

結核性食道潰瘍ノ三例竝ニ食道結核ノ 一般ニ就テ

新潟醫科大學病理學教室(川村教授主任)

助 手 藤 卷 茂 夫

目 次

第一章 緒 言

第二章 實驗例

第三章 總括竝ニ考按

第四章 結 論

文 獻

第一章 緒 言

結核ノ人體各臟器ニ於ケル占在部位中食道ハ甚ダ稀有ノモノニ屬シ、其構造上同列ニアル腔部ニ於ケル者ト殆ド同程度ニ出現スルモノナリト謂ハル。其原因ニ就テハ食道粘膜ニ於ケル多層被覆上皮ノ抵抗性ナルコト、又平滑ニシテ袋狀ノ灣入部ナク、菌汚染食物ハ迅速ナル嚥下運動ニ依リ菌附著ノ暇ナキ事、及食道壁ニ於ケル淋巴裝置ノ他部消化管ニ比シ遙カニ僅少ナル事等ノ諸說擧ゲラレ居ルモ、特ニ食道ハ結核ニ對シテ先ヅ先天的免疫性ヲ有スルナラント思惟セラル。食道結核ニ關スル第一ノ文獻ハ、1878年甫テ Breus 氏ハ加里瀉汁ヲ嚥下シ、其後食道狹窄ヲ來セル 21 歳ノ肺癆患者ノ剖檢ニ際シテ食道ノ中及下 3 分ノ 1 ニ於テ筋層ニ迄達スル深キ結核

性潰瘍ヲ有セル例ヲ發表セルニ濫觴シ、爾來幾多ノ文獻例アリ。本邦ニ於テハ大正 3 年三田氏初テ報告シテヨリ、本積、竹内、武藤諸氏ノ報告アリ。次ニ結核屍ニ對スル食道結核ノ頻度ニ關シテハ其高率ナル者ニ於テハ宮崎氏(1928)ノ 2.8%ヲ初トシ M. Letulle 氏(1893)ノ 1.3%ナリ。其低率ヲ示セルモノニハ中村氏(1924)ノ 0.4%、K. Zenker 氏(1895)ノ 0.24%、Vintrup 氏(1926)ノ 0.1%ナリ。以上ニヨリ食道結核ノ稀有ナルコトヲ知り得ベシ。余ハ當教室ニ於テ偶々食道ニ結核性潰瘍ヲ有スル 3 例ニ遭遇スルヲ得タルヲ以テ、茲ニ其病理竝ニ發生機轉ノ一般ニ就テ記述シ、併セテ自己ノ實驗例ヲ報告シ聊カ其知見ニ就テ補遺スル所アラントス。

第二章 實驗例

第一例。小林某、6 歳、男兒、剖檢死後 24 時間。

1. 臨牀的診斷 肺癆。

2. 臨牀的所見 昭和 7 年 5 月頃ヨリ咳嗽發熱 1 ヶ月程續ケリ、其他右側頸部淋巴腺ノ腫脹ヲ認ム。7 月頃腹部膨滿シ腹痛ヲ訴ヘシガ 9 月ニ治癒ス、然レドモ熱ハ依然トシテ存シタリ其後昭和 8 年 1 月頃ニハ咳嗽、喀痰増加シ腹部疼痛、下痢頻々トナリ、右肺ニハ囉音可成ニ聞エ、打診上濁音ヲ呈ス、死前ニハ左肺ニモ濁音ヲ證明スルニ至ル、遂ニ昭和 8 年 5 月 9 日死亡セリ。

3. 病理解剖的診斷 (1)細葉性増殖性竝ニ滲出性肺結核竝ニ空洞形成。(2)右側纖維素纖維性肋膜炎。(3)氣管枝周圍、氣管側、氣管分岐部、下顎竝ニ前縱隔竇淋巴腺結核。(4)結核性食道潰瘍。(5)腸結核。(6)結核性腹膜炎。(7)咽頭結核。(8)脾症。(9)泌尿生殖器結核。(10)肉豆蔻肝。

4. 病理解剖的所見 高度ニ羸瘦セル小兒屍。死後強直ハ證明セズ。屍斑ハ身體下垂部ニ赤紫色ニ發生シ、右側頸部淋巴腺蠶豆大ニ腫脹セリ、腹部膨滿ス。腹腔内ニハ黃色不透明液 50cc アリ、腹膜面ニ散在性ニ結

核性灰白小結節ヲ認ム。大腸ハ所々腹膜ト癒著ス。腸間膜脂肪少量ニシテ、腸間膜淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ、且ツ互ニ癒合シ「パケット」ヲ作ル。剖面ニ於テハ大部分乾酪化セリ。骨盤腹膜面ニハ多數ノ小結節散布セラレタリ。

胸腺稍々小ニシテ實質性ナリ。右側胸腔纖維素纖維性ニ癒著ス、心外膜腔ハ黃色稍々不透明ノ液 10cc ヲ充シ、心嚢内面ハ平滑ニシテ光澤ヲ有セリ。

心臓ハ該屍手拳ヨリ稍々大、心外膜下脂肪層ハ少量ニシテ冠狀血管ニ異常ナシ、心臓ノ硬度通常ナリ。兩側心耳竝ニ心室内ニハ多量ノ暗赤色流動血竝ニ中等量ノ凝血アリ、兩側心室擴張セズ、心内膜ハ平滑、瓣膜裝置ニ異常ナシ。心筋ハ赤褐色ニシテ、厚サハ大動脈錐體部ニ於テ 0.8cm ヲ、肺動脈該部ニ於テハ 0.4cm ヲ算ス、卵圓孔ハ閉鎖セリ。

左肺 表面ニハ散在性ニ纖維素纖維性絮片ノ附著アリ、赤褐色ニシテ硬弾力性ナリ、是ヲ觸知スルニ硬キ結節ヲ散在性ニ認ム、肋膜下ニハ粟粒大灰白色結核結節ヲ見ル、剖面稍々血量ニ富ミ赤褐色ヲ呈ス、上下葉ニ多數ノ麻竇大ノ細葉性灰白色小結節アリ、上葉後面肋膜下ニ拇指大ノ黃灰白色乾酪化結節アリ、是ニ接シテ一個ノ小蠶豆大ノ空洞アリテ、其壁ハ鋸齒狀不規則、其中ニ乾酪化物質ヲ容ル、氣管枝粘膜ハ充血性混血粘液ニテ被ハル、氣管枝周圍淋巴腺ハ數個豌豆大ニ腫脹シ、剖面ハ髓様ニシテ一部乾酪化セリ。

右肺 左肺ヨリ大ニシテ表面ニハ又纖維素性物質ノ附著アリ。一般ニ赤褐色ニシテ肋膜下ニハ多數ノ粟粒大灰白色小結節ヲ見ル、硬弾力性ナリ、剖面ニ於テハ血量中等度、全葉ニ互リテ多數ノ麻竇大灰白色小結節ヲ認ム、間質ハ全葉ニ於テ特ニ上葉ニ増加ヲ示シ、中葉ニハ小豆大ノ數個ノ空洞アリ、氣管枝粘膜ハ稍々充血シ、多量ノ混血粘液物質ニテ被覆セラル、氣管枝周圍淋巴腺ハ數個豌豆大ニ腫脹シ、剖面ハ髓様、一部乾酪化セリ。

脾臓(79g)少シク腫大シ、表面ニハ少量ノ纖維素性絮片ノ附著アリ、硬弾力性ニシテ剖面暗紫赤色ヲ呈シ脾材ハ著明ニシテ濾胞ノ増加ヲ見ル、脾髓ハ硬、一般ニ浮腫性ニシテ光澤ヲ有シ、小粟粒大ノ灰白色結節ヲ數個認ム。

肝臓(580g)表面ハ平滑、邊緣ハ圓味ヲ帶ビ、硬弾力性ナリ、灰白褐色ヲ呈シ、肉豆蔻摸樣著明ナリ。膽管

ノ肥厚ナク、膽嚢ハ約 20cc ノ黃色膽汁ヲ充シ、粘膜黃色染ス。

左腎(65g)被膜剝離容易、星芒靜脈著明、胎兒溝僅カニ存在スルモ囊腫、癭痕ハ認メズ、硬弾力性ニシテ、剖面ニ於テハ血量ニ富ミ、實質ハ灰白褐色ニシテ輕度ニ溷濁セリ。所々ニ粟粒大灰白結節ヲ認ム。

右腎(65g)剖面ニハ若干ノ粟粒大灰白色結節ノ證明アリ其他全ク左腎ト同一ナリ。

副腎 左側ハ重量 1.5g ニシテ右側ヨリ大ナリ。左右共剖面ニ於テ皮質脂肪ニ乏シク、髓質硬シ。脾臓重量 15g ニシテ硬度、分葉、色澤異常ナシ。

甲狀腺(4g)左右等大、剖面ニハ「コロイド」分泌減少ス。舌底ハ著明ニ顆粒狀ヲ呈シ、左右扁桃腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ右側ハ潰瘍形成シ破壞ヲ示ス。喉咽頭粘膜竝ニ氣管枝粘膜ハ充血性ナルモ潰瘍ハ證明セズ、氣管側、竝氣管分岐部淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹集合シ、大部分乾酪化セリ、兩側下顎淋巴腺モ同様乾酪化セリ。胃ハ殆ド空虚ニシテ粘膜面ハ平滑ニシテ、粘液増加ヲ示セル外ニ異常ナシ。十二指腸モ空虚ニシテ粘液分泌少シク増加セリ、輪腸管ハ通過性ナリ。腸間膜淋巴腺ハ多數腫大シ「パケット」ヲ形成セリ。

膀胱ハ強度溷濁セル黃色尿約 70cc ヲ藏ス。粘膜ハ潰瘍ヲ作り殆ド全部破壞セラル。直腸ハ空虚ニシテ、粘膜面ニ於テ胡桃大ノ結核性潰瘍ヲ證明セリ。右側副睪丸ハ乾酪化ス、兩側睪丸竝ニ精囊ハ異常ナシ。大腸ハ大量ノ軟便ヲ藏シ、粘膜ニハ蠶豆大ノ潰瘍數個ヲ見ル、小腸粘膜ニ多數種々大ノ結核性潰瘍ヲ認ム、盲腸部ハ潰瘍性ニ破壞セラレ、恰モ赤痢樣變化ヲ呈シ粘膜不規則ニ肥厚シ、絨毛狀發生ヲ示ス。

局所の所見

食道粘膜ハ一般ニ充血性、食道ノ前壁ニテ左右氣管分岐點ニ相當シ 3 個ノ潰瘍アリ、最大ナルハ輪狀軟骨下緣ヨリ下 5.5cm ニアリ、卵圓形大豆大(11.0cm×0.7cm)ニシテ、底面ハ黃色乾酪樣物質ヲ以テ覆ハレ稍々平滑ナリ、邊緣ニハ同様黃色糠樣物ヲ附著シ、不規則ニ著シク肥厚シ、圓味ヲ帶ビテ隆起シ、穿鑿著明ナリ。右側竝ニ下部邊緣ハ肥厚少ナク通常粘膜ニ次第ニ移行ス、該潰瘍ヨリ下方約 1.0cm ニ互リ、粘膜ハ少シク糜爛性ニシテ黃色絮片ヲ以テ覆ハレタリ、此部食道ハ腫脹セル周圍淋巴腺ト癭痕性ニ癒著ヲ示セリ。即兩側氣管側淋巴腺ハ何レモ數個蠶豆大ニ腫脹シ「パケッ

ト」ヲ形成シ、剖面ハ所々黃白色ヲ呈セリ。該潰瘍ハ又其上縁ヨリ右側上方ニ通ズル長サ約 1.5cm ノ瘻孔ニ依リ上記腫脹淋巴腺ト交通ス、瘻孔縁ハ黃色乾酪物質ヲ以テ形成セラル。前述大ナル潰瘍ヨリ約 1.5cm 離レテ、左側上方ニ當リ細長キ潰瘍(1.2×0.2cm)アリ、其邊緣肥厚ヲ見ザルモ著シク不規則ニシテ底面不平ナリ。此潰瘍モ亦上記潰瘍ト瘻孔ニヨリ相交通セリ。其他尙最大ナル潰瘍ノ少シク左側下方約 0.3cm ノ所ニ細長キ潰瘍(0.7×0.2cm)アリ、邊緣少シク肥厚シ、黃色物質ヲ附着シ、底面不平ナルモ小結節ハ見ラレズ。矢張大ナル最初ノ潰瘍ト交通セリ。而シテ食道ハ上記三潰瘍部ニ於ケル癒痕性收縮ニヨリ輕度ノ狹窄ヲ示セリ。

5. 組織の所見

實驗ニ際シテハ組織片ヲ「フォルマリン」固定、「パラフィン」包埋ニヨリ 5μ 切片トナシ、之ニ「ヘマトキシリン、エオジン」重染色、Van Gieson 染色、脂肪染色ヲ用ヒ、結核菌證明ニ當リテハ Ziel-Neelsen 氏法ヲ採用セリ、食道潰瘍部ノ組織片ヲ採リ檢鏡セルニ、潰瘍邊緣部ハ粘膜糜爛シ固有膜ニ迄達シ、底面ニ來レバ粘膜筋層ヲモ破壊シ粘膜下層ヲ露ハセリ、粘膜下層ハ全般ニ互リ種々大ノ結節狀ニ圓形細胞ノ浸潤強クシテ、其中心ニ於テハ壊死ニ陥リ多數ノ癒合性結節ヲ形成セリ、該變化ハ筋肉層ニマデ及ビ、内環狀筋層ハ上記結節ニヨリ殆ド全部充サレ、外縱走筋層ノ一部ニ於テモ、斯カル變化認メラル、潰瘍底面ハ壊死ニ陥リ、尙核ノ破壊物ヲ混セリ。瘻孔ニヨリテ該潰瘍ト交通セル淋巴腺ヲ見ルニ、中心部壊死ニ陥リ、之ヲ繞リテ Langhans 型巨態細胞、類上皮細胞竝ニ圓形細胞ノ浸潤アリ、上記食道部竝ニ淋巴腺ニ於ケル結核結節ハ大部分纖維性ヲ呈シ比較的古キ竈ヲ思ハシム。又食道潰瘍ノ壊死ニ陥レル部ニ於テハ非常ニ多數ノ結核菌ヲ證明シ得タリ。其他瘻孔壁ニモ無數ノ結核菌ヲ認メタリ。

肺臟 一般ニ充血ヲ見ル、主トシテ細葉性滲出性變化アリ、所々ニ細葉性増殖性變化ヲ混ズ、前者ニ於テハ圓形細胞浸潤強ク周圍肺組織ニ徐々ニ移行シテ銳利ノ境界ヲ示サズ、ソレヲ繞リテ炎性組織像ヲ見又浮腫強度ノ處アリ、以上ノ病變部ノ或ル者ハ一面ニ瀰漫性ニ乾酪化シオレリ。増殖性變化ヲ呈セル部ニ在リテハ細葉性「クローバ」葉狀ニ定型の結核結節ヲ見、中心

壊死部ヲ繞リ Langhans 型巨態細胞、類上皮細胞アリ、最外層ニ圓形細胞ノ浸潤アリ。左上葉肺尖部ニアル空洞壁ノ表面ハ壊死ニ陥リ、次第ニ圓形細胞滲出セル層ニ移行シ、之ヲ繞リテ出血層アリ、更ニ其周圍ニハ纖維性組織強度ニ増殖セリ。

心臟 心外膜下脂肪ハ減少セリ、心外膜ニハ圓形細胞ノ浸潤強シ、心筋ニハ異常ヲ認メズ。

肝臟 被膜ハ著シク肥厚シ、圓形細胞浸潤著明ニシテ結核結節ヲ見ル、又肝組織ニ於テモ圓形細胞浸潤アリテ實質竝ニ間質内ニ結核結節ヲ證明ス、肝細胞ハ小葉周邊部ニ於テ脂肪變性ヲ示セリ。

脾臟 實質内ニ定型の結核結節ヲ無數ニ認ム。

腎臟 充血強クシテ皮質部ニ中心壊死ニ陥レル比較的大ナル結核結節アリ。

副腎 皮質脂肪ハ減少シ、髓質ニハ圓形細胞浸潤著明ナル外結節等ノ證明ナシ。

膀胱 實質ニハ異常ナシ、間質小血管内被細胞著シク肥厚シ腔内ニ其剝離セルモノヲ見ル。

扁桃腺 潰瘍底面竝ニ邊緣部ニ於テ腺組織中ニ中心壊死ニ陥レル數個ノ結核結節存在セリ。

胃竝ニ十二指腸ハ異常ナシ。腸ノ潰瘍底面ハ内輪狀筋層ニマデ達シ粘膜下層殘部ニハ中心部壊死ニ陥レル結核結節アリ。其他漿膜ハ肥厚シ結核結節ノ證明アリ、直腸部ニ於テハ上記變化ハ強度ニシテ漿膜ハ肥厚シ、筋層モ殆ド破壊セラレタリ。膀胱ノ粘膜ハ剝離シ潰瘍底ハ固有層ヲ現ハシ、尙一部ハ筋層ノ露出セル部アリ。底面竝ニ邊緣部ハ多量ノ乾酪化物質ヲ以テ覆ハレ、圓形細胞ノ浸潤強ク又之ハ深ク筋層間ニマデ達シ筋走行配列ハ爲ニ亂サレタル像アリ、筋層間竝ニ漿膜下組織ニハ數個ノ Langhans 型巨態細胞ヲ有スル定型の結核結節ヲ證明ス。其他一般ニ充血アリ。睾丸左右異常ナシ。右側副辜丸ノ輸出導管内腔ハ壊死物質ヲ以テ充盈シ、或ハ軟化シ小空洞ヲ形成セル者アリ、管壁ニハ結核性肉芽組織ヲ證明シ、之ヲ繞リテ纖維性増殖アリ、或部ハ殆ド管壁モ破壊セラレ、壊死ニ陥レル大々種々ノ結核結節多數ニ集合セリ、毛細血管ハ擴大シ充血ノ像アリ。

第二例、佐野某、16歳、男子、店員、剖檢死後27時間。

1. 臨牀の診斷 肺結核。

2. 臨牀の所見 同胞ハ11人ナリ、其内1人ハ3年前肺癆ニテ死亡セルモ同居セズ。10歳ノ時右側乳嘴

突起炎ノ手術ヲ受ケタル外著患ハナシ、現症ハ昭和 8 年 2 月以來、全身倦怠、竝ニ左側胸痛ヲ訴へ。3 月ニハ咳嗽頻々タリ、暫クスルト咯血ヲ見タルヲ以テ靜養シ其後 6 月ニ有明療養所へ入所ス。當時左肺全葉ニ囉音アリ、7 月頃ヨリ腹痛加ハリ且下痢ハ 1 日約 2 回乃至 4 回トナリ中々治癒スルニ至ラズ。漸時衰弱シ昭和 8 年 9 月 8 日遂ニ鬼籍ニ入ル。

3. 病理解剖的診斷 (1) 兩肺ニ於ケル滲出性肺結核竝ニ空洞形成、(2) 氣管側、氣管分岐部竝ニ氣管枝周圍淋巴腺結核、(3) 脾疳、(4) 食道粘膜ニ於ケル結核性潰瘍形成、(5) 兩側胸腔ノ汎發性纖維性癒着、(6) 滲出性腹膜炎、(7) 心嚢水腫、(8) 舌、喉咽頭、氣管竝ニ腸粘膜ニ於ケル結核性潰瘍形成、(9) 肝竝ニ脾臓ニ於ケル結核性粟粒結節形成、(10) 鬱血肝、(11) 副腎脂肪缺乏、(12) 副脾、(13) 睪丸ノ未發育。

4. 剖檢所見

高度ニ羸瘦セル男屍。總關節ニハ屍硬ヲ證明スルモ血液沈降ヲ認メズ。兩側下肢ハ輕度ニ浮腫性、皮膚ハ灰白色、粘膜貧血性ニシテ、何等淋巴腺腫脹ヲ見ズ、角膜瞳孔ハ異常ナシ、腹部ハ舟狀ニ陥沒セリ。腹部皮下脂肪竝ニ筋肉ハ萎縮性ニシテ、腹膜ハ平滑光澤ヲ有ス、腹腔内ニハ黃色潤濁液約 50cc ヲ容レ、腸管漿膜面ニハ無數ノ粟粒大灰白色結節ノ散布ヲ見ル。大網ハ脂肪ニ乏シク胃下部ニ捲縮セリ、腸間膜又脂肪ニ乏シク該部淋巴腺ハ數個蠶豆大ニ腫脹シ剖面大部分乾酪化セリ。蟲様突起ニ異常ナク膀胱ハ充盈セリ。

胸腔ハ兩側共纖維性ニ癒着ヲ示シ、心嚢液ハ約 240cc ニシテ黃色輕度ニ潤濁セリ。心外膜内面ハ光澤ヲ有ス、胸腺ハ小ニシテ大部分脂肪化セリ。

心臟ハ屍手拳大ニシテ、心外膜下脂肪ハ大部分膠様化セリ。右心室前面ニ腱索ヲ證明ス、左右心房竝ニ心室内ニハ多量ノ液狀血液ヲ藏シ、心室ハ左右共擴張セズ、心筋ハ黃褐色ヲ呈シ、心臟壁肥厚セズ、瓣膜裝置正常ニシテ、卵圓孔ハ閉鎖セリ、大動脈ノ基部内膜平滑ニシテ肥厚ナシ。

左肺 表面多量ノ纖維性絮片ノ附著ヲ見、散在性ニ蠶豆大ノ硬キ結節ヲ觸知シ得。剖面ニハ上葉ニ鶏卵大ノ空洞ヲ見ル空洞壁ハ不平ニシテ膿様血性物質ヲ以テ覆ハル。下葉上部ニハ若干ノ小蠶豆大ノ空洞形成アリテ膿様乾酪化物質ヲ容レ、之ヲ繞リテ薄キ出血竈アリ、爾餘肺組織ニハ無數灰白色粟粒大ノ結核結節ア

リ、氣管枝粘膜ハ膿様粘液ニテ被ハレ、肺門部淋巴腺胡桃大ニ腫脹シ、剖面ニ於テハ髓様ヲ呈シ炭着色著明、一部乾酪化セリ。

右肺 左肺ヨリ小ナリ。表面ニハ纖維性膜ニテ被ハレ、觸知スレバ散在性ニ蠶豆大ノ結節ヲ認メ得。剖面ニ於テハ稍々血量ニ富ミ、上中葉ニ於テハ多數ノ結節集合シ小葉性結節トナレリ。下葉ニアリテハ少數ノ粟粒大ノ結節アリ、其間ニハ又蠶豆大ノ空洞ヲ認ム、氣管枝粘膜狀態ハ左側ニ同ジク、肺門部淋巴腺ハ大部分乾酪化セリ。

肝臓 (745g) 表面ニハ無數ノ灰白色粟粒大ノ結節ヲ證明ス。被膜ハ概シテ平滑ナリ。前縁ハ圓味ヲ帶ブ硬彈力性ニシテ、剖面ニハ血量中等度ニシテ黃褐色ヲ呈シ細葉像著明、少量ノ粟粒大結節ヲ證明ス、膽嚢ハ粘潤ナル膽汁約 15cc ヲ藏ス。粘膜ハ黃染セリ。

脾臓 (55g) 稍々小ナリ。硬彈力性ヲオビ、剖面ハ褐色ヲ呈シ血量ニ乏シク脾材竝ニ濾胞著明ニ認メ得、且多數ノ灰黃色結節ヲ證明ス。脾髓ハ硬シ。脾門部ニ 1 個ノ豌豆大ノ副脾ヲ認ム。

左腎 被膜剝離容易、硬彈力性、表面ニハ胎性溝僅カニ殘リ居レリ。星芒靜脈著明、黃紫色ヲ呈ス、剖面ニ於テハ皮質竝ニ髓質トノ界ハ著明ナリ、腎門部ハ脂肪ニ乏シク、腎盂ノ擴張ナク其他異常ナシ、右腎ニ於テハ腎盂ノ擴張輕度ニ認メラル、外左側ニ同ジ。

副腎 左右同大、剖面ニ於テハ皮質脂肪ニ乏シク髓質硬シ、腺臟稍々小形ナリ、色澤、分葉狀態、硬サ尋常ナリ。

甲狀腺 右側葉ハ少シク小形、剖面ニハ「コロイド」分泌中等量ナリ。舌背ハ灰白色、舌底僅カニ顆粒狀ヲ呈ス、左右扁桃腺ハ胡桃大ニ腫脹シ、小ナル潰瘍ヲ認メシム。喉咽頭竝ニ氣管粘膜ニ於テハ米粒大ニ至ル種々大ノ結核性潰瘍ヲ無數ニ證明ス、氣管側、竝ニ氣管分岐部淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ、剖面ニ於テハ髓様炭末沈著ヲ示シ一部乾酪化セリ。氣管分岐部淋巴腺中ノ 1 個ハ石灰化ヲ示ス、大動脈ハ彈力性ニ富ミ、内膜ハ平滑ナリ、胃ハ黃色液狀食物殘渣約 30.0cc ヲ藏ス。胃粘膜「カタル」性ニシテ且肥厚シ Etai mamelonné ノ狀態ヲ示セリ。十二指腸粘膜輕度充血性ニシテ數個ノ潰瘍アリ。膀胱ハ約 100cc ノ黃色潤濁セル尿ヲ藏シ、粘膜ニ異常ヲ認メズ。直腸ハ空虚、粘膜面ニハ無數ノ蠶豆大ニ至ル結核性潰瘍アリ。睪丸左右同大ニシテ割

面ニ於テ非牽線性ナリ、攝護腺、貯精囊ニ異常ナシ。
小腸竝ニ大腸殆ンド空虚ニシテ粘膜ニ大小ノ結核性潰瘍アリ。

局所の所見

食道ノ前壁ニ於テ正中線ヨリ少シク右方ニ偏シ、環狀軟骨ヨリ下方 9.5cm 即氣管分岐部ニ相當シ、形狀不規則ナル 1 個ノ潰瘍アリ。長サ 1.5cm 幅 1.0cm アリ。潰瘍中ニハ尙健康粘膜不正長方形狀ニ残り居リ、一見小潰瘍群ノ集合ニ依リ不規則ナル橢圓形ヲ作レルカ如シ、潰瘍底面ハ粘膜下層ヲ現ハシ黃白色ヲ呈スルモ稍々平滑ナリ。邊緣ハ銳利ニシテ鑿入狀ヲ示シ居レドモ特ニ邊緣ノ肥厚竝ニ小結節ノ存在ヲ證明セズ。該潰瘍ノ左側竝ニ下方ニ互リ、食道粘膜縱皺襞ニ一致シテ數條ノ表在性粘膜缺損アリテ糜爛性ヲ示シ、黃灰白色ニシテ、邊緣ハ銳利ニ界セラル。爾餘ノ食道粘膜ハ平滑ニシテ異常ナク、又食道ハ周圍臓器ト癒着性ニ癒著ヲ營ムコトナシ。

5. 組織の所見

食道潰瘍底面ハ粘膜筋層破壊セラレ粘膜下層ニ在リ、底面ニハ Langhans 型巨態細胞存在ナケレドモ圓形細胞竝ニ類上皮細胞浸潤強ク、底面ノ一部ハ乾酪化セリ。潰瘍縁ハ穿鑿程度ニ見ラレ、又圓形細胞竝ニ類上皮細胞浸潤ヲ見ル、一般ニ毛細血管ハ血量ニ富メリ。内環竝ニ外縱走筋層間ニモ少數ノ圓形細胞浸潤ヲ見ルモ其他著變ナシ。縁下嚢入セル組織内ニ結核菌ヲ證明シ得タリ。

左肺上葉空洞壁ハ壞死物質ニテ覆ハレ、次層ニ出血層アリ、其ヲ繞リテ纖維性成分増殖シテ多數ノ圓形細胞ノ浸潤ヲ見ル、周圍ノ肺組織ハ無氣狀態ヲ呈ス。間質ハ一般ニ増加セリ。肺病竈ニ於テハ大小ノ結核結節アリ、一部ハ滲出性ニシテ所々浮腫ヲ見ル、大部分ハ増殖性變化ヲ呈セリ。肋膜ハ肥厚シ毛細血管ニ富ム。右肺ノ變化ハ大體ニ於テ細葉性滲出性變化ヲ呈シ、一部ニ於テ増殖性小葉性變化ヲ認メシム。

心臟ハ心外膜下脂肪ニ乏シク心筋ニハ異常ナシ。肝臓ハ血量ニ富ム、中心壞死ニ陷レル且 Langhans 型巨態細胞、類上皮細胞竝ニ圓形細胞ヲ有スル結節多數ニ散發ス。上記結節ハ Glisson 氏鞘ニモ見ラル。

脾臓 被膜ハ緊張シ血管ニ富ミ、實質内ニ多數ノ結核結節證明セラル。

腎臓 皮質部ニハ鬱血著明ニシテ細尿管腔ニ硝子樣

物質ヲ充スモノアリ。其他結節ノ證明ナシ。

副腎ノ皮質ハ脂肪ニ乏シク血量ニ富メリ。其他結節ノ證明ナシ。脾臓竝ニ甲狀腺ハ異常ナシ。扁桃腺組織内ニ結核結節アリ。結節ノ中心ハ輕度壞死ニ陥リ且之ヲ繞リテ Langhans 型巨態細胞ヲ證明ス。舌底ノ潰瘍底面ハ凹凸甚ダシク、圓形細胞ノ浸潤アリ所々結節狀ニ集合シ中心壞死性ナリ、Langhans 型巨態細胞ハナシ。咽頭粘膜ノ潰瘍底面ハ粘膜固有層ニ達シ邊緣ハ嚢入ヲ示ス、固有層ニハ圓形竝ニ類上皮細胞浸潤シ、且結節狀ニ集合シ中心ハ壞死ニ陥レリ。氣管ニ於テハ所々上皮細胞ノ剝離セル粘膜下層ニハ圓形竝ニ類上皮細胞ノ浸潤強シ、且該部ノ汎發性壞死著明ナリ。胃粘膜ハ著シク肥厚シ表面ハ多量ノ粘液ヲ以テ被ハレタリ。大動脈内膜ニ異常ナク外膜ニ於テ血管周圍ニ圓形細胞浸潤アリ。睾丸ハ血管ニ富ムモ、精子形成著シカラズ。腸ニ於ケル潰瘍ハ縁下嚢入著明ニシテ潰瘍底面ハ粘膜下層ニアリ。一部ハ筋層ニ達シ之ヲ破壊セリ。一般ニ圓形竝ニ類上皮細胞浸潤著明ニシテ所々壞死ニ陥レリ。潰瘍邊緣ノ毛細血管ハ著シク擴張シ血量ニ富ム。漿膜ハ肥厚シ、充血性ニシテ、Langhans 型巨態細胞ヲ有スル定型の結核結節ヲ多數證明ス。

第三例、功刀某、29 歳、醫師、剖檢死後 10 時間。

1. 臨牀的診斷 兩側肺結核。

2. 臨牀的所見 生來頑健ナリシモ昭和 6 年 6 月頃肋膜炎ヲ患ヒタリキ。

昭和 8 年 11 月 21 日咳嗽喀痰ヲ主訴トシテ再ビ本院第二内科へ入院ス、當時兩肺炎ニ結核性變化ヲ認メ、右肺上部ニ大ナル空洞アリ、左肺ニハ高度ノ肋膜肺腫形成アリ、喀痰中ニハ結核菌ヲ大量ニ證明ス。入院後ハ右側人工氣胸術竝ニ同側橫隔膜神經捻轉摘出ヲ行フ、病勢ハ昭和 9 年 5 月初旬頃マデハ一進一退ナリシモ次第ニ咳嗽喀痰著明ニナリ、時々血痰ヲ喀出スルニ至ル、又次第ニ呼吸困難加ハリ、苦痛ハ増ス一方ニシテ、毎日相當量ノ鎮痛劑注射ヲナシタルモ、全身衰弱甚ダシク遂ニ 9 年 6 月 28 日死ノ轉歸ヲ見ルニ至レリ。

3. 病理解剖的診斷

(1)兩側肺ニ於ケル増殖性結核竝ニ空洞形成、(2)喉頭竝ニ腸粘膜ニ於ケル結核性潰瘍、(3)結核性腹膜炎、(4)兩側胸腔ノ纖維性癒着、(5)氣管側竝ニ氣管分岐部淋巴腺結核、(6)脾腫、(7)食道粘膜ニ於ケル結核

性潰瘍、(8)肝臓表面ノ結核結節形成、(9)左右心室ノ輕度ノ擴張性肥大、(10)輕度ノ心嚢水腫、(11)大動脈脂肪斑、(12)舌苔。

4. 剖檢所見

骨骼逞シキ稍々羸瘦セル男性屍、屍硬ハ總關節ニ良ク發達セルモ屍斑ハ弱赤紫色ニシテ著明ナラズ。皮膚ハ蒼白、濕潤性、足背竝ニ手甲ニハ輕度ノ浮腫ヲ證明ス、角膜ハ潤濁シ、口唇ハ貧血性ニシテ少量ノ血痕ヲ附著ス、右側頸部ニ長サ約 7.0cm ノ治癒セル手術痕ヲ認ム。

腹部皮下脂肪ハ減少シ筋肉ハ萎縮性ナリ。腹腔内ニハ約 30cc ノ黃色潤濁液ヲ容ル、大網ハ脂肪ニ乏シク、腹膜面ハ平滑ナルモ所々粟粒大ノ灰白色結節ヲ見ル、蟲様突起ハ正常位ニアリ、腹膜ニ纖維性ニ癒著セリ、腸間膜淋巴腺ハ豌豆大ニシテ剖面ハ髓様ナリ、肝竝ニ脾臓ハ周圍ト纖維性ニ癒著セリ。

胸廓ノ發達良好ナリ、胸腺ハ殆ンド脂肪化セリ、兩側肋膜腔ハ纖維性ニ癒著セリ。

心嚢内ニハ約 55cc ノ黃色潤濁液ヲ容ル、然レドモ心外膜内面ハ平滑光澤ヲ有ス。

心臟 重量 300g、少シク肥大シ、屍手拳大ヲ超ユ。心尖ハ左右心室ニヨリテ形成セラレタリ、硬度ハ稍々軟、心外膜下脂肪ハ中等度ニ存在セルモ一部膠様化セリ、冠狀動脈ニハ異常ナク、兩側心房竝ニ心室ニハ多量ノ液狀血液、凝血竝ニ豚脂皮凝血有リ、左右心室ハ輕度ニ擴張ス、心筋ハ褐赤色ヲ呈シ其厚サハ大動脈圓錐體部ニ於テ 1.4cm ヲ、肺動脈該部ニ於テ 0.5cm ヲ算ス、心内膜ハ平滑ナルモ大動脈瓣竝ニ僧帽瓣ノ遊離縁ニ於テ小圓形孔ヲ認ム、卵圓孔ハ閉鎖セリ。

左肺 表面ニハ纖維性絮片ヲ附著シテ側面ハ灰白色ノ厚キ結締組織ヲ以テ被ハル、硬度ハ彈力性ニシテ所々硬キ結節ヲ觸知シ得。剖面ニハ血量大ナラズ、上葉ニ無數ノ麻實大乃至米粒大ノ灰白色結節ヲ認ム。夫等結節ノ周圍ハ比較的銳利ニ界セラル。肺尖部ニハ雀卵大ノ空洞アリ、空洞壁ハ平滑ニシテ血樣乾酪化物ヲ容ル。下葉ニアリテハ前述結節ハ少數ニ見ルノミ。爾餘組織ハ浮腫性ニシテ血量ニ富ム、肺門部淋巴腺ハ多數小蠶豆大ニ腫脹シ、剖面ハ髓様ニシテ炭末沈著著明ナリ、一個ニハ小乾酪竈ヲ認ム。氣管枝粘膜ハ充血性、血性粘液ニ依リ被ハル。

右肺 左肺ト同ジ所見ヲ呈スレドモ血量多シ、上葉ニ

ハ鵝卵大ノ空洞存シ、中ニ微細動脈瘤ヲ有スル肥厚セル小血管ノ殘存セルヲ見ル、空洞壁ハ平滑ナリ、其他全葉ハ多數ノ麻實大ノ灰白色結節ニヨリテ占有セラリ、肺門部淋巴腺、氣管枝粘膜ノ性狀ハ左側ニ同ジ。

脾臓 重量 300g、腫大シ、表面ニハ纖維素纖維性絮片ノ附著アリ、彈力性軟ニシテ、剖面ニハ血量中等度ナリ、脾濾胞ハ肥大シ脾材ハ著明ナリ、脾髓ハ硬ク僅カニ擦過シ得ルノミ。

肝臓 重量 1450g、表面ニ纖維性絮片附著ス、肝臓前縁ハ圓味ヲ帶ブ、又所灰白色粟粒大結節ヲ認ム。硬度ハ彈力性硬、剖面ハ黃褐色ヲ呈シ小葉像ハ明ラカナリ。膽管ハ輕度ニ肥厚ス、膽嚢ハ稀薄ナル黃色膽汁數cc容レタリ。粘膜面ニ脂肪吸收像ヲ認ム。

脾臓ハ 75g ニシテ色澤、硬度、分葉狀態ニ異常ナシ。腎臓ハ左側 180g、右側 160g ニシテ兩側共被膜ノ剝離容易ナリ。硬彈力性ニシテ星芒靜脈著明ナリ。胎性溝ハ僅カニ存ス。剖面ハ血量ニ富ミ、髓質竝ニ皮質トノ境界ハ明ニシテ腎盂ニ異常ナシ。

副腎 左側ハ 8.2g、右側ハ 7.2g、剖面ニ於テハ皮質竝ニ髓質肥大シ、皮質脂肪ハ中等度ニ存シ、髓質ハ硬シ。

甲狀腺 重量 20g ニシテ左右對稱性、硬度ハ正常、剖面ニハ「コロイド」分泌増加ヲ示シタリ、舌背ハ褐色舌苔ニテ被ハレ、舌根ハ顆粒性、左右扁桃腺竝ニ咽喉頭粘膜ニハ異常ナシ。會厭軟骨及ビ聲帶ニハ多數ノ「レンズ」大ノ潰瘍ヲ見ル。氣管側淋巴腺ハ多數蠶豆大ニ腫脹シ、剖面ハ髓様ニシテ所々炭黑色ヲ呈ス。氣管分岐部淋巴腺ニハ乾酪竈ヲ證明ス、大動脈ハ彈力性ニシテ内膜ニハ多數ノ米粒大ノ脂肪斑ヲ有セリ。胃中ニハ約 100cc ノ液狀食物殘渣アリ、胃粘膜ニハ粘液分泌ノ増加ヲ示ス。十二指腸ハ空虛ニシテ粘膜ニ異常ナク、總輸膽管ハ通過性ナリ。膀胱ハ約 40cc ノ潤濁セル黃色尿ヲ藏シ、粘膜面ニハ異常ヲ認メズ。小腸下部竝ニ盲腸ノ粘膜面ニハ蠶豆大ノ不規則ナル潰瘍ヲ證明ス。大腸ニハ小ナル潰瘍僅カニ認ムルノミ。

局所の所見 食道粘膜ニ於ケル潰瘍ノ位置ハ食道ノ左壁ニ於テ輪狀軟骨下縁ヨリ下方約 11cm ニ當リ氣管分岐部ヨリ約 2cm 下方ニ在リ。潰瘍ノ大サハ長サ 1.0cm 幅 0.3cm ニシテ、縦ニ細長ク隙裂狀ヲ呈シ深キ潰瘍ナリ。潰瘍縁ハ鋸齒狀不規則ナルモ僅カニ縁下穿鑿ヲ示スノミ。又該潰瘍ハ表面ニ於テハ小形ナル

モ、食道深層ニ至レバ筋層ヲ破壊シ次第ニ大サヲ増シ底面ニ達スレバ其處ニ小ナル腔ヲ形成セリ該腔ハ食道外壁ヲナセル漿膜及ビ左側氣管枝トノ間ヲ更ラニ約 0.8cm 下方ニ進ミ而シテ尖銳ニ終レリ。即潰瘍底面ハ左側氣管枝壁ノ後面ヲ露出セルモノニシテ、潰瘍壁ハ黃色乾酪化物質ヲ以テ被ハレタリ。然レドモ氣管枝壁ニハ何等穿孔等ヲ見ルコトナク又氣管枝粘膜ニモ著變ヲ見ズ。其他左側氣管枝側淋巴腺ノ一個ハ潰瘍ノ最下端、尖銳ニ終ハレル部ニ於テ癒著ヲ示セリ。該淋巴腺ノ剖面ハ炭黑色ニシテ灰白色ノ石灰化竈ヲ混セリ。此淋巴腺ノ上方ニ於テ尙數個ノ淋巴腺アリ、何レモ蠶豆大ニ腫脹シ乾酪化シ「バケツト」ヲ形成セリ。

5. 組織の所見

食道潰瘍部ニ於テハ食道粘膜ハ次第ニ其厚サヲ減ジ、深部ニ至レバ全ク上皮ヲ缺キ粘膜下層ヲ現ハス、該部ニハ圓形細胞、類上皮細胞浸潤シ所々卵圓形ニ集合セルヲ見ル、而シテ該結節ノ中心部ニハ初期ノ壊死ヲ證明ス。Langhans 型巨態細胞竝ニ結核菌ハ認メラズ、粘膜下層ハ一般ニ充血性ナリ。又潰瘍部ニ於テ未ダ粘膜上皮ノ存スル所ヲ見ルニ既ニ内外筋層ヲ缺キ、而モ筋層端ハ破壊セラレタル狀態ハナク結締組織ニヨリテ圍繞セラレタリ。筋層内ニハ特ニ結核性變化ヲ認メズ。潰瘍底面ニハ筋層ナク、食道漿膜ヲ現ハス、底面表層ニハ圓形、類上皮細胞浸潤アリテ結節狀ヲ呈シテ表面ヨリ隆起セリ。其他氣管枝軟骨部近クニ於テハ該細胞浸潤ハ輕度ノ壊死ニ陷レリ。氣管枝粘膜下ニ於ケル粘液腺組織間質内ニ輕度ノ圓形細胞浸潤ヲ見ル。

心臟ノ心外膜下脂肪殆ンド消失セリ、心筋内ニ消耗性色素ヲ少量證明ス、其他心筋ニハ脂肪變性ヲ見ズ。

肺臟 肋膜ハ肥厚シ血管ニ富メリ。肋膜下組織ニ炭末沈著強シ、肺組織ニ於テハ肺胞内ニハ圓形細胞、竝ニ大單核細胞、其他、纖維素性物質、滲出液ヲ容レ、其間ニ中心壊死ニ陷レル大小ノ結節ヲ見ル。該結節ノ中

ニハ尙肺胞壁ノ殘存シテ著明ニ肺胞ヲ認メ得ルモノアリ。其他ノ結節ニ在リテハ結節ノ周圍ハ纖維性成分増殖シ結節内ニハ Langhans 型巨態細胞、圓形竝ニ類上皮細胞ヲ證明ス。空洞壁ハ多數ノ乾酪化セル結節ヨリナリ一部ニ於テハ瀰蔓性ニ壊死ニ陷レリ。其附近肺胞内ニハ前述セル細胞ノ浸潤著明ナリ。

肝臟 被膜内ニハ結核性結節ヲ見ル、肝細胞ハ中心靜脈ノ附近ニ於テ萎縮性ナリ。然レドモ鬱血ヲ證明セズ。又小葉内ニ於テ脂肪變性ニ陷レル肝細胞ハ僅少ニシテ唯孤在性ニ證明スルノミ。Glisson 氏鞘ノ増殖モナク、肝組織内ニハ結核結節ノ證明モナシ。

脾臟 被膜竝ニ脾材ハ特ニ肥厚増殖ヲ見ズ、然レドモ網狀纖維ノ増殖アリ、限局性ニ鬱血ヲ證明ス。

腎臟 被膜ハ平滑ニシテ肥厚ナシ、實質内ニハ一般ニ鬱血アリ、絲綫體ニハ異常ナシ。腎上皮細胞ハ脂肪變性ヲ呈セズ。

小腸 潰瘍部ニ於テハ潰瘍底面ノ粘膜下層ニ比較的大ナル結節アリ、其中心ハ壊死ニ陷リテ空洞ヲ形成セリ、且壊死竈ヲ繞レル圓形竝ニ類上皮細胞浸潤層内ニ多數ノ Langhans 型巨態細胞ヲ證明ス、其他粘膜下層ニハ一般ニ圓形竝ニ類上皮細胞ノ浸潤強シ。筋層ニハ變化ヲ見ザルモ、漿膜ハ肥厚シ其中ニ Langhans 型巨態細胞ヲ有スル定型の結節アリ。會厭軟骨ニ於ケル潰瘍ハ縁下彎ヲ示シ、潰瘍底面ニハ圓形竝ニ類上皮細胞、Langhans 型巨態細胞ヲ證明ス、潰瘍底面表層ハ壊死ニ陷レリ。脾臟ハ間質竝ニ腺組織ニ異常ナシ。甲狀腺小胞ハ大小不同ナレドモ「コロイド」物質ヲ以テ一様ニ充タサル、小胞上皮ハ單層ニシテ間質ニ異常ナシ。大動脈内膜ハ局所性ニ輕度ニ肥厚シ該部ノ内膜細胞ハ輕度ニ脂肪變性ニ陷レリ。副腎皮質脂肪ハ減少シ網狀層ニ於テ比較的ニ脂肪ハ認メラル。髓質ニハ異常ナシ。

第三章 總括竝ニ考按

結核性病變ノ食道ニノミ來レル例ハ殆ド絶無ニシテ、肺其他ノ臟器結核ヨリ二次的ニ食道ニ出現スルモノナル事ハ一般ニ認メラル。全身粟粒結核症ニ際シテ食道壁ハ筋層ニ至ルマデ粟粒結節ニテ充サレ得ルハ論ヲ俟タズ。又粘膜内ニ生ジタル結核性結節ガ軟化シ破ル、ニ及ビ小圓形

潰瘍ヲ形成ス。即チ食道ニハ粟粒結核型竝潰瘍型ノ二者ヲ區別シ得ベシ。而シテ其ノ潰瘍ハ粘膜竝ニ粘膜下層ニ達シ圓形ヲ呈ス、或ハ邊緣鋸齒狀ヲ呈シ銳利ニ界セラレ屢々小灰白色結節ヲ底面ニ見ル。時ニハ潰瘍附近ニモ散在スルコトアリ (Burckhardt)、更ニ結核性潰瘍ハ淺平ナ

ルコト或ハ噴火口狀ヲ呈スルモノアリ。其大サニ至リテモ種々難多ニシテ小ハ麻實大ヨリ大ナル者ニ於テハ食道ノ全周ヲ占ムルモノ有リ。(Schrubsall & Mullings 1902)竝ニ R. Kümmel 1906, Fischer 氏ハ食道ノ 3/4 ハ潰瘍ニテ占メラレタル例ヲ述ベタリ。潰瘍ノ數ハ概シテ多發シ、E. Fraenkel 氏 (1896) ノ見タル例ハ 33 歳ノ男屍ニシテ、麻實大ノ圓形黃色小結節多數ニ存在シ或者ハ潰瘍ヲ形成セリ。發生部位ハ總テノ部位ニ來リ得ルモノナランモ好發部位トシテ中部ニ位置スル者最も多數ヲ占ムルガ如シ。

其ノ年齡ノ關係ニ就キテハ從來ノ報告ヲ合シタル統計ニヨレバ 30—40 歳ノ間ニ最も屢々發現スルナリ、然シナガラ既ニ Hasselmann 氏ハ 6 ヶ月ノ小兒ニ之ヲ發見シ、Nobu Nakamura 氏ハ 86 歳ノ男屍ニ於テ憩室ノ壁ノ結核性變化ヲ蒙レル例ヲ述ベタリ。

食道潰瘍ハ果シテ症狀ノ認メラル、モノナリヤニツイテ一言附記センニ食道結核ハ一般ニハ無症狀ナリ、若シ症狀アリトセバ狹窄竝ニ外方若シクハ他ノ體腔ヘノ穿孔ヲ來セル僅少例ニ於テノミ診斷ノ補助トナルモノナリ。高度狹窄ヲ訴ヘシモノニハ Beck 氏竝ニ Zenker 氏ノ例ニ於テ見ルバク、又其ノ狹窄症狀著明ナルモノニハ Breus, Eppinger 氏等ノ例アリ、其輕度ナルモノハ Weichselbaum 氏ノ例ナリ。尙 Penzoldt 氏ハ外方ニ穿孔セルヲ見、Flexner 氏ハ胸腔ニ破レ膿胸ヲ起シタルモノヲ見タリキ、疼痛竝ニ嚥下困難ニ就テハ不定ナリ。凡ソ食道結核ノ感染經路ハ粘膜面ヨリノ直接感染、周圍病變ノ穿破及ビ血行性ノ三ツニシテ更ラニ詳言スレバ次ノ 6 型ニ分タル。

(1) 結核性物質ノ直接接觸ニヨリ誘發セラル、接種結核。(2) 喉咽頭ニ屢々見ラル、結核性潰瘍ノ連續性移行ニヨルモノ。(3) 氣管周圍若シクハ縱隔竇内乾酪化淋巴腺ノ穿破ニヨルモノ(最も屢々見ルナリ)。(4) 脊椎前膿瘍ノ穿破ニヨルモノ。(5) 結核性肺空洞ノ穿破ニヨルモノ。(6) 血行性。

第 1、接種結核ノ起ル條件トシテ先ヅ何等カノ粘膜缺損ヲ前提トスルガ如ク、肺癆患者ニシテ酸類及ビ「アルカリ」ヲ嚥下シ癥痕性ニ食道狹窄ヲ起シ食物停滯ノ爲メ菌接觸ノ機會多カラシメ、結核性變化ヲ起シ(Breus, Kundrat, Chiari, Evert)、又鷺口瘡ト結核症ノ併發スルコトアリ(Eppinger, Kraus)、食道癌ヲ有スル患者ニシテ剖檢上檢索セルニ癌組織中ニ Langhans 型巨態細胞、乾酪化結節竝ニ結核菌ヲ證明セリ。(Meyerhoff, Dean u. Gregg, Pepper & Edsall, Cordua, K. Zenker)。以上諸例ハ粘膜ニ於ケル連續離斷ノ存スルヲ著明ニ知り得ルモノナルモ、尙文獻例ニ依レバ Spillmann, Freichs, Mazzotti ノ 2 例、Flexner, E. Fraenkel, Hasselmann 氏等ノ例ハ食道上皮ニ於ケル斯卡ル障得ヲ證明セザリシニ拘ハラズ接種結核ヲ見タルモノナリキ。其他同様ニ Mazzoni ノ 5 例 Chvostek, Bauer, Paulicki, Schrubsall & Mullings 氏等ノ諸例モコレニ屬セリ。其後 Richard Kümmel 氏 (1906) ノ報告例ハ 52 歳ノ酒客ニシテ輪狀軟骨ノ下緣ヨリ 6 cm ノ部ニ粘膜ニ大ナル潰瘍性破壊アリ、初メハ 2 個舌狀ノ潰瘍トシテ現ハレ徐々ニ幅廣クナリ、其間ニ挾マリテ細長キ通常ノ粘膜炎アリ、起部ヨリ 6 cm ニ至レバ 1 個ノ潰瘍トナリ既ニ食道ノ全幅ヲ占ム。其ヨリ 7 cm 下方ニ數個ノ短突起ヲ出シテ終レリ。潰瘍ハ全長 13 cm ニシテ潰瘍邊緣ハ不規則ニシテ一部肥厚シ小結節密在ス。一部邊緣ハ銳利ニシテ穿鑿ヲ示シ破壊ハ輪狀筋層ニ迄進メリ。潰瘍下緣ト胃噴門間ニ同様ノ結節ト潰瘍多數ニ在リキ。食道ハ氣管枝周圍淋巴腺トノ癒著ナシ。接種結核ナル證明ニハ食道下部ニ在ル變化ヲ追討セバ、先ヅ孤立セル結節ヲ見、一部集合シ後ニ至リ軟化シ破レテ小潰瘍トナル。斯シテ次第ニ其大サヲ増シタルナルベシト説ケリ。更ラニ S. Burckhardt 氏 (1910) ハ 60 歳ノ男屍ニコレヲ見タリ。環狀軟骨ノ基部ヨリ下方 5.5 cm ニ於テ淺キ潰瘍 (5.0 × 3.0 cm) アリ、其上方ニ灰白色ノ小結節ヲ見、邊緣銳利浸潤ナ

シ、潰瘍ノ中央部ニ0.5cm長サノ憩室アリキ、氣管右側淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ割面ハ黃白綠色ニシテ柔ナリシモ食道トノ關係ヲ證明セズ。淋巴腺ノ斯卡ル變化ハ食道結核ニ依ル二次的ノモノナリト謂ヘリ。

尙食道ノ結核性潰瘍ハ牽引憩室ト關係ヅケラル、然シ牽引憩室ナルモノハ陳舊性癰痕作用ニ基クモノナリ。好發部ハ主トシテ中央部即氣管分岐部ナリ。年齡的關係ハ10歳以下ニハ極ク珍ラシク多ク10歳以上ニ出現シ年齡ト共ニ増加スルモノトセラル。Bevermann氏ニ依レバ牽引憩室ノ75%ハ結核性ナリト云フ。斯卡ル時ハ「結核性憩」ト云ヘル方適當ナルベシ。Kragh氏ハ536例ノ剖検屍ニ就キ51例ニ憩室ヲ見、皆結核性ナリキト。

尙他ノ例ニ於テハ侵サレタル淋巴腺ヨリ結核性變化ノ食道壁ヲ侵シ、憩室ノ尖端部ヨリ附近ノ粘膜ニ潰瘍ガ及ブモノアリ、憩室ノ近クノ潰瘍ニ就テハClaribel Cone, Beck, Mazzoni氏、竝ニSchilling氏等ノ例アリ。斯ク肉眼的ニ證明スベキ缺損ナクモ組織的ニ觀察スレバ何カノ粘膜離斷ノ存在スルヤモ測リ知ルベカラザレバ上皮健全ナリキト斷定ハ出來ザルナリ。茲ニ興味アル事柄ハGlinski氏(1903)ニヨレバ食道ニ於ケル胃粘膜島ヨリ原發性食道結核症ノ起リ得ルト云ヘルコト、Trallero氏(1913)ハ8歳ノ子供ニ於テ食道ノ胃粘膜島ニ結節ヲ證明シ中村氏(1914)ハ食道粘液腺竝ニ胃噴門上部ノ腺組織ノ小嚢胞而モ其排泄管周圍淋巴濾胞ヲ基トシ接種結核ノ起レル例ヲ報告セリ。

第2、又喉頭結核ハ食道結核ニ大ナル意義ヲ有スト説ケリ(Kraus)。然シ喉頭結核モ多クハ肺結核ニ續發スルモノナレバ原發竈ハ肺ト考フベキナリ、又原發性喉頭結核アリトスルモ(Orth, F. Fraenkel)極ク稀ニ見ルモノナレバ大ナル意義ハ無キガ如シ。

Beck氏(1884)ハ54歳ノ男屍ニ就キ生前長ク嚥下困難アリ、喉咽頭舌根竝ニ食道上部ニ圓形潰瘍アリタル例ヲ述ベタリキ。Noder(1903), Casel-

mann氏(1905)モ同様ノ例ヲ報告セリ。

第3、食道ヲ繞ル隣接臓器ハ殊ニ淋巴腺ニハ屢々結核ノ侵害ヲ見ルニ拘ラズ食道自身内ニ是等乾酪化セル頸部腺巴腺等ノ穿破ヲ見ルノ稀ナルハ、食道ハ周圍臓器ニ對シテ鬆粗組織ニヨリテ距ラレ自由ニ懸垂セラレ、ソレガ爲ニ周圍ヨリノ感染機會少キニヨルナラン。Stenberg氏ハ160例ノ結核小兒ニ就キ其中3例ハ結核性淋巴腺ノ後咽頭部ノ穿破アリシガ、食道ノ結核ハ一例モ見ザリキト。

然シ食道結核ハ第3型ニ屬スルモノ最モ多ク遭遇シ、大部分ハ是ニ依ルト云フモ可ナリト云フ(Ziegler)。コノ場合食道ハ氣管分岐部ニ當リテ乾酪化セル淋巴腺ト癒著シ組織的ニハ粘膜下層竝ビニ筋肉ハ結核性大結節ニテ充タサレタリキ(K. Zenker氏2例)。其他Beck, Weichselbaum, Zemann, Barth, Letulle, Danel, Orth, Lala-güe, Grünwald, Meyerhoff, Denonvilliers氏等モ同様ニ報告セリ。邦國ニ於テハ木積氏(1915)ハ38歳ノ男屍ニ就キ記載セリ、即チ食道ノ前壁ニ當リ氣管分岐部ニ3.0×1.0cmノ潰瘍有リ。底面ニ乾酪化淋巴腺ヲ認ム。氣管枝淋巴腺ハ多數腫脹シ食道前壁ト強固ニ癒著セリ。武藤氏(1925)ハ31歳ノ男屍ニ於テ同様ノ所見ヲ觀察セリ。

第4、脊椎前膿瘍700例中、周圍ノ組織ノ穿破セル率ヲ見ルニコレガ、腸骨窩ニ於ケルモノ100例ヲ數フルニ反シ、咽頭部竝頸部ニ於ケルモノハ僅カニ各1例ニ過ギズト(林、松岡、京都1910)、Penzoldt氏(1881)ハ53歳ノ男屍ニ就キ上部胸椎「カリエス」ノ食道ニ穿破セル例ヲ觀察シタリ、生前ニ突然大量ノ膿汁血ヲ混ゼル喀痰ヲ吐出シ、頸部ノ烈シキ疼痛、惡寒戰慄、竝ニ虛脱感アリキト、氏ハ更ニ2例ノ同様ナル例ヲ述ベタリ。其他Uhde, Löschner, Zenker, Vigla, Kaufmann, Eiermann氏等ノ同様ノ報告アリ。邦國ニ於テハ竹内氏(1918)ハ30歳ノ男屍ニ於テ食道ノ上3分ノ1ニ穿破セル例ヲ述ベオレリ。

第5、Selenkow 氏(1884 Petersburg)ハ肺空洞ヨリ穿破セル例ヲ報告セリ。Flexner 氏ハ右側結核性膿胸アリコレガ食道ト交通セル例ヲ述ベオレリ。

Mazzotti, Letulle 氏等ノ例又然リ。Schrötter 氏(1907)ノ例ハ55歳ノ男ニシテ、右肺ヨリノ結核性變化ガ上部食道ニ及ビ、ソコニ廣範性ノ潰瘍竝下部食道ニ連珠狀潰瘍ヲ作りオレリ。

第6、今迄觀察セラレタル血行性感染ハ極ク僅少例アルノミ、Glockner 氏(1896)ハ47歳ノ男ニ於テ血行性ニ來レル食道筋層ノ粟粒結核例ナリシガ粘膜竝ニ粘膜下層ハ異狀ナカリキ。其他Cone, Mazzotti, Schrötter, Starck Hugo, Staechelin Burckhardt 氏等ノ報告アリ。

吾國ニ於ケル最初ノ報告ハ三田氏(1914)ノソレナリ、即チ21歳ノ男屍ニシテ肺、腸、漿膜、淋巴腺結核ノ他實質臟器ニ結核結節アリ。更ニ食道竝ニ胃ニ於テ結核性潰瘍アリタルモノナリ。食道ニ於テハ噴門ノ上方8.0cmノ部ニ2.0cm長徑ノ縱走潰瘍アリ、上方ハ深ク物質缺損ヲ生ジ、下方ハ漸次縱ノ皺襞ニ續ク、潰瘍底ハ筋膜内層ヲ現ハシ、肉芽組織ヲ作り、邊緣ハ堀鑿シ中ニ頽廢物ヲ充填シ、壁ハ壞死ニ陥リ粘膜下層ニハ乾酪化セル粟粒結節アリ。筋膜内ニモ同ジク粟粒結節ヲ見、外膜ニ於テハ圓形細胞ノ浸潤アリ、尙結締組織増加シ血管ノ擴張ヲ見タリ。是ハ淋巴系ニヨルモノナリト謂フ。

次ニ余ノ實驗例ニ就テ總括考按スレバ、第1例ニ於テハ6歳ノ小兒屍ニシテ、肺結核症狀、頸部淋巴腺腫脹竝ニ腹痛下痢有リ、嚥下困難ハ不明ナリシガ、剖檢上始メテ食道ニ於テ結核性潰瘍ヲ認メタリ。其他、肺、腸、膀胱、扁桃腺、氣管枝周圍、氣管分岐部竝ニ前縱隔竇淋巴腺結核及ビ、肋膜炎ヲ有セリ。尙頸部淋巴腺ヨリ前述ノ食道壁ノ潰瘍ニ穿孔ノ存在セル事が發見セラレタリ。食道粘膜ニ於ケル潰瘍ハ肉眼的竝ニ檢鏡上結核性組織ト解スルヲ至當トシ、其ノ中ニ結核菌ヲ證明シオレリ、是ヲ要スルニ本例ハ右側氣管側淋巴腺結核ヨリ出發シテ淋巴腺周圍

炎ヲ起シ、コレガ次第ニ食道前壁ニ癒著ヲ起シ病變ハ進行シテ遙ニ食道穿孔ヲ起セルナラン。

3潰瘍ノ瘻管ニヨリ相交通セル點ヨリ見レバ、大豆大ノ第1ノ潰瘍ヨリ更ラニ病變ハ粘膜下層ニ於テ左方上部竝ニ下部ニ進行シ遂ニ第2、第3ノ潰瘍ヲ形成セルナラン。是正シク皮膚腺病(Serofulodermie)ニ見ルト同ジ像ヲ呈セリ。更ラニ本例結核性潰瘍ニ於テ他ノ發生原因ヲ考察センニ、粘膜面ヨリ含菌喀痰ヲ食物ト共ニ嚥下セルニヨルトセンカ、先ヅ何等カノ粘膜損傷ヲ舉ゲザル可ラズ。病歴ニ何等腐蝕藥嚥下ナク、又惡性腫瘍ヲ考ヘシムル年齡ニアラズ、組織的ニモ全然コレヲ否定シ居レリ。潰瘍ノ部位ヨリ論ズルモ、コノ部ハ牽引憩室ノ氣管分岐部ニ頻發スルコトニ一致セルヲ見バ(本例モ氣管分岐部)、或ハ茲ニ憩室アリテ、コレガ結核性變化ヲ得タルニ非ラザルヤヲ疑ヒ得ルノミ。本例ニ於テハ左右肺ニ空洞ヲ有シ、菌含有喀痰嚥下ノ機會多カラシメタルハ想像ニ堪ヘタリ、即腸管ノ結核性潰瘍ハ結核菌ノ消化管ヲ通ジ來レルコトヲ證明シ居レリ。

而シテ憩室ノ形狀ハ通常、漏斗狀ニ陥入セルモノナルニ、本例ニ於ケル大豆大ノ潰瘍底面積ト平滑ナルコト、及ビ10歳以下ノモノニ憩室ノ來ルコト稀ニシテ(本例6歳)年齡ノ進メル者ニ頻發スルコトヨリシテ、憩室ヲ考フル餘地ハ少ナシ。又憩室ハ組織的ニハ漏斗狀ノ先端部ニ於ケル瘢痕組織ノ證明ニ在レドモ、本例ニ於テハ、潰瘍部ニ於ケル食道壁ハ殆ト全部、結核性病竈ニ變化シオリ、此間ノ區別點ヲ見出スニ苦シムモノナリ。

即チ本例ハ結核性氣管分岐部淋巴腺ガ食道ニ穿孔シ其ノ排出セラレタル結核性物質ハ周圍ノ食道壁ヲ侵襲シ、ソコニ結核性變化ノ進行ヲ促セシモノナラン。第2例ハ16歳ノ男屍ニシテ、喀血ヲ伴ヘル肺結核症狀ヲ有シ腹痛下痢ノ外ハ食道症狀ハ認メラズ、剖檢上始メテ食道結核症ナルコト確メラレタル例ナリ。肺臟ニ於ケル結核性變化ハ破壊性ニシテ多數ノ空洞ヲ有シ、

各所淋巴腺結核、肝脾ニ於ケル結核結節ノ他ニ舌、扁桃腺、喉咽頭、氣管竝ニ腸管ニ於テハ、多數結核性潰瘍ヲ證明セリ、即チ胃ヲ除ク消化管ヲ通ジ食道ヲ參與セシメ總ベテノ部分ニ病變アリタル珍ラシキ例ナリキ。

食道潰瘍部ハ組織像竝ニ結核菌證明トニ依リ結核性ナルコト疑ヲ容レザル所ナリ。而シテ其感染経路ヲ考フル時ハ、食道ハ周圍組織トノ癒著等ヲ何等證シ得ザルヨリ、明白ニ外部臓器ヨリノ移行、若クハ穿破ヲ除外視シ得可ク、又組織像ニ於テモ深部筋層ニ何等異常ナク、而モ粘膜面ニ主變ヲ呈シ居レリ。喉咽頭ノ結核性潰瘍ヨリ直チニ食道ニ連續性ニ移行セシモノナラザルハ、食道上半部ハ尙健康粘膜ヲ有スル點ヨリ明カナリ。

次ニ本例ニ於テハ、氣管側淋巴腺ニ結核性變化ヲ證明セル事ヨリ、食道結核ハ淋巴系ニ依ルモノナリトハ直チニ斷定シ難シ、加之頸部淋巴腺ハ食道潰瘍ヨリ二次的ニ感染シ得ルモノナレバナリ (Ranke u, Ghon, Burckhardt)。最後ニ本例ニ於テハ血行性感染ヲ考慮ノ外ニ置クコト不可能ナルモ、消化管ニ於テ食道ヲ界トシ上部舌、喉咽頭竝ニ扁桃腺、下部ニ於テハ腸管ニ結核性潰瘍ヲ有シ、其等ハ何レモ肺ニ破壊性病變アリ。排出セラレタル喀痰中ノ結核菌ニ直接接觸シ、傳染シタルモノナラント以テ食道ニ於ケル潰瘍モ亦、接種結核ニヨルト考ヘルヲ至當トスベケン。食道ハ Klebs 氏ノ謂フ如ク、若シ硬キ食物、魚骨、骨片、硬「パン」其他異物等ニヨリ偶々粘膜損傷ヲ受ケンカ茲ニ二次的ニ接種結核ノ發生ヲ思考シ得ルナリ。即チ第 2 例ハ潰瘍ノ形態ニ於テ竝ニ潰瘍ニ挾マリテ、細長キ通常粘膜ヲ有スル點、又邊緣ノ不規則ナル點等ヨリシテ、R. Kümmel 氏ノ見タル例ニ相似タリ。第 3 例ハ 29 歳ノ男屍ニシテ、生前咳嗽、喀痰多量ニシテ、時々少量ノ喀血ヲ伴ヒ肺結核症狀有リ、其外特ニ腹痛、下痢ハナカリキ。剖檢上

兩側肺ノ滲出性乃至増殖性結核竝ニ結核性肋膜炎、腹膜炎、喉頭、腸結核ヲ見タルモノナリ。食道粘膜ニハ氣管分岐部ニ深キ陷凹ヲ證明シ、其性狀縱ニ細長ク隙裂狀ヲ呈シテ、一見スル時ハ恰モ食道ノ憩室ヲ思ハシムルモノナリ。而シテ斯カル粘膜囊ヲ精細ニ檢スレバ、其囊底ハ氣管枝壁ノ後方ヲ更ニ下方ニ進ミ先端ハ尖銳ニ終リ而シテ該尖端部ニ於テハ陳舊性結核性淋巴腺ト癒著セリ。又粘膜囊壁ハ黃色ヲ呈シテ乾酪化物質ヲ以テ被ハレ、該壁ヲ組織的ニ見レバ結核性變化ヲ示シ居リ、中心壞死ニ陷レル圓形竝ニ類上皮細胞ヨリナル結節ヲ證明シ得タルモノナリ。同時ニ肉眼的ニ食道粘膜ハ限局性ニ恰モ陷没セルカノ如キ感ヲ呈シ居リシ所ハ檢鏡上、粘膜囊ノ邊緣部ニハ食道粘膜殘存シ、深部ニ來ルニツレテ食道粘膜ハ菲薄トナリ、遂ニハ潰瘍性ト化セリ。其他該潰瘍壁ニ於ケル筋層ニハ何等結核性變化ヲ認ムルコト能ハズ。而シテ左方氣管枝側淋巴腺ハ腫大シテ「バケツト」ヲ形成シ居レドモ淋巴腺被膜ニハ何等穿孔セル所ナク食道トハ直接ノ關係ヲ證明スル能ハズ、即上記ノ食道粘膜ニ於ケル結核性變化ハ食道周圍ヨリ食道粘膜内面ヘ進ミ來レルモノナラザルハ明カナリ。

本例ハ尙喉頭粘膜ニ結核性潰瘍ヲ有シ居リ、其他少數ナレドモ腸粘膜ニモ斯カル潰瘍ヲ證明シ居ル點ヨリ、含菌喀痰ハ食道粘膜面ヘ直接ニ觸レ得ル機會ノ存セシコトハ明白ナリ。又上述ノ粘膜囊ノ下方尖端部ニ於ケル陳舊性淋巴腺結核ハ食道ノ牽引憩室ノ成因ニ原因的關係ヲ有セシモノナルベク、而シテ潰瘍部ニ於ケル粘膜ノ限局性陷没狀態竝ニ甚ダ潰瘍ノ深キ點等ヨリシテ、本例ニ於テハ以前ヨリ牽引憩室ノ氣管分岐部ニ近ク存在シ居リシモノニシテ、茲ニ食道内面ヨリ菌侵入ヲ容易ナラシメ、次第ニ憩室壁ニ結核性變化ヲ惹起セシモノナルベケン。

第四章 結 論

1. 食道結核ハ往年當病理學教室ニ於テ三田氏ノ報告ニナレル 1 例ト余ノ實驗 3 例トヲ合シテ 4 例ニ見ラレタリ。
2. 當教室ニ於ケル總屍數 1995 體中結核屍ハ 680 體ニシテ約 3 分ノ 1 ニ當ル、食道結核ノ頻度ハ總屍數ニ對シ 0.20% ニシテ、結核屍ニ對シ 0.58% ナリ。從來ノ報告例中低率ナルモノハ 0.1% ニシテ、其高率ナルモノハ 2.8% ナリ。
3. 實驗例ハ總ベテ肺結核症ニ續發セルモノナリ。
4. 年齡的ニハ 4 例共 6 歳ヨリ 29 歳ノ間ニアリ。文獻例ニ於テハ 30 歳ヨリ 40 歳ノ間ニ多シトセラル。
5. 性別ニ關シテハ 4 例共男子ナリ。

6. 食道ニ於ケル結核性潰瘍ノ位置ハ全例共食道ノ中央部ニ在リ。
 7. 食道結核ノ發生原因ニ關シテハ、第 1 例ハ乾酪化氣管側淋巴腺ノ食道壁ヘノ穿破ニヨレルモノニシテ、第 2 例ハ菌汚染食物ニ依レル食道粘膜ニ於ケル接種結核ニ歸セシムルヲ得ベク、第 3 例ニアリテハ食道壁ニ於ケル牽引憩室ヨリ出發セルモノナリ。
- 稿ヲ終ハルニ臨ミ悼マシクモ長逝サレシ 友故 功力孝兄ノ靈前ニコレテ謹ミテ捧ゲ、且終始御 懇篤ナル御指導並ニ御校閲ヲ賜ハリシ恩師川村 教授ニ深甚ナル謝意ヲ表ス。(本稿ノ要旨ハ昭和 8 年 9 月 22 日新潟醫科大學病理學集談會ニ於テ報告セルモノナリ。)

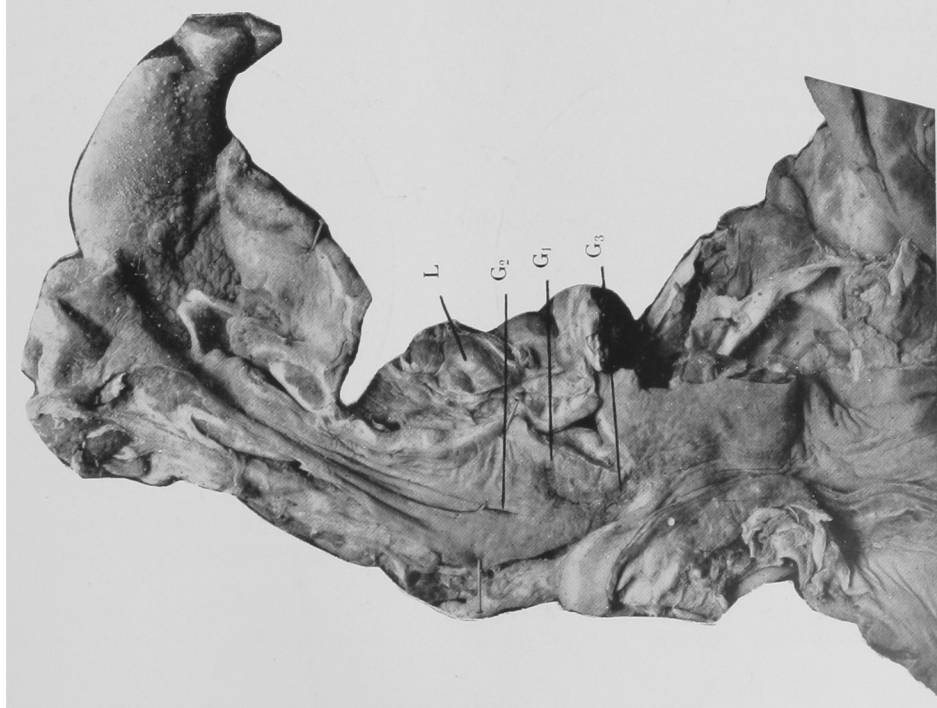
文 獻

- 1) Aschoff, Patholog. Anatomie. Spez. Teil. 2)
- Birsch-Hirschfeld, Spez. patholog. Anatomie.
- 3) Breus, Die Erkrankungen der Speiseröhre. Nothnagel's Handbuch. 1902. 4) Caselmann, Sekundäre Oesophagustuberkulose im Anschluss an Tuberkulose des Larynx Zit. bei Burckhardt.
- 5) Chiari, Tuberkulose des Oesophagus nach Aetzung. Verhandl. d. deutsch. patholog. Ges. 14 Tag. 1910. 6) Dean, L. W. u. Gregg, J. B., Ein Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Karzinom, Tuberkulose u. Syphilis des Oesophagus. Centralbl. f. allg. Patholog. u. patholog. Anatomie. Bd. 33. 1922. 7) Fraenkel, Eugen, Über seltene Lokalisation der Tuberkulose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2. 1896. 8) Glinski, L. K., Die Lapdrüsen im oberen Teile der menschlichen Speiseröhre. Zit. bei Lubarsch. 9) Glockner, Die Erkrankungen der Speiseröhre. Nothnagel's Handb. 1902. 10) Hasselmann, Über die Tuberkulose des Oesophagus. Centralbl. f. allg. patholog. u. patholog. Anatomie. Bd. 7. 1895. 11) Hermann, Dürk, Tuberkulose der Speiseröhre. Ergebnisse der allg. patholog. u. patholog. Anatomie. 2. u. 5. Jahrgang. 12) Hübschmann, Patholog. Anatomie der Tuberkulose. 1928. 13) Kaufmann, Spezielle patholog. Anatomie. 14) 木積一夫, 胃結核並食道結核ニ就テ. 日本病理學會誌. 第 17 卷. 大正 4 年. 15)

- Kümmel, Richard, Beiträge zur Kenntnis der tuberkulösen Erkrankungen des Oesophagus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. 1906. 16) Letulle, M., Tuberkulose des Oesophagus. Centralbl. f. allg. Patholog. u. patholog. Anatomie. Bd. 4. 1893. 17) Lubarsch, O., Tuberkulose des Oesophagus. Traktionsdivertikel. Handb. d. spez. patholog. Anatomie u. Histologie. 4/1. 18) 宮崎明夫, 肺結核ニ續發スル上氣道及食道結核ノ統計的觀察. 九大耳鼻咽喉科學雜誌. 第 1 卷. 第 11 號. 昭和 3 年. 19) 武藤忠次, 稀有ナル食道結核ニ就テ. 朝鮮醫學會雜誌. 第 53 號. 大正 14 年. 20) Nakamura, Nobu, Über die Zysten des Oesophagus u. ihre Bedeutung. Zeitschr. f. angew. Anatomie. Bd. 1. 1914. 21) 中村登, 咽頭結核症. 治療及ビ處方. 第 50 號. 大正 3 年. 22) Pepper & Edsall, Tuberculous occlusion of the oesophagus. Centralbl. f. allg. Patholog. u. patholog. Anatomie. Bd. 8. 1897. 23) Penzoldt, Über die von Brust-Wirbelkaries ausgehende Oesophagusperforation u. ihre Erkennung Virch. Arch. Bd. 86. 1881. 24) 三田吉藏, 結核性胃及ビ食道潰瘍ヲ有スル一例. 北越醫學會雜誌. 第 29 號. 大正 3 年. 25) Stächel, Burckhardt, Über Tuberkulose des Oesophagus. Arch. f. Verdauungskrrh. Bd. 16. 1910. 26) Starck, Hugo, Hämatogene Tuberkulose der Speiseröhre, kombiniert mit diffuser Dilatation bei Mediastinop-

藤卷論文附圖(1)

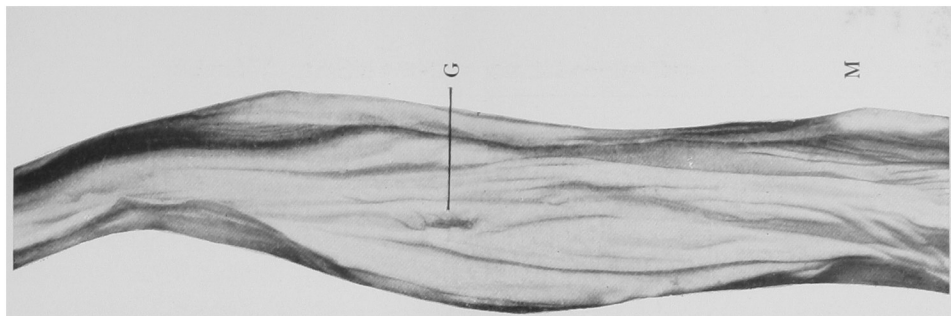
第 1 圖



第 2 圖

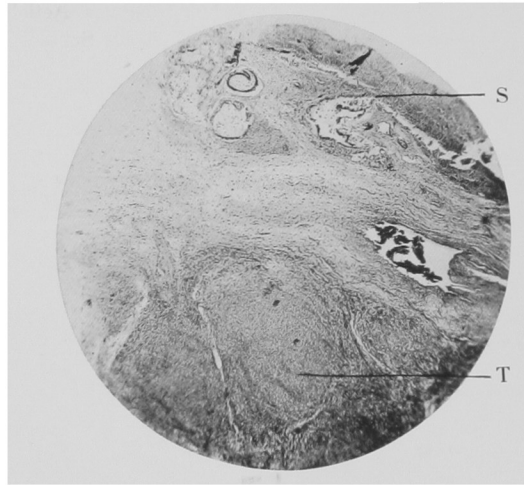


第 3 圖

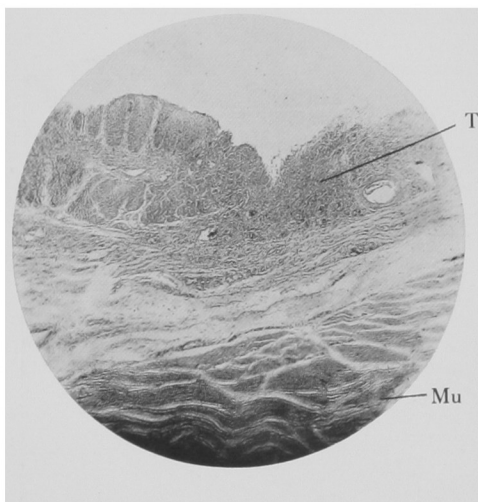


藤 卷 論 文 附 圖 (2)

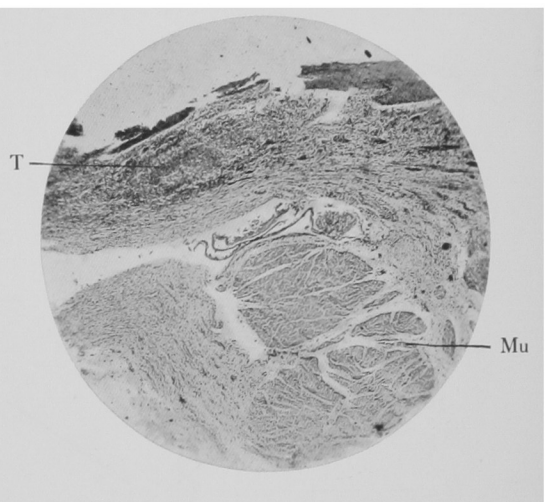
第 4 圖



第 5 圖



第 6 圖



ericarditis. Centralbl. f. allg. Patholog. u. patholog. Anatomie. Bd. 17. 1909. 27) **Sternberg**, Handbuch der Pathologie des Kindesalters. Bd. 2. 1928. 28) 竹内節, 結核性病變ニヨル食道穿孔ノ剖検例. 醫事新聞. 第 996 號. 大正 7 年. 29) **Trallero, Marcelo**, Über das Verhalten d. mus-

cularis mucosae der Magenschleimhautinseln in der Speiseröhre. Zit. bei Lubarsch. 30) **Vimtrup**, Two cases of Tuberculosis oesophagi. Acta patholog. et microbiolog. Vol. 5. 1928. 31) **K. Zenker**, Beitr. z. Aetiologie u. Kasuistik der Tuberkulose der Speiseröhre. Zit. bei Burckhardt.

附圖説明

第 1 圖、第 2 圖、第 3 圖ハ夫々第 1、第 2、第 3 例ニ於ケル結核性食道潰瘍ヲ示ス。

第 4 圖ハ第 1 例ニ於ケル食道ノ内環狀筋層ニ在ル結核性變化。

第 5 圖ハ第 2 例ノ食道潰瘍底。

第 6 圖ハ第 3 例ノ食道潰瘍邊緣部。

G. . . 潰瘍部 (G₁ G₂ G₃)。

L. . . 乾酪化氣管側淋巴腺。

M. . . 胃側, Mu. . . 筋層。

T. . . 結核結節。

S. . . 粘液腺。