

充分に取らず、便通は便秘に傾き3日に1回位硬いのが少量排泄するだけ。尿は少量。睡眠は佳良。月経は順調。胸腹部の「レ」線検査をするに肺肋膜心臓に異常なし。造影食は食道を正常の位置を通つて円滑に胃に入り食道噴門には異常なし。噴門を通つた造影食は液の中へ沈み行くやうに落ち、胃泡の下には液層がある。全部攝取し終つても下行脚の下部を充すのみで、胃の正常の形を示さず。約3分の後、手圧により造影食は幽門部に達したが、手圧に依るも十二指腸へは出て行かない。其幽門と思われる所から右上方に拇指頭の餘り硬くない腫瘤が触れ、圧痛がある。胃の蠕動は甚だ強く、狭窄あるを思はしめる。3時間半後になつても全部胃にあり、少しも出て行かない。約7時間後になつて、少量小腸に行き大部分は胃にあり、幽門部に高度の通過障礙があり、其原因は其腫瘤であることが判明した。それが癌としては、ないことはないが、20歳では若過ぎる。肝臓性潰瘍にしては、それらしい病歴がない。胃液検査に依るも、游離鹽酸度は前液で零、後液では1時間45分で最高で14、総酸度は前液で2、後液では其時間で最高で34、鏡検するも特別の所見なく、潜血反應も陰性で共に癌や潰瘍を肯定せしめる所見がなかつた。性質は未決定ではあるが、早速処置を要するものなので、外科へ轉室させ、手術を受けさせることにした。因に体温は朝は5度8分午後6度2分位で、体重は41.75 斤であつた。

手術所見。腹壁腹膜には異常なし。腹水なし。腸の表面には諸所に粟粒結節があつた。問題の幽門部を見ると幽門輪を越えた十二指腸始端の周囲に約3個の小指頭大の淋巴腺腫脹あり、十二指腸の此部分は肥厚し數個の結核結節あり、内腔は狭窄を起し小指も通らない状態になつてゐた。大網の癒着、大網及腸間膜淋巴腺の小さい腫脹はあつたが小腸大腸に限局性発赤硬結肥厚狭窄等はなかつた。早速胃と空腸との間に吻合が造られ手術を終つた。術後当日だけ7度6分迄発熱したが、其後はずつと平熱であり体重4 斤強増加し1ヶ月で退院した。

第2例 山〇一〇 20歳農。結核の家族歴はない。生來非常に虚弱で生後1年半以上殆んど毎日のやうに胆汁色をしたものを嘔吐し、時に黒色の絮片様のものを混じ、この兒は連も成人不可能だらうと言われた。5歳の時先天性幽門狭窄症と云ふ診断の下に京大小兒科に入院し、手術を勧められたが決心出來ず、其の後自然に障礙は去つて退院した。6、7歳の頃に至るも歩行充分ならず歩行補助車に凭つて歩いたと言う。11歳頃から大に強壯となり吐くことは全く止んだ。但尙大食する時は時々嘔吐することがあり。且時々熱発したことがあつた。16歳頃には非常に強壯になつて生命保険に加入することが出來た。今回は約11ヶ月前ボートレースをやり其後高熱があり、食慾減退し身体の具合が悪くなつた。8ヶ月前からは食後胃部の膨満感停滯感があつたので某医を訪れた。流動食でなくては行けないと言われ、牛乳と重湯とのみ取つてゐたが一向よくならない。更に2ヶ月前他医を訪れた処肺が悪く且脚氣があると言われた。1ヶ月前更に他医を訪れた。其時の訴は食後胃部の膨満停滯感があり、少しも肥えずして痩せ、且足が立たないといふのであつた。その医師の診察した時、肺には大した所見はなかつたが幽門部に抵抗を触れ幽門狭窄らしく思われたので入院を勧められた。來た時は下肢のシビレ感歩行困難次で不能、顔面の浮腫等であつて胃の方面の訴は比較的少なかつた。診ると大變痩せ衰へ悲觀的な顔貌をし、貧血強く胸廓は麻痺胸型、右肺上部は輕濁し、呼吸延長し写真では肺尖第1肋間に一部石灰化した陳旧性の病竈があつた。腹部では臍の右上方に約鶏卵大の腫瘤を触れ、表面は多少の凹凸はあるが大体に於て平滑で彈性鞏、全体として少しく動かすことが出来る。下肢は萎縮し腓腸部に握痛があり、膝蓋腱反射、アヒレス腱反射共に消失、知覺異常はない。胃液検査では粘液が相当ある他異常はない。胃の「レ」線検査では造影食を攝取する前に透視すると胃泡の下に動搖する液層が著明にあり、又臍の右上方右季肋部に半円形の瓦斯集積あり、其下界は液面をなし動搖す。此瓦斯像の左上部に膽嚢が見え、辺縁平滑で腫瘤として触れもせねば圧痛もなく、上述の腫瘤は瓦斯像の左下方に別にある。即胃内容停滯と胃以外に狭窄のあることだけは大体見當がついた。造影食を食べさせと噴門から拡張した胃の液体の中を落ち沈んで行くのが見える。全部食べさせ、内容を幽門の方へ押しやると出て行き、瓦斯像の下を通り臍の右下で右腸骨窩の上半の辺へ落ち沈んで行く。胃の尾極から幽門にかけての大彎側には大きな半円形平滑な陰影缺損あり、胃を左上に押しやると胃は容易に移動す。其陰影缺損に一致して上述の腫瘤が触れる。即此陰影缺損は胃外の此腫瘤で出來ていることが解つた。次で約30分間患者を右下に寝させて透視すると造影食の約半分が幽門を通り右腸骨嚢頂点と第5腰椎骨の右上角を結ぶ線を上界として其以下に半円形に集り十二指腸下行部が強く拡張し、其底に滯溜し、瓦斯像は十二指腸上角部に集積したものであることが明かとなり、造影剤は下地平部や空腸の方へは行つていない。上述の腫瘤は此の下行部と胃大彎陰影缺損部との間にあり、丁度嵌り込んだやうになつてゐる。即此の腫瘤で下角から下地平部へ移行する所で狭窄のあることが明かとなつた。其腫瘤の性質は触診所見と右肺上部所見と時々発熱とから結核性淋巴腺腫と考えた。

手術所見。 腹水なし。胃は稍拡張し、幽門も廣くなっている。胃に腫瘍はない。十二指腸は上部も下行部も著しく拡張して一見胃との境界がわからない位である。其幅も6糎を越えていた。別に此部の壁に炎症や腫瘍を認めない。肥厚はしている。此腫瘍は膵臓頭部下縁を中心として存し、鶏卵大で軟化し十二指腸下角を右下へ圧迫し狭窄を起している。此腫瘍の左下にも波動のある軟い淋巴腺腫があり十二指腸下地平部は見たり触れたりすることは出来ない。膵臓頭部は異常なし。Treitz 靱帯の処では十二指腸は稍細くなっているだけであつた。腸間膜には石灰化した淋巴腺を2、3認めたが腸自身には少しも結核性病巣も認めず廻盲部淋巴腺は少しも腫脹せず廻盲部自身にも少しも結核性病巣を認めなかつた。Hacker 氏法で胃腸吻合を行つて手術を終り、約1ヶ月後体重5斤増加して退院した。

第3例 村〇フ〇 40歳農。家族歴に結核はない。幼時から健康であつたが27歳の時右滲出性肋膜炎に罹り、1ヶ年でよくなつた。30歳の時腹膜炎に罹り8ヶ月間医治を受け全快したと言つている。33歳の時左頸部淋巴腺腫が出来且時々鈍い腹痛や腹鳴があつたが発熱はなかつた。34歳には左鼠蹊淋巴腺腫が出来且腹部の苦痛が増し時々可成激しい疼痛を起し腹鳴と共に消散するを常とした。35歳の時には右鼠蹊部淋巴腺腫が出来た。そして何れも其数及大さを増すので37歳の時第1回入院をした。体重38斤、心基部に著明な収縮期雑音あり心尖部では不純な位、右頸静脈に独樂音あり、赤血球325万、血色素量はザーリー氏法で46%、色素係数0.72。白血球は5600、淋巴球は25%で貧血である他は特徴がない。淋巴腺系統を検すると左頸部には無痛性弾力性中等硬の淋巴腺腫多数あり、拇指頭大、示指頭大、豌豆大のもので、多くは個々別々で、皮膚とも癒着せず軟化してもいない。同様のものが左腋窩両鼠蹊部にあり右の頸部及腋窩にはない。胸部X線検査では右肺門陰影が少しく腫大しているのみで癒着などもなかつた。外科で淋巴腺腫1個を摘出して貫ひ検査したが結核性であつた。約1ヶ月の入院中1回可成強い腹痛があり、蠕動不穩を伴ひ、それは中腹部から左下腹部に移動し排便でよくなつた。腹部X線検査で狭窄状態を認なかつたので便秘の爲と考え1日2回の排便を励行せしめて異常なきを得た。ワッセルマン氏反応陰性。淋巴腺腫に対し右鼠蹊部2回、左鼠蹊部2回、左頸部1回のX線治療を行ひ、餘は外來通院ですることにして退院した。其後約6ヶ月で大体総ての淋巴腺腫が小さくなり、苦痛もなく生活していた。39歳の5月再び食欲不振、腹鳴を來したが疼痛も下痢も発熱もなかつたので自宅で養生していた。40歳の4月中頃嘔吐流涎嘔吐が起り地方の病院に入院していたが益々悪化し且右下腿に浮腫が現れて來たので6月17日來院、浮腫は右鼠蹊部淋巴腺腫脹の爲と思われたのでX線照射を行ひ間もなく消失したが、嘔吐が去らぬので、7月17日腹部X線検査をした。胃は少しく蠕動が強いだけで形、位置、幽門からの出方に異常はない。十二指腸全体は少しく大きく蠕動も逆蠕動も甚だ盛であるが、少しも空腸へ出て行かない。故に其辺をよく触診すると、十二指腸下行部中央と下部末部とに一致して餘り硬くない凸凹不平の腫瘍を触れ少しく圧痛あり、下行部中央は少しく狭いだけで通過障碍はないが下部末部では著明である。此末部の腫瘍は丁度小彎の彎曲部に一致し胃癌の好発部ではあるが陰影缺損もなく、亦胃を上方へ押し上げると腫瘍は其位置に残りもするので、胃のものでないことが明かになつた。故に十二指腸空腸彎曲周囲の淋巴腺腫で、而も約4時間半後になるも大部分は胃に残り、十二指腸下部は益々拡張し、小腸へは3分の1位しか出て居ないので可成な狭窄を起しているものと考え、早速入院させた。体重は34斤で前回入院時よりも更に4斤痩せ、扁桃腺は腫れていないが、頸部では右に大豆大2個、左に拇指頭大5、以下多数あり、腋窩では右にはないが左には鳩卵大1、拇指頭大1、鼠蹊部では左右共に拇指頭大以下多数あり、此処にはX線照射後の皮膚萎縮あり、胸部では右肺門陰影が少しく腫大しているかと思われる位の異常しかなく、腹部では胃の蠕動不穩強く左上から右下へ進み幽門部にグル音が聞える。胃部に振水音あり。臍の2横指上方に上述の腫瘍が触れ少しく圧痛がある。赤血球は410万、白血球は4100で少いが割合には大した異常がない。入院第1日に2回嘔吐あり、吐物は大量で殆んど消化されず、強く黄色を呈している。其後も殆んど毎日嘔吐があるので手術を決心し、8月13日手術した。

手術所見。 腹水なし。腹膜には大した変化はないが只大網が諸腸を覆ひ臍の部に強く癒着し、1部は臍ヘルニアを形成していた。頻回嘔吐と痩せた爲か。大網基部には數個の淋巴腺腫脹あり、小指頭大位のもので表面は平滑、弾力性軟のものから軟いもの、甚しきは波動すらあるものあり、胃体部は少しく拡張している程度で大したことはないが、幽門が著しく拡張し、其幅3横指位あり。胃に癌や潰瘍は見付からぬ。膵臓の形、大さ、硬さには異常はないが頭部の右而も下行部の右に雀卵大の淋巴腺腫脹2個あり、下行部狭窄を起していない。十二指腸下部は拡張している。胃の大彎に沿ふても淋巴腺腫脹あり、十二指腸空腸彎曲部を見ると空腸起始部を囲んで横行結腸間膜及小腸間膜の左上部に10數個の淋巴腺腫あり、爲に彎曲部を絞扼し肥厚発赤している。大さは鳩卵大以下であり、それらの内大

きい数個には波動あり、それ以下の空腸廻腸及それらに相当した腸間膜には浸潤や淋巴腺腫を認めないが、緊張が弱く、殊に空腸と廻腸との境界辺には約30種に亘り全く緊張を欠き弛緩拡張して約4横指にも達してゐる部がある。其部には廣い癆痕が2, - 3見られる。廻盲部や大腸には異常なし。斯くて胃と空腸との吻合及弛緩拡張してゐた前後で吻合が造られた。其後約1ヶ月で退院し、淋巴腺結核のレ線治療をし、栄養の好轉と共に消失し、約6年後に來た時は48冠になつてゐた。

以上の他、手術を受け診断の確なもの下行部6例、第2例のやうに下角部から下部にかけてのものが7例、第3例のやうに十二指腸末部即空腸への彎曲部のものが1例、合計14例あり。斯くて総計17例となる。此の他に手術はしなかつたが手術例の経験からレ線検査で十二指腸のどこかに狭窄があり、他部になく、其狭窄部に一致して頸部淋巴腺腫を触れた性状を有する腫瘤を触れ、多くはそれに圧痛あり、臨床的にツ反應陽性であることは勿論のこと、上部では消化性十二指腸潰瘍性狭窄と鑑別しなければならぬが、本症は上部には極めて稀であると共に消化性潰瘍には病歴及胃液塩酸度に特徴があるので鑑別は出来、下行部ではフーテル氏乳頭部及臍頭の癌であるが、前者であれば臍石疼痛のやうな激痛及黄疸が早期に現れるものであり、触れる場合には其腫瘤の性状が異なり癌は多くは硬く、殊に臍臓ゴム腫の時は周囲の淋巴腺腫は一般に少いので、凹凸は少いか、ないので区別出来、又内生殖器の悪性腫瘍で此の辺に淋巴腺轉移を起して來ることもあるが、触れる腫瘤の性状と、其原発臓器に注意を向けることゝで多くは区別出来、下部の場合は大体以上の疾患の他、馬蹄形腎であるが、之は十二指腸の走行が変り、多くは狭窄を起さず、下角が殆んど消失し、小さいC形となり、下部は腫瘤の上方を横切り且腎盂撮影法を行へば、其像は甚だ特異的で鑑別は容易であるので、大体以上の鑑別で大体間違ふなからうと思はれた本症22例あり、手術例と合して39例となる。此22例中下行部が9例、下部が13例であつて、39例に就て分けると上部が1例、下行部が15例、下部が21例、十二指腸彎曲部が2例となる。そして此の39例は何れも成人であり、成人の胃腸レ線検査12000例中に見出したもので0.325%となる。可成稀である。

考 按

先づ發生機轉を考へるに、肺所見も少く、腹腔中他部にも著変がないので可成進展した肺結核で結核菌を嚥下し、小腸乃至廻盲部結核更に腸間膜淋巴腺結核を起すやうにして只十二指腸及其周囲の淋巴腺にだけ來たものと勿論否定は出来ぬが、一應は考へ難い。小腸方面に著明にあつて十二指腸方面にも其一部分として來ることは可成経験してゐる。次に Anders 氏は1928年26例の45歳以上の老人結核屍に就きて其傳播徑路を特に淋巴腺に就て詳細に追及し其約3分の1に淋巴腺結核の再燃を見出し、之が上行性に傳播するばかりでなく後縦隔膜淋巴腺から胃小彎、十二指腸及臍臓周囲の淋巴腺を経て胸管に入る下行性傳播をも行ふことを指摘した。故に此の徑路に依る場合も考へねばならぬが、斯様な場合なら氏の言ふ如く上行性で靜脈角淋巴腺に達すると同様、淋巴腺が、程度こそ差あれ、順次侵されて行くべきであるのに、本症例では胃小彎方面の淋巴腺は侵されて居なかつた。故に本徑路に依つたものとは考へられぬ。勿論本症例以外ではあつたが、胃小彎淋巴腺結核を胃癌と誤診して手術してもらつた1例があり、之が此徑路のものであつたかと思はれるので此徑路を否定することは出来ないが極めて少いものと思はれる。又第5編の第106例は左肺に石灰化原発竈、左肺門淋巴腺内石灰化竈、両肺尖散在性乾酪性結核病竈あり、結核性脊椎炎があつた他肝門部で肝臓に密着して拇指頭大乾酪性淋巴腺を示した。之は同編の総括及考按で述べたやうに腸結核から肝臓内へ血行轉移を起してそれに続発したものとは考へられぬ。何となれば如何に細かく切つて肝臓を精査しても何等結核性病竈を認めなかつたからである。即之は両肺尖、脊椎骨同様血行性轉移と考へざるを得なかつたのである。それとも血行性に肝臓に來組織には出たが病竈を形成せず淋巴流で肝門淋巴腺に達したものかも知れない。上述の3例を觀るに何れも此の直接血行發生機轉を肯定せしめる所見を呈してゐない。二次肺結核初發竈の起源に就て研索してゐる岩井は初期変化群或は其後続淋巴腺竈からの血行性轉移約17%、外因性重及再感染と見るべきもの約18%、初期変化群から氣管枝性に拡がつたもの約65%と言ふ結果を變死者の剖檢及臨床レ線學的考察から現在持つてゐる。其結果から見ると原発竈からは可成早期か

ら既に氣管枝性に拡がるもので、斯る軟化排出された乾酪様物質が喀痰としての量が少い爲屢咳を伴はないで嚥下せられ、腸に達し、甚だ多数の結核菌を保有してゐるから腸結核を起し、臨床的には之が第1次に起つたかのやうな觀を呈するのである。第2例の如きは右肺尖第1肋間に1部石灰化した陳旧性の病竈あり、手術時腸の病竈は証明せられなかつたが、斯様にして夙に腸を経て腸間膜淋巴腺に達し、肺と時期を等しくしたのではないかと思はれる2~3の石灰化を認め、之を遺し、其後続と思はれる腸間膜根部に相当する十二指腸下部及下角部の淋巴腺を侵した頃に此の狭窄を起して來たもの、第1例は極めて稀な例として十二指腸始端の結核性病變を起し其漿膜面に数個の結核結節及近接の淋巴腺約3個を同時に同じ大きさの小指頭大に腫脹せしめ、頻回の嘔吐等の器械的刺戟で結核結節を傷け漿膜面性に腸の表面に此の全身抵抗の衰へた時期に粟粒結節を散布し臨床的には全く本症が第1次的であるやうな觀を呈したものの、第3例は長い結核病歴を有し腹膜炎にも罹り且久しく方々の淋巴腺結核も持ち、而も手術時小腸中央辺に2~3の廣い瘢痕があつて何れとも決しかねるが無理のない考方としては肋膜炎を伴つた肺病竈から管腔性に此の瘢痕部に結核性病變を起し腹膜炎を続発し、方々の淋巴腺結核を起し易い状態の一表現として十二指腸下行部の右、大網根部、胃大彎部、十二指腸空腸彎曲部を囲む小腸間膜及横行結腸間膜の根部等の淋巴腺を侵したものと思はれる。即第1例は十二指腸壁自身からの狭窄、第2、3例は周囲淋巴腺腫脹に依る圧迫狭窄と考へられる。従つて第1例は第5編第106例のやうに血行性に肝臓に來た結核菌が淋巴流に乗つて十二指腸始部周囲淋巴腺に來た爲の圧迫狭窄ではないかとも考へられるが手術所見として壁其自身に可成進行した病變があり、而も同じ位の小指頭大淋巴腺腫脹が3個もあつたのであるからさうは考へ難く、殊に第106例の如く此淋巴腺へ直接血行性に來たものとしては三つの同じ大きさの淋巴腺が餘りに偶然過ぎ且此手術所見の解説には妥当ではあるまい。

臨床的には1例報告的に稀なものを相当数集めて觀察することが出來、其診断もX線検査を行ふことゝ本症の存在とを知つて居れば容易であり、且緒言にも述べ症例に依つても明かになつたやうに放置せば速かに栄養を衰へさせ、それだけ結核症全体を急速に悪化進展せしめる此の高位狭窄を此の診断で適時に手術を受けしめ好轉を得るから意義は僅少ではないと思ふ。

結核病学的には Anders 氏の言ふ下行性は餘り存在しないことを示したものと思ふ。之は Ghon 氏等の初期変化群淋巴腺竈列が靜脈角に達して菌が血行に入ると言ふ上行性に対し Beitzke 氏等が此腺列の途中から胸管への連鎖を説き、Loeschke 氏は淋巴腺の被囊が強い結果軟化した腺内乾酪様物質が血行に入り易いと説いたものと同様の訂正であると思ふ。

結 論

結核性十二指腸狭窄は結核菌が肺病竈から管腔性に直接十二指腸に達し壁に病變次で狭窄を起し、或は他の腸に達し其処及腸間膜淋巴腺に病變を起し、時に腹膜炎を併発し其等は治愈し十二指腸周囲の淋巴腺に病變を進め、其腫脹圧迫に依つて狭窄を起すに到つたものと思はれる。腹部疾患レ線検査では0.325%に見出す。本症は單獨に來た場合のみを取扱つたのであるから早期手術に依り好轉機を齎すことが出来る。診断は本症の存在を知つて居ることとレ線所見即狭窄とそれに一致して頸淋巴腺腫様腫瘤を触れることとで容易である。

Anders 氏等の初期変化群淋巴腺竈列が下行性に進んで乳糜管及胸管に入り血行轉移を起す其淋巴腺腫で十二指腸狭窄を起したと思はれるものは1例もなかつた。従つて成人の結核血行轉移に此徑路は殆んど役割を演じないものと思はれる。

(文献は第6篇の末尾に掲載)

[本研究に際し文部省科學研究費の御援助を得たことに對し謝意を表す。]