

等の他に、交感神経を介する機能的乏血性要因が強く関与していることが推定される。

結 語

腰部交感神経節切除術によつて治癒せしめえた糖尿病性壊疽の1例について報告した。

糖尿病性壊疽は単なる血管硬化性血行障害や糖尿病性ノイロパシー等の他に、交感神経を介する機能的要因も関与して増悪するものと思われるので、あくまで難治性である場合には、交感神経節切除術の適応が充分考慮されてよいと考える。

文 献

- 1) 岩鶴竜三, 宮野義美: 糖尿病の診断より治療まで. 金原出版株式会社, 1954.
- 2) 大森憲太: 糖尿病の合併症としての血管障害. 総合臨床, 4, 1997, 1955.
- 3) 日野佳弘他: 糖尿病の合併症としての循環器障害及びその対策. 最新医学, 11, 2110, 1956.
- 4) 沖中重雄, 豊倉康夫: 糖尿病に於ける神経障害, 殊に自律神経障害について. 最新医学, 11, 2136, 1956.
- 5) 木村忠司: 自律神経の外科. 日外全, 9, 日外全刊行会, 1955.
- 6) 荒木千里: 四肢血行障害の外科的療法. 最新医学, 2, 225, 1947.
- 7) Cecil, R. L.: A Textbook of Medicine, 1306, W. B. Saunders Company, 1948.
- 8) Cole, F. R.: Results of sympathectomy in diabetic arteriosclerotic peripheral vascular disease. New York State J. Med., 50, 1607, 1950.
- 9) Parson, H. & W. S. Norton: The management of diabetic neuropathic joints. New Engl. J. Med., 244, 935, 1951.
- 10) 麦谷泉: 糖尿病壊疽に関する実験的研究. 日外宝, 26, 746, 1957.
- 11) Atlas, L. N.: Lumbar sympathectomy in the treatment of periheral arteriosclerotic disease. Am. Heart J., 23, 493, 1942.

特発性総輸胆管拡張症の1治験例並びに其の統計的検索

静岡県立中央病院外科 (指導: 袴田文治博士)

山 口 雅 崇 ・ 寺 田 貢

〔原稿受付: 昭和34年11月30日〕

A CASE OF IDIOPATHIC CHOLEDOCHUSDILATATION TREATED SURGICALLY AND A REVIEW OF LITERATURE

by

MASATAKA YAMAGUCHI and MITSUGU TERADA

Shizuoka Prefectural Central Hospital

〔Director: Dr. BUNJI HAKAMADA〕

This report is made on a case of idiopathic choledochusdilatation. A 20-year-old girl with the chief complaint chronic jaundice was admitted to our clinic.

We could get preoperative diagnosis of it and performed choledochoduodenostomy which cured her illness completely. And literatures on idiopathic choledochusdilatation were reviewed.

緒 言

何ら認むべき原因なくして起る総輸胆管の拡張症に

関しては, Douglas(1852)以来, Ebner(1909), Budde(1925), Neubauer(1924), Judo-Greene(1928), Shallow¹⁶⁾(1943), Liloyd M. Horne(1957) 等の報告

が数多くあり、本邦に於ても佐久間(1905)を初めとして、久留⁵⁾(1915)、神部⁴⁾(1929)、津田(1956)等によつて、屢々報告され、論議されて来た。最近、著者等もその1例を経験し、幸に手術によつて全治させることが出来たのでここに報告する。

症 例

患者：丸○秀○，20才，女。
家族歴，既往歴：特記すべき事項はない。
現病歴：昭和31年11月，特に原因と思われるものなく黄疸を来し，腹痛，軽度腹部膨満感があり発熱はなかつた。内科的治療を受けたが黄疸は一進一退で消失せず，食思不振，全身倦怠感強く，昭和32年11月1日本院内科入院。
現症：体格，栄養共に良好，皮膚及び眼球結膜は黄色調があり，体温平熱，脈搏72，整調で緊張良好。胸部には異常所見はない。
腹部は軽度膨隆し平滑で，限局性膨隆，静脈怒張等は認めない。肝臓は約3横指径腫大，表面はやや不正，弾性硬，圧痛なく，脾，腎共に触れない。
尿検査所見：黄褐色透明，ウロビリノーゲン(+)，ビリルビン(++)
糞便検査所見：虫卵(-)，潜血(-)。
血液検査所見：赤血球数 287×10^4 ，血色素26% (ザリー)，血色素係数1.19，白血球数7,000。
血球百分比：好中球62.5%，左右移動はない。リンパ球32.0%，好酸球2.0%，好塩基球0.5%，単核球3.0%。
肝臓機能検査：モイレングラハト値105，コバルト反応R₍₅₎，高田氏反応4本，ヒーマンス・ファンデンベルヒ直接(+)，間接(+)，胆嚢造影不能。
十二指腸ゾンデ：表1。

表 1

	前 ↓										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
色	黄色	暗緑	硫黄	緑	黒緑	暗緑	暗緑	暗緑	暗緑	緑	淡黄
粘液	(+)	(+)		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
モイレングラハト値	28	8	12	25	18	19	12	22	14	8	4
量	14	30		12	45	30		30		15	
混濁	(+)	(+)		(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)

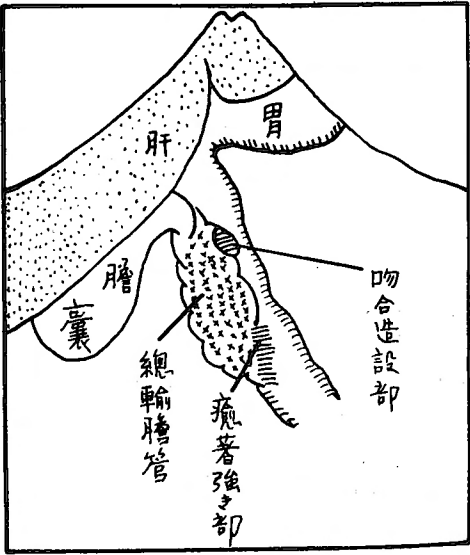
即ち，色調，量共に不規則な胆汁流出がみられた。

経過：入院後，十二指腸ゾンデ，利胆剤等の内科的治療を行なつたが，著変はみられなかつた。内科的診断は“総輸胆管拡張症”ということで外科に転科した。発熱，疼痛，白血球増多等を来したことはない。

手術経過並びに所見：昭和32年11月6日，カクテルイン使用強化麻酔による基礎麻酔，笑気半閉鎖循環式吸入麻酔の下に点滴輸血を行ないながら，剣状突起より右直腹筋外縁を越える約20cm長の弓状切開により開腹すると，胆汁鬱滞を思わせる暗色硬の肝臓約4横指径腫大，胆嚢は鶯鳥卵大に拡張，壁に肥厚，充血，癒着等は認められない。胃，腸，脾，膵等には著変はなく，総輸胆管は約6cm幅に拡張し壁は肥厚して周囲との癒着は高度，著明な波動を証明する。穿刺によつて約1000ccの鬱滞性胆汁を排出し，穿刺口附近に二指を挿入し得る大きさの切開を加え，拡張した輸胆管内を探つたが結石，狭窄部等を認め得なかつた。直視し得る範囲の粘膜は一樣に浮腫状で癒着等異常部は認め得なかつた。十二指腸開口部附近は漿膜面の癒着が特に強く，十二指腸から鈍的に剝離不能。切開部を数個の結節縫合で閉じ，幽門部から約5cm肛門側の十二指腸と，この近傍の総輸胆管とを側々吻合した。吻合部は容易に拇指を通じ得る大きさとした。腹腔内にドレーンを挿入し腹壁を三層縫合して手術を終る。

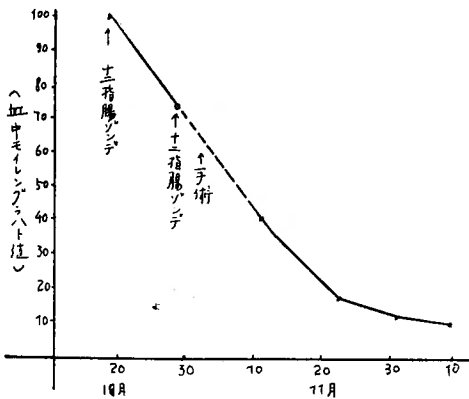
術後経過：術後24時間で腸雑音聴取，術後第3病日，自然排便があり，第5病日で下熱，1週間水性ペニシリン20万単位，ストレプトマイシン1gの連日注射，

図 1



栄養注射を行ない、爾後、利胆剤、消化剤等の投与のみで経過をみると、図2のように血中モイレングラハト値は著明に減少、尿中ウロビリノーゲン(+)となり、肉眼的にも皮膚、眼球結膜の黄色調漸減し、3週間で認め難くなった。患者は上腹部膨満感の消失、著しい食思増進を訴え、数年来かつてなく爽快であるという。術後3週間で胃腸バリウム透視を行なつたが著変はみられなかつた。胆嚢造影は30%ビリグラフィン1筒使用で造影不能であつた。術後第44病日、軽快退院し、約2ヵ年後の現在著変をみず、健康に生活している。

図 2



考 按

本症の発症年齢は諸家の報告によれば表2のように若年者に圧倒的に多くみられ、また性別では女性が多数を占める。男性対女性の比率は25% : 75%で、30才以下のものは80%、本邦例、外国例共にほぼ等しく、人種差はないようである。

表 2

報 告 者	年令	発症率 %
Elias Tsardakas	30才以下	82.6%
津 田	30才以下	84.2%
Neugebauer		77.0
神 谷		75.0
Schallow	25才以下	76%
四 柳	25才以下	80%
弓 場	25才以下	81%

主要症状として挙げられる腹痛、黄疸、腫瘍触知に關しては発現率は表3の如くであつて、著者等の経験したような出沒する黄疸以外に何等著明な症状を呈しない例はむしろ非定型的のものと思われる。

表 3

報 告 者	腹 痛 %	黄 疸 %	腫瘍触知 %
Elias Tsardakas	63.4	69.0	72.0
S. Attar	60.0	75.0	80.0
Lloyd	53.3	67.0	74.0
神 谷	55.0		90.0
今 井	34.0		
稲 垣	68.0		
津 田	58.9	60.0	72.0
Schallow	77.0		

自覚的症候としては、腹痛以外に上腹部膨満感、悪心、嘔吐、右季肋部圧痛等が屢々みられる。他覚的には上記触知可能な腫瘍は類円形、表面平滑、境界鮮明、弾性硬で波動を証明し、鶏卵大より人頭大に達している例がある。一見明らかなように腫瘍著しく巨大なもの以外はこれらの症状は決して特異的なものとはいへなく、胆石症、胆道炎等のはるかに頻度の高い疾患との鑑別は甚だ困難である。従つて多くは開腹を俟つて初めて診断が下されているようであり、術前診断の可能例は表4のように少い。

表 4

報 告 者	術前診断可能例 %
Elias Tsardakas	15.5%
Schallow	8.6
津 田	28.8 (7例中)
本 邦 例 全 部	8.7 (126例中)

レ線的には、表5のような所見が報告されているが、その発現率は決して高くないようである。

表 5

方 法	所 見
腹 部 単 純 撮 影	嚢腫壁カルシウム沈着
胃 腸 バリウム透視	幽門左方転移、十二指腸下方圧排
胆 道 造 影	造 影 不 能
嚢 腫 穿 刺 造 影	嚢腫内腔造影画像

なお腫瘍部穿刺はその後の開腹によつて穿刺孔より、かなり多量の胆汁が腹腔内に流出していたのを認めた例もあり、慎重を要する。

著者等の例のように、十二指腸ゾンデによつて充分量の胆汁流出がみられる例は胆道拡張に際し屢々見られると云う。色調、量と共に不規則な胆汁流出もまた診断の一助となるであろう。本症の成因に關しては総

輸胆管壁の先天性薄弱とするもの(Weis, Ebner, Dressmann), 総輸胆管の走行異常とするもの(Arnold, Koitzky), 胆道下端の弁状狭窄とするもの(Rostowzew, Bolle), 脾臓迷芽の牽引作用による原発性憩室形成に帰するもの(Budda), 梅毒に関係ありとするもの(Hirschfeld)など諸説がある。近年Wildegans¹⁸⁾(1958)は胆道内視鏡による総輸胆管十二指腸開口部の異常所見を数多く報告しているが、治療の進歩した今日、かかる方法による生体内観察が本症の成因の究明に新たな光を投げかけるであろうことが予想される。

本症の治療に関しては1930年迄の77例についての神部報告で既に観血的手術、特に吻合術以外に治療の道はないとされ(表6), 特に通過障害及び上行感染を考慮して吻合口を広くし、吻合枝の極めて長い Roux の Y-type 総輸胆管空腸吻合術を理想としている。その後, Schallow & Wagner (1943) の統計及び津田の 1937~1956年間に於ける本邦例81例の統計(表7)に於ても総輸胆管空腸 Y 字吻合術及び総輸胆管十二指腸

表 6

術 式	死亡	治癒
Drainage Choledochusfistel od. Cholecystofistel	27	2
Punktion od. Inzision	5	0
1ste Anastomose	4	12
2te Anastomose (FistelbildungAnastomose)	3	11
Zystektomie	2	0
Sonstige Operationen	3	0
Innere Behandlungen	6	0
計	52	25

表 8

報 告 者	患 者	手 術 術 式	転 帰
成 田・大 沢	5才早	Choledochoduodenostomie	上行感染, 術後40日全治
川島・大根・橋本	2才合	Choledochoduodenostomie	全 治
中島・春原・清水	11才合	Choledochoduodenostomie	全 治
中 塩	13才合	Y-förmige Choledochojejunostomie	全 治
内 海・那 須	1才早	Choledochoduodenostomie	全 治
原	9月早	Choledochoduodenostomie	全 治
大 北	6才早	Choledochoduodenostomie	全 治
久 留	20才早	Choledochoduodenostomie	2ヵ月後黄疸再発, 治癒
長野・大塚・友野	18才早	Choledochoduodenostomie	全 治
島 田	18才早	Zystektomie Völker	固形物による造設胆管閉塞, 死亡
榎 戸	33才早	Choledochoduodenostomie	原因不明の吐血死亡
阿部・高村・佐藤	50日早	Seit zu Seit Choledochojejunostomie u. Brawnsche Anastomose	術後心不全? 肺水腫, 死亡

側々吻合術の両法の成績が抜群であつて、現在両法の優劣をめぐつて種々論議されている。

表 7

術 式	例数	治癒例	治癒率
Choledochoduodenostomie	44	33	76%
Choledochojejunostomie	6	2	33
Choledochogastrostomie	2	0	0
Äusere Fistelbildung	11	1	9
Punktion	3	1	33
そ の 他	11	7	63
不 明	5	2	40%

Y字吻合を推す神部, Schallow 等に対して津田, 松倉, Gross 等はY字吻合の手術侵襲が大きいい点をあげ、抗生物質による上行感染の危険減少等の理由で、総輸胆管十二指腸吻合術を推奨している。胆道内容の通過さえよければ感染の起りにくいことは、つとに Radsiewsky 等によつて指摘されている所であり、また中塩¹²⁾(1956)はY字吻合を行なつた後、術後透視で吻合枝にバリウムの逆行を認めている。

著者等の集計し得た1956年以降の最近の本邦例12例に於ては、術者の大部分が総輸胆管十二指腸吻合術を行なつており、1例を除いて何れも全治している(表8)。

著者等の経験に於ても隣接せる総輸胆管と十二指腸間に吻合を造設することは甚だ容易、且つ短時間で操作が出来、術後成績もまた極めて佳良な優れた根治手術であるとの印象をうけた。

結 語

慢性に経過する黄疸を主訴とした特発性総輸胆管拡張症の患者に対し、術前診断を下し、総輸胆管十二指腸側吻合術によつて全治させた1例について報告した。

文 献

- 1) 阿部, 高村, 佐藤: 総輸胆管拡張症の1例. 臨消病会誌, **5**, 285, 昭32.
- 2) 榎戸: 特発性総輸胆管囊腫の1例. 日臨外医誌, **18**, 19, 昭31.
- 3) 飯塚: 胆嚢炎症状をくりかえした特発性総輸胆管拡張症の1例. 臨消病会誌, **5**, 662, 昭32.
- 4) 神部: 特発性総輸胆管拡張症の1例. 外科宝函, **7**, 1930.
- 5) 久留: 特発性総輸胆管拡張症に対する形成術. 日外会誌, **58**, 1299, 昭32.
- 6) 富田: 特発性総輸胆管拡張症の1手術例. 小樽医研会誌, **6**, 1, 昭32.
- 7) 前田, 木原, 王木: 特発性総輸胆管拡張症の2手術例. 外科, **19**, 442, 昭32.
- 8) 中村: 特発性総輸胆管拡張症の1例. 実消学, **12**, 275, 昭12.

- 9) 成田, 大沢: 特発性総輸胆管囊腫の1例. 日消病会誌, **54**, 240, 昭32.
- 10) 長野, 大塚, 友野: 特発性総輸胆管囊腫. 臨外科, **13**, 557, 昭33.
- 11) 中島, 深水, 春原: 興味ある胆嚢炎の2例. 交通医学, **11**, 673, 昭33.
- 12) 中塩: 特発性総輸胆管拡張症の1例. 鹿児島医誌, **29**, 85, 昭31.
- 13) 大北: 興味ある経過を辿つた特発性総輸胆管囊腫の経験. 日外会誌, **59**, 692, 昭33.
- 14) 島田: 特発性総輸胆管拡張症の1手術例. 外科の領域, **5**, 287, 昭32.
- 15) 内海, 那須: 特発性総輸胆管拡張症の1例及び本邦約10ヵ年間の本症に対する文献的考察. 岡山医会誌, **69**, 1412, 昭32.
- 16) Schallow: Idiopathic choledocusdilatation. Ann. Surg., **1**, 117, 1943.
- 17) 山信田, 枝沢: 特発性総輸胆管拡張症の1例. 農医北海道地誌, **5**, 46, 昭32.
- 18) Wildegans, H.: Die Endskepe der Gallengänge. Deutsch. Woch., **40**, 1775, 1958.

十二指腸穿孔による横隔膜下膿瘍治験例

京都大学医学部外科学教室第2講座(指導: 青柳安誠教授)

横 山 敏・黒 田 正 名

(原稿受付: 昭和34年12月15日)

A CASE OF SUBPHRENIC ABSCESS CAUSED BY PERFORATION OF THE DUODENAL ULCER

by

SATOSHI YOKOYAMA and MASANA KURODA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

The patient was a male of 50 years old. Three months after the perforation of duodenal ulcer, such typical symptoms of subphrenic abscess as pains in the right hypochondrial region, fever and respiratory difficulty appeared.

The abscess, the locality of that was ascertained by means of local edema and X-ray photgraphing, was eventually cured through incision and drainage, prior to the operation, I thought the abscess caused by perforation of a gastric ulcer but it was proved to be the abscess caused by perforation of the duodenum by using fis-