノ然ラシムル所ナリ。

症狀、通常糞塊ヲ吐出、肛門ヨリ不消化性食塊ノ排出、下痢等特有ノ症狀ヲ呈スルモノナリ。

糞便ノ吐出ハ本瘻孔形成患者ノ約半數以上ニ於テ之ヲ認メ、從テ診斷的價値ノ少ナカラザルモノナリ。殊ニ固形性ノ糞塊ヲ吐出スル場合ニ於テ然リトス、幽門通過障礙高度ニシテ食餌ノ幽門ヲ通過セス、從テ糞便ノ形成セラレザル場合、又ハ瘻孔ノ著シク小ナルカ、Ventil ノ



形成存スル場合等ニ於テハ上記ノ症狀ヲ缺如スルコトアリ。

不消化性食餌ノ肛門ヨリノ排出ハ幽門ノ高度ニ狭窄シテ瘻孔ノ極メテ大ナル時ニ生ズル症狀ニシテ、幽門ノ通過良好ニシテ瘻孔ノ餘リ大ナラザル時ハ該症狀ハ出現シ難シ、下痢ハ屢々之ヲ訴フルモノニシテ其ノ原因トシテハ次ノ如キ事項ヲ擧グルコトヲ得ベシ。

1. 消化不十分ナル食餌ガ腸ニ到達シテ其ノ粘膜ヲ刺戟スルコト。
2. 胃内容ガ極メテ迅速且ツ殆ンド變化セザルママ、即チ小腸管内ニ於テ充分吸收セラレザル状態ニテ大腸ニ達スルコト。
3. 瘻孔患者ハ頓ニ渴ヲ覺エ、從テ多量ノ飲料水ヲ攝取スルコト等ニ是レナリ。

診斷 糞便ノ吐出存スルニ拘重症ナル腸閉塞症狀ノ缺如セルコト、惡臭アル瓦斯ノ大腸ヨリ胃内ニ進入スルコト、竝ニ上記臨床的諸症狀ヲ参照スルヲ要ス、診斷ニ必要ナル検査法竝ニ所見次ノ如シ。

1. 胃内容ニ糞塊ヲ證明シ、肛門ヨリ排出セラレタル糞便ノ化學的検査竝ニ鏡檢上胃液、不消化性食餌ノ證明セララルコト。
2. 胃内ニ空氣ヲ注入シテ之ヲ膨滿センムル時、瓦斯ハ直チニ肛門ヨリ排出セラレ、反對ニ直腸ヨリ空氣ヲ送入スル時ハ先ヅS字狀結腸、下行結腸、次デ胃ガ膨滿セラレ直腸部ハ最後ニ膨滿セラレ、此ノ際X線透視又ハ撮影ヲ行フ時ハ瓦斯ヲ以テ膨滿セラレタル此等臟器ヲ明カニ知ルコトヲ得。

3. 造影食投與ニ依ルX線の検査、經口の又ハ浣腸法ニ依リ、「バリウム」ヲ投與スル時、又ハ兩者同時ニ之ヲ行フ時ハ瘻孔ノ胃及ビ腸トノ關係ヲ精細ニ知ルコトヲ得。

4. 着色液ノ胃内又ハ直腸内注入ヲ行フ時ハ兩者ノ連絡ヲ知ルコトヲ得。

療法 胃内容ガ速カニ肛門ヨリ排出セララル時ハ患者ノ衰弱次第ニ增強スルヲ以テ、先ヅ空腸瘻ヲ設置シテ榮養ヲ回復シ、然後根治手術ヲ施スベシ、本手術ヲ行フ時ハ通常胃結腸瘻孔ハ著シク縮小スルモノトス、又患者ノ状態良好ナル時ハ、瘻孔ニ關與セル結腸ノ兩脚間ニ吻合ヲ施シ、依之良效ヲ得ル場合アリ。Hahn 氏ハ其ノ效果ヲ更ニ確實ナラシムル目的ヲ以テ、吻合口ト瘻孔トノ間ニテ結腸兩脚ヲ巾着縫合ニテ狭窄センメタリ。Garre 氏ハ結腸ノ兩脚ヲ吻合口ト瘻孔トノ間ニテ切斷閉鎖センメテ治癒センメ得タリ。然レドモ若シ患者ノ状態ニシテ之ヲ許ス場合ハ、瘻孔ヲ含ミ、胃及ビ結腸ノ切除術ヲ施シ、同時ニ原病タル潰瘍ヲ共ニ除クニ若カズ。

(ハ)胃肋膜腔瘻 竝ニ胃肺瘻 胃潰瘍ハ稀ニ胸部臟器内ニ穿孔シ之ト瘻孔ヲ形成スルコトアリ、通常左側肋膜腔乃至左肺ト胃トノ間ニ發生スルコト多キモノトス、解剖學的ノ關係上右側ニ來ルコトハ甚ダ稀ナリ、又肺ト瘻孔ヲ形成スルコトハ肋膜腔トノ場合ニ比シテ稀ナリ、胃潰瘍

ガ穿孔シテ限局性膿瘍ヲ作り、該膿瘍ガ肋膜腔次デ肺ニ穿孔シテ之ヲ發生スルコト多シ、胃肋膜瘻ノ診斷ハ、肋膜腔内容殊ニ胆汁中ニ胃液竝ニ食塊等ヲ證明スルコト、胃ノX線検査ニ依リ潰瘍所見ヲ發見シ得ル場合存スルコト竝ニ患者ノ既往症等ヲ參考トスベキモノナリ、又胃肺瘻ノ場合ニハ、其ノ臨床的症狀胃肋膜腔瘻ノ場合ヨリモ著明ニシテ、酸臭ヲ有スル、又ハ酸反應ノ著明ナル物質ヲ咳嗽ト共ニ咯出シ、時ニハ食塊ヲ混ズルコトアリ、其ノ診斷ハ上記臨床的症狀、既往症竝ニ「リビオドール」氣管内注入ニ依ル胸部撮影、「バリウム」投與ニ依ル胃X線検査ニ依リ之ヲ決スベシ。

胃肋膜瘻ト共ニ膿胸ノ存スル場合ハ、肋骨切除ヲ行ヒ切開排膿ヲ講ズ可ク、依之輕快又ハ治癒スルコトアリ、胃肺瘻竝ニ胃肋膜瘻ノ場合共ニ患者ノ一般状態良好ナル時ハ胃穿孔部ノ閉鎖、又ハ胃腸吻合術、胃切除術ヲ施ス可ク、一般状態不良ナル場合ハ空腸瘻ヲ形成スベシ、横隔膜下膿瘍ノ存スル時ハ之ヲ切開排膿スベキコト勿論ナリ、又場合ニ依テハ横隔膜神經捻除術ヲ合併施行スルヲ可トス、然レドモ上記ノ如キ場合、肺炎其他重症ナル合併症ヲ併發シ通常早期ニ死ノ轉歸ヲ取ルコト多シ。

(ニ)胃心囊瘻 胃潰瘍ハ稀ニ心囊内ニ穿孔シテ兩者ノ間ニ瘻孔ヲ形成スルコトアリ、潰瘍穿孔ニ依リ横隔膜下膿瘍ヲ形成シ、コレガ心囊内ニ穿孔シテ發生スルモノトス、而シテカカル胃心囊ニ關シテハ、Pick, Graves, Hallin, Murchison, Fenwick, Säxinger 氏等ノ報告アリ、本邦ニ於テハ最近篠原氏亦カカル場合ノ手術的治癒例ヲ發表セリ、胃心囊瘻形成ノ場合、潰瘍ノ位置ハ通常小彎又ハ噴門近部ナルコト多シ、臨床的症狀トシテハ、患者ハ心臓部ニ疼痛ヲ覺エ、刺痛ノ突發ト共ニ心囊氣腫又ハ膿腫ノ發生ヲ見ルコトアリ、其ノ豫後ハ甚ダ不良ナリ、療法トシテハ心囊膿瘍ノ場合ハ切開排膿ヲ施ス可ク、癒着性心囊炎ノ場合ハ、心囊切除術ヲ行フ可ク、不可能ノ場合ハ心囊内心臟癒着剝離術ヲ試ミ、場合ニ依リテハ横隔膜神經捻除術ノ著效ヲ奏スルコトアリ。

(ホ)胃心臓瘻 潰瘍ガ心臓内ニ穿孔スル時ハ、通常早期ニ死亡スルヲ以テ、純粹ノ瘻孔ヲ形成スルニ至ルコトハ寧ロ稀ナリ。1880年 Oser 氏初メテカカル症例ヲ經驗シ Chiari 氏ハ解剖學的ニ精密ナル調査ヲナシテ之ヲ發表セリ、其他 Brenner, Finny, Brünnische 氏等モ亦カカル症例ヲ報告セルモ甚ダ稀ナル合併症ナリ。

(ヘ)其他ノ瘻孔 胃潰瘍ハ其他稀ニ膽囊又ハ脾臓内ニ穿孔、膽囊又ハ脾管等ノ瘻孔ヲ形成スルコトアリ(Bogoras)。尙ホ大血管内ニ穿孔シテ大出血ヲ招致スルガ如キ場合モ之ヲ存ス。

第 十二指腸瘻形成、十二指腸潰瘍ノ場合ニ於テモ亦胃潰瘍ノ場合ト同様潰瘍ノ穿孔ニ依リ、或ハ先ヅ腹腔内ニ限局性膿瘍ヲ形成シ、コレガ第二次的ニ周圍臟器内ニ破裂スルコトニ依リ瘻孔ヲ形成ス、コノ場合ニ於テモ外及ビ内瘻孔ヲ區別ス、前者ハ瘻孔ガ外部ト連絡ヲ



有スル場合ニシテ、十二指腸潰瘍ニ基ツク膿瘍ノ切開又ハ自然的自潰ニヨリテ發生ス、而シテ瘻孔ハ前腹壁ニ來ルコトアリ、或ハ膿瘍ガ後腹膜腔ニ惹起セラレタル時ハ背部ニ瘻孔ヲ生ズルコトアリ、内瘻孔トシテハ胃、十二指腸瘻孔、十二指腸膽囊瘻、十二指腸大腸瘻等ノ形成ヲ見ル、症狀、診斷竝ニ處置法等前記胃瘻孔ノ場合ト同様ナルヲ以テ詳細ハ茲ニ之ヲ省略ス。

## 文 獻

- 大 島 胃及十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニ就テ 實地醫家ト臨床第 11 卷第 2 號  
 岡 田 胃及十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ就テ 「グレンツゲビート」第 10 年第 3 號  
 岡 田 横隔膜下膿瘍 實驗醫報第 16 年第 1169 頁  
 小 田 被覆性胃及十二指腸潰瘍穿孔ニヨル膿瘍形成ニ就テ 日本外科學會雜誌第 36 回第 5 號  
 小 田 胃及十二指腸潰瘍ノ統計的觀察竝ニ其手術成績ニ就テ 日本外科學會雜誌第 36 回第 5 號  
 小 田 開放性胃及十二指腸潰瘍穿孔症例ニ就テ 「グレンツゲビート」第 9 年第 8 號  
 勝屋、蟻田 百時間ヲ經過セル十二指腸潰瘍穿孔性汎發性腹膜炎ノ一手術治驗例 日本外科學會雜誌第 34 回第 1211 頁  
 門 倉 胃及十二指腸潰瘍穿孔治驗例 「グレンツゲビート」第 10 年第 3 號  
 鎌 田 胃十二指腸潰瘍ノ穿孔例ニ就テ 日本外科學會雜誌第 32 回第 356 頁  
 桐 原 胃潰瘍穿孔、診斷ト治療第 20 卷第 819 頁  
 楠 小腸瘻設置術ト其ノ適應症ニ就テ、日本外科學會雜誌第 25 回第 175 頁  
 黒 川 胃十二指腸潰瘍ノ穿孔、治療及處法第 13 卷第 84 頁  
 小 西 胃潰瘍穿孔ノ 1 例、日本外科學會雜誌第 34 卷第 1882 頁  
 小 西 胃竝ニ十二指腸潰瘍穿孔ニ就テ 日本外科學會雜誌第 34 回第 2027 頁  
 鹽 田 腹内急性疾患ノ實驗例 治療及處方第 2 卷第 510 頁  
 篠 原 横隔膜ト膿瘍 日本外科學會雜誌第 31 回第 1181 頁  
 城 島 十二指腸潰瘍 100 例ノ外科的經驗 「グレンツゲビート」第 3 卷第 715 頁  
 菅 野 胃及十二指腸穿孔性腹膜炎ニ就テ 臺灣醫學會雜誌第 32 卷第 10 號  
 瀬 尾 胃潰瘍ト其ノ穿孔 臨床醫學第 16 年第 1474 頁  
 關 口 十二指腸潰瘍穿孔ニ依ル急性汎發性化膿性腹膜炎 「グレンツゲビート」第 1 年第 706 頁  
 關 口 慢性十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ就テ 實驗醫報第 10 年第 411 頁  
 高 梨 胃十二指腸潰瘍及胃十二指腸癒痕性狹窄手術例ノ統計的觀察 日本外科學會雜誌第 36 回第 1 號  
 高 梨 胃十二指腸潰瘍穿孔ニヨル大範圍腹膜炎臨床的觀察 日本外科學會雜誌第 36 回第 1 號  
 高 橋 胃潰瘍穿孔例ト其ノ手術方針ニ就テ 日本外科室函第 12 卷第 5 號  
 高 橋 造影劑攝取ト胃十二指腸穿孔、日本外科學會雜誌第 36 卷第 1 號可 322 頁  
 立 林 消化器管内細菌ノ手術創ニ及ボス影響ニ就テ 醫學研究第 4 卷第 109 頁  
 田 中 横隔膜ノ病理及生理ニ關スル實驗的研究補遺、日本外科學會雜誌第 24 卷  
 谷 口 十二指腸潰瘍穿孔ノ三治驗例 實地醫家ト臨床第 12 卷第 587 頁  
 土 井 胃十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ノ診斷 診斷ト治療第 21 卷昭和 9 年第 1402 頁  
 土 井 胃及十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニ就テ 日本消化機病學會雜誌第 31 卷第 793 頁  
 土 井 胃十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ノ治療法 治療及處方第 15 卷第 11 册昭和 9 年 12 月  
 東 條 胃及十二指腸潰瘍穿孔早期手術例ニ就テ 内外治療第 7 年第 7 號  
 東 條 胃及十二指腸潰瘍穿孔ノ早期手術 治療及處方第 7 卷第 1689 頁  
 友 田 膽囊穿孔ニ因スル急性化膿性汎發性腹膜炎ニ就テ 「グレンツゲビート」第 6 年第 7 號  
 友 田 諸種ノ物質ト藥液ガ腸管ノ運動機能ニ及ボス作用ニ關スル實驗的研究 醫學研究第 6 卷第 2 號  
 友 田 胃及十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニ就テ 「グレンツゲビート」第 6 年第 5 號  
 友 田 胃及十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ニ對スル胃切除術 治療及處方第 16 年第 16 卷  
 福 地 胃及十二指腸潰瘍ノ急性穿孔ノ外科的經驗 「グレンツゲビート」第 8 年第 1 號  
 松井、入江 所謂潛伏潰瘍ヲ呈スル穿孔性胃潰瘍ニ就テ 滿洲醫學雜誌第 19 卷第 1 號  
 松 尾 空腹時胃潰瘍穿孔 實驗醫報第 18 年第 430 頁  
 松 尾 開腹術ノ前後(胃潰瘍穿孔ニ依ル網膜囊膿瘍) 實驗消化器病學第 6 卷第 287 頁  
 宮本、金兒、正岡 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 號第 1259 頁  
 望 月 胃潰瘍穿孔 診斷ト治療第 15 卷第 1584 頁  
 吉 川 胃十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔ニ就テ 治療及處法第 10 卷第 1689 頁  
 吉 川 胃十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔ニ就テ 治療及處方第 116 號昭和 4 年 11 月  
 吉 川 胃及十二指腸潰瘍ニ就テ 治療學雜誌第 1 卷第 12 號  
 Albrecht, Freie Vereinigung der Chirurgen Wiens, Zentralbl. f. Chirg., 1927, S. 859.  
 Bager, Zur Frage d. Therapie. d. Magen u. Zwölffingerdarmgeschwürs, Der Chirg., 1932, S. 522, 526.  
 Bartz, Über gedeckte Magenperforation, Zentralbl. f. Chirg., 1912, S. 1322.  
 Beckmann, Ferdinand, Über die Perforation des Magen-und Zwölffingerdarmgeschwürs mit besond. Berücksichtigung der in der Freiburger Chirurgischen Universitätsklinik vom 1. 1. 24 bis 1. 1. 29 behandelten Fälle, Zentralorg. f. d. gesamt. Chirg. u. etc., 1932, Bd. 57, S. 273.  
 Bircher, Zur Resektion d. perfor. Magen-u-Duod. geschwürs, Zentralbl. f. Chirg., 1922, Nr. 2.  
 Bogoras, Über Bildung einer Gallenblasenmagenfistel bei Ulcus ventriculi., Zentralbl. f. Chirg., 1924, S. 2035.  
 Bonheim, Heilungsergebnis bei Peritonitis diffusa in Anschluss an akut in d. Bauchhöhle perfor. Magen-Duod. ulcus., Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 75, 1904.  
 Box, Left sided subphren. abscess due to perforated duod. ulcer, Brit. med. journ., 1912, p. 889. Braun, Archir f. kl. chirg. Bd. 162.  
 Brenner, Perforation eines rund. Magengeschwürs, in d. l. Herzventrikel, Wien, med. Wochenschr., 1881, Nr. 47.  
 Brunner, C., Klinisches und Experimentelles über Verschiedenheiten der Pathogenität des Darminhaltes gegenüber dem Peritoneum, Arch. f. kl. Chir. 1904. Bd. 73 S. 1038.  
 Brunner, D. acut in d. freie Bauchhöhle perfor. Magen-u.-Duod.geschwür, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 69, S. 101.  
 Brütt, Bakteriolog. Gesichtspunkte zur Frage der Resektion des perfor. Magen-Duodenal.



- geschwürs, Bruns' Beiträge z. kl. Chirg., Bd. 138, S. 601.
- Bryce, Acute Perforation of the Stomach a. Duodenum, British Med. Journ. 1930, p. 774.
- Burk, zur Versorgung d. perfor. Magengeschwüre, Zentralbl. f. Chirg., 1920, Nr. 25.
- Brütt, H., D. perfor. Magen u. Duodgeschwür, Ergeb. d. Chirg., u. Orthop., Bd. 16, 1923, S. 516.
- Clairmont, Ergebnisse der operativen Behandlung der Ulcuskrankheit, Schweiz. med. Wochenschr., 1924, S. 209.
- Codman, The diagnosis of ulcer of duod., Publications of the Massachusetts Hospital, (Boston) 1910, Vol. 3 Nr. 2.
- Demmer, Behandlung d. frei in d. Bauchhöhle perfor. Magen-Duodgeschwüre, Bruns' Beitr., z. kl. Chirg., Bd. 111, 1918.
- Dworzak, H. Über d. Behandlung d. perfor. Magengeschwürs, u. d. Fernresultate u. palliat. Operationsmethoden, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 221, S. 252.
- Feller, Zur operativen Behandlung d. perforierten Magengeschwürs, Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 184 S. 398.
- Fenwick, A case of gastric ulcer perfor. into the pericard, Lancet 1897, 14. Aug.
- Fernaud, Stude de 55 cas de perfor. gastroduodénales traités à la clinique chirg. de M. le prof. Kummer, Ref. in Zentralbl. f. Chirg., 1929, Nr. 41, S. 2621.
- Fifield a. Love, Subphr. abscess, The Brit Journ. of Surg., vol. 13, 1926.
- Finny, Magenherzkommunikation, Brit med. Journ., 1886, 12 Juni.
- Gaudusio u. Pototschnig, Über d. Mageausheberung vor d. Operation d. Ulcusperforation, Zentralbl. f. Chirg., 1921, Nr. 47.
- Gravis, Magenherzbeutelkommunikation, Kl. Med., 1843.
- Grégoire, R., Freies Gas und Flüssigkeit in der Bauchhöhle ohne ein klinisches Zeichen bei der Perforation eines Magens, Fortschritt d. Röntg. str. 1930, Bd. 41, S. 838.
- Guillemin et Latrielle, Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. J. d. Chirurg. 1929, Tom 33, 289.
- Grassberger, A., Fermentuntersuchung im Blut bei Pankreaserkrankung mit besond. Berücksichtigung d. ins Pankreas penetr. Magen-Duodenalulcus, Deutsch., Zeitschr. f. Chirg. Bd. 210, S. 293.
- Gruber, B., Zur Lehre über d. pept. Duodgeschwür, Mittg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirg., Bd. 25, S. 465.
- Gerulanos, M., Zur Kenntnis d. nach Perforation eines Magengeschwürs auftretenden abgekapselten Interperitonealabscesses, Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 49, S. 303.
- Haberer, Bemerkungen über die Behandlung des durchgebrochenen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs (Aussprache) Zentralbl. f. Chir. 1931, S. 890.
- Henrichsen, A., Ulcus ventriculi et duodeni perforatum. Kl. Wochenschr. 1930, I. S. 940.
- Himmelmann, Tierexperimentelle Untersuchung ü. d. Folgen d. Magenperforation nach Röntgenkontrastmahlzeit. 1. Mittg. Verlauf u. Ausgang d. Perforation d. mit Barium-

- sulphatbreimischkost od. dünnem Nahrungsbrei gefüllten Magens, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., 240, 1933, S. 62.
- Derselbe, Über d. Perforation im Bereich d. Magen-Darmtractus bei und nach d. Röntgenbreipassage Mün. med. Wochenschr., 1932, 1567.
- Dineen, P., Acute perforated ulcers of the Stomach and Duodenum. Ann. of Surg. 1929, Vol. 90, P. 1027.
- Hocke, Marangos, Zur Klinik und Therapie d. perforierten Magen-u-Zwölffingerdarmgeschwürs. Arch. kl. Chir. 1932, Bd. 169, S. 626.
- Hotz, Zur Frage der Operationsmethode beim perforierten Magen-duodenalulcus, Zentralbl. f. Chirg., 1924, S. 72.
- v. Haberer, Behandlung d. frei in d. Bauchhöhle perforierten Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs, Münch. med. Wochenschr., Nr. 37.
- Iselin, Ist d. Inhalt d. Magens od. Duodenum f. d. Bauchfell gefährlich? Bruns Beitr. z. kl. Chir. Bd. 102, 1916.
- Judin, S. u. D. Arapor, Eine neue Serie perforierter Magen und Duodenalgeschwüre, Zentrorg. Chir. u. etc., 1933, Bd. 60, S. 215.
- Kirschner, Die Behandlung der akuten eitrigen freien Bauchfellentzündung. Arch. f. kl. Chir. 1926, Bd. 142, S. 253.
- Körte, Die Chirurgie des Peritoneums, Neue Deutsch. Chirg., 1927, Bd. 39.
- Kreuter, Erfahrungen an 150 operativ behandelten Perforationen d. Magen-Duodenalgeschwürs (180 primäre Resektionen, 70 Palliativoperationen) Zentralbl. f. Chirg., 1932, S. 2017.
- Küchel, Bemerkungen über die Behandlung d. durchgebrochenen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. Zentralbl. f. Chir. 1931, s. 889.
- Kalk, H., Komplikation u. Folgeerscheinung d. Ulcus, Das Geschwür d. Magens u. Zwölffingerdarms, Aufg. 1931 S. 116.
- Küchel, W., Zur Resektion bei perf. Magen u. Duod. Geschwür, Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 227, S. 505.
- Lang, Perforation of gastric ulcer during X-ray examination, Lancet, 211, p. 1061, 1926.
- Lang, Über den Durchbruch von Magen und Zwölffingerdarmgeschwürs in die freie Bauchhöhle, Bruns' Beitr. z. klin. Chirg., Bd. 162, 1935.
- Lempp, Über d. Wert d. Jejunostomie, Arch. f. kl. Chirg., Bd. 76, S. 323.
- Lieblein u. Hilgenreiner, D. subphr. Abscess u. d. zirkumskr. intraperitoneal. Abscess nach Magengeschwürsperforation, Deutsch. Chirg., Bd. 46, S. 247.
- Lieblein u. Hilgenreiner, Die Magenfistel, Deutsch. Chirg., Bd. 46, S. 420, Aufg. 1905.
- Löffelmann, D. Schulterschmerz bei d. akuten chirg. Erkrankungen d. Bauchhöhle, Bruns' Beiträge z. kl. Chir., Bd. 92, 1914.
- Löhr, W., Klinischer und experimenteller Beitrag zur Frage der Perforationsperitonitis d. Magen-u-Duodenalgeschwürs und seiner Folgezustände, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg.,



- 1924, Bd. 187, S. 289.
- Massari, Zur Resektionsbehandlung perfor. Magengeschwüre, Wien. klin. Wochenschr. 1920.
- Meijer, Perforation eines Ulcus ventriculi mit Röntgenuntersuchung, Zentralorg. f. d. gesamt. Chirg. u. etc., S. 223, Bd. 53, 1931.
- Melchior, D. Fisteln d. Duod., D. Chirg. d. Duod., (Neue Deutsch. Chirg., Aufg. 1917) S. 412, Bd. 25.
- Moynihan, Perforation of gastr. a. duod. ulcer, Adresses on surg. subj., 1928, S. 244.
- Melchior, E. Die akute Perforation in d. freie Bauchhöhle, Chirurgie des Duodenum, (Neue Deutsch. Chirg., Bd. 25) S. 207.
- Neuber, Erno, Die Chirurgie des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs, Z. org. Chir. Grenz. Bd. 50, S. 382.
- Neumann, Netzplastik bei d. Behdg. d. perfor. Pylorusgeschwürs, Zentralbl. f. Chirg., 1909, Nr. 33.
- Noetzel, W., Zur Operation des durchgebrochenen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs, Dtsch. Z. Chir. 1931, Bd. 234, S. 782.
- Noetzel, W., Zur Operation. d. perfor. Magengeschwürs, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 167, S. 116.
- Oehlecker, D. Phrenicusfernsymptom bei akuter Erkrankung d. Bauchhöhle, Zentralbl. f. Chirurg. 1914.
- Oser, Ein Fall von Perforation eines runden Magengeschwürs in das l. Herz, Wien, med. Bl. 1880 Nr. 52.
- Pearse, Hermann, Recurrent Perforation of peptic ulcers, Ann. of Surg. p. 192, Vol. 96, 1932.
- Peters, Bericht über 50 primäre Resektion wegen perforierter Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Der Chirurg, Heft 3, 1935.
- Pick, Über Zwerchfelldurchbohrungen durch d. runde Magengeschwür, Zeitschr. f. kl. Med. 1894, Bd. 26.
- Pick, Zur chirg. Beurteilung des Ulcus ventriculi perforatum u. seiner Behandlungsmethoden, Bruns' Beitr. z. klin. Chirg., Bd. 159, 1934.
- Piquand, Les abcès sous-phréniques, Revue de chir., Tom. 29, 1909.
- Prader, Haben Säurewerte d. Bauchhöhlenflüssigkeit bei Ulcusperforation eine prognostische Bedeutung? Wien. klin. Wochenschr., 1920.
- Rapant, Zur Behandlg. des akut perforierenden Magen- und Duodenalulcus, Zentralbl. f. Chirg., 1930, S. 1143.
- Rybak, Spontanes Pneumoperitoneum bei Perforation des Magen-Damkanals, Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, Bd. 41, S. 139.
- Rollestone, H. D., Left-sided subphrenic abscess due to perforated duod. ulcer, Brit. med. Journ. 1912, Feb. 24.
- Salzmann, D. Behandlung d. durchgebrochenen Magengeschwürs mit d. Netzmanschette nach A. Neumann, Münch. med. Wochenschr., 1921, Nr. 40.
- Säxinger, Pneumokardium d. Perforation eines runden Magengeschwürs, Prager med. Woch-

- enschr., 1865, 1 u. 2.
- Schnitzler, Zur Frage d. gedeckten Magerperforation, Med. Klinik, 1913, S. 1803.
- Schwarz, D. Behandlung d. freien Perforation des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs und des Ulcus pepticum jejuni, Bruns' Beiträge Z. klin. Chirg., Bd. 145, 1928.
- Steiger, Freie Vereinigung der Chirurgen Wiens, Zentralbl. f. Chirg., 1927, S. 858.
- Stocker, H., D. Auswirkung d. ins Pankreas penetr. Magen-Duodengeschwürs auf d. inn. Sekretion d. Bauchspeicheldrüse, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 207, S. 249.
- Schüle, M., Über d. perfor. Magen- u. Duodengeschwür, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 161, S. 242.
- Smith, M., Perforated ulcer of the duodenum, Lancet, 1906, S. 895.
- Tashiro, Kobayashi, Duodenal ulcer in infancy and childhood, a case of perforated duodenal ulcer in a child of seven, Amer. Journ. of Surg. 1935, No. 3, Sep. p. 379.
- Vernengo, M. D. Exzision u. Pyloroplastik bei präpyl. perfor. Ulcus, Ref. in Zentralbl. f. Chirg., 1929, Nr. 41, S. 2620.
- Wagner, Über d. akut in die freie Bauchhöhle perforierte Magen und Duodenalgeschwür vom Standpunkt der Gesamtmortalität, Deutsch. med. Wochenschr., s. 937, 1922.
- Zukschwerdt u. Theo Eck, D. Behandlung d. frei durchgebrochenen Geschwürs d. Magen- u. Zwölffingerdarmes, Deutsch. Zeitschr. f. Chirg., Bd. 232, S. 300, 1931.

## 第二章 出血

潰瘍患者=於ケル著シキ出血ハ、動モスレバ本症ノ初發徴候トシテ、又往々本症唯一ノ徴候トシテ來タルコトアリ。殊ニ胃潰瘍=於テハ、血液ヲ吐出スルコト多キ關係上、潰瘍ガ初メテ獨立ノ疾患トシテ唱導セラレタル古昔 Cruveilhier 氏時代ヨリ既ニ周知ノ所見トシテ醫家ノ注目ヲ牽ケルモノナリ。然レドモ吐血又ハ下血ハ胃腸=於ケル所謂消化性潰瘍以外ニモ種々ノ原因ニ依リテ惹起セララルヲ以テ、胃及十二指腸潰瘍ノ出血ニ關スル統計的研究ノ如キモ、單ニ内科的觀察ニ依リシモノハ精確ヲ缺ク所ナシトセズ。著者ハ我ガ教室ニ於テ手術ヲ施シタル本症患者 408 例、及ビ當大學病理學教室ニ於テ昭和 9 年 11 月末迄ニ於ケル潰瘍屍 182 例ヲ材料トシ、精密ナル統計的觀察ヲ行ヘルモノナリ。

大出血ヲ來タセル潰瘍ニ對スル處置ニ就テハ、内科醫ト外科醫トノ間ニ其ノ意見ノ分ル場合少ナカラザルノミナラズ、外科醫ノ間ニ於テモ、主トシテ保守的處置ヲ推獎スル學者ト、主トシテ手術的處置ヲ行フ學者ト有リテ、外科的手術ノ適應症ニ關スル意見モ亦區々タルモノアリ。依テ余等ハ多數例ノ調査成績ヲ基調トシテ、出血ニ關スル外科的統計的研究ヲナスト共ニ、大出血ヲ來タセル場合ノ處置方法ニ關スル吾人ノ見解ヲ開陳セントスルモノナリ。而シテ茲ニ吾人ガ出血ト稱スルモノハ、顯出血(manifeste Blutung)ヲ意味スルモノニシテ、潛出血ハ之



ヲ含マザルモノトス。

第一節 頻度

胃及十二指腸潰瘍=於ケル著明ナル出血ノ頻度=關シテハ第 121-123 表=於ケルガ如ク學者ノ報告=甚シキ差異アリ。

思フニ、是レ其ノ症例ガ單=內科的ノ診斷=基クモノナリヤ否ヤ、X線検査ノ有無、開腹手術=依テソノ診斷ノ確證セラレタリヤ否ヤ、又剖檢ノ有無等、諸家ノ統計材料ヲ夫々異ニセルガ爲メニシテ、例之 Kemp 氏ガ胃潰瘍ノ場合、其ノ診斷=際シX線検査及ビ潛出血検査ノ施行セラルルニ至リタル頃ヨリ出血ノ頻度著シク減少セルコトヲ述ベタルガ如キ此ノ間ノ消息ヲ物語レルモノナリ。即チ次ノ如シ。

年代	潰瘍症例	出血例	頻度
1909 年	47	25	53.0%
1913 年	214	99	46.0%
1922 年	250	73	30.0%

上記ノ如ク出血ノ頻度ハ諸家=依リ又年代=依リテ之ヲ異ニスト雖、胃竝ニ十二指腸潰瘍ニ在リテハ略々其ノ三分ノ一以上ニ之ヲ見ルモノノ如シ。

第 121 表 胃潰瘍=於ケル出血ノ頻度(Mattisson 氏)

報告者	年代	症例	出血	
			出血例	百分率
Brinton	1859	261	—	29.0
L. Müller	1860	130	33	25.4
With	1881	339	121	35.7
v. Leube	1897	556	—	46.0
Greenough u. Joslin	1899	187	152?	81.3?
Ewald	1905	364?	—	54.5
Wirsing	1905	362	161	45.0
Friedenwald	1912	1000	515	51.5
Faber	1916	—	—	75.0
Rütimeyer	1916	200	—	75.0
"				60.0(男)
Strauss	1919	218	79	62.0(女)
"				36.4
Kemp	1909	47	25	53.0
"	1913	214	99	46.0
"	1922	250	73	30.0

第 122 表 胃潰瘍=於ケル出血ノ頻度

報告者	潰瘍症例	出血例	頻度(%)
Hurst	34	6	18
Crohn a. Manheim	180	—	29.5
Hartman u. Howard	600	—	約3分ノ1
Lebert	104	22	21.0
Müller	120	35	29.0
Balfour	—	—	20.0
Ewald	—	—	54.0
Brinton	—	—	29.0
Riegel	—	—	30.0-47.0
Fleiner	—	—	55.0
Fenwick	—	—	75.0
Rütimeyer	—	—	男 62.0 女 60.0
Barford	—	—	20.0
G. Miller	—	—	40.0
Albrecht	—	—	30.0
Kalk	—	—	47.0
友田, 山本	138	吐血例 32 23.1 下血例 19 13.7 吐血及ビ下血例 20 14.4	51.2
植 村	—	—	28.0

第 123 表 十二指腸潰瘍=於ケル出血ノ頻度

報告者	潰瘍症例	出血例	頻度(%)
Hurst	130	32	25.0
Crohn-a. Manheim	246	—	19.5
Balfour	—	—	25.0
Hartman u. Howard	900	—	約3分ノ1
Krauss u. Oppenheimer	—	—	約33.0
Moynihan	—	—	35.7—
Mayo	—	—	49.0
J. E. Thompson	—	—	50.0
Balford	—	—	26.0
G. Miller	—	—	22.0
Albrecht	—	—	14.0
Kalk	—	—	27.0
友田, 山本	110	吐血例 10 19.1 下血例 19 17.3 吐血及ビ下血例 12 10.9	37.3

我が教室ノ於ケル出血頻度ヲ示セバ次ノ如シ。(友田, 山本)

(甲)胃潰瘍ノ場合

出血ノ有無=關スル記載存スルモノ 138 例

内, 吐血例	32例	23.1%
下血例	19例	13.7%
吐血及ビ下血例	20例	14.4%
計	71例	51.2%

(乙)十二指腸潰瘍ノ場合

出血ノ有無=關スル記載存スルモノ 110 例

内, 吐血例	10例	9.1%
下血例	19例	17.3%
吐血及ビ下血例	12例	10.9%
計	41例	37.3%

(丙)胃及十二指腸潰瘍合併ノ場合

出血ノ有無=關スル記載存スルモノ 27 例

内, 吐血例	5例	18.5%
下血例	2例	7.4%
吐血及ビ下血例	8例	28.8%
計	15例	54.7%



出血の有無=關シ記載明ナル胃、十二指腸潰瘍全例 27 例中出血ヲ來タセシモノ 127 例即チ 46.2%ナリ。

胃潰瘍=於テハ、吐血例最モ多ク(23.1%)、一方下血、他方吐血及ビ下血ヲ同時=來タセル例ハ共ニソノ數相半バセリ。然ルニ十二指腸潰瘍=在リテハ、下血例最モ多ク(17.3%)、吐血例ト、吐血及ビ下血ヲ同時=來タセシ例ハ共ニ相半バセリ。胃及ビ十二指腸潰瘍ノ合併例=於テハ、吐血及ビ下血ヲ同時=來タセシ場合最モ多ク(28.8%)、吐血例、下血例ハ順次之=次ゲリ。

次=當大學病理學教室=於ケル 182 例ノ潰瘍屍中、出血ヲ來タセシモノノ率次ノ如シ。

(甲)胃潰瘍ノ場合

137 例中 出血例 17 例(12.4%)

(乙)十二指腸潰瘍ノ場合

33 例中 出血例 3 例(9.09%)

(丙)胃及ビ十二指腸潰瘍合併例

胃及ビ十二指腸潰瘍合併例

12 例中出血ヲ來タセシモノナシ。

即チ潰瘍屍=於ケル出血ノ頻度ハ 10.1%ナリ。然レドモ此ノ場合ノ出血例ハ、主トシテ、失血例若クハ死直前入院中=於テ比較的大出血ヲ認メタルモノニシテ、既往=於ケル小出血ヲ含ムコト少ナキモノナリ。從テ手術例ノ場合=比スレバ其率低キモノナリ。

第二節 出血ト患者性トノ關係

Müller, Ewald 氏等=依レバ、胃潰瘍ノ出血ハ男性=多シトナシ、Mattisson 氏ハ胃潰瘍出血例 890 例中、男子 322 例、女子 568 例ナリト報ジ、Crohn 氏ハ潰瘍患者 426 例中、胃潰瘍ノ場合、出血例男子 17.5% = 對シ女子 39.0% ナリト云ヒ J, William 氏=依レバ胃及ビ十二指腸潰瘍出血例 52 例中、男子 41 例、女子 11 例ヲ算セリト。

斯クノ如クシテ諸家ノ成績=尙ホ一致ヲ見ザル所アリ。女子=多キコトヲ報スル學者アルモ、コノ際注目ス可キコトハ、歐米=於テハ、胃潰瘍患者ガ遙=女子=多キ事實=シテ、從テ之ヲ直チ=本邦ノ場合=適用シ難キ事情=在リ。即チ本邦=於テハ報告例尙ホ僅少ニシテ精密=此ノ關係ヲ知り難キヲ遺憾トスルモ、我が教室=於ケル統計ヲ示セバ第 124 表ノ如シ

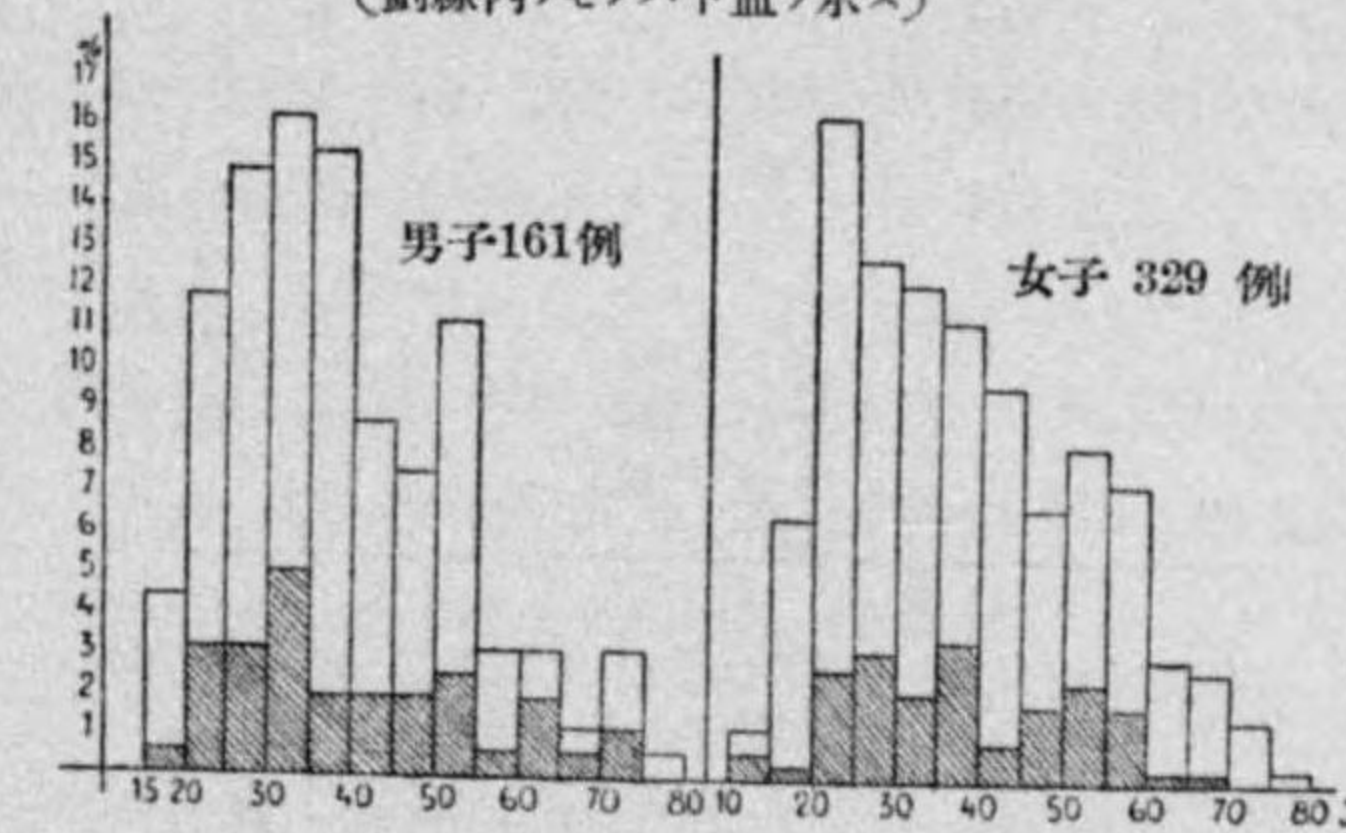
第 124 表 出血性潰瘍患者ノ性別 (女田, 山本)

潰瘍別	性別	潰瘍全例	出血例	百分率
胃潰瘍	男子	176	67	38.06
	女子	44	4	9.0
十二指腸潰瘍	男子	127	33	25.9
	女子	29	8	27.5
胃及ビ十二指腸潰瘍	男子	22	13	59.0
	女子	6	2	33.3

第三節 出血ト患者年齢トノ關係

Mattisson 氏ガ多數ノ胃潰瘍=於テ、現症=吐血及ビ下血ヲ認メタル症例(男子 161 例、女子 329 例) = 基キ年齢ノ關係ヲ調査圖示セル所ヲ紹介スレバ第 125 表=示シガ如シ。次=我が教室=於ケル統計ヲ示セバ第 126-127 表ノ如シ。

第 125 表 胃潰瘍出血例ト年齢トノ關係(Mattisson 氏)  
(劃線内ノモノハ下血ヲ示ス)



第 126 表 出血性潰瘍患者ノ年齢別(入院時年齢)(女田, 山本)

年齢別	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及ビ十二指腸潰瘍合併例
10 歳代	男子 1例 女子 0	男子 1例 女子 1例	男子 0 女子 0
20 歳代	男子 5例 女子 1例	男子 7例 女子 1例	男子 3例 女子 0
30 歳代	男子 17例 女子 1例	男子 6例 女子 3例	男子 3例 女子 1例
40 歳代	男子 23例 女子 1例	男子 13例 女子 2例	男子 4例 女子 1例
50 歳代	男子 19例 女子 1例	男子 6例 女子 1例	男子 2例 女子 0
60 歳代	男子 2例 女子 0	男子 0 女子 0	男子 1例 女子 0

第 127 表 出血性潰瘍患者ノ年齢(出血初發時年齢)(女田, 山本)

年齢別	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及ビ十二指腸潰瘍合併例
10 歳代	男子 1 女子 0	男子 2例 女子 1例	男子 1例 女子 0
20 歳代	男子 7例 女子 2例	男子 8例 女子 1例	男子 3例 女子 1例
30 歳代	男子 20例 女子 1例	男子 6例 女子 3例	男子 3例 女子 0
40 歳代	男子 20例 女子 0	男子 11例 女子 2例	男子 3例 女子 1例



第四節 出血ト季節トノ關係

潰瘍ノ出血ト季節トノ關係ニ就テハ殊ニ詳細ナル文獻ニ接セザルモ W. Hinton 氏ガ胃及ビ十二指腸潰瘍ノ出血 52 例ニ於ケル調査ヲ紹介スレバ次ノ如シ。

1 月	5 例	2 月	11 例
3 月	4 例	4 月	5 例
5 月	6 例	6 月	2 例
7 月	2 例	8 月	4 例
9 月	4 例	10 月	3 例
11 月	2 例	12 月	4 例
計 52 例			

即チ氏ノ症例ニ在リテハ、全例ノ五分ノ一ハ 2 月ニ出血セリト云フ。Kalk 氏ハ春期及ビ秋期ニ比較的多シト稱セリ。次ニ我ガ教室ニ於ケル統計ヲ示セバ第 128 表ニ示スガ如シ。

第 128 表 出血ト季節(友田, 山本)

	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及ビ十二指腸潰瘍	計
春	11 例	10 例	1 例	22 例
夏	11 例	3 例	2 例	16 例
秋	8 例	4 例	4 例	16 例
冬	15 例	10 例	2 例	27 例
春ヨリ夏	2 例	1 例	—	3 例
夏ヨリ秋	1 例	—	—	1 例
秋ヨリ冬	—	—	1 例	1 例
冬ヨリ春	2 例	1 例	—	3 例
秋ヨリ春	1 例	—	2 例	3 例
夏ヨリ冬	—	—	—	—
冬, 春, 夏	—	1 例	—	1 例
夏, 秋, 冬	—	1 例	1 例	2 例
春, 秋, 冬	1 例	—	1 例	2 例
春, 夏, 秋, 冬	1 例	—	0	1 例
氣候ノ變リ目	—	1 例	—	1 例
				計 99 例

即チ季節ニ關スル記載明ナル 9 例ニ於テハ、冬期ニ屬スルモノ最モ多ク(27 例), 春冬ニ屬スルモノ(22 例), 之ニ次ギ夏及ビ冬ニ於ケルモノハ最モ少ナク共ニ 16 例ナリ。

第五節 出血ノ回数

潰瘍ノ出血ニ際シ、其ノ回数ヲ吟味スルコトハ臨牀上興味アル所ナリ。之ニ關シ、胃潰瘍ノ多數出血例ニ就テ前記 Mattisson 氏ノ調査セル所次ノ如シ。

回数	男子	女子	計	回数	男子	女子	計
1 回	162 例	341 例	503 例	4 回	2 例	7 例	9 例
2 回	47 例	110 例	157 例	5 回	2 例	—	2 例
3 回	14 例	24 例	38 例	6 回	1 例	1 例	2 例

7 回	1 例	—	1 例	頻回	2 例	19 例	21 例
8 回	2 例	—	2 例	合計	233 例	503 例	736 例
10 回	—	1 例	1 例				

即チ胃潰瘍ノ出血ハ 1 回ナル場合最モ多ク、4 回以上ニ互ルコトハ寧ロ稀ナリ。尙ホ同一患者ニ於テ頻回ニ之ヲ來タスコトアリテ、個人的出血素質ヲ考ヘシムルガ如キ場合アリ。又同一血族系統ニ屬スル患者ニシテ夫々極メテ頻回ノ出血ヲ來タス場合モ之ヲ存ス。Kalk 氏ハ 55 ケ年ニ 36 回、Rüttimeyer 氏ハ 21 ケ年間ニ 23 回ノ出血ヲ示シタル潰瘍ニツキ、報ジタルガ如キ是ナリ。

又 Hurst 氏ハ 18 ケ月間ニ 3 回ノ重篤ナル下血ヲ見タル十二指腸潰瘍患者ニ遭遇シ、ソノ同胞中 2 人ハ十二指腸潰瘍ノ手術ヲ受ケ、一人ノ妹ハ屢々吐血ヲ訴ヘ、爾餘ノ六名ハ著シキ衄血ヲ來タセリ。興味アル症例ト云フベシ。尙ホ E. Jones 氏ニ依レバ、胃腸吻合部潰瘍及ビ術後空腸潰瘍 34 例中、5 例ニ於テハ術前原發潰瘍ヨリ、術後上記術後潰瘍ヨリ各々出血ヲ來タシ、11 例ニ於テハ、術前原發潰瘍ヨリハ出血ヲ見ザリシモ、術後潰瘍ヨリ出血ヲ呈シ、3 例ニ於テハ術前原發潰瘍ヨリ出血ヲ招キタルモ、術後潰瘍ヨリハ之ヲ見ザリシコトヲ記述セリ。

Bulmer 氏ガ急性胃又ハ十二指腸潰瘍ニシテ吐血ヲ來タシタル多數ノ症例ニ就テ調査セン所ニ由レバ、重症ナル出血ハ頻回ノ出血例ノ場合ヨリハ初回出血ノ場合ニ多シトセリ、ソノ詳細次ノ如シ。

出血ノ程度	初回出血例	頻回出血例	出血ノ程度	初回出血例	頻回出血例
出血ノタメノ死亡例	18 例	1 例	重症ナル出血例	111 例	18 例
極メテ重症ナル出血例	22 例	2 例	輕症ナル出血例	18 例	1 例

次ニ我ガ教室ニ於ケル統計ヲ示セバ第 129 表ノ如シ。

第六節 出血量

一般ニ胃潰瘍ノ出血ハ吐血トシテ又十二指腸潰瘍ノ場合ハ下血トシテ來ルコト多キモノナリ。而シテコノ際出血ノ量ハ、各場合ニ於テ著シク異ナリ、漸ク酒杯ヲ滿ス程度ヨリ、多キハ 3

第 129 表 出血ノ回数(友田, 山本)

吐血	例	下血例	吐血及ビ下血例
1 回ナリシモノ	{ 胃潰瘍 17 例 十二指腸潰瘍 5 例 胃及ビ十二指腸潰瘍 6 例 } 28 例	{ 6 例 5 例 0 例 } 11 例	{ 11 例 5 例 0 例 } 16 例
2 回ナリシモノ	{ 胃潰瘍 9 例 十二指腸潰瘍 3 例 胃及ビ十二指腸潰瘍 1 例 } 13 例	{ 0 例 4 例 0 例 } 4 例	{ 4 例 2 例 3 例 } 9 例
3 回ナリシモノ	{ 胃潰瘍 0 例 十二指腸潰瘍 1 例 胃及ビ十二指腸潰瘍 1 例 } 2 例	{ 0 例 1 例 1 例 } 2 回	{ 0 例 1 例 0 例 } 1 例
4 回以上ナリシモノ	{ 胃潰瘍 1 例 十二指腸潰瘍 1 例 胃及ビ十二指腸潰瘍 2 例 } 4 例	{ 0 例 0 例 0 例 } 0 例	{ 4 例 4 例 0 例 } 8 例



第130表 胃潰瘍=於ケル出血量ト死亡率トノ關係(Mattisson 氏)

性別	調査材料別	全潰瘍例	出血例				出血=依ル死亡			
			少量出血		大量出血		例數	%		
			例數	%	例數	%		潰瘍全例 =對シ	大量出血 例=對シ	
男	Lund =於ケル材料	304	8	2.63	90	29.61	5	1.64	5.56	
子	Malmö "	316	20	6.33	116	36.71	5	1.58	4.31	
	計	620	28	—	206	—	10	—	—	
女	Lund =於ケル材料	464	19	4.09	197	42.46	8	1.72	4.06	
子	Malmö "	547	24	4.39	262	47.90	5	0.91	1.91	
		1011	43	—	459	—	13	—	—	

立=モ達スルコトアリ。極メテ高度且ツ劇甚ナル出血ノ場合ハ、未ダ吐血又ハ下血トシテ之ヲ目撃セザル以前=患者ノ既=死亡スルコトアリ。又下血ノ場合=於テハ、出血量少量ナル時ハ患者之ヲ看過スル場合ナシトセス。植村氏調査=依レバ胃潰瘍=テ出血ヲ來タセシ 28 例中 7 例ハ純粹ノ血液ヲ吐キ、就中 1 人ハ 1 回 200 兎ノ純血ヲ、他ノ 1 人ハ自ラ 3 立=達スト思惟セシ程ノ多量ナル血液ヲ吐出セリト云フ。

胃潰瘍ノ場合=於テ出血量ト患者年齢、病歴持續期間、死亡率等トノ關係=ツキ Mattisson 氏ガ特=多數ノ症例=基キテ研究セル所アリ、以下之ヲ紹介スベシ。

其ノ1、出血量ト死亡率トノ關係 第130表=示スガ如ク、少量出血例 43 例=對シ、大量出血例 459 例=シテ、即チ前者ハ全胃潰瘍ノ略々 3 乃至 6.0%，後者ハ略々 30 乃至 48.0%ヲ占ム。氏ガ茲=少量出血ト稱スルハ食匙 3 乃至數杯、若クハ珈琲茶碗ヲ滿ス程度ノモノヲ意味シ、其レ以上ノ量ナル時ハ之ヲ大量出血ト論ゼリ。而シテ其ノ死亡率ハ少量出血ノ場合 1.0 乃至 2.0% =シテ大量出血ノ場合 2.0 乃至 6.0%ナリ。即チ出血多量ナル時ハ其ノ死亡率モ亦稍々高キコトヲ知り得ベシ。

第131表 胃潰瘍出血量ト患者年齢トノ關係(Mattisson)氏

年齢別	全出血例		大出血量例	
	男子	女子	男子	女子
10—15歳	—	4	—	2
15—20歳	7	20	1	6
20—25歳	20	54	9	14
25—30歳	23	42	9	14
30—35歳	26	40	9	18
35—40歳	23	37	7	21
40—45歳	14	32	5	14
45—50歳	12	23	7	10
50—55歳	18	27	5	10
55—60歳	5	24	3	10
60—65歳	5	10	2	9
65—70歳	2	9	2	6
70—75歳	5	4	4	3
75—80歳	1	2	1	1
80—85歳	—	—	—	—
85—90歳	—	—	—	—

其ノ2、出血量ト患者年齢トノ關係 Mattisson 氏ノ調査セン第131表=於テ明ガナル如ク、大出血ハ男子=於テハ 15 歳以前=之ヲ認メズ、20 歳迄ハ甚ダ稀ニシテ、以後年齢ヲ重ヌルト共=ソノ頻度ヲ増加シ、30 歳乃至 40 歳=至リ最高=達シ、以後次第=減少シ、60 歳以後=至リテハ甚ダ稀トナレリ。女子=於テハ少數ナガラ 10 乃至 15 歳ノ間=既=大出血初發シ、爾來次第=其ノ頻度ヲ増シ 35 乃至 40 歳=シテ最高=達シ、以後次第=減少ス。

一般=潰瘍ノ出血殊=大出血ハ小兒期=之ヲ見ルコト甚ダ稀ナルモノナリ。然ルニ Kobes, Rudolf 氏等ハ出生當日大下血ノタメ死亡セル初生兒ヲ剖檢シタル=胃大彎部=潰瘍アリテ、其基底部分=哆開シタル血管ヲ認メタリ。蓋シ稀有ニシテ且ツ興味アル症例ナリト云フベシ。

第132表 胃潰瘍=於ケル出血ト病歴持續期間トノ關係(Mattisson 氏)

病歴持續期間	出血總例		大出血例	
	男子	女子	男子	女子
0—半年	65	113	26	48
半年—1年	9	18	2	7
1—3年	28	38	10	16
3—5年	13	29	6	8
5—10年	20	38	6	12
10—20年	18	55	9	27
20年以上	8	36	5	20
計	161	329	64	138

第133表 出血ノ量的關係(友田, 山本)

胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及十二指腸潰瘍合併例	計	
				大出血
吐血	4例	1例	2例	7例
	5例	2例	4例	11例
	21例	8例	0	29例
下血	2例	0	0	2例
	3例	1例	1例	5例
	16例	18例	1例	35例
吐血及下血	4例	1例	0	5例
	3例	5例	3例	11例
	9例	3例	4例	16例

備考 大出血トハ、致死的ノ出血ヲ、小出血トハ特別ノ治療ヲ加フル必要ナカリシモノヲ示シ、中出血トハ兩者ノ中間ニ位スルモノナリトス

其ノ3、病歴持續期間ト大出血トノ關係 第132表=於ケルガ如ク、潰瘍ノ症狀發現後短期間内=於テ著明ナル出血ノ多キコトハ注目=値スル所ナリ。即チ胃潰瘍=於ケル大出血例中、男子=於テハ其ノ 40%，女子=於テハ其ノ 35%ハ本症症狀發現後半年ノ間=之ヲ見タリト云フ。

次=我が教室=於ケル、出血性潰瘍=就テ、其量的關係ヲ示セバ第133表=示スガ如シ。

即チ致死的大出血例ハ、14 例=シテ出血量=關スル記載明カナル潰瘍 121 例=對シテ 11.5% =相當ス。

第13節第2項=記載セン症例第3(上野某。男子、40 歳)ノ場合ノ如キハ、出血量約 4000 兎=及ベリ。

第七節 出血ト潰瘍ノ位置

Melchior, Blad, Gruber, Thompson 氏其他ノ學者=依レバ、十二指腸潰瘍=シテ動脈性出血ヲ惹起スル場合=ハ潰瘍ノ位置ハ解剖學的關係上、主トシテ十二指腸ノ後壁=存スルコト=一致セルモノナリ、又 Perry, Shaw 兩氏=例レバ出血ヲ來タシタル 31 例ノ十二指腸潰



瘍中、潰瘍ノ位置ノ關係次ノ如シ。

後壁ナリシモノ	12 例	前後兩壁=潰瘍ノ存セシ場合	1 例
潰瘍底面ガ脛ヨリナリタル場合	18 例		

第八節 出血血管ノ病理解剖學の所見

潰瘍ノ出血ハ一部ハ實質性ニシテ組織破壊ヨリ又ハ炎衝等ノタメニ毛細管壁ヲ通ジテ出ヅルモノナルモ、大部分ハ動脈管破綻ニ基クモノナリ。稍々多量ノ出血アルニ不拘、手術時ハ勿論、剖檢上ニモ出血部位ノ發見頗ル困難ナルカ、又ハ遂ニ不可能ナルガ如キ場合モ之ヲ存ス。又之ニ反シ往々潰瘍底面ニ哆開セル動脈管ノ斷端ヲ認メ得ルコトモ稀ナラズ。余等モ手術標本ニ於テ、又剖檢上、カカル所見ヲ證明セシ症例ヲ有ス。

而シテカカル血管ハ多クハ胃又ハ十二指腸壁自身ノモノナルモ、時トシテ大小網膜又ハ癒著シタル臟器ニ屬スルモノナルコトアリ。

潰瘍ノ著シキ出血ハ、カカル患者ニ全身的又ハ局所的出血素因ノ加ハル時ニ之ヲ認ムルコトアリ、即チ全身の動脈硬化症、心臟、腎臟等ノ疾患、竝ニ腹部臟器ニ鬱血ヲ招致スル肝硬變症、下大靜脈閉塞等ノ存スル場合ノ如キ是ナリ。又潰瘍面ニ於ケル炎衝ガ時トシテ出血ヲ誘致スルコトアリ。例之 Jeanneney 氏ハ潰瘍患者ガ手ニ蜂巢織炎ヲ病ミ、全身感染ヲ招致シテ重症ナル吐血ヲ來タシ、剖檢上胃ニ陳舊性潰瘍アリテ、其ノ底面ニ急性炎衝再燃シ、爲メニ出血セルコトヲ確メタルモノトス。又胃及ビ他ノ腹内臟器ノ手術後ニハ是等臟器ニ一定期間充血ヲ來タスタメカ、潰瘍面ヨリ出血ヲ認ムルコトアリ。濱谷、鳥瀉、小澤氏等ハ各々カカル症例ヲ報告セリ。余等モ亦カカル經驗ヲ有ス。後段記載スル所アル可シ。

次ニ胃又ハ十二指腸潰瘍ノ場合、出血ヲ來タシ易キ血管ニ就テ調査ズルコトハ又興味ノ存スル所ナリ。先ヅ胃潰瘍ニ在リテ出血ヲ來タシ易キ血管ハ、主トシテ胃狀動脈(A. gastrica) 右胃網動脈(A. gastroepiploica dextra)、幽門動脈等ヲ擧グ可シ。稀ニハ腎靜脈(Merkel) 脾靜脈(Schlicker)、門脈(West)等ニ潰瘍ノ穿通、穿孔若クハ癒著ヲ來タシ是等ノ靜脈ヨリ致死の大出血ヲ見ル場合モアリ。尙ホ胃潰瘍ガ、肝、脾、膵等ニ癒著シ是等ノ臟器ヲ侵蝕シタル結果實質性ノ大出血ヲ招ク場合モ之ヲ存ス。

十二指腸潰瘍ノ場合ニ在リテハ其ノ出血ハ主トシテ上脘十二指腸動脈(A. pankreatico-duodenalis sup.)ヨリ、稀ニハ胃十二指腸動脈、右胃網動脈ヨリ、更ニ稀ニハ肝動脈(Gruber, Broussais)、脾動脈(Geniaz, Rosenbach)、大動脈(Stich, Grünfeld, Nauwerck)、上腸間膜靜脈(Warfvinge)、門脈(Habershon)、幽門靜脈(Gruber)等ヨリモ之ヲ發スルコトアリ。

第九節 出血ノ經過

Mattisson 氏ハ多數ノ胃潰瘍出血例ニ就キ、出血當日ヨリ Weber 氏潛血反應ノ陰性トナル迄ノ日數ヲ計算シテ出血持續期間ヲ調査シ、且ツコレト當該患者年齡トノ關係ヲ精密ニ調査セリ。之ヲ紹介センニ第 134、第 135 表ノ如シ。該 2 表ノ成績ニ基ク時ハ、吾人ハ次ノ如キ事實ヲ知ルコトヲ得ベシ。

即チ大出血ノ場合ハ、小出血ノ場合ヨリ出血持續日數一般ニ長キモノトス、又下血ノ場合ハ吐血ノ場合ヨリモ持續日數一般ニ短シ。或ル程度迄年齡ノ増加ト共ニ動脈硬化症等モ増加スベク從テ動脈壁ニ硬化其他ノ病變ノ存スル時ハ、血壓ノ上昇ト共ニ、潰瘍出血ニ對シテモ

第 134 表 胃潰瘍出血ノ經過(Mattisson 氏)

性別	材料別	大出血(1立又ハ其レ以上)		爾餘ノ出血	
		吐血	下血	吐血	下血
男子	Lund = 於ケル材料	21.50(16)	16.89(9)	14.50(8)	14.00(3)
	Malmö "	16.30(10)	13.00(3)	11.57(23)	10.75(4)
女子	Lund "	17.13(39)	18.27(11)	14.67(3)	15.00(7)
	Malmö "	24.29(28)	15.50(6)	15.79(38)	14.13(6)
備考		出血持續日數ヲ示セルモノニシテ括弧内ハ例數ヲ示ス			

第 135 表 胃潰瘍ニ於ケル出血持續日數ト年齡トノ關係(Mattisson 氏)

性別	年齢別	出血症例並ニ頻度	大出血例		爾餘ノ出血例		全出血例	
			出血持續日數					
			15日以上	15日以下	15日以上	15日以下	15日以上	15日以下
男子	40歳以上ノモノ	症例	11	7	7	14	18	21
		頻度(%)	61.11	38.89	33.33	66.67	46.15	53.85
女子	40歳迄ノモノ	症例	12	11	11	31	23	42
		頻度(%)	52.17	47.83	26.19	72.81	30.67	69.33
女子	40歳以上ノモノ	症例	27	17	21	18	48	35
		頻度(%)	61.36	38.64	53.84	46.16	57.83	42.17
男子	40歳迄ノモノ	症例	25	21	23	27	48	48
		頻度(%)	53.35	45.65	46.00	54.00	50.00	50.00



第136表 出血持続日数(女田, 山本)

持 続 日 数	吐 血			下 血			吐血及皮下血			計
	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃及十二指腸潰瘍	
1 日	4例	3例	2例	—	—	—	1例	—	2例	12例
1 日	—	1例	—	—	1例	—	—	—	—	2例
3 日	2例	—	—	—	—	—	1例	—	—	3例
1 週間	—	—	—	1例	3例	1例	—	—	—	6例
2 週間	—	2例	1例	—	1例	—	1例	—	—	5例
3 週間	—	—	—	—	—	—	1例	1例	1例	3例
1ヶ月以上	1例	—	—	—	3例	—	1例	—	—	5例

一定ノ影響ヲ及ボスベシトハ容易ニ思考シ得ベキ所ニシテ、氏ノ調査ニ依ルモ、年齢40歳以上ノ場合ハ、夫レ以下ノ場合ニ於ケルヨリモ出血持続日数一般ニ長キコトナレリ。又氏ニ依レバ此ノ關係ハ女子ヨリモ男子ニ於テ著明ナリト稱ス。

十二指腸潰瘍出血ノ場合ニツキテ、上記ノ如ク特ニ精密ナル調査ヲ行ヘル報告ニ接セズト雖モ、恐ラク胃潰瘍出血ノ場合ト同様ノ關係ニ在ルモノト推定セラル。

尙ホ潰瘍ノ出血ハ、通常2,3週間ニシテ、大便ニ於ケル潛出血反應陰性トナルモノニシテ、癌腫ノ場合ノ如ク持続性ナラザルコトハ既ニ之ヲ述ベタリ。

次ニ出血持続日数ニ關スル我が教室ノ統計ヲ示セバ第136表ノ如シ。

第十節 胃及十二指腸潰瘍ニ於ケル吐血及皮下血ノ比率

第137及ビ第138表ニ示スガ如ク、胃潰瘍出血ハ主トシテ吐血トシテ來リ、下血トシテ來ルコトハ稀ナリ。然ルニ十二指腸潰瘍出血ハ下血トシテ來ルコト多キモノニシテ、吐血トシテ現ルルコトハ寧ロ稀ナリ。然レドモ胃潰瘍出血ノ場合ニ在リテモ、出血多量ナル時ハ同時ニ下血

第137表 胃潰瘍ニ於ケル吐血及皮下血ノ比率

報 告 者	吐 血 頻 度	下 血 頻 度	兩者同時ニ來リシモノノ頻度
Mattisson	男 122例(75.78%)	39例(24.22%)	
	女 264例(80.24%)	65例(19.76%)	
Barford a. E. Jones	潰瘍34例中3例(8.8%)	同例中1例(2.9%)	同例中2例(5.8%)
Balfour	出血例ノ 28.0%	出血例ノ 10.0%	出血例ノ 62.0%

ヲ伴フコトアリ、又十二指腸潰瘍出血ニシテ吐血ヲ見ルコトアルヲ以テ、上記ノ事實ハ敢テ絕對ニ診斷的價値ヲ有スルモノニ非ズ。

而シテ我が教室ニ於ケル經驗ニ依レバ、胃潰瘍出血ニ於テハ、吐血 23.1%, 下血 13.7%,

第138表 十二指腸潰瘍ニ於ケル吐血及皮下血ノ比率

報 告 者	吐 血 頻 度	下 血 頻 度	兩者共ニ來リシモノノ頻度
Balfour	出血例ノ 27.0%	出血例ノ 25.0%	出血例ノ 48.0%
Barford a. E. Jones	潰瘍130例中6例(4.6%)	潰瘍130例中11例(16.1%)	潰瘍130例中5例(3.7%)
Moynihan	潰瘍全例ニ對シ 6.4%	同 上 31.5%	同 上 15.8%
Oppenheimer	出血例34例中8例(23.5%)	同 上 10例(29.5%)	同 上 16例(47.0%)

兩者同時ニ來タリシモノノ 14.4%ニシテ、十二指腸潰瘍出血ノ場合ニハ、吐血 9.1%, 下血 7.3%, 兩者同時ニ來タリシモノノ 10.9%ナリ。

第十一節 症 狀

出血ニ依ル症狀ノ輕重ハ出血ノ程度ニ關係スルモノトス。即チ先ヅ大ナル血管ノ侵蝕ニ基ク大出血ノ場合ハ、外部ニ血液ヲ排出ヲ見ザル内ニ患者ハ既ニ「シヨツク」ノタメ數分ニシテ死亡スルコトアリ、即チ患者ハ突如蒼白トナリテ意識ヲ失ヒ、脈搏微弱頻數トナリテ遂ニ之ヲ觸知シ得ザルニ至ル。而シテ死後カカル場合ヲ剖檢スル時ハ消化管内ハ血液ヲ以テ充滿セラレタルコト多シ。又生前稀ニハ血液ヲ以テ充滿シタル腫瘍ヲ十二指腸部ニ觸知スルコトアリ。H. White氏ハカカル症例ヲ經驗セリト云フ。Federmann氏ハ開腹時、多量ノ血液ヲ以テ充滿シタル十二指腸ヲ見タリト稱ス。重症ナルモ、致死的ナラザル程度ノ出血ニ於テハ、血色素含有量次第ニ減少シテ、貧血加ハリ、顔面ノ蒼白増強シ、脈搏頻數且ツ微弱トナリ、胃又ハ十二指腸内ニ流出セシ血液ガ一定量ニ達スレバ吐出又ハ下血ヲ招致ス。而シテ胃潰瘍ノ場合ハ吐血トシテ、十二指腸潰瘍ノ場合ハ下血トシテ來ルコト多キハ既ニ之ヲ述ベタル所ナリ。吐出セララル血液ハ鹽酸ノ作用ヲ受ケテ暗褐色ニ變色シ、若シ胃内停留時間長キ時ハ珈琲殘渣様ノ著色ヲ帶ブルニ至ル。又一定量以上ノ血液ガ下血トシテ排出セララル場合ハ糞塊ト平等ニ混和セラレテ恰モ「テール」様ノ著色ヲ帶ブルモノトス。カクノ如クシテ潰瘍ヨリノ出血頻回ニ及ブ時ハ遂ニ重症ナル貧血ヲ招致スルニ至ル。

尙、カカル出血ハ多ク他ノ潰瘍症狀ト共ニ一症狀トシテ之ヲ認ムルモノナルモ、時トシテソレガ初發症狀トシテ來タルコトアリ、又本症唯一ノ症狀ナル場合モ亦之ヲ存ス。濱谷氏ノ如キ潛在性潰瘍出血ノ爲メ、突然重篤ナル腦貧血症狀ヲ呈シテ診斷困難ナリシ數例ヲ報告セリ。

我が教室ニ於ケル材料ニ基ク時ハ、出血性潰瘍 127 例中出血ヲ初發症狀トセシモノ 15 例(11.8%)ヲ算ス。

次ニ我が教室ノ材料ニ於テ、出血ノ誘因ノ有無ニ關シ特ニ記載アルモノ 18 例ニ就テ調査セシニ次ノ如キ結果ヲ得タリ。



肉體的過勞ヲ誘因トセシモノ	6 例	旅行中ニ起リシモノ	1 例
飲酒ヲ誘因トセシモノ	8 例	食事不攝生ヲ誘因トセシモノ	2 例
蟲様突起切除後 3 日目ニ起リシモノ	1 例		

出血ノ誘因中特ニ興味アルハ、蟲様突起切除術後胃十二指腸潰瘍ヨリ出血ヲ來タセン症例ナリトス。略述スレバ次ノ如シ。患者、二村某、女子、30 歳。蟲様突起炎ノタメ、大正 12 年蟲様突起切除ヲ受ケタルニ、術後 3 日目ニ洗面器 1 杯位ノ大吐血ヲ來タシ、大正 15 年 2 月ニモ亦約 1 合ノ吐血ヲ見、且ツコノ際大便ハ黒ク著色セリト云フ。ソノ後嘔吐、右心窩部疼痛ヲ主訴トシテ我が教室ニ受診シ各種検査ノ結果、大正 15 年 5 月 5 日胃癌疑疹ノ下ニ開腹手術ヲ行ヒシニ、胃及ビ十二指腸潰瘍合併症ナリキ。十二指腸ニ 1 個ノ潰瘍アリ、膽囊ニ癒著セリ。又胃小彎及ビ大彎ニ各 1 個ノ潰瘍アリキ。Wölfler 氏前胃腸吻合術及ビ Braun 氏小腸吻合術ヲ行ヘリ、治癒ス。

又出血ハ凡ソ二ツノ型ヲ以テ出現スルモノニシテ、其ノ一ハ、出血前、諸症狀増悪シ、急激ニ著明ナル貧血症狀ヲ來タシ、多量ノ吐血又ハ「テール」様ノ糞便ヲ排出ス。他ハ患者不識ノ間ニ少量宛比較的長期ニ互リテ出血シ、次第ニ貧血ニ陥リ、衰弱ヲ招キ、而モ其ノ原因多クハ不明トセラルル場合ナリトス。我が教室ニ於テ城島氏ノ調査セシ所ニ依ルニ、十二指腸潰瘍ノタメ慢性出血ニ陥リタル貧血ニ對シ、ソノ治療ノ目的ヲ以テ十二指腸蟲驅除法ノ施サレタルモノ 5 例ヲ算ス。又注意ス可キコトナリトス。

尙ホ注意ヲ要スルハ出血ニ際シテハ、往々ニシテ、發熱ヲ伴フ事實ナリトス。Purjesz 氏ノ材料ニ於テハ、出血胃腸潰瘍 115 例中 84 例 (73%)ニ於テ温ノ上昇ヲ見タリト稱シ、又氏ノ犬ニ於ケル實驗ニ依ルモ、全血液量ノ 3 分ノ 1 乃至 6 分ノ 1 ヲ無菌的ニ瀉血スル時ハ、當日ヨリ體温ハ 1 乃至 2 度上昇スト云ヘリ。

其ノ他稀ニハ出血ニ合併シテ潰瘍ノ穿孔ヲ見ルコトアリ、即チ出血ノ經過中又ハ止血後一定期間ヲ經テ、又ハ出血ニ對スル手術後、潰瘍ノ穿孔ヲ來タスコトアルヲ忘ルベカラズ。即チ Singer 氏ハ 33 歳ノ男子ニ於テ一年來十二指腸潰瘍症狀持續シ、且ツ出血ヲ繰返セルタメ手術ヲ必要トセシモ、外科醫ハ之ヲ諾セザリシニ、剖檢ノ結果、該潰瘍ノ穿孔シテ汎發性腹膜炎ヲ惹起シ且ツ潰瘍底ニハ、脾十二指腸動脈ノ露出哆開セルヲ認メタリト報ジ、Finsterer 氏ハ 3 例、大島氏ハ 1 例ニ於テ、潰瘍ノ出血ニ穿孔ノ合併セン症例ヲ發表セリ。

之ニ關スル吾人ノ經驗例ヲ記述スレバ次ノ如シ。

**第 1 例** 鈴木某 58 歳 男子 大正 12 年 1 月 17 日入院、同 18 日死亡。

主訴 鼓腸、腹痛並ニ嘔吐。

既往症 生來健全、著患ヲ知ラザリシモ、3 年來胃部膨滿感、吞酸、嘔吐、噯氣アリ、疼痛ナシ、約 1 ケ年前、初メテ突然多量ノ吐血ヲナセリ。以來治療ヲ受ケタルモ上記胃症狀ハ輕快ヲ見ザリシニ、大正 12 年

1 月 14 日夜半突然堪ヘ難キ腹痛ヲ來タセリ(穿孔?)。鎮痛劑ノ注射ソノ他ノ醫治ヲ受ケタルモ腹部膨滿腹痛、嘔吐等止マズ。急患トシテ來院ス。

現症 體格中等、筋骨發育良ク榮養モ亦良好、顔面及眼瞼結膜ニ著シキ貧血ナキモ脈搏微弱ナリ。腹部ハ一般ニ強度ニ膨隆シ、打診上到處鼓音ヲ呈ス。鎮痛劑注射ノ爲ニ壓痛著明ナラズ、蠕動不穩、腹壁靜脈怒張等ナシ。

診斷 穿孔性胃潰瘍。

手術 入院即日(穿孔推定時ヨリ約 3 日後)「クロロフォルム」「エーテル」全身吸入麻酔ノ下ニ、上腹部中央切開ニヨリ開腹スルニ、胃ノ幽門部ニ近キ前壁ニ於テ一食指ヲ通ジ得ベキ圓形ノ穿孔口ヲ認メ之ヨリ腹腔内ニハ多量ノ食物残渣及ビ潤濁セル黃色液漏出シツツアリ、之ヲ吸引清淨シ穿孔部ヲ縫合閉鎖シテ手術ヲ終レリ術後心臟衰弱ニヨリテ死亡セリ。

**第 2 例** 小山某 53 歳 男子 昭和 7 年 2 月 19 日入院、同 20 日死亡。

主訴 腹痛。

既往症 生來健全ナリシモ、2, 3 年前ヨリ胃ヲ病メリ。約半ケ年前突然腹痛ヲ訴ヘ、多量ノ下血アリテ一時失神セリト云フ。ソノ後醫治ヲ受ケシガ胃症狀消退セザリキ。數日前ヨリ又全身倦怠感、食思不振、胃部異常感等ヲ訴ヘシガ疼痛ハ之ヲ缺ケリ。入院當日午前 3 時頃突然上腹部ニ劇痛ヲ覺エ轉輾反側シ某醫ニヨリ輸血其他ノ應急處置ヲ受ケ急患トシテ入院ス。

現症 體格強壯ナルモ顔貌苦惱ノ狀ヲ呈シ、著シク貧血ス。精神多少潤濁シ脈搏微弱、呼吸モ亦淺薄ナリ。腹部ハ一般ニ膨隆シ腹壁緊張シ、特ニ右上腹部ニ於テ筋攣縮及ビ壓痛著明ナリ。體位變動ニヨリ腹部濁音限界ノ變化ヲ證明セリ。ダグラス氏窩ニ著變ナシ。血色素量 50(ザーリー氏)、白血球數 9800。

診斷 胃潰瘍急性穿孔。

手術 2 月 19 日(穿孔後推定約 20 時間)上腹部正中線ニ於テ開腹ス。胃ハ擴張膨大シ、腹腔内殊ニ上腹部ニハ約 500 瓦ノ潤濁セル滲出液ヲ證明セリ。穿孔部ハ幽門輪ニ近接セル胃小彎側ノ前壁ニ存シ大サ約小指頭大、圓形ヲ呈シ肝ノ右葉ニヨリテ覆ハレ輕度ノ癒著ヲ示セリ。穿孔部ハ組織粗鬆ナルヲ以テ附近ノ胃壁ヨリ有柄鉗ヲ取リ整形的ニ閉鎖シ更ニ補強的ニ大網膜ヲ以テ被ヘリ、而シテヴェルフレル氏胃腸吻合及ビブラウソ氏、腸々吻合ヲ施セリ。「タンボン」、排膿管等ヲ挿入スルコトナク腹壁ヲ縫合閉鎖セリ。術後心臟衰弱ニヨリ翌日死亡セリ。

**第 3 例** 田岡某 39 歳 男子。昭和 9 年 5 月 8 日入院、同 14 日死亡。

主訴 腹部劇痛。

既往症 生來胃腸病ニ傾キシガ約 1 週間前ヨリ食後 2, 3 時間ニシテ又ハ夜間空腹時胃痛ヲ訴ヘ、食思不振ニシテ、便ノ黒色ニ變化セルコトニ氣ヅキタルモ、旅行ニ出デタルニ 5 月 6 日午後ヨリ屢々嘔吐ヲ來シ後ニハ咖啡様物質ヲ吐出スルニ至レリ。入院當日朝少量ノ茶ヲ飲ミタルニ胃ノ破レタルガ如キ感アリ、同時ニ腹部ニ劇痛ヲ覺エ、轉輾反側セリト云フ。午後急患トシテ來院ス。

現症 體格中等、顔貌苦惱ノ狀ヲ呈シ、貧血ス。脈性微弱、頻數。腹部ハ一般ニ緊張膨隆シ、板狀硬固ニシテ壓痛ハ上腹部ニ最モ著明ナリ。打診上、上腹部ニハ鼓音ヲ下部ニハ一般ニ濁音ヲ證明セリ。ダグラス氏窩ニモ壓痛アリ。血色素量 81(ザーリー氏)、白血球數 6400。

診斷 十二指腸潰瘍穿孔ニ依ル汎發性腹膜炎。

手術 入院當日(穿孔後推定約 12 時間)局所麻酔ノ下ニ上腹部中央切開ニテ開腹スルニ、十二指腸部ニ 500 瓦餘ノ惡臭アル暗褐色ノ滲出液アリ。幽門輪ヨリ 1 横指距リタル十二指腸前壁ニ小指ヲ通ジ得ル大サノ穿孔アリ。穿孔部自身ハ彈性性硬固ノ鳩卵大ノ腫瘍ヲ形成セリ。穿孔部ヲ縫合閉鎖シヴェルフレル氏胃腸吻合



竝ニブラウン氏腸々吻合ヲ施行セリ。術後44日目右側胸膈ヲ併發シ、胸壁切開術ヲ施シ多量ノ膿液ヲ排出セシモ5月1日遂ニ死亡セリ。

第十二節 診斷 並ニ鑑別診斷

潰瘍ノ出血ガ吐血又ハ下血トシテ現ハルル場合、鑑別ヲ要スベキモノハ咯血及ビ胃、十二指腸以外ヨリスル下血ナリ。吐血ノ場合ハ血液ハ多少トモ暗褐色ニ變色セルコト多ク、且ツ其ノ反應酸性ナリ。然ルニ咯血ノ場合ハ鮮血ニシテ泡性且ツ其ノ反應中性又ハ「アルカリ」性ナルヲ例トス。又通常咳嗽ト共ニ咯血セララルモノナリ。且ツ此ノ際下血ヲ伴フコトナシ。然ルニ吐血シタル血液ガ一旦氣管内ニ吸入セラレタル後咯出セララルガ如キ場合又ハ咯血セラレタル血液ガ一旦嚥下セラレタル後吐出セララルガ如キ場合ハ其ノ鑑別困難ナルコトアリ。然ル時ハ患者ノ病歴、經過、他覺的所見ヲ精密ニ吟味セザル可ラズ。

第139表 吐血ヲ來シタル 526例ニ於ケル疾患細別 (Bulmer) 氏

Table with 4 columns: 疾患別, 症例, 死亡例. Rows include 急性潰瘍, 慢性潰瘍, 肝硬變症, 胃癌症, 門脈血栓, 初生兒「メレーナ」, 原因判然セザルモノ.

下血ノ場合、糞便ト平等ニ混ゼザル血液ハ普通大腸ヨリ出デタルモノナルコト多ク、又純粹ニシテ且暗紅色ナル血液ガ糞便ニ混ゼズシテ之ニ附著スル時ハ確實ニ直腸ヨリノ出血ナリトス。尙ホ糞便ノ黒ク著色スルコトハ一定ノ藥劑服用ニ基ク場合モアリ注意ヲ要ス。

次ニ胃又ハ十二指腸等ヨリ出血ヲ來タシタル場合、該出血ガ如何ナル疾患ニ基クモノナリヤヲ判定セザル可ラズ。

今潰瘍ノ出血ト混同セラレ易キニ、三ノ場合ニ就テ説明スルニ先ダチ Bulmer 氏ガ吐血ヲ來タセシ 526例ノ患者ニ就テ其ノ原因トナレル諸種ノ疾患ヲ調査セシ所ヲ引用スレバ第139表ニ於ケルガ如シ。吾人ハ依之、吐血ノ場合、之ヲ來ス可キ疾患竝ニ其ノ頻度等ニ關シテ其ノ概要ヲ知ルニ足ルベシ。

次ニ鑑別ヲ要ス可キ疾患ニ就テ記述スレバ次ノ如シ。

(1) 粘膜「エロジオン」ヨリノ出血 胃又ハ十二指腸粘膜ニ於ケル「エロジオン」乃至潰瘍性炎術ヨリ重篤ナル出血ヲ來タスコトアルハ既ニ多數學者殊ニ最近 Konjetzny 氏等ノ研究ニ徴シテ明ナリ。カカル潰瘍性胃又ハ十二指腸炎 (Gastritis ulcerosa, Duodenitis ulcerosa) ハ氏ニ依レバ潰瘍ノ前提タル可キモノニシテ、「エロジオン」モ亦潰瘍ニ移行スルコトアリ。從テ顯著ナル潰瘍症狀ノ缺如セル場合、出血ノ原因ガ如何ナル疾患ニ基クモノナリヤヲ鑑別ハ往々困難ナル場合アリ。青山氏ハ數回ノ開腹術ヲ施シタル外、胃腸吻合術モ其ノ效無ク、終ニ幽門部ヲ切除シ、其ノ内面ニ粘膜「エロジオン」アリテ、其レガ出血ノ原因ナリシコトヲ確メタル

興味アル觀察例ヲ報告セリ。出血ニ際シ粘膜「エロジオン」ハ多數存スルコト多ク且ツ表在性ナルタメ、手術時之ヲ發見シ能ハザル場合存スルモノトス。

余等ハ其ノ症狀何レモ胃潰瘍相當シ、而モ手術所見上胃ニ變狀ヲ認メズ。胃腸吻合ニ依リ治癒セシ 2例ノ經驗例ヲ有ス。次ニ之ヲ記述セントス。

第1例 能勢某 男子 43歳 大正9年3月26日入院、同年6月8日治癒退院。

主訴 上腹部疼痛。

病歴竝ニ所見 2年前心窩部ニ劇烈ナル疼痛ト共ニ發熱、嘔吐アリ。黃疸ハ之ヲ認メズ。約1ヶ月餘ノ醫治ニヨリ輕快セリ。1ヶ月前、某縣立病院ニ入院シ胃擴張ノ診斷ノ下ニ處置ヲ受ク。1ヶ月後退院歸郷セシモ、勞働ニ由リ以前ノ疼痛ヲ來タスニ至レリ。且ツ爾來胃部灼熱ノ感、嗝氣ノ外食事後約1時間ニシテ著シキ胃部疼痛ヲ訴フルヲ常トシ、爲「モルヒネ」ノ皮下注射ヲ受ケタルコトアリ。約5ヶ月前我が敷室ヲ訪ヒ、膽石症ノ診斷ノ下ニ入院手術ヲ受ク。當時胃、膽道等ニ著變ヲ認メザリシニ依リ、試驗的開腹術ニ止メタルニ、手術後約1週間ニシテ心窩部ニ烈シキ疼痛ト共ニ多量ナル血液ヲ吐出セリ。爾來、度々發作ヲ來タシタルモ、1ヶ月餘ニシテ1時退院セリ。然ルニ約2ヶ月前ニ至リ再ビ劇シキ發作ト共ニ血液約1合ヲ吐出シ全身貧血症狀ヲ呈セリ。然ルニ時日ノ經過ト共ニ疼痛ハ次第ニ其持續性ヲ增加シ、午後ヨリ晚ニ互リテ烈シク、夜10時頃最モ強シト云フ。依テ更ニ入院セリ。

當時腹部ハ稍々膨脹緊張シ、臍上部及ビ腰部殊ニ左側ニ壓痛點アリ、腫瘍ヲ觸レズ。胃液ノ検査所見次ノ如シ。

總酸度 24 遊離鹽酸度 14 乳酸反應陰性 便ノ潛血反應(±)。胃ハX線検査上著變ヲ見ズ。

手術所見 4月1日、再ビ開腹シテ特ニ胃、十二指腸ヲ検査セシモ異常ナク、胃ハ特ニ下垂シ、大彎ハ臍下2横指徑ノ所ニ在リ、幽門部前壁ハ右季肋下腹膜ト輕ク癒著ヲ示セルノミ。肝、膽道、脾ニモ亦異常ヲ認メズ。依テ其儘手術ヲ閉テリ。然ルニ同月4日輕度ノ疼痛發作ヲ來タシ、翌5日ニハ突然多量ノ血液(約1立)ヲ吐出シテ心窩部ノ疼痛亦甚シ。其後種々内科的處置ヲ施スニモ不拘快癒セズ、依テ更ニ2ヶ月後ノ6月17日第3回ノ開腹術ヲ試シ、同ジク胃腸其他ニ異常ヲ認メザリシモ、内容ニ由ル胃ノ負擔ヲ輕減セシメン爲メ Hacker 氏胃腸吻合術ヲ施シタルニ、其後經過良好ニシテ6月30日治癒退院シ、術後未ダ異常ナク、家事ニ從事セリ云フ。

第2例 古賀某 28歳 女子。大正10年10月10日入院、同月28日治癒退院。

主訴 上腹部疼痛及ビ吐血。

病歴竝ニ所見 入院前約3年ニ、上腹部ノ劇痛ト共ニ嘔吐シ、吐物中ニ蠅蟲數條ヲ見タリ。次デ1ヶ月前ニ於テ、10日餘ノ間隔ヲ置キテ2回心窩部ノ疼痛ト共ニ吐血ヲ來シ、第1回ニハ約3合、第2回ニハ約2合ノ凝血ヲ吐出セリ。更ニ約4ヶ月前第3回ノ疼痛發作ト共ニ血液約1合ヲ吐ケリ。疼痛ハ食事後1,2時間ニシテ來タリ、其他胃部ノ灼熱感ヲ訴フ。入院當時心窩部ニ輕度ノ壓痛アリ、臍ノ上方2,3横指徑ノ部ニ特ニ過敏點ヲ證明セリ。

胃液所見 總酸度 20, 遊離鹽酸度 9, 乳酸及ビ血液反應陰性。

胃ノX線検査所見ニ特記ス可キコトナシ、入浴検査所見亦同ジ。

手術所見 10月15日、開腹シタルニ、胃ハ幽門部ニ輕度ノ硬結及ビ該周圍ニ大網膜ノ輕ク癒著セルヲ認メタル外、膽道、脾臓、十二指腸ニ異常ヲ見ズ。前例ノ經驗ニ由リ、Hacker 氏胃腸吻合術ヲ施シタルニ經過良好ニシテ、10月28日退院セリ。爾來健康ニテ家事ニ從事ス。



前記兩例トモ開腹検査ニ於テ出血部位ノ發見不可能ナリシモノナルモ、恐ラク粘膜「エロジオン」ヨリ出血シタルモノナル可シ。

胃炎ガ時トシテ著明ナル出血ヲ招致スルコトアルハ、Faber, Konjetzny, Gutzeit, Korbsch 氏等ヲ初メトシ其他ノ學者ニ依テモ注目セラレタル所ニシテ胃鏡検査ニ依リテモ亦カカル事實ノ證明セラルルモノトス、尙ホ胃實質性出血ニシテ、其ノ出血部位ノ發見ガ、手術時ハ勿論、剖檢ニ依ルモ尙ホ不可能ナル場合往々存スルモノニシテ (Hale, White, Dawson, Kuttner, v. Czylherz, Ewald 其他)カカル場合其ノ一部ハ本症ニ屬スルコトアルモノトス。

吾人モ最近既往ニ出血アリテ術前穿通性胃潰瘍ト診斷シ、胃切除術ヲ行ヒ、胃切除標本ヲ精密ニ檢スルモ潰瘍乃至「エロジオン」ハ毫毛之ヲ證明セズ、幽門竇ニ高度ノ胃炎ヲ證明セン症例ヲ經驗セリ。

(2) 出血性素因 吐血又ハ下血ノ或ル場合ニハ、消化器系統ニ屬スル症狀又ハ所見ハ全ク之ヲ缺キ、出血ノ原因ガ出血性素因ニ基ク場合アリテ、時トシテ潰瘍ノ出血ト誤診セラルルコトアリ(L. J. Barford, G. W. Rake, M. Palmer)。從テカカル際ハ、血液検査並ニ衄血、皮下溢血、血尿、紫斑病其他本症ニ特有ナル症候及ビ所見ヲ充分吟味鑑別セザル可ラス。

(3) 肝硬變症 前記 Bulmer 氏ノ調査ニ依ルモ、吐血例 526 例中本症ニ由ル場合ハ 25 例ヲ算ス。コレ本症ノタメ、門脈系統内ニ鬱血ヲ來タスニ基クモノニシテ、食道、胃、腸壁ノ靜脈ヨリ出血ヲ來タスモノナリ。Coulon 氏等ニ依ルモ時トシテ胃又ハ十二指腸壁ニ於ケル擴張鬱血セル靜脈ヨリ出血ヲ來タスコトアリ。注意ス可キハ肝硬變症ノ場合、腹水、鼓腸等ノ症狀未ダ出現セザルニ先ダチ大量ノ吐血ガ初發症狀トシテ來タルコト往々存スル事實ナリトス。カカル場合ノ吐血ヲ潰瘍ニ基クモノト誤診シテ手術ヲ施シ、開腹ノ結果初メテ肝硬變症ナルコトヲ知リタル報告例スラ之ヲ存スルモノトス。從テ胃腸ノ大出血ニ際シテハ肝臟検査ハ嚴ナラザル可カラザルモノナリ。即チ既往症(特ニ飲酒ノ關係)、黃疸ノ有無、腹部膨滿、腹壁ニ於ケル靜脈ノ状態、肝、脾ノ觸診所見等ヲ初メトシ、肝硬變症ニ依ル爾餘ノ諸所見ヲ參照スルヲ要ス。

(4) 胃痛 本症ノ大多數ニ於テハ腫瘍ハ遂ニ崩潰シ、又ハ胃液ノ作用ヲ受ケテ二次的ニ潰瘍ヲ生ジ、出血ヲ招致スルモノナルモ所謂消化性潰瘍ノ場合ノ如ク、一時ニ大量ノ出血ヲ見ルコトナク、急激且ツ重篤ナル出血ヲ來タスコトハ一般ニ稀ナリ。即チ出血ハ徐々ニ發現シ、且ツソレガ持續性ナルコト多キヲ以テ、著明ナル下血ヲ認ムルコトモ亦稀ナリ。又血液ハ胃内ニ比較的永ク停留スル關係上、鹽酸ノ作用ヲ受ケテ黒褐色ニ變色シ、所謂珈琲渣様トシテ現ハルヲ特長トス。Balfour 氏ハ Mayo Clinic ニ於ケル胃痛手術例ニツキ調査シタルニ本症ノ爲メ大出血ヲ來タス頻度ハ約 8% ナリトナシ、當大學三宅外科ノ調査ニ依レバ本症手術例 265 例中珈琲渣様嘔吐ヲ來タシタル者 19 例、吐血ヲ來タシタルモノ 8 例ナリト云フ。依之明

ナルガ如ク胃痛症ニシテ大出血ヲ來タス頻度ハ潰瘍ノ場合ニ比シ遙ニ少ナシ。又出血ガ其ノ初發症狀ナルコトモ稀ニシテ、多クノ場合、胃痛症ニ特有ナル病歴、腫瘍ノ觸知、惡液質其他ノ所見ヲ具備セルヲ以テ、ソレ等ノ所見、糞便中潛出血反應ノ長期ニ互リ陽性ナルコト、赤血球沈降速度ノ著シキ促進等ヲ參照シテ診斷ヲ下スベキモノトス。尙ホ吐血血液ニ於ケル遊離鹽酸検査所見ハ或ル程度迄鑑別ニ意義アルモノトス。出血停止シテ患者ノ體力回復セル場合ニハ X 線検査ヲ施行スベク、又大出血長期ニ互ル場合ト雖、一時輕快シタル時期ニ於テ鐘江氏胃曲線描寫モ亦試ム可キ方法ナリ。蓋シ之ガ爲メニ衰弱セル患者ニ大ナル負擔ヲ加フル事ナク或ル程度迄胃痛胃潰瘍ヲ區別シ得ル場合アルヲ以テナリ。

第 140 表 潰瘍出血ノ死亡率

報告者	潰瘍種類	出血例	死亡率(%)	内科的療法ニ依ル死亡率(%)	外科的療法ニ依ル死亡率(%)	
William	胃竝ニ十二指腸潰瘍	52	19.2	(35 例中 4 例) 14.2	(17 例中 4 例死) 23.5	
Bulmer	"	249	—	11.6	—	
Crohn	"	101	—	4.2	(7 例中 4 例死) 71.0	
J. J. Conybearl	"	600	2.5	—	—	
Kalk	—	—	—	3.0	—	
Tuffier	胃潰瘍	52	—	1.7	37.0	
Peco Gabriel	胃竝ニ十二指腸潰瘍	—	3-6.0	—	—	
Mattisson	胃潰瘍	男	304	1.64	(出血全例)	
				5.56	(大出血)	
		女	464	1.72	(出血全例)	Lund = 於ケル材料
				4.06	(大出血)	
		男	316	1.58	(出血全例)	Malmö = 於ケル材料
				4.31	(大出血)	
女	547	0.91	(出血全例)			
		1.91	(大出血)			
Lynch	胃及ビ十二指腸潰瘍	—	—	31 例(全例)中 12.9%	111 例中 42.8	
Clairmont	"	—	—	26 例中 5	26.0	
Miller	"	—	—	97 例中 3%	—	
Fintterer	"	—	—	(晩期ノ死亡率 21.8—32.7%)	46 例中 2 例 4.3% (早期手術)	
W. E. Chiesmann	"	—	—	男 137 例中 27%	—	
				女 54 例中 15.9%	—	



(5) 其他ノ場合 稀ナリト雖、時ニ鑑別ヲ要スルコトアル爾餘ノ疾患ヲ舉グレバ次ノ如シ。動脈硬化症、腸間膜血管ノ栓塞又ハ血栓形成、「ヒステリー」性吐血、月經代償性吐血、其ノ他。

第十三節 豫後及ビ療法

潰瘍出血ノ療法ヲ説クニ當リ出血ノ豫後、特ニ内科的又ハ外科的處置ト豫後トノ關係ニ就テ攻究スルコトハ甚ダ重要ナルコトナリトス。第140表ニ掲ゲタル如ク、潰瘍出血ノ全死亡率ハ1乃至6.0%ヲ示シ William, Bulmer ノ場合ノ如キ高率ヲ見ルハ寧ろ稀ナリ。即チ潰瘍ノ出血ハ、假令夫レガ大出血ノ場合ニ於テモ早晚止血スルコト多ク其ノ死亡率ノ比較的低キコトハ注目ニ値スル所ニシテ、急性穿孔ノ場合ノ夫ニ比ス可クモ非ラズ。而シテ出血ノ死亡率ハ、男女ニ於テ、著シキ差異ノ存スルモノナリ、例之 Mattisson 氏ノ場合、潰瘍ノ大出血ノ死亡率ハ、Lund ニ於ケル材料ニ於テハ男子ノ場合 5.56%ニシテ、女子ノ場合 4.06%ヲ算シ、Malmöニ於ケル材料ニ於テハ、男子ノ場合 4.31%ニシテ、女子ノ場合 1.91%ヲ示シ、又 W. E. Chiesmann 氏ノ統計ニ於テモ、著シキ胃出血ヲ來タセル場合ノ内科的醫治ノ死亡率ハ、男子 137名中 27%、女子 54例中 15.6%ヲ示シ、尙 Bulmer 氏ノ統計ニ於テハ、慢性潰瘍ノ出血 249例ノ内科的醫治ニ依ル死亡率ハ、男子ノ場合 89例中 16.8%、女子ノ場合 160例中 8.7%、男女平均 11.6%ヲ示セルガ如キ是レナリ。即チ男子ヨリモ、女子ニ於テ低率ナリ。

次ニ處置方法ト豫後トノ關係ニツキ、諸家ノ統計ヲ通覽スルニ、第140乃至141表ニ示スガ如ク内科的ニ處置セラレタル場合ノ死亡率ハ略々2乃至5%ニ過ギズ。唯 William, Bulmer 氏等ノ場合ハ、比較的高率ニシテ、各 14.2%、11.6%ヲ算スト雖、之ヲ外科的處置ヲ施シタル場合ノ死亡率ニ比スルニ尙ホ低率ナルコトヲ知り得ベシ。即チ外科的治療ヲ加ヘタル場合ノ死亡率ハ甚シク高率ニシテ、略々 23.5 乃至 70%ノ間ニ在リ、想フニ外科的處置ヲ施ス時ノ如キ、一般ニ出血重篤ナル場合ニシテ、内科的治療ノ及バザル場合ヲ含ムガ爲メナル可ク、統計材料ノ如何ガ關係スル所モ、内外科的治療成績ニ著シキ差異ノ存スル原因ノ一ナリトス。

次ニ出血ノ治療法ニ就テ述ベニ、便宜上之ヲ非觀血的竝ニ觀血的治療法ニ分チテ説明スベシ。

第一項 非觀血的療法

治療ノ立場ヨリ出血ヲ凡ソ次ノ二型ニ分類スルコトヲ得ベシ。即チ其ノ一ハ一回ノ又ハ速ニ

第141表 胃潰瘍出血ニ於ケル外科的治療ノ死亡率

報告者	死亡率
Quenn	45.0%
Hartmann	60.0%
Savariand	66.0%
Robson	64.0%
Kaupe	37.5%
Clairmont	40.0%

再發スル大出血ヲ認メ急性貧血ノタメ患者ノ生命ヲ脅ス場合ニシテ、他ハ慢性間歇性出血ヲ來タシ一回ノ出血量ハ多量ナラザルモ、出血頻回ナル場合ナリトス。而シテ兩者ノ間ニ移行型ノ存スルコト勿論ナリ。今前者即チ大出血ノ場合ニ就テ觀察スルニ、次ノ如キ諸種ノ理由ニ依リ、カカル場合、毎常積極的ナル外科的手術操作ヲ加フルコトニ就テハ學者ノ見解ノ未ダ一致セザル所ナリトス。即チ

(1) 潰瘍ノ出血ハ内科的ニ治療スルモ、其ノ死亡率比較的低キコト。

(2) カカル大出血ノ場合、外科的處置ノ施サレタル場合ノ死亡率ハ、内科的處置ノ場合ニ比シ遙ニ高率ニシテ、合併症ナキ場合ニ於ケル胃腸吻合術、又ハ胃切除術自身ノ死亡率ヲ突破スルコト遙ニ大ナルコト。

(3) 開腹検査ニ於テ出血部位ノ發見困難ナル場合少ナカラザルコト。前述ノ如ク、潰瘍ノ出血ハソノ初期ニ發生スルコト多ク、從テ開腹時、潰瘍トシテ外面即チ漿膜面ヨリ之ヲ發見スルコト甚ダ困難ニシテ、胃切開ヲ施シテ検査スルニ尙ホ且ツソノ發見至難ナルコトアリ。或ハ遂ニ其ノ發見不可能ナルガ如キ場合モアリ。粘膜「エロジオン」ヨリ出血ヲ見タル場合等ニ於テ特ニ然リトス。加之手術準備中、又ハ手術中乃至手術直後ニ患者ヲ失フガ如キ不快ナル場合ニ遭遇スルコトアリ。例之十二指腸潰瘍出血ノ場合、Barling 氏ハ手術準備中ニ患者ノ仆レタル2例ヲ、Nendörfer 氏ハ皮膚切開開始中ニ死亡シタル場合ヲ、Anglrer 氏ハ胃腸吻合術後數時間ニシテ死亡シタル2例ヲ、尙ホ Flörcken 氏ハ同様ノ經驗例ヲ夫々報告セルガ如キ是レナリ。

(4) 比較的大出血ノ場合ニ於テモ頻回ノ輸血其他ノ内科的醫治ニ依リ往々止血セシメ得ル場合アルコト。

Berg 氏ハ十二指腸潰瘍出血患者ニシテ、血色素含有量 19.0 迄下降セシ場合ニ於テ、内科的醫治ニ依リ止血セシメタル經驗例ヲ報ジ、著者亦最近略々同様ノ經驗ヲ有スルモノニシテ、後段更ニ述ブル所アル可シ。

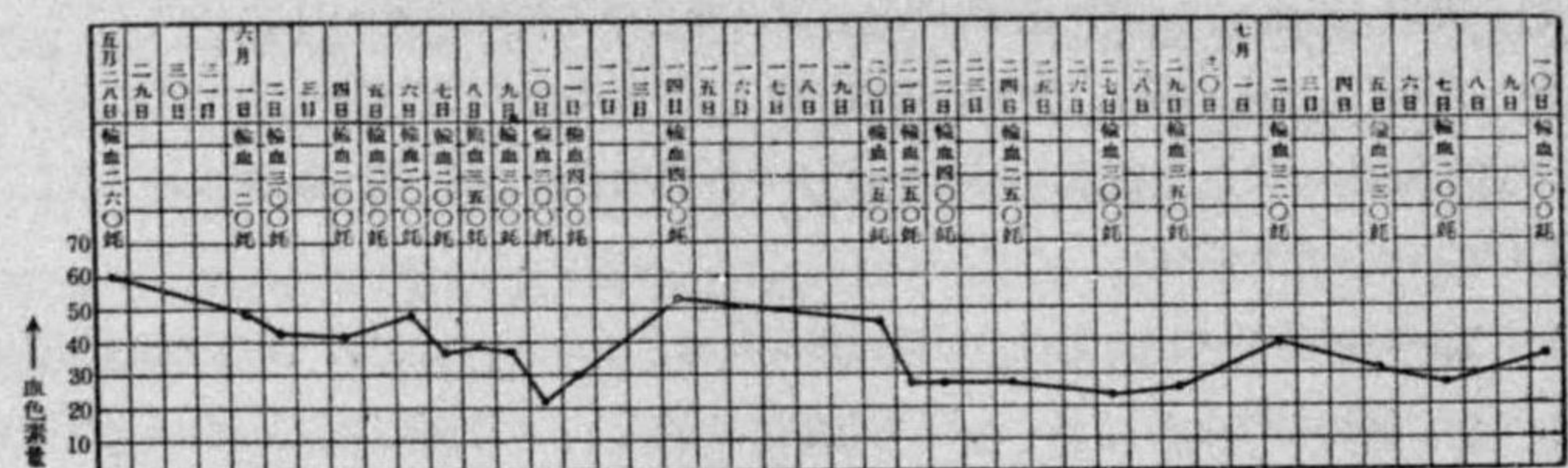
上述ノ理由ニ依リ、大出血ノ場合直チニ手術的處置ヲ加フルコトノ可否ニ就テハ、從來學者ノ見解ニ一致ヲ見ザル所アルモノトス。今内科的處置方法ニ就テ述ブレバ次ノ如シ。

先ヅ、患者ヲシテ床上ニ絶對安靜ヲ守ラシメ上腹部ニ氷嚢ヲ貼用シ、一切ノ經口的食餌攝取ハ數日間之ヲ禁ジ胃洗ノ施行、其他血壓ヲ上昇セシムルガ如キ藥劑ノ投與ハ之ヲ避ク可キコト勿論ナリ。「モルヒネ」ハ胃分泌竝ニ運動ヲ充進セシメ嘔吐ヲ來タスコトアルヲ以テ之ヲ用ヒズ、必要ナル場合ハ「アトロピン」ヲ併用スベキモノナリ。カクテ他方各種ノ止血劑ヲ投與スベシ。而シテ此ノ際失血ノ補充竝ニ止血ノ目的ニ最モ有效ニ作用スルハ、輸血ノ施行ナリトス。即チ最近 L. Dahlgen 氏ハ3立以上ノ大出血ヲ來タシタル婦人ニ1立ノ輸血ヲ行ヒテ救命セ



シ場合=就テ、又 Popper 氏胃切除術後ノ胃出血=對シ、17時間内=4回=互リ、2200瓦ノ輸血ヲ施シテ止血セシメタル經驗例ヲ報ゼリ。著者ハ最近當大學内科=潰瘍ノ大出血ノ爲メ入院セル患者=ツキ往診ヲ依頼セラレ、出血極メテ多量=シテ患者頗ル衰弱セルタメ、手

第 142 表 胃潰瘍(患者 下川某 40 歳 男子)ノ大出血=際シテ施タル頻回ノ輸血ト血色素量ノ消長ヲ示ス



術ハ之ヲ見合スコトシ、頻回ノ輸血ヲ推奨シ、其後數回=互リ患者ノ經過ヲ觀察スルノ機ヲ得、頻回ノ輸血其ノ他内科的醫治=依リ、遂ニ止血セシメ得タル例ヲ有ス。第 142 表ヲ以テ其ノ概要ヲ示スコトセリ。(第 13 篇前篇第 1 章第 2 節第 1 項參照)

出血直後=シテ經口の食餌攝取禁止中=ハ、高張葡萄糖液又ハ「ヤノール」ノ如キモノノ靜脈内注射等=依リ營養ヲ保持シ、止血ノ兆現ハルルヤ注意シツツ經口的=先ヅ液分ヲ攝ラシム。

但シ早期=牛乳ヲ與フルコトハ胃液分泌ヲ著明=亢進セシムルヲ以テ之ヲ避ク可シ。カクテ次第=内科的潰瘍食餌ノ投與ヲ開始スルモノトス。

第二項 觀血的療法

其ノ 1. 外科的手術ノ適應症 頻回ナル再發性出血ノ場合=ハ、出血量大ナラザル場合ト雖、遂ニ重篤ナル慢性貧血ヲ招致スルヲ以テ、外科的手術ノ適應トナルコトハ異論ナキ所ナリ。然レドモ初回ノ致死の大出血ノ場合=ハ、直チ=之=外科的手術ヲ加フ可キヤ否ヤ=就テハ、既=第一項記載ノ理由=依リ從來學者間=意見ノ分カレタル所ナリ。今之=關スル學者ノ見解ヲ記述シ、吾人ノ外科的經驗、竝ニ手術ノ適應症=關スル余等ノ卑見ヲ開陳スル所アル可シ。

甲 保守的處置ヲ推奨スル學者

Clairmont 氏ハ重篤ナル潰瘍出血患者 26 例中僅= 5 例=手術ヲ加ヘタルノミニシテ、姑息的處置ヲ行ヘル 19 例中死亡例ハ僅カ= 5 例(26%)=過ギザリト云フ。コノ成績ハ出血性潰瘍=對スル Finsterer 氏ノ手術死亡率 29%(1931)=比シテ低率ナル事實ヲ述べ、斯カル場合保守的處置ヲ推奨セリ。A. Pick 氏ハ、手術以外他ノ處置=依リテハ到底止血不可能ナリ

ト云フ事ヲ確メ得ルマデハ、出血=對シテハ保守的姑息的處置ヲ施ス可キコトヲ主張セリ。Zweig 氏亦潰瘍ノ出血=對シテハ、内科的療法ヲ賞用ス可キモノナリトシ、出血後第 2 又ハ第 3 日=至ルモ、脈搏數ノ著シキ増加(120 乃至 140)持續セル時、初メテ手術ヲ行フ可キコトヲ述ベタリ。v. Haberer 氏ハ適應症ノ判定上出血性潰瘍ヲ次ノ如ク分テリ。

(1) 急性出血=シテ、豫メ之ガ潰瘍ヨリ起レルコト、同時=其位置ガ X 線検査=依リ豫メ確定セル場合。

(2) 豫メ潰瘍竝ニ其位置ガ判明セルコトナク、不意=出血=齎サルル場合

而シテ前者=對シテハ手術的處置ヲ加ヘ、後者=對シテハ、先ヅ内科的(殊ニ輸血)處置ヲ施ス可キモノトセリ。Hesse 氏ハ急性出血=對シテハ保守的=之ヲ處置シ、出血後 3 週間=シテ、著シキ出血再發セン場合=於テ、手術ノ適應症ナリトセリ。Balfour 氏ハ急性ノ胃出血=際シテハ、手術的處置ノ成績ハ内科的醫治ノ場合ヨリ不良ナルコトヲ報ジ、Bastedo 氏ハ再發性出血=シテ二次的貧血ヲ有スル場合=ハ手術的療法ヲ施スモ可ナリトシ、高度ノ出血ノ場合ハ絶對ノ適應症ナリトセリ。Gibbon 氏ハ出血=對シテハ速座=手術ヲ加フルコト=反對シ、赤血球數ガ再ビ二百萬以上=増加スル迄待機ス可キコトヲ主張セリ。v. Redwitz 氏ハ、突如出現セン大出血=對シテハ無條件=保守的處置ヲ加ヘ、外科的手術療法ハ危險ナリトナシ、手術ハ、潰瘍ノ位置ガ出血前豫メ X 線検査=依リ判明セル場合=限ルモノトセリ。Lynch 氏ハ急性胃出血患者 52 例=於テ、内科的處置ヲ施セル 31 例中死亡率 12.9%、手術的療法ヲ行ヒシ 21 例中死亡率 42.8%ナル成績=ヨリ、内科的醫治ハ外科的處置=遙ニ優ルモノトセリ。Hohlbaum 氏ハ既ニ診斷確定セル、胼胝性潰瘍ヨリノ出血=對シテノミ手術ヲ行ヒ、其他ノ場合=ハ保守的=處置ス可キモノトセリ。Cuneo 氏ハ潰瘍ノ出血=際シ、出血ノタメ衰弱セル患者=外科的手術ヲ施ス事ハ可及的=之ヲ避ク可ク、手術ガ危險無クシテ施行シ得ラルル場合=限り、之ヲ行フ可キコトヲ主張セリ。Koch 氏ハ 1 回ノ大出血=際シテハ、手術ヲ行ハズ、コノ際出血ハ多クノ場合自然=止血ス可ク、又斯カル場合=手術ヲ施ス時ハ死亡率 30%ノ高率ヲ示スト云フ。再發性出血ノ場合=於テハ殊ニ潰瘍ノ性状ト位置ガ豫メ判明セル場合=手術ヲナス可シトセリ。而シテ氏ノ手術例=就テ手術ノ種類ト成績ヲ次ノ如ク報告セリ。

胃切除術 7 例 (内 治療 6 例, 死亡 1 例) 胃腸吻合術 3 例 (内 死亡 1 例) 試驗的開腹術 1 例

J. Podlaha 氏ハ重篤ナル急性出血=際シテハ手術ヲ行フハ不可ナリトシ、殊ニ病歴ガ潰瘍=特有ナラズ又出血ノ模様ヨリシテ、胃大血管ノ侵蝕ヲ思ハシメザル場合=於テ然リトシ、手術ノ適應症=關シテ次ノ諸事項ヲ擧ゲタリ。

(1) 胼胝性潰瘍ヨリ頻回ノ大出血アル場合



- (2) 穿通性潰瘍より突如起リタル大出血ニシテ血管ノ侵蝕ヲ推定セシムル場合  
 (3) 出血ト同時ニ潰瘍ノ腹腔内穿孔ノ疑存スル場合

而シテ大出血ノ場合手術ヲ行フニ際シテハ、初期ヨリ24乃至48時間以後ナラザルヲ要ストセリ。

本邦ニ於テ赤岩教授ハ、大出血ニ際シテハ徒ラニ開腹手術ヲ行ヒ、胃ニ手術ヲ加フルガ如キ事ハ寧ロ禁忌トストナシ、可及的保守的療法ニヨリ補血及止血ノ道ヲ根氣ヨク講ズルコト肝要ナリトセリ。

### 乙 手術的處置ヲ推奨スル學者

大出血ニ際シ、手術的處置方法ヲ推奨スル學者竝ニ其ノ根據トスル所ニ關シテ二、三記述スレバ次ノ如シ。

Schuitzler氏ハ、重症ナル胃出血患者ヲ胃手術ニ依リ治癒セシメタル經驗ニ基キ、斯カル場合寧ロ積極的ニ手術的處置ヲ施ス可ナリトシ、Schur氏ハ、出血ナキ場合ト雖、手術的處置ヲ要スル慢性潰瘍ノ出血ニ際シテハ、可及的速ニ手術ヲ行ヒ、重篤ナル貧血ヲ來タスマデ、經過ヲ觀望スル事ハ宜シカラズトナセリ。G. Singer氏ハ大出血ヲ招致セシ潰瘍屍ノ剖檢所見竝ニ出血性潰瘍ニ關スル自家經驗例ニ基キ、急性出血ニ對シテハ手術的處置ヲ施ス可シトナシ、殊ニ動脈硬化症ノ存スル高齢者ニシテ心臟ノ血管ニ著シキ疾病ノ存スル場合ノ出血ニ際シテハ、出血ノ豫後不良ナルヲ以テ殊ニ手術的處置ヲ推奨ス可キモノトセリ。Petermann氏ハ1925年ニハ尙ホ保守的處置ヲ取リシモ、潰瘍ノ大出血ニ依リ6例以上ノ患者ヲ失ヒテヨリ後其ノ方針ヲ變更セリ。Pauchet氏ハ1925年ニハ内科的處置ヲ推奨セシモ(輸血療法ト共ニ)、4年後ニハ、急性出血性潰瘍ニ對シテハ好メテ胃切除術ヲ施シ、且ツ腸内ニ蓄積セル血液ヲ速ニ排除スル目的ヲ以テ盲腸瘻ヲ形成スルコトヲ賞用セリ。蓋シ腸内ニ出テ腐敗セル血液ニ依ル中毒ハ出血死ノ原因トシテ意義少ナカラザルヲ以テナリ。Friedemann氏ハ1924年迄ニ保守的處置ニ依リ5例ノ死亡例ヲ經驗シ、爾來斯カル場合外科的處置ヲ可ナリトナシ、1927年ニハ急性致死の胃出血例18例ニ胃切除術ヲ施シ唯一例ノ手術死亡例ヲ出セルノミナリト報ゼリ。Ciminata氏ハ潰瘍出血ヲ大別シ、胃切除ヲ要スル場合ト、胃炎ニ基ク所謂實質性胃出血ニ分テリ。胃炎ハ幽門竇ニ著明ナルヲ以テ、斯カル場合胃幽門竇ノ切除ガ適應トナル可キコトヲ述ベ、氏ハ噴門ヨリ幽門ニ至ル全胃ニ互レル胃炎ニシテ實質性胃出血ヲ來タセシ症例ヲモ經驗セリト云フ。Pupini氏ハ胃切除ニ依リ治癒セシメタル出血性胃炎ノ症例ヲ報ゼリ。Clauvenet氏モ出血性潰瘍ニ對シテハ胃切除術ヲ最モ優秀ナル處置トナシ、唯前提トシテ充分ナル技術的腕ヲ要ストナセリ。K. Reschke氏ハ胃潰瘍ノ大出血ニ對シ、保守的處置ハ不可ニシテ速ニ輸血ヲ行ヒ、引續キ直チニ胃切除ヲ行フ可シトシ、斯カル處置ニヨリ治癒セシメタル數例ニ就

テ報ゼリ。Marino氏ハ出血性胃及十二指腸潰瘍ニ對シテハ根治手術トシテ胃切除術ヲ施シ、胃腸吻合術ハ唯幽門部狹窄性潰瘍ノ場合ニ限リテ之ヲ行フ可シト云ヒ、且ツ胃腸吻合術ニ在リテハ出血ノ再發ヲ防止スルコト能ハザル可キヲ記セリ。Neugebauer氏ハ胃炎ニヨル出血例7例ヲ胃切除ニヨリ治癒セシメタル經驗ヲ報ジ、Linkberg氏ハ血色素ガ20乃至25ニ低下セシ場合ニハ、最早保守的處置ヲ保持ス可キニ非ラズトナシ、且ツ血色素18ニ低下セル出血患者ニ對シ局所麻痺ノ下ニBillroth氏第二法ニ依リ胃切除術ヲ施シテ治癒セシメタルコトヲ報ジ、手術時竝ニ胃切除標本ニ於テ、共ニ潰瘍ヲ發見セザリト云フ。

本邦ニ於テモ、大島氏ハ65歳ノ男子ニテ胃小彎潰瘍ニテ出血ノ著シキモノニ、出血後12時間ニシテKocher氏法ニ依リ胃切除術ヲ施シテ治癒セシメタル症例、竝ニ47歳ノ女子ニテ、著シキ出血性胃潰瘍患者ニWölfler氏胃腸吻合術竝ニBraun氏腸々吻合術ヲ施シテ治癒セシメタル症例ヲ報ジ、且ツFinsterer氏ノ提唱スルガ如ク、高度ノ出血性潰瘍ニ對シテハ從來ノ如ク保守的處置ニ依ラズ、早期手術ヲ推奨セリ。最近織田氏モ急性胃大出血ヲ來タシ全ク虚脱ノ状態ニ陥リタル胃潰瘍患者ニ幽門部切除術ヲ行ヒテ治癒セシメタル症例ヲ報ジ、胃潰瘍ノ急性大出血ニ際シテハ、姑息的手段ヲ以テ止血セシメ得トスルモ、斯カル場合ハ、多ク粘膜炎ノ淺在性且ツ比較的細小ノ血管侵蝕ニヨル出血ニシテ、假令一時的止血ヲ望ミ得タリトスルモ再度ノ出血乃至穿孔ノ憂ナキ能ハザルヲ以テ、深部ノ大ナル動脈枝ノ侵蝕ニ依ル大出血ニ對シテハ即刻外科的處置ヲ要スト稱シ、潰瘍ノ出血ニ對シテハ内科的療法ヲ排シ、Finsterer氏ノ説ク如ク、早期手術ヲ推奨セリ。古森氏モ胃潰瘍ノ致死の大出血患者ニ胃切除術ヲ施シテ治癒セシメタル經驗例ヲ報ゼリ。上述セシ所ニ依レバ、急性胃大出血ノ處置トシテ速座ニ外科的手術ヲ施シテ好成績ヲ得、之ヲ推奨スル學者モ亦相當之ヲ存スルコトヲ知ル可シ。

而シテ吾人ガ出血性潰瘍ニ對スル外科的手術ノ適應症ヲ判定センニハ先ツ次ノ諸項ニツキ精細ナル吟味ヲ加ヘザル可カラザルモノナリ。

- (1) 内科的處置ト外科的處置トノ成績ノ優劣ニツキテハ、單ニ死亡率ノ大小ノミニ依ラズシテ、其ノ材料ノ性質ヲ考慮スルノ要アリ。
- (2) 外科的手術ノ成績ニ於テモ、術前徒ラニ長ク内科的處置ヲ施サレタルモノニ對スル場合ト、尙高度ノ貧血ヲ招致セザル時期ニ於ケル早期手術ノ場合ノ成績ハ必ズシモ同一ナラス。
- (3) 大出血ノ場合ニ於テ、一方潰瘍ニ相當スル既往症、又ハ出血前潰瘍ノ病理解剖的所見竝ニ潰瘍ノ位置ノ判明セル場合ト、他方是等ノ關係全ク不明ニシテ突然大出血ヲ來セル場合ト存スルコトヲ知ラザル可ラス。
- (4) 又潰瘍出血ニ於テ、淺在性粘膜炎出血ニシテ保守的處置ニ依リ止血可能ノ場合ト、大血管ノ侵蝕ニ依ル出血ニシテ保守的ニハ止血不可能ナルガ如キ場合トヲ存ス。



最近 Finsterer 氏ハ多數ノ症例ニ基ク自家經驗例ニ依リ出血性潰瘍ノ治療ニ關スル適應症ニ就テ猶自ノ見解ヲ述ベ、早期手術(出血初期ヨリ 24 乃至 48 時間以內ニ)ノ合理的ナルコトヲ高唱セリ。次ニ氏ノ所論ノ要點ヲ述ブ可シ。

氏ハ自家經驗ニ基キ、臨牀的ニ診斷確定セル潰瘍ニ對シテハ即刻手術(胃切除)的處置ヲ施スヲ以テ保存的療法ヨリモ成績良好ナルコトヲ主張シ、潰瘍ニ特有ナル病歴ノ缺ケタルカ、臨牀的所見ニヨリ、潰瘍ガ出血ノ原因ナリヤ否ヤノ診斷ガ確定セザル場合ニ於テハ手術ヲ施ス可キヤ、保守的處置ヲ取ル可キヤガ問題トナル可シトセリ。急性出血ガ潰瘍ノ初發症狀トシテ現ハルルコトハ確ニ存在シ得ル事實ナルモ、小ナル粘膜血管ヨリノ出血ナル場合ニハ内科的處置(輸血)ニ依リ通常止血シ得ルモノナルコトヲ述ベ、婦人、小兒等ニ於ケル急性出血ニシテ豫メ胃症狀ノ缺ケタル場合ニハ外科的手術ヲ施サズト稱セリ。氏ハ最近 1 年間ニ斯カル場合ノ 15 例ニ遭遇シ、是等ニ對シ手術ヲ行ハザリシニ 1 例モ死亡セザリシト云フ。

更ニ手術ヲ施ス可キヤ否ヤニ關スル判斷ノ至難ナル場合ニハ、若シ Zweig 氏ニ從ヒ、先ヅ保守的處置ヲ加ヘテ、出血後第 2 乃至第 3 日ニ至リ、脈搏ノ 120 乃至 140 以上増加シテ出血ノ持續ノ兆ヲ示ス場合ニ至リ初メテ手術的處置ヲ加フルコトトセンカ、結局手術ノ必要存スル場合ニ於テハ、貴重ナル時間ヲ依之徒費スルコトナル可キヲ以テ、斯カル場合ニ於テハ出血ノ原因ヲ確定スルタメニモ氏ハ試驗的開腹術ヲ推奨セリ。

氏ハ潰瘍ノ出血ニ對シ豫メ内科的處置ヲ施サレタル後、外科的手術ヲ加ヘシ場合ノ手術死亡率ト、氏ノ主張スル早期手術ノ場合ノ夫レトノ間ニハ大ナル差異ノ存ス可キモノナルコトヲ述ベ、1934 年ニ於ケル氏ノ報告ニ依レバ後者ノ場合ハ手術 55 例(46 例ハ胃切除術、2 例ハ潰瘍ノ切除、7 例ハ胃腸吻合術)中死亡 2 例ニシテ僅カニ 4.3%ノ低率ヲ示セルニ過ギザルコトヲ主張シ、以之、早期手術ノ甚ダ合理的ナルコトノ論據トセリ。尙ホ Tuffier 及ビ Jeame 兩氏ハ胃潰瘍ノ爲メ、脾動脈ノ侵蝕ニヨル出血 17 例ヲ報ジ、コノ内 3 例ハ迅速ナル經過ヲ取りシモ、7 例ニ於テハ、出血ガ 24 乃至 48 時間、1 例ニ於テハ 7 日間持續セリト云フ。Grünfeld 氏ノ報告例ニ在リテハ、10 日間、間斷ナク持續セシ出血例ニ於テ、剖檢ノ結果、穿通性十二指腸潰瘍ニテ大動脈ニ大ナル侵蝕ノ存在セシコトヲ證明シ、Oser 及ビ F. Brenner 兩氏ハ橫隔膜ニ穿通セシ胃潰瘍ノタメ左心室ノ侵蝕ヲ來タセシモノニシテ出血ノ 3 乃至 4 日間、間斷ナク持續シタル症例ヲ報ゼリ。Finsterer 氏ハ是等諸氏ノ報告例ヲ引用シテ、大血管ノ侵蝕ニヨル出血ノ場合ニ於テモ、比較的長期間出血ノ持續スル場合存スルヲ以テ、手術的療法ノ可能性ト適應症ノ存スルコトヲ主張シ、且ツ氏自身モ胃、十二指腸動脈ヨリ起レル急性大出血ノ 2 例ニ、出血後 4 乃至 12 時間ニシテ手術ヲ行ヒ、出血血管ノ結紮ニ成功セシ場合ヲ擧ゲタリ。

## 其ノ 2. 余等ノ外科的經驗例ト外科的手術ニ對スル適應症

先ヅ致死的大出血ヲ來セル潰瘍ニ對スル余等ノ外科的經驗例ヲ述ブレバ次ノ如シ。

### (1) 胃腸吻合例

第 1 例及ビ第 2 例ハ第 13 章診斷及ニ鑑別診斷ノ條下ニ記述セシヲ以テ之ヲ略ス。

兩例トモノノ臨牀的症狀胃潰瘍ニ相當セル重篤ナル胃出血例ニシテ、手術所見上、胃ニ變化ヲ認メズ、胃腸吻合術ニ依リ治癒セルモノナリ。恐ラク粘膜「エロジオン」乃至胃炎ヨリノ出血ナリト推定セラル。兩例トモ、既往ニ潰瘍症狀アリ。吐血ハ頻回ニ之ヲ認メ、内科的療法ニ依リテハ治癒セザリシヲ以テ遂ニ外科的手術ヲ施セシモノニテ、殊ニ第 1 例ノ如キ、1000 瓦ノ吐血ヲ來タセシコトアリ。然レドモ兩例トモ、大出血持續中ニ手術ヲ施行セシモノニ非ズシテ其ノ間歇期ニ之ヲ行ヒシモノトス。

第 3 例 上野某 男子 40 歳 會社員。昭和 6 年 3 月 30 日入院、同年 7 月 10 日退院。

主訴 上腹部疼痛。

現病歴 約 4 年前心窩部ニ疼痛ヲ覺エ、胃潰瘍ト診斷セラル。爾來 1 週間ニ 1 度同様ノ疼痛發作アリ。毎回約 10 分間持續ス。胃部ニ温濕布ヲ貼用シ、内科的醫治ニ依リ消退セリ。3 月上旬ヨリ前記胃痛更ニ増強シ、膽石症ト診斷セラル。疼痛發作時發熱ヲ認メズ。10 日前約 4000 瓦ノ黑褐色ノ吐血ヲ來タセリ。更ニ 5 日後再度同様ノ吐血ヲ起シ高度ノ急性貧血ニ陥ル。食思佳良、睡眠著シク侵サレ、便通ハ秘結シ、飲酒、喫煙共ニ適度ナリ。

現症 身長中等大、顔貌ハ苦惱ノ狀ヲ呈シ、眼臉結膜著シク貧血セリ。脈搏 1 分時 76 至、整調ナルモ緊張微弱ナリ。神經、循環、呼吸、淋巴管系統其他ニ著變ナシ。尿ニ變化ナシ。血色素量ハ入院時 19 (ザーリ氏法)ニ過ギズ。白血球數ハ 5200 ナリ。

腹部所見 腹部ニハ視診上變化ナキモ、觸診上心窩部ニ於テ殊ニ其ノ左側ニ壓痛ヲ證明シ、腹壁ノ緊張著シキモ腫瘍ハ之ヲ觸知セズ。大便ノ潛血反應強陽性ナリ。

胃液検査所見 遊離鹽酸度最高 69、總酸度最高 84、潛血反應陰性ナルモ、乳酸反應陽性ナリ。

胃曲線ハ胃潰瘍病疑診ノ曲線型ヲ示セリ。

X 線検査 検査直前吐血アリシタメ、X 線検査ノ施行ハ之ヲ行ハザリキ。入院當日ノ血色素量ハザーリ氏法ニテ僅カニ 19 ヲ算スルニ過ギザリシニ、入院後再三輸血ヲ施行シ、4 月 1 日ニハ 25 ニ上昇セリ。

手術所見 血色素量次第ニ上昇セシヲ以テ、4 月 2 日「モルヒネ」液 0.8 鈺ノ皮下注射後「パンカイン」液ノ局所麻痺ノ下ニ小林學士執刀、上腹部正中線ニテ開腹手術ヲ行ヘリ。幽門輪直下ノ十二指腸壁ニ瘢痕性ノ鶏卵大ノ腫瘍アリテ周圍ニ穿通セリ。手術時觸診所見トシテハ潰瘍ノ癌變性ノ疑ヲ抱カシメ、幽門周圍ニハ 1 個ノ淋巴腺腫脹ヲ認メタリ。其他ノ腹部諸臓器ハ變化ヲ示サザリキ。Wölfler 氏前胃腸吻合ヲ行ヒ、Braun 氏小腸吻合ヲ併施セリ。術後亦輸血ヲ繰返シ、血色素量ハ次第ニ上昇シテ 4 月 7 日ニハ 40、同月 18 日ニハ 45 ニ達セリ。剔出淋巴腺ニハ、檢鏡上癌細胞ヲ發見セザリキ。

術後診斷 出血性、穿通性十二指腸潰瘍。

術後經過良好ナリ。5 月 7 日二次的胃切除ノ目的ヲ以テ再開腹手術ヲ行ヒシモ、潰瘍ノ穿通癒著高度ニシテ胃切除術ハ不可能ナリシヲ以テ單純開腹手術ニ止メタリ。術後經過良好ニシテ治癒退院セリ。

昭和 9 年 11 月ノ照會ニ依レバ、爾來大體ニ於テ全治ノ狀態ニアルモ時々胃痛、吞酸嘔雜等ヲ訴フルコトアリ云フ。曠置的胃切除術ヲ施行スベキ症例ナリキ、當時我が教室ニ於テハ未ダ曠置的胃切除術ヲ實施セザリシモノトス。



(2) 空腸瘻形成例

第4例 松永某 火薬商 男子 48歳。大正11年10月16日入院、10月23日死亡。

主訴 心窩部膨満感、左季肋下部術後瘻孔形成。

現病歴 大正4.5年頃ヨリ常=大酒ス。大正6年1月26日ヨリ氣分勝レズ臥牀シ、翌27日午後突然多量ノ吐血ヲナシ人事不省=陥リ、同時=多量ノ下血ヲ見タリ。此ノ際胃部ノ自覺症狀ハ全ク無カリキ。以來吐血ハ無キモ、少量ヅツ下血ヲ持續シ、内科醫ノ治療=ヨリ約40日餘=シテ治セリ。大正7年8月10日頃ヨリ胃部壓迫ノ感アリ、17日嘔吐ヲ來タシ、爾來何ヲ飲ムモ直チ=吐出ス。然レドモ吐血セズト云フ。直チ=當大學内科=入院加療中少量ノ下血ヲ起シ約20日間持續シテ止ミ、在院30日=シテ退院セリ。大正9年8月17日何等ノ前驅症狀モナクシテ、腦質血ヲ起シ、人事不省トナリ、多量ノ下血ヲ來タセリ。某病院=入院。約1ヶ月=シテ退院セリ。

大正11年7月初メヨリ、胃部鈍痛、全身倦怠感アリ。2.3日來胃部=疼痛ヲ覺エ、爾來疼痛持續シテ27日=至リ、午後2時頃腦質血ヲ起シ同時=多量ノ下血ヲ見タリ。8月1日朝突然多量ノ吐血、數回アリ。脈搏120、微弱、多少不整、顔面殆ド「チアノーゼ」ヲ呈セリ。主治醫ノ報=依レバ、腹部ハ一般=陥没シ、胃部ノミ少シ膨隆シ心窩部一面=壓痛アリ、幽門部=近ク輕キ抵抗ヲ觸レ意識明瞭ナリキ。コノ日輸血60瓦ヲ受ク。脈搏1分時100至、整調トナレリ。

8月2日、顔面蒼白、脈搏100、整調ナルモ緊張微弱ナリ。胃部ハ著シク膨満シ、蠕動不安アリシト。260瓦ノ輸血ヲ受ク。8月5日、後藤教授往診、Mayo Robson 氏法=依リ空腸瘻ヲ形成セリ。

術後經過良好=シテ毎日牛乳6合、重湯2合、卵3個餘ヲ攝取ス。コノ間全ク經口の食餌攝取ハ之ヲ禁ゼリ。8月17日退院ス。同月19日初メテ經口的=牛乳2合ヲ攝取シ、以來經口の食事ヲ増シ、空腸瘻ヨリ食事攝取ハ之ヲ減量セシメ術後17日、空後瘻ノ護謨管ハ之ヲ除去セリ。

10月16日體力恢復セシヲ以テ根治手術ノ目的=テ當科=入院セリ。食思佳良、睡眠佳良、便通1日1行。

現症 身長大、全身諸臟器=著變ナシ。

腹部所見 腹部=膨隆ヲ認メズ。右側直腹筋外側部=テ臍ノ高サ=小ナル瘻孔アリ、深サ數釐=及ブ。其他=病變ヲ認メズ。

胃液検査所見(單一的検査) 遊離鹽酸度60、總酸度68、潛出血反應陰性ナリ。

X線検査所見 胃蠕動著明=充進シ、其他ハ著變ナシ。3時間後尙攝取「バリウム」ノ3分ノ1、6時間後ニハ「バリウム」ノ少量胃内=殘存ス。

手術所見 10月21日、「エーテル」「クロロフォルム」全身吸入麻醉ノ下ニ、後藤教授執刀、上腹部正中線=テ開腹セリ。胃ハ甚ク擴張シ、其壁肥厚セリ。胃小彎=テ、幽門ヨリ3釐ヲ距タル部位ニ、鷄卵大ノ腫瘍アリ。小網膜ト胃後壁トノ癒著甚シ。先ヅ十二指腸切離、次デ胃ヲ Billroth 氏第2法=依リ切除シ、切除斷端ハ之ヲ2層=縫合閉鎖シ、Wölfler 氏前胃腸吻合ヲ施シ、Braun 氏小腸吻合ヲ行ヘリ。

胃切除標本ハ小彎5釐、大彎9釐ナリ。小彎=長サ5釐、幅1釐深サ1.7釐ノ潰瘍アリ。小網膜=穿通セリ。10月23日突然死亡セリ、死因不明ナリ。

本症例ハ頻回ノ且ツ著明ナル大出血=對シ、一時空腸瘻ヲ形成シテ榮養ヲ保持セシメ、出血=ヨル患者ノ體力恢復ヲ待チテ、二次的胃切除術ヲ施セシモノニシテ、第2回手術=依リ患者ヲ失ヒタルハ遺憾トスル所ナレドモ、頻回ノ大出血ト胃痛ノ爲メ長期苦シメル患者=應急處置トシテ作成セシ空腸瘻ガ、胃ノ運動並ニ分泌機能=安靜ヲ與ヘ、患者ノ體力恢復=資スル所

大ナルモノアリシヲ教フルモノナリ。

第5例 福田某 男子 53歳 菓子商。大正13年5月17日入院、5月27日死亡。

主訴 頻回ノ吐血、著シキ衰弱。

現病歴 大正12年9月=於テ3日=互リ胃痛ヲ訴ヘ鎮痛劑ノ注射=依リ輕快セリ。大正13年3月再ビ劇シキ胃痛ヲ訴ヘ、4月20日=吐血ヲ來タシ某醫院=入院セリ。21日亦大吐血(300瓦)ヲ起シ22日=ハ700瓦、5月9日=ハ350瓦、5月15日=ハ200瓦ノ吐血ヲ見タリ。次第=衰弱増強セリ、而シテコノ際血液ハ何レモ鮮血ナリシト云フ。

現症 顔貌苦惱ノ情ヲ呈ス。榮養著シク衰ヘタリ。全身諸臟器=著變ナキモ、兩側足部浮腫ヲ證明ス。脈搏整調ナルモ、緊張著シク微弱、1分時95至、血色素量ザーリ氏法=テ32ヲ算ス。

腹部所見 腹部一般=陥没シ、心窩部=一般=壓痛ヲ訴フルモ腫瘍ヲ觸知セズ。

手術所見 5月17日、患者ノ衰弱著シキヲ以テ、空腸瘻ヲ作成セリ。即チ後藤教授執刀「パンカイン」局所麻痺ノ下ニ、左側季肋下部=テ直腹筋外側部=テ開腹セシニ、血液著積ノタメ腸管ハ暗黒色=著色セリ。Maryo Robson 氏法=依リ空腸瘻ヲ作成セリ。

術後經過 5月19日正午呼吸、脈搏著シク不良ナリシヲ以テ強心劑ノ投與ヲ行ヒテ戰ヘリ。午後3時頃一般狀態稍々恢復セリ。5月20日午後350瓦ノ輸血ヲナセリ。術後1週日=テ抜絲、手術創ハ第一期癒合ヲ營リ。5月25日午後10時吐血ヲ來タセリ。26日午前3時迄=數回ノ吐血ヲ見、總量150瓦ト推定セラル。當日300瓦ノ輸血ヲナセリ。同月27日ハ一般狀態稍々良好トナリシモ28日遂=死亡セリ。

本症例ハ術前頻回ノ吐血=依リ體力著シク衰ヘタルヲ以テ、胃ノ安靜ヲ計ルタメ空腸瘻ノ作成ヲナセシモノナルモ、術後尙吐血ヲ繰返シ遂=出血死ヲ來タセシモノニシテ、思フ=潰瘍底=於ケル大ナル血管ヨリノ出血ナリシモノナルベシ。カカル際空腸瘻ヲ作成スルモ、ヨク止血ノ目的ヲ達スルコト能ハザルハ首肯シ得ラルル所ニシテ、余等今日ノ見解ト技術=依ル時ハ寧ろ積極的手術(胃切除)ヲ施シタランニハ或ハ治愈セシメ得タルモノ=非ザルヤヲ思ハシム。

(3) 胃切除例

次ニハ最近經驗セシ出血性潰瘍=對シ胃切除術ヲ施セシ症例ヲ掲グ可シ。

第6例 税田某 男子 56歳 職 造業 昭和8年1月9日入院、1月18日死亡。

十二指腸潰瘍患者ニシテ、約1ヶ月前ヨリ大便ノ黒ク著色セルモノノ如ク、2日前、茶碗半杯位ノ吐血ヲ見、入院當日朝茶碗1杯位ノ吐血アリ。血色素ザーリ氏法=テ45ヲ算ス。1月14日 Moynihan 氏第2法=依リ胃切除術ヲ行ヒシニ、幽門輪直下十二指腸壁=シテ胃小彎延長線上=潰瘍アリ。潰瘍底=一ツノ大ナル血管露出セリ。術後數回輸血ヲ施セシモ術後3日出血ノタメ死亡セリ。

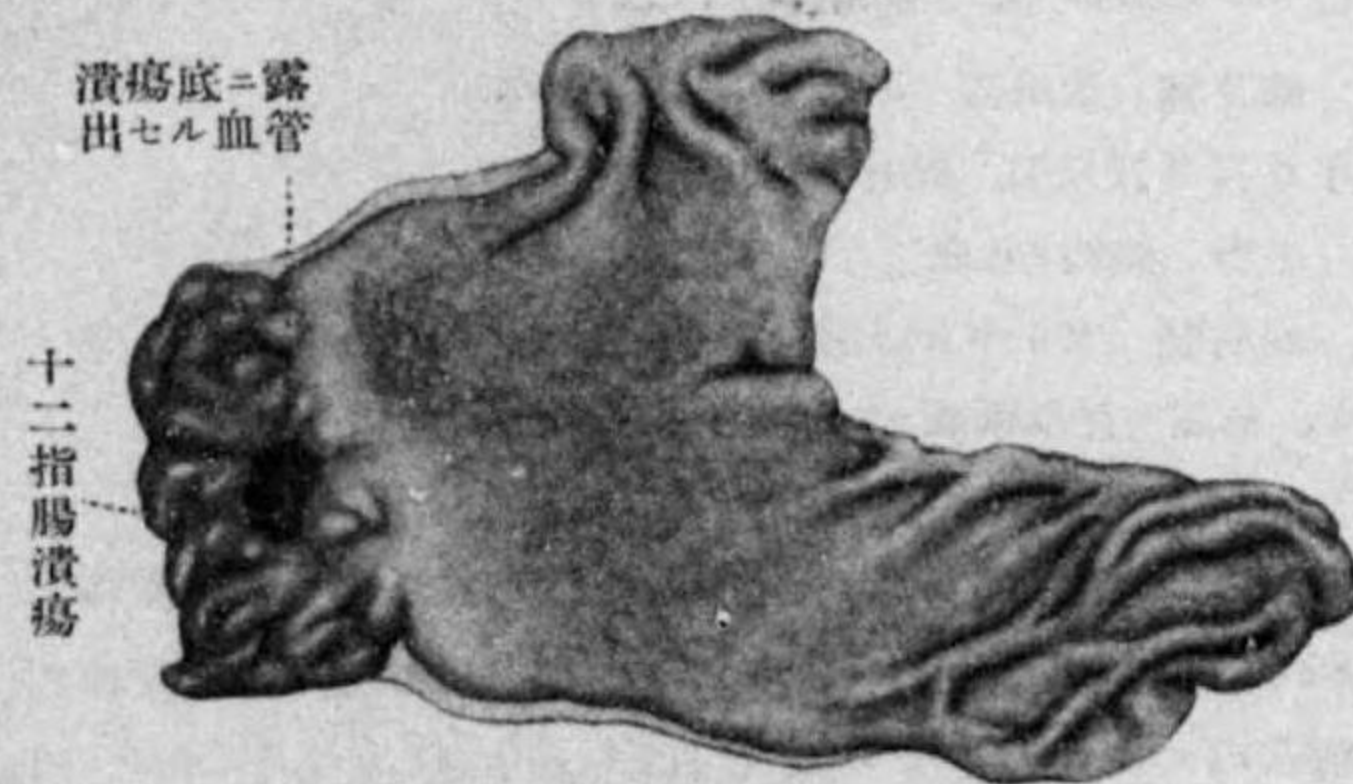


插圖 55. 十二指腸潰瘍出血例=對シ胃切除術ヲ施シタルモノ



第7例 大西某 男子 51歳 農業 昭和9年7月16日入院, 7月21日死亡。

當科=入院後各種検査ノ結果胃小彎穿通性潰瘍ト診斷セラレ, 手術當日準備トシテ胃洗ヲ行ヒシニ, 大出血ヲ來タセリ。術直前ニハ血色素量ヲ測定セザリシモ, 入院翌日ノ測定於テハザリー氏法ニテ既ニ35ナリシヲ以テ手術ノ直前ニ於テハ高度ノ貧血ヲ來タセシモノト推定セラレ。直チニ局所麻痺ノ下ニ胃切除術(Balfour)ヲ行ヒシニ, 腸管殊ニ空腸ハ血液ヲ以テ充滿セラレ, 且ツ潰瘍ノ穿通處著シク, 胃切除術困難ナリシタメ遂ニ手術臺上ニテ死亡セリ。胃切除標本ニ於テ肝脈性ノ大ナル潰瘍小彎ニ在リ, 潰瘍底ニ大ナル血管2個開口露出セリ。(插圖56)

第8例 伊藤某 男子 50歳。昭和9年12月13日入院, 昭和10年1月16日退院。

廻盲部癌腫ノタメ廻盲部切除術ヲ受ケ, 入院中即チ1月22日突然大下血ヲ來タシテ一時意識ヲ失ヘリ。翌日又多量ノ吐血アリ。爾來輸血ヲ繰返スモ止血セズ。26日血色素量18(ザリー氏法)マデ低下セシヲ以テ, 當日局所麻痺ノ下ニ胃切除術ヲ施セリ。潰瘍ハ胃小彎ニ在リ潰瘍底ニ3個ノ大血管開口露出セリ。幸ヒニ治癒退院セリ。(插圖57)

胃切除術ヲ施セル前記3例中治癒セルハ僅カ1例ニ過ギズ。潰瘍ハ何レモ肝脈性ニシテ穿通處著シク手術困難ナリキ。又3例トモ潰瘍底ニ大ナル血管開口露出セリ。

前記出血性潰瘍ニ手術ヲ加ヘタル8例中治癒セルモノハ4例(50%)ナリ。

次ニ高度ナル頻回ノ出血ノタメ當科ニ轉入セシモ貧血遂ニ手術ニ堪エザル状態トナリ死亡セシ症例ヲ掲グ可シ。

第9例 藤田某 50歳 男子 商業。大正9年6月9日入院, 同月10日死亡。

主訴 頻回ノ吐血。

現病歴 大正9年5月7日胃痛及ビ嘔吐ヲ訴フ。疼痛ハ食事攝取ニハ無關係ニシテ次第ニ增強セリ。背部, 肩胛部等ニハ放散セズ。胃痛ノ劇シキ場合ニハ, 心窩部ヨリ胸部ニ突キ擧グルガ如キ感アリテ胃部膨滿甚ダシ。吐出物ハ薄キ珈琲殘渣樣物質ニシテ約50乃至100匁ナリ。多キ時ハ1日3回ニ互リ胆汁樣ノ液體ヲ吐血セリト云フ。鮮血ヲ吐出セシコトナシ。發病當時ヨリ便秘ニ傾キ, 5月29日ニハ示指頭大ノ黑色ノ糞便ヲ排シ當日當大學內科ニ入院セリ。

6月3日3回ニ互リ吐血ヲ來タセリ。

第1回 午後6時半約150匁ノ鮮血ヲ吐出セリ。

第2回 午後7時半珈琲殘渣樣液ヲ約350匁吐出セリ。

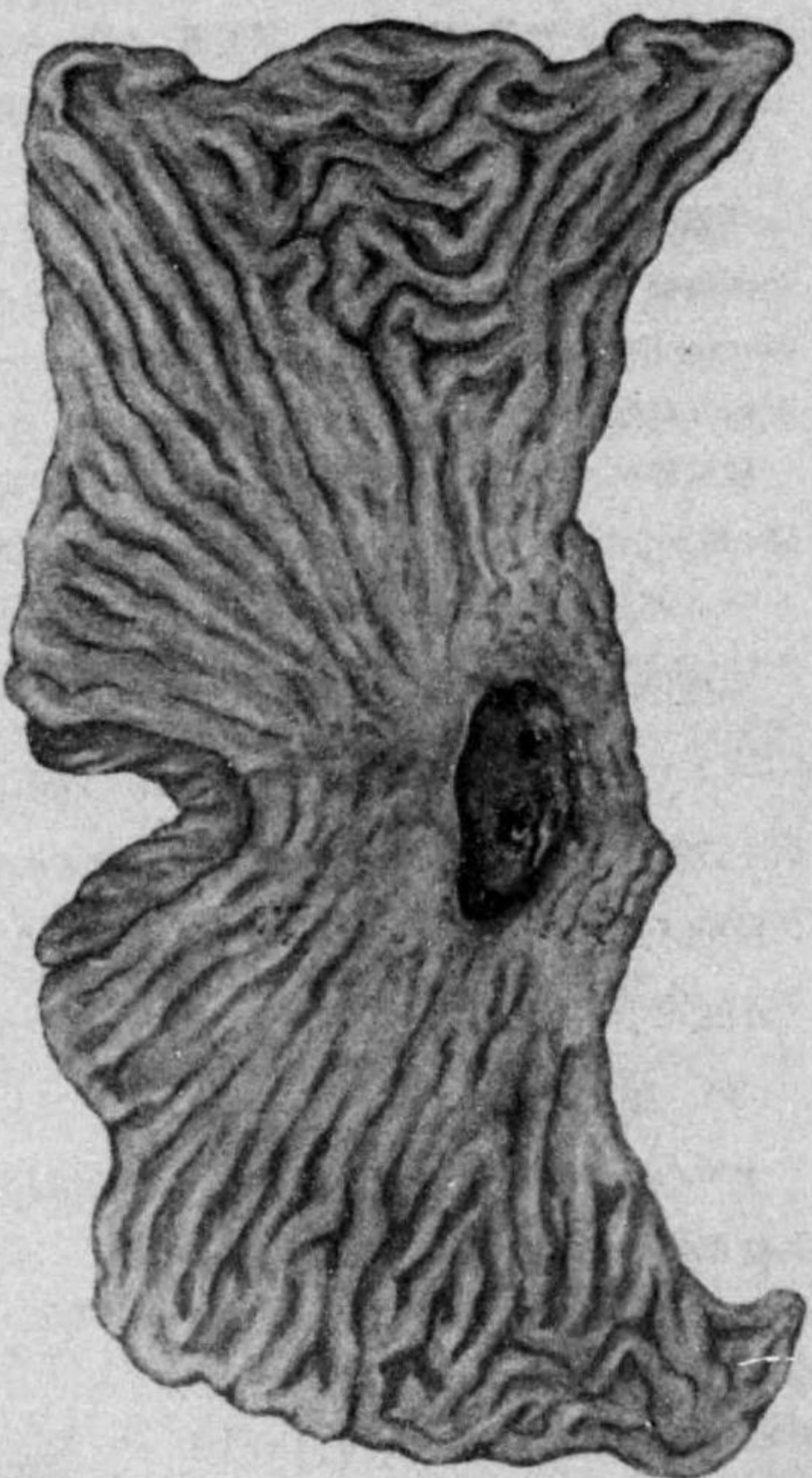


插圖 56. 胃潰瘍底ニ露出セル血管ヲ示ス(胃切除標本)

別表 VI.

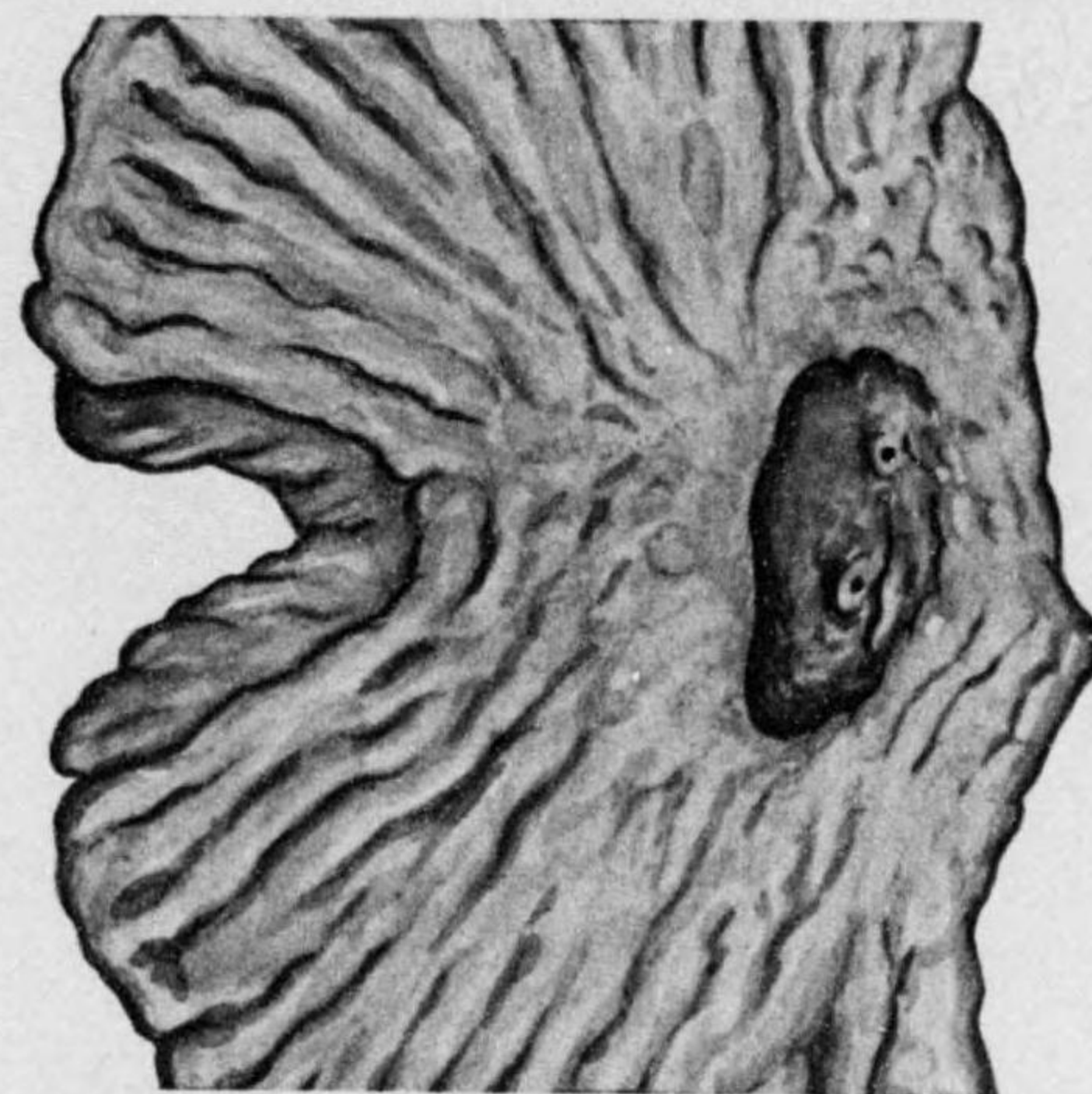


插圖 56'. 插圖 56ノ潰瘍基底ノ出血血管ヲ擴大セルモノ

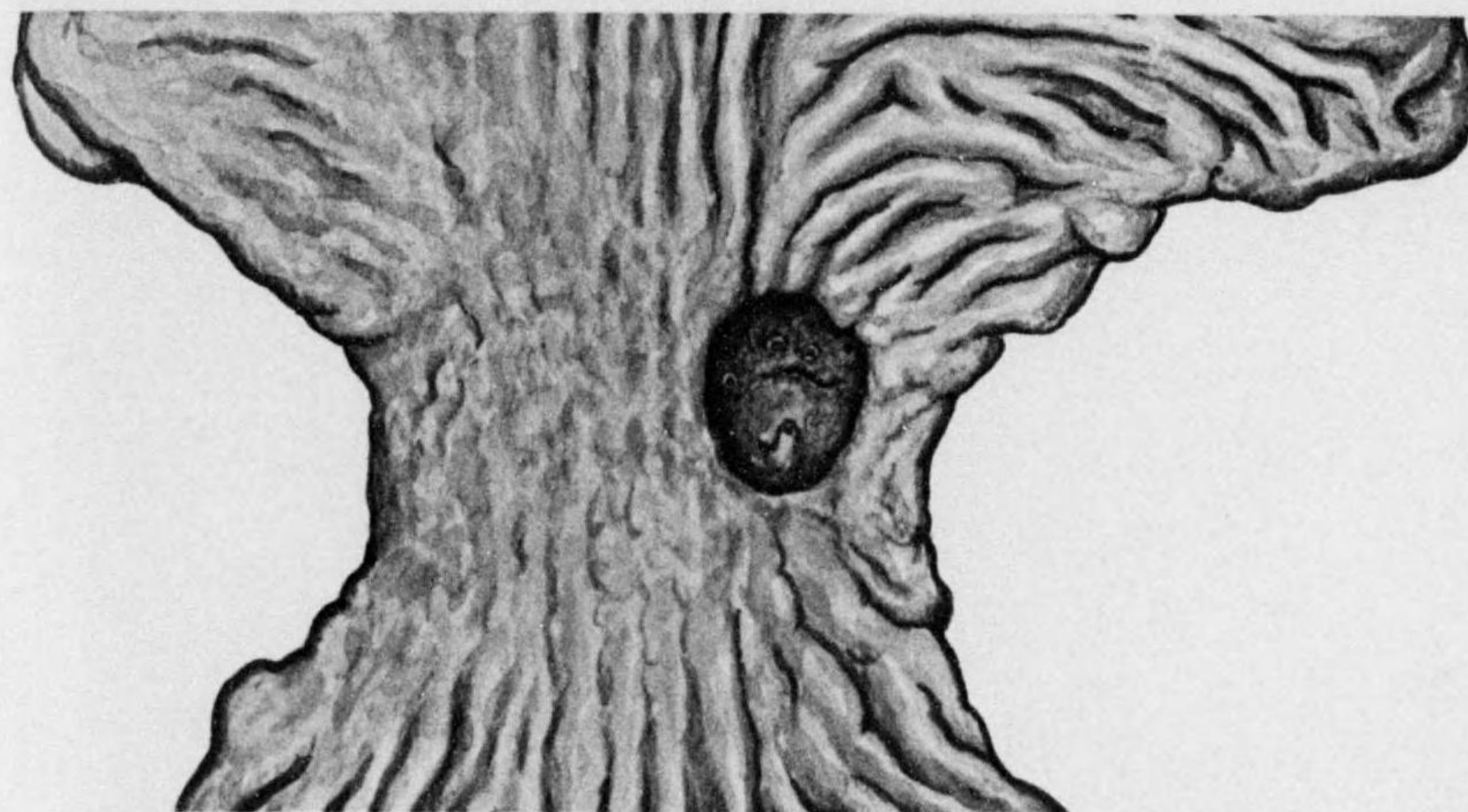


插圖 57'. 插圖 57ノ潰瘍基底ノ出血血管ヲ擴大セルモノ



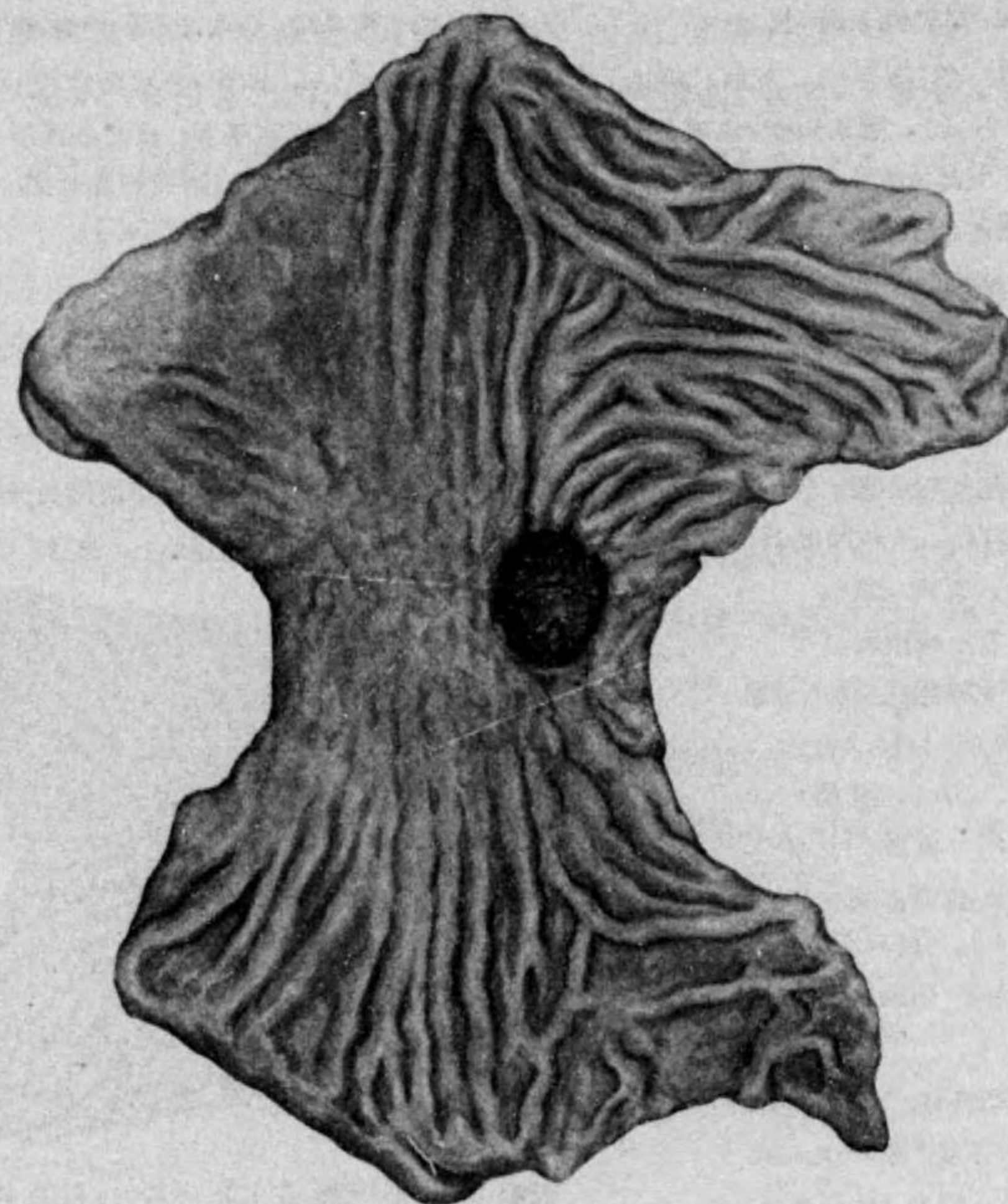


插圖 57. 胃潰瘍底ニ露出セル血管(胃切除標本, 幽門ヲ殘存セリ)

第3回午後11時亦前回同様ノ液ヲ吐出セリ。  
 6月4日午後1時又吐血アリ。  
 6月6日約100銚ノ珈琲殘渣滓ノ吐血アリ。  
 6月7日6乃至7回ニ互リ少量ノ吐血アリ。  
 6月8日頻回ノ出血ノタメ患者甚シク衰弱セリ。意識稍々潤濁シ患者ノ状態不良トナル。  
 6月9日意識益々潤濁シ、脈搏小ニシテ不規則、時々結滯スルコトアリ。當日吾ガ「クリニツク」ニ入院セリ。  
 現症 顔貌著シク苦惱ノ狀ヲ呈シ、衰弱甚ダシ。脈搏1分時102至、緊張微弱ニシテ不規則ナリ。全身諸臟器ニ著變ナシ。  
 腹部所見 心窩部殊ニ右側ニ壓痛著シ。腫瘍ハ之ヲ觸知セズ。コノ部ノ腹壁緊張セリ。  
 本患者ハ頻回ノ出血ノタメ入院シ全身状態甚ダ不良ニシテ強心劑ノ投與、生理的食鹽水ノ皮下注射等ヲ行ヒテ戰ヒシモ同月10日遂ニ死亡セリ。當時輸血ハ尙ホ方今ノ如ク屢々施行セラレザリシモノトス。  
 次ニ手術後、多發性胃潰瘍ヨリ失血死ヲ來セシ經驗例ヲ掲グ可シ。  
 第10例 井上某 男子 24歳 鐵工職ノ息 大正11年7月12日入院、7月24日死亡。  
 主訴 上腹部膨滿感及ビ緊張感。



現症 18歳ノ慢性下痢=懐シトアリ。コレ引續キ突然午前3時、心窩部=著シキ疼痛ヲ訴ヘタリ。疼痛ハ2回ノ注射=依リ消失セリ。黄疸、嘔吐、發熱等ハ之ヲ認メザリキ。前記ノ疼痛發作ノ出現前大便ノ黒ク著色セシコトアリ云フ。爾來同様ノ疼痛發作ヲ屢々經過セリ。2、3年以來患者ハ食後心窩部=緊張感及ビ膨滿感ヲ訴フ。又時々嘔吐ヲ催セリ。約2ヶ月以前=著シキ胃痛發作アリ、右側肩胛部背部=放散セリ。而シテ疼痛ハ繼續時=増強スルニ至レリ。數名ノ醫師ヲ訪レ治フヒシモ效果ナカリキ。

現症 全身諸臟器=著變ナシ。尿=病的變化ナシ。糞便潛血反應陽性ナリ。

腹部所見 腹部全面、殊=右側心窩部=抵抗アリ、コノ部=輕度ノ壓痛ヲ訴フ。腫瘍ハ之ヲ觸知セズ、其他ノ腹部諸臟器=著變ナシ。

胃液検査所見(單一の検査法) 遊離鹽酸50、總酸度72、潛血竝=乳酸反應共=陰性ナリ。

X線検査所見 胃小彎=大ナル穿通腔洞アリ。コノ部=壓痛アル腫瘍ヲ觸知ス。3時間後殆ド全量ノ「バリウム」胃内=殘存シ、6時間後尙ホ多量ノ「バリウム」胃内=認め。

術前診斷 胃小彎潰瘍。

手術所見 上腹部正中線=テ開腹セリ。胃小彎ハ肝ト著シク癒着シ、コノ部位=相當シテ小ナル腫瘍アリ。幽門部=モ著明ナル癒着アリ。十二指腸=梗結アリ。癒着高度=シテ胃切除術不可能ナリシヲ以テ Wölfler 氏前胃腸吻合及ビ Braun 氏小腸吻合術ヲ行ヘリ。

經過 術後2日目(7月20日)

大量ノ吐血竝=下血ヲ來タセリ。依テ300瓦ノ輸血、10%ノ食鹽水6鉆ノ靜脈内注射ヲ行ヘリ。同月24日脈搏著シク増加シ緊張亦甚シク微弱トナリ、高度ノ急性貧血=陥レリ。呼吸困難之=加ハリ、瞳孔散大シ意識瀾瀾シ、遂=死亡セリ。

剖檢ノ結果 胃及ビ十二指腸=合計3個ノ潰瘍アリ。1ハ胃小彎=シテ幽門ヨリ5釐ノ部=在リテ、大サ2錢銅貨大、深サ4釐=シテ、底面ノ中央=大ナル動脈露出セリ。尙胃小彎及ビ十二指腸=シテ各幽門=近接シ2個ノ潰瘍ヲ存セリ。(插圖58)

抑々潰瘍患者出血ノ模様=三通血アリ。胃炎、「エロジオン」乃至ハ淺在性潰瘍等=シテ粘膜ノ小ナル血管ヨリセル場合又ハ所謂實質性出血=際シテハ、出血量甚シク多量=達スルコトナク、一定ノ内科的醫治=依リテ之ヲ止血セシメ得ル可能性アリ。余等ノ第1乃至第2例ノ如キハ恐ラク胃炎=基ケル出血ナリト推定セラル。カカル種類ノ出血ハ内科的=止血不可能ノ場合=於テモ姑息的手術療法(例之胃腸吻合術、空腸瘻形成)=依テ之ヲ止血セシメ得シ。

胼胝性穿通性潰瘍ヨリノ出血ハ、或ハ潰瘍邊緣ノ小ナル粘膜血管ヨリ起ルコトアリ。或ハ潰瘍底ノ大ナル血管ヨリ起ルコトアリ。前者ノ場合=在リテハ、内科的保守的處置=依リ、又ハ姑息的手術=ヨリ多クハ止血ノ可能性アルモノナリ。後者ノ場合=ハ、多クノ場合外科的手術

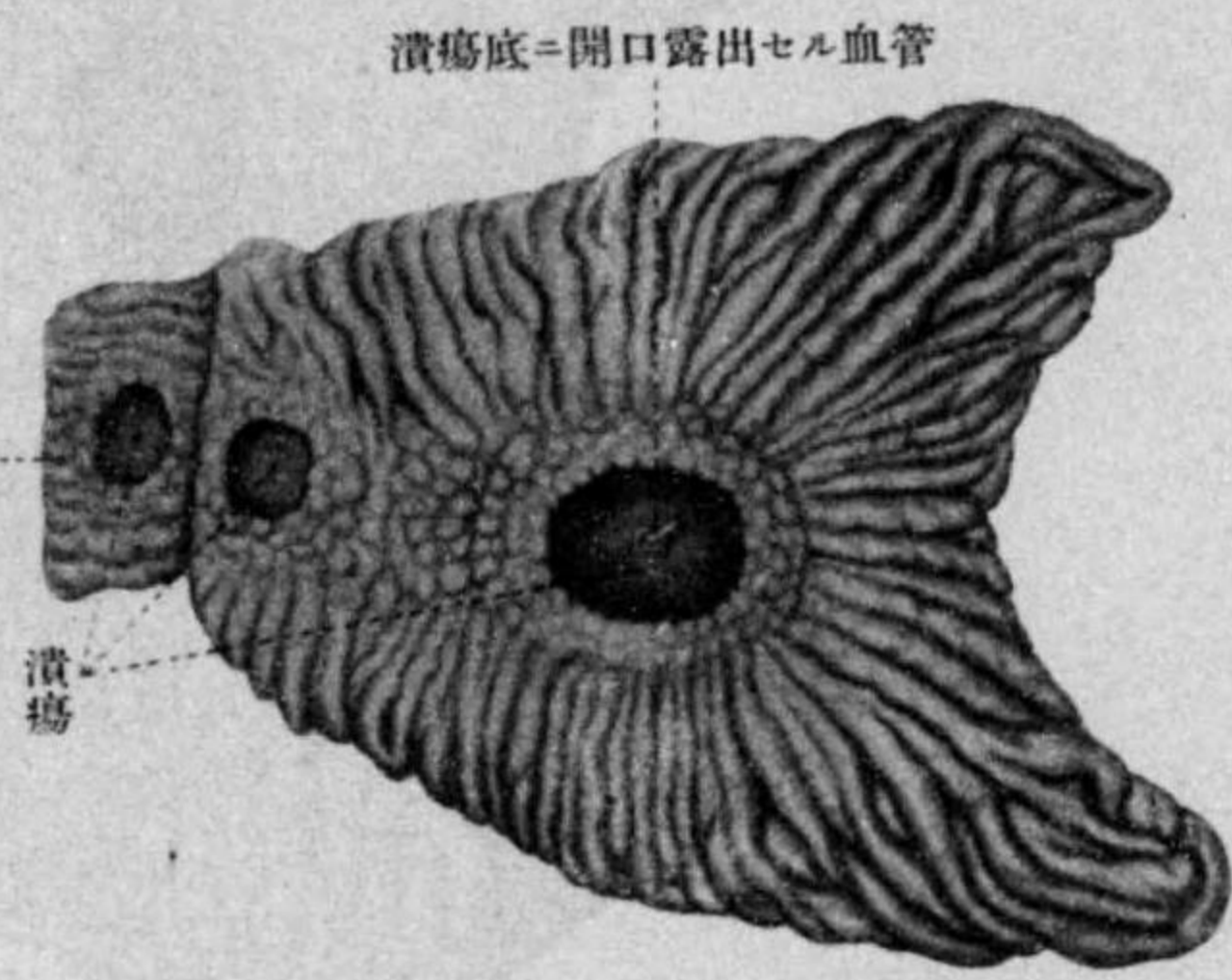


插圖 58. 第10例(井上某)=於ケル胃標本

(胃切除術)=依ラザレバ、止血ノ可能性ナキモノナリ。余等ノ症例中、第6、第7、第8例竝=第10例ノ如キ、皆後者ノ場合=屬シ、何レモ胼胝性潰瘍ノ基底=1個又ハ2個以上ノ血管露出シ、殊=第10例ノ如キ大ナル動脈ノ開口露出ヲ見タルモノナリ。コノ種ノ出血ノ場合=ハ其量極メテ多量=シテ急=高度ノ貧血=陥リ、從テ死亡ノ轉歸ヲ取ルコト甚ダ迅速ナリ。例之、第10例ノ場合ノ如キ、術後第2日、突然大吐血竝=下血ヲ來シ、輸血其他ノ醫治ヲ施シタルモ效ナク遂=死亡セルモノナリ。本例ハ手術所見=依リ胃小彎竝=十二指腸=多發性潰瘍ヲ發見セリ。從來著者ノ力説セルガ如ク、多發性潰瘍ノ發見率ハ、胃腸吻合術ノ場合=ハ僅カ=4.6%ノ低率=過ギザルニ、胃切除術ノ場合=於テハ、26%ノ高率=達スルモノナリ。本例ノ如キモ、吾人今日ノ技術ヲ以テセバ、胃切除可能ナリシモノト考ヘラル。多發性潰瘍ノ場合ノ如キ、殊=胃切除術ノ肝要ナルハ余等ノ既=之ヲ高調セル所ナリ。

第9例ノ如キハ、既往=胃潰瘍ノ症狀アリシモノニシテ、頻回ノ出血=依リ衰弱高度トナリ、遂=内科ヨリ我「クリニツク」=轉入シタルモノニシテ、衰弱高度ナリシクメ外科的手術ヲ加フルコト能ハザリシ症例ニシテ、剖檢ヲ缺クヲ以テ、潰瘍部=於ケル出血血管ノ模様=就テハ詳細=之ヲ知ルコト能ハザルヲ遺憾トスルモ、出血ノ模様竝=經過ヨリ、大ナル血管ノ侵蝕=ヨル出血ト推定セラル。

如斯出血ノ模様ヲ吟味シ、ソレガ表在性潰瘍ノ粘膜血管ヨリセルモノナリヤ、胼胝性穿通性潰瘍ノ大血管侵蝕=ヨルモノナリヤヲ識別スルコトハ、外科的手術ノ適應症判定上甚ダ肝要ナル事項ナリトス。

今致死の大出血ノ場合ノ外科的手術ノ適應症ニ關スル吾人ノ見解ヲ開陳センニ次ノ如シ。

(1) 既往=潰瘍症狀ナク、突然出血ヲ來シタル場合=ハ、表在性潰瘍、胃炎「エロジオン」等=シテ、表在性ノ粘膜血管ヨリノ出血ノ場合多ク、從テ保守的處置(特=輸血)=依テ止血ノ可能性アル場合存スルヲ以テ、寧ロ保守的=經過ヲ觀察スルヲ可トス。特=婦人、小兒ノ場合=於テ然リトス。出血ノ死亡率ハ男子ヨリモ女子=於テ低率ナルコトハ既=之ヲ述ベタリ。

尤モ慢性胼胝性潰瘍=テモ、潜在性=經過シ、大出血ヲ初發症狀トシテ來ル場合存シ得可キヲ以テ、出血ノ模様、經過=依リ、大血管侵蝕=基ク出血=シテ、保守的=ハ止血不可能ノモノト推定セラレタル場合=ハ時期ヲ失スルコトナク直チ=手術ヲ加フ可シ、前述余等ノ經驗例=依リテ明ナルガ如ク、大血管ヨリノ出血ノ場合ハ單=出血量大ナルノミナラズ、死=至ル經過迅速ナルモノトス。W. E. Chiesmann 氏モ既=報告セル如ク、潰瘍ノ出血=對シ内科的療法ノ死亡率ハ25%ナルモ、出血ガ24時間ヲ經ルモ尙ホ止血セザル場合=ハ74%ノ高



率ヲ示スコトヲ述べ、コノ際常ニ手術ノ必要アルコトヲ主張セリ。カカル症例 45 例ノ剖檢所見ニ就テ氏ノ報ズル所ニ依レバ、潰瘍底ニ血管ノ破裂セルモノヲ常ニ目撃シ、潰瘍ノ性状トシテハ急性ナルモノ僅ニ 7 例ニ過ギズシテ、30 例ハ胼胝性潰瘍ナリト云フ。Zweig 氏モ既ニ述ベタルガ如ク、出血ニ對シテハ先ヅ内科的處置ヲ施シ、第 2 乃至第 3 日ニ至リ脈搏 120 乃至 140 以上ニ達シ出血ノ持續ヲ示ス場合ニハ手術ス可シト云ヘリ。吾人ノ第 9 例ノ如キ出血ノ模様ヨリ大血管ヨリセルモノト推定セラレ、頻回ノ大出血存スルニ不拘、内科的醫治餘リニ長キニ失シ、外科ニ入院セル時ハ衰弱既ニ高度ニシテ手術ニ堪エザル状態ニ在リシガ如キハ、遺憾ナリト云フ可シ。

Linkberg 氏モ既述ノ如ク、血色素量 20 乃至 25 ニ低下スル迄ハ手術ヲ見合ス可シト稱セリ。思フニ血色素量ガコレヨリ更ニ低下シテ止血ノ見込ナキ場合ノ如キハ内科的療法ハ寧ロ危険多カル可シト信ズ。

(2) 潰瘍ノ性状ガ慢性胼胝性、若クハ穿通性潰瘍ナルコト、竝ニ潰瘍ノ位置ニ關スル正確ナル診斷ノ豫メ明ナル場合ニシテ、偶々大出血ヲ來タセシ場合ノ如キ、大血管ヨリノ出血ナルコト多キノミナラズ、假令出血ナキ場合ニ於テモカカル種類ノ潰瘍ニ對シテハ既ニ外科的手術ヲ必要トスルモノナルヲ以テ、出血ニ依リ患者ノ衰弱高度ニ至ラザル前ニ速ニ外科的根治手術ヲ施ス可キモノナリ。カカル場合ニハ、吾人ノ經驗例ニ依リテモ明ナルガ如ク、潰瘍ノ穿通處著高度ナルタメ手術モ稍々困難ナル場合多キテ以テ、術前既ニ患者ノ著シク衰弱セル場合ニハ、根治手術施行不可能ナルカ、或ハ甚ダ至難ナルモノナリ。從テ死亡率モ上昇スルヲ以テ Finsterer 氏モ既ニ強調セルガ如ク、カカル場合ハ早期 (24 乃至 48 時間以内) 手術ヲ推奨スルモノナリ。

(3) 老人又ハ大酒家ノ如キ、一般ニ動脈硬變ヲ有スル患者ニ於テ、大出血ヲ示ス時ハ、比較的大ナル血管ノ侵蝕ニ依ルコト多ク、又當該血管ハ收縮性ニ乏シク、止血スルコト難キモノトス。依テ早期手術ヲ行フヲ可トス。殊ニ老人ノ場合ニハ、時期ヲ失スル時ハ、其ノ死亡率著シク増加スルモノナリ。

(4) 稀ニ出血ト同時ニ、又ハ出血後潰瘍ガ穿孔ヲ招致スルコトアリ。又幽門狭窄ヲ伴フ潰瘍ガ出血ヲ來タス場合アリ。カカル場合ニハ速ニ外科的手術ヲ行フ可キモノトス。

### 其ノ 3. 手術々式

外科的手術々式トシテハ略々次ノ如キ場合ヲ擧グル事ヲ得可シ。

(1) 出血血管ノ結紮 本手術ハ或ハ全身ノ所見或ハ潰瘍局所ノ所見(例之、高度ノ穿通處著)ニ徴シ、出血性潰瘍ニ對シ根治手術不可能ナル場合ニ之ヲ行フモノニシテ開腹時、潰瘍ノ發見容易ナル場合ニ限ルモノトス。其ノ發見困難ナル場合ニハ消化管壁ニ切開ヲ施シ、或

ハ「ルーペー」ヲ以テ(Diculafoy)或ハ手指ヲ插入シテ潰瘍ヲ探索ス可キコトヲ稱フル學者アルモ、カカル操作ハ大出血患者ニハ實際上甚ダ困難トスル所ナリ。又假令潰瘍ヲ發見シタル場合ト雖、炎衝性浸潤著明ナル潰瘍面ニ於テ血管ヲ結紮スルコトハ技術上至難トス可シ。又血管ノ燒灼後出血若クハ穿孔ヲ來シタルガ如キ場合モ之ヲ存ス。

血管結紮ノ技術トシテハ、胃又ハ十二指腸ニ切開ヲ加ヘ、潰瘍面ニテ出血セル血管ヲ結紮シ、又ハ纏繞乃至燒灼ニ依リテ之ヲ止血セシムルモノナリ。(插圖 59) 時トシテ消化管壁ニ切開ヲ加ヘズシテ胃、十二指腸外ニ於テ血管ヲ結紮スル場合モアリ。(插圖 60) P. Faucher 氏ハ胃ニテ大出血ヲ來タセルモノニ、胃外ニテ出血血管ヲ結紮シタルニ、患者ハ良ク手術ニ堪エ、2 ヶ月後再開腹手術ヲ行ヒシニ、潰瘍ハ完全ニ消失シ、ソノ代リニ小ナル腫瘍アリテソノ中心ニ腸腺ノ一部殘存セシト云フ。

小彎潰瘍ニシテ小網膜ニ穿通セル場合ニハ、潰瘍ニ通ズル動脈ノ纏繞ヲ行フ時ハ、胃網動脈トノ副枝旺盛ナラザル場合ニハ依之止血

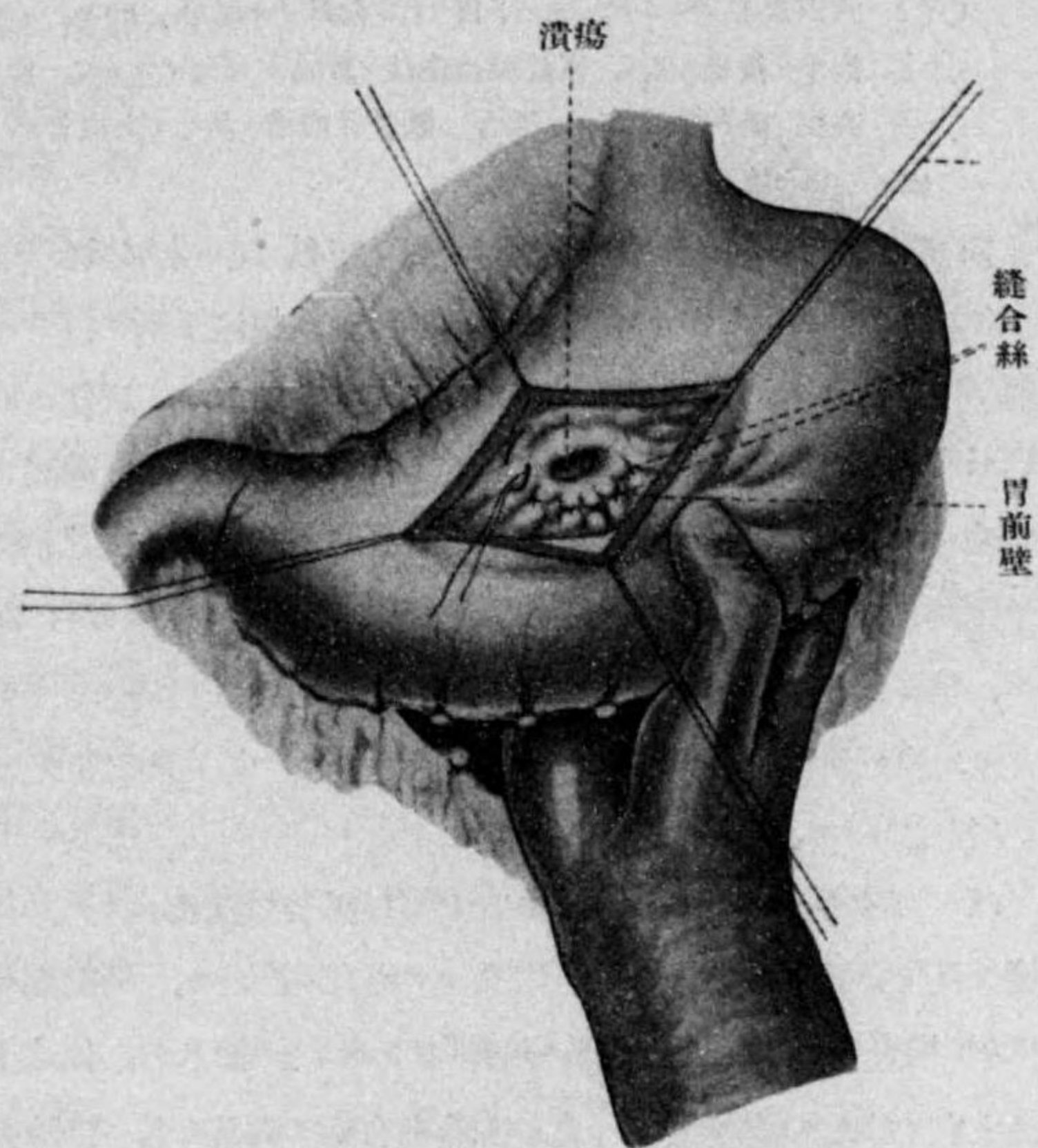


插圖 59. 胃ヲ切開シテ後壁出血性潰瘍ノ血結ヲ纏繞セル狀ヲ示ス

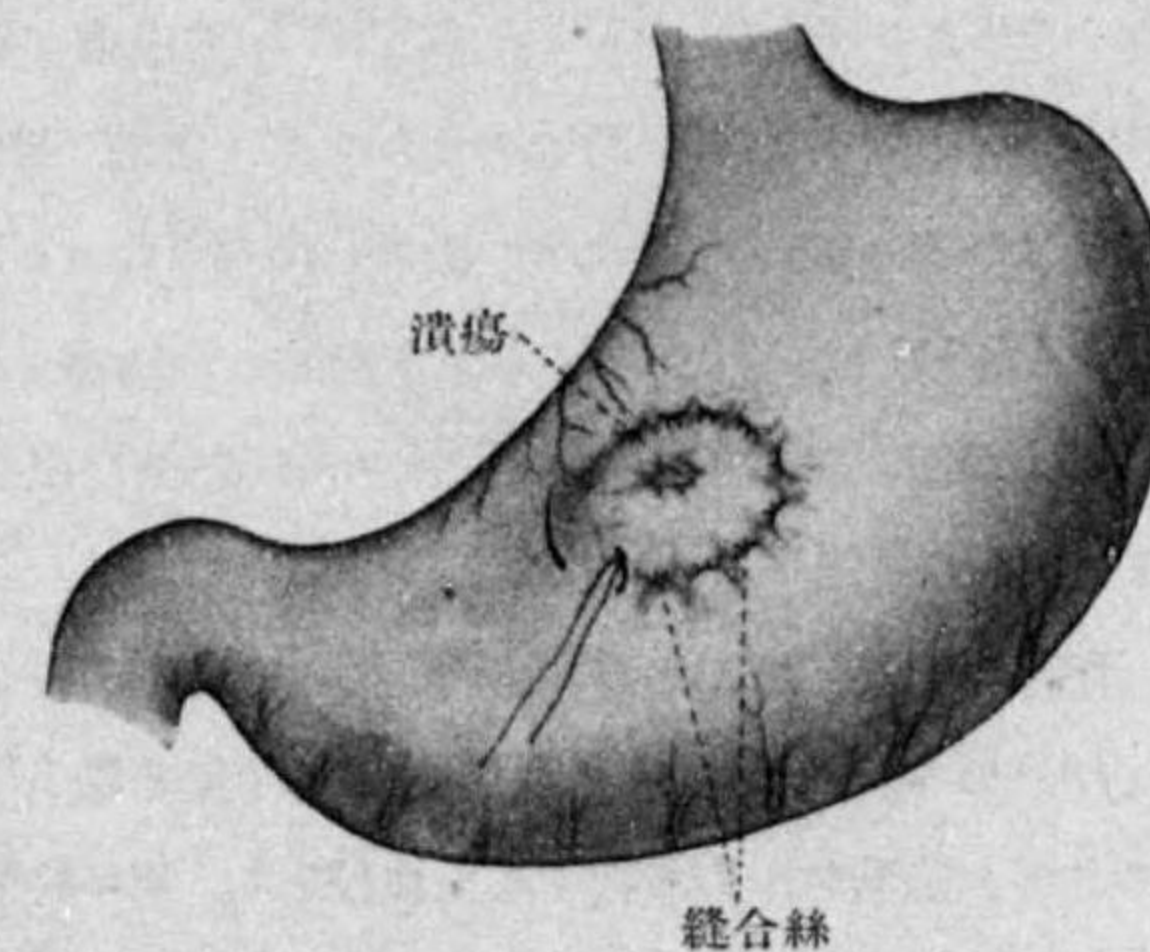


插圖 60. 胃前壁出血性潰瘍部ヲ纏繞セル狀ヲ示ス



スル場合アルモノトス。

(2) 空腸瘻 本術式ノ適應症トナル場合ハ次ノ如シ。

- (イ) 大出血患者ニシテ、他ノ手術ヲ行フ餘地ナキ場合。
- (ロ) 術中ノ検査ニ依リ、直接根治療法ノ實施不可能ナルカ又ハ至難ナル場合。
- (ハ) 高度ノ幽門狹窄存スル場合 臍腫性潰瘍ニ於ケル大血管ヨリ出血ノ場合ニ於テハ空腸瘻ヲ形成スルコトハ禁忌ナリス。

前記ノ如キ場合空腸瘻ヲ作成シテ胃ノ運動、竝ニ分泌機能ヲ安靜ニ保持セシメ瘻孔ヨリ直チニ食餌ヲ與ヘテ、止血ニ努メ體力ノ恢復セシメ後根治手術ヲ行フニ在リ。技術單簡ニシテ局所麻痺ノ下ニ容易ニ之ヲ行ヒ得ルモノトス。Mayo Robson 氏法ニヨルヲ便トス。L. Tixier, C. Clairl 兩氏等ハ、重篤ナル再發性胃出血患者ニ於テ、頻回ノ輸血、内科的療法ヲ行フモ止血セザリシ患者ニ、急救處置トシテ空腸瘻ヲ作成シ、依之治癒セシメタル症例ヲ報ジ、吾人モ既ニ述ベタルガ如ク、第4及ビ第5例ニ空腸瘻ヲ作成セリ。而シテ第4例ハ依之一旦治癒シ、第2回手術ニ於テ、胃切除術ヲ行ヒテ遂ニ死亡セルモノナリ。第5例ハ空腸瘻ヲ作成セシモ止血ニ至ラズシテ失血死ヲ來タセリ。思フニ第5例ノ如キハ大血管ヨリ起レル出血ナル可シト推定セララル。

(3) 「タンボン」挿入壓迫法 十二指腸後壁潰瘍ニシテ、其ノ位置、十二指腸乳頭ニ近接シ且ツ穿通癒著強キ時ハ、出血ナキ場合ニ於テモ、切除困難ナルヲ以テ Finsterer 氏ハカカル場合ニハ、十二指腸部ニ縮紗「タンボン」ヲ挿入シ、依之十二指腸前壁ヲ後壁ニ壓迫シテ止血ヲ計ルヲ可ナリトシ、之ニ胃腸吻合術ヲ併施セリ。臍障礙ヲ避クルタメ24時間後ニハ「タンボン」ヲ弛メ以テ臍ニ對スル強壓ヲ除ケリ。

(4) 胃腸吻合術 出血例ニ對シ、胃腸吻合術ノ效ヲ奏スルハ、表在性潰瘍、「エロジオン」胃炎等ヨリノ出血ノ場合即チ粘膜小血管ヨリ起ル出血ノ場合ナリ。即チ胃腸吻合術ニ依リ胃内容ノ排出促進セララル結果、胃内ニ蓄積シタル血液ノ速カニ排出セラレ、胃ノ收縮ヲ高ムル結果、遂ニ止血スルニ至ルモノニシテ、幽門ニ狹窄ノ存スル場合特ニ然リス。余等モ既述ノ如ク胃炎ヨリノ出血ト思ハレタルモノニ本手術ヲ施シテ治癒セシメタル2例ノ經驗ヲ有ス。

但シ臍腫性潰瘍ノ底面ノ大血管侵蝕ニヨル致死の出血ノ場合ノ如キ、胃腸吻合術ハ著シキ效ナキモノトス。

(5) 潰瘍部切除 臍腫ニ穿通癒著著シキ潰瘍ヨリノ大出血ニ際シテハ、若シ胃切除術ヲ行フコト能ハザル場合、殊ニ幽門ニ通過障礙ノ無キ場合ノ如キ、潰瘍底ヲ胃ヨリ切離シ、以テ出血セル血管ヲ結紮スルヲ確實ナル止血法トス。胃ニ於ケル缺損部ハ之ヲ二層ニ縫合スベシ。(插圖61-62)

而シテコノ際潰瘍部ノミノ切除ニ止ム可キヤ、定型の胃切除術ヲ敢行ス可キヤハ、患者ノ一

般狀態竝ニ潰瘍ノ局所々見ニ徴シテ之ヲ決ス可キモノトス。永久治癒ノ點ヨリ論ズレバ後者ノ方優レタルモノナルコトハ論ヲ待タズ。

(6) 胃、十二指腸切除、曠置

的胃切除術 患者ノ全身竝ニ局所々見ニシテ、胃、十二指腸ノ切除可能ナル場合ニハ、根治療法トシテ潰瘍ト共ニ胃、十二指腸ノ切除ヲ行フニ如カズ。余等ノ教室ニ於テモ、術前血色素量18(ザーリ氏法)ニ低下セル大出血患者ニ胃切除術ヲ行ヒテ治癒セシメタル經驗アリ。從來大出血時ニ於ケル胃切除術ノ成績ハ其ノ死亡率甚シキ高率ヲ示ス所ニシテ、吾人ノ場合ニ於テモ胃切除術ヲ施セル3例中治癒セシモノハ僅カニ1例ニ過ギザル所ナリ。

然レドモ、既ニ述ベタルガ如ク Finsterer 氏ハ、外科的手術ニ對スル適應症ノ決定ニ當リ、潰瘍ノ性状竝ニ其ノ位置ノ術前ヨリ明ナルモノニ對シテハ出血當初ヨリ24時間乃至48時間内ニ早期手術ヲ行フ時ハ、徒ラ長ク内科的療法ヲ加ヘタル後、胃切除術ヲ施ス場合ノ死亡率ニ比シテ遙ニ低率ナルコトヲ強調セリ。

元來カカル際ニハ、大出血ノタメ既ニ患者ノ甚シク衰弱セル場合多ク、殊ニ血色素量20以下ニ低下セル場合ノ如キ、可及の速ニ手術ヲ終了スルコトハ其ノ豫後ノ上ヨリ論ズルモ甚ダ肝要ナルコトナリ。從テ幽門又ハ十二指腸ノ出血性穿通性潰瘍存シ

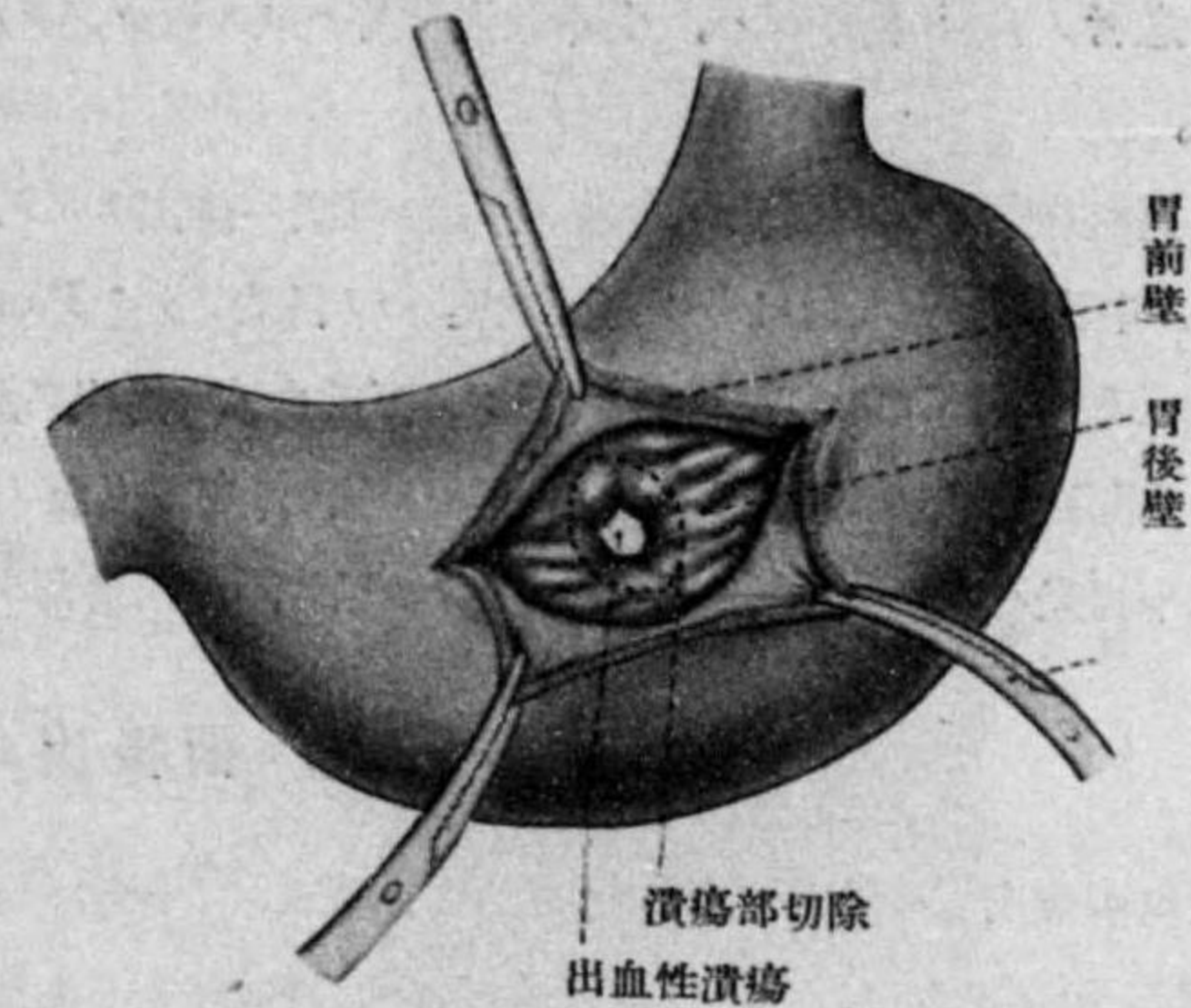


插圖 61. 胃後壁出血性潰瘍部切除

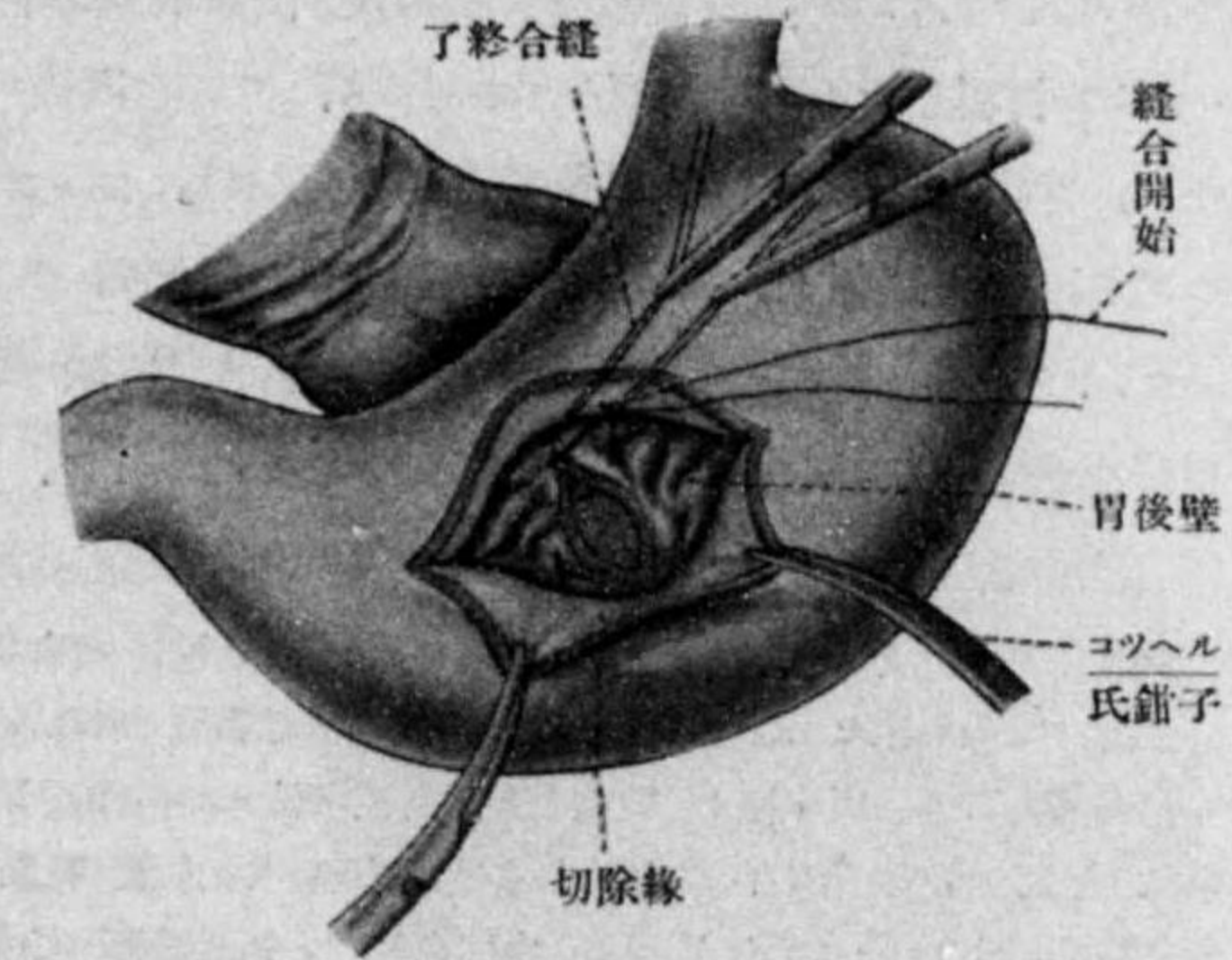


插圖 62. 前圖 同ジ



十二指腸ノ切除困難ナル場合ノ如キ、又ハ胃出血性潰瘍ノ場合ニ於テモ、蓋著其他ノ關係上、十二指腸ノ切除困難ナル時ハ寧ろ幽門前ニ於テ胃ヲ切離シテ、速カニ手術ヲ終了スルニ努ムベキナリ。カカル目的ニ對シ友田式胃縫合器ヲ使用スルコトハ甚ダ便多キモノナリ。尙衰弱甚シキ患者ノ手術ニ際シテハ、全身吸入麻醉ハ成ル可ク之ヲ避ケ、努メテ局所麻痺ニ依ルヲ可トス。

更ニ腸管内ニ多量蓄積セル血液ヲ速ニ体外ニ排出セシメ、以テ血液ノ腐敗ニ依リテ惹起セラレル中毒ヲ防止スルコト甚ダ肝要ナリ。コノ目的ノタメ Pauchet ハ盲腸ニ瘻孔ヲ作り Finsterer 氏ハ術後「ピツイトリン」ヲ投與シテ腐敗血液ノ排出ヲ促セリ。

尙開腹術後潰瘍ヲ發見セズ、胃所見ニ依リ胃炎ガ出血ノ原因ヲナセルコト判明セシ場合ニハ、元來胃炎ハ幽門竇ニ最モ多キモノナルヲ以テ、幽門竇部ヲ廣汎ニ切除スルヲ要ス。

### 第十四節 術後出血

尙術後出血ニ就テ一言セザル可ラス、吾人ノ手術例ニ於テ、遠隔成績ニ關スル吾人ノ調査ニ對シ返信ヲ寄セタルモノニ就テ論ズレバ、本症ニ對スル各種手術後出血ノ頻度次ノ如シ。

胃腸吻合術後ノモノ	131例中9例, 6.8%
胃切除術後ノモノ	83例中2例, 2.4%
曠置的胃切除術後ノモノ	23例中2例, 8.69%

即チ之ニ依ル時ハ、曠置的胃切除術後ノ出血最モ高率ナルガ如シト雖、コノ場合ニハ、統計ニ資セル材料小ナルコトニ注意セザル可ラス、胃切除術後ニハ最モ低率ニシテ僅カニ2.4%ニ過ぎズ、胃腸吻合術ノ出血ハ6.8%ノ高率ヲ示セリ。而シテ此等ノ出血ニ關シテハ、患者ノ訴ヘヲ主トタルシ關係上、果シテ殘存潰瘍自身ヨリ起リシモノナリヤ、又ハ他ノ部位ヨリ起リシモノナリヤヲ的確ニ判定スルコト至難ナリト雖、吾人ノ經驗ニ徵スル時ハ、胃切除ノ場合ヨリモ、胃腸吻合術後ノ場合ニ出血遙ニ高率ナルコトヲ知ル可シ。

吾人ハ最近胃切除術後出血ノ興味アル症例ヲ經驗セリ略述センニ次ノ如シ。

患者 貫某 男子 52歳 昭和9年2月12日入院、昭和9年3月5日治癒退院

主訴 突如襲來セル心窩部激痛「コーヒー」殘渣様物質ノ嘔吐及ビ左側中腹部 腫瘍形成。

前病歴 17歳ノ頃猛烈ナル腹痛ガ1週間位繼續セシコトアリ。10年前ヨリ吞酸嘔吐、惡心ヲ訴ヘ食後ニ嘔吐ヲ繰返セリ、昭和2年12月突如心窩部疼痛ト共ニ大量ノ吐血ヲナシ、直チニ當大學内科ニ入院シ更ニ我が外科ニ轉ジクレーンライン氏胃切除術ヲ受ケタリ。術後診斷ニ小彎部穿通性潰瘍ナリキ。

現病歴 昭和3年1月胃手術ヲ受ケシ以來元氣トナリ、何等ノ自覺症狀モ無ク愉快ニ家業ニ従事セシ所、滿7ケ年目ノ本年2月10日夜少量飲酒ヲナシテ就寢セシニ、翌朝5時頃ヨリ猛烈ナル心窩部疼痛ト共ニ「コーヒー」様液體ヲ5回嘔吐シ、同時ニ左中腹部ニ腫瘍ヲ發見シ、直チニ我が教室ヲ訪レ、胃切除術後胎症及ビ結腸部腫瘍形成ノ下ニ2月12日入院セリ。

現症 脈搏ハ75至ニシテ整調、緊張良好ナリ。體温ハ37.1度。血色素ハザリー氏法ニテ90ナリ。

上腹部正中線ニハ前回ノ手術痕アリ、腹壁ハ余リ膨隆セザルモ左側中腹部ヲ中心ニ著明ナル蠕動不穩ヲ認ム。之ヲ觸診スルニ、腹部ハ一般ニ柔カニテ只臍ノ左側ニ相當シ不規則ナル形態ヲ有スル手拳多ノ柔軟ナル腫瘍ヲ觸レ、稍々壓痛ヲ訴フ。自發痛ハ著明ナラズ。此ノ腫瘍ハ深呼吸ニヨリ容易ニ移動シ又之ヲ手ニテ壓スルモ移動ス。上腹部及ビ迴盲部ニハ他覺的ニ著變ヲ認メズ。「レ」線検査ハ嘔吐ヲ爲メ行フコトヲ得ズ。

入院後經過 入院後強心劑ヲ投與シ、輸血ヲ施シ經過ヲ觀察スルニ嘔吐ハ尙ホ止マズ故ニ發病後5日ニ開腹ス。

手術 胃部ハ前腹壁ニ纖維性ニ癒着セリ。之ヲ注意深ク剝離シ胃腸及ビ腸々吻合部ヲ調査セシモ術後潰瘍等ノ變化ヲ認メズ。ブラウン氏腸々吻合部ヨリ約15糎下部即チ十二指腸空腸壁部ヨリ約70糎附近ノ空腸ガ、長サ20糎ニ互リ限局性ニ膨滿シ、漿液膜ハ極度ニ鬱血シ、腸ハ暗赤色ヲ呈セルヲ認ム。之ヲ觸ルニ稍々「デルブ」ニテ腸壁ハ極メテ肥厚ス。而シテ丁度其ノ變色 肥厚部ノ中央ニ相當シ、砂時計様ノ極ク輕度ノ狹小部ヲ見ル、該部ハ殊ニ強度ノ暗赤色ヲ認メ、其ノ長サ約3.0糎ニ及ブ。之等20糎ニ互ル變色セル腸ニ相當スル腸間膜ニハ何等ノ異常モ認メズ。依テ該部ヲ約25糎切除シ側々吻合ヲ行フ。

術後經過 其ノ後ノ經過ハ極メテ良好ニシテ體温モ最高37.0度ヲ越ヘズ、術後20日ニ全治退院ス。

標本 切除セシ腸ノ長サハ25糎、腸壁ハ極メテ肥厚シ、漿液膜ハ暗赤色ヲ呈シ、高度ノ鬱血狀態ヲ呈ス。之ヲ切開スルニ粘膜モ亦一般ニ暗赤色ヲ呈シ、著明ナル變化トシテ認ムベキハ、手術中砂時計様ヲ呈セシ部ニ相當シ環狀ニ約5.0糎ノ幅ヲ有スル粘膜炎異常ナル肥厚ヲ見ルコトナリ。其ノ色ハ概シテ黃褐色ニシテ柔カク、疑膜ヲ思ハシムルモ之ヲ剝離スルコトヲ得ズ。(第63圖) 斯ル疑膜様物質ノ附着部ノ組織學的檢索ヲナスニ、粘膜ハ壞死ニ陥リ精膜下組織ニハ諸所ニ出血瘻ヲ認メ一般ニ増殖シ血管ノ周邊ニハ「フィブリン」ノ沈着アリ。肥厚性結痙性腸炎ノ像ヲ示セリ。(第64圖)

即チ本例ハ、7年前胃切除術ヲ受ケシニ、術後空腸ヨリ出血ヲ來シ、腸切除ニ依リ、肥厚性結痙性腸炎ニ陥レル空腸ヨリ出血ヲ來セシコトヲ組織學的ニ證明セル興味アル症例ナリ。(Saito, Zbl. Chir. 1936, Nr. 35)

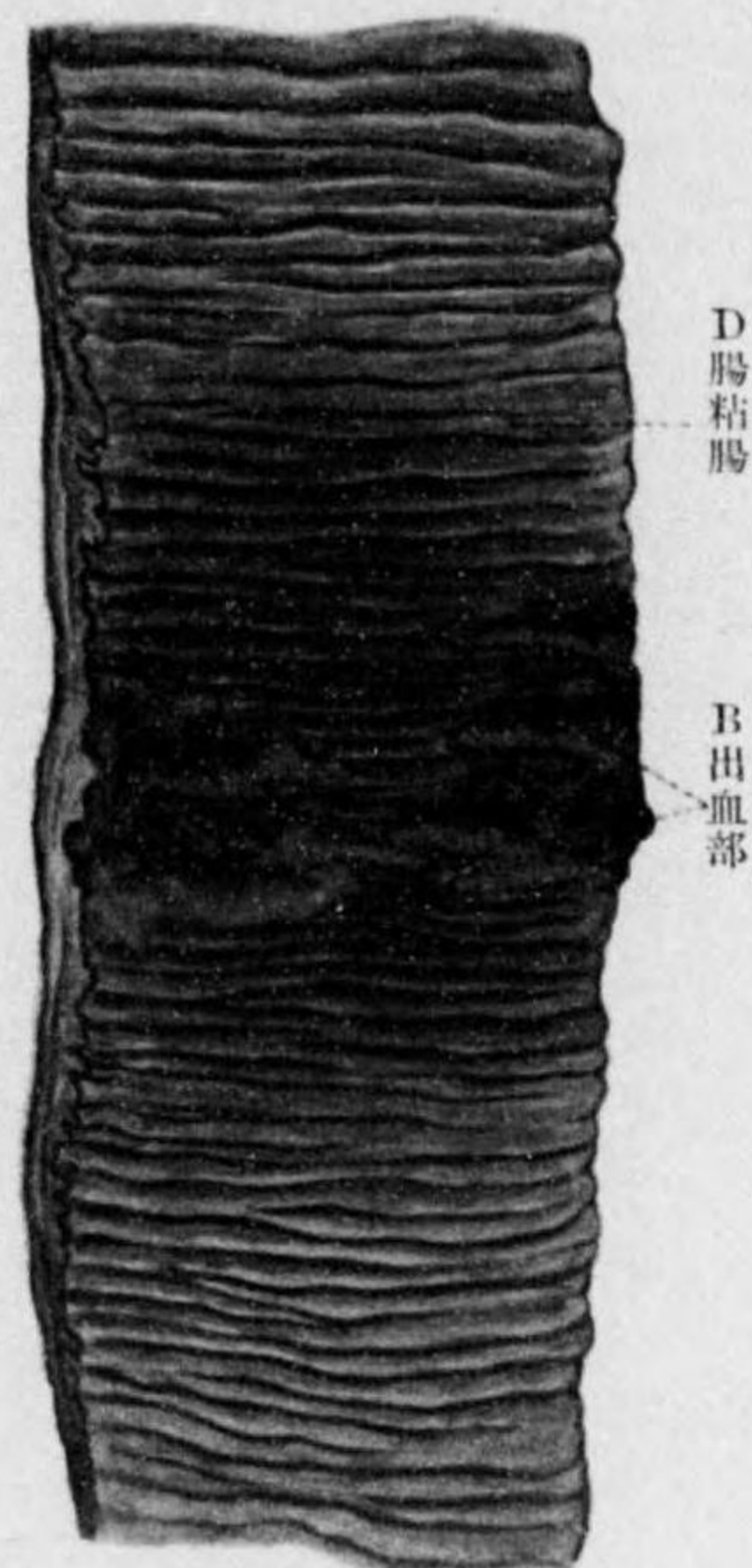


插圖 63. 腸切除標本



插圖 64. 鏡檢所見



## 文 獻

- 青山 胃潰瘍=就テ(宿題報告) 日本外科學會雜誌 第24回第327頁  
 赤岩 胃及十二指腸潰瘍ノ診斷及ビ治療 診斷治療 第21卷 第925頁  
 織田 胃大出血中幽門切除治癒セル胃潰瘍ノ一例 「グレンツゲビート」第7卷第125頁  
 大島 胃潰瘍ノ大出血ト外科的處置 東西醫學 昭和9年8月  
 勝屋, 山田 胃及十二指腸潰瘍ノ外科的處置=就テ 診斷治療 第21卷第660頁  
 木村, 桂島 胃潰瘍, 日本消化器病學會雜誌 第28卷第10號  
 後藤 胃潰瘍ノ外科的經驗 日本外科學會雜誌 第25回第881頁  
 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  
 後藤, 友田 外科領域ニ於ケル吐血, 診斷治療, 臨時增刊「起リ易キ診療上ノ過誤ト其ノ注意」昭和8年  
 後藤, 友田 外科領域ニ於ケル下血 診斷治療臨時增刊「起リ易キ診療上ノ過誤ト其ノ注意」昭和8年  
 齋藤 急性出血ニ對スル輸血量 實驗醫報第16年第1114頁  
 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, 山本 胃及十二指腸潰瘍ノ出血=關スル外科的經驗 「グレンツゲビート」 第9年第10號  
 中村 胃及十二指腸潰瘍ノ出血ニ對スル「ヤトレン」療法=就テ 實驗消化器病學 第9卷第826頁  
 濱谷 胃及ビ他ノ腹内臟器ノ手術後來ル胃潰瘍面出血 日本外科寶函 第4卷第184頁  
 柳川 腦貧血失神ノ時ハ胃腸出血ヲ注意セヨ 實驗醫報 第10年第853頁  
 Alberts, G., Ein Beitrag zur operativen Behandlung der akuten Magenblutungen, Dtsch. Z. Chir., Bd. 130, S. 398, 1914.  
 Armstrong, The Wisdom of surgical interference in hematemesis and melaena from gastric and duodenal ulcer, Brit. med. Journ., 1899, II. p. 1087.  
 Balfour, Management of lesions of the stomach and duodenum complicated by hemorrhage, Journ. Amer. Med. Assoc., Vol. 89, p. 1656, 1927.  
 Bastedo, The treatment of hemorrhage in peptic ulcer, New York state Journ. of med., Bd. 27, p. 290, 1927, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 38, S. 649, 1927.  
 Behrend, M., The incidence of hemorrhage in perforated gastric and duodenal ulcers, Journ. Amer. Med. Assoc., Vol. 95, p. 1889, 1930.  
 Bidwell, Surgical treatment of duodenal ulcer, Lancet, 1910 Feb. 19, p. 480, Ref. in Hildebr. Jahresber, 1910, S. 981.  
 Rock, Zur Behandlung des akut profus blutenden Magengeschwürs, Zbl. Chir., 1929, S. 2575.  
 Bolton, Gastrostaxis exist as independent disease?, Brit. med. Journ., 1910, Mai 21, Ref. in Zbl. Chir., 1910 Nr. 47, S. 1510.  
 Borszéký, Die chir. Behandlung des pept. Magen-u. Duodenal-geschwürs usw., Beiträge z. klin. Chir., Bd. 57, S. 56, 1908.  
 Brenner, Perforation eines runden Magengeschwürs in den linken Herzventrikel, Wien. med. Wschr., 18, Nr. 47, S. 1310.  
 Bulmer, E., The mortality from hematemesis, An Analysis of 526 cases, Lancet, Vol. 213, p. 168, 1927.

- Burk (Hofmeister), Die chir. Behandlung gutartiger Magenerkrankungen u ihrer Folgezustände, Beiträge z. klin. Chir., Bd. 76, S. 638, 1911.  
 Busse, Über postoperative Magen- und Darmblutungen, Arch. f. klin. Chir., Bd. 76, S. 122, 1905.  
 Chauvenet, A., Remarques sur le traitement chirurgical des gastrorragies graves d'origine ulcèreuse par la gastrectomie, Paris Méd., 1932 II p. 399, Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 61 S. 595, 1933.  
 Chiesmann, W. E., Mortality of severe haemorrhage from peptic ulcers, Lancet, Vol. 233, p. 722, 1932.  
 Ciminata, A., Über d. sog. parenchymatöse Magenblutung. Wien. kl. Wschr., 1932, S. 299.  
 Clairmont, P., Bericht über 258 von Prof. v. Eiselsberg ausgeführten Magenoperationen. Arch. f. klin. Chir., Bd. 76, S. 180, 1905.  
 Derselbe, Diskussion, Wien. klin. Wschr., 1818, Nr. 23, S. 651.  
 Coulon, Dilatation variqueuse d. veines d. duod. ayant donné lieu à une hémorragie, Bull. soc. anat. de Paris, 1879, S. 690.  
 Cunés, B., Traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-douénales, Paris Méd., 1931 I, p. 332. Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 54, S. 367, 1931.  
 Curschmann, Über tödliche Magenblutung bei chronischer Pfortaderstauung, Deutsch. med. Wschr., 1902, Nr. 16.  
 Dahlgren, L., Bluttransfusion von drei Spendern, im ganzen ein Liter, bei akuter Anaemie-Gesundung, Zb. f. Chir., 1931, Nr. 4, S. 205.  
 Deaver, E., Gastric haemorrhage. Surg., Gynec. & Obst., 1914, Ref. Zbl. Chir. 1914 Nr. 23, S. 1007.  
 Dietrich, Statistische und Aetiologische Bemerkungen zum Ulcus pept. doudenii, Münch. med. Wschr., 1912, Nr. 12, S. 638.  
 Dieulafoy, Exulceration simplex. L'intervention chirurgicale dans les hématemeses foudroyantes, consécutives à l'exulcération simple de l'estomac, Presse med., 1898, Nr. 6. Ref. in Zbl. f. Chir., 1899, Nr. 11, S. 334.  
 Doyen, Zit. nach Borszéký.  
 Eiselsberg, Unilaterale Pyloruschaltung. Wien. klin. Wschr., 1910, Nr. 2, S. 44.  
 Endèrlen, Indikation zu chirurgischen Eingriffen bei Magengeschwür, Münch. med. Wschr., 1911, Nr. 46, S. 2477.  
 Faucher, P., La ligature des branches de la coronaire stomachique et de la pylorique au cours d'une hématemese grave, Bull. Soc. nat. Chir. Paris, 57, p. 1215, 1931. Ref. in Zentralorg. f. d. ges. Chir. u. etc., Bd. 56, S. 810, 1932.  
 Faulhaber u. v. Rechnitz, Zur Klinik und Behandlung des pylorusfernen Ulcus ventriculi, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 28, S. 150, 1914.  
 Federmann, Wann soll ein Ulcus ventriculi reseziert werden? Allg. med. Zentralzeitg., 1911, Nr. 14, S. 182.  
 Fink, v., Erfahrungen über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs, Arch. f.