

胃結核ニ就テ竝ニ結核性胃潰瘍ノ一例追加

新潟醫科大學病理學教室(主任川村教授)

副手 關 守 男

目次

- 第一章 緒言
- 第二章 實驗例竝ニ其總括
- 第三章 胃結核ノ諸型及び其分類
- 第四章 胃結核ノ形態學
- 第五章 胃結核ノ發生學

- 第六章 胃結核ノ性、年齡竝ニ臨牀的關係
- 第七章 結論

文獻

附圖說明

(本稿ノ要旨ハ昭和二年一月二十一日第二十九回新潟醫科大學病理學集談會ニテ講演セリ)

第一章 緒言

結核性疾患殊ニ肺結核ニハ屢々腸結核ノ併發ヲ見ルニ反シ、胃ノ結核ノ甚ダ稀レナルハ吾人ノ日常齊シク經驗スル所ナリ。

余ハ最近結核屍ノ剖檢ニ際シ、偶々胃ニ結核性潰瘍ヲ發見シ得タル機會ヲ以テ、此關係ヲ當教室ノ總剖檢例ニ就テ調査セラルニ、總數一〇二六屍中結核屍三四四、腸結核一七〇ナルニ、胃結核ヲ有スルハ、唯先年三田氏ノ報告セル一例ト余ノ例ノ僅カニ二例ノミナリ。コレヲ百分率ニ換算スレバ、結核屍ハ全屍數ノ三三・五%ニシテ其三分ノ一ヲ占メ、腸結核ハ結核屍數ノ四九・四%即チ結核ノ略々半數ニコレヲ見ルニ對シ胃結核ハ僅々全屍數ノ〇・一九%、結核屍數ノ〇・五八%ニ過ギズ。

更ラニ文獻ヲ按ズルニ、諸家ノ統計ニハ可ナリノ高低ノ差アルモ大體ニ於テ全屍數ノ〇・三乃至一・〇%ノ間ニ在リ。就中最モ信憑シ得ベキ Graubit 氏ニ據レバ全屍數ノ〇・四%結核屍ノ二・四%(全屍數一二五二八、結核屍二二三七例中

四七例)。(Gosman 氏ニ據レバ全屍數ノ〇・三%、結核屍數ノ〇・七六%(全屍數五九〇〇、結核屍二二六〇例中一八例)ナリ。小出氏ハ數氏ノ統計ヲ平均シテ全屍數ニ對シ〇・五%、結核屍數ニ對シ二・五%ナル數ヲ擧ゲ、コレヲ大體ノ標準ト看做サレタリ。桂田博士ノ統計ハ最モ高ク、結核屍ニ對シ三・六三%(結核屍ニ四八例中九例)、此中其組織的檢索ヲ缺ケル四例ヲ除外スルモ尙二・〇%ナル高率トナリ、氏ハ少クモ岡山地方ニ於テハ胃結核ハ從來信ゼラレシ程稀レナルモノニアラザルベシトサレタリ。尙山極博士モ亦本症ハ稀レナルモ、時々ハ見ラル、モノナルコトヲ述ベラレタリ。

然ルニ余ノ統計ハ從來ノ諸家ノ夫レニ比シテ最モ低キ數ヲ示シ居レリ。(Gosmann 氏ハ斯クノ如ク本症ノ統計ニ差異アルコトニ關シ G. B. Gruber 氏ノ消化性十二指腸潰瘍ニ就テ云ヘル言ヲ引用シテ「特ニコレヲ搜ス目的ヲ以テ解剖スル時ハヨリ多ク發見シ得ベシ」トナセルモ、此點ニ就テハ當教室ニ於テハ、從來常ニ或ル目的ノ下ニ、胃ノ癥痕、糜爛、潰瘍等ニ對シテハ特別ノ注意ヲ拂ヒ居ルヲ以テ、余ハ少クモ此點ヲ以テハ余ノ統計ノ低率ナル所以ヲ云爲シ難カルベシト信ズ。又一般ニ多クノ教科書(Ziegler, Schnaus, Kaufmann, Mac Callum, Muir etc.)ニモ何レモ其ノ甚ダ、稀レナルヲ記載シ居レリ、蓋シ眞正ノ胃結核ハ Thorel 氏ガ謂ヘル如ク解剖臺上ノ珍物 Eine Parität am Sektionsstische ニ屬スルモノト稱シ得ベシ。

サレド翻テ本症ニ關スル文獻ハ決シテコレニ乏シカラズ、古ク Barkhausen 氏(1824)ノ記載ノ嚆矢トシ、Koch 氏ノ結核菌發見(1882)以前ニ於テ既ニ Litten(1876), Breus(1876), Talamon(1879), Eppinger(1881)氏其他等ニ見ルベキ報告アリ、一般ニ結核ニ關スル饒多ナル業績ト相俟テ、本症ノ症例報告及ビ病理解剖學的竝ニ實驗的發病學的研究等多數アリ。尙 Zesas(1913), Broders(1917)氏等ニ依リテ廣ク、諸外國古來ノ報告例ノ綜括的記載アリ。

而シテ Broders 氏ニ據レバ、症例報告者一三八名、其實驗例數三〇六例ニ達シ、其中氏ガ檢索乃至記載ノ不充分ナルノ故ヲ以テ、疑ハシキモノ若クハ除外スベキモノトナセルモノヲ除クモ尙且ツ其當時既ニ一六七例ヲ算シ居レリ。本邦ニ於テハ余ノ得タル範圍ニ於テハ明治二十一年(1887)ノ肥田氏ヲ初メトシ、金森(1901)、桂田、和田(1902)、大槻(1903)、中山(1906)、桂田(1909)、齊藤(1909)、三田(1914)、木積(1915)、和田(1923)、小出(1924)、武藤(1925)、奥田、加藤

(1927)氏等ノ報告アリ。其他山極博士ノ病的材料觀察法實習中ノ二例ヲ合セテ余ノ例ト共ニ二十五例ナリ。而シテ是等ノ從來報告セラレタル大多數ハ所謂「解剖ノ發見物」 Trouvaille d'Autopsie ニシテ臨牀的ニ觀察サレタルモノハ甚ダ少數ナリ。Mayolicinic ニ於ケル四年間(1912—1915)ノ胃手術二五〇一例中唯一例ノ胃結核ヲ得タルノミニシテ、然カモ生前胃癌ノ診斷ノ下ニ手術サレタルモノナリトイフ事實ハ以テ、這箇ノ消息ヲ窺知スルニ足ルベシ。本邦ニ於テハ齊藤氏ト最近ノ奥田氏等ノ二例ノ手術例ヲ見タルノミナリ。

コレ畢竟スルニ、本症ノ大多數ハ重篤ナル他ノ結核ニ併發シ、臨牀的ニ不明ナルコト多ク、顯著ナル胃症狀ガ主トシテ臨牀的症狀ヲ支配スル所ノ所謂外科的胃結核ニ屬スベキモノ、甚ダ少數ナルニモ因ルベケレド、又一面此ノ場合ニモ尙診斷ノ頗ル困難ニシテ、殆ンド皆生前胃癌又ハ胃潰瘍ト誤診サレ、解剖臺上若クハ手術臺上ニ於テモ尙且ツ癌腫等ト誤ラル、コトアルハ注目スベキ事實ナルベシ。

Rovsing (1912), E. Melchior (1926)氏等ガ從來胃癌トシテ手術サレタルモノモ、精細ニ檢索スレバ結核性ナルコト意外ニ多カルベシト云ヘルハ稍々速斷ノ嫌ヒナシトセザルモ、少クモ K. Keller 氏 (1914)ノ謂ヘル如ク、重篤ナル胃疾患ニ於テ吾人ハ微毒ト共ニ胃結核ハ常ニ念頭ニ置カザルベカラズ、殊ニ近年手術的ニ奏效セル症例報告ノ漸ク其數ヲ加ヘントスル傾向アル時ニ於テ、胃結核ハ獨リ病理解剖學的興味ニ於テノミナラズ、臨牀的ニモ亦深甚ナル顧慮ノ拂ハレザルベカラザルモノナリト信ズ。

コレ余ガ茲ニ一剖檢實驗例ノ追加報告ト共ニ敢エテ廣ク文獻ニ徵シテ一般胃結核ニ就テ綜說セントスル所以ナリ。

第二章 實驗例

■某、十九歳、男、學生

臨牀的所見(摘要)

臨牀的診斷、結核性肋・腹膜炎、左側肺結核。

既往症、生來健康ニシテ十年前脚氣ヲ患ヒシ外著患ヲ知ラズ。現病ニ就テハ大正十四年六月中旬頃腹痛、嘔吐有リ鎮痛劑ノ注射ヲ受ケ、爾來時々腹痛反復シ、同年七月ニ到リテハ左側胸痛ヲ覺エ肋膜炎ノ診斷ヲ下サレタリ。

斯クシテ一進一退ノ後、同年十二月ニハ又々劇腹痛來リ、越エテ翌年二月初旬ヨリハ腹痛ノ爲メニ連日注射ヲ受ケザレバ堪エ難クナリ。同四月十日當大學第一内科ニ入院セリ。

現症及ビ經過、榮養不長、頸腺等ノ腫脹ナシ。心臟ニ異常ヲ認メズ。胸部所見ニ於テ兩側肺尖部ニ濁音ヲ呈シ、殊ニ左、上、後部ニハ少數ノ「ラッセル」ヲ聽ク。腹部所見トシテハ腹部一般ニ中等度ニ膨隆シ居ルモ、緊張著シカラズ、波動ヲ觸レズ、處々ニ限局性ノ硬結ヲ觸知ス。腹部一般ニ壓痛アリ。其後殊ニ左肺ニ於テ「ラッセル」擴延シ、下痢、嘔下痛、聲音嘶啞、食思缺乏等一般狀態次第ニ惡化シタリ、サレド特ニ特殊ナル胃症狀ト認ムベキモノナク終始セリ。斯クシテ遂ヒニ大正十五年十二月十六日午後四時ヲ以テ逝ケリ。

剖檢ハ翌十七日著者執刀ノ下ニ行フ、時ニ死後二十一時間ナリ。

病理解剖的所見(摘要)

病理解剖的診斷 (一)兩側肺結核(空洞形成)、(二)兩側胸腔ノ纖維性完全閉塞、(三)結核性滲出性腹膜炎、(四)兩側口蓋扁桃腺及ビ舌根部分ノ結核性潰瘍、(五)喉頭、氣管、竝ニ氣管枝ノ結核性潰瘍、(六)胃ノ結核性潰瘍、(七)小腸及ビ大腸ノ結核性潰瘍、(八)脾臟及ビ肝臟ノ粟粒結核、(九)肺門部氣管周圍及ビ氣管分岐部淋巴腺結核、(一〇)「ターベスマザライカ」、(一一)心臟右室ノ輕度ノ擴張、(一二)脂肪肝、(一三)副腎皮質ノ脂肪減少、(一四)貧血諸臟器。

肉眼的所見 極度ニ羸瘦セル男屍、腹部ノミ顯著ニ膨隆シ、波動明カナリ。死剛ハ既ニ消退シ、血液沈降ハ背部及ビ臀部ニ紫紅色斑狀ニ出現セリ。外皮ハ一般ニ乾燥シ、且ツ蒼白ナリ。胸、腹壁ニ暗綠色ノ斑狀著染アリ。水腫ハ顔面、陰囊及ビ兩側下肢等ニ中等度ニ存在シ殊ニ兩足背部ニ顯著ナリ。發疹、黃疸ヲ認メズ。可見粘膜炎一般ニ貧血性。表在性淋巴腺殊ニ左右鎖骨上窩淋巴腺ノ腫脹ヲ觸レズ。皮下脂肪ハ高度ニ減退シ、筋肉モ亦著シク削瘦セリ。

腹腔所見、腹腔内ニ約四〇〇〇珉ノ淡黃色、輕濁、少量ノ灰白色ノ雲絮狀片ヲ浮游セル液體積溜アリ。大網ハ數條ノ鉛筆大ノ索狀物ト化シ、廻盲部ニ於テ盲腸部ト共ニ腹壁ニ癒著シ、蟲樣突起ハ其内ニ包埋サレテ見エズ。腸管ハ一般ニ稍ク膨滿シ、其腹膜ニハ主トシテ基根部ニ多數ノ粟粒大乃至米粒大ノ小結節ノ散布ト共ニ纖維素性附著物ヲ見ル。但シ癒著ハ前記廻盲部以外ニハ認メラレズ。

胃、ハ縮小シ、其漿膜ハ平滑ニシテ周圍トハ癒著ナク、特ニ附近淋巴腺、ハ腫脹モ認メラレズ。

腸間膜淋巴腺ハ多數、腫大癒合シテ累々タル「パケット」ヲ形成シ、其剖面ハ乾酪性變化著明ナリ。橫隔膜ハ兩側共ニ第四肋骨ノ高サニ在リ。

胸腔所見肋骨、肋軟骨及ビ胸骨ニ異常ナシ。前縱隔竇淋巴腺ハ數多蠶豆大乃至鳩卵大ニ腫脹シ居ルモ剖面ハ概テ髓樣ヲ呈ス。心嚢ニ異常ナシ。心臟ハ屍手拳大、右室ニ輕度ノ擴張アリ、心筋ハ一般ニ帶褐色性ナルモ其他特ニ變化ヲ認メズ。兩側胸腔ハ完全ニ結締織性ニ閉塞セリ、右肺ニ於テハ肋膜ハ厚キ胼胝形成ヲ營

ミ、殊ニ上葉ニハ硬キ結節狀物ヲ觸ル、剖面ハ一般ニ血量ニ乏シク、且ツ浮腫性ナリ、肺尖部ニ於テ肋膜直下ニ一個ノ胡桃大ノ空洞アリ、其内壁ハ不平ニシテ汚穢暗褐色ノ物質附著シ、周圍ハ明カニ結締織性ニ包圍サレタリ。一般ニ全葉ニ互リテ粟粒大乃至米粒大ノ灰白色ノ小結節多數散布シ、殊ニ上葉ニハ其上後部ニ多數存在シ、其間ニ處々無氣竈介在セリ。氣管枝粘膜ハ可成充血シ、泡沫性、粘液性物質ヲ以テ被ヘル。肺門部淋巴腺ハ數ヶ拇指頭大ニ腫大シ、其剖面ハ大部分黒色染シ居ルモ一部ニ小結核結節ヲ認ム。左肺モ同様ニ表面ハ厚キ結締織性ノ被膜ニ被ハレ、剖面ハ一般ニ貧血性ニシテ處々ニ無氣竈アリ、肺尖部ニハ比較的淺在性ニ一ヶノ胡桃大ノ空洞形成アリ、且ツ上葉ニハ所謂細葉性、結節性結核病變ヲ呈シ、小結節比較的密ニ散布ス、反之下葉ニハ右肺ト同様甚ダ少數ナリ。此肺尖部ノ空洞ハ小ナル氣管枝ニ破入シ、其氣管枝面ニハ多數ノ帽針頭大内外ノ淺キ潰瘍密ニ列ビ、コレヲ追及スレバ氣管分岐部ニマテ達ス。氣管枝粘膜ハ一般ニ充血高度ナリ。肺門部淋巴腺ハ數ヶ拇指頭大ニ腫大シ、其一部ニハ乾酪性變化ヲ呈ス。

腹腔諸臟器 脾臟表面ニ處々纖維素性物質ノ附著アリ、硬度軟、剖面ニ於テ脾材明瞭ナルモ濾胞ハ明カナラズ、實質ハ擦過シ易ク、二三ノ粟粒大結節ヲ認ム。

腎臟、左右共一般ニ貧血性ナル外、特ニ結核性變化等ヲ認メズ。副腎ハ兩側共皮質脂肪減退シ、髓質ハ帶褐色ニシテ硬ナリ。肝臟、表面ハ殊ニ上面ニ於テ厚キ結締織性膜ニ被ハレ、下面ニハ處々多數ノ粟粒大乃至過粟粒大ノ灰白色ノ小結節ノ散在ヲ見ル。之亦一般ニ貧血性ナリ、小葉像明カニシテ、周邊性脂肪變性ヲ示現セリ。膽囊及ビ膽管ニ異常ナシ。胃(後詳述)。腸管、十二指腸ハ一般ニ貧血性、「カタル」性ナル外、特ニ糜爛乃至潰瘍ヲ認メズ。小腸内ニハ少量ノ淡黃褐色、粥狀ノ内容ヲ有シ、空腸ノ上三分ノ一ノ部分ヨリ以下ニ於テ多數ノ豌豆大乃至拇指頭大ノ定型の結核性潰瘍ガ概テ數種宛ノ間隔ヲ以テ撒布シ居ルヲ認ム。大腸ニ於テモ少量ノ上記ノ如キ内容ヲ有シ、盲腸部ハ腫瘍狀ニ肥厚シ、鴛卵大ノ潰瘍ヲ形成シ居ルモ、以下ノ大腸ニ於テハ小腸ニ比シ甚ダ少數ノ潰瘍ガ疎在セルノミナリ。一般ニ腸粘膜ハ貧血性ニシテ粘液分泌ノ亢進顯著ナリ。脾臟異常ヲ見ズ。

頸部諸臟器、舌ハ輕度ニ白苔ヲ有シ、舌濾胞ハ中等度ニ粗大顆粒狀ニ腫脹シ、其内ノ數個ハ粟粒大乃至過粟粒大ノ小潰瘍ヲ有ス。兩側口蓋扁桃腺ハ共ニ蠶豆大ニ腫大シ、且ツ何レモ一部潰瘍狀ニ崩壞シ居レリ。

咽頭及ビ喉頭粘膜ハ蒼白、會厭軟骨ノ後面ニハ米粒大乃至豌豆大ノ淺キ潰瘍多數撒布シ、更ラニ同様ノ潰瘍ハ喉頭ヨリ氣管全面並ニ氣管分岐部ニカケテ多數存在シ、殊ニ左側ノ氣管枝ヲ經テ前記左肺尖部ノ空洞ニマテ追及的ニ認メラル。氣管ハ上半部ハ蒼白ナルモ、下半部ハ充血性ニシテ一般ニ泡沫性粘液性物質ニテ被ヘル。氣管周圍及ビ分岐部淋巴腺二三宛鳩卵大ニ腫大シ、一部ニ乾酪性變化ヲ示ス。食道粘膜ハ輕度ノ充血ヲ來ル外特ニ濾胞ノ腫脹モ、物質缺損モ證明シ得ズ。大動脈ハ彈力ニ富ミ、内膜モ平滑ニシテ脂肪斑僅微ナリ。甲狀腺異狀ヲ見ズ。

骨盤諸臟器、直腸ハ多量ノ黃綠色ノ軟便ヲ有ス。

粘膜ハ分泌亢進シ居ルモ、貧血性ナリ。潰瘍形成ヲ認メズ。膀胱ニハ異常ヲ認メズ。攝護腺、精囊、睪丸等ニモ異常ナシ。

頭蓋腔 頭蓋骨、硬腦膜、竝ビニ各靜脈竇等ニ特殊ノ變化ヲ見ズ。大腦モ兩半球ハ相對性、腦軟膜稍々充血性ナルモ結核性病變ヲ證明セズ。水平割斷ニ於テ腦脊髓液稍々増加シ居ルモ腦室擴張其他ノ認ムベキ所見ナシ。腦下垂體モ亦異常ナシ。

胃ノ肉眼の所見

胃ハ縮小シ饑餓胃ノ狀ヲ呈シ、内容トシテハ少量ノ淡灰黃色ノ粘液性物質ヲ有ス。粘液分泌亢進シ、粘膜一般ニ貧血性ナルモ、胃體部ニハ中等度ノ血液浸潤ヲ認ム。

小彎ニ近キ前壁ニ於テ(胃路ノ前縁ニ相當ス)幽門ヨリ約五種ノ處ニ一個ノ潰瘍アリ。其大サハ一・五乃至一・〇糎ニシテ、不正長卵圓形若クハ不正五角形ト稱スベキ形狀ヲ呈シ、其長軸ハ胃路ノ走行ニ一致セリ。邊縁ハ稍々堤狀ニ輕度ニ隆起シ、縁下ニ少シク彎入ヲ示ス所アルモ概シテ鈍圓ナリ。底面ハ稍々不平等ニシテ淡黃褐色ヲ呈シ、比較的清潔ナリ。邊縁及ビ底面ニハ結核結節及ビ充血等ヲ認メズ。此部ニ相當スル漿膜面ハ平滑ニシテ肉眼的ニ異常ナク、又胃壁ノ肥厚モ證明セズ。尙別ニ小彎部(胃路ノ中央)ニ於テ、噴門ヨリ四種ノ處ニ、約米粒大或ハソレヨリ小ナル三個ノ潰瘍ノ竝存セルヲ見ル。何レモ邊縁不正鋸齒狀ヲ呈シ、且ツ縁下彎入著明ナリ、底面ハ淡黃色ノ乾酪性物質附著シ、比較的清潔ナラズ、結核性結節ハ一ツモ證明シ難シ。此部ノ漿膜等モ特別ノ變化ヲ示サズ、唯小ナル潰瘍ニ一致シテ上胃淋巴腺ノ二個ガ約大豆大ニ腫大シ、其剖面ニ一部乾酪變性ヲ認ムルノミ。

組織的所見

胃潰瘍部 標本ハ大ナル潰瘍及ビ小ナル潰瘍中ノ一個ヨリ作製セリ。「フォルマリン」固定、「ツエロイデン」包埋、「ヘマトキシリン、エオジン」重染色、鐵「ヘマトキシリン」、ウァンギーソン氏法複染色、ワイゲルト氏彈力纖維染色法及ビチール、チルセン氏結核菌染色法ヲ應用セリ。

(一)大ナル潰瘍 潰瘍底ハ粘膜下層ニアリ。周邊ニ於テ明カニ縁下彎入ヲ呈ス。潰瘍底ハ染リ惡キ、同質性顆粒狀ヲナセル薄層ニ次テ結膜下組織ニ小圓形細胞ノ集簇性ニ散在セルヲ見ルモ、殊ニ明カナル結核性組織變化ヲ示サズ、一般ニ清潔ニ見ユ。反之周邊部即チ縁下彎入部ニ於テハ類上皮細胞及ビ小圓形細胞ヨリ成ル結核性浸潤著明ニシテ殊ニ粘膜筋層ノ下部ヲ、コレニ沿ヒテ周圍ニ擴延スル傾向著シク、其中心部ハ既ニ壞死ニ陥レル處アリ。浸潤ノ波及スル所ニ二三小血管ノ斷端ヲ擁シ、其外膜ニ圓形細胞浸潤著明ナリ。サレド潰瘍底及ビ周邊部ニ於テ定型的結核結節ノ形成ナク、又巨大細胞ノ發現ヲ見ズ。潰瘍ノ周圍ニ連ル粘膜モ一般ニ圓形細胞ノ浸潤強ク、其爲メニ腺組織像ハ大部分被ハレテ明カナラズ、潰瘍ヨリ隔ルニ從ヒテ漸ク其形像ヲ現ハシ來ル。而シテ該粘膜ノ最表面ハ前記潰瘍面ト同様ニ自家消化著明ニシテ同質性微細顆粒狀ニ淡染セル薄層ヲ以テ縁取ラレテ見ユ。潰瘍周圍ノ粘膜筋層ハ稍々肥厚シ少數ノ圓形細胞ヲ見ル。又此部ノ粘膜下組織ハ一般ニ細胞浸潤ノ深行少ク、唯前記潰瘍周圍部ニ顯著ニ出現セルモノニ續イテ比較的表在性ニ粘膜筋層ニ接シテ認メラルルノミナリ。

固有筋層ハ一般ニ殆ンド變化ヲ蒙ラズ。潰瘍底ニ相當スル筋層ノ下端ニ接シテ、漿膜下組織ニ於テ一個定型的ノ結核結節アリ、其中央ハ乾酪變化ニ陥リ、且

ツ一個ノラングハンス氏巨態細胞ヲ有シ居レリ。本結節ハ全ク孤在性ニシテ周圍ト連絡シ居ラズ。

漿膜ハ多少肥厚シ居ルモ結節乃至細胞浸潤等ハ全然コレヲ認メズ、殆ンド正常ニ近キ所見ヲ呈セリ。

(二)小ナル潰瘍 潰瘍底ハ粘膜下層ニ在ルモ比較的表在性ナリ。其兩側周邊部ノ粘膜筋層直下ニ類上皮細胞ヨリ成リ周圍ヲ小圓形細胞ニテ圍繞サレタル二個ノ結節アリ。潰瘍ハ即チ兩者相融合シタル部分ガ崩壞シテ形成シタル像ヲ呈ス、從テ潰瘍底ハ類上皮細胞層ヨリ成リ表面ニ少許ノ乾酪性物質ヲ附着セシメ、周圍ノ粘膜下層トハ小圓形細胞浸潤帶ニ依テ劃然境サレ居レリ。潰瘍縁ノ下部即チ兩結節ノ各略々中心部ニ一個宛ノ小動脈ヲ包藏セリ、何レモ内膜肥厚シ、白血球及ビ纖維素ヲ以テ充サレ、且ツ著明ナル小圓形細胞浸潤ニ包マル、即チ急性血管内膜炎竝ニ外膜炎ノ像ノ下ニ血塞形成ヲ示ス、尙此附近ヨリ周圍ニカケテ充血著明ナリ。粘膜ハ表層ハ自化消化著シク、下層部ハ細胞浸潤強シ。潰瘍周圍ノ粘膜下層、筋層及ビ漿膜下組織竝ニ漿膜ニハ特殊ノ變化ヲ認メズ。

本潰瘍部ニ於テモ亦巨態細胞ヲ證明セズ。

結核菌ハ大小何レノ潰瘍ニモ其底部乃至邊緣ノ組織内ニ少數乍ラ明カニコレヲ證明シ得タリ。

上胃淋巴腺 比較的新シキ結核性變化ヲ示シ、其中央部ハ乾酪變性ニ陥レルモ未ダ結締織増殖ノ傾向ナシ。

其他、肉眼の所見ノ項ニ既述セル諸部位ニ於テハ組織的ニモ夫々陳舊性ナル或ハ比較的新シキ結核性病變ヲ證明セリ、特ニ脾臟及ビ肝臟ニハ新シキ粟粒結核ノ形成ヲ認メタリ。

實驗例ノ總括

(一)本例ハ十九歳ノ男子ノ結核屍ニシテ、生前特別ナル胃症狀ヲ現サバリシモノニ於テ、剖檢ニ依テ結核性胃潰瘍ヲ發見セルモノナリ。

(二)他臟器ノ結核性病竈ハ兩肺(空洞形成)、氣管枝(特ニ左側)、氣管、喉頭、口蓋扁桃腺、舌濾胞等ニ追及的ニ存在シ、更ラニ胃ヲ經テ空腸ノ上三分ノ一ヨリ以下大腸ニ互リ結核性潰瘍ノ撒布ヲ見、尙結核性肋—腹膜炎、淋巴腺結核及ビ脾臟竝ニ肝臟ニ粟粒結核ヲ有セリ。

(三)胃ノ結核性潰瘍ハ大ナルモノ(二・五乃至一・〇糶)一個ト、小ナルモノ(過粟粒大乃至米粒大)三個ト合セテ四個ナリ。前者ハ胃前壁ニ於テ小彎ニ近ク、幽門輪ヨリ五糶ノ處ニ、後者ハ小彎ニ於テ噴門ニ近ク、其上端ヨリ四糶ノ處ニアリ。

(四)大ナル潰瘍ハ稍々陳舊性ニシテ丸味ヲ帶ビ、不正五角形ニ近キ卵圓形ヲ呈シ、邊緣ノ輕度ノ堤隆、緣下ニ輕微ノ彎

入ヲ認ムル外、肉眼のニ明カナル結核性特徴ヲ示サズ。小ナル三個ノ潰瘍ハ何レモ新シク、邊緣不正、鋸齒狀ヲ呈シ、著明ニ縁下彎入シ、底面ニ乾酪性物質ヲ有ス。兩者共ニ肉眼的ニ結核結節ヲ認メ得ズ。

(五) 組織的所見ニ於テ潰瘍底ハ何レモ粘膜下組織ニ在リ、且ツ粘膜筋層直下ニ沿ヒテ周圍ニ擴延ノ微明カナリ。大ナル潰瘍ハ底面ハ消化性ニシテ明カナル結核性變化ヲ呈セズ、周邊部ニハ類上皮細胞ト共ニ主トシテコレヲ圍繞スル著明ナル圓形細胞浸潤ヲ伴フ結核性變化ヲ呈シ、其一部ニ乾酪變性ヲ認ム。巨態細胞ハ大ナル潰瘍ノ固有筋層ノ直下ニ遠隔シタル結節ニ唯一個認メ得タルノミニシテ何レノ潰瘍部ニモコレヲ認メズ。小ナル潰瘍ニ於テハ各小血管ノ内膜ノ肥厚閉塞及ビ血管周圍ノ細胞浸潤顯著ナルモノヲ包擁セル、血行性ニ發生セリト認ムベキ、二個ノ小結節ノ相融合シテ崩壞セル像ヲ呈ス。

(六) 結核菌ハ何レモ組織的ニ潰瘍底及ビ縁下部ニコレヲ證明シタリ。

(七) 胃漿膜ハ一般ニ平滑ニシテ組織的ニモ殆ンド變化ヲ認メズ。大ナル潰瘍ノ漿膜下組織ニ於テ固有筋層直下ニ前記巨態細胞ヲ有スル一個ノ結核形成ヲ見ル外著變ナク、固有筋層モ一般ニ特殊ノ變化ヲ受ケ居ラズ。周圍淋巴腺ハ小ナル潰瘍ニ一致シテ、新シキ結核性變化ヲ示セル二個ノ大豆大ニ腫大セル上胃淋巴腺ヲ證明セルノミナリ。

第三章 胃結核ノ諸型及ビ其分類

凡ソ結核ニ因ル胃ノ變化ハ多種多樣ナリ。K. Keller氏(1914)ノ列舉セル諸型ニ、尙文獻ニ徵シテ二三補追スレバ最モ廣義ニ於ケル胃ノ結核性變化トシテ次ノ如ク、(一)結核患者ニ於ケル單純性胃炎、(二)結核末期ニ於ケル胃粘膜ノ多發性小糜爛乃至小潰瘍、(三)潰瘍性胃結核、(四)肥厚性浸潤性胃結核、(五)炎症性纖維性胃結核、(六)結核性胃壁膿瘍、(七)粟粒結核、(八)附近淋巴腺結核ノ接續性ニ胃ヲ侵セルモノ、(九)周圍臟器(脾臟、膽囊、十二指腸、腹膜等)ノ結核ノ胃ニ波及セルモノ、(一〇)胃周圍淋巴腺結核又ハ胃外ノ結核性變化ニ依リ、外部ヨリ胃ヲ壓迫乃至絞窄スル場合、(一一)胃漿膜ノ結核等ノ諸型ヲ網羅シ得ベシ。

シテ是等ノ中(一)及び(二)ハ比較的屢々見ラル、モノナルモ、特有ナル結核性組織變化ヲ呈スルモノニアラズ、殊ニ結核末期ニ於テハ含菌性、含毒素性粘液ノ直接胃粘膜ニ作用シ、(Keller)或ハ結核毒素ガ血行性ニ胃粘膜ヲ侵シ(Arlings, Candy, Kotlan; 6)、且ツ其處ニ非特異性、單純性ノ物質缺損ヲ形成スルコトアリ、所謂胃ノ結核性單純性潰瘍(Nature tuberculose de l'ulcère simple de l'estomac(Moncorge))ト稱サル、モノニシテ Hanau 森氏等ノ例ハコレニ屬ス。(七)ノ粟粒結核ハ全身粟粒結核ノ部分症トシテ胃壁ノ各層ニ來リ得ルモノニシテ、然カク稀レナルモノニ非ラズトサル(Wilms, Simmonds, Kaufmann, 小出) Wilms 氏ハ死後一二乃至二四時間ヲ經レバ、死後變化ノ爲メニ不明瞭ナルモノトセリ。主トシテ小兒期ニ來ル。Burchsch 氏(8)ハ急性ノ場合ニハ小結核トナリ、慢性ニ傾ケバ潰瘍ヲ形成スルニ到ルト言ヘルモ、要スルニ常ニ全身粟粒結核ノ部分現象ニシテ、胃結核ノ發生論上血行説ヲ支持スル點ニ於テ興味アルニ過ギズ。(八)及び(九)モ亦發生上ノ一方法トシテ論ズベク、(一〇)ハ所謂胃外性胃結核(Extrastomachale Magenbc. ニシテ臨牀的ニ幽門狹窄等ヲ惹起スルコトニ於テ意義アルモ、本來ノ胃結核ニ非ラズ。最近ノ奥田、加藤氏ノ手術例モ恐ラク、コレニ屬スベク、此種ノ例ハ比較的多シ(9), (12), (22)最後ノ胃漿膜結核ハ全ク腹膜結核ノ一部分症トシテ普通コレヲ胃結核ニ算入シ居ラズ。從テ是等ハ何レモ狹意ニ於ケル胃結核ノ本型ヨリ別チテ論ズルヲ便トスベシ。次ニ胃結核ノ分類ハ古クヨリ、各其基準ヲ異ニスルニ從ヒテ種々ニ試ミラレタリ。狹意ニ於ケル胃結核ニ就テ多クノ學者(Cossmann, Pfanner, Nöllnerberg)ハ病理解剖學の見地ヨリ Poncet-Lerche 氏ニ準シテ次ノ三型ニコレヲ分類シ居レリ。

(一)潰瘍性胃結核 Ulcus Ventri. tuberculosum.

(二)肥厚性浸潤性又ハ腫瘍様胃結核 Hypertrophische infiltrierende, oder tumorartige Magenbc.

(三)炎症性或ハ纖維性胃結核 entzündliche oder fibröse. Magentuberculose nach Poncet.

前述ノ(三)(四)及び(五)ハコレニ準據セルモノナリ、余ハ更ラニ(六)ヲ補追スベキモノト思惟ス。

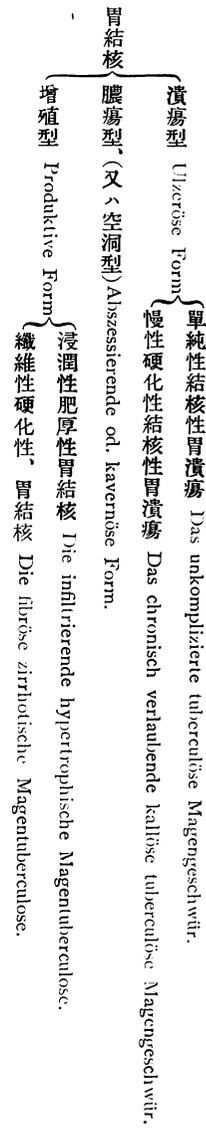
Zesas 氏(1913)ハ單ニ大別シテ潰瘍型及ビ肥厚型トセリ。Pfanner 氏(1916)ハ潰瘍型ヲ更ラニ二別シテ

a' 單純性結核性潰瘍 Das unkomplizierte tuberculöse Geschwür

b' 慢性硬化性潰瘍 Das chronisch Verlaufende Kallose Geschwür

トナセリ。而シテ(Cossmann, Pfanner 氏等)ノ云ヘル如ク是等各型間ニ移行アリテ劃然區別シ得ザル場合少カラザルナリ。尙 Broders 氏ハ古來、内外多數ノ文獻ヨリ總括シテ胃結核ヲ(一)潰瘍(單發又ハ多發)、(二)粟粒結核、(三)孤在性結核、(四)幽門狹窄、(五)腫瘍又ハ結節(單發或ハ多發)、(六)淋巴管炎ノ六型ニ別チタリ。

余ハ是等諸家ノ記載ヲ検討シ且ツ其後ノ報告例ヲ參照スルト共ニ現今ニ於ケル一般結核病理ノ見解ヲモ顧慮シテ、實際的病理解剖學の見地ヨリ次ノ如キ分類表ヲ得タリ。本症ノ大系ヲ理解スルニ便宜ナルベシ。



第四章 胃結核ノ形態學

胃結核ノ一般の病理解剖學的の性状ニ關シテハ諸家ノ價値アル記載アリテ餘蘊ナシ。故ニ余ハ一般のニハ概要ヲ記スルニ留メ、主トシテ散在スル内外ノ報告例ヲ總括シ且ツ余ノ所見ヲ對照シテ前記分類表ノ順序ニ從ヒテ記述セントス。

(A) 潰瘍型胃結核

本型ハ胃結核ノ大多數ヲ占メ Broders 氏ニ據レバ一六七例中一三五例ハ潰瘍型ニシテ正ニ其八一%ナリ。
發生部位ハ幽門ニ次デ小彎ニ最モ好發スルモノニシテ同氏ニ據レバ以下順次大彎部、汎發性、後壁、前壁ト減少ヲ示ス。
余ノ例ハ前壁ニ於テ小彎竝ニ幽門ニ近キ部ト、小彎ニ於テ噴門ニ近キ部分ニ存在セリ。
潰瘍數ハ單發、多發共ニ來ルモ、一般ニ多發スルコト稍々多ク、Gosmann 氏ハ其一八例中多發一〇例、單發八例ヲ見タリ。Broders 氏ハ多發四八例、單發三五例ヲ算シタリ。潰瘍數ノ最モ多キハ Hamilton 氏ノ一一五乃至一二〇個⁽⁶⁾ニシテ、其他 Przewoski(二二個)、和田(一五個)、Gosmann(一四及ビ一三個)氏等ノ例モ多キ方ナリ。通常ハ數個ニシテ、余ノ例モ大小合セテ四個ナリキ。
潰瘍、大サハ粟粒大ノモノヨリ、二〇乃至一〇糰ノ大ナルモノ(Simononds)ニ至ルマデ種々アリ、Betzner 氏ノ手掌大、桂田氏等ノ小兒手掌大等モ亦大ナルモノニシテ、普通ハ余ノ例ニ見ル如キ、一・〇乃至一・五糰大内外、若クハソレヨリモ小ナルモノ多數ナリ。
肉眼的所見

潰瘍ノ形狀ハ不正ニシテ、殊ニ一般ニ新シキモノ程然リ。陳舊性ニ傾クニ從ヒテ丸味ヲ帶ビ來リ、遂ヒニ二次的ニ顯著ナル變化ヲモ來ス。而シテ普通ハ腸ノ夫レト異リ、胃ノ縱徑ニ從フ(Gossmann)モノニシテ、Przewoski氏ハコレヲ淋巴管及ビ血管ノ走行ノ關係ニ歸シタリ。サレド時ニ橫徑ニ沿ヒテ帶狀ヲ示スコトアリ、殊ニ齋藤氏ノ例ハ幽門ノ全周ヲ繞リ、其他 Barbacci, Rother, Sponglar氏等ノ例モ、殆ンド其全周若クハ大半ヲ輪狀ニ取圍ミ居レリ。

尙潰瘍ノ一般的肉眼的性状ニ就テハ Przewoski, Gossmann氏等ノ詳細ナル記載アリ。要スルニ腸ノ場合ト大差ナキモ、普通漿膜ノ變化ヲ呈セザルコト多ク時トシテ其處ニ結節形成又ハ纖維素性若クハ纖維性附著物ヲ認メ得ルモ、潰瘍ト何等ノ連絡ナク、寧ロ腹膜炎乃至胃周圍炎ニ屬スベキ場合多シ。從テ腸ノ夫レト異リ、漿膜面ヨリ直チニ診斷シ得ルコト稀レナリ。余ノ例モ漿膜ハ全ク平滑ナリキ。

定型的ナルモノ、特徴トシテハ縁下彎入ヲ第一トシテ、邊緣ノ不正及ビ其堤隆ヲ見、又時トシテ其發赤ヲ見ル。底面ハ顆粒狀ヲ呈シ、乾酪性物質ヲ以テ灰白黃色ヲ呈シ、時ニ底及ビ縁ニ結核結節ヲ認メ得ラル。而シテ比較的新ラシキモノ程此ノ特性ヲ表シ、陳舊性ニ傾クニ從ヒテ種々ナル二次的變化ヲ呈スルモノナリ。潰瘍底ハ普通粘膜下組織ニ在ルモ稀レニ筋層ニ達シ、穿孔ヲ見ルハ甚ダ稀レナリ。

單純性潰瘍性胃結核ハ即チコノ比較的新シキモノニ屬シ、主トシテ結核末期ニ來リ、好發部ナク、多發シ易ク、無症狀ニ經過スルモノナリ(Panner)。結核性胃潰瘍ノ多數ハコレナリ。余ノ例モ亦本型ニシテ、大ナル方ハ稍々陳舊性ヲ帶ビ消化性ノ傾向ヲ現ハシ、小ナル方三個ハ新シク、定型的特徴ヲ現シ居レリ。

潰瘍ノ二次的變化。陳舊性ニナレバナル程、恐クハ胃液ノ消化作用及ビ結核自己ノ機轉ニ因テ複雑ナル變化ヲ起シ、潰瘍ハ消化性狀ヲ呈シ來ルト共ニ、更ラニ擴大シ或ハ互ニ相融合シ、又周圍臟器ト癒著ヲ起スコトアリ。殊ニ粘膜下組織及ビ邊緣等ニ肥厚若クハ硬化ヲ來シ、幽門狹窄等ヲ招來スルニ至ル、コレ即チ前述ノ慢性硬化性潰瘍ナリ。コレハ幽門ニ單發シ、其處ニ高度ノ狹窄ヲ惹起スルヲ常トス(Panner)トセラル、モ、亦他ノ部位ニモ斯ル硬化ヲ見タル例アリ。(桂田、Albin)而シテ此慢性硬化性潰瘍ト、肥厚性型ノ續發的ニ一部崩壞セルモノトハ實際ニ於テ鑑別困難ナルコト多キハ前

述ノ如シ。

而シテ此種ノ二次的變化ニ關シ Gossmann 氏ハ結核自己ノ機轉ノ外ニ、特ニ胃液ノ消化作用ヲ重大視シ Pfanner, Schu-
lze 氏等亦コレニ贊シ居ルモ、Keller 氏ハ之レヲ排シテ全ク結核其物ノ變化ニ歸シタリ。余ハ實驗例、殊ニ大ナル潰瘍
ノ所見ニ徴シテ前者ニ左袒スルモノナリ。尙胃液ノ作用ハ後述スベキ結核性潰瘍ト單純性消化性潰瘍トノ關係ニ於テ興
味アルモノナリ。
組織的所見

主ナル結核性變化ハ粘膜下組織ニアリ。Przewoski 氏ハ腸ノ夫レヨリモ一般ニ粘膜下組織ノ侵サル、コト強ク、粘膜ノ
被害ハ比較的輕度ナリト言ヘリ。余ノ例ニ於テハ殊ニ大ナル潰瘍ニ於テ肉眼的ニ見タル緣下彎入ニ比シテ更ラニ遙カニ
周圍ニ向ツテ廣ク粘膜筋層下ニ結核性浸潤ヲ見、既ニ一部乾酪變性ニ傾ケル處アリ。反之其潰瘍底ヲナス部分ニ於テハ
定型の結核性變化ヲ缺キ Gossmann 氏ノ所謂消化性變化ヲ示シ、唯粘膜下組織ニ散在性ニ小集簇ヲナセル圓形細胞浸潤
ヲ認ムルノミ。由來本症ニ於テハ此粘膜下組織ノ圓形細胞浸潤ハ一般ニ著明ニ見ラレ、Bartels⁶⁾, Keller 氏等ハコレヲ
其組織的造構ニ歸シ居レリ。尙 Dewey 氏ハ胃壁ノ廣汎ナル結核性淋巴管炎ヲ起セル例ヲ記載シ、Broders 氏ハコレヲ
胃結核ノ一型トシテ擧ゲタリ。

結核菌ニ就テハ潰瘍壁ニ組織的ニコレヲ證明セルハ Coats 氏(1886)ヲ嚆矢トスル⁶⁾モ一般ニハ甚ダ困難トナス者多シ
(Barbacci, Letulle, Przewoski, Gossmann, 小出)、殊ニ Gossmann 氏ハ其十八例中一回モ成功セズ、小出氏亦其二例ニ就テ
特ニ苦心サレシモ陰性ニ了リシトイフ。桂田氏ハ反之多數ニ證明スルヲ普通トシ、稀レニ少數ヲ見ルトセリ。Broders 氏
ハ其蒐集例中組織的所見ト共ニ菌陽性ナルモノヲ “Positive” トシ、單ニ組織的所見ニ據ルモノヲ “Probable” トシテ、
其他ノ “Doubtful” 及 “Rejected” トナセルモノヲ除外シテ得タル一六七例中 “Positive” 四九例ヲ得タルノミナリ。
斯クシテ菌證明ハ一般的ニハ困難トスベキガ如シ。サレド余ハ文獻ヲ繙ク際、組織的ニ巨態細胞ヲ證明セル例ニ於テハ
菌檢索ヲ省略セシ例比較的多キヲ知り、此點ハ此場合特ニ顧慮ニ置クヲ要スベシト思考ス。

余ノ例ニ於テハ少數ナガラコレヲ證明シ得タリ。

次ニラングハンス氏巨態細胞ノ甚ダ少數ナルコトニ特ニ注目サレシハ桂田氏ナリ。余ノ例ニ於テモ約三十枚ノ標本ニ於テ潰瘍部及び其附近ニハ一ツモコレヲ證明セズ、唯一個固有筋層直下ノ結節ニ認メタルノミ。尙三田、和田、小出氏等モ殆ンドコレヲ證明シ居ラズ。

潰瘍附近ノ血管ノ變化ニ就テ Simmonds 氏ハ小動脈ノ内膜肥厚及び外膜ノ細胞浸潤アリテ微毒性變化ニ似タル所見ヲ呈スルコトアルヲ記載シ、其他同様ノ處見ヲ見タルモノ少ナカラズ (Gossmann, Rother, Keller etc.)。Gossmann 氏ハ血管周圍性浸潤ノ廣汎ニ互ルコト屢々ナルモ比較的大ナル血管ノ血塞形成ハ見ザリシトイフ。而シテ此小血管ノ血塞性變化ヲ本症ノ發生學上血行説ヲ支持スル一要素ト解セリ。余ノ所見ニ徴スルニ大ナル潰瘍ニ於テハ寧ロ結核性變化ガ血管ニ波及セリト認ムベキモ、小ナル潰瘍ニ於テ結核結節ニ包藏サレ居ルモノハ先ヅ血行性ニ結核性血塞形成ヲ起シ、潰瘍形成ヲ招クニ到レルモノトナスヲ妥當トスベキ像ヲ呈シ居レリ。

最後ニ潰瘍面ニ於ケル上皮ノ再生ヲ見ルコト稀ニアリ (Gossmann) 又癍痕形成ハ潰瘍型ニハ甚ダ稀レナルモ Barchasch 氏⁽³⁹⁾ハ四例ニ於テ癍痕ノ生ゼル處ニ尙一部ニ新シキ潰瘍ノ存スルヲ見タリ。

結核性胃潰瘍ト單純性消化性胃潰瘍

既ニ結核患者ガ時々圓形潰瘍ヲ併有シ居ルコトハ屢々記載ニ見ラレ、殊ニ L. Melchoir 氏ハ結核屍八四八例中、真正ノ結核性潰瘍ハ唯六例ノミナルニ單純性潰瘍乃至其痕跡ハ一八例即チ前者ニ比シ約二倍ノ多數ヲ見タリ。當教室ニ於テモ佐野氏ハ既ニ結核屍ニ於テ一〇例ノ圓形潰瘍ヲ得タリ。

而シテ一方圓形潰瘍ニ於テ二次的ニ結核感染セリト認メラル、症例 (Krebs et al., Spengler, Willering, 中山) アルト共ニ又 Happel and Blumer 氏⁽⁴⁰⁾ノ如キ重症肺癆患者ノ遊離鹽酸無キモノニ圓形潰瘍アリ、其底面ヲ擦過シテ多數ノ結核菌ヲ證明セルニ拘ラズ、組織の所見ニ於テハ結核菌ハ勿論、組織ノ結核性變化モ全然コレヲ證明セザリシ興味アル報告アリ。又 Gossmann, Spengler 氏等ノ例ニ於テハ何レモ圓形潰瘍ト結核性潰瘍トノ二種ヲ併有シ居リ、檢鏡的ニ S 氏ノ例ハ

圓形潰瘍トシテ先住セルモノ、一ツガ二次的ニ結核ニ感染セルモノト認メラレ、G氏ノ例ニテハ反之結核性潰瘍ガ二次的ニ消化性變化ヲ蒙リテ遂ヒニ結核ノ特性ヲ消失セルモノナルコトヲ證明サレタリ。而シテ Gossmann 氏ハ一方ニハ圓形潰瘍ガ結核ニ感染シ得ルコトアルト共ニ、他方ニハ結核性潰瘍ガ胃液ノ作用ニ依リ單純化スルコトモアリ得ルモノト做セリ。尙又同氏ハ他ノ例ニ於テ十二指腸ニ定型的結核性潰瘍ヲ有スル者ノ胃ニ肉眼的ニハ結核性ト思ハル、潰瘍ヲ見、檢鏡ニ依リ全ク其單純性ナルコトヲ證シ、且ツコレヲ胃壁ノ結核性肉芽腫ノ爲メニ、ソレニ相當スル部分ノ粘膜ガ循環竝ニ代謝障礙ヲ起シ、消化性潰瘍ヲ形成スルニ到レルモノト看做シタリ。又最近 Page 氏モ同様ノ機轉ニ依リテ發生セル十二指腸潰瘍ヲ記載シタリ。更ラニ結核毒素性ニ單純性潰瘍ヲ生ズルコトアルハ既述(第三章)ノ如ク、且ツ又 Grüber 氏ノ云ヘル如ク⁹⁾若キ圓形潰瘍ノ形狀不規則ニシテ、星芒狀ヲ呈シ居ル等ノ場合ニハ之亦定型的結核性潰瘍ノ形貌ヲ具備スルモノト稱シ得ベシ。

斯クシテ兩者ノ區別ハ肉眼的ノミナラズ、組織的ニモ尙且ツ困難ナル場合アリ、又一面是等相互ニハ密接ナル因果關係ノ存在シ得ベキコトハ注目スベキ點ナリ。

B、膿瘍(空洞)型胃結核

本型ハ潰瘍型ト増殖型トノ中間型トモ稱スベク、前者ノ如ク速カニ崩壞シ潰瘍ヲ成スニ到ラザルモ、後者ニ比シ早期ニ且ツ廣汎ニ乾酪變性ニ陥リ、液化スル傾向強クシテ空洞形成ヲ營ムモノナリ。其文獻ニ見ラル、ハ未ダ Schlesinger (1914) 及ビ最近ノ E. Melchoir 氏等二三ニ過ギザルモ其明カニ胃壁膿瘍ヲ形成スルコトニ依リ一型トシテ擧グベキモノト思惟ス。S 氏ノ例ハ幽門前壁ノ約半周ヲ占メ、榛實大ノ膿瘍ヲ作り、瘻孔ヲ以テ胃及ビ十二指腸ト交通セリ。氏ニ據レバ尙 Mathien-Remond 氏ニ記載不十分ナルモ類似例アリ。M 氏ハ其手術第六例ニ於テ胃ニ其隆起幽門ニ達スル所ノ大ナル粘膜炎下膿瘍アリ、小ナル三個ノ穿孔ヲ以テ胃腔ト交通セルヲ見タリ。Kundrat (E. Melchoir 氏等ハ斯ク胃腔内ニ多發性ニ篩狀穿孔ヲ有スルコトハ其結核性ナルコトニ特徴的ナリトセリ。而シテ是等モ亦何レモ幽門狹窄ヲ惹起シタルモノナリ。C、増殖型胃結核

本型ハ即チ胃ノ増殖性結核 (Productive Form) ナリ。粟粒大ノ結核結節 (武藤) ヨリ稍々大ナル孤在性結節 (Van Wart, Bar-chasch⁶⁾) 等ヲ經テ、更ラニ限局性ノ大ナル腫瘤又ハ瀰蔓性ノ胃壁殊ニ幽門部ノ肥厚ヲ來シテ顯著ナル幽門狹窄ヲ招來スルニ到ルモノアリ。而シテ本型ニ屬スルモノモ續發的ニ一部潰瘍性トナル時ハ既述潰瘍型第二類ノ硬化性ノモノト區別シ得ザルコトアリ、又更ラニ時トシテハ、胼胝性圓形潰瘍、癌腫殊ニ硬性癌、微毒等ト甚ダ識別困難ナルコトアリ。一般ニ本型ニ屬スベキモノハ比較的甚ダ少シ。Leiche-Mourigaud 氏⁴⁸⁾ハ二十四例ヲ總括セリト云フモ可ナリ疑ハシキ例ヲ混同シ居ルガ如シ。Broders ノ嚴選セル所ニ據レバ氏ガ tumor 又ハ nodule ニ編入セルモノハ唯九例ニ過ギズ。Nollenberg 氏ハ自驗例ノ他ニ八例ヲ引用シ、小出氏ハ其實驗例ト共ニ一〇例ニ就テ總括セリ。本邦ニテハ齋藤氏及ビ小出氏ノ二例ヲ見ルノミ。

本型ヲ更ラニ次ノ二類ニ別ツ。

(一) 浸潤性、肥厚性胃結核

コレハ明カナル產出性結核ノ像ヲ示シ、主トシテ粘膜下組織ニ於テ限局性或ハ瀰蔓性ニ結核性浸潤ヲ呈シ且ツ纖維性硬化ノ傾向ヲ伴フモノナリ。定型的ナルモノハ限局性ニ結核性肉芽腫ノ像ヲ以テ腫瘤狀ヲ呈ス、胃結核腫 Magentuberculum ノ名アル所以ナリ。其高度ナル結締織性硬化ヲ遂ゲタルモノハ次項ニ記載スベキ所謂 Unitis Plastica ニ類似シ來ル (E. Melchoirs 4. Fall)。又一部乾酪變性ニ傾ケルモノハ膿瘍型ニマデ移行スベク、更ニ又比較的大ナル潰瘍ヲ伴フモノハ慢性硬化性潰瘍ト區別シ得ザルニ到ルコト既述ノ如シ。

粘膜面ニハ普通小ナル物質缺損ヲ伴ヒ (Luxembourg⁶³⁾, Nollenberg, Pfanner, 亦膜)、且ツ時ニ其部分的ニ癍痕形成ヲ營ムコトアル (Curschmann⁶³⁾) モ亦全ク粘膜ニ缺損ヲ見ザルコトアリ (Barbasch⁶³⁾ 小出)。而シテ普通其部ノ粘膜ハ萎縮ニ傾クモノナルモ、著明ナル「ポリープ」狀増殖ヲ呈スルコトアリ (Severin)。本來ノ肥厚ハ粘膜下ニ在リ、或ハ筋層ニ對シテ劃然境サル、コトアリ (Nordmann) 又或ハ筋層等モ一樣ニ侵サレテ區別困難ナルコトアリ、(Nollenberg, E. Melchoir's I. Jan)。漿膜ハ通常小結核結節ノ撒布ヲ見、又胃周圍炎ヲ伴フコト多ク、大腸、肝門部、膀胱其他ト癒著ヲ見ルモ全然コレヲ

缺キテ可動性ナルコトモアリ得(Nordmann)。硬度ハ甚ダ硬シ、腫瘤トシテ小林檜大ニ達スルコトアリ、(Luxembourg⁽²²⁾)。而シテ是等ハ手術或ハ剖檢ノ際ニ屢々癌腫乃至其癌腫性腹膜炎ヲ伴ヘルモノ等ト誤ラレ易シ(Ruge⁽²³⁾ Severin)。

(二)纖維性硬化性胃結核

本型ハ元ト Poncet 學派ノ提唱ニ係ル所ノ其所謂炎衝型(tuberclose inflammatoire)ニ屬シ、特殊ノ結核性變化ヲ示サズニ Brinton 氏ノ所謂 Linitis plastica ノ像ノ下ニ粘膜下組織ニ限局性或ハ瀰蔓性ノ増殖性硬化性浸潤ヲ起スモノト理解サレタリ。サレド既ニ所謂 Linitis plastica 其物ノ概念ガ甚ダ漠然タルモノニシテ、其本態ニ就テハ或ハ腫瘍性ト解シ或ハ炎症性ト做シ、殊ニ非護膜腫性胃微毒ヲ重要視スル等諸説未ダ定ラズ⁽²⁴⁾、從テ從來 Poncet 氏等ノ意味ニ於テ本型トシテ記載サレタル少數例⁽²⁵⁾ノ中ニモ眞ニ局所ノ結核ナリヤ否ヤ疑ハシキモノ多シ。余ノ求メ得タル範圍ニ於テハ Cordero 氏⁽²⁶⁾、⁽²⁷⁾ノ一例ニ高度ノ硬化肥厚ヲ示シ、典型的 Linitis Plastica ノ像ヲ呈シ且ツ其粘膜下ニ結核菌ヲ證明シタルモノアルノミ。

F. Malchoir 氏ハ胃周圍淋巴腺結核ヲ有シ、胃壁ニ廣汎ナル炎衝性纖維性變化ヲ呈セル例ヲ記載シ、Poncet 氏等ノ所說ヲ支持スル一好適例ト稱シ得ベキモ、氏自身ハ其胃壁ニ何等ノ結核性變化ヲ證明セザルノ故ヲ以テ寧ロ之ヲ其淋巴腺結核ト偶然ニ併存セルモノト解シタリ。而シテ氏ハ却テ其第四例(前出)ノ高度ナル結締織性硬化ト共ニ白血球ヲ混ゼル淋巴球ノ浸潤ヲ伴ヒ且ツ極ク稀少數ノ小結核結節ヲ有スルモノヲ明カニ結核ニ因ル Linitis Plastica ト認メタリ。但シ此場合ニハ既ニ Poncet 氏等ノ意味ヲ超越シ居ルヤ勿論ナリ。斯、ルガ故ニ Zesas、小出氏等ハ本型ヲ胃結核ノ分類ヨリ除外セリ。余ハ現今ノ結核病理ノ見解ニ徴シ、本型ヲ胃ノ高度ナル硬化性結核(Zirrhotische Tbc)ト解シ、且ツ其何處ニカ結核性變化ヲ呈スルカ、少クモ結核菌ヲ組織的ニ證明シ得ベキ前提ノ下ニ、コレヲ前項ノ狹義ノ產出性(増殖性)結核ト稱スベキモノト對立セシムルヲ妥當ト思惟スルモノナリ。

上來縷述セル如ク、胃結核ニ於テモ亦肺結核ト同様、滲出性ト產出性ノ兩種ノ機轉ノ下ニ複雑ナル變化ヲ惹起スルモノニシテ、或ハ空洞ヲ形成シ、或ハ高度ノ硬化ヲ招來シ、病理解剖上實際の見地ヨリ分類セル前記各型間相互ニハ形態上種々ナル移行、錯綜ヲ呈シ來ルモノナリ。

最後ニ本症ノ病理解剖上特ニ注目スベキ三、四ノ點ニ就テ記サン。

比較的大ナル血管ノ破綻及ビ穿孔ニ就テ

何レモ本症ニ於テハ甚ダ稀レニシテ、特ニ潰瘍型ニ於テモ圓形潰瘍ニ比シテ遙カニ稀有ナリトサル。大出血ニ就テハ僅々二、三ノ報告ヲ見ルニ過ギズ、Kundrat 氏⁽¹⁸⁾ノ記載セル五歳男兒ノ麻糞大ノ小潰瘍ニ於テ粘膜下深層ノ血管ヨリ出血死ヲ起セル例ノ如キハ全ク例外的ナリ。穿孔例モ甚ダ乏シク、主トシテ瘻管ノ形ヲ取ル。殊ニ脾臓トハ屢々癒著ヲ見ルモノナルガ、其際ソレニ穿破スルコトアリ(Hüfer, Bernath)⁽¹⁹⁾又腸管ニ穿通スルコトアリ(Nielsenberg)⁽²⁰⁾更ラニ又稀レニ腹腔ニ破レテ限局性ニ包囊性膿瘍ヲ作り或ハ混合傳染ノ下ニ汎發性腹膜炎ヲ起スコトアリ(Ricard-Chevrier, Lava, Hauptmann)⁽¹⁸⁾。殊ニ興味アルハ粘膜下ノ病竈ガ内腔ニ破レズ、粘膜ハ全ク保存サレ居ルニ拘ラズ、外部ニ向ツテ穿孔ヲ得ルコトアリ、其際胃ト腹壁トノ癒著部ヲ通ジテ膈部ニ穿孔シ、膈瘻孔ヲ形成セル例(Galke)⁽¹⁸⁾アリ。

胃結核ト胃粘膜ノ腺腫性増殖竝ニ胃癌ニ就テ

Poncet 氏等ハ其所謂純炎症性、非特異性胃結核ノ、主トシテ粘膜ヲ侵ス場合トシテ、其胃炎様變化竝ニ非特異性潰瘍(前述)及ビ炎症性纖維性胃壁硬化(前述)ト共ニ、粘膜ノ腺腫性増殖ヲモ亦局部ノ結核ト看做シタリ。サレド此腺腫性増殖ノ必ラズシモ結核ニ關セザルコトハ周知ノ事ニシテ、當教室ノ沓掛氏モ四例ノ胃「ポリープ」(何レモ初期癌ノ像ヲ呈ス)ノ中、三例ニハ他臟器ノ結核ヲ證明セザリキ。文獻ヲ按ズルニ胃結核ノ際病竈部直接ノ粘膜ニ(Severin)⁽²¹⁾若クハソレニ近接セル粘膜ニ(Rovsing's 2, Fall, E. Melchior's 6, Fall)⁽²²⁾或ハ全ク遠隔セル部ノ粘膜ニ(Sanveters)⁽¹⁸⁾斯、ル増殖性變化ヲ認メシ記載アリ。就中 Cone 氏⁽²³⁾ノ例ハ興味アルモノニシテ、全身粟粒結核ノ小兒ノ胃ニ三種ノ結節ヲ有シ、第一ハ結締織増殖著シク、不規則ナル纖維性牽縮ヲ起シ、第二ハ異型の腺腫性増殖ヲ示シ、第三ハ特有ノ結核性變化ヲ呈シ居レリ。

而シテ斯、ル粘膜ノ變化ヲ目シテ直チニ Poncet 氏ノ謂フ所ノ局所ノ結核ト解スルコトノ不穩當ナルハ勿論ナルモ、少クモ胃結核ノ存在ハ二次的ニ斯ル變化ヲ助成スル因子タリ得メン。殊ニ Rovsing 及ビ E. Melchior 氏等ノ例ニテハ斯ル腺腫ノ癌性化ヲ見タリ。又 Jusena, Löwenheim 氏等⁽¹⁸⁾ハ結核性肉芽組織ヨリ二次的ニ癌發生セリト認ムベキモノヲ報告シ、又反對ニ Bornaan⁽²⁴⁾ Simmonds 氏等ハ胃癌ノ先住ニ依テ障礙サレタル胃ニ續發的ニ結核感染セリト看ルベキ例ヲ記載セリ。

一般ニ結核ト癌腫トハ寧ロ互ニ拮抗的意義ヲ有スト解サレ居ルモ斯ク同一ノ胃ニ於テ結核ト癌トガ互ニ繼發的ニ協同ニ發現スルコトアルハ興味深キ事實ナリ。

胃結核ト附近淋巴腺結核トノ關係

兩者ノ關係カ相互ニ密接ナルベキハ言フ俟タズ、且ツ部位的淋巴腺結核ガ本症ノ發生上ニモ意義アルコトハ後述スルガ如クナリ。乍然胃ニ非特異性病變アリテ同時ニ、附近淋巴腺ニ結核ノ存スル時、其胃變化ヲ直チニ結核性ト解スベキカ、コレ Poncet 氏等ノ非特異性胃結核ノ重要ナル根據ヲナシ、又臨牀的ニ試驗切除ノ價值ヲモトスルニ足ルベキコトナルヲ以テ敢テ一言スベシ。

既ニ Lipscher 氏⁽¹⁸⁾ 竝ニ最近ノ E. Melchior 氏等ハ胃結核ニ於テ全然附近淋巴腺結核ヲ缺如セル例ヲ記載シ居レリ。

反之一般ニ所謂胃外性胃結核ニ屬スル幽門部淋巴腺結核ガ胃ノ壓迫症狀ヲ現ハセルモノニ於テハ胃壁ニハ何等ノ結核性變化ヲ示サザルコト多ク、更ラニ Lyle 氏⁽¹⁸⁾ ハ五例ノ胃癌ニ E. Melchior 氏ハ單純性凶形潰瘍ノ例ニ於テ共ニ部位的淋巴腺ノ結核ヲ證明シタリ。尙ホ又 Halber 氏⁽¹⁸⁾ ハ陳舊性肺癆患者ノ幽門部及ビ空腸ニ腫瘤ヲ有スルモノ、腸間膜ニ、多數ノ乾酪變性ニ陥レル淋巴腺腫脹ヲ認メ、肉眼的ニハ確カニ胃其他ノ結核ト信ジ居リシニ、精檢ノ結核淋巴肉腫ナリシ例ヲ記載シ、又最近當教室ニ於テ⁽⁴⁷⁾、噴火孔様幽門癌ノ唯小彎ノ淋巴腺ニノミ轉移瘤ヲ有スルモノニ於テ、其他ノ肉眼的ニハ癌轉移ヲ想ハシムルニ充分ナル肝、脾、腎、攝護腺竝ニ肝門部、後腹膜及ビ腸間膜淋巴腺ノ變化ハ總テ檢鏡上結核ナリシ例ヲ經驗セリ。

如斯部位的乃至附近淋巴腺ノ結核ヲ以テ直チニ胃ノ變化ヲ結核ト速斷シ得ザルコトアルト共ニ、該淋巴腺結核ヲ缺如セル場合ニモ尙且ツ胃結核ヲ否定シ得ザル場合アルハ教訓深キ事實ト言フベシ。

其他尙ホ珍ラシキ一例トシテ Schneider 氏ハ恐ク其顔面丹毒ヨリ來レリト認ムベキ胃結核ト共ニ胃壁ノ連鎖狀球菌性「フログモーター」ヲ合併セルモノヲ記載セリ。

第五章 胃結核ノ發生學

本症ノ發生機轉ニ就テハ實驗的竝ニ病理解剖的ニ多數ノ研究アリ。諸家ノ承認セル方法ハ次ノ四種ナリ。

(一) 胃内腔ヨリノ傳染(直接傳染)、コレニ二種アリ。

(a) 原發性胃結核、即チ身體ノ他ノ臟器ニ結核菌ナク、結核菌含有ノ食料ニ依テ起ル場合ナリ。コハ理論上考察シ得ベキモ實際上眞ニ此種ノ發生方法ニヨル實例ハ極メ乏シ。(Gossmann 氏ハ八例ノ報告例中二例)(Van Wart, Alexander)ヲ選出セリ、其他桂田 Hifer, Alua 等ノ例ハ原發性ト想ハレザルニ非ラザルモ議論ノ餘地アリ。其他外科的手例ニ Nordmann, Luxemburg, Nellerberg, Kother Biernally, Severin, 齋藤氏等ノ報告アリ、又 Petruschky 氏ニ内科的觀察ノ二例等アリ、臨牀上原發性ト做サレ居ルモ、之亦嚴正ノ意味ニ非ラザルハ勿論ナリ。

(b) 續發性内腔傳染、此場合ニハ肺結核患者等ノ含菌性喀痰ヲ嚥下スルコト、及ビ腸ノ結核性潰瘍ヨリ逆蠕動性ニ含菌内容ノ胃ニ進入スルコト(Annikin⁽⁹⁾)ノ二方法擧ゲラレ居ルモ、後者ハ全然腸結核ヲ有セズシテ胃結核ヲ見タル例ノ報告サレ居ルコト(Litvan, Van Wart, Gossmann, Broders, etc.)ニ依テ否定カ

(Bruders)「少ナクモ例外ト(Cossmann)」サルベキモノナリ。

而シテ何故ニ腸ニ甚ク壓ミ見ルニ反シ、胃ニハ稀レナルカニツイテハ古來多クノ研究討議アリ。其理由トシテ胃液ノ酸性ナルコト、胃ニ淋巴装置ノ少キコト、胃運動ノ爲メニ内容ノ停滞セザルコト、粘液ヲ以テ内面ヲ被覆シ居ルコト等擧ゲラレ居ルモ、現今ニ於テハ是等ハ何レモ一程度ノ意義ヲ有スルニ過ギズ、主トシテ胃ノ結核菌ニ對スル先天性ニ感受性ニ乏シキコト、即チ臟器ノ先天性比較的免疫性ニ依ルモノト解サル(Kauffmann)。更ラニ胃結核ノ發生ヲ促シ得ベキ條件トシテハ粘膜ノ損傷ヲ重要視スベク、殊ニ小損傷ヲ起シ易キ幽門部ニ好發スル所以トモサル、尙胃粘膜ノ加里滲汁腐蝕後(Breus⁽⁹⁾)及ビ圓形潰瘍ニ結核感染ヲ見タル例(前出)、更ラニ武藤氏ノ先天性組織異常部ニ粟粒大結核ヲ認メタル例ノ如キハ此意味ニ於テ興味アルモノナリ。其他淋巴装置ノ増殖ヲ見ル如キ慢性胃「カタル」殊ニ所謂顆粒性胃炎(Castritis granulosa nach Dobrowski)ノ存スル場合、更ラニ胃鹽酸ノ減少乃至缺乏、胃運動障礙等モ或程度ニ於テ助成ノ意味ヲ有スルモノト認メラル。

(二) 血行ヨリ傳染

Arloing 氏が實驗的ニコレヲ證明セルコトハ屢々引用サレ居ル處ニシテ、尙ホ全身粟粒結核ノ際ニ胃壁ニモソレノ生ゼル事實(既述)モ亦血行傳染ヲ證スルニ足ルモノナリ。

(三) 淋巴道ニ依ルモノ

Rossel 氏⁽¹⁴⁾ハ左肺門部淋巴腺ニ原發竈アリ、ソレガ後胃淋巴腺ヲ侵シ、更ラニ逆行性ニ淋巴道ヲ經テ胃噴門部ニ潰瘍ヲ形成セル例ヲ報告シ、其他(Cossmann、三田、小出氏等モ同様ノ逆行性傳染ノ例ヲ記載セリ。Duerk 氏⁽⁶⁾ハ結核性胃潰瘍ニ於テハ汎發性或ハ限局性腹膜炎ノ存スル場合ニ菌ガ漿膜面ヨリ淋巴管ヲ經テ侵入スルコト、多シト做シ、又殊ニ Keller 氏ハ淋巴道傳染ヲ重要視スベキコトヲ主張セリ。

(四) 周圍ヨリ直達性ニ侵襲スルモノ。

淋巴腺(Cossmann, Keller, Schneider etc.)、脾臟(Reinhold⁽⁹⁾)、膽囊(Lusena⁽⁹⁾)、大腸(Thorspecken⁽⁹⁾)、十二指腸(Durante⁽⁹⁾)、(Planner)、腹膜(Struppler⁽⁹⁾)等ノ結核性變化ガ接續的、持續的ニ胃ヲ侵襲セル報告例アリ。

而シテ從來多クノ學者ハ續發的内腔傳染及ビ血行感染ヲ主ナルモノトナシ居レド、Kittler 氏ノ謂ヘル如ク淋巴道ヲ介スルコトハ輕視スベカラザルモノト思惟サル。

余ノ例ニ於テハ左側ノ肺空洞ヨリ追及的ニ結核性潰瘍ノ存在シ居ルコト及ビ十二指腸及ビ空腸ノ上三分ノ一ニ結核病竈ノ存セザルコト竝ニ胃漿膜及ビ部位的淋巴腺ノ所見ト潰瘍部ノ組織の所見トニ徴シ。大ナル方ノ潰瘍ハコレヲ續發的嘸下性直接傳染ニ依ルモノト認メ、更ラニ肝、脾ノ粟粒結核及ビ潰瘍部竝ニ其レニ一致スル上胃淋巴腺ノ所見殊ニ潰瘍底

ノ血管變化ニ據リ、小ナル方ノ潰瘍ハコレヲ血行傳染ニ依ルモノナリト思考ス。

第六章 胃結核ノ性・年齢及ビ臨牀的關係

性、一般ニ男子ノ方遙カニ多シ。Brodors 氏ニ據レバ男八九例、女四八例ニシテ約二・一トナリ、本邦例ニ於テハ不明ナルモノヲ除キ男一七、女六ニシテ其比約三・一トナル。
年齢、Kundrat 氏⁽⁸⁾ノ五歳、和田氏ノ六歳等ノ小兒ヨリ、Przewoski 氏ノ八十歳ノ老人ニ到ルマデ各年齢ニ見ラル、モ、年齢ニ頻度ヲ異ニシ、Glauff 氏ハ男子、少女(十五歳以下)女子、男兒ト順次減少ヲ示スト記載セリ。Brodors 氏ノ調査ニテハ大人一〇八例、小兒三七例即チ大人ハ小兒ノ約三倍ニ達ス。本邦ニ於テモ滿十五歳以下ハ唯三例ニ過ぎズ、二十代最モ多ク(二〇例)次デ三十代(五例)ニシテ、尙四十歳以上ニモ三例アリ、最高ヲ六十四歳(桂田)トス。小出氏ニ據レバ所謂肥厚型ハ四十歳、乃至五十歳ニ最モ多シト。
胃結核ノ臨牀的關係

本症ニ就テハ臨牀的研究最モ遅レ居リ、精密ナル記載ヲ見ルコト少シ。既ニ概シテ古キ記載ニ於テハ病理解剖的ニモ檢索ノ不充分ニシテ頗ル疑シキモノ多々アルコトハ Brodors 氏等ノ指摘セル所ナリ。況ンヤ手術臺上ニ於テ、殊ニ單ニ胃腸吻合術等ノ下ニ、附近淋巴腺ノ所見等ニ據レルモノニ於テ、其果シテ眞ニ胃結核ナリヤ否ヤ疑ハシキモノモ尠カラザルベキハ言フ俟タザルベシ。余ハ屢々引用サル、Ricard-Chevrier 氏ノ原著(1905)ニハ接シ得ザリシモ一般ニ臨牀的ニ詳細ナル記載ヲ見ルハ漸ク近年ノコトニ屬シ、Rousing(1912), Keller(1914), Schlesinger(1914), Nollerberg(1916), Spengler(1921) 氏等、殊ニ最近 E. Melchoir 氏(1926)ニ價值アル記載ヲ見、又 Senerin 氏ハ術後十年間ヲ觀察セル例ヲ報シ居ルモ、要スルニ、此方面ニ於テハ細密ナル觀察ノ下ニナサレタル今後ノ症例報告ニ待ツベキモノ多シ。

凡ソ本症ニ於テ臨牀上對象トナルハ、其胃症狀ガ主トシテ臨牀的所見ヲ支配シ居ル如キ場合ニシテ所謂外科的胃結核(Rovsing)ナリ。而シテ其症狀ハ主トシテ幽門狹窄ニ因ルモノナリ。然カモ從來ノ報告例ニ於テハ其大多數ハ臨牀上癌腫或

ハ圓形潰瘍等ト誤診サレ、生前若クハ手術前ニ本症ノ疑診ヲ附セラレシハ余ノ涉獵セル範圍ニ於テハ Rovsing 氏ノ二例 Planner, Schlesinger 及ビ Spengler 氏ノ各一例竝ニ最近 E. Melchoir 氏ノ三例等ニ過ギズ。

而シテ胃結核ニ來ル幽門狹窄ハ前述ノ病理解剖の所見ヨリ總括スレバ慢性硬化性潰瘍、増殖型胃結核及ビ膿瘍型ノモノニシテ、ソレガ幽門部ニ發シ、或ハ稀レニ小彎、大彎等ニ生ジタルモノガ幽門ニマデ波及シ (Baetzner, Nollenberg) 其部ノ狹窄ヲ惹起スルニ因ルモノナリ。尙 Schlesinger 氏ハ該部ノ結核性潰瘍ニ依ル攣縮ヲモ認メ居レリ。更ラニ臨牀的ニハ所謂胃外性結核トシテ幽門附近淋巴腺結核ノ壓迫或ハ結核性腹膜炎ニ於ケル癒著乃至絞扼ニ依リテ起ル幽門狹窄モ輕視スベカラザルモノナリ。此場合ニハ通常胃其物ニハ結核性變化ヲ見ザルモノナルモ、外科的ニ處置サレル場合ニハ其存否ヲ正確ニシ得ザルコト尠カラザルベク最近ノ奥田、加藤氏ノ例ノ如キハ之レナリ。

斯クシテ起ル幽門狹窄症狀ニ就テ臨牀上鑑別スベキモノトシテ Schlesinger 氏ハ圓形潰瘍(殊ニ胼胝性ノモノ)、十二指腸潰瘍幽門瘻、胃微毒、ライヒマン氏病(幽門攣縮)及ビ幽門周圍癒著等ヲ擧ゲタリ。然レドモ本症ノ自覺的及ビ他覺的症狀ニ於テハ何等特徴的ノモノナク、就中胃液ノ化學的竝ニ顯微鏡的検査ニモ一定ノ標準ヲ示サズ、殊ニ其鹽酸度ハ缺乏ヨリ過多ニ到ルマデ種々見ラレ、其他潛血、乳酸「ザリチーナ」、長桿菌等モ區々ナリ。又X線像ニ於テモ亦特殊ノモノナシ、斯クシテ最も多ク或ハ癌腫或ハ圓形潰瘍ト一致スル所見ヲ呈ス。年齡的關係ニ於テモ從來報告サレシモノハ殆んど皆成人ニシテ殊ニ所謂癌年齡期ニ多シ。若年者ニ就テハ E. Melchoir 氏ハ文獻ヨリ唯五例(十二乃至十八歲)ヲ得タルノミナリ。而シテ其ノ何レモ附近淋巴腺結核ヲ立證セルニ過ギザルモ、蓋シ氏ノ謂フ如ク斯ル若年者(二〇歲以下)ニテハ胃壁ニ於ケル腫瘍様造構物ノ存在ノミニテモ比較的容易ニ癌及ビ肉腫等ヲ除外シ得ルコトニ依テ胃結核ト診定スルニ足ルベシ。

コレヲ前記臨牀的ニ疑診ノ下ニ處置サレタル諸型ニ就テ見ルニ多クハ結核ト認ムベキ既往症ト共ニ肺ノ變化ヲ認メ得タルモノニシテ、唯 Rovsing 氏ノ二例及ビ Melchoir 氏ノ一例ハ全然胸部所見陰性ナリシモ、此二例ハ何レモ右側(前者ノ二例)又ハ左側(後者ノ例)ノ鎖骨上窩淋巴腺ノ結核ヲ證明シ居レリ。是等ノ結核ノ既往症、肺其他ニ於ケル結核病竈ノ存

在、殊ニ所謂ウイ^ルヒ^ヨウ^ウ氏腺ノ結核竝ニ胃結核ノ諸症狀群ガ比較的ニ迅速ニ發現スルコト等ハ特ニ參考ニ價スベシ。尙 Petruschky 氏ハ「ツベルクリン」反應殊ニ其局所反應症狀ニ依ルコトヲ推獎セルモ、殊ニ屢々反應性ニ危險ヲ招來スルノ故ヲ以テ Curschmann 其他ノ人々ハコレニ反對セリ。

要之本症ノ診斷上適確ノ根據タルベキモノハ一ツモナシト稱スベク、Schlesinger 氏ノ謂ヘル如ク、既往症、注意深キ臨牀的検査及ビ經過ノ觀察竝ニ其他ノ所見殊ニ肺、鎖骨上窩淋巴腺等ノ所見等ヲ細心ニ顧慮スルヲ要スルモノニシテ、特ニ前記諸家ノ記載ニ徵スルニ此種ノ症狀ニ接シテハ、常ニ胃結核ノ存在ヲ念頭ニ置キテ觀察スルヲ肝要トスベク、斯クシテ少クモ疑診ハ附シ得ベシ。

最後ニ豫後ニ就テハ一般ニハ重篤トスベキモ、近時胃手術ノ進歩ニ伴ヒテ奏效例ノ漸次増加スル傾向アリ。Zesac (1913) 及ビ Nollenberg 氏 (1916) 等ノ蒐集セル所ニ據レバ手術例三八例中十八例ノ奏效ヲ見、殊ニ切除術ハ十二例中七例成功シ居^レリ、其後尙 Rother (1918), Friedman (1919), Biernath (1921), Orsos (1925), Severin (1926) ノ各一例、F. Melchoir 氏 (1926) ノ三例等竝ニ本邦ニ於テ齋藤、奥田氏等手術奏效例ヲ見タリ。

第七章 結論

- (一) 胃結核ノ頻度ニ關スル統計ハ諸家一致セズ。余ハ當教室ノ總剖檢例ニ就テ、全屍數ニ對シ〇・一九%、結核屍ニ對シ〇・五八%ナル統計ヲ得、其甚ダ稀有ナルヲ認メタリ。性別ニ關シテ男子ハ女子ヨリモ二乃至三倍ノ頻度ヲ示シ、年齢的ニハ各年齢ニ來ルモ殊ニ、青、壯年ニ多シ。
- (二) 胃結核ノ發生ハ殆ンド總テ續發性ニシテ、眞ニ原發性ト認ムベキモノハ文獻中二・三例ニ過ギズ。而シテ其發生方法トシテ胃内腔面ヨリスルモノ、血行ヲ介スルモノ、淋巴道ニ依ルモノ及ビ周圍臟器ヨリノ直達性侵襲ニ依ルモノ、四種アリ。余ノ例ハ續發性ニシテ胃内腔傳染ト血行傳染トノ兩型ニ屬スベキ二種ノ結核性潰瘍ヲ有セリ。
- (三) 胃結核(狹義)ヲ病理解剖的見地ヨリ綜括シ次ノ如キ分類表ヲ得タリ。

胃結核

潰瘍型又ハ空洞型

潰瘍型

單純性結核性潰瘍
慢性硬化性結核性潰瘍

增殖型

浸潤性、肥厚性胃結核
纖維性、硬化性胃結核

余ノ例ハ單純性結核性潰瘍ニ屬スベキモノナリ。

(四)胃結核ハ單ニ其肉眼の所見若クハ附近淋巴腺結核ノ所見ノミニテハ屢々他ノモノト誤ラレ易ク、殊ニ其二次的變化セル潰瘍型及ビ增殖型ニ於テハ組織所見ニ於テモ慎重ナル檢索ヲ要スルコトアリ。

結核菌ヲ組織のニ證明スルコトハ從來甚ダ困難トサレ居ルモ其目的ヲ以テ精査セバ殊ニ潰瘍型ニテハ然カク困難ニハ非ラザルベシ。胃結核ニ於テハ定型的ラングハンス氏巨態細胞ヲ證明スルコト比較的稀ナレリ。

(五)胃結核ノ臨牀的症狀ハ幽門狹窄症狀ヲ其主體トス。一般ニ單純性結核性潰瘍ハ殆ンド特殊ノ症狀ヲ現サズ、コレヲ呈スルハ幽門乃至其附近ニ發生シテ幽門狹窄ヲ惹起スル處ノ慢性硬化性潰瘍、增殖型及ビ膿瘍型胃結核ナリ。尙臨牀的ニハ胃外性ノ淋巴腺結核(殊ニ幽門部)乃至結核性腹膜炎ニヨル胃ノ壓迫若クハ絞扼モ亦顧慮ヲ要スルモノニシテコレガ廣義ニ於テ胃結核トシテ處置サル可キ場合ハ比較的多シ。

(六)本症ノ診斷ハ特徴的の所見ノ據ルベキモノナク頗ル至難ナリ、從來殆ンド凡テ胃癌又ハ圓形潰瘍ト誤診サレ居リ、臨牀上疑診ヲ下サレシモノハ僅々數例ニ過ギズ。究竟、本症診斷上ノ要諦ハ常ニ本症ノ存在(?)ヲ顧慮ニ置キテ慎重ナル觀察ヲ忽ニセザルコトニ在リトナスベシ。

而シテ本症ハ臨牀上肺症狀等ノ輕微若クハ皆無ノモノニ於テモ見ラレ、ソレガ診斷ノ如何ハ豫後ニ關スルコト至大ニシテ且ツ手術的殊ニ切除術ニ於テ半數以上ノ奏效率ヲ見ルコトハ注目ニ價ス。

摺筆ニ臨ミ恩師川村教授ノ御懇篤ナル御指導ヲ深謝ス。

文獻

圖 一 第

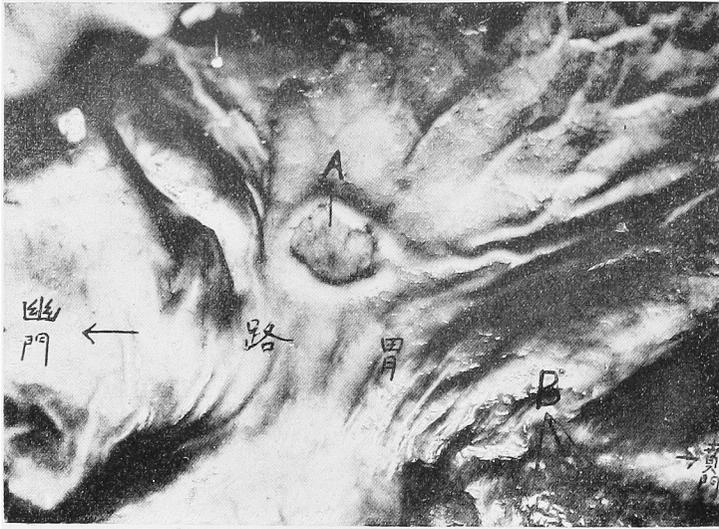


圖 三 第



圖 二 第



- 歐文文獻: 1) **Albu**, Kraus-Brugsch spez. Path. u. Ther., Bd. 5, 1921, S. 993. 2) **Bassler**, Zeitschr. f. Tub., Bd. 25, 1916, S. 145. 3) **Baetzner**, B. K. W., Nr. 52, 1920, S. 1237. 4) **Barbaeck**, Refr. Centrbl. f. allg. Path. etc., Bd. 1, 1890, S. 340. 5) **Biernath**, D. M. W., Nr. 37, 1921, S. 1091. 6) **Broders, Surgery**, Gynecol. and Obst., Vol. 25, 1917, P. 490. 7) **Fischer-Defoy**, Centrbl. f. allg. Path. etc., Bd. 17, 1906, S. 4. 8) **Friedman**, The Journ. of the A. M. A., Vol. 72, No. 2, 1919, P. 101. 9) **Gossmann**, Mittell. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 26, 1913, S. 771. 10) **Hannu**, V. A. Bd. 108, 1887, S. 225. 11) **Häfer**, Bruns' Beitr., Bd. 126, 1922, S. 555. 12) **Katsurada**, D. M. W., 1909, S. 1864. 13) **Kaufmann**, Spez. Path., Bd. 1, 1922, S. 628. 14) **Keller**, Bruns' Beitr., Bd. 88, 1914, S. 586. 15) **Letulle**, Centrbl. f. allg. Path. etc., Bd. 4, 1890, S. 340. 16) **Litten**, V. A. 1876, S. 615. 17) **Mae Callum**, A Text-Book of Path., 1918, S. 618. 18) **Melchoir**, E., Mittell. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 39, H. 2, 1926, S. 205. 19) **Melchoir, L.**, Beitr. z. Klinik d. Tub., Bd. 26, 1923, S. 185. 20) **Moncoge**, Refr. Zeitschr. f. Tub., Bd. 33, 1921, S. 293. 21) **Muir**, Text-Book of Path., 1925, P. 417. 22) **Nollenberg**, Bruns' Beitr., Bd. 99, 1916, S. 691. 23) **Nordmann**, Langenbeck's Arch., Bd. 73, 1904, S. 574. 24) **Orator**, V. A., Bd. 256, 1925, S. 230. 25) **Orsod**, Refr. Zentrlog. f. d. Gesamt. Chir. etc., Bd. 31, 1925, S. 837. 26) **Pagel**, V. A., Bd. 251, S. 628. 27) **Petrlik**, Ergebn. d. allg. Path., 1904, S. 278. 28) **Petruschky**, D. M. W., Nr. 24, 1899, S. 394. 29) **Planner**, Mittell. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch., Bd. 28, 1915, S. 83. 30) **Przewoski**, V. A., Bd. 167, 1902, S. 424. 31) **Rother**, B. K. W., Nr. 44, 1918, S. 1049. 32) **Rovsing**, Unterlebschir., 1912, S. 305. 33) **Schlesinger**, M. M. W., 1914, S. 987. 34) **Schnaus**, Grundr. d. Path. Anat., 1910, S. 530. 35) **Schneider**, Med. Kl., Nr. 39, 1924, S. 1355. 36) **Schnitze**, Ergebn. d. allg. Path., 1922, S. 534. 37) **Severin**, D. M. W., Nr. 23, 1926, S. 1168. 38) **Simmonds**, M. M. W., Nr. 10, 1900, S. 317. 39) **Spengler**, Med. Kl., Nr. 4, 1921, S. 101. 40) **Willerding**, Langenbeck's Arch., Bd. 128, 1924, S. 109. 41) **Wilms**, Centrbl. f. allg. Path. etc., Bd. 8, 1899, S. 783. 42) **Zézas**, Centrbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 16, 1913, (Refr. Centrolog. f. d. gesamt. Chir. 1913). 43) **Ziegler**, Lehrbuch d. allg. Path. etc. Bd. II, 1906, S. 596. 邦文文獻: 44) **肥田**, 東京醫學會雜誌, 第二卷, 第九號. 45) **金森**, 胃腸病研究會報, 第三卷, 第五號. 46) **桂田**, **和田**, 第一回 日本內科學會會誌. 47) **川村**, 臨床醫學, 第十四卷, 第十號. 48) **小出**, 千葉醫學會雜誌, 第二卷, 第四號. 49) **木橋**, 日本病理學會會誌, 第四號. 50) **沓掛**, 第十九回, 癌研究會學術集談會(學會). 51) **森**, 醫學中央雜誌, 第八卷, 第一號. 52) **三田**, 北越醫學會雜誌, 第二十九年, 第一號. 53) **武藤**, 朝鮮醫學會雜誌, 第五十四號. 54) **中山**, 東京醫學會雜誌, 第二三卷, 第十四號. 55) **奥田**, **加藤**, プレventionズペー. 第一卷, 第五號. 56) **大槻**, 日本消化機病學會雜誌, 第六卷. 57) **齋藤**, 岡山醫學會雜誌, 第二四五號. 58) **佐野**, 醫事新聞, 第一一五三號. 59) **佐野**, 第十七回, 日本病理學會(學會). 60) **和田**, 成醫會雜誌, 第四十二卷, 第六號. 61) **山極**, 病的材料觀察法實習, 第三册及第五册.

圖文抄錄

附圖說明

第一圖 肉眼的所見 A、大ナル潰瘍 B、小ナル潰瘍。

原 著 關ニ胃結核ニ就テ並ニ結核性胃潰瘍ノ一例追加

第二圖、大ナル潰瘍組織の所見(邊縁部)、r、潰瘍縁、u、縁下彎入部、b、潰瘍症ノ一部、m、粘膜、mm、粘膜筋層、T-V、周邊部ノ結核性浸潤(V、乾酪變性ニ傾ケリ)、R、Z、I、g、圓形細胞浸潤並周圍性細胞浸潤ヲ伴ヘル血管、

第三圖、小ナル潰瘍組織所見、a、b、ハ相融合シテ潰瘍(G)ヲ形成セル二個ノ結核結節、各小動脈血管(t)ヲ包藏ス、h、充血、m、自家消化ヲ呈セル
粘膜、

綜
說

咯血の病理及臨牀的觀察