

# 十二指腸移動症ニ就テ

熊本醫科大學萩原外科教室

福 里 信 藏

## Ueber Duodenum mobile.

Von

Dr. S. Fukusato.

[Aus d. chir. Klinik d. med. Hochschule zu Kumamoto.

(Direktor: Prof. Y. Hagiwara.)]

〔内容抄録〕 余ハ最近我教室ニ於テ遭遇セル數例ノ十二指腸移動症ニツキ、種々ナル検査法ヲ試ミタル結果、少クトモ手術前ニ移動性十二指腸ナルコトヲ確實ニセルト同時ニ手術的ニモ良効ノ成績ヲ得タリ。之レヲ從來ノ14例ニ追加スルト同時ニ總括的觀察ヲ試ミ次ノ如キ結果ヲ得タリ。

1. 十二指腸移動症ト性別トノ間ニ關係ナキモノ、如シ。
2. 十二指腸移動症ハ40歳代ニ於テ比較的多數ニ遭遇セリ。
3. 十二指腸移動症ト發熱トノ關係ハ不明ナリ。
4. 疼痛ハ心窩部ニ局限スルコト大多數ニシテ、右季肋部之レニ次グ。大多數疼痛發作反覆スルモ食餌トノ關係ヲ認メ得ズ。稀レニ放散性疼痛ヲ發スルコトアリ。壓痛ノ存在スルモノ、中大多數ハ右季肋部ニ存セリ。
5. 腹筋ノ緊張セルモノ、或ハ腫瘤ヲ觸知シ得ルモノ甚ダ尠少ナリ。
6. 十二指腸移動症ノ場合黄疸ヲ併發スルコトアリ。
7. 潛在性出血ハ大多數ニ於テ之レヲ證明シ得ズ。
8. 胃液酸度ハ大多數ニ於テ低下セルモ稀レニ正常酸度及ビ過酸症ヲ示スコトアリ。
9. 胃液中血液反應及ビ乳酸ハ大多數ニ於テ缺如セリ
10. 胃ハレントゲン<sup>7</sup>検査一般ニ下垂シ、且蠕動運動ハ緩慢ナリ。
11. 十二指腸ノレントゲン<sup>7</sup>検査ハ余等ノ方法ニ依リ充分可能ナルモノニシテ、十二指腸移動症ヲ診斷スルニ最モ確實ナルモノト信ズ。
12. リオン・メルツァー氏ニ依ル膽汁検査ハ識別診斷上利用スベキモノト思惟ス。
13. グラハム氏膽囊造影法ハ前述ノ意味ニ於テ試ムベキ検査法ナリ。
14. 十二指腸移動症ノ場合數々膽囊壁肥厚ヲ認ムルコトアリ。
15. 余ハ十二指腸漿液膜面ノ一部ニ細血管ニ富ム非薄ナル被膜ニ被ハレタルモノニ遭遇セリ。
16. 十二指腸移動症ハ手術ニ依リ輕快セシメ得ラル、モノナリ。從來ハ十二指腸周圍靱帶ノラフナー<sup>7</sup>ト<sup>1</sup>或ハ胃十二指腸空腸吻合術ヲ施サレタリ。
17. 余等ハ1例ニ於テ十二指腸曠置術胃空腸吻合術ヲ行ヒ他ノ1例ニ於テハラフナー<sup>7</sup>ヲ施セ

シ後胃空腸吻合術ニ依リ満足スベキ成績ヲ得タリ。

## 目 次

第一章 序 説	甲 診 断
第二章 症 例	乙 治 療
第三章 所見概括	第六章 結 論
第四章 従来ノ症例報告	文 献
第五章 總括的考察	

### 第一章 序 説

肝臓系統ノ諸器官ニ著明ナル變化ナク、膽石症酷似ノ病狀ヲ呈スル疾患ニ移動性十二指腸ナルモノノ存在スルコトハ既ニ1916年 三宅速教授ニ依リ發表命名セラレタル所ナリ。以來 Minz, Melchior, Breton, Duval, 及ビ中田氏等ノ症例報告アルモ、尙甚ダ尠少ニシテ正式ニ文献ニ現レタルモノ僅カ10有4例ヲ越エズ。從ツテ本疾患ノ診斷ハ殆ド全部開腹術ニ依リ確定セラレシモノニシテ、其ノ治療ニ於テモ其移動性ノ程度及ビ其當時ノ状態ニ依リ多少ノ差異ノ存在スベキハ當然ナルモ、報告者ニ依リ餘リニ種々雑多ナル方法施行セラルルノ現況ナリ。今診斷ノ術前ニ於ケル推定、及ビ治療方針ノ確立ハ一ニ症例報告ノ増加ニ俟タザルベカラザルモノト思惟ス。

余等ハ最近十二指腸移動症ノ數例ニ遭遇セリ。之ヲ精細ニ觀察シ考究セシム、少クトモ一部ハ術前ニ於テ十二指腸移動症ナルコトヲ確實ニシ得タリト信ズルト共ニ、治療ノ一見解ノ下ニ從來ノ術式ト多少異ナル方法ヲ施シ好結果ヲ得タルヲ以テ、之ヲ報告シ從來ノ症例ニ追加スルト同時ニ統計的觀察ヲ試ミント欲ス。

### 第二章 症 例

第1例。河○重○ 時計商。33歳。入院。昭和3年6月25日。

前史。特記スベキ事ナシ。

現疾患。約4年前ニ突然右季肋下部ニ、痙攣性劇痛起リ右肩部ニ放散セリ。同時ニ軽度ノ惡寒アリシモ發熱ナシ。食慾ハ减退シ時々嘔吐ヲ催シ、吐物ハ胆汁色ヲ呈ス。便秘ニ傾キ3乃至4日ニ1行。其後斯様ニ疼痛發作ハ1月ニ1又ハ2回起リ、2日間位持續スルヲ常トセリ。發作ハ體動ニ關係ナク、又食餌ノ攝取トノ間ニ關係ナク、時ニ軽度ノ黃疸ヲ伴フコトアリ。且發作時ニハ疼痛ノ場所ニ相當シ緊張感ガアリシト云フ。

現症。骨格中等度。榮養佳良。顔貌尋常。皮膚粘膜ニ黃疸ヲ認メズ。舌ニ薄苔ヲ蒙ル。脈搏正整。緊張強。1分時70至ヲ算ス。心臟境界正常。心音清朗。肺肝界。右乳線々上第6肋骨。肺臟打診上並ニ聽診上異常ナシ。四肢異常ナシ。

局所所見。視診上腹部ニ異常ナシ。觸診スルニ臍上部三橫指、正中線ノ右方約三橫指ノ部ニ於テ略鶏卵大ノ範圍ニ多少抵抗ノアル所アリ、壓痛存ス。右乳線上肝臟下縁ヲ觸レズ。尿淡黃色清澄、蛋白、糖、ラインデイクン、グメリン反應共ニ陰性、糞便ハ黃色ニシテ虫卵ヲ認メズ。潜在性出血ヲ認メズ。

胃液所見。

	前 液	後 液		前 液	後 液
色	淡黄濁	白色濁	赤 血 球	(-)	(-)
反 應	酸 性	酸 性	血 液 反 應	(-)	(-)
食 餌 殘 渣	中 等 度	中 等 度	長 桿 菌	(-)	(-)
遊 離 鹽 酸	30	49	八 聯 球 菌	(-)	(-)
總 酸 度	58	97	粘 膜 細 胞	(+)	(+)
乳 酸 反 應	(-)	(-)	白 血 球	(+)	(+)

胃レントゲン検査所見

胃ノ形狀ハ鉤狀胃, 胃運動比較的昂ス。陰影缺損ヲ認メズ, 幽門通過障礙ナシ。

膽汁所見。

25%硫酸 Lマゲネシウム溶液70珪ヲ使用シ, リオン・メルツァー氏法ニヨリテ採取ス。

	色	混濁	反 應	赤血球	白血球	血液反應	粘膜上皮	膽砂	ヒヨレス テリン 結 晶
注 入 前	黄 綠	輕 濁	アルカリ性	-	-	-	-	-	-
5分	濃黄綠	濁	同	-	-	-	-	-	-
5分—10	黄 綠	輕 濁	同	-	-	-	+	-	-
10—20	同	透 明	同	-	-	-	-	-	-
20—30	黄 色	同	同	-	-	-	-	-	-
30—40	同	同	同	-	-	-	-	-	-

グラハム氏法ニ據ルX線膽囊撮影所見。

メルク製Lロードテトラゲノスト<sup>1</sup> 静脈内注射後第10時間撮影。第1腰椎ト第2腰椎間ノ右側ニ當リ, 膽囊ノ陰影ヲ認ム。膽囊ハ其形狀, 大サ殆ド正常, 膽石像ヲ認メズ。第13時間ニシテ卵黄5個ヲ攝取セシメ後1時間ノ撮影ニ於テハ膽囊像消失セリ。

手術。

7月2日手術, Lパントボン, スコボラミン<sup>10</sup>0.5珪皮下注射, Lエーテル<sup>1280</sup>珪ニヨル全身麻酔。手術時間1時間58分。

上腹部正中切開ニヨリ開腹 膽囊ヲ觀ルニ大サ殆ド尋常, 膽囊壁ニ異常ナク, 輕度ノ指壓ニヨリ膽囊膽汁ハヨク排出セラル。又膽囊及ビ輸膽管内ニ結石ヲ觸レズ狹窄ヲ認メズ。肝臓ハ肥大セズ硬度ハ殆ド正常ナリ。膵ニ異常ヲ認メズ。胃幽門部ヲ觀ルニ多少下垂シ臍ノ高サニ在ツテ, 壁ニ肥厚及硬結ヲ觸レズ。十二指腸上水平部ハ之ニ續キ腸間膜ヲ有シテ全周ヲ腹膜ニ被覆セラレ完全ニ腹腔内臓器トナル且十二指腸ハ非常ニ移動シヤスク, 漿液膜面ハ其口位ノ一小部ガ小細血管ニ富ム薄膜ニテ被ハレ, 宛モ移動性盲腸ノ場合ニミルジャックソン氏被膜ニ類似ノ觀ヲ呈ス。十二指腸ハ容易ニ腹壁外約4, 5釐ニ引出シ得タリ。壁ニ肥厚及ビ硬結ヲ觸レズ, 十二指腸ノ曠置術ヲ行ヒ, 後結腸胃

後壁胃腸吻合術ヲ施シ、ブラウン氏腸間吻合ヲ追加シ腹壁ヲ三層ニ閉鎖セリ。

手術後経過。

術後第1日心窩部ニ疼痛可成リ激烈ニシテ惡心嘔吐頻回ニアリ、タメニ攝食スルヲ得ズ。體溫38.5度ニ昇リ、脈搏90至、第2日目ニ至リ嘔吐回数減少、流動性食餌ヲ攝取ス。熱38度5分ヲ越エズ、脈搏緊張強、第3日目ヨリ腹痛消失シ、攝食スルモ苦痛ナク、第4日ヨリ便自通アリ1日1回。第7日目拔糸創第1期癒合ヲ營ム第13日目全治退院。爾來心窩部疼痛ナシ。

第2例。池○龜○ 55。醫。昭和4年9月27日。入院。

遺傳的關係。前史共ニ特記スベキ事ナシ。

現疾患 昭和3年8月頃ヨリ心窩部ニ時ニハ食後疼痛ガ起リ、時ニハ空腹時ニ疼痛ヲ覺ユル事アリ、又時ニハ臍ノ右上部ニ相當シ限局性ノ激痛ヲ覺ユル事アリシモ右背部右肩部ニ放散スル事ナシ。食後ノ疼痛ハ固形食ヲ探ルトキ起リ易ク、脂肪ニ富ム肉食ヲ攝取スルト胃部ニ停滞スル感強ク、爲ニ淡白ナル食餌殊ニ菜食ヲ主トシ、且近來流動食ヲ主ニ攝取シツ、アリ。便ハ秘結シ易ク2日ニ1行位ナリ。

現症。體格大、榮養狀態略中等、皮膚及ビ眼瞼結膜少シク蒼白、黃疸ナシ、脈搏正整、緊張強、1分時85至ヲ算ス。血壓左98。右92(タイコス)呼吸正調、頭部顔面異常ナシ、心臟境界、上界第4肋骨、左界左乳線ノ一黃指内方、右界胸骨左緣。心音清朗。肺肝界右乳線上第6肋骨、肺濁セズ、雜音ヲ聽カズ。四肢異常ナシ。

局所所見。

腹部膨隆セズ、陷凹セズ。腹壁ニ緊張ヲ認メズ。臍右上部ニ指壓ヲ加ヘルニ不快感ヲ訴フル所アリ。以外何レモ抵抗乃至腫瘤ヲ觸レズ。胃ノ打診ニヨル境界ハ仰臥位ニテ下界臍ノ上方約二横指ノ邊ニアリ。肝脾腎ヲ觸レズ。尿淡黄色、清澄、比重1010、反應中性、蛋白、糖、Lインディカン、Lデアツォグメリン反應、陰性、糞便中蟲卵ヲ證明セズ。潜在性出血陰性。

胃液所見。

	前 液	後 液
色	帶白色濁 少シク	白色濁
反 應	酸 性	酸 性
食 餌 殘 渣	少	消 化 頁
遊 離 鹽 酸	20	28.5
總 酸 度	26	50
乳 酸 反 應	(-)	(-)
赤 血 球	(-)	(-)
白 血 球	(+)	(+)
血 液 反 應	(±)	(±)

ポテロ氏血清反應。陰性。

胃レントゲン検査所見、

胃ノ形狀ハ鉤狀胃、立位ニテ底部ハ臍下三横指、壓痛ノ存スル部ハ臍ノ右上約三横指幽門部ニ相當ス。胃ノ蠕動ハ稍々弱シ。何レモ陰影缺损壁竈ナシ。幽門ニ通過障害ナシ。十二指腸球ハ少シク擴張シ、且此處ニ比較的長時間對照食ハ停滞ス。但十二指腸内ノ他部ニ對照食ハ停滞スルコトナク、十二指腸内ノ通過ハ速ナリ。第2回、2時間後對照食胃内ニ極メテ僅ニ殘存ス。且十二指腸内ニモ尙少シク對照食停滞ス、此部ヲ

壓シテ少シク壓痛アリ。

膽汁所見。リオン・メルツァー氏法

	色	混濁	反 應	膽 砂	白血球	赤血球	粘膜上皮	ヒヨレ ステリ ン結晶
注入前	白	濁	酸 性	—	—	—	—	—
5分	同	同	同	—	—	—	—	—
5分—10	同	同	同	—	—	—	+	—
10—15	同	同	同	—	—	—	—	—
15—20	綠	同	同	—	+	+	—	—
20—25	同	同	同	—	+	—	—	—
25—30	同	同	同	—	+	—	—	—

手術。Lパントボン、スコボラミン<sup>1</sup> 0.6皮下注射0.2%<sup>2</sup>ツトカイン<sup>3</sup>60鈍ニヨル局所麻酔、後半  
 Lエーテル<sup>4</sup>140鈍ニヨル全身麻酔。手術時間1時間23分。

上腹部正中切開ニヨツテ開腹。胃ノ軽度ノ下垂ヲ見ル外、

胃壁ニハ何等ノ異状ヲ認メズ。幽門括約筋稍々肥厚、膽嚢ニ異状ヲ認メズ。周圍臓器トノ間ニ癒着ヲ認メズ。十二指腸上水平部ニテ口位ニ位スル部位ハ著シク擴張ス。壁ニ變化ヲ認メズ。十二指腸上水平部及ビ下行部ハ著シク長ク、且上水平部ハ甚シク移動性ニ富メリ。肝胃靱帯ヨリ右方ニ連續セル腹膜離壁ハ肝十二指腸靱帯トナリ、之レハ十二指腸上水平部ヨリ其下行部ニ移行スル邊ニ迄及ビ、爲ニ十二指腸上水平部ノ全部及ビ下行部ノ一部ハ全周ヲ腹膜ニ被包セラレ、完全ニ腹腔内臓器ト化セリ。肝十二指腸靱帯ノ長サハ15<sup>1</sup>徑以上ニ及ビ、十二指腸上水平部ハ之ヲ腹腔外ニ約4.5<sup>1</sup>徑引出スコトヲ得。十二指腸ガ以上ノ如クナルト同時ニ脾臓頭部亦之ト共ニ移動性ヲ示セリ。但脾臓ハ其硬度尋常ナリ。盲腸亦移動性ニ富ム。肝十二指腸靱帯ニラフナー<sup>1</sup>ト<sup>1</sup>ヲ施シ可及的ニ十二指腸ヲ固定シ、同時ニ後結腸胃腸吻合術ヲ行ヒ、ブラウン氏腸間吻合ヲ追加セリ。

術後経過。

手術第1日夜ヨリ第2日午前ニ亘リ可成激烈ナル心窩部疼痛アリ、第2日午後ヨリ漸次消失、第3日ニハ食餌ノ攝取ニヨルモ疼痛ナシ、體温ハ第2日、37.8度ニ昇リタルモ他ハ概ネ、37.1度ヲ越エズ、術後第6日以後便通自通アリ1日1回又ハ2日ニ1回、第7日拔糸、創第1期癒合。第17日全治退院。

術後第15日X線検査。

胃ノ下底部臍ノ下方三横指對照食ハ大部分直チニ吻合口ヲ通過シテ空腸ニ至ル。極一少部分ハ幽門ヲ通過シテ十二指腸ニ至ルモ、幽門ヲ去ル約4.5<sup>1</sup>徑ノ部ヨリ先ニ至ル像ヲ認メ難シ。十二指腸球ノ擴張ハ之ヲ認メ難シ。

第3例。四〇太〇。49。商。昭和4年10月17日。入院。

遺傳的關係。父ハ 80歳ニシテ赤痢ニテ死、母ハ 78歳ニテ氣管支喘息ニテ死亡。同胞5人。長兄ハ腸閉塞ニテ死亡

前史。24歳ノ時肺炎ニ罹リシ事アルノミ。

現疾患。約3年前、昭和2年8月海水浴ニ行キ腹部ヲ著シク冷却シタル事アリ、其際下痢ヲ起シ約1週間繼續シ、醫師ヲ訪レ胃擴張ノ診斷ヲ下サレシ事アリ。以來長途ノ歩行、過激ナル勞働ノ後、心窩部ニ疼痛ヲ覺ルニ至リ疼痛ハ漸次増悪スル傾向アリ。約1ヶ月前ヨリ身體ヲ無理ニ使ヒシ爲カ、心窩部ニ疼痛ハ特ニ著明ニナリ、疼痛ハ多クハ臍ノ右上方ニ初マリ心窩部全體ニ擴ガルヲ常トス。

其際發熱ナシ。食慾ハ尋常、便通1日1行少量、且4日=1回位大量ノ排便アルヲ常トセリ。

現症。骨格大。筋肉皮下脂肪ノ發育良。緊張強1分時84至。頭部顔面一般ニ異常ナシ。胸部均齊。心界上、第4肋骨。左界左乳線内方一横指。右胸骨。左縁。心音清朗。肺亦打診上聽診上異常ヲ認メズ。脊椎四肢異常ナシ。

局所所見。

腹部ハ膨滿セズ。陷凹セズ。腹壁ハ弛緩シ著シク緊張セル所ナシ。心窩部=腫瘤ヲ觸レズ。立位ニ於テ打診上胃ノ下界ハ臍下約二横指ニアルモノ、如シ。臍ノ右上方約三横指ノ處ニ輕度ノ壓痛アリ。盲腸ハ觸診上ヨク移動シ、中央ハ臍正中線迄移動セシメ得タリ。尿淡黃色。透明。酸性。蛋白。糖。L<sub>1</sub>デアツォ<sup>1</sup> L<sub>1</sub>インデイカン<sup>1</sup>グメリン<sup>1</sup>反應。陰性。

胃液所見

	前 液	後 液
色	白 色	白 色
反 應	酸 性	酸 性
食 餌 淺 渣	少 量	消 化 良
遊 離 鹽 酸	24	20
總 酸 度	43	36
乳 酸 反 應	(+)	(±)
粘 膜 上 皮	(+)	(-)
血 液 反 應	(-)	(-)

胃レントゲン<sup>1</sup>検査所見。

鈎狀胃、下界臍下四横指、稍々無力性、異狀蠕動ヲ認メズ、幽門閉鎖不全アリ。幽門ノ部ヲ壓シテ多少過敏ナリ。十二指腸ノ通過迅速。胃壁ニ陰影缺損壁龕ナシ。2時間後少量ノ對照食ヲ殘ス。

第2回検査。レーフアース氏胃カテーテル<sup>1</sup>ヲ嚥下セシメ、十二指腸ニ達セシメ、L<sub>1</sub>バリウム<sup>1</sup>粥ヲ注入ス。一部ハ胃内ニ逆流スルモ大部ハ十二指腸ニ至リタルヲ以テ手早ク觸診スルニ、十二指腸ハ容易ニ上方ハ季肋縁ヲ越エテ約三横指上方ニ迄移動セシメ得タリ。

第4例。下〇千〇子。25。官吏ノ夫人。外來患者。

遺傳的關係。母系祖父膀胱癌ニテ死、母腎臟炎ニテ死、同胞一健在。

前史。特記スベキ事ナシ。

現疾患。約4年前一度何等誘因ト認ムベキ事ナクシテ突然上腹部ニ激痛起リ、惡心嘔吐アリ、約5日間ニテ治癒セリ。當時醫師ニヨリ胃痙攣ナル診斷ヲ下サレシ事アリ。其後3年位經過シテ、復上腹部ニ激痛ヲ感ジ食餌ノ攝取ニ因リ惡心嘔吐アリ。此度ハ醫師ニヨリ膽囊炎ノ診斷ヲ下サル。當時黄疸ハ認メザリシト謂フ。昭和4年11月初旬頃ヨリ又復上腹部ニ疼痛ヲ感ズル様ニナリ、疼痛ハ可成リ激甚ニシテ、主トシテ上腹部正中線ヨリ多少右ニ偏シテ感ズル事多シ。時トシテ左ノ上腹部ニモ輕ク感ズル事アリ。背部右肩部等ニ放散スル事ナシ。疼痛ハ發作性ニ起リ近來長ク續カザルコト多シ。且疼痛發作時惡心ノアル事アレドモ嘔吐ナシ。近來ハ時々疼痛ノ發作アリテ、食餌ノ攝取ト時間的ノ關係ナキモ、不消化物固形物等ノ攝取ハ疼痛發作ヲ誘發スル傾向アリ。體ノ激動トノ關係等ハ平素アマリ身體ヲ使用セザル爲カ不明ナリ。

現症。體格榮養中等度脈搏正整、緊張強、1分時75至。頭部顔面異常ナシ。胸廓均齊。心臟濁音界正常、心音清朗。肺臟打診上聽診上異常ナシ。肺肝界右乳線上第6肋骨。脊椎、四肢異常ヲ認メズ。

局所所見。

腹部ハ一般ニ膨滿セズ、陷凹セズ。腹壁ハ一般ニ弛緩シ、何レニモ緊張セル所ナシ。胃ニハ異常ノ蠕動運動ヲ認メズ、其下界ハ仰臥位ニ於テ略臍ノ高サニアルモノ、如シ。膽囊ノ位置ニ壓痛ナシ。其他何レノ位置ニモ壓痛ナシ。盲腸ハ少シク可動性ニシテ臍ノ附近ニ迄移動セシムル事ヲ得。肝、



テ輕微ナル炎症ノ否定ハ困難ナルモ 膽石症ト斷定シ得ル所見ニ非ズ。且血液反應陰性ナルハ十二指腸潰瘍ナキヲ示メスモノナリ。膽嚢撮影ニヨリ膽嚢及ビ膽道内ニ硬固ノ結石ナキヲ證明セリ。胃液検査ノ成績ト潛血陰性トハ共ニ胃及ビ十二指腸ニ於テモ亦出血部位ナキヲ肯定セシム。レントゲン検査ノ結果モ胃ニ何等異常ヲ認メ得ズ。試験的開腹ニ依リ十二指腸移動症ヲ確證シ、幽門部曠置術ヲ施行シ、後結腸胃空腸吻合術ヲ行ヒ、今日ニ至ルモ疼痛發作ナシ。

第2例ノ場合ニ於ケル所訴ノ如キハ胃、十二指腸潰瘍ノ定型的疼痛ト異ナリ、且定型的ノ膽石症ノ發作トモ一致セズ。胃液酸度殆ト正常、赤血球ナク。血液反應陰性ナリ、且糞便中潜在出血陰性。膽汁検査成績ハ上述ノ如クニシテ、極輕度ナル膽嚢炎ハ否定シ難キモ、膽石ノ存在ヲ斷定シ得ル所見ニ非ズ。レントゲン検査ニ依ルニ、胃ハ多少下垂シ、且胃蠕動緩慢ナリ。十二指腸球ハ異常ニ擴張シ、此所ニ食餌ノ停滯スルコト長シ、開腹ニ依リ十二指腸ハ著明ニ移動性ナリシ故、肝十二指腸靱帶ニ、ラフナートヲ施シ可及的十二指腸ヲ固定シ、同時ニ後結腸胃空腸吻合術ヲ施行セリ。

第3及ビ第4例ノ所訴ハ、第2例ニ類似シ、上腹部疼痛ニシテ、不定型的ノモノナリ。胃液検査ノ結果酸度ハ殆ト正常、赤血球ナク、乳酸及ビ血液反應共ニ陰性ナリ。膽汁中ニ膽砂ヒコレステリン結晶ナク、粘膜上皮ヲ認メズ、赤血球及ビ血液反應陰性ナリ。糞便中ニ潜在出血モ亦陰性。

胃レントゲン検査ニ依レバ兩側共ニ下垂シ、且無力性ニシテ癒着ナク、其他異常ノ形態ヲ示サズ又壁龕ヲ認メズ。以上ノ所見ヲ綜合シ直チニ、胃潰瘍或ハ十二指腸潰瘍ト斷定スルニハ有力ナル根據ニ乏シ。又膽汁所見ヨリ極メテ輕度ノ膽嚢炎ノ否定ハ困難ナリトスルモ、膽石症ト斷定セシメ得ル所見ニ非ザルハ明白ナリ。

第3例ハ十二指腸ノ孤立的影像ヲ作り、第4例ニ於テハ對照食ノ十二指腸内通過緩慢ニシテ十二指腸ノX線觸診容易ナリシヲ以テ、兩側トモ急速ナル觸診ニヨリ十二指腸ハ叙上ノ如ク異常ナル移動性ヲ有スルヲ確認セラレタリ。斯ノ外ニ疼痛ノ原因トナルベキ有力ナル根據ヲ確認シ得ザリシ所ヨリ推シテ、十二指腸移動症ヲ以テ其原因ト思考スルヲ最モ適當ト信ズ。

#### 第四章 從來ノ症例報告

第1例。郡 某女。教員。28歳。大正4年12月9日。入院。

主訴。季肋部ノ發作性疼痛。

既往症。血族ニ特記スベキ遺傳症ナシ。

患者ハ幼少ヨリ健康勝レタルニ非ザルモ、25歳虫様突起炎ニ罹リ、約1ヶ月間就禱シタル外、著患ニ罹ラズ6.7歳ノ頃ヨリ最近ニ至ルマデ、毎年數回心窩部ニ於ケル疼痛ヲ訴ヘ、而カモ疼痛ハ右背部ニ波及スト言フ、發作時ニハ多少ノ熱發ヲ伴ヘリト。大正4年7月中旬、上腹部ニ激痛ヲ訴ヘ、右



肩胛部 = 波及シ、膽嚢部 = 當リ腫瘍ヲ觸知シ、體温ハ37度3分位ナリシモ、醫師ノ注意ニヨレバ當時輕度ノ黃疸ヲ認メシト云フ。此ノ苦痛ハ約20日間ニシテ治セリト。第1發作ヲ去ル約1ヶ月後、俄然39度ニ熱發シ上腹部ヨリ胸背深部ニ當リテ鈍痛ヲ發シ、約20日間休養セリト。後輕度ノ鈍痛ヲ發スルコトアルモ、醫療ヲ煩ス程度ニ非ズト云フ。

現症。榮養、體格中等。黃疸ヲ缺如ス。糞便中蛔蟲其他ノ寄生虫卵ヲ證明シ得ズ。右季肋部ニ當リ輕度ノ腫塊ヲ觸知ス。(膽嚢)此部ノ腹筋ハ左側ニ比シ稍硬度ナリ。リーデル氏試食、レントゲン<sup>1</sup>寫眞ハ明カニ、十二指腸及幽門部下垂ヲ認メ、又試驗後6時間ニシテ、蒼鉛ノ猶胃部ニ殘存スルヲ見ル。膽石症診斷ノ下ニ大正4年12月17日開腹スルニ膽嚢ノ肝臟ニ附着スル部ハ、古キ癥痕性組織ニテ癒着シ、他ノ膽嚢壁モ肥厚シ慢性炎ノ徵ヲ呈スルモ結石ヲ有セズ。肝管、總輸膽管、脾臟ニ異狀ナシ。胃ハ常位ヲ占メ擴張肥厚等ノ徵ナシ。然ルニ十二指腸上水平部ハ甚シク移動シ、約6乃至7糎ヲ腹腔外ニ牽出スルヲ得。處置トシテ十二指腸ヲ固定シ、膽嚢別出術ヲ施ス。膽嚢ハ慢性炎症ノ像ヲ呈シ、著ク肥厚シ其内ノ膽汁ハ多數ノ大腸菌ニ似タル、桿菌及ビー見球菌ニ類スル、大ク、短キ桿菌ヲ多量ニ含有ス。術後23日、全治退院ス。爾來苦痛ヲ一掃セリ。

### 第2例。

納戸 某女。20歳。農。未婚。大正4年12月21日、入院。

主訴。上腹部ノ發作性疼痛。

既往症。生來健康。腸<sup>1</sup>チフス<sup>1</sup>様ノ熱性病ニ罹リシコトナク、又分娩セシコトナシ。本症ハ幼少時麻疹ニ罹リシ後ヨリ發起ス。麻疹ニ罹病後、患者ハ胃弱ニ罹リ、飲食物不攝生ニモ容易ニ胃痛ヲ發セリト。大正2年7月突然上腹部ニ劇痛ヲ訴ヘ、其翌日ニハ惡寒ノ下ニ高熱アリ。當時醫ハ肝臟ノ腫大アルヲ語レリト。疼痛ハ右肩胛部、右背及ビ右大腿ニ波及シ、數分乃至數時間ノ間歇ヲ以テ頻々トシテ襲來セリ。其都度鹽酸<sup>1</sup>モルヒネ<sup>1</sup>ノ皮下注射ヲ受ケタレドモ、奏効一様ナラザリシト。就床約100日ニシテ治セリ。此間黃疸ヲ認メズト。其後數回同様ノ發作ニ罹リシコトアルモ、輕度ニシテ10日乃至15日ニテ治セリト。最後ノ發作ハ大正4年5月10日頃ニシテ、約60日ヲ要シテ治セリ。今回モ亦黃疸ヲ缺ケリ。

現症。體格。榮養共ニ良。黃疸缺如ス。膽嚢部ニ抵抗アルモ、膽嚢其物ヲ觸知セズ。胃ハ常位ニ存シ、肝臟ハ觸知シ得ズ。大正5年12月27日開腹スルニ、膽嚢ハ外觀上變化ナキモ、巨大ノ大サニ達シ、多量ノ膽汁ヲ藏ス。之ヲ穿刺シテ、62糎綠色透明ノ水樣液(ビリウエルゲン)ヲ得タリ。液ハ多量ノ大腸菌ヲ含有ス。其他膽管系統ニ異狀ナク、又結石ヲ缺グ、著變トシテ擧グベキハ十二指腸上水平部ノ過度ナル移動トス。試ニ幽門部ヲ擡シ、之ヲ擧上スルニ約5.6糎ノ該部ヲ腹腔内ニ牽出シ得タリ。是ニ於テ十二指腸移動症ナルヲ確診シ得テ、之ヲ固定ス。術後16日ヲ經テ全治退院シ、今ニ至ルマデ前日ノ苦痛ヲ忘レタリ。

### 第3例。

恩田 某男。31歳。商人。大正5年2月8日。入院。

主訴。右季肋部ノ發作性疼痛。

既往症。生來健康。16歳腸<sup>1</sup>チフス<sup>1</sup>ニ罹リ、其治癒後約半歳ヲ經テ何等原因ノ認ムベキナク俄然、右季肋部ニ疼痛ヲ發シタリ然レドモ其程度ハ<sup>1</sup>モルヒネ<sup>1</sup>ノ注射ヲ要スル程ニハ非ザリキ以來食後ニ時々類似ノ疼痛ヲ感ジタルモ、散歩ヲ試ムレバ、自然治シタリト。大正4年11月末日ヨリ疼痛漸次劇烈トナリ、且其頻度ヲ増加ス。而シテ食後2.3時間ヲ經テ發作ヲ惹起スル事ハ從來ノ如シト言ヘドモ、其度強キガ故ニ屢々鹽酸<sup>1</sup>モルヒネ<sup>1</sup>ノ注射ヲ要セシト。

現症。體格。榮養中等。黃疸缺如ス。寄生虫卵ヲ證明セズ。尿酸性糖尿缺如ス、肝臟ハ僅ニ右季肋部ニ觸知セラル、モ硬度ニハ異常ナシ、膽嚢部ニ壓痛アルモ、腫張ヲ證明モズレントゲン<sup>1</sup>試食

検査ニ於テ、胃幽門部及十二指腸上水平部ノ特ニ著シク下垂スルヲ認メタリ、而シテ食後8時間ヲ經ルモ尙レバリウム鹽ノ胃内ニ殘存スルヲ認ム。大正5年2月18日、開腹スルニ、肝臟少シク下垂スルノ外、十二指腸上水平部ハ著シク移動性トナリ、約8,9耗 腹腔外ニ牽出メル事ヲ得。膽嚢ハ擴張シ其壁ハ厚ク内ニ多量ノ膽汁ヲ藏シ穿刺ニヨリ、62耗ノ綠色混濁セル膽汁ヲ得タリ、内ニ多量ノ細菌ヲ含有ス。膽嚢別出術ヲ施シ膽嚢ヲ開クニ多數ノ胡實大乃至米粒大ノコレステリン<sup>1</sup> 石灰石ヲ藏ス。總輸膽管ノ末梢部ナルファーテル氏憩室内ニ嵌頓セル大豆大ノ結石アトタルヲ以テ、十二指腸切開術ニヨリ別出セリ。術後第2日急性腹膜炎ノタメニ鬼籍ニ上ル。

#### 第4例。

中尾 某男。42歳。僧侶。大正4年11月23日。入院。

主訴。上腹部ニ於ケル發作性疼痛。

既往症。10歳ノ頃ヨリ時々上腹部ニ發作性ノ疼痛ヲ覺エ今ニ至ルモ猶歎マズ。今迄腸チブス<sup>1</sup> 或ハ類似ノ疾病ニ罹リシコトナシ。14年前舉示スベキ原因ナクシテ黃疸ニ罹リ、約30日ニシテ治癒セリト。大正4年8月3日、圍碁ノ際突然、右季肋部ニ劇烈ナル疼痛ヲ覺ユ。モルヒネ<sup>1</sup>ノ注射ニヨリ輕快セントイヘドモ、其後3日間ハ屈伸ノ際疼痛ヲ感ゼリ。其後3回ノ大少發作復襲來セルモ、黃疸ハ常ニ缺如ス。高熱ハナキモ微熱ヲ感ゼシ事屢々ナリト。

現症。體格、榮養共ニヨロシカラズ、黃疸缺如ス。便中寄生虫卵ヲ證明セズ。右季肋部ニ抵抗アルノ外異常ヲ顯メズ。レントゲン<sup>1</sup> 像ニテ十二指腸上水平部ノ下垂ヲ認ム。大正4年12月3日開腹術ヲ施スニ、肝臟ハ少シク腫脹セルノ觀ヲ呈シ、膽嚢ハ少シク肥厚スルノ外膽管系統ニ異常ヲ認メズ。然シ十二指腸上水平部ハ過度ノ移動ヲ呈シ、約8厘腹壁外ニ牽出シ得ベシ。試ニ膽嚢ノ穿刺ヲ施シ、膽汁中ノ細菌ヲ調査セシニ無菌ナリト。術後ノ經過佳良ニシテ、第17日退院シ、以來全然苦痛ヲ忘レタリト。

#### 第5例。

松本 某男。38歳。官吏。大正5年7月22日。入院。

主訴。黃疸及ビ發作性疼痛。

既往症。11歳頃ヨリ、心窩部ト思ハル、箇所ニ發作性疼痛ヲ發シ、以來飲食物ノ不攝生或ハ過激ノ運動後ニハ發作ヲ招來セリ、概シテ3,4ヶ月ニ平均1回ノ發作アリ。大正2年5月頃發熱ノ感アリシ後、心窩部ヨリ右季肋部ニワタリ劇痛ヲ發シ、モルヒネ<sup>1</sup>ノ注射ニ依リ治セリト。發作後約1時間ヲ經テ外皮ノ黃色ヲ呈スルヲ自覺セリト。以來70日間ハ平臥ノ状態ニアリキ、此間動作ニ依リ疼痛發作ヲ惹起セリ。大正3年5月ヨリ現時ニ至ルマデ數回ノ發作アリ常ニ黃疸ヲ伴ヘリ。最後ノ發作ハ、大正5年4月16日ニシテ、發熱及ビ黃疸ヲ伴ヘリ、其後黃疸ハ現今ニ至ルモ全治セズト。

現症。體格、榮養中等。黃疸アリ。肝臟ハ僅ニ右季肋縁ニ於テ觸知セラルレドモ壓痛ナク、膽嚢部ニ異常ナク、又腹筋抵抗ナク、胃下垂ヲ認メズ。大正5年6月30日、開腹スルニ膽嚢ハ多量ノ膽汁ヲ含有ス。其壁ハ肥厚シ、癒着ナシ。肝臟ハ健全ニシテ下垂セズ。膽嚢部ハ稍肥大シ感アルモ硬結ヲ認メズ、膽道系統内至ル所ニ於テ結石ノ存在ヲ認メズ。十二指腸上水平部ハ特ニ移動性トナリ、5厘ノ長サニ於テ腹腔外ニ牽出セラレ。膽嚢ノ穿刺及ビ十二指腸固定術ヲ施ス。穿刺ニヨリ得タル膽汁中ニハ多數ノ長短桿菌ヲ含有セリ。術後ノ經過佳良ニシテ術後14日、全治退院セリ。

#### 第6例。

京極 某女。47歳。大正5年10月21日。入院。

主訴。心窩部ノ發作性疼痛。

既往症。妊娠或ハ分娩ト關係ナク、2,3歳ノ時心窩部ニ激痛ヲ感ジ、以來發作頻發シ時々發熱及ビ黃疸ヲ伴ヘリ。近時ハ發作頻發ノ爲メ平臥ノ已ムナキニ至レリ。

現症。黄疸缺如，貧血，羸瘦。膽嚢部壓痛アリ。胃液總酸，14度，遊離鹽酸 8度。大正5年11月8日開腹，肝ニ異狀ナク，右腎輕度ノ下垂アリ。十二指腸ノ上部ハ著明ニ移動性ヲ帶ビ，約9糎腹腔外ニ牽出シ得，十二指腸固定術新法ヲ施ス穿刺ニヨリ得タル膽嚢膽汁ハ大腸菌ニテ感染サル。術後3週間レントゲン検査上十二指腸ハ正シキ位置ニ整復セラレ，幽門及ビ十二指腸ノ試食通過ニ障礙ヲ認メズ。全治退院ス。

#### 第7例。

飯田 某女，41歳。大正6年9月18日。入院。

主訴。心窩部ノ疼痛發作。

既往症。小兒期ヨリ時々上腹部ニ痙痛ヲ訴フ。昨年11月俄然發熱ト同時ニ激痛ヲ上腹部ニ感じ，以後殆ンド毎日1回位同様ノ發作反覆ス。

現症。上腹部ニ異狀ヲ認メズ。胃液總酸30度，遊離鹽酸18度。同年9月28日開腹スルニ，肝胃ニ異狀ナク，十二指腸移動性ト成リ約8糎腹腔外ニ牽出スルコトヲ得。膽嚢ハ少シク肥厚スル外別ニ異狀ヲ認メズ。臍頭部輕度ニ硬化ス。十二指腸固定術ヲ施ス。穿刺セル膽嚢膽汁ハ無菌ナリ。レントゲン検査ニヨリ十二指腸ノ正常位ヲ保テタルコトヲ證明ス。全治退院。

#### 第8例。

塚本 某男，46歳。大正8年5月22日。入院。

主訴。心窩部ノ疼痛及ビ嘔氣。

既往症。19年前胃病ニ罹リ半ヶ年間療養後治ス。本年三月末ヨリ時々胃痛アリ，攝食ト關係ナク，又發熱及ビ黄疸ヲ覺ヘズ。

現症。羸瘦，貧血，膽嚢部ニ壓痛アリ。胃液總酸5度。遊離鹽酸缺損，潛出血ナシ。同年5月28日開腹。膽嚢ノ輕度ニ肥厚スル外異狀ヲ認メズ。臍，胃結腸何レモ健康ナリ。掻集縫合ニテ十二指腸固定術ヲ施セリ。穿刺セル膽嚢膽汁無菌ナリ。全治退院。

#### 第9例。

金子 某女，47歳，大正9年7月8日。入院。

主訴。心窩部ノ疼痛發作。

既往症。幼少時壯健大正8年7月俄然上腹部ニ激痛ヲ感じ漸次増悪セリト。

現症。心窩部ノ腹壁ハ少シク緊張シ輕度ノ壓痛アリ。胃液總酸40度，遊離鹽酸32度，乳酸ナシ，大正9年7月14日開腹。胃ハ少シク擴張シ，肝ニ異狀ナク，膽嚢ハ慢性炎症ノタメ輕度ニ肥厚ス。十二指腸ハ下降部マデ移動性トナリ，8糎腹腔外ニ牽出シ得。ラフナートニヨリ十二指腸固定術及ビ膽嚢造瘻術ヲ施ス。穿刺セル膽嚢膽汁ハ多量ノ大腸菌ニ感染ス。全治退院。

#### 第10例。

小迫 某女，43歳。大正10年7月9日。入院。

主訴。右季肋部ノ疼痛。

既往症。小兒期ヨリ時々發作セル腹痛ノ爲メ苦惱セリ。然ルニ昨年以來疼痛一層激甚トナリ。發作ニ伴ツテ時々發熱及ビ黄疸ヲ併發セリト。同年7月18日開腹スルニ肝臟ニ異狀ナシ。膽嚢ハ擴張肥厚ス。著明ノ十二指腸移動症アリテ，7糎之ヲ腹腔外ニ牽出シ得。胃液總酸18度，遊離鹽酸8度，十二指腸固定術。全治退院。

以上第1例ヨリ第10例迄三宅氏。

#### 第11例。ミンツ氏。

48。女。入院。1927 1月17日。

既往症。2年以來，右季肋部及ビ心窩部ニ頑固ナ劇痛起リ，右上臍及ビ肩胛部ニ放散シ，此ノ發

作ハ 2.3日繼續セリ。患者ハ羸瘦シ仕事ニ從事スル事困難トナル。入院當時ハ右上腹筋多少緊張シ、膽囊ノ部位ニ相當シ壓痛アリ。肝、膽囊ヲ觸レズ。胃底部ハ打診ニ依リ臍下部約5浬、右腎下極部ニ壓痛ナシ、胃液検査ハ攝食1時間ニシテ、ボアスエワアルド氏法ニ依リ、總酸度70、遊離鹽酸45、乳酸 1,1 珪ノ1%ピロカルピン液ノ注入ニヨリ右季肋部ニ疼痛起リ、約半時間ニシテ消失セリ。レントゲン検査上胃下垂像以外、疼痛部位ノ十二指腸ニ異常所見ヲ認メ得ズ。他臟器尋常。

臨床診斷。膽囊周圍炎及ビ十二指腸周圍炎。

1927年1月30日開腹手術、廻盲部ハ腹壁腹膜ト癒着セリ。胃ハ下垂シ膽囊ハ外見的ニ變化ヲ認メ得ズ。指壓ヲ加フルニ膽汁ハ容易ニ排出サル。十二指腸ハ肥大シ甚シク移動シ易シ。殆ド全周腹膜ニ依リ被覆サレ腸間膜ヲ有ス。且十二指腸ニ炎症性苔ヲ認ム。斯様ナ所見ナリシ故ニ十二指腸胃空腸吻合ヲ施行輸入及ビ輸出脚ニ小吻合ヲ附加手術ヲ終ル。術後輕度ノ障礙アリシモ輕快退院セリ。退院後1ケ年後ニハ全く健康トナリ體重増加ヲ來シ消化不良等ノ症候ナク、胃液所見ハ殆ド正常トナリ、即チ術前ニ比シテ酸度減退セリ。總酸度43、遊離鹽酸18、乳酸ナシ。

第12例。メルヒオール氏。

51。女。1923年1月5日。入院。

既往症。約3年前心窩部ニ激痛起リ、引續キ腸内出血ヲ起シ、潰瘍ノ治療ヲ受ケシニ輕快セリ。1922年8月再ビ上腹部ニ不快感及ビ疼痛起リ、黑色ノ糞塊ヲ排泄セリ、再ビ潰瘍ノ治療ヲ受ケシモ今ニ不快感去ラズ。依ツテ本科ノ診察ヲ受ケ入院セリ。

現症。栄養可良、劍狀突起ト臍トノ間ニ鶏卵大ノ脱腸様ノ腫瘍ヲ觸ル、輕度ノ壓痛アリ。試験食後ノ胃酸度18、小數ノ桿菌アリ、乳酸及ビ血液反應共ニ陰性。

胃ノレントゲン検査所見。

胃ノ位置、形及ビ排泄状態殆ド正常、3時間後ニハ殆ド全部排泄セラル。上腹部脱腸ノ診斷ノ下ニ開腹術ヲ施ス。上腹部腫瘍ハ前腹膜脂肪組織ノ下垂ニ依リ起リシモノニシテ眞ノ、ヘルニア<sup>1</sup>ニアラザルヲ知ル。胃ヲ診ルニ幽門前壁ニ白色纖維性ノ物質附着シ周圍ト極僅カニ癒着セリ。併シ以前ノ胃潰瘍ノ痕跡ト思ハレル癒痕、或ハ硬結ヲ胃壁ノ何處ニモ觸知シ得ス。十二指腸ハ小腸ノ如ク非常ニ移動性ニシテ、腸間膜皺襞ニテ、釣リ下ゲラレシ如キ所見ナリ。且十二指腸ハ著シク屈曲シ、相互間ニ輕度ノ癒着アリ、膵臟モ亦移動シ易シ。

第13例。ブレトン氏。

51歳。女。

20年前突然下痢及ビ嘔吐アリ、以來毎朝下痢ニ惱マサル。同時ニ心窩部ニ疼痛及ビ壓痛アリ、併シ晝間ハ固形便ヲ排出スルヲ常トセリ、以上ノ發作中1回ノ發作ニ於テハ心窩部ニ激痛起リ嘔吐ヲ催セリ。黑色便ヲ排出ス。最近下痢ハ1日數行ニ及ビ著シク衰弱セリ、依ツテ本科ニ入院セリ。

レントゲン検査所見。

高度ノ胃下垂以外著變ナク、胃幽門部ハ薦骨ノ前面ニ存在シ十二指腸ト同高ノ場所デ右側ニ存在セリ。

手術所見。

十二指腸ハ高度ニ移動性ニシテ、膵臟頭部ト共ニ腹膜ニ依リ被覆セラル。十二指腸胃空腸吻合術ヲ施行シ全治退院。

第14例。中田氏。

佐〇政〇郎。44歳。農。

患者ハ若年ヨリ胃病ニ惱ム、10年以前ヨリ食物攝取後3乃至4時間ニシテ主トシテ、勞働ノ後發作

性 = 上腹部ノ緊張ヲ感ズ。疼痛ハ右側 = 初ルコトアリ。左側上腹部ナルコトアリ。孰レノ場合モ各其側ノ肩胛及ビ背部 = 疼痛放散スト云フ。激烈ナル發作ハ年ニ、3回 = 過キザリシモ、輕度ノモノハ頻數 = 經驗ス。發作時 = 惡心嘔吐ヲ伴ハズ。又黃疸ヲ發セルコトナシ。數人ノ醫師 = ヨリ孰レモ膽石發作ナリトシテ種々治療ヲ受ケシモ嘗テ効ナク、遂 = 當大學附屬醫院第二內科 = 入院ス。入院後、メルツァ・リオン氏療法ヲ試ミラレ、症狀輕快 = 赴キシモ、疼痛發作去ラズ。膽石症トシテ外科 = 轉科セルモノナリ。

現症。體格中等度。榮養佳良。顔貌尋常。皮膚結膜等 = 黃疸ヲ認メズ。舌濕潤薄キ白苔ヲ蒙ル脈搏70。整。緊張可。胸部 = 著變ナシ、腹部、上腹部輕度 = 膨滿セルガ如キモ他 = 視診上異常ヲ認メズ。觸診 = ヨリ肝臟肥大硬變ヲ認ム、厚チ肝臟右葉ハ右肋骨弓ヨリ二橫指徑下方 = 其邊緣ヲ觸レ滑澤 = シテ硬シ、膽囊部 = 輕微ノ壓痛アレドモ特 = 膽囊ヲ觸レズ。胃幽門部其他 = 抵抗又ハ壓痛ヲ證明セズ、其他ノ内臟 = 著變ナシ。腹水ヲ證明セズ。

胃 液

胃 液 量	120瓦
液 狀 部	100瓦
總 酸 度	12
食 物 殘 渣	20瓦
乳 酸 反 應	(-)
血 液 反 應	(-)
血 液 <u>リ</u> 氏 反 應	(-)

糞便蟲卵ナシ、潛血ヲ證明セズ、發作直後ノ尿澄明、沈渣少量赤白血球ナシ、糖及ビ蛋白共 = 存セズ。腎臟検査ノ結果腎石其他疾患ヲ認メズ。

グラハム氏膽囊影寫。

「アイヲダイコン」(Iodicon)ノ靜脈内注射後11時間ノ撮影 = 於テ第12胸椎ト第1腰椎ノ右側 = 當リ膽囊像ヲ認ム。コレ = 就テ見ル = 膽囊ハ著シク肥大擴張セルモ膽石ノ影ヲ認メズ、其以後ノ撮影 = 於テハ刻々膽囊影像淡ク不明瞭トナリ、24時間後 = ハ全ク其影ヲ認メ得ズ。

手術。「エーテル」麻醉、上腹部正中線開腹ヲ行ヒ先ズ

膽囊ヲ見ル何處 = モ癒着ナド美シキ膽囊ナレドモ著シク擴張シヨレリ、然レドモ膽囊自己及ビ膽囊管イヅレモ炎症的變化ヲ呈セズ、タゞ單 = 膽汁ノ鬱積 = ノミ起因セル狀態ナリ、指壓ヲ加フル間 = 、間モナク大半ノ内容ハ何等障礙ナク十二指腸 = 向ヒテ排除サレ得タリ。尙觸診 = ヨリ膽囊膽管イヅレ = モ結石乃至硬結存ゼザルヲ確ム。肝臟ハ一般 = 硬度及ビ大サヲ増シ、表面 = 粟粒大ノ薄キ灰白黃色ノ小斑點ヲ幾ツカ認メタルモ、肝臟ノ全體ノ色調 = ハ特變ヲ認メズ。然ル = 胃幽門並 = 十二指腸ハ著シク前腹壁 = 向ツテ近接シテ存シ、且十二指腸ノ下行部ガ甚ダ長ク、且擴張シ移動性 = 富メル事實ヲ認ム、即チ細心 = コレヲ見ルニ、十二指腸ハ上水平部及ビ下行部トモ = 著シク其長サヲ増シ、且腹膜ハ水平部 = 於テハ前壁ハ完全 = 後壁ハ其上半大部分ヲ覆ヒ、其他ノ部分ハ長キ腸間膜 = ヨリ後腹壁 = 緩ク接ス、又殊 = 下行部 = 於テハ其左方及ビ左後方 = 向フ。後壁ノ腹膜ノ狀態ヲ知ル = 由ナケレドモ、右側前壁ハ全長 = 亘リ完全 = 腹膜ヲ被ヒ後壁モ右半同様全部腹膜ヲ有シソレヨリ弛緩セル腸間膜様ノ狀態 = ウツリテ後腹壁 = 連ル、從テ上水平部ノ腹腔外、5,6纏 = 引キ出シ得ベク、下行部モ其異常 = 長キ事、及ビ腸間膜形成ノ結果トシテ非常 = 移動性 = 富ミ此ノ部ヲツカミテ容易 = 腹外 = 引キ出シ得タリ。又左右ノ方行ノ異動モ甚ダ大ナリ。左方 = 向ツテ上水平部、幽門部モ共 = 著シク移動セシメ得、又斯ノ如キ移動性ト且下行部腸管ノ長キ事 = ヨリ、其約中央部ヲ以テハレバ、體ノ前後軸(矢狀軸)ヲ中心トシテ容易 = 180度廻轉ヲセシムル事モ可能ナリ。肝十二指腸靱帶ハ上述ノ如キ狀態ナルヲ以ツテ、唯菲薄ナル腹膜タル = 過ギズ。腎十二指腸靱帶モ亦同ジ、胃幽門部幽門ヨリ十二指腸 = カケテ存スル。斯ノ如キ異狀ナル固定弛緩ノ結果トシテ、開腹部ヲ前方ヨリ眺ムル時ハ、該部及ビ十二指腸ハ直チ = 眼前 = 存シ、恰モ腹腔ノ表面 = 浮遊セルカノ如キ感ヲ抱カシム。肉眼的 = 精細 = 檢スルモ幽門及ビ胃、十二指腸 = 於テモ、大小網橫行結腸等 = 於テモ何

等癒着，浸潤，癒痕等病的變化ノ痕跡ダニ認ムル能ハズ。肝臟ハ前述ノ如ク著シク肥大シ，硬度ヲ増加セルモ脾臟ハ全く健康ナルガ如ク，一樣ニ彈力性軟ナリ。其異動ハ稍々大ナレドモ十二指腸ト固着セズ，十二指腸ハ其移動ト全く獨立ニ移動シ得ル狀態ナル事ヲ知ル。此ノ例ニ於テハ下行部が伸長シ，且弛緩セリ。タゞ數個ノ絹糸縫合ヲ用ヒ，十二指腸下行部ノ側後面ヲ後腹壁腹膜，即チ肝腎韌帶，腎十二指腸韌帶ト稱シ得ベキモノニ固定セルニトシメタリ。患者ハ術後數日食後ニ前同様ノ惡寒並ニ上腹部痙痛ヲ惹起セシノミニテ，測濕布「アトロピン」等ニ依リ輕快シ其後ハ甚ダ良好ナル經過ヲ取り2週間ニシテ退院セリ。退院後モ依然良好ニシテ以前ノ如キ痙痛發作ヲ見ズ。

### 第五章 總括的考察

人體ニ於テハ十二指腸ハ小腸ノ他部ト異ナリ，僅ニ前面ヲ腹膜ニ被覆セラルルノミニシテ後腹壁ニ固定セラレ，一ノ腹腔外臟器ト看做スベキモノトス。然ルニ稀ニ十二指腸が恰モ胃ニ於ケルガ如ク，腹膜離裂ニ依テ鈎リ下ゲラレタルガ如キ狀態トナリ，完全ニ腹腔内ノ臟器トナリ了レルモノアリ。此部位ハ十二指腸上水平部ニ多ク，時ニハ下行部迄モ此様ナ狀態ニ在ルコトアリ。斯ノ如クニシテ解剖的見地ヨリ之ヲ見レバ，一種ノ先天性ノ異常ト理解スベキナリ。斯ル解剖的異常ガアリ，之レガ原因トナリテ腹痛ヲ起シ周圍臟器ニ異狀ヲ起シ來ル場合之ヲ吾々ハ十二指腸移動症ト稱ス。本症ガ稀有ナルガ爲カ或ハ未ダ一般ニ知ラレザルガ爲カ，今日迄公表セラレタル症例尠少ニシテ，本症ニ關シテハ未ダ闡明シ盡サレタリト謂フベカラズ。茲ニ蒐集シ得タル14例ニ自家經驗ノ4例ヲ加ヘテ，聊カ本症ノ診斷並ニ治療ノ方針ニ就テ考究スル所アラント欲ス。

#### 甲，診斷。

性。三宅教授ノ症例10例中，男子4例，女子6例，泰西諸家ノ例ハ悉ク女性ニシテ余ノ經驗セル4例ニ於テハ男子3例，女子1例ナリ。即チ以上18例ノ男女ノ差ハ男子8人ニ對シ，女子11人，女子ニ少シク多數ナルヲ示セリ。

分娩トノ關係ニ就テハ不明ナリ。

年齡。年齡ハ三宅教授ノ20歳ヲ最下トシ，余ノ第2例ノ55歳ヲ最高トス。慨シテ40歳代ニ多シ20歳代ト30歳代トハ同數ニテ各3例，40歳代ハ10例ニシテ，50歳代ハ僅カ2例ナリ。本症ニシテ先天性發育異常ナル事が果シテ事實ナラバ勿論小兒期ヨリ存在スベキモノナルモ，時日ノ經過ト共ニ十二指腸ノ移動性ハ漸次增強セラレ，十二指腸及ビ周圍臟器ニ及ボス障碍モ漸次頻繁トナリ，苦痛モ増惡シ，且神經過敏トナリ，最早苦痛ニ堪フルコト困難トナリ，醫師ヲ訪門セシ時期40歳代ニ多カリシモノト解スルガ適當ナルベク，故ニ幼少時ニ起ル原因不明ノ不定ノ上腹部疼痛ハ注意スベキモノナリト信ズ。

發熱。發熱ハ勿論特有ノモノニ非ラス。無熱ニ經過スル事多キモ發熱セシモノ亦多

シ周圍臓器ニ或ル動機ノ下ニ炎症ヲ惹起セシ場合ニ高熱。微熱ヲ發シ得ルコトハ當然ナリ。

嘔吐。疼痛發作時嘔氣，嘔吐ハ比較的少ク18人中4人ニ於テ觀ルノミナリ。

疼痛。自發性疼痛ハ膽石症疝痛ニ類似シタル疼痛ヲ訴フルモノ，胃部疼痛ヲ訴フルモノ，或ハ上腹部全般ニ亘ル不定ノ疼痛ヲ訴フルモノ種々雜多ナリ。18例中疼痛發現部位ハ，心窩部12例，右季肋部5例，及ビ右季肋部ヨリ心窩部ニ起リシ者1例ニシテ，心窩部ニ感ズル事最モ多ク，右季肋部之ニ次グ。上腹部全般ニ亘ル不定型の疼痛ハ注意スベキコトニシテ，又余等ノ第3例及ビブレトン氏ノ例ノ如ク，體動ガ疼痛ヲ誘發シ，臥位デ輕快スルガ如キ場合ハ更ニ注意スベキモノナルベシ。放散性疼痛ハ右肩部及ビ右背部ニ放散スルコト多ク，18例中5例ニ放散性疼痛アリ，13人ニ於テ之ヲ缺グ。此ノ放散性疼痛アルモノノ中，膽囊或ハ膽道ニ異狀ナキモノ3例，異狀在ルモノ2例ナリ。自發性疼痛ト食餌トノ關係ハ記載ニ不明ナルモノ多キモノ5例ニ於テ，2例ハ直後，2例ハ空腹時，他ノ1例ハ全く無關係ナリ。

疼痛發作。第1回ノモノ1例，數々疼痛發作現ハレタルモノ14例，持續性ノ上腹部ノ不快感及ビ疼痛アルモノ3例ニシテ大多數ハ疼痛發作反覆セリ。

壓痛。壓痛ノアルモノ7例，壓痛ヲ缺如セルモノ8例，不明ナルモノ3例ナリ。右季肋部ニ壓痛ノアルモノ7例，心窩部ニアルモノ1例，即チ來診時ニ於テハ，半數以上ニ於テ壓痛ヲ缺如ス。壓痛ノ存在スル其大多數ニ於テ右季肋部ニ局限スルハ，最モヨク膽道疾患ト誤診セラレ易キ理ト謂フヲ得ベシ。且自發痛ガ心窩部ニ多ク壓痛ガ右季肋部ニ多キハ興味アルコトナリ。

腹筋緊張。抵抗ヲ觸知スルカ，腹筋ノ緊張セルモノハ記載ノ明ナルモノ16例中2例，無キモノ14例ナリ。腹腔内ニ腫瘤ヲ觸知シ得タルモノ僅カニ1例ニシテ膽囊炎ヲ合併セシモノナリ。

黃疸。患者ノ訴トシテ黃疸ノ發現ヲ訴ヘシモノ18例中4例ナリ。現症トシテ發見セラレタルモノ僅カ1例ナリ。但シ高度ノ十二指腸移動症ニテハ例ヘ膽道疾患ノ合併ヲ缺如セルモノ一テモ稀ニ膽汁鬱滯ヲ併發シ，引續キ黃疸出現スルコトアルベキハ當然理解シ得ベキ事ト謂フベシ。

潜在性出血。糞便中潛血ハ純粹ノ十二指腸移動症ノミノ場合存在スベキ性質ノモノニ非ラス。胃或ハ十二指腸潰瘍トノ識別診斷上重要ナルコトナリ。余ノ集メ得シ18例中，16例ニ於テ潜在性出血ノ檢査ノ結果，僅1例ニ於テ證明セラレシノミナリ。

胃液所見。

余ノ調査シタル18例中12例ニ就テ之ヲ觀レバ

番 號	自 家 症 例				從 來 ノ 症 例							
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	14
鹽酸總酸	49	28	20	38	8	18	(-)	32	8	45	(-)	(-)
遊離度	97	50	36	60	14	30	5	40	18	70	18	12
乳 酸	(-)	(-)	(±)	(-)	(-)	(-)						(-)
血液反應	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	不明	〃	〃	〃	〃	(-)

遊離鹽酸。12例中減少，或ハ缺如セルモノ6例ナリ。殆ド半數ニ達シ，4例ニ於テハ殆ド正常，2例ニ於テ酸過多症ヲ示ス。

總酸度。總酸度ハ12例ニ於テ低下セリ。即チ總酸過ノ低下セシモノ多シ。即チ移動性十二指腸ノ場合ハ一般ニ酸度ハ低下スルモノ多キガ如シ。

乳酸ハ12例中ノ1例ニ於テ證明セルノミナリ。即チ大多數ニ於テ缺如セリ。即チ胃中食餌ノ著明ナル停滯ヲ起サザル事ヲ示スモノナリ。

血液反應。胃液内血液反應ハ全部ニ於テ證明シ得ズ。

胃レントゲン検査所見。

胃ノレントゲン検査モ亦明細ナル記載ニ乏シキ爲，僅8例ノ記載ニ就テ之ヲ觀ルニ8例中7例ニテ下垂ノ像ヲ示シ，1例ニ於テハ殆ド正常ナリ。一般ニ胃蠕動運動ハ緩慢ニシテ，余ノ1症例ニ於テ比較ノ昂進セルノミ。

十二指腸レントゲン検査所見。

十二指腸レントゲン検査ハ一般ニ困難ナルモノナレドモ，レーファス氏胃カテテルヲ嚥下セシメテ十二指腸ニ達セシメ，液狀對照食ヲ除タニ，カテテルヨリ注入シ，十二指腸ノ孔立の影像ヲ作り，迅速ナル觸診ニ依リ，十二指腸移動性検査ノ目的ヲ達シ得ルモノナリ。余ハ第3例ニ於テ此ノ方法ヲ試ミ第4例ハ對照食ノ十二指腸内通過緩慢ナリシタメ，十二指腸ノレントゲン觸診ヲナシ，何レモ其移動性甚顯著ナルヲ確證セリ。手術以前ニ十二指腸移動症ヲ診斷スルニ最確實ニシテ且推獎ニ値スル検査法ナリト信ズ。

胆汁所見。リオン・メルツア氏法。

十二指腸移動症ノ場合膽道ニ炎症ヲ誘發シ易キ事ハ既ニ，三宅教授ニ依リテ指摘セラレタリ。今日迄發表セラレタル症例ニシテ，リオン・メルツア氏法ニヨリ胆汁ヲ採取検査シタルモノ甚少シ。余ハ自家經驗ノ4例中3例ニ於テ之ヲ檢シ總テ明ニ膽石症乃至ハ膽囊炎ト確診スベキ所見ヲ得タルモノナキモ，2例ニ於テ白血球，粘膜上皮細胞等ノ混在セルヲ認メタリ。十二指腸移動症ノ診斷ニハ價値ヲ有セズト雖，膽道疾患ト



ノ鑑別，或ハ之ノ合併ノ有無ヲ検査スルニ充分ナル意味アルモノナリト思惟ス。

#### グラハム氏膽嚢撮影。

本症診断ニ際シテ膽嚢撮影ハ，リオン・メルツア氏法ニ依ル膽汁検査法ト共ニ，膽道疾患ヲ否定スル上ニ試ムベキモノニシテ，十二指腸移動症ノ場合ニハ，中田氏ニ依リ始メテ發表セラタリ。余モ多少ト方法ヲ異ニスルモ，余ノ第1例ニ於テ此ノ方法ヲ試ミ膽嚢疾患ニ關シ陰性ノ結果ヲ得タリ。此ノ検査法ハ膽汁検査ト共ニ膽道殊ニ膽嚢ノ形態機能ヲ検査シテ，膽嚢炎膽石症トノ鑑別又ハ夫トノ合併ヲ検査スルニ一定度ノ價値ヲ有ス。

手術所見。手術時ニ於テ，十二指腸ガ腸間膜ヲ有シ恰モ小腸ノ如ク眼前ニ露出シ，數糲腹腔外ニ牽出シ得ルハ始ト總テノ症例ニ於テ一致スル所ナリ。此ノ外余ノ第1例ニ於テハ十二指腸漿液膜面ノ一部ニ細血管ニ富ム菲薄ナル被膜ニ被ハレタルモノニ遭遇シ，恰モ盲腸移動症ノ場合ニ見得ル，ジャックソン氏被膜ニ類似ノ觀ヲ呈シ居タリ。ミンツ氏ガ十二指腸壁ニ炎症性苔ヲ有セルヲ見タリト記載セルハ，余ノ例ニ類似ノモノニハ非ザルカ。

十二指腸移動病ト膽嚢炎及ビ膽石症。18例ノ記載中僅1例ニ於テノミ，膽嚢總輸膽管内ニ「ヒヨレステリン」結石ヲ證明セラレタリ。3例ニ於テハ膽嚢壁ノ所見ニ關スル記載不明ナリ。18例中，膽嚢壁ニ異狀ノアルノ10例，記載不明3例ニシテ，炎症性肥厚ト思ハルモノ5例，單純性肥厚ト思ハルモノ5例ナリ。十二指腸移動症ニ際シテ周圍臟器ニ及ボス影響ニ依リ，引續イテ起ル膽汁鬱滯ハ終ニ，膽嚢壁肥厚ヲ招來スルコトハ可能ナルベク，且膽汁ノ鬱滯ニ續發スル膽汁ノ細菌感染，從テ膽嚢壁ノ炎性肥厚ヲ來ス事亦可能ナリト理解セラル。

#### 乙、治療。

手術術式。三宅教授ハ，10例中9例ニ「ラフナート」ヲ施シ全治セルヲ報告シ，全治9例中2例ハ「ラフナート」ト共ニ膽道ノ手術ヲ追加セリミンツ氏ハ胃，十二指腸空腸吻合術ヲ行ヒブレトン氏ハ十二指腸空腸吻合，中田氏ハ肝腎靱帶，腎十二指腸靱帶ト稱シ得ベキモノニ固定シ夫々目的ヲ達セリ。余等ノ例ニアリテハ，第1例ハ十二指腸曠置術ト，胃空腸吻合術ヲ行ヒ，第2例ハ「ラフナート」ニ加フルニ後結腸胃空腸吻合ヲ施シテ何レモ満足スベキ効果ヲオサメ爾來今日ニ至ルモ何等ノ障害ナシ。斯ノ如ク十二指腸移動症ニ對シテハ，從來報告セラレタルモノハ十二指腸固定法トシテ「ラフナート」ヲ肝十二指腸靱帶，腎十二指腸靱帶等ニ施スカ，又ハ胃十二指腸空腸吻合，或ハ十二指腸空腸吻合ヲ施シタルモノニシテ其治療方針ハ2個ニ大別シ得ベシ。今解剖學ノ關係ヨリ考フルニ，十二指腸ノ固定ハ比較ノ困難ナル業ニシテ，肝十二指腸靱帶等ニ「ラ

フナート<sup>1</sup>ヲ施ス事ハ他ニ理想的固定法ヲ考案シ難キガ爲、止ムヲ得ズ行ハレタルモノト解スベキモノニシテ、之ヲ以テ至上ノ術式ト言フ事ヲ得ズ。十二指腸移動症ノアルモノニ於テハ、既述セシガ如ク十二指腸内食餌ノ通過比較の緩慢ナルモノ往々アリ。カカルモノニアリテハ勿論然ラザルモノニ於テモ<sup>2</sup>ラフナート<sup>1</sup>ヲ以テ本症罹患者ノ十二指腸ニ附着セル、腸間膜ヲ單ニ短縮シタルノミニテハ、長時日ノ間ニ再ビ之ガ伸張シテ原ノ状態ニ復歸スル事無キヲ保シ難シ。又本症患者ノ一部ニハ疼痛發作ガ體動ト關係アル以外、硬固ナル食餌ノ攝取ニヨリテ誘發セラルルモノアリ、之ニ由リテ考フレバ食餌ガ移動性ヲ有スル十二指腸ヲ通過スル事ト、疼痛發現トノ間ニ何等カノ關係アルヲ暗示セルガ如クニ思ハル。叙上ノ見地ヨリシテ余等ハ自家經驗ノ第1例ニ於テハ、十二指腸ノ曠置ヲ行ヒテ完全ニ食餌ノ十二指腸内通過ヲ妨ゲ第2例ニ於テハ、肝十二指腸靱帶ニ<sup>2</sup>ラフナート<sup>1</sup>ヲ施シテ固定スルト同時ニ胃空腸間ニ可及的大ナル吻合口ヲ作爲シテ何レモ満足スベキ成績ヲ得、シカモ第2例ハ術後X線検査ヲ行ヒテ食餌ハ殆ド全部吻合口ヲ通ジテ空腸ニ直ニ移行スルヲ確認セラレタルモノナリ。余等ハ自家ノ方法ヲ以テ至上ナリト妄信スルモノニハ非ザレドモ、本症ノ如キ固定ノ困難ナルモノニアリテハ單ニ十二指腸ヲ釣下ゲ居レル薄膜ニ<sup>2</sup>ラフナート<sup>1</sup>ヲ施スノミニテ満足スベキモノニハ非ザルベシ。

## 第六章 結 論

1. 十二指腸移動症ト性別トノ間ニ特別ノ關係ナキモノノ如シ。
2. 十二指腸移動症ハ40歳代ニ於テ比較的多數ニ遭遇セリ。
3. 十二指腸移動症ト發熱トノ關係ハ不明ナリ。
4. 疼痛ハ心窩部ニ局限スルコト大多數ニシテ、右季肋部之レニ次グ。大多數疼痛發作反覆スルモ食餌トノ關係ヲ認メ得ズ。稀レニ放散性疼痛ヲ發スルコトアリ。壓痛ノ存在スルモノノ中大多數ハ右季肋部ニ存セリ。
5. 腹筋ノ緊張セルモノ、或ハ腫瘤ヲ觸知シ得ルモノ甚ダ尠ナリ。
6. 十二指腸移動症ノ場合黃疸ヲ併發スルコトアリ。
7. 潜在性出血ハ大多數ニ於テ之レヲ證明シ得ズ。
8. 酸度ハ大多數ニ於テ低下セルモ、稀レニ正常酸度及ビ過酸症ヲ示スコトアリ。
9. 血液反應及ビ乳酸ハ大多數ニ於テ缺如セリ。
10. 胃ハ<sup>1</sup>レントゲン<sup>1</sup>検査上一般ニ下垂シ、且蠕動運動ハ緩慢ナリ。
11. 十二指腸ノ<sup>1</sup>レントゲン<sup>1</sup>検査ハ余等ノ方法ニ依リ充分可能ナルモノニシテ、十二指腸移動症ヲ診斷スルニ最モ確實ナルモノト信ズ。
12. リオン・メルツアー氏ニ依ル膽汁検査ハ識別診斷上利用スベキモノト思惟ス。

13. グラハム氏膽囊造影法ハ前述ノ意味ニ於テ試ムベキ検査法ナリ。
14. 十二指腸移動症ノ場合數々膽囊壁肥厚ヲ認ムルコトアリ。
15. 余ハ十二指腸漿液膜面ノ一部ニ細血管ニ富ム菲薄ナル被膜ニ被ハレタルモノニ遭遇セリ。
16. 十二指腸移動症ハ手術ニ依リ輕快セシメ得ラルルモノナリ、從來ハ十二指腸周圍靱帶ノ所謂「ラフナート」或ハ胃十二指腸空腸吻合術ヲ施サレタリ。
17. 余等ハ1例ニ於テ十二指腸曠置術 胃空腸吻合術ヲ行ヒ、他ノ1例ニ於テハ所謂ラフナートヲ施セシ後、胃空腸吻合術ニ依リ満足スベキ成績ヲ得タリ。

### 文 獻

- 1) **Breton**, Le duodenum mobile. Bull. et mem. de la soc. de chir, 53, 1927. Ref. Zentralorgan f. gesam. Chir. S. 365, Bd. 39, 1927.      2) **Duval**, Le duodenum mobile Presse med. 35, No. 40, 1927, Ref. Zentralorgan. f. gesam. Chir. S. 369, Bd. 39, 1927.      3) **泉伍明**, 胃下垂症ト移動性十二指腸ノ手術. 診断及ビ治療. 昭和二年九月.      4) **前田和三郎**, 京都帝國大學醫學部紀要. 第七卷中1924.      5) **Melchior**, Duodenum liberis; Arch. f. klin. Chir. S. 16, Bd. 123, 1924.      6) **Minz**, Ueber Duodenum mobile. Arch. f. klin. Chir. Bd. 151, 1928.      7) **三宅速**, 膽汁感染(膽囊炎)ノ原因タル原發性十二指腸移動症. 日新醫學, 大正五年八月.      8) **三宅速**, 原發性十二指腸移動症ニ就テ. 東京醫事新誌. 大正十一年一月發行.      9) **Miyake**, Duodenum mobile. Arch. f. klin. Chir. Bd. 122, 1923.      10) **三宅速**, 日本ニ於ケル膽石症, 80頁. 昭和四年十月發行.      11) **中田端種**, 移動症十二指腸ニ就テ. グレンツゲビート. 第一卷, 昭和二年.

## Ueber Duodenum mobile.

Von

Dr. S. Fukusato.

[Aus d. chir. Klinik d. med. Hochschule zu Kumamoto.

(Direktor: Prof. Y. Hagiwara.)]

Infolge der Untersuchungen, die wir neulich mit einigen in unserer Klinik vorgekommenen Fällen von Duodenum mobile versuchten, konnten wir wenigstens Duodenum mobile vor der Operation feststellen und zugleich operativ einen guten Erfolg erzielen. Im Folgenden werden wir unserer Beobachtungen, den bisherigen 14 Fällen der anderen Autoren die oben erwähnten zufügend, zusammenfassen.

1) Geschlechtsunterschied scheint keinen Zusammenhang mit Duodenum mobile zu haben.

2) Duodenum mobile wird in den Vierten Dezennien verhältnismässig häufig angetroffen.

3) Der Zusammenhang zwischen Duodenum mobile und Fieber ist noch nicht klar.

4) Schmerz lokalisiert sich am meisten an der Epigastrialgegend, häufig auch an

der rechten Hypochondrialgegend. Schmerzfall wiederholt sich. Meistens hat er selten Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Patient klagt nur selten über ausstrahlenden Schmerz. Wenn Druckschmerz vorhanden ist, sitzt er meistens in der rechten Hypochondrialgegend.

- 5) Bauchmuskel spannt sich selten, oder Tumor wird sehr wenig gefühlt.
- 6) Duodenum mobile kann Ikterus begleiten.
- 7) Man kann occulte Blutung meistens nicht nachweisen.
- 8) Acidität des Magensaftes setzt sich meistens herab, aber sie zeigt selten Normal- oder Hyperacidität.
- 9) Blut und Milchsäure in Magensaft fehlen in den meisten Fällen.
- 10) Magen ist bei der Röntgenuntersuchung im allgemeinen ptotisch, und seine peristaltische Bewegung ist langsam.
- 11) Wir konnten durch eine schnelle Palpation feststellen, dass Duodenum übermäßig beweglich war, indem wir isolierte Schatten von Duodenum bei der Röntgendurchleuchtung machten.
- 12) Wir glauben, Gallenuntersuchung nach Lyon-Meltzers Methode diene zur Differentialdiagnose.
- 13) Graham's Cholecystographie ist auch eine Methode, die in der ohne erwähnten Bedeutung versucht werden soll.
- 14) Gallenblasenwand ist häufig verdickt bei Duodenum mobile.
- 15) Wir haben in einem Falle einen mit gefäßreicher dünnen Membran bedeckten Teil der Serosa des Duodenums gesehen.
- 16) Wir glauben, dass Duodenum mobile durch operative Behandlung erleichtert werden kann. Man konnte bisher therapeutisch durch Raffnähte am Ligamentum der Umgebung von Duodenum oder durch Gastro-duodeno-jejunostomie seine Absicht erreichen.
- 17) Wir konnten ein sehr befriedigendes Resultat erreichen, indem wir beim ersten Fall unserer eigenen Erfahrungen Ausschaltung von Duodenum und Gastrojejunostomie und beim zweiten Fall Raffnähte und Gastro-jejunostomie ausführten.

(Autoreferat.)