

療を行うべきものと考える。

擧筆するに臨み御懇切な御指導御校閲を賜わつた鈴木教授に深甚なる感謝の意を表すると共に、御指導頂いた伊那中央病院平林博士に深謝します。

文 献

- ①石原武雄：大日耳鼻. 49, 722, 昭18. ②今川与曹：日本耳鼻咽喉科全書第1巻, 第3冊. ③岩田逸天：耳喉. 14, 669, 昭16. ④種村・豊田：大日耳鼻. 41, 457, 昭10. ⑤西山・平岡：大日耳鼻. 44, 1873, 昭13. ⑥萩尾千和：耳喉. 27, 643, 昭30. ⑦水越・宇野：耳鼻と臨床. 1, 107, 昭29.

Two Cases of Mixed Tumor of the Palate

Hiroshi Kurata and Eiichi Ishizuka

Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine,
Shinshu University

(Director: Prof. T. Suzuki)

The authors reported two cases of mixed tumor of the palate found in women aged 47 and 30 years. In the former case, the tumor developed in an enormous size occupying the entire almost surface of the palate, and a partial malignant transformation was proved histologically. (Surgical removal of the tumors was successfully conducted in both cases).

Both cases were successfully treated by surgical removal of the tumors.

胃切除術後の腸管通過障害の1例

昭和32年10月16日 受付

信州大学医学部丸田外科教室

大野 幸彦 前沢 潭 広野 穰

緒 言

胃切除術後に時として発生する腸管通過障害は、胃切除術後の重要な合併症の一つである。さきに中村、柏崎^①は丸田外科教室に於ける胃切除例450例中Billroth II法による胃切除術後に腸管の通過障害を合併せる3例について報告し、いずれも輸入脚の過長が原因であつたと述べている。

その後、我々はBillroth II法による胃切除術施行後、輸入脚、胃、横行結腸及びその結腸間膜によつて手術的に形成された間隙に輸出脚が嵌入して絞扼性閉塞を来し、その原因を追求したところ輸入脚が短かすぎるためであることを知り得た症例を経験したので報告する。

症 例

中原某, 60才, 男。

胃幽門部潰瘍の診断で、胃切除、結腸前方胃空腸吻合術を施行し、術後順調に経過したが、10日目の午前11時半頃より左下腹部に激痛を訴えるようになった。腹部は平坦且つ軟にして、左下腹部に圧痛を認める他には特記すべき所見はない。間もなく胆汁を混ざる嘔吐が始まり、午後6時頃に至り吐物はコーヒー残渣様となり、顔面蒼白、冷汗を認め、ショック状態となつた。直ちに5%葡萄糖の点滴静注及び輸血を施行し、全身状態の回復はかつたところ稍々好転し、疼痛及

び嘔吐も多少軽快した。この間数回に亘り自然排気が認められたが、午後10時頃より再び嘔吐、腹痛を訴え、次第に下腹部の膨満を来し、圧痛は下腹部全体に拡がり、全身状態も再び悪化の徴候を示したので、イレウスの診断のもとに開腹した。

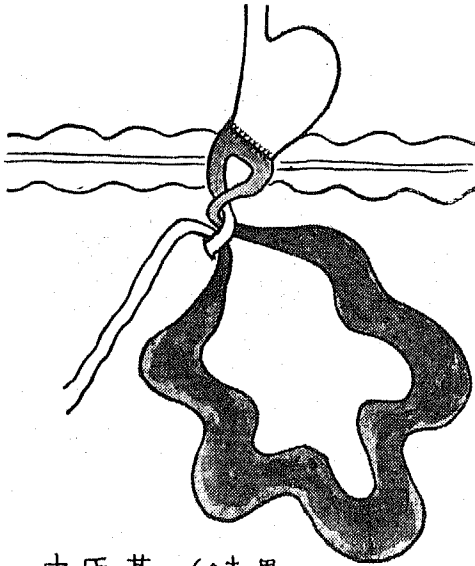
再手術所見は、腹腔には暗赤色血性、やゝ悪臭ある滲出液を認め、腹腔内の状況は図1の如く、輸出脚は輸入脚の前方より迂回してその後方より、輸入脚、胃、横行結腸及びその結腸間膜によつて形成された間隙に嵌入し、嵌入腸管は短かくて緊張した輸入脚によつて絞扼されて十二指腸空腸屈曲部より凡そ5cm下方から胃腸吻合部を含めて凡そ3mにわたり全く壊死に陥つていた。絞扼を解除してしばらく観察するも血行回復の徴が認められないので、壊死に陥つた腸管を胃腸吻合部を含めて切除し、図2の如くRoux氏吻合を施行した。しかしながら一般状態が次第に悪化し、術後2時間にして不幸の転滞をとつた。

本例に於ては輸入脚が短かきに失した為、これが緊張し、この後方に嵌入した輸出脚が絞扼されて重篤なイレウスを発生したのと考えられる。

考 按

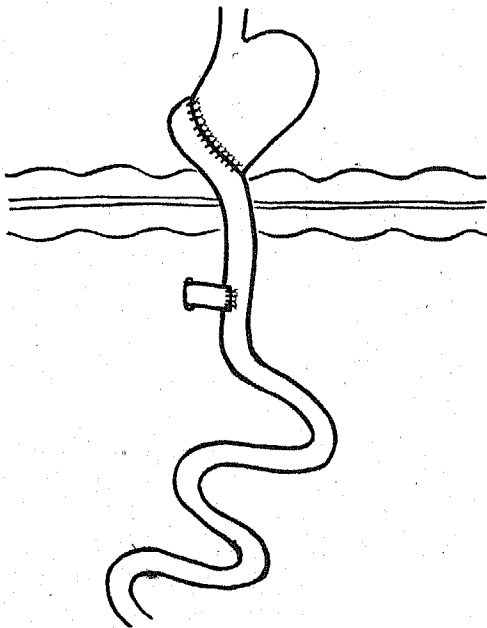
腹腔内には解剖学的に正常状態でも種々の孔窩があつてなんらかの機会に腸管の嵌頓を起すことがある。胃腸吻合術を行つた場合には、Cklymsky, Stendal等

第 1 図



中原某 60才男

第 2 図



が報告しているように腸管や腸管膜の転位を来す結果、新たに人工的間隙が形成されて解剖学的関係は更に複雑となり、腸管の嵌頓の危険が増大することになる。

胃切除並びに胃腸吻合術施行後に発生する腸管の嵌頓は手術の種類によつて次の3型に分けることが出来る。

(1) Billroth II法による結腸前方胃腸吻合の場合。この場合には種々の型の腸管の嵌頓例の報告が永富⁽²⁾、大河原⁽³⁾、梶合⁽⁴⁾、清水⁽⁵⁾、Wells & Mac Phee⁽⁶⁾、木村⁽⁷⁾、West⁽⁸⁾、Perry⁽⁹⁾、中村等⁽¹⁾、中島⁽¹⁰⁾、山口等⁽¹¹⁾、瀬尾⁽¹²⁾、Hofmann⁽¹³⁾、Warren⁽¹⁴⁾等によつてなされている。胃切除後の腸管の嵌頓としてはこの型が比較的多いものである。

(2) Braun氏吻合を追加せる場合。この場合腸管が Braun氏吻合の後方へ嵌頓することは比較的稀であるが、溝口等⁽¹⁵⁾、Hofmann⁽¹⁶⁾、大河原⁽³⁾等の報告がある。

(3) Billroth II法による結腸後方胃腸吻合の場合。この場合には輸出脚が嵌頓することが多く Peterson⁽¹⁷⁾、本名⁽¹⁸⁾、Koch⁽¹⁹⁾、Mc Allister⁽²⁰⁾等の報告がある。

以上は胃腸吻合術の種類と腸管の嵌頓に関する報告であるが、我々の経験例と略同様の症例については Quinn & Gifford⁽²¹⁾、West⁽⁸⁾、Sutton等⁽²²⁾の報告があつて、Sutton等⁽²²⁾は瘻道に陥つた輸出脚を切除して救命し得たと述べている。我々も瘻道に陥つた輸出脚の切除を行つたが手術の甲斐なく死亡した。

胃切除後に発生する腸管の通過障害の誘因として、(1) 腹腔内圧の変化、(2) 残胃及び吻合腸管の転位、(3) 残胃の緊張低下、麻痺、蠕動運動の異常、(4) 癒着、索条等の形成、(5) 輸入脚の過長等が挙げられている(清水⁽⁵⁾)。実際にはかかる通過障害は輸入脚の過長に原因することが多く、教室の中村等⁽¹⁾は既にかゝる症例について詳細に報告している。故に我々は従来かゝる手術に際しては輸入脚を適當の長さに加減するように充分の考慮を払つて来た。これに対して Koch⁽¹⁹⁾は輸入脚が短きに失する場合にもかゝる合併症を発生し得ると述べているが、今回我々は、かゝる症例に遭遇した。即ち本症例は輸入脚が短きに失した為に輸入脚の後方より嵌入了る輸出脚が短くて緊張している輸入脚によつて強く絞扼されたものである。

臨床症状は一般に高位腸閉塞症の症状を呈するもので、輸入脚閉塞の場合には胆汁を含まない嘔吐を、輸出脚閉塞の場合には胆汁を嘔吐するとされている。しかしながら実際にはその症状は多種多様で容易に診断のつかない場合が多く、Cannon⁽²³⁾等は術前診断が確實につけられた症例はないと述べている程である。我々の症例も早期に明らかな症状を示さなかつた為に診断を確定し得ず、手術の時期を失し不幸の転帰をとつたものである。

以上のような腸管の嵌頓を防止するには Billroth II

法の場合には輸入脚を適当な長さに加減することが極めて大切である。輸入脚が長すぎるとかつて教室の中村等^①の報告したような障害を来しやすいが、逆に短かすぎても今回の我々の症例のような障害を来す危険があるからである。勿論 Billroth I 法によつて胃切除を行う場合には、かゝる合併症は防止され、しかも生理的な型であるから、胃切除は出来るだけ Billroth I 法によつて行うのが良いことは云うまでもない。又胃切除後に於けるかゝる合併症の発生は必ずしも稀ではなく、然かもその予後は一般に不良であつて、Morton 等^②によるとかゝる場合の死亡率は90%に近いと云い、Koch によれば50%であると云う。故に疑わしい場合には可及的速かに開腹手術を行うべきである。

結 語

我々は Billroth II 法による胃切除、結腸前方胃空腸吻合術後に発生した重篤な腸管通過障害の一例を経験し、これを詳細に検討すると共に、かゝる障害の型、誘因、症状、予防並びに予後等について文献的考察を試み、Billroth II 法による胃切除術の際には輸入脚の長さを適宜加減することがこれ等の合併症の防止に与つて力あることを強調した。

文 献

- ①中村・柏崎：信州医誌，4，257，昭30。 ②永富：実地医家と臨床，10，11，1933。 ③大河原：実地医家と臨床，14，188，1937。 ④梶谷：日外会誌，40，800，1939。 ⑤清水：日大医誌，11，771，1952。 ⑥Wells & MacPhee：J.，1189，1952。 ⑦木村：診療，6，512，1953。 ⑧West：Surg.，34，98，1953。 ⑨Perry：Ann. Surg.，140，119，1954。 ⑩中島：臨外，3，418，昭23。 ⑪山口等：外科，19，318，1957。 ⑫瀬尾：日外会誌，40，1617，1939。 ⑬Hofmann：Zbl. Chir.，12，691，1937。 ⑭Warren：Ann. Surg.，139，202，

- 1954。 ⑮溝口等：清水：日大医誌，11，771，1952より引用。 ⑯Hofmann：Zbl. Chir.，3，116，1925。 ⑰Peterson：Arch. Klin. Chir.，62，94，1900。 ⑱本名：日外会誌，20，655，1919。 ⑲Koch：Zbl. Chir.，43，2504，1934。 ⑳Mc Allister：Ann. Surg.，128，1194，1948。 ㉑Quinn et al：California Med.，72，18，1950。 ㉒Sutton et al：West：Surg.，34，98，1953より引用。 ㉓Cannon et al：Ann. Surg.，138，772，1953。 ㉔Morton et al：Ann. Surg.，139，202，1954。

A Case of the Obstruction of an Afferent Loop Following the Gastric Resection and Antecolic Anastomosis

Yukihiko Ohno, Fukashi Maezawa and
Minori Hirono
Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Shinshu University
(Director: Prof. K. Maruta)

A case of the obstruction of an afferent loop following the gastric resection and antecolic gastrojejunostomy has been reported, which is supposed to arise from too short an afferent loop. The etiology, diagnosis, type, prognosis, and treatment of this complication have been discussed in reference to similar cases cited in the literatures. It must be noticed that the complication may be usually due to too long an afferent loop, or sometimes to too short one. An early diagnosis and an adequate reoperation are absolutely necessary for the treatment of such a complication.