

# 京都外科集談会抄録

昭和31年11月例会

## (1) 先天性腸管閉鎖症の1例

京大外科Ⅱ 倉田昌彦

患者：生後6日の女児。9ヵ月の早産，出産経過は順調。出産時より腹部全般の膨隆あり，2時間後より嘔吐を頻回に繰り返す。便の排泄無し。レントゲン診断により腸管閉鎖を認め，局所麻酔のもとに開腹する。小腸はトライツ氏靱帯より20cm 肛門側にて断絶して盲端に終り，上部腸管は直径5.0cm に膨満，下部小腸は直径0.1~0.3cmの数々の節片状になる。各節片間には牽状の連絡は認めるが，内容の交通は全く認められなかつた。空廻腸の多発性閉鎖症である。腸管の回転はほぼ正常で盲腸はやや高位（右上腹部）にあつたが，横行結腸，S字状結腸は直径0.5cmの索状物として正常の走行を示した。上部腸管盲端部と横行結腸との間に側々吻合を行つたが，術後15日目に死亡した。最後にHadd, Gross氏の52例及び小坂氏の集計した本邦例43例について考察を加えた。

追 加

大和高田市民病院外科

杉本雄三・藤野昭三

生後6日目の乳児。生下時より腹部膨満し，胎便の排出なく，母乳を飲んでも直ぐ吐出し，吐物は胆汁色便臭を有する。

全身軽度黄疸あり，四肢外陰部に畸形を認めない。腹部は著明に膨隆し，蠕動不穏があり，腸雑音有響性。肛門に閉塞はないが，バリウムを注腸しても約10ccを容れるのみ。レ線透視で腹部全体にガス像を認める。バリウムは肛門より約5cmの部分で止つている。

左下腹部直腹筋外縁切開で開腹，紫藍色膨満した腸管が現れ，内容を少し宛吸引しつゝ，精査すると，この膨大した腸管部分と，萎縮し索状となつた部分とがあり，膨大した腸管に索状の腸管が乗つかり，つづら折に巻きついた恰好となり，腸間膜を欠いている。大腸は萎縮しているのか，その存在を確かめ得なかつた。膨大した腸管から腸瘻を造設して手術を終つた。

術後一般状態は術前と殆んど変わりなく元氣であつたが，約5時間後死亡した。

## (2) 潰瘍を伴える先天性幽門狭窄症の1治療例

京大外科Ⅱ 牧 安 孝

## (3) 腎石と誤つた腸間膜及び腸壁石灰化巣 京大外科Ⅰ 石川 進・宮脇英則

追 加

本 庄 助 教 授

も1例当教室に同じ様な症例があつたので追加する。

## (4) 横隔膜嵌頭ヘルニヤの1例

米子博愛病院外科 黒田秀夫・牧安孝

質 問

杉 本 雄 三

ラボナール使用についての質問あり，

答

ラボナールは維持のために使用したものではありません。

## (5) 小腸ポリポージス (Peutz-Jeghers' syndrome の一部分症) による小腸重積症の1例

大和高田市民病院外科

杉本雄三・東谷俊彦

1921年 Peutz が初めて報告して以来，皮膚黒褐色小色素斑と小腸ポリポージスの合併せる疾患を，Peutz-Jeghers' syndrome として欧米では現在迄数例の症例が報告されて来たが，吾国では最近迄この症例の報告に接しなかつた。本年東大皮膚科が吾国初めて16才の男子の本疾患を報告したが，最近私達もこの疾患に遭遇したので報告する。

患者は14才の男子で全身特に口唇，指趾尖端に密に黒褐色小色素斑が左右対照性に散在し，小腸ポリポージス及び直腸ポリポージスを合併しており，蛔虫が誘因となつてポリープが因で小腸重積症を起して入院したものである。母親にも皮膚黒褐色色素斑及びレックリングハウゼン氏病を合併している。本症は蛔虫によつてその存在部位より遙か肛門側にポリープを先端とした小腸重積症を来したもので，重積症を起した部には腸の膨隆がなく，それより離れた胃，十二指腸空腸が著しく膨隆していた事は特異な興味ある点である。我々はこの点を神経支配によつて説明した。

追 加

木 村 助 教 授

答

杉 本 雄 三

腹痛が蛔虫によるものでないかとの御質問ですが，蛔虫が以前からいたにもかゝらず，本症が始まる迄腹痛を訴えていません。だから腹痛，嘔吐はやはり重積症からのものと考えました。又小腸上部にも下部に

も重積症が来ていたが、上部が解けて下部のみ発見されたのではないかと御質問ですが、そんな処はありませんでした。尚神経支配云々と云うのは十二指腸、小腸下部の神経支配が同一であつて下部に起つた重積症と云う事実が神経節を介して反射的に十二指腸、小腸上部に反応して行くと云う意味です。

#### (6) 腸穿孔を来した原発性乳頭下部十二指腸癌の1例

大和高田市民病院外科 杉本雄三・清水春彦  
県立奈良医大病理 吉岡俊一

1年前十二指腸潰瘍で胃切除術を施された患者が、臍頭部に腫瘤と黄疸を来し、Rouxの手術を受けたが、漸次悪化して十二指腸穿孔、限局性腹膜炎、次いで汎発性腹膜炎を起して死亡した1例に遭遇し、詳しくこれを解剖したので報告する。本例は第1回手術時既に小腫瘤があつたものと考えられるが、Silent guidanceはなく、終排便の潜血反応が陽性であつて、腫瘤が著明になつて始めて黄疸が出た。癌に侵され難いと云われる十二指腸穿孔を来したと云う事は容易ならぬ事であり、稀有な事である。癌細胞は原形質が紅く、核が判然として核小体を有し、腺管腔様に排列し、円柱状、骸子状である点から腺癌の Ductal cell type の癌と考えられるが、乳頭下部を中心として、粘膜下を十二指腸全周に及び、臍組織と判然りと境界されている点から、我々は十二指腸壁より由来したと考えた。以上の事実から我々は本症は十二指腸壁に迷入した副臍より由来した原発性乳頭下部十二指腸癌と結論した。

#### 質 問

本庄助教授

Krebsの母地がAberrantのPankreasと考えられる根拠如何?

#### 答

杉本雄三

質問の様に健全な迷入副臍組織像が残っていると非常に判然しているが、本症の様に完全に進行浸潤して例えば迷入健全副臍組織の残存と云う事は考えなくともよいと思う。癌細胞の性格とその發育方式を満足せしめる原発部の条件は①輪胆管末端、②臍管末端、③乳頭膨大部、④乳頭を覆っている十二指腸粘膜、⑤ブルネル氏腺、⑥迷入副臍の6つを考えてみたが⑥が一番妥当の様に考えた。

#### (7) 化膿性骨髄炎後の脛骨々幹部欠損に対する骨移植の1治験例

玉造整形外科病院 林 瑞庭

化膿性骨髄炎により腐骨として剔出を余儀なくされた脛骨々幹部の大なる欠損に対し、長大な脛骨、腸骨片との併用により、移植、生着せしめ得た。生着後移植骨片は除々に肥厚し移植1年後の今日に於いて機能的改変が行はれるようになり、下腿の機能を完全に回

復し得た1例を経験した。その原因として

- 1) 反応性新生仮骨及び骨膜の温存
- 2) 待期間を適切に判断すること
- 3) 感染の再燃に対する完全な制圧
- 4) 固定の長期且つ正確を期し得た等々について述べた。

#### 質 問

外 II 石上講師

骨髄炎起炎ブドウ球菌は骨親和性があるから骨移植はこの点不安がある。起炎菌に抗生物質耐性があるとか、汚溝形成があるときは有茎筋肉弁充填も用うべき方法と思う。ただし病巣が脛骨の遠位部1/3、特に前面にあるときは少し実施しがたいが。

#### 質 問

鶴海講師

骨移植の際皮膚癒痕はどの様に処置されたか。大きな癒痕はなかつたか。

#### 答

- 1) 骨欠損が小さく骨折の心配のない時にはこの方法も用います。
- 2) 我々の例では植皮を必要とせず一次的に閉鎖し得ました。
- (8) 上腕骨々幹部遷延治癒骨折、偽関節の原因及びその治療について

玉造整形外科病院 林 瑞庭

上腕骨々幹部の骨折端の接触面が小さいこと、仮骨形成に不利な所であること、固定がしにくく、高度の転位及び軟部組織の介入を起し易いこと等で遷延治癒又は仮関節になり易い。その上現在骨髄釘、金属内副子の普及により観血的整備の機会が多くなり治癒成績もよくなった反面、経験の不足や、不適切な治療によつて仮関節の原因になることが多くなったことも否定し得ない事実になつている。私はこの面から過去1年半本院にて上腕骨々幹部偽関節患者8名に就いて調査し、その原因を探究すると共に、不幸この状態になつた時の処置について些か所見を述べた。

#### 追 加

安藤講師

演者の症例でもみられる様にキューンチャー釘を使用しながら、偽関節となることがあるのは、キューンチャー釘が却つて骨切面への応圧力の作用を妨げているためと考えられるから荷重骨でない長管骨に骨髄内固定を行う場合は釘の太さ長さ等につきその選択を誤つてはならないと思う。

- (9) 良好な経過をとれる腰椎脱臼骨折の3例

国立山中病院整形外科

広谷速人・佐々木正和

症例1, 36才男第1腰椎脱臼骨折。受傷後1年7ヵ

月にて両大腿以下の知覚低下，両股関節左足関節の自動運動正常。独立歩行可能。自然排尿排便あり。症2。32才男第3腰椎脱臼骨折。受傷後2年。両大腿以下の知覚低下，右下腿以下の知覚脱出。自然排尿150cc可能。松葉杖にて自力歩行可能。症例3。33才男受傷後5ヵ月。右下肢の知覚正常，左下肢は知覚低下。右趾，左足関節の運動可能。排尿は殆んど全部自然排尿。

以上3例はいずれも，(1)馬尾神経領域の損傷であり(2)背腹方向の転位が少いと云う共通点を有し，再生可能な馬尾神経の回復を来せる症例であり，馬尾神経領域に於いてはレ線上見られる骨傷と臨床所見とは必ずしも密な相関関係を有しないことを知つたので報告した。

質 問

木 村 助 教 授

1. 原因は何であつたか
2. 理学的治療の内容は？

(10) 蝶形椎の3例

整 形 鶴海寛治・土居秀郎

26才男子の第9胸椎，16才女子の第8胸椎，40才男子の第5腰椎に定型的な蝶形椎を見た。前2者は脊椎カリエスと誤診され，長期にわたつてその治療を受けていたものである。本奇形椎はレ線側面像では椎体の扁平化，楔状化，分離椎体縁の重複による椎体の蒙朧化，椎間板の狭小を見るので他の脊椎疾患と誤る事があるが，前後面像に於て特有の形態，上下椎体縁の蝶形椎分離部に向つての膨隆を見れば診断は容易である。

第2例は先天性側彎及び先天性脊椎癒合症をも合併して居たので，本例の発生原因には膜様脊椎の形成異常が考えられる。

質 問

杉 本 雄 三

Therapie 如何.

答  
放置しておいて結構です。

昭和31年12月例会

(1) 腹筋痙攣に対する肋間神経切断術

外科 I 松 島 正 之

32才の女子で，後頭部の打撲に引続いて両側の腹直筋に限局した痙攣を来し，1側の肋間神経切断によつて完全に治癒せしめ得た1例である。

頭部打撲と痙攣との関係は，頭部打撲が原因そのものとなつたとは考え難く，頭部打撲により痙攣が誘発されたと考えた方が妥当であろう。

痙攣の焦点については，脳皮上にスパイク放電を認めない事，及び痙攣が両側性である事から皮質性のものではないらしく思はれるが，それ以上正確に病巣の部位を決定する事は出来なかつた。

手術効果が顕著であつた事は注目すべき点であるが，その奏効機序については現在のところ不明である。

追 加

外 I 松 永 守 雄

何故軀幹筋，特にその腹筋に強く痙攣が現われたかを説明する事は非常に困難であるが，肋間筋には腹筋反射と同じものがたとえ存在しているとしても，文献を知らない。現われ方が腹筋程ではないと思われるので一応理解しうる。四肢筋に何故来ないかは依然不明。

此の様な痙攣が30分以上もつづく事から，ノイローゼとあながち云えない。むしろ，痙攣のインターバルの不規則性はプチャマルヴァリアントの EEG の痙攣波の現われ方に似ている。

質 問

外 II 恒 川 謙 吾

腹筋に於いて筋電図の誘導方法によつては腹直筋，

外腹斜筋，内腹斜筋の収縮を夫々別個に誘導し得る。肋間神経の神経支配から考へ腹直筋から E. M. G. を記録し得たならば他の2腹筋からも程度の差はあるかもしれないが恐らく其の収縮を記録し得たのではないかと考える。私は内臓運動反射の研究に於いて腹直筋，外腹斜筋，内腹斜筋，腹横筋の同時収縮を記録している。

答

筋電図は腹直筋のみしか検査しなかつたが，痙攣発作中の観察ではその他の腹筋には痙攣は認められなかつた。

(2) 動脈瘤の2例

外 II 倉田昌彦・武田 惇

症例1. 72才男，左鼠蹊部の搏動性腫瘍を主訴として来院，血管撮影にて左股動脈瘤と診断し摘出手術を行った。組織学的に梅毒性であつた。術後下肢の血行障害をみず血管移植を行はずして治癒した。

症例2. 82才男，右季肋下に急激に有痛性腫瘍を来し深部触診中にショック状態を来したが開腹により腹部大動脈瘤の被覆性穿孔であつた。術後4日目に喀咳喀出困難になり窒息死した。

考察，動脈瘤は古くは梅毒が主因であつたが近年はむしろ動脈硬化によるものが多い。症例1は組織学的に梅毒性と確認したが稀な例と考えられる。症例2は腹部大動脈瘤の被覆性穿孔で即死をまねがれた例であるが，これは血圧降下にともない後腹膜出血がタンポンの役割を果し更にそれ以上の出血を防いだものと考えられ興味深い。

(3) 厚生年金玉造整形外科病院に於ける下肢骨々折（特に骨折部位及び骨折線）の統計的観察

人造整形外科病院

大塚哲也・香川徹・中村博光・山県時房  
山本忠治

昭和24年1月より30年9月に至る間に経験した骨折患者、3076例中、下肢骨々折は35.9%を占めその中下腿骨が最も多い。大腿骨々折では骨幹部が最も多く、近位端、遠位端の順である。近位端中頸部骨折が最も多い。骨幹部は中1/3部に多く、又横骨折が最も多い。

近位端骨折は内側骨折が多い。膝蓋骨々折は横骨折で而下1/3部が多い。下腿骨々折は骨幹部が最も多く、遠位端、近位端の順である。近位端中外側部が最も多い。骨幹部は下腿両骨が多く、脛骨単独、腓骨単独の順である。下腿両骨では同一高位が最も多く、脛骨高位、脛骨低位の順である。骨折線では横骨折が最も多い。下腿遠位端は斜骨折が最も多い。中足骨々折は第Ⅱ中足骨に多い。趾骨々折に跗趾が最も多い。

(4) 臍腸管瘻の1例

神戸市立中央市民病院 小 亀 清 孝

1才8ヵ月の女子、生後9日目よりの臍のたぐれと粘液漏出を主訴とし、手術の結果、肉眼的にはメ氏憩室と不全臍瘻が索状物で連結された稀有なものを剔除したが、詳細な検討の結果全般に小腸構造をみると異型ではあるが本邦第10例目に相当する臍腸管瘻であつた。患者は術後イレウスを起し8日目再開腹、切除部回腸の狭窄性イレウスで9日目死亡、かかる場合は単なる切除を行わずに、胎生組織遺残のおそれのない様、瘻管附着部の腸切除を行うべきだという貴重な教訓を得た。

(5) 病的材料に於ける神経末梢の態度  
(第1報)

国電病院 大津 章・飯原啓吾

正常皮膚、癩瘻ケロイド、頭部癩瘻、硬性線維腫、について特に癩瘻ケロイド、線維腫の神経組織の特異性に就て述べる。

結論、ケロイドに於ても、植物神経末梢の密度が高く、知覚終末も、特異なものがあり、ケロイド組織内、線維腫内に終末、知覚終末を認めることが出来る、これらの神経末梢は再生神経である。Boekeによると末梢神経再生はすべての組織要素の協調的活用によるもので、調和のとれる全体として発展すると云つてゐるが、上記の神経像は神経末梢の再生が調和を破つて過剰再生を来したものと考えられる。これらは臨床症状とも関連を持ち、且つ神経末梢の再生の問題に興味ある問題を提起するものである。

(6) 直腸癌と思われる直腸筋腫の1例

大阪医大外科Ⅱ 入江義明・石川 登

直腸に発生した滑平筋腫の一例を報告した。67才男子。6年前肛門の手術後便柱が細くなり肛門ブジーを行ひ一時軽快したが、1年前から再び便柱が細くなり疼痛、出血、裏急後重を伴うようになったので入院し

た。肛門皮膚線が白色癩瘻状を呈し、肛門左側に拇指頭大の硬い腫瘍が存在して、肛門狭窄著明、直腸鏡検査不能であつた。直腸切斷術を施行。腫瘍は直腸の左壁肛門の1cm上方から口側へ3.5×5cmに亘つて存在、粘膜面から内腔へ扁平に膨起し、表面平滑、弾力性硬、粘膜面に潰瘍を認めなかつた。

組織学的検索の結果滑平筋腫なることが判明した。比較的稀な本症に就き考察を加えた。

(7) 軸捻転を来した腹腔内停留辜丸腫瘍

大和高田市民病院外科 杉本雄三・藤野昭三

46才の男、生来両側辜丸が陰囊内になく、約3ヵ月前から下腹部疼痛あり、1ヵ月前から同部に腫瘤を触れ、2、3日来急に激痛を訴えるに到つて入院。

手術の結果は両側腹腔内停留辜丸で、左側辜丸は小児頭大に腫大し、恰も卵巣囊腫茎捻転の如く、腫瘍の軸捻転を来したものである。組織学的には定型的なセミノームの像を示し、転移浸潤等がなく、左側除辜術を行った後、ナイトロミンを使用している。

停留辜丸腫瘍の発生、成因、予後等に関する若干の考察と共に報告した。

(8) 中部食道癌に於ける食道全切除の経緯

神戸市立中央市民病院外科 渡辺三喜男  
神戸市立玉津療養所 吉栖正之・横山脩造

中部食道癌の一例に於て胸部食道の全切除を行つた。60才の男子で術前検査成績は良好であつたが、癌は可成進行し、大動脈弓に癒着していた。強化麻酔の下に、手術を行つたが、殊にデュバルコールはvago-vagal reflexの発生を防止し、フルモマット使用の下に開胸し、術中殆んど血圧の動揺なく、順調な経過を取つた。

癌は奇静脈の高さを中心とし上下各々3cmに及び胸腔内吻合が無理であつたので、胃管形成により、中山に従ひ胸腔外で頸部食道胃吻合を行つた。術後は20cm以上の陰圧で速やかに肺を再膨張せしめた。これが種々合併症の防止に役立つものと思はれる。

発 言

青 柳 教 授

私の3症例でも凡て食道・胃吻合部に瘻孔を作つた。肉眼的には特に胃の血行が良好とみえるまゝに吻合を行つたのであるが、問題は胃側にあるようである。どの程度に胃側の切除範囲をすべきか、更に討究してみたい。

質 問

大阪医大外科Ⅱ 麻 田 栄 教 授

Isolierenして、且胸腔内に吊り上げたMagenの動きはどうであるか？

PylorusのPassageが悪いことがないか？

私はかかる経験があるので質問する。

答

渡 辺 三 喜 男

## 1) 青柳教授に対し

胃管の形成に対し、胃切除の範囲を大きくすると吻合部まで達し得ない虞があります、又少くとも肉眼的には血行がよく保たれ、吻合部に緊張もなかつたのでありますが、矢張り瘻孔を形成しました。

## 2) 麻田教授に対し

胃管内容は蠕動によつて送られるのでなく主として重力的落下と思はれます。幽門狭窄は十二指腸を左方に移動せしめて置くことにより防止出来ませぬ。

## (9) 高度便秘症の外科的治療について

岐阜村上病院

村上治郎・安藤栄吉・西野正弘

- 1) 高度便秘のあるものは手術の対象となり得ることがある。
- 2) 結腸右半型便秘に対して我々は結腸右半切除廻腸S状結腸端側吻合で優秀な不統的効果を達成した。
- 3) 便秘の外科的治療に対する今日の知見は不十分で今後の経験並に実験的研究の報告に期待しなければならぬ点が多い。

## 質 問

京 都 石 野 琢 二 郎

1) 胃下垂と結腸過長による便秘症で結腸の広汎切除で便秘症が軽快するが同時に胃下垂症がよくなり即ち結腸切除によつて胃のトーンスをよくする。逆に下垂胃を切除すれば結腸過長による便秘症が軽快する即ち胃切除によつて結腸のトーンスをよくする。

2) 便秘症の適格な手術法としては結腸の広汎切除即ち廻盲部横行結腸切除が最もいゝように思う。廻腸とS字状結腸との吻合は排便圧の障害を来して結果はよくない。

3) 結腸と結腸の吻合は絶対不可。

4) 横行結腸の切除、S字状結腸の切除では即ち結長の長さを短くするだけではよくならない。

5) 盲腸部、上行結腸に便秘を支配する何物かがある。

## 答

岐阜村上病院 西野正弘

①上行型、下行型便秘の区別は結腸全般に停滞のある症例も少くないのであるが本報告においては主としてどちらかに属せしめる事にした。結腸全切除という考への段階まで我々の考へと経験は一般の便秘の治療としては及んでいないからである。

## (10) 米国留学報告

京大外科 I 半 田 肇