一、患者ノ準備ヲ整ヘ膀胱炎ヲ治療スルコト。

二、消毒ヲ嚴ニスルコト。

三、個人ニヨリテ麻醉法ヲ選定ス可キコト。

四、手術ヲ速ニスルコト。

五、一回ノ手術ニテ總テノ結石末ヲ除去スルコト。

六、手術後直ニ膀胱鏡檢査ヲ行フコト。

此等ノ注意ヲ守ル時ハ抽石術ノ結果ハ良好ニシテ死亡率ハ甚ダ少シ、麻醉、肺炎等ニテ不幸ノ轉歸ヲ取ルコトハ甚稀ナリ、不熟練ナル者ニアリテハ手術ヲ速ニスルコトヨリモ確實ニスルコトヲ必要トス、現今小ナル或ハ中等大ノ結石ニ高位截石術ヲ行フハ誤リタル方法ナリ。

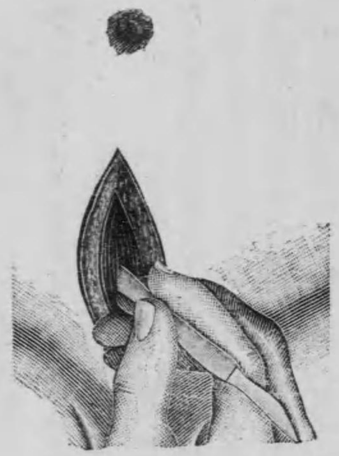
禁忌　抽石術ノ範圍ニ就テ尙注意ス可キハ尿道內ニ器械ガ容易ク挿入シ得ラルヽ丈廣カラザレバ抽石術ハ行フベカラズ、碎石器ハ尿道內ニ於テ自由ニ動カスコトヲ得ザレバ手ノ感覺ハ著シク妨ゲラルヽガ故ニ、小兒及狹窄症ニテ尿道ガブージーニヨリテ擴張セラレザル時及攝護腺肥大症ニテ器械ガ尿道ヲ通過スルコト困難ナル時ニハ用フ可カラズ、尙女子ニ於テハ抽石術ハ用フベカラズ。

抽石術ハ其他膀胱憩室內結石、輸尿管膀胱結石、尿道膀胱結石等ニハ用フ可カラズ、甚ダ大ニシテ膀胱全部ヲ充セル結石ニ於テモ亦此方法ハ不適當ナリ、短嘴ノ間ニ挾ミ得ザルカ挾ミ得ルモ其破

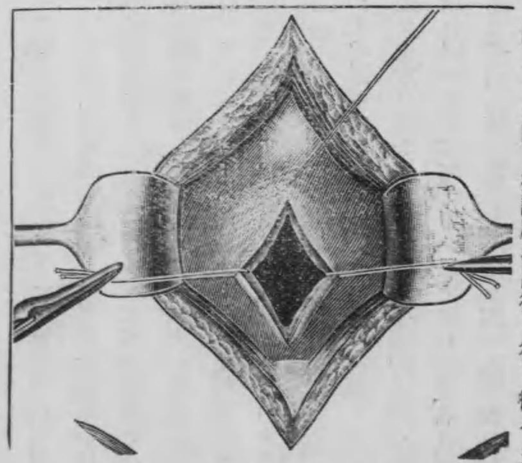
碎ニ數時間ヲ要シテ麻醉ノ時間永ク高位截開術ヨリモ重キ手術トナルコトアルベケレバナリ。

高位截石術　抽石術ノ不適當ナル場合ニハ高位截開術 Sectio alta ヲ行フベシ、會陰部截石術ハ近來餘リ用ヒラレザルニ至レリ、高位截開術ハ必要ナル時ニハ同時ニ攝護腺剔出術ヲ行ヒ得ルノ利益

第一二八圖



第一二九圖



高位截開術　其二

高位截開術　其一

ヲ有スレバナリ。

術式　手術方法ハ全身麻醉、腰髓麻醉又ハ局所麻醉ノモトニ膀胱ヲ注意シテ一萬倍青酸々化汞液又ハ二%硼酸水ヲ以テ充シ又ハ大ナル護謨製カテーテルニ膀胱注射器ヲ接續シテ三百乃至四百竡ノ空氣ヲ充スベシ、多クノ場合ニハ通常多少ノ膀胱炎ヲ伴ヒ膀胱ヲ充分ニ洗滌スルト雖モ無菌ナルコト能ハズ、從テ膀胱ヲ開キタル後手術野ニ細菌ヲ有スル液ガ流出シテ創傷ノ細菌傳染ヲ起スコトアルモ空氣ヲ充ス時ニハサルコトナシ、豫メ空氣ヲ無菌ナラシムルコトハ餘計ナリ、空氣栓塞ヲ起ス恐アルガ爲ニ空氣ヲ酸素ニ換ヘルコトモ亦餘リ注意深キニ過ギタリ、空氣ヲ注入シタル後ハカテーテルヲ挟ミ置ク可シ、恥骨上方ニ縱ニ七糎丈皮膚切開ヲ行ヒ脂肪組織ヲ分離スレバ前直筋鞘ニ達ス、之ヲ長軸ニ開ケバ其下ニレッチイ氏窩ヲ滿セル脂肪アリ、更ニ之ヲ兩方ニ分テバ膀胱ニ達シ其赤キ色ニヨリテ識別シ得可シ、横ニ走レル腹膜ノ翻轉皺襞ヲ上方ニ推シ擧グレバ廣キ手術野ヲ得ベキモ通常其必要ナシ、次デ膀胱ヲ注意シテ二ツノ鉗子ヲ以テ引キ上ゲ其間ヲ刀ヲ以テ切レバ空氣ハ創口ヨリ奔出スベシ、此時剪刀ヲ以テ切開ヲ必要ナル丈開キ結石ハ結石鉗子又ハ結石匙ヲ以テ取リ出スベシ、總テノ結石ガ除去セラレタルヤ否ヤハ指ヲ以テ探ルヲ便トス、膀胱壁ハ粘膜ヲ避ケテカットグットニテ縫合シ次デ腹壁ヲ縫ヒレッチイ氏窩ニハガーゼタンポンヲ、尿道ニハ留置カテーテルヲ置キ或ハ之ヲ置カズシテ飲料攝取ヲ少クシ一日四五回カテーテル挿入ヲ行フテ排尿セシムベシ。

後療法　膀胱洗滌ノ必要アラバ縫合ノ破レザル程度ニ唯少量ノ液ヲ以テス可シ、高位截開術ニヨル死亡率ハ結石患者ニアリテハ年齒ト衰弱ノ爲ニ通常一四%ナリ、ギヨン氏ニヨレバ高位截石術ニハ二四%ノ死亡率ナレドモ抽石術ニ於テハ三%ナリト云フ。

女子ニ於テハ高位截開術ノ外ニハ膣膀胱截開術Kolpozystotomie ヲ行フ、肥滿シタル腹壁ニアリテハ膣ヨリ手術スルヲ便トス、瘢痕ノ見エザル利益アリ、然レドモ高位截開術ニ比スレバ手術野見エ難ク從テ手術困難ナリ。

會陰膀胱截開術 Cystotomia perinealis (會陰截開術 Sectio perinealis)

術式　浣腸ヲ行ヒ患者ノ臀部ヲ手術臺緣ニ接シテ仰臥セシメ、股膝兩關節ヲ强度ニ屈シテ兩脚ヲ開キ所謂截石位ヲ取ラシム、膀胱內ニハ二%硼酸水又ハ一萬倍青酸々化汞液ヲ滿シ、尿道內ニハ金屬有溝ブージーヲ挿入シテ正中線ニ保持シ、陰囊ヲ上方ニ高擧シ其後方附着部ヨリ刀ヲ起シテ會陰縫際ニ沿フテ肛門附近マデ皮膚ヲ切開シ、皮下脂肪組織及ビ淺在筋膜ヲ分チテ入ル時ハ尿道球部ハ青色ノ隆起トシテ露出ス、次デ其後方ニ於テ中淺在會陰筋膜竝ニ淺在及深在會陰橫行筋ヲ切開スル時ハ尿道膜樣部ニ達ス、此時有溝消息子ノ溝ニ向フテ球部ノ後緣ヨリ約一、五乃至二、五糎ダケ切開シ攝護腺部ヲ指頭ヲ以テ鈍的ニ擴張シテ膀胱內ニ達ス、結石又ハ異物ヲ除去シタル後膀胱內ヲ觸診シ膀胱ニ留置カテーテルヲ置キテ尿道ヲ縫合シ創口ニガーゼタンポンヲ挿入ス、以上ノ方法ハ正中

會陰截開術ニシテ側會陰截開術ハ現今餘リ用ヒラレズ。

適應症　膀胱結石、膀胱異物ノ除去ニ用ヒ結石ハ小ナルニ適スレドモ碎石シ得バ抽石術ヲ勝レリトス。

膣膀胱截開術 Cystotomia vaginalis

術式　膣ヲ充分ニ洗滌シタル後患者ヲシテ截石位ヲ取ラシメ、骨盤ヲ高擧シテジモン氏子宮鏡ヲ挿入シ、有溝金屬消息子ヲ膀胱ニ挿入シテ正中線ニ保持シ膀胱ノ後壁ヲ膣ニ向テ壓迫シ膣ノ後壁ヲ引キ消息子ノ溝ニ沿フテ膣ノ前壁及膀胱ノ後壁ニ縱切開ヲ加ヘ子宮前唇ヲ去ルコト半仙米ニ至ラシム、結石、異物等ヲ除去セバ膀胱壁及膣壁ヲ各別ニ縫合シテカテーテルヲ膀胱内ニ留置ス、創口ノ小ナル時ハ膣ノ前穹窿ニ三種ノ横切開ヲ加フ。

適應症　女子膀胱結石及異物ナリ。

摘要　之ヲ要スルニ膀胱結石ノ診斷ハ尿ノ所見及ビ症狀殊ニ體ヲ動カシ又ハ振動サス時ニ起ル症狀及ビ出血ノ增加ニヨリテ行ハルヽモ、診斷ヲ確定スル最良ノ方法ハ膀胱鏡檢査ナリ、結石ノ大サ、數、位置、形狀及其他ノ性質ヲ精密ニ知ルコトヲ得可シ、消息子檢査、双手觸診法、レントゲン檢査等ニハ各定マリタル適應症ヲ有ス、治療ハ適當ナル全身及ビ局所ノ準備ヲ行ヒ最モ少ナル結石ハ吸出シ其他ハ抽石術ニテ除去スベシ。

高位截石術ハ小兒ニ於ケル非常ニ大ナル結石、憩室内結石、輸尿管膀胱結石、尿道膀胱結石、尿道狹窄等ノ際ニ行フベキモノトス。

女子ニアリテハ高位截石術ト同樣ニ膣膀胱截石術ヲ行フベシ。

八　膀胱内異物 Fremdkörper der Blase

膀胱内異物ハ尿道、輸尿管及其周圍ヨリ膿瘍ノ破レテ又ハ瘻孔ヲ造リテ膀胱ニ達スルノ外、大多數ノモノハ通常尿道ヨリ膀胱ニ達ス、屢々治療ノ目的ニ用ヒタルカテーテル、消息子、ブージー、殊ニ糸狀ブージー、バラフィン等發見セラル、此異物ハ遊戲、手淫、墮胎ノ目的ニ挿入セラルヽコトアリ、鉛筆、ペン軸、木片、護謨管、臘蠟、木ノ葉、豌豆、蠶豆、針、爪等モ亦發見セラル、輸尿管ヨリ來ルハ稀ナリ、腎臟脆瘤ヨリ嚢水泡ノ來リテ輸尿管ノ擴張ヲ來スコトアリ。

穿孔セル損傷及銃創ニ據ル時ハ彈丸、衣服片、骨片等ノ入ルコトアリ、手術ニヨル縫合糸、結紮糸、ガーゼ、ピンセット等ノ殘サレテ此處ニ達スルコトアリ、瘻孔ガ他ノ臟器トノ間ニアル時殊ニ腸トノ間ニアラバ糞便ノ入リ來ルコトモ稀ナラズ。

症候　症候ハ結石ノ症候ト同樣ナリ、只異物ノ性狀ニ因リテ異ナレリ、平滑球形ナラバ症狀ヲ呈セザルコトアルモ尖リタル粗雜面ヲ有スル物體ハ重キ症候ヲ呈シテ殊ニ膀胱ヲ空虛ニシタル際ニ發

生ス、粘膜ノ異物ヲ包ミテ之ニヨリテ刺サルヽガ爲ナリ、異物ト共ニ細菌侵入セバ膀胱炎ヲ發シ其症狀加ハルベシ、異物ノ永ク存在セル時ハ細菌ニヨルアンモニヤ性尿分解ヲ起シ燐酸鹽ハ異物ニ沈着シテ暫時ニシテ大ナル結石ヲ發生ス、異物ガ平滑ナル表面ヲ有スル時ハ少シ。

診斷 問診ニヨリテ膀胱内ニ異物アルヲ知ラバ現在其一部又ハ全部ノ膀胱内ニ存在スルヤ否ヤヲ消息子及ビ觸診ニヨリテ診斷スベシ、膀胱鏡檢査ニヨル時ハ其性狀、位置及膀胱壁ヲ穿刺セルヤ否ヤヲ確メ得テ手術ヲ選ブニ當リ大ナル方針ヲ與フルモノナリ。

療法 異物ハ膀胱ヨリスル症候ヲ呈スルト否トニ拘ハラズ除去セザル可カラズ、出來得ベクンバ尿道ヨリ之ヲ引キ出ス可シ、醫者ノ熟練及ビ器械ノ整頓ニ關係スルモノナリ、小ナル異物ハ排泄カテーテルニテ吸ヒ出スベシ、大ニシテ柔軟ナル異物例ヘバ結石ノ沈着セルカテーテル、護讓管、ガーゼ等ハ小ナル碎石器ヲ挿入シテ挾ミ尿道ヲ通シテ徐々ニ引キ出ス可シ。

留針ハ膀胱鏡下ニ有頭部ヲ挾ミテ引キ出ス可シ、ニッツェ氏ノ膀胱鏡鉗子ヲ用フ、外端ニアル車ヲ回轉シテ之ヲ開閉シ異物ヲ挾メバ器械ト共ニ引キ拔ク可シ、尿道ヨリ異物摘出ノ不可能ナル時ハ觀血的手術ヲ行フ、高位截開術ヲ用フベシ、異物ノ一部ガ尿道内ニアル時ハ會陰部尿道外截開術ヲ行フ、女子ニアリテハ尿道ヲジモン氏ノ法ニ從ヒテ擴張シ若クハ膣膀胱截開術ヲ行フテ取リ出スベシ。

九 膀胱乳嘴腫 Blasenpapillome.

乳嘴腫ハ軟クシテ粘膜上ニ莖ヲ以テ附着セル腫瘍ナリ、一個又ハ數個同時ニ發生ス、時トシテ非常ニ大ニシテ手拳大ニ達シ膀胱全部ヲ充滿スルコトアリ、好發部位ハ輸尿管口ノ側方、後方及ビ内尿道口ナレドモ何レノ部位ニ於テモ發生スベシ、年齡ハ三十年代ニ最モ多シ。

解剖學上纖維上皮腫 fibroepitheliale Tumoren ニ屬シ主幹ヨリ樹木ノ小枝ノ如クニ分岐セル絨毛ヨリ成ル、各絨毛ノ中心ニハ血管ニ富メル結織組織アリテ多層ノ圓柱上皮ニテ被ハルヽモノナリ。

原因 不明ナレドモ傳染力ヲ有シテ同時ニ腎盂ニ見出スコトアリ、手術ニヨル剔出ノ後ニハ瘢痕上ニ移殖セラル、多クハ素質ヲ有シテ發生スルモノナリ。

症候 屢々數年間何等ノ症候ヲ呈セザルコトアレドモ多クハ出血ガ唯一ノ症候ナリ、時トシテ尿ハ純粹ナル血液ヨリ成リ暗紅色ヲ呈ス、甚シク凝血ヲ混ジテ貧血ニ陷ルコトアリ、出血ハ忽然トシテ前驅症又ハ誘引ナクシテ來リ通常直ニ自然ニ止血ス、或ハ排尿時ニ深紅色ニシテ次ノ排尿時ニハ已ニ全ク透明ナルコトモ亦稀ナラズ、出血ノ回數ハ色々ナリ、時ニ數年、數月若クハ數週ノ間隔ヲ置テ發現スルコトアリ、腫瘍ノ增大ト共ニ出血ノ傾向モ亦增加ス。

内尿道口ニ近ク存在スル腫瘍ガ大ニシテ可動性ナル時ニハ内尿道口ヲ防ギテ尿線ハ急ニ中止セラ

第一三〇圖

膀胱乳嘴腫（治療前）

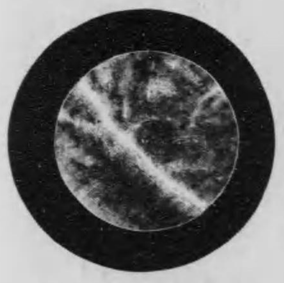
第一三一圖

膀胱乳嘴腫寫眞（治療前）

第一三二圖

乳嘴腫ノ電氣凝固療法

第一三三圖



腫嘴乳ノ後法療固凝氣電

第一三四圖

乳嘴腫治癒後ノ肉柱膀胱

第一三五圖

膀胱柱肉ノ後癒治腫嘴乳

ルヽコトアリ、最近著者ノ經驗セル一例ハ左側輸尿管口ノ後方ニ存在シテ排尿ヲ障碍セリ、疼痛ノ發生スルコトアレドモ通常强度ナラズ、腫瘍ガ千切レ又ハ凝血ガ排尿ヲ障碍スル時ニ發生スルモノナリ、膀胱炎ハ殊ニ凝血ノ存在スル時、器械ノ挿入ニヨリテ發生シ其症狀ヲ呈スルモノナリ。

尿ノ變化ハ合併症ナキ時ニハ全ク缺除スルモ時ニ多少上皮ノ增加スルコトアリ、稀ニ乳嘴腫片ハ自然ニ尿中ニ排出セラルヽモノナリ。

●診●斷　症候著明ニシテ出血ハ上記ノ特徵ヲ有シ、尿線ガ他ノ症狀及ビ疼痛ナクシテ屢々中絕スル時ハ乳嘴腫ヲ考フベシ、出血ノミニテ診斷ヲ下スコトハ不可能ナリ、腎臟疾患及膀胱癌ニモ出現スレバナリ、腫瘍ガ柔軟ナル爲メ觸診又ハ消息子ニテハ診斷スルコト能ハズ、尿中ニ絨毛ヲ發見スルト雖モ腎盂又ハ輸尿管ヨリ腫瘍片ノ出ズルコトアレバ直ニ膀胱乳嘴腫ナリトハ斷ズベカラズ。

膀胱鏡檢査ハ最良唯一ノ檢査法ナリ、小ナル腫瘍ト雖モ膀胱內液ヲ全ク透明ナラシムレバ見逃スコトナシ、細キ莖ヲ有シテ柔軟ナル薔薇色ノ腫瘍ヲ全ク健康ナル粘膜上ニ發見ス、細長キ絨毛ハ液中ニ浮游シテ膀胱炎ヲ合併セザレバ他ノ疾患ト誤ルコトナシ、唯膀胱癌ノ乳嘴狀ヲ呈スルモノトハ鑑別ヲ要ス、此物多クハ肥大セル形狀ヲ呈シ短クシテ柔軟ナラズ、莖ハ又大ナリ、絨毛癌ニハ直接周圍粘膜ガ炎症性ナルカ若クハ充血ヲ呈シテ粘膜ニハ出血ヲ見ルモノナリ、或ハ又其周圍ニ於テ固キ釦狀若クハ茸狀ノ腫瘍ヲ有シ或ハ水腫性浮腫ヲ呈ス、乳嘴腫ニアリテハ膀胱炎ナキ時ニハ全ク健

康ナル粘膜上ニアリテ其竇ニ至ルマデ血管ヲ認識シ得ルモノナリ。

一重キ膀胱炎ヲ合併セバ膀胱鏡檢査ニヨル乳嘴腫ト乳嘴狀癌腫トノ區別ハ困難ナリ、膀胱內容ハ濁シ粘膜ハ炎症性潮紅ト腫脹トヲ呈ス、此際膀胱炎ノ療法ヲ行ハバ乳嘴腫ニアリテハ炎症速ニ輕快シテ診斷ヲ確定シ得ルモ、癌腫ニアリテハ治療ニヨリテ多クハ不變ナリ。

膀胱腫瘍ノ疑ニテ膀胱鏡檢査ヲ行フニ當リテハ腎臟ノ出血ニ反シテ止血時ニ行ヒ挿入時竝ニ洗滌時大ナル注意ヲ拂フベシ、膀胱ノ內容ヲ全ク空虛ニナサバル樣ニシカテーテルヲ靜ニ保持シテ腫瘍ニ當リテ出血スルコトナカラシム、然ラザレバ出血ヲ起シ凝血ヲ生ジテ視野ヲ全ク不明ニスベシ、故ニ膀胱鏡ヲ挿入セバ直ニ乳嘴腫ノ好發部位タル輸尿管口ヲ見テ此處ニ變化ヲ見ザル時ニハ正規ノ檢査法ヲ行フベシ。

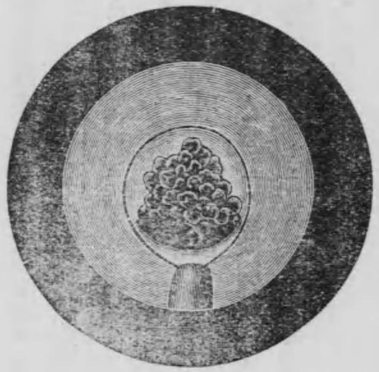
強烈ニシテ生命ニ危險ナル出血アリテ膀胱鏡檢査不可能ナル時ニハ試驗的高位截開術ヲ要スルコトアリ、然レドモカヽル出血ハ甚ダ稀ナリ、多クハ自然ニ止血スルモノナレドモ未經驗者ハ出血ニ驚クコトアリ注意ス可シ。

療法　解剖學上良性ナリ、臨床的ニハ腫瘍ガ絕エズ增大シテ出血反復シ排尿ヲ障碍シテ重キ症狀ヲ起シ絕對ニ惡性ナリ、健康竝ニ生命ニ危險ナルモノトセラル、近來ツックルカンドル氏ノ研究ニヨレバ癌腫ニ變化スル傾向ヲ有スルモノナリト云フ、故ニ此等ノ諸點ヨリ出來ル丈早期ニ根本的

療法ヲ必要トス、然レドモ患者ハ時々出血シテ數時間乃至數日ニテ止ミ健康ニシテ障碍ナク疼痛ナケレバ無害ナリト考ヘ腫瘍ノ無害ニ除去シ得可キ時期ヲ失スルコトアリ、故ニ尿道ヨリスル出血ハ其原因明カナラザル時ニハ必ズ膀胱鏡檢査ヲ行フ可シ。

乳嘴腫ノ理想的完全ナル療法ハビール氏ノ膀胱內電氣凝固療法ナリ、卽輸尿管膀胱鏡ヲ以テ膀胱內導子ヲ腫瘍竇ニ壓抵シ、他極平板導子ハ膀胱部又ハ臀下ニ置キテヂアチルミー裝置ト連結シ、一ケ所一回十乃至二十秒宛通電シテ腫瘍ヲ凝固壞死ニ至ラシメ膀胱洗滌若クハ自然脫落

第一三六圖



手術用膀胱鏡ニヨル膀胱腫瘍ノ燒灼

第一三七圖

手術用膀胱鏡

ニヨリテ瘢痕治癒ヲ營マシムルモノナリ、手術用膀胱鏡ニヨル膀胱內手術ハニッツェ氏ノ天才的發明ニヨリテ成就シ已ニ氏ニヨリテ約二百例ニ應用セラレタリ、卽金屬シュリンゲヲ腫瘍ノ突出部ニ卷キ付ケテ之ヲ燒キ切リ次デ腫瘍基底部ノ電氣燒灼ヲ行フモノナリ、此器ノ光學的裝置ハシュリンゲニ對シテ可動性ニ造ラレ小電燈ト共ニ器ノ閉鎖狀態ニ於テハメルシエ氏彎曲ヲナセル消息子ヲナス樣ニ造ラル、シュリンゲハ器ノ外端ノ車ノ運動ニ據リテ隨意ニ大小セシメ得ラル可ク、短嘴ノ端ニハ一平方糎大ノ螺旋狀ニ卷キタル白金線アリテ腫瘍基底電氣燒灼ノ用ニ供ス。

手術前ニ腫瘍ノ大サ及ビ位置ヲ充分ニ檢査シ置キ、器械ヲ選ミテ挿入シ腫瘍ガ內尿道口ニ近キハ嘴狀部ノ短キ物ヲ、膀胱頸嶺ニアル物ニハ長キ物ヲ用フ可シ。

神經質ノ患者ニハ膀胱鏡檢査時ト同ニ樣尿道ニ摩醉藥ヲ點滴シアンチピリン浣腸ヲ行ヒバントボン、スコポラミン又ハモルヒネ皮下注射ヲナスベシ、手術時ノ疼痛ハ僅少ニシテ此等ノ麻醉ヲ要スルハ例外ナリ。

術式　ランプ、燒灼器ヲ檢シシュリンゲノ白熱スル樣ニ準備シタル後、該器ヲ二〇〇竓ノ硼酸水ヲ充セル膀胱內ニ挿入シ、此器ヲ腫瘍ノ方向ニ向ケランプニ點火シテ押シ込ミ光學的裝置ヲ固定シシュリンゲヲ擴大シテ腫瘍ノ周圍ニ置キ、シュリンゲノ大サ及方向ハ現在ノ器械ニ於テハ外部ヨリ直スコトヲ得ルモ其裝置ナキ時ハ膀胱壁ニ當テヽ正シクス

可シ、次ニシュリンゲノ腫瘍ヲ圍ミタル時ハ之ヲ膀胱壁ニ押シ當テ、器ヲ靜ニ保持シテシュリンゲヲ引キシメ腫瘍ノ抵抗ヲ感ズルニ至ラバ燒灼シ、シュリンゲヲ全ク引キ込ミタル時ハ燒灼ヲ止メ光學的裝置ヲ引キ込メ器ヲ拔キ出ス可シ、此際腫瘍ハ可成大ナル物ニテモ燒キ切リタル後ニハ液ト共ニ排泄セラルヽモノナリ、出血ハ通常僅カナリ、稀ニ大ナルコトアレドモ多クハ次ノ排尿時又ハ一晝夜ノ後ニハ尿ガ透明トナルモノナリ。

此方法ニヨリテ可成大ナル腫瘍ヲ一度ニ切除シ得可シ、大ナル物ハ一日、二日ノ後ニ反復シテ切除スベシ。

斯ク腫瘍ヲ切除シタル後ニハ其基底部ヲ燒灼スベシ、操作ハ輸尿管カテーテル押入ニ熟練シタル者ニハ難カラズ、燒灼器ヲ視野ノ半分マデ出シ基底部ニ壓抵シテ行フベシ、電氣ヲ通ズルコトハ五乃至一〇秒ニテ充分ナリ、燒灼器ハ豫メ空氣中ニテ白熱スルヲ度トシ燒灼時チッチット音スルヲ聞タ可シ、燒灼部ハ黑褐色ニ變ジ出血スルコトナキヲ以テ一度ニ多クノ腫瘍基底ヲ燒クコトヲ得ベシ、小ナル乳嘴腫ニアリテハシュリンゲヲ用ヒズ燒灼器ニテ燒キ取ルベシ。

手術中白金線ガ白熱セラルレバ著シキ疼痛ヲ發スルモノニアラザルモ赤熱ニテハ却テ疼痛著シク大ナルコトアリ。

危險ハ少ナク大ナル出血ノ來ルコトハ稀ナリ、ニッツェ氏ハ二百例中高位被開術ニヨル止血ヲ要シ

タル者ヲ見ザリシト云フ、膀胱内ニ凝血ノ發生スルヲ避クルニハ手術前後ニ大量ノ飲料ヲ攝取セシムベシ。

手術ノ第二ノ危險ハ燒灼ニヨル膀胱壁ノ穿孔ナリ、其報告ニ就キテハ聞ク所ナキモ考ヘ得ラル可キ問題ナリ、腹腔ト直接ノ穿孔ニテ通ジ得可キ場所ハ特ニ注意シテ一回五秒以上燒灼セズ寧ロ慶々反復シテ燒灼ス可シ、又カヽル部位ニ乳嘴腫ノ發生スルコトハ甚ダ稀ナリ。

此手術ニヨル死亡率ハ零ナリ、高位截開術ニアリテハ約一〇%ナリ、膀胱内手術ハ臥床ヲ要セズ外來的ニ行ハルヽモ高位截開術ニアリテハ少クトモ約三週間ハ臥床セシメザル可カラズ、膀胱内手術ニ於テハ局所ヲ充分ニ擴大シテ見得可キモ高位截開術ニアリテハ大ナル切開ヲ必要トシ從テ出血モ亦大ナリ、大腫瘍ノ附近ニ來ル小ナル乳嘴腫ハ高位截開術ノ時ニ見逃スコトアルモ膀胱内手術ニテハ然ラズ、膀胱内手術ハ根治的ナラズトナス者アレドモ再發ハ膀胱内手術ニ於テハ高位截開術ニ於ケルヨリモ少ナシ、膀胱内手術ニ對スル主ナル批難ハ膀胱鏡檢査ニヨリテ乳嘴腫ヲ癌腫ヨリ區別スルノ難キコトナリ、サレド檢査ニ熟練セル者ニハ鑑別ハ容易ナリ、若シ實際惡性腫瘍ナリトスルモ此手術ニヨリテ幾何ノ損害アリヤ僅少ノ時間ヲ空シクスルニ過ギザルナリ、從テ根本的手術ニ對シテ多少ノ時期ヲ失スルノ傾アルモ乳嘴腫ニ高位截開術ヲ行ヒテ殘牲トナル數ニ比スレバ其數ハ甚ダ僅少ナリ、ニッツェ氏ノ二百例ニ於テ惡性腫瘍ハ只二例ニシテ之ヲ加フルモ其死亡率ハ一、七%ニ

過ギザルナリ。

尙一ツノ反對ハツッケルカンドル氏ニヨレバ乳嘴腫ハ其約半數ニ於テ已ニ其基底部ガ癌腫ニ變化セルヲ以テ之ニ對シテ膀胱内手術ハ用フ可カラズト、然レドモ此數ニシテ誤ナシトスレバニッツェ氏ノ例ニ於テモ半數ノ癌腫變性アリシナランモ、膀胱内手術ニヨリテ全治セシテ見レバ此方法ハ惡性腫瘍ニ對シテモ效果充分ナルモノト考ヘラレザルニハアラザルベシ。

疑ハシキ場合ニハシュリンゲニテ取リタル切片ノ鏡檢ヲ行フ可シ、然レドモ膀胱鏡檢査不可能ナル場合ニハ膀胱内電氣凝固療法及膀胱内手術療法モ亦不可能ニシテ高位截開術ヲ行フベシ、膀胱切開ハ横ニ開キテ鉤ニテ引キ張リ手術野ヲ見易カラシメテ尿道ヨリ挿入シタル小電燈ニテ照射スベシ、手術後瘢痕上ニ再發ヲ來スハ移植ニヨルモノト考ヘラルヽガ故ニ手術時膀胱壁ノ損傷ハ出來ル丈避ケザルベカラズ、腫瘍ヲ引キ張リ其基底ヲカットグットニテ結紮シソノ上方ニテ電氣燒灼ヲ行ヒ燒キ切ル可シ、基底モ亦充分ニ燒灼シ膀胱ノ縫合及ビ後療法ハ已ニ述ベタルト同樣ナリ、乳嘴腫ニラヂウムヲ用フルモ可ナリ、ネラトン氏カテーテルニ入レテ膀胱内又ハ直腸内ヨリ照射スベシ、惡性變化ノ疑アル時ニハ殊ニ必要ナリ。

一〇 膀胱癌 Blasenkarzinom

膀胱癌ハ種々ナル型態ニ於テ發生スルモノナリ。

(一)浸潤型 infiltrierende Form ハ主トシテ膀胱壁ヲ犯シ粘膜ノ變化ハ少ナケレドモ此處彼處ニ球形、半球形ノ隆起又ハ小潰瘍、粘膜下出血及水腫性浮腫ヲ生ズベシ、膀胱壁ノ大部分又ハ全部ヲ侵害スルモノナリ、後ニハ中央ニ於テ破壞シテ潰瘍トナリ其邊緣ハ肥厚シ隆起ス。

(二)瘤狀型 knollige Form ハ比較的健康ナル粘膜上ニ坐シテ大小種々ノ半球形不規則ノ腫瘍及ビ隆起ヨリ成リ膀胱內ニ突出スレドモ、後ニハ潰瘍ニ變ジ第一型ニ類似スルニ至ルモノナリ。

(三)乳嘴狀型 papillāre Form ハ乳嘴腫ニ似タリ、鑑別ハ已ニ記述セリ。

(四)以上ノ外三型ノ混合型モ來ルコトアリ。

●症候 初期ニハ乳嘴腫ニ似タリ、出血アリ誘引ナクシテ出現シ甚ダ強烈ニシテ急速ニ止血ス、出血後尿ハ通常直ニ平常ニ復歸スベシ、出血ハ第一及第二型ニ於テハ潰瘍性變化ニヨル血管ノ靡爛ニヨリテ起リ比較的後期ニ來ル、排尿時ニハ膀胱ノ疼痛及尿意促迫ヲ起シ出血多クハ定型的ナラズ、強烈ナルコトアリ稀ニ忽然トシテ停止ス、血尿ニアラザル時ニモ化學的ニ尿ニ變化アリ大量ノ蛋白質ヲ有ス潰瘍ヨリ血清ノ出ヅル證據ナリ、多クハ常ニ只多少ノ鏡檢的ノ出血アリ、一部ハ尿ニ不快ノ臭氣アリテ腐肉ノ臭ヲ呈スルコトアリ。

多クハ後ニ甚ダシキ疼痛ヲ訴ヘ運動靜止ニ關係ナク起リ通常排尿時ニ增大ス、尿意モ亦頻數トナルモノナリ、一部ハ膀胱壁ノ浸潤ニ起因シ一部ハ自發セル或ハ器械ノ挿入ニヨリテ起レル膀胱炎ニ

原因ス、一側又ハ兩側輸尿管口ノ附近ニ腫瘍ヲ發生セバ次第ニ輸尿管ヲ壓シテ腎臟疾患殊ニ腎臟水腫及膿腫ヲ起シ死ノ原因ヲナスコトアリ。

膀胱癌ハ他處ヘ轉移スルコト少ナク永ク膀胱內ニ止マルモノナリ、症狀ハ時々增惡シ腎臟ノ合併症來ラザレバ惡液質、失血、加答兒等ノ結果死亡スベシ。

●診斷 症候ハ診斷ヲ確定シ得ル程ニ特徵ヲ有セズ、膀胱結石、膀胱及ビ攝護腺結核、攝護腺炎、攝護腺肥大症ニ於テモ同樣ノ症候ヲ呈ス、双手觸診法ハ時々硬キ腫瘍ヲ觸ルヽモ診斷ヲ確定シ得ズ、消息子ニヨリテ腫瘍又ハ潰瘍ノ隆起セル邊緣ノ浸潤又ハ結石沈着ヲ觸知シ得ルコトアレドモ診斷ヲ確ムルコト能ハズ。

診斷ヲ確定スルニハ乳嘴腫ノ如ク著明ナラザルモ膀胱鏡檢査ニヨルノ外ナシ、膀胱內容ノ小ナルカ膀胱炎及出血ノ傾向アリテ檢査ハ仲々困難ナリ、內容液ノ全ク透明ニナラザル時ハ膀胱炎、攝護腺肥大症等トノ區別困難ナルカ若クハ不可能ナリ、慢性膀胱炎ニ於テモ膀胱壁ノ隆起及稀ニ結石沈着ノ來ルコトアリ。

粗大ナル球狀ノ隆起ニシテ殊ニ潰瘍ニテ取リ卷カレタル時ハ惡性ニ近シ、第三型ノモノハ稀ニ乳嘴腫ト鑑別シ難シ、多クハ周圍粘膜ニ粘膜下出血、球形腫瘍及浮腫性水腫アリテ知ラル、浮腫性水腫ハ男子ニ於テハ癌ノ時ニ著明ナリ、女子ニアリテハ膀胱周圍ノ炎症性浸出物、化膿セル卵巢トノ膀

胱壁癒著、子宮癌等ニ於テ著明ナリ、第一型ニ於テハ浮腫性水泡ガ唯一ツノ徴候ニシテ尿酸鹽類ノ沈着ハ著明ナル像ヲ呈スルコトアリ。

療法 根本的手術ハ初期ニ於テ腫瘍ガ周圍ヲ侵サズ淋巴腺腫張ヲ來サヾル場合ニ於テノミ行フベシ、上壁及ビ兩側壁ニアリテ乳嘴狀ヲ呈スル物ニハ結果良好ナリ、底部ノモノハ攝護腺及ビ輸尿管ト癒着シテ結果不良ナリ、攝護腺又ハ內尿道口附近ニアルハ一般ニ手術ヲ行ハズ、手術不可能ナルニアラザルモ手術ノ死亡率多ク再發シテ原發症ヨリモ急速ニ增惡スルコト多シ。

膀胱癌ハ轉移ノ傾向少ナク數年間生命ヲ保チテ症候モ亦多クハ攝護線肥大症ヨリモ甚シカラズ、手術ハ膀胱ニ橫切開ヲ加ヘテ出來得可クンバ周圍健康部ト共ニ除去スベシ、

膀胱壁切除術 Die Resection der Blasenwand

術式ハ高位截開術ニヨリテ膀胱ヲ出シ、腹膜ヲ鈍的ニ剝離シテ膀胱壁ヲ外方ヨリ內方ニ向テ切除シ、膀胱ヲ縫合シテ尿道ヨリ留置カテーテルヲ挿入シ皮膚創口ハ下角ニタンポンヲ挿入シテ縫合ス、場合ニヨリテ一時的恥骨縫際離開又ハ恥骨切除ヲ行ヒ部位ニヨリテ腹膜內切除ヲ行フベシ、輸尿管ヲ傷ケタル時ハ膀胱壁ニ移植スベシ。

適應症ハ膀胱ノ惡性腫瘍ナリ。

腫瘍ガ大ニシテ膀胱壁ノ大部分又ハ底部ヲ犯サバ膀胱全剔出術 Cystectomia totalis ヲ行フベシ。

術式ハ高位截開術ヲ施シ膀胱ヲ周圍ノ腹膜ヨリ剝離シ、輸尿管ノ斷端ヲ結腸、直腸若クハ腹壁ニ移植ス、然レドモ此方法ハ死亡率多ク寧ロ兩腎ニ尿屢ヲ造リテ然ル後膀胱全剔出術ヲ行フベシ。

適應症ハ蔓延セル膀胱惡性腫瘍ナリ。

手術不可能ノ場合ニハ合併症ヲ防ギ對症療法ヲ行フベシ、ラヂラム及レントゲン線ノ照射ヲ行ヒ

第一三九圖

腎尿癭ノ受尿嚢器

第一三八圖

輸尿管ー下行結腸へ移植

膀胱炎ヲ防止シ又ハ治療シ、排尿障碍ヲ除キテ疼痛及尿意促迫ヲ輕減スベシ、膀胱炎及攝護腺肥大症ト同樣ノ療法ヲ行フモノナリ、鎭痛劑ハ缺グ可カラズ、全身療法ニ滿足ス可キカ局所療法ヲ行フ可キカハ個々ノ場合ニ就テ考フ可シ、サレド一般ニ强キ局所療法ハ避クルヲ可トス、軟キ器械ニテ注意シテカテーテル挿入ヲ行ヒ分解尿ヲ除去シ硼酸水ニテ洗滌スルハ症狀ヲ輕減セシムルモノナリ。强度ノ疼痛、絕エザル尿意頻數及排尿障碍ハ恥骨上ニ瘻孔ヲ造ルコトニヨリテ輕快スルモノナリ。

一一　膀胱ニ於ケル其他ノ腫瘍　Andere Tumoren der Harnblase

腺腫 Adenom 皮樣囊腫 Dermoid 纖維腫 Fibrom 筋腫 Myom 粘液腫 Myxom 肉腫 Sarcom 等モ亦稀ニ膀胱ニ來リ乳嘴腫若クハ癌腫ニ似タル症候ヲ呈ス、肉腫ハ好ンデ小兒ニ來ルモノナリ、此等ノ腫瘍ノ診斷ハ膀胱鏡檢査又ハ双手觸診法ニヨリテ下サルヽコトアリ、診斷ヲ確定スルニハ勿論切除シタル肉片ノ組織的檢査ニヨリテノミ定メラル、治療ハ纖維腫及ビ筋腫ニアリテハ高位截開術ニヨリテ結果良好ナレドモ腺腫、粘液腫及ビ肉腫ニアリテハ癌腫ト同樣ニ其結果不良ナリ、皮樣囊腫ハ他臟器ニ發生シテ膀胱內ニ生長スルモノ多キモ原發性ノモノモ亦來ルコトアリ（高橋明氏、間野山松氏、信田章太郎氏）、剔出スベシ。

一二　膀胱ノ變位及ビ變形　Verlagerungen und Formveränderungen der Blase

男子ニ在リテハ膀胱周圍ニ稀ニ來ル所ノ腫瘍ヲ除キテハ攝護腺ノ肥大症若クハ惡性腫瘍ノ時ニ來リ、膀胱ノ上方ニ擧ガルコトハ稀ナラズ、內尿道口ノ周圍及其他膀胱ノ深部ハ後退シ屢々可成リ增大セル攝護腺ニヨリテ著シク高擧セラレ從テ其後方ニ凹所ヲ生ズルコトアリ。

膀胱ノ變位及ビ變形ハ女子ニアリテハ遙ニ多シ、膀胱ハ子宮及ビ膣ト相密着シ子宮ノ變形ハ直ニ顯響ヲ膀胱ニ與フルガ爲ナリ、子宮體ガ常位ニアリテモ後屈セバ膀胱後壁ヲ後方ヨリ壓シテ其兩側ニ凹所ヲ造ルモノナリ、妊娠第一ケ月ニ殊ニ著明ニシテ膀胱後上壁ハ腫瘍ノ如ク膀胱內ニ隆起ス。

通常子宮後屈ニハ膀胱ノ變形ヲ呈セズ、子宮口ノ前方ニ出ヅル爲ニ三角部ガ著シク隆起スルモノナリ、妊娠時ニ於テ膀胱底及ビ尿道ハ子宮口ニヨリテ恥骨ニ向ヒ壓迫セラレテ排尿ノ障害セラルヽコトアリ。

子宮周圍浸出液停滯Para-und perimeritische Exsudate ハ膀胱ノ變形ヲ起シ內腔ヲ狹ム、浸出物ノ吸收セラルヽニ及ビテハ又癒着ニヨリテ變形ヲ呈スルコトアリ、子宮及ビ附屬器、腸殊ニ直腸ノ腫瘍モ亦膀胱ノ變位及變形ヲ起スコトアリ、卽子宮竝ニ膣ノ下垂及ビ脫出ノ際ニ於ケル變位及變形ハ膣前壁ガ膀胱底ト癒着セルガ爲ニ膀胱底及ビ全膀胱ヲ下方ニ引キ下ゲ遂ニハ膀胱脫 Cystocele vaginalis

ヲ起スニ至ル、高度ノ際ニハ全膀胱ガ陰部外ニ出デ内尿道口ハ膀胱ノ最高處ニ位スルモノナリ。

●症候● 膀胱狹ク内壓高マリ癒着及尿道ノ屈曲ヲ起シテ尿意頻數ヲ來スモ、膀胱ヲ壓シテ排尿シ得ルモノナリ。

●診斷● 膀胱脫ノ診斷ハ容易ナリ、檢査臺上ニ於テ患者ニ腹壓ヲ加ヘシム、此時前膣壁及ビ膀胱ハ陰部外ニ出デ挿入セル金屬消息子ハ其端ヲ下方ニ廻轉シ得テ前膣壁ヨリ之ヲ觸知シ得可シ。他ノ輕度ノ變位及變形ハ膀胱鏡檢査ニヨリテ診斷セラル。

●療法● 出來得可クンバ根本的治療ヲ行フ、卽チ子宮ノ位置ハペッサール又ハ手術ニヨリテ復位セシメ炎症性浸出物、癒着、腫瘍等ニハ適當ニ加療スベシ、サレド速ニ復位セシムルコトヲ得ザルコトアリ、此際ニハ膀胱ノ局所療法ニヨリテ症狀ヲ輕快セシメ規則正シキカテーテル挿入及ビ膀胱洗滌ヲ行ヒテ膀胱容量ヲ大ニシ、軟キカテーテルヲ入レテ硼酸水ニテ徐々ニ擴大セシメ强度ノ尿意促迫ノ起ルニ至ラシム、カクシテ膀胱ニ液ヲ數分間停滯セシメテ漸次注入液ヲ增量セシムベシ。

一三 膀胱ノ穿孔及膀胱破裂 Perforierende Verletzungen der Blase und Blasenruptur

●原因● 膀胱ノ穿孔ハ膀胱ノ內外ヨリスル暴力ニヨリテ起ル、內ヨリスルハ治療ノ爲メニ挿入シタ

ル消息子、カテーテル、碎石器等ニヨルカ又ハ膀胱ニ液ヲ强ク充スコトニヨリテ來リ、稀ニ抽石術ニヨリテ膀胱破裂ヲ來スコトアリ。

膀胱ハ空虛ナル時ニハ小骨盤腔內ニ在リテ通常膀胱ノ穿孔及ビ破裂ヲ起スモノニアラザルモ、會陰部、膣又ハ直腸ヨリ外力ノ働ク時、骨盤ノ骨折ヲ來ス如キ强度ノ外力ヲ受ケタル時及ビ骨ヲ貫ク銃創ノ時ニハ膀胱空虛ナルモ外傷ニヨリテ穿孔セラルヽモノナリ、膀胱充滿シテ恥骨上ニ頂嶺ノ達セル時ハ尖銳ナル器物、打撲、足蹴等ニテ外皮ハ傷カザルモ破烈ヲ來スコトアリ、腹筋ヲ急速ニ伸展スルカ重キ物ヲ持チ擧グル時及分娩時ニハ膀胱內壓ヲ高メテ破裂ヲ起スコトアリ。

穿孔ノ位置ニヨリテ腹膜內及腹膜外々傷 intra-und extraperitoneale Verletzungen ヲ區別ス、前者ハ重症ナリ。

●症候● 穿孔ト共ニ强度ノ疼痛ヲ訴ヘ內臟ノ破レタル感覺アリ、衝心ヲ起シ無意識狀態ニ陷リ無感覺トナル、顏面ハ蒼白又ハチアノーゼヲ呈シ脈膊細クシテ頻回トナル、外傷ヲ受ケタル時ニハ症狀ヲ呈セズ、暫クシテ膀胱部ノ戰痛ヲ起シ尿意促迫ヲ來シ少シモ排尿スルコト能ハズ。

客觀的ニハ脈膊頻數、顏面蒼白ノ外ニ膀胱部ノ壓痛アリ、腹壁緊張シ膀胱ハ打診及觸診ニヨルモ其境界之ヲ知ルコト能ハズ、カテーテルヲ挿入スル時ニハ僅カノ血液ヲ洩スニ過ギズ。

腹膜内ノ穿孔ハ十二乃至廿四時間ニシテ腹膜炎ヲ起シ、手術ヲ行ハザレバ死ニ至ルモノナリ。腹膜外穿孔ハ周圍組織ニ尿浸潤ヲ來シテ恥骨上膨隆部ニ於テ著明ナリ、多クハ敗血症ヲ起スモ損傷部閉鎖シ尿浸潤吸收セラレテ治癒スルコトアリ、又細菌感染ヲ起シテ膿瘍ヲ生ジ外方ニ破レテ後治癒スルコトアリ。

診斷　問診ニヨリ又上記ノ症候ニヨリテカテーテルヲ挿入シテ尿ヲ排泄セズ僅ニ血性液ヲ出ス時ハ診斷確實ナリ、細菌感染ヲ起サバ結果良好ナラズ、故ニカテーテル挿入時ニハ消毒ヲ嚴重ニス可シ。カテーテルヨリ尿ヲ排出スルモ膀胱ニ穿孔ナシト云フ可カラズ、腹膜外穿孔ニアリテハ膀胱内容ノ一部ノミ組織内ニ侵入スルモノナレバナリ。

穿孔ガ何レノ部位ニアルカヲ決定スルコトハ困難ナリ、膀胱鏡檢査ハ液ノ滯留ヲ許サバルト液ガ透明ナルニ至ルマデ洗滌スルコトヲ得ザルトニヨリ不可能ナリ、消息子及ビカテーテルニヨリテ檢査スルコトハ細菌感染ト出血トヲ起ス惡アルヲ以テ之ヲ避ク可シ、腹膜内穿孔ニアリテハ大量ノ液ヲカテーテルニヨリテ注入スル時ハ腹腔内ニ停滯スルモ、腹膜外穿孔ニ於テハ之ニ反シテ比較的大量ノ液體膀胱内ニ停滯スベシ。

正確ナル部位ノ診斷ガ不可能ナル時ニハ腹膜ヲ膀胱上ニ於テ開キ、腹膜内穿孔ナラバ之ヲ縫合シテ腹腔内ノ尿ヲ拭ヒ又ハ食鹽水ニテ洗ヒテ腹膜ヲ縫ヒ、腹膜外ナラバ高位截開術ヲ行フテ穿孔ヲ見

出シ之ヲ縫合ス可シ。

療法　完全穿孔ヲ診斷セバ穿孔部ヲ出シテ縫合シ、腹膜内ナラバ殊ニ膀胱ノ上半分ニアル時ニハ外方ヨリ穿孔ヲ縫ヒ合セ、然ラザレバ膀胱内ヨリ之ヲ充分ニ開キタル後縫合スベシ、後療法ハ高位截開術ト同樣ナリ、尿浸潤ハ出來ル丈廣ク開キタンポンヲ置ク可シ、腹膜外ニ切開ヲ加フレバ膀胱ニ留置カテーテルヲ置キタルノミニテ損傷ハ自然ニ治癒ス、損傷部ヨリ排膿管ヲ挿入スルモ可ナリ。

一四　膀胱瘻　Blasenfistel

原因　膀胱ハ周圍ノ臟器及ビ外皮トノ間ニ瘻孔ヲ造ルコトアリ、外傷、手術、下疳、分娩殊ニ其永キ時間ヲ要シタル時又ハ分娩ノ顏面位ニ於テナサルヽ時及ビ炎症又ハ腫瘍等ニヨリテ來ル。

膀胱膣瘻　Blasenscheidenfistel　ハ最モ多ク分娩時ノ壓迫、癌瘡等ニヨリテ發生スルモノナリ。

膀胱ト膣トノ間ニアル膀胱壁ノ手術ハ瘻孔ヲ殘スコト稀ナラズ、ペッサールヲ不適當ナル位置ニ置キタルガ爲メ膣壁ニ潰瘍ヲ生ジ膀胱ニ向ヒ破レテ瘻孔ヲ形成スルコトアリ。

膀胱腸瘻　Blasendarmfistel　ハ腸又ハ膀胱ノ癌、結核性腸潰瘍、盲腸炎、攝護腺炎等ニヨリテ惹起セラルヽコトアリ、著者ハ盲腸炎ニ原因セルモノヲ經驗セリ。

外皮ト膀胱トノ間ノ瘻孔ハ手術後恥骨上ニ發生シ、骨盤骨折ニテ膀胱鼠蹊部瘻孔Blasenleistenfistel

膀胱臀部瘻孔 Blasengesäßfistel 膀胱腸瘻孔 Blasendarmfistel 等ヲ發生スルコトアリ。

症候 著シキ症狀ハ瘻孔若クハ膣ヨリ尿ノ排泄セラルヽコトナリ、外皮ニ出ヅレバ之ヲ刺戟シテ濕疹ヲ起シ、尿ノアンモニヤ性分解ニヨリテ惡臭ヲ呈ス、膀胱腸瘻孔ニ於テハ大便ノ一部膀胱ニ入リ尿ト共ニ排泄セラルヽコトアリ、多クノ場合排尿障碍ヲ起スモノナリ、便塊ノ膀胱内ニ入ルコトナク腸瓦斯ノミ膀胱内ニ入リ排尿時音ヲ發シテ排出セラルヽコトアリ、氣尿症 Pneumaturie ト名ク、何レノ場合ニ於テモ多少膀胱炎ヲ伴ヒ其症狀ヲ呈スベシ。

診斷 膣及ビ外皮トノ間ニアル瘻孔ハ診斷容易ナリ、膀胱腸瘻ハ腸内容ノ尿中ニ出ヅル時ニ於テ診斷確實ナリ、肉眼的ニモ亦臭氣ニヨリテモ判斷セラルベシ、鏡檢ニヨリテ食物片、筋肉纖維、澱粉粒等ヲ見バ診斷ハ確實ナリ。

小腸瘻 Dünndarmfistel ハ便ニ膽汁ニ因ル黄染色アルニヨリテ區別セラル、膀胱大腸瘻 Blasendickdarmfistel ニ於テハ浣腸ニテ注入セラレタル乳汁、色素、炭素末等ノ尿中ニ排泄セラルヽコトニヨリテ明ナリ。

膀胱ニ液ガ停滯スルカ、指、タンポン等ニテ瘻孔ヲ防サギテ膀胱鏡檢査ノ可能ナル時ハ診斷ノ助トナルモノナリ、膀胱腸瘻ニテハ此際大便、瓦斯等ノ瘻孔ヨリ出ヅルヲ見テ判斷スベシ、膀胱大腸瘻ニテ色素液ヲ注入シテ瘻孔ヨリ膀胱内ニ出ヅルヲ見バ診斷確實ナリ。

療法 原則トシテハ直ニ手術ヲナサズシテ瘻孔ガ早ク上皮ニテ蔽ハレ自然ニ治療スルコト少キガ故ニ出來ル丈早期ニ手術モ膀胱膣瘻ニ於テハ瘻孔ヲ防サギテ膀胱鏡檢査ノ可能ナル時ハ診斷ノ助トナルモノナリ、膀胱腸瘻ニテハ此際大便、瓦斯等ノ瘻孔ヨリ出ヅルヲ見テ判斷スベシ、膀胱大腸瘻ニテ色素液ヲ注入シテ瘻孔ヨリ膀胱内ニ出ヅルヲ見バ診斷確實ナリ。スルヲ可トス。

其他ノ瘻孔ニアリテハ周圍ヲ清淨ニシテ沃度丁幾ノ注入、瘻管掻抓等ニテ治癒ヲ促進セシメ、合併症ノ發生ヲ防止ス可シ、留置カテーテルヲ挿入セバ一部ハ治癒スルコトアリ、此際尿ノ性狀ニヨリテ一日數回洗滌ヲ行ハザル可カラズ、少量ノ液ヲ用ヒテ强ク膀胱ヲ伸展スルコトヲ避ク可シ、此等ノ方法ヲ用ヒテ效ナキ時ハ手術ヲ行フ可シ、外皮トノ瘻孔ハ其周圍ノ硬キ瘢痕組織ヲ除去シ膀胱壁ノ柔軟トナリ彈力性ヲ呈スルニ至ラバ、瘻孔邊緣ヲ斜ニ切リ擴ゲテカットグットノ縫合ヲ粘膜ヲ避ケテ行フベシ、二重ニ縫合シ皮下脂肪組織ニテ縫合部ヲ蔽フヲ可トス、姑療法ハ高位截開術ト同樣ナリ、膀胱腸瘻孔ノ手術ハ困難ナリ、腹膜炎ノ發生スルコトアルヲ以テ注意ヲ要ス、腹腔ヲ開キテ腸ト膀胱トノ癒着ヲ離シ各瘻孔ヲ縫合シテ腹膜ニテ蔽フ可シ。

一五 膀胱寄生蟲 Parasiten der Blase

一、胞蟲 Echinococcus 二、住血ヂストマ Distoma haematobium（住血ビルハルチヤ Bilharzia haematobia）三、人血フィラリヤ Filaria sanguinis hominis ノ三種ニシテ稀有ニ屬ス、人血フィラリヤ

ハ乳糜尿トシテ來リ同名ノ項下ニ說明スベシ、胞蟲ハ甚ダ稀有シテ膀胱ニ原發ヲ見シハアインスウォルト、エルドリッヂ氏等ノ數例ニ過ギズ、多クハ腎臟ヨリ輸尿管ヲ經テ膀胱ニ達シ若クハ隣接部ニ於ケル胞蟲嚢ガ膀胱内ニ破開スルモノナリ、尿中ニ固有ノ嚢胞若クハ小鈎ヲ排泄シ膀胱炎症狀ヲ呈ス、膀胱鏡檢査ニヨリテ診斷セラル、本邦ニハ未ダ發見セラレズ。

療法ハ原發部ヲ切開シテ破壞スベシ。

住血チストマハ埃布土ノ地方病ニシテ一八五一年ビルハルツ氏ノ發見ニ係リ、吸蟲類 Trematoden ニ屬スル寄生蟲ニヨリテ發生ス、水、果物、野菜等ヨリ傳染シ腸系統ヨリ門脈ヲ經テ膀胱靜脈ニ入リテ卵ヲ產ミ血液循環障碍、膀胱ノ刺戟狀態及炎症ヲ起シテ潰瘍ヲ造リ粘膜增殖シテ腫瘍ヲ發生スルモノナリ、膀胱結石ノ原因ヲナスコトハ埃布土ニ結石多キニヨリテ知ラル、チストマ蟲ハ圓壔狀ヲ呈シテ末端圓錐形ヲナシ長サ約一糎ナリ、卵子ハ楕圓形ニシテ長サ半粍、一端ニ棘ヲ有ス、症候ハ出血、尿意促迫及疼痛ナリ、尿ハ溷濁シテ此内ニ卵子ヲ發見ス、療法ハ對症的ニ行フ。

一六　乳糜尿　Chyluria.

埃布土、伯剌西爾及本邦ニハ天草、琉球ニ多ク人血フィラリヤハ其原因ナリ、紐蟲類 Nematoden ニ屬シ圓柱狀ヲ呈ス、血液及尿中ニハ仔蟲 Microfilaria ヲ發見ス。

症候　牛乳樣ノ乳糜尿又ハ血液ヲ混ゼル血液乳糜尿 Haematochylurie ヲ排泄シ同蟲膀胱ニ入レバ炎症ヲ起シ疼痛、尿意促迫、血尿及尿閉ヲ呈ス。

療法　一〇%殺菌食鹽水一〇竡ヲ靜脈内ニ注射シ又ハサルワルサン靜脈内注射ヲ試ムベシ。

一七　膀胱前蜂窠織炎又ハレッチー氏腔蜂窠織炎

Phlegmone praevesicalis s. Phlegmone des Cavum Retzii.

原因　窒扶斯、產褥熱、外傷、全身血液傳染等ニヨリテ來ル。

症候　恥骨縫際上ニ腫脹ヲ來シ疼痛ヲ伴ヒ波動ヲ呈ス、排尿障得アリ、炎症性產物ハ吸收セラレテ治シ若クハ隣接組織ヲ膿解シテ腹膜刺戟症狀ヲ呈ス、惡寒發熱ヲ來シ脈膊細小頻數トナリ惡心嘔吐ヲ催スモノナリ。

療法　廣ク切開シテ排膿管ヲ置クベシ。

一八　膀胱靜脈瘤　Blasenhämorrhoiden.

可成稀有ナル疾患ニシテニッツェ氏モ二、三例ヲ見タルニ過ギズ、擴張セル靜脈外ニ靜脈瘤ヲ生ズ、時トシテ强度ノ出血アリ。

診斷　僅ニ膀胱鏡檢査ニヨリテ擴張シテ彎曲セル青色ニ透視セラルヽ靜脈若クハ靜脈瘤ヲ見テ診

斷ヲ下スノミナリ。

療法　強度ノ出血アル時ノミ治療ス、膀胱内ニ於テ強ク燒灼シ靜脈瘤ハシュリンゲニテ除去ス。

一九　膀胱憩室　Blasendivertikel.

尿道ニ於ケル障碍ニヨリテ膀胱ノ擴張シテ來ル外先天的ニ存在ス、通常小ニシテ胡桃大ヨリ時トシテ著シク偉大ナリ、著者ハ二百竓容量ノ憩室ヲ經驗セリ、多クハ鉛筆大乃至指頭大ノ狹キ穴ニヨリテ膀胱ト相交通ス、特別ノ症狀ヲ呈セズ結石ノ憩室内ニ生ズルコトアリ、細菌感染アル時膀胱炎ヲ起シ頑固ニシテ深キ所ハ局所療法ニ不便ナリ。

第一四〇圖

先天性膀胱憩室内結石

診斷　診斷ヲ確定スルニハ膀胱鏡ニヨリテ憩室ノ入口ヲ見出ス可シ、通常其内腔ヲ見ルコト能ハザレドモ時トシテ此内ニ結石ノ存在スルヲ知ルコトヲ得可シ。

二乃至十五%コラルゴール又ハ一〇乃至一五%ソリウム液ニテ膀胱ヲ充セバレントゲン寫眞ニテ其大サ及形狀ヲ診斷シ得可シ。

療法　對症的ニ膀胱炎ノ治療ヲ行フ外根治的療法ハ手術

ニヨリテ剔出スルノ外ナシ。

二〇　神經性膀胱疾患　Die nervöse Blasenerkrankungen.

種々ナル膀胱症狀ハ直接、間接、神經性ニ來ルモノナリ、卽膀胱ノ異常感覺、尿意促迫、瘙痒、排尿時熱灼感及ビ疼痛、排尿困難、不隨意ノ排尿等ハ神經性ニ起因ス。

無意識狀態ノ患者ニハ殊ニ腦溢血、腦振蕩ノ後ニ屢々尿閉ヲ來スコトアリ、チブス、腦膜炎ノ如キ無意識狀態ニ陷ルニ三ノ傳染病ニ於テモ此症狀ヲ起スコトアリ、此等ノ患者ニハ尿意促迫ノ感覺ガ意識ニ上ラザルガ故ニ膀胱ハ遂ニ極度ニ充滿シテ膀胱内壓ガ括約筋ノ收縮ニ打勝チ尿點滴ヲ起スニ至ル、膀胱筋ノ永キ障碍ヲ殘シテ膀胱衰弱 Blasenschwäche ヲ來スコトアリ、從テ常ニ膀胱ヲ充分ニ空虛トナスコトヲ得ズ、故ニ無意識狀態ノ患者ニハ其膀胱充滿ノ程度ヲ知ルコト肝要ナリ、此外意識障碍ニ伴フテ定期性不隨意排尿障碍 periodische unwillkürliche Harnentleerung ヲ來スコトアリ。

尿意促迫及ビ多少ノ尿停滯モ亦多クノ腦疾患卽チ腦溢血及腦腫瘍ニハ時トシテ來ルコトアリ。

脊髓疾患ニヨル膀胱障碍ハ吾人ノ最モ屢々遭遇スル所ニシテ此内脊髓勞ハ最モ多シ、此際膀胱障碍ハ通常徐々ニ發生ス、一部ハ感覺障碍ヲ又一部ハ運動障碍ヲ來スモ最モ多キハ前者ニシテ膀胱ノ充滿程度ヲ感知セズ、此外停滯尿ナクシテ尿意促迫ヲ訴ヘ又稀ニハ膀胱部ノ疼痛發作ヲ來スモノア

リ。

運動障碍ハ多ク排尿ノ困難ニシテ排尿時腹壓ヲ加ヘザルヲ得ズ、尿線弱ク尿意頻數トナリ、カテーテル挿入ヲ行ハバ停滯尿ヲ認ム、輸尿管ノ擴張及ビ兩側腎臟水腫ヲ發生スルニ至ルモノナリ、腎實質ハ障害セラレテ萎縮シ働キヲ失フニ至ルベシ、膀胱ノ炎症ヲ起シ全尿路ニ波及セバ腎實質ノ化膿及ビ破壞ヲ來スコトアリ。

同樣ノ障碍ヲ來スハ脊髓ノ腫瘍又ハ骨折及ビ脫臼ニヨル壓迫性脊髓炎 Kompressionsmyelitiden ナリ、急速ナル脊髓ノ橫斷又ハ外傷ニ於テハ第一週ニ尿閉ヲ起シ後ニハ定期性排尿 automatische Harnentleerung ヲ來スモノナリ。

脊髓疾患ニハ尙膀胱ノ肥大ヲ來スコトアリ、少シノ刺戟ニ對シテモ膀胱收縮シ尿線奔出ス、卽膀胱部ヲ擦リ又ハ輕度ノ壓迫ヲ加ヘテ此症狀ヲ呈ス、此際內括約筋ハ衰弱又ハ摩痺ヲ呈スルモノナリ。

神經衰弱患者ニハ膀胱障碍甚ダ多シ、屢々遭遇スルハ尿意頻數ナリ、晝間ニ存シテ就眠セバ消失スルヲ特徵トス。

尙多キハ排尿ノ困難ナリ、頑固ニシテ人ノ前ニテハ全ク排尿シ得ザルモノナリ。

排尿後ノ尿點滴 Nachträufeln ハ神經衰弱者ノ呈スル症候ナリ、排尿時熱灼感、膀胱頸部ノ瘙痒及ビ刺痛ヲ訴フ、ヒステリーニ於テモ同樣ノ症狀アリ、稀ニ尿失禁 Inkontinenz 及ビ尿停滯 Retention ヲ

伴フコトアリ。

之ヲ要スルニ神經性膀胱疾患ヲ分チテ次ノ三種トス、一、膀胱知覺神經刺戟症(膀胱知覺過敏症)ニシテ晝夜共ニ尿意頻促ヲ呈シテ他覺的症狀ヲ缺如シ、排尿時又ハ間歇時ニ膀胱部、會陰部、肛門、龜頭等ノ疼痛ヲ訴ヘテ本症ニ屬ス、多尿症モ亦然リ。二、膀胱運動神經刺戟症ニシテ尿線細小トナリ間々中絕シ怒責シテ淋瀝スルモノハ此項ニ屬ス、脊髓腫瘍、脊髓炎、脊髓勞、多發性側索硬化症、ヒステリー等ニヨリテ脊髓運動中樞又ハ遠心性經路ノ刺戟セラレテ起ルモノナリ、夜尿症モ此項ニ屬ス(夜尿症ノ項ニ細說)。三、膀胱運動神經摩痺(膀胱摩痺及不全摩痺)ニシテ利尿筋ノ傳導路又ハ反射中樞摩痺シタル時ハ括約筋ノ收縮力ハ尋常ニシテ利尿筋ハ無力トナリ完全尿閉ヲ起スモノナリ、括約筋モ同時ニ摩痺シタル時ハ不全尿閉ヲ來シ、同時ニ括約筋一部摩痺シタル時ハ膀胱不全尿閉ヲ起ス、括約筋ガ健全ナラバ奇異性尿淋瀝ヲ起シテ尿ハ不隨意ニ遺漏スルモ尿意頻促ヲ呈ス。

診斷　中樞神經系統疾患ニヨル膀胱障碍ノ診斷ハ困難ナラズ、無意識狀態ニヨリテ來ル時ニハ觸診、打診等ニヨリテ尿ノ充滿程度ヲ知リ强度ノ伸展及ビ膀胱障碍ヲ豫防スベシ。

脊髓疾患ニ於テモ膀胱障碍ハ一般ニ簡單ナリ、膀胱ノ疾患ガ偶然ニ合併スルコトアリ、尿路及ビ尿ノ精査ヲ必要トス。

脊髓疾患ニ起因スル膀胱疾患ノ診斷ニハ膀胱鏡檢査ガ特ニ必要ナリ、膀胱ノ入口及ビ尿道ニ障碍

ナク肉柱膀胱ヲ呈セバ脊髄疾患ニ起因スト考ヘラル、ニッヅェ氏ノ始メテ發表スル所ナリ、ヤール氏ニヨレバ肉柱膀胱ハ脊髄疾患ノ初期症狀ニシテ他ノ症候ニ先ンジテ發生シ其原因ハ不明ナリト云フ、夜尿症ニ於テモ肉柱膀胱ヲ呈スル者多シ(辻亮吉氏、中野等氏)。

他ノ原因ナクシテ停滯尿アル膀胱障碍ハ脊髄疾患ニ起因スト考ヘラル。

尿路ニハ腎臓ヨリ攝護腺ニ至ルマデ精査シテ變化ナク膀胱障碍アル時ハ神經衰弱及ビヒステリーナリ、此際淋疾ノ痕跡ニテモ存在スル時ハ然ラズ。

膀胱周圍ノ腸及ビ女子生殖器ノ疾患ハ膀胱障碍ヲ起スヲ以テ精査スルヲ要ス、脊髄疾患トノ鑑別モ亦必要ナリ。

療法　無意識狀態ニ伴フ時ハ一日一、二回カテーテルニテ排尿セシメ一立以上ノ尿ヲ停滯セシムル可カラズ。

脊髄疾患ニ伴フ停滯尿ニ向テハ其治療ハ膀胱及ビ上部尿路ノ擴張ヲ防グ可シ、停滯尿ガ少量ナル時ニハ坐浴、溫罨法、電氣療法等ニテ排尿ヲ促ス可シ、不結果ノ時ニハカテーテル挿入ヲ行フ。

攝護線肥大症ニ於テ述ベタル如ク細菌感染ヲ防ギ大量ノ停滯尿ヲ一時ニ排出ス可カラズ、規則ニ從ヒテ之ヲ行フベシ、急激ナル壓ノ變化ニ伴ヒテ頓死スルコト及ヒ强度出血ヲ起スコトアレバナリ、規則的カテーテル挿入ハ膀胱障碍ヲ去リ尿點滴、尿意促迫、體內停滯ノ感等ヲ除クコトヲ得ベシ。

已ニ尿毒症ノ症候トシテ頭痛、食欲不振、惡液質等ノ始マリタル後ニハ規則的カテーテル挿入ハ其效果大ナリ、脊髄疾患ニカテーテルノ挿入ハ困難ナラズ、傳染ノ恐アル故消毒ヲ嚴重ニス可シ。

カテーテル挿入ノ外坐浴、罨法、電氣療法等ヲ行フ可シ、感傳電氣ハ摩擦及ヒ尿失禁ニ用ヒテ效アルコトアリ、一極ハ膀胱部ニ他極ハ薦骨部ニ置テ行フベシ、尿失禁ニハ一極ヲブージートシテ尿道ニ挿入シ膀胱頸及ビ尿道模樣部ニ當ツベシ、他極ハ此際膀胱部ニ置ク可キモノトス。

內服藥ハ效力少ナケレドモ尿失禁ニハ硝酸ストリヒニンヲ試ミ、尿意頻促ニハアスピリンノ效アルコトアリ。

神經衰弱症又ハヒステリーニ基ク膀胱障碍ノ治療ハ原病ノ療法ヲ行ヒ局所療法ハ成ル可ク避クルヲ可トス、坐浴、冷水摩擦、冷水灌注、ウィンテルニッツ氏ノ冷却消息子又ハ電氣療法ヲ用フ可シ。

二一　夜尿症　Enuresis nocturna

晝間ニ來ルモノハ晝間遺尿症 E. diurna ト名ク、專ラ小兒期ニ來リ七、八歲以下ニ多シ、神經質ノ兒童ニ多ク驚愕、曝濕、肛門皺裂、寄生蟲、包莖、龜頭炎、狹キ尿道口、尿ノ過酸症、持續性便秘、不良ノ敎育等共原因ヲナスモノナリ、括約筋摩擦ニ起因スルヤ利尿筋ノ摩擦ニ歸セシムベキヤ其原因ハ不明ナリ、近時レントゲン診斷ニヨレバ薦骨閉鎖不全ヲ見ルコト多シト云フ、睡眠中排尿シテ

覺醒シ又ハ全然知ラザル者アリ、此際膀胱ハ必ズシモ充盈セルニハアラズ、睡眠中數回ニ及ブコトアリ、晝間ニ來ルモノハ尿意起ラバ直ニ上圖セザルニ先チ排尿スルモノナリ、膀胱鏡檢査ニテ肉柱膀胱ヲ呈スト云フ(辻亮吉氏、中野等氏)。

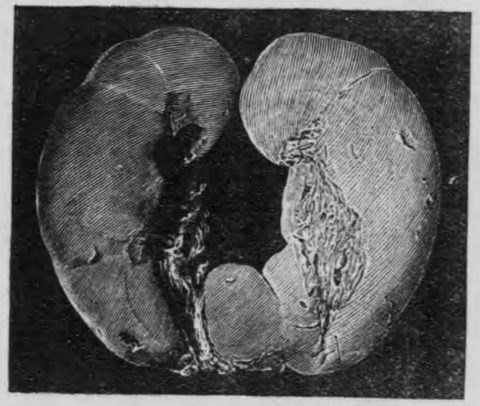
療法 原因ト見做サルベキ異常ヲ除キ刺戟性竝ニ瓦斯發生ヲ來スベキ食餌ヲ避ケ夕食後ニ飮食ヲ禁ズベシ、夜間一回規則正シク排尿セシメ敷蒲團ヲ硬クシ手足ヲ溫暖ニシ適宜ノ運動ヲ命ジ精神ノ過勞ヲ避ケ足ヲ高擧シテ臥セシム、電傳電氣又ハヂヤテルミーハ一極ヲ直腸又ハ薦骨部ニ他極ヲ膀胱部ニ置キテ每日又ハ隔日ニ一回十五分間宛行フベシ、又カテラン氏ノ生理的食鹽水(五—三〇竓)硬膜外注射モ亦著效ヲ奏スルコアリ、尿道ブージー挿入、一%硝酸銀後部尿道點滴等ヲ試ムルモ可ナリ。

三、膀胱無力症 Blasenatonie

膀胱血管ノ動脈硬化症ニヨリテ膀胱筋ノ一部又ハ全部硬變、壞死若クハ變性シテ收縮力ノ消失又ハ減退ヲ來シテ起リ、又持續的急性尿閉ニヨリテ過度ニ膀胱筋ヲ緊張シテ其收縮力障害セラレテ起ル、或ハ又膀胱炎ガ粘膜、粘膜下組織及結締織ヨリ筋層ニ及ビテ實質性膀胱炎ヲ起シテ來ルコトアリ、尙原因ナク膀胱筋萎縮ヲ來シテ起ルコトアリ。

療法 カテーテル挿入、硝酸銀液ノ膀胱洗滌、感傳電氣、ヂヤテルミー療法等ヲ行フ。

第一四一圖



馬蹄腎

第四章 腎臟、腎盂及輸尿管ノ疾患

Erkrankungen der Niere, Nierenbecken und Harnleiter

一 先天性畸形 angeborene Anomalien

一腎ノ先天性缺如及萎縮(單腎 unpaarige Niere)ハ同側ノ睾丸萎縮、精囊ノ萎縮若クハ缺如ト共ニ來ルコトアリ、健腎ハ代償性肥大ヲ呈ス。

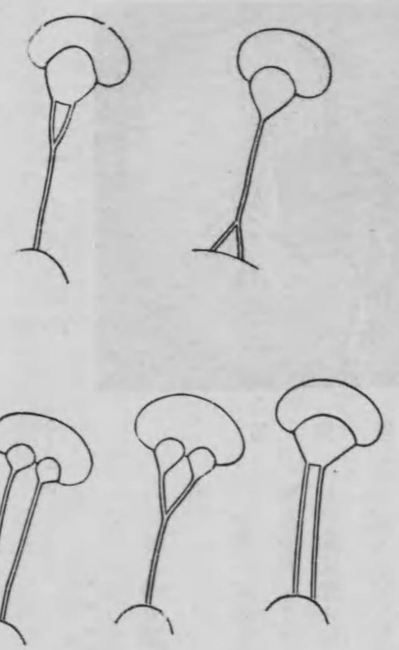
診斷ハ容易ナラズ、膀胱鏡檢査ニヨリテ一側ノ輸尿管口ノミヲ見出ス時ニハ略診斷ヲ下シ得可シ、輸尿管ノ尿道、膣、精囊等ニ開口セルコトアル故腎臟ノレントゲン寫眞殊ニ腎盂撮影術(ピエログラフィー)ヲ必要トス。

馬蹄形腎臟 Hufeisenniere ハ屢々存在ス、多クハ下極ニ於テ纖維素又ハ腎實質ニヨリテ相連續ス、腎臟剔出ヲ行フ可カラズ、馬蹄腎ノ位置ハ普通ヨ

リモ下垂セルコト多シ、輸尿管及腎血管ノ數ハ增加セルコトアリ、腎臟ハ先天性ニ轉置 Dislopia renis セルコトアリ、好ンデ左側ニ來リ腰椎ノ邊ニアルコトアリ。

診斷ハ只腹壁ノ薄キ時ニ於テ行ハル、レントゲン線ニ不透過ノ物質ニヨリテ造レル輸尿管カテーテルヲ挿入シテレントゲン寫眞ヲ採ル可シ、腎盂ノ二個アル時ニハ腎盂撮影術ニテ知リ得可シ。

第一四二圖



輸尿管ノ重複

輸尿管ノ異常ノ開口ハ男子ニアリテハ膀胱頸、後部尿道、精囊ニ來リ、女子ニアリテハ膀胱頸、尿道、膣

前庭及ビ膣ニ來ル。

輸尿管狹窄ハ腎盂ノ輸尿管ニ移行スル部、輸尿管ト骨盤血管ト交叉スル部及輸尿管ガ膀胱內ニ移行スル部ニ於テ來ルコトアリ。

II 腎臟ノ血行障碍 Zirkulationsstörungen der Niere

腎臟充血 Hyperaemie der Niere

原因 實性充血 aktive Hyperaemie ハ左心室ノ肥大、他腎ノ炎症、破壞、剔出後及交感神經障碍等ニヨリテ發生ス、他ノ疾患ノ結果又ハ一部症狀トシテ來ルコトアリ、鬱血腎 Stauungsniere ハ心筋炎、心內膜炎、心臟瓣膜病、心外膜炎等ニテ心臟機能ノ減弱シ全身鬱血狀態ノ時又ハ稀ニ下空動脈ガ腎靜脈ノ派出スル部ノ上方ニテ腫瘍ニ壓セラレテ靜脈炎、血栓ヲ生ズル時又ハ妊娠、腹水、皷腸、腫瘍等ニテ全腹腔ノ內壓ヲ增シ血管ヲ壓迫スル時ニ來ル。

症候 鬱血腎ニハ心、肝等ニ於ケル全身鬱血ノ症狀卽呼吸困難、チアノーゼ、肝臟腫脹等ノ外著シキ症狀ヲ呈セズ、尿量ハ減少シテ濃ク著色シ、强酸性ニシテ固形成分ハ尿量ノ減少ニ比例シテ減少セザルガ故ニ比重高シ、尿酸鹽ノ沈澱ニテ溷濁シ肝臟鬱血ニ因スル膽汁色素ニテ染色ス、次第ニ蛋白尿、圓壔(主トシテ硝子樣)、少許ノ白血球、僅少ノ赤血球等出現ス、水腫ハ來ルモ尿毒症ヲ來サ

ズ、遂ニ萎縮腎ニ移行スレバ鬱血症狀ハ存在スレドモ尿ハ清澄ナリ。

診斷 鬱血狀態、尿ノ性狀、心臟瓣膜病ノ合併等ニヨリテ慢性腎臟炎ヨリ區別ス。

療法 ヂキタリス(〇、三乃至一、〇)コフェイン(〇、五—一、〇)カンフル(二〇%オレーフ油)等ノ强心劑ヲ用ヒテ水腫ヲ驅除シ血液循環ヲ良好ニナスベシ。

腎臟ノ出血性硬塞、腎動脈ノ血栓及栓塞 Haemorrhagischer Infarkt der Niere, Thrombose und Embolie der Nierenarterie.

原因 出血性硬塞ハ腎動脈又ハ共分枝ガ心臟及大動脈内ノ凝血、炎性産物ヨリ來ル血栓、栓塞、或ハ動脈循環系統ニ於ケル腫瘍片ガ絲毬體、毛細管内ニ楔入シテ閉鎖セラルヽ時ニ起ルモノナリ。

症候 偉大ナル梗塞、栓塞ニテハ忽然トシテ腎臟ノ烈シキ持續性疼痛ヲ起シ屢々上腿ニ放散ス、壓痛アリ、惡寒戰慄、虛脱、減尿症、無尿症起リ尿中蛋白、赤血球ヲ證明ス。

療法 鎭痛劑ヲ與ヘ原因病ヲ治療ス。

三 汎發性非化膿性腎臟炎 Die diffusen nicht eitrigen Nierenentzündungen

1 急性腎臟炎 Die akute Nephritis

原因 大多數ハ毒物ノ腎臟通過ニ當リテ發生ス、化學的物質ニヨルコトアリ、細菌ノ新陳代謝物ニヨルコトアリ、化學的物質ニ屬スルハ鑛物性酸類、砒素、燐、鉛、水銀、蓚酸、クロヽホルム、鹽酸加里、昇汞、石炭酸、リゾール、沒食子酸、萘等ニシテ細菌性毒素ニ屬スルハ急性傳染病例ヘバ猩紅熱、ヂフテリア、ノンギーナ、敗血症、丹毒、コレラ、チブス、肺炎、マラリヤ及黴毒等ナリ、妊娠中ニ發生スルコトモ稀ナラズ、少數ニ於テハ其原因タル毒性ノ原因不明ナリ、濕衣又ハ寒冒ノ原因ト見ラルヽコトアリ、此等不明ノ原因ニテ起ルモノヲ特發性腎臟炎 idiopathische Form der akuten Nephritis ト名ヅク。

症候 時トシテ徐々ニ發生シ永ク輕度ノ頭痛、食欲不振アリ、初メヨリ强烈ニシテ嘔吐、强度ノ頭痛及ビ呼吸困難ノ來ルコトアリ、惡寒、戰慄、熱發ノ來ルコトモ亦稀ナラズ、强度ノ腰痛モ亦屢々見ル所ナリ、多クハ此二型ノ間ノモノヲ多シトス。

尿量ハ大ニ減少シテ廿四時間ニ半立以下トナリ、無尿症 Anurie ガ直接死ノ原因トナルコトアリ、比重ハ增加シ尿ハ少シク渾濁ス、血液ガ混ジテ屢々赤色ヨリ暗赤色ヲ呈スルコトアリ、蛋白ハ通常一%ナレドモ一%若クハ夫レ以上ニ達スルコトモ亦稀ナラズ、肉眼的ニハ血液ナキモ鏡檢ニテハ赤血球ノ存在スルコトアリ、通常少量ノ白血球アリ、腎臟上皮ハ大量ニ出現シ一部ハ不變ナレドモ一部ハ顆粒性若クハ脂肪性變化ヲ呈シテ脂肪顆粒ヲ見ルコトアリ、圓壔ハ硝子樣、顆粒狀及蠟樣圓壔ニシテ白血球及ビ上皮ニテ蔽ハル、出血アラバ赤血球圓壔ヲ認ムベシ。

猩紅熱、妊娠腎臟炎竝ニ特發性腎臟炎ニハ浮腫ヲ呈ス、顏面殊ニ眼瞼ニ多ク現ハレ浮腫性顏貌ヲ呈ス、强度ノ浮腫ハ下肢ニ來リ胸膜、心嚢及ビ腹膜ニ液體ノ滯ルコトアリ。

疾患永ケレバ心臟モ犯サレテ左方ニ大トナリ脈搏ハ緊張ス。

重症ニハ肺ニ合併症トシテ氣管支炎又ハ肺炎ヲ起シ豫後惡シク、胃腸障碍ニハ食欲不振、惡心、嘔吐、下痢等アルモ此等ハ寧ロ尿毒症ノ爲ニ來ルモノナリ、頭痛、意識不明、眩暈等ヲ來シ、蛋白性網膜炎 Retinitis albuminurica ハ稀ナレドモ、病ノ永キ時ニ見ルモノナリ。

患者ノ多クハ早晩治癒ス、死ハ尿毒症、心臟衰弱、合併症等ニヨルモノニシテ一部ハ慢性症ニ移行ス。

診斷 急性傳染病又ハ毒性ノモノニアリテハ診斷困難ナラズ、已往症及ビ尿檢査ニヨリテ診斷セラル、熱發性蛋白尿 Febrile Albuminurie トハ急性腎臟炎ノ初期トノ區別ハ困難ナリ、赤血球、顆粒狀圓壔又ハ血球圓壔等ニ注意ス可シ、是等ノ存在スルハ急性腎臟炎ナリ、出血性腎臟炎 hæmorrhagische Nephritis トノ鑑別ハ困難ナラズ、血球圓壔ハ唯後者ニ於テノミ見出セバナリ、急性腎臟炎ニ於テハ通常血性尿ガ汚穢褐赤色ヲ呈シテ血球ハ少ナク其形狀ハ變化ス、特發性腎臟炎ニ於テハ共急性ナリヤ、將タ又慢性ナリヤヲ區別セザル可カラズ、循環系統殊ニ左心室ノ肥大ハ慢性症ナリ、蛋白性網膜炎ハ唯永キ經過中ニ於テ之ヲ見ルモノナリ。

療法 豫防ニハ前記ノ化學的物質ノ處方ヲ避ケ、傳染病中及ビ其後ニハ殊ニ猩紅熱、ヂフテリー、肺炎及ビアンギーナノ時ニハ食事ヲ注意シ、出來ル丈刺戟性ナキ物ヲ與ヘテ感胃ヲ豫防ス可シ。已ニ腎臟炎ヲ起サバ對症的療法ヲ行フ、マラリヤ又ハ黴毒ニ因リテ起レルモノニハ根本的療法ヲ行フベシ。

療法ハ殊ニ浮腫及ビ尿毒症ヲ除ク爲メニ靜臥ヲ命ジ滋養アリテ輕ク刺戟ナキ食物ヲ與フ、殊ニ乳汁ヲ良シトス、出來得可クンバ主トシテ乳汁ヲ與ヘカヽオ、珈琲、番茶重湯等ヲ採ラシム、後ニハ魚肉、鳥肉、煮タル野菜ヲ與ヘ果物モ可ナリ、數ケ月間ハ酒精飲料、刺戟性食餌、燒キタル物等ハ嚴禁ス可シ。

浮腫ヲ除クニハ鹽分多キ食餌ヲ避ケテ日々ノ便通ヲ良クシ、隔日ニ下劑トシテカスカラ、サクラダ錠劑(一回二乃至八粒)大黃(一回〇、五乃至二、〇)等ヲ與フ、頭ニ冷罨法ヲ置キ一〇乃至二〇分間溫濕布ト毛布トニテ體ヲ包ミ發汗セシムル外、溫熱空氣中ニ於テ發汗セシムルモ可ナリ、床ノ傍ニアルコキールランプヲ置キ之ニテ熱セラレタル空氣ヲ蒲團ノ下ニ導ク可シ、電光浴モ亦效アリ。

此等ノ方法ニテ效ナキ時ハ利尿劑ヲ與フ、醋浚水(一日一二、〇)、醋酸ナトリウム(一日六、〇—一五、〇)、テオチン(一日三回〇、三宛)、安息香酸ナトリウムコフェキン(一日三回〇、二宛)、ヂウレチン(一日三乃至六回一瓦宛)等ヲ用フ、心臟衰弱始マラバコフェキン(一回〇、二)ヲ良シトス、テオチ

ン又ハヂウレチンノ外ニヂガーレーン(一日三回一瓦宛)又ハストロファンス(一日〇、五)ヲ與フ。尿毒症ニハ豫防トシテ浮腫ノ療法ヲ行フ、已ニ症狀ヲ呈スルニ至ラバ心臟及ビ腎臟ノ作用ヲ高メ發汗ヲ盛ニシ大量ノ水ヲ採ラシム、平常健康ナル者ニハ血液ヲ取リタル後ニ生理的食鹽水ヲ注射ス。近來、急性腎臟炎ノ重症ニハ手術ヲ行フ、卽チ腎臟ノ莢膜ヲ剝離シ又ハ腎臟ニ切開ヲ加ヘテ腎臟ノ腫脹ニヨル內壓高進ヲ減ジ其作用ヲ完全ナラシム、永ク尿ノ減少又ハ無尿症ヲ呈スル時及强度ノ腎痛又ハ血尿アル時ニ於テノミ行フベシ、效果ハ左程ニ良好ナラズ。

2 慢性實質性腎臟炎 Die chronische parenchymatöse Nephritis.

原因 一部ハ急性ガ數週乃至數ケ月間全治セズシテ慢性トナリ、一部ハ急性ガ全治シテ蛋白消失シタル後、不攝生、寒冒等ニヨリテ新ニ慢性症ヲ發生スルモノナリ。

慢性傳染病殊ニアラリヤ、黴毒、結核等ハ其原因ヲナスコトアリ、アルコホール、鉛、水銀ノ慢性中毒モ亦慢性實質性腎臟炎ヲ起スコトアリ、大多數ハ其原因不明ナリ、濕氣アル氣候及住所、過度ノ勞働等ハ原因ト見做サル、輕度ノ傳染病モ亦原因ト考ヘラル。

症候 徐々ニ發生シテ其初メハ精密ニ知ルコトヲ得ズ、尿ノ所見ハ急性ニ似タレドモ之ヨリモ輕度ナリ、尿量ハ左程減少セズ從テ比重モ亦高カラズ、尿中ノ蛋白質ハ少ナシ、稀ニ三乃至五%ニ達スルコトアリ、有形分子ハ少ナシ、皮膚ノ蒼白、浮腫、尿毒症々狀等ハ急性ニ似タリ、合併症モ急

性ニ於ケル如ク呼吸器、胃腸系統及粘膜ニアリ、蛋白性網膜炎ハ急性ニ於ケルヨリモ多數ナリ、左心室ノ肥大ハ脈ノ緊張ヲ來シテ著明ナリ、豫後ハ可成リ不良ナレドモ甚ダ稀ニ治癒ス、大多數ハ一、二年ノ內ニ死スルモ稀ニ萎縮腎ニ移行ス。

診斷 診斷ハ症候及ビ尿ノ所見ニヨリテ行フ、腎盂腎臟炎ハ白血球ノ大量ナルト尿量ノ多キトニヨリテ本症ヨリ區別ス。

療法 一般ニ急性腎臟炎ト同樣ナリ、常ニ臥床セシムルコトハ不可能ニシテ又不必要ナリ、浮腫ノナキ時ハ離床セシメ輕度ノ戶外運動ヲ許可スベシ、過度ノ勞働ハ嚴禁ス、病症ヲ增惡シ急性症狀ヲ起スコトヲ避クル爲メニハ、寒冒ヲ出來得ル丈豫防シ殊ニ衣類ニ注意ス可シ、事情ガ許ス場合ニハ乾燥シテ溫暖ナル地方ニ避寒スルヲ可トス、之ニヨリテ輕快スルコトモ亦稀ナラズ、食餌ハ急性ノ時ニ於ケル如ク嚴ニスルヲ要セズ、患者乳汁ヲ好メバ幸ナリ、辛子、胡椒等ノ入レル食物及燒キタル食餌ハ避ク可シ、浮腫及ビ尿毒症ノ療法ハ前記ノ如クス。

3 慢性間質性腎臟炎(萎縮腎) Die chronische interstitielle Nephritis(Schrumpfniere)

原因 原因ハ第一ニ慢性中毒ニシテ化學的ノ物質(鉛、水銀、アルコホール)又ハ痛風、糖尿病、黴毒、マラリヤ、結核等ノ毒素ニヨリテ發生ス、一部ハ他ノ腎臟疾患ヨリ移行シ急性腎臟炎、慢性實質性腎臟炎ノ外、殊ニ腎盂腎臟炎及ビ腎臟水腫ヨリ之ヲ起スコトアリ。

動脈硬化症 Arteriosklerose ト合併スルコトモ亦少ナカラズ、初メニ血管ノ變化アリテ腎臟疾患ヲ起スモノナリヤ、兩者ガ同時ニ障碍シテ發生スルモノナリヤハ未ダ充分ニ明白ナラズ、原因不明ナル場合モ多シ、特發性萎縮腎 idiopathische Schrumpfniere ト名ク。

●症候 種々雜多ナリ、數年間輕度ノ症狀又ハ少シモ症狀ヲ呈セザル場合アリ、强度ノ症狀及ビ合併症ヲ呈スルコトアリ、通常初メハ全ク徐々ニ起リ屢々偶然ニ發見セラル、尿毒症樣ノ症狀時ト共ニ增加ス、卽チ倦怠、食欲不振、頭痛、眩暈、乾渴等ナリ、重症ニハ惡心、嘔吐竝ニ下痢アリ、輕度ノ運動ニヨリテ心悸亢進、心臟ノ神經痛モ加ハリ心臟ハ病永ケレバ愈々著シク左方ニ肥大ス、脈ハ緊張シテ針金狀硬度 drahtHart ヲ呈ス、血壓亢進ト關連シテ鼻、腦、網膜ニ出血ノ傾向アリ、後ニハ心臟モ衰弱シテ脈搏不規則ニシテ多ク、緊張弱クシテ呼吸困難ヲ訴フ、鬱滯浮腫 Stauungsödem ヲ來スニ至ル、浮腫ハ著明ナラザレドモ眼瞼ノ周圍ハ腫脹ス、主トシテ偏側ノ重キ腎出血アリ、蛋白性網膜炎ハ他ノ腎臟炎ニ比シテ最モ多シ、尿ノ所見ハ他ノ腎臟炎ト異リ尿量著シク增加ス、比重ハ小ニシテ無色透明ナリ、遠心器ニ懸ケテ僅少ノ硝子樣圓壔及ビ顆粒狀圓壔ヲ見出スベシ、時ニ少量ノ白血球及ビ赤血球ヲ證明ス、蛋白量ハ少ナク時トシテ之ヲ含有セズ。

豫後ハ重キ尿毒症狀、循環障碍、心臟衰弱又ハ蛋白性網膜炎アル時ハ惡シク、其他ハ確定スルコトヲ得ズ、輕度ニシテ急ニ增惡スルコトアリ、又數年、數十年無事ニ生存スルコトアリ。

●診斷 急性及ビ慢性實質性腎臟炎トノ鑑別ハ萎縮腎ガ急性ニ變ジ、心臟ノ合併症アリテ浮腫及ビ尿蛋白多キ時ニハ困難ナリ、單ナル蛋白尿、腎臟水腫、囊狀腎、腎臟腫瘍等トノ區別モ亦難シ、全身狀態、尿毒症狀、血管ノ狀態、萎縮腎ニ對スル症狀等ヲ有セズシテ觸知シ得可キ腫瘍ナク腎臟ノ轉位ヲ認メザレバ確實ナル鑑別ハ困難ナリ、心臟ノ肥大、脈搏ノ緊張ヲ來サズシテ永ク尿ニ變化ノ存在スル時ハ萎縮腎ナリ、一部ハ輸尿管カテーテル挿入ニヨリテ明トナルモ一側ノ腎臟ヨリ來ル尿ニ變化アリテ他側ハ健常ナラバ腎臟水腫、遊走腎又ハ腫瘍ナリ。

●療法 原因ガ鉛、水銀、酒ニアル時ハ職業ヲ轉ジテ之ヲ避ケシム可シ、痛風、動脈硬化症、マラリヤ、黴毒ニ原因セルハ此等ノ疾患ヲ治療シ急性ニ變化セルハ急性腎臟炎ノ治療ヲ行フ。

萎縮腎ノ病機ヲ制止スル所ノ藥劑ナシ、出來ル丈腎臟及心臟ヲ障害スルモノ例ヘバ辛子、胡椒等ノ入レル食物、酒精、煙草、珈琲、茶等ヲ過度ニ用フルコトヲ禁ズ可シ、然レドモ全然之ヲ嚴禁スルニハ及バズ、病氣ノ程度ニヨリテ少量ニハ許可スルモ可ナリ。

四 妊娠腎臟炎 Schwangerschaftsnephritis

●原因 妊娠三ケ月後ニ發生スル腎臟炎ニシテ原因論ニ定說ナシ、血行障碍又ハ血液中毒ニ因スルモノト考ヘラル。

症候 徐々ニ發生ス、尿意促迫、下腿ノ浮腫、嘔氣、嘔吐、體腔水腫、網膜炎等ヲ來シ又ハ缺如ス、尿ハ減少シテ蛋白ニ富ミ多クハ硝子樣圓壔、白血球、上皮ヲ缺ク、分娩後ニハ治癒ス、合併症ハ子癇ニシテ分娩ノ直前、直後ニ發生シ尿毒症狀樣又ハ癲癇樣痙攣ヲ來シテ意識不明ニ陷リ死亡スルコトアリ、然レドモ子癇ガ常ニ姙娠腎臟炎ニ伴フモノナリヤハ不明ナリ、慢性腎臟炎ニ移行スルコトアリ。

療法 ブライト氏腎臟炎ト同樣ナリ、重症ニハ人工流産ヲ行フ、抱水クロラール(一回量一、〇)、クロヽホルム吸入、瀉血、食鹽水注射、移血等ヲ行ヒ兩腎ノエデボールス氏腎臟包膜剝離術ヲ試ムベシ。

五 腎臟ノ澱粉樣變性 Amyloiddegeneration der Niere

原因 體内ニ於ケル彌久性化膿、肺結核、骨化膿、蓄膿症、氣管枝擴張、他側腎ノ化膿、第三期黴毒、マラリヤ等ニ於テ血中ニ異常ノ毒素ガ混入シテ該病ヲ發生ス。

症候 絲毬體血管ノ澱粉樣變性ヲ呈シテ血中ノ蛋白及水分ノ滲透性ヲ亢進スルガ故ニ高度ノ蛋白尿ヲ來シ尿量ヲ增加ス、尿ハ淡黃色ニシテ比重高シ、硝子樣圓壔及白血球ハ少ナシ時ニ缺如ス、心臟肥大及尿毒症ヲ呈セズ、浮腫ヲ來シ他臟器ノ澱粉樣變性ニヨリテ肝、脾ノ增大及下痢ヲ起シ皮膚

ハ黃色蠟樣ノ光澤ヲ呈ス、腎臟炎ト合併シテ萎縮腎ニ移行スルコトアリ。

療法 原因タル疾患ヲ治療スベシ。

六 脂肪腎 Fettniere

原因ハ惡性貧血、燐、砒素、硫酸等ノ中毒ニヨリテ發生シ細尿管ノ上皮ハ脂肪變性ニ陷ルモノナリ、心、肝、筋肉等ノ脂肪變性ヲ伴フ。

破壞セラレタル腎細胞内ニハリボイドノ發生モ亦證明セラル、療法ハ原因ヲ除キ腎臟炎ノ治療ヲ加フベシ。

七 腎盂炎 Pyelitis

原因 細菌ノ感染ニシテ充血 Hyperaemie 鬱血 Kongestion 器械的又ハ化學的刺戟、外傷及ビ尿停滯 Harnstauung ハ共誘引ナリ。

姙娠、分娩、月經、心臟患者ノ鬱血、結石、腫瘍、寄生蟲及カンタリス又ハ辛子ノ攝取等ハ誘引トナリ腎盂ニ於ケル尿ノ停滯ハ大ナル意義ヲ有ス、腎水腫ノ條下ニ於テ詳述ス可シ。

傳染ハ血行ヨリスルコトアリ、膀胱ヨリ上昇スルコトアリ、稀ニ直接附近ノ化膿竈ヨリ細菌ノ侵入

シテ起ルコトアリ、血行ニヨルモノハ主トシテチブス、赤痢、コレラ、猩紅熱、麻疹、インフルエンザ、ヂフテリー、丹毒等ノ如キ傳染病若クハ哺乳兒ノ腸加答兒、敗血症、產褥熱、癌腫、癰、瘰疬、骨髓炎等ニ來リ少數ハ淋疾ニヨリテ起ルモノナリ。

上行性ノモノハ輸尿管ニ變化アリテ管口ガ開大シ非彈力性トナリテ尿ノ逆流ヲ許ス程ニ麻痺擴張セル時ニ細菌ガ腎盂ニ達シテ起ルモノナリ、膀胱ヨリノ排尿ハ尋常ニシテ輸尿管ノ機能全ケレバ膀胱ヨリ腎盂マデ逆行スルコトハ甚ダ稀ナリ、臨床上ノ所見ト一致ス、膀胱ヨリノ排尿ガ永ク又ハ一時的ニ妨グラルヽ時ハ膀胱ノ傳染ハ速ニ腎盂ニ進行スベシ、吾人ハ攝護腺肥大症ノ末期、神經性膀胱麻痺 Blasenlähmung auf nervser Basis ノ永ク存在スル時、尿道狹窄等ニ於テ之ヲ見ル可シ、傳染ヲ起ス細菌ハ第一ニ大腸菌 Bacterium coli ニシテ、ハウゼル氏ノ醱母菌 Proteus Hauseri フリードレンデル氏肺炎菌 Friedländercher Pneumococcus、淋菌、黃色及ビ白色葡萄狀球菌、連鎖狀球菌及ビ綠膿菌 Pyocyaneus 等是ナリ。

淋疾ノ經過中ニ發生スル腎盂炎ハ淋菌ニヨリテ直接ニ惹起セラルヽモ主トシテ多クハ他ノ細菌トノ混合感染ナリ、稀ニ純粹ナル淋菌性腎盂炎アリ、腎盂炎ハ一側又ハ兩側ニ發生ス、急性腎盂炎ニ於テハ粘膜ハ腫脹シ充血シテ出血スルコトモ亦少ナカラズ、此炎症性粘膜ヨリハ溷濁セル化膿性血性分泌物ヲ出シ多クノ場合ニハ粘膜ガ纖維素ヨリ成ル膜ニテ蔽ハルヽモノナリ、僞膜性腎盂炎

Pyelitis pseudomembranacea トナク、慢性症ニハ粘膜灰白色ヲ呈シテ肥厚シ隆起シテ乳嘴狀突起物ニヨリテ蔽ハルヽコトアリ、輕度ノ隆起性顆粒性表面ヲ呈スルヲ顆粒性腎盂炎 Pyelitis granulosa トナク、小ナル粘膜囊腫ノ見ラルヽコトアリ囊腫性腎盂炎 Pyelitis cystica トナク。

症候 腎盂炎ハ急激ニ惡寒、戰慄、高熱、嘔吐、腎臟部疼痛等ニテ發生スルコトアリ、又初メヨリ徐々ニ發生スルコトアリ、後者ニハ自覺症ヲ缺ギ全ク症狀ヲ呈セザルコトアリ、急性期ニ尿量ハ尋常ナルカ又ハ減少ス、尿ハ蛋白ヲ含ムカ主トシテ膿球ヨリ成ル强キ溷濁ヲ呈ス、多クハ〻少ノ赤血球及ビ上皮ヲ含有ス、尿圓壔ハ通常缺除ス、腎臟ニハ壓痛アリ、大ナル腫脹ハ腎臟水腫ニ感染ヲ起シテ腎盂ニ停滯尿アル時ニ於テノミ證明セラル、通常約十日乃至十四日ニシテ症狀ハ消失ス、尿ハ透明トナリ全ク快復スルモ一部ハ溷濁シ慢性期ニ移行ス、尿量ハ一般ニ增加シ二十四時間ニ二、三、四乃至五立ニ達ス、從テ尿ノ比重ハ小ナリ、少量ノ蛋白ヲ含有ス、鏡檢ニヨリテ膿球ヲ證明シ時ニ群ヲナシテ存在シ又圓壔ヲ形成ス、此所見ハ慢性腎盂炎ニ於テ著明ナリ、慢性淋疾及ビ攝護腺炎ニ於ケル淋糸トノ區別ハ可能ナリ、腎盂炎ニ來ルモノハ小ニシテ肉眼的ニ見ル能ハズ、腎臟細尿管及ビ集合管內ニ於テ造ラレ腎臟ノ乳頭部ヨリ出ヅルモノナリ、此外腎盂ノ上皮細胞ヲ有ス。

自覺症ハ慢性期ニハ缺如スルコトアリ、時トシテ不快、惡寒、熱發、倦怠ヲ呈シ、急性增惡ヲ起ス時ニハ急性期ニ於ケル初期ノ徵候アリ、腎盂ヨリ尿排泄ノ障碍セラルヽ時ニ起リ女子ニアリテハ

月經時又ハ妊娠時ニ增惡スルコト稀ナラズ、屢々再發スル時ニハ遂ニ腎盂腎臟炎ヲ起スニ至ル。

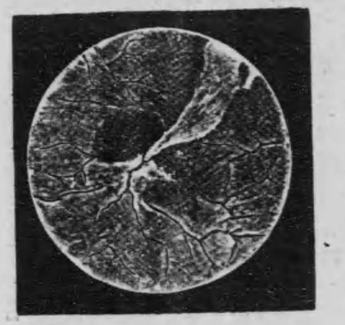
●診●斷　急性期ニハ症候著明ニシテ診斷容易ナリ、尿ノ渾濁ト共ニ日暮熱發シ朝時解熱シテ自覺症狀ヲ呈セバ診斷ヲ誤ルコトハ少ナシ、徐々ニ來ル時ニ於テモ尿量增加、尿渾濁等アリテ膀胱症狀ヲ缺如スル時ハ腎盂炎ト考フベシ、上記ノ白血球塊ノ所見アラバ診斷ハ大ニ確實トナルモ之ノミニテハ確ナラズ。

膀胱鏡檢査ハ少クトモ尿ノ渾濁强キ時ニハ診斷ヲ明白ニス、卽チ膀胱ニ化膿ノ箇所ナクシテ膿ガ腎臟ヨリ來ル時ニハ輸尿管口ヨリ膿尿ノ排出スルヲ見ルコト稀ナラズ。

最モ確實ナルハ輸尿管カテーテル挿入法ニヨル診斷ニシテ輕症ト雖モ見逃スコトナシ、カテーテルヲ疑アル側ニ又ハ兩側輸尿管ニ挿入シテ排出スル尿ヲ檢査シ、殊ニ鏡檢ニヨリテ膿球アルハ腎盂炎ノ證ナリ、赤血球ニヨル渾濁ハ人工的ニ起ルコトアレバ注意ヲ要ス。

急性尿道炎、攝護腺炎、副睾丸炎等ニテ膀胱鏡及ビ輸尿管カテーテル挿入ノ禁忌ナルカ不可能ナル時ニハ膀胱ヲ洗滌シテ其洗滌液ヲ透明ニシ之ヲコップニ採リテ甚ダ

第一四三圖



輸尿管口ヨリ膿尿ノ排出

シク渾濁セルモノハ腎盂炎ノ疑アリ、サレド膀胱憩室ノ時ニ於テモ亦此症狀アリ、注意スベシ。

●療●法　原因ヲ除クベク多クハ自然ニ治癒ス、卽チ腎盂ノ異物(結石、寄生蟲)ヲ手術ニヨリテ除キ又ハ適當ニ治療シテ腎盂ニ尿ノ停滯スルコトヲ避ケシム可シ。

先ヅ食餌ハ絕對ニ無刺戟性トシ强キ食物及ビ飮料ハ嚴禁ス、腎盂ヲ內部ヨリ洗滌スル目的ニ多量ノ飮料ヲ與フルハ大ナル效果アリ、數立ノ中性液體ヲ度々ニ分チテ攝取セシムベシ、ロージング氏ハ膀胱留置カテーテルヲ置キテ尿路ニ尿ノ停滯スルヲ防ギ細菌ノ增加スルヲ防止スルコトヲ賞用ス、一日三回〇、五瓦宛ウロトロピン、ヘルミトール、ヘキサール又ハヘトラリンヲ與フ、樟腦酸モ亦有效ナリ、一日三回〇、五乃至一、〇宛ヲ用フ、又同樣ニ硼酸一日三回〇、三乃至〇、五ヲ與フ、强度ノ疼痛殊ニ痼痛ニハ溫罨法、溫砂囊等效アレドモ鎭痛劑モ亦缺グ可カラズ、輸尿管カテーテル挿入ハ有效ニシテ殊ニ腎盂ニ尿停滯セル時ニハ效果偉大ナリ、之ニ由テ排尿セラレ治癒スルコトアリ、一時的ニ輕快スルニ止マル時ハ反復シテ行フ可シ、留置輸尿管カテーテルトシテ挿入シ置クモ有效ナリ、此際カテーテルハシャリエール氏八號乃至九號ヲ用ヒ容易ニ內腔ノ塞ガラザル樣ニスベシ、栓塞ノ起ラザル樣ニ監督シ栓塞セラレタル時ハ殺菌水ヲ注入シテ障碍ヲ除ク可シ、カテーテル挿入ト共ニ硼酸水ヲ以テ腎盂ノ洗滌ヲ行ヒ硝酸銀(洗滌藥ニハ千倍乃至五百倍、點滴ニハ一乃至二%)又ハプロタルゴール、アルバルギン等ノ注入ヲ行フ、此洗滌法ハ腎盂ニ殘留物アルカ妊娠腎盂

炎及ビ淋菌性腎盂炎ニ效アレドモ腎石ニヨル腎盂腎臟炎、腎臟膿腫、傳染性腎臟水腫、腎臟結核等アル場合ニハ禁忌ナリ。

上記ノ內服藥及局所療法ニテ效ナク疼痛熱發ガ反復シ、全身狀態惡シクシテ生命ノ危險アラバ手術トシテ腎盂截開術、腎臟截開術若クハ腎臟剔出術ヲ行フ、腎盂及ビ腎臟ノ截開術ハ一定時間排尿ヲ能クシ腎盂ノ洗滌ヲ便ニスル爲メニス、サレド此方法ハ手術中ニ再發ノ原因ヲ除ク爲メニ腎盂又ハ輸尿管ヨリ結石ヲ去リ以テ尿停滯ノ原因ヲ除去シ若クハ後療法ニヨリテ回復ノ見込アル時ニ於テノミ之ヲ行フベシ、症狀ノ輕快後再發若クハ腎臟瘻孔 Nierenfistel ヲ殘シテ再ビ腎臟剔出ヲ必要トスルニ至ルコトアレバナリ、故ニ寧ロ此際ニハ直ニ腎臟剔出ヲ行フヲ可シ。

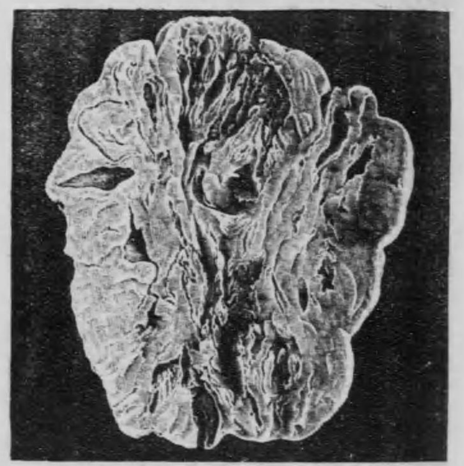
八　腎盂腎臟炎、腎臟膿腫、腎臟膿瘍及腎臟周圍膿瘍

Pyelonephritis, Pyonephrose, Nierenabsess und Perinephritischer Absess.

●原因●　腎臟ノ化膿ハ細菌殊ニ大腸菌、葡萄狀球菌、連鎖狀球菌及ビハウゼル氏釀膿菌等ニヨリテ腎盂炎ト同樣ナル關係ニテ起サル、血行性及ビ尿路性感染 haematogene und urogene Infektion ヲ區別ス、屢々兩者共同シテ發生スルコトアリ、卽チ細菌ガ血行ニヨリテ腎盂ニ達シ增殖シテ初メテ腎臟ヲ犯スニ至ルモノナリ。

純血行性感染ハ敗血症ノ經過中ニ發生ス、殊ニ皮質ニ無數ノ小ナル膿瘍ヲ造リテ死ノ轉歸ヲ採ル

第一四四圖



右側腎臟膿腫（卅五年男）

ハ重キ全身症狀ノ一部ニシテ常ニ兩側ニ來リテ治療上ノ注意ヲ引カズ、血行性ノモノニハ又遊離セル一側ノ腎臟膿瘍アリ、癰疽、瘭腫等ニ次デ來リ皮質ニ發生シテ多クハ胡桃大ナレドモ時ニ雞卵大乃至夫レ以上ニ達ス、手術ヲ行ハザル時ニハ腎臟莢膜ヲ突キ破リテ周圍ノ脂肪及ビ結締組織若クハ腎盂內ニ破ルヽニ至ル、後者ハ好都合ニ治癒スルコトヲ常トスレドモ前者ハ腎臟周圍膿瘍ヲ形成スルニ至ルモノナリ。

腎盂ヨリスル尿路性感染ハ血行性化膿性腎傳染ヨリモ遙ニ多シ、下部尿路ハ此場合ニハ全ク健常ナルコトアリ、腎盂ノ感染ハ多クハ血行ニヨリテ起サルヽモノナレバナリ、勿論膀胱ガ第一ニ感染シ細菌ガ膀胱ヨリ輸尿管ヲ經テ腎盂ニ達スルコトモ亦屢々アリ。

腎臟ノ尿路ヨリスル傳染ハ腎盂兼腎實質炎及ビ腎臟膿腫トシテ發生ス、時期、程度、排尿ノ障碍等

ニヨリテ輕重ノ程度モ亦色々ナリ、小ナル細菌及ビ其毒素ハ細尿管ノ上皮ヲ害シテ遂ニ髓質ニ線狀病竈ヲ作ルモノナリ、是レ上行性腎盂腎臟炎 ascendierende Pyelonephritis ニ特徴ナリ、此處ヨリ淋巴管ニヨリテ全腎ニ擴マリ腎實質ハ間質性炎症ノ小ニシテ群居セル膿腫及ビ病竈ト共ニ瘢痕性萎縮 narbige Schrumpfung ヲナスニ至ル、病ノ擴大ハ尿ノ停滯ニヨリテ促進セラレ排尿ノ障害ナキ時ニハ感染ガ細尿管下部ニ限局スルモ、尿中ニハ常ニ多數ノ膿塊ノ現出スルモノナリ。

重症ニシテ感染セル腎水腫ノ如ク排尿障碍永ク續ク時ニハ腎ノ大部分ハ化膿性ニ癒合シテ進行シタル時ニハ結核ニ於ケルガ如シ、此際ニハ第二次ニ腎石ヲ形成スルコトアリ。

●症候 急性腎盂兼腎實質炎ニハ急性腎盂炎ト同樣ニ症狀ハ程度激烈ナリ、發熱高ク惡感、戰慄強クシテ疼痛ハ甚ダシク尿ハ溷濁ス、徐々ニ發生スル場合ニハ腎臟ガ化膿スルモ熱發ヲ缺グコトアリ、排泄ガ妨ゲラレザル間ハ熱發、疼痛ノナキコトモ稀ナラズ、轉移性腎皮質膿瘍 metastatischer Rindenabscess ニハ化膿熱及ビ强度ノ腎痛ヲ發生スレドモ尿ハ全ク透明ナルカ又ハ健常ニ近シ、此際尿ハ少シモ蛋白ヲ含マズ白血球ヲ含有セザルナリ。

●診斷 孤立性腎膿瘍 solitärer Nierenabscess ノ診斷ハ困難ニシテ不可能ナルコトアリ、局所ノ疼痛ハ腎臟ナルヲ想像セシメ熱型ニヨリテ鎖サレタル化膿病竈アリト考フ、左腎ニ來ラズ、診斷ハ容

易ナレドモ右腎ニ於テハ膽囊及ビ盲腸ノ化膿ト區別セザル可カラズ、尿ハ健常ナル故ニカテーテル挿入ヲ行フモ不明ナリ、已往症ニアンギーナ、瘧疾等アラバ診斷ノ補助トナルモノナリ。

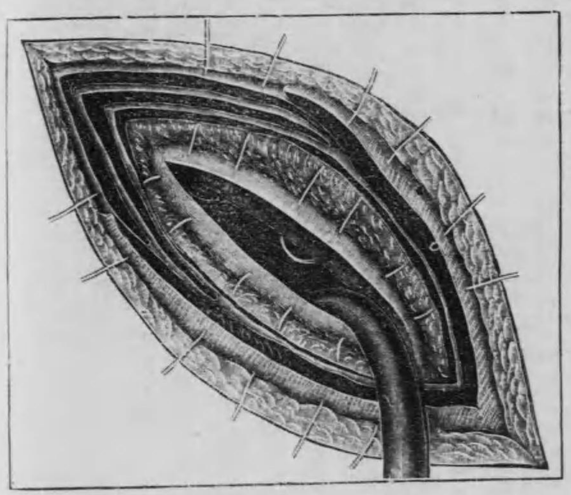
純粹ナル腎盂炎ト腎盂兼腎實質炎トノ鑑別ハ豫後及ビ治療法ヲ定ムル上ニ於テ重要ナリ、此區別ハ通常、輸尿管カテーテル挿入ニヨリテ決セラル、腎盂ニ膿尿ノ停滯セルヤ否ヤヲ確定シ停滯尿アリ熱發アルハ腎臟ニ障碍アルノ證據ナリ。

慢性ニシテ無熱ナルハ尿ノ所見トシテ白血球ノ凝塊、圓壔ノ現出等ニヨリテ腎盂兼腎實質炎ト考ヘラル、溷濁少ナキ尿ハ合併症ナキ腎盂炎ナリ、相次ギテ溷濁セル尿ヲ排出シ濃キ沈澱ヲ有スルハ膀胱ニ合併症ナキ時ニハ腎盂兼腎實質炎ナリト考フベシ。

膀胱鏡檢査ニヨリテ濃キ乳酪狀ノ膿汁ガ輸尿管ヨリ出ヅルヲ見ル時ニハ腎臟ノ重キ合併症アルノ證據ニシテ腎臟膿腫ナリ、膀胱内ニ於テ底面ニ沈メル膀胱尿ハ膀胱鏡ヲ靜ニ保持スレバ溷濁スルコト少シ、此症候ハ重症ノ化膿ニハ該腎ヲ壓スル時ニ見出スコトアリ、腎臟機能診斷ヲ行フニフロリヂンニヨル靛ノ排出、インヂゴカルミン注射後ノ青色液現出等ノ遲延スルコトハ腎盂炎ニ非ズ、腎盂兼腎實質炎及尿停滯アル腎盂炎ニ見ル外重キ腎臟膿腫及重キ傳染セル腎臟水腫ニ於テ之ヲ見ルベシ。

●療法 全身性膿毒症 allgemeine Pyaemie ニ來ル多發性腎臟膿瘍 multiple Nierenabscesse ハ兩側ヲ犯シテ他ノ症狀重ク治療ヲ加フルコト能ハズ、孤立性腎皮質膿瘍 solitärer Rindenabscess ハ腎臟周

第一四五圖



腎臟被開術竝膿排膿又ハ排尿管挿入

膿瘍ト同樣ニ出來ル丈早ク腰部切開ニテ剔出ス可シ。

腎盂腎臟炎ノ輕症ニハ腎盂炎ト同樣ノ療法ヲ行フモ、硝酸銀ニテ腎盂洗滌ヲナスコトハ內方ニ病機ヲ促進スルヲ以テ禁忌ナリ。

一側ノ腎臟化膿卽チ重症ノ傳染セル腎臟水腫及ビ腎臟膿腫ニハ腎臟剔出ガ唯一ノ治療法ナリ、此際腎臟被開術ヲ行フハ不可ナリ、然レドモ患者ノ衰弱甚シキ時ニハ第一次ニ腎切開ヲ加ヘテ排膿管ヲ置キ、患者ノ恢復ヲ待チテ第二次ニ剔出ヲ行フベシ、腎臟ハ重ク罹患シ已ニ大部分作用ヲ失ヘバナリ、腎臟剔出ニハ殘レル腎臟ガ病腎ノ剔出ヲ許ス丈ケ充分ニ機能ヲモツコトヲ必要トスルハ勿論ナリ、此

手術ノ結果ハ良好ナリ。

九 遊走腎 Ren mobilis

腎臟ノ常位ニ固定セラレズシテ異常ノ運動ヲナスヲ云フ、起立、歩行、觸診等ニテ腎臟ハ多少下方ニ移動ス可シ。

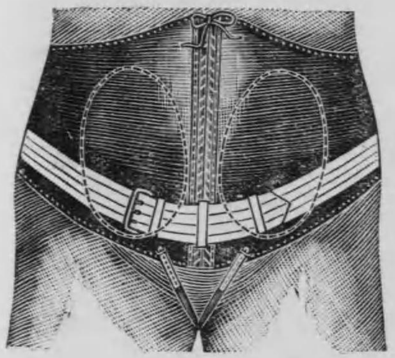
大多數ハ女子ニ於テ右側ニ來リ男子ニ來ルコト及ビ左側ニ來ルコトハ稀ナリ、原因ハ女子ニアリテハ殊ニ度々妊娠セル結果腹壁弛緩シ、加フルニ帶ニテ過度ニ締ルコトニヨリテ永ク此等ノ原因ノ作用シテ發生スルモノナリ、右側ニ多キハ健常ノ場合ニ於テ已ニ右腎ガ肝臟ノ爲ニ左側ヨリモ下方ニ位スレバナリ。

症候　遊走セル程度ト常ニ一致スルモノニハアラズ、時トシテ强度ナル轉位ノ場合ニ少シモ症狀ヲ呈セザルコトアリ、之ニ反對ノコトアリ、多クハ腎臟部ノ疼痛ニシテ靜坐セル間ニモ稀ニ存在ス、多クハ過勞、重キ物ヲ持チ擧グル時、永ク歩行スル時、起立スル時等ニ發生ス、疼痛ガ足ノ方又ハ上方ニ放散スルコトモ亦稀ナラズ、消化障害ノ主ナルコトアリ、頑固ナル便秘アリテ食欲缺乏、胃部ノ充滿感及ビ壓迫感、嘔氣、嘔吐等アリ、此胃腸障碍ハ腎臟ニヨリテ內臟ヲ壓迫スルガ爲ニ起ル外神經性ノコトアリ、然レドモ疼痛ハ腎臟ガ牽引セラレテ起ルモノニシテ腎盂ヨリ尿ノ排泄ガ困

難ナル時此等ノ症狀ヲ惹起スルモノナリ。

經過中一時性ニ全ク又ハ一部輸尿管ノ屈曲ヲ起ス時ニハ痼痛ヲ發シ反復スルモノナリ、之ニヨリテ腎盂ノ擴大及ビ腎水腫ヲ起シテ腎臟ノ變化ヲ呈スルニ至ルコトアリ、反復シテ尿ヲ檢査スル時ニハ少量ノ蛋白ガ尿中ニ出現スルコト稀ナラズ、轉位ト排尿ノ障碍トノ爲ニ起ルモノト考ヘラル、尿中ノ有形分子ハ遊走腎ニハ來ラズ、合併症(腎臟炎、腎臟水腫)ニ因リテ來ルモノナリ。

第一四六圖



遊走腎ノ腹帶

●診斷　觸診ハ仰臥セシメテ行フ、健側ヲ下ニシテ橫臥スルヲ可トス、檢査前ニ步行セシメテ腎臟ノ移動セル後檢査ス可シ、一手ヲ出來ル丈上方ニ上ゲテ腎臟ノ上端ヲ探ル可シ、双手ノ間ニ觸ルヽ時ニハ其形狀ニ特徵アリテ誤ルコトハ少シ、腸腫瘍殊ニ上行結腸及ビ橫行結腸、大網膜及ビ卵巢ノ腫瘍ト誤ルコトアリ、肝葉又ハ遊走脾ト誤ルコトアリ、レントゲン檢査モ亦必要ナリ、腎盂撮影術ニヨル診斷ヲ最モ確實ナリトス。

●療法　豫防トシテ妊娠ノ臨月及ビ分娩後ニハ永ク

腹帶シテ腹壁ノ弛緩スルヲ避ケ狹キ帶ヲ强ク締ム可カラズ、腹帶ヲ用フル時ニハ症狀ハ輕減ス、下方ヨリ上方ニ內臟ニ對シテ壓迫スル樣ニ各人ニ適當ナル物ヲ作ル可シ、效ナキ時ハ腎臟壓抵子ヲ造リテ試ム可シ、甚ダ良好ナル效果ヲ奏スルハ營養療法ナリ、大量ノ脂肪ヲ腎ノ周圍ニ發生セシメテ遊走セザラシム、效ナキ時ハ五乃至六週間仰臥セシメテ營養療法ヲ行フベシ。

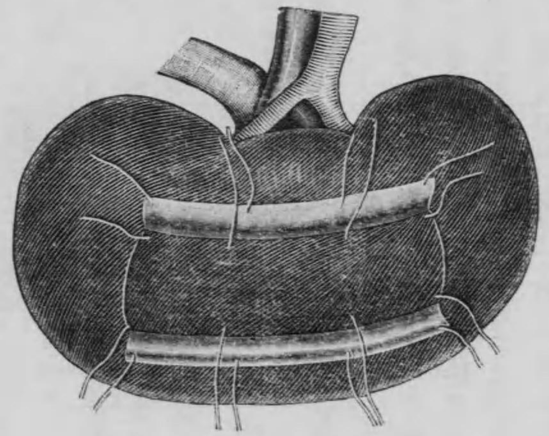
以上ノ方法效ナキ時ハ腎臟固定術 Nephropexie 卽腎臟縫著術 Nephrorraphie ヲ行フベシ、此方法ハ一時的ニハ良好ナレドモ滿足ナル全治ヲ來スコト能ハズ、數年ノ後ニ再發ス、危險ナクシテ反復シ得ル手術ナレバ重キ場合ニハ行フ可シ。

腎臟固定術ニハハーン、ロッター、ロージング、シュミーデン、オバリンスキー、モッリス、ツフィア、エデボールス、ワットソン諸氏ニヨリ多少ノ相違アリ、左ニ二、三ノ方法ヲ說明シ又ハ圖示スベシ。

(一)ハーン氏ノ方法ヲロッター、ロージング氏ニヨリテ改良セラレタル法ヲ述ブレバ腎臟ヲ出シテ脂肪膜ヲ切開シ、腎臟ヲ此膜ヨリ離シテ腎臟纖維膜ヲ長サニ沿ヒテ八糎丈切リ開キ、其兩端ニ於テ之ニ直角ニ左右ニ二糎宛切リテ其膜葉ノ基部ニ於テ三針絹糸ニテ縫合シ、腎臟ヲ原位ニ復シテ其ノ三分ノ一ハ第十二肋骨ノ下方ニアル樣ニ置キ、此位置ニテ三針ノ糸ヲ外方ニ通ジテ皮膚上ニ於テ縛リ、糸ハ八日後ニ取リ去ル可シ。

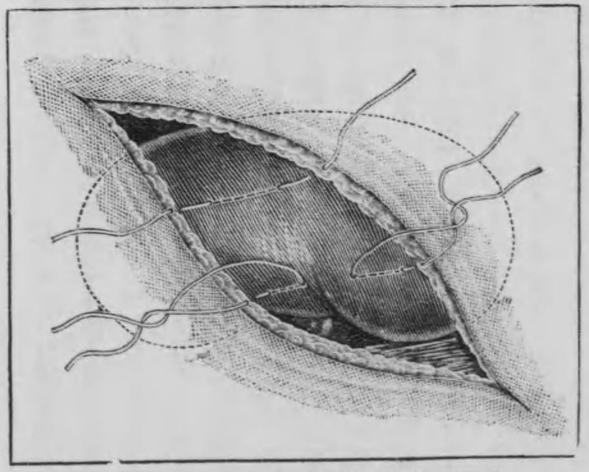
(二)シュミーデン氏法　皮膚ニハジモン氏線切開ヲ加ヘテ腎臟ヲ露出シ、腎臟ト腹壁トノ間ニ在ル

第一四七圖



モッリス氏腎臟固定術

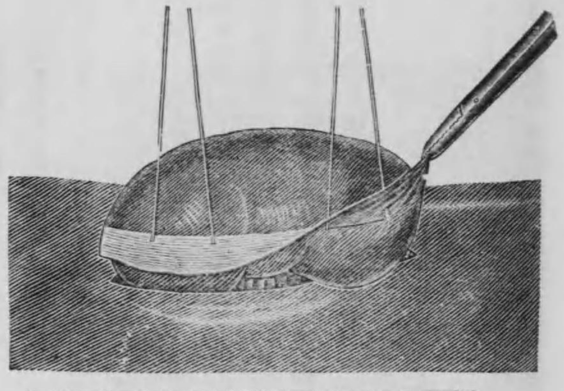
第一四八圖



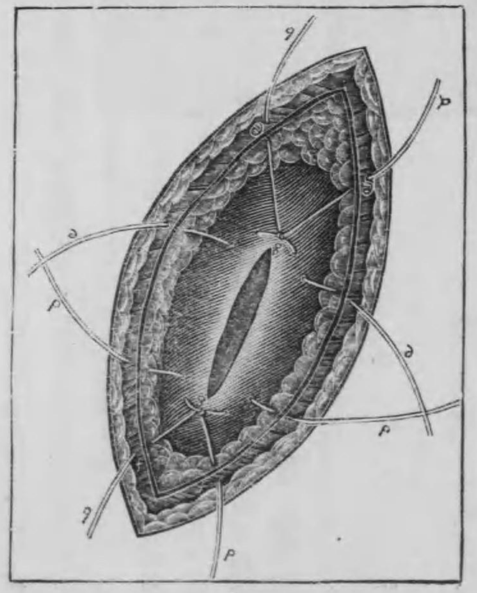
ツフィ氏腎臟固定術

脂肪嚢ヲ悉ク取リ去リ、腎臟凸隆側ノ中央ニ於テ横ニ腎臟實質ヲ貫キテ強キ絹糸ヲ通ジ、其兩端ヲ

第一四九圖



ロットソン氏腎臟固定術



エデポールス氏腎臟固定術

第一五〇圖

第十二肋骨ノ上方ニテ二ケ所ニ於テ内方ヨリ外方ニ皮膚面上ニ貫キ、腎臓ヲ上方ニ押シ上ゲナガラガーゼノ上ニテ結紮ス、腎臓下極ハ創内ニアリテ數多ノ實質ヲ貫ケル絹糸ニヨリテ第十二肋骨ノ直下ニ於テ横腹筋膜及腰背筋膜ニ縫着シ、創口ハ下端ニ排導管ヲ置キテ閉鎖ス。

(三)オバリンスキー氏法　腎臓後面ニテ腎臓ノ下極ニ近ク二個ノ門扉狀ノ瓣ヲ作リ、此二瓣ヲ二三ノ絹糸ニヨリテ創口ノ上角ニハ兩側ノ皮膚ニ縫著シ、創口ノ下半ハ縫合シテ開放セル創口ヨリタンポンヲ挿入ス、腎臓ハ瘢痕ニヨリテ腹壁ノ後面ニ癒着セシム。

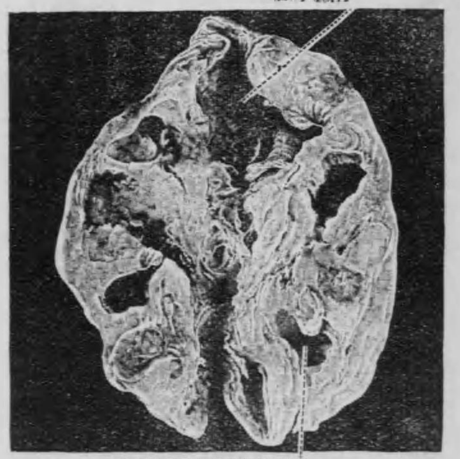
(四)キュンメル氏法　腎臓ヲ露出シテ一部ヲ創外ニ引キ出シ、三條ノ絹糸ヲ第一絲ハ腎臓ノ上極ヲ第二絲ハ共中央ヲ第三絲ハ共下極ヲ貫ク様ニ、一方創緣ヨリ皮膚、筋層及筋膜ヲ通シテ送入シ、對側ノ筋膜、筋層及皮膚ヲ通ジテ外方ニ出シテ腎臓ヲ還納シタル後腎臓包膜ヲ切除シ、腎臓上面ノ筋膜ヲ連次性腸線縫合ニ由リテ鎖ザシ、爾餘ノ創口モ綿密ニ連次性腸線縫合ニテ閉鎖シタル後、最初ノ三條ノ糸ヲ注意シテ牽キ、皮膚上ニ結紮シテ數日間臥床セシメ徐々ニ運動ヲ許シテ三週間ノ後拔糸ス。

10　腎臓水腫　Hydronephrose

腎盂ヨリスル排尿ノ障碍セラルヽ時ニ起リ、腎盂ニ急激ニ全ク尿ノ停滞スル時ニハ腎臓水腫ハ輕度ナリ、排尿ノ永ク阻止セラレ時々自由ニ排泄セラルヽ時ニハ腎盂ノ擴張大ナリ、兒頭大乃至人

第一五一圖

腎臓水腫及膿腫



腎膿腫（四十五年女）

右側二腎

（阿久津三郎氏寄贈）

頭大ノ腎臓水腫ヲ見ルコトモ稀ナラズ、腎臓モ同時ニ重キ障害ヲ受ケテ先ヅ乳頭部ハ平坦トナリ、腎實質ハ次第ニ狹メラレテ腎臓萎縮 Atrophie der Niere ヲ來スモノナリ、肉眼的ニ之ヲ見ルコトヲ得可シ、腎臓及ビ腎盂ハ薄キ嚢狀ヲ呈シテ其内容ハ尿ヨリ成リ病ノ程度ニ從ヒテ尿ハ變化ス、萎縮腎ニ於ケル如ク比重低ク透明ニシテ少量ノ蛋白ヲ有ス、又少量ノ硝子樣圓

壞及ビ上皮ヲ證明ス。

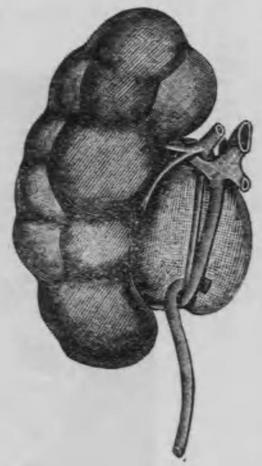
尿ノ全ク停滯スル時ハ閉鎖腎臓水腫 Hydronephrose geschlossene ト云ヒ、他ノ場合ヲ開口腎臓水腫 offene Hydronephrose ト名ク。

腎盂ヨリ尿ノ排泄ガ障碍セラルヽ原因ハ種々ニシテ腎盂ノ乳嘴腫ガ輸尿管口ヲ塞ギ結石、凝血、

膿塊等ガ之ヲ閉ヅルコトアリ。

腎盂内ニ輸尿管ガ嵌入シテ體位ニヨリテ排尿障碍セラルヽハ腎臟ノ異常ノ移動及ビ遊走腎ニ見ル所ナリ、輸尿管ハ此際移動、捻轉、屈曲等ヲ來スモノニシテ左腎ニ多シ、輸尿管ガ異常ノ經路ヲ採レル腎臟血管ニヨリテ壓迫セラレ又ハ周圍ノ腫瘍ニ壓迫セラルヽヲ見ルコトモ亦屢々ナリ、卽子宮、卵巢、子宮周圍、腸等ノ腫瘍ニ於テ之ヲ見ル可シ、又先天性癒形成、先天性及ビ後天性輸尿管狹窄

第一五二圖



輸尿管屈曲ニヨル腎臟水腫

ノ排尿ヲ妨グルコトアリ。

膀胱ヨリ排尿ノ障碍セラルヽコトニヨリテモ亦起スコトモ少ナカラズ、已ニ述ベタル如ク膀胱ニ尿ガ停滯セバ先ヅ膀胱內壓ヲ高メテ輸尿管及ビ腎盂ヨリ尿ノ排泄セラルヽヲ阻止ス、此際輸尿管ノ弛緩及ビ擴張ヲ起シテ腎盂及腎臟ニ及ブモノナリ、兩側ニ來ルヲ常トス。

症候　腎臟水腫ノ發生ガ徐々ナル丈永ク症狀ヲ呈セズ、急激ニ發生スル排尿障碍ノ場合ニハ腎石ニ於ケル如ク腎疝痛 Nierenkolik ヲ呈ス、排尿ガ全然阻止セラルヽニアラザル時ニハ當該腎臟部ニ

壓痛及ビ鈍痛ヲ起スモノナリ。

腫脹強キ時ハ牽引性鈍痛 dumpfe ziehende Schmerzen アリ、消化器障碍及ビ便秘ヲ訴フ、循環障碍トシテ呼吸困難及ビ心悸亢進ハ稀ナリ、時トシテ腎臟水腫大ナルモ症狀ノ輕キコトアリ。

尿ハ腎臟水腫ノ時ニハ透明ナリ、尿量增加シ比重低ク僅少ノ上皮及ビ硝子樣圓壔ノ外ニハ有形分子ヲ缺グ、通常蛋白ノ痕跡ヲ證明ス、出血ノ强度ナルコトアリ惡性腫瘍ニ似タリ。

診斷　症狀ト尿ノ所見トニヨリテ診斷セラルヽコト稀ナラズ、腎臟部ニ痂痛又ハ鈍痛及ビ壓迫感、波動性腫瘍アリ、尿ハ透明ニシテ蛋白少ナク尿量增加シ有形分子少ナキ時ニハ腎臟水腫ト考ヘラル、殊ニ排尿障碍ノ確メラレタル時ニハ確實ナリ。

診斷疑問ナル時ニハ輸尿管カテーテルヲ挿入ス、尿ハ混々トシテ出デ手ヲ以テ殊ニ腫瘍ヲ壓スル時勢大ナリ、排尿ト共ニ腫瘍ノ小サクナル時ハ腎盂ノ容積增加ガ腫瘍ノ觸知セラレザルガ爲メニ不明ナル時ニハ大量ノ尿ヲ排泄セシメタル後殺菌水ノ大量ヲカテーテル中ニ注入スベシ、此時何等ノ症狀ヲ呈セザルハ腎盂ノ擴張セル證ナリ、健康ナル腎盂ハ少シク仲展スルモ通常甚ダシキ疼痛ヲ發スルモノナレバナリ、然レドモ同時ニ膀胱鏡檢査ヲ行ヒ注入液ガカテーテルニ沿ヒテ膀胱中ニ出ヅルコトナキヤヲ檢ス可シ、此際腎臟水腫ニハ消毒ヲ嚴ニセザレバ尿停滯アリテ傳染ノ恐レアリ、大量ノ尿ハ一時ニ排泄ス可カラズ、强度ノ出血

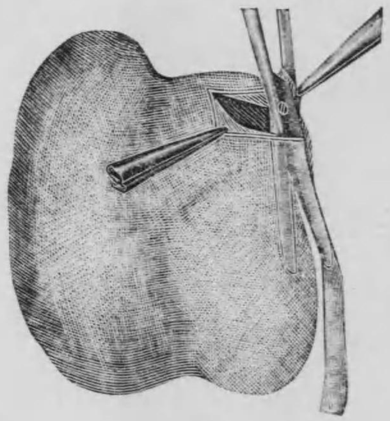
ヲ起スコトアレバナリ、西暦一九〇六年フェルケル及ビリヒテンベルグ氏ハ腎臓水腫ニ於ケル腎盂ノ形狀ヲ確ムル爲メニ腎盂ヨリカテーテルニヨリテ排尿セシメ、五%コラルゴール液ヲ注入シテレントゲン寫眞ヲ撮ル方法ヲ發表セリ、危險ヲ伴ヒ技術ガ複雜困難ナリシ爲メニ近來米國ニテハトリウム液及臭素ナトリウム液ヲ注入シテ腎盂撮影術ヲ行フニ至レリ、危險ナクシテ診斷上ニ有意義ナリ、著者モトリウム液ヲ賞用ス。

療法 主要ナル點ハ排尿障碍ヲ除去スルニアリ、尿道狹窄ノ擴張、攝護腺肥大症ノ療法、尿道結石摘出、神經中樞疾患ニ因スル排尿障碍等ニカテーテルノ挿入ニヨリテ排尿ヲ良好ニシ腎臓ノ重荷ヲ輕減スヘシ、膀胱結石及ビ乳嘴腫ガ排尿障碍ノ原因ナル時ニハ之ヲ除去ス可シ、輸尿管ノ壓迫ヲ來ス子宮ノ腫瘍ハ手術シ子宮周圍浸出物ハ治療ヲ加フ可シ、輸尿管結石ハ除去スルヲ要シ輸尿管口ヲ塞グ大ナル結石ハ手術的ニ除ク可シ、遊走腎ガ輸尿管ノ屈曲及ビ排尿障碍ヲ起サバ之ヲ治療ス可シ。

排尿障碍ノ不明ナル時ニハ治療困難ニシテ何時如何ニシテ手術ス可キカ議論ノ分ルヽ所ナリ、原因不明ニシテ症狀少ナキ腎臓水腫ニハ對症的ニ溫罨法ヲ施シ手術及ビ輸尿管カテーテル挿入ヲ行ハズ、症狀重キ時ニハ先ヅ腹帶ヲ用ヒテ效ナケレバ閉鎖性腎水腫ニハカテーテルヲ挿入シテ時ニ輸尿管ノ屈曲ヲ除キ一部又ハ全然停滯セル尿ヲ排出シ得可シ、著者ハ一例ニ四百五十瓦ヲ輸尿管カテーテルニヨリテ排尿セリ、症狀重ケレバ腹膜外ニテ腎臓ヲ引キ出シ排尿障碍ヲ除去スルニ務ム可シ、若シ此方法ガ不成功ニ終ラバ他腎ノ機能充分ナルヤ否ヤヲ檢シテ腎臓剔出ヲ行フベシ、此際腎臓蔽開術若クハ腎盂截開術ヲ加フルハ不可ナリ、輸尿管カテーテルニヨリテ腎盂ヨリ排尿シ得ル時ニハ症狀ハ輕減ス、然ラザル時ニハ症狀持續シ腎盂ノ傳染ニヨリテ增惡シ多クノ場合ニハ瘻孔ヲ殘シテ永ク臥床ノ後再ビ腎臓剔出ヲ要スルコトアリ。

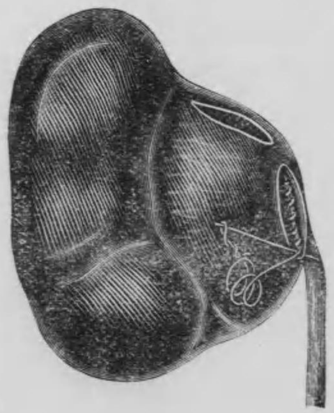
腎臓ヲ出シテ輸尿管結石ヲ摘出シ又ハ輸尿管狹窄ヲ縱ニ切開シテ橫ニ縫合ス可シ、遊走腎ニテ輸

第一五三圖



腎臓水腫手術　其一

第一五四圖



腎臓水腫手術　其二
輸尿管ト腎盂トノ縫合

尿管ノ屈曲セルハ固定術ヲ行フ、腎盂ト輸尿管屈曲部トノ吻合ヲ行フ、其結果モ亦良好ナリ。

一一 嚢狀腎又ハ腎臟嚢腫 Zystenniere oder Nierenzyste

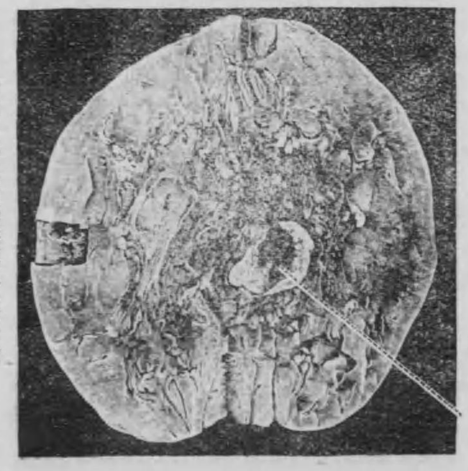
腎臟ノ嚢狀變性 zystische Degeneration ハ胎生中又ハ其後發生シ意義ヲ有スルハ後者ナリ、良性ノモノハ多發性ノ小嚢腫ニシテ健腎ニモ發生シ細尿管ノ絞緊ニヨリテ生ズ、萎縮腎ニ於テモ之ヲ見ルベシ、四十乃至六十歲ニ於テ比較的多ク來リ、重症ニハ腎臟ガ種々ノ大サヲ有シテ內容透明漿液性ナリ、多クハ粘稠性ナル嚢腫ヲ形成ス、時ニハ血性ナリ、其壁ハ腎臟ノ瘢跡ヲ留メ腫瘍ノ表面ハ隆起ス、其大サハ種々ナリ、透明ニシテ波動ヲ呈ス、通常兩側ニ來ルモノナリ。

原因 一部ノ人ハ新生物ト考ヘ他ハ畸形ナリト考フ、先天性ナリヤ後天性ナリヤモ議論ノ分ルヽ所ナリ。

症狀 自覺症狀缺如シ萎縮腎ノ如キ輕キ尿毒症狀アリ、末期ニハ重症ノ尿毒症ヲ起シテ局所ニ壓迫感ヲ訴ヘ時ニ疝痛アリ、甚ダ强度ノ出血ヲ見ルコトモ稀ナラズ、腫瘍ノ大サニ比例セズ、忽然トシテ起リ急ニ消失スルガ特徵ナリ、腎臟ハ常ニ增大スレドモ觸知シガタキコトアリ、著明ナル時ハ隆起性彈力性ノ腫瘍ヲ觸ルベシ。

尿ハ夥粒狀萎縮 Gnanulatratrophie ニ於ケル如ク大量ニシテ透明水樣又ハ僅カニ帶黃色ヲ呈ス、比重小ニシテ蛋白少ナク圓壔ハ殆ンド缺如ス、血尿時及ビ出血ノ直後ニ鏡檢スレバ可成リ大量ノ薺薇狀腎

第一五五圖



第一五六圖

右側單房性腎臟嚢腫（廿六年男）

嚢腫

狀塊ヲ認ム、其內容ハ濃厚ニシテ粘稠ナリ、左心室肥大シ動脈血壓亢進ス。

●診●斷　腫瘍ヲ觸知シ尿ノ所見前記ノ如クナル時ニハ腎臟水腫トノ鑑別必要ナリ、此際腫瘍ヲ兩側ニ觸レ尿道ニ排尿障碍ノ缺如スル時ハ囊狀腎ナリ、尿中ニハ前記ノ薔薇狀物質ノ出現ヲ證明ス可シ、診斷不明ナル時ニ輸尿管カテーテルノ挿入ヲ行ハバ囊狀腎ニハ腎盂ノ尿量增加セザレドモ腎臟水腫ニハ增加ス、腎臟ノ胞蠱モ亦考ヘザル可カラズ、該病ハ通常特徵アル症狀ヲ以テ腎盂ニ破ルヽガ故ニ反復シテ尿ノ檢査ヲ行ヒ廿四時間ノ分量、比重、蛋白質、圓壔等ニ注意スル時ハ鑑別シ得可シ、腹膜外穿刺ヲ行ハバ囊狀腎ニハ透明ナル尿ト共ニ薔薇藻物質ヲ、胞蠱ニハ透明液ノ外ニ鉤狀物ヲ見出ス可シ、出血時ニ診斷ヲ下スコトハ困難ニシテ先ヅ膀胱鏡檢査ニテ出血ノ個所ヲ確ム可シ、腫瘍ニ觸ルヽコト能ハザル時ハ囊狀腎ト惡性腫瘍、腎臟水腫、腎盂內乳嘴腫、萎縮腎及ビ特發性腎出血 essentielle Nierenblutung 等トノ鑑別不可能ナリ、腎石ハレントゲン診斷及腎盂撮影術ニヨリテ確メラル。

血尿ガ生命ニ危險ヲ來スニアラズンバ止血スルヲ待チテ尿ヲ檢査ス可シ、之ヲ行フテ尙不明ナルカ失血ノ恐大ナラバ試驗的ニ腎ヲ露出ス可シ。

●療●法　患者ノ五分ノ四ハ兩側ニ來リ、一側ノミナル時モ亦早晩他側ヲ犯スヲ以テ出來ル丈對症的ニ治療ス可シ、生命ニ危險ナル重キ出血アリ腎臟ガ化膿シ若クハ偉大ニシテ强烈ナル症候ヲ呈スル時ニハ、他側健康ナル時ハ勿論、僅カニ犯サレ居ル時ニモ手術ヲ行フベシ、化膿アル時及ビ强烈ノ

症狀アル時ニハ腎臟ヲ剔出スベシ、强度ノ出血ニハ先ヅ腎臟ヲ開キテタンポンヲ置キ止血ヲ試ム可シ、腎臟截開術ハ化膿ノ恐大ナルガ故ニ出來ル丈之ヲ避ク可シ、其他ノ理由ニヨリテ囊狀腎ニ手術ヲ行フハ誤ナリ、診斷ヲ確ムル爲メ腎臟ヲ出シテ囊狀腎ナル時ニハ手術ヲ行ハズ、同時ニ腹膜ヲ開キテ他側ノ腎臟ヲ觸診シ健態ナラザル時ハ萎縮腎ト同樣ナル對症療法ヲ行フ可シ。

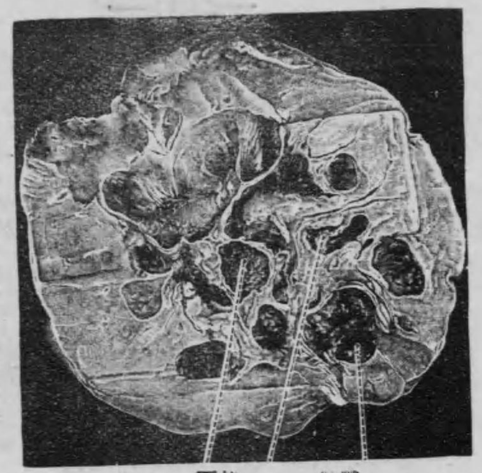
一二　腎石、附輸尿管結石　Nierensteine, Anhang: Harnleitersteine

結石ノ化學的組成及化學的檢査法ハ已ニ膀胱結石ノ條下ニ於テ述ベタリ。

腎石ノ形狀ハ珊瑚狀ヲ呈ス、著シキ時ハ腎盞ノ形狀ニ從ヒテ突起ヲ有ス、又球形平滑ニシテ互ニ摩擦而ヲ有スルコトアリ。

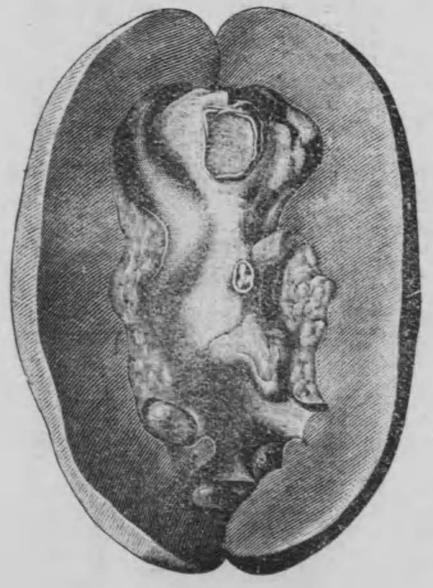
●症●候　稀ニ症狀ヲ呈セザルコトアリ、此際結石ハ平滑ナル表面ヲ有シテ固定シ排尿ヲ障害スルコトナシ、通常腎臟部ニ多少ノ鈍痛若クハ刺痛ヲ訴フ、體ヲ動カス時及ビ觸診スル時其强度ヲ增シ臥床スレバ消失スルヲ常トス、數年間同一狀態ニ留マルコトアリ、此症狀ハ腎盂及ビ腎臟ノ感染若クハ腎盂ヨリスル排尿ノ障碍ヲ來サバ急變ヲ起スモノニシテ腎盂ノ感染ハ多クハ血行ニヨリテ行ハル、通常腎盂ヲ障碍スルコトナク通過スル細菌モ結石ニヨリテ荒サレタル腎盂粘膜ニ於テハ急速ニ增加シテ深部ヲ犯スニ至ルモノナリ。

第一五七圖



左側腎臟結石（廿三年男）

第一五八圖



腎盂內結石

腎盂ノ感染ト同時ニ疼痛ハ通常著明トナリ安靜時ニモ存在ス、腎盂炎ノ症狀合併シテ惡感、戰慄及ビ發熱ヲ呈ス、腎臟實質ヲ犯スニ至ラバ化膿性腎盂腎臟炎 eitrige Pyelonephritis 若クハ腎臟膿

腫ノ症狀ヲ惹起ス、通常排尿ノ障碍アル時ニ起ルモノナリ、他ノ合併症ハ結石ニヨル輸尿管ノ狹窄ナリ、小ナル結石ハ時トシテ體ノ運動、屈伸等ニヨリテ輸尿管內ニ進入シ大ナル結石ハ輸尿管口ヲ塞グコトアリ、此際ニハ排尿ノ困難又ハ不能ヲ起シテ所謂腎疝痛 Nierenkolik ヲ起シ、患者ノ顏面ハ蒼白色ヲ呈シテ冷汗ヲ催發ス、體溫ハ無感染時ニハ正常ナレドモ感染時ニハ著シク高シ、脈搏ハ細クシテ頻回トナリ時トシテ嘔吐ヲ來スコトアリ、著明ナル時ニハ强烈ニシテ痙攣性ナル疼痛ヲ腎臟部ヨリ輸尿管ニ沿ヒテ膀胱、睾丸、龜頭、上腿ニ放散ス、急ニ尿ノ排泄ガ障碍セラレ之ニ打チカタントシテ腎盂及ビ輸尿管ノ內壓亢進シ痙攣性攣縮ヲ起スニ起因スルモノナリ、此狀態ハ結石ノ輸尿管ヲ通過スルカ腎盂ニ復歸スルカニヨリテ排尿ガ行ハルヽニ至ルマデ反復ス、腎石患者ニ甚ダ屢々見ル症狀ナリ、他ノ疾患ニ於テハ始ンド此症狀ヲ見ルコトナシ。

上記ノ疼痛以外ニハ排尿時ニ膀胱殊ニ其頸部ニ局在セル疼痛ノ發生スルコトアリ、尿意頻促モ亦稀ナラズ。

腎石ニハ尿ガ種々ナル變化ヲ呈シテ尿量少シク增加ス、結石ニヨル腎ノ刺戟ニ起因スルモノト考ヘラル、臥床セザル患者ニハ常ニ多少ノ血液存在シ多クハ鏡檢ニヨリテ初メテ知ラル、時トシテ强度ノ血尿ヲ呈シ腫瘍ニ於ケルト同樣ニ誘引ナクシテ發生ス、强出血ハ多クハ體ノ運動、乘車ニ誘引セラレ絕對安靜時ニハ出血ナキヲ常トス、又稀ニ尿中ニ蛋白ヲ證明ス。

感染時ニハ腎盂炎、腎乏腎臓炎及ビ腎臓膿腫ニヨリテ其症狀ハ複雜トナリ、尿ハ溷濁シテ濃厚ナル化膿性沈澱ヲ藏ス、多數ノ白血球、僅少ノ赤血球、上皮細胞及ビ時トシテ圓壔ヲ證明ス、常ニ多數ノ細菌アリ、多クハ大腸菌ニシテ葡萄狀球菌、連鎖狀球菌、尋常性釀母菌等モ亦存スルコトアリ、蛋白質ハ腎臓ノ合併症アル時ニハ著シク增加ス。

疝痛時ニハ特異ナル尿症狀ノ來ルコトアリ、豫メ多少溷濁セル尿ガ發作中全然透明トナルコトナリ、是輸尿管ノ結石ニヨリテ閉塞セラレ健康側ノ尿ノミ排出セラルヽガ爲ナリ、從テ發作後尿ハ夫レ丈多ク溷濁ス。

經過中可ナリ稀有ナル症候ハ無尿症 Anurie ナリ、兩側ノ腎盂ニ尿ノ停滯スルガ爲ナリ、數時間乃至數日間、尿ハ膀胱ニ達セズ尿意缺如ス、是兩腎ニ結石アルノ外通常一側永ク罹患シテ機能ヲ缺ギ、次デ突然他側ノ狹窄ヲ起シテ來ルカ若クハ一側閉塞セラレテ他側之ガ刺戟トナリ反射性ニ起スモノト考ヘラル。

診斷 レントゲン寫眞ノ發見以前ニハ診斷甚ダ困難ニシテ多クハ不可能ナリシガ現今ハ然ラズ、連續セル疼痛ハ特徵ニアラズシテ腎臓結核、腎臓腫瘍、遊走腎、腎臓水腫、腰痛等ニモ發生ス、疝痛ノ發作後尿ト共ニ結石下降シ尙腎臓症候ノ存在スル時ニハ大略ノ診斷ヲ下シ得可シ。

出血ガ體ノ運動ニヨリテ發生シ安靜時消失シテ其他ノ病症モ腎石ニ相當スル時ニハ腎石ノ診斷ヲ

下シ得ルモノトス。

尿ノ所見ハ多クハ大ナル意義ヲ有セズ、蛋白、疼痛、透明尿等ハ遊走腎、腎臓水腫及ビ化膿セザル腎臓炎ニモ存在スルモノナリ、サレド尿ヲ遠心器ニカケテ赤血球アリ白血球又ハ圓壔ヲ缺ギ赤血球ノ數ハ運動ニヨリテ增加シ安靜時減少シテ腎臓ノ增大ヲ觸知セザル時ニハ腎石ノ疑大ナリ、腎臓ノ癌腫モ亦同樣ノ症候ヲ呈スレドモ出血ハ體ノ運動ト關係ナク强度ナルコトアリ、又全ク缺除スルコトアリ。

腎石診斷ノ最良ナル方法ハレントゲン寫眞ニシテ小ナル結石ト雖モ撮影シ得可シ、サレド臨床的診斷ト相提携セザル可カラズ。

療法 腎石ノ大多數ハ適當ナル生活法ト內科的療法トニヨリテ永ク症狀ノ輕快ヲ見ルヲ得可シ、サレド內服藥ニテ結石ヲ溶解セシムルコトハ不可能ナリ、只小ナル結石ノ排出ヲ促シ結石ノ新生增大ヲ避ケ得ルモ危險ノ逼レル時ニハ症狀ノ全治ヲ望マバ內科的療法ハ效ナケレバ手術ニヨラザル可カラズ、一般ニ內科的療法ハ自覺、他覺、共ニ症狀輕ク危險ヲ伴ハザル場合ニ於テノミ行フ可キモノニシテ適應症ハ次ノ如シ。

(一)感染セザル一側ノ腎石ニシテ症狀輕キカ若クハ缺如シテ半ケ年毎ニ行フレントゲン診斷ニヨリテ急速ナル增大ヲ示サヾル時。

(二)輕度ノ感染アルモ絕エズ無熱ニシテ其他ノ症狀(一)ニ述ベタルト同樣ナル時。

(三)時々疝痛ト共ニ結石排出セラレレントゲン診斷ニテ腎石ヲ證明セザル時。

直接生命ノ危險ヲ伴ヒ直ニ手術ヲ必要トスル場合ハ次ノ如シ。

(一)無尿症 Anurie ヲ起シテ下記ノ療法ハ效ナク四十八時間以上繼續スル時。

(二)稀ナレドモ强烈ナル出血アリテ生命ニ危險ナル時。

(三)永續シテ高熱アル時、卽チ感染セル腎盂ヨリスル排尿ノ妨害セラレテ直ニ腎實質ヲ犯シテ化膿性腎盂腎臟炎及ビ腎臟膿瘍ヲ起ス恐アル時。

手術ハ其外ニ次ノ場合ニ適應ス。

(一)感染ナキモ症狀烈シクシテ他ノ方法ニヨリテ輕快セザルカ又ハ反復シテ出血アル時及ビ結石ノ急速ニ增大スル時。

(二)感染セル結石ニヨリテ疼痛、出血及ビ發熱ヲ來ス時殊ニ排尿ノ障碍起ラバ出來ル丈速ニ手術ス可シ、排尿障害ヲ起スモレントゲン診斷ニテ自然ニ排出セラルヽ如キ少ナル結石ナルヲ知ル時ニハ其排出ヲ待ツ可シ、サレド排出ナキ時ニハ手術ヲ行フ可キモノトス。

(三)兩側ニ結石アル時ニハ少シモ症狀ヲ呈セザルモ同時ニ閉塞ヲ來シテ尿閉ヲ來ス危險アルガ故ニ一側ノ腎石ヲ手術ス可シ。

此外患者ノ年齡、職業、體ノ狀態等ヲ考ヘテ手術ヲ行フ可シ。

非觀血的療法。

豫防 膀胱結石ニ於テ述ベタルト同樣ナリ、結石排出後又ハ手術後結石ノ性質ヲ檢シテ後ニ行フ。

强度ノ出血ハ通常靜臥セシムレバ直ニ止血ス、效ナキ時ハ氷囊ヲ置キ內服藥トシテエルゴチン(一日二、〇)、アドレナリン(千倍液、一日一、—三、〇)ヲ與フ、腎盂及ビ膀胱ニ凝血ノ發生スルヲ豫防スル爲メ、晝夜共ニ多量ノ飮料ヲ攝取セシム。

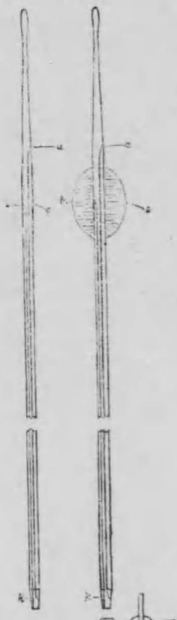
疝痛ニハパントポン又ハモルヒネノ皮下注射ヲ行ヒ溫罨法ヲ施シ溫浴ヲ採ラシム、多量ノ飮料ヲ與ヘテ結石ノ排出ヲ促スベシ、然レドモ結石ガ輸尿管起部ヲ閉塞スル突起ヲ有スル時ニハ飮料攝取ハ腎盂內壓ヲ高メテ却テ害アリ、故ニ疝痛ノ數日乃至數週間持續スル時ニハレントゲン寫眞ニテ結石ノ位置、大サ、形狀等ヲ檢査ス可シ、腎盂及輸尿管內ノ結石ニシテ大ナル時ハ腎臟ヲ障碍セザル前ニ早期ニ手術ヲ行フ可シ。

無尿症ヲ來サバ兩腎、輸尿管全部ヲレントゲン寫眞ニテ檢査シ治療ノ方針ヲ定ム可シ、一般ニ四十八時間以上手術ヲ行ハズシテ放置ス可カラズ、手術ノ結果ヲ不良ナラシムレバナリ、兩腎盂內ニ結石アリテ輸尿管口ヲ塞グ時ハ輸尿管カテーテルノ挿入ヲ試ム可シ、其效果ナキ時ハ兩側ニ手術ヲ行フ、一方ノミ手術スルモ疝痛及ビ發熱ニ對シテハ其結果不良ナリ、又兩側輸尿管內ニ自然ニ排泄シ難キ結石アラバ兩側ヲ手術ス可シ、小ナル結石ノ一側ニアル時ニハ溫ヲ局所ニ與ヘ多量ノ飮料ヲ

攝取セシメ利尿劑ヲ與ヘテ自然排出ヲ待ツ可シ、又兩手ニテ注意シテマッサージヲ試ムルモ可ナリ、

輸尿管ノ膀胱開口部ニ近キハ膣又ハ直腸ヨリ膀胱ニ向ヒテ壓ス可シ、之ニテ效ナク結石ノ上方ニ進ム時ニハ輸尿管カテーテルヲ出來ル丈上方ニ挿入シテ排尿セシムベシ、此カテーテル中ニ殺菌食鹽水ヲ注入スルモ可ナリ、排尿セラレタル後ニハカテーテルヲ數時間留置シテ取リ出ス前ニ數耗ノ油ヲ注入シテ輸尿管内ヲ滑ニシ結石ノ自然排出ヲ助ク可シ、此カテーテル挿入法ニテ效ナキ時ハバロンカテーテル Ballonkatheter ヲ挿入ス、此カテーテルハ二重ノ管ヨリ成リ、一ツハカテーテル尖端ニ開キ、一ハ尖端ヨリ一糎丈後方ニ開ケリ、下方ノ開口部ノ周圍ニ三糎ノ長サノ薄キ護謨嚢ヲ密着セシメ、此嚢ハ外部ヨリ液ノ注入ニヨリテ膨隆セラレ結石ノ嵌入セルヲ緩メルモノニシテ共開ハ尖端ヨリ尿ハカテーテル内ヲ流出セザル閉鎖カテーテル

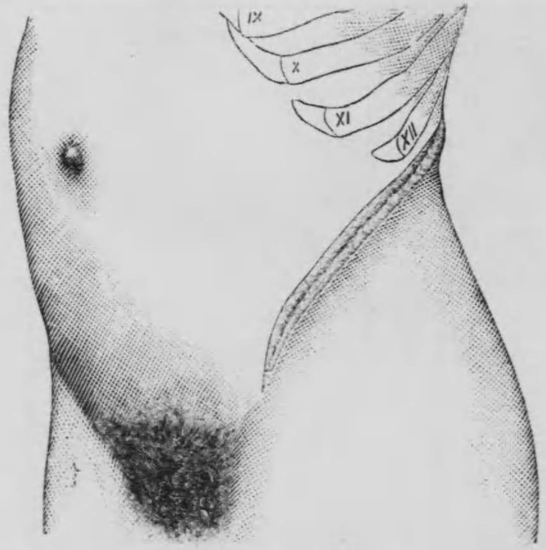
第一五九圖



第一六〇圖

ニッツェ氏輸尿管

第一六一圖



イスラエル氏皮膚切開法

モノナリ、一%コカイン液ヲ注入スベシ、結石ノ緩メラレタル時ニハ尿ハ尖端ヨリカテーテルヲ通リテ排出セラル、此器ハレーヴェンスタイン會社ノ發賣品ナリ。

レントゲン診斷ニテ結石ガ一側ノ輸尿管ヲ閉鎖シ他側ニ結石ナクシテ反射性無尿症ヲ來サバ、輸尿管カテーテルヲ此方ニ挿入シテ殺菌食鹽水ヲ注入スル時ニハ排尿スルニ至ルコトアリ、此方法ニヨリテ四十八時間ヲ經過スルモ效ナケレバ手術ヲナサバル可カラズ。

手術的療法。

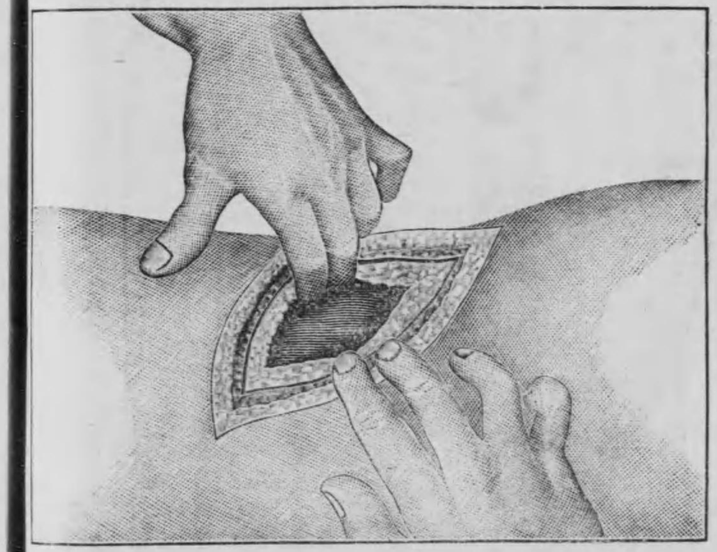
次ノ三種ヲ區別ス。

(一)腎盂截開術 Pyelotomie

(二)腎臟截開術 Nephrotomie

(三)腎臟剔出術 Nephrectomie

第一六二圖



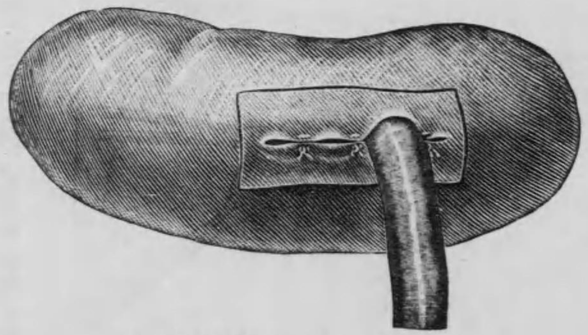
手術創ヨリ右腎臟ノ露出

(一)腎盂截開術 Pyelotomie

腎盂截開術ハレントゲン診斷法ニヨリテ結石ガ遊離性ニシテ腎盞內ニ突起ヲ有セザル時ニ適應ス、結石ハ多クトモ深ク腎盞內ニ突入セザルコトヲ要ス。

手術ノ方法ハ先ヅ患者ヲ健側ヲ下ニシテ橫臥セシメ、大ナル枕ヲ置キテ手術部ノ容易ニ達シ得ル如クシ、薦腰筋ノ外緣ニ沿ヒテ第十二肋骨下ヨリ二種ノ所ニ刀ヲ起シテ切開シ筋肉ヲ切リタル後、腎臟ノ脂肪膜ニ達セバ、脂肪膜ヲ開キテ腎臟ヲ切開部ノ外ニ引キ出シ、腎盂ニ結石ヲ觸レタル後必要ナル丈腎盂ニ切開ヲ加ヘ

第一六三圖



腎臟排膿(又ハ排尿)管挿入後ノ縫合

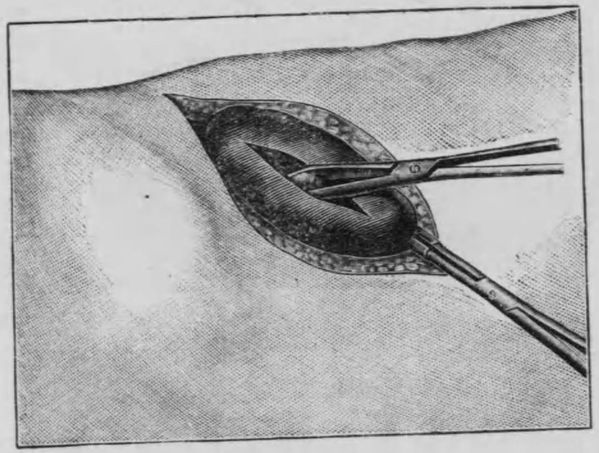
テ鉗子又ハ結石匙ヲ以テ取リ出ス可シ、例外トシテ無菌ノ時ニハ全部縫合スルモ通常一部分縫合シテ下端ニ排尿管ヲ挿入シ尿ヲ外方ニ導クベシ、又後端ニテ排尿管ハ皮膚及ビ筋肉ニ縫ヒ附ケ各層毎ニ縫合ス、管ノ周圍ニハタンポンヲ置キ管ハ容易ニ拔キ出ジ得ルマデ放置ス、一定期間ハ傷口ヨリ尿ノ一部排出スルモ次第ニ閉鎖サラルヽモノナリ。

(二)腎臟截開術 Nephrotomie

腎臟截開術ニハ腎實質ガ多少、切開部ノ兩側ニ於テ瘢痕トナリ作用ヲ失フモノナリ、皮質ニ近キ結石ノ場合ニ用フ、珊瑚狀結石 Korallenstein 及ビ腎盂內多數ノ結石アル時ニモ適ス。

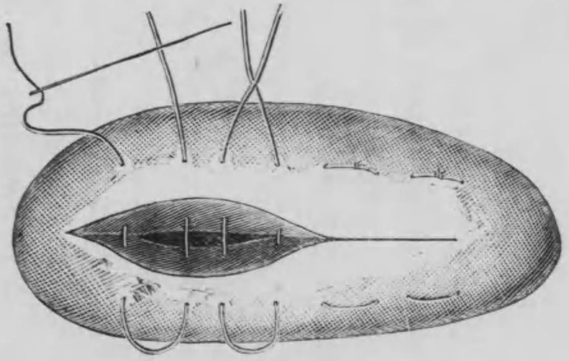
患者ノ位置及ビ切開等ハ腎盂截開術ニ於ケル如クス、腎臟ヲ引キ出シテ手術中出血ナキ樣ニ其竇部ヲ小ナル護謨管ニテ縛リ置ク可シ、腎臟切開ハ結石ノ位置ニヨリテ異ナリ、多數ノ結石又ハ珊瑚狀結石ニハ中央ヨリ二乃至

第一六四圖



左腎截石術

第一六五圖



腎臟截開後ノ縫合

四糎後方ニ於テ切開ス、血管ヲ傷ツクルコト最モ少シ、結石ヲ取リ出シタル跡ハ後出血ノ恐レアル故

大ナルカットグッドヲ以テ約一、五糎ノ間隔ヲ置キテ厚ク縫合ス可シ、出血ハ少ナクトモ腎盂内ニ血塊ガ生ズル時ニハ排尿ヲ障碍スルモノナレバ筋肉及皮膚ハ各層毎ニ縫合シ、後端ニ於テガーゼ片ヲ腎臟切開部マデ挿入シ置ク可シ。

強度ノ腎盂炎及ビ腎臟實質ノ化膿アル時ニハ腎臟ヲ縫合セズ、タンポンヲ挿入シ、尿ハ腎臟ノ癒着スルマデ傷口ヨリ外方ニ導クベキモノナリ。

レントゲン寫眞ニテ皮質ニ近ク一ノ結石アリテ他ニ結石ナキ時ニハ結石部ニ小ナル切開ヲ加フベシ、細キ針ヲ穿刺シテ結石ヲ診斷スルモ可ナリ。

此處ニ一般的ニ腎臟切開術 Nephrotomie ヲ述ブレバ

術式 ベルグマン氏皮膚切開法ヲ施シ若クハ第十二肋骨下ニ於テ薦腰筋ノ外緣ヨリ前腋下線ニ至ル横切開ヲ加ヘ、腎臟ヲ腹膜外ニ於テ露出シ、囊包狀ニ變化セル腎臟ノ內容傳染性ナル時又ハ腎臟結石ニハ套管針ニテ內容ヲ排泄シ、腎臟動脈ヲ一時結紮シテ腎臟ノ縱徑ニ沿ヒ腎臟外緣ニ於テ其背面ニ偏シテ切開ヲ加ヘ、時ニ應ジテ二三ノ縫合ニヨリテ囊壁ヲ創內若クハ皮膚緣ニ固定シテ沃度ホルムガーゼノタンポンヲ置ク、腎臟瘻造設術 Nephrostomie ト名ク、此法ヲ二次的ニ行フニハ腹創ニ栓塞法ヲ施シ二日乃至五日ヲ經テ腎臟囊壁ノ全ク腹壁創ニ癒着シタル後囊壁ヲ切開スベシ、此際後方ニ向ヒテ腰部ニハ對孔ヲ造リ排導管又ハタンポンヲ置クベキモノトス。

適應症　腎臟水腫、腎臟膿瘍、腎臟膿腫、腎臟結核、腎臟損傷、腎臟出血等ナリ、殊ニ結石性無尿症、腎臟水腫、腎臟膿瘍、腎臟結核等ニハ他腎ノ健否確實ナラザル時ニ行フ、腎臟內結石ニ向テ行フ時ニハ之ヲ腎臟截石術 Nephrolithotomie ト名ク。

(三)腎臟剔出術 Nephrektomie

腎臟剔出術ハ腎臟ノ變化大ナル時、卽チ腎臟膿腫、多發性膿瘍 multiple Abscesse 結石ノ排泄不可能ナル時等ニ行フ、勿論、此際、他側ノ腎臟ノ狀態ハ剔出ヲ行ヒ得ル丈機能ノ充分ナルコトヲ要ス、腎臟剔出術ノ方法ハ腎盂截開術ノ如クニシテ腎臟葦部ヲ遊離シ、輸尿管ヲ血管ト分チテ二重ニ結紮シ、バクレンニテ燒キ切ル可シ、血管ハ二ツノ鉗子ニテ挾ミ其間ヲ切ル可シ、血管切斷端ハカットグットニテ充分ニ縛リ縫合シテガーゼタンポンヲ置ク可シ。

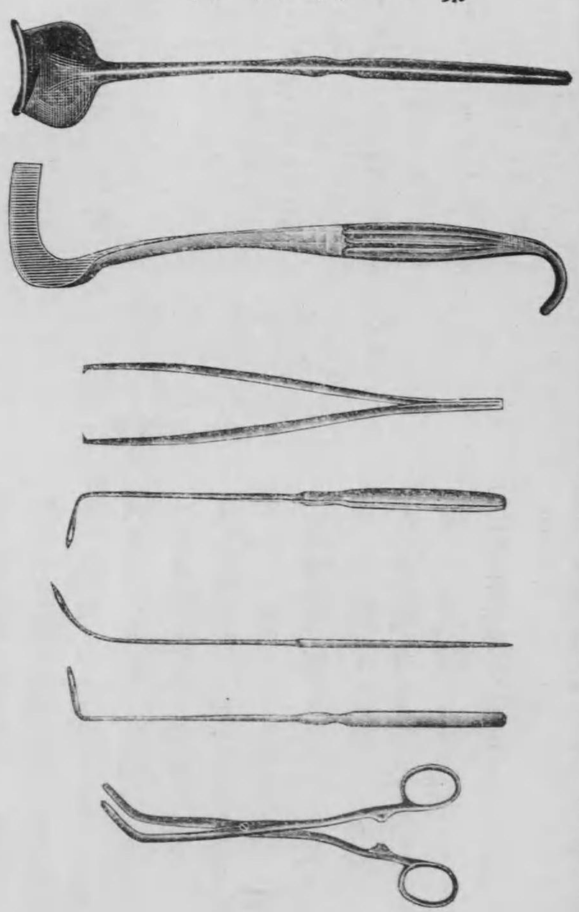
此處ニ一般的腎臟剔出術ヲ記述スレバ、

準備　患者ハ健側ヲ下ニシテ橫臥セシム、腰下ニ大ナル枕ヲ置ク時ハ脊柱ハ彎曲シテ肋骨ト腸骨嵴トノ間隙ニハ患側ニ於テ突隆シテ手術野ヲ大ナラシムルモノナリ。

術式　腰部切開法ト腹膜內切開法トノ二法アリ。

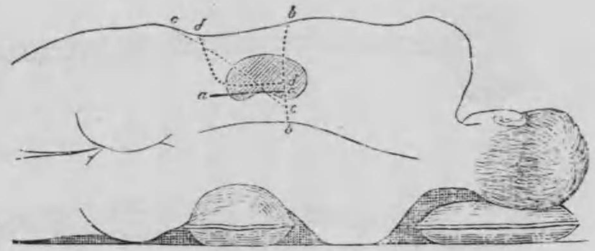
(一)腰式腎臟剔出術 Die lumbale Nephrektomie nach Simon 舊腰筋ノ外緣ニ沿フテ第十一肋骨ノ下緣ヨリ垂直ニ約十仙米ダケ下方ニ第十二肋骨ト腸骨嵴トノ約中央ニ至ルマデ切開シ、次デ濶背筋ノ下緣及ビ舊腰

第一六六圖



腎臟剔出術ニ要スル器械

第一六七圖



腎臟手術ニ於ケル皮膚切開法
a a ジモン氏切開法
b b 横切法
c c ベルグマン氏斜切法
d d ケーニッヒ氏直角切開法

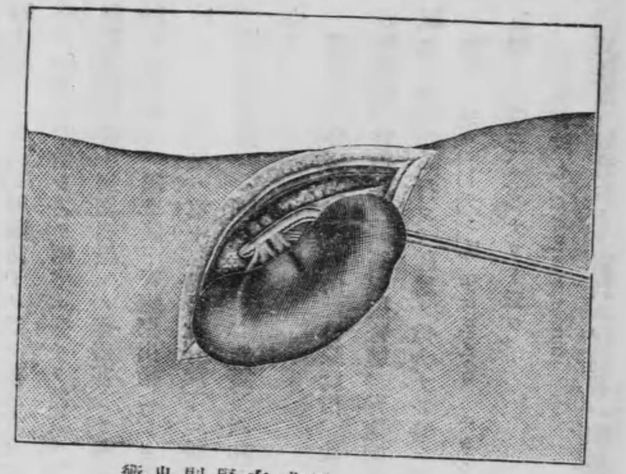
筋膜ノ前葉ヲ切開スル時ハ薦腰筋ノ側緣露出セラル、之ヲ鈍鉤ニテ脊柱ノ方ニ牽引シテ薦腰筋膜ノ後葉及方腰筋ヲ切開シ、次デ横腹膜筋ヲ切開スル時ハ脂肪囊ヲ以テ包被セラレタル腎臟ニ達ス。

ロ、フォン、ベルグマン氏斜切法 Schrägschnitt nach v. Bergmann. 第十二肋骨ノ下緣ニ於テ薦腰筋ノ外緣ヨリ略ボ肋骨ト竝行シテ斜ニ前下方ニ向テ所要ノ長サノ切開ヲ加フ、腰背筋膜竝ニ濶背筋下緣ノ筋纖維ヲ切リ薦腰筋ノ外緣ヲ露出シ前下方ニ斜腸筋ヲ切リ注意シテ横腹筋膜ヲ切開ス、次デ方腰筋ノ上面ニ斜ニ走レル腸骨下腹神經ト筋トヲ脊柱ニ向ヒテ鈍的ニ開ケバ腎臟ニ達ス。

(11)腹膜內腎臟剔出術 transperitoneale Nephrektomie

白線又ハ直腹筋ノ外緣ニ縱切開ヲ加ヘ腹膜ヲ開キテ腎臟ニ達ス。

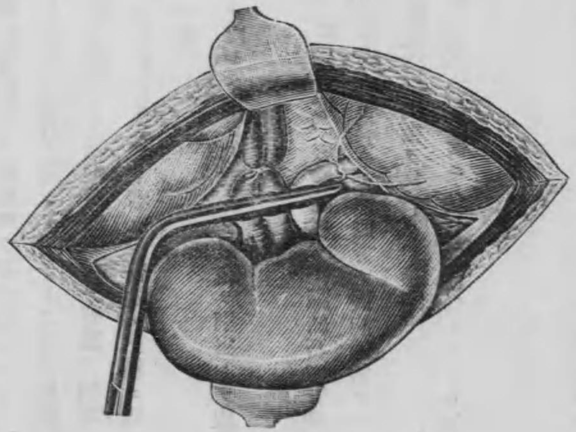
第一六八圖



腎臟剔出法 通常ベルグマン氏斜切法ニテ腎臟ニ達セバ右手ノ示指ヲ創內ニ入レ、肋骨下ニ隱レ

腰式右腎剔出術

第一六九圖



輸尿管及腎臟血管ノ結紮

タル腎臓上半部ヲ周圍ヨリ剝離シ、左手ノ三指ニテ腎臓ヲ撮ミ右示指ヲ以テ又下半部ヲ剝離ス、腎臓ヲ創外ニ牽引シ腎臓鉗子ヲ以テ輸尿管及血管ヨリ成ル莖ヲ挟ミ、動脈鉤ヲ以テ中心ニ近キ莖ノ中央ニ絹糸ヲ穿通シ之ヲ兩半ニ分チテ結紮ヲ施シ、更ニ全莖ニ結紮ヲ施シテ鉗子トノ間ヲ離斷ス、纖維膜及脂肪嚢ト周圍組織トノ癒着甚シキ時ハ此等ノ膜ヲ切開シテ纖維膜内ニ於テ腎臓ヲ剝離シテ剝出ヲ行フベシ、纖維膜下腎臓剝出術 Die subkapsuläre Nephrektomie ト名ク、腎臓ノ上極ニ達シ難キ時ニハ第十一又ハ第十二肋骨ヲ骨膜下ニ於テ切除スベシ。

腹膜内剝出ニハ腎臓ヲ腹膜、筋膜及脂肪ヨリ鈍的ニ離シテ莖ヲ結紮シ、腎臓ヲ剝出シテ腹膜ヲ縫合ス。

適應症　腎臓挫傷、外傷性腎臓脫出、輸尿管外傷、輸尿管瘻、腎臓結核、腎臓結石、腎臓嚢腫、腎臓膿瘍、腎臓惡性腫瘍、副腎腫、腎臓胞蟲、化膿性腎臓水腫等ニテ他側腎ノ機能健常ナルカ僅ニ犯サレタル時ニ行フ、腫瘍ノ偉大ナル時ニ於テノミ腹膜内剝出術ヲ施行ス。

豫後　シュミーデン氏 Schmieden ニヨレバ死亡率ハ腰式剝出術ニハ二六、九%ナレドモ腹膜内剝出術ニハ三三、一%ナリト云フ。

輸尿管結石 Harnleitersteine

原發生ト續發生トヲ區別ス、前者ハ輸尿管自身内ニ生ズルモノニシテ輸尿管ノ狹キ部分ノ上方ニ

於テ尿ガ分解シテ生ズ、甚ダ稀有ナリ、續發性輸尿管結石ハ腎臓結石ガ來リテ增大スルモノアリ、病的狹窄部ノ外、生理的ニ狹キ所ノ腎盂直下、輸尿管ノ骨盤内ニ入ル部及ビ膀胱壁ヲ通過スル部ニ發生ス、場所ノ關係ヨリ長クシテ蠶豆狀又ハ鉛筆狀ヲ呈ス。

症候　排尿ノ不能ナルカ、可能ナルカニ關係ス、一般ニ局所ノ症狀ハ病側ノ腎臓ヨリ發生スル症狀ヨリモ輕ク、結石輸尿管ヲ閉塞セバ疝痛ヲ發生スルモ無熱ナリ、閉鎖永ケレバ腎臓水腫若クハ膿腫ヲ形成ス、排尿障碍セラルヽ時ハ腎臓ニ鈍痛ヲ發シ、其度ハ障碍ノ程度及ビ粘膜腫脹ノ度、炎症、結石ノ位置等ニ關係シ排尿ヲ障碍セザル時ハ症候ヲ呈セザルヲ常トス、通常局所ニ壓迫感又ハ疼痛ヲ訴ヘテ尿意頻數トナリ尿ハ變化シ血液若クハ膿ヲ含有ス、輸尿管口ニ近キ時ハ膀胱結石ノ症候ヲ呈ス。

診斷　大ナル輸尿管結石ハ時トシテ腹壁ノ弛緩セル時ニ於テノミ觸知セラル、輸尿管ノ下部ニ存在スル時ハ膣ヨリ觸ルヽコトアリ。

輸尿管カテーテルノ挿入ニヨリテ知ルコトハ困難ナリ、カテーテルハ結石ノ傍ヲ通過ルコトアリ、又之ニ衝キ當リテ挿入シ得ラレザルコトアリ。

金屬性尖端ヲ有スルカテーテルヲ用フレバ結石ニ當ル音響ヲ腹壁上ヨリ聞キ得ルコトアリ。

レントゲン診斷ハ最良ノ方法ナリ、輸尿管撮影術ニヨル時ハ鑑別最モ確實ナリ。

療法　前記ノ如ク結石ヲシテ輸尿管ヲ容易ニ通過セシムル方法ヲ講ズルモ效ナクシテ結石ヲ除ク必要アル時ニハ手術ヲ行フ可シ、結石ノ位置ニヨリテ方法ヲ異ニス、輸尿管ノ上端ニアラバ腎臟ノ手術ニ要スル切開ヲ加ヘテ結石ヲ外ヨリ腎盂内ニ押シ込ミ腎盂截開術ヲ行フ、若シ成功セザル時ハ輸尿管ヲ縱ニ開キ結石ヲ押シ出ス可シ、跡ヲ細キカットグットニテ一、二縫合ス、縫合部ニハガーゼタンポンヲ置キ外ニ導ク可シ、傳染重ケレバ開放シテ細キ排尿管ヲ留置スベキモノナリ。

輸尿管中央部ノ結石ハ腹膜外ニテ第十二肋骨ノ尖端ヨリブーバルチー氏靱帶マデ切開ヲ加ヘ輸尿管ヲ引キ出シ必要ニ應ジテ上下ニ切開ヲ行フ、腹壁ハ腹膜ニ達スルマデ切リ輸尿管內ニカテーテルヲ挿入シテ輸尿管ヲ見出シ、此部マデ腹膜ヲ押シ上グ、次ニ結石ヲ取リ出シ排尿管ヲ置クコトハ他ノ方法ト同樣ナリ、女子ニアリテハ結石ノ輸尿管下端ニアル時ニハ膣ヨリ觸知シテ局所ヲ切開シテ出シ、結石ガ一部膀胱內ニアル時ハ異物鉗子ニテ膀胱ヨリ取リ出ス可シ、若シ此方法ガ成功セザレバ膀胱ヲ高位截開術ニテ開キ輸尿管ノ上壁ヲ開キテ結石ヲ除ク可シ。

一三　腎臟腫瘍　Nierentumoren

腺腫 Adenom 纖維腫 Fibrom 脂肪腫 Lipom 血管腫 Angiom 淋巴管腫 Lymphangiom ハ偶然ニ解剖シテ發見セラル、病理學上ニノミ興味ヲ有シテ臨床上重要ナラズ、癌腫 Karzinom 肉腫 Sarkom 腫瘍 sog. embryonale Drüsengeschwülste ハ臨床上興味ヲ有シテ甚ダ惡性ナリ。

副腎腫ハ最モ多シ、初期ニハ健常ナル腎臟組織ト明ニ區別セラル、球形ノ腫瘍ヲ呈ス、潛在セル副腎芽ヨリ發生ス、後ニハ腎實質內ニ浸入シテ偉大ナル大サニ達ス。

癌腫ノ最モ多キハ浸潤性 infiltrierend ナリ、腎臟ハ一般ニ共形ヲ變ゼザレドモ局在性癌結節 zirkumskripte Karzinomknoten ヲ形成スルコトアリ。

肉腫ハ浸潤性ナルコトアリ、又著明ニ區劃セラレタル腫瘍ナルコトアリ、胎生的腺肉腫 embryonales Adenosarkom ハ唯小兒期ニ來リ、增大急速ニシテ著大ナル大サニ達ス。

一般ニ惡性腫瘍ハ後來轉移ヲ起シテ腎臟上ニ

第一七〇圖

副腎腫

副腎腫 Hypernephrom 及ビ所謂胎生的腺腫瘍

手拳大ノ腫瘍ヲナスコトアリ、副腎腫ニ於テ殊ニ然リ。

著者ノ最近實驗セル副腎腫ハ他側腎、肺臟、皮下織其他各臟器ニ於テ轉移ヲ認メタリ。

症候 著明ナル症候ハ時々發生スル血尿ナリ、多クハ數週、數月乃至數年ヲ置キテ頻回ナルコトアリ稀ニ繼續シテ來ルコトアリ、通常誘引ナクシテ突然出血シ後間モナク休止ス、止血後ノ尿ハ肉眼的ニ全ク血液ヲ有セズ、通常疼痛ハ出血中ニハ發生セズ、凝血ガ腎盂ニアリテ排尿ヲ妨グル時ニ來ル、初期ニハ多クノ場合疼痛又ハ他ノ症狀ヲ有セズ、又早期ニ鈍痛アリテ上腿ニ放散スルコトアリ、後ニ至リテ腫瘍ガ大トナリ周圍ト癒着スル時ニハ神經痛及胃腸症狀ヲ呈ス。

尿ハ通常特殊ノ變化ヲ呈セズ、腫瘍ガ腎盂ト交通ナキ時ハ赤血球ハ出現セズ、蛋白、圓壔等ヲ認メ、腫瘍ノ腎盂內ニ破壞スル時ニハ尿中ニ大ニシテ立方形ナル强度ニ脂肪化セル細胞出デ、イスラエル氏ハ網目狀ノ帶赤色又ハ弱帶黃色ナル長サ一乃至二糎、幅二粍ノ凝固物ヲ見出セリ、纖維性物質ニ赤血球、白血球、脂肪球等ノ附着セルモノナリシト云フ。

後ニハ腎臟一般若クハ各所ニ增大シ表面隆起ヲ呈シ

第一七一圖

輸尿管口ヨリ血尿ノ排出

テ觸知セラル、小兒ニ於テハ視診ニヨリテ見得ルコトアリ。

診斷 腎臟ハ增大シテ表面ノ隆起ヲ觸知ス、疼痛アリ、出血ノ反復スル時ニハ診斷容易ナリ、初期ニハ困難ニシテ不可能ナルコトアリ、觸診ニヨリテ腎臟下端ニ生ジタル腫瘍ハ觸知シ得ルモ上端ニ來ルモノハ不可能ナリ。

血尿アリテ膀胱鏡檢査ニヨリテ膀胱ニ出血ノ原因ナキ時ハ腎臟腫瘍ノ疑ヲ置ク可シ、尿ハ出血時ノ外ハ透明ニシテ殊ニ白血球ヲ有セザル時ハ腫瘍ノ疑益〻大ナリ、之ニヨリテ腎臟結核及ビ其他ノ化膿性腎臟炎ト區別セラル、出血性腎臟炎ニ於テハ蛋白ノ含有量多ク血球ノ外圓壔アリ、腎臟腫瘍ニハ圓壔ヲ缺ギ蛋白ハ一‰ヲ越エズ、大ナル立方形ニシテ强度ニ脂肪化セル細胞又ハ蛆狀ノ凝塊アル時ニハ診斷ハ益々確實ナリ、腎臟結石トハレントゲン寫眞殊ニ腎盂撮影術ニヨリテ鑑別セラル。

腎囊水腫、囊狀腎、腎盂乳嘴腫、萎縮腎、特發性腎出血等モ血尿ヲ來ス故鑑別スルコトヲ要ス、觸診及ビ時々輸尿管カテーテルヲ挿入シテフロリヂン試驗ヲ行ヒ明瞭トナルコトアリ、萎縮腎及囊狀腎ハ通常兩腎ニ來リ、腎臟水腫ニ於テハカテーテル挿入ト共ニ多量ノ尿ガ連續的ニ排泄セラルヽコトニヨリテ區別セラル。

患側ノ何レナリヤヲ確定スルコトモ困難ナルコトアリ、出血時ニ膀胱鏡檢査ヲ行フ可シ、洗滌用膀胱鏡ヲ用フ、兩側輸尿管口ノ同時ニ見得ルマデ膀胱鏡ヲ膀胱底ヨリ離シテ輸尿管口ヨリ赤色ノ尿

線ヲナシテ出ヅルヲ確ム可シ、出血時ニ膀胱鏡檢査ヲ行フ、機會ナキ時ニハ兩側輸尿管カテーテル挿入ヲ行フ可シ、此時混合尿ガ病的產物タル血液、白血球、病的細胞、蛋白等ヲ含ム時ニハ診斷上ノ價値アレドモ、然ラザル時ニハ意義ヲ有セズ。

輸尿管カテーテル挿入ノ時ニハ人工的出血ヲ起サヌ樣ニ膀胱鏡ヲ强ク動カス可カラズ、カテーテルハ滑カナルヲ選ビ、ワゼリンヲ用フ可シ、カテーテル挿入ノ儘ニテ膀胱鏡ヲ拔キ出スベカラズ、輸尿管カテーテルノ挿入時ニハ如何ニ注意ヲ拂フモ少出血ハ避ケ得ザルモノナレバナリ、故ニ新鮮ナル赤血球ノ存在スルハ必ズシモ腎出血ノ證據トナス可カラズ、變化セル赤血球ノ存在スル時ニハ此側ノ腎出血ナリ、又一側ニ蛋白アルハ該側ノ腎臟腫瘍ナリ。

兩側ノ尿ニ差異ヲ呈セザル時ハフロリヂン又ハインヂゴカルミンヲ注射シテ腎臟機能ヲ檢査ス可シ、然レドモ早期ニハ診斷ノ下サレザルコトアリ、機能ノ著シク障碍セラルヽハ腎實質ノ腫瘍ニヨリテ破壞セラルヽカ、壓迫ニヨリテ障碍セラルヽガ爲メナリ、觸診又ハカテーテル挿入ニヨリテ診斷セラル、少數ニハレントゲン診斷殊ニ腎盂撮影術ニテ明トナルコトアリ。

種々ノ方法ヲ用フルモ疾患ノ種類及ビ場所ノ不明ナル時ニハ惡性腫瘍ヲ疑フ、腎臟ヲ試驗的ニ手術シテ惡性腫瘍ナラバ直ニ該腎ノ剔出ヲ行フ可シ。

何レノ腎ナルヤ不明ナラバ、出血シ又ハ他ノ症狀ノ起ル時ヲ待ツ可シ、サレド長時ヲ經過ス可カラズ、宜シク開腹術ヲ行ヒ兩腎ヲ觸診ス可シ。

療法 方法ハ唯一ナリ腎臟剔出術ヲ行フ、一部切除ハ不可ナリ、サレド周圍ト廣ク癒着スルカ、轉移アルカ、大靜脈幹內ニ侵入セル時ニハ手術ヲ行フ可カラズ、下行大靜脈幹ノ根部、腹、股間又ハ陰囊ニ靜脈擴張アル時ニモ手術ヲ行ハズ。

一四 腎盂腫瘍 Nierenbeckengeschwülste

稀有ナリ、唯腎盂乳嘴腫 Nierenbeckenpapillome ハ比較的多シ、膀胱ノ夫レト同樣ナリ、尿流ニヨリテ輸尿管及ビ膀胱內ニ移植スル傾向アリ。

症候 血尿アリ、腎盂ヨリノ排尿障碍セラレテ鈍痛又ハ疝痛竝ニ腎臟水腫ヲ合併スルニ至ルコトアリ。

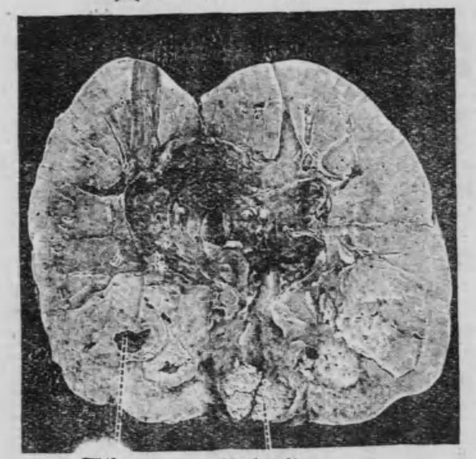
診斷 多クハ確定シ難シ、膀胱鏡ニヨリテ輸尿管口ヨリ乳嘴腫ノ下垂セルヲ見ルカ、膀胱又ハ尿道ニ異常ナクシテ尿中ニ乳嘴腫片ヲ見出ス時ニハ確實ナリ。

療法 再發ノ傾向アリ、多數存在スルカ輸尿管ヲ犯サバ腎臟及ビ輸尿管ノ剔出術ヲ行フ可シ、殊ニ惡性變化ノ傾向ト後ニ腎臟水腫ヲ起シテ腎臟ヲ破壞スルコトアルベケレバナリ。

一五　腎臓結核　Nierentuberculose

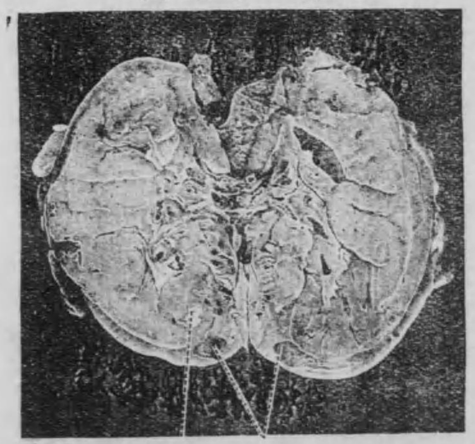
腎臓結核ハ主トシテ二十歳乃至四十歳ノ中年ヲ犯シ、結核菌ニヨル傳染ハ體内結核病竈ヨリ血行ニヨリテ侵入スルモノナリ、膀胱又ハ生殖線ヨリ上行傳染ノ行ハルヽハ甚ダ稀有ノコトニ屬ス。

第一七二圖



左側腎臓結核（四十五年）

第一七三圖



素質ハ全身狀態ノ外、腎盂ノ慢性加答兒、遊走腎及ビ先天性畸形ナル分葉腎ニ於テ來ル。

初期ニハ通常唯腎實質ヲ犯シ各所ニ結節ヲ造リ漸合シテ空洞ヲ生ズ、膿ヲ以テ充サルヽモノナリ、腎盂ト交通スルコトアリ。

早晩腎盂及ビ輸尿管ヲ犯シ粘膜ハ肥厚シテ充血シ潰瘍ヲ造リテ遂ニハ膀胱ヲ犯スニ至ル、瘢痕形成ニテ輸尿管腔ハ狹小トナリ遂ニハ閉鎖セラレテ結核性腎臓膿腫 tuberculöse Pyonephrose ヲナスニ至ル、初期ニハ多クハ一側ナレドモ後ニハ他側ヲ犯シ、腎臓結核ニテ死亡セル死體ノ解剖ニ於テハ五〇%ハ兩側ニ在リ。

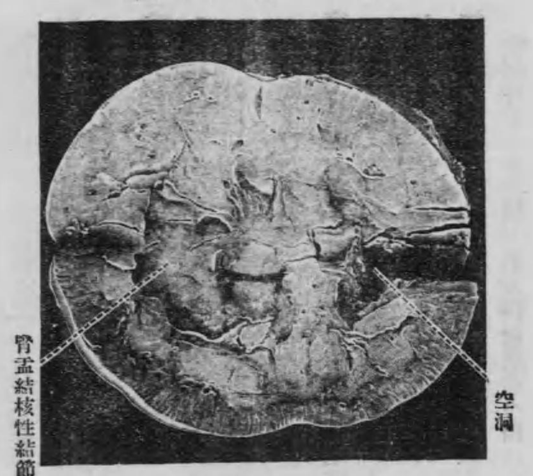
症候　進行シタルモノモ局所ノ症狀ヲ呈セズ、時トシテ早期ニ腎臓部ニ鈍痛ノ發生スルコトアリ、瘢痕性輸尿管狹窄ニヨリテ排尿障碍又ハ閉塞ヲ來ス時ニハ疝痛ヲ發ス。

自覺症狀ハ多クハ膀胱ヨリ來ルモノナリ、尿意頻數トナリ排尿時疼痛アリ、時ニ膀胱ニ變化ナクシテ此症狀ヲ呈スルコトアリ、腎臓ノ增大ハ殆ンド常ニ發生ス、サレド通常觸知シ得ザルモノナリ、結核性腎臓膿腫ノ時ノミ手拳大又ハ夫レ以上ニ達ス。

唯例外トシテ早期ニ來ル特徵症狀ハ出血ナリ、腎臓腫瘍ノ出血ト同樣ナルコトアリ。

尿ハ多少白血球ノ存在スル爲ニ濁濁アリ、重症ニハ著明ナリ、尿ヲ永ク放置スレバ著シク器ノ底

第一七四圖



肓側腎臟結核(四十年女)

第一七五圖

腎臟結核

部ニ沈澱ス、溷濁ノ模様ハ新鮮ナル尿ニ於テモ多クハ一樣ナラズ、白血球及ビ上皮細胞ノ破壞物ヨ

リ成レリ、凝塊及ビ膿性碎片ヲ浮遊ス、鏡檢スレバ殆ンド每常赤血球ヲ發見ス、可ナリ大量ニ蛋白ヲ有シ、一部ハ血清ヨリ一部ハ腎實質ノ變化ニヨリテ來ルモノナリ。

重症ニ於テハ多クハ全身狀態ガ著シク障碍セラル、是レ强度ノ化膿並ニ排尿時疼痛及ビ尿意頻數ノ爲メニ來ル睡眠不足ニヨリテ起ルモノナリ、發熱ハ多クハ存在シ熱型ハ不規則ニシテ弛張性又ハ消耗性ナリ。

診斷　初期ニ於テモ膀胱鏡檢査、輸尿管カテーテル挿入等ニヨリテ困難ナラズ、慢性尿道炎、膀胱炎及ビ腎盂炎ニシテ適當ナル療法ニヨリテ永ク治癒セザル時ニハ腎臟結核ヲ顧慮セザル可カラズ、先ヅ尿ヲ集メテ結核菌ヲ檢シ發見セザレバ動物試驗ヲ行フベシ、此方法ニヨリテ結核菌ヲ見出サバ次ニ膀胱、攝護腺、精囊及ビ副睾丸ヲ檢査シ、觸診ニヨリテ增大シテ壓痛アル腎臟ヲ觸知シ、其表面不規則ニシテ隆起アリ波動ヲ呈スル時ニハ診斷上ニ價値アレドモ、唯增大ヲ觸知スルノミニテハ代償性肥大ト區別スルコト能ハズ、

膀胱鏡檢査ハ腎臟結核ノ診斷ニハ必要ニシテ缺クベカラズ、膀胱結核ノ條下ニ述ベタル如ク輸尿管口ノ變化ハ多クノ場合其側ノ腎臟結核ナリト考ヘテ可ナリ、同側腎臟ヨリ出ヅル溷濁尿中ニ結核菌ヲ證明スレバ診斷ハ愈々確實ナリ。

尿ノ溷濁ガ未ダ膀胱鏡檢査ニヨリテ認メラレザル早期ニ於テハ、カテーテル挿入ハ重要ナリ、然

レドモ腎臓結核ノ多クハカテーテル挿入ヲ困難ナラシメ時トシテ挿入ノ不可能ナルコトアリ、一部ハ膀胱鏡挿入時ノ障碍ト一部ハ結核ノ好發部タル輸尿管口ヲ發見スルコトノ困難ニ起因スルモノナリ、膀胱粘膜ハ出血シ易キ脂肪性ノ潰瘍ニテ蔽ハレ輸尿管口ハ凝血及ビ組織片ノ附着ニヨリテ陰蔽セラルヽガ爲ナリ、又管口ガ發見セラルヽモ輸尿管ノ狹窄ニヨリテカテーテル挿入ヲ妨ゲラルヽコトアリ、特ニ輸尿管口ノ發見困難ナル場合ニハ檢査時インヂゴカルミンヲ筋肉内又ハ靜脈内ニ注射シテ尿ノ青染スルヲ見テ輸尿管口ヲ發見ス可シ。

兩側ノ輸尿管ニカテーテルヲ挿入シ得タル時ニハ其病症ガ何レノ腎臓ナリヤ直ニ斷定シ得可シ、通常左右何レカノ尿中ニハ必ズ白血球、蛋白、圓壔、結核菌、赤血球等ヲ發見シ得ルモノナリ。

結核ナラザル腎臓ヨリ來ル尿中ニハ全ク健常ナラズシテ多クハ蛋白ヲ含有ス、圓壔ヲ見ルコトアリ、然レドモ患側腎ヲ剔出スル時ニハ此等ノ症狀ガ消失スルヲ常トス、輸尿管カテーテル挿入ノ後ニハ多クハ結核菌ヲ鏡檢シ得可シ、カテーテルヲ拔キ出シ直ニ凝塊及ビ碎片ニ就テ檢査スルヲ可トス。

腎臓及ビ膀胱結核ノ際ニ輸尿管カテーテルヲ挿入スルノ危險ニ就テハ、理論上輸尿管カテーテルニヨリテ結核菌ヲ膀胱ヨリ健康ナル輸尿管及ビ腎臓ニ致シテ傳染ヲ起シ得可キモ、從來ノ多クノ經驗ニヨレバカヽル傳染ハ多カラズ、ニッツェ氏ハ一側ノ腎臓結核ノ疑アル時兩側輸尿管カテーテル挿

入ヲ行フハ不可ナリトナセシモ、之ニヨリテ傳染ヲ起スモノヲ認メタルコトハ多カラズ、カテーテルヲ腎盂内マデ挿入セザルハ勿論、輸尿管口ヨリ十糎以上挿入スベカラズ、要スルニ現今カテーテルニヨリテ輸尿管ヨリ腎臓ニ上行性傳染ヲ起スコトハ考慮ノ外ニ置キテ可ナリ。

療法　腎臓結核ガ自然ニ治癒ス可キヤ否ヤハ重要ナル問題ナレドモ、今日迄臨床的ニ決定セラレザルノミナラズ、死體解剖ニ於テモ治癒セル腎臓結核ヲ發見セズ、然レドモ輕度ノ腎臓結核ガ自然治癒ノ後ニハ到底解剖ニヨリテハ發見セラレズシテ存在スルコトモ考ヘラル可キコトナリ、要スルニ少クトモ病症ノ進行セル場合ニハ自然治癒ハ不可能ナリト斷言シ得可シ、唯僅少ノ症狀ヲ以テ數年間靜止狀態ニアルコトハ適當ナル治療ニ於テハ見ラルヽコトモ稀ナラズ。

腎臓結核ニ對シテハ定型的ニ治療法ヲ示指スルコト難シ、殊ニ初期ニ在リテハ議論ノ分ルヽ所ナリ。

サレド兩側ニ大ナル膿瘍ヲ生ジ又ハ腎臓周圍膿瘍ヲ來セル場合ノ外ハ、手術トシテ腎臓剔出術ヲ行ヒ腎臓截開術若クハ腎臓一部剔出術ヲ行ハズ、諸大家ガ意見ノ一致スル所ナリ、他側腎ノ狀態及全身狀態ガ手術ヲ許サバ凡テノ場合ニ剔出術ヲ施ス可シ、重症ニ他側ノ腎臓炎ガ合併スルコトハ普通ナレドモ手術ノ禁忌ニハアラズシテ之ニヨリテ却テ腎臓炎ヲ消退セシメ得ルモノナリ。

一側ノ腎臓結核ノ初期ニハ療法ヲ如何ニス可キカ個人ニヨリテ異ナラザル可カラズ、外界ノ狀態

ガ手術ヲ許サバ初期ニ於テ剔出術ヲ行フ可シ、同時ニ肺結核ニ於ケル如ク營養療法ヲ必要トス、事情アリテ早期手術ノ不可能ナル場合ニハ舊ツベルクリンノ注射ヲ試ミ轉地ヲ奬メ、此等ノ方法ニヨリテ效ヲ奏セズ尿ガ透明トナラザル時ニハ必ズ腎臟剔出術ヲ行フベシ。

兩側ノ腎臟結核ニ於テ一側ハ重症ニシテ他側初期ナラバ手術ヲ行フベシ、病側ノ手術ニヨリテ熱發、疼痛、食欲不振、不眠等ハ除去セラルヽヲ以テナリ。

兩側ノ腎臟結核殆ンド同一狀態ナル時ニハ一側ニ出血、疝痛等ノ限局シテ全身營養ノ不良ナル時ニ限リ例外トシテ剔出術ヲ行フ。

腎臟剔出後、膀胱結核ハ通常輕快シ又ハ自然ニ全治ス、腎臟剔出ニ際シテハ輸尿管壁ノ肥厚、擴張、潰瘍等アル時ハ出來ル丈長ク剔出ス可シ、切開ヲブーバルチー氏靱帶ノ中央ニ向ヒテ擴ゲ膀胱マデ輸尿管ヲ切除スルヲ可ス、通常二ケ所ニ於テ結紮シ其間ヲバクレンニテ燒キ切リ粘膜ヲ焦灼ス、又其斷端ヲ創口ノ下端ニ縫ヒ付クル方法アリ。

手術ヲナサバル時ニハ一般的對症療法ヲ行ヒ强壯劑ヲ與フ。

一六　腎臟寄生蟲　Einsiedler der Niere

1 腎臟胞蟲　Nierenechinokokkus

腎臟ノ胞蟲ハ可ナリ稀有ナル疾患ニシテ肝臟及ビ肺ノ胞蟲ヨリモ遙ニ少シ、日本ニ報告ナシ、犬

ノ繦蟲ノ卵ガ人體ノ消化管ニ入リ腸ニ於テ被膜ヨリ出デ、腸ノ血管及淋巴管ニ達シ、門脈、心臟ヲ經テ循環器系統ニ入リ肺、肝、腎ニ達ス。

一腎ヲ犯スヲ常トス、腎臟ニ達セバ胞蟲囊腫ヲ形成シテ次第ニ增大シ人頭大ニ達ス、內容ハ水樣液中ニ浮游ス、腎實質ハ傷害セラルヽコト少ク囊腫ハ纖維性被膜ニテ蔽ハル、石灰ガ沈着シ全ク石灰化スルコトアリ、囊腫ハ腎盂ニ破壞シ其內容ナル娘囊胞ノ排出セラルヽ傾向アリ、脾、肝ト癒着シテ此內ニ破開シ又ハ膀胱、肺等ニ破ルヽコトアリ。

●●症候　大ナル囊腫ヲ形成セバ初メテ腎臟部ニ壓迫感ヲ惹起ス、囊腫ノ腎盂內ニ破ルヽ時ニハ娘囊胞ニテ輸尿管ヲ閉塞シ强度ノ疝痛ヲ發シ、輸尿管、腎盂ノ擴張ヲ來シテ腎臟水腫ヲ發生ス、尿ハ胞蟲囊腫ガ腎盂內ニ破レザル間ハ健常ノ性狀ヲ呈スレドモ、此內ニ破ルヽニ至ラバ血尿ヲ來シテ熱發アリ、白色膿樣ノ囊胞及ビ鏡檢的ノ胞蟲鉤ヲ發見ス、腎臟炎又ハ化膿セザル間ハ蛋白、膿球ヲ證明セズ、時トシテ尿ハ乳狀ニ溷濁ス。

●●診斷　腎盂內ニ破壞セザレバ腫瘍及ビ症狀ヲ呈スルモ診斷ハ確定セラレズ、腫瘤ハ症狀ト共ニ特徵ヲ有セズ、腎臟ニ腫瘍アリテ多少波動ヲ呈シ全ク尿ニ變化ナキ時ハ腎臟胞蟲ヲ考ヘザル可カラズ、腎臟水腫ト區別スルヲ要ス、膀胱鏡檢査ヲ行ヒ輸尿管カテーテルヲ挿入セバ腎臟水腫ニアリテハ尿

ガ連續的ニ排出スルモ腎臟胞蟲ニ於テハ尿ノ排出ハ普通ナリ。

出來得可クンバ腎膜外ニテ試驗穿刺ヲ行フベシ、比重一〇〇八乃至一〇一五ノ水樣ニシテアルカリ性、食鹽ニ富メル無蛋白ノ液ヲ得テ遠心器ニカケテ胞蟲鉤ヲ發見スレバ診斷確實ナリ、穿刺ヲナシ得ザル時ニハ腎臟ヲ腹膜外ニ於テ開キ見ル可シ、レントゲン檢査モ行フヲ可トス。

療法 腎臟ヲ出シ囊腫ヲ開キ搔抓シテ排膿管ヲ挿入ス、腎臟ハ大部分健常ナル故剔出ス可カラズ、囊腫ノ前方ニ增大スル時ニハ腹膜外ニテ切開スルコトハ困難ナリ、第一回ハ腹膜ヲ開キ、腫瘤ノ突起部ヲ切開シテ切開部ニタンポンヲ置キ、八日乃至一〇日ニシテ腹壁ノ腹膜ト囊腫ヲ包ム腹膜トノ癒着スルヲ見テ囊腫ヲ開キ排膿管ヲ置ク可シ、肺臟內ニ破ルヽ時ニハ豫後不良ナリ、又腎臟實質ノ壓迫萎縮ヲ來スコトアリ。

2 腎蟲（オイストロンギールス、ギガース）Eustrongylus gigas

馬、牛、犬等ノ腎盂內ニ發見セラルヽ紐蟲類ニシテ雌蟲ノ長サハ一米ニ達ス、人類ニ於テハ血尿、膿尿、乳糜尿等ヲ呈シテ排尿困難ヲ來スコトアリ。

3 住血ヂストマ Distnomum hämatobium(Bilharzii)

吸蟲類ニシテ飲料水、食物等ニテ腸內ニ入リ腎臟、腎盂、膀胱等ノ粘膜內ニ達ス、血管ヲ閉塞シテ血尿ヲ惹起シ卵ハ結石ノ素因ヲ與フルコトアリ、尿中卵子ノ發見ニヨリテ診斷セラル、埃及地方ニアリ、豫防トシテ食物及水ニ注意ヲ要ス。

4 人血フィラリヤ Filaria sanguinis

紐蟲類ニ屬シ九洲、沖繩ニ多ク淋巴管ニ在リテ之ヲ閉塞ス、爲メニ淋巴ハ側路ヲ經テ腎臟、腎盂、輸尿管又ハ膀胱ニ注ギ乳糜尿ヲ發生ス、仔蟲ハ腎臟內ニ多數ニ存在シテ間質ノ增殖ヲ誘發ス、療法ハ濃キ食鹽水（一〇%、一〇竡）ノ靜脈內注射、サルワルサン注射等ノ效ヲ奏スルコトアリ。

5 腎臟ノ放線狀菌病 Aktinomykose der Niere

多クハ他臟器ヨリ續發スレドモイスラエル氏ハ原發性ノ一例ヲ報告セリ。

一七 腎臟黴毒 Syphilis der Niere

黴毒ニヨリテ腎臟ハ實質性及間質性腎臟炎、澱粉樣變性、護謨腫形成等ヲ起スモノナリ。

急性腎臟炎ハ第二期ノ初メニ發生ス、時トシテ尿中ニ多量ノ蛋白アリ、スピロヘーテ、バリーダハ尿中、糸毬體、細尿管壁等ニ發見セラレ驅黴療法ニヨリテ治癒ス。

慢性間質性腎臟炎ハ瀰慢性又ハ局在性ニ皮質ニ來リ硬塞瘢痕ノ如キ像ヲ呈ス、イスラエル氏ニヨレバ一腎ニ來ルモノナリト云フ。

護謨腫形成ハ稀有ニシテ豌豆大乃至蠶豆大ノモノ間質組織中ニ發生ス、間質性腎臟炎ガ後ニハ萎

縮ヲ起スニ至ル、稀ニ護謨腫ハ大ニシテ中心乾酪變性ヲ呈シ軟化シテ自開シ瘻管ヲ造ルコトアリ、腎臟周圍ニ於ケル脂肪嚢ノ瘢痕ニヨリテ腎臟ガ增大シテ觸知セラルヽコトアリ。

●症候 腎臟炎ノ症狀ノ外、强度ノ出血及膿尿ヲ見ルコトアリ、種々ノ症狀ヲ呈シテ特徵ヲ有セズ、

驅黴療法ニヨリテ決定セラル。

●療法 先ヅ沃度劑ヲ與ヘテ觀察シ、サルワルサン療法、水銀劑注射ハ注意シテ行フベシ、出血、熱發、瘻孔ニハ腎臟截開術若クハ剔出術ヲ行フ。

一八 腎臟ノ外傷 Verletzungen der Niere

1 腎臟打撲症 Kontusion der Niere

●原因 打擊、衝突、軋轢等直接暴力ノ作用ニヨリテ起リ、腎被膜及腎臟ヨリ腎盂、輸尿管ニ達スル破裂、破碎ヲ起スモノナリ。

●症候 出血、血尿、腫脹、尿浸潤等ヲ呈シテ疼痛、疝痛、腹筋ノ痙攣等ヲ惹起ス、出血ハ自然ニ吸收セラルヽモ凝血、輸尿管ヲ塞ギテ疝痛ヲ發シ大出血ヲ起シテ貧血ヲ招キ尿中細菌感染シテ腹膜炎ヲ起スコトアリ、後來、腎臟周圍囊腫、腎臟水腫、腎臟動脈ノ動脈瘤等ヲ殘スコトアリ。

●療法 安靜ヲ命ジ腎臟部ニ氷囊ヲ置キテ鎭痛劑ヲ與フ、膀胱ニカテーテルヲ挿入シテ凝血ヲ去ルベシ、腎臟ノ捐傷ハ縫合シ又ハタンポンヲ置キテ出血止マザレバ剔出術ヲ行フ。

2 腎臟創傷 Nierenwunden

●原因 稀有ナリ、射傷、刺傷、切傷、打傷等ニヨリテ生ズ、同時ニ腸、腹膜、肋膜、肝臟等ヲ傷クルコトアリ。

●症候 血尿、出血、腫脹、疼痛アリテ黴菌ノ感染ハ外部又ハ血中ヨリ行ハル、凝血ガ輸尿管ヲ塞グ時ハ疝痛ヲ發シ膀胱ヲ充サバ痙攣ヲ呈ス。

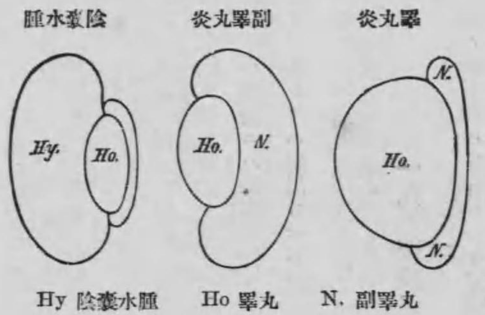
●療法 小創傷ニハ繃帶ヲ行フ、大出血ニハタンポンヲ置キ、出血セザレバ腎臟ヲ縫合シテタンポンヲ置ク、甚シキハ剔出スベシ、化膿セバ切開シテ排膿管ヲ挿入ス、膀胱凝血ハカテーテルニテ除キ、不可能ナレバ高位截開術ヲ行フ。

一九 腎臟ノ動脈瘤 Aneurysma der Nierenarterie

腎臟ノ動脈瘤ハ稀有ニシテ腎臟動脈、門脈、腎實質内ノ末梢血管等ニ來リ、末梢血管ニ來ルハ打撲症ニ原因シ他ハ動脈硬化症ニ起因ス、林檎大ヨリ人頭大ニ達ス、フェンウォック氏ハ腎乳頭血管腫ノ强度ノ出血ヲ報告セリ。

●症候 缺如シ死體解剖ニテ發見セラル、腫瘍、脈搏、血尿、疼痛等ニヨリテ診斷セラルヽコトアリ。

第一七六圖



豫後　不良ニシテ腹膜、腎臓後方組織、腎盂内等ニ破レテ死亡ス。

療法　手術ナリ、腎臓ト共ニ剔出スベシ。

110 特發性腎出血 Essentielle Nierenblutung

特發性腎出血トハ健腎出血 Blutung der gesunden Niere カスベル氏ノ限局性腎症 Nephritis circumscripta クレンペレル氏ノ血管運動神經性出血 angioneurotische Blutung イスラエル氏腎臓性血管病 Haemophilia renalis等ヲ指スモノニシテ、外見上健康ナル人ニ於テ一腎又ハ兩腎ヨリ大出血ヲ起シ、出血停止スレバ他ノ症狀ノ認ムベキモノナク、數月、數年ヲ隔テ再發スルモノナリ。

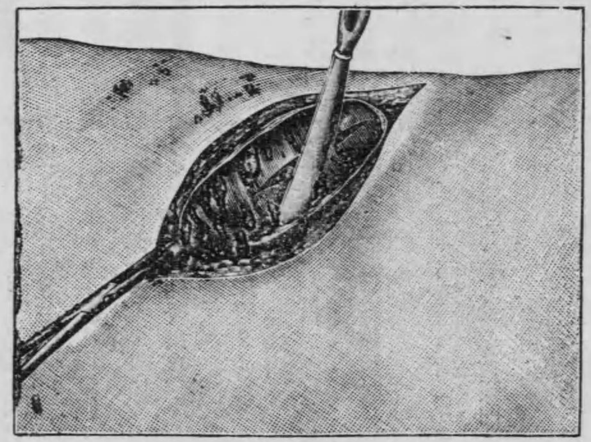
病理　腎臓或ハ腎盂ニ靜血ノ存在セル場合ニ何等カノ誘引ニヨリテ血管ニ微細ナル缺損ヲ來シ或ハ腎臓ニ於テ其病竈ヲ發見シ得ザル程度ノ病的變化ノ爲ニ起ル出血ナルコトアリ（中島明氏）、ブーソン氏ノ一部的腎臓炎、Nephrite parietlaire 卽カスベル氏ノ限局性腎症 Nephritis circumscripta ナルコトアリ、又浸潤性瘢痕性病竈ヲ有スル一腎ニ於テ出血ヲ來ス場合アリ。

症候　健常ナル人、突然、血尿ヲ呈シテ爲メニ凝血ノ膀胱内ニ留リ尿意促迫ヲ呈スルコトアリ、多クハ一側ニ來リ、出血ノ休止期ニハ尿ハ普通ナリ。

診斷　慢性腎臓炎、腎石、囊狀腎、腎臓水腫、腎臓腫瘍、腎臓結核、腎臓動脈瘤等ノ出血ト區別スルコトヲ要ス。

療法　鈴村氏中性ゲラテン、アナプトールゲラチン、一—三%クロルカルシウム（一〇—四〇竓）、一〇%食鹽水（一〇竓）等ヲ靜脈内ニ注射シ、安靜ヲ命ジテ輕キ食事ヲ採ラシム、便通ヲ正整シ出血セル腎ニハ氷囊ヲ置ク、再發甚シキ時ハ腎臓剝離術 Nephrolysis ニテ包膜ヲ剝離シ

第一七七圖



右腎臓開術竝腎被膜剝離

又ハ腎臓截開術、タンポン充塡、腎臓剔出術等ヲ行フ。

腎臓剝皮術 Nierendekapsulation.

術式　脂肪嚢ヲ損傷スルコト無ク纖維膜ヲ縦ニ切開シ、指頭又ハ刀柄ヲ以テ之ヲ腎門ニ至ルマデ剝離シ、次ニ脂肪嚢ヲ連結シテ腎臓下極ノ下ニ固定スルカ腎臓ヲ筋肉ニ縫ヒ付クベシ。

適應症　慢性腎臓炎、特發性腎出血、

二一　輸尿管ノ疾患　Erkrankungen der Harnleiter

1、外傷ニハ打撲、破裂、創傷アリ、子宮剔出術ノ際傷クルコトアリ、輸尿管カテーテルヲ挿入セバ診斷ハ容易ナリ。

療法　手術ニヨル。

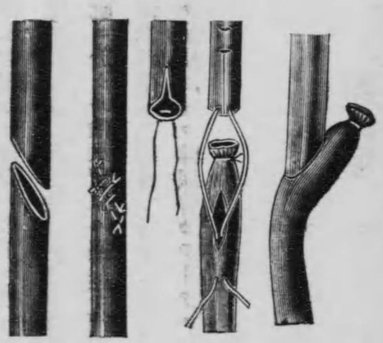
輸尿管縫合術及輸尿管間瘻造設術 Ureterorrhaphie und Utero-Ureterostomie

術式　輸尿管ノ縦創ニハ縫合糸ガ粘膜内ニ出デザル様ニ縦ニ縫合シ、横創ニハ更ニ縦切開ヲ加ヘテ縦ニ縫合ス。

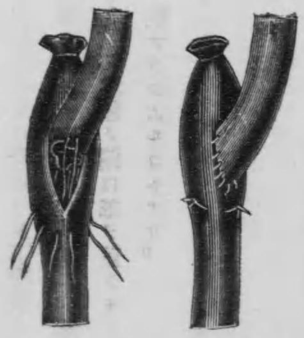
輸尿管ノ全斷セラレタルモノニハ輸尿管ノ末梢端ヲ結紮シ、其側壁ニ一孔ヲ作リ中樞端ヲ其孔内ニ疊積シテ縫合固定ス。

第一七八圖

輸尿管縫合術



フックス氏法　ボヴェ氏法



ネムメー氏法

適應症　輸尿管ノ損傷ナリ。

輸尿管膀胱瘻造設術 Ureterocystostomie

術式　サムブソン氏ニ從ヒ患者ハ仰臥シテ骨盤高位ヲ取ラシム、白線ニ於テ腹壁ヲ切開シ輸尿管ヲ遊離シ其中樞端ヲ一糎丈膀胱内ニ挿入ス、次ニ尿道ヨリ挿入セル挾撮子ニヨリテ其端ヲ維持シ腸線ニテ之ヲ環狀ニ膀胱内ニ縫著ス。

適應症　骨盤腔内ニ於ケル輸尿管ノ損傷ナリ。

2、輸尿管瘻 Ureterenfistel 外傷ニヨルモノ多シ、潰瘍性腫瘍又ハ結核ヨリ來ルコトアリ。

3、輸尿管ノ炎症 輸尿管炎及輸尿管周圍炎 Ureteritis und Periureteritis トシテ發生ス、膀胱ヨリ上行性ニ又ハ腎臟ヨリ下行性ニ罹患シ、症候ハ當該腎臟及膀胱疾患ト同一ナリ、管腔ノ擴張ヲ來スモノト狹窄又ハ屈曲ヲ來スモノトアリ。

4、輸尿管蓄膿症 Empyem des Ureters 稀有ニシテ腎臟剔出ノ際、輸尿管ノ一部ヲ結紮シ爲メニ膿汁ガ瀦留シテ發生ス。

5、輸尿管結石 腎石ノ條下ニ述ベタリ。

6、輸尿管結核 Harnleitertuberculose 膀胱ヨリ上行性ニ又ハ腎臟ヨリ下行性ニ侵サル、管壁ハ肥厚シ膀胱ニ於ケル輸尿管口ハ邊線不規則トナリ潰瘍ヲ呈シテ瘢痕狹窄ヲ起シ、浮腫狀ニ膨隆シテ周圍ハ水泡狀浮腫 bullöses Ödem ニヨリテ圍繞セラル、又浮腫ノ開口部ヲ蔽フモノアリ、之ガ爲ニ輸尿管口ヲ發見シ難ク輸尿管カテーテル挿入ヲ不可能ナラシムルコトアリ。

第五章 睾丸、副睾丸、精系、陰囊及其被鞘並ニ精囊疾患

Krankheiten der Hoden, Nebenhoden, Samenstränge und der Samenblasen.

一 先天性畸形 Angeborene Bildungsanomalien.

兩側ノ陰囊癒着不全ハ睾丸ガ離レテ各陰囊中ニアリ、大陰唇ニ似タリ、睾丸ノ兩側若シクハ片側ノ缺如スルコトアリ、睾丸缺如症又ハ成形不全 Anorchidie od. Aplasie ト名ク、痕跡トシテ存スルコトアリ、發育不全 Hypoplasie 又ハ萎縮 Atrophie ト稱ス、甚ダ稀ニハ腹腔内ニ於テ睾丸ノ癒合セルコトアリ、腹内睾丸癒合症 Synorchidie ト稱ス、睾丸ノ肥大 Hypertrophie 及ヒ增生 Hyperplasie モ亦兩側或ハ片側ニ來ルコトアリ。

二 睾丸ノ位置異狀 Lagerungsanomalien des Hodens

胎生時第七ヶ月目ニ於テ睾丸ハ旣ニ鼠蹊管ノ内腔ニ下降シ、分娩時ニハ通常下降ノ完成セルモ

ノナルモ、炎症性癒着等ニ依リテ下降ノ障碍セラルヽ時ハ睾丸ハ異常ノ位置ヲ取ルベシ、睾丸變位 Ectopia testis ト名ク、尚睾丸ノ陰嚢内ニ於ケル位置ノ異常ヲ睾丸廻轉 Inversio testis ト云ヒ、其縦軸ノ廻リニ廻轉シタルモノヲ睾丸轉覆 Inversio horizontalis ト謂フ。

1 腹腔内睾丸變位 Ectopia intraabdominalis ニ於テ若シ兩側ノ睾丸腹腔内ニアル時ハ、潜伏睾丸 Kryptorchismus 又ハ腹腔内睾丸停留 Retentio abdominalis testis ト云ヒ、一側ノ睾丸腹腔ニアルヲ單睾丸 Monorchismus ト云フ。

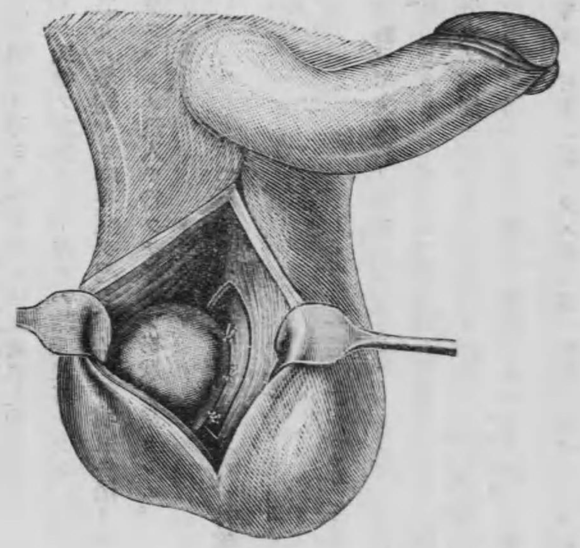
2 鼠蹊睾丸變位(鼠蹊部睾丸) Ectopia inguinalis ニハ屢々睾丸ノ萎縮ヲ伴ヒ、悪性ノ變化ヲ來ス傾向アリ、ヘルニヤ又ハ陰嚢水腫ノ合併シテ來ルコトアリ。

前二項ヲ睾丸停留 Retentio testis ト名ク、

3 一方ノ睾丸他側ノ鼠蹊管ヲ下降スルコトアリ、睾丸横變位 Eptopia transversa ト名ク。

4 睾丸ガ異狀ノ徑路ヲ取リテ腹部皮下ニアルヲ腹部變位 Ectopia abdominalis ト名ク、陰嚢ト上腿トノ間ノ皮下ニアルヲ陰嚢股間變位 Ectopia scrotofemoralis ト名ケ、會陰部皮下ニアル時ハ會陰部變位 Ectopia perinealis、股間ニアレバ股部變位 Ectopia cruralis ト名ケ、睾丸停留ニ對シ眞正ナル睾丸變位ナリ。

第一七九圖



睾丸固定術

症候 症狀トシテ精系ノ捻轉、睾丸ノ疼痛及炎症ノ爲ニ起ル自覺的症狀ノ存スルコトアリ。

診斷 陰嚢内ニ睾丸ノ缺如シ、鼠蹊管内ニアル時ハ容易ナリ、

豫後 睾丸ノ萎縮又ハ悪性變化ヲ來スコトアリ。

療法 睾丸ガ已ニ鼠蹊管外口ニ在ル時ハ、思春期前ニマッサージ及適當ナル壓抵子ヲ備ヘタル帶ヲ用ヒシメ、睾丸ヲ陰嚢内ニ下降セシメテ充分ナル發達ヲ遂ゲシム可シ。

睾丸ガ病的變化ヲ呈シ若クハ自覺症狀ヲ呈スル時ハ手術ヲ行フ可シ。

睾丸停留殊ニ鼠蹊部睾丸ニ在リテハ思春期前ニ萎縮ノ起ラザルニ先ダチテ外科的ニ睾丸ヲ陰嚢内ニ持チ來シテ玆

ニ之ヲ固定ス可シ、之ヲ睾丸固定術 Orchidopexie ト云ヒ、シュレル、ニコラトニー、及カッツェンスタイン氏等ノ方法アレド多クハ結果良好ナラズ。

睾丸ノ萎縮セル時炎症ヲ起シ、若クハ壞疽ニ陷リタル時ハ睾丸ノ剔出ヲ行フベシ、陰囊内ニハバラフヰンノ注入ヲ行フテ睾丸ノ形狀ヲ呈セシムルヲ可トス。

三 陰囊、睾丸及其被鞘ノ外傷

Verletzungen des Scrotums, des Hodens und seiner Hüllen

1 皮下外傷 Subkutane Verletzungen

陰囊及睾丸莢膜ノ挫傷 Quetschung ハ強度ノ皮下出血ヲ起シ、溢血ガ睾丸總莢膜內ニアラバ血腫 Haematom ト云ヒ、睾丸固有莢膜內ニ在ラバ陰囊血腫 Haematocele ト名ク。

睾丸ノ挫傷モ亦血液、白膜內ニ瀦溜シテ睾丸血腫 Haematom ヲ起シ、強度ノ疼痛ヲ發シ、時ニ人事不省ニ陷ル可シ、睾丸ハ腫脹シ又ハ睾丸脫臼 Luxatio testis ヲ起スニ至ルコトアリ。

睾丸ノ挫傷ニ際シテハ初メ重キ症狀ヲ呈スレドモ經過ハ概ネ良好ナリ、時々炎症ヲ起シ睾丸ノ膿瘍 Abszess 又ハ萎縮ヲ來シ、精系動脈ノ破碎ヲ起シテ睾丸壞死 Hodengangraen ヲ來スコトアリ。

療法 陰囊ヲ高舉シ冷罨法ヲ施ス可シ、強度ノ全身症狀ヲ呈シテ惡寒、發熱、疼痛ノ增加ヲ來サバ直ニ睾丸ノ剔出ヲ行フベシ、睾丸脫臼ハ壓迫及牽引ニヨリテ原位ニ復セシム可シ、睾丸壞死ニ陷ラバ剔出術ヲ行フ。

2 陰囊及睾丸ノ開創 Wunden des Skrotums und der Hoden

陰囊ハ挫傷、破碎、穿刺、切開等ニヨリテ損傷ヲ受ケ、創口ノ萎縮ニヨリテ睾丸脫出 Prolapsus testis ヲ來スコトアリ、治療ハ睾丸ヲ原位ニ復シ、止血ヲ行ヒ、睾丸固有莢膜ヲ縫合スベシ、穿刺傷ハ多クハ直ニ治癒スルモ時ニ强度ノ出血ヲ來スコトアリ、切開損傷ハ細精小管 Samenkanälchen ノ脫出ヲ來スコトアリテ此部ハ速ニ壞死ニ陷リ、脫落シテ瘢痕治癒ヲ營ムベシ、睾丸貫通ハ稀有ナリ。

療法 穿刺ハ無菌繃帶ヲ行ヒ、切開損傷ハ無菌ナル時ハ縫合ヲ行フ、細菌ノ感染アラバ沃度ホルムガーゼノ挿入ヲ行ヒ、縫窩織炎若クハ敗血症ヲ起ザバ睾丸剔出ヲナスベシ、貫通傷及精系ノ破碎ニモ之ヲ行フ、外傷ニヨル睾丸及副睾丸ノ腫脹ハ徐々ニ消褪スルヲ常トス。

四 陰囊炎症 Entzündungen des Skrotums

1 陰囊濕疹 Eczema scroti

肥滿セル者ニアリテハ稀ナラズ、發汗ノ結果トシテ發生ス、急性ニハ亞鉛花泥膏、七〇%亞鉛花

オレーフ油、提睾帶、慢性ニハ土肥氏麥兒膏ニヨリテ速ニ治癒ス、皮膚ノ浸潤アリ肥厚シテ瘙痒強キハ水銀石英燈ヲ照射シ又ハ睾丸ヲ高舉シ保護々謨板ヲ置キテレントゲン綠照射ヲ行フベシ。

2 炎症性陰嚢浮腫 Entzündliches Oedem des Scrotums

隣接部ノ炎症ニヨリテ起ルモノナリ、全身水腫及局所性循環障碍ニ因ル陰嚢浮腫 Hydrops scroti ト區別スヘシ、

療法 穿刺又ハ亂刺ヲ行フベシ、壓迫繃帶ハ壞疽ヲ起スコトアレバ避ケシム可シ。

3 陰嚢丹毒 Erysipelas scroti

初メ潮紅著シカラズ、急激ニ浮腫狀ニ皮膚ノ腫脹ヲ來シ、背部ニ向ヒテ蔓延スル傾向ヲ持チ、陰嚢ノ壞疽ヲ起スコトアリ。

療法 ハ安靜、提睾、罨法及ピクロルカルシウムノ靜脈內注射(一—二%二〇乃至四〇竡)、丹毒ワクチン注射(一回、二、乃至五、竡)、丹毒血清注射(四〇竡)等ヲ行フ。

4 陰嚢縫窩織炎 Phlegmone des Scrotums

皮膚ノ損傷、睾丸又ハ睾丸內ノ炎症、尿浸潤等ニ際シテ發生ス、浮腫性腫脹ヲ以テ始マリ高熱、惡寒戰慄、强度ノ潮紅、皮膚ノ壓痛及緊張ヲ起シ尿道ヲ壓シテ排尿ヲ妨ゲ、强ク赤色ヲ呈スル部分ハ壞死ニ陷リ、開口シテ膿狀壞疽性物質ヲ排出ス、排膿ノ結果治癒スレドモ重キハ轉移ヲ起シテ膿

毒症、敗血症トナルモノナリ。

療法 充分ナル切開ヲ加ヘテ排膿ヲ完全ナラシム可シ。

5 陰嚢壞疽 Gangrän des Scrotums

丹毒、蜂窩織炎、浸蝕性下疳、チブス、痘瘡、猩紅熱等ニ際シテ發生ス。

療法 外科的手術ニヨル。

陰嚢ニ於ケル其他ノ皮膚疾患ハ象皮病、被角血管腫、紅色陰癬、黃色腫、下疳等ナリ。

五 睾丸莢膜ノ炎症 Entzündungen der Tscheidenhäute des Hodens

1 急性炎 Akute Entzündungen

一、急性陰嚢水腫 Hydrocele acuta

睾丸固有莢膜ノ急性炎ニシテ外傷ニヨリテ稀ニ尿道又ハ膀胱ノ炎症及炎症轉移ニ依リテ起リ、莢膜ノ間ニ分泌物ヲ形成ス、漿液性、纖維素性若クハ膿性ナリ。

症候 熱發、倦怠等ノ全身症狀ト睾丸內疼痛ニ始マリ、熱發ハ漿液性ニ在リテハ、三日乃至五日ニシテ解熱スレドモ、膿性ニアリテハ連續性ナリ、急速ニ腫脹ヲ來シ、陰嚢ハ緊張シテ强度ノ壓痛

ヲ訴ヘ、卵圓形ヲ呈シテ波動ヲ示ス、漿液性ニ於テハ透明ナリ、表面時々赤色ヲ呈シテ浮腫性ナリ、纖維素性ニ在リテハ腫脹大ナラズ、纖維素ノ摩擦ヲ感ズルコトアリ、膿性ニアリテハ疼痛及熱發强ク不透視性ナリ。

經過　漿液性ハ通常一、二週間ニシテ漿液ノ吸收ニヨリテ治癒スレドモ、時ニ慢性ニ移行ス、纖維素性ニ在リテハ數日ニシテ莢膜癒着ヲ以テ治癒シ、膿性ニアリテハ莢膜、陰囊ト癒着シ、外部ニ開口シテ排膿シ若クハ稀ニ精系ニ沿ヒテ腹腔ニ進ムコトアリ、豫後ハ不良ナラズ。

療法　安靜、陰囊高擧、冷罨法、壓迫繃帶ヲ行フ、時ニ穿刺ノ必要ナルコトアリ、膿性ニハ切開ヲ加フ、フリック氏ノ絆瘡膏繃帶ハ壞死ヲ起スコトアリテ賞用セラレズ。

二、急性精系水腫　Hydrocele acuta funiculi spermatici

原因ハ前項ニ於ケルト同樣ニシテ慢性ニ移行スルコトアリ、猝頓ヘルニアト區別スルコトヲ要ス、急性囊狀陰囊水腫　Hydrocele cystica acuta トモ名ヅク。

2　慢性炎　Chronische Entzündungen

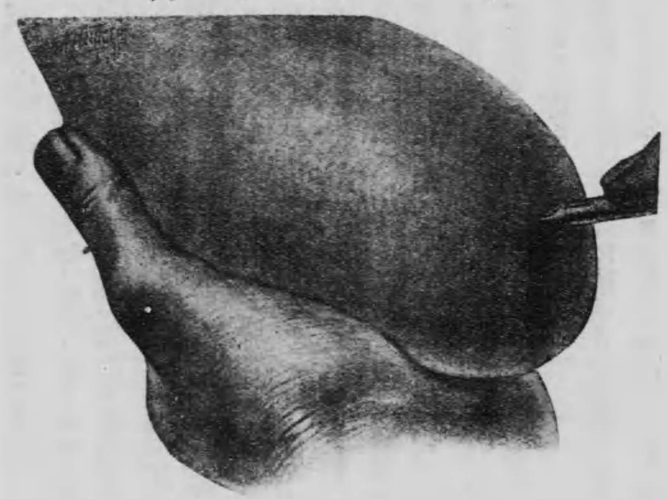
一、慢性陰囊水腫（睾丸莢膜水腫）Hydrocele testis vaginalis　睾丸總莢膜水腫　Hydrocele testis communis　睾丸周圍炎　Periorchitis　睾丸莢膜炎　Orchidomeningitis　莢膜炎　Vaginalitis　睾丸固有莢膜ノ間ニ漿液性分泌物ノ貯溜スル疾患ナリ。

原因　外傷ノ外、急性炎ヨリ慢性炎ニ移行ス、又急性又ハ亞急性副睾丸炎ヨリ移行ス、先天性陰囊水腫ノ殘存、睾丸ノ腫瘍、黴毒、稀ニ結核ノ結果、不明ナル原因等ニ因リテ起ル。

症候　陰囊腫脹シ、西洋梨形ヲ呈シ、大サハ分泌物ノ量ニ比例ス、分泌物ハ三〇竡ヨリ二〇立ニ達ス、液ハ黃色ニシテ透明ナリ、多量ノ蛋白質ヲ含ミ、鏡檢スレバ僅ノ扁平上皮細胞、コレステリン竝ニ時々精蟲ヲ發見ス、水腫ノ緊張及莢膜ノ肥厚大ナラザレバ波動ヲ呈ス、莢膜ノ肥厚ハ結締組織ヨリ成リ水腫ノ永ク存在スル時ニ見ルモノナリ、水腫ハ主トシテ透視性ニシテ固有莢膜ノ血管セル際ハ不透視性ナリ、睾丸ハ常ニ水腫ノ後方ニ在リテ下方ニ位ス、固有莢膜ノ纖維素性分泌物ヲ造ル時ハ纖維素性陰囊水腫　Hydrocele fibrinosa　又ハ慢性癒着性睾丸莢膜炎　Periorchitis chronica adhaesiva　ト名ケ、主トシテ高年ニ來リ、觸診スル時堅キ物體ノ摩擦音ヲ感ズ、纖維素性ニ肥厚セル莢膜ハ石灰化ヲ來スコトアリ、自覺症狀ハ水腫ノ一定ノ大サニ達シタル時、精系ヲ其ノ重サニ因リテ牽引シ、增大スル時ハ交接ヲ防ゲ容易ニ濕疹ヲ起シ、其內壓ニ依リテ睾丸萎縮ヲ來スコトアリ、重要ナル合併症ハヘルニヤニシテ時々水腫ノ砂時計狀ヲ呈スルコトアリ、兩房性陰囊水腫　Hydrocele bilocularis　ト名ク。

診斷　水腫上ノ皮膚ハ移動性ニシテ水腫ノ表面一樣ニ平滑ナリ、壓痛ヲ缺キ打診ニヨリテ鼓音ヲ發ス、著明ナル波動ヲ呈シ多クハ透視性ナリ、其尖端ハ鼠蹊管ニ向ヒ圓錐形ヲ成シテ了ル、鼠蹊管

第一八〇圖



陰囊穿刺術

內ニ指ヲ挿入スルモ精系以外ニハ何物ヲモ觸知セズ、之ニ反シテヘルニヤニ在リテハ打診ニ依リテ濁音ヲ呈シ、咳嗽ヲ行ハシムレバ腫瘍ハ增大スルモ、橫臥セシムレバ直ニ縮小ス、睾丸及副睾丸腫瘍ハ其形狀及硬度不規則ニシテ透視性ナラズ、通常壓痛ヲ有ス、最モ確實ナル診斷ハ水腫ノ穿刺ヲ行フニ在リ。

●●療法　內用及ビ外用共ニ藥劑ハ效果ナシ、唯外科的治療ヲ行フ可シ。

1陰囊穿刺、陰囊ヲ消毒シテ左手ヲ以テ水腫ヲ固定シ、其前面ニテ中央ヨリ下方ニ於テ血管ヲ有セザル部ニ、細キ套管針ヲ尖端ヨリ二三糎ノ所ニテ、指ノ間ニ持チテ穿刺ス、此時套管針ハ陰囊ノ長軸ニ直角

ナラシムベシ、次デマンドリンヲ拔キ、細管ノ外端ヲ下ゲテ液ヲ流出セシム、成人ニ在リテハ對症的療法ナレドモ、小兒ニ在リテハ之ニ由リテ莢膜ノ間癒着シテ全治スルコトアリ、穿刺ヲ終ラバ殺菌ガーゼ繃帶ヲ行ヒ提睾帶ヲ施ス可シ、若シ睾丸ヲ傷ケタル時ハ疼痛及出血ニヨリテ感知セラル、此際ハ壓迫繃帶ヲ行フベシ、穿刺ノ後アルコール、クロロホルム、エーテル、ルゴール氏液、沃度丁幾等ヲ八乃至一〇耗注入シテ其大部分ヲ流出セシメ、傷ハコロジュームヲ塗リ睾丸ヲ高擧スレバ、激痛ヲ發シテ莢膜間ニ炎症ヲ起シ時ニ熱發スルモ、八日乃至十日ニシテ次第ニ其症狀消失シ、水腫ノ治癒スルコトアレドモ、時ニ化膿及壞死ヲ來ス恐レアリ、其效果モ亦確實ナラズ。

2切開、一八七三年フォルクマン氏 Volkmann ニ依リテ初メテ行ハレ、後ベルグマン氏 Berg-mann ニ依リテ改良セラレタリ、フォルクマン氏ノ方法ハ一〇乃至一二糎ノ長サニ陰囊皮膚及莢膜ニ切開ヲ加ヘ、液ヲ排泄セシメタル後、此ノ二ツヲカットグットニテ縫合シ、內腔ニハガーゼ片ヲ挿入スルモノナリ、莢膜ノ間ニ血腫ノ生ズルヲ防グ爲メニハ、止血ヲ充分ニシテ壓迫繃帶ヲ行ハバ莢膜ノ漿液膜面ハ徐々ニ癒着シテ治癒スベシ、ベルグマン氏ノ方法ハ最モ多ク使用セラル、左手ヲ以テ陰囊ヲ緊張セシメ腫瘍ノ凸面ニ、一〇糎ノ皮膚切開ヲ行ヒ、水腫ヲ皮膚ヨリ遊離シテ後之ニ切開ヲ加ヘ、液ヲ流出セシメテ莢膜ノ外葉ヲ睾丸及副睾丸ノ基部マデ離シ、之ヲ切リ取リタル後止血ヲ行ヒテ睾丸ヲ納メ、皮膚ヲ縫合ス、ジャブーレー氏及ビウォンケルマン、ハベルグマン氏法ノ如クシ

テ、三、四糎ノ切開ヲ加ヘ、液ヲ排出シ、莢膜ノ創口ヲ縫合スル時ハ、皮下結締組織ハ莢膜ノ翻顚セラレタル漿液膜面ト癒着シテ全治スルニ至ルモノナリ。

二、陰嚢血腫 Haematocele,（慢性出血性睾丸周圍炎）Periorchitis chronica haemorrhagica

原因 主トシテ外傷ヨリ起リ、水腫ノ穿刺ニ依リテモ發生ス、漿液膜面ニ結締織及血管ノ增殖ヲ來シ癒着ノ傾向ヲ有ス、透視性及波動ヲ缺グ、睾丸腫瘍トノ鑑別ハ其形ニ依ルベシ。

療法 穿刺ハ不適當ナルヲ以テ切開ヲ行フベシ。

陰嚢乳腫 (Galaktocele ハ乳狀ノ液ヲ含ミ液ハ脂肪ニ富ミ、稀有ノ疾患ナリ。

三、精系水腫（嚢腫性水腫）Hydrocele funiculi s. cystica 稀ニシテ多クハ弱年ニ來リ、主トシテ先天的ニ癒着不完全ナル腹膜鞘狀突起 Processus vaginalis peritonei ノ開放部ニ漿液瀦溜シテ發生スルモノナリ、鼠蹊管内輪ヨリ精系ニ沿ヒテ睾丸ニ達スルコトアリ、鼠蹊管内ニノミ存スルコトアリ、鼠蹊管外ニテ精系ニ沿ヒテ存スルモノアリ、最後ノモノ最モ多シ、大小ノ嚢狀部ヨリ成ルコトアリ、双房性及ビ多房性精系水腫 Hydrocele funic. sperm. bilocularis et multilocularis ト名ク。

診斷 腫瘤ノ位置ニ由リテ行ハレ、ヘルニヤトノ相異ハ、小ナル時、多少移動性ニシテ卵圓形ヲ呈シ、患者ノ體位又ハ咳嗽ニ依リテ其大サヲ變化セズ、波動ハ壁ノ肥厚及緊張ノ爲メニ多クハ觸知セ

ラレズ、從テ透視性モ亦少シ、其大サハ胡桃大ヨリ稀ニ鷄卵大ニ達シ、牽引及疼痛ヲ呈ス、精系ハ主トシテ其後方若クハ内側ヲ走リ、從テ精系水腫ハ睾丸ノ後方ニ達ス、モルガニー氏附屬體 Morgagnische Hydatide ヨリ櫻實大乃至梅實大ノ嚢腫ヲ發生スルコトアリ。

療法 穿刺ヲ行ヒ跡ニ沃度丁幾ヲ注入ス。

精系ニ沿ヒテ淋巴管ノ嚢狀ニ擴張スルコトアリ、精系水腫ニハ纖維素ノ發生スルコトアリ、精系血腫モ亦發生ス。

六、睾丸、副睾丸及精系ノ炎症

Entzündungen des Hodens, Nebenhodens und des Samenstranges

1 睾丸ノ炎症 Entzündungen des Hodens

（一）急性睾丸炎 Orchitis acuta

原因 外傷、尿路ノ炎症、淋疾、尿道狹窄、攝護腺疾患、膀胱炎、膀胱結石ヨリ移行シ、傳染病（流行性耳下腺炎、腸窒扶斯）ノ轉移、痛風等ニヨリテモ起ル。

症候 睾丸ハ鷄卵大ニ達シ、睾丸ノ形ヲ保チ、充血性ニシテ後ニハ實質及莢膜内ニ小ナル膿瘍ヲ生ズルニ至ル。

強度ノ自發痛ヲ發シテ睾丸ヨリ鼠蹊部、腰部、腹部、脊部ニ放散ス、壓痛ハ莢膜ノ緊張ニ因リテ起リ高熱ヲ伴フ、腫脹セル卵圓形睾丸ノ表面ハ平滑ニシテ其背面ニ副睾丸存在ス、經過ハ主トシテ二乃至四週間ニシテ全治スルモ、尿道ニ原因ヲ有スルモノハ頑固ナリ、熱發ノ繼續スルハ化膿セル證ナリ、治癒後、睾丸實質ハ重症ノ時ニ於テハ萎縮ヲ來シ、化膿ハ外方ニ破レ、小兒ニ在リテハ肉芽ノ强度ノ增殖ヲ呈シテ良性睾丸海綿腫 Fungus testis benignus ヲ發生ス、化膿ガ精系ニ沿ヒテ骨盤內及腹膜ニ進ム時ハ危險ナリ。

診斷 睾丸及副睾丸ノ腫瘍、睾丸炎、副睾丸炎及陰囊水腫トノ鑑別、睾丸、副睾丸及睾丸固有莢膜ノ關係ヲ知レバ容易ナリ。

豫後 通常良好ナリ。

療法 絕對安靜、睾丸ノ高擧、陰囊ノ冷罨法ヲ行ヒ、鎭痛劑ヲ以テ疼痛ヲ輕減シ、食事ヲ注意シ便通ヲ整フ、化膿シテ熱發、惡寒戰慄、波動ヲ示セバ切開ヲ加フ、化膿部ノ癒合セザル時切開ヲ加フレバ睾丸ノ脫出ヲ起シテ壞死ニ陷ラシムルコトアリ、切開ヲ加ヘ排膿スルモ症狀ノ輕快セザルハ膿瘍ノ外ニ存在スル證據ナルヲ以テ睾丸剔出術ヲ行フ可シ。

(二)慢性睾丸炎 Orchitis chronica

急性ヨリ移行シ若クハ不明ノ原因ヨリ發生ス、結締織浸潤ヲ起シテ疼痛ヲ發セザルモ壓痛ヲ有ス。

豫後 睾丸次第ニ萎縮ス。

療法 對症的ニ沃度丁幾、沃度加里、軟膏ノ使用、溫罨法等ヲ行ヒ、症狀重ケレバ切開、剔出術ヲ行フ。

埃及ニハビルハルツ氏病ニ依ル慢性睾丸炎アリ。

睾丸萎縮 Atrophie des Hodens ハレントゲン線ノ作用ニ由リテ起リ此際精蟲ハ障害セラル。

2 副睾丸ノ炎症 Entzündungen des Nebenhodens

(一)急性副睾丸炎 Epididymitis acuta

原因 外傷ニヨリテ來ルコトハ稀ナリ、通常炎症殊ニ淋菌性攝護腺炎ノ存在スル時ニ起ル、性慾甚大ナル時ニ來ル、色慾性副睾丸炎 Epididymitis erotica モ此項ニ屬ス。

膿毒症、痘瘡等ニ來ルハ轉移性副睾丸炎 metastatische Epididymitis ナリ。

炎症又ハ感染ノ尿道ヨリ進行シテ來ルコト多シ、尿道狹窄、カテーテル挿入、碎石術等ニテ尿道內ニ器械ノ挿入ニ相續デ直チニ來ルコトアリ、オッペンハイム氏及ビロウ氏ニ依レバ精阜ヲ器械的ニ刺戟スル時、精系ハ蠕動性ニ抵抗スル運動ヲ起シテ、副睾丸炎ノ發生ヲ促進スルモノナリト云フ、最モ多キ原因ハ淋疾ニシテ、淋疾患者ノ五分ノ一乃至一〇分ノ一ハ此ノ合併症ヲ起スモノナリ、後部尿道淋ヨリ續發ス、多クハ一側ニ來リ、右側ハ左側ヨリモ稍々多ク、時ニ兩側相繼ギテ犯

サル、コトアリ、淋疾ニ罹リテ第二週以後ニ來リ、フィングル氏ニ依レバ第四週ニ於テ最モ多シト云フ、ル、フオー氏ノ統計ニヨレバ、淋疾ノ治療ヲ加ヘザル者ハ、治療ヲ加ヘタルモノヨリモ副睾丸炎ニ罹ルコト多ク、淋疾ノ急性ニアラズ慢性ニシテ淋菌ノ發見シ難キ場合ニモ之ヲ起スコトアリ、此際外傷、房事過度等ハ其ノ誘引トナルコト多シ。

病理解剖 病竈ハ主トシテ副睾丸ノ尾部ニ存シ、治癒スル時通常硬キ結締組織竈ヲ殘スモノナリ、遂ニハ癒痕ヲ生ジテ精糸減少症 Oligospermie 精糸缺如症 Azoospermie 若クハ精液缺如症 Aspermatismus ヲ來スモノナリ。

症候 經過及診斷 第一ニ來ル徴候ハ、睾丸ヨリ鼠蹊部ニ至ル牽引性疼痛ニシテ、爲メニ患者ハ脚ヲ外轉シテ歩行ス、副睾丸ニ壓痛アリ、朝夕倦怠及輕度ノ惡寒ヲ訴フ、此等ノ症狀ハ輕度ノ場合ニハ、適當ナル療法ニ依リテ晝時ニシテ輕減スルモ、重症ニハ疼痛ガ急速ニ增大シ、腰部、上腿、背部等ニ向ヒテ放散シ、精系ハ炎症性ニ腫脹シテ副睾丸ヲ注意シテ固定スル時ハ輕減ス、然レドモ自發痛强ク臥床ヲ餘儀ナクシ、患側ノ足ヲ屈スルモノナリ、稀ニハ腹膜ヲ刺戟シテ嘔氣、吐心、虚脱ヲ來スコトアリ、重症ニハ三九乃至四〇度ノ熱發アリ、自覺症ノ發生ヨリ二十四時間ニシテ已ニ睾丸ノ腫脹ヲ來シ、陰囊皮膚ノ潮紅ヲ呈スルコトモ亦稀ナラズ、

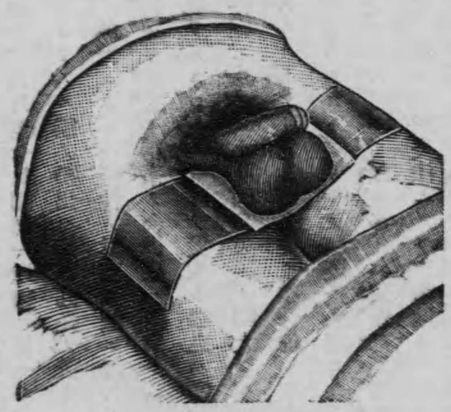
注意シテ觸診スル時ハ軟カキ睾丸ノ後方上下ニ捏粉狀ノ副睾丸ヲ觸知ス可シ、初メハ頭部及尾部ニ腫脹アルモ、後ニハ全副睾丸ノ腫脹スルニ至ルモノナリ、鷄卵大以上ニ達ス、極盛期ハ四、五日ニシテ達シ、五乃至七日間同一狀態ニ留マリ、夫レヨリ二週間ニシテ腫脹ハ漸次減退スルモノナリ。尿道ヨリスル膿ノ排出ハ副睾丸炎ノ發生ト共ニ中止シ、後再ビ發現スルモノニシテ其原因ハ不明ナリ、熱發ニヨル一時性ノ淋菌死滅ニ歸スル人アリ。

合併症及異型 精系ノ合併症ハ精系炎 Funiculitis ノ條下ヲ參考スベシ、急性陰囊水腫ハ固有莢膜ノ犯サルヽコトニヨリテ發生シ睾丸ハ觸知セラレザルニ至ルコトアリ、副睾丸炎ノ消退スルモ屢々尙存在スルモノナリ固有莢膜ノ開大セル時ハ急性精系水腫 Hydrocele acuta funiculi spermatici ノ發生スルコトアリ急性睾丸炎モ亦合併シテ來ルコトアリ、ヘルニヤノ併存スル時ハ副睾丸ノヘルニヤト癒着スルコトアリ、又腹膜炎ノ起ルコトアルハ已ニ述ベタリ、睾丸及副睾丸ノ位置異常ハ病症ノ異型ヲ生ズ可シ、最モ多キハ鼠蹊部副睾丸炎 Epididymitis inguinalis ナリ、皮膚ハ潮紅腫脹ヲ來シ多クハ消炎法ニヨリテ消退スルモ、時ニ鷄卵大ニ達シ、ブーバルチー氏帶ノ高サニ於テ長徑ヲ有シ、卵形ノ軟彈力性睾丸ト硬キ副睾丸トヲ區別シ得可シ、腹腔トノ間開通セル時ハ腹膜炎ヲ發生スルコトアリ。

豫後 生命ニハ危險ナシ、全治ハ難キコトアリ、副睾丸ノ化膿シテ睾丸ノ化膿及壞疽ヲ發生スル

コトアリ、副睾丸ノ浸潤ハ全ク消退スルコトハ稀ナリ、多クハ自覺症ヲ缺ギタル多少ノ肥厚ヲ殘シテ、殊ニ浸潤ノ尾部ニ存スル時ニハ特ニ精液ノ通過ヲ障碍スルモノナリ、兩側ノ副睾丸炎ハ生殖不能症 Impotentia generandi ヲ起スコト多シ、精液中ニハ急性期ニハ精蟲ノ外ニ膿ヲ含有シ、其後多少長時ニ亙リテ精蟲ノ減少又ハ缺如ヲ呈シ、兩側ノ場合ニハ急性期ニ精蟲ヲ缺グ、ボスネル氏ニヨレバ此疾患ノ經過後數年ニシテ、ブラワッツ氏注射器ヲ以テ睾丸ヲ穿刺シテ精蟲ヲ見タリト云フ、結核ノ素質ヲ遺傳セル者ニハ後ニ副睾丸結核ヲ招致スルコトアリ、

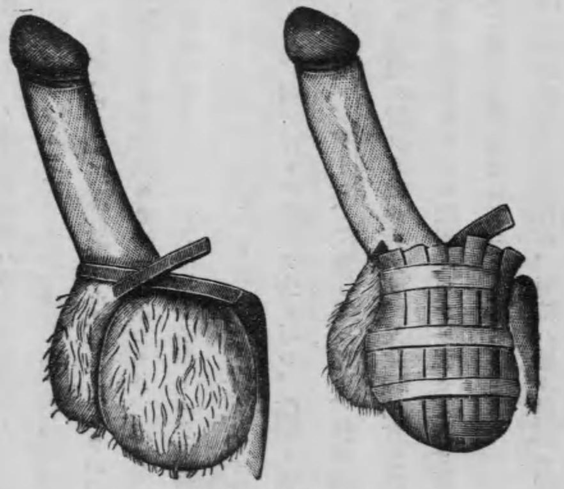
第一八一圖



臥床時陰嚢固定法

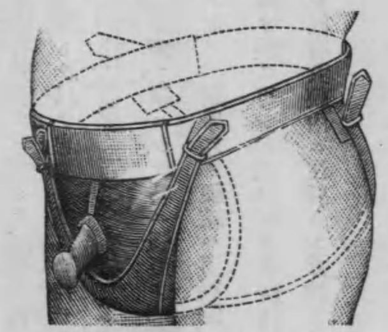
療法 臥床ヲ命ジ睾丸ヲ高擧シ、固定シテ冷罨法ヲ置ク、氷嚢ヲ賞用スル人アルモ、不注意ノ爲ニ陰嚢ノ壞疽ヲ起スコトアレバ、疼痛ノ劇シキ急性期ノ外、用ヒザルヲ可トス、氷嚢、冷罨法ハ共ニ浸潤ヲ去ルコト少キガ故ニ、餘リ永ク使用セザルヲ良シトス、强度ノ疼痛及熱發ヲ去ル時ハ二%醋酸鞣土水ノ溫罨法ニ變更シ、溫罨法ハ出來ル丈ケ暖キヲ可トス、初メヨリ冷罨法ニ堪ヘザル人ニハ睾丸溫罨法ヲ使用シ、浸潤ノ消失スル迄用ヒシム可シ、外用ニハ此外、灰白軟膏ノ塗擦ヲ行ヒ、初メヨリ輕キ食餌ヲ攝取セシメ、淋疾ニハ利尿作用アル飲料ヲ與ヘテ便通ヲ整正ス、輕症ニシテ永ク臥床セシムルコト能ハザル場合ニハ、提睾帶ヲ用ヒテ溫罨法ヲ用ヒシム、淋毒性ノ場合ニハ淋疾ノ治療ヲ中止ス可シ、夜間ニモ亦提睾帶ヲ用ヒシム。

第一八二圖



土肥氏水銀硬膏繃帶

第一八三圖



土肥氏提睾帶使用法

フリッケ氏ノ絆瘡膏繃帯ハ睾丸及副睾丸ノ營養ヲ障碍シテ結核ノ素質アル場合ニハ結核ヲ誘致スルヲ以テ用フベカラズ、土肥(慶藏)氏ノ水銀硬膏繃帯ハ時ニ著效アリ、皮膚炎ヲ起シ易キ者ニハ用フベカラズ、ビール氏鬱血療法モ亦時ニ用ヒラル、睾丸總莢膜及固有莢膜ヲ穿刺シテ副睾丸實質ノ緊張ヲ減ゼシムル方法モ亦時ニ使用セラル、卽チ左手ノ拇指ト示指トヲ以テ患側ノ睾丸ヲ持チテ固定シ、皮膚ヲ消毒シテ右手ノ母指ト示指トニテ保持セルブラワッツ氏注射器ヲ副睾丸ノ尾部ニ穿刺シ、一、二滴ノ漿液ヲ注意シテ吸出シ跡ニハ絆創膏ヲ貼ルベシ、急性陰嚢水腫ニシテ特ニ强度ノ疼痛ヲ伴フモノハ穿刺ヲ行ヒテ緊張ヲ去ル可シ、化膿ノ場合ニハ切開ヲ加フ、副睾丸ノ硬結ハ溫罨法、沃度軟膏、沃度ワゾゲーン、沃度丁等ヲ用ヒ、提睾帶ヲ施シテ吸收ヲ促ス可シ、近時ヂアテルミー裝置ニヨリ透熱ヲ行フテ效果大ナリ、又生理的食鹽水五—一〇粍ヲ固有莢膜內ニ注射スル方法アリ、疼痛ハ速ニ消失スレドモ注射時可ナリ强キ疼痛ヲ訴フ。

(11)慢性副睾丸炎 Epididymitis chronica.

主トシテ急性ヨリ移行ス、硬結ハ屢々尾部ニ存在シテ尿道炎ノ再發スル時增大スルモ、其去ルト共ニ自然ニ消退ス、硬結ノ存在ハ又時ニ尿道炎ヲ誘發スルコトアリ、慢性ニハ又稀ニ硬結ノ化膿スルコトアリ、强度ノ疼痛ヲ與フルモノナリ、通常疼痛ヲ缺如スレドモ、時ニハ鼠蹊部ニ放散スル痛

ヲ訴フルコトアリ、療法ハ急性ニ準ジテ行フ可シ、ヂアテルミー療法ヲ推賞ス。

3 精系ノ炎症 Entzündung des Samenstranges.

急性精系炎 Funiculitis acuta 急性輸精管炎 Deferentis acuta

稀ニ獨立シテ來ルモ、多クハ淋毒性副睾丸炎及精囊炎ノ合併症ナリ、尿道ヨリ進ミテ射精管及輸精管ヲ犯スモノナリ、精系ハ全長ニ亘リテ腫脹シ若クハ一局所宛腫脹スルモノニシテ、通常羽睾狀ノ丸クシテ平滑ナル硬キ索狀ヲ觸知シ、壓痛ヲ呈ス、鼠蹊輪マデ觸診セラル、時ニ又肛門ヨリ攝護腺ニ近ク觸知セラルヽコトアリ、外傷性ノ精系炎ハ外傷性副睾丸炎ヨリ上昇シテ發生シ、或物ハ副睾丸炎ヨリ淋巴管炎ヲ起シテ發生スルコトアリ。

急性精系水腫ノ合併スルコトアルハ已ニ述ベタリ、精系ノ全組織ヲ犯シテ腹膜炎ヲ起スコトアリ、是レ精系靜脈叢ニ沿フテ進ミ又ハ輸精管ノ膨隆部ニ沿ヒテ上昇シ、遂ニ內腸骨動脈上ニアル淋巴腺ヲ犯シテ發生スルモノナリ。

經過 副睾丸炎ニ於ケルト同樣ナリ、疼痛、腫脹分狀モ亦消炎法ニヨリテ多クハ消失ス。

療法 副睾丸炎ニ於ケルト同樣ニ睾丸ヲ高擧シ、稀ニ化膿スル時ハ切開ヲ加フ、化膿ハ通常惡寒戰慄、高熱、波動、穿刺ニヨリテ確定セラル。

七　睾丸、副睾丸及精系ノ結核

Tuberculose des Hodens, Nebenhodens und des Samenstranges

睾丸結核ハ比較的多キ疾患ナリ、結核患者ニハ健康ナル睾丸内ニモ結核菌ヲ發見ス、外傷及ビ淋毒性副睾丸炎ノ如キ誘引アルトキハ容易ニ結核ヲ起スモノナリ、卽チ血液中ニ循環セル結核菌ハ或ル條件ノ下ニ此處ヲ侵害スルモノニシテ生殖器ノ發達スル時期ニ於テ最モ多シ、外傷、淋疾、充血等ハ誘引トナリ、睾丸結核ノ外傷及ビ淋疾後ニ來ルコト多キハ事實ナリ、然レドモ睾丸ノ結核性局部傳染アルヤ否ヤハ疑問ナリ、多クハ第一病竈タル肺及骨結核若シクハ腎臟、攝護腺又ハ精囊結核ヨリ二次的ニ侵サルヽモノナリ。

フオン、バウムガルテン氏ハ家兎ニ就テ結核菌ガ精液ノ方向ニ擴マルコトヲ證明セシモ人體ニハ尙爾後ノ研究ヲ要ス、病竈ハ主トシテ初メ副睾丸ニアリ、後ニハ輸精管ヲ通リ睾丸ニ擴マルモノニシテ、通常副睾丸ニ於テハ頭部及ビ尾部ヲ犯スコト多シ、多クハ一側ニ來ルモ後ニハ兩側ヲ犯スモノナリ、ブルンス氏ニヨレバ兩側ハ五〇%ナリト云フ、一側ノ腎臟結核アリテ同側ノ副睾丸結核ノ合併スル例モ記載セラル、副睾丸ヨリ攝護腺、精囊及膀胱ヲ犯スコトアリ、又精囊ヨリ始マリ攝護腺、輸精管ノ之ニ近キ部分ノ犯サレテ、睾丸及ビ副睾丸及ビ之ニ近キ精系ノ犯サレザルコトアリ、

稀ナラズ。

病理　固有莢膜モ犯サレ、粟粒結節ヲ生ジテ睾丸ト癒着スルコトアリ、稀ニ陰囊水腫ヲ發生ス、總莢膜及ビ皮膚ノ犯サルヽニ至ラバ瘻孔ヲ生ジテ潰瘍トナリ、肉芽增殖ニヨリテ良性睾丸海綿腫Fungus benignus testis ヲ成スニ至ル、近時結節ナキ纖維性睾丸炎ハ一部結核菌ノ病的產物ニ影響セラレテ生ズルモノト考ヘラル。

症候及ビ經過　多クハ疼痛ヲ有セズ、知ラザル間ニ發生ス、疼痛及ビ腫脹ヲ伴フモノハ少ナシ、主トシテ結節ハ徐々ニ生長シテ屢々偶然ニ發見セラル、初メハ一ツ又ハ數個ノ小結節又ハ結節ヲ副睾丸ノ頭部ニ發見シ、後ニハ各所ニ觸知セラル、數年又ハ十數年ニシテ發生スルヲ常トス、精系ハ犯サレザルコトアリ、其犯サルヽヤ結節ハ鼠蹊輪部ニ著明ナリ、精系ノ硬キ索狀ヲ呈スルコトアリ、精系膨隆部ニ結節ヲ觸ルヽコトアリ、瘻孔ヲ生ジ良性海綿腫ヲ生ズルコトアルハ已ニ述ベタリ、海綿腫ニ於テ乾性(萎縮)型ノモノハ全身障害ヲ起スコト少ナク、乾酪性型ハ稍々急性ニシテ容易ニ他ノ生殖腺ヲ犯シ、全身結核ヲ起スコト多シ、精液ノ產出ハ害セラルヽコト、然ラザルコトアリ、精液ノ代リニ粘液又ハ結核膿汁ノ排泄セラルヽコトアリ、

診斷　多クハ困難ナラズ、急性副睾丸炎ノ硬結ハ平滑ニシテ硬ク、結核性ノモノハ多ク結節狀ナ

リ、體質、遺傳、他部ノ結核ヲ參考スベシ、直腸檢査ハ重要ナリ、攝護腺、精囊、精系膨隆部內ノ結節及ビ乾酪部ハ診斷ヲ確實ナラシム、睾丸ノ黴毒ハ主トシテ先ヅ睾丸ヲ犯スモノナリ。

豫後　一側ノ睾丸結核ハ稀ニ自然ニ石灰化シテ治癒スルカ、睾丸剔出術ニヨリテ治癒ス、兩側ニ來ルモノモ自然ニ治癒スルコトアレドモ、フォン、ブルンス氏ノ統計ニヨレバ五六%ハ治癒シ、一五%ハ他部ノ泌尿器結核ニテ死亡スト云フ、其他又他臟器ノ第一次及第二次ニ結核ヲ起スコトニヨリテ豫後モ異ナレリ。

療法　全身療法ハ食餌攝生療法ヲ主トシテ營養療法、空氣療法ヲ行ヒ、高山療法、水治療法殊ニ海岸ニ轉地シテ海水浴ヲ行ハシム。

外科的局所療法ハ分チテ對症及ビ根治療法ノ二ツトス、對症的療法ハ他臟器ノ結核、全身狀態、重症、泌尿器結核及ビ肺結核アル時ニ行ヒ、膿瘍又ハ瘻孔ヲ開キ、病竈ヲ燒灼シ、沃度ホルム療法ヲ行フベシ、フォン、ビュングネル氏ハ沃度ホルム、グリセリン注入ヲ賞用ス。

根治療法ハ罹患セル睾丸及副睾丸ヲ除去スルニアリ、サレド副睾丸ノミヲ除去スル者アルモ賞用セラレズ、蓋シ睾丸ガ同時ニ罹患セルヤ否ヤハ肉眼的ニ直チニ診斷シ得ラレザレバナリ、フォン、ブルンス氏ノ統計ニヨレバ、百三十四例中七十二例ノ同時ニ睾丸ノ罹患セルヲ見タリト云フ。

睾丸ノ剔出ハ一側ノ睾丸結核ニ行ヒ、病竈ヲ除去シテ全治ヲ得ルモノナリ、一側ノ腎臟及睾丸結

核ニハ此ニ臟器ヲ剔出ス可シ、睾丸結核ノ他部生殖器ニ進行スルヲ防止スル爲メニハ、出來ル丈ケ高位ニ於テ剔出シ、同時ニ結核性精囊炎及攝護腺炎ノ同側ヲ除去スルニ務ムベシ。

兩側ノ睾丸剔出ハ病症ノ進行甚シク客觀的、自覺的共ニ症狀ノ重キ時ニ之ヲ行フベシ、然ラザレバ局所ノ治癒ヲ得レドモ、甚シキ精神障碍ヲ殘スコトアレバナリ。

八　陰囊、睾丸、副睾丸及精系ノ黴毒

Syphilis des Skrotum, der Hoden und Nebenhoden und der Samenstränge

陰囊ニハ其皮膚上殊ニ陰莖根部ニ於テ初期硬結 Initialsklerose ヲ生ジ、第二期發疹ハ丘疹 Syphilis papulosa トシテ發生ス、特ニ上腿ヘ移行スル皺ノ部ハ扁平コンヂュロウム Condyloma lata ヲ生ズ、遺傳黴毒 Syphilis hereditaria ニテハ浸潤アル邊緣ヲ以テ深キ潰瘍ヲ生ジ、數ケ月ノ小兒ニアリテハコンヂュロウムヲ發生ス、第三期黴毒トシテハ陰囊ニハ丘疹性、潰瘍性黴毒疹 Syphilis papulosa et ulcerosa 竝ニ護謨腫 syphilis gummosa ヲ生ズ。

睾丸ハ比較的屢々黴毒ニ罹ルモノニシテ、先ヅ血管ヲ侵シ、ソレヨリ間質組織ニ進行ス、故ニ黴毒ニハ睾丸先ヅ侵サレ、次デ副睾丸ノ侵サルヽモノナリ、同時ニ身體ノ他部ニハ黴毒ノ症候ヲ認メ得ベシ。

病理解剖　(1)、徽毒性睾丸炎 Orchitis syphilitica fibrosa　ハ間質組織ノ汎發性增殖ニシテ二型ヲ區別ス、睾丸ハ一般ニ腫脹シ、結締織ヲ增加シテ浸潤ヲ起シ、細精管ハ第二次ニ犯サレ、睾丸ノ斷面ハ白色ノ纖維質トナルモノナリ。

(2)、護謨腫性睾丸炎 Orchitis gummosa　ハ同時ニ副睾丸及精系ヲ侵シ、主トシテ一側ニ來ルモノナリ。

(3)、徽毒性及護膜腫性睾丸炎 Orchitis syphilitica et gummosa　ノ同時ニ來ル場合アリ。

睾丸徽毒ハ感染後、半年乃至一年半ニシテ來ルコトアレドモ、通常ハ四年乃至十年ノ後ニ發生ス、尙睾丸結核ト同時ニ發生スルコトアリ、小兒睾丸徽毒ハ甚ダ稀ナリ。

症候及經過　徽毒性ノ變化ハ自覺症狀ヲ缺ギテ徐ニ發生シ、緩徐ニ增大スルニヨリテ氣付ク可シ、手拳大ニ達ス、西洋梨ノ形ヲ呈シ、其尖端ハ鼠蹊部ニ向フモ精系ニハ異常ナシ、徽毒性睾丸炎ニアリテハ全體ニ腫大シ、護謨腫性睾丸炎ニ於テハ結節狀ナリ、自發痛ヲ缺ギ壓痛アルモ僅少ナリ、通常硬クシテ堅牢ナリ、時ニ硬クシテ彈力性ナリ、又同時ニ陰囊水腫ヲ合併ス、經過ハ治療ニ依リテ色々ナリ、放置スルモ退縮シテ硬クナリ萎縮ヲ來スコトアリ、自然ニ吸收セラレザル護謨腫ハ乾酪變性、石灰化、又ハ軟化ヲ呈シ稀ニ化膿スルニ至ルモノナリ、軟化スル時ハ莢膜ヲ破リテ自開シ、陰囊ト癒着シ、瘻孔ヲ造リ、肉芽ヲ生ジテ徽毒性海綿腫 Fungus syphiliticus ヲ成スニ至

ル。

兩側ノ睾丸罹患シテ萎縮ヲ呈スル時ハ精蟲缺如症ヲ發生シ、不妊症ヲ起スニ至ル、然レドモ通常之ヲ侵スコト稀有ニシテ適當ナル療法ヲ行フ時ハ腺組織ハ健全ナリ。

診斷　上記ノ症候及經過ノ外ニ問診及他ノ徽毒ノ徵候ヲ以テス、結核トノ區別困難ナルコトアリ、腫瘍トノ鑑別ヲ要ス、ワッセルマン氏反應ヲ參考スベシ、驅徽療法モ亦診斷上ニ使用セラル。

豫後　良好ナリ、適當ナル時期ニ適當ナル療法ヲ行フ時ハ全快ス、生命ニ危險ナシ、先天性徽毒ノ睾丸ヲ犯スモノハ睾丸ノ敗滅ヲ來スモノナリ。

療法　强力ナル驅徽療法ヲ行ヒ再發ヲ防グ可シ。

療法トシテサルワルサン、水銀劑及沃度劑ヲ併用ス、自開スレバ同時ニ外科手術ヲ行ヒ、海綿腫ニハ三千倍ノ昇汞水ノ濕布ヲ用フ可シ。

副睾丸ノ徽毒ハ主トシテ睾丸徽毒ヨリ第二次ニ犯サレ同一ノ變化ヲ呈ス、第一次ニ犯サルヽコトアリ、第三期徽毒ハ一側ニ、第二期徽毒ハ兩側ニ來リ、初メハ間質性、後ニハ護謨腫性變化ヲ呈ス、初期硬結後二ケ月乃至三ケ月半ニシテ來ルコトアリ、治療ヲ加ヘザル時ハ萎縮ヲ來シ、兩側ニ來タル時ハ不妊症ヲ起スニ到ルモノナリ。

精系徽毒ハ睾丸及副睾丸徽毒ノ際稀ニ罹患ス、結節狀ヲ呈シテ硬シ、稀ニ單獨ニ侵サル、主トシ

テ護謨腫ナリ、稀ニ癩結節及放線狀菌病ト區別スルコトヲ要ス。

九　陰囊及莢膜ノ腫瘍　Neubildungen des Scrotums und der Scheidenhäute

1　陰囊ノ腫瘍　Neubildungen des Scrotums

(1)、慢性炎症性產物 chronisch-entzündliche Neubildung. 象皮病 Elephantiasis ハ熱帶ニ多ク濕帶ニモ來ル、我國ハ天草及琉球ニ多シ、皮膚及皮下組織ニ於ケル無制限ナル結締織增殖ナリ。

原因　外傷、尿屢又ハ住血フイラリヤニヨリテ發生ス。

療法　壓迫及アルコール濕布ヲ行ヒ、效ナキ時ハ肥大セル組織ノ一部ヲ切除ス。

(2)　眞正ノ腫瘍 echte Geschwülste

脂肪腫 Lipom 纖維腫 Fibrom 軟骨腫 Chondrom 骨腫 Osteom 血管腫 Angiom 肉腫 Sarcom ニシテ黃色腫 Xanthom ハ稀ナリ。

上皮性腫瘍ニハ次ノ如キ種類アリ。

a、囊腫 cystische Bildung ハ、一部ハ漿液性ニシテ、一部ハ粉瘤 Atherom ナリ、皮膚樣囊腫 Dermoid ハ先天性ニ來リ偉大ナルコトアリ。

b、癌腫 Carcinom ハ多シ、熱帶ニテハ濕疹ヨリ發生ス、化學的刺戟劑ナル煤烟及蔘兒ニ因リテ

發生シ、初メハ平板狀ニ增大シ後ニハ深部ニ生長ス。

療法　出來ル丈ケ早期ニ剔出ヲ行フ、止血ノ爲メニ血管ノ結紮ヲ充分ニスベシ、同時ニ鼠蹊腺モ剔出ヲ行フ可シ。

2　莢膜ノ腫瘍 Neubildungen der Scheidenhäute

一次性ニ來ル腫瘍ハ甚ダ稀ナリ、脂肪腫ハ總莢膜ニ生ジ囊腫ハ固有莢膜ニ發生ス、纖維腫 Fibrom 內發性軟骨腫 Enchondrom 橫紋筋腫 Rhabdomyom 粘液腫 Myxom 肉腫 Sarcom 等モ來ル、胞蟲囊腫モ來ルコトアリ、療法ハ良性腫瘍ハ機械的障碍アル時之ヲ除去シ、惡性腫瘍ハ根本的ニ剔出ス。

一〇　睾丸、副睾丸及精系ノ腫瘍

Neubildungen des Hodens und Nebenhodens und des Samenstranges

1　睾丸及副睾丸ノ眞正腫瘍 Neubildungen des Hodens und Nebenhodens

(1)、纖維腫 Fibrom ハ甚ダ稀ナリ、睾丸總莢膜又ハ輸精管壁ヨリ生ズ、(2)、內發性軟骨腫 Enchondrom モ亦稀ナリ、五〇%ハ轉位ナリ、骨腫 Osteom ハ時ニ來ルコトアリ、(3)、橫紋筋腫 Rhabdomyom モ時ニ來ルコトアリ。(4)、肉腫ハ多ク二十代ニ來リ、外傷ハ其誘引トナル、原發性ノモノハ一側ニ來リ、一側ノ手術後他側ニ來ル。

肉腫ニハ凡テノ種類アリ、卽チ圓形細胞肉腫 Rundzellensarcom 紡錘形細胞肉腫 Spindelzellensarcom 淋巴細胞肉腫 Lymphosarcom 胞巢形細胞肉腫 Alveolarsarcom 粘液肉腫 Myxosarcom 纖維肉腫 Fibrosarcom 巨大細胞肉腫 Riesenzellensarcom 血管細胞內腫 Angiosarcom 及黑色細胞肉腫 Melanosarcom 發生ス、近來淋巴上皮腫 Lymphoepitheliom 淋巴腺腫 Lymphoadenom モ見ラル、斷面ニ於テハ軟化及出血ニヨリテ種々ノ像ヲ呈ス、硬キモノト軟カキモノトアリ、後者ハ殊ニ惡性ナリ、通常睾丸ヨリ發生シ稀ニ副睾丸ヨリ發生ス、先ヅ睾丸內ニ黃白色ノ結節ヲ生ジ、副睾丸ニ移行シ、白膜ヲ破リテ急速ニ增大シ又精系ニ向ヒテ增進ス、皮膚ト癒着シ之ヲ破リテ惡性睾丸海綿腫 Fungus testis malignus ヲ成シ、鼠蹊腺其他ニ轉移ス。

診斷 必ズシモ容易ナラズ、通常陰囊水腫又ハ血腫ヲ併發ス。

豫後 白膜ヲ破ラザル前ニ根本的ニ剔出スレバ良好ナレドモ、其他ノ時ニハ殊ニ子供ニ於テハ不良ナリ。

療法 睾丸剔出又ハ病竈剔出ヲ行フ。

(5)、腺囊腫 Adenokystom 睾丸腺腫 Adenoma testis 又ハ睾丸類囊腫 Hodenkystoid ハ、主トシテ生殖能力アル二十歲乃至三十歲ノ年齡ニ來リ、外傷ニ次デ起ルモノナリ、細精管ノ上皮及間質組織ノ增殖シテ絞扼ニヨリテ生ズルモノト考ヘラル、囊腫ノ內容ハ一部粘液澄明若クハ濁濁シ或ハ血

性ナリ、是レ粘液性囊腫性腺腫 Kystoadenoma mucosum ナリ、一部ハ內容上皮樣粥狀物ヨリ成ル、是レ卽チ粥狀性囊腫性腺腫 Kystoadenoma atheromatosum ナリ、先ヅ睾丸內ニ生ジ、鷲卵大乃至兒頭大ニ達シ、全ク囊腫 Kystom ナルコトアリ、白色或ハ灰白帶赤色、黃色ノ結節又ハ小結節ヨリ成ル、腺腫 Adenom ノコトアリ、何レモ良性腫瘍ナリ、然レドモ結節ノ破壞シテ大ナル囊腫ヲ造ルモノハ多クハ惡性ニ變化ス、時トシテ又肉腫性ノ部分ヲ有シテ軟骨及筋纖維ヲ有ス、副睾丸及精系ハ通常犯サレズ、腫瘍ハ睾丸組織ニテ包マルヽモ一時ハ睾丸ノ結節及囊腫ノ間ニ介在スルコトアリ、腫瘍ノ表面ハ主トシテ平滑ニシテ彈力性ナリ、屢々波動ヲ呈シ又ハ硬シ、副睾丸ハ大抵後方ニ觸知セラレ、時トシテ急速ニ增大シテ疼痛ヲ伴ヒ、一年半ニシテ兒頭大ニ達スルコトアリ。

診斷 屢々穿刺ヲ用フ、睾丸血腫ト鑑別ス可シ、癌腫トノ區別困難ナルコトアリ。

療法 切開ヲ加ヘ、診斷確定スル時ハ速ニ睾丸剔出ヲ行フ可シ。

(6)、睾丸癌腫 Hodenkarzinom モ亦主トシテ二十歲乃至四十歲ノ間ニ來リ、外傷、淋疾、黴毒等ハ誘引ト考ヘラル。

癌腫ノ大部分ハ軟カキ髓樣癌 medulläre Form ニシテ一部ハ硬キ硬性癌 Skirrusform 、一部ハ移行型 Uebergangsform ナリ、ランゲルハンス氏ノ說ニ依レバ曲細精管ノ上皮ヨリ、コッヘル氏ニ依レバ睾丸網ヨリ發生スト云フ、軟カキ胞巢型ノモノハ急速ニ增大シ、睾丸實質ヲ破壞シ、睾丸ヲ前方

ニ壓迫ス、副睾丸ハ犯サレザルコトアリ、癌結節ハ横斷面ニテ粘液化シ或ハ脂肪變性又ハ出血ニヨリテ斑紋狀ニ見エ、軟化シテコロイド樣變性ヲ呈セバ、囊腫ヲ生ジテ膠樣又ハコロイド樣ノ內容ヲ含ム、又斷面ニ於テ顆粒狀ヲ呈スルコトアリ、時トシテハ結節ノ周圍ニ結締織增殖ス、又癌組織內ニ軟骨ヲ見ルコトアリ、ウォルフ氏體ノ殘跡ヨリ生ズルコトアリ、白膜ヲ破壞セバ睾丸ノ形狀ヲ失ヒテ不規則トナリ、陰囊ハ癒着シテ破壞セラルヽニ至ル、軟性ノ癌腫ハ急速ニ增大シ、硬性ノ物ハ六乃至八年以上ヲ經テ徐々ニ增大ス。

合併症　陰囊水腫及血腫ニシテ診斷ヲ困難ナラシム、疼痛ハ缺如シ輕度ノ腰部、背部及ビ鼠蹊部ノ疼痛ヲ訴フ。

轉移ハ比較的多ク精系ニ沿ヒテ小結節ヲ生ジ、脊柱ニ沿ヒテ腹膜後部淋巴腺ヲ犯ス、腸骨窩、腹腔ニ於テ大ナル腫瘍ヲ形成シ、癌惡液質ト共ニ各臟器疾病ノ症狀ヲ呈ス、又精系靜脈內ニ破壞スルコトアリ。

診斷　手術ト組織檢査ニヨル、驅黴療法ニヨリテ徵毒ト區別ス。

豫後　早期ニ轉位ヲ生ジ、不良ナリ。

療法　早期剔出ヲ行フ。

(7)、混合腫瘍 Mischgeschwülst、畸型腫 Teratom、皮膚樣囊腫 Dermoid、胎生腫 Embryom ハ稀ナ

レドモ睾丸ニ發生ス、三胚葉ヨリ發生シ、胎生腫ハ小兒期ニ見ルモ生殖成熟期ニ增大ス、睾丸ハ腫瘍ノ後方ニアリ、穿刺スル時內容ニ毛髮ヲ見出スコトアリ、惡性ニ變ズルコトアリ、剔出ス可シ。

(8)、胞蟲 Echinokokkus ハ時ニ發見セラル、日本ニ報告ナシ。

2　精系ノ眞正腫瘍 Wahre Geschwülste des Samenstranges

睾丸及副睾丸ヨリ二次的ニ來ル、惡性腫瘍ヲ除ケバ纖維腫ハ精系ノ上部ニ來リ、脂肪腫ハ之ヨリ出デ、腹膜鞘狀突起ノ血管周圍脂肪內ニ發生シ、又時トシテ粘液肉腫脂肪腫 Myxosarcolipom 發生ス、僞波動ヲ呈スルコトアリ、總膜ヘルニヤト誤ルコトアリ、剔出ヲ行フ、必要ノ際ハ精系、睾丸、副睾丸ヲ同時ニ除去スベシ。

3　瀦溜囊胞 Retentionszysten

睾丸網ノ輸精管ニ對スル境界又ハ副睾丸ノ頭部ニ來ル外、副睾丸ノ他部稀ニハ睾丸殊ニ睾丸網內ニ細精管ノ移行部ニ來ル、內容ハ透明又ハ渾濁ス、渾濁セルハ (1)陰囊乳腫 Galaktocele ト名ク、稀有ノ疾患ナリ。

瀦溜囊腫ハ主トシテ後天性ナレドモ先天性ニモ睾丸內ニハ小ナル囊腫存在スルコトアリ、小ナル漿膜下囊腫ハ高年ノ副睾丸頭部ニ存在ス。

大ナル囊腫ハ (2)精液水腫 Spermatocele ニシテ、輸精管ノ副睾丸ニ移行スル部ニ發生シ、外傷、

炎症ニ原因シ、迷走精管 Vasa aberantia ヒダチーデン Hydatiden パラヂバミス Paradidymis ヨリ發生ス、後上方ニ莢膜外ニ生長シ又ハ前下方ニ莢膜内ニ成育ス、成長ハ甚シク緩徐ニシテ胡桃大、林檎大乃至手掌大ニ達ス、波動ヲ呈シ又ハ緊張ス、表面平滑ニシテ囊腫ノ多胞ナル時ハ球形ニシテ隆起性ナリ、陰囊水腫ハ屢々同時ニ存在スルコトアリ、莢膜内乳腫ガ破ルヽ場合ニハ内容ガ莢膜内又ハ陰囊水腫内ニ出ヅ。

診斷 穿刺ニテ内容ニ精液ノ存スル時ハ明カナリ、ホッヘンエッグ氏ニヨレバ弱アルカリ性ニシテ比重小ニ僅少ノ蛋白ヲ含有スト、莢膜外乳腫ニテハ囊腫ガ睾丸及副睾丸ト關係アルヤヲ證明スルコト必要ナリ。

豫後 良好ナリ、治療ヲ加ヘザレバ囊腫ハ永ク存在シ、小ナルモノハ少シモ障碍ヲ與フルコトナシ。

療法 穿刺ヲナシ、沃度丁幾、クロールホルムヲ注射ス、切開、附着部ノ結紮及切除ヲ良シトス。

一一 血管ノ疾患 Erkrankungen der Gefässe

精系靜脈瘤 Die Varicocele

精系靜脈瘤ハ精系靜脈ノ擴張肥大ニシテ主トシテ左側ニ來リ、若キ生殖成熟期ニ發生ス。

原因 先天性素質ニシテ他部ノ靜脈瘤アル者ニ多シ。

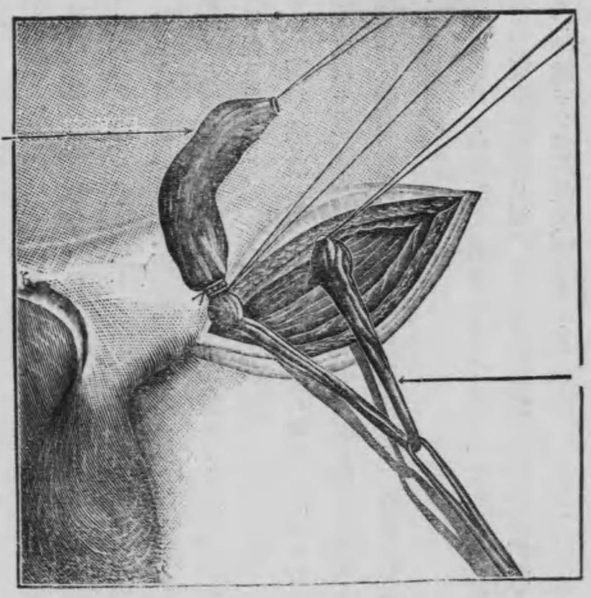
精系靜脈ノ解剖的狀態ニ因リテ起ル、即チ睾丸ヨリ出ヅル靜脈ハ左側ニハ左精系靜脈トナリテ殆ンド直角ニ左腎靜脈ニ入リ、右側ハ銳角ヲナシテ下空靜脈ニ入ル、故ニ左側精系靜脈ノ血流ハ右側ヨリモ抵抗ヲ受クルコト大ニシテ又大腸ノS狀彎曲部ハ左側精系靜脈ヲ壓迫シ且左側睾丸ハ右側リ下垂セル者多キガ爲ニ精系靜脈瘤ハ左側ニ多ク起ルモノト考ヘラル、ケーニッヒ氏ニヨレバ右側靜脈瘤アル場合ニハ右側睾丸左側ヨリ下垂セリト云フ、尙性慾亢進ハ血管ノ充血ヲ起シテ靜脈瘤ノ發生ヲ促スモノナリ。

病理 蔓狀血管叢ニ辨アリテ靜脈努張ハ睾丸ノ附近ニ於テ最モ強ク、屢々内鼠蹊輪ニ達ス、睾丸及副睾丸内ニモ靜脈ハ擴張シ、睾丸ハ靜脈瘤ノ壓迫ノ爲メニ稍々水平ニ近ヅキ上端ハ前方ニ向フ、血栓、靜脈結石ハ屢々合併シ睾丸萎縮ハ稀ナリ、陰囊靜脈ハ時トシテ擴張シ間質組織血管ハ稀ニ破ルヽコトアリ。

症候及診斷 何等症狀ヲ呈セザルコトアリ、夏時及勞働後、鼠蹊部ノ方ニ牽引及疼痛ヲ呈スルコトアリ、稀ニ神經痛ヲ起スコトアリ、仰臥セバ症狀ハ消失スレドモ、永ク起立スル時增大シ、外傷、房事、勞働ニテ自覺症ヲ增スモノナリ。

客觀的ニ陰囊ハ延長シ睾丸ノ半分ハ腫脹ス、小兒ノ手拳大ニ達スルコトアリ、時トシテ青ク皮膚

第一八四圖



精系靜脈瘤ノ手術

ヲ通シテ見ユルコトアリ、靜脈ハ起立時腫脹スルモ仰臥セバ消失ス、二指ノ間ニ觸ルヽ時ハ肥大セル軟カキ物ヲ觸知シ、內容ハ上方ニ驅逐スルコトヲ得可シ、壓痛ナク指ノ間ニ輸精管ハ硬キ抵抗トシテ觸知セラル。

豫後　良好ナリ、高年ニハ自然ニ消失スルコトアリ、化膿性靜脈結石ハ危險ニシテ甚ダ稀ナリ、兩側ニアリテ高度ナル時ハ睾丸ノ萎縮ヲ來スコトアリ。

療法　輕度及中等度ニアリテハ適合スル提睾帶ヲ用ヰテ睾丸ヲ高擧シ、牽引及壓迫ヲ除キ便

通ヲ正整シ、交接ヲ適度ニシテ色慾亢進、長途ノ步行、騎馬、乘車等凡テ睾丸ノ充血ヲ起スコトヲ避ケシメ、陰囊ノ冷浴ヲ採ラシム。

手術ハ上記ノ方法ニヨリテ症狀ノ輕快セザル時及兩側ニアル時之ヲ行ヒ、先ヅ靜脈ヲ出シテ結紮シ切除ス可シ、コッヘル氏ハ半坐ノ狀態ニテ靜脈ヲ怒張セシメ、局所麻醉ノモノトニ手術ヲ行フ、陰囊及陰莖根ヲ緊縛シテ陰囊ニ三種ノ縱走切開ヲ加ヘ、靜脈ヲ遊離シテ兩端ニ於テ結紮シテ切除スルモノナリ、此際動脈及精系ヲ保存スルコト必要ナリ、睾丸ノ壞死ヲ起スヲ以テナリ、精系神經 Nervus spermaticus モ亦睾丸ノ硬化ヲ防グ爲メ保存ス可シ、カルタ氏ハ縱走切開ヲ橫ニ縫合シ、カルタ氏ハ外鼠蹊輪ニ精系被鞘ヲ縫ヒ付ケテ睾丸ヲ高擧ス。

佛國ニ於テハ陰囊ノ一部切除ヲ賞用ス。

鼠蹊管內ニ靜脈瘤アル時ハ外鼠蹊輪ヨリ進ミテ靜脈切除ヲ行フベシ。

一一　精囊ノ疾患　Die Erkrankungen der Samenblasen

1　先天性畸型　Angeborene Bildungsanomalien

兩側精囊ノ缺如ハ睾丸若クハ他ノ泌尿生殖器ノ畸型ト共ニ來ルコトアリ、一側ノ缺如ハ屢其側ノ泌尿生殖器畸型ト共ニ來ルモノナリ、兩側ノ精囊癒着、精囊ト輸精管トノ結合、精囊ノ萎縮モ來ル

コトアリ。

2 精囊ノ外傷 Traumen der Samenblasen

外傷ヲ受クルコトハ少シ、銳創、骨盤裂傷等ニ之ヲ見ル外、手術殊ニ會陰部截石術ニ際シテ見ルコトアリ。

3 精囊ノ炎症 Spermatocystitis

精囊炎ハデュホー氏ノ解剖的所見トアー、レヴィン氏ノ臨床的研究トニヨレバ可成リ多キ疾患ナリ。

●●原因 尿道、攝護腺ノ炎症殊ニ淋菌性攝護腺炎ヨリ來ルモノナリ、是レ解剖的關係ノ攝護腺、後部尿道ト相接合スルガ爲メナリ、アー、レヴィン氏ノ研究ニヨレバ後部尿道炎患者ノ三五%、淋毒性副睾丸炎ノ六一%ニハ精囊炎アリト云フ、炎症ハ直接ニ進行スル外、淋巴管ニヨリテモ波及スルモノナリ、膀胱周圍炎及直腸ノ强度ノ炎症ヨリモ傳播スルコトアリ、尙又敗血症ニハ化膿性精囊炎ヲ發生ス。

淋菌ハ顯微鏡的ニモ培養上ニモ證明セラル、デュホー氏ニヨレバ大腸菌、葡萄狀球菌モ發見セラルト云フ、コッヘル氏ハ會陰部打撲ガ精囊炎ノ原因ヲナシ充血ハ其誘引ヲナスモノナルコトヲ報告セリ。

●●病理 射精管ハ屢々同時ニ加答兒性腫脹ヲ呈ス、レヴィン氏ハ表在性精囊炎 Spermatocystitis superficialis ト、深在性精囊炎 Spermatocystitis profunda トヲ區別ス、デュホー氏ニヨレバ後者ハ强度ノ化膿ニヨリテ精囊周圍炎ヲ誘導スルモノナリト云フ。

a、急性精囊炎 Spermatocystitis acuta

●●●●●●症候、經過及診斷 症狀ハ同時ニ存在スル攝護腺炎ノ症狀ニ蔽ハレテ特徵ヲ有セズ、直腸內ニ壓迫又ハ鈍痛アリ、會陰部、腰部、膀胱部、睾丸ニ放散シ便通時增大ス、强度ノ勃氣、遺精、異常ノ性慾、射精時後部尿道ニ於ケル刺痛及灼熱痛アリ。

客觀的ニハ血性、膿性若クハ膿血性射精ヲ來シテ、四十度若クハ夫レ以上ノ熱發アリ。

診斷ハ只觸診ニヨリテ下サル、レヴィン氏ニヨレバ攝護腺ノ上緣ハ肛門ヨリ五、五乃至七、糎ニシテ精囊ノ下端ニ相當シ、肘膝關節位ニ於テ膀胱ノ充滿セル際最モ能ク觸診セラルト云フ、ギヨン氏ハ同側ノ指ヲ以テ觸診スルコトヲ賞用セリ。

精囊ノ腫脹セル時ハ緊張シテ彈力ヲ有シ時ニ壓痛アリ、人工的ニ其分泌物ヲ採取シ得ル方法ナシ。

診斷ハ觸診不明ナル時ハ上記ノ症狀ト同時ニ存在スル副睾丸炎、輸精管炎、攝護腺炎ヨリ想像ス。

經過ハ種々ニシテ容易ニ慢性ニ移行ス、多クハ數ケ月内ニ消失スルモ膿瘍ニ變ズルコトアリ、膿ハ通常尿道ニ排泄セラルヽモ稀ニ直腸、膀胱又ハ腹膜内ニ破レ、腹膜炎ヲ起シテ死ニ至ルコトアリ。

b、慢性精嚢炎 Spermatocystitis chronica.

熱發ヲ除ケバ急性ト同様ノ症狀ヲ呈ス、慢性淋、慢性攝護腺炎等ト合併シテ其症狀ニ蔽ハル、射精管ノ狹窄ニヨリテ精液瀦溜ヲ起シ疝痛ヲ發生ス、精蟲漏モ亦稀ナラズ、觸診ニテ硬キ瘢痕性ノ索狀物ヲ觸レ、時トシテ平滑ナル球狀ニシテ又波動性腫脹ヲ觸知ス、時トシテ又輸精管ハ硬ク又ハ彎曲シテ存在ス、急性ト同様ニ先ヅ攝護腺ヲ按摩シテ尿道膀胱ヲ反復洗滌シ、次デ膀胱ヲ充シテ精嚢ヲ摩擦シテ得タル分泌物ヲ檢スベシ。

經過　症狀ナク數年ヲ經過ス。

豫後　良好ナラズ、壁ノ肥厚、精嚢ノ萎縮ヲ起スモ、生殖能力ノ有無ハ知ルコトヲ得ズ。

療法　急性ト同様ナリ、便通ヲ正整シ熱發ニハ臥床セシム、膿瘍ハ出來ル丈ケ早ク會陰部ヨリ直腸ヲ遊離シテ切開シ排膿セシム、炎症産物ノ吸收ハ溫坐浴、熱坐浴、直腸加溫法、三日目毎ノ注意深キマッサーヂ、ヂアテルミー療法等ヲナシテ促進シ、レオ、バーガー又ハグリーンバーグ氏ノ尿道膀胱鏡又ハ尿道鏡ヲ用キテ藥劑ノ注入ヲ行フ、余リ長時ノ局所療法ハ神經衰弱ヲ起スヲ以テ中止スベシ、瘢痕ハ吸收セラルヽコト難ケレドモ手術ハ不必要ナリ。

4　精嚢ノ結核 Tuberculose der Samenblasen

結核ハ精嚢ノ一側又ハ兩側ヲ犯スモ、多クハ他ノ泌尿生殖器結核又ハ他ノ臟器ノ結核ヨリ二次的ニ犯サル、生殖成熟ノ頃ニ多ク少年ニハ稀ナリ。

症候　固有ナラズ、肛門及會陰部ノ壓迫、色慾亢進アリ、攝護腺及膀胱結核ノ症狀ニヨリテ蔽ハルヽコト多ク、經過ハ種々ニシテ自然ニ治癒スルコトアリ、放置スル時ハ直腸、會陰部ニ破レテ、瘻孔ヲ造リ又ハ他ニ傳播スルモノナリ。

診斷　觸診ニヨリテ硬ク隆起セル又ハ揑粉狀ノ軟カキ腫脹ヲ觸ル、他ノ泌尿生殖器ノ結核ヲ注意ス可シ。

療法　局在セル時ハ外科手術ヲ行ヒ、同時ニ睾丸及攝護腺結核アリテ急速ニ進行スル時モ亦手術ス、サレド肺、膀胱及腎臟結核ノ進ミタル場合ニハ行ハズ。

精系截除術 Spermatocystektomie　精系剔出術 Spermatocystotomie　ハツッケルカンドル、コッヘル、ブルー氏等ニ從ヘバ、會陰部切開ニヨリ、リディギエ、クラスケ、ケーニッヒ氏等ニ從ヘバ第四及第五薦骨ヲ切除シテ、ヤング氏ニヨレバ、恥骨部ヨリ中心ヲ避ケテ入リ腹膜外ニ於テ之ヲ行フ。

附　精系ノ手術　Operation an den Samenblasen

術式　患者ニ側位又ハ腹位ヲ採ラシメ正中腺ニ並行ニ左右ニ薦骨ノ下端又ハ尾骶骨ノ高サヨリ肛門ニ近ク皮膚切開ヲ加ヘ、大臀筋及薦骨結節靱帯ヲ切リ、坐骨腸骨窩ノ脂肪組織ニ達セバ其底部ニ肛門擧筋アリ、之ヲ切リ同時ニ痔動脈分技ヲ結紮シ、次デ創口ノ底部ニ直腸膜アリ、之ヲ切開スレバ直腸、攝護腺及精嚢ニ達スルヲ以テ鈍的ニ擴ゲ、助手ヲシテ直腸内ニ指ヲ入レテ後方ニ壓迫セシムベシ、然ル時ハ創口ノ下端ニ攝護腺、内側ニ直腸、外後側ニ精嚢ヲ見出スベシ、此處ニハ膀胱攝護腺靜脈叢ノ存在ニ注意シ精嚢ノ截開術若クハ剔出ヲ行フ、卽チ血管ヲ結紮シテ精嚢ヲ攝護腺ヨリ剝離シ、結紮シテ輸精管ヲ任意ニ剔出シ、跡ニハ縫合シ若クハガーゼタンポンヲ挿入ス。

5　精嚢ノ嚢腫　Cysten der Samenblasen

(1)　膀胱後壁ノ嚢腫トシテ發生ス。

(2)　慢性炎症ニテ排泄管ノ閉鎖シ精嚢壁ノ萎縮シテ後起ルカ、攝護腺肥大症ノ射精管ヲ壓迫シ其結果トシテ來ル　瀦溜嚢腫ナリ、大ニシテ爲メニ尿閉ヲ起スコトアリ。

(3)　精網ノ小胞巢ノ閉鎖ニテ發生ス、單房性ト多房性トヲ區別ス。

6　精嚢ノ結石　Konkremente der Samenblasen

(1)　小ナルハ數粍、大ナルモノハ一部ハ圓形細胞及上皮細胞ノ無機鹽類ノ附着シテ生ジ、一部ハ粘液、精蟲、無機鹽ヨリ成ル、後者ハ無數ニ存在シテ濃厚ナル醋酸ニモ溶解セズ。

(2)　眞正ナル精嚢結石　Samenblasenstein　ハ燐酸石灰、炭酸石灰及有機物(一〇%)ヨリ成リ屢々精蟲ヲ含ム、多數ニシテ櫻實種子大ニ達スルコトアリ、精嚢内ノ炎症ニヨリテ發生シ射精管ノ爲メニ閉鎖セラルヽ時ハ、殊ニ交接時疝痛ヲ發シ射精スルコト能ハズ、健康側モ反射ニヨリテ射精ハ起ラヌカ起ルモ弱シ、慢性炎ニテ精嚢ノ閉鎖セラルヽ時モ亦同樣ナリ。

症候　缺如スルコトアリ、疼痛ノ排尿時、排便時ニ來ルコトアリ、膀胱ニ金屬カテーテルヲ挿入シ直腸ヨリ觸診スル時ニ觸知セラルヽコトアリ。

治療　對症的ナリ、熱坐浴ヲ行ヒ鎭痛劑ヲ用フ。

7　精嚢ノ腫瘍　Tumoren der Samenblasen

原發性腫瘍ハ甚ダ稀ナリ、肉腫及癌腫ハ發見セラレタリ、腫瘍ノ附近ヲ犯シテ排尿障碍、尿意促迫、疼痛、尿閉ノ來ル時ハ診斷セラル、カスペル氏ハ觸診シテ腫瘍ノ攝護腺ニ對シ明確ナル境界ヲ有シタルモノヲ見タリト云フ。

轉移セル惡性腫瘍ハ多ク癌腫ナリ、攝護腺、膀胱及他臟器ヨリ來ル。

豫後　不良ナリ、療法ハ薦骨ヲ切リテ剔出ヲ行フ。

8　精嚢ノ黴毒　Syphilis der Samenblasen

血性精液ヲ出シ、感染後二年半ニシテ來ル、驅黴療法ニヨリテ消失ス。

第六編　男子生殖器機能障害　Funktionelle Störungen des männlichen Geschlechtsapparates

一　精液排泄ノ異常　Anomalien des Samenabganges

病的漏精症トモ名ケ一ノ疾患ニアラズシテ局所若クハ全身病ノ一徴候ナリ。

健常ナル精液排泄 normaler Samenabgang. ハ交接若クハ生理的遺精 Physiologische Pollution ノ時ニ起リ、後者ハ通常夢ノ中ニテ生理的勃起及ビ射精ニヨリテ快美感高潮ヲ伴ヒテ行ハル、淫逸ナル夢又ハ外部ヨリノ刺戟ニテ精液ニ充チタル精系及ビ精嚢ノ知覺神經ヲ經テ脊髓ノ射精中樞 Centrum genitospinale Budge ヲ直接ニ刺戟スルカ、膀胱、腸ノ充滿、溫床等ニテ勃氣中樞ヲ刺戟シテ反射性ニ勃氣ヲ起シ、精阜ノ充血ヲ來シテ之ガ神經中樞ヲ刺戟シ、其處ヨリ射精中樞ヲ刺戟スルモノト考ヘラル。

生理的遺精ノ回數ハ個人ニヨリテ異ナレドモ、通常八日、十日、三十日ニ一回ニシテ、自覺的ニモ他覺的ニモ何等障碍ヲ殘サヾルモノナリ。

交接時ニ於ケル健常ナル精液排泄ニ似タルモノハ手淫 Onanie ニシテ、機械的刺戟ニヨリテ精液排泄ヲ起スモノナリ、手淫ノ容易ニ行ハレ過度ニ失スルノ結果トシテ神經系統ノ刺戟ヲ反復シ其機能障碍ヲ起スニ至ルヲ以テ、手淫ニヨル精液排泄ハ病的ニシテ口腔乳房及ビ同性間ノ手淫モ亦同樣ニ病的ナリ。

生殖器成熟ニ至ル前ニ行フ手淫ハ共刺戟ニヨリテ發育ノ障碍ヲ來ス可シ、手淫家ニハ尿道漏ヲ起スコトアルハ已ニ述ベタリ。

一、病的遺精　Pathologische Pollutionen

(一)頻回ナル遺精 Zu häufige Pollutionen. 健常ト病的トノ間ニ其回數ニヨリテ明確ナル區別ヲ立ツルコト能ハザレドモ、隔夜又ハ毎夜遺精スルハ脊髓性慾中樞刺戟ノ結果ニシテ、殊ニ勃起ノ伴ハザル時及ビ就眠中ノ遺精ニシテ倦怠、不快、憂鬱、元氣消耗等ヲ起スハ病的ナリ。

(二)覺醒時ニ於テ發生スル遺精 in wachen Zustand eintretende Pollutionen 僅少ナル外的機械的刺戟若クハ精神的刺戟ガ勃起ヲ起スコトナクシテ直ニ射精スルヲ云フ。

此等ノ精液排泄頻回ナル時ハ射精物質ノ性質ヲ變ジ、初メ睾丸、精嚢及ビ攝護腺分泌物ノ混合モ、次第ニ稀薄ニシテ睾丸分泌物ノ減少ト共ニ透明トナリ、特殊ノ臭氣ハ攝護腺分泌物ノ減少ト共

ニ稀薄トナリ、精蟲モ亦鏡檢的ニ不熟トナル、遂ニハ睾丸分泌物ノ缺如スルニ至ルモノナリ、時ニ精系ノ潰瘍ニヨリテ膿汁若クバ血液ノ現出スルコトアリ。

原因　病的遺精ノ原因ハ種々ニシテ神經衰弱、遺傳素質及外的障碍ニヨル後天的薄弱ナリ、フィンゲル氏ノ分類法ニヨリテ一般ニ其原因ヲ次ノ如クニ分ツ。

(一)精神ノ刺戟性亢進　gesteigerte Reizbarkeit der Psyche　絕エザル性慾上ノ刺戟ガ殊ニ不熟ノ男子ニ在リテハ遺精ヲ惹起ス、其他ノ强キ精神的刺戟例ヘバ試驗等ハ晝間遺精 Tagpollutionen ヲ起スコトアリ、恐怖モ亦然リ、尙癲病及精神病ニ於テモ病的遺精ノ發生スルコトアリ。

(二)脊髓中樞ノ刺戟性亢進　gesteigerte Reizbarkeit der spinalen Zentren.　背髓疾患例ヘバ脊髓病ニ於テ之ヲ見ル、其他房事過度、頻回ノ手淫、射精時前交接中斷 Coitus interruptus 等ハ脊髓中樞ノ刺戟性ヲ亢進セシメ、生理的ニ行ハレタル交接ノ一時的中絕モ亦遺精ヲ起スコトアリ。

尿道炎、攝護腺炎、精囊炎、包莖、包皮炎、包皮內結石、膀胱底腫瘍及ビ精阜ニ於ケル藥液點滴等ハ脊髓中樞ノ刺戟ヲ起シ、一時性遺精ヲ起スコトアリ、浣腸モ亦神經衰弱者ニハ遺精ヲ來スコトアリ。

二　精液漏　Spermatorrhoe

精液漏 Spermatorrhoe トハ性慾、勃起、射精及ビ快美感高潮等ノ如キ中樞神經ノ作用ナクシテ精液ヲ徐々ニ排出スルヲ云フ、稀ニ重キ脊髓外傷又ハ脊髓炎ニ於テ連續的ニ起ルモ、通常排便時及ビ排尿時ノ終末ニ來リ、攝護腺分泌物ノ混合スルコトアリ、排便時及排尿時精液漏 Defikations-und Miktionsspermatorrhoe ト名ク、此際排出セラルヽ液ハ主トシテ精囊ヨリスルヲ以テ、鏡檢的ニハ主トシテ運動ヲ缺ゲル精蟲 Spermatozoen ヲ見ル可シ、時トシテ精蟲ハ運動スレドモ、攝護腺液ノ缺如スルガ故ニ緩慢ナリ、而シテ强度ノ頻回ナル病的遺精 krankhafte Pollution ト精液漏 Spermatorrhoe ヲ有ス。

トノ間ニハ其間ニ種々ノ移行型 Übergangsform ヲ有ス。

精液漏ハ種々ノ障碍ニヨリテ起リ、一部ハ全身性、一部ハ局所性、一部ハ機能性、一部ハ有機的變化ニ起因ス、故ニフィンゲル氏ハ生理的精液漏 physiologische Spermatorrhoe ヲ分チテ次ノ二種類トス。

(一)生理的遺精 Physiologische Pollution ニ代償性ニ起リ、健康ニシテ少シモ遺精セザル者ニハ二、三週間毎ニ輕度ノ排便時精液漏 Defikationsspermatorrhoe ヲ起スモノナリ。

(二)便祕及ビ腹壓ヲ加フル時、腹部內壓ノ亢進ニヨリテ排便時精液漏ヲ起スコトアリ。

病的精液漏ノ原因ハ精道ノ筋肉的閉鎖ノ弛緩及閉鎖不全ニ來ルモノナリ。

（一）射精管 Ductus ejaculatorius 及ビ精嚢ノ慢性炎症ニヨリテ起ル、其他時ニ攝護腺肥大症ノ初期、尿道（攝護腺部）ノポリープニテ起ル、此際管ニ一時的ナルコトアリ。

（二）神經衰弱ニテ精道ノ緊張不全ニヨリテ飛躍、重キ物ヲ持上グル時及行軍時ニ來ル、淋疾及神經衰弱症ニ於ケルモノモ此部ニ屬ス、此際精道殊ニ射精管ノ炎症アルコトアリ、

ロートシルド氏 Rothschild ノ組織的研究ニヨレバ、精液漏以外ニ神經衰弱ノ徴候ヲ缺ゲルコト多シト、神經衰弱症ニハ淋疾及ビ他ノ炎症ナクシテ精液漏ヲ伴フコトアリ。

（三）中樞神經系統ノ疾患、例ヘバ脊髓癆、脊髓外傷ヨリ起ル、精液排出異常ニ伴フ症狀ハ全ク缺如スルコトアリ、又神經性ノ障碍トシテ性慾上ノ神經衰弱ヲ伴ヒ、結果トシテ營養障害ヲ來スコトアリ、外陰部ノ局部變化トシテ、同時ニ靜脈瘤 Varikocele、龜頭頸ノ乾燥、光澤缺如等ノ來ルコトアリ、稀ニハ尿道ノ神經痛及過敏症、過敏性膀胱、攝護腺神經症ノ來ルコトアリ。

診斷 既往症ト共ニ排出物ノ鏡檢ニヨリテ行フ、精液漏、攝護腺液漏及ビ尿道漏ノ區別ハ必要ナリ、精液漏ハ獨立シテ來コトアリ、神經衰弱及陰萎ニ伴ヒ來ルコトアリ、鏡檢上ニハ無染色及ビメチレンブラウ染色ニテ檢ス可シ、攝護腺液ヲ鏡檢スレバ光線ヲ屈折スルレチトン小體ヲ見出シ、尿道漏ニテハ少シ許リノ白血球、扁平上皮細胞及ビ圓柱上皮細胞ヲ認ム。

豫後 原因ト合併症トニヨリテ差異アリ、病的頻回ナル遺精及ビ排便時精液漏ハ適當ナル治療ニ

ヨリテ治癒スルモ、排尿時精液漏及ビ排便、排尿ニ關係ナキ精液漏ハ頑固ナリ、房事過度ノ原因ナル時ハ原因ノ除去ニヨリテ治癒ス、後部尿道疾患ニ原因スル時ハ治療ニヨリテ輕快若クハ全治ス、手淫ニヨルモノトヽ豫後ハ惡習慣ノ爲ニ不良ナリ、神經質ノ素質アルモノハ治癒困難ナリ、精液排出異常ハ主トシテ陰萎ノ過渡期ナルコトアリ、一般ニ豫後良好ナル場合ニ於テモ治癒ニ至ルマデニハ長キ時日ヲ要ス。

療法 根本的及ビ對症的ノ二ツトス、常ニ神經衰弱ニ注意シ、患者ヲシテ治癒ノ確心ヲ抱カシムルコト肝要ナリ、注意力ノ轉換、安靜、無刺戟性食餌ヲ採ラシメ、アルコホール、煙草、珈琲、茶等ヲ節制シ、便通ヲ整調ニシ、運動ヲ適度ニシ、マッサーヂ、水浴、電氣療法等ヲ用フ可シ、平流電氣ヲ用フルニハ陰極ヲ會陰部、睾丸又ハ鼠蹊部ニ置キ、二十糎平方ノ陽極ヲ會陰部、睾丸又ハ鼠蹊部ニ置キ四乃至六ミリアンペーアノ電流ヲ通ズ、時トシテ轉地、海水浴、旅行等モ亦好影響ヲ來スコトアリ。

藥劑ハ主トシテ臭素劑（臭剝一日三、〇）ヲ用ヒ、鐵、砒素、ストリヒニン、麥角劑等賞用セラル。

手淫ハ絕對ニ禁止シ、房事過度、射精前ノ交接中斷モ亦嚴禁ス可シ、脊髓疾患殊ニ脊髓癆及脊髓炎ノ療法ヲ行フ可シ。

局所疾患ナル後部尿道炎、攝護腺炎及ビ精阜炎ハ之ガ療法ヲ行フト共ニ、神經衰弱ノ治療ヲナス

可シ、尿道内藥液點滴、攝護腺マッサーヂ等ハ輕度ニ行フ可シ。

二　交接不能症（陰萎）Impotentia coeundi

交接不能症ハ生殖不能症 Impotentia generandi ト共ニ、一ノ症候ニシテ前記ノ遺精トノ間ニハ密接ナル關係ヲ有ス。

曾クロートシルド氏ノ分類ニ從ヒ交接不能症ヲ次ノ如クニ區別ス。

(一)解剖的原因ヲ有スル交接不能症 Impotentia coeundi aus anatomisch nachweisbaren Ursachen

(二)解剖的原因不明ニシテ神經系統ノ障碍ニ因スル陰萎 Impotentia coeundi infolge Störungen des Nervensystems aus anatomisch in demselben nicht nachweisbaren Ursachen 或ル種ノ交接不能症ハ一部分第一類ニ屬シ、一部分同時ニ第二類ニ屬ス。

第一、解剖的變化ヲ有スル交接不能症 Impotentia coeundi aus anatomisch nachweisbaren Ursachen

(イ)外陰部及其周圍ノ畸形又ハ變形 Missbildungen und Veränderungen der Genitalien und deren Umgebung. ニヨル交接不能症（機械的交接不能症）、陰莖ノ先天性缺如若クハ過小ハ交接不能症ノ原因ナリ、尿道上裂及ビ下裂竝ニ包莖ハ其强度ナル場合ニハ交接不能症ヲ起スモノナリ。

先天性ニ勃起組織ノ發育不全モ亦然リ、先天性及ビ後天性ニ繫帶ノ短カクシテ陰莖勃起ノ際、

其尖端ノ下方ニ屈曲シテ交接不能又ハ疼痛ヲ發生スルコトアリ。

後天性障碍トシテハ龜頭若クハ陰莖ノ象皮病、腫瘍、尿道及ビ包皮結石、海綿體護謨腫等アリ、海綿體ノ外傷、炎症及浸潤等ハ陰莖ノ屈曲ヲ來スコトアリ、老人ニ於テモ同樣ノ變化ヲ見ルコトアリ、陰莖背靜脉瘤モ亦交接ヲ障碍スルコトアリ、陰囊ノ象皮病及ビ腫瘍、大ナル陰囊水腫、ヘルニア、過度ノ肥滿ニ起ル腹壁下垂等モ亦交接ヲ障碍スルコトアリ。

上記ノ原因ニヨリテ起ル交接不能症ヲ名ケテ器質性若クハ機械的交接不能症 organische od. mechanische Impotenz ト名ク。

睾丸剔出後若クハ睾丸萎縮ガ思春期以前ニ起ル時ハ陰萎ヲ起シ、思春期後ニ在リテハ永ク交接可能ナレドモ比較的早ク陰萎トナルベシ、精囊及ビ攝護腺ノ疾患ガ性慾ニ對スル影響ハ未ダ充分ナル研究ヲ有セズ。

(ロ) 神經及ビ中樞器ノ解剖的疾患ニ因スル陰萎 Impotenz aus anatomisch nachweisbare Erkrankungen der Nerven und Zentralorgane.

腦疾患ノ性慾ニ對スル影響ニ就テノ研究ハ多カラズ、小腦疾患及ビ大腦出血ニハ陰萎ヲ發生スルコトアリ。

脊髓疾患中、脊髓癆ハ初メ性慾ノ亢進ヲ起シ後之ヲ失フ。

急性及ビ慢性ノ脊髄炎及ビ脊髄外傷ハ陰萎ヲ起スコトアリ、神經系統ノ疾患ニヨル陰萎ハ絶對的陰萎 absolute Impotenz ヲ來シテ、麻痺性陰萎 paralytische Impotenz ト名ク。

末梢神經ノ勃起中樞ヘノ道ヲ障碍セラルヽ時ハ、陰萎ヲ起ス可キモ其報告ナシ。

フィングル氏ハ尿道攝護腺部及精阜ノ神經末梢ガ手淫、房事過度、交接中斷等ハ先ヅ勃起中樞ヲ刺戟ヨリテ屢ゝ障碍セラルヽモノト考ヘタリ、卽チ手淫、房事過度、交接中斷等ハ先ヅ勃起中樞ヲ刺戟シ次デ其麻痺ヲ起スモノナリト云フ、後部尿道炎ハ精阜ニ於ケル炎症ニヨリテ神經炎ヲ發スルモノニシテ、先ヅ充血及ビ刺戟ヲ起シ次デ炎症ヲ發シ、遂ニ神經ヲ破壞スルカ若クハ神經末梢ノ炎症性萎縮ヲ直接ニ發生スルモノト考ヘラル、ロートシルド氏ハ其組織的研究ニヨリテ後者ヲ信ゼリ。

診斷 解剖的原因ノ所見ニヨル。

豫後 解剖的原因ノ治癒如何ニ關係ス、例ヘバ繋帶ノ短カキヲ、或ハ海綿體中ノ浸潤若クバヘルニア、陰莖及陰囊ノ象皮病、陰囊水腫等ノ外科的治療、其他後部尿道炎ノ治療ヲ行フ、黴毒ニ原因スル脊髄癆ニヨル陰萎ハ强ク驅黴療法ヲ行フ時ニ屢ゝ輕快スルコトヲ見ルモノナリ。

第二、解剖的變化ヲ證明シ得ザル神經系統ノ障害ニ關スル陰萎(機能性陰萎) Impotentia coeundi infolge Störungen des Nervensystems aus anatomisch in demdelben nicht nachweisbaren Ursachen (rein funktionelle Impotenz.)

(イ) 全神經系統ニ機能障碍アル場合 Störungen des gesamten Nervensystems

(甲)、全身病及ビ中毒症ノ一症狀トシテ來ル陰萎 Impotenz als Teilerscheinungen von Allgemeinerkrankungen und von Intoxikationen

陰萎ハ輕度ノモノヨリ絶對的陰萎ニ至ルマデ種々ノ程度ノモノ、一時性若クハ永續的ニ來ルコトアリ。

急性ノ重キ疾患殊ニチブスニアリテハ回復ノ後永ク陰萎ヲ起ス、慢性疾患中特ニ慢性腎臟炎及ビ糖尿病ハ旣ニ早期ニ於テ陰萎ヲ來スコトアリ、其理由ハ明ナラザレドモゼナトール氏ハ神經系統ノ疾患ニ歸因スト見做セリ、結核及ビ黴毒ハ一般ニ營養ノ甚シク障害セラルヽ時ハ陰萎ヲ起スヲ常トス、然レドモ結核ニアリテハ個人ニヨリテ異リ、重症ノ肺結核ニ於テ更ニ色慾亢進スルコトアリ、麻剌利亞ハ黑液質ノ結果陰萎ヲ起スコトアリ、全身肥滿症ハ機械的障碍ヲ除キテモ色慾ノ減退及陰萎ヲ起スコトアリ、適當ナル脫脂療法ニヨリテ再ビ快復ス。

中樞神經ヲ障碍スル中毒症ニ在リテハ、アルコホールノ適度ノ使用ハ色慾ヲ亢進スレドモ、度ヲ越ス時ハ之ヲ減退セシム、個人ニヨリテ差違アリ、慢性アルコホール中毒ハ色慾減退及ビ陰萎ヲ惹起ス、煙草ノ强キニコチン慢性中毒ニ在リテハ色慾ヲ減退セシムルモ、初ニハ多少之ヲ亢進セシム、慢性鉛中毒ニハ色慾減退ヲ起スモノナリ。

藥劑中、麻醉劑卽チ阿片、モルヒネハ先ヅ初メニ少量ニテハ色慾ヲ亢奮シ、大量又ハ連續ニ使用スレバ色慾ヲ減退シ或ハ陰萎ヲ起ス、ローゼンタール氏ニヨレバ〇、〇三—〇、〇六ノモルヒネ皮下注射(一日量)ハ色慾ヲ亢奮セシムト云フ、砒素ハ永ク用フル時ハ色慾ヲ減退ス、サリチル酸及ビ其鹽類ハギルコベヒキー氏ニヨレバ色慾減退ノ作用アリト云フ、サレド一般ノ經驗ニヨレバ其作用ヲ認メズ、臭素劑ハロートシルド氏ノ經驗ニヨレバ病的ノ勃起ヲ減退セシムルモ、健康ナル色慾ニ對シテハ其作用種々ナリト云フ。

(乙)、全身神經衰弱ノ一部病狀トシテ來ル陰萎(生殖器神經衰弱症) Impotenz als Teilerscheinung von allgemeiner Neurasthenie (Nuurasthenia sexualis.)

ヒュルブリングル氏ニヨレバ陰萎ハ神經衰弱ノ一症狀ナルコトアリ、然レドモ多クハ他ノ症狀モ同時ニ存在ス、神經質ハ先天性ナルコトアリ又後天性ナルコトアリ、屢〻同時ニ精液排泄ノ異常ヲ呈ス。

診斷 原因症ヲ診斷スレバ自ラ明カナリ。

豫後 原因症ノ種類及ビ其豫後ニ關ス、急性全身病ニテハ良好ナリ、糖尿病、腎臟炎、結核ノ如キ慢性症ニアリテハ良好ナラズ、全身狀態ノ快復ハ色慾ニ好影響ヲ與フ、中毒症ニアリテハ中毒ノ程度及ビ時期ニ關ス、モルヒネ中毒ニテ適當ナル療法ニヨリテ結果良好ナルコトアリ、全身神經衰

弱ノ一部症狀ナル陰萎ニアリテハ不良ナリ。

(ロ)、神經系統ノ各部ニ於ケル障碍アル場合Störungen in einzelnen Abteiten des Nervensystems. 脊髓中樞ハ生殖器ノ末梢及其神經傳達路ト腦髓中樞トノ連絡部ニシテ、此部ノ障碍ハ機能性陰萎ヲ惹起ス、之ヲ別チテ(甲)脊髓中樞自身ハ健常ナル時、(乙)脊髓中樞ノ罹患セル時トノ二ツトナス。

甲、脊髓(勃氣、反射、射精)中樞自身ノ健常ナル場合 Die spinalen Zentren sind intakt

之ヲ分チテ次ノ如ク區別ス。

A、射精中樞ハ尋常ニシテ機能ヲ缺ギ受動的ナリ、勃起中樞ノミ精神的、量的若クハ性質的異常ノ亢進ヲ受ク。

a 精神中樞ヨリ勃起中樞マデ十分ナル刺戟來ラズ、從テ交接時勃起不充分又ハ不能ナリ、其原因ハ次ノ如シ。

(1)精神ハ亢奮セズ、精神中樞ノ不感性ナリ、所謂相對性陰萎ニシテ他ノ婦人ニ對シテハ性慾起ルモ相手タル婦人ノ年齡、體質ニ原因シテ性慾ヲ來サヾルモノヲ云フ、又部分的若クハ一時性陰萎ハ男子ノ年齡、體質及ビ性質ニヨリテ來ルコトアリ。

精神中樞ノ絕對的亢奮ヲ缺ゲルハ病的ニシテ先天性ナルハ甚稀ナリ、著者今迄ニ一例ヲ見タルノ

ミ、男子ニ在リテハ女子ヨリモ少ナシ、精神過勞若クハ意志轉換ニヨリテ來ルコトアリ、遺傳素質ヲ有スル時ハ手淫ニヨリテモ起ル。

(2)、精神ハ亢奮スルモ病的ニシテ精神的性慾異感症 psychische Parästhesie ナリ、異常ナ刺戟ガ色慾、勃起及ビ射精ヲ起シ、先天性又ハ後天性ニ存在ス。

色情倒錯 Perverse Sexualempfindungen ハ此項ニ屬ス、卽チフエチシスムス Fetischismus（人ノ所有セル異物ニヨル色慾亢奮症）、ミキソスコピー Mixoskopie、（他ノ淫行ヲ見テ滿足スル性癖）同性ノ戀 homoxuelle Erregbarkeit、獸姦 Zoidonie、ザディスムス Sadismus（相手ヲ虐待シテ滿足スル性慾感）及ビマゾヒスムス Maschismus（相手ヨリ虐待セラレテ起ス性慾感）等是ナリ。

b 勃起中樞ノ精神的制止 Psychische Hemmungen ニシテ、其結果勃起ハ制止セラル、通常精神的陰萎 Psychische Impotenz ト名ク、此際生殖器ハ健常ニシテ遺精及朝時勃起ハ起ルモ、勃起中樞刺戟セラルヽニヨリテ性慾ヲ起ス代リニ他ノ思想ヲ發生ス、ゴルツ氏ニヨレバ通常健康者ノ勃起制止中樞ハ脊髓ノ勃起中樞ヨリ其作用弱シ。

(1) 精神的刺戟 Psychischr Reiz ノ餘リ弱キガ爲ニ生理的制止作用 Physiologische Hemmungswirkung ニ打チ勝チ得ズシテ勃氣中樞ガ制止作用ヲ受ケテ起ルモノナリ。

(2) 反射性精神的亢奮 refrektorische psychische Erregung 愛情、思慮（自省、精神的意志轉換）等

ガ勃止中樞 Hemmungszentrum ニ其作用ヲ減弱スル様ニ働キ、從テ勃氣中樞制止作用ヲ受ケテ起ル、此場合ハ甚ダ多シ、若キ結婚者ニ來ルコトアリ。

手淫ヲ行フ者ニモ、其害毒ヲ書物ニヨリテ讀ミタル者ニハ起ルコトアリ、此項ニ屬スル陰萎ハ一時性陰萎 temporäre Impotenz ニシテ個人ニヨリテ其度ヲ異ニス。

(3)、反射作用 Reflexvorgang ノ往路ガ障碍セラルヽ時ハ知覺神經ノ刺戟ニヨリテ起ル、卽チ血管擴張促進ノ作用ヲ失ヒ、從テ海綿體平滑筋ノ緊張ハ增加シ、海綿帶ノ痙攣性收縮ヲ起シ、血液ノ此中ニ入ルヲ妨ゲテ勃起ヲ起サヾルナリ。

(4)、射精中樞 Ejakulationszentrum ハ精神的ニ亢奮セラルヽモ、勃起中樞 Erektionszentrum 同時ニ精神的ニ制止セラル、晝間遺精 Tagpollutionen ハ之ニ屬シ、精神的制止ニヨリテ交接時ニ勃起セズシテ射精ノ來ルモノナリ。

(乙)、脊髓中樞ノ罹患セル時 Die spinalen Zentren sind erkrankt.

刺戟性薄弱 reizbare Schwäche ヲ指スモノニシテ、次ノ時期ヲ分ツ。

A 二ツノ脊髓中樞（勃氣、射精）ハ刺戟セラルヽニシテ、次ノ時期ヲ分ツ。

ノ射精速ニ起リ反復勃起ス、後ニハ晝間遺精若クハ早漏 Prazipitierte Ejakulation ヲ起ス、交接時陰莖ヲ膣內ニ挿入スルヤ否ヤ又ハ挿入セザル前ニ、勃起セル尿道ヨリ射精ス。

B　勃起中樞ハ健常ニシテ萎縮 Erschöpfung ノ時機ニ達スルモ感受性弱キ射精中樞ハ刺戟ノ時期又ハ刺戟セラレツヽアル時期ニ有リ、症狀トシテハ勃起不充分トナリテ快美感高潮ニ達セザルニ已ニ射精早期ニ來リ、勃起セズシテ晝間ニ遺精ヲ起スモノナリ。

C　二ツノ脊髓中樞(勃氣、射精)ハ萎縮及ビ麻痺狀態ニ在リ、症狀トシテハ勃起及ビ射精ノ作用缺如ス、卽チ麻痺性陰萎 Paralytische Impotenz ナリ、是等ノ三時期ハ次ノ原因ニヨリテ起ルコトアリ。

原因　(a)、脊髓中樞ガ先ヅ全身病、營養障碍(糖尿病)若クハ中毒(阿片)ニテ犯サレ、此等ノ原因ノ一ツニ起因スル感受性薄弱ハ原因ノ去ルト共ニ消滅シ又ハ萎縮ノ時期ニ移行ス。

(b)、脊髓中樞ノ末梢ヨリ起ル絕エザル反射性刺戟ハ共感受性薄弱ヲ惹起ス、生殖器障碍ノ多クノ場合ハ此項ニ屬ス、故ニ脊髓中樞ノ刺戟ハ第二次ノ現象ニシテ第一次ノ刺戟若クハ變化ハ後部尿道殊ニ攝護腺部ニ存スルモノナリ、他ノ神經系徑路ノ刺戟傳達ニヨリテ容易ニ生殖器神經衰弱 Sexuelle Neurasthenie ヲ起シ、其症狀ハ時トシテ原因ナル局所症狀ヨリモ自覺的ニ著明ナルモノナリ。

フィンゲル氏ニヨレバ房事過度、手淫、交接中斷等ニヨリテ、精阜過勞ノ結果陰萎ヲ起シ、習慣性手淫ハ攝護腺部ノ過敏ヲ起スノミナラズ其加答兒ヲ起シ、尿中ニ白血球ヲ含メル淋糸ヲ出シ、尿道鏡檢査ニテ精阜ノ潮紅及ビ腫脹ヲ見ルモノニシテ、同樣ナル症候ハ房事過度、交接中斷ニ於テモ

之ヲ見ルモノナリト云フ。

交接中斷又ハ手淫ノ結果トシテ感受性薄弱ノ起ル時ハ、生殖器系統ノ障碍ハ少クシテ、神經衰弱性膀胱障碍トシテ尿意頻數、排尿時熱灼ノ感、膀胱、會陰及ビ腰部壓迫感ヲ訴フルコトアリ、此際注意スル時ハ、遺精頻回、勃起不全、早漏或ハ排便時精液漏ヲ見ル可キモ、尿ハ透明ニシテ燐酸 Phosphate 若クハ炭酸鹽 Carbonate ニヨリテ渾濁スルコトアリ、時トシテ粘液性膿性淋糸ヲ見出スモ、他ノ病的分子ヲ缺グ。

強度ノ手淫ニヨリテ時トシテ尿道ノリットル氏及ビコーベル氏腺ノ分泌亢進ヲ來シ、粘稠ニシテ水樣透明ナルリスリンニ似タル粘液ノ出ヅルコトアリ、色情性尿道漏ト稱シ、少シク色情亢奮スル場合或ハ安靜ナル狀態ニテモ發生ス。

慢性後部尿道炎ハ上記三時期ノ感受性薄弱ノ原因ニシテ、重症トナリ豫後疑問ナルコトアリ。

慢性後部尿道淋ト此部ノポリープ形成ノ合併スルコトアリ、ウォシドロ氏ハ精阜ノ變化有ル者百三例ノ患者中十五例ノ陰萎ヲ見タリト、屢ゝ同時ニ精液漏 Spermatorrhoe 若クハ攝護腺液漏 Prostatorrhoe 存在ス、此症狀ニハ容易ニ脊髓痛、感覺異常、消化不良、心悸亢進、脈搏不整等ノ如キ、神經衰弱ノ症狀加ハリ來ルモノナリ。

(c)、上記(a)、(b)、ニ屬スル原因ノミナラズ、全身神經衰弱ノ一部症狀トシテ來ル、感受性薄弱

reizbare Schwäche ノ場合、其症狀ハ種々ニシテ發生ノ時期モ亦規則的ナラズ。

麻痺性陰萎 Paralytische Impotenz ノ原因ハ次ノ如シ。

（一） 房事過度 sexuelle Exzesse ハ個人ニヨリテ其程度異リテ大ナル意義ヲ有セズ、頻數ナル手淫殊ニ思春期ニ達セザル時期ノモノハ、將來道德的心痛及ビ憂鬱ヲ起シテ其ノ意義大ナルモノアレドモ昔考ヘラレタル如クニ有害ナルモノニ非ズ、全身病モ亦陰萎ヲ起スモ大ナル意義ヲ有セズ、總テ此等ハ主トシテ同時ニ感受性薄弱ノ末期症狀ヲ呈スルモノナリ。

（二）、重症ナル急性及ビ慢性疾患竝ニ體質異常、中毒症。

（三）、生殖器ノ解剖的變化（睾丸剔出、睾丸萎縮、兩側副睾丸炎）。

麻痺性陰萎ハ後天性ニシテ絕對性陰萎 absolute Impotenz ナリ、先天性陰萎 angeborene Impotenz ハ、精神的原因（色情倒錯）ヨリ起サレタル性慾缺如ヨリ區別ス、後者ニハ交接ハ通常ニ行ハレ、倒錯的衝動ヨリ勃起射精ヲ起スモノナリ、麻痺性陰萎ニハ勃起ハ絕對ニ不可能ニシテ、龜頭ノ無感覺、提睾筋反射及皮膚感覺ノ減退等ヲ見ルモノナリ。

診斷 神經系統ノ一部ニ機能障碍アル場合ノ診斷ハ已往症ニヨルカ、客觀的檢査ニヨリテ行フ。

豫後 多クハ不良ナリ（精神的無感覺 Psychische Anästhesie 及ビ知覺異常 Parästhesie）精神的制止ハ豫後良好ニシテ脊髓中樞ノ罹患セル感受性薄弱モ亦良好ナリ、麻痺性陰萎ハ稍ゝ良好ナラズ、

末梢ノ原因ニヨリテ起ル生殖器神經衰弱症ハ後部尿道炎ノ場合ニハ豫後良好ナリ、交接中斷ニ起因スルモノハ手淫ニヨルモノヨリモ良好ナリ。

陰萎療法 Therapie der Impotentia coeundi 原因ノ異ルニ從ヒテ治療法モ亦異ナレリ、然レドモ種々ノ原因ノ同時ニ作用シテ起ルコトアルヲ以テ一般的療法ヲ述ベン。

解剖的變化ヲ有スル機械的交接不能症 organische Impotenz ニアリテハ手術的療法ヲ要ス、然レドモ腦脊髓及ビ神經ニ解剖的變化アル陰萎ノ療法及全身病（糖尿病、腎臟病等）若クハ中毒症ニヨリテ起ル場合ハ、內科的治療ヲ要シ、肥滿症ニ於ケル陰萎ハ脫脂療法ニヨリテ快復セシム、解剖的變化アル中樞臟器ノ疾患、全身病、營養障碍、中毒症ノ結果トシテ脊髓中樞ノ機能障碍ニヨル感受性薄弱又ハ麻痺性陰萎モ亦內科的治療ヲ必要トス、全身神經衰弱ノ一部症狀トシテ來ル場合ニハ神經系統ノ治療ニ屬シ、又物理的治療ニヨリテ良好ナル結果ヲ得可シ、治療ニヨリテ輕快シ難キハ先天性陰萎及ビ精神的性慾知覺異常ナリ、後天性ノ色慾異常ハ暗示療法ニヨリテ效ヲ奏スルコトアリ、麻痺性陰萎ノ治療ハ結果良好ナラズ。

主トシテ精神的療法ニヨリテ好結果ヲ得ルハ精神的制止作用ニヨリテ起ル精神性陰萎 Psychische Impotenz ナリ、數週乃至數ケ月間全ク交接ヲ斷チ意志ノ轉換ヲ行フヲ必要トス、此際同時ニ適度ノ水治療法及ビ電氣療法ヲ以テ營養的治療ヲ行フ可シ、電氣ハ一ノ導子ヲ直腸內ニ置キ、他ノ導子ハ

尿道球部筋肉上ニ置キ、感電々氣ヲ用フルカ、ヂアテルミー療法ヲ行フ、ウィンテルニッツ氏ノ肛門冷却器ニヨル寒冷刺戟法モ採用セラル、然レドモ尿道内ニ挿入セル冷却消息子ノ使用ハ效ナシ、同時ニ頻回ナル又ハ病的遺精ノ存スル時ハ臭素劑ヲ與ヘ然ル後交接ヲ行ハシム、其結果良好ナル時ハ治療ヲ終ルベシ、新婚ノ男子ニ向ヒテモ交接ヲ禁ズ可シ、憂鬱性ノ場合ニハ鹽酸ヨヒムビン〇、〇五ノ錠劑三—五個ヲ與フ、禁慾療法ノ終リニ與フルヲ良シトス。

カスペル氏ハアトロピンヲ勃起亢進劑トシテ與フ、ギュルコベヒキー氏ハ酸素吸入法ヲ採用ス。

脊髓中樞ノ機能障碍ニヨリテ起ル其他ノ陰萎卽チ神經性陰萎 nervöse Impotenz 及早漏ニハヒュルブリンゲル氏ハ適度ノアルコホールヲ採用ス、神經末梢卽チ尿道攝護腺部殊ニ精阜ノ末梢ノ解剖的變化ニヨリテ起ル場合ハ尿道ノ局所療法ヲ要ス、然レドモ大ナル注意ヲ拂ヒテ尿道攝護腺部ノ解剖的狀態ノ診斷ハ、彈力性消息子及ビ尿道鏡ニヨリテ行ヒ、局所ノ過敏性ハ糸狀ブージーノ挿入ニヨリテ確ムルコトヲ得可シ、人工的鬱血性充血ハ尿道鏡ニヨリテ起リ、此疾患ノ原因タル亢進性潮紅ト區別スルコトヲ必要トス、フィンゲル氏ハ精阜ノ組織的檢査ニヨリテ局所ノ變化ハ性慾障碍ノ原因タルコトヲ述ベタレドモ、其ノ確實ナル證據ハ未ダ斷定セラルヽニ至ラズ、性慾障碍ノ場合ニ後部尿道ノ疾患アル時ハ先ヅ之ヲ治療ス可シ、ウォシドロ氏研究ノ如ク之ニヨリテ生殖器障碍及ビ生殖器神經衰弱症狀ハ輕快若クハ治癒ス、而シテ治療ニハ後部尿道炎、攝護腺炎及ビ精囊ノ療法ニ用ヒタル

藥劑ヲ使用スベシ、時トシテ十八乃至二十六號ノ金屬消息子ヲ尿道内ニ挿入スル時ハ好果ヲ得ルコトアリ、神經衰弱患者ニハ消息子療法ヲ行ハザルヲ可トス、後部尿道炎殊ニ精阜ノ尿道鏡的療法ハ近來採用セラレ、殊ニゴルドシュミット氏ノ尿道鏡ハ其治療ニ適シ、點滴及ビ燒灼ヲ行フコトヲ得ベク、此ノ外ワレンチン、ルイス及ビウォシドロ氏ノ尿道鏡ヲ用ヒテ沃度丁幾、一〇—二〇%ノ硝酸銀液及ヒラピスヲ塗布スルコトアリ、電氣燒灼モ之ニヨリテ行ハル、ボリープモ亦シュリンゲ又ハ電氣凝固療法ニヨリテ除去セラル、此方法ハ危險ナラザレドモ不熟練者ニヨリテ行ハルヽ時ハ炎症、膿瘍及神經症狀ヲ起スコトアリ、十日乃至十四日ノ間隔ヲ以テ行フ可シ。

同時ニ神經衰弱症狀ハ殊ニ水治療法、轉地療法、海水浴、燐、砒素、鐵劑ノ内服、適度ノ運動、電氣療法（平流電氣、感電々氣）、フランクリンザチオン、電氣浴、ヂアテルミー療法等ニテ輕快セシムルコトヲ要ス、局所ニハ平流電氣ヲ弱ク四乃至六ミリアンペーアヲ以テ治療ス可シ、交接及ビ色慾亢進ヲ避ケ乘車及ビ乘馬ヲ禁ジ、手淫、房事過度、交接中斷ヲ嚴禁スベシ、勃氣補助ノ機械ニハ吸引裝置ヲ用フ。

神經衰弱性及ビ精神性陰萎ノ多クハ、適當ナル配偶者ヲ得ルコト必要ニシテ、麻痺性陰萎ニハ醫師ヨリ配偶者ヲ進ム可カラズ。

最後ニ交接方法ノ不適當ナルハ陰萎ヲ起スコトアルヲ以テ、醫師ヨリ注意ヲ與フルコトヲ要ス。

三　男子生殖不能症(不妊症)

Impotentia generandi (Sterilitas virilis)

交接不能症ト生殖不能症トハ互ニ相關連シテ來リ、男子ノ生殖不能症ハ次ノ三ツノ原因ニヨリテ起ルモノナリ、卽チ

(一)、精液ヲ膣内ニ送ルコトヲ得ザル時、(二)、精液缺如、(三)精液ノ不成熟等ニシテ此等ノ原因ハ健常ナル勃起、性慾及ビ快美感高潮ノ際ニモ存在ス。

一　精液ヲ膣内ニ送ルコトヲ得ザル不妊症

Sterilitas infolge Unfähigkeit den Samen in die Vagina zu deponieren

陰莖ノ畸形、强度ノ尿道上裂及ビ下裂、尿道瘻、包皮繫帶ノ短少ハ陰莖ノ勃起ヲ起シテ膣内ニ挿入シ得ルモ射精シテ膣内ニ達セシムルコト能ハズ、然レドモ精液ガ膣外庭ニ射精セラレ、處女膜ノ健全ニシテ姙娠スルコトアリ、尿道ノ開口ガ瘻孔及ビ尿道下裂ニテ下方ニ廣ク開ク時ハ、精液全ク外方ニ排出セラレテ不妊症ヲ起ス可シ。

療法ハ外科的ニ行フ。

二　精液缺如ニヨル不妊症　Sterilitas infolge Aspermatismus.

交接ハ通常ニ行ハルヽモ精液ヲ缺如セル爲メニ不姙症ヲ來スモノヲ云フ、稀ニハ精蟲缺如症 Azoospermieアリ、精液排泄障碍ハ先天性又ハ後天性ニ或ハ一時性又ハ永續性ニ存在スルコトアリ、其原因ハ全ク機械的ニシテ精液排泄管ノ障碍ニヨルコトアリ、機械的又ハ有機的精液缺如症 mechanischer oder organischer Aspermatismus ト名ク、又神經系統ニ於ケル原因ニヨリテ機能的ニ來ルコトアリ、神經性若クハ精神的精液缺如症 nervöser oder psychischer Aspermatismus ト名ク。

(イ) 機械的又ハ有機的精液缺如症 mechanischer oder organischer Aspermatismus

甲　先天性精液缺如症 angeborener Aspermatismus

稀ナリ、射精管ノ先天性閉塞、攝護腺及ビ精囊ノ先天的萎縮ニ原因ス、射精管ノ常道ヲ取ラザル場合ニハ、精液ガ膀胱内ニ入リタル後尿ト共ニ排出セラルヽコトアリ。

乙　後天性精液缺如症 erworbener Aspermatismus

尿道ノ外傷性及ビ淋疾性高度ノ狹窄ハ精液ヲ膀胱内ニ入ラシム、狹窄ノ全ク不通ニアラザル時ハ後ニ至リテ精液ノ徐々ニ點滴セラルヽヲ見ルモノナリ、攝護腺炎ノ結果、攝護腺括約筋ノ機能衰弱ニヨリテ精液ノ外方ニ射精セラルヽコト能ハズシテ抵抗少ナキ膀胱ニ向ヒ流入スルコトアリ。

射精管ノ萎縮及ビ常道ヲ取ラザルハ淋疾、外傷、手術、腫瘍、結石、結核、攝護腺膿瘍、瘢痕性攝護腺炎、攝護腺肥大症等ニヨリテ起リ、射精管ノ萎縮部ヨリ後方ハ著シク擴張シ、此處ニ化膿及ビ壁ノ出血ヲ起スニ至ルモノナリ、快美感高潮ニ際シテ會陰及ビ直腸ニ疼痛ヲ發シ、又射精ヲ內方ニ感ズ可シ、精囊直腸瘻ハ精液缺如症ヲ起スコトアリ、此際精液ノ停滯ハ直腸ニ行ハル。

診斷及ビ豫後　原因症ニ關係ス。

療法　原因症ヲ除クニ在リ、射精管ノ變化アル時ハ效果疑問ナリ、射精管ノ狹窄及ビ常道ヲ取ラザルハ一般ニ診斷不能ニシテ先天性ノ場合ニモ療法ナシ。

（ロ）神經系統ニ於ケル機能的障碍ニヨル精液缺如症、Aspermatismus infolge funktioneller Störungen im Nervensystem

A　射精中樞ガ亢奮性ナラザル場合 Das Ejakulationszentrum ist an sich nicht erregbar

先天性ニ在リテ稀ナリ、勃起充分ニシテ機械的交接可能ナレドモ、快美感高潮及ビ射精ヲ全ク缺除ス、（絕對的精液缺如症 absoluter Aspermatismus）此際遺精、射精及快美感高潮ニ關スル感覺ヲ有セズ、後天性ニ手淫、脊髓疾患、アルコホール中毒等ニ起因ス、アルコホール中毒ニヨル場合ハ一時性ニ於テモ已ニ射精中樞ノ亢奮緩除ヲ來スモノナリ。

B　射精中樞ニ精神的制止ノ作用スル場合 Psychische Hemmungen wirken auf das Ejakulationszentrum.

先天性ニ殊ニ相對性精液缺如症 relativer Aspermatismus トシテ來リ、勃起ハ充分ニシテ交接モ行ハルヽモ射精ハ絕對ニ缺如シ唯睡眠中ニ遺精ヲ起スコトアリ、此射精中樞ガ睡眠中ハ精神的制止ヲ受ケザルニヨルモノナリ、精神的精液缺如症 Psychischer Aspermatismus ト名ク、精神的精液缺如症ト精神的陰萎トノ間ニハ關係ヲ有シ、精神的陰萎ヲ治療スルニ當リテハ先ヅ完全治癒ノ以前ニ色慾ハ發生スルモ精神的精液缺如症ヲ起スコトヲ見ル可シ、相對性精液缺如症トシテモ來ルコトアリ、卽チ射精ハ一定ノ人トノ間及ビ一定時ノ交接ニ起リ、健全ニシテ神經性ノ人間ニ之ヲ見ルコトアリ、神經性遺傳、手淫及ビ房事過度ハ其發生ヲ誘引ス。

丙、射精中樞亢奮不充分ナル場合 Das Ejakulationszentrum wird ungenügend erregt

末梢ヨリ來ル感覺的刺戟强カラズシテ、射精中樞ノ反射性射精ヲ起スニハ亢奮ノ充分ナラザルナリ、原因ハ陰莖（龜頭、繫帶）ノ皮膚無感覺ニアリテ先天性或ハ後天性ニ來リ、例ヘバ先天性包皮若クハ龜頭ノ瘢痕ニヨリテ起ル、睡眠中ノ遺精ハ精液ノ精囊內ニ充實シ、其緊張ニヨル刺戟ニテ反射性ニ睡眠中其擧縮ヲ來シ射精スルモノト解セラル。

診斷　機械的及ビ有機的精液缺如症ト鑑別ス。

豫後及ビ療法　原因ニヨリテ異ナリ、先天性絕對的精液缺如症ハ治癒セズ、射精中樞ノ萎縮ニヨ

ルモノハ交接ヲ禁止シ營養ヲ良クスルコトニヨリテ治癒シ、若クハ原因症ノ輕快ト共ニ快復ス、精神的相對性精液缺如症ハ精神的陰萎ニ於ケル如ク治療ニヨリテ結果良好ナリ、精液缺如症ノ無感覺型ニ於テハ例ヘバ包莖ノ手術ヲ行フ時ハ除キ得可ク、龜頭ノ後天性無感覺ニハ感電々氣ヲ試ム可シ。

三　精液ノ病的變化ニヨル不妊症

Sterilitas infolge pathologischer Veränderungen des Samens.

精液ノ病理 Pathologie des Samens ニ就テ一言センニ

排泄セラレタル精液ノ量ガ少ナキ時ハ、精液減少症 Oligospermie ト云ヒ、多キ時ハ精液增多症 Polyspermie ト云フ、前者ハ後者ヨリモ多シ、生理的ニモ老年及ビ房事過度ノ後ニ來リ、青年ニ於テモ精道又ハ精液腺ノ病的變化ニヨリテ來ル、一側ノ睾丸ガ剔出セラルヽカ若クハ精液ノ產出機能ヲ失フ時モ減少ス、一側ノ睾丸ノ精液ガ排泄ヲ共尿道ニ於テ妨ゲラルヽ時ニハ他ノ健康ナル睾丸ノ排泄ハ不變ニシテ輕度ノ精液減少症ヲ起スニ過ギズ、一般ニ精液減少症ハ精液缺如症ノ前驅トシテ來ルモノナリ。

通常排出セラルヽ精液ヲ沈澱管ニ採レバ、全量ノ三分ノ一ハ沈澱シ、其他ハ流動性ナルモノナレドモ、多漿精液症 Hydrospermie ニアリテハ下層モ亦流動性ナリ、通常下層ハ主トシテ細胞性原素(精

蟲)ヨリ成レドモ、多漿精液症ニアリテハ水樣性ノ部分多クシテ精蟲ノ數ハ減少ス、故ニ多漿精液症ト共ニ精液減少症及ビ精液缺如症ヲ發生ス、精液ノ溷濁少ナキハ多漿精液症ニ見ル所ナリ、精液中ニ膿汁ノ混合スルコトアリ、膿性精液症 Pyospermie ト名ク、膿性精液症ニ假性膿性精液症 Pyospermia spuria ト名ク、通常ノ精液ハ灰白色ヲ呈シ衣服ニ附着スル時ハ黃色ノ邊緣ヲ以テ灰白色ノ斑點ヲ呈スルモ、膿汁ノ混合スル時ハ此斑點全部、黃色乃至黃綠色ヲ呈シ、假性膿性精液症ニテハ黃色ノ輪ヲ呈ス、前者ハ精囊炎ニ、後者ハ尿道及ビ攝護腺ノ化膿性炎症ニ之ヲ見ルモノナリ、血性精液症 Haemospermie ハ血液ノ精液中ニ混在セルモノヲ名ケ、精液ハ赤色乃至褐黃色ヲ呈シ、膿性精液症ト同樣ナル狀態ニヨリテ發生ス、屢〻同時ニ精蟲ノ病的變化ヲ呈シ、衣服ニ附着スル斑點ガ赤色乃至褐色ノ時ハ眞性血性精液症 Haemospermia spuria ト稱ス、血液ガ精系若クハ射精ノ途中所々ニ血痕ヲ殘ス時ハ假性血性精液症 Haemospermia vera ト名ク、褐黃色ニシテニテ混合スルハ、殊ニ慢性攝護腺炎及ビ精囊炎ニ多キヲ見ルベシ、精液ノ靑色ニ變ズルハインディゴニヨリテ起リ、酒赤色及ビ紫色ヲ呈スル場合モ亦同樣ニ病的ニアラズ、精蟲衰弱症 Asthenospermie トハ射精液ノ精蟲ガ生活能力減退セルヲ云ヒ、精蟲壞死症 Nekrospermie トハ射精液中ニアル精蟲ノ死シテ不動性ナルヲ云フ、又精蟲缺如症 Azoospermie トハ射精液中精蟲ノ殆ンド缺如セルヲ云ヒ、其性狀及ビ膿度ハ變化セズ、ベッチェル氏ノ結晶ヲ證明シ結晶ハ特ニ急速ニ發生ス、鏡檢

ニヨリテノミ鑑別シ得ラル。

イ　精蟲缺如症 Azoospermie

性慾ハ存在スルモ射精液中精蟲缺如シ肉眼的變化ヲ呈セズ、鏡檢スレバレチチン小體、上皮細胞、アミロイド等有リ、之ヲ乾燥スレバベッチエル氏結晶ヲ有スレドモ精蟲ヲ缺如ス、卽チ精蟲ノ睾丸内ニ於テ發生セザルカ或ハ之ヲ發生スルモ、途中ノ障碍ニヨリテ精嚢内ニ達セザルナリ。

此狀態ハ永續的ニ若クハ一時的ニ發生シ、先天性ニモ後天性ニモ存在ス、睾丸ノ失天性ニ兩側共ニ缺如スル場合ニ存在ス、生殖器ノ成熟シタル後、兩側睾丸剔出ヲ行ハバ色慾ハ一定時存在スレドモ、睾丸ノ産物ハ排泄セラレズ、マッサーツァス氏ハ種々ノ動物ニ就テ睾丸剔出ヲナシタル後、通常九日ニシテ精液中精蟲及ビ精嚢内ニ受胎力ヲ有スル精蟲ヲ發見セザリシト云フ、潜伏睾丸ニアリテハ兩側ナル時ハ兩側ノ睾丸萎縮シ、時トシテ精蟲缺如症ヲ發生スル原因ハ次ノ場合ナリ。

甲　睾丸産物ノ缺如。

分泌障碍ノ存在スルコトナリ。

A　先天性精蟲缺如症 angeborene Azoospermie（特發性不妊症）(idiopathische Sterilitaet)

之ハ健康ナル人ニ於テ以前ニ病氣ニ罹ラズ、房事過度、手淫等ヲ行ヒタルコトナクシテ、全ク睾

丸及ビ副睾丸ノ健全ナル者ニ起ル場合ヲ云フ、其原因ハ尚不明ナリ。

B、房事過度、手淫、遺精、精液漏ノ後、萎縮狀態トシテ來ル場合。

屢ミ神經衰弱ヲ伴フ、生理的ニモ已ニ房事過度ノ後ニハ一時性精蟲缺如症 temporäre Azoospermie ヲ來ス、一日三四回ノ交接ノ後ニハ十日間精蟲缺如症ヲ見タル例アリ、此等ノ關係ハ個人ニ於テ一定ノ範圍内ニ於テ相違アリ、此精蟲缺如症ニ移行スル時期ハ、精液減少症及ビ多漿精液症ナリ、移行時期トシテ精蟲ノ變形スルコトモ記載アリ、ヒュルブリンゲル氏ハ之ニ對シ種々ノ記述ヲナセリ。

C　重症ノ急性疾患及ビ其回復期若クハ慢性全身病及ビ中毒症ニテハ、營養障害トシテ一時性ニ精蟲缺如症ヲ起スモノナリ、例ヘバ糖尿病、結核、癌腫、心臟及腎ノ疾患竝ニ脊髓若クハ神經疾患ニ於テ來ル、一部ハ屍體解剖ニテ之ヲ發見ス、アルコホール中毒、モルフィン中毒、殊ニ前者ニハ屢ミ發生ス。

D　兩側睾丸ノ實質ガ萎縮、黴毒、結核、腫瘍等ニテ全ク破壞セラルヽ時ニ發生ス、サレド多クハ睾丸實質ノ一部存在シテ其作用ヲ呈スルガ故ニ、精蟲缺如症ヲ起サヾルモノナリ、相對性精液減少症ヲ發生ス、睾丸實質ノ三分ノ二ガ腫瘍等ニテ破壞セラルヽモ、精液ノ産出比較的障碍セラレザルヲ發見セリ、稀ニ内臟神經纖維ノ障碍若クハ中樞神經ノ精液産出ニ關スル中樞ガ黴毒性破壞ニヨリテ睾丸實質ノ變化ヲ來スコトアリ。

人工的ニハ睾丸ヲラジウム及ビレントゲン腺ノ放射ニヨリテ精蟲缺如症ヲ起シ得可シ。

乙　精道ノ障碍 Verlegung der Samenwege

副睾丸及ビ輸精管ノ先天性缺如ヲ除クバ、睾丸ヨリ精囊ニ開口セルマデノ精道ノ障碍ハ之ニ屬シ其通路ヲ塞グモノナリ、實際上最モ重要ナルモノナリ、淋疾ニハ比較的屢〻發生ス、兩側副睾丸炎ハ其主ナル原因ニシテ、精系炎モ亦其原因ヲナスベシ、フィンゲル氏ハ三千一百三十六例ノ淋毒性副睾丸炎ノ患者中其兩側ノ者ハ二百十一例ニシテ其他ノ報告ト合シ二百四十二例ノ兩側副睾丸炎ノ中二百七例即チ九二%ノ精蟲缺如症ヲ發見セリト云フ、サレド兩側副睾丸炎ヲ病ミシ者ニシテ妊娠セシメ得ルモノモ亦稀ナラズ、一側ノ副睾丸炎ニテハ精液減少症ヲ發見スルコトアリ、他ノ原因ニヨリテ他側ノ睾丸機能障碍セラルヽ時ニハ精蟲缺如症ヲ起スコトアリ、實驗的ニハケーレル氏及ブリッソー氏ガ輸精管ヲ結紮シタル後、精系睾丸部、及ビ副睾丸尾部ニ於テ其擴張及ビ壁ノ肥厚シテ其中ニ一部吸收破壞シ成熟セザル精蟲ヲ確メ、其後五ケ月乃至九ケ月ニシテ其睾丸萎縮シ分泌能力ノ休止スルヲ見タリト云フ、之ニ反シテボスネル氏ハ萎縮性副睾丸炎ノ後、數年ニシテ猶睾丸穿刺ニヨリテ生活セル精蟲ヲ發見セリト、ゴッセリン、クルシュマン、ジモンド氏等モ亦淋疾後ノ精蟲缺如症ヲ臨床的ニ認メタリト、卽チ分泌物中、脂肪破壞物、脂肪變化セル大睾丸細胞、時トシテ色素及精蟲ヲ發見セリ、然レドモジンモンズ氏ニヨレバ殆ンド睾丸萎縮ヲ來サズト云フ。

症候及ビ診斷　精蟲缺如症自身ノ症候ハ存在セズ、睾丸分泌ノ缺如セル際ニハ性慾障碍ノ症候ヲ合併ス、淋疾ノ原因ナル時ニハ性慾障碍殊ニ感受性衰弱、精液排泄ノ異常若クハ攝護腺液漏ヲ伴ヒ又ハ之ヲ伴ハズシテ來ルコトアリ、精液漏ヲ含有スルヲ精蟲缺如性精液漏 Azoospermatorrhoe ト名ク。

診斷ハ唯ニ新鮮ナル射精物ヲ無染色ニテ鏡査シテ決ス可シ、十二時間以上ヲ經過シタル標本ニテハ價値ナシ。

豫後及ビ療法　豫後ハ原因症ニ關係ス、房事過度及手淫後ノ精蟲缺如症ノ療法ハ性慾ヲ攝生シ、全身營養ヲ高メ、神經衰弱ノ治療ヲ行フ可シ、急性熱性疾患後ノ一時性精蟲缺如症ハ原因症ノ恢復ト共ニ治癒ス、アルコホール及ビモルヒン中毒症ニハ其療法ヲ行フ、慢性全身病竝ニ睾丸ノ疾患ニハ其治療ヲ加ヘ、黴毒性ノ精蟲缺如症ニハ强キ驅黴療法ヲ行フ、副睾丸炎若クハ精系炎ニ原因スル時ハ其古キモノハ豫後疑問ナリ、此場合ニハ第一期ニ於テ副睾丸炎ノ浸潤ヲ速ニ消退セシムル爲メ氷罨法ヲ出來ル丈早ク中止シ、溫罨法ニ更ヘテ永ク提睾帶ヲ用ヒシム可シ、其他、沃度劑、膏軟、繃帶、電氣マッサージ、熱氣浴、透熱法等ヲ睾丸及ビ副睾丸ニ行ヒ、蛋白ニ富メル食餌ヲ與ヘ、フィブロリジンノ皮下注射ヲ試ム可シ、然レドモ其古キモノハ浸潤硬クシテ回復シ難シ、フュルブリンゲル氏ハ精系ノ閉塞部ヲ手術的ニ除去シ副睾丸頭部ニ縫合シテ好結果ヲ得タルコトアリト云フ。

ロ　精蟲壞死症 Nekrospermie 及ビ精蟲衰弱症 Asthenospermie

交接後、其射精物ガ死セル不動ノ精蟲ヲ含メルヲ精蟲壞死症ト云ヒ、唯僅カニ運動スルモ死ニ頻セルハ精蟲衰弱症ト名ク、前者ハ不妊症ノ一原因ナリ、膣內ヨリ射精物ヲ取リテ檢スルハ不可ナリ、又精囊分泌物中ノグロブリン內ニ存スル精蟲モ亦不動ニシテグロブリンノ流動スルニヨリテ運動スルニ至ルコトヲ注意ス可シ、房事過度及ビ手淫ニヨル睾丸分泌物ノ消失若クハ病的精液消失ノ際ニハ精蟲ノ數著シク減少シ、其運動モ亦弱ク一部分ハ已ニ形態ノ變化ヲ呈ス、精蟲ノ鏡檢ニ際シテハ、人意的ニ形態ノ變化ヲ來スコトアルヲ注意ス可シ。

精液ニ膿汁及血液ノ混入スル結果起リタル精蟲壞死症ハ、精液ガ永ク血液膿汁ニ接觸セル結果ナレバ、活撥ニ運動セル精蟲ノ存在セザルヤ否ヤニ注意ス可シ。

眞性ナル膿性精液症 Pyospermie 若クハ血性精液症 Haemospermie ハ精囊炎及慢性攝護腺炎ニ際シテ發見ス、膿汁若クハ血液ノ混入スルモ受胎セシメ得ルコトアリ、然レドモ不明ノ原因ニヨリテ精蟲ノ生活力ヲ失フコトアリ、血液ハ膿汁ト混ゼザレバ其害ハ少ナシ、攝護腺液ノ反應ハ人々ノ研究ノ結果一致スルニ至ラズ、ボスネル及ビロートシルド氏ハ弱アルカリ性ナリトセリ、フュルブリンゲル及ビフィヂル氏ハ酸性ニシテ精蟲ノ生活力ヲ保持シ其運動ヲ促スモノニシテ、膿汁ノ混在スル時ハアルカリ性ナリト云フ、ベッチェル氏結晶ハ膿ヲ含メル攝護腺液中ニハ發生不良ナリ。

精蟲壞死症ハ症狀ヲ呈セザレドモ其合併症ノ症狀ハ存在ス。

療法ハ其原因症ニ向ヒテ之ヲ行フモノナリ。

泌尿科診斷療法 完

泌尿器科史　Geschichte der Urologie

海外ニ於ケル泌尿器科史　Ausländischer Teil

醫學ノ起源ニ就テハ未ダ一定ノ說ナケレドモ、太古源ヲ印度ニ發シテ東方ニ傳ハルモノハ、支那、朝鮮ヲ經テ日本ニ及ビ、西方ニ傳ハルモノハ、波斯、埃及、猶太ヲ經テ希臘、羅馬ニ至リ、歐米ニ擴マリタリト信ゼラル。

埃及　太古、埃及ニ於テハ獨逸人エベルス氏ガ發見ニカヽル埃及醫學ノ寶典ナルパピルス、エベルス Papyrus Ebers（紀元前一五五〇年）ノ示ス如ク、已ニ泌尿器科疾患ニ對スル多クノ處方ヲ載セ、當時盛ニ去勢術ガ行ハレタリ。

印度　印度醫書ノ最古ノモノハアイユールヴェーダ Ayurveda ニシテ、其內スシルタ Susurta（普聽）ノ筆ニナリシモノ最モ有名ナリ、パピルス後一千年ヲ經テ書カレタル印度醫學ニシテ、印度人ノ會陰部截石術ハ世界最古ノ手術ト稱セラル、當時既ニ金屬製若クハ木製ブージーヲ用ヒテ尿道狹窄ノ漸進的擴張療法ヲ行ヒ尿道膀胱疾患ニ注射療法ヲ用ヒタリ、紀元後二世紀ノ頃華陀ト云フ者已

ニ手術ニ一種ノ麻醉藥ヲ應用セリ。

希臘　希臘ノ醫聖ヒポクラテス Hippocrates ハ紀元前四百年頃ニ於テ、膀胱結石ノ如何ニシテ其核ヨリ急速ニ增大スルヤ、其發生ノ原因及ビ症候ニ就テ精密ナル記載ヲナシ、截石術ハ一定ノ教育ヲ受ケタル醫師ノ行フ可キモノニアラズシテ經驗アル截石家ニヨリテ行ハル可キモノナルコトヲ唱道シ、腎臟外科ニ對シテハ腎臟部ニ腫脹ヲ來サバ初メテ手術ヲ行フ可キモノナルコトヲ敎エタリ、又尿道周圍膿瘍及膀胱炎ニ論及シ、腎臟及膀胱疾患ニハ尿ノ變化ヲ呈スルコトヲ指示シ、陰莖ニ發生セル尖圭腓胝腫ノ除去法ヲ記述セリ。

アムニウス Amnius ハ碎石器ヲ發明シ、大ナル結石ヲ破碎シテ結石ノ自然排泄ヲ企テタリ。

羅馬　羅馬ノコルネリウス、ツェルズス Cornelius Celsus ハ一世紀ノ初頭ニ當リテ、尿道ニ介在セル結石ニ對スル尿道截開術ニ就テ記載シ、老人ニ於ケル尿閉ニ對シテハ膀胱カテーテル挿入ヲ行ヒ、膀胱結石ノ截石術、結石治療後ノ再發、傷創及瘻管ノ療法ニ就テ記載セリ。

其後百五十年ヲ經テ羅馬ノ外科醫ニヨリテ尿道狹窄ニ際シテ會陰部尿道截開術ハ行ハレタリ。

二世紀ニ入リテハクラウヂウス、ガレーヌス Claudius Galenus ハ尿失禁及尿閉ニ就テ記載シ、彎曲セルカテーテルヲ使用セリ。

紀元三百年頃ニハアンチルヽス Anthyllus 出デ、尿道下裂及包莖ノ手術ヲ記載セリ。

ケーリウス、アウレリアンス Caelius Aurelians ハ第四世紀ノ初メニ當リテ膀胱結石ニ對スル消息子ヲ使用シタリ。

醫學衰微時代　以上ハ大古ニ於ケル泌尿器科史ニシテ、ガレーヌス以後十六世紀ニ至ルマデノ中古期ニ於テハ、醫學ハ基督教ニ影響セラレテ迷信的思想ニ支配セラレ、其衰微ヲ來シテ醫學ノ實際ハ主トシテ僧侶ノ手ニ落チ、外科ハ鍼醫者及理髮業者ノ手ニ扱ハレタリ、而シテ此間唯第四乃至第五世紀ノ頃ビザンチン帝國ニ於ケルパウルス Paulus ハ生殖器ニ關スル稍〻完全ナル記載ヲナシ、下痛ニ就テ述ベ又宗教上ノ意味ニテ包皮ヲ切開シタルモノト生殖器ヲ侵ス所ノ素質ノ爲ニ起ル壞疽トノ鑑別ヲ記載セリ、亞剌比亞ニアリテハ十世紀ニ於テアブルカーシム Abulkasim 出デ結石症ニ對シテ碎石術ヲ施シ、第十三世紀、伊太利ノグリエルモ、ダ、サリツェトー Guglielmo da Saliceto ハ不潔ナル交接ニヨル男子ノ疾病ニ就テ記載セリ、其高足ニシテ佛蘭西外科ノ鼻祖タルランフランキー Lanfranchi ハ膀胱結石ニ對シテ內服藥ヲ與ヘ、其效ナキ時ニハ截石術ニヨリテ治療ス可シト說明セリ、當時日耳曼人種ノ外科ハ伊太利、佛蘭西ノ外科ヲ模倣シタルニ止マリ、英國ニテジョン、アーダーン John Ardern ハ腎石疝痛ニ對シテ僅ニ食鹽灌腸、直腸注入法ヲ賞用セシニ止マレリ、斯クテ此醫學衰微ノ狀態ハ第十四世紀ニ於テ學術的ノ外科學ガ佛國巴里、セン、コーム大學 Saint Côme ニ於テジャン、ピタール Jean Pitard ヨリテ建設セラレ、全歐洲ヲ風靡スルニ至ルマデ連續セリ。

第十五世紀　第十五世紀ジョアンニー、ダ、ヴィゴー Gioanni Da Vigo ハ水銀軟膏ヲ發明シ、截石術ハ下級醫師ノナス可キモノトナセシ所ニシテ、ジョアンニー、デ、ロマニス Gionni De Romanis 之ヲ創始シタルモ、マリアノ、サントー Mariano Santo ニ其偉業ヲ歸セシメシラ以テ、後世サントーヲ以テ截石術ノ鼻祖トナセリ、當時伊太利外科ヲ飾ルモノハ所謂經驗家ニシテ截石術、睾丸剔出術、尿道狹窄ノ手術等ハ多年ノ經驗ニヨリテ手術ノ妙技ヲ極メタリ、千四百九十七年ベニスノメスレ Mesure ハ遊走腎ヲ發見セリ。獨逸ニ於テハ外科ハ教育アル醫師ノ間ニ排斥セラレ、截石術ハ殆ンド全ク實驗派ノ行フ所トナセリ。

第十六世紀　第十六世紀ニ入リテハ科學及醫學ノ發達ヲ促シタル事項甚ダ多ク、前世紀ノ末ニコロンブスノ亞米利加發見(一四九二)ト共ニ黴毒歐洲ニ渡來シ、佛・瑞・獨・蘭・英ニ波及シ黴毒ノ大流行ヲ見タリ。

伊太利ニ於テハ當時科學的教育ヲ受ケタル外科醫ヲ有シ、ニコラ、マッサ Nicola Massa ハ大解剖學者ニシテ初メテ攝護腺ヲ記載シ、黴毒ニ關スル實驗ト研究トニヨリテ黴毒學ノ鼻祖タリ、ビオンドー Michael Angelo Biondo ハ黴毒ノ原始ニ就テ興味アル說ヲナシ、ブラサヴォラ Antonio Mussa Brassarola ハ藥物學ニ通ジ、黴毒ノ病理ト治療法トヲ述ベ花柳病ノ研究ニ從事シ、フェリ Alfonso

Ferri ハ尿道狹窄ニ關スル記載ヲ遺シタリ。

佛蘭西ニ於テハ佛蘭西外科ハ下級理髮師、外科醫ノ向上ニヨリテ共面目ヲ一新セリ、卽チフランコ—Pi rre Franco ハ手術ニ妙ヲ得、截石術ニ關シテハ素人ヨリ之ヲ奪ヒテ今日ノ高位被開術ヲ發明シ(一五六一年)、又會陰式截石術ノ改良ヲ企テ、新器械ヲ作リテ膀胱ノ切開ヲ出來ル丈小ニシテ容易ニ結石ヲ摘出スルコトヲ得セシメ、場合ニヨリテハ二次的手術ヲ行フノ法ヲ考案セリ、ヌアムブロアーズ、パーレ Amproise Pare (一五一〇—一五九〇) ハ千五百七十五年結石破碎ブージーヲ作リ又陰莖ガ疾病ノ爲メニ破潰セラレタル場合ノ排尿器ヲ造リタリ、尙當時佛蘭西ニハコロー族Familie Collot ト稱シテ代々截石術ヲ專門トシ共名聲々タリ。

●●●●第十七世紀 第十七世紀ニ於テハ一千六百六年和蘭ノ眼鏡師ハウス Haus 及ザハリヤス、ヤンセン Zacharius Jansen ニヨリテ顯微鏡發明セラレ、一千六百二十一年コルネリウス、ドレッベル Cornelius Drebbel ノ之ヲ醫學ニ應用シテ以來、一千六百六十五年、マルチェロ、マルピギー Marcello Marpighi ノ血球發見トナリ、一千六百二十八年英人ウィリアム・ハーヴェー William Harvey ノ血液循環說ヲ產ムニ至リテ、醫學ノ理論的方面ハ著シキ進步發展ヲ遂ゲタリシモ、外科的方面ハ主トシテ下級實驗家ノ手ニ委ネラレタルヲ以テ貢獻スル所ナカリキ。

伊太利ニアリテハ截石術ハビザンツ派醫師ニヨリテ行ハレタリシガ、後、亞剌比亞ヨリ輸入セシ碎

石術之ニ代リ祕密手術トシテ一部醫師間ニ行ハレタリ、又此世紀ノ中葉ニ於テチュクチ Antonio Ciucci ハ碎石術ヲ奬勵シ一新器械ヲ作リテ用ヒタルガ如シ。

佛蘭西ニ於テハ第十六世紀外科學ノ發達其頂點ニ達シ、此世紀ニ及ビテハ進步ノ跡ナク、僅ニジャック、ボーリュー Jacques de Beaulieu (一六五一—一七一四) 出デ、側截石術ヲ推奬セリ。

獨逸ニテハ第十七世紀ニ入リテ獨逸醫學ハ駸々トシテ進境ニ入リシモ、外科手術ハ下級外科醫師ニ委ネラレ一般醫ハ之ヲ顧ザリキ、エッセン Johannes Jessen ハ溶石劑ハ效果ナク碎石術ニアラズンバ結石ヲ治癒セシムルコト能ハズト云ヒ、又角質ヨリ成リ熱湯ニハ柔軟トナルカテーテルヲ使用シタリ。

英吉利ニテハ第十五世紀以來外科學著シク發達セシモ、大陸諸國ニ比スレバ甚ダ幼稚ナリキ、リチャード、ワイズマン Richard Wiseman ハ尿道狹窄ノ治療技術ヲ改良セリ。

●●●●第十八世紀 第十八世紀ニ於テハ醫學ノ中心北歐ニ移リ近世醫學ノ基礎ヲ作リタリシモ、尙外科ハ下級醫師及理髮者ノ手中ニ在リシガ、中葉ニ到リテハ各國大學ニ外科ノ講座設置セラルヽニ至リテ其位置ヲ高メタリ。

佛蘭西ニテハジヤン、ルイ、プチー Jean Louis Petit (一六七四—一七五〇) ガ睾丸剔出術ヲ改良シ、ブージーヲ考案セリ、アントアーヌ、ルイ Antoine Louis ハ截石術ノ二次的方法ヲ推奬

シ、ル・ドラン Le Dran（一六八八—一七五二）ハ截石術及攝護腺ニ關スル著述ヲ公ニセリ。

英吉利ニ於テハチェセルデン William Cheselden 出デ、ジャック兄弟ノ截石術ヲ改良シ、ドーグラスト共ニフランコーノ高位截開術ヲ改善セリ、更ニ睾丸剔出ニ際シテ精系ト血管トヲ分離シテ個々ニ之ヲ結紮シ、以テ出血ノ危險ト神經結紮ニヨル後障碍ヲ除キタリ、ベンジャミン・ベル Benjamin Bell ハ睾丸剔出ヲ行フ際、此部ノ靜脈ハ瓣ノ發育不完全ニシテ後出血ヲ起ス危險アレバ、特ニ靜脈ヲ注意シテ結紮スベシトナセリ、ドーグラス James Douglas ハ膀胱結石ノ療法ニ麥汁ヲ膀胱内ニ充タシ指ニテ結石ヲ摘出セバ毫モ膀胱ヲ損傷セズト說ケリ。

伊太利醫學ハ此期ニ入リテハ稍ミ沈衰ノ觀ヲ呈セリ、スカルパ Antonio Scarpa ハ睾丸剔出術ノ際精系ヲ結紮シタル後、强直性痙攣ノ起ルハ神經切斷ノ不完全ニ因ルモノトシ、神經ヲ分離シテ切斷スルコトノ有利ナルヲ說ケリ。

獨逸醫學ハ著シキ進歩ヲナシタルモ外科ハ之ニ伴フ事能ハズ、手術ハ下級外科醫及理髮師ノ手中ニアリシガ、此世紀ノ末ニ到リテ外科醫師養成ノ學校ヲ設立スルニ到レリ、テーデン Joh. Christian Theden ハ睾丸剔出術ニ於ケル止血法トシテ結紮法ヲ斥ケテ指壓法ヲ用ヒ、以テ神經ノ壓迫ニ因ル後發障碍ヲ豫防シ、彈力カテーテルヲ發明セリ、シュムッケル Joh. Lebrecht Schmucker ハ膀胱結石ガ凝固セル粘液、血液或ハ膀胱内異物ヲ核トシテ成立スト云ヘル從來ノ學說ヲ斥ケテ、膀胱結石

ト腎臟結石トノ原因的關係ヲ論ジタリ。

以上ハ主トシテ大古ヨリ十八世紀ニ到ル泌尿器科ニ於ケル外科方面ノ發達ニシテ、尿ノ變化ニ就キテハヒポクラテス之ヲ記述セルモ、稍ミ其學術的意義ヲ有スルハ第七世紀ニ及ビテプロトスパトリ Protospatori ノ記載ニシテ、尿ノ普通性狀及種々ノ疾患ニ於ケル尿ノ變化ヲ述ベタリ、其後第十二世紀ニハ土耳古人、アクツリウス Acturius ガ權威アル論文ヲ發表シ、第十六世紀ニハラクルス Théophraste Paracelse（一四九三—一五四一）及ヘルモント Van Helmont ハ尿中ノ三原素（水銀、硫黄、食鹽）ノ分析ニヨリテ疾病ノ診斷ヲ下シタリ、第十七世紀ニハボエルハーベ Hermann Boerhaave（一六六八—一七三八）ガ尿ヲ蒸餾シテ病ノ診斷ヲ行ヒ、又初メテ尿ノ比重ヲ測定セリ、又ベリニー Bellini ハ健康人ノ尿ノ全量ト比重トヲ病者ノ夫レト比較セリ、第十八世紀末ニ至リカツグノ Cagnio ハ腎臟病者ノ尿中ニアルブミンヲ發見シ、ルール及カデー Roulle u. Cadet ハ尿素及其他ノ鹽類ヲ、シュール Schule ハ尿酸ヲ發見セリ。

近世史　第十九世紀ノ初メニ當リテハ檢尿法及尿道、膀胱疾患ノ病理及療法ニ大ナル進歩ヲナセシガ、此世紀ノ前半ハ實ニ後半ノ準備時代ナリキ。

一千八百五年ニハ獨逸フランクフルトノフィリップ、ボッシニー Philipp Bozzini（一七七七—一八〇九）ガ尿道及膀胱ヲ照輝スル裝置ヲ案出シ、現今ノ膀胱鏡及尿道鏡ノ起源ヲナセシガ、千八百二十

六年佛ノセガラー Pierre Segalas（一七九二—一八七五）一器ヲ考案シ、翌年米ノフィシャー Fisher 一器ヲ造リ、一千八百五十三年佛ノ外科醫デゾルモー Desormeaux（一八一五—一八八二）出デヽ尿道鏡ヲ改良シ、其後今世紀ノ初メニ至リテ紐育ロチェスターノ電氣學者プレーストン Preston ニヨリテ寒冷ナル電燈ノ用ヒラルヽニ及ンデ、尿道鏡ハ一八百七十六年、ニッツェ Nitze（一八四八—一九〇七）ブレンナー Brenner ライター Leiter 氏等ニヨリテ完成セラレ、一千八百七十九年エヂソン氏 Edison ノ電燈ヲ用フルニ至リテ愈〻實用的トナリ、之ニヨリテ膀胱壁ヲ檢査シ血尿、膿尿ノ膀胱及腎臟ノ何レヨリ出デ腎臟ノ何レノ側ヨリ排出セラルヽカヲ知リ得ルニ至レリ。

輸尿管カテーテル挿入法ハバウリック Pawlik 及ボーゼマン Boseman 初メテ之ヲ婦人ノ輸尿管ニ挿入シタルモ、膀胱鏡ニヨル輸尿管カテーテル挿入法ハブレンナー（一八九二）、ニッツェ（一八九五）、カスパー Casper（一八九五）アルバラン Joachim Albarran（一八六〇—一九一二）等ニヨリテ行ハレタリ、就中アルバランハ初メテ同時ニ兩側ニ挿入スルコトヲ得タリ。

一千八百五十三年メーゾンネーブ氏 Maisonneuve（一八〇九—一八九四）ガ初メテ內尿道截開器ヲ案出シ、之レニヨリテ高度ノ狹窄ヲ前方ヨリ後方ニ向ヒテ截開シ、一千八百七十二年ニハ米人オチス Otis ガ後方ヨリ前方ニ向ヒテ充分ナル大サニ截開スル內尿道截開器ヲ案出セリ、又尿道擴

張器ニヨル尿道ノ擴張ハオーベルレンデル Oberländer 及コルマン Kollmann ニ始マリ、ジャーネー Janet ニヨル灌注法ハ尿道炎ノ療法ニ新療法ヲ加ヘタリ。

一千八百七十六年シビアール Civiale（一七九六—一八六七）ハ初メテ膀胱結石ノ抽石術ニ成功シ、ワイス Weiss ホドソン Hodgson フェルグソン Ferguson サー、ヘンリー、トンプソン（英）Sir Henry Thompson（一八二〇—一八九七）ビゲロー（米）Bigelow（一八二八—一八九〇）諸氏ニヨリテ改良セラレ、抽石術ハ弘ク行ハルヽニ至レリ。

腎臟外科ノ進歩ハ Gustav Zimon（一八二四—一八七六）ニ負フ所多ク、近時イスラエル Israel チェルニー Cerny キュステル E. Küster モッリス Morris ギョン Guyon ル、ダンチュー Le Dentu ロージング Rousing 等與リテ功アリ。

腹膜外腰式腎臟剔出術ハ一八六九年グスターフ、ジモン Gustav Zimon 初メテ之ヲ行ヒ、腎臟剝皮術ハ一九〇一年イチボールス（米）Edebohls 創メテ報告セリ。

膀胱全剔出術ハ一八八七年バルデンホイエル Bardenheuer ノ初メテ行フ所ナリ、此患者ハ死亡セシモ翌年バウリック Pawlik ノ一女子ニ行ヒタルハ十五年以上生存セリ。

腹膜內腎臟剔出術ハ千八百六十一年 ワリオット Walliott 初メテ五十八歲ノ婦人腎臟癌腫ニ行フ。

腎臟截石術ハ千六百三十三年佛醫マルシチー Dominique Marchitti 初メテ二次的ニ之ヲ行ヘリ。