

で、しかも摘脾が著効を奏したという興味深いものであるので報告し諸家の御参考に供し度い。

(擲筆するにあたり直接御指導を頂き又御校閲の労を賜った恩師藤田教授に深謝致します。)

主 要 文 献

- ① 武藤完雄, 特発性脾腫所謂バンチー氏病についての解説, 日本臨床 10, 3, 82, 昭27, ② 清英夫, 脾臓の臨床, 臨床外科7, 11, 641, 昭27, ③ 友田正信, 本態不明の脾腫, 臨外3, 9, 昭23, ④ 中島芳雄他, 特発性巨脾症, 外科13, 10, 48, 昭26, ⑤ 友田正信, 脾性中毒症の本態について, 日外会誌 53, 6, 446, 昭27, ⑥ 岡本参弥他, 脾腫に対する

脾動脈結紮の効果について, 日外会誌 53, 6, 450, 昭27, ⑦ 柴田義一, 血漿蛋白質分布と脾臓との関係, 東京医学会誌, 55, 5, 383, 昭16, ⑧ 岡林篤, 敗血性血管間葉性組織反応について, 血液討論会報告2, 159, 昭24, ⑨ Banti, Guido, Splenomegalie mit Leberzirrhose; Beitr. Z, Path, Anat, 24, 21, 1898, ⑩ Thompson W. P. Whipple A. O. etc, Splenic Vein pressure in Congestive Splenomegalie (Bantis' Disease) J. Clinic. Investigatin 16, 571, 1937, ⑪ Rousselot, The Role of Congestion (Portal Hypertension) in So-called Bantis' Syndrome J. A. M. A. 107, 17 88, 1936, ⑫ Kanar. H.N. Harkins R.I.; Feltys' Syndrome, Report of two Cases Trete by Splenectomy J. A. M. A. 145, 1015, 1950.

両側性巨大珊瑚状腎結石に対する renal bisektion の一経験

神戸医科大学第一外科学教室 (主任 藤田 登教授)

国賀 宏 哉 ・ 川 北 博 明

〔原稿受付 昭和30年11月24日〕

ON RENAL BISECTION FOR BILATERAL GIANT LITHONEPHRIA CORALE.

by

HIROYA KOKUGA, HIROAKI KAWAKITA,

From the 1st Surgical Division. Kobe Medical College,
(Director: Prof. Dr. NOBORU FUJITA)

In encountering bilateral lithonephria corale, which has been regarded as an indication of symptomatic treatment, we tried lithotomy by renal bisection of different methods to each side. This led to good result and enabled us to test the means.

最近, 巨大珊瑚状腎結石に対する新手術法として renal bisektion による切石術が取り上げられ, その良好な施行成績は注目を集めている。即ち此の方法によれば手術の適応範囲が著しく拡大され, 今迄姑息的対症療法の対象として取扱われたものの中から積極的に手術を為し得る割合が多くなるわけである。

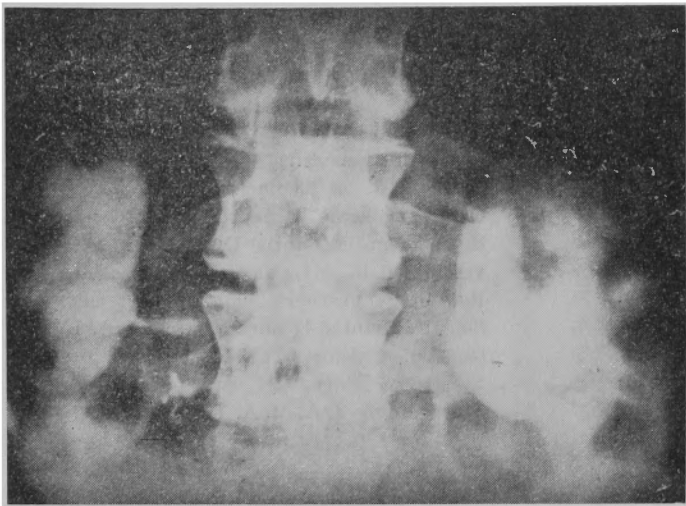
私達もかかる症例に遭遇し, しかも両側性であつた

所から, 手術術式を左右稍異にして施行しそれぞれの成績を批判する機会を得た。

症 例

I) 病 歴

患者は24才の♂。5年前から脊髄炎による両下肢弛緩性麻痺で入院していた。入院当初よりレントゲン図



に見る如く両側腎結石を認めたが、あまりに巨大な珊瑚状結石であつたので姑息的対症療法を行つていた。併し、患者は時々両側腹部殊に左側の膀胱部に放散する仙痛を発し、同時に該部の腹筋緊張、悪寒戦慄を伴う40℃前後の発熱、冷汗、眩暈、頭痛、悪心嘔吐を来す事が屢々あり、又かかる発作時以外にも39℃前後の潜浸熱を頻々と発する状態であつた。腎盂炎、膀胱炎の症状を来した事はない。

家族歴。既往歴：特記すべきものは無い。
現 症：体格中等、骨格尋常、栄養良好、可視皮膚粘膜は稍蒼白なれど異常着色を認めず、可触淋巴腺腫大もない。脈搏60律動的で緊張良。

胸部に打聴診上特別の所見をみない。腹部の膨満陥凹なく、腹筋緊張は発作時以外には認めぬ。肝脾触れず。腎は腫瘤として触知し難く僅かに異常抵抗として証明さる。該部の圧痛、輸尿管圧痛は輕微で膀胱部では認められない。Brewer-Cova 氏圧痛点は 両側共強陽性、腱反射は概ね正常なれどアヒレス腱では稍減退。両下肢の運動障碍高度で他動的に動かし得るのみ。起立不可能にして筋萎縮は著明。下肢の知覚麻痺殊に所謂解離状態が明瞭である。錐体路障碍徴候何れも陽性でフースクロームスが強い。浮腫を来したことはない。血液所見は貧血 350万の他著変なし。

赤沈中等値35。尿所見腎機能は表①の如くである。レ線像で両腎共に中等度拡張せる腎盂内に各腎杯を満した珊瑚上結石をみとめる(単純撮影)

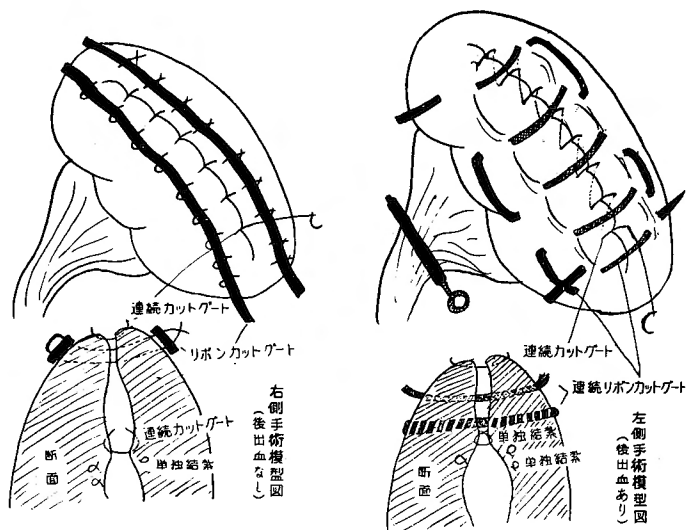
手術所見及び術後経過：①先ず機能の悪いと思われ

る左側に対して行つた。低比重液使用腰麻。Bergmann 氏斜切開。腎は稍その大きさを増すも周囲との癒着著明ならず、纖維膜を引裂く事なく剝離し腎を容易に脱臼させ得た。腎門にゴム管を被せた腸鉗子をかけ血流を阻止、馬島氏法によつて腎に縦切開を加え、Slaughter法の如くそれより上下に創を延長、(全長約8 cm)腎を切半して結石を露出、各腎杯頸部充分切開離断し、閥節を形成して連なる結石を鉗で脱臼して順次に摘出、残石のない事を確め、モナフラシン液で強く且充分に腎盂内を洗滌。ベルタン氏柱部の血管断端を一時鉗子をゆるめて単独結紮、(Rosenow 法)次いで腎杯を接着

表 1 術前後の腎機能と尿所見

		術 前	左 術 後	右 術 後
イゴト ンテ デス	左 側	10'30"	18'05"	8'20"
	右 側	9'22"	5'30"	6'50"
水 試 験	4 時間尿量	950cc	550cc	1100cc
	比 重 日 差	11	9	17
尿 所 見	蛋 白	(+)	(-)	(-)
	赤 血 球	(+++)	(+++)	(-)
	白 血 球	(+)	(+)	(+)
	上 皮	(+)	(+)	(-)
	円 柱	(+)	(+)	(-)
	塩 類	(+++)	(+)	(±)
	大 腸 菌	(+)	(+)	(-)
	双 球 菌	(+++)	(+)	(-)

縫合し、Catgut 連続縫合で腎実質表面側皮質纖維膜創を閉ち、止血鉗子除去し(流血阻止時間57' 30")5分間ガーゼ指圧で腎余体を軽く圧迫。次いで腎杯部と腎切開創の間をリボンカットグートで連続的にゆるく補強縫合、創縁部も更に連続で補強。外尿管を造設せず単に腎周囲にゴムドレイン挿入しただけで創を閉ち手術を終えた。此の法では腎切開部より周囲組織への出血は殆ど見受けない。結石は総重量 4.0gr. 磷酸土類によるものである。術当日より膀胱にカテーテルを留置し此を通じて膀胱を行つた。カテーテルは18日後除去した。尿路防腐剤、各抗生物質投与により感染性合併症を予防し得たが、各止血剤、小量輸血の投与を続け



能尿所見等は表①の如く、術前に比べ著明に良好となり、尿も日毎に透明となり痼痛もなく現在に及んでいる。レ線像は前回同様単純撮影で残石をみず、逆行性腎盂撮影法による腎盂の拡大は、右側のみならず左側も未だ術前と同様であつた。

考按及び総括

珊瑚状結石殊にその巨大なものに対する治療法として矢張り、姑息的対症療法、保存的手術、腎摘が考えられ、殊に保存的療法として、①腎盂切石術 ②腎盂腎切石術 ③腎盂碎石術 ④腎切開創よりの碎石術 ⑤広範な腎切石術所謂 renal bisektion 等が挙げられるのであつて、結石に対して理想的な

と、術後4日にして肉眼的血尿は一時消失したのであるが、10日目に至り再び血尿を見た。そこで輸血500gr 止血剤増量、安静、局所冷却等を行つた所、12日目で肉眼的血尿は去り以来後出血を見ず。体温は13日目位より正常に復したが、尚潜浸熱を時々発した。術後腎機能尿所見は表①の如くである。レ線像。術後2週間の単純撮影では残石をみないけれども、逆行性腎盂の拡大は略術前と同大であつた。

②右側に対しては左側術後68日目に手術を行つた。尚左側の創傷は54日にして完全閉鎖した。左側手術と異つた点を述べる。①周屈との癒着が腎下極で強く腎脱臼が困難であり、又結石が妨げとなつて腎門部に鉗子を完全に締めてかける事が出来ず、無鉗子手術と同様の結果を見た。②従つて出血はひどかつたが血流阻止時間は殆ど零である。③腎杯のベルタン氏柱部の止血は出血と共に遂一的に充分に行えた。Demig 氏法即ち単独及び連続縫合を重複した。④リボンカットグートを腎切開線に並行に2本並べそれを支柱に連続縫合を行つた。⑤従つて腎葉間部の縫合は充分行つたが実質には殆どタッチしなかつた。(図参照) 結石は、4つの関節をもつ重量33grの磷酸塩結石である。肉眼的血尿は術後6日でなくなり後出血等の合併症は認めなかつた。術後7日して平熱となり、以後発熱殊に潜浸熱を見た事は一度もない。留置カテーテルは3週間後除去す。今回も外尿管を造設しなかつたが、感染合併症なく創傷も術後47日で完全に閉鎖した。腎機

のであるが、⑤を除く何れもが巨大な珊瑚状結石に対して甚だその適応少なく又術後合併症が大である割に効果が少ないとの理由であり施行されず、renal bisektion 又本邦で経験例が少なく相当危険視されている現状である。しかし乍ら積極的に手術を行わんとすれば、renal bisektion に頼るのが最も合理的である事は自明の理である。一般に巨大腎結石が珊瑚状をなして、片側性に、両側性に、又片側珊瑚状他側通常結石として生ずるその生じ方によつて、腎摘、片側保存手術、腎摘+片側保存手術、両側保存手術といった術式の組合せが考えられ、Mayo Clinic の Priestley-Dunn の統計をみると、相当数の手術がこれらの組合せに従つて施行されているが、renal bisektion による方式を取入れた両側保存手術は、腎摘+片側保存手術の11%、片側保存術の28%、腎摘の28%に比べ実に50%の多きに達して居り、而も非手術の割合は患者総数の35%に過ぎず、死亡率も6.8%とまずまず承認し得る成績を示している。私達の左右2回の経験によつても、renal bisektion による切石術は改良を加える事によつてまだまだ好成绩を挙げ得られるものと期待される。

さて我々はその2回の手術を稍異つた方式で行つたのであるが、要は術後合併症殊に後出血及び感染症を防止し且手術操作が簡便で安全であればよいわけであつて、renal bisektion そのものによる腎機能障害は問題となる所か反つて術前に比べ著明に好転する所か

ら、問題となるべき相違点を要約して表に示すと次の如くであつて、右側に対して行つた方法の方が、それ

表② 左右各側手術に於ける相違点

		左 側	右 側
手術法	腎 切 開	renal bisektion	馬島氏縦切開
	Bertin 氏 柱	単独 Rosenw	連続 + 単独 Demig
	部止血	なし	あり
	葉間部縫合	あり	極一部
	実 質 縫 合	Demig 変法	Dorcey 氏法
	纖維膜縫合	57'30"	鉗子無し
	流血阻止時間		
後 出 血		あ り	な し
感 染 性 合 併 症		な し	な し
有 熱 期 間		13 日	7 日
カテーテル留置日数		18 日	21 日
膀 洗 日 数		10 日	5 日
創 傷 治 療 日 数		54 日	47 日
結 石 重 量		40 gr	33 gr
輸 血		1700cc + 500cc	600 cc
リ ン グ ル		4500cc	3000 cc
化 膿 予 防 剤		(卅)	(+)
止 血 剤		(卅)	(+)

等の要求を満たしているといえる。

右側に対する手術時出血は相当あつたのであるが、貧血の患者であるにも係らず、普通手術時の輸血量で手術に堪え得たのであり、此点輸液法を改善するならば、何をにおいても腎硬塞の起り難い従つて後出血を起し難い右側に対する型の様なものを取りたいものである。殊に、外尿管を設置せずとも感染性合併症が何れに於ても同様に起り難いものであるとすれば、問題は後出血に重点を置いた方が好結果を得るものであると信ずる。

私達は、従来ならば姑息的対症療法の適応として扱われる所の両側性の巨大な珊瑚状腎結石に遭遇し、敢て renal bisektion を試み両側共幸い異つた方法であるにも係らず好結果を見たのであるが、腎保存手術の積極化の呼ばれている今日、大方の御批判を仰げれば幸甚である。

擱筆するにあたり御指導御校閲をたまわりし藤田教授に深謝致します。

参 考 文 献

- ① 辻一郎、他手術 VII, 5, 273, 1953, ② 落合京一郎、手術 IV, 2, 65, 昭 24, 以下略

比較的若年者にみられた癥痕潰瘍癌
股リンパ節転移の1例*

大阪市立大学医学部外科学教室（指導：白羽弥右衛門教授）

研究生 岡部昌平・研究生 沢村俊幸

〔原稿受付 昭和30年10月1日〕

A CASE REPORT ON THE METASTASIS OF CICATRICAL
ULCEROUS CANCER TO THE CRURAL LYMPH NODE
OBSERVED IN YOUNGER GENERATION.

by

SHOHEI OKABE AND TOSHIYUKI SAWAMURA.

Department of Surgery, Osaka City University Medical School.

(Director: Prof. Dr. YAEMON SHIRAHATA M. D.)

* 本論文の要旨は昭和27年12月13日第36回大阪外科集談会で報告した。