

# 臨 床

## 急性幽門狹窄症ヲ呈シタル1種ノ急性炎衝性胃腫瘍

京都帝國大學醫學部外科學教室(鳥潟教授)

醫學士 山 田 弘

### Akute gastritische Pylorusstenose infolge der ödematösen Tumorbildung.

Von

Dr. Hiromu Yamada

[Aus der I. Kaiserl. Chir. Universitätsklinik Kyoto (Prof. Dr. R. Torikata)]

*Pat:* H, H, 25jährige Frau, aufgenommen in die Klinik am 3. Nov. 1936 wegen Kolikschmerzen in der Magengegend und häufiger Erbrechen.

*Anamnese:* Am 2. Nov. 1936 nachts andauernde schnürende Schmerzen in der Magengegend mit Brechneigung und Hungergefühl. Wie üblich hat Pat. die 4. Mahlzeit (Nachtessen) genommen und dazu noch süsse Erbsen zum Nachtisch. Die Uebelkeit sistiert, Schmerzen dauerten aber mit gestörtem Schlaf.

Morgens um 8 Uhr plötzlich kolikartige Bauchschmerzen und häufige Erbrechen. Die etwa 5 Sekunden dauernden Schmerzen wiederholten sich mit einem Intervall von etwa 2 Minuten. Die erbrochenen Massen waren ziemlich reichlich, grünlich und später fäkulent. Windeabgang und Stühle nicht angehalten.

*Vorgeschichte:* Bisher gang gesund. Seit 3 Jahren hat Pat. die Gewohnheit, 4mal am Tage zu speisen. Seit Oktober d. J. abnormes Hungergefühl, zeitweise mit Begleitung der Brechneigung.

Die abnorme Sensation am Magen verschwand, sobald Pat. irgend etwas gegessen hat. Seitdem besondere Neigung zu Süßigkeiten. Pat. weiss nichts von Venerien.

*Status praesens* (am 2. Nov. 1936): Gesichtsausdruck normal, Puls 90, Respiration 24, K. T. 36, 8°C.

Bauch nicht aufgetrieben, links oben etwas druckempfindlich. Darmgeräusch etwas gesteigert, aber nicht klingend. Ampulla recti nicht erweitert.

*Blutbild:* Leukozyten 7800, neutrophile Zellen 79%.

*Urin:* Makroskopisch ganz klar, Colibakterien nicht nachweisbar. Diastase im Urin positiv bis 2<sup>3</sup>, also normale Grenze.

*Operation:* (d. 3 XI., also 20 Stunden nach Beginn der Kolikschmerzen) Kein Ascites.

Magen im allgemeinen ödematös, insbesondere nahe am Pylorus am stärksten. Die ganze Serosafläche stark hyperämisch mit erweiterten Blutgefässen. Die Veränderungen sind noch an der grossen Kurvatur sehr ausgeprägt (Perigastritis).

Die Magenwand um den Pylorusring herum bis über den Antrumteil ödematös, sehr verdickt. Der Pylorusring ist für den Kleinfinger kaum durchgängig.

Das Omentum majus ist auch ödematös mit erweiterten Gefässen und stellenweise nachweisbaren Blutextravasatflecken. Pankreas intakt. Jejunum ist ab 40 cm vom Treitzschen Bande etwa 25 cm lang fast maximal kontrahiert, jedoch daselbst kein Zeichen der Zirkulationsstörung bzw. Passagestörung. Pylorusresektion nach Billroth I.

*Verlauf:* Am 7. Tage Fäden entfernt, p. p.. Keine Beschwerden mehr. Am 22. Tage als ganz geheilt entlassen (vgl. die Temp.-Kurven).

*Präparat:*

Fig. 1. Ansicht von aussen. P=Pylorusring. Die ödematöse, tumorartige Verdickung am Pylorusring ist sichtbar.

Fig. 2. Das vorige Präparat (Fig. 1) umgestülpt, sodass die Mucosafläche an den Tag kommt. P=Pylorusring. B=ulzerös veränderte Mucosa. A=alte hämorrhagische Flecken der Mucosa in verschiedener Grösse und Gestalt. Die ganze Magenwand zwischen A bis B. am stärksten verdickt (vgl. Fig. 3).

Fig. 3. Das Reliefbild des resezierten Magens.

W=Die stark oedematös verdickte Magenwand.

P=Pylorusring, jetzt etwas atonisch erschlafft und erweitert.

Fig. 4. Hystologisches Bild der Magenwand am Pylorus.

A=In der Mucosa sind Haemorrhagien und nekrotische Herde sichtbar.

B=In der Submucosa sieht man entzündliche Zellinfiltrationen, Blutextravasate und Auflockerung des Gewebes infolge der serösen Durchtränkungen.

Fig. 5. Submucosa. Oedematöse Verdickung, Zellinfiltrationen und Thrombophlebitis stellenweise nachweisbar.

Fig. 6. Muskelschicht bis auf die Serosa.

A=innere Ringmuskeln,

B=äussere Längsfasern

C=Serosa mit keinen nennenswerten Veränderungen.

### Résumé.

1) Bei unserem Falle der akuten Pylorusstenose mit Ileuszeichen handelte es sich um akute Gastritis einer unklaren Natur, die jedenfalls zu einer tumorartigen Verdickung der Magenwand nahe am Pylorus führte.

2) Die Verdickung der Magenwand verdankte hauptsächlich der serösen Extravasation akut entzündlicher Natur in der Mucosa und Submucosa. Die Zellinfiltration, Haemorrhagien und Thrombophlebitiden nahmen dabei gar keinen wesentlichen Anteil an die Tumorbildung.

3) Durch die oben erwähnte akut entzündliche ödematöse Verdickung der Magenwand war der Pylorusring für einen Kleinfinger kaum durchgängig.

4) Die hämorrhagischen Herden waren auch im Omentum majus sichtbar.

5) Unser Fall wurde durch Pylorusresektion (Billroth I) gerettet und geheilt.

(Autoreferat)

患者：樋○久○，25歳，女子 昭和11年11月3日入院。

主訴：左側上腹部ノ疝痛及ビ嘔吐。

現病歴：昭和11年11月2日夜半12時頃空腹感アリ，次デ心窩部ニ絞メツケラレル様ナ持続性疼痛及ビ悪心ヲ覺エタ。日常ノ習慣ニ從ツテ第4回目ノ食事ヲナシ且ツ若干ノ甘納豆ヲ攝取シタ所，悪心ハ納ツタガ疼痛ハ去ラズ，就眠スルコトガ出來ナカツタ。3日早曉3時頃注射ヲ受ケテ疼痛ハ稍ミ輕減シタガ約1時間後ニハ再ビ前同様ノ疼痛ヲ發シタ。4時，7時，8時ノ3回便通ガアツテ軟便ヲ出シタガ，血液ノ混入等ハ認メナカツタ。8時過ギニ至リ急ニ左側上腹部ニ疝痛發作ヲ來シ同時ニ頻回ノ嘔吐ガアツタ。コノ疝痛ハ陣痛様發作ヲ以テ約2分間ノ間歇ヲ置イテ5秒間位持續シ，全ク堪ヘラレナイト云フ程デハナイガ次第ニソノ度ヲ増強シ，上ハ胸部ヨリ下ハ左下腹部ニ迄放散スル様ニナツタ。吐物ハ可成リ大量デ，後ニナル程綠色ヲ帶ビ，糞臭ヲ發シテ來タ。肛門ヨリノ瓦斯ノ排出ハアツタ。發病來熱感惡寒ヲ訴ヘタコトハナイ。カクテ3日午後1時我々ノ Klinikニ送ラレテ來タ。

既往歴：生來健康ニシテ著患ヲ知ラナイ。約3年前カラ1日4食ヲ習慣トシ，便通ハ3~4日間便秘スルヲ常トシテ居タ。本年10月中頃カラ空腹時ニナルト異常ノ空腹感ヲ覺エ，甚シキ時ハ悪心ヲ訴ヘル様ニナツタガ，ソノ時何か食物ヲ攝取スレバ直ニ樂ニナル。又ソノ頃カラ甘い物ヲ好ンデ大量ニ攝ル様ニナツタ。然シ食事後一定ノ時間ノ關係ヲ以テ腹痛，酸性嘔氣，嘔吐ヲ訴ヘタ様ナコトハナク，又糞便ノ性状ニ變化ヲ認メタコトハナイ。性病ヲ否定スル。

遺傳歴：特記スベキモノハナイ。

現在症：(午後1時初診時ノ所見)

一般所見：體格中等，榮養佳良，意識明瞭ニシテ顔貌ハ著明ナル苦悶狀ヲ呈セズ。脈搏整正，緊張良1分時90，呼吸24，體溫36.8°C。

局所所見：左側上腹部ノ疝痛ハ臍ノ上3横指正中線ノ左2横指ノ點ニ最モ強度デアル。視診上，腹部ハ一般ニ著明ナル膨滿モ陷凹モ認メズ。腹壁ニハ靜脈怒張，蠕動不穩ヲ證明セズ。觸診スルニ腹筋緊張，異常抵抗硬結及ビブルームベルグ氏症狀等ハ何處ニモ證明セズ，僅ニ左側上腹部ニ輕度ノ壓痛ヲ訴ヘル。腸雜音ハ腹部一般ニ，殊ニ左下腹部ニ於テ稍ミ昂進スルモ，金屬性音ヲ發セズ。コノ際直腸膨大部ノ異常擴張ハ證明サレナカツタ。

血液検査：白血球數7800，中性多核白血球79%ニシテ白血球增多ヲ認メズ。

尿検査：外見上正常，尿中大腸菌ハ證明サレズ。尿中「デアスターゼ」ハ25迄陽性ニシテ正常ナリ。

診斷：以上初診時ニ於テハ著明ナル局所所見ヲ證明セズ，且ツ患者ノ一般状態ト併セ考ヘテ暫時觀察スルコトニシタ。コノ間嘔吐ハナイガ上腹部ノ疝痛ハ益ミソノ度ヲ加ヘテ來タ。依ツテ胃洗滌ヲ2回試ミタルモ胃内容物ハ出ズ，疝痛モ全ク輕減シナイ。且ツ脈搏緊張ガ次第ニ弱クナリ頻數ニナリツ、アルコトニ氣附イタ。此處ニ於テ考ヘラレルコトハ以上ノ所見及ビ經

過ヲ総合シテ、本病變ハ胃ノモノデナク、更ニ下部ニ於テ可成リ急激ナル機械的障礙ヲ起シ、漸次重篤ナル腸閉塞ニ傾キツ、アルコトヲ想像シ、Acute Abdomenノ診斷ノ下ニ救急開腹手術ヲ決心シタ。

手術：(11月3日午後8時30分開始、發病後約20時間)手術所見及ビ經過：正中線切開ヲ以テ腹腔ニ入ルニ腹膜著變ナク腹水ヲ證明セズ。大網膜ヲ見ルニ、一般ニ稍々充血シ大網血管ハ中等度ニ怒張擴大シ、散在性ニ數ヶ所ノ出血斑ヲ認め、殊ニコノ變化ハ胃大彎部ニ近ク著明デアツタ。

小腸ハトライツ氏靱帶ヨリ40cmノ所カラ約25cmノ長サニ亙ツテ腸壁ハ著シク收縮萎縮セルヲ認めタ。然シ同所ニハ循環障礙或ハ壞疽様變化ヲ證明シナイ。コノ部分ヨリ更ニ空腸末端ニ至ル間ニ約20cmノ間隔ヲ以テ3ヶ所ノ限局性收縮ヲ認めタ。此等ノ收縮部ハ何レモ口側ヨリノ追跡ニヨツテ腸管ハ容易ニ正常形ニ復シタ。

大腸、結腸、腸間膜ニハ著變ヲ認めズ。脾臟ハ色、硬度共ニ正常ニシテ病變ヲ認めナカッタ。胃及ビ十二指腸：胃ノ周圍ニ於テハ大網膜及ビ胃結腸靱帶部ハ一般ニ浮腫様ニ充血シ、血管ハ廣汎性ニ怒張擴大シ、殊ニ大網ニハ前述ノ如キ散在性出血斑ヲ認め、此等ノ變化ハ胃ノ大彎ニ近ク著明ニシテコ、ニ胃周圍炎ノ状態ヲ認メル。胃全體ノ大サ及ビ形狀ハ略々正常デアル。胃壁ハ體部以下幽門部ニカケ著シク浮腫様ニ腫脹シ、漿膜面ハ平滑、緊張、充血シ、胃壁血管ハ可成リ著明ニ怒張シ殊ニ幽門部ニ近ク著明デアツタ。

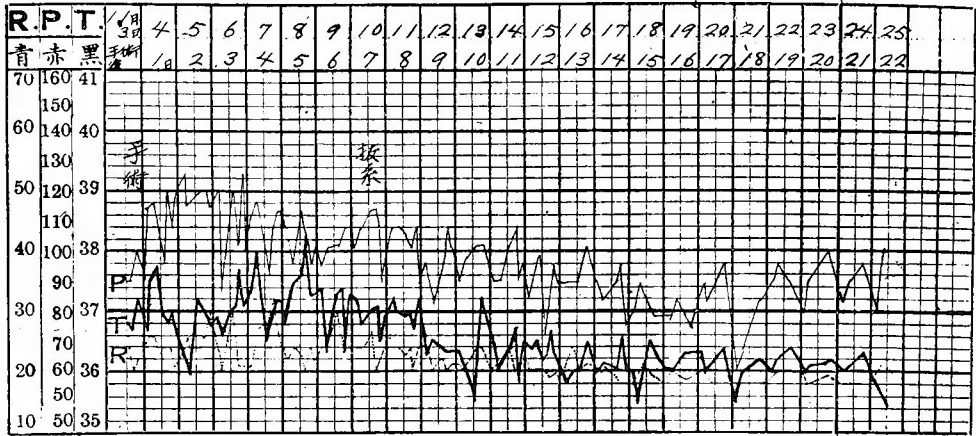
觸診スルニ胃下半部ハ胃壁全周ニ互リ高度ノ浮腫性肥厚ヲ來シテ幽門輪ニ移行シ、爲ニ幽門部ハ辛ジテ示指ヲ通過シ得ル程度ニ狹窄ヲ來シテ居ル。コノ肥厚部ハ前後面及ビ大小彎側何レノ部分モ表面平滑ニシテ中等度ノ彈性硬ヲ呈シ、部分的結節様膨瘤ヲ認めズ。コノ胃ノ變化ハ明ニ胃壁ノ全周ニ互リ輪狀ニ發生セル1ツノ新生腫瘤ニシテ、ソノ爲ニ急性幽門狹窄ヲ惹起セルモノト考ヘ、該腫瘤部ノ切除ヲ行フコトニシタ。切除術式ハビルロート氏第1法ニヨリ上ハ胃體部ノ中央健康部ヨリ下ハ幽門輪ヲ越エ腫瘤部ヲ全ク切除シ、胃、十二指腸兩斷端ハ端々吻合ヲ行ツタ。手術終了、4日午前0時10分。

手術後經過：手術後腹痛ハ去リ、惡心、嘔吐ヲ訴ヘズ。全ク順調ニ經過シ第3日目午後ニ至リ腸雜音ヲ聽キ始メ、同時ニ肛門ヨリ瓦斯モ自然ニ排出サレル様ニナツタ。第7日目手術創ノ拔糸ヲナシ第I期治癒ヲナシタ。以後ノ經過中食慾良、食後心窩部ニ膨滿感ヲ訴ヘルコトナク腹部局所所見ニモ異常ヲ認めズ、直腸膨大部ノ異常擴大ハ證明サレナイ。カクテ11月25日、術後22日目ニ全治退院セリ。

術後ニ續檢査：(11月24日、21日目)

- 1) 胃：分泌物及ビ粘液ノ爲ニR-lief像デハsog. Schleimbefundヲ呈ス。
- 2) 吻合口ニハInsuffizienzハ無イ。吸氣ヲ終ヘテ呼氣ニ移行スルトキ通過スル。蠕動ハ存在ハスルガ弱イ。2時間後ニハ胃ハ空虚トナル。

經 過 表



血清検査：ワ氏反應ハ陰性デアル。

切除標本肉眼所見：漿膜面ノ變化ハ前述ノ通り。之ヲ翻轉シテ粘膜面ヲ觀ルニ幽門側肥厚部ハ著明ナル浮腫性腫張ヲ呈シテ充血シ、粘膜皺襞ハ殆ソド消失シ、粘膜面ハ略々平滑ニシテ腫瘤様凹凸ヲ認メズ。中等度ノ彈性硬ヲ呈スル。前後兩壁ニハ幽門斷端ヨリ 4cm ノ所ヲ中心トシテ散在性ノ暗赤褐色(出血様ノ)斑點ヲ認メル。且ツ後壁ニハ斷端ニ近ク 3 個ノ小豆大不規則ナル糜爛面アリ。然シ潰瘍性變化ハ何處ニモ證明シナイ。

肥厚部胃壁ノ測定ニ於テハ、斷端壁ノ厚サハ前後面大小彎側共一様ニ 9mm。幽門斷端ノ腔ノ大サハ直徑 1.5cm、大彎側斷端ヨリ 5cm ノ所ニテ最モ厚ク、1cm、10cm ノ所ニテ 6mm、ソレヨリ漸次肥厚ノ度ヲ減ジテ體部ノ健康部ニ移行ス。

組織學的検査：組織標本ニ認メラレル最モ著明ナル變化ハ粘膜層ノ出血及ビ壊死並ビニ粘膜下層ニ於ケル浮腫性細胞浸潤ニヨル肥厚及ビ血管閉塞性靜脈炎ノ像ニシテ筋肉層ニハ著明ナル變化ヲ認メナイ。コノ胃壁全層トシテ見ラレル所見ハ、粘膜層ニ一次的ニ一種ノ炎症性變化ヲ起シ、之ニ續發シテ粘膜下層ノ増殖肥厚ヲ來シ之ニヨル一種ノ腫瘤性幽門部狹窄ヲ惹起セルモノト考ヘラル。然モコノ炎症性變化ハ結核性或ハ微毒性ノ如キ特種性ノモノニアラザルコトハ明ニシテ又タ胃硬化症ト名ヅクベキ所見デモナイ。

要スルニ本例ニ見ラレル胃腫瘤ガ如何ナル疾患ニ屬スルモノデアルカハ研究中デアル。

# 切 除 標 本 寫 眞

Fig. 1.

胃體部切斷端  
漿膜面 (前壁)  
(幽門側)  
↓

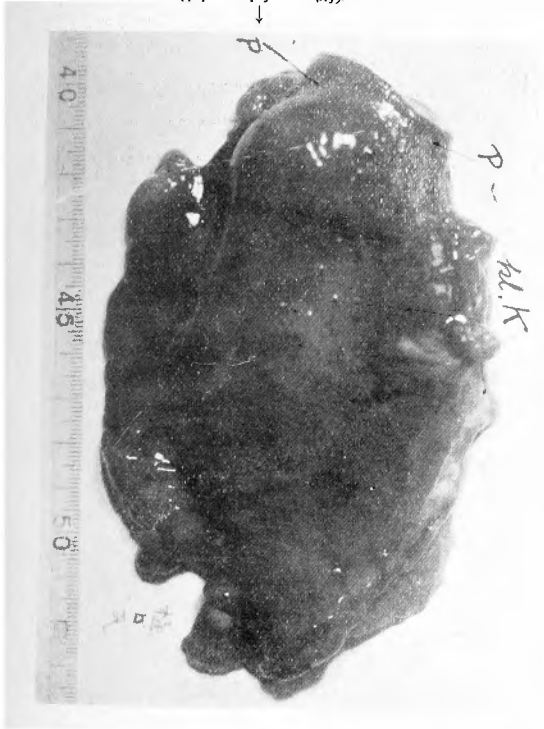
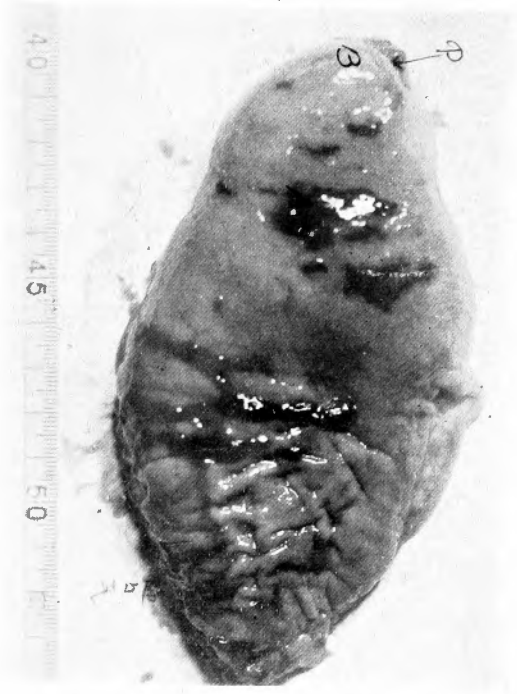


Fig. 2.

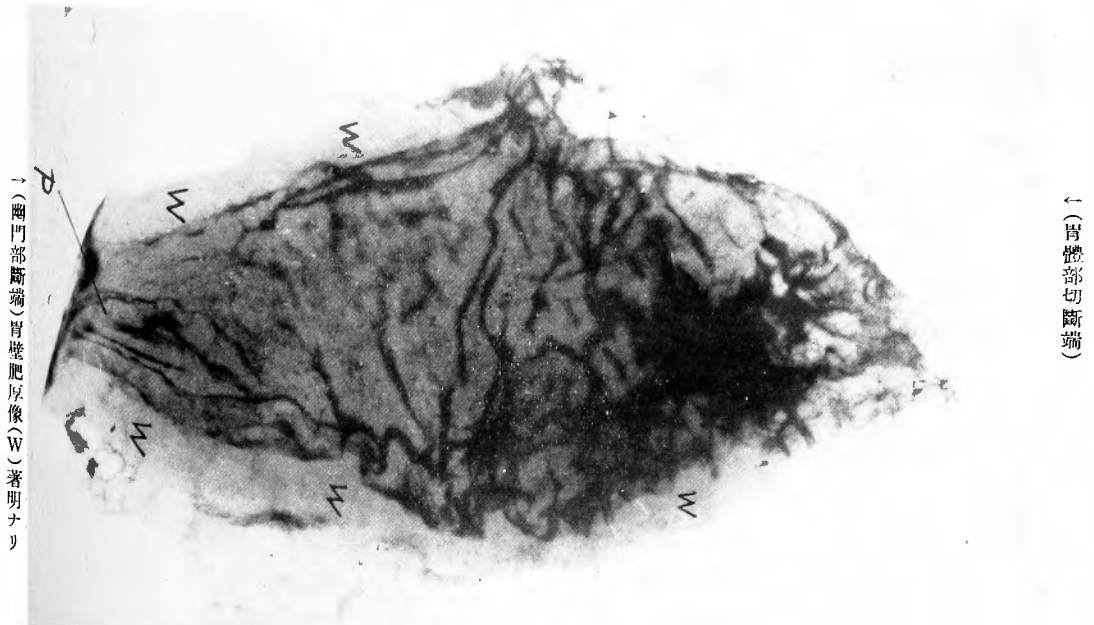
胃體部切斷端  
粘膜面 (後壁)  
(幽門側)  
↓



A. 出血色素斑 B. 糜爛面 A. B. 間最肥厚部

Fig. 3.

粘膜皺襞像 (造影剤 = ヨル)



← (幽門部切斷端) 胃壁肥厚像 (W) 著明ナリ

← (胃體部切斷端)

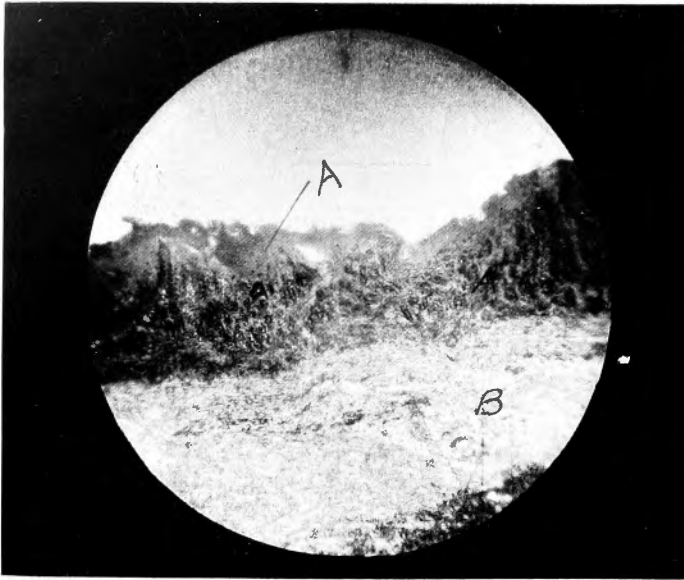


Fig. 4.

粘 膜 層

- A. 粘膜層ニハ著明ナル出血  
及ビ壊死性變化ヲ來シ  
(粘膜皺襞像ハ殆ソド消失  
ス)。
- B. 粘膜層直下ノ粘膜下層ニ  
ハ細胞浸潤及ビ血管外組  
織間溢血像著明ナリ。

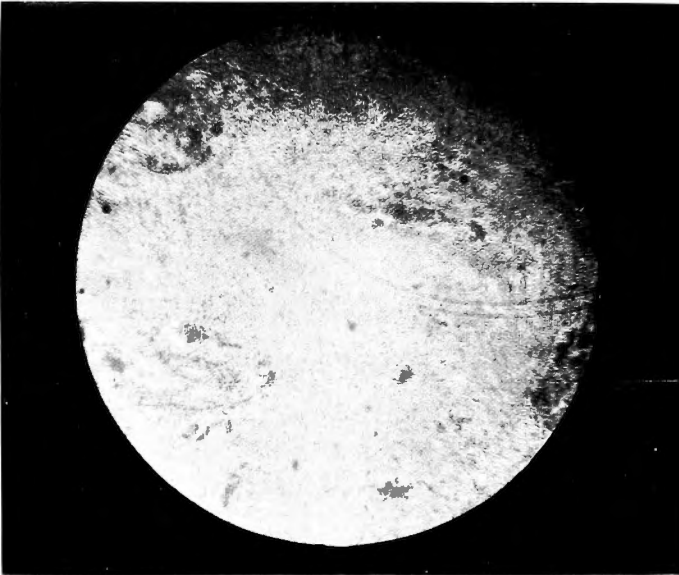


Fig. 5.

粘 膜 下 層

浮腫及ビ細胞浸潤ニヨル著  
明ナル粘膜下層肥厚ヲ認メ  
ソノ間ニ血管閉塞性靜脈炎  
ノ像ヲ見ル。



Fig. 6.

筋 肉 層 及 ビ 漿 膜 層

- A. 輪狀筋層
  - B. 縱筋層
  - C. 漿膜層
- 著變ヲ認メズ。