

臨 床

消化管平滑筋腫ノ3症例 第1篇 胃平滑筋腫

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

副手醫學士 市川博信

3 Fälle von Leiomyom des Verdauungstraktus.

I. Abteilung. Leiomyom des Magens

Von

Dr. Hironobu Itikawa

[Aus d. II. Chirurg. Klinik d. Kaiserl. Universität Kyoto
(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Klinische Beobachtungen

Pat. 58jährige Bäuerin, aufgenommen in die Klinik am 11. April 1939 wegen der Unannehmlichkeit im Epigastrium sowie des tastbaren Tumors in der r. Hypochondrialgegend.

Anamnese: Seit 2 Jahren hat sie über Sodbrennen, Gasaufstossen und Vollgefühl nach dem Essen im Epigastrium geklagt. Vor ca. 1 Jahre trat plötzlich zweitägiges Erbrechen auf und darauf folgte die schwärzliche Verfärbung der Stühle für ca. 40 Tage, aber kein blutiges Erbrechen. Erst vor ca. 2 Monaten bemerkte sie einen schmerzlosen Tumor in der r. Hypochondrialgegend.

Vorgeschichte und hereditäre Belastungen: n. B.

Status praesens: Eine kräftig gebaute Frau im mittelmässigen Ernährungszustand. Pulsbeschaffenheit gut. Lungen und Herz ganz in Ordnung.

Status localis: Palpatorisch fand man einen sehr gut beweglichen Tumor in der r. Hypochondrialgegend, welcher die grobhöckerige Oberfläche hat und überhühnereigross ist. Sonst palpatorisch nichts zu erwähnen.

Harn: n. B. Hämogramm: leichtgradige Anämie nachweisbar, sonst n. B.

Magensaft: freie Salzsäure und gesamte Azidität normal erhalten, aber makroskopisches sowie occultes Blut nachweisbar.

Röntgenbefund: Aus der kleinen Kurvatur des Pylorusteils entwickelte sich ein kugelig scharfbegrenzter Tumor in die Magenlumen und das Schleimhautrelief davon ist undeutlich.

Klinische Diagnose: Verdacht auf Magenkrebs.

Operation: Laparotomie in der oberen Medianlinie. Am Pylorusteil tastete man einen Tumor, welcher sich aus der kleinen Kurvatur entwickelte und über die Vorder- und Hinter-

wand des Magens ausbreitete. Der Tumor als ganzes setzte sich kugelförmig von der Magenwand ab. Magenresektion nach Billroth II.

Verlauf: Glatt und primär geheilt.

Präparat: An der bedeckenden Schleimhaut des Tumors waren einige Geschwüre nachweisbar.

Histologisch erwies sich der Tumor als Leiomyom.

緒 言

消化管タル胃及ビ腸管ノ滑平筋腫ニ就テ、嚴密ナ意味デノ最初ノ記載ヲ見タノハ1858年デアツタ。其ノ當時或ハ其ノ後ニ迄モ胃及ビ腸管ノ滑平筋腫ハ結締織性新生物トセラレ、*Rokitansky* (1855), *Scanzoni* (1864), *Klob* (1864) 等ハ之ヲ „rundes Fibroid“ ト呼ビ、*Hunter, Baillie* ハ „fleshy tubercle“ ト稱ヘテ居タ。1858年ニ *Förster* ハ、其ヨリ前 *Virchow, Zenker* ガ子宮ノ斯ル腫瘍ヲ子宮筋腫 (*Myoma uteri*) ト名付ケタノニ倣ヒ、腸管ニ來ルモノニモ初メテ „Myom“ ト記載シタ。併シ又古イ文獻ヲ溯レバ消化管ノ腫瘤性新生物ニ對シテ *Bayle* ハ „Corps fibreux“, *Johannes Müller* ハ „Desmoïde“, *Virchow* ハ „Scirrh und Steatome“ 等ト名付ケテ居ルガ、此等ノ中ニハ滑平筋性腫瘍ノ範疇ニ入ルベキモノヲ含ンデ居タモノト想像サレル。

本症ハ比較的稀有ナ疾患デ、本邦ニ於テ胃滑平筋腫ニ就テハ望月 (明治36), 澤崎 (明治38), 中山 (大正5), 平野 (大正5), 山根 (大正7), 瀬尾 (大正8), 杉崎 (大正8), 阪本 (大正11), 小出 (大正13), 河野 (昭和11), 渡邊 (昭和11), 寺内・福田 (昭和13) 等諸氏ノ報告ガアリ、腸管滑平筋腫ニ就テハ、大河内・岡田 (明治45), 近藤 (大正3), 小出 (大正13), 乗岡 (昭和3), 大西 (昭和6), 河村 (昭和7), 上村 (昭和9), 安武 (昭和10) 清・片島 (昭和13) 等諸氏ノ報告ガアル。余等ハ最近胃ニ於テ1例、腸管ニ於テ2例 (十二指腸及ビ廻腸) ノ滑平筋腫症例ヲ得タノデ以下其ノ各々ニ就テ報告スル次第デアル。

臨 床 例

香〇ハ〇, 58歳, 農婦

入院: 昭和14年4月11日

主 訴: 心窩部ノ不快感及ビ右季肋部ノ腫痛

既往症: 幼時ヨリ頑健デ著患ヲ知ラナイ。分娩5回, 何レモ満期安産。月經ハ順調デアツタガ42歳ヲ閉止シタ。現在異常分泌物ハナイ。

現病歴: 1昨年10月頃カラ嘔噎, 噯氣ガアリ, 夜間食物攝取トハ無關係ニ, 臍ノ上部ニ膨滿感ガアリ之ハ放屁ト共ニ消退スルノヲ常トシタ。

昨年2月中旬誘因ト思ハレルモノナシニ, 午後2時頃心窩部ニ鈍痛ガアリ, 惡心ヲ伴ヒ, 食物殘渣ヲ嘔吐シタ。引續キ2日間黃褐色膽汁様水液ノ嘔吐ガ毎日惡心ヲ伴ツテアツタ。併シ血液様又ハ黑褐色異物ノ混在ハ認メナカツタガ, 大便ハ全ク黒色トナリ40日間程ソノ狀態ガ續イタ。内科的治療ヲ受ケテ, 以上ノ違和ハ去ツタノデ, 食養生ニ注意シ乍ラ本年ニ入ツタ。

本年2月下旬, 夜間臍ノ上部殊ニ右季肋部ニ異物感ガアリ, 此度ハ放屁アルモ消退セズ, 更ニ心窩部及ビ左季肋部ノ不快感ト共ニ屢々惡心ガ來タ。

併シ嘔吐ハ伴ハナイ。發病ノ初メカラ皮膚ノ黃疸様着色ハ認メナイト云フ。食慾普通, 便通隔日ニ1回, 睡眠良好。

家族歴：父ハ74歳ノ時氣管支喘息デ死亡，ソノ他ニ癌，結核，卒中，神經或ハ精神病等ニ罹ツタ者ハナイト云フ。

現在一般所見：體格強壯，營養中等度ノ老婦。皮膚，可成著シク蒼白貧血狀デアアルガ黃疸ハ認メナイ。Turgor 少シク低弱デ多少乾燥ス。顔面，皮膚及ビ眼臉結膜ハ貧血狀。黃疸ハ認メナイ。

舌ハ中等度ニ白苔アリ。口腔粘膜，咽頭扁桃腺蒼白貧血狀ヲ呈ス。頸部：淋巴腺殊ニ Virchow 氏轉移性淋巴腺腫脹ヲ認メナイ。胸部：肺臓ニ異常ヲ認メズ。心臓ハ第2心音不純，輕度ノ收縮期雜音ヲ聞ク他ニ異狀ヲ認メナイ。四肢：浮腫ナク，腱反射正常，異常反射ハナイ。

局所所見(腹部)：腹部ハ一般ニ陷凹シ，蠕動不穩，皮下靜脈ノ怒張等ノ異常ハ認メナイガ，右季肋部ニ雞卵大ノ膨隆ガアリ，呼吸運動ニ伴ツテ上下ニ移動シ，時トシテ見エナクナルコトモアル。

觸診スルト膨隆部ノ局所溫度上昇ハ認メナイ。膨隆部ニ一致シテツノ腫瘤ヲ觸レル。約雞卵大デ，彈力性硬，表面ハ粗糙デ，下部ニハ少シク壓痛ガアル。可成可動性ノ腫瘤デアツテ，正中線ヲ越エテ左側ニ迄持來スコトガ出來ルガ，呼吸性移動カラハ固定スルコトガ出來ル (expiratorisch fixierbar)。之ノ腫瘤ノ部デ搔水音 (Plätzergeräusch) ノ聞キ，又觸診中噁氣或ハ惡心ヲ起スコトガアル。肝臓下緣，脾，腎ハ觸レナイ。其他ニ腹部ニ於テ異狀ヲ認メナイ。肛門指診ニ於テモ異狀ヲ認メナイ。

尿所見：淡黃色透明，酸性，比重1016，蛋白，糖，「ウロビリリン」或ハ「ウロビリノーゲン」等異常成分ハ證明サレナイ。

血液検査：赤血球370萬，Hb量(ザーラー)54%，血色素係數0.73，即チ可成ノ貧血ヲ來シテ居ル。白血球數ハ5,400デソノ種類ハ中性多核白血球65%，「エラジン」嗜好性白血球0，鹽基性白血球0，淋巴球28%デ其ノ内譯ハ小淋巴球19%，大淋巴球9%，大單核及移行型白血球7%デ凡ソ尋常デアアル。

胃液検査：

胃 液
香〇ハ〇，58歳，12/IV 2599 検査

	0'	15'	30'	1°	30'	2°
量 (ccm)	1	10	8	2	5	1
色	白濁	同	茶濁	同	同	同
食物殘渣	—	+	+	+	—	—
粘液	—	—	—	—	—	—
肉眼血	—	—	+	+	+	+
潜血	—	—	+	+	+	+
反應	酸性	同	同	同	同	同
「コンゴロート」	+	+	+	+	+	+
乳酸	—	—	—	—	—	—
遊離鹽酸		28	39	44	46	42
總酸度		36	61	68	75	66

「レントゲン」検査(附圖1)：腫瘤ハ幽門部ニ在ツテ，小彎ニ位置ヲ占メ，胃内腔ヘ球狀ニ發育シテ幽門狹窄ヲ來タシ，而モ此ノ部分ノ胃ハ可動性ヲ保ツ。

診 斷：胃癌。

手術所見：劍狀突起ノ直下カラ臍直上ニ至ル約17糎ノ正中切開ヲ以テ開腹スルニ腹水ハナイ。

胃ノ幽門部ニ粗糙ノ超雞卵大ノ腫瘤ガアリ，此處ニ正常の外観ヲ呈スル膽嚢ガ鬆粗性ニ癒着ス。腹膜及ビ大小腸ニハ變化ハ認メラレナイガ，大網膜ノ幽門ニ近イ部分ト，小彎ノ中央部ニ近ク，小網膜ニ夫々大豆大

ノ，アマリ硬クナイ淋巴腺ガ多數觸知セラレ。膽嚢トノ鬆粗性癒着ヲ剝離シテ大網膜囊ヲ開クト，脾臓ニハ變化ナク又胃トノ間ニ癒着ハナイ。

腫瘤ヲ觸診スルト表面粗糙デ彈力性硬デアアル。

ソノ位置ハ幽門輪ニ近ク，小彎ヨリ胃ノ前後壁ニ跨リ，併シ大彎ニハ及ンデ居ナイ。ソコデ胃ノ大彎部デ幽門輪カラ約20糎，小彎部デハ約15糎ニ互ツテ夫々大網膜及ビ小網膜カラ胃ヲ遊離シ，幽門輪カラ此ノ遊離部ニカケテ切除シ，後結腸性胃部分の斷端空腸側吻合ヲ爲シ「ブラウン」氏副吻合ヲ附加シタ。腹壁ハ三重縫合デ閉鎖シ手術ヲ終ツタ。

切除標本(附圖2)：胃ノ切除標本ニ於テ，腫瘤ハ幽門輪カラ口側約2.5糎ノ部ニアツテ，7×7糎ノ略球形ヲ爲シ，胃粘膜面カラ胃腔ニ突出シ幽門側ハ大キク球形ノ陷凹ヲ作り，腫瘤全體ハ之ノ爲メニ歪狀ヲ呈シテ居ル。陷凹内デハ表面粗大，不規則ノ凹凸ヲナシ，所々胃粘膜ヲ缺除スル部分ヲ交ヘ，斯ル部分ニハ小出血

ヲ示ス。尙ホ漿膜側カラ見レバ腫瘤ノ存在部ニ相當シテ鳩卵大ノ部分ガ灰白色癰痕様トナリ、漿膜ハ肥厚シ纖維沈着ガアル(此處へ膽嚢ガ癒着ヲ營ンデ居タ)。腫瘤ハ小腸カラ起リ胃ノ前後面ニ跨リ、而モ胃内腔ニ向ツテ球狀ニ發育シタモノデ幽門ハ直接ニハ侵カサレテ居ナイガ、ソレニ接シテ内腔ヲ滿ス如クニ發育シタ腫瘤ニ依ツテ塞ガレテ居ル。

腫瘤ノ組織學的所見(附圖3及ビ附圖4): 腫瘤ヲ構成スル細胞ハ長イ紡錘形細胞デアリ、多クノ束ヲ成シテ種々ノ方向ニ排列シテ居ル。核ハ長楕圓形細胞ノ中央部ニ位置シテ居ル。所々ニ硝子樣變性ヲ見ル。

此ノ所見ニ於テ考ヘラレルモノトシテハ、纖維腫、纖維肉腫、紡錘細胞肉腫、滑平筋腫、纖維筋腫又ハ滑平筋肉腫ガアル。所ガワンギーソン染色標本ヲ見ルト格子狀纖維ハ個々ノ細胞束ヲ圍ンデ居テ、個々ノ細胞ヲ包圍ンデ居ナイコトガワカル。從テ此ノ組織ハ纖維腫デモ纖維肉腫デモナイコトガワカル。又一方周邊部ニ於テ見ラレル様ニ1)發育ガ壓排性デ細胞束トシテ周圍ニ發育スル像ヲ示シ、細胞ノ浸潤性發育ノ像ヲ示サナイコト、又2)一般ニ細胞ガ多形性(Polymorphität)ヲ爲サズ大サ形狀ガ大體揃ツテ居ルコト、又3)臨牀的ニ發育速度ガ緩慢デアツタコト及ビ4)見ルベキ轉移ヲ發見シナカツタコトカラ、此ノ者ハ惡性腫瘍デハナイト斷定スルコトガ出來ル。從テ紡錘細胞肉腫、滑平筋肉腫ヲ除外スルコトガ出來ルカラ、殘ルノハ滑平筋腫カ纖維筋腫カデアルガ、後者トナスニハアマリニ纖維構成ガ少ナ過ギルノデアルカラ、此ノ腫瘍ハ必ズヤ滑平筋腫デアラネバナナナイ。

斯ク組織學的ニ此ノ腫瘍ハ滑平筋腫デアルコトガワカツタガ、之ニ尙臨牀的所見ヲ加味シテ考察スレバ、最近ニ至ツテ胃症狀ガ急激ニ增強シタコト、及ビ腫瘍ガ盃狀ニ周縁ガ盛リ上ツテ居テ盛シナ發育ノ像ヲ呈シテ居ルコトカラ、此ノ腫瘍ノ現在ノ狀態ハ惡性化ノ傾向アル滑平筋腫トスルガ妥當デアラウ。

即チ本例ハ割合ニ緩慢ニ胃症狀ヲ以テ發現シ、患者自ラ心窩部ニ異物感ヲ訴ヘタモノデ、觸診上胃ニ腫瘤ヲ觸レ、レントゲン検査ノ結果、此ノ腫瘤ハ胃ノ幽門部ノ而モ小腸側ニ附着シテ、内腔ニ球狀ニ突出シテ居ルコトヲ立證シ、胃癌ト診斷サレタガ、手術後腫瘍ノ組織學的檢索ニヨツテ初メテ滑平筋腫デアルコトガ分明シタ興味アル症例デアル。

考 察

1. 筋腫原因論

未ダ一定ノ成因說ハナイ。併シ凡ソ3種ノ原因說ガ唱ヘラレテ居ル。

即チ、

- 1) *Virchow* ノ刺戟原因說 (Irritationstheorie)
- 2) *Winkel* 等ノ炎衝原因說 (Entzündliche Theorie)
- 3) *Cohnheim, Ribbert* ノ先天性根元論 (Kongenitale Ursprungstheorie)

デアル。

此等ノ中3)ノ先天性根元論ハ *Zinn, Leopold, Lubarsch, Feré* 等最モ多クノ學者ニヨリ實驗的ニモ、組織發生學的ニモ支持サレテ居ルモノデ、此ノ說ニ於テ *Cohnheim* ハ全テノ腫瘍從テ筋腫モ胎生素胚 (embryonale Anlage) ノ不秩序 (Unregelmässigkeit) ニ原因ヲ置キ、*Ribbert* ハ尙ホソレ等ノ有機的協調ノ離脱 (Lösung des organischen Zusammenhangs) ニ重キヲ置キ、即チ胎生素胚芽ノ不秩序モソレガ周圍ノ組織ト平衡ヲ保ツテキル間ハソノ儘ダ潜在スルガ、何等カノ動機、例ヘバ外傷、炎衝性影響、衰弱等ニヨリ其平衡ガ破レルトキ、既存ノ胚芽カラ筋腫(一般ニ腫瘍)發生ノ機運ヲ醸スモノト爲スノデアル。

2. 組織發生論 (Histogenese)

胃・腸管滑平筋腫ノ組織發生論ニ就テハ、

1) 初メ *Rokitansky* (1855), *Serzoni* (1861), *Klob* (1864) 等ハ結締織性新生物ト爲シテ „rundes Fibroid“ ト呼ンダコトハ既ニ記シタコロデアルガ、此ノ説ハ今日デハ單ナル歴史の興味ヲ殘スニ過ギヌ。

2) *Virchow* ハ組織解剖學の所見ニ基礎ヲ置キ、滑平筋腫(彼ハ之ヲ „Myoma laeviscellulare“ ト命名シタ)ハ滑平筋纖維ヨリ構成サレルモノデアルト初メテ提唱シタ。而シテ彼及ビ *Runge*, *Förster*, *Böttcher*, *Brodowsky*, *Wesener*, *Pernice*, *Lode*, *Fenger* 等ハ肉眼的及ビ顯微鏡的ニ、胃・腸管壁局所ノ滑平筋纖維ガ筋腫ノ周圍ニ於テ次第ニ筋腫纖維ニ移行スル像ヲ追及シ、筋腫細胞ハ胃・腸管壁局所ノ滑平筋細胞ヨリ出發スルト判斷シタ。

其他尙 *Cordes* ハ普通ノ滑平筋細胞ノ肥厚ニ組織發生論の意義ヲ置キ、*Straus* ハ幼若細胞の要素トシテ圓形細胞ヲ重要視シ、コレガ滑平筋腫細胞ノ前提ヲ爲スモノデ、古イ滑平筋纖維ヨリ出ルト爲シタ。

3) *Klebs* (1876) ハ新シイ筋腫組織發生説ヲ提唱シタ。ソレハ所謂血管説 (*Gefäßtheorie*) ト稱サレルモノデアアル。即チ彼ニ依レバ筋腫細胞ハ血管壁ノ細胞(結締織細胞カ筋細胞カノ言明ハナイ)カラ出發スルト爲ス。彼ハソノ根據トシテ、新シイ筋腫結節ヲ見ルト大抵ノ場合ニ於テ、小血管ヲ中心トシテ同心圓的ニ筋腫細胞ノ排列スルヲ見ルコトガ出來ルト云ツテ居ル。

之ニ類似スル説ヲナス學者ハ多ク、*Kleinwächter* ハ筋腫細胞ノ成生ハ毛細血管カラ游出シテ來タ圓形細胞ガ主役ヲ演ズルモノデアツテ、此ノ者ガ結締織細胞ヤ平滑筋細胞ニ變化シ、毛細血管ハ後ニ荒蕪消失シテ茲ニ初期筋腫結節 (*primärer Myomknoten*) ヲ生ズルト云ヒ、*Roesger* ハ微細動脈ノ筋細胞ニ筋腫發生ノ基礎ヲ持タセ、*Gottschalk* ハ大ナル動脈管壁筋細胞ニ重キヲ置キ、*Caro* ハ胃・腸粘膜下組織ノ血管中心説ヲ掲ゲ、*Pilliet* ハ纖維筋腫ノ觀察カラ同ジク血管中心説ニ左袒シテ居ル。

之ヲ要スルニ、胃・腸管滑平筋腫ノ組織發生説ニハ現在2派ニ分レ、其1ハ *Virchow* ソノ他ノ胃腸管壁ノ滑平筋層ヨリ起生スルト爲スモノデ、其2ハ *Klebs* ソノ他ノ主唱スル血管壁ノ組織要素カラ出發スルト爲スモノデアアル。

3. 胃筋腫ノ統計的考察

1) 性別: 余等ノ集メ得タ本邦及ビ歐米ニ於ケル胃滑平筋腫報告41症例ノ中、性別ノ分明シタモノハ29例デアアルガ、ソノ中デノ性別ノ割合ハ男10例 (34.5%), 女19例 (65.5%), 即チ、男:女=1:1.9デアツテ女ノ方ガ男ニ比シテ約2倍多イ。

2) 年齢別: 年齢ノ分明セルモノ29例中、17歳—49歳ガ11例 (37.9%), 50歳以上ノモノ18例 (62.1%)デ中年以後ノモノガ約1.6倍多イ。併シ滑平筋腫ハ良性腫瘍ニ屬スルカラ其ノ發育ハ緩除デ、從テ中年以後ニ至ツテ漸ク胃障礙ヲ起スコトモ多カルベク、之ガ爲ニ統計的ニハ中年以後ニ多イノカモ知レナイ。

3) 發生部位: 位置ノ分明シテ居ル37例ノ中、

大 彎 12例 (32,2%)	小 彎 8例 (21,6%)	幽門部 7例 (18,9%)
噴門部 4例 (10,8%)	後 壁 4例 (10,8%)	前 壁 1例 (2,7%)
胃底部 1例 (2,7%)		

ノ割合デアル。

4) 外又ハ内發生胃筋腫ノ比較：胃ノ漿膜側＝發育スルモノ(外發性)ト粘膜側＝發育スルモノ(内發性)ト＝依リ胃筋腫ノ發生割合ヲ見ルト、42症例ノ中、外發性18例(42,9%)、内發性20例(47,6%)、内外不明ノモノ4例(9,5%)デアツタ。統計上デハ内發性胃筋腫ガ多クナツテ居ルガ、後ニ記ス様ニ内發性ノモノハ胃障碍ヲ來スコトガ多發性ノモノヨリモ多ク、醫師ノ診ル機會ガ多イ爲ニ統計上多ク現ハレルモノトモ考ヘラレル。

4. 症候論

胃筋腫ニ特有ナ症候ト云フモノハ存在シナイ。從テ臨牀的ニ胃筋腫ヲ手術前ニ診斷スルコトハ甚ダ困難デアル。又胃ニ於ケル筋腫發育ノ模様ニヨツテ、現レル臨床症狀ハ一様デナイ。即チ腫瘍ガ漿膜側ニ發育シタモノデアルカ、粘膜側ニ發育シタモノデアルカ(外發性カ内發性カ)ニ依リ、又ハ其ノ位置、大サ、或ハ當該筋腫ノ性質等ニ依リ、各種各様ノ主訴ト臨牀所見トガ生ズル。

1) 内發性胃筋腫ノ場合

a) 噴門側ニ存在スル時：此ノ場合、大サガ可成大デアツテモ、症狀ハ輕微デアルカ又ハ缺除スルコトガ多イ。從テ手術ノ機會ハ少ナク、剖檢ニ當リ偶々見出サレタ例ガ多イ。

例ヘバ *Hake* ノ報告第1例ノ27歳男子デハ、廣範圍ノ火傷デ死亡シタ屍ノ剖檢ニ當ツテ偶然ニ發見サレタモノデアルガ、食道カラ胃ニ向ツテ楔狀ニ發育シ、長徑約8,5糎、巾約5,0糎、厚サ2,5糎乃至0,5糎アル内發性筋腫デアツタガ生前何等ノ違和ノ訴ヘハナカツタ。

Borst 及ビ *Noll* ノ報告例デハ噴門ニ生ジタ3糎×2糎ノ内發性筋腫デアツタガ生前何等ノ違和ヲモ訴エテ居ラナイ。

ソノ外 *Cohen* ノ例、*Hake* ノ第2例、*Virchow* ノ例、*Hasemann* ノ例等何レモ自覺症候ヲ缺クカ又ハアツテモ極メテ輕微デアツタ。

b) 幽門側ニ存在スル時：多クノ場合胃痛又ハ胃潰瘍ノ診斷ノ下ニ處置サレルノガ普通デアル。蓋シ夫等ト症候上共通ノモノガ有ルカラデアル。

例ヘバ *Caminiti* ノ例デハ幽門狹窄ノ症狀ガアリ、高度ノ胃擴張ヲ伴ツタ。

Pernice ノ例デハ幽門狹窄ノ症狀ガ最近急激ニ増惡スルト共ニ腫瘤ヲ觸レ、急速度ニ羸瘦シタ。

Samter ノ例デハ胃部ノ壓迫感ト頻回ノ惡心及ビ急速度ノ羸瘦ヲ來タシタ。

Poirier ノ例デハ消化不良ト羸瘦ヲ主訴トシタ。

余等ノ例デハ胃部ノ疼痛乃至異物感ト頻回ノ惡心及ビ自ラ腫瘤ヲ觸レタ。

c) 大彎又ハ小彎ニ存在スル時：内發性胃筋腫ガ何レカノ彎部附近ニ存在スルトキ屢々見ル症狀ハ胃出血デアル。之ハ吐血トシテ或ハ大便ノ黑變トシテ訴ヘラレル。從テ腹痛ヲ伴フ場

合ニハ胃潰瘍ノ診斷ガ與ヘラレ易イ。

例ヘバ *Kemke* ノ例ノ如ク生來胃腸障碍ノナカツタ者ガ入院 8 日前ヨリ突然激シイ胃出血ヲ起シ、腫瘤ガ觸レタ。

Miodowski ノ例デハ胃出血ニ疼痛ヲ伴ヒ胃潰瘍ト診斷サレタ。

Virchow ノ例デハ全身性結核症デ死亡シタモノデアルガ、生前胃部ノ激痛ヲ訴ヘテ居タモノデ胃潰瘍ヲ伴フモノト考ヘラレタガ、剖檢ノ結果噴門寄リノ小彎ヨリ出タ内發性胃筋腫ガ發見サレタ。

2) 外發性胃筋腫ノ場合

外發性胃筋腫ノ好發部位ニ就テ *Virchow* ハ小彎ニ多イト云ヒ、*Steiner* ハ大彎ニ多イト稱ヘ、*Hake* ハ兩方半々デアルト記述シテ居ルガ余等ノ統計デハ大彎ニ最モ多ク、18 例中 9 例即チ 50%ニ及ビ、小彎ト後壁各々 3 例(16.7%)、前壁、噴門、幽門各 1 例(5.6%)デアツタ。併シ外發性胃筋腫ハ位置ノ如何ニ關ラズ、臨牀の症狀トシテハ何レモ腹部腫瘤ヲ主訴トスルコトガ多ク、殊ニ大彎カラ出タ外發性胃筋腫ハ非常ニ巨大トナルコトガ屢々デ卵巢腫瘍或ハ大網膜腫瘍ト誤ラレルコトガアル。例ヘバ *Eiselsberg* ノ例又ハ *Brodowski* 等ノ報告例ノ如クデアル。斯ル大彎性ノモノハ早期ニ腫瘤ヲ觸レ而モ急速ニ巨大トナル傾向ガアル爲、腹部腫瘤トシテ醫家ノ診ル機會ガ比較的多イコトガ統計上外發生筋腫ガ大彎ニ最モ多イ如ク表ハレルモノトモ思ハレル。

一般ニ外發性胃筋腫デハ、胃症狀ヲ伴ハナイカ或ハ伴ツテモ輕微デアル。即チ余等ノ統計ニ依レバ、症狀分明スル症例 11 ノ中デ、主訴及ビ所見ガ腹部腫瘤ノミノモノ 7 例(63.6%)、其ノ他ノ症狀ヲ伴ツタモノ 4 例(36.4%)デ、ソノ内譯ハ腹痛ト便秘各 1 例、食後心窩部ノ不快感 1 例、吐血又ハ下血 2 例デアル。

5. 豫 後

本來滑平筋腫ハ良性腫瘍ニ屬スルガ、内發性筋腫ノ場合ニハ出血又ハ衰弱デ死亡スルコトガアル。併シ出血ハ稀ニ外發性筋腫デモ起ルコトガアル。

例ヘバ *Cohen* ノ 1 例デハ外發性胃筋肉腫(小兒頭大)ニ於テ出血死ヲ來タシタ。又 *Fritche* ハ胃潰瘍穿孔ノ症狀デ死亡シタ 1 例ヲ報告シテキル。但シ之等ハ肉腫變性ヲ營ンデ居タモノデ、純粹ノ外發性筋腫ノ出血又ハ穿孔ノ例ハ未ダ聞カナイ。

惡性ニ變性スル場合ハ多クハ肉腫性ニ移行シ轉位ヲ作ル様ニナル。最近 *Amelung* ハ紡錘細胞肉腫ニ變性シタ 1 例ヲ報告シテ居ル。

6. 治 療

觀血手術的ニ除去法ヲ行フ他ハナイ。此ノ場合内發性胃筋腫ハ多クハ胃痛トシテ處置サレルカラ部分的胃切除後胃空腸吻合ガ行ハレ、外發性胃筋腫ガ有莖性ニ胃ニ附着スル場合ニハ莖根部周圍ニ於テ剔出ヲ行フコトモアル。

文 献

最終篇末尾ニ一括スル。

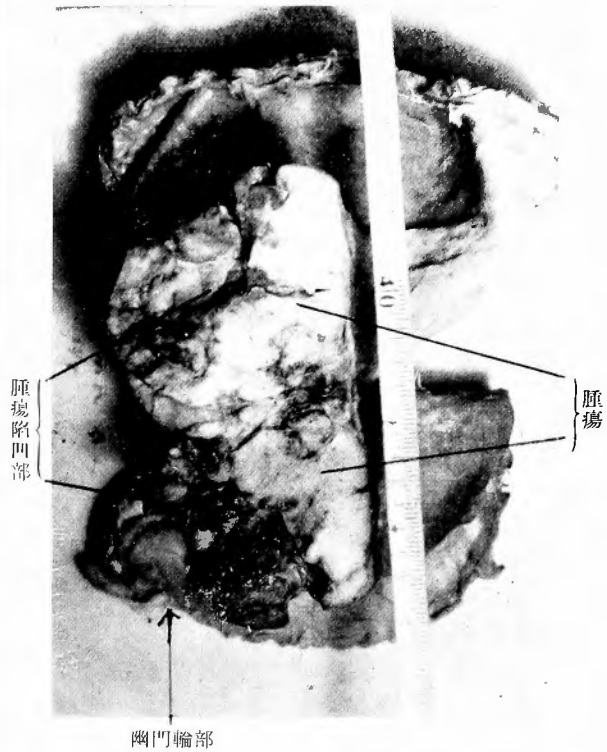
市川論文附圖

1. 術前レントゲン像



幽門部胃内腔ニ突出スル球形腫瘍ノ陰影缺损ヲ認メル(→デラコム部分)。

2. 切除胃標本(大彎部ヨリ小彎ニ向ツテ縦斷ス)



幽門輪部

3. 「ヘマトキシリン・エオジン」染色 (×50)



硝子様變性ヲ爲セル部分
種々ナル走向ヲ示ス細胞束斷面

4. 「ワン・ギーソン」染色 (×70)



黒キハ格子狀纖維
個々ノ細胞束ヲ圍ム所見