

臨 牀

原 發 性 胃 肉 腫 ノ 3 例

熊 本 醫 科 大 學 萩 原 外 科 教 室

醫 學 士 上 野 登

醫 學 士 合 屋 末 千 代

Drei Fälle von Primärem Magensarkom

Von

Dr. N. Agano Dr. S. Goya

[Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät Kumamoto
(Vorstand: Prof. Dr. Y. Hagiwara)]

Primäres Magensarkom ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis. Bei der Sichtung der literarischen Daten hat sich herausgestellt, dass man bei uns bis jetzt nur von 32 Fällen dieser Erkrankung berichtet hat. Also geben wir hier die Mitteilung über die von uns beobachteten 3 Fälle von primärem Magensarkom.

Klinische Beobachtungen

I. Fall.

Pat: Y. M., 22jährige Frau, aufgenommen am 5. Okt. 1932.

Hauptklage: Schmerz in der Epigastrialgegend beim Hungerzustand, Sodbrennen, Aufstossen und Erbrechen nach dem Essen sowie Abmagern.

Anamnese: Unangenehmes Gefühl in der Epigastrialgegend, Sodbrennen und Nausea vor ca. 10 Jahren; dann Rückgang der Krankheitserscheinungen. Wieder vor 3 Jahren Schmerz in der Epigastrialgegend in geringem Grade zur Zeit der Nüchternzeit, Sodbrennen und Nausea; zugleich Erbrechen nach dem Essen. Seit ca. 1½ Jahren aber Abmagern und Abnahme des Appetits. In der darauf folgenden Zeit allgemeine Mattigkeit, fühlbarer Tumor in der Magen-gegend.

Vorgeschichte u. hereditäre Belastung: nichts Besonderes.

Status praesens: Körperbau und Ernährung mittelmässig; Temperatur 37°C; Puls ca. 77 pro Minute, regelmässig, gut gespannt. Lunge und Herz: o.B.

Bauch: ohne besondere Einsenkung und Auftreibung, weder abnorme Venendilatation an der Bauchwand noch peristaltische Unruhe noch abnorme Kontur. Bei Palpation ist die Bauchwand schlaff; unter dem rechten Rippenbogen ein etwa gänseeigrosser, quergedehnter Tumor tastbar, der an die rechte Mamillarlinie grenzt. Rechte, obere und untere Grenze des Tumors

scharf, linke aber unscharf. Die Oberfläche des Tumors etwas höckrig, Konsistenz aber derb. Der Tumor ist beweglich, nicht druckempfindlich, ohne Verwachsung mit der Umgebung. Ascites unkonstatierbar. Leber, Milz und Niere nicht fühlbar.

Blutbild: Erythrocytenzahl 4920000, Haemoglobingehalt 66 % (Sahli), Leukocytenzahl 6200. Wassermann'sche und Murata'sche Reaktion des Blutserums negativ.

Harn: o.B.

Kot: Okkultes Blut aufweisbar, sonst o.B.

Magensaft: Freie Salzsäure im Vorsaft fehlt, aber im Nachsaft 9 Grad. Gesamtacidität im Vorsaft 21 Grad, Nachsaft 46 Grad. Milchsäure fehlt im Vor- und Nachsaft. Okkultes Blut im Vorsaft u. Nachsaft als stark positiv aufweisbar.

Röntgenologische Untersuchung: Deutlicher Schattenausfall von Pylorusteil bis grosse Kurvatur. In Uebereinstimmung damit ein etwa faustgrosser, derber Tumor tastbar. Pyloruspassage: gut.

Operation: Man öffnete den Bauch in der Mittellinie und prüfte den Magen. Der Tumor befand sich im Pylorusteil (vorzugsweise nach der grossen Kurvatur gerichtet). Der Tumor war etwa faustgross, fast ohne Verwachsung mit der Umgebung, mit einigen angeschwollenen Lymphknoten entlang der grossen und kleinen Kurvatur. Ausführung der Magenresektion nach Billroth'scher II. Methode.

Verlauf: glatter Verlauf. Operationswunde: primäre Heilung. Entlassung nach 4 Wochen.

Präparat: Ein etwa faustgrosser, derber Tumor, der sich vom Pylorusteil bis zur grossen Kurvatur erstreckte, entstand in der Submucosa und entwickelte sich nach dem Inneren des Magens. Ohne Blutung und Ulceration.

Histologischer Befund: Anscheinliche Geschwulstzellen sind Rundzellen von verschiedener Formation, so gross wie Lymphocyten. Der Kern dieser Zelle ist auch von runder Form.

Diagnose: Kleinzelliges Rundzellen-Sarkom.

Weiterer Verlauf: 3 Jahre nach der Operation gesund, Beschäftigung im Haushalt. Hernach unbekannt.

II. Fall.

Pat: S. I., Bäuerin von 19 Jahren, aufgenommen am 20. Juli, 1935.

Hauptklage: Tumor in der Epigastralgegend, Gastralgie und Erbrechen nach dem Essen, Appetitlosigkeit.

Anamnese: Seit 2 Jahren manchmal Schmerz in der Epigastralgegend. Seit etwa 1 Jahre, 30 Minuten nach dem Essen Vollgefühl und Schmerz in der Epigastralgegend. Zeitläufiger Rückgang der Krankheitserscheinungen durch perorale Darreichung von Mitteln. Nachher wieder Beschwerden von neuem, die sich allmählich verstärken. Wegen des Erbrechens wird die Kranke anorektisch. In nächster Zeit wird der Tumor in der Epigastralgegend fühlbar.

Vorgeschichte u. hereditäre Belastung: o.B.

Status praesens: Statur mittelmässig, Ernährung schlecht. Körpertemperatur 36,9°C. Puls: regelmässig, gut gespannt. Lunge und Herz: nichts Besonderes.

Bauch : Ohne bedeutende Einsenkung, abnorme Venendilatation an der Bauchwand und peristaltische Unruhe. Nach der Palpation befindet sich ein etwa kinderkopfgrosser, derber Tumor in der Nabelgegend. Die Oberfläche des Tumors etwas höckrig, Konsistenz elastisch derb. Der Tumor selbst nicht so druckempfindlich und gut beweglich. Leber, Milz und Niere alle nicht fühlbar. Ascites unaufweisbar.

Blutbild : Erythrocytenzahl 3800000, Haemoglobingehalt 88 % (Sahli), Leukocytenzahl 6700 Wassermann'sche und Murata'sche Reaktion des Bluteserums negativ.

Magensaft : Freie Salzsäure fehlt im Vor- und Nachsaft. Gesamtacidität im Vorsaft 30 Grad, im Nachsaft 35 Grad. Milchsäure fehlt im Vor- und Nachsaft. Okkultes Blut als positiv aufweisbar.

Urin : o.B.

Kot : Okkultes Blut aufweisbar, sonst o.B.

Röntgenologische Untersuchung : Schattendefekt vom Körperteil des Magens bis Pylorusteil. In Uebereinstimmung damit ein etwa faustgrosser, derber Tumor tastbar, dessen Oberfläche ziemlich höckerig ist. Der Tumor selbst gut verschiebbar und nicht so druckempfindlich. Pyloruspassage ist so gestört, dass nach 3 Stunden noch $\frac{2}{3}$ von Barium verbleibt.

Gastroskopische Untersuchung : Im Pylorusteil und Körperteil, auf beiden Wänden einige runde und elliptische, fingerspitzen-grosse Vorwölbungen, deren Oberfläche mit der Schleimhaut ohne Schleimhautfalten bedeckt ist. Es fehlt Geschwür. Die Vorwölbungen verschieben sich bei Lufteinblasung nicht.

Operation : Eröffnung des Bauches in der Mittellinie. Magen : ptotisch und ektatisch. Tumor erstreckte sich auf die ganze Fläche von Pylorusteil bis Körperteil. Serosafläche des Tumors sah grauweiss aus. Konsistenz war im ganzen elastisch derb. Fast ohne Verwachsung des Tumors mit der Umgebung. Das den Tumor berührende grosse Netz zeigte einige angeschwollene Lymphknoten. Durchführung der subtotalen Resektion des Magens.

Verlauf : nach glattem Verlauf, Entlassung nach etwa 5 Wochen.

Präparat : Ein grosser Tumor erstreckte sich von Pylorusring bis Körperteil, 10 cm lang, 8 cm breit, 5 cm hoch. Der Tumor erstreckte sich auf den ganzen Umfang, war aber auf der Vorderwand besonders bedeutend. Die Oberfläche war relativ glatt, weisslich grau. Eine etwa 6 cm. Strecke vom Pylorusring bis Antrum pylori war im ganzen Umfang narbig und geschwürig. Starke Stenose von Pylorus.

Histologischer Befund : Spurloses Verschwinden der Schleimhautschicht. Dichtes Vorhandensein der lymphocytengrossen, runden Zellen in der Submucosa. Infiltration der betreffenden Zellen erstrecken sich teilweise auch bis in Muskelschicht und Serosaschicht.

Diagnose : Kleinzelliges Rundzellen-Sarkom.

Weiterer Verlauf : 3 Jahre und 3 Monate nach der Operation Beschäftigung im Haushalt, danach unbekannt.

III. Fall.

Pat : Y. Y., 51jähriger Bauer, aufgenommen am 10. Sept. 1937. Hauptklage : Tumor

und Schmerz in der Epigastralgegend.

Anamnese: Etwa 20 Tage vorher hat er ein halb's Liter Schöchû (Branntwein) getrunken. Damals nichts Besonderes; aber 3 Tage später Vollgefühl und unangenehmes Gefühl in der Epigastralgegend. Nach einigen weiteren Tagen wölbte sich die Epigastralgegend vor. Zugleich Temperatursteigerung (38,6°C). Applikation des Eisbeutels an der betreffenden Stelle. Eine Stunde später trat ein Spannungsgefühl an der Bauchwand der Epigastralgegend ein und heftiger Schmerz, begleitet von Nausea. Einige Tage später liess die Beschwerde nach.

Vorgeschichte u. hereditäre Belastung: nichts Besonderes zu erwähnen.

Status praesens: Ernährungszustand mittelmässig. Die Haut ist blass, aber ohne Ikterus. Puls: Spannung gut und regelmässig. Lunge und Herz sind ganz in Ordnung. Bauch: ohne bedeutende Vorwölbung und Einsenkung. Bauchwand: ohne abnorme Venendilatation und peristaltische Unruhe. Diffuse, geringgradige Vorwölbung im linken Epigastralteil. Bei der Palpation ein fast faustgrosser Tumor aufweisbar. Grenze des Tumors: obere und linke Grenze unter dem Rippenbogen unklar; untere Grenze in der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoideus; rechte Grenze 1 Querfingerbreite rechts der Medianlinie. Konsistenz des Tumors derb, seine Oberfläche glatt. Tumor selbst nicht so verschiebbar, ziemlich druckempfindlich.

Leber, Milz und Niere: nicht fühlbar. Ascites nicht aufweisbar.

Blutbild: Frythrocytenzahl 3780000, Haemoglobingehalt 73% (Sahli), Leukocytenzahl 8000. Wassermann'sche und Murata'sche Reaktion negativ.

Urin: o.B.

Kot: Okkultes Blut nachweisbar.

Magensaft: Freie Salzsäure fehlt im Vor- und Nachsaft. Gesamtacidität im Vorsaft 10 Grad, im Nachsaft 20 Grad. Milchsäure im Vor- und Nachsaft nicht nachweisbar.

Röntgenologische Untersuchung: Schattenausfall im Magenkörper, auf der grossen und der kleinen Kurvaturseite. Schattenrand unregelmässig. Der entsprechende, derbe Tumor tastbar, der nicht so verschiebbar ist. Pyloruspassage gut.

Operation: Eröffnung des Bauchs in der Medianlinie in Lokalanästhesie.

Magenprüfung: Tumor entstand im Magenkörper auf der Hinterwand und doch auf der kleinen Kurvaturseite, ca. faustgross und derb. Oberfläche glatt. Der Tumor entwickelte sich wahrscheinlich von der Schleimhautseite nach dem Lumen des Magens. Hinterwand des Magens; wegen der starken und breiten Verwachsung mit dem Retroperitoneum war die Resektion unmöglich. So hat man an der Magens einen Schnitt von ca. 3 cm angelegt, um des Lumen des Magens prüfen zu können. Der Tumor entwickelte sich von der Hinterwand des Magens nach dem Lumen des Magens, Geschwür nicht nachweisbar. Nach der Entnahme eines kleinfingerspitzengrossen Probestückes Schliessung der Magen- und Bauchwand.

Verlauf: Glatt. Operationswunde, per primam geheilt. Entlassung nach 3 Wochen.

Histologischer Befund: Nekrose und Blutung wesentlich. Geschwulstzellen: ca. 2—3 fach so gross wie Lymphocyten, spindelförmig, rund oder elliptisch. Zellkern meistens elliptisch.

Diagnose: Spindelzellensarkom.

Weiterer Verlauf: Exitus letalis 8 Monate nach Operation.

(Autoreferat)

本文ノ要旨ハ第39回九州醫學會總會(昭和13年10月)ニ於テ發表セリ。尙第1症例ハ、既ニ上野氏ニヨリテ、第7回熊本醫學會總會(昭和7年12月)ニ於テ發表サレタルモノナリ。

内 容 目 次

第I章 緒 言	第II節 病理解剖學的考察
第II章 自家經驗例	第III節 臨牀的考察
第III章 總括的考察	第IV章 結 尾
第I節 頻度, 性, 年齢	主要文献

第I章 緒 言

原發性胃肉腫ハ、比較的稀有ナル疾患ニシテ、本症ニ關スル Virchow ノ病理組織學的知識、Schlesinger ノ臨牀的知見、及ビ Konjetzny ノ統計的研究ガ公ニサルルニ及ビテ一般ニ多大ノ關心ヲ持タレ、ソノ報告モ相踵デ出デタリ。

歐米ノ文獻ニヨレバ、1840年 Landsberg ニヨリテ報告サレタル圓形細胞肉腫例ヲ以テ嚆矢トシ、次デ1847年 Bruch ノ報告アリ、其後1887年 Virchow ガ小圓形細胞肉腫ノ1例ト筋肉腫ノ2例トヲ報告セリ。統計的觀察トシテハ1897年 Schlesinger ノ36例ヲ始メトシ、Fenwick ノ60例、Ziesche-Davidsohn ノ143例(1909年)、Hesse ノ166例(1912年)、Flebbe ノ157例(1913年)、Haggard ノ244例(1920年)等アリ。次デ1921年 Konjetzny ハ胃肉腫200例ニ自己ノ7例ヲ加ヘテ之ヲ觀察シ、ソノ増殖、形態、位置等ニヨリテ四ツノ主型ニ分類シ、更ニ Askey ハ1931年迄ノ文獻中ヨリ335例ヲ蒐集報告セリ。今之ニ最近ノ數十例ヲ加フル時、胃肉腫ノ報告例ハ400例ヲ超過スル状態ナリ。

然ルニ本邦ニ於テハ、1901年今裕氏ニヨル圓形細胞肉腫2例ノ報告ヲ以テ嚆矢トシ、現今迄ニ余等ノ求メ得タル範圍ニ於テハ第III表ニ示スガ如ク32例ニシテ、之ニ余等ノ3例ヲ合スルモ僅々35例ニ過ギズ。

余等ハ最近經驗セル胃肉腫3例ニ就キテ詳細ニ臨牀的ニ觀察セルヲ以テ、此等先進諸家ノ報告ニ追加セント欲スルモノナリ。

第II章 自家經驗例

【第I例】

患者：松〇八〇子、22歳、女、官吏ノ妻

家族歴：悪性腫瘍ノ遺傳的關係ヲ認メズ。

既往歴：幼時ヨリ健全ニシテ著患ヲ識ラズ。2年前ニ健康ナル男子ト結婚ス。月經正調。子供ナシ。

現病歴：約10年前唾液ノ分泌充進アリ。時々軽度ノ嘔噎、嘔氣、心窩部ノ不快感ヲ訴ヘシモ大ナル苦痛ナキタメ醫治ヲ受ケズニ放置セシニ自然ニ輕快シ、何等ノ自覺的症狀無キニ至レリ。然ルニ約3年、前食前1時間位、殊ニ夜間空腹時ニ心窩部ニ輕微ナル疼痛アリ。同時ニ嘔噎、嘔氣ヲ伴ヒ、食後3時間目位ニ嘔吐セル事2—3回アリ。吐物ハ攝取セル食物ニシテ、珈琲殘渣様物質ヲ認メズ。又肉眼的ニ血液ヲ認メタル事ナシ。斯ノ如キ症狀一進一退シ、加フルニ約1年半前ヨリ漸次羸瘦ノ傾向アルヲ以テ地方醫ヲ訪レシニ、胃部ニ腫瘤アリト言ハレ手術ヲ勸メラレタルヲ以テ、昭和7年10月5日當外科ニ入院セシモノナリ。

- 主訴: イ) 空腹時心窩部ノ疼痛。
ロ) 食後ノ嘔噦, 嘔氣並ニ嘔吐。
ハ) 羸瘦。

現症:

1) 全身所見。體格榮養中等度。體温 37°C 。脈搏77, 正整, 緊張良。眼瞼結膜稍々貧血ヲ呈セル他, 腹部以外ノ諸臓器ニ著變ヲ認メズ。黄疸, 浮腫ナク, 頸部淋巴結節ノ腫脹ヲ認メズ。

2) 局所所見。腹部ハ何處ニモ膨滿, 蠕動不穩, 靜脈擴張, 發赤等ヲ認メズ。觸診スルニ, 腹壁ハ弛緩シ, 右肋骨弓ノ直下ニ於テ, 右乳腺ヲ以テ略右界トスル, 左右ニ長キ約鷄卵大ノ硬キ腫瘤ヲ觸レ, 該腫瘤ノ表面ハ僅ニ凹凸ヲ示セリ。右方, 上方並ニ下方ノ境界ハ夫々比較的明瞭ナルモ左方ノ境界ハ不鮮明ナリ。移動性ニ富ミ周圍トノ癒着ハ之ヲ認メザルガ如シ。該腫瘤ハ呼吸ニ際シテ僅ニ上下ニ移動シ, 呼吸時ノ固定極メテ容易ナリ。自發痛, 壓痛共ニナシ。該腫瘤ノ上部ニ淋巴結節ノ腫脹ト思惟サルル拇指頭大球狀ヲ呈セル移動性ノ硬キ腫瘤ヲ觸知ス。腹水ハ之ヲ證明セズ。肝, 脾, 腎ヲ觸レズ。腹部ニハ爾他異常所見ヲ認メズ。

3) 血液所見。赤血球數492萬, 血色素量66% (Sahli), 白血球數6200, L°E オゾン \uparrow 嗜好性白血球3.0%, 中性嗜好性桿狀核白血球4.0%, 中性嗜好性分葉核白血球71.0%, 淋巴球17.0%, 大單核細胞5.0%ナリ。血液型O型。 U° 氏反應陰性。

4) 尿所見。帶黃褐色透明, 酸性, 比重1019, 蛋白, 糖共ニ陰性。 U° ロピリノーゲン \uparrow 陽性ナル他著變ヲ認メズ。

5) 糞便所見。消化良好, 褐黃色, 潛血反應ハ陽性ナルモ, 寄生蟲卵ヲ認メズ。

6) 胃液所見。遊離鹽酸ハ前液ニ缺除シ, 後液9度。總酸度ハ前液21度, 後液46度。潛血反應前後液共ニ強陽性, 乳酸反應ハ前後液共ニ陰性ナリ。

7) 胃ノレントゲン \uparrow 所見。幽門部ヨリ大彎ニ互リテ著明ナル陰影缺損ヲ認メ, 同部ニ一致シテ約拳大ノ腫瘤ヲ觸知ス。幽門ノ通過障礙ハ殆ンドナク, 3時間後ニハ胃内ニ少量ノ L° バリウム \uparrow ヲ殘スノミ。十二指腸球部ノ充滿ノ程度ハ略正常ナリ(寫眞A₁參照)。

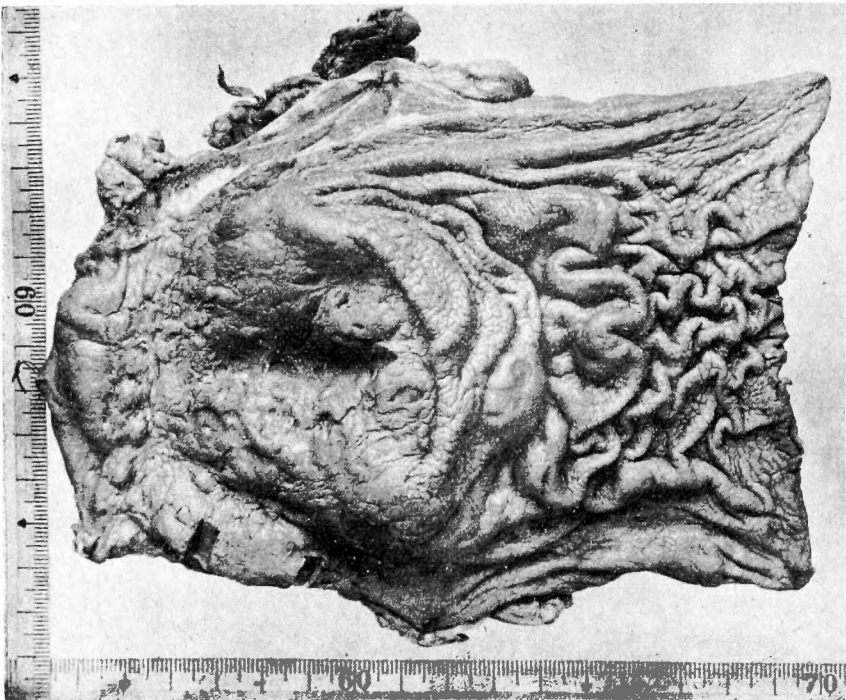
手術所見: 局所麻酔。正中切開。腹水ナシ。胃ヲ檢スルニ, 腫瘤ハ幽門部ニ存在シ, ソノ前壁ヨリ後壁ニ涉リ然カモ大彎側ニ存在スル手拳大ノ帶灰白色ノ腫瘤ニシテ, 硬度硬ク表面平滑ナラズ。腫瘤ノ後壁ハ十二指腸ト輕度ニ癒着セリ。大彎, 小彎ニ沿ヒテ拇指頭大ヨリ小指頭大ノ彈性強韌ナル淋巴結節ノ腫脹ヲ數個認ムルモ肝臓, 脾臓ニハ轉移ヲ認メズ。大網膜, 小網膜ニモ著變ナシ。Billroth 第二法ニヨリ胃ノ約3/4ヲ切除ス。

切除標本所見: 幽門部ヨリ大彎ニ互ル約手拳大ノ腫瘍ニシテ, 硬度硬ク且ツ表面ハ粗糙ニシテ帶灰白色ヲ呈ス。主トシテ胃内腔ニ向ヒテ増殖シ, 漿膜面ヲ觀ルニ幽門ニ近クソノ大彎側ニ鷄卵大ノ膨隆アリ。該部ニ一致シテ輕度ノ充血ヲ認ムル他著變ナシ。粘膜面ニアリテハ, 幽門部ニ近キ胃ノ大彎部ヲ中心トシテ略手拳大ノ膨隆アリ。灰白色ヲ呈シ表面粗糙ナリ。然シテ此

〔第I例〕第A₁圖

ノ部ヨリ胃ノ前壁並ニ後壁，幽門部ニ向ヒ腫瘍浸潤ヲ認メ正常粘膜トノ境界全ク不明瞭ナリ。該腫瘍ノ粘膜面ニ於テ略中央部ニ雀卵大漏斗狀ノ淺キ陷沒アリ。同部附近ハ特ニ表面粗ナルモ，肉眼ニ壞死性物質ノ附着，出血等ヲ認メズ。同腫瘍ガ幽門部ノ健康粘膜ニ移行スルト思惟サルル所ニテ大彎側ニ雀卵大 1 個ノ膨隆アリ。此ノ部ハ表面平滑ニシテ，周圍トノ境界比較的明瞭ナリ。剖面ハ灰白色ヲ呈シ。腫瘍ハ特ニ粘膜下組織ニ存在シ，主トシテ内腔ニ向ヒテ増殖セリ。尙大網膜及ビ小網膜ニ拇指頭大ヨリ小指頭大ニ至ル數個ノ彈力性稍々硬キ淋巴結節ノ腫脹セルヲ認ム（寫眞 A₂ 參照）。

〔第 I 例〕 第 A₂ 圖



組織學の所見。結締織ノ纖細ナル網狀組織ガ觀ラレ，ソノ間ニ平等ニ圓形ノ細胞ガ稍々密ニ存在ス。構造ハ全體トシテ單調ニシテ平等ナリ。腫瘍細胞ト目サルルモノハ，淋巴球大ノ圓形細胞ニシテ僅ニ大小不同アリ。該細胞ノ核ハ圓形ニシテ，可染質ノ量ハ或ハ多ク或ハ少ク不定ナリ。細胞核ノ形ノ小ナルモノニ於テハ比較的濃染シ，核ノ大ナルモノニ至ルニ伴ヒテ淡染セリ。濃染セルモノニ於テハ核ノ構造ハ不明ニシテ，淡染セル大ナル細胞ニ於テハ多クハ 1—2 個ノ核小體ヲ認ム。核ノ分裂像ハ小數散見セララルノミ。原形質ノ量ハ極メテ少量ニシテ淡染シ，核ト原形質トノ區別ガ殆ンド不可能ナルタメ，細胞ハ殆ンド核ノヨリ成レルガ如キ像ヲ示セリ。間質結締織ハ何レノ部分ニ於テモ前述ノ如ク緻密ナル網狀ヲナシテ腫瘍細胞ノ周圍ニ存在ス（寫眞 A₃ 參照）。

診斷：原發生胃肉腫（小圓形細胞肉腫）。

手術後ノ經過：手術後ノ經過ハ極メテ良好ニシテ創第一次癒合，術後 17 日ヨリ X 線深部治療ヲ施シ 4 週目ニハ全治退院セリ。

遠隔成績：本患者ハ手術後 3 ケ年目迄ハ家事ニ從事シ健康ナリシ事明カナルモ，ソノ後ノ經過ハ不詳ナリ。

【第II例】

患者: 池○末子, 19歳, 女, 農婦

家族歴: 結核, 悪性腫瘍ノ遺傳的關係ナシ。

既往歴: 幼時ヨリ時々胃腸障碍ヲ起ス他特記ス可キ疾患ナシ。月經正調。未婚。

現病歴: 2年前ヨリ時々上腹部ニ疼痛アリ。該疼痛ハ食事ト何等ノ關係ヲ認メザリキ。然ルニ約1ヶ月前ヨリ食後30分位ニシテ上腹部ニ膨滿感, 重壓感アリ。同時ニ疼痛アリ服藥シテ一時輕快セシモ, 再ビ食後上腹部ニ疼痛ヲ訴ヘ, 醫藥ニヨリテモ輕快セズ。約5ヶ月前ヨリ食後胃部ノ膨滿感ハ更ニ強度トナリ, 同時ニ嘔吐ヲ伴フニ至レリ。吐物ハ攝取セル食物ニシテ珈琲残渣様物質ヲ混在セズ。食慾ハ極度ニ障碍サレ, 上腹部ノ疼痛ハ益々増強セリ。約3ヶ月前ヨリ胃部ニ腫瘤存在セルニ氣付キ, 可成リ急速ニ増大シ, 遂ニ約小兒頭大トナリタルヲ以テ昭和10年7月當外科ニ入院セリ。

主訴: イ) 上腹部ノ腫瘍。

ロ) 食後ノ胃痛及ビ嘔吐。

ハ) 食慾減退。

現症:

1) 全身所見。體格中等度。營養狀態不良。皮膚蒼白ニシテ稍々乾燥セリ。發疹, 浮腫ヲ認メズ。體溫36.9°C, 脈搏整正, 緊張良。黃疸ヲ認メズ。頸部淋巴結節ノ腫脹モ亦認メラレズ。胸部臟器ニハ異常ナシ。

2) 局所所見。腹部ハ著明ナル膨隆或ハ陥凹ヲ示サズ。心窩部ニ輕度ノ膨隆ヲ認ムルノミ。腹壁靜脈怒張, 發赤並ニ蠕動不穩等ナシ。觸診スルニ仰臥位ニテ臍ノ直上部, 時ニハ臍ノ直右側部ニ略小兒頭大ノ硬キ腫瘍ヲ觸ル。該腫瘍ノ表面ハ稍々不平ニシテ境界ハ比較的鮮明ナルモ, 只右上界ハ稍々不鮮明ナリ。右ノ側臥位ニ於テハ腫瘍ノ約1/2ハ右肋骨弓下ニ入り右側乳腺ヨリ心窩部ニ亙リテ, 肋骨弓下約3横指徑マデ腫瘍ヲ觸レ, 左ノ側臥位ニ於テハ, 心窩部ヨリ左副胸骨線ニ亙リテ, 左肋骨弓下約3横指徑マデ腫瘍ヲ觸知セリ。該腫瘍ノ位置ハ時ニヨリテ多少ノ移動ヲ示シ, 觸診ニヨリテ著明ニ移動セリ。坐位ニ於テハ特ニ著明ナリ。腹水ハ之ヲ證明セズ。肝, 脾, 腎其他ニ著變ヲ認メズ。

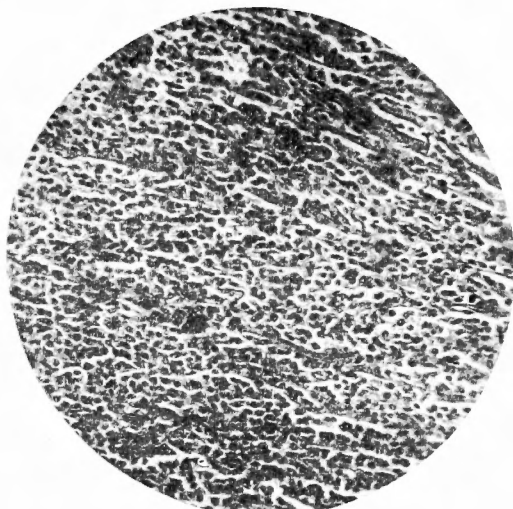
3) 血液所見。赤血球數380萬, 血色素量(Sahli)88%, 白血球數6700, L₁エオジン⁺嗜好性白血球2.5%, 中性嗜好性桿狀核白血球13.5%, 中性嗜好性分葉核白血球54.5%, 淋巴球26.5%, 大單核細胞3.0%ナリ。血液型O型。W氏反應陰性。

4) 尿所見。尿ハ黃褐色, 輕ク白濁シ, 酸性ナリ。比重1020。蛋白, 糖共ニ陰性。L₁ウロビリノーゲン⁺陽性。遠心沈渣ニ少數ノ膀胱上皮細胞ヲ認ム。

5) 糞便所見。黑褐色, 硬, 有形。消化稍々不良。潛血反應強陽性。寄生蟲卵ヲ認メズ。

6) 胃液所見。前後液共ニ遊離鹽酸缺如シ, 總酸度ハ前液30度, 後液35度。乳酸反應ハ前後液共ニ陰性。潛血反應ハ前後液共ニ強陽性ナリ。

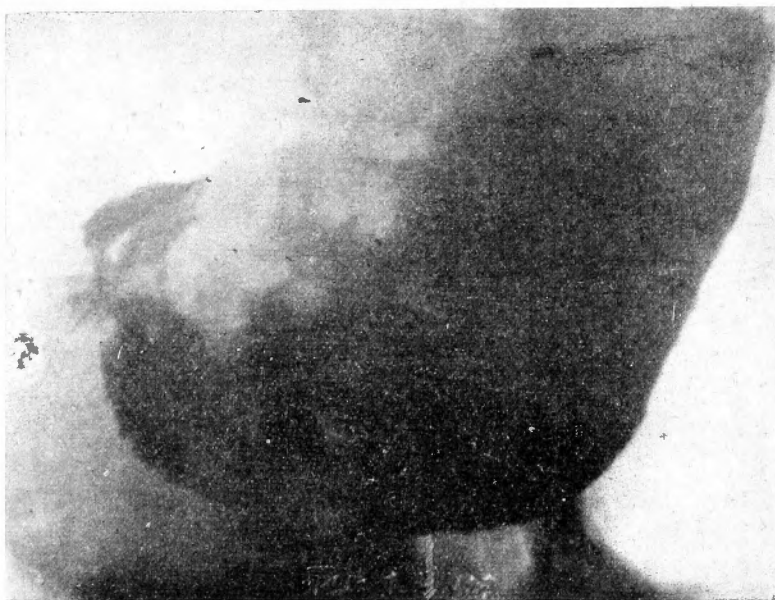
7) 胃ノレントゲン⁺所見。胃體部ヨリ幽門部ニ亙リ大ナル腫瘍アリ。陰影缺如ハ幽門部附近ヲ除ク他ハ著明ナラザルモ, 大彎壁ニ強直ヲ認ム。幽門部ニハ, 硬キ不平等ナル手拳大ノ腫瘍ヲ觸知ス。該腫瘍ノ浸潤ハ主トシテ大彎側ニテ胃前後壁ヲ胃體部ニ擴大セリ。腫瘍ハ移動性ニシテ, 呼吸時ノ固定容易ナリ。幽門狹窄アリテ胃ハ擴大シ, 3時間後ニ於テモ尙L₁バリウム⁺ノ2/3ヲ止ム。更ニ幽門部附近ヲ精査スルニ, 粘膜皺襞

【第I例】 第A₃圖

(中等度擴大)

ハ不規則トナリ、粗糙ニシテ不平等ナル分葉性ヲナセル腫瘍アリ。之ニ一致シテ比較的圓形ノ透明部ヲ認ム（寫眞 B₁ 参照）。

〔第Ⅰ例〕 第 B₁ 圖



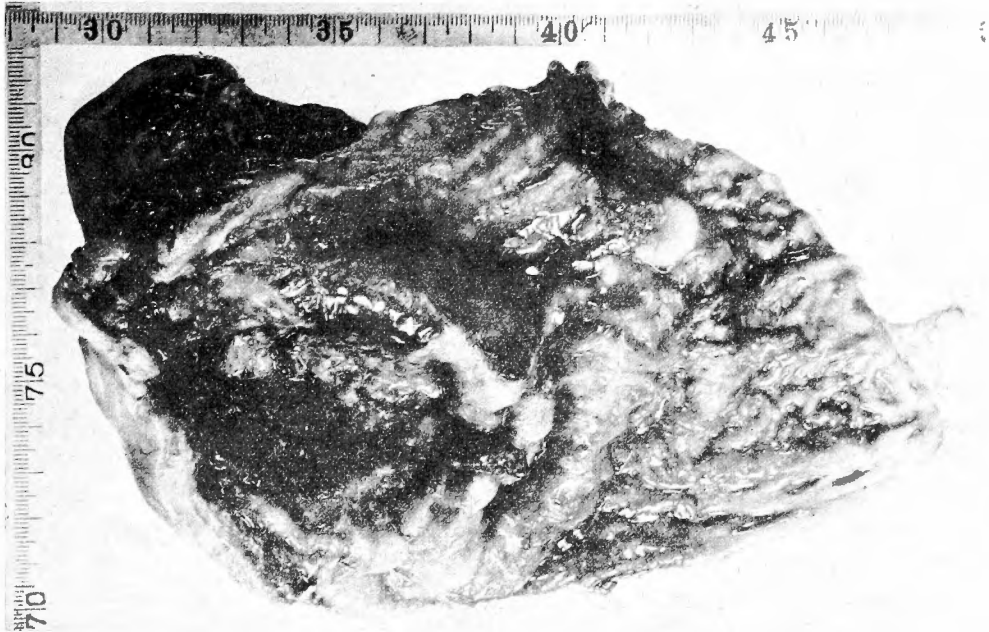
8) 胃鏡検査所見。軟性胃鏡ニヨリテ検査シタルニ、幽門部並ニ胃體部一部ノ前後兩壁ニ球形、橢圓形ヲナセル數個ノ約指頭大ノ膨隆ヲ認メ、ソノ表面ハ平滑ニシテ圓味ヲ帶ビ、胃癌ニ於ケル潰瘍周邊ノ如ク粗糙ナラズ。尙腫瘍表面ハ比較的的正常ニシテ皺襞ヲ缺ケル粘膜ニヨリテ被ハル。腫瘍ハ互ニ相接シ其間ハ暗赤色ニ觀ユ。潰瘍ヲ思ハシムル處無ク、空氣ノ送入ニ對シテ餘リ移動セズ。

手術所見：局所麻酔。正中切開。腹水ヲ認メズ。胃ハ下垂シ且ツ擴張シ正常胃ニ比シ約1.5倍大ナリ。腫瘍ハ幽門部ヨリ胃體部ノ前壁、更ニ大彎部ニ亙リ、續イテ後壁ヨリ小彎ニモ及ベリ。腫瘍ノ漿膜面ハ灰白色ヲ呈シ一部ニハ凹凸アリ。硬度ハ全體トシテ彈性硬鞏ナリ。腫瘍ト周圍臓器トノ癒着ハ殆ンド認メラレズ。大網膜ノ腫瘍ニ接セル部ニ近ク指頭大ヨリ豌豆大ノ腫脹セル淋巴結節存在スルモ、肝、脾臓ニハ轉移ヲ認メズ。胃ノ亞全剝出ヲ行フ。

切除標本所見：幽門輪ヨリ胃體部ニ亙リテ長サ10糎、幅3糎、高サ5糎ノ大ナル腫瘍ヲ認ム。該腫瘍ハ胃壁ノ全周ニ及ブモ殊ニ前壁ニ著明ナリ。腫瘍ノ表面ハ比較的平滑ニシテ灰白色ヲ呈シ、幽門輪ニ接セル部ハ細血管稍々充盈シ淡褐色ヲ呈シ、比較的軟ナリ。前壁及ビ大彎部ニ存在セル腫瘍ノ一部分ニハ、長サ4.5糎、幅3.5糎ニ亙ル赤褐色ヲ呈セル部ヲ認ム。該部ハ硬クシテ灰白色ノ部分トノ境界ハ鮮明ナリ。後壁ニ於テモ又前壁ニ於ケルト大差ナシ。幽門ハ狭窄高度ニシテ小指ヲ通ジ難シ。大網膜ガ腫瘍ニ接セル部分ニ於テ、指頭大ヨリ豌豆大ニ腫脹セル數個ノ淋巴結節ヲ認ム。粘膜ハ該腫瘍部ヨリ小彎側ニ於テハ約5糎、大彎側ニ於テハ約4糎ノ部マデ、噴門側ニ向ツテ胃壁全周ニ亙レル浸潤アリ。然カモ腫瘍ハ粘膜面ヨリ輕度ニ膨隆ヲ示セリ。幽門輪ヨリ幽門前部ニカケテ約6糎ノ間ハ全周ニ亙リテ緩慢性トナリ、潰瘍性トナレリ。該部ニ接シテ直徑約1.5糎ノ灰白色卵形膨隆ヲ認ム（寫眞 B₂ 参照）。

組織學的所見：粘膜層ハ消失シテ認メ得ズ。粘膜下層ハ弱擴大ニ於テ之ヲ檢スルニ單調ナル像ヲ示シ、ソノ構成細胞ハ殆ンド圓形、淋巴球大ノ細胞ニシテ、稍々緻密ニ存在ス。此細胞間ニ結締織成分ガ筋肉層ヨリ次第ニ分枝シテ密ニ侵入セリ。腫瘍細胞ノ個々ニ就テ檢スルニ、強擴大ニテハ細胞ノ大サハ概シテ淋巴球大ノモノガ大部分ナルモ、單核細胞大ノモノモアリテ大小不同ナリ。細胞ノ原形質ノ輪廓ハ一般ニ不分明ナル

〔第Ⅰ例〕 第B₂圖



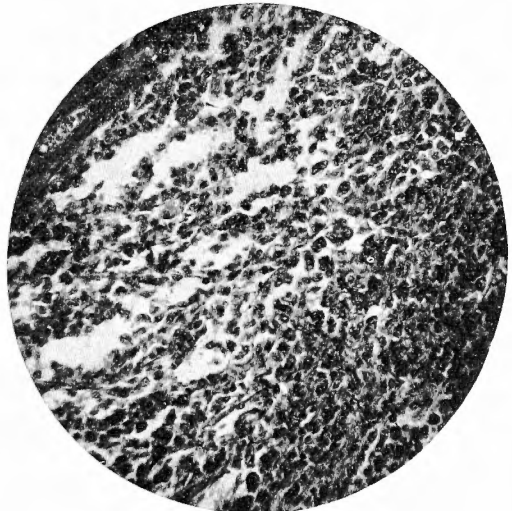
モノ多ク、殆ンド全部ガ核ノ周圍ニ極ク僅ニ認メラルルカ又ハ核ト原形質トノ區別ヲ爲シ難キ程度ナリ。核ハ圓形ニシテ一般ニ可染質ニ富メリ。ソノ微細構造ハ不明ナルモノ多シ。核ノ分裂像ハ處々ニ認メ得ルモ比較的少シ。腫瘍細胞ノ周圍ニハ前述セル結締織ガ更ニ微細ナル纖維トナリテ混入セリ。次ニ腫瘍部分ト筋肉層トノ關係ヲ觀ルニ、筋肉纖維ノ間隙ニ沿ヒテ浸潤性ニ前記ト同様ノ腫瘍細胞ガ強ク侵入シ、部位ニ依リテハ漿膜ニマデ達セリ。腫瘍部分ニハ壞死ハ殆ンド檢出シ得ズ(寫眞B₃參照)。

診斷：原發性胃肉腫(小圓形細胞肉腫)

〔第Ⅰ例〕 第B₃圖

手術後ノ經過：手術後ノ經過ハ極メテ良好ニシテ、創第一期癒合3週日目ヨリ7日間Lレントゲン¹深部治療ヲ施シ、5週日目ニ全治退院セリ。

遠隔成績：手術後2ケ年目ニ再ビ來院シテ、Lレントゲン¹深部治療ヲ受ケタリ。當時ノ所見ハ臍ノ直上部ニ鳩卵大ノ腫瘤ヲ觸知セシモ全身狀態ハ比較的の良好ニシテ、日常家事ニ從事セリ。術後3年3ケ月目ニ至リテ患者ハ時々上腹部ニ疼痛ヲ訴フルモ未ダニ家事ニ從事セリト。其後ノ狀態ハ不詳ナリ。



(強 擴 大)

〔第Ⅲ例〕

患者：吉○義○, 51歳, 男, 農業

家族歴：悪性腫瘍ノ遺傳的關係ヲ認メズ。

既往歴：幼時ヨリ健康ニシテ著患ヲ知ラズ。酒ハ時ニ可成リノ大量ヲ攝ル事アリキ。

現病歴：約3週間前ニ焼酎ヲ約3合飲酒セシニ、當時ハ何等ノ異常ナカリシモ、ソノ後3日目ニ上腹部ニ膨滿感及ビ不快感アルタメ醫師ノ來診ヲ求メシニ、

單ナル胃炎ナラント言ハレ投薬ヲ受ク。然ルニ數日後ニ至リ上腹部次第ニ膨隆シ自ラ該部ニ腫瘍アルニ氣付ケリ。體溫 38.6°C ニ上昇セシヲ以テ上腹部ヲ氷嚢ニテ冷却シタルニ約 1 時間後ニ至リ、上腹部全般ニ涉リテ腹壁ノ緊張感アリ且ツ激痛ヲ訴ヘ、惡心ヲ覺ユルニ至レリ。上腹部ノ疼痛ハソノ後 5 日間持續シ、體位變換スラ不可能トナリキ。特ニ右ノ側臥位ヲトル時ニ激シキ牽引痛アリ。疼痛ト食事トノ關係ハ明カナラズ。其後疼痛ハ次第ニ減弱シ、上腹部ノ緊張感モ消退セリ。同時ニ外部ヨリ觸知セシ上腹部ノ腫瘍モ稍々小トナリ、上腹部ノ膨隆モ著ルシク輕度トナリシヲ以テ當外科ヲ訪レ、昭和 12 年 9 月入院セシモノナリ。

主訴：上腹部ノ腫瘍並ニ疼痛。

現症：

1) 全身所見。體格榮養中等度。皮膚稍々蒼白ニシテ、眼臉結膜ニハ輕度ノ貧血ヲ認ムルモ黃疸ハ認メラズ。頸部淋巴結節ノ腫脹ヲ認メズ。胸部諸聲器ニ著變ナシ。

2) 局所所見。腹部ハ著ルシキ膨隆或ハ陷凹ヲ示サズ。只左上腹部ニ輕度ノ膨隆アルモ、腹壁靜脈ノ怒張發赤等ハ之ヲ認メズ。又腸管蠕動不穩モ認メラズ。觸診スルニ左上腹部ニ約超手拳大ノ腫瘍アリ。該腫瘍ノ下界ハ劍狀突起ト臍トノ中間ニアリ、右界ハ正中線ヨリ右へ約 1 横指徑ニシテ、上界並ニ左界ハ肋骨弓下ニ入りテ不鮮明ナリ。腫瘍ノ硬度ハ硬ク、表面ハ平滑ナリ。腫瘍ハ移動性ヲ缺グ。僅ニ壓痛ヲ訴フ。肝、脾、腎臟ヲ觸知セズ。腹水ヲ證明セズ。

3) 血液所見。赤血球數 378 萬、血色素量 73% (Sahli)、白血球數 8000、 L エオジン²嗜好性白血球 2%、中性嗜好性桿狀核白血球 2%、中性嗜好性分葉核白血球 67.5%、淋巴球 24%、大單核細胞 3%、移行型細胞 1%、鹽基嗜好性白血球 0.5% ナリ。血液型 A 型。血清 V 氏反應陰性。

4) 尿所見。尿ハ黃色透明。酸性。比重 1030。蛋白、糖共ニ陰性。 L ウロビリノーゲン¹及 P リアセトン¹陽性ナル他著變ナシ。

〔第 III 例〕 第 C₁ 圖

5) 糞便所見。糞便ハ帶褐黃色、消化良好、潛血反應強陽性、寄生蟲卵ヲ證明セズ。

6) 胃液所見。胃液ハ前後兩液共ニ遊離鹽酸缺如シ、總酸度ハ前液 10 度、後液 20 度。潛血反應ハ前後液共ニ陽性、乳酸反應ハ共ニ陰性ナリ。

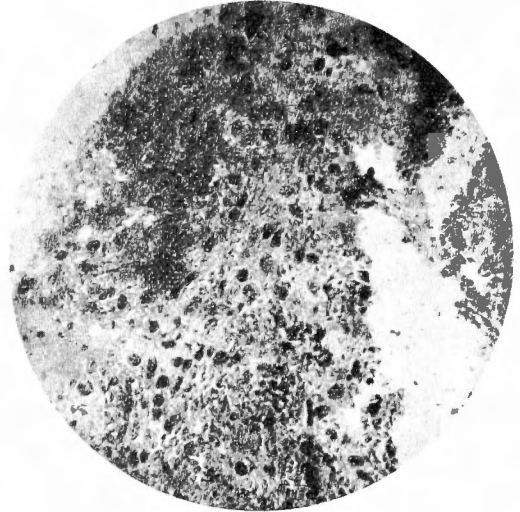
7) 胃ノ L レントゲン¹所見。胃體部小彎側ニ大ナル蕈狀ヲナセル陰影缺損部アリ。ソノ周縁ハ比較的鮮銳ナルモ多少ノ凹凸不整ヲ認ム。之ニ一致シテ約手拳大ノ腫瘍ヲ觸レ、移動セシメ難シ。胃體部大彎側ニモ亦陰影缺損部アリ。ソノ周縁モ亦凹凸著明ナリ。是等ノ陰影缺損部附近ノ粘膜皺襞ハ稍々不整ニシテ幽門ノ通過障礙ハ認メラズ。2 時間後ニ尙約 1/4 ノ L バリウム¹ヲ止ム(寫眞 C₁ 參照)。

手術所見：局所麻酔。正中切開腹水ナシ。胃ヲ檢スルニ、胃體部ニテ後壁小彎側ニ於テ、胃粘膜側ヨリ胃内腔ニ向ヘル手拳大ノ腫瘍發生セルモノノ如ク、該腫瘍ハ硬ク表面平滑ナリ。胃後壁ハ後腹膜トノ癒着強度ニシテ廣汎ナリ。反之所屬



淋巴結節ノ腫脹ハ比較の輕度ナリ。以上ノ所見ニヨリ腫瘍剔出不可能ナリト思惟シ, 該腫瘍ノ試験組織ヲ求メント欲シ, 胃前壁ニ於テ胃ノ長軸ニ直角ニ長サ約3糎ノ切開ヲ加ヘ, 胃内腔ヲ觀タルニ, 腫瘍ハ胃後壁ヨリ胃内腔ニ向ヒテ増殖シ, 潰瘍ヲ認メズ。腫瘍實質ハ比較の脆弱ナリ。小指頭大ノ試験組織片ヲ採リタル後, 胃壁ヲ縫合閉鎖ス。次デ腹壁ハ第一期縫合ヲ行ヘリ。

組織學的所見: 組織ハ殆ンド壊死ニ陥リ且ツ強キ出血像ヲ觀ル。赤血球ノ間ニ細胞原形質ノ破壞物質並ニ核ノ殘骸等散在ス。ソノ周邊部ニ壊死ニ陥ラザル小部分アリ。該部ノ像ハ一般ニ淋巴球ノ約2—3倍大程度ノ細胞密在シ, ソノ細胞ノ形態ハ紡錘形, 橢圓形ヲ主トシ圓形ノモノモ認メラル。核ハ橢圓形ナルモノ多ク, 可染質ニ富ミソノ微細構造ハ不明ナリ。原形質ハ核ノ周圍ニ比較的多量ニ之ヲ認ム。特ニ紡錘形並ニ橢圓形ノモノニ於テ然リ。尙出血アリテ是等細胞間ニモ亦多數ノ赤血球ノ散在セルヲ認ム。乍然是等細胞モ程度ノ差異コソアレ, 多少ノ變性ヲ來シ, 濃縮乃至破壞ヲ示セルモノノ多數ヲ認メ得。血管ハ血球充盈怒張セルモノ散在シ, ソノ周圍ニ結締織認メラルモノソノ量ハ大ナラズ。以上ノ所見ヨリ紡錘細胞肉腫ト思惟ス(寫眞 C₂ 參照)。

〔第Ⅲ例〕 第 C₂ 圖

(強 擴 大)

診斷: 原發性胃肉腫(紡錘形細胞肉腫)。

手術後ノ經過: 手術後ノ經過ハ良好ニシテ創第一期癒合, 10日目ヨリ7日間レントゲン深部治療ヲ施シ, 3週日目は全治退院セリ。

遠隔成績: 退院後榮養状態ハ良好ナラザルモ約6ヶ月後ニ至リテ腰痛次第ニ激甚トナリシヲ以テ再ビ當外科ヲ來訪シ專ラ對症療法ヲ受ケタルモ, 手術後8ヶ月日ニ死亡セリ。

第Ⅲ章 總括的考察

以上ノ如ク余等ハ胃肉腫3例ヲ經驗セリ。

次ニ吾國ニ於テ從來報告セラレタル症例32例ト余等ノ3例トヲ合セ, 個々ノ要約ニ就テ總括的考察ヲ加ヘント欲ス。

第Ⅰ節 頻度, 性, 年齢

1) 頻度: 胃ニ發生スル惡性腫瘍ノ内デモ胃肉腫ハ稀有ナル疾患ニシテ, 其ノ頻度ハ Fenwick ハ5—6%, Yates 及ビ Ewig 等ハ2%, Schlessinger ハ1—2%, Konjetzny ハ1.3%, Ziesché-Davidsohn ハ1%ト報告シ, Hesse モ亦1%ト言ヘリ。

本邦ニ於テハ玉井氏ハ0.5%, 桑原氏ハ2%ト報告セリ。余等ノ教室ニ於テモ2.15%ナル頻度ヲ示シ, 内外ノ統計ト大差ナシ即チ胃肉腫ハ胃ニ發生セル惡性腫瘍中ソノ1—2%ヲ占ムルニ過ギザル稀有ナル疾患ナル事ハ既ニ一致セル意見ナリ。

2) 性: 胃肉腫ノ發生率ヲ性別ニ觀ルニ, Ziesché-Davidsohn ハ男59女58, Lafaro ハ男59女56, Wittkamp ハ男61女63, Hesse ハ男69女61, Flebbe ハ男77女70, Schlessinger ハ男11女9ト報告シ, 男女ノ罹患率略同數ヲ示セリ。即チ胃癌ニ比シテ女性ニ多キ傾向アリ。

余等ノ蒐集セル35例ニ於テハ男21例, 女14例ニシテ, 此ノ内余等ノ3例ニ於テハ男1例(第III例), 女2例(第I及ビII例)ナリ。

3) 年齢: 胃肉腫ト年齢トノ關係ヲ觀ルニ Finlayson ハ3年6ヶ月ノ子供ニ, Malvoza u. Filger 等ハ92年ノ老人ニ, Giacomo ハ91年ノ老婦ニ發生セル胃肉腫例ヲ報告シ, 孰レノ年齢ニモ發生スルモノナリト謂ヘリ。乍然 Morris, Chandler, Klantz 等ハ41.6年ヲ, Dauglas ハ42年ヲ, Balfour ハ43年ヲ, Hesse ハ44.5年ヲ, Broders ハ46.25年ヲ, Cheer ハ53.7年ヲ以テ胃肉腫發生ノ平均年齢トセルモ, 45—46年ニ觀ル事最モ多シ。

本邦ニ於テハ余等ノ第II例ナル19年ニ發生セルモノガ最若年者ニシテ, 玉井氏ノ報告セル66年ハ1例ヲ以テ最高年齢トス。而シテ余等ノ蒐集セル35例ノ平均年齢ハ43.7年ニシテ, 歐米ノ文獻ト略一致セリ。

更ニ胃肉腫發生率ヲ年齢ニ就キテ精細ニ觀察スレバ, 第I表ニ示スガ如ク20—30年ニ至リテ急ニ増加シ, 40—50年ニ最モ多ク, 70年以上ニ至レバ著ルシク減少セリ。斯如ク胃肉腫ハ胃癌ニ比シテ稍々若年者ニ發生スルガ如キ傾向ヲ有ス。而シテ余等ノ症例ニ於テハ, 第I例ハ22歳, 第II例ハ19歳ニ發生セル比較的若年者ニ來タレル例ナリ。

第II節 病理解剖學の考察

第I表 胃肉腫ト年齢トノ關係

1) 形態學上ヨリノ分類: 胃肉腫ノ形態ニ關シテハ, 肉腫ノ胃壁ニ對スル狀態並ニ肉眼的解剖學的所見ヨリ Konjetzny ハ之ヲ四ツノ主型ニ分類セリ。即チ

報告者 年齢	Hesse	Zieschè	Lafaro	Wittkamp	Flebbe	本邦例
1—10歳	1.5%	2.5%	2.0%	2.4%	1.4%	0例
11—20歳	6.7%	9.3%	9.0%	8.8%	7.8%	1例
21—30歳	18.0%	15.3%	19.0%	13.6%	14.2%	3例
31—40歳	13.4%	12.7%	14.0%	15.2%	15.6%	12例
41—50歳	24.0%	24.6%	25.5%	26.4%	22.0%	6例
51—60歳	20.3%	20.4%	20.5%	19.4%	24.1%	12例
61—70歳	10.3%	10.2%	8.0%	9.6%	14.9%	1例
71—80歳	5.2%	5.1%	4.0%	4.8%	—	0例
81—90歳	—	—	—	—	—	平均年齢 43.7年

- A. 外胃型肉腫
 - a. 有莖硬性
 - b. 有莖軟性
 - c. 無莖(廣ク胃ニ附着スルモノ)

B. 内胃型肉腫

C. 胃壁内, 浸潤型肉腫

- a. 膨隆型(壓排型)
- b. 浸潤型

D. 所謂淋巴肉腫

其他 Verebely ハ隆起, 浸潤ノ2型ニ分類シ, Kaufmann ハ外胃型, 内胃型, 胃壁内浸潤型ノ3型ニ分類シ, 更ニ Lécène-Petit, Burgand, Bertrand, Martin 及ビ Fuffier 等ノ分類法アルモ, 今日デハ前記ノ如キ Konjetzny ノ分類法最モ廣ク用ヒラル。以下各型ニ就キテ略記スルモ, Konjetzny ノC及ビD型ヲ併セテ浸潤型トシテ述ベシ。

外胃型肉腫：屢々有莖肉腫ヲ形或シ、硬度ハ多クハ硬性ナルモ、時ニ軟性ナル事アリ。或ハ無莖ニシテ胃壁ニ廣キ底ヲ以テ附着スル事アリ。之ニ屬スルハ紡錘形細胞肉腫、纖維肉腫、筋肉腫最モ多ク、粘液性肉腫モ亦之ニ屬スルモノ多シ。大彎部ノ筋層ヲ好發部位トス。多クハ大彎、後壁ヨリ有莖性ニ發育シ、ソノ發育ハ急速ナラザルモ大ナル腫瘍ヲ形成スル傾向アリ。時ニ大人頭大トナリテ全腹腔ヲ滿シ、又ハ小骨盤腔ニ下降シ、或ハ大網ニ發育シテ偽性網膜腫(Borrmann)ヲ形成スル事アリ。又胃腸靱帶ト大網膜間ニ發育シ周圍トノ癒着ヲ生ズル事アリ。反之、肝胃靱帶中ニ増殖スル事ハ極メテ稀ナリ。此ノ外胃型肉腫ハ退行變性ヲ起シ易シ。

内胃型肉腫：最モ稀有ナル型ニシテ、有莖又ハ廣キ基底ヲモチ胃内腔ニ茸狀又ハ半球狀ニ増殖ス。表面平滑ニシテ早期ニ粘膜ニ潰瘍ヲ來ス事多ク、更ニ壞疽、出血等ヲ觀ル。幽門部ニ有莖性ニ増殖スルモノハ幽門狹窄ヲ來タス。之ニ屬スルモノニ圓形細胞肉腫、紡錘形細胞肉腫最モ多シ。多クハ幽門部ニ發育シ小彎之ニ次ク、粘膜又ハ粘膜下組織ヨリ發育シ癌腫ト最モ誤ラレ易シ。

浸潤型肉腫：種々ノ未熟ナル肉腫ガ此ノ型ヲ示シ、淋巴肉腫ハ殆ド全部此ノ型ニ屬ス。胃壁ニ平面狀ニ増殖シ、膨隆型ト浸潤型ニ分ツ。廣汎性ニ胃全部ヲ侵ス事多ク、粘膜下組織又ハ漿膜下組織ニ發生ス。轉移ノ傾向ハ他ノ肉腫ニ比シテ多ク、惡性ノ程度強シ。多クハ後期ニ潰瘍ヲ形成ス。

本邦ニ於ケル35例ニ於テハ、浸潤形肉腫18例ヲ占メ、内胃型肉腫6例、外胃型肉腫1例、不詳10例ヲ示セリ。此ノ内余等ノ3例ハ夫々浸潤膨隆型、胃壁内浸潤型、内胃型ノ1例ナリ。

2) 病理組織學的考察：胃肉腫ヲ病理組織學的ニ觀ルニ、Hesseニヨレバ淋巴肉腫最モ多ク、圓形細胞肉腫、筋肉腫、纖維肉腫之ニ次グ。又 Ziesché-Davidsohnニヨレバ圓形細胞肉腫最モ多ク、淋巴肉腫、紡錘形細胞肉腫、筋肉腫之ニ次グ。Balfour-Mc Cannハ淋巴肉腫ヲ最モ多シトシ、Haggardハ淋巴肉腫ニ次イデ紡錘形細胞肉腫ヲ多シトセリ。斯如ク歐米ノ文獻ヲ觀ルニ、淋巴肉腫、圓形細胞肉腫最モ多ク、紡錘形細胞肉腫、纖維肉腫、筋肉腫之ニ次グモノナリ。

淋巴肉腫：本肉腫ハ浸潤性増殖ヲ來タスヲ以テ外部カラハ觸診ニヨリテ境界不鮮明ナル抵抗トシテ觸ルル事多シ。胃壁ノ異常ナル肥厚ヲ招來シ凹凸不平ナリ。周圍臟器及ビ周圍組織ト癒着スル事多ク、比較的軟性ニシテ剖面ハ白色ナリ。幽門部ヲ好發部位トスルモ眞性ノ幽門狹窄ヲ來タス事稀ナリ。粘膜下組織ニ存在セル淋巴組織即チ淋巴濾胞ヨリ發生ス。時ニ漿膜下組織ヨリ發生スル事アリ。然カモ腫瘍組織内ニハ多數ノ淋巴球ヲ認ム。壞疽及ビ粘膜ニ潰瘍ヲ來ス事ハ稀ナルモ、末期ニ至リ潰瘍ヲ形成スル事アリ。此ノ種類ニ屬スル胃肉腫ハ轉移ヲ來シ易シ。

圓形細胞肉腫：本肉腫ニ屬スルモノハ淋巴肉腫ヨリ更ニ大ナル腫瘍ヲ形成スルモ、周圍臟器及ビ周圍組織ト癒着少ク、腫瘍ノ位置、増殖、好發部位等ハ淋巴肉腫ト同様ナリ。剖面ハ白色乃至帶赤白色ニシテ軟ナリ。轉移ハ比較的早シ。

紡錘形細胞肉腫：本肉腫ニ屬スルモノハ環狀ニ増殖スル事多ク、純粹ノ浸潤性増殖ハ稀ナリ。

内胃型又ハ外胃型ナル事多シ。壞疽ヲ來ス事少ク、退行性變化ヲ起シ嚢腫ヲ形成スル事アリ。幽門部ニ近ク發生シタル時ハ幽門狹窄ヲ來ス事アリ。大彎側ニ多ク、粘膜下組織ニ發生ス。概シテ粘膜ニハ變化ナキモ、時ニ潰瘍ヲ形成スル事アリ。一般ニ血管ニ富メル構造ヲ示ス。然カモ比較的良性ナリ。

多形細胞(又ハ混合細胞)肉腫：粘膜下組織ヨリ發生シ各種ノ細胞ノ混合腫瘍ナリ。

余等ノ蒐集セル本邦ニ於ケル35例ニ就テ之ヲ病理組織學的ニ分類セバ、圓形細胞肉腫14例、筋肉腫5例、紡錘形細胞肉腫4例、混合細胞肉腫4例、淋巴肉腫2例、纖維細胞肉腫2例、癌性肉腫2例、不詳2例ナリ。而シテ余等ノ3例ハ小圓形細胞肉腫2例、紡錘形細胞肉腫1例ナリ。

3) 發生部位並ニ發生組織：胃肉腫ノ原發組織ハ諸家ノ報告ニ依レバ、粘膜下組織ナルコト最モ多ク筋層ニ次グ。之レ胃肉腫ニ淋巴肉腫、圓形細胞肉腫ノ最モ多キ所以ナリ。反之粘膜、粘膜筋層、漿膜下組織ヨリ發生スル事稀ナリ。殊ニ漿膜ヨリ發生スル事殆ンド絶無ナリ。Hesseハ粘膜下組織ニ發生セルモノ65%、筋層ニ發生セルモノ24%、粘膜及ビ粘膜下筋層ニ發生セルモノ7%、其他4%ト報告セリ。

本邦ノ35例ニ就テ觀ルニ、粘膜下組織ニ發生セルモノ17例、筋層ニ發生セルモノ5例、漿膜下筋層ニ發生セルモノ2例、不詳11例ニシテ、此ノ中余等ノ3例ハ共ニ粘膜下組織ニ發生セリト思考ス。

次ニ腫瘍ノ發生部位トシテハ、第Ⅱ表ニ示スガ如ク、大彎側ニ最モ多ク、廣汎性、後壁、幽門部、小彎側ニ次グ。

本邦ニ於ケル35例ノ胃肉腫ニ就テ觀ルニ、大彎側、前壁、幽門部、廣汎性、小彎側、後壁ノ順ニ好シク發生シ、胃肉腫ガ大彎側ニ最モ多キ事ハ一般ノ認ムル處ナリ。

余等ノ3例ハ夫々幽門部ヨリ大彎側ニ及ブモノ、幽門部並ニ小彎側ヨリ後壁ニ及ブモノナリ。

4) 轉移：胃肉腫ノ病理組織學的差異並ニ發生部位ノ如何ニ依リテ轉移ノ状態モ亦異ナリ、淋巴肉腫以外ノモノハ、癌腫ニ比シテ一般ニ轉移ヲ來ス事少シ。乍然末期ニ至レバ孰レモ轉移ヲ來スモノナリ。而シテ肉腫ノ内硬性ナル紡錘形細胞肉腫、纖維肉腫並ニ筋肉腫ニ於テハ轉移ノ傾向少ク、淋巴肉腫、圓形細胞肉腫ハ比數的早期ニ轉移ヲ來シ易シ。轉移ハ殆ンド凡テノ場合ニ於テ、淋巴管系ニヨルモノナルモ、末期ニ至レバ血管系ヲ介シテ轉移ヲ來ス事アリ。而シテ轉移ノ頻度ハ Haggard ハ40%、Ziesché-Davidsohn ハ37.5%、Hesse

第Ⅱ表 胃肉腫ノ位置

報告者 發生部位		Lafaro	Hesse	本邦ニ於ケル35例ニ就テ
		大彎	25.4%	
小彎	13.2%	9.0%	3例	
後壁	19.8%	11.0%	3例	
幽門部	18.8%	20.5%	4例	
前壁	9.4%	4.0%	6例	
噴門部	2.8%	3.0%	1例	
胃底	0.9%	1.5%	0例	
廣汎性	18.8%	25.5%	4例	
不詳	—	—	4例	

ハ45%、Lunbarsche ハ60—70%、中村氏ハ40%、山根氏ハ41.8%ト報告セリ。

本邦ノ35例ニ於テハ其ノ21例ニ於テ轉移ヲ認メ、他ノ5例ニ轉移竈無ク、殘餘ノ9例ハ不詳ナ

リ。余等ノ3例ハ皆轉移ヲ認メタリ。

轉移ハ Flebbe ノ報告ニ依レバ、所屬淋巴結節ニ最モ多ク、次デ腸間膜淋巴結節、腸間膜、腸管、腹膜、網膜、卵巢、膀胱、肋膜、肺臟、辜丸、脾臟、腎臟、皮膚ノ順ナリ。

5) 退行性變化：胃肉腫ニ於ケル退行性變化ハ、組織學的ノ特異性ニ直接關係ヲ有スルモノニ非ズシテ、機械的關係ニ因ルモノナリ。此ノ退行性變化ハ有莖ノモノニ多ク認メラル。Hesse ハ之ヲ3種類ニ分類セリ。即チ、

a. 腫瘍内血管ノ變化ニヨル退行性變化。

即チ出血、二次的凝血塊ヲ形成、出血ニ依ル壓迫壞死及ビ血栓形成等ナリ。

b. 腫瘍生長ト榮養トノ不平衡。

c. 眞性壞死ノ傾向(酸素性自家融解性カ)。

乍然大部分ヲ占ムルハ顯微鏡的ノ退行性變化ナリ。浸潤型ニ於テハ點狀出血又ハ顯微鏡的出血ヲ認ムル事アリ。他方囊腫狀、澱粉様及ビ硝子様變性ヲ來シ、石灰化又ハ石灰沈着ヲ觀ル事アリ。而シテ腫瘍ノ軟化即チ髓様、乾酪様又ハ粉瘤様ノ變化ハ殆ンド凡テノ胃肉腫ニ觀ルモノナリ。

文獻ニ依レバ胃肉腫ハ一般ニ著シキ潰瘍ヲ伴フ事ナク、特ニ初期ニハ殆ンド之ヲ認メズ。末期ニ至リテ廣汎ナル潰瘍ヲ形成シ、ソレガ後ニ穿孔スル事アリ。潰瘍形成ハ主トシテ粘膜面ニ生ジ、漿膜面ニ生ズル事殆ンドナシ。

余等ノ3例ニ於テモ第Ⅱ例ニ於テ潰瘍形成ヲ認メ、第Ⅲ例ニテハ詳細不明ナリキ。

第III節 臨床的考察

1) 原因：遺傳的關係ハ殆ンド意味ナク、余等ノ3例ニ於テモ、總テ遺傳的關係ヲ認メズ。即チ眞ノ内因トシテハ未ダ全ク不明ナリ。外因トシテハ外傷ヲ指摘セシ時代アリシモ先進諸家多ク之ニ疑惑ヲ持テリ。只胃ノ良性腫瘍ガ肉腫ニ惡性變化ヲナス事ハ勿論想像シ得ル事實ニシテ、殊ニ纖維腫ハ肉腫ニ變化シ易シ。要スルニ胃肉腫ノ原因ニ關シテハ現在何等確實ナル説明ヲ與ヘ得ズ。

2) 自覺的症狀：原發性胃肉腫ニ於テハ、特異ナル症狀ヲ缺ギ癌腫ニ於ケル症狀ニ類似スル事多シ。經過モ種々ニシテ、或ハ全く無症狀ニ經過シ腫瘍ガ唯一ノ症狀タル事アリ。又ハ比較的早期ヨリ胃症狀ヲ訴ヘ、嘔吐、嘈雜、壓迫感、充満感等ヲ有スル場合アリ。症狀發現期間モ亦種々ニシテ、短キハ1ヶ月、長キハ4ケ年ニ及ブモノナリ。

腫瘤：胃肉腫ノ大部分ハ腫瘤ヲ觸知ス。之ハ主要ナル症狀ノ一ニシテ外胃型ノ場合ニ特ニ著明ナリ。淋巴肉腫、圓形細胞肉腫及ビ内胃型ノ一部ニ於テハ胃ニ抵抗トシテ觸知スル場合アリ。周圍ト強ク癒着シテ不動ナル場合アリ。又或ルモノハ呼吸ト共ニヨク移動ス。腫瘤ハ主トシテ心窩部或ハ左季肋下部ニ存スルモ、時ニ右季肋下部、臍部ニ存スル場合アリ。肝臟、脾臟ト癒着セル場合ニハ胃トノ區別困難ナリ。

余等ノ症例ニ於テモ3例共ニ腫瘤ヲ訴ヘタリ。

胃痛：胃肉腫ニハ胃痛ヲ伴フ事多シ。Ziesché-Davidsohn ハ之ヲ以テ早期症狀トシ。胃肉腫ノ場合ハ胃痛ヨリ遙カニ強キ胃痛ヲ訴フル事多シ。疼痛ノ性質ハ、發作性、持續性及ビ痙攣性疼痛ニシテ一定セズ。時ニハ背部ニ放散スル事アリ。又胃潰瘍ノ如ク食事ト關係ヲ有スル事アリ。之ニ反シテ、Konjetzny 及ビ Hesse 等ニ依レバ胃痛ハ寧ロ晩期症狀ノ一ツトセリ。要スルニ胃痛ハ必ズシモ初期症狀トシテハ斷定シ得ザルモ可成リ意味ヲ有スルモノナラン。即チ胃癌ト思惟サル所見ノ下ニ於テ胃癌トシテヨリモ更ニ強キ疼痛ヲ訴ヘ、一般治療ニヨリテモ輕快セザル場合ニハ胃肉腫ヲモ一應考慮ス可キナリ。

余等ノ3例ニ於テモ亦孰レモ多少ノ胃痛ヲ訴ヘタリ。即チ第Ⅰ例ニ於テハ空腹時ニ、第Ⅱ例ニ於テハ食後ニ、第Ⅲ例ニ於テハ食事ト關係ナク胃部ノ疼痛ヲ主訴トシテ來院セルモノナリ。

胃出血及ビ穿孔：胃肉腫ハ一般ニソノ經過長ク、主トシテ粘膜下ニ發生シ、癌腫ニ比シテ粘膜ヲ侵ス事少キヲ以テ潰瘍形成モ比較的晩期ニ觀ラル。從テ胃出血ヲ來ス事モ胃癌ニ比シテ遙カニ少シ。出血ハ珈琲渣樣物質ノ嘔吐ニシテ、又ハ高度ノ吐血トシテ來ル。Hesse ニ依レバ胃肉腫ノ12%ニ之ヲ認ムト報告セリ。且ツ胃出血ハ外胃型ニハ比較的稀有ニシテ、淋巴肉腫、圓形細胞肉腫ニ多シ。糞便中ノ潜在性出血モ亦胃癌ニ比スレバ遙カニ少ク不規則ナリ。潰瘍形成ニヨル穿孔ハ胃癌ニ比スレバ稍々多ク、Fenwick ハ11%、Ziesché-Davidsohn ハ6%ニ於テ穿孔性腹膜炎ヲ來セリト報告セリ。

余等ノ症例ニ於テハ3例共ニ珈琲渣樣物質ノ嘔吐又ハ高度ノ吐血ハ認メザリシモ、糞便中ノ潛血反應ハ孰レモ高度ニ認メタリ。

嘔吐：胃肉腫ハ幽門狹窄ヲ來ス事極メテ稀ナルニ拘ラズ、嘔吐ハ頻發ス。Ziesché-Davidsohn ハ20%、Hesse ハ30%ニ嘔吐ヲ認メタリ。乍然珈琲渣樣吐物ヲ觀ル事稀ナリ。此ノ嘔吐ノ原因ハ二次的ニ來レル胃カタル¹ 或ハ胃部ノ刺戟症狀、幽門閉鎖不全ノ反射等ニ因ルトナスモノ多シ。

余等ノ症例ニ於テモ第Ⅰ、Ⅱ例ニ於テハ嘔吐ヲ認メタリ。

其他ノ胃部症狀：自覺症狀トシテ胃痛、嘔吐ノ他ニ胃部ニ膨滿感、壓迫感、沈滯感、噯氣、嘈雜等ヲ訴フル事アリ。

胃液所見：一般ニ胃酸度ハ減少シ又ハ缺如セル事多ク、即チ遊離鹽酸缺如シ乳酸ノ存在ヲ觀ル事アリ。之等ハ腫瘍ノ壓迫ニヨル分泌作用ノ障礙ニ因ルモノニシテ、胃粘膜ハ萎縮シ時ニ肥厚ス。萎縮型ニ於テハ無酸狀態ヲ示シ、腫瘍ガ破壊サレタル場合ニハ乳酸ノ存在ヲ觀ル。

余等ノ症例ニ於テハ第Ⅰ、Ⅱ例ニハ孰レモ胃酸度ノ減少ヲ示シ、第Ⅲ例ニ於テハ缺如シ、乳酸ハ3例共ニ認メ得ザリキ。

血液所見：二次的貧血ニヨリ血色素量ノ減少ヲ來ス場合多シ。尙輕度ノ白血球増加ハ胃肉腫ノ大半ニ於テ之ヲ認ムト謂フモ、胃肉腫ニ對シテハ血液所見ハ殆ンド特殊ナル意義ヲ有セズ。

余等ノ症例ニ於テハ各例共ニ血色素量ハ輕度ニ減少ヲ來セルモ、白血球増加ハ認メザリキ。其他ノ症狀：尿所見、消化障礙、腹水、脾腫、黃疸、體溫等ニ胃肉腫ニ特有ナル所見ヲ認メ得ズ。又胃痛ニ比シテ羸瘦、惡液質及ビ全身衰弱等ノ出現ヲ見ルコト遅ク、從テ胃肉腫ニ於テハ長期間無症狀ノ儘經過スルヲ以テ之等ガ急激ナル變化トシテ現ハルル場合アリ。之ヲ要スルニ、胃肉腫ハ症候學上殆ンド特殊症狀ヲ認メ得ザルナリ。

3) 經過：胃ノ自覺症狀ヲ訴ヘテヨリ醫師ヲ訪フ迄ノ期間ハ Balfour-Mc Cann ニ依レバ約18ヶ月ナリ。罹病期間ハ Ziesché-Davidsohn 平均5—12ヶ月、Zesas ハ外胃型ハ平均2—3ヶ年、内胃型及ビ浸潤型ハ平均1—1.5ヶ年ト報告セリ。經過中ノ危險ハ高度ノ出血、自家中毒並ニ惡液質ナルモ、穿孔ニヨル腹膜炎及ビ出血死ヲ最モ危險ナルモノトス。死因トシテハ、惡液質、全身衰弱及ビ其他ノ合併症ナリ。

4) 診斷：胃肉腫ハ Pathognomonisch ナル症狀ヲ殆ンド有セザルガ故ニ、ソノ診斷ハ極メテ困難ナリ。多クハ手術中ニ、殆ンド大部分ハ切除標本ノ病理解剖學的並ニ組織學的所見ニヨリテ、始メテ診斷セラル。時ニ屍體解剖ニヨリテ偶然發見セラレタルモノアリ。特ニ癌腫トノ鑑別診斷ハ困難ニシテ僅ニレ線検査、胃鏡所見ニヨリテ推定シ得ルニ止ル。只臨牀的ニ疑診ヲ付スルニ資スベキニ、三ノ特徴ヲ擧グレバ、

- a. 年齢。胃肉腫ハ癌腫ニ於ケルヨリモ一般ニ比較的若年者ニ來ル。
- b. 腫瘍。胃肉腫ハ癌腫ヨリ遙カニ大ナル傾向アリ。殊ニ淋巴肉腫、筋肉腫ハ異常ナル大サニ達スル事アリ。又胃痛ニ比シテ觸レ易キ傾向ヲ有シ、周圍トノ癒着モ腫瘍ノ状態ニ比シテ少シ。主トシテ大鬱ニ發生シ、轉移性少シ。
- c. 嘔吐。胃癌ニ比シテ少ク、殊ニ珈琲殘渣様物質ヲ吐出スル事ハ稀ナリ。
- d. 胃液。胃酸度減少又ハ缺如ヲ來ス場合多ク、胃出血ヲ觀ル事少シ。
- e. 經過。惡性度ハ胃癌ニ比スレバ輕度ニシテ、一般状態長ク侵サレズ、豫後モ亦胃癌ニ比シテ良好ナリ。

更ニ診斷ヲ下スニハ、胃鏡検査、レントゲン検査、等最モ必要ナリ。

A. 胃鏡検査法：本法ハ比較的最近ノ方法ニシテ之ニヨリテ Rudolf, Schindler 等ハ廣汎性ノ淋巴肉腫ヲ確メタル例アリ。ソノ胃鏡所見トシテ、肥厚性、胃炎様ノ像ヲ示シ、全體ニ涉リテ粘膜ニ粗ナル腫脹ヲ認メ且ツ巨大ナル苗床様ノ膨隆アリ。更ニ粘膜下組織ニ出血ヲ認ム。

又余等ノ症例ノ内、第Ⅱ例ニ於ケル胃鏡所見ヲ觀ルニ、幽門部並ニ胃體部一部ノ前後兩壁ニ球形、扁圓形ヲ呈セル數個ノ約指頭大ノ膨隆アリテ、ソノ表面平滑ニシテ圓ミヲ帶ビ、胃癌ニ於ケル潰瘍周邊ノ如ク粗糙ナラズ。尙腫瘍表面ハ比較的正常ニ近く、皺襞ヲ缺ゲル粘膜ニヨリテ被ハレ、恰モ腫瘍ニヨリテ胃粘膜ヲ押し上ゲタルガ如キ所見ヲ示シ、然モ腫瘍ハ互ニ相接シ、ソノ間ハ暗赤色ニ觀ユ。潰瘍ヲ思ハシムル所無ク、空氣送入ニ對シテ餘リ移動ヲ示サザリキ。

即チ胃肉腫ハ胃痛ト異リ、結締織性腫瘍ニシテ間質ヨリ發生スルモノナルガ故ニ、潰瘍形成

ハ比較的遅ク、腫瘍増殖ト共ニ粘膜面ヲ下ヨリ押シ上ゲテ來ルモノナリ。從テ末期トナリテ粘膜面ニ潰瘍ヲ形成スルマデハ平滑ナル圓キ膨隆トシテ認メラレ、恰モ粘膜ヲ下ヨリ持ち舉ゲタルガ如ク觀ユルモノナリ。

斯ノ如ク近時軟性胃鏡ノ考案セラルルニ至リ、從來ノ硬性胃鏡ニ比シテ其使用法簡單ニシテ、然モ胃内面ノ變化ヲ直接充分ニ見得ラルルヲ以テ、確ニ其診斷の價値大ニシテ、今後本法ハ益々重要視サル可キモノナリト思惟ス。

第 III 表 本邦ニ於ケル

	報告者	性	年齢	手術:剖檢	組織學的診斷	發 生 部 位
1	今	♂	59	剖 檢	圓形細胞肉腫	廣
2	今	♀	38	剖 檢	圓形細胞肉腫	廣
3	松岡	♀	37	胃切除	混合細胞肉腫	幽 門
4	松岡	♀	39	胃切除	紡錘形細胞肉腫	幽 門
5	平瀬	♀	41	胃切除	胃 肉 腫	不
6	中村	♂	38	試験開腹	小圓形細胞肉腫	幽 門
7	中村	♂	44	試験開腹	小圓形細胞肉腫	大
8	中村	♀	52	剖 檢	小圓形細胞肉腫	大 彎 = 近 キ 噴 門
9	高森	♂	43	剖 檢	圓形細胞肉腫	噴 門 = 近 キ 小 彎
10	高島	♂	35	胃切除	混合細胞肉腫	不
11	玉井	♂	66	胃切除	淋 巴 肉 腫	幽 門 = 近 キ 小 彎
12	玉井	♀	56	胃切除	筋 肉 腫	大 彎 = 近 キ 前 壁
13	玉山	♂	40	試験開腹	淋 巴 肉 腫	廣
14	山根	♂	52	剖 檢	筋 肉 腫	噴 門 = 近 キ 小 彎
15	尹	♀	24	胃切除	紡錘形細胞肉腫	前 壁
16	西	♀	52	胃切除	小圓形細胞肉腫	大 彎 = 近 キ 前 壁
17	西	♂	32	胃切除	混合細胞肉腫	幽 門 部 / 後 壁
18	横山	♂	55	試験開腹	混合細胞肉腫	小彎ヨリ前壁ニ沿ヒ大彎ニ至ル
19	桑原	♀	25	胃切除	大圓形細胞肉腫	大 彎 ヲ リ 後 壁
20	藤野	♂	40	試験開腹	圓形細胞肉腫	幽 門 = 近 キ 大 彎
21	乃木	♂	51	胃切除	小圓形細胞肉腫	大 彎
22	齋藤	♀	50	剖 檢	筋 肉 腫	大 後 彎
23	富永	♂	37	胃切除	小圓形細胞肉腫	後 壁
24	佐藤	♂	39	剖 檢	紡錘形細胞肉腫	大 彎
25	渡邊	♀	50	剖 檢	筋 肉 腫	廣
26	前田	♂	58	胃切除	胃 肉 腫	大 彎
27	嶋田	♂	33	胃切除	纖維細胞肉腫	大 彎
28	苧坂	♀	59	胃切除	纖維細胞肉腫	前 壁
29	志茂	♂	42	胃切除	癌性胃肉腫	幽 門 部
30	志茂	♂	37	胃切除	癌性胃肉腫	幽 門 部
31	青柳	♂	56	胃腸吻合	圓形細胞肉腫	大 彎
32	和氣	♂	59	剖 檢	筋 肉 腫	前 壁
33	上野,合屋	♀	22	胃切除	小圓形細胞肉腫	幽 門 ヲ リ 大 彎
34	上野,合屋	♀	19	胃切除	小圓形細胞肉腫	幽 門 部
35	上野,合屋	♂	51	試験開腹	紡錘形細胞肉腫	小 彎 ヲ リ 後 壁

B. 「レントゲン」検査法: 「レントゲン」検査ニ於テ胃肉腫ニ共通ナル特殊ノ所見ハ求メ得ザルモ, 一般ニ萎縮ノ傾向少キ事, 幽門狹窄ヲ來ス事ノ少キ事並ニ陰影ノ比較的滑ラカナル事等ガ稍々特徴アル所見ナリ。Dessecker ハ内胃型ニ於テハ圓形平滑ナル縁ヲ有シ, 嶋嶼狀デアリ, 胃形ノ觸診ニヨリテ移動性ヲ有スル陰影ヲ有スト謂ヘリ。外胃型ニ於テハ, 胃ノ位置, 容影ガ特徴ヲ示シ, 大彎ヨリ腹腔ニ成長セル腫瘍ニ於テハ, 莖ノ部分ノ胃壁ニ漏斗狀ノ影像ヲ認ムト謂ヘリ。又 Schlesinger ハ淋巴肉腫ト硬性痛トノ「レントゲン」検査ニヨル鑑別法ニ就テ述ベタル

胃肉腫報告例一覽表

發生組織	轉 移	型	轉 歸	報告年代
粘膜下組織	脾, 肝, 腸 等	浸 潤 型	—	1901
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	—	1901
粘膜下組織	ナ シ	不 詳	輕 快	1907
筋 層 ?	所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	輕 快	1907
不 詳	ナ シ	不 詳	輕 快	1911
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	死	1911
粘膜下組織	脾, 膈 囊 壁	浸潤膨隆型	死	1911
不 詳	肝, 所 屬 淋 巴 腺	浸潤膨隆型	—	1911
粘膜下組織	肝, 脾, 脾 等	不 詳	—	1915
粘膜下組織	所屬淋巴腺, 胃結腸靱帶	不 詳	不 詳	1915
不 詳	不 詳	浸 潤 型	死	1916
不 詳	不 詳	外 胃 型	術後2年6ヶ月以上健在	1916
粘膜下組織	肝, 脾, 所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	死	1916
筋 層	肝, 左肺, 所 屬 淋 巴 腺	內 胃 型	—	1918
不 詳	所 屬 淋 巴 腺	內 胃 型	術後10ヶ月マデハ健在	1924
漿膜下筋層	所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	術後1年6ヶ月ニテ再發死亡	1925
粘膜下組織	不 詳	內 胃 型	術後4年10ヶ月健在	1925
不 詳	所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	死	1932
粘膜下組織	脾, 橫 行 結 腸	浸 潤 型	術後1ヶ年健在	1932
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	浸 潤 型	不 詳	1935
粘膜下組織	ナ シ	胃壁内膨隆型	輕 快	1936
筋 層	ナ シ	膨 隆 型	—	1936
粘膜下組織	不 詳	膨 隆 型	輕 快	1936
筋 層	肝, 小腸, 肺, 心臟, 腎臟	不 詳	—	1936
筋 層	不 詳	不 詳	—	1936
粘膜下組織	ナ シ	不 詳	輕 快	1936
漿膜下組織	ナ シ	不 詳	輕 快	1938
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	內 胃 型	輕 快 治	1938
不 詳	所 屬 淋 巴 腺	不 詳	全	1938
不 詳	所 屬 淋 巴 腺	不 詳	術後6日ニシテ死亡ス	1938
不 詳	ナ シ	胃壁内膨隆型	術後80日ニシテ死亡ス	1938
不 詳	肝, 脾, 脾, 大 網 膜	內 胃 型	—	1939
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	浸潤膨隆型	術後3ヶ年マデ健在, 後不詳	1939
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	胃壁内浸潤型	術後3年3ヶ月マデ健在後不詳	1939
粘膜下組織	所 屬 淋 巴 腺	內 胃 型	術後8ヶ月ニテ死亡ス	1939

モ劃然タル區別點ナシ。

之ヲ要スルニ、現在ニ於テハ未ダ尙「レントゲン検査法」ヨリテモ亦確實ニ胃肉腫ナリト診斷ヲ下シ得ルニ至ラズ。

余等ノ3例ニ於テモ第Ⅰ例ハ始メ胃痛ト診斷サレ術後胃肉腫ノ確診ヲ得タルモノニシテ、第Ⅱ及第Ⅲ例ハ第Ⅰ例ノ經驗ニ鑑ミ術前肉腫ノ疑ヲ插ミツツ手術ヲ施行センモノナリ。

5) 豫後：胃肉腫モソノ豫後ハ一般ニ不良ナルモ、胃痛ニ比スレバ稍々良好ナリ。外胃型ニ於テハ甚大ナル腫瘍ニ於テモ手術可能ナル場合少カラズ。死因ハ多クハ穿孔、惡液質、出血並ニ其他ノ合併症等ナリ。再發ハ胃痛ニ比スレバ少シト謂フ。

文獻ニヨレバ永久治癒10年以上ナルモノアリ。Ziesché-Davidsohnニヨレバ胃切除ヲ施セルモノニ於テハ24.3%、手術的侵襲ヲ加ヘタルモノニ於テハ51.9%ノ死亡率ヲ示セリ。

余等ノ症例ニ於テハ第Ⅰ例ハ胃切除後3ケ年、第Ⅱ例ハ胃切除後3年3ケ月迄ハ明ニ健在ニシテ其後ハ不詳ナリ。第Ⅲ例ハ試験開腹後8ケ月ニシテ死亡セリ。

6) 療法：

A. 外科的療法。胃痛ト同様ニ可及的早期ニ發見シテ切除ス可シ。胃痛ニ於ケルヨリモ遙カニ大ナル腫瘍ニテモ切除可能ナル場合多シ。殊ニ外胃型ニ於テ然リ。切除不能ナル場合ニ胃腸吻合術ヲ行フモ豫後ハ不良ナリ。手術後「レントゲン」或ハ「ラヂウム」照射ヲ併用セバ、再發ヲ防止シ、更ニ治療的效果ヲ擧ゲ得ベシ。

B. 「レントゲン」或ハ「ラヂウム」療法。胃肉腫ニ手術的治療ヲ施シ得ザル場合ニハ「レントゲン」或ハ「ラヂウム」療法ヲ行フ可シ。淋巴肉腫ニ對シテ George u. Packノ報告ニ依レバ「ラヂウム」照射ガ著明ナル效果ヲ示セリト謂フ。

第IV章 結 尾

原發性胃肉腫ノ報告例ハ今日尙稀有ニシテ、本邦ニ於テハ余等ノ3例ヲ併スルモ僅々35例ニスギズ。特ニソノ手術報告例ニ至リテハ更ニ僅少ナルモノナリ。

余等ハ最近余等ノ教室ニ於テ經驗セル胃肉腫3例ヲ一括シ、ソノ症例ヲ記載シ併セテ本邦ニ於ケル現在迄ノ胃肉腫報告例ヲ蒐集シ、胃肉腫ニ關スル總括的觀察ヲ行ヒタリ。而シテ余等ノ經驗セル第Ⅰ例ハ22歳ノ女性ニシテ胃部ノ腫瘤ト空腹時ノ胃痛及ビ嘔吐、嘔氣、嘔吐ヲ主訴トシテ來院セルモノニシテ、胃ノ粘膜下組織ヨリ發生セル小圓形細胞肉腫ナリキ。本患者ハ胃切除後3ケ年間ハ健在シ、ソノ後ハ不詳ナリ。第Ⅱ例ハ19歳ノ女性ニシテ胃部ノ腫瘤ト食後ニ於ケル胃痛及ビ嘔吐、食慾不振ヲ主訴トシテ來院セルモノニシテ、胃粘膜下組織ヨリ發生セル小圓形細胞肉腫ナリキ。本患者ハ胃切除後「レントゲン」深部治療ヲ併用シ、術後3年3ケ月間健在シ、ソノ後ハ不詳ナリ。第Ⅲ例ハ51歳ノ男子ニシテ胃部ノ腫瘤ト疼痛トヲ主訴トシテ來院セルモノニシテ、腫瘍大且癒着廣範圍ニ涉レルヲ以テ試験的開腹術ニ終レリ。術後「レントゲン」深部治療ヲ施シ8ケ月後ニ死亡セリ。本例モ亦胃粘膜下組織ヨリ發生セル紡錘形細胞肉腫ナリキ。

主要文献

- 1) **Aschoff, L.**: Pathol. Anatomie Allg. Teil. S. 747.
 2) **Balfour u. Mc Cann.**: Sarcoma of the stomach. Surg. gyn. u. Obst. Vol. 50, No. 6, p. 948, (1930).
 3) **Hesse**: Das Magensarkom. Zeitschr. f. d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. 15, S. 550, (1912).
 4) **Haggard**: Sarcoma of the stomach. Surg. Gyn. u. Obst. Vol. 31, No. 5, (1920).
 5) **Jáki J.**: Primäres Magensarkom. Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 210, S. 381, (1928).
 6) **Konjetzny**: Geschwülste der Magens. Deutsche Chir. 46, (1921).
 7) **Kaufman**: Spez. Pathol. Anatomie., 7 u. 8 Aufl.
 8) **Lafaro, F.**: Zwei Fälle von primärem Magensarkom. Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 101, S. 478, (1909).
 9) **Schlessinger**: Unterschietet sich das Magensarkom klinisch von Carzinom? Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25, S. 785, (1916).
 10) **Simon**: Die Sarkome. N. Deut. Chir. Bd. 43, S. 1, (1928).
 11) **Virchow, R.**: Geschwülste, Sarkom. Zbl. f. gyn. Bd. 11, S. 181, 215, 350, (1890).
 12) **Ziesché, H.-Davidsohn, C.**: Über das Sarkom des Magens. Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. 20, S. 377, (1909).
 13) **青柳**: 胃肉腫ノ1例, 實地醫家ト臨牀, 15巻, 6號, (昭和13年).
 14) **尹**: 原發性胃腸管肉腫ニ就テ, 中外醫事新報, 1058—1059號, (大正13年).
 15) **荜坂**: 原發性胃肉腫ノ1例, 日本外科寶函, 15巻, 6號, (昭和13年).
 16) **桐原**: 軟式及ビ硬式胃鏡, 愛知醫學會雜誌, 41巻, 1號, (昭和9年).
 17) **桐原**: 軟式胃鏡ニヨル胃内觀察法, 日本消化器病學會雜誌, 33巻, 11號, (昭和9年).
 18) **緒方**: 病理學總論, 下巻.
 19) **桑原**: 原發性胃肉腫ノ1例, 千葉醫學會雜誌, 10巻, 5號, (昭和7年).
 20) **今**: 腹腔諸臟器ニ汎發セル瀰漫性サルコマトーゼニ就テ, 東京醫學會雜誌, 16巻, 21號, (明治35年).
 21) **齋藤**: 原發性胃肉腫, グレンツゲビート, 104年, 5號, (昭和11年).
 22) **佐藤**: 胃肉腫ノ1例, 癌, 30巻, 3號, (昭和11年).
 23) **嶋田**: 原發性胃肉腫ノ1治驗例, 東京醫事新誌, 3091號, (昭和13年).
 24) **志茂**: 原發性胃癌肉腫ノ2例. 特ニソノ病理組織並ニ臨牀事項ノ二, 三像, 岡山醫學會雜誌, 50年, 1號, (昭和13年).
 25) **高森胃ノ肉腫**ニ就テ, 京都醫學會雜誌, 12巻, 2號, (大正4年).
 26) **玉井**: 胃ノ原發性肉腫ニ就テ, 東京醫事新誌, 2012號, (大正6年).
 27) **竹下**: 軟性胃鏡ニヨル胃腫瘍患者ノ胃鏡所見, 熊本醫學會雜誌, 12巻, 9號, (昭和11年).
 28) **竹下**: 病的胃ニ於ケル淋巴管, 熊本醫學會雜誌, 13巻, 9號, (昭和12年).
 29) **鳥海**: 胃肉腫ニ就テ, 日本外科學會雜誌, 16回, 2號, (大正4年).
 30) **富永**: 胃腸ノ多發性肉腫手術例, 日本外科寶函, 13巻, 3號, (昭和11年).
 31) **中村**: 胃肉腫ニ就テ, 癌, 5巻, 2號.
 32) **西**: 原發性胃肉腫ニ就テ, 日本外科學會雜誌, 26回, 3號, (大正14年).
 33) **乃木**: 原發性胃肉腫ノ1例, 北越醫學會雜誌, 51年, 8號.
 34) **平瀬**: 胃ノ肉腫, 中外醫事新報, 734號, (明治45年).
 35) **藤野**: 原發性胃肉腫ノ1例, 大阪回生病院臨牀集報, 18巻, 3號.
 36) **前田**: 原發性胃肉腫, 日本消化器病學會雜誌, 35巻, 1號, (昭和11年).
 37) **松岡**: Über primäre Magensarkom. Mitt. a. d. med. Fak. d. K.-J.-Univ. zu Tokyo. Bd. 7.
 38) **山根**: 胃肉腫ニ就テ, 福岡醫科大學雜誌, 11巻, 1號.
 39) **横山**: 胃肉腫ノ1例, 日本外科學會雜誌, 33回, 4號, (昭和7年).
 40) **渡邊**: 胃ニ原發スル筋肉腫ニ就テ, 北海道醫學會雜誌, 14年, 10號, (昭和11年).
 41) **和氣**: 汎發性肉腫性腹膜炎ヲ惹起セル胃平滑筋肉腫, 臺灣醫學會雜誌, 38巻, 2號, (昭和14年).