

## 臨 床 滙 纂

### 京 都 外 科 集 談 會

(6 月 例 會)

昭和7年6月20日午後7時ヨリ京都帝大醫院東講堂ニテ開催，外國雜誌抄讀ノ外，次記ノ講演ガアツタ。

(幹事 宮司克己)

#### 1. 植皮ノ仕方ニ就テ

筒井 順一

Thiersch 氏植皮法ノ仕方ニ就テ述ベル。從來ハ肉芽面上ヘ之ヲ行ツタガ，吾々ハ無菌的創面ニ肉芽發生ヲ待タズニ，露出シタ筋肉ノ上ニデモ骨髓ノ上ニデモ直接即座ニ上皮ヲ貼リツク缺損部ヲ無菌的ニ蔽フト言フ方針ヲ推賞スルノデアル。供覽スル患者ハ顳顬部ニ痛腫ガ發生シ潰瘍化シテ居タノデアルガ，之ヲ無菌的ニ切除シ顳顬筋ヲ露出シ，茲ニ巨キナ缺損部ガ出來タ。ソレデ上述方針ニ從ヒ即時ニ自家上皮移植術ヲ行ツタ。所ガ此ノ如ク立派ニ目的ヲ達シ，最初ハ其ノ部ハ陥没シテ居タガ次第ニ結締織ガ上皮辨ノ下ニ生ジテ，今日デハ殆ド皮膚ノ正常平面ニ迄達シタ。今日ハ植皮後36日ニナル。本法ハ非常ニ便利デ，物質缺損部ニ肉芽ヲ發生サセテカラ次ニ其所ニ上皮移植術ヲ施スト言フ從來ノ仕方ヨリモ，最初カラ無菌的ニ缺損部ヲ蔽フト言フコトニ於テ，マタ手數ノカ、ラヌ點ニ於テ，推賞シテモヨイモノト考ヘル。〔患者供覽〕

#### 2. 乳腺腫瘤ノ1例ニ就テ

河合十五平

患者 29歳 女 主訴 左乳房腫瘤。

既往症 左乾性肋膜炎ヲ患ヒ昨年4月ニ全治ス。3回分娩シタ。目下ハ授乳セズ。

現病歴 本年4月初メ左乳房外下ニ放射性疼痛アリ，肋間神經痛トシテ治療ヲウケテキタガ，4月下旬左乳房ノ外縁ニ硬イ小腫瘤ヲ生ジ壓痛アリ，其後疼痛ハ減少セルモ腫瘤ハ次第ニ大ヲ増シ且ソノ位置ガ少シク下方ニ移動シタ様ニ思フ。

現症 扁桃腺腫大ト肺臓前右上呼氣強長ト後左上呼氣延長トガアル。乳房ハ半懸垂狀デ左乳房ハ視診上變化ナイガ，外下1/4ノ部ニIV，V肋骨ノ高サデ鶏卵大，ホボ球狀，彈性硬表面小隆起アリ，境界明瞭，乳房中ニ埋没スル腫瘤ヲフレル。皮膚トハ輕度ニ癒着シ下層トハヨク移動スル。大胸筋ヲ緊張セシメルト腫瘤ハ小柄デ下層ニ固定サレル。肋骨ヲ觸診スルニ腫瘤ノ外下縁デV肋骨ノ邊ハ壓痛アリ，肋骨ノ腫大ハミトメス。X線寫眞ニモ肋骨ニ變化ヲ證明シナイ。腋窩淋巴腺ノ腫脹ハナイ。以上ノ所見ニテ此腫瘤ハ乳腺内ノ腫瘤デ乳房皮膚ト大胸筋膜トモ一部癒着シ，或ハ乳癌デナイカトモ思ハレタ。然シ外下1/4ノ部ニアル事及ビ患者ノ訴ニヨレバ腫瘤ノ位置ガ少シク下ニ移動シタト云フ事等ハ癌腫ニ一致

シナイ點デアツテ、同側ノ肋膜炎ヲ經過シテキル點ヲ考フレバ或ハ結核性ノ乳腺炎デハナイカトモ思ハレタ。

手術 左乳房外下縁皮膚切開、乳房ヲ内側ニ翻轉シ乳腺内ノ腫瘤ヲ側面ヨリ切開スルト乾酪様物質ヲ多量ニ含シダ黄色膿汁ガアリ厚イ醗膿膜ニテ被包サレ、明ナ結核性膿瘍デアル。膿瘍ノ基底ハ小指頭大ノ瘻孔一テ大胸筋裏面ニ連絡シ其處ニ手掌大ノ腔ヲ作り軟弱ナ肉芽組織デ被ハレテキル。更ニ其中央ニ米粒大ノ瘻孔ヲモツテIV肋間腔ヲ通ジ肋膜腔ノ二錢銅貨大ノ膿腔ト交通ス。IV、V肋骨ヲ切除シ結核性肉芽ヲ搔爬シ醗膿膜ヲ切除シ大胸筋ノ1部デ缺損部ヲ填メ一次的ニ閉鎖ス。

即チ本例ニ於テハ結核性肋骨周圍炎ノ寒性膿瘍ガ乳腺内ニ侵入シテ乳房腫瘤ヲ思ハシメル如キ硬イ腫瘤ヲ生ジタノデアル。肋骨結核ニ續發セル二次的ノ乳腺結核ハ必ズシモ稀デハナイガ、本例ノ如ク癌腫ヲ思ハセル如キ硬イ表面隆起アル腫瘍トシテ來ルコトモアル故ニ、若年者ノ乳癌ノ診斷ニアタツテハ一應ハ肋骨周圍結核ヲ念頭ニ置イテ、ヨク既往症ヲ尋ネテ見ルベキデアラウト思ハレル。

### 3. 潜在セル腸結核ノ穿孔ニヨル急性腹膜炎

革 島 貞 吉

患者 26歳ノ男子。 主訴 腹部左側ノ腫瘍。

患者ハ筋骨薄弱、皮膚蒼白、榮養モ可成リ衰ヘ一見シテ結核性ナルコトヲ思ハシメル。検査シテ肺ニ結核性變化ガアリ膀胱粘膜ニ結核性潰瘍ヲ認メ左側腎臟ノ機能ハ著シク侵サレテ居ルコトヲ知ツタ。ソレデ左側腎臟結核ノ診斷ノ下ニ腎臟摘出手術ヲ行ツタ（標本供覽）。術後ノ經過ハ大體順調デ、21日目ニ右側副睪丸結核ノ摘出手術ヲモ行ツタ。

所ガコノ第2回目ノ手術後9日目、晝食後1時間程デ便通ガアツテ同時ニ急激ニ腹部全般ニ亘リ疼痛ヲ訴ヘタ。少シ惡心ハアルガ嘔吐ハナイ。脈膊ハヤ、細小デ毎分70、體温36.5°C腹部ハ少シク膨隆シ臍ノ右下方ニ於テヤ、Défense musculaireヲ證明スル。又下腹部ハ兩側共ニ壓痛ガアルガ殊ニDéfenseノアル部ニ於テ最モ著明デアル。Blumberg氏現象ハ下腹部全體ニ亘ツテ明ニ認メラル。時々僅ニ瓦斯排出ガアルガ腸雜音ハ聞ヘヌ。

斯ノ如ク急性腹膜炎症狀ガ明デアルノデ恐ラク虫様突起ノ穿孔ニヨル急性腹膜炎デアラウト思考シ、直ニ廻盲部ニ切開ヲ加ヘタ。所ガ腹水ガ溢出シ吸引シテ淡黄無臭ノ可成リ溷濁セル液約400ccヲ得タ(培養上大腸菌ヲ證明)、腸管ハ見得ル範圍内デハ何等變化ヲ認メヌ、只臍ノ右下方ニ於テ大網膜ノ1部ガ腹壁腹膜ニ僅ニ輕ク癒着シテ居ルノミデアル。ソレデ腹腔内ヲカキマハスノハ反ツテ危險デアルト思ヒCigarettdrainヲ1個挿入シ經過ヲ見ルコトニシタ。

所ガ翌日既ニ腹痛ハ止ミBlumberg氏現象モ消失シタガ腸雜音ハ未ダ聞ヘヌ。4日目ニ至リ腸雜音ヲ聞キ自便ガアルヤウニナツタガ同時ニ創口カラモ便ヲ出シ明ニ糞瘻ヲ形成セ

ルヲ認メタ。ソノ後ハ毎日自然排便モアリ全身状態モヤ、佳良トナツタガ9日目ニ創口カラ蛔蟲ガ出タ、再ビ全身状態悪化シ術後9日目ニ鬼籍ニ入ル。

死後腸管ヲ検査シタ所、Treitz氏帶カラ下方約80糎ノ所ニ豌豆大、更ニ160糎ノ所デハ直徑約1.5糎、170糎ノ所デハ留針頭大、合計3箇ノ穿孔ヲ認メタ。殊ニ後二者ハ丁度臍ノ右下方ニ位置シテオル。各穿孔ノ周圍ノ腸管壁ハ暗赤色ヲ呈シソノ中ニ數個ノ粟粒結核ヲ認メタ。虫様突起ニハ何等變化ハナイ。穿孔部ニハ成形性炎ノ痕跡モ無ク即チ何等ノ癒着ナク孔ハ直接ニ腹腔ニ交通シテ居タ。

本症ハ潜在セル腸結核ノ急性穿孔ニヨル急性腹膜炎デアツタ。故ニ本患者ノ如ク全身的ニ諸器官ガ結核菌ニ侵サレテ居ル場合、若シ急性腹膜炎ヲ起シタナラバ腸結核ノ穿孔トイフ事モ一應疑ツテ見ル可キダトイフ事ヲ教ヘラレタノdeal。從ツテ此ノ様ナ際ニハ、若シ蟲様癌ニ變化ガナイナラバ、寧ろ進ンデ結核性穿孔部ヲ探求シテ閉鎖スベキデハアルマイカ、ソウシタナラバ或ハ助カツタノデハナイカト考ヘラレル。

#### 4. ブラウン氏補助吻合部ヲ基點トシタル腸重積 奥村吉文

患者 苗〇み〇 50歳 女。心窩部ノ腫瘍及膨滿感ヲ主訴トスル。

現病歴 本年4月頃ヨリ誘因ナク食後直ニ心窩部ニ鈍痛、同時ニ膨滿感ガアツタ、次第ニ度ガ進ミ少シ過食スルト直チニ嘔吐シ、最近ハ心窩部ニ腫瘍ヲ觸レル。食慾不振、近時著シク羸瘦シタ。

現症 體格中等、榮養少シク衰フ。腹部ハ胃部ニ蠕動不穩、幽門附近ニ鷄卵大ノ腫瘍ヲ觸レ壓痛アリ。コノ腫瘍ハ呼吸時ニ固定シ得ラル。肝、脾、腎ヲ觸レズ。胃液ニハ採取時常ニ潛血ヲ證明シ、遊離鹽酸缺如シテ居ル。

手術 正中線開腹。腹水ナシ。幽門部ニテ胃ノ約下1/3以上ニ擴ガレル腫瘍ヲ認メ胃ノ約1/2ヲ切除シ Miculicz-Krönlein 法ニ從ヒ Treitz氏帶ヨリ略55糎ノ所ト胃トヲ結腸前ニテ約3横指ノ廣サニ吻合シ、更ニ Treitz氏帶ノ約5糎肛門側デ Braun氏補助吻合ヲ作ル。術後3日目カラ少量宛攝食セシメテ居タガ、患者ハ術前ノ嘔吐ニヨリ餘リ食ベナカツタ。3日目ニハ放屁モアリ腸雜音モ聞ヘ一般状態良好。

所ガ術後7日目ニ抜絲スル際腹部殊ニ左側ニ盛ナ蠕動不穩ガアルノニ氣ガツイタ。惡心嘔吐腹痛等ナク、タゞ腹部不快感ガアル。脈膊正常。發熱モセヌ。其後一般状態ハ餘リ増惡スル様ナ傾向ハナク唯蠕動不穩ガ増スノミデアリ、術後9日目ニ少量dealガ自然ニ排便シタ。

術後11日目ニ蠕動不穩益々強ク腸強直アリ、通過障礙歴然タルニヨリ、開腹手術ヲ行フ。透明ナル腹水少許アリ。腸管ハ至ル所癒着アルモ鈍性ニ剝離シ得。Braun氏補助吻合ノスグ肛門側ニ當リ彈性軟ナル腫瘍ヲフル。檢スルト腸重積デアツテ、Braun氏吻合ノ肛

門側15糎ホド Invaginat トナリ 肛門側へ陥入ス。其上部ノ腸ハ約2倍ニ擴張シ少シク充血シ Braun 氏吻合モ手術時ヨリ約2倍大トナル。重積部ヲ解キ腸ガ直ニ正常ノ色ニナツタノヲ確メテ閉腹シタ。尙此際始メカラ「チアノーゼ」ノ色調ハ認メナカツタノデアアル。

所ガ2日目夕方ヨリ、以前ホド著明デナイガ、時々蠕動不穩アリ、膽汁様液ヲ嘔吐シタ。3日目ニ第3回目ノ開腹手術ヲ行フ。コノ時モ腹水少量アリ。Braun 氏吻合部以下ガ約2—3倍擴張シ充血ス。肛門側ヲ檢スルト Braun 氏吻合ヨリ略80糎下方デ腸ガ少シ屈曲シ以下ノ腸管ハ急ニ細クナリ、コノ部ニ之ヨリ下ノ腸管ガ纖維素性癒着ヲナス。之ハ鈍性ニ容易ニ剝離シ得タ。之ハ纖維素性癒着ニヨル腸狹窄ト考ヘラレヌ事ハナイガ、寧ろ腸管ノ虚脱デアツテ腸管自身ニハ何等特別ノ變化ヲ認メナイ。且コノ所謂狹窄部ノ口側直上部ニハ腸内容ノ強キ鬱積ガナイ。却テ遙カ上方口側ノ Braun 氏吻合部邊ニ擴張ノ度ガ強イ。即チ之ハ第2回目ノ術後ニオコツタ腸ニ於ケル力學的ノ通過障礙ノ結果デアルト考ヘラレル。手術ニヨリ腸内容ヲ肛門側ヘシゴイテ送り腹壁ヲ閉ヂタ。患者ハコノ第3回手術後今日ハ5日目デアアルガ諸症全ク消退シ自然ニ放屁スル。

開腹手術後ニハ時ニ胃腸ノ不全麻痺ガ起ツテ内容ガ鬱滯スル事ガアル、コノ度ガ甚シケレバ術後ノ急性胃擴張デアアルガ、軽度ノ者モアリ得ル。本患者ノハ多分 Invaginat ノ腸管ニ不全麻痺ガ起リソレヨリ以下ガ虚脱シテ生ジタモノデアロウ。斯ル際ニハ Pituitrin ハ實際ニ餘リ効カヌ、本例モ術前 Pituitrin ヲヤツタガ矢張り手術が必要トナツタ者デアアル。

#### 追加 胃切除後ブラウン氏吻合部ニ發現セル胃癌轉移ノ1例 岩 城 達

9ヶ月前胃癌ニテ胃切除ヲ施行サレ後、必要アリテ再手術ヲ行ヒシ際、ブラウン氏吻合部縫合線ニ沿ヒ小指頭大弾力性硬ノ腫瘤アリ、切除シテ見ルニ粘膜ニ異狀ナク、鏡檢ノ結果粘膜下ニ癌細胞浸潤著明ニシテ、粘膜ハ全ク變化ナシ、即チ胃癌ノ轉移ナルコト確實ナリ。

之ハ或ハ吻合部ニ當然炎症起リ淋巴ノ灌流旺盛トナリ、以テ淋巴液中ニアル腫瘍細胞ヲコノ部分ニ呼び寄せタル結果ナルヤモ測リ難シ。カ、ル検査ナカリシナラバ後日ニ至リ消化性潰瘍ナルベシトテソノマ、片付ケラレタルベシ。

#### 5. 骨盤結締織内へ深く侵入セル巨大卵巣嚢腫 吉 川 久 士

患者 ○石○ル ♀ 41歳。 主訴 腹部膨隆及壓迫感。

既往症 生來健康、18歳ニテ結婚シ、21歳ニ男子ヲ舉ゲタ。約10年前高度ノ白帶下ヲ來シタコトガアル。

現病歴 約7年前何等ノ誘因ナク突然下腹部ニ可成強イ疼痛ト發熱トヲ來シ約2週間就褥シタ。約3年ヲ經テ再ビ左下腹部ニ劇痛ヲ來シ、今度ハ自ら鶩卵大ノ腫物ヲ該部ニ觸レ、壓スルト痛強ク、約半月ノ醫療デ痛ハ去ツタガ其後下腹部ニ壓迫感ガアツタ。何氣ナク暮シテキタ所、昨年2月惡感戰慄ト共ニ又々左下腹部ニ劇痛、次デ高熱ヲ發シ2月ノ加療デ解熱

シタガ、腹部壓迫感、腰痛、大腿牽引痛等が強クナリ、腫物ハ漸次増大シテ今日ニ至ル。

局處所見 腹部特ニ下腹部一帯ガ球狀ニ膨隆シ多少ノ靜脈怒張ヲ見ル。限局性膨隆、浮腫、胃腸ノ蠕動亢進等ハナイ。腹筋ノ反射性收縮ハナイガ腹壁全體ガ緊張シテ居リ、恥骨ヨリ臍ノ間ニ互ル左右及下部ノ限界ガ割合鮮明ナ人頭大ノ腫瘤ヲ觸レ、其左右下部ハ大結節狀ヲナシ兩者ノ間ニ正中線ヨリ稍々右ニ偏シ縦ニ走ル陷凹ヲ證明シタ。全體トシテハ緊張彈性、平滑、左右ノ大結節狀部、特ニ左下方ハ甚ダ硬ク、且壓ニ非常ニ敏感ナ鷺卵大ノ硬結ヲ觸レタ。腫物ニ移動、波動ヲ證明出來ズ、略々臍高以下ハ濁音ヲ示シ、腸雜音ハ聽ヘス。婦人科的検査デハ子宮ハ前屈、稍々肥大シ少シク硬ク壓ニ鋭敏デ、子宮ノ後ニ腫物ヲ觸レル。胃液、糞便、尿検査所見ニ殆ド異常ナシ。又X線検査デハ腫物ハ骨盤腔ノ殆ド全體ヲ埋メ、横行結腸ノ起始部ガ之ト癒着シ牽引サレテキルガ特別ナル通過障礙ハ認めラズ。Wassermann 反應<sup>+</sup>。其處デ生殖器ニ關係アルモノ、恐ラク卵巢カラ徐々ニ發生シタ腫瘍ナラムト考ヘタガ、確固タル診斷ヲ下シ得ズ、腹部腫瘍トシテ開腹シタ。

手術 正中線開腹。左下腹部一小兒頭大ノ灰白色平滑光澤アル球形腫物が現レ、之ガ囊腫ナルヲ知ツタ。此ノ囊腫ハ全然移動シナイ。腹腔臓器トノ異常癒着ハナイガ、後腹膜ヲ透シテ長ク延ビタ輸卵管及囊腫壁ニ血管ガ多數走ルヲ認め、腫瘍ノ前下方ニ子宮ガ斜ニ捻ヂレタヤウニ固ク附着シ、恰モ子宮ノ漿膜下ヨリ發生セル腫瘍ノ如クデ卵巢及囊腫柄ハ全ク見當ラズ、深部ハ骨盤結締織内ニ深く侵入シテ骨盤腔ヲ埋メテキル。後腹膜ヲ腫瘍カラ剝離セント試ミタガ密着シテキテ腫瘍ノ剔出ガ全く不可能デアル。仍テ腫瘍ノ1部ヲ切開シ、淡黄色透明ノ漿液約2立ヲ出シ、萎縮狀態デ檢シタガ尙囊腫柄ハナイ。囊腫壁ハ約0.5糎、内面ハ平滑、手ヲ挿入スレバ指ハ腔後面迄達シル。稍々之ヨリモ小サキ全ク獨立性ノ囊腫ガ右側後方ニ存在シ、中央デ兩壁ガ互ニ癒着シテ居タ。尙ソノ他ニ薄壁ナル鳩卵乃至雞卵大ノ獨立性囊腫ガ約7個アル。之等ハ何レモ切開シ内容ヲ排出シタガ、剔出ハ不可能ナルタメ前二者ハ切開孔ヲ充分大(直徑約15糎)トシ、1部囊腫壁ヲ切除シ後腹膜切開線ト囊腫内壁トヲ縫合シ、囊腫ニ大ナル腹腔内瘻(Bauchfistel)ヲ作成シ腹壁ヲ閉鎖シタ。

經過極メテ順調、第1期癒合。下腹部ニハ多少ノ壓迫感ハアルガ、術前ノ比デナク、食欲モ良好、術後14日目ニ腹部膨隆消失シテ全治退院。

即チ囊腫柄ラシキモノハ全然無ク、腫瘍ハ微動デニセズ、又卵巢ラシキモノヲ認めナカッタ等ノ事實ヨリシテ、本例ハ兩方ノ卵巢ガ夫々靱帶内ニ迷入シテ囊腫ヲ形成シ後腹膜結締織内ニ發育シ遂ニ骨盤腔ヲ充タシテ巨大ナル卵巢囊腫ヲ生ズルニ至ツタモノデ、而モ兩側ニ多室性ニクルコトハ稀デアル。

本例ニ於テ腹腔内瘻作成術ガドノ程度迄價値アルカハ今後ノ經過ニヨラネバ判ラスガ、コノ場合最モ合理的ノ方法デアツタト信ヅル。

## 6. 腎腫瘍臨牀診斷上ノ注意

岩城達

37歳ノ婦人。主訴 上腹部及下腹部ノ無痛性腫瘤。

病歴 本年1月初旬左側腹部—自發痛アリ。毎日午後ニナルト 37.5—38.0°Cノ發熱アリ。尿ハ少シク混濁シ、尿意頻數アリ。2月中旬左下腹部ニ無痛性腫瘤ヲ來シ次第ニ増大ス。5月初旬左上腹部ニヤヤ壓痛ヲ存スル腫瘤アルニ氣付ケリ。最近少シク羸瘦シタレドモ血尿腰痛等ナシ。

現症 1)上腹部腫瘤。超林檎實大、表面稍々凸凹、皮下靜脈努張ナシ。觸診スルニ小兒頭大、彈力性硬、波動ナクヤヤ壓痛アリ。時ニ腫瘤ノ上ニ蠕動ヲ認メ、且ツ横ニ索狀物ヲ觸レ、鼓音性濁音アリ。之ハ横行結腸ノ左彎曲部ニ當レリ。即チコノ腫瘤ハ正シク後腹膜ニ存スルモノナリ。2)下腹部腫瘤、手掌大、表面粗糙、皮下靜脈努張ス。呼吸性ニ移動セズ、内方ノ境界割合鮮明ナルモ外方ハ不明瞭、彈性硬、膨隆顯著ナル部分ニ於テ波動アリ。コノ膨隆ハ鼠蹊鞞帶ヲ越ヘ少シク下方ニ及ビソノ部ニ輕度ノ浮腫ヲ認ム。

診斷 下腹部腫瘤ノ存スル部ハ脊椎炎ニ於ケル流注膿瘍ノ屢々現ルル部分ナルヲ以テ、脊椎ヲ検査セシガ自覺的及他覺的ニ何等變化ヲ認メズ。皮下靜脈努張ハ屢々惡性腫瘍ニ見ル所デアリ、若シ之ヲ肉腫トスレバ上腹部ノモノハ後腹膜淋巴腺轉移ト考ヘ得ラルベシ。入院後X線寫眞撮影ニ依リII—III腰椎ニ明ニ脊椎炎ヲ證明セリ。ソノ頃下腹部腫瘤ノ波動ノ程度一層著明トナリ茲ニ流注膿瘍ト診斷シ、穿刺ニヨリ其ノ然ルコトヲ確メ得タリ。

然ラバ上腹部腫瘤ハ何物ナルヤ。モシ同種類ノ結核性ノモノトスレバ、後腹膜淋巴腺カ又ハ腎臟ナルベシ。

然シ吾々ハ腎腫瘍ノ診斷ニ際シ双手觸診ニ依リ殊ニ後方 Trigonum Petiti ノ方ヨリ觸レ得タル場合初メテ腎臟ナルコトノ診斷ニ到達スルヤウ慣ラサレタリ。本例ニ於テハ繰返シ双手觸診ヲ行ヒシモ遂ニ後方ヨリ觸ルルヲ得ザリキ。即チ茲ニ於テ腎臟結核トハ何人モ考ヘ易ク且ツ診斷シ度キ所ナルモ、然シソレニハ事實上ノ正常的 Anhaltspunkt 1點ヲ缺如セリ。依ツテ後腹膜淋巴腺結核トモ考ヘラレタレドモ、腫瘤アマリニ大ニシテ、表面ノ性状亦符合セズ、茲ニ吾々ハ後腹膜腫瘤トノミ診斷スルノ止ムナキニ至レリ。

手術 正中線開腹。横行結腸ノ後方ニテ、表面ハ結腸々間膜ニ覆ハレタル小兒頭大ノ腫瘤アリ。結腸ソノ上ニ跨レリ。調査シテコノ腫瘤ハ左腎ナルコトヲ確知セリ。コノ際コノ腫瘤ノ後方ニ當リ、後方ニ向ケ彈力性軟ノ索狀膨隆アリ、迎ルニ下腹部流注膿瘍ニ達セリ。即チ吾々ノ双手觸診ヲ妨ゲタルモノハ正シクコノ流注膿瘍ニシテ、之ガ左腎ノ後方ヲ通過シ居タルモノナリ。腎臟剔出ニヨリ腎臟結核ノ定型的ノモノナルヲ認メタリ。

サテ、改メテ病歴ヲ顧ルー、本年1月頃尿ニ異狀アリ。臨牀診斷ニ際シコノ事實ヲ等閑ニシタル事誠ニコノ誤診ニ陥リタル第1ノ原因ナリキ。

以上ノ如キ經驗ヨリ吾々ハ今後ノ心得方ヲ次ノ如ク更メザルベカラズ。

第1 病歴，即チ過去ニ於ケル症候ヲ粗末ニセザル事。

第2 腸骨窩ニ流注膿瘍ノ存スル時ハ其側ノ腎腫瘍ハ後方ヨリ觸レ得ザルモノナルヲ以テ腎臟部ノ臨牀診斷ニ際シコノ點ニ注意スベキ事。

第3 腎臟部ニ當リ腫瘤アル場合ハ兎ニ角膀胱鏡検査ヲ行ヒ，左右腎ノ機能或ハ尿ヲ検査スベシ。然ラズシテ直チニ診斷ヲ下スマジキ事。

追加 腎臟疾患外來診察上ノ1注意

宇 田 和 雄

19歳ノ女。約15日前ヨリ毎日午後ニナルト惡寒後高熱ヲ發シ，且ツ左側腹部ニ激シキ疼痛ヲ來シテキタ。腹部ハ一般ニ強ク膨滿シテキルガ，局部的ノ隆起ハ證明シナイ。唯左ノ側腹ニ靜脈ノ輕度ノ擴張ヲ認メタノデ，患者ヲ背位ノママ此ノ部ノ觸診ヲ行フト，左ノ季肋下部カラ側腹ニ懸ケ極メテ境界ノ鮮明ナ小兒頭大腎臟形ノ腫瘍ヲ觸レ得タ。此ノ腫瘍ガ後腹壁ノモノト診斷シタ理由ハ，1)前腹部ニハ壓痛ノ割合ニ筋防衛(Défense musculaire)ヲ證明セヌ事ト，2)腹部ノ前後ヨリ双手的觸診ヲ行ヒ背部カラモ明カニ腫瘍ヲ觸レ且ツ此ノ部ニモ非常ナ壓痛ヲ證明シ，3)腫瘍ノアル部分ニ於テ打診上其ノ一部ニ鼓音ヲ發スル部分アツテ，確ニ前腹壁ト腫瘍トノ間ニ腸ガ介在セリト考ヘタ。扱テ入院後尿ノ検査，膀胱鏡検査，X線寫眞等種々ナル検査ヲセシモ尿ニハ特別ナル變化ナク，膀胱鏡検査ニ於テモ左側腎臟ハ立派ニ其ノ機能ヲ營ミX線寫眞ニテモ腎臟結石ハ證明サレズ，即チ一トシテ腎臟疾患ヲ疑ハシメルモノハ無カツタ。然シ觸診打診上腎臟疾患ト見テ間違無シト確信シ手術ノタメ手術臺上ニ横臥位ヲトラセタ，此ノ完全ナ横臥位デ今一應精密ニ觸診ヲ繰返セシニ此所ニ初メテ所見ノ甚シキ相違ヲ發見シタ。即チ腫瘍ハ背部ニ於テ比較的觸レ難クナリ且ツ此ノ部ノ壓痛モ餘程輕減シ，腫瘍ハ前腹部ニ近ク觸レ得ル感ヲ増シタノデ，其ノ部ニ試験穿刺術ヲ行フト脂肪ノ多イ人ニ拘ラズ注射針ガ高々2—3糎突入りシ處ヨリ俄然濃稠ナ膿ヲ多量ニ得タ。即チ前腹壁ノ筋炎トテ考ヘテ小切開ヲ加ヘ膿腔ヲ探ルト正ニ内斜腹筋炎デアツタノデアル。

吾々が，術前デアツタトハイヘ，斯様ニ甚シキ誤診ヲシタノハ，患者ノ非常ナ肥滿ト激シキ壓痛トノタメ觸診ノ困難デアツタ事ニモヨルガ，大部分ノ罪ハ完全ナ横臥位ヲ取ラセズニ診察シタ結果ニ外ナラヌ。今後吾々が腎臟疾患ノ疑アル患者ヲ診ル場合必ず完全ナ横臥位デ觸診スル習慣ヲツケ度ク思フ。

7. 腎結石ト誤ラシメタル「ヒエログラム」供覽

鬼 東 惇 哉

1腎出血患者ニ就キ腎盂造影ヲ行ヘル一 指頭大ノ 全ク腎石ヲ思ハシメル如キ像ヲ得タ(Serienaufnahme)ヲ爲セリ，且本患者レントゲン像一見ラルル特異ナル骨畸形像ニヨリ，左右ノ判別ヲ決シテ間違ヒ得ルモノニ非ズ)ガ，腎臟ヲ觀血的ニ調査シテ其然ラズシテ出血

性腎炎ナルヲ知り、夾膜剝離術ヲ行フ。此ノ「ピエログラム」ヲ供覽シ、斯ル影像ノ出現一ツキ大方諸賢ノ御高教ヲ乞ヒタリ。

#### 8. 副睾丸結核ト誤診セラレタル睾丸腫瘍ニ就イテ

川 部 英 夫

22歳 男。21歳ノ時淋疾ニ罹レリ。サテ4-5日前偶然右側睾丸ガ左側ニ比シ、約2倍大ニ腫脹セル事ニ氣付キ、觸ルルニ睾丸ノ後下方ニ拇指頭大ノ弾力性稍硬ナル腫瘤存ス。軽度ノ壓痛アリキ。當時ノ現症トシテハ、右側陰囊ハ左側ニ比シ約2倍大ニ腫脹シ、皮膚皺襞稍少シ。觸診上左右共ニ睾丸感アリ。局部ノ温度上昇ナシ。右側副睾丸ハ一般ニ肥厚シ、後方ヨリ睾丸ヲ曲玉状ニ包ミ、特ニ尾部ハ拇指頭大ニ肥厚ス。表面稍粗糙、弾性硬、皮膚トノ癒着ナク睾丸トノ境界明瞭、軽度ノ壓痛アリ。又睾丸前方ニ波動ヲ呈スル鳩卵大ノ腫脹アリ。透照検査ニテ僅ニ光ヲ通ス。輸精管ハ左側ニ比シ約2倍大ニ肥厚セルモ連珠状ヲ呈セス。左側睾丸及副睾丸ニハ異常ヲ認メズ。手術 右副睾丸切除。睾丸ハ正常。副睾丸ハ一般ニ肥厚シ硬ク、特ニ尾部ハ拇指頭大ニ達ス。頭部ノ睾丸ニ接スル部ニ留針頭大ノ結節形成2個ヲ認ム。輸精管ハ觸診所見ト同様ナリ。軽度ノ陰囊水腫アリ。術後9日目ニ全治退院。

然ルニ退院後約2月目ニ左側睾丸ニ壓重感アリ、陰囊後下部ニ示指頭大ノ腫瘤ヲ觸レ、軽度ノ壓痛アルヲ自覺セリ。再び來リ、左側副睾丸結核ノ診斷ノ下ニ入院セリ。

局處ヲ見ルニ、陰囊ハ左右同大、皮膚ニ異常ヲ認メズ、睾丸感アリ。左側副睾丸ハ尾部ニ示指頭大ノ腫瘤ヲ觸ルルモ、頭部及體部ノ肥厚ハ認メズ。腫瘤ハ弾性軟、軽度ノ壓痛アリ。睾丸トノ境界明瞭、表面平滑、皮膚トノ癒着ナシ。輸精管ハ正常。手術 睾丸、副睾丸及輸精管ハ肉眼的及觸診上全ク正常ナリ。副睾丸尾部ヲ去ル1/2極、睾丸ニ密接シ示指頭大、表面全ク平滑、弾性軟ノ腫瘤アリ。肉眼的ニハ睾丸白膜ト全ク同一ノ被膜ヲ有シ、睾丸トハ其基部ニ於テ僅ニ癒着ス。而シテ睾丸組織ヲ損傷セズシテ之ヲ容易ニ剝離スルヲ得タリ。腫瘤切斷面ハ肉眼的ニモ組織學的ニモ睾丸組織ニ一致シ、病的變化ナシ。

總括 右側副睾丸結核ノ既往症アリテ其ノ術後約2月ニシテ、左側副睾丸尾部ニ示指頭大ノ腫瘤ヲ觸レタルヲ以テ、副睾丸結核ト速斷シ手術ヲナセシニ、豫期ニ反シ睾丸及副睾丸ニハ全ク病的變化ヲ發見セズシテ、案外ナル腫瘤ニ遭遇シタルモノナリ。而シテ本腫瘤ハ對側患部ノ組織學的檢索ニ於テ明確ナル結核性ノ所見ヲ呈セルニ反シ、組織學的ニ全然睾丸組織ト同一ニシテ毫モ病的變化ヲ認メズ。即、恐ラク先天的ニ存在セシモノニシテ迷入(Aberration)ト認ムベシ。其ノ前回入院時ニ於テ少クとも臨床的ニ發見スル事ヲ得ザリシ本腫瘤ガ、忽ニ増大シタル事實ニ關シテハ充分ナル説明ヲ與フル事ヲ得ザルモノナリ。

#### 9. 綜説 胃ノレントゲン線検査法ニ就テ

藤 浪 修 一

(演説内容ハ本誌次號綜説欄ニ掲載サル、豫定。)