



TITLE:

膀胱腔瘻について

AUTHOR(S):

神長, 次朗; 飯島, 博; 長沢, 太郎; 島, 誠一; 有田, 三千男

---

CITATION:

神長, 次朗 ...[et al]. 膀胱腔瘻について. 泌尿器科紀要 1958, 4(8): 441-447

ISSUE DATE:

1958-08

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/111645>

RIGHT:

## 膀胱陰瘻について

昭和医科大学泌尿器科教室（主任 赤坂 裕教授）

神 長 次 朗

飯 島 博

長 沢 太 郎

島 誠 一

有 田 三 千 男

## Vesicovaginal Fistula

Jiro KAMINAGA, Hiroshi IJIMA, Taro NAGASAWA, Seiichi SHIMA  
and Michio ARITA*From the Department of Urology, Showa Medical College, Tokyo, Japan*  
(Director : Prof. Akasaka)

Five cases of vesicovaginal fistula have been reported, cause of which were tuberculosis, radiation effect and recurrence of cancer after the surgical procedure for carcinoma of uterus, artificial delivering and abortus. All of them were treated by diversion of urinary tract, since it was considered that the closure of fistula alone was unsuccessful and inadequate for these cases.

Aetiology, incidence and surgical treatment of this disease have been discussed in this paper. Although ureterosigmoidostomy has been thought in generally to be dangerous because of high mortality due to hyperchloremic acidosis, this procedure, however, was dare chosen in our cases from the reason that ureterocutaneostomy was not convenient for the patient. Two of five cases have had almost satisfactory postoperative course, enjoying their lives without trouble so far.

It seems that these facts shows the ureterosigmoidostomy should not be completely abandoned as a surgical operation for diversion of urinary tract, and our efforts could be continued towards to an improvement of this method itself.

## 緒 言

最近 3 年間に夫々原因を異にする膀胱陰瘻の 5 例を経験し、全てに尿管変更手術を行った。症例を報告すると共に、膀胱陰瘻について考察を行つて見たいと思う。

## 症 例

第 1 例：笹路某，41 才。

初診：昭和 30 年 4 月 25 日

入院：同上

主訴：下腹部の膨満感及び陰よりの尿漏出。

家族歴：特記事項はない。

既往歴：29 才の時肺結核に罹患し約 6 カ月間の治療を受けて治癒した。30 才の時に血尿，尿意頻数が起り，右腎結核と診断されたが，発熱があり，一般状態も良好でなかつた為約 2 カ月後に手術を受けた。然し摘出は不能で腎切開術によつて排膿を計るにとどまつた。3 年後に再び手術を受けたが，瘻孔の搔爬術程度で，38 才時によくその瘻孔は閉鎖した。その間 Tibion を少量用いたのみで，その他の抗結核療法は全く受けていない。

発病経過：昭和 30 年 4 月初旬頃より腹部膨満感，尿意

頻数(昼間10回, 夜間8~9回), 血尿等があつたが, 排尿痛はなかつた。しかし, 常に残尿感があり, 某医の治療を受けた。

2~3日で血尿は消失したが, 4月25日の朝, 腫より尿が漏出することに気付いて当科を訪れた。

現症: 体格は細長で, 皮膚は貧血状を呈し, 栄養稍々不良の女性である。

右側腹部には Bergmann-Israel 氏切開の手術創痕がある。右腎部は硬く触れるが, 圧痛はない。左腎は下極を良く触れることが出来て, 圧痛が著明である。尿管走行部には異常がなく, 膀胱部を圧迫すると, 少量の尿が腫より漏出した。

尿所見: 黄色, 濁濁, 弱アルカリ性, 蛋白(+), 糖(-), 赤血球(-), 白血球(卅), 上皮細胞(+), 大腸菌(卅)血液所見: 赤血球446万, 血色素45%(Sahli 氏法) 白血球5500, 血液像には著変を認めない。

血圧: 96/66 mmHg, 赤沈: 1時間134, 2時間157。膀胱鏡検査: 容量 50 cc, 膀胱粘膜には軽度の発赤があり, 膀胱頂部には堤防状の肉芽が見られ, 三角部には腫瘍様の膨隆がある。左尿管口は, 形状には特別の変化を認めないが, 収縮は緩徐である。

青排泄: 右15分でも排泄を認めない。左 4'30" 10'でも濃青とならない。

膀胱鏡検査では 瘻孔を発見することは出来なかつた。

膀胱鏡で観察すると, 子宮口に接して, 膀胱前壁に青色尿の漏出している部を発見することが出来た。そこから尿管カテーテルを挿入してみると容易に膀胱内に達した。そのまま気体膀胱撮影を行うとその状態を明瞭に描出することが出来た。

排泄性腎盂撮影を行つてみると, 右腎影及び腎盂像は全く認められず, 左腎盂像では各腎杯の拡張が見られて, 排泄機能は相当低下していることを知つた。

まづ膀胱腫瘍閉鎖術を行うことを考えたが, 膀胱容量は僅かに 50 cc 程度であり, 瘻孔の成因が結核によるものであること, 及び左腎機能は尿管下端に通過障害がある為相当低下していることから, 単なる膀胱腫瘍閉鎖術は不適當であると判断して, 昭和30年5月18日左尿管皮膚移植術を行つた。

術後, 腎盂内留置カテーテルより造影剤を注入, 腎盂撮影を行つたが, 腎盂は著明に拡張して水腎症の像を示していた。

術後, SM, PAS 療法を行い, 良好な経過で, 57日間の入院治療によつて元気で退院した。

退院後, 時々 38.5°~39.0°C の熱発が2~3日ある

が, それ以外に変化はなく, 3年後の現在も尚元氣である。

第2例: 田村某, 33才。

初診及び入院: 昭和32年4月1日

主訴: 腫よりの尿漏出。

家族歴, 既往歴: 特記事項はない。

発病経過: 昭和32年3月22日鉗子分娩(初産)をした。その翌日から尿が腫より漏出して尿意が全く起らない。産院を退院後も依然として尿は全部漏出してしまふので, 4月1日当科外来を訪れた。

現症: 体格, 栄養共に良好で, 稍々肥満型の女性である。両側腎臓共触知出来ず, 圧痛もない。尿管走行部, 膀胱部に異常はない。

膀胱鏡検査: 腫口より約 3.0 cm 位の部の前壁に拇指頭大の瘻孔があり, そこから指を入れると膀胱内に容易に達することが出来, 膀胱内を望見することさえ可能であつた。膀胱頸部から尿道後半にかけて大きな組織欠損のあることを知つた。

膀胱鏡検査: 腫内にガーゼタンポン。或は瘻孔より囊状カテーテルを膀胱内に入れて行わんとしたが, 液が全部漏出してしまふので検査は不可能であつた。

入院後, 腫よりの尿を集め検査を行い, 大腸菌を認めたのでサイアジンを投与したところ, スルファミン剤によるアレルギー反応を呈したので, クロロマイセチン投与に変更した。

血液所見: 赤血球324万, 血色素57%(Sahli 氏法), 白血球6600, 血液像に著変はない。血圧: 110/70mmHg, 排泄性腎盂撮影にて両腎共機能は良好であり, 腎盂, 腎杯の拡張像はない。

尿道, 膀胱頸部にわたる大きな破壊があつて, 括約筋の機能も恢復する見込みはない為, 瘻孔閉鎖術によつて膀胱及び尿道の正常尿路に尿通過をはかることは不可能と考えた。予後の点からは尿管瘻術がよいと思つたが, 4月26日患者の希望によつて尿管S字状結腸吻合術を行つた。

術後経過は全く良好で, 血液電解質は, 術後5日目 CO<sub>2</sub> 23mM/l, 14日目 CO<sub>2</sub> 16.1mM/l, Cl 120mEq/l 18日目 CO<sub>2</sub> 17.1mM/l, 29日目 CO<sub>2</sub> 26.0mM/l, Cl 14mEq/l, Na 136mEq/l, K 4.8mEq/l と1日 5.0g の重曹投与によるアルカリ療法で安定した。その後, 重曹の服用を必ず行うことと。何か変化があれば直ちに来院することを命じて, 術後51日目に元気で退院した。1年後の現在, 全く健康である。

第3例: 金山某, 59才

初診, 入院: 昭和32年6月6日

主訴: 腫よりの尿漏出。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：58才の時、(昭和31年)子宮癌の為子宮全別除術を受け、術前にはラヂウム照射、手術時にはラドン針10本を打込み、術後にはレ線深部照射を受けている。

発病経過：子宮全別除術後、全く無症状に経過していたが、昭和33年5月初旬頃、膣より尿が漏出するのに気付いた。来院の10日前には突然尿尿を認めたが、それは1日だけで終わったそうである。その後尿意頻数(30分～1時間毎)、排尿痛が起つたので、6月6日当科外来を訪れ、直ちに入院した。

現症：体格中等度、栄養稍々不良の女性で、胸部打聴診で異常はない。両腎共触れないが、左腎部に圧痛を訴える。尿管走行部では左側に圧痛があり、膀胱部を圧迫すると、尿意を訴える。尚歩行時に左下肢に神経痛様疼痛を感じると訴えていた。

尿所見：黄色、濁濁、アルカリ性、蛋白(+)、糖(-)、赤血球(+), 白血球(++)、上皮細胞(+), 球菌(+)

血液所見：赤血球398万、血色素90% (Sahli 氏法)、白血球6700、血液像に著変はない。

血圧：160/100 mmHg, 赤沈1時間 45 2時間 76  
膀胱鏡検査：膣にガーゼタンポンを行つて施行した。容量は約100 cc 膀胱粘膜は左尿管口に当る場所を中心として浮腫状となり、その中心部には壊死組織(腫瘍?)で取り囲まれて小豆大の瘻孔形成を見ることが出来た。その他の部分には著明な変化を認めない

青排泄：右 5'00", 5'20", 左 15'でも排泄はない

腔鏡検査：膣前壁に大豆大の壊死組織の附着した部があり、その部分より尿が流出しているのを見ることが出来た。

排泄性腎盂撮影：左腎盂像は全く得られない。右腎よりの造影剤排泄は認められて腎盂像も得られたが、機能低下を示していた。左腎機能は廃絶しているものと診断して、昭和31年6月10日右尿管皮膚移植術を行つた。

術後32日目に患者の希望で退院したが、退院後4日目に40°Cの熱発、頭痛、悪心を訴えて再び入院した。再入院後、泌尿器科的には安定したが、次第に左下肢の神経痛は激しくなり、更に浮腫を来し、10月初旬頃よりは腹水を認める様になつて、11月18日鬼籍に入つた。

第4例：中村某、60才。

初診：昭和33年1月20日

入院：昭和33年1月25日

主訴：尿失禁。

家族歴：特記事項はない。

既往歴：58才の時子宮癌で子宮全別除術を受けた以外に著患を識らない

発病経過：昭和32年11月中旬、突然尿失禁となつた。昭和33年に入つてからは、失禁の程度が更に悪化して、来院数日前よりはこれに加えて下腹部の膨満感をおぼえる様になつた。1月20日診療を需めて当科外来を訪れた。

現症：体格中等度、栄養は不良、皮膚は貧血状を呈する老婦人である。

両側腎臓は触れず、圧痛もない。尿管走行部、膀胱部に異常はない

尿所見：黄褐色、濁濁、弱アルカリ、蛋白(+), 糖(-), 赤血球(+), 白血球(+), 上皮細胞(+), 大腸菌(+)

血液所見：赤血球416万、血色素65% (Sahli 氏法)、白血球5600、血液像に著変を認めない。

膀胱鏡検査：容量250 cc 膀胱粘膜には著変を認めないが右尿管口附近に小指頭大の腫瘍の浸潤と思われるものが見られ、その周囲には壊死物質の附着と浮腫が見られる。尿管口は不明である。

腔鏡検査によつて前壁の奥に壊死組織となつた部が見られ、その部から尿の漏出するのを認めた。

以上の所見から子宮癌再発による膀胱腫瘍と診断、入院手術をすすめた。

排泄性腎盂撮影では、右腎盂像は全く得られず、左腎は機能低下を示して僅かの排泄像を得た。

本症例も右腎機能は廃絶したものと診断して、昭和33年1月31日左尿管皮膚移植術を行つた。術後約2週間は大過なく経過したが、その後、時々腎盂炎を併発、更に全身の衰弱、食慾減退、右下肢の神経痛様疼痛を訴える様になつた。術後4カ月を経過して熱発も治り、尿の方の障害も大体消退した。その後漸次全身衰弱は増強して来ていたが、患者及び家族の希望で5月12日退院した。退院後の様子については不明である。

第5例：大高某、44才。

初診及び入院：昭和33年2月14日

主訴：膣よりの尿漏出

家族歴：特記事項はない。

既往歴：40才の時人工妊娠中絶を受けたことがある。

その後度々膀胱炎に罹患した。

発病経過：昭和31年7月(42才時)突然尿失禁を来し、某婦人科医より膀胱腫瘍の診断のもとに経膣的に瘻孔閉鎖術を受けたが失敗した。その後約半年間は放

置しており、昭和33年2月13日に某外科室により再び経陰的に瘻孔閉鎖術を施行されたが、瘻孔周囲の癰疽組織も広範で、これを切開したり、辺縁の新鮮化を行う内に膀胱頸部から尿道にかけて相当大きく損傷を与えてしまい、甚だ苦心して縫合を行つたようであるが殆ど尿道を縫い縮める形となり、カテーテルも挿入出来ず、又々手術創から尿は全部流出する状態で、翌14日当科を訪れたのである。

現症：顔面紅潮、苦悶状を呈し、羸瘦甚しい女性で、両側腎臓は触れず、圧痛もない。

尿管走行部、膀胱部には共に圧痛を訴えた。

膀胱鏡検査：膀胱壁の腔口より約 3.0 cm の部に再手術時の縫合糸が見られ、その周囲は壊死状態となつていて、手術創から尿の漏出しているのを見ることが出来た。

3日後には手術創は全部哆開してしまつた。

尿所見：黄褐色、濁濁、弱酸、蛋白(+)、糖(-)、赤血球(+)、白血球(+)、上皮細胞(+)、大腸菌(+)。

血液所見：赤血球358万、血色素 66% (Sahli 氏法) 白血球7700、血液像著変なし、血圧110/70mmHg、膀胱鏡検査は手術創が哆開し、鳩卵大の瘻孔となつたため不可能であつた。

排泄性腎盂造影で、左右両腎共排泄機能は良好であつたが、右腎盂に稍々拡張が見られた。瘻孔閉鎖術は既に2度までも失敗しており、周囲組織は広く壊死に陥り、又、尿道膀胱にわたる広範囲の組織欠損を生じて、第3例と同様括約筋の破壊を伴つているため、患者の希望もあつて、昭和33年2月28日尿管S字状結腸腸吻合術を行つた。術後経過は第3例程良好でなく、腎部に疼痛を訴え、38.0°~39.0°C の熱発が約1週間続いたが、その後下熱、疼痛も消失し、術後19日目には全身状態も恢復して退院した。術後血液電解質は7日目CO<sub>2</sub> 22.4mM/l、10日目CO<sub>2</sub> 14.8mM/l、Na 142mEq/l、K 4.1mEq/l、12日目CO<sub>2</sub> 16.2mM/l、Cl 98mEq/l、16日目CO<sub>2</sub> 24.3mM/lと安定していた。

### 総括並びに考按

膀胱陰瘻は尿管陰瘻と共に古くより知られている疾患で、決して稀な疾患ではないが、近年婦人科的泌尿器疾患が問題として採り挙げられることが多くなり、泌尿器科医の取り扱う機会が増加した関係上、その報告もしばしば行われ、特に手術法については種々考案乃至は批判をなされている。

膀胱陰瘻の原因として以前には出産後の処置の悪い為のものが最も多いとされてきたが、最近では骨盤内手術によつて惹起されることがより多くなつてゐる。

Counseller (1942) は骨盤内手術によるものが 65%、難産によるものが 30%と発表し、Tayler (1948) は、アメリカでは本症の原因の2/3が骨盤内手術によると述べている。

次に子宮癌摘出手術の後療法としての、又は単独のラヂウム療法後に起ることがしばしばある。

その他子宮癌摘出手術後に再発が発生し、これが膀胱及び陰何れにも浸潤破壊を惹起して本症の発生する事があり、膀胱癌が膀胱壁更にこれに接した陰壁に浸潤することによつて起ることもある。又時として膀胱に於ける結核性潰瘍、異物、或は電気凝固法等による病的乃至人工的穿孔によつて始ることもある。秦氏によれば、朝鮮に於ては子宮脱の民間療法として濃い硝酸銀等の腐蝕剤又は灼熱棒等を用いる結果本症の発生が極めて多く、尿嚢患者の1%を占めていたとの事であるが、現在尙かくの如きことが行われているや否やは不明である。

さて吾々の症例についてみるに、第1例は疑いもなく結核性炎症浸潤によつて膀胱陰瘻の発生したものである。第2例は33才の初産であつて、産道の拡大不充分的に帝王切開をすすめられたが、これを拒否したので、相当困難な鉗子分娩を行つた。幸い新生児は健康であつたが、分娩翌日には陰よりの尿流出が開始して尿意は全く起らなかつたとの事である。

通常出産後に惹起される本症は、胎児の産道通過に當つて、その頭部と恥骨との間に介在する組織が圧迫され、挫滅又は循環障碍の為壊死に陥ることによるものである。よつて直ぐ翌日より全尿が陰に流出して全く尿意がなくなる如きことはあり得ないところであり、僅かに約1週後の初診にもかかわらず、膀胱頸部より尿道後半にかけて膀胱内を望見出来るような大きい組織欠損を認められたことは、鉗子分娩時に損傷したものと考へざるを得ない。第3例、第4例は共に子宮癌の為、夫々1年前に摘出手術を

受けている。且第3例は術前にラヂウム療法、手術時にラドン針打込を行われ、術後にはレントゲン深部照射治療と相当強力な放射線療法を行われているので、本症の発生には癌の再発浸潤と放射線照射による組織壊死との両者がその原因的役割を果しているものと思われるが、膀胱鏡検査に於て瘻孔部を取り巻いて腫瘍組織を見るのみで、その他の部分には炎症性変化を殆ど認められなかつた所見、及び剖検にて骨盤腔内は殆ど腫瘍組織で占められていたことなどより、癌の再発浸潤破壊による瘻形成が主役をつとめたものと考えられる。第4例は子宮癌摘出手術を受けたのみで放射線療法は全く受けていないのであるから、癌の再発に原因するものであることは疑いない。

第5例はその発生原因が甚だ不可解である。正常分娩で健康な子供3人があり、その後人工流産手術を受けること2回で、第2回目手術を受けてより約2年を経過して尿洩出を来したとの事である。この間繰り返して膀胱炎に罹患したと訴えているが、膀胱の状態、病原菌等については一切不明である。単に膀胱炎を度々繰り返したからと云つて膀胱腔瘻の発生をみるものでもなく、何か子宮内掻破に當つて腔壁から膀胱にかけて小損傷を与え、これが誘因となつて膀胱炎を惹起し、遂に瘻孔形成にまで至つたのではないかと考えられるが、正確なところは不明である。

瘻孔の発生部位：これは原因によつて場所を異にする。出産による場合は胎児の頭と恥骨との間に強く圧迫されて生ずるので膀胱頸部に近いところと云われている。

結核等の炎症性浸潤による場合は膀胱と腔とが密着した部に多いとされている。第1例はこれに一致した場所に瘻孔形成を見た。

子宮癌は頸部癌が最も多く、膀胱底部に近いことは、術後の再発浸潤が膀胱三角部、尿管の膀胱壁への入口附近に起り易いこと、又術前術後の放射線療法もこの附近に集中される為、子宮癌手術後の場合に膀胱では三角部及びその附近が多く、腔に於ては最も奥深い縫合個所と云われ、且右に偏することが多いとされている。

自験例は2例共膀胱では三角部で尿管口附近、腔では奥深い所であるが、第3例は左側、第4例は右側で、何れも尿管口が不明と云つた状態であつた。

その他の原因の場合にはそれぞれの原因によつて部位は一定しない。

治療法：膀胱内留置カテーテルの設置、電気凝固法等の簡単な療法で瘻孔閉鎖を期待し得る場合もあるが、主なるものは手術的療法である。手術的療法としては先づ瘻孔閉鎖術、次いで尿路変更手術である。

大越氏に依れば、瘻孔閉鎖術にはその瘻孔到達路として

- 1) 経腔
- 2) 経膀胱
  - イ) 腹腔外
  - ロ) 経腹腔
- 3) 経腹腔膀胱外
- 4) 傍腔

等の到達路があることを述べている。

しかし瘻孔閉鎖術は往々にして失敗することがあるが、大越氏は Mackenzie の18回、Young の11回の失敗後に成功した報告もあることであるから、簡単に諦めることなく反覆して瘻孔閉鎖術を試みるべきであるかも知れないといつている。吾々の第1例は結核性のもので、萎縮膀胱があり、尿管下端の通過障害による腎機能障害が大であつたこと、第3例、第4例は癌の再発浸潤による瘻孔形成である為、第2例は瘻孔が膀胱頸部より尿道後半に及ぶ大きな瘻孔で技術的にも不可能の状態であり、第5例も同様括約筋を含めて膀胱頸部から尿道までの広範囲が破壊され、2回に亘つて閉鎖手術には失敗し瘻孔周囲が壊死となつて更に組織欠損は拡大されていたため、全例に止む得ず、尿路変更手術を行つた。

吾々は瘻孔閉鎖術を行わなかつたことでもあり、その術式については大越氏の詳細な記載もあるので、ここに詳述することは割愛するが、吾々の経験では、経腔的手術よりもむしろ経膀胱的に施行した方が成功率が高いように感じている。尙この手術に成功するコツともいふべき

ことは、落合氏の強調する如く、瘻孔部に於て膀胱壁と腔壁とを充分に剝離して、縫合に当つては充分余裕のあるようにすることである。

尿路変更手術としては、尿管皮膚移植術、腎瘻術、尿管腸吻合術、回腸膀胱形成術等が主なるものである。

尿管皮膚移植術は既に先輩諸氏の記載にもある如く、その術式も簡単容易であり、水腎症、膿腎症等に陥つて腎機能に相当の障害を来しているものも、比較的早く恢復し、原因菌の消失も期待することが出来る上に、挿入カテーテルの交換も患者自身可能であり、運動によつても大きな影響を受けることもなく、推奨するに足る手術療法の1つと考えている。但し術後常に採尿袋を用いなければならない事や、感染し易く腎盂炎等を起し勝ちであることは欠点である。

腎瘻術も排尿、腎機能恢復を計るには良法であるが、手術は尿管皮膚移植術程容易ではなく、多少共腎実質を犠牲にしなければならないこと、カテーテルの交換は医師の手を要し、長期に亘る場合交換しにくくなること等がある等は尿管皮膚移植術に劣ると云えるが、腎盂腎炎、膿腎等の発生する危険はむしろ少く、この点は優位である。従つて尿管を皮膚に移植するに充分な長さまで露出し得ない場合、又は尿管皮膚移植術が何等かの原因で患者又は腎に不利になつた場合に腎瘻術を行うことが合理的である。実際問題としては膀胱腔瘻の患者で尿管皮膚移植術の施行し得ないものは殆どないといつてよい。尿管腸吻合術としては従来尿管S状結腸吻合術が多く行われているが、この場合には甚だ高率に血中電解質の不平衡を生じ、所謂過塩素血性アチドージスを発生する。即ち Ferris & Odel (1949) は79%、Charke and Leadbetter (1955) は30~67%に発生をみるとし、吾国に於ても阿部 (1954) は53.6%に発生すると述べている。而もその治療については未だ根本的な対策は出来て居らず、僅かにアルカリ療法 of 継続によつて或程度防止し得るに過ぎないものである。従つて、多少の便利はあつても、尿管腸吻合術は小腸による人工膀胱を設置して尿

管を移植する方法を採らない限り、患者の生命を短縮せしめる方法であるから用いてはならないとまで極言する人もある。この過塩素血性アチドージスの発生を防ぎ患者の予後を良好ならしめる為の工夫も色々あるが、最も好成績のものは回腸膀胱形成術で、その実験成績については阿部 (1954) の詳細なる報告があるのでここには省略する。

吾々は第1例、第3例、第4例の3例に尿管皮膚移植術を行い、第2例、第5例に尿管S状結腸吻合術を行つた。この内第3例は再発癌組織の浸潤増大と全身的転移を来して死亡し、第5例も癌による悪液質の状態となつたまま退院してその後のことは不明であるが、結核によるものの第1例は尙健在である。

尿管S状結腸吻合術は Leadbetter の術式で第2例及び第5例に施行した。何れも如何に説明しても皮膚に排尿口の開くことを拒否した為、尿管皮膚移植術も回腸膀胱形成術も行うことが出来ないで、止むを得ず実施したものであるが、幸いにしてアルカリ療法 of 継続によつて過塩素血性アチドージスも甚だ軽度のものを発生したのみで、現在健康に主婦としての仕事を滞りなく行つている。

先にも述べた通り尿管S状結腸吻合術の成績は大体悲観的であるが、往々にして手術直後に過塩素血性アチドージスを一時発生したもので、これに堪えて或る期間を経過すると極めて安定して来る場合もある。吾々も大体禁忌と称しても差し支えない腎結核による単腎者で、而もその残腎は強い水尿管、水腎症となつていたものに於て、患者の希望により、尿管S状結腸吻合術を行つたことがある。勿論アルカリ療法を継続したのであるが、殆どアチドージスを起すこともなく、且新聞記者という極めて激しい職業に従事しながら、その後結婚までして一子をもうけるという、全く健康人と同様な生活を送つている例である。このような事実は、必ずしも尿管S状結腸吻合術を全くは棄て去れないところであり、その予後をより良好ならしめるよう研究工夫することも吾々の責務ではないであらうかと考える。

## 結 語

1) 結核, 子宮癌手術後の放射線療法並びに癌の再発, 鉗子分娩, 人工妊娠中絶手術等を原因とした5例の膀胱腔瘻を経験したので追加報告した。

2) 全例共, 瘻孔閉鎖手術は不適當又は不可能であつた為, 尿路変更手術を行つた。

3) 膀胱腔瘻の原因, 発生部位, 治療法についての考察を加え, 更に尿管腸吻合術についての考按を行つて見た。

稿を終るに臨み, 御校閲を賜つた恩師赤坂教授に深謝する。

## 主 要 文 献

- 1) 阿部礼男: 日泌尿会誌45: 115, 1954.
- 2) Clarke, B. G. and Leadbetter W. F.: J. Urol., 73: 999, 1954.
- 3) Ferris, D.O. and Odel M. H.: J.A.M.A., 142: 634, 1955.
- 4) 秦清三郎: 手術, 2: 516, 1948.
- 5) 小池六郎: 日泌尿会誌, 45: 147, 198, 417, 1954.
- 6) Leadbetter W. F. and Clarke B. G.: J. Urol., 65: 818, 1951; 73: 67, 1955.
- 7) 大越正秋他: 手術, 6: 514, 1952.
- 8) 土屋文雄他: 手術, 10: 297, 441, 1956.