

胃潰瘍 (臨床講義)

昭和三年六月七日

教授 醫學博士 磯部喜右衛門述

助手 醫學士 神部信雄記

患者。 黒○拾〇。四十六歳。男子。屑物商。

遺傳的關係。 父ガ卒中デ七十六才ノ時ニ死シダト云フ外、特ニ述ベル程ノモノハ無イ。

既往歴。 數年前來時ニ尿ノ溷濁、尿意頻發ヲ訴ヘルコトガアツタガ、尿道ノ疼痛、排膿等ハ訴ヘナイ。花柳病ハ拒否シテ居ル。酒ハ飲マナイガ、煙草ハ月ニ四十匁位ヲ用ヒル。

現在症。 約十年前カラ食後二時間位デ嘔噎(ムネヤケ)ヲ訴ヘテ居タガ、九年前カラハ胃窩部ニ鈍痛ガアリ、八年前カラハ嘔吐スル様ニナツタ。ソレデ某病院ニ入院シ、一ヶ月ノ治療後、輕快シテ退院シタ。當時吐物ニ血液、珈琲滓狀物等ヲ認メタコトハナク、入院ニヨツテ自分デ胃洗滌スル事ヲ覺エタノデ、ソレ以來ハ胃窩部ニ苦痛アル毎ニ自分デ胃洗滌ヲシテ居タ。所ガ半年程前カラ嘔吐ガ頻繁ニナリ、横臥スルダケデモ嘔吐シ、一ヶ月前カラハ胃窩部ノ右ニ繼續ニ疼痛ヲ訴ヘル様ニナツタ。吐物ハ以前ト同様デアツテ血液、珈琲滓狀物ヲ混ジナイ。

現在所見。 體格ハ中等大、骨格筋肉ハ稍纖細、皮下脂肪纖ハ削減シ、組織ノ緊張モ減退シテ居ル。可視粘膜ハ蒼白デ頸部ノ兩側ニ淋巴腺ヲ觸レルガ固クモナク、又大シテ腫脹シテモ居ナイ。脈搏ハ一分時約八十、大サ緊張共ニ正常デアル。頭部、顔面ニハ特ニ述ベル程ノ事ハナク、胸部ニ於テ、心臟ノ濁音界、心音等ニ異常ハナイ。肺ハ右ノ鎖骨上窩、棘上窩ガ打診的ニ短、聽診的ニ呼吸音ガ強ク且延長シテ居ル。四肢ニ變ツタ所ハナク、尿ニモ變化ヲ認メナイ。

サテ、訴ニヨツテ腹部ヲ診ルト、臍ノ稍々下右ヲ中心トシ、一般ニ膨隆シテ居テ、蠕動ガ見エル。觸レテ見ルト、臍

ノ右方ニ抵抗ヲ觸レル外、特ニ腫瘍ノ様ナモノハ觸レナイ。肝臟、腎臟、脾臟モ觸レナイ。然シ今觸診ノ爲メニ手デ刺戟シタ事ニヨツテ、御覽ノ通りニ強ク蠕動ヲ起シテ來テ、明ニ胃ノ輪廓ヲ見ル事ガ出來ル。此様ニ胃ガ強イ蠕動ヲ絶エズ起シテ居ル場合ニハ其出口即チ幽門部ニ於テ必ず狹窄ガナケレバナラナイ。

然ラバ此ノ狹窄ハ一體何デアツテ、ドウシテ出來タモノデアラウカ。

先ヅ、多イノハ幽門部ニ出來タ癌デアアル。然シ此ノ患者ノ疾患ハ癌ニシテハ經過ガアマリニ永過ル。即チ癌ナレバ二乃至三年以上モ生キ延ビルコトハマツ出來ナイ筈デアアルガ、此患者ハ十年モ以前カラ胃ノ症狀ヲ訴ヘテ居ル。又胃液ノ検査ヲシテ見ルノニ、酸度ガ高イ。即チ Grunhuse 氏遊離酸試験ハ每常陽性デアツテ、酸度ハ前液ニ於テ既ニ遊離酸ガ四五、總酸度ガ六十二ヲ示シテ居ル。コレハ胃潰瘍ヲ考ヘサセルモノデアツテ、癌ニ次デ最モ多ク幽門狹窄ヲ起スモノデアアル。尙胃潰瘍ノ場合ニハ通常食後二時間位ニ疼痛發作ガアルノデアアルガ、此ノ患者ノ病歴ハコレニ定型的デアアル。即チ既往症モ胃潰瘍ニ適合シテ居ル。

ソレデハ胃潰瘍ノ場合ニ、ドウシテ幽門狹窄ノ症狀ヲ起シテ來ルノデアアルカト云フニ、胃潰瘍ガ出來ルト、食物ガコレニ觸レテ刺戟スル爲メト、過度ニ酸ノ分泌ガ高メラレタ結果、潰瘍ガ刺戟ヲ受ケル爲メニ幽門ノ痙攣ヲ起シ、疼痛ヲ増シ、狹窄ヲ來タシ、遂ニ嘔吐ヲ訴ヘル様ニナル。然シ此場合ノ嘔吐モ疼痛モ持續的ノモノデハナクテ、時々緩和スルモノデアアル。其レデハ、今此ノ患者ガ最近ニ訴ヘル嘔吐及ビ疼痛ハ、潰瘍ノ刺戟ニヨル幽門痙攣ノ爲デアアルカト云フニ、ソウデハナイ。即チ永イ間一進一退ノ症狀ヲ繰リ返シテ居ツタ間ニ、潰瘍ノ周圍ニ結締織ガ増殖シ、浸潤ガ強クナリ、遂ニ硬結ヲ生ジ、コ、ニ胼胝性潰瘍 (Ulcus callosum) トナリ、コレガ癍痕性ニ收縮シテ真正ノ幽門狹窄ヲ起シタ爲メニ來タ嘔吐デアアル。又疼痛モ主トシテ此狹窄ニ打勝ツ爲メニ起ル胃ノ持續性蠕動運動ニヨルモノデアアル。

一般ノ潰瘍ニ於テモ其周圍ニ胼胝性ノ結締織ガ出來ルト治癒シ難クナル様ニ、胃潰瘍モ早期ニハ治癒シ易イガ、胼胝性潰瘍トナツテ來ルト、ナカナカ癒ラナイモノデアアル。又治癒シ難イ創面、例ヘバ關節ノ附近ニアル火傷ノ癍痕ガ、治癒シカ

ケテハ、又々潰瘍ヲ作リ、コンナ事ヲ繰返スウチニ、皮膚癩ヲ生ズル様ニ、肝胝性潰瘍カラハヨク胃癌ガ發生スル。コウナルト、幽門狹窄ノ症狀ハ益々増進スルコトハ明デアアル。胃癌患者デ嘗テ胃潰瘍ノ症狀ヲ有シテ居ツタモノハ二〇乃至三〇%モアルト云ハレテ居ル。又屢々肉眼のニ明ナ肝胝性潰瘍ト思ハレルモノヲ、顯微鏡デ見ルト、立派ナ癌デアアルコトガアル。此ノ患者ノ潰瘍モ癌ニ變化シテ居ルカ否カハ不明デアアルガ、潰瘍ガアツテ既ニ肝胝性潰瘍ノ域ニ達シテ居ルコトハ確デアアル。此ノ患者ノレントゲン寫眞ヲ見ルト明ナ幽門狹窄ヲ認メルガ、特ニ Nische ト思ハレル様ナ引キ込ダ部分ハ認メラレナイ。

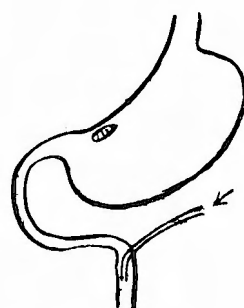
次ニ胃潰瘍ノ療法トシテハ、先ヅ内科的ニ食物ニ充分ノ注意ヲ拂ツテ、一切ノ刺戟ヲ避ケル様ニシ、從ツテ胃液ノ分泌ヲ少ナクシ、又藥劑デ胃酸ヲ中和スル等ノ種々ノ方法ヲ講ジテ潰瘍ガ自然ニ治癒スルノヲ待ツノデアアルガ、其間ニ屢々出血、疼痛、穿孔等ノ様ナ厄介ナ事が起ツテ來ルノミナラズ、上述ノ様ニ癌腫變性、幽門狹窄等ノ如キ不愉快ナ合併症モ現ハレテ來ルノデアアル。

就中最モ面倒ナノハ出血デアアル。幸ニ此ノ患者ニハ餘リ出血ハ來ナイ様デアアルガ、甚シイモノニナルト、一二回ノ出血デ直グ死亡スル様ナ急激ナコトモアル。然シ多クハ反覆シテ出血スル爲ニ、強イ貧血ヲ起シテ、著シク衰弱シテ來ル。其レニモ拘ラズ、食物ヲ充分ニ攝取スルコトガ出來ズ、且ツ營養不良ノ結果ハ一般ノ潰瘍ニ對スルト同様ニ、潰瘍面ノ肉芽モ軟弱トナルカラ、潰瘍ハ癒ラヌバカリデナク、一層出血シ易クナルト云フ結果ニナツテ、遂ニ饑餓若クバ衰弱ノ爲メニ死ヌ様ニナルノデアアル。疼痛モ亦食物ヲ攝ルト甚シクナル爲メニ、自然食物ノ量ガ不充分トナリ、最後ハ同様ナ結果ヲ招クノデアアル。

斯クノ如ク甚ダ厄介ナ此ノ胃潰瘍ニ對シテハ、如何ナル療法ヲ講ズベキデアアルカ、今少シクコレヲ考ヘテ見ヨウ。内科的療法ヲ試ミテモ治癒シ難イ肝胝性潰瘍ノ様ナモノニ對シテハ、切除スル方法ハ最モ理想ニ近イノデアアル。殊ニ癌腫トナツタモノハ絶對ニ切除ヲ必要トスル。然シ、事情ニヨツテハ必シモ切除シ得ナイ場合モアルノデ、次ノ様ナ種々ナ方法ガ

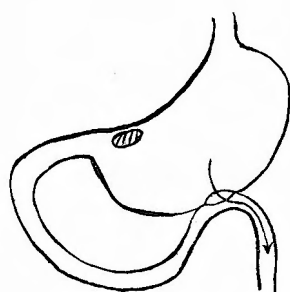
講セラレルノデアル。

(一)、先ツ空腸瘻ヲ造設スル方法デアル。コレハ空腸ノ上部ノ一部ヲ腹壁ニ固定シ、コレヨリカテーテルヲ空腸内へ挿入シテ、食餌ヲ注入セシムルノデアル。斯クスレバ食物ガ胃ヲ通過セヌカラ、胃ノ蠕動モ減



ラナイ不便ガアル。

(二)、胃腸吻合術。

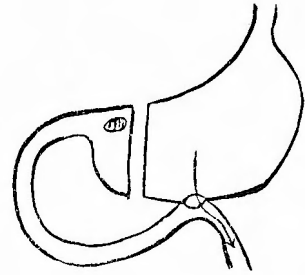


シ、直接ニ刺戟サレル事モ無クナリ、安靜ヲ保ツ事ガ出來ル。一般ニ創傷ノ治癒ニハ安靜ガ必要デアツテ、疼痛ハ安靜ヲ保タシムル爲ノ、自然ノ妙機ト見ルコトガ出來ルノデアルガ、胃潰瘍トテモ同ジコトデアル。此ノ方法ハ甚ダ簡單デアツテ、衰弱等ノ爲ニ他ノ手段ヲ講ジ得ナイ場合ニ、體力ノ回復ヲ待ツ間ノ窮餘ノ一策トシテ、甚ダ重寶ナモノデアル。時トシテハ此ノ方法ダケデ胃潰瘍ガ完全ニ癒ルコトモアル。然シ後日更ニ瘻孔閉鎖ノ手術ヲ行ハネバナ

潰瘍ノ好發部位デアル幽門部ヲナルベク食物ガ通ラヌ様ニシ、狭クナツタ幽門部ヲ通過スル爲メニ起ル蠕動、及び其ノ收縮ニヨル疼痛ヲ緩和スル外ニ、幾分吻合口カラ膽汁等ガ逆流シテ胃酸ヲ中和スル事ヲ目的トスルノデアルガ、實際ニ於テハ食物ハナルベク幽門ヲ通過セントスル傾向ヲ持ツテ居テ、吻合部ハ只裏門ノ如キ用ヲスルニ過ギナイ。尙コノ方法ニテハ十二指腸ト異リ胃酸ニ對シ抵抗力ノ弱イ空腸へ直接胃内容ガ出ルノデアルカラ、消化性空腸潰瘍 (Duodenal pepticum jejuni) ヲ生ジ得ルト言フ點ハ甚ダ不愉快デアル。即チ胃腸吻合ニヨツテ幽門狭窄ノ症狀ハナクナツテモ、消化性空腸潰瘍ガ出來タ時ニハ、吻合部ニ、胃、小腸、横行結腸ガ癒着シテ、大キナ塊リヲ造リ、空腸若クハ横行結腸ノ狭窄ヲ起シ、又ハ横行結腸へ穿孔シテ、食物ガ腸ノ大部分ヲ通ラナイ結果、榮養障害ヲ來ス様ナコトニナル。此ノ癒着部ヲ切除スルノハ實ニ面倒ナ手術デアル。然シ此ノ胃腸吻合術ニヨツテ胃潰瘍ノ約八〇%ハ治療シ得ルノデアル。

(三) 幽門曠置術 (Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg)。胃腸吻合術ヲシテモ食物ハ尙ホ幽門ヲ通ルカラ、幽門

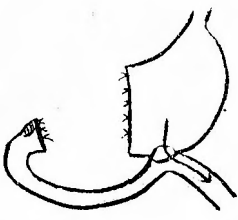
ノ手前デ胃ヲ切斷スル方法デアアル。コウシテ置ケバ最早胃内容物ハ、完全ニ幽門ノ方ヘ行カナクナルカラ潰瘍面ヲ刺戟スルコトハナイ。此ノ點ハ甚ダ結構デアアルガ、然シ此方法ニテハ消化性空腸潰瘍ヲ造ルコトハ胃腸吻合術ヨリモ多ク、二五%モ發生スルト言ハレテ居ル位デアアル。從ツテ近來ハ殆ンド用ヒラレナイ様ニナツタ。



(四) 最近、膽嚢ト胃トヲ吻合シテ、絶ヘズ膽汁ガ胃内ヘ流レテ來テ、胃酸ヲ中和スル様ニト膽嚢胃吻合術 (Cholecystogastrostomie nach Bogoraz) ナルモノガ行ハレ出シタ。此方法ニテハ消化性空腸潰瘍ヲ造ルコトガナイ。然シ膽道傳染ノ危險ガ、可能性デアアルバカリデナク、其

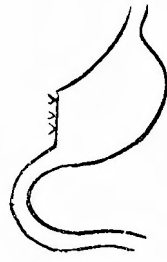
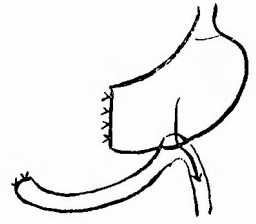
外ニ潰瘍ガ尙新シイ場合ニハ炎症性腫脹ノ爲メニ、ソレカラ胼胝性潰瘍トナツテハ硬結ノ爲メニ、又治療シタ場合ノ癍痕收縮ノ爲メニ、等デ出來タ幽門狹窄ノ症狀ヲ除ク譯ニハ行カナイ。コノ點デハ寧ロ胃腸吻合術ニ一步ヲ讓ルモノデアアル。

(五) ソレカラ曠置的切除 (Resektion zur Ausschaltung) 又ハ保存的切除 (Palliative Resektion) ト稱スベキ方法ガアル



コレハ周圍トノ癒着其他ノ事情ニヨリ潰瘍部ヲ切除シ得ナイ場合ニ用フル方法デアツテ、潰瘍部ハ其儘ニ殘シ置キ、胃ヲナルベク廣ク、少ナクトモ其ノ二分ノ一以上、三分ノ二迄ヲ切除シ、空腸ヲ胃ノ殘部ト吻合スルノデアアル。此ノ方法ニヨルト胃ハ其ノ胃酸製造所ノ大部分ヲ失フ爲メニ消化性空腸潰瘍ガ出來ル事モナイカラ、切除不能ノ場合ニ施スベキ良イ方法デアアル。只胃ヲ大部分ニ亘ツテ切除シナケレバナラナイノハ多少ノ缺點ト云フベキデアアル。

(六) 一番良イノハ潰瘍部ノ切除デアアル。潰瘍ハ多クハ幽門ニ近い小灣ニ出來ルノデアアルカラ、狹窄シテ居ル幽門部ト共ニ切除スルコトニナル。即チ幽門部切除 (Pylorusresektion) ヲ行フコトニナルノデアアル。



切除後ニ胃ト十二指腸トノ兩斷端ヲ接近セシメ得ナイ場合ニハ、空腸ト胃トヲ吻合セシメルノ
 デ所謂 Billroth II ヲ行フノデアル。此ノ場合胃ガ一部切除サレテ居ルノデ、胃液ノ酸度ハ著シ
 ク減ジテ居ルガ、元來ガ過酸ニ傾イタ胃デアリ、且ツ酸ニ對スル抵抗力ノ弱イ空腸ト吻合セシム
 ルコトデアルカラ、消化性空腸潰瘍ガ出來ル心配ガ未ダ殘ツテ居ル譯デアアル。故ニ出來レバ兩斷
 端ヲ接合スル方法、即 Billroth I ヲ行フノガ最モ良イ。

尙此外ニ種々ノ切除術ガ案出セラレテ居ルガ、要スルニ何レモ皆此兩方法ノ中間ニ位スベキモ
 ノデアアル。從ツテ胃潰瘍ニ對スル切除術トシテハ、先ヅ Billroth I ハ最モ生理的ニ近キ良法デア
 ヲツテ、Billroth II ハ如何ナル場合ニ於テモ、容易ニ兩斷端ヲ連結セシメ得ル最モ輕便ナル方法デ
 アル。其レ故ニ此兩方法ハ最モ多ク應用セラレルノデアアル。

以上述べた様ニ胃潰瘍ニ對スル外科的療法トシテハ色々ナ方法ガアルガ、實施ノ場合ニハ、出
 來得ル限り理想的ノ方法、即チ切除術ニ依ラネバナラナイ。然シ癌ノ如キ不治ノ病氣ノ場合ニハ危險ヲ冒シテモ切除ヲ斷
 行セネバナラヌコトモアルガ、胃潰瘍ニ對シテハ無理シテ迄モ切除術ヲ行フ必要ハナイノデアアル。前述ノ種々ノ姑息療法
 ニテモ相當ニ治癒シ得ルノデアアルカラ、患者ノ一般狀態等ヲ考慮シテ適當ナ姑息療法ヲ應用スベキデアアル。

儲テ今、此ノ患者一ハコレカラ切除術ヲ施ソウト思フノデアアル。

手術所見。 劔狀突起カラ臍下迄約十四糎ノ正中切開ヲ施シテ胃ヲ露出スル。胃ノ小彎ノ中央ニ舊二錢銅貨大ノ硬結ガ
 アリ、胃壁外カラ觸診シテ見ルト其中央指頭面大ノ部ガ、噴火口狀ニ陥没シテ居ル。此部ノ漿膜面ハ白色癩痕狀デ附近ニ小
 指頭大ノ淋巴腺ガ數個アル。更ニ幽門環カラ一橫指上デ、同ジク小彎上ニ小指頭大ノ硬結ガアリ、此部ノ漿膜一モ亦同様
 ノ變化ガアル。幽門自己ハ極度ニ狹窄シ、恰モ此部ヲ糸デ締タカト思ハレル程細イ。脾臓ニ變化ハナイ。大網ハ處々癩痕
 狀ニ收縮シテ居ルガ特別ナ硬結ハナイ。全體トシテ胃ノ後壁ハ癒着シテ居ル。ソレデ、潰瘍部ト共ニ胃ヲ廣ク切除シタガ、

十二指腸斷端ハ癩痕狀ニ收縮シ、且ツ強ク周圍ト癒着シ、胃斷端ニ接近セシメルコトガ出來ナイカラ、Billroth IIヲ行ヒ、胃ト空腸トノ吻合ハ Gastroenterostomia posterior nach Hacker ノ方法ニヨルコト、スル。

サテ切除シタ標本ハ、コ、ニ御覽ノ様ニ小彎上ニニケ所、潰瘍ガ列ンデ居ル。一番上部ノモノハ、拇指指頭面大、次ハ小サクテ小豆面大、下部ノモノハ示指頭面大デ上下ノ二ツハ明カナ胼胝性潰瘍ノ形態ヲ備ヘテ居ル。幽門環ハ極度ニ狭ク、小指頭ヲモ挿入シ得ナイ位デアル。(終)

(附記)。經過。第一期癒合。術後十一日目ニ胃液ヲ檢スルニ、前液ニ於テ遊離酸ハ痕跡、總酸度ハ十八。十四日目ニレントゲン検査ヲ行フニ、胃内容物ハ食後六時間ニシテ全ク胃ヲ去リ、吻合部ニ Nitro モナク壓痛モナシ。十五日目ニ全治退院セリ。

切片標本。潰瘍壁ノ一部ヨリ造レル、顯微鏡切片標本ニ於テハ、胃粘膜、筋層ニ炎症性變化ヲ認ム。癌腫變性ヲ認メザリキ。(以上)