OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	胃潰瘍の質的診斷に就て
Author(s)	佐々木, 潔
Citation	日本医学放射線学会雑誌. 1956, 16(7), p. 753-782
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/20336
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

胃潰瘍の質的診斷に就て

國立筑紫病院放射線科
佐々木　潔

(昭和31年6月6日受付)

第1篇　緒　言

私等は從來胃潰瘍に對して，レントゲン（以後レと略する）療法を行つているが，その効果については既に屢〻發表されており[1)2)3)]　此處に論ずるまでもない事と考える．しかし實際治療に當つては，治癒し易い潰瘍と，治癒し難い潰瘍とに遭遇し，且つ惡性變性の問題もあつて，潰瘍の豫後判定の必要を痛感させられる．之は内科的療法に於ても同じ事と考えられる．私等は肺結核のレ診斷に際して，治り易い結核，治り難い結核等と云う事を判定する事が可能であるが，同樣な事が胃潰瘍でも云えないであろうか．

Aschoff は胃潰瘍を hämorrhagische Erosionen, grössere Schleimhauterosionen und frische Geschwürsbildungen, 及び chronisches rundes Magengeschwür (Ulcus rotundum simplex, Ulcus pepticum) に分類したが，通常は單純性潰瘍 Ulcus simplex, 胼胝性潰瘍 Ulcus callosum 及び穿通性潰瘍 Ulcus penetrans に分けられている[6)7)8)9)10)]．單純性潰瘍は比較的新鮮であり，余り深達でなく，結合組織增殖を伴わぬものであり，胼胝性潰瘍は慢性で，多量の結合組織增殖を伴うものである．穿通性潰瘍は漿膜が肥厚して，胃の外側にある臟器と胃壁との間に癒著を生じ，潰瘍がその臟器に穿入したものを云う[11)]．Schinz[12)] は Zeitlin や Eschbach の分類（第1表）に從つて，新鮮急性潰瘍 das frische akute Ulkus と慢性潰瘍（胼胝性潰瘍）das chronische Ulkus (Ulcus callosum) とに分類した．

新鮮潰瘍は一般に治癒し易く，慢性潰瘍は治り難いと云われ[11)12)13)]，Hauser によれば，潰瘍底が癒著した器管よりなる時は，事情によつては最早や治らないと云つている[14)]．而して之等潰瘍のレ線像は，多數の學者によつて既に詳細に論ぜられている．然るに胃潰瘍の治療に當つて，大きな胼胝性潰瘍と思われるものが急速に治癒したり，小さな潰瘍が治癒し難かつたりして，豫後の判定は必ずしも單純ではない．而して胃潰瘍の治癒又は豫

第1表　Eschbach の分類 (Schinz: Lehrbnch der Röntgendiagnostik より)

Einteilungs-prinzip	Frischer Znstand			Älterer Zustand		
	Typisch	Abart	Narbe	Typisch	Abart	Narbe
Kombination von Pathologie, Klinik u. Röntgenologie	Ulcus simplex acutum mit Rundnische u. Hof	do, mit Penetrationszeichen	Schleimhautnarbe von frisch. Ulcus m. Restitutio ad integrum oder Faltenkonvergenz	Ulcus callosum chronicum bzw. recidivans m. Eck-oder Sternnische. Randwülsten und Faltenkonvergenz	do. mit Penetrationszeichen	Schleimhaut- und Magenwandnarbe v. älterem Ulcus, mit unwesentlicher od. wesentlicher Veränderung von Form und Funktion.

後の判定に關する研究は極めて少數である. Cummins[15] 等 (1946), Pollard[16] 等 (1947) Feldman[17] 等 (1951) 及び Steigmann[18] 等 (1952) が胃潰瘍の治癒について論じているが, 之は性, 年令, 症狀の期間, 再發回數, 酸度, 潰瘍の大きさ等に關するものが主であつて, 潰瘍のレ所見との關係に就いて論じたものは, 極く僅かである. Albrecht[14] は, レントゲン學的, 及び臨床的見地から, 急性潰瘍と慢性潰瘍とを嚴密に區別することは多くの場合困難或は不可能であるといつている. 私は昭和24年 (1949) 以來この問題を中心とした質的診斷に就いて研究して來たが, 此處にその成績を發表する次第である.

第2篇 研究材料及び研究方法

研究は非觀血的療法, 卽ちレ療法及び內科的治療を行つた症例に就て, そのレ像と豫後との關係に就いて觀察し, 更に手術例について, レ像と病理解剖學的並びに病理組織學的所見とを比較した.

第1章 胃潰瘍の豫後と, レ像に關する研究材料及び研究方法

第1節 研究材料

材料は九州大學醫學部附屬病院放射線科及び國立築紫病院に於て. 非觀血的に治療した胃潰瘍患者 104例であつて, このうち, 入院してレ療法を行つたもの97例, 入院して內科的治療を行つたもの3例, 通院して內科的治療を行つたもの, 4例である. (第2表)

第2表 治療法と豫後

豫後		レ治療 (入院)	內科的治療 入院	內科的治療 外來	計
全快		38(39.2)	3(100)	1(25.0)	42(40.4)
殆全快		13(13.4)	0	3(75.0)	16(15.4)
輕快		39(40.2)	0	0	39(37.5)
不變・增惡	不變	4 (4.1)	0	0	4 (3.8)
	增大	1 (1.0)	0	0	1 (1.0)
	穿孔死亡	2 (2.1)	0	0	2 (1.9)
	小計	7 (7.2)	0	0	7 (6.7)
計		97 (100)	3(100)	4(100)	104(100)

註 ( ) 內は%を表す. 他表に於ても同じ.

之等は總てレ寫眞上に明かに壁龕の認められるもののみで, 壁龕がはつきり現われていないもの, レ寫眞のないものは材料に入れていない. 又十二指腸潰瘍を除外して胃潰瘍のみとした. その理由は, 十二指腸潰瘍は壁龕が現われ難いのみでなく, 治癒した潰瘍でも十二指腸の變形を來し, 又その形態や充滿の度合が, 撮影の時期により異る爲, レ診斷によつて, 眞の經過を把握し難い憾みがあるからである.

第2節 豫後の分類

胃潰瘍の豫後を, 全快, 殆んど全快, 輕快, 不變及び增惡の4段階に分類した, 全快とは壁龕が完全に消失し, 且つ他の臨床症狀も治癒と認められるものである. 殆んど全快とは, 壁龕が極く僅か痕跡的に殘つたもの, 輕快とは壁龕が縮小したもの, 不變及び增惡とは, 壁龕の大さが變ならいもの, 却つて增大したもの, 及び穿孔, 死亡したものである. 假令自覺症狀等が完全に消失しても, 壁龕が消失しない限り, 輕快, 或は, 不變增惡となる (第2表). この4段階のうち, 更に全快と殆ど全快とを易治とし, 輕快と不變・增惡とを難治と見なした. 治療成績を云々する場合, 輕快は成績の良い方に入れられるのが普通であるが, 壁龕が消失し難かつたのであるから, 難治に加えてよいと考える.

第3節 治療日數

潰瘍の治癒を論ずる場合, 治療日數が問題となる. と言うのは, 輕快例でも, 更に治療或は觀察を續けたら, 全快したかも知れないからである.

諸家の報告によれば. 壁龕消失日數は大體8週

第3表 治療日數

豫後 \ 治療日數	最短	最長	平均
全快	24	120	59.1±23.4
殆全快	45	122	74.6±24.7
輕快	35	192	89.9±39.1
不變・增惡	26	161	108.7±43.6

註. 輕快の最短例は蝸牛殼狀內翻を來して壁龕不明となつたもの不變增惡の最短例は穿孔死亡したもの.

間以内と考えられる[16)~23)]．私等の材料の治療日數は，全快例では平均59.1日，殆ど全快例74.6日，輕快例89.9日，不變増惡例 108.7日であつて，難治のもの程長期間治療していることが判る．（第3表）

第4節　觀察方法

觀察は總てレ寫眞によつて行つた．而して潰瘍のレ像を直接症狀，續發性變化，及び間接症狀に分類し，直接症狀は壁龕の深さ，入口部の廣さ，形態，先端の形，輪廓，隣接小彎の狀態，入口部附近の透明部の有無，レリーフ像，及び部位，間接症狀は緊張，蠕動，鋸齒狀緣，液層の諸因子に分解して豫後との關係を見，其他，病歷の長さ，性，年令との關係をも觀察した．

第2章　レ線像と病理解剖及び病理組織學的所見に關する，研究材料及び方法

材料は，國立筑紫病院，九州大學醫學部附屬病院第2外科，及び大牟田三井病院に於ける胃潰瘍手術例24例である．之等は，蝸牛殼狀内翻を來しているものの他は總てレ寫眞上に明瞭に壁龕の認められるもののみであり，且つ十二指腸潰瘍を除外している．

之等の症例について，胃潰瘍のレ所見と病理解剖學的並びに病理組織學的所見を比較觀察した．病理解剖學的所見は，手術時の所見及び切除胃について，潰瘍の大さ，及び深さ，潰瘍緣の隆起の有無並びに胼胝組織の有無及びその程度，潰瘍面の狀態殊に清淨度，漿膜の變化の有無，腫瘤形成の有無及びその程度，癒著或は穿通の有無に就て觀察し，組織學的所見は，ヘマトキシリン，エオジン染色標本，及びファンギーソン染色標本について，潰瘍の深さ，潰瘍面の清淨度，潰瘍底の壞死層の程度，細胞浸潤の狀態，結締組織の發生程度及び新舊，血管新生の多少，血管壁の變化の有無，粘膜筋層の離斷の狀態，上皮再生の有無並びに程度，漿膜の變化，癒着の有無，癌變性の有無等に就いて觀察し，且つ次の樣に分類した．卽ち新鮮潰瘍，癒著なき胼胝性潰瘍，小網又は大網の癒著した胼胝性潰瘍，膵臟，肝臟等の隣接臟器や後腹膜等に癒著した胼胝性潰瘍，穿通性潰瘍及び瘢痕性潰瘍である．

第3篇　胃潰瘍のレ線像と豫後並びに病理學的所見との關係

第1章　直接症狀と豫後並びに病理學的所見との關係

第1節　壁龕の大きさと豫後並びに病理學的所見との關係

第1項　緒　　言

潰瘍の豫後を考える場合に，先づ關係ありと思われるものは，潰瘍の大さである．一般に急性潰瘍は治り易く，慢性潰瘍は治り難いと云われており，小さい非癒著性潰瘍は治癒が早く，大潰瘍で胼胝形成が盛んで，且つ周圍臟器と穿通癒着の高度のものでは，治癒現象が甚だ微弱であると云う[24)]．Wydler[25)]は，單純性潰瘍が胼胝性潰瘍になる傾向は非常に少ないと云つているが，Hauserによれば慢性潰瘍は急性潰瘍より生ずる．而してStewart[13)]によれば，慢性潰瘍は急性潰瘍より一般に遙かに大きく，Orator[26)]は8粍までの小潰瘍は癒著や穿通が少なく，10～20～25粍の中等大潰瘍及び，大潰瘍では，癒著や穿通，腫瘤形成が高度となると云つている．之等の見解からすれば，新鮮潰瘍は小さくて，治り易く，慢性潰瘍は大きくて治り難いと考えられ，且つ壁龕の大さは略ゞ潰瘍の大さを現すものとすれば小さな壁龕は消失し易く，大きな壁龕は消失し難いと云う事になる．

壁龕の大さと潰瘍の治癒又は治癒度との關係に就いては，多數の學者が，之を觀察している．Ohnell[15)27)]は，大きな潰瘍は治癒が遲い傾向があるが，潰瘍の大さと治癒率には關係が少ないと云い，White[28)]やSandweiss[29)]等は潰瘍の大きさは治癒に影響しないと云い，Cummins[15)]等も治癒時間と潰瘍の大きさとの間に關係を認めていない．Feldman[17)]は淺在性潰瘍は早く治り，大きさによらぬとし，Steigmann[18)]等は潰瘍の大さと治癒率とは關係がないが，より大きい潰瘍は治癒により多くの時間を要すると云い，Doescher-olmen[20)]等は大きな壁龕が屢ゞ小さな壁龕より早く治る傾向を認め，湯川[22)]等は壁龕の大なる程，治癒率は高くなるが，消失日數は壁龕小なるもの程短かいと云つている．

この様に之等學者の見解はまちまちである．私はレ寫眞によつて以下述べる諸種の項目に就て，非觀血的治療例ではそれ等と，豫後との關係を見，手術例では，それらと病理學的所見とを比較した．

第2項 壁龕の深さと豫後との關係

壁龕の深さを 0～5粍未滿，5～10粍未滿と云うように5粍毎に區切り，豫後との關係をみた．症例は 104例中，正面壁龕4例を除いた 100例である．

その成績は第4表の（A）に示す通りで，全快例は 0～5粍48.2%，5～10粍35.4%，10～15粍26.3%と次第に減少し，殆ど全快例も同様に，25.9%，14.6%，10.5% と次第に減少するのに對して，輕快例と不變，增惡例では逆に增加の傾向が認められる．

第4表 壁龕の深さと豫後との關係

（A）

豫後	深さ（粍）				
	0～5	5～10	10～15	15～20	20～
全快	13 (48.2)	17 (35.4)	5 (26.3)	3 (75.0)	1 (50.0)
殆全快	7 (25.6)	7 (14.6)	2 (10.5)	0 (0)	0
輕快	5 (18.5)	23 (47.9)	8 (42.1)	1 (25.0)	0 (50.0)
不變增惡	2 (7.4)	1 (2.1)	4 (21.1)	0 (0)	0
計	27 (100)	(48 (100)	19 (100)	4 (100)	2 (100)

（B）

豫後	深さ（粍）		計
	0～5	5～	
易治	20(74.1)	35(47.9)	55
難治	7(25.9)	38(52.1)	45
計	27 (100)	73 (100)	100

（1.8%の危險率で0～5粍の方が5粍以上のものより，易治が多いと認められる）．

次にこの表を，第4表の（B）の如く，易治と難治，5粍未滿と5粍以上にまとめてみた．5粍未滿では，易治20例，難治7例と，易治が多いのに，5粍以上では，夫々35例と38例で，余り差がない，從つて5粍未滿のものは，5粍以上のものに比して治り易いと思われる．實際に．推計學的に檢討してみると，1.8%の危險率で5粍未滿が治り易いと認めることが出來る．

更に，區切り方を，10粍未滿と，10粍以上，15粍未滿とは15粍以上と云う様に變えてみたのでは，推計學的な差は認められない．

第3項 壁龕入口部の廣さと豫後との關係

壁龕入口部の廣さを，前項同様 0～5.0粍，5.0～10.0粍と言う様に，5粍毎に區切つて，豫後との關係を見た．症例數は 104例である．

その成績は第5表の（A）に示す通りであるが，入口部の廣さを15粍未滿と，15粍以上とにまとめ，豫後を易治と難治としてまとめてみた．その結果は第4表の（B）に示す通りである．卽ち15粍未滿では易治と難治が夫々70.6%と29.4%であるのに對して，15粍以上では41.5%と58.5%となり．15粍未滿が治り易いように思われる．實際に推計學的にも之を認めることが出來る．（危險率1%以下）若しまとめかたをかえて，20粍，25粍，30粍を境としたのでは，何れも推計學的な差異を認め難い．

第4項 壁龕の深さ及び入口部の廣と豫後との關係

壁龕の深さ5粍未滿のものは，それ以上のものに比して．易治が多く，入口部の廣さ15粍未滿のものはそれ以上に比して易治が多いことを上に述べたが，夫等を組合せた場合の事を次に觀察してみる．

深さ5粍未滿で，入口部の廣さ15粍未滿のものに斷然易治が多くなることは當然である．深さ5粍以上入口部の廣さが15粍未滿のものには，易治がなお多く，深さ5粍未滿でも，入口部の廣さが15粍以上のものでは難治が稍々多いように思われるが，例數が少ないので，はつきりしたことは云えない．深さ5粍以上，入口部の廣さ15粍以上の潰瘍でも，易治と難治との間には大差は認められない．卽ち大潰瘍必ずしも難治ではない（第6表）．

次に示す症例1は，壁龕の深さ5粍未滿，入口部の廣さ15粍未滿の1例であり，症例2は相當大

第5表　壁龕入口部の廣さと豫後との關係

（A）

豫後	廣さ（粍）								
	0～5	5～10	10～15	15～20	20～25	25～30	30～35	35～40	40～
全快	2 (100)	8 (38.1)	17 (60.7)	6 (23.1)	4 (44.4)	3 (30.0)	2 (28.6)	0 (0)	0 (0)
殆全快	0 (0)	5 (23.8)	4 (14.3)	3 (11.5)	2 (22.2)	0 (0)	2 (28.6)	0 (0)	0 (0)
輕快	0 (0)	7 (33.3)	6 (21.4)	15 (57.7)	3 (33.4)	5 (50.0)	2 (28.6)	0 (0)	1 (100)
不變增惡	0 (0)	1 (4.8)	1 (3.6)	2 (7.7)	0 (0)	2 (20.0)	1 (14.2)	0 (0)	0 (0)
計	2 (100)	21 (100)	28 (100)	26 (100)	9 (100)	10 (100)	7 (100)	0 (0)	1 (100)

（B）

豫後	廣さ（粍）		計
	0～5	15～	
易治	36(70.6)	22(41.5)	58
難治	15(29.4)	31(58.5)	46
計	51 (100)	53 (100)	104

（1％以下の危險率で，15粍以上のものより0～15粍の方が易治が多いと認められる．）

第6表　壁龕の深さ及び廣さと豫後との關係

（A）

深さ（粍）	廣さ（粍）	易治	難治	計
0～5.0	0～15.0	19 (82.6)	4 (17.4)	23 (100)
5.0～	0～15.0	17 (60.7)	11 (39.3)	28 (100)
0～5.0	15.0～	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100)
5.0	15.0～	21 (42·9)	28 (57.1)	49 (100)

（B）

深さ及び廣さ	易治	難治	計
0～5.0, 0～15.0	19 (82.6)	4 (17.4)	23 (100)
其の他	39 (48.1)	42 (51.9)	81 (100)
計	58	46	104

1％以下の危險率で，深さ0～3.0，廣さ0～15.0粍のものは其の他のものより易治が多いと認められる．

きな潰瘍で全快した1例である．

症例1　29才男，病症の長さ15日，壁龕の深さ4粍，入口部廣さ12粍，入院29日，レ治療（背柱並びに局所照射）にて全快，退院後5年現在まで異常なし（寫眞1）．

症例2.　35才男，病歷の長さ1年4月，壁龕の深さ23粍，入口部の廣さ27粍，入院97日，レ治療にて全快．（寫眞2 a 及び b）

第5項，壁龕の大きさと病理學的所見との關係に就て

側面壁龕を現わした胃潰瘍の手術例20例に就いて，その壁龕の大さと病理學的所見とを比較した（第7表）．壁龕の深さ5粍未滿，入口部の廣さ15粍未滿のものは8例あつて，1例では潰瘍は粘膜下層に止り，胼胝組織も僅かで，比較的新しい潰瘍であつた（症例3，寫眞3 a 及び b）．4例では，潰瘍は筋層を起え，胼胝組織は漿膜に達し，更に，小網或は大網の癒著が肉眼上或は組織學的に認められた．1例では膵臟と癒着し，2例は瘢痕性の，非常に古い潰瘍であつて，その中の1例は膽嚢と癒著していた．

壁龕の深さ5粍以上，廣さ15粍未滿のものは4例あつて，全例とも潰瘍は筋層を突破し，胼胝組

第7表 壁龕の深さ及び廣さと病理學的所見との關係

壁龕の深さ×廣さ	5粍未滿×15粍未滿	5粍以上×15粍未滿	5粍以上×15粍以上
例數	8	4	8
比較的新鮮	1	0	0
胼胝性であるが癒着なきもの	0	1	0
小網或は大網癒着せるもの又は癒着したと思われるもの	4	1	2
周圍臟器と癒着せるもの	2	1	4
穿通せるもの	0	1	2
瘢痕性のもの	2	1	0

織は漿膜に達していたが，1例は癒著なく，1例は組織學的に小網又は大網の癒著が考えられ，1例は膵臟に穿通，殘りの1例は瘢痕性で，肝臟及び後腹膜等と癒著していた．

壁龕の深さ5粍以上，廣さ15粍未滿のものは，1例も材料がなく，觀察できなかつた．

壁龕の深さ5粍以上，廣さ15粍以上のものは8例あつて，全例とも潰瘍は肋層を離斷して，胼胝組織は漿膜に達しており，2例は組織學上大網或は小網の癒著が考えられ，他の4例は周圍器管と癒著し，2例では穿通していた．

以上の如く小さな潰瘍必ずしも新鮮ではないが，慢性潰瘍の程度を，胼胝組織が漿膜に達せぬもの，達するもの，更に小網又は大網の肥厚，癒著するもの，周圍臟器に癒著するもの，更に進んで其等に穿通するものとに分け，後のもの程高度と考えれば，大きい潰瘍程高度のものが多いと思われる．

第6項 小括並びに考按

前述の如く，內科的治療例に就いて，壁龕の大さと治癒との關係に關する諸家の觀察は，まちまちの結果が出ている．私の材料では，壁龕の深さ5粍未滿，廣さ15粍未滿の小さい潰瘍がそれ以上のものに比して治り易いものが多いと云う成績が得られた．

手術例についての私の觀察では，比較的新しい潰瘍は20例中1例に過ぎなかつたが，之は壁龕の深さ4粍，入口部の廣さ8粍の小潰瘍であつた．深さ5粍未滿廣さ15粍未滿の小潰瘍は，この他に7例あつたが，何れも余り新しいものではなかつた．然し之を以て，小潰瘍の殆んどすべてが，古い潰瘍であるとは云えない．一般に新鮮な小潰瘍では患者がレ診斷を受けるものが少ないと思われる．殊に外科手術を受ける患者は，永年本病に苦しんだものや，合併症を來したものが多いからである．しかし一方では小潰瘍の中でも古い潰瘍がかなりあつて，小潰瘍必ずしも新鮮でない事が判る．然し肝臟，膵臟其の他の周圍臟器と癒著や穿通を來すものは大潰瘍に多いと考えられる．之等の手術所見は小潰瘍が非手術的にも治り易いと云う臨床價値を裏書きするものである．

第2節 壁龕の形と豫後並びに病理所見との關係に就いて

第1項 緒 言

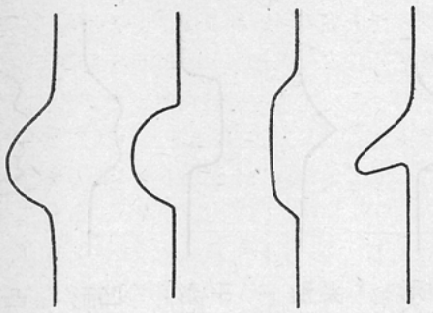
壁龕の形と豫後との關係に就いて述べた文獻は少ない．Albrecht[4]は大きくて明らかに新鮮な潰瘍，たがねでうちぬいた樣に正圓形，又は卵圓形の潰瘍は，小さな棘狀の明かに慢性の潰瘍よりも，容易に且つ早く治ると言つている．又Schinz[12]は，胼胝性潰瘍は屢々治り難いと云い，且つ胼胝性潰瘍は腎形又は豌豆形をなすと云つている．

又，壁龕の經過を觀察すると，圓い壁龕が次第に天幕狀となる場合や，次第に扁平な形に變る場合がある[12][21]．故に天幕狀や扁平型の壁龕は古い潰瘍ではないかと云う疑問が起る．又一方では新鮮潰瘍は直徑に比して深さが小さいとも云われる．故に壁龕の形と豫後との間には何等かの關係があるのではないか．そこで側面壁龕と，正面壁龕とに分けて，その形と豫後並びに病理學的所見との關係を觀察した．

第2項 側面壁龕の形と豫後との關係に就いて

壁龕の形は，正に千差万別であつて，之を分類する事は容易ではないが，私は之を大別して4形とした．卽ち第1圖の如く圓錐形，半圓形，扁平形及び細長形である．

第1圖　壁龕の形



円錐形　半円形　扁平形　細長形

之等の形と豫後との關係は第8表の（A）及び（B）に示す通りであつて，圓錐形と半圓形では，易治と難治に差はなく，扁平形と最長形とは易治が多い様に見えるけれども，推計學を用いて檢討してみると，何れにも差が認められない．

圓錐形の壁龕を更に，側壁が外部に向つてふくらんだものと，然らざるもの，卽ち直線をなすものや，寺の屋根の如く，外部に向つて凹なるものに分けてみたが（第2圖），豫後に差が認められなかつた．第8表（C）

第3項　正面壁龕の形と豫後との關係

正面壁龕の形は圓形と星形乃至不正形とに分類

第8表　壁龕の形と豫後との關係

（A）

壁龕の形＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變増惡	計
圓錐形	18 (33.3)	8 (14.8)	24 (44.5)	4 (7.4)	54 (100)
半圓形	13 (48.2)	2 (7.4)	10 (37.0)	2 (7.4)	27 (100)
扁平形	6 (33.3)	5 (33.3)	4 (26.7)	1 (6.7)	15 (100)
細長形	3 (75.0)	1 (25.5)	0 (0)	0 (0)	4 (100)

（B）

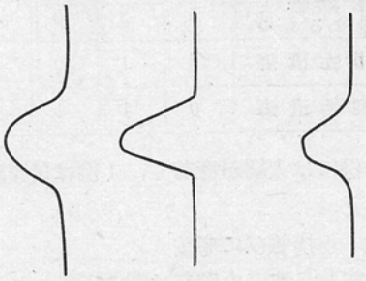
壁龕の形＼豫後	易　治	難　治	計
圓錐形及び半圓形	41 (50.6)	40 (49.4)	81 (100)
扁平形及び細長形	14 (73.7)	5 (26.3)	19 (100)
計	55	45	100

（扁平形及び細長形のものは，圓錐形及び半圓形のものより易治が多いとは云えない．）

第8表（C）　圓錐形の壁龕の側壁の形と豫後との關係

側壁の形＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變増惡	計
外部に向つて凸面を畫くもの	6 (27.3)	3 (13.6)	12 (54.6)	1 (4.5)	22 (100)
外部に向つて凹面を畫くもの及び直線的なもの	12 (37.5)	5 (15.6)	12 (37.5)	3 (9.4)	32 (100)

第2圖　圓錐形の壁龕の側壁の形



外側に向つて凸面を畫くもの　直線的なもの　外側に向つて凹面を畫くもの

第9表　正面壁龕の形と豫後との關係

壁龕の形＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變増惡	計
圓　形	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)
不正形	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)

した．之等の形と豫後との關係は，第9表の通りで，圓形は治り易く，不正形は治り難い様に思われるが，例數が少ないので．はつきりしたことはいえない．

症例4，68才女子，症狀發現より約1月，胃體部に略圓形の壁龕が認められる．直徑14粍．入院してレ治療，1カ月後壁龕は認められない．（寫眞4）

症例5．　42才男子．病歷の長さ3年，胃角に直徑8粍の星形の壁龕を認める．粘膜皺襞集中像が著明である．入院65日，輕快退院（寫眞5）

第4項　壁龕の形と病理所見との關係に就いて

側面壁龕と，病理所見との關係は，第10表の通りで，細長形を欠いているが，他の各形とも比較的輕度のものも高度のものもあつて，特別な傾向は認められない．正面壁龕は2例のみで，その形は不正形であつたが，何れも胼胝組織は漿膜に達

第10表　壁龕の形と病理學的所見との關係

壁龕の形	圓錐形	半圓形	扁平形	細長形
例數	11	5	4	0
比較的新鮮	0	1	0	0
癒着なき胼胝性潰瘍	0	0	1	0
小網又は大網癒着せるもの或は癒着したと思われるもの	4	1	2	0
周圍臟器と癒着せるもの	5	2	0	0
穿通性潰瘍	2	1	0	0
瘢痕性潰瘍	0	1	1	0

して，1例には大網が癒著し，1例は後腹膜と癒著していた．

第5項　小括並びに考按

一般に新しい潰瘍の壁龕は圓いと云われるが，半圓形のものは治り易いものと治り難いものとが略同數で，治り易いものが多いとは認められなかつた．手術例についても，新しい潰瘍もあつたが，癒著や穿通した古い潰瘍もあつた．つまり，半圓形の壁龕を現わす潰瘍には，新鮮潰瘍も，古い高度の胼胝性潰瘍も含まれている．

他の形の側面壁龕でも，豫後にも病理學的にも差が認められなかつた．卽ち壁龕の形だけでは，豫後の判定は出來ない．

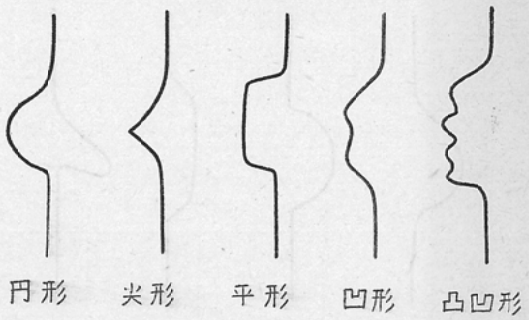
正面壁龕では，例數は少ないが，圓形の壁龕は治り易く，星形乃至不正形の壁龕は治り難いと見做してよいように思われる．手術例の2例は，何れも不正形の壁龕を呈したが，古い慢性潰瘍であつた．新鮮潰瘍の圓形壁龕が胼胝性となると，瘢痕收縮によつて，星形乃至不正形となつて來るものである．

第3節　壁龕先端の形と豫後並びに病理學的所見との關係

第1項　緒　　言

特に壁龕の先端の形と豫後或は，病理所見に關する記載は見當らない．壁龕の先端の形も種々であるが，大體次の5形に分けられる．卽ち圓形，尖形，平形，凹形，凸凹形である．（第3圖）．之等のレ線像と豫後並びに病理所見との關係に就て

第3圖　壁龕尖端の形



觀察してみた．

第2項　壁龕先端の形と豫後との關係

この關係は第11表（A）及（B）に示す．症例は104例中，正面壁龕を余いた100例である．この表によると，圓形と平形とは易治が多く，尖形と凹形とは難治が多い樣にめえるが，推計學的には尖形にのみ有意の差が認められる．卽ち第11表（B）の如く，尖形と非尖形とに分けると，4.3%の危險率で，前者は後者より難治が多いと云うことが出來る．

第11表　壁龕尖端の形と豫後との關係

先端の形＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
圓　形	31 (43.1)	12 (16.7)	25 (34.7)	4 (5.5)	72 (100)
尖　形	1 (11.1)	1 (11.1)	5 (55.6)	2 (22.2)	9 (100)
平　形	5 (45.4)	2 (18.2)	3 (27.3)	1 (9.1)	11 (100)
凹　形	1 (16.7)	1 (16.7)	4 (66.6)	0	6 (100)
凹凸形	1 (50.0)	0	1 (50.0)	0	2 (100)

（B）

尖端の形＼豫後	易　治	難　治	計
尖　形	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (100)
非尖形	53 (58.2)	38 (41.8)	91 (100)
計	55	45	100

（4.3%の危險率で尖形のものは，非尖形のものよりより難治なものが多いと認められる，

症例6.　（寫眞6）37才女，入院1年9カ月前より潰瘍症狀あり，1年前レ檢査で壁龕が認めら

れている，入院時壁龕は深さ25粍，入口部の廣さ7粍．先端の尖つた圓錐形をしている．入院61日レ治療を行い，壁龕は縮小したが，消失に至らず退院した．5カ月後尙壁龕（＋）

第3項　壁龕先端の形と病理學的所見との關係に就て

この關係は第12表の通りである．尖形は僅か3例しかないが1例は膵臓と癒著した高度の胼胝性潰瘍であり，他の2例は，それ程高度ではないが小網又は大網の癒著した胼胝性潰瘍であり，細胞浸潤少なく，壞死層は薄く，炎症は著明ではなかつた．

第12表　壁龕尖端の形と病理學的所見との關係

尖端の形	尖形	圓形	平形	凹形
例數	3	12	4	1
比較的新鮮	0	1	0	0
癒着なき胼胝性潰瘍	0	1	0	0
小網或は大網癒着せるもの又は組織學的に癒着を思わせるもの	2	2	3	0
周圍臓器と癒着せるもの	1	6	0	0
穿通性潰瘍	0	2	0	1
瘢痕性潰瘍	0	2	1	0

圓形を示したものは12例あつて，新鮮潰瘍から穿通性潰瘍や瘢痕性潰瘍にまで及んでいる．平形は4例で，3例は，小網或は大網の癒著した潰瘍でつたが．そのうちの2例に於いては，潰瘍底の浸潤が著明で，尙強い炎症があつたものと考えられる．1例は瘢痕性であつた．凹形は1例で穿通性潰瘍であつた．

症例7.　（寫眞7．a及びb），59才男．症狀の初發は4年前である．レ寫眞で壁龕の深さ3粍，入口部の廣さ6粍，先端の尖つた圓錐形をなしていた．極く小さな潰瘍で，簡單に治癒しそうに思えたが，入院53日，レ治療に全く反應を示さなかつた．手術してみると，小彎に小指頭大の硬結があつて，漿膜は瘢痕性，大網が癒著していた．切除標本では，潰瘍は直徑1糎で小さく，潰瘍緣は鋭利で隆起せず，潰瘍底は稍瘢痕性，組織學的には，潰瘍は小さいけれども筋層を穿通し，胼胝組織は漿膜に達して，更に大網が癒著しており，潰瘍底の細胞浸潤は少く，壞死層も薄くて，炎症所見は余り強くなく，血管には閉塞性動脈内膜炎が認められた．

第4項　小括並びに考按

前述したようにAlbrecht[14]は小さな尖つた慢性潰瘍より，大きくて圓い新鮮潰瘍が早く治ると云つているが，私も壁龕先端の尖つた潰瘍は他のものに比して治り難いものが多いと云う成績を得た．手術例に就いての觀察では，症例は少ないが尖形の壁龕を有する潰瘍は，何れも古い潰瘍であつた．潰瘍の治療中，圓形の壁龕が，次第に尖形に變つて來る事は屢〻經驗する事である．之は潰瘍が治癒に傾くと，肉芽が上り，粘膜筋層や固有筋層，胼胝組織等が收縮する爲である[12][13][14]．陳舊性の潰瘍でも，同樣な機序によつて，尖形の壁龕を現わすものと考えられる．

第4節　壁龕の輪廓の性狀と豫後並びに病理學的所見との關係

第1項　緒　　言

Schinz[12]は，胼胝性潰瘍は輪廓が平滑である（Hauserの所謂潰瘍底の清淨化によつて）と言い，Marshak[30]は，最も急性の段階では，潰瘍が大きく，滑かであると云つている．然らば輪廓の性狀と豫後との間には如何なる關係があるであろうか．又病理學的所見は如何，この觀察の結果は次の通りである．

第2項　壁龕の輪廓の性狀と豫後との關係

壁龕の輪廓の性狀を不滑と滑とに分けて，豫後との關係を見た．前者は定規かコンパスで描いた線の樣に極めて滑かなものであり，後者は素手で描いた線のように．何となく不規則な線である．

この關係は第13表（A）及び（B）に示す通りである．不滑79例中，易治なりしもの50例（63.3％）難治なりしもの29例（36.7％）と易治の方が多く，滑なりしもの25例では易治8例(32.0％)難治17例（68.0％）と，難治の方が多かつた．之を推計學にて檢討すると，1％以下の危險率で，不滑の方が滑よりも易治が多いということが出來

第13表 壁龕輪廓の性狀と豫後との關係

（A）

輪廓＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
不滑	38 (48.1)	12 (15.2)	24 (30.4)	5 (6.3)	79 (100)
滑	4 (16.0)	4 (16.0)	15 (60.0)	2 (8.0)	25 (100)

（B）

輪廓＼豫後	易治	難治	計
不滑	50 (63.3)	29 (36.7)	79 (100)
滑	8 (32.2)	17 (68.0)	25 (100)
計	58	46	104

（1％以下の危險率で，不滑なものは滑かなものより，易治が多いと認められる．）

る．例えば前述の症例6（寫眞6）は輪廓の平滑で，難治であつた症例である．

第3項 壁龕の輪廓の性狀と病理學的所見との關係に就いて

手術を行つた胃潰瘍患者24例中，壁龕輪廓の滑かなものは1例のみで，他は不滑であつた．故に兩者の間の病理學的所見の相違を統計的に論ずる事は出來ないが，滑なる1例に就いて，その所見を述べる事とする．

症例8. 41才男 5カ月前より空腹痛を來し，並つ吐氣を來した．レ寫眞では，胃角の深さに7粍，廣さ11粍の半圓形の壁龕が認められ，その輪廓は平滑である．切除標本でに潰瘍の徑15×13粍，深さ7粍，潰瘍緣は特に幽門部に於いて，強く隆起し，この高まりは幽門まで續いている．此の部は胼胝性で硬い．組織學的には，潰瘍は筋層に達しており，この部の筋層は消失している．潰瘍周圍の細胞浸潤は余り強くなく，滲出層，壞死層は僅かである．胼胝組織は厚く，漿膜に達しており．漿膜の障碍強く，大網が癒著している．潰瘍緣からの上皮再生も強く，古い胼胝性潰瘍である（寫眞8，a 及び b）．他の症例はすべて不滑で，新鮮潰瘍から穿通性潰瘍，瘢痕性潰瘍に及んでいる．

第4項 小括並びに考按

非觀血的治療例での觀察で，壁龕輪廓の平滑でないものは，平滑なものに比して，易治が多いと云う成績を得，且つ手術例で，壁龕，輪廓の滑かな1例は，炎症の餘り強くない相當な胼胝性潰瘍であつた．だたこの1例だけで，輪廓の滑かな潰瘍は胼胝性であると斷ずるわけには行かないが，Schinz の胼胝性潰瘍は輪廓が滑かであるとの言に一致しており，この平滑さは潰瘍底の清淨化によるものと考えられる．從つて Marshak の所見とは合致しない事になる．

第5節 隣接小彎の彎入の有無と豫後並びに，病理學的所見との關係

第1項 緒 言

潰瘍の邊緣は，胼胝組織の發生により，又炎症性浸潤，粘膜浮腫によつて隆起し，所謂周緣壁を現わす．之はレ線側面像としては，壁龕隣接部の彎入として認められる．この周緣壁は，潰瘍の新鮮な時期にも現われると言うが[11]，一般には慢性又は胼胝性潰瘍の特徵とされている[10)12)13)24)]．然らばこの所見と，潰瘍の豫後との間に，何等かの關係がありそうに思われる，兩者の間の關係に及いて觀察した結果は次の通りである．

第2項 隣接小彎の彎入の有無と豫後との關係

この關係は，第14表の（A）及び（B）に示される．隣接小彎の彎入の認められるものでは，易治22例（41.5%）難治31例（58.5%）と，余り差

第14表 隣接小彎々入の有無と豫後との關係

（A）

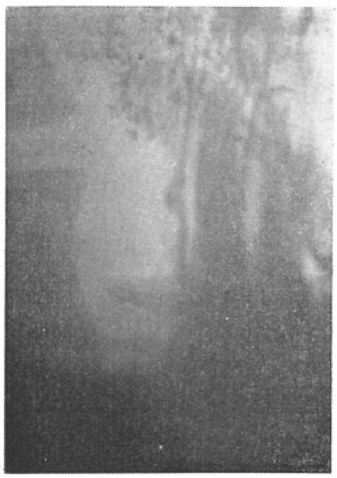
彎入＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
(+)	15 (28.3)	7 (13.2)	26 (49.1)	5 (9.4)	53 (100)
(−)	24 (51.1)	9 (19.1)	12 (25.5)	2 (4.3)	47 (100)

（B）

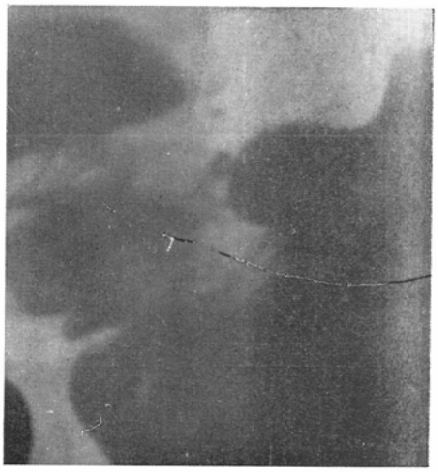
彎入＼豫後	易治	難治	計
(+)	22 (41.5)	31 (58.5)	53 (100)
(−)	33 (70.2)	14 (29.8)	47 (100)
計	55	45	100

（1％以下の危險率で（−）の方が（+）のものより易治が多いと認められる．）

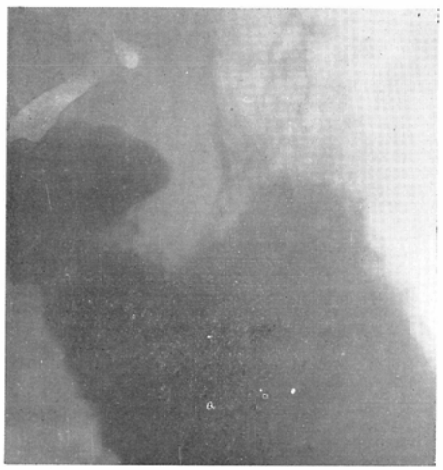
寫　眞　1



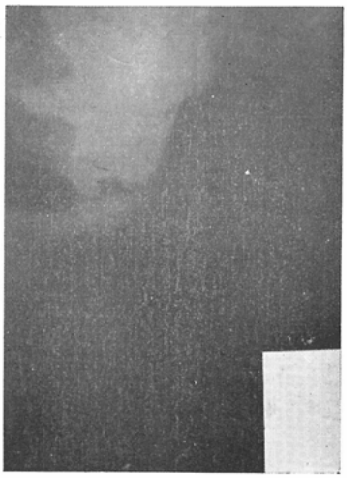
寫眞2a　入 院 時



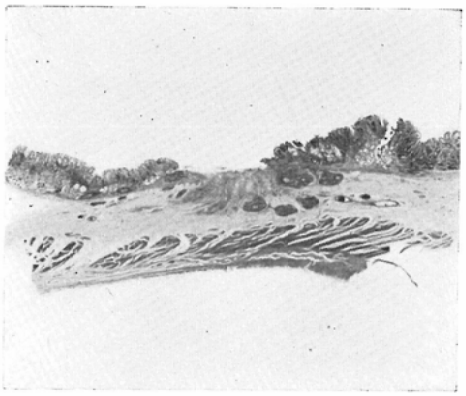
寫眞2b　退 院 時



寫　眞　3　a



寫眞3b　a と同一症例，組織像



寫　眞　4



寫 眞 5



寫眞6a 入院時



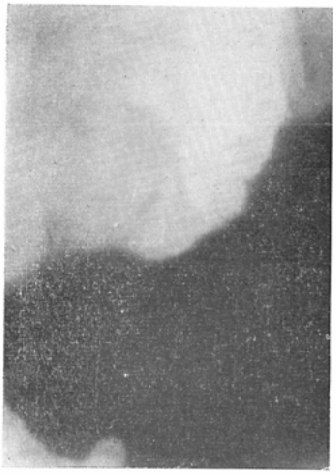
寫眞6b 退院時



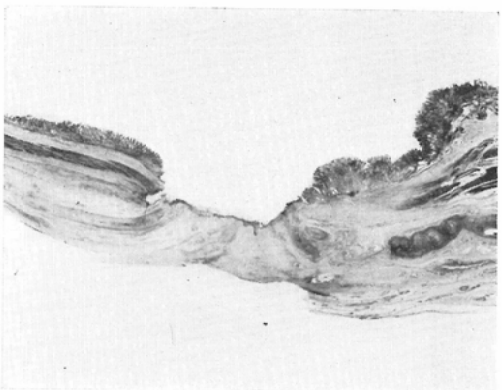
寫眞6c 退院5カ月後



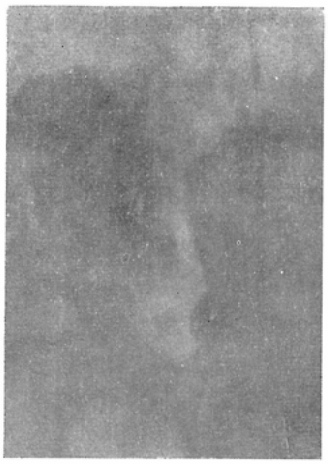
寫 眞 7 a



寫眞7b a と同一症例，組織像



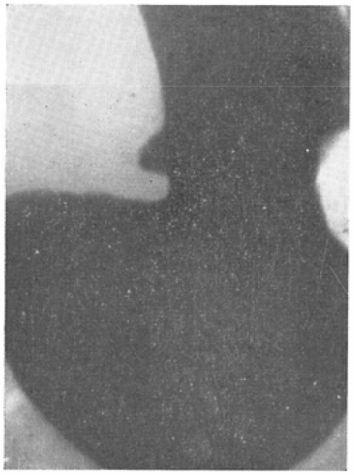
寫　眞　8　a



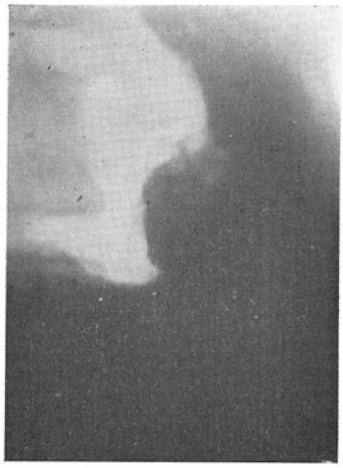
寫眞8b　a と同一症例，組織像



寫　眞　9



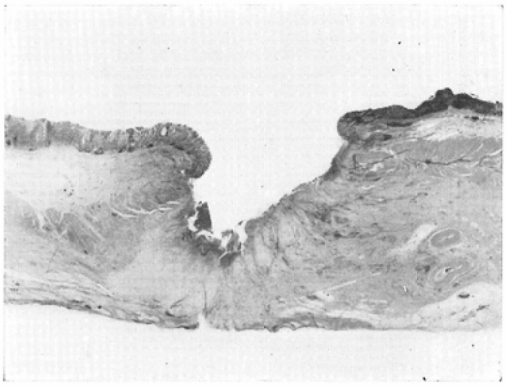
寫　眞　10　a



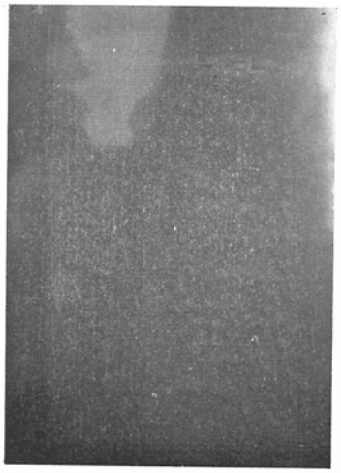
寫眞10b　a の粘膜皺襞像



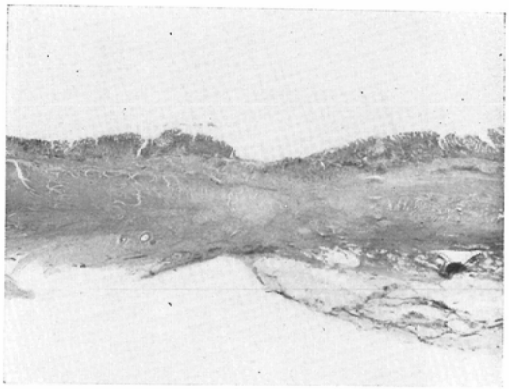
寫眞10c　a，b 同一症例，組織像



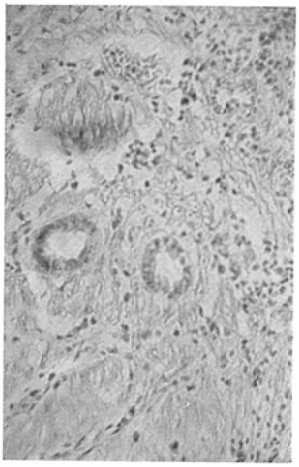
寫 眞 11 a



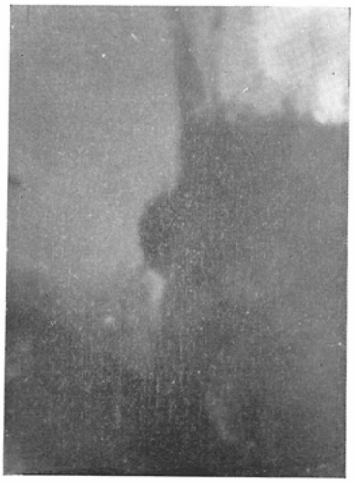
寫眞11b a と同一症例組織像



寫眞11c b の一部擴大像，腺癌



寫 眞 12 a



寫眞12b 1カ月後



寫眞12c 2カ月後



はないが，稍〻難治が多くなつており，彎入の認められないものでは，易治33例（70.2%）難治14例（29.8%）と易治の方が多くなつている．それでは果して彎入の認められないもの〻方が，認められるものより，易治が多いと云えるかどうか，推計學を用いて檢討すると，1%以下の危險率で前者に易治が多いと云う事が出來る．

症例9．56才男．潰瘍症狀2年間．レ寫眞で壁龕は深さ7粍，廣さ11粍，胃體部小彎にあつて圓錐形をなし，隣接小彎に彎入を認めない．入院50日，レ治療に略〻消失．9カ月後異常を認めなかつた．（寫眞9）

症例10　（寫眞10，a）後述．隣接小彎の彎入がかなり強い．難治な例である．

第3項　隣接小彎の彎入の有無と病理學的所見との關係

側面壁龕を現した胃切除例20例に就いてこの關係を觀察すると第15表（A）の通りになる．彎入の認められるものにも，癒著のない比較的輕度のものから，穿通性潰瘍まであり，彎入の認められないものにも，新鮮潰瘍もあれば，癒着したものや瘢痕性の潰瘍もあつて，はつきりした差は認め難いが，隣接臟器と癒著ある7例中5例及び，穿通のある3例は何れも彎入の認められるものであつた．この様に癒著や穿通を伴う高度の胼胝性潰瘍は隣接小彎の彎入を現わすものが多いように考

第15表　隣接小彎々入の有無と病理學的所見との關係

（A）

彎　　入	（+）	（−）
例　　數	12	8
比較的新鮮潰瘍	0	1
癒着なき胼胝性潰瘍	1	0
小網或は大網癒着せるもの又は組織學的に癒着の思われるもの	3	4
周圍臟器と癒着せる胼胝性潰瘍	5	2
穿通性潰瘍	3	0
瘢痕性潰瘍	1	2

（B）

		隣接小彎彎入	
		（+）	（−）
例　　數		12	8
潰瘍緣隆起	（+）	5	1
	（−）	1	3
	不　明	6	4
潰瘍底細胞浸潤	著　明	9	4
	少	3	4

えられる．

切除標本について，潰瘍緣の隆起の有無を調べてみると，隣接小彎に彎入の認められたもの12例では，隆起せるもの5例，隆起しないもの1例，不明6例，彎入の認められぬもの8例では，潰瘍緣の僅かに隆起したもの1例，隆起しないもの3例，不明4例であつて，前者には隆起せるものが多く，後者には隆起しないものが多い様に思われる．又潰瘍底の細胞浸潤の程度を比較しえみると彎入の認められないもの8例中細胞浸潤の著明なものは4例，浸潤の少ないものは4例で，彎入の認められるもの12例では浸潤の著明なもの9例，少いもの3例であつた．卽ち彎入の認められるものに，浸潤の著明なものが多い様に思われる．（第15表（B））

例えば，症例3（寫眞3 a 及び b）は彎入の認められない例で，潰瘍は比較的新しいが，細胞浸潤は少い．

症例8．（寫眞8）及び症例10（寫眞10 a, b 及び c）は彎入の認められる例で，古い胼胝性潰瘍であるが，浸潤は著明である．

第4項，小括並びに考接

一般に周緣壁は慢性潰瘍の特徵とされ，且つ慢性潰瘍は治り難いと人われる．然らば壁龕に隣接する小彎に彎入の認められるものは，治り難いと想像される．實際，私の非觀血的治療例に就いての觀察では，彎入の認められないものは，認められるものより治り易いものが多いと言う結果を得

た．手術例に就いてこのレ所見と病理所見とを比較してみると，彎入の認められるものでは，實際に潰瘍緣の隆起したものが多く，彎入の認められるものでは，隆起しないものが多かつた．何れの場合にも，稍古い潰瘍から非常に古い潰瘍まで種々含まれており，はつきりした事は云えないが，周圍臟器と癒著や穿通を來した高度の胼胝性潰瘍は，彎入の認められるものに多い樣に思われ，又彎入の認められるものには，細胞浸潤の著明なもの卽ち炎症の強いものが多い樣に思われる．

第6節 壁龕入口部附近の透明部と豫後並びに病理學的所見との關係

第1項 緒 言

壁龕入口部附近の透明部は，隣接小彎の彎入と同じく，周緣壁によつて現われる．然らばこの場合も豫後との間に何等かの關係にありそうに思われる．

第2項 壁龕入口部附近の透明部と豫後との關係

レ線寫眞上．透明部の著明なものと，僅少及び全く認められないものに分けて，豫後との關係を見た．その關係は第16表（A）及び（B）に示す通りであつて，著明なものはで11例中10例が難治であり．然らざるものでは89例中54例が易治，35例が難治と云う結果になつた．然らば透明部の著明なものは然らざるものに比べて難治と云えるかどうか，推計學を用いて檢討すれば．1%以下の危險率で前者が治り難いと認める事が出來る．

第16表 壁龕入口部附近の透明部と豫後との關係

（A）

透明部＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
著 明	0 (0)	1 (9.1)	7 (63.6)	3 (27.3)	11 (100)
僅 少	5 (55.6)	3 (33.3)	1 (11.1)	0 (0)	9 (100)
無 し	34 (42.5)	12 (15.0)	30 (37.5)	4 (5.0)	80 (100)

（B）

透明部＼豫後	易 治	難 治	計
著 明	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100)
然らざるもの	54 (60.7)	35 (39.3)	89 (100)
計	55	45	100

（1%以下の危險率で，著明なものは然らざるものに比して，難治が多いと認められる．）

第3項 壁龕入口部附近の透明部と病理所見との關係

側面壁龕を持つた手術例20例中，壁龕入口部附近に著明な透明部の認められるものは2例しかない，その2例は次の通りである．

症例10 （寫眞10 a, b 及び c）47才男，3年前より潰瘍症狀であり．109日の入院レ治療により輕快退院したが，3カ月後壁龕增大，1年後再入院した．壁龕は胃體部小彎にあつて，深さ12粍，廣さ31粍，隣接小彎の彎入と，壁龕入口部附近の著明な透明部が認められる．治療1カ月後も縮少しないので，手術を行つた．手術時，小彎中央に超鷄卵大の腫瘤があつてこれを中心に硬結があり，噴門に及んでいる．胃後壁は膵臟と癒著していた．潰瘍は4.3×2.7×1.2cm，潰瘍緣は穿孔し，底には灰白色の苔が附着している．組織學的には潰瘍が筋層を貫き，胼胝組織は漿膜に達し，粘膜下層，及び漿膜は肥厚している．古い潰瘍であるが，遊走細胞は多い．

他の1例は48才の男で，30年の病歷をもち，潰瘍は結腸間膜と癒着した古いものであつた．

第4項 小括並びに考按

非觀血的治療例では，壁龕入口部附近に著明な透明部を持つものは，難治なものが多かつた．手術例は僅か2例であつたが，その何れも古い胼胝性潰瘍であつた．かゝる透明部は，周緣壁によつて現われると考えられるが，周緣壁は，胼胝性潰瘍ばかりでなく，新鮮潰瘍でも炎症浮腫によつて現われる．然し一般には，以上の成績のように，古くて治り難い潰瘍が多いように思われる．

第7節 粘膜皺襞集中像と豫後並びに病理學的所見との關係

第1項 緒 言

粘膜皺襞集中像は，Eisler と Lenk[31] が初めて記載し，瘢痕收縮によるものと考えている．Schinz も皺襞星芒の中心に壁龕があるのは瘢痕

收縮を伴つた肥厚性潰瘍としている．之に對して筋層の收縮，粘膜の Autoplastik[32] によつて生ずることも考えられ[12]，新鮮活動性の潰瘍でも，粘膜筋層の攣縮によつて生ずると云われる[11]．

然らば粘膜皺襞集中像の認められるものと，認められないものとは，豫後に差があるであろうか．

第2項　粘膜皺襞集中像と豫後との關係

この關係は第17表（A）及び（B）の通りである．即ちレ寫眞で粘膜皺襞像の明かなものは30例で，之を粘膜皺襞集中像の認められるものと認められぬものとに分けてみた．前者は易治であつたもの4例に對して，難治であつたもの9例，後者では易治16例に對し難治は僅か1例であつた．故に粘膜皺襞集中像の認められないものは，認められたものに比して易治であると云えるかどうか，推計學を用いて檢討すると，1%以下の危險率で之を認める事が出來る．

第17表　粘膜皺襞集中像と豫後との關係

（A）

レリーフ集中像＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
（＋）	3 (23.1)	1 (7.7)	8 (61.5)	1 (7.7)	13 (100)
（－）	12 (70.6)	4 (23.5)	1 (5.9)	0 (0)	17 (100)

（B）

レリーフ集中像＼豫後	易　治	難　治	計
（＋）	4 (30.8)	9 (69.2)	13 (100)
（－）	16 (94.1)	1 (5.9)	17 (100)
計	20	10	30

（1%以下の危險率で，（－）のものが，（＋）のものより易治が多いと認められる．）

例えば症例1及び4は，粘膜皺襞集中像の認められない例である．

第3項　粘膜皺襞集中像と病理學的所見との關係に就いて

手術例中，粘膜皺襞所見の明かなものは7例あり1例は粘膜皺襞集中像の認められないもの，6例は認められるものであつた．

前者は卽ち症例3であつて，比較的新しい潰瘍であつた．

粘膜皺襞集中像の認められたもの6例のうち，1例は穿通性，3例は膵臟又は後腹膜と癒著を來した古い潰瘍であり，2例は組織學的に大網の癒著が考てられた．例えば症例10（寫眞10 a，b 及び c）は，その1例である．

第4項　小括並びに考接

粘膜皺襞集中像の認められないものは，殆んどすべて易治である．且つ明かに新しい潰瘍と思われる2例を經驗した．（症例1及び3）．粘膜皺襞集中像の認められるものは易治より難治が稍〻多かつたが，その差ははつきりしたものではなく，よく治るものものもある．手術例では穿通或は癒著せる潰瘍が多かつた．中には粘膜筋層の攣縮の爲に本所見を呈する余り古くない潰瘍もあるのであろうが，概して云えば，古い潰瘍に多く，且つ著明に現われると思われる．少なくとも粘膜皺襞が集中せず，正常である場合には，新鮮潰瘍と認めてよいであろう．

第8節　壁龕の部位と豫後との關係

壁龕の部位は，潰瘍の質的診斷には關係がないが，胃潰瘍の豫後は，部位に關係することが，一般によく知られている．私の材料では如何であるか，非手術例に就いて，調べてみた．

第18表　壁龕の部位と豫後との關係

（A）

部位＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
胃體部	32 (52.5)	8 (13.1)	17 (27.9)	4 (6.5)	61 (100)
胃　角	10 (24.4)	8 (19.5)	20 (48.8)	3 (7.3)	41 (100)
幽門部	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	2 (100)

（B）

部位＼豫後	易　治	難　治	計
胃體部	40 (65.6)	21 (34.4)	91 (100)
胃　角 幽門部	18 (41.9)	25 (58.1)	43 (100)
計	58	46	104

（1.4%の危險率で，胃體部のものが胃角幽門部のものより易治が多いと認められる．）

部位を胃體部，胃角，幽門部に分けて，豫後との關係を見ると，第18表（A）の如くなり，胃體部では，全快が半數であるのに，胃角では，輕快が半數を占めている．幽門部では壁龕が明かに認められたものは2例しかないが，何れも輕快であつた．この（A）表を更に（B）表の如くまとめると，胃體部では易治40例對難治21例，胃角及び幽門部では易治18例對難治25例となり，推計學的に胃體部の方が易治が多いと認められる．

一般に高位潰瘍は治り易く，幽門部及び幽門潰瘍は治り難いと云われているが，私の成績も之に一致している．

第2章 續發性變化と豫後並びに病理學的所見との關係

第1節 緒 言

慢性潰瘍が瘢痕收縮を起すと，砂時計胃や，蝸牛殻狀内翻等の續發性變化を起こす．卽ち高度の胼胝性潰瘍である．之等は果して難治であるかどうか觀察を試みた．

第2節 續發性變化と豫後との關係

續發性變化を砂時計胃と蝸牛殻狀内翻，或は嚢狀胃とに分け，之に續發性變化とは云い難いが，

第19表 續發性變化と豫後との關係

(A)

レ線所見＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
砂時計胃	1 (12.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	2 (25.0)	8 (100)
蝸牛殻狀内翻	0 (0)	0 (0)	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)
腫瘤	1 (25.0)	0 (0)	3 (75.0)	0 (0)	4 (100)
然らざるもの	40 (44.5)	15 (16.7)	31 (34.4)	4 (4.4)	90 (100)

(B)

レ線所見＼豫後	易治	難治	計
砂時計胃，蝸牛殻狀内翻，腫瘤	3 (21.4)	11 (78.6)	14 (100)
然らざるもの	55 (61.1)	35 (38.9)	90 (100)
計	58	46	104

（1％以下の危險率で，砂時計胃，蝸牛殻狀内翻，腫瘤を伴うものは，然らざるものより難治なものが多いと認められる．）

腫瘤を觸れるものを加え，之等の變化を伴はないものと，豫後を比較した．その關係は第19表(A)及び之をまとめた（B）表の如くなり，之等の變化を有するものは易治3對，難治11，然らざるものは易治55對難治35で，前者の方が後者より難治なものが多いと認められる．

第3節 續發性變化と病理學的所見との關係

手術例では，續發性變化を認めるもの，及び腫瘍を觸れたものは5例であつた．それ等の所見は次の通りである．卽ち1例は嚢狀胃を呈して，壁龕を認めなかつたが，手術してみると，潰瘍は拇指頭大で幽門部小彎に小鷄卵大の腫瘤を作り，肝臟に癒著し，更に後腹膜に穿通していた．次の1例も嚢狀胃で，壁龕を認めなかつたが，手術して見ると，潰瘍は幽門部にあり，5×10粍の小潰瘍で，緣は強く隆起して，潰瘍を蔽つており，幽門に至るまで硬く，噴門側も相當の範圍まで硬い而して肝臟と癒著していた．組織學的には，潰瘍は小さいが筋層は離斷され，且つ強く肥厚している．潰瘍底の胼胝組織は漿膜に達しているが，瘢痕收縮を起こしており，この部の胃壁は周圍より却つて薄くなつている．漿膜には癒著があつて，遊走細胞の浸潤が強かつた．

次の例も蝸牛殻狀内翻を來していたが，數カ月の觀察中ただ一度だけ壁龕を認めた．この壁龕は胃角直上の小彎にあつて，深さ4粍，廣さ12粍稍淺い半圓形を描いていた．手術してみると，小彎に拇指頭大の腫瘤を作り潰瘍は3×3粍，淺い瘢痕性潰瘍で，緣に充血があるが隆起は認められない．組織學的には，既に上皮で蔽われた小潰瘍であつて，筋層は離斷され，胼胝組織は漿膜に達して，強い瘢痕收縮を起こしていた．遊走細胞は殆んど，認められなかつた．

次の例（症例11，寫眞11，a, b, c）も蝸牛殻狀内翻を來していたが，胃角直上に深さ3粍，廣さ11粍の扁平な壁龕が認められた．手術して見ると40×20粍の淺い瘢痕性潰瘍で，組織像では，潰瘍は上皮で蔽われ，筋層は離斷されず，胼胝組織も僅かである．遊走細胞も少ないが，粘膜下層に僅かながら，癌細胞の浸潤が認められた．

最後の例は，鷄卵大の腫瘤を觸れた例で，壁龕は胃角にあり深さ21粍，廣さ18粍，入口部は細くくびれて，やや透明であり，隣接小彎に彎入が著明であつた．手術してみると，小彎中央に示指頭大の硬結があり，横行結腸間膜と癒著，潰瘍は7×21×13粍．底には白綠色の苔があり，組織像では，潰瘍は筋層を穿ち，肼胝組織は多量で漿膜に達し，更に癒著があり，潰瘍周圍には，遊走細胞浸潤が著明であつた．

第4節　小括並びに考按

非手術例では，續發性變化を伴うものは然らざるものより難治が多いと云う成績が得られたが，當然の結果である．寧ろ，之等の變化を持つものの中に全快例があつた事が，不思議に思える位である．

手術例に就いて考えれば，蝸牛殻狀内翻を來したものは壁龕が現われ難いように思われる．壁龕が認められなくとも，穿通性の大きな潰瘍があつたりすることは注目に値する．又多くの例では，瘢痕性の，或はそれに近い様な古い潰瘍であるように思われる．然し，殆んど瘢痕化した潰瘍でも，屢々潰瘍症狀を繰返している事は，注意すべきであろう．

第3章　間接症狀と豫後との關係

第1節　緒　　言

胃潰瘍の間接症狀は，自律神經の緊張の異常によつて生ずるものであつて，胃潰瘍の質的變化を現わすものではない．併し胃潰瘍の原因が，自律神經の支配異常によつて起ると考えれば，間接症狀と豫後との間には，關係がありそうに思われる．所がこの關係について述べた文獻は見當らない．

間接症狀の判定を，レ寫眞によつて行うことは容易でない場合もあるが，確實と思われるもののみを材料として選んだ．觀察は緊張，蠕動，液層，鋸齒狀緣に就いて行つた．局所性攣縮はレ寫眞による判定が困難であるから除外した．

第2節　緊張と豫後との關係

胃の緊張度を高，正，低の3段階に分けて，豫後との關係をみると，第20表の通りであつて，特別な關係は認められない．

第20表　緊張と豫後との關係

緊張＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
高	3 (27.3)	1 (9.1)	5 (45.4)	2 (18.2)	11 (100)
正	8 (33.3)	6 (25.0)	8 (33.0)	2 (8.4)	24 (100)
低	9 (60.0)	1 (6.7)	5 (33.3)	0 (0)	15 (100)

第3節　蠕動と豫後との關係

蠕動を亢進，正常，減弱の3段階に分けて，豫後との關係をみると，第21表の通りであつて，特別な關係は認められない．

第21表　蠕動と豫後との關係

蠕動＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
亢　進	6 (35.3)	3 (17.6)	6 (35.3)	2 (11.8)	17 (100)
正　常	5 (35.7)	2 (14.3)	6 (42.9)	1 (7.1)	14 (J00)
減　弱	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0)	4 (100)

第4節　液層と豫後との關係

液層の增加せるもの及び，然らざるものと，豫後との關係は第22表に示す通りで．特別な相違は認められない．

第22表　液層と豫後との關係

液層＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
增　加	11 (40.8)	3 (11.1)	10 (37.0)	3 (11.1)	27 (100)
然らざるもの	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25.0)	0 (0)	8 (100)

第5節　鋸齒狀緣と豫後との關係

鋸齒狀緣の認められるもの，及び然らざるものと豫後との關係は第23表に示す通りであつて，之等の間に特別な關係は認められない．

第23表　鋸齒狀緣と豫後との關係

鋸齒狀緣＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
(＋)	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	0 (0)	8 (100)
(－)	5 (33.4)	2 (13.3)	6 (40.0)	2 (13.3)	15 (100)

第6節 小括及び考按

緊張，蠕動，液層，鋸齒狀緣等の間接症狀と豫後との間には何等特別の關係を認め得なかつた．Sandweiss[29]や近藤氏[33]等は胃液分泌過多は治療を妨げると云うが，液層の增加せるものは特に治癒し難いと云う結果は出てこなかつた．從つて之等間接症狀は豫後の判定に役立たないと云う事になる．

第4章 性，年齡，及び病症の長さと豫後との關係

第1節 緒 言

レ學的症候とは全く關係ないが，尙胃潰瘍の豫後と關係ありげに思われるものに，性，年令及び病歷の長さがある．Albrecht[14]は女性は瘢痕化の傾向が著明と云い，Pollard[16]等は年令，性別，症狀の持續時間と治癒との間に關係はないと云い，Steigmann[18]等は60才以上のものは治癒度が低く，性別，症狀の持續時間とは關係ないと云い，湯川氏[22]等は治癒度，消失日數ともに性別とは關係なく，年令別では，40～59才が治癒度最も高く，20～39才，60才以上の間には差はないが，消失日數は年令が增すに從い增加し，疼痛持續期間が3～6月のものが治癒度最も高く，0～1月，1～3カ月，6月～1年，5年以上は略ゝ同樣で之に次ぎ，1～5年が最も低いと云い，荒井氏[21]は，50才以後でも相當に治癒すると云う．

以上の如く，性，年令，病歷の長さと治癒との關係は諸家によつて一致しない．私の成績は次の通りである．

第2節 性と豫後との關係

男性81例，女性23例の豫後は，第24表の（A）及び（B）に示す通りであつて，女性に易治が多いように思われるが，推計學を男いて檢討すると，有意の差は認められない．

第3節 年令と豫後との關係

年令は最少22才，最高73才で，之を20～30才，30～40才……70～80才の6段階に分け，豫後との關係を見た．その結果は第25表の（A）の通りであつて，20～40才では易治が多く，40～80才では難治が多い樣に思われる．故に之を（B）の樣に

第24表 性と豫後との關係

（A）

性＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
男	27 (33.3)	15 (18.5)	32 (39.5)	7 (8.7)	81 (100)
女	15 (65.2)	1 (4.4)	7 (30.4)	0 (0)	23 (100)

（B）

性＼豫後	易 治	難 治	計
男	42 (51.8)	39 (48.2)	81 (100)
女	16 (69.6)	7 (30.4)	23 (100)
計	58	46	104

（女の方が治り易いものが多いとは云えない．）

第25表 年齡と豫後との關係

（A）

年齡＼豫後	全快	殆全快	輕快	不變增惡	計
20～30	4 (57.1)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	7 (100)
30～40	10 (55.5)	3 (16.7)	5 (27.8)	0 (0)	18 (100)
40～50	10 (34.5)	3 (10.3)	15 (51.7)	1 (3.5)	29 (100)
50～60	11 (34.4)	8 (25.0)	11 (34.4)	2 (6.2)	32 (100)
60～70	5 (33.3)	1 (6.7)	6 (40.0)	3 (20.0)	15 (100)
70～80	2 (66.7)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	3 (100)

（B）

年齡＼豫後	易 治	難 治	計
20～40	18 (72.0)	7 (28.0)	25 (100)
40～80	40 (50.6)	39 (49.4)	79 (100)
計	58	46	104

（20～40歲の方が，40～80歲のものより易治が多いとは云えない．）

まとめて，推計學を用いて檢討して見ると，40才以下が治り易いとは云えない．

第4節 病歷の長さと豫後並びに病理學的所見との關係

第1項，病歷の長さと豫後との關係

潰瘍症狀の出現から，初診時までの期間と，豫

後との關係を見た．症例は 104例中病歴の長さ不明の6例を除いた98例である．この期間を 0～6月，6～12月，1～2年，2～4年，4～6年，6～8年，8～10年，10～20年，20～40年に分けた．1年以内を6月毎に分けたのは．病歴の短かいもの程治り易いと想像されるからである．10年以上は症例も少なく，發病時の患者の記憶もはつきりしないから，細く分けることは不可能で，10年及び20年間隔とした．その成績は第26表（A）の通りであるが，この表を更に（B）の様にまとめてみると，6月以内は易治が非常に多く，6月以上のものでは易治と難治に差がない．故に6月以内のものは，それ以上に比して治り易いと云えるかどうか推計學を用いて檢討してみると，1％以下の危險率で，これを認めることが出來る．このまとめ方をかえて，0～1年，1年～40年とすると（C）の様になり，1年以内に易治が多く，1年以上では易治と難治に差がない．

更に 0～2年，2～40年に分けてみると，（D）の如く2年以内に易治が多く，2年以上に難治が多い（危險率1％以下）．然るに 0～4年と4年以上に分けたのでは，有意の差は認められない．かくの如く病歴の短かいもの程，特に6月以内のものは治り易く，2年以上になると，治り難いものが，稍〻多い傾向となる．

第2項　病歴の長さと病理學的所見との關係

手術例に就いて，病歴の長さを前項と同様に分類し，病理學的所見と比較すると第27表の通りで

第26表　病症の長さと豫後との關係

豫後＼年數	0～0.5	0.5～1	1～2	2～4	4～6	6～8	8～10	10～20	20～40
全　快	17 (63.0)	4 (44.5)	9 (40.9)	3 (25.0)	3 (33.3)	2 (40.0)	1 (14.3)	0 (0)	1 (100)
殆全快	6 (22.2)	2 (22.2)	3 (13.6)	0 (0)	1 (11.1)	2 (40.0)	0 (0)	2 (33.3)	0 (0)
輕　快	3 (11.1)	3 (33.3)	6 (27.3)	7 (58.3)	5 (55.6)	1 (20.0)	6 (85.7)	4 (66.7)	0 (0)
不變增惡	1 (3.7)	0 (0)	4 (18.2)	2 (16.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
計	27 (100)	9 (100)	22 (100)	12 (100)	9 (100)	5 100)	7 (100)	6 (100)	1 (100)

（B）

豫後＼年數	0～0.5	0.5～40	計
易　治	23 (85.2)	33 (46.5)	56
難　治	4 (14.8)	38 (53.5)	42
計	27 (100)	71 (100)	98

（1％以下の危險率で，0～0.5年のものは，それ以上のものより易治なものが多いと認められる）

（C）

豫後＼年數	0～1	1～40	計
易　治	29 (80.6)	27 (43.5)	56
難　治	7 (19.4)	35 (56.5)	42
計	36 (100)	62 (100)	98

（1％以下の危險率で，0～1年のものは，それ以上のものに比して，易治なものが多いと云える）

（D）

豫後＼年數	0～2	2～40	計
易　治	41 (70.7)	15 (37.5)	56
難　治	17 (29.3)	25 (62.5)	42
計	58 (100)	40 (100)	98

（1％以下の危險率で，0～2年のものは2年以上のものに比して，易治なものが多いと認められる．）

第27表　病歷の長さと病理學的所見との關係

（A）

年　數	例數	較新比的	着き潰瘍な胼性瘢	網は網小又大癒着	周圍器臟と癒着	穿通性	瘢痕性
0～0.5	2	1	0	1	0	0	0
0.5～1	4	0	0	4	0	0	0
1～2	3	0	0	2	1	0	1
2～4	5	0	0	1	3	1	0
4～6	4	0	0	1	1	2	0
6～8	1	0	0	0	0	1	0
8～10	1	0	0	0	0	0	1
10～20	2	0	1	0	1	0	0
20～40	1	0	0	0	1	0	0

（B）

年　數	例數	較新比的	着き潰瘍な胼性瘢	網は網小又大の癒着	周圍器臟と癒着	穿通性	瘢痕性
0～2	9	1	0	7	1	0	1
2～40	14	0	1	2	6	4	1

ある．6月以内のものは新しいもの1例，組織學的に大網の癒著が認められるもの1例である．6月以上1年までのものでは總て大網又は小網の癒著したものである．

2年以上のものには他臟器と癒著したものが多く，中には穿通したものもあつた．卽ち他臟器との癒著や穿通等，高度の變化を伴うものは2年以上のものに多い樣な感じを持つ．

第5節　小括並びに考按

非手術例に就いて，性，年令及び病歷の長さと豫後との關係を見たが，この中で性並びに年齡は豫後と有意の關係は認められなかつた．病症の長さは豫後と關係があつて，發病後6カ月以内のものは治癒し易いものが非常に多く，2年以上になると難治のものが幾分多い傾向が認められた．

手術例に就いては新鮮潰瘍は1例しかないが，この1例は發病後6カ月以内のものであつた．又2年以上のものには，肝臟，膵臟，後腹膜，結腸間膜等の隣接臟器と癒着や穿通したものが多かつた．

卽ち，胃潰瘍は新しいものが治り易く，古いものは，治り難いと考えられ，殊に2年以上のものに難治が多いことは，手術例の所見とよく合致している．

第5章　易治及び難治因子數と豫後並びに病理學的所見との關係

第1節　緒　言

以上述べた各種因子と豫後との關係を總括すると，壁龕の深さ5粍未滿のもの，入口部の廣さ15粍未滿のもの，輪廓が諛り平滑でないもの，隣接小彎に變入又は，強直の認められないもの，粘膜皺襞集中像のないもの，胃體部小彎にあるものは其他のものに比して易治が多く，壁龕先端の尖鋭なもの，輪廓の極めて平滑なもの，入口部附近の透明部の著明なもの，續發性變化のあるものは，然らざるものに比して難治が多い．之等を一括して表に示せば．第28表の如くなる．丸印を附したものが易治及び難治因子である．

第28表　易治及び難治因子

易治側	因　子	難治側
5粍未滿	壁龕の深さ	5粍以上
15粍未滿	壁龕入口部の廣さ	15粍以上
不尖形	壁龕先端の形	尖形
餘り滑かでない	壁龕輪廓の性狀	極めて滑か
（一）	隣接小彎々入	（＋）
（一）	粘膜皺襞集中像	（＋）
不著明	入口部附近透明部	著明
（一）	續發性變化	（＋）
胃體部	部位	胃角幽門部

胃潰瘍の豫後判定に當り，レ寫眞を以上の如き諸因子に分析して觀察すれば，凡そ，豫後の推測が出來るが，又一方には易治因子と，難治因子とが混在した場合はどうなるかとの疑問が湧く．故に之に關する觀察を次に行つた．

第2節　易治及び難治因子數と豫後との關係

易治因子數及び難治因子數と豫後との關係を示すと，第29表の如くなる．易治因子數は0～6個であり，難治因子數は0～3個である．兩者の相互關係をみると，易治因子數6のものでは，全例難治因子なし，易治因子數5のものでは，難治因子なし9，あり2．易治因子數4のものでは，難

第29表　易治及び難治因子數と豫後との關係

易治因子數	6	5		4			3			2			1			0				計
難治因子數	0	0	1	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	3	
易　治	4	8	1	14	1	1	9	2	0	10	4	1	1	1	0	0	1	0	0	58
難　治	0	1	1	0	1	0	4	2	2	7	8	4	1	6	4	0	3	1	1	46

治因子なし14，あり3．易治因子數3では夫々13と6．易治因數2では17と17，易治因子數1では2と11，易治因子數0では0と6となり，易治因子數が減少する程，難治因子を持つものが增加する．殊に易治因子數4以上のものでは難治因子を持つものは少なく，易治因子數1及び0では，難治因子を持つものが多くなる．

次に難治因子數を無視して易治因子數と豫後との關係をみると，第29表より，第30表(A)が導き出される．易治因子數0及び1では難治が多く，4～6では易治が多いが，2～3では差がない．(之等の間には1%以下の危險率で，有意の差が認められる)．後者53例を難治因子を持つものと，持たぬものとに分けてみると，第30表（B）の通りとなり，難治因子を持たないものは易治が多く，持つものは難治が多い．（危檢率5%以下）

それでは易治因子數を無視して，難治因子數と豫後との關係は如何であろうか，難治因子なきものは易治が多く，難治因子を有するものは難治が多い．その危檢率は1%以下である（第31表(B)）．而して難治因子數1のものでは難治が67.7%，2のものでは84.6%と，1よりも2の方が難治が多い（第31表（A））．

第30表　易治因子數と豫後との關係

(A)

豫後＼易治因子	0，1	2，3	4～6	計
易　治	3 (15.8)	26 (49.1)	29 (90.6)	58
難　治	16 (84.2)	27 (50.9)	3 (9.4)	46
計	19 (100)	53 (100)	32 (100)	104

（1%以下の危險率で有無の差が認められる．）

(B)　易治因子數2，3のものに於ける，難治因子數と豫後との關係

豫後＼難治因子	(−)	(+)	計
易　治	19 (63.3)	7 (30.4)	26
難　治	11 (36.7)	16 (69.6)	27
計	30 (100)	23 (100)	53

(2.5%以下の危險率で，(−)の方が(+)より易治が多いと認められる．)

第31表　難治因子數と豫後との關係

(A)

豫後＼難治因子	0	1	2	3	計
易　治	46 (78.0)	10 (32.3)	0 (15.4)	0 (0)	58
難　治	13 (22.0)	21 (67.7)	11 (84.6)	1 (100)	46
計	59 (100)	31 (100)	13 (100)	1 (100)	104

(B)

豫後＼難治因子	(−)	(+)	計
易　治	46 (78.0)	12 (26.7)	58
難　治	13 (22.0)	33 (73.3)	46
計	59 (100)	45 (100)	104

（1%以下の危險率で，(−)の方が(+)より易治が多いと認められる．）

例えば症例1は，壁龕小さく，先端尖らず，輪廓は非常に平滑ではなく，隣接小彎彎入せず，入口部附近の透明部も認められず粘膜皺襞は集中せず部位も胃體部小彎にあつて，易治因子數6，難治因子數0で，1カ月經たないうちに全快している．（眞眞1）

症例2は，壁龕大きく，先端は圓く，輪廓はあまり平滑でなく，隣接小彎は陷凹しているが，入口部の透明部は僅かであり．粘膜皺襞集中するが

部位は胃體部小彎である．卽ち易治因子數2，難治因子數0であつて，入院97日で全快退院している．（寫眞2 a 及び b）

症例10は，壁龕は大きく，先端は尖らず，輪廓は平滑ではないが，隣接小彎は彎入し，入口部附近には透明部が認められ，粘膜皺襞集中像が著明であり，部位は胃體部小彎にある．卽ち易治因子數2．難治因子數1で，難治な例である．（寫眞10a，b 及び c）

尙易治因子數と難治因子數との差及び比と豫後との關係に就いても檢討したが，上記の方法より特に優れているとは思えないので，省略する．

第3節 易治並びに難治因子數と病理學的所見との關係

手術例のレ像を，易治因子數と難治因子數によつて分類し，病理學的所見との關係を見ると，次の通りである．

初めに易治因子數を前節にならつて，0，1，2，3，4～6に分けると，0及び1のもの6例中，穿通せるもの3例，隣接臟器卽ち肝臟，膵臟等と癒著せるものが3例で，その中の1例は瘢痕性であつた．

易治因子數4～6個のものでは，比較的新しい潰瘍1例，大網が癒著せるもの3例，瘢痕性のものが2例あつて，その中の1例は膽嚢と癒著していた．後の2例は何れも蝸牛殻狀内翻を伴うものであつた．

易治因子數2及び3のものは，癒著なきもの1例，大または小網の癒著肥厚せるもの5例，隣接臟器と癒著せるもの4例，穿通せるもの1例で，比較的輕度の胼胝性潰瘍と高度の變化を伴うものが半々であつた．この易治因子數2及び3のものを更に難治因子を持つものと，持たぬものとに分けると，持たぬものでは，癒著なきもの1例，大網又は小網癒著せるもの3例であり，難治因子を持つものでは，大網又は小網癒著せるもの2例，隣接臟器と癒著せるもの4例，穿通せるものが1例であつた．（第32表）

第32表 易治因子數と病理學的所見との關係

易治因子數	0，1	2，3	4～6
例數	6	11	7
比較的新鮮潰瘍	0	0	1
癒着なき胼胝性潰瘍	0	1	0
小網或は大網癒着せるもの又は組織學上癒着を疑わせるもの	0	5	3
隣接臟器と癒着せる胼胝性潰瘍	3	4	1
穿通性潰瘍	3	1	0
瘢痕性潰瘍	1	0	2

次に難治因子數0のもの，1のもの，2のものに分けると，0のものでは比較的新しいもの1例，癒著なきもの1例．大又は小網癒着せるもの5例と輕度の潰瘍が多いが，然し2例の穿通性潰瘍を含んでいる．難治因子數1個のものでは，大又は小網癒著せるもの4例，隣接臟器と癒著せるもの6例（うち2例は瘢痕性）穿通せるもの2例，瘢痕性3例と，高度の潰瘍が多くなつている．難治因子數2のものは2例あつて，何れも隣接臟器と癒著せるものであつた．（第33表）

第33表 難治因子數と病理學的所見との關係

難治因子數	0	1	2
例數	9	13	2
比較的新鮮潰瘍	1	0	0
癒着なき胼胝性潰瘍	1	0	0
小網或は大網癒着せるもの又は組織學上癒着を疑わせるもの	5	4	0
隣接臟器と癒着せる胼胝性潰瘍	0	6	2
穿通性潰瘍	2	2	0
瘢痕性潰瘍	0	3	0

例えば，症例3は壁龕小さく，先端丸く，輪廓あまり滑かでなく，隣接小彎彎入せず，粘膜皺襞集中せず，部位は幽門部にある．卽ち易治因子數5，難治因子數0であるが，比較的新しい症例であつた．（寫眞3 a，b）．症例10は易治因子數2，難治因子數1であつて，膵臟と癒著した高度の胼胝性潰瘍であつた．（寫眞10 a，b，c）．

第4節 小括並びに考按

非觀血的治療例に於いては，易治因子數0，

1のものでは難治なものが多く，2，3のものでは，難治因子を持つものは，難治なものが多く，難治因子を持たないものは，易治なものが多く，易治因子數4以上のものでは，易治なものが多かつた．手術例では，易治因子數 0，1のものは，肝臟，膵臟，後腹膜等と，癒著又は穿通したものが多く，易治因子數2，3のものでは，難治因子を持たぬものは，古くても大網癒著程度のものが多く，難治因子をもつものでは，隣接臟器と癒著又は穿通したものが多く，易治因子數4～6のものでは，古くても大網癒著程度まで〻あるように思われる．手術例は古い潰瘍に偏していると考えられるので，非手術例と直接比較するわけには行かないであろうが，大網癒著程度までは治り易いものが多く，隣接臟器と癒著や穿通を來したものは難治であるように見える．續發性變化を伴うものは，易治因子數が多くとも，古くて難治であると考えられる．

難治因子を持つものと持たぬものとでは，前者は，隣接臟器と癒著や穿通したものが多くて，難治であり，後者は，古くても大網癒著程度まで，易治であるように見える．

附　豫後判定の實驗例

以上に述べた如き，易治及び難治因子の數を數えて，果して豫後を判定出來るかどうか僅か6例ではあるが新しい症例に就て檢討して見た．之等は以上の統計的觀察には使つていない症例で，筑紫病院及び福岡遞信病院の内科的治療例6例である．（第34表）

第34表　豫後判定實驗例

症例	年齢	性	病歷の長さ	壁龕の深さ×廣さ	壁龕の先端	壁龕の輪廓	隣接小彎々入	透明部	レリーフ集中像	部位	續發變化	易治因子數	難治因子數	治療期間	轉歸
1	33	♂	1年	8×22	圓	不滑	(+)	(−)	(−)	胃角	(−)	2	0	自宅70日 入院60日	全快
2	33	♂	1年1月	6×15	平	不滑	(−)	(−)	(−)	骨體部小彎	(−)	4	0	入院57日	全快
3	64	♂	不明	16×25	圓	不滑	(+)	(−)	(+)	胃體部小彎	(−)	2	0	入院1月	全快
4	79	♂	6月	10×4	圓	不滑	少し(+)	(−)	(+)	胃體部小彎	(−)	4	0	入院2月	全快
5	60	♂		9×15	圓	不滑	少し(+)	(−)		胃體部小彎	(−)	2	0	98　日	全快
6	38	♀		4×24	平	不滑	(−)	(−)	(+)	胃體部後壁	(−)	4	0	24　日	全快

第1例はそのレ寫眞に於て，壁龕は大きく，隣接小彎には彎入が認められるが，壁龕の先端は丸味を帶び，輪廓は鋭利でなく，粘膜皺襞集中像は認められず，結局易治因子數2，難治因子數 0で，治癒し易いものと判定される．實際自宅療法70日後，入院してレ線治療を行い，2カ月後全治退院した．然し退院後，職業柄飮食の不攝生が多く，再發，再入院した．之が第2例である．このレ寫眞によれば，易治因子數4，難治因子數0で，治り易いものと診斷された．入院2カ月，内科的治療を行い，壁龕は消失したが，患者が再發を恐れて手術を希望するので，手術を行つた結果，潰瘍は略〻瘢痕治癒している事が確かめられた．

第3例は壁龕はや〻大きくて，隣接小彎の彎入，及び，壁龕入口部にはくびれが認められ，古そうな感じであるが，易治因子數2，難治因子數 0で，治癒し易いものと判定される，入院による内科的治療1カ月で壁龕消失，その後3カ月までの觀察では，再發を見ていない．

第4例は79才の高令者で，壁龕は比較的小さいが，粘膜皺襞集中像が認められる．然し易治因子數4，難治因子數 0で，よく治るものと判定されるが，内科入院2カ月で全快した．

第5例は，壁龕は比的較大きく，隣接小彎の彎入が少し認められた例で，易治因子數2，難治因子數 0であるが，3カ月後壁龕は全く消失していた．

第35表 レ治療患者の遠隔成績

退院後＼退院時	全快	殆全快	輕快	不變增惡
異常なし	17 (44.7)	8 (61.5)	6 (15.4)	1 (14.3)
不變	0 (0)	3 (23.1)	0 (0)	1 (14.3)
再發	5 (13.2)	0 (0)	2 (5.1)	1 (14.3)
死亡	3 (7.9)	0 (0)	2 (5.1)	1 (14.)
不明	13 (34.2)	2 (15.4)	29 (74.4)	3 (42.8)
計	38 (100)	13 (100)	39 (100)	7 (100)

第6例は，胃體部後壁に長楕圓形の壁龕を現わし，かなり直徑は大きいが，深さは淺い．粘膜皺襞集中像が認められるがあまり粗大ではない．易治因子數4，難治因子數 0であるが．24日後壁龕は消失していた．

難治例に遭遇しなかつたのは殘念であるが，以上の6例では，豫後の判定は實際と一致している．

第6章 豫後と潰瘍癌との關係

尙こゝに重大な問題が殘つている．それは難治の潰瘍が癌ではないかとの疑問である．潰瘍癌の頻度は，諸家によつて見解がまちまちであつて，胃潰瘍の2～3%から33%に及んでいる[12)13)23)34)~38)]．私の材料の中で，レ治療を行つた97例に就て遠隔成績を調査したところ，消息の明かなものは50例であつた．退院から調査までの期間は4カ月乃至15年である．その結果は第35表の通りである．全快例38例のうち消息の明らかなものは25例あつて，その中3例が死亡していた．死亡者の1人は12年後老衰で死亡したもので，生存中は全く異常はなかつたものである．他の1人は胃疾患以外の疾患で死亡し，殘りの1人は2年後，腸出血で死亡した．腸出血の原因は判明しない．輕快例39例中死亡したのは2例あつて，1例は2年後胃疾患で死亡し，他の1例は7カ月後吐血死亡した．增惡例の1人は，4年半後，十二指腸潰瘍で死亡した，之等の死亡例の中で，輕快例の2例だけが，癌を疑えば疑えるに過ぎない．然し他方，消息不明のものが47例あつて，殊に輕快例39例中29例を占めているものは，この中に癌による死亡者が，或は相當に含まれているのかも知れない．何れにせよ，この材料からは，はつきりした胃癌の例を摑むことは出來なかつた．

第4篇 總括及び考按

最も治り易い潰瘍は壁龕の深さ5粍未滿，入口部の廣さ15粍未滿，先端尖らず，輪廓は余り平滑ではなく，隣接小彎の變入や，壁龕入口附近に透明部が認められず，粘膜皺襞集中せず，續發性變化を伴わず，部位は胃體部にあるものである．之は易治因子數6，難治因子數 0に相當し，新鮮又は單純性潰瘍と考えられる．

この反對の所見を有するものは最も治り難く，易治因子數 0，難治因子數4に相當し，高度の肼胝性潰瘍と考えられる．この間に種々の段階があつて，易治因子數2及び3のあたりが，易治と難治の中間地帶に當る．この部分では難治因子數 0ならば易治と考え，難治因子（＋）ならば難治と考えられる．

併し易治因子數が4以上あつても，若し難治因子が1つでもあれば，難治の場合もある事を考慮に入れなければならない．殊に續發性變化を伴う場合には，易治因子が多くても，難治と考えるべきである．例えば第2章，第3節の第3番目の例は，入院治療を含めて1年2カ月治療したが，治癒しなかつたもので，その壁龕は易治因子數6である．

易治或は難治と判斷すべきレ所見を呈する胃潰瘍は，病理解剖學的或は病理組織學的には如何なる所見を有するかは，手術例が難治の潰瘍や，高度の變化を伴う潰瘍に偏していると思われるので，簡單に云う事は出來ない．併し手術例でレ所見と病理學的所見とを比較した所では，易治所見の潰瘍は，新鮮潰瘍か，慢性潰瘍で癒著なきもの，或は小網又は大網の肥厚，癒著のある程度までゞある，之に反して難治所見の潰瘍は，肝臟，膵臟等の隣接臟器や，後腹膜に癒著或は穿通したものが多かつた．私の材料では特に三層を示した典型的な穿通性潰瘍壁龕を1例も認められなかつた．併し易治因子數1又は 0のものでは，癒著或は穿通を疑わねばならないであろう．

私等は屢ゝ輕度の潰瘍を新しい潰瘍，肼胝性潰

瘍を古い潰瘍と呼ぶ．併し組織檢査では，高度の肼胝性潰瘍でも，遊走細胞の浸潤強く，強い炎症所見を示すものが相當認められた．又新鮮單純性潰瘍でも，病勢が落着けば，炎症所見は古くなる．從つて，潰瘍の歷史の新舊と，炎症所見の新舊とは必ずしも一致しない．恰も肺結核で，新しい浸潤巢が，落着くと增殖性となり，高度の古い肺結核が滲出性の病巢を含んだ混合型であることゝ同樣である．

難治な潰瘍は癌ではないかという疑問に對して，レ治療例の遠隔成績を調査したが，消息不明な例が多くて，はつきりした結論を得る事は出來なかつた．

潰瘍癌乃至惡性潰瘍のレ像は，次の樣に言われている．一般に直經2～3糎以上の壁龕を有する潰瘍は，癌の危險性が大きく，又惡性潰瘍の特徵は丘狀壁龕を現わす事，輪狀透明帶等の周緣隆起，胃壁硬直，粘膜皺襞の俄然中斷，壁龕輪廓の不規則等が擧げられているが，尙診斷は困難であつて，治療しながら經過を觀察し，若し縮小しなければ癌を疑えと云う．然し又一方では，之等の所見は必ずしもあてにはらないと云われる[34)~42)]．私の非手術例の觀察では，2.5糎以上の壁龕でも，易治のものが相當あり（第3表），丘狀壁龕でも，半圓形や圓錐形のものよりも，寧ろ易治が多い位の數を示しており（第9表），潰瘍癌の鑑別には，必ずしも役に立たない樣である．又潰瘍癌で壁龕の消失した例を經驗している．（寫眞12, a, b, c）.

症例10のように癌變性の疑われるような例で，癌の所見の認められないものもあり，症例11の樣に，レ像でも，手術所見でも癌とは考えられない例で，組織標本では，極く僅かながら癌細胞の浸潤が認められる場合もある．極く初期の潰瘍癌の診斷は，現在の所レ診斷では，非常に困難である．やはり或る程度の癌の進展が必要であつて，レ檢査で，壁龕の輪廓や周緣隆起，粘膜皺襞の狀態等に注意して診斷する他はない．癌の浸潤が胃全體に及んでも，尙蠕動の變化のない場合もあつて，蠕動欠損がないからと言つて癌を否定出來ない．最も大切な事は粘膜皺襞を精査することである．又屢々經過觀察に賴る他ないのも已むを得ぬ事であろう．

第5篇 結 論

私は胃潰瘍の非觀血的治療例 104例に就て，そのレ像と豫後とを比較し，又手術例24例に就て，そのレ像と病理解剖學的並びに病理組織學的所見とを比較して，次の成績を得た．

1） 壁龕の深さ5粍未滿のものは，それ以上のものに比して治り易いものが多い．

2） 壁龕入口部の廣さ15粍未滿のものは，それ以上のものに比して治り易いものが多い

3） 壁龕の深さと廣さとを組合せた觀察では，深さ5粍未滿，廣さ15粍未滿のものは易治が多いが，其の他のものでははつきりした差は認められない．

手術例では，壁龕の深さ5粍以上，廣さ15粍以上のものに，隣接臟器と癒著や穿通するものが多いように思われる

4） 側面壁龕の形と豫後との間には，はつきりした關係は認め難い，病理所見との間にもはつきりした關係は認められなかつた．正面壁龕では正圓形又は卵圓形のものは，新しくて治り易く，不正形のものは古くて，治り難いと想像される．

5） 壁龕先端の形が尖つたものは，然らざるものより難治が多い．然し手術例では，症例が少く，先端の尖つたものが然らざるものより古いとは云えなかつた．然し之等は，何れも炎症所見は著明ではなかつた．

6） 壁龕の輪廓が余りに平滑なものは，然らざるものに比して治り難いものが多い，手術例では，この所見を有するものは1例しかなかつたが，炎症所見の余り強くない肼胝性潰瘍であつた．

7） 隣接小彎に變入の認められないものは，認められるものに比して易治が多い．又後者は癒著や穿通を來したもの，及び炎症所見の強いものに多いように思われる．

8） 粘膜皺襞集中像の認められぬものは，認められるものに比して易治が多い．手術例では，前者は1例しかないが，比較的新しい潰瘍であり，

後者は，穿通又は癒著せる高度の潰瘍が多かつた．

9) 壁龕が胃體部にあるものは，胃角や幽門部にあるものに比して易治が多い．

10) 續發性變化を伴うものは，難治のものが多い．之等は壁龕を現わさない事が屢々ある．又瘢痕化しかけた古い潰瘍が多いように思われるが，中には穿通性の潰瘍もあつた．

11) 緊張，蠕動，液層，鋸齒狀緣等間接症狀と豫後との間には，特別な關係は認められない．

12) 性及び年令は豫後との關係が認められなかつた．

13) 病歷の長さ6月以內のものは易治が非常に多い．2年以上になると，難治が多い傾向となる．手術例では2年以上のものに隣接臟器に癒著や穿通を來した高度の胼胝性潰瘍が多かつた．

14) 壁龕の深さ5粍未滿，入口部廣さ15粍未滿，輪廓のあまり平滑でないこと，隣接小彎に彎入の認められぬこと，粘膜皺襞の集中せぬ事，胃體部にある事が易治因子であり，壁龕先端の尖る事，輪廓の平滑，著明な透明部，續發性變化が難治因子である．

15) 易治因子數 0，1 の者，及び，易治因子數 2，3 のもので，難治因子を持つものは，難治が多く，手術例では隣接臟器と癒著又は穿通したものが多かつた．易治因子數2，3のもので，難治因子を持たぬもの，及び易治因子數4～6のものでは易治が多が多く，手術例では古くても大網癒著程度のものが多かつた．但し，續發性變化を伴うものでは，易治因子數が多くとも古い潰瘍で，難治が多いと思われる．

16) 以上の考え方で，6例に就いて，豫後の判定を實驗して見たが，之等の例では，豫後とよく一致した，併し尙今後の檢討が必要と考える．

17) 難治例には，潰瘍癌乃至は癌性潰瘍が含まれているのではないか，と云う疑問に對しては，はつきりした結論は得られなかつた．難治な潰瘍必ずしも癌ではなく，壁龕が消失しても癌の場合があり，經過によつて鑑別を行う場合には注意を要する．潰瘍癌の診斷は，やはり或程度進展しなければ困難と思われる．

稿を終るに臨み，御懇篤な御指導を賜つた恩師九大入江敎授，九大名譽敎授，國立筑紫病院，大野研究檢査科長，九大理學部數學敎室，瀨口特別大學院學生，材料の御提供，御支援を賜つた九大第2外科友田敎授，光野講師，國立筑紫病院古賀院長，權藤副院長，大牟田三井病院相賀副院長，小野同病院前放射線科醫長，福岡遞信病院吉原放射線科醫長並びに同僚友人各位に深謝を捧げる．

本研究は，昭和27年4月第11回日本醫學放射線學會總會，同年10月第52回九州醫師會醫學會分科會，昭和30年7月第19回日本醫學放射線學會九州地方會，昭和31年4月第15回日本醫學放射線學會總會に於て發表した．

文 獻

1) 細田： 胃十二指腸潰瘍及び潰瘍將生症の「レ」治療成績，日本醫放會雜誌，2:65 (昭16). —2) 川波： 胃並に十二指腸潰瘍の「レ」治療，日本醫放會雜誌，1:473 (昭15). —3) 川波：「レ」治療後再發せる大なる胃潰瘍の1例，第49回九州醫學會雜誌，(昭14). —4) Aschoff: Pathologische Anatomie. 7, Anflage. Ba II. (1928). —5) Schlesinger: Die Röntgendiagnostik der Magen-u. Darmkrankheiten, 3, Anflage. Urban & Schwarzenberg. 1927. —6) Assmann: Die Klinische Röntgendiagnostik der Inneren Erkrankungen. 5. Auflage, Berlin, Verlag von F.C. W. Vogel, 1934. —7) 田宮： 內科レントゲン診斷學，2卷(1)，南山堂，昭25. —8) 樋口： 胃潰瘍症のエツクス線診斷並に治療，日本醫放會雜誌，12:1 (昭27). —9) 多々見： 胃癌，胃潰瘍及び十二指腸潰瘍のX光線診斷，グレンツゲビート，5，10:1259 (昭6). —10) 平松等： 胃潰瘍の「レ」線診斷—內科的處置と外科的手術の限界に關聯して—，診斷と治療，35:405 (昭28). —11) 山川等： 消化管のレ診斷，4版，中山書店，(昭25). —12) Schinz: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, 5, Auflage. Bd. IV, Teil II. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. (1952). —13) Stewart: The pathology of gastric ulcer. Brit. Med. J. 2:1021 (1923). —14) Albrecht: Die Röntgendiagnostik des Verdauungskanals Georg Thieme Verlag. Leipzig. 1913. —15) Cummins, et al.: A study of the time of "healing" of peptic ulcer in a series of sixty-nine cases of duodenal and gastric craters, Gastroenterology, 7:20(1946). —16) Pollard, et al.: The rate of healing of gastric ulcers. Gastroenterology. 8:435 (1947). —17) Feldman. et al.: Healing of

peptic ulcer. The Am. J. of Digestive Diseases. 18, 10 (1951). —18) Steigmann et al.: The time of healing of gastric ulcers: Implications as to therapy. Gastroenterology. 20:20(1952). —19) 山形: 胃十二指腸潰瘍の診斷, 最新醫學, 8:411 (昭28). —20) 近藤等: 胃鏡の診斷的意義, 最新醫學, 8:313 (昭28). —21) 荒井: 胃潰瘍ニツシエの統計的觀察, 實驗消化器病學, 13:372 (昭28). —22) 湯川: 胃潰瘍の治癒に就て, 日本臨床, 11:620(昭28). —23) 黒川等: 胃十二指腸疾患診療に關する 2, 3 の問題, 日本臨床, 13:1061 (昭30). —24) 友田: 胃及び十二指腸潰瘍(昭15). —25) Wydler: Ein Beitrag zur Chirurgie des Magen-u. Duodenalgechwüres. Mittg. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir. 35:103 (1922). —26) Orator: Beiträge zur Lehre von Magengeschwür, Makroskopische Befund. Mittg. a.d. Greuzgeb. d. Med. u. Chir. 35:214 (1932). —27) Ohnell: Interne Behandlung bei Ulcus ventriculi mit roentgenologischer Nische. Acta Med. Scand. 52:1(1920); Cummins et al: Gastroenterology, 7:20～37(1946). —28) White: Observations on the healing of gastric ulcer. New England J.M. 201:1075(1929); Cummins et al.: A study of the time of "healing" of peptic ulcer in a series of sixty-nine cases of duodenal and gastric craters. Gastroentelo. 7:20～37(1946). —29) Sandweiss et al.: Peptic ulcer. W.B. Saundercompany. Philadelphia, London, 1948. —30) Marshak et al.: Giant benign gastric ulcer. Gastroenterology. 24:339 (1935). —31) Eisler u. Lenk: Ulcus ventriculi. Dtsch. med. Wsctr. 2(1921), 1459. —32) Forssell: Beobachtungen üder die Autopkstik des Digestionskanals. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr. 37(1928). 393. —33) 近藤等: 消化性潰瘍の內科的治療—特にその適應と限界に就て—, 日本臨床, 12:22(昭29). —34) 山形: 胃癌の早期診斷に於けるレ線檢査法の價値, 臨床病理, 1:277 (1953). —35) 齋藤: 大型龕を有する胃潰瘍の統計的觀察 (2), レ學的事項, 東北醫學雜誌, 40:16(昭25). —36) 村上: 潰瘍癌の統計, 最新醫學, 8:277 (昭28). —37) 田崎: 潰瘍外科療法の適應 (內科), 最新醫學, 8:294 (昭24) —38) 金子: 消化性潰瘍の問題, 日本臨床, 12:37 (昭29). —39) 寺內等: 胃潰瘍ニツシエに關する知見補遺, 實驗消化器病學, 6:539 (昭6). —40) 石川: 胃癌の診斷と治療, グレンツゲビート, 第5年, 上半期, 584(昭6). —41) 藤浪: 外科領域に於る胃潰瘍のレ線學的症候論, 最新醫學, 8:373 (昭8). —42) Albot et al.: Relationship between histological lesions and radiological signs of cancers of the mucous membrain of the stomach. Am. J. Dig. Dis. 19:161 (1952). —43) 綾部: 胃潰瘍癌に就て, 臨床と研究, 30:212 (昭28).

On the Qualitative Diagnosis of Gastric Ulcer

By

Kiyoshi Sasaki

Clinic of Radiology, Chikushi National Hospital, Fukuoka-City (Director: Prof. Dr. Hideo Irie, Institute ot Radiology, Medical College, Fukuoka, Japan)

Gastric ulcer was studied by comparing its X-ray findings with the later course it had taken in radiologically and clinically treated 104 cases of the disease and by comparing its x-ray findings with its patho-anatomical and pathohistological features in surgically treated 24 cases of the desease, with the following result.

1) The lesion was more readily curable in many cases when the niche presented was less than 5 mm deep, less than 15 mm wide at its entrance, not quite smooth in outline, not intruded by the adjacent lesser curvature devoid of any mucosal folds gathered together (all these being factors for high curability) than when it was otherwise.

2) The lesion was incurable in many cases when the niche presented was sharply pointed at its end, quite smooth in outline, conspicuously transparent about its entrance, and accompanied by secondary changes (factors for incurability).

3) The lesion was curable or incurable in most cases according as the curability

factors presented were 4 or more or 1 or zero in number. When the curability factors existing were 2 or 3 in number, the lesion was curable or incurable in many cases according as these factors coexisted with some incurability factors or with none, the curability of th lesion rising with an increase in the number of the latter factors.

4) A stomach lesion appearing curable in its x-ray findings was identified in many cases as newly produced ulcer, chronic ulcer not adhered, or chrnoic ulcer with adhesion of the greater and the lesser omentum: whereas one appearing incurable in its x-ray findings was identified as adhesion or penetration of adjacent organs or as cicatrical ulcer in many cases.