

膵臓膿瘍の一例

京大外科第1講座 (主任荒木教授指導)

柴垣 進

[原稿受付 昭和30年3月15日]

ABSCCESS OF THE PANCREAS. REPORT OF A CASE.

by

SUSUMU SHIBAGAKI

From the First Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director : Prof. Dr. CHISATO ARAKI)

A girl, aged 18.

Before admission, she had been suffering from dull pains in the left hypochondrial region for 2 weeks, and then from chill, fever, and persistent severe pains in the same region for about a week. An abdominal tumor was found by chance, which gradually became larger, though there was no nausea, vomiting or jaundice. Pancreatic cyst was suspected from chemical findings as well as by the X-ray examination.

At operation the tumor was revealed to be pancreas abscess with 1000 cc of stooily stinking pus.

The postoperative drainage was made, and on the 47th day she was discharged perfectly well. There are three additional cases of pancreas abscess, which have been experienced in our Clinic for the past 15 years.

1. ま え が き

膵臓膿瘍は比較的稀な疾患で、京大外科第1講座に於て最近15年間に3例を数えるのみである。我々は最近本症の1治験例を経験したので、若干考按を加えて報告する。

2. 症 例

患者：河○和○ 18才 女子 (昭和29年9月18日初診)

主訴：左季肋部の鈍痛及び腫脹

家族歴：特記すべきものは無い。

既往症：約2年前に急性虫垂炎による穿孔性腹膜炎

で開腹術を受けた他に著患は無い。

又約1年前にスケートで滑走中に転倒し、腰部を強打したことがある。

現病歴：入院の約半年前より便秘気味であつたが、入院約20日前より誘因と思われるものなく、時々左季肋部に鈍痛を覚える様になつたが、前記の穿孔性腹膜炎で開腹術を受けて以来、時に腹痛を来することがあつたので、これは何時もの腹痛と思つて放置していた。

たまたま入院1週間前、某医に左季肋部に大人手拳大の腫瘤がある事を指摘され、腹部透視を受けて、消化管に關係なく脾腫を疑われた。その夜から悪感、38℃前後の体温上昇、及び腹部の持続的疼痛を来すと共に、腫瘤も漸次大きさを増して来た。

尙発病来、悪心、嘔吐、黄疸は訴えていない。食欲、睡眠共に不良、便通は入院1週間前より便秘。

現症：

全身所見：体格、栄養中等度、顔貌や苦悶状、呼吸数22、胸式呼吸型、脈搏95、整、緊張良好、体温37.5°C。他に著変はない。

局所々見：視診左上季肋部に軽度の膨隆ある他に異常所見はない。触診を行うと、膨隆に一致して、内側は正中線より1横指右、外側は左前腋窩線より1横指内方、下界は臍下1横指、上界は肋骨弓下にて不明である。腫瘍より頭側の上部は打診上鼓音で、腫瘍上で濁音を呈している。境界鮮明、表面平滑、弾力性硬で、圧痛強く移動性は全く証明されない。

腹部の他の部では筋性防禦、ブルンベルグ氏徴候等認められない。

血液所見：赤血球330万、白血球11,000、中性球增多、核左方移動を認める。

尿所見：透明で蛋白(ズルフォサルチル酸法)陽性、ウロビリノーゲン陽性で、沈査に赤血球、白血球、大腸菌少数を証明する。

尿デアスターゼ値2³である。

便検査：潜血反応陽性、蛔虫卵多数を証明する。

レ線検査：腫瘍は第Ⅱ、Ⅲ腰椎の高さで正中線上に淡い陰影として見られ、胃は大彎側より上方に圧排され、結腸にはガス像が著明であつた。(写真1)



第 1 図

以上の検査所見より脾臓腫瘍の診断のもとに、局所の温電法、及びペニシリン1日60万E.H.を使用し経過を観察していたが、体温は37°Cより39°Cの間を弛張し、疼痛も軽快しない。食慾、睡眠共に不良で、恢復の徴が見られないので入院1週間後(9月25日)手術を施行した。

手術所見：腰椎麻酔のもとに上正中線切開で腹腔内に達しようとするに、腫瘍と腹壁腹膜とは密に癒着しているので、やむなく、癒着のない傍正中線で開腹した。腹水は認めない。肝臓、胃、十二指腸には変化なく、腫瘍は脾尾部にあり、小児頭大の大きさで、左上腹腔内を満して、レ線所見に一致して、胃は上方に、横行結腸は下後方に圧排され、横行結腸間膜と腫瘍壁とは完全に癒着している。先づ、遊離腹腔にBarricadeを作り、腫瘍を穿刺すると、濃厚な大腸菌臭の膿汁を証明した。後の細菌学的検査では大腸菌無数、連鎖球菌、ブドウ球菌、膿球多数を証明した。これにより脾臓腫瘍であることが分つたので、小切開を加え約1000ccの膿汁を排出した。

次で膿瘍内を指診すると、内壁は網状のNetzwerkが縦横に走り、メロンの皮の様であつたが、多胞性のもものでは無かつた。又内壁の何処からも出血する所を見出さず、鉤鉗で搔爬したが蛔虫等の異物も見出さなかつた。尚脾頭部は硬度も正常に近く、著変を認めなかつた。膿瘍腔内外に各1本づつゴム管を挿入して排膿をはかり手術を終つた。

術後経過：連日ゴム管より相当量の濃厚な膿汁排出があり、又このゴム管よりペニシリン1日量10万E.H.、ストレプトマイシン0.5gを注入した。術後2日目より食慾良好となり、便通も3日目より1日1行、術後5日目より平熱となつた。ゴム管も徐々に短縮して、術後13日目に抜去した。術後47日目に局所に小硬結は残っているが、圧痛は全然なく全治退院した。

3. 考 按

脾臓腫瘍も比較的まれであるが、膿瘍は更にまれである。

一般に脾臓膿瘍は急性脾臓壊死に引続いて膿瘍を形成する場合と、外傷及びその他の原因より脾臓腫瘍が出来て、それが二次的に感染して脾臓膿瘍となる場合の2つが考えられる。

外傷よりの発生としては、Körteは27%、Mikuliczは25%に外傷性成因を認めている。そして外傷後膿瘍発生までの日数については、Müllerは7日乃至42日、Körteは7日乃至3ヵ月、Homigmannは外傷後8年

して膿瘍の発生した例をのべている。
本例の場合は腰部外傷の経験があるが、之が成因かどうかは確実ではない。
とも角、脾臓膿腫が何等かの原因で形成され之が蛔虫その他の原因で二次的に感染して膿瘍となり、急激に症状を現わして来たとも考えられる。或は又、2年前の虫垂炎性腹膜炎というのが、実は急性脾臓炎であつて、後に膿腫をつくつていたのかも知れない。
膿腫と膿瘍の臨床上の鑑別は必ずしも容易ではないが、膿瘍なら診断の確定次第に外科的侵襲の必要があるから鑑別の必要がある。

患者 症状	症状発現	腹痛	悪感 高熱	悪心 嘔吐	尿 デア スターゼ	白血球数
林○太○ 66才	約15日前	++	+	-	2 ⁺	12350
池○○子 32才	約22日前	++	+	-	2 ⁺	19800
安川○大 24才	約14日前	+	+	-	2 ⁺	16000

第 1 表

表 1 の教室の膿瘍の 3 例は何れも、症状の発現の時期が明かで、かなり急激な症状を示している。但し、何れの場合も腹膜刺激症状及び、悪心、嘔吐は全然見

られない。
膿腫の場合は従来の報告では、表 2 の如く約半数は急性の症状は無い。急激な症状のあるものほど膿瘍との

脾 臓 膿 腫	本邦例	高 安 ¹⁾	西 村
上腹部ノ突然激痛デ 膿瘍ヲ形成シタモノ	36	64	15
偶然上腹部ニ腫瘍ノ 発見サレタモノ	27	28	12
外傷後腫瘍ノ形成サ レタモノ	18	0	5
主トシテ腹部膨満感 ヲ訴エタモノ	14	0	2

∴ 本邦例ハ文献中手術ニヨリ確実ナモノ

第 2

鑑別が困難であるが、体温上昇、その持続の具合、発病の時期的関係（例えば、外傷の時期）経過等が多少違つて来る。即ち膿瘍の方が多少強烈な様である。
治療法は膿瘍であるから、切開排膿及び抗菌物質の使用が必要であるが、肝膿瘍の場合より長い経過をとる様である。
以上脾臓膿瘍の 1 例を報告し、併せて若干の考察を加えた。

High Cervical Chordotomy for Intractable Pain in the Arm, Shoulder and Upper Chest.

Gilbert Horrax and William T. Price. Ann. of surg., 139, 567, 1954.

下肢、骨盤、軀幹の堪え難い疼痛に対する脊髓前側索切断術の価値については既に広く認められているが腕、肩、上胸部の疼痛に対してはその効果及危険について意見がまちまちであつた。
我々は最近12人の患者に C₂ 或は C₂, C₃ 間に於ける高位頸髄切断術を施して良好な成績を得た。
脊髓切断術は完全に行われる事が大切で不完全の時は疼痛の再発を来す事がある。又疼痛の部分が鎖骨上領域を越える時は同側の後根切断術をも併用した方が効果を一層確実ならしめる。両側の疼痛に対しては患者が二度の手術に耐え得る状態ならば両側の前側索切

断術を行い得るが両側を同時に行うのは危険である。手術によつて得られる痛覚、及び温度覚の消失の高さは切断が完全ならば切断の部分より或は少くとも2以内の断区片節以下迄得られる。手術による死亡はないが、術後呼吸不全で死亡した1例がある。術後の障害としては尿失禁、筋力低下を来す事があるが概れも軽度のものである。又手術の適応を誤らぬ事が大切で精神神経症によるもの、或は脊髓疾患その他脊髓自身の損傷圧迫による疼痛には効果を示さない。

(鈴木克義抄訳)