

此處ハ腰椎第四ノ棘狀突起ニ相當スルヲ以テ其直上ノ第三又ハ第四腰椎間ニ長サ六乃至十仙米ノ套管針ヲ脊柱ニ直角ニ挿入シ骨ニ當レバ之ヲ避ケテ數厘丈刺シ込ミ、マンドリンヲ抜キ去リ針ヲ押シ込ミテ脊髓膜下ニ達セバ通常手答アリテ脊髓液ノ滴下シ來ルヲ以テ注入スベキ血流量丈脊髓液ヲ採取シテ、其後ニ徐々ニ血清ヲ注入シ針ヲ抜キ去リ其跡ニ絆創膏ヲ貼付シ枕ヲ高クシテ靜臥セシム。

適應症。腦脊髓微毒、脊髓癆、

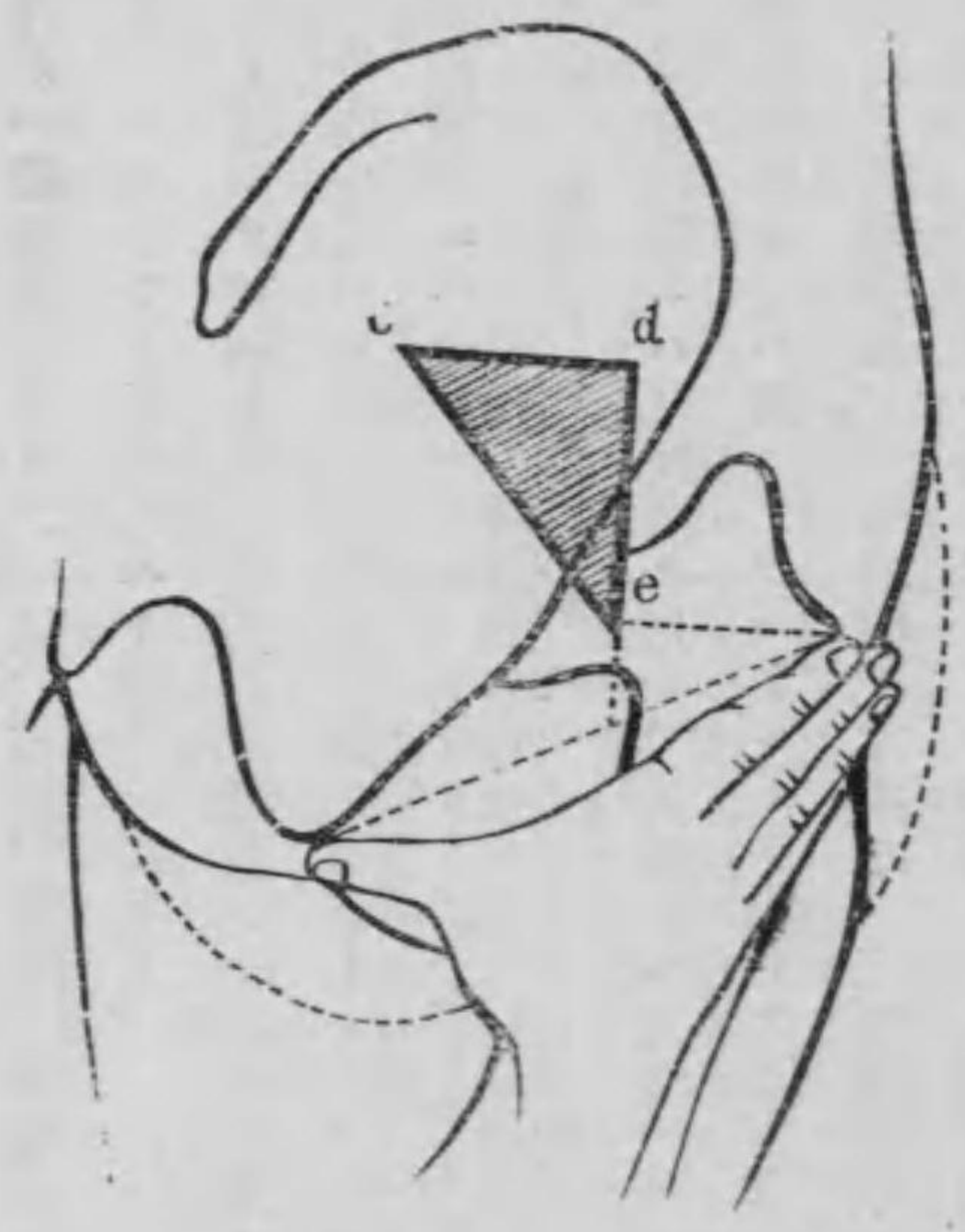
注意。凡テ血清ヲ採取スベキ器ハ充分消毒シ殊ニサルワルサン注射ニ使用シタル物ヲ其儘ニ使用スルコトナクサルワルサンノ血清中ニ混入スルヲ注意シテ避クベシ。

六 臀筋内注射法 *Gluteale intramusculare Injektion*

患者ヲシテ伏臥又ハ直立セシメ母指ト示指トヲ以テ坐骨結節ト大腿骨大轉子トヲ連結シ、其中央ヨリ脊柱ニ平行ナル線ヲ想像シ其線上ノ大轉子ト同高ノ點ト、ソレヨリ其線上ニ一寸六分高キ點ト及此點ヨリ脊柱ニ直角ノ線ヲ想像シテ、其線上ニ一寸五分内方ノ點トヲ結ベル三角形ヲ想像セバ是レグロウズ氏三角形ニシテ、井尻辰之助氏ノ簡易測定法ナリ、此三角部内ニ注射スル時ハ神經血管ヲ傷クルコト最モ少シ。

今此三角形ノ部ヲ酒精、エーテル若クハ沃度丁幾ヲ以テ消毒シ煮沸消毒セルニ耗容量レコード氏

第七四圖



法定測形角三氏スッロケ

硝子製注射器若クハ五乃至二〇耗容量硝子製注射器ニ藥液（水銀劑、サルワルサン）等ヲ吸引シ、

針ハ白金イリジウム製ヲ最良トス、豫メ煮沸シテ之ヲ密閉セル無水酒精液、一萬倍藏化水銀液又ハ流動巴刺質中ニ貯ヘタル直徑一耗乃至二分ノ一耗大ノ物ヲ用ヒテ皮膚ニ直角ニ深ク臀筋内ニ刺入シ、若シ不溶性水銀ナル時ハ誤テ血管内ニ注射シ爲ニ肺血栓ヲ作り咳嗽、血痰、熱發等ヲ起ス恐アルヲ以テ之ヲ避クル爲メ、靜カニ注射器ヲ引キテ血液ノ注射器内ニ侵入シ來ラザルコトヲ確メタル後靜ニ

注射シ針ヲ抜キ絆創膏ヲ貼付ス。

第二章 手術準備

Vorbereitung der Operation

患者ノ一般營養状態ヨリ心臟、肺臟、腎臟、諸臟器ヲ檢シ手術ニ堪ヘ得ルヤ否ヤヲ定メ、手術ノ前日温浴ヲ取ラシメ手術スベキ部分ヲ剃毛ス。

榮養ノ著シク減弱シ又ハ皮膚ノ乾燥甚シキ者ニハ豫メ一日二回生理的食鹽水ノ皮下注射ヲ行ヒ靜脈内、筋肉中又ハ皮下ニ一乃至二回ノチカレンヲ注射ス。

手術ノ前夜ニハペロナール、アダリン、又ハカルモチンヲ與ヘテ出來ル丈熟睡セシム。

手術前、患者ノ心臟瓣膜病ニハチカレンヲ處方シ、癲癇、バセドー氏病ニハ臭素劑ノ大量ヲ與ヘ、氣管枝炎ニハ祛痰劑ヲ用ヒ、黃疸ニハ血液ノ凝固性ヲ高ムル爲メ、クロールカルシウムヲ處方シ、糖尿病患者ニハ糖トアツェントトヲ檢シテ固有食餌療法ヲ行フ。

口腔ハ三%硼酸水、二%過酸化水素水、二%鹽剝水等ニテ含嗽セシメ、尿路消毒劑ヲ内服セシム。手術前日ニハ蓖麻子油ヲ與ヘ又ハ灌腸ヲ行ヒ腸管内ヲ空虚ナラシメ、手術當日ニハ空腹ナラシム、午後ノ手術ニハ朝、牛乳ノ一合及茶ノ少量ニ止メシム。

妊娠、血友病、糖尿病、白血病ニハ手術ヲ成ル可ク避ケ、止ムヲ得ザル時ハ血友病ニハ血液ノ凝

固ヲ高ムル爲メゲラチンノ注射、異種血清ノ注射ヲ手術ノ直前ニ行フ。

一 全身麻醉法

Allgemeine Narkose

一 クロ、フォルム吸入麻醉法 Chloroformnarkose

クロ、ホルムハ無色透明ニシテ揮發シ易ク固有ノ芳香、甘味アリ容易ニ分解シ易シ、密閉セル著色罈ニ容レ冷暗所ニ貯藏スベシ、使用後ノ残りハ捨テ再ビ用ユベカラズ、クロ、ホルム、アンシユツツ、ダンカン、クロ、ホルムヲ良品トス。

クロ、ホルムノ分解、夾雜物ノ有無ヲ檢スルニハ比重(一四八五乃至一四八九)ヲ測定シテ酒精混和ノ有無ヲ知り、濾紙上ニ滴下シテ揮發々散ニ際シテ臭氣アルベカラズ、時計硝子ニ盛り發散シタル後油狀ノ残渣ヲ留ムベカラズ、一種不快ナル窒息性臭氣アルハ分解セル證據ナリ。

麻醉前三十分乃至一時間ニ一%鹽酸モルヒネ一筒乃至二筒又ハ二%バントボン一筒乃至二筒ヲ皮下ニ注射シ置ク時ハ大酒家ニ於テモ麻醉ヲ容易ナラシム。

麻醉前患者ノ鼻腔及口内ニ注意シ義齒ハ取り除キ置クベシ。

麻醉ニ當リテ必要ナル物ハシンメルブツシユ氏ノ假面、エンゲル氏麻醉裝置又ハカッペレル麻醉裝置、點滴罈、開口器(ハイステル又ハローゼル、ケーニツヒ)、把舌鉗子、海綿鉗子、ブラワツツ氏

注射器、食鹽水注射器、酸素吸入器、カンフル、オレーフ油、ヂガーレン、殺菌生理的食鹽水リンヂャー氏液等ヲ備ヘ置クベシ。

麻醉法ハ先ヅ患者ノ帶ヲ解キ褌衣ヲ脱シテ胸廓腹壁運動ヲ容易ナラシメ、假面ヲ高く鼻口ノ前ニ支持シ二、三回呼吸セシメ、クロ、ホルム二、三滴點滴シテ吸入セシメタル後漸次假面ヲ低クシテ顔面ニ接着セシメ鼻口ヲ被ヒ點滴數ヲ増加シテ一分間平均六十ノ比ヲ以テ規則的ニ滴下スベシ、而シテ吸入ヲ始ムルト共ニ患者ヲシテ一、二、三ノ數字ヲ大聲ニ算セシメ麻醉ノ程度ヲ知ルト共ニ呼吸ヲ整調ナラシムベシ。

手術室ガ密閉セラレテ石油、瓦斯等ノ點火セラレアル時ハクロ、ホルムハ分解シテ有毒瓦斯ヲ發生スルガ故ニ換氣ニ注意スベシ。

麻醉術者ハ麻醉施行中ハ私語スルコトナク談話ヲ明瞭ニシテ術者ニ不安ヲ抱カシメヌ様ニシ呼吸脈搏、顔貌、瞳孔ニ注意スベシ。

麻醉ノ經過ハ第一期(意識期)ニハ呼吸ヲ止メ假面ヲ除カントシ顔面潮紅シ詞語ヲ發ス、唾液分泌増進シ脈搏ハ充實シテ迅速、呼吸深クシテ速ク、角膜反射アリ、瞳孔散大シ光線反射アリ、第二期(興奮期)、ニ入レバ患者ハ躁狂狀態ヲ呈シテ往々呼吸停止スルコトアリ、瞳孔ハ中等度ニ散大シ多少光線反射アリ、呼吸促進シ脈搏増加ス、唾液分泌モ増進ス、麻醉ノ最モ適當ナル時ハ此期ニ於テモ

興奮スルコトナク安靜ナリ、次デ第三期(麻醉期)ニ至レバ筋肉弛緩シ、睡眠狀態ヲ呈ス、顔面蒼白トナリ、呼吸ハ安靜、脈搏緩徐トナリ、瞳孔ハ縮小シ角膜反射ナク、手術ニ最モ適スル時期ナリ、第四期(覺醒期)ニ麻醉藥ノ滴下ヲ止ムル時ハ漸次覺醒シ瞳孔散大シ光線ニ反應シ興奮シ又ハ之ナクシテ睡眠ニ入ル。

麻醉中瞳孔散大シテ反應アルハ覺醒セルモノニシテ散大シテ反應ナキハ危險ノ前徵ナレバ麻醉藥ノ滴下ヲヤメ假面ヲ除クベシ、然レドモ顔面ニチアノーゼアリテモ脈搏不整トナリ瞳孔ノ散大又ハ縮小アリ瞳孔反應アルハ嘔吐ノ前徵ナリ、極度ニ瞳孔ノ縮小ハ死セル證ナリ、死後又瞳孔ハ多少散大ス。

麻醉時嘔吐ヲ催ス時ハ麻醉藥ヲ速ニ與ヘテ之ヲ防グコトヲ得ルモ嘔吐スルニ當リテハ頭ヲ側方ニ向ケテ吐物ノ流出ニ便ニス、麻醉ノ爲ニ脈搏整調ニシテ瞳孔反應アルモ、呼吸ノ停止スルコトアリ(呼吸麻痺)假面ヲ去リ胸廓ヲ輕ク打テ速ニ快復ス、窒息ノ危險ヲ除クニハ左右ノ中指及第四指ヲ以テ患者ノ下顎ヲ兩側ニ於テ支ヘ下顎齒列ヲ上顎齒列ヨリ一仙米丈前方ニ出ル様ニナス時ハ氣道開通シテ呼吸ヲ容易ナラシム、然レドモ呼吸中樞麻痺ヲ起シ顔面著シク青藍色トナリ、心動ハ存スルモ脈搏ハ細ク漸次微弱トナル時ハ速ニ人工呼吸法ヲ施シ同時ニカンフル、オレーフ油、ヂガーレン、生理的食鹽水ノ注射ヲ行ヒ酸素ノ吸入ヲナスベシ。

麻酔後ハ清涼ナル室内ニ床ヲ温メテ臥セシメ新鮮ナル空氣ヲ呼吸セシムベシ、嘔吐アルモノハ絶食セシメ甚シキハ温水又ハ1%重曹水ニテ胃洗滌ヲ行ヒ又ハセルテル水、コカインヲ與ヘカフエインヲ皮下ニ注射ス、渴アルモ水ヲ與フベカラズ嘔氣ノナクナリタル時ハ流動食ヲ與フ。

二 エーテル吸入麻酔法 Aethernarkose

エーテルハ無色清澄ナル一種香氣アル液ニシテ空氣及火ヲ避ケテ貯藏スベシ、純良ナルヲ要ス、濾紙上ニ點滴シテ残渣ニ臭氣ナク、残渣ハ酸性ナルベカラズ、クロ、ホルムニ比シ心臟ヲ侵スコト少ナキモ呼吸器疾患アル者ニハ用ユベカラズ、麻酔力ハクロ、ホルムニ比シテ弱キガ故ニ三、四倍量ヲ要スルモ危険ヲ來スコト少シシンメルブッシュ氏ノ假面ヲ用ヒ得ベシ。

三 混合麻酔及合併麻酔 Mischnarkose und kombinierte Narkose

クロロホルム、エーテル酸素等ノ混合又ハ併用ヲ以テ麻酔セシムルヲ云フ。

イ クロロホルム酸素混合麻酔

ロート、ドレーゲルノ装置ヲ用フ、クロ、ホルム瓦斯ヲ酸素ト混合セシメテ假面ニ送ルモノナリ、興奮、嘔吐、顔面紅潮等ノ副作用ヲ見ズ、クロ、ホルムヲ節約シ得ベシ。

ロ クロ、ホルム、エーテル酸素混合又ハ合併麻酔

クレーニッヒ、又ハクレーニッヒ、ロートドレーゲル装置ヲ用フ、最モ優秀ナル装置ニシテ麻酔

藥ノ分量ヲ正確ニ測リ之ヲ節約シ、酸素吸入ニモ使用セラレ未熟者ニモ安心シテ使用シ得ベキ良器ナリ。

ハ モルヒネ、クロ、ホルム又ハバントボン、クロ、ホルム麻酔。

クロ、ホルム麻酔卅分乃至一時間前ニモルヒネ又ハバントボンヲ注射シテ興奮期ヲ減ジ呼吸麻痺ヲ防ギ麻酔藥ヲ節約セシム。

ニ バントボン、スコボラミン麻酔法

手術前三時間ニ半量ヲ皮下ニ注射シ一時間半後更ニ同量ヲ注射ス、一回全量ハバントボン〇、〇二プロム水素酸スコボラミン〇、〇〇三ニシテ全身麻酔又ハ腰髄麻酔ト併用ス。

二 腰髄麻酔及薦骨麻酔 Tumbal- und Sakralnarkose

一 腰髄麻酔

トロバコカイン〇、〇五乃至〇、〇六ヲ百度ニテ十分間乾燥滅菌シ注射時脊髄液ニ溶シテ又ハ之ヲ殺菌水中ニ5%溶液トシテ五分乃至十分間煮沸消毒ヲ行ヒテ注射ニ用フ、穿刺針ハマンドリンヲ有スル一〇種ノ長サヲ有スル套管針ニシテ五疔容量ノ注射器ヲ用フ。

注射ノ方法ハ患者ヲ強ク後屈セシメテ兩側腸骨筋ノ最高點ヲ結合セル線ハ第四腰椎突起又ハ第四

腰椎間ヲ通過スルガ故ニ之ヨリ算出シテ第二、第三腰椎間ノ皮膚ヲ消毒シテ正中線ニ於テ穿刺針ヲ稍上方ニ向ヒテ五、六程穿刺シ硬膜ヲ貫ク時ハ急ニ抵抗ヲ減ズルヲ以テマンドリンヲ抜ク時ハ脊髓液ハ滴下ス、依テ藥液ヲ盛レル注射器ヲ接續シ少シク脊髓液ノ藥液ト混ズルヲ待チテ徐々ニ注射シ、針ヲ抜キテ小殺菌ガーゼヲ置キ絆創膏ヲ貼スベシ。

注射後患者ハ通常直ニ水平位ニ置キ五分乃至十分ヲ經レバ陰囊又ハ大陰唇ヨリ外陰部全體、肛門、兩下肢、鼠蹊部、下腹部ノ順序ニ麻痺スベキモ、膀胱部、鼠蹊部等ノ手術ニハ注射後直ニ患者ヲ強度ノ骨盤高位トナシ膀胱部、鼠蹊部ノ麻痺ヲ起スヲ待チテ、水平位ニ復セシムベシ、麻酔時間ハ平均一時間ナリ。

副作用トシテ頭痛(一〇乃至二〇%)アリ、三、四日間熱發スルコトアリ、其他膀胱麻痺、腰椎部ノ疼痛、眩暈、頂部強直等アリ神経系疾患、小兒、化膿性疾患ニハ禁忌ナリ。

二 薦骨麻酔法(脊髄硬膜外麻酔法)

六種ノ細キ套管針ヲ以テ薦骨角ト中薦骨溝トノナス三角形ノ頂點ヨリ底邊ニ下シタル線ノ中央ニ體軸ト廿度ノ角ヲナシテ皮膚ヲ穿刺シ、針ノ方向ヲ體軸ニ近ケツ、六程刺入スル時ハ、二十瓦容量ノ注射器ニ盛リタル一、五乃至二%ノボカイン水(千倍アドレナリン五滴ヲ加ヘタルモノ)二〇瓦ヲ二分以上ノ時間ヲ以テ徐々ニ注射ス、廿分ニシテ麻酔ノ頂點ニ達シ麻酔時間平均一時間ナリ、痔核、

肛門直腸周圍膿瘍、痔瘻、包皮、陰莖、尿道、女子外陰部等ノ手術ニ適ス。

三 局所麻酔法 *Localanästhesie*

一%ノボカイン、バンカイン又ハネオカインヲ用フ、千倍ノアドレナリン一滴ヲ共二十瓦ニ加フレバ注射後十分乃至十五分ニシテ麻痺ヲ起シ永ク麻痺作用ヲ持續シ得可シ。

第三章 泌尿器科ニ於ケル消毒法

Desinfektion in der urologie

一 器具ノ消毒法 *Desinfektion der Instrumente*

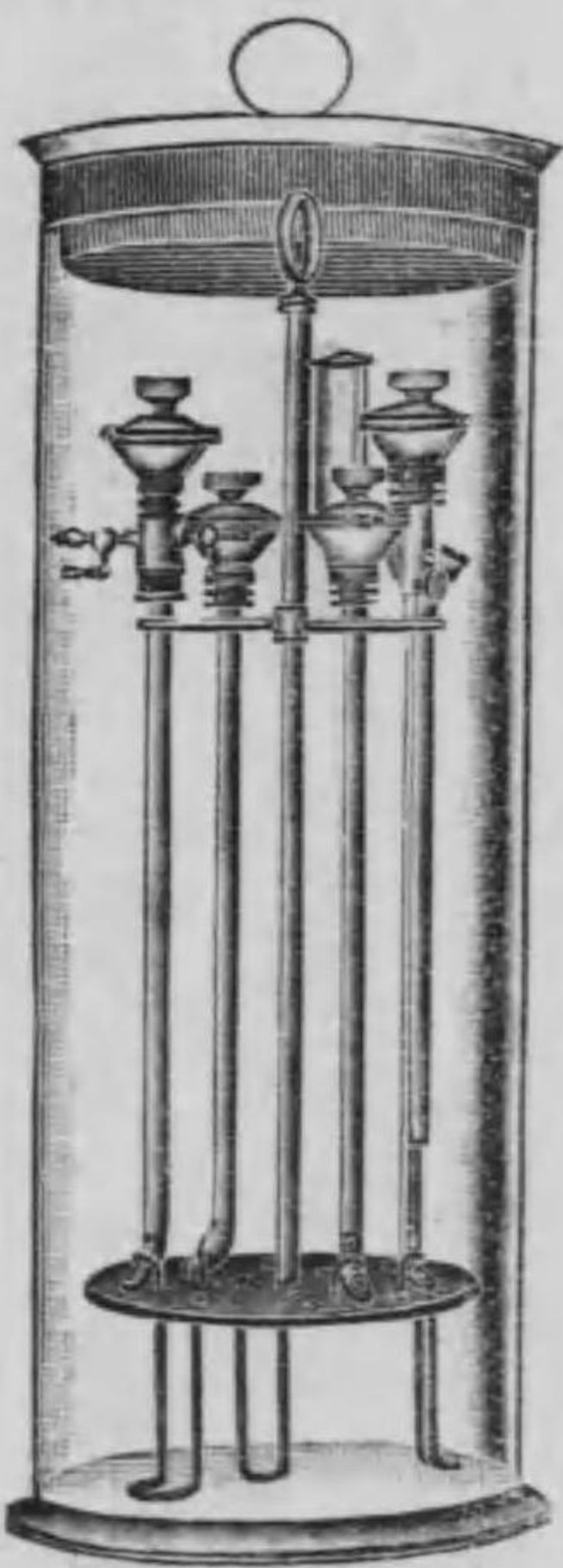
金屬製器具ハ鍍ヲ防グ爲ニ曹達ヲ加ヘタル水ニテ煮ルベシ、注射器、碎石器及抽出器モ現今沸騰溫度ニ曝シテ消毒シ得ルニ至レリ硝子製器具モ煮沸消毒ス。

軟性護謨カテーテルハ曹達ヲ加ヘズ水ニ入レテ煮沸ス、時ヲ經ルニ從ヒ柔軟トナリ光澤ヲ失フニ至ル。

絹糸製カテーテル、ブージー及輸尿管カテーテルハ煮沸ニ堪ヘズ、又昇汞又ハ同様ナル藥劑ヲ以

消毒セバ該液ヲ尿道内ニ持チ來シテ炎症ヲ起ス恐アリ故ニ千倍昇汞水又ハホルマリン瓦斯中ニ消毒シテ充分ニ殺菌水ヲ以テ洗滌シテ用フベシ、通常ノカテーテル煮沸消毒器ニ水ヲ底面ヲ蔽フ丈入レ金網上ニ消毒スベキ物ヲ載セ蓋ハ少シク蒸氣張力ノ發生スル様ニシ十五分間此内ニ入レテ流通アル蒸氣中ニテ消毒スルヲ最良トス、硫酸アムモニウムノ飽和液ノ三部ヲ水五部ニ入レテ此等ノ器具ヲ煮沸スル時ハ五分ニテ足レリ、消毒ハ出來ル丈使用ノ直前ニ行ヒ、往診ニハ消毒後乾燥シタル乾燥布ニ包ミ空氣ノ流通セザル箱ニ入レテ運ブ可シ。

第七五圖



膀胱鏡消毒器

酸水中ニ數時間浸シ置キ又ハ空氣ヲ通ゼザル硝子器内ニ立テ、數個ノホルマリン錠ヲ投ジ置キ、使用前充分ニ殺菌水ニテ洗フベシ。

光學的裝置ヲ取り出シ得ル灌注用竝ニ輸尿管膀胱鏡ハ流通セル蒸氣ニテ消毒シ、光學的裝置ハ化

膀胱鏡ハ流通セル蒸氣及乾熱ニヨル消毒ニ堪ヘズ、熱ニヨリテ鏡ハ害セラレ鏡ニ附着スル物質溶解シ光及蒸氣ハ光學的裝置内へ侵入スルヲ以テ、脱脂綿ニ石鹼ヲ付ケ先ヅ機械的ニ清潔ニシテ五%石炭

學的消毒ヲ行フベシ。

二 粘滑劑及藥液ノ消毒法

Desinfektion der Gleitmittel und medikamentösen Flüssigkeiten.

粘滑劑トシテワゼリン、ラノリン、オレーフ油、グリセリン等ハ半時間百六十度ニ乾熱スベシ藥液ハ煮沸シテ消毒スベシ。

三 手術患者ノ消毒法

Desinfektion der Operierenden

碎石術、膀胱腫瘍療法等ヲ行フニハ白檀油ヲ内服セシメ尿ニアムモニヤ性分解ヲ起スベキ細菌發育ヲ防止スル殺菌性ヲ保タシムベシ、ウロトロピンハ白檀油ヲ使用シ得ザル時水ニ溶カシテ與フ。尿道外口ノ周邊ハ水及石鹼ニテ根本的ニ洗ヒ二千倍ノ昇汞水ニテ拭フベシ。

前尿道ハ硼酸水又ハ殺菌水ヲ用ヒ前尿道注射器又ハ膀胱注射器ヲ以テ反復洗滌シ粘膜表面ノ細菌ヲ機械的ニ除去スベシ、昇汞、リゾール液等ハ尿道炎、粘膜炎、出血等ヲ起スヲ以テ尿道洗滌ニハ用フベカラズ。

膀胱内手術ニハ膀胱炎ヲ治療シ、手術直前ニハ洗滌液ノ透明ニ至ルマデ洗滌スベシ。

第四章 治療技術 Technik der Behandlung

一 尿道洗滌及注入法 Urethrale Spülung and Einspritzung

第七六圖



耐熱膀胱注射器及前尿道注射器

1 前尿道洗滌法

器具。硝子製又ハ硬護膜及硝子製ニシテ容量五—七—一〇—十二瓦ノ前尿道注射器又ハ容量一〇〇—一五〇—二〇〇瓦ノ金屬硝子及護膜製膀胱注射器ヲ豫メ硬護膜製ハ千倍ノ昇汞水(廿四時間)硝子製ハ煮沸(五分)硝子ト金屬ト護膜トヨリ成レルモノハ煮沸消毒シ又ハ三%ホルマ

リン液(廿四時間)ニテ消毒シ、使用前豫メ殺菌水、又ハ二%殺菌硼酸水ニテ充分洗滌スベシ。術式。患者ハ排尿セシメテ後直立又ハ仰臥セシメ兩下肢ヲ開キ醫師ハ左手ノ中指及第四指ヲ以テ龜頭ヲ挟ミ、右手ニ持テル注射器ヲ以テ龜頭殊ニ外尿道口附近ヲ充分ニ洗滌シ左手ノ母指ト示指トヲ以テ外尿道口ヲ擴ゲ、空氣ヲ充分排除シタル注射器ノ尖端(圓錐形硬護膜製又ハ軟性護膜製或ハ圓錐形硝子製)ヲ外尿道口ニ當テ尿道内ニ徐々ニ力ヲ用キズシテ藥液(殺菌水、殺菌硼酸水、一萬倍過滿俺酸加里液、一萬倍靑酸々化汞液)ヲ注入シ次デ注射器ヲ取り去リテ液ヲ排出セシメ、反復洗滌シテ流出スル液ノ膿性ヲ帶ビザルニ至レバ、左手ノ示指ト中指トヲ以テ會陰部ノ後方部ヨリ前方ニ尿道ヲ壓シテ洗滌液ヲ充分壓出セシムベシ。

イルリガートルヲ用フル時ハ患者ハ下肢ヲ開キテ直立セシメジャーネー氏法ト同様ニシテ高壓ヲ加ヘズ少量ノ液ヲ用ヒテ前尿道ヲ反復洗滌スルコトヲ得ベシ、此際若シ護膜管ニ細キ硝子管又ハ硬護膜管ヲ護膜管ニヨリテ自由ニ動ク様ニ接續セバ前尿道内ニ之ヲ挿入シ得テ、前尿道ニ刺戟ヲ加フルト共ニ洗滌スルコトヲ得ベシ、而シテ液ノ多少ハ護膜管ノ手壓ニヨリテ加減シ得ラル、モノナリ。

2 前尿道注入法

器具。容量五乃至十瓦ノ硬護膜及硝子製又ハ硝子製前尿道注射器ヲ消毒シテ用フ。

術式。患者ヲ直立又仰臥セシメ龜頭、外尿道口ヲ藥劑ヲ以テ洗滌シタル後、右手ニ持テ前尿道注入器ノ尖端ヲ外尿道口ニ當テ徐々ニ藥液ヲ尿道内ニ注入シ僅ニ抵抗ヲ感ズルカ、尿道、外括約筋及反射性攣縮ヲ感ズルニ至ラバ注入ヲ止メ外尿道口ニ殺菌綿花ヲ當テ指又ハ龜頭挾ミヲ以テ挾ミ、或ハガーゼヲ以テ龜頭部ヲ縛シテ尿道内ニ藥液ヲ數分(五分乃至十五分)間作用セシム。

婦人ニ在リテハ外尿道口ヲ二%硼酸水、千倍昇汞水又ハ二%石炭酸水ニ浸シタル硼酸綿、昇汞綿又ハ石炭酸綿ヲ以テ丁寧ニ拭ヒ、尿道注入器ヲ尿道口ニ當テ藥液ヲ徐々ニ注入ス、此際尿道注入器ノ尖端ハ圓錐狀ノ大ナルヲ便トス。

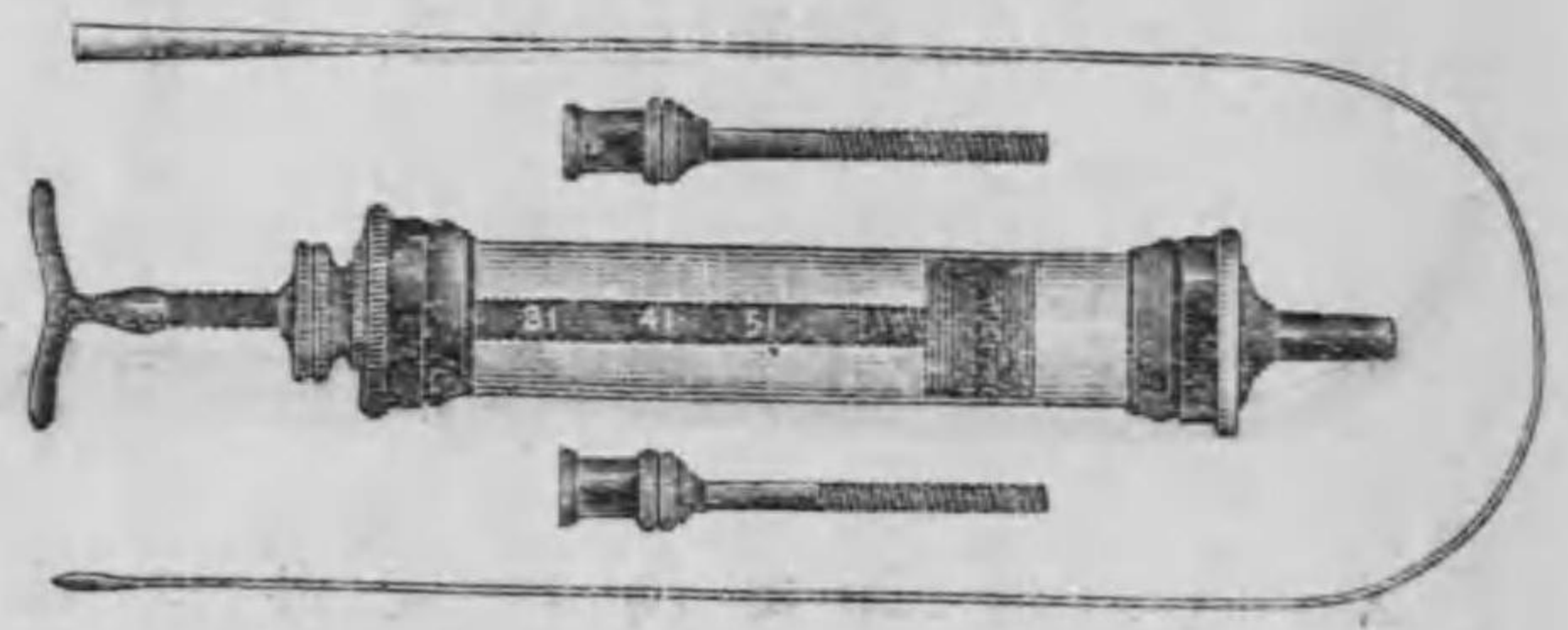
藥劑。通常、四百倍乃至五十倍プロタルゴール水、二千倍乃至三百倍アルバルギン水、五千倍乃至五百倍硝酸銀水、四十倍乃至五十倍硫酸基石炭酸亞鉛水等ヲ用ヒテ殺菌、收斂等ニ供ス、鎮痛ニハ二百分乃至二十倍古加因水、オイカイン水、ノボカイン水(ネオカイン)、又ハバンカインヲ用フ。

3 後部尿道注入法

一 ギヨン氏尿道注入(點滴)法

患者ヲ仰臥セシメ醫師ハ患者ノ左側ニ立チ外尿道口及前尿道ヲ充分ニ洗滌シタル後、ギヨン氏注射器(容量五耗)ヲ右手ノ母指ト示指トニテ外端ニ於テ保持シ、左手ノ第三指ト第四指トニテ陰莖ノ龜頭頸ニ於テ持チ同側ノ母指ト示指トニテ外尿道口ヲ開キ、カテーテルノ尖端ニ殺菌セル五%硼酸

第七七圖



器射注道尿氏ンヨギ

グリセリンヲ滴下シ其一滴ヲ外尿道口ニ滴下シ球頭ヲ外尿道口ヨリ徐々ニ尿道内ニ挿入スル時ハ球頭ハ外括約筋ノ處ニ於テ僅ニ抵抗ヲ感ジ、之ヲ通リテ内括約筋ニ達セバ再ビ少シク抵抗ヲ感ズ、此際徐々ニ少シクカテーテルヲ引キ抜ク時ハ球頭ハ明カニ外括約筋ニテ抵抗ヲ感ズ、此時注射器ノ螺旋裝置ヲ右方ニ廻轉シテ藥劑ノ任意ノ數滴(一廻轉スレバ何滴々下スルカヲ豫メ觀察シ置クベシ)ヲ後部尿道ニ作用セシメ得可ク、螺旋裝置ヲ用フルコトナク注射器ヲ示指ト中指トニテ持チ注射器ノ球頭ヲ母指ニテ壓シナガラカテーテルヲ抜ク時ハ藥液ヲ後部ヨリ前尿道ニ注入シ得可シ、藥液ノ三分ノ一ヲ後尿道ニ、殘部ヲ前尿道ニ注入スルハ土肥慶藏氏ノ改良法ナリ、カクシテ外尿道口ヲ閉ヂ挾ミ置クベシ。

二 ウルツマン氏尿道注入(點滴)法

該器ハ彎曲セル金屬性又ハ硬護膜性嘴管ト之ニ接続スル注射器(容量五乃至一〇耗)又ハ點滴器(容量一、〇耗)ヨリ成ル、注入法ハ患者ヲ仰臥セシメ醫師ハ患者ノ左側ニ立チテ龜頭、尿道口及前尿道ヲ充分洗滌シタル後左手ノ第三

第七八圖
ルマツル氏尿道注射器



指ト第四指トニテ陰莖ヲ龜頭ノ後方ニ保チ、同側ノ母指ト示指トニテ外尿道口ヲ開キ、嘴管上ニ注

ギタル硼酸グリセリンノ一滴ヲ尿道口ニ滴下シ、注射器ヲ患者ノ腹部ニテ正線中ニ平行ニ持チ、嘴管ノ尖端ヲ彎曲ヲ腹壁ニ向ケテ外尿道口ニ入レ、左手ヲ以テ陰莖ヲ引キ上ゲツ、嘴管ヲ徐々ニ挿入スル時ハ、嘴管ノ尖端ハ容易ニ外尿道括約筋部ニ達ス、此處ニ於テ注射器ヲ腹壁トナス角ヲ七十度乃至八百度マデ起ス時ハ、嘴管ノ尖端ハ後部尿道ニ達スルヲ以テ點滴器ノ螺旋ヲ廻セバ任意量ヲ後尿道ニ作用セシメ得可ク、又左手ノ母指ト示指トニテ繫帶部ヲ挾ミテ外尿道口ヲ閉鎖スル様ニシ、同時ニ注射器ヲ右手ノ示指ト中指トニテ支ヘナガラ、母指ヲ栓頭ニ當テ、注射器ノ頭ヲ腹壁ノ方ニ曲ゲル様ニ抜キ、藥液ノ三分ノ一ヲ後尿道ニ、他ノ三分ノ二ヲ前尿道ニ注入シテ尿道口ヲ挾ミ置クベシ。

二 ヂデー氏洗滌法 Diday'sche Spülung

ネラトン氏カテーテルヲ尿道球部マデ挿入シ藥液ヲ靜ニ注入シテ排出セシム、時々尿道口ヲ抑ヘテ藥液ニテ尿道内腔ノ廣ガル様ニナス時ハ效果多シ。

三 ジヤネー氏灌注洗滌法 Jaretsche Spülung

機械 イルリガートル (容量千珪)、四尺計リノ太キ護謨管、活栓ヲ備フル嘴管ヲ備ヘ、嘴管ノ尖端ニハ取り換ヘ得ル球頭ヲ附スベシ。

使用法、イルリガートルヲ五、六尺ノ高サニ釣り患者ヲ椅子ニ坐セシメ又ハ仰臥セシメテ、醫者ハ之ニ相對シテ護謨布ノ前垂ヲ附ケテ椅子ニ憑リ、或ハ左側ニ立チテ左手ノ四指ト母指トニテ患者ノ陰莖ヲ輕ク持チ、右手ニ嘴管ヲ把リテ活栓ヲ母指ニテ押シ開キテ外尿道口及龜頭ヲ洗ヒ、球頭ヲ外尿道口ニ當テ、藥液ヲ尿道内ニ流入セシメ排出セシムルコト兩三回ニシテ百乃至五百珪ノ液ヲ膀胱内マデ流入セシム、カクテ排尿セシムルコト數回ナル時ハ藥液ハ尿道ヲ擴張シナガラ膀胱内マデ機械ヲ挿入スルコトナクシテ膀胱ヲ洗滌シ得可ク、此操作ノ間患者ヲシテ虚心ニアラシメ椅子ニ坐セル時ハ稍後方ニ椅ル姿勢ヲ採ラシムベシ。

四 クートネル氏手壓尿道膀胱洗滌法 Kutzner'sche Spülung

容量百、百五十乃至二百珪ノ膀胱注射器、一名手壓注射器ノ尖端ニ硬護謨製若クハ護謨性球頭ヲ附シテ前尿道洗滌ト同一ナル方法ニテ龜頭、尿道口、前尿道ヲ洗滌シ、栓子ヲ強ク壓シテ藥液ヲ外括約筋ヲ押シ分ケテ膀胱内ニ注入シ、次デ排出セシムルコト數回反復スル時ハ、機械ヲ尿道内ニ挿入スルコトナク尿道ヲ押シ擴ゲテ尿道ト同時ニ膀胱ヲ洗滌シ得可シ。

五 膀胱洗滌法

Blasenspülung

膀胱ヲ洗滌スルニハクートナー氏手壓洗滌法、ジャーネー氏洗滌法ノ外ニ金屬カテーテル又ハネラトン氏硫化護膜製カテーテルヲ型ノ如ク挿入シ、イルリガートルト接続シテ三〇乃至五〇託ノ藥液（通常殺菌水、五十倍滅菌硼酸水、一萬倍過錳流酸加里液、一萬倍青酸々化汞液等ヲ用フ）ヲ注入シテ排泄シ、排出スル藥液ヲコップニ受ケテ透明ナルニ至ラシム、注入スル液量ノ多キニ過グルハ却テ内容ヲ容易ニ清澄ナラシムルコト能ハザルモノナリ。

六 膀胱注入法

Blaseninjizierung

膀胱内ニ藥液ヲ注入スルニハ膀胱内ニギヨン氏注射器、ネラトン氏カテーテル又ハウルツマン氏注射器ヲ型ノ如ク挿入シテ注入ス、則ギヨン氏カテーテル又ハネラトン氏カテーテルノ尖端ハ括約筋ヲ越ヘテ膀胱内ニ至ラシメ、膀胱内ノ尿ガカテーテル外端ヨリ流出スルヲ確メテ藥液ヲ注入シ、ウルツマン氏注射器ニテハ嘴管ヲ尿道内ニ入レテ、尿道球部ヲ通過シテ腹壁ト注射器トノナス角ヲ九十度以上ニナス時ハ、其嘴管ノ尖端ハ膀胱ノ入口ニアルガ故ニ此處ニ於テ藥液ノ所用量ヲ注入スベシ。

七 糸狀ブリーヂー挿入法

Einführung der Fadenbrücke

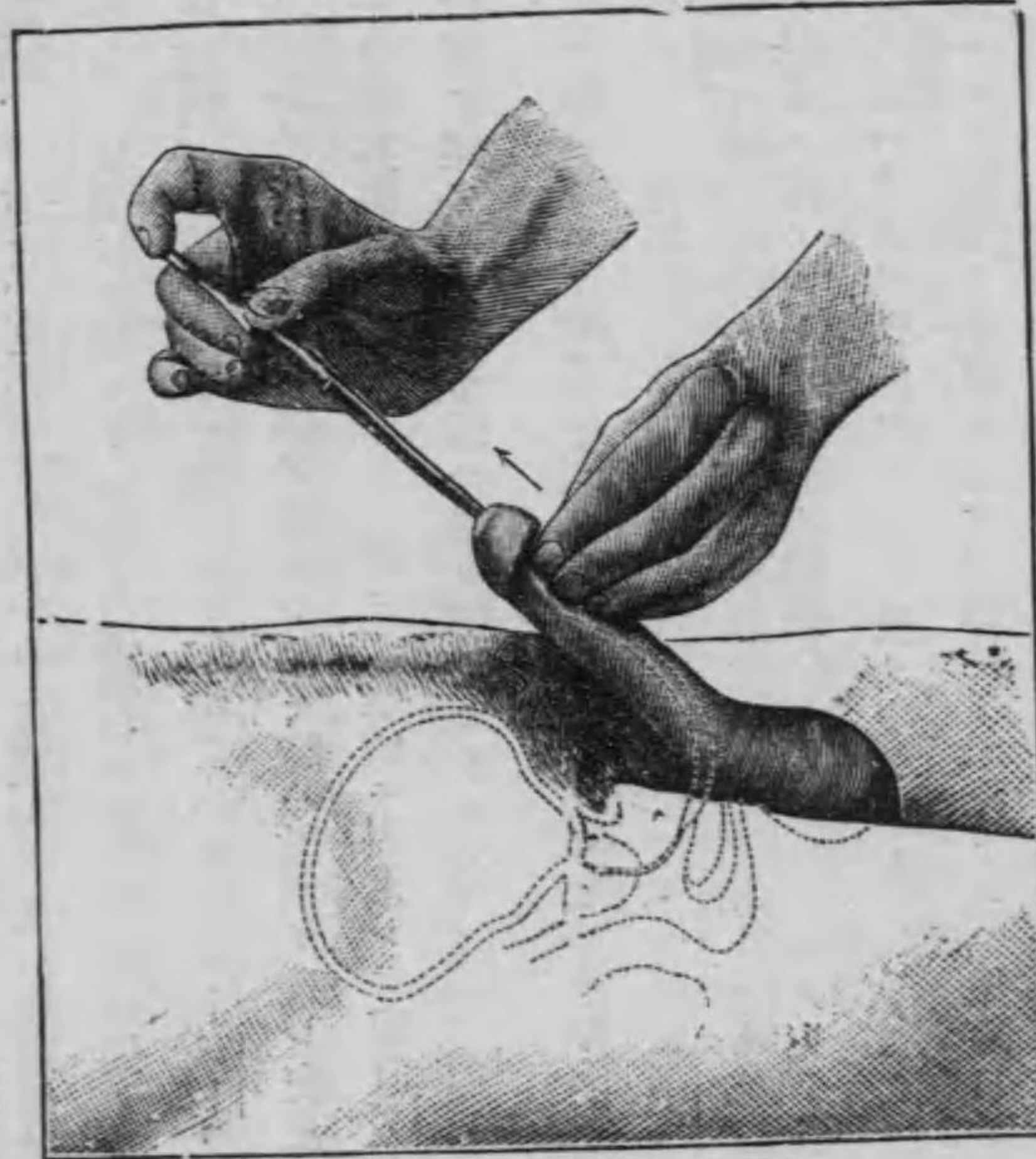
龜頭、尿道口、前尿道ヲ洗滌シタル後、鯨骨又ハ絹製絲狀ブリーヂーヲ採リテ之ニ殺菌オレーフ油ヲ塗布シ、尿道口ヲ擴ゲテ一滴ヲ尿道口ニ垂ラシ又ハ豫メ前尿道注射器又ハウルツマン氏注射器ヲ以テ尿道内ニ殺菌オレーフ油ヲ注入シ置キ、糸狀ブリーヂーヲ入レ陰莖ヲ上方ニ引キナガラ靜ニ挿入ス、一本ニテ尿道狹窄部ヲ通過シ難キ時ハ數本ヲ入レ交互ニ挿入ヲ試ミ能ク一本ノ通過スル時ハ二、三十分間其儘ニ放置スルカ、糸ニテ龜頭ニ固定シテ留置ブリーヂートシテ數時間留置ス、鯨骨ブリーヂーハ折斷ノ虞アルヲ以テ現今多ク使用セラレズ。

八 金屬ブリーヂー挿入法

Einführung der Metallbrücke

金屬ブリーヂーニハギヨン氏型、ベニッケ氏型、チツテル氏型、トンブソン氏型等種々アリ、其彎曲ノ程度ニ差アルト其尖端ノ稍細小トナレルトニヨリテ名ケラル。挿入法ハ患者ヲ横臥セシメテ股ヲ少シク廣ゲシメ、醫師ハ患者ノ左側ニ立チ左手ノ第三指ト第四指トニテ陰莖ヲ垂直ニ立テ、母指ト示指トニテ尿道口ヲ擴ゲ、右手ニ拇指ヲ上ニ示指ヲ下ニシテブリーヂーノ柄ヲ輕ク持チ、之ヲ腹壁ト平行ニ保チテ小指ヲ伸シテ腹壁ニ支ヘブリーヂーノ尖端ニ粘滑

第九七第



一金屬ブージー挿入法 一其

劑ヲ注ギ其一滴ヲ尿道口ニ滴下シ、尖端ヲ尿道口ニ滑リ込マセ左手ヲ上方ニ引キ上ゲツ、ブージーノ滑リ込ムニ從ヒテブージーノ外端ヲ復壁ヨリ離セバブージーハ漸次ニ挿入セラレ、只球部ヲ通過スル時ブージー外端ヲ輕ク下方ニ壓スベシ、此挿入法ヲ腹上法ト名ク。
肥滿セル人ニアリテハブージーヲ鼠蹊腺ニ沿フテ把持シ尖端ガ球部ヲ通過スル迄ニブージーノ外端ヲ體ノ正中線ニ持チ來スベシ、其後ノ操作ハ前條ト同ジ半廻轉法ト名ク。
ブージーヲ股間ニテ下肢ト並行ニ把持シブージー尖端ノ球部ニ達スル時ブージーノ外端ヲ百八十度丈廻轉シテ腹壁正中線ニ持チ來シ挿入スル法アリ全廻轉法ト名ク。

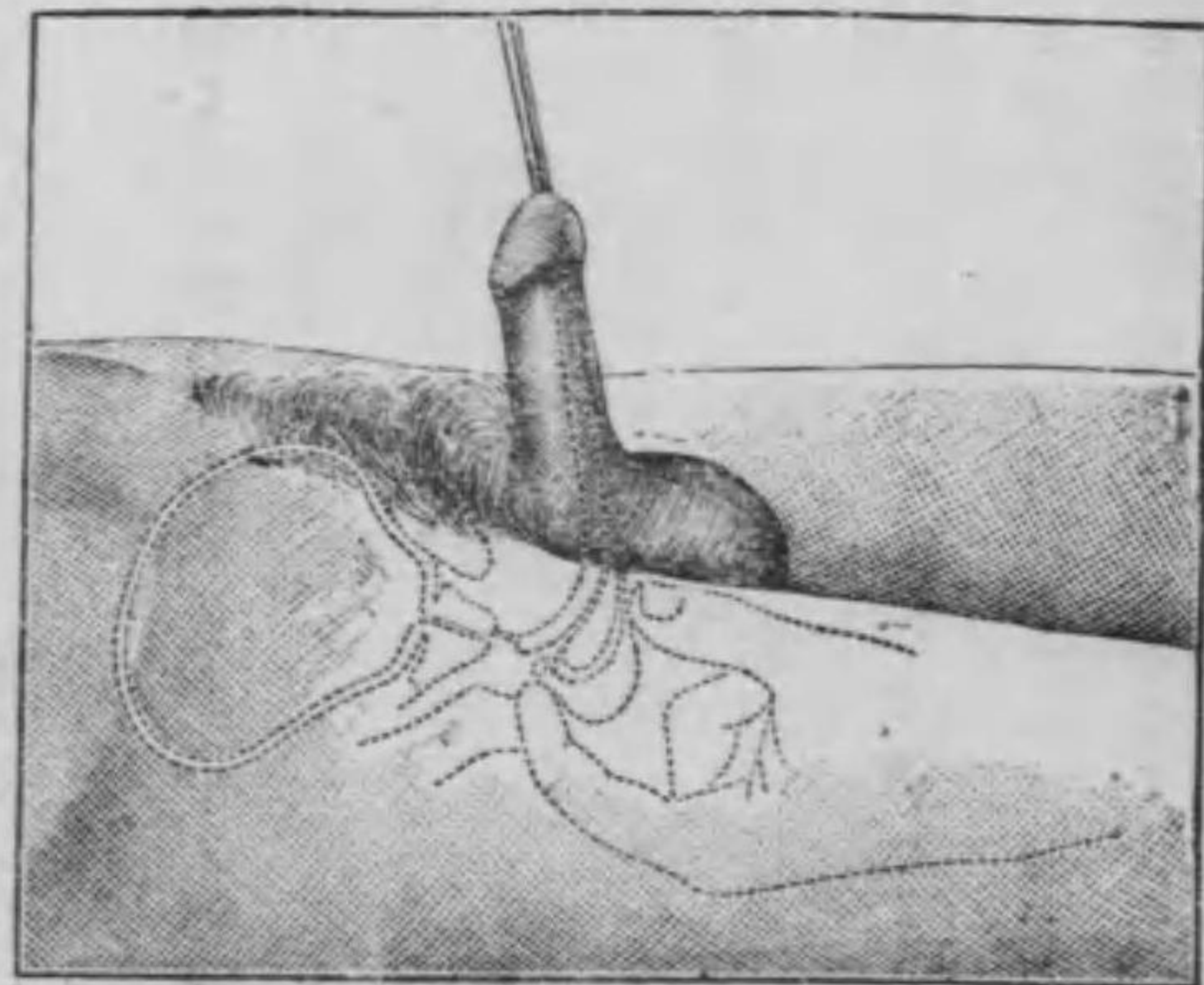
第八〇圖

金屬ブージー挿入法 其二



第八一圖

金屬ブージー挿入法 其三



圖二八第



誘導ブリーヂー

九 誘導ブリーヂー挿入法

Einführung der Leithongie

糸狀ブリーヂーノ外端ガ螺旋ニテ金屬ブリーヂーニ接合シ得ルモノヲ採リ、糸狀ブリーヂート同様ニ尿道内ニ挿入シ一本ガ通過スル時ハ、之ニ金屬ブリーヂーヲ接ギテ金屬ブリーヂーノ挿入法ニ從ヒ挿入スル時ハ、糸狀ブリーヂーノ部分ハ彎曲シテ膀胱内ニ入ルル、フォール氏ノ誘導ブリーヂー挿入法ト名ク。

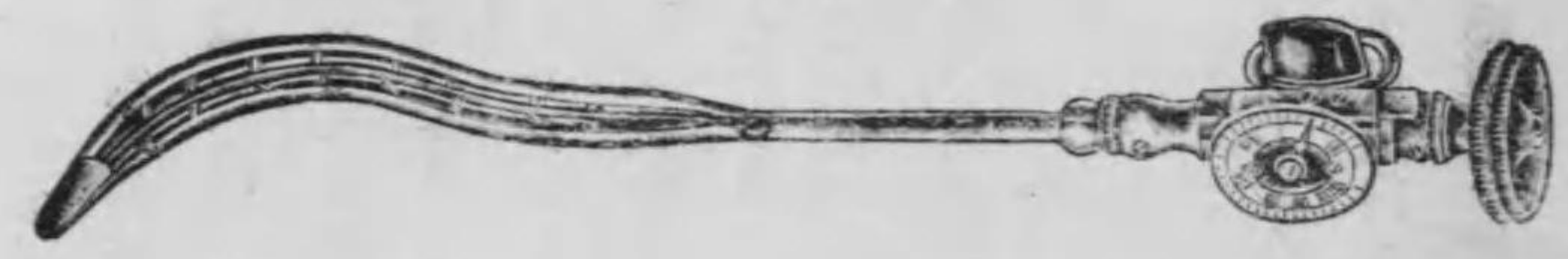
一〇 尿道擴張器使用法

Einführung des Dilators

尿道擴張器ニハコルマン、オーベルレンデル、ローンスタイン、オチス氏等ニヨリテ種々ノ型狀アレドモ之ヲ挿入スルニハ粘滑劑ヲ塗布シテ金屬ブリーヂーノ如ク挿入シ、器ノ外端ニアル度盛ニヨリテ擴張セラレタル大サヲ知り五分乃至十分ニシテ抜き去ルベシ、擴張ト同時ニ藥液ヲ注入管ニヨリテ注入シ排出管ニヨリテ排出セシムベキ裝置ヲ有スルモノアレドモ、其效果ハ凡テ操作ノ面倒ナ

器張擴道尿 圖三八第

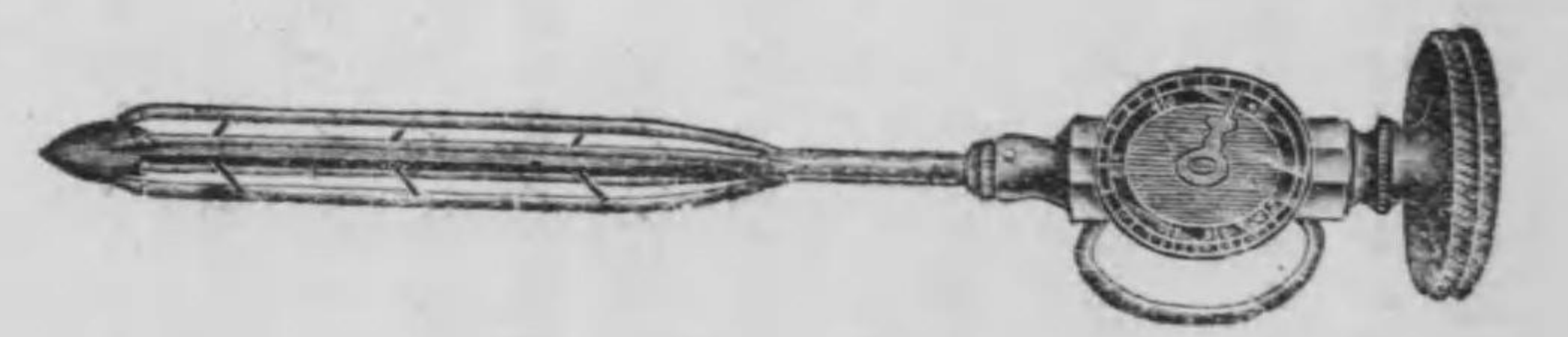
(1)



(2)



(3)



ルニ比例セズ、擴張ハ一週一回之ヲ行ヒ過度ノ刺戟ヲ避クベシ。

一一 尿道按摩法

Massage der Harnröhre

尿道ニ於ケル瀰胞炎、瀰胞周圍炎ニ對シテハ金屬ブリーヂーヲ尿道内ニ挿入シ、之ニ沿フテ靜カニ手指ヲ以テ瀰胞ヲ按摩ススルコト數分、ブリーヂーヲ抜き去リタル後ニハ、藥物ノ注入ヲ行ヒ電法ヲ施スベシ。

一二 尿道透熱療法

Thermoposition der Harnröhre

器具ハヂアテルミー裝置、尿道導子

長サ二寸幅六分ノ小平板導子等ヲ備フ。

操作ハ急性前尿道淋疾ニハ尿道内ニ導子ヲ挿入スルコトナク、小平板導子ヲ陰莖ノ前後兩面ニ置キテ通電シ、慢性ニハ尿道内ニ導子ヲ挿入シ陰莖ノ周圍ヲ平板導子ニテ包ミテ電流ヲ通ズ、尿道導子内ニ挿入セル檢溫器ニテ上昇セル溫度ヲ知ルベシ、後部尿道ニ對シテハ金屬ブージー型ノ導子ヲ挿入シ他極ハ會陰部ニ平板導子ヲ置キテ通電スベシ、前後尿道ヲ同時ニ一樣ニ加溫スベキ方法ハ種々考案セラレタレドモ理想的ニ至ラズ、該療法ハ宜シク藥物療法ト兼用スベシ、淋菌ノ熱ニ對スル抵抗力ハ弱ク試験管内ノ試験ニテハ四十五度ニ於テハ六時間、四十五度ニ於テハ已ニ瞬間ニシテ死滅スルモノナレバ、此方法ニシテ全尿道壁ヲ平等ニ四十五度ニ加熱シ得クンバ其效果大ナル可ケンモ、現在ハ未ダ此理想ヲ達スルニ遠キヲ憾トス。

亞急性ノ尿道濾胞炎又ハ濾胞周圍炎ニ對シテハ效果顯著ナリ。

一三 尿道冷却(加温)法 *Abkühlung der Harnröhre*

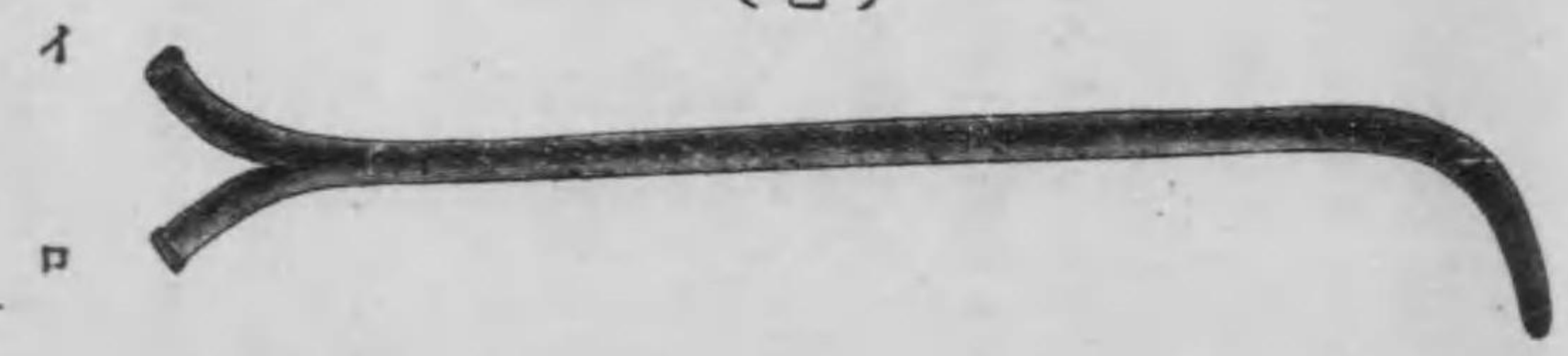
複管トナレル金屬カテーテルノ尖端カ閉塞セラレタルモノヲブージー又ハ金屬カテーテルト同一方法ニテ尿道内ニ挿入シ、注入管ニハイルリガートルニ接続セル護謨管ヲ附シ、排出管ニハ不潔ニ導ク護謨管ヲ接合シテイルリガートルノ護謨管ニハ之ニ附シタル挾止ノ加減ニヨリテイルリガ-

第 八 四 圖
尿 道 冷 却 管
(甲)



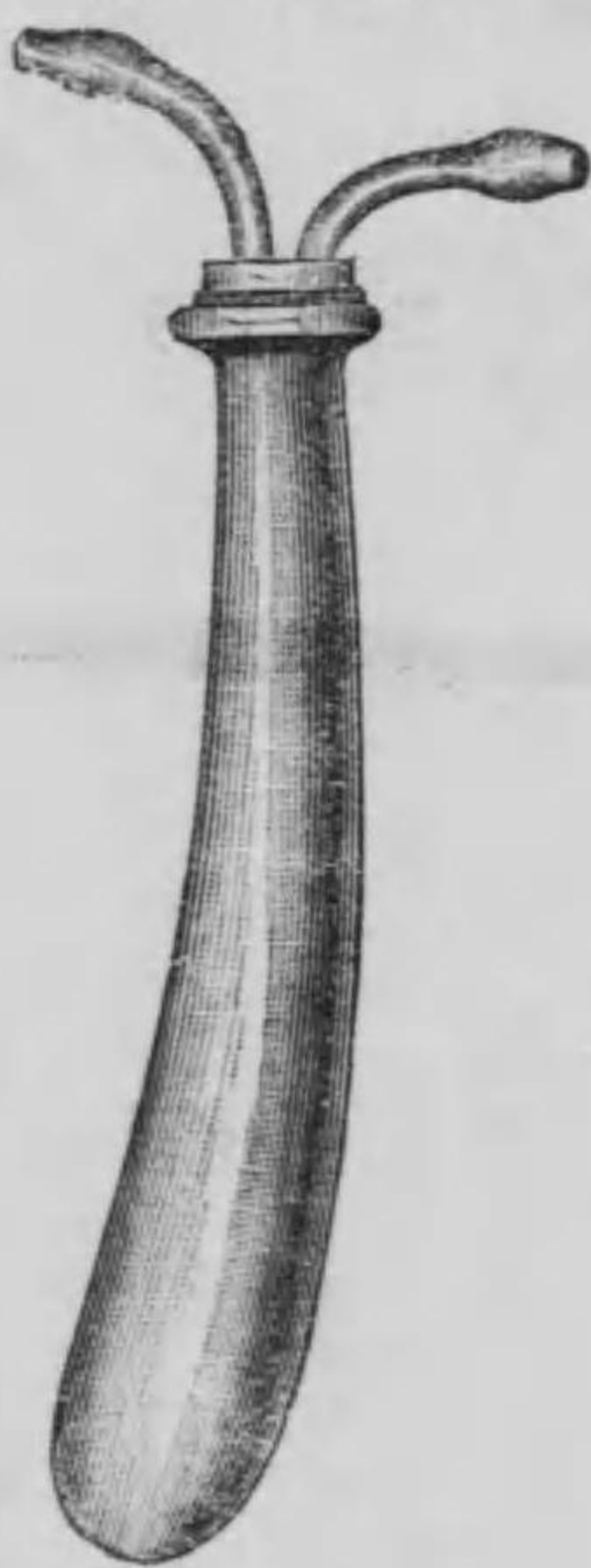
甲ハハニツケ氏
乙ハシヤリエール氏
(イ、ロ)ニ護謨管ヲ附ス。
(イ)ヨリ通ジテ(ロ)ニ排出セシム。

(乙)



トル中ノ温水又ハ冷水ヲ適當ニ流入セシメテ尿道ヲ加温又ハ冷却スルコト、攝護腺加温法(冷却法)ト同様ニスベシ、時間ハ十五分乃至卅分ヲ適度トス。

第五八圖



冷却(加温)器

一四 攝護腺冷却(加温)法

Abkühlung der Prostata

アルツベルゲル氏冷却器ノ尖端ニオレーフ油ヲ塗布シテ之ヲ右手ニ持チ、左手ノ示指ト母指トニテ患者ノ肛門ヲ開ク様ニシ、冷却器ノ彎曲セル側ヲ前方ニ向ケテ肛門内ニ靜ニ挿入シ、直腸後壁ニ向ヒテ押ス時ハ容易ニ器ノ三分ノ二ハ直腸内ニ入ルヲ以テ、此處ニ器ヲ紐ヲ以テ患者ノ腰ニ縛リ付ケ、器ノ注入管ニイルリガートルノ護膜管ヲ續ギ、器ノ排出管ニ續ギタル護膜管ハ不潔罐又ハバケツニ導キイルリガートル内ニ温湯又ハ氷水ヲ充シテイルリガートルニ接續セル護膜管ニハ螺旋ニテ加減シ得ベキ挾止ヲ付シ、流入スル液量ヲ増減シテ患者ノ欲スル適當ノ温度ニ調節スベシ、使用時間ハ三十分乃至一時間ヲ普通トス。

一五 攝護腺按摩法

Prostatamassage

右手ノ示指ニ護膜囊ヲ被セワゼリン又ハオレーフ油ヲ塗布シテ肛門内ニ挿入シ、前方ニ向ヒテ按摩スルコト一、二分ニシテ攝護腺液ノ尿道口ニ漏レルニ至リテ止メ、排尿セシメタル後、後尿道ニ藥液注射ヲ行フ、摩擦ハ強キニ過グ可カラズ五分以内ニテ充分ナリ。

一六 攝護腺透熱法

Thermopenetration der Prostata

器械ハデアテルミー装置、長サ十二浬幅六浬ノ平板鉛導子、アルツベルゲル氏攝護腺冷却器ニ似タル直腸導子、導線等ヲ備フ。操作ハ直腸導子ノ尖端ニオレーフ油、ワゼリン等ヲ塗布シテ患者ノ直腸内ニ金屬部ノ全部ガ直腸内ニ在ル様ニ挿入シ、平板導子ハ腹壁膀胱部ニ置キデアテルミー装置ニテ電流ヲ徐々ニ通ジ、患者ノ感ズル適當ナル温度ニ達シテ十五分間加温ス。

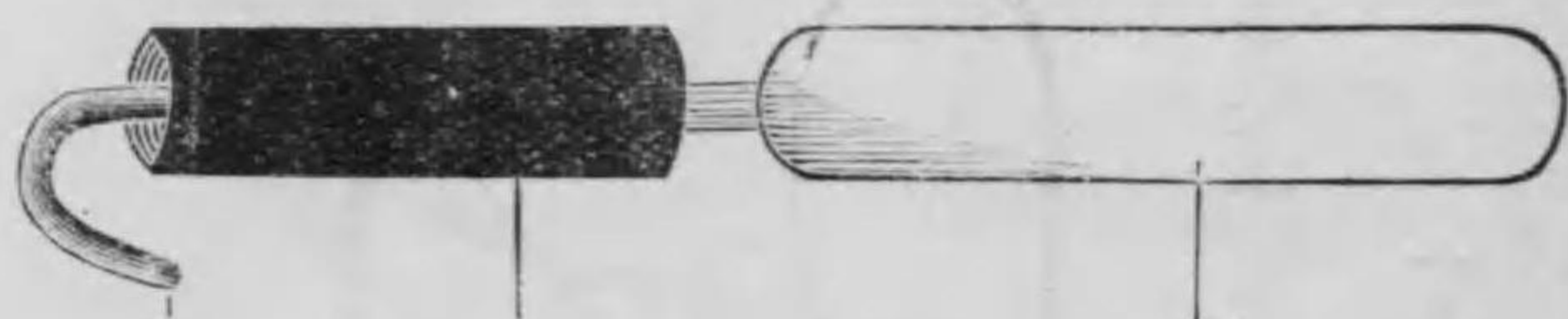
一七 導尿法

Katheterisation des Harns

導尿法ハ通常ネラトニ氏カテーテルヲ用ヒ又金屬製カテーテルヲ

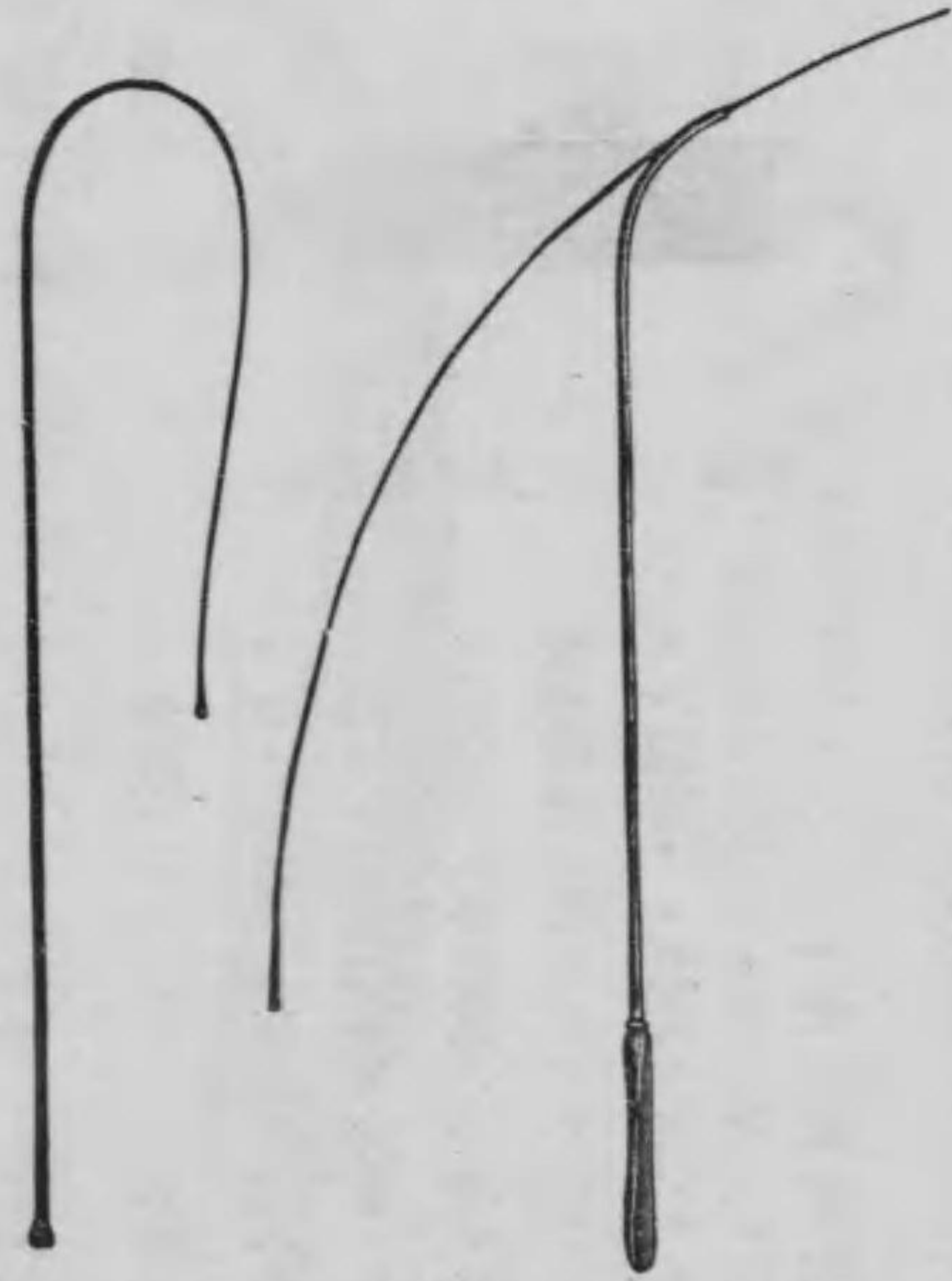
第八六圖

直腸用導子



電線ノ柄 金屬 電線

圖 七 八 第



ルテ-テカ道隆氏-レーゴ

用フルコトアリ、攝護腺肥大症ニ於テハ種々ノ形ヲ呈シテ又種々ノ彎曲ヲ呈スルモノヲ用フ、然レドモ尿道狹窄ニテ導尿管ヲ要スル際ニハ狹窄ノ高度ナル際ハル、フォル氏ノ誘導カテーテル若クハゴ-レー氏ノ隧道カテーテルヲ可トス。

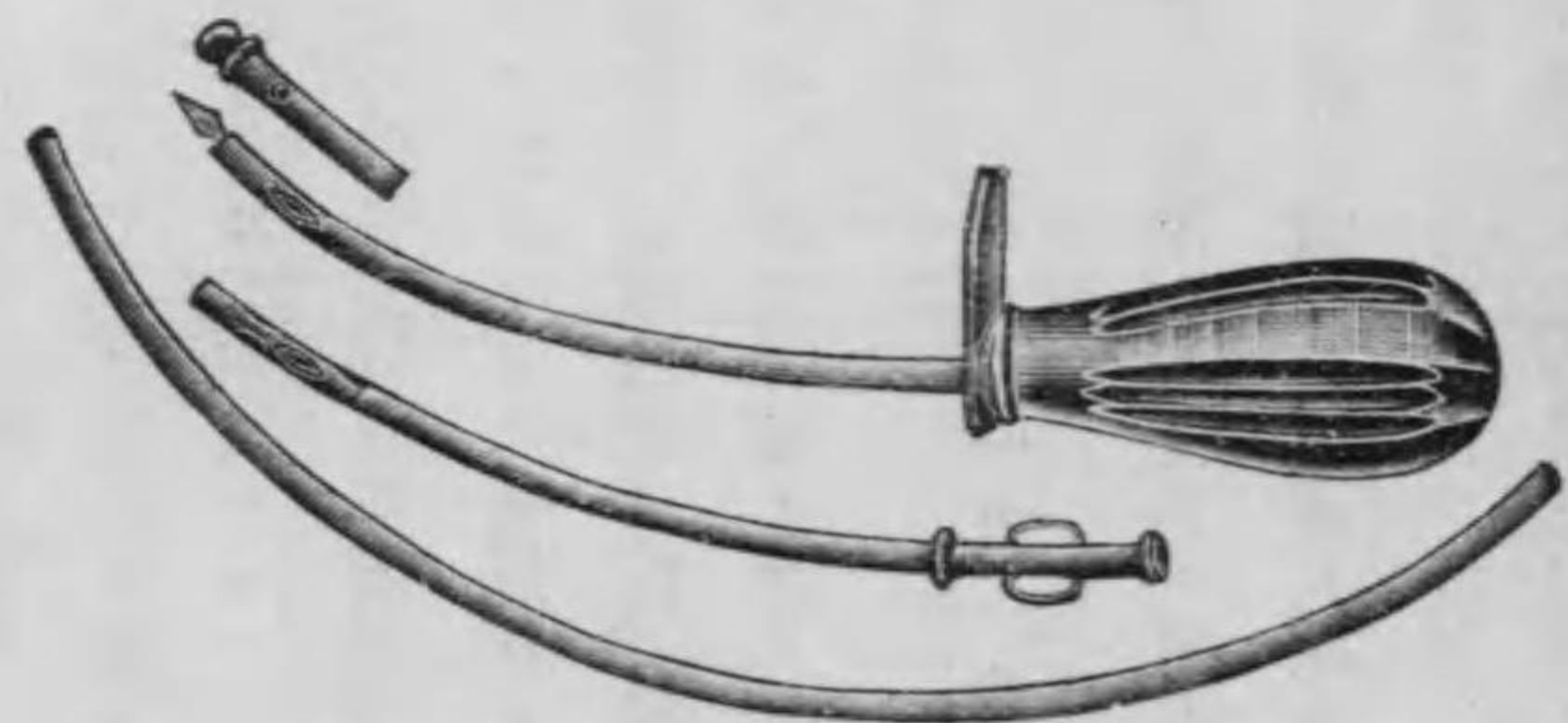
適應症ハ凡テ自然排尿ヲナシ得ザル尿閉ノ場合ニシテ最も多キ場合ハ腦溢血、腦脊髄微毒、脊髄炎、脊髄外傷、熱性病(腸室扶斯)等ニヨル利尿筋不全麻痺、攝護腺肥大症、尿道狹窄、肛門手術等ニ來ル尿閉ナリ。

一八 膀胱穿刺術

Blauspunktion

術式ハ患者ヲ仰臥セシメテ打診及觸診ヲ行ヒ、膀胱充滿ノ程度ヲ定メテ恥骨縫際上ノ陰毛ヲ剃リ、

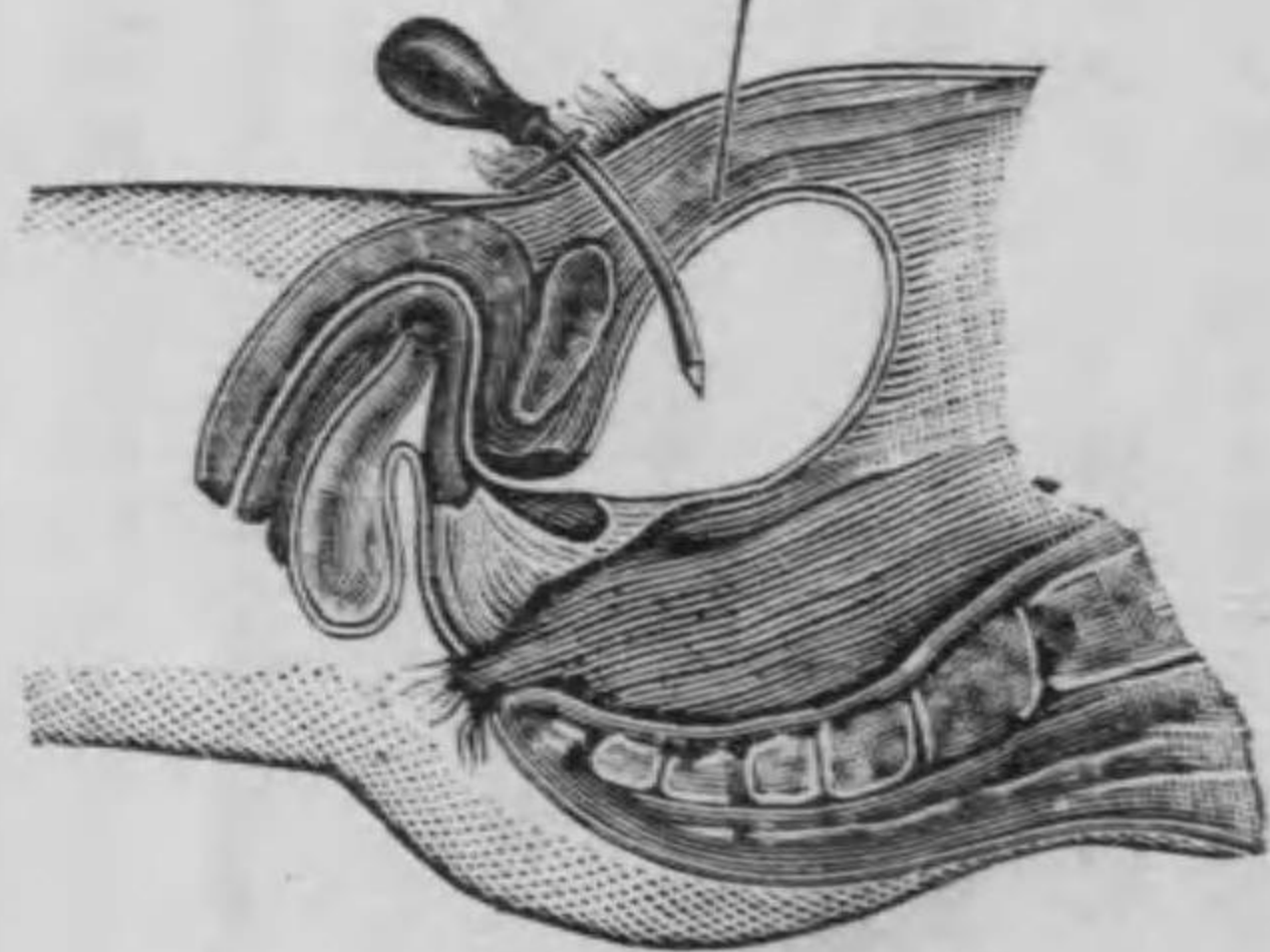
圖 八 八 第



針管套刺穿膀胱氏ト-ライロフ

圖 九 八 第

部轉翹膜腹



術刺穿膀胱上骨耻

消毒シタル後局所麻酔ヲ施シ、恥骨縫際ノ直上ニテ正中線ニ皮膚ノ小切開ヲ行ヒ、フロイラント氏膀胱套管針ヲ取リテ尖端ヲ當テ彎曲ヲ下方ニ向ケ腹壁ヲ通ジテ膀胱内ニ刺入ス、針尖ハ餘リ深ク送入スベカラズ、斯クシテ套管ノ軸針ヲ抜き去ル時ハ尿ハ迷出スベシ、是ニ於テ更ニ套管針ヲ僅ニ膀胱内ニ進メ其内ニ第二ノ内管ヲ挿入シ以テ時々之ヲ抜き出シ洗淨消毒ノ用ニ供ス、外管ハ鑿ニ有ル小孔ニ紐ヲ通シ腹部ニ固定ス、外管モ時々抜き出シテ洗淨スベク其爲メニハ長キ導子ヲ套管内ニ送

入シタル後、外管ヲ拔キ去リ洗淨消毒シタル後再ビ之ヲ導子トシテ外管ヲ挿入シ固定ス、間斷ナク尿ヲ排泄セシムルニハ内管ノ外端ニ護膜管ヲ繼ギ、外端ヲ患者ノ股間若クハ臥褥下ニ置ケル千倍昇汞又ハ三十倍石炭酸水ヲ盛レル受尿器中ニ導ク可シ、一時的ニハ穿刺シテ排尿シ套管針ヲ拔キ去リ跡ニ沃度ホルム末又ハキセロホルム末ヲ置キ絆創膏ヲ貼付ス。

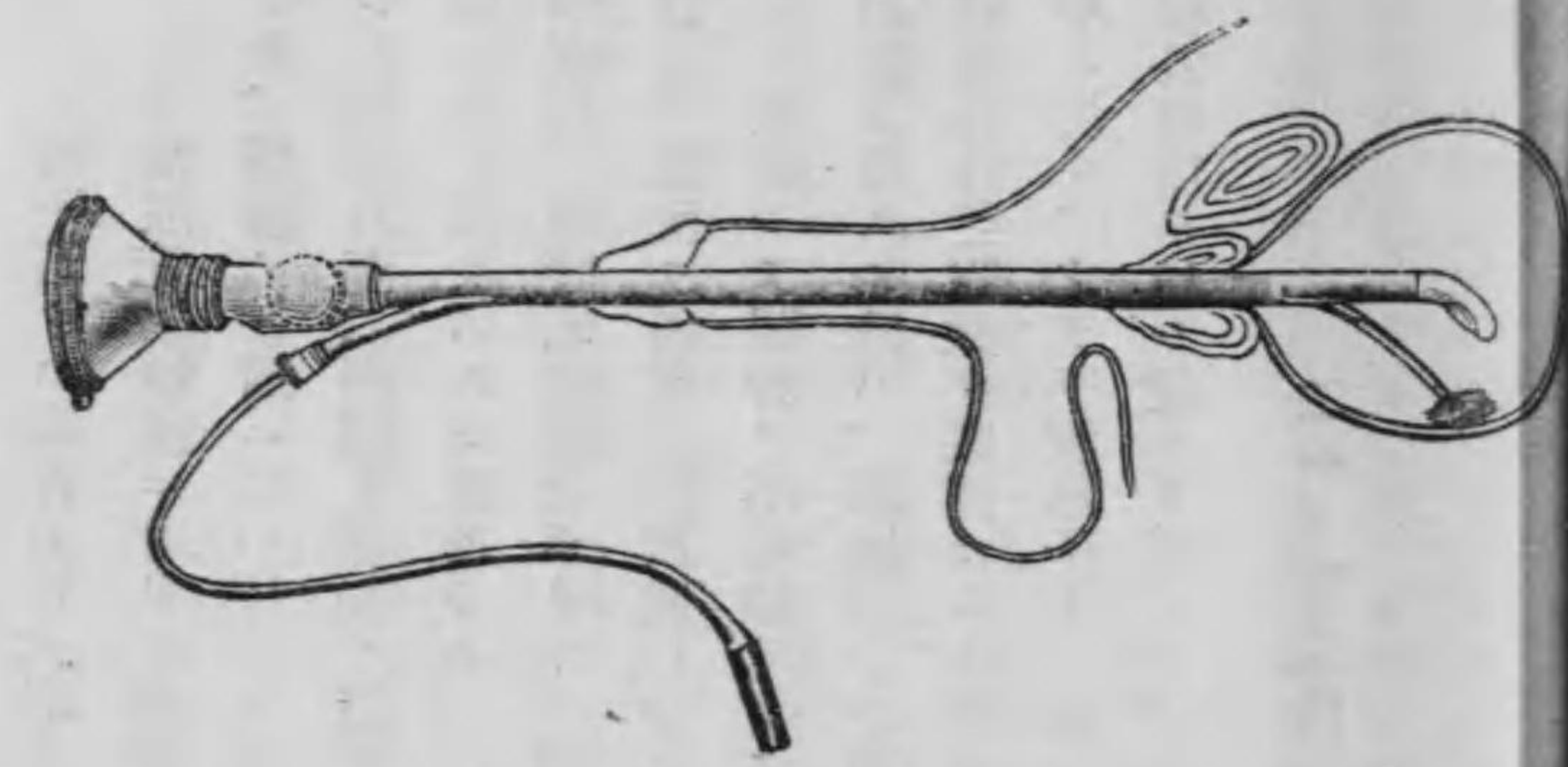
以上ハ恥骨上膀胱穿刺術 Punktio Vesicae suprapubica ニシテ會陰部、恥骨下部、直腸又ハ膈ヨリ穿刺スル法アレドモ普通用ヒラレズ。

適應症ハ攝護腺肥大症、攝護腺腫瘍、尿道損傷及高度ノ尿道狹窄ニテ尿閉ヲ起シカテーテルニテ排尿セシムルコト能ハザル際ニ用フ。

一九 カテラン氏硬膜外注射法 Cathetansche Epiduralinjection

術式ハ患者ノ下腹下ニ高キ枕ヲ置キテ臥床セシメ、臀部ヲ最高所ニアル様ニシテ左手ノ示指ヲ以テ薦骨溝ニ沿ヒテ下方ニ探ル時ハ、最下端ノ薦骨溝ヨリ急ニ低キ部分アルヲ發見スベシ、此處ハ即薦骨裂孔ニシテ此部ヲ酒精、依の兒又ハ沃度丁幾ニテ消毒シ六乃至十糎ノ長サノ稍大ナル針ヲ薦骨管内ニ挿入シ五乃至三〇糎ノ殺菌生理的食鹽水ヲ注入シ針ヲ拔キテ絆創膏ヲ貼付スベシ、藥液ヲ注入スル際薦骨部皮膚ノ隆起スルハ針ガ皮膚下ニアリテ薦骨管内ニ入ラザル證據ナリ。

第九 圖 ○ 九 第



膀胱内電氣凝固療法

適應症ハ夜尿症、陰萎等ニシテ〇、五乃至一%ノホカイン液ヲ注入セバ肛圍ノ麻痺ヲ起シ此部ヲ手術シ得ベシ。

二〇 膀胱内電氣凝固療法

Elektrokoagulation in der Blase

器械。デアテルミー装置、輸尿管膀胱鏡及凝固用膀胱導子等ナリ。

術式。患者ヲ手術臺上ニ仰臥セシメ下肢ヲ膝ニテ屈シテ開カシメ、足ヲ足臺上ニ載セテ金屬カテーテルヲ膀胱内ニ挿入シ、殺菌蒸餾水、二%硼酸水若クハ生理的食鹽水ヲ以テ充分ニ膀胱ヲ洗滌シ、排出スル液ガ清澄トナルニ及ビテ液ノ百五十糎ヲ膀胱内ニ滿シ、デアテルミー装置ノ一極ニ結合セル平板大導子(長サ二十糎、幅十二糎)ヲ食鹽水ニ浸セルタホル、ガーゼ、又ハリントニテ包ミ

テ患者ノ腎下若クハ耻骨上膀胱部ニ置キ、他極ニ連結セル凝固用膀胱導子ハ輸尿管カテーテルノ如クニシテ輸尿管膀胱鏡ニヨリテ膀胱内ニ挿入シ、アルバラン氏起重装置ニヨリテ導子ヲ腫瘍上ニ壓抵シテ、腫瘍ノ各所ニ又ハ腫瘍ノ莖部ニ毎回十五乃至廿五秒間宛電流ヲ通ジ、腫瘍ノ白變スルヲ度トシ一週間乃至二週間ノ間隔ヲ置キテ凝固部ノ自然ニ脱落排出セラル、ヲ待チテ此操作ヲ反復シ、腫瘍ヲ全ク消失スルニ至ラシム。

適應症。膀胱乳嘴腫及ボリープ狀癌腫。

注意。電流ヲ通ズル際膀胱導子ト腫瘍トノ間ニ距離ヲ置ク時ハ膀胱内ノ液ハ沸騰シ、浮游セル蛋白片ノ凝固シテ視野ヲ不明瞭トナスノ不利アルヲ以テ、導子ハ必ず腫瘍上ニ密着セシムベク又電流ヲ過度ニ通ズル時ハ、膀胱導子ハ腫瘍ニ固着スルヲ以テ之ヲ引張ル時出血ヲ來スノ恐アリ腫瘍以外膀胱壁ヲ凝固セシメザル様注意スベキハ勿論ニシテ、豫メ膀胱外ニ於テ一片ノ牛肉塊ヲ水中ニ置キ、之ヲ平板導子上ニ載セテ他極ハ凝固用膀胱導子ヲ用ヒテ牛肉塊ニ電流ヲ通ジ、凝固ノ模様及程度ヲ檢シ置クヲ可トス。

II 腎盂洗滌法

Spülung der Nierenbecken

輸尿管膀胱鏡ニヨリテ輸尿管カテーテルヲ輸尿管内ニ深く挿入シ、ビューレットニ洗滌液ヲ容レタ

ルモノヲカテーテルト接続シテ、横臥セル患者ノ水平線ヨリ高メテ重力ニヨリテ液ノ二乃至三託宛ヲ腎盂内ニ達セシメ、次デ排出セシメ、反復シテ腎盂ヲ洗滌ス。

適應症ハ慢性腎盂炎及腎臟膿腫ニシテ腎盂腎臟炎、腎臟結核、腎臟結石等ニハ禁忌ナリ。

III

レントゲン療法 *Röntgenherapie*

レントゲン放射線ハ一八九五年レントゲン氏ニヨリテ發見セラレタル物質透過性ノ放射線ニシテ、低壓ナル直流又ハ交流電氣ヲ特別ノ裝置ヲ用ヒテ、高壓(數萬乃至二十萬ボルトニ達ス)ナル特殊ノ電流ヲ起シ之ヲレントゲン球管ニ通ジテ得ラル、放射線ニシテ肉眼ニテ視ル能ハズ、非常ナル速度ヲ以テ直行シ反射、屈折スルヲナキヲ以テレンズ等ニテ集合又ハ擴散セシムルコト能ハザルモ、寫眞乾板ニ作用シテ其銀ノハロゲン鹽ヲ還元シ以テ寫眞ヲ撮影セシメ又ハチアン化白金バリウムヲ塗レル螢光板ニ當リテ鮮綠色ニ發光セシム、球管ノ瓦斯含有量ニヨリテ物質ノ透過能即物質ニ吸收サル、量ヲ異ニシ、以テ放射線ノ硬度即軟線及硬線ヲ區別シ、アルミニウムヲ通過セバ硬度ノ大ナル第一二次線ヲ發射セシムル性質ヲ有ス、人體ニ對シテハ組織ノ密度、比重、感受性、放射量等ニヨリテ透過、刺戟、破壊作用ヲ異ニスルヲ以テ腎臟、輸尿管、膀胱、尿道、睪丸等ノ検査及治療ヲ行フニ用ヒラル。適應症。泌尿器科ニ於ケルレントゲン寫眞ニ就テハ已ニ述ベタリ、治療ニハ腎臟、膀胱、睪丸ノ惡

性腫瘍、結核及攝護腺肥大症、横痃等ニアルミニウム板ヲ通過セシメテ深達療法ヲ行ヒ、照射ノ必要ナキ人體皮膚ハ比較的感受性强キヲ以テ透過性ナキ含鉛護膜板ヲ置キテ保護シ、陰囊ニハ特ニ注意ヲ要ス、攝護腺ハ會陰部又ハ直腸内ヨリ金屬性圓筒又ハ含鉛硝子製圓筒ヲ用ヒテ照射シ、生殖腺モ亦感受性强キガ故ニ卵巢、睪丸ハ充分ニ保護スベシ。

照射ノ方法ハ睪丸結核ニハ三耗ノアルミニウム板ヲ置キウェーネルト氏硬度十度ノモノヲ用ヒテ、一紅斑量ヲ放射シ四週間後ニ反復シ、攝護腺肥大症ニハ通常ウェーネルト氏硬度十度ヲ用ヒ三耗ノアルミニウム板ニテ濾過シ一紅斑量ヲ使用シ、二三週間後ニ同量ヲ以テ更ニ放射ス。

横痃ニハウエーネルト氏硬度十度ノモノヲ用ヒ三耗ノアルミニウム板ニテ濾過シ、二紅斑量ヲ放射シ三週間後ニ再放射ス、癌腫、肉腫ニハウエーネルト氏硬度十度ノモノヲ用ヒ三耗ノアルミニウム板ニテ濾過シ各方面ヨリ放射シ三紅斑量ヲ用フ、二週間後同量ヲ放射ス。

III デアテルミイ療法 Diathermiebehandlung

低壓(五十乃至百ボルト)ナル交流(變極回数六十回)電氣ヲ變壓器ヲ用ヒテ二、三千ボルトノ電壓トシ、普通火花式發振機又ハ瞬滅火花間隙式發振機ノ作用ヲ用ヒテ五十萬乃至數百萬ノ變極回数即高周波ノ電流トナシ、人體ニ通ジテ其抵抗ニヨルジュール氏熱ヲ治療ニ用フルモノナリ、日本

ニ於テハ川喜多氏大正六年始メテ之ヲ造リ、交周波電流ト同時ニ感傳及平流電氣ヲ作用セシメタリ、兩極ニ於ケル導子ハ小ナル方ニ於テ電流密ナルヲ以テ、熱ノ發生モ多ク、導子ヲ針ノ大サトシ、他極ヲ平板導子トシテ用フル時ハ、組織ヲ燒灼破壞シ又ハ切り取り得ベク、兩極共ニ平板ヲ用フレバ電流ノ加減ヲ行ヒテ適當ナル透熱加温ヲ行フコトヲ得ベシ。

泌尿器科ニ於ケル適應症ハ腎痛、膀胱炎、攝護腺炎、精囊炎、膀胱腫瘍、急性及慢性淋疾、淋毒性副睪丸炎、膿胞炎、膿胞周圍炎、副尿道炎等ナリ、各條下ニ於テ説明スベシ。

第五編 療法各論 Spezieller Teil der Therapie

第一章 尿道及陰莖疾患

Die Erkrankungen der Harnröhre und des Penis

一 畸形 Missbildungen

尿道ノ缺損 Mangel der Harnröhre ハ甚ダ稀有ニシテ完全缺損ニハ肛門ニ、一部の缺損ニハ肛門ノ前方ニ開口アリテ排尿セラレ陰莖ハ缺除ス。

尿道ノ完全及一部閉塞 Enzliche und teilweise Obliteration der Harnröhre ハ尿道ヲ形成スル三分ノ發育不均等ニ原因シ、一部尿道閉塞ハ外尿道口ガ辛フジテ針ヲ通過シ得ルガ如キ高度ノ先天性狭窄ナル場合ニハ、直ニ尿道口截開術ヲ行ハザル時ハ生命ニ危険ナリ、完全尿道閉塞ハ尿道口ガ皮膚又ハ粘膜ニ閉サレ又ハ尿道全部ガ硬キ索狀ニ變化セルモノニシテ、人工的排尿口ヲ作ルニアラザレバ哺乳兒ハ死亡スベシ。

尿道憩室又ハ尿道囊 Harnröhrendivertikel u. Harnröhrentaschen ハ尿道ニ於ケル限局性膨大ニシテ外尿道口附近ニ多ク、障碍ヲ起サバ切開ヲ加フ可シ。

輸尿管及直腸ノ尿道内異常開口 Abnorme Einmündung der Ureteren und des Rectums in die Urethra. ハ甚ダ稀有ナリ、前者ハ膀胱ノ全部又ハ一部ノ缺損ト共ニ來リ、後者ハ鎖肛アル時ニ見ルモノナリ。以上ハ主トシテ生活不能ナル畸形兒ノ此部ニ於ケル畸形ニシテ甚ダ稀有ノモノナリ、以下數項ニハ實際上意義アルモノニ就テ記述スベシ。

二 尿道ノ重複又ハ副尿道 Doppelbildungen der Harnröhren und Parurethralgänge

尿道ノ重複ハ稀有ナリ、二重陰莖ニ於テ數回發見セラレタリ、一陰莖内ノ尿道重複モ亦數例報告セラレ、尿道ノ經過中第二尿道ノ分枝シテ尿道口ノ傍ニ開口セルハ時ニ存在ス、或物ハ尿道ト連結シ他ノ物ハ外皮ヨリ發シテ盲管ニ終レリ、所謂副尿道又ハ尿道側管(佐藤恒祐氏)ニシテ屢々見ル所ナリ。

此種ノ畸形ハ炎症ヲ起シテ淋菌ノ潜伏所トナリ、注射療法ニ抵抗シテ淋菌ヲ根絶シ難ク、著シク淋疾ノ治癒ヲ遅延セシムルモノナリ。

診斷 穴ガ外尿道口ト互ニ相並ビテ開キ、此處ヨリ膿ノ排泄セラル、時ハ容易ナリ、何處マデノ深サヲ有スルヤハ治療上ニ重要ナル意義ヲ有ス、尿道ニ金屬ブージーヲ挿入シ副尿道ニ消息子ヲ入レテ金屬ブージーニ當ル所ヲ檢ス可シ、兩孔ガ密ニ相近キ時ハ尿ハ通常ノ如ク出デ淋疾ノ治癒シ難

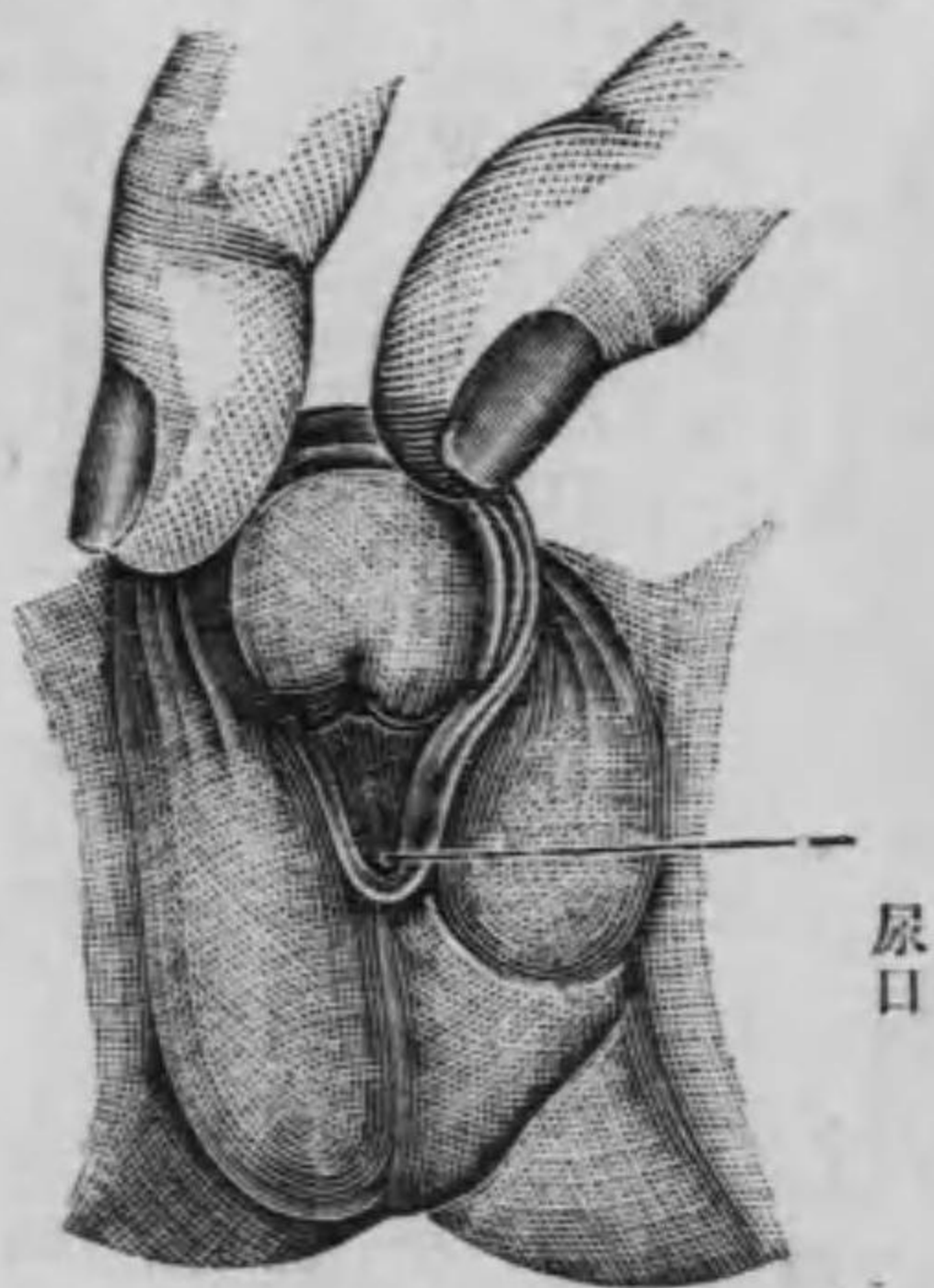
キ時發見ス可シ、副尿道ノ細少ニシテ消息子挿入ノ困難ナルコトアリ、時ニ尿道鏡ニヨリテ其ノ終ル處ヲ發見スルコトヲ得ベシ。

療法 障碍ナケレバ治療ヲ要セザレドモ、炎症ヲ起シテ分解尿ノ停滞スルカ、淋疾ノ傳染シテ慢性トナリ再發スル恐アル時ハ、尖端ヲ鈍ニシタル注射針ヲ挿入シテ洗滌スベシ、藥液ハ一乃至一〇%硝酸銀水若クハ沃度丁幾ヲ最良トス、電氣燒灼ヲ行ヒ若クハチアテルミーニヨル冷熱燒灼ヲ用フベシ、若シ此等ノ方法ニテ效ナキ時ハ全長ニ互リテ剔出スルヲ可トス、其方法ハ尿道ニブリーヂヲ挿入シ副尿道ノ全長ニ沿フテ切開シ、尿道側管ヲ切ルコトナク尿道ニ開ケル部ハ結紮シテ切り取り縫合スベシ、數日ニテ治癒ス。

III 尿道下裂 Hypospadiæ

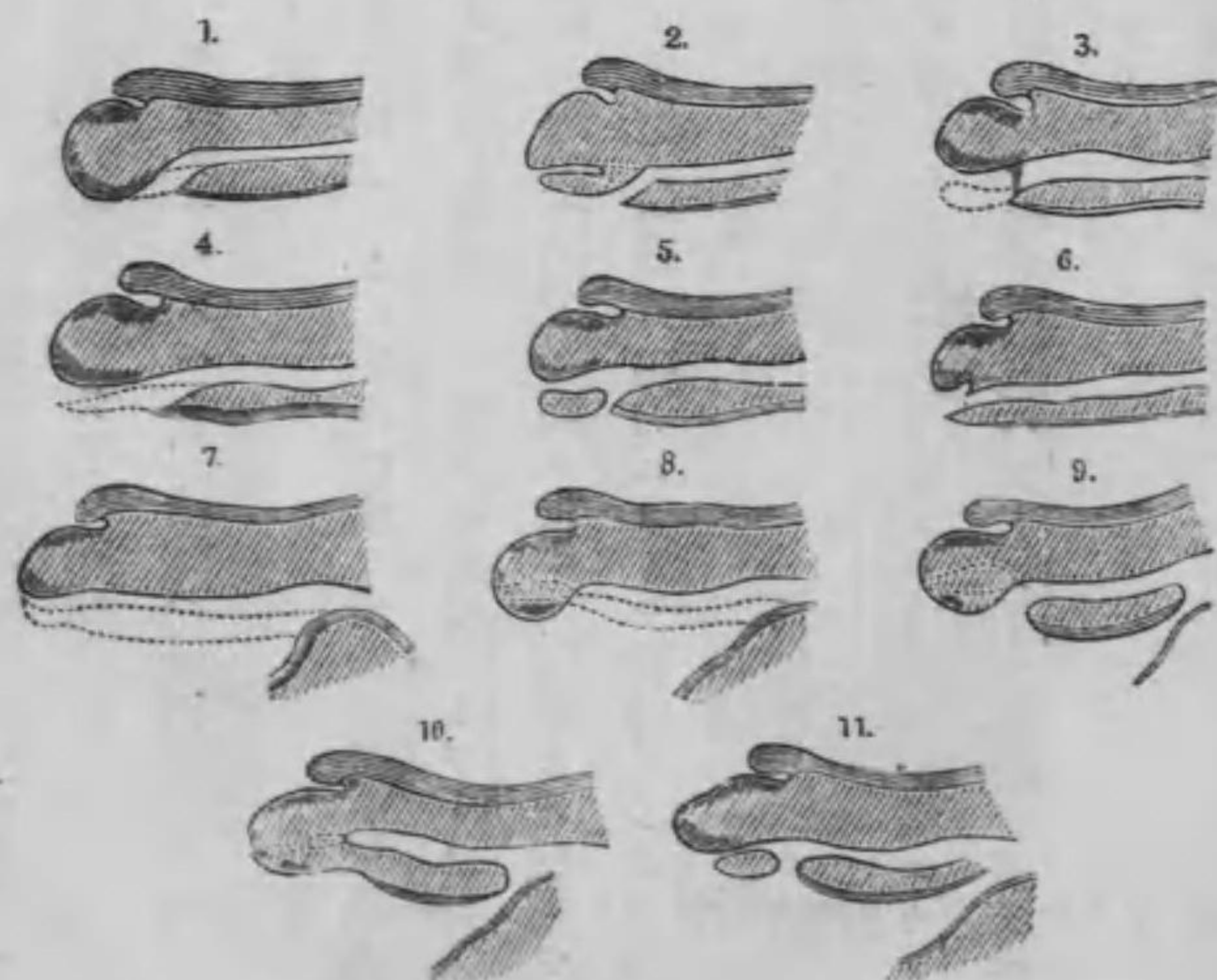
比較的多キ畸形ニシテ尿道外口ガ陰莖先端ヨリ身體中心ニ近ク龜頭、陰莖下面、陰囊若クハ會陰部ニ開口セルヲ云フ、其ノ位置ニ從ヒ龜頭部、陰莖部、陰囊部及ヒ會陰部尿道下裂 Hypospadiæ glandis, penis, scroti et perinei ト名ク、外尿道口狹小、副尿道、陰莖陰囊癒着、陰囊分裂、睪丸潜伏等ト合併シテ來ルコト稀ナラズ、最モ輕度ナルハ通常ノ尿道口ト横走セル膜ニ依リテ界シ若クハ之ヲ缺ギテ廣キ尿道口ヲ形成ス、下裂ガ龜頭ニアル時ハ包皮ハ陰莖背面ニテ堤狀ニ隆起シ下面ニ於テ索狀ヲ

第九圖



ナシテ短縮ス、陰囊部又ハ會陰部ニアル時ハ陰囊ハ兩分セラレ、陰莖ハ發育不完全ニシテ下方ニ彎曲固定セララル、凡テ尿道口ヨリ前方ニ溝ヲ有スル

第九圖 尿道下裂



尿道下裂

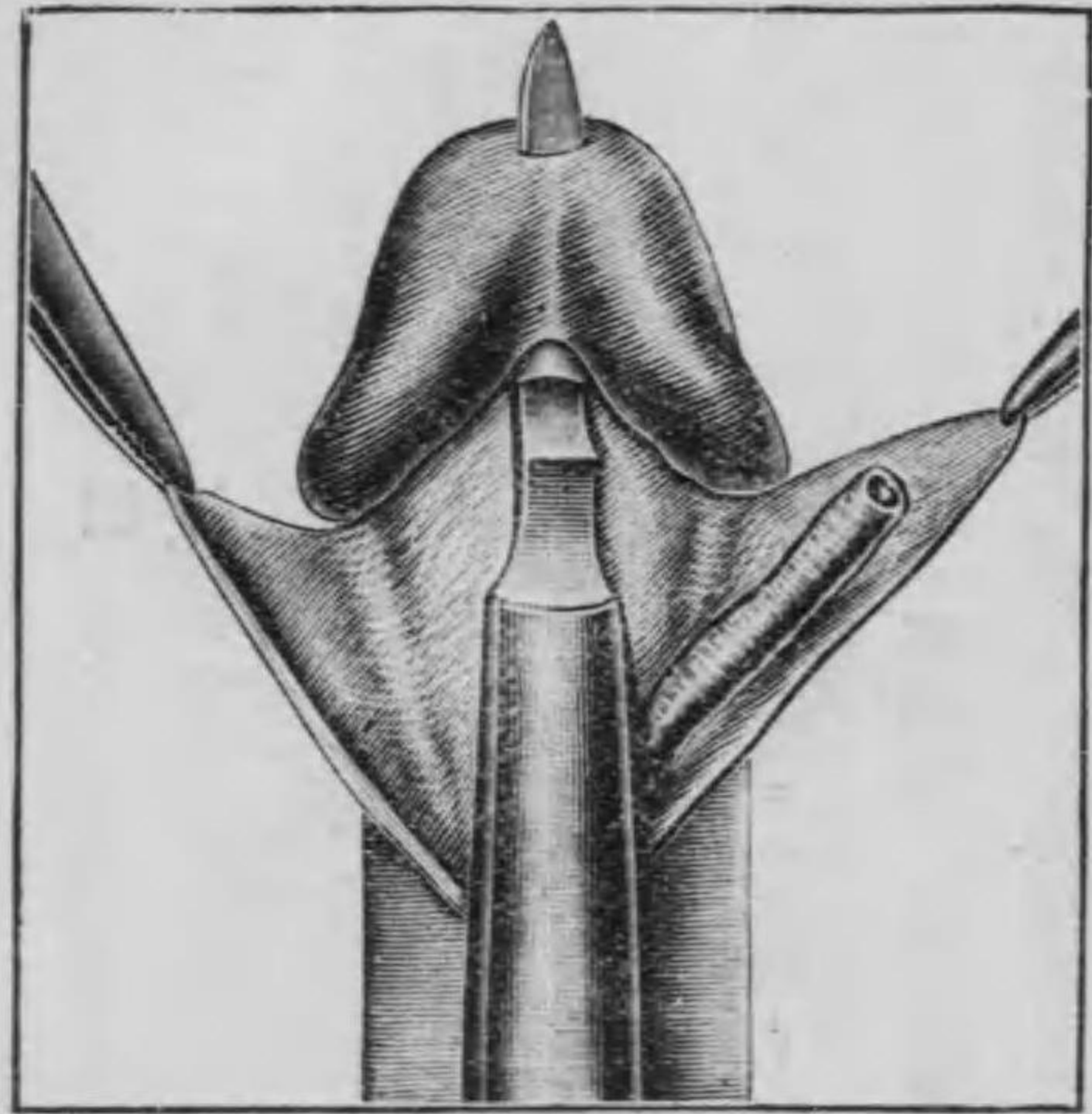
カ之ヲ缺ギ若クハ盲管ニ終ルモノナリ。
診斷 龜頭尖端ニ通常ノ外口ヲ認メズシテ他部ニ多少深クシテ廣キ裂口ヲ認ム、陰莖、陰囊及ヒ

會陰部ヲ探リテ見エザル時ハ排尿時ニ檢ス可シ。

療法 尿線通常ニシテ交接時臍内ニ射精シ得レバ手術ノ要ナシ、勃氣不全、勃氣時劇痛及其他ノ畸形及尿道口狭少等存在セバ手術ヲ行フ、尿道口廣ケレバ從テ尿線異常ヲ呈シ衣類ヲ濕シ排尿ハ躊躇シテナシ得ルノミナリ、交接時射精ハ臍外ニ行ハレテ不妊症ヲ呈スベシ、治療ハ外科的手術ニシテ方法種々アレドモ二ツノ定型的ノモノヲ舉グレバ次ノ如シ。

(一) 紐育ニ於ケルベック氏ノ考案セル所ニシテ龜頭部附近ニアル時ニハ最モ良法ナリ、尿道上ニ尿道外口ヨリ陰莖根部ニ向ヒ皮膚切開ヲ加ヘテ皮膚ヲ兩側ニ翻轉シ、豫メ硬護膜ブージーヲ挿入セル尿道ヲ下方ニ遊離シ、織細ナル穿刺刀ヲ以テ下裂口ト龜頭尖端トノ間ヲ貫キ、遊離セル尿道ヲ此穴ニ通ジ尿道外口部ニ縫合スルナリ、此ノ方法ニヨル尿道ノ短縮ハ彈力ニヨリテ暫時ニシテ原位ニ復スルモノナリ。

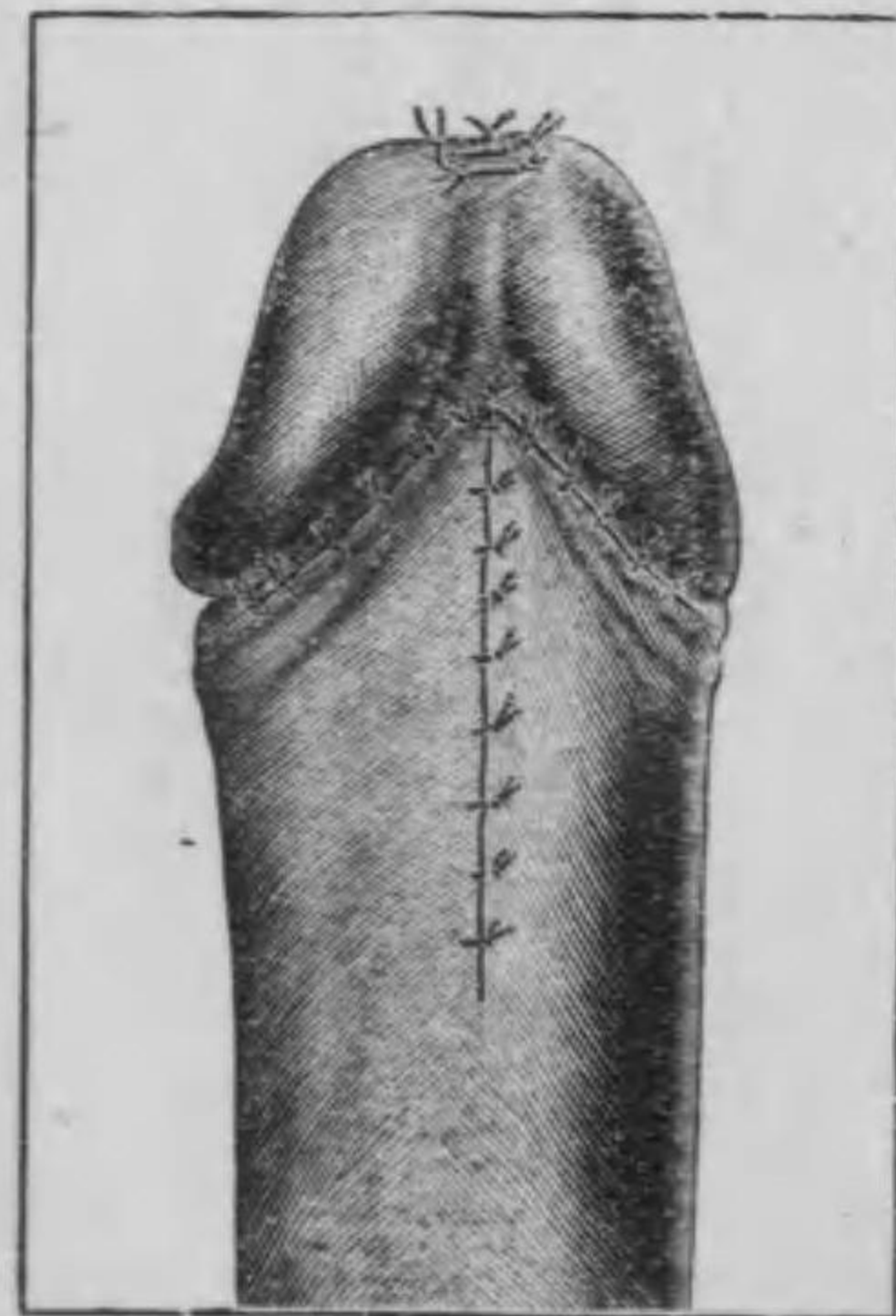
(二) ロッシャー氏ノ創意セル所ニシテ尿道外口ノ陰莖根部ニアル時ニ行ハル、ネラトン氏カテーテルヲ膀胱内ニ挿入シ、陰囊ヨリ造レル尿道口ニ根底ヲ有スル皮膚片ヲ内面ニ上皮ノアル様ニカテーテルノ外端ノ周圍ニ縫ヒ付ク、カテーテルヲ數日間留置シ、新生尿道ハブージーニテ擴ゲ置クベシ、此手術ヲ完成スルニハ數月乃至數年ヲ要スルモノナリ。近來大ナル尿道缺損ニハサフェナ靜脈又ハ虫狀突起ヲ移植ス。



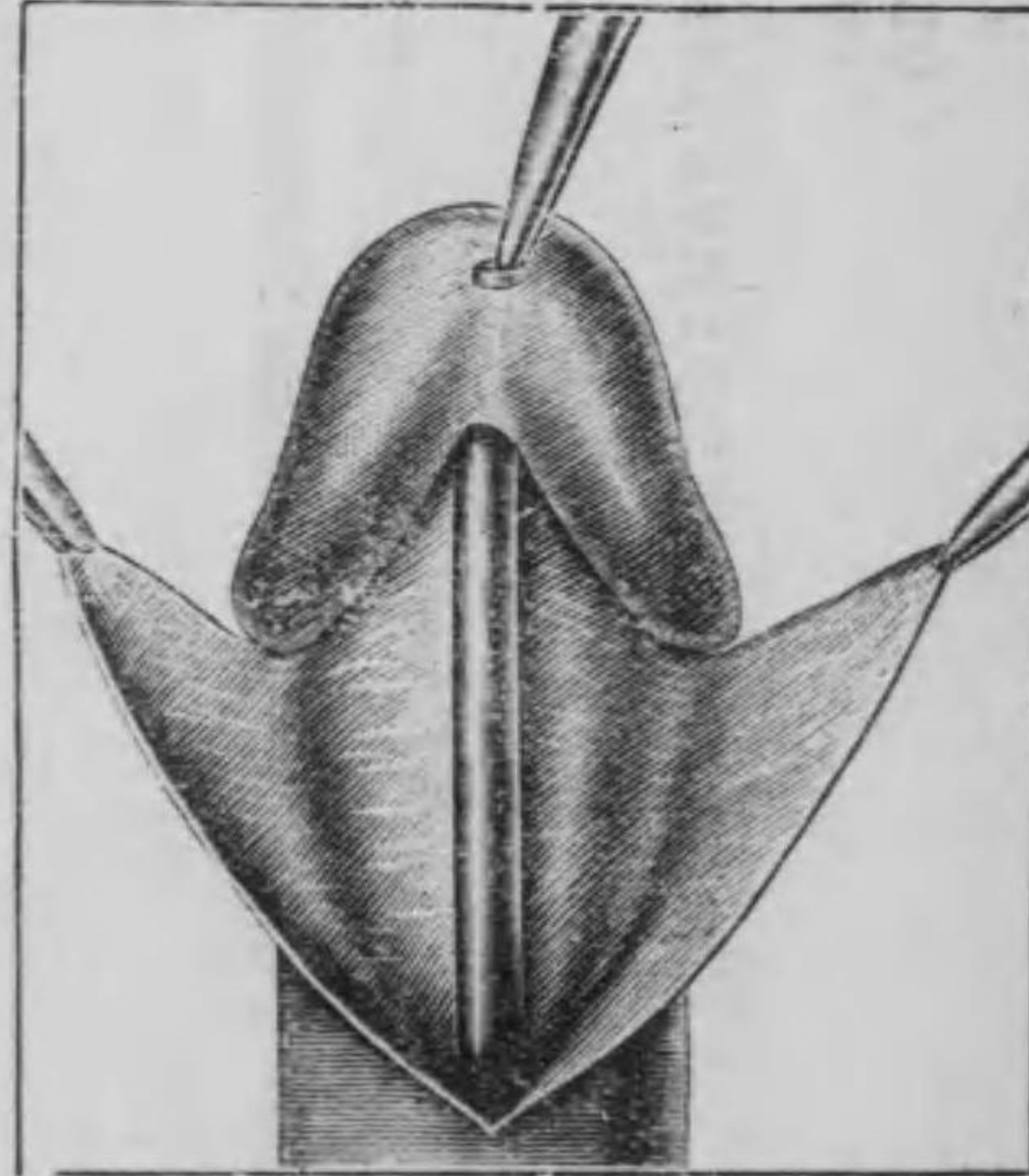
(二其) 法術手氏クッペノ裂下道尿



氏クッペノ裂下道尿
(一其) 法術手



(四其) 法術手氏クッペノ裂下道尿



(三其) 法術手氏クッペノ裂下道尿

四 尿道炎上裂

Epispadias.

著シク稀有ナリ、場所ニヨリ龜頭部及ヒ陰莖部尿道上裂 *Epispadia glandis et penis*ヲ區別ス、稀有ニシテ他ノ畸形即チ小陰莖、陰莖上方彎曲、海綿體癒着不全、攝護腺缺損、睪丸萎縮、潜伏睪丸等ト合併シテ來リ、最モ高度ナルハ膀胱破裂症ヲ兼ネテ耻骨縫際離開、兩鼠蹊ヘルニア等ヲ伴フ。療法 手術ハ下裂ノ時ノ如クス、サレド屢合併症ノ爲メニ普通ニ使用スルコト難シ。女子ニアリテハ上裂下裂共ニ男子ニ於ケルヨリモ少シ、下裂ニハ腔内ニ尿道口アリ、著者ハ尿失禁ヲ伴フモノヲ見タリ、上裂ニハ陰核ノ上ニ來リ特別ノ意義ヲ有セズ。

五 尿道炎

Urethritis

尿道炎トハ尿道ノ炎症ニシテ機械的又ハ化學的刺戟若クハ微菌感染ニヨリテ發生シ、尿道ノ發赤腫脹ヲ來シ疼痛、勃氣、尿意頻數等ヲ呈スルモノナリ。

通常尿道炎ヲ分チテ次ノ四種トス、

- 尿道炎
 - 一、無菌性尿道炎
 - 二、單純性尿道炎、微菌性尿道炎又ハ非淋菌性花柳病性尿道炎
 - 三、疱疹性尿道炎
 - 四、淋疾又ハ淋菌性尿道炎

一 無菌性尿道炎

Urethritis aseptica

原因 尿道ノ創傷、昇汞水、石炭酸水等ノ如キ腐蝕劑ノ注入、尿道内ニアル結石、異物、留置カテーテル等ニヨリテ發生ス。

症候 自覺的ニ尿道内ノ搔痒及灼熱感、排尿時ノ疼痛アリ、後部尿道モ犯サルレバ尿意頻促アリ、他覺症狀トシテハ外尿道口ニ多少ノ發赤腫脹ヲ認メ、尿道ヨリ膿性分泌物ヲ出シ、其分量ニヨリテ膿漏トナリ、尿濁濁トナリ又ハ淋糸トナル、機械的及化學的原因ニヨル尿道炎ハ比較的良性ニシテ合併症ヲ來スコト少ク、原因速ニ去レバ通常自然ニ治癒ス、之ニ反シテ原因去ラザレバ副睪丸炎、睪丸膿腫、膀胱炎、攝護腺炎等ノ如キ合併症ヲ起スコト稀ナラズ、尿閉ノ爲メニカテーテル挿入ヲ要スル場合ニハ殊ニ多シ。

診斷 自覺的及他覺的症狀ニヨリテ診斷セラル、排泄物ヲ鏡檢スベシ、色情性尿道漏、攝護腺漏、精液漏トノ區別ヲ要ス、急性期ニハ血球及僅少ノ上皮アリ、治癒ノ經過ニ從ヒ白血球ハ減ジ上皮ハ増加ス、包莖ニアリテハ龜頭包皮灸ト尿道炎トハ其ノ排泄何レヨリスルヤ不明ニシテ區別困難ナルコトアリ、外尿道口ノ見エザル時ハ包皮内ヲ硼酸水ニテ充分ニ洗滌シ排尿セシメテ清澄ナラバ龜頭包皮灸ナリ、尿若シ濁濁セバ尿道炎カ尿道炎ト龜頭包皮灸トノ合併症ナリ、尙鑑別ヲ要スルハ尿道下疳ニシテ自覺症狀相似タリ、初期硬結ニハ尿道ニ硬結アリ、軟性下疳ニテハ外尿道口ヲ閉ク時潰瘍性

尿道壁ヲ見ルコトヲ得可シ、通常下疳ニテハ尿道炎ヨリモ排泄物稀薄ナリ、軟性下疳ニテユクレー氏連鎖桿菌ヲ發見セバ診斷確實ナリ、硬性下疳ニハ無痛性便毒ヲ、軟性下疳ニハ有痛性便毒ヲ生ズ、尿道炎ニハ普通淋巴腺ノ腫脹ヲ缺グ。

化學的及機械的尿道炎ヲ淋疾ト區別スルコトハ必要ナリ、不潔ナル交接後強キ殺菌藥ヲ注入セバ化學的ニ尿道炎ヲ起スコトアリ、淋疾ト合併シテ來ルコトアリ、少クトモ急性期ニハ鏡檢ニヨリテ區別ス、淋菌ナキ淋疾後尿道炎 *Urethritis postgonorrhoeica* トノ區別困難ナルコト屢ナリ。

療法 原因ヲ去レバ多クハ直ニ自然ニ治愈ス、補助トシテ白檀油ヲ一日三回〇、五瓦宛内服セシメ、一萬倍ノ硝酸銀液、四百倍ノ硫酸亞鉛液又ハ四千倍ノ過錳酸加里液等ヲ注入シ、利尿劑ヲ與ヘ刺戟性食餌及ビ酒精飲料ヲ避ク可シ、合併症ハ淋疾時ト同様ニ治療ス。

二 單純性尿道炎、微菌性尿道炎又ハ非淋菌性花柳病性尿道炎

Urethritis simplex, *bakterielle Urethritis* od. *Venerische Urethritis nongonorrhoeica*.

原因 ハ微菌性ニシテ非淋菌性白帶下ヲ有スル者或ハ月經直前直後ニ粘液分泌アル婦人トノ不潔ナル交接ニヨリテ起リ、主トシテ通常葡萄狀球菌及大腸菌ナリ。

症候 交接後一、二日ニシテ起リ長時排尿セザル時ニ分泌物ヲ檢ス可シ、分泌物ハ特有ニシテ已

ニ第一日ニ於テ淋菌性分泌物ト容易ニ區別セラレ、塊リタル膠ノ如キ少シク潤濁シタル物質ナリ、淋疾ニテハ之ニ反シテ第一日ニハ薄ク流動性ナリ、鏡檢スレバ白血球及ビ上皮ニシテ淋菌ヲ認メズ、他ノ微菌ヲ證明スルモ特有ナルニアラズシテ、健康ナル前尿道内ニ時々見出サル、細菌ト區別スルコト能ハズ、尿中ノ異常ノ分泌物ハ第一尿ノ凝塊及ビ輕度ノ潤濁ニヨリテ知ラレ、暫時ノ後自覺症狀タル搔痒及ビ灼熱消失スルモ、淋糸ハ存在シ常ニ同一ノ性狀ヲ呈ス、排泄物ハ次第ニ消失スレドモ多クハ不攝生ニヨリテ再發ス、甚タシク慢性ナリ、ヤーム氏ノ經驗ニヨレバ此疾患ハ絕對ニ無害ニシテ多クノ患者ハ數年間何等合併症ヲ見ザルモノナリト云フ。

療法 此疾患ハ治療ニヨリテ影響セラル、コト少シ、收斂劑ノ弱キ注入ニヨルモ硝酸銀ノ如キ濃厚液ニヨルモ著シキ效果ナシ、速ニ治愈ニ赴カザル患者ニハ此事實ヲ説明シテ安心セシム可シ。

三 疱疹性尿道炎 *Urethritis herpetiformis*

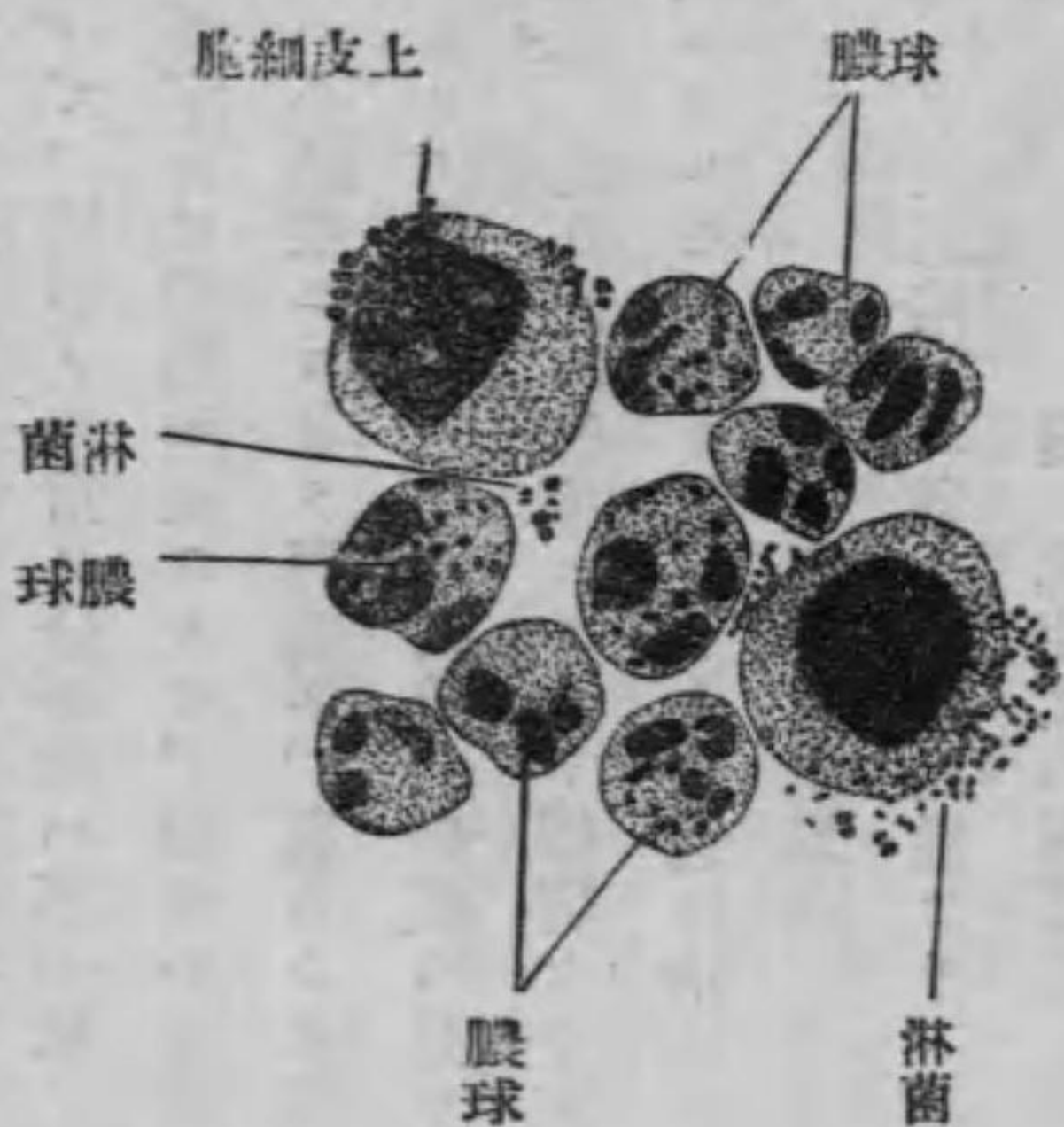
疱疹ガ尿道粘膜ニ發生シ限局性ナリ、薄キ收斂劑ニヨリテ治愈ス。

四 淋疾又ハ淋菌性尿道炎 *Die Gonorrhoe* od. *Urethritis gonorrhoeica*

イ 急性前部尿道炎 *Urethritis gonorrhoeica acuta anterior*.

原因 其原因タル淋菌 (*gonococcus* ハ一八七九年ナイセル氏 *Neisser* ニヨリテ初メテ發見セラレタル重球菌ニシテ、各菌ハ二個ヨリ成リ其間隙ニ向ヘル側ハ凹ミテ珈琲ノ實ノ如キ形狀ヲ呈ス、白

第九四圖



後天性ニモ免疫ナシ、故ニ完全ニ治愈セル者ノ再ビ感染スルハ日常見ル所ナリ、再感染ハ通常自覺
 症候及ビ經過 尿道淋疾ニハ始メ數日間排泄物ヲ缺ギ尿道前部ニ輕度ノ搔痒ノ感アリ、客觀的ニ
 症狀輕度ナリ。

血球内及ビ上皮内ニ集合シテ見エ好ンデ核ノ周圍ニ在リ、白血球ハ一個内ニ能ク六〇個以上ノ淋菌
 ヲ有スルコトアリ、グラム氏染色法ニヨリテ脱色ス、培養ハ攝氏三十六度ニ於テウェルトハイム氏
 Wertheim ノ人血清寒天培養基若クハ血液又ハ腹水寒天培養基ヲ最良トス、感染ハ通常病的粘膜炎ノ

直接々觸即チ交接ニヨリ又ハ手拭、褌等ニヨリテ行
 ハル、殊ニ小兒ニ於テ然リ、或地方ニアリテハ無垢ノ
 處女トノ交接ガ能ク淋疾ヲ治愈セシムトノ迷信ノ穢
 牲トナリテ少女ガ淋菌性外陰部炎ヲ起スコトアリ、
 客觀的ニハ潜伏期ナシ、淋菌ハ尿道粘膜炎ニ急速ニ
 増殖シ上皮ノ接合物質ヲ貫キ深部ニ増加ス、已ニ十
 二時間後ニハ粘膜炎ノ發赤及白血球及淋菌ヲ含有セル
 薄キ分泌物證明セラル、自覺的潜伏期ハ一日乃至八
 日稀ニ二十四日ナリ、尿道ハ淋菌ニ對シテ先天性ニモ

外尿道口唇ノ發赤及輕度ノ腫脹ヲ呈ス、數時間排尿セズシテ尿道口ヲ開ケバ舟狀窩ニ水樣性又ハ輕
 度ノ濁濁セル排泄物ヲ見ルベク、炎症繼續セバ輕度ノ熱灼感ヲ起シ特ニ排尿時ニ氣付クベシ、時ニ
 穿刺様疼痛ヲ發スルコトアリ、次第ニ尿道排泄物増加シテ初メ少量ニシテ稀薄粘液性透明若クハ少
 シク濁濁スレドモ漸次黃色又ハ黄綠色トナリ濃厚トナル、他ノ客觀的現象モ亦著名トナリ、外尿道
 口唇ハ強度ニ發赤シ腫脹シ外翻ス、陰莖モ強ク腫脹シ尿道ハ往々索狀トシテ觸知セラレ、黄綠色ニ
 シテ濃厚ナル膿ハ尿道外口ニ點滴スルニ至ル、特ニ炎症強烈ナル時ハ充血セル粘膜炎ヨリ少量ノ出血
 ヲ來シ從テ尿ハ多少赤色ヲ呈スレドモ肉眼的ニ見ユル出血ハ稀ナリ、過急性時期ニハ症狀ハ強烈ニ
 シテ尿道ノ熱灼感ハ連續シ排尿時ニハ苦痛ニ堪ヘズ又就眠スル能ハザルニ至ル、又屢疼痛性勃起、
 輕熱、不安、熱灼感等ヲ呈ス、通常八日乃至十日ニシテ排尿時疼痛輕快シ、排膿減少シテ次第ニ粘
 液膿性トナリ、次ニ純粘液性トナリ三、四乃至五週間ニシテ止ム、唯排尿間隔永キ時殊ニ朝時排膿
 ヲ見ルモノニシテ、次第ニ消滅スレドモ永ク尿中ニ淋糸及雪片狀物ヲ認ムルコトアリ、時トシテ淋
 疾著シク輕ク殆ンド症狀ヲ呈セズ鏡檢シテ初メテ診斷セラレ、コトアリ。

淋疾ノ大部分ニ於テハ前尿道ヨリ進ミテ膜樣部及攝護腺部ヲ犯シ所謂後部尿道淋 Gonorrhoea pos-
 terior トナリ、攝護腺炎、副睪丸炎、膀胱炎及腎盂炎等ヲ來スコトアリ、同一狀態ノ患者ニシテ同一
 ノ治療ヲ加ヘ、一ハ合併症ヲ來サズ他ハ之ヲ來ス理由ハ不明ナリ、一部ノ人ハ外括約筋ノ前後尿道

ヲ閉ヅルガ爲ナリト云フ、後尿道ハ前尿道ニ比シテ淋疾ニ對スル素質小ナルニ據ル可シ、一度後尿道淋ヲ經過セバ再感染ニハ殆ンド常ニ再ビ犯サル、モノニシテ、急性期ニ於ケル乘馬、行軍、房事過度等ハ後部尿道淋ヲ誘發ス、適當ナル治療、器具ノ挿入等モ亦誘引トナルコトアルノミナラズ、絕對安靜及適當ナル治療ニアリテモ後部尿道淋ヲ起スコトアレバ豫メ患者ニ注意シ置ク可シ。

診斷 淋菌ノ鏡檢ヲ以テ最モ確實ナリトス、他ノ重球菌ト誤ルコトレドモ此際ハ白血球少ナク上皮多シ、グラム氏複染色ニヨリテ區別ス、後部尿道淋トハ尿意頻促及尿ノ所見ニヨリ鑑別シ得ルモ、急性後部尿道淋ヲ起サバ膀胱炎及攝護腺炎トノ區別ハ困難ナルコト稀ナラズ。

豫防 コンドームヲ使用スベシ、之ヲ破ルコトナク又除去スル際不潔物ノ附着スルコトナクンバ最モ確實ナリ、使用ニ際シ快美感薄ク勃起不全ヲ呈スル者アルヲ缺點トス、コンドームノ使用不能ナル時ハ交接後陰莖ヲ水ト石鹼ニテ充分ニ洗ヒ、尿道ハ排尿シテ不潔物ヲ去ルベク更ニ淋菌ヲ殺ス爲メニハ二%硝酸銀水、數滴ヲ尿道口ヨリ舟狀窩ニ點滴スベシ、獨乙ノ軍艦ニ於ケル水兵ニ就テノ試驗ニヨレバ、數時間ノ後ニモ此豫防法ハ大ニ效果アリテ、水兵ノ歸休ヨリ歸艦シタル翌日感染機會ノ有無ニ關セズ、之ヲ行ヒテ艦内ノ淋疾比較的減少セリト云フ。

該液ハ尿道内ニ多少ノ熱灼感ヲ起セドモ少シモ障碍ヲ與フルコトナシ、便利ナルハ栗田氏ノグムス(プロテイン銀及鹽基性靑酸汞)、坂口氏ノシクロ(靑酸々化汞)プロフイモラクトール(アルバルギ

ン加靑酸々化汞)及ビーロー(プロタルゴール、ゲラチン)等ナリ。

女子ニ對シテハ效力アル豫防法遙ニ困難ナリ、淋菌ニ對シテ特ニ感染シ易キ、尿道口及子宮口ニ濃厚液ヲ用フルコト能ハザレバナリ、故ニ水及石鹼ニテ外陰部ヲ根本的ニ清潔ニスルコト及淋菌ヲ殺ス藥劑即チ千倍ノ硝酸銀水、二千倍ノ昇汞水等ニテ洗滌スルヲ以テ満足セザル可カラズ。

頓座療法 ハ淋疾ノ初期ニ用ヒラレ一部専門家ニヨリテ行ハルレドモ、濃厚液ノ使用ニヨリテ却テ疾病ヲ増悪シ、合併症ヲ起スコトアルヲ以テ現今多ク用ヒラレズ、唯上記ノ缺點ヲ避ケ得ル時ノミ頓座療法ハ危険ナク速ニ治愈ニ赴カシメ得ルモノニシテ多量ノ膿排泄ナク只僅少ノ粘性又ハ粘性膿性排泄ニ止マル初期ニ用フルヲ最モ適當トス、即此時期ニハ鏡檢上、上皮及白血球ハ稍々多量ニ見ラレ淋菌ハ未ダ細胞内ニ集合セズ視野ニ散在スルモノナリ、惜ムラクハ此期ニ於ケル患者ノ醫者ニ來ルコト稀ナルヲ遺憾トス、次ニハ粘膜ノ輕度腫脹及自覺症狀アリテ、又ハ之ヲ缺ギテ膿排出アル時ニモ頓座療法適當ス、サレド其治愈ハ前者ニ比シテハ良好ナラズ。

頓座療法ニ用ヒラル、藥劑ハ多ク種々ノ濃度ニ於テ色々ノ方法ヲ以テ行ハル、モ、ヤール氏ニヨレバ二千倍乃至千倍ノ硝酸銀水ノ大量ヲ以テ膀胱注射器ニテ前尿道ニ壓迫洗滌ヲ行ヒ、一〇〇珉マデ使用スルニアリ、此方法ハ約二十分間可ナリ高度ノ熱灼感ヲ起シ數時間分泌增加ヲ來スモ、此療法效ヲ奏セバ翌日ニハ已ニ少シモ膿排泄ナク尿ハ絕對ニ透明ナリト云フ、然レドモ分泌物ノ排泄ハ

止ムモ第一器尿ノ濁濁セルハ病機ノ尙存在セル證據ナリ。

一乃至二%硝酸銀水ヲ前尿道注入器ニテ注入スル方法ハ初期ニ適シ、陰莖根部ヲ壓シテ該液ノ後尿道ニ進入セザル様ニナス可シ、ジャーネー氏ノ方法ハ全尿道及膀胱ヲ過滿靨酸加里液ノ大量ニテ毎日三回洗滌スルニアリ、即第一日ニハ四千倍、第二日ニハ三千倍、第三日ニハ二千倍、第四日ニハ千倍ノモノヲ用ユ、此法ノ熱心ナル贊成者ハ之ヲ以テ正規ノ治療法ニ比シテ合併症ヲ起スコト稀ナリト云フ、然レドモ本邦ニ於ケル如ク患者ガ醫治ヲ乞フコト遲キ文化低キ患者ニアリテハ、頓座療法ハ危險ナリト謂フベシ。

正規療法 淋疾ノ少數ハ臥床、輕キ食餌、障除除去ニヨリテ自ラ治癒スレドモ此方法ハ實用的ニアラズ、患者ノ極少數ノミ數週間職業ヲ執ラズ靜臥スルコトヲ得ルモノナレバナリ、實用的淋疾療法ノ主ナル要件ハ職業防害トナラザルコトナリ、サレド或種ノ職業例ヘバ乘馬者及乘車者ニハ増悪ヲ起シ合併症ヲ起スヲ以テ、少クトモ數日間其職業ヲ禁止シ靜臥セシム可ク、多クノ場合職業以外ニハ出來ル丈靜臥スルヲ以テ満足セザル可カラズ、遠キ歩行、遊戯、舟漕、乘馬、乘車、庭球等ハ絕對ニ禁止スベシ、食餌ハ尿道ヲ刺戟スル辛、酸、鹽、胡椒ノ多キモノ又ハ極ベタル物ヲ避ケ、乳汁、卵、穀物、果物等ヲ採ラシメ、就眠前ニ食餌ヲ採ルヲ禁ジ胃ノ充滿ヲ避ケベシ、勃起ヲ促シ疼痛ヲ促セバナリ、飲料中ニテハ酒精飲料ハ絕對ニ禁ズベシ、同様ニ濃厚ナル珈琲、茶ハ尿道ヲ刺戟スルヲ以テ

不可ナリ、毎日三立ノ飲料ヲ採リ尿道ヲ洗ヒ膿ヲ流出セシム可シ、殊ニ夏日ノ暑キ時ハ尿ノ濃縮シテ尿道ヲ刺戟スルコト多キヲ以テ、多量ノ飲料ヲ攝取セシム可シ、健康ナル尿道ニ於テモ濃縮セル尿ハ尿道炎ヲ起サシムルコトアレバナリ、慢性淋疾ニ於テハ之ニヨリテ再發スルコト稀ナラズ、夕刻ヨリハ飲料ヲ制限シ夜間ノ安靜ヲ保タシム、患者ノ多數ハ生活狀態ノ變化ニ供ヒ便秘スルヲ以テ、多量ノ果實ヲ與ヘテ便通ナケレバ宜シク弱キ下劑ヲ處方スベシ、直腸内ニ糞便ノ滯停スルハ合併症殊ニ攝護腺炎ヲ惹起シ易ケレバナリ、色慾充進モ亦急性期ニハ甚ダシク害アリ、亢奮セシム可キ誘引ヲ避ケ交接ヲ禁ズ可シ。

疼痛性夜間勃起ヲ防ギ安眠ヲ得ル爲メニハ、就眠前カルモチン又ハペロナール〇、五又ハトリオナール〇、五乃至一、〇ヲ與フ可シ、淋疾ニ對シテハ特效アル内服藥ナシ、サレドバルサム劑殊ニ白檀油ハ自覺的ニモ他覺的ニモ共ニ良好ナル作用ヲ有ス、胃腸障礙ナキ時ニ使用スベシ、一日三回〇、五宛カプセルニ容レテ與フ、ゴノサンハ白檀油トカワカワトノ混合ニシテ同様ニ作用ス、胃腸ヲ害スルコト少ナク良品ナリ、患者ハ時ニ内服藥ニヨリテ腎臟部ノ疼痛及ビ胃ノ變調ヲ訴フルモ一日服用ヲ廢セバ全快スルガ故ニ隔日ニ服用セシム可シ。

局所療法 一日數回龜頭部ヲ水ニテ洗ヒ、包莖ノ際ハ包皮内ヲ前尿道注入器ニテ殺菌水及ビ二%硼酸水ヲ用ヒ數回洗滌スベシ、ガーゼ片ヲ外尿道口ニ當テ、膿ハ吸引セシムルヲ可トス、ガーゼ龜

頭ト包皮トノ間ニ入ルレバ多クハ別ニ固定スルノ要ナシ、包皮ニテ龜頭ノ蔽ハレザル者ハ提舉帶ニ
ガーゼヲ固定ス可シ、綿花ハ使用スベカラズ、膿ヲ吸引セズ尿道口ノ栓塞ヲ起シ綿花ヲ取り去ル時
膿ハ奔出シ、淋疾ノ後部尿道ニ移行スルコトヲ促スモノナレバナリ。

急性期ハ副腎丸炎ヲ豫防スル爲メニ必ズ提舉帶ヲ用ヒシム可シ、膿排出盛ナル過急性期ニハ局所
注入ヲ避ケ、藥劑ノ注入ハ八日後症狀ノ緩和セラレタル時期ニ於テ始ムベシ。

初メヨリ劇シカラザルモノハ急性期ニモ注入ヲ用ヒテ可ナリ、注入ヲ患者自身ニテ行ハシムルニ
ハ前尿道注入器ヲ用ヒ、左手第三、第四指ノ間ニ横ヨリ龜頭頸ヲ挾ミテ固定シ、示指及母指ニテ外
尿道口ヲ開キ、右手ニテ注入器ヲ外尿道口ニ壓抵シテ徐々ニ藥液ヲ注入セシメ、左手ノ指ニテ尿道
ヲ横ヨリ壓シ藥液ノ流出ヲ防止セシム可シ。

注入藥ハ初メ四百倍プロタルゴール水又ハ過滿侃酸加里液ヲ以テ始ム、プロタルゴール水ハ一週
間毎ニ濃度ヲ増加シテ五十倍ニ至ラシメ、過滿侃酸加里液ハ四千倍液ヨリ始メテ千倍液ニ至ラシム、
即チ四千倍ヲ用ヒタル後二千倍トシ、千五百倍トシ遂ニ千倍トナスベシ、各一週間ヲ置キ一日三回之
ヲ行フ、藥液ハ通常一分乃至三分間尿道内ニ保タシムベシ、十五分以上ヲ超ユベカラズ、反應トシテ
輕度ノ熱灼感ヲ起スモノナリ、注入前ニハ粘膜ニ附着セル膿ヲ排出セシムルタメ毎常必ズ排尿セシ
ム可シ、次ニ第一回注入藥ニテ尿道ヲ洗滌シ、第二回注入藥ヲ尿道内ニ止マラシムベシ、又排尿後一

%殺菌水ニテ洗滌シ然ル後藥液ヲ注入スルモ可ナリ、此治療ニヨリテ晝間ノ膿排泄ハ普通直ニ止マ
ルモ、只永ク排尿セザル時及起床時尿道口ニ分泌物ヲ見出シ、間モナク分泌物ハ減少シ第一器尿ニ
浮遊スル淋糸ノミトナルモノナリ、經過良好ナラバ尙千倍液ヲ一乃至二週間使用スル時ハ、通常淋
糸ハ直ニ消失ス。

治淋劑ノ數ハ無數ニシテ枚舉ニ遑アラズ、一ニテ選ビ之ニ就キテ充分ナル經驗ヲ積ムヲ得策トス、
急性期ニハ四百倍乃至百倍プロタルゴール水ヲ、亞急性期ニハ千倍乃至四百倍アルバルギン水ノ濃
度ヲ次第二ニ上昇シテ用フルモ可ナリ、頻回ニ注入シ尿道内ニ永ク保持(十五分マデ)スルコトハ良
シカラズ又治療ヲ患者ニ全部任スベカラズ、凡ソ八日ニ一度宛處方ヲ新ニスベシ、故ニ初メハ毎日、
後ニハ三、四日目ニ一回宛診察スルヲ可トス、此際四千倍硝酸銀水又ハ當時適當ナル藥液ヲ以テ尿
道ヲ充分ニ洗滌ス可シ、膀胱注入器ヲ以テスレバ甚ダ有效ナリ、最後ニハ收斂劑ヲ用フ。

尿道口ニ尿道ヲ洗滌スル復歸管ヲ壓抵シテイルリガートルト繋ナギ液ヲ尿道内ニ注入スル方法ハ
效果少シ、通常藥液ハ尿道外口ヨリ數糶以上ニ達セザレバナリ、又急性淋疾患者ニハ眼瞼粘膜ニ淋
菌ノ浸入スルヲ防グ爲メ手ヲ清潔ニシテ消毒スルコトヲ教フ可シ。

□ 急性後部尿道炎 Urethritis gonorrhoeica acuta posterior.

淋疾病機ガ球部ヲ超エテ後部尿道ニ進行セバ急性後部尿道炎トナリ、熱候アリテ外尿道口ヨリノ

膿排泄ハ減少シ、劇烈ナル尿意促迫 *Harndrang* ヲ起シ、頻回排尿シテ十五分毎ニ一回ナルコトアリ、疼痛ヲ伴ヒ排尿ノ終末ニ始マリテ暫ク持續スルコト多シ、第二杯ノ尿ハ濁濁シ、屢排尿終末出血 *terminale Blutung* ヲ伴フモノナリ、稀ニ尿ハ平等ニ血色ヲ呈シ數日間持續スルコトアリ。

前尿道内ノ膿汁、注入液等ハ外尿道口ニ流出スルニ拘ラズ後部尿道内ノ膿汁ハ外膀胱括約筋即尿道膜様部壓抵筋ニ妨ゲラレテ後部尿道内ニ滯留シ、膀胱内ニ入りテ尿ニ溶解シテ第二杯ノ尿ヲ濁濁セシムルモノナリ、而シテ尿ノ第一杯ハ濁濁セル膀胱内ノ尿ニ尿道内分泌物ノ加ハルヲ以テ、第二杯ニ比シテ濁濁著シキモ、第二杯ハ已ニ洗滌セラレタル尿道ヲ通過シテ出ヅルヲ以テ、第一杯ノ如ク濁濁著シカラズ、之ニ反シテ膀胱炎ノ際ハ尿道ニハ分泌物ナク、第一杯ハ膀胱内ニ於テ上層ノ尿ナルモ第二杯ハ膿汁ノ沈渣ナレバ、第二杯ハ第一杯ニ比シテ濁濁強キモノナリ。

療法 淋疾ノ後尿道ニ移行スル時ハ種々ナル重キ合併症ヲ起スヲ以テ、直ニ臥床セシメ局所療法ヲ中止スベシ、規則的ニ充分ナル便通アルヲ必要トス、内服藥ニハ白檀油ヲ良シトシ、尿意頻促ニハ萹芩越幾斯肛門坐藥(萹芩エキス〇、〇五カ、オ酪二、〇)ヲ用ヒ、效ナキ時ハモルヒネ坐藥(鹽酸モルフィイン〇、〇一カ、オ酪二、〇)ヲ肛門内ニ挿入シ、若シクハ一%モルヒネ又ハ二%バントボン五乃至十滴ヲ二時間毎ニ内服セシム可シ。

合併症ナク急性ヲ經過スル時ハ起床シテ再ビ治療ヲ始ム可シ、時々膀胱注入器ヲ用ヒテ尿道ヲ洗

滌シ、壓迫シ又ハ緊壓スベカラズ、徐々ニ平等ノ壓力ニテ栓ヲ前進セシム可シ、液ガ外括約筋ニ達セバ筋ハ反射性ニ緊縮シテ藥液ハ前尿道内ニ滯留ス、神經質ノ患者ニハ稀ニ連續シテ注射スルコトヲ得ザルニ至ルモ、通常此筋肉ハ弛緩シテ藥液ハ尿道ヲ洗ヒ膀胱内ニ浸入スルヲ以テ、次デ自然ニ排泄セシムレバ藥液ハ尿道ト密ニ接觸スルモノナリ、故ニ時々尿道口ヲ閉ヅレバ效力殊ニ著シ、尿道壁ガ皺襞ヲ失ヒ尿道粘膜炎ノ充分ナル擴張ヲ來セバナリ、次デ急性症狀ノ去リタル後ハギョン氏又ハウルツマン氏注射器ヲ用ヒテ、前後尿道ニ藥劑ヲ作用セシムベシ。

ハ 慢性淋疾 *Urethritis gonorrhoeica chronica*.

急性淋疾ハ多クノ場合ニハ不適當ナル療法又ハ不充分ナル療法ニヨリテ、發病後六週日ヲ過グルモ全治ニ至ラザル時ハ、粘膜炎ニ輕度ノ變化ヲ殘シテ其ノ經過ハ甚ダシク慢性ナリ、慢性淋疾ノ自覺症狀ハ全ク缺如セルカ、甚ダシク輕度ニシテ尿道ニ輕度ノ熱灼感又ハ搔痒アリ、時ニ患者ニヨリテ口述シ得ザル異狀ノ感覺ヲ訴ヘ或ハ時々尿道内ノ刺痛ヲ訴フ、後部尿道、攝護腺ノ罹患セシ時ハ尿意頻促及ビ排尿時疼痛アリ、他覺的ニハ通常輕度ノ分泌アリ、永ク排尿セザル時ニ、尿道口ヨリ粘性又ハ膿性分泌物ガ自然ニ壓出セラル、屢々尿中ニ淋糸ヲ認メ特ニ多量ニビールヲ攝取スルガ如キ不攝生ノ爲メ膿性分泌ノ起ルコトアリ、多クハ疼痛著明ナラズ、患者ハ自ラ淋糸ヲ各器ノ尿ニ就キテ検査シ、其ノ數量ト共ニ氣分ハ變化シ慢性ノ經過、通俗書ノ悲觀的記述等ニヨリテ遂ニ神經衰

弱症トナル者少ナカラズ注意スベシ。

診斷 尿道分泌物及ビ淋糸ノ鏡檢ヲ行フ時白血球ノ存在ガ特有ニシテ、淋菌アラバ診斷ハ確定セラル、サレド慢性症ニハ無害ナル重球菌ガ淋菌ト混合セラル、コトアリ、グラム氏染色法ヲ用フレバ淋菌ハ陰性ニシテ、之ニヨリテ鑑別スベシ、慢性炎症ノ局所ガ前尿道ニ又ハ後尿道ニ或ハ兩方共ニアリヤ攝護腺モ同時ニ犯サレ居ルヤヲ知ラザル可カラズ、己ニ記述セシ尿道洗滌法、三器檢尿法、攝護腺液檢査法等ニ據リテ之ヲ確ム可シ表面ノ加答兒ニ止マルカ、深部ニ癥痕ヲ形成シ浸潤又ハ狹窄アリヤ、又ハコーベル氏腺又ハリットル氏腺ノ排泄管ニ限局セルヤヲ知ルコトモ亦必要ニシテ、硬性浸潤及ビ狹窄ハ球頭軟性消息子ヲ以テ知ルヲ得ベク、粘膜炎ノ細カキ變化、排泄管ノ炎症等ハ尿道鏡檢査ニヨリテノミ初メテ之ヲ確認シ得可シ。

療法 新シキ治療法及ビ新藥ハ枚舉スルニ遑アラザレドモ、如何ナル藥劑及ビ方法ヲ用フルモ、凡テノ場合ニ淋糸ナキ迄根治スルコトハ不可能ナリ、淋糸ヲ反復鏡檢シテ淋菌ヲ有セズ膿球少ナク、上皮細胞ト粘膜炎ト有シテ感染力ヲ有セズ、無害ナルニ至ラバ満足セザル可カラズ。

治療法ハ局所療法ヲ主トスベシ、内服藥ハ殆ンド效ナシ、食餌モ亦顯著大ナラズ、之ヲ全治マデ嚴守スルコトモ困難ニシテ精神的ニモ却テ害アリ、神經衰弱ニ陥ラシムルモノナレバナリ、初メ數週間之ヲ守ラシメ效ナキ時ハ之ヲ守ラシムルニ及バズ、適量ノ麥酒ハ用ヒシメ辛酸強キ食餌ヲ避ケテ、影

響ナキ液體ヲ多量ニ攝取スルニ止メシム可シ、局所療法ハ淋菌又ハ他ノ細菌ヲ殺シ又ハ少クトモ發育セシメザル様ニスベシ。

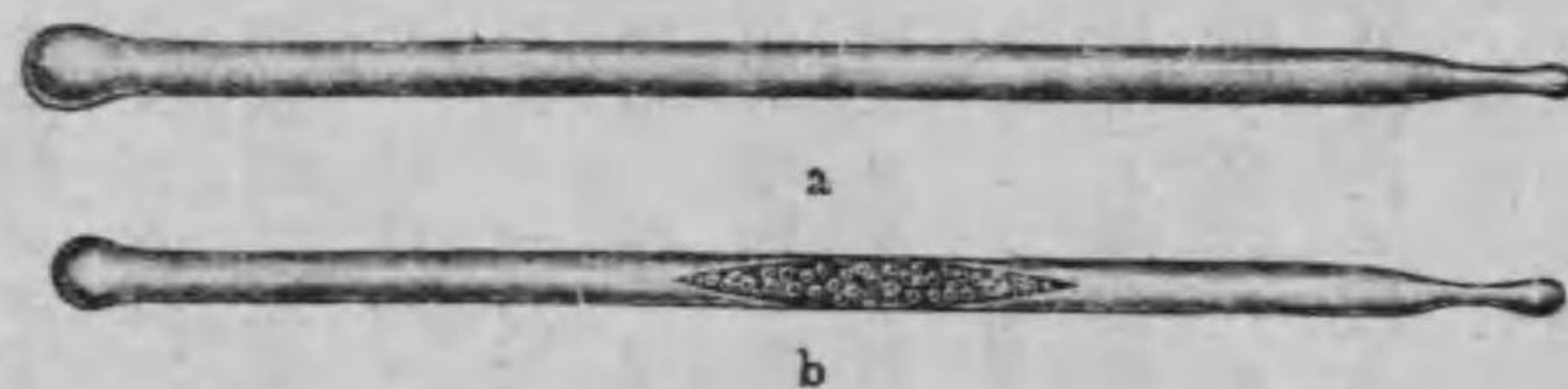
病的粘膜炎ヲ反復シテ治療スル時ハ此刺戟ニヨリテ發生スル充血反應ハ藥劑以上ニ直接作用スルモノナリ、此目的ニ向ヒテ理想的藥劑ハ硝酸銀水ナリ、用フル量多クレバ從テ濃度ハ薄キヲ選ブ可シ、點滴用ニハ一乃至三%ヲ、大量ニハ千倍ヲ越ユル可カラズ、只前尿道ニハ四百倍マデ使用ズ、過滿侃酸加里ハ四千倍乃至千倍液ヲアルバリンハ千倍乃至二百五十倍液マデヲ用フ。

尿道ハ藥劑ニ對シテ習慣性トナルヲ以テ、次第ニ濃度ヲ上昇シ時々藥劑ヲ變更ス可シ、藥劑使用法ハ局所ニヨリテ異リ、患者ニハ過滿侃酸加里二千倍乃至千倍液、硝酸銀二十萬倍乃至四千倍液、アルバリンノ七千倍乃至四百倍液ヲ與ヘテ自ラ前尿道ニ注入セシム可シ。

前尿道ノ淺在性加答兒ナル時ハ毎日前尿道ノ強壓洗滌ヲ行フ、一〇〇㏄容量ノ膀胱注入器ヲ用ヒ尿道壁ノ緊張スル迄壓迫シテ洗滌スベシ、一回一〇〇㏄ニテ充分ナリ、カクスル時ハ藥液ハ尿道ノ皺襞及窩内ニ浸入シ、粘膜炎緊張スル器械的刺戟ヲ有シテ治癒ヲ促スモノナリ、隔日ニ分泌物又ハ淋糸ノ鏡檢ヲ行ヒ、白血球減少シ上皮増加スルヲ見ル時ハ治癒ニ赴キツ、アルノ證據ナリ、

此治療法ニ於テ一週間ニ二回一乃至二%硝酸銀水數滴ヲ尿道球部ニギヨン氏注入器又ハウルツマン氏注射器ヲ用ヒテ注入スル時ハ效力最モ偉大ナリ、此等ノ方法ガ直ニ效ヲ奏セザル時ハ洗滌ト

第九十圖



a. 球頭彈カプラー
b. 散彈入球頭彈カプラー

共ニブイジー挿入ヲ行フベシ、通常シャリエール氏二十號ナル彈力性ブイジーヲ以テ始メ、先ヅ數分間留置シ次第ニ時間ヲ永クシ尿道口ノ許ス丈大サヲ増大スベシ、強度ノ擴張ハ殊ニ前尿道ニ於テ效果多シ、金屬性尿道擴張器ヲ用フ、此器ヲ閉ヂタル儘ニテ尿道内ニ挿入シ必要丈擴張スベシ、度盛ハシャリエール氏ノ番號ヲ示指ス、二十五號ヨリ始メ毎週一、二回擴張シ三十五號ニ達セシム、擴張後ハ毎回硝酸銀水ニテ洗滌スベシ、洗滌用擴張器ト稱シテ擴張ト同時ニ洗滌スル器械アレドモ擴張後ノ洗滌ニ比シテ特別ノ效果ナシ、多クノ場合ニ慢性炎症性ノ局所ヲ限下ニ視テ直接治療セバ效果最大ナリ、尿道鏡ヲ挿入シ濃硝酸銀水又ハ硝酸銀棒ニテ腐蝕スベシ、尿道鏡下ニ慢性淋疾ニ來ル炎症性ボリーブ及ビ増殖性肉芽ヲ電氣熱灼ニテ破壊シ上記ノ方法ト共ニ治愈ニ赴カシムルモ可ナリ、後部尿道ノ慢性淋疾ニハ後部尿道マデ藥劑ヲ達セシムル爲メ膀胱注入器ヲ用ヒテ大量ノ藥液ヲ全尿道ヨリ膀胱マデ注入シ、又ハ注入器ノ代リニイルリガートルヲ二米ノ高サニ置キテ注入スルモ可ナリ、而シテ此膀胱内ニ入レタル藥液ヲ直チニ尿道ヲ通ジテ排泄セシムル時ニ當リ時々尿道外口ヲ指ニテ壓ス

ル器械的作用ハ化學的作用ヲ補助シ、膀胱ヨリ出ル液ハ尿道壁ヲ緊張セシムルモノナリ、此洗滌ニハ一乃至二立ノ藥液ヲ使用ス可シ、後部尿道ニ膀胱注入器又ハイルリガートルヲ以テ藥液ヲ注入シ能ハザル時ハ柔軟ナルカテーテルヲ膀胱マデ挿入シ、膀胱注入器ニテ藥液ヲ注入シツ、カテーテルヲ一握宛引キ出ス可シ、カテーテルノ開孔ガ後部尿道ニアル間ハ藥液ハ膀胱内ニ流入スルモ外括約筋ヲ越ユレバ外方ニ流出ス、而シテ膀胱ニ入りタルモノハ直ニ排出セシム可シ。

此療法ニ用フル藥液ハ四千倍乃至千倍ノ硝酸銀水又ハ過滿侃酸加里液、千倍乃至三百倍アルバルギン水又ハ千倍乃至百倍プロタルゴール水ナリ、前尿道慢性淋疾ノ如ク後尿道慢性淋疾ニ於テモ大量ノ藥液洗滌ニ兼ヌルニ一乃至二%ノ硝酸銀水點滴ヲ行フベシ、其際膀胱刺戟ヲ避クル爲メ一週ニ一回膀胱ヲ充滿シタルマ、ニテギヨン氏又ハウルツマン氏尿道點滴器ヲ以テ注射ヲ行フベシ、ブイジー療法モ頑固ナル場合ニハ洗滌法及ビ點滴法ト兼用ス、狹窄ノ初期又ハ硬度ノ浸潤ニハ初ヨリブイジー療法ヲ行フベシ、此器械的刺戟ハ治愈ヲ促進スルモノナリ。

攝護腺分泌物ヲ檢シテ攝護腺ガ慢性炎症ニ關係スル時ハ後尿道治療前ニ攝護腺ノ按摩ヲ行フベシ即チ示指ニ護膜袋ヲ着セワゼリン又ハオレーフ油ニテ滑ニシ、肛門ニ挿入シテ數分間第一第二指節筋肉ニテ可ナリ強壓ニ按摩シ排尿セシメテ然後尿道ニ治療ヲ加フベシ、慢性攝護腺療法ノ項ヲ參照ス可シ。

六 女子淋疾

Gonorrhoe bei Frauen

一 淋菌性尿道炎 Urethritis gonorrhoeica

尿道ハ女子淋疾ノ初發部位ノ一ニシテ子宮頸管炎及バルトリン氏腺ト共ニ侵サル、コト多シ、急性症狀ノ輕クシテ自覺症狀ヲ缺如シ速ニ經過シテ看過セラレ、コトアリ、スケーネ氏腺ヲ犯サバ永ク傳染ノ機會ヲ殘スモノナリ。

症候 二日乃至六日ノ潛伏期ノ後輕キ惡寒、發熱、違和ヲ感ジ放尿時ニ輕度ノ痒痒及熱灼ヲ訴フ、他覺的ニハ尿道粘膜ノ充血、腫脹、外尿道口ニ發赤腫脹セル粘膜ノ外翻ヲ認メ、腔内ヨリ觸診スレバ尿道ハ肥厚シテ觸知セラレ、之ヲ壓スレバ疼痛ヲ増シ尿道口ヨリ黄綠色又ハ血色ノ膿汁ヲ排出シ、鏡檢スレバ此内ニ淋菌ヲ認ム、男子ニ於ケルヨリモ膀胱頸ヲ犯サル、コト多ク、膀胱部ニ疼痛、壓重ノ感ヲ訴ヘ尿意頻數ナリ、一、二週間ニシテ自覺症狀輕快シ發赤腫脹及膿ノ排出減退シ、療法ノ適切ナル時ハ六、七週間ニシテ全治スベキモ慢性ニ移行スルコトモ亦稀ナラズ。

慢性ニハ自覺症ヲ缺ギ時々稀薄乳狀ノ粘性膿汁ヲ排出シ尿ハ濁濁シ又ハ淋糸ヲ混ズ、粘膜ノ腫脹ハ減退スルモ尿道口ハ往々充血ヲ呈シ腫脹性乳嘴若クハ息肉ヲ形成ス、再發シ易キモ狹窄ヲ殘スコトハ稀ナリ。

診斷 二器檢尿法ニヨリテ第一杯濁濁シ第二杯清澄ナルハ尿道炎ニシテ、第二杯モ共ニ濁濁セルハ膀胱炎、腎盂炎、腎盂腎臟炎、腎臟膿瘍等ノ併發セル證ナリ。

療法 交接ヲ禁ジ急性ニハ臥床ヲ命ジ、慢性ニモ月經時ニハ安靜ヲ守ラシメ食餌ニ注意シ、内服藥ヲ採リ利尿便通ニ注意シテ排尿時疼痛ニハ萹蒼若クハモヒ腫球(萹蒼越幾斯)〇、〇五、若クハ鹽酸モルヒネ〇、〇一、チオノール〇、二、カ、オ酪二、〇)ヲ與フ、局所療法ニハ急性ニハプロタルゴール水(〇、五乃至五、〇%)ヲ亞急性若クハ慢性ニハアルバルギン水(〇、二乃至一、〇%)若クハ硝酸銀水(〇、五乃至一、五%)ヲ注入器ヲ以テ半筒宛一日二、三回注入シテ、淋菌ノ消失スルニ至ラバ硫酸石炭酸亞鉛水(〇、五乃至一、〇%)硫酸亞鉛水(〇、三乃至一、〇%)ヲ注入シテ收斂的ニ作用セシムベシ、〇、五%硝酸銀水又ハ一%プロタルゴール水ニテジャーネー氏灌注法又ハクートネル氏手壓洗滌法ヲ行フモ可ナリ、上記ノ方法ニテ效ナキ慢性症ニハ尿道ブージーノ挿入ニテ浸潤ノ吸收ヲ促シ、尿道鏡ニヨリテ硝酸銀水(三乃至五%)、沃度丁幾、イヒチオール等ノ塗布ヲ行フ。

二 淋菌性濾胞炎 Folliculitis gonorrhoeica

尿道側管又ハスケーネ氏腺ハ淋菌ノ浸入ニヨリテ腫脹シ疼痛アル小膿瘍ヲ形成ス、多クハ自開シテ治癒スレドモ順次他ノ腺ヲ犯シテ慢性トナリ、少量ノ膿排泄シテ尿道及生殖器淋疾ノ源泉ヲナスコトアリ、尿道ノ療法ノ外波動ヲ觸フレバ切開ヲ加ヘ、若クハ硝酸銀棒ノ挿入又ハ冷熱燒灼、電氣燒

約ニヨリテ腺ヲ破壊シ又ハ透熱療法ヲ行ヒ電法ヲ用ヒテ吸收セシムベシ。

三 バルトリン氏腺炎 Bartholinitis gonorrhoeica

バルトリン氏腺ハ大陰唇ノ下三分ノ一ニテ腺入口ノ兩側ニ在リ、小陰唇内面下腺入口ニテ處女膜痕ノ外方ニ開口ス、淋菌ノ最屢々犯ス所ニシテ混合傳染ヲ多シトス。

症候 急性ニハ先ヅ腺ノ排泄管ヨリ淋菌ガ浸入シテ化膿シ漸次腺體ヲ浸スモノナリ、排泄不充分ナルガ爲ニ管腔ハ擴張シ惡寒、發熱ト共ニ大陰唇ハ發赤腫脹ヲ呈シ、熱灼感若クハ劇痛ヲ訴フ、小陰唇モ浮腫ヲ呈ス、管口ハ腫脹シテ壓スル時排膿スルモ偽性膿瘍ヲ形成シテ波動ヲ呈シ遂ニ陰唇内面ニ自開シ、時ニ膿、直腸ニ破レテ瘻孔ヲ殘スコトアリ、淋菌ハ死滅シテ證明セラレザルコトアリ。慢性ハ急性ヨリ移行シ若クハ初メヨリ慢性ノ經過ヲ採ルモノナリ、排出管口ノ周圍粘膜炎ハ發赤腫脹シ、腺ハ腫脹シテ壓スレバ粘液性ノ膿ヲ排出シ、僅カノ疼痛ノ外ハ自覺症狀ヲ缺グ。

療法 急性ニハ安靜ヲ命ジ淋菌ワクチンヲ注射シ氷囊、鉛糖水(三%)プロー氏液、醋酸礬土水(五—一〇%)ノ冷電法ヲ行フ、波動ヲ呈スルニ至ラバ大陰唇ノ外面ニ於テ切開シ搔破シテタンボンヲ挿入ス、慢性ニテ腺ガ僅ニ腫脹シテ膿様又ハ粘液性膿ヲ分泌スルモノハ注射針ノ尖端ヲ鈍ニシテ二—三%プロタルゴール水、一%硝酸銀水、一%鹽化亞鉛水等ヲ毎日又ハ隔日一回注射ス、外科的ニ別出ヲ行フヲ最良トス。

四 淋菌性外陰部炎 Vulvitis gonorrhoeica

小兒ニハ多キモ大人ニハ尿道、子宮等ノ淋疾ヨリ續發スルノミ。

症候 初メ搔痒、灼熱ノ感アリ疼痛ヲ發シ放尿時ニハ殊ニ甚シ、小陰疹ハ發赤腫脹シ濕潤糜爛シ遂ニ扁平ナル潰瘍ヲ生ズ、惡臭ヲ放チ陰唇、陰核、前庭等ニ波及シテ發赤腫脹ヲ増シ陰部周圍ノ摩擦性濕潤性濕疹ヲ起スニ至ル、輕度ノ搔痒ヲ伴フ、陰唇ノ肥厚ヲ殘スコトアリ。

診斷 尿道、子宮ノ淋疾ヲ檢シ軟性下疳、微毒性丘疹、不潔、妊娠時白帶下等ト區別スベシ。

療法 坐浴ヲ命ジテ外陰部ヲ清潔ニシ醋酸礬土水、鉛糖水、プロー氏液ノ冷電法ヲ施シ、急性期ヲ過グレバ千倍ノ昇汞水又ハ三%石炭酸水ニテ洗滌シ、乾カシテ後デルマトール散布、硼酸軟膏ノ貼用、〇、五—五%硝酸銀液ノ塗布ヲ行フ。

五 淋菌性陰炎 Vaginitis gonorrhoeica

小女、妊婦ニハ原發スレドモ、大人ニアリテハ膈ハ偏平上皮ヲ有シテ抵抗力強ク僅ニ子宮頸管炎ヨリ續發スルノミ。

症候 急性ニハ灼熱、搔痒、輕度ノ發熱、疼痛ヲ感ジ、分泌物ハ粘液性乃至膿性ナリ、炎症ハ前庭ヨリ外陰部ニ波及ス、膈ノ粘膜炎ハ發赤腫脹シ上皮ハ剝脫シテ糜爛面ヨリ出血スルコトアリ、子宮腔部モ同時ニ發赤腫脹シ、三、四週間ニシテ治癒ス。

慢性ニハ自覺症狀缺如シ膿汁若クハ粘液性分泌物多ク、粘膜ハ肥厚シ蒼白色若クハ紫紅色ヲ呈シテ、處々ニ限局シテ潮紅隆起ヲナシ遂ニ膿乾燥症ヲ惹起スルニ至ル。

療法 子宮疾患ヲ治療シ安靜ヲ命シ便通ヲ正整シ外陰部ニ冷卷法ヲ施ス、急性症狀ノ減退スル時膿洗滌ヲ始ム、即イリリガートルヲ用ヒテ一日二、三回、石炭酸水(二%)昇汞水(千倍乃至二千倍)硼酸水(二%)リゾール水(一%)青酸々化汞液(一萬倍乃至五千倍)過滿俺酸加里液(一萬倍乃至五千倍)プロタルゴール水(〇、五—一%)、鹽化亞鉛水(一%)硫酸亞鉛水(一%)單寧水(一—三%)明礬水(一—二%)等ニテ洗滌シ、三、四日目ニ一回宛、沃度丁幾、硝酸銀液(二—四%)ヲ綿棒ヲ以テ塗布シ、毎回、五%プロタルゴール、グリセリン、一〇%チオノール、グリセリン、五—一〇%タンニン、グリセリン、一〇%明礬グリセリン、若クハ沃度ホルム、アイロール、デルマトール、明礬、單寧等ヲ綿球ニ附シテ膿タンボンヲ行フベシ。

六 淋菌性小兒外陰部膿炎 *Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum*

原發性ニシテ尿道炎、直腸淋ト併發スルコトアリ、バルトリン氏腺ヲ犯スコトアレドモ子宮及腹膜ニ波及スルコトハ稀ナリ、慢性ニ移行ス、姦淫ニヨリテ傳染スレドモ多クハ家族ノ一人淋疾ニ罹リ淋菌ニ汚染セル手、器物等ニヨリテ感染ス。

症候 瘙痒、灼熱、疼痛、發熱、倦怠ニ始マリ、衰弱ヲ來スモノナリ、外陰部ハ發赤腫脹シテ此處

ニ黃色ノ膿汁及膿痂ヲ認メ小陰唇内面ヨリ前庭ニ至ルマデ濕潤、糜爛シ時ニ潰瘍ヲ呈ス、處女膜又腫脹シ膿汁中ニ淋菌ヲ證明ス。

療法 急性ニハ安靜ヲ命ジ溫浴若クハリゾール坐浴ヲナサシメ、二%醋酸礬土水ノ冷卷法ヲ施シワクチンヲ注射シ一日二、三回プロタルゴール、アルバルギン、硝酸銀、ヒコレワール等ノ藥液注入若クハカビブレン又ハウラノブレン棒ノ挿入ヲ行フ。

七 淋菌性子宮頸管炎 *Zervixgonorrhoe*

交接若クハ淋菌性外陰部膿炎ヨリ波及シ、淋菌ノ子宮頸部ニ達シテ之ヲ起スモノナリ。

症候 自覺症ヲ缺除シ時ニ腰部ノ牽引性疼痛ヲ訴へ、急性ニハ子宮口ヨリ黃色ノ膿若クハ粘液膿性分泌物ヲ排出シ、頸部粘膜ノ發赤腫脹ヲ來シ、子宮口ハ外翻シテ其周圍ハ表皮剝脫シ、深紅色ノ糜爛面ヲナシテ出血シ易ク往々顆粒狀ヲ呈ス、大多數ハ慢性ニ移行ス。

療法 急性ニハ安靜ヲ命ジ症狀ノ輕快ヲ待チテ毎日二回硼酸水(三%)リゾール水(一%)明礬水(一%)過滿俺酸加里液(一萬倍)單寧水(一%)等ノ膿洗滌ヲ行ヒ、一〇%チオノール、グリセリン、一〇%沃度加里グリセリンノ膿タンボンヲ置キ若クハチオノール膿球(チオノール〇、二カ、オ酪三、〇)沃度加里莖若越幾斯膿球(沃度加里〇、二莖若越幾斯〇、〇三、カ、オ酪三、〇)ヲ挿入ス、糜爛面ニハ沃度丁幾、硝酸銀液(一—五%)、クロール亞鉛水(一〇%)等ヲ綿棒ヲ以テ塗布ス。

八 淋菌性子宮體炎

Metroendometritis corporis gonorrhoeica

淋菌性體炎、子宮頸管炎等ニ續發ス。

症候 急性ニハ輕度ノ惡寒、發熱、下腹部及薦骨部ノ發作性鈍痛ヲ呈シ、子宮ハ腫脹シ、壓痛強ク粘膜炎乃至血性膿汁ヲ排出シ、子宮腔部モ腫脹シテ粘膜炎ハ潮紅糜爛ヲ呈ス、通常三、四週間ニシテ治癒スルモ屢慢性ニ移行ス、慢性ニハ下腹部ノ不快感、重感ヲ訴ヘ粘液性分泌物アリ、子宮體ハ腫大シテ壓痛アリ、頸部粘膜炎發赤腫脹シテ輕度ニ外翻シ月經過多、月經不順、月經時疼痛ヲ起シ、流産不妊等ヲ來シ再發シ易シ。

療法 急性ニハ安靜ヲ命ジ便通ニ注意シ、腔洗滌ヲ行ヒ膿球又ハ腔タンポンヲ置キ、症狀ノ輕快スル時子宮内洗滌、腐蝕及坐藥挿入法、デアテルミー透熱法ヲ行フ。

子宮内洗滌法ハボーゼマン、フリッチ氏子宮カテーテルヲ以テ硝酸銀水(千倍乃至二千倍)リゾール水(一%)硼酸水(三%)石炭酸水(二%)ノ一リールヲ用ヒ、壓ヲ低クシテ行ヒ分泌物ノ減少ヲ計ルベシ。

腐蝕法ハ卷綿子宮消息子ニ消毒セル脫脂綿ヲ固ク卷キ子宮内腔ノ彎曲ニ從ヒテ曲ゲ、子宮口ヲ消毒シタル後三%曹達水ニテ子宮頸部ヲ拭ヒ、消息子ヲ新ニシテ沃度丁幾、チオノール、石炭酸グリセリン(五%)、プロタルゴール水(五—一〇%)、硝酸銀液(一—二%)ヲ浸シテ、前子宮口唇ヲ鉗子

ニテ挟ミ固定シテ子宮腔内ニ靜カニ挿入シタル後、腔内ニハ膿球、腔タンポンヲ置クベシ。

子宮坐藥挿入法ハ卷綿消息子ニテ子宮内腔ヲ拭ヒタル後、ヨードホルム、カ、オ坐藥(二〇—五%)プロタルゴール、カ、オ坐藥(一〇%)、カビブレン棒ヲ挿入ス。

デアテルミー透熱法ハ腔内導子ヲ消毒シテ腔内ニ深く挿入シ、平板大導子ヲ下腹膀胱部ニ置キテ高週波電流ヲ通ジ、溫度ハ低溫ヨリ患者ノ感覺ニヨリテ上昇シ十五分間通電ス。

九 淋菌性子宮附屬器炎

Adnexitis gonorrhoeica

イ 淋菌性喇叭管炎

Salpingitis gonorrhoeica

淋菌性子宮體炎、頸管炎、腔炎ヨリ上行シテ突然發熱シ下腹部ノ鈍痛ヲ訴ヘ、一側ニ始マリテ他側ヲ犯シ勞働、交接、月經時増悪スル外患側ニ痙攣性疼痛ヲ訴フ、急性ニハ局所ノ疼痛ト腹膜炎症狀ノ爲ニ觸知シ難キモ稍輕快スル時ハ、子宮喇叭管角ヨリ側方ニ鉛筆大乃至示指大ノ肥厚ヲ觸レ壓痛アリ、喇叭管腫脹ヲ起ス時ハレトルト形ヲ呈ス、再發シ易ク不妊症ヲ致シ神經症狀ヲ來スモノナリ。

療法 絶對安靜ヲ命ジ食餌ニ注意シ下腹部ニ氷嚢ヲ置キ阿片ヲ與ヘ洗腸ヲ行フ、體溫ノ下降ト共ニ緩下劑ヲ與ヘワクチン注射ヲ行ヒ、下腹部ニ溫卷法ヲ置キ坐浴又ハ熱性腔洗滌ヲナシ、一〇%チオノール、グリセリン、一〇%沃度加里グリセリン、二〇%單寧酸グリセリンノ腔タンポンヲ挿入ス、慢性ニハマツサージ、デアテルミー透熱療法ヲ行フ。

ロ 淋菌性卵巣炎 Cophoritis gonorrhoea

卵巣ニ淋菌ノ侵入シテ膿瘍ヲ形成スル時ハ、體温上昇シ患側ニ疼痛ヲ發シ子宮出血、月經過多ヲ伴フ、膀胱ト癒着スレバ尿意頻促、放尿時疼痛ヲ來シ、腸ト癒着スル時ハ惡心、嘔吐、消化不良、食思不振ヲ起シテ營養不良ヲ將來スベシ、稀ニ腸、膀胱、膈、腹腔等ニ自開シテ重篤ノ症狀ヲ呈スルコトアレドモ通常膿瘍ハ縮小スルモノナリ。

療法 喇叭管炎ノ條下ト同様ナレドモ解熱シタル時稀ニ外科手術ヲ必要トス。

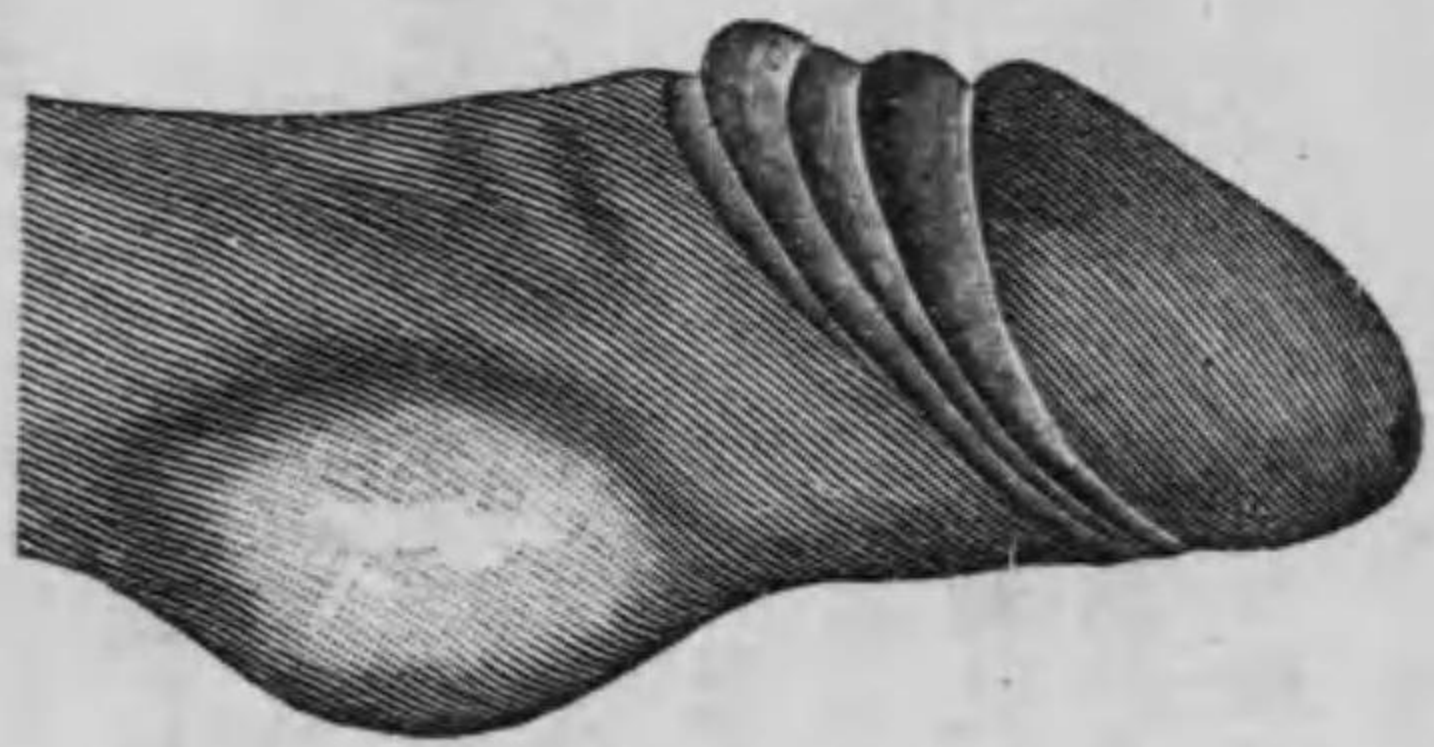
ハ 骨盤腹膜炎、Pelveoperitonitis gonorrhoea

淋菌性喇叭管炎、子宮體炎ヨリ上行シテ發シ、初メハ汎發性腹膜炎ニ似タレドモ數日ニシテ輕快シ限局性トナルモノナリ、慢性ノ經過ヲ探ルコト多ク、療法ハ喇叭管炎ノ夫レト同様ナリ。

七 男子淋疾ノ合併症 Komplikationen der Gonorrhoe des Mannes

合併症ノ内甚ダ重要ナルハ淋菌性攝護腺炎ナリ、淋菌性精系炎、副睪丸炎、精囊炎ト同様ニ急性淋疾ニ合併ス、此外膀胱炎、輸尿管炎、腎盂腎臟炎、睪丸炎等何レモ淋菌ノ直接傳播ニヨリテ發生スルコトアリ、陰部外ニ於テハ男女共ニ直腸、口腔、鼻腔、眼等ニ來リ、血行若クハ淋巴管ニヨリテハ關節、心臟、骨髓等ニ達ス、各條下ニ就テ記述スベシ。

第九圖



尿道周圍膿瘍

一 淋毒性淋巴管炎及淋巴腺炎 Lymphangitis und Lymphadenitis gonorrhoea
急性淋ニ併發シ前者ハ稀ニ急性ニ經過シテ先ヅ淋巴索ヲ形成シ、包皮及陰莖ノ腫脹ニ次デ尿道周圍膿瘍ヲ生ジ、自開スルコトアレドモ多クハ陰莖ノ脊面ニ於テ慢性ノ腫脹硬結ヲ殘スモノナリ、鼠蹊腺炎ハ腺腫脹ニ止リ化膿スルコト稀有ニシテ消炎法ニヨリテ容易ニ縮小ス。

二 淋菌性濾胞炎、濾胞周圍炎及尿道周圍膿瘍
Gonorrhoeische Follikulitis, Perifollikulitis und Perirethrale Abszesse

尿道内ノ腺ガ淋菌ノ侵ス所トナリ數個合シテ小麻實大トナラバ濾胞炎ト稱シ、進ンデ周圍ニ蔓延スレバ濾胞周圍炎トナリ、膿瘍ヲ形成スルニ至ラバ尿道周圍膿瘍ト名ク、龜頭冠ニ近ク繫帶部ニ發生スルコト多ク、淋疾再發ノ因ヲナス、後方ノ尿道ニ於テハ腺ガ海綿体内ニ達セルヲ以テ化膿ハ尿道ノ内外兩面ニ進ミ尿瘻ヲ生ズルコトアリ、副尿道若クハ尿道側管ヲ有スル場合ニ多シトス。

療法 冷罨法ノ外、尿道内ニ金屬ブリーヂヲ挿入シテマッサージヲナシ又ハチアテルミーニヨル透熱法ヲ行ヒ若クハ剔出或ハ切

開テ加フ。

三 淋菌性副尿道炎又ハ尿道周圍炎 Parourethritis oder Periurethritis gonorrhoea

尿道口ノ附近ニ紅暈ヲ有スル小點アリ壓迫ニヨリテ膿汁ヲ排泄シ淋菌ヲ證明ス、盲管ニ終リ一乃至一〇%硝酸銀水若クハ沃度丁幾ノ注入ニヨリテ治癒スレドモ、頑固ナルハ淋疾再感染ノ原因ヲナス、デアテルミーニヨル冷熱燒灼、電氣燒灼若クハ剔田ヲ要スルコトアリ。

四 淋菌性コーベル氏腺炎及コーベル氏腺周圍炎

Cowperitis und Pericowperitis gonorrhoea

コーベル氏腺ガ淋菌ノ侵入ヲ蒙ラバ會陰部尿道ノ左右ニ豌豆大ノ結節ヲ皮下ニ觸レ、ワクチンノ注射及冷罨法又ハ透熱法ニヨリテ吸收セザル時ハ周圍ニ蔓延シテ膿解シ、稀ニ外方ニ破潰シテ尿瘻ヲ形成ス、膿瘍ヲナス時ハ速ニ切開ヲ加フベシ。

八 男女兩性ニ於ケル合併症

Komplikationen der Gonorrhoe des Mannes und der Frau

一 直腸淋 Mastdarmtripper

雞姦若クハ淋菌ヲ含ム分泌物ノ流レ込ミテ發生シ、婦人ニ多ク惡臭アル膿性、漿液膿性若クハ膿血性分泌物ヲ肛門ヨリ漏シ、淋菌ヲ此内ニ證明ス、自覺的ニハ肛門内ノ搔痒、熱灼ノ感及裏急後重

ヲ訴ヘテ遂ニ潰瘍ヲ生ジ排便時狹窄ヲ呈スルニ至ルモノナリ。

療法 坐浴ヲ命ジ過滿俺酸加里液、丹寧水、明礬水、リゾール水ノ浣腸ヲ行ヒ、潰瘍ニハ沃度ホルムノ散布、狹窄ニハ擴張ヲ行フ。

二 口腔及鼻腔ノ淋疾 Tripper der Mund-und Nasenhöhle

初生兒ニ來リ又ハ口腔ヲ以テセル交接ニヨリテ感染ス、明礬水、過滿俺酸加里液ノ含嗽ヲ行フベシ。

三 眼淋 Angentripper

淋菌性結膜炎 Conjunctivitis gonorrhoea oder Menorrhoea ハ俗名風眼ト稱シ、淋菌ニ汚染セル手又ハ物品ニヨリテ淋菌ガ眼瞼内ニ入ル時ハ一、二時間乃至三日ノ潜伏期ノ後、結膜ノ發赤腫脹ヲ呈シ、漿液性ヨリ次第ニ膿性ノ分泌物ヲ排出シ、羞明、疼痛、異物感ヲ訴ヘ甚シキハ角膜ヲ犯シテ失明スルモノナリ、故ニ淋疾ニ罹レル患者ニハガーゼニテ膿汁ヲ吸收セシメテ其散亂スルヲ防ギ、排尿後ハ充分ニ手ヲ洗ハシムベシ、醫師、看護婦、産婆等ニシテ此等淋菌性膿汁ノ眼ニ飛ビ込ミタル時ハ、即時ニ洗滌シテ新鮮ナル二%硝酸銀水ヲ點眼シ一、二時間冷罨法ヲ施スベシ、初生兒膿漏眼ハ産後直ニ一乃至二%硝酸銀水一〇—二〇%プロタルゴール水ヲ點眼シテ豫防スベシ、已ニ結膜炎ヲ發生セバ該眼上ニ昇汞ガーゼヲ置キコロヂウムニテ固着シテ直ニ眼科醫ニ送り、適當ナル治療ヲ加ヘテ失明ニ陥ラシムルコト勿レ、邊鄙ノ地ニシテ眼科醫ナキ時ハ一日一、二回乃至一〇%硝酸銀水ヲ點眼シ

生理的食鹽水ニテ洗滌シ、已ニ角膜ニ潰瘍ヲ生ゼバアトロピンヲ點眼シ、分泌物ノ減少スルニ及バ、硝酸銀水ノ濃度ヲ減ジ一、〇—〇、三%トナシ遂ニ〇、五%硫酸亞鉛水ニ更フベシ。

九 淋疾ノ轉移性合併症 Metastatische Komplikationen der Gonorrhoe

一 淋毒性關節炎 Arthritis gonorrhoeica

原因 ゴーン、シュラーゲンハウフマル、フィンゲル及其他ノ人ニ據リテ關節内ニ淋菌ヲ發見シ、培養シテ組織中ニ證明セシ以來、關節痲痺質斯性ト區別セラレタリ、淋菌ノ死滅、混合傳染若クハ續發傳染ニヨリテ淋菌ヲ證明シ得ザルコトモ少ナカラズ。

症候 淋疾ノ約二〇%ニ合併シ膝關節ニ好發シ次デ脛腕關節、手腕關節、指關節ヲ多シトス、急性ハ中等度ノ熱發ト共ニ關節ノ疼痛、腫脹ヲ來シ、滲出液増加シテ關節ノ運動障礙セラレ波動ヲ認ム、適當ノ療法ニヨリテ亞急性ニ移行シテ治癒シ若クハ時ニ化膿ヲ來スコトアリ、初期ヨリ亞急性又ハ慢性ニシテ腫脹及運動障礙ヲ有シテ疼痛ヲ缺ギ、關節ノ畸形ヲ來シテ關節強直ヲ殘スコトアリ、化膿ニ陥ル時ハ自開シテ強直ヲ殘シ若クハ敗血症ヲ併發シテ死ヲ致スモノナリ。

診斷 淋毒性關節炎ハ淋疾再發ノ際再發ノ傾向ヲ有ス、多クハ單關節性ニシテ、多關節性ナルモ一、二、三關節以上浸サル、コトハ稀有ナリ、順次相次デ起ルヲ常トス、熱候、疼痛モ亦彼ニ比シテ輕ク、

サリチル酸劑ノ效力モ亦著效ヲ奏セズ。

療法 二%醋酸礬士水ノ溫罨法、淋菌ワクチンノ注射、沃度加里、水揚散曹達、アスピリン、ザロール等ノ内用、二〇乃至五〇%チオノール、グリセリン、沃度ワゾゲンノ塗布、副木繃帶、ギプス繃帶、熱氣浴、デアテルミーニヨル透熱法等ヲ行フ、強直ニハ強力ノマッサージヲ、化膿ニハ切開ヲ行フ。

二 淋毒性腱鞘炎 Tendovaginitis gonorrhoeica

輕度ノ熱發ト關節ノ疼痛トヲ以テ始マリ、皮膚ハ少シク潮紅、浮腫ヲ呈シテ疼痛ハ一又ハ數條ノ腱鞘ニ限局シ、輕度ノ腫脹アリテ最モ屢々侵サル、ハ總指伸筋、屈指筋、趾伸筋ノ腱及ビ腱鞘ナリ、療法ハ前項ト同様ナリ。

三 淋毒性粘液囊炎 Bursitis gonorrhoeica

稀有ニシテ淋毒性關節炎及腱鞘炎ニ合併ス、療法ハ罨法及ワクチン注射ヲ行フ。

四 淋毒性筋炎 Myositis gonorrhoeica

股筋、胸鎖乳頭筋及僧帽筋ニ來リ強直、壓痛、機能障礙ヲ呈ス、療法ハワクチン注射、罨法ヲ行フ。

五 淋毒性骨膜炎 Periostitis gonorrhoeica

骨ノ上ニ限局性腫脹ヲ來シ自發痛又ハ壓痛アリ、皮膚ハ浮腫ヲ呈シ淋毒性關節炎ヲ併發ス、骨膜肥厚ハ通常吸收セラレ、療法ハ卷法、ワクチン注射、透熱療法、熱氣浴等ナリ。

六 アヒロヂニー Aehlylotynie (淋病足 Pied Menorrhagique)

アヒレス氏腱、足蹠腱膜ノ附着部ニ於ケル跟骨ノ骨膜炎ニシテ、アヒレス腱附着部ノ下部ニ有痛性腫脹ヲ生ジ歩行障碍ヲ來スモノナリ、療法ハ前項ト同様ナリ。

七 急性淋菌性骨髓炎 Osteomyelitis gonorrhoeica acuta

ウルマン氏ハ捷骨ニ發生セルモノヲ報告シ膿中ニ淋菌ヲ證明セリ、療法ハ消炎法ヲ行ヒ化膿ニハ外科手術ヲ加フ。

八 淋菌性靜脈炎 Phlebitis gonorrhoeica

メルテル、バター兩氏之ヲ報告セリ、消炎法ヲ行フ。

九 淋毒性肺梗塞及肋膜炎 Gonorrhoeische Lungeninfarke und Pleuritis

何レモ淋毒性關節炎ニ續發シフィンゲル、シヨルツ兩氏ハ肺梗塞ヲ報告セリ、マッサース氏ハ肋膜炎中ニ淋菌ヲ發見シ培養ヲ行ヒタリ、内科的療法ヲ行フ。

一〇 淋毒性神經痛、淋毒性多發神經炎、淋毒性橫徑脊髄炎

及後淋疾性舞蹈病 Gonorrhoeische Neuralgie, Polyneuritis, Myelitis
transversa und postgonorrhoeische Chorea

フルニエ、レッセル、アー、フレンケル諸氏ハ坐骨神經痛ヲ、オイレンブルヒ氏ハ上肢ノ知覺神經領域ニ於ケル神經痛ヲ、エンゲル、ライメルス氏ハ座骨神經、股神經、閉鎖神經ノ領域ニ於ケル神經痛ヲ、スピルアン、エンゲル、ライメルス、ウエレンデル諸氏ハ多發神經炎ヲ、フォン、ライデン氏ハ橫徑脊髄炎ヲ、リッテン氏ハ後淋疾性舞蹈病ヲ報告セリ。

一一 淋毒性心内膜炎 Endocarditis gonorrhoeica.

淋菌性關節炎、膀胱炎、攝護腺炎、副睪丸炎、喇叭管炎等ニ續發シテ淋菌ハ血行ニ入り心臟ニ達シテ淋菌自己、混合傳染若クハ續發傳染ニヨリテ心臓内膜炎ヲ起スモノナリ。
症候 良性症ト悪性症トヲ區別シ、前者ハ熱候ナク心悸亢進、心臓部ノ壓迫感、呼吸困難ヲ訴ヘ脈搏亢進又ハ不正ニシテ僧帽瓣稀ニ三尖瓣ニ雜音ヲ聽取スルモ數日後全治スルヲ常トス、悪性症ハ淋菌性關節炎ニ併發シ悪感、戰慄、高熱ヲ以テ始マリ心悸亢進、心臓部ノ壓迫感、呼吸困難ヲ呈シ脾臓ノ腫脹ヲ證明ノ中毒性腎臟炎ヲ併發ス、打診上心臓ハ擴大シ大動脈瓣、僧帽瓣ニ聽診上雜音ヲ聽取ス、急性症狀消退スルモ瓣膜機能障碍ヲ殘シ時ニ死ノ轉歸ヲ探ルモノナリ。

療法 絶對安靜ヲ命ジ心臓部ニ氷嚢ヲ置キ強心劑ヲ與ヘ淋菌ワクチン、又ハエレクトラルゴール

ノ筋肉内注射ヲ行フ。

二 淋菌性敗血症 *Gonococcensepticæmie*

淋菌ガ血管内ニ入りテ増殖シ血中ヨリ培養ニヨリテ證明セラル(加藤義夫氏)悪寒、戰慄、高熱、心悸亢進等ヲ訴ヘ重篤ナル症状ヲ呈ス、強心劑ヲ與ヘ内科的療法ヲ行フ、

三 淋毒疹 *Tripperexanthème*

紅斑、丘疹、水疱、紫斑、角層増殖ヲ呈シテ被髪部以外全身ニ急速ニ發生シ、好發部位ハ對側性四肢殊ニ手背、手掌、足背、足趾ニシテ同時ニ爪甲ノ脱落ヲ伴ヒ、本邦ニハ徳永、埴氏等初メテ之ヲ報告セリ、エシホネツク氏ハ毛囊炎ノ三例ヲ、サロモン氏及タールマン氏ハ潰瘍ノ各一例ヲ陰唇後吻合ニ發見シ鏡檢上淋菌ヲ證明セリ。

膿瘍ハ通常陰莖背面ノ陰阜ニ近ク淋巴管ニ小横痃トシテ見出スコト稀ナラザレドモ、身體ノ他部に於ケルハミラボー、マイヤー、ラング、カッセル、ガリオール、アルムクビスト氏等ニ依リテ報告セラレ栗山氏小兒ノ皮膚ニ於ケル一例ヲ報告セリ。

バルレー氏、コロンビーニ氏ハ猩紅熱様發疹ヲ、レーエ氏痲疹狀水疱疹ヲ、ベルゲロン氏ハ紅斑ト丘疹トヲ、デュラント氏及クリッペル氏ハ結節性紅斑ヲ、フィンゲル氏及リッテン氏ハ紫斑ヲ報告セリ、角層増殖症ハ通常手掌、足趾、指、趾稀ニ全身ニ發生シヴ^カダール氏ニヨリテ殆メテ報告セラレタリ。

療法ハ尿道淋ノ治療ヲ專ラニスベシ。

一〇 尿道結核 *Harnröhrentuberculose*

泌尿生殖器結核ハ一般ニ多キニモ拘ハラズ尿道結核ハ可成リ稀有ナル疾患ナリ、尿道ニ原發スルヤ否ヤハ疑問ナリ、主トシテ腎臟、膀胱、副睪丸、精囊又ハ攝護腺ノ結核ニ續發ス。

從テ又後部尿道ニ來ルコト多ク、次ニ前尿道殊ニ球部及ビ尿道中央部ニ來ルモノナリ、初期ニハ膀胱ニ於ケル如ク斑點狀加答兒ヲ呈シ、後ニハ結節ヲ生ジ定型的潰瘍ヲ造ルニ至ル、尿道周圍組織ニ侵入シ外部ニ破レテ瘻孔ヲ造ルコトアリ、尿道結核ハ男子ニ多シ、是レ結核ニ犯サル可キ生殖腺ノ開口部ニ富メバナリ。

症候 症候ハ主トシテ尿道内ノ疼痛ニシテ排尿時ニ發生ス、潰瘍ハ後部尿道、膀胱ニ近ク又ハ膀胱頸ニ進マバ膀胱ヨリノ症候ヲ呈シ、烈シキ尿意頻促ヲ來シ、内膀胱括約筋破壊シテ萎縮ヲ起スニ至ル、之ニ反シテ前尿道ニ存在セバ疼痛ハ只一ノ症候ニシテ排尿時ニノミ存在シ、通常多少ノ分泌物アルモ淋疾ニ於ケル如ク一様性ニ非ズシテ水様性膿性物内ニ凝塊ヲ含メリ、後尿道ヨリハ尿道口ニ排泄ナク分泌物ハ膀胱内ノ尿ト混合ス。

●**診断** 尿道結核ガ攝護腺、精囊、膀胱、輸精管及ビ腎臟ノ結核ト共ニ來ル時ハ診斷ハ容易ナリ、尿道ガ健全ニシテ膀胱、攝護腺及ビ精囊ノ結核アリテ尿道結核ト同様ナル症候ヲ呈スルコトアリ、注意ス可シ。

重要ナル點ハ排泄物及ビ結核菌ノ證明ナリ、排尿時ニ於ケル異常ノ疼痛ニ對シテハ尿道結核ノ疑ヲ置ク可シ、診斷ハ結核菌ノ證明ト共ニ尿道鏡検査ニテ確定セラル、初期ニハ尿道鏡下ニ粘膜ノ斑紋狀潮紅ヲ呈シ後ニ至リテ結節又ハ潰瘍ヲ生ズ、潰瘍底ハ灰白色又ハ黃色ニシテ周邊稍隆起シ強度ノ赤色ヲ呈ス、多ク精阜ノ邊ニ生ズ、前尿道ニ於テハ球部ニ多シ。

●**療法** 自然ニ治癒スルコトハ癰痕ノ發生シテ狭窄ヲ起スコトアルニヨリテ明ラカナリ、身體ヲ強壯ナラシムルハ結核ヲ最モ良ク治癒セシムル方法ナリ、靜養シテ新鮮ナル空氣ヲ呼吸セシメ滋養食ヲ採ラシム可シ、サレド此療法ハ發熱ノ源泉、化膿ノ根原ヲ除キテ後初メテ其效ヲ奏ス、原發症ヲ除クハ尿道結核治療ノ重要ナル點ニシテ罹患セル腎臟、精囊、副睪丸、睪丸等ハ剔出ス可シ、睪丸剔出ニハ精系ヲ出來ル丈除去スルヲ可トス、内服藥トシテハ尿意促進ヲ減ズル爲メ白檀油最モ良クアンチピリン、アスピリンモ亦用フ可シ、ウロトロピンハ效ナシ、鎮痛劑ハ缺ク可カラズ、溫熱ヲ與フルコトハ疼痛ヲ輕減スルノ效アルコト稀ナラズ、溫坐浴、又ハ膀胱及會陰部ノ溫卷法ヲ用フ。

局所療法トシテハ器械ノ挿入及硝酸銀液ノ注入ハ害アリ、症狀増惡シ屢々出血及ビ熱發ヲ起セバ

ナリ、二萬倍乃至一萬倍ノ昇汞ヲ注意シテ點滴シ、五%オルトホルム肝油、一〇%オイロフェン肝油、一〇%オイロフェン(一〇%)カンフル、オレーフ油又ハ一〇%ヨードホルム、グリセリンヲギヨン氏點滴器ニテ注入スルヲ良シトス、局在性ノ潰瘍ハ尿道鏡下ニ行フ一〇乃至一五%硝酸銀水、一乃至五%昇汞アルコール液ノ塗布又ハ電氣燒灼ニテ治癒ス可シ。ツベルクリン療法モ亦時ニ效アルコトアリ試ムベシ。

一一 尿道狭窄 Stricture urethrae

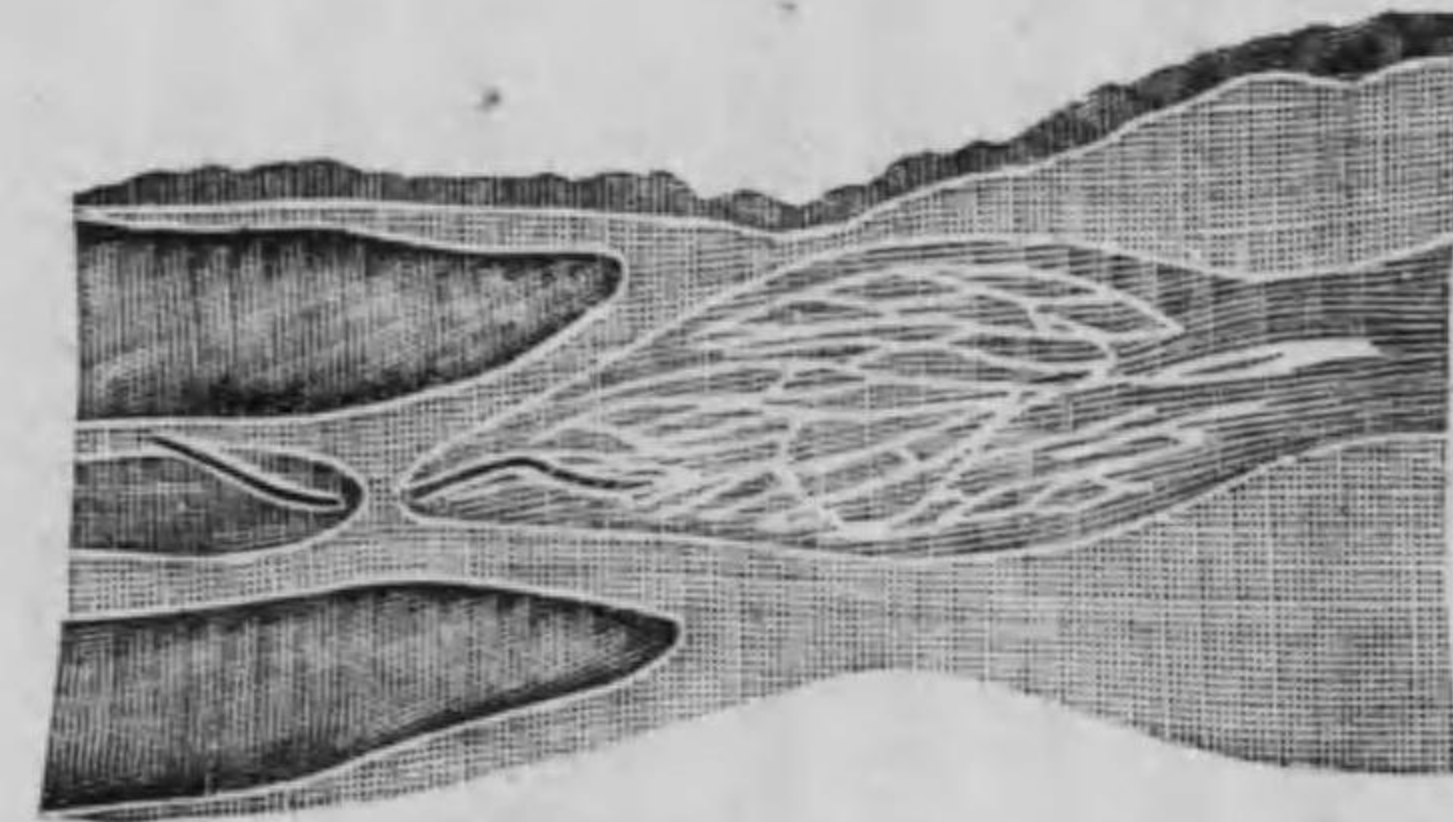
尿道狭窄トハ尿道壁ノ癰痕作用ニヨル内腔ノ狭窄ヲ意味ス、先天性狭窄ハ例外ナリ、外部ヨリ腫瘍、膿瘍等ノ壓迫ニヨリテ起ル所ノ尿道内腔ノ狭窄又ハ尿道内腫瘍又ハ結石ニヨリテ起ルモノハ此條下ニ於テハ述ベズ。

狭窄ヲ分チテ

- 一、先天性、二、後天性
- イ、炎症性(淋疾、結核、若クハ化學的腐蝕ニヨリテ起ル)
- ロ、外傷性、トス

尿道ノ先天性狭窄ハ外尿道口、舟狀窩ノ内端、尿道ノ深部殊ニ精阜附近ニ來ル、其内、精阜附近ニ來ルモノハ稀ナリ、通常瓣及ビ皺襞ノ形成ニヨリテ起リ、外尿道口及尿道深部ニ來ルモノハ環

第九七圖



尿道狹窄

實際上重要ナルハ後天性狹窄ナリ、大多數ハ淋疾ニヨリテ來ル、次ニ多キハ外傷ニヨルモノナリ、尿道ヲ打チ又ハ高所ヨリ墜落シ會陰部ヲ打チテ起ル、小部分ハ結核及ビ淋疾ノ豫防又ハ治療ニ用フル強作用アル藥劑ノ腐蝕ニヨリテ起リ、淋疾性狹窄ハ感染後通常八年乃至十年ニシテ來ル、淋疾ノ大多數ハ通常此合併症ヲ起サズシテ治癒スルモ時ニ狹窄ヲ起ス場合アル理由ハ尙不明ナリ、佐藤恒祐氏ノ研究ニヨレバ人ニヨリテ膜樣部ニ多數ノ尿道内側管ヲ有シ、此部ハ組織柔軟ニシテ癭痕萎縮スルニ因ルモノナルベシト云フ、不充分ナル治療若クハ不適當ナル療法ハ多クノ場合誘引トナルモノナレドモ、醫者ノ使用スル藥液ハ殆ンド狹窄ヲ起スコトナキモノナリ。

淋疾性尿道狹窄ハ多クハ球部ニ來リ、次ニハ尿道振子部ノ末端及中央部ニシテ、尿道數ヶ所ニ狹窄ノ發生スルコトモ亦稀ナラズ、外傷性狹窄ハ尿道壁ノ外傷又ハ破壊ニ次テ來リ、次第二發生スル

癭痕萎縮ノ結果又ハ不完全ナル尿道末端ノ切斷術ニ際シテ發生ス。

狹窄ノ誘引トナル外傷ハ尿道ノ何處ニモ來レドモ膜樣部ハ殊ニ外傷ヲ受ケ易シ、高所ヨリ落チテ會陰部ヲ打チ、打撃、足蹴等ニヨリテ尿道ニ重大ナル外傷ヲ受クルコトアリ、即チ膜樣部ハ硬キ弓形靱帶及ビ耻骨下緣ニ對シテ壓迫セラル、ガ故ニ外傷ヲ受ケ易キモ、他ノ部分例ヘバ振子部ニ於テハ尿道ガ外方ニ對シテ滑ルカ、柔軟ナル組織内ニ壓シ込メラル、ガ故ニ外傷ヲ受クルコトモ稀ナリ。此等ノ暴力ノ外狹窄ヲ起ス外傷ハ尿道ヲ通過スル結石、強力ヲ以テ挿入セラル、器械ニシテ、通常尿道ノ最モ狹キ場所トシテ外尿道口ニ來ルコト最モ多シ。

化學的腐蝕ニヨリテ起ル狹窄ハ腐蝕性藥品ヲ淋疾ノ治療又ハ豫防ノ目的ニ用ヒテ來リ通常尿道前部ニ於テス、外部ヨリ注入セラル、藥品ノ最モ強ク作用スルコロナレバナリ。

症候 次第二尿道ノ狹クナルニ相當シテ症候モ亦徐々ニ發生スルモノナリ、普通外傷性狹窄ハ最モ早ク著明ナル症狀ヲ呈シ、數週又ハ數ヶ月後ニ發生ス、淋疾ニアリテハ通常數年ヲ要シ、次第二尿排泄困難ヲ來スモ始メハ膀胱ノ利尿筋肥大シテ膀胱内ノ壓力増大スルヲ以テ、患者ハ永ク之ヲ氣付カザルモ、次第二尿線ハ弱クナリ遂ニハ腹壓ヲ加フルモ尿ノ點滴スルニ過ギザルニ至ル、從テ排尿時間永ク十五分間以上モ要スルコトアリ。

膀胱ハ空虚トナルコトナク排尿筋及ビ腹壓ハ不充分ニシテ停滯尿多ク、次第二尿ノ停滯ハ腎臟ニ

及ブモ、先ヅ狭窄部以上ノ尿道ハ擴張シ狭窄ノ後方及ビ輸尿管ハ指大ニ擴ガリ膀胱モ擴大シテ弛緩シ、遂ニハ腎盂及腎臟ハ擴張シテ腎臟水腫ヲ形成スルニ至ルモノナリ。

此解剖的變化ハ數年ヲ要シテ自覺及他覺症狀ト相並行ス、殆ンド定型のニ來ルハ排尿後ノ尿點滴ナリ、是レ狭窄ヨリ後方ノ尿道麻痺シ擴張シテ之ヨリ尿ノ徐々ニ排出セラル、ニヨリテ起ルモノナリ、次デ停滯尿ノ症狀ヲ呈シテ尿意頻數ヲ來スモ充分ニ排尿シ得ズ、内壓増加シテ腎臟實質次第ニ障碍セラレ、遂ニハ尿毒性症狀ヲ呈スルニ至ル。

排尿ノ障碍ト共ニ比較的早ク射精ノ障碍ヲ起スモノナリ、尿道ハ精液ヲ射出スル力ナク點滴狀ニ又ハ交接後尿道外口ヨリ流出スカ膀胱ノ方ニ流レ込ム可シ、精液ノ狭窄上部ニ停滯スル時ハ高度ノ疼痛ヲ起スコトアリ、經過中障碍ヲ起サ、ルコトハ稀ニシテ早期已ニ尿路ノ細菌感染ヲ來ス可シ、即過度ニ働ク結果ニヨリテ來ル膀胱壁ノ充血及ビ停滯尿ハ膀胱炎ヲ起ス誘引トナルモノナリ、狭窄部ハ常ニ細菌ノ潜伏所トナルヲ以テナリ。

感染ノ後尿道及ビ膀胱ニ限局セル間ハ局所症狀ノ増悪ヲ來シ、尿意促進強度トナリ尿道ノ炎症性腫脹ハ益々排尿ヲ困難ナラシム、加答兒ハ非常ニ頑固トナリ、狭窄ヲ除カズシテ治愈セシムルコトハ困難ナリ。

輸尿管及ビ腎臟ニ尿ノ停滯アリテ細菌感染ヲ起サバ、細菌ハ直ニ擴張シタル輸尿管内ヲ上昇シテ腎盂及腎臟ニ達シ、數時間乃至數日ニシテ重篤ナル症狀ヲ發シ高熱及ビ意識瀾濁等ヲ來スベシ、是レ腐敗セル尿ノ吸收ニ原因スル症候ナリ、此ノ時直ニ狭窄ヲ擴張シテ尿ノ排泄ヲナサバ、時ハ、患者ハ腎盂及ビ腎臟ノ感染ニヨリテ數週ニシテ死ヲ致ス可シ。

狭窄患者ノ第二ニ遭遇スル重篤ナル症狀ハ急速ニ尿閉ヲ起スコトナリ、通常酒精飲料殊ニ麥酒ノ大量ヲ一時ニ飲用スル時ニ起リ、其際ニ様ノ障碍作用アリ、一ハ狭窄セル尿道充血シ尿道ノ腫脹ヲ來シ尿ヲ通過セシメザルコトニシテ、他ハ多量ノ飲料攝取ノ結果尿量ノ増加スルコト是ナリ、即チ膀胱内ニ急速ニ尿ノ大量ヲ停滯シ膀胱ヲ過度ニ擴張シテ膀胱ノ麻痺ヲ起スニ至ルモノナリ、他ノ場合ニハ風邪、房事過度、劇場又ハ社交上尿排泄ヲ永ク忍耐シテ起リ、又ハ何等ノ原因ナクシテ此症狀ヲ起スコトアリ。

狭窄ノ甚ダ重篤ニシテ稀有ナル合併症ハ尿浸潤ナリ、炎症作用ニヨリテ狭窄ヨリ後方ニ尿道粘膜ノ潰瘍又ハ缺損ヲ來シ、此處ヨリ強壓ノモトニアル尿ガ附近ノ組織例ヘバ會陰、陰囊、陰莖等ニ浸入シ、此浸潤ニ蜂窩織性炎症及ビ壞疽ノ加ハルヲ以テ、直ニ外科的療法ヲ加フルニ非ザレバ患者ハ死ヲ致スベシ、輕症ニハ細菌ガ狭窄ノ附近ニ進入シ尿道周圍膿瘍ヲ起シ外方ニ破ルレバ尿瘻ヲ起スニ至ルモノナリ。

診斷 狭窄其度ノ進ミタルモノハ症候著明ニシテ中年者ニ於テハ他ノ疾患ト誤ルコト少シ、老人

ニハ同様ノ症候アル攝護腺肥大症ヲ考ヘザル可カラズ、尿線ノ次第ニ細少トナルヲ認識スルコト重要ナリ、患者ノ語ル所ノ尿線ノ形状、分裂、捻轉等ハ診斷上少シモ意義ヲ有セズ、形状ハ外尿道口ノ形状、粘膜ノ腫脹、尿道口唇ノ膠着等ニ關係スルモノナレバナリ。

狹窄ハギヨン氏球頭消息子ニヨル局所検査ニヨリテ診斷セラル、之ニヨリテ場所、大サ、數等ヲ確定スルコトヲ得ベシ、狹窄ト外括約筋ノ痙攣性緊縮トノ鑑別ハ已ニ總論ニ於テ述ベタリ、尙一ツノ鑑別ハ痙攣ニアリテハ液ヲシテ尿道ヲ通過セシメ膀胱ニ注入シ難キモ狹窄ニアリテハ注入シ得ベシ。

狹窄ハ又尿道鏡ニテ診斷シ得ベキモ消息子検査ニ劣リ、狹窄ノ入口ヲ知ルニ止マリテ其長サ、廣サ、徑路、屈曲、第一狹窄ヨリ後方ニアル第二狹窄等ヲ知ルコト能ハズ、消息子検査ノ結果ヲ確定シテ之ヲ補助スルニ止マルモノナリ。

尿道鏡像ハ粘膜ガ灰白乃至灰白色ヲ呈シ、強靱ニシテ尿道鏡管ノ壓迫ニテ引キ込ムコトナク中心像ハ開大セリ、狹窄ヲ確メタル時ハ如何ナル程度マデ膀胱、腎臟又ハ其他ノ合併症ノ存在スルヤヲ確定セザル可カラズ。

尿検査ニテ常ニ尿量増加シ比重小ニシテ少シク蛋白ヲ含有セルモノハ尿停滯ノ已ニ腎臟ヲ障碍セルコトヲ殆ンド確實ニ指示シ、全尿ノ一樣ニ濁濁シ白血球ヲ多量ニ含有スルハ狹窄ヨリ上方ノ加答兒性感染アルヲ示スモノナリ、膀胱内ニアル結石其他ノ診斷ニ器械ヲ用フルコトハ狹窄擴張ノ後ニ

於テ之ヲ行フ可シ。

療法 外尿道口ノ狹窄ハ先天性、後天性何レモ治療法簡單ニシテ局所麻醉ノモトニ小澤式尿道外口計ヲ挿入シ、繫帶ノ方向ニ向ヒテ薄キ皮膚ヲ以テ成レル尿道壁ヲ缺ニテ切り、シヤリエール氏二十五乃至二十八號ノブリーヂヲ通過スル様ニナス可シ、創面ノ互ニ癒着スルヲ避クルニハ尿道粘膜

第九圖



小尿道外口計式

ト龜頭皮膚トヲ數針縫合スベシ、創面角ニガーゼヲ挿入シ排尿毎ニ之ヲ取り代フルモノナリ、金屬消息子又ハ小澤式又ハヂッテル氏尿道外口計ニテ鈍力ヲ以テ擴

張スルハ一般ニ推賞セラレズ、結果良好ナラザレバナリ、強大ナル器械ヲ挿入シテ検査ヲ行フ爲メニ一時的擴張ヲ要スル時ノミ之ヲ用フベシ、深部ニアル狹窄ノ治癒ニ對シテハ左記ノ方法ヲ用フベシ。

- 一、直徑次第二大ナル器械ニヨル擴張療法。
- 二、尿道内截開術。
- 三、尿道外截開術ヲ行ヒ之ト共ニ狹窄ヲ切除シ又ハ切除セズ。
- 四、狹窄ヨリ後方ニ瘻孔ヲ造ルコト。

一、擴張療法 Erweiterungsmethode

合併症ナキ場合ニハ一般ニ此方法ヲ行フ、通常臥床スルノ要ナク職業ヲ妨ゲザルヲ以テ長所トス、此方法ニハ通常重キ金屬ブージーヲ用フ、其ノ滑カナルト硬キトニヨリテ容易ニ狹窄部ヲ通過シ浸潤ヲ吸收セシム、故ニ弾力性護膜又ハ絹糸製ブージーニ比シテ容易ニ擴張ノ效ヲ奏スルモノナリ。餘リ狭カラザル場合ニハ金屬ブージーハ第十四號ヨリ始メ、殺菌セルオレーフ油ヲ以テ滑ニスルコトヲ必要トス、多クハ其重量ニヨリテ容易ニ通過スルモ或抵抗ニ防ゲラル、時ハル、フオー氏ノ誘導ブージー若クハ尖端圓錐形ナル弾力性ブージーヲ用フベシ、弾力性ブージーニヨリテモ假尿道ヲ造ルコトアレバ注意スベシ。

多クノ臨床家ハブージーヲ永ク三十分以上尿道内ニ挿入シ置クモヤール氏ハ狹窄部ヲ通過セバ直ニ之ヲ抜クヲ良シト云ヘリ、蓋シ氏ノ經驗ニヨレバ永ク挿入シ置クモ目的ヲ達スル能ハズシテ却テ屢々尿道熱ヲ起スモノナレバナリ。

毎日常第二大ナル番號ノモノヲ挿入シ他ノ部分ヨリモ廣ク擴張ス可シ、擴張大ナル程結果良好ニシテ、再發スルコト少ナケレバナリ、外尿道口ノ比較的狭キハ防害トナルモノニアラズ、唯非常ニ狭キ時ハ缺ニテ切り擴張スベシ。

金屬ブージー廿八號以上ノモノ、挿入困難ニシテ疼痛甚ダシキ時ハ尿道擴張器ヲ使用シテ三〇乃至三五號ニ達セシムベシ、十四號以下ノ金屬ブージーハ假尿道ヲ造ル恐アルヲ以テ使用ス可カラズ、

宜シク、フオー氏ノ方法ヲ用フベシ、即チ先ヅ細キ弾力性誘導ブージーヲ挿入シ其外端ニ金屬ブージーヲ取り付ク可シ、シャリエール氏第六號ヨリ二十號マデ備フルコトヲ必要トス、此方法ニ於テハ多少ノ力ヲ加フルモ假尿道ヲ造ルコトナケレドモ、唯假尿道ニ誘導ブージーノ進入シ又ハ金屬接合點ガ摩擦シタル時ニハ、誘導ブージーハ銳角ニ屈曲シテ金屬部ハ組織中ニ穿入セラレ又ハ折レテ膀胱内ニ殘ルコトアリ、故ニ挿入ノ前、必ズ誘導ブージーニ破損ナキカ否ヤヲ検査シ置カザル可カラズ。

誘導ブージーヲ挿入シ能ハザル時ハ、金屬ブージーヲ狹窄部マデ挿入シテ之ヲ龜頭ニ絆創膏ニテ固定シ翌日マデ留置ス可シ、排尿ハ之ニヨリテ防ゲラル、コトナク容易トナル可シ、廿四時間後ニ狹窄部ハブージーノ刺戟ニヨリテ著シク擴張シ、細キ誘導ブージーヲ容易ニ挿入シ得ルニ至ルモノナリ、翌日ヨリブージーノ大サヲ増大シテ挿入シ數分以上尿道ニ置クベカラズ、誘導ブージーノ挿入ニハ粘滑劑トシテ殺菌オレーフ油ヲ多量ニ用フルヲ良シトス、小注射器ニテ尿道内ニ注入スルモノナリ、ブージーノ容易ニ狹窄部ヲ通過セザル時ニハ陰莖ヲ強ク上方ニ引キテ尿道皺襞ヲ出來ル丈ケ伸展セシメ、注意シテブージーヲ以テ探リナガラ狹窄部ヲ通過セシム可シ、治療ニ永ク時間ヲ費ス所ノ著シキ狹窄ニハ糸狀ブージーヲ用フルヲ可トス、挿入ノ難易ハ時トシテ尖端ノ形ニ關係スルコトアリ、故ニ大ナル球頭又ハ小ナル球頭ヲ有スルモノ、唯ニ丸クナレルモノ或ハメルシエ氏彎曲ヲ

ナセルモノ、鎗狀形ノモノ等ヲ備フ可シ、多クノ糸狀ブージーヲ同時ニ挿入シテ試ムル時ハ、其内一本ノ容易ニ挿入セラル、コトアリ、又尿道鏡下ニ糸狀ブージーヲ挿入シ得ルコトアリ。

凡テブージーノ挿入ニハ力ヲ用ヒテ疼痛ヲ與フ可カラザルモ、劇シキ疼痛ヲ訴フル者ニハ五%コカイン液ヲギヨン氏點滴器ニテ注入スル時ハ、粘膜ノ腫脹ヲ去リ容易ニ擴張シ得ルモノナリ。

何レノ方法ヲ用フルモ誘導ブージーノ通過困難ナルコトアリ、然レドモ之ヲ以テ直ニ手術ノ適應症トナスベカラズ、二、三日間反復スル時ハ幸ニシテ通過スルコトアレバナリ。

絶對尿閉ヲ來サバ晝間數回耻骨上ニ於テ細キ針ヲ以テ穿刺スベシ、同時ニ誘導ブージーヲ反復スル時ハ多クノ場合誘導ブージーヲ挿入シ得ルモノナリ。

擴張療法ノ間ニハ食餌ニ制限ナケレドモ、多量ノ飲料ヲ攝取セシムレバ尿道ヲ洗ヒ濃厚ナル尿ノ刺戟ヲ避ケ得可シ、膀胱炎ノ豫防トシテ常ニ白檀油又ハウロトロピンヲ處方ス可シ、狹窄ガ尿道擴張器ニヨリテ卅五番ノ大サニ達セバ次第二挿入ノ間隔ヲ大ニシ、先ヅ八日、次デ十四日、次デ四週間ノ間隔ヲ置ク可シ、後ニハ十二週間ノ間隔ヲ置キテ廿六又ハ廿七號ヲ挿入スベシ、再發ノ傾向大ナルモノニハ一度ニ廿七號ノ挿入ハ容易ナラズ、三ヶ月間ニ再發ナキ時ハ更ニ間隔時ヲ増加スベシ、サレド全ク検査ヲナサズシテ永ク放置スルハ良シカラズ。

上記ノ方法ハ永キ時日ヲ要スルヲ以テ一回ニシテ擴張スルコトアリ、廣キ狹窄ニアリテハ一回ニ

金屬ブージー二十號ヨリ直ニ反復増大スベシ、狹キモノニアリテハ糸狀ブージーヲ良シトス、後者ニアリテハ金屬ブージーヲ之ニ繋ギ第二十號ニ至ラシムベシ、其レヨリ大ナルヲ用フルニハ誘導ブージーヲ要セズ、金屬ブージーノミニテ擴張スベシ、此方法ハ漸進的擴張法ニ據ルヨリモ困難ナラズシテ良法ナリ、麻酔ハ行フヲ可トスレドモ必シモ必要ナラズ、局處麻酔ハ五%コカイン液ノ點滴ニテ充分ナリ、出血ハ僅少ナレドモ二十四時間留置カテーテルノ挿入ヲ要スルコトアリ、尿道熱ニハキニーネヲ用フベシ、擴張療法ノ前一時間ニ一瓦ヲ與フレバ豫防シ得ベシ、一日間ハ臥床セシムルヲ可トス、治療期間及ビ再發傾向ハ徐々ニ擴張スル方法ト差異ナシ、後出血及ビ後療法ハ漸進的擴張療法ト同様ナリ。

尙此方法ハ種々ノ點ニ於テ利アリ、即重症ナル膀胱炎又ハ腎臟疾患ハ留置カテーテルヲ必要トスルコトアルモ、漸進的擴張法ニ於テハ第一日ニハ通常擴張不充分ニシテ挿入スルコト能ハズ、又不充分ニ擴張セラレタル尿道ハ器械挿入ノ反應トシテ粘膜ノ腫脹ヲ來シ絶對尿閉ヲ來スコトアルモ、之ニ反シテ急速擴張法ニアリテハ一回ノ擴張ナルヲ以テ尿道ヲ充分ニ消毒シ得ルノ利益アリ。

急速擴張法ノ適應症ハ一、膀胱炎及腎盂炎アル時、二、外界ノ状態ガ永ク治療ヲ許サバル時等ナリ、

II、尿道内截開術。Urethrotomia interna.

前記ノ擴張療法ニシテ目的ヲ達セズ、硬キ癭痕アリテ大ナルブージーヲ挿入シ能ハザル時、常ニ再發スル傾向アル時等ニハ尿道内截開術ヲ行フ、即尿道狹窄部ニ於テ三十號ノ廣サヲ得ルニ充分ナル丈ケ尿道内面ヨリ上壁中央ニ於テ血管少ナク勃氣組織ニ乏シキ部分ニ切開ヲ加フ可シ、唯尿道膜様部ニ於テハザントリン氏血管叢ヲ避ケテ下方ニ切開ヲ行フベシ。

此手術ニハ多數ノ器械アレドモ現今最モ多ク使用セラル、モノヲ舉グレバ、二枝ヲ有スル尿道擴張器ニシテ前端ニル、フョー氏ニ從ヒ糸狀ブージーヲ捻ヂ込ム様ニ裝置セラレ、前後二個ノオリーブニテ狹窄部ヲ精密ニ計リ、狹窄部以外ニ切開ノ加ハルヲ避ケ得ルモノナリ、切開ノ深サハ器ノ外端ニアル度盛ニ就テ讀ミ取ル可シ、著者ハ好シメメゾンネー氏ノ尿道截開器ヲ用フ、該器ハ有溝消息子ニ溝内ヲ滑リテ前後スル刀アリ、刀ノ尖端ハ鈍ニシテ前後ニ動カス時ノミ切開ヲ加ヘ得ル如ク造ラル、コルマン氏截開器ハ前尿道ニ使用シオリーブ狀ノ金屬ヲ附シテ擴張後ノ廣サヲ計リ得ベシ。手術ハ次ノ方法ニヨリテ行フ、即

- 一、五乃至一〇%ノコカイン水ニテ狹窄部ヲ麻痺セシムル外、腰椎麻醉ヲ用フ。
- 二、糸狀ブージーノ誘導ニヨリテ器ヲ挿入シ、刀ヲ溝ニ沿ヒテ押シ込ミ、狹窄部ヨリ後方ニ至ラシム、此際外部若クハ直腸ヨリ觸診ニヨリテ觸知シナガラ行フベシ。
- 三、刀ノ外端ノ度盛ヲ讀ミ希望ノ高サノ刀ヲ用フ。

- 四、狹窄ノ外端マデ刀ヲ引キ出ス。
- 五、刀ヲ抜キテ後、器ヲ引キ抜ク。

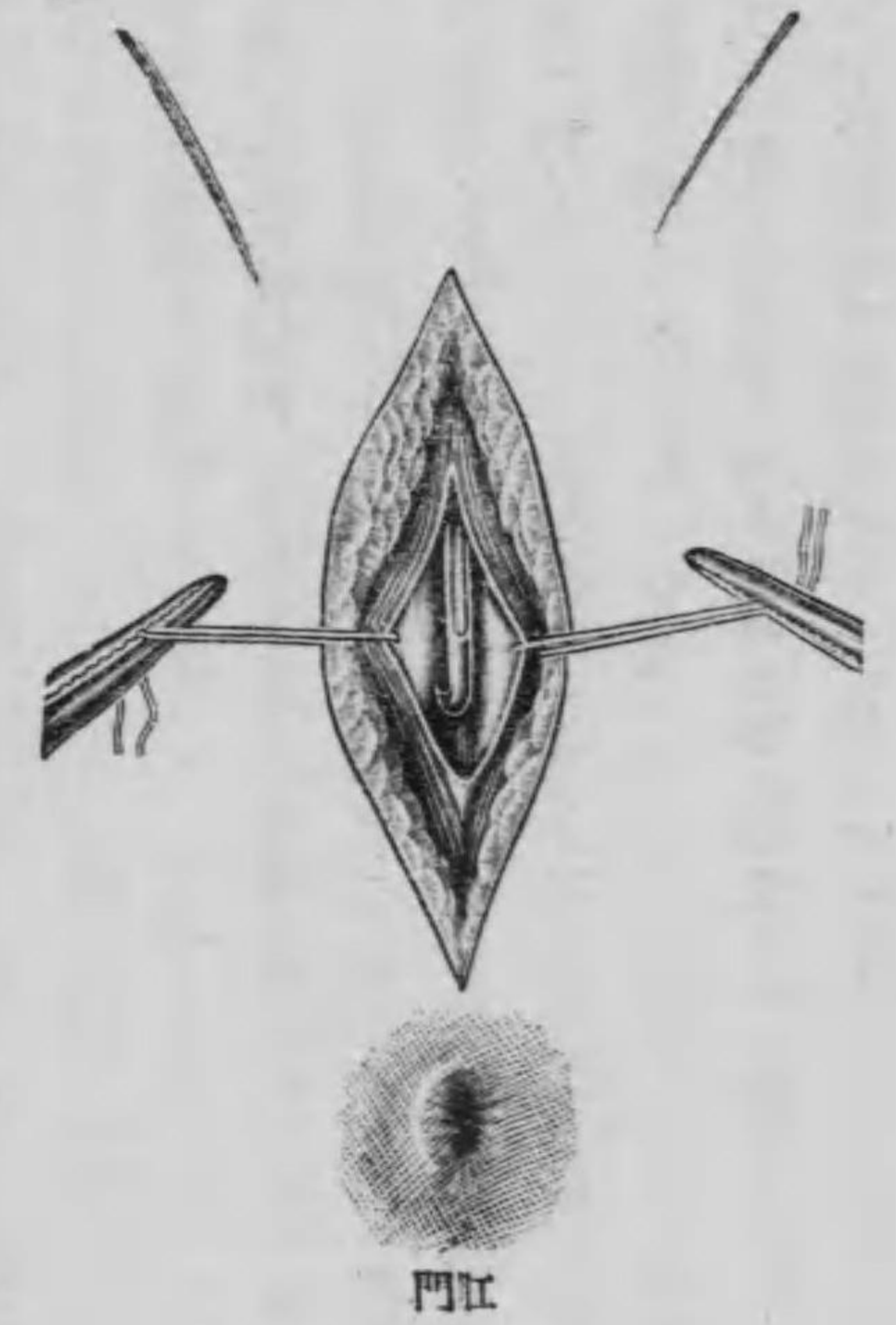
手術後直ニ大ナルブージーヲ挿入シテ檢ス可シ、然ル後一、二日間留置カテーテルヲ置キ、之ヲ以テ止血シ傷創ノ尿ニヨリテ洗ハル、コトヲ避ク可シ。

手術ノ結果ハ強大ナル金屬ブージーノ挿入療法ニヨリテ確實ニスベシ、即尿道ノ疼痛ノ無クナルヲ待チテ後療法トシテ一週二回宛ブージーヲ挿入スベシ、再發シ易キヲ以テ擴張療法ニ於ケル如ク手術後時々檢査スルヲ要スルモノナリ、傷ノ治癒ハ肉芽ニヨリテ行ハレ、尿道鏡ニテ檢査シ得ル深サノ二倍ノ癭痕ニテ治癒スルモノナリ、手術ノ危険ハ少ナク死亡率ハ僅ニ〇、五乃至一、〇%ナリ。

三、尿道外截開術 *Urethrotomia externa.*

- 一、狹窄ガ糸狀ブージーノ挿入困難ニシテ前記ノ方法ニテ目的ヲ達シ能ハザル時ニ之ヲ行フ。
 - 二、局所ノ合併症トシテ殊ニ尿浸潤、大ナル尿道周圍膿瘍、尿癭等アル時ニ用フ。
- 手術ハ次ノ如クニシテ行フ、先ヅ患者ヲ截石位即チ上腿ヲ強度ニ屈曲シテ充分ニ股間ヲ擴ゲ、仰臥シテ凸側ニ溝アルブージーヲ尿道ニ挿入シ、誘導ブージーヲ通過スル時ハ金屬ブージーヲ狹窄部マデ挿入シ、狹窄ヲ通過シ得ザル時ハ特ニ強大ナル金屬ブージーヲ狹窄部マデ挿入シ、中央ニ於テ縱走切開ヲ加ヘ、軟部ヲ尿道マデ切り、挿入セルブージー上ニ於テ狹窄部ヲ開キ、狹窄ガ通過ヲ許サザル

第九圖



尿道外截開術

リ二、三日毎ニ金屬ブージーヲ全尿道ニ挿入スベシ、後療法ハ手術後直ニ發生スル狹窄ノ豫防ニ對シテ重要ナリ、後療法及ビ後ノ検査ハ擴張療法ニ於ケルト同様ナリ。

手術中ニ狹窄部ノ尿道ヲ發見スルコト能ハザル時ハ狹窄部ヲ切除シ、兩尿道端ヲ縫ヒ合ハシ、一部後壁ニ縫ヒ付ク可シ、四種以內ノ缺損ハ之ヲ補フコトヲ得ベク、尿道周圍ノ縫合ハ少許ノ缺損ノ時、無菌ノ時ニ於テノミ行ハレ、留置カテーテルヲ置キ外側ノ傷創モ全然縫合スベシ、ブージーノ挿入

時ハ狹窄外端ニ於テ尿道ヲ切リ、此處ヨリブージーヲ挿入シテ狹窄部ヲ開キ、此所ヨリ護謨製カテーテルヲ挿入シテ之ヲ皮膚ニ一、二ヶ所ニ於テ縫ヒ付ケ、創面ニ良好ナル肉芽ノ擧ガルヲ待チテ全尿道ニ留置カテーテルヲ挿入ス、カクテ肉芽ノカテーテルヲ包ムニ至ラバカテーテルヲ抜き去

及ビ検査ハ此時モ亦必要ナリ、切除セル尿道長キ時ハ缺損ノ跡ニ皮膚片ヲ以テ蔽ヒ又サフェーナ靜脈又ハ蟲狀突起ニテ補フコトアリ。

四、瘻孔ヲ置クコト。Anlegen einer Fistel.

前記ノ手術ガ效ヲ奏スル見込立タズ外傷ニテ廣キ部分ノ硬キ狹窄ヲ殘ス時ハ、狹窄部ヨリ深部ニ瘻孔ヲ置クベシ、即尿道ヲ狹窄部ヨリ後方ニ於テ切開シ外皮ト縫合ス、之ニヨリテ尿ハ隨意ニ排出セラレ交接ハ可能ナレドモ射精ハ瘻孔ヨリスルヲ以テ不妊症ヲ惹起スベシ。

一、女子尿道狹窄 Strikturen beim Weibe

女子ノ尿道狹窄ハ男子ニ於ケルヨリモ遙ニ稀ナリ、殊ニ淋疾ニ因スルコト殆ンドナシ、尿道ノ解剖的狀態ガ短ク廣クシテ簡單ナル構造ヲ有シ、男子ノ如ク長クシテ多クノ分泌腺ヲ有セザルヲ以テ、淋疾炎症ノ永ク存在スルコトナク又外傷ヲ受ルコトモ少ナクレバナリ。

狹窄ノ原因ハ主トシテ分娩時ニ於ケル尿道ノ外傷、會陰部ヲ打ツコト、結石ノ排泄、異物ノ傷害、花柳病ニヨル癰痕等ナリ。

症候 男子ト異ナラズ、排尿困難トナリ第二次ニ膀胱、腎臟ニ變化ヲ來シ細菌感染ヲ惹起ス。

診斷 男子ニ於ケル如クシ、尙全尿道ヲ腔ヨリ觸診スル時浸潤アリヤ、外傷後ノ癒著不全アリヤ

ヲ觸知シ得可シ。

療法 膾ヨリ指ニテ探リツ、ブージーヲ挿入シテ男子ニ於ケル如ク擴張ス可シ。

一三 尿道ノ結石及ビ異物 *Steine und Fremdkörper der Harnröhre*

尿道結石ハ即チ尿道内異物ニシテ尿道内異物ハ又結石ヲ形成スルコトアリ、尿道結石ハ尿道内ニテ出來ルコトアリ或ハ上方尿路又ハ攝護腺ヨリ此處ニ達シテ増大スルコトアリ、初メヨリ尿道内ニ出來ルコトハ稀ナリ、尿道ノ或部ニ尿ノ停滞シ尿ノ分解シテ鹽類ノ沈着スルヲ條件トス、尿路ノ狭窄ニテ通過困難ナラバ結石ノ形成ハ促進セラル、モノナリ、通常尿道ノ狭窄症ニ於テ之ヲ見ル可シ、膀胱又ハ攝護腺ヨリ來ル結石ニアリテモ狭窄アラバ排出困難ニシテ此處ニ結石ヲ形成ス、此外結石ハ殊ニ尿道膜様部ニ生ズ、他ノ部ニ於テモ見ラル、コトアリ、内尿道口内ニ又ハ尿道攝護腺部ニ結石アラバ膀胱ノ方ニ擴大シテ所謂煙管狀結石 *Meikensstein* ヲ造ルニ至ルモノナリ。

尿道内異物ハ殆ンド常ニ尿道外口ヨリ入ルモノナリ、例外トシテ骨片ガ外傷ニヨリテ組織内ニ侵入シテ尿道内ニ達シ、木片及彈丸ガ直接外皮ヲ破リテ尿道内ニ入ルコトアリ。

尿道内異物ハ統計ニヨレバ其種類甚ダ多ク、主トシテ手淫ノ目的、過失、好奇心又ハ治療ノ目的等ニヨリテ挿入セラレ、消息子、ブージー、カテーテル等ノ斷片、ペン軸、鉛筆、蠟燭、縫針、豌豆、

蠶豆、穀物 穂等ナリ。

症候 結石及ビ異物ハ殆ンド同様ナル症狀ヲ呈シ、其形狀及ビ大サニヨリテ差異アルモノナリ、即平滑ナルモノハ尿道内ニ在リテ永ク症狀ヲ起スコトナク、結石ハ次第ニ増大シテ甚タシク大トナルモ數年症狀ヲ呈セザルコトアリ、小ナル異物ニテモ尿道ヲ塞サギ排尿ヲ障碍スルコトアリ、疼痛ノ發生ハ異物ノ形狀及ビ外面ノ状態ニ關係スベク、尖リタル粗面ノ結石及尖リタル異物ハ甚ダシキ疼痛ヲ發生スルモノニシテ、殆ンド常ニ尿道炎ヲ起シ、屢々劇シキ膿漏ヲ來シ、輕症ニハ凝塊及ビ淋糸ヲ第一器尿ニ見出ス可シ。

診斷 單ニ尿道内異物ノ診斷ヲ以テ満足スルコトナク、出來ル丈精密ニ大サ、形狀、硬サ、表面ノ状態、位置(尖端前後何レニ向ヘルカ)等ヲ知ルコトヲ必要トス、是レ治療ノ方針ヲ定ムルニ重要ナレバナリ、充分精密ナル診斷ヲ下サント欲セバ次ノ検査ヲ行フベシ、即チ一、視診、二、觸診、三、消息子検査、四、尿道鏡検査、五、レントゲン検査、是ナリ、尿道内ノ大ナル異物又ハ結石ハ周圍組織ヲ膨隆セシメテ一見之ヲ知り得ルコトアリ、外方、直腸又ハ膈ヨリ觸診スベシ、異物ニ移動性アリヤ摩擦音ヲ發スルヤ(多ク結石ニアリ)又其形狀ハ如何等ヲ精密ニ検査スルヲ要ス。

尿道内ニ挿入セル金屬ブージーノ尖端ヲ注意シテ異物ニ達セシメ、以テ其硬度及表面ノ状態ヲ偵察ス可シ、操作ガ異物ヲ深く侵入セシムルコトヲ防グ爲メニハ異物ヨリ中心ニ近キ部分ニ於テ外ヨ

リ異物ヲ固定シナガラ行フ可シ、小ナル異物、穿刺セル針、木片、結石ノ沈着セル糸等ハ尿道鏡下ニ診斷スル時最モ確實ナリ。

レントゲン検査ハ他ノ方法ニヨル診斷ヲ確實ニシ、非常ナル疼痛、炎症又ハ周圍ノ浸潤ニヨリテ他ノ方法ガ使用シ能ハザル時ニ之ヲ行フベシ、尖リタル異物ニテ疼痛甚ダシク局所検査困難ナル時、ブージーヲ通過セザル狹窄ノ後方ニアル結石、其他多數ノ尿道結石及ビ煙管狀結石ニテ膀胱ノ方ニ突出セルカ否ヤヲ確ムル時ニ最モ適當セリ。

療法 尿道内異物及ビ結石ヲ除去スルニハ次ノ方法ヲ用フ。

一、異物ノ摘出。二、異物ノ破碎、結石ノ摘出及ビ洗出、三、膀胱ノ方ニ異物ヲ押シ込ミ膀胱ヨリ後章ニ述ブル方法ニヨリテ取り出スコト、四、尿道外截開術ニテ取り出スコト。

此等ノ方法ノ内何レヲ用フ可キカハ異物ノ状態(位置、大サ及ビ表面等)及ビ尿道ノ状態(異物ガ尿道ノ前後何レニアルカ)及合併症(狹窄、尿瘻、膿瘍等)ノ如何ニヨリテ決定セラル、醫者ノ熟練、經驗及ビ器械ノ種類ニモ關係スルモノナリ、一般ニ餘リ大ナラズ尖銳ナラズ又角立タザル異物ハ尿道外口ヲ通ジテ取り出スコト通則トス、此場合ニモ深部ニ侵入スルヲ防グ爲メ外部ヨリ壓迫シテ行フ可シ、強ク洗滌シテ成功セザレバ尿道ヲ外方ニ壓シ然ル後異物鉗子ニテ尿道鏡下ニ又ハ之ナクシテ取り出ス様ニ試ム可シ。

第一 氏アチマ尿道異物鉗子



柔カキ異物、ブージー、カテーテル斷片、蠟燭等ハ多クハ此方法ニテ取り出サレ、大ナル結石ハ破碎シテ尿ト共ニ排出スルカ洗滌シテ出スコシ、攝護腺部ニアリテ殊ニ煙管形ヲナスモノハ膀胱内ニ押シ込ミ碎石抽出術ヲ行フベシ。

異物ノ性質及ビ位置ガ摘出ニヨリテ尿道ヲ傷害スル恐アル時ハ尿道外截開術ヲ行フ、此手術ハ又膿瘍、尿浸潤及ビ尿瘻ノ合併スル時ニモ行フモノナリ、無菌ノ時ハ留置カテーテルヲ置キテ創面ヲ縫合スベキモ、何レノ場合ト雖モ手術後ノ狹窄ヲ防グ爲メニハ時々大ナルブージーヲ挿入シテ檢ス可シ。

一四 尿瘻 Earröhre fisteln.

先天的ニ來ル外、後天的ニハ外傷(墜落、足蹴、異物等)ノ結果又ハ尿道ノ炎症(淋疾、尿道周圍膿瘍、尿浸潤、狹窄、結核等)ノ經過中ニ來ル、外傷性ニハ手術ニヨルモノアリ、尿道外截開術、會陰部攝護腺剔出術等ニヨリテ來ル。

外方ニ開クモノ、直腸及ビ膾ニ開クモノ等ヲ區別ス、外方ニ開クモノニ於テハ症狀ハ其位置及ビ長サニ關係シ、短カクシテ大ナル瘻孔ニハ尿ノ大量ガ瘻孔ヨリ出テ、長クシテ狭ク屈曲セルモノニアリテハ唯點滴スルニ止マル、尿道直腸瘻ニ於テハ尿ハ一部直腸ニ排泄セラレ主トシテ攝護腺膿瘍ノ直腸ニ破レテ起リ、膾ニ開クモノハ分岐ニ際シテ起ルモノナリ。

診察 尿道ノ附近ニアル穴ヨリ排尿時尿ノ排泄セラル、ニヨリテ知ラル、著シキ時ハ診斷困難ナラズ、唯極メテ僅少ナル液ノ瘻孔ヨリ出ヅル時ハ診斷困難ナリ、故ニ瘻孔ヨリ出ヅル液體ガ實際尿ナルコトヲ證明セザルベカラズ、膀胱ニメチレン靑液ヲ注入シ排尿時外尿道口ヲ指ニテ抑ヘ僅カノ液ニテモ著シク著色スルコトニヨリテ證明スルヲ可トス。

消息子ノ通過スル瘻孔ニアリテハ強大ナル金屬ブージーヲ尿道内ニ挿入シ、同時ニ細キ消息子ヲ瘻孔ニ入レテ尿道トノ關係ヲ知ルベシ、此際著明ニ金屬ノ音響ヲ感ズルコトアリ、時トシテハ尿道ニ於ケル開口ヲ尿道鏡ニテ見出し得ベシ。

尿道瘻ト膀胱瘻トノ區別ハ膀胱鏡ニヨリテ膀胱内ニ瘻孔ノ開口部ヲ見出スコトニヨリテ行ハル。
療法 先天的ナラザル多クノ瘻孔ハ時ヲ經ルト共ニ自然ニ治癒シ、其治癒歸轉ハ瘻孔ノ搔破、刺戟劑ノ注入(沃度丁幾)、留置カテーテルノ挿入等ニヨリテ促進セラル、此等ノ方法ニヨリテ效ナキ時例ヘバ唇狀又ハ狭クシテ堅キ瘻痕内ニアル瘻孔又ハ上皮ヲ以テ被ハレタル瘻管ノ如キハ瘻管ヲ剔

出し、瘻痕組織ヲ除去シ、尿道ニ通ズル瘻孔ヲ開キテ縫合セザルベカラズ、此縫合部ハ出來得ベクンバ健康ナル軟キ組織ニ於テシ、皮膚片ニテ被ヒ、數日間細クシテ軟キカテーテルニテ導尿スベシ。

一五 尿道腫瘍 Geschwülste der Harnröhre

通常吾人ハ尿道ボリーブ(茸腫)ナル名稱ノモトニ尿道ニ發生スル總テノ良性腫瘍ヲ總括シ、乳嘴腫 Papillome ハ柔軟ニシテ血管ニ富ミ絨毛性構造ヲ有シテ之ニ屬シ、其發生ノ原因ハ全ク不明ナリ、漿液性又ハ漿液性膿液ヲ漏シ、時ニハ出血ヲ來シ、稀ニハ全尿道ニ繁茂シテ排尿ノ障礙ヲ來シ、從テ又高度ノ尿停滯ヲ惹起スルモノナリ。

此外尖形コンデューローム Condyloma acuminatum ハ通常外部ヨリ尿道内ニ繁殖シ主トシテ尿道ノ前部殊ニ舟狀窩ニアリ、其外形及ビ構造ハ外陰部ノモノト異ナラズ、堅クシテ灰白帶赤色ヲ呈ス。

カルンクルス(尿道口贅肉)モ亦ボリーブニ屬シ、青赤色ニシテ血液ニ富ミ可成柔カクシテ主トシテ平滑ナル腫瘍ナリ、殆ンド常ニ女子尿道ノ外尿道口附近ニ發生シ、時トシテ粟大ヨリモ大ナレドモ多クハ豌豆大乃至棧實ノ半分ノ大サヲ有ス。

所謂ボリーブ又ハ囊腫 Cystoid ハ殆ンド常ニ慢性淋疾ヨリ發生シ、多クハ男子ノ後部尿道特ニコーベル氏腺ヨリ發生ス、通常廣キ基底ヲ有シテ唇狀ノ構造ヲ有セリ、腺ノ閉塞ニヨリテ發生スル

滯溜囊腫 Retentionszyste ナリ。

尙稀ニ見ルハ血管腫 Angiom 胞蟲、象皮病及組織學上ノ纖維腫 Fibrome 又ハ筋肉腫 Myome ナリ。
症候 尿道ノ悪性腫瘍ハ甚稀ニシテ肉腫及癌腫ナリ、癌腫ハ隣接器官ヨリ續發的ニ來ルコト多シ、此等ノ腫瘍ガ呈スル症狀ハ其ノ大サ及ビ位置ニヨリテ異レリ、通常排尿ノ障碍ヲ起シ、尿道内ノ疼痛ハ排尿ト關係ナク又ハ特ニ排尿時ニ屢々存在スルモノナリ、後部尿道又ハ膀胱ノ入口附近ニ存在スル時ハ、強度ノ尿意頻促ハ唯一ツノ甚ダ不快ナル症候ニシテ客觀的ニハ通常主トシテ唯僅少ノ排泄物アルノミ、即尿道口ヨリ排泄物アリ又ハ第一器尿管濁ス、突發的出血殊ニ排尿終末ニ於ケルモノハ常ニ來ル症候ニハアラザレドモ器械挿入ニ際シテ深キ注意ヲ拂フト雖モ出血ノ傾向ヲ促スモノナリ。

通常神經質ノ男子ニ見ル排尿障碍ハ尿道ボリーブヲ考慮ニ置カザル可カラズ。
診断 外尿道口ニ近キボリーブノ診斷ハ尿道口唇ヲ開キテ單ニ視診ニヨリテ知ラル、モ、深部ニアルモノハ唯尿道鏡ニヨリテノミ診斷セラル、堅キ筋腫及ビ纖維腫ハ外部ヨリ又ハ消息子ニヨリテ確定セラル。

療法 金屬ブージーノ挿入ニヨリテ偶々除去セラル、コトアレドモ尿道内腫瘍唯一ノ根本的療法ハ手術ナリ、外尿道口ニ近キモノ、ミハワゼリンニテ周圍ヲ保護シレゾルチン末ヲ散布シテ數日内ニ治癒セシメ得レドモ電氣燒灼ニヨリテ破壊スルヲ便トス、直接ニ到達シ得ベキボリーブ殊ニ大ナルカルンクルスハ之ヲ缺ミテ引キ出シ柄ヲ圓ク切取り其缺損部ヲ縫合スベシ、深部ニアルボリーブハ尿道鏡検査ノ下ニシュリンゲ又ハ缺ニテ除去シ、其底面ハ電氣燒灼ニヨリテ凝固セシメ或ハ硝酸銀棒ニテ腐蝕スベシ、近來ハチアテルミーニヨル外科的凝固療法ニヨリテ尿道鏡下ニ燒灼シ、悪性腫瘍ハ早期ニ剔出シ又ハ陰莖ノ切斷術ヲ行フベシ。

一六 尿道脫 Urolaps der Harnröhre

常ニ女子ニ視ラレ、尿道ノ一部ガ脫出スルカ又ハ全周邊ガ脫出スルカニヨリテ一部或ハ全尿道脫ヲ區別ス、尿道脫ハ徐々ニ或ハ腹壓(咳嗽)ニ次ギテ急激ニ發生ス、尿道粘膜ノ炎症、手淫、反復セル分娩、外創等ハ其素質ヲ與フルモノナリ。

症候 症候ハ時ニ全ク缺除スレドモ多クハ排尿時ニ僅カノ熱灼感アリ、炎症ガ脫出セル粘膜ニ加ハル時ニハ殊ニ著明ナリ、排尿又ハ運動時ニ粘膜ガ衣類ト摩擦スレバ疼痛ヲ發生ス。

診断 輕卒ナル觀察ハ尿道ヨリ懸垂セルボリーブト誤ルコトアリ、消息子ノ挿入ニヨリテ直ニ之ヲ明瞭ニスルモノニシテ、即尿道脫ニアリテハ消息子ガ中央ニテ検査スベキ突起物ヲ通ジテ膀胱ニ挿入セラル、モ、ボリーブニアリテハ常ニ偏リテ挿入セラル、モノナリ。

療法 新鮮ナル場合ニハ脱出セル尿道壁ヲ復歸スルコトヲ試ムベシ、先ヅ指頭ヲ以テ脱出セル部分ヲ壓迫シ、大ナルネラトーン氏カテーテルヲ用ヒテ自然ノ位置ニ復歸セシメ、然ル後永ク臥床セシメテ腹壓ヲ避ケシム可シ。

再發起ル時或ハ脱出セルコト既ニ長時ニ渡レルモノニアリテハ復歸ヲ試ミルモ效ナシ、餘リ大ナラザル脱出ニアリテハ電氣燒灼ヲ行フヲ良シトス、尿道脱ニアリテハ放射狀ニ長サ約〇、五厘米宛各方面ニ燒灼ス可シ、癰痕萎縮ニヨリテ脱出セル尿道壁ハ後退スルモノナリ、又大ナル尿道脱ニアリテハ脱出セル部分ヲ切り取り其端ヲ互ニ縫合ス可シ。

一七 尿道ノ外傷

Traumen der Harnröhre

原因 尿道ノ外傷ハ分チテ二ツトス、單純ナル尿道創傷 *einfache Harnröhrenverletzungen* 及尿道挫傷 *Harnröhrenzerrissungen*

是ナリ、前者ハ異物、結石ノ尿道ヲ通過スル際、尿道ニ器械ヲ挿入スル時等ニ起リ、殊ニ金屬性カテーテル若クハブージー挿入ノ際ニ生ズ、貫通創傷ヲ假尿道 *Pseudo-Wage* ト云ヒ、高度ノ尿道狹窄、攝護腺肥大症等ニ來ルモノナリ。

症候及診斷 假尿道ニカテーテルヲ挿入スル時ハカテーテルハ斷續的ニ進行シ器械ニ沿ヒテ又ハカテーテル中ヨリ出血スルモノナリ、排尿ノ障礙ヲ來サバ、ルコトアルモ出血著シキ時ハ排尿困難ト

ナリ、腫脹若クハ括約筋ノ痙攣ノ爲ニ完全尿閉ヲ起スコトアリ、全身症狀トシテハ普通惡寒、戰慄、數日間ノ發熱ヲ供フモノナリ。

療法 輕キハ治療ヲ加フル必要ナクレドモ、假尿道ニ對シテハ狹窄ヲ擴張シテネラトーン氏カテーテルヲマンドリンノ補助ヲ藉リテ留置スベシ、發熱ニハ豫メキニーネ〇、五一一、〇瓦ヲ投與ス、狹窄ノ擴張シ難ク完全ナル尿閉ヲ起ス時若クハ出血ノ爲ニカテーテルヲ挿入スルモ排尿セザル時ハ、尿道外截開術若クハ高位截開術ヲ行ヒテネラトーン氏カテーテルヲ留置スベシ、著者ハ金屬ブージーニ因ル假尿道ニテ尿閉ヲ起シタル者ニ、止ムナク高位截開術ヲ施シテネラトーン氏カテーテルヲ挿入シ、遂ニ止血シ得タル二例ヲ有セリ。

一八 尿道裂傷

Zerreißenngen der Harnröhre

原因 尿道可動部ノ裂傷ハ頗ル稀有ナリ、粗暴ナル交接、劇烈ナル急性淋ニ於ケル勃氣、打撲、車轢、高壓ノ下ニ於ケル尿道内注入等ニ際シテハ粘膜ノ裂傷ヲ惹起ス。

會陰部ニ於ケル裂傷ハ狹窄ノ部ニ於テ已ニ述ベタリ。

裂傷ハ三度ニ分チ、第一度ハ海綿體內ニ溢血アリテ粘膜、結締織外膜ニ損傷ナキモノ、第二度ハ海綿帶ノ溢血ニ加フルニ尿道粘膜ノ裂傷ヲ呈スルモノ、第三度ハ海綿帶、粘膜及結締織外膜ニ裂傷

ヲ來セルモノナリ。

症候及診斷 症候ハ疼痛、出血、排尿障碍ニシテ第一度ハ短時間ノ疼痛、腫脹ヲ來シ溢血ハ直ニ吸收セラレテ排尿ニ障碍ナキモ、第二度ハ排尿時疼痛ヲ起シ排尿ハ緩慢トナリ血液ヲ混ジ著明ナル腫脹ヲ認ム、第三度ニ至リテハ大出血ヲ來シ外尿道ヨリモ出血シ若クハ膀胱内ニ注ギ裂傷部ニ溢血シテ腫脹ヲ生ズ、排尿ハ初メハ數滴ヲ洩スモ後遂ニ完全尿閉ニ陥リ劇痛ヲ訴フルモノナリ。

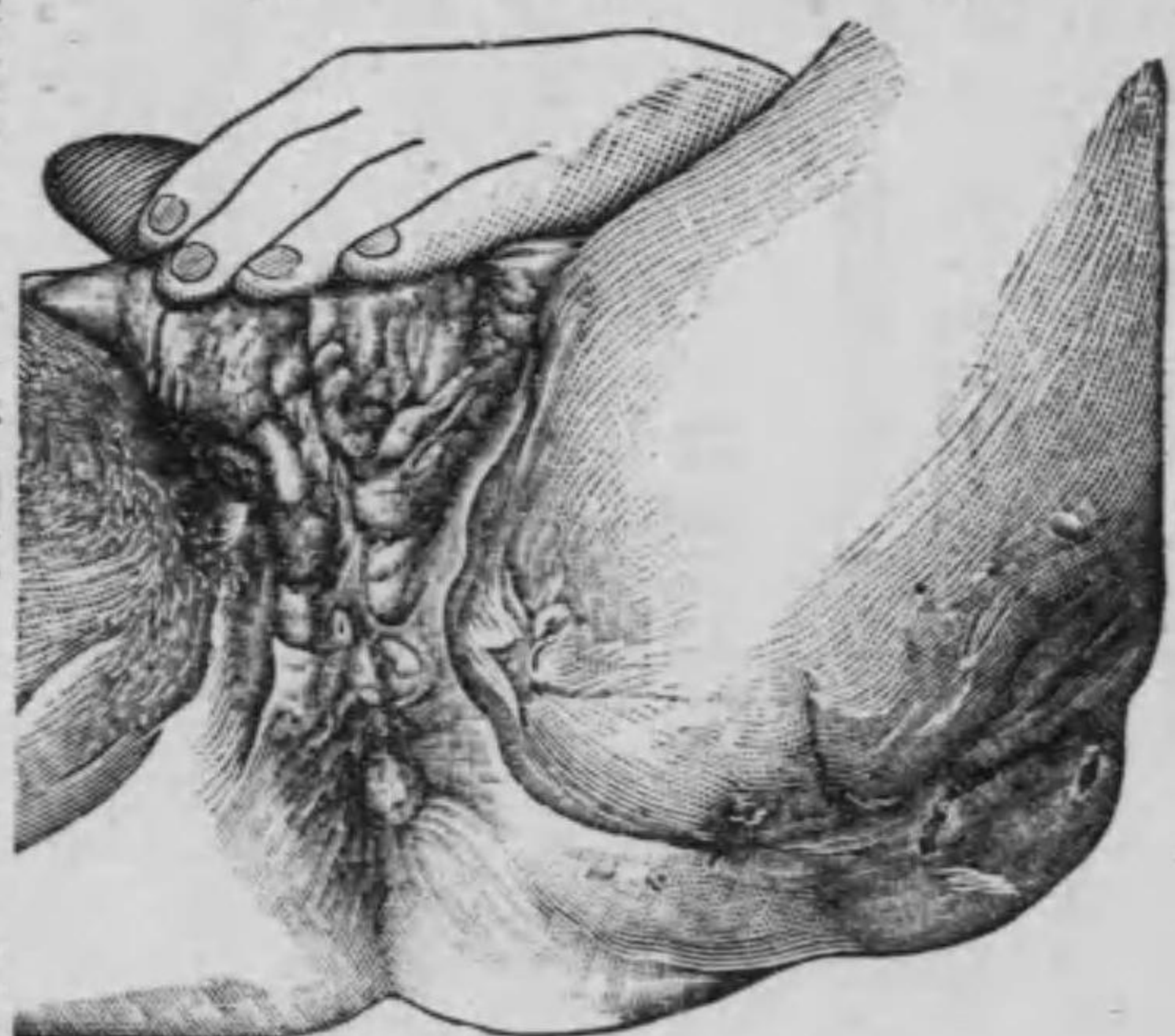
療法 第一度ニハ安靜ヲ命ジ冷卷法ヲ施シウロトロピンヲ處方ス、第二度ニ在リテハマンドリンノ力ヲ藉リテネラトン氏カテーテルヲ留置ス、第三度ニ至リテハ金屬ブージーヲ挿入シテ尿道外截開術ヲ施シ、凝血等ヲ排除シ、尿道ノ後斷端ヲ探リテ前端ト縫合シ、留置カテーテルヲ置クベシ、後斷端ヲ發見シ得ザレバ高位截開術ヲ施シテ逆行的ニカテーテルヲ挿入シ、其先端ヲ尿道口ヨリネラトン氏カテーテルニ連結シテ膀胱内ニ引キ戻シ之ヲ留置スベシ。

一九 尿浸潤及尿膿瘍

Harninfiltration und Harnabszess

尿道ノ一箇所ニ稍大ナル裂傷ヲ生ジテ尿道内ニ尿ガ滯溜セバ尿浸潤ヲ起シテ瀰蔓性ニ進行ス、損傷小ニシテ數滴ノ尿ガ之ニ浸入シ細菌其中ニ繁殖スル時ハ尿膿瘍ヲ生ズ、急性ト慢性トヲ區別ス。尿浸潤ハ結石又ハ異物ノ尿道通過、碎石器ノ挿入、狹窄部ノ後方ニ於ケル炎症性組織内ニ尿ノ浸

第一〇一圖



尿浸潤後ノ痕癍

潤スル時等ニ發生ス、必ズ粘膜ノ損傷アルヲ必要トス、浸潤ノ原發點ガ尿生殖隔膜ノ前方ニアル時ハ浸潤ハ會陰ヨリ陰囊、尿道、耻骨縫際、腹壁等ニ蔓延シ、後方ニアル時ハ浸潤ハ骨盤内ニ入リテ膀胱、直腸ニ進ミ前方腹壁ニ進行ス、皮膚ハ潮紅シ諸所ニ小ナル壞疽ヲ生ジテ組織破壊ヲ來シ皮下ヲ遠ク腋下ニ至ルマデ急速ニ進行スルコトアリ、陰囊ハ全滅シ睪丸ハ露出ス、全身症狀ハ惡寒、戰慄、高熱ヲ呈ス、尿毒症、敗血症等ニテ死スルコト多シ、早期ニ充分ナル切開ヲ施スベシ。尿膿瘍ハ粘膜ノ小損傷ノ外、尿道周圍炎、濾胞炎、濾胞周圍炎ニ細菌感染ヲ起シテ續發スレドモ、常ニ限局性ニシテ急性ニ於テモ初期ニハ苦痛輕少ナリ、皮膚潮紅スルニ及ビテ輕度ノ排尿障碍、壓痛及輕熱ヲ呈ス、自開スルマデ放置セバ尿瘻ヲ造ルヲ以テ廣ク切開ヲ加ヘ充分搔爬シテ堅クタンポンヲ置キ、内ヨリ肉芽ノ發生スル様ニシテ急速ニ治癒セシムベカラズ、慢性ニアリテハ永ク充實性腫瘍ノ如ク硬クシテ凡テノ症狀輕微ナリ

尿道粘膜炎ト癒着スル時ハ尿中ニ卒然排膿セラレ、コトアリ、早期切開ヲ加フベシ。

III 尿道軟性下疳 *Ulcers molle der Harnröhre*

症候 *デュクレ*氏連鎖狀桿菌ニヨル尿道ノ軟性下疳潰瘍ハ、尿道外口ヲ除キテハ稀有ニシテ尿道ノ前部ニ位シ、龜頭ノ後端ニ當ル部ノ後方ニ生ズ、排尿ニ際シテ疼痛ヲ感ジ膿分泌アルモ淋菌ヲ證明セズ、硬性下疳トハ硬結ト浮腫性腫脹トヲ缺グテ以テ區別ス、狹窄ヲ將來スルコトアリ。

療法 一〇%沃度ホルム、カ、オ酪ノ尿道坐藥ヲ挿入シ、尿道外口ハガーゼニテ縛シ暫ク坐藥ヲ尿道内ニアラシムベシ。

III 尿道微毒 *Ures der Harnröhre*

症候 尿道微毒ニ三型アリ、硬性下疳、第二期微毒及護膜腫是ナリ、其内硬性下疳最も多ク、最初ノ發見者ハリコール氏ナリ、冠狀溝ノ當リマデ生ジ硬キ結節トシテ觸知セラレ、其レヨリ前方ノ尿道ハ浮腫ヲ呈シ尿道口唇ハ腫脹シテ狹窄症狀ヲ呈ス、疼痛ヲ缺ギ漿液性膿性若クハ漿液性血性分泌物ヲ漏シ淋菌ヲ排除ス、尿道鏡ニテ検査スルコトヲ得ズ。

診斷 尿道周圍ノ浸潤ハ軟性下疳ニ比シテ經過永ク結節モ亦著明ナラズ、無痛性横痃、注入療法

ノ無効等ニヨリテ診斷セラレ。

第二期微毒ノ發疹ハ尿道鏡所見ニヨリテノミ診斷ヲ下シ得ルモノニシテ淋疾ノ如キ症候ヲ呈スルコトアレドモ、淋疾ノ療法ハ無効ニシテ淋菌ヲ發見セズ。

護膜腫ハ始メ限局性結節ヲナスモ後ニハ潰瘍ニ變ジ著シキ破壊ヲ招クコトアリ。

療法 サルワルサンノ注射、水銀療法(注射又ハ塗擦)、沃度加里ノ内服ヲ行フ。

III 陰莖ノ外傷 *Verletzungen der Penis*

陰莖ノ外傷ハ通常挫傷 *Quetschung* 折傷 *Fractur* 及脱轉 *Luxation* 是ナリ、挫傷ニハ海綿帶ノ溢血アリテ治癒後結節狀癭痕ヲ殘スモノナリ、大創傷ニハ尿道モ損傷セラレ、已ニ尿道外傷ノ條下ニ述ベタリ、陰莖脱轉ハ陰莖ガ陰囊内、上腿ノ皮下若クハ耻骨ノ上部ニ轉位スルモノニシテ陰囊部、股部、下腹部脱轉 *Luxatio penis, scroti, femoralis et hypogastrica* ト名ク、尿道ノ同時ニ損傷セラレ、コトアリ、陰莖ノ絞挫ハ夜尿症ノ患者、手淫ノ爲メ若クハ惡戯トシテ陰莖ニ異物ヲ箠メ又ハ糸ニテ縛リ以テ靜脈血ノ還流ヲ妨グルガ爲メ異物ハ皮膚ニ固着シテ取り去リ難ク、永キ時日ヲ經ル時ハ遂ニ尿道ノ切斷ヲ來シ尿瘻ヲ造ルモノナリ、著者ハ十五歳ノ男子ニ友人ノ惡戯ニヨリテ糸ノ絞挫ニヨル尿道切斷ヲ見タリ。

療法 挫傷ニハ安靜ヲ保チテ二%醋酸礬土水ノ冷卷法ヲ施シ、脱轉ニハ正常ニ復シテ止血、縫合等ヲ行フベシ、絞搾ニハ異物、糸等ヲ除去シ尿道ノ切斷ヲ來サバ縫合ヲ行フベシ。

二二三 龜頭炎(龜頭包皮炎) Balanitis (Balanopostitis)

龜頭、冠狀溝及ビ包皮ノ内板ヲ被ヘル粘膜炎ニ炎症ヲ發シテ膿ヲ分泌スルモノナリ。

原因 主トシテ包莖内ニ於テチソン氏皮脂腺 Tyson'sche Talgdrüse ノ分泌物ノ滯溜、分解、淋疾ノ膿汁、硬性及軟性下疳ノ膿汁、粗暴ナル交接、尖形コンジュローム、疱疹、濕疹、扁平コンジュローム等ノ刺戟ニヨリテ發生ス。

症候 自覺的ニハ搔痒、熱灼感、疼痛等アリ、包皮囊ハ腫脹シテ翻轉シ難ク、膿汁滯溜シ、包皮内板及龜頭表面ハ潮紅シテ糜爛シ、上皮剝脱シテ出血シ易ク、炎症性包莖 entzündliche Phimose 又ハ箱頓包莖 Paraphimose ヲ來シ遂ニハ壞疽ニ陥ルコトアリ、炎症ノ反復スル時ハ包皮ガ肥厚シテ狭ク翻轉シ難キ爲メ屢屢破裂ヲ生ズ、耻垢 Smegma ノ堆積シテ尿中ノ鹽類沈著スルニ至ラバ包皮結石 Trapped stone ヲ生ズ。

療法 清潔ハ豫防ノ第一ナリ、炎症ヲ起サバ五千倍昇汞水、三千倍過滿飽加里液、二%醋酸礬土水等ニテ洗滌シ、丹寧、デルマトール、アイロール、亞鉛華澱粉(等分)等ノ散布若クハ一—五%硝

酸銀液ノ塗布ヲ行ヒ、炎症ノ反復、炎症性包莖等ニテ包皮ノ翻轉シ難キハ包皮ノ切除術ヲ行フベシ。

二二四 包莖 Phimose

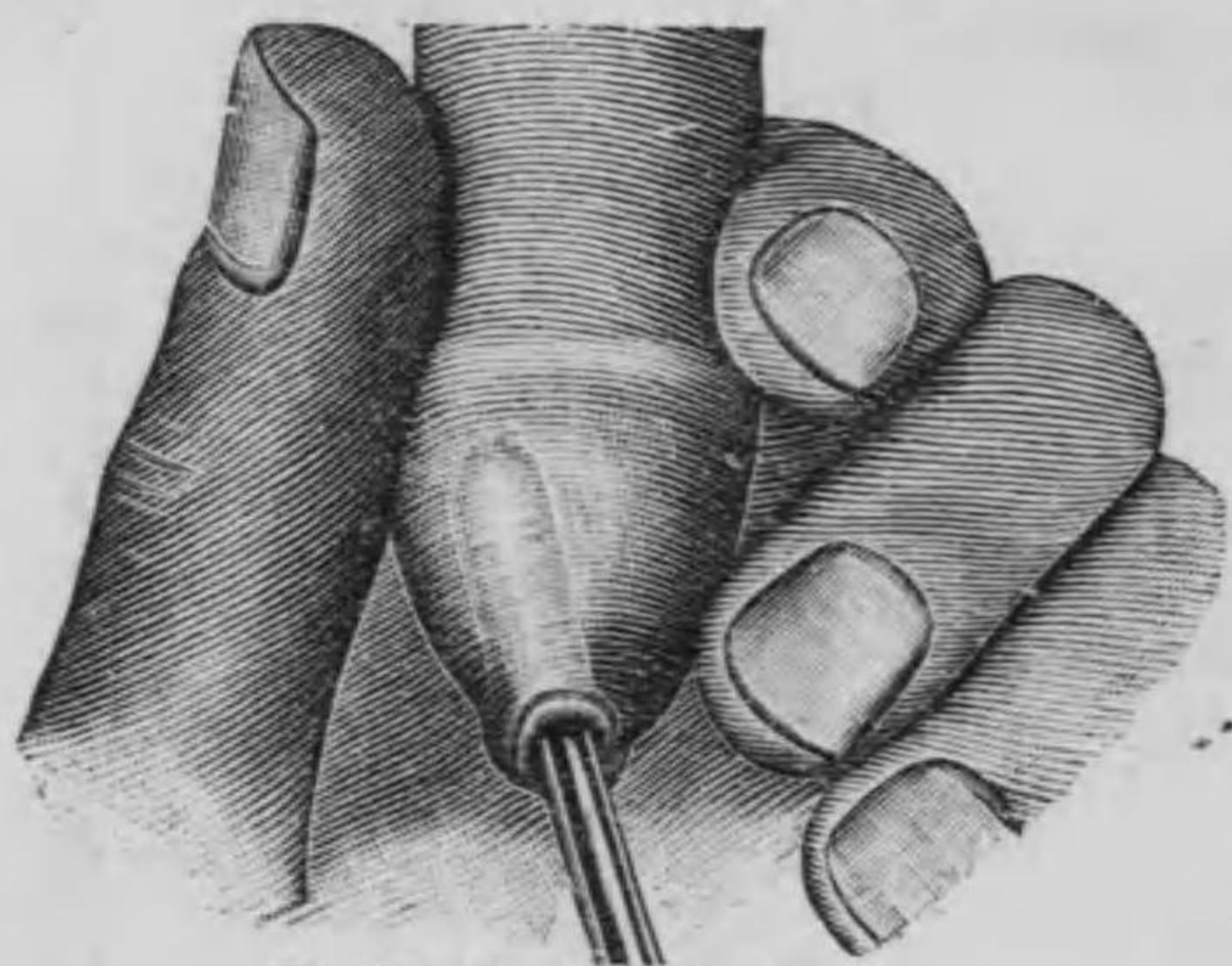
包莖トハ包皮狭小ニシテ長ク龜頭ヲ蔽フモノヲ云フ、先天性ト後天性トヲ區別ス、高度ナルモノハ

包皮ノ先端ニ針頭大ノ穴ヲ有シテ僅ニ排尿シ得ルニ過ギザルモ、輕度ニシテ翻轉シ得ベキモノト雖モ淋疾、龜頭炎、軟性及硬性下疳、尖圭コンジュローム、腫瘍、外傷等ニヨリテ龜頭ガ腫脹シ包皮ガ狭小ナル時ハ完全包莖トナリ、放置シテ忽諸ニ附スル時ハ浸蝕性潰瘍ヲ生ジテ遂ニ瘻孔ヲ形成スルニ至ルベシ。

療法 炎症性ノモノハ一%鉛糖水、五千倍昇汞水、二%醋酸礬土水、一%リゾール液等ノ局所浴ト共ニ該液ヲ前尿道注入器ニテ包皮内ニ注入シ冷卷法ヲ施スベシ、此方法ニテ效ナキ時ハ包莖手術ヲ行フ。

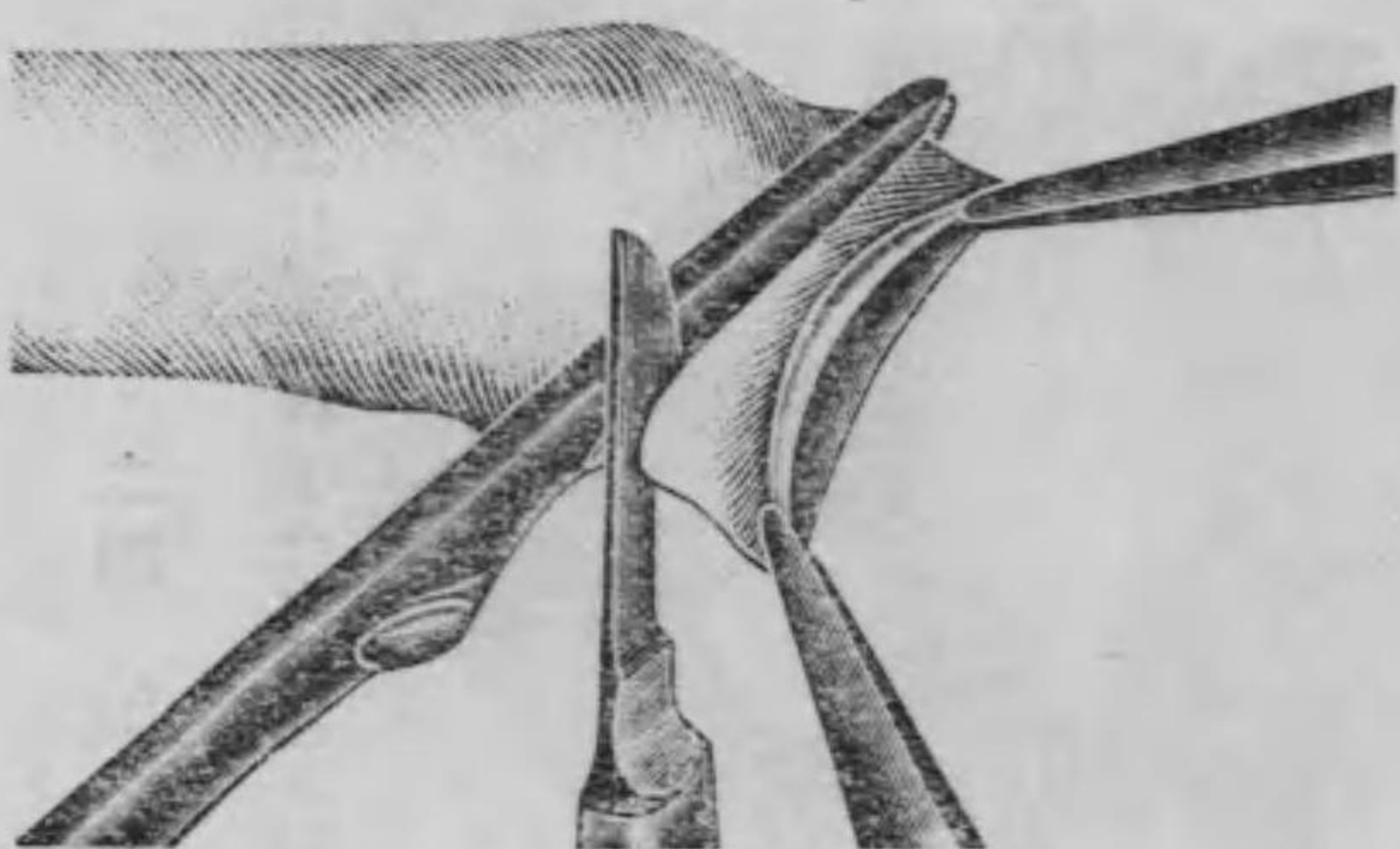
包莖手術ノ方法ハ先ヅ患者ノ陰毛ヲ剃リ又ハ短カク鋏ミ

第一〇二圖



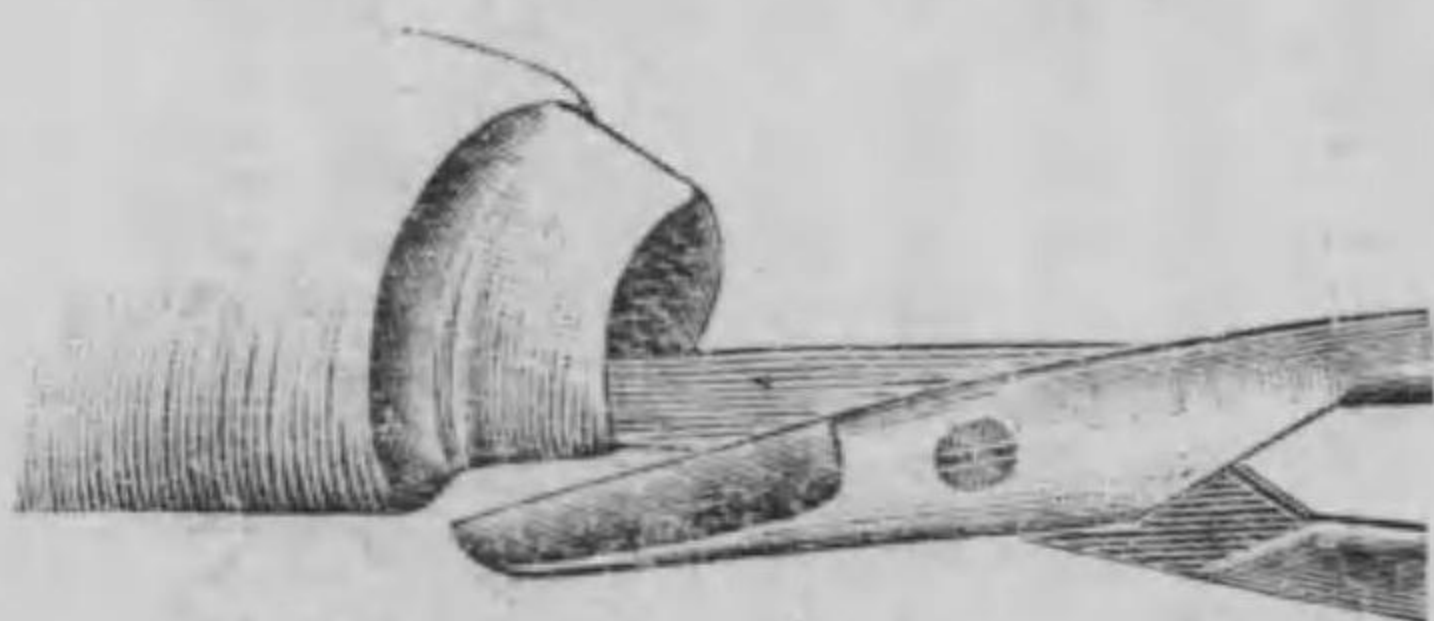
包皮背面截面開術

第一〇三圖



環狀包皮切除法其一

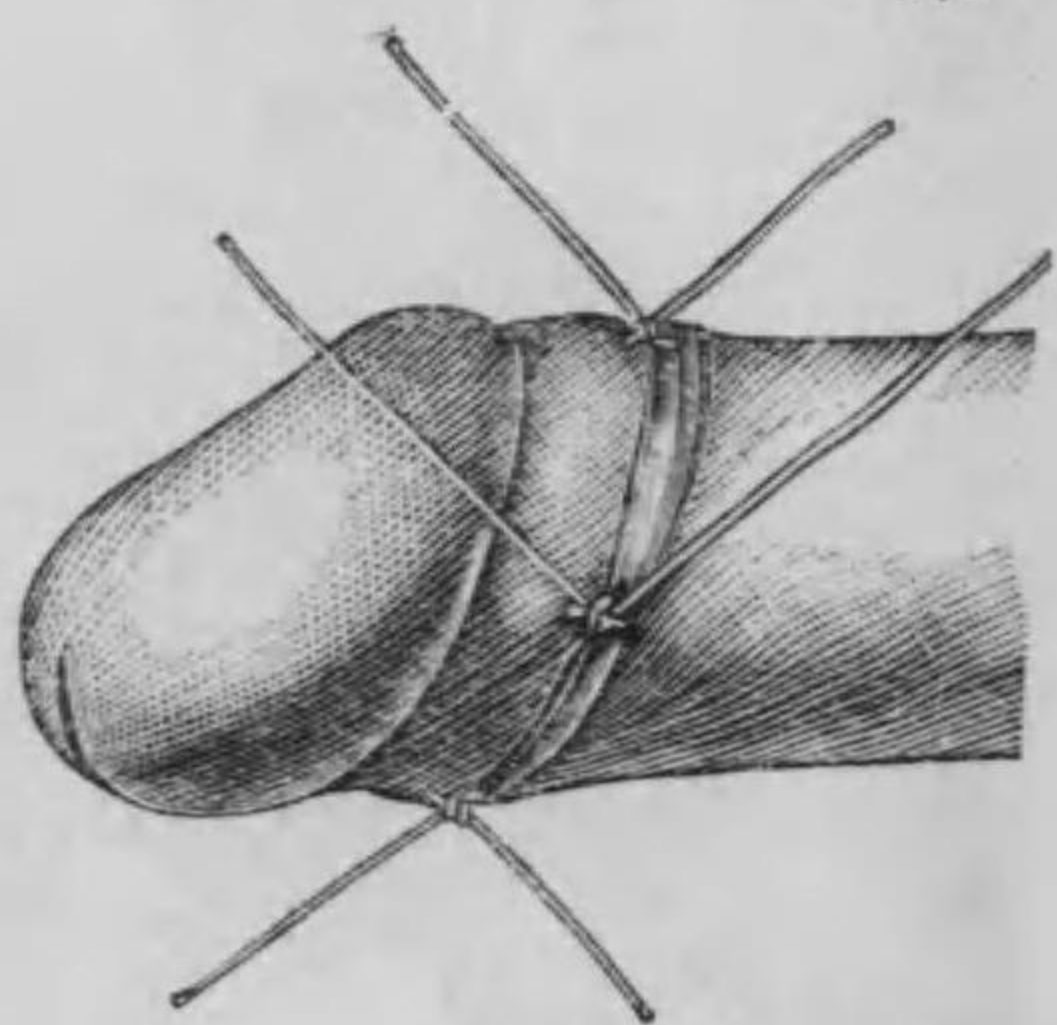
第一〇四圖



環狀包皮切除法其二

テ陰莖包皮内及龜頭ヲ消毒シ、陰莖根部ニ小護膜管製驅血帶ヲ置キ、其外方ニテ皮下ニ環狀ニ一
%ノボカイン(又ハノボカイン液一〇〇蚝ニ對シ三乃至五滴ノ千倍アドレナリンヲ加ヘタルモノ)ヲ
注射シ、殊ニ陰莖背面中
央線ノ左右ニハ稍大量ニ
注射シテ麻痺セシメ、包
莖ノ非常ニ輕度ナルモノ
及下疳ヲ患フルモノニハ
有溝消息子ヲ包皮ト龜頭
トノ間ニ挿入シテ單ニ背
面截開術 *Dorsalincision*
ヲ行ヒ、包皮内外兩板ヲ
缺ニテ切り兩側ニ於テ縫
合ス、包皮稍長ケレバ頂
點ヲ冠狀溝ニ向ケタル三
角形皮瓣ヲ兩板ヨリ切除

第一〇五圖



環狀包皮切除法其三

シ縫合ヲ行フベシ、此際小血管ト雖モアドレナリンヲ用ヒ
タル際ハ充分ニ止血スベシ。

環狀截除法 *Circumcision* ハ包皮ヲ前方ニ強ク引キ、龜頭ヲ
傷ケザル様鑷子ヲ以テ包皮ヲ龜頭ノ直前ニテ垂直ニ挾ミ、
内外兩板ヲ同時ニ截斷シ若シ内板尙過剩ナラバ更ニ之ヲ前
方ニ引キテ環狀ニ切除シ、特ニ繫帶部ノ止血ヲ充分ニシテ
内外兩板ヲ縫合ス、若シ包皮ノ内板龜頭ト癒着シ難キ
時ハ背面截開術ヲナシテ剝離シ環狀截除術ヲ行フベシ。

二五 包皮繫帶短縮症

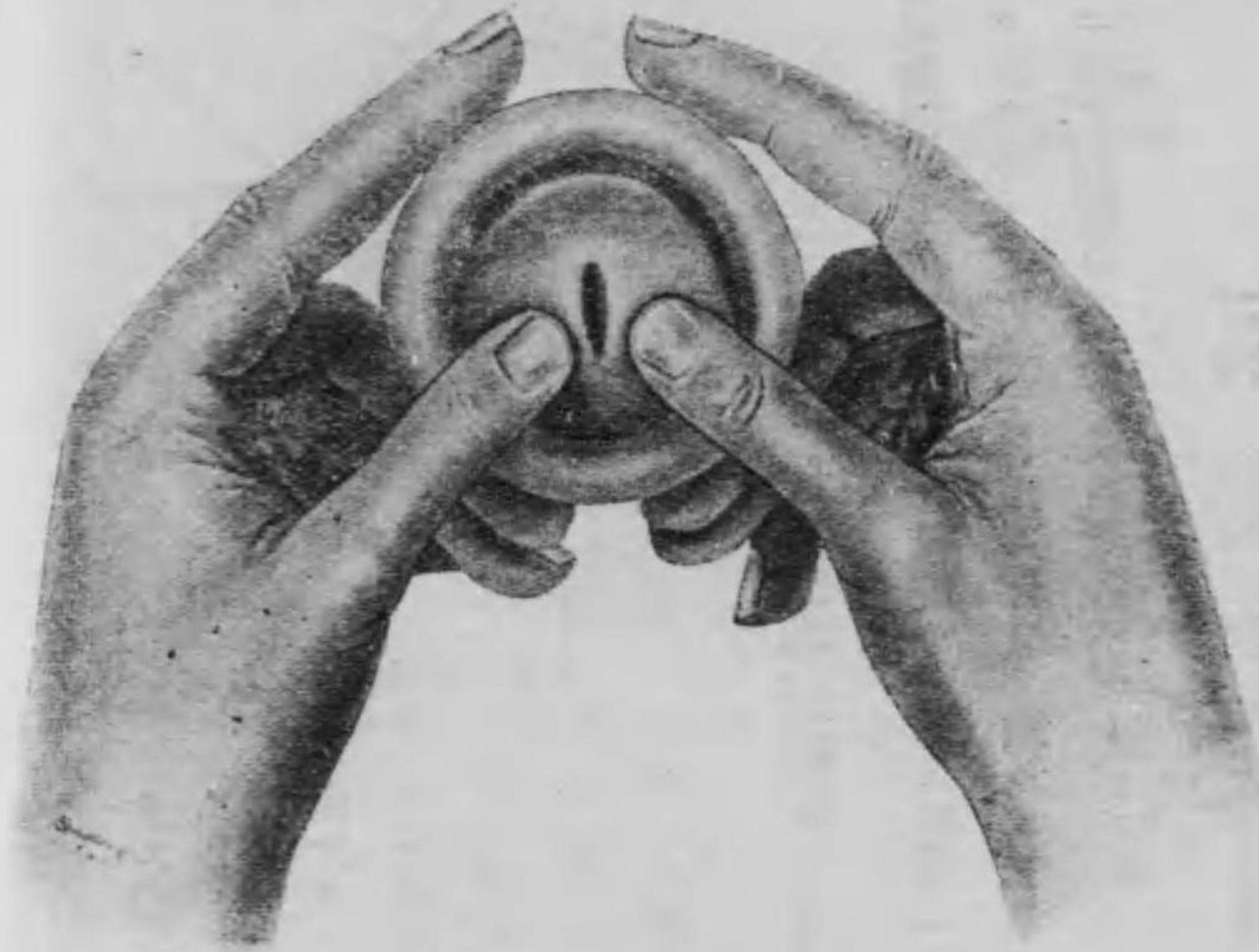
Verkürzung d. Preputium Praeputi.

包皮繫帶ノ異常ニ短キ爲メ包皮ヲ充分ニ翻轉スルコト能ハズ、交接ニ際シテ裂創ヲ生ジ易ク出血
疼痛ヲ訴フルモノナリ、包莖ニ伴フテ來ルコト多シ、療法ハ包皮ノ翻轉ヲ妨ゲザルニ至ルマデ繫帶
ヲ横ニ深く切斷シテ之ヲ縱ニ縫合スベシ。

二六 箱頓包莖

Paraphimose

第一〇六圖



箱頓包莖整復術

箱頓包莖ハ包皮ノ狭小ナルモノヲ翻轉シテ再ビ整復シ難キ時、龜頭ガ冠狀溝ノ部ニ於テ絞緊セラレ血行障礙ヲ來シテ龜頭及包皮内板ニ浮腫ヲ呈スルモノヲ名ケ、内板ハ隆起シテ遂ニハ壞疽ニ陥ルコトアリ。

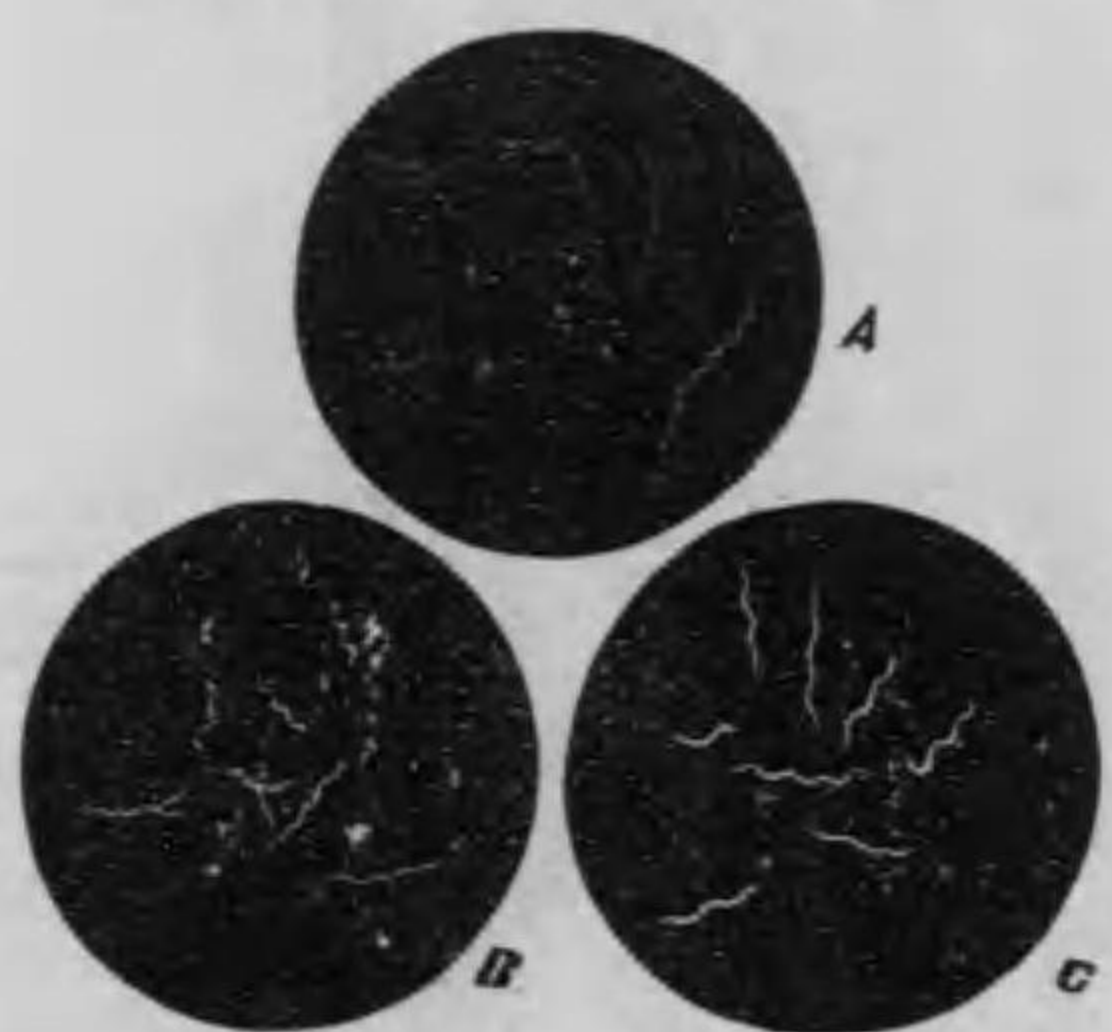
療法 對症的ニハ消炎法ノ外、浮腫ヲ呈セル内板ヲ穿刺シテ漿液ヲ壓出スルニアリ、箱頓包莖ノ整復術ハ兩手ノ拇指ニテ龜頭ヲ後方ニ壓迫シ他ノ四指ヲ以テ力ヲ加ヘテ隆起セル包皮ヲ前方ニ龜頭上ニ牽引スベシ、此方法ニテ效ナキ時ハ絞緊セル内板ニ數ヶ所ノ切開ヲ加ヘテ整復セシム。

二七 軟性下疳 *Denis molle*

原因 軟性下疳ヲ微毒性下疳ヨリ區別セシハバツセラシニ氏 *Trasoran* ニシテ病原菌ハデュクレー氏連鎖桿菌 *Ducrey'scher Streptobacillus* ナリ、交接、手指、物品等ニヨリテ傳染シ、微傷、表皮剝脫、疱疹等ハ傳染ヲ容易ナラシムルモノナリ。

症候 潜伏期ハ廿四時間ニシテ癢痒ヲ感ジ發赤隆起シテ紅暈ヲ繞ラセル結節ハ速ニ膿疱ニ變ジ感染ヨリ三、四日ニシテ破レテ潰瘍ニ變ズ、潰瘍ハ圓形乃至楕圓形ニシテ邊緣ハ削立シテ錐ニテ抉リシ觀ヲ呈ス、底面ハ黄色脂様ノ苔ヲ以テ蔽ハレ凹凸アリ、邊緣鋸齒狀ヲ呈シテ包皮繫帶、其兩側ノ窩底、包皮ノ遊離縁、外尿道口、冠狀溝ニ好發シ、稀ニ陰莖、陰囊、上腿、尿道ニ發生ス、多發性ニシテ融合シテ大トナリ爲ニ繫帶ハ貫通セラレテ繫帶動脈ノ侵蝕セラル、時ハ著シキ出血ヲ來スコトアリ、弛緩性、炎症性、侵蝕性、蛇行性及壞疽性ヲ區別ス、弛緩性下疳 *Atonischer Schanker* ハ治癒、蔓延ノ傾向ニ乏シク數週乃至數ヶ月同一状態ニ在リ、炎症性下疳 *Entzündlicher Schanker* ハ周圍潮紅シ浮腫ヲ呈ス、侵蝕性下疳 *Phagedenischer Schanker* ハ永ク治癒ノ傾向ナク廣ク混合傳染ヲ受ケテ表面ニ蔓延シ、蛇行性下疳 *Serpiginöser Schanker* ハ破壊ガ一定ノ方向ニ進行シテ舊キ部分ハ治ニ趣キ、壞疽性下疳 *Gangraenöser Schanker* ハ組織速ニ壞疽ニ陥リ潰瘍ノ底面黑色乃至灰白黒

第一〇七圖



- A, スピロヘーテ、バリーダ、
- B, スピロヘーテ、レフリンゲンズ、
- C, スピロヘーテ、グラチリス

色ヲ呈シテ深部ニ進ムモノナリ。
 診断 硬性下疳、混合下疳トノ鑑別ハ重要ナリ、硬性下疳ハ潜伏期永クニ乃至三週間ノ後初メテ生
 シ、混合下疳ハ始メ軟性下疳ガ後ニ至リテ硬性下疳ノ症状ヲ混合シテ浸潤硬結ヲ増加シ來ルモノナ
 リ、潰瘍面ノ硝酸銀棒ニヨル腐蝕ハ硬性ナラズシテ稠度ヲ増シ硬性下疳ノ狀ヲ呈シ來ルガ故ニ絶對
 ニ之ヲ避クベシ、軟性及混合下疳ハ分泌旺盛ニシテ膿汁多量ニ屢多發性ナリ、鼠蹊腺ノ腫脹多クハ偏
 側ニシテ有痛性ナルモ硬性下疳ニハ無痛性ニシテ兩側ナリ、護膜腫ハ周圍ノ浸潤、硬結、硬性下疳ヨ
 リモ更ニ優リ潰瘍大ニシテ深シ、表皮痛ハ更ニ一
 層硬クシテ潰瘍不正形ヲナシ増大ノ傾向大ナリ、
 陰部疱疹ハ表皮ノ剝脫小ニシテ麻實大ヲ超エズ
 數箇連續シテ發生シ浸潤硬結ヲ缺ク、宜シクブッ
 リー氏法ニ從ヒ潰瘍面ヲ刺戟シテ漿液ヲ白金耳ニ
 ヲリテ載物硝子ニ採リ、殺菌生理的食鹽水ヲ混ジ
 テ、開明墨ノ濾過セル一滴ヲ混ジ、被載硝子ニテ
 載物硝子上ニ薄ク展開シテ乾燥セシメ、油脂裝置
 ニヨリテ鏡檢シテスピロヘーテ、バリーダヲ發見

スベシ、デクレー氏菌ハメチレン青液ニテ染色シテ鏡檢ス、暗視野裝置ニテスピロヘーテ、バリ
 ーダヲ證明スルヲ最モ確實ナル鑑別ナリトス。

療法 エリナコール、純カルボール、鹽化亞鉛、硫酸銅桿、三鹽化醋酸ノ腐蝕後、ヨードホルム、
 デルマトール、アイロール、オイロフェンノ散布、繃帶若クハ一日數回一%リゾール液、五千倍昇汞
 水、百倍硫酸銅液ノ局所浴又ハ電法ヲ行フベシ、繫帶ノ侵蝕ニハ繫帶ヲ切斷シ包莖ニハ手術ヲ行フ、
 弛緩性ニハ沃度丁幾ヲ塗布シ侵蝕性、蛇行性ニハサルワルサン又ハ水銀劑ノ注射時ニ效ヲ奏ス、甚
 シク進行性ノモノハ燒灼、搔爬ヲ行フ。

二八 陰莖梅毒 Syphilis. d. Penis

梅毒ハ主トシテ硬性下疳 *Ulcus durum* (Harter Schanker) トシテ發生シ、スピロヘーテ、バリーダ
 (一九〇五年シャウデン、ホフマン兩氏發見) ニヨリテ起リ、専ラ交接ニヨリテ感染シニ、三週間ノ後
 局所ニ扁平ノ小紅疹ヲ生ジ、次第ニ増大シテ小豆大乃至蠶豆大トナラバ初期硬結 *Initialkerse* ト名
 ケ、表皮剝脫シテ潰瘍性トナラバ硬性下疳ト稱ス、通常單發シ圓形又ハ楕圓形ニシテ暗紅色ヲ帶ビ
 光澤アリ、薄キ漿液ヲ分泌ス、底面ハ清潔ナリ、周邊ハ浸潤硬結ヲ呈シテ冠狀溝ニ好發シ又ハ包皮
 邊緣、尿道外口等ニ發生ス、無痛便毒 *indolenter Bubo* ヲ伴フ、混合下疳ハ初メ軟性下疳ノ症狀ヲ

呈シテ二、三週ノ後浸潤硬結ヲ來シテ硬性下疳ノ症狀ヲ來スモノヲ云フ、陰部瘡疹、軟性下疳、護膜腫、表皮痛等トノ鑑別ハ已ニ軟性下疳ノ條下ニ述ベタリ。

第二期微毒疹ハ環狀丘疹微毒、連環狀微毒疹、濕性丘疹、扁平コンヂュローマヲナシテ來リ龜頭、龜頭頸等ニ於テ著明ナリ、同時ニ陰囊ニモ發生ス、丘疹ハ固有ノ銅紅色ヲ呈シテ表面ハ龜頭炎ヲ伴ハ、糜爛シ、甚ダ稀ニ搔痒ヲ呈スルコトアリ。

護膜腫ハ主トシテ龜頭ニ於テ粘膜ニ結節ヲ生ジ、表面銅紅色ヲ呈シテ遂ニ破壊シ、肉芽強健ニシテ牛酪様ノ分泌アリ、周邊ノ浸潤著名ニシテ縁下潜蝕ヲ呈セズ、潰瘍一方ニ進行シテ他側治癒ニ趣キ、腎臟形ヲ呈シテ跡ニ癢痕ヲ殘スモノナリ、護膜腫海綿帶ニ生ゼバ硬結ヲ來スベシ。

療法 早期ヨリ一週間一回ノサルワルサン靜脈内注射(一回〇、二—〇、六)、一週ニ乃至三回ノ水銀劑腎筋内若クハ靜脈内注射又ハ水銀軟膏ノ塗擦及沃度劑ノ内服ヲ命ジ、ワッセルマン氏反應ノ陰性トナルマデ反復此療法ヲ持續スベシ。

二九 陰莖結核

Penis tuberculosis

龜頭及包皮ニ暗赤色ノ結節ヲ觸レ、軟性下疳ニ似テ浸潤著明ナル無痛性潰瘍トナリ、其周圍ニ粟粒大結節又ハ小潰瘍ヲモチ、經過緩慢ニシテ驅微療法ニヨリテ治癒セズ、組織學的ニ結核組織及菌

ヲ證明ス、鼠蹊腺ハ續發的ニ結核ニ侵サル、コトアリ。

療法 潰瘍ノ剔出、燒灼、搔爬、一〇%アイロール軟膏ノ貼用、ラヂウム、莖外線、レントゲン線ノ照射等ナリ、本邦ニ於テハ本間俊、柳原英氏等ノ研究アリ。

三〇 陰莖ノ腫瘍

Geschwulst d. Penis

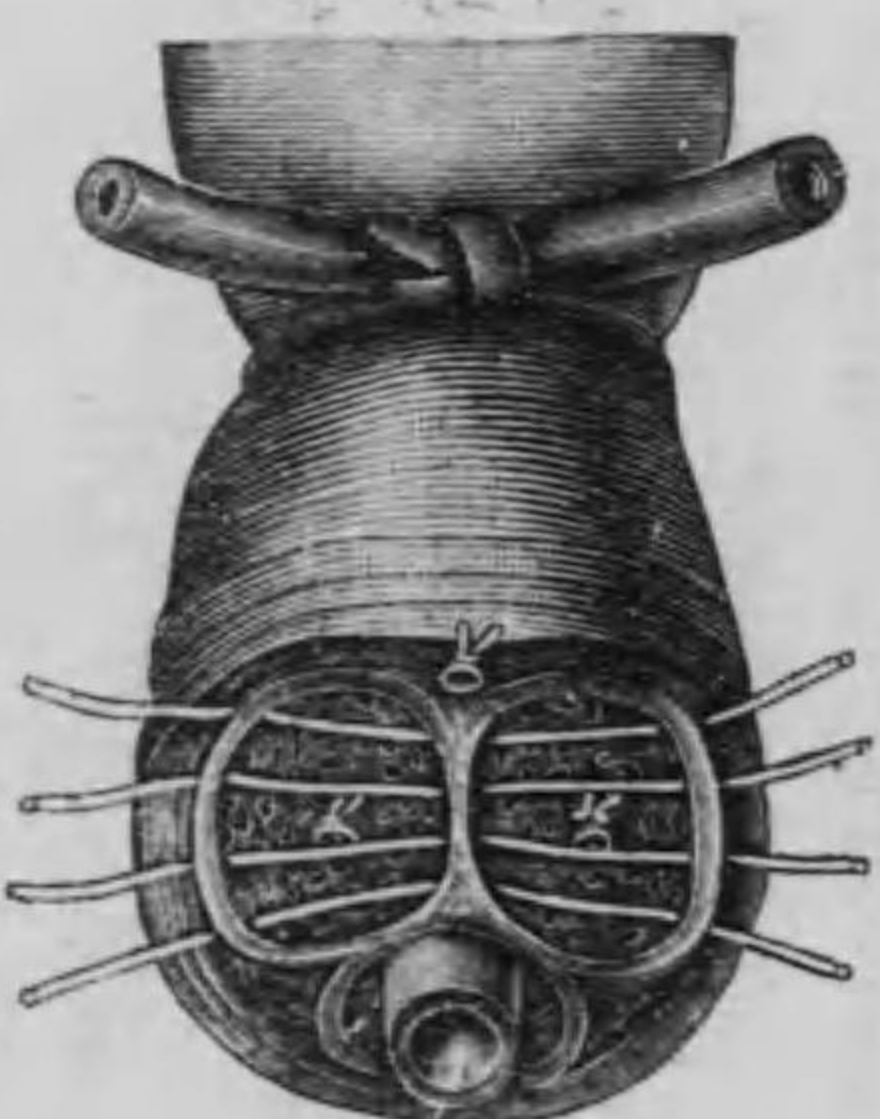
陰莖ノ皮膚及結締組織ニハ脂肪腫、纖維腫、肉腫、囊腫、粉瘤、軟骨腫、骨腫等ヲ發生スルモ稀ナリ、肉腫及骨腫ハ海綿帶結締組織ヨリ生ジ、稀ニ又龜頭表皮ニ皮角ヲ生ズ。

尖圭コンヂュローム(尖圭膀胱腫)ハ孤立又ハ群簇シテ好ンデ龜頭、龜頭頸、冠狀溝ニ發生シ乳嘴狀ヲ呈ス。

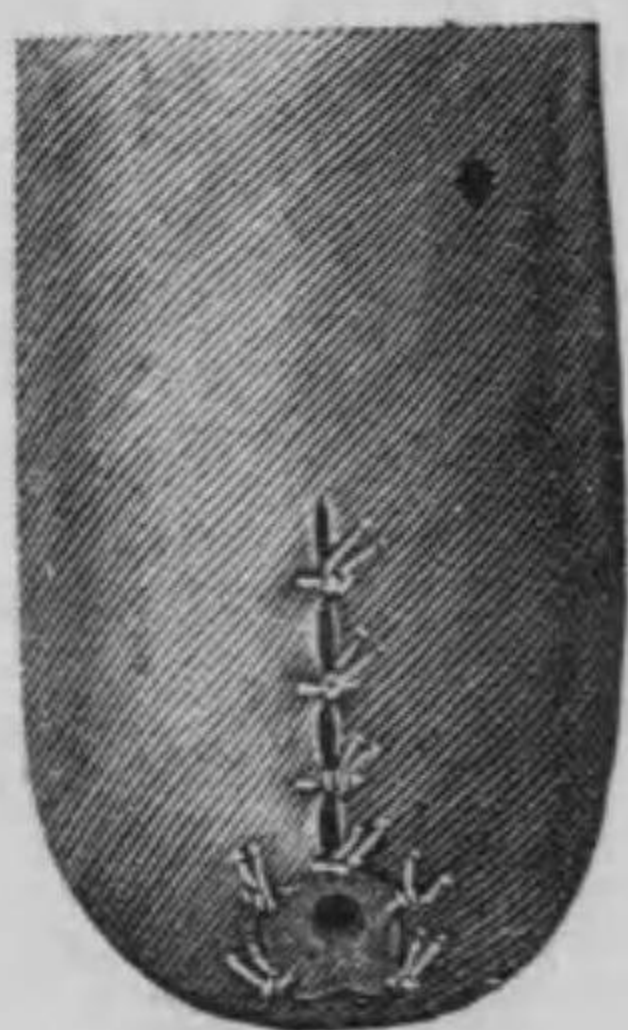
陰莖痛ハ乳嘴狀増生物ニシテ急速ニ發育シテ表皮ヲ通ジテ深部ニ浸入シ、破壊シテ惡臭アル分泌物ヲ洩シ、深ク海綿帶ニ進ミ間々尿道ヲ侵スモノヲ扁平上皮癌即カンクロイドト名ケ、初メ限局性結節ヲナシ速ニ破壊シテ腐敗性潰瘍ヲナスヲ髓様痛ト名ク、前者ニ比シテ稀ナリ、多クハ速ニ轉移シテ兩側鼠蹊腺、骨盤内淋巴腺及腸骨靜脈ニ沿ヘル淋巴腺ヲ犯スモノナリ、陰莖癌ハ潰瘍ノ周邊軟骨硬ヲ呈スルモ時ニ乳嘴増生物ノ硬度ヲ缺ギ鼠蹊腺ニ著シキ腫瘍ノ轉移ヲ認ムルコトアリ。

療法 纖維腫、筋腫、囊腫、骨腫等ニハ剔出ヲ行ヒ、尖圭コンヂュロームハ截除シタル後燒灼シ若

第 一〇八 圖



第 一〇九 圖



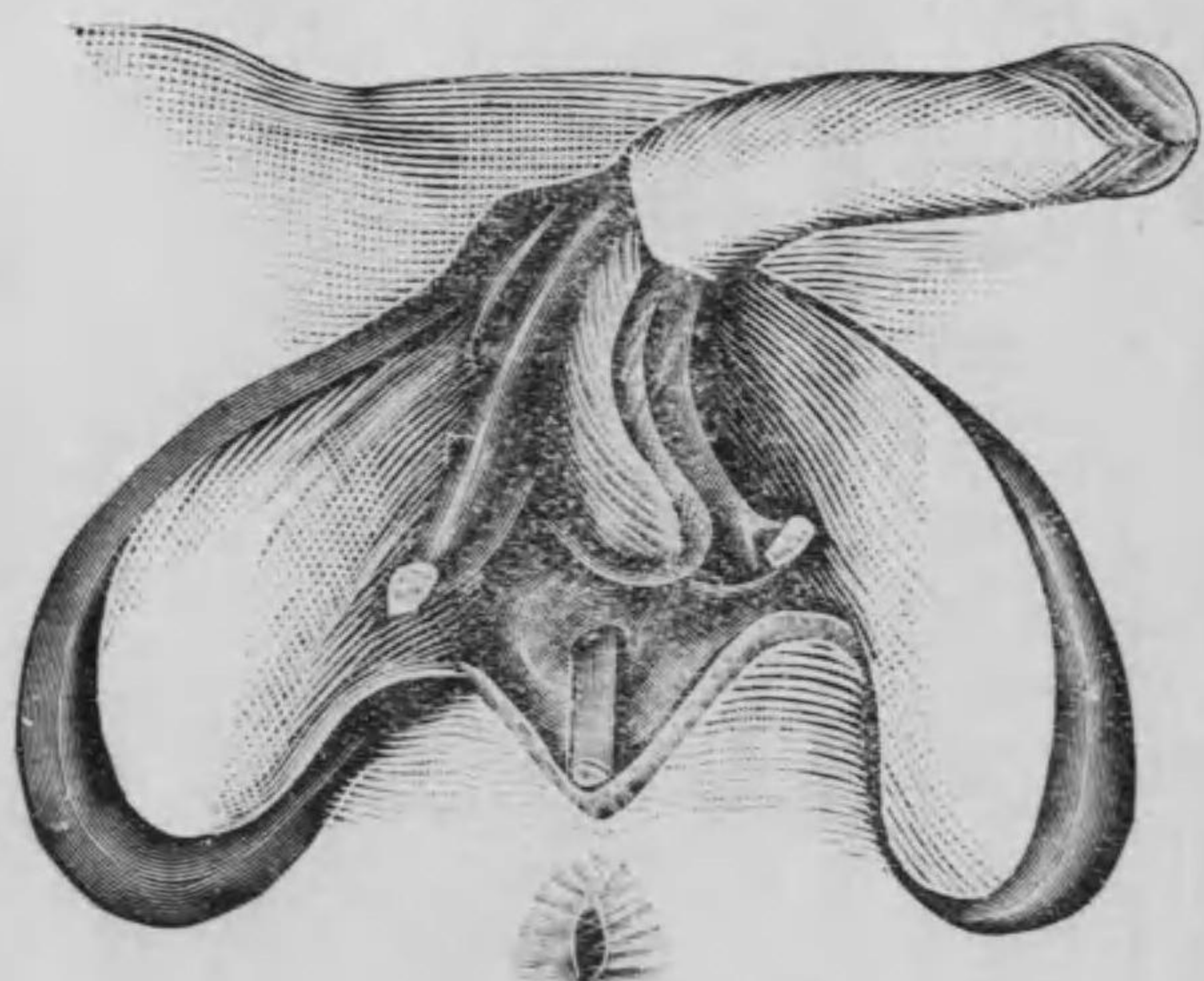
クハ五%レゾルチン水ノ罨法ヲ行フ、癌腫及肉腫ニハ早期ニ試験的截除ヲナシテ標本ヲ造リ染色シテ診断ヲ下シ、健康部ヨリ陰莖截斷術ヲ行フベシ。

陰莖截斷術ニハ陰莖可動部ニ於テスルト根部ニ行フトノ二法アリ。

陰莖可動部截斷術ハ包莖手術ニ述ベタル局所麻醉ヲ行ヒ、驅血帶ヲ置キテ皮膚ヲ後方ニ引キ、健康部ニ於テ腫瘍ヨリ出來ル丈遠クニ於テ先ヅ海綿帶ヲ切り、尿道ヲ少シク長ク切斷シテ陰莖脊動靜

脈、陰莖深部動脈ヲ結紮シ充分ナル止血ヲ行ヒ、尿道ヲ引キ出シテ左右相對セルニテ於テ截リ込ミヲ作り、海綿帶ヲ挾ンデ陰莖皮膚ト數ヶ所ニ於テ縫合スベシ、尿道ニハネラトニ氏カテーテルヲ留置シ又ハ之ヲ留置セズ。

第 一〇一 圖



陰 莖 別 出 術

陰莖別出術ニハ腰髓麻醉(〇、〇五トロバコカイン)ヲ行ヒテ陰莖ヲ別出シ、チールシニ氏ニ從ヒテ會陰ノ正中線ヲ縱ニ開キテ尿道ノ切斷端ヲ周圍ヨリ剝離シ此部ノ皮膚ト縫合固定スベシ。

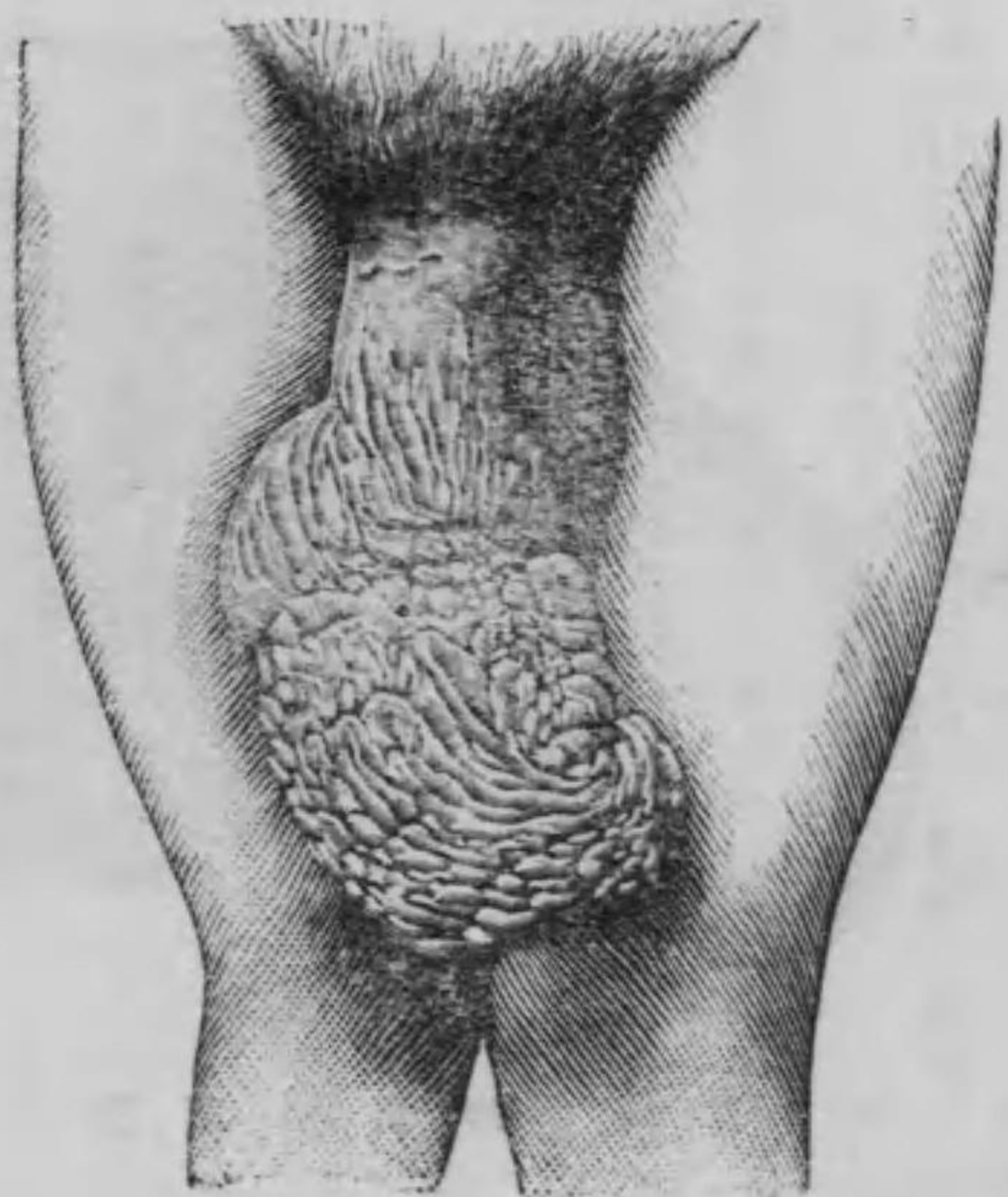
癌腫ニハ右ノ截斷術ノ外ブーバルチー氏靱帶ニ沿フテ皮膚ニ大切開ヲ加ヘ、更ニ之ニ直角ニ靜脈ニ沿フテ切開シテ腺ヲ悉ク剔出スルカ、レントゲン線、ラヂウム放射線ニヨル治療及再發豫防照射ヲ行フベシ。

三 一 包皮及陰莖象皮病

Elephantiasis praeputhi et penis

原因 鼠腺ノ全剔出又ハ住血フィラリアノ寄生ニヨリテ先ヅ包皮ハ腫脹シ結締

第一一〇圖



陰莖象皮症

織ノ増殖ニヨリテ肥厚ス、フィラリアニ因ルモノハ初期ニハ時々丹毒様ニ熱發發赤ヲ以テ反復腫脹シ遂ニハ異常ノ大サニ達ス、本邦ニハ琉球、天草地方ニ於テ非常ニ多數ナリ。
療法ハ外科的ニ肥厚セル皮膚及包皮ヲ切除スルニアリ。

三三二 陰莖ノ皮膚疾患

Hankruheiten d. Penis

頭上ニ散在シテ丘疹ヲ生ジ搔痒甚シク、同時ニ大腿ノ内側ニ疥癬蟲隧道アル皮疹ヲ證明スベシ、藥物性皮膚炎ハ沃度ホルムニ特異性ヲ有スル時、陰莖殊ニ包皮浮腫發赤シテ搔痒、灼熱感ヲモツモノナリ、瘡腫ハ陰莖皮膚上ニ毛囊ニ一致シテ生ジ多少ノ發赤疼痛アリ。

療法ハ疥癬ニハ土肥氏爹兒膏、ミチガール等ヲ塗擦シ衣類ノ消毒ヲ命ズ、皮膚炎ニハ亞鉛華オレ
丨フ油(七〇%)ヲ塗布シテ濕布繃帯ヲ行フ、瘡腫ニハビツク氏水揚酸硬膏ヲ貼用スベシ。

三三三 陰部匍行疹

Herpes Genitalis

龜頭、冠狀溝、包皮等ニ簇生スル粟粒大乃至帽針頭大ノ水泡疹ナリ、内容ハ通常透明ナレドモ往々膿狀トナリ破潰スル時ハ表在性ノ小糜爛面ヲ呈シ或ハ乾燥シテ痂皮ヲ生ズ、搔痒、熱灼感ヲ訴ヘ時ニ尿道、鼠蹊部、大腿等ニ疼痛ヲ感ジ多クハ數日ニシテ治癒スルモ屢々再發ス、原因ハ不明ニシテ器械的刺戟、慢性淋疾、神經性異常等ニ歸スル人アリ。
療法ハ清潔ニシテアイロール、デルマトール等ノ散布又ハ其一〇%軟膏ヲ貼用セバ速ニ治癒スルモ、再發ヲ豫防スル方法ヲ有セズ。

三三四 陰莖ノ海綿帶炎、海綿帶浸潤及硬結

Entzündung, Infiltration und Induration d. Schwammkörper des Penis

尿道ノ濾胞炎及濾胞周圍炎ハ舟狀窩ヲ除ケバ其炎症ガ海綿帶組織内ニ達スルヲ以テ、炎症ノ尙進行スル時ハ海綿帶浸潤ヲ生ズ、急速ニ結節狀ノ隆起ヲナシタル後吸收セラレ又ハ化膿シテ尿道或ハ

外方ニ自開シ、瘻孔ヲ造リ或ハ又慢性ニ經過シテ纖維性結締織ニ變化シ、廣狹其度ヲ異ニシテ勃氣
 障碍ヲ呈シ、屈曲ヲ來シテ交接不能ニ陥ラシムルモノアリ、海綿帶硬結ト名ク、浸潤ガ急速瀰蔓性
 ニ來ル時ハ急性海綿帶炎ト稱ス、吸收セラレ化膿ニ陥リ若クハ海綿帶硬結ヲ作ルニ至ルモノナリ、
 炎症ニ續發セズシテ發生スルモノニ、成形性硬結アリ、本邦ニハ坂口勇氏ノ報告アリ。
 療法ニハ卷法、灰白軟膏塗擦、チオヂナミン注射、デアテルミー療法等ヲ用フ。

三五 陰莖淋巴管炎 *Lymphangitis penis*

原因 陰莖ノ淋巴管炎ハ淋疾、軟性下疳稀ニハ外傷、疱疹、龜頭炎等ニ續發ス。
 症候 陰莖ノ背面ニ鉛筆大ノ索狀物ヲ觸レ、壓痛アリテ結節狀腫脹並列シ皮膚ハ發赤ス、多クハ
 吸收セララル、モ稀ニ化膿シテ蠶豆大ノ小膿瘍ヲ生ズ。
 療法 陰莖ヲ高舉シ安靜ヲ命ジ冷卷法ヲ施スベシ。

三六 横痃又ハ便毒 *Bubo inguinalis*

原因 外傷、淋疾、下疳等ノ際、微菌ガ淋巴道ヨリ鼠蹊腺又ハ股腺ニ達セバ此處ニ淋巴腺炎ヲ發
 生シ、就中軟性下疳ニハ有痛性ニシテ多クハ下疳ノ繫帶部ニ在ルモノニ續發シ、混合下疳ニハ有痛

性ナレドモ稍輕度ニ、靨性下疳ニハ兩側ニ無痛性便毒ヲ生ズ、淋疾ニハ化膿ノ傾向ヲ有セズ。

症候 炎症ガ腺内ニ限ラレタル間ハ腺ノ腫脹ハ豌豆大乃至胡桃大ニシテ移動性ナレドモ、腺ノ周
 圍組織ノ侵サル、ニ及バ腫痛ハ移動セズ、疼痛ヲ發シ各腺孤立セズ、炎症更ニ進マバ化膿融解シ疼
 痛増加シ、遂ニ化膿ハ表面ニ進行シテ腫痛上ノ皮膚ハ發赤緊張シ波動ヲ呈シテ自開スルニ至ル、軟
 性下疳菌ノ化膿セル横痃内ニ侵入シテ蛇行性、侵蝕性、壞疽性ヲ呈スル時ハ便毒下疳ト稱ス。

診斷 ヘルニヤトノ鑑別ヲ要ス、ヘルニヤハ弾力性ヲ持チテ軟ク咳嗽及起立ト仰臥トニヨリテ其
 大サヲ變ジ、通常還納シ得ラルベク、箱頓スル時ハ便秘、惡心、絞扼、嘔吐、脈搏頻小等ノ全身症狀ヲ
 呈シ來ルモノナリ、潜伏卵丸ハ炎症ナキト陰囊内ニ同側ノ卵丸切除セルトニヨリテ區別シ得ベシ。

療法 初期ニハ絶對安靜ヲ命ジ一〇—三〇%チオノール、グリセリンヲ塗布シ冷卷法ヲ施ス、レン
 トゲン照射、デアテルミー透熱法、一—三%クロルカルシウム靜脈内注射(二〇乃至四〇錢)、葡萄
 狀球菌ワクチン注射(一回二乃至三瓦ヲ皮下ニ注射ス)等モ亦效アリ、已ニ波動ヲ呈スルニ至ラバ
 其初期ニハ半纏ノ切開ヲ加ヘテ膿ヲ排除シ〇、五%硝酸銀液、一〇%沃度ホルム、グリセリン等ノ小
 量ヲ膿瘍内ニ反復注射シ冷卷法ヲ施スベシ、已ニ化膿甚シク腺周圍炎ノ大ナルモノハ局所、腰髓、又
 ハ全身麻酔ノモトニブーバルチー氏靱帶ニ沿ヒテ大切開ヲ加ヘ、排膿シテ腺ヲ剔出シタンボンヲ置
 クベシ、便毒下疳ニハ純石炭酸ノ腐蝕、沃度ホルム散布等ヲ良シトス。

第二章 攝護腺ノ疾患 Die Krankheiten der Prostata.

一 攝護腺ノ缺損、萎縮及囊腫 Mangel, Atrophie und Cysten der Prostata

攝護腺ノ完全缺損ハ稀有ニシテ他ノ泌尿器若クハ生殖器ニ於ケル缺損例ヘバ兩側睪丸ノ缺如又ハ潜伏睪丸ニ伴フモノナリ、一部缺損ハ更ニ稀有ナリ、ルシユカ氏ハ一部分離シテ他處ニ存在セルモノヲ報告セリ。

攝護腺萎縮ハ間々先天性ニ來ルコトアリ、思春期前ニ睪丸ノ廢頽セル時續發シ又思春期後ニ來ルコトアリ、攝護腺ノ壓迫性萎縮ハ隣接器官ノ腫瘍又ハ尿道狹窄ニ來リ、老人ニハ退行變性ニヨリテ來ルモノナリ、健康ナル日本人ノ攝護腺ハ長サ二、二—三、〇種、幅三、六—四、四種、厚サ二、二種、重量一—一八瓦(高木繁氏)ナリ、

症候 膀胱括約筋ノ一部ヲ成セル腺ノ筋質衰弱シ爲ニ尿意促迫、尿失禁ヲ起シ、初メハ夜間ニ限ルモ後ニハ晝間不隨意ニ來ルモノナリ、肥大症ト異リ停滞尿ノ殘留スルコトナク、膀胱炎及陰萎ヲ伴フモノナリ、直腸ヨリ觸診シテ腺ハ小サク金屬消息子ヲ挿入シテ尿道短縮セルヲ見出スベシ。

療法 金屬消息子ヲ挿入シテ括約筋ニ一極ヲ、直腸ニ他極ヲ置キ感傳電氣ヲ通ズ可シ、攝護腺囊

腫ハ極メテ稀有ナル疾患ニシテエンゲリッシ氏ニヨレバ攝護腺囊即嚢狀竇 *Cirrus prostaticus* ノ開口部ノ癒着ニヨリテ生ジタル滯溜囊腫ナリト云フ、精囊水腫、攝護腺胞蟲囊腫、皮膚樣囊腫、膀胱憩室、攝護腺膿瘍等ト區別スベシ、即カテーテルヲ膀胱内ニ挿入シテ直腸ヨリ示指ヲ以テ双手觸診ヲ試ムベシ、療法ニハ直腸ヨリ穿刺術ヲ行フベシ。

II 攝護腺ノ外傷 Traumen der Prostata

原因 金屬カテーテル若クハブージーヲ挿入スル時假尿道ヲ造ルコトアル外、銃創、刺創若クハ稜角アル物體ニ會陰部ヲ打チテ或ハ骨盤骨折ノ際刺入セル尖銳ナル骨片ニヨリ或ハ又直腸内ニ尖銳物ヲ挿入シテ生ズルコトアリ。

症候 尿道ヲ同時ニ損傷スル時ハ劇シキ出血ヲ來シ攝護腺膿瘍又ハ攝護腺周圍蜂窠織炎ヲ續發スルコトアリ、血液ノ膀胱内ニ逆流スル時ハ血液及尿ハ外方ニ出デズシテ尿閉ヲ來スコトアリ、攝護腺周圍靜脈叢ノ共ニ傷ケラレタル時ハ大出血ヲ來シ尿浸潤、化膿性蜂窠織炎等ヲ發生シテ危險ナリ。

療法 尿道ノ損傷セラレザル時ハ止血法ニテ充分ナレドモ、尿道傷ケラレタル時ハネラトン氏カテーテルヲ留置シ外科的治療ヲ加フベシ。

III 急性攝護腺炎 Prostatitis acuta.

原因 攝護腺炎ノ大多數ハ尿道淋ニ原因ス、淋疾ノ後部尿道ヲ犯スニ至ラバ淋菌ハ攝護腺管内ニ入り、腺内ニ浸入シテ暴威ヲ逞フスルモノナリ。

淋疾ノ外膀胱加答兒、尿道狹窄、カテーテル反復挿入、留置カテーテル等ニヨル單純性尿道炎若クハカテーテル挿入、藥劑注入、碎石術、尿道結石等ニヨル外傷ニヨリテ健康ナル尿道内ニアル細菌其害毒ヲ逞フシテ攝護腺炎ヲ起スコトアリ、乘馬、自轉車、直腸瘻、直腸加答兒、直腸周圍炎等ニヨリテ細菌ノ侵入シテ攝護腺炎ヲ起スハ稀ナリ、敗血症、腸窒扶斯、インフルエンザ、耳下腺炎、安魏那、肺炎、糖尿病、多發性筋炎等ヨリ轉移性攝護腺炎ヲ見ルコトアリ。

症候 炎症ハ常ニ一樣ニ強烈ナルニアラズシテ、加答兒性攝護腺炎ノ如キ殆ンド症狀ヲ呈セザルモノヨリ至ク融解シテ膿ノ周圍組織内ニ破壊スルニ至ル凡テノ階級アリ。

分チテ次ノ三ツトス

- 一、加答兒性攝護腺炎 Prostatitis katarhalis 一、濾胞性攝護腺炎 Prostatitis follicularis 三、實質性攝護腺炎 Prostatitis parenchymatosa.

加答兒性攝護腺炎ニ於テハ炎症ハ只攝護腺管及ビ之ニ附屬スル腺胞ニ止マリ、何等ノ症狀ヲ呈セザルコトアルモ會陰部及ビ肛門ニ輕度ノ不快感、壓迫感等ヲ訴フルコトアリ、尿ハ少シク濁濁シテ凝固物ヲ有ス、最終尿ニ短カクシテ太キ淋糸ノ存在スルヲ特徴トス、攝護腺管ノ化膿性排泄物ニシテ攝

護腺筋ノ收縮ニヨリテ壓出セラル。

濾胞性攝護腺炎ニ於テハ腺胞窠内ニ膿ノ停留ヲ來シ偽膿瘍ヲ發生ス、其膿瘍ノ所在ニ從ヒテ症狀ヲ異ニシ、尿道ノ方ニ發生スレバ排尿時疼痛及ビ尿意頻促ヲ覺エ尿道ヲ狹クシ尿閉ヲ來スコトアリ、直腸ノ方ニ増大スレバ鈍痛ヲ肛門内ニ訴フ、膿塊ハ尿道ニ排出セラル、カ若クハ徐々ニ吸收セラルルモノナリ。

實質性攝護腺炎ハ最モ重症ニシテ腺ノ著シキ水腫性腫脹ヲ來シ二倍乃至四倍ノ大サニ達スルコトアリ、肛門内ニ絶エザル壓迫感及ビ強キ疼痛ヲ訴ヘ運動時、排尿時殊ニ便通時堪ヘラレザルニ至ル、通常熱發ヲ伴フ、重症ニハ腺ノ全部化膿シ攝護腺膿瘍ヲ形成ス、更ニ炎症ノ劇シキ時ハ攝護腺周圍蜂窠織炎ヲ起シ、膿ノ排泄口ナキ時ハ尿道又ハ肛門ニ自開シ若クハ骨盤内結締織中ニ破レテ攝護腺周圍靜脈炎又ハ骨盤内蜂窠織炎ヲ發生シ、死ノ轉歸ヲ探ルコトモ稀ナラズ。

診斷 著明ナル時診斷ハ困難ナラズ、特徴アル症候及原因トシテ病歴ニ淋疾又ハ尿道内器械ノ挿入等ヲ受ケタルヲ聞カバ診斷ノ補助トナルモノナリ、尿ノ性状ヨリ決定セラル、コトアリ、前尿(第一器尿)ノ淋絲及ビ凝結又ハ全尿ノ濁濁ハ尿道炎、膀胱炎若クハ腎盂炎ニ於テ見ラル、モ、後尿(第二器又ハ第三器尿)特ニ濁濁シ若クハ最後ノ數滴全ク膿性ナラバ攝護腺炎ナリ。直腸ヨリ攝護腺ヲ觸診スルコト最モ必要ナリ、實質性攝護腺炎ニハ常ニ腺ノ腫脹及ビ非常ナル疼

痛アリ、腺組織ノ融解シテ膿瘍ヲ造ルニ至ラバ波動ヲ呈ス。

濾胞性ニアリテハ偽膿瘍ガ尿道腔内ニ増大スル時ハ直腸ヨリ觸診スルモ變化ナク、直腸ノ方ニ増大セバレンズ大ノ充實性ニシテ波動アリ壓痛アル部ヲ健常部ヨリ區別シ得可シ、加答兒性ノモノニ於テハ硬度ニ變化ナク殆ンド常ニ僅カノ壓痛アルモ著シカラズ、攝護腺ノマッサージニテ得タル攝護腺分泌物ヲ鏡檢シテ初テ決定スベシ、膿瘍又ハ偽膿瘍ニシテ排泄管ノ腫脹シ膿ノ排泄セラレザルハ直腸ヨリ壓迫シテ出スコトアリ、膿ハ膀胱内ニ入り又ハ尿道口ヨリ排泄セラレ。

療法 先ヅ便通ヲ良クシ淋菌ワクチンノ注射ヲ行ヒ、急性加答兒性及ビ濾胞性攝護腺炎ノ療法ハ急性後部尿道炎ト同様ニシ、實質性ノモノニアリテハ絕對的安靜ヲ第一トシ、劇シキ疼痛及ビ炎症ニハ局所ノ療法ヲ行フ、即會陰部ニ溫卷法ヲ施スベシ、溫坐浴及ビ溫水ノ浣腸モ亦同様ニ效果アリ、冷却シテ却テ快ク又效果アル時ハアルツベルゲル氏肛門冷濕器ヲ直腸ニ挿入シテ冷水ヲ此内ニ通ズベシ、溫水ヲ通ズルモ可ナリ、直腸内ニ肛門導子ヲ挿入シ平板導子ヲ膀胱部ニ置キテ加温スルデアアルミールニヨル透熱療法ハ透熱ノ加減ヲ自在ニシ鎮痛及吸收ヲ促ス效果大ナリ、モルヒネ及ビ阿片ハ管ニ鎮靜鎮痛ノ效アルノミナラズ膀胱括約筋及ビ攝護腺筋ノ鎮靜ニ效アリ、内服ノ外チオノール〇、一、二、三、四、五(又ハモルヒネ〇、〇一)カ、オ酪二、〇ノ肛門坐藥ヲ挿入スベシ。

尿閉ヲ起サバ耻骨上ニ膀胱穿刺ヲ行フベキモ先ヅカテーテル挿入ヲ靜ニ試ム可シ、穿刺ハ疼痛少

ナケレドモカテーテル挿入ハ著シク局所ノ炎症ヲ盛ナラシムルモノナリ、注意スベシ、大ナル膿瘍ハ外科的ニ手術ス即膿瘍大ニシテ攝護腺周圍蜂窩織炎ヲ起サバ會陰部ヨリ皮膚ヲ切開シテ尿道ト直腸トノ間ヨリ入り、直腸ヲ攝護腺ヨリ離シテ膿瘍ヲ開キ排泄管ヲ置キタンボンヲ挿入スベシ。

小ナル膿瘍ニアリテハ先ツ毎日直腸又ハ會陰部ヨリ穿刺シテ膿ヲ除去シ壓ヲ減ジ治癒ヲ促進セシムベシ、即直腸ヨリ指ヲ以テ誘導シツ、針ノ尖端ヲ注意シテ挿入ス、最モ薄キ部ヲ刺スコトナク厚キ健康組織ヲ通ジテ穿刺シ以テ瘻孔ノ生ズルヲ豫防ス可シ。

四 慢性攝護腺炎 Prostatitis chronica.

症狀 攝護腺炎ノ大多數ハ全部治癒スルモノニアラズシテ慢性ニ移行ス、其症狀ハ種々ニシテ一部ハ腺ノ病理的變化ニ關係スルモ決シテ之ト併行スルモノニアラズ、重キ變化ニシテ輕キ症狀ヲ呈スルコトアリ又之ニ反スルモノアリ。

病理解剖的ニ一部ハ排泄管ノ加答兒及ビ周圍組織ノ小細胞浸潤ニ止マルモ、一部ハ腺胞窠ニ進ムモノナリ、膿性内容ヲ有シテ囊狀ニ擴大セルモノハ漸次ニ排出セラレ、モ、時トシテ全腺ガ一ツ又ハ數個ノ囊狀ニ變化スルコトアリ、多クノ場合ニハ少シモ症狀ヲ呈セズ尿中ニハ唯淋絲ヲ認ムルニ過ギズ、患者ハ之ガ爲メニ不安ヲ感ジ壓出シテ鏡檢スレバ僅ニ化膿ノ源泉ヲナスニ止マルモノナリ、

他ノ多クノ場合ニハ少シモ自覺的症狀ナク腺ノ強キ化膿性排泄ヲ見ルニ過ギズ、此膿ハ膀胱内ニ逆流シテ此處ニ尿ト混合シ多少強キ尿ノ濁濁ヲ起シ多クハ慢性膀胱炎トシテ治療セラル、モ、實際ニハ膀胱鏡検査ノ示ス如ク慢性攝護腺炎ハ唯稀ニ膀胱炎ヲ起スニ過ギズシテ唯一ツノ症狀トシテ尿道ノ輕度ノ搔痒及熱灼感、尿意頻數、絶エザル裏急後重、排尿時疼痛、攝護腺ノ絶エザル壓迫感及ビ疼痛等ノ種々ノ症狀ヲ訴へ、時トシテ舉丸、腰部及ビ上腿ニ放散ス、生殖器領域ニ障碍ヲ來サバ勃起不全、早漏等ヲ來シ、攝護腺液漏ハ最も多キ症狀ナリ、膀胱障碍ノ合併ニヨリテ全部排尿スルコト能ハズシテ停滯尿ヲ來シ症狀ハ復雜トナルコトアリ。

診斷 症狀ハ様々ナルガ故ニ之ノミヲ以テ診斷ヲ下スコト能ハズ、精密ナル検査ヲ必要トス、直腸ヨリ觸診スル時ハ數ヶ所ニ軟化セル部分ヲ觸レ、波動ヲ呈シ急ニ硬キ邊緣ヲ以テ陷沒セルヲ見出スコト稀ナラズ、時トシテ充實セル囊ヲ壓シテ内容ノ尿道内ニ排泄セラル、コトアリ、或ハ外方ニ流出シ又ハ膀胱内ニ逆流シテ膀胱尿ト混合スルコトアリ。

屢々膿瘍ノ痕跡トシテ陷沒セル癭痕部ヲ觸知シ得ルコトアリ、此癭痕及ビ囊狀ノ多數發生スル時、表面ハ凹凸不平ニシテ、多クノ場合ニハ直腸ヨリ觸診スルモ大サ、形狀及ビ硬度ニ變化ナク壓痛ヲ缺グ、唯壓出セラレタル分泌物ノ鏡檢ニヨリテ診斷スルノ外ナシ。

此等ノ方法ニヨリテ確實ナル診斷ヲ下シ得ルモ、精阜ヲ尿道鏡ニテ検査スル時ハ精阜ノ増大、弛

緩アリテ容易ニ出血スルモノナリ、殊ニゴールドシユミット氏灌注尿道鏡ニテ検査スル時ハ、粘稠ナル凝固物ノ攝護腺管ヨリ懸垂シ液中ニ浮動スルヲ見ルコトアリ、膀胱鏡検査ニヨリテハ殆ンド常に内括約筋ノ邊緣凹凸不平ニシテ隆起及小水泡アリ、截痕門形ヲ呈スル入口ヲ見ル時ハ肥大症ヲ除外シ得ル青年ニアリテハ常に攝護腺炎ナリ。

療法 患者、醫師何レモ大ナル辛抱ヲ要ス、頑固ナルモノニハ治愈セシムルニ數週乃至數ヶ月ノ治療ヲ要ス、全治スル時尿中ニ膿ヲ含有スル淋絲ハ消失シ攝護腺液ハ健常トナルモノナリ、藥劑ハ多ク期待ス可カラズ、沃度加里、チオノール又ハイヒチオールヲ肛門坐藥又ハ浣腸劑トシテ試ムベシ。

處方 (1) 沃 剝

純沃度

五、〇

(2) イヒチオール又ハチオノール

五、〇

水

一〇〇、〇

右坐藥十個トナシ、毎日一個宛挿入

適宜

毎日五乃至一〇瓦宛肛門内ニ注入

裏急後重及ビ疼痛ヲ發生セバ、之ニ阿片、モルヒネ、又ハ黃若越幾斯ヲ加フベシ。

重要ナルハ局所療法ニシテ第一ハ直腸ヨリスル攝護腺マツサージナリ、膝蓋肘關節位又ハ上體ヲ曲ゲ兩脚ヲ擴ゲテ膝ヲ立テ、行フ、護謨製指囊ヲ被リ油ヲ塗リタル示指ヲ肛門ニ入レ腺ヲ兩側ヨリ中央ニ向ヒテ按摩シ、或ハ強ク或ハ弱ク壓迫ス、重ナル效果ハ腺内ノ血液循環ヲ良好ニシ從テ炎症性

産物ノ吸收ヲ促シ、同時ニ囊中、腺胸窠内及ビ排泄管内ニアル病的産物ハ壓出セラル、モノナリ、攝護腺マッサージニ向テ種々ノ器械アレドモ指ヲ用フルヲ最モ良シトス。

温熱療法ヲ同時ニ用フル時ハ炎症産物ノ吸收ヲ促進ス、アルツベルゲル氏肛門冷漏(温漏)器ヲ最モ良シトス、一日數時間大ナルイルリガートルニヨリテ患者ノ好ニ從ヒ温湯又ハ冷水ヲ通過セシム、温湯及ビ冷水ヲ交互ニ用フルヲ可トス、患家ニテ行ハシムベシ、近時デアテルミーニヨリテ直腸内ニ導子ヲ置キ平板導子ヲ耻骨上膀胱部ニ置キテ通電スル時效果偉大ナリ、温カキ鹽類坐浴又ハ泥土坐浴モ亦效アリ。

尿道ヨリスル慢性攝護腺炎ノ療法ハ有效ナリ、強大ナルブージーノ挿入、洗滌、藥液點滴等、慢性後部尿道炎療法ヲ行ハバ、之ニヨリテ強ク攝護腺ヲ刺戟シ爲ニ攝護腺筋ノ強キ緊縮ヲ來シテ分泌物ヲ排除スルニ效アルモノナリ、一乃至二%硝酸銀液ヲ攝護腺部ニ點滴シテ排尿セシムレバ容易ニ之ヲ證明シ得可シ、膀胱及ビ尿道ヲ全ク洗滌シタル後ニモ膿片及ビ凝塊ヲ尿中ニ見出し得可シ、強大ナルブージーモ同様ニ效果アリ。

全身療法モ亦重要ナリ、營養ヲ良クシ鐵及ビ砒素劑ヲ與ヘテ便通ヲ整正シ新鮮ナル空氣ヲ呼吸セシメ永ク坐スルコトヲ避ケシム可シ、精神的ニハ左程害ナキコトヲ説キ神經衰弱及ビ憂鬱症ヲ起ス傾向ヲ除キテ成ル可ク樂天的ナラシム可シ。

五 攝護腺結核

Prostatatuberculose

原因 攝護腺結核ハ他部ノ結核ヨリ結核菌ガ血流ニヨリテ此處ニ達シ又ハ生殖器結核(副睪丸又ハ腎臟結核)ヨリ直接ニ感染シテ惹起ス、慢性淋疾ハ結核ニ罹ル素質ヲ來シ、尿道狹窄、膀胱加答兒等モ亦充血ヲ起シテ之ガ原因ヲナスモノナレドモ、多クハ此等ノ誘引ナクシテ發生スルモノナリ。

病理 病理解剖上結節ノ融合シテ一個又ハ數個ノ乾酪變性ニ陥レル病竈ヲ見出す可シ、乾酪變性ヲナセル内容ノ流出口ヲ見出す時ハ空洞ヲ形成スルニ至ルモノナリ。

症候 病變ガ尿道ノ方向ニ於テスルカ又ハ直腸ノ方向ニ於テスルカニ從ヒテ攝護腺結核ノ尿道型及ビ直腸型 urethrale und rectale Form ヲ區別シ、從ヒテ又症狀可成明瞭ニ區別セラル、前者ニアリテハ症狀ハ主トシテ尿道ヨリ起リテ膿漏アリ、攝護腺ヨリ出ヅル膿ハ膀胱内ニ混入シテ尿ノ濁濁ヲ來ス、屢々排尿終末ニ出血アリ、自覺的ニハ排尿頻數トナリ排尿時疼痛アリ、尿道及ビ膀胱ヲ侵スニ至ラバ尙此等ヨリ起ス症狀ヲ追加ス。

直腸型ニアリテハ尿ノ症狀缺如シ直腸ノ壓迫感及ビ疼痛アリ、運動及ビ便通時増悪ス、混合型ニ於テハ兩型ノ症狀ヲ備フ。

診斷 初期ニハ診斷容易ナラズ、慢性攝護腺炎又ハ慢性後部尿道炎ト誤ルコトアリ、結核菌ノ證

明テ鏡査又ハ動物試驗ニテ成功セル時ハ最モ確實ナリ、永続セル膿漏アリテ淋疾ニ罹リタルコトナキ時ハ攝護腺結核ヲ考ヘザル可カラズ、慢性淋疾ニ於テモ頑固ニシテ他部ノ結核アル時ハ結核ノ淋疾ニ加ハリタルモノト考フ可シ、水溶性ニシテ乾酪性破片ノ混合セル排泄物アレバ殊ニ疑問ナリ、進行シタル重キ症狀アルモノモ結核菌ノ證明ヲ要ス、慢性攝護腺炎ニ於テモ尿ノ狀態相似タルコトアレバナリ、直腸ヨリノ觸診モ大切ナリ、腺ノ表面凹凸隆起アリテ硬キ部ト軟キ部ト交互スルハ攝護腺結核ナリ。

療法 經驗上局所療法ハ有害ナリ、殊ニ尿道ヘノ器械ノ挿入ハ使用ス可カラズ、他ノ臟器ノ結核ニ於ケル如ク全身ノ營養ヲ善クシ以テ病機ヲ制止シ出來得ベクンバ全治ニ至ラシムベシ、全治促進ノ爲メニツベルクリン療法ヲ試ム可シ、然レドモ早期ニ攝護腺剔出ヲ行フヲ安全トス、最近余ノ行ヒタル攝護腺右葉ノ結核ハ剔出ニヨリテ全治セリ。

其他對症の療法トシテ強度ノ疼痛及ビ尿意促進ニハ鎮靜劑ヲ用ヒ、輕症ニハ會陰部ニ溫卷法ヲ置キ又ハ坐浴ヲ行フベシ、多クハ效果アルモノナリ。

大ナル腔洞及ビ膿瘍ヲ有スル重症ノ場合ニハ疾患ガ攝護腺ニ局限セル時ハ手術ヲ行フベシ、會陰部ヨリ攝護腺ヲ遊離シ出來ル丈全部剔出ヲ行フカ或ハ病的ノ部分ヲ焼灼シ去ル可シ、近時會陰部及直腸ヨリレントゲン線深達療法ヲ行フテ效アリ。

六 攝護腺肥大症 *Prostata hypertrophie.*

原因 其原因ハ全ク不明ナリ、飽食、大酒、性慾ノ抑制、房事過度及座位ノ職業等ハ其誘因タルベシ、淋疾、梅毒、膀胱結石、動脈硬化症、痛風等モ亦原因ヲナスモノトセラル、サレド是等ハ原因タル確實ナル證據ヲ有スルニアラズ、要スルニ吾人ハ其原因ニ就テハ未ダ何等知ル所無シ。

攝護腺肥大症ハ全ク老年ノ疾患ニシテ五十歳以前ニ來ルコトハ稀ナリ、サレド老年ニ於ケル生理的ノ現象ニハアラズシテ老人ノ多クハ健常ナル攝護腺ヲ有スルヲ常トス。

病理 攝護腺肥大症ハ分チテ軟型及ビ硬型 *weiche und harte Form* ノ二ツトス、前者ニ於テハ通常後者ニ於ケルヨリモ攝護腺ハ著シク大トナリ、腺性要素ノ肥大ヲ主トス、故ニ又腺性攝護腺肥大症 *glanduläre Prostatahypertrophie* トモ名ヅク、後者ハ主トシテ結締織及ビ筋肉組織肥大スルモノナリ。

症候 攝護腺ノ肥大ガ全ク平等ナル場合ハ少ナクシテ多クハ其一部分著シク肥大シ從テ不正ノ形狀ヲナシ、健康ナル攝護腺ト著シク相違セル形態ヲ呈ス、然レドモ屢々定型的ノ形狀ヲナシ例ヘバ兩側葉 *Seitenlappen* ノ肥大ガ主トシテ直腸ノ方向ニ行ハレ手拳大ニ達スルコトアリ、或ハ又兩側葉ノ膀胱ニ向ヘル部分ガ肥大シテ數種ニ達シ膀胱内ニ突起シテ内尿道口ノ周圍ニ子宮口ノ如キ形ヲ呈スルコトアリ。

兩側葉ノ後方癒着セル部分ノ肥大ハ其方向ニヨリテ或ハ平等ニ或ハ不平均ニ行ハレ、從テ内尿道口ノ前ニ横ハレル索狀物トシテ、或ハ遊離セル腫瘤トシテ生長ス、後者ハ中葉又ハホーム氏ノ中葉 *mittlere od. Home'sche Lappen* ト名ツケ、常ニ肥大症ノ產物ニシテ健康ナル場合ニハ之ヲ認ムルコト能ハズ。

攝護腺ニ於ケル此等ノ變化ハ多少排尿ヲ障害シ、殊ニ膀胱ノ方向ニ増大セル中葉ノ發生ハ内尿道口ヲ瓣狀ニ鎖シテ著シク排尿ヲ妨ゲ又ハ尿閉ヲ起サシムルニ至ルモノナリ、上記ノ子宮口ニ似タル形狀ノモノニアリテハ排尿ノ努力ニ原因シテ膀胱内ノ壓力増大シ、腹壓加フレバ益々膀胱内壓ヲ増大シテ排尿愈々困難トナルガ故ニ患者ハ腹壓ヲ避クルニ至ルモノナリ。

直腸ノ方向ニ肥大セルモノハ著シク大ナルモ排尿ヲ妨グルコト少ナシ、是尿道ヲ兩側ヨリ壓迫スルニ止マレバナリ、尿道ハ攝護腺肥大症ニヨリテ直接種々ノ變化ヲ受ケ、肥大ニ伴ヒテ其長サヲ増スコト六種ニ達スルコトアリ、其方向モ屢々變化ヲ受ケ彎曲及ヒ屈曲ヲ來シ壓迫セラル、所ハ其内腔ヲ狭メラレ、其他異狀ノ擴張ヲ呈スル部分ハ彈力減退シテ此等ノ變化ハ交互ニ發生スルモノナリ。

攝護腺肥大症ニ於ケル第二次ノ變化 *sekundäre Veränderungen bei Prostatohypertrophie* トシテ攝護腺肥大症ノ永ク存在スル時ハ、後方ニアル尿路ニ狹窄患者ニ見ルガ如キ變化ヲ來シ、膀胱ハ排尿ノ困難ニヨリテ利尿筋ノ肥大ヲ來シ肉柱膀胱 *Talkenblase* ヲ起シ、之ニヨリテ代償機能行ハル、

モ、障碍愈々加ハルニ至リテ膀胱内容ハ全部排泄スル能ハズシテ次第ニ停滯尿 *Residualharn* ヲ來シ、膀胱ハ擴張シ、強度ノ場合ニハ輸尿管、腎盂及ビ腎臟ノ擴張ヲ來シテ兩側ノ腎臟水腫及ビ腎臟ノ壓迫萎縮ヲ惹起スルニ至ルモノナリ。

經過 攝護腺肥大症ノ經過ヲ分チテ次ノ二期トス。

- 一、刺戟期或ハ充血期、*das Reiz-od. Kongestionsstadium*
- 二、尿停滯期、*das Stadium des Residualharns*
- 三、尿閉或ハ尿點滴期、*das Stadium der kompletten Harnverhaltung od. des Harnträufelns (Ischuria paradoxa)*

第一期ハ攝護腺ノ刺戟狀態ヲ來シ解剖的變化ハ一般ニ缺如スルモ、症候ハ尿意促迫殊ニ夜間ニ於テ著シク、通常急激ニ起リ尿管ニハ變化ナク排出セラレタル尿量ハ僅少ナリ。

此症狀ハ大部分攝護腺ノ充血狀態ニヨルモノニシテ膀胱内及ビ尿道起部ノ刺戟ニ因リテ起ルモノナリ、一部ハ又内尿道口ノ腫脹ニ原因ス、夜間ニ於テ其症狀ノ増悪スルハ臥床及ビ溫暖ニヨリテ攝護腺ノ充血ヲ増スガ爲ナリ、同様ニ乘車、乘馬、便秘、交接等ハ骨盤内ニ血液循環ヲ増シテ症狀ヲ増悪ス、之ニ反シテ起立及ビ歩行等ハ骨盤内臓器ノ血液ヲ他ニ導クヲ以テ症狀輕快ス、此期ニ於テハカテーテルヲ以テ排尿セシムルモ停滯尿ヲ認メズ膀胱ハ全ク空虚ナリ、此ノ如クニシテ數月、數

年ノ經過ノ内ニ解剖的變化ニヨリテ起ル排尿障碍ノ症狀ハ増大シ、晝夜共ニ排尿障碍存立シ、此時期ニ至レバ刺戟状態ハ症狀ヲ増悪スルコトナク膀胱ヲ全ク空虚ナラシムルコト能ハズ、膀胱ノ過勞ニヨリテ其麻痺ヲ來シ第二期ノ尿停滯期ニ移行ス。

停滯尿ノ分量ハ此期ノ初メニ於テハ數瓦ナレドモ次第ニ増加シテ數立ニ達ス、此時排尿ノ障碍追加シテ尿意促進及ビ排尿不十分ナル感ヲ來スベシ。

尿閉又ハ絶エザル尿點滴ヲ徐々ニ或ハ急速ニ起サバ第三期ニ移行ス、之ハ屢々大酒又ハ骨盤内臓器ノ充血ヲ起シ此障碍ニ次デ來ル症候ナリ。

第三期ハ重篤ナル病症ニシテ症狀ハ膀胱ニ限局セズ、進ンデ尿毒症ノ症狀ヲ呈シ食慾不振、頭痛、眩暈、便秘、乾渴等ヲ來スベシ、是レ擴張セル輸尿管及ビ腎盂ノ停滯尿ガ腎臟ニ作用シテ其働キヲ妨グルガ爲ナリ、此際適當ナル處置ヲ行ハザレバ患者ハ尿毒症ニ原因シテ死ニ至ル可シ。

前記ノ症狀ハ此疾患ノ定型的ノ經過ニシテ、多クノ場合ニハ第二期、第三期ニ進マズシテ停止スルコト屢々ナリ。

合併症 攝護腺肥大症ノ經過中ニハ屢種々ナル合併症ヲ起スコトアリ、強度ノ出血ハ突然或ハカテーテル挿入後、充血セル血管ニ富ミタル攝護腺ヨリ起リテ非常ナル血液ノ消失ヲ來シ患者ヲ少カラズ衰弱セシム、偉大ナル凝血ノ發生スル時ハ排尿ノ障碍ヲ來シ凝血ハ内尿道口又ハカテーテルノ

開口ヲ塞ギテ排尿ヲ妨ゲ、血性尿ノ分解、疼痛、膀胱擴張及ビ加答兒ヲ起スニ至ルベシ。

膀胱炎、腎盂炎及腎盂腎臟炎等ハ膀胱ニ停滯尿アリテ屢カテーテルノ挿入ヲ行フ時、膀胱内ニ細菌感染ヲ來シテ尿ノ分解、膀胱ノ炎症ヲ來シ、腎盂、輸尿管モ擴張シテ腎盂炎、腎盂腎臟炎、腎臟膿腫等ヲ來スニ至ルモノナリ。

尿道炎、攝護腺炎、副睪丸炎及睪丸炎等ノ合併症ハカテーテル挿入ニヨリテ起サル、先ヅ尿道炎ヲ起シテ次デ攝護腺炎、副睪丸炎、睪丸炎及ビ此等ノ化膿ヲ起スモノニシテ、此等ノ合併症ハ時々重キ經過ヲ採ルヲ以テ、カテーテル挿入ハ之ヲ必要トスル場合ニ限りテ行フニ止ム可シ。

診斷 攝護腺肥大症ヲ診斷スルノミナラズ、進ミテ其時期、停滯尿ノ分量、腎臟障碍等ノ程度ヲ檢シ、尙手術ヲ要スル場合ニハ攝護腺ノ精密ナル形殊ニ内尿道口周圍ノ形狀ヲ確ム可シ。

精密ナル問診ヲ必要トス、同様ナル症狀ハ狹窄、攝護腺疾患、脊髓疾患、膀胱結石若クハ膀胱炎ニ來ルモ尿ノ検査ニヨリテ此等ノ疾患ト區別ス、尿ガ何レモ淋絲ヲ缺キ若クハ病的產物殊ニ赤血球及ビ白血球ヲ缺ク時ハ炎症性狹窄、攝護腺炎、膀胱結石及ビ膀胱炎等ト區別シ得ベシ、直腸ヨリスル觸診ハ多クノ場合ニハ診斷ヲ明白ニス、即兩側葉ノ平等ナル或ハ不平等ナル肥大ハ直腸ヨリ觸診シ得レドモ、内括約筋附近ノ攝護腺肥大ハ重キ排尿障碍ヲ起シ直腸ヨリ診斷シ難キコトアリ、故ニ直腸ヨリノ觸診ハ其成績陽性ナル時ノミ確實ナルモノト知ルベシ。

疑問ノ場合ニハギョ_ン氏消息子ヲ用ヒテ尿道ヲ探リ或ハ攝護腺液ヲ壓出シテ検査シ、或ハ膀胱鏡検査ニヨリテ狭窄、攝護腺炎、膀胱結石、脊髓疾患等ト區別ス可シ。

攝護腺肥大症ト攝護腺腫瘍トハ往々鑑別不能ノ場合アリ注意スベシ。

停滯尿量ノ測定 *Bestimmung der Menge des Residualharns.* 即チ停滯尿ノ存在スルヤ又其量幾何ナリヤヲ檢スルコトハ次ニ必要ナル問題ナリ、治療上甚重要ナル問題ニシテ、検査前ニ豫メ必ズ患者ヲシテ充分ニ排尿セシメ然ル後之ヲ測定ス可シ。

大量ノ停滯尿ノ存在ハ屢々既ニ下腹部ノ視診、觸診及ビ打診ニテ確定シ得可シ、故ニ攝護腺疾患ニハ此邊ノ精密ナル検査モ亦必要トス、直腸内ニ指ヲ入レ他手ハ腹壁上ニ置キテ觸診スル時診斷ハ尙確實ナリ、此際膀胱ハ双手ノ間ニ在リテ殊ニ腹壁弛緩セル時ハ餘リ肥滿セザル患者ニアリテハ膀胱ノ充満程度ヲ大略測リ得可シ、停滯尿ノ少量ナル時ハカテーテルヲ挿入シテ排尿セシメ精密ニ其分量ヲ計リ、カクシテ時々停滯尿ノ分量ヲ定ム可シ、然レドモ大量ノ停滯尿ノ存在スル時之ヲ行フハ注意ヲ要ス、是レ急速ニ膀胱ヲ空虚ニスル時屢々虚脱及出血ヲ來スコトアレバナリ、觸診ニヨリテ二分ノ一乃至四分ノ三立ノ停滯尿アル時ハ攝護腺肥大症ノ根本的療法ヲ行フ可キモノナリ。

少量ノ停滯尿ニアリテモカテーテル挿入ハ大ニ注意セザル可カラズ、膀胱ヲ餘リ空虚ニシタル患者ニカテーテル挿入ハ全く無害ナレドモ停滯尿アル時ニハ然ラズ、體温ニ暖マリタル停滯尿ハカテ

ーテルニヨリテ挿入セラレタル細菌ヲ急速ニ増加セシメ膀胱炎ヲ起シ容易ニ治癒セシムルコト能ハズ、生命ヲ危険ナラシメ又ハ死ヲ早ムルコト稀ナラザレバナリ、何レノカテーテルヲ用フベキカハ各々ノ場合ニ直腸觸診ヲ行ヒギョ_ン氏消息子ヲ尿道ニ挿入シテ定ムベシ。

此等ノ方法ニシテ尿道ノ状態ヲ充分ニ知ルコトヲ得ザル時ハ先ヅ細キ軟性カテーテルヲ選ミ、之ヲ挿入シ能ハザル時ハ次ニ強大ナル護膜カテーテルヲ試ム可シ、尙成功セザル場合ニハ半軟性ノ絹糸製カテーテルヲ用フベシ、殊ニ其メルシエ氏彎曲ヲ呈スルモノハ屢々能ク尿道攝護腺部ヲ通過スルモノナレバナリ、最後ニ彎曲セル金屬カテーテルヲ挿入シ又ハ糸狀ブージーヲ挿入シ得ル時ハ之ヲ誘導トシテル、フォー_ー氏ノ方法ニ從ヒテ誘導カテーテルヲ挿入ス可シ。

凡テカテーテル挿入ガ後害ヲ殘サザル様ニナスコトハ吾人ノ義務ニシテ從テ、操作後數日間患者ヲ觀察スルコトモ亦必要ナリ。

腎臟ニ於ケル尿停滯ノ検査 *Feststellung ob die Nieren von der Harnstauung ergriffen sind* 即チ尿停滯ガ膀胱ニ限局セルカ腎臟ニ波及セルカヲ確定スルコトハ豫後及ビ治療上肝要ナルコトナリ、食慾不振、強度ノ乾渴、嘔氣、頸部内乾燥等ノ發生スル時ハ大抵腎臟ニ及ベル證ナリ、同時ニ尿量増加シ比重少ニシテ蛋白ヲ含メル時ハ此合併症アルコト可成確實ナリ、尿ガ之ニ反シテ暗黄色ニシテ比重大ニ蛋白ヲ含マザル時ハ腎臟ハ大抵疾病ニ與ラザルモノナリ。

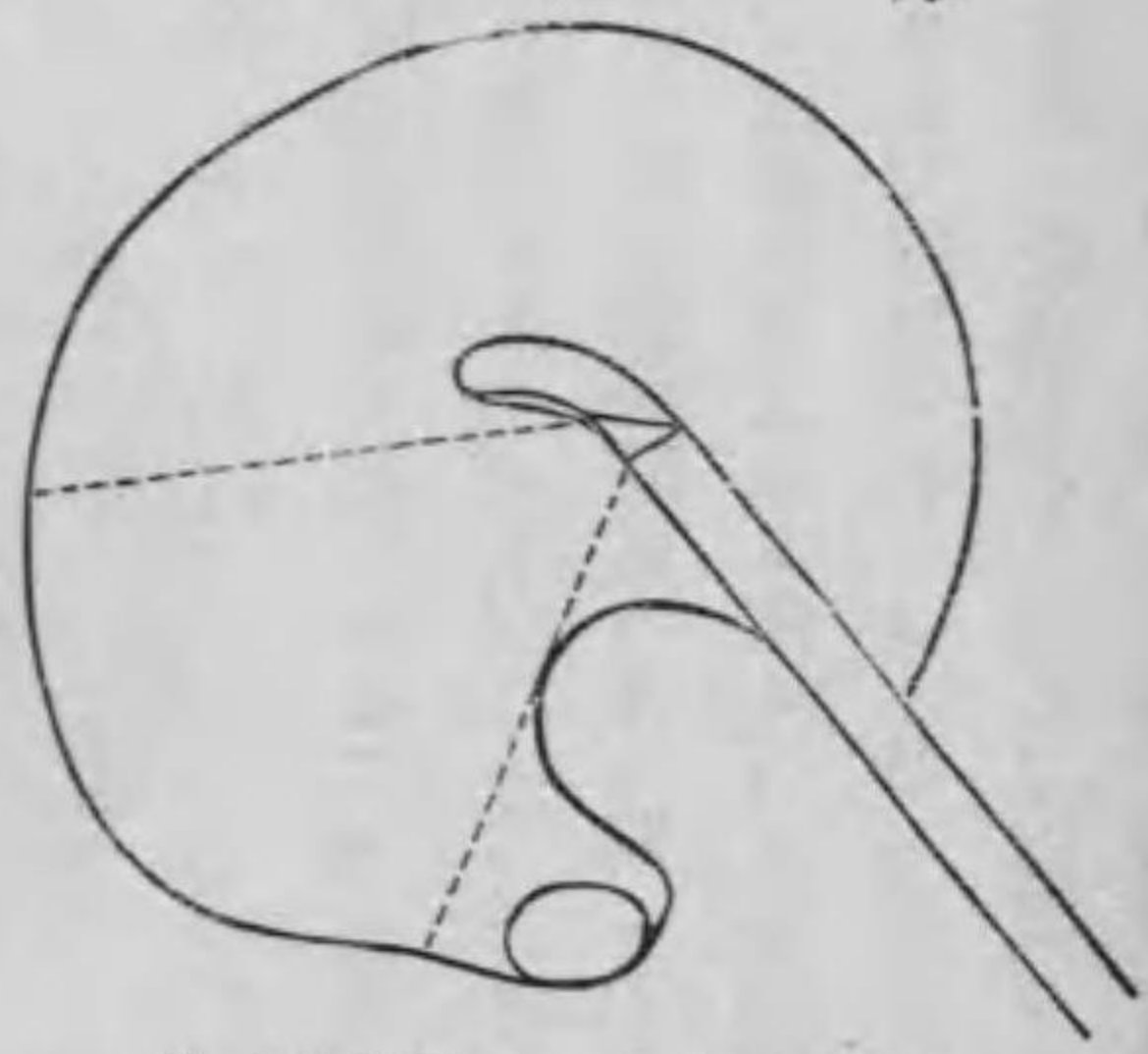
攝護腺肥大症ノ膀胱鏡検査法 Die Kystoskopie der Prostatahypertrophie ハ診断疑ハシキ場合ニ最モ價値アルモノニシテ、殊ニ内尿道口皺襞ノ精密ナル變化、合併症、膀胱結石等ノ存在スルヤ否ヤヲ確實ニ定ムル爲メ必要ナリ。

攝護腺肥大症ノ膀胱鏡検査ハ尿道ノ屈曲、延長、出血ノ傾向、膀胱底ノ變化等ニヨリテ可ナリ困難ナルコトアリ、挿入時短嘴ヲ側方ニ多少動かサバ、ル可カラズ、中葉肥大ノ時殊ニ然リ、健康ナル攝護腺ヲ有スル場合ニ比ニシテ短嘴ヲ膀胱内ニ入レル爲ニ著シク器ノ外端漏斗部ヲ下ゲザル可カラズ、注意シテ行フモ出血スルコトアリ、軟キカテーテルヲ挿入シテ洗滌用膀胱鏡ヲ用ヒ出血セバ直ニ洗滌ヲ行フ可トス。

検査ノ際器ハ充分ニ兩側、上下及ビ前後ニ動かザルコトアリ、肥大セル攝護腺ノ後方膀胱底ニ於テ輸尿管附近ハ屢々深キ窩狀ヲ呈シテ充分見ルコト能ハザルコトアリ、此際膀胱内液ヲ三〇瓦以上トナサバ、窩狀ノ底部ハ高舉シテ此部ノ變化及ビ其處ニ存在スル結石ヲ見ルコトヲ得可シ、此等ノ理由ニヨリテ攝護腺肥大症ニハ洗滌用又ハ灌注用膀胱鏡ヲ用フルヲ可トス。

攝護腺肥大症ノ膀胱鏡検査ハ著シキ特徴ヲ有シ、膀胱鏡ニテ見得ル變化ハ内尿道口附近ニ於テ著シキ大サヲ示スモノナリ、梅實大乃至櫻實大ヲ有スル如ク視野ノ全幅ニ渡ルモ實際ハ通常明窓ノ大サヨリ小ナルヲ以テ誤認ス可カラズ。

第一一二圖



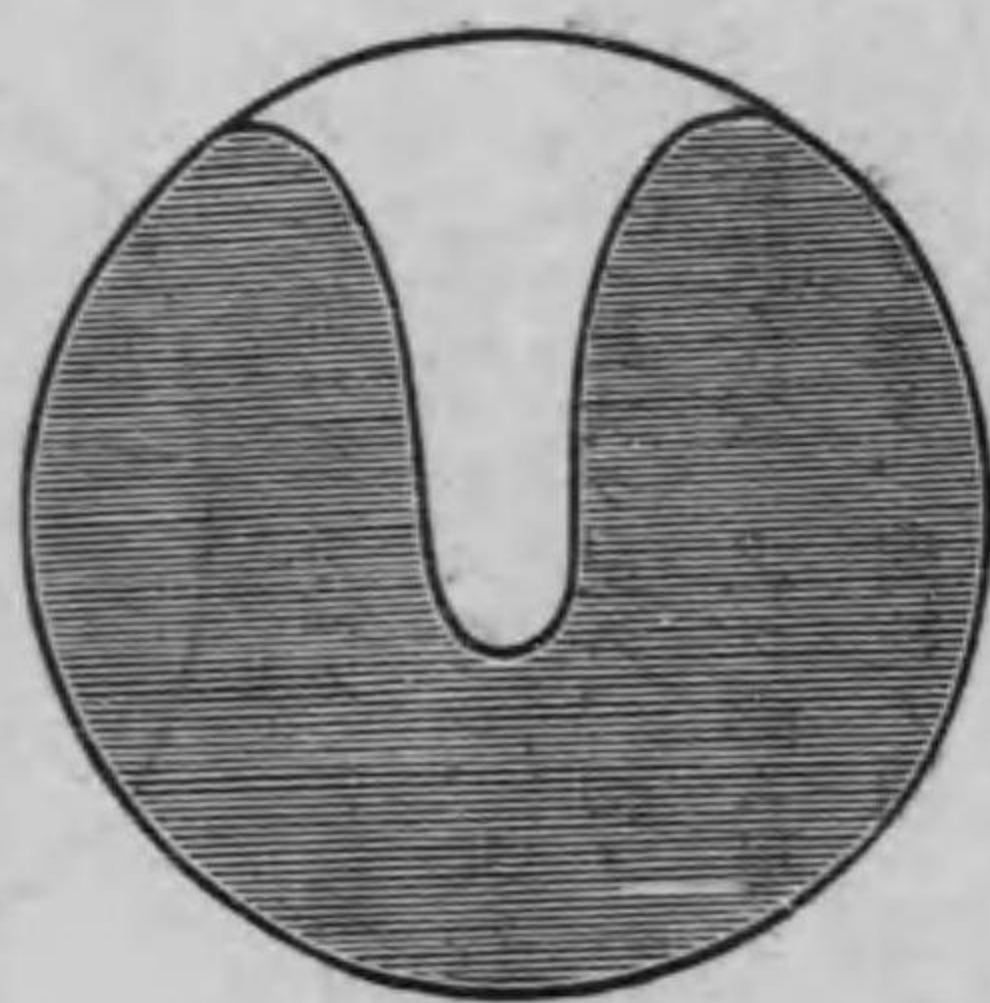
攝護腺肥大症ニ膀胱鏡検査得ル以テ膀胱鏡検査場合

初期ニ於テ内尿道口邊ハ不規則ナル隆起及ビ陥没ヲ有シテ平坦ナルカ又ハ三日月形ヲナシ、内容透明ナル小水泡ヲ有スルコト稀ナラズ、進ミタル時期ニハ大ナル球形及ビ不規則ナル隆起及ビ腫瘍ヲ内尿道口周圍ニ見ルモノナリ、サレド屢々見ル所ノモノハ定型のニシテ門狀又ハV字狀ヲ呈シ明窓ヲ上方ニ向クル時之ヲ認メ得可シ、腺ノ兩葉肥大セル證ナリ、此際兩壁ノ高キ丈肥大ノ進メルモノト知ルベシ。

第二ノ定型ハ明窓ヲ下方ニ向クル時中葉ノ見ユルコトニシテ、此部ハ通常徐々ニ尿道ヨリ膀胱ニ移行セルモノナルモ、肥大症ニアリテハ下方ニ多少凸狀ヲナシタル隆起ヲナス可シ、其後方ハ窩狀ニシテ暗黒ニ見ヘ第二次ノ變化トシテ進ミタル時期ニハ多少排尿筋ノ肥大ヲ呈ス、初メハ膀胱ノ下側々方部ニ格子狀ノ細キ筋肉柱ヲ見ルモ内尿道口ノ障礙増大セバ膀胱全壁ニ之ヲ認ム可シ、唯三角部ノミハ之ヲ有セズ、高度ノ場合ニハ半圓筒狀肉柱ハ縱横ニ膀胱内ヲ走り、肉柱ノ間ハ深キ暗黒色ノ窩狀ヲナシテ憩室狀ヲ呈スルコト稀ナラズ、

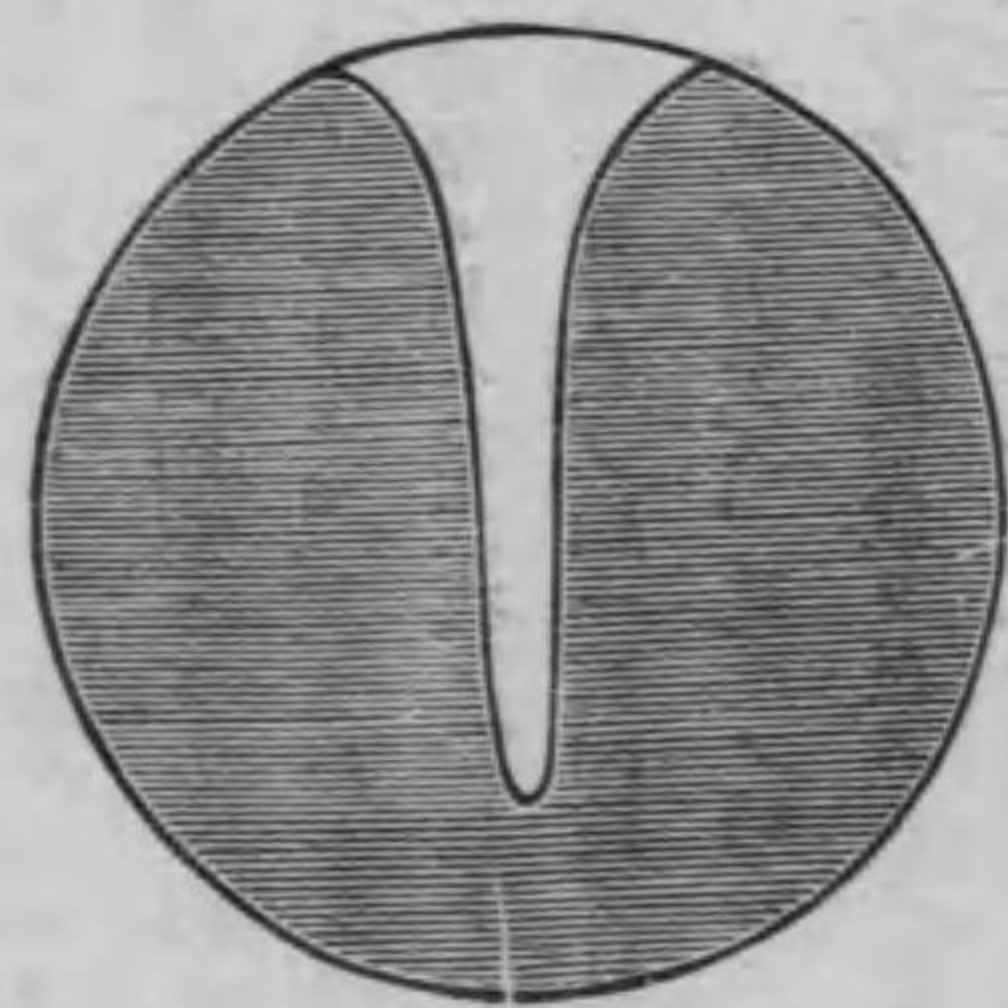
療法 原因不明ナレバ豫防ハ施シ難シ又確實ニ之ヲ縮少セシメ又ハ其増大ヲ阻止スル方法ナシ、

第一一三圖



攝護腺肥大ノ膀胱鏡圖
其一

第一一四圖



其二

沃度、水銀等モ之ヲ治愈セシム可キ藥劑ナラズ、治療ハ重症ヲ輕快セシメ充分ナル排尿ノ可能ナル様ニスルニ止マレリ、之ニヨリテ上方尿路ニ尿ノ停滯スルヲ避ケザル可カラズ。

第一期即刺戟期又ハ充血期ニアリテハ刺戟症狀ヲ減ジ疾病ヲ増悪スル尿停滯ヲ出來ル丈豫防ス可シ、攝護腺ノ充血ヲ起ス可キ要素即永ク座スルコト、乘馬、乘車、房事過度、冷濕ナル地上ニ坐スルコト、寒胃ニ罹ルコト等ハ充分ニ之ヲ避ク可シ。

食餌ハ淡白ナルヲ用ヒ、就眠スル前ニ食事ヲ採ラシム可カラズ、便通ヲ整正シ過度ニ膀胱ヲ充滿スルコトヲ避ク可シ、殊ニ酒精飲料ノ大量ヲ短時間ニ取ルコトハ避ケザルベカラズ、急速ニ尿閉ヲ

起スコトアレバナリ、然レドモ晝間ニハ夕刻後ヲ除キテ出來得ル丈多クノ飲料ヲ攝取セシムルヲ可トス、又骨盤臟器ノ充血ヲ去ルニハ適度ノ運動殊ニ散步、溫坐浴及ビ溫足浴ヲ行ハシム可シ。

強大ナル金屬ブージーヲ尿道内ニ挿入スルハ甚ダ有效ニシテ刺戟症狀ハ之ニヨリテ急激ニ減退セシメラル、モノナリ、ブージーヲ挿入ハ初メハ毎日、後ニハ隔日又ハ一日置ニ數分間宛行フ可シ、此療法ハ四週間連續シ時ヲ置キテ又反復ス可シ、四百倍乃至二百倍ノ硝酸銀水ヲ後部尿道ニ點滴スル時ハ著シク尿意促進ヲ輕減シ得ルコトアリ、昔ハ初期ニ用フル外第二期第三期ニモ用ヒタレドモ此等ノ時期ニハ不適當ナリ、精系切斷ハ簡單ニシテ危險ナキ手術ナレドモ有效ナラズ、皮膚切開ハ鼠蹊腺ニ沿フテ精系ノ方向ニ行ヒ、次デ精系ヲ二乃至三處ヲ隔テ、二重ニ結束シ其間ヲ切除シテ皮膚縫合ヲ置クベシ、第二期ニ於テハ各個人ニヨリテ治療ヲ異ニス、停滯尿ノ分量ニ關係スルモノナリ、停滯尿量一〇〇珉マデハ第一期ト同様ナル療法ヲ用ヒ、停滯尿ニテ症狀ノ大部分ヲ起スト考フル時ハ夜間就眠前カテーテルヲ挿入シテ排尿セシム可シ、小圓筒ヲ用ヒテ直腸内ヨリレントゲン腺ニテ照射シ若クハラヂウムヲネラトシカテーテル内ニ入レテ膀胱内又ハ直腸内ニ挿入シテ攝護腺ヲ照射スルモ良法ナリ、ラヂウム療法ハ本邦ニアリテハ土肥慶藏氏ニヨリテ始メラル、停滯尿一〇〇乃至四〇〇珉ニ達セバ夜間一回カテーテルヲ挿入ヲ行ヒ、四百珉以上ニ達セバ毎日朝夕二回カテーテルニテ排尿セシム可シ、六百瓦以上停滯尿アル時ハ、第三期ニ於ケル如ク一日三回又ハ其レ以上

カテーテルニテ排尿セシメザル可カラズ、サレド初メノ場合ニハ最モ注意セザル可カラズ、尿路ハ慢性的ニ永ク高壓ヲ受ケ全部急速ニ排出セシムル時ハ重篤ナル症状ヲ發生スルコトアリ、即チ膀胱壁、腎盂及ビ腎臟ヨリ強烈ナル實質性出血ヲ起シテ直ニ死亡スルコトアリ、シヨツクニヨリテ直ニ死スル場合モ亦少ナカラズ、高壓ヲ受ケタル腎臟ハ機能ヲ失ヒ尿毒性ヲ起シテ暫時ニシテ死スルコト多シ。

第一日ニハ朝夕各四百耗ヲ、翌日五百耗ヲ、次デ六百耗ヲ、毎日百耗宛増加シテ排尿セシムレバ危険少ナシ、毎日検尿シテ蛋白量増加セバ排尿スルコトヲ少クス可キモノトス、細菌感染ヲ起サバ尿ヲ同量ノ硼酸水ニテ置換スベシ、即チ百耗ヲ排尿セシメテ百耗ノ硼酸水ヲ入レ、カクシテ全ク排出セル液ノ透明ナルニ至ラシムルモノトス。

又初メヨリ留置カテーテルヲ置キテ常ニ尿ノ一定量ガ排出スル様ニシ、カクシテ困難ナルカテーテル挿入ヲ反復スル煩ヲ避クルモ可ナリ。

此等ノ方法ニヨリテ尿路ヲ次第二壓迫ヨリ救フコトヲ得レバ一日數回カテーテルヲ挿入セザル可カラズ、通常一日三回ナレドモ治療ニヨリテ二回ニテ足ル様ニ減少スルコト稀ナラズ。

第三期ニ於テ永續セル尿閉ニハ第二期尿停滯ノ場合ト同様ナル療法ヲ行フベシ、徐々ニ増量シテ排尿セシメ規則的ニ行フ可シ、カテーテル挿入ノ回數ハ二十四時間ノ尿量ニ關係ス、患者ガ尿意ヲ

起サザル時ニハ二分ノ一乃至四分ノ三立ノ尿ガ停滯スル迄、即チ二十四時間ニ尿量二〇〇〇耗マデナラバ一日三四回排尿セシム可シ、此療法ニヨリテ通常直ニ尿毒症々狀ヲ去リ尿量ヲ減ジ尿ハ通常ノ性狀ヲ備フルニ至ル外、之ニヨリテ第三期ヨリ第二期ニ復歸スルコトモ亦稀ナルモノニアラズ、時ニハ全然尿停滯ノ消失スルコトモ稀ニ見ラル、所ナリ、膀胱炎、尿道炎、其他ノ合併症ヲ發生スルハ多クハ技術ノ不熟練ニ起因スルモノニシテ、患者ニカテーテル挿入ヲ充分教フルコトヲ厭ハザレバ、唯極メテ稀ニ合併症ヲ起スニ過ギザルモノナリ。

患者ニ自ラカテーテル挿入ヲ行ハシムルニハ次ノ諸點ニ注意ス可シ、即

一、患者ニ最モ適當セルカテーテルヲ定ム可シ、出來得可クンバ中等大軟性護謨カテーテル又ハ絹糸製ニシテメルシエ氏彎曲ヲ有シ又ハ有セザル物ヲ選ブ可シ。

二、患者ニ充分滅菌法及ビカテーテルノ消毒法ヲ教ヘザル可カラズ。

三、患者ヲシテ挿入法ヲ會得セシム可シ。

四、カテーテル挿入後常ニ硼酸水ニテ膀胱ヲ洗滌セシム可シ。

肥大症ノ第三期ニ於テハ速ニ高位切開ヲ施シ、之ニヨリテ腎臟機能ヲ回復シ、二週間後ニ耻骨上ニ於テ二次的ニ攝護腺剔除術ヲ行フヲ安全ナリトス。

合併症ノ療法 Behandlung der Komplikationen

肥大症ノ豫防ハ不可能ナレバ、先ヅ合併症ノ大部分ヲ占ムル尿道炎ヲ豫防セザル可カラズ。

カテーテルハ使用及煮沸ニヨリテ粗糲トナリ、容易ニ尿道内ニ小ナル外傷ヲ起シテ細菌感染ヲ起シ尿道炎ヲ起スモノナレバ、平滑ナルカテーテルヲ用ヒテ之ヲ避ケザル可カラズ、古キ粗糲ナルカテーテルヲ新シキ物ニ更フル時ハ尿道炎ハ直ニ消失スルコトアルモノナリ。

其他缺點ナキ粘滑劑ニハ殊ニ殺菌セルグリセリンヲ用フ可シ、腐敗セル油ヲ新鮮ナルグリセリンニ代フル時モ亦尿道炎ハ直ニ治癒スルコトアリ。

患者ハカテーテルヲ昇汞水又ハ石炭酸水ニテ消毒スルコト多ク、使用前ニヨク洗滌スルモ消毒藥ノ附著セルコト稀ナラズシテ、昇汞ノ少量ニテモ能ク烈シキ尿道炎ヲ發生ス、故ニカテーテルハ水ニ入レテ煮沸スルカ蒸氣消毒ヲ行ヒタル後直ニ之ヲ使用セシムルヲ可トス。

カテーテルヲ抜キ出シタル際ニハ硼酸水ニテ尿道ヲ洗滌シテ殘レル粘滑劑、上皮及ビ細菌等ヲ洗ヒ去ラシム可シ、此等ハ通常ハ排尿ニヨリテ排出セラル、モノナレドモ、尿閉時ニハ尿道ニ殘リテ尿道炎ヲ起スコトアレバナリ、又カテーテル挿入前ニハ必ヅ前尿道ヲ硼酸水ニテ洗滌ス可シ。

尿道炎ヲ起サバ已ニ記述セシ尿道炎療法ヲ行フ可シ。

膀胱炎ノ豫防ハ凡テ殺菌消毒ヲ嚴重ニスルコトナリ。
カテーテル挿入後ハ毎常硼酸水ニテ膀胱洗滌ヲ行フ可シ、之ニヨリテ多クノ場合ハ膀胱炎ヲ起ス

コトナキモノナリ、サレド尿ニ輕度ノ混濁アリテ尿ノ分解セルハ膀胱炎ノ徴ニシテ、輕症ニハ症狀ヲ呈セズ大ナル意義ヲ有セザレドモ、症狀増悪シ尿ノ強度ノ混濁殊ニアンモニヤ性分解ヲ伴フ時ハ、屢排尿ヲ行ヒテ同時ニ充分膀胱ヲ洗滌セザル可カラズ、カクシテ數日ナラズシテ恢復セシメ得可シ、成功セザル時ハ留置カテーテルヲ置キテ出來得ル患者ヲ床ヨリ離レシメ、カテーテルヲ挟ミテ毎時間排尿セシメ硼酸水ニテ膀胱ヲ洗滌セシム可シ、此際最後ノ液ハ膀胱内ニ殘シテ次ニ排尿スルマデ粘膜ニ治療的作用ヲ加ヘシメ不潔トナリタル後排出セシムベシ、此方法ハ重症ニハ大ニ效果アルモノニシテ尿ハ數日ニシテ清澄トナリ加答兒ハ治癒スルモノナレバ、留置カテーテルヲ去リ通常ノ如クカテーテル挿入ヲ行フベシ、攝護腺炎、副睪丸炎及ビ睪丸炎ノ豫防ハ尿道炎ノ豫防ト同様ナリ、常ニ此等ノ合併症ハ尿道炎ニ治療ヲ加ヘズシテ放置セル時ニ來ルモノニシテ、直ニカテーテル挿入ヲ止メル時ハ速ニ治癒ニ赴クモノナリ、唯輕度ノ場合ニハ細クシテ屈曲性ノ護膜カテーテルヲ挿入シ提帶帶ヲ用ヒテ睪丸ニ電法ヲ置カシムベシ。

突發スル出血ハ防グコト能ハザレドモ外傷性ノモノハカテーテルヲ徐々ニ挿入シテ豫防スベシ、強度ノ出血ニハ出血ヲ止メ凝血發生ヲ避ケテ已ニ存在セル凝血ヲ膀胱ヨリ除去スベシ、出血ガ攝護腺ノ尿道部ニアル時ハ、出來ル丈大ナル留置カテーテルヲ挿入シテ止血セシムベキモ、膀胱部ヨリスル出血ニハ此方法ガ少シモ效ヲ奏セザルコトアリ、冷水ニテ又之ニアドリナリン又ハ一半クロー

織液或ハコアグレンヲ加エテ洗滌ヲ試ム可シ、膀胱部ニ氷嚢ヲ置キ又ハ直腸ヨリアルツベルゲル氏冷濕器ヲ以テ冷却スルモ何レモ大ナル效果ナキモノナリ、内服藥トシテハエルゴチン、アドレナリン、デラチン等ヲ用フルモ大ナル效果ハ望ム可カラズ、一―三%クロルカルシウム、一〇%食鹽水、一〇%デラチン等ノ靜脈内注射ハ多少ノ效果アリ、何レノ場合ニモ患者ヲシテ靜ニ臥床セシメ置クハ却テ出血ヲ増加シテ宜シカラズ、靜臥ハ凝血ヲ起スヲ以テ室内ニ於テ適宜ニ運動セシメ多量ニ飲料ヲ攝取セシメテ、膀胱内ノ血液ヲ薄メ以テ凝血ノ發生ヲ豫防ス可シ、凝血ヲ起シテ危險ナル時ハ高位截開術ヲ行ヒ膀胱内ニタンボンヲ置ク可シ、然レドモ此ハ甚ダ稀ニ行ハル、方法ニシテ普通ハ他ノ方法ニヨリテ常ニ危險ヲ起スコトナク自然ニ止血スルモノナリ。

排尿ヲ阻止スル凝血ガ發生シテ然モ排尿ノ必要起ル時ハ、中等大ニシテベニツケー氏彎曲ヲナセル金屬カテーテルヲ挿入スベシ、護謨又ハ絹糸製カテーテルノ穴ハ常ニ凝血アル膀胱底ニ存スレドモベニツケー氏カテーテルヲ挿入シテ其外端ヲ下垂スレバ穴ハ凝血ヨリ上方ニ來ルヲ以テ、カテーテル挿入前暫時患者ヲ靜臥セシメ置ク時ハ凝血ハ膀胱底ニ沈ミ排尿セシメ得ルモノナリ、此方法ヲ用フルモ凝血ヲ通過スル際凝血ノ穴ヲ塞グコトアリ、少量ノ液ヲ強ク注入シテ凝血ノ沈ムヲ待テ大量ノ凝血アルモ尿ハ排出セラル、モノナリ、此際時々カテーテル外口ヲ塞ギテ凝血ノ穴ヨリ吸引セラル、ヲ避ク可シ。

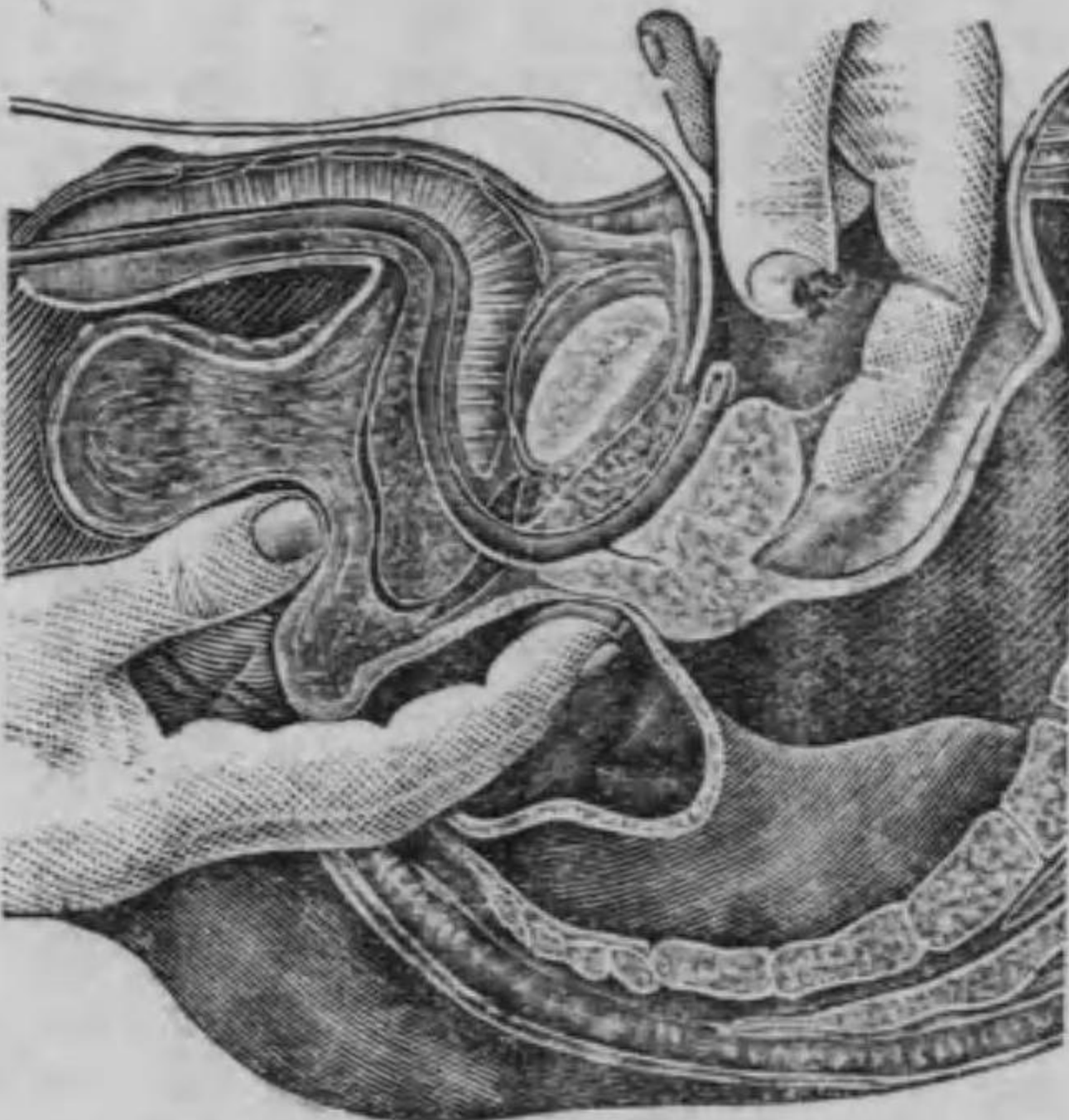
凝血ヲ膀胱ヨリ除去セント欲セバ出來ル尿管腔大ニシテ大ナル穴ヲ有スル灌注カテーテルヲ挿入スベシ、之ニ由テ凝血ハ多クハ排除セラルモ、尙大ナル凝血穴ヲ塞ガバ膀胱注入器ニテ吸引ス可シ、甚ダ大ナル凝血ハ通過セザルモ穴ニ固着ス可ク、カテーテルニテ絶エズ吸引セバ凝血ノ一部分ハ吸引セラレ、大部分ハカテーテルヨリ流出スルモノナリ、凝血偉大ニシテ膀胱ヲ充塞スル時ハ先ヅ截石器ニテ細カクスベシ、カクシテ大ナル凝血ハ數週又ハ數ヶ月ニシテ自然ニ排泄セラル、モノナリ。

手術的療法 Operative Behandlung der Prostatihypertrophie

何レノ攝護腺肥大症ニ向テモ先ヅ前記ノ療法ヲ試ムベシ、熟練ト深キ注意トニヨリテ患者ノ大多數ハ危險ヲ招クコトナク比較的症狀ヲ輕減ジ得ルモノナリ、一部ハ永クカテーテル挿入不可能ニシテ只患者自身ニヨリテノミ弾力性護謨又ハ絹糸製カテーテルヲ挿入シ得ルノミナルコトアリ、一部ニ於テハ屢々強度出血ヲ突發シ或ハカテーテル挿入ニヨリテ之ヲ起ス者アリ、甚ダ稀ニハカテーテル挿入ガ常ニ強度ノ疼痛ヲ起シ、又時トシテ尿道炎、膀胱炎、攝護腺炎及ビ副睪丸炎ヲ再發シテカテーテル挿入ヲ困難ナラシムルコトアリ、患者ノ智識程度及ビ術者技術ノ巧拙ニヨリテカテーテル挿入ハ常ニ行ヒ得ルモノニアラズシテ、又多クノ患者ニアリテハ視力弱キカ盲目ナルカ家庭ノ事情ニヨリテカテーテルノ挿入ヲ許サザルコトアリ。

此等ノ場合ニ於テ排尿ヲ充分ナラシムル確實ナル方法ハ手術ナリ、理想的好果ハフレーヤー氏ノ

第一一五圖



弗萊耶氏耻骨上攝護腺全別出術

出血ハ過度ニ強烈ナラズシテ指ニテ壓迫シテ按摩シタル後タンポンヲ置クカ(タンポン一、三日留

耻骨上攝護腺全別出術 Prostatectomia totalis suprapubica nach Freyer. ニシテ推換ス可キ方法ナリ。
フレイヤー氏耻骨上攝護腺全別出術ノ方法ハ患者ヲ骨盤高位ニ手術臺上ニ仰臥セシメ(動脈硬化
症ニハ水平位)、膀胱内ニハネラトシカテーターヲ挿入シテ一萬倍青酸々化液又ハ二%硼酸水二
〇〇乃至三〇〇珉ヲ充シ、高位截開術ニヨリテ膀胱ヲ腹膜外ニ於テ一指ノ通過スル丈(約二仙)ノ大
サニ開キ、カテーターヨリ液ヲ排出シ、左手ノ

二指ヲ直腸内ニ入レテ攝護腺ヲ上方ニ壓シ、右
手ノ示指ヲ膀胱内ニ入レテ攝護腺側葉又ハ中葉
ノ最高所ノ膀胱粘膜ヲ爪ヲ以テ數種丈搔キ破リ
又ハ「ミューゾー」氏鉗子ニテ攝護腺ヲ撮ミ上ゲテ周
圍粘膜ニ刀ヲ加ヘタル後、指ニテ粘膜ヲ剝ギ、
次ニ攝護腺莖膜ト周圍ノ緊張セル組織トノ間ヲ
分ケ入りテ攝護腺ヲ周圍ヨリ遊離シ、尿道ハ挿
入セルカテーターニヨリテ識別シテ出來ル丈保
存シ、カクシテ攝護腺ヲ傷口ヨリ取り出ス時ハ、

置ス) 高温ノ硼酸水ニテ反復洗滌スル時ハ普通直ニ止血スベシ、次ニ膀胱創面ハ閉鎖スルカ其ノ上
邊ニ於テ肉厚キ母指頭大ノ排尿護膜管ヲ膀胱壁ノ創縁ニ密ニ縫ヒ付ケ、護膜管ノ下端ハ膀胱壁ニ當
ラザル様ニシテ凝血ヲ充分排出シ得セシムベシ、硝子管ニヨリテ長キ護膜管ヲ之ニ連結シテ患者ノ
側又ハ股間ニアル便器中ニ排尿セシメ、尿管ハ八日間留置スベシ。

フレイヤー氏ハ尿道内ニ置キタルカテーターヲ留置カテータートシテ止メ置クモ、ヤール氏ハ尿
道ガ一部除去セラレアルヲ以テ兩尿道斷端ヲ接續セシムル爲メ、又膀胱洗滌ハ容易ニカテーターニ
ヨリテ注入シ會陰上ノ排泄管ヨリ流出セシムルヲ以テ留置シ置カズト云フ。

留置カテーターニ尿酸鹽ノ附着スルヲ避クル爲メ、尿道端ノ治癒セルヲ確ムル迄ハ常ニ硼酸水ヲ
充シテ挾ミ置クヲ可トス、通常八日乃至十日ノ後會陰上ノ排泄管ガ密着セザルニ至ラバ之ヲ抜キ去
ル可シ、膀胱ノ創口ハ開大シ尿ハ此所ヨリ出ヅルヲ以テ、其上ニ大量ノ繃帶材料ヲ置キテ吸收セシ
メ、カテーターノ留置シアル間ハ之ヨリ一部ハ流出セシムベシ、カクシテ耻骨上ノ膀胱瘻ノ閉塞セ
ラル、ニ至ラバ患者ハ自ら排尿シ得ルニ至ルモノナリ。

手術自ラノ危険ハ特ニ大ナラザレドモ從來ノ死亡率ハ可成ニ高シ、フレイヤー氏ニ依レバ九%、
イスラエル氏ニ依レバ十五%ナリ、患者ガ老人ナルト病氣ノ爲メニ抵抗弱キト上方尿路ニ已ニ變化
ヲ來セルトニヨルモノナリ、宜シク次ノ諸點ニ注意シテ死亡率ヲ減少セシムベシ。

一、患者ノ正規的準備。慢性ニ擴張セル膀胱ハ豫メ充分排尿シ得ル様前記ノ療法ヲ行フ可ク、手術時ニ著シキ膀胱炎ハ存在ス可カラズ、カテーテル挿入困難ニシテ膀胱洗滌、留置カテーテル等ノ行ヒ難キ時ハブートンニエール *Boutonniere* (外尿道截開術)ヲ行ヒ、大ナル排尿管ヲ膀胱内ニ挿入シテ排尿ヲ計リ、膀胱ハ一日四五回洗滌シテ膀胱炎ヲ輕快セシメ、尿ヲ清澄ニシテ臭氣ナキ迄ニ至ラシメザル可カラズ、近來二次的攝護腺別出術推奨セラル、即チ豫メ高位切開ヲ加ヘテ腎臟機能ヲ回復セシメ、二週間ノ後別出ヲ行ハ、死亡率ハ著シク減少セラル、モノナリ。

二、麻酔。手術ヲ迅速ニシテ麻酔ニヨリテ老人ニ稀ナラザル合併症ノ起ルコトヲ避ク可シ、即豫メバントボン、スコボラミンヲ用ヒテ麻酔ヲ完全ナラシム可シ、腰髓麻酔モ亦用ヒ得ベキモ近時局所麻酔ノモトニ二次的ニ別出スル方法ハ其結果良好ナリ。

三、後療法。膀胱ノ排尿管ヲ完全ニ置キ、尿ノ性状ニヨリテ一日數回碳酸水ヲカテーテルニヨリテ膀胱内ニ注入シ、耻骨上ノ排膿管ヨリ流出セシム可シ、其間ニ時々排尿管ヲ壓シテ液ヲ膀胱内ニ止メ膀胱皺襞内ノ洗滌セラル、様ニ意ヲ用フルヲ良シトス、尙出來得ル丈早く起床セシメテ下垂性肺炎ノ起ルヲ避ク可シ。

適應症。此攝護腺別出術ハ慢性ノ尿閉アリテカテーテル療法ノ行ヒ難キ時ニ適シ、大量ノ停滯尿アリ著名ナル症狀ヲ呈シテ殊ニ尿分解ヲ伴ヒ強度ノ膀胱炎アリテカテーテル療法ノ行ヒ難キトキニ

行フベシ、著者ハ七十六歳ノ膀胱結石ヲ兼ムル患者ニ該別出術ヲ行ヒテ全治セシメ得タリ。

禁忌。全身状態ノ甚ダシク悪シクシテ腎臟ノ重キ合併症即腎臟水腫、腎盂炎、化膿性腎盂腎臟炎等アル時ハ禁忌ナリ、外尿道截開術ヲ行ヒ又ハ耻骨上膀胱瘻ヲ造リ全身状態ノ回復スルニ及ビテ攝護腺別出術ヲ行フ可シ。

患者ノ年齢若キ時ハ陰萎ヲ起スヲ以テ此療法ハ行ハザルヲ可トス、高年ニアリテハ對症療法ニヨリテ満足ス可キヤ否ヤヲ再考セザル可カラズ、永クカテーテル療法ヲ行フ能ハズ、攝護腺別出術ノ禁忌ナル時ハボッチニー氏手術、耻骨上膀胱瘻又ハ尿道外截開術ヲ行フベシ。

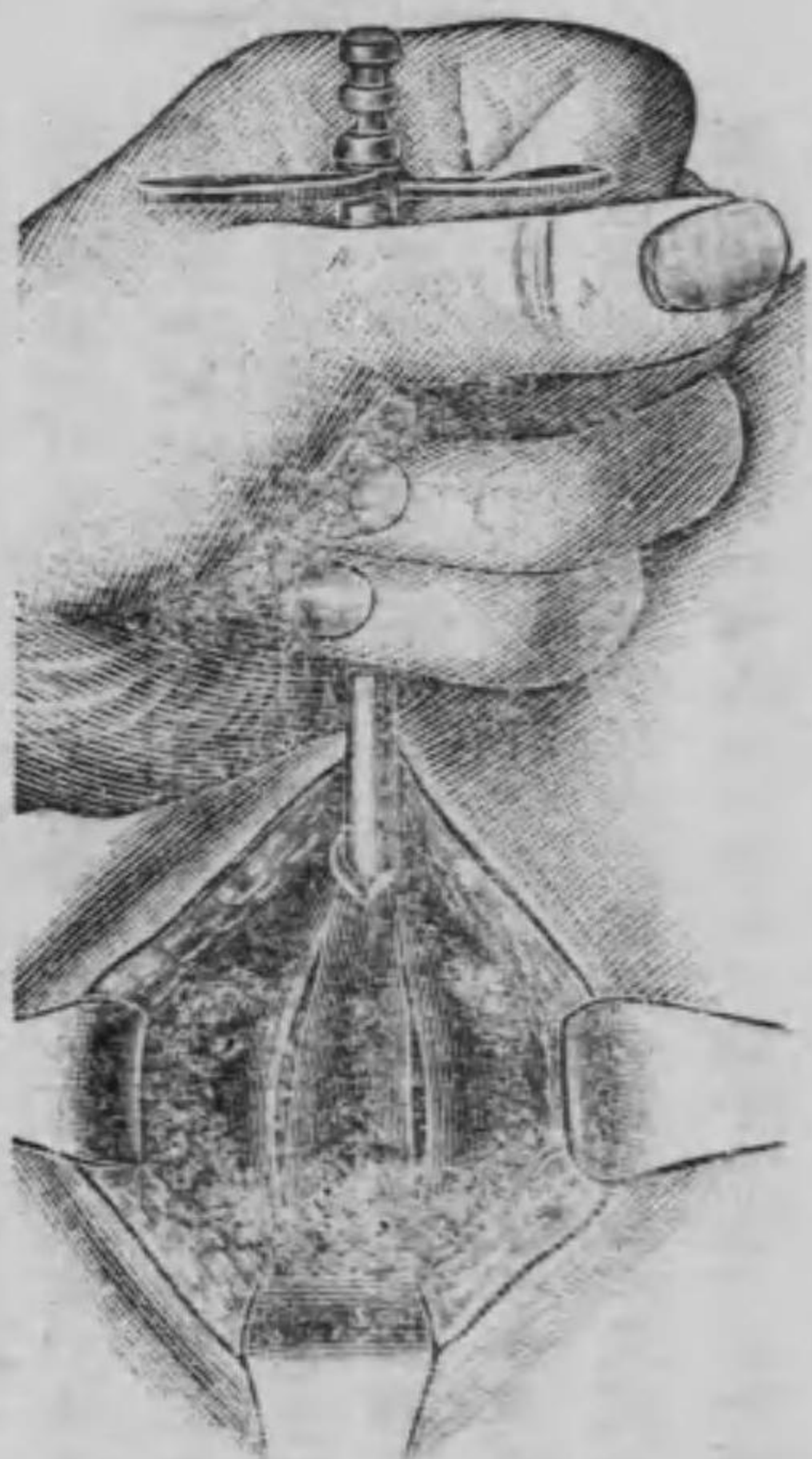
會陰式攝護腺別出術 *Perineale Prostatektomie*

術式ハ患者ヲ截石位ニ置キテ兩脚ヲ股膝、兩關節ニ於テ強度ニ屈セシメ、會陰部ニ於ケル皮膚切開ハアルバラ、ブルー、ヤング氏等ニヨリテ異ナレドモ、皮膚切開ニ次デ次第ニ深部ニ分ケ入りテ直腸尿道筋ヲ切リテ尿道膜様部ヲ露出シ、尿道ニ二種ノ縱切開ヲ加ヘテ此處ヨリヤング氏攝護腺牽引器ヲ膀胱内ニ挿入シテ開キ、助手ヲシテ之ヲ牽引シテ攝護腺被膜ニ左右各葉ニテ尿道ニ並行ノ切開ヲ加ヘ、腺ヲ被膜ヨリ鈍的ニ剝離シテ別出シ、膀胱内ニハ留置カテーテルヲ置キテ創口ニハガーゼ、タンボンヲ挿入ス、著者ハ攝護腺右葉核ニヤング氏法ヲ用ヒテ全治ヲ見タリ。

アルバラ氏法ハ尿道内ニ金屬ブローヂーヲ挿入シ、攝護腺被膜ニ正中線ニ於テ切開ヲ加ヘテ腺ヲ

第一一六圖

ヤンケ氏會陰部攝護腺別出術 (其一)



第一一七圖

ヤンケ氏會陰部攝護腺別出術 (其二)



鈍的ニ右葉左葉共ニ剝離シ、此切開線ニ五種ヲ離レテ右葉ニ二種半ノ切開ヲ行ヒ、刀ヲ二種半丈腺内ニ加ヘテ右葉ヲ錯子ニテ引キ出シテ左示指ニテ取り出スベシ、同様ニシテ左葉ヲ取り出シ、次デ左示指ヲ尿道内ニ挿入シテ中葉ヲ引キ出シ粘膜ニ切開ヲ加ヘテ別出スベシ、後療法ハ尿ノ無菌ナル時ニハ尿道ヲ閉鎖シテ留置カテーテルヲ置キテ、然ラザレバ會陰部ニ排膿管ヲ置キテタンポンヲ挿

入シ六日ノ後排膿管ヲ去リテ留置カテーテルヲ挿入スベシ。

ウキルムス氏ハ會陰部ニ於テ正中線ヨリ側方ニ於テ切開ヲ行フ。

リチギール、リーデル氏等ハ尿道ニ切開ヲ加ヘズシテ別出ヲ行フ、即攝護腺ノ後面ヲ露出セバ大ナルカテーテルヲ尿道内ニ挿入シ、攝護腺被膜ヲ腺ノ下方ニ於テ正中線ヨリ少シク離レテ切開シ、左右ニ於テ別出ス、著者モ亦此方法ニヨリテ創面ノ速ニ治癒スルヲ見タリ。

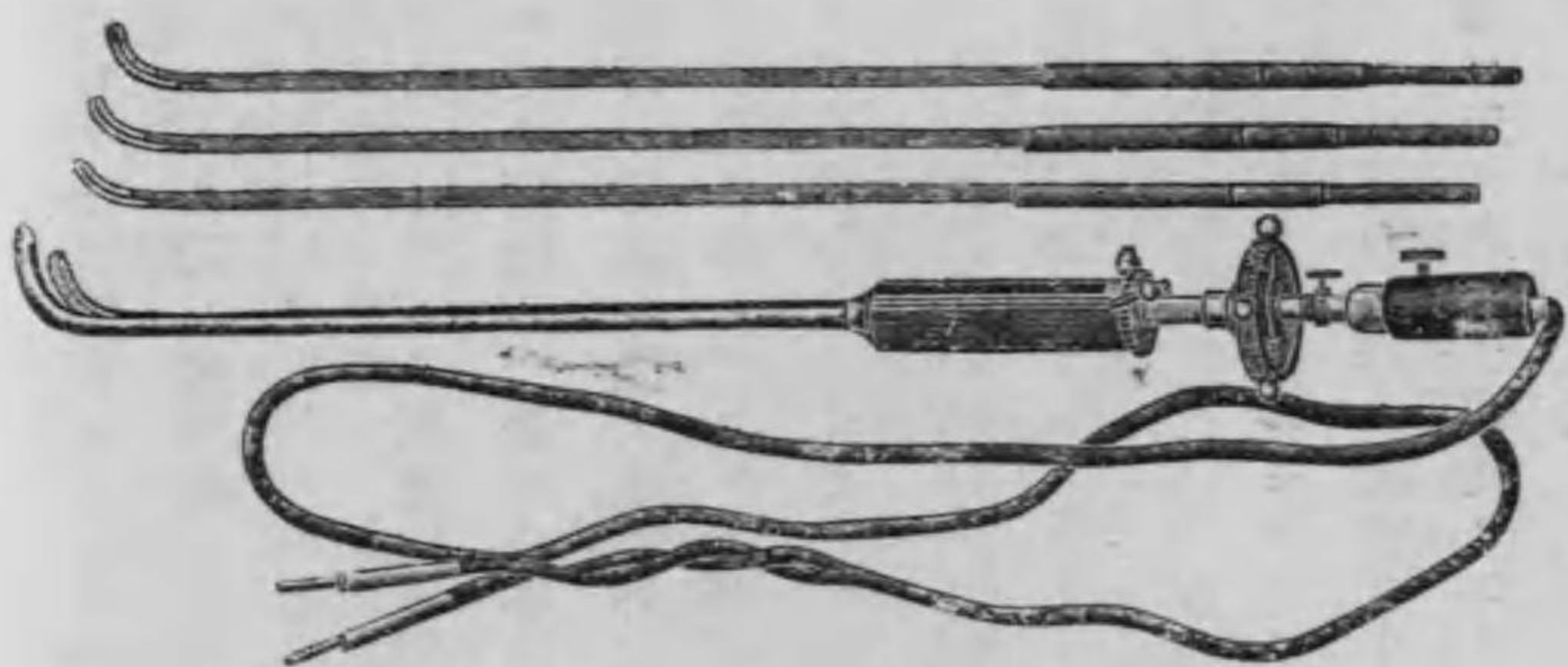
適應症ハ攝護腺肥大症ノ外、攝護腺結核、攝護腺結石、攝護腺腫瘍等ナリ、著者ハ會陰式攝護腺別出術ニ尿道ヲ傷ケザルヲ理想トシ、攝護腺中葉肥大症ニハ耻骨上別出術ヲ推奨ス。

ボッチニー氏法 Methode nach Bozzini

ボッチニー氏法ハ特別ナル器械ヲ用ヒテ尿道ヲ取り圍ミテ肥大セル攝護腺ヲ廣ク深ク溝狀ニ燒灼シテ排尿ヲ自由ナラシムルモノナリ、ボッチニー氏器械ハ短カキ短嘴ヲ有シテカテーテル狀ヲ呈シ、短嘴ニブラチン、イリジニウム刀アリテ齒車ニヨリテ前後ニ動ク様ニ裝置セラレ、度盛ニヨリテ刀ノ位置ヲ計ルコトヲ得ルモノナリ、該器ヲ電源ト連結シテ刀ヲ赤熱セシメ、此際他部ノ熱スルヲ避クル爲メニハ同時ニ器ノ水管ヨリ水ヲ通ズベシ。

手術ハ先ヅ患者ヲ仰臥セシメテ膀胱ヲ洗滌シ、後尿道ニ5%コカイン液ヲ點滴シテ手術ノ十五分間以前ニモルヒネノ皮下注射又ハ二時間前及四時間前ニバントボン、スコボラミン、珪ヲ二回ニ分

第 一 一 八 圖



ボツチニ氏攝護腺燒灼器

チテ注射シ、次デ膀胱ニ二〇〇珉ノ空氣ヲ充シテ該器ヲ挿入シ、切開ノ方向及長サハ消息子、直腸内觸診及ビ膀胱鏡検査ニヨリテ得タル状態ニヨリテ定メ、攝護腺中葉ノ存スル時ハ嘴部ヲ下方ニ向ケテ内尿道口マデ引キ出シ冷却装置ヲ用ヒテ電流ヲ通ズ、電流ノ強サハ豫メ刀ノ白熱スル様ニナシ置キ、刀ヲ車ノ回轉ニヨリテ一耗宛引キ出シナガラ攝護腺組織ヲ焦灼スベシ、標毎ニ一、三分間ヲ費シテ行ヒ、攝護腺ノ大サニヨリテ切開ノ長短ヲ計ル可シ、排尿障碍ノ主ナル原因ハ内尿道口ニアルヲ以テ此部ハ充分ニ焦灼ス可シ。切開ノ長サ充分ナラバ刀ハ灼熱シタル儘ニテ再ビ短嘴内ニ復歸セシメ電流ヲ絶ツベシ、刀ノ彎曲ヲ避クルニハ切開中靜ニ保持ス可シ、強度ノ肥大症ニハ切開ヲ各方向ニ行フベキモノニシテ手術ノ終リタル後膀胱ヲ洗滌シ、反應トシテ來ル腫脹ノ去ル迄數日間留置カテーテルヲ置キ其後膀胱洗滌ヲ行フベシ。

手術ノ結果ハ色々ナリ、幸ニシテ排尿ヲ障碍スル部ヲ切開セシ時ハ結果良好ニシテ六〇乃至七〇%ヲ占メ、二〇乃至三〇%ハ輕快シ死亡率ハ六%ナリ。

手術ノ結果ハ早晚一年乃至四年後ニ再發スルモ陰萎ヲ殘スハ例外ナリ。
適應症 ボツチニ氏手術ハ別出術ノ適應シテ之ヲナスニ躊躇スル際行フベキモノトス。

此手術ハ殊ニ比較的若キ人及ビ他ノ原因ニヨリテ再發ノ前ニ死スベキ高年者ニ適應スルモノナリ、重キ膀胱炎、攝護腺炎及ビ重キ腎臟疾患ニハ禁忌ナリ、此等ノ合併症アル時ハ耻骨上膀胱瘻 *suprapubic Blasenfistel* ヲ置キテ症狀ヲ輕減セシムベシ、即ウヰツェル氏ノ胃瘻ニ用ヒタル方法ニ從ヒ數種ノ厚壁カテーテルヲ以テシ、帶ニテ身體ニ固定シ時間ヲ置キテ開キ排尿セシムベシ、常ニ清潔ニスル時ハ永ク生命ヲ保チ得ルモノナリ。

會陰部尿道外截開術 *Urethrotomia perineae. ext.* ヲ行ヒ尿道壁ト外皮トヲ縫合シ穴ヲ開キテ放置シ、此穴ヨリカテーテルヲ挿入シテ留置カテーテルヲ置キ隔日ニ抜キテ洗滌スベシ、留置カテーテルヲ再ビ置ク際ハ多少ノ熟練ヲ要スルモノナリ。

摘要 (一)初期及ビ二期ノ初メマデハ停滞尿ノ少ナキ場合ニハ攝生及ビ食餌ヲ注意シ、消息子療法ヲ行フベシ。

(二)精系切除ハ稀ニ行フ。

(三) レントゲン線、ラヂウム線ノ照射ヲ試ムベシ。

(四) 第二期ノ停滞尿多キ場合及ビ第三期ニハ先ヅカテーテル療法ヲ行ヒ、此方法ノ行ヒ難キ場合ニハ耻骨上膀胱瘻ヲ置キ、二週間後耻骨上攝護腺全摘出術ヲ行フベシ、側葉攝護腺肥大症ニハ手術療法トシテ會陰式別出術ヲ行ヒ、此等ノ手術ノ行ヒ難キ時ハボッチニー氏焼灼法、耻骨上膀胱瘻又ハ外尿道截開術ヲ行フベキモノナリ。

七 攝護腺ノ悪性腫瘍

Maligne Tumoren der Prostata

肉腫及ビ癌腫ニシテ前者ハ主トシテ小兒期ニ來リ原因不明ナリ、數週乃至數ヶ月ニシテ小兒頭大トナリ尿道、膀胱、精囊、輸尿管、直腸等ヲ犯シ、主ナル症候ハ尿閉ニシテ直腸ヲ犯サバ便秘ヲ來スモノナリ。

診斷 直腸ト腹壁トヨリ双手ヲ以テ觸診スベシ。

療法 對症療法ナリ、レントゲン照射、ラヂウム療法ヲ行ヒ、尿閉ニハ耻骨上膀胱瘻ヲ置クベシ、癌腫ハ高年者ニ來リ原因不明ナリ、攝護腺肥大症ノ合併シテ來ルコトアルモ兩疾患ノ關係ハ證明セラレズ、著者ハ胃癌ノ此處ニ轉移セルヲ認メタリ。

症候 攝護腺肥大病ニ似タリ尿意頻數、排尿障碍ハ始メテ常ニ來ル症候ナリ、尿閉、奇異性尿淋

瀝症ノ來ルコトモ亦稀ナラズ、出血ハ屢々見ル症候ナリ、永ク數週ニ渡ル出血ノ來ルコトナキモ、絶エズ出血スルコトアリ、排尿ノ初メ及ビ終リニ於テ來ルコト多シ。

絶エズカテーテルヲ挿入セザル可カラザル時ニ於テハ膀胱炎、腎盂炎、尿道炎、副睪丸炎等ノ來ルコト稀ナラズ、攝護腺肥大症ト異ル所ハ烈シキ疼痛ノ早期ヨリ出現スルコトナリ、先ヅ排尿時直腸ニ刺痛及ビ鈍痛ヲ訴ヘ時ニ陰莖ニ向テ放散ス、後ニハ連續性ノ疼痛トナリ薦骨、骨盤内及ビ上腿ニ向ヒテ放散ス、屢々坐骨神經痛ノ性質ヲ持ツモノナリ、此疼痛ト共ニ膀胱障碍アル時ハ略攝護腺瘻ノ診斷ヲ下シ得ベシ。

尿ハ腫瘍ノ尿道又ハ膀胱ニ破レザル時及ビ膀胱炎又ハ腎盂炎ノ合併セザル時ハ通常著明ナル變化ヲ呈セザルモ、膀胱又ハ尿道内ニ破ル、ニ至ラバ尿ハ常ニ多少ノ赤血球及ビ白血球ヲ有シテ腎臟ハ障害セラレザルモ、潰瘍性粘膜炎ヨリ血漿ノ出現シテ尿中多量ノ蛋白ヲ證明ス可シ。

直腸ニ向ヒテ強度ニ増大スル時ハ直腸ヲ壓迫シテ排便障碍ヲ來シ、先ヅ便秘ヲ以テ始マリ高度ノ時ハ全ク排便スルコト能ハズ腸閉塞ヲ來スニ至ル可シ、直腸ニ破壊スレバ血液及ビ粘液性腐敗性物質ヨリ成ル排便ヲ見ルモノナリ。

診斷 初期ニハ確定シ難キコト屢々ナリ、攝護腺肥大症トノ鑑別ハ殊ニ困難ナリ、疼痛早期ニ來リ殊ニ薦骨及ビ上腿ニ放散スル時ハ癌腫ト考フベク、永ク絶エズ血尿ヲ呈スル時ハ攝護腺癌ト考フ

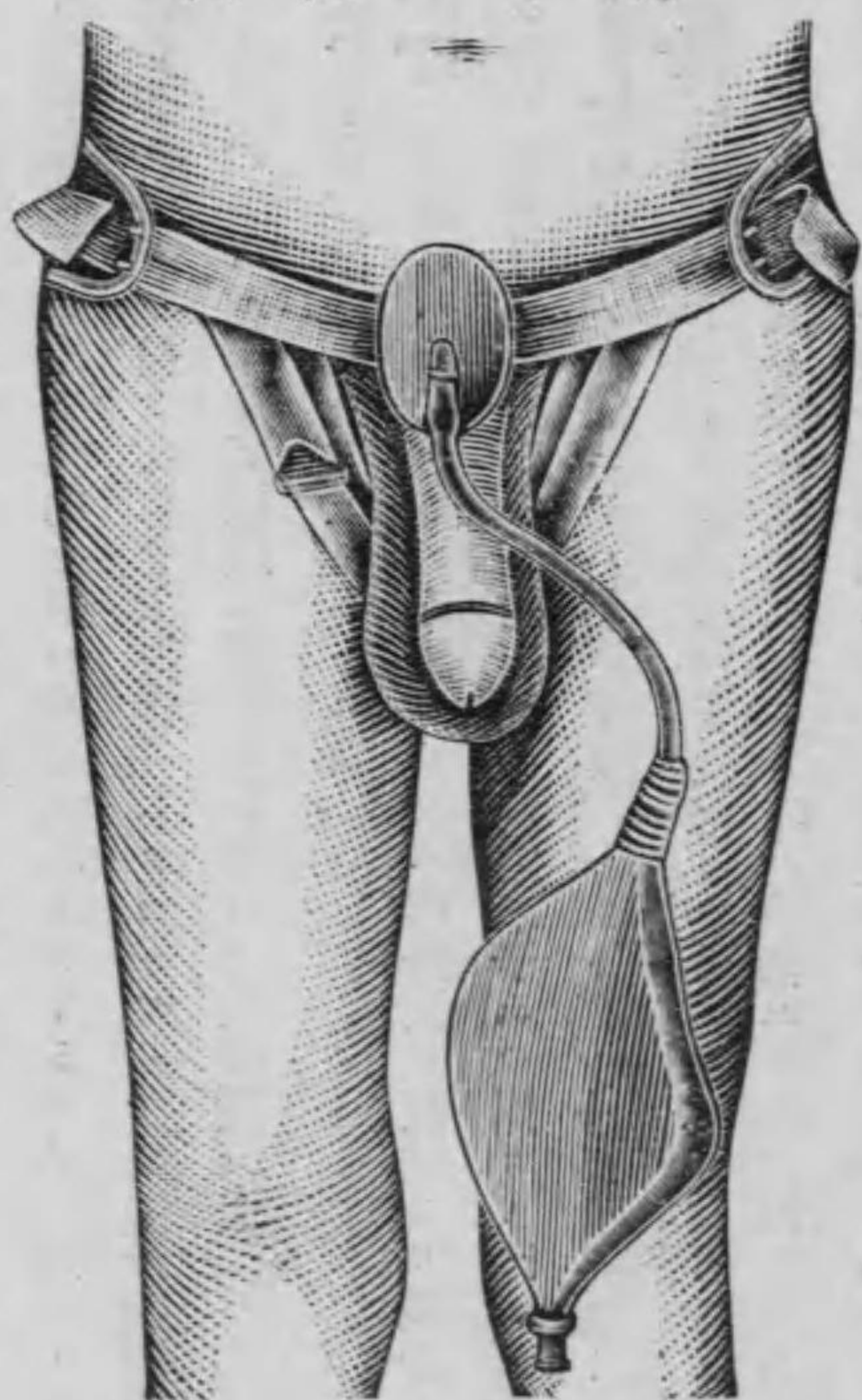
可シ、直腸ヨリノ觸診ニハ早期ニ於テ多クハ特徴ナク甚ダ不規則ナル隆起アリ、對稱性ナラザル腫瘍ヲ觸レ、直腸粘膜ハ攝護腺ニ對シテ移動性ヲ缺ギ、甚ダシキ壓痛アルハ多クハ癌腫ナリ。

膀胱鏡検査ハ出血ニヨリテ不能ナラザル時ハ診斷ヲ確定スルモノナリ、括約筋附近ニ於テ殊ニ三角部ニ向ヒテ赤色ノ鈍性隆起アリ、膀胱ニ破レタル時ハ汚穢ナル潰瘍面ニ圓形又ハボリープ狀ノ隆起アリ、内括約筋附近ニ於テ殊ニ三角部附近ニ水泡性浮腫アル時ハ多クハ悪性ナリ、單純ナル肥大症ニハ決シテ之ヲ見ルコトナシ。

重症ニシテ膀胱又ハ直腸ニ破レタルモノニハ坐骨神經痛ヲ訴フ、絶エズ出血アル時ハ容易ニ診斷セラレズ。

療法 診斷ノ確定セラル、前ニ已ニ早ク小骨盤腔内ノ淋巴腺ハ癌腫ニ犯サル、モノナリ、攝護腺全別出術ハ不可能ナルカ甚タシク困難ナリ、別出術ガ根本的ニ行ハル、モ結果良シカラズ、況ンヤ直腸ト癒着セル時ニ於テハ手術ハ甚ダシク困難ニシテ殆ンド常ニ再發ヲ免レズ、攝護腺肥大症トハ鏡檢上ノ區別困難ナルコト屢々ナリ、癌腫ニハ手術ヲ避ケテ單ニ對症的療法ヲ行フ、疼痛ニハ坐浴、罌法等ヲ行ヒアスピリン、フェナツェチン、アンチピリン、モルヒネ等ヲ與フ、尿閉ニハカテーテル挿入ヲ行ヒ尿道ノ疼痛又ハ不通過ノ際ニハ耻骨上膀胱瘻ヲ造ル可シ、攝護腺ノ惡性腫瘍ニ對シテハ先ヅ早期ニ直腸及膀胱ヨリラヂウム療法ヲ行ヒ又ハ直腸及會陰部ヨリレントゲン照射ヲ行フベシ。

第一一九圖



膀胱瘻造設術ノテスゲソン氏受尿管器

附 膀胱瘻造設術 Cystostomie

術式 一時性膀胱瘻ヲ造ルニハ高位截開術ニテ膀胱ヲ切開シ、創口ニ金屬性又ハ護謨性ノ小管ヲ挿入シ、永久性膀胱瘻ヲ造ルニハ上記ノ小管ニ栓子ヲ

附シ尿意ヲ催ス時栓子ヲ去リテ排尿セシムルカ、受尿管ヲ携帯セシムベシ、膀胱ト腹壁トノ創縁ヲ互ニ縫合セバ更ニ良好ナリ、膀胱瘻造設術ハ膀胱截開術ニヨリテ行フ。

適應症 膀胱出血、尿道

狹窄、攝護腺肥大症及尿道、膀胱、攝護腺ノ惡性腫瘍等ナリ。

八 攝護腺結石 Prostatosteine

攝護腺結石トハ攝護腺内ニ生ジタル結石ヲ云フ、煙管狀結石 *Pfeifenstein* ハ膀胱ヨリ尿道ニ送ラレ攝護腺部ニ介在シテ生ジタル結石ニシテ此項ニ屬セズ、眞ノ攝護腺結石ハ類澱粉體ニ石灰鹽ノ沈着シテ生ジタルモノヲ云フ、一個ニシテ雞卵大ニ達スルコトアリ、多數ニ發生スルコトアリ、ヤール氏ハ九十個ノ石ヲ持チ其内九個ハ豌豆大以上ナリシモノヲ見タリト云フ、結石相互ノ摩擦面ハ平滑トナリ全ク症狀ヲ呈セズシテ永ク存在スルコトアリ、又慢性攝護腺炎ニ似タル症候ヲ呈スルコトアリ、炎症ノ加ハル時及ビ尿道ニ破レタル時ハ急性攝護腺炎又ハ攝護腺膿瘍ノ如ク強度ノ疼痛、尿意促進、血尿、熱發等ヲ呈スルモノナリ。

診斷 症候ニハ特徴ナシ、直腸ヨリ又ハ直腸及ビ腹壁ヨリ觸診シテ大ナル結石ヲ又ハ摩擦音ヲ觸知シ得ル時及尿道ニ突出セル結石ガ金屬消息子ニテ觸ル、時ニハ診斷シ得ルモノナリ、腺内ニ包マレタル物ハ此等ノ方法ニテハ不明ナリ、レントゲン診斷ヲ必要トス。

療法 尿道内ニ突出セルモノハ鉗子ヲ以テ挾ミ引キ出ス可シ、腺内ニアル物ハ輕キ症狀ヲ呈スルニ過ギザレバ放置シ強キ症狀ヲ呈スル時ハ手術ニヨリテ取り出ス可シ、肛門ノ前方ニ切開ヲ加ヘ攝護腺ヲ直腸ヨリ遊離シテ摘出ス可シ、直腸ヨリ明カニ觸ル、モノハ肛門括約筋ヲ伸展シテ切開シ、豫メ直腸ヲ充分洗滌シテ手術後數日間便通ヲ止メル時ハ細菌感染及ビ瘻孔ヲ造ル恐ナシ。

九 攝護腺徵毒

Syphilis der Prostata

攝護腺徵毒ハ甚稀有ナル疾患ナリ、認ムベキ原因ナクシテ疼痛性尿意促進ト會陰部ニ於ケル疼痛トヲ訴ヘ、尿道ヨリ排膿アリ白血球ヨリ成ル帶褐色ノ分泌液ヲ漏シ、直腸ヨリ觸診シテ軟骨ノ如ク硬ク凹凸不平ナル攝護腺ヲ觸知シ壓痛ヲ呈ス、ワッセルマン氏反應陽性ニシテ驅微療法ニヨリテ治癒ス、療法ハサルワルサン、水銀劑ノ注射及沃度劑ノ内服ナリ。

一〇 攝護腺寄生蟲

Parasiten der Prostata

攝護腺ノ胞蟲ハ先ヅ排尿障礙ヲ起シテ治療效ナク尿閉ヲ起スニ至ラバ、直腸ヨリ觸診スルニ波動性ノ腫瘍アリ、直腸ト膀胱トノ間ニ介在シテカテーテルヲ膀胱内ニ挿入スルモ腫瘍ハ依然トシテ存在シ、之ヲ穿刺スレバ胞蟲頭鉤若クハ疊層狀膜片ヲ發見スベシ、療法ハ會陰部ヨリ穿刺術ヲ行ヒ又ハ剔出ヲ行フベシ。

一一 攝護腺神經症

Neurosen der Prostata

攝護腺知覺過敏症 *Hypersithesie der Prostata* 尿道攝護腺部知覺過敏症 *H. der Pars prostatica urethrae*

原因 攝護腺筋質神經性刺戟過敏症 *nervöse Reizbarkeit des muskulösen Anteil der Prostata* の三型アリ。原因 青年ニ來リ、慢性淋ニ續發シ、神經性素質アリテ過度ノ手淫ニ耽リタル者又ハ精神過勞、勞働過度ヨリ神經衰弱ヲ來シテ發生ス。

症候 攝護腺知覺過敏症ニハ腺ノ持續性壓迫感及疼痛アリ、腺ノ腫脹ヲ缺キ壓痛アレドモ攝護腺液ニ膿及微菌ヲ認メズ、尿道攝護腺部知覺過敏症ハ排尿時疼痛ヲ呈シテ腺ハ腫脹セズ過敏ナラズ、尿ニ異常ナケレドモ消息子ヲ尿道ニ挿入シテ攝護腺部ニ至レバ猛烈ナル疼痛ヲ訴フベシ。

攝護腺筋質神經性刺戟症ニハ括約筋及利尿筋痙攣 *Sphinkter- und Detrusorkrampf* ヲ特徴トス、括約筋痙攣ニ於テハ排尿困難ヲ來スモノニシテ、通常括約筋ノ緊張力ハ利尿筋ノ收縮ノ際却テ弛緩スベキモノナルニ、此場合ニハ收縮スルガ故ニ排尿困難ヲ來スモノナリ、他人ノ前ニテ直ニ排尿シ能ハザルハ其輕度ナルモノニシテ、高度ナルモノハ怒責腹壓ニヨリテ尿線初メハ細クシテ力ナク俄然中絶スルコトアリ、排尿ノ間尿道ヨリ陰莖先端ニ向ヒテ灼熱ヲ感ジ排尿後、膀胱内ニカテーテルヲ挿入スレバ殘溜尿ヲ認ム、此障碍ハ持續的ナラズシテ殘溜尿ハ時ヲ異ニシテ増減アリ、尿道ノ長サ延長セズ、カテーテルハ大クシテ尖銳ナラズ圓壙狀ノ物ヲ能ク通過ス、利尿筋痙攣一名膀胱痙攣 *Blasenkrampf* ハ卒然尿意促進ヲ來シテ排尿ニ疼痛ヲ感ゼズ、尿ハ異常ナク夜間睡眠時ニ來ルコトナシ、著者其一例ヲ經驗セリ、症狀ハ療法ヲ加フルモ一進一退シテ治セズ。

療法 局所ニハ攝護腺マッサージ、尿道腐蝕法、ブージー挿入法、尿道洗滌法等ヲ行ヒ、攝護腺及膀胱ニ對シテハ一極ヲ直腸内ニ他極ヲ耻骨縫際ニ置キテ感傳、平流、透熱、感傳透熱併用等ノ電氣療法ヲ行ヒ、攝護腺冷(又ハ温)濕法、全身浴、マッサージ、食餌療法等ヲ行フベシ、散歩ヲ命ジ、坐浴、全身マッサージ、會陰部冷水灌注等ヲナスベシ、内服ニハ臭剝(一日三〇)、臭那(一日三〇)、アンチピリン、纈草丁幾ヲ與ヘ黃耆越幾斯肛門坐藥ヲ處方スベシ。

第三章 膀胱疾患 *Erkrankungen der Harnblase*

一 膀胱及尿管ノ畸形 *Missbildungen der Harnblase und des Urethrus*

膀胱缺如症ハ他ノ臟器ノ畸形ト伴ヒ兒ハ生存セズ、膀胱萎縮 *Blasenatrophie* ニ於テハ輸尿管ガ尿道、直腸、腹部皮膚等ニ開口スルコトアリ、膀胱ガ縦又ハ横ニ走レル隔壁ニ由リテ小房ニ區分セラレ、時ハ複室膀胱又ハ分裂膀胱 *Vesica duplicata oder lobulata* ト名ケ他臟器ノ重複ト伴フモノナリ。

膀胱脫出症 *Ectopia vesicae* 卽先天性膀胱披裂症 *angeborene Blasenpate* ハ膀胱ノ後壁ガ帶紅色ノ隆起物トシテ腹壁缺損部ヨリ膨出セルモノナリ、隆起物ノ粘膜ハ腹壁ノ皮膚ニ移行シ輸尿管口ヲ其上ニ見出スベシ、輕症ニハ腹壁及耻骨縫際ノ離開セルニ過ギズシテ閉鎖セル膀胱ハ皮膚ニ被ハ

ル、モ、重症ニハ尿道上裂ヲ伴ヒ膀胱ハ完全ニ開放スルモノナリ、療法ハ手術ニシテ輸尿管ヲ腸若クハ尿道上裂ノ溝中ニ移植シ、膀胱ヲ別出シテ缺損部ヲ縫合スルカ耻骨縫際ヲ結合シタル外腹壁ヲ縫ヒ合ハスベシ。

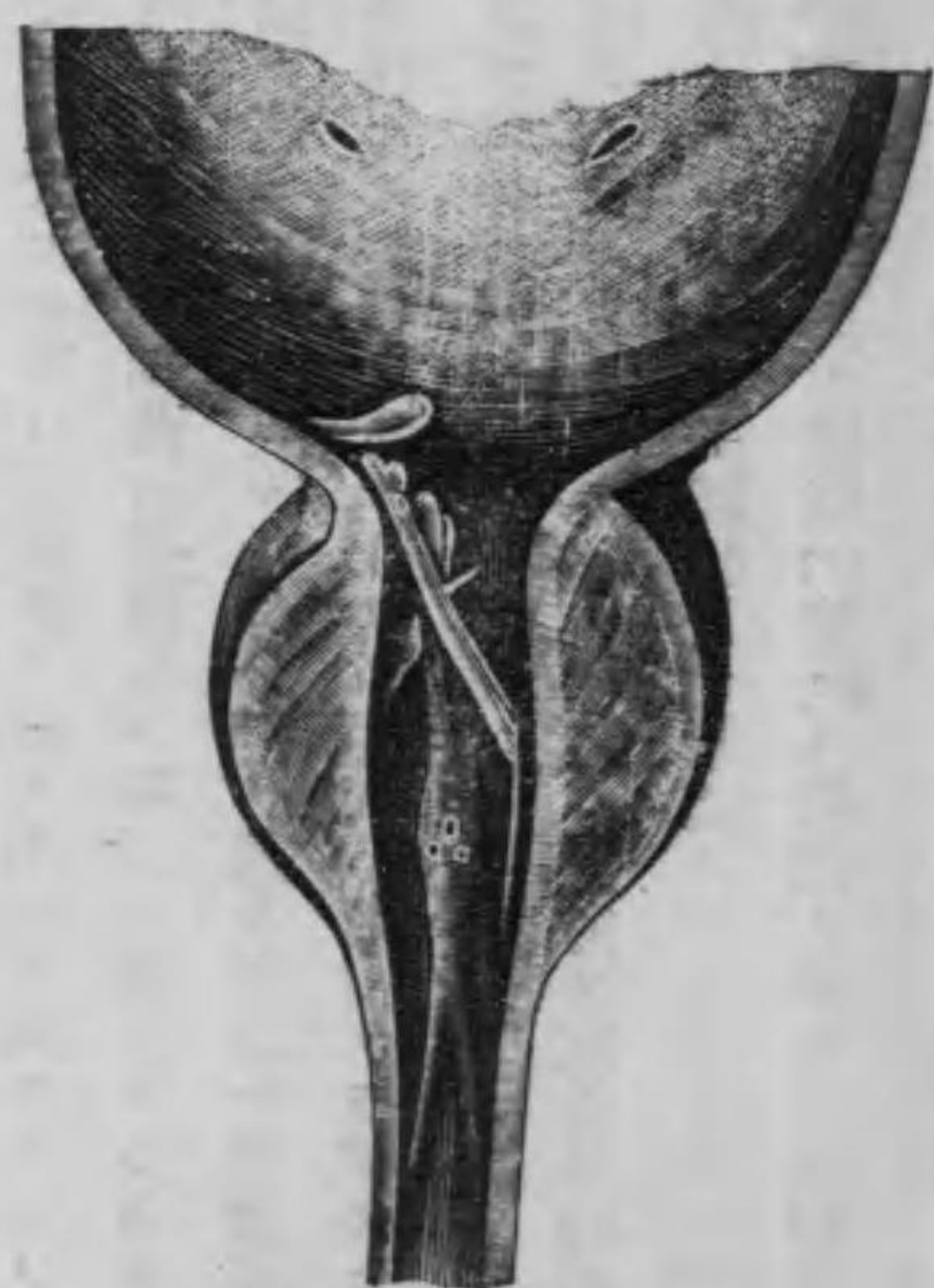
尿管ハ膀胱ト共ニ胎生時尿囊 Allantois ヨリ生ジ生後正中膀胱脬韌帶 Lig. vesicoumbilicale medium トナルモノナリ、若シ之ガ開放ノ儘ニ存在セバ尿管瘻 Urachusfistel ト稱ス、療法ハ其原因タル先天性排尿障碍ヲ與ヘタル包莖ヲ除去スルカ、瘻管ヲ切開搔爬シ若クハ別出スヘシ。

一部開放セル膀胱脬韌帶ニ滲出物瀦溜シ擴張シテ囊腫ヲナスコトアリ、尿管囊腫 Urachuszyste ト稱ス、腹部正中線ニ於テ脬ト膀胱トノ間ニ球形ノ腫脹アリ、波動ヲ呈シテ腹壁ニ固着シ下腹臓器ト聯絡ナキモノナリ、療法ハ外科的ニ行フベシ。

二 膀胱頸ノ瓣膜 Klappen des Blasenhalsses

膀胱頸ノ瓣膜又ハ索條ハ筋肉ノ肥厚又ハ粘膜増生物ニシテ共ニ排尿ヲ障碍ス、筋肉ハ一畸形ナレドモ粘膜増生物ハ瓣狀若クハ絨毛狀ヲナシテ増殖性炎衝ガ前驅シテ發生スルモノナリ、多少著シキ尿閉ヲ惹起ス、療法ハカテーテル挿入又ハ高位截開術ニヨル瓣膜切除ナリ、著者ハ其二例ヲ經驗セリ。

第一二〇圖



尿道膀胱瓣膜

三 膀胱炎 Nephritis

原因 膀胱炎ノ多クハ細菌性ニシテ殊ニ大腸菌、葡萄狀球菌、黃色、白色及橙黃色、尿連鎖球菌、尿重球菌、酵母菌、淋菌、チブス菌、結核菌等ニ原因スルモノナリ。

細菌ハ尿道、輸尿管又ハ健康ナル或ハ傷創アル膀胱壁ヲ通ジテ膀胱内ニ達スルモノナレドモ、尿道感染ニ原因セルモノ最大多數ヲ占ム、殊ニカテーテルニヨル感染、淋疾、淋疾後ノ炎症等ニ攝護腺ヨリスルモノ最モ多シ、腎臟又ハ腎盂内ノ化膿ヨリ又ハ血液中ヨリ尿ト共ニ排出セラレタル細菌ハ輸尿管ヲ通リテ膀胱ニ達シ此處ニ炎症ヲ惹起ス、膀胱附近ノ膿瘍ガ膀胱ニ破レテ細菌ノ入り來ルコトアリ、瘻孔ヨリ細菌ノ入ルコトアリ、損所ナキ膀胱ヲ通リテ直腸ヨリ細菌ノ侵入スルコトアリ、然レドモ單ニ細菌ガ膀胱ニ存在スルノミニテハ炎症ヲ發生セズ、酵母菌ヲ除キテハ細菌ノ純培養ヲ健康ナル膀胱内ニ入ル、モ膀胱炎ヲ起スコトナシ、即膀胱炎ノ發生ニハ前

驅的素因ヲ要ス、即粘膜炎傷ハ細菌ノ表皮ヲ通ジテ膀胱壁組織内ニ進入スルコトヲ促スモノナリ、不熟練ナルカテーテル挿入、結石、異物、分娩等ニヨル直接傷害ノ外、月經及ビ妊娠時ニ粘膜炎ノ充血シ又ハ柔軟化スル時ハ膀胱炎ノ素質ヲ與フルモノナリ、胡椒、辛子等ノ多キ食物、カンタリヂン、不熟ノ麥酒等モ亦膀胱粘膜炎ヲ刺戟シ之ヲ柔軟化セシム、感冒ガ膀胱炎ノ素質ヲ與フルコトハ争フ可カラズ、然レドモ膀胱ヲ殺菌セル冷水ニテ洗滌シテ無害ナルヲ考フル時ニハ單ニ器械的刺戟ノミニテ膀胱炎ノ發生ヲ説明スルコト能ハズ、膀胱ガ其内容ノ全ク排泄セラレザルカ、大量ノ停滯尿ノ爲ニ強度ニ擴大セル時ハ膀胱炎ヲ起ス素因ヲ與フルモノナリ、強度ノ擴大ニヨリテ上皮ハ傷害セラレ膀胱内ニ入りタル細菌ハ停滯セル體温ニ暖メラレタル尿中ニ増加シテ粘膜炎内ニ浸入スルモノナリ、又細菌ガ速ニアンモニヤ性尿分解ヲ起シテ以テ膀胱粘膜炎ヲ害シ防禦力ヲ失ハシムルコトアリ。

熟練セル醫師ノカテーテル挿入ハ無菌ナラザルモ健康ナル膀胱ヲシテ膀胱炎ヲ起サシムルモノニアラズ、停滯尿、結石、無菌ナル異物等アル時ハ熟練セル者ト雖モ炎症ヲ起ス可シ、不熟練ニシテ無菌ナラザルカテーテルノ挿入ハ損傷ヲ來シテ健康ナル膀胱ニアリテモ炎症ヲ起スコトアリ、殊ニ停滯尿アル時ハ重キ膀胱炎ヲ惹起ス。

病理 膀胱炎ノ解剖的變化ハ病症ノ輕重、種類及ビ經過ニヨリテ異レリ、島嶼狀ニ來ル粘膜炎ノ充血及ビ輕度ノ腫脹ヨリ粘膜炎ノ大部分又ハ全表面ニ重キデフテリ性乃至潰瘍性變化ヲ起シテ種々ノ移行型ヲ呈スルモノナリ。

症候 症狀モ亦解剖的變化ノ多樣ナルニ從ヒテ種々ナレドモ常ニ解剖的變化ト一致スルモノニハアラズシテ個人ノ感受性ニ關係ス、多クノ患者ハ僅カノ解剖的變化ト殆ンド透明ナル尿ヲ排泄シテ最大ナル症候ヲ呈スルモ、強度ノ分解尿ヲ排泄シテ之ニ相當セル炎症ヲ呈シ若クハ僅カノ症狀ヲ有シ又ハ全ク自覺症ヲ呈セザルコトアリ。

急性膀胱炎ノ主ナル徴候ハ尿意頻促及排尿終末ニ於ケル強烈ナル痙攣性疼痛ナリ、重症ニハ排尿回數増加シテ絶エズ烈シキ尿意促進ヲ訴ヘ耻骨上膀胱部ニハ時ニ疼痛アルモ壓痛ヲ有セズ、熱發スルコトアルモ稀ナリ、粘膜炎ノデフテリ性又ハ潰瘍性變化アリテ強ク分解セル尿ノ吸收セラル、時ニハ熱發ス。

膀胱炎ニハ常ニ尿中多少ノ膿球ヲ證明ス、膿球ヲ缺如セル時ニハ膀胱炎ニアラザルナリ、急性期ニハ屢々白血球以外ニ多少ノ赤血球ヲ發見スルコトアリ、時トシテ肉眼的ニ尿ハ已ニ血性ヲ帶ブルコトアリ、粘膜炎ノ表皮剝脫ノ徴トシテ通常多數ノ上皮ヲ有ス、細菌ハ屢々鏡下ニ活潑ニ運動スルモ時トシテ培養ヲ必要トスルコトアリ。

尿ノ反應ハ通常酸性ニシテ唯尿ノ分解ヲ起ス可キ細菌ノ存在シテ殊ニ排尿不充分ナル時ニハアルカリ性ナリ、重症ニハアルカリノ作用ニヨリテ白血球ハ變化シテ粘稠ナル物質トナルモ之ヲ粘液ト

ナスコトハ誤レリ。

●**経過** 経過ハ先ヅ著シキ原因ナクシテ急性症状ヲ呈シ暫時ニシテ最高點ニ達シ數日ニシテ輕減スルモ、全経過ハ良好ナル時ハ十二乃至十四日ナリ、全治前ニ障碍ノ加ハル時ハ屢々再發シテ症状稍々輕キモ自然治癒ノ傾向ハ少ナシ、屢々再發スル時ニハ通常慢性ニ移行スルモノナリ、即膀胱内ノ狀態例ヘバ結石、異物等アリテ常ニ障碍ヲ與ヘ自然治癒ヲ許サルカ、排尿充分ナラズシテ細菌ヲ含有セル分解尿ノ殘存スル時若クハ常ニ腎臟又ハ周圍ノ化膿病竈ヨリ或ハ又瘻孔ヨリ新シク傳染ヲ起ス物質ノ膀胱内ニ侵入スル時ニハ慢性ニ移行ス、膀胱炎ヲ促スベキ要素ノ取り除カレザル限りハ膀胱炎ハ一生涯存在スルモノナリ。

●**診斷** 急性膀胱炎ニ合併症ナキ時ハ疼痛性尿意促進及ビ尿ノ所見等ノ特徴ニヨリテ殊ニカテーテルノ挿入、分娩時損傷及ビ淋疾等ノ誘引ノ知ラレタル時ハ診斷容易ナリ、尿ハ毎常精密ニ鏡檢ス可シ、尿ノ濁濁ハ鹽類、細菌等ニヨリテモ亦之ヲ起スヲ以テ肉眼の所見ノミニテハ不充分ナリ、尙後部尿道炎又ハ攝護腺炎ノ發生スル時ハ確實ナル診斷ハ困難ナルカ不可能ナリ、殊ニ膀胱鏡ニヨル局所検査ノ禁忌ナル時ニ於テ然リ。

腎臟及ビ輸尿管結石、腎盂炎等ニアリテモ急性膀胱炎ト同様ノ症候ヲ呈ス、疼痛性尿意促進及ビ膿尿ヲ見ルコトモ亦稀ナラズ、此症狀ノ永ク存在シ又ハ適當ナル治療ニヨリテ容易ニ治癒セザル時

ニハ膀胱鏡検査ヲ必要トス、サレド此検査ハ急性膀胱炎ニハ禁忌ニシテ患者ニ苦痛ヲ與フルノミナラス治癒ヲ障碍シ又ハ膀胱容量ノ小ニシテ多クハ検査不可能ニ陥ルモノナリ、然レドモ慢性症ニアリテハ此検査ガ最も必要ニシテ以テ局所ノ廣サ、性状及原因ヲ明カニスルコトヲ得ルモノナリ。

●**膀胱鏡検査**ニ當リテハ膀胱ヲ注意シテ充分ニ洗滌スルコトヲ要ス、カテーテルヲ不注意ニ動カシ又ハ洗滌液ヲ強く注入スル時ハ傷害ヲ來シテ少シノ損傷ニヨリテモ充血性粘膜炎ヨリ出血シテ同時ニ検査ヲ妨グルモノナリ、注意シテ徐々ニ注入ス可シ、膀胱壁ニ附着セル膿片ガ液中ニ浮遊シ却テ検査ヲ不能ナラシルモノナレバナリ。

稀ニ粘膜炎全部炎症性ナルコトアルモ普通ハ孤立性ニ所々ニ炎症ヲ起シテ病竈又ハ健康部ヲ島嶼狀ニ認め得ルモノナリ。

●**急性期**ニハ膀胱鏡検査ハ避ク可キモノナレドモ、此場合殊ニ罹患部ノ潮紅顯著ニシテ柔カキ鮮紅色ヨリ暗黒赤色ノ間ニ種々ノ階級的色彩ヲ呈スルモノナリ、而シテ此膀胱炎ノ潮紅ハ毛細血管ノ充血ニ原因シテ粘膜炎ニ網狀ニ走レル小血管ヲ蔽フニ至ルモノニシテ特有ノ炎症性斑點ヲ生ジ此際少シモ血管ヲ發見スルコト能ハズ、血管ノ分岐多キハ健康ナル膀胱ニ於テハ殊ニ兩側輸尿管口及ビ膀胱頸ニシテ血管ハ甚ダ密ニ存在スルモノ々之ヲ區別シ得ル時ハ粘膜炎充血ト稱シ得ベキモ膀胱炎ニハアラザルナリ。

慢性膀胱炎ニ於テハ時トシテ潮紅著シカラズ、潮紅部ノ傍ニ貧血性ノ部分ヲ區別シ得可シ、血管ハ此場合ニアリテモ炎症ノ存在スル部分ニハ發見シ難ク罹患部ノ腫脹ガ其重ナル徵候ナリ、多クハ天鵞絨狀又ハ顆粒性外見ヲ呈シテ顆粒性膀胱炎 *Nystitis granulata* ト名ク、粗雜ナル隆起ヲ呈シ其縁邊ハ隆起及陷没ヲ有シテ雞冠狀ヲナスモノヲ増殖性膀胱炎 *Nystitis proliferans* ト名ク、時トシテ又絶エザル刺戟ニヨリテ長キ絨毛ヲ造リ腫瘍ト誤ルコトアリ、絨毛性膀胱炎 *Nystitis villosa* ト名ク、釘狀又ハ茸狀ヲナセルハ乳嘴狀膀胱炎 *N. papillaris* ト名ク、膀胱疱疹 *Herpes vesicae* モ多クハ慢性膀胱炎ニシテ上皮下ニ漿液ノ滯留シテ出來スルモノナリ、此小水疱ハ膀胱壁ニ群集シ或ハ個々ニ發生シテ水腫性膀胱炎 *N. bullosa* ト名ク水腫性浮腫 *bullous oedem* トハ區別セザル可カラズ、後者ハ膀胱炎ト關係ナク膀胱周圍組織ニ於ケル化膿又ハ化膿性喇叭管炎ノ膀胱癒着、子宮又ハ攝護腺ノ惡性腫瘍、膀胱ノ浸潤性腫瘍等ニ發生シ密接シテ粟粒大ヨリ豌豆大ノ長キ水様性透明ノ小水疱ヲナスモノナリ。重症ノ慢性膀胱炎ニハ潰瘍ヲ造リ殊ニ結石及ビ異物ニヨリテ壓セラレ、時ハ可成リ深クシテ潰瘍性膀胱炎 *N. ulcerosa* ト名ク、屢々粘稠ナル分泌物ノ附着シテ見エザルコトアリ。

ハンナー氏型膀胱實質炎ハ潰瘍ヲ生ジテ十年廿年ノ永キ經過ヲ採リ治療ヲ加ヘズシテ潰瘍ハ治癒スルコトアレドモ屢再發シテ劇シキ膀胱ノ症狀ヲ呈スルモノナリ。

療法 豫防ハ膀胱炎ヲ誘引ス可キ素因ヲ避ケ細菌ノ膀胱内ニ侵入スルヲ防グ爲メニ器械ノ挿入ニ

當リテハ殺菌、消毒ヲ嚴守シ極メテ靜肅ニ行フ可シ、殊ニ結石、異物アリ或ハ分娩時又ハ其後及婦人科手術ノ後、停滯尿アル時等ニハ容易ニ膀胱炎ヲ起スヲ以テ特ニ注意ス可シ。

尿道内ニ増殖セル細菌ノ侵入スルコトハ防禦スルコト能ハザレドモ、之ヲ除キ又ハ殺ス方法トシテ膀胱内ニ治療ヲ加フル毎ニ豫防的洗滌ヲ忘ル可カラズ、通常硼酸水ニテ充分ナレドモ截石術ヲナシタル後ニハ一萬倍乃至五千倍ノ硝酸銀水又ハ一萬倍靑酸々化汞液ニテ洗滌ス可シ、腎臟、膀胱周圍ノ膿瘍、瘻孔等ヨリ膀胱内ニ細菌ノ入ルヲ防グ爲メニ膀胱洗滌ヲ試ム可シ、膀胱炎ヲ起ス可キ寒胃、足ヲ濕潤ニスルコト、強キ香料、不熱ノ麥酒ノ攝取等ヲ避ク可シ。

上記ノ原因除去ニヨリテ炎症ハ自然輕快シ、例ヘバ狹窄擴張後、攝護腺剔出後、脫出セル膀胱ヲ固定スル爲メニベツサルヲ腔内ニ留置シタル後、結石手術ノ後、異物除去ノ後等ニハ膀胱炎ハ自然輕快スルモノナリ、慢性膀胱炎ノ原因不明ナルカ、瘻孔或ハ憩室等ニテ膀胱炎ヲ充分治癒セシムルコト能ハザル時ニハ増悪セシメザル様又出來ル丈増悪ヲ起サザル様ニ注意ス可シ。

急性膀胱炎ノ療法。

臥床スルヲ可トス、溫暖ト靜臥トハ大ニ效アリ、膀胱部ニ暖カキ一%鉛糖水菴法又ハ濕布ヲ置ク時ハ屢々尿意促進及ビ排尿時疼痛ヲ輕減シ得ベク、カミツレ坐浴又ハ局所蒸氣浴モ亦同様ニ效アリ、近時膀胱部ノ透熱療法專ラ行ハル、食餌ハ輕クシテ刺戟ナキヲ採ラシム可シ、強烈ニシテ辛キ

物、鹽分ノ強キ物、燒キタル食餌ハ攝取セザルヲ可トス、便通ヲ良クシ濃縮セル尿ガ炎症性膀胱ヲ刺戟スルヲ避クル爲メ飲料ハ増加スベシ、然レドモ餘リ多量ノ飲料ハ却テ排尿回数ヲ不必要ニ増加シテ害アリ、主トシテ温飲料トシテ薄キ茶、乳汁、砂糖湯等ヲ與フ可シ、濃厚ナル茶、珈琲及ビ酒精飲料ハ尿意頻數ヲ起スヲ以テ用ヒザルヲ良シトス。

内服藥トシテハ白檀油ヲ一日三回、〇、五乃至一、〇宛又ウヅウルシ葉煎ヲ次ノ如ク處方シテ與フ。

ウヅウルシ葉煎

(五—一〇)

100、0

苦味丁幾

一、五

單舍利別

五、〇

右一日三回分服

急性期ニハウロトロピンハ炎症ヲ増悪スルコト稀ナラザルヲ以テ用フ可カラズ、強烈ナル疼痛性尿意頻數ニハ鎮痛劑トシテモルヒネ、莫若越幾斯又ハ阿片ヲ座藥又ハ内服藥トシテ用ヒ、皮下注射ニハ一%モルヒネ若クハ二%バントボン半筒乃至一筒ヲ皮下ニ注射シ、後ニハ一%モヒ液ノ十滴ヲ一、三時間毎ニ服用セシムルカ、一時間毎ニ阿片丁幾五滴宛ヲ與フベシ。

鹽酸モルヒネ

〇、〇一(莫若越幾斯 〇、〇三—〇、〇五)

カ、オ酪

適宜(通常二、〇)

右爲坐藥一個、一日一乃至二個挿入。

阿片ニ對シテ特異質ヲ有スルカ他ノ理由ヨリテ用ヒ得ザル時ニハアンチピリン水(二乃至四%五〇耗)ニ少量ノ阿片ヲ加ヘテ浣腸ヲ行フ可シ、尿意頻數及ビ排尿時ノ疼痛ハ之ニヨリテ暫時消失スルノモノナリ、數時間後反復シテ與フ可シ。

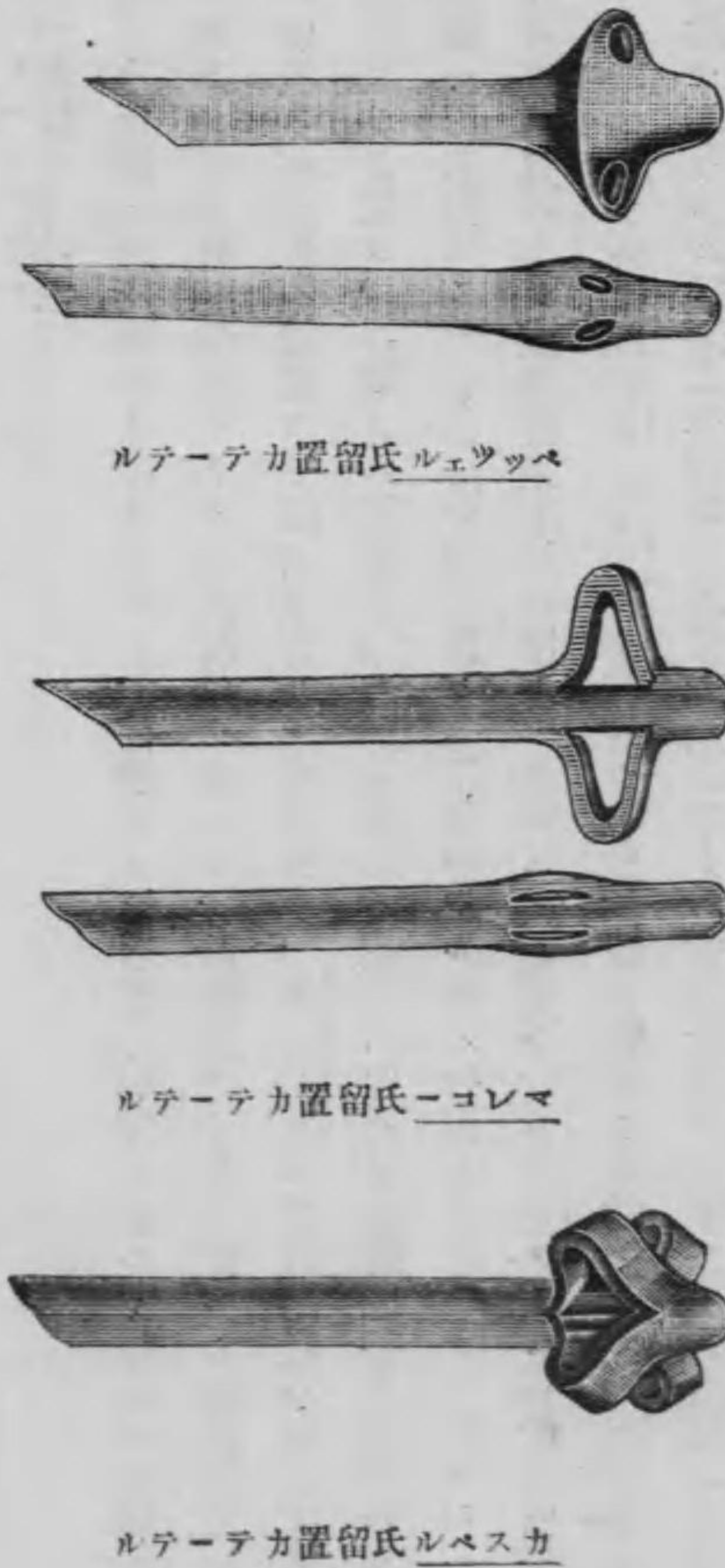
局所療法ハ急性ニハ却テ炎症ヲ増悪シテ害アリ、増悪セズト考フル時ノミ柔カカテーテルヲ用ヒ薄キ硝酸銀水ヲ以テ洗滌又ハ注入ヲ行フベシ。

慢性膀胱炎ノ療法。

急性トハ反對ニ局所療法ヲ主トスベシ、停滯尿ニテ治療ノ障碍セララル、時ハ一定時ヲ置キテカテーテル挿入ヲ行ヒ膀胱洗滌ヲナサバ良結果ヲ得ベシ、膀胱壁之ガ爲ニ伸展シ細菌性及分解性ノ粘膜炎ヲ強ク刺戟スベキ尿ハ膀胱ヨリ除去セララル、ガ爲ナリ、カテーテル挿入回数ハ病ノ輕重及ビ停滯尿ノ分量ニヨリテ定メ、一般ニ一晝夜ニ二乃至三回、重症ニハ四乃至五時間毎ニ之ヲ行フ可シ。

膀胱洗滌一日六回ニシテ尙尿ノ分解ヲ防グニ不充分ナル時ハ留置カテーテルヲ置クベシ、之ニヨリテ重症モ亦數日ニシテ症狀輕減シ尿ハ清澄トナルニ至ルベシ、カテーテルハ一般ニ男子ニハ軟クシテ餘リ細小ナラザル護膜製カテーテルヲ挿入シ、此位置ニ固定シテ前後ニ移動セザラシムベシ、即ガーゼ片ヲ卷キタル龜頭ニ絆蒼膏ヲ以テ固定シ若クハ安全針ヲカテーテルノ内腔ニ出デザル様ニ突

第一二一圖



キ刺シテ之ヲ龜頭ニ固定スベシ。

マレコー、ベツツェル、カスバー氏等ノ考案セル特別ノ留置カテーテル(圖)ヲ用フルモ可ナリ、此種ノ留置カテーテルハ挿入時マンドリン即チ所謂カテーテル伸展器ヲ用ヒテカテーテルヲ引キ張りマンドリンノ形ヲ與ヘテ挿入スベシ、婦人ニ於テハ容易ニ挿入シ得ルモ男子ニアリテハ尿道ガ攝護腺

肥大症ニテ通過困難ナル場合ニハ殆ンド常ニ挿入ハ不可能ナリ。

患者ハ留置カテーテルヲ置クモ通常臥床セシムルコトヲ要セズ、只尿ノ常ニ排泄セラレ、ヲ要スル時ノミ臥床セシムルモノトス、臥床時ニハカテーテルニ長キ護膜管ヲ硝子管ニテ連接シ尿ハ患者ノ傍ニ置ケル便器又ハ股間ノ尿器ニ導クベシ、通常此方法ト共ニ度々膀胱洗滌ヲ行フヲ良シトス。頑固ナル膀胱炎ノ治療ニハ洗滌ヲ主トスベシ、器械的ニ膀胱ヲ清潔ニシ化膿性細菌ヲ含有スル物質及ビ分解尿ヲ除去スルニヨリテ多クハ充分ナレドモ、同時ニ藥劑ヲ直接ニ粘膜ニ作用スルニハ殺菌劑、收斂劑、鎮痛劑等ヲ用フ。

膀胱洗滌ノ效果ハ其之ヲ行フ技術ニ關係ス、出來ル丈徐々ニ行ヒ柔カキカテーテルノ尿道ヲ通過スル者ニハネラトン氏カテーテルヲ用フベシ、尿道通過不可能ナラバ硬カキカテーテルヲ挿入シ膀胱ノ痙攣シテ疼痛ヲ起スヲ避クル爲ニ膀胱内ニハ僅少ノ液ヲ注入スルニ止ムベシ、又洗滌液ノ膀胱内ニ突入スルヲ避クル爲ニハ膀胱注射器又ハイルリガートルニ長キ護膜管ヲ接続シテ注入スベシ、カテーテルノ大サハ各個ニ之ヲ選ビ神經質ノ患者ニハ細キカテーテルヲ婦人ニハ大ナルヲ用フベシ、カ濁濁ノ少ナキ時ハ小ナルカテーテルヲ濁濁ノ多キ時ハ大ナルヲ用フベシ、洗滌ニハ透明ニシテ刺激性ナキ殺菌液例ヘバ殺菌水、生理的食鹽水等ヲ用フ、硼酸水ハ膀胱ヲ刺戟セズ却テ之ヲ緩和シ且僅カノ殺菌作用ヲ有シテ實用セラレ、モノナリ、洗滌液ハ體温ニ暖メタルモノヲ用フルヲ可トス、檢

温器ヲ使用スルニ及バズ手ヲ觸レテ檢ス可シ、暖ニ過グルヨリモヤ、冷タキヲ可トス火傷ヲ起スコトアレバナリ。

カテーテルニヨリテ排尿セシメタル後洗滌ヲ行ヒ液ヲ硝子器ニ受ケテ濁濁ノ存否ヲ檢ス、排出液ガ注入液ト同様ニ透明ニナルマデ洗滌ヲ反復ス可シ、二〇乃至三〇珉宛ノ注入ヲ反復スル時ハ速ニ清澄トナルモノナリ、即液ノ少量ヲ用フレバ膿ハ壁ヨリ放レテ浮遊セル間ニ排出セラル、モ、大量ニ使用シテハ却テ其一部ハ再ビ膀胱底ニ沈澱シテ排出セラレズ、膀胱壁ハ擴ガリテ液ハ壁ニ衝突スルコトヲ得ズシテ加フルニ疼痛及ビ痙攣ヲ惹起スルガ故ニ洗滌ニ際シテハ疼痛ヲ發スルマデ洗滌液ヲ注入スベカラズ、然レドモ洗滌液ノ少量ヲ用フル時ニハ膀胱壁ノ伸展不充分ニシテ隈々マデ充分ニ洗滌シ得ズトノ批難アルモ少量ノ液ニテ反復洗滌スル時ハ膀胱鏡検査及ビ多クノ經驗ニヨルモ膀胱憩室内ヲモ洗滌シ得テ液ヲ透明ナラシメ得ルニ至ルモノナリ。

洗滌液ノ注入時ニ用フル壓力ハ患者ノ忍耐力及ビ膀胱内容ノ性質ニ關係ス、根本的ニ洗滌スルニハ強ク膀胱過敏ナル時ニハ緩徐ニ行フベシ、例外トシテ粘稠ナル凝塊ノ壁又ハ底面ニ存スル時ハ疼痛ヲ訴フルモ強ク洗滌スベシ、之ニヨリテ起ル害ハ利益ニ對シテ僅少ナルヲ以テナリ。

膀胱洗滌ニ最モ適當セル器械ハ一〇〇珉ヲ容ル、膀胱注入器ナリ、一箇ニテ四五回ノ洗滌ヲ行ヒ得ベク、注入ヲ輕クシテ平等ノ壓ヲ用フレバ膀胱ノ痙攣ヲ防ギテイルリガートルニ勝レリ。

復管カテーテル Catheter a double courant ハ用ヒザルヲ可トス、洗滌液ハ容易ニ透明トナレドモ

膀胱ノ一部ヲ洗滌シ得ルニ過ギズ、然レドモ此カテーテルニイルリガートルヲ接續シテ注入管ト排泄管ト交互ニ閉閉セバ膀胱ヲ伸展シ得テ炎症性膀胱内容ノ透明トナルマデ洗滌シ得可シ、サレド排泄管腔ハ狭クシテ膿塊ノ排泄及ビ洗滌ヲ速カナラシメ得ルコトガ全器械ノ大サニ比例セザルヲ缺點トス、固キカテーテルヲ用フル時ハ粘膜ノ之ヲ抱握スルヲ避クル爲ニ液全部ヲ排泄セシメズ一部分ヲ殘シテ次ノ液ヲ注入スベシ、結石又ハ異物ノ存在スル時モ亦同ジ。

膀胱洗滌ノ回数ニハ定メナシ、治療ノ目的ニハ回数少クシテ充分ナリ、原因不明ナル多クノ場合ニハ殊ニ停滞尿アル時ハ一日、數回、數週間、洗滌セザル可カラズ、數日休止スルモ再發スルモノナリ、結石及ヒ腫瘍ニシテ手術シ得ザル場合ニ膀胱炎合併セバ症状ヲ輕快セシムル爲ニ常ニ膀胱洗滌ヲ行フ可シ、又多クノ場合膀胱洗滌ニ次デ藥劑ヲ注入スベシ、硝酸銀ハ殊ニ驚ク可キ著效ヲ奏ス、通常三〇珉ノ硝酸銀液ヲ注入スベシ、膀胱内容ヲ隨意ニ排泄シ得ル時ニハ五〇珉ヲ注入スルモ可ナリ、停滞尿アル時ハ硝酸銀水ニテ洗ヒ生理的食鹽水ニテ洗滌シテ最後ニ硼酸水ニテ洗滌ス可シ。

硝酸銀水ハ一萬倍乃至五百倍ヲ用ヒ例外ニハ三百倍ヲ用フ、二千倍乃至五百倍ノアルバルギン水、其他、プロタルゴール、イヒタルガン等モ同様ニ作用ス。

ギヨン氏カテーテルニテ膀胱ニ點滴スルニハ尿道ニ於ケルト同様ニシ膀胱底及ビ頸部ニ限局セル

頑固ナル膀胱炎ニハ一乃至二%硝酸銀水ヲ用フ、豫メ膀胱鏡ニテ検査シ患部ニ藥劑ノ達スル様ニカテーテルヲ挿入スベシ、點滴ノ前ニハ膀胱ヲ洗ヒ洗滌液ヲ排出シテ後之ヲ行フベキモノトス。藥劑ノ濃度ハ點滴後膀胱内ノ熱灼感及ビ尿意促進ヲ起シテ三十分乃至一時間ニシテ消失スルヲ程度トスベシ。

尿道ガカテーテルノ通過ヲ許サズ膀胱炎ガ食餌療法ニテ輕快セザル時ハ耻骨上膀胱瘻又ハ尿道外截開術ヲ行ヒテ局所療法ヲ加フ可シ、サレド攝護腺別出術等ノ如キ後來手術ヲ行フモノニアラザル時ハ唯重症ニ於テノミ之ヲ行フベシ。

天然水ヲ飲用スルヲ良シトス、酒精飲料、濃キ珈琲ハ嚴禁スルニ及バズ個人ニヨリテ加減ス可シ、鹽水浴、蒸氣坐浴ハ共ニ效アリ。

内服藥ハ效果大ナラザレドモウロトロピンノ内服ハ時ニ膿漏ヲ大ニ輕減スベシ。

四 淋菌性膀胱炎 *Nystitis gonorrhoeica.*

症候 急性並ニ慢性淋ニ併發シ急性ニハ膀胱頸部炎 *Cystocollitis ac.* *Cystitis coli* 又ハ尿道膀胱炎 *Urethrocystitis* トシテ發生ス、劇烈ナル尿意頻促殊ニ排尿終末ニ於ケル劇甚ナル疼痛、排膿、血尿等ヲ來シ屢五分乃至十分毎ニ反復襲來ス、排尿時ノ疼痛ニヨリテ患者ハ安眠スルコトヲ得ズ衰弱ニ

陥ルモノナリ、尿ヲ三器ニ探レバ第一杯ノ尿ハ尿道及膀胱ノ膿ヲ含有シテ溷濁最モ強ク第三杯ハ溷濁最モ尠シ、尙排尿終末ニ當リテ純粹ノ血液若クハ血色ヲ帶ベル數滴ノ尿ヲ洩スコトアリ、排尿終末出血 *terminale Blutung* ト名ク、膀胱頸部ニ存スル炎症ニ起因シテ來ルモノナリ、慢性ニ移行セバ尿意頻促及疼痛ハ輕減シ若クハ消失スレドモ膿尿ハ持續シ炎症ハ進ミテ膀胱體炎 *Cystitis corporis* ヲ起スニ至ル、時トシテ劇烈ナル大出血ヲ來スコトアリ。

療法 急性ニハ安靜、食餌療法、多量ノ飲料攝取、内服藥等ヲ用フベキハ勿論ナレドモ他ノ膀胱炎ト異ナリテ此等ノ方法ニヨルモ疼痛ヲ輕減シ能ハザル時ニハデデー氏法ニ從ヒ硝酸銀液ヲ以テ膀胱頸ノ洗滌ヲ行ヒ疼痛、化膿ヲ輕減セシムベシ、同法ハ佛國式球頭絹製カテーテル若クハウルツマン氏洗滌用カテーテルヲ挿入シテ其窓口ヲ尿道膜様部ノ起始部ニ達セシメ後尿道ヲ通ジテ膀胱内ニ一%硝酸銀液百乃至二百耗ヲ注入スルモノナリ、同時ニ尿道炎ニ向テハカテーテルヲ二、三種前方ニ引キ出シテ窓口ヲ尿道球部ニ來ラシメ硝酸銀液ヲ注入スベシ、此際液ハカテーテルノ壁ヲ沿フテ外尿道口ヨリ流出スルガ故ニ注入時々尿道口ヲカテーテルニ向テ壓迫スベシ、液ハ之ニ由テ前尿道ヲ緊張シテ皺襞内ニ達ス、二日間隔ヲ置キテ反復シ其間過滿俺酸加里液(一萬倍乃至六千倍)ノ尿道洗滌ヲ行フベシ。

内服ニハウロトロピン(一日三回一回量〇、五瓦宛)ヲ水ニ溶解シテ食後ニ與フベシ、其他ヘルミ

トール、ヘキサール、ボロベルチン(三、〇)白檀油等モ亦一日三回ニ分チテ與フベシ。

五 膀胱結核 Blasen tuberculose

病理 數年前迄ノ觀察ニ反シテ單獨ナル膀胱結核ハ甚ダシク稀有ニシテ寧ロ殆ンド常ニ第二次ニ侵サル、モノナリ、第一次ニ犯サル、臓器ハ腎臟、攝護腺、精囊、副睪丸等ナリ、感染徑路ハフオン、パウムガルテン氏 V. Baumgarten ノ研究ニヨレバ分泌物通過ノ方向ニ從ヒテ行ハル、即腎臟ヨリハ輸尿管ヲ經テ膀胱ニ達シ、副睪丸及ビ精囊ヨリハ精系若クハ射精管及尿道ヲ經テ膀胱ニ來リ、攝護腺ヨリハ攝護腺管ヲ通リテ膀胱ニ達ス、反對ニ膀胱ヨリ腎臟及生殖腺ヲ犯スコトハ稀ナリ、然レドモ例外トシテ輸尿管ノ擴張アラバ腎臟ガ第二次ニ犯サル、コトアリ。

原發性ノ腎臟結核ニハ通常同側輸尿管口ノ周圍ガ第一ニ罹患シ粘膜炎結核ノ如ク結節ヲ生ジテ融合ス、後ニハ中央ヨリ潰瘍性ニ變化シ潰瘍ハ一方ニ擴マリ可成リ表在性ナリ、稀ニ深部ニ向ヒテ増大シ粘膜炎下組織及ビ筋組織ヲ破壊スルニ至ルモノナリ、原發性結核ガ生殖腺ニ存在スレバ内尿道口ニ好發シ尿道ヲ犯シテ後又ハ之ヲ犯サズシテ膀胱ニ續發シ擴大スルモノナリ。

症候 症候ハ原發部ヲ手術シテ除去シタル後初テ明瞭トナルモノナリ、自覺的ニハ急性膀胱炎ノ症狀アリ、有痛性尿意頻促、排尿終末疼痛アリテ重症ニハ不睡眠ヲ起シ營養衰フ、膿尿ハ常ニ來ル

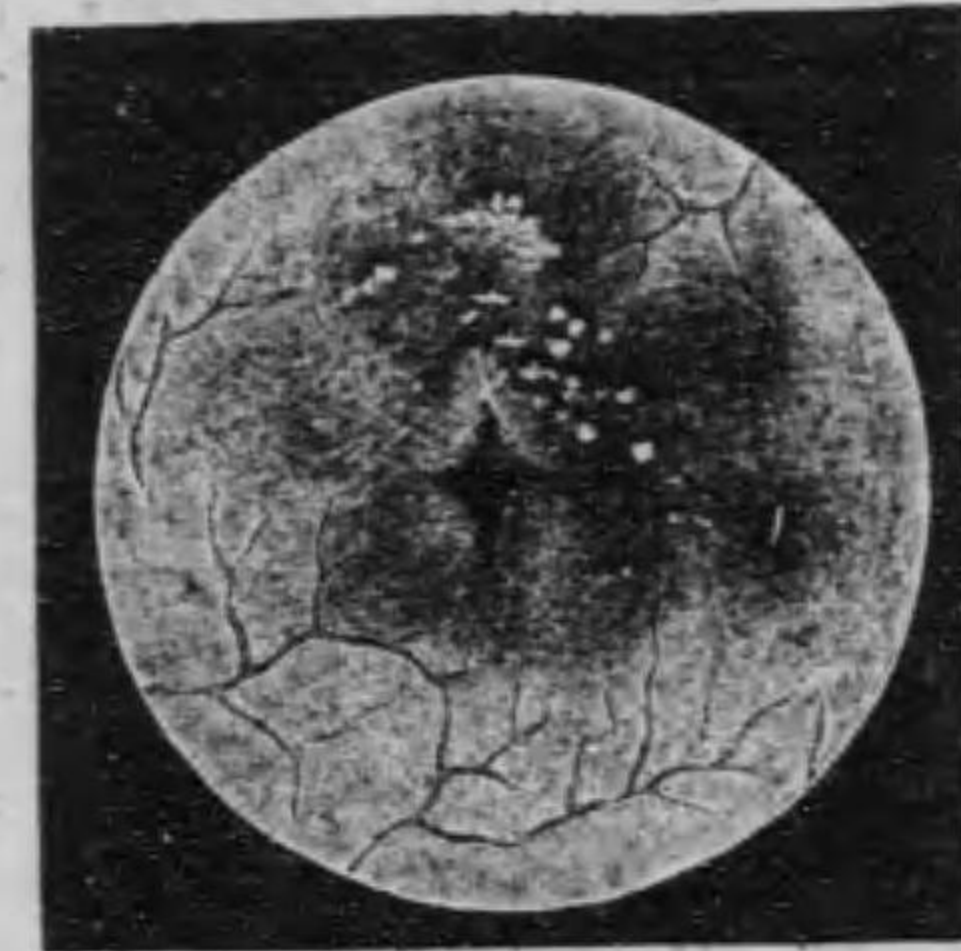
症候ニシテ尿ハ多少膿ニヨリテ濁濁シ屢々出血スルコトアリ、時ニ鏡檢的ニ少量ナレドモ多クハ肉眼的ニ赤色ヲ呈ス、特ニ排尿終末ニ於テ點滴狀ニ出血スルモ大量ニ出ヅルコトハ稀ナリ、内尿道口ニアル時ハ内括約筋ノ收縮不充分ニシテ尿點滴ヲ來スコトアリ。

診斷 同様ノ症候ハ慢性攝護腺炎、尿道及ビ攝護腺結石、膀胱及ビ攝護腺癌腫ニ於テ之ヲ見ルガ故ニ膀胱鏡検査ヲ必要トス、膀胱ニ結核ヲ有セズシテ腎臟及ビ輸尿管、攝護腺又ハ尿道ニ結核アルモ同様ノ症候ヲ呈ス、結核菌ヲ證明ス可シ。

診斷ヲ確實ニスルニハ膀胱鏡ニヨルテ最モ安全ナリトス、結核菌ヲ證明セザルモ定型的ニシテ診斷シ得ルコトアリ、不定型ニシテ他ノ作用ニヨルト同様ノ像ヲ呈スルコトアリ、結核菌ノ證明ニハ動物試驗ヲ要スルコトモ亦少ナカラズ。

膀胱鏡検査ニハ大ナル注意ト熟練トヲ要シ検査前ニ先ヅ一%モルヒネ半筒乃至一筒若クハバントボン、スコボラミンヲ皮下ニ注射ス可シ、又五%コカインヲ數滴後尿道ニ點滴ス、消毒ヲ嚴ニシ混合傳染ニヨリテ潰瘍性粘膜炎ニ惡影響ヲ起スコトヲ防グ可シ、洗滌ハ大ニ注意シテ行ハザレバ出血及ビ痙攣ヲ起シテ検査不可能トナルコトアリ、尿意頻促及ビ疼痛ヲ發スル迄注入ス可カラズ、又餘リ膀胱ヲ空虚ニス可カラズ、通常膀胱鏡検査ニハ一五〇蚝ノ液ヲ注入シテ膀胱鏡検査ヲナスモ之ヨリ少量ニテ検査スルヲ可トス。

第一二二圖



輪尿管口周圍結核性結節

特徴アル微候ハ罹患セル腎臟ニ屬スル輸尿管口ノ周圍ニ黃白色ニシテ深紅色ノ邊緣ニ圍マレタル潰瘍ヲ見ルコトナリ、時トシテ其周邊ニ多クノ群集セル結節ヲ見ルコトアリ、病勢ノ進ミタル患者ニ於テハ潰瘍ガ他部殊ニ三角部ニ發生シテ膀胱鏡像ハ多クハ明瞭ナラズ、膿及ビ血液ニヨリテ忽チ濁濁ヲ來シ屢々膀胱容量少ナクシテ膀胱壁ノ伸展ハ疼痛ト尿意促進トヲ來シ爲ニ検査不可能トナルコトアリ、此際ハ輸尿管口周圍ノ潰瘍、潮紅及ビ結節

ヲ見ルニ止ム可シ、診斷ハ結核菌染色又ハ動物試驗ニテ確定スルヲ必要トス。

療法 尿道結核ト同様ニ全身ノ營養ヲ高メ溫浴法、溫坐浴、鎮痛劑等ニテ對症療法ヲナス外、白檀油又ハ尿路殺菌劑ヲ一日三回クレオソールト丸ト交互ニ内服セシムベシ、ツベルクリンノ皮下注射モ試ムルヲ可トス。

生殖腺内ノ原發結核ヲ無害ニナスヲ得レバ膀胱内ノ病機ヲ靜止セシメ得ルノミナラズ時ニ治愈セシメ得ルモノナリ、吾人ハ先ヅ原發臟器タル腎臟、副睪丸又ハ精囊ヲ別出スルニ務ム可シ、通常手術後ニハ直ニ膀胱症狀ノ輕決スルヲ見ルベシ、是レ傳染性膿性尿ノ膀胱内ニ與フル刺戟ノ除去セラ

ル、ニヨルモノナリ、化膿部ヲ除去シ同時ニ全身營養ヲ高ムル時ハ症候ハ自然ニ輕快ス、通常輕症及ビ中等度ノ膀胱結核ハ之ニヨリテ全然治愈スルモノナリ、廣クシテ深キ潰瘍性ノ場合ニ於テモ原發部ノ手術ニヨリテ自然ニ症狀輕快ス可キモ疾患ノ全治スルカ輕快スルカ靜止スルカノ問題ハ尙永キ經過ト觀察トヲ必要トス可シ。

局所療法ハ害アリト思フ時ハ行フ可カラズ、硝酸銀ハ良シカラズ昇汞ヲ寧ロ可トス、一萬倍乃至一千倍液トシテ一週二回宛點滴スベシ、點滴後強度ノ刺戟ヲ感じ、二日間存在スルモモルヒネニテ輕減セシメ得可シ、刺戟症狀ノ後ニハ局所症狀ハ著シク輕快シ疼痛去リ尿意頻數ハ少クナルモノナリ、若シ輕快ヲ見ザレバ昇汞ハ害アルモノニシテ廢ス可シ、一〇%オイロフェン肝油、オイロフェン(一〇%)カンフル(一〇%)肝油、オルトホルム(二〇%)ピチロール(二〇—五〇%)肝油等ノ一〇乃至二〇%ヲ注入シ若クハ硼酸水ニテ洗滌シテ次ノ處方ニヨル沃度ホルム乳劑ヲ注入スベシ。

三三、〇

一、五

一五、〇

五〇、〇

沃度ホルム

トラガカント護膜

グリセリン

蒸溜水

此乳劑一〇乃至二〇%ヲ殺菌水五〇%ニ薄メテ振り用ユ。
レントゲン線ノ深達作用モ亦有效ナリ。

六 膀胱ノ微毒

Syphilis der Harnblase

微毒ノ第二期ニハ膀胱粘膜ニ蓄微疹、紅斑、丘疹及乳斑ヲ見ルコトアリ(井上五郎氏)、何等症候ヲ呈セズ、第三期ニハ疼痛、尿意頻數、尿閉、血尿アリテ潰瘍若クハ潰瘍狀ヲ呈シ膀胱壁ヲ穿孔シテ腹膜炎、膀胱腸瘻管ヲ來スコトアリ、ワッセルマン氏反應腸性ニシテ尿變化少ナク驅微療法ニヨリテ治癒スレバ微毒ナリ。

七 膀胱結石

Harnsteine

尿石總論 Allgemeines über Harnsteine.

尿石ハ通常尿鹽類及ビ有機性膠質物ヨリ成リ後者ナクシテ發生スルコトナシ、膠質物ハ破壊セラレタル細胞上皮、白血球、赤血球、圓嚢及ビ蛋白様若クハ粘液様物質ナリ、雲翳トシテ通常尿中ニ存ス、結石ハ尿酸、尿酸鹽、磷酸鹽又ハ碳酸石灰若クハ此等ノ混合物ナリ、稀ニチスチン、キサントチン等ヨリ成レリ。

尿石ノ發生ニハ尿酸素質、大量ノ野菜攝取、濃縮尿若クハ藥物作用又ハ細菌作用ニヨリテ尿ノアルカリ性トナル時ニ尿路ニ固形物ノ沈降スルニヨリテ起ルモノト解セラル。

結石發生ニハ尙膠質物ノ一定量ヲ要スル故化膿、出血、炎症等ノ存在スルコトヲ要ス、サレド多クハ生理的若クハ尿鹽類ノ刺戟ニヨリテ起ル尿路ノ上皮脱落ニ因ルモノナリ。

發生ニ要スル尙一ツノ要素ハ結石形成ノ障礙セラレザルコトニシテ腎盂及ビ膀胱ヨリノ排尿ガ尿路ノ狹窄、瓣、憩室等ニヨリテ妨ゲラレ尿ノ停滯ヲ起ス時ハ其後方ニ結石ヲ形成スルモノナリ、此等ノ原因以外ニモ尙不明ノ原因アリ、何故ニ固形分ノ沈降ヲ起スカ又尿路ニ上記ノ異狀ナクシテ何故ニ發生スルカ殊ニ若年者ニ來リ地方的ニ來ルハ何故ナルカ不明ナリ、希臘、露西亞ニ多ク北獨逸ニ少ナシ日本ニモ亦多カラズ。

多クノ尿石ノ核ハ小ナル腎石ヨリ成リ或機會ニ尿路ニ達スルモノニシテ小ナル腎石ノ多クハ輸尿管ニ入り暫時ニシテ排出セラレ、モ輸尿管、膀胱若クハ尿道ニ入りテ生長シ以下ノ尿路ヲ通過セザルニ至ルモノナリ、此際主トシテ結石ノ周圍粘膜ニ及ホス絶エザル刺戟ニヨリテ上皮ハ脱落シ膿ノ排泄ヲ増シ結石ノ生長ヲ盛ナラシムルモノナリ。

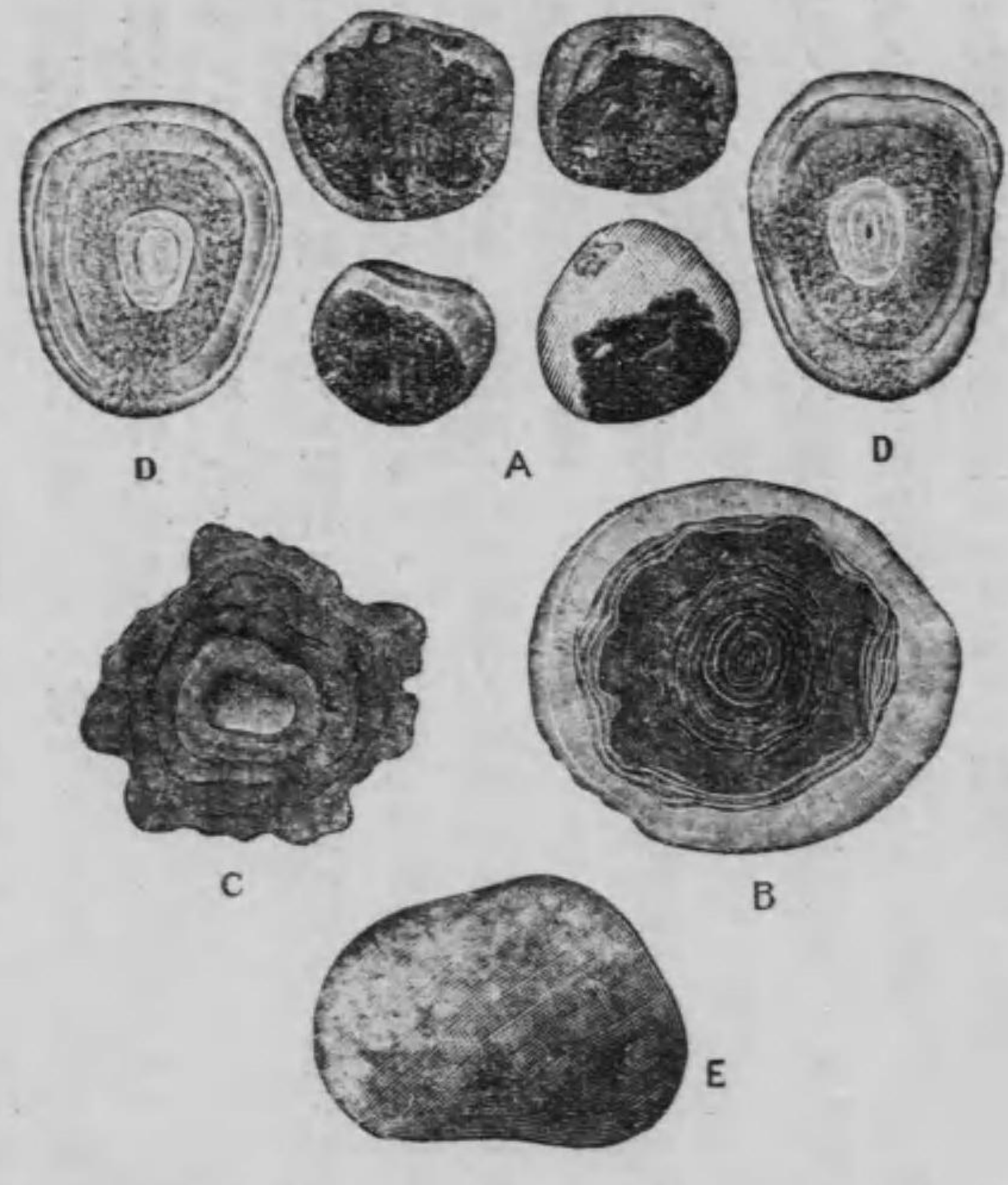
腎石ハ更ニ異物ノ核ヲ形成スルコトアリ、此際尿ヲ分解スル細菌ガ共ニ侵入スル時ハ通常生長速ナリ、吾人ハ常ニ膀胱内ニ於テ異物ニ鹽類ノ沈着シテ發生スル結石ノ速ナルヲ知ル可シ。

尿石ノ性狀。尿酸石ハ鮮黃褐色、球形若クハ卵圓形ニシテ表面ノ顆粒小ナリ著シキ大サニ達ス、磷酸鹽石ハ多クハ純白ニシテ形狀尿酸石ニ相似タリ多數發生セバ摩擦面ヲ有シ可成リ軟カナリ、碳酸鹽石ハ最硬ク暗褐色乃至黑色ニシテ大ナル顆粒ヲ有シ桑實ノ形ヲ呈ス、チスチン結石ハ帶黃褐色ニ

尿酸鹽ニハムレキシト試験ヲ行フベシ、即結石末ヲ碎キ陶器皿ニ採リテ濃硝酸數滴ヲ加ヘ火焰上ニ徐々ニ蒸發セシムル時ハ尿酸ニハ紅色乃至赤黃色、キサニチンニハ黃色斑點ヲ生ズ、尿酸ノ赤黃

シベス熱テセ載ニ壺爐金白ヲ末粉ノ石尿	
ズセ燒燃	ス燒燃
フ加ナ酸鹽ニ末粉ノ元	グ擧ヲ燻
苛ニ末粉ノ元 加ニ末粉ノ元 加ニ末粉ノ元 加ニ末粉ノ元 加ニ末粉ノ元	元ノ粉末ニ苛性曹達液ヲ注グ 盛ニアンモニヤヲ發生ス 濃硝酸數滴ヲ加ヘ火焰上ニ徐々ニ蒸發セシム 性加里ヲ加フニ紫色ヲ呈ス 尿酸アンモニウム キサンチン チュスチン ウロシテアリツト 尿酸 血液纖維素 尿酸石灰 尿酸石灰

種各ノ石結 圖三二一第



石結酸礬(外)石結酸礬(内)B 石結酸礬兼酸礬 A
石結酸尿 E 石結酸尿兼酸礬 D 石結酸礬 C

結石ノ豫防ニ必要ナリ、實際ニハ一般ニ次ノ試験ヲ行フ、即ち結石末ヲ白金爐壺内ニ於テ燒キ青色ノ焰ヲ舉ゲテ燃燒スル時ニ硫黃又ハ脂肪ヲ燒ク臭アラバチン結石ニシテキサニチン、尿酸及ビ

シテ光澤ヲ有シ表面顆粒性ナリ、キサニチン石ハ鮮黃色ニシテ表面平滑ナリ、純炭酸石ハ甚ダ稀ニシテ何レノ結石ニ於テモ炭酸石灰ノ痕跡ハ常ニ存在スルモノナリ。
 尿石ハ著明ナル層ヲナシ其横斷面ニ於テ鮮明ナリ。
 尿石ノ分析。
 尿石ノ化學的研究ハ

色ハアンモニヤヲ加フレバ紫紅色ヲ、苛性加里ヲ加フレバ紫色ヲ呈シ、キサントレンハアンモニヤニハ黄色ニ、苛性加里ニハ橙黄色ニ變ズ、炭酸石灰ハ薄キ鹽類ヲ加フレバ炭酸瓦斯ヲ遊離スルモノナリ。礬酸石灰ハ熱シテ炭酸石灰ニ變ズル前ニ炭酸ヲ加フレバ泡ヲ生ズ、凡テ此等ノ試験ニ反應ナキハ磷酸鹽ナリ、詳シクハ表ニ就テ試験スベシ。

症候 膀胱結石ノ症候ハ結石ノ大サ、表面ノ性状、膀胱ノ状態ニヨリテ異ナレリ、一般ニ尿意頻數ハ結石ノ膀胱ニ及ボス刺戟ニ歸因シ、龜頭ニ放散スル疼痛ハ特ニ排尿終末ニ來ル、結石ノ動搖、排尿時粘膜ガ結石ヲ包ムニヨリテ膀胱壁ニ損傷ヲ生ジテ起ルモノナリ、其結果トシテ出血アリ多クハ鏡檢の少量ナレドモ肉眼のニ大量ニ來ルコト屢々ナリ、症狀ノ特徴ハ體ノ運動又ハ動搖、惡シキ道路上ニ於ケル乗車、乘馬スル時等ニ増進セラレ、モノナリ。時々ニ發生シテ結石ニ特徴アル症候ハ結石ガ内尿道口ヲ瓣狀ニ防ギテ尿線ノ突然止マルコト及ビ一部尿道ニ侵入シテ内括約筋閉鎖不全ヲ起シテ來ル尿點滴是ナリ。

診斷 症候及ビ尿ノ檢査ニヨリテ殊ニ合併症ナキ時ハ診斷ヲ下シ得ルコト稀ナラズ、即患者ハ尿意頻促及ビ排尿時疼痛ヲ訴ヘ此症狀ハ體ヲ動搖スル時増悪シ靜臥スル時輕快シ、尿ハ赤血球ヲ有シテ白血球ヲ缺グ時ハ大概膀胱結石ナリ、治療上ニハ診斷ヲ確定スルコト最も必要ニシテ多クハ膀胱鏡檢査ニヨリテ行ハル、即此方法ニヨリテ結石ノ大サ、數及ビ位置ヲ知り形及ビ色ニヨリテ化學的

構成及ビ硬度ヲ推定シ從テ療法ヲ選擇シ得ルモノナリ、大サノ推定ハ時トシテ困難ナリ、小ニシテ明窓ニ接近セル物ハ著シク大ニ見ユルコトアリ、漏斗部ヲ下ゲ明窓ヲ結石ヨリニ離シテ胡桃實大ニ見ユル結石ハ視野ヲ全ク充スモノナリ、之ニヨリテ結石ノ大サヲ知り得可シ、又輸尿管口ノ大サ及血管ノ大サト比較シテ其大サヲ推定スルコトヲ得可シ。

肥大セル攝護腺ノ後方凹所ニアル結石ハ膀胱ニ充分液體ヲ充ス時ニ於テ見ルコトヲ得可シ。

膀胱鏡檢査ト同時ニ膀胱鏡ヲ結石消息子ニ代用シテ感覺ニヨリテ結石ヲ知り得ルコトアリ。
偉大ナル結石ニアリテハ膀胱鏡檢査ハ不可能ナレドモ之ヲ挿入スレバ觸知シ得可シ、膀胱憩室又ハ副膀胱内ニアル結石ハ膀胱鏡檢査ニヨリテ見ルコト能ハザルガ故ニレントゲン檢査ヲ行フ可シ、子供ニ於テハレントゲン檢査ヲ必要トス、結石消息子ニヨル檢査ハ現今此等ノ檢査法ニヨリテ殆んど見捨テラレ消息子ヲ必要トスル場合ハ唯膀胱鏡檢査不可能ニシテ永ク診斷確定セラレザル時ニ行フニ過ギズ、直腸又ハ膈ト腹壁トヨリスル双手檢査法ニヨリテ診斷シ得ルコトアリ、子供ニアリテハ出來得可クンバ器械ノ挿入ハ避ク可キモ通常好ンデ消息子使用セラル、此際全身麻酔ヲ必要トスルコトアリ、男兒ニアリテハ攝護腺其間ニ介在シテ双手ノ檢査好結果ヲ得ザルコトアリ。

療法 結石ノ豫防ハ重ニ結石自然排出又ハ手術除去ノ後其再發ヲ防止スルニアリ、此目的ノ爲ニハ其化學的構成ヲ精査シ何レノ場合ニモ一日平等ニ分チテ大量ノ飲料ヲ攝取セシメテ尿ヲ稀薄ニス

ベシ、尿酸ノ素質アラバ飲料ノ一部ヲアルカリ性礦泉ニ仰ギ次ノ如クニ處方ス。

磷酸ナトリウム

四五、〇

重曹

四、五

炭酸リチウム

一〇、〇

右一日三回一珈琲匙ヲコップ半分ニ入レ水ヲ加ヘテ飲用セシム。

食餌ハ混合食ニシテ植物性食餌ヲ多クス可シ。

尿酸結石ニハ大黃、トマト、豆、脾臟、胸腺、茶、珈琲、蔞酸等ヲ含有セル食餌ヲ避ケテ混合食ヲ採ラシム可シ。

磷酸結石ニハ尿ノ酸性ヲ高メテ豫防スベシ、即磷酸一日三回一回量〇、五瓦宛ヲ内服セシメテ肉食ヲ多ク採ラシム、アンモニヤ性尿分解ヲ防グニハ膀胱ノ停滞尿ヲカテーテル挿入ニヨリテ排除シ洗滌ス可シ、尿ノアルカリ性ヲ呈セズ全ク透明ニ至ル迄之ヲ行フ可シ、大ナルカテーテルヲ挿入シテ結石ノ核トナル可キ大ナル膿塊ヲ時々排除スルヲ可トス。

手術的療法 結石ハ内服又ハ尿道ヨリ入レタル藥品ニヨリテ溶解シ若クハ小サクスルコト能ハズ、尿酸鹽ト細胞性有機物トノ結合物ハ膀胱ノ堪ヘ得ル酸及ビアルカリニ對シテ抵抗シ結石ハ手術ニヨル外除去スルノ道ナシ、小ナル結石及ビ砂粒ハ排泄カテーテルニテ吸ヒ出ス可シ、中等大乃至大ナル結石ノ理想的手術ハ抽石術 Litholapaxie ナリ、尿道ヨリ碎石器ヲ挿入シテ結石ヲ破碎シカテーテルヲ挿入シテ洗ヒ出スニアリ、此法ハ患者ノ死亡率ヲ少ナクシテ永ク臥床セシムルノ要ナカラシム、然レドモ此方法ハ重キ膀胱炎及出血ノ傾向アル膀胱ニハ適セズ、豫メ臥床、モルヒネ使用、膀胱洗滌等ヲ行ヒテ手術ノ準備ヲナス可シ、一般ニ此手術ハバントボン、スコボラミン、エーテル麻酔若クハクロ、ホルム麻酔ノモトニ行フ、腰椎麻酔モ適當ナレドモ此場合ニ手術ハ迅速ナラザル可カラズ、腰椎麻酔ハ四十五分後ニ覺醒スレバナリ、大ナル結石ニハ賞用セラレズ、熟練セバ小ナル結石ニハ此麻酔ニテ充分ナリ。

アンチピリン二、〇瓦モルヒネ〇、〇一瓦ト共ニ五〇瓦ノ水ニ溶解シテ手術ノ十五分乃至卅分前ニ

浣腸スルヲ可トス、尿道ハ五%コカイン液ノ點滴ニヨリテ無痛トシ無菌ニシテ消毒完全ナルベキハ勿論ナリ。

患者ノ用意ハ陰莖及ビ其周圍ヲ根本的ニ洗滌シテ無菌ノ布ニ包ミ、手術前ニ根本的ニ膀胱ヲ洗滌シテ一〇〇瓦ノ硼酸水ヲ膀胱内ニ注入シ、患者ハ手術臺上ニ少シク骨盤ヲ高舉シテ仰臥セシメ膝關節ニ於テ少シク屈曲シテ足ヲ足臺上ニ載セシム、攝護腺後部凹所ニアル結石ハ骨盤ヲ高舉シテ結石ノ膀胱頸ニ來ル様ニナスベシ。

碎石器 Lithotripter ハ器ノ前端彎曲シテ短嘴ヲ成シ強キ齒ヲ有スル雌雄兩嘴ヲ持チテ之ヲ互ニ離

第一二四圖



碎石術 其一

第一二五圖

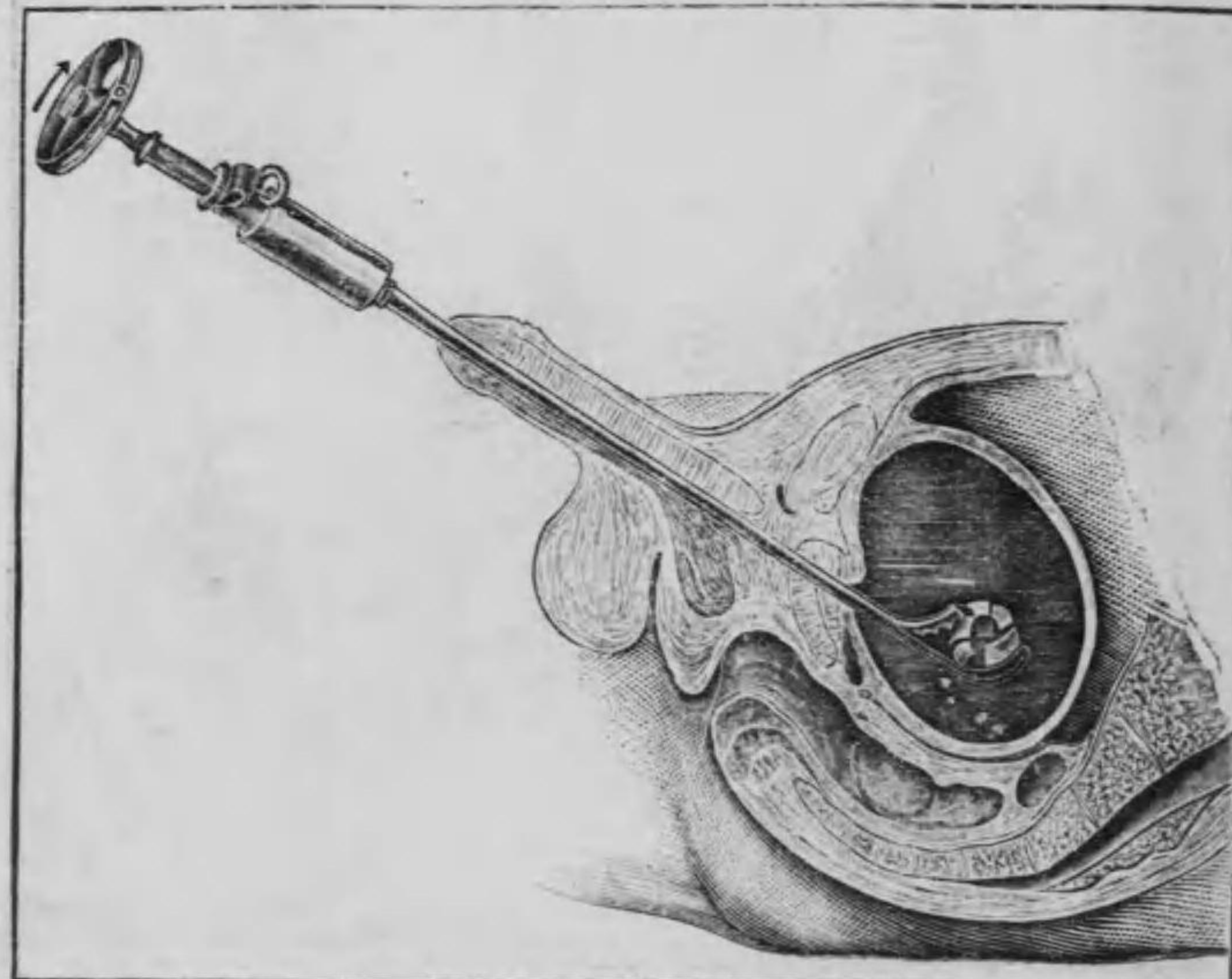


碎石術 其二

合セシメ得ル様ニナサレアリ、器ノ外端把柄部ニハ短嘴ヲ開閉シテ結石ヲ挟ミ固定シテ破碎スル装

置アリ、即チ車又ハ球ノ回轉ニヨリテ之ヲ行フ、澤山ノ截石器ヲ備ヘ置キ大ニシテ硬キ結石ニハ大ニシテ強キヲ、少ニシテ軟キ結石ニハ中等大乃至小ナル截石器ヲ用フベシ。
術式 豫メ膀胱鏡ニテ見タル大サ及ビ硬度

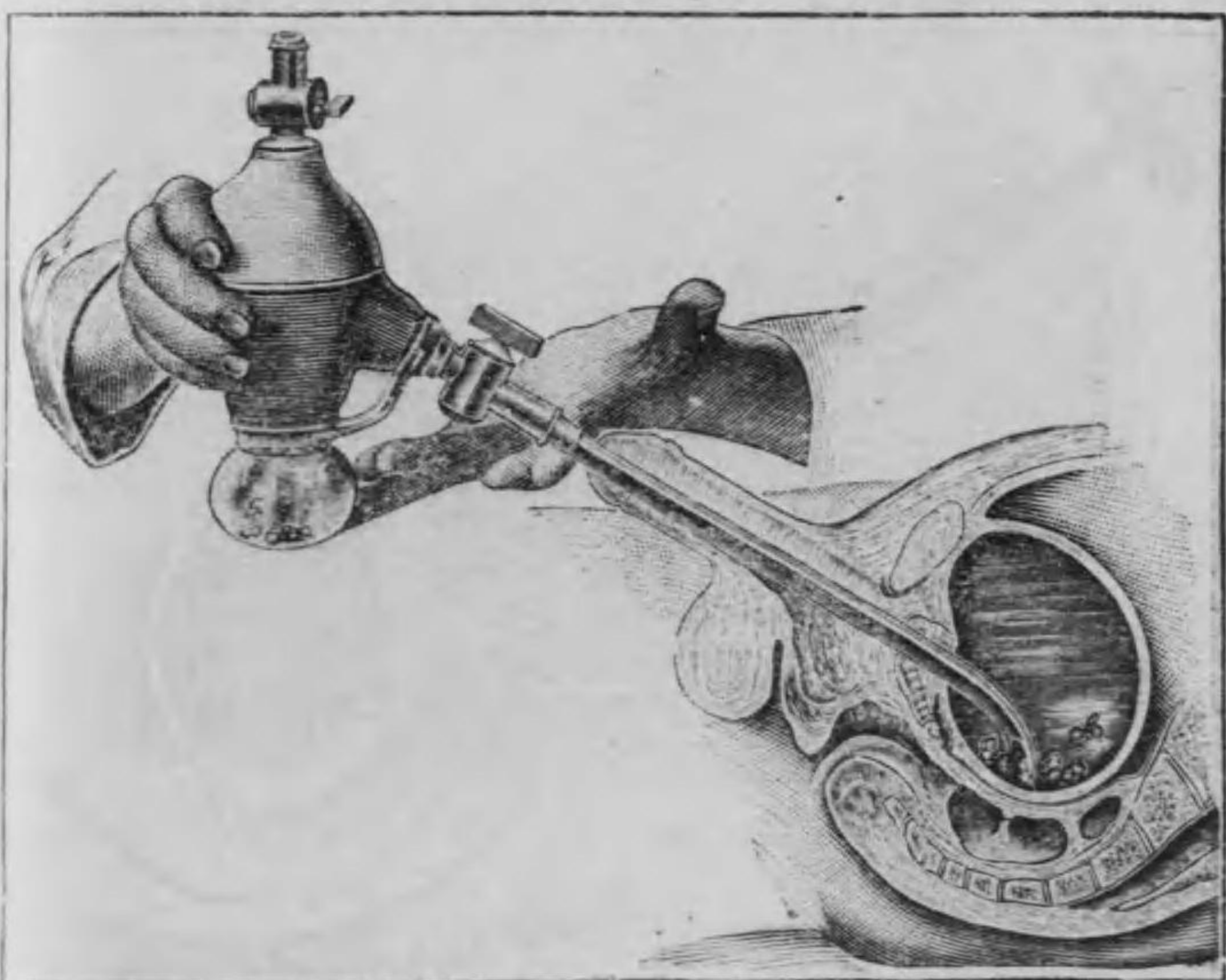
第一二六圖



碎石術 其三

ニヨリテ碎石器ヲ選ミ閉ヂテ膀胱ニ入レ雌嘴(後嘴)ハ膀胱底ニアル様ニ置キ膀胱底ニ壓シテ雄嘴(前嘴)ヲ上方ニ開ケバ、截石器ハ膀胱底ニ凹所ヲ造リテ結石ハ自然ニ短嘴内ニ移動シ來リテ挟マル可シ、若シ來ラザル時ニハ器ヲ開閉シナガラ左右ニ長軸ノ廻リニ回轉ス可シ、結石ヲ挟メバ器ノ裝置ニヨリテ之ヲ固定シ嘴部ヲ左右ニ廻轉シテ粘膜ヲ挟メルコトナキヤヲ檢スベシ、齒ヲ徐々ニ嚙合ハシムレバ硬キ結石ハ此際音響ヲ發シテ破碎セラル、モノナリ、カクシテ之ヲ反復シ最早大ナル結石片ノナキマデ之ヲ行フベシ、此方法ハ熱練ニ

第一二七圖



抽石術

ヨリテ速ニ終了シ得ルモノナリ。
 大ナル結石片ノ存セザルニ至ラバ
 截石器ヲ閉ヂテ引キ出シ吸出カテー
 テルヲ挿入スベシ、膀胱鏡検査ヲ要
 スルガ故ニ膀胱鏡用吸出カテーテル
 ナ用フルヲ可トス、此器ノ大サハシ
 リエール氏廿五乃至廿七號ヲ用ヒ窓
 口ハ出來得ル丈大ナルヲ可トス。
 吸出カテーテルヲ挿入セバ硼酸水
 ト共ニ結石片ハ多少流出セラル、モ
 次デ硼酸水ヲ強ク注入シテ排泄シ吸
 出器ノ排泄ポンプニ硼酸水ヲ充シテ
 カテーテルニ連続スベシ、護謨球ヲ
 強ク壓スレバ此内容液ハ強壓ヲ以テ
 膀胱内ニ侵入シ液ハ過ヲナスベシ、

此際カテーテルヲ左右ニ長軸ノ周リニ動かサバ過ハ強クナリ護謨球ヲ離セバ再ビ其ノ彈力ニヨリテ
 護謨球ハ元ノ大サニ復シテ結石片ハ液ト共ニ出デ硝子器内ニ落下シ、護謨球ヲ再ビ壓スル時此處ニ
 沈澱ス、反復シテ結石破片ノ出デザルニ至ルマデ此操作ヲ行フベシ。

尙カテーテルヲ通過セザル結石末ハ此操作ノ間ニカテーテルニ衝突シテ音響ヲ發スルガ故ニ、
 カテーテルヲ抜キ去リ更ニ小ナル截石器ヲ挿入シテ破碎シ再ビ此操作ヲ反復ス可シ。

總テノ結石末ハ排泄セラレ最早結石末ノ硝子器ニ落下シ若クハカテーテルニ衝突シテ發スル音響
 ノ聞エザルニ至ラバ、排泄カテーテルニイリガートルヲ連續シテ膀胱ヲ洗滌シ液ヲ透明ナルニ至
 ラシム、次デ膀胱鏡ヲ挿入シテ膀胱底ヲ検査シ結石ガ全ク排泄セラレテ最早其粉末ノ存在セザルコ
 トヲ確ム可シ、結石片ノ尙大ナルモノアラバ直ニ碎石器ヲ挿入シテ之ヲ碎キ抽出シテ膀胱ニ結石末
 ノ存在セザルニ至ラバ、五千倍硝酸銀水ヲ注入シテ生理的食鹽水ニテ洗ヒ最後ニ硼酸水ニテ洗滌ス
 可シ。

後療法 麻醉ノ作用ナクナレバ大量ノ飲料ヲ與ヘテウロトロピンヲ服用セシメ、二、三日ニシテ
 膀胱ノ刺戟症狀ナクナラバ床ヨリ離レシム、攝護腺肥大症ニテ尿閉又ハ膀胱炎發生セバ膀胱洗滌ヲ
 行ハザル可カラズ、數日間留置カテーテルヲ挿入シ置ク時ハ屢々著效アリ、手術後ノ出血ハ殆んど
 常ニ自然ニ止血スルモノナリ、要スルニ抽石術ニ對スル二三ノ注意ヲ擧グレバ次ノ如シ。