

質問 (自衛隊中央病院) 石原 力
大川氏の方法については如何考えられるか
万一尿管瘻を形成した場合には腹水形成の如き状態となるのではないか。

答弁 (国立金沢) 遠藤 幸三
Novakの原法では2例の尿管瘻があつたが、これは恐らく発生部が腹膜外であつたと思われる。

私の改変法では経験はないが、腸管が充満して尿管に密接しているのでもし尿が腹腔内に漏出して も腸管の Serosaで遮断されるのでないかと思う。

172. 長大な尿管欠損の新しい補填法

(大阪市大第2外科)

原田 直彦, 谷村 守彦

骨盤腔の手術に当つて、ときに、尿管が損傷を受ける。損傷された尿管の修復は、損傷によつて惹起された尿管欠損の長さによつて、術式が異なる。

7 cm以内の尿管欠損ならば、尿管膀胱吻合或は Boari氏膀胱弁法を用うれば、高い成功率で、尿路は再建しうる。しかし、7 cm以上の長大な尿管欠損のある場合は、従来は、腸管分節を間置する方法が行われて、これ以外には考えられていなかった。腸管分節を尿路に用うると、control することの困難な合併症を発生しやすいので、臨床上応用しにくい。

私達は、このような現状を打開するため、1つの法を考案した。即ち、7 cm以上の長大な尿管欠損のある患者に、患側の腎を露出、周囲から剝離し、腎動脈起始部を中心として、その腎を弧状に降下せしめ、後腹膜と固定した。腎動静脈は切断せられていないので、腎の機能は不変である。上部尿管は、この操作により、5～7 cm進展し、膀胱と容易に吻合しうる。

10 cm以内の尿管欠損には、この腎降下法を用うれば、尿管膀胱吻合を行いうるという大きな長所をもつことを証明しえた。

臨床に用いて、広い利用価値があると考えて、報告した。

172. に対する追加, 質問 (九大) 井植 進

頸癌手術後の尿管瘻の発生部位は通常尿管の所謂pars anterior-parsmediaの部分であつて、尿管の欠損部が7 cm以上というよりは、2～4 cmという場合が多いようである。この場合尿管膀胱吻合術が理想的であり、その要点は尿管が膀胱に達するとともに尿管の Entspannungを充分にするということであると考ええる。そのため従来必要により Scheele氏小腸瘻による尿管腸膀胱吻合術を、

また Boari の手術などを行つてきているが、前者は術後に種々の合併症があり、後者では閉鎖不全などによる失敗例が少くない。そこで 現在欠損部が長大でない場合には Boariの膀胱弁によらず、生理的食塩水を注入して膀胱を膨隆させ、尿管断端に近い膀胱底を適宜骨盤壁に固定したのち、尿管膀胱吻合を行つている。本法は極めて簡単であつて、2～4 cmの尿管欠損に対しても応用でき、術後の排尿障害はない。本法についての御意見をお伺いするとともに、長大な欠損に対する腎下方移動法は極めて有効な方法と考えるが、その術式の安全性、合併症について、また Boari法の手術成績についても御教示戴きたい。

173. 困難な骨盤内手術に対する 術前尿管カテーテル法の価値

(自衛隊中央病院) (国立共連三宿病院)

石原 力, 長瀬 行之, 岡富 峻,
田中 晃, 板谷 忠重, 長谷川 潜,
伊吹 令人, 木村 隆, 斉藤 文彦

困難な骨盤内手術、特に広汎性子宮全摘除術における尿管損傷予防のために、術前尿管カテーテルを挿入することは、泌尿器科諸学者からしばしば助言されるところであるが、その実施報告はあまりなされていない現況である。石原は群馬大学在職中昭和32年12月から泌尿器科医の協力をえて、術前尿管カテーテル法を試み、現在まで広汎性子宮全摘除術に対して7例、単純性子宮全摘除術に対して5例、子宮頸断端摘除術に対して1例、附属器摘除に対して1例を経験した。本法の利点としては、① 術中尿管の所在が明瞭であるから外傷、結紮などが防止されること、② 術後留置することによつて、ドレーン及び副木カテーテルの役割を演ずるから術後発生する尿管瘻の予防となりうることなどがあげられる。他方欠点として、① in situ のカテーテルを触知困難な場合があること、② まつたく危険がないとはいえないこと、③ カテーテルを挿入し難い症例もあることなどがあげられよう。われわれはこれまでに行つた症例について、術前検査、カテーテル留置日数、尿量、肉眼的血尿日数、自尿開始日、尿検査、化学療法、術後尿路感染、術後尿管瘻形成の有無を調査した。これらの中には尿管瘻を生じたものは1例もない。しかし演者の責任で行つた広汎性手術では、現在までに尿管腔瘻は34例中1例2.9%であり、何れにしても少数例なので、本法により確実に尿管瘻が予防できるかどうかの結論は保留した

いと思う。14例中カテーテルが片側しか入らなかったものが1例あり、これら以外に挿入不能が2例あった。

また本法に頼りすぎて不注意にカテーテルを挿入したまま尿管を剪断した症例や、本法実施後腎盂炎を併発し、一旦治癒退院後再発死亡、剖検により腎盂腎炎、化膿性膀胱炎が死因であった症例を経験している。もつともこれは頑固な尿閉があつて、退院後近所の医師・助産婦に1日2回程度の導尿をうけていたので、このような処置に問題があると考えてよいと思う。その後尿管カテーテルを5日留置した1例で、術前・術後の膀胱尿から細菌培養を行い、その種類と菌定量を行つたが、抗生物質を使用したに拘らず、細菌数は増加し、7日目膀胱カテーテル抜去後数日で菌は消失した。また尿管カテーテルを4～9日間留置した場合は術後4～6カ日間、術中のみの場合は0～2日間肉眼的血尿をみるのであるが、この際尿中血色素量をシアンメトヘモグロビン法で測定してみた所、第1日目は17g/dayであり、5日までに急速に減少した。これに対し、術中のみ挿入した例ではほとんど無視できる量で変動もない。

最後に本法は広汎性子宮摘除術に際し、routineに行うべき処置であり、また単純性子宮摘除術や靱帯内発育腫瘍摘除手術などの際に安心して手術を遂行せしめる有力な手段であり、本法に伴う血尿は無視できるが、同時に術中周到な注意と術後適切な化学療法を必要とすることを結論したいと思う。

174. 岡林式子宮頸癌術後の尿路障害に対する膀胱自働貯排尿装置の使用経験 (第3報)

(大阪鉄道病院)

奥山 通雄, 沢山 興, 内田 千吉

子宮頸癌術後にはしばしば尿路障害を伴うがこれを早期に回復せしめる手段の1つとして従来より我々は手術直後よりサイフォン式尿管を使用して臨床的には極めて良好な成績をおさめている。

一方、これらの治療経過を観察するためには、膀胱の様相を知る必要がある。

よつて、我々は術前膀胱鏡検査について膀胱造影(cystogram)膀胱内圧測定法(cystometry)を施行し、術後装置を使用した場合の装置使用群と、装置を使用しない対照群との膀胱の様相、機能の回復の状態を、膀胱造影と膀胱内圧測定法によつて観察し、その結果、装置使用群は臨床成績に比例し、非使用群に比して明らかに機能が早期に回復することを認めた。

なお、装置使用群の中にも機能回復のおそいものが少

数例認められたが、これらについては薬物療法を併用し、良好な成績を得た。

結論

1) 術後より装置を使用した場合には、一般に自尿の開始、残尿の減少などが対照(持続導尿、時間導尿)に比して早期であり、膀胱内圧測定法による成績も早期に術前の様相に近づいており、膀胱機能の回復は良好であることを認めた。

2) 膀胱造影においては、先づ術前術後を通じて、膀胱が類円形ないしは円形を呈している状態、すなわち正常か正常に近い状態の場合には、術後装置使用によつて早期に尿路障害が回復されることが判明した。所が、肉柱膀胱、萎縮膀胱、あるいは癒着、浸潤などのために変形を呈している膀胱の場合には装置使用にもかかわらず、回復がややおそいことを知つた。かかる症例に対しては、薬物療法を併用し、更に長期間装置を使用し、併せて強力な膀胱訓練を施行することによつてほゞ目的を達することが分つた。

要するに、円滑な装置の始動と、それにつづく強力な膀胱訓練によつて、術前より膀胱に著明な変化のない限り、一般に術後の膀胱機能は速かに回復することが、膀胱造影、膀胱内圧測定法によつて判明した。

よつて術後の尿路障害を早期に回復させる目的に装置を使用することは推賞に値すると考える。

175. 子宮頸癌の進展に関する研究 第3報 血中癌細胞による転移形成の実験的観察

(九大)

井槌 進, 八木 幹夫, 清永 明格,
相浦 昭彦

われわれは子宮頸癌患者の血中癌細胞を検索し、その成績はすでに報告してきたが、その後A H 130を用いて癌細胞血管内注入実験を行い、血中細胞による転移形成について実験的観察をこころみた。

まず、ラット尾静脈から癌細胞を注入すると、1000万コ注入群は癌死しないが、5000万コ注入群は確実に癌死することを確めた。その際、肺、リンパ腺には必ず転移があり、一部肝にも転移が認められた。

このように、転移が臓器としては肺、一部肝に限られている点を解明しようとして、鉄ヘマトキシリン染色を施した癌細胞を尾静脈から注入し、各臓器のエオジン染色標本を作製して癌細胞の分布状態をうかがつた結果、一般的に癌細胞が多く分布している臓器に転移が起ると