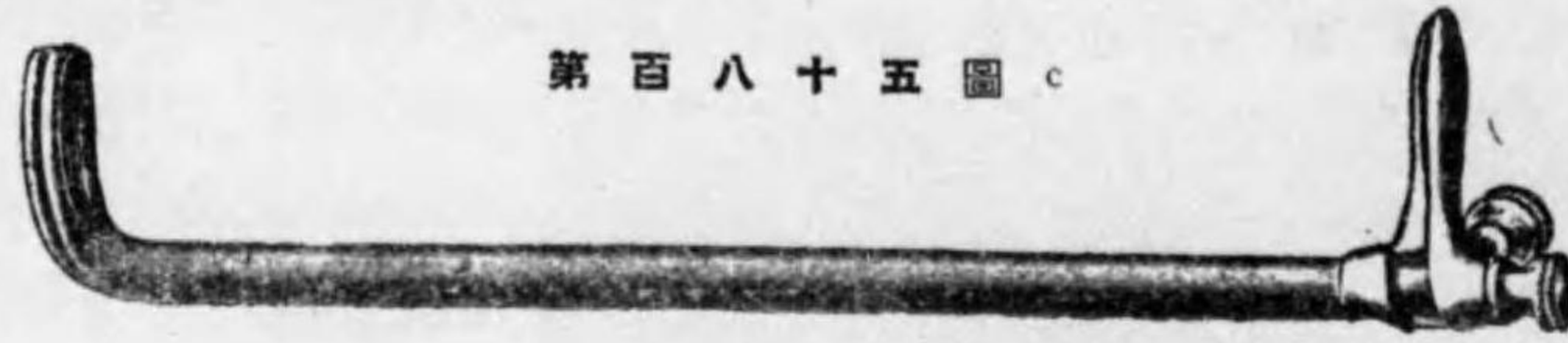
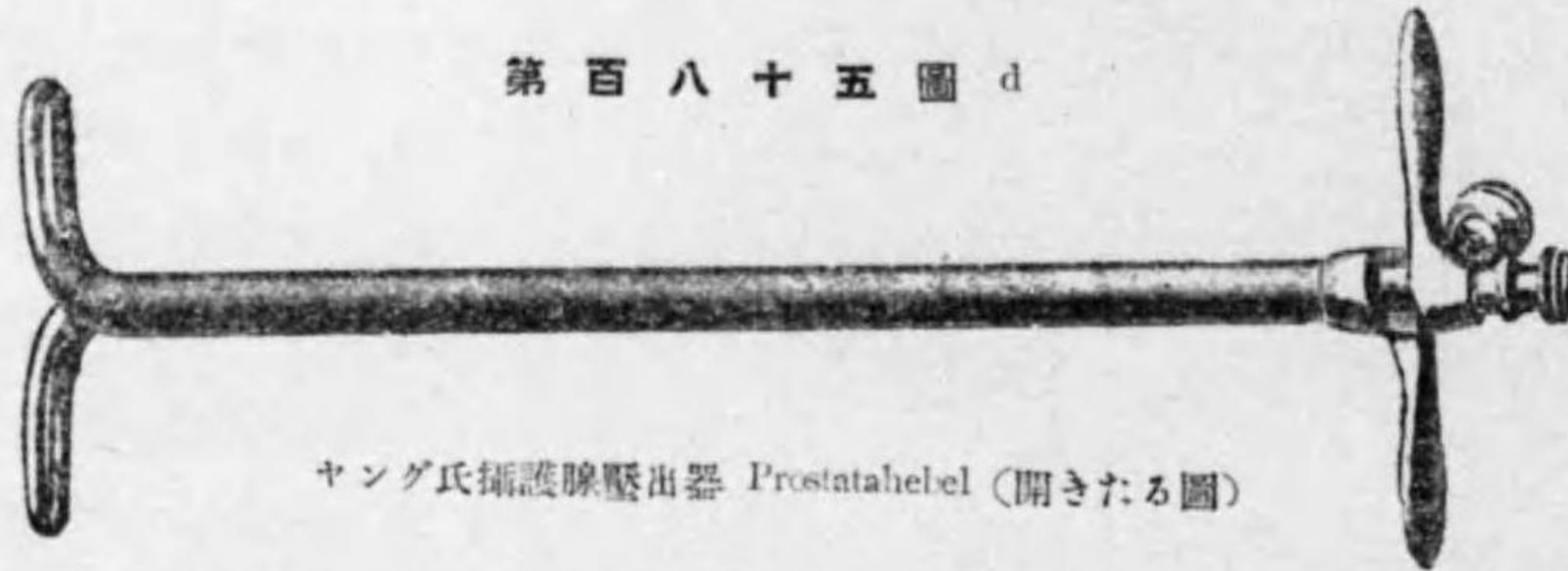


第 百 八 十 五 圖 c



ヤング氏攝護腺壓出器 Prostatabel (閉ぢたる圖)

第 百 八 十 五 圖 d



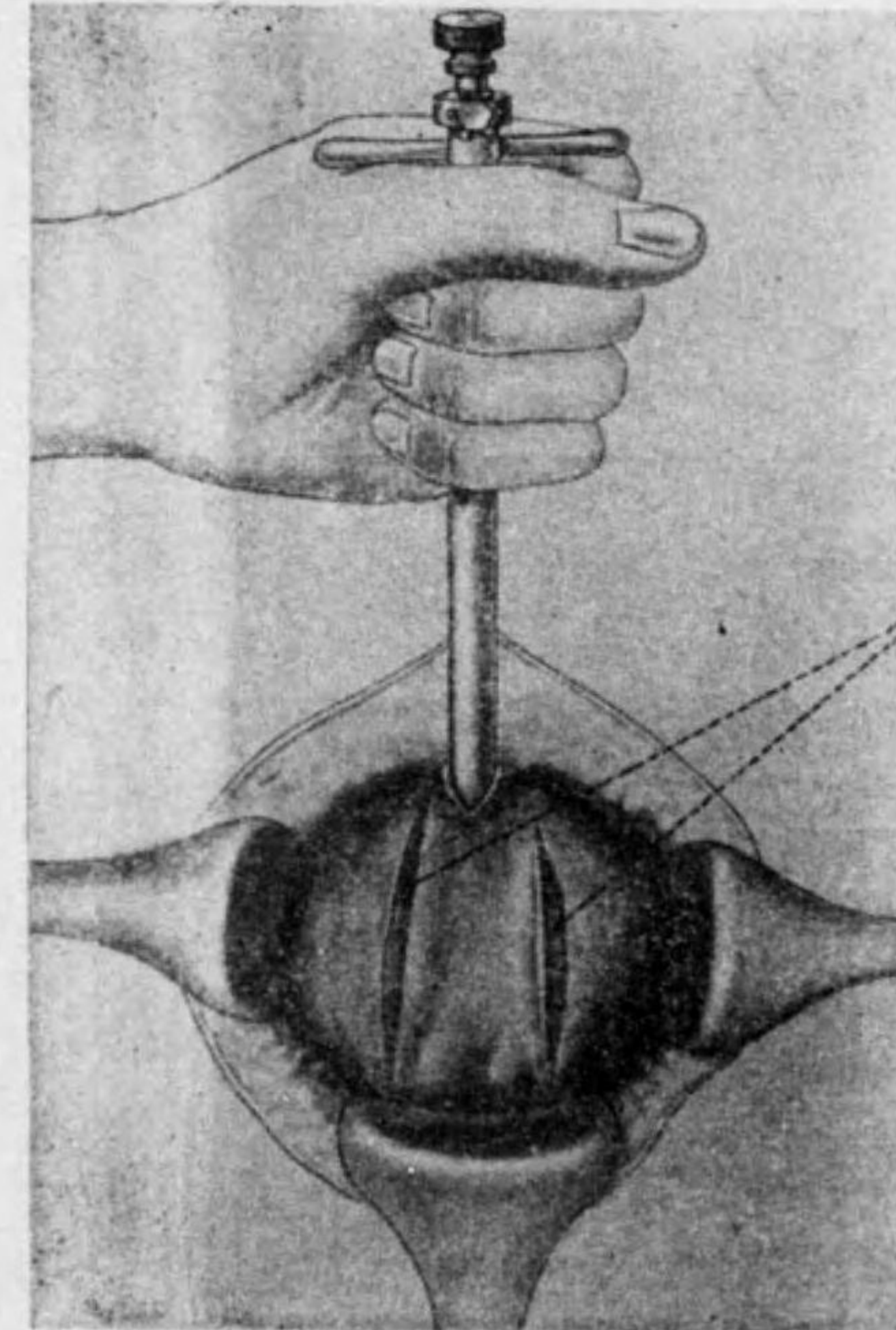
ヤング氏攝護腺壓出器 Prostatabel (開きたる圖)

剔出の際に直腸の或る部分に於て之に榮養を支給する組織の連絡を損傷したる箇處が出来て、後に一部分的壞疽を起す爲めである。此瘻管は全例の約7%に見らるゝ容易ならざる併發症である。爲に予及び他の多くの手術家は竟にフレイヤー氏恥骨上式攝護腺摘出術を採るやうになつた。

然しフレイヤー氏法の遺憾とする所は其死亡率の更に大なる事で、手術家によつて一定しないが、大約6-15%である。フレイヤー氏の統計は最良の成績を示し、其死亡の原因を單に手術と後療法の技術の拙なるに歸してゐる。然し手術も後療法も年を趁ふて改善せられつゝあるから、此巧妙なる手術は將來益普及するであらう。

數年前ウエルムス氏 *Wilms* (Heidelberg) は會陰式攝護腺剔出術の一變法を公にしたが實用を見ずして止んだ。フェルケル氏 *Völcker* (Halle) は攝護腺剔出術の極めて合理的なる一法を記載した。其は攝護腺まで善く目視しながら達し得る様に、直腸を直腸癌手術の場合のやうに剝離したのである。此法は技術も六ヶ敷しく、直腸を損傷し易いので安全なる手術でないから充分に試験した上でなければ推奨が出来ない。故に結局最良の法はフレイヤー氏恥骨上式攝護腺剔出術と其二三の變法のみである。予はリンナルツ

第 百 八 十 五 圖 e



會陰開口より攝護腺壓出器を挿入し同腺を手術野に露出せしめ其囊を射精管の兩側にて截切せる圖  
○は攝護腺囊の開孔なり

氏 *Linnartz* (Oberhausen) に倣ひ剔出前にノボカイン-ズブラレニン液を攝護腺の周圍に注射しおき、フラー氏 *Fuller* 及びイスラエル氏 *Israel* のしたやうに會陰の方へ排膿する。

偕て此手術の效果は斯く顯著なものであるが、然し予は攝腺肥大症と見れば必ず攝護腺剔出術を行ふと云ふのではない。手術の適否及び其時期に就ては慎重なる考慮を要する。

抑、孰れの疾患に對しても手術を可とするのは、生死に關する適應症の外には非手術的療法が全然用をなさないか、若くは姑息に出でて却て病勢が増悪し、隨て治療が愈、困難に陥るや

うな時に之を手術を以て未然に防がんとする場合である。そして無論斯る手術は少くとも病症を輕快せしめ得るものと推測せらるゝか、或は生命に對して餘り危険のないものに限つて許さるべきものである。然らば此點に對して攝護腺肥大症は果して如何であるか。

先づ第一に慢性尿閉を有する本病患者中、何等の治療を加へないのに極めて健康にして高齢に達する者が寡くないと云ふ事實を特舉しなくてはならぬ。斯る患者の容態の佳良なのは主として膀胱容量が大なる爲めである

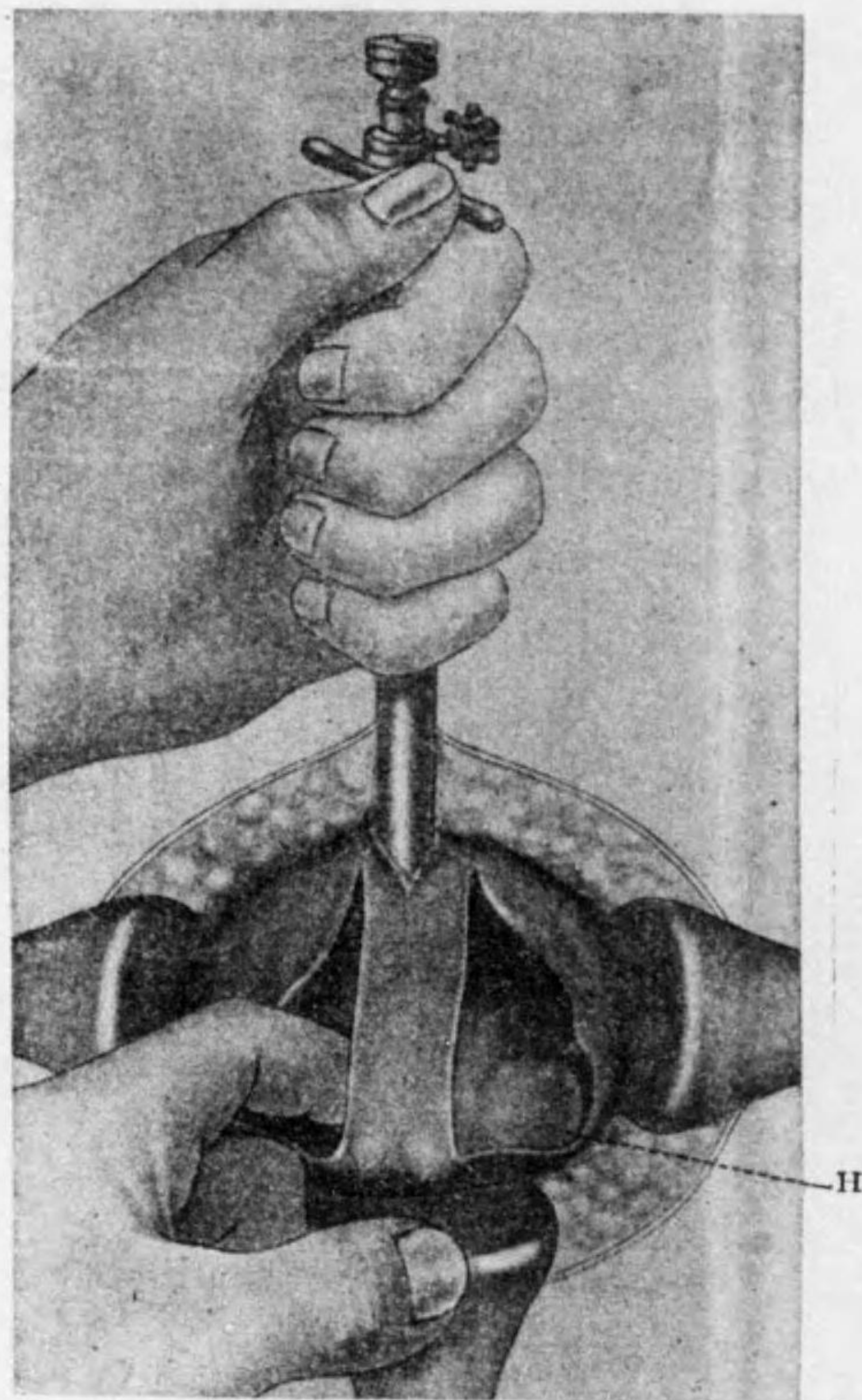


一時的刺戟状態の如きは其都度緩解し得られるから毫も顧慮する必要はない。若し膀胱が大きくて $\frac{1}{2}$ —1立を容れることが出来ればカテーテル挿入は普通1日僅に2回で足りるし或は患者自ら之を行ふことも出来て、尿貯溜槽の負擔は充分に除かれるから、患者の執務並に夜間睡眠を防げることはない。此種の患者は勿論手術を受くる念なく、又カテーテルを用ゐるに細心注意するならば、カテーテルより蒙る危険がないから、手術せすともよい。

然し症状萬一の増悪を危惧して手術を勧めるやうなことは全く理由なきことである。蓋

し第一に病症が此泌尿器の部分だけに限局せる間は、カテーテルを用ゐるのみにて何等の異常なく、80歳若くは其以上の高齢に達するものが寡くないのであるから、斯かる慢性尿閉症を有する患者に對して、後來病勢が悪

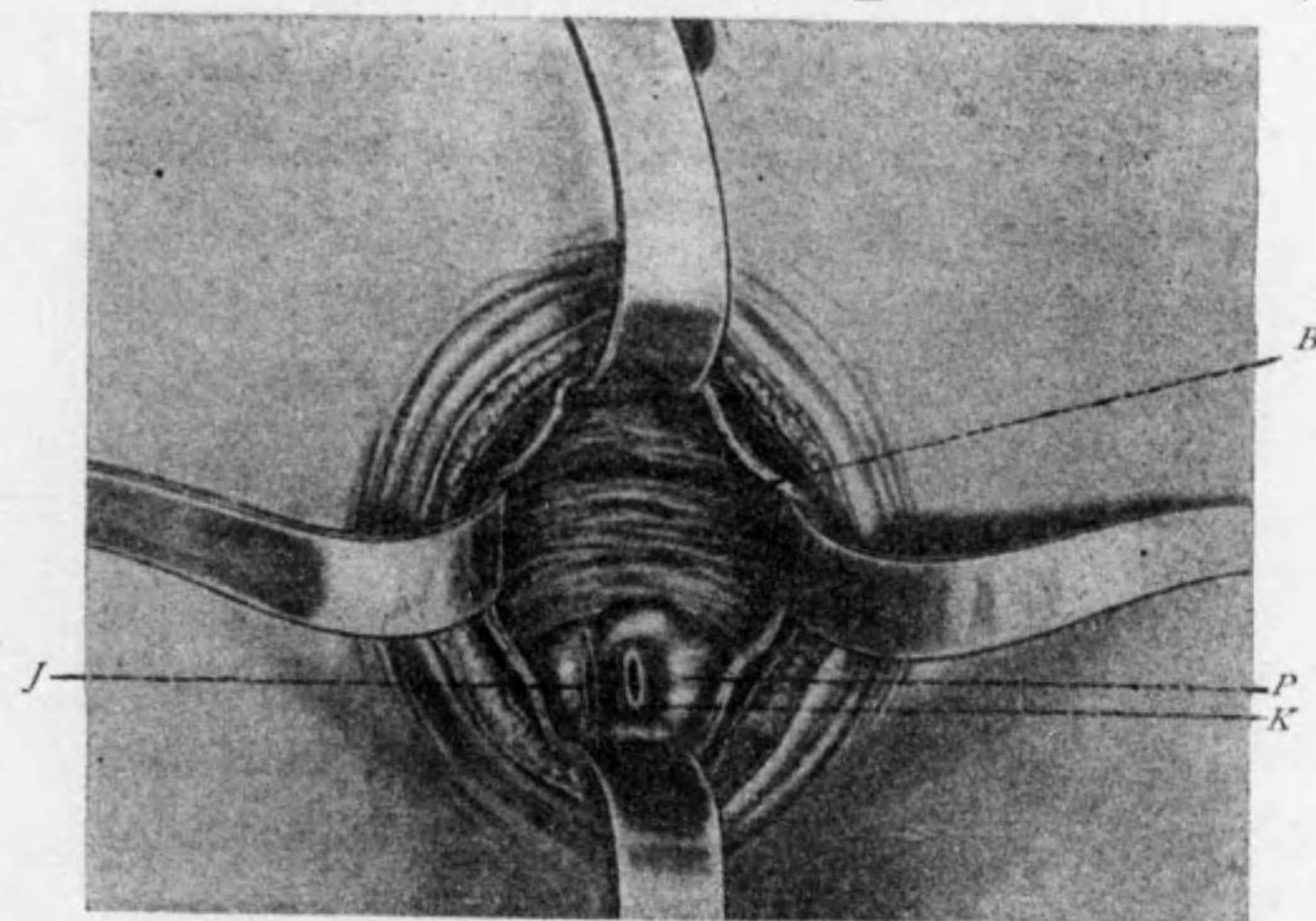
第 百 八 十 五 圖 f



手指にて攝護腺を剔出する圖  
初め側葉の在りし腔内に中葉を押し入れ鉤にて引き出して除去す  
Hは腺の剔出すべき部を押し入る、腔なり

(376)

第 百 八 十 六 圖 a



截開せる膀胱(B)に攝護腺(P)膨出せり。膀胱口には豫め挿入せるカテーテル(K)の現るゝを見る。攝護腺を被へる膀胱の粘膜は膀胱口の附近にて截切せらる(J)

變すると豫言することは出来ない。

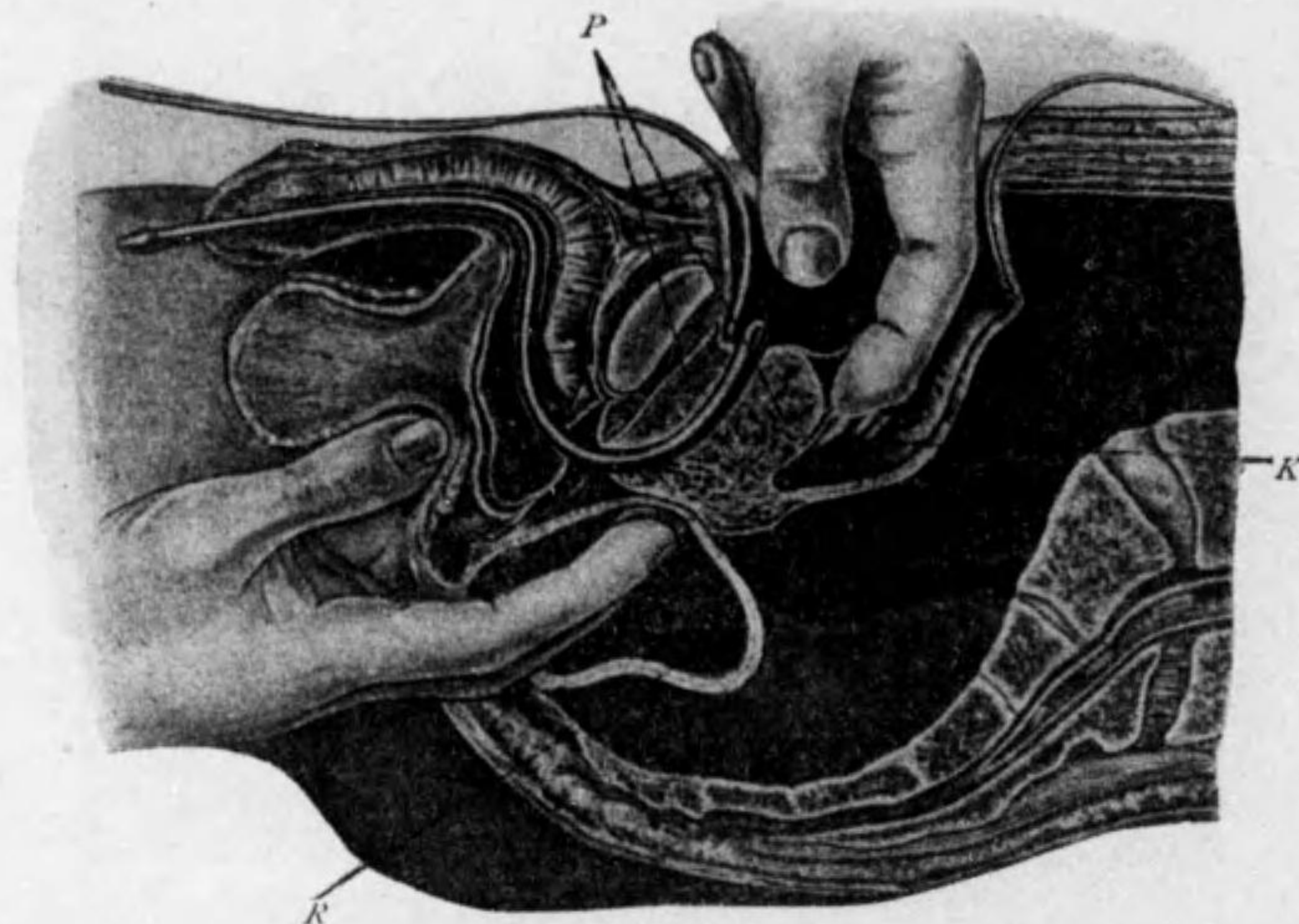
之に反して膀胱が小なるか若くはカテーテル挿入が極めて困難な場合には事態全く右と異なるのである。膀胱が小さく患者自ら排尿し得ないときはカテーテルを24時間に6—16回又は其以上挿入しなければならない。斯ることは極めて煩雜なるのみならず、尿道を刺戟し、且つカテーテルの挿入が多い程、消毒は益、困難となるので危険である。若し之に加へてカテーテルの挿入が毎回困難であるか、若くはカテーテル挿入が時々旨く行かないで反復之を試みなければならぬやうな場合には、患者は甚だ悲惨の状態に陥るので、カテーテル挿入を止め度くなるのは當然である。

又急性尿閉の再發頻繁なる患者も手術に適應する。蓋し尿閉が度々起る程益、膀胱炎の續發は免れ難い。又周知のごとく完全尿閉と之れに踵ぐ膀胱の排泄とに由りて起る所の壓力の變動ぐらひ傳染を促すものはない。往往攝生食餌法を守り、便秘及び凡て過度なる事を避ければ、此發作を稀な

(377)



第 百 八 十 六 圖 b



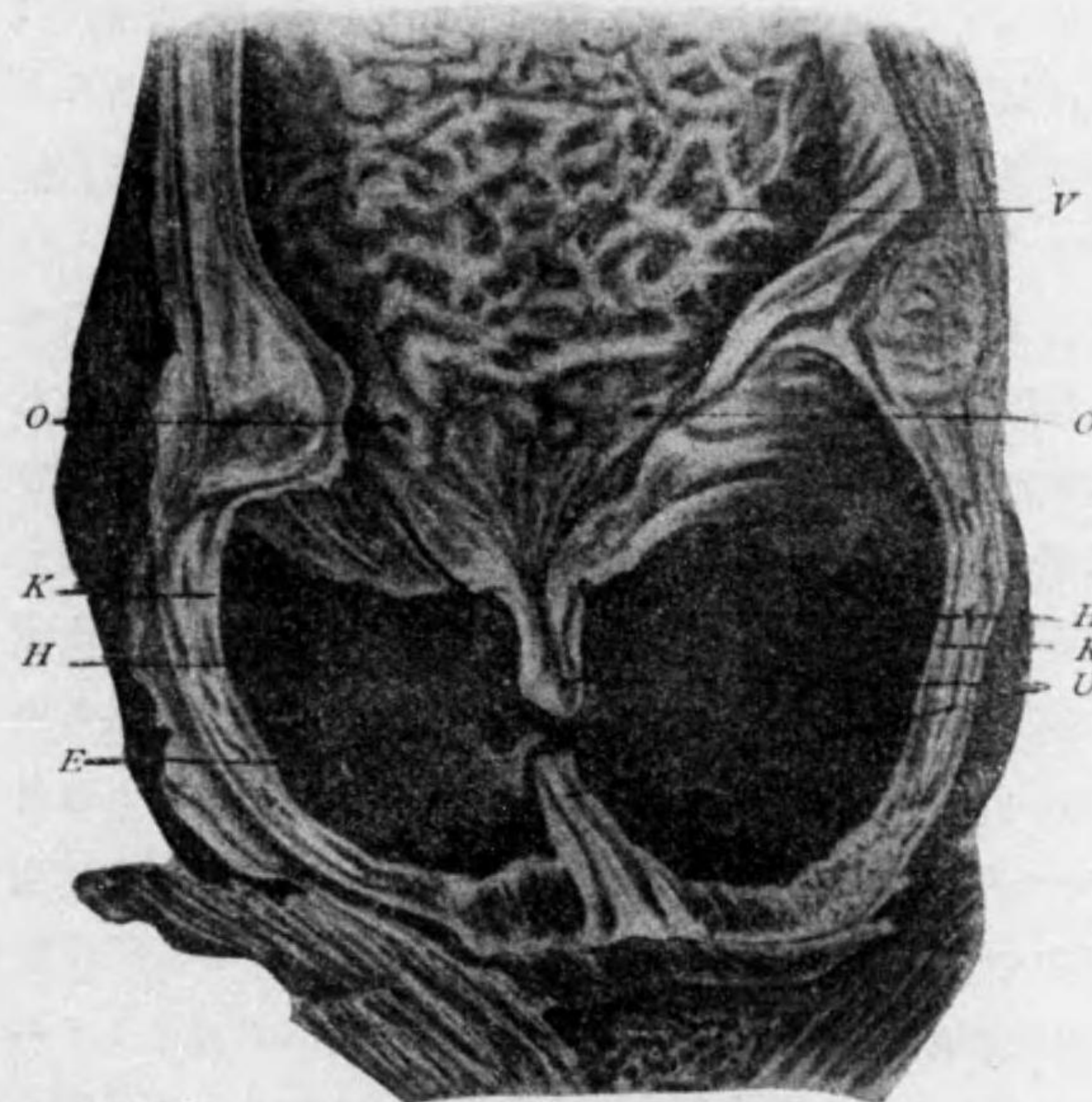
右手の示指を以て蜜柑の皮を剥く如く攝護腺(P)を其囊(K)より剔出す。左手の示指を直腸(R)に挿入してこの操作を扶く

らしめるけれども、攝護腺充血の爲に尿閉が頻發して止まない場合があるから、斯る際にはカテーテル挿入の困難なる程、早く手術を加へるがよい。次に所謂細菌の傳染を受けたる攝護腺肥大症患者 inficerter Prostatiker で尿敗血症を發し、發熱し、舌乾燥して厚苔を被り、煩渴止まず、食思缺乏せるときは醫家往々之を以て手術の禁忌症とするけれども、予は之こそ手術に適應した者と思ふのである。何となれば若し手術を施さなければ死を招くこと殆ど疑ひ無いからである。勿論手術も大危険を伴はないではないが、他に救済の途がない、手術の見込みは腎臟變化(腎盂炎・腎水腫・動脈硬化性腎臟炎)の高度なる程悪いけれども、是等の症が極めて進行してゐた時のみ手術を禁忌する。尙ほ二次的手術を行ふことも罕でない。即ち先づ高位切開術を施して膀胱に排膿管を入れ、數日、數週、數ヶ月後、腎臟が壓迫を免れて充分に恢復した所で始めて攝護腺を剔出する。

其他反復頻發する攝護腺の大出血や、攝護腺後部に於ける膀胱陷凹部に

第 百 八 十 六 圖 c

(Nach Walker)



攝護腺剔出後の攝護腺腔(H)

V 膀胱 O 輸尿管口 U 裂斷して残れる尿道攝護腺部 E 射精管の裂斷端 K 攝護腺囊

の途を辨へたる醫家は、既述の如く充分に治療上の手腕を振り得るものである。蓋し本病患者にして全然治療し得られざるが如きものは稀であつて、最も多くの場合に於ては各、其病狀に應じ、手術を加へると否とに拘らず、能く病苦を輕快せしめ得るものである。

### 攝護腺結核 Tuberkulose der Prostata.

**原因** 攝護腺の結核は青年の徒に最も多く、小兒及び老人には稀である。本病の發生を説明するには他の多くの結核症に於けると同様に遺傳なるものを考へなければならぬ。素より遺傳關係の内實に至つては今尙ほ明

好んで生ずる結石のある場合にも手術を要する最後に患者の社交的事情の爲に無菌的カテーテル挿入の困難なるか又は不可能なる場合にも手術してよい。

以上攝護腺肥大症の療法に關して、同症が實地上緊要なる爲に精細に述べたが、要するに本病の本態を知悉し、且つ善く簡人的關係に處す



でないが、而も青年者に於て何等認むべき發病の原因なくして攝護腺に或る疾患を發生し、始めは診斷不明であるが、時を経るに隨つて攝護腺結核なることが判明すると云ふことは掩ふべからざる事實である。此の場合に更に之を追究すると、患者は多く結核素因を有する家族より出でたることを認める。ワイゲルト氏 *Weigert* は、攝護腺なるものは傳染病原體に對して絶好の附著部であると明言してゐる。

次に右の意義に於て遺傳素因を有する者が、生殖器に或種の害毒を蒙りたる後に結核を發生する場合は層理解し易い。此種の害因中、最も著しい、而も未だ餘り重視されないものは淋病である。予は攝護腺も共に侵されたる生殖器結核に於て、瀰久の淋病が其根底を作つた場合を見た。蓋し淋病殊に慢性淋病なるものは、予をして謂はしむれば寧ろ永久性淋病と稱すべく、之は外傷と同じもので、隨て素質を有する者をして生殖器にも他の諸器官に於けるが如く結核の發生を促がすのである。遺傳素因なき者に於て、房事過度や手淫が該腺結核の原因をなすと云ふ説は確でないと思ふ。又經驗上にも證明せられない。

外來の微菌が偶、結核患者と交接する際(コルネット氏 *Cornet*)或はカテーテルを介して尿路に竄入し、爲に攝護腺をも感染せしむることは不可能のことではない。唯、之を遙に多い血行若くは淋巴道よりの傳染に比較すれば價値の尠ないものである。

蓋し攝護腺結核が全然孤立せることは頗る罕で、殆ど毎に他の身體の諸處に病竈を認める事は、即ち血行又は淋巴道よりの傳染の多い事に該當する。故に或は既に肺癆を先發し、或は先づ腎臟結核を原發し、次で血行を経て若くは下行的に腎臟より膀胱に至り、此處より攝護腺に到達するのである。又は初に結核性副睾丸炎があつて、後に攝護腺及び精囊の結核を伴ふものもある。精囊は攝護腺と俱に侵さるゝことが甚だ多い。要するに死體解剖の際、攝護腺のみ侵されてゐるのを見ることは極めて罕である。攝護腺が傳染病毒に對する好箇の附著部であると云ふ考へには、ヤーニー氏 *Jani* の業績が興味がある。氏は肺癆患者に於て睾丸並に罹患しない攝護腺

内に結核菌を發見した。

**病理解剖** 攝護腺は病機の状態如何によつて増大したり又縮小する故に攝護腺結核 *Tuberkulose der Prostata* と結核性攝護腺炎 *tuberkulöse Prostatitis* とを區別するは極めて價値あることである。甲は死體解剖の際稀に觀るもので、腺中に孤立の結節を生じ、其周圍に變化を及ぼすことが全くないか若くは輕微である。之に反して乙にあつては攝護腺炎の條下に記載した變化に多少の特徴を具へてゐるのを認める。即ち數多く結節を生じ、初めは孤立してゐるが後には融合し、各結節は孰れも同一の進行をなす。詳言すれば初期には腺管の周圍に灰白色の小結節及び圓形細胞浸潤・巨態細胞並に類上皮細胞があつて、後には其中心が乾酪様變性に陥り、結節全く軟化する。そして死壞せる細胞成分は濃厚なる脂様乾酪様物質に變じ、此小なる乾酪様病竈は一帶の浸潤層によつて圍繞せられる。結核菌は殊に上皮と其下の結締織層との間に發見せられる。結節は尿道の近傍に存在するよりも腺の周縁に近く占居する事が多い(トムブソン氏及ギヨン氏 *exzentrische Form Thompsons und Guyons*)。斯の如き小病竈は多數増大して互に融合し、反應性炎症と相俟つて腺の腫張を來し、爲に其表面凹凸不平となり、硬部と軟部と相交錯してゐる。乾酪様變性の他に結節に最も數、起る病機は融解で、之に由りて定型的膿瘍を生じ、其數は其大きさに應じて變ずる。然し後には之が互に融合するから極めて少數となるか、或は攝護腺の全部若くは大部分が一箇の巨大なる結核性膿瘍となる。

多數の結節が乾酪様變性と化膿の爲に著しき變化を起した場合でも相對的治癒を來すことがある。此場合には化膿性乾酪性空洞の内容が吸収せらるゝか若くは漸次に硬化して石灰を沈着するのである(ブローカー氏 *Broca*)。然し斯ることは不幸にして極めて稀有に屬し、病機は大抵益、周邊に進行し、遂に一個若くは數箇の膿瘍が外表・尿道又は膀胱三角部の邊に破開する。其際には或は膿瘍が一時に排泄して硬い結核性の壁を有する空洞を残すもあり、或は破潰に由りて生せる通路の不規則なるより、結核物質の一小部のみ排泄せられ他は殘溜することもある。そして生じたる尿道・膀胱



會陰・肛門に通せる瘻管は絶えて治癒の傾向がない。

エングリッシュ氏 *Englisch* は結核の全身蔓延を起し易いので特に悪性なる病型として結核性攝護腺周圍炎 *tuberkulöse Periprostatitis* なるものを指摘した。同症に於ては結核菌が血行若くは淋巴道を経て攝護腺周圍靜脈叢に入り、更に其血管より周圍組織に到達するもので、靜脈よりして血栓形成及び膿毒症を起し易い。

**症候・経過・診断** 攝護腺結核と結核性攝護腺炎とは臨牀上にも區別する必要がある。攝護腺結核に於ては攝護腺内に隠然一箇若くは數箇の孤立竈を生じ、數年間潜伏して其間些の症状をも露さないものがある。そして近傍に病機が波及し若くは血液を介して傳播したるとき、即ち膀胱或は腎臓の結核を起してから、始めて攝護腺検査を行ふ際に直腸より明確に結節を觸知する。此結節は勿論已に早くより發生して居たものである。

故に攝護腺結核の初期に於て病竈が腺の實質内に局在し、尿道及び膀胱がまだ侵されない間は、之が診断を下す事は困難なるか若くは全然不可能である。又症状が全く無いから攝護腺を觸診するやうなこともない。

此症の自覺症状は早晚現はれるものであるが、固有とすべきものは殆ど無く、排尿障碍・疼痛・血尿及び血性精液 *Hämospemie* を見る。

排尿障碍は敢て特殊の性質を帯ぶるのではない。患者は晝夜の別なく排尿頻數となり、排尿の際殊に其終末に於て熱灼を感じ、尿の流出少し困難となるやうな觀がある。斯る尿意促迫は他の例へば單純な淋菌性膀胱頸炎に見る所のものと全然同じで、只其異なる唯一の點は、排尿障碍が他の場合にありては治療の効果が著しいのに反し、本症に於ては如何なる治療を加ふるも頑強に抵抗することである。

次に排尿とは關係なく會陰及び肛門内に重壓の感がある。之は疼痛様の感覺で、運動殊に倚坐の際に増劇し、便通時には著しくなる。此症状も亦緩解し難いのを固有とする。出血は著しき血尿として現はれる事は甚だ罕で、數滴の血液が排尿の初めにも出づることがあるが、大抵は其の終末に當つて尿線と共に排出せられる。斯様なものは通常の淋菌性膀胱頸炎にて

も見られるけれども、膀胱炎に於ては概ね1—2回の硝酸銀點滴若くは洗滌法にて止血するに反し、若し之を結核性攝護腺炎に試みるときは却て反對の結果を來し、苦痛並に出血が増すものであることを忘れてはならぬ。

血性精液 *Hämospemie* も略、同様である。之は射精の際に亦時としては遺精の際にも精液の最後の數滴が血液に染みて出づるもので、單純な精囊炎に見る症状である。然し精囊炎にあつては血性精液が良性であるのを特有とするけれども、結核に於ては不治のことが數、ある。但し血性精液は必しも結核に必發の徴候ではなく、間、一時的に若くは全然缺如することを注意しなければならぬ。

以上述べたやうに攝護腺結核の自覺症状には何等固有とするものがないから、其診断は理學的検査法を俟つて始めて確實となるので、殊に同時に全身状態・既往症等を熟察すれば益、正確となる。

先づ尿道よりの漏泄物は必しも毎に見られるものでないから價値は尠ない。結核性攝護腺炎に於て分泌物が外尿道口に現れたり、又は尿中に纖維として出づるのは、病機が尿道に波及して其處に潰瘍及び瘻管を作りたる場合に限る。そして其分泌物が結核性であることを立證するには、結核菌を検出しなければならないけれども、成功することは稀である。又少くとも其漏泄物が攝護腺より出でしことを確定する必要があるけれども、之には豫め尿道を清洗した後、攝護腺を按壓し、既述の方法を以て攝護腺液を染色して検査するのである。

之よりも確實で數、目的を達し得る診断法は直腸よりする精細なる攝護腺觸診法である。之によれば他の攝護腺疾患に見ざる孤立せる結節を極めて明確に觸知するであらう。此結節は壓迫に對して著しき鋭敏性と痛感とを訴へる。又檢者の手指が長ければ殆ど毎常攝護腺の上際に當り、同じく結核に侵されたる肥厚迂曲せる結節狀の精囊を觸知する。

膀胱鏡又は消息子検査法は無用である。膀胱鏡を用ゐても攝護腺の變化は精々括約筋の邊に認められるのみで、是亦普通の攝護腺炎にも見られるものであるから何等得る所は無い。又消息子插入の時、尿道攝護腺部に劇



痛を發するが、之も固有なものではないから診斷上の價値はない。

然しながら本病を診定するには上記の自覺的並に他覺的症狀で充分である。殊に全身を精診して得たる一般状態を参考すれば益、確實となる。若し本病に疑はしき症候を徴し、且つ他に或る結核性疾患の併在を認め、又著明な遺傳素因があつて、加ふるに頑症で治療の效を奏し難いことが明であれば、本病を誤診することは尠ない。

**豫後** 他に生命を危ふからしめる結核病機が併在しない限り、豫後は必ずしも不良でない。例へば攝護腺結核に偏側の腎臟結核を兼ねたやうな場合には必ず治療する見込みがある。若し本症以外は強壯で抵抗力に富める者ならば恐らく治療するであらう。之に反して治療の見込みの迥に尠きものは、膀胱・副睪丸及び精囊が俱に侵されたる上行型 ascenderende Form である。同症は大抵兩側に輸尿管を傳つて腎臟に上昇せんとする傾向を有し、或は又身體に他の數多の結核病竈を生じて治療を不可能ならしめる。

然し攝護腺結核は斯く病機が他に蔓延すると否とに拘らず、自ら退行するよりも寧ろ進行する方が多い。既述の如く遂に廣大な化膿を來し、瘻管を形成する。最も懼るべきは劇痛を伴ふ難治の膀胱結核である。又粟粒結核は數、本病の結末をなす。

**療法** 本病に對する治療は頗る貧弱である。先づ上記の原因を顧みて數年間存續せる慢性淋病をして其根底に結核の發生せしめないやうに、出來得る限り根治するやうにする。然し一面には過劇の治療は却て身體、殊に侵されたる生殖器を衰弱せしめ、隨て血中に循環せる結核菌をして攝護腺内に占居せしむる事があるから之を忘れてはならない。即ち過多 Zuviel を避けなければならぬ。凡そ結核素因ある者の副睪丸炎・尿道炎・攝護腺炎の如き生殖器疾患を治療するには殊に慎重の體度を取り、能ふ限り一切過劇の局所療法を避くる方がよい。

本病の藥物療法としては、クレオソート及び其類似の藥劑を用ゐても效果少なく、予は未だ嘗て其の認むべきものを見ない。

尿道攝護腺部に硝酸銀・沃度ホルム・昇汞の局所的應用は病機が尿道に蔓

延したる曉に於て始めて意義あるもので、爾他の場合には不合理である。然し予は尿道が侵された場合でも尙ほ之を行ふことを好まない。蓋し同法は效力尠く徒に患者に苦痛を與ふるに止るのみならず、其作用が結核病機の根源に及ばずに、僅に續發的に侵されたる一部分に達するに過ぎないからである。

攝生的全身療法は其他の結核症にも必要なる如く、治療所に於ける入院療法・緩和なる水治法・肥胖療法・空氣療法・暖地に於ける轉地療法・一切の害因を避くること等、皆な本病に用ゐられる。排尿又は排便の際劇しき苦痛と疼痛とを來すときは麻醉劑を應用する。即ちモルヒネ・ヘロイン・ペラドンナは小灌腸若くは座藥として賞用する價値がある。若し膀胱頸又は膀胱よりの諸症狀が主徴をなせば、膀胱結核の條下に掲げたる昇汞點滴法を試みるがよい。大抵は奏效する。

尿意促迫があつても留置カテーテルは用ゐない。何となれば大抵結核性膀胱炎が併在してゐて之に堪へ得ないからである。疼痛及び尿意促迫が堪へ難い時は之を緩和するに膀胱穿刺術を行ひ、瘻管を開放しおく他はない。

次に侵されたる攝護腺の全部を精囊と共に截除する外科的療法 (ヤング氏 Young 等) は未だ實驗に乏しいから遂に推奨し難い。加ふるに同手術は他に結核病竈の存在せざるか、若くはたとひ存在しても斯る大手術に堪へ且つ其效果に充分望みある場合に限り施さるべきものである。

然し手術が結核性寒性攝護腺膿瘍の除去、若くは患者を著しく悩ます所の瘻管を治療せしめる爲めであるならば、其れは別のことである。攝護腺膿瘍は會陰式或は直腸前式截開を行ひ、之を開きて搔爬し、且つ沃度ホルムグリセリンを以て治療するが最も良い。又化膿し若しくは乾酪變性に陥れる攝護腺より生じたる瘻管に對する方法も畧、之に同じことである。

### 攝護腺の凝石及結石 Konkretionen und Steine der Prostata.

**原因** 成人の攝護腺に所謂疊層小體即ち澱粉樣小體 Corpora amylacea



なる小體の存在する事は既に述べた。此小體はウエルヒョウ氏 *Virchow* によれば通常の腺分泌液が1箇若くは數箇の變性したる細胞の周圍に凝固し順次其上に沈著するによりて發生すと云ふ。レックリングハウゼン氏 *Recklinghausen* は同小體の本質を以て植物性澱粉に類似のものとなし、スチルリング氏 *Stilling* は純粹の類澱粉質<sup>アミロイド</sup>と做したが、ポスネル氏 *Posner* の研究によると、蛋白質性液内若くはレチノンの浸潤せる死壞細胞内に起れる凝固作用に基くと云ふ。右の如き小體相疊積するときは則ち凝石 *Konkretion* となり、増大すれば麻實大にも達し、多數攝護腺の腺腔及び排泄管内に存在する。其色は眞珠様の淡色乃至琥珀様黄色・褐色・黑色(色素沈著)である。切面上には灰白乃至褐色の小顆粒を見る(嗅煙草 <sup>シュヌフタバク</sup> *Schnupftabak* —モルガニー氏 *Morgagni* ウエルヒョウ氏 *Virchow*)。

此集積して凝固物となれる疊層小體は決して腺の病的産物ではなく、腺分泌に於ける一の障碍と解釋する方がよい。此小體は數年又は間、終生攝護腺内に存在して而も何等の影響を與へないことがある。そして漸次益、増大するか、若くは石灰鹽の沈著に由りて尿道の水平面を超え、其先端が腺排泄管より挺出するやうになれば、始めて屢、其存在を認められる。總じて攝護腺凝石は小さいけれども、若し炭酸石灰・磷酸石灰・磷酸亞母尼亞麻屈涅矢亞が沈著すると、漸次増大して竟に眞正の結石となり、攝護腺結石 *Prostatastein* なる名稱を冠するやうになる。

之と全然別種の結石は同じく攝護腺部に在れども、其發生上攝護腺結石ではなくて尿道結石に屬するか、若くは又膀胱結石の破片たるものである所謂パイプ状結石 *Pfeifenstein* は即ち此種に數ふべきもので、其一部は膀胱内に他の一部は尿道内に在る爲に、パイプ頭のやうな屈曲を生せるものである。

砂時計状結石 *Sanduhrstein* と稱するものは兩端が棍棒状で中部が細く之が尿道結石又は膀胱結石である事もあるが、眞の攝護腺結石に屬するものもある。斯く此結石の由來は色々異なつてゐるが、孰れも原發結石に尿沈渣の凝著して生じたものである。眞正の攝護腺結石は單一なることは稀

で大抵多數に存在する。ゴールディングバード氏 *Golding Bird* が記載したる1例に於ては攝護腺内に無慮130箇の結石が在つたと云ふてゐる。之に反して尿道攝護腺部に於ける結石は普通單一である。予の見たる攝護腺結石の1例に於ては250箇の小結石を排泄し、尙ほ攝護腺内に50箇を残してゐた。凡て攝護腺結石は其數が多い程小さく、又反對に數が少ない程益、大きいのを常とする。攝護腺結石の巨大なるものは重量120瓦に達したものがあつた。

右の如く攝護腺に結石を生じたときは、結石は大抵空洞内にあつて不齊に攝護腺の全部に互つて散在し、若くは二三の部又は腺の一側に限つて偏在することもある。そして若し著大な單一の眞正攝護腺結石であれば、成長に應じて其部の腺體が萎縮し、結石を包藏する空洞は壓迫萎縮に陥れる腺組織より圍繞せられる。若し結石多數あるときは、斯る小空洞が夥しく生ずる。

以上の結石とは其由來の異なる被殻石 *Inkrustationen* も攝護腺結石中に數へなくてはならぬ。是は發炎せる攝護腺組織内の限局性小膿竈が乾固し、石灰を沈著したもので、極めて罕に觀られるものである。

又夫の所謂靜脈石 *Phlebolithen* も同様で、之は攝護腺周圍靜脈叢の擴張せる靜脈内に存在し、豌豆大を超えるものは稀で、靜脈の擴張及び靜脈鬱血に依つて其發生を促さるゝものであるが、極めて罕である。

**症候・診斷** 最も多くの攝護腺凝石及び結石は生前概して症狀を現さないために、其診斷は不可能と謂ふべく、たゞ手術若くは剖見の際、偶然發見せらるゝに過ぎない。然し又殊に攝護腺小結石が尿道面より挺出した時には苦痛を惹起し、就中排尿困難及び排尿時疼痛を以て主徴とする。是に於て排尿の回数は稍、増加し、排尿の際抵抗の感があるやうで、此抵抗が出没して一定せざる點は注目すべき事である。是は小なる膀胱結石が時々尿流の爲に膀胱頭に壓迫せられて該部を閉塞すると同じ關係である。場合によつては完全尿閉を來すこともある。又排尿は疼痛を伴ひ、其疼痛は陰莖の先端に向つて放散し、排便にも疼痛がある。患者は亦排尿に關係なく會



陰部に圧重感を覚える。

出血は攝護腺結石に於て屢、ではないが往々にして現れる。そして結石が尿道に挺出した場合には、尿中に血球を見ざること殆ど無い。予は嘗て豌豆より少しく大なる小結石が尖鋭なる稜角を以て腺排泄管より尿道に突出せし爲め、殆ど致命的大出血を來せし1例を見たが、同患者は出血後數週にして死亡したので、剖見の結果右の關係を審にすることが出來た。

又攝護腺・後尿道及び膀胱には普通炎症を發するけれども、尿は膀胱炎の性状を示さない。また結石は尿道粘膜を糜爛せしめて小なる壞疽を生ずる。そして若し結石が自然に排泄せらるゝ時は、尿道炎の症状は消散するけれども、排出されなければ如何なる尿道炎療法も奏效しない。

結石の排出するときは腺排泄管より遊離して尿道に達するか、若くは圍繞せる攝護腺組織を破潰して尿道に出で、此處より尿線と共に體外に放出せられる。然し又結石が同じやうに出でて後方膀胱内に入り、膀胱結石と成ることもある。

結石が餘り腺の周邊に偏倚せず中心に近く位するときは、炎症を起し延いて組織の削瘦と攝護腺の萎縮とを招致する。

斯かる場合には間、直腸より結石を觸知し得られるから診斷が容易となる。此觸診によつて始めて診斷は確實となるもので、排尿困難・排尿時疼痛尿線中絶の如き上記の自覺症状は頗る曖昧であるから、夫れのみにては所詮診斷を下し得ない。手指を直腸内に挿入すると攝護腺は凹凸不平で硬く増大してゐるのが判り、時には小結石が互に摩擦するを感ずるであらう。

金屬消息子を尿道に挿入すれば、結石の一部が尿道腔内に挺出せるものに限り之を觸知し得らるゝこと言ふまでもない。其際的感覺は一種獨特の、著明な摩擦 ライベン Reiben 若くは咬牙 クニルシエン Knirschen の感覺である。固より尿道結石にも同一の感覺はあるから、是は決して攝護腺結石に固有なものではない。然し金屬消息子の挿入と同時に直腸内の手指を以て攝護腺を按ずれば、往々硬き一物を消息子と手指との中間に觸知する。

更に診斷の一助となるものはレントゲン検査法で、之は直腸と膀胱の内

容を充分に排除したる後に行ふべきものである。ゴールドバーグバート氏 *Golding Bird* 及び予はレントゲン板上に攝護腺結石の頗る興味ある陰影を撮影し得た。然しながら此法は結果陽性なるときに限り證明を與ふるのみで、乾板上に全然陰影を現さない場合でも結石は存在する事があるのである。乾板上に見える結石が果して攝護腺結石で膀胱結石でないこと云ふ事は膀胱鏡検査を以て膀胱内に結石が無い事を見れば確かである。

**療法** 攝護腺結石にして單に偶然の發見に止り、何等の症状を醸さざる場合には治療を施す必要はない。又疼痛及び排尿困難が時々現るゝに過ぎない場合にも、本病の性質上免れ難き外科的手術に着手するに先ちて、先づ結石の自然排出を待つがよい。

之に反して病苦増進し、炎症及び化膿を發し、且つ結石の増大して來る事が疑ひなければ無論斷然手術を行はなくてはならぬ。該手術中、自然道よりの結石破碎及び抽出術、兩側截石術に似たる兩側攝護腺截開術 *bilaterale Prostatomie* (デュフイトレン氏 *Dupuytren*) 直腸よりの同腺截開術(マツォニー氏 *Mazzoni*) 等は用ゐられない。只通常の會陰式截開若くは直腸前式攝護腺剔出術(デマルケイ氏 *Demarquay* デッテル氏 *Dittel* ツッケルカンドル氏 *Zuckerkanndl* ソサン氏 *Socin*) の二法中孰れかを選ばばよい。就中後者は確實且つ危険少なくて攝護腺に到達し得らるゝから、益、賞用せらるゝのは當然である。若し結石が腺組織に固く密著せるときには、骨 パトリウム 膜剝離子、結石匙若くは槓杆様器械を以て結石の抽出を圖る必要がある。手術及び本病の豫後は概して佳良で、大抵困難なく治癒する。

### 攝護腺腫瘍 Neubildungen der Prostata.

**原因** 茲に敘述する攝護腺腫瘍は只惡性なる癌腫 *Carcinom* 及び肉腫 *Sarcom* に限り、纖維筋腫や腺腫のやうな良性腫瘍は攝護腺肥大症と看做して既に其條下に述べた。凡て惡性腫瘍は殆ど一として原發性でないものは無く、續發性のものは頗る罕である。續發性腫瘍は或は近傍の腫瘍(腸癌)より直接に移行して生じ、若くは遠隔臓器の腫瘍(胃・硬腦膜・陰莖の癌腫)



よりの轉移である。茲に甚だ注目に値することは悪性の膀胱腫瘍は毫も攝護腺に移行する傾向がないのに反し、攝護腺腫瘍は好んで膀胱に向つて侵入發育する事である。

アルバラン氏 *Albarran* 及ハレル氏 *Halle* の謂つた様な、普通の攝護腺肥大症が癌腫に變化すると云ふ説は蓋し確證がないやうである。此場合に攝護腺肥大症に見えたものは、其實既に當初より徐々に發育しつゝあつた悪性腫瘍であつたと非難されても辯解の辭はなからう。

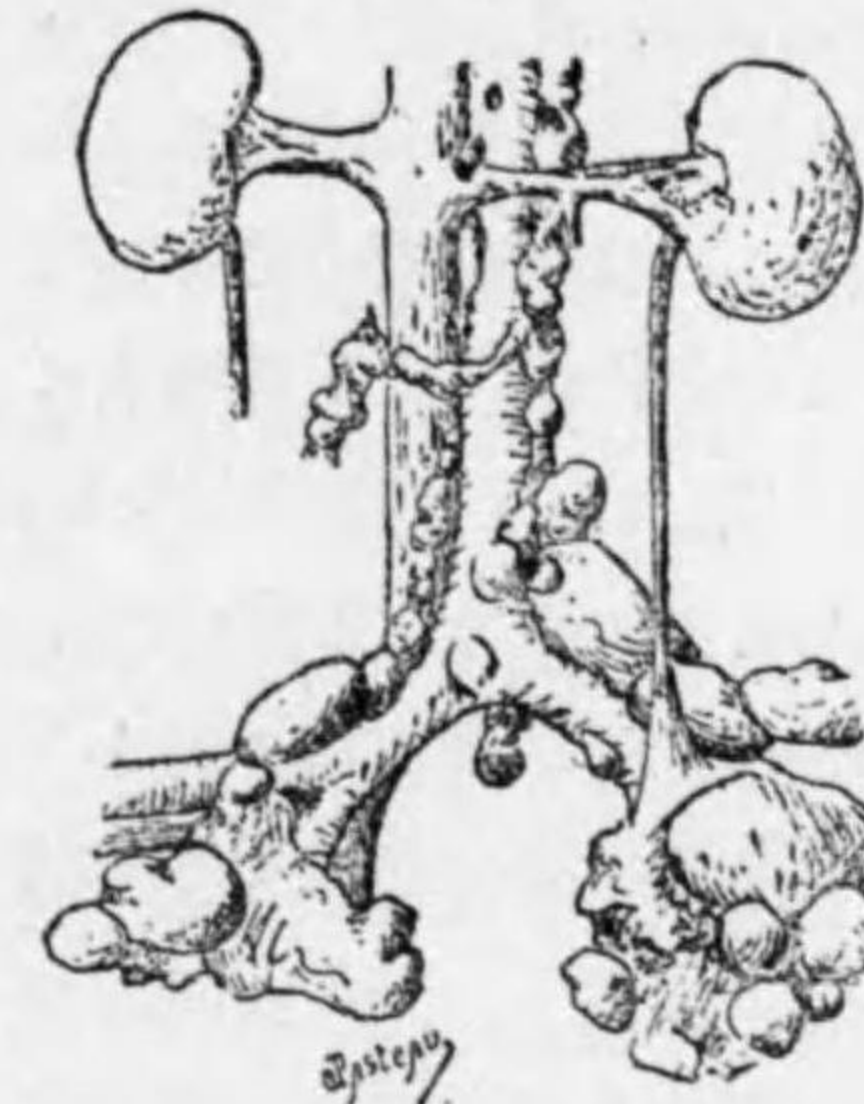
攝護腺悪性腫瘍の發生原因は他臓器に於ける悪性腫瘍と同様に全然不明である。遺傳若くは淋病が之に關係ありと云はれるけれども、全然根據はない。殊に淋病に至つては殆ど信じ難い。癌腫は老人を侵すこと最も多く小兒及び壯齡の者には極めて罕である。之に反して攝護腺肉腫は年少の徒に再々見られる。蓋しクレブス氏 *Krebs* が其原因を胎生期に索めたのは無稽な説ではない。

**病理解剖** 攝護腺癌腫 *Prostatacarcinom* は之を大別して2種とする。甲は柔軟なる髓様癌 *Medullarcarcinom* 若くは腺腫癌 *Adenocarcinom* 又は上皮腫 *Epitheliom* で、乙は硬い硬性癌 *Scirrhus* である。肉眼的には瀰漫性 *diffus* と限局性 *circumsript* の2型を分つ。

髓様癌 *Medullarcarcinom* 若くは腺腫癌 *Adenocarcinom* は其の質柔軟で多漿性なるを特色とし、單核の小細胞が繊細な纖維性支柱組織の中に介在してゐる。オルト氏 *Orth* は癌腫は顯微鏡的には圓壩狀細胞腫瘍で、其細胞が間腺様の管腔をなして配列すれば、之を腺腫癌と診断すべく、間質は依然攝護腺間質の性状を有してゐたり、又は小細胞浸潤を蒙り、即ち同じく茂生すると記載してゐる。アルバラン *Albarran* 及ハレル *Halle* 兩氏が單純なる攝護腺肥大症が癌腫に變化すると説いたのは、即ちこの性状あるに由つたのである。

又既述の如く腫瘍の發育に瀰漫性と限局性とある。限局性なるものは腺の一箇處若くは數箇處のみ侵されて固有の状態を示し、爾餘の部は定型的攝護腺組織である。同型は比較的稀に見るもので、其發育が遅々たるこ

第 百 八 十 七 圖

癌腫症の淋巴腺に蔓延せる圖  
(Musee Guyon)

と、攝護腺が大抵著しくは増大しないことが重要である。

之と截然趣を異にするものは腺の全部を多少に拘らず侵害し、尙ほ迅速に其周圍に向つて進行する種類である。之は幾もなくして攝護腺囊を破潰し、小骨盤に出で、之を腫瘍塊にて充たし、精囊・輸尿管・會陰・骨盤骨を侵害する。

この種のものは頗る巨大なるを特色とし、ギヨン氏 *Guyon* は之を瀰漫性攝護腺骨盤癌腫症 *Carcinose prostatopelviennediffuse* と名付けた。此大腫瘍の稠度は均等なるあり、硬軟相交るものあり。表面葉狀を呈し、

凹凸不平で硬く、直腸粘膜が其上に癒著してゐる。此癌腫は膀胱内に侵入して其處に茂生し、膀胱鏡面には一見定型的膀胱癌の狀を呈する。或は否らざれば單に膀胱粘膜を擡げ、膀胱に膨隆部があつて充血せる外、異状なき粘膜にて被はる。直腸粘膜も亦同じく侵さる。即ち癌腫塊が破潰し、爲に腐敗性潰瘍性加答兒を起す。又之に次で或は之と同時に攝護腺附近の淋巴腺に浸潤し、腸間膜腺・鼠蹊腺・腹膜後部腺を侵す(第百八十七圖)。又續發性結節は肝臓・助膜・肺臓・陰莖海綿體・腎臓・脾臓に生ずる。

之と其形狀・構造・發育及び轉移の狀に於て異つてゐるものは、レックリングハウゼン氏 *Recklinghausen* の研究に係る攝護腺成骨性癌 *Osteoplastische Carcinome der Prostata* である。之に特舉すべきことは骨轉移が夥しく瀰く蔓延せるに比して、攝護腺に於ける原發竈は小にして著明でない點である。詳言すれば原發竈は屢、殆ど臨牀的に認められないのみならず、剖見の際にすら之を發見することが困難なる程小さいのに反し、骨には夥しき瀰漫性の癌腫性浸潤を見るのである。此浸潤を蒙るものは就中骨盤・脊柱の下部・下肢骨・肋骨・胸骨・肩胛骨・上膊骨・頭蓋骨及び脊椎骨で、更に箇々の骨



に就て云へば、上腿及び上膊骨の下端に好發する。内臓は大抵轉移を免れる。フォン・レックリングハウゼン氏は骨變化に就て次の如く叙してゐる。即ち一方には長管骨の骨端や骨幹、脊椎骨等の如き通常海綿質若くは空洞の在る部分に廣大なる硬化及び象牙様變化を來し、他方には緻密質に著しき吸收及び骨の鬆疎を招き、彼是相錯綜し、加ふるに患部は新生骨質の堆積に由りて非常に肥厚し、鐘乳石の如く林立せる突起穂をなし、間隙及び管溝は癌細胞を以て充たさる。又建設が破壊を凌駕してゐるので、癌腫の破壊的性質は甚だ振はない云々(フォン・フリッシュ氏 *v. Frisch*)。轉移は骨髓より來るもので、又癌腫の種子は骨髓に播布せられて此處に發芽し、次で其萌芽は外方に向つて破開すると云ふてゐる。

又骨癌腫は血管に沿ふて進行し、血管を破りて骨の外表に出る。骨轉移は其構造が攝護腺内の原發竈に同じもので、結締織性支柱より成る所の胞巢内に殼子狀及び圓壙狀細胞が充填してゐる。そして女子に於て乳癌が最も屢、癌腫症 *Carcinose* を來すやうに、男子に在つては攝護腺癌より全身癌腫症を惹起することが多い。

**攝護腺肉腫** *Prostatasarcom* は既述の如く癌腫より著しく稀で、就中小兒及び老年に來る。そして皆原發性でないものはなく、他器官(精囊・骨)より攝護腺に移行せる續發性肉腫は、例外の場合として二三の報告あるのみである。肉腫は殆ど毎に圓形若くは紡錘狀細胞肉腫に屬し、初期には恰も纖維筋腫のやうに截然たる境界を以て腺質の内部に占居し、次で増殖進行するに及んで攝護腺の一部、竟には其全部が變化する。然し腫瘍の發育は尙ほ停止しない。肉腫の特色とする所は其大さの尢然たると發育の迅速なる事である。故に之が有莖の菌子の狀をなして攝護腺の中葉より膀胱内へ侵入せるやうな状態で診斷の下さるゝことは比較的尠く、既に出來得る限りの方向に向ひて廣大なる増殖蔓延をなしてゐるのを見る。即ち小骨盤を充填し、輸尿管を壓迫し、膀胱の周圍に茂生して之を上前方に壓し、間、膀胱を貫きて内部に侵入し、又廣き直腸膨大部すらも狭窄せしめる。

其轉移の癌腫と異なるのは、癌腫の際特に侵される近接の淋巴腺及び鼠

蹊腺が肉腫に於て侵襲を蒙むること遅く且つ比較的輕微であることで、大抵の場合には小骨盤内淋巴腺の侵される前に、既に肝・脾・肺等の遠隔臓器に轉移を生ずる。

**症候・経過・診斷** 先づ小兒に來る攝護腺肉腫に就て述べる。同症は一見原因不明なる尿閉突發して始めて發見せられることが再々ある。此時小兒を診査すれば、可なり著しき腫瘍が突然生じたるを見るであらう。或は又**排尿困難**及び**排尿時疼痛**・**排便時疼痛**、其他稀なれども**血尿**等が醫師の注意を喚起する場合もある。此際患兒を觸診するに、殊に雙合診を行へば將來攝護腺の存在すべき直腸の部に硬い腫瘍を觸知し、其突起物は往、膀胱及び恥骨縫際に達してゐる。凡て肉腫は迅速に前方に向つて發育し、患兒は普通發病後1—2年の間に殞れる。

成人の癌腫及び肉腫は症候上大差はないから之を一括して述べ、枝葉に互る二三の特種の點は別に記載することにする。自覺症狀は主として**排尿障礙**・**排尿時疼痛**・**排尿に關係なき疼痛**・**排便時障礙**で、他覺的症狀たる**全身惡液質**・**尿の變化**即ち**出血**・**膿尿**・時としては**組織片の排泄**・**カテーテル挿入膀胱鏡検査**及び**直腸觸診法の所見**・**轉移の證明等**によつて診斷を確める。

**排尿障礙**は主として攝護腺肥大症に於けるものと同一で、腫瘍の大小及び其れに由て來る所の狭窄の程度に應じて、患者は排尿に際し多少に拘らず**努責**しなければならない。尿線は在來の進出力を失ひ、排尿回数は種々なる程度に増加し、膀胱の排泄は漸次不良となり、初め慢性不全尿閉起り遂には往々徐々に完全尿閉となる。然し完全尿閉は良性の攝護腺肥大症に於けるよりも稀である。若し之を起したときは尿の不隨意漏泄を來し、**膀胱溢流** *Ueberfließen der Blase* を起す。之と異なるのは**尿失禁**であつて間、起るけれども多くは疾病の末期に始めて見らるべく、括約筋の破壊に歸すべきものである。

**排尿時疼痛**は定型的の一症狀で輕快し難く、又は僅に一時的に緩解するのが固有である。即ち此排尿の終末時に増劇する所の**排尿時疼痛**は、殊に之に用ひし麻醉藥を休止すると忽にして再發する。



是れよりも更に固有であつて、攝護腺肥大症にも見る所の排尿時疼痛と異なつてゐるものは、疼痛が排尿に關係なく依然として去らない事である此疼痛は龜頭・陰莖根・直腸・會陰部・下腹部・薦骨部に位し、時として著しく増劇することがある。そして疼痛は間斷なく起るから、患者をして太しく衰弱せしめる。

此疼痛は坐骨神經及び股神經に沿ふて放散し、間、薦骨神經叢及び腰髓神經叢の全部にも及ぶことがある。之は腫瘍及び轉移性腺腫脹の爲め神經幹の壓迫せらるゝに因るべきは疑を容れない。蓋し疼痛が持続性で、頑固で全然之を緩解する途のないのは之が爲めである。疼痛在るに拘らず攝護腺の尙ほ比較的小さいことがあつても其れは決して矛盾でない。何となれば周知の如く攝護腺の腫瘍は小さくても、既に著明の轉移を生ずることがあるからである。

次に最後の自覺的症狀、即ち直腸障礙は單純性肥大症の條下に述べたるものと全く同じことである。排便が困難となり、高度の慢性便秘を來たし延いては遂に完全直腸閉塞を招くに至る。尙ほ注意すべきは排便時に數、間斷なき疼痛を伴ふ事で、是は攝護腺肥大症に見ない所である。又直腸粘膜自己を侵して潰瘍性茂生を來たせば、其の結果甚しい直腸加答兒を惹起し組織崩壞物と血液を交へたる脂様排泄物を泄す。

他覺的症候中、劈頭第一に目撃するものは惡液質<sup>カヘキシ-</sup>である。患者多くは顔色枯葉の如く帶黄色を呈し羸瘦し、如何に療養するも恢復しない。斯る體力衰脱は無論所謂攝護腺肥大症患者にも往々見られ、殊に尿傳染を併發せる場合であるが、然し實際兩者を區別するに難くはない。

攝護腺肥大症患者に於て症狀の増悪や合併症による惡液質は一時性である。合併症が除去すれば患者は恢復し、全身症狀も佳良となるを常とする又尿傳染を來せる同患者にあつては、尿傳染の症狀、即ち甚しく膿性の腐敗せる殘尿が衰脱の原因たることを示してゐる。癌腫惡液質Krebskachexieは之に反し、尿は全く清澄なるか將た僅に異狀を呈せるに止まるも、體力の衰脱は止まる所を知らない。

次に尿の變化としては右の如く特に記すべきものはない。但し殆ど毎に膿と間、血液を混する。そして若し腫瘍が膀胱に破潰すれば、腫瘍組織碎片が排泄せらるけれども、是は甚だ稀で診断の標徴には數へ難い。寧ろ膿の混在の方が多い。之は言ふまでもなく腫瘍の爲に血行障礙を來し、其結果傳染性細菌の繁殖を容易ならしめた爲めである。但し高度の膀胱炎を起すやうなことは罕である。

攝護腺腫瘍に現はるゝ血尿も亦何等の特色はない。出血は排尿の初めであることもあり、終末のこともある。又は血液が尿と全く混じて膀胱より出づることもある。出血の起るのは必しも腫瘍が膀胱に破潰した爲めではなく、膀胱の周圍に増殖する攝護腺腫瘍に由來する鬱血も亦優に出血を惹起するに足るのである。又此出血は動機なくして出沒し、如何なる療法も效を奏し難く、且つ運動の爲めに起ることもなく、安靜しても之を制止することが出来ない事は膀胱腫瘍に於けると同じことである。唯前者は後者よりも大抵輕微で、劇烈なる出血は攝護腺腫瘍には例外である。

カテーテル及び膀胱鏡検査は數、病勢増悪の因と爲るから、之を行ふには慎重にしないでならぬ。カテーテルを挿入するときは、攝護腺肥大症に於けるが如く大抵尿道の變位を審にし得べく、又尿道の偏倚をも認める尿道が偏倚してゐれば、硬性器械を膀胱に挿入する事が著しく困難となる軟性カテーテルの通過は容易であるに反し、金屬カテーテルを膀胱に挿入すること殆んど不可能なるを往々經驗した。此故に診査用並に又治療用としては軟性器械を撰ぶがよい。カテーテル試用後には多くは輕度の出血を來すものである。

又短嘴形膀胱鏡を以てする検査も頗る困難で全然不可能の事がある。然し若し血液を混じない清淨なる、若くは血液を除去したる膀胱内に膀胱鏡を挿入し得た時には、或は攝護腺腫瘍を被へる膀胱粘膜が膨隆し、之が較、著しき充血を現せる外全く正常の觀を呈してゐるのを視るか、否らざれば腫瘍が膀胱粘膜を破潰したる狀を認めることが出来る。此場合には膀胱鏡の影像は全く膀胱腫瘍の夫れと區別し難い。然し此際に直腸觸診法を行ふ



ときは、其孰れであるかを辨別し得る。即ち膀胱腫瘍にては攝護腺の性状に變化はないが、攝護腺腫瘍に於ては下に掲ぐる變常を呈する。

**直腸觸診法** Rectalpalpation は屢、夫れのみにて本病の診断を下し得る程正確なことがある。同法は膀胱が充盈してゐる爲に誤診を來すことのないやうに、必ず膀胱の空虚なるときに行ふを忘れてはならない。又能ふ可くんば雙合診がよい。此觸診に依れば攝護腺は殆ど毎に著明に増大してゐるのを認める。尤も未だ増大するに至らざる初期の萌芽は到底觸知し得られないが、元來斯る場合に遭遇することは甚だ稀である。

攝護腺の表面は普通著しく不規則で、極めて硬靱、間、板のやうに硬い。是は通常の攝護腺肥大症には見ないことである。又腫瘍を被ふ直腸粘膜は移動しない。若し之に加ふるに蔓延の状態が不規則であるとき、即ち硬き栓状の突起物が上方又は側方近接部に突出して、腺の境界が分明でなければ、是は肥大せる攝護腺ではなくて腫瘍なること疑ひない。殊に精囊の方へ向つたり側方骨盤へ向つたりしてゐるやうな、方向の雜多な此角様物の突起は、其形状と稠度とに於て腫瘍に定型的なものである。雙合診を以て所見を得んとするならば、患者は脂肪に乏しく、随つて善く腹部を壓迫し得らるゝ場合でなければならぬ。

又更に轉移を鼠蹊腺などに觸れ得るか、或は他の内臓に轉移の存在を推測するか、若くは下肢・薦骨部・肩胛骨部及び其他の骨に不斷の疼痛があつて、轉移腫瘍が神経幹を壓迫し、骨を侵せることを示し、又下肢に浮腫を生じて靜脈血栓の存在を示す場合には診断は倍、確實となる。

本病の経過は大抵慘憺たるものである。或は膀胱症状となり、或は直腸症状著しく、或は神経痛症状(壓痛)最も劇甚なることがある。疾病の持続は5箇年を超えることはないであらう。

要するに初めは攝護腺肥大症の症候を以て露はれ、次で程なく排尿時に出血を伴ひ、骨及び神経の間斷なき疼痛が之に加はる。全身惡液質も漸次濃厚となるが、患者之に殞れる前に更に併發症を招くことが多く、爲に死期を早める。即ち尿閉・腸狭窄症状・輸尿管の壓迫・腎臟水腫及び腎臟膿腫

の發生・無尿症・膀胱傳染・脊椎<sup>ワズル</sup>剝耗兼完全半身不隨(予は其2例を見た)・骨盤靜脈の血栓及び沈下性肺炎等が直接及び間接の死因をなす。

**療法** は概して對症的に止り、疼痛並に病苦を輕減し、能ふ限り其體力を維持せしむるを以て満足しなくてはならない。鎮痛には是非とも種々の方法にて麻醉藥を與へねばならぬ。モルヒネ・ペラドンナ・バントボン・ヘロイン・デオニンを散藥・丸藥・注射又は直腸座藥として用ゐる。就中此座藥にピラミドン・アンチピリンを配伍するがよい。其他坐浴・保温器・熱罨法等種々なる温熱の應用、完全及び不全尿閉時のカテーテル挿入等も推奨に値する。

茲に重ねて警告すべき事は、カテーテル挿入に用ゐる器械の必ず軟性たるべきことである。其他便通には善く注意し、大灌注法が最も良い。又堪へ得らるゝ限りの多量の強壯食餌を與へる。膀胱の局所療法は宜しくない。唯、尿閉の著しいとき又は化膿が甚しくなつた場合にのみ行ふ。膀胱検査の如き過劇の検査法は診断上已を得ざる場合の外は避けた方がよい。

根治療法として腫瘍の全部を除去する法は從來の成績に徴すれば、只診断を適時に下し得たる場合にのみ行ふべきである。腺の一部的除去は近傍に腫瘍巢の殘遺なきを保し難いから不合理である。故に手術するならば腺の全部剔除に限るのであるが、之は轉移の生じない前に行はれたる時にのみ効果あるべきで、大抵は診断を下し得る以前に於て已に永く發病してゐるから、此目的を達する見込は尠い。況んや同手術其ものが頗る大手術で憔悴せる患者が直接之が爲に死する者寡くないに於てをやである。

此事は從來の手術成績にも一致し、極めて不良な結果になつてゐる。ビルロート氏 Billroth の1例(同手術の嚆矢である)は手術は良かつたが術後14箇月にして再發の爲に死亡し、スタイン氏 Stein の第1例は9箇月後に殞れ、第2例及びライスリンク Leisrink ドパージュ Depages 兩氏の1例は孰れも手術に由りて死亡した。フェルホーゲン氏 Verhoogen の1例は術後9箇月、フラー氏 Fuller の夫れは11箇月後共に再發を來して鬼籍に入つた。予が幸に耻骨上式にて手術せし一患者は8週を経て體力衰脱の下に殞



れた。獨りソサン氏 *Socin* の1例は手術後、4年間全然再發を見なかつたヤング氏 *Young* の會陰式手術を施せる6例中、2例は2年間再發なくして生存し、他の2例は術後暫くにして死し、残りの2例は未だ手術後の期間短くて効果を云々し得ないと謂ふてゐる。

是故に従來の統計の示す所は不良を極め、手術の見込みは甚だ難いけれども、又翻て考ふれば、たとひ手術を施さなくても早晚死する事は疑ひない。然しながら最近攝護腺手術法は大に改善せられた(前直腸式手術、高位直腸瘻に用ゐるが如きケーニッヒ氏 *Fritz König* の手術)のであるから、徒に絶望の愚を學ばないで、須らく益、此方面に實驗を重ね、其經驗を蒐集すべきである。

### 攝護腺微毒 Syphilis der Prostata.

攝護腺の疾患は甚だ多いけれども、微毒の症例に至つては未だ一として確實なものがない事より觀ると、本病は極めて稀有のものであると斷言してもよい。之を在來の文献に徴するも、眞に攝護腺微毒の疑ひなきものは僅に數例を出ない。ルリケー *Reliquet* ロション *Rochon* チュロー *Duhot* ウロチンスキ *Wroszynski* 及グロスリック *Groslick* 諸氏の報告した病歴は即ち本病を示すもので、グ氏の例は眞正の攝護腺護膜腫であつたらしい。

患者は45歳の男子で、久しき以前淋病に罹つた外、常に健康であつたが、偶、認むべき原因なくして疼痛性尿意促進と會陰部に於ける疼痛感とを覺えた。又尿道よりは微量な帶褐色の分泌液を洩し、之を檢するに濃及び白赤血球を含有するも絶て淋菌を認めない。シャリエール第19號のカテーテルは無論容易に通過する。直腸検査を行ふに、男子拳大にして軟骨の如く硬く、凹凸不平な攝護腺を觸知し、壓痛あり。この所見から見ると癌腫の疑ひを起すのは極めて當然の事で、加ふるに同患者が既往に於ける微毒感染を否定してゐる。然るに氏は其後に至りて方針を一變し強刺なる驅微法を試みたるに、果せる哉腫瘍及び一切の隨伴症狀は4週間にて消散した。其後再び同一の攝護腺腫脹を2回生じたが、其1回は頸部に微毒性の疾患をも伴つてゐた。而して孰れも驅微療法に依つて復び消失した。

吾人は此好實驗例を参照し、若し攝護腺炎の症狀を呈する疾患にして何

等の原因をも探知し難い時は、必ず微毒を考ふる事を忘れてはならぬ。

コーン氏 *Th. Cohn* (Königsberg) も攝護腺の左葉に生じた微毒性炎症の確實な病例を見た。即ち感染後15年を経て數ヶ月來攝護腺に限局性炎症を生じ、爲に膀胱閉鎖筋の弛緩が困難となり、隨つて十分なる排尿が障碍せられ、遂には完全尿閉となり、同時に排便も困難となり疼痛を伴つた。この護膜腫性組織は之を被へる膀胱粘膜と共に破潰して潰瘍となり、サルワルサン及び水銀によつて潰瘍は治し、腺並に其周圍が結締組織に變化して残つた。故に護膜腫性攝護腺炎は確實に存在するものとせねばならぬ。

以上の2例は癌腫の診斷を下すに慎重なる可きことを誨へるものである故に攝護腺に腫瘍が在つて、且つ其由來・性質・觸診所見・其急速なる發育等が他の微毒の隨伴と相俟つて疑を懐かしむるものがあるときは、色々な診斷法を行ふた後に、驅微療法を試みるがよい。

### 攝護腺寄生蟲 Parasiten der Prostata.

茲には胞蟲 *Echinococcus* のみに就て述べる。然し従來の報告例を觀るに、果して其が眞性の攝護腺胞蟲であつたか、將た近接組織に在つた胞蟲が攝護腺内に侵入して來たものであつたかは疑はしい。孰れにもせよ膀胱と直腸との間に位する腔間には再三胞蟲囊腫が発見せられた。其好例と看做すべきもので、又解剖をも經たるもの3例を下に紹介する。是は本病の發育と症候とを知るに絶好のものである。

第一例 マウンダー氏 *Mauder* の實驗に係り、エングリッシュ氏 *Englisch* の記載によれるもので、24歳の患者、4日間持續して尿閉を起した。之を診るに恥骨縫際上から臍部に亘りて球狀の腫瘍の爲に著しく膨隆し、壓痛があり且つ著明の波動を認める。此波動を有する腫瘍は直腸よりも觸知せられたので、其處より穿刺したるに、全然固形成分を含有しない澄明なる漿液1立を排泄し、又之と同時に尿道より暗色を呈せる大量の尿が出た。而して患者は2日を経て腹膜炎の症狀の下に死亡したから剖見すると、膀胱は健全で、膀胱と直腸との間に空虚の囊が在り、之に穿刺の痕が明に認められた。又胞蟲囊腫は所々内臓に散在し、鼠蹊管内に在つた較、大なるものは宛然還納性鼠蹊ヘルニヤの觀を呈してゐた。



**第二例** ローデル氏 *Lowdell* のもので、64歳の男子、二三年來排尿障害を訴へたが竟に完全尿閉に陥つた。解剖の結果、膀胱壁は肥厚し、攝護腺部に兒頭大の腫瘍があり、之を截切して見ると畢竟一の壓縮せる胞蟲囊であつて、攝護腺を侵して之に代つたものであつた。そして網膜にも胞蟲囊を認めた。然し右の胞蟲囊が果して攝護腺に原發したものなるや、將た攝護腺以外に生じて攝護腺を壓迫萎縮に陥らしめたものなるやは明でない。

**第三例** スペンス氏 *Spence* の實驗は甚だ有益なものである。患者は55歳の男子で、6箇月以來尿閉に悩み、カテーテルの挿入屢、徒勞に歸したと云ふ、仍て之を診ると膀胱直腸窩に一箇の腫瘍を認め、右側腹部にも炎症狀全く無くして發生せる巨大なる一箇の腫瘍がある。試にカテーテルを挿入するに、大量の尿を排除し得るに拘らず、腫瘍は依然として舊態を變しない。乃ち更に普通の套管針で直腸より該腫瘍を穿刺せしに、夥しき胞囊を含める透明の液が大量に漏出し、液の穿孔より漏るゝこと前後14日に及んだ。患者偶、排便の際較、強く努責したるに、囊腫が破綻して多數の胞囊が直腸に排出し、次で囊腫が化膿し、遂に治癒し、直腸前壁の穿孔の周圍に肥厚部を遺した。然し下腹部の囊腫は頗る迅速に増大したと云ふ。

コーカサスのウェッセロウソフ氏 *Wesselowsoroff* の報告は同地方にエヒノコックス病が比較的多いから興味がある。氏は次の症狀を擧げてゐる。即ち腹壁より觸診すれば、軟い弾力性の腫瘍が丁度甚しく緊漏した膀胱の様に觸れる。直腸よりすると、攝護腺は非常に大きく膨大し手指にて上際に達し難い。雙方診にて餘り明でない振動感を觸れる。カテーテルは半硬性のものより外に挿入し得られない。尿道は甚しく延長し(カテーテルの把柄まで達する)、尿検査は異狀を示さず。膀胱鏡検査を行へば、大きな凹凸ある腫瘍が殆ど全膀胱を充してゐるのを見る。44歳の患者であつて高位切開術を行ひたるに、膀胱は一の大囊腫の充たす所となり、其内容は清澄で少しく螢光を放つ液である(約550㍺)。囊腫を開く際に胞蟲膜の一部が排出し膀胱より截切した囊腫壁には攝護腺組織を含有してゐた。囊腫の内腔は極めて大きく、手指にて壁に觸れることが出来ない程であつた。

右の病歴は本病が極めて稀で又自分も經驗がないから、*Englisch* の周到なる蒐集によつたのであるが、之より考へると診斷上注意すべき事は、主として排尿障害であることを知るのである。此排尿障害は較、永く持久し、其間如何なる療法も何等の效を奏せず、遂に完全尿閉に

陥るのである。更に之を精査すると一の腫瘍を認める。此腫瘍は概ね尨大なるもので、直腸より觸知し得られ、又雙合診に依りて數、能く耻骨縫際の上部に之を證明する。腫瘍は波動を示し、其が巨大なることを特色とするカテーテル挿入は往々難きことも容易なこともあるが、カテーテルを入れても腫瘍は依然として直腸内に存在する。即ち觸れたるものが充盈せる膀胱でない證據である。尙ほ試験的穿刺を施して吸引し、胞蟲頭 *Skolices* 鈎 *Haken* 若しくは疊層狀膜片を發見すれば本病の診斷を確實ならしめる。又特に注意すべきことは大抵膀胱と直腸との間に於て胞蟲の如き巨大な囊腫を作るものは他にないことで、隨つて斯る大囊腫を見たならば、直に胞蟲の存在に疑ひを措いても差支ない。

**療法** は獨り手術あるのみで、他處に於ける胞蟲の有無を見て行ふがよい。即ち穿刺術を行ひ、又は直腸前截創より若しくは耻骨縫際の上部に於て開きたる膀胱よりして胞蟲囊を截開又は剔出する。

### 攝護腺神經症 *Neurosen der Prostata.*

**原因** 攝護腺神經症と稱するものの中には生殖器の領域に於ける種々なる神經性障害があるが、攝護腺は固より之に關與するけれども、必しも同腺のみに歸すべきものではない。斯る場合は後に生殖器神經衰弱の條下に述べるから、茲には只純粹の攝護腺神經症のみに就て記す事にする。

攝護腺は極めて神經性成分に富み、之に發する神經性障害はバイエル氏 *Péjer* に據るに次の3種ある。即ち攝護腺知覺過敏症 *Hyperästhesie der Prostata* 尿道攝護腺部知覺過敏症 *Hyperästhesie der Pars prostatica urethrae* 膀胱括約筋の一部を構成する攝護腺筋質の神經性過敏症 *nervöse Reizbarkeit des muskulösen Antheils der Prostata* である。但しこの3症は孤立せることは罕で、大抵は一より他に移行せるか若しくは同時に併在し、且つ其中の一つが優勢である。

本症は主として青春の徒に發する。是は云ふまでもなく同症が大抵尿道炎や慢性淋殘遺症より續發するからである。そして是等の尿道疾患は或は



已に早く攝護腺を侵したものであるか、若くは慢性尿道加管兒より後に攝護腺管に傳播して同腺に波及したものである。

攝護腺神經症の多數は斯の如くして發生するけれども、又從來如何なる生殖器疾患にも罹りたること無き者にも本症を見ることが屢ある。斯る患者は大抵神經病的素因を有する者で、數年來過度に手淫に耽り、或は實際の陰萎に由り、若くは自ら陰萎なりと信じて殆ど性交を行はなかつた者である。又性的に耽溺せる者及び全身性神經衰弱患者にも之を見る。後者に於ては精神過勞・勞働過度よりして全身性のイローゼを起し、之が時に主として生殖器に波及し、以て攝護腺神經症として露はるゝに至るのである。又中絶交接 Coitus interruptus は膀胱神經症の條下にも述べたが、攝護腺神經症の原因にもなり得る。

**症候** 攝護腺神經症の症候群に主として特有なるは、他覺的に認むべき炎症狀を生殖器に全然缺如してゐるか、若くはたとひ存在しても極めて輕微で、之を以て重態の症狀を説明するに足らない點である。

攝護腺知覺過敏症は腺の持續性壓迫感及び痛感を主徴とする。其が間、増劇すると急性炎症ではないかと思はれるやうな觀を呈する。而も觸診と攝護腺液の検査とに徴すれば事態忽ち明白となる。

即ち直腸より腺を壓すれば甚だ鋭敏であるけれども、急性炎に見るが如き腫脹を缺如してゐる。又按壓して得たる分泌液に既往の加管兒を示す所の白血球を發見することはあるが、急性加管兒のやうに殆ど少數の赤血球より成れる分泌液とは異つてゐる。加ふるに此種の攝護腺神經症に於ては排尿困難はない。甚しい急性炎であれば之は必ずあるもので、又極めて著しき疼痛を伴ふものである。尿自己も亦清澄で異常を呈しない。

次に腺の全部と言はんよりは寧ろ尿道攝護腺部の侵されたる神經症に於ても尿道並に尿に他覺的變化を見ない。尿は純粹で異常成分を含まず、唯、纔に恐らく本症の原因であつたる慢性攝護腺炎の遺物として二三の淋絲を見るに過ぎない。故に此場合に訴ふる所の排尿時疼痛は説明に苦しむのである。腺自己を觸診すれば大さ尋常で、且つ過度に鋭敏ではない。

然るに一たび消息子を尿道に挿入し、器械が尿道攝護腺部に進むと昏絶せん計りの猛烈なる疼痛を發する。尿道鏡を以て尿道攝護腺部に認めるやうな解剖的變化は此場合全く價值がない。蓋し斯る變化は人工的に生じたものと區別し難いのみならず、斯る有害無益の検査は差控えた方がよいと思ふからである。但しゴールドシュミット氏尿道鏡の發明以來、後尿道が良く視られる様になり、充血・輝裂・腫瘍等の解剖的原因を發見して、之を攝護腺神經症の原因に擬する者があるが、予は未だ其所見と神經症との間に想像せらるべき原因的關係を證明したことはない。

最後に吾人が最も數、遭遇するものは本症の第三種、即ち括約筋並利尿筋痙攣 Sphinkteren- und Detrusorenkrampf を主徴とするものである。括約筋痙攣は排尿困難を來すもので、普通括約筋の緊張力は、利尿筋收縮の際之に反對に容易に弛緩すべきものであるのに、此場合には收縮してゐる。

其の最も輕度なものは他人が傍らに在るとき排尿し得ない。獨りとなれば直に再び括約筋を支配し得る。

更に高度なものは排尿障礙一層甚しく、患者劇しく努責し、腹壓の助けを籍りなければ排尿することが出來ない。その際尿線は初めは細く力なく俄然中絶すること丁度小結石が時々尿の流出を杜塞するが如くである。そして遂に尿が漏出し來れば尿道より陰莖先端に向つて熱灼を感じる。斯る患者に排尿後にカテーテルを挿入するときは、多少に拘らず多量の殘尿を認める。故に膀胱の排泄は完全ではないのである。

右の状態は、他覺的に認めらるゝ眞の膀胱頸部の障礙に於て普通見る所の症狀に彷彿してゐるけれども、其差異ある所は此排尿障礙が持續的でなく、換言すれば或る時は存在すれども他の時は全然消失し、又殘尿の量に著るしき不同があるし、又尿道は攝護腺肥大症に於ける如く延長せずして尋常の長さを有し、カテーテル挿入は尖銳な器械を用ゐても容易に成效すること等の諸點である。然し尖銳な器械は其尖端が攣縮せる括約筋の爲に捕捉せられ易いから宜しくない。之に反し太き圓壩狀消息子及びカテーテル、殊に撓曲しない金屬製のものは大抵圓滑に挿入せられる。又之を挿入



するときにも、攝護腺肥大症に於ける如く把柄を低下する必要はない。狭窄症とは障礙の所在が尿道外口より遠いことで鑑別し得られる。何となれば周知の如く狭窄が膀胱頸に近く生ずることは殆どないからである。

次に略して膀胱痙攣 Blasenkrampf と呼ばるゝ利尿筋痙攣 Detrusorkrampf の特徴は、患者時々他覺的に認むべき原因なくして尿意促進を發することである。此尿意促進は炎症状態に於けるが如く持続的でなく、卒然突發し後再び久しく間歇する。又決して夜間に發するやうなことはない。排尿には疼痛を感せず、且つ大抵障礙も無く、尿自己は清澄で病的混淆物を認めない。又精神的若くは性的亢奮は尿意促進を増劇せしむるけれども、尿意促進の原因とは認められない。

括約筋痙攣と利尿筋痙攣とは屢、淋病又は攝護腺の後遺症であるが、亦従前一回も淋病を患つたことの無き者に之を見ることがある。尙ほ以上各種の神経症が互に移行し、又互に合併する事は既に述べた如くである。

本症の経過は緩慢で、且つ患者數月、長きは數年の間全く病苦を忘るゝ時期があるけれども、一朝或る誘因に遭遇すれば舊病復び再發することが特色である。

**療法** 本病に及ぼす治療の影響は概して佳良と云ふてよい。然し如何なる治療を施しても全然無効に歸する場合もあるのは遺憾である。若し既往の炎症又は化膿機轉の尙ほ殘遺してゐることを證明し得たならば、之に對して有效なる治療を加ふるときは、神経症にも甚だ好果を來すものである。何となれば症状が頑固なのは他の神経症に於けると同じく、總じて患者が自己の状態を事實以上に不良なりと妄信してゐる爲めであるからである。

故に斯る場合に患者は尿中の淋絲、肛門の壓迫感及び排尿時の疼痛を以て必ず重症の徴候なりと信ずるであらう。其際若し他覺的及び患者の自覺的症狀を輕快せしめ得れば、随つて神経衰弱症状も著しく輕減すべく、又全然消散することも屢ある。適度な局所療法の斯の如き場合に數、偉功を奏するのは此理である。此局所療法は即ち右疾患の條下に詳述したやう

に、攝護腺マツサーヂ・尿道腐蝕法・消息子挿入法・尿道洗滌法等である。

尿道鏡を用ひて局所治療を行ふ法は曩に述べたる理由の下に拋棄すべきものと信ずる。

然しながら上記の療法を行ふには疼痛を伴はない事なく、爲に却て反對の結果を來す場合がある。詳言すれば患者以前よりも一層興奮し、治療の爲に起したる疼痛に由りて却て神経衰弱症を増すのである。此の場合には局所療法を全廢することの至當であるのは固より言ふまでもない。又爾餘の場合に在りても過度に失してはならぬ。就中尿道炎又は攝護腺炎に殘遺せる局所加答兒性變化が、數、見る如く治療し難い場合には、殊に注意しなければならない。

若し夫れ神経症其ものゝみに對する他の局所療法に至つては、予の極力推奨せんとする所である。其は攝護腺及び膀胱の電氣療法であつて、即ち一極を直腸内に挿入し、他極を恥骨縫際の上部に貼じ、電流は感電にても平流にても同じく良效を奏する。又梨子狀直腸冷湯器 Mastdarmbirne (攝護腺冷湯器)を挿入して之に冷水を通じ、或は予の直腸温湯器 Mastdarmthermophor (直腸桿 Mastdarmbolz)を用うれば卓效がある。

尙ほ又全身沿・マツサーヂ・食餌療法及び運動を命ず。芳香性の藥草若くは其丁幾を加へたる局所沿、殊に坐沿は甚だ適良で、其温度は患者の入浴中攝氏 35 度より 42 度に上騰せしむるか、又は反對に攝氏 35 度より 25 度に下降せしめる。其他會陰部の冷水灌注法・全身摩擦法・野外運動・散歩若くは醫療體操等を試みるが宜い。

括約筋痙攣症に對しては硬性消息子を挿入し、且つ暫時之を留置するがよい。此場合にもベラドンナを滴劑・丸藥・座藥若くは小浣腸等、種々なる形にて用ゐる。内服藥を與へるには普通の神經藥即ち臭素鹽類・アンチピリン・フェナツェチン・ゲルセミウム丁幾 Tinct. Gelsemii semperv. 類に止め、麻醉藥は成るべく避けた方がよい。

上記の諸法を講しても尙ほ症状依然として増減なく、病苦に惱まざるゝ時は、須らく患者を療養所に送るがよい。療養所に於ける治療は、右と同



一の療法を加へても、著效を奏することのあるのは周知の如くである。



大正三年六月五日第一版發行  
大正九年三月第二版發行  
昭和四年七月廿五日第三版印刷  
昭和四年八月一日第三版發行

泌尿器科學上卷

正 價 金 六 圓

譯 述 者            本    間    俊  
發 行 者            小 立 鉦 四 郎  
                         東京市本郷區湯島切通坂町八番地  
印 刷 者            加 藤 晴 吉  
                         東京市本郷區湯島切通坂町五十一番地  
印 刷 所            正 文 舍 第 二 工 場  
                         東京市本郷區湯島切通坂町十五番地

發 行 所  
南 江 堂 書 店  
東京市本郷區春木町三丁目  
南 江 堂 京 都 支 店  
京都市上京區寺町通御池南



LEHRBUCH  
DER  
UROLOGIE

MIT EINSCHLUSS DER  
MÄNNLICHEN SEXUALERKRANKUNGEN

VON

Dr. LEOPOLD CASPER

UNIVERSITÄTSPROFESSOR IN BERLIN

---

INS JAPANISCHE UEBERTRAGEN

VON

Dr. SH. HOMMA

---

I. BAND

III. NEU BEARBEITETE UND VERMEHRTE AUFLAGE

MIT 187 ABBILDUNGEN UND 1 FARBIGEN TAFEL

---

VERLAG VON NANKODO  
TOKYO u. KIOTO

1929



54-56-1



1200501266474

54

56

終