

べ、また剖検時に血清を採取して寒天ゲル平板を用いた二重拡散法 (Ouchter lony 法) で、沈降反応をみた。2週間～6カ月にわたる追跡で両者とも陰性であつた。

結論：コラーゲン粉末および綿はその止血効果、安全性の両面から十分実用しうる吸収性止血剤と考えられる。

6. 肺動脈狭窄を来たした縦隔腫瘍 (Malignant thymoma)

(心研外科)

原田 昌範・中島 一巳・北村 信夫・
林 研一・石原 和明・大谷 洋一・
林 久恵

(心研内科)

保田 浩平・楠元 雅子・木全 心一

一般に縦隔洞腫瘍は諸症状を来たして発見されるよりも、集団検診、人間ドックをはじめとする胸部X線写真などの異常陰影として発見されることの方が多いが、やはり希な疾患である。しかも、その症状が循環器系を主としたものである場合は極めて少なく希である。今回、われわれは6カ月という短期間に肺動脈狭窄を来たし、また、頻回に心タンポナーデをもたらした縦隔洞腫瘍を経験したので、ここに報告する。症例は52歳の女性で、失神発作と心拡大のため心のう炎と診断され、3回にわたり170ml～340mlのBloody fluidsを心のう穿刺により確認され、細胞診にてgrade II～Ⅲの所見をみた。なお、心拡大はステロイド剤によく反応していた。心臓カテーテルおよび心血管造影にて強度の肺動脈狭窄と肺動脈と右室との間に25mmHgの圧差がみとめられた。われわれは、縦隔洞腫瘍による肺動脈圧迫と心のう内貯溜と判断し、腫瘍摘出術を行うこととした。胸骨正中切開にて心膜に達すると、心のう内貯溜のため心膜は緊張していた。心膜の下方を切開すると約300mlのBloody fluidsが流出した。しかし、腫瘍は心のう内に手拳大の大きさで存在し、主として肺動脈主幹部および右室流出路をRing状にとりまいて圧迫していた。肺動脈上部の心膜と腫瘍との分離出来ず、また、両側胸膜の心膜にも浸潤していた。さらに、腫瘍は两大血管および右室上部とは軽度の癒着であつたため、一部心膜を含んで腫瘍摘出術を行なつた。なお、左上大静脈は、術前通り存在していた。術後病理所見はMalignant tumorと判明したが、詳細は現在検索上で、術後判明したとき発表の予定である。

7. 腎後性急性腎不全に対する腎瘻造設術の有用性とその問題点について

(人工腎臓センター)

鈴木 利昭・大貫 忠男・村山 正昭・
阿岸 鉄三・太田 和夫

われわれは子宮頸部癌および直腸管の再発により両側尿管閉塞を来たし、腎後性急性腎不全に到つた2症例に対し腎瘻造設術を施行し、腎機能の回復を見た。この症例を通して次のごとく結論を得た。まず腎瘻造設術に適応条件としては原因はともかく両側尿管が閉塞し使用できなくなると見え、腎機能の著明な低下を見るも腎瘻造設術により通過障害を解除する事により腎機能回復が期待できそうなものと言えよう。尿管狭窄および閉塞の原因としては尿路結石・尿路結核症・骨盤内臓の悪性腫瘍などがあるが、以前には腎瘻造設術の適応外と考えられていた悪性腫瘍でも本症のごとく十分延命効果が期待できる事からも手術適応と言えよう。

また本手術法の問題点としては次の点が考えられる。

(1) 慢性経過をたどつた水腎症と比較すると、腎実質が厚いためカテーテル挿入が難しくカテーテル挿入時出血量が増える。

(2) 腎盂・腎杯が十分拡張していない症例では内容が狭いためカテーテルの固定が難しい。

(3) 尿毒症状態となつているため、出血傾向が出現し、術後創部よりの出血が持続する可能性があり、術前に血液透析を行い尿毒症状態を改善させておいた方が良い。

8. 経皮経肝的門脈造影法について

(消化器病センター外科) 戸田 一寿

われわれは、一昨年より門脈系の直接造影法として経皮経肝的門脈造影法を試み、手技の確立と臨床面への応用を検討してきた。実施方法は、Viamonte らに従い、19G、20cmの長さのエラスター、血管造影用ポリエチレンカテーテル (French Size No. 5)、J型ガイドワイヤーを用いた。第7あるいは8肋間、右上腋窩線より肝門部と穿刺し、穿刺針先端が門脈内にあると確認し、ガイドワイヤーを門脈内に挿入する。穿刺針を抜去し、ガイドワイヤーにカテーテルをかぶせ、カテーテルを門脈内に進める。任意の門脈分枝を選択し造影する。現在まで門脈圧亢進症および門脈系に異常を認めた症例35例に本法を試み、22例に成功した。しかし穿刺高の確定ができた昨年12月より穿刺成功率は85%に向上した。われわれは本法を主として術前検査として行い、連続撮影により、門脈圧亢進症における血行動態の正確な把握が可能であつた。これにより手術々式の選択、術中操作の簡略化等に有意