

## 胃 迷 入 脾 の 2 例

岡山大学医学部第1内科学教室（主任：小坂淳夫教授）

木	原	彊
辻		宰
広	畑	登

〔昭和40年12月22日受稿〕

## はじめに

近年、胃レ線検査、胃内視鏡検査などの診断技術の進歩に伴い、胃良性腫瘍、とくに、胃ポリープ、胃筋腫、胃迷入脾などの内視鏡像を中心とした報告が次第に数を増して来た。

著者らは、教室における胃内視鏡検査実施症例2430例の症例の中で、胃粘膜下腫瘍と診断し、その内視鏡像から胃迷入脾を疑い、胃切除を実施し、組織学的に迷入脾であることを認めえた2症例を経験したので報告する。

## 症 例

症例1 木○哲○ 32才 男 公社員

主訴 心窩部痛。

家族歴 父が胃癌で死亡。

既往歴 18才で胸膜炎、21才で肺結核に罹患した。

現病歴 2年前より、時々、心窩部痛を訴えることがあつたが、昭和39年12月、胃集団検診の際、間接レ線検査で胃前庭部に陰影欠損を指摘され、昭和40年1月、精査を希望して、当科外来を訪れた。食欲良好。睡眠良好。便通1日1行。

現症 体格中等大、栄養可、脈搏整で緊張良好、血圧116～66 mmHg。瞳孔に異常なく、眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸も認めない。舌は清潔。頸部リンパ腺は大豆大に腫張するが、ウイルヒョー氏腺は触れない。肺肝境界は第6肋骨。心には異常なく、肺では右肺で呼吸音がやや弱である。腹部は平坦で、心窩部に圧痛があるが、筋性防衛、局所抵抗、腫瘤はない。肝、脾及び腎は触知しない。腱反射は正常で、浮腫も認めない。

検査成績 表1に示す。

胃レ線検査所見 食道に異常を認めない。胃壁の緊張は正常で、蠕動運動に異常を認めない。充満像

で前庭部大弯側に境界鮮明な円形の陰影欠損を認め（写真1）、圧迫狙撃撮影を行うと、辺縁の比較的鮮明な円形陰影欠損が周囲の粘膜皺襞と区別され出現した（写真2）。陰影欠損部中央の陰影濃度は均等であるが、辺縁はやや淡く出現し、レ線学的にドーム様の平坦な隆起と判断した。

胃カメラ検査所見、前庭部大弯側に周囲粘膜よりなだらかに隆起する円錐形の示指頭大の腫瘤を認め、腫瘤表面の粘膜は正常で、出血、ピランを認めないが、腫瘤の頂点に小陥凹を認めた。腫瘤に向うBridging foldsを認めた（写真3）。これらの胃カメラ所見から粘膜下腫瘍と診断し、とくに、前庭部にあり、円錐形で、腫瘤の頂点に小陥凹を認める点などから、迷入脾を疑い、胃切除を実施した。

切除胃標本；幽門輪に近い大弯側に1.5×1.3cmの周囲粘膜よりやや隆起した部位があり、表面は正常な粘膜に覆われている。この隆起の中心部に小さい陥凹を認める。この部に一致した粘膜下に、よく動く、比較的硬い腫瘤を触れた（写真4）。

組織所見；筋層に存在する、輸出管及び高分化の脾細葉を伴うHeinrich II型に属する胃迷入脾であり、間質には炎症所見を認めなかつた（写真5）。

症例2 相○登○子 41才 女 商業

主訴 空腹時心窩部痛。

家族歴 父が脳卒中で死亡。

既往歴 36才で胃潰瘍、39才で慢性肝炎、子宮筋腫に罹患した。

現病歴 昭和39年秋頃より、食欲不振が著明となり、同年12月頃より、空腹時の心窩部痛及びびいそを訴えるようになり、昭和40年1月、当科外来を訪れた。食欲減退。睡眠良好。便通2日に1行。

現症 体格小、栄養可、脈搏毎分70で整、緊張良好。血圧110～70 mmHg。瞳孔に異常なく、眼瞼結

表1 検査成績

項目		症例	症例 1	症例 2
尿	ウロビリノーゲン		±	—
	蛋白		—	—
	糖沈	渣	異常なし	異常なし
便	潜血	反応	—	—
	虫卵		—	—
血液	血色素量		80%	82%
	赤血球		462万	497万
	色素係数		0.88	0.83
	白血球		6500	9000
	白血球分類		正常	正常
血沈	1 時間 値 (mm)		1	5
	2 時間 値 (mm)		2	14
肝機能検査	血清ビリルビン 総 (mg/dl)		1.09	0.75
	直接 (mg/dl)		0.52	0.39
	膠質反応		正常	正常
	アルカリ フォスファターゼ		1.3	1.1
	S-GOT		15	28
S-GPT		18	33	
血清蛋白	総蛋白 (g/dl)		6.5	7.6
	A/G		1.02	1.1
胃液 (カフェイン法)	総酸度		32	22
	遊離塩酸		27	12

膜に貧血なく、眼球結膜に黄疸も認めない。舌は厚い白苔に覆われる。頸部リンパ腺の腫張はなく、ウイヒョー氏腺も触れない。肺肝境界は第6肋骨で、心及び肺には異常所見を認めない。腹部は平坦で、心窩部に圧痛を認める以外には、筋性防衛、局所抵抗、腫瘤は認めない。肝、脾及び腎は触れない。腱反射は正常で、浮腫も認めない。

検査成績 表1に示す。

胃レ線検査所見 胃の緊張は低下しているが、胃蠕動運動には異常を認めない。充満像腹臥位及び圧迫撮影では幽門輪に接し、境界の比較的鮮明な楕円形の陰影欠損を認め、陰影欠損の中央部の陰影濃度は均等であるが、辺縁はやや淡くなり長楕円形ドーム様の平坦な隆起と判断した。この部の粘膜皺襞は他の部分と同様正常で、造影剤の排出は良好である(写真6, 写真7)。

胃内視鏡検査所見 V型胃カメラ及び Hirschowitz Gastroduodenalfiberscope を用いて行つた。幽

門輪に接した前壁に、正常な粘膜に覆われた、周囲の粘膜からなだらかに隆起する半球形の腫瘤を認め、腫瘤の中央口側よりに小陥凹が観察された。腫瘤の表面は平坦で、出血、ビラン、変色は認められず、表面粘膜の悪性像を考えさせる所見は認めなかつた(写真8, 写真9)。

レ線所見並びに内視鏡所見より、胃粘膜下腫瘍と診断し、症例1と同様、胃迷入腺を疑い、胃切除を実施した。

切除胃標本;幽門輪に接した前壁大弯側に 2.2×2.2×1.1 cm の楕円形ドーム様の腫瘤を認め、腫瘤の中央口側よりに陥凹を認めたが、表面の粘膜は正常であつた。剖面をみると、粘膜下に腫瘤を認め、その中心部に小囊腫を認めた。又、体部後壁に0.3×0.3 cm の小潰瘍を認めた(写真10)。

組織所見;腫瘤の部分は正常な腺とほぼ同様の構造が認められたが、Laugerhans 島を欠いており、Heinrich II型に属する胃迷入腺であつた(写真11)。体部後壁に良性潰瘍を認めた。(写真12)。

## 考 按

胃迷入腺については Klob<sup>1)</sup>(1859)の記載が最初であり、胃レ線診断学、内視鏡診断学の進歩と共に、多数の症例が報告されるようになった。本邦では桂田<sup>2)</sup>(1897)の記載が始めてであるが、近年に至り、開腹術時に発見された報告や<sup>3)4)</sup>、胃癌と診断し、胃切除を行い、胃迷入腺であつた症例<sup>4)5)</sup>などが次第に増加し、さらに、内視鏡的に胃良性腫瘍と診断し、手術を行い胃迷入腺であつた症例<sup>6)7)8)9)</sup>などの報告が認められるようになった。これらの多くの症例の経験の結果、レ線像と内視鏡像とによつて、術前に正確に胃粘膜下腫瘍と診断し、粘膜下に迷入腺を発見した症例があいついで発表されるようになった<sup>9)~15)</sup>著者らも胃粘膜下腫瘍と診断し、迷入腺の疑いをもち胃切除を行い、胃迷入腺であつた症例を経験したので、その臨床像について検討を加えてみる。

### 発現頻度、年齢及び性別

本邦における昭和33年より昭和36年に至る間における剖検例数42,959例についてみると、胃内迷入臍は女子に1例を認めるのみで、胃癌の3,906例、胃ポリープ127例、平滑筋腫6例、神経鞘腫4例などに比較し稀であるように見える<sup>16)</sup>。しかし、臨床的にその頻度をみると、石塚<sup>3)</sup>は胃切除時に発見された胃迷入臍の15例を報告し、久留<sup>17)</sup>は胃切除例中に1%、吉田<sup>18)</sup>は胃切除例中に1.3%を認めており、最近 Oschner, S. F.<sup>19)</sup>らは80例の胃切除例中3例を発見していることなどからみても決して稀な疾患とは思われない。Palmer, E. D.<sup>20)</sup>は胃迷入臍症例251例の文献的な考察と詳細な綜説を記載しているが、外国においても、胃切除例の約1%に認めている。

年齢、性別についてみると、本邦の報告例は男子に多くみられ、しかも、40才代、50才代の報告が多くを占めている。一方、20才代の報告<sup>7)11)</sup>もあり、症例数が少ないので、その傾向を論ずることは出来ない。Palmer, E. D.<sup>20)</sup>らの110例の報告によれば、36才～40才を中心に正規分布を示し、性別による差は認めていない。

### 臨床症状について

本邦例について検討すると、臨床症状を呈することは比較的稀であるが、上腹部痛、腹部膨満感、食欲不振、悪心、嘔吐などが記載されている。1例<sup>6)</sup>吐血の報告が認められる。

### レ線所見について

従来より、レ線検査にて、胃癌とくに幽門癌を疑い、手術を行い、迷入臍であった症例が多くみられている。これらの症例では、円形の陰影欠損を認めているにもかかわらず、その辺縁及び大弯側、小弯側の辺縁像に関する検討は不十分で、展開不十分とし、胃癌と診断した例であり、立位充満像、圧迫像のみの検討に終っている例が多い。では、レ線的に、胃迷入臍の診断が可能であるかかと考えると、胃粘膜下腫瘍と診断しうるに止まる。著者らのレ線像に認められたように、胃蠕動運動や粘膜皺襞には異常を認めないが、圧迫により、円形又は楕円形の辺縁の比較的柔く、平滑な陰影欠損を認め、辺縁と中心部の陰影の濃度差からドーム様のなだらかな隆起を認め、周辺の粘膜像に異常像を認めなかつた場合には、胃粘膜下腫瘍と診断することが出来る。又、Campbell, R. J. C.<sup>21)</sup>が記載したように、境界鮮明な円形の陰影欠損とその中心に小陥凹を認めた場合、又、Pal-

mer, E. D.<sup>20)</sup>が Lapidasi, M. のレ線像について述べているように、輸出管に造影剤の流入を認めた場合などでは胃迷入臍の診断は可能であるものと考えられる。Palmer, E. D.<sup>20)</sup>によれば、56例のレ線検査例中、9例に輸出管開口部を造影しえたと記載している。本邦では、大図<sup>6)</sup>らが、術後にそのレ線像を反省し、輸出管と考えられるレ線像を記載している。

従つて、レ線的に充満像において、胃蠕動運動に異常を認めず、圧迫により、円形又は楕円形の陰影欠損を認め、その移動性少く、辺縁が、平滑で、辺縁の性状より、柔いドーム様隆起を考えさせ、しかも、周囲の粘膜皺襞像に異常を認めない場合には、胃粘膜下腫瘍と診断しうるし、さらに、隆起の中心部に小陥凹を認めたり、あるいは、輸出管に造影剤の流入を認めたと考えられる線状陰影を認めた場合は期待をもつて迷入臍と診断しうると思われる。

### 内視鏡所見について

日本内視鏡学会に発表された症例についてみると、胃ポリープと診断された例2例、粘膜下腫瘍と診断されたものの9例で、崎田<sup>6)</sup>らの症例についてみても、5例中の術前診断は粘膜下腫瘍としたもの3例、胃ポリープとしたもの2例であつた。これらの症例についてみると、いずれも胃粘膜下腫瘍の特長をそなえており、周辺粘膜よりなだらかに隆起し、正常粘膜に覆われた半球状の腫瘤として認められている。Schindler, R.<sup>22)</sup>の云う Bridging folds は認められることもあり、認められないこともあるとされているが、これは腫瘤の大きさによるものと考えられる。Diethelm, L.<sup>23)</sup>は輸出管の開口部を観察することにより、迷入臍の確診が出来ると強調している。著者らの症例では、1例では隆起の中央に、他の1例では隆起上の口側に陥凹を認めている。しかし、この陥凹部を輸出管の開口部として組織学的に確認することは出来なかつた。

### 病理組織学的所見について

迷入臍の存在部位は、発生学的立場より、当然、12指腸球部、幽門、前庭部に多く認められる<sup>24)</sup>。

肉眼的には、ドーム様のなだらかな隆起、円錐形の隆起、円柱乳頭形の隆起の型をとることが記載されている<sup>20)</sup>。著者らの症例は前2者に属する症例であつた。

迷入臍の大きさについて、Feldmann, M.<sup>25)</sup>は1～2cmと報告し、石塚<sup>3)</sup>は本邦の症例では小指頭大のものが大多数を占めると報告している。

迷入腺の組織学的構造については、一般に、Heinrich, H. <sup>26)</sup> の分類が用いられている。すなわち、

第Ⅰ型 Langerhans 島、膵細胞及び輸出管をそなえ、正常膵とほぼ同様の構造のもの。

第Ⅱ型 Langerhans 島のみを欠くもの。

第Ⅲ型 分泌細胞への分化はあるが、Langerhans 島、膵細胞はなく、主として、輸出管のみからなるもの。

であり、著者らの症例は第Ⅱ型に属するものであった。又、宮地<sup>27)</sup>によれば、約66%は輸出管構造のみで一塊となつているが、約34%は膵細葉が共存すると述べている。

#### 診断治療について

上にも述べた様に、胃迷入腺を術前に診断することは困難であるが、レ線検査及び内視鏡検査により、術前、胃粘膜下腫瘍と診断することが可能であり、

さらに、いくつかの条件が加わつた場合には、術前に診断出来るものとする。このように、胃粘膜下腫瘍あるいは胃迷入腺と診断した場合、悪性化の所見が認められない場合には胃切除は行うべきでないとする。しかし、悪性化の所見が認められる場合又は急性膵炎が合併した場合には胃切除を実施すべきであるとする。又、Blomquist, H. E. <sup>28)</sup> は小切除あるいは単純剔出を行うことをすすめている。

#### む す び

胃迷入腺の2例を報告し、その特長を述べると共に、文献的考察を行った。

(本論文の要旨は第8回日本消化器病学会中国四国地方会にて発表した。)

#### 参 考 文 献

- 1) Klob : *Handbuch d. sp. path. Anat. u. Hist.* Bd. 5, Teil. 2, 259, Julius Springer, Berlin, 1929.
- 2) 桂田 : *岡山医誌*, 72 : 1, 1897.
- 3) 石塚 稔 : *外科の領域*, 6 : 433, 1958.
- 4) 島田泰男他 : *日本外科宝函*, 31 : 474, 1962.
- 5) 大岡逸郎他 : *治療*, 59 : 957, 1957.
- 6) 河島隆男 : *外科*, 23 : 693, 1961.
- 7) 島地 崇他 : *Endoscopy*, 1 : 123, 1960.
- 8) 嶋地 崇他 : *Endoscopy*, 3 : 77, 1961.
- 9) 崎田隆夫他 : *日本臨床*, 23 : 811, 1965.
- 10) 順天堂大学病理学教室, 外科学教室 : *外科診療*, 4 : 1197, 1962.
- 11) 進士義剛他 : *Endoscopy*, 5 : 11, 1963.
- 12) 高木正雄他 : *Endoscopy*, 6 : 390, 1965.
- 13) 中山恒明他 : *Endoscopy*, 6 : 392, 1965.
- 14) 三輪清三他 : 第7回日本内視鏡学会総会, 東京, 1965.
- 15) 三谷山明他 : 第7回日本内視鏡学会総会, 東京, 1965.
- 16) 日本病理学会編 : *日本病理剖検編報* (昭和33~36年), 杏林書院, 東京, 昭33~36.
- 17) 久留 勝 : *日外会誌*, 53 : 537, 1952.
- 18) 吉田他 : *秋田医会誌*, 8 : 35, 1956.
- 19) Oschner, S. F. et al. : *J. A. M. A.*, 191 : 881, 1965.
- 20) Palmer, E. D. : *Medicine*, 30 : 81, 1951.
- 21) Cambell, R. J. C. : *Brit. J. Radiol.*, 22 : 284, 1949.
- 22) Schindler, R. : *Gastroscopy*, 2 nd., p. 265, Univ. of Chicago Press, Chicago, 1950.
- 23) Diethelm, L. : *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl.*, 58 : 375, 1938.
- 24) Chiuki, S. : *Yonago Acta medica*, 7 : 37, 1963.
- 25) Feldmann, M. : *J. A. M. A.*, 148 : 893, 1952.
- 26) Heinrich, H. : *Virchow's Arch.*, 198 : 392, 1909.
- 27) 宮地 徹 : *臨床組織病理学*, 227頁, 杏林書院, 東京, 1956.
- 28) Blomquist, H. E. : *Acta chir. scandinav.*, 116 : 28, 1958.

## Two Case Reports on Aberrant Pancreas in the Stomach

By

Tsuyoshi Kihara

Osamu Tsuzi

and

Noboru Hirohata

The First Department of Internal Medicine, Okayama University Medical School,  
Okayama, Japan

(Director : Prof. Kiyowo Kosaka)

The authors reported two cases of aberrant pancreas in the stomach.

Out of 2,430 cases who were examined with gastrocamera, two cases of aberrant pancreas in the stomach were found. Case 1 was a 31 year-old male. Case 2 was 41 year-old female. They were diagnosed radiologically and endoscopically as submucosal tumor of the stomach and were gastrectomyzed. The resected specimens were diagnosed histologically as aberrant pancreas. The importance of the radiologic and endoscopic findings of aberrant pancreas in the stomach was discussed.

---



写真1 症例1の胃レ線像  
前庭部大弯側に境界比較の鮮明な円形の陰影欠損を認める。



写真2 症例1の胃レ線像  
圧迫撮影。辺縁の比較的鮮明な陰影欠損があり、  
辺縁はやや淡く出現している。

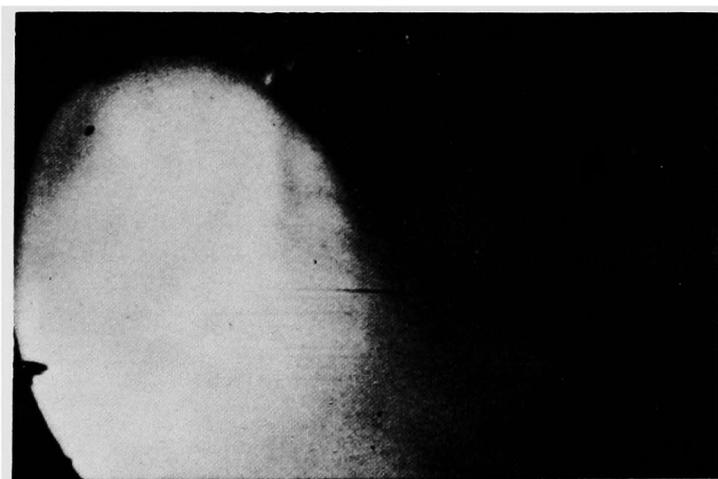


写真3 症例1の胃カメラ像  
前庭部大弯側に周囲粘膜よりなだらかに隆起する円錐形の腫瘍があり、表面の粘膜は正常で、頂点に小陥凹がある。Bridging foldsを認める。

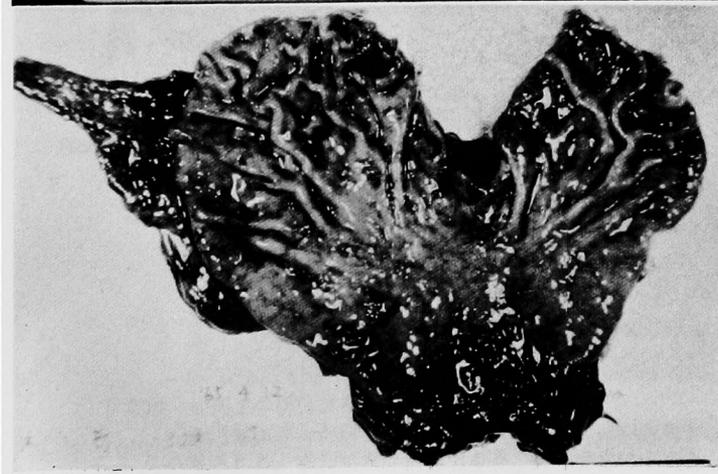


写真4 症例1の切除胃標本  
幽門輪に近い大弯側に、正常粘膜に覆われた隆起した部位があり、この中心に小陥凹が認められ、この部に一致して、腫瘍を觸れる。

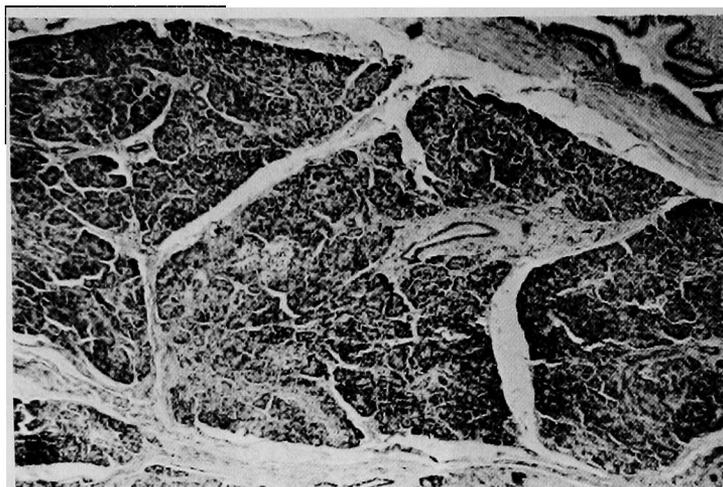


写真5 症例1の組織像  
筋層に存在する，Heinrich II型に  
属する迷入腺である。×100

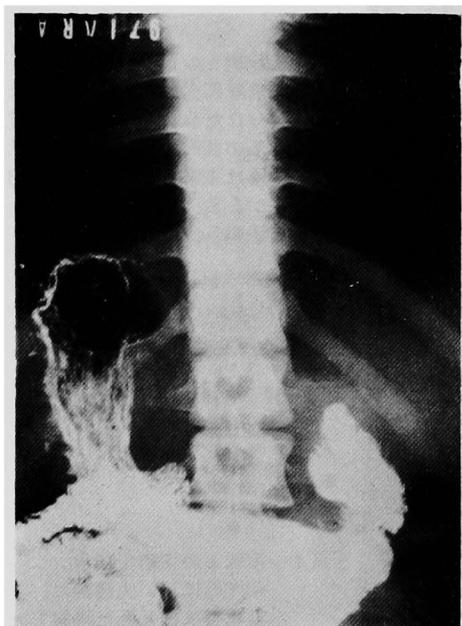


写真6 症例2の胃レ線像  
腹臥位。幽門輪に接し，境界比較的  
鮮明な楕円形の陰影欠損を認める。

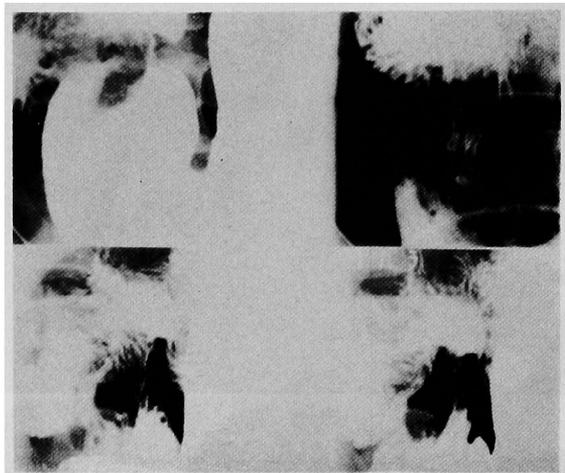


写真7 症例2の胃レ線像  
圧迫撮影。幽門輪に接し，境界比較的  
鮮明な楕円形の陰影欠損を認める。

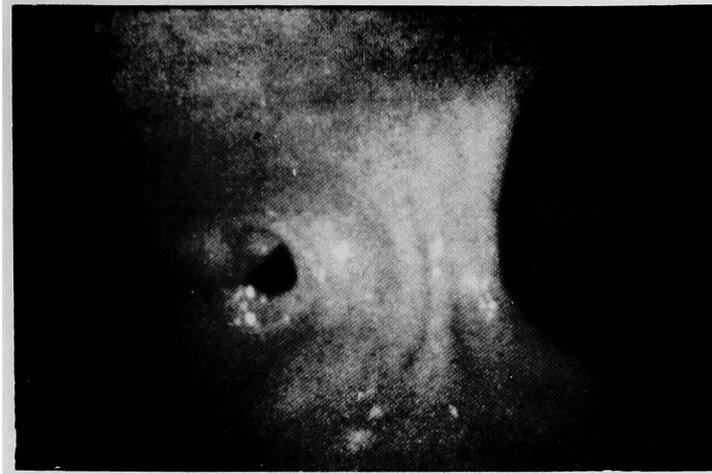


写真8 症例2の胃カメラ像  
幽門輪に接した前壁に、周囲粘膜よりなだらかに隆起する半球形の腫瘤を認める。

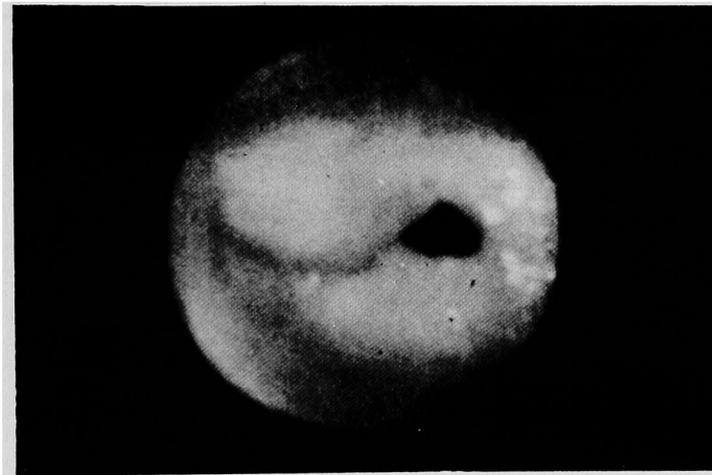


写真9 症例2の Gastrofiberscope 写真  
腫瘤の表面の粘膜は正常で、腫瘤上の口側に小陥凹を認める。

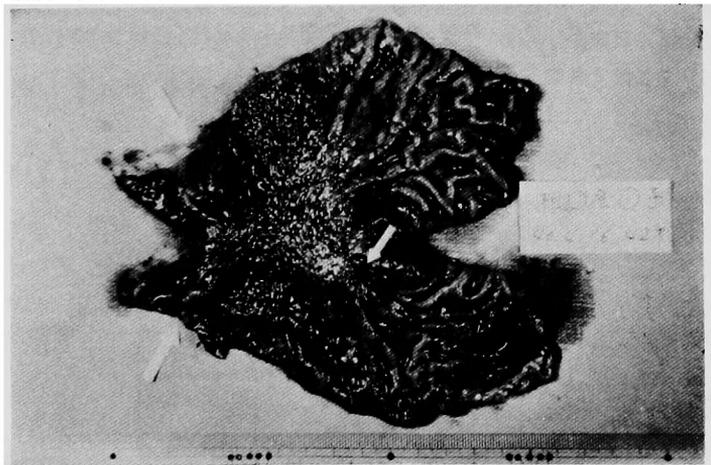


写真10 症例2の切除胃標本  
幽門輪に接した前壁大弯側に楕円形ドーム様の腫瘤を認め、腫瘤上に小陥凹が認められる。表面粘膜は正常である。体部後壁に小潰瘍を認める。

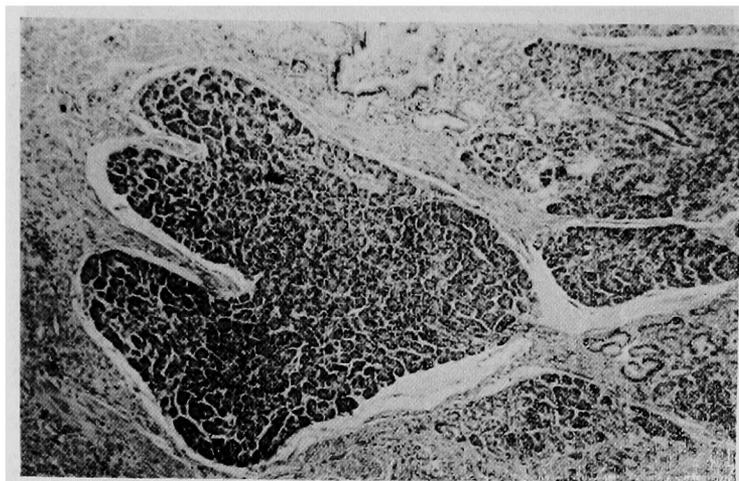


写真11 症例2の組織像

正常な膵とほぼ同様な構造を認めるが、Langerhans 島を欠く Heinrich II型に類する迷入膵である。×100

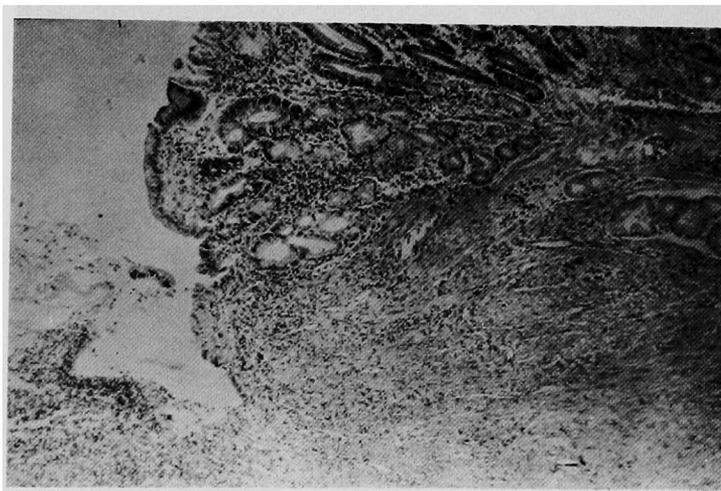


写真12 症例2の組織像

良性潰瘍像である。×100