

## 副睪丸摘出術に関する一考案

(睪丸部分切除術)

京都大学医学部泌尿器科教室

教授 稲 田 務

助手 新 谷 浩

## I 緒 言

結核性副睪丸炎に於て副睪丸摘出術と除睪術とのいずれを選ぶべきかに就いては古くから多くの人々によつて論議せられて来た所である。副睪丸摘出術の際の精管の処置に就いては 1902 年 Büngner によつて「高位除睪術」が紹介され、我が国に於ても中野氏により一変法として「高位副睪丸剔除術」が報告されている。又 1886 年 Bardenheuer は睪丸精管吻合術を初めて行い、その後多くの人により受け継がれて来た。

然し睪丸の処置に就いては、結核性病変が副睪丸に限局し睪丸が正常と思われる場合には副睪丸摘出術を行い、睪丸に結核性病変が進行していると思われる場合には除睪術を行う事が現在原則として行われている。

副睪丸結核は秋山氏等の報告によればその 62.8% が 20 才~40 才に発病し、両側性のものが 40.2% を占めている。堀尾氏等の報告によれば 76.3% が 20 才~40 才に発病し、両側性は 40% であつたと述べている。即ち睪丸機能が最も重大である時期に於て副睪丸は結核性病変に犯されると云い得るのである。

叙上の理由によつて両側性の副睪丸結核は勿論の事、一側性の場合に於ても、後に他側に再発する可能性を考慮して出来得る限り睪丸を残す事に努力せねばならぬ。

しかし如何に睪丸残置に意を用いても病変

高度であるため睪丸、副睪丸の剝離が困難であつたり、睪丸実質への結核性病変の波及が強い場合には止むなく除睪術を施行する場合が決して少くないのである。一側の除睪術ならまだしも、両側共除睪術を行つて去勢された患者がまだ年若い場合には、其の精神的肉体的に受ける打撃は極めて甚大である。止むを得ぬとは云え、重大な問題である。此の様に病変が著しく進行している時は致し方無いとして、それ程で無い場合には何等かの方法が無い物かと我々は考え、例えば睪丸、副睪丸接続部を分離した際に結核性病変が極く僅かしか睪丸に及んでいない場合には其の部を電気焼灼して、手術後に結核の化学療法を行い、除睪術を行わない様にしている。更に適切な方法として考えられる事は睪丸の部分切除である。之を実施するのに重大な関係のあるのは結核性副睪丸炎の病変が副睪丸尾部に限局している場合が多い事である。此の為に睪丸が侵されるとしても、病変は此の部位に限局している事が多く、従つて睪丸の部分切除にとつて都合が良い。

秋山氏等の報告によれば結核性病変が副睪丸の尾部のみにあるのが 51%、体尾部のみのものが 4.9% となつている。

最近に於ける手術領域の進歩の一つは各種抗生物質の助力により肺葉、肝臓、腎臓、脾臓等の切除術を有効に行い得る事である。我々は之と同じく副睪丸尾部又は体尾部に病変

があり、辜丸にも限局性的変化がある際辜丸の病変のある部分を部分的に切除する事を試み其れによつて副辜丸は勿論、病変ある辜丸実質を適確且安全に取除き得る事を知つた。此の辜丸病変部を切除する事に就いては昭和17年の第11回皮泌尿科聯合地方会に於て橋本、高橋両氏の質疑応答の中に少しく触れられているが、その手術マ式に就いての詳細な報告は文献に見当らぬので此処に其の症例と共に報告する。

## II 手術術式

現在一般に行われている副辜丸摘出術に就いては著者稲田が既に「手術」第1巻、第3号及び第5巻第10号に詳細に記しているのので此処では其れと異なる術式のみを図示し乍ら記す事とする。

第1図：総莖膜及び固有莖膜を切開し辜丸、副辜丸に達する。

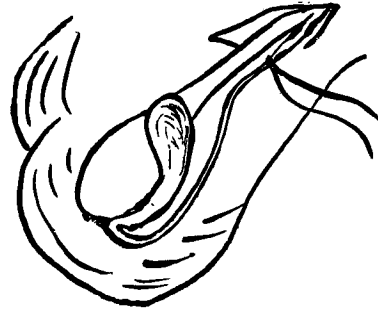
第2図：精系に於いて精管を血管から分離し副辜丸尾部迄充分に血管から剝離する。

第3図：曲鉸或は小剪刀を以て副辜丸頭部と辜丸に入る動静脈とを剝離する。此の際頭部と辜丸との癒着が軽度の場合、此の間の上副辜丸靱帯、細精管、白膜を分離し、副辜丸頭部を辜丸からも遊離出来る場合は之を先に行う方が辜丸に入る動静脈を損傷する事も少く容易に之を剝離する事が出来る。

第4図：腎臓鉗子にゴムの管を通したる物又は之に類似した物で血管を損傷せぬ様にはさみ、一時的に辜丸への血流を遮断する。次いで辜丸の健康部を切断して副辜丸と共に辜丸病変部を切除する。

第5図：カットグートにて辜丸白膜を縫合し、血管遮断の鉗子を外す。

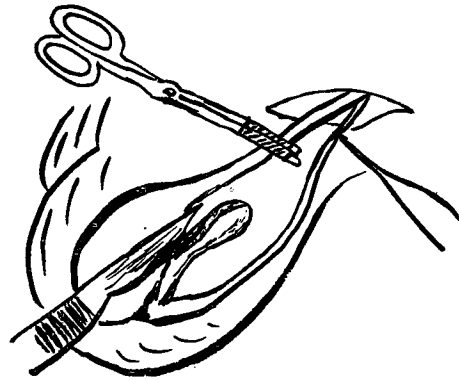
第2図



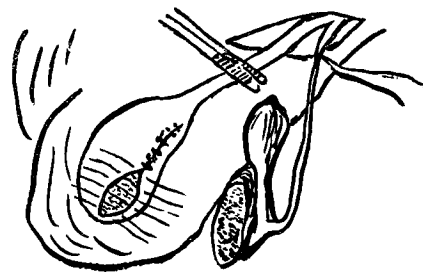
第3図



第4図



第5図



第1図



### III 本術式の利点

- 1) 睾丸, 副睾丸間の剝離の必要がなく, 其の為に結核性病変を残置したり, 膿を流出させる恐れが無い。
- 2) 結核性病変ある睾丸実質より相当距離を置いた健康部に於て実質を切断する為再発の危険が少い。
- 3) 手術後の瘻孔形成が少い。
- 4) 副睾丸と睾丸に入る血管との癒着を完全に離し得る場合には必ず睾丸の一部を残し得られる。
- 5) 睾丸, 副睾丸の剝離は仰々面倒で時間を要する事が有るが, 本法は簡便にて 10 分内外にて行い得る。

### IV 症 例

上記の術式にて睾丸部分切除術を行った症例は現在迄に 4 例である。2 例は一侧副睾丸結核, 1 例は両側副睾丸結核, 1 例は一侧莖膜線維腫であり, 本例には睾丸部分切除のみを行った。以下各症例に就て略記する。

**症 例 I:** 22 才, ♂. 左側副睾丸結核。

**初 診:** 昭和 28 年 10 月 9 日

**主 訴:** 左側陰囊内の腫脹。

**既往症:** 昭和 11 年肺浸潤, 昭和 26 年右側腎臓摘出術及び右側副睾丸摘出術を受けた。

**現病歴:** 約 20 日前左側陰囊内容が無痛性に腫脹せるに気付いた。其の他自覚症状は認めない。

**現在症:** 体格, 栄養中等度, 胸部に異常なく腹部には右側に手術創あるのみ。右側睾丸正常, 副睾丸無し。左側睾丸正常, 副睾丸は頭部, 体部正常, 尾部が拇指頭大に肥厚し硬く圧痛を認める。精系正常。前立腺やや肥大硬。尿正常。

**経 過:** 10 月 12 日入院し, 10 月 13 日手術施行, 10 月 19 日抜糸, 第一期癒合, 10 月 24 日全治退院。

**症 例 II:** 32 才, ♂. 両側副睾丸結核及び脊髄カリエス。

**初 診:** 昭和 29 年 5 月 23 日。

**主 訴:** 両側陰囊の無痛性腫脹。

**既往症:** 昭和 17 年湿性肋膜炎, 昭和 22 年脊髄カリエス。

**現病歴:** 2 年前頃より両側陰囊が無痛性に腫脹し殊に右側が大きくなつた。漸次増大して行く。其の他の自覚症状は無い。

**現在症:** 体格栄養中等度。胸, 腹部異常なし。右側

陰囊は驚卵大に腫脹し, 中に硬く表面平滑な腫瘍を触れる。皮膚との癒着無く, 睾丸感無し。其の後上方に拇指頭大よりやや大きい柔かい実質あり, 圧痛あり睾丸感陽性。精系は正常。

左側陰囊内に鶏卵大に腫脹した表面平滑で硬い腫瘍を触れる。その上に睾丸らしき拇指頭大の物を触れる。精系は正常。前立腺は両葉肥大し硬い。膀胱鏡所見では特記すべき事無し。

**経 過:** 両側陰囊腫瘍の疑いで 5 月 25 日入院, 5 月 28 日手術を施行した。陰囊内より該内容を取り出して検索するに腫瘍を疑わせた物質は副睾丸の膿瘍化する物であつた。右側副睾丸頭部は血管と精管と共に一つの束となり剝離困難の爲め止むなく除術を施行した。左側は副睾丸頭部と睾丸への血管とを辛うじて剝離出来たので該術式により睾丸を一部残置する事が出来た。6 月 2 日抜糸, 第一期癒合, 6 月 6 日全治退院。

**症 例 III:** 28 才, ♂. 右側副睾丸結核。

**初 診:** 昭和 29 年 9 月 2 日。

**主 訴:** 右陰囊の無痛性腫脹。

**既往症:** 昭和 19 年左側腎臓摘出術, 昭和 20 年左側除術を受けた。

**現在症:** 体格稍々小, 栄養中等度, 胸部に異常を認めず。腹部は左側腹部に手術創あり。右側陰囊内は睾丸正常, 副睾丸は尾部より体部にかげ小指頭大に肥大し硬い。この部と陰囊下端が癒着し瘻孔を形成している。左側陰囊内は睾丸, 副睾丸共触れず。精系は右側殆ど正常, 左側は触れず。前立腺はやや肥大し硬い。尿正常。

**経 過:** 9 月 9 日入院, 9 月 10 日手術施行。瘻孔があつたので瘻孔の周囲の皮膚を円形に切り抜いて副睾丸に連ねる睾丸の一部と共に切除した。9 月 17 日抜糸, 第一期癒合, 9 月 24 日全治退院。

**症 例 IV:** 42 才, ♂. 左側莖膜線維腫。

**初 診:** 昭和 29 年 10 月 14 日。

**主 訴:** 左陰囊部の疼痛及び腫脹。

**既往症:** 著患を認めぬ。

**現病歴:** 何等誘因なく 5 日前より左陰囊部の疼痛及び腫脹を来たした。エリスロシン内服でやや軽快した。

**現在症:** 体格, 栄養中等度, 胸腹部に異常無し。右側陰囊内は副睾丸, 睾丸, 精系共に正常。左側陰囊内は睾丸は正常, 副睾丸は尾部が硬く少し肥大し, 圧痛が非常に強い。精系は正常。前立腺正常。尿正常。

**経 過:** 10 月 21 日入院, 10 月 22 日左副睾丸

結核の疑いで手術を施行した所左副睾丸は結核性の変化無く睾丸実質内に変化の及んだ莢膜線維腫であつたので睾丸部分切除術のみを行つた。10月27日抜糸、第一期癒合、10月29日全治退院。

## V 考 按

著者等は結核性副睾丸炎にて睾丸との癒着高度なもの或は睾丸にも限局性に病変が波及しているものに対して睾丸部分切除法を伴つた副睾丸摘出術を考案し、現在迄に3例に実施したが、3例共瘻孔を形成せず、手術創は第一期癒合を営んだ。殊に症例 II, III の如きは病変が非常に高度であつて従来行われている副睾丸摘出術では瘻孔形成が当然考えられるものであつた。之は恐らく前記せる様な本手術々式の利点によるものと確信する。又症例 IV は莢膜線維腫に対して睾丸部分切除術のみを行つたのであるが、之も充分成功したと考えている。この事は本術式が結核性副睾丸炎の手術にのみ適用せられる方法でなく、今後他の疾患にも大いに役立つべきものである事を示している。

睾丸へ入る血流を止めてから、睾丸に対する処置を総べて終り再び血流を元に戻す迄の時間は、8分30秒より12分25秒で、平均10分25秒であつた。これ位の時間は勿論睾丸に何等の悪影響を及ぼすものでは無い。又カットグートで白膜を縫合するが大体6糸乃至10糸で充分であつて、出血も認められず、従つて術後に血腫を来たした者は1例も無かつた。

結核性副睾丸炎患者3例は術後1年2ヶ月~3ヶ月しか経過を観察していないので其の遠隔成績に就いてはまだ何も云えないが、現在の所では1例も再発を起こしていない。此の手術々式は副睾丸尾部及び体尾部の結核

性病変に最適である事は既に述べた所であるが、頭部に病変のあるものでも其れ程高度で無ければ行い得ると考える。

症例 I, II, III, 例とも術後にストレプトマイシンを3g宛全身的に注射によつて与えられて居り、又4例すべてに術後40~60万単位のペニシリンを使用した。本手術々式に加えて優秀な化学療法剤を加うれば相当程度に両側除辜術を防ぎ得るものと確信する。今後多くの症例に本法を行いその成果を確めると共に、更に手術々式の改善に努める積りである。

## VI 結 語

著者等は副睾丸結核にて睾丸との癒着強度なるもの或は之に睾丸の限局性罹患を伴える場合に副睾丸摘出術に睾丸部分切除術なる新術式を併用する事によつて、在来の副睾丸摘出術よりも安全且つ迅速に病変部を取除き、しかも睾丸の大部分を保存し得る事を述べた。

## 文 献

- 1) Jean Cibrt : Brit. J. Urol. 25. (2) 89.
- 2) Hagner F. R : J. Urol. 13, 377, 1925. J.A.M.A. 107, 1851, 1936.
- 3) 秋山等 : 皮科紀要, 25, 2, 89.
- 4) 小池, 大森 : 日泌誌, 21, 238, 1932, 皮性誌, 31, 949.
- 5) 田 苗 : 日泌誌, 22, 237, 1933.
- 6) 中 野 : 日泌誌, 25, 466, 1936; 33, 179, 1942. 手術. V, 10, 563, 皮性誌, 39, 823.
- 7) 金子, 河野 : 皮性誌, 42, 276.
- 8) 佐 藤 : 皮性誌, 44, 186.
- 9) 稲 田 : 手術, I, 3, 39, V, 10, 551.
- 10) 加 藤 : 皮科紀要, 46, 2, 69.