

竹島—十二指腸潰瘍ノ診断ニ就テ

五四

十二指腸潰瘍ノ診断ニ就テ

大阪同生病院「レントゲン」科（主任浦野博士）

竹島光藏

目次

第一章 緒論

第二章 臨牀徵候

一、自覺的徵候

二、他覺的徵候

第三章 「レントゲン」診断

一、「レントゲン」検査方法

二、「レントゲン」的所見

第四章 鑑別診断

第五章 症例

十二指腸潰瘍ノ診断ニ就テハ從來幾多ノ報告アリタリト雖未ダ之ガ比較的完全ナルモノヲ見ザルハ即チ本症ニ於テハ其定型的ノ既往症竝ニ自覺的徵候（餓餓時ノ心窓痛、苦味アル嘔吐、攝食ニ因ル疼痛ノ緩解、心窓部ニ於ケル右偏セル疼痛點等）ノ他ニ確實ナル他覺的徵候ニ乏シク診断頗ル困難ナルモノナレバナリ、サレバ從來ヨリ本症ノ診断ニ就テハ其既往症竝ニ自覺的徵候ノミニヨルベキモノナリトサヘ唱ヘラレタリ（Bier, Bier, 氏モイニバン, Moynihan, 氏）併シナガラ其所謂定型的既往症竝ニ自覺的徵候ナルモノモ決シテ本症ニ獨特ノモノニ非ズ例ヘバ幽門部附近ノ疾患殊ニ其部ノ潰瘍ニ於テモ之ヲ認ムルモノニシテ本症ガ嘗テ胃潰瘍ト誤診サレタル場合ハ蓋シ少カラズ、然ルニ近時「レントゲン」診断ハ長足ノ進歩ヲ爲シ特ニ十二指腸ノ「レントゲン」研究ノ如キハ最近數年ニ於テ頗ル見ルベキモノアルニ至リ本症ノ診断ノ如キモ漸ク確實ナル根據ヲ得ルニ至レリ、即チ近來ノ研究ニ因レバ本症ハ頗ル多キ疾患ニシテ之ヲ胃潰瘍

ニ比スルモ遙カニ多シ、例ヘバメイヨー（Mayo）氏ニヨレバ十二指腸潰瘍ニ對シ胃潰瘍二ノ比ヲ又ザウエルブルーフ（Sauerbruch）氏ニヨレバ十二指腸潰瘍八十六例ニ對シ胃潰瘍五十八例ヲ示シ尙ホ一九一三年獨逸「エッペンドルフエル」病院（Eppendorfer H.）ニ於ケルニ六〇例ノ病理解剖ニ就テ其比十一ニ對シ九ナルヲ見タリト云フ而シテ從來胃潰瘍竝ニ十二指腸潰瘍ノ頻度ニ關スル統計的觀察ニ於テ大凡胃潰瘍三ニ對スル十二指腸潰瘍一ナルコトヲ稱シタルハ實ニ觀察疎漏ニヨル誤謬ナリシナリ、然リト雖因襲ノ久シキ今尙ホ此誤謬ヲ固守スル人ナキニ非ザルベシ、此時ニ當リテ余等偶々「レントゲン」検査ヲ以テ確診シ得タル好症例アリ敢テ菲才ヲモ顧ミズ茲ニ總括的發表ヲナシ先輩諸彦ノ批判叱正ヲ仰ガント欲ス。

第二章 临 床 的 徵 候

十二指腸潰瘍ノ臨牀的徵候ヲ述ブルニ先チ先づ其最モ注意スペキハ好發部位ナリ抑モ本症ハ全十二指腸中胃ノ幽門ニ接近シタル上地平部（Pars horizontalis superior）ニ好發シ最モ屢々其内側即チ小彎側ニ相當シタル部ヲ占ムルモノナリ而シテ同部ニ於テハ後壁ヨリモ前壁ニ來ルモノ多シ上地平部ニ於ケル潰瘍ハ全十二指腸潰瘍ノ九九%（メイヨー氏）或ハ九五%ナリト云フ斯ク本症ハ幽門ニ接近シテ好發スルガ故ニ幽門部胃潰瘍ト酷似シタル症狀ヲ呈スルハ明カナリ。

次ニ注意スペキハ既往症ナリ前述ノ如ク本症ノ診斷ニ當リテ「レントゲン」所見ノ他ニ重要視スペキモノハ既往症ナリサレバ諸自覺的徵候ガ既往ニ於テ如何ナル經過ヲトリシヤヲ嚴密ニ研メザルベカラズ例ヘバ疼痛ノ如キモ夜間ニ於ケル空腹痛ヲ最モ定型的ノモノトスレドモ又屢々不規則ナル型ヲトルモノナレバ其疼痛ノ性質、出現ノ時間、食事トノ關係、部位等ニ就キテ注意ヲ怠ルベカラズ尙ホ本症ニ於テハ諸症狀ガ週期的ニ來ルモノナルコトモ忘ルベカラズ。

一、自覺的徵候

本病ハ屢々自覺的無症候ニ經過スルコトアルモ通常ハ其徵候甚ダシク胃潰瘍ニ類似シ呑酸、嘈囁、心窩部ノ疼痛等ヲ來スモノナリ。

心窓部ニ於ケル疼痛、之恐ラク殆ンド必發ノ徵候ニシテ主トシテ空腹痛トシテ表ハレ夜間又ハ食後二、三時間ニシテ喚起シ右背部ニ向ツテ放散ス即チクロイツフックス氏遲延疼痛 (Spätschmerznach Kreuzfuchs) 又ハ米醫ノ所謂空腹痛 (Sog. hunger-pain) 之ナリ。

吐血、本症候ハ胃潰瘍ニ獨特ナリトハ雖屢々十二指腸潰瘍ニ於テモ吐血ヲ來ス事多ク大血管ノ破壊サレタル場合ハ大量ノ鮮紅色吐血ヲ表ハシ爲ニ患者ノ全身狀態險惡ニ向フヲ見ル事アリ然レドモ通常ハ少量ノ下血即チ潜出血トシテ之ヲ見ル。

胃症、呑酸、嘈雜、食慾不振又ハ過度ノ亢進ヲ主ナル消化障礙ノ徵候トス尙ホ時々嘔吐ヲ來スコトアリ場合ニヨリテハ吐物中ニ珈琲様殘渣物ヲ見ル事アリ。

二、他覺的徵候

他覺的徵候トシテハ壓痛、潜出血、過酸症及び分泌過多ヲ以テ主徵候トス。

壓痛、本徵候ハ最重要ニシテ缺クベカラザルモノナリト雖唯心窓部ニ於ケル壓痛ノミニテハ如何ナル部ナルヤ胃ニ於ケルモノナルヤ又他ノモノナルヤ不明ナルハ既ニ周知ノ事實ナリ成書ニ於テハ其壓痛ハ前面ニ於テハ臍ト劍狀突起ノ中央ニ於テ正中線ヨリ稍右ニ偏シ背部ニ於テハ第十二胸椎ノ右側ニ限局スト雖種々ノ狀況ニヨリ又個人ニヨリテ異同アレバモイニハシ氏ノ言フガ如ク絶對的ノモノニ非ズ之ヲ要スルニ壓痛ハ主要ナル必發ノ徵候ト言フヲ得ベキモ本病ノ診斷上絶對的價値ヲ有スルモノニ非ズ。

潜出血、本徵候モ亦重要ナルモノニシテ本病ノ診断上之ガ證明ハ大ナル價値ヲ有スル事元ヨリ論ヲ俟タズ殊ニ本病ニ於テハ胃潰瘍ノ如ク吐血ハ稀ナリト雖下血ハ屢々現ハル、モノナルヲ以テ潜出血ノ検査ハ重要缺グベカラザルモノナリ。

過酸症及ビ分泌過多、續發性胃徵候トシテ本症狀ヲ表ハシ又時トシテハ運動官能異常トシテ幽門攣縮ノ如キ狀ヲ實驗ス又稀ニ黃疸ヲ續發的ニ惹起スル事アリ。

第三章 「ル・ム・ム・ゲン」診断

1. 「ム・ム・ム・ゲン」検査方法

十二指腸疾患ノ「ム・ム・ム・ゲン」研究ハ最近數年ニ於テ鬱然トシテ起リ(バルクレー "Barkley" 氏、ローネン "Cole" 氏、ホルツクネヒト "Holzknecht" 氏、フロイン "Freund" 氏、クロイツフックス "Lorenz" 氏等)種々ナル十二指腸疾患ニ就キテ其管壁管腔ノ變化ヲ直接「ム・ム・ム・ゲン」検査ヲ以テ其診断ヲ確立セシムルニ至リ。

就中一九一八年シャウル (Chaoul) 氏ハ十二指腸検査ノ爲メニ特別ナル所謂シャウル氏透視臺 (Chaoul'sche Radioskop) ナルモノヲ考案シ以テ該部検査ヲ容易且ツ確實ナラシメタリ、殊ニ此透視臺ヲ利用シテ、十二指腸ノ單獨撮影 (Isolierte Aufnahme) 郎チ所謂透視臺撮影 (Radioskop-Aufnahme) ノ發達ハ十二指腸所見ヲ益々確定ナラシメタリ、十二指腸ノ「ム・ム・ム・ゲン」検査ニハ次述ノ如ク幾多ノ方法アリ。

造影食餌法又ハ通常検査法、胃ノ検査ニ續行スルモノニシテ通常胃検査ノ如ク「バリウム」食餌(通常硫酸「バリウム」100・0瓦、澱粉40・0瓦、水1150・0瓦ニテ粥状物ヲ造ル)ヲ攝取セシムレバ其造影剤ハ胃ヨリ排出サレ十二指腸ニ入りテ陰影ヲ爲ス然レドモ十二指腸ノ或部ハ胃ノ陰影ニ被ハシテ望見シ能ハザル爲メ胃ノ大彎ヲ左上方ニ壓迫シ全十二指腸ノ陰影ヲ透視板上ニ露出セシメテ検スルヲ適當トベ。

十二指腸消息子法。本法ハ十二指腸消息子ヲ嚥下セシメテ右側臥ラ命ジ消息子端金屬球ノ十二指腸内ニ入りタルヲ認メタル後注射筒ニヨリ硫酸「バリウム」水約110・0瓦ヲ注入ス之ト同時ニ手拳ヲ以テ十二指腸空腸彎曲部ヲ腹壁上ヨリ強ク壓迫シ「バリウム」水ヲ停滞セシム然ル時ハ十二指腸ハ稍々膨大シタル濃厚ナル陰影ヲ表ハスベク管壁ノ變化、伸展性周圍トノ癒着ノ關係等ヲ檢シ得ベム。

ホルツクネヒト氏法、ホルツクネヒト氏ハ空腹時「バリウム」水(硫酸「バリウム」110・0瓦、水100・0瓦混和シタルモノ)100・0瓦ヲ攝取セシメ透視シテ、手拳ヲ以テ胃ノ尾極ノ部ヲ壓上シ胃内容ヲ十二指腸内ニ送ラシムル如キ操作所謂「エフロラーシュ」(Effleurage)ヲ行フ此操作ニヨリテ「バリウム」水ハ十二指腸内ニ流出シテ明カナル十二指腸

ノ陰影ヲ望見シ得ルナリ、本法ハ近來アーケルンド (Akerlund) 氏ノ賞用セル方法ナリ。

シヤウル氏透視臺法、本法ハ空腹時四〇〇・〇瓦ノ微溫湯ニ硫酸「バリウム」一〇〇・〇瓦ヲ混ジ之ヲ攝取セシメテ腹位又ハ半バ右側臥位ヲ取ラシメ十二指腸下地平部卽チ腰椎上ヨリ壓迫圓筒ヲ以テ下方ニ壓スル事約八一一〇分間之ニヨリテ十二指腸球部(以下單ニ球部ト名ク)ニ造影食餌ノ停滯起リ明カニ其管壁ノ狀態ヲ觀察シ得ル如クセリ而シテ管球ハ體ノ上方ニ持チ來シ患者ノ下方ニ透視板ヲ置キ其下方ニ平面鏡ヲ備ヘ透視板上ノ球部陰影ヲ下方ノ平面鏡ニ映ゼシメ検者ハ之ヲ觀察スルナリ尙ホ斯ノ如クシテ患者ノ體ノ下方ニ乾板ヲ置キ球部陰影ヲ撮影シ得ルナリ。

余等ハ通常「チトバリウム」一〇〇・〇瓦ヲ微溫湯三〇〇・〇瓦ニ混ジ之ヲ食セシメテ直立位ニテ胃形態竝ニ運動狀態ヲ透視板上ニ望ミタル後直チニ約五分間右側臥位ヲ命ジテ後直立位ニテ十二指腸内造影食餌ノ陰影ヲ望見スルナリ。

如何ナル方法ニヨルモ十二指腸中最モ望見シ易キハ球部ニシテ該部ハ通常濃厚ナル陰影ヲ表ハスモ他ノ部ハ比較的淡影ニシテ不鮮明ナリ。

二、「レントゲン」的所見

十二指腸ノ「レントゲン」的所見ヲ述ブルニ先チ其生理的形狀竝ニ運動狀態ヲ知ラザルベカラズ。

胃ヲ經過シタル造影食餌ノ十二指腸ニ入ルヤ先ツ球部ノ像ヲ印シ次デ下行部ヲ經テ下地平部ニ至リ恰モ馬蹄鐵形ヲナシテ陰影ノ流ル、ヲ認ムベシ通常ノ場合ニ於テハ陰影ノ淡ナルト速力ノ早キ爲メニ此十二指腸全形ヲ一度ニ望ム事困難ナリ而シテ本症診斷ニ最モ必要ナル球部ハ全十二指腸中比較的永ク陰影ヲ止ムル所ニシテ其形態ハ生理的ニ於テ第一圖ニ示スガ如ク圓錐形ヲ爲シ僧帽狀 (Bischopshut) ヲ呈セリ其基底線ハ稍突出セル胃幽門括約線ニ一致シテ稍々凹形ヲナシ兩者ノ間ニ細キ弓形ノ間隙アリ凹形基底線ハ往々平滑ニ非ズシテ不正形ノ突出ヲ有シ即チ波濤狀凹形ヲ爲ス事アレドモ球部充盈期ニ於テハ銳利ナル緣ヲ有スルモノナリ、球部ノ兩側線ハ第一圖ノ如ク凸圓形ヲ含ミテ二等邊三角形ヲナスモノナレドモ往々其一邊ニ於テ比較的垂直ニ走ル場合アリ又反對ニ凹形ヲナスコトアリ而シテ球部充盈ノ初期ニ於テハ兩邊緣ハ殆ンド常ニ凹形ヲナス次ニ陰影ノ濃度ハ下部基底ニ於テ強ク上方頂點ニ至ルニ從ツテ淡シ、球部排出期ニ至レ

バ先づ基底ノ兩側角ヨリ收縮ヲ始メ内容ヲ次第ニ上方ニ送リ圓錐形ハ次第ニ梨子狀若シクハ壺腹狀ヲナシ基底ノ陰影ハ濃度ヲ減ジ頂點ハ漸次濃度ヲ増スベシ。

球部ニ排出運動ノ起ルヤ平靜銳利ナリシ圓錐形ハ次第ニ不正形トナリ終ニ全内容ヲ下行部ニ送ル、尙ホ球部ハ生理的ノ場合ニ於テ放線射入ノ狀況ト位置的關係ニヨリ第二圖ノ如ク圓形ニ見ユルコトアリ斯ノ如キ場合ニ於テハ幽門括約線トノ間ノ弓形間隙モ缺如シ又ハ變形スルヲ常トス、注意スペキハ胃擴張ノ場合ニ於テ球部ノ基底ハ胃陰影ノ爲メニ被ハレ陰影淡穢ナル頂部ノミヲ表ハシ恰モ球部ノ變形ノ如ク見ユルコトアリ又球部排出ノ一機轉ニ於テ膨隆セル基底上部ヲ基底ト誤認スルコトアリ殘餘ノ十二指腸ノ部ハ極メテ淡キ陰影ヲナシテ不規則ナル邊緣ヲ有スル帶狀ヲ示ス而シテ唯下行部ト下地平部トノ移行部ニ於テ多少内容ノ停滯ヲ見ルコトアリ此部稍濃厚ナルノミナリ次ニ胃ノ後部ニ於テ空腸蹄係ニ移行ス。

Fig. 1

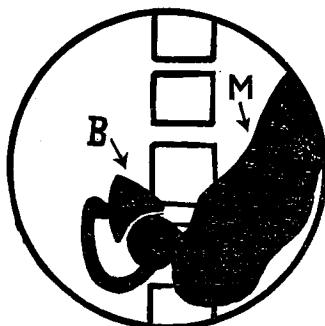


Fig. 2

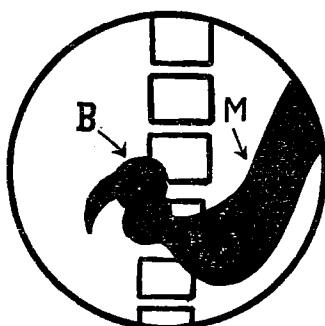
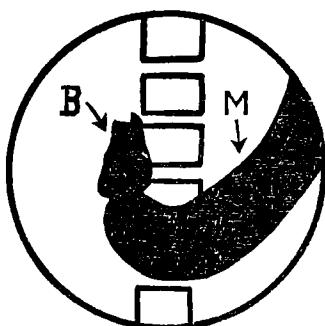


Fig. 3



(何レモ生理的像)

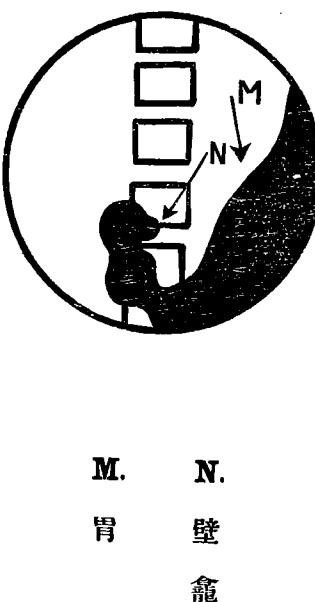
十二指腸ノ生理的運動ニ關シテハ球部ハ胃内容ノ排出ヲ受ケ充盈停滯シテ大凡前述ノ如キ形態ヲ示シ次デ其内容ヲ下行部ヨリ下部ニ移行セシム球部ニ於ケル停滯時間ハ個人ニヨリ又種々ナル他ノ狀況ニヨリ一定セズ胃ノ排出速カナル時ハ球部ノ殘留全ク消失セザル間ニ次ノ胃内容ヲ受クルトコアリ、球部ヨリ下行スル速力ハ時ニヨリ人ニヨリテ迅速ナルコトアリ比較的緩慢ノコトアリ而シテ下彎曲部ニ於テハ内容少時停滯シ其ノ一部ハ更ニ逆行シテ下行部ノ中央ヨリ稍上

方ニ至ル此逆行運動ノ終極ニ於テ再ビ球部ノ排出起リ新シキ球部ノ内容ハ下行シテ先ニ逆行シタル内容ト相混ジ共ニ下行ススノ如キ運動反覆起リ完全ナル十二指腸内消化ヲ遂行スルナリ上述ノ運動ハ甚ダ重要ナル運動ニシテ大振子運動若シクハ十二指腸振子運動ト名ケラル。

A. 十二指腸ニ於ケル變化

(1) 壁龕症候 (Nischensympotom)

十二指腸ニ潰瘍ヲ生ズルヤ潰瘍部ニ造影剤沈着シテ小陰影斑ヲ形成シ所謂壁龕症候ヲ呈ス壁龕(ニッショ)ノ大ナハ一般ニ胃ニ於ケルモノヨリモ小ニシテ豌豆大且平坦ニシテ圓形ヲ呈スル事圖ノ如シ



本徵候ハ一九一一年ハウデック (Haudek) 氏ニヨリテ十二指腸潰瘍ノ診斷上最モ價値アルモノトシテ記載ナレタリト雖續テ同氏ハ胃潰瘍ノ場合ノ如ク屢々認メ得ルモノニ非レバ從ツテ其價値ニ至リテモ胃潰瘍ノソレニ比シテ大ナラズトセリ、十二指腸潰瘍ニ於ケル「ニッショ」ハ斯ク望見シ難キ徵候ニシテローレンツ氏ノ外科的比較材料ニ於テモ僅ニ一七三例中三例アリタルノミナリキ即チ十二指腸潰瘍ニヨル確實ナル「ニッショ」ノ存在ハ大ニ稀ナルモノナリトス又十二指腸潰瘍深部ニ蠶蝕シ穿孔スレバ「ニッショ」ハ濃厚トナリ其上部ニ氣泡ヲ含ミタル層ノ見ユルコトアリ此氣泡ハ圓形ナルヲ通例トスレドモ癒着アル時ハ三角形若クハ不正形ヲトルナリ上述ノ如ク「ニッショ」ハ甚ダ望見困難ナリト雖若シ確實ナル「ニッ

「ニッショウ」ヲ見出シ得バ十二指腸潰瘍診断上真ニ價値アリト謂フヲ得ベシ、次ニ「ニッショウ」様像ヲ認メタル場合ニ於テ之ガ管壁ノ囊状擴張ノ爲ニ來レルヤ變縮性或ハ瘢痕性收縮ニヨリテ來レルヤ真ノ「ニッショウ」ナルヤ其區別甚ダ困難ナリ然レドモ若シ疑ハシキ場合ハ位置ノ一定ナル事其大サ及ビ膨隆ノ形狀ニヨリ「ニッショウ」ナル事ヲ斷定シ得而シテ「ニッショウ」ノ陰影濃度ハ屢々他ノ球部陰影濃度ニ比シテ強キモノナリ。

口 球部陰影ノ變形

十二指腸球部ノ陰影ハ潰瘍直接ノ原因ニヨリ又ハ其續發症ナル瘢痕形成ノ爲メ或ハ周圍炎性癒着ノ爲メ種々ナル變形ヲ表ハス、本徵候ハコール氏ベルグル（Berger）氏ニヨリテ十二指腸潰瘍ニ對スル重要ナル徵候トシテ創メテ報ゼラレタルモノナリ。

球部ノ變形ニハ種々ナル形狀アリ。

球部陰影缺落（Bulbusdefekt） 球部陰影缺落ハ幽門壺部ニ極接近シタル小彎側ニ起ルモノニシテ其大サ形狀ハ種々ナリ僅少ナルモノハ僅ニ鋸齒狀陥凹ヲナセドモ大ナルモノハ殆ド全球部陰影ヲ侵蝕缺損スルニ至ル稀ニハ幽門端ヨリ少シク離レテ兩側ヨリ陰影缺落ノ出現ヲ見、球部ハ狹路ヲ以テ二分サレ所謂砂時計球部（Sanduhrtulbus）ヲ表ハスコトアリ此球部陰影缺落ノ成因ニ就テハ主トシテ器質的變化即チ潰瘍ニヨル瘢痕收縮、結締織増殖等ニヨレドモ稀ニハ單純ノ彎縮ニヨルモノナキニ非ズスノ如キ場合ニハ兩者ノ鑑別益々必要ナリ即チ單純ナル彎縮ニ於テハ其邊緣極メテ平滑ニシテアーケルランド氏ニヨレバ多ク大彎側ニ來ルト云フ之ニ反シ器質的變化ニヨル球部陰影缺落ニ於テハ其邊緣ノ狀多クハ不正ナリ併シナガラ此兩者ハ通常共ニ來ルヲ以テ鑑別甚ダ困難ナリ。

幽門「バリウム」突起（Pyloruszapfen） 創メテビール氏ノ認メタル徵候ニシテ十二指腸潰瘍ニ屢々來ル所ノ病的變化ナリシヤウル氏スチールリハ（Stierlin）氏等ハ之ヲ「Pyloruszapfen」トシテ記載セリ、本徵候ハ胃ノ幽門端ヨリ球部ニ向ツテ突起狀ノ陰影ヲナスモノニシテ即チ突起狀ニ縮小セル球部基底ガ幽門端ニ附着シタルモノナリ、幽門「バリウム」突起ハ幽門ニ接近シタル潰瘍ニ表ハレ其成因ハ他ノ球部變形ノ如ク彎縮性、器質性、瘢痕性ニ來ルナリローレンツ氏ニヨレ

バ本徵候ヲ以テ十二指腸潰瘍ノ正確ナル診断ニ最モ價値アルモノトセリ。

球部囊状及ビ憩室状像 (Jaschen-*u.* divertikelartige Bildungen des Bulbus) 十二指腸球部ハ生理的ノ場合ニ於テモ多少擴張シタルモノアレドモ其像ハ概ニ整然トシテ生理的形態ヲ失ハズ球部囊状及ビ憩室状像ハ其擴張大ニシテ膨隆状ヲナシテ大弯側ニ存シ其壁ノ收縮可能性ナルコトヲ特有トス、本徵候ハ検査時間ニヨリテ其大サヲ異ニスレドモ胃及ビ十二指腸ノ排出ヲ終結シタル後尙ホ不正形ノ陰影斑所謂繼續性十二指腸斑點 (persistierende Duodenalflecke) ヲ殘ス此不正形ノ斑點ハ十二指腸潰瘍ノ診断ニ重要ナル意義ヲ有ス、其成因ハ瘢痕形成又ハ瘻着ニヨリテ來リ攀縛ニヨリテ起ルコト少シ。

球部攀縮或ハ矮小球部 (Bulbospasmus od. Mikrobulbus) 本徵候ハ球部ノ連續攀縮又ハ瘢痕性委縮ニヨリテ球部ノ縮小シタルモノニシテフロインド氏ハ „Phthisis bulbi“ ト稱シ球部ノ萎縮状態ニヨリテ來レルモノトセリ此状態ハ種々ナル技術的操縦ヲナスモ極メテ觀察シ難キモノナリ。

(八) 十二指腸ニ於ケル其他ノ變化

持續性球部陰影 (Dauerbulbus) 持續性球部陰影トハ球部ニ永ク内容ノ停滞シ其陰影ノ永ク消失セザル状態ノ謂ニシテ此成因ニ就ラハ恐ラク球部ト下行部トノナス角度ノ變化竝ニ周圍ノ瘻着ニヨリテ起ルモノナラン潰瘍以外ニ於テモ十二指腸壁ノ變化ハ勿論其周圍ノ變化、腹腔内ノ他ノ臟器ノ壓迫等ニヨリテモ起ルモノニシテ例ヘバ膽囊炎ノ場合、便秘ノ場合等ニヨリテモ起ルモノナリサレバ十二指腸潰瘍ノ場合本徵候ヲ表ハス事間々アリト雖本病ノ確徵トナスヲ得ザルハ明カナリ尙ホ十二指腸球部ハ生理的ノ場合ニ於テモ稍永ク皿狀ノ殘留ヲ止ムルコトアリ。

十二指腸ノ位置異常、十二指腸潰瘍ノ間接症候トシテ屢々認メラル、モノニシテ多クハ球部ニ來リ右方若シクハ右上方ニ稀ニハ左方ニ偏位固定ナル、モノナリ其左方ニ偏位シタル場合又ハ胃ニ擴張アル場合ハ胃ノ陰影ニ被ハレテ望見シ得ザルコトアリ又球部ノ偏位セル結果十二指腸ノ他ノ部ニモ共ニ位置異常ヲ認ムルコト多シ本徵候ハ十二指腸ノ疾患ノミナラズ十二指腸周圍臟器ノ疾患ニヨリテモ來ルモノナリ。

(二) 十二指腸周圍炎性癒着

本徵候ハ十二指腸潰瘍若シクハ幽門部潰瘍ノ場合屢々隨伴スル現象ニシテリーブライン (Lieblein) 氏及ビヒルゲンライネル (Hilgenreiner) 氏ニヨレバ胃潰瘍ノ四五%ニ於テ癒着ヲ起セリト云フ十二指腸潰瘍ニ於テモ同様ニ炎症外膜ニ波及シ次デ癒着ヲ起ス、十二指腸潰瘍ニ於テ屢々見ル所ノ激甚ナル疼痛ハ外膜炎ノ產物ナルコト多シ本徵候ノ「レントゲン」像ハニツノ重要ナル注意點ヲ有ス即チ球部ノ變化ト共ニ十二指腸ノ稍廣キ部ニ瓦ル不規則ナル邊縁ト十二指腸ノ異常固定トノ出現ナリ。

(本) 限局性壓痛

十二指腸ノ「レントゲン」検査ニ際シ透視監督ノ下ニ觸診スルハ最モ重要ナル操作ニシテ之ニヨリテ壓痛點ノ何レニ存スルヤフモ確實ニ検スルコトヲ得ルナリ殊ニ種々ノ體位ニヨリテモ變化セザル限局性球部壓痛ハ十二指腸潰瘍ノ診斷ニ充分價値アルモノナリ (スチールリン氏及ビフォン、ベルグマン、V. Bergmann 氏) アーケルンンド氏モ亦斯ノ如キ症例ニ於テ五〇%ノ潰瘍ヲ證明セリ。

上述ノ種々ナル「レントゲン」所見ハ從來ノ診斷法ニ於テ決シラ窺知スル事能ハザル純他覺的徵候ニシテ之ヲ本症ノ「レントゲン」主徵候ト云フ。

B. 胃ニ於ケル變化

(1) 胃ノ位置及ビ形態

十二指腸潰瘍ニ際シ胃ノ位置並ニ其形狀ニ變化ヲ示スハ屢々目擊スル所ニシテ就中位置ニツキテハ幽門ノ右側偏位最モ多シ而シテ通常膽囊炎性癒着ニヨリテ起ル幽門右偏ヨリモ十二指腸潰瘍ニヨリテ起ル事多シ次ニ胃形狀ニ就テハ緊張亢進シテ屢々牛角形ヲ呈スレドモ其幽門端ハ彎曲シ短鈎狀形ニ類ス然レドモビール氏等ノ報告ニヨレバ胃下垂症ヲ伴フ事モ屢々アリト云フ。

(口) 蠕動現象

十二指腸潰瘍ニ於テハ屢々胃ニ強蠕動ヲ表ハシローレンツ氏ハ其七四%ニ於テ之ヲ見タリ此亢進シタル蠕動状態ハ休息時或ハ弛緩時ニ於テ消失スレドモ壓迫又ハ刺戟ニヨリテ再び同様ノ運動ヲ起シ得ルモノナリ其結果最初ニ於テ胃ノ排出促進ヲ來スナリ、往時十二指腸ノ「メントゲン」検査ノ未ダ幼稚ナル時ニ於テ専ラ胃ノ運動状況ヲ觀察シ十二指腸潰瘍ノ如キ自覺症アリテ胃酸過多ヲ伴フ場合ニ於テ胃排出ノ促進セルモノハ十二指腸潰瘍ナリトサヘ考ヘラレタリ然レドモクロイツフックス氏ハ其後ノ研究ニヨリ此關係ハ十二指腸潰瘍ニ特有ナラズ他ノ十二指腸疾患又ハ膽囊、脾等ノ疾患ニ於テモ觀察シ得ルヲ以テ之等ヲ十二指腸胃運動 (Dusdenale-Magenmotilität) トセリ併シ詳細ニ觀察スレバ最初ノ排出促進ナルニ反シ其後排出衰へ攝食後二時間乃至三時間ニシテ尙ホ中等量ノ胃殘留ヲ見ル時トシテ此殘留ノ六一八時間ニ及ブ事アリハウデック氏ハ此排出現象ヲ奇怪運動 (Paradoxe Motilität) ト^クニヒテ十二指腸潰瘍ニ於ケル重要ナル胃症候トセリ又クロイツフックス氏ハ此ノ現象ヲ幽門強力閉鎖 (Tardivpylorospasmus) ニヨルモノナリト論ジハウデック氏ハ胃分泌過多ノ爲メニ「バリウム」ノ沈澱シタルモノナリト^クムヘリ。

(八) 分泌官能障礙

通常十二指腸潰瘍ノ場合胃ノ分泌官能障礙トシテハ胃液分泌亢進ヲ來スモノナリ分泌液ノ「メントゲン」検査ニハ稍濃厚粘稠ナル造影食餌ヲ攝取セシムベシ然ル時ハ造影剤ハ沈降シテ分泌液ノ層ハ稍溷濁シタル灰色ノ陰影トナリ造影剤ノ濃陰影ト最上層胃泡透明層トノ間ニ帶狀ニ表ハル。

(二) 胃痙攣

十二指腸潰瘍ニ於ケル胃ノ痙攣性症狀ハ十二指腸ニノミ來ルモノニ非ズ屢々胃ニモ發來スルモノニシテベルグマン氏アーケルンド氏等ニヨレバ恐ラク十二指腸ヨリノ遠隔反射作用ニヨリテ來ルモノナリト云フ・バロン (Baron) 氏ベルンニー (Barsony) 氏等ハ創メテ十二指腸潰瘍ニ於テ胃ニ何等器質的變化ナカリシ痙攣性砂時計胃 (Spastischer Sanduhrmagen)ヲ報告セリ、又アーケルンド氏ハ數例ニ於テ潰瘍ヲ有スル球部ニ壓力ヲ加ヘ胃ノ中央ニ於テ痙攣性收縮ヲ起サシメ球

部疾患ニヨル特有ナル症狀トセリ。

以上列記シタル胃症候ハ諸種胃疾患ハ勿論十二指腸附近ノ疾患ニ於テモ現ハル、モノニシテ十二指腸潰瘍診斷ニ對シテハ唯參考資料ナルニ過ギザルモノナリ。

第四章 鑑別診斷

一、胃神經痛

本病モ亦胃ニ於テハ蠕動亢進、分泌催進等ヲ有シ其狀態十二指腸潰瘍ノ場合ニ於ケルガ如シト雖「レントゲン」的十二指腸ニ於ケル所見ヲ缺キ又既往症、自覺症ニ注意シ臨牀的症狀殊ニ潜出血、吐物ノ検査等ニヨリテ鑑別明カナリ、サレド諸種ノ症狀ノ不確實ナル場合ハ比較的困難ナルコトアリ。

二、胃潰瘍

胃潰瘍ノ殊ニ幽門部ニ發生セルモノハ其既往症並ニ自覺的症候頗ル本症ニ類似シ鑑別殆ンド困難ナリ、サレバ臨牀的ニハ幽門部末端ニ近キ潰瘍モ十二指腸始部ノ潰瘍モ必ズシモ鑑別ヲ要セズ總括シテ幽門部潰瘍トシテ取扱フベキモノナリトサヘ論ズル人アリ。

又モイニハン氏ニヨレバ夜間ニ於ケル空腹痛ヲ以テ特有ナル十二指腸潰瘍ノ症候トスト雖屢々之ニ反シ胃潰瘍ニ此ノ症狀ヲ見十二指腸潰瘍ニ之ガ缺如セルコト稀ナラズト「レントゲン」的ニハ十二指腸ノ所見ニヨリテ比較的容易ニ鑑別シ得ベシ併シ乍ラ幽門輪ニ接近シテ起リタル潰瘍ハ其變化互ニ移行シ幽門部ト十二指腸始部トノ限界顯著ナラザルモノアリ。

三、胃癌

十二指腸潰瘍ノ如キ不明ナル胃症候ヲ呈スル胃癌殊ニ幽門部癌ニ於テハ往々十二指腸ノ所見ヲ妨グルコトアリテ本症ト鑑別ハ唯間接症候ノミニヨラザルベカラザルコトアリ此場合十二指腸潰瘍ニ於テハ前述ノ如ク蠕動亢進、最初ニ於ケ

ル排出促進、幽門擴開ノ增加等アレドモ癌ニ於テハ蠕動ハ却テ減退シ幽門部モ癌性浸潤ノ爲メニ擴開状況少ク又屢々幽門部ニ於テ不全閉鎖ノ形ヲ示ス其他癌ニアリテハ罹患部管壁ノ不正形鞏硬又ハ腫脹ヲ見ル尙ホ臨牀的潜出血ノ連續其他全身症狀ニ注意シテ鑑別ヲ示ス。

四、十二指腸周圍炎性癥着

單ナル十二指腸周圍炎性癥着ハ殆ンド絶無ニシテ十二指腸潰瘍又ハ胃潰瘍、膽囊炎、脾臓炎、腹膜炎、婦人生殖器疾患等ヨリ續發的ニ來ルモノナリ而シテ之等ヲ細密ニ鑑別シテ原病竈ヲ區別スルコトハ單ニ「レントゲン」所見ノミニテハ困難ナルコト多ク他ノ臨牀的徵候ト相俟ツテ價值アル鑑別點ヲ見出シ得ルモノナリ、實ニ膽囊炎、胃周圍炎等ニヨツテ來レル癥着ノ如キハ疼痛ノ性質、壓痛點ノ位置等殆ンド同様ニシテ尙ホ球部ニ於テモ變形ヲ認メ「レントゲン」的ニ全ク區別スル事能ハザル場合多シ、然レドモ膽囊炎ノ場合ハ通常球部右偏強ク壓痛點モ遙カニ右偏シテ存シ其他急性ナル發熱、疼痛發作、黃疸等ニ注意スレバ鑑別比較的困難ナラズ。

第五章 症 例

一、最〇義〇〇、男、六十歳、大正十二年五月五日初診。

既往症、生來健康ナリシモ三十歳前後ノ頃ヨリ時々嘈雜アリキ然レドモ心窓痛ハナカリキ約十五六年ヨリ嘈雜ノ他ニ三年毎ニ同一位心窓部ニ塊狀異物感ナ來シ高度ノ疼痛アリテ麻酔薬ノ注射ニヨリ輕快シ居タリキ、約三週前ヨリ食後ニ於テ心窓部ニ壓重感アリテ嘈雜激シク時々心窓痛ナ來ス疼痛ハ食事トハ時間的關係ナク時々頑強ニシテ終日連續セリト云フ、昨日ヨリ疼痛ハ多少輕快セルモ體動時ニハ疼痛ヲ感ズト云フ尙ホ二三日前來空腹時ニ於テ激痛ナ來シ攝食スレバ稍輕快スト云フ。

診斷、十二指腸潰瘍。

食慾良、便通一日一行。

主訴、嘈雜、心窓痛（近來空腹時ニ起ル）

現症、顏色稍蒼白、多少強キ貧血ヲ認ム、心窓部ニ於テ壓痛ヲ證明スル他著變ナシ。

「レントゲン」的所見、胃ハ蠕動亢進シ緊張充分ナリ幽門ハ稍右偏シ膽囊ニ接近セリ十二指腸ハ球部ノ内側即チ小弯側ニ於テ變形シ幽門輪ヲ去ル約二糧ノ所ニ於テ邊緣不正ノ陰影缺落ヲ見ル。

竹島—十二指腸潰瘍ノ診断ニ就テ

此部ニ一致セリ。

現症、 稍貧血性ニシテ腹部ニ於テ蠕動不安ヲ見ル幽門部ニハ輕キ抵抗アリ振水音ヲ聽カズ。

「レントゲン」的所見、 胃ハ弱緊張性ニシテ稍下垂シ直立位ニテ其尾極ハ臍下三指横徑ニアリ幽門ハ右ニ延ビ幽門部ノ小弯側ニ於テ不正形ノ縁ヲ表ハシ胃周圍炎ヲ示シ輕度ノ発着アルモノ、如シ尙ホ胃ノ排出ハ始メ比較的速度ニシテ後退シ、十二指腸球部ハ不正形ニシテ輕度ノ通過障害ヲ表ハシ壓痛點此部ニ一致セリ。

主訴、 空腹時ニ於ケル心窓痛。

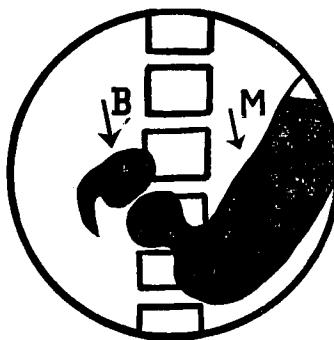
既往症、 生來健康ナリシモ十四五年前ヨリ食慾不振ニテ某醫ヨリ胃擴張ノ診断ヲ受ケ胃洗滌ニヨリ約六箇月ニシテ治癒セリ、然ルニ約六箇月前ヨリ朝食不振十日前ヨリ時々心窓部ニ疼痛ヲ來シ空腹時ニ於テ激シ其後近來ニ至リ疼痛ハ午後十時頃ヨリ十二時頃ノ間ニ多シ尙ホ過食スモ疼痛ヲ伴フ。食慾良、便通二日ニ一行。

二、田〇三〇〇〇、男、五十一歳、大正十二年一月二十九日初診。



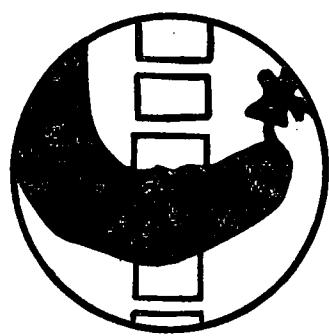
症例
一、参考

診断、十二指腸潰瘍竜ニ其周圍炎ニシテ胃ノ小弯側ニ炎症ノ波及シタルモノ、如シ。



B.
M.
胃
球部

第三例ニ就テハ十二指腸潰瘍ニ對スル種々ナル療法ヲ嚴重ニ行ヒ以テ約三箇月ニシテ自覺的並ニ他覺的徵候輕快シ「レントゲン」的ニモ次圖ノ如キ像ナ呈スルニ至レリ。



症例
二、参考

尙ホ上述二例共ニモイニハノ所謂空腹痛ヲ以テ主訴トナシ理學的徵候トシテハ見ルノキセノナキヤ「ノンユケ」
的所見ニ於テ何ニモ定型的ノ球部變形ヲ證セリ之等ハ十二指腸潰瘍ノ確徵ニシテ又鑑別ヲ要スキ諸種ノ疾患ニ鑑別論
斷ノ條下ニ於ケルガ如ク之ヲ除外セリ而シテ十二指腸潰瘍ノ確診ヲ得タリ然ニモ二例共ニ手術的證明ヲ得ザツシベ誠
ニ遺憾ニ堪ケザル所ナリ。（完）

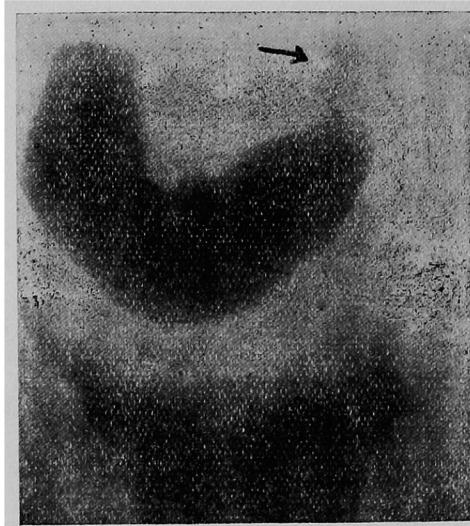
拙筆バニニ謹々浦野博士ハ御懇意篤ナル御指導ヲ深謝ベ。

出 収 文 稿

- 1) Assmann; Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. S. 492, 1922.
- 2) Brugssch u. Schittenherr; Lehrbuch klinischer Diagnostik u. Untersuchungsmethoden. S. 363, S. 529, 1921.
- 3) Einmo. Schlesinger; Die Röntgendiagnostik der Magen u. Darmkrankheiten. S. 138, S. 286, 1921.
- 4) Faulhaber; Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. S. 47, 1919.
- 5) H. Chaoul; Über ein Verfahren zur radiologischen Untersuchung des Duodenums. Dtsch. Zechr. f. Chir. 138, S. 161, 1916. Ref. aus d. Z. bl. f. Röntg. 9, S. 159, 1918.
- 6) H. Chaoul; Das Radioskop. Ein neuer Apparat für Röntgerversuchungen u. Aufnahmen. M. m. W. Nr. 43, S. 1185. Ref. aus d. Z. bl. f. Röntg. 10, S. 45, 1919.
- 7) H. Chaoul; Zur Diagnose u. insbesondere Röntgendiagnose des Ulcus duodeni. M. m. W. Nr. 9, Nr. 10, 1923.
- 8) H. Gerhardt; Leitfaden d. Röntgenologie. S. 111, 1922.
- 9) 稲田龍吉; 胃及十二指腸潰瘍ノ診断及治療. 治療及處方第一年第一卷.
- 10) 井上硬; 腸汁排出ノ病理及
ビ生理ニ就キテ. 京都醫學雜誌第二十卷第一號第二號.
- 11) Kraus u. Brugsch; Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten. V. Band. I. Teil, S. 688, S. 697, 1922.
- 12) Lorenz; Der normale u. pathologische Bulbus duodeni im Röntgenbilde. Fort. a. d. G. d. Röntgenstr. Bd. XXX, S. 96, 1923.
- 13) 須藤求; 胃及十二指腸疾患ノレポート其手術的所見. 醫學雜誌第一號.
- 14) Schmidt-V. Noorden; Klinik d. Darmerkrankheiten.
- 15) 齋藤清一郎著; 消化器病學. 第二卷, 七二頁, 大正六年.
- 16) 浦野多門治; 胃形態及運動ニ關スルレントダノ研究. 日新醫學第十年第五號.
- 17) 浦野多門治; 消化器系ノレントダノ診斷. 臨牀醫學. 第八年(大正九年)第九, 十, 十一號
- 18) W. Spalteholz; Handatlas der Anatomie. Bd. 3, S. 534, 1921.

二 附 圖

一 附 圖



附圖說明

矢ハ球部ニ於ケル陰影缺落竝
不正形變形ヲ示ス。