

腎臓結核(Nierentuberculose)

(臨 床 講 義)

昭和6年10月1日

教授 醫學博士 磯部喜右衛門 講述

助手 醫學士 赤 木 信 筆 記

第一例。

患者。白○フ○。39歳。女子。昭和6年9月21日入院。遺傳的關係及び既往症ニハ殊ニ述ベル程ノモノハナイ。

現在症。約7年前ヨリ秋カラ冬ーカケテ尿意頻數、排尿時ニ疼痛ガアツタガ氣ニ止メナカツタ。然ルニ本年 3月初旬或夜惡寒ヲ以テ熱發シ、腹ノ左側ニ緊張感ヲ覺エタ。ソノ時尿ガ多少濁濁シテ居ルニ氣ガツイタ。惡寒ヲ以テ熱發スル日ガ4.5日間繼續シテ後平熱ニナツタガ、ソレ以後ハ兎角左側腹部カラ左ノ季肋部ニ互ツテ緊張感ガアリ、時々惡寒ヲ以テ熱發シタ。本年5月カラ6月ニカケテ婦人科醫師ニヨリ膀胱炎ノ診斷ノモトニ治療ヲ受ケタガ、ソノ間ハ多少病狀ガ輕快シタ様デアツタ。6月初旬ニ緊張感ノアル部分ニ腫瘍ガ出來テキルニ氣ガツイタガ、自然痛ナク僅カニ壓痛ヲ感ジル位デアツタ。7月カラ惡寒ヲ以テ熱發スル事ガ頻々トナリ、尿意頻數、排尿時ノ疼痛ガ増シ、腫瘍モ大キクナツタ様デアル。發病以來體重モ減少シ、現今デモ食慾不良デアル。大便ハ1日1回、睡眠ハ左程障害サレテオラス。

今診ルト、體格中等、營養狀態ガ少シク衰ヘテキル、皮膚、粘膜ハ稍貧血性ニ見ユルモ浮腫ハ無イ。脈膊ハ整調、左右ニ變化ナク緊張度尋常只僅カニ小サイ。顔面ニモ浮腫ソノ他ノ異狀無シ、心臟ニモ肥大トカ心音ノ異常ハ認メナイガ僅カニ第二肺動脈音ガ增強シテキル。

肺ハ右肺尖部ガ打診的ニ短呼吸音ガ稍荒クテ強イ。側面及後部ニ於テ左ハ第10ノ胸椎以下打診的ニ濁音ヲ呈シ呼吸音ハ非常ニ弱イ。〔之ハ後述スル腎腫瘍ノタメト思ハレル。〕脊椎ヤ四肢ニハ異常ナイ。

サテ腹部ヲ診ルト、左季肋部ガ右ニ比シ少シ膨レテキルガ殊ニ皮膚ノ異常トカ靜脈ノ怒張ナドハ認メナイ。觸診スルトソノ膨隆シテキル部ニ相當シテ腫瘍ヲ觸レル。ソノ限界ハ右ハ正中線ヨリ1横指左ニ、下ハ臍ノ高サヨリ1横指下ニ觸レルガ、上方ハ肋骨窩ニ入りテ不明デアル。腫瘍ノ表面ハ比較的平滑、硬サハ弾力性稍軟、波動ヲ證明スル様デアル。移動性ハ何レノ方向ニモ殆ドナイ。壓痛モナイ。膀胱部位ヲ壓シテモ殊ニ異常感ヤ疼痛ハナイ。ソノ他肝、脾、他側ノ腎臓ハ觸レル事ハ出來ヌ。

尿所見。淡黃色不透明。酸性。蛋白ヲ證明シ、沈澱物中ニハ白血球ガ非常ニ多イガ、赤血球トカ腎上皮細胞ハ認め得ナイ。結核菌ハ證明出來ナカツタ。

膀胱鏡検査。膀胱粘膜ハ一般ニ透明デアルガ、三角部位ハ一體ニ充血シ、殊ニ左側輸尿管口附近ハソノ度著シク、且ツ白色ノ纖維素性物質ガ附着シ汚穢トナツテ居テ輸尿管口ノ右方ニ潰瘍ヲ認めラレル、シカシ結節ハ證明シナイ。輸尿管口ハ左右相稱ノ位置ニナクテ左側ハ上方ニ移動シ、特有ノ膨隆ヲ失ヒテ扁平トナリ、ソノ管内ヨリ極ク悠リト圓嚢狀ヲ呈セル膿ガ押出サレツ、アルノヲ認メル。右側ハ容易ニ「カテーテル」ヲ挿入シ得タケレドモ左側ハ1.0mm位入ルノミデソレ以上ハ狭窄ノタメ挿入不可能デアツタ。

機能的検査ヲ行フタメニ加温シタル「インデゴカルミン」溶液5.0ccヲ右大胸筋内ニ注射シタ。右腎カラハ約6分ニシテ排出ガ初マルノニ左腎カラハ30分間經ツテモ尙排出サレナカツタ。

尙血球検査ノ結果白血球ハ18,900ソノ中多核中性嗜好性白血球ガ78%ヲ占メテキル。明ラカニ白血球多過ノ像ヲ呈シテキル。レントゲン寫眞ニテ別ニ結石ノ様ナモノヲ證明シナイ。

第二例。

患者。加〇〇〇郎。18歳。男子。昭和6年9月5日入院。遺傳的關係、既往症共ニ特筆スベキモノハナイ。

現在症。小學校ノ頃カラ右側陰囊ノ後部一小指頭大ノ硬イ結節ガ出來、少シヅ、大サヲ増シテ來タガ苦痛ガ無イノデ放置シテイタ。然ルニ3ヶ月以前排尿時ニ激烈ナ疼痛アリ、凝固セル血液ガ尿ニ混ジテ出タノデ、驚イテ治療ヲ受ケタケレドモ、左程輕快セズ。ソノ後ハ強度ノ血尿ハナカツタガ、尿ハ常ニ濁濁シ排尿時ニ疼痛アリ、尿意頻數ナド加ハツタ。

發熱ヤ盜汗ナドハ一度モ經驗シナイ。2ヶ月以前カラ更ニ左側ノ副睪丸ガ腫脹シ、段々増大シソノ一部ハ陰囊ト癒着シ軟化シ、ソノ部ニ熱感ヲ伴フニ至ツタ。食慾ハ比較的可良、大便1日1回。

今診ルト、體格中等、營養狀態ハアマリ衰ヘテキナイ。脈搏整調、大サ、緊張略尋常。皮膚、粘膜、顔面ニ異常ナイ。

兩側扁桃腺ハ輕度ニ腫脹セリ。頸部淋巴腺ハ米粒大ニ腫脹セルモノガ多數ニ認めラレル。心臟ニハ異常ナイ。肺ハ右肺尖部ハ打診的ニ短、呼音稍粗ニシテ強イ。脊椎、四肢ニハ變化ナイ。腹部殊ニ腎臟部ニハ異常ナク腫瘍ハ觸レズ、壓痛モナイ、只膀胱部ヲ壓スルト不快ナ感ガスル。

此ノ患者ハ入院3日目ニ睪丸腫瘍ノタメ兩側ノ剔出術ヲ行ツタ。兩側共定型的ノ結核ノ像ヲ呈シテキタ。術後手術創ノ經過ハ順調デアツタガ、全く不規則ナ發熱ヲ伴ヒ、排尿頻

數トナリ多キ日ハ1日20回ニ及ブ事ガアツタ。肺ニハ増惡シタ様ナ症狀ハ表レヌ。

尿ノ所見。淡黃色不透明。酸性。蛋白ハ強陽性、沈澱物中ニハ白血球、及ビ赤血球ハ多量ニ存シ腎上皮細胞ヲ少シク混ズ。結核菌ハ證明サレナカツタ。

膀胱鏡検査。一般ニ膀胱粘膜ハ粗デ充血シ、殊ニ三角部位ハ著シイ。所々ニ汚穢ナ纖維素性物質ガ附着シ底部ニハ潰瘍ヲ證明スル。右側輸尿管口ハ普通ノ位置ニ正常ノ形態デ診ラレルガ左側輸尿管口ハ充血甚ダシク汚穢シテキルタメニ不明デアル。

機能的検査ヲ前患者ト同様ニシテ診ルト、右腎カラハ12分デ排出ガ初マルガ左腎カラハ40分間觀察シテキテモ排出サレズ、輸尿管口モタメニ認メ得ナカツタ。

先ヅ第一ノ患者ニ就テ診斷ハ何デアルカト云フニ、上述セル症狀、腫瘍ノ位置、尿所見、膀胱鏡検査ニヨツテ腎腫瘍デアル事ハ確カデアル。腎腫瘍ニハ次ノ四ツノモノガ普通考ヘラレル。

- 1) 腎臓水腫 (Hydronephrose)
- 2) 腎臓腫瘍 (Nierengeschwulst)
- 3) 腎臓膿腫 (Pyonephrose)
- 4) 腎臓結核 (Nierentuberculose)

此等ノ疾患ヲ簡單ニ述ベテ此ノ患者ト比較シテミルト。

1) 腎臓水腫。

恒久性腎臓水腫ト間歇性腎臓水腫ニ分ツ事ガ出來ル。前者ハ此ノ患者ノ如ク一般ニ腫瘍ハ大キクナラナイガ、後者ハ時ニ非常ニ大キナル事ガアルガ、周圍トノ癒着ナク且ツソノ柄部ガ長ク延ビテキルノガ一般デアルカラ移動性ハ何時迄モ失ハヌモノデアル。勿論此ノ患者ノ様ニ尿ノ溷濁トカ發熱ハ伴ハナイ。

2) 腎臓腫瘍。

一般ニ早期ニ血尿ヲ伴フモノデ、シカモ何ノ誘因モナク安靜時ニ起ルノガ多イ。尙尿中ニ白血球ガ證明サレル事ガアルガソノ量ハ極ク僅少デアル。腫瘍ノ硬サモ弾力性硬デ波動ヲ證明スル様ナ事ハナイ。又此ノ患者ノ様ニ大キイ腫瘍ヲ形成スル場合ニハ惡液質ガ現レ、淋巴腺ニ轉移ヲ作ル事ガアリ、時ニハ局所ニ鈍痛ヤ神經痛ガ起ル。惡性腫瘍ガ急ニ大サヲ増ス時ニハ熱發ヲ伴フ事ガアルガ、此ノ患者ノ様ニ惡感ヲ以テ熱發シタリ、發熱ノ期間ガ長期ニ互ルモノデハナイ。

尙腎臓嚢腫ガアルガ此ハ稀ナ疾患デ、非常ニ大キナル事モアルガ、尿ニハ大シタ變化ヲ現ハサスノガ普通デアル。

3) 腎臓膿腫。

之ハ連鎖狀菌、葡萄狀菌、大腸菌ナドニ由ツテ起リ、尿道ヲ通過シテ膀胱ニ達シ更ニ輸

尿管ヲ經テ腎盂ニ進ム逆行性ノ感染ト、血行ニヨリテ化膿菌ガ腎ニ達シ腎盂中ニ擴ガル下降性ノ感染トガアル。コレハ急性ノ疾患デアツテ高熱ヲ伴ヒ局所ノ疼痛甚ダシク、尿ハ著シク溷濁スルモノデアル。コノ急性ノ腎盂炎ハ都合良キ場合ニハ自然ニ治癒スルコトモアルガ、時ニハ腎實質中ヘ侵入シテ膿瘍ヲ形成シ、腎膿腫トナルコトガアル。此急性ノ腎膿腫ハ症狀ガ甚ダ激烈ナモノデアル。此ノ患者デハ發熱ノ狀態、血球検査ノ結果等ヨリシテ腎臟膿瘍ヲ疑フ餘地ハ無イデモナイガ、シカシ惡感ヲ以テ發熱シテモ高々38.5°C位デアルシ尿ノ溷濁モ強度デハナイ。殊ニ7年前ヨリ既ニ排尿時ノ苦痛、尿ノ溷濁アリ、且ツ現今尿及ビ膀胱鏡所見ヨリシテ譬ヒ結核菌ガ證明サレナカツタハ言ヘ結核ヲ考ヘナケレバナラス。腎臟ガ結核ニ侵サレ漸次崩壊スレバ所謂腎癆トナリテ大キナ空洞ヲ形成シ、加之腎盂中ヘ流出セシ乾酪様物質ガ輸尿管ヲ閉塞シ、或ハ輸尿管自身ニ結核性浸潤ガ起ツテ狹窄ヲ來セシ時ニハ、腎臟ハ容易ニ囊狀ニ變ジ、所謂結核性腎膿腫ヲ形成スルニ至ル。更ニ化膿菌ガ何カノ機會ニ侵入シテ混合感染ヲ起スト、此ノ患者ノ様ニ急性腎膿腫ニ類似セル結核性腎膿腫トナルノデアル。

第二例ノ患者ニ就テハ定型ノ副睪丸結核ニ罹ツテキル事、尿所見及ビ膀胱鏡検査ニヨリ假令腎膿瘍ヲ觸診出來ズトモ腎臟結核デアル事ハ確カデアル。

腎臟結核ノ場合如何ナル症狀ガ現レルカト云フニ特異ナ症狀ハ無イモノデアツテ、初期一ソノ診斷ヲ確定スル事ハ却々困難デアル。今症狀ノ主ナルモノヲ擧ゲテミルト、

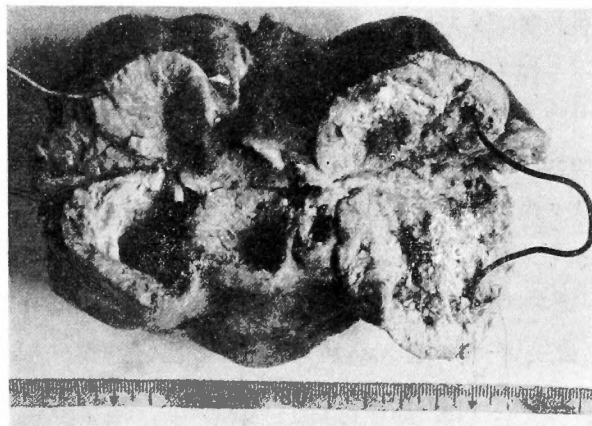
- 1) 血尿。腎乳頭部ガ崩壊シソノ部ノ血管ガ侵サレル場合ニハ比較的早く現ハレル症狀デアルガ、相當進行シタ時ニモ現ハレヌ事モアル、丁度肺結核ノ末期ニ至ルモ尚咯血ヲ起サヌコトモアルト同ジデアル。一般ニハ結核ガ膀胱ニ進ミ潰瘍ヲ形成シタ時ニ現ハレルモノデアル。
- 2) 疼痛。之ハ輸尿管ニ浸潤乃至潰瘍ガ出來、狹窄ヲ起シタ時ニ輸尿管收縮ニヨツテ起ルモノデアルガ、尙進ンデ膀胱ニ潰瘍ヲ形成シタ時ニ起ルノガ普通デアル。
- 3) 膿尿。之レハ腎結核ノ殆ンドスベテノ場合ニ起ル症狀デアルガ、ソノ量が僅少ナルタメニ注意サレズニ經過スル場合モアル。
- 4) 蛋白尿。之モ少量ナガラ大抵ノ場合ニ現レル、シカシ其ノ爲メニ却ツテ腎臟炎ト誤診サレル様ニナル事ガアル。
- 5) 發熱。肺ナドニ認ムベキ異常ナク、結核ガ腎臟ニ局限サレテキル場合ニハ發熱ハ稀デアツテ、強イ發熱ハ通常混合感染ヲ起シタ時ニ現ハレルモノデアル。
- 6) 腫瘍形成。腎臟部ニ觸知出來ル腫瘍ヲ形成シタ場合ニハ診斷ハ比較的容易デアル。コノ腫瘍ハ一般ニ自然痛ナク壓痛モ輕度ノモノデアル。

ソノ他診斷ヲ確定スルタメニ行ハレル検査法ハ、

- 1) 結核菌染色法。常ニ證明サレルモノデハナイ。コレヲ以テ非結核性ト言フ事ハ出來ナイ。
- 2) 膀胱鏡検査。膀胱ノ結核ハ殆ンド總テ腎臓結核ニ續發スルモノデアルカラ、膀胱ニ結核性ノ病變即結節トカ潰瘍ヲ證明シタ時ニハ先ヅ腎臓結核ノ診斷ヲ下シテ良イ。殊ニ潰瘍ハ患側ノ輸尿管口附近ニ來ル事が多イ。更ニ輸尿管ニカテーテルヲ挿入ニヨツテ兩腎ノ尿ヲ分離検査スレバ直チニ患側ノ腎ヲ決定スル事が出來ル。

コノ膀胱検査ト同時ニ腎機能ヲ簡單ニ試験スル事が出來ル。即チインデゴカルミン⁷溶液ヲ注射シテ兩側ノ輸尿管口ヨリソノ青色ノインデゴカルミン⁷ガ排出サレル迄ニ要スル時間ヲ以テ大體腎機能ヲ知ル事が出來ル。健康ナ腎デハ4分カラ10分以内ニ排出ヲ認メル事が出來ルノdeal。

此等ノ症狀ヲ患者ニ照シ合シテミルト



第 1 例

第1例ノ患者ニ於テハ腫瘍形成、膿尿、蛋白尿、發熱ヲ伴ヒ、第2例ノ患者ニ於テハ血尿、膿尿、膀胱部ノ輕度ノ壓痛アリ、2例共膀胱ニハ結核ノ症狀ヲ呈シ且ツ左腎ハソノ機能ヲ全ク消失シテキル。

療法。一般的ニハ腎臓結核ノ初期デ尙多少腎機能ヲ保有シテキルモノデモ早く剔出ヲ行フ方

ガヨイ、コレハ腎臓ハ肺ナドト異ナリ結核性病竈ガ具合ヨク結締組織デ包裡サレル事ハ甚ダ困難デ、常ニ蔓延性ノ傾向ヲ有シ、血行性ニ腎臓ニ來タ菌ハ大概乳嘴部ヲ侵シ、ソコニ乾酪性病竈ヲ形成シ、ソレガ段々ト腎實質ヲ崩壞シツ、終ニハ全腎ニ及ブモノdeal。又患側ノ腎臓ノ崩壞シタモノガ吸收サレ、他側ノ健康ナ腎ニ至リテソノ機能ヲモ多少障害シ得ルモノdealカラ患腎ノ剔出ニヨリテ却ツテ他側ノ腎機能が高マルモノdeal。尙結核ガ一側ノ腎ニ局限サレテキル場合ハマダシモ良イガ、困ルノハ他側ノ腎ニ感染スル事deal。コノ侵サレル経路ニ關シテハ膀胱迄進ンダ結核ガ更ニ上行性ニ輸尿管ヲ傳ハツテ他側ノ腎ヲ侵スト云フ人モアリ、又此ハ極ク稀デアツテ多クノ場合他側腎モ患側腎ト同様ニ肺ヤ淋巴腺ノ様ナ離レタ病竈カラ血行性傳染ニヨツテ菌ガ來ルノdealト云フ人モアリ、又兩腎ノ間ニハ細キ血管ノ吻合枝ガアルモノdealカラ其レヲ通ジテ直接ニ感染スルト唱ヘル人モアル。何レニシテモ兩腎ガ同時ニ侵サレタル場合ニハ一般ニ手術ハ適應デナイノdeal。自然治癒ガアルト云フ報告モアルガ至極稀ナ事deal。コノ2人ノ患者ハ共ニ初期



第 2 例

ト云フ譯デナク、又膀胱鏡検査ニヨツテ左腎ノ機能ガ消失シテキル事が確メラレテキルシ、發熱モ亦コノ腎臟ノタメニ起ツテ居ルモノデアルカラ、早く剔出術ヲ行ツテ衰弱ヲ防止シナケレバナラス。

サテ剔出術デアルガ第 1 例ノ患者ノ様ニ腫瘍ガ非常ニ大キクナツテキテ周圍トノ癒着モ相當強イモノデハ腎被膜ヲ持ツタマ、剝離スル事ハ仲々難儀デアツテ、強ヒテコレヲ剝離セントスレバ出血甚ダシク患者ハ剔出完了前ニ出血ノタメ死ニ至ル様ナ事ガアルカラ、肥

厚シテキル被膜ニ切り込シテ被膜ノ下ニ於テ腎臟ヲ剝離シテ剔出ヲ行ハナケレバナラス。ソノ後ハ第 1 期縫合ヲ行ハズニ開放性ノ創面トシテ肉芽ノ發生ヲ以テ治癒シナケレバナラス。尙カクノ如キ大キイ腫瘍ノ場合ニハ初メカラ肋骨切除ヲ合セ行ツテ、ソノ手術操作ヲ容易ナラシメルノモ衰弱セル患者ニハ時間が短カク出血モ少ナクシテ済ムカラ良イワケデアル。第 2 例ノ患者デハ腫瘍ヲ形成セズ、シタガツテ多少ノ癒着ハアツテモ被膜ヲ持ツタマ、剔出スル事が出來ル。是カラ 2 人ノ患者ニ就テ上述ノ方法ニ從ツテ剔出術ヲ行フ。

〔附記。剔出後檢スルニ第 1 例ノ腎ハ全ク崩壞シテ所謂結核性膿腎トナリ、約小兒頭大ノ結節狀ノ囊腫ニ變化シ、第 2 例ノ腎ハ僅カニ腫大セルノミナルモ、割面ニテハ髓質ハ殆ンド全部崩壞シ居レリ。2 人共經過順調デ發熱ハ一度モ起ラヌ。〕

雜誌抄讀會 (九月)

昭和6年9月21日午後7時京大樂友會館ニ於テ開催，ソノ抄讀演題，臨床例報告要旨及ビ綜説演題次ノ如シ。

○抄讀演題

- | | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| 1. 骨折ニ於ケル鑛性代謝並ニ内分泌ニ對スル關係 | 有 | 原 | 君 |
| 2. 血栓處置ニ關スル一考察 | 植 | 田 | 君 |
| 3. 手術後ニ於ケル血栓及栓塞成生ニ就テ | 裕 | | 君 |
| 4. 脊椎「カリエス」ノ麻痺ニ對スル手術的處置 | 内 | 田 | 君 |
| 5. 腸麻痺鎮定及ビ蠕動機ノ興奮ニ對スル規準ニ就テ | 宇 | 田 | 君 |
| 6. 腦動脈撮影トソノ腦腫瘍ニ對スル診斷價值 | 福 | 間 | 君 |
| 7. 若年期糖尿病ニ對スル脾臓尾部結紮ノ効果 | 藤 | 浪 | 君 |
| 8. 胃結核ノ診斷決定マデ | 落 | 田 | 君 |

○綜 説 日光療法

土屋助教授

○臨床例

1. レツクリングハウゼン氏病ノ一例

小 津 茂

患者 30歳ノ男子。

遺傳的關係 實母ガ患者ト同一ナル腫瘍ヲ全身ニ生ジテ死亡シテキル外，血族關係者ニ同病ヲ認メナイ。

既往症 生來健全デ現疾患ノ外ニハ著患ヲ知ラナイ。

現在症 生後既ニ右大腿ノ中央部ニ米粒大ノ黑色ノ疣ヲ生ジテキタガ苦痛モナイノデ放置シテキタ。所ガ16歳頃ヨリコノ疣ガ急ニ大キクナリ膝關節ノ下部ニ及ビ步行困難ヲ來ス様ニナツタノデ三回手術ヲウケ一部ヲ除去シテ貰ツテキタガ腫瘍ハ却ツテソノ大イサヲ増シ，右股關節ヨリ右腰部ニ及ビ，且瓣狀ヲ呈スル様ニナツタ。一昨年ノ冬カラ右上膊ニ米粒大ノヤ、赤色ノ軟イ疣ヲ生ジタノヲ始マリトシテ昨年十二月迄約一ケ年間ニ全身ニ多數ノ結節様腫瘍ヲ生ジ現在デモ尙數及ビ大イサヲ増ス様ニナツタ。

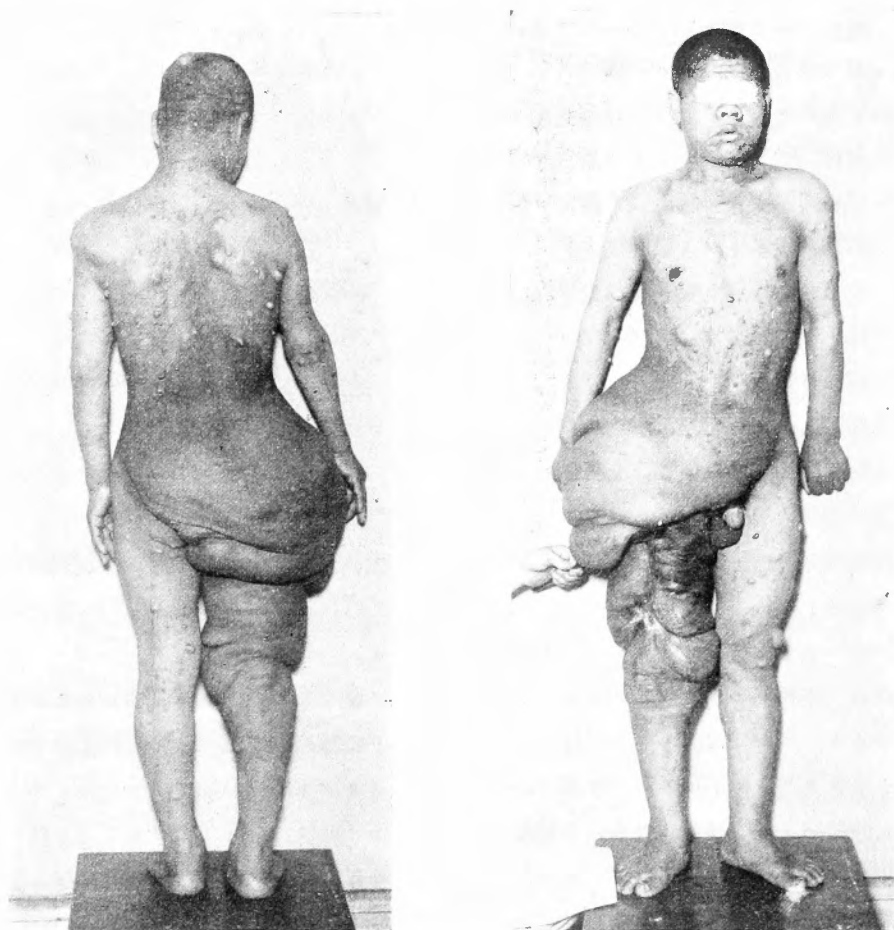
現在所見 體格ハ年齢ニ比シテ小，骨格中等，ワ氏反應陰性，淋巴腺ノ腫大ナク，血液像ニ中性多核白血球，「エオジン」嗜好性細胞ノ増加ハナイ。

局所所見 手掌，足蹠，外陰部ヲ除ク全身ノ皮膚面ニ略々圓形ヲ爲シタ多數ノ暗褐色ノ色素斑ガ散在シテキル，コノ色素斑ト混在シタ米粒大乃至鶏卵大ノ略半球形ノ無數ノ結節ガ皮膚面ヨリ神經ノ走行トハ全く無關係ニ隆起シテキル。結節ニハ指壓一ヨリ殆ンド消失スル様ナ軟性ノモノト弾力性鞏ノモノトアルガ何レモ壓痛ナク，上覆皮膚ハ淡紅色乃至青味ヲオビテキル。此ノ結節ノ最モ多イノハ胸骨部，後頸部デ四肢ハ末端ニ至ルーツレテ數

ガ減ツテキル。

粘膜デハ眼瞼粘膜ニモ結節ハナイガ、極小サイ黒褐色ノ色素斑ガアル。

今一ツ目ニツクコトハ右腰部ヨリ右大腿ニ及ブ瓣狀ノ腫瘍デ、表面ハ一般ニ平滑デ結節様ノ腫瘍ハ少ク皮膚ハ黒褐色ヲ呈シテ明カニ他ノ部ト境界サル。



手術所見 結節ハ皮膚ト癒着シ基底ハ容易ニ剥離シ得。剖面ハ黄白色。血管ハ少イ。瓣狀部ノ皮膚ハ肥厚シ、皮下3 釐ノ間ハ腱様デ光澤アリ、濕潤ヤ、透明デアルガ淋巴液ノ流出ハ見ナカツタ。

組織學の所見 ワンギーソン氏染色法ニ依ルト結節部ト瓣狀部共ニ略々同一ノ組織的構造ヲ有シテキル。即腫瘍部ハ輝赤色ノ被膜デ覆ハレコノ被膜ハ腫瘍組織中ニ移行シ腫瘍内ニ於テハ此ノ兩者ガ平行ニ、又ハ錯雜ニ走ツテキテ、アル場所デハ更ニソノ中ニ小サイ腫瘍ヲ作ツテキル。コノ小結節内ハ主トシテ黄赤色ノ纖細ナ渦狀ヲナシタ纖維デ充サレ、核

ハ「ヘマトキシリン」で強染サレ紡錘形ヲ呈シテキル。

即本例ニ於テハ von Recklinghausen ガ組織學的一致ノ見地ヨリ神經纖維腫ト云フ名稱ノ下ニ總括シタ多發性軟性纖維腫ト癩狀象皮病ヲ同一例デ見ウル好例デアル。(患者供覽)

2. テーチェ氏病ノ一例

姫 井 淑

患者 富○憲○ 21歳男。

主訴 右前胸上部ノ無痛性隆起。

病歴 遺傳的關係既往症ニハ特記スベキコトハナイ。

今度ノ病氣ハ昨年十二月何等誘因ナク右前胸上部ニ輕イ膨隆ガアルヲ認メタ。苦痛モナク漸次膨隆ノ度ヲ増シテ今日ニ至ル。而シテ本年五月下旬カラハソノ部ニ時々自發痛ヲ覺エル。

現症 體格中等榮養佳良他ニ特記スベキコトハナク、局所ヲ診ルト右鎖骨下デ胸骨縁ニ近ク彌蔓性ノ膨隆ガアル。該部ノ皮膚ハ何等變化ナク、觸診ニヨリ局部溫度上昇ナク軟骨硬デ第二肋軟骨部ニ當リ壓痛ハ殆ンドナイガ壓ニヨリ不快感ガアル。膨隆ヲ覆ヘル皮膚トハヨク移動スル。「レントゲン」寫眞一テハ右第二肋軟骨ガ左ニ比シテ少シ幅廣ク見ユル他ハ局所ニ何等變化ハナイ。

以上ノ所見カラ肋軟骨「カリエス」ノ診斷ガ下サレタ。

手術 右第二肋骨上ニ約12糎ノ皮膚切開ヲ施シ皮下組織筋膜筋肉ヲ銳性ニ扒開シテ肋軟骨ニ達スルモ「カリエス」竈ニ於テ見ルヤウナ變化ヲ認メナイ。依テ軟骨膜内軟骨切除ヲ行ツタガ軟骨膜ノ剝離ハ左程困難テハナク第二肋軟骨全部ヲ約1cmノ肋骨ト共ニ切除シタ。

標本所見 病理解剖の所見トシテハ中央部ニ輕度ノ肥厚ガアリ幅ガ少シ廣ク他ニ色調硬度等ニ變化ハナイ。組織學のニハ軟骨組織ハ基質細胞共ニ正常ノ組織像ヲ呈シ炎症性徵候モ退行變性ノ像モ認メラレナイ。

斯様ニ肋軟骨「カリエス」ニ疑ヲ置キ之ニ手術の侵襲ヲ加ヘ「カリエス」性變化又ハ病的ト認ムベキ變化ヲ證明スルコトナク唯肋軟骨ニ輕度ノ肥厚ガ特記スベキ變化ヲ認メナイコトガアル。カクノ如キ疾患ノ存在スルコトヲテーチェ氏が1921年始メテ報告シテキル。續イテフレイエーリツヒ、ハルツング、後藤、宮崎諸氏ノ報告ガアル。

本疾患ハ局所ニハ此ノ患者ノ如ク輕度ノ膨隆ト壓痛ガアル他何等炎症性其他ノ病的徵候ヲ認メナイ。極ク慢性ノ經過ヲトリ統計上20年代ノ者ニ多ク上部肋軟骨ニ來ルモノガ多イ。結核ト本疾患ノ關係ヲ明カシタモノハナイガ大多數ガ既往歴現在症ニ結核の疾患ヲ有スル。本疾患ノ本態ニツイテハ榮養障害ニヨツテ起ル肋軟骨ノ纖維性崩壞、石灰沈著、早期化骨、退行變性等ガ舉ゲラレテキルガ宮崎氏ハ之等ノ諸變化ハ生理的ニモ多ク證明セラレル範圍ヲ越エナイト報告シテキル。要スルニ組織學のニハ本疾患ニ特有ナ變化ハ見出サレ

テキナイ。膨隆トカ疼痛トカ臨床的徴候ノ説明ハナホ充分ニハ與ヘラレテキナイ。

此ノ患者モ手術の所見ニモ組織學的所見ニモ炎症性徴候ヲ缺イテキル。年齢ハ21歳デ上部肋軟骨ニ來テキル所カラテイーチエ氏が始メテ記載シタ疾患ト同ジ物デアル。

何等ノ病變ガ立證サレヌトシテモ臨床上ニハ一定ノ障礙ガアルカラ切除術ヲ行フコトハ合理的デアル。

3. 腸石ニヨル「イレウス」ノ一例

岩 城 達

9歳ノ男兒 入院 昭和6年7月4日。

主訴 腹痛、嘔吐及腹部腫瘤。

昨年九月中旬澁柿ヲ多食シテ後突然右上腹部ニ激痛惡心嘔吐及同部ニ輕度ノ硬結ヲ來シタ。

本年五月二十三日同様ノ發作ヲ起シ且ツ其際非常ニ移動シ易イ腫瘤ヲ認メタ。一週間前ヨリ諸症増惡シ便秘ハ約二週間、放屁ハ五日間モ缺如シテキル。

患者ハ苦悶シ、脈搏微弱ニシテ欝滯スル。

腹部ハヤ、陷沒シ、蠕動不穩ハナイ。臍ノ左上部ニ軟骨様硬、超鶯卵大ノ腫瘤ヲ觸レル。境界鮮明、被覆皮膚及基底トモ容易ニ移動シ左ハ臍ヨリ3横指、右ハ廻盲部マデモ持チ行ク事が出來ル。ヤ、壓痛ヲ有スルガ壓縮性ハナイ。鑛響性腸雜音アリ、心窩部ニ水震音ヲ認メタ。

本症ハ器械的イレウスデアル事ハ明デアル。腫瘤ノ場所モ該腫瘤ノ極メテ移動シ易イコトカラ小腸内ーアルト診斷サレ、多分 Phytobezoar ナラント考ヘラレタ。

手術 正中線切開ニテ腹腔ヲ開キ腫瘤部ヲ引出シタガ、ソレハ十二指腸空腸彎局部ヨリ肛門方へ約30cmノ空腸内ニ在リ、腸管内ヲ僅カニ移動シ腸壁ニ肥厚炎症モナイ。依ツテ縦ニ3cmノ切開ヲ加ヘ腫瘤ヲ押出し創口ヲ横ニ全層縫合、漿膜縫合ヲ行ヒ閉鎖シ、腸管還納後腹壁ヲ三層ニ縫合シタ。

摘出物ハ一個ノ腸石デ黑褐色、長サ7.3cm、周圍11.0cm、重量49.0gr 略卵圓形、表面粗糙、軟骨様硬度ヲ有シ多少彈力ガアル。剖面黃褐色ニシテ等質性。果實核、不消化植物殘片等ヲ認メナイ。

腸壁ニハ肥厚炎症等ノ變化ノナイ所カラ之レハ一所ニ定在セス胃ノ方カラ蠕動デ肛門ノ方ヘ降ツテ來テ蠕動ノ強イ時ニハ腹痛ヲ起シタルモノデアル。今度ハ蠕動ガ衰ヘテ初メテ急性腸閉塞症狀ヲ發シタルモノデアルト考ヘラレル。腸石ノ本態ニ就イテハ目下究明中。

(標本供覽)。

雜 誌 抄 讀 會 (十 月)

昭和6年10月20日午後6時ヨリ京大樂友會館ニ於テ開催、ソノ抄讀演題、臨床例報告要

旨次ノ如シ。

○抄讀演題

- | | | | |
|----------------------------|---|---|---|
| 1. 切除不能ナル十二指腸潰瘍手術ニ就テ | 島 | 袋 | 君 |
| 2. 小兒期ヒルシユスプルング氏病ニ對スル腸重積法 | 西 | 尾 | 君 |
| 3. 脊椎變形ノ診斷上ノ價值 | 高 | 安 | 君 |
| 4. 急性脾臓炎ノ療法及ビソノ持續効果 | 進 | 藤 | 君 |
| 5. 蟲様突起切除ニ於ケル切除斷端ノ埋没ノ可否ニ就テ | 鷲 | 山 | 君 |
| 6. 癰ノ一新療法 | 石 | 原 | 君 |

○報告臨床例

1. 胃癌轉移ヲ疑ハシメタル頸部肉腫ノ一例 吉 田 久 士

患者 佐○拾○ 63歳ノ男子 昭和6年9月14日入院。

主訴 左頸部ノ無痛性腫瘍。

既往症 生來餘リ丈夫ニアラズ。一昨年十月頃ヨリ食後上腹部ニ鈍痛、膨滿感ヲ覺エ、漸次食慾減退シテ昨年七月頃ニハ羸瘦甚ダシク、爲ニ本院内科ヲ訪レ胃癌ノ診斷ヲ受ケ、本院外科ニテ同年7月18日手術ヲ受ク。腫瘍ハ胃ノ小彎部ヲ中心トシテ存シ、胃ハ砂時計形ヲ呈セシモ、周圍臓器トノ間ニ著シキ癒着ヲ認メズ。胃ノ下2/3ヲ切除シ、ビルロート第一式ニ從ツテ吻合ヲ施セリ。顯微鏡所見ハ硬癌。同年8月1日全治退院。ソノ後ノ經過順調、食慾佳良ニシテ今日ノ體重ハ昨年ヨリ約二貫目増量ス。

現在症 約一ヶ月前ヨリ何等ノ誘因ナク、左側ノ肩ノ凝リヲ來シ、ソノ時按摩ヨリ非常ニ力強ク、マツサージヲ受ケテ甚ダ心地ヨク感ズ。然ルニソノ翌日左頸部ニ無痛性ノ示指頭大ノ腫物アルニ初メテ氣付キ、以後漸進的ニ増大シテ今日ニテハ鶏卵大以上トナレリ。食慾佳良、別ニ羸瘦セリトモ思ハズト。

局所所見 頸部ハ非對稱性ニシテ、左頸部ノ略中央ヨリ乳嘴突起ノ下ニ互リ扁平隆起ヲミル。皮膚ニハ異常ナケレドモ、稍緊張シ平滑ナリ。觸診スルニ局所ノ體溫上昇ナク、腫物ハ鶏卵大以上ニシテ胸鎖乳嘴筋ノ深部ニ位シ、境界割合判然タリ。皮膚トノ癒着ナク、又胸鎖乳嘴筋ト固ク癒着セルモ、基底トハ可成ヨク動キ、硬度ハ平等ニシテ弾力性硬、表面ハ結節狀ニシテ、腫物ニ壓痛ナク、波動ヲ證セズ。鎖骨上窩及下窩、腋下腺、他側ノ頸部ニ異常ナシ。

以上ヲ考フルニ、昨年胃癌ノ手術ヲウケ、高齢デアリ、腫物ノ性状ヨクシテ胃癌ノ轉移ト思ハレシモ、他方胃癌ノ轉移トスレバ、頸部ヘ來ルニ先ダチ胃ノ障礙ガアラハルベキデアリ、假令頸部ヘ轉移ヲ來タストモ、マツ第一ニウキルヒヨウ氏腺ニ來ルベキデ、部位ガ少シ上方過ギルト考ヘラレ、何カ癌腫以外ノ發育ノ早イ腫物ナラント考ヘタリ。

手術 九月十五日、左側乳嚢突起ノ下部ヨリ胸鎖乳嚢筋ノ前縁ニ沿ヒ約15糎ノ皮膚切開ヲ加ヘテ進ム。腫物ハ強く浸潤性ニ胸鎖乳嚢筋及基底部ト癒着セシモ、上方及内方ハ稍々結節狀ヲ呈シテ割合剝離シ易ク、大ナル血管及神經ヲ切斷セズニ剔出シ得タリ。次デ附近一帯ノ淋巴腺轉移全部除去シテ手術ヲ完了ス。

標本 肉眼の所見 大サ雞卵大、硬度弾力性硬、波動ヲ證セズ。割面、灰白色實質性。結節狀部ノ表面ニ近キ所ハ二所小指頭大ノ壞死ニ陥リ軟化セリ。

顯微鏡的所見 淋巴肉腫、創縁ハ第一期癒合ヲ營ミ、手術後療法トシテ「レントゲン」照射ヲ行ヒ、10月5日全治退院。

元來腫瘍ノ原發竈ト轉移竈トハ通常ソノ組織學的構造ヲ同ジウスレドモ、往々腫瘍細胞ノ性質ガ變化シテ異ナル形態ヲ現ハスコトアリ。然レドモ本例ニ於テハ、カク性質ノ變化シタル所見更ニナク、原發性ニ頸部肉腫ヲ來セルモノニシテ、同一人ニ於テ僅カ一年ノ間ニ性質ノ異ナル最も惡性ノ腫瘍ヲ二種發生シ、診斷上多少困難ヲ感ゼシヲ以テ興味アル一例トシテ茲ニ紹介セント欲スル次第ナリ。

2. 攝護腺腫瘍ト誤ラレタ腸腫瘍ノ一例

小 津 茂

患者 67歳ノ男子。

主訴 排尿頻數及ビ無痛性下腹部腫瘍。

病歴 本病ノ始リハ昨年12月デ、ソノ頃ヨリ時々腰痛及ビ下腹部ニ鈍痛ヲ來シ、一方ニハ便秘他方ニハ頻回ノ排尿ヲ訴ヘタ。本年八月下腹部ニ腫瘍ヲ觸レソノ腫瘍ガ大キクナルト共ニ排尿頻數及ビ便秘ノ度ヲ増シタ。

現症 下腹部ノ殆ド全體ニ汎リ大キナ硬イ腫瘍ガアリ、ソノ上半分ハ鼓音性濁音デ腫瘍ト腹壁トノ間ニハ腸ノ介在セルコト、即腫瘍ハ後腹膜ニ存在シテキルコトヲ思ハシメタ。腫瘍ハ殆ド移動性ナク、弾力性硬デ壓痛ガアル。尿ハ蛋白、赤血球、白血球ヲ證明スルガ乳光色ヲ呈シナイ。血清ノワ氏反應ハ陰性デアル。

膀胱鏡検査ノ所見 膀胱腔内ハ全周圍ヨリヤ、凹凸ノアル隆起ノタメニ狹縮サレ容量力ハ約200糎ニ低下シテキタ。粘膜面ハヤ、混濁シテキルノミデ變化ナイガ三角部ハ強く、殊ニ左方ニ押シ上ゲラレテキタ。尿ハ兩側輸尿管口ヨリ活潑ニ排出サレテキタ。

肛門内觸診ノ所見 肛門ヨリ4糎ノ部即チ攝護腺ノ所在ニ相當シテ表面平滑デ弾力性硬ノ腫瘍ヲ觸ル。大サハ略林檎大デソノ上ノ方ヘハ指ガ達シ得ナイガ非常ニ壓痛ガアリ、腫瘍ハ双手の觸診ニヨルモ殆ド移動性ハナイ。

診斷 以上ノ所見デ攝護腺ノ惡性腫瘍ノ診斷ヲ下シタ。

經過 入院後ハ平熱デ時々下腹部ニ疝痛様疼痛ガアツタ。

手術所見 腹腔内ニ腹水ナク廻腸ノ下部ハ手拳大ニ腫脹シ壁肥厚シー部ハ膀胱基底及ビ

骨盤後壁ト強く癒着ス。此ノ所デハ腸壁ハ彈力性硬デ少シモ移動性ナク表面ニハ凸凹ナシ。腫瘍ヨリ口側へ約1米ノ小腸壁ハ浮腫ガアリ肥厚シ、充血シテキタ。然シ廻盲瓣ノ上方10糎ノ廻腸及ビ盲腸上行結腸ハ全く健全デ且ツ異常内容ヲモ認メナカツタ。

以上ノ所見デ腫瘍様ニナレル部ニ極メテ慢性ノシカモ強イ通過障礙ガアルコトヲ知ツタノデソノ部ヨリ口側へ50糎ノ部ト横行結腸ノ中央部トノ側々吻合ヲナシタ。コノ時通過障礙ハ相當高度ノモノデアルトノ見地ヨリ自覺的ニ吻合部以下ノ部分的贛置術ハ行ハナカツタ。

手術後ノ經過 手術後ノ經過ハ順調デ5日目ニ著シイ變化ヲ見出シタ、即下腹部ノ腫瘍ガ縮小シ、且肛門内觸診デ攝護腺ハ略々尋常ノ大サニ觸レ得タノデアル。即攝護腺腫瘍デハナカツタノデアル。術後9日目ニ始メテ大量ノ排便ガアリ患者ハ全く術前ノ苦痛ヨリ逃レ排尿頻數ノ度モ減少シ非常ニ元氣ニナツタ。

斯ノ如クシテ最初ハ攝護腺ノ惡性腫瘍性浸潤ガ膀胱及ビ腸管ニ及ンダモノト考ヘタノデアルガ、以上ノ經過ヨリ炎症性ノ變化ト理解セネバナラヌ様ニナツタ。然ラバ炎症性ノ變化ハ如何ナル處カラ起ツタカト云フニ開腹術デ廻腸ノ腫瘍様ニナレル部ヨリ口側へ約1米ノ間ノ炎症性ノ變化ガ腸管ノ慢性通過障礙ニヨルモノデアルヲ實際見届ケルコトガ出來タノデアルガ、コレト同様ノ炎症性浸潤及ビ浮腫ガ小骨盤腔内膀胱底ニモ及ンダモノト考ヘラル。然ラバ廻腸ノ通過障礙ハ何ニヨリテ起ツタカト云フニ當時恥骨右上部ニ硬イ腫瘍ヲ觸レタコト及ビ術後ノ膀胱鏡検査ニヨリコノ腫瘍ニ相當セル膀胱壁ガ陷凹シテキルコトヨリ廻腸壁ノ癌腫ニヨルモノト考ヘタ。ソノ後經過ヲ見テキタガ術後19日目カラ再ビ便通ガナクナリ下腹部ニ痙攣様疼痛ヲ訴ヘ翌日肛門内觸診ニヨリ膀胱基底ガ腫大シヤ、浮腫性ヲ呈シテ全く術前ノ状態ニナツタノヲ認メタ。此ノ如キ症狀ノ再發ニヨリテ術前ノ所見ハ腸内容ノ鬱積ニヨル腸管壁ノ炎症性浮腫ガ膀胱底マデモ波及シタモノデアルコトガ確メラレタ。ソレデ其後排便ニ努メタ所2日目ニ大量ノ排便ガアリ、ソレト共ニ前記ノ變化ガ再ビ消退シテ患者ノ苦痛モ亦全く氷解シタ。コノ事實ハ即チ吾々ノ考察ガ誤リデナカツタコトヲ裏書キスルモノデアル。

術後ニ膀胱底ガ腫脹狀ニ腫大シ攝護腺ノ位置ナドモ不明ニナリ一見攝護腺ソレ自身ノ腫瘍浸潤デアルカノ如ク思ハシメタ時ニ其腫脹ハ指壓ニヨツテ窪ミヲ生ズルコトヲ立證シ得タ故ニ今後腫瘍ノ診斷ニ當ツテハカクノ如キ點(即チ炎症性浮腫ノ有無ノ點)ヲ注意スル必要ガアルト思フ。

3. 直腸癌ニ因シタル腸重疊症

藤 浪 修 一

58歳ノ男子。

約10年前カラ、肛門ヨリ粘液ノ漏出アリ。漸次膿様トナリ、近時下痢ヲ來ス。約10日前

ヨリ突然便通缺如シ腹部膨滿、肛門ヨリノ分泌物ニ血液ヲ混ズ。

診察ノ結果、直腸高部ガ直腸下部内ニ竝入シタル一種ノ腸重疊症。竝入部先端ニハ雞卵大ノ腫瘍アリ、努責ニヨリ肛門部ニ現ハル。

腸閉塞ニ對シ第一次手術トシテ、下行結腸中央部ニ人工肛門ヲ造設ス。其際腸重疊頸部ハ直腸周圍腹膜翻轉部ヨリ5cm上方ニ在ルヲ知レリ。40日後、第二次手術ヲ行ヒ、腸重疊部ヲ切除ス (Quénusche Operation)。

即、1. 腸管内ニ隆起シタル腫瘍(検査ノ結果癌腫)ガ因トナリ、腸重疊症ヲ來セリ。

2. 可動性ナルS字狀結腸下部ガ、固定サレタル直腸内ニ竝入ス。

3. 標本検査ノ結果、癌腫組織ノ一部壊死トナル。即、直腸癌ノ自然治癒ノ一機轉ヲ示ス。

4. Hochenegg 氏等ノ唱フ直腸癌ニ對スル Invaginationsverfahren ハ不可ナリ。

ソノ理由 1. 手術操作ヲ直腸内ニ於テ行ハザルベカラズ。

2. 從テ、腹膜腔ヲ直腸内ニ於テ開ク。

3. 血管ノ解剖的關係ニ對シ盲目的ニ操作ヲ行ハザルベカラズ。

4. 孤立性腸間膜淋巴腺結核ノ一例

福 間 三 徳

患者 岩〇ミ〇エ 8歳ノ女兒。

主訴 下腹部無痛性腫瘍。

家族歴 父ガ肺結核デ死亡シテ居ル。

既往症 満期安産、母乳營養、特記スベキ疾患ニ罹ツタ事ハナイ。

現疾患 昨年5月偶然下腹部ニ鶏卵大ノ無痛性ノ塊ノアル事ヲ知ツタ、此ノ塊ハ少シ宛大サヲ増シテ來タ外、何等ノ障礙モナイ。食慾睡眠共ニヨク、便通モ規則正シク1日1回。

現症 體格ハ中等大、營養ハ多少衰へ、皮膚ノ色ハ蒼白ク神經質ラシキ顔貌ヲ有シ、睫毛長ク、首細ク、胸廓ハ狭ク背部ノ産毛多クシテ腺病質ノ eretische Form ラシキ外觀ヲ呈シテ居ル。扁桃腺ハ兩側共ニ腫大シ、頸部腋窩、兩鼠蹊部ニ於テ約蠶豆大ニ肥大シタ淋巴腺數個ヲ觸レル。

肺、心臓ニハ打診聽診上ニ異常ヲ認メル事が出来ナイ、腹部ニ於テモ局所所見ノ他ハ異常ヲ認メズ、但、左鼠蹊部ニ「ヘルニア」アリ。尿ニ異常ヲ認メズ。

血液像ニハ小淋巴細胞増殖症(32%)アリ、血球沈降速度ハ1時間ニ約60mm 即約3倍高マツテ居ル。

局所所見 腹部ハ一般ニ膨隆シ、下腹部中央ニハ約林檎大ノ限局性ノ膨隆ヲ認メル。此ノ部ノ皮膚ニハ發赤、靜脈ノ怒張等ヲ認メズ、搏動蠕動運動、呼吸ニ伴フ移動性等ヲモ認メ得ナイ。腹壁ノ緊張ヲ命ズルト此ノ膨隆ハ消失スル。

觸診スル一局部ノ温度上昇ナク壓痛モナイ。上記ノ膨隆部ニ一致シ腫瘍ヲ觸レ、約林檎大、圓形、表面平滑、四圍トノ境界ハ明瞭、弾力性軟、僅ニ波動ヲ認メル。此ノ腫瘍ハ非常ニヨク動く、即臍ノ下部ヲ中心トシテ約10cmノ半径ヲ以テ略圓形ヲ畫イテ移動セシメル事ガ出來ル。然シ本腫瘍ヲ小骨盤腔内ヘ陥没セシメル事ハ出來ナイ。尙本腫瘍ハ同一場所ニ於テ其ノ縱軸或ハ横軸ヲ中心トシテ可成リヨク廻轉セシメル事ガ出來ル。

打診スルニ腫瘍ノ上ニ於テモ濁音性鼓音ヲ呈シ、聽診上異常ノ雜音ヲ聞ク事ハ出來ナイ。

以上ノ所見ヨリ本腫瘍ハ球形ノ囊腫デ、柄ヲ以ツテ後腹壁ニ附着シテ居ル事ヲ知り、又腫瘍ト前腹壁トノ間ハ腔器 (Hohlorgan) 即腸ノ存在シテ居ル事ヲモ打診ニヨツテ確メ得タルニヨリ後腹膜ノ腫瘍ナル事ヲ知り、最モ考ヘ得ラルル腸間膜淋巴腺結核ト診斷シテ手術ヲ行ツタノデアル。

手術所見 正中線ニテ開腹スルニ、腹壁腹膜及ビ腸壁ニハ何等病的ノ變化ヲ認メナイ。廻盲瓣ヲ隔ル事約1.5mノ空腸壁ト之ニ相當セル腸間膜根部トノ略中央ヲ中心トシテ林檎大ノ腫瘍ガアル、腫瘍ノ腸間膜根ト反對側ノ縁ニハ長さ約90cmノ腸ガ束ネラレタ様ニナツテ強く紆行ツテ居ルガ腫瘍ト腸壁トノ間ニハ明カニ健全ナ腸間膜ヲ認メル事ガ出來ル。腸間膜根部ニハ本腫瘍ニ接シテ1、2個ノ淋巴腺ノ肥大セルモノヲ認メル事ガ出來タガ、其ノ他ニハ何處ニモ淋巴腺肥大及ビ他ノ病的變化ヲ認メル事ハ出來ナカツタ故ニ腸間ノ一部ト共ニ該腫瘍ヲ摘出シタ。其ノ摘出標本ハ囊腫様デアツテ内部ハ結核性ノ膿汁ト乾酪様變性物質トニテ充サレテ居タ、即本例ハ腸間膜淋巴腺ノ孤立性ノ結核デアツタノデアル。

此ノ如キ孤立性結核ノ發生経路ニ就テハ、病原菌ガ他ノ原發竈カラ血管又ハ淋巴管ニヨリ輸送サレタモノ、又ハ周圍ノ結核病竈ヨリ連續的ニ波及スルモノガ考ヘラレルガ本例デハ腸粘膜ヨリ病原菌ガ吸收サレテ腸ノ淋巴濾胞 (Follikel) ヲ通ツテ腸間膜淋巴腺ニ達シタモノデアROUT推定サレル。尙患者ハ左ノ鼠蹊「ヘルニア」ヲ有ツテ居ル、此ノ「ヘルニア」ノ爲ニ腸壁ノ一部ガ多少損傷セラレ爲ニ病原菌ガ腸壁ヲ通り易クナリ此ノ部ヨリ侵入シテ一次的ニ結核性病竈ヲ作ツタモノトモ考ヘラレル。

尙病原菌トシテ小兒ノ淋巴腺結核特ニ腸管ニ關係シテハ牛型 (Typus bovinus) ガ多イト言ハレテ居ル。本例デハ細菌學的研究ハ遂ゲテ居ナイ。

本例ガ臨床上ニ面白イコトハ、腸間膜淋巴腺結核ノ好發部位タル廻盲部ヲサケ、ソレヨリモ約1m口側ノ廻腸ノ腸間膜ニ發シ、腸ニハ何等ノ異常ナク且ツ他ニ結核性病竈ヲ認メル事モ出來ズ、唯單一ニ孤立性ニ斯様ニ大ナル病竈ヲ作ツタ事デアル。(標本供覽)

5. 肝臓ニ原發セル紡錘形細胞肉腫

宮 司 克 己

患者 24歳ノ男子。

主訴 肝臓部ノ無痛性腫瘍。

病歴 昨年8月中旬頃ヨリ食慾不振、食後直ニ心窩部ニ鈍痛ガアツタガ約1ヶ月デ治ツタ。然ルニ本年3月中旬頃左右ノ季肋下部ニ無痛性ノ腫瘍ガアルノニ氣ガ付イタ。食慾佳良、全身狀態ニ特記スベキ障害ヲ認メナイノデ其儘放置シテオイタトコロ該腫瘍ハ漸次増大シ、現在ハ腹部ニ膨滿感ヲ訴フル程度トナツタ。他ニ何等異狀ハナイ。

現症 胸廓ノ下部ハ左右トモ側方ニ擴張シテ肺肝濁音界ハ右乳線上第5肋骨上縁デアル。

腹部ハ一般ニ、特ニ上腹部ヨリ右下腹部ニ著明ナ隆起ガアル。其ノ隆起ハ正中線ーヨツテ左右ニ區割サレ、腹壁ニハ上腹部ニ極輕度ノ靜脈ノ擴張ヲ認メル他異狀ハナイ。

觸診上、右腹部ニ腫瘍ヲ觸レル。4個アツテ何レモ半球狀、大人手拳大、弾力性硬、壓痛ナク移動性モナイ。表面ハ概シテ平滑デアルガ最下部ノモノ、即チ右腸骨櫛ニ接シテ居ルモノハ粗糙デアル。腫瘍ハ到ルトコロ全濁音デアル。此ノ腫瘍ノ季肋下ニアルモノハ呼吸運動ノ際多ク上下ニ移動シテ居ル。

診斷 以上ノ所見ニヨリ此ハ肝臓ノ實質性腫瘍ト診斷サレタ。

手術 正中線デ開腹、腹水ハナイ。之ハ手術前ニモ判ツテ居タ。腹腔内ハ上腹部右下腹部共ニ腫瘍ヲ以テ滿サレ腸ハ左下腹部及ビ骨盤腔ノ方ヘ押寄せラレテ居ル。

腫瘍ハ正中線ノ左方季肋部ニ小兒頭大ノモノ1個左上腹部ヨリ右下腹部ニ手拳大ノモノ3個ヲ見タ。何レモ略々球形、表面平滑、暗赤色デ靜脈ノ怒張著シク其等腫瘍ノ中心ハ波動ハ證明シナカッタガ已ニ軟化ガ起ツテ居ル様デアツタ。

右下腹部ニ於ケル最下方ノ腫瘍ハ他ノモノトハ性狀ヲ異ニシ淡赤褐色、表面粗糙、處々ニ小隆起、結節アリ、靜脈ノ怒張ガ散在性ニ見ラレタ。健常ナル肝臓ハ此等ノ腫瘍球ノ間カラ舌狀ニハミ出シ腫瘍ニ移行スル處デハ菲薄ニナツテオル事ガ認メラレタ。從テ此等ノ腫瘍ハ明カニ左右肝葉下面ヨリ發生シタモノデアル事ヲ確メル事ガ出來タ。膽嚢ハ何處ニアルカ腫瘍ニ覆ハレテ明カニスル事ガ出來ナイ。

開腹ノ結果明カナツタ事ハ臨床診斷デハ此ノ腫瘍ノ縁ハ肝臓ノ邊緣ニ相當スルモノデアルト考ヘラレテオツタガ、ソウデハナクテ肝臓ノ前縁ハ所々腫瘍デ斷絶サレナガラ上方ニアツテ肝臓ノ邊緣ニ腫瘍ガアルノデハナク、肝臓下面カラ腫瘍ハ發生シタモノデアル事デアル。

腫瘍ノ切片ヲ鏡檢ノ結果紡錘形細胞肉腫ト云フ事ガ判ツタ。即チ此ハ肝臓ニ原發シタ紡錘形細胞肉腫デアル。

一體肝臓ハ隨分高度ニオカサレテ居ツテモ機能障害ヲ示サヌ場合ガ多イノデアルガ、吾々ノ場合モ夫デ、腫瘍性變化ガ左右ノ肝ニ隨分高度ニ現レテキルニモカ、ワラズ何等障害ガ現レテ居ナカツタ。

血液像 赤血球4500000, 白血球4600, 先ヅ正常デアル。但シ「エオデン」嗜好細胞ガ3—4

%アツタ事ハ注目サレル事デ此ノ際喘息ヤ寄生蟲、脊髓ニ病變ヲ認メナイ。カラ此ノ所見ハ肝臓ノ病變ヲ示スモノトセネバナラス。

即チ此ノ患者ノ主要ナル點ハ正常ノ體温、正常ノ脈搏デ腹水モナク何等機能障害ヲ起スコトナク此ノ如ク強度ノ惡性腫瘍變化ガ肝臓ニ原發シテオル例デ唯一ノ變化ハ「エオヂン」嗜好細胞ガ3—4%アツタ事デアル。