

胃及十二指腸潰瘍ニ於ケル胃切除範圍ト 遠隔成績トノ關係ニ就テ

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座（青柳教授）

助 手 醫 學 士 副 島 謙

Zur Ausdehnung der Resektion des Ulcusmagens.

Von

Dr. Yuzuru Soejima, Assistenten der Klinik

[Aus d. II. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto

(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Auf Grund der Spätergebnisse der Magenresektion bei 78 Fällen von Magen- und Duodenalgeschwür fühlen wir uns zur Behauptung berechtigt, dass bei diesen Erkrankungen die Vornahme einer genügend grossen Resektion, d. h. die Entfernung von $\frac{3}{5}$ des Magens bz. von mindestens $\frac{1}{2}$ desselben unbedingt notwendig ist, um den zurückgelassenen Magen gegen das Ulcusrezidiv oder die carcinomatöse Entartung zu schützen.

緒 言

從來胃及十二指腸潰瘍ノ外科的治療ニ際シテ行ハレテ居ル種々ノ手術々式ノ中デ、潰瘍ヲ含ム廣汎性胃切除術ハ、其ノ禁忌タル諸條件例ヘバ

- i. 患者ノ全身狀態ガ胃切除術ニ堪エ得ザル程度ニ重篤ナル場合、
- ii. 重篤ナル全身性疾患、即チ代償不全ヲ示ス心臟疾患或ハ肝臟、腎臟、肺臟等ニ重症疾患ノアル場合、
- iii. 潰瘍ガ周圍臟器、特ニ脾臟頭部、總輸膽管等ト強ク癒着シテソノ剝離ガ困難カ或ハ不可能ナル場合、

等ヲ具備シテ居ナイ限リニ於テハ

- i. 先ヅ潰瘍自體ヲ除去スルコト、
- ii. 潰瘍好發部位ヲ除去スルコト、
- iii. 多少トモ潰瘍發生ニ關係アリト考ヘラレル胃液分泌ノ制限ヲ行ヒ得ルコト、

等ノ理論的根據ト、且ツ又實際上其ノ遠隔成績ノ良好ナ事實、術後ノ空腸潰瘍發生率ガ他ノ術式ニ比較シテ遙カニ僅少デアル點、等々ノ理由カラシテ最モ合理的且ツ優秀ナ術式デアルコトハ最早疑フ餘地ノ無イトコロデアアルガ、我々ガ之ノ潰瘍ヲ含ム廣汎性胃切除術ヲ行フニ當ツテ先ヅ第一ニ問題トナルハ『果シテ胃切除範圍ハ如何ナル程度デナケレバナラナイデアラウカ』ト言フ點デアアル。

我々ハ今茲ニ此點ニ關シテ、教室臨床例ニ據ツテ統計的ニ少シク論ジテミタイ。

臨床例及ビ考察

我々ノ教室ニ於ケル昭和6年カラ昭和14年ニ至ル9ケ年間ニ所謂潰瘍ヲ含ム廣汎性胃切除術ヲ施シタ胃及ビ十二指腸潰瘍患者ノ中デ、遠隔成績ヲ調査シ得タモノハ78例アルガ、之ニ就テ表示スレバ第1表ノ如クデアル。

第1表 胃切除範圍ト遠隔成績トノ關係

手術式	切除範圍		1/3	1/2	3/5	2/3	3/4	不 明	合 計
	遠隔成績								
Billroth I	全	治	2	12		1		1	16
	輕	快	1						1
	未	治							0
	死	亡	1	2					3
Billroth II	全	治	2	17	3	26	2	1	51
	輕	快		4					5
	未	治		1					2
	死	亡		0					0
合 計			6	36	3	29	2	2	78

即チ此等ハ總テ潰瘍ト共ニ幽門部ヲモ切除シタ症例ノミデアツテ、其ノ全治率ハ胃ノ切除範圍ガ全胃ノ1/2以下デアツタモノハ症例42例中全治33例デ78.6%デアル。之ニ反シテ切除範圍ガ全胃ノ3/5以上ニ亘ツタモノニ於テハ症例36例中全治34例デ全治率ハ94.4%ニ達シテ居ル。

即チ全治率ノ點デハ胃ノ切除範圍ガ全胃ノ1/2以上ノ場合ガ1/2以下ノ場合ニ比較シテ遙カニ良好ナ成績ヲ示シテ居ルノデアル。

併シナガラ胃切除術後ノ遠隔成績ニ影響ヲ及ボス因子トシテハ、唯單ニ胃ノ切除範圍ガ如何程デアルカト云フコトノミデハナク、胃切除線ノ方向、胃腸吻合ノ方法、又其ノ巧拙、更ニ又潰瘍ノ種類、患者ノ年齢等ニモ關係ガアルコトハ申ス迄モ無イノデアルカラ、例ヘバ胃切除範圍ガ全胃ノ1/2以上ノモノガ全治率ト云フ點デ優レテ居ルト云フコトノミヲ以テ直チニ胃ノ切除範圍バ1/2以上ノ方ガ合理的ナリト速斷スルコトハ許サレナイノデアル。

今我々ノ症例中未治及ビ死亡例ニ就テ表示スレバ第2表ノ如クデアルガ、之等ノ症例ニ就テ簡單ニ記シテミヤウ。

第2表 未治及ビ死亡例

番號	患 者	年齢	性	手術々式	切除範圍	經 過	轉 歸
1	藤 ○ 房 ○	54	♂	Billroth I	1/2	6ヶ月	再發ニテ死亡
2	佐○木○ミ○	49	♀	Billroth I	1/2	8年1ヶ月	癌ニテ死亡
3	木 ○ 米 ○	34	♂	Billroth I	1/3	12ヶ月	再發ニテ死亡
4	濱 ○ 深 ○	27	♂	Billroth II	1/2	7 年	再 發
5	中 ○ 泰 ○	29	♂	Billroth II	2/3	2年2ヶ月	癌

症例 1 藤○房○, 54歳ノ男子。

約1年前カラ食後略々3時間経過スルト、心窩部ニ鈍痛ガアリ、而モ嘔噎、呑酸等ハ無カツタガ、2ヶ月前カラ時々糞便ガ黒色ヲ呈スル様ニナリ、1ヶ月前ニ一度多量ノ吐血ヲ來シタトノ訴ヘデ昭和10年12月ニ入院。

入院時心窩部ニ壓痛及ビ鶏卵大ノ壓痛アル腫瘍ヲ觸レ、肝底性胃潰瘍トノ診斷ノモトニ手術ヲ行ツタ。

手術所見：上腹部正中線切開デ開腹スルト、腹水ハ無ク、胃ノ幽門部ヲ中心トシテ鶏卵大ノ稍々硬イ硬結ガアリ、之ノ部ニ於テ膈囊ト比較的強ク癒着シ、更ニ又小彎側デ幽門輪カラ約4cm距ツタ部ニモ十錢白銅貨大ノ硬結ガアルガ、之ハ硬度比較的軟デアツタ。

以上ノ所見カラ胃ノ幽門部及ビ小彎側ノ多發性潰瘍、特ニ肝底性潰瘍トノ診斷ノモトニ Billroth I ノ術式ニョツテ、胃ノ略々中央部カラ十二指腸ノ幽門輪ヲ去ル肛門側約1横指ノ部位即チ胃ノ約1/2ヲ切除シタノデアル。

術後経過：術後ノ経過極メテ順調デ第23日目ニ何等ノ苦痛ヲ訴ヘルコトナク全治退院シ、退院後ハ體力モ次第ニ回復シ昭和11年4月即チ術後4ヶ月目カラハ學校教員トシテ登校シテ居タノデアルガ、同年5月頃カラ再ビ腹痛ヲ來シ、後ニハ嘔吐ガ烈シクナリ死亡3日前カラハ吐血ヲ烈シク訴ヘテ同年6月10日即チ術後6ヶ月目ニ死亡シタノデアル。

症例 2 佐○木ス○エ, 49歳ノ女子。

約10年前カラ時々食後ニ心窩部ノ鈍痛ヲ來スコトガアツタガ放置シテ居タ。所ガ2年前カラ次第ニ之ノ疼痛ヲ強ク且ツ頻回ニ訴ヘル様ニナリ、遂ニハコノ疼痛ガ強イタメニ流動食ノミシカ攝リ得ズ、爲ニ非常ニ瘦衰シ約3ヶ月前カラハ流動食ヲ攝ツテ居テモ度々嘔吐ヲ來ス様ニナツタトノ訴ヘデ昭和6年7月入院シタ。

入院時ニハ胃部ニ蠕動不穩及ビ幽門部ノ壓痛ガアツタ。

胃液所見：(第3表参照)。

以上ノ所見カラ幽門部ノ潰瘍トノ診斷ノモトニ手術ヲ行ツタ。

手術所見：上腹部正中線切開デ腹腔ヲ開クト、腹水無ク、胃ノ幽門部ニ當リ鶏卵大ノ硬結アリ、其中央部ハ癒着性ニ陥沒萎縮シテ、周圍ニハ淋巴腺腫脹ヲ認メズ。肝底性潰瘍トノ診斷ノモトニ、胃ノ略々中央部カラ幽門輪ヲ越ヘテ約1横指肛門側ニ至ル迄、即チ胃ノ約1/2ヲ Billroth I ノ方法ニヨリ切除シタノデアル。

術後ノ経過：術後第17日目ニ全治退院シ、退院後ハ全ク健康狀態トナツテ生業ニ従事シテ居タノデアルガ、昭和14年3月、即チ術後7年8ヶ月目頃カラ腹痛、嘔吐等アリ、胃癌トノ診斷ノモトニ内科的治療ヲ受ケ同年8月ニ死亡シタノデアル。

症例 3 木○米○, 34歳ノ男子。

約1年3ヶ月前カラ時々心窩部ノ膨滿感、嘔噎及ビ鈍痛ヲ訴ヘテ居タガ半年前カラ時ニ惡心、嘔吐ヲ來ス様ニナリ、3ヶ月前カラハ更ニ此等ノ症狀ガ強度トナツテ、毎日1乃至2回嘔吐スルニ至ツタトノ訴ヘデ昭和6年9月ニ入院シタ。

入院時ニハ心窩部ニ壓痛ヲ認メ胃液所見ハ第4表ノ如クデアツタ。

手術所見：上腹部正中線切開デ腹腔ヲ開クト、腹水ハ無ク、胃ノ小彎側幽門輪近クニ鶏卵大ノ腫瘤ガアリ、弾力性硬、表面ハ比較的平滑、周圍トノ癒着程度デ周圍ニ小豆大ノ淋巴腺ノ腫脹シテ居ルヲ2~3個認メタガ、何

第 3 表

	前液	後 液			
		30分	60分	90分	120分
量	15cc	0.5cc	5cc	15cc	20cc
粘 液	+	+	+	+	+
食物殘渣	+	+	+	+	+
遊離鹽酸	8		30	20	10
總 酸 度	30		50	50	40

第 4 表

	前液	後 液			
		15分	30分	45分	60分
量	5cc	20cc	30cc	40cc	30cc
潜 血	+	+	+	+	+
粘 液	+	+	+	+	+
遊離鹽酸	0	0	0	10	20
總 酸 度	7	10	20	40	60

レモ弾力性軟デアツタ。

肝低性潰瘍トノ診斷ノモトニ胃ノ下1/3ノ部カラ十二指腸ノ幽門輪ヲ去ル約2横指ノ部迄ヲ Billroth I ノ方法ニヨツテ切除シタ。

術後ノ経過：術後第21日目ニ何等ノ苦痛モ残サズ全治退院シ、退院後一時ハ全ク健康状態トナツテ居タノデアルガ、翌年8月即チ術後11ヶ月目カラ再ビ腹痛、嘔吐ヲ來シ、胃潰瘍ノ再發トノ診斷ノモトニ内科の治療ヲ受ケタガ同年9月ニ死亡シタ。

症例 4 濱○深○, 27歳ノ男子。

約10年前カラ空腹時心窩部ニ不快感、嘔噯、吞酸等ヲ1ヶ年間ニ數回來シ、其ノ度ニ内科的治療ヲ受ケテ約1週間位デ輕快スルノヲ常トシテ居タノデアルガ、昨年2月頃カラハ此等ノ症状ガ増悪シ、時々嘔吐ヲ伴フ様ニナリ、10日前カラハ1日ニ3乃至4回嘔吐ヲ來スニ至ツタトノ訴ヘデ昭和6年3月ニ入院シタ。

入院時ニハ心窩部ニ壓痛ヲ證明スル以外腫瘤等ヲ觸レズ、胃液所見ハ第5表ノ通りデアツタ。

手術所見：上腹部正中線切開デ開腹スルト、幽門部ニ拇指頭大ノ瘢痕ガアリ、周圍ト輕度ニ癒着シテ居タ。依ツテ幽門輪カラ小彎ニ於テ6糎、大彎ニ於テ8糎、口側ノ部カラ幽門輪ヲ越ヘテ十二指腸部ヲ1横指肛門側ニ至ル迄ノ胃切除術ヲ Wilms 氏法ニ依ツテ行ヒ、且ツ Braun 氏吻合ヲ附加シテ手術ヲ終ツタ。

術後ノ経過：術後21日目は全治退院シ、退院後ハ全ク健康状態トナリ、昭和13年ニハ皇軍兵士トシテ出征シタノデアルガ、從軍中ニ腹痛、吞酸、嘔噯等ヲ來シ、胃潰瘍ノ再發トノ診斷ノモトニ約1ヶ月間入院シ、内科の治療ヲ受ケ輕快シタガ、現在モ尙ホ輕度ノ嘔噯、壓痛及ビ下痢ヲ訴ヘテ居ル。

症例 5 中○泰○, 29歳ノ男子。

約1ヶ年前カラ食後2〜3時間スルト心窩部ニ鈍痛ト共ニ嘔噯、吞酸等ヲ訴ヘ、何カ食物ヲ攝取スルト此等ノ苦惱ハ消失スルノヲ常トシテ居タ。

斯ル症状ハ一進一退ヲ示シテ居タガ、約2ヶ月前カラハ時ニヨリ嘔吐ヲ來シ、約1ヶ月前カラハ毎日1回位嘔吐ヲ來ス様ニナツタトノ訴ヘデ昭和13年7月入院シタ。

入院時心窩部ニ壓痛及ビ輕度ノ抵抗ヲ觸レタガ、腫瘤ハ觸レ得ナカツタ。

胃液所見ハ第6表ノ通りデアツタ。

第 5 表
第一回 (昭和6年3月13日)

	前液	後 液			
		30分	60分	90分	120分
量	3cc	4cc	0.5cc	4cc	7cc
粘 液	+	+	+	+	+
潜 血	+	+			
遊離鹽酸	0	10		10	16
總 酸 度		15		13	22

第二回 (昭和6年3月15日)

	前液	後 液			
		30分	60分	90分	120分
量	8cc	5cc	10cc	10cc	10cc
粘 液	+	+	+	+	+
遊離鹽酸	6	32	32	42	31
總 酸 度	20	46	44	49	47

第 6 表

	前 液	後 液					
		15分	30分	45分	60分	90分	120分
量	4cc	7cc	4cc	4cc	3cc	5cc	6cc
粘 液	+	—	—	+	+	—	—
食物殘渣	+	+	+	+	+	+	+
遊離鹽酸	10	14	17	20	20	22	28
總 酸 度	14	24	40	45	44	50	60

手術所見：上腹部正中線切開デ腹腔ヲ開クト、腹水ハ無ク、胃ノ幽門近ク小彎側ニ約鶏卵大ノ腫瘤ガアリ、

弾力性硬デハアルガ瘻ノ様ニ硬クハ無イ、腫瘤ノ境界ハ稍々不明瞭デ、小網膜ハ輕度ノ浸潤アリ、腫瘤ノ中央部ハ瘢痕性ニ陥没シ、此ノ部ニ小網膜ガ硬ク癒着シ、又腫瘤近クノ小網膜及ビ大網膜ニハ小豆大ノ淋巴腺ガ2~3個存在シテ居テ、何レモ比較的軟デアツタ。依ツテ幽門ヲ含メテ胃ノ下2/3ヲ Wilms 氏法ニヨツテ切除シタ。其ノ際ニ肝臓其ノ他ノ諸臓器ニハ病的變化ハ全ク認メナカツタ。

術後ノ經過：術後ノ經過ハ極メテ順調デ第18日目ニ全治退院シ、退院後ハ1ヶ月ニ1~2回ノ下痢ガアルノミデ、其ノ他ハ全ク何等ノ苦惱モ無ク、健康體トナツテ居タノdealガ、昭和15年9月即チ手術後2年2ヶ月目カラ下痢ガ強クナルト共ニ、食慾不進、腹部ノ膨隆ヲ來シ、後ニハ胆汁様液体ヲ嘔吐スル様ニナツタノデ、同年12月試験の開腹術ヲ行ツタ處ガ既ニ Carcinose ノ状態トナツテ居タノdeal。

以上ノ中デ第5例ノ他ハ余自身ガ診察シ又手術ヲ行ツタモノデハ無ク、又其ノ遠隔成績モ文通ニヨツテ知り得タモノdealガ、先ヅ第1例、第3例及ビ第4例ハ胃潰瘍ノ再發ノタメニ死亡シタモノト見做シテヨイモノト考ヘラレル。

勿論此等ノ場合ニ潰瘍ガ術後新シク發生シタモノdealカ、或ハ又手術時既ニ胃中ニ殘存シテ居タモノガ漸次惡化シテ來タノモカハ測リ知ルコトハ不可能デ、又所謂手術後ノ空腸潰瘍ガ發生シタモノdealトモ考ヘ得ラレルノdealガ、特ニ第1例及ビ第3例ハ Billroth I ノ方法ニ依ツタモノdealカラ、術後ノ空腸潰瘍ハ先ヅ除外シ得ルト考ヘラレル。更ニ又第2例ハ術後ニ胃癌ガ發生シタモノト見做シテモヨイトモ考ヘラレル。

而モ此等ハ總テ胃ノ切除範圍ガ全胃ノ1/2以下ノモノdeal。即チ我々ノ成績デハ潰瘍ノ再發率ハ切除範圍ガ1/2以下ノ場合ニハ、切除範圍1/2以上ノ場合ニ比較シテ非常ニ大deal。

此ノ事實ハ先ヅ第1ニ胃及十二指腸潰瘍ガ往々ニシテ多發性ニ存在スルコトガアリ、此ノ點ニ關シテハ友田博士ニヨレバソノ頻度ハ26~29%ニ達シテ居ルノdeal。而モ此等多發性潰瘍ノ中ニハ、手術前ノレ線検査デハ勿論ノコト、手術時ニ於テサヘモ發見サレズ、切除標本ニヨツテ初メテ多發性dealコトヲ知り得ル場合ガ決シテ尠ク無イノdealカラ、切除範圍ガ小dealコトニヨツテ手術ニ際シ既ニ存在シテ居タ潰瘍ヲ殘留セシメ得ル可能性ガアリ、更ニ又手術時ニハ存在シテ居ナカツタシテモ潰瘍ノ好發部位ヲ殘存セシメルコトニヨツテ潰瘍ノ再發ヲ來シ得ル危險ガアルコト等ヲ考フレバ當然ノコトト言ヘルノdeal。

特ニ症例第5例ニ於テハ最初ノ胃切除術ヲ余自身ガ行ヒ、且ツ第2回ノ手術ニ依ツテ Carcinose トナツテ居ツタコトモ余自身ガ確メタモノデアツテ、前述ノ如ク最初ノ手術時ニハ腫瘤ガ比較的軟デアリ、且ツ瘢痕性萎縮状態ガ著明デアリ、且ツ又周圍淋巴腺腫瘍モ總テ比較的軟デアツテ癌性變化ヲ來セルモノトハ考ヘラレズ、而モ又其ノ切除標本ニ於テモ肉眼的ニ胃内腔ノ粘膜ハ其ノ全面ニ亘リ胃炎ノ状態ヲ呈シテ居タガ、潰瘍周圍ノ粘膜ハ通常癌ノ場合ニ見ル如ク粘膜襞ノ消失等ハナク潰瘍ノ直縁迄粘膜襞ハ所謂星芒狀ニ配列シテ且ツ其ノ粘膜下層トハヨク移動シ得テ、癌性浸潤ノ状態ヲ認メズ、更ニ一部ヲ組織學的ニ検査シテモ圓形細胞ノ浸潤ハ著明dealガ、癌細胞ハ認メラレナカツタノdeal。即チ手術時ニ於テハ勿論ノコト、其ノ切除標本ニ就テ見テモ、當時癌性變化ヲ認メ得ナカツタ。ソレニモカカハラズ術後2年4ヶ月ニシ

テ Carcinose ノ状態トナツタノデアルガ、ソコデ更メテ最初ノ手術切除標本ヲ廣範圍ニ亘ツテ、詳細ニ組織學的検査ヲ行フテミルト、ソノ一部ニ癌性變化ヲ疑ヒ得ル部位ガ認めラレタノデアル。即チ本症例ハ最初ノ手術時ニハ勿論、其ノ切除標本ノ一部ノ検査デハ癌性變化ヲ認め得ナカッタノデアルガ、既ニ當時癌性變化ヲ示シテ居タ一部ガ何處カニ殘存シテ居タタメニ後刻 Carcinose ノ状態ヲ示ス程ノ發育ヲ來シタノデアル。

第 2 回目ノ手術ニ際シテハ、腹腔内至ル所ノ漿膜面ニ粟粒大ノ癌ガ無數ニ散在シテ居タノデアルガ、胃ソノモノニハ特ニ巨大ナ腫瘤ヲ認め得ナカツタ點カラ考ヘルナラバ、之ノ癌ハ殘胃ノ一部ニ殘存シテ居タ癌細胞ガ發育シテ、後ニ Carcinose ノ状態トナツタモノデハナク、寧ロ手術時既ニ存在シテ居タガ、肉眼的ニハソレト確メ得ナカツタ癌轉移カラ更ニ播種性轉移ヲ來シタモノト解ス可キデアラウ。從ツテ之ノ例ニ於テハ胃切除範圍自體ガ不充分デアツタトハ言ヒ得ナイノデアルガ、手術時ニ單ナル胼胝性潰瘍ト診斷サレタニモ關ラズ、既ニ一部デハ癌性變化ヲ來シテ居ツタト言フ點ニ實ニ大ナル意義ガアル症例デアル。

斯ノ如キ例ガ在リ得ルカラコソ、特ニ胼胝性潰瘍ノ場合ニハ手術時ニ癌性變化ノ状態又微腫ヲ認め得ヌ場合デモ、既ニ一部ニハ惡性變化ヲ來シテ居ルモノト見做シテ、ヨリ廣範圍ニ亘ル切除ガ必要デアリ、且ツ又淋巴腺腫脹ニ對シテモ可及的充分ナ清掃ヲ行フ可キデアル。

斯ノ如ク胃及十二指腸潰瘍ノ再發乃至ハ癌性變化ヘノ豫防ト言フ點デハ、可及的廣範圍ノ胃切除ガ合理的デアリ、我々ノ成績カラスレバ胃切除範圍ハ全胃ノ 1/2 以下デハ不充分デアルト言ヒ得ルノデアル。

併シナガラ胃及十二指腸潰瘍ニ對スル廣汎性胃切除術ニ當ツテ注意ス可キコトハ、單ニ潰瘍ノ再發乃至癌性變化ヘノ豫防ト云フ點バカリデハナク、胃切除術後ノ後遺症タル胃炎、下痢、又貧血等ニ對シテモ充分ニ考慮サレネバナラヌノデアル。

事實我々ノ教室ノ症例ニ於テモ、其ノ輕快例ノ大部分ハ第 7 表ニ示ス如ク下痢ヲ訴ヘ胃炎ノ症狀ヲ呈シテ居ルノデアル。

第 7 表 輕 快 例

患 者	年 齡	性		切 除	術後胃液		下 痢	貧 血	膨 滿 感	腹 痛	其 ノ 他
					HCl	總酸					
山 ○ カ ○	42	♀	Billroth II	1/2	0	13	(-)	(-)	(±)	(±)	(-)
藤 ○ 玄 ○ 郎	47	♂	"	1/2	0	80	軟 便 1日1行	(±)	(-)	(-)	甘イモノヲ食ベ ルト吞酸アリ
室 ○ 和 ○	41	♂	"	2/3	0	5	時ニ軟便	(-)	甘イモノヲ食 ベルト(+)	(±)	(-)
田 ○ キ ○ エ	27	♀	"	1/2	0	15	月ニ1回 位下痢	(-)	甘イモノヲ食 ベルト(+)	(±)	(-)
関 ○ 秀	43	♂	"	1/2	0	7	(-)	(-)	(+)	時トシテ胃 部ニ不快感	(-)
沖 ○ 親 ○	22	♂	Billroth I	1/3	25	62	月ニ3回 位下痢	(±)	(±)	(-)	時ニ吞酸アリ

此等ノ胃炎乃至下痢又貧血等ノ原因ニ就テハ、種々論議研究サレテ居ルニカカハラズ、而モ未

ガ之ヲ充分明カニナサレテ居ラス現今ノ状態デアリ、今後トモ之ノ方面ヘノ研究ガ進メラレネバナラヌノdealガ、我々ノ症例デハ斯ル胃炎乃至下痢等ヲ訴ヘテ居ル症例モ亦、切除範圍ガ全胃ノ1/2以下ノ場合ガ多數ヲ占メテ居ルノdealカラ、尠クトモ切除範圍ガ全胃ノ1/2乃至3/4程度ノ場合ニハ、『切除範圍ガ大deal程後遺症ヲ來シ易イ』等トハ言ヒ得ナイコトデ、先ヅ之ノ程度ノ切除範圍デハ切除範圍ノ如何ハ後遺症ノ出現ニハ大ナル關係ハ無イモノト見做シテモ差支ヘ無イデアラウ。

結 論

昭和6年以降昭和14年迄9ケ年間ニ我教室デ潰瘍ヲ含ム胃切除術ヲ行ツタ胃及十二指腸潰瘍患者ノ中デ、其ノ遠隔成績ヲ調査シ得タ78例ニ就テノ統計的、臨床的根據カラ、潰瘍再發乃至ハ癌性變化ノ豫防ニ對シテハ、胃切除範圍ハ尠クトモ全胃ノ1/2デハ不充分デアリ、且ツ又切除範圍ガ胃ノ1/2乃至3/4程度ノ場合ニハ胃切除後ノ後遺症ニハ切除範圍ノ如何ハ大ナル影響ハ無イモノト考ヘラレル。故ニ我々ハ胃及十二指腸潰瘍ニ對シ潰瘍ヲ含ム胃切除術ヲ行フ場合ニハ、須ラク胃ノ切除範圍ハソノ3/5以上ナルベシト主張シタイノdeal。之ノ事ハ Zuck-schwerdt, Finsterer 等ガ曠置的胃切除術ニ於テ、其ノ遠隔成績ヨリミテ、胃切除範圍ハ尠クトモ2/3以上トナス可キコトヲ推奨シテ居ルノト相似タ結果ヲ示シテ居ルモノdeal。

更ニ又我々ハ前述シタ様ニ、特ニ胼胝性潰瘍ノ場合ニハ既ニ癌性變化ノアルモノト見做シテ可及的廣範圍ノ胃切除及ビ周圍淋巴腺ノ可及的充分ナル清掃ガ必要dealカラ、從來胃癌ノ場合ニハ、其ノ根治率ガ大dealトノ理由デ Billroth II ノ方法ヲ採ル可キdealコトガ一般ニ認メラレテ居ルガ、胃及十二指腸潰瘍ノ場合ニハ Billroth I ト Billroth II トノ可否ニ就テ諸學者ノ見解ヲ異ニシ、其ノ吻合ノ状態ガヨリ生理的ナリトノ根據カラ V. Haberer ノ如ク Billroth I ヲ以テ合理的ナリト主張スル者モ多ク、又之ニ反對スル學者ハソノ理由トシテ Billroth I ノ方法ハ手術操作ガ困難デアリ、從ツテ手術ノ直接死亡率ガ大deal點ヲ擧ゲテ居ルノdeal。

併シ我々ハ單ニ手術操作ガ困難dealトノ理由バカリデナク、尠クトモ胼胝性潰瘍ノ場合ニハ胃癌ノ場合ト同様ニ可及的廣範圍ノ胃切除ト共ニ周圍淋巴腺ノ可及的充分ナル清掃ヲ行フ可キdealト考ヘルノdealカラ、此ノ目的ヲ遂行センガタメニハ Billroth I ノ方法デハ不適當デアリ、從ツテ Billroth II ノ方法ヲ行フコトヲ以テ原則トナス可キdealト考ヘル。