

術後消化性空腸潰瘍ノ成因ニ關スル實驗的研究 (第三回報告)

實驗的並ビニ臨床例ヨリ得タル術後消化性空腸
潰瘍及ビ Peyersche Plaque ノ組織學的研究。

京都帝國大學醫學部外科教室(磯部教授指導)

大學院學生 舟 山 鐵 雄

Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung des postoperativen peptischen Jejunalgeschwürs.

III. Mitteilung. Histologische Untersuchungen
der Jejunalgeschwüre.

Von Dr. T. Funayama

(Aus der chirurg. Klinik der Kaiserl. Universität
zu Kyoto (Prof. Dr. K. Isobe))

Der Verfasser hat zuerst die zwölf postoperativen Jejunalgeschwüre, welche er an 8 Hunden Künstlich erzeugen konnte, histologisch genau untersucht und dann die Befunde mit denen von den drei Geschwüren verglichen, welche er von zwei Kranken mit ulcus pepticum jejunum durch Operation entfernt hatte.

Er fand keinen bedeutenden Unterschied zwischen den Hunde- und den Menschengeschwüren.

Weiter hat der Verfasser die Veränderungen der Peyerschen Plaques des Duodenum und Jejunum in verschiedenen Stadien nach Gastroenteroanastomose, partieller pylorusausschaltung u. a. systematisch untersucht, und dabei beobachtete er die stufenweise fortschreitenden Übergangsformen von den normalen Peyerschen plaques zum typischen Geschwür.

Auf Grund der Befunden seiner Experimente ist er der Ansicht, dass sich durch die chemische Einwirkung des stark reizenden Magensafts die Peyerschen Plaques in die postoperativen Jejunalgeschwür umwandeln.

(Autoreferat).

内 容 目 次

第一章 緒 言

第二章 實驗的ニ得タル術後消化性空腸

潰瘍ノ組織學的檢索

第一節 實驗材料及ビ方法

第二節 實驗記錄

第三節 所見概括

第三章 臨床例ヨリ得タル術後消化性空 腸潰瘍ノ組織學的檢索

第一節 實驗材料及ビ方法

第二節 實驗記錄

第三節 所見概括

第四章 Peyersche Plaque ノ手術後ノ組

組織學的變化

第一節 實驗材料及ビ方法

第二節 實驗記錄

第三節 本章ノ總括及ビ考察

第五章 總括及ビ考察

第六章 結 論

文 獻

附圖説明

緒 言

術後消化性空腸潰瘍ニ關スル組織學的檢索ハ甚ダ僅少ニシテ、只ダ Chiari, Heidbreder 並ビ Winklbauer und Hogenauer 等ノ諸家ノ報告アルノミナリ。

Chiari 及ビ Heidbreder ハ臨床例ヨリ得タル材料ノ詳細ナル組織學的檢索ニヨリ吻合部附近ニ於ケル空腸粘膜ノ locus Minoris resistentiae ラ主張シ。Winklbauer und Hogenauer ハ實驗的ニ得タル材料ヨリ吻合部附近ノ粘膜炎症ガ潰瘍ノ前提ナリト稱セリ。然レドモ是等ノ諸家ハ粘膜ノ locus Minoris resistentiae ヨリ潰瘍ニ移行スル組織學的實驗ヲ缺ケルヲ甚ダ遺憾トス。

余ハ磯部外科ニ於テ得タル臨床例2例3個ノ術後消化性空腸潰瘍及ビ余ガ犬ニテ實驗的ニ生ゼシメタル8例12個ノ術後消化性空腸潰瘍トノ組織學的檢索ニヨリ、術後消化性空腸潰瘍ハ果シテ之等諸家ノ報スル如ク空腸粘膜ノ locus minoris resistentiae ヨリ生ズルモノナルヤ否ヤ、或ハ又十二指腸及ビ空腸ノ Peyersche Plaques ト潰瘍トノ間ニ密接ナル關係ノ存在スル爲メニ發生スルモノナルヤ否ヤヲ檢セントス。

第二章 實驗的ニ得タル術後消化性空腸潰瘍

ノ組織學的檢索

第一節 實驗材料及ビ方法

犬ニ於テ 1). v. Eiselsberg 氏幽門曠置術ト胃空腸吻合術、2). v. Eiselsberg 氏幽門曠置術ト胃空腸吻合及ビ Braun 氏吻合並ニ空腸切斷術ヲ施行シテ生ゼシメタル術後消化性空腸潰瘍ヲ用フ。組織標本ハ「ツエロイジン」封埋法ニ依リ「ヘマトキシリンエオジン」重染色及ビ Van Gieson 氏染色法ヲナシテ檢査ス。

第二節 實 驗 記 録

Nr. 163. 手術後18日。幽門曠置術併ニ後胃空腸吻合術、Braun 氏腸々吻合及ビ空腸切斷術施行。
肉眼の所見。

潰瘍ハ紡錘形ヲナシ、吻合孔ノ殆ト對岸ニアリ長軸ハ空腸長軸ト平行ニシテ約2種、巾約1.0種ニテ、階段狀ヲナシテ漸次深クナル。吻合孔ヨリ約3.0種ノ空腸突出脚ニアリ。

顯微鏡的所見。

潰瘍周囲ノ粘膜ハ潰瘍面ニ近ズクニ從ヒ漸次薄層トナリ、其端ハ兩側トモ一層ノ上皮細胞層トナル、1側ハコトニ細胞浸潤多シ。粘膜腺中ニハ杯狀細胞及腺腔ノ擴大セルモノ多シ。腺間質ハヨク發達シ細胞浸潤ハ少ナシ。兩端ノ上皮層ニハ再生サレタルモノアリ。

粘膜下組織ハ結締組織ヨク發育シ、コトニ潰瘍ノ外壁ヲ造レル部ハ甚シク肥厚シ短キ乳嘴狀ヲナ

ス。粘膜筋ハ潰瘍面附近ニテ消失シ再生サレタル上皮細胞下ニハ之レヲ認メズ。粘膜下ノ細胞浸潤ハ「プラズマ」細胞、淋巴細胞ニシテ、コトニ潰瘍トノ境界部ニ甚シ。

血管ハ多ク其周圍ニ結締組織及ビ細胞浸潤アルモノアリ。固有筋層ハ潰瘍近クニテハ擴ク肥大シ不規則ナル纖維狀ノ扇形ヲナシ、潰瘍邊緣部ニ附着ス。

潰瘍部ヲ邊緣ト基底トニ分ツ。邊緣ニテハ薄キ纖維素様物質層ハ表層ニアリ、次ハ肉芽組織ニシテ固ノ筋層内ニ浸入ス。基底ニテハ薄キ滲出性物質層ガ最表面ニアリ、次ハ肉芽組織層ニシテ、第3層ハ瘢痕組織層ナリ。コノ層ノ中央部ニハ脂肪組織塊アリ。

Nr. 157. 手術後20日。幽門噴置術併ニ後胃空腸吻合術、Braun氏腸々吻合及ビ空腸切斷術施行。潰瘍I。

肉眼的所見。

潰瘍ハ吻合孔ト腸間膜附着線トノ中間ニテ吻合孔ヨリ約2糎ノ空腸輸出脚ニアリ、其形圓ク徑約2.0糎ニテ中央部ニ穿孔アリ。(第一圖參照)

顯微鏡所見。

潰瘍周圍ノ粘膜ハ潰瘍面ニ到リ漸次薄層トナリ間質組織中ニハ小圓形細胞浸潤多シ、殊ニ潰瘍トノ境界ニ甚シ。

粘膜ハ吻合部ニ近キ方ノ端ニテハ再生セル上皮細胞ヲ有スルモ遠キ側ニハ寧ろ壞死ス。

粘膜下結締組織ハ潰瘍端ニ近ズクニテハ漸次肥厚シ、ソノ端ハ圓ク乳嘴狀ヲナス。此部ニハ細胞浸潤甚シク且ツ血管モ多シ。結締組織ハ鞏固ニシテ、血管壁ハ肥厚セルモノ多シ。潰瘍邊緣ハ吻合部ニ近キ側ニテハ急峻ニ陥没シ、時ニハ粘膜下ニ穿掘スル事モアリ、遠キ側ニテハ基底ヨリ漸次粘膜面ニ移行ス。

潰瘍層ハ表層ヨリ1.纖維素様物質層ト細胞核崩壞物層、2.所々嶋嶼的ニアル肉芽組織層ヨリナル基底ニハ尙コノ外ニ薄キ瘢痕組織層アリ、其中ニ脂肪組織多シ、殊ニ穿孔部ニ甚シ。

固有筋層中ノ輪狀筋ハ潰瘍邊緣部ニテ鬆弛トナリテ擴ガリ邊緣基底移行部ニ附着ス。シカシ縱走筋ハ殆ド穿孔部附近ニ到迄存ス。

同。潰瘍II、

肉眼的所見。

輸入脚ニアリテ小ナル卵圓形ヲナシ長徑約0.5糎、吻合線ヨリ約2糎ノ部ニアリ。

顯微鏡所見。

粘膜ハ潰瘍ノ兩側トモ漸次薄層トナリ、境界ニ到リテ1層ノ再生上皮トナル。

粘膜下組織ハ潰瘍端ニテハ兩側トモ殆ド同等ニ乳嘴狀ニ肥厚ス、潰瘍面ハコノ兩側ニ穿掘ス。此肥厚部ニハ小圓形細胞ノ浸潤アリ。概シテ粘膜下ニハ血管少ク且ツ管壁肥厚ス。

潰瘍面ノ表層ハ薄キ纖維素様物質層、次ハ崩壞セル細胞核層及ビ薄キ肉芽組織ニシテ、環狀筋層ハ邊緣ニ附着スルモ基底ニハナシ。縱走筋ハ潰瘍下ニ到リテ肥大シ其中ニ細胞浸潤アリ。

Nr. 179. 手術後22日。V. Eiselsberg氏幽門噴置術併ニ胃空腸端側吻合術施行。

肉眼的所見。

潰瘍ハ吻合部ヨリ約2糎ノ空腸輸出脚ニテ腸間膜附着線ト反對側ニアリテ卵圓形ヲナシ、長軸ハ腸長軸ト平行シ約1.5糎中0.3糎ナリ、外壁ハ高く肥厚シ環狀ニ血管ニテ圍マル。而シテ空腸ノPe-yersche Plaqueト全ク同形ヲナス。

顯微鏡所見。

潰瘍兩側ノ粘膜ハ薄ク間質ニ小圓形細胞浸潤多シ、殊ニ一側ニハ甚シク、腺細胞ニ及ブ。腺上皮細胞ノ再生ハ之レヲ認メズ。

外壁ノ粘膜下組織ハ兩側トモ肥厚シ一方ハ他方コリモ甚シ、兩側トモニ血管多シ、殊ニ高キ側ニ多シ。血管壁ニハ肥厚ナク、總テ血液ニテ滿サル結締組織間ニハ小圓形細胞ノ浸潤アリ、殊ニ潰瘍ノ外壁ヲナス部ニ甚シ。

此ノ高キ外壁ガ潰瘍基底ニ移行スル部ニ大ナル淋巴濾胞塊アリ、外壁ノ内部ニ浸潤ス。此側ノ結締組織ハ他側ヨリモ特ニ肥厚シ、血管モ多シ。

潰瘍面ノ表層ハ僅ニ其一部ニ細胞核崩壞物ヲ附着スルノミニテ大部分ハ幼若結締組織ヨリナル。次層ハ肉芽組織、次ハ瘢痕組織トナリテ筋層内ニ侵入ス、コノ筋層中ニハ細胞浸潤甚シ。

固有筋ハ潰瘍下ニテハ肥大シ又一部崩壞セル部アリ。(第十圖十一圖參照)

Nr. 153. 手術後34日。v. Eiselsberg 氏幽門噴置術併ニ胃空腸端側吻合術施行。

肉眼の所見。

潰瘍ハ吻合部ヨリ約 1.5 糎ノ空腸輸出脚ニアリ腸間膜附着線ト吻合口ノ中間ニ位ス、長さ約 1.5 糎ニシテ腸長軸ト交スシ、ソノ周縁ハ鋸齒狀ヲ呈ス。横徑ハ約 0.2 糎ナリ。

顯微鏡所見。

潰瘍境界部ノ粘膜ハ兩側トモ薄層ニシテ再生ハ認メラレズ。潰瘍面ハ植木鉢狀ヲナシ、邊緣ト基底ノ移行部ハ深く組織内ヘ陥没ス。粘膜下組織ハ肥厚シ、血管ニ富ム。其ノ管壁肥厚セルモノナシ。

潰瘍面ノ最上層ハ纖維素樣物質層ニシテ、コノ内ヘ結締組織甚シク侵入ス。次層ハ淋巴細胞、結締組織細胞及ビ「プラズマ」細胞ト血管ノ浸潤層ナリ。第3層ハ結締組織層ニシテ血管多シ。

固有筋層ハ潰瘍邊緣附近ハ肥大シ、一部ハ潰瘍ノ邊緣基底移行部ニ附着シ、大部ハ潰瘍底ヲ包ム。

Nr. 158. 手術後38日。幽門噴置術併ニ後胃空腸吻合術、Braun 氏腸々吻合術及空腸切斷術施行。

肉眼の所見。

潰瘍ハ吻合口ニ極ク接近シテ存在シ、之ヨリ吻合口對岸ニ擴ガル其長徑ハ腸長軸ト平行シ約 3 糎、横徑ハ約 1.5 糎ナリ。周圍トノ境界銳利ニシテ卵圓形ヲナス。吻合口ニ近キ邊緣ハ急峻ナル陥没ヲナシ、反對ノ邊緣ハ緩徐ナル角度ヲ以テ邊緣ヨリ基底ヘ移行ス。

顯微鏡所見。

吻合口ニ近キ邊緣ニテハ、就中潰瘍トノ境界部ニテハ粘膜ニ再生セル上皮細胞多シ。粘膜間質ニハ小圓形細胞ノ浸潤アリ。

粘膜下組織ニテハ粘膜筋ハ潰瘍ニ近ヅクニ從ヒ漸次纖維狀トナリ、再生上皮細胞下ニテハ消失ス結締組織ハ邊緣部ニテハ甚シク肥厚シ、「プラズマ」細胞、淋巴細胞、造結締組織細胞ノ浸潤甚シ。血管モ亦多シ。固有筋ハ潰瘍近クニテハ甚シク肥大シ鬆組トナリ、潰瘍邊緣ト基底トノ曲折部ニテ潰瘍内ニ融合ス。

潰瘍面ノ最上層ハ邊緣ニテハ滲出性物質層、次ハ崩壞細胞核層ヨリナル、コノ層ハ邊緣附近ニテハ厚ク他部ニテハ薄シ。次層ハ肉芽組織層ニシテ

漸次粘膜下組織及ビ筋層ニ移行ス。潰瘍基底ニテハ以上 3 層ハ極ク薄クシテ瘢痕組織ハ其大部ヲ占ム。瘢痕中ニハ脂肪組織塊多シ。コレハ中心部程多シ。瘢痕中ニハ大ナル血管アリテ其管壁ノ肥厚セルモノ及ビ、管腔ノ甚シク狭小トナレルモノアリ。

吻合口對岸ノ邊緣ニテハ粘膜ノ上皮細胞ニ再生セルモノナク、反對ニ上皮細胞ノ崩壞セル狀ヲ示ス。潰瘍ノ境界部ニテハ粘膜中ニ細胞浸潤アリ粘膜下組織モ吻合側ヨリモ薄ク且ツ、ヨリ鬆組ニシテ血管モ多シ。

固有筋層モ薄シ。

潰瘍面ノ細胞核崩壞層ハ邊緣ニテハ吻合側ヨリモ薄シ。其他ハ異ラズ。

Nr. 155. 手術後38日。幽門噴置術併ニ後胃空腸吻合術 Braun 氏腸々吻合術及ビ空腸切斷術施行。

肉眼の所見。

潰瘍ハ吻合口ヨリ約 1.0 糎ノ空腸輸出脚ニアリテ、吻合口ト腸間膜附着線トノ中間ニ位ス。長キ卵圓形ヲナシ、長徑ハ約 3 糎ニシテ腸長軸ト平行シ、巾ハ約 1 糎ナリ。周圍トノ境界銳利ニシテ基底ニ汚物ヲ附ク。(第二圖參照)

顯微鏡所見。

潰瘍周圍ノ粘膜ハ吻合側及ビ反對側共ニ壞死ス潰瘍附近ノ粘膜間質ニハ淋巴細胞「プラズマ」細胞ノ浸潤アルモ甚シカラズ。潰瘍ノ横斷面ハ吻合側ノ邊緣ニテハ急峻ナル陥没ヲナシ、反對側ハ緩徐ナル角度ニテ基底ヘ移行ス。

潰瘍面ノ最上表ハ邊緣ニテハ薄キ一様ニ見ユル滲出性物質層ヨリナリ、次ハ纖維素樣物質層ヨリナル。第3層ハ邊緣ニテハ肉芽組織層、基底ニテハ瘢痕組織及脂肪組織層ナリ。粘膜下組織ハ潰瘍附近ニテハ肥大シ、結締組織ハカナリ鞏固ニシテ血管少ク。且ツ管壁ノ肥厚セルモノ多シ。小圓形細胞ノ浸潤モ多少アリ。

固有筋層ハ潰瘍附近ニテハ肥大シ、纖維鬆組トナリ、大部分ハ潰瘍ノ邊緣基底移行部ニ融合ス。纖維素樣壞死層ハ兩側トモ深クコノ筋層内ヘ侵入ス。潰瘍中心部ノ外ハ筋層ノ一部ガ潰瘍基底ノ外壁ヲナス。

Nr. 128. 手術後68日。v. Eiselsberg 幽門噴置術併ニ後胃空腸吻合術施行。

肉眼の所見。

潰瘍ハ吻合口ニ接シ、大部分ハ空腸輸入脚ニアリ、邊緣ノ高キ大ナル肝臓性潰瘍ナリ。圓形ヲナシ直径約4糎、周圍ハ高ク、境界鋭利、深サ約0.5糎中央部ニ小ナル穿孔アリ。

顯微鏡所見。

潰瘍周圍ノ粘膜ハ腹腔擴大セルモノ及ビ杯狀細胞多ク、潰瘍端ハ薄層トナル。腺間質細胞浸潤甚シク、腺細胞ノ形不明トナルモノアリ。血管多ク、浸潤細胞ハ「プラズマ」細胞、淋巴細胞ナリ。

粘膜下組織ハ潰瘍壁ニテハ擴ガリ且ツ肥大セリ。血管ハ吻合側ニ多ク血液ニテ滿サル。肛門側ニテハ血管少ナシ。管壁ハ一般ニ肥厚セルモノ多シ。

固有筋ハ潰瘍邊緣ニテハ肥大シ、基底移行部ニ附着ス筋層中ニハ細胞浸潤多シ。

潰瘍面ニテハ厚キ崩壊細胞核層ハ最表ニアリ、コトニ邊緣部ニテ厚シ。纖維素樣物質層及ビ幼若結締組織細胞ハ其間ニ所々島嶼的ニアリ。次ハ血管多キ幼若結締組織ニシテ、最下層ハ瘢痕組織層ナリ。此ノ層ハ甚ダ肥厚ス。邊緣部ニテハ瘢痕層ハナシ。基底部ノ中心部ニテハ纖維素樣物質層厚シ。瘢痕中ノ血管ハ管腔填塞セルモノ多シ。

尙筋層及ビ肉芽組織内ニ球菌ヲ認ム。

Nr. 147. 手術後87日。v. Eiselsberg 氏幽門噴置術併ニ胃空腸端側吻合術施行。

潰瘍 I.

肉眼の所見。

潰瘍ハ吻合口ヨリ約2糎ノ空腸輸入脚ニテ腸間膜附着線ト反對側ニアリ、腸長軸ニ沿フテ稍々紡錘形ヲナス。長徑約1.5糎、横徑約1.0糎、階段狀ヲナシ、中心部ハ漸次深クナル。境界鋭利ニテ周圍ハ高シ。(第三圖参照)

顯微鏡所見。

潰瘍周圍ノ粘膜ハ吻合口ニ近キ側ニテハ潰瘍邊ヲ帽狀ニ覆ヒ、粘膜上皮細胞ノ再生セルモノアルモ、他側ハ潰瘍邊緣ト同高ナリ、コノ潰瘍端部ノ腺細胞ハ退行性變化ヲ示ス。

粘膜下組織ノ粘膜筋ハ吻合側ノ再生上皮ノ下ニテハ之レヲ認メズ。結締組織ハ粘膜再生ノアル側

ニテハ鞏固ニ肥厚シ、血管モ多シ、亦管壁ノ肥厚セルモノ及ビ小圓形細胞ノ浸潤ヲ認ム。然シ粘膜ニ退行性變化ノアル側ニテハ、結締組織ハ鬆組ニシテ、血管少シ。

潰瘍面ハ階段狀ニ漸次深クナル。粘膜再生側ハ邊緣高ク、急峻ニ陥没シテ基底ニ移行スルモ、反對側ハ漸次緩徐ナル角度ニテ基底ニ移行ス。前者ニテハ邊緣ハ小圓形細胞浸潤層ニシテ、ソノ間ニ結締組織ハ少ナシ、ソノ表層ニ崩壊細胞核層アリ後者ニテハ崩壊細胞核層ハ前者ヨリモ厚シ。

基底ニテハ最表層ハ纖維素樣物質層ナリ、次ハ崩壊細胞核層ニシテ、コノ間ニ幼若結締組織及ビ造結締組織細胞アリ。而シテ最下層ハ瘢痕層ナリコノ中ニ殘留縫合絲ヲ認ム。

固有筋ハ潰瘍近クニテ肥大シ、纖維狀トナリ、ソノ間ニ細胞浸潤アリ、兩側ノ邊緣ト基底移行部ニ附着ス。

潰瘍 II

肉眼の所見。

吻合口ノ兩側ニ卵圓形ヲナス2個ノ潰瘍アリ、1個ハ吻合線ニ接シ1個ハ約1.0糎離レテ輸出脚部ニアリ。2個共殆ト同大ニテ長徑ハ腸長軸ニ沿ヒテ約5糎、横徑約4糎ナリ。境界ハ鋭利ニシテ吻合口ニ近キ方ニテハ邊緣ハ急峻ナル陥没ヲナシ基底ニ移行シ、他側ハ漸次ニ緩徐ナル角度ヲナシテ移行ス。其ニ淺ク基底ハ肝臓狀ヲナス。(第三圖参照)

顯微鏡所見。

2個共種々ナル部分ヲトリテ検査ス。

潰瘍周邊ノ粘膜層ハ吻合口近クニテハ漸次狭小トナル。粘膜間質ノ小圓形細胞ノ浸潤モ漸次甚クナリ、ソノ先端ニテハ腺細胞内ニモ浸潤ス、又崩壊セル細胞モアリ、殊ニ吻合口ニ遠キ側ニテハ甚ダシ。浸潤細胞ハ淋巴細胞、纖維素細胞、「プラズマ」細胞ナリ。「エオジン」嗜好白血球、中性多核白血球ハナシ。

粘膜下組織ノ粘膜筋ハ潰瘍附近ニテハ纖維狀トナリ、潰瘍内ニ消失ス。結締組織ハ肥厚シ、血管多ク、小圓形細胞ノ浸潤モアリ、殊ニ潰瘍邊近クニテハ甚シ。血管壁ハ肥厚セルモノ多シ。

固有筋ハ潰瘍附近ニテ漸次擴ガリ、ツイニ數條ノ纖維狀トナリ、廣ク潰瘍邊緣基底移行部ニ附ク。

潰瘍面ノ表層ハ纖維素様物質ト崩壊細胞核トノ層ニシテ、吻合口近クニテハ厚シ。尙此上ニ薄キ滲出性物質層ノアル部モアリ。次層ハ小圓形細胞及ビ血管多キ幼若結締組織層、次ハ瘢痕層ナリ。瘢痕層中ニハ大ナル血管ノ填塞セルモノアリ。尙一ツノ潰瘍ニテハ瘢痕層ト中央部ニ殘留セル縫合絲アリテ、固ク結締組織ニテ圍繞セラル。コノ圍ニ小圓形細胞浸潤アリ。又瘢痕層中ニハ脂肪組織塊アリ。以上述ベシモノハ吻合口ヲ約 1.0 糎離レタル潰瘍ニツキテナリ。吻合口ニ接スル潰瘍モ殆ト前者ト變リナキモ、吻合口近クノ粘膜上皮細胞ニハ再生セルモノアリ、又潰瘍面ニハ粘膜ニ近ク崩壊セル細胞核塊アリ、其大部分ハ原形ヲ存シ、淋巴細胞ナリ、ソノ塊ハ「ピラミッド」形ヲナシ數個並列ス。恰モ Peyersche Plaque ノ淋巴濾胞ノ並ベル如キ狀ヲ呈ス。

第三節 所 見 概 括

此8例ノ内單發性ニ潰瘍ヲ形成セルモノハ6個ニシテ、他ハ2個ヲ形成セルモノ1例ト、4個ヲ形成セルモノ1例トナリ。

肉眼の所見概括：1) 潰瘍ノ位置。12個中吻合線ニ接シテ生ゼルモノハ2個ニシテ、9個ハ吻合口ヲ去ル1-3糎ノ處ニアリ又他ノ1個ハ11糎隔リタル部ニアリ。

2個ハ輸入脚ニ10個ハ輸出脚ニアリ。全ク腸間膜附着線上ニアルモノ2個ニシテ他ノ10個ハ腸間膜附着線外ニアリ。

2) 形及大サ。卵圓形又ハ紡錘形ヲナシ腸長軸ト平行ノ長軸ヲ有セルモノ9個、腸長軸ト交叉セルモノ1個、圓形1個、不規則形ノモノ1個ナリ。總テノ潰瘍ハ吻合口ニ近キ邊緣ハ急峻ナル陷没ヲナシ、其反對側ノ邊緣ハ緩徐ナル角度ヲナシテ基底ニ移行ス。階段的ニ漸次深クナレルモノ4個アリ。

大サハ長經0.5-5糎、横經0.1-4糎ナリ。穿孔セルモノ2個アリ。

顯微鏡所見概括：1) 潰瘍周圍粘膜。粘膜層ハ潰瘍境界部ニアハ漸次菲薄トナリ、腺細胞ニハ杯狀細胞多ク、又腺腔ノ擴大セルモノ多シ。

粘膜間質ハ小圓形細胞即チ「プラズマ」細胞及ビ淋巴細胞ノ浸潤アリ、殊ニ潰瘍ノ境界部ニ甚シ、コノ部ニテハ時ニハ腺細胞内ニモ浸潤セルコトアリ。

腺上皮細胞ハ多クノ場合ニ於テハ吻合口ニ近キ側ニハ再生ヲホシ、反對側ニハ退行性變化ヲ認メシム。

粘膜下組織ハ一般ニ潰瘍附近ニテハ肥厚ス。

粘膜筋ハ潰瘍附近ニテハ漸次纖維狀トナリ、潰瘍面ニ消失ス尙再生セシ腺上皮ニテハ

以上3個ノ潰瘍中ニハ所々豊富ニ球菌アリ、殊ニ双球菌ヲ認ム。此等ハ表層ニハ最も甚シク、深部ニ到ルニ從ヒ漸次少クナル。

同潰瘍 III。

肉眼の所見。

吻合口ヨリ11.0糎ノ輸出脚ニアリテ腸間膜附着線上ニ位ス。經約1.0糎ノ稍々卵圓形ノ潰瘍ナリ、形ハ潰瘍Iニ似テ小ナリ。

顯微鏡的所見。

潰瘍Iニ同ジキモ、ソノ横斷面ハ一側ハ急峻ニ陷没シ、邊緣ヨリ直チニ基底ニ移行シ、他側ハ極ク緩徐ニ粘膜面ヨリ基底ニ移行スル様全ク定形的ナリ。

潰瘍面ヨリ稍々離レテ粘膜少シク缺如シ薄キ纖維素様壞死層ニテ覆ハレタル部2個所アリ。

全ク缺如ス。

粘膜下結締組織ハ肥厚シ、殊ニ潰瘍ノ外壁ヲナス部ニテハ乳嘴突起狀ニ肥大ス。コノ狀ハ吻合側ニテハ吻合反對側ヨリモ著シ。尙小圓形細胞ノ浸潤アリ殊ニ乳嘴狀突起部ニ甚シ。其等ノ細胞ハ「プラズマ」細胞、淋巴細胞及及造結締組織細胞ニシテ「エオジン」嗜好白血球及中性多核白血球ハ殆ド之ヲ認メズ。血管ハ一般ニ吻合側ニ多シ。管壁ノ肥厚セルモノ多ク、ソノ周圍ニ細胞浸潤ノアルモノ多シ、殊ニ潰瘍ノ大ナルモノニ甚シ。但シ Nr. 153, Nr. 179 ニテハ血管肥厚セズ。

固有筋層ハ潰瘍附近ニ到リ漸次肥大シ、筋組織間ニハ細胞浸潤及結締組織増殖アリ、終ニ纖維狀ニ擴ガリ潰瘍邊緣部ガ潰瘍基底ヘ移行スル部ニテ潰瘍面ニ融合ス。潰瘍ノ比較的新シキモノニテハ筋層ハ潰瘍底ヲナシ、其一部壊死ス、尙又縱走筋ノミガ潰瘍底ヲナスモノモアリ。

2). 潰瘍。潰瘍ハ邊緣ト基底ニ分レ、吻合側ハ邊緣高ク反對側ハ低シ、潰瘍邊緣ノ最上層ハ崩壊セル細胞核層ニシテ、コノ間ニ纖維素樣物質アリ。次層ハ肉芽組織ナリ。

Nr. 147 及ビ Nr. 128 ニテハ吻合部邊緣ノ最上層ハ反對側ヨリモ薄シ。時ニハ Nr. 153 ノ如ク最上層中ニ結締組織甚シク侵入セルモノアリ。亦 Nr. 158 ノ如ク薄キ滲出性物質層ガ最上層ニアルモノモアリ。

潰瘍基底ニテハコノ最上層ハ薄キ滲出性物質層ニシテ、第2層ハ崩壊細胞核層、第3層ハ纖維素樣物質層、第4層ハ肉芽組織層ナリ。但シコノ第4層ハ Nr. 128, Nr. 157 ナドニテハ層ヲナサズシテ嶋嶼的ニ散在セリ。

第5層ハ癰瘍組織層ナリ、コノ層ハ甚ダ厚クシテ所々ニ脂肪組織塊ヲ包有ス、殊ニ潰瘍ノ中心部ニ多シ。又此層中ニハ屢々管壁ノ肥厚セル或ハ全ク填塞セル大ナル血管ヲ認ム。尙縫合絲ガ Nr. 147 (I), 同 (II) ニ於テ癰瘍ノ中央部ニ鞏固ナル結締組織ニ包マレテ殘存セリ。

Nr. 179 ニテハ高キ側ノ潰瘍邊緣ニ於テ邊緣ガ基底ニ移行スル潰瘍面ニ大ナル淋巴濾胞塊ヲ認ム。

Nr. 128 ト Nr. 147 トニハ潰瘍全層ニ於テ球菌又ハ二連球菌樣ノモノヲ多數ニ認ム、殊ニ表層ニ甚ダシ。

第三章 臨床例ヨリ得タル術後消化性空腸潰瘍ノ組織學的檢索

第一節 實驗材料及ビ方法

實驗材料ハ磯部外科ニ於テ手術ニヨリ得タル2例ノ術後消化性空腸潰瘍ニシテ、組織標本ハ潰瘍ノ種々ナル部分ヲトリ「ツエロイジン」封埋法ニ依リ「ヘマトキシリン・エオジン」重

染色及び Van Gieson 氏染色法ヲナシテ検査ス。

第二節 臨床實驗例

第1例。中○ス○ 37歳：♀。

初期潰瘍：十二指腸潰瘍

I 手術：大正15年9月25日

手術方法：幽門輪ヨリ約4横指ノ口部ニテ幽門置術ヲナシ同時ニ Hacker 氏胃空腸吻合術ヲ行フ。

合併症：消化性空腸潰瘍(昭和2年7月)

II 手術：昭和2年12月24日

肉眼の所見。

潰瘍ハ吻合部ニ接シ、殆ド腸間膜附着線上ニ於テ空腸輸出脚ニアリ。大サ及び形態ハ吻合部ニ底邊ヲ有スル高サ4横底邊約3横ノ略々二等邊三角形ヲナス。吻合部ニ近キ邊緣ハ急峻ナル陥没ヲナシテ潰瘍基底部ニ移行スルモ、肛門部邊緣ハ緩徐ナル鈍角ヲナシテ潰瘍基底ニ移行ス。

潰瘍周圍ノ粘膜ハ他部ヨリ隆起シ、潰瘍邊緣ハコノ粘膜下ニ穿掘ス。潰瘍面ハ平滑灰白色ヲナシ潰瘍基底及ビ邊緣部ハ基底ニ粘着スル大腸及ビ大網膜ト共ニ弾力性硬固ノ腫瘍ヲ形成ス。

顯微鏡所見。

吻合部ニ近キ潰瘍邊緣ト、潰瘍基底部及ビ、肛門部邊緣部トニ分カチテ検査ス。

1) 吻合部ニ近キ潰瘍邊緣部ノ腸粘膜層ハ邊緣ニ近ズクニ從ヒ漸次固有粘膜腺ヲ減ジ、終ニハ固有腺ヲ全ク消失シテ細胞浸潤ヲ覆フ一層ノ上皮細胞層トナル、コノ附近ノ腺細胞ニハ再生セルモノモアリ。又粘膜腺ニハ杯狀細胞多ク、腺腔擴張シ時ニハ囊狀ヲナスモノアリ。腺間質ニハ潰瘍邊緣ニ近ズクニ從ヒ圓形細胞浸潤甚シク、殊ニ粘膜基底ニ著シ。之等ノ細胞ハ淋巴細胞最も多ク、「プラズマ」細胞及ビ「エオジン」嗜好白血球モ多シ、其他赤血球散在ス。尙浸潤ハ腺細胞内ニ及ブモノアリ。間質ニハ赤血球ニテ滿サレタル小血管無數ニアリ。粘膜下組織ハ肥厚シ、鬆組結締組織間ニハ細胞浸潤及ビ血管多シ。血管ハ毛細管及ビ單ニ内皮細胞ノミヨリナレル血管ナリ。總テ赤血球ニテ滿サル、管腔ノ塞レルモノナシ。浸潤細胞ハ「プラズマ」細胞及ビ淋巴細胞多ク、「エオジン」嗜好

白血球、中性多核白血球モ散在ス。血管周圍及ビ潰瘍面ニ近キ部ニハ特ニ淋巴細胞聚落アリ。

粘膜筋ハ潰瘍面ニ到リ纖維狀トナリ先端消失ス。

固有筋層ハ非常ニ不規則ニ散在性ニ聚合シ、殊ニ潰瘍邊緣が基底ニ移行セントヘル附近ニ多シ、筋纖維ノ走向ハ種々ニテ潰瘍面ニ直角ナルモノ或ハ平行ナルモノ等アリ。筋纖維間ニハ結締組織及細胞浸潤アリ。粘膜下ニ潰瘍面ヨリ離レテ鞏固ナル結締組織ニテ圍マレタル吻合絲ノ殘存セルモノアリ。

潰瘍面ノ最上層ハ白色一様ニ見エル薄キ滲出性物質層ナリ、第2層ハ淡赤色ノ塊狀又ハ太キ格子狀ヲナセル纖維素樣物質層ナリ、之等ノ層ハ Van-Gieson 氏染色法ニテハ黃色ニ見ユ。第3層ハ鬆組結締組織層ニシテ血管多ク、淋巴細胞及ビ「プラズマ」細胞モ多シ、特ニ此等ハ血管周圍ニ甚シ、又造結締組織細胞、結締組織細胞、赤血球及ビ「エオジン」嗜好白血球モ散在ス。邊緣ト粘膜トノ境界ニ大ナル網狀組織塊アリ、ソノ網眼中ニ僅ニ淋巴細胞ヲ入ル。

以上ノ第1、第2層ハ邊緣部ニテハ基底部ニ比シ薄キモ第3層ハ邊緣部ニテ厚ク基底部ニテ薄シ。

基底部ハコノ外第4層ノ血管及ビ細胞浸潤ノ少キ結締組織ノ多キ而シテ纖維素樣物質ノ瀰慢性ニ存スル層ナリ、コノ層ハ基底ニテハ潰瘍ノ1/3ヲ占ム。

2) 潰瘍中心基底部。

潰瘍層ハ前述ノ如ク四層ニ分カチ得ルモ、第1第2層中ニ細胞及血管ノ崩壊セル塊アリ、第3層ハ第4層上部ニ嶋嶼ニ存ス。第4層ハ甚ダ厚ク瘢痕組織ヲナシ、處々脂肪組織アリ、コトニ潰瘍縁ヲ離レタル部ニ甚シ、脂肪組織間質ニハ血管及細胞浸潤ヲ供フ。潰瘍ノ殆ド中央部ニ潰瘍表面ヨリ瘢痕組織中程ニ達スル大ナル淋巴濾胞塊アリ。コレハ數個ノ濾胞ニ分カタレ周圍ニハ鞏固ナル結締組織圍繞ス。潰瘍ニ面スル部ハ壊死狀トナリテ細胞崩壊ス、表面附近ノ濾胞内細胞ハ鬆組トナル。コノ圍ノ結締組織中ニハ填塞セル大ナル血管アリ。

3) 肛門部邊緣

コノ附近ノ粘膜層ハ邊緣部ニ到ルニ從ヒ漸次薄層トナリ、腺細胞中ニ杯狀細胞多ク、腺腔ノ著シク擴張セルモノ、腺細胞ノ崩壊セルモノ、細胞中ニ圓形細胞浸潤アルモノ等アリ、粘膜上皮ノ再生セルモノハ之レヲ認メズ。

腺間質中ニハ淋巴細胞「プラズマ」細胞、赤血球甚シク、赤血球ニテ滿サレタ小血管モ多數ニアリ。

粘膜下組織ハカナリ肥厚シ、結締組織中ニ淋巴細胞「プラズマ」細胞ノ浸潤アリ、造結締組織細胞赤血球及「エオジン」嗜好白血球モ多シ、コトニ潰瘍面近クニ甚シ。血管甚ダ多ク、赤血球ニテ滿サル、管壁ノ肥厚セルモノナシ。

潰瘍邊緣部ガ基底部ニ移行スル處ニハ楔形ノ陥没アリ、邊緣部ノ潰瘍最表層ハ細胞核ノ崩壊物ヲ無數ニ含ム汚染セル滲出物質ニテ第2層ハ淡赤色ノ纖維素様物質層ナリ。

第3層ハ血管多キ結締組織及ビ圓形細胞浸潤層ナリ。浸潤細胞ハ腺間質ノモノト同ジ、コノ部ノ第1第2層ハ他部ノ同層ヨリモ厚ク細胞核崩壊層モ他部ヨリ甚ク厚シ。

粘膜筋ハ潰瘍附近ニテ數條ニ分枝シテ消失ス。

固有筋層ハ斜上走シテ邊緣部ニ附着ス筋層ニハ處々結締組織及ビ細胞浸潤アリ。

4) 空腸輸入脚側、粘膜及潰瘍邊緣部。

粘膜ハ潰瘍附近ニ至リ漸次厚サヲ減ジ、固有粘膜腺少クナル、腺上皮崩壊シ潰瘍邊緣上ハ只一層ノ再生セル上皮細胞ガ圓形細胞浸潤ヲ覆フノミ。腺細胞ハ杯狀細胞多ク囊胞狀ヲナセルモノ等モアリ。

粘膜間質ニハ淋巴細胞、「プラズマ」細胞ノ浸潤甚シク、コノ外造結締組織細胞、赤血球「エオジン」嗜好白血球モ多シ。血管多ク、赤血球ニテ滿サル。

細胞浸潤ハ粘膜基底ニ特ニ甚シク、潰瘍先端ニテハ腺細胞中ニモ浸潤シ、固有腺ノ消失アリ、所所粘膜ト粘膜筋トノ間ニ淋巴濾胞ノ腫脹セルモノアリ、ソノ上ニアル粘膜ハ多少崩壊セルモノアリ。粘膜筋ハ潰瘍附近ニテ肥厚ス、コトニソノ先端ニテハ數條ニ分枝シ、潰瘍内ニ消失ス。

粘膜下組織肥厚シ、結締組織ヨク發育シ、血管多シ。血管ハ管壁肥厚セルモノ新生サレタル毛細

管等アリ、コトニ潰瘍附近ニ多シ。小圓形細胞浸潤アリ、殊ニ粘膜直下及ビ血管周圍ニ甚シ。處々腺細胞ノ小塊アリ。粘膜直下ニテハ潰瘍ト粘膜下組織トノ境界ニ大ナル淋巴濾胞腫脹セリ、コノ濾胞ノ周圍ニハ血管多ク、漸次細胞浸潤トナリテ周圍ニ移行ス。潰瘍面ニ向フ方ハ淋巴細胞崩壊シ、壊死ニ陥ル。潰瘍ノ邊緣ト基底トノ間ニ深キ楔形ノ凹部アリ、コノ凹部ニハ灰白色不染ノ崩壊物ヲ含ム。潰瘍ノ第1層ハ前述ノ他部ト同ジク滲出性物質層ニシテ、第2層ハ纖維素様物質層、第3層ハ結締組織及血管細胞浸潤層ナリ。コノ部ニテハ第1、第2層中ニ細胞核崩壊物少ナク、邊緣ニテハ第3層ハ基底部ヨリ厚シ。細胞浸潤ハ「プラズマ」細胞、淋巴細胞等ナリ、基底ハコノ外ニ第4層ノ血管少ナキ結締組織層ナリ、コノ血管ニハ管壁肥厚セルモノ填塞セルモノ等アリ。脂肪組織多シ。コノ層中ニ表面ニ近ク大ナル淋巴濾胞塊アリ、周圍ハ鞏固ナル結締組織ニ圍マレ、其中ハ結締組織ニテ數個ノ濾胞ニ分カタル。

固有筋層ハ斜上ニ粘膜下組織下ヨリ走行シ、楔形ノ凹部底ニテ附着ス、潰瘍附近ニテハ漸次幅ヲ増シ、纖維素様物質層内ニ融合ス。

第2例 藤○又○助 26歳 ㊂

初期潰瘍：十二指腸潰瘍

I 手術：昭和2年2月24日

手術方法、幽門輪ヨリ約8握口部ニテ幽門曠置術ヲナシ、同時ニ Hacker 氏胃空腸吻合術ヲ行フ。

合併症：消化性空腸潰瘍、昭和2年5月

II 手術：昭和2年5月15日

潰瘍 I.

肉眼的所見。

位置ハ吻合部ニ接シ、空腸輸出脚ニテ腸間膜附着線附近ニアリ。

大キサ及形態：底面ハ空腸長軸ニ平行スル底邊1.7 握、高サ1 握ノ等邊三角形ニテ深サ1 握ナリ。吻合部ニ近キ潰瘍邊ハ急峻ナル陥没ヲ示シ、肛門部ハ漸次ニ基底ニ移行ス、潰瘍周圍ハ他部ヨリ隆起セズ、邊緣ハ粘膜下ニ穿掘セズ。潰瘍ハ圓錐形ヲナシ横行結腸ト癒着シ鞏固ナル腫瘍ヲツクル。

(第四圖參照)

顯微鏡所見。

吻合部＝近キ邊緣部附近ト空腸輸入脚側邊緣附近及ビ肛門部邊緣附近ト＝分カチテ檢査ス。

1、吻合部邊緣部附近。

吻合部ト續キノ上ヲ覆フ粘膜ナシ。

潰瘍最上層ハ灰白色ノ一様ニ見ユル滲出性物質ニテ、コノ内ニ赤血球無數ニアリ。第2層ハ崩壊セル細胞核ヲ圍ム淡赤色塊狀ヲナス纖維素様物質層ナリ。コノ中ニモ赤血球甚ダ多ク、赤血球ニテ滿サレタル血管モアリ。コノ第1第2層ハ邊緣ニテハ薄キモ基底部ニテハ厚シ。

又邊緣ニテハコレ等ノ層中ヘ結締組織浸入シ。細胞核崩壊物少ナシ。第3層ハ血管少ナキ結締組織ノ瘢痕組織層ナリ。コノ中ニ第2層ニ接シ、處處小圓形細胞浸潤及ビ血管ノ多キ嶋嶼アリ。コノ細胞ハ「プラズマ」細胞、淋巴細胞及ビ「エオジン」嗜好白血球、赤血球ナリ、コトニ邊緣部ニ細胞浸潤多シ。吻合部ニ近ク大ナル血管アリ、其内層甚シク肥厚シ殆ト墳塞セルモノアリ。又吻合部ニ接シ潰瘍邊緣ニ大ナル淋巴濾胞塊アリ、ソノ一部潰瘍面ニ露出ス、濾胞塊ハ鞏固ナル結締組織ニテ圍マル。コノ附近ニ脂肪組織アリ、ソノ一部ニ淋巴細胞塊ヲ認メ得ルモノアリ。

空腸輸入脚側邊緣附近。

コノ部ノ腸粘膜層＝潰瘍ヨリ、少シ離レタル部ニ特ニ固有粘膜腺發育シ、ソノ中央部ノ表面ノ粘膜崩壊ス。コノ下ノ腺腔擴大シ、杯狀細胞多ク時トシテハ囊胞狀ヲナス。コノ部ノ基底ニ出血多ク赤血球ニテ滿サレタル血管コトニ多シ、腺間質ニモ亦細胞浸潤甚シク、粘膜筋上ニ淋巴濾胞ノ腫脹アリ。亦腺細胞中ニ Paneth 氏細胞多シ。

コノ外ノ粘膜腺ニハ變化少ナシ。粘膜層ハ潰瘍面ヲ覆ヒ、先端ハ漸次薄層トナル。コノ先端部ニハ固有粘膜腺ハ少ナク Lieberkuhn 氏腺ハ淺シ、粘膜腺中ニ Paneth 氏細胞多シ。

粘膜上皮細胞ハ退行性變化ヲ示シ、再生ヲ認メズ。

粘膜間質ハ赤血球甚ダ多シ、小圓形細胞ノ浸潤アルモ前述ノ「エロデオン」部及ビ潰瘍先端部以外ニテハ少ナシ。細胞ハ「プラズマ」細胞、淋巴細胞、造結締組織細胞、上皮細胞、「エオジン」嗜好白血球等ナリ。粘膜筋ハ處々淋巴細胞ノ浸潤アリ、

潰瘍附近ニテハ數條トナリテ消失ス。

粘膜下組織ハ肥厚シ、結締組織内ニハ小圓形細胞浸潤アリ、細胞ハ多ク淋巴細胞ニテ、ソノ他造結締組織細胞、結締組織細胞及ビ「プラズマ」細胞モアリ血管ハ豊富ニシテ、赤血球ニテ滿サル。處處淋巴濾胞アリ、コトニ粘膜下ニテノ潰瘍トノ境界ニ大ナルモノアリ。(第十二圖參照)潰瘍面ニテハ邊緣部ト基底部トハ直角ヲナシ、固有筋層ハ斜上走シテ邊緣上部ヨリコノ屈折部ニ附着ス。筋層ハ潰瘍附近ニテハ細胞浸潤甚シク、漸次幅員ヲ増シ、ツイニ數條ノ線狀トナリテ消失ス。潰瘍層ハ邊緣部ニテハ滲出性物質層ハ最表層ニテ、第2層ハ細胞核崩壊産物多キ纖維素様物質層ナリ。第3層ハ血管豊富ナル結締組織層ナリ、コノ中ニ淋巴細胞、造結締組織細胞、結締組織細胞、「プラズマ」細胞ノ浸潤アリ「エオジン」嗜好白血球及赤血球モ多數アリ。

基底部ニテハコノ外瘢痕組織層アリ。

肛門部邊緣附近。

粘膜層先端ハ崩壊産物ヲ含ム滲出性物質ニテ包マル。又或ル標本ニテハ粘膜上皮ガ潰瘍面ヲ包ムモノモアリ。前者ハ肛門部ニ偏セル部ニテ、後者ハ前者ヨリモ口部ニアル標本ナリ。前者ニテハ上皮細胞ハ退行性變化ヲ示シ、後者ニテハ再生ヲ示ス。

一般ニ粘膜腺中ニハ杯狀細胞多ク、腺腔甚シク擴大セルモノアリ、潰瘍近クニテハ腺管少ナク、腺細胞中ニ Paneth 氏細胞多シ。腺間質結締組織中ニ細胞浸潤多ク、殊ニ粘膜基底ニ著シ。細胞ハ淋巴細胞、「プラズマ」細胞、造結締組織細胞、結締組織細胞、上皮細胞ナリ。ソノ他赤血球多數ニアリ。

粘膜下組織ハ厚ク、結締組織ヨク發育シ、血管ハ非常ニ豊富ナリ、殊ニ潰瘍附近ニ甚シ。管壁肥厚セルモノナク、總テ赤血球ニテ滿サル。造結締組織細胞、「プラズマ」細胞及ビ淋巴細胞浸潤アリ。「エオジン」嗜好白血球及赤血球モ散在ス。

潰瘍ト粘膜トノ境界ニテ粘膜下組織中ニ大ナル淋巴濾胞塊アリ、潰瘍面側ハ一部崩壊シ、纖維素様物質内ニ融合ス。

粘膜下組織側ハ淋巴細胞浸潤トナリ、漸次圍ニ移行ス。粘膜筋ハ淋巴濾胞上ニテ枝條トナリ潰瘍

内ニ消失ス。潰瘍層ハ邊緣ニテハ細胞核崩壞物ヲ多量ニ含ム滲出性物質層ガ最上層ニアリ、第3層ハ淡赤色染纖維素様物質層ニテ、第3層ハ血管及小圓形細胞浸潤層ナリ。細胞ハ造結締組織細胞及ビ結締組織細胞多ク、其他ハ淋巴細胞、「プラズマ」細胞及ビ「エオジン」嗜好白血球ナリ。

基底部ハ以上3層ノ外、血管及ビ細胞ノ少ナキ結締組織層ナリ。第1層及ビ第3層ハ邊緣部ニテハ厚ク基底部ニテハ薄シ。第2層ハ邊緣部ニテ薄ク。基底部ニテハ厚シ。第4層中ニ大ナル血管アリテ其管壁肥厚シ填塞セルモノアリ。コノ層中潰瘍中心部ニ近ク大ナル淋巴濾胞塊アリ、鞏固ナル結締組織ニテ圍マル、濾胞ハ數個アリ、ソノ間質結締組織ヨク發達ス、ソノ他處々ニ脂肪組織アリ。

固有筋層ハ潰瘍邊緣部ガ基底部ニ移行セントスル屈折部ニテ纖維素様物質層ニ融合ス。Van-Gieson 氏染色法ニテ檢スルト、前述ノ上皮再生ノアル標本ニテハ纖維素様物質ト結締組織トノ境ハ銳利ナラズシテ纖維素様物質層内ニ結締組織侵入ス、上皮退行性變化ヲ有スル標本ト比シテ、纖維素様物質層薄シ、又第3層モ邊緣ニテハ前者ニ血管多ク後者ニ血管少ナシ。ソノ他筋層ノ融合部ハ前者ニハ結締組織發育シ、後者ニハ少ナシ。細胞崩壞層ハ前者ニテハ殆ドナク、後者ニテハ著明ニアリ。

同潰瘍 II

第(I)潰瘍ヨリ肛門部ヘ約3廻ノ腸間膜附着線上ニアリ。長さ1匁、0.5匁ノ腸長軸ニ沿フ紡錘狀ノ淺キ潰瘍ナリ。輸入側ハ急峻ナル陷没ヲナシテ邊緣ヨリ基底ニ移行シ、肛門側ハ漸次淺クナリ基底ヨリ邊緣部ニ移行ス。潰瘍面ハ平滑ニシテ基底縱痕肥厚シ、腫脹ヲ形成ス。

顯微鏡所見。

潰瘍周邊部ト潰瘍部ニ分チテ檢査ス。

潰瘍周邊部。

粘膜ハ處々「エロヂオン」アリ、腺細胞中杯狀細胞多ク、腺腔著シク擴張セルモノアリ、Lieberkuhn 氏腺甚シク長クナリ、粘膜筋ニ達スルモノアリ、Paneth 氏細胞アリ、コト「エロヂオン」ノアル附近ニ多シ。

腺間ハ結締組織ヨク發達シ、小血管多ク赤血

球ニテ滿サル。淋巴細胞浸潤アリ、コト「エロヂオン」附近ニ甚シ。コノ外「エオジン」嗜好白血球、造結締組織細胞及ビ、白血球モアリ。赤血球ハ無數ニ散在ス。

腺基底ニテハ細胞浸潤甚シク、所々ニ淋巴濾胞アリ。粘膜筋ハ一般ニ肥厚シ、トク「エロヂオン」ノ兩側ニ著シ。粘膜下組織ハ「エロヂオン」ノ甚シキ直下ニハ殆ドナク、粘膜層ト固有筋層トハ殆ド接續ス。コレヨリ口部ハ厚ク Kerkring 氏皺襞ヨク發育セルモ、肛門部ハ薄ク Kerkring 氏皺襞ハ殆ド認メラレズ。赤血球ニテ滿サレタル大小ノ血管富豐ニアリ、小圓形細胞浸潤アリ、又處々ニ淋巴濾胞腫脹アリ。細胞浸潤ハコノ周圍ニトクニ甚シ。淋巴濾胞ノ大ナルモノハ重ニ口部ニアリ、Kerkring 氏皺襞ノ肛門側基部ニ存ス、ソノ大ナルモノハ粘膜層ヲ中斷シソノ上ヲ覆フ只一層ノ上皮細胞層ニテ Lieber-Kuhn 氏腺ト境ス。粘膜下組織内ノ細胞浸潤ハ淋巴細胞多ク、ソノ他造結締組織細胞、結締組織細胞、「エオジン」嗜好白血球及ビ赤血球モ多シ。固有筋層中ニモ細胞浸潤アリ。

潰瘍部。

潰瘍ノ横斷面ハ「エーレンマイエルコルベン」形ヲナシ、基底部ハ兩側トモ邊緣下ニ穿掘ス。口部ニ屬スル邊緣ハ肛門側邊緣ヨリモ急峻ニ陷没シ、邊緣ハ高シ。潰瘍邊緣附近ノ粘膜ハ口部側ニテハ漸次薄層トナリ、潰瘍邊緣上ハ1層ノ上皮細胞層ニテ覆ハル、コノ部ニハ上皮細胞再生ヲ認ム。

而シテPaneth氏細胞ハコノ附近ノ腺細胞間ニナシ。肛門部側粘膜層ハ邊緣附近ニテ多少薄クナルモ、尙腺層アリ、コノ部ノ腺細胞間ニハPaneth氏細胞多ク、上皮細胞ニ退行性變化ヲ認ム。腺間質内ニハ淋巴細胞「プラズマ」細胞ノ浸潤アリ、コトニ基部及ビ先端部ニ著シ。赤血球ニテ滿サレタル血管多シ。粘膜筋ハ發達シ潰瘍縁ニテハ廣クナリ細胞浸潤アリテ數條ニ分タル。

粘膜下組織ノ口側ハヨク發達シ、Kerkring 氏皺襞モヨク發達ス、而シテ肛門側ニテハ薄層ニテ Kerkring 氏皺襞ヲ作ラズ。兩側トモ血管多ク、コトニ口側ニハ多シ。總テ血管ハ赤血球ニテ滿サル。細胞浸潤アリ、細胞淋巴細胞、「プラズマ」細胞ハ

主ニシテ造結締組織細胞モアリ。處々淋巴濾胞ノ腫脹アリ。潰瘍面ノ最表層ハ滲出性物質層ニテ、第2層ハ僅ニ崩壊セル細胞核ヲ含ム纖維素様物質層ナリ、コレ等ノ層ハ口側ニテハ薄ク肛門側ニテハ割合厚シ。第3層ハ血管多キ結締組織層ニテ淋巴細胞、「プラズマ」細胞、造結締組織細胞、結締組織細胞ノ浸潤アリ。コノ層ハ邊緣部ニテハ著シキモ基底ニテハ嶋嶼的ニアリ。口側邊緣ニテハ表層近クニ淋巴細胞、「プラズマ」細胞ノ集塊アリ、

表面壊死ス。第4層ハ潰瘍基底ニノミアル瘢痕層ナリ。

Van-Gieson 氏染色法ニヨリ檢スルニ、潰瘍ハ第1第2層ハ(!)潰瘍等ニ比シテ薄ク、コノ間ニ結締組織盛ニ侵入ス。

固有筋層ハ兩側トモ邊緣ト基底ノ屈折ノ纖維素様物質層中ニ融合ス筋層ハ細胞浸潤少ナク廣サモ一樣ナリ。

第三節 所 見 概 括

十二指腸ニ對シテ幽門擴張術及 Hacker 氏胃空腸吻合術ヲ併施セルモノニ出來シ消化性空腸潰瘍ナリ。

1) 潰瘍位置。2 例トモ潰瘍ハ吻合部ニ接シ、1個ハ約3糎離レ、共ニ空腸輸出脚ニテ腸間膜附着線附近ニアリ。

2) 形及ビ大サ。三角形ヲナシ長邊ハ腸長軸ニ平行シ最長邊1-4糎、高サ0.5糎-4糎アリ。潰瘍邊緣ハ吻合側ハ高ク急峻ニ陥没シ肛門部ハ緩徐ナル角度ヲナシテ基底ニ移行ス。

顯微鏡所見。

1) 粘膜。膜瘍周圍粘膜層ハ潰瘍邊緣ニ近ズクニ從ヒ漸次薄クナル。而シテ吻合側邊緣上ヲ覆フ上皮細胞ニハ屢々再生ヲ見肛門部ノ邊緣上ニアルモノニハ退行性變化アリ。

一般ニ腺細胞中ニハ杯狀細胞多ク、トキニハ囊胞狀ヲナスモノアリ。腺細胞中退行性變化ノアル處ニハ Paneth 氏細胞多シ。粘膜間質中ニハ細胞浸潤アリ、殊ニ潰瘍邊緣ニ近ズクニ從ヒ甚シ。細胞ハ多ク淋巴細胞「プラズマ」細胞、「エオジン」嗜好白血球多ク赤血球モ散在ス。浸潤ハ腺細胞内ニ及ブモノアリ。間質内ニハ赤血球ニテ滿サレタル小血管無數ニアリ。

粘膜下組織ハ一般ニ肥厚シ鬆粗結締組織間ニハ細胞浸潤及ビ血管多シ。血管ハ毛細管及ビ内皮細胞ノミヨリナルモノ多ク全テ赤血球ニテ滿サレ管腔ノ塞レルモノハナシ。

浸潤細胞ハ「プラズマ」細胞及淋巴細胞、造結締組織細胞多ク「エオジン」嗜好白血球モ多シ。中性多核白血球ハ甚ダ少ナシ。大ナル血管周圍及ビ潰瘍面ニ近キ部ニハ特ニ淋巴細胞ノ聚合アリ。粘膜筋ハ潰瘍邊緣部ニ到ルト纖維狀トナリ先端消失ス。藤○潰瘍IIニ於テ見ル如ク粘膜ニ「エロヂオン」ノアルトキハ其下ノ粘膜筋ハ淋巴細胞ニテ中斷サル。コノ「エロヂオン」下ノ粘膜下結締組織内ニハ淋巴細胞聚落甚シ。

固有筋層ハ潰瘍附近ニ到リ漸次幅員ヲ増シ鬆粗トナリ、筋纖維ノ走向不規則トナル。大抵潰瘍邊緣ガ基底ニ移行スル屈曲部ニテ潰瘍内ニ融合ス。筋纖維間ニハ結締組織及ビ細胞浸潤アリ。

2) 潰瘍面ハ一般ニ Askanazy ガ胃潰瘍ニテ述ベシト同様四層カラナル。第1層、滲出

性物質層、第2層纖維素様物質層、第3層肉芽組織層及ビ第4層、瘢痕組織層ナリ。

第1層ハ全體ニ通ジテ薄ク第2層中ニハ崩壊セル細胞核ヲ含ム、然シテ口部ト肛門部ノ潰瘍邊緣ヲ比較スルニ第1第2層ハ前者ハ薄キカ或ハ殆ド無ク後者ニテハ前者ニ比シテ甚ダ厚ク殊ニ細胞ノ崩壊セルモノヲ多量ニ含ム。第3層ハ口部邊緣ニテハ厚ク肛門部邊緣ニテハ薄シ。潰瘍基底ニテハ層ヲナサズシテ時ニハ島嶼的ニ聚落スル事アリ。第4層ハ潰瘍基底ノミニ存シ潰瘍層ノ大部ヲ占ム。此ノ層中ニハ脂肪組織塊アリ殊ニ潰瘍中心部ニ多シ。

尙2例共ニ見出セル特記ス可キ所見ハ淋巴濾胞塊ナリ。即チ粘膜下組織内ニ處々小ナルモノ存スル外吻合部ニ近キ潰瘍邊緣ニテ粘膜ガ潰瘍面ニ移行セントスル部ノ粘膜下組織端ニ大ナル淋巴濾胞塊ガ存シ、肛門部ノ同部ニ存セザル事ナリ。亦2例共潰瘍基底ニテ比較的吻合部ニ近ク非常ニ大ナル淋巴濾胞塊ガ瘢痕層内ニアリ一部潰瘍面ニ露出シ、其周圍ハ鞏固ナル結締組織ニテ圍マル。潰瘍面ニ露出セル部ハ壊死狀トナリ細胞崩壊ス。表面附近ノ濾胞内細胞鬆粗トナル。圍ノ結締組織内ニハ大ナル血管ノ管壁填塞セルモノアリ。

第四章 Peyer'sche Plaque ノ手術後ノ組織

學的變化

胃及十二指腸潰瘍ガ淋巴濾胞ト密接ナル關係ガアルト Debarowsky ニヨツテ稱ヘラレシ以來、Herovsky 及 Kalima ガ胃潰瘍ノ詳細ナル組織學的研究ヲナシテ潰瘍ノ好發部位ガ胃ノ小彎及幽門部ナルコトハコノ部ニハ淋巴濾胞ガ他部ヨリモ多ク存スル爲ナリト言ヘリ。

余等モ亦小腸ノ下部及ビ大腸ニ於テ結核、チブス、及ビ赤痢ノ際ニ生スル潰瘍ガ Peyer'sche plaque ニ好發スル事ヲ考フルトキ、所謂術後消化性空腸潰瘍モ亦淋巴濾胞トノ間ニ何等カノ關係ガ存セザルヤトノ考ヘヨリ、手術後ノ十二指腸及ビ空腸ノ Peyer'sche Plaque ノ組織學的檢索ヲナセリ。

第一節 實驗材料及ビ方法

總テ犬ヲ用ヒ、1%鹽酸「モルヒネ」及エーテル麻醉後正規ノ消毒ヲ行ヒ、次ノ如キ手術方法ヲナシ、ソノ十二指腸及ビ空腸ノ Peyer'sche Plaque ラトリ組織的檢査ヲナセリ。

1. Hacker 氏胃空腸吻合術。
2. Hacker 氏胃空腸吻合術並ニ迷走神經橫隔膜下切斷。
3. Hacker 氏胃空腸吻合術並ニ內臟神經節切除。。
4. 幽門曠置術ト胃空腸吻合。
5. 幽門曠置術ト胃空腸吻合並ニ迷走神經橫隔下膜切斷。
6. 幽門曠置術ト胃空腸吻合及 Braun 氏吻合並ニ空腸切斷。

組織標本ハ「ツエロイジン」封埋法ニ依リ「ヘマトキシリンエオジン」重染色及ビ Van

Gieson 氏染色法ヲナス。

第二節 實 驗 記 録

第一項 正常犬十二指腸及ヒ空腸ノ

Peyersche Plaque

Peyersche Plaque ハ犬ニテハ十二指腸ニ於テ幽門輪ヨリ 9—10 糎ノ部ニテ十二指腸粘膜乳頭ノ對岸部ヨリ 2—3 糎ノ間隔ニテ 5—6 個アリ、大抵腸間膜附着線ト反對側ニアリ、或ハコレニ近キ部ニモ存ス。大キサハ種々ナルモ經 0.5 糎程ヨリ 1.0 糎アリ、周圍ヨリ僅ニ凹ミ、形ハ圓形又ハ長軸ハ腸横徑ニ平行ナル卵圓形ヲナス。コレハ正常犬ニテハ僅ニ見得ルモ術後ノモノニテハ著明ニ見得ルモノ多シ。空腸ノ Peyersche Plaque ハ正常犬ニテハ甚ダ不明瞭ナリ、上部ニハ少ク下部ニ到ルニ從ヒテ漸次増加ス。

大キサハ十二指腸ノモノヨリモ大キク、上部ノモノハ下部ノモノヨリモ小ナリ。形ハ長軸ガ腸長軸ト平行ナル紡錘形亦ハ卵圓形ヲナス周圍粘膜ヨリ僅ニ凹ミ、時ニハ隆起ス。位置ハ腸間膜附着線ノ反對側ニ多ク、又ソノ附近ニモアリ。

顯微鏡所見。

正常犬ノ十二指腸 Peyersche Plaque ハ「エー

レンマイエルコルペン」ノ底ニ數個ノ石ヲ並ベタル如ク兩側ノ乳嘴狀ニ突出セル粘膜下組織壁内ニ淋巴濾胞塊 6—7 個一重ニ並ブ（時ニハ重ナル事モアリ）、ソノ上ヲ覆フ粘膜ハ周圍粘膜ヨリ僅ニ薄層ナリ。粘膜腺モ周圍ト變化ナク、粘膜間組織ニモ血管ハヨク發達ス。粘膜筋ハ濾胞外壁ノ乳嘴狀突起ノ先端部ニテ消失シ、所々濾胞上ニアリ。兩側外壁ハ細長キ乳嘴狀突起ヲナシ、兩側トモ其高サ同シ。ソノ基部ハ他ノ粘膜下組織ニ於ケルヨリモ血管ハ大ニシテ且ツ多シ。濾胞ト外壁トノ境ニテハ淋巴細胞ハ粘膜下組織内ニ浸潤ス。粘膜下組織ノ結締組織ハ濾胞下ニテハ薄ク且ツ鬆粗ニナリテ濾胞間ヲ分ツ。

固有筋層ハ濾胞下ト雖モ同厚ナリ。

時々濾胞外壁近クノ濾胞上ノ腺腔特ニ擴張シ、コレト Lieberkühn 氏腺ト通ジ、濾胞ハ一層ノ上皮細胞層ニテ腸腔ト境スル事アリ。

第二項 Hacker 氏胃空腸吻合術ヲ行ヘ

ル犬ノ Peyersche Plaque

Nr. 18. 手術後 6 日ノ幽門輪ヨリ 7 糎ノ部ノ十二指腸 Peyersche Plaque。

濾胞上ノ粘膜ハ他部ヨリモ僅ニ薄ク、外壁乳嘴狀突起ハ一方ハ他ヨリモ低ク且ツ肥厚ス。而シテ濾胞細胞ハ高キ側ニテハ外壁ノ内側ニ浸潤スルモ、肥厚セル低キ側ニテハ濾胞細胞ハ乳嘴狀突起上部ヲ覆フ。濾胞ハ外壁肥厚セル側ニテハ甚シク腫脹ス。

粘膜腺間質ニハ赤血球、「エオジン」嗜好白血球多シ。粘膜下組織ハ肥厚シ赤血球ニテ滿サレタル血管ニ富ム。濾胞下ハ固有筋層ト共ニ薄シ。

Nr. 107. 手術後 10 日幽門輪ヨリ 7 糎ノ十二指腸 Peyersche Plaque 濾胞上ト雖モ粘膜層ハ他部ト變リナクヨク發達シ、外壁乳嘴狀突起ハ肥厚シ尖端狀ヲナサズ。濾胞ハ一方ハ内側下部ニ他方ハ上端

ヲ浸潤ス。濾胞ハ甚シク腫脹セルモノナシ。濾胞上ノ腺上皮ニ腺腔甚ダ擴張セルモノアリ。

腺間質ニハ細胞浸潤アリ、粘膜下結締組織ハ鬆粗ニシテ肥大シ、血管多ク、血液ニテ滿サル。

Nr. 154. 手術後 13 日吻合部ヨリ 30 糎ノ空腸 Peyersche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ僅ニ他部ヨリモ薄ク、ソノ間質ニモ變化ナシ。濾胞外壁乳嘴狀突起ハ低ク兩側大差ナク、粘膜筋ハコノ先端ニテ肥大シ散在性トナル。

粘膜下組織ハ僅ニ肥厚シ血管少シ。

粘膜ハ濾胞上ニテハ腸管腔ト僅ニ 1 層ノ上皮細胞ニテ境セル部アリ。

Nr. 23. 手術後 14 日幽門輪ヨリ 14 糎ノ Peyersche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ他部ヨリモ甚シク薄ク、濾胞上ノ腺腔甚シク擴張セルモノ多シ。シカシ濾胞ト通ズルモノナシ。濾胞外壁乳嘴狀突起ハ細長ク兩側トモ同ジク、ソノ基部ニハ血管多ク、血液ニテ滿サル。濾胞間ハ結締組織ニテ境セラル。

粘膜下組織ハ肥厚セズ、濾胞下ニテハ狹小トナル。固有筋ニハ變化ナシ。

Nr. 22. 手術後17日幽門輪ヨリ15種ノ Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ少シク薄シ。

濾胞外壁乳嘴狀突起ハ細長ク、兩側トモ其高サ同シ。

粘膜下組織ハ肥厚セズ、血管多ク且ツ血液ニテ滿サル。濾胞下ハ少シク薄シ。固有筋ニハ異狀ヲ認メズ。

Nr. 105. 手術後30日幽門輪ヨリ9種ノ Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ少シク稀薄トナリ、コトニ大ナル濾胞上ニハ殆ド缺如セル部アリ、粘膜間質ニハ圓形細胞浸潤ス。

濾胞外壁乳嘴狀突起ハ先端少シク圓形ヲナシ、僅ニ肥厚ス。一方ハ他側ニ比シテ腫脹シ、濾胞モ亦コノ側ニ於テ腫大セリ。

粘膜下組織ハ濾胞下ニテハ甚シク狹小トナル、他部モ肥厚セズ。

固有筋層ニハ變化ヲ認メズ。

Nr. 124. 手術後57日。幽門輪ヨリ12種ノ Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ハ僅ニ稀薄トナリ、腺腔擴張シ、濾胞上ノ擴張セルモノニ通ズ。腺間質ニハ細胞浸潤ナク、血管多シ。

濾胞外壁乳嘴狀突起ハ兩側トモ同ジク細長ク、肥厚セズ。濾胞ノ腫脹ナク、外壁乳嘴狀突起内ヘ浸潤セズ。濾胞間ノ結締組織ハヨク發達ス。

粘膜下組織ハ肥厚セズ、血管多シ。

固有筋層ニ異狀ヲ認メズ。

本項ノ所見總括。(第五圖參照)

7例ノ吻合術ノミヲ行ヘル犬ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque ノ組織學的所見ヲ總括スルニ、最初ノ2例ニ於テハ濾胞外壁乳嘴狀突起ノ肥厚、及ビ粘膜下組織ノ肥厚、及ビ血管ノ充血多シ。粘膜間質ニモ細胞浸潤及ビ充血セル血管多シ。濾胞腫脹シコレヲ入レル粘膜輪廓ハ一侧ハ高く峻鋭ナル角度ニテ基底ニ移行スル外壁ヲナシ、一侧ハ鈍角ヲナシ基底ヨリ外壁ニ移行スル斷面ヲ示ス。

他ノ5例ハ吻合部ヨリ30種ノ空腸ノ Peyer'sche Plaque ト幽門輪ヨリ9-15種ノ部ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque ニシテ共ニ正常ノ Peyer'sche Plaque ト大差ナシ。

第三項 Hacker 氏空腸吻合術並ニ迷走神經切斷及ビ内臟神經節切除ヲ行ヘルモノノ Peyer'sche Plaque

Nr. 123. 手術後55日 迷走神經切斷、幽門輪ヨリ7種ノ Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ僅ニ薄ク、粘膜及ビ粘膜間質ニハ異狀ヲ認メズ。濾胞外壁乳嘴狀突起ハ尖端狀ヲナシ且ツ細長シ。濾胞ハ腫脹セズ、各々結締組織ニテ境サル。外壁ヘ浸潤セズ。尙吻合部ヨリ10種、及18種ノ Peyer'sche Plaque モ上述ト大差ヲ認メズ。

Nr. 45. 手術後17ヶ月 同上。

粘膜ハ濾胞上ニテハ少シ薄シ。粘膜及ビ粘膜間質ニハ異狀ヲ認メズ。

濾胞ハ腫脹セズ、外壁乳嘴ハ細長ク肥厚セズ。

粘膜下組織及ビ濾胞間結締組織ハヨク發達シ、血管モ多シ。ソノ他固有筋層ニ異狀ヲ認メズ。

Nr. 41. 手術後8日。内臟神經節切除。幽門ヨリ9種ノ部ノ Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ僅ニ薄シ。粘膜間質ニハ細胞浸潤及ビ血液ニテ滿サレタル血管多シ、Lieberkuhn 氏溝ハ甚ダ深キモノアリテ濾胞近クニ至ル。濾胞上ノ腺腔擴大セルモノ多シ濾胞ハ腫脹シ、互ノ境ハ不鮮明ニシテ、ソノ下ノ結締組織ハ非常ニ薄ク、又筋層モ稀薄トナル。

濾胞外壁乳嘴狀突起ハ兩側トモ同ジク、ヨク發達シ、尖端モヨク肥厚ス、大ナル血管ハ特ニコノ基

部ニアリ。其ノ内側ニハ濾胞浸潤ハナシ。

粘膜下結締組織ハ肥厚シ、血管非常ニ多ク血液ニテ満サル。

同。幽門輪ヨリ15浬ノ部ノ Peyersche Plaque 前者ト大差ナク、只濾胞外壁乳嘴狀突起肥厚ス。Nr. 49。手術後34日。同上幽門輪ヨリ9浬ノ部ノ Peyersche Plaque

粘膜ハ濾胞上モ殆ト同厚ニシテ、間質ニハ血管多シ。

濾胞ハ腫脹スルモ互ノ境界明ナリ。濾胞外壁乳嘴狀突起ハ兩側トモ短ク、厚ク、濾胞ハ一方ハ内側基部ニ、一方ハソノ尖端部ニ浸潤ス。コノ後者側ハ非常ニ肥厚ス。

粘膜下結締組織ハ甚シク肥厚シ、淋巴細胞、「フ

ラズマ」細胞ノ浸潤アリ。

固有筋ハ濾胞下ニテハ甚シク薄シ。

同上。幽門輪ヨリ70浬ノ部ノ Peyersche Plaque。

前者ニ比シテ濾胞外壁乳嘴狀突起少シク高ク、濾胞腫脹少ナキ外大差ナシ。

本項ノ所見總括。

以上4例ニツキ2個ノ十二指腸 Peyersche Plaque ヲ檢セシ結果ヲ總括スレバ、迷走神經ヲ切斷セルモノ2例ハ正常ノ Peyersche Plaque ト變リヲ認メズ。内臓神經ヲ切除セルモノ2例ニテハ濾胞腫脹シ、濾胞外壁乳嘴狀突起ヘ浸潤ス。外壁ハ肥厚シ、粘膜下結締組織モ肥厚ス。粘膜間質ト共ニ圓形細胞浸潤アリ、又一般ニ血管多ク、管腔モ擴大ス。

第四項 v. Eiselsberg 氏幽門廣置術及 ビ胃空腸端側吻合術ヲ行ヘルモ ノノ十二指腸及空腸 Peyer'sche Plaque

Nr. 143。手術後30時間。吻合部ヨリ4浬ノ部ニアル空腸 Peyer'sche Plaque。

濾胞ハ非常ニ腫脹シ、ソノ上ノ粘膜ハ他部ヨリモ甚ダ薄シ。著シク腫脹セル中央部ノモノハ腸腔ト交通セルモノアリ。濾胞外壁乳嘴狀突起ハ肥厚シ、低ク、兩側トモ大差ナシ。ソノ基部ニハ血管多ク、血液ニテ満サル。

粘膜下結締組織ハ肥厚シ、多少細胞ノ浸潤アリ濾胞下ハ薄シ。

固有筋ハ異狀ヲ認メズ。

同。幽門輪ヨリ25浬ノ部ノ Peyer'sche Plaque 前者ニ略々同ジキモ、濾胞上ノ粘膜ハ他部ト變リ少ナク、濾胞外壁乳嘴狀突起ハ前者ヨリハ肥厚セズ。粘膜下組織モ薄シ。血管ノ充血ハ同ジ。

Nr. 167。手術後6日。吻合部ヨリ56浬ノ空腸 Peyer'sche Plaque。

濾胞ハ非常ニ大キク腫脹シ、ソノ上ヲ覆フ粘膜ハ處々缺如ス。濾胞間質モヨク發達シ、コトニ濾胞下結締組織肥厚シ、固有筋モ肥大ス。

濾胞外壁乳嘴ハ突起狀ヲナサズシテ、甚シク肥厚セル粘膜下組織内ヘ濾胞ノ浸潤セルガ如キ狀ヲナス。濾胞附近ハ細胞浸潤甚シク、血管モ多シ。

濾胞ヨリ少シ離レタ部ニ粘膜ヲ缺如セル瘢痕アリ。コノ部ハ粘膜筋散在性トナリ、全ク消失セル部モアリ。

粘膜下結締組織モ多ク、細胞浸潤及ビ血管モ多シ。粘膜肥厚及固有筋ノ變化ハ濾胞ノ一側ハ甚シク、一側ハ少ナシ。

Nr. 113。手術後21日。幽門輪ヨリ14浬ノ部ノ Peyer'sche Plaque。

正常ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque ト相違ナシ。唯僅ニ粘膜下組織内ノ血管少ナク、血管壁ノ肥厚セルモノアルノミ。

Nr. 153。手術後34日。吻合部ヨリ20浬ノ部ノ空腸 Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ甚ダ薄キ部アリ、粘膜間質ハ圓形細胞浸潤多シ。濾胞ハ非常ニ腫脹シ、ソノ大ナルモノノ中心部ハ細胞鬆組トナル。

外壁乳嘴狀突起ハ非常ニ肥厚シ、乳嘴狀ヲナサズ、ソノ附近ノ粘膜下組織ト共ニ肥厚ス。濾胞間ノ結締組織ハ少ナキモ、ソノ基部ニハヨク發達ヘ。

濾胞外壁結締組織中ニハ細胞浸潤甚シク、血管ハ少ナシ、管壁肥厚セルモノアリ。新生血管ヲ認

メズ。

固有筋層ハ濾胞下ニテハ薄シ。(第八圖参照)

同。吻合部ヨリ40樞ノ部ニアル Peyer'sche Plaque。

濾胞上ノ腺腔擴大シ、直接腸腔ニ通ズルモノアリ。濾胞ノ腫脹甚シカラズ。粘膜及ビ粘膜下組織内ニ細胞浸潤少ナク、濾胞外壁乳嘴狀突起ハ長ク突出シ、兩側ノ差ハ僅ナリ、肥厚セル側ノ濾胞ハ他側ニ比シテ腫脹ス。濾胞ハ細長キ外壁ニテハ基部ニ、又肥厚セルモノニテハ突出セル尖端部ヘ浸潤ス概シテ20樞ノ部ノモノト比較シテ濾胞腫脹ハ少ナク細胞浸潤及ビ結締組織ハ少ナシ。(第七圖参照)

同。幽門輪ヨリ10樞ノ部ニアル十二指腸 Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ薄シ、濾胞ハ少シク腫脹セルモ、互ノ境界明瞭ナリ。

濾胞外壁ハ僅ニ差アリ。結締組織ハ發達セルモ前者ニ比スレバ結締組織肥厚ハ遙ニ少ク、細胞浸潤モ少ナク、又血管モ少シ。

Nr. 159. 手術後45日。吻合部ヨリ1樞ノ空腸 Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ薄ク、或ハ全ク缺如セル部アリ。細胞ハ腫脹シ、外壁乳嘴狀突起ハ短ク、突出セズ。

兩側外壁上ノ粘膜ハ一方ハ高く、一方ハ低シ、低キ方ハ濾胞上ニ到ルト漸次薄層トナリ、ツイニ上皮細胞迄缺クニ到ル。兩側トモ粘膜間質ノ細胞浸潤多シ。濾胞間境界ハ不明ナリ、粘膜下組織ハ兩側トモヨク發達シ、結締組織多ク、血管モ多シ濾胞下ハ少ナシ。固有筋層ハ濾胞下ニテ斷續シ、結締組織ニテ補充サル部アリ。

Nr. 30. 手術後47日。幽門輪ヨリ30樞ノ部ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque。

濾胞上粘膜ハ他部ヨリ僅ニ薄シ。濾胞ノ腫脹甚シカラズ。

濾胞外壁乳嘴狀突起ハ細長ク突出ス、一方ハ他方ヨリモ僅ニ肥厚シ、短シ。

粘膜下結締組織ハ鬆粗ニシテ、乳嘴狀突起ノ短小ナル側ハ肥厚ス。細胞浸潤ハ濾胞外壁ニ僅ニアルモ、血管ハ一般ニ少ナク管壁肥厚セルモノアリ。

Nr. 128. 手術後67日。幽門輪ヨリ10.5樞ノ部ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque。

粘膜層ハ濾胞上ト雖モ薄カラズ、只腺腔ノ擴大セルモノ多キノミ。濾胞ノ腫脹アルモ甚シカラズ境界ハ明ナリ。濾胞外壁乳嘴狀突起ハ一方ハ高く、肥厚シ、他方ハ低ク、殆ド突起狀ヲナサズ後側ノ粘膜下結締組織ハ非常ニ肥厚ス、而シテ濾胞腫脹及腺腔ノ擴大モコノ側ニ多シ。

粘膜間質及ビ粘膜下組織内ニハ淋巴細胞、纖維素細胞、赤血球浸潤甚シ、充血セル血管モ多シ、コトニ乳嘴狀突起部ニ多シ。

固有筋層ハ濾胞下ニテハ他部ヨリモ薄シ。

Nr. 147. 手術後87日。幽門部ヨリ11樞ノ部ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上モ他部ト變リナシ、只Lieberkuhn氏腺ガ深く、濾胞上ニ擴大セル腺腔ニ通ズルノミ。

腺間質ニテハ濾胞外壁上ノミニ小圓形細胞浸潤アリ。

濾胞外壁乳嘴狀突起ハ兩側ノ差少ナク、何レモ細長ク突出ス。粘膜下組織ハ肥厚シ、血管少ク管壁ノ肥厚セルモノ多ク、細胞浸潤少ナシ、濾胞ハ腫脹セズ互ノ境界明ナリ。

固有筋ニハ變化ナシ。

Nr. 142. 手術後310日吻合側ヨリ1樞ノ部ニアル十二指腸ノ Peyer'sche Plaque。

濾胞上ノ粘膜モ他部ト異狀ナシ、腺間質ニハ細胞浸潤多ク、血管多シ。

濾胞ハ腫脹セズ境界互ニ明ナリ。濾胞外壁ハ乳嘴狀突起ヲナシ、特別ノ肥厚短縮ハナク、血管及ビ結締組織多ク、細胞浸潤ナシ。

濾胞下ハ結締組織及固有筋層ハ薄シ。

同。吻合部ヨリ30樞ノ部ノ Peyer'sche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ薄ク、大ナル溝ニヨリ濾胞上ニ到リ、僅ニ1層ノ上皮細胞ニテ濾胞ト腸管腔ト境セル部アリ。コノ部ノ濾胞ハ腫脹シ、濾胞外壁モ他側ヨリ肥厚シ短ク、血管多シ。

濾胞下結締組織及ビ固有筋ハ薄シ。

本項ノ所見總括。

以上9例ノ幽門曠置術並ニ胃腸吻合ヲ行ヘルモノニツキ、7個ノ十二指腸 Peyer'sche Plaque。ト7個ノ吻合部以下ノ Peyer'sche Plaqueニツキ検査

セシ結果ヲ總括スレバ次ノ如シ。ソノ生存日數ノ如何ニ拘ラズ、總テ吻合部ニ近キ空腸 Peyersche Plaque ニテハ濾胞ノ腫脹アリ、吻合部ヨリ遠キモノハ近キモノヨリモ腫脹少ナシ。又十二指腸 Peyersche Plaque ニテハ腫脹セルモノハ Nr. 128 ノミニシテ、他ニハナシ。Nr. 142 ニ於テハ吻合部ヨリ 1 種ノ濾胞ト雖モ腫脹セズ。總テ濾胞ノ腫脹セル狀ヲ見ルニ、濾胞上ノ粘膜ハ一般ニ薄ク、甚シキハ Nr. 159 ノ如ク全ク缺如セルモノアリ。

腸管腔トノ間ハ濾胞上ヲ覆フ層ノ上皮層ニテ境サレ、深キ Lieberkühn 氏腺ニテ近ズルモノ、或ハ上皮層ナクシテ直接ニ通ズルモノアリ。濾胞

外壁ノ乳嘴狀突起ハ短ク肥厚シ兩側ノ高低ニ差アリ、短キ方ニテハ濾胞細胞ハソノ上半分ニ、高キ方ニテハソノ下半分ニ浸潤セリ。血管ハコノ外壁ニ多く、生存日數淺キモノニテハ充血シ、管壁ノ肥厚ナキモ、生存日數長キモノニテハ管壁ノ肥厚セリ。濾胞兩側ノ粘膜下結締組織ハ肥厚シ、小圓形細胞ノ浸潤アリ、血管モ多シ。濾胞下ハ一般ニ薄シ、只 Nr. 153 ノミハ肥厚ス。

固有筋層ハ生存日數少ナキモノハ變化少ナキモ長キモノハ薄ク、時トシテハ Nr. 153 ノ如ク細胞浸潤アリ、鬆粗ニナリ結締組織ニテ中斷サレタルモノアリ。

第五項 幽門曠置術及ビ胃空腸端側吻合術 Braun 氏腸腸吻合術及ビ空腸切斷 術ヲ行ヘルモノノ空腸及ビ十二指 腸 Peyersche Plaque

Nr. 163. 手術後18日。幽門輪ヨリ12種ノ部ノ Peyersche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニモ異狀ナシ、濾胞ハ少シク腫脹シ、外壁ハ乳嘴狀ニ細長ク突出シテ高ク、コノ部ノ結締組織及粘膜下組織ニハ特別ノ異狀ハナシ。ソノ他濾胞下結締組織ハ狭小ナルモ、固有筋層ハ濾胞下モ同ジク變化ナシ。

Nr. 157. 手術後20日。幽門輪ヨリ17種ノ部ニアラニ十二指腸 Peyersche Plaque。

濾胞上ノ粘膜ハ他部ヨリモ僅ニ薄シ。濾胞ハ僅ニ腫脹シ、濾胞外壁ハ乳嘴狀ニ細長ク突出シ、細胞浸潤ナク、粘膜下組織ノ肥厚モナシ。固有筋層ニモ變化ヲ認メズ。

Nr. 166. 手術後25日。吻合部ヨリ11種ノ部ノ空腸 Peyersche Plaque。

濾胞上ノ粘膜ハ他ト同高ナルモ、固有腺層ハ少ナク、一部濾胞ニ通ズル深キ溝アリ。

濾胞外壁ハ非常ニ肥厚シ、短キ乳嘴狀ヲナス、一方ハ低ク肥厚モ甚シ。濾胞ハ腫脹シ、ソノ高キ外壁側ハ内側ノ基部ヘ、低キ外壁ハ内側頭部ヘ浸潤ス。乳嘴狀部ニハ血管多キモ、周圍ニ結締組織及ビ細胞浸潤アリ。

粘膜下組織ノ肥厚甚シ、但シ濾胞下ハ薄シ。

固有筋層ニハ異狀ナシ。

同。吻合部ヨリ 33 種ノ部ノ空腸 Peyersche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニモ異狀ナシ。濾胞ノ腫脹アルモ前者ニ比シテ少ナク、濾胞外壁ハ細長キ乳嘴狀ヲナス。

粘膜下組織ハ肥厚セズ。血管多ク赤血球ヲ入ル管壁ノ肥厚及ビ細胞浸潤ナシ。

Nr. 155. 手術後38日。吻合部ヨリ7種ノ部ノ空腸 Peyersche Plaque。

粘膜ハ濾胞上ニテハ腺細胞ノ壞レタル部アリ。濾胞ハ非常ニ腫脹シ、ソノ上ノ粘膜ナク、全ク腸管腔ヘ露出セル部アリ。濾胞外壁ハ兩側トモ甚シク肥厚シ、一方ハ全ク乳嘴狀ヲナサズ、濾胞浸潤モ甚シ、濾胞中央部ニハ細胞崩壞セルモノアリ。

粘膜下結締組織ハ非常ニ鞏固ニシテ肥厚ス。血管ハ少ナク、コトニ外壁部ノ短小ナル側ニハ少ナク管壁ハ肥厚シ、細胞ノ浸潤アリ濾胞下ハ薄シ。

固有筋層ハ濾胞外壁ノ高キ側ニテ甚ダ肥厚シ、其肥厚ハ濾胞下ノ中央部ニ迄及ブ(第九圖参照)本項ノ所見總括。

以上 4 例ノ幽門曠置術及胃空腸吻合術並ビニ Braun 氏腸々吻合術及ビ空腸切斷術ヲ行ヘルモノ

ニツキ 2個ノ十二指腸 Peyersche Plaque ト3個ノ
 空腸 Peyersche Plaque トヲ検査セシ結果ヲ總括
 スレバ次ノ如シ。十二指腸 Peyersche Plaque ニ
 テハ僅ニ濾胞ノ腫脹アル外、外壁乳嘴狀突起ニモ
 變化ナク、正常ト大差ナシ。

然シ他ノ3個ノ空腸 Peyersche Plaque ニテハ何
 レモ甚シク濾胞ノ腫脹アリ、但シ Nr. 166 ノ中吻
 合部ヨリ33mm ノモノハ腫脹甚シカラズ。腫脹セル
 濾胞上ノ粘膜ハ1例ニテハ變化少ナキモ、Nr. 155
 ニテハ一部崩壊セル部アリ。淋巴濾胞ハ非常ニ腫

脹シ、濾胞中心部ハ鬆粗トナレル部存ス。濾胞外
 壁ハ兩側トモ肥厚シ、コトニ一方ハ甚シクシテ低
 シ。濾胞ハ高キ側ニテハソノ基部ヘ、低キ側ニテ
 ハソノ上端ヘ浸潤ス。

コノ外壁結締組織ハ肥厚シ、コレニ連ナル粘膜
 下結締組織モ肥厚ス。血管ハ多カラズ、管壁ノ肥
 厚セルモノ、細胞ノ浸潤アルモノアリ。固有筋層
 ハ Nr. 166 ニテハ變化少ナキモ、Nr. 155 ニテハ
 濾胞外側ニテ肥厚シ、コトニ外壁高キ側ニテハ甚
 シク肥大シテ濾胞下ニ及ブ。

第三節 本章ノ總括及ビ考察

以上種々ナル手術ニヨリ得タル十二指腸及ビ吻合部以下ノ空腸 Peyersche Plaque ノ
 顯微鏡の所見ヲ考察スルニ先ヅ吻合術ノミ行ヘルモノニテハ十二指腸 Peyersche Plaque
 ノ腫脹ハ1週間以内ノモノノ例ニ於テノミ之レヲ認ム。コレ吻合ニヨリテ起ル1時的ノ現象
 象ニシテ單ニ1過性ノ原因ニヨリテノミクルモノナリ。

吻合ニヨリテ起リ得ル胃及十二指腸ノ變化ニ就テハ次ノ如キ諸項ヲ考ヘラレ得。即チ
 1. 胃及十二指腸ノ運動ノ變化。2. 胃及十二指腸ノ分泌ノ變化。3. 1 及 2 ニヨリ起ル續
 發現象、即チ不消化物ノ胃内停滯及ビ細菌ノ作用ナリ。第一項ニツキテハ Bode, Katzen-
 stein 等ハ胃運動ハ正常ト大シタル相違ナキ事ヲ實驗的ニ證シ又 Kelling ハ臨床例ニテ
 胃運動ハ亢進スルモノト低下スルモノトアルガ、正常ト變リナキモノハ半数アルト報告
 セリ。反對ニ亢進ヲ述ベテ居ル人ハ稀ナリ。即チ胃運動ハ單ナル吻合ニテハ變化ナキモノ
 ト思ハル。第二項ニツキテハ Bode ハ無酸症力正常下酸度トナルト言ヒ。Katzenstein ハ
 酸度及「ペプシン」消化能力ハ甚シク低下スト稱ヘ、Enderlen, Freudenberg u. Redwitz ノ
 實驗ニテハ總酸度及ビ遊離鹽酸度ハ減ズル事ヲ示シ余ノ實驗ニテモ亦手術後ハ甚シク酸度
 減少シ、2 週間後ニ到リ漸ク正常ニ戻ルモ、ペプシン消化能力ノ如キハ尙依然トシテ低下
 セルヲ示セリ。故ニ此ノ場合 Peyersche Plaque ノ腫脹ハ少クトモ鹽酸「ペプシン」等ノ作
 用ニアラザル事明ナリ。更ニ第三項ニツキテ見ルニ、胃液分泌不十分ノ爲メニ必然的起ル
 モノハ消化不良ナリ。コノ消化不良產物ガ十二指腸ニ來リ、十二指腸粘膜ヲ機械的ニ刺激
 スル事ハ考ヘ得ル。然シ斯クノ如キ現象ハ、慢性ヲ誘因セズシテ唯一時的ノモノナル事明
 スリ。又 Dahl 氏ハ分泌異狀ニテ胃酸度低下ノ際ニハ胃内及腸内ニ細菌發生シ易ク、コト
 ニ癌ノ手術後ノ胃内ニハ細菌 Fluor ガ特ニ多キコトヲ述ベテ居ル。尙 Loehr 氏ハ胃手術
 前後ニ於ケル菌發生ノ狀ヲ實驗的ニ研究シ、手術後ニ甚シク細菌發生ヲ見ル事ヲ證シタリ。
 故ニ Peyersche Plaque ノ腫脹ハコノ細菌發生ノ爲メニ起リ得ルモノトモ考ヘラレルガ、
 此腫脹現象ガ7日以上ヲ經過セルモノニテハ全ク正常ニ復セルヲ見、又吻合口ノ損傷ノ

治癒セルコト及ビ吻合部以下ノ Peyersche Plaque ノ腫脹ヲ共ハザルコトヲ見ル時ハ細菌發生ニ因ルモノトモ考ヘラレズ、即チ單ナル吻合術後ニ於ケル Peyersche Plaque ノ腫脹ハ一時的ノモノニテ恐ラクハ消化不良食物ニヨル機械的刺戟ニヨルモノト考ヘラル。

之レニ反シテ神經切斷ノモノニツキテ見ル時ハ、迷走神經ヲ切斷セラルモノニテハ總テ濾胞腫脹ナク、内臟神經節切除セルモノニテハ毎常十二指腸 Peyersche Plaque ノ腫脹アリ。コレ Pawlow 氏一派ノ稱フル如ク迷走神經ハ胃運動並ニ分泌ヲ亢進セシムルモノニシテ、コレヲ切斷スル時ハ胃液分泌ガ少ナクナルト同時ニ運動モ抑制セラレ、内臟神經ハコレノ Antagonist トシテ作用スル故ニ内臟神經節切除ノ時ハ胃運動亢進シ分泌ヲ増加セシムルモノト考ヘラル。故ニ内臟神經節切除後ニ起レル Peyersche Plaque ノ腫脹ガ幽門部ニ近キモノ程甚シク、又長時日ヲ經過セシモノ程甚シ。コレ胃酸度上昇ノ爲メニ Peyersche Plaque ガ常ニ刺戟サレテ強ク犯サレル結果ト考ヘラル。コノ考ヘラ強調セシムルモノハ第四項及ビ第五項ノ例ナリ、即チ直接胃液ニ露出セザル十二指腸 Peyersche Plaque ニ腫脹ナク、吻合部ニ近キ Peyersche Plaque ニ腫脹アル事ナリ。而シテコノ場合ニ於テモ Nr. 142 ノ如ク吻合部ガ十二指腸ノ十二指腸乳嘴ノ對岸ニ存スルモノニテハ同時ニ十二指腸液ニテ中和サレ、胃酸ニ犯サレル事少ナキ故ニ濾胞腫脹ハ認めラレズ。即チカクノ如キ事實ハ食物ノ機械的作用又ハ細菌ノ作用ニアラズシテ、胃酸ノ爲メナル事ヲ明ニ證明スルモノナリ。吾人ガ吻合部ノ附近ニ於テ瘢痕及小「エロヂオン」ノ治癒セル痕跡等ガ甚ダ多數ニ存在スルヲ見ルトキハ Chiari 等ノ述ベシ如ク粘膜炎ニ於ケル損傷、コトニ吻合部ノ損傷ハ如何ニ良ク治癒シ易キカラ語ルモノナリ。然ルニ獨リ濾胞ノ變化ノミガ容易ニ治セズ、却ツテ手術後生存日數ノ長キ程變化ノ甚シキ事實ト、潰瘍ガ長日月ニ亘リ甚シク慢性的ノ組織學的變化ヲ示セル事ヲ想記セバ、潰瘍ト濾胞トノ相互關係ガ甚ダ深キモノナル事ヲ思ハシム。Peyersche Plaque ノ變化ヲ見ルニ、濾胞ノ腫脹ハ勿論ソノ上ヲ覆フ粘膜ハ他部ニ比シテ薄ク、所々 Lieberkühn 氏ノ溝ニテ腸管腔ト通ジ單ニ濾胞上ヲ覆フ一層ノ上皮ヲ以テ境セリ。更ニ甚シキモノニ至リテハ直接腸管腔ニ露出ス、更ニ一層甚シキモノニテハ粘膜ノ一部ヲ缺ケルモノアリ。尙又ソノ兩側濾胞外壁ヲ見ルニ、一方ハ高ク肥厚セル乳嘴狀ヲナシ、他方ハ肥厚シテ低クナリ殆ド乳嘴狀ヲナサズ。濾胞ハ高キ側ニテハソノ基部ヘ浸潤シ、低キ側ニテハソノ上端部ヲ犯ス。ソノ濾胞ヲ取り出シタル外壁ノ輪廓ハ一方ハ急峻ニ陥没シ、一方ハ緩徐ニ基底ヨリソノ外壁ニ移行ス。コレハ Chiari 及 Kalima, Relwitz 等ガ述ベシ胃及空腸潰瘍ノ定型的形ニヨク一致ス。乳嘴狀部ニテハ小圓形細胞ハ他部ヨリモ多ク、粘膜下組織ハ肥厚シ、血管ハ手術後日淺キモノニテハ擴大充血シ管壁肥厚ナキモ、手術後長日月ヲ經過セシモノニテ、濾胞變化ノ甚シキモノニテハ結締組織モ鞏固トナリ、管壁肥厚シ、血管周圍ニ細胞浸潤アリ。コノ結締組織ノ肥厚ハ濾胞

ヲ遠ザカルニ從ヒ少ナクナル。濾胞下ハ一般ニ狹小ニシテ鬆粗ノモノナルモ、變化ノ甚シキモノニテハコノ部ニ於テモ肥厚ス。固有筋層ノ變化ノ甚シキモノハ濾胞外壁部ニ到リテ益々肥厚シ、ソノ下ニ於テモ亦肥厚シ、ソノ上部ニテ細胞浸潤ス。尙筋層ノ一部結締組織トナレル部アリ。斯クノ如キハ濾胞外壁ノ結締組織ノ肥厚及ビ固有筋層ノ變化ハ潰瘍ノ周圍結締組織ガ肥厚シ固有筋層ガ潰瘍周圍ニテ肥大鬆粗トナレル事ト全ク相似ノモノナリ。

第五章 總括及ビ考察

以上得タル結果ヲ見ルニ、術後消化性空腸潰瘍ハ大體ニ於テ臨床例ヨリ得タル潰瘍ト實驗的ニ犬ヨリ得タル潰瘍トノ間ニ大差ナシ。故ニ今此等ヲ一括シテソノ肉眼の所見ヨリ 1) 潰瘍ノ位置。2) 潰瘍ノ形。次ニ顯微鏡所見ヨリ 3) 潰瘍周圍ノ變化。4) 潰瘍層ノ變化ヲ論ゼン。

肉眼の所見ヨリ 1) 潰瘍ノ位置ニ關シテハ常ニ吻合口附近ニアリ、大部ハ空腸輸出脚ニアリテ輸入脚ニアルモノハ唯2個ノミ。總テ空腸潰瘍ニシテ胃空腸潰瘍ハナシ。之レV. Haberer Goedseels, Van Roojen, Birgfeld, Chiari ノ臨床的ニ得タルモノト一致スル處ナリ。v. Haberer, Chiari ハ潰瘍ノ大部ハ腸間膜附着線上ニアル事ヲ報ゼルモ、余ノ例ニテハ唯2例ハ腸間膜附着線上ニアリシノミニテ、大部ハコレ以外ニアリ。Chiari ハ腸間膜附着線上ニ生ジタル潰瘍ハ血管ノ損傷ヲ與フル故ニ潰瘍ニ慢性ヲ附與スルモノナリト述ブ。此說ニハ賛成シ難シ尙コノ事ハ後ニ詳述セン。

2) 次ニ潰瘍ノ形ニ就テ述ベシニ潰瘍邊緣ガ基底ニ移行スル狀ハ吻合口ニ近キ側ニテハ急峻ニ陥没シ、遠キ側ニテハ緩徐ナル角度ヲナシテ移行ス。是ハ Chiari, Denk 等ノ述ベシ所ト一致ス。Chiari ハ食物通過ノ際ノ機械的作用ニヨルモノナラント述ブ。Aschoff und Stromeyer ハ胃潰瘍ニ於テ噴門邊緣ガ懸垂シ幽門邊緣ガ平坦トナレルハ、食物ガ小彎ノ粘膜ヲ通過スルトキハ其ノ遠部ニアル粘膜部ハ常ニ壓力ニ從テ凹ム、故ニ小ナル淺在性潰瘍ガ存スルトキハ食物ハ其ノ近縁ヲ飛越スルモ遠縁ヲハ強ク摩擦スル故ニ近縁ニ食物ノ一部停滯スルモ他ノ總テノ部分ニテハ洗去サル。コノ停滯セル消化液ガ邊緣ノ缺損ヲ増大シ前記形態ヲ附與スルモノナリト說ケリ。又胃潰瘍ニ就テ潰瘍成因ノ血管說ヲ稱フル Hauser ハ胃壁血管分布狀態ニヨリテ斯クノ如キ潰瘍形ヲナスト述ブ。

然シ以上ノ諸家ハ始メヨリ潰瘍ノ存在ヲ前提トシテ機械的作用ト消化作用ニテ斯クノ如キ形狀ヲナスト述ベシモ余ハ最初ノ陥没部アリ此處ニ消化液滯溜シソノ肛門側ハ腸蠕動運動ニヨリ消化液ヲ流出シ、吻合側ノミガ胃液ノ化學的刺戟ニヨリ反應的ニ炎症ヲ起スモノニシテ胃液ノ化學的刺戟ガ主ニシテ、機械的作用ニヨリテ一部化學作用ヲ防グ故ニ斯クノ如キ形ヲナスモノト考フ。而シテ潰瘍ノ形ハ主トシテ腸長軸ニ平行ナル長經ヲ有スル卵圓形又ハ紡錘形ヲナス、只人間例ニ於テハ三角形ヲナシ、經過長キモノニテハ圓形ヲナス事

アルモ、ソノ初期ト思ハルル日數ノ比較的短キモノニテハ紡錘形ヲナス。之初メ紡錘形ヲナセル凹ガ空腸粘膜ニアリ、コレガ漸次潰瘍トナレル事ヲ想像セシム。即チ先ニ述ベシ十二指腸及空腸ノ Peyer'sche Plaque ラ聯想セバ兩者ノ關係益々明ナラン。

顯微鏡所見ノ綜括的考察。

潰瘍周圍ノ變化。潰瘍周圍ノ粘膜ハ潰瘍邊緣上ニ到ルニ從ヒ漸次薄層トナリ、終ニ1層ノ上皮層トナル。而シテ吻合側ハ潰瘍邊緣上ヲ帽狀ニ覆ヒテ腺上皮ノ再生ヲ見ルコト多キモ、肛門側ハ邊緣ヨリ漸次ニ移行シ腺上皮崩壞セルコト多シ。又兩側共腺腔擴大セルモノ及ビ杯狀細胞多ク、人間ノ例ニテハ腺上皮退行性變化ノアル部ニハ Paneth 氏細胞多シ。粘膜間質ニハ小圓形細胞浸潤アリ、殊ニ粘膜ノ基部ニ多ク潰瘍邊緣ニ近ヅクニ從ヒ多シ。肛門側ニテハ邊緣ノ腺細胞ニモ小圓形細胞浸潤アリ。此外小血管多ク、赤血球モ多ク、亦「エオジン」嗜好白血球アリ、尙特ニ周圍ニ小圓形細胞浸潤ノ甚シキ粘膜「エロジオン」ノ小ナルモノ有ル事アリ。即チ以上ノ所見ハ明ニ粘膜ニ慢性炎症ノアル事ヲ語ルモノナリ。

次ニ粘膜筋ハ潰瘍邊緣ニテハ纖維狀トナリテ消失スル外、所々ニ結締組織ニテ斷續サレ、或ハ小圓形細胞浸潤アリ。Kalima, Chiari ハコレヲ癰痕ナリト稱ス。

粘膜下結締組織ハ潰瘍ノ兩邊緣ニテハ最モ甚シク肥厚シテ乳嘴狀ヲ呈シ、之レヲ遠ザカルニ從ヒ肥厚減少ス。

Chiari ハ潰瘍附近ニテハ Kerkring 氏皺襞ハ次第ニ低クナル事ヲ報ゼリ。余ノ例ニテモ低クナレリ、之ハ皺襞間ノ粘膜下結締組織ノ肥厚及ビ收縮ニヨルナラン。

Heidbreder ハ吻合口ヨリ Braun 氏吻合部迄ハ粘膜下結締組織ノ肥厚甚シキ事ヲ報ゼルモ、余ノ例ニテハ潰瘍附近ヲ離レタル部ニテハ甚シキ肥厚ヲ認メズ。

粘膜下結締組織間ニハ小圓形細胞浸潤アリ。コノ浸潤ハ潰瘍邊緣附近ニテハ甚シク、コレヲ遠ザカルニ從ヒ少クナル。血管ニハ新生血管アリ、殊ニ潰瘍周圍ニ多シ。而シテ潰瘍生成後日尙淺キモノニテハ血管擴大シ、血液充滿スルモ、古キ結締組織ノ鞏固ナルモノニテハ管壁肥厚シ、周圍ニ小圓形細胞浸潤アリ。

總テ粘膜組織及ビ粘膜下組織ハ明ニ慢性炎症ノ所見ナリ。斯クノ如キ變化ハ潰瘍ガ生ゼシ爲メニ起リシ第二次の炎症ナルヤ、果タ又第一次のモノニシテ之レヨリ第二次の潰瘍ガ生ズルモノナルヤ。

即チ v. Redwitz, Nicolaysen ハ第二次の炎症ナリト稱フ。胃潰瘍ニ就テ慢性胃炎ガ第一次のニ來タリ第二次のニ潰瘍ガ生ズルモノナリト主張スルモノニ Konjetzny, Kalima, Schminke, Moskowitz, Orator, Puhl 及ビ Heyrovsky 等アリ、共ニ胃炎ヨリ「エロジオン」ヲ經テ最後ニ胃潰瘍ニナルト稱セリ。Chiari 及ビ Konjetzny ハ術後消化性空腸潰瘍ニ就テ同様ノ說ヲ稱ヘリ。Winkelbauer und Hogenauer ハ空腸潰瘍ニテモ斯

クノ如キ粘膜炎ガ第一次的ニ存在シ、第二次的ニ潰瘍ノ生ズルモノナラントノ考ヘヨリ、犬ニテ胃空腸吻合ヲ行ヒ、吻合部以下ノ空腸ノ顯微鏡的検査ヲ行ヘルニ、毎常吻合部附近ノ空腸粘膜ニ充血アリ、長時日經過セルモノニテハ「エロヂオン」サイ存スル事ヲ發見シ、術後消化性空腸潰瘍ハ空腸粘膜ニ變化ノアル處ニ生ズルモノナル事ヲ斷定セリ。

然シ翻ツテ胃、空腸粘膜ヲ檢スルニ通常癰痕ガ甚ダ多數ニ存在スルモノナルガ、Chiariモ亦吻合部ノ空腸粘膜ニ癰痕多ク存スト稱セル如ク、胃及腸粘膜ノ損傷ハ非常ニ治癒シ易キモノナル事明ナリ。

茲ニ於テ慢性胃炎若クハ空腸炎ガ潰瘍ノ第一次的變化ナリト述ブル諸家ハ「エロヂオン」ヲ慢性潰瘍ニ導クモノハ何ナルヤヲ究メントセリ。

即チ Konjetzny, Puhl ハ Aschoff ノ機械的作用ナル事ヲ主張シ、Neuwerk, Chiari ハ細菌作用。本田氏、v. Redwitz ハ消化不良、細菌作用、化學的及ビ中毒作用ナリト稱ス。Kalima ハ癰痕生成ガ一度粘膜筋ヲ犯ストキハ深く侵入スルモノナリト稱ヘ、Chiari ハ潰瘍ガ腸間膜附着線上ニアルハ此ノ部ノ血管ヲ犯シテ治癒シ難カラシムルニヨルト稱セリ。然シ余ノ例ニ於テ見ルニ、炎症ハ潰瘍周圍ニ甚シク、コレヲ遠ザカルトキハ少クナリ又潰瘍ヲ生ゼザル粘膜ニテモ粘膜炎ハ Peyer'sche Plaque ノ附近ニアルノミニテ他ニ存セザル所ヲ見ルトキハ、v. Redwitz ノ如ク第二次的ニ發生スルモノナル事ヲ考ヘシム。尙 Kalima ノ如キハ粘膜筋ヲ犯シタル癰痕ハ深く侵入スルモノナリト言フモ、余ノ例ニ於テハ屢々粘膜筋ガ結締組織ニテ中斷サレタルヲ見ル。

斯ク論ジ來タルトキハ吻合部附近ニ Chiari 及 Heibredner ノ説ケル如キ粘膜ノ Locus Minoris ガ存セザルモノナリヤトノ疑問ハ當然生ズベキモノナリ。

余ハ吻合口附近ニ於テ偶然ニ Peyer'sche Plaque ガ持チ來タサレタル時ニ始メテ之ガ Locus Minoris トナリ、コレニ胃液ノ化學的作用ガ或ル一定度ニ加ハリテ始メテ潰瘍ヲ形成スルモノナラント考フ。吻合術後ニ毎常潰瘍ヲ生ゼザル事モ亦此ノ説ヲ裏書スルモノナリ。

Hermann Angerer ハ吻合部附近ノ空腸粘膜ニ屢々胃體腺及ビ幽門腺ノ嶋嶼ノ存スル事ヲ述ベ之ガ潰瘍ノ原因ニナルト説ケリ。然シ余ノ例ニテハ潰瘍附近ノ粘膜ニ斯クノ如キ粘膜ノ變化アルモノヲ1例モ見ズ。Kalima ハ胃粘膜内ニテ屢々腸粘膜嶋嶼ノアルハ、コレ兩粘膜ハ互ニ一方ヨリ他方ヘ變化シ易キモノナル爲メニシテ、潰瘍トハ全ク關係ナキモノナル事ヲ説ケリ。

吻合側ノ粘膜細胞、上皮細胞ニハ屢々再生ヲ見ルモ、肛門側ニハ少シ。粘膜下結締組織ハ吻合側ハ反對側ヨリモ肥厚シ、血管壁ノ肥厚モコノ部ニ甚シ。是吻合側ハ反對側ヨリモ炎症ハ古クヨリ存在シ、且ツ Chiari ノ言ノ如ク潰瘍ニハ破壊現象ノミナラズ増殖再生現象

モ存在スル事ヲ證セルモノリ。

固有筋層ハ潰瘍邊緣ニ近ヅクニ從ヒ漸次肥大シテ幅員ヲ増シ、ツイニハ纖維狀トナリ、扇形ニ擴ガリ、潰瘍邊緣ガ基底ニ移行スル部ニテ潰瘍層中ニ融合ス。

斯クノ如キハ Stromeier und Redwitz ガ胃潰瘍ニテ、Chiari ガ術後消化性空腸潰瘍ニテ述ベシ處ト同一ナリ。

余ノ例ニ於テ、潰瘍ノ初期ノモノニシテ未ダ筋層ノ全部犯サレザルモノヲ見ルニ、筋層特ニ環狀筋ハ潰瘍下ニテハ肥大シ、ソノ表層ニハ結締組織増殖及ビ小圓形細胞ノ浸潤リア。之由ツテ見ルニ瘢痕層ガ粘膜ヨリ漸次深部ニ及ビ、次ニ筋層ニ及ブモノナリ、即チ固有筋層ノ變化モ亦第二次的ノ變化ナリ。

潰瘍邊緣及ビ基底ノ變化。

潰瘍層ハ一般ニ Askanazy ガ胃潰瘍ニ就テ述ベシ處ト一致ス。只第2層ノ纖維素樣物質層中ニ多數ノ崩壞核ヲ含ム事カ異ルノミ。潰瘍邊緣ニテハ滲出性物質層及ビ崩壞核ヲ含ム纖維素樣物質層ハ吻合側ニテハ肛門側ヨリモ薄層ニシテ、第3層肉芽組織ハ厚シ。即チ此處ニテモ吻合側ニテハ治癒的現象ヲ示シ肛門側ニテハ破壊的現象ノ存在ヲ認ム。

潰瘍面ガ邊緣ヨリ基底ニ移行スル狀ハ吻合側ニテハ直角又ハ銳角ヲナスモ、肛門側ニテハ鈍角ヲナス基底ニテハ以上三層ノ外ニ尚瘢痕組織アリ、而シテ肉芽組織ハ屢々嶋嶼的ニ散在ス、瘢痕組織ハ非常ニ厚層ニシテ中央ニテハ數個ノ脂肪組織塊有リ時ニハ大ナル血管アリ、其管壁ノ肥厚及ビ填塞セルモノアリ。

此ノ潰瘍層ノ所見ハ Chiari ガ人間ノ術後消化性空腸潰瘍ニ於テ述ベシ處トヨク一致ス。

Chiari ハ肉芽組織カ纖維素樣壞死ヲナセルコトヲ述べ、又 Askanazy ハ肉芽組織ヨリ瘢痕組織ガ出來次ニ瘢痕組織ヨリ纖維素樣壞死層トナリ、コレガ更ニ肉芽組織ヲ造ルト稱セリ。余ノ例ニテモ Chiari ノ如ク纖維素樣壞死層中ニ甚シク結締組織ノ侵出セルモノアリ。

瘢痕組織中ニアル大ナル血管ノ管壁肥厚又ハ填塞セルハ、恐ラク第二次的ニシテ、結締組織收縮ノ爲メニ起ルモノナラン。此ノ潰瘍周圍ノ粘膜下組織中ノ血管ニ於テ見ル如ク、潰瘍ノ新シキモノニテハ血管ハ寧ロ擴大シ充血セルモ、古キモノニテハ結締組織ガ鞏固ニナレト共ニ血管壁ノ肥厚及ビ細胞浸潤ノ存在セルヲ見ルモ明ナリ。

潰瘍ノ成因ニ關シテ細菌說ヲ稱フルモノアリ、例令ハ胃潰瘍ノ場合ニ於テ Askanazy ハ鷲口病菌、Rosenow ハ嫌氣性連鎖球菌ガ成因ナリト稱へ、又 Chiari ハ術後消化性空腸潰瘍ニ慢性ヲ附與スルモノハ細菌ナリト稱セリ。余ハ犬2例ニ於テ其ノ潰瘍中ニ葡萄狀球菌ノアルヲ發見セリ、然シ之ヲ以テ直チニ潰瘍ノ成因ナリト推定スルモノニ非ズ。何トナ

レバ爾余ノ10例及ビ人間例ニテハ1例モスクノ如キ所見ヲ認メズ。此ノ2例ハ實驗例中生存日數最モ長ク且ツ潰瘍モ最大ナリ。而シテ總テノ例ハ慢性潰瘍ナルガ故ニ、モシ細菌ガ原因ノ又ハ慢性ニ大ナル關係アルモノナランニハ、他ノ例ニ於テモ同様ノ所見ヲ認メザル可カラザル筈ナリ。

之レニ由ツテ是レヲ觀ルニ細菌感染ハ潰瘍ガ大トナリ生活力ノ甚シク減退セル時ニ來タルレモノニシテ第二次ノモノト考ヘルヲ以當ナリト思做ス。

以上ノ所見ノ外ニ特記ス可キハ淋巴濾胞塊ノ事ナリ。即チ犬ノ1例及臨床例ヨリ得タル潰瘍ノ吻合側ニ於テ、粘膜ガ潰瘍ニ移行セントスル部ノ粘膜下組織端ニ、大ナル淋巴濾胞塊ガ存在セルニモ拘ラズ、肛門側邊緣ニハ之レヲ認メズ。又臨床例ノ潰瘍基底ニ於テ、大ナル淋巴濾胞塊ガ存在シ其ノ大部ハ鞏固ナル締結組織ニテ圍繞セラレテ瘢痕組織中ニアリ一部ハ潰瘍面ニ露出シ其表面壞死ス。

胃潰瘍ニ關シテ Dobrowski, Heyrovsky, Kalina 等ハ淋巴濾胞炎ガ潰瘍ノ成因ナリト唱ヘタリ。然ルニ Moskowitz 及ビ Nauwerk ハ潰瘍ニ淋巴濾胞ノ存在スルハ只偶然ニテ決シテ原因的關係ノアルモノニアラズト稱セリ。

然ラバ余ノ實驗例及ビ臨床例ヨリ得タル潰瘍ノ所見ハ果シテ胃潰瘍ニ於テ Kalina, Heyrovsky 等ノ述ベシガ如ク空腸潰瘍ノ成因ニ重大ナル關係アルモノナルヤ或ハ Moskowitz, Nauwerk ノ稱フル如ク偶然的ノ存在物ナルヤ。

余ハ先ニ十二指腸及ビ空腸ノ Peyer'sche Plaque 一ツキ組織學的檢査ヲナセリ、コノ場合ニ於ケル Peyer'sche Plaque ノ變化及ビ其周圍組織ノ變化ハ潰瘍ノ初期ヲ思ハスルニ充分ナルモノアリ。而シテ犬ヨリ得タル潰瘍ニ淋巴濾胞塊ノ存在スルモノハ多クハ潰瘍生成後日尙淺キモノノミナリ。即チ Peyer'sche Plaque ノ表面ノ凹部ニ消化液ガ溜瀦シ、先ヅソノ部ノ粘膜ヲ犯スト同時ニ濾胞上ニ到ル深キ粘膜溝ヲ通ジテ濾胞上ノ上皮層ヲ刺戟ス、次ニ此部ノ上皮層ハ漸次化學的作用ニヨツテ破壊サレ、其下ノ濾胞ヲ刺戟シ、終ニ濾胞炎ヲ起シ來ル。而シテコノ粘膜深キ溝ハ多クハ Peyer'sche Plaque ノ兩側ニ近キ部ニアルガ故ニソノ兩側ノ濾胞外壁近クノ濾胞ガ先ヅ腫脹シ、外壁モ慢性炎症ヲ起シ、締結組織ノ肥厚、細胞浸潤ヲモ供フニ至ル。斯クシテ其慢性炎症ガ甚シクナル時ハ濾胞ノ腫脹益々甚シクナリ、其上層ヲ覆フ粘膜ハ壞死ニ陥リ、濾胞下ノ締結組織肥厚シ、濾胞ハ全ク肥大シ、其細胞鬆粗トナリ、終ニ食物ノ機械的作用等ニヨリテ脱落スルニ至ル。故ニ潰瘍初期ノモノニテハ濾胞塊ガ食物ノ機械的作用ヲ受ケザル吻合側壁ニ Peyer'sche Plaque ノ外域ト全ク相似ノ形態ヲナシテ殘存スルモノナラン。是實驗的ニ得タル例ニ於テ古キ潰瘍程コノ生來ノ形態ヲ保有シ居ラザルノミナラズ、甚ダ古キモノニテハ此濾胞塊スラ認メ得ラレザル所以ナリ。然ルニ臨床例ニテハ濾胞ガ比較的早く鞏固ナル締結組織ニテ圍繞セラル

ルモノト見エテ基底ニ存スル瀰胞塊ガ周圍ニ出來タル鞏固ナル結締組織ニヨツテ圍繞セラレ潰瘍成生後日數ノ比較的長キニモ拘ラズ尙殘存セルヲ認メタリ。

要スルニ術後消化性空腸潰瘍ハ空腸ノ Peyersche Plaque ニ加ハリシ刺激性强キ胃消化液ノ化學的作用ニヨリテ成生セラレタルモノナリト考ヘラル。

結 論

1, 人體ニ生ゼル2例3個ノ術後消化性空腸潰瘍ト實驗的ニ犬ニ生ゼシメタル8例12個ノ術後消化性空腸潰瘍トノ間ニ肉眼的並ビニ組織學的ニ大差ヲ認メズ。

2, 人體例ニテハ3個共、犬ニテハ10個ハ空腸輸出脚ニ生ジ、2 個ハ輸入脚ニ生ゼリ。人間ニテハ1個ハ腸間膜附着線上ニ、他ノ2個ハ腸間膜附着線外ニアリ、犬ニテハ腸間膜附着線上ニアルモノ2個、腸間膜附着線上外ニアルモノ11個ナリ。

3, 潰瘍ノ長軸ガ腸長軸ト平行セルモノ 10個ニシテ紡錘形、卵圓形又ハ三角形ヲナシ、圓形及横ニ細長キモノハ各1個アリ。

4, 潰瘍邊緣ガ基底ニ移行スル狀ハ吻合側ニテハ急峻ニ陥没シ、肛門側ニテハ緩徐ニ移行ス。

5, 潰瘍周圍ノ空腸粘膜ハ慢性粘膜炎ノ症狀ヲ呈ス。周邊ノ粘膜ハ吻合側ニテハ上皮細胞ノ再生ヲ肛門側ニテハ壞死退行性變化ヲ示セリ。

6, 潰瘍周圍ノ粘膜下結締組織ニモ慢性炎症ノ症狀アリ、潰瘍ヲ遠ザカルニ從ヒ此症狀少ナシ。

7, 固有筋組織ハ潰瘍附近ニテハ肥大シ、終ニ纖維狀ニ分カレ、潰瘍邊緣ガ基底ニ移行スル部ニテ潰瘍内ニ融合ス。

8, 潰瘍層ハ Askanazy ノ胃潰瘍ニ於テ述ベシト同ジク四層ニ分チ得。但シ第2層ノ纖維素樣物質層中ニハ核崩壞層ヲ混ズ

9, 人間例ニテハ3個共、實驗例ニテハ1個ニ於テ、吻合側、潰瘍邊緣ニテ粘膜直下ノ粘膜下結締組織ニ於テ大ナル淋巴瀰胞塊ヲ認ム。又人例ニテハ 2個ノ潰瘍ノ基底全層ニ亘レル大ナル淋巴瀰胞塊アリ、ソノ周圍ハ特ニ鞏固ナル結締組織ニテ圍繞サル。

10, v. Eiselsberg 氏幽門擴張術並ニ胃空腸吻合術或ハ加之ニ更ニ Braun 氏腸々吻合術及ビ空腸切斷術ヲ施行スル時ハ空腸ノ Peyersche Plaque ハ腫脹シ組織學的ニ吻合口ニ近キモノ程、手術後ノ經過日數長キ程慢性瀰胞塊ノ變化甚シク潰瘍ヘノ階梯ヲ想像セシムル如キ變化ヲ示ス。

11, 以上ノ所見ニ據ツテ術後消化性空腸潰瘍ハ空腸ノ Peyersche Plaque ニ加ハリシ刺激性强キ胃消化液ノ化學的作用ニヨツテ成生セラルルモノナリト思做ス。

主 要 文 獻

- 1) **Angerer**, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1927, Bd. 201, S. 228. 2) **Askanazy**, Virch. Arch 1921, Bd. 234, S. 111. 3) **Berg**, Zentralbl. f. Chir. 1899, Nr. 8, S. 252. 4) **Bickel**, Bruns' Beitr. z. Klin. Chir. 1908, Bd. 57, S. 56. 5) **Birgfeld**, Archiv f. Klin. Chir. 1925, Bd. 137, S. 568. 6) **Blond**, Archiv f. Klin. Chir. 1927, Bd. 144, S. 245.
- 7) **Boiszeky**, Zentralorg. f. d. ges. Chir 1925, Bd. 34, S. 316. 8) **Eraun**, Zentralbl. f. Chir. 1899, Nr. 27, S. 104. 9) **Eurdenko**, Berliner Klin. Wochenschr. 1909, Nr. 26, S. 1201. 10) **Chiari**, Archiv f. Klin. Chir. 1925, Bd. 134, S. 709. 11) **Dagaew**, Mitt. a. d. Grenzgebiet d. Med. u. Chir. 1913, Bd. 26, S. 76. 12) **Denk**, Arch. f. Klin. Chir. 1921, Bd. 116, S. 1. 13) **Enderler, Freudenberg u. v. Redwitz**, Zeitschr. f. d. ges. exper. Med. 1923, Nr. 32, S. 41. 14) **Enderlen u. v. Redwitz**, Münchn. med. Wochenschr. 1922, Nr. 49, S. 1683. 15) **Exalto**, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1911, Bd. 23, S. 13. 16) **Finsterer**, Arch. f. Klin. Chir. 1922, Bd. 120, S. 111.
- 17) **Flörchen u. Steden**, Arch. f. Klin. Chir. 1926, Bd. 143, S. 173. 18) **Gara**, Arch. f. Klin. Chir. 1922, Bd. 120, S. 270. 19) **Garl Fecstenmacher**, Zentralbl. f. Chir. 1928, Nr. 1. 20) **Goedseel**, Zentralbl. f. Chir. 1923, Nr. 6, S. 201. 21) **Haberer**, Arch. f. Klin. chir. 1922, Bd. 119, S. 712. 22) **Habrere**, Arch. f. Klin. Chir. 1926, Bd. 140, S. 395. 23) **Heidbreder**, Arch. f. Klin. Chir. 1927, Bd. 146, S. 685. 24) **Hohlbaum**, Arch. f. Klin. Chir. 1920, Bd. 113, S. 499. 25) **本田**, 京都府立醫科大學雜誌第一卷第四號 26) **Jianu und Grossmann**, Arch. f. Verdkrh. Bd. 16, S. 153. 27) **Kalima**, Arch. f. Klin. chir. 1924, Bd. 128, S. 20. 28) **Katzenstein**, Arch. f. Klin. Chir. 1913, Bd. 100, S. 939. 29) **Kelling**, Arch. f. g. exp. Med. 1923, Bd. 32, S. 41. 30) **Keppich**, Zentralbl. f. Chir. 1921, Nr. 4, S. 118.
- 31) **Koennecke**, Bruns' Beitr. z. Klin. Chir. 1926, Bd. 135, S. 118. 32) **Koennecke**, Arch. f. Klin. Chir. 1922, Bd. 120, S. 537. 33) **Konjetzny**, Zentralbl. f. Chir. 1923, Nr. 26, S. 1026. 34) **Konjetzny**, Arch. f. Klin. chir. 1924, Bd. 129, S. 139. 35) **Matthes**, Ziegler's Beitr. z. path. Anat. 1893, Bd. 13, S. 309. 36) **宮城**, 東京醫事新誌, 2439-2440 號 (大正14年9月). 37) **百瀨**, 日本外科學會雜誌, 第29回11-12號.
- 38) **Morton**, Annals of Surgery, 1928, Vol. 87, S. 401. 39) **Mcskowicz**, Arch. f. Klin. Chir. 1922, Bd. 122, S. 444. 40) **Müller**, Zentralbl. f. Chir. 1920, Nr. 10, S. 223. 41) **Nauwerk**, Münchn. med. Wochenschr. 1897, Nr. 3536, S. 955. 42) **Nicolayzen**, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1921, Bd. 167. 43) **Papielski**, Zentralbl. f. Phys. 1902, Nr. 16, S. 121. 44) **Popow**, Arch. f. Klin. Chir. 1927, Bd. 144, S. 612. 45) **Fuhl**, Virch. Arch. 1926, Bd. 200, S. 1. 46) **Rechwitz**, Pathogenese des Peptischen Geschwürs des Magens und der oberen Darmabschnitte, Ferdinand Enke in Stuttgart 1928. 47) **Roeejn**, Archiv f. Klin. Chir. 1910, Bd. 91, S. 381. 48) **Rosenow**, Jarn. of Am. Med. Ass. 1913, Vol. 61, S. 1947. 49) **Schmidt**, Arch. f. Klin. Chir. 1923, Bd. 125.
- 50) **Schmirke**, Münchn. med. Wochenschr. 1923, Nr. 52. 51) **Schnr u Plaschkes**, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1915, Bd. 28, S. 795. 52) **Steintahl**, zentralbl. f. Chir. 1920, S. 1293. 53) **Stromeyer**, Ziegler's Beitr. z. Path. Anat. 1912 Bd. 54, s. 1. 54) **Tiegel**, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1904, Bd. 13, s. 897. 55) **Wilkie**, Münchn. med. Wochenschr. 1912, s. 107. 56) **Winkelbauer**, Arch. f. Klin. chir. 1926, Bd. 140, s. 427. 57) **Winkelbauer u. Hogenauer**, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1928, Bd. 41, s. 49. 58) **Winkelbauer u. Starlinger**, Arch. f. Klin. Chir. 1926, Bd. 140, S. 460.

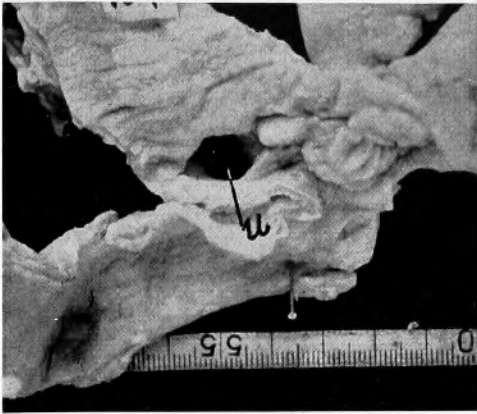
附 圖 說 明

第一圖 Nr. 157. 犬ニ生ゼシメタル穿孔セル空腸潰瘍ヲ示ス。術後20日。幽門曠置術並ニ後胃空腸吻合術 Braun 氏腸々吻合術及ビ空腸切斷術施行。a. 潰瘍

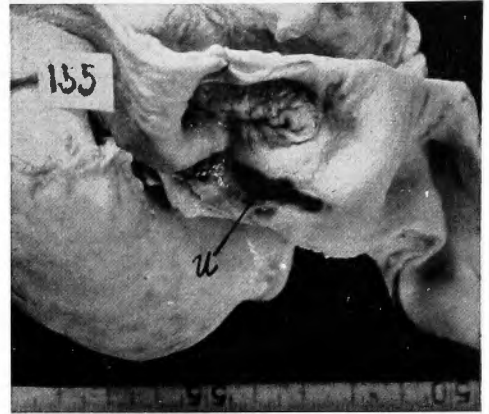
- 第二圖 Nr. 155. 犬=生ゼシメタル空腸潰瘍ヲ示ス。術後38日。幽門曠置術並=後胃空腸吻合術 Braun 氏腸々吻合術及ビ空腸切斷術施行。u, 潰瘍
- 第三圖 Nr. 147. 犬=生ゼシメタル空腸潰瘍ヲ示ス。術後87日。v. Eiselsberg 氏幽門曠置術施行。u, 潰瘍
- 第四圖 藤○又○、幽門曠置術並=後胃空腸吻合術施行後ノ患者=生ジタル空腸潰瘍ヲ示ス。u, 潰瘍
- 第五圖 Nr. 124. 犬ノ十二指腸 Peyersche Plaque ノ腫脹セルモノヲ示ス。術後57日。Hacker 氏胃空腸吻合術施行。F, Peyersche Plaque。
- 第六圖 Nr. 144. 犬ノ空腸 Peyersche Plaque ノ少シク腫脹セルモノヲ示ス。術後7日。幽門曠置術及ビ胃空腸端側吻合術施行。F, Peyersche plaque。
- 第七圖 Nr. 153. 術後34日。幽門曠置術並=後胃空腸吻合術施行。吻合部ヨリ40糎ノ空腸輸出脚ノ Peyersche Plaque ヲ示ス。兩側乳嘴狀突起ノ高キ方ハ吻合側、低キ方ハ吻合反對側ナリ。吻合側ノ乳嘴狀突起=近ク Lieberkuhn 氏溝深ク淋巴濾胞上=到ル。F, 淋巴濾胞。P, 乳嘴狀突起。M, 固有筋層。S, 粘膜。
(擴大、Zeiss. 1×A.A)
- 第八圖 Nh. 153. 吻合部ヨリ20糎空腸輸出脚 Peyersche Plaque ヲ示ス。淋巴濾胞腫脹シ乳嘴狀突起部内=浸潤ス。表面粘膜ノ一部崩壊シ、Lieberkuhn 氏溝ガ濾胞上=テ擴大セルヲ示ス。F, 淋巴濾胞、P, 乳嘴狀突起。S, 粘膜。
(擴大、Reiz 1×2)
- 第九圖 Nr. 155. 術後38日。幽門曠置術並=後胃空腸吻合術施行。吻合部ヨリ7糎ノ空腸輸出脚=於ケル空腸 Peyersche Plaque =テ、濾胞ハ腫脹シ、其ノ上ノ粘膜崩壊シ、一部腸腔=露出ス。乳嘴狀突起肥大ス。F, 淋巴濾胞。P, 乳嘴狀突起。S, 粘膜。(擴大 Reiz 1×2)
- 第一〇圖 Nr. 179. 術後22日。幽門曠置術及ビ胃空腸端側吻合術施行。空腸潰瘍ノ吻合側ノ粘膜瘍境界ヲ示ス。其ノ境界部=大ナル淋巴濾胞塊存ス。F, 淋巴濾胞。G, 潰瘍面。P, 粘膜。P, 乳嘴狀突起。(擴大、Reiz 1×2)
- 第一一圖 Nr. 179. Nr. 179潰瘍ノ吻合反對側ノ粘膜潰瘍移行部ヲ示ス。S, 粘膜。G, 潰瘍面。(擴大、Reiz 1×2)
- 第一二圖 藤○又○、人間ノ潰瘍ノ組織學の所見。粘膜潰瘍移行部ノ淋巴濾胞塊ヲ示ス。F, 淋巴濾胞。S, 粘膜。G, 潰瘍。(擴大 Reiz 1×2)

舟山論文附圖 I

第一圖



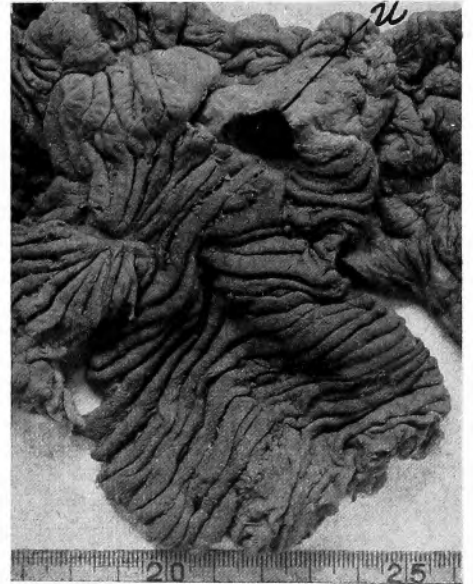
第二圖



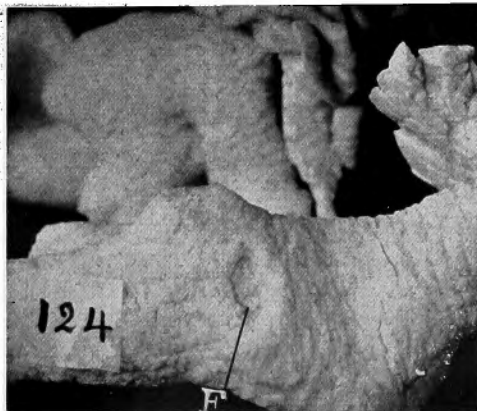
第三圖



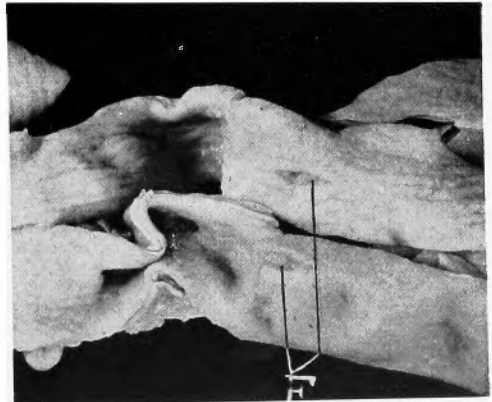
第四圖



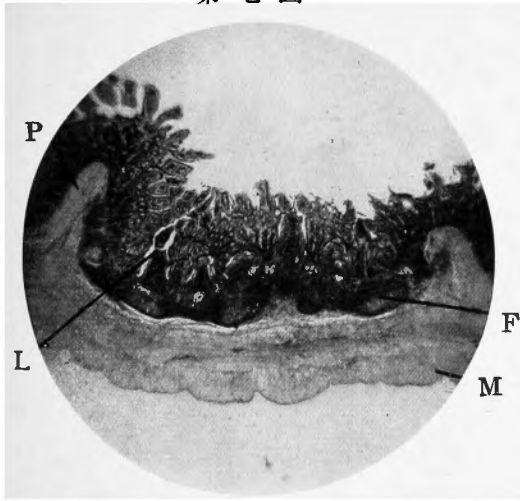
第五圖



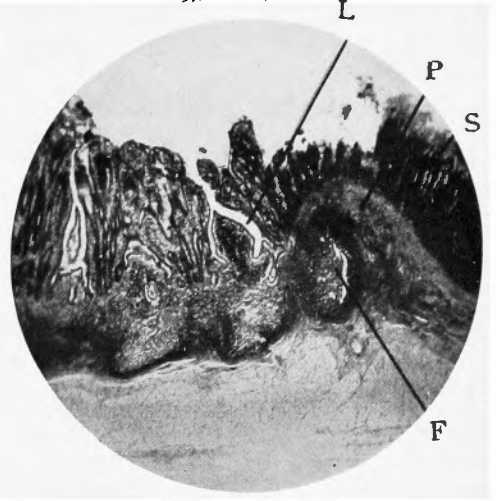
第六圖



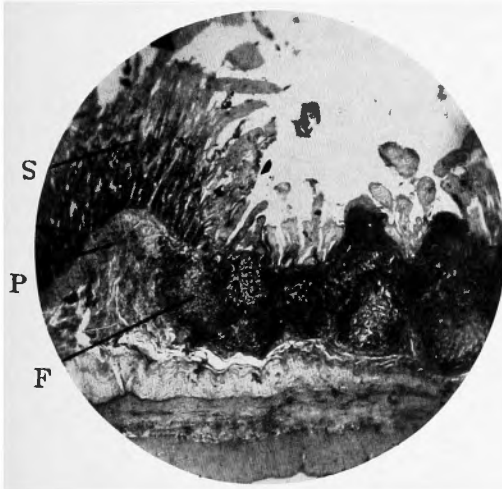
第七圖



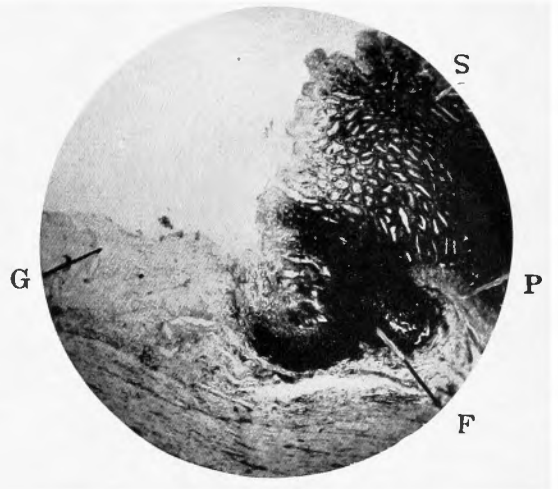
第八圖



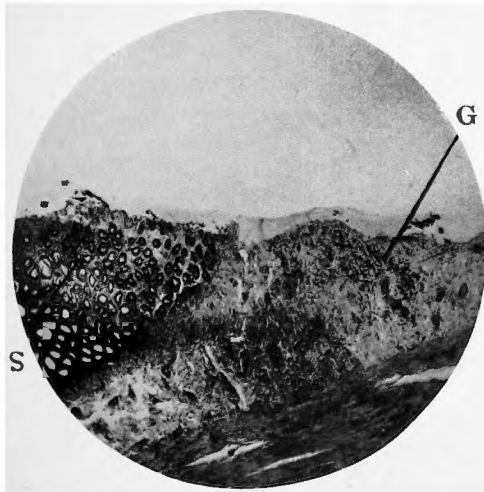
第九圖



第十圖



第十一圖



第十二圖

