

臨床レ線學

外科的疾患ノレ線診斷トソノ手術所見 (5)

京都帝國大學醫學部外科學教室

助教授 醫學博士 藤 浪 修 一

第7例 膽囊腫瘍ト誤マリタル臍頭部腫瘍

陀○ハ○ノ，♀，67歳(昭和16年11月8日入院)。

約6ヶ月前患者自ラガ偶然右季肋下部ニ腫瘤ノ存在スルヲ發見シ，爾來ソノ腫瘤ニ注意ヲ拂ツテ居タガ，腫瘤ハ非常ニヨク動キ，時ニハ何處ヘ行ツタノカ全ク手ニ觸レナクナル場合モアル。

然シ腫瘤ノ大サハ發見當時ト異ラナイ。

苦痛ハ全ク無ク，食思，睡眠トモニ良好，便通ハ1日1行，ソノ性状ニ異常ナク，マタ黃疸ニ罹ツタコトモナイ。唯ダ腫瘤發見以來稍々羸瘦シテ來タ。

患者ハ體格榮養トモニ中等ノ婦人。皮膚並ニ可視粘膜ニハ黃疸，貧血等ナシ(赤血球數 410萬，血色素量75%ザーリ氏價，白血球數7600)。ソノ他ノ一般所見ニ異常ナシ。

局所所見(腹部)：腹式呼吸ヲ行ハシムルニ，吸氣ニ際シ右乳線上ノ肋弓直下ニ直徑約4横指大ノ膨隆ガ現ハレ，呼氣ト共ニソノ膨隆ハ肋弓下ニ滑入シテ消ヘ去ルノガ認めラレル。ソノ他視診上ニ異常ナシ。

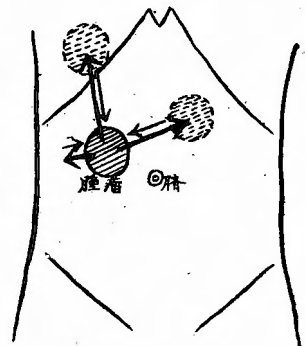
觸診スルニ視診上ノ膨隆ニ一致シテ1個ノ腫瘤ヲ觸ル。腫瘤ハ鵝卵大，球狀ニシテ表面平滑，彈性硬デアル。腫瘤ニハ呼吸固定性ガアリ，而カモ腫瘤ヲ手デ容易ニ下方ヘ臍ノ高サマデ引キ下ゲルコトガ出來，更ニ左方ヘハ正中線ヲ越エテ左方ニマデ移動サセ得ル。猶ホ特異ナルコトハ上方ヘ，即チ肋弓内ヘ深く容易ニ腫瘤ヲ送入スルコトガ出來，タメニ腫瘤ハ觸レ得ザルニ至ル。即チ第14圖ノ様ニ下方ヘ引キ下ゲタ腫瘤ヲ左右ニ運動セシメ得ル状態ハ，正シク肋弓下部ニ固定點ヲ有スル振子狀運動ト思ハレタノデアル。

ソノ他ニハ腫瘤ナク，肝，脾，腎等ヲ觸レズ。腹水ヲ證明セズ。

臨床診斷：腫瘤ノ存在部位及ビソノ振子狀運動，並ニ肋弓内ヘノ滑入等ノ點ニ基ヅキ膽囊腫瘍ト考ヘタ。

猶ホ十二指腸液檢查ノ結果，膽囊膽汁ハ缺如スルトノコトデアツタノデー層膽囊腫瘍トノ考ヘヲ深メタ。

第 14 圖

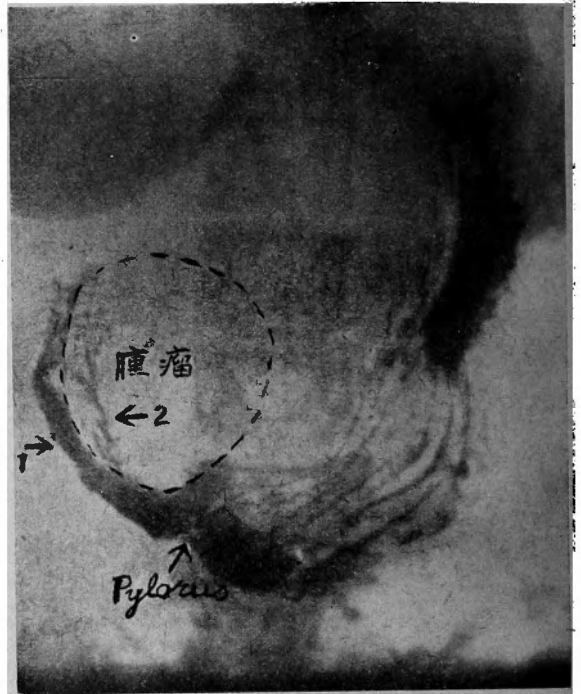


と線検査：立位検査デハ第15圖ノ様ニ十二指腸上部ハ腫瘤ノタメ強く下方へ壓排サレテ居ルガ、ソノ粘膜皺襞ニハ缺損像ナシ。即チ消化管外ノ腫瘤デアルニ相違ハナイガ、腫瘤ノ存在部位カラ推シテ、又ソノ移動性カラ考ヘテ、臨床診斷ノ通り腫瘤ハ膽嚢カラ發シタモノデアルト思ヒ込ンデシマツタ。

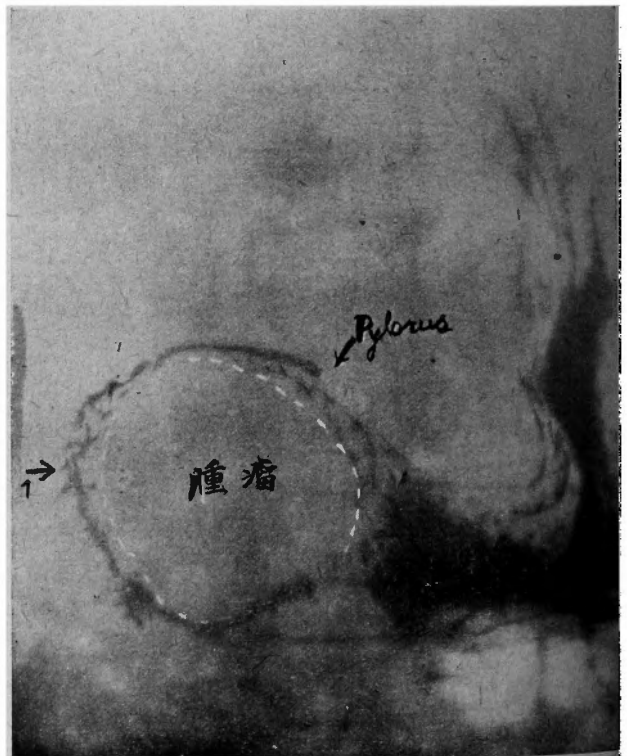
更ニ背臥位ニテ檢スルニ、第16圖ノ如ク、幽門、十二指腸上部ハ上方へ、下行部ハ外方へ壓排サレ、胃、十二指腸ハ腫瘤ヲ圍繞スルガ如キ走行ヲ示シテ居ル。而シテ腫瘤ノ移動ニ全ク一致連帶シテ十二指腸下行部ガ移動スルヲ認メ得タ。コハニ於テ膽嚢腫瘍ナル者ヘニ對シ一抹ノ疑義ヲ懷クニ至ツタノデアルガ、猶ホ腫瘤ノ振子狀運動並ニ右肋弓内ヘノ滑入ナル所見ニ迷ハサレテ此ノ疑問ヲ解クニ至ラナカツタ。

手術所見：膽嚢腫瘍トノミ思ヒ込ンデ居タノデ、右肋弓下斜切開ニテ腹腔ニ入ル。腹水ハ存在セズ。目標トシタ膽嚢ハ全ク正常デアル。

ソコデ上腹部正中線切開ヲ附加シテ腫瘤ヲ求ムルニ、臍頭部ニ腫瘤ノ存在スル事ガ判ツタ。即チソノ大サハ手拳大デ球狀、彈性硬、表面ハ略々平滑デ、ソノ色ハ健常脾臓ト異ナラナイ。



第15圖 1→ハ十二指腸上部 ←2ハ十二指腸下部



第16圖 1→ハ十二指腸下部

而シテソノ左方ニ於テハ正常脾臓ガ腫瘤ニ續イテ居ル。而シテ腫瘤ハ甚ダシク移動性ニ富ミ、コレヲ握ンデ容易ニ正中線手術創口マデ牽キ出スコトガ出來ル。

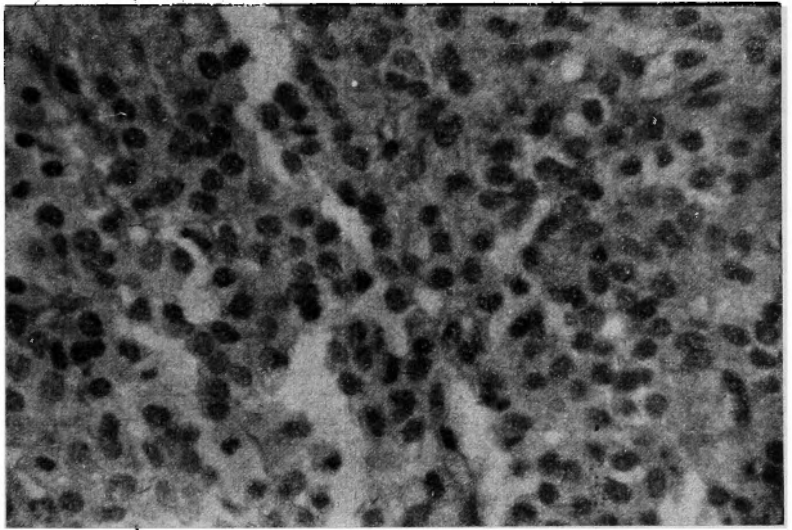
腫瘤ニ試験穿刺ヲ試ミルニ液ヲ得チイ。ソコデ腫瘤前面ニ小切開ヲ加ヘ、腫瘤内部ヲ檢スルニ、該部ハ軟化シテ脆弱デアルガ、未ダ液化スルニハ至ツテ居ラナイ。ソコヨリ試験切片ヲ採リ、腸線ニテ腫瘤切開創ヲ縫合、更ニ大網ヲ以テソノ縫合線ヲ被覆シ、腹壁ヲ閉鎖シ手術ヲ了ヘタ。

手術後ノ経過：手術創ハ第1期癒合。術後2ヶ月餘ヲ經タ今日ニ於テ、腫瘤ハ増大シテ居ラズ、マタ何等ノ自覺の障碍モ無イ。

第 17 圖

組織學的診断：腺腫(第17圖参照)。

考察：本例ハ腫瘤ノ存在部位並ニソノ著明ナ振子狀運動ノタメニ、膽嚢腫瘍ト思ヒ込シデシマヒ、レ線像ニ於テ脾頭部腫瘍タルノ所見ガ現ハレテ居リナガラ、適確ナ診斷ヲ下シ得ナカツタ例デアル。



一般ニ脾臓腫瘍トシテノ症狀ニハ一定シタモノナク、且ツ脾酵素分泌障碍トカ總輸膽管壓迫症狀ノ現ハレテ來ルノハ、脾臓腫瘍ノ一部ノモノニ限ラレテ居リ、而カモソノ末期ニ至ツテ始メテ出現スルノデアル。ソレ故通常脾臓腫瘍ト診斷スルニハ、腫瘤ヲ觸知シ、ソノ存在部位並ニ性状ニヨツテ脾臓腫瘍ト推測シ、更ニレ線學的ニ腫瘤ガ脾臓カラ發シテ居ルコトヲ立證スルトイフ過程ヲトツテ居ルノデアル。

脾臓ノレ線検査法トシテハ人工氣腹法ヲ最良トナス一派ガアル。即チ人工氣腹法ヲ行ツテ後患者ヲ腹臥位トナシ背腹照射撮影ヲ行ヘバ、脾臓ハ第1腰椎右緣ヨリ斜上方ニ向ツテ走ル帶狀陰影トシテ現出サレルコトガアリ、脾臓腫瘍モ此ノ方法ニテ現ハサレテ來ルト稱スルノデアル。

然シ脾臓ハ人工氣腹法ニヨツテ必ズ現出サレルモノトハ限ラナイ。一方腫瘤ハ既ニ觸診ニヨツテソノ存在並ニソノ性状ガ判ツテ居ルモノデアル。從ツテ人工氣腹法ヲ行ツテモ、觸診上既ニ判明セル腫瘤ガ「フィルム」上ニ現ハレルダケデアツテ、ソノ腫瘤ガ正シク脾臓カラ發シタモノデアルトノ證左ハ殆ンド總テノ場合求メ得ラレナイ。

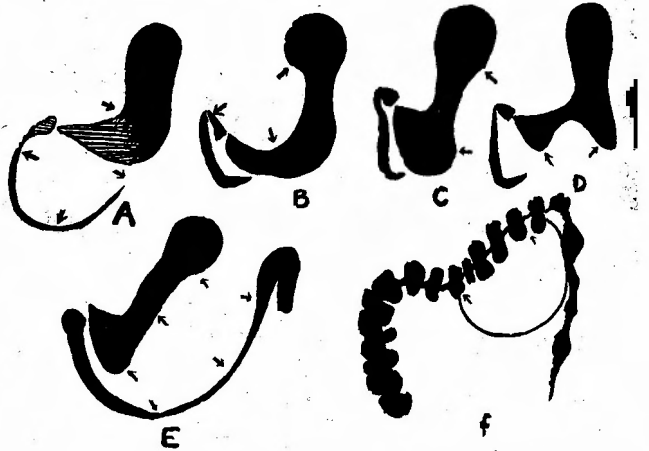
ソレ故ニ、脾臓腫瘍ノ診斷ニ當リ人工氣腹法ハ必ズ行ハレナケレバナラヌトイフモノデハナイ。唯ダ本例ノ場合、若シ人工氣腹法ヲ行ツテ居タナラバ、正常ノ膽嚢ガ現出サレタデアラウ

カラ、膽嚢腫瘍ト診断スルヨウナ間違ヒヲ惹起スルコトハ無カツタデアラウ。

ソレデアルカラ、腫瘤ガ脾臓カラ出テ居ルコトヲレ線學的ニ立證スルーハ、腫瘤ガ消化管ヲ壓排スル部位ヲ確實ニナシ、以テ腫瘤ハ脾臓カラ發シタモノト判定スルダケデ充分デアル。

脾臓腫瘍ハソノ腫瘍發生部位ニ應ジテ第18圖ノ如ク胃 (A, B, C, D, E), 十二指腸 (A), 横行結腸 (E, D) ヲ壓排スルモノデアル。マタ十二指腸空腸曲ヲ壓迫シテ十二指腸ノ擴大及ビ長時間ニ及ブ造影劑ノ十二指腸充盈ヲ示ス場合モアル。

第 18 圖



本例ニ於テ十二指腸上部ヲ上方ヘ、十二指腸下行部ヲ外方ヘ壓排シテ居ツタ點(第16圖參照)ハ明ラカニ脾頭部腫瘍タルコト

ヲ示シテ居タノデアルガ(第18圖A參照)、此ノ際診斷ヲ下スニ就テ妨害トナツタノハ、腫瘤ノ著明ナ移動性デアツタ。

脾臓ハ後腹膜外ニ在ツテ移動性ヲ有シテ居ラスト云フノガ一般ノ觀念デアルガ、例外的ニハ前腹壁切開創カラ脾臓ヲ牽キ出シ得タモノヤ、脾臓ガ臍ヘルニヤ¹ノ内容トナツタモノ等ノ如ク異常ノ移動性ヲ示スコトガアル。本例モ斯カル異常ノ移動性ヲ有シテ居タノデアルガ、其ノ際十二指腸ガ腫瘤ト一致連帶シテ移動シタコトハ、消化管壓排現象ト共ニ脾頭部腫瘍タルコトヲ示ス一ツノ據リ所デアツタノデアル。

以上ハ異常ノ移動性ヲ有スル脾頭部腫瘍ノ定型的ナレ線像ヲ提示シタノデアルガ、本例ニ於テ十二指腸液檢查ニ際シテノ膽嚢膽汁ノ缺如ハ診斷ヲ誤マラシメル原因ノ一ツニナツタ。

レ線像ニテモ判ルヨウニ、十二指腸上部ハ腫瘤ニヨツテ壓迫サレテ居ルノデ、十二指腸ノゾンデ先端 Oliv ガ十二指腸内ニ進入シ得ナカツタ筈デアル。ソレ故ニ膽嚢膽汁ガ十二指腸内ニ流出サレテ居テモ、膽嚢膽汁ヲ吸出し得ナイノハ當然デアル。ソレニモ拘ラズ膽嚢膽汁缺如ト云フ報告ニ對シ何等ノ疑ヒヲモ懷カナカツタノハ大キナ過誤デアツタ。

ソレ故ニ十二指腸液檢查ニ際シ、ソノ判定ガ診斷ヲ左右スルヨウナ重大性ガアル場合ニハ、一應レ線透視ヲ行ヒ、果シテ Oliv ガ十二指腸内ニ在ルカ否カラ吟味スベキデアル。

猶ホ此ノコトハ十二指腸液檢查ノミナラズ、胃液檢查ノ場合デモ亦タ然リデアル。如何トナレバ濕狀胃、砂時計狀胃ニ際シ或ハ胃外ノ腫瘤ノ壓迫ノタメニ、胃ノゾンデガ胃穹窿部内ニテ紆餘屈曲シテ胃體內ニ進入シ得ヌコトガアルガ、斯カル場合、胃穹窿部内滯溜液ヲ以テ眞ノ胃液トナシ、ソノ結果診斷上ニ大ナル過誤ヲ惹起スルコトガアルカラデアル。