

第2章 膀胱疾患 Krankheitin der Harnblase

I. 膀胱畸形 Missbildung d. Harnblase

1. 膀胱缺損 (Fehlen d. Harnblase) (略):—
2. 膀胱重複 (Verdoppelung d. Harnblase, Vesica duplicata) (略):—
3. 胎兒尿管閉在 (Offenbleiben d. Urachus.):—

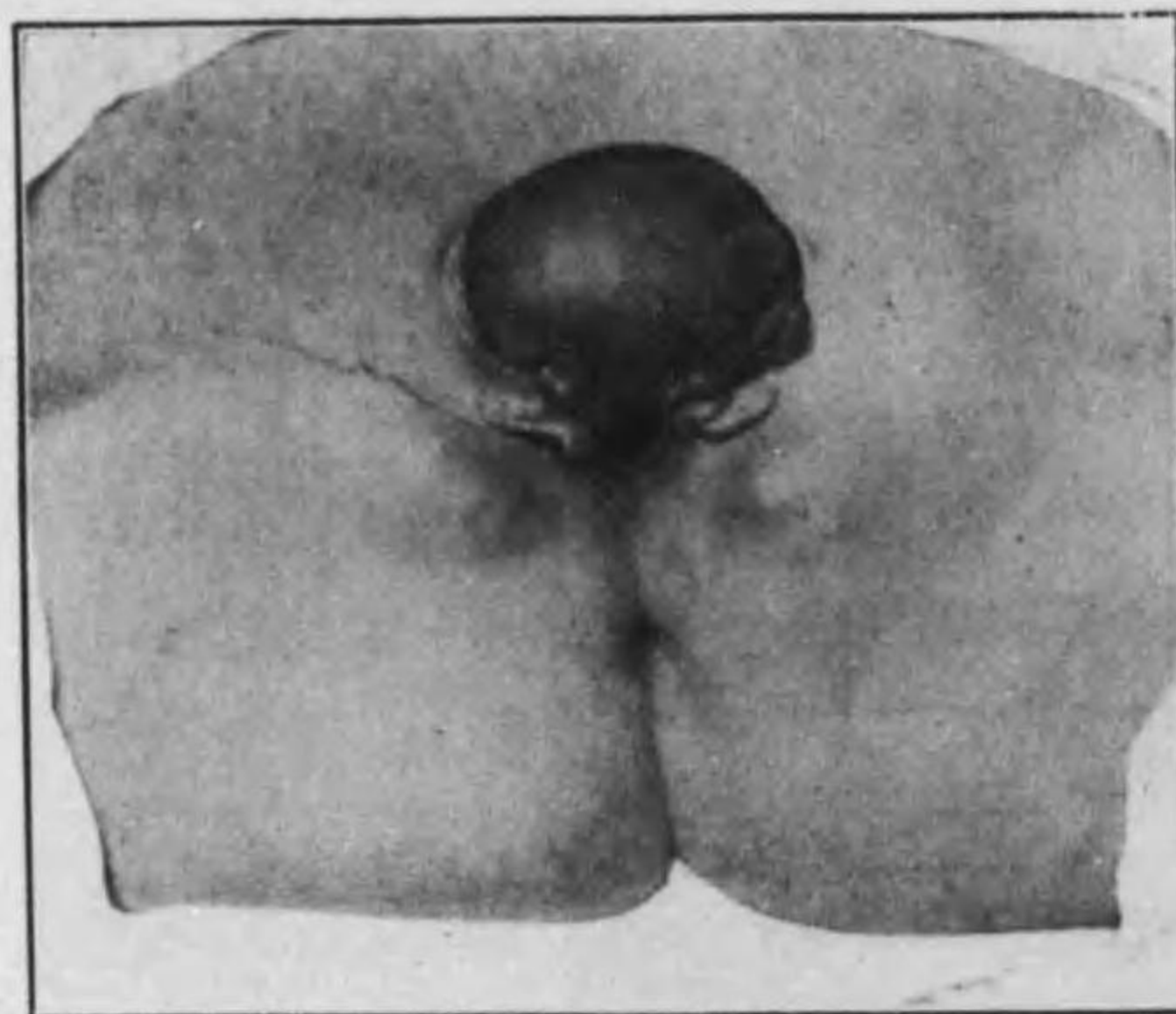


Fig. 164. 膀胱外翻症

膀胱・臍間を走行する胎兒尿管 (Urachus) は生後に閉塞萎縮して膀胱臍靭帯 (Lig. vesico-umblicale) と成る可きものなるが、之れが先天性發育不全の結果開在して胎兒尿管瘻 (Urachusfistel) を形成し、時には一部の開在するために胎兒尿管嚢腫 (Urachuszyste) を形成する事あり、本畸形あれば排尿毎に膀胱

尿の一部又は全部が臍口より排出さるが故に診断は容易なり、療法は瘻孔手術を施行して閉鎖すれば容易に治癒す。

4. 膀胱外翻症 (Ectopia s. Ecstrophia vesicae, Blasenspalte):—

【原因】 胎生兒に於て兩膀胱半球の癒合が障碍されたるために、初生兒の膀胱が前壁に於て前腹壁に開在し、膀胱後壁が下腹部に外翻せるものなり。

欠

ば尙更ら診断確實なり、4. レントゲン寫眞、膀胱造影撮影法にて膀胱影像に附帶する憩室影像を證明し、又造影劑送入後に排尿さし、又は膀胱鏡視見の下に憩室内丈に造影劑を送入して撮影すれば憩室像丈を現はす事あり (Fig. 134. 166)、憩室内には屢々結石形成ありてその影像が現はれる事あり。

【療法】 症狀輕微なる間は膀胱洗滌を行へども、二次的膀胱炎を起せば上行傳染の危険を除くために手術的に憩室を剔出する事あり。

6. 尿道内膀胱腫 (Cystocele urethralis):—

女子に於て膀胱が尿道内に脱垂し時に外尿道口迄にも達して膀胱内翻症 (Inversio vesicale) となり、進んで外尿道口外に脱出して膀胱脱垂 (Prolaps vesicale) を成す事あり。

又膀胱ヘルニア (Hernia der Blase); とは Hernia 口より膀胱の一部又は全部が脱垂するものにして、その中にて鼠蹊膀胱ヘルニア (Hernia vesicalis inguinalis) 最も多し。

II. 膀胱の外傷 Verletzung der Harnblase

1. 膀胱の外力性外傷 (Verletzungen durch äusseren Gewalt):—

【原因】 1. 手術に由る外傷 2. 負傷・銃創・刺創・切創・材杭創 (Pfählungsverletzung)・骨折損傷等。

【症候】 1) 外傷性 Shock と共に、2) 頑固なる尿意逼迫起れども尿道よりは排尿されず、若し開在性外傷なれば創口より排尿す、3) 腹腔外損傷 (extraperitoneale Verletzung) なれば尿は膀胱周囲より耻骨縫際上部・鼠蹊部・乃至は陰囊に擴がりて濁音・腫脹を起すが 4) 腹腔内損傷 (intraperitoneale Verletzung) にて腹膜と共に損傷する時は全身症狀著しく時には虚脱に陥り、膀胱部に尿蓄積を缺き濁音・腫脹等を現はさず。

【續發症】 1) 腹腔外傷損傷時 には組織内に尿浸潤 (Harninfiltration) を起し尿蜂窠織炎 (Harnphlegmone)・組織壞疽等を起し、惹いて敗血症に陥る危険あり。

2) 腹膜損傷時 には膀胱尿が腹腔内に流出し、此の際尿が無菌性なれ輕

欠

度の腹膜炎を起す位にて速に腹膜より吸収されるが、そのために尿中毒(Harnvergiftung)乃至尿毒症を起す危険あり、反之細菌性尿又は分解尿なれば速かに重篤なる腹膜炎を起して危険状態に陥る可し。

又本外傷時には肝・脾・腸・血管等の重要腹腔臓器の合併損傷を伴ふ事多し。

【療法】 1) 腹膜外損傷なれば高位切開にて浸潤尿を外導し、尿浸潤竈を切開す、2) 腹腔内損傷時には速かに開腹術を行ひて膀胱損傷個處を縫合し、腹膜外に於て排尿を完全にし且つ腹膜炎に對する外科的處置を取る可し。

2. 膀胱破裂 (Rupturen der Harnblase):—

【原因】 1) 外傷性破裂 (Traumatische Rupturen), 膀胱が尿にて充盈され膀胱壁が擴張し菲薄と成り居る際に直接的・間接的に外力が及べば内壓が急激に昂進して水力學的作用に依つて膀胱壁の破裂を來す。

2) 自然的破裂 (spontane Rupturen), は正常膀胱には皆無なれども、膀胱壁の炎症・憩室・腫瘍浸潤等あり若しくは腦脊髄性疾患に依る膀胱壁の退行變性等のために膀胱壁が薄弱なる場合に於ては、滲漏尿のため又は排尿時の腹壓等のために破裂を起す事あり。

本症は主として利尿筋走行に平行して1—2 cm.の長軸裂創 (Längsriß) にして大なる創口を作る事は稀なり。

【症候】 破裂時に繼續して Schock と疼痛起り、前者は殊に腹膜腔内破裂 (80%に起る)の際に甚し、此の他破裂が腹膜内か外かに依つて症候を異にすれども大體に於て前記膀胱損傷時に酷似す。

【療法】 膀胱損傷に準ず。

III. 膀胱内の異物

Fremdkörper in der Harnblase

【病理】 1) 侵入経路 a. 膀胱壁貫通 (tranvesicaler Eindringung), 外傷に依つて彈丸片・骨片・衣服片・針等が侵入し、手術の結果縫合糸・鉗子等が膀胱内に這入る事あり。

b. 炎症性迷入 (entzündliche Einwanderung), 膀胱周囲手術竈の縫合糸・炎症死骨片・腸内容物・糞石・種子・蛔蟲等又は皮様囊腫内容 (毛髮・齒等) 等あり。

c. 尿道性迷入 (urethrale Einwanderung), 醫療器械の脱落としては Nélation 氏 Katheter の尖端が最も多く、その他誘導 Bougie 端・尿道器械の破片・脂肪塊等あり、又自瀆の目的にて尿道内に挿入したものが膀胱内に通入す (毛ピン・帽針・鉛筆・ゴム管・針金・豆類・蠟等その他無数)、之れ等は男女共に來るが殊に婦人の尿道は短く擴張性あるがために侵入し易し。

2) 異物の運命, a. 小形・圓形のものなれば自然的に排出す, b. 破碎 (Fragmentation) を起す, c. 膨化 (Quellung) を起す, 豆・穀類等, d. 殻皮形成 (Inkrustation) をなす, 金屬性のものは速かに殻皮を生じこれに磷酸鹽又は二次的膀胱炎を起して尿のアンモニア性分解のため炭酸鹽等が沈着して所謂異物結石 (Fremdkörperstein) を形成す, e. 膀胱壁穿孔, 帽針

毛ピン等の尖形物は膀胱を穿孔して腹腔内に出る事あり。

3) 異物による膀胱の變化, 異物が無菌性 (彈丸・カテテル端等) なれば膀胱炎症を起さぬが、左もなければ多くの場合には細菌混入と異物刺戟のために二次的膀胱炎を起すを常とす。

【症候】 1) 異物の器械的刺戟, 異物の大小形狀如何にて異る, 大形に

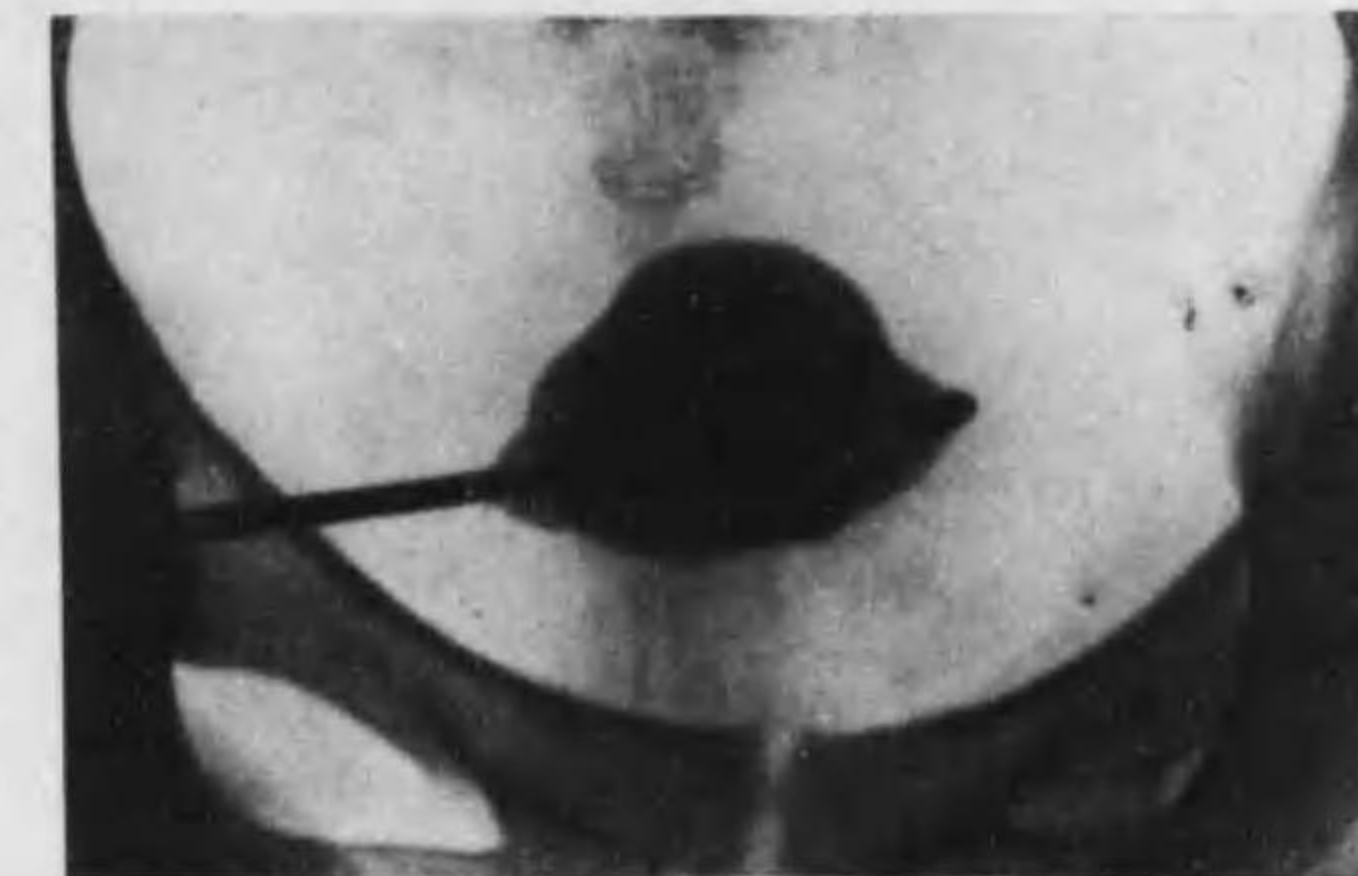


Fig. 167.

膀胱内「ヘヤーピン」と續發性結石
(單純膀胱撮影)

て表面平滑なる圓形物は刺戟尠く、針狀尖形物は劇甚の刺戟を起すは勿論

にして殊に排尿終末時に劇痛を起し終末血尿を現はす、

2) 膀胱炎症狀、二次的炎症を起せば定型的三主徴候(尿意頻數・排尿痛・濁尿)を現はす。

【診断】 1)尿道よりの侵入時には病歴に依つて明瞭なれども、時には真相を秘す事あり、2)レントゲン線診断、にて異物を確知し得らる殊に異物結石を形成した時は明瞭に現はるれども、又レ線透過

性異物(布片・縫合糸・蠟)は診断不能なり、之の時に氣體膀胱撮影法を行へば影像を描出し得る事あり、3)膀胱鏡検査、にては異物の實體を目撃し大小・形状・位置・結石形成の如何等凡て決定的診断を下し得らる。



Fig. 168. 膀胱内蠟塊と空氣泡

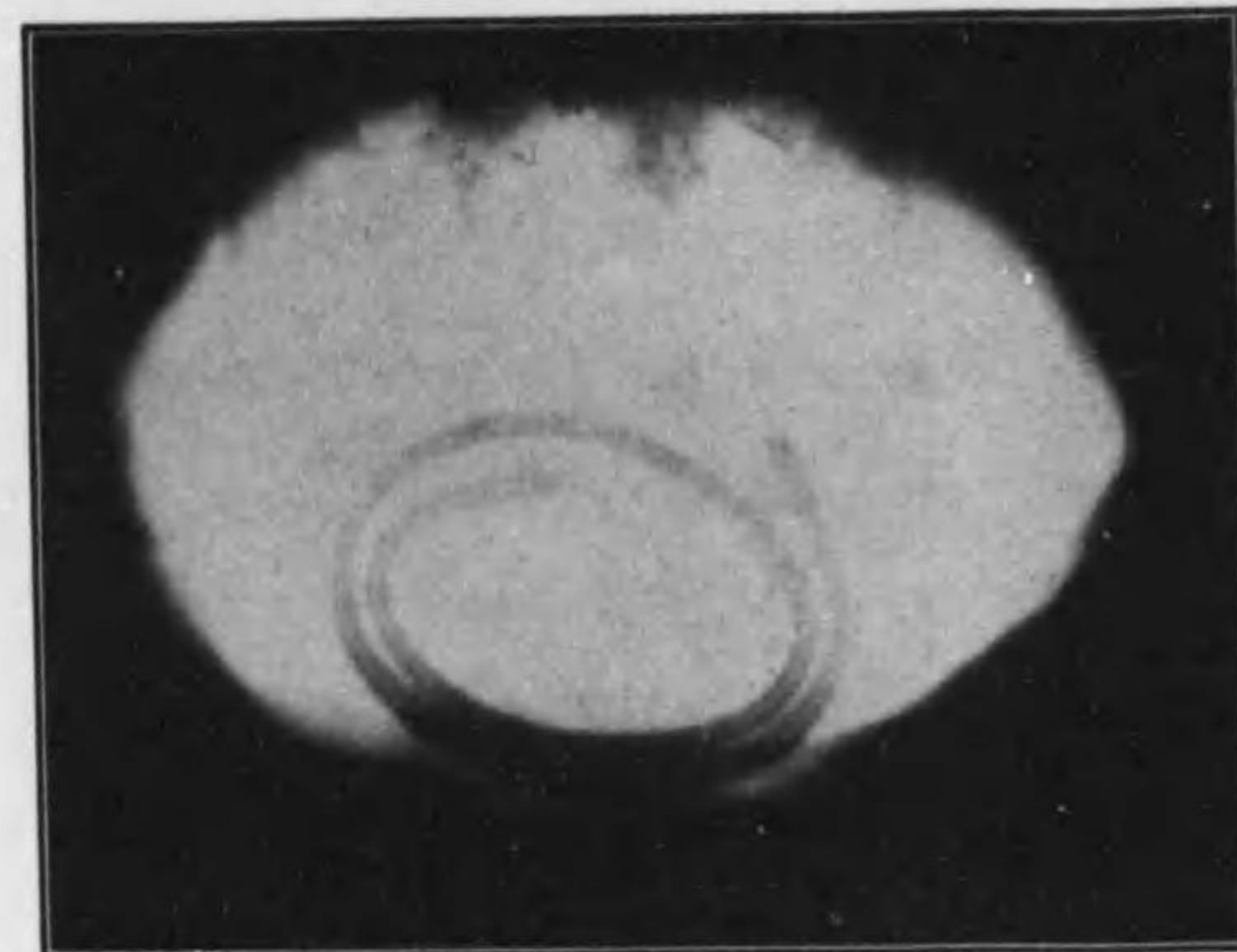


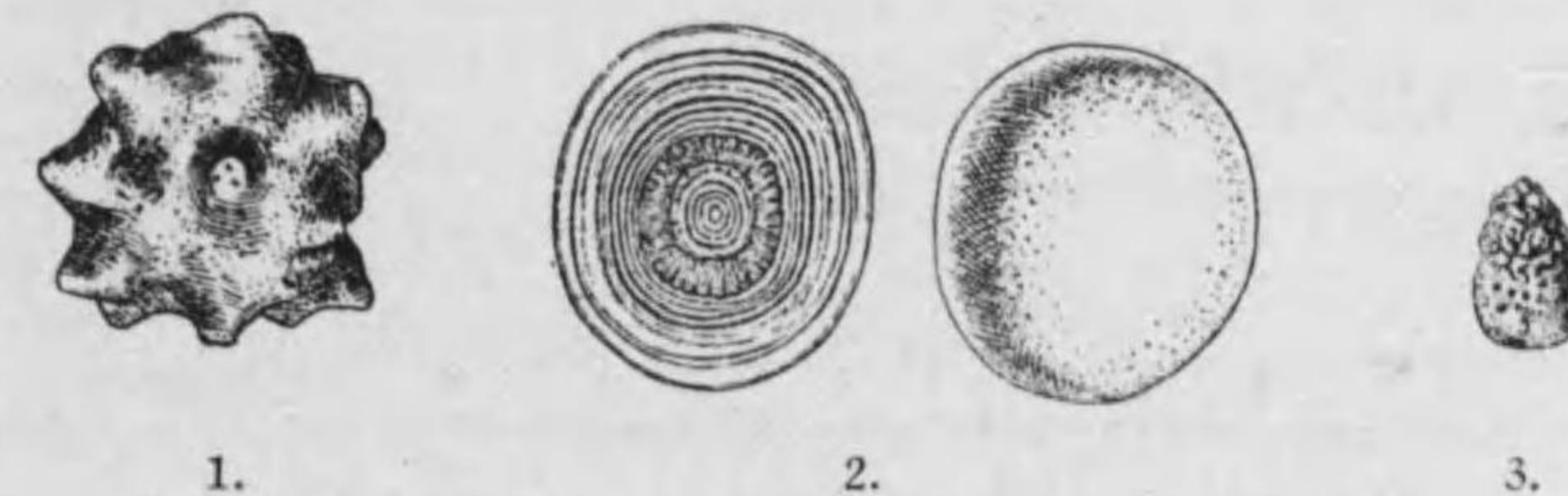
Fig. 169. 膀胱内異物(ゴム管)
(氣體膀胱撮影法)

【療法】 異物の種類・大小・形状に依つて適當な摘出術を行ふ、1) 婦人

にて小形異物なれば膀胱麻醉の下に尿道より手指を挿入して取り出し得る事あり、2) 蠟様異物ならば、膀胱内に少量(50—100 cc.)の硼酸水とキシロール(20—50 cc.)を注入すれば蠟は水上に浮遊してキシロールの爲に溶解粉碎されるが故に $\frac{1}{2}$ —1時間の後に排尿せしめて之れを排出し得る事あり(Lohnstein, 久保山)、3) 小形・細長物ならば手術用・異物膀胱鏡にて視見しつゝ摘出し得る事あり、4) 然らざれば高位膀胱切開にて手術的に摘出す。

IV. 膀胱結石 Blasenstein, Calculus vesicae

【原因】 膀胱結石は昔は歐米にては地方的又は多少流行的疾患(本邦にては石川縣に多しと云ふ)として多數の症例ありたれども現今にては次第



1. 尿酸結石 2. 尿酸結石 3. 磷酸結石(小形)

に減少しつゝありと云ふ。その多發及び減少の原因的關係は全く不明なれども尠くとも生活様式・食餌・乃至は家族的關係・風土等が多少の原因的關係あるものゝ如し。而して結石の發生機傳に關しては腎臟結石の成因と同一にて(前述) 1. 原發生結石形成(Primäre Steinbildung)と 2. 續發性結石形成(Secundäre Steinbildung)とあり。(略)

【誘因】 としては膀胱内尿滯溜が主なり、膀胱憩室・攝護腺肥大・尿道狹窄・膀胱麻痺・膀胱内異物等あれば助長さる、この他體質的素因あるは勿論なり。

【解剖】 1) 結石の種類、各種の結石を表別すれば次の如し。

結石	色・成分	形状	硬度	発生
尿酸結石 1. (Harnsäurestein, Uratestein)	黄色—褐赤色 尿酸アンモニア・尿酸曹達	圓球形・卵形 表面平滑又は微細顆粒狀、多發すれば摩擦面を作る	輪層を作り 中等度硬なり	不完全の有機性代謝に由る肉食過多・運動不足等は酸化不全を起して遠因となる
蓆酸結石 2. (Oxalatestein)	暗褐—黒色 蓆酸石灰	圓球形 表面棘尖狀・金米糖狀・桑實結石(Maulbeerstein)、曉星狀結石(Morgensterstein)	輪層を作り放線狀を呈す 硬度最も固し	野菜食者・貧困者等に好發すと云はる
磷酸結石 3. (Phosphatestein)	灰白—黄褐色 磷酸石灰及びマグネシア	圓形・橢圓形 表面粗雜・凹凸狀	輪層を缺き二次的結石をなす事多く 軟・脆弱なり	炎症性膀胱・異物膀胱炎等の場合には二次的結石を作り易し、磷酸尿との關係は不明なり

この他 Cystin, Xyantin 結石又之れ等の混合結石あり、腎臟結石を参照せよ。(略)

結石の種類及び大きさは不定なり、数は1個より100個に及び、大きさは小豆大乃至林檎大に及ぶ、結石の増大する速度は磷酸結石最も速かにして蓆酸結石は遅し。

【位置】 1) 可動性結石 (freibewegliche Stein) は膀胱底面にて後三角部の凹處に靜位する事多く、小形結石は膀胱頸部に在りて屢々排尿時に尿道口に傾す。

2) 固定性結石 (fixe Stein) は憩室内に(憩室結石 Divertikelstein) 又は肉柱膀胱等の筋束間に介在固定し、又は纖維性被包ありて膀胱壁に固着せらるゝものもあり(被包性結石 eingekapselte Stein)。

欠

欠

の洗滌液(2% 硼酸水又は5000倍青酸々化汞)を膀胱内に充たし、c) 碎石器(Lithotripter-Tompson od. Guyon)(Fig. 176)を挿入し、その嘴部間に手探りの結石を把握して之を粉碎す、d) 碎石器を吸引カテーテル(Evakuationskatheter)と挿入し替へ之れに吸引器(Aspirateure)を連絡して石粉を吸引排出さす、(注意:—1. 碎石器嘴部間に膀胱粘膜を把握せぬ事、2. 吸引器内と膀胱内との洗滌液の和が膀胱容量を超過せぬ事)、e) その後再び膀胱鏡検査を行ひ大なる結石片が残存すれば再び碎石術を行ふ。

2) 膀胱鏡的碎石術、盲目的碎石術が稀れに危険を伴ふ事あるが爲に碎石術用膀胱鏡(Fig. 56)に依つて結石を目撃しつゝ碎石術を行ふ。

3) 截石術(Steinschnitt Operation)、耻骨縫際上の高位切開(Sectio alta)又は會陰切開(Sectio perinealis)に依つて膀胱を切開して結石を摘出す、主として前者が一般に應用さる。(略)

膀胱結石は屢々再發するものにして手術を數回反復する場合ある事を忘る可からず。

V. 膀胱炎 Cystitis

【病理】 膀胱炎とは膀胱壁の細菌性及び非細菌性炎症にして就中前者が多く、後者は化學的・器械的刺戟にて誘發されるものにして稍々稀なり、元來健康膀胱粘膜は細菌性炎症の發生に對して相當に抵抗を有するものにして、膀胱内に細菌が輸入されたりとても直ちに炎症を起すものに非ざる事は動物實驗にても證明され、臨床的にも細菌尿に於て實證する處也。

1) 發生誘因 としては器械的刺戟(外傷・異物・器械挿入・手術等)・尿蓄積(尿道狹窄・攝護腺肥大・脊髓疾患その他)・膀胱粘膜の充血(膀胱附近の炎症・手術・子宮疾患・分娩等)・全身性抵抗の減弱(貧血・出血・尿性状の變化等)・感冒・その他膀胱粘膜の個人的素質と・細菌傳染に對する個人的感受性の相異等あり。

2) 細菌の種類 最も多きは大腸菌類にして全例の70—80%を占め、次に葡萄状球菌なり、之の他に連鎖状球菌・グラム陽性桿菌・Proteus・チブス菌・パラチブス菌・緑膿菌・淋菌・Soor・Hefe等あり、又是等細菌の單獨性傳染(Monoinfection)と混合傳染(Mischinfection)とあり、後者の時は多く大腸菌が混合す。

3) 傳染経路 (Infectionswege)

a. 尿道性傳染 (Urethrale Infection) 健康又は病變尿道壁の細菌、又は外界の細菌が自然的に又は尿道内器械挿入等のために膀胱内に侵入して良好条件の下に増殖發病す、殊に婦人にては尿道壁は皺襞に富み短かくて擴張性大なるためにこの傳染経路を取る事多し。

b. 血行性傳染 (hämatogene Infection) は寧ろ稀なりとさる。

c. 下行性尿路傳染 (descendierende urogene Infection) 腎臓・腎盂の細菌性疾患よりの下行性傳染に續發する事は事明の理なり、又一般に血流中の細菌は健康腎臓を通過し得るものにして腸チブス時の膀胱炎その他大腸菌性膀胱炎の一部はこの傳染経路に依るものあり。

d. 淋巴性傳染 (lymphogene Infection) 膀胱周囲の炎症(子宮・附屬器)殊に腸内疾患・蟲様突起炎等より淋巴管性に又は連続的に細菌が傳來す、殊に大腸菌に於て此の傾向あり。

4) 膀胱炎の種類 (Arten d. Cystitis)

a. 病理發生的類別:—

1. 周圍臓器の疾患より來りたるもの
2. 特發性・隱發性膀胱炎 (idiopatische, krytogenetische Cy.)
3. 外傷性膀胱炎 (Cy. traumatica); 膀胱結石・異物・挿入器械の刺戟・手術等のため
4. 滯溜性膀胱炎 (Cy. cum retentionae.); 尿蓄積に起因するもの
5. 腫瘍性膀胱炎 (Cy. neoplasmatice); 膀胱腫瘍の壞死・崩壊に續發するもの
6. 症候性膀胱炎 (Cy. symptomatica); 全身性疾患に續發するもの

- b) 膀胱病變個處に依つて:— 1. 頸部膀胱炎 (Cy. colli) 2. 體部膀胱炎 (Cy. corporis) 3. 三角部膀胱炎 (Cy. trigonalis)等,
- c) 膀胱病變の範圍に依つて:— 1. 限局性膀胱炎 (Cy. circumscripta) 2. 瀰蔓性膀胱炎 (Cy. diffusa.) 等
- d) 病原菌の種類に依つて:— 1. 大腸菌性膀胱炎 (Cy. coligenes) 2. 葡萄状球菌性膀胱炎 (Cy. staphylogenes.) 3. 連鎖状球菌性膀胱炎 (Cy. streptogenes) その他を分つ
- e) 病症經過に依つて:— 1. 急性膀胱炎 (Cy. acuta) 2. 慢性膀胱炎 (Cy. chronica) とを區別す。

【解剖】 一般に膀胱炎は瀰蔓性に發生し殊に三角部・底部・頸部等に好發す、此處に發赤・腫脹・浮腫等を起し遂に全膀胱面に波及し進んで處々の粘膜面に小出血竈を生じ、上皮細胞は剝脱して大小の糜爛潰瘍面と成り膿膜を以つて蓋はれて各程度の炎症々状を呈す、慢性になれば炎症消褪し輕微となり膀胱壁内に各種の増殖性・浸潤性病變を起す。

又病變所見を主として觀る時は次の如き種々の膀胱炎あり、

- 1) 出血性膀胱炎 (Cy. haemorrhagica); 出血性炎症を主とするもの
- 2) 結節性膀胱炎 (Cy. nodularis); 限局性浸潤をなし濾胞様の小圓形結節を作るもの
- 3) クルツブ性膀胱炎 (Cy. crouposa); 壞疽性凝膜を形成するもの
- 4) 潰瘍性膀胱炎 (Cy. ulcerosa); 大小各種の潰瘍面を形成するもの
- 5) ポリープ様膀胱炎 (Cy. polyposa s. ploriferans); 慢性炎症性浸潤が上皮下層に及びポリプ様粘膜腫脹を起すもの
- 6) 囊腫様膀胱炎 (Cy. cystica); 上皮様細胞に依りて多數の小形囊腫を形成するもの
- 7) 腺様膀胱炎 (Cy. glanduralis); 粘膜面に腺様小結節を生ずるもの
- 8) 氣腫性膀胱炎 (Cy. emphysematica); 大腸菌等のために上皮下層に細菌性瓦斯腫を作るもの
- 9) 蜂窠織炎性膀胱炎 (Cy. phlegmonosa); 膀胱壁筋層内にも化膿性

病變が浸入し蜂窠織炎を起したるもの

- 10) 膀胱剝脱 (Exfoliatio vesicae); 重症化膿性炎症のために廣汎なる膀胱粘膜面が剝脱するもの
- 11) 加兒答性膀胱炎 (Cy. katarrhalis); 炎症軽度にして發赤・腫脹位に止まり膿分泌のなきもの

【**症状**】 上記の諸種の膀胱炎はその炎症程度に依つて症状に暫定的相異ありて一様ならず、一般的症状としては

1) 尿意逼迫 (Harndrang) 炎症性刺激のために頑固なる尿意を起す就中炎症が三角部・頸部に限局するもの及び潰瘍性のものに甚だしく、この尿意は晝夜醒睡の差別なく起り、一日10數回乃至數10回に及ぶ(神經性尿意頻度は睡眠時には輕減す)、又體動に依つて多少增強すれども結石・異物等の場合に於ける如く甚しき影響なし。

2) 膀胱疼痛 (Blasenschmerzen) 主として排尿痛にして殊に膀胱内に尿が瀦溜し排尿せんために膀胱壁が收縮する際に劇増す、又炎症が三角部・頸部に限局する時には排尿終末痛が甚しく、時には痙攣性にて膀胱裏急後重 (Blasentenesmus) を起す事あり、之れ等の疼痛は膀胱より會陰・陰部等に放散す、又腹壁より膀胱部を壓診すれば多少の膀胱痛を訴へ稀れに緊張性の膀胱壁を觸診する事あり。

3) 膿尿 病變程度及其範圍の如何に依つて膿尿の程度を異にす、排尿は全尿が一様に濁濁し、之れを分尿的に採取すれば最後尿が濁濁甚しく、長時放置すれば多量に沈澱し多少の上澄を得、酸性尿なれば雲絮狀、アルカリー性尿なれば粘稠性となる、膀胱炎の尿は主としてアルカリー性なりと云はれるが一定せず酸性の場合も可なり多し。

4) 血尿 は出血性膀胱炎等にては顯著なれども然らざる場合には缺如する事あり、病變症状に依つて不定なり。

顯微鏡的に多量の膿球の他に赤血球あり粘液・脱落上皮細胞等の他に多數の病原菌・挾雜菌を發見す。

5) 全身症状 通常は著しからず輕熱・食慾不進等ある位なれども化膿・

欠

り、ザロール・サルチル酸・樟腦酸等はアルカリ性尿の場合に用ふ。

c) 局所療法、膀胱洗滌が必要なり、これは器械的に病變粘膜を清拭するのと化學的に藥液を作用せしむるとの2つの目的なり、普通の膀胱洗滌液を使用する外に硝酸銀液(1:5000)の洗滌が著效あり、然し之れは洗滌後に多少の膀胱痛を起すが故に2—3日に1回宛行ひ、その間は普通の洗滌をなす、膀胱壁が過敏にて洗滌に堪へざる時には銀劑の注入(Instillation)を行ふ、

又若し局所症狀頑固にして度々膀胱洗滌を必要とするにも拘らず膀胱痛尿意頻數劇しきか又はその都度 Katheter 挿入の困難なる者にては留置 Katheter (Verweil od. Dauerkatheter) を置く事あり、又強度の化膿・出血等あり尿意も劇しき時には高位切開に依つて腹壁に膀胱を開通さす事あり。

VI. 非炎症性膀胱疾患 nicht entzündliche Erkrankungen der Harnblase

1. 膀胱紫斑病 (Purpura der Harnblase):—

【定義】 膀胱に炎症々状なくて粘膜小出血斑が多發するものを云ふ。

【原因】 血友病・全身性紫斑病等の隨伴症狀として又はロイマチス性紫斑病 (Purpura rheumatica)・多型性紅斑 (Erythema multiforme) の一種として來り、此の他に膀胱丈に特發する紫斑病もあり。

【症狀】 1) 血尿 種々の程度の肉眼的及顯微鏡的血尿を起す、全性血尿の事あり又終末血尿として現はれる事あり、2) 排尿 は多少の尿意頻數・排尿痛を伴ふ事あれども著明ならず、3) 全身症狀 原因に依つて發熱・關節痛・倦怠等を起せども

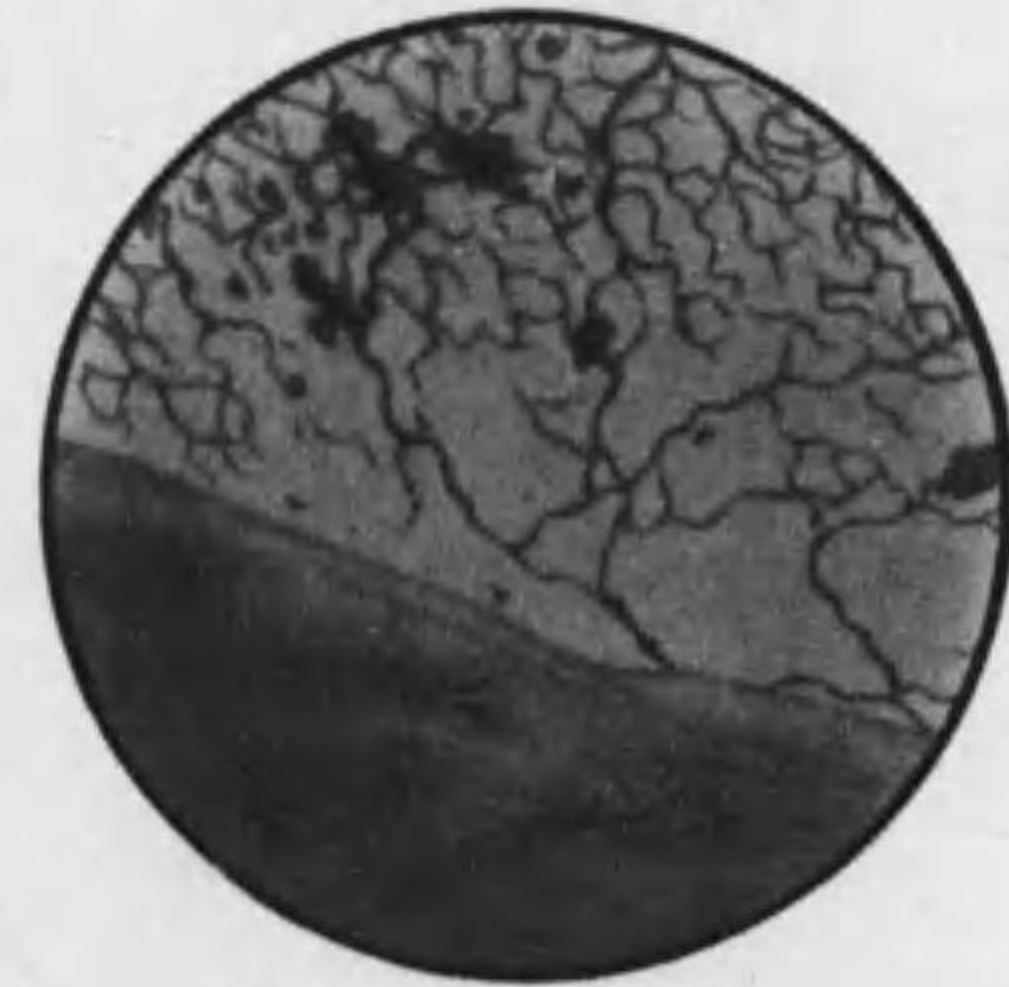


Fig. 179. 膀胱出血斑

欠

又全く之れを缺如する事もあり。

【診断】 1) 尿所見にて血尿丈ありて細菌其他の炎症性産物を缺き、2) 膀胱容量に變化なく、3) 膀胱鏡検査にて健康粘膜面上に散在する不正形の出血斑あり、出血の新舊程度に應じて紅赤—黒赤色を呈しその他に炎症性所見を缺く。

【鑑別】 1) 出血性膀胱炎、尿所見及び膀胱鏡検査にて必ず炎症を證明し殊に後者にては出血斑以外の粘膜面に之れを證明す、2) 婦人科的手術その他の器械的刺戟にても類似の所見を起す事あり。

【経過】 2—3週間にて自然に吸收さる、時に度々反復して年餘に及ぶ事あり、豫後は良好なり。

【療法】 輕き膀胱洗滌・膀胱内に稀薄の銀劑注入・撒曹・アトファン・アスピリン等の内服・アトファニール・エリコン注射等。

2. 膀胱單純性潰瘍 (Ulcus simplex vesicae):—

【定義】 膀胱粘膜面上に何等の原因なく(炎症・異物・腫瘍等なく)不定形の淺在性潰瘍を發生するものにして Fenwick の simple solitary ulcer of bladder, Le Fur の L'ulcere simple と呼稱されたるもの也。

【原因】 胃潰瘍の夫れに似て何等か膀胱血管の障害 (Le Fur)、尿中ペプシンの消化作用 (Blum) によるものか、又は口腔潰瘍と同一なり (Hunner) と説明されるが未だ確説なし。

【症候】 膀胱痛・尿意頻數・血尿・濁濁尿等あれどもその程度は各例に於て不定なり、膀胱痛は可なり劇しき事あり、膀胱鏡検査に依つて全く健康なる粘膜面上に不定形限局性の淺在性潰瘍あり、潰瘍は出血性にして表面に灰白色の上皮・粘液又は纖維性の被膜あり、周圍に稍々瀰蔓性の發赤瘡を圍らす、膀胱前上壁及底部に好發し三角部には尠し。

【療法】 膀胱洗滌を反復するか硝酸銀の燒灼等を行ふ。

3. 膀胱ロイコプラキ— (Leucoplakie der Harnblase, Xerose):—

【病理】 膀胱粘膜面上に局限して正常の移行上皮細胞 (Übergangsepithel) が多層扁平上皮細胞層 (mehrschichtige Plattenepithel) に變性し、表面角化した斑瘡を作るものにして、口腔・呼吸器・膽囊・腎盂粘膜等に發生するものと同様に一種の上皮細胞の變形 (Metaplasie) なり。

【症候】 他の膀胱病變に隨伴する時はその症狀を現はし、本症丈けの時には輕度の膀胱炎症狀を呈す。膀胱鏡所見、にて多少炎症性の膀胱面上に限局性不定形の斑瘡又は地圖狀をなせる銀白乃至乳白色に稍々光輝ある乾燥性の斑瘡が散在し周縁は發赤し、又は淺在性の潰瘍縁を成す事あり。

欠

に輕癒する事ありと云はる。

VIII. 膀胱微毒 Syphilis der Harnblase

【解剖】 1) 第二期微毒, には薔薇疹様の紅斑又は斑狀浸潤が健康膀胱面上に散發して膀胱鏡検査にて發見さるゝ事あれども臨床的症狀は輕微にして看過され易し,

2) 第三期微毒

a) 護膜腫結節, は健康膀胱面上に結節様の腫瘍又は結核結節に類似したる紅暈を繞らす小結節として數個(殊に輸尿管口附近に)發生す。

b) 護膜腫性潰瘍, としては不定形にして稍深く, 明劃なる周縁を有し, 壊死性物質にて蓋はるゝ潰瘍を生ず,

【症候】 膀胱炎様症狀を起せどもその程度は不定なり, 時には劇しき尿意頻數・排尿痛と膿尿・血尿を現はし, 尿中に多數の細菌(二次的傳染による)を證明し, 頗る頑固にして容易に治癒せぬ事あり。

【診斷】 困難にして多くは普通の膀胱炎と誤まる事多く, 長時膀胱炎療法を施行しても效なくワ氏反應陽性なる事と驅微療法にて容易に治癒されて始めて夫れと診斷される事稀ならず, 然し膀胱炎がザルバルサン注射にて治癒したりとて直ちに微毒性なりとは斷定し難し, それは驅微劑は又普通の膀胱炎にも效用あるがためなり, 故に必ず膀胱鏡検査にて健康膀胱面上に限局性に散在せる微毒性病變を確證せざる可からず。

3) 類微毒, 殊に脊髄旁にてはその最初期より膀胱鏡所見にて肉柱膀胱(Balkenblase)を證明する事多く, その後に慢性尿蓄積とか進んでは奇異性尿閉等の排尿障害を現はすものなり。(略)

IX. 膀胱寄生蟲病

Parasitäre Krankheiten d. Harnblase

1. 膀胱ビルハルチア (Bilharziosis d. Harnblase):—

【解剖】 ビルハルチア氏住血吸蟲 (Distomum haematobium Bilharzia) の寄生に依る膀胱疾患にして南アフリカ・エチプト・アラビヤ等に風土的に發生するものなり。

この寄生蟲の人體進入経路は未だ不明なれども何等かの中間宿主あり, 母蟲は人體内に浸入してより門脈・痔動脈より膀胱壁内に達し此處に多數に産

欠

卵して其ために炎症々状を發生し、膀胱壁に浸潤・浮腫性腫脹・出血等の他に潰瘍・炎症性腫瘍等を發生す。

【症候】 1) 血尿と膀胱炎症状、血尿は初發にして必發症状なり、全血尿又は終末血尿として現はれ、これに膀胱炎症状が加はりて頑固なる尿意頻數・排尿痛及び膀胱痛等を現はし膿尿・蛋白尿等あり、2) 進んでは、尿道壁に

浸潤・瘢痕性收縮等が起りて尿道狭窄を來し、尙上行して腎盂・腎臓内にも寄生して腎盂・腎炎を起し、或は長時の後には肝・肺等にも寄生す、膀胱内には蟲卵を核とする膀胱結石が發生し易し。

【診断】 1) 血尿 2) 尿中に蟲卵を證明する事 3) 寄生蟲疾患なるために血液Eosinophilieを證明し 4) 膀胱鏡検査にて限局性顆粒状の炎症性發赤中に多數の灰白色の蟲卵塊を證明する事。

【療法】 熱心なるエメチン療法を行ふ。

2. 膀胱エキノコックス病 (Echinokokkus d. Harnblase) (略):—

3. 膀胱フィラリヤ病 (Filaria der Harnblase) (略):—



Fig. 183.
ビルハルチア蟲卵

X. 膀胱腫瘍 Geschwülste d. Harnblase

膀胱の腫瘍は大部分上皮性乳嘴腫 (Papillome), 乳嘴性病腫 (papilläre Krebs) 及び癌腫 (Carcinome) にして、この他に Adenome, Fibrome, Myome, Myxome, Hämangiome, Dermoide, Sarcome 等あれども比較的稀なり。

【原因】 1) 慢性膀胱炎・膀胱結石・憩室・Leucoplakie 等は腫瘍發生を助長すと云はれ、2) 化學的刺戟としては Anilin 色素工場にて多發す、即ち Anilin, Toluidin, Naphtylamin 等が職工の皮膚・呼吸器等より吸收されて水酸化芳香性アミド化合物 (hydroxyierte aromatische Amidverbindungen) として尿中に排泄され膀胱粘膜を刺戟して腫瘍を形成すと云はる。

【解剖】 1) 良性乳嘴腫 (gutartige Papillome):—即ち乳嘴性纖維上皮細胞

欠

性腫瘍を形成して誤診する事あり。(Fig. 189)

【療法】 膀胱腫瘍は自然的治癒なき故に適當なる療法を施さざれば生命の危険あり。

1) 膀胱内手術(endovesicale Operation) 手術用膀胱鏡を用ひて行ふ。

a. 蹄係絞斷法(Umschnürung mit d. kalten Schlingen): 一良性・小形・有莖性乳嘴腫にて莖基が細き時には手術用膀胱鏡を用ひて金屬性纖細の蹄係を腫瘍莖基部に引つ懸けて絞斷し、斷端をその儘に放置するか又は電氣燒灼を行ふ。

b. 電氣燒灼法(Elektrokauterisation)又は電氣凝固法(Elektrokoagulation): 一腫瘍が稍々限局性なる時に應用す、殊に後者は患者の疼痛、手術に依る出血その他の副作用尠なく效果良好なり。

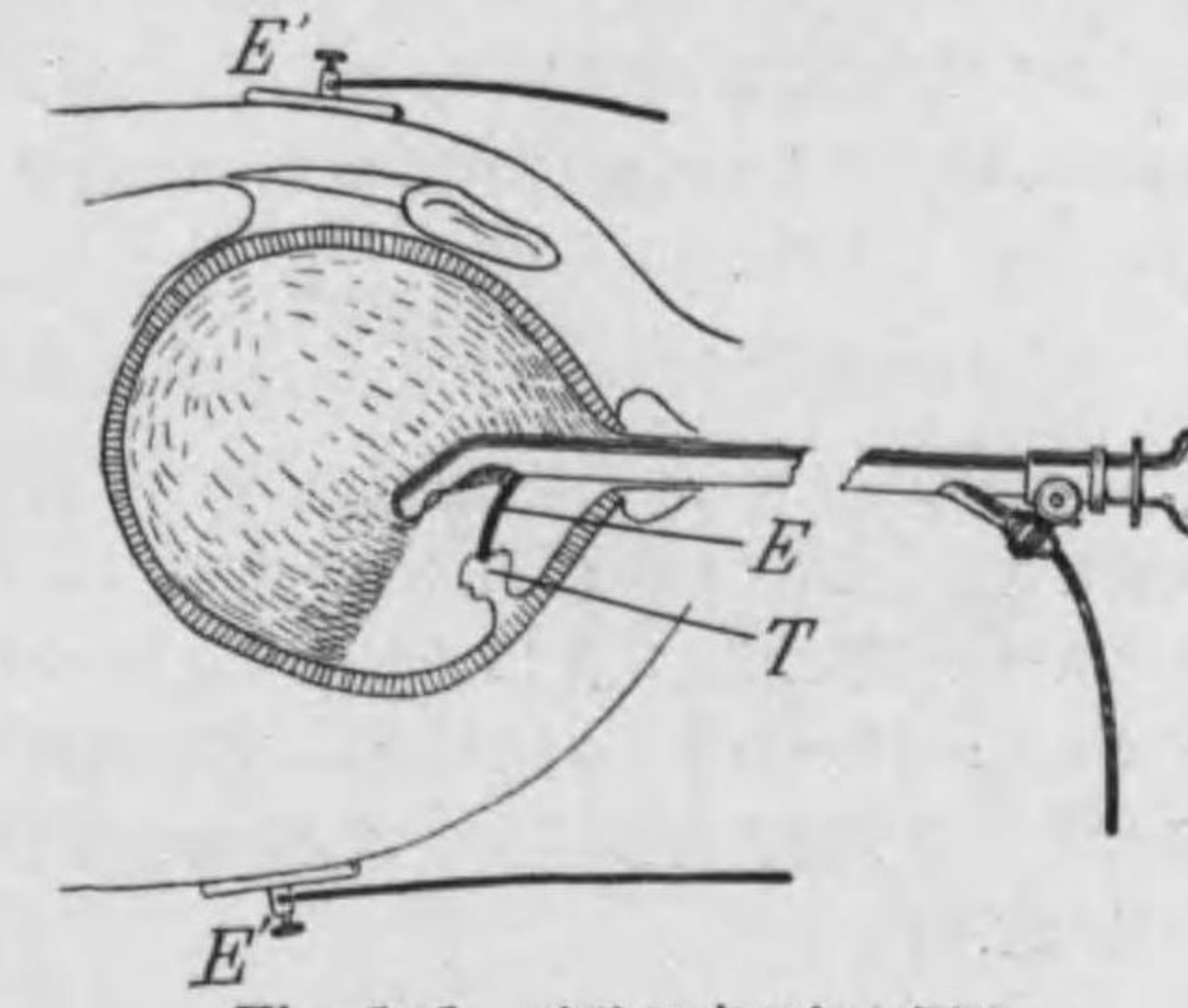


Fig. 191. 膀胱腫瘍電氣凝固法

- T. 腫瘍
- E. 膀胱内導子
- E'. 膀胱外導子(腹壁か又は臀部に置く)

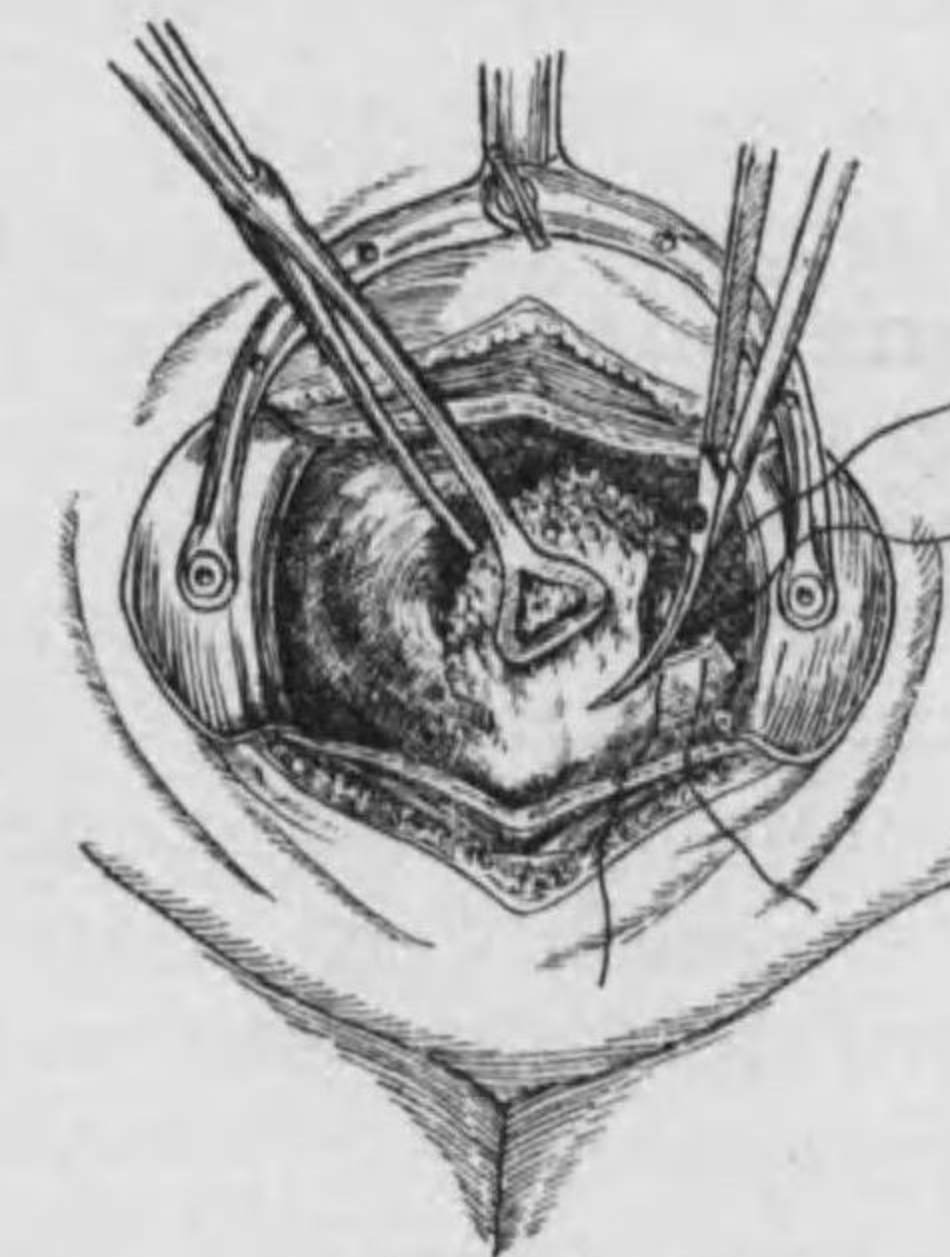


Fig. 192. 膀胱腫瘍切除術

即ち Diathermie と手術用膀胱鏡を用ひ、Diathermie の一極に連絡せる

欠

扁平導子を患者の膀胱部又は腰部に置き、他極は凝固用消息子(Koaglation ssonde)に連絡す、このSondeは膀胱鏡と共に膀胱内に挿入してその先端を腫瘍に接触さして適當の電流を通じ腫瘍が凝固されて白變する程度にて止む、かくて1回に數箇所を凝固して之れを數回反復す(電流を通ずる時にはSondeの先端は必ず腫瘍と接觸す可く、且つ前以つて牛肉片にて豫備試験を行ふを可し)。(Fig. 191)

3) 化學的凝固法 (Chemokoagulationsmethode):—

Josephの方法にして輸尿管膀胱鏡に依つて使用古した輸尿管カテールの先端を切断し短かく(30 cm.)したものを挿入し、その先端を腫瘍に當て、之れに依つて濃厚三鹽化錳酸(Trichloressigsäure)(粉末を熱解したるものにグリセリンを加へたるもの)を滴加し、凝固白變したらば止め、次に生理的食鹽水で1—2回膀胱洗滌を行ふ、本法は膀胱基底部の腫瘍にのみ應用され且つ操作稍々不便なり。

2) 手術的療法

a) 腫瘍切除術 (Tumor Exstirpation):— 腫瘍が膀胱内療法にては大き過ぎ(桃實大)たり、位置の悪き時等に施行す、高位切開にて膀胱を開き腫瘍を周圍健康壁と共に切除す。(Fig 192)

b) 膀胱全・又は亞全摘出術 (Totale od. Subtotale Exstirpation d. Harnblase):—

腫瘍が廣汎に涉つて浸潤性に増殖せる場合に行ふ、之れは前同様に耻骨縫際上にて腹膜外に膀胱全體を摘出して輸尿管端を腰部・側腹部の皮膚・直腸等に縫合するか、輸尿管端及び膀胱三角部丈を残して摘出するかに在り。然し同法は腹膜損傷の危険あるのみか手術死亡例も多く(50—60%)又術後上行性に腎盂腎炎等を起し易きものにして、只特別の場合に於てのみ行ふもの也。

而して膀胱腫瘍の觀血的療法は手術時に腫瘍細胞の移植をなして再發する恐れあるがために、手術竈を熱き生理的食鹽水・過酸化水素・稀薄なる沃度丁幾又はアルコール・レゾルチン液(Casper)等にて數分間充満して之れを豫防する必要あり、又手術成績は膀胱内療法に比較して良好なりとは云はれず。

3) 放射線療法

a. レントゲン深部療法 100—110% H. E. D.を腹背方面より一週間の間隔を置いて深部放射治療を行ひて著效ある事あり (Seitz u. Wintz), この照射療法は既に相當發育したる癌腫及び手術不能のものに應用す。

b. ラヂウム療法 棒形ラヂウムを Nélaton 氏 Katheter の先端に装置

して膀胱内に挿入 照射する方法あり、又近來はラヂウム針管・エマナチオン入小管等を膀胱鏡の助けに依つて腫瘍内に挿入して著效ありと云はるれどもその成績は今後の經驗に俟つ他なし。(Fig. 193)

4) 膀胱腫瘍に併發する膀胱炎の療法

膀胱洗滌に依つて崩壊物質を洗ひ、阿片・莢若エキス・アスピリン等にて尿意頻數に對應し、膀胱出血には2%タンニン水・アドレナリンの膀胱内注入、10%食鹽水の靜脈内注射・ゲラチン・コアグレン・トロンプリン注射等を行ふ。



Fig. 193.
膀胱腫瘍のラヂウム針管療法

XI. 膀胱の神經障害性疾患 nervöse Störung der Harnblase

I. 膀胱の神經生理 (Nervenphysiologie der Harnblase):—

總論に於て記述した處をも一度繰返すと、膀胱の機能は直接には膀胱神經叢(Plexus vesicalis)の支配を受けて居る、この神經叢は大別して2群あり。

a) 下腹神經或は神經叢(Nn. od. Plex. hypogastricus)は腰髓のI. II. III. 節に反射中樞を有する交感神經にしてこれが刺戟されると利尿筋は弛緩し括約筋は收縮す。

b) 骨盤神經或は神經叢(Nn. od. Plex. pelvicii)は薦髓のII. III. IV. 節に反射中樞を有する副交感神經にしてこの刺戟にて膀胱利尿筋は收縮し括約筋は弛緩す。即ちこの兩者は互に拮抗的に作用するものなり。

この他に腰髓及薦髓に在る反射中樞は膀胱粘膜からの知覺神經を受けて居る。之れ等の反射作用と共に大脳皮質中にある膀胱中樞より意識の統制を受けて利尿作用の促進と利尿作用の阻止を行ひ、且つ腹筋の收縮と外尿道括約筋の弛緩とが行はれて排尿現象が起るのである。

斯如く膀胱機能は腦・脊髄・神經の3者の協同的支配の下にあるが爲に若し其の孰れかが器質的又は官能的障礙を受ければ膀胱機能障礙が現れるは勿論なり。

而して各種の神経性膀胱疾患をそれが由つて起る疾患に依つて分類すれば次の如し。

2. 脳疾患に於ける膀胱機能障害 (Funktionsstörung der Harnblase beim Hirnerkrankung):—

a) 大脳中葉即ち膀胱中枢の存在する部分が両側に侵された場合。例へば頭部外傷(歐洲大戦にて経験多し)等にては意識的排尿困難となり尿失禁・膀胱自働症(Blasenautomatie)等が起る。膀胱自働症とは膀胱内に一定量の尿が蓄積すると意志とは無関係に尿腺を成して反射的に排尿される症状なり。

b) 意識濁濁を來す脳疾患、例へば脳震盪・腦溢血・腦膜炎・癲癇發作等には尿閉又は失禁を起す、ヒステリー發作には尿閉・無尿症等を起すが尿失禁を起さず。

c) 精神障碍 例へば白痴・老衰性痴呆・早發性痴呆・進行性麻痺狂等にては尿閉・尿失禁を起す、燥鬱狂では決して尿失禁を起さず、偏癲では片側の脊髓傳導路が障碍されて不完全尿閉を起す事があるし、神經衰弱症は全神経系統に互る過敏性無力のために不完全尿閉・遺殘尿を起す事がある。

3. 脊髓疾患に於ける膀胱機能障害 (Funktionsstörung d. Harnblase beim Rückenmarkerkrankung):—

— 脊髓の疾患個處に依つて病變を異にす。

1. 膀胱中枢のある腰髄・薦髄部に病變ある時:— 腰髄部即ち下腹神經中樞が犯されると括約筋は弛緩して尿失禁を起し、薦髄部即ち骨盤神經の中樞が侵されると利尿筋が活動されずに尿閉と成る、若し兩部共に犯された場合には各部位の病變程度に應じて尿閉又は尿失禁となる。

2. 膀胱中枢以上の脊髓が侵されると:— 腦から腦への傳導経路が遮斷され排尿に対する意志は不通となり、又膀胱の尿溜溜感及尿意の逼迫感は腦へ傳達されぬために尿閉が起ると同時に括約筋の收縮が不完全なるために尿が溢流淋瀝して所謂奇異性尿失禁(Incontinentia paradoxa)を起す。

又各種脊髓疾患時に起る膀胱障碍を舉れば

a) 脊髓癆 本症初期より膀胱障碍が起るもので肉柱膀胱は必發性である、尿意の消失・尿排出力の減弱・排尿中絶の不能等起り、次第に尿失禁・尿閉・奇異性排尿困難・遺殘尿等の不完全膀胱障碍が起るに至る。

b) 脊髓性小兒麻痺 一過性に尿閉が起る、Müller 氏は之れを重視して居る。

c) 筋萎縮性側索硬化症 Pyramiden 経路の病變のために尿閉・尿淋瀝が起る。

d) 脊髓空洞症 尿意促進・隨意的排尿困難等が起る。

e) 脊髓炎 病變の大小・程度如何に依つて症状の性質及程度も異なる。脊柱疾患に依る壓迫・脊髓膜炎・脊髓出血・同外傷・脊髓腫瘍等に應じて種々の膀胱機能障碍を起す。

4. 隣接又は遠隔臓器よりの反射性膀胱障害:—

膀胱以外の尿路臓器又は隣接臓器の疾患・異常が一の刺戟となりて交感神經を通じて脊髓中の膀胱中枢に傳達され反射性障碍が起る。

a) 腎臓・輸尿管結石の場合、に反射性に尿意頻数が起り、腎臓結核に膀胱疼痛・夜間尿意頻数又は失禁が起る、同様に包莖・先天性尿道狭窄等に尿失禁が起る事あり、又攝護腺肥大症の刺戟にて肥大甚しからぬ時に尿閉が起る事もある。

b) 肛門疾患・痔核・ヘルニア・睾丸・副睾丸等の手術後・又子宮疾患・妊娠子宮・子宮位置異常・喇叭管炎・蟲様突起炎等の刺戟にて反射性の尿意頻数や稀に尿失禁・尿閉等が來る。

5. 所謂膀胱神經症 (Blasenneturose):—

叙上の如き脳神経系の器質的又は機能的障碍或は隣接・遠隔の他器關の疾患に因る直接的又は反射的影響が證明せられず、膀胱自身にも亦炎症其他他覺的病變を認める事の出來ないにも關はず種々の膀胱機能障碍が發生する事がある。

a) 神經性尿意頻数(nervöse Pollakiurie)、膀胱所見は全く正常なるに尿意促進・尿意頻数・時に排尿時不快感等を現はし、患者の意識が他に向けられた場合又は睡眠中には是等の症状が消失する事が一の特徴である。

b) 神經性尿失禁(nervöse Inkontinenz)、小兒・婦人又精神感動の際等に屢々尿意を催すや否や直に排尿を起して之を防止する事が出來ないもので是等の場合には利尿筋・括約筋共に何等變化を認めない。又假性神經性尿失禁として括約筋の弛緩を唯一の他覺的症状とするものがある、分娩を經過せる婦人に多く腹壓・談笑・咳嗽等に依て尿の淋瀝を來す。

c) 神經性尿閉(nervöse Harnretention) 何等他覺的障碍を證明せずして一過性の尿閉を起す事がある、勿論括約筋の痙攣又は利尿筋の麻痺孰れかに因るのであるが其原因を那邊にも求める事が出來ない。

6. 遺尿症 (Enuresis, Bettnässen):—

【原因】 白痴・老衰性痴呆・進行性麻痺狂・早發性痴呆・癲癇・又は急性・慢性諸疾患に因る衰弱等の際に本症の見られる事は別として、通常一見全く健康な人特に少年少女に來る尿失禁を言ふ、然しかゝる場合綿密周到な検査に因て是等の患者に低能・痴愚・神經質・寄生蟲・肛門皸裂・包皮龜頭炎・

外尿道の狭窄・過酸又はアルカリ尿症・習慣性便秘・腺様肥大症・鼻甲介肥大症等を發見する事がある。

然し是等の原因が凡ての兒童に遺尿症を惹起するものに非ず、何等か精神的發育異常 (Psychopatische Grundlage) の如き素因がある筈なり、脊髓下部の發育異常 (Myelodysplasie) が想像され、その徴候としての潜伏性脊椎破裂 (Spina bifida occulta) が本症に發見される事が多いと説く人 (Klasi) あれども又反對者も多し。

本症は通常 15 歳以下の小兒に見られるが、稀れに思春期以後の青年期に至つても止まぬ事がある、然し思春期以後に初發する場合には結核・結石・癲癇様發作を伴ふ器質的の神經疾患が證明される事が少ない。

【病理】 本症は 1) 括約筋の發育不全又は麻痺に因ると云ふ説と 2) 利尿筋の痙攣に因ると云ふ説とが在るが一般に後者が信ぜらる、即ち正常時は利尿筋の收縮即ち骨盤神経系の衝動が括約筋の收縮即ち下腹神経の衝動に制肘さされ居るものなるが、本症の場合には之れが全く反對にして利尿筋系が甚だ過敏の状態に在ると云ふのである。

【症候】 症狀に依て 1) 晝間遺尿症 (Enuresis diurna) と 2) 夜間遺尿症即ち夜尿症 (Enuresis nocturna) とに分つ、前者は晝間尿意を催すと同時に之れを制止する迄なく卒然排尿するものであるが、幼小兒の如き嬉戯に夢中の餘り尿意すら殆ど感ぜぬ中に排尿する事もある、後者は夜間睡眠中無意識の中に同じく卒然排尿するもので此場合直に覺醒する事あり又は然らざる事もある、兩者とも排尿力は正常の場合と全く異ならず淋瀝するが如き事なし、膀胱は必しも充盈するを要せず夜尿症に於ては就床後 1 時間を経ずして之れが起る事すらあり、發作の回数も輕重一定せず毎日毎夜數回に亘る事あり、又は數日の間隔を置いて起る事もある。

夜尿症に比して晝間遺尿症は稀れである、又後者には殆ど常に夜尿症を併發する。

【豫後】 一般に良好で思春期に至れば自然的に治癒する事が多い。

【療法】 1) 原因としての衰弱・腺様肥大症・寄生蟲・包莖・龜頭炎・尿道口狭窄・酸尿症・便秘・肛門皸裂等を除去す、神經質・低能の如き精神的異

常は強壯療法・暗示療法等を行ふ。

2) 全身療法、としては叙上の強壯法の外に食餌に注意し刺戟性又は瓦斯發生を醸すべき炭水化物食餌を禁じ、夕食後には水分の攝取を出来るだけ減じ、褥牀の如きも餘り重厚なるものは避け、毎夜 1・2 回呼起して規則正しく排尿せしめる必要がある、又臀部以下を少しく高舉して就寝せしむるも良果がある。

3) 内服薬、としては 1. 硫酸アトロピン 0.1 を淨水 10.0 cc に溶かし之れを 1 日 2 回 3—5 滴宛を與へるか又は千倍溶液 0.1 乃至 0.3 を皮下に注射す、2. 苺若越幾斯を丸薬として毎回 0.01—0.005 1 日 3 回、3. 芳香漆丁幾 (T. Rhois aromatici) 10—15 滴を就寝前服用、4. 臭化樟腦 (Camphora monobromati) 0.1、乳酸カルシウム 1.0 を 1 日 2 包その後漸次 1— $\frac{1}{2}$ 包に減ず、同様に邦製カンフオトニンを朝夕 1—2 錠宛與へて効果がある。

4) 局所療法、感傳電氣 1 週 3 回乃至 5 回膀胱部に行ふ。

カテラン氏硬膜外注射法 (Cathelinsche epidurale Injektion) にて生理的食鹽水 5—15 cc. を毎日又は隔日に行ふ、時に 1—2 滴のアドレナリンを加へて行ふ事あり。

硝酸銀液尿道内注入、500—1000 倍硝酸銀をギオン氏注射器で後部尿道に點滴す (Weiz)。

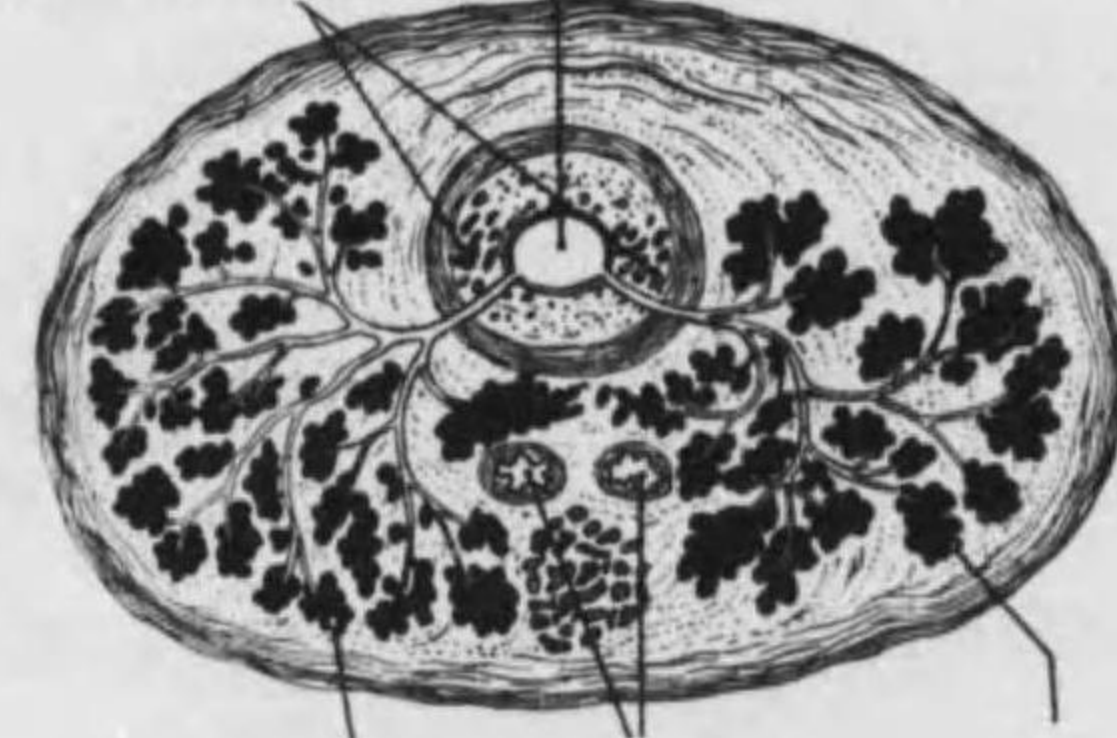
以上の全身局所兩療法ともにすべての症例に奏效するわけにゆかぬ、1 回のカテラン氏注射によつて全治した例もあり數 10 回之れを繰返しても治癒せぬ例もある、要するに本症の療法には暗示的效果が加はつて居る事は明かである。

第3章 攝護腺疾患 Krankheiten d. Prostata

攝護腺の解剖

1. 形状 攝護腺は栗實大 (esskastaniengross) にして廣き基底 (Basis) にて膀胱に接し、尖端 (Apex) を泌尿生殖三角部に戴せ、左右の兩葉 (Lobus dext. et sinist) に分たれるがこの境界は只後面にて稍々明瞭の溝あるのみにて内部にては不明瞭なり。

尿道周囲附屬腺 尿道攝護腺部



攝護腺々體 射精管 攝護腺々體

Fig. 194. 攝護腺斷面の模型圖

2. 構造 攝護腺は尿道攝護腺部を後方より圍む様に位置し、尿道は (長さ3 cm.) 前方に稍々凹彎して其前 (腹) 面を貫き、腺體の大部分は尿道後面に、その小部分が尿道前面にあり。攝護腺體中には射精管が貫通す、之れは精囊より出で攝護腺の上端中央部より腺體中に入り下腹方に斜走し尿道攝護腺部の上方 $\frac{1}{2}$ の處

にて精阜に開口す、この兩射精管間の攝護腺部を攝護腺峽 (Isthmus prostatae) と云ひ、之れが良く發達せる時は攝護腺中葉 (Lobus medianus, Homescher Lappen) と云はる。

攝護腺内には 30—55 個の單純性房狀腺 (Corpus glandurae prostaticus) が尿道を中心に配列し各腺體の排泄口は互に合致して數個の小開口を以て精阜の兩側に注ぐ。

腺體間隙は結締織及平滑筋 (M. prostaticus) とより成る。

3. 攝護腺の周圍關係 (Beziehung d. Prostata zur benachbarten Organen) 攝護腺はその尖端を泌尿生殖三角部に戴せ、側方に膀胱攝護腺靜脈叢

(Plexus venosus vesico-prostaticus) 有り、内方は舉肛筋に接し、前方にはサントリー氏靜脈叢 (Plexus venosus Santorinii) を挟んで耻骨縫際ありて之と耻骨攝護腺靱帶 (Lig. puboprostaticus) にて軽く繫定され、後部は直腸と直接し、基底面は膀胱壁に固着し膀胱筋の一部が尿道攝護腺部及び攝護腺中に移行するが故に膀胱よりは剝離され難し。

斯の如く攝護腺は膀胱に固着するが故に膀胱内面より之れに達して手術的に剔出し得るも、此の際攝護腺は直腸とも直接するが故に之れを損傷し易く且つ本腺體は周圍に豊富なる靜脈叢を有するがために攝護腺病變の結果敗血症等を惹起し易し。

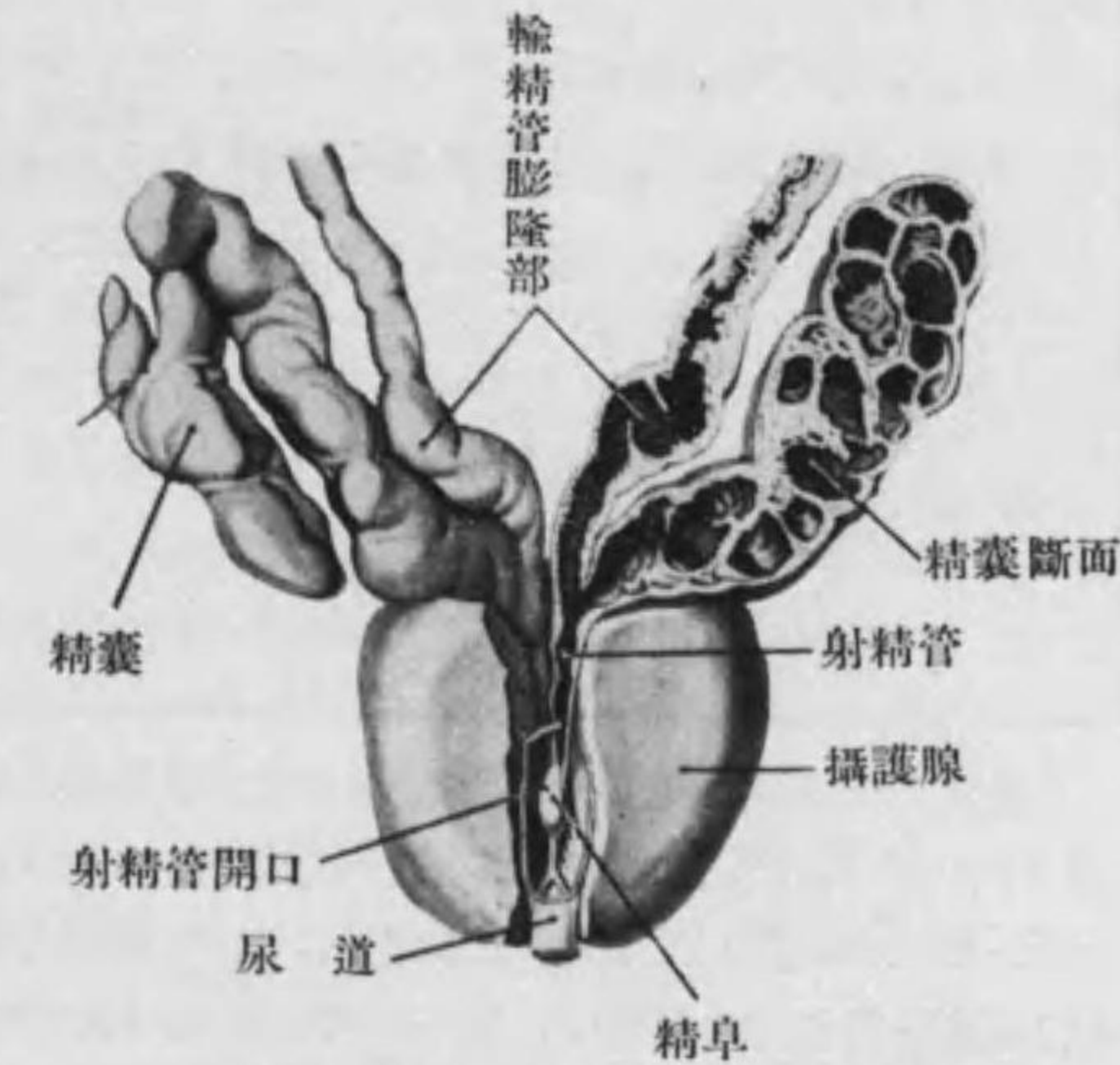


Fig. 195. 精囊・攝護腺の模型圖

1. 攝護腺畸形 Missbildungen d. Prostata:— 略

2. 攝護腺の損傷 Verletzung d. Prostata

【原因】 攝護腺は被保護的位置に在るがために損傷を受ける事稀なり、串穿創・銃創・骨盤骨折等にて起れども、それよりも未熟の導尿にて傷くる事多く殊に攝護腺肥大症ある時に於て然り。

【症候】 1) 損傷に由る疼痛 2) 之れに續發する出血、之れは創口より又導尿に由る時は尿道より損傷程度に應じて流出し、又膀胱内に溜るとか Rezius 氏腔・膀胱側部等に血腫を成し甚しき時は出血死を起す事あり、3) 創口より尿浸潤・全身性傳染等を起す危険あり。

【療法】 止血と尿浸潤防止に努む、それには損傷程度に依つて高位切開・會陰切開又は留置カテーテル挿入等に依つて尿の排出を充分にして同時に止血療法を行ふ。

3. 攝護腺結石 Prostatastein

【發生】 に依つて2つに大別す。

	一次的結石 (primäre Stein)	二次的結石 (secundäre Stein)
發生	腺体内の澱粉様物の融合・石灰 變性又は崩壊上皮細胞・レチチ ン等のために磷酸石灰が沈着し たるもの	主として上部尿路より下流した る結石(尿酸・蔞酸)核が尿道攝 護腺部に繫留しその周圍に炭 酸石灰が沈着して(磷酸石灰は 尠し)攝護腺内部に浸入したる もの
色	灰色・黄色又は血色素を取りて 赤褐色	灰白色
數	多數に發生し得	數尠く形狀大なり

【症候】 小形結石なれば腺組織に被包され症状なき事あり、若し結石が尿道に露出するか大形のために周圍を壓迫すると症状が現はれる、尿意頻數・排尿痛・乃至は尿閉・尿失禁等をも起すに至り、疼痛は會陰部より龜頭尖端に放散し排尿・排便時に劇増す、又好んで尿道炎・膀胱炎等を合併し、稀れには攝護腺中に膿腫を形成するに至る。

【診斷】 1) 大形結石なれば直腸内診にて疼痛性固形物とその摩擦を觸知し、2) レントゲン寫眞、3) 尿道内 Bougie 挿入、等にて容易なり。

【療法】 無症候なれば治療の要なく、症状あれば會陰攝護腺切開にて結石を除去す。

4. 攝護腺炎 Prostatitis

1. 急性攝護腺炎 (acute Prostatitis):—

【病理】 傳染經路に3様あり。

1) 尿路傳染 (urogene Infektion), 尿路内の細菌が攝護腺排泄管腔より腺体内に傳染する最も多き感染經路なり。尿道淋の2—3週間目に淋菌感染に依つて合併症として起るもの最も多く(90%) 淋菌以外には葡萄狀球菌・連鎖狀球菌・大腸菌等もあり。

2) 血行性傳染, 身體内に於ける傳染體は何れも原發體となり得るもので Influenza・扁桃腺炎・Frunkel・チブス・天然痘・腸カタル・舌下腺炎・肺炎・等の病原菌のために炎症を起す事あり。

3) 淋巴性傳染, 攝護腺周圍臓器の化膿性疾患時に淋巴性に傳染を起す事あれど稀なり。

【解剖】 攝護腺炎を3期に分つ、1) カタル性・腺性攝護腺炎 (Prostatitis katarrhalis s. glandularis):—細菌(殊に淋菌)が攝護腺管及排泄管等の上皮上來て上皮細胞の増殖脱落等を起す丈の時期にして、腺體の大き硬度等には變化なく攝護腺分泌物はアルカリー性となり不平顆粒狀の細粒を交へ濁濁し粘稠性となり、顯微鏡的に多量の粘液・崩壊上皮細胞・エオジン嗜好性細胞等の外に病原菌あり。

2) 濾胞性攝護腺炎 (P. acuta follicularis):—上皮細胞の脱落に加ふるに化膿性細胞浸潤が起りて腺體小葉に及び、腺管腔内は膿球・脱落上皮にて充滿され、周圍に白血球浸潤を生じ、腺體中に多數の結節性濾胞炎を起す。

3) 實質性攝護腺炎 (P. acuta parenchymatosa):—化膿性炎症が攝護腺々體部のみならず間質組織迄も及び漿液性乃至白血球性浸潤が起りて大小の化膿瘻を作り攝護腺は片葉又は全葉が炎症狀に腫脹し多量の膿汁を排泄するに至り、甚しき時には腺體の大部分が化膿して攝護腺膿瘍 (Prostata-abscess) を作るに至る。

治癒機轉 カタル性・腺性炎症はその儘消褪して一次的に治癒すれども、濾胞性炎症にては病竈浸潤が吸収された後に結締組織増殖を起し瘢痕性收縮をなす爲に射精管が屈折閉塞し精液の排泄が障害されて精液缺乏症 (Oligospermie) 又は無精液症 (Aspermie) を起したり、射精管が強直となりて精液射出の制動不充分となり排尿・排便と共に精液漏 (Spermatorrhoea) を起すに至る事あり。

増悪機轉 病變増悪すれば大なる攝護腺膿瘍と成り、遂には尿道内に破壊して多量の排膿と共に膿瘍が縮少し患者は頓に輕快を感ず、左もなくば膿瘍は直腸に破壊し攝護腺直腸瘻を作り、又は會陰部・肛門周圍に破壊す、之れ等の瘻孔は比較的よく治癒し閉鎖するものなり、尙悪性の機轉は化膿が攝護腺周圍に波及して攝護腺周圍蜂窩織炎 (Periprostatic Phlegmone)・攝護腺周圍靜脈炎 (Periprostatic Phlebitis) 等を起すものにして、其處には多數の靜脈叢あるがために敗血症を起す危険あり。

【症候】 炎症進展するに従つて各種の症状を現はす。

1) 局所疼痛と排尿障碍 初期の間は著しからず患者は直腸内に不定の異物壓迫感ありて排尿・排便時に増加し次第に疼痛が増して會陰より尿道・腰部・大腿・陰囊等に放散し、常時にも搏動性の疼痛を感じ、遂には歩行し難くなり仰臥し膝關節を屈曲して出来る丈け體動を抑制するに至る。

排尿・排便痛も劇増し、尿意頻数と排尿終末疼痛が顯著となり、尙進んでは全排尿痛のために排尿を差控へ、排便時の苦悶甚しく成る。

腺體の腫脹が加はれば尿道を壓迫して排尿障碍起り、尿線細小となり断續し一時に全部を排尿し得ず數度に分割的に排尿す、又腫脹甚しき時はそのために尿閉を起す事もあり。

2) 全身症状 自然痛と排尿・排便痛のために患者の苦悶甚しく、殊に夜間に陰莖充血のために屢々勃起して益々疼痛を増し、化膿が増進するに従つて熱發し時に悪感戰慄等あり、殊に攝護腺周圍炎を起したる時に於て劇烈なり、その外強度の頭痛・食慾不進・睡眠不能等のために患者は甚しく衰弱す。

3) 攝護腺腫脹 腫脹攝護腺は、初期は、一葉又は兩葉が平等に彈力緊張性に鞏く表面平滑・境界明瞭にして中等度の壓痛あり、病變増悪すれば、腫脹・疼痛増し、胡實大乃至小鶏卵大に達し、表面依然として平滑なれども腫瘍中に軟化竈を觸診するに至り、化膿が進むと共に其處が軟かく次第に直腸壁に接近して波動を現はし來る、化膿竈が破壊し排膿すると急に腫脹は消退し、患者の自覺症状も良好となる。

4) 尿及攝護腺分泌液 濁濁尿・膿尿は病竈の化膿程度に依つて強弱あり、一般に尿は強く濁濁し第2杯即ち終末尿の濁濁著しく、檢鏡するに多量の膿球・尿道上皮細胞・粘液・病原菌等あり(然し時には尿に著變なき場合もある故に注意す可し)、直腸内診時に攝護腺を輕壓すると黄白膿様の攝護腺液を尿道口より排出し、内に多量の膿球と病原菌あり、レチチン小體は消失す。

【経過及豫後】 急性時期は2—3週間にて経過すれども慢性に成り易し、豫後は可良にして治癒し易けれども攝護腺周圍炎を併發すれば生命の危険あり。

【診斷】 1) 直腸内の不快重壓感・疼痛, 2) 疼痛性腫脹腺體の觸診, 3) 分泌液の檢査等にて容易なり。

【鑑別】 後部尿道炎, には尿意頻数・終末時排尿痛・排尿第2杯の強度

の濁濁・終末血尿等は相似點なれども、攝護腺の腫脹なく疼痛なく只中央部が多少疼痛性なり、爾他の攝護腺腫脹性疾患との鑑別を要す(後述)。

【療法】 1) 絶體安靜・刺戟性食餌の禁止・便通整理を行ひ, 2) 内服に鎮靜・鎮痛劑・尿路消毒劑の投與, 3) 局所療法, 會陰部の冷罨法・鎮痛肛門坐藥・Arzberger氏冷榻等にて経過を觀察す, 4) 尿道内注藥療法, は急性時には用ゐず, 5) 化膿竈増大し波動を生ずれば早期に會陰切開にて攝護腺に達して排膿す可し直腸内よりの切開は續發傳染を起す危険あるが故に行はず。



Fig. 196.
Arzberger氏
攝護腺温冷榻器

2. 慢性攝護腺炎 *chronische Prostatitis*:—

【病理】 急性攝護腺炎が遺殘し又之れに繼續して起る者が最も多く、その他尿道内器械挿入の刺戟・手淫・房事過度等にも起る事あり、腺管上皮細胞の脱落、腺體内の慢性細胞浸潤等の病變を呈す。

【症候】 1) 自覺的症狀 全く之れを缺く事あり、又排尿終末時・射精等に陰莖根部の奥に不快感又は輕痛を訴ふる事あり、排尿・排便時に攝護腺液漏(Prostatarrhoea)を示す事稀ならず、尙必ず多少の性的障碍を現はし勃起力減退・早漏・交接不能等の他に所謂性的神經衰弱(*sexuelle Neurasthenie*)の諸狀を呈するもの多し。

2) 觸診所見 病變程度にて不定なり、慢性浸潤が残存する處が硬結するがため腺全體又は一側葉が輕度に硬く腫脹するか又は腺體内各處に凹凸顆粒狀の硬結を作る、又浸潤竈が吸收萎縮した跡は收縮性癍痕として觸診され、時には腺全體が縮小する事あり、壓痛は極めて輕度なり。

3) 攝護腺分泌液所見 壓出攝護腺分泌液は多くはアルカリー性にて稍々乳白色に濁濁し顆粒狀に漿液乃至膿性を呈し、顯微鏡的に多數の白血球・攝護腺上皮細胞・澱粉様物質等ありて病原菌を證明し、レチチン小體は

消失す。

4) 尿所見 本症は屢々後部尿道炎を合併して濁濁する事多し、然らざる時には一般に明性なる尿中に細長又はコマ状短形の淋糸を發見す、これは主として粘液・上皮細胞・膿球等より成るものにして第1杯に多く第2杯に少し、又或る場合には排尿終末に攝護腺液が混入して強く濁濁する事あり、又本症患者は屢々磷酸尿を起す傾向あり。

【経過】 緩慢にして數年に及び一進一退す。

續發症 本症は急性のものと同様に射精管に影響して精液缺乏症を起し、尙各程度の性的神經衰弱症を起す事は前述の如し、又攝護腺體の大部分が犯される時には攝護腺液が缺乏したり内分泌機能の低下又は攝護腺液の成生・酸度の變化等のために精蟲の活動力を減弱阻害して生殖不能を來す事稀ならず。

【診斷】 1) 攝護腺分泌液の所見と 2) 觸診所見とを基礎として、自覺の症狀を參考すれば診斷容易也、本症は屢々慢性尿道炎を合併するが故それを區別する必要あり。

【療法】 1) 原因的療法 尿道炎・膀胱炎・尿道狹窄等を治療す可し。

2) 尿道内療法 慢性尿道炎に準じて尿道消毒劑の投與と共にプロタルゴール等(銀劑)の後部尿内点滴注入を行ふ。

3) 攝護腺マッサージ(Prostatamassage) 限局性浸潤竈が残存するとか、分泌物の排泄悪く蓄積して腺體が多少腫脹し不平顆粒狀に觸知される時にはProstatamassageを行ひて浸潤竈の吸收・分泌液の排泄を促す。Massageを行ふには各種の器械あれどもそれよりも指端にて行ふが最良なり、即ち術者の食指にゴム指囊を施し直腸内に攝護腺下面に達し適當の壓力にて腺體周縁より内方に向つて數分間壓擦すれば蓄積内容の多寡に依つて外尿道口より攝護腺液を排出す可し。Massageは隔日1回にて2-3週に及ぶ、若しその刺戟のために腺體の炎症々状を起したる時、又は腺體が縮少して相當の治療的效果が現はれたらば中止し、必要に應じて反復す、餘り長時に渉る時には却つて害あり。

4) Arzberger氏温榻(Warme Sonde)にて40-42°Cの温水にて1日1-2回30分位攝護腺部を加温をなすか温坐浴・全身浴等も效あり、又攝護腺部のDiathermie, Faradisation等も行ふ事あり。

5) 尿道鏡の局處治療法 として精阜の硝酸銀腐蝕法等は攝護腺漏・精液早漏等の場合に應用する事あれども稀なり。

6) 一般的療法 本症患者は多くは神經衰弱に陥れるを以つて之れに對する療法が必要なり、適宜の運動と攝生療法を行ひ飲酒・性的興奮等の攝護腺の充血刺戟を起す事を避け、臭素劑の服用を併合す可し。

5. 攝護腺の結核 Prostatatuberculose

【病理】 原發性攝護腺結核は皆無と云ふて可なる位で殆んど凡ては他處の原發竈より續發するもの也。

而してその感染経路は 1) 連續的傳染:一にて精囊・膀胱等の結核竈より直接に傳染する事あり。2) 血行性傳染:一泌尿生殖器系統中に結核竈が無くても血行性に傳播した結核菌にて泌尿生殖器中にて攝護腺が最初に結核を發生する傳染機轉(生殖器原發性傳染 Genito-primäre Infection)に關しては諸説未だ一定せざれども頗る可能事にして殊に肺結核患者に於て多しと云はる(Wildbolz) 3) 管内性傳染(intracanalicular Infection):一本症の大部分は此の傳染機轉を取るものにして、所謂泌尿生殖器交互傳染(urogenitale Kreuzweg-Simonds)なり、攝護腺は結核性生殖器(睾丸・副睾丸・輸精管)よりの結核性液流にて、又は外部生殖器よりの結核性傳染にて、又は腎臟より下流する結核菌尿等のために結核菌が後部尿道に開口する攝護腺排泄管口より傳染される事多し。

かくて攝護腺は結核病變の好發位となりて泌尿生殖器結核の60%、生殖器結核の70-80%の罹病率を示すものなり。

【解剖】 病變はよく副睾丸結核に類似し諸種傳染経路によるものも何れも所謂排泄性結核を起して腺腔壁より病變を起す。

1) 初期は結核性カタル期、にして腺管上皮細胞丈が病變脱落し管腔内には白血球・脱落上皮・脂肪等の崩壞物が蓄積するに過ぎず。

2) 結核性浸潤期、結核病變は腺壁に及び結節を形成し進んで間質内に多數の散在性又は塊性結節を生じ大豆大・菊花狀の結核竈をなし攝護腺片葉より遂に全葉に及ぶ。

3) 軟化期, 末期になると結核瘻の乾酪變性・軟化等が始まり互に癒合して大小の寒性膿腫となる, この膿腫は遂に尿道稀れには直腸・會陰等に破壊して空洞を形成し遂に全攝護腺が一大空洞と化するに至る, 尿道に破壊すれば瘻孔にて連絡する空洞を作り若し之の空洞崩壊が増大すれば恰も前膀胱(Vorblase)の状を呈して此處に尿が滯溜す, かくて益々空洞の大きを増して悪化し又膀胱頸部も同時に破碎すれば膀胱尿が流出して尿失禁を起す。

尙病變が周圍組織に及べば膀胱・直腸周圍組織より Retzius 氏腔(Cavum Rezius)内にも及びて寒性膿瘍を成し, 遂には直腸・會陰等に破碎するに至る。

3) 治癒機轉, 良好經過を取れば軟化瘻を作らずに結核瘻は増殖結締織にて被包され内容乾燥し攝護腺は鞏く凹凸不平となり或は却つて縮少して擬似治癒(scheinbare Heilung)の状となる, 然し之れは決して自然的治癒(spontane Heilung)に非ず腺内に結核瘻が残溜するが故に何等かの機會に依つて再發する事多し。

【症候】 隠匿・緩慢性に經過するが故に看過され易く, 剖檢にて粟粒結核・腦膜炎等の原發瘻として發見される事稀ならず。

1) 全身症狀, 著變なき事多けれども寒性膿瘍となれば違和倦怠・食慾不進・盜汗・輕熱等を發する事あり。

2) 自覺症狀, 佛學者は之れを2様に區別す, 即ち a) 尿道型(Forme urethrale)は尿道症狀を主とし輕度の尿意頻數・膀胱逼迫乃至は便通を催し終末排尿痛等あり, 尿道には最初は漿液後に膿液を出し殊に排尿終末時に甚しく時には血性となる事あり, b) 直腸型(Forme rectale)は會陰・直腸内に不快の壓迫感あり時に疼痛感となり裏急後重・排便時疼痛を訴ふるに至る事あり。

3) 尿所見, 初期の間は著變なく明性にして多少の蛋白・少量の膿球等を證明するが, 軟化崩壊始まれば膿尿を呈し初期及終末膿尿となり結核菌も多量に證明さる, 又空洞のため前膀胱を形成した時は膿尿増強し重複排尿(zweizeitige Miktion)をなし, 又膀胱頸部が破碎すれば尿失禁を起す事は前述したり。

4) 射精障害, 精囊に變化なくとも攝護腺病變のために射精時に疼痛を訴へる事あり, 又血精液(Hämospermie)が本症の初期症候となる事あり。

欠

排尿後に導尿すれば少量の遺残尿を證明す可し。

III 期=膀胱擴張を伴へる尿瀦溜期(St. d. Harnretention mit Blasendistension):—遺残尿量益々増加するために膀胱壁が伸展擴張されて耻骨縫際上部に圓球又は橢圓形にて上方に境界明なる濁音性の緊張したる膀胱を觸知し、之れを壓診すると相當の鈍痛と排尿感あり、尿意頻りなれども排尿意の如くならず、排尿障碍益々甚しくなり尿線は滴下し遂には奇異性尿失禁(Incontinentia paradoxa)を起すに至る。

その他の症状としては、

1) 肥大攝護腺の觸診、直腸内診にて肥大攝護腺を觸診す、梅實—鷄卵—林檎大の圓球形表面平滑の様に韋き腫瘍にして多くは兩葉平等に直腸内に隆出し兩葉間の淺溝は平坦され、腫瘍の境界は下方肛門端は横に明瞭に、上方膀胱端は不明瞭にて時に其處迄指尖が到達し得ぬ程に腫大する事あり、又稀に左右兩葉が不平同に腫脹する事あり、又中葉が肥大する時は膀胱内に突隆して直腸内觸診所見は輕微なるに不拘排尿障碍が高度なり。

2) 急性尿閉。各期に於て發現し得るものにして感冒・飲酒・過動その他骨盤腔生殖器の充血を起す事項に依つて誘發されて卒然として尿閉を起す、1—2 日持續後自然的に輕快する程度のものもあり、又は導尿・手術等

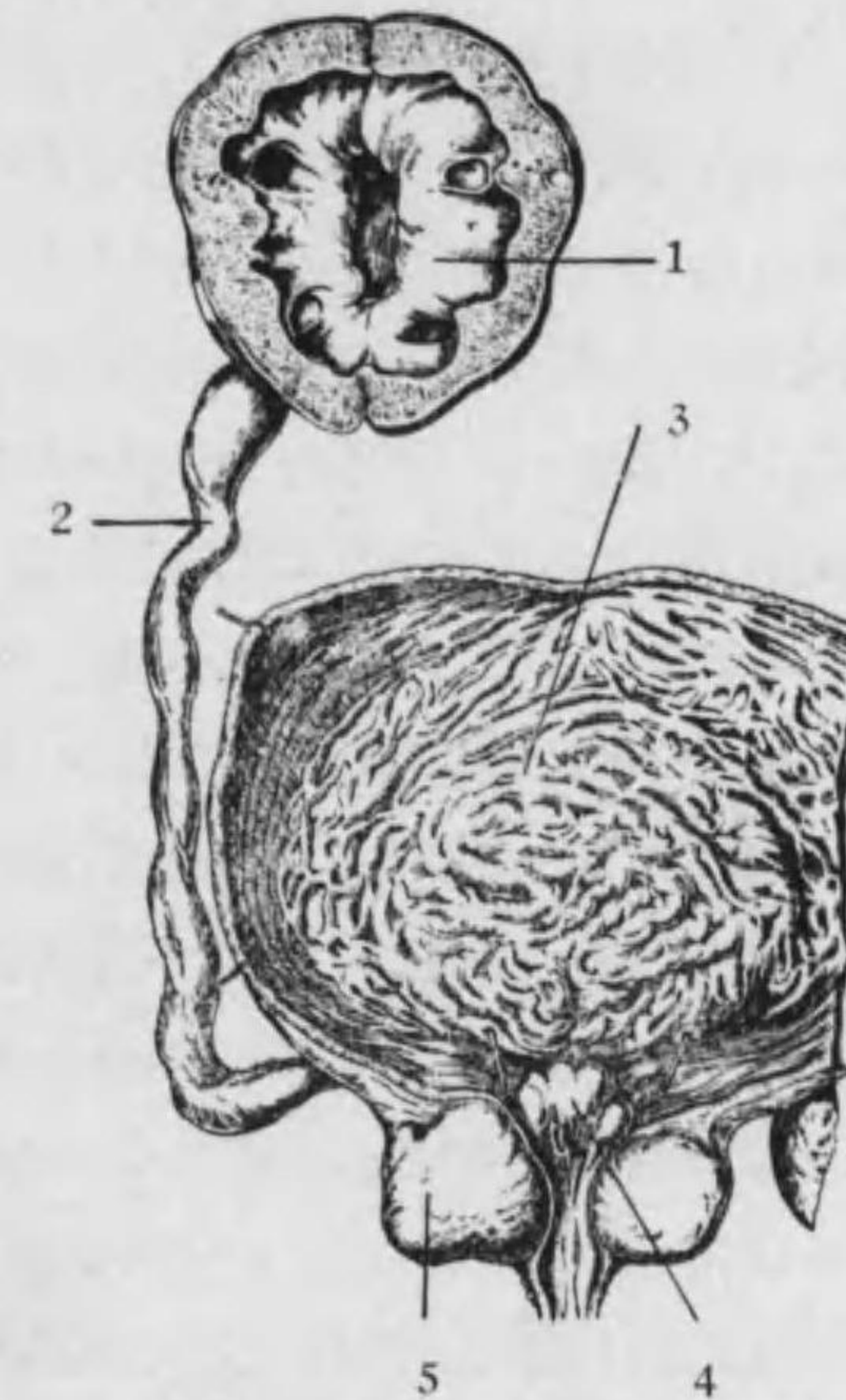


Fig. 200.
攝護腺肥大による上方尿路の擴張
1. 腎臓水腫 2. 輸尿管擴張
3. 肉柱膀胱 4. 攝護腺中葉
5. 攝護腺兩葉

欠

に依つて辛うじて排尿し得る程のものあり。

3) 腎臓機能障礙, 本症は長時の経過中に膀胱内の尿蓄積が上方尿路に波及して腎實質に靜脈性鬱血乃至は萎縮を起し進んで水腎性萎縮腎 (hydronephrotische Schrumpfniere) 迄も惹起して早くより腎機能を障礙す, 最初は稀薄尿にて比重尠く萎縮腎の尿所見を呈するが, 進んでは慢性尿毒症の狀を呈して倦怠・煩渴・食欲減退・口内乾燥・舌苔等を現はし, 次第に羸瘦し悪液質性顔色を帯び來り, 胃腸障礙甚しくて胃痛等と誤る事あり, 此れ等の症狀ある時に腎機能検査を行へば明瞭なる機能障礙を證明するものにして, その中に卒然と尿毒症を起して死する事あり。

【合併症】 尿瀦溜と腺體肥大のために各種の合併症を起し易し

1) 尿路傳染, a. 膀胱炎, 瀦溜尿の分解と細菌傳染に依つて起り易く殊に反復施行する導尿のために細菌感染をなし易きが故に導尿は特に消毒を嚴重にす可し, b. 上方尿路の傳染, にて腎盂炎より腎盂腎炎を起し惹いては全身敗血症をも惹起する事あり。

2) 結石形成を助長し, 又攝護腺・精囊・副睪丸等の化膿性炎症を起し易し,

3) 血尿, 肥大腺體のみならず膀胱壁も充血性なるがために極めて出血し易くこれは過動・尿閉等にて助長され, 殊に導尿時の Katheter 挿入の器械的刺戟に依つて誘發され易く, 又未熟の導尿にて肥大腺體を貫通し假尿道 (falsche Harnröhre, fausse route) を作りたる時に強度の出血を起し, 加ふるに熱發し尿浸潤・尿中毒を起す危険あり, 又導尿時に一時に多量の瀦溜尿を排除するために陰壓性出血 (Blutung ex vacuo) を起す事あり。

4) 癌腫性變性 (Carcinomatöse Entartung), をなす事あり。

【診斷】 1) 排尿障礙, 殊に老人に起りたるものは先づ本症を考ふ可し,

2) 直腸内觸診, 肥大腺體を觸知す, Home 氏葉肥大は觸知し難し。

3) 器械挿入, 尿道内に Sonde, Bougie 等を挿入すれば尿道攝護腺部に狹窄・延長・蜿蜒等を證明す。

4) 膀胱鏡検査, 肥大腺體のために膀胱鏡挿入不能の事あり, 又挿入に際して腺體を損傷する危険あるが故に細心の注意を拂ふ可し, 膀胱鏡所見

欠

可し。

3) 留置カテーテル (Verweil-od. Dauerkatheter), 一日数回の導尿を必要とするのみか Katheter 挿入困難にして而も尙ほ尿意頻數甚しきものにてはゴム製留置カテーテル (Matecor 氏又は Pezzer 氏式) を挿入留置する事あり。

これ等の Katheter 療法と共に膀胱洗滌法を併用すれば膀胱内瀦溜尿は排除され攝護腺の充血は去りて肥大は多少縮少し排尿障碍が輕快す, 然し3週間の Katheter 療法にても症状の輕快尠く尙且つ常に 100—200 cc. の遺殘尿を示すものは手術的療法を行ふ。

B. 姑息的手術療法 (Palliative Operation):—

1) 輸精管切除術 (Vasectomie),

輸精管を結紮し又はその一部の切除術を行ふ時には内分泌的影響のために攝護腺が縮少すとの動物實驗を根據として本症に應用したるものなれども實際には効果は尠し, 該法はむしろ本症經過中又は攝護腺剔出後に好發する副辜丸炎を回避するに役立つ事多し。

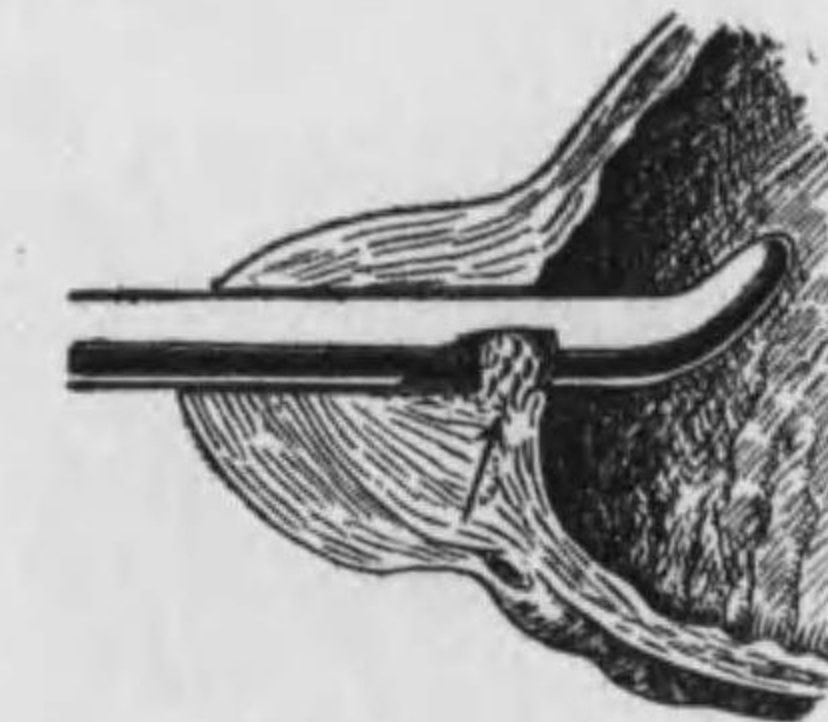


Fig. 204.

Young 氏鉗鉗手術法

2) 膀胱内手術法 (endovesicale

Oprationen), 手術用膀胱鏡を使用して内尿道口部に肥大せる腫瘍の一部を灼熱刃にて切除す (Bottini 氏手術法) るか, 又は細線狀の導子にて電氣凝固法 (Luyr 氏電氣凝固法 "Forage") を行ふか, 特種の裝置ある Young 氏後部尿道鏡を用ひて鉗鉗手術 (Punchoperation-Young) を行ふて肥大腺體の一部分を切除し排尿し易くする方法あり, 然し是れ等の諸法に依つても根治は望まれず,

C. 根治的手術法 (radicale Operation), 次の諸法あり。

1) 耻骨上式又は經膀胱的攝護腺剔出術 (suprapubische od. transvesicale Prostatectomie-Freyer):— 高位切開術にて膀胱を開き指先を膀胱

欠

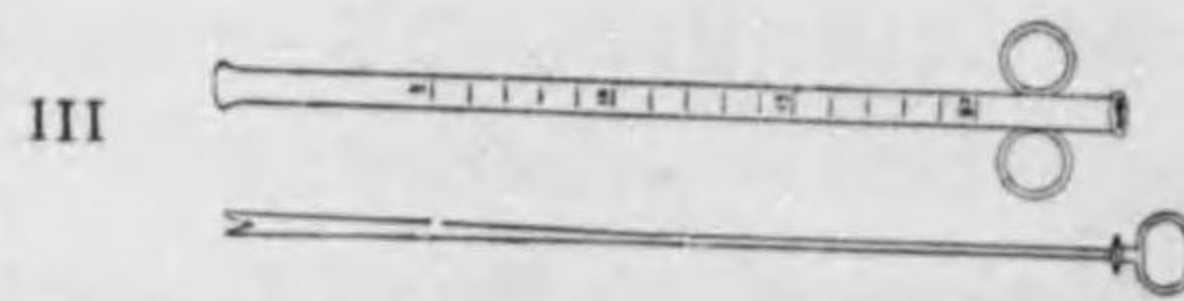
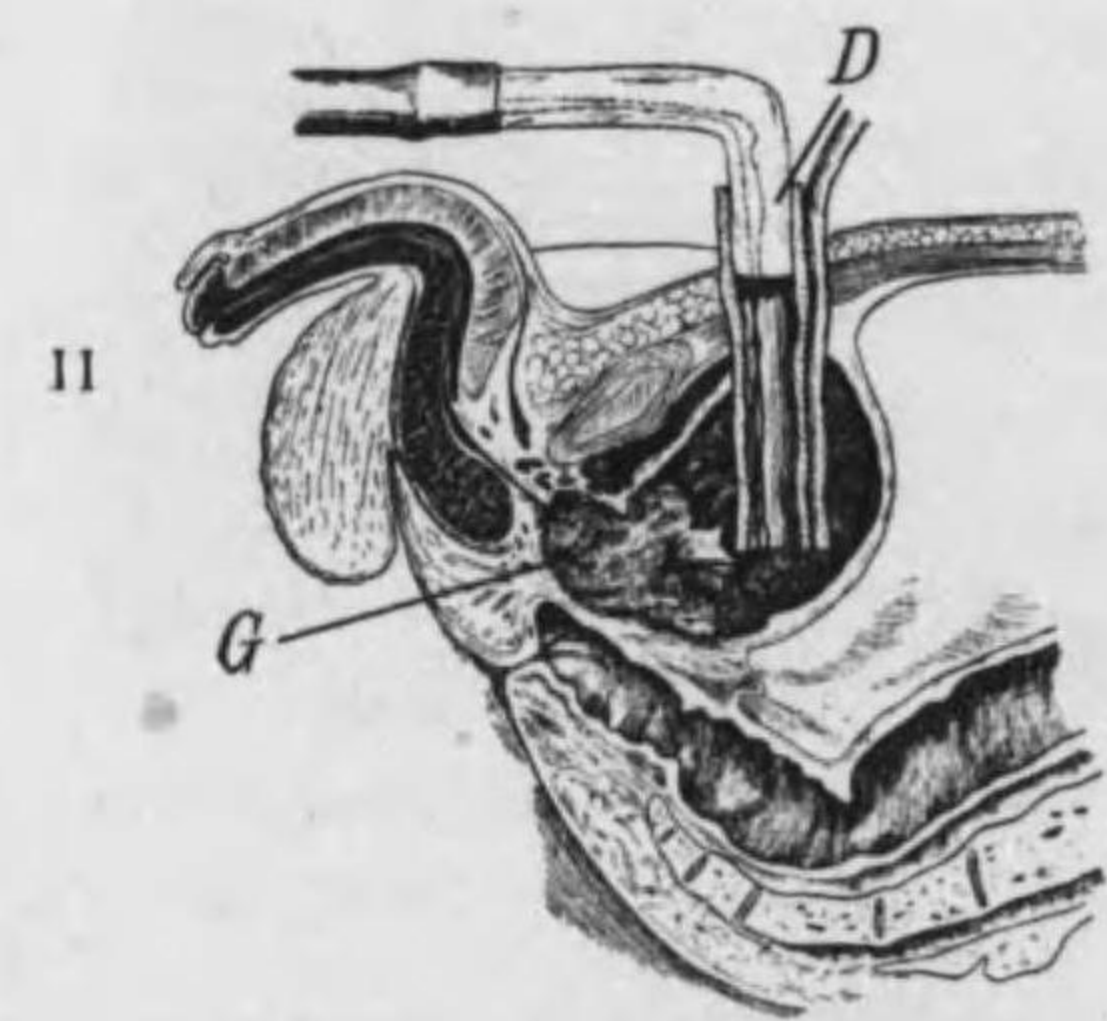


Fig. 205. Freyer 氏耻骨上方攝護腺別出術
 I. 攝護腺別出術
 II. 術後止血・排尿術式
 D. Freyer-Marion 氏尿管
 G. ガーゼタンポン
 III. Durota 氏ガーゼ充填器

内に入れて肥大攝護腺を觸知し尿道口の後方に指爪を以つて膀胱粘膜を破切して肥大攝護腺體に達し指を腫瘍と被膜間に挿入して之れを剝離し腺體を剔出するのである。

該法は手術操作極めて容易なるため諸家に愛用される方法なれども、指端の觸感にて剝離するために術後の出血多く又復壁の膀胱創口よりの排尿に困難を感ず、然し前者は Durota 氏の創内ガーゼ充填器に依つて攝護腺剔出腔にガーゼを充填する事と、後者は Freyer-Marion 氏尿管の裝置に依つて支障なきを得らる。

2) 會陰式攝護腺別出術 (Prostatectomia Perinealis): 一截石位にて骨盤を高舉し左右坐骨結節間の會陰部に皮膚切開を施して深層に入り攝護腺に達したる後、

部にて皮膚切開を施して深層に入り攝護腺に達したる後、

a. Albarran-Proust 氏法, は肥大腺體の被膜を剝離し, 腺體に手術切開を施して攝護腺尿道部を開きこれより左指を膀胱内に挿入して腺體を押し出しつゝ剝離剔出し,

b. Young 氏法, は攝護腺尖頂にて尿道膜様部を切開し之れより Young 氏攝護腺鉤 (Prostatattractor-Young) を膀胱に挿入してその尖端兩翼を開きたる後之れを懸引して攝護腺を充分に露出してから被膜剝離と剔出術を行ふ。

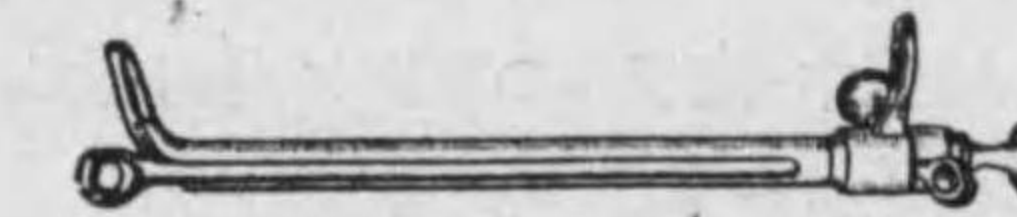
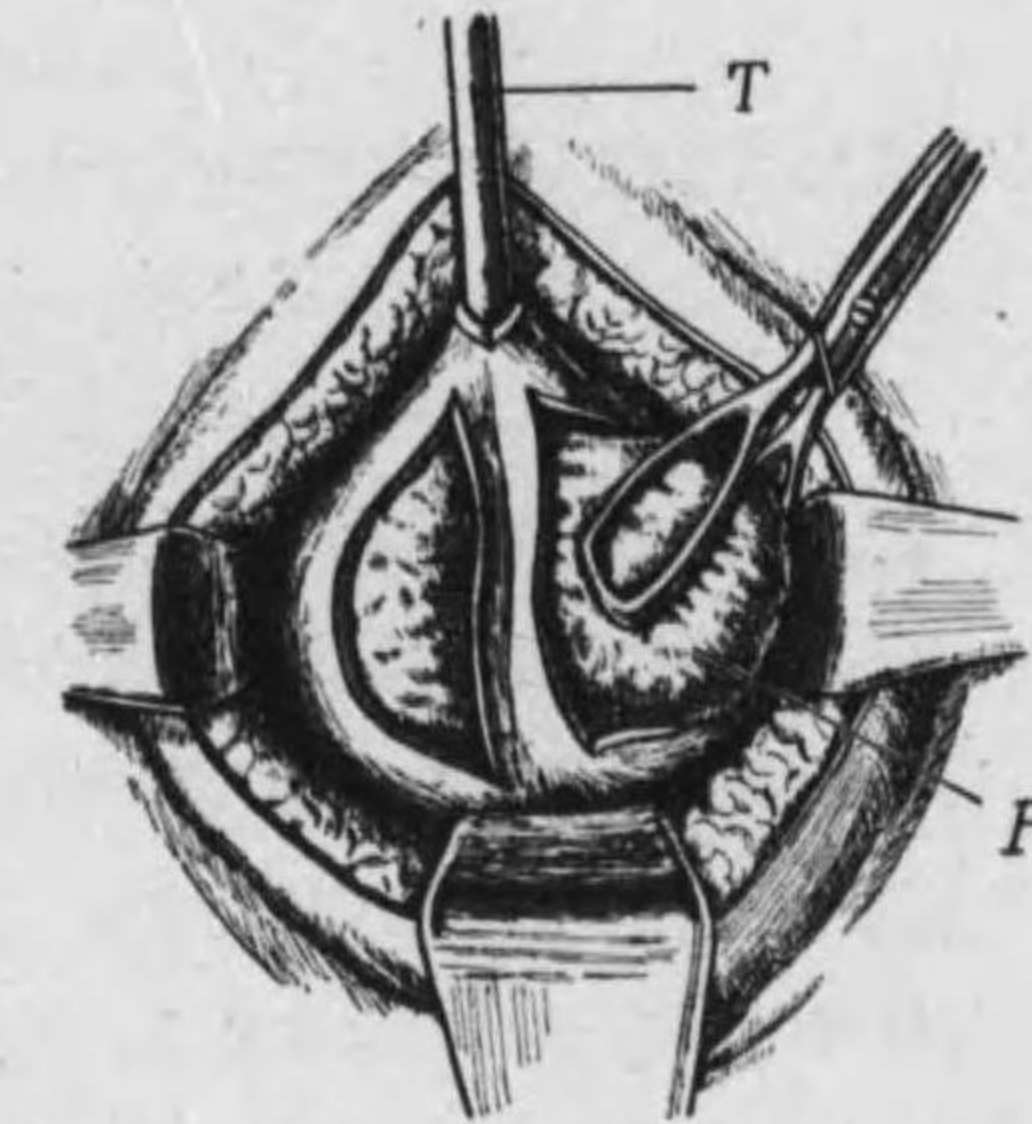


Fig. 206. Young 氏攝護腺剔出術
 T. Young 氏攝護腺鉤
 P. 攝護腺

之の會陰式剔出術は手術野を目撃しつゝ施行され且つ術後に留置カテーテルを挿入し得る事に依つて、止血處置と排尿には便なれども手術操作が複雑なる缺點あり。

4) 攝護腺剔出術の適應及禁忌症,

a. 適應症	b. 禁忌症
1. 持續性遺殘尿が 200 cc. 以上ある時、此の時は腎臟機能障害を起す危険多し	1. 重症の肺・心臓疾患・他臓器の癌腫・半身不隨
2. 遺殘尿なくとも、急性尿閉・Katheter 導尿の困難なる時、多量の出血・頑固なる排尿障礙・尿路傳染のある時、	2. 腎臟機能の低下の時 a. 稀釋・濃縮試験 b. インヂゴーカルミン・フェノールズルフォンフタレン c. 血液 δ 及 R-N 等の全尿試験を行ふ。
3. 膀胱結石・膀胱憩室等の合併症のある時。	3. 場合によりては最初に膀胱高位切開を行ひ其後二週の後に二次的に攝護腺剔出を行ふ事あり。

VIII. 攝護腺の悪性腫瘍

bäsartige Neubildungen der Prostata

1. 攝護腺癌腫 (Prostatacarcinom):—

【病理】 本症は爾他の癌腫と同様に高齢者に來り攝護腺肥大の根底に發生するものと、常態の攝護腺に發生するものとあり。

1) 肥大攝護腺中に發生する癌腫:— 攝護腺肥大はその腺體中に長時の炎症々状・充血性刺激が持続するために屢々癌腫性悪化を起すものにして別出したる攝護腺肥大を詳細に顯微鏡的に検索すればその中10—15%は癌腫性組織竈を發見すと云ふ位なり。

肥大腺體中に癌腫が發生すると、腺體は急劇に増大し、今迄表面平滑平等性に鞏かりしものの中に硬結個處を生じ、次第に凹凸不平となり、間もなく腺體中・被膜外の周圍に浸潤して境界不明瞭となり、軟骨硬を有する硬結腫瘍となる。

2) 常態攝護腺中に發生する癌腫:— は老人性萎縮攝護腺にも又は比較的若年者にも發生し發育稍々緩慢なり、従つて排尿障害等を起す事も遅く只だ表面粗雜の固き腺體を成すのみにて却つて他處の轉移竈の方が著變を呈する事ある位なり。

病理組織的に多くは腺様癌 (Adenocarcinom) 又は實質性癌 (Carcinoma solidum) として來たり、又之れの混合型のものあり、又髓様癌 (Medullarcarcinom) も來る事あれども、硬性癌 (Skirrhus) は稀なり。

周圍の浸潤 本癌腫は好んで淋巴腔・神經鞘に依り又は血管性に周圍組織に浸潤し、腺體被膜を破壊し早くより精囊・輸精管端に浸潤す、又膀胱方面にも浸潤して膀胱底面に多數の小癌腫性結節を凸隆させ膀胱内に細菌傳染ある時には之れが破壊して潰瘍面を形成す、尙進んで膀胱底面より輸尿管口周圍に及び輸尿管を壓迫狹窄して上方尿路の尿瀦溜を起し、尿道方面に浸潤して尿道狹窄を起し、尙骨盤腔内に及んで腰薦部神經幹を壓迫して劇烈なる神經痛を誘發する外、骨盤腔内全般に浸潤して瀰蔓性攝護腺骨盤癌腫 (Carcinoma prostatico-pelvina diffusa) の状を呈すに至る。

本症は尿路傳染のなき限りは崩壊する事尠く周圍淋巴腺轉移も甚だしから

ざれども好んで骨系統に遠隔轉移を起し時には全身骨系統に及ぶ事あり (骨形成性癌腫症 Osteoplastische Carcinose)。

【症候】 1) 排尿障碍、攝護腺肥大に酷似し尿意頻數・尿腺放射力の減少等より不完全尿閉の度次第に昂り、遺殘尿量増加し、奇異性尿失禁を起し遂に癌腫性破壊のために眞性尿失禁を起す、完全尿閉は前症程多からず。

2) 排尿痛及自然痛、可なり不快の排尿痛を起し殊に自然痛は本症の特徴なり、癌腫性浸潤及轉移淋巴腺等が骨盤内神經幹を壓迫するがために腰部・薦骨部神經叢の範圍に頑固なる神經痛を起し、龜頭・會陰・陰莖部より腰部・直腸乃至は大腿方面に放散す。

3) 直腸症狀、浸潤が直腸方面に及ぶと直腸内の異物感・排便時の不快感等増し、便秘を起し便通時に疼痛を感じ、遂に直腸カタルを起せば粘液乃至血性崩壊物が排便さるゝに至る。

4) 尿所見、最初は異變なく又癌腫に特有の所見もなし、只早晚膀胱炎を起して膿尿・膿血尿等を現はし、腫瘍が膀胱面に破壊すれば濁濁甚だしくなり多量の崩壊産物及び腫瘍細胞を混するに至る。

5) 全身症狀、上行性傳染又は尿瀦溜にて腎機能が障碍されればその症狀現はれ、又早晚悪液質に陥り羸瘦・脱力を來し死の轉歸を取る。

【診斷】 1) 直腸内觸診、攝護腺は増大し表面凹凸不平となり軟骨硬にして腫瘍上の直腸粘膜は移動尠く、腫瘍は好んで周圍に浸潤するが故に境界不明瞭となり其處に硬き浸潤を觸れる。

2) 膀胱鏡検査、膀胱鏡の挿入は非常に困難となる、内尿道口附近に塊状突隆あり表面充血性の膀胱粘膜にて蓋はるれど、破壊すれば凹凸性の潰瘍面を呈し極めて出血性なり。

2. 攝護腺肉腫 (Sarcoma d. Prostata):—

【病理】 小兒及壯年者に來り癌腫よりも遙かに稀なり、主として圓形又は紡錘形細胞肉腫にして稀に筋腫・腺腫等を合併す、全攝護腺又はその一部分が肉腫變性をなし、圓球形にて表面平滑に軟柔性なる腫瘍となり、迅

速に増大して鶏卵・林檎大に及び膀胱・尿道・直腸・精囊等を壓迫し、間もなく腺被膜外にも破壊して浸潤性に増殖す、腫瘍轉移は癌腫程甚だしからず、骨・肺・肝・腎・副腎等に轉移す。

【症候】 攝護腺肥大症及び癌腫に酷似する排尿困難を起し、且つ腫瘍も大きく軟柔性に觸診され、迅速に増大して排尿障害程度甚だしく、且つ直腸を壓して屢々排便障害を現はす、數ヶ月乃至年餘にして悪液質・尿毒症稀に脱血に依つて死するを例とす。

【診断】 迅速に増大する軟柔性の腫瘍にて若年者に來る事にて診斷さる、腫瘍は非疼痛性なるがために炎症疾患とは鑑別容易なれども、硬度の軟柔なるために膿瘍と誤まる事あり。

【療法】 癌腫・肉腫共に適當なる療法なし、早期に攝護腺を剔出しても再發を免れず、レントゲン深部療法、ラヂウム療法等にも効果寡し。

IX. 攝護腺神經症 Prostataneurose

【原因】 本症は何等攝護腺に器質的障碍なくとも患者の神經過敏的觀念のために攝護腺を中心とする種々の症狀を起す疾患なり、而してその中には全身性神經衰弱の他に、數年來の過度の手淫又は劣情等にて攝護腺の機能的及び鬱血的刺戟のために起る事もあり、又慢性攝護腺炎殊に淋疾性のものに續發して攝護腺疾患に對する恐怖觀念より發生する事も多し。

【症候】 本症の特徴は他覺的に認む可き攝護腺症狀は全然缺如するか又は極めて輕微なるに反し、可なり強度の精神・神經的症狀を表はすものにして、患者は一見して精神興奮又は沈鬱の状態に在りて各種の攝護腺症狀を現はす。

1) 攝護腺知覺神經過敏症 (Überempfindlichkeit d. sensible Prostatanerven): 一攝護腺が非常に過敏となり長時の直立又は體動の後には該部に壓痛・劇痛をを覺へ會陰・睾丸等に放散し、直腸内診に依つても攝護腺體には何等異變なれど觸診にて劇痛を訴へ、知覺神經過敏のために括約筋の痙攣的收縮を促し、Katheterの挿入刺戟は勿論排尿刺戟に依つても括約筋は痙攣的に收縮されて排尿は細小となり淋瀝し又は斷續して吃訥性排尿 (Stotternde Miktion) を現はし、時に一過性の尿閉を起す事あり。

之れ等は殊に患者が排尿意識や羞恥的觀念ある場合に強度と成り他事に紛

欠

欠

第4章 精囊の疾患

Krankheiten der Samenblase

- I. 精囊の畸形 Missbildung d. Samenblase-略
- II. 精囊の損傷 Verletzung d. Samenblase-略
- III. 精囊炎 Spermastocystitis, Vesiculitis seminalis

【病理】 膀胱・尿道・攝護腺及び副睾丸等の炎症病變より血行性・淋巴性乃至經管性に傳播して發病するものにして殊に後者の傳染機轉に依つて病原菌が射精管腔内を精囊に傳來するもの最も多し。

病原菌は淋菌が最も多けれども、大腸菌その他の雜菌に依つて起る事も稀ならず。

精囊病變、は最初期は腺上皮細胞のカタル性脱落位なれど、進んで上皮下層乃至は間質組織迄も炎症性細胞浸潤乃至は化膿を起し、精囊全體が炎症性腫脹・化膿等に陥るもの也。

【症候】 A. 急性精囊炎 (Spermatozystitis acuta):—

攝護腺炎に類似し又屢々之れを合併す、直腸内に異物壓感乃至疼痛感ありて排尿・排便時に増強し、稀れに疝痛様に輸精管・睾丸方面に放散する事あり(精囊疝痛 Samenblasenkolik)、又この疼痛は性交時・射精時に劇増して膿性・出血性液を射精す。

多少の熱發あり患者は甚しく憂鬱に又は興奮状態を呈する事あり。

尿所見 は合併する攝護腺炎・尿道炎等のために濁膿尿を呈する事多けれども本症丈ならば尿中に淋絲を發見する位のものなり。

直腸内診所見 にて攝護腺の上外方の深部に斜走する鉛筆大乃至指大に腫脹する鞏く而も可なり疼痛性の精囊を觸知し、炎症が精囊丈ならば腫脹物は境界明瞭なれども周圍結締織に波及する時は境界不明瞭となる、多く

の場合攝護腺も共に病變して腫脹性に觸診さる。

経過は比較的速にしてよく吸収消失すれども、時には周圍に化膿性炎症が波及して蜂窠織炎・靜脈炎乃至は敗血症を起す危険あり。

B. 慢性精囊炎 (Spermatocystitis chronica):—

症状不明瞭なり、直腸内に不快壓感又は輕痛ありて會陰・辜丸等に放散する事あり又これが排尿時に増強する事は急性時に酷似し只程度が輕きのみなり。

性交時に直腸内に不快感ありて神經衰弱性患者には性交不能症を起す事あり、又射精時に不快疼痛を覺へ精液は多少膿血性を帯びる事多く、その他に勃起・夢精等を頻發す。

直腸内診にて多少鞏く索状・蟲状に腫脹し壓痛少き精囊を觸知す、精囊 Massage にて精液を採取し検査すれば必ず少量の膿球及び病原菌あり、精蟲は減少し正常時に觀るが如き膠質様の塊團を形成せず膿球と結着し活力も減弱せるを認めらる。

【診断】 急性のものは容易なり只急性攝護腺炎と區別するを要す。

直腸内診にて精囊を觸知するのは多少の熟練を要し膀胱充盈時には觸診容易となる、精囊内容の検査のために精囊を壓窄するは急性精囊炎時には却つて病變を悪化さす危険あるが故に行はざるをよしとす、Cabot 氏の精囊内容検査法は先づ患者に排尿させた後に膀胱内を殺菌的硼酸水にて充盈したる後に直腸内より攝護腺の内容を壓窄して一旦膀胱内容を排尿せしめて攝護腺分泌物を排除したる後再び硼酸水の充滿を行ひて、今度は精囊を壓窄して一部は外尿道口より排出したる内容物を採取し、他は膀胱液を排出せしめて之を沈澱検査するに在り。

【療法】 1) 急性精囊炎、一般的消炎法の意を體し、絶體安靜・非刺戟性食餌・便通整理等を行ひ、溫坐浴・會陰部の溫罨法・鎮痛性肛門坐藥等の外鎮痛劑・尿路消毒劑の投與等を行ふ。

精囊 Massage は急性時には局所を刺戟増悪するのみか周圍への傳播・病原菌の淋巴管内・血行内移入を助長するが故に禁忌なり。

精囊周圍化膿を起した時には會陰部・薦骨部より精囊に達して切開を行ふ事あれども稀なり。

2) 慢性精囊炎、は安靜を保ち炎症性浸潤を吸収せしむ可く努力す、即ち溫坐浴・肛門坐藥等の他、Arzberger 氏器に依る溫榻療法、又は精囊 Massage を行ふ、Massage は極めて注意深く指頭を用ひて3—5分間輕壓し1週2回にて3—4回に及ぶ、Massage の刺戟症状起る時には直ちに中止す可し。

IV. 精囊の結核 Tuberculose d. Samenblase

【病理】 精囊の結核は何れも續發性のものにして原發性のものは皆無なり、その結核罹病率は案外多きものにして泌尿生殖器結核の約50—70%を占め、略ぼ攝護腺と相等しき率を示せども臨床症状不明瞭なるが故に看過され易し、多くの場合兩側精囊が相前後して罹病し、殊に結核性副辜丸炎と病側を同ふすと云はる。

1) 血行性傳染 2) 淋巴性傳染 も可能なれども稀なり、3) 管内性傳染、最も多く、精液流に依つて副辜丸結核より又は攝護腺結核より或は又腎臟結核時の結核尿より結核菌が射精管腔内を溯上し逆行性に傳染するものなり。

【解剖】 輕微のものは管壁上皮細胞のカタル性脱落等なれども病變が進むに従つて結核性浸潤・結節等を形成し、早期に乾酪變性に陥りて囊腔内に乾酪物質蓄積し、之れに囊壁の浸潤が加はりて精囊は不平凹凸状に腫大す、その後病竈は結締織被包が行はれ乾酪竈は乾燥し石灰化し結締織は囊壁内や周圍に増殖して(單純性纖維性精囊周圍炎 Perispermatoctitis fibrosa simplex Teutschländer) 假性治癒の状を呈するか、又は結核浸潤が精囊周圍に進み結核結節の形成や乾酪變性をなし軟化竈を作りて増悪する時もあり。

【症候】 不識の間に慢性に進展して頗る不明瞭の症候を呈す。

1) 自覺症状、としては會陰・直腸深部に不快の壓感又は放散性の鈍痛を感ずる位にして他は不明瞭なり、普通精囊炎に觀るが如き血精液(Hämo-spermie)とか射精時疼痛等は極めて輕微なるか又は全く缺如す。

2) 尿所見、初期は血尿等なくて著變なれども、進歩期に至れば膿球・結核菌が排泄されて結核性濁尿を呈し、殊に攝護腺が犯されるに及んで

益々強度となる。

3) 觸診所見, 初期の間は著變なし, 精囊壁に結節形成・浸潤等が起れば凹凸不平にて蟲様に腫大せる精囊が觸診され, 硬度は鞏軟種々にて一定せず, 軟化竈を作れば軟柔波動性となる, 壓痛尠く境界明瞭なれども周囲の浸潤あれば不明瞭となる。

一般に本症の臨床所見は多様不定にて而も病變と臨床所見と一致せず, 又屢々看過され易きものなり。

【**診断**】 初期のものは困難なり, 他の生殖器に結核病變ありて精囊の觸診所見あれば診断稍々容易なれども然らざる場合は困難なり, 又末期に於て周圍に廣汎なる結核病變を生じ浸潤性硬結となり精囊の腫脹は區別されなくなり, 又は軟化して會陰・肛門附近に瘻孔を生じたる場合等にては攝護腺・直腸周圍等の炎症と區別困難の事あり。

精囊を指壓してその内容物を採取し膿球・結核菌等を發見して診断し得る事あれども, 又本症にては早期より射精管が閉鎖されるがために指壓しても内容が排出されぬ事あり, 又壓排操作のために却つて結核菌の血行内移行を助長する事あるが故に禁忌とさる。

【**豫後**】 直接に生命を脅かさぬけれども難治性にして而も浸潤性傳播をなす故に寧ろ慎重なる可し。

【**療法**】 根本的療法なく而も慎重なる治療を要す。全身的對結核療法と安靜の外に, 溫坐浴・Arzberger氏溫榻等にて結締織増殖と病竈吸收を促進さす可し, 尿道内治療法として尿道鏡の下に精阜の腐蝕とか射精管より沃度フォルム油の注入等を行ふ人あれども效尠く却つて器械的刺戟のために増悪さす事あり, 精囊 Massage 等も同様に刺戟多くして益尠なし。

第5章 尿道諸病

Krankheiten d. Harnröhre

I. 尿道の臨床的解剖

Klinische Anatomie d. Harnröhre

A. 男子尿道 (Männliche Harnröhre):—

尿道は陰莖龜頭尖端の外尿道口より膀胱内尿道口に至る細管狀の排尿路にして之れを次の各部に區別す。

解剖的	臨床的	運動的
1. 舟狀窩部 (Pars navicularis)	1. 前部尿道 (Pars anterior od. Urethra ant.)	1. 動搖部 (Pars pendula)
2. 海綿體部 (P. cavernosa s. spongiosa)		
3. 會陰球部 (P. pernio-bulbosa)		
4. 膜樣部 (P. membranacea)	2. 後部尿道 (P. posterior od. Urethra post.)	2. 固定部 (Pars fixa)
5. 攝護腺部 (P. prostatica)		

1. 前部尿道 (Pars anterior urethrae, vordere Harnröhre):—

尿道海綿體部(13—17cm.)は陰莖海綿體部(Corpus cavernosa penis)にて被蓋され尿道の大部分を占める部分にして, 尖端は龜頭(Glans penis)に在る外尿道口(Orificium extr. urethrae)に始り, 短距離間龜頭下面を走り稍凹陷して**舟狀窩**(Fossa navicularis)を成したる後, 陰莖下面を走りて陰莖海綿體後端にて膨隆して**會陰球部**(P. pernio-bulbosa)を成して膜樣部に移行す。

2. 後部尿道 (Pars posterior urethrae, hintere Harnröhre):—

a) **膜樣部**(P. membranacea)(1—2 cm.), 前者と攝護腺部との間にして會陰深層筋束(M. transversus perinei profunda)中に露出する尿道最

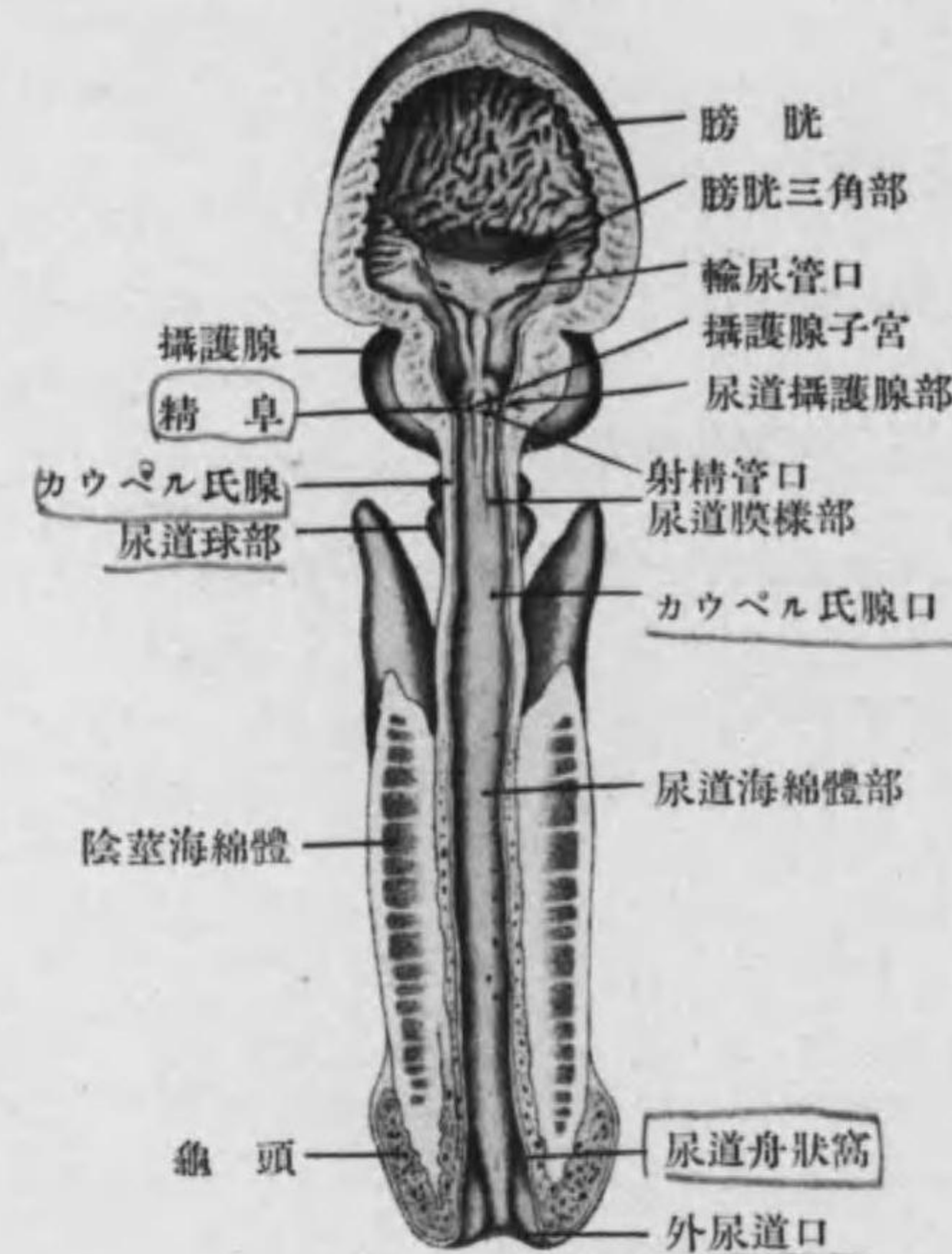


Fig. 207 男子尿道模型圖

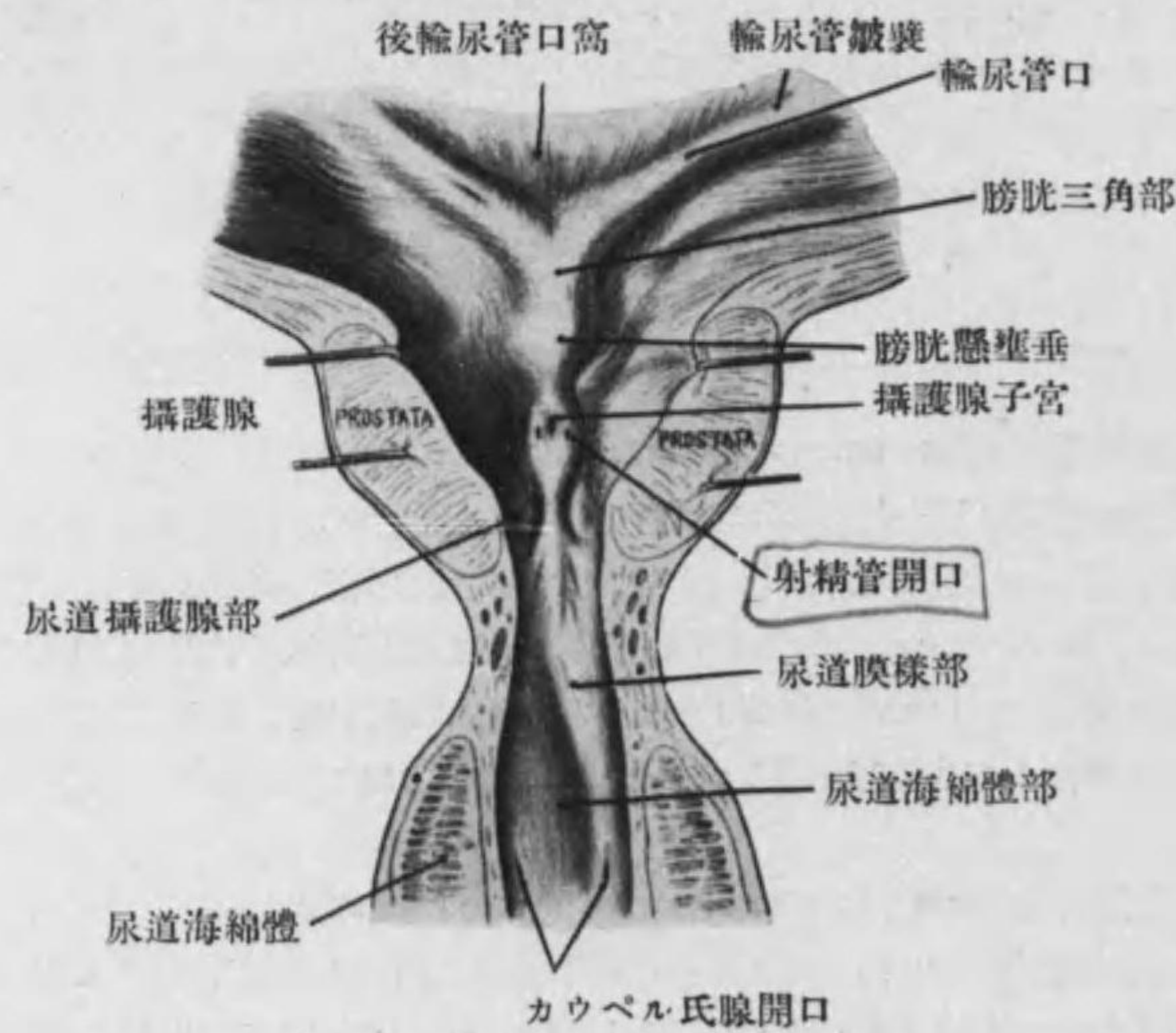


Fig. 208. 後部尿道模型圖

狭小の所にして、本筋の一部が尿道を輪状に圍繞して尿道壓縮筋(M. compressor urethrae)・尿道括約筋(M. sphincter urethrae)を成す。
 b) 攝護腺部 (P. prostatica urethrae) (2—2.5cm.), 前者と内尿道口間で攝護腺に圍繞される部分にして、中央部が特に高まつて精阜(Crista seminales)を成しその頂上にMüller氏管端の遺跡なる攝護腺子宮(Utericulus prosta-

ticus)あり、その兩側に射精管(Ductus ejaculatorius)が開口しその附近に多数の攝護腺排泄管が開口す。精阜と内尿道口の間は多少陷凹し攝護腺窩(Fossula prostatica)を作る。

精阜の後方延長は尿道櫛(Crista urethralis)を成し進んで膀胱懸壺垂(Uvula vesicae)に續き、又前端は精阜繫帶(Frenula colliculi)に移行す。

3. 尿道彎曲(Krümmung d. Harnöhre):—

陰莖は提莖韌帶(Lig. suspensorium penis)にて耻骨縫際に固定されるが

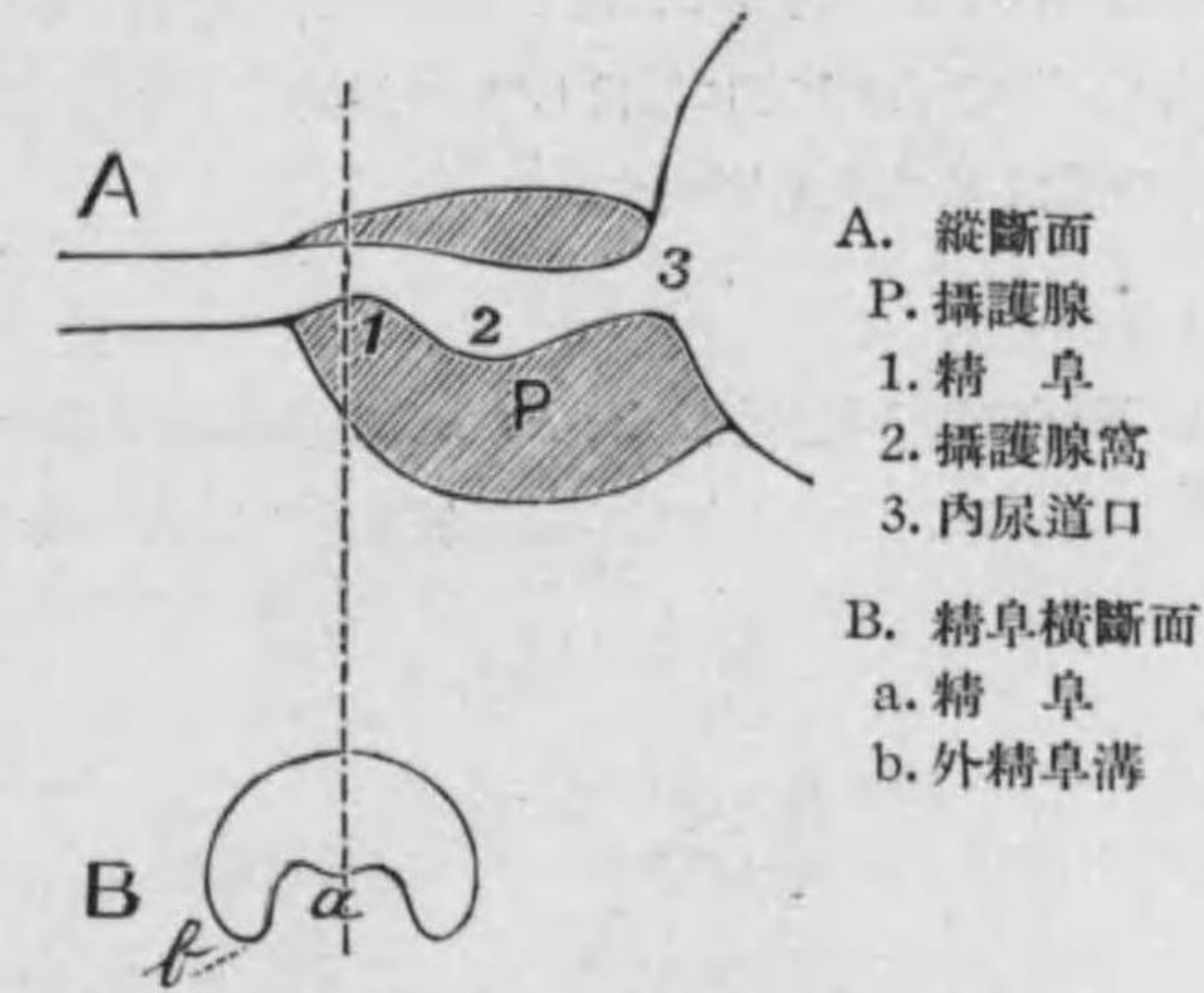


Fig. 209. 尿道攝護腺部模型圖

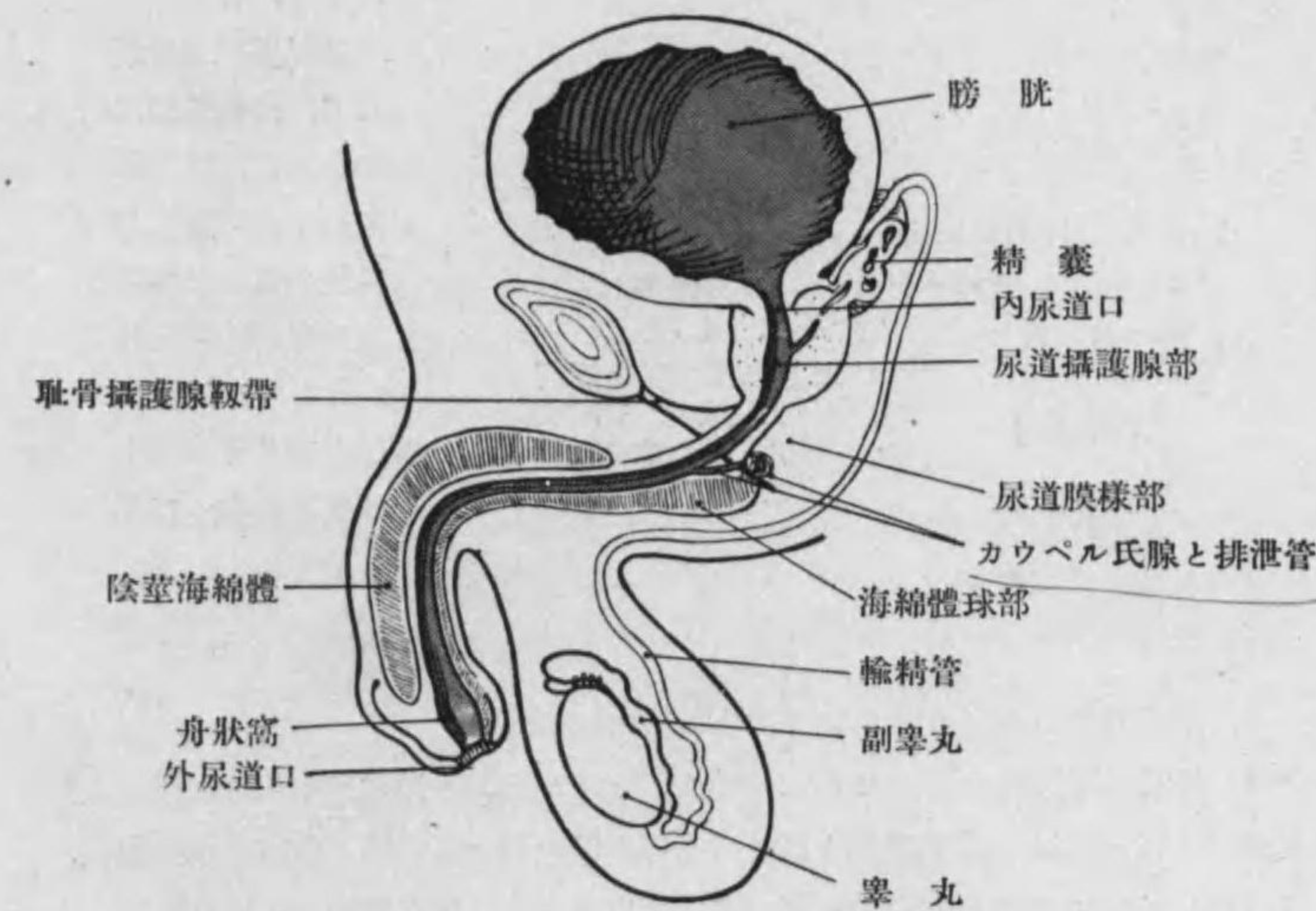


Fig. 210. 男子尿道及生殖器模型圖

故に之れより前部即ち前部尿道に相當する部分は下垂し可動性にして動搖部 (P. mobilis) の名ありて、之れより後部の固定部 (Pars fixa) と區別さる、而して動搖部は下方に向つて彎曲して耻骨縫際彎曲 (Symphysen Krümmung) を成し、固定部は上方に彎曲して會陰彎曲 (Perineale Krümmung) を成し、尿道全體は S 字狀を形成す。

4. 尿道口径と擴張性 (Kaliber u. Dehnbarkeit d. Hornröhre):—

尿道壁は平常は大小無数の縦皺襞を有し互に相接する間隙を成すものにしてその横断面は各部一様ならず、尿道内に器械を挿入するか排尿時に擴張されて始めて筒管を成すもの也。

この擴張性は尿道上壁に尠く下方に多く、各部分にては尿道球部に最大で、海綿體部に中等度に、膜様部に尠く、攝護腺部に最小也。この尿道の直径と擴張性が合して尿道の口径と成りその程度は各部に依つて異なる。



Fig. 211. 尿道鑄形模型圖 (尿道各部の内徑不同を示す)
尿道内徑の狹隘個所
1. 外尿道口
2. 膜様部
尿道内徑の廣き個所
1. 球部
2. 舟状窩部
3. 攝護腺部

5. 兩括約筋の使命 (Aufgabe d. beiden Sphinctern):—

1) 外尿道括約筋 (Sphincter urethrae externus):—尿道膜様部にて深層會陰横筋の一部が尿道收縮筋と成りて内部の稍々弱き縦走筋と外部の強き輪狀筋層を作つて外尿道括約筋を形成す。此處は平時は固く閉鎖され以つて尿道を前後部に區別する處にして、前部尿道中の病原菌・膿汁・内容物乃至は病變

が後部尿道に移行するを遮斷するに努め、此處は常に閉鎖し且つ過敏なるがために尿道内に器械を挿入すれば該部に抵抗を感じ多少の疼痛を訴ふ。

2) 内尿道括約筋 (Sphincter urethrae internus):—尿道攝護腺部が膀胱に移行する處に於ては膀胱收縮筋が尿道を圍繞して内尿道括約筋をなす、該括約筋は外尿道括約筋ほど強度に括約せず、それがために攝護腺部の病變及病變産物は容易に膀胱内に移行逆流するのみならず排尿時にも膀胱内に蓄積したる尿は該括約筋を越へて攝護腺部に到り外尿道括約筋の處迄達し此處を刺戟して強き尿意を催す也。

6. 尿道の構造 (Bau d. Harnröhre):—

尿道は内部の粘膜層と外部の筋層とより成る。

1. 粘膜層 (Mucosa Schicht):—は尿道各部にて構造を異にし a) 外尿道口より舟状窩部迄の間は重疊扁平細胞 (geschichtetes Plattenepithel) b) 海綿體部は單層又は重層の圓柱細胞 (einfaches od geschichtetes Zylinderepithel), c) 膜様部は圓柱細胞, d) 攝護腺部にては次第に膀胱に移行して重層移行細胞 (geschichtetes Übergangsepithel) となる。

2. 筋層 (Muskelschicht):—は、a) 海綿體部にては少數の斜走・縦走する筋束をなし、b) 球部にては多少の輪狀筋あり、c) 膜様部にては筋層良く發達し前記の括約筋に移行し、d) 攝護腺部にて内縦走・外輪走の平滑筋纖維より成る。

7. 尿道附屬腺 (Anhangsdrüsen d. Harnröhre):—

1. モルガン氏囊 (Morgangische Lacune):—尿道海綿體部上壁の粘膜層中を前後に斜走する約 1.0cm. の竇にして約 20 個あり、帽針頭大の開口を示し各開口部には小遊離瓣あり。この竇の最大なるものをゲラン氏竇 (Guérinsche Sinus) と云ひ此處の遊離瓣をゲラン氏瓣 (Guérinsche Klappen) と云ふ。

2. リットル氏腺 (Littrésche Drüse):—粟粒大單純性の房狀腺にして全尿道壁に散在し殊に舟状窩部に多く、尿道壁面に小點狀の開口を成す。

3. カウパー氏腺 (Glandula Cowperi, Gl. bulbourethralis):—尿道球部の後上方に兩側に位し泌尿生殖器隔膜中に存する約豌豆大 (直径約 6—8mm.) の腺體にしてその排泄管 (長さ約 3—6mm.) は球部の前方の海綿體部に開口す。女子にて該腺に相當する腺はバルトリン氏腺 (Gl. vestibularis maj. Bartolini.) にして前底球の後端大陰唇基底の中部に位す。

B. 女子尿道 (Urethra mulieris, weibliche Harnröhre):—

男子尿道に比して頗る簡単にして長さは平均 2.6—4.0cm. にして擴張性に富み内径平均 7—8mm. あり。男子に於けるが如き強力なる括約筋を缺き外尿道口は陰核下約 2—3cm. の處に在り、腔壁とは尿道腔中隔 (Septum urethro-vaginale) の強き結締織にて固着されるがため腔形に従つて尿道形状に影響あれども、尿道前壁は耻骨縫隙とは弛緩性に結合す、粘膜は扁平細胞にして到る處竇窩状を成せる陥没あり。

II. 尿道畸形 Missbildung d. Harnröhre

1. 先天性尿道欠損症 (angeborene Harnröhrendefekt):—

本症には先天性完全欠損症及び部分的欠損症 (ang. vollständiger u. teilweiser Mangel) とあり、完全欠損症は陰莖其の他の生殖器の欠損を合併し多くは胎兒中に死亡するものにして臨床的興味尠し、部分的欠損症は尿道龜頭部に多く寧ろ尿道閉鎖症中に數ふ可きもの也。

2. 先天性尿道閉鎖症 (angeborene Verschluss d. Harnröhre):—

a) 先天性全部尿道閉鎖症 (angeb. totale Obliteration d. Harnröhre):—尿道の代りに充實性結締織性の索状が證明されるものにして稀有のものなり
b) 先天性部分的閉鎖症 (angeb. partielle Obliteration):—龜頭部尿道に最も多く發見されるもの也、或は外尿道口が菲薄の膜様物にて閉鎖される事あり (尿道口癒着 Conglutinatio meatus), 又は此處が硬き結締織性に閉鎖する事あり (尿道口閉鎖 Atresia meatus), 又全龜頭部尿道が閉鎖する事あり (全龜頭不通症 Imperforatio glandis totalis), 後者は尿道下裂症を伴ふ事多し、この外の尿道内部にも部分的閉鎖を發見す。

【症候】 上述の諸種尿道畸形あるものは排尿不能なるために多くは胎兒中に死するか分娩後間もなく死亡す、初生兒は頗る不安を呈し何等か異状あるを示し糞線が汚濁せぬために排尿異状あるに付き、尿道口癒着の軽度のもの外尿道口の薄膜後方に尿が蓄積するのを望見し得可く、後方閉鎖症ならば Sonde 等を挿入して診斷さる。

【療法】 外尿道口癒着のものはその尿膜を切開す、龜頭部閉鎖症ならばその後方にて尿道盲端部を切開排尿したる後に適當の整形手術を行ひ、尙深部に欠損又は閉鎖のあるものは輕症なれば此部分を切除して貫通せる尿道端を接合するか、強度のものにては靜脈等を移植し假尿道を作る、然し一般に手

術的效果は思はしからず。

3. 先天性尿道狭窄症 (angeborene Verengung d. Harnröhre):—

主として男子に來り、a) 外尿道口の狭窄最も多く、b) 舟状窩部の狭窄これに次ぐ、之れ等は屢々先天性包莖を伴ひその程度も種々にして中には僅に糸状 Bougie を挿入し得る位の高度のものあり、舟状窩部には又辨膜形成にて狭窄を起すものあり、c) 深部に於ける狭窄、は尿道海綿體部・球部・攝護腺部等何れの部分にも起り輪状・圓筒状狭窄又は皺襞・辨膜形成等あり殊に精阜部狭窄は多くは先天性のものなり。



Fig. 212. 先天性尿道狭窄

k. 辨 状
s. 狭 窄
S. 消 息 子



Fig. 213. 先天性尿道辨形成

p. 攝 護 腺
C.S. 精 阜
kl. 尿 道 辨

【症候】 先天性尿道狭窄は後天性のものと同様に排尿障害と上方尿路の尿蓄積・擴張を現はす、殊に小兒期に於ては膀胱利尿筋の排尿力薄弱なるために早期より腎臓水腫を起し腎臓機能を障害す。

尿路の障害は病歴丈にても先天性なる事が分る事多けれども、又幼兒より全く無症状に経過する事もあるが故に診斷に注意す可し、尿道鏡検査にて狭窄の部位と様式 (例ば辨形成等) にて之れを定むる事を得。

【療法】 後天性狭窄の療法と同じ。

4. 先天性尿道擴張症 (angeb. Erweiterung d. Harnröhre):—

胎生時に何等かの原因に依つて生じたる小憩室が反復する尿流壓のために次第に擴張され遂に先天性尿道憩室 (angeborene Harnröhrendivertikel) を作りたるもの多し、後天性尿道憩室とて尿道の限局性外傷性又は炎症性狭窄

個處の後方尿道部が次第に囊狀に擴張し憩室を作りたるものは之れと異り、前者は憩室壁は正常尿道粘膜層なれども後者は表皮様多層重疊細胞より成るものなり。

【症候】尿道正中線下面に半球狀の軟性囊狀の隆起を生じ排尿時に腫大し排尿後に縮少し、此處を指壓すると尿道口より排尿ありて隆起は縮少す、憩室の大きさに依つて患者の不便に強弱あり、各排尿後に憩室内の蓄積尿が後漏するが頻なり、又蓄積尿の細菌傳染や結石形成を見る事あり。

【療法】尿鬱滯及細菌傳染のために生命を脅かす事あるが故に早期に簡単に切除す可し、この時創口の治癒を速進させるために膀胱高位切開又は會陰尿道切開にて尿瘻を作り置く可し。

5. 重複尿道 (Doppelbildung d. Harnröhre):—

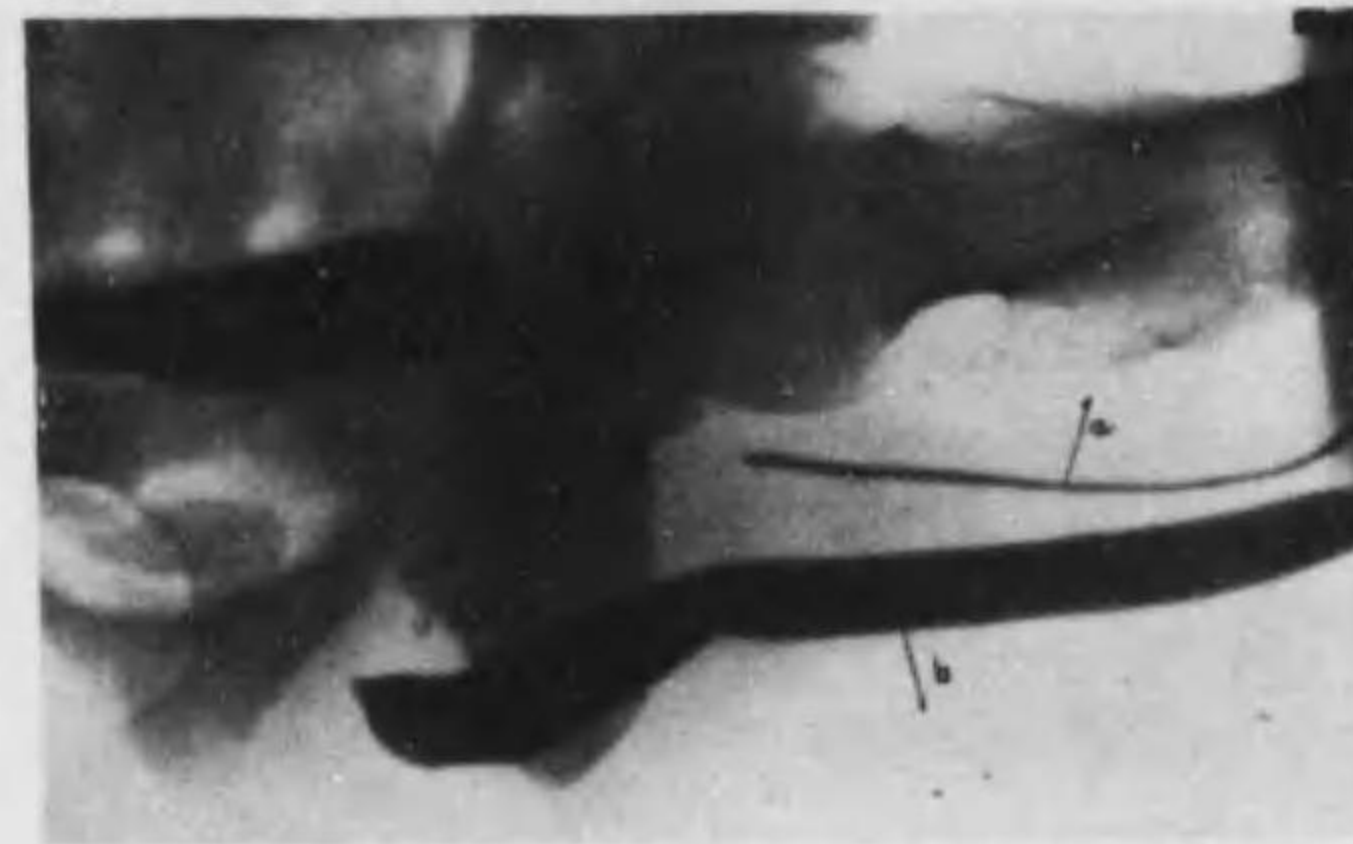


Fig. 214. 重複尿道の「レントゲン」像
a. 畸形尿道像 b. 正常尿道像

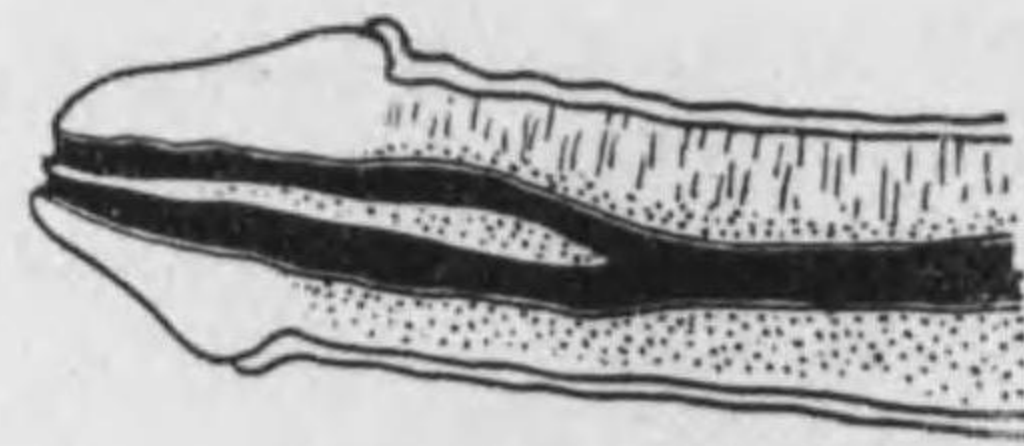


Fig. 215. 叉状尿道

a) 龜頭部上裂 (Epispadia glandis):—上裂症の最も輕症のものなれども下裂症の場合と反對に寧ろ稀なり、陰莖・包皮等に著變なく龜頭又は冠狀溝の脊面に外尿道口が開口して淺き粘膜溝を作るものなり。

d) 陰莖上裂 (Ep. penis):—外尿道口は陰莖脊面にて耻骨縫合附近に露

男子尿道に來り稀有のものなり、多くは副尿道にして龜頭に初まり尿道脊面を一定距離間走りて尿道と連絡し叉狀をなすか又は盲端に終り、時に耻骨縫合迄も及ぶ事あり。

6. 尿道上裂症 (Epispadie):—

本症は外尿道口が陰莖・龜頭の脊側に開口せるものを云ふ。

A. 男子に於ては:—

斗狀に開口し、腹壁の皺襞にて蓋はれ、それより先端は陰莖脊面に添ふて淺溝を作つて龜頭に達す、陰莖は少さく變形する事多く、包皮は裂狀をなし陰囊の方に下垂す。

c) 全尿道上裂 (Ep. totalis, od. Ep. peno-pubica):—は尿道全長に涉りて破裂し多くは耻骨縫合破裂・膀胱破裂症を合併す。

B. 女子に於ては:—男子よりも一層稀有にして

a) 陰核性上裂 (Klitorische Ep):—陰核上部に於て尿道前方上壁のみ破裂するもの。

d) 耻骨縫合上裂 (subsymphysäre Ep):—耻骨縫合下に露斗狀に上裂開口するもの。

c) 全上裂 (totale Ep)

又は耻骨縫合後上裂 (retrosymphysäre Ep):—尿道上壁が全部缺損して耻骨縫合部にて膀胱が直接に露斗狀をなして開口するものを云ふ。

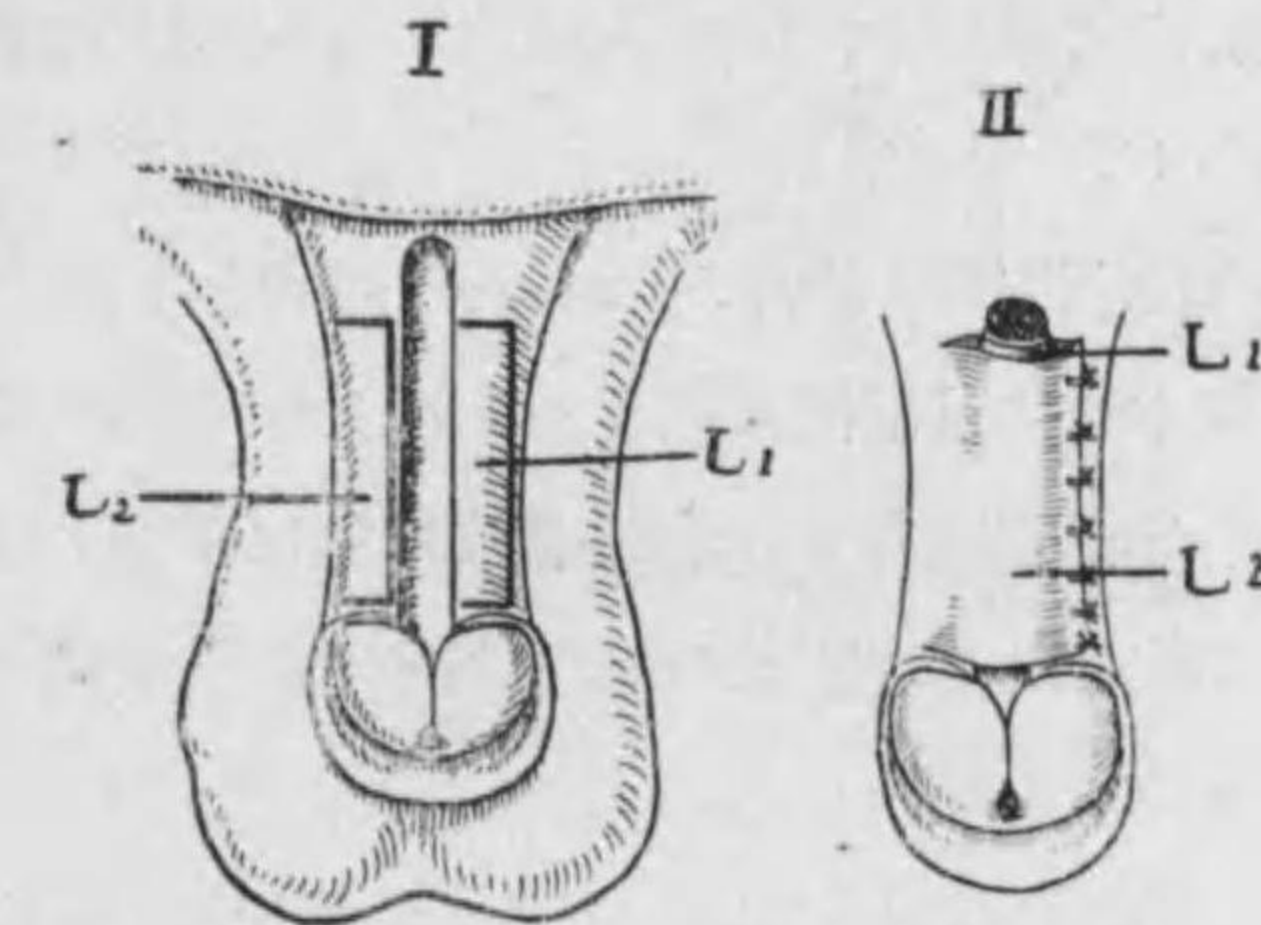


Fig. 216. 尿道上裂の手術
Duplay u. Thiersch 氏法

【症候】輕度のものは排尿時に尿線が上方に向ひ衣服・陰部等を汚濡し

て不便を感じる位のものなれども、高度のものにては外尿道括約筋も分裂して尿失禁を起し、陰莖變形して交接不能となる、又陰部の變形のために男女性の區別が不明瞭なる事あり (半陰陽性 Pseudohermaphroditismus)。

【療法】男子にては先づ倭小屈曲せる陰莖に横斷を加へ之れを直縫して形態を修整した後尿道整形手術を行ふ可し、多くは Duplay u. Thiersch 氏の辨狀成形術 (Lappenplastik) にして陰莖脊面に皮膚瓣 (L₁, L₂) を作りて尿道を形成す、又は皮膚移植術を行ふ (Fig. 216) (略)。

7. 尿道下裂 (Hypospadiе):—

外尿道口が龜頭・陰莖の下面に開口するものを云ふ、屢々男子に起り女子には稀なり。

【解剖】 外尿道口的位置に依つて4種に區別す。

1) 龜頭下裂 (Hy. glandis s. glandularis):—最も輕症のものにして外尿道口は龜頭下面・冠狀溝・その後方等に位置し、繫帶は全然缺如するか又は小片として残存す、龜頭乃至陰莖先端は少々下曲し龜頭先端の普通尿道口は點狀凹陷として又は盲狀短管として残存す、下裂尿道口は間隙狀・露斗狀を成す事あれども多くは癍痕性の小穴にて周圍に陰莖皮膚が皺襞狀をなす事多し、包皮は龜頭脊面にて多少腫脹し側面より下面にかけて分裂して陰莖皮膚に移行す、龜頭と陰莖下面との皮膚皺襞のために勃起が不充分なる事あり。

2) 陰莖下裂 (Hyp. penis):—前者より高度のものにて尿道口は冠狀溝より後方の陰莖下面に開き、それより頭龜の方には龜頭尖端迄淺溝又は盲端に終る細管腔あり、龜頭・包皮は共に下裂し脊面にて腫大し、外尿道口は極めて狹小なり、陰莖の變形は前者よりも甚しく萎縮・屈曲・捻轉又は陰囊皮膚との癒着等あり。

3) 陰囊及び會陰下裂 (Hy. scrotalis s. perinealis):—最高度のものにして之れを畸形より區別する人あり、外尿道口が陰囊又は會陰部に開口するため陰囊は深溝にて左右に分れ肛門と外尿道口とは接近し、陰莖は非常に萎縮して下方に屈曲し龜頭丈け僅に残存して恰も陰核の狀をなす、若し辜丸の下行不全も合併して兩側陰囊中に之れを觸知し得ぬ時は恰も女子外陰部の狀を呈し女性と間違ふ事多し、即ち Pseudohermaphroditismus の狀を呈し大抵の患者は幼時女子として養育されるもの多し。

女子に於ては、男子よりも尙更ら稀有にして高度のものは全尿道が下裂して膀胱が裂創狀をなし又は極めて短き尿道を成して腔内に開口す、多くは陰核増大し腔口は偏位す。

【症候】 1) 排尿障碍、輕症のものは著しからず患者が之れを氣付かさ

る位なり、高度となれば外尿道口狹小のために排尿時に努責を要し尿線細小となり多少の尿意頻數を起す、殊に屢々尿道刺戟のために尿道炎・膀胱炎等を起してその症狀が現はれる、尿線方向が變じ螺旋狀・分裂狀の尿線が下方又は側方に放射され陰囊・衣服等を汚穢す、患者は排尿時に陰莖・陰囊等を舉上したり捻轉して之を緩和し高度のものにては蹲踞してて排尿す、尿汚穢のために陰莖・陰囊・大腿内面等に濕疹を發生し易し。

2) 性的機能障碍、陰莖の萎縮・灣屈のために勃起不充分にて性交不能となる、殊に會陰下裂に於て甚だし、又外尿道口位の異常のために生殖不能を來す事多し。

女子にては排尿・性交障碍等を訴へる事寡く只尿失禁が最大苦痛となる。

患者は性的生活の不全・排尿障碍等のために陰鬱となるもの多し。

【診斷】 容易なり、高度のものは Pseudohermaphroditismus と Hermaphroditismus とを混同せざる様に注意す可し。

【療法】 手術的療法に俟つ外なし。

1) 陰莖整形術、本症患者は陰莖の發育悪く萎縮屈曲する恐れあるが故に幼時に陰莖の整形手術を行ひて根本手術の準備となす、即ち陰莖下面に横切開を施して癒着や癍痕性索狀物を切斷し之れを縦に縫合す。

2) 下裂の根本的手術 (Hypospadiе Operation):—本手術を施行する時期に就て多少の議論あり、然し成る可く幼時 (6—9 歳迄) に行ふを原則とす、又術前に膀胱高位切開・會陰尿道切開等にて排尿路を作つた後に下裂手術を行ふ事もあり。

a) 龜頭下裂の手術的療法:—輕度のものは手術の要なし、



Fig. 217. 陰囊會陰下裂症

1. Hacker 氏法, は尿道端を遊離さして之を龜頭を尖刀にて穿孔した孔

道内に牽引して縫合す (Fig. 218)

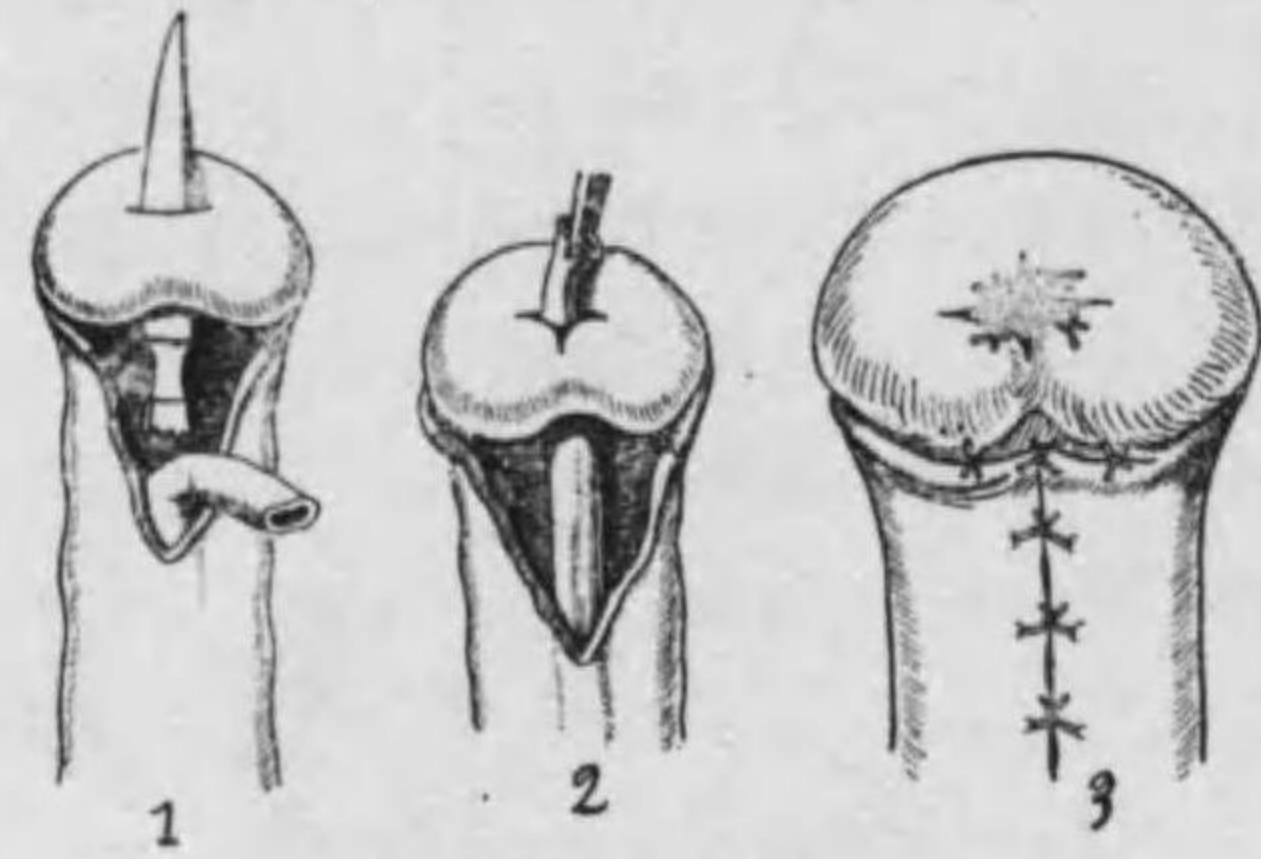


Fig. 218.

尿道龜頭下裂手術 (Hacker 氏法)

2. Beck 氏法, 龜頭に凹溝ある際に應用す即ち前同様に尿道端を遊離し龜頭凹溝部に扉狀瓣を切開しその内に尿道を牽引縫合す (Fig. 216)



Fig. 219.

尿道龜頭下裂手術 (Beck 氏)

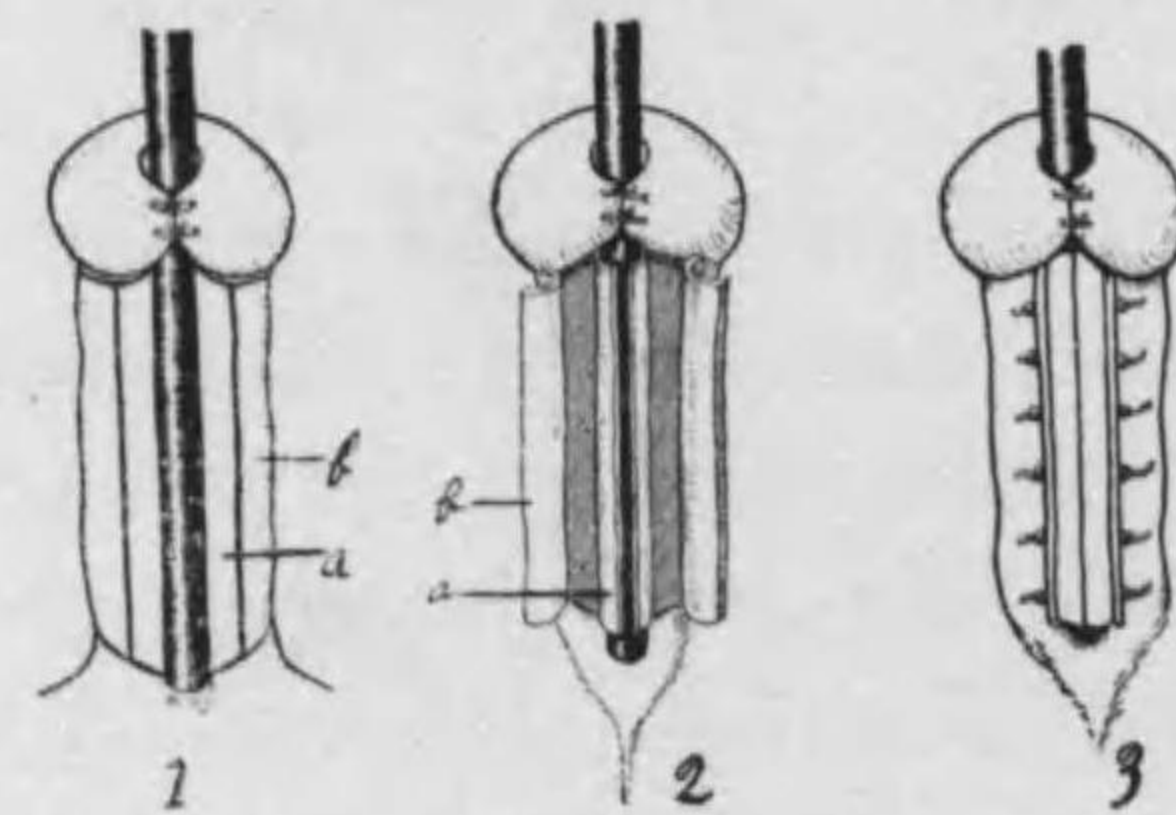


Fig. 220.

尿道下裂手術法 (Duplay 氏)

し之れを内翻さし縫合して假尿道 (f. u) を作りてその尖端を龜頭尖端に縫

b) 陰莖下裂の手術的療法: 一前述の如く準備的に陰莖を整形したる後

1. Duplay 氏法, は龜頭溝に前述方法にて管腔を作り之れより Nélaton 氏 Katheter を挿入し外尿道口より膀胱迄達せしめた後この Katheter の兩側 5 mm. の處に平行の皮膚切開を行ひて扉狀皮片を作り内片 (a) を Katheter 上に外片 (b) を又その上に縫合す (Fig. 220)。

2. Beck 氏法, 陰莖下面の淺溝の兩側に之れに平行に皮膚切開 (S) を施

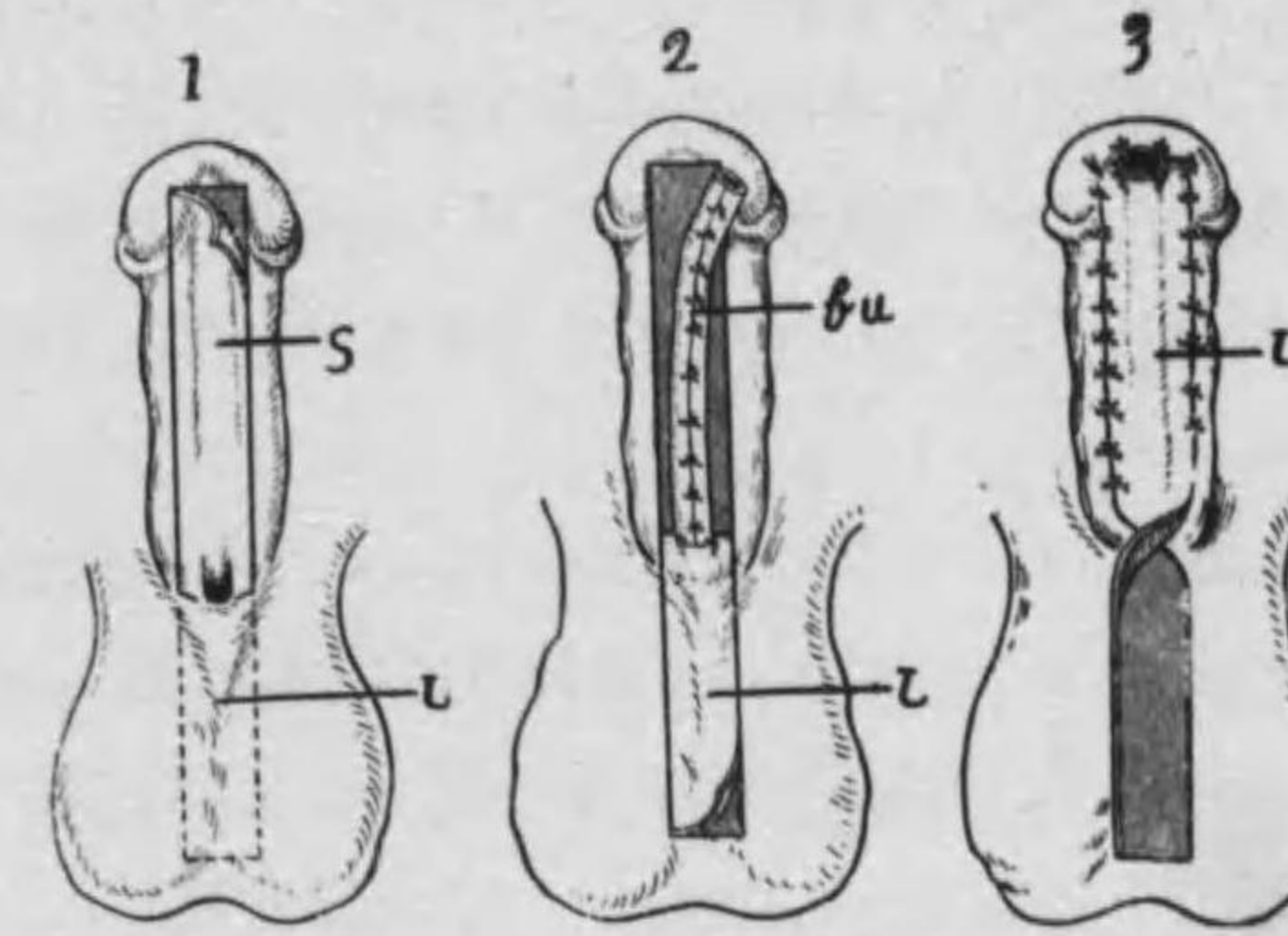


Fig. 221. 尿道下裂手術法 (Beck 氏皮膚瓣整形術)

着さし, 陰莖の皮膚缺損部は陰囊に之に相當した大さの皮膚片 (L) を作りたるものを翻轉して被蓋す (Fig. 221)。

c) 移植手術法, 1. Nové-Josserand 氏法は大腿内面皮膚を切除して Katheter に巻きて假尿道を作り之れを陰莖に作つたる穿孔中に挿入す, 2. Tauton 氏法は Vena saphena を切除して假尿道となして陰莖切開創中に縫入す (Fig. 222)。

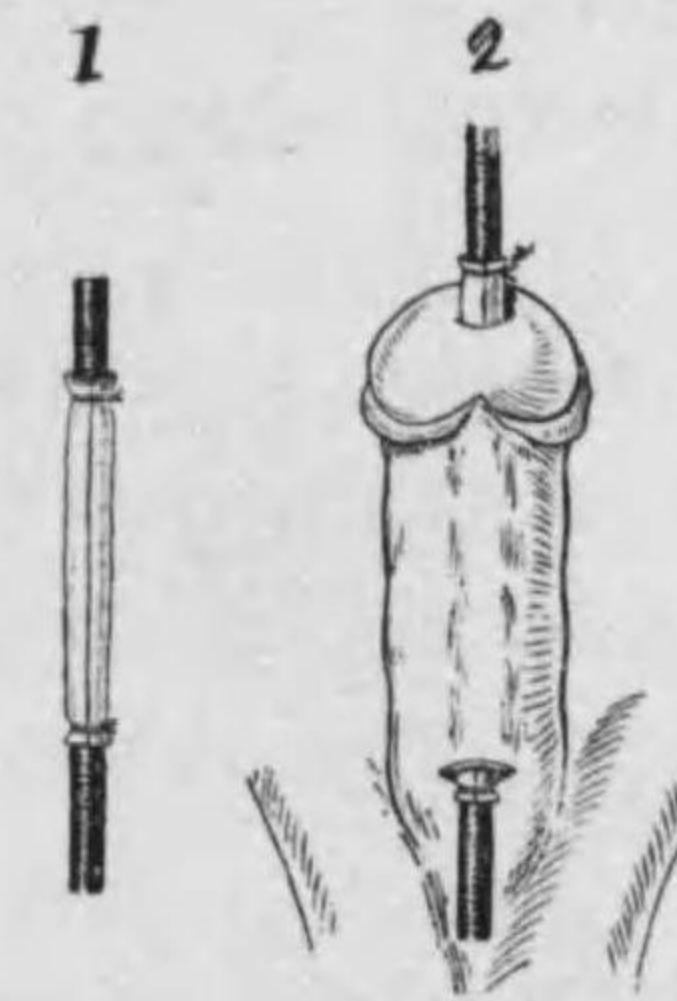


Fig. 222. 尿道下裂手術 (Nové-Josserand 氏法)

III. 尿道損傷 Verletzung d. Urethra

女子尿道: 一は短かく軟柔で且つ被護位にあるために損傷少く僅に分娩・手術等にて損傷する位なれども

男子尿道: 一にては解剖的關係上損傷を受くる事遙かに多し。

I. 外性損傷 (Verletzung von Aussen.):—

Casper は之れを裂傷 (Zerreissung) として區別す。

【原因】 a) 切創・咬創・刺創・銃創等あり、前2者は尿道動搖部に多く、刺創は多くは尖形物上に落體するために起るものなるが故に尿道固定部に多く、銃創は各部に来る。

b) 鈍性外力に依るもの、之れは尿道動搖部にては陰莖勃起時に起る位にて比較的稀なれども、固定部にては屢々起る、會陰部の直接的打撲又は巾狭き硬き物の上に跨りて打撲を受けたる時(樹枝・船板・梯・階段等)に尿道球部又は膜様部が耻骨弓に激突して損傷し、又は骨盤骨折片にても損傷す。

【解剖】 I度の損傷 尿道海綿體に最も多し、尿道粘膜・海綿體白膜等には異變なくて海綿體丈が損傷して其處に血腫を作るものにて間質性破裂 (interstitielle Ruptur) と云ひ。

II度の損傷 海綿體と共に菲弱な尿道粘膜も損傷し創面に尿液が浸潤す。

III度の損傷 前者の他に陰莖白膜も損傷するもの、とに區別す。

銃創・刺創等ならば外皮も共に損傷し尿は創口外に漏出すれども、鈍性外力の場合には多くは陰莖皮膚は被害なく尿は海綿體・皮下組織等に浸潤す。

多くは尿道下壁丈が損傷するものなれども時に輪狀に全尿道壁に及ぶ事あり。

【症候】 外力と損傷被害の程度に依つて症候に強弱あり。

- 1) 疼痛、被害時とその後の組織損傷のために各程度の疼痛あり。
- 2) 出血、一般に皮膚損傷を伴ふ外傷なれば出血は創口より皮外に又その一部は外尿道口より流出して假令出血高度なりとも差したる悪影響なれども、鈍性外傷時には出血の流出悪く局所に血腫を生ず、此の時損傷軽度なれば局所に軽度の腫隆を生じ外尿道口より多少の出血ある位にて血腫は自然的に吸収されるが、高度の損傷時には出血は外尿道口・膀胱方面に流れると同時に損傷個處に尿道周圍血腫 (periurethrale Hämatom) を生じて膨隆し陰莖下面・根部より陰囊迄も及ぶ事あり、尙暫時の後に尿道の損傷

個處より尿浸潤を起す(外傷性尿浸潤 traumatiche Harninfiltration)。

3) 排尿障害 a. 尿道粘膜の損傷が尠なければ:—軽度の排尿障害が少時持續する位なれども、b. その損傷が廣汎なるか輪狀なるか又は尿道周圍血腫等ありて尿道壓迫が強き時は:—排尿は殆んど停止されて完全尿閉を起し、患者は怨責しても一點の排尿もなく排尿壓のために益々尿浸潤を助長するに至る。

【経過及豫後】 尿道壁の損傷は屢々急性の尿浸潤より蜂窠織炎・壞疽等を起し、惹いては敗血症を併發する危険あるが故に豫後は慎重に考ふ可し。

【診断】 既往症に依つて容易なり、只損傷程度を熟知するが必要なり。

- 1) 受傷後局部に腫脹を起し而かも尿道出血なき時は間質性破裂
- 2) 排尿障害と共に尿道出血ある時は尿道粘膜の損傷
- 3) 尿道出血と共に高度の排尿障害乃至は尿閉あり大なる腫隆を起す時には、尿道の完全断裂か又は高度の血腫のためなり。

【療法】 排尿を充分にし尿浸潤を防止する事が最要事項なり。

1) 導尿に依つて排尿を充分にする事を努む可し、軟性又は半軟性 Katheter を挿入して膀胱尿を排尿す、此の際導尿は受傷局所を器械的に損傷せざる様に細心の注意を拂ひ(金屬 Katheter は損傷局所を増悪する危険あるが故に使用す可からず) 然も細菌傳染を起し易きが故に嚴重なる消毒操作の下に施行す可し、Katheter の挿入が成功すれば數日間留置してその間に陰莖・會陰等に冷濕布を施して局所の輕快を待つ。

2) 手術的療法、前述の導尿不能なる時、殊に尿意逼迫盛んなるも尿閉のために排尿なく尿道断裂なりと診斷された場合には導尿を行はずに速かに手術的に排尿す可し、急救の場合には膀胱穿刺にて膀胱尿を排出する事あるも出來得可くれば尿道より手術的に排尿す。

即ち陰莖下面又は會陰部切開にて損傷個處の尿道を露出し創外に排尿す、又既に尿浸潤・蜂窠織炎等を起したる場合には創口を廣くし充分に排膿し局所を清潔にす可し、尿道断裂時には尿道斷端を發見して之れより膀胱へ Nélaton 氏 Katheter を挿入す可く、若し又斷端を發見し得ざる時は

高位切開にて膀胱を開き膀胱より逆にKatheterを挿入して(逆行的カテテル挿入法 retrograde Katheterismus)之れを創口に出す事あり、又細菌傳染等なき時には尿道裂創を縫合する事もあり。

斯くして排尿充分なれば創口は暫時にして快癒しその儘閉鎖するか又は尿瘻を残し外尿道口より排尿し得るに至る、只創竈治癒後に尿道壁及び尿道周囲の瘢痕性収縮のために外傷性尿道狭窄(traumatische Harnröhrenstrictur)を惹起し易きが故に可及的早期にBougie挿入に依る尿道擴張法を連続施行して之れを豫防す可し。

2. 内性損傷 (Verletzung von Innen):—

【原因】尿道内結石又は異物等のために粘膜に小損傷を起す事あれども大した事なし、それよりも攝護腺肥大症・尿道狭窄・辨膜形成等の時に尿道内器械挿入(Bougie 又は Katheter)に依つて強度の損傷を起す事多し。

【解剖】器械挿入に依る尿道壁の損傷は單に擦過傷位の事もあれども、多くは尿道壁を突き破つて假尿道(falsche Wege, fausses routes)を作るものなり、之れは尿道壁を衝き破つて盲端管に終る事あり(不完全假尿道 unvollständige falsche Wege)、又隣接臓器(直腸・膀胱)内に突入する事あり、又は尿道壁・肥大攝護腺等を貫通して再び尿道に入りて完全假尿道(vollständige falsche Wege)を作る事あり。

【症候】1) 疼痛、受傷時に疼痛あれども左して強度のものでなく、ために器械挿入困難時の疼痛と區別し難き位のものなり。

2) 出血、も軽く挿入器械を取出したる直後に損傷程度に応じて出血す、尿道周囲血腫等を作る事あれどそれは軽度なり。

3) 排尿障碍、は原症たる攝護腺・尿道狭窄等に歸因するものあれども、又損傷のためにも(血塊・組織片)尿閉を起す事あり。

4) 尿浸潤、も外性損傷の時程高度ならず、只完全假尿道を作りたる時には尿浸潤も可なり甚だしく尿蜂窠織炎等を起す事もあり。

【療法】軽度の損傷ならば安靜・會陰部冷濕布・尿路消毒剤の投與等にて

輕快す、若し損傷後尿浸潤・尿閉等を起したる場合には留置 Katheter を施すか外性損傷時に準じて手術的に排尿治療す可し。

IV. a. 尿道結石 Harnröhrenstein

【病理】1) 發生、原發性尿道結石として尿道憩室内(憩室結石 Divertikelstein)、又は尿道狭窄後方の擴張尿道部等の尿溜溜が起りたる處に發生する事あれども稀れなり、多くは續發性結石にして上方尿路結石の一小片が下流して尿道内に繫留しその周圍に結石が沈着したるもの多し。

2) 形狀、故に最初は多少圓形・橢圓形なれども次第に細長形をなし外心性に殼層を形成す、又後部尿道に繫留せるものは攝護腺體內・膀胱内等に成長してパイプ結石(Pfeipfenstein)・砂時計結石(Sanduhrstein)等を成す、

多數の結石が發生する時は其形狀區々にして一定せず。

尿道結石の核心は尿酸・尿酸結石より成るものあれども外廓は必ず磷酸鹽類・石灰鹽類なり。

【解剖】尿道結石は長時病變を起さず存在する事あれども、多くの場合その刺戟と尿流障碍とのために尿道炎を起し、尿道腔は擴張し尿道壁は浮腫・發赤をなし小潰瘍を生じて尿道炎・尿道周圍炎・周圍浸潤等を誘發し、惹いて尿道周圍膿瘍・尿道瘻等をも起すに至る。

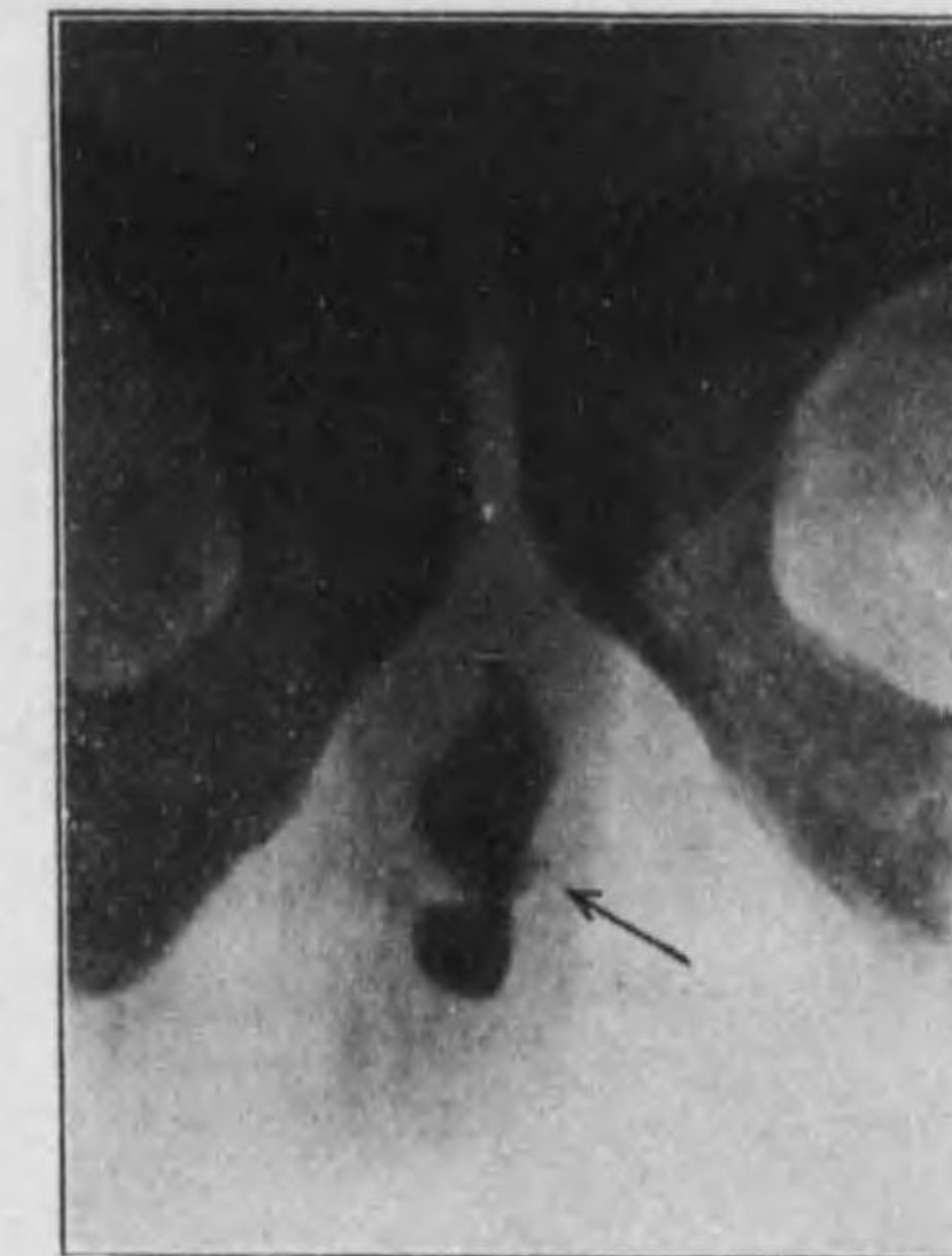


Fig. 223. 尿道結石のレントゲン像

【症候】結石のために局所に自然痛又は壓痛あり、排尿時疼痛・尿意頻數・尿後漏等の尿道炎様症狀を起す。

定型的なるは排尿障碍にして尿線細小となり屢々中絶し又急性尿閉を起し、その他慢性尿閉・奇異性尿失禁等も起す事あり。

尿は濁濁し膿尿にして外尿道口より排膿を見る事あり、又血尿を伴ふ事あり、膿球と諸種の細菌を認む。

【診断】 1) 既往に於て小結石の排出ありたる事, 2) 外尿道口より尿道結石を目撃し得らるゝ時, 3) 尿道鏡検査にて結石を發見する時, 4) レントゲン寫眞にて尿道に相當した處に結石像を證明する事等にて確定さる, 5) 尿道内に挿入したる金屬ブヂーに結石を觸感する事多けれども所謂被包性結石 (eingekapselte Stein) 又は憩室内結石等にては不明瞭の事あり, 6) 屢々外部より固き結石を觸知し得らるゝ事多く, 後部尿道内のものは

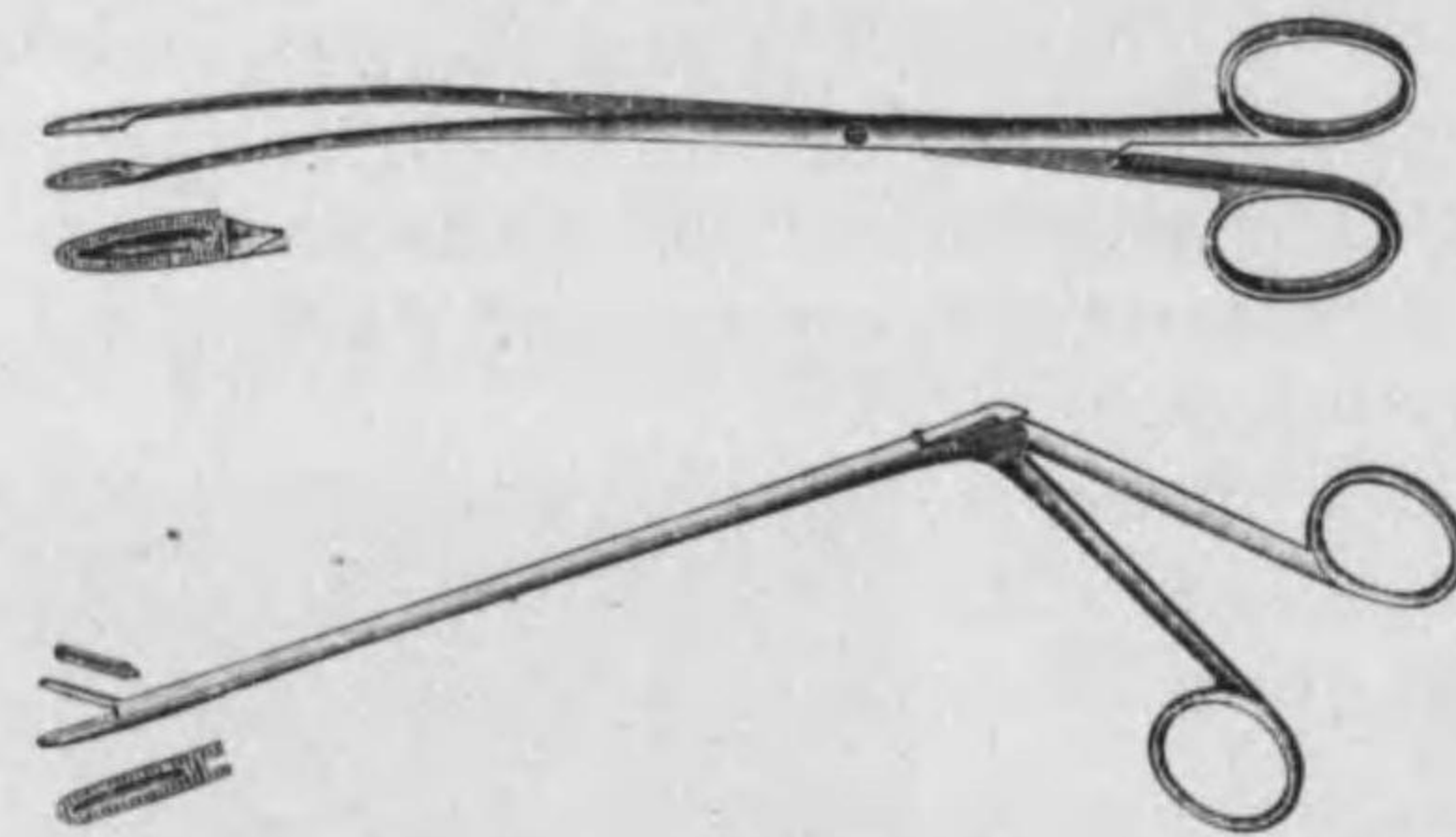


Fig. 224. 尿道結石鉗子

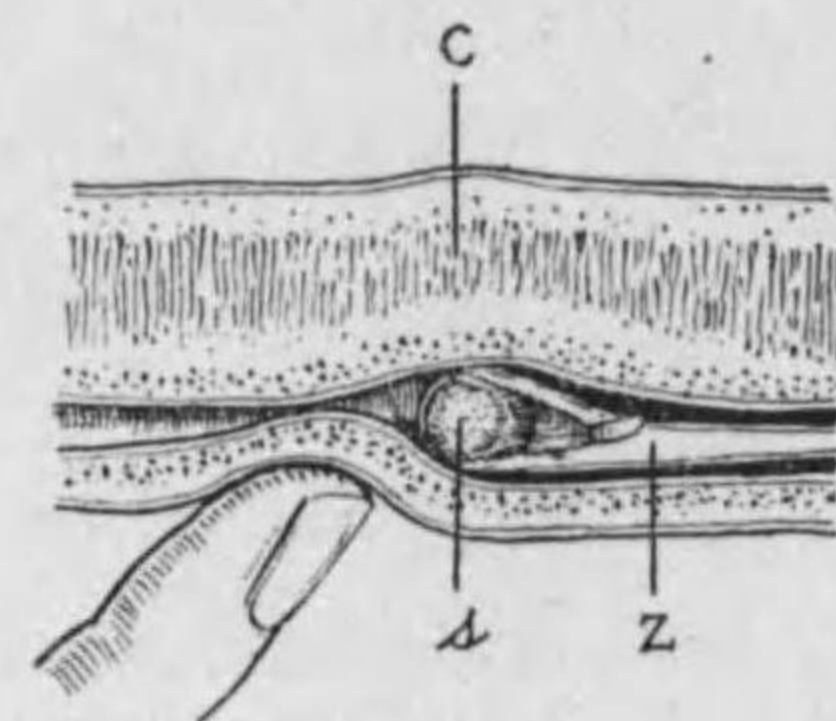


Fig. 225. 尿道結石摘出術

S. 結石
Z. 鉗子
C. 陰莖海綿體

尿道内にブヂーを挿入して直腸内診を行へば指尖とブヂー間に結石が明瞭に觸知さる。然し憩室内結石は長時無症状に経過して看過され易く, 尿道狭窄・尿道瘻等を合併する時にはその症状に被はれて不明の事あり, 殊に瘻孔中に結石が存在する場合に然りとす。

【療法】 1. 小なる結石は尿道擴張・外尿道口切開等にて排出し, 尿道結石異物鉗子にて摘出し得られ, 2. 大形にして尿道口よりの排出困難なるものは外尿道切開にて摘出し, 3. 後部尿道のものは出來得可くんば金屬ブヂー等にて結石を一旦膀胱内に復歸さして膀胱内碎石術を行ふか, 之れが不能なれば會陰切開にて摘出す。

IV. b. 尿道異物 (Fremdkörper in der Harnröhre)

(略)

V. a. 男子尿道の炎症

Entzündung d. männlichen Harnröhre

1. 男子尿道淋疾

(Harnröhrengonorrhoe des Mannes, Tripper)

【原因】 淋疾は Neisser (1897) 氏淋菌の感染に依つて起る尿道炎なり。

1) 淋菌の特性, a. 淋菌は珈琲實 (Kaffeebohnen) 又は腎臟形をなす双球菌にして長さ 1.0μ , 幅 0.8μ を有し, b. 各球菌の分裂増殖に依りて4の倍數の増殖集團を形成し, c. 好んで膿球・上皮細胞中の細胞原形質内に存在し (intracelluläre Lagerung), d. アニリン色素殊に Löffler 氏メチレンブラウにて濃染し, Gram 氏染色にて陰性なり。

2) 淋菌の鑑別, 本菌は上記の特徴に依つて爾他類似菌と比較的容易に鑑別し得れども, その集團形成や細胞内存在等の性質は淋疾の時期及経過如何に依つて多少の異變あり, 最初期又は慢性期にては本菌は屢々細胞外に散在性に存在するが故に爾他類似菌・球菌等と鑑別す可きは勿論, 殊に慢性尿道炎にては形態的に本菌と酷似せる各種の双球菌が混在するが故に必ず Gram 氏染色法を施行して鑑別す可し, 又 Gram 陰性双球菌 (Pseudogonococcus, Meningococcus intracellularis) 等との鑑別は培養法に據る他なし (27—29 頁参照)。

3) 淋菌のその他の性質, a. 淋菌は寒冷には抵抗強けれども温熱に對しては極めて弱きが故に, 着衣を汚穢したる淋菌は容易に熱氣消毒され, 又淋病患者が何等かの原因にて高熱を發したる時は死滅して排膿等が消退する事あり, 又治療上にこの性質を利用して淋疾の熱發療法を行ふ事あり, b. 濕潤あれば長時生存し, 乾燥に依つて速かに死滅す, c. 消毒薬・化學藥

等に對しては極めて抵抗弱く殊に銀製劑に對して過敏なるがために局所的治淋劑としては銀製劑が使用さる。

4) 淋疾の感染経路, a. 直接傳染(directe Infection):—大部分は性交に依つて直接的に感染す, b. 間接的傳染(indirecte Infection):—淋疾患者の膿汁にて汚穢されたる着衣・布片等より間接的に感染する事は結膜(膿漏眼)等にては可能なれども尿道淋にては寧ろ稀有なり, 小兒殊に女兒等にては淋疾患者の兩親と同衾したり又は浴場等にて感染する事あれども, 大人にては斯かる感染は殆んど皆無なり。

【病理】 淋菌は粘膜上皮の種類に依つて親和力を異にし, 最も好んで圓柱上皮細胞の個處(尿道・結膜・直腸等)を犯し, 次に單層鞭毛細胞(einschichtiges Wimperepithel)(喇叭管・輸精管・副睪丸)に感染し, 重層扁平細胞(mehrschichtiges Plattenepithel)(舟狀窩・副尿道・口腔粘膜)にては只だ上層を犯すに止まる。

尿道粘膜に感染したる淋菌は速に上皮細胞間を深層内に浸入し急性化膿性炎症を起して發赤・浮腫・腫脹をなすと共に多量の白血球が浸潤し, 上皮細胞は死滅脱落して膿汁が排泄され, 又好んで Littre 氏腺體・Morgagni 氏管内にも進入し粘膜深層に進む, 又一方平面的にも擴散し次第に尿道後部に進みて遂には尿道括扼筋を越えて後部尿道に進展し(後部尿道炎), 尙進んでは攝護腺・精囊・Cowper 氏腺等の近接臓器を犯して合併症を起す。

治癒機轉 a. 完全治癒:—淋菌の活力・菌數等も減退し炎症輕減して浸潤も吸收され上皮脱落の個處も恢復して完全治癒を行ふか,

b. 不完全治癒:—慢性と成りて炎症は消退し脱落圓柱細胞は扁平細胞にて置換され, 病竈殊に附屬腺體周圍に圓形細胞浸潤を殘存し, 又これが長時日の後に吸收されて萎縮性纖維組織が増殖する結果尿道狹窄を起す。

解剖的類別に依つて前部尿道が犯される前部尿道炎と, 後部尿道の疾患なる後部尿道炎とに區別し, 又経過状態に依つて急性及び慢性に分つ。

A. 急性前部尿道炎 (Urethritis gonorrhoeica ant. acuta)

【症候】 一般に症状の強弱程度は感染時の事情・淋菌の活力及び感染後の攝生状態に依りて相異す。

1) 潜伏期 既に感染直後に炎症が始まるものなれども自覺症状を起す迄には2—3日の潜伏期あり。

2) 前驅期 2—3 日間尿道内に癢痒・灼熱・濕潤感あり, 外尿道口に微量の漿液排出されて此處に粘着す, 此の時既に尿道口は輕度に發赤し, 排出漿液中には多數の淋菌を證明す。

3) 旺盛期 感染後1週間以内に起る。

a. 排膿 初めの漿液性膿汁は漸次に黄色・帶綠黄色に濃くなり外尿道口より湧出し甚だしきは出血を交ゆるに至り, 鏡檢するに多量の細胞内淋菌・膿球と上皮細胞を認む。

b. 排尿痛 次第に増強し灼熱性・切裂性劇痛となりために患者は排尿を抑壓し尿滴淋瀝するに至る, 又可なり強度の自然痛ありて鼠蹊部より會陰・陰囊部に放散す, 殊に炎症刺戟のために睡眠時に勃起を起して甚だしき疼痛を感じ又そのために出血して患者は非常に苦しむ, 又勃起に際し炎症粘膜は海綿體膨隆に隨伴し得ずために陰莖は尿道側に向つて彎曲する事あり, 之れを性索(Chorda venerea, chaude pisse cordie)と云ふ。

c. 外觀的 には尿道粘膜は發赤・腫脹外翻し, 外尿道口周圍も炎症性に腫脹し, 甚だしきは龜頭包皮等も浮腫狀をなして炎症性包莖を起し多量の排膿が包莖内に蓄積して龜頭淋(Eicheltripper)の狀を呈す, 炎症烈しき時は陰莖背面の淋巴管炎を起して疼痛性の索狀を現はし又は小化膿竈を成して小横痃(Bubonli)を作り, 鼠蹊淋巴腺も輕度に腫脹す(Tripperbubo)。

d. 一般症状 は輕熱を發し, 神經過敏となり, 睡眠障害され, 人に依つては憂鬱に陥る事あり。

4) 下降期 2—3 週間の後には症状次第に輕快し排尿痛・疼痛等輕減じて排膿減少し漿液性となり, 鏡檢上にも細胞内の淋菌及び膿球減少して自然的に治癒状態に移行す。

B. 急性後部尿道炎 (Urethritis gonorrhoeica post. acuta)

急性前部尿道炎の経過中殊にその 3—4 週目に後部尿道炎を起するものにして(80—90%), これは前部尿道炎の症程度の強弱に依れども, 又前部尿道炎の時の患者の不攝生及び不熟練なる尿道注入等に因る。

【症状】 1) 尿意頻数と排尿痛 後部尿道の炎症性刺激のために頑固なる尿意を催し肛門内に不快感あり、これは排尿しても軽減されず、且つ排尿終末時に炎症性尿道粘膜が収縮するために肛門部に放散する劇しき終末疼痛(terminale Schmerzen)あり、又終末血尿(terminale Hämaturie)を現はすを特徴とす。

2) 排膿 前部も共に犯される時は外尿道口より排膿あれども然らざれば排膿は後部の尿道に溜つて外尿道口よりは出でず。

3) 全身症状 前部尿道炎よりも苦惱増し、神経興奮し睡眠障害され、疼痛性勃起も増し、發熱する事あり。

【診断】 1) 既往症にて感染動機又は既存の慢性淋疾等の證明、2) 採尿沈渣・外尿道口分泌物等に淋菌・膿球の證明 3) 前後の尿道炎を區別するには、排尿痛の様態・終末血尿の有無等の外 Tompsen 氏 2 杯分尿試験法・3 杯分尿試験・Jadassohn 氏灌注試験法(63—64 頁参照)等に依る。

【鑑別】 1) 尿道内軟性又は硬性下疳、の時に多量の排膿・尿道痛あり只尿道内に炎症性硬結を觸知して鑑別さる、2) 殊に炎症性包莖を合併せる場合には急性尿道淋なるか包皮・龜頭の下疳に依るかを區別する事困難なる場合もあり、3) 非淋菌性尿道炎(大腸菌・其他の球菌に依るもの)及び 4) 器械的・化學的刺戟による急性尿道炎等を嚴重に區別す可し。

【豫後】 淋疾は急性なるものに於てのみ適當なる治療法に依りて全治を期し得るもの也。

【豫防法】 a. 社會的豫防法:一の事は略す。

b. 個人的豫防法 (Persönliche Prophylaxie) としては:一

- 1) コンドーム (Kondom) の使用、
- 2) 交接直後に排尿し龜頭・外尿道口・包皮等を昇汞水 (1000 倍)、過マンガン酸加里 (5000 倍) 液等にて洗拭し、
- 3) 交接後 2—3 時間以内に尿道口内に 5—10% プロタルゴール液・0.5% 硝酸銀水・1000 倍青酸々化汞水等の 1—2 滴を滴入す。
- 4) 性病豫防劑としては、シクロ・サーナー・スピラ・ダム・ネック・サンデー・セモリ・ラミー等の販賣品あり。

5) 性病豫防劑の處方としては、

a. 海軍式處方	b. 陸軍式處方	c. Neisser 氏處方
澱粉 50.0	トラガントゴム 140.0	昇汞 0.3
グリセリン 80.0	鹽酸アコイン 15.0	クロール } 1.0 ナトリウム }
青酸々化汞 0.46	青酸銀 3.0	トラガント 2.0
石鹼末 2.0	酸化チアン汞 6.0	澱粉 4.0
水 330.0	水 2836.0	ゲラチン 0.7
香料 若干		アルコール 15.0
		グリセリン 27.0
		水を加へて 100.0 トス

【療法】

A) 頓坐療法 (abortive Behandlung):一感染後の最初期に淋菌を死滅せしめんとする方針にして、

1) 適應症 a. 感染後 24—48 時間以内にて、b. 分泌物が尙ほ粘液性にて主として淋菌と上皮より成り膿球の極めて僅少なる時期、c. 炎症未だ著明ならず外尿道口の發赤・腫脹及び排尿痛・尿濁等の現はれざる最初期に於てのみ行ふ。

2) 方法 大別して 2 様あり。

a) 尿道内に濃厚治淋劑の注入	b) 稀釋液にて灌注する法
1. Ledermaun 氏法、2% アリピンにて尿道を麻酔した後 1;100—300 アルバギン液 5—10cc. を 1—2 回宛 2—3 日間注入す	1. Janét 氏法、過マンガン酸加里液にて 第 1 日はその 1:1000 倍にて } 前後 第 2 日 " 1:2000 倍にて } 尿道を洗滌し 第 3 日 " 1:2000 倍にて } 前後 第 5 日 " " } 第 5—10 日 " 1:10000 倍にて } 尿道を灌注す
2. Neisser 氏法、4% プロタルゴールに 2% アリピン又は 5% アンチピリンを混じたるものを毎日 1 回 15—20 分間宛 2—4 日間尿道内に注入す	2. Motz 氏法、2% 硝酸銀 3—4cc. を 2 分間注入し、12 時間後に過マンガン酸加里 (1:1000) にて前部尿道を、その後 3 日間前後尿道を灌注す
3. Carle 氏法、最初の 3 日間は毎日 3 回宛次の 3 日間は 1 回宛 2% プロタルゴール液を注入す	3. Blum 氏法、Arbargin にて同様灌注す
4. Block 氏法、感染後 2 日間は 3% プロタルゴールにて 100% 治癒、3—5 日目ならば 4—6% プロタルゴール注入にて 50% 治癒すと云ふ	

然れども本療法の應用及び効果に就ては諸家の意見一致せず。

B) 急性前部尿道炎の療法:—

1) 一般的療法 可及的安靜にして歩行・乗馬・乗車等を禁じ、消化性の食餌を取り便通を整理し、刺激性飲料・アルコール又は香料その他の刺激性食を禁じ、番茶その他の水分を攝取し尿量を増して排膿に便ならしめ、睡眠を良くし寝具を軽くして陰莖の勃起を防ぎ、陰莖を軽く濕布し提辜帯を施して合併症を防ぎ、患者をして本症が傳染性なるを理解さして性媾を禁じ手指を清潔にさして結膜傳染を豫防す。

2) 内服藥的療法 1. 芳香性樹脂類 は尿中に排泄されて防腐・鎮痛・收斂性に作用し惹いて淋菌の増殖を防ぎ又腎臓を刺激して利尿的に働くものにして主として白檀油 (Oleum santali) が用ゐらる、然し同劑は胃腸を刺激して消化を害する缺點あるか故に之れを改良したる無数の製劑あり。

今樹脂性治淋劑を列擧すれば次表の如し。

薬品	組成	用法
白檀油 Ol. santali.	白檀 (syrium mystifolium) の蒸溜により得たる揮發油で百分中90%以上の Santalol を含有す	1日 0.6—0.9 をカプセルに入れて食後直ちに服用
サンチール Santyl "Knoll"	Santalol の中性「サルチールエステル」で透明・淡黄色の油劑、僅かに臭味を有す	1日量60滴
ゴノサン Gonosan	白檀油 80%, カワカワエキス 20% を含む半透明黄綠色の油狀を呈し芳香性を有す	カプセル入りの製劑, 1回 2個 1日 6個服用
ゴノロール Gonorol	白檀の蒸溜又は「エーテルエキス」として得たるもの	1回 0.6 1日 0.6—0.9
ゴノチストール Gonocystol	サンタロール乳酸エステル及カワカワエキスを主成分としてカプセルに被包す	1日 3回 毎回 2粒宛服用
ザロサンタール Salo-santal	白檀油と 33% ザロールとメンタ油とを混じたるもの 稀薄透明黄色液	0.5 宛をカプセルに入れ 1日 3回 1—2粒宛

薬品	組成	用法
ブレノール Blenol	Santalol の炭酸エステルなり 94% の Santalol を含有す 無味無臭黄色を呈す	1日 1.5 服用
チレゾール Tyresol	白檀油のメチールエステルなり 無色油狀白檀臭を有す	1回 0.3—0.6 1日 0.9—1.8
サンタコール Santacol	白檀油を粉末にしたものにして白色なり	白檀油と同じ
アロサン Allosan	Santalol のアロファン酸エステルで72% の Santalol を含有す 白色無臭の結晶性粉末なり	0.5—1.0—2.0 を1日量とす
ゴナルマート Gonarmat	主成分は白檀油で之れに2種の樹脂を加へたるもの	0.2 カプセル入りを1日 3回服用
ウロゴサン Urogosan	ゴノサンとウロトロピンとを混合したるもの	2—3 カプセルを1日数回分服
ブレノチン Blenotin	白檀油にカンフルとウロトロピンを混合したるもの	カプセル入りとして販賣す
粉末白檀油 Pulsan	白檀油及カワカワエキスをフォルムアルデヒドとフルフルアルデヒドに結合せしめたるもの粉末なり	1回 0.5—1.0
ハイデサン Heidesan	サルチール酸サンタロール, カワカワハルツ等より作りたる丸劑	1回 2球宛, 1日 3回服用
ステイノカプセル Steino-kapsel	硫動カワカワエキス, コバイバ及白檀油より成る膠囊劑	同上
サンタールモナール Santal monal	メチーレン青 0.03, サンタールエッセンス 0.12, クルクマエッセンス 0.12 より成る膠囊劑	同上
カンフォザン Camphosan	15% に樟腦酸メチールエステル, 85% サンタロールを加へたるもの, 透明液なり	0.3 をカプセル入りとし1回 2球, 1日 3—5回服用
ツヨール Tuyol	主としてセスキテルペンアルコールを含む, 透明赤褐色濃調液にて特有の芳香を有す	1回 1.0—2.0 カプセルに入れて服用
サンツヨール San-Tuyol	ツヨールよりも多量のセスキテルペンアルコールを含む	同上
オブタール Obutal	本邦産松栢類植物に屬する根より抽出せる揮發油中にカワカワ樹脂を10% 含有す, 黄褐色の透明液	1回 1カプセル(0.3) 1日 3粒(0.9)

薬品	組成	用途
クリプタール Kryptal	本邦産松柏科植物の揮発油成分90%カワカワ樹脂, 5%サルチール酸フェニールエステルより成る	1日量 1.5—2.0(6—9球)
ヤポノール Japonol	本邦固有の樟油より特殊の方法で製したる殆んど純粋なるセスキテルペンアルコールなり	1日量 1.5—3.0
ミブノール Mibunol	樟科植物より精製せる濃稠油様液で白檀油の有効成分なるセスキテルペンアルコール90%を含有す	1日 3回 1.5—3.0錠服用
ノボノール Novonol	本邦固有の樟油より特殊の方法で製したるセスキテルペンアルコールなり	1回 0.5—1.0
ホシセスキノール Hoshi Sesquinol	本邦産ヤマジソより採取せるセスキテルペンアルコールの油状液體なり	
ラウテリン Lauterin	セスキテルペンアルコールにフタル酸を結合せしめて更にエステル酸ナトリウムとしたるもの錠剤なり	1回 4錠宛 1日 3回
コバイバサルサム Balsamum Copaivae	Copaifera の幹より出る Balsam なり, ラルビン・テルペンアルコール・コバイバア酸を含む 褐黄色の油剤	1回 0.5—2.0 1日 4—8.0
クベーベン Kubeben	Diper methysticum の果實を粉末とせるもの	1回 1.0—3.0 1日 2—3回
クベービン Kubebin	クベーベンエーテルエキスなり	前者の $\frac{1}{10}$ 量
ベルサナン Bersanang	琥珀酸サンタロールのハルブエステルナトリウムを主成分とし, その安定剤として微量の樟腦を配剤したるもの	皮下注射用 6—15日間に 1回 1.0cc. その後隔日に 0.5—1.0 cc.

2. ヘキサメチレンテトラミン(Hexamethylentetramin)類の製剤,

化学的合成剤にして尿中に排泄分解してフォルムアルデヒドを發生して尿の防腐消毒をなし又腎臓を軽く刺戟して利尿的に作用す, 主としてウロトロピン(Urotropin $(\text{CH}_2)_6(\text{NH}_2)_4$)が用ゐらる, 然し之れは尿が酸性の時にのみフォルムアルデヒドを分解するものなるがために之れを中性

乃至アルカリ性尿中にて分解し得る様な製剤が工夫された。

今ヘキサメチレンテトラミンを主剤とする各種の尿路消毒剤を列挙すれば次の如し。

薬品	組成	備考	用法
ウロトロピン Urotropin	フォルマリン及びアンモニアより製するヘキサメチレンテトラミンにして白色光輝を有する結晶にて水に溶解し易し	酸性尿にてホルムアルデヒドを分解する故に必ず尿を酸性となす可し	1日 1.0—3.0
ボロベルチン Borovertin	ウロトロピン 51.5%, 硼酸 48.5%よりなる無色結晶體にて水に溶解して酸性反應を呈す	尿の反應を考慮する必要なし	1日 2.0—4.0
ヘルミトール Hermitol (Neurotropin)	Anhydromethylen citronensaures Hexamethylentetramin の白色粉末なり	酸性・アルカリ性尿何れにてもフォルマリンを分解す	1回 1.0 1日 3.0
ヘトロアリン Hetroalin	レゾルチン加ウロトロピンにてウロトロピン60%を含有す	フォルマリン放散力甚大なりと云ふ	1日 1.5—2.0
チストール Cystol	ズルホサルチール酸ヘキサメチレンテトラミンのナトリウム鹽なり		1日 1.0—1.5
ヘカール Hekal	ズルホサルチール酸とウロトロピンの等量よりなる	尿を酸性とならしむる内服消毒剤	1日 3.0—6.0
ボロトピン Borotopin	ヘキサメチレンテトラミントリボラートにして粉末と錠剤とあり		粉末 1日 0.5—1.0 錠剤 1日 2—4錠
チストプリン Cystopurin	ウロトロピンの醋酸ナトリウム複鹽, 白色結晶, 難溶解性	尿反應を顧慮する要なし	1日 3.0—6.0
アチドラミン Acidolamin	ウロトロピンに鹽酸を加へたるもの, 錠剤なり	"	
ベジカール Vesical	ズルホサルチール酸とヘキサメチレンテトラミンとの化合物	"	1日 3.0—6.0

薬品	組成	備考	用法
ブレノリン Blenolin	ヘキサメチレンテトラミンと硼酸とを結合したものの粉末と錠剤とあり	"	1日 1.5—4.0 又は6—12錠
カルモール Calmor "Comet"	ヘキサメチレンテトラミンサルチル酸カルシウムにて白色粉末、水に可溶性	防腐作用と消炎作用とあり、酸性薬の配合禁忌	1日 3.0—5.0
アンフトロピン Amphotropin	樟脳酸ウロトロピンにて白色結晶可溶性		1日 0.5—1.0
アロトロピン Allotropin	磷酸ウロトロピンと遊離ウロトロピンより成る錠剤なり	尿のアルカリ性を中和して酸性尿となす	1錠 0.5を1日数錠
チタリン Citarin	枸橼酸ナトリウムにフォルムアルデヒドを作用せしもの、無色の結晶・可溶性、錠剤		2.0含有錠を1日3回
ヘサチラミン Hesaciramin	ヘキサメチレンテトラミン濃厚液に其マグネシヤ複鹽を配合したものの、無色透明・中性	静脈内注射用	1回 5.0 cc. 1日 1—2回
ヘキサチン Futaba-Hexatin	ヘキサメチレンテトラミン 40% にマグネシウム鹽を添加したる中性液	同上	1回 5.0—10.0 cc. 1日1回
チロトロピン Cylotropin	本液 5.0 cc. 内にウロトロピン 2.0 gr, 撒曹 0.8 gr, サルチル酸カフェイン 0.2 gr を含有す	同上	1日 1回 5.0 cc. 隔日に注射
チフェラミン Typheramin	40%ヘキサメチレンテトラミン液に硫酸マグネシウム 0.5% を配する注射液	同上	1日 1回 5.0 cc. 隔日用
ネオチストール Neocystol	ヘキサメチレンテトラミン 30%, ズルホサルチル酸ナトリウム 5.5% より成る	同上	同上
ザリトロピン Salitropin	20%ヘキサメチレンテトラミンにサルチル酸カルシウムカフェイン1%の割合の注射液	同上	10 cc.宛を隔日又3日に1回

薬品	組成	備考	用法
エキザミン Examin	ヘキサメチレンテトラミンに組織浸透剤ウラニン色素と鎮静剤ブロームを配合したるもの	同上	20 cc.宛を隔日

3. ウバウルシ葉剤 茶剤・浸剤・煎剤として用ゐられ尿中にヒドロキノンを分解して尿防腐・消毒的に働き且つ鞣酸の収斂作用を示し尙ほ利尿的にも作用す。

ウバウルシ葉と同様に利尿・防腐的に應用さるゝ多数の製剤あり、それを示せば次表の如し。

薬品	組成	用法
ウバウルシ葉 Folia uvae ursi	Uvaursi 葉を乾燥したもので鞣酸とアルブチンなる配糖體を含有しその他エリコリンなる配糖體とウルソンの樟脳様物質を少量に含む	煎・浸剤として1日量 4.0—6.0:100 を用ふ
ウバウル Uvaul	ウバウルシ葉中の主要分を含み帯黄褐色の液體でその 1.0 cc. は原生葉 1.0 gr に相當す	1日量 4.0—6.0:100
エスバザン Esuvasan	本剤 1 gr 中にウバウルシ葉 1 gr を煎出したる有効成分を含有す	1日 3回 3.0—5.0
アルブチン Arbutinum	ウバウルシ葉中に含有せらるゝグリコシードなり、白色結晶・酒精・水に可溶性	1日数回 0.3—1.0
アナゲニン Anagenin-Pills	ウバウルシ葉中の全有効成分を完全に含有せしめたる一新剤にて丸薬	1日 3—4回 3—4粒宛
ベジケジン Vesicaesin	ウバウルシ葉のエキス・丸薬とす	1日 3回 3丸宛
ウバリザート Uvalysatum	ウバウルシ葉中より折出法にて得たる液體	20—4 滴を1日量とし水に混じて分服す
ブッコ葉 Folia bucco	Barosona 屬植物の葉を乾燥したるもの	煎・浸剤として用ふ
ヘクスルサン Hexursan	茶剤に磷酸及ウロトロピンを混じたるもの	

薬品	組成
ブッコスペルミン Buccospermin	ブッコ葉・ザロール・バルサム・ウロトロピン等を混合したもの
Hebra chenodii	土荆芥にして有効成分は揮発油なり
Folia Betula	樺葉を乾燥したるもの
Hebra Herniariae	Hernia dlobra の葉でヘルニアン・ハロヒン等を含有し、収斂作用あり
Fluido cystol	ヘルニアリア葉・ブッコ葉より成る
Frucutus juniperi	Juniperus communis の果實を乾燥せるものにして杜松油と葡萄糖を含有す

3) 尿道内注入療法 尿道内に注入する薬剤とは大別して2種あり。

1. は殺淋菌作用を主とするものにして、これは淋菌に對し最も効力強い銀製剤が使用され、2. は淋菌減少期に消炎的に作用する収斂剤なり。

a) 銀製剤 本製剤の治療的主眼としては、1. 直接淋菌に殺菌的に作用し、2. 炎症性粘膜炎を刺戟せず、3. 組織内に深達作用を有する事が必要條件なるがために、硝酸銀の如く蛋白質と結合して之れを凝固し深達作用弱きものは不可なり。Neisser はその缺點を除くために硝酸銀とプロテインとの結合なるプロタルゴールを創案して治淋剤の根本を成す。

今各種の銀製治淋剤を擧ぐれば次の如し

薬品名	組成及性状	銀含有量
プロタルゴール Protargol	銀蛋白化合物・褐色粉末・可溶性	8.3%
ヘゴノン Hegonon	硝酸銀アンモニウム・アックアルブモーズ・黄褐色粉末・可溶性	7%
ラルギン Largin	プロタルピンなる蛋白體と硝酸銀とよりなる・灰白粉末・可溶性	11.1%
ノバルキン Novargin	銀蛋白化合物・帯黄色水溶性粉末	10%

薬品名	組成及性状	銀含有量
アルギロール Argyrol	銀蛋白化合物・暗褐色・水溶性	30%
オモラール Omoral	蛋白銀・類黄色末・粉水に溶解せず	10%
アルバルゴール Arbargol	アルブモーズと銀との化合物・暗褐色光輝ある顆粒状物・可溶性	
キシタルゴール Xytargol	蛋白銀のヨード化合物・淡褐色粉末・可溶性	
チオタルガン (チオノール銀液)	チオノールと銀とを結合せしめたるもの黒褐色の液 100 cc. 25gr のチオノール銀を含む	
イヒタルガン Ichthargan	チオノールと銀との化合物・褐色粉末、可溶性	30%
イヒタルゴール Ichthargol	スルフォイヒチオール酸銀・黒褐の粉末	12%
タンナルゴール Tannalgot	銀とタンニン酸とを結合せしめたる黒褐色中性の液	
アルゴニン Argonin	乾酪素の銀及ナトリウム化合物・白色粉末・冷水に難溶性・温湯に溶解す	10%
アルゲンタミン Argentamin	エチレンジアミン・硝酸銀溶液・無色透明・10%の液として製せらる	6.35%
アルゴニン Argonin	銀とカゼインとの化合物・白色・温湯に溶解する粉末	4.25%
ソフォル Sophol	ホルムアルデヒド・ヌクレイン酸の銀鹽・類黄色粉末・可溶性	20%
アルバルギン Arbargin	ゲラトールと硝酸銀よりなる弱黄色・可溶性	15%
アルゲントール Argentol	銀とオキシヒノリンズルフォン酸との化合物・黄色粉末・可溶性	
ナルゴール Nargol	銀とヌクレイン酸との化合物・淡褐色粉末・可溶性	10%
イトロール Itrol	枸橼酸銀・粉末化合物・僅かに水に溶解す	
アチカール Acykal	銀と「チアノーゲン」との有機化合物・白色結晶様粉末・微温湯に可溶性	54.3%

薬品名	集成及住状	銀含有量
ヒョレパール Choleval	膠様銀にて保護膠様體として膽汁酸曹達を用ふ、暗褐色の粉末、可溶性	10%
ヒョレゴール Cholegol	膽汁酸ナトリウムを保護コロイドとせるもの 黒褐色小葉狀片・可溶性	10%
シルゴロール Syrgolol	膠様銀と蛋白質との化合物 微細小葉狀結晶・可溶性	20%
チャノゴール Cyanogol	色素銀の電気コロイド溶液(色素銀0.1%の電気性コロイド溶液)	
ヤダルゴール Jodargol "Viel"	電気化學的コロイドヨードなり(本品1cc.中に0.25gr.ヨードを含む)	
タルゲジン Targesin	ジアセチルタンニン酸蛋白膠様銀の化合物	
Reargon	配糖體膠様銀	
Lunosol	鹽化膠様銀	
Neoprotosil	沃化膠様銀	
Transargan	複雑なる膠様銀	
カビブレン Caviblen	ウラニンと銀とを含有する膠様質のブヂー様夾管	49%
ウラルゴール Urargol	ブヂー様夾管内にウラニン銀を充せるもの、前者のと同品	40%
デレゴン Delegon	「バイエル」會社特許に係る1%のプロタルゴール、バイエル含有の桿狀劑	

b) 收斂劑 殺菌作用は尠ないが淋菌が減少した時期に炎症粘膜炎的に作用するものにして、次の如き亞鉛劑その他各種の製劑あり。

硫酸亞鉛	0.25—1.0%	レゾルチン	0.5—2.0%
硫基石炭酸亞鉛	0.25—0.5%	硫酸銅	0.05—0.25%
醋酸亞鉛	0.1—0.5%	次硝酸蒼鉛	1.0—2.0%
過マンガン酸亞鉛	0.02%	過マンガン酸加里	0.02—0.1%

3) 注入療法術式 a. 尿道注入療法 (Injectionstherapie mit Tripperspritze), 感染直後又は診断が決定したらば直ちに銀劑の注入を始む, 最初は炎症強度なるがために稀薄液(0.25—0.5%)を使用し次第に濃度を高めて殺淋菌的に治療し, 淋菌が消退して炎症退降期に達したる時に收斂劑を以つて治癒に導くを以つて法とす。これには2様の療法あり,

1. は普通に使用されるものにて尿道洗滌用スポイト (Tripperspritze) にて尿道内に藥液を注入する尿道注入法と,
2. は尿道内灌注療法として Janet-Kuttner 氏の洗滌器を用ふ, 前者程廣く用ひられず。

尿道注入に際しては先づ以つて患者をして排尿せしめ, 龜頭包被を清拭した後, 前部尿道を尿道スポイトを以つて殺菌硼酸水・滅菌水等にて2—3回洗滌したる後, 治淋劑1—3—5—10 cc.を靜かに注入し, 患者をして龜

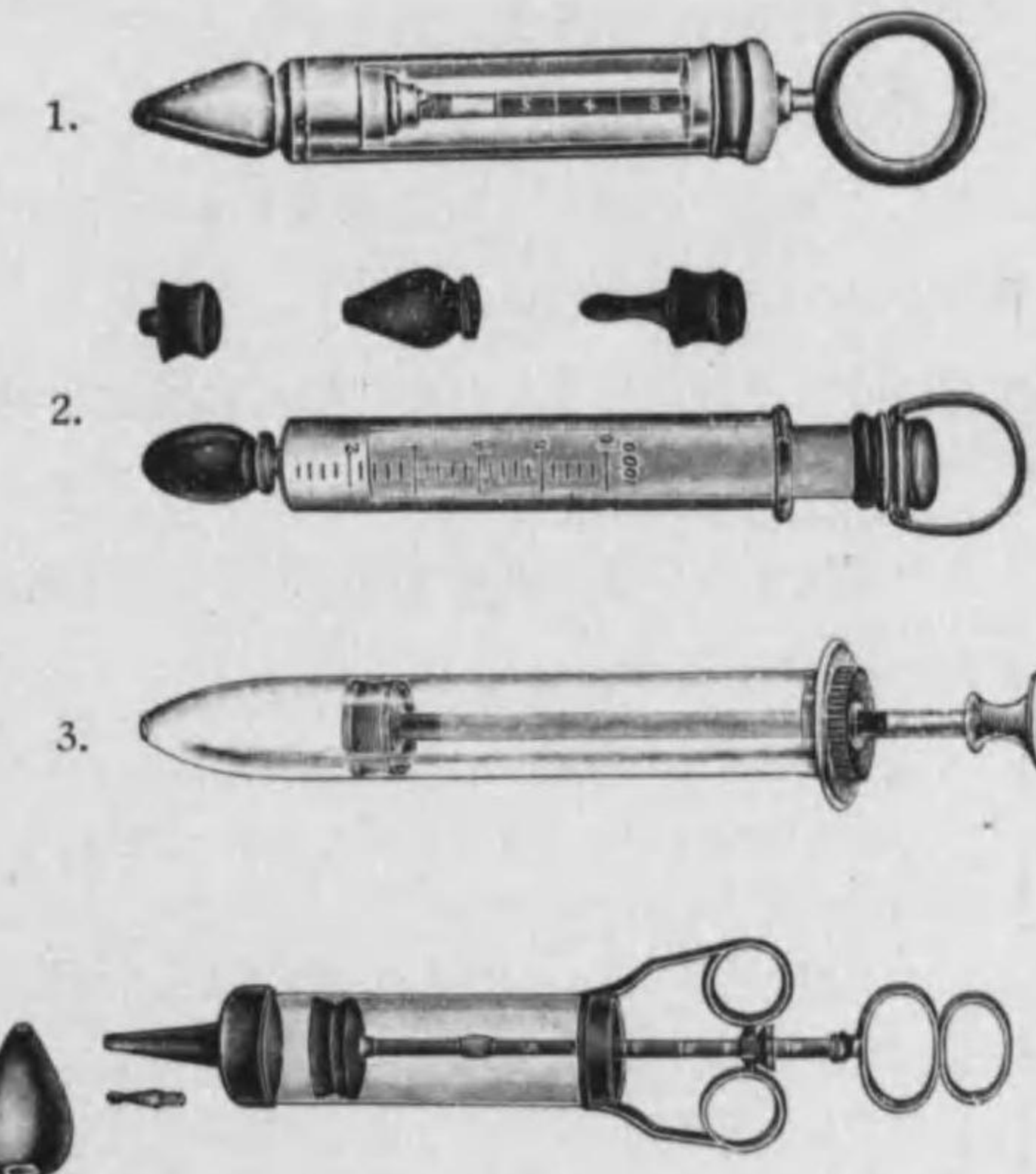


Fig. 226. 各種の尿道洗滌器
4. Janet-Kuttner 氏洗滌器

頭を把持せしめるか又は適當の龜頭把持器を使用して10—15分間位尿道内に藥液を作用せしめたる後把持を離して藥液を流出せしむ。

Neisser 氏の**プロタルゴール療法** は最初の2—3日は炎症程度及び患者の感受性に應じて0.25—0.5% プロタルゴールを尿道スポイト 1/2—1筒宛1日3—4回注入し5—10分間宛把持せしめ, 4—5日目より次第に藥液濃度を高

め、0.5—0.7—1%とし1日3—4回注入し、3週間目位より再び濃度を下降し、5週目にて2—3日間注入を中止し、此の間に尿沈渣・雲翳物中に淋菌の有無を検し(夫れ迄の治療経過中にも検査する事勿論なり)、淋菌消失し炎症軽減したるを確かめた時は収斂剤を注入して消炎に努む。

斯くの如く長時に涉りて漸定的に薬液濃度を變更し合理的持続療法を行ふ時は必ず3—4週にて治癒に趣くものなり。

又淋菌は同一銀劑に對しては慣性抵抗を強める性あるが故に中途にて薬劑を變更する事も必要なり、又消炎期に1000—3000倍硝酸銀の注入を試み、その刺戟にて淋菌が再び出現すれば銀劑注入を持続し、これにても淋菌が證明されざれば収斂剤を持続する方法もあり。

以上の注入療法は各例の炎症状態の如何に依つて異り千變一率ならず術者は宜しく各例に適應して取捨撰擇す可きものなり、殊に注入手技の拙劣・薬液濃度の不適當なる時は却つて病症を悪化し、後部尿道炎を誘發し、又慢性淋に移行せしめ易きものなれば特に注意を要す。

b. 尿道灌注法 は Janét 氏 壓迫洗滌法 (Druckspülung) にして、前部尿道を灌注する小洗滌法 (kleine Spülung) と後部尿道も共に行ふ大洗滌法 (grosse Spülung) とあり。

その方法は患者を仰臥又は坐位を取らしめイルリガートルを患者より約1mの高さに置き、ゴム管に連結せる嘴管を尿道口に當て、水壓に依つて薬液を尿道内に注入し再び排出さす、かくすると尿道壁は擴張され總ての皺襞・凹陥は平滑と成るために分泌物は洗ひ去られ尿道壁深層内にも薬液が到達するのである、又大洗滌を爲さんには薬液を注入して一定の水壓に達したる時更に患者をして平靜に深呼吸を命じ尿道括約筋を弛緩せしむれば薬液は後部尿道より更に膀胱内にも達す可し、斯くて一定量を注入したならば患者をして排尿せしめ數回之れを反復灌注する也、又簡便にイルリガートルの代りに Kuttner 氏大形注射筒 (Kuttner Handspritze) を用ふる事あり。

灌注薬としては過マンガン酸加里(1:200—5000)・靑酸々化汞(1:3000—5000)・硝酸銀(同上)等を使用す。

本法は主として佛學者間の唱導する處にて極めて至便・卓效のものなれども使用技術拙ければ却つて炎症を刺戟し悪化する事ある故に相當の熟練を要す。

C) 急性後部尿道炎の療法

1) 一般的及内服療法 凡て前述の前部尿道炎の場合に準ず、然し後部尿道炎時には尿意頻數・裏急後重等の症状劇しきため臭素劑・アスピリン等の鎮靜劑乃至諸種睡眠藥の服用と阿片・莨菪越幾斯等の肛門坐藥等を用ふ。

2) 尿道内療法 元來後部尿道粘膜は淋菌に對しては不良培地なるが故に局所療法を施さずとも治癒し易きものなれども後部尿道炎は好んで攝護腺炎・副睾丸炎等を併發し易く、殊に尿道内療法は却つて刺戟を起し易きがために深甚の注意を拂ふ可し。而して之れ等合併症が存在する時は尿道内處置は一時中止す可し。

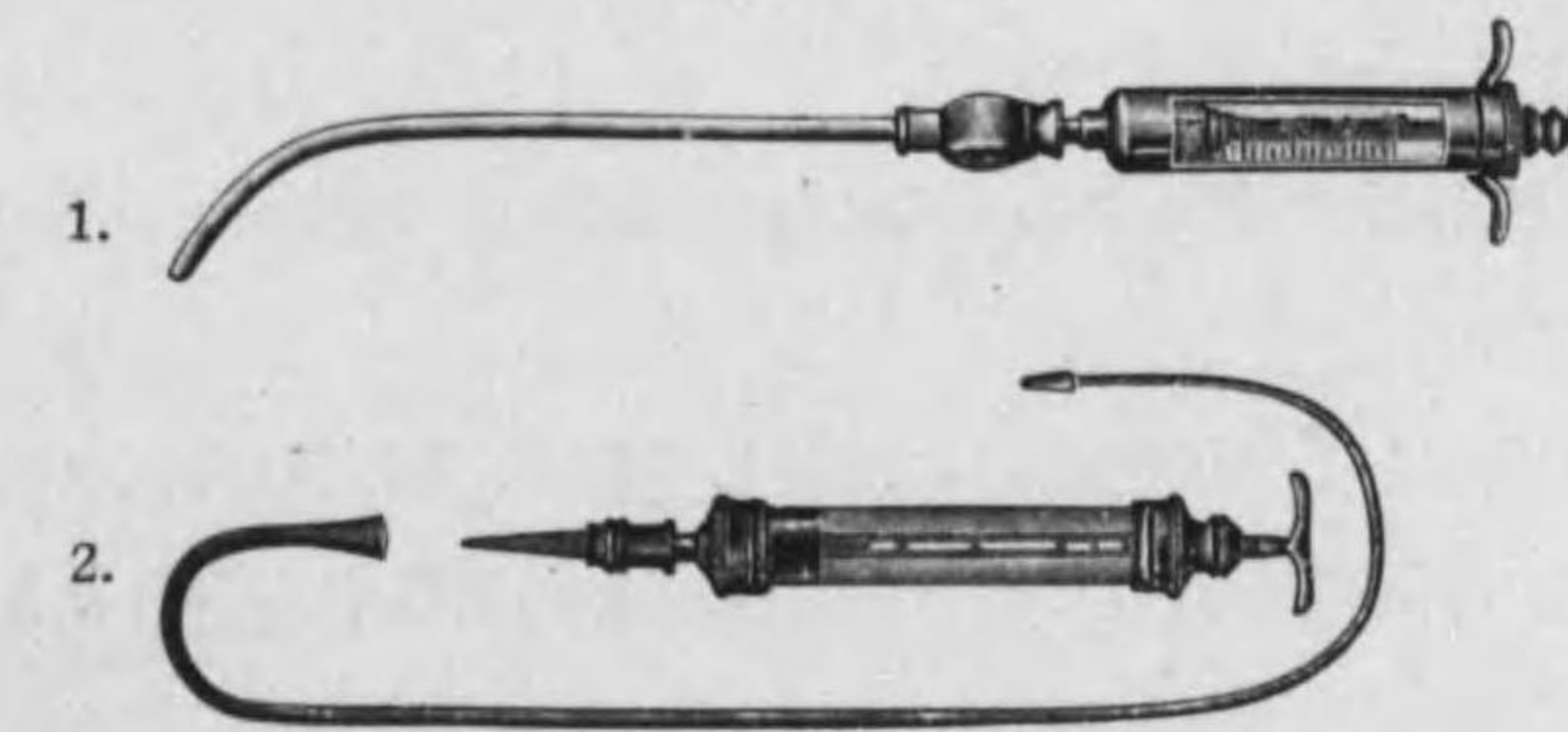


Fig. 227. 後部尿道注入器
1. Ulzman 氏點滴器
2. Guyon 氏注入器

前部尿道炎の急性症状が消退し後部尿道の炎症も頂點を過ぎたる頃よりギヨン氏點滴器 (Guyonsche Instillator) 又はウルツマン氏注入器 (Ulzmansche Spritze) を後部尿道迄挿入して其處に薬液を點滴又は注入し器械を引き出しつゝ前部尿道にも注入するなり、而して前者器械は尖端は細きゴムカテーテルにて炎症尙未だ強き時に用ゐ、後者は金屬カテーテルなるが故に消退期又は慢性期に使用す。

注入薬品は前部尿道炎に使用するものに準ず。

又 Janét 氏灌注法も著効を奏する事尠なからず。

C. 慢性尿道炎 (chronische Tripper, U. gonorrh. chronica):—

【定義】 急性尿道炎の多くのものは完全治癒を營まずに慢性淋と成る事多し、然して時間的に見て長時間持続する尿道炎を以つて慢性尿道炎と成すならば之れには次の如き諸種の形状のものあり。

- 1) 急性淋經過後に長時に慢性症状を持続するもの
- 2) 適當の療法にて一時治癒したる急性淋がその後諸種の原因にて再三急性症状を再發するもの、即ち再發性尿道炎 (recidivierende Gonorrhoe) とも云ふ可きもの
- 3) 各種の淋疾性合併症あるがために長時治癒せぬもの (合併性尿道炎 Komplizierende G.)
- 4) 急性症状が長時持続するもの (急性遷延性尿道炎 acute protrahierte G.) 等

故に慢性尿道炎とは急性尿道炎に續發して起り、軽度の炎症々状を持続し、而も時折り諸種の原因のために急性症状を勃發さすものなりと解すが至當なり。

而して非淋菌性尿道炎にても慢性尿道炎と全く同一の症状を呈するものあり、殊に急性尿道炎の治癒後には軽度の炎症丈け遺残し淋菌を缺ける慢性尿道炎が持続して所謂カタル性淋疾後遺尿道炎 (postgonorrhoeische katartharische Urethritiden) と云はるゝものありてこれは理論的には兎も角も臨床的には淋菌性尿道炎との區別極めて困難なり。

【病理及び解剖】 1) 肉眼的所見 之れを尿道鏡所見に觀るに病竈粘膜部は肥厚し深紅色を呈し正常粘膜の柔軟平滑性を失ひて稍々強直して所謂軟性浸潤 (weiche Infiltration) を形成し、尙進んでは病竈は硬く蒼白色を帯び恰かも癢痕性にして所謂硬性浸潤 (harte Infiltration) を呈す (80頁参照) 又尿道附屬腺には炎症遺残するがために腺口が發赤哆開し膿性分泌を出す事あり、又は腺口が閉塞されて内に灰白色の小膿瘍を透見する事あり。

2) 顯微鏡的所見 上皮は慢性炎症のために變質して表皮層に近似する扁平上皮細胞と成り中には表面角質に變性して薬液の浸入を防ぐる處あり、上

皮下層には慢性小圓形細胞の浸潤を呈し或は結締織が増殖して硬性浸潤を成し尿道狭窄の基底をなす處あり。

Morgagn 氏竇・Littre 氏腺體等及其の周圍には多量の小圓形細胞の浸潤ありて少量の淋菌さへ認むる事あり、時には腺口閉鎖のために小膿瘍を呈し白血球の浸潤竈をも生ず。

慢性尿道炎にては淋菌は繁殖力減殺さるゝと同時に粘膜上皮層が變質して淋菌に對して不良培地と成るがために益々活力を失ひて粘膜表層には極めて微量に存在するに反し、主として深層・腺竇腔内に潜伏し機會に乗じて尿道表面に遊出して再び急性症状を再發し易し。然し又かゝる變質性上皮を有する尿道内にも他處より他株の淋菌が傳染する時、又は慢性の淋菌も他人の健康尿道粘膜に移殖さるゝ時には再び急性炎症を勃發するものなり。前者は即ち重感染 (Superinfection) にして淋疾に免疫性の無き事を證するものなり。

【症候】 慢性淋疾にも前部及後部尿道炎とあれども急性のもの程明瞭には區別されず。

1) 疼痛 は極めて軽度に不明瞭のものあり、只排尿時に病患部に軽度の不快灼熱感あり、後部も犯されたる時は攝護腺・會陰等に不快鈍痛を訴ふる位なり。

2) 排膿 慢性時の分泌物は少量なるために尿道口よりの排膿なく僅に早朝時に少量の漿液性膿のために外尿道口が膠着し居るか、尿道を壓排して僅少の漿液を排出する位のものなり。

3) 尿溷濁 排膿少きために尿溷濁著しからず、全體としては透明にしてその内に尿道分泌物が沈渣となりて所謂淋絲 (Tripperfäden, Harnfilamente) を作る、それにも種々ありて、a. 粘液絲 (Schleimfäden):—細長く粘液様を呈し透明にして尿中に浮遊し沈澱せず、鏡檢すれば粘液と上皮細胞より成り、b. 粘液膿様絲 (schleimig-eitrige Fäden):—粘液中に多少の膿球が混入するがために前者よりも太く重く不透明にして尿中に浮遊するが時を経るに従ひて下層に沈む、c. 膿絲 (Eiterfäden):—主として膿球より成りて太く短かく重くして器底に沈澱し浮遊せず、d. コマ状淋絲 (Kommaförmige Fäden), 尿道の小粘液腺から發生するがために細小點状にして第2杯中に混在し器底に沈澱するものにして主として攝護腺か

ら排出されるものなりと云はる。

4) 尿中の淋菌は次第に数を減じ而も急性期に於けるが如く定型的集簇又は細胞内存在を示さず細胞外に散在し而もその証明は必ずしも容易ならず。

所謂誘發法 (Provokationsverfahren):—これは淋菌の証明困難なる場合に之れを誘導發見せんとする方法にして、之れは人工的に一時的増悪 (Exacerbation) を起して巢窟内に隠蔽せる淋菌を表面に誘出する法なり、

- a) 化學的誘發法 (chemische Provokationsmethode) は青酸々化汞・硝酸銀 (1:500—1000) 等を尿道内に注入して尿道壁を化學的に刺戟し、
- b) 機械的誘發法 (mechanische Provokationsmethode), は有球消息子・金屬ブヂー等を挿入して機械的に炎症竈を刺戟し深層の淋菌を誘導す、

その後 2—3 日間採尿を鏡検して淋菌の有無を検査する也。

5) 神經的・性的障害 (neurasthenische, sexuelle Störung) 生殖器の慢性炎症性刺戟のために種々の性的障害即ち頭痛・憂鬱・性慾缺損・快美感減退等を起し所謂性的神經衰弱 (Neurasthenia sexualis) の状を呈するに至り殊に後部尿道が犯されたる時に甚だし。

【診斷】尿中の淋絲と淋菌證明に依つて診斷が確定され、病變部分は 2 杯分尿試験にて診斷さる、只だ非淋菌性尿道炎・加答兒性淋疾後遺尿道炎等は相似の症候を呈し僅かに尿中淋菌の有無にて區別さるゝものにして、就中前者には屢々淋菌類似の双球菌を混有するが故に淋菌の検索は極めて精細慎重なるを要す。

【豫後】急性淋の場合よりも不良なり、長時忍耐して合理的治療を行ふに非ざれば理想的完全治癒は望み難し、只他人に傳染せず再發せざる程度に治癒するを以つて足れりとす可し。

【治療】内服薬は尿中に淋菌多き間は急性時と同様にバルサム劑を服用さし、淋菌微量となれば尿路消毒劑丈にて充分なり。

尿道内局所療法としては、a) 注入療法 尿中淋菌量多く且つ粘膜炎層

に存在する間は急性時と同様の殺菌性治淋劑を使用すれども、淋菌減少し炎症丈に遺殘する場合には長時注入療法を持続すればそのために却つて局處を刺戟して炎症が持続する傾向ある故にその間を判然として療法を取捨する必要あり。

b) Janét 氏灌注療法:—は尿道粘膜炎を擴張し藥劑の深達作用を助長するがために慢性淋には賞用さる。

c) 擴張療法 (Dehnungs-od. Dilatationsbehandlung):—尿道壁深層の淋菌を表層に誘導し、又深層の小圓形細胞浸潤の吸収を促進するためと、尙且つ將來に續發する尿道壁の纖維性收縮を豫防せんがために行ふ療法に

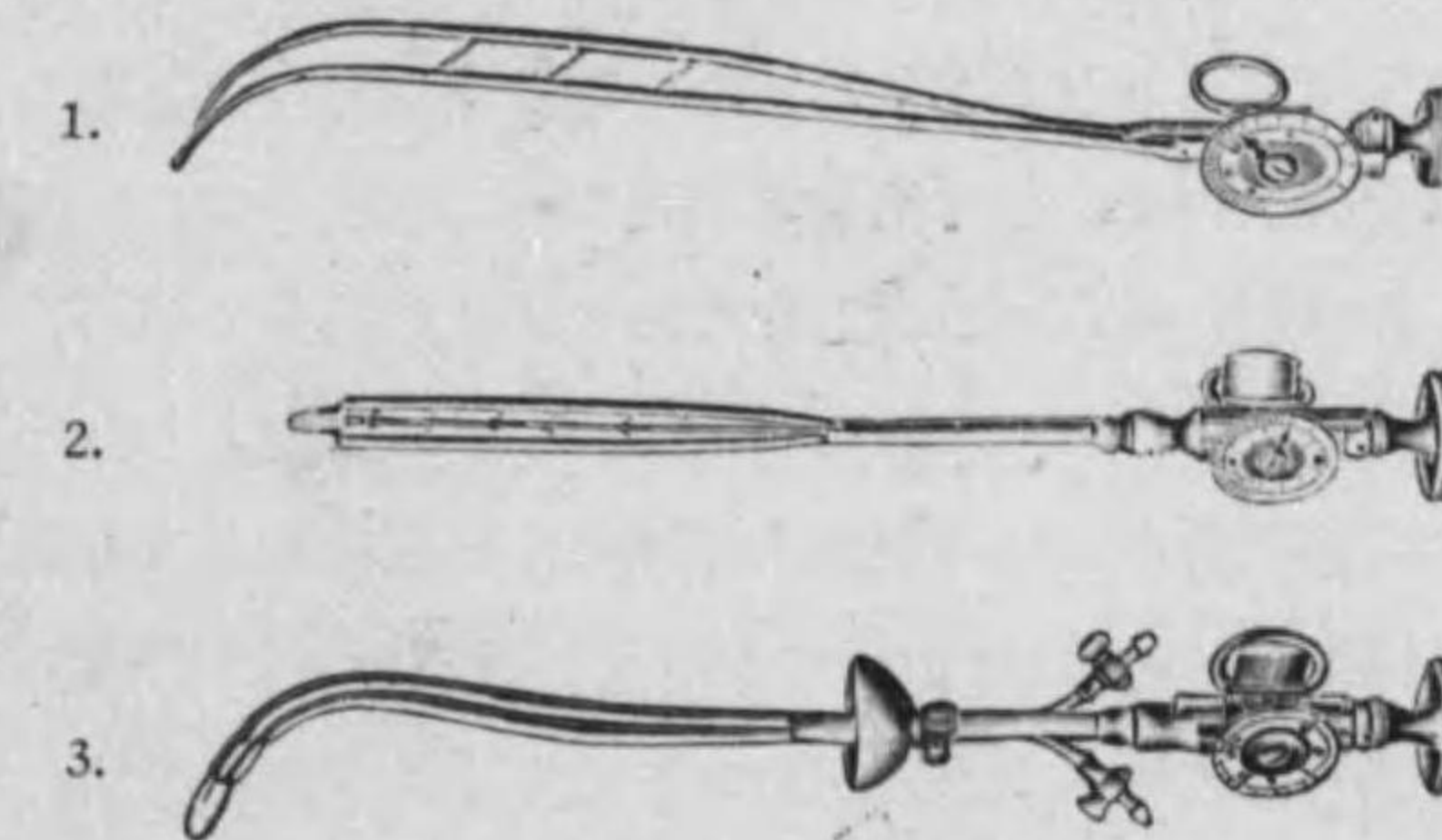


Fig. 228. 各種の尿道擴張器
3. は洗滌擴張器なり

して、或は次第に太きブヂーを挿入して漸定的に尿道壁を擴張し(漸定的擴張療法 langsame Dilatation), 又は各種の尿道擴張器 (Dilatator-Kollmann, Oberländer, Wossidlo u. a.) を以つて稍々急激に擴張し(強力擴張法 forcierte Dilatation) てその後注入療法を併用する方法あり、又洗滌用擴張器 (Spüldilatator) を用ふれば擴張と同時に洗滌も行ひ得て便なり、

Kobert 氏電氣加温擴張ブヂーは金屬製又は半軟性ブヂー内に電氣加温装置を施し加温にて局所の軟化吸収を助けつゝ擴張するに用ゐらる。

d) 尿道鏡療法 (endoskopische Behandlung):—尿道鏡を挿入して病變

粘膜個處・Littre 氏腺炎等を目撃して硝酸銀の腐蝕・電氣燒灼その他適宜の療法を行ふ事もあり。

e) 温熱療法 淋菌は非耐熱性にして 40—41°C にて死滅するものにして淋病患者が遇々高熱を發すと淋疾が治癒する事あるは之れがためなり、その現象を應用して尿道内温熱療法を行ふ事あり、それには高週波電流 (Diathermie) に依る電氣加熱療法・Cobert 氏尿道加温器療法等あり、之れ等の方法は必ずしも淋疾を全治し得ざると雖も又全経過を短縮する補助治療法として効果あり。

淋病患者の結婚許可 (Heiraterlaubniss d. Ehekonsens der Gonorrhöiker):— 一般に淋疾の全治目標を定むる事は可なり之の難事なり而も慢性淋疾は好んで再發するものなるが故に假令一時は全治したりと雖も又將來の再發なしとは保證し得ず、故に治癒の過程にある淋病患者又は既往に於て淋疾を経過したる者が結婚に直面したる時に之れに對して結婚許可を懇願する事は可なり之の難事なり、之れには少くも、1) 尿道よりの分泌物皆無なるか多少の分泌物ありとも鏡檢上膿球なく反復檢査しても全く淋菌を證明し得ざる事、2) 誘發法に依つても淋菌が發現せざる事、3) 尿は全く透明なる可き事、たとへ多少の淋絲ありとも全然淋菌を證明し得ぬ事、4) 合併症 (尿道狭窄・浸潤・攝護腺炎) なき事、5) 最終治療日後 少くとも 3—4 ヶ月を経過したるもの、等の條件を完備せざる可からず。

D. 男子淋疾の合併症

Komplikation d. männlichen Gonorrhoe

淋疾の合併症は急性・慢性何れの場合にも來るものにして尿道の解剖的關係上前部尿道淋の時よりも後部尿道淋に起る事多し。

1. 局所的合併症	2. 全身的合併症
1. 包莖及び嵌頓包莖 (Phymose, Paraphymose)	1. 淋疾性關節炎 (Arthritis gonorrhoeica)
2. 龜頭炎・龜頭包皮灸 (Balanitis,	淋疾リウマチス (Tripperrheu-

1. 局所的合併症	2. 全身的合併症
Balanopostitis)	matismus)
3. 副尿道炎 (Paraurethritis)	2. 腱鞘炎 (Tendovaginitis gonorrhoeica)
4. 淋疾性横痃 (Tripperbubo)	3. 粘液囊炎 (Bursitis gon.)
5. 尿道周圍浸潤 (Periurethrale Infiltration)	4. 骨膜炎・骨炎 (Periostitis, Ostitis)
6. カウペル氏腺炎 (Cowperitis)	5. 靜脈炎 (Phlebitis gon.)
7. 攝護腺炎 (Prostatitis)	6. 心内膜炎・心囊炎 (Endo-Pericarditis gon.)
8. 精囊炎 (Spermatocystitis)	7. 神經疾患 (gon. Nervenerkrankungen)
9. 副睪丸炎 (Epididymitis)	8. 淋疾性發疹 (gon. Exantheme)
10. 膀胱炎 (Cystitis)	
11. 腎盂炎及腎盂腎炎 (Pyelitis, Pyelonephritis)	
12. 直腸淋 (Rectalgonorrhoe)	
13. 膿漏眼 (gon. Blenorhoe)	

1. 淋疾性副尿道炎 (Paraurethritis gonorrhoeica):—

【解剖】 陰莖先端に尿道に平行に走行する長さ 2—3mm, 針尖にして單層の扁平又は圓筒形細胞にて蓋はれたる盲管あり、之れを副尿道 (Praurethralgänge, akzessorische Gänge des Penis) と云ひ、尿道の發生異状のために尿道粘膜の一部が迷入したるものなり。

その位置は 1. 外尿道口の兩側に開口し尿道と平行に走行するもの最も多くその他には 2. 龜頭繫帶 3. 包皮輪 4. 陰莖縫隙等にも存在す。

之の盲管の淋疾性疾患を淋疾性副尿道炎と云ふ。

【症候】 盲管開口部は發赤し多少浮腫を呈しその中央に針頭大の開口が明瞭に窺はれ此處より自然的に又は壓迫に依つて排膿ありて膿中には多數の淋菌を證明す、患者自身には殆んど無症狀にて之れを識らざる事あり。

本症自身は輕微なれども難治性にして尿道淋疾治癒後にも殘存し、又本症が殘存するために之れより尿道淋が再發する事あり、故に淋疾診斷の際には必ず本症の有無をも檢す可し。

【療法】 治淋劑殊に硝酸銀液 (1%) を滴入するか、又は盲管を電氣燒灼す。

2. 淋疾性カウペル氏腺炎 (Cowperitis gonorrhoeica):—

悪急性又は慢性淋疾時に Cowper 氏腺に急性化膿性炎症を合併する事あり。

【**症状**】 1) 自覺的症狀 肛門の前側方の會陰部に突然に自然痛・壓痛起り直腸より大腿内面に放散し、疼痛は益々増加して遂には歩行不能となり兩脚を開きて安靜に仰臥するの止むなきに至る事あり、腫脹腺體のために尿道が壓迫され又はその劇痛のために排尿困難乃至は尿閉を起す事あり、又肛門括約筋の反射性收縮のために排便にも支障を來す事あり。

輕熱を伴ふが普通にして若し膿瘍となれば高熱を發す。

2) 他覺的症狀 Cowper 氏腺は腫脹して始めて觸診さるゝものにして直腸内診にて攝護腺下面を觸診した指頭を尿道膜様部の方に引き更にその側方に移すと深會陰筋膜の處に腫脹せる腺體を觸知し得、多くは單側性に發病し、病變が腺體のみなれば圓形大豆・豌豆大の疼痛性硬結として、又既に腺體周圍炎が起れば境界不明の軟性浸潤竈として觸診され、同時に劇しき壓痛を訴へ、膿瘍と成れば波動を觸るに至る。

【**経過**】 良好なれば炎症は 1—2 週間にして頂點に達したる後次第に消退し疼痛去り病竈も吸収されて全治するが、不良の時は化膿炎症が腺體周圍に擴がりて膿瘍を形成し遂に周圍に破壊す、多くの場合は會陰皮膚面に破壊するものにして肛門前側面の會陰皮膚面が發生膨隆し非常に疼痛性にして次第に菲薄となり波動を現はし來り遂に破壊して多量の膿汁を排出すれば患者は頓に輕快を覺え諸症狀も次第に平癒さる、時には直腸に破壊し又尿道に破れて輕快し、後者の場合には後日癩痕形成のために尿道狭窄を惹起す事あり。

【**診断**】 尿道膜様部の側方に於ける炎症性腫脹が特徴にして、尿道膜様部の尿道周圍炎は中央に位し、直腸周圍膿瘍 (Periproctale Abscess) は肛門の左右及び後方に來るを以つて區別さる。

【**療法**】 淋疾の尿道内治療を中止し、安靜を旨とし便通を整理し、會陰部冷濕布・肛門内冷榻等の消炎療法を勵行す、膿瘍と成り皮面に接近すれば

切開排膿す。

爾他の合併症は各項にて記述す。

E. 淋疾の特種療法

Specifische allgemeine Therapie d. Gonorrhoe

尿道淋は勿論その合併症を通じて使用さるゝ全身的特種療法あり。

1) 淋菌ワクチン療法 (Gonovaccintherapie):—

a) ワクチン療法の原理 ワクチン療法は Wright (1903) が淋患者血清中に喰菌作用を促す可き物質即ちオプソニン (Opsonin) の増加を認めたるに創り、淋菌の死體又は菌體成分—即ち Vaccin—を人體に注射し體内に杭體の發生を催進せしめて病機を治癒せんとする自働的免疫法に他ならず。近來又生淋菌を皮下に注射する療法が行はる。

b) ワクチンの種類 1. 自家ワクチン (Autovaccine) は患者自身の膿より淋菌を分離培養してワクチンを自製するものにてこれは研究室の準備ある大病院にて行ひ得られるものなり、2. 多價ワクチン (Polyvalente Vaccin) は多數の菌株より製造したるもの、3. 感作ワクチン (Sensibilerte Vaccin) は淋菌ワクチンと淋菌にて免疫したる家兎血清とを結合したるもの、4. 靜脈注射用ワクチンとて淋菌ワクチンをクロールカルチウムに溶解したるもの (Neocalgonogen, Gonocalcin 等) あり、5. 淋菌ワクチンに非特異性物質なる 4% ヤトレンを混和したるゴノヤトレン (Gonoyatren) あり、6. 又ワクチンにウロトロピンを混じ (Arthigon) 又はプロタルゴールを加へて (Gonargin) ワクチンの吸収を迅速ならしめ杭體產生を催進せんとするものあり。

以上は何れも坊間に販賣されるものなり。

c) 「ワクチン」使用法 自働免疫療法が主眼なるが故に非徑口的療法が最良にして主として皮下注射法が用ゐられ、最初は少量に注射し患者の反應状態を檢したる後に 48 時間毎に次第に増量的に注射す。

本療法は炎症旺盛なる疾患に著效ありて陳舊病竈には效寡く、就中急性

の淋疾合併症を有するものに卓效あり。

2) **非特異性蛋白體療法** (unspecifische Eiweisstherapie, Proteinkörpertherapie):—

蛋白體療法が各種臓器疾患に對して組織細胞・喰細胞等の作用を増進し原形質能動的 (Protoplasmaaktivierung) に作用すると同様に淋疾にも一種の刺戟療法 (Reiztherapie) として使用さる。

殊にワクチン療法は免疫體が発生する迄に相當の時日を要するに反し、本法は直接的作用なるがために一層迅速に治療効果を現はすものなりと云はれ、又ワクチン療法も或る程度迄は刺戟療法に他ならずとさへ云ふ者あり。

最初は滅菌牛乳を皮下に注射し又副睾丸炎等にては局所の陰囊皮下に注射したれども、後之れに代ふるにカゼイン・カゼオザン・アオラン等あり、又臓器エキス沃度劑なるヤトレン・ヤトレンカゼインあり又テレピン油等を用ふる事あり。

3) **色素療法**

各種色素液が強き殺菌力を有する事實より最近アクリヂン色素屬の殺菌療法が流行するに従つて之れが淋疾にも應用さるゝに至れり、即ちトリバフラビン (Trypaflavin)・イスラビン (Islavin) 等の靜内注射法が應用され又は尿道内注入薬としてトリバフラビン・リバノール (Rivanol)・ゴナクリン (Gonacrin)・ゴノフラビン (Gonofiavin) 等あり、然し之れ等は何れも未だ従來の治療法を凌駕する程の良薬とは云ひ難し。

4) **マラリヤ療法** (Malariaebehandlung):—

マラリヤの發熱療法を麻痺性癡呆及微毒療法に應用して卓效あるは世論の一致する處なり。而して淋菌が極めて非耐熱性なるを利用して近來淋疾患者にもこのマラリヤ療法が應用さるゝに至る (Lenzmann), 蓋しマラリア接種に依る熱發と異種蛋白體接種との2様の效用を目的とするがためである、之れはマラリヤ患者血液 10cc. を淋疾患者に接種しその後數回定型的マラリヤ熱發作 (40°—41°C) を起さしめ、3 週間後に及んで鹽酸「キニ

ーネ」療法にてマラリヤを根治さすのである、然し該法の效果に關しては世論未だ不定にして今後の研究に俟つ處多し。

2. 非淋疾性尿道炎

nicht gonorrhoeische Harnröhrentzündung

尿道炎は淋疾性のものが最大部分を占むれども、又非淋疾性の尿道炎あり。

1) **非淋疾性慢性尿道炎** (Urethritis nongonorrh. chronica-Waelsch.):—

【原因】 不明なり、何等か不明の細菌にて起ると云はる、主として月經前後・産褥時の婦人との性交に依つて傳染し既往の淋疾が好發條件なりとも云はる。

【症状】 長時の潜伏期 (5—16 日) を有し、自覺症状少く慢性に経過し、尿道分泌は僅少にして無菌性なるか (Urethrites amicrobiennes, aseptiques) 又は少量の不定細菌あり、尿は明性に近く合併症は少なけれども難治性にして數月を要す。

2) **非淋菌性細菌性尿道炎** (nicht gonorrhoeische bakterielle Urethritiden):—

【原因】 各種の尿道内細菌にて起る尿道炎にして連鎖状球菌・大腸菌・肺炎菌・インフルエンザ菌・グラム陽性及び陰性双球菌・ストレプトバチルス等の諸菌及びその混合傳染にて起る、性交に依つて傳染す。

【症状】 潜伏期短かく (2—4 日)、稍々急性の症状を起して多量の排膿を示し一見急性淋疾に似たれども、淋菌を認めず前記各種の細菌あり、病期短かく且つ治癒し易し、又合併症を起す事あり。

3) **外因性尿道炎** (Urethritis durch exogene Reizung):—

a) 刺戟性尿道炎 (artifizielle Urethritiden) 器械的・化學的・溫熱的刺戟に依つて起る、治療豫防の目的にて行ひたる濃厚なる薬液の注入にても、

又手淫等の刺戟にても起る。

b) 異物性尿道炎 (Fremdkörper-Urethritis) 又は導尿性尿道炎 (Katheterismus U.)・外傷性尿道炎 (traumatissche U.) 等もあり。

c) 固形性尿成分の持続的排出の刺戟、即ち尿酸尿・磷酸尿・尿酸鹽尿等にても起るし、又食餌性刺戟物・藥物等の排泄のためにも起る。

【**診断**】 尿中に淋菌を證明せざる尿道炎に直面した時に之れが慢性淋疾なるや又淋疾後遺性のカタル (postgonorrhöischer Katarrh) なるや果又は非淋菌性尿道炎なるやを鑑別する事は非常に困難にして且つ重要事項なり。先づ尿の細菌的検査を充分にする必要がある、慢性淋にては不定の雜菌が多く淋菌は極めて微量なるために之れを他の淋菌類似の双球菌と完全に鑑別せねばならぬし、又淋菌は出沒するから數回に検査し、尙且つ勃發操作 (Provokation) 等をも行つて淋菌の有無を確めた後に非ざれば非淋疾性なるや否やを決定し難し、即ち之れ等の操作に依つて完全に淋菌の無き事と近き既往症に淋疾の無き事とを確定した後に始めて非淋菌性尿道炎の診断が考慮されるのである。

【**療法**】 刺戟性・異物性又はカテーテル挿入性尿道炎なれば原因が除去されれば治癒さる。

爾他の非淋菌性のものは普通は青酸々化汞 (1;2000—3000)、過マンガン酸加里 (1;3000) 又は硫基石炭酸亞鉛 (0.5—1.0%) 等の洗滌又は注入にて輕快す、然らざれば通常治淋劑に用ゐられる銀製劑等も使用さる。

然し慢性非淋菌性疾患では屢々非常に頑固にて難治性のものがあつて各種の注入劑でも治癒し難き事あり、斯かる場合には却つて尿道内治療を廢めて蛋白體又は刺戟體療法や、自家又は多價ワクチン療法等を合併應用するがよい。

V. b. 女子淋疾 Weibliche Gonorrhoe

【**病理**】 女子淋疾は性交によりて淋疾男子より感染するもの最も多し、

此の際男子の淋疾は急性にても慢性のものにても感染す、又男子にては既に病變を起さず蟄居せる淋菌も女子の新鮮なる粘膜に感染して急性淋を起す、又既に治癒したりと思ひたる男子の淋疾が交媾等の刺戟にて淋菌が誘導され感染する事あり、又女子の慢性淋・静止淋にても同様の理由にて男子を感染し茲に夫婦間に循環感染 (Circus viciosus) を成立す。

女子の原發性病竈は尿道 (95%)・子宮頸部 (80%) に多けれども、男子淋疾が慢性なれば女子尿道を犯さず殆んど子宮頸部 (95%) を犯すものなり。

女子淋疾は又極めて治療困難なるのみか各種の理由にて反復勃發し而も上方生殖器に上行性傳染を起すものにしてそれは、1. 月經 2. 妊娠及産褥 3. 房事過多 4. 非衛生的處置 5. 感染の反復 6. 不適當の治療等に依つて助長さる。

女子の淋疾を次の如く分類す (今淵)

- | | |
|--|----------|
| 1. 下部生殖器の淋疾 | 2. 上昇性淋疾 |
| a. 外陰部に來るもの、尿道・スケネ氏腺 (Skenesche Drüsen)・バルトリン氏腺 (Bartholinische Drüsen)・陰門 | a. 子宮體 |
| b. 腔 | b. 喇叭管 |
| c. 子宮頸管 | c. 卵巢及骨盤 |
| | d. 腹膜 |
| | 等を犯すもの |

1. 淋疾性陰門腔炎 (Vulvovaginitis gonorrhöica):—

小女に多く原發性に發すれども、成人にては稀に妊娠時に起る外は上部の淋疾の分泌液の刺戟に依つて起るもの多し。

【**症狀**】 陰門粘膜は高度に發赤し、小陰唇・處女膜・陰核等は發赤腫脹し、表面に不定形の糜爛面を生ずるに至り最初は漿液性後に膿様の分泌盛んにして粘膜皺襞・腔内に滯溜し尙陰門周圍を濡して間擦疹・濕疹等を起す、又鼠蹊腺も腫脹する事あり、自覺症狀としては排尿時に尿が炎症性粘膜を刺戟して灼熱感を訴ふる外熱感・癢痒等あり疼痛は左して甚しからず、只歩行・坐位時等にて器械的刺戟に依つて疼痛を訴ふる位なり。

小兒に於ては學齡兒童に多く淋疾性兩親又は兄弟より直接的に、又は間接

に感染し、時には銭湯にても感染するものゝ如し。

【**診断**】 容易なり、只大人にては微毒性下疳・丘疹・軟性下疳・疱疹等が発生したる時に刺戟性炎症を起したるものと區別す可し。

【**療法**】 小女にては銀製治淋劑にて局所を洗滌し又陰内にも注入し尙治淋劑を綿布に浸して局所に當て一日數回交換せしむ、大人にては此の外に治淋劑・過マンガン酸加里等の陰洗滌・陰内タンポン等を施す、場合に依りてはワクチン療法を行ふ。

2. 淋疾性尿道炎 (Urethritis gonorrhoeica):—

女子にては尿道の解剖的關係に由りその症狀は男子程複雑ならず、獨立的に發病する事あり又前者等と合併する事多し。

【**症狀**】 急性のものは感染後間もなく尿道粘膜は發赤腫脹し外尿道口は突隆し内部粘膜は多少脱出す、自然的にも又は陰内より指頭にて尿道を壓しても多量の黄色・綠黄色の膿汁が漏出し内に多量の淋菌を含有す、自覺症狀は男子の場合よりも輕微にして排尿時の灼熱感・輕痛及び尿意頻數あり。

経過は比較的順調にして數日にて炎症去り分泌液は漿液性となり自覺症狀も去りて快癒す。

時には副尿道炎を起して小膿瘍を作る事あり、又後日外尿道口に尿道息肉 (Caruncula urethrae) を生ずる事あり。

【**療法**】 男子尿道淋に於けるよりも濃厚なる治淋劑にて尿道洗滌を行ふ。

3. 淋疾性バルトリン氏腺炎 (Baltolinitis gon.):—

バルトリン氏腺體は前庭海綿體の直後に舉肛筋板上に位置し1—2本の排泄管を以つて小陰唇の内側に於て處女膜部に外尿道口と陰唇後連合との中間に於て前底に開口するものにして、他の女子生殖器淋疾に續發して發病す、此の際原發處は急性尿道淋なる事あり、又は殆んど治癒して不明瞭の淋疾なる場合あり。

元來バルトリン氏腺細胞は淋菌に對し抵抗性にして只その排泄管の單層又は重層圓柱上皮が犯されて粘膜腫脹をなす結果排泄孔が閉塞され分泌物が滯溜して假性膿瘍を形成するものにして、寧ろバルトリン氏腺管炎と云ふ方が適當なる位なり、然し又混合傳染を起して眞性膿瘍を作る事あり。

婦人淋疾の約 40% に來り多くは兩側性に犯され、膿瘍は單側性に生ずるを例とす。

【**症狀**】 先づ腺排泄孔が赤色の發赤點を現はし、間もなく陰唇が發赤腫脹して次第に腺體部に半球狀をなす腫脹體現はれ之れを壓すると膿汁を排出し且つ劇痛あり、自覺的症狀として劇しき自然痛と熱發を呈す。

數日後に急性症狀は消退するも硬き膿瘍は次第に増大して遂に化膿自壊するか、又は自然的に吸収されて硬結を残すか、或は又排泄管の閉塞が遺残して慢性滯溜腫なるバルトリン氏囊腫 (Baltolinsche Cyste) を作る。

【**診断**】 定型的位置に生ずる炎症性腫脹を觀て容易に診斷さる、只慢性囊腫は何れも淋疾性なりとは限らず、雜菌性のものあり又性交過度のために分泌増進して排泄管を閉塞したもの、又は分娩瘢痕による滯溜腫もあり。

【**療法**】 初期には濕布等にて極力消炎に努め、化膿すれば切開排膿す。

4. 上男性淋疾:— 淋疾性子宮頸部炎 (Cervitis gon.)・子宮體淋疾 (Corpus-gonorrhoe)・子宮内膜炎 (Endometritis gon.)・喇叭管炎 (Tubengonorrhoe)・卵巢炎 (Oophoritis gon.) 等あり。(略)

VI. 尿道結核 Harnröhrentuberculose

【**病理**】 尿道結核は泌尿生殖器の結核中にては稀有のものなり。男子にては尿道の距離長く内徑不同に構造複雑にして多數の竇腔と壁内腺管の開口等あるために女子よりも罹病率多く、泌尿生殖器結核の 7—18% を占むと云はる。

1) 原發性尿道結核 にて外界より直接に、又は泌尿器結核の婦人との性交に依り、又は尿道内器械挿入等に依つて結核菌の感染を受くと云ふ説者あれども蓋し稀なり。

2) 續發性尿道結核 大部分はこれにして泌尿生殖器の結核、就中攝護腺結核・腎臟結核等に續發するもの多し、解剖的關係上大部分は後部尿道が犯され前部尿道は極めて稀なり。

【**解剖**】 本症は 3 種の形にて現はる。

1) 結核性尿道炎 (tuberculöse Urethritis):— 後部尿道壁に小顆粒性結核結節を生じ間もなく小潰瘍と成り互に癒合増大して縁下潜蝕を呈する定型的の貧血性潰瘍性空洞を多發す。

2) 結核性尿道狭窄 (tuberculöse Urethralstrictur):— 結核性尿道炎は後日結核病竈の纖維化・瘢痕性收縮に依つて狭窄を起す (35%) のものにして、その他に尿道壁の結核性浸潤・肉芽・上皮層の結締織増殖・浮腫形成等にも狭窄を起す、これ等の尿道狭窄は他の狭窄ほど程度強からず、又尿道壁に輪環狀に起らざれども可なり廣汎に渉る事あり、後部尿道に好發す。

3) 結核性尿道周圍炎 (tuberculöse Periurethritis):— 尿道壁の結核病變が尿道周圍組織に蔓延したるものにして潰瘍・浸潤・軟化竈等が生じ次第に

深層に進入して尿道・陰莖海綿體乃至は會陰層にも擴がり遂には皮膚に接近破壊して瘻孔を作るに至る、又崩壊組織に尿浸潤を起し易く、若し海綿體中に進入すれば敗血症等を誘發する危険あり。

【症候】 病變程度と種類に依つて症候を異にす。

1) 自覺的症候 頑固なる排膿又は膿尿あり、局所に不快感・疼痛感等ありて排尿時に劇甚となる、後部尿道に病變あれば不斷の尿意頻度を起し殊に潰瘍性のものにて強度なり。

2) 尿所見 結核性膿尿にして前尿の濁濁度強く、腎臓・膀胱結核等が合併すれば全尿が濁濁す、多數の膿球・尿道上皮細胞の他に結核菌あり。

尿道壁に潰瘍が形成されたるものは症候最も甚しく、尿道狹窄は發病も緩慢に症候も亦輕微にして且つ爾他の狹窄よりも尿閉を起す事稀なれども結核尿が滯溜するために悪結果を來すものなり。

【診斷】 必ずしも容易ならず、攝護腺・膀胱結核等ある時には之れに蓋はれて看過され易く、狹窄症は尿中結核菌及び爾他泌尿生殖器の結核が證明されざる場合には普通の尿道狹窄との鑑別困難なり。

外部よりの觸診・Guyon 氏有頭ゾンデーの挿入等にて病變個處を知る可し、尿道鏡検査にて稍々詳細を知り得るも器械的刺戟に依る悪影響多きが故に好ましからず。

【豫後】 一般に不良なり 泌尿生殖器の原發竈が除去されざる限り治癒の見込なし、而も常に尿浸潤の脅威あり、狹窄症は結核尿を滯溜し混合傳染を起し且つ上行性結核傳染の危険を醸す。

【療法】 原發竈を除去すれば自然的に治癒する事あり、一般的對結核療法を施行す、局所療法としてグアヤコール油・沃度フォルム油等にアネステチン・ノボカイン等を混じて注入すれども效尠し、その他は對症的に治療す。

尿道狹窄の擴張は細心の注意を以つて行はざれば器械的刺戟のために却つて狹窄内の潜伏性結核竈が再發する事あり、狹窄高度なれば高位切開・會陰切開等にて排尿す。

尿道周圍膿腫・尿浸潤等を起せば速に切開す可し。

VII. 尿道狹窄 *Stricture urethrae*

尿道狹窄とは尿道管腔が擴張性を失ひてその内徑が縮少し内腔の狹隘となれるものを云ふ。元來尿道は平常は粘膜性間隙にして管腔(Rohr)をなさず之れが排尿・器械挿入等に依つて粘膜壁が擴張されて始めて管腔を成すものにして、この擴張性が減弱したり缺損すれば内徑は減少して狹窄(Verengerung, Strictur)を起すものなり。

【原因】

A. 先天性狹窄(angeborene Strictur):—先天性畸形に屬する尿道狹窄にして前述の如し。

B. 後天性狹窄(erworbene Strictur):—後天性に諸種の原因にて起る。

a) 機能的狹窄(functionelle Strictur):—尿道壁には左したる病變なくて狹窄原因が除去されれば尿道腔は舊態に復するものを云ふ。

1. 痙攣性狹窄(spastische Strictur):—尿又は器械の通過に際し尿道括約筋の痙攣性收縮のために起る。

2. 壓迫性狹窄(Kompressionsstrictur):—尿道内又は外部より壓迫されて尿道内腔の狹隘となれるものを云ふ、尿道結石・異物・尿道周圍膿瘍及び血腫・攝護腺肥大症及び癌腫等に因るものなり。

b) 器質的狹窄(organsche Strictur):—尿道壁に解剖的・器質的病變ありて起るものを云ふ。

1. 外傷性狹窄(traumatische Strictur):—尿道の外性損傷(前述)の結果尿道狹窄を後遺するものにして受傷後 2—3 ヶ月乃至半年位にして起る、發病率は炎症性のものよりも遙に稀なれども程度は強し。

2. 炎症性狹窄(entzündliche Strictur):—淋疾・硬性及び軟性下疳・尿道結核・痛風・非淋疾性尿道炎・化學的腐蝕等の後發症として起り、その大部分(90—95%)は淋疾に依つて起るものなり。

【解剖】 今最も多發する淋疾性尿道狭窄に就て述べん。

尿道淋が長時存在すると尿道壁に圓形細胞浸潤をせず、この浸潤は淋疾の治癒と共に大部分が吸収消失されるが又その一部分は殘存して長時の後に次第に紡錘形纖維性細胞と成り又此處に結締細胞も新生されて硬結性膀胱狀の收縮(schwielige od callöse Schrumpfung)を起して硬化し、一方又海綿體部とも癒着して硬結瘻を作る、斯くて其處の尿道壁の擴張性は次第に減弱して尿道腔が狭窄するに至るものなり。

この硬結形成現象は尿道淋疾時に起る濾胞炎・濾胞周囲炎等の細胞浸潤にも起るから尿道内各處に各程度の狭窄が形成される。狭窄個處及びその前後は尿道の圓柱上皮細胞は多層扁平細胞と成り表面は角化し、その附近の粘膜附屬腺は消失し、膀胱硬結は深く白膜・海綿體迄にも達し遂には硬き膀胱腫(Callusmasse)となる。

1) 狭窄の部位 淋疾性のものは尿道球部が膜様部に移行する處に最も多く次に海綿體部・舟狀窩の順なり、外尿道口附近のものは下疳性のもの多く、後部尿道・攝護腺部尿道に起るものは外傷性のもの多し。

2) 形状・數及び程度 凡て不定なり、數は1個の事あり又數個に及ぶ事あり、形状は短區間が狭窄される事あり(輪狀性)、又相當廣汎に渉る事あり(管狀性)(5mm. 以上のものは稀なり)、尿道壁に輪狀をなすもの、又は上下壁丈のものあり、そのために狭窄腔が尿道腔に對して中心性(concentrisch)の狭窄と、外心性(excentrisch)狭窄とあり、

又狭窄程度も種々にして軽度の狭窄にて差したる病狀を起さぬものあり、又強度にして辛じて絲狀 Bougie が通過し得るもの(絲狀狭窄 fadenförmige Stricture)あり、結核性及び外傷性狭窄時には管腔が全く閉鎖する事あり、

又形状も直狀筒管狀(langgestreckte rohrförmige)のもの、螺旋狀のもの(螺旋狀狭窄 Spiralstricture)・又は辨狀のもの(Klappenstricture)等あり、各例に就て異なるものと知る可し。

3) 硬度 も種々ありて Bougie, 器械挿入等によりて比較的容易に擴張し得られるもの(柔軟性狭窄 nachgiebige Str.), 一時は擴張されるも再び急速に原狀に復歸するもの(弾力性狭窄 elastische Str.), 又は狭窄個處

が硬くして容易に擴張し得ざるもの(硬性狭窄 harte Str.)等あり。

4) 狭窄の起る時期 尿道疾患後狭窄が發生する迄の時期はその原因と疾患程度と個人性に依つて相違し一定せず、淋疾性のものにては淋疾後2—3月にて起る時あり、又數年後に發生する事あり、最初の淋疾を知らずに本症丈が不識の間に發現する事あり。

總じて淋疾の強度なりしもの、再三之れを反復したりしもの、及び瘻痕形成の素因ある者に於ては早期に發生するを例とす。

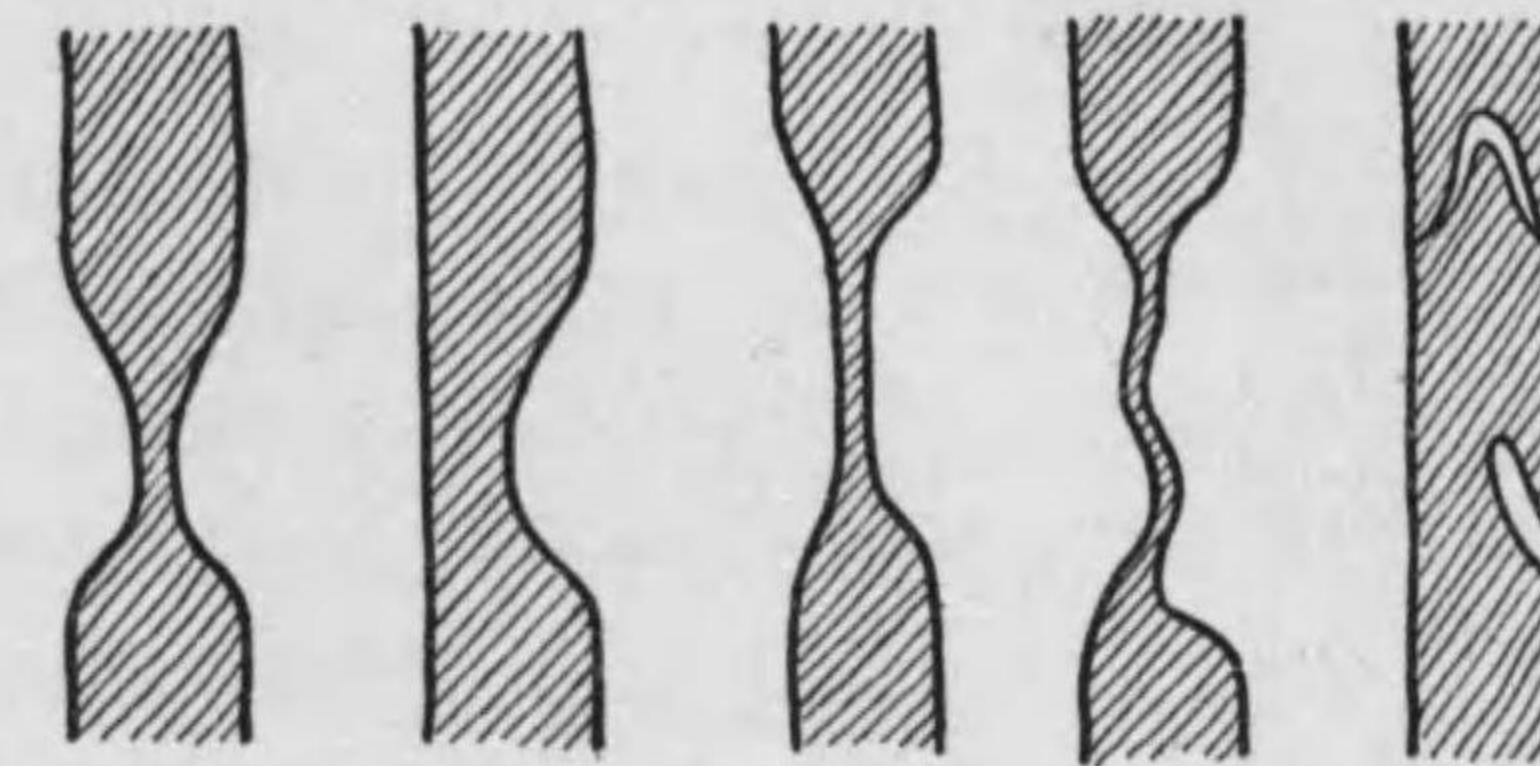


Fig. 229. 各種尿道狭窄の模形圖

5) 組織的變化 狭窄部位は粘膜面の性状を失ひて膀胱性肥厚層となり、狭窄後部は屢々尿道炎を起し粘膜は腫脹發赤し尿道腔は擴張されて狭窄後部擴張(retrostricturer Erweiterung)を成し、粘膜は菲薄となりて網狀を成す、此處には多少量の尿が蓄積分解して炎症を起して小形潰瘍を生じ、後には之れより尿道周圍に僅少量の尿が滲出又は浸潤して尿道周圍尿浸潤(periuethrale Harninfiltration)・尿道周圍膿瘍(periuethrale Harnabscess)乃至は尿蜂窩織炎(Harnphlegmone)を起す事あり。

又狭窄が長時存在すればそのために排尿障害が起りて膀胱は擴張し肉柱膀胱を呈し、且つ次第に遺殘尿が増加するに従つて惹いては上行尿路にも尿が滲潤して管腔擴張を起すに至る。

【症候】 本症は極めて緩慢性に起るものなるが故に患者は一定期間何等認むる可き症候を現はさず、(潜伏期)。

1) 尿所見と排尿痛:一何れも著變なく、狭窄丈ならば軽度の淋絲を認

む位に過ぎざれども、屢々尿道炎・膀胱炎を合併して濁尿・細菌尿等を現はす。

排尿痛も顯著ならず只だ排尿時に狭窄個處に不快感・灼熱感を覺ゆる位なり、又之れと同様に射精時にも局所に不快感を覺へ精液の射出不充分の事あり。

2) 排尿障碍と尿線の變化:— 排尿回数は多少増加する事あるも大した

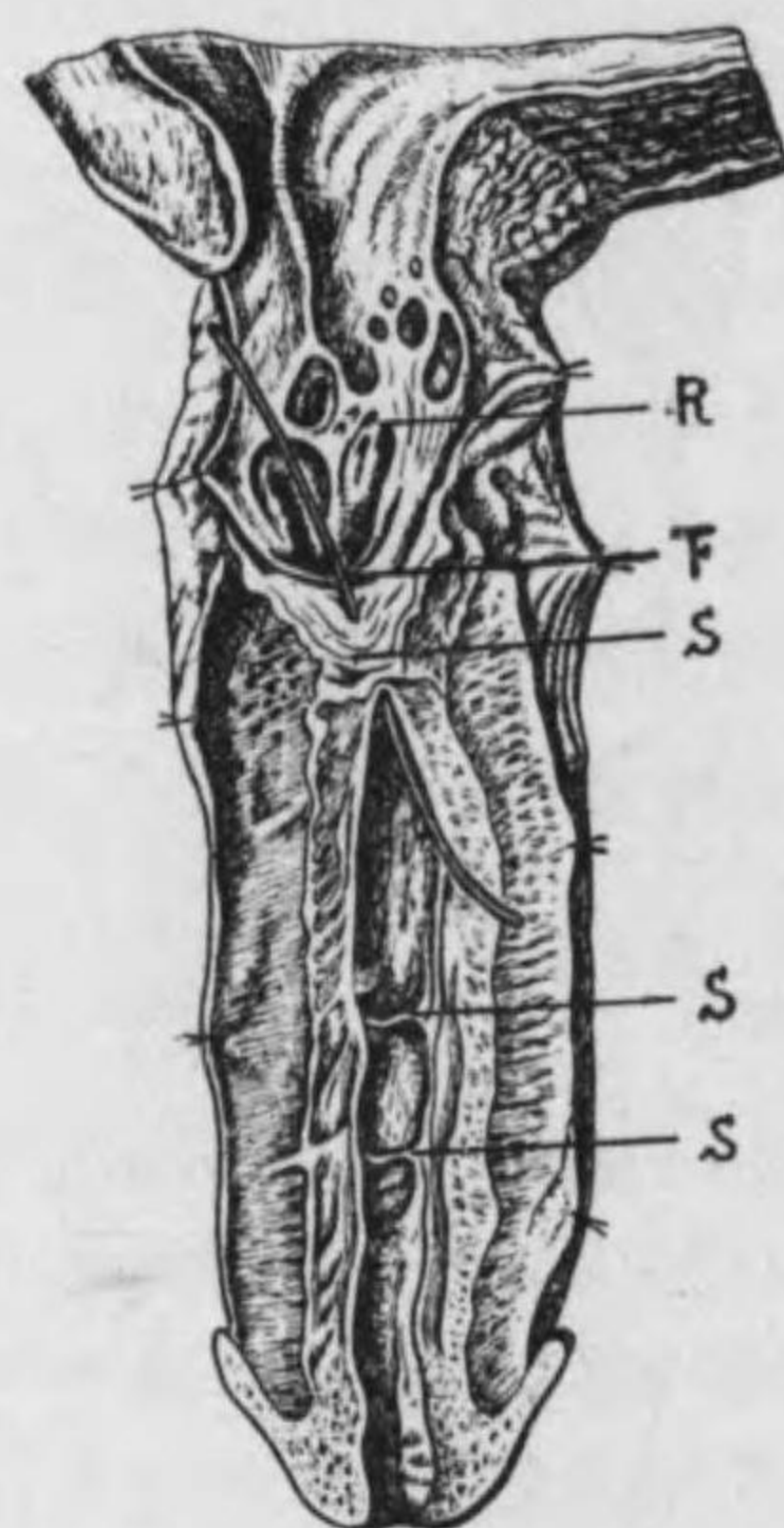


Fig. 230.
尿道狭窄及狭窄後部の擴張

S. 狭窄個處
R. 狭窄後部の尿道擴張
F. 假尿道を示す

事なし、それよりも狭窄のため起る排尿障碍が特徴なり、即ち狭窄高度と成るに従つて排尿に長時を要して再延性排尿を來し、尿線は細小となり分裂變形し回旋状となり方向偏位し、放射力減退して直下に滲流するに至り、進んでは排尿時に腹壓を加へて努責して辛じて排尿され遂に尿流は滴狀淋瀝するに至る。

之れ等の症状は狭窄の程度と部位に依つて差異あるものにして、一般に狭窄高度にして後方尿道にある程排尿障害高度に現はるゝを例とす。

その他狭窄後方擴張部に瀦溜したる尿が排尿後に不隨意に淋瀝して尿後漏(Nachträufeln)又は尿後失禁(postmictionelle Incontinenz)を起す事多く、狭窄高度なる時には不完全尿閉の結果膀胱内に遺残尿が蓄積して奇異性尿失禁を起す事あり。

又突然に完全尿閉を起す事あり、之の完全尿閉は必ずしも狭窄高度なる

ものに起るとは限らず、軽度の狭窄時にも性構過多・感冒・體動等にて誘發されて起る事あり。

【**診断**】 本症の診断は比較的容易なり、狭窄個處が前部尿道に在る時は外部より之れを觸診し得る事あり。尚ほ狭窄の部位と數と程度とを知る必要あり、夫れには Guyon 氏有頭 Sonde (Knopfsonde) を挿入してそれを通じて吾人が感ずる抵抗に依つて狭窄の距離・形状及び程度等を知るなり。若し有頭 Sonde を挿入し得ざれば絲狀 Bougie を以つてする事あり、然し狭窄が多數ある時には前方の最小狭窄部丈けが診斷されてそれより後部の詳細は知り得ず。

Frumkin 氏尿道レントゲン撮影法に依つて狭窄の位置・形状及びその程度を確知し得らる。(156 頁参照)

その他出來得可くば膀胱内遺残尿の有無とその程度・尿道炎・膀胱炎等の合併症の有無・腎臟機能状態等をも熟知する要あり。

【**鑑別**】 器質的及び機能的狭窄を區別するを要す、殊に攝護腺肥大・尿道周囲の病變等を鑑別し、又炎症性なるか外傷性なるかをも知る必要あり。

【**豫後**】 狭窄自身は寧ろ良好なれども腎機能障碍・尿浸潤等を起したものは生命を脅かす事あり、尿瘻を合併せるものは治癒不良なり、狭窄個處が前方尿道にある程又陳舊なるもの程治癒し難く又再發し易し。

【**療法**】 狭窄を除去する事は勿論、尿道炎・膀胱炎その他の合併症をも治療す可きなり。

狭窄を非觀血的に擴張する法と、觀血的に手術切開をなすとの2法あり。

1) **漸次的擴張法** (allmähliche Dilatation):—これは狭窄個處を漸次に擴張する方法にして、先づ有頭 Sonde にて狭窄の程度を知りたればそれより少し下の Chariere 番號の絹製 Sonde を挿入し、その後隔日位に一回宛次第に太き絹製 Sonde を反復挿入して狭窄個處が一定度の内徑即ち Nr. 16—18 Chariere 迄に擴張されたる後は、金屬 Bougie を用ひて同様に暫進的に約 Nr. 20—25 Chariere の内徑迄擴張す可し。

此の擴張法の目的は狭窄を擴張すると同時に局所に器械的刺戟を與へて

狭窄竈を軟化吸収さすに在るものにして決して急激に擴張す可からず、何故ならば急激に擴張すれば一時的には奏效すれどもその際狭窄個處に多少の裂傷損傷等を與へるがために後日其處に再び癢痕性萎縮を起して一層強度の狭窄を再發する危険あるがためなり。

Charière Nr.15 以下の強き狭窄を擴張する際には必ず半軟性絹製 Sonde 又は Bougie を使用す可く、金屬 Bougie を使用するは(熟技を以つてし

ても)尿道壁・狭窄個處を損傷する危険多きが故に禁忌なり。

本法にては毎回 Bougie は 5—15 分間位挿入し置き之れを 2—3 週間反復して狭窄が前記の如き充分なる内徑に達したる後は、最初は 2—3 週、後には 1/4—1/2 年間休歇したる後に再び繰り返すものなり。

若し又化膿性膀胱炎・腎盂炎等の外に發熱ありて稍々急速に狭窄の擴張を必要とする時には狭窄度より稍々細き半軟性 Katheter を挿入し之れを 24 時間留置する事を 1—2 回繰り返せば狭窄個處が軟化して多少擴張さる可し、その時に再び稍太き Katheter にて同様操作を行ひて多少急激に擴張す、之れを漸次的持續的擴張法(allmähliche kontinuierliche Dilatation)と云ひ、前述の方法を漸次的一時的擴張法(allmähliche temporäre Dilatation)と區別する人あり、然し後者の方法は餘り應用されず。

狭窄高度にて半軟性 Bougie が挿入し得ざる時には絲狀 Bougie(Fadenbougie)を挿入す可し、然し絲狀 Bougie の挿入は中々の困難事にして長時忍耐して挿入を認むる必要あり、又狭窄が外心性なる場合には多量の滑



Fig. 231.

尿道狭窄の絲狀ブヂー挿入法(矢印は狭窄を示す)

劑を注入し尿道を牽引して尿道皺襞を平滑ならしめて數本の絲狀 Bougie を順次に挿入して辛じて正常の狭窄輪が発見されてその中の一本が膀胱内迄挿入されるなり、かく挿入し得たらば絲狀 Bougie を 1—2 日間放置すればその刺戟にて癢痕組織が軟化して擴張容易と成る。

2) 暴力擴張法 (gewaltsame Dilatation, Le Fort Verfahren):—前述の如く絲狀誘導 Bougie を挿入し之れを 1—2 日間放置して狭窄部が軟化した後に之れに適當の太さの金屬 Katheter (Bougie) を螺旋して多少の手壓を以つて挿入し稍々強制的に一過性に擴張する事あり、又此の目的のために尖端が次第に細小となれる細長き半軟性の紡錘形ブヂー (filiforme Bougie) 又は鞭狀カテテル (Peitschenkatheter) 等あり、又 Colmer, Oberländer 此等の尿道擴張器を使用して急速に擴張する方法もあり。

然しこれ等の急速法は組織を破壊して後日復雜にして高度なる狭窄を再發する缺點多きが故に一般に用ゐられず。

Bougie 擴張法の影響、患者に依りては尿道の知覺過敏の爲に Bougie 挿入後に全身症状を害し興奮し食慾不進・睡眠不能となり甚しきは Schock 様虚脱状態に陥り又は高熱 (Katheterisierungsfieber) を發する事あり、(42頁) 斯かる患者には本法を應用し得ず。

又狭窄個處が非常に弾力性にて Bougie は容易に挿入されるが之れを抜去すると再び原状に復して狭窄状態をなすものあり、之れを反撥性狭窄 (resiliente Stricture) と云ふ、外尿道口部の狭窄も之れに類す、又稀れに辨狀狭窄 (Klappenstricture) とて辨膜が尿道の後方に向ふものあり、之れ等のものは前同様に Bougie は容易に挿入されるが狭窄現象は中々除去されず、何れも擴張療法は無効にして手術的に依る他なし。

3) 尿道切開術 (Urethrotomie):—

a) 内尿道切開法 (Urethrotomia interna); 少くとも絲狀ブヂーの挿入が可能なるものにて而も急速に尿道擴張を必要とする場合に行ふものなり。

即ち Maisonneuve 氏尿道切開刀 (Urethrotom nach Maisonneuve) を

用ふるものにして、先づ局所・薦骨又は腰髄麻酔の下に誘導糸状ブザーを挿入し、之れに依つて尿道刀の附屬器たる細長有溝ゾンデーを挿入したる後 Maisonneuve 氏の三角形有柄尿道刀 (三角刀の頂點は鈍性にして双なし) を溝に添ふて尿道内に挿入して前後に出入さすれば狭窄部は三角刀の高さ丈の深さに切開される可し、次に誘導ブザーに依つて漸次に太きブザーを挿入して適宜の廣さに擴張した後留置カテーテルを置く、1—2 日にして發熱なければ

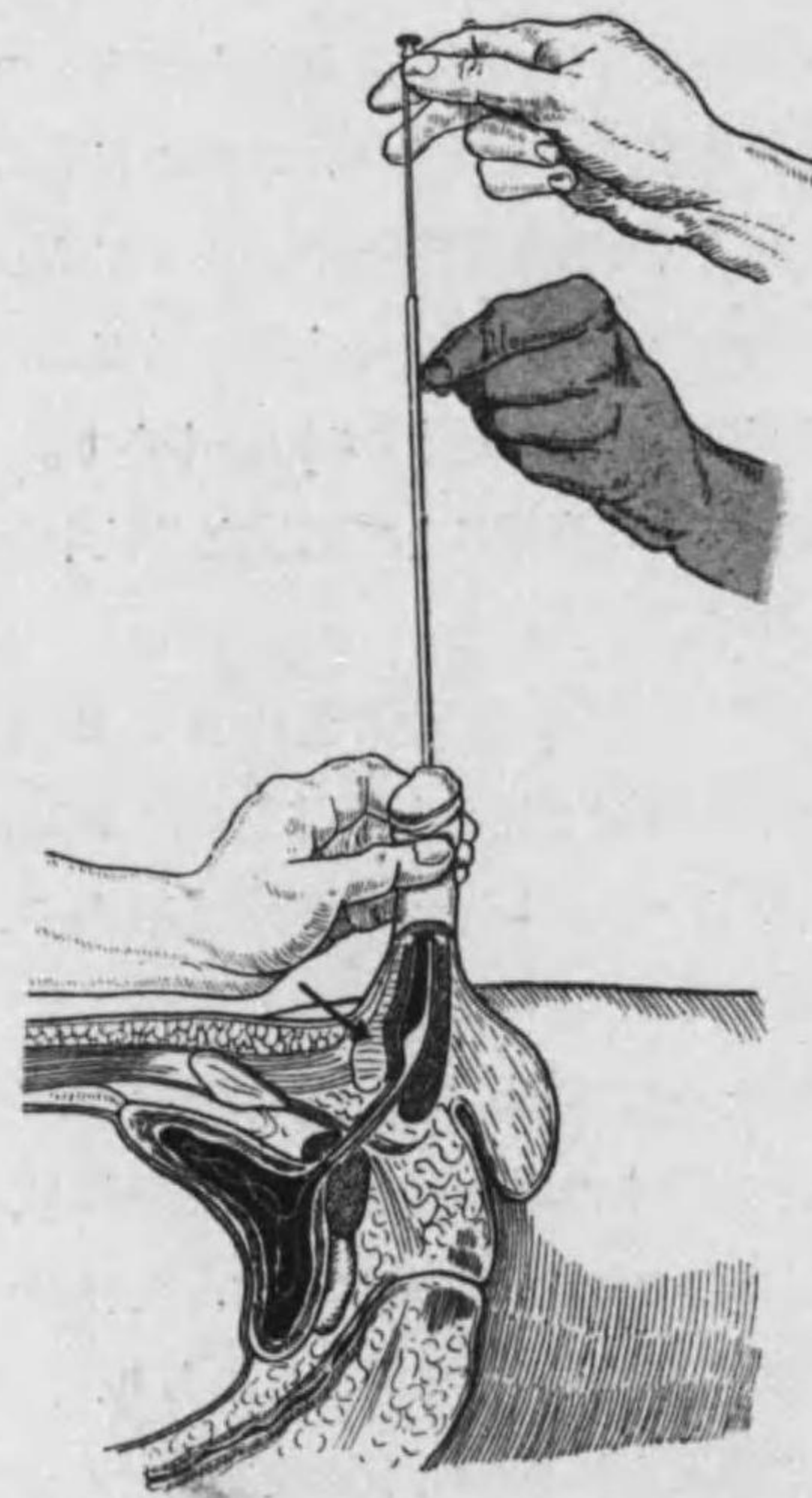


Fig. 232. 尿道内切開法
→印は狭窄部位を示す

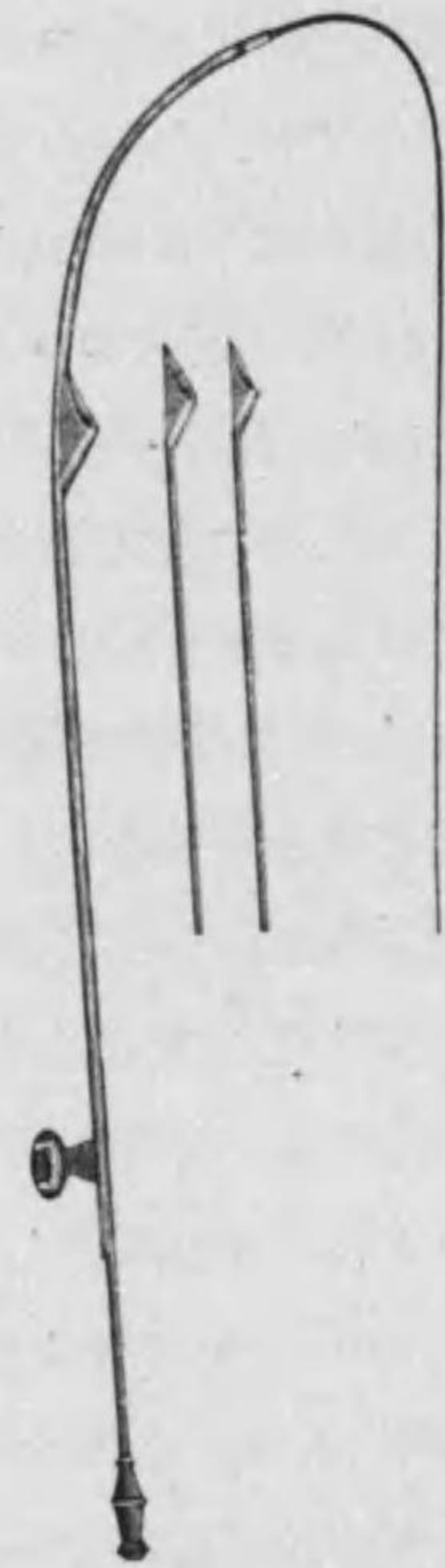


Fig. 233. Maisonneuve 氏
内尿道切開刀

ば留置カテーテルを抜去し術後 2—3 週にして漸次擴張法を行ふ。

本法は切開創口より細菌傳染の危険あるが故に尿道・膀胱炎等ある場合には應用し得ず、又時に多量の出血を起す事ありて種々の止血法も奏功せず遂に外尿道切開を施すの止むなきに至る場合ある等の缺點あり。

b) 外尿道切開法 (Urethrotomia externa); 強度の狭窄にて前記諸法の效なきもの又はその應用の不可能なるもの、尿傳染・尿浸潤・尿膿瘍・尿瘻等を合併せる狭窄等に應用す、患者を截石位とし局所又は腰髄麻酔の下に行ふ。

先づ尿道内にブザーを挿入し置き、狭窄個處に従つて會陰又は陰莖下面に皮膚切開を行ひ、ブザーを便りて尿道に達し狭窄部を切開したる後ブザーをカテーテルに代へて膀胱内に達せしめて之れを留置し、創口は開放するか又は一部之れを縫合す。

術前に狭窄部を通過して細きブザーにても挿入し得たる場合は之れを目標として尿道及び狭窄個處を發見し得れども、狭窄高度にてブザーが之れを通過し得ざる場合は狭窄部迄ブザーを挿入しその尖端の處に狭窄を探及し狭窄後部の尿道腔を發見するに努め、其處を切開してそれより膀胱内に Katheter を挿入したる後狭窄個處の切開・除去等適宜の處置を施し、Katehter の近端はその儘皮膚創口より出すか又は外尿道口に出す。

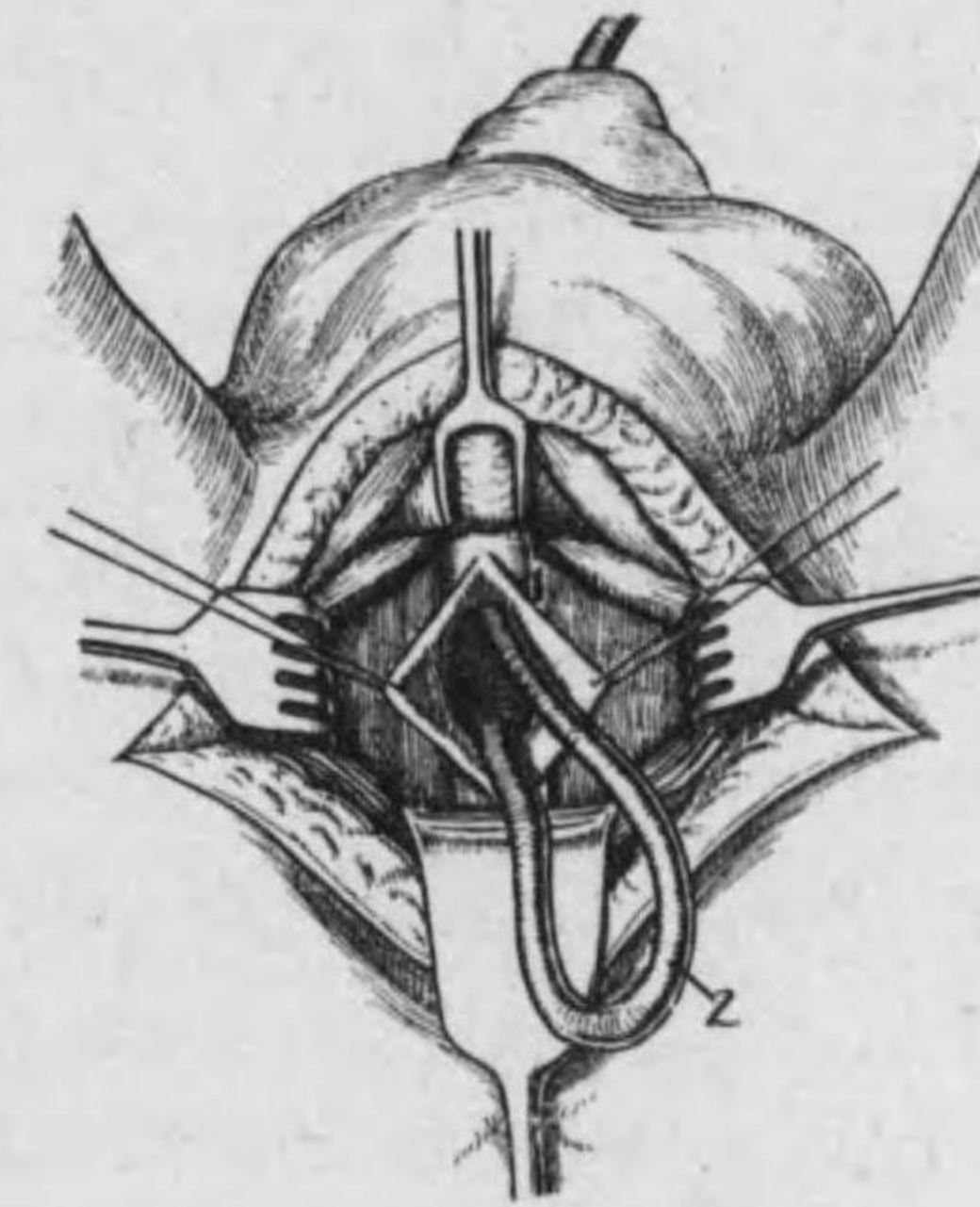


Fig. 234. 尿道外切開法

又若し狭窄後部尿道腔が發見し得ざる時は止を得ず患者にインヂゴールカールの靜脈内注射を行ひたる後排尿せしめて青色尿の排出に依つて尿道端を知るか、又は膀胱高位切開にて膀胱を開き内尿道口よりカテーテルを挿入して逆行性に之れを發見するに努む (逆行性尿道消息法 retrograde Katheterisierung)。

留置カテーテルは長時に渉る必要なく適當時期に抜去して自然排尿を命じ術後 2—3 週より尿道内に金屬ブザーを挿入して瘢痕收縮に依る尿道狭窄を禦ぐ可し。

又狭窄程度により尿道の一部を切除し (尿道切除術 Resectio urethrae) て整形的に尿道縫合 (plastische Operation) を行ふ事あり、又これと同時に尿道周囲の合併症も適宜治療す可きは勿論なり。

VIII. 尿道周囲炎及尿道周囲浸潤 Periurethritis, Periurethrale Infiltrate

【病理】 本症は尿道周囲の炎症及び炎症性浸潤を云ふ。

各種の尿道炎・就中淋疾性尿道炎は尿道粘膜の深層に及ぶと共に Littre 氏腺, Morgagni 氏嚢等中にも波及して此處に濾胞炎・濾胞周囲炎 (Folliculitis, Perifolliculitis) 等を起し, 尙尿道周囲にも炎症が進んで尿道周囲炎 (Periurethritis) と成る, かゝる炎症性浸潤を總稱して尿道周囲浸潤 (Periurethrale Infiltrate) と云ふ。

又尿道狭窄の後部に尿道炎を起したる結果, 又はカウペル氏腺炎・攝護腺炎等からの周囲浸潤に依つても同様の所見を呈する事あり。

【症候】 かゝる浸潤は主として尿道下面に發生し稍々限局性の粟粒乃至レンズ豆大の鞏く稍々疼痛性の硬結として觸診され, 浸潤竈中心部が化膿すれば尿道周囲膿瘍 (Periurethrale Abscess) と成りて疼痛波動性の炎症性硬結を作り, 若し之れが尿道に連絡する時は之れを壓すれば尿道口より排膿あり, 又この化膿竈が外皮に破壊すれば尿道周囲瘻 (Periurethrale Fistel) となり, 尿道と外皮の兩方に破れば尿瘻 (Harnfistel) と成る。又尿道に破れた時にその膿腔内に尿が侵入して尿浸潤 (Harninfiltration) を起す事あり。

【療法】 發病後間もなくして炎症々状強く疼痛甚しき時には安靜と消炎療法を行ひ, 若し化膿したならば早く皮外より切開す。

炎症去り浸潤丈が残れば外部より温熱療法を行ひ, 又は尿道内よりは尿道擴張・ブヂー挿入・マッサージ等の諸法を用ゐて浸潤の吸収に努む可し。

IX. 尿道周囲尿浸潤・尿膿瘍 Periurethrale Harninfiltration u. Harnabscess

【病理】 前述の尿道周囲浸潤及び膿瘍は單に尿道周囲の急性炎症及び炎症性浸潤なれども, 本症は之れに續發するか又は之れと無關係に傳染性尿液が尿道周囲の組織内に浸潤して發生したる疾患にして, この兩者は判然と區別するを要す。

元來尿は強度の組織毒性あるものと過信されて居た, 然し無菌的の尿を組織内に移入しても軽度の浮腫を起す位にて間も無く吸収されるものなり, 而して臨床上尿道周囲組織内に尿が浸潤した時に強烈な蜂窠織炎性・壞疽性炎症を起すのは尿自身の毒性に因るよりも尿中に混在する病原性細菌が重要な役目を演ずるのであつて尿の浸潤は二次的役目をなすに過ぎず, 即ち正常又は病的尿道内又は尿道周囲の炎症竈内に存在する細菌が尿浸潤と共に周囲の健康組織内に浸入すると浸潤尿が分解して之れ等細菌に對して絶好の培地を提供するがために其處に旺盛に發育して壞疽性崩壊を惹起するのである。

而して正常尿道又は病竈内には葡萄狀球菌・連鎖狀球菌・大腸菌等各種の好氣性化膿菌が存在するが之れ等の細菌丈ではかの程の強き壞疽を起し得ず, 寧ろ同時に混在する各種の嫌氣性細菌 (Microc. faetidus, Bac. fragilis, Bac. funduliformis, Bac. nebulosus等) に依つて起るものであつてこの諸菌は臨床上局所から作つた塗抹標本・培養等に依つても證明し難いのである。

- 【原因】 1) 内外性尿道損傷による尿道壁の缺損のため。
2) 諸種尿道炎・尿道結核等, 殊に尿道狭窄に多し, 即ちこれは狭窄後部に尿道炎と尿潴溜とありて細菌繁殖可良にして而も尿道粘膜は弛緩し又は小潰瘍を生じ加ふに尿道壁が擴張され菲薄と成り居りて容易に尿道周囲に浸潤し得るがためなり。
3) 尿道周囲浸潤(前述)又はカウペル氏腺炎・攝護腺炎等の崩壊のため又は尿道・攝護腺痛腫又は結核の崩壊のため。

【解剖】 浸潤竈は急速に壞疽性化膿性炎症を起し或は限局性に化膿して尿膿瘍 (Harnabscess) と成り, 又は瀰蔓性に擴散して尿蜂窠織炎 (Harnphlegmone) の状を呈す, 後者は急速に周囲に進展すると共に海綿體及び膀

膀胱・直腸周囲の血管豊富の個處に波及して敗血症を起す危険あり。

【症候】 臨床的に急性・慢性を區別し更に限局性・瀰漫性とに分つ。

1) 急性尿道周囲尿浸潤 (acute periurethrale Harninfiltration):—

a. 限局性急性尿道周囲尿浸潤 (umschriebene od circumscriphte acute periurethrale Harninf.):—高熱と浸潤局所に限局性疼痛性腫脹を起すものなり。稀に發熱顯著にして而も全身症状が劇しく犯されるために局所を發見し得ざる時には他の疾患と混同する事あり、此の際會陰・直腸内・攝護腺周囲等を精査すれば限局性・疼痛性の腫脹を發見す可し、浸潤竈は間もなく外皮に接近し皮面の發赤・浮腫・緊張を呈し進んで軟化し波動を現はし遂に外皮に破壊するか、或は尙周圍に瀰漫性に浸潤す。

b. 急性瀰漫性尿浸潤 (acute diffuse periurethrale Harninfiltration):—急性に瀰漫性に周圍軟部に浸潤發展す。浸潤原發竈が泌尿生殖隔膜前に在る時には會陰・陰囊・囊莖より下方には大腿へ上方には腹壁に進み、其處の皮下組織に浮腫性の暗緑赤色をなし光澤ある緊張性の皮膚面を呈する腫脹を認め陰莖・陰囊等は著しく浮腫性に腫脹す、間もなく皮下組織の壞疽を起し皮面にも破壊し惡臭を放つ壞疽性潰瘍面を現はす、全身症状は甚しく犯されて高熱・呼吸促迫・脈膊速小・舌面乾燥等を起し、適當の外科的療法を施さぬ時は敗血症を起して死の轉歸を取る。

又若し原發竈が泌尿生殖隔膜後部に在る時は浸潤は皮面に現はれず膀胱・直腸乃至は小骨盤腔より腹膜方面に進展して全身症状が甚しく悪化して極めて危険なる状態を呈するに至る可し、然し斯かる場合は前者に比して稀有なるは幸なり。

2) 慢性尿道周囲尿浸潤 (chronische periurethrale Harninfiltration):—急性症が慢性となるものと最初より慢性に起るものとあり。

限局性に起れば極めて徐々に増大する固き硬結をなし、全身症状としては輕熱ある位のものにして、間もなく硬結の中心部が化膿し遂に皮外に破壊して瘻孔を形成す。

若し又瀰漫性に浸潤すれば陰莖下面・會陰・陰囊迄にも及ぶ廣汎の硬結性

浸潤となり間もなく軟化して外皮に破壊して多數の瘻孔を作り肉芽面を生じ、その下層には組織崩壊と膿瘍を形成し、遂には全體が蜂巢狀を呈する炎症性腫瘤となり、陰囊・陰莖等は慢性淋巴管炎を伴ひて象皮症様に腫大する事少なからず。

【診斷】 境界不明瞭の硬結性浸潤と、皮面に破壊したものは惡臭性壞疽性潰瘍面を呈する事に依つて診斷は比較的容易なり、只だ實際上に急性尿道周囲炎が尿浸潤の傾向あるや否やを知る事が必要なり、而して凡ての急性尿道周囲炎は本症の危険ありとして處置すれば違算なし。

會陰深部・骨盤腔に擴がりたるものは全身症状に蓋はれて看過する事あり、必ず直腸内診に依つて事態を闡明さす可し。

【鑑別】 1) 尿道憩室、は限局性にして炎症少く、充盈せる腫脹は壓迫にて容積を減す。

2) カウペル氏腺炎・攝護腺炎膿瘍・肛門周圍膿瘍 (Periproctale Abscess) 等との區別は比較的易し。

3) 尿瘻、ある時にはその由來する原因と内部瘻管の状態等を精査す可し。

4) 結核性・痛腫性浸潤、とも區別する必要あり。

【療法】 急性尿浸潤なれば:—限局性・瀰漫性の何れにしても出来る丈速に局所を廣く切開し崩壊物質を排出さして尿蜂巢織炎・壞疽等の進行を防止する事に努む可し、此の際尿道内ブザー挿入等を行つて原因病竈を精査する事は却つて局所を刺戟増悪するが故に行はず、浸潤竈が清除され炎症々狀が輕快したる後に原因を探究治療す可きなり。

慢性浸潤ならば:—廣汎の硬化性浸潤竈を切除し場合に依つては尿瘻手術・尿道切開・整形術等を行ふ事あり。

又これ等の操作を行ふに當つて前以つて高位切開にて膀胱尿を誘導して尿を病竈に接觸せしめね様になす事もあり。

X. 尿道瘻 Harnröhrenfistel

1. 先天性尿道瘻 (Angeborene Harnröhrenfistel):—

胎生期に於ける發生障礙に因つて起り後部尿道と直腸間に瘻孔あるものにして稀有の疾患なり。

2. 後天性尿道瘻 (erworbene Harnröhrenfistel):—

【原因】尿道周囲尿浸潤及膿瘍に續發するもの最も多く、その他尿道狭窄・尿道結石・カウペル氏腺炎・攝護腺の結核・尿道攝護腺の癌腫・尿道の内外性損傷等に續發して尿道が周囲臓器腔(直腸腔)又外皮に交通を生じたるものなり。

元來それ等の交通路が出来てもそれは自然的に閉鎖す可きものなれども a. 尿道に排尿障害ありて排尿壓のために尿が絶へず少量宛なりとも病竈内に侵入するため、b. 瘻管短かきために容易に上皮形成を營むため、c. 瘻孔形成組織が治癒不良の肉芽組織(結核・腫瘍及び肉芽の悪き素因ある者)のため、等に依つて治癒せず長時に存在するなり。

女子にては比較的稀れにて多くは外傷・難産等にて尿道壁が破壊されて腔と交通するものにして炎症性のは少し。

【症候】1) 排尿障害、瘻孔が尿道と交通するがために排尿時に排尿の1部又は大部分が瘻孔より排出さる、その量的關係と排出状態は瘻管の部位・形状・數等に依つて不定なり。瘻孔よりの排尿は決して放線を成さず滴下するを常とし、排尿が全く清澄なる時もあれども多くは膿様なり、瘻孔が直腸内にある時には直腸内に尿漏して1日數回の下痢便を起す。

2) 瘻孔、は1個乃至數個あり、多くは尿道附近に在れども又遠隔にして陰囊・會陰時には臀部・大腿部にも存在する事あり、瘻孔周囲は稍々發赤し瘻孔よりは膿汁・漿液等を排出する事多し。

3) 索状腫瘍形成、瘻管中には瘻孔より Sonde を挿入し得可く、瘻管

周囲には結締織性増殖あるがために瘻管の走行に一致して索状を觸診さる。

又時折り瘻孔が閉鎖して瘻管内に尿滴が停滯するために周圍に崩壊性・蜂窠織炎性に浸潤を起して硬結が次第に周圍に増大し、遂には多數の瘻孔を生じて陰莖・陰囊等に廣汎なる象皮病様鞏性腫脹を起すに至る。

【診斷】瘻孔形成と瘻孔よりの排尿にて診斷容易なり、若し瘻孔よりの分泌液が尿なるや炎症性分泌液なるや判明し難き場合にはインヂゴールミンを注射して膀胱尿を青染せしむれば瘻孔よりの排出液の着色如何に依て鑑別し得可し、又瘻管の數・位置及び走行如何をも詳細にするを要す。

膀胱・直腸瘻又は腔瘻なれば直腸腔等より絶えず尿が流出するし、尿道瘻なれば排尿時丈に流出するので區別さる、又直腸・腔内診にて瘻孔を觸知し又は觀察さる。

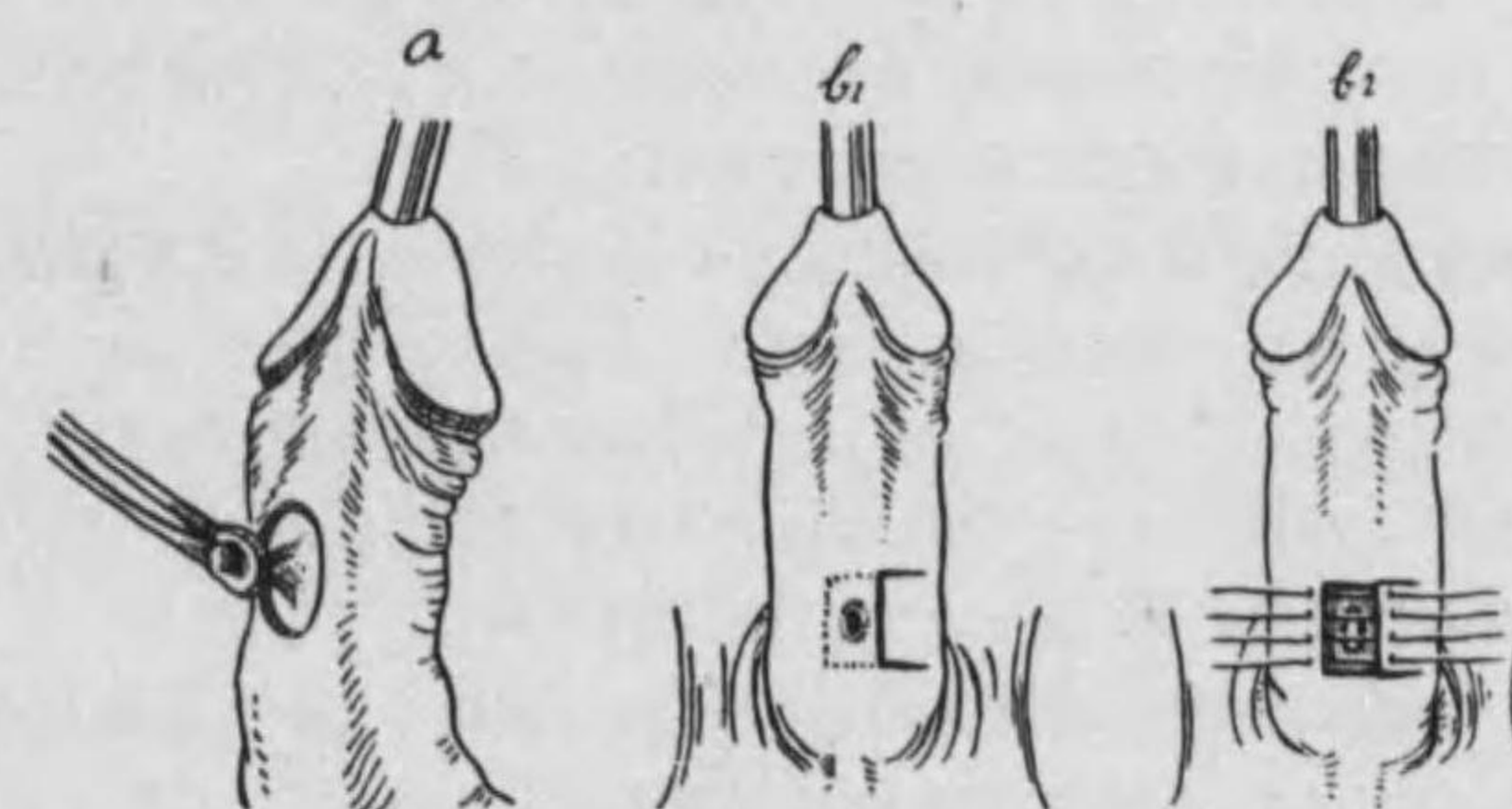


Fig. 235. 尿道瘻手術

【療法】1) 新鮮なる尿瘻、ならば周圍浸潤・膿瘍等の原因病竈を切開し同時に尿道狭窄等を擴張して尿道よりの自然排尿を容易ならしむれば、結核・癌腫等に由るものに非ざる限りは比較的容易に治癒す。

2) 陳舊尿瘻、にて瘻管周圍に結締織層を生じ炎症々状が輕快したるものにては、瘻管を周圍より遊離し尿道壁の處にて切除縫合して簡単に治療し得らる、陰囊・會陰部等の尿瘻は瘻管周圍に軟組織多きが故に手術創口も

容易に閉鎖すれども、陰莖尿瘻にては外皮と尿道壁間の軟部が僅少なるため瘻管切除創口の癒着困難にして開裂し易きが故に皮膚弁を作つて整形的に手術を行ふを要す、(之等の手術に際しては尿道内に Katheter を挿入せざるをよしとす)。(Fig. 235)

尿道直腸瘻は最も難治にして會陰切開を行ひて直腸を尿道より剝離して瘻管に達し、之れを尿道及び直腸壁にて別々に切除縫合し兩縫合個處を暫時接着せぬ様に別々に癒着せしめたる後會陰創口を閉鎖せしむ。

XI. 尿道腫瘍 Geschwülste d. Harnröhre

A. 良性腫瘍 gutartige Geschwülste d. Harnröhre

1) **カルンケル及腺ポリープ** (Carunkeln u. Drüsenpolypen):—カルンケルは粗鬆にして血管に豊める結締織より成り表面は重疊扁平細胞にて蓋はれ、腺ポリープは貧血性結締織と多数の粘液腺を包含して前同様の上皮にて被はれ、兩者共稍々廣基性に成長する隆起物をなす。

2) **乳嚢腫及コンヂローム** (Papillome u. Kondylome):—乳嚢腫は前者よりも細基性に成長し細枝状に分岐し扁平上皮細胞にて蓋はれ、殊にコンヂロームは上皮細胞がよく發達し血管及び細胞に乏しく稍々軟かなり。

以上は何れも有基性ポリープ様の腫瘍にして男子にては主として尿道下壁に生じて尿道腔に發育し、女子にては外尿道口に多し。

【症候】腫瘍が小形なる間は著變なく増大するに従つて多少の排尿痛・排尿障碍・尿道狭窄現象・自然痛乃至は神經衰弱的症狀を現はし、尿道口より膿尿・血尿等が排出する事あり、女子にてはカルンケルのためには尿道狭窄の狀を呈する事あり。

【診断】腫瘍が外尿道口に露出するとか、深部にあるものでは尿道鏡検査にて腫瘍を目撃すれば確かなり、尿道狭窄・尿道異物等と鑑別す可し。

【療法】小形のもの自然的に萎縮消失する事あり、大形のは尿道鏡の下に又は外尿道切開にて切除す。

3) 纖維腫・筋腫・纖維筋腫・血管腫・囊腫 等も發生すれど稀なり。

B. 悪性腫瘍 bösartige Geschwülste d. Harnröhre

1) **尿道癌** (Harnröhrenkarzinom):—

扁平細胞癌・上皮癌・基底細胞癌等が來る、女子にては尿道口に、男子にては尿道各所に来る、必ずしも稀有ならず。

【症候】最初は軽度の排尿痛・漿液性分泌物等なれども間もなく膿血性乃至腐敗悪臭性の分泌液となり、腫瘍が増大するに従つて外部より軟骨硬の腫瘍を觸れ、又尿道内挿入したるゾンデーにて觸診され、腫瘍及びその浸潤のために排尿障害を來して尿閉・尿失禁等も起る、遂に周囲の會陰・直腸・膣等に破壊し、又は尿浸潤・尿膿瘍等も併發し、進んで肺・肝・淋巴腺等に轉移を形成す。

【診断】初期にては良性腫瘍・尿道内異物等と誤る事あり、硬き腫瘍の觸診と、腫瘍片を採取して鏡檢する事等にて診斷さる。

又攝護腺・Cowper 氏腺等の癌腫とも區別す可し。

女子にては外尿道口に發生するが故に診斷稍々容易なり。

【療法】早期診斷に依つて早期に陰莖切斷乃至は Emasculation を決行す可し、女子にては癌組織を周圍組織と共に切除して高位切開に依つて尿を外界に誘導す可し。

5) **尿道肉腫** (Sarcome d. Harnröhre):—極めて稀有なり。略

第6章 陰莖諸病

Erkrankungen des Penis

I. 先天性畸形 angeborene Missbildungen

1. 陰莖畸形 (Missbildung d. Penis):—

- 1) 陰莖完全缺如及發育不全 (Vollkommenes Fehlen od. rudimentäre Bildung des Penis) (略)
- 2) 莖陰重複症 (Doppelbildung d. Penis)
 - a. 重複陰莖 (Penis duplex) 陰莖・尿道・陰囊等の重複せるもの、
 - b. 縦裂陰莖 (Penis bifidus) 陰莖先端が縦裂して龜頭が重複せるもの。之れ等の畸形は他の外陰部畸形を伴ふ事多し。

2. 包莖 (Phimose, angeborene Enge der Vorhaut):—

包莖の内外兩葉の移行部なる包皮輪 (Präputialring) が狭小なるために包皮を龜頭後部に翻轉し得ざるか若しくは辛じて翻轉し得るものを云ふ。

元來初生兒にては生理的に軽度の包莖ありて包皮内葉は龜頭と多少癒着する事多く、又包皮が割合に長く且つ包皮輪が狭きために包莖を作るものなり、之れが生後2ヶ年位にて先端部の癒着は消失し、9—13年にて後部の癒着も遊離して包皮を翻轉し得るに至り、思春期に至れば陰莖が勃起すると包皮は自然的に龜頭後方に翻轉され且つそのために何等血行障害等を起さざるもの也。

包莖時の包皮輪の大きさは各人にて不定にして白銅大より畫鋸大・針頭大に及び時に纖維性に硬化せる時あり。

包莖は主として先天性のものなれども、又後天性包莖 (erworbene Phimose) あり、これは龜頭炎・包皮炎症・潰瘍・外傷等のために包皮輪の硬化狭小變形をなしたるもの、又は龜頭・包皮の癒着等にて、又之れ等の炎症時に包皮が浮腫状に腫脹したる結果 (炎症性包皮 entzündliche Phimose) 等にて

起る。

【症候】 病變程度にて種々なり、包皮輪が甚だ狭くて之れを翻轉し得ざるもの (眞性包莖 wahre Phimose) と、一見包莖の如くに見ゆれども之れを容易に翻轉し得るもの (假性包莖 falsche Phimose) を區別する人あり、

又前者を萎縮性包莖 (atrophische Phimose) とし、後者は包皮が長くその外葉が延長して鼻状に皺垂し居るために肥厚性包莖 (hypertrophische Phimose) とも區別さる。

1) 勃起障害 肥厚性のものにては然らざれども萎縮性のものにては陰莖勃起時に包皮が緊張されて、勃起が不充分となり交接障害乃至は勃起時の疼痛を起す事あり。

2) 排尿障害 肥厚性のもものでは、包皮が長過ぎるために尿線がそれに衝突して細小分裂・螺旋・方向變轉等を起し、尙排尿時に尿が包皮囊内に溜まつて包皮が膨隆し排尿後に尿が滴下す。萎縮性のもものでは、包皮輪と外尿道口とが同一位なれば包皮輪が高度に狭小されざる限りは排尿障害尠きも、兩者の位置が不一致なれば前同様の障害を起し、且つ小兒にては疼痛を覺ゆる事あり、かくて排尿障害の結果膀胱・輸尿管・腎盂等の擴張を來す事あり。

3) その他に 包皮に蓄積せる尿の刺戟にて包皮炎・龜頭炎等を起し、又包皮と龜頭の癒着を生じ、包皮囊内に結石 (包皮石 Präputialstein) を形成する事あり、又小兒にては遺尿症 (Enuresis) の原因と成り、大人にては性的障害を惹起す、又萎縮性のもものでは陰莖を壓迫するためにその發育障害を起す事稀ならず、又包莖は龜頭痛發生の原因を成すと云はるゝも詳かならず。

【療法】 手術的療法を行ふが最良にしてそれに各種の方法あり。

1) 脊面切開 (dorsale Spaltung):—之れは包皮が肥厚性なる時又は炎症潰瘍等ある場合に極めて便なり、有溝ゾンデを陰莖脊面にて包皮と龜頭の間に入して之れに依つて包皮兩葉を冠狀溝迄切斷したる後これを龜頭後部に引き、包皮内葉の創面の頂點に三角形の辨 (R) を切り (Rosier 氏三

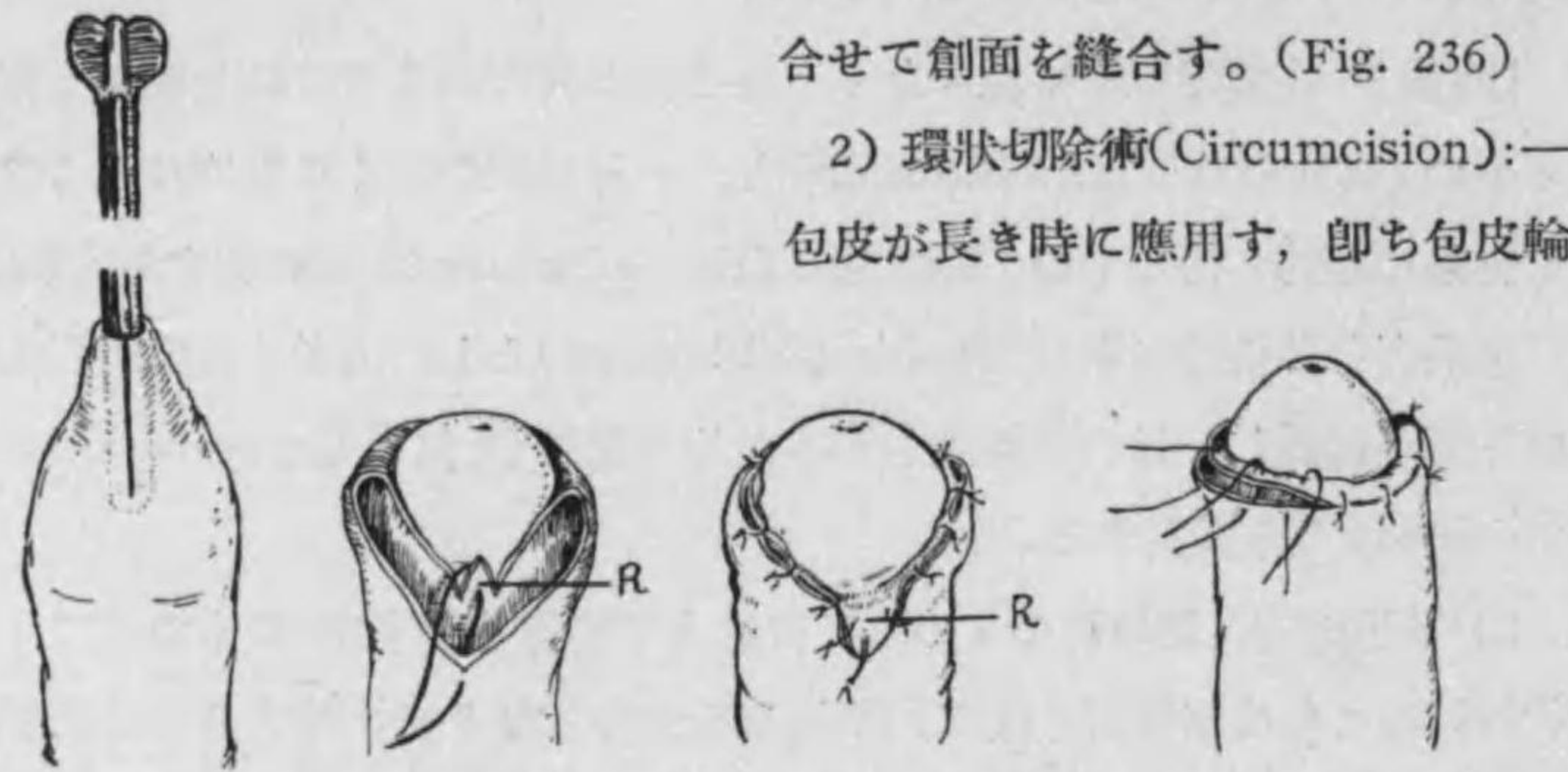


Fig. 236. 包莖手術(背面切開法)

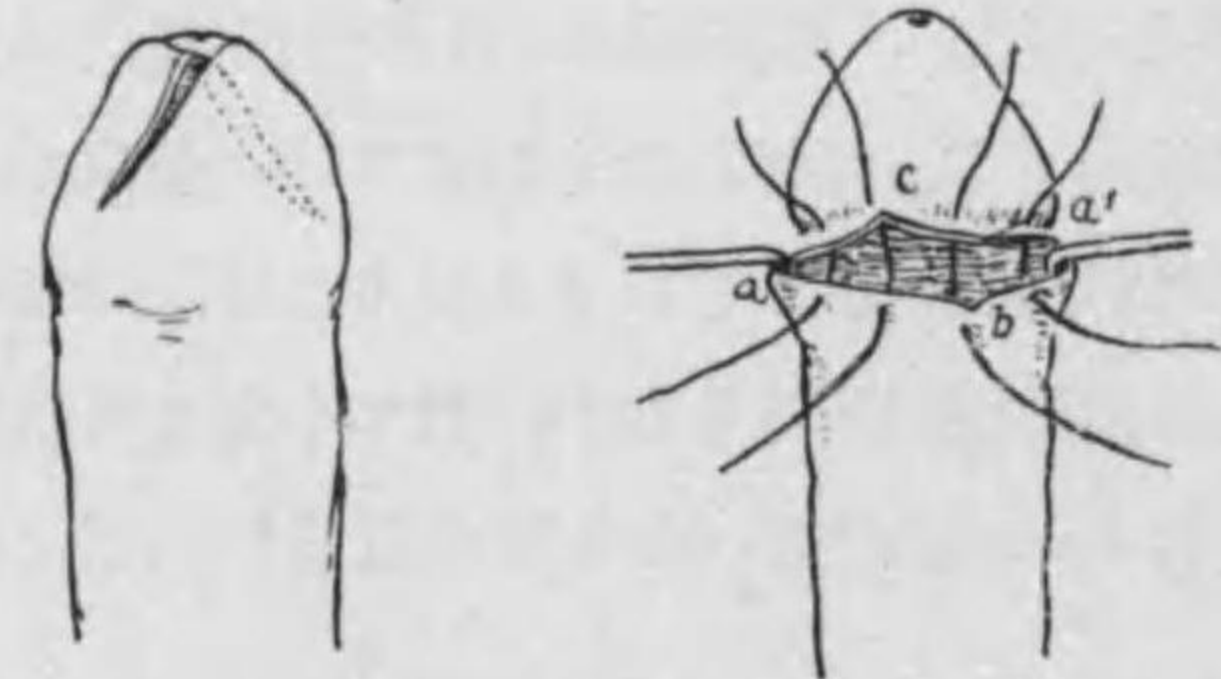


Fig. 237. 包莖手術
(Schloffer氏斜切開法)

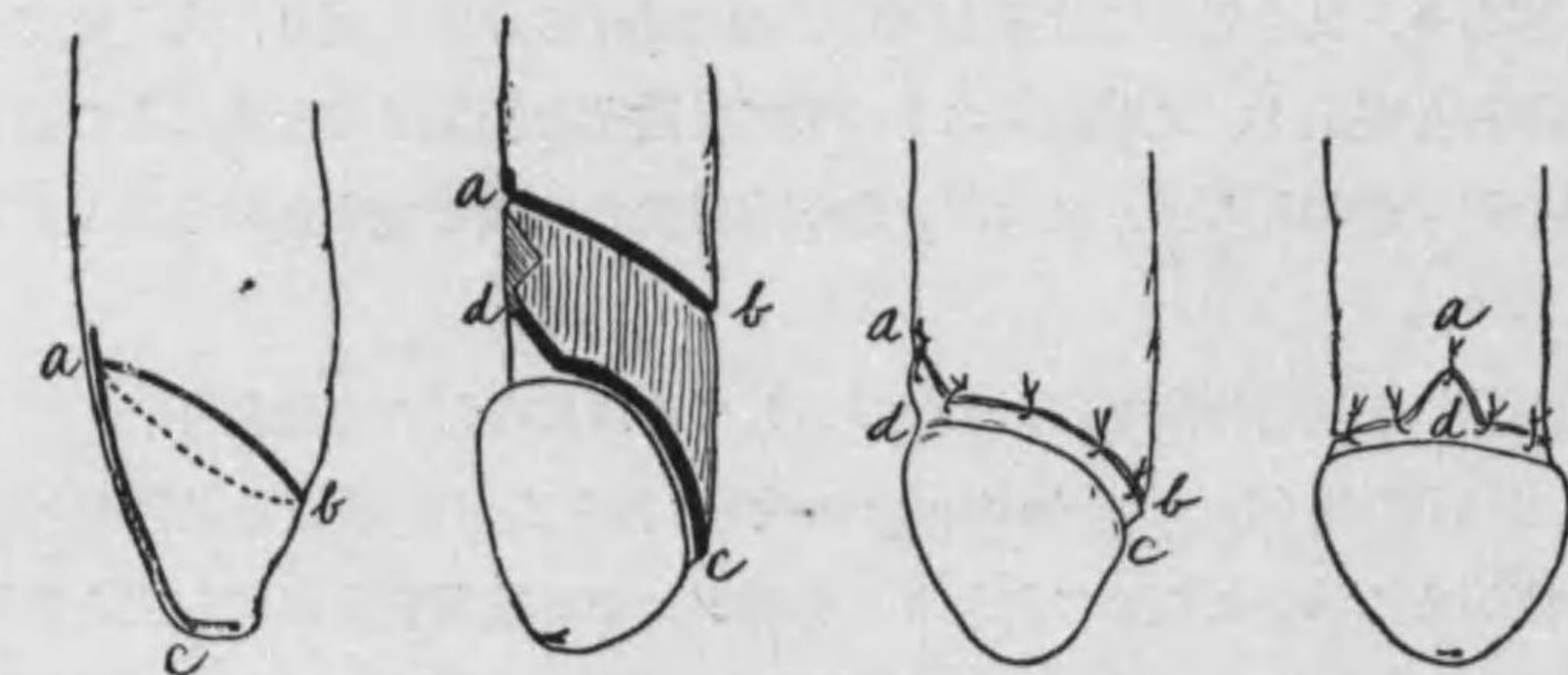


Fig. 238. 包莖手術(Hagedorn氏法)

角)て之を包皮外葉の三角部頂點と合せて創面を縫合す。(Fig. 236)

2) 環狀切除術(Circumcision):—包皮が長き時に應用す, 即ち包皮輪

の處を鉗子にて鈎み牽引して包皮兩葉を簡単に切断し包皮を龜頭後方に引きて適宜の長さに切つて環狀に縫合す。

3) Schloffer氏法 包皮外葉を斜にabの方向に切

開し次に内葉を前者と反對の方向(ac)に斜に切開しその菱形創面を龜頭後方にて横に縫合す。(Fig. 237)

4) Hagedorn氏法 冠狀溝の高さにて包皮外葉に橢圓形切開(ab)を加へ, 次に内外兩葉に脊面切開(ac)を施し尙ほ内葉に Roser氏三角(d)を作りて包皮を引き ad, bc と合する様に縫合す。(Fig. 238)

3. 先天性包皮繫帶短縮症 (angeborene Kürze d. Frenulum präputii):—

包皮繫帶が異常に短きは屢々見らる畸形にして, そのために包皮輪は正常なれども包皮を完全に翻轉し得られず, 又勃起の際に陰莖が下面に彎曲したり疼痛を感じたり, 又交接時に裂傷し易し。

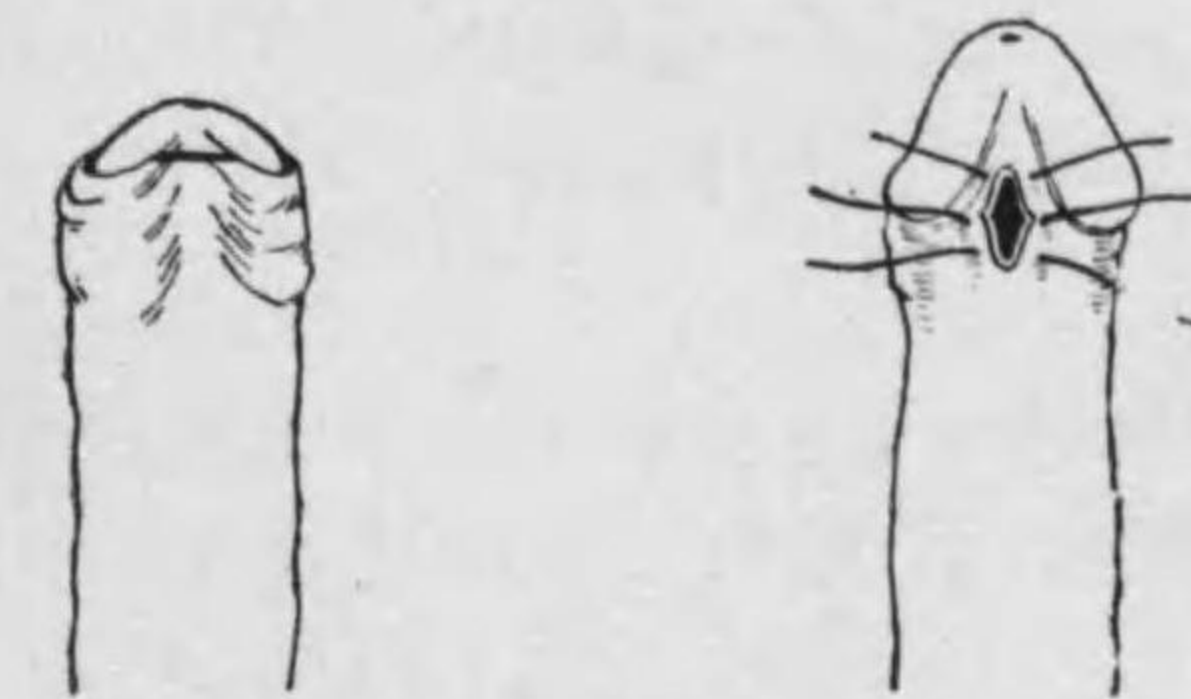


Fig. 239. 龜頭繫帶短縮症の手術

之れを横斷し菱形の創口を縦に縫合して整形す可し。(Fig, 239)

II. 嵌頓包莖 Paraphimose

包皮が龜頭後方に翻轉された儘舊位置に復歸せざるものを云ふ。

【原因】 1) 包莖の時に包皮を辛じて後方に翻轉したものが後に浮腫を起して復歸せざるもの。

2) 急性淋疾・包皮灸・龜頭炎・下疳等のために包皮が炎症狀に腫脹して龜頭後方に翻轉したるもの(炎症性嵌頓包莖 entzündliche Paraphimose)。

【症候】 龜頭が緊張性に腫脹し浮腫・鬱血のために暗青色に變じその後方に浮腫狀に腫脹せる包皮が前後2個の横狀隆起をなす, 前方の平滑に暗赤青色を成せるは包皮内葉に, 後方の變色尠きは外葉に, 中間の狹窄部は

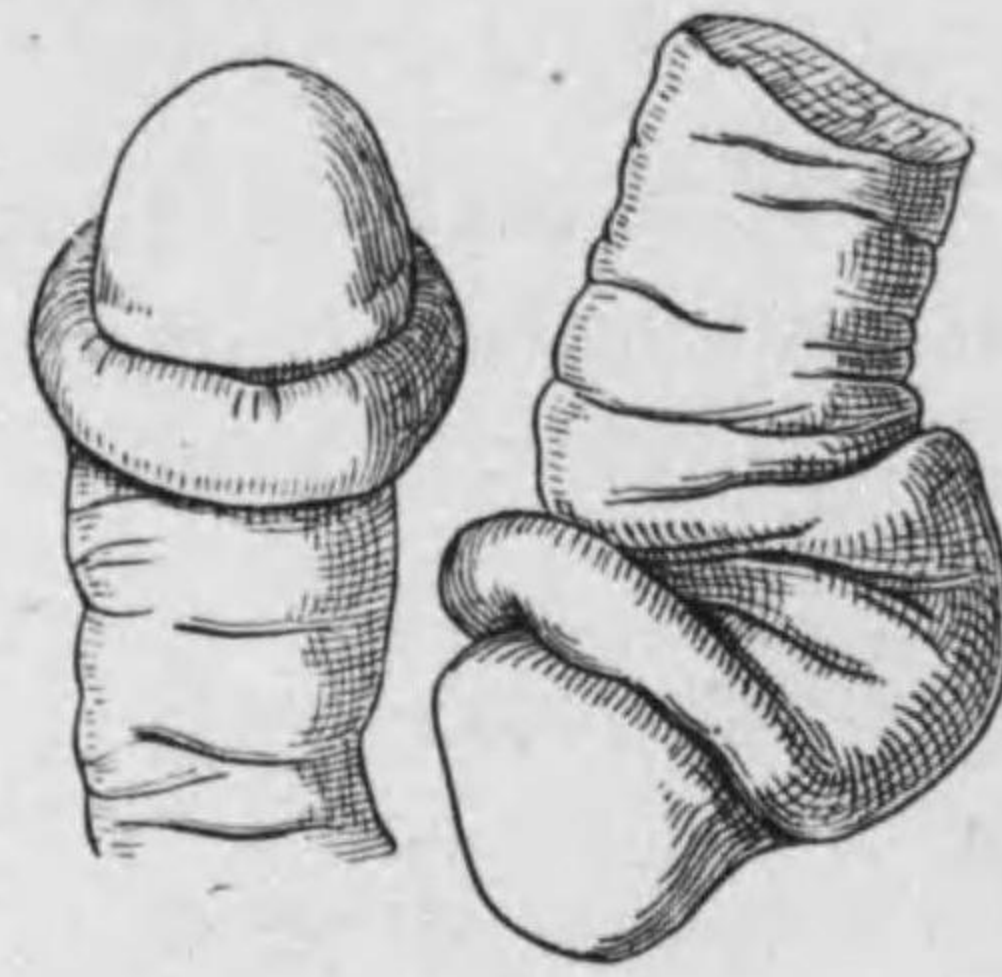


Fig. 240. 嵌頓包莖

包皮輪に相當す、これはその形状よりしてスペイン式カラー (spanischer Kragen) の名あり。

【診断】 診断容易なれども炎症性のものなるや否やを區別するを要す。

又兒戯・迷信等にて陰莖を糸にて巻く事ありてそのために包皮の浮腫を起して本症に酷似の所見を呈する事あり。此の時陰莖背面にては包皮の浮腫のため

に詳細を知り難きも腹面を精査すれば絞窄したる糸を發見す可し。

【療法】 1) 整復 (manuelle Reposition):—先づ整復を試む可し、兩拇指を龜頭に當て食指・中指にて腫脹包皮を挟みて拇指を壓すれば嵌頓包皮は整復す、整復後は冷濕布・消炎法等を試みて包皮の腫脹を消退せしむ。(Fig. 241)

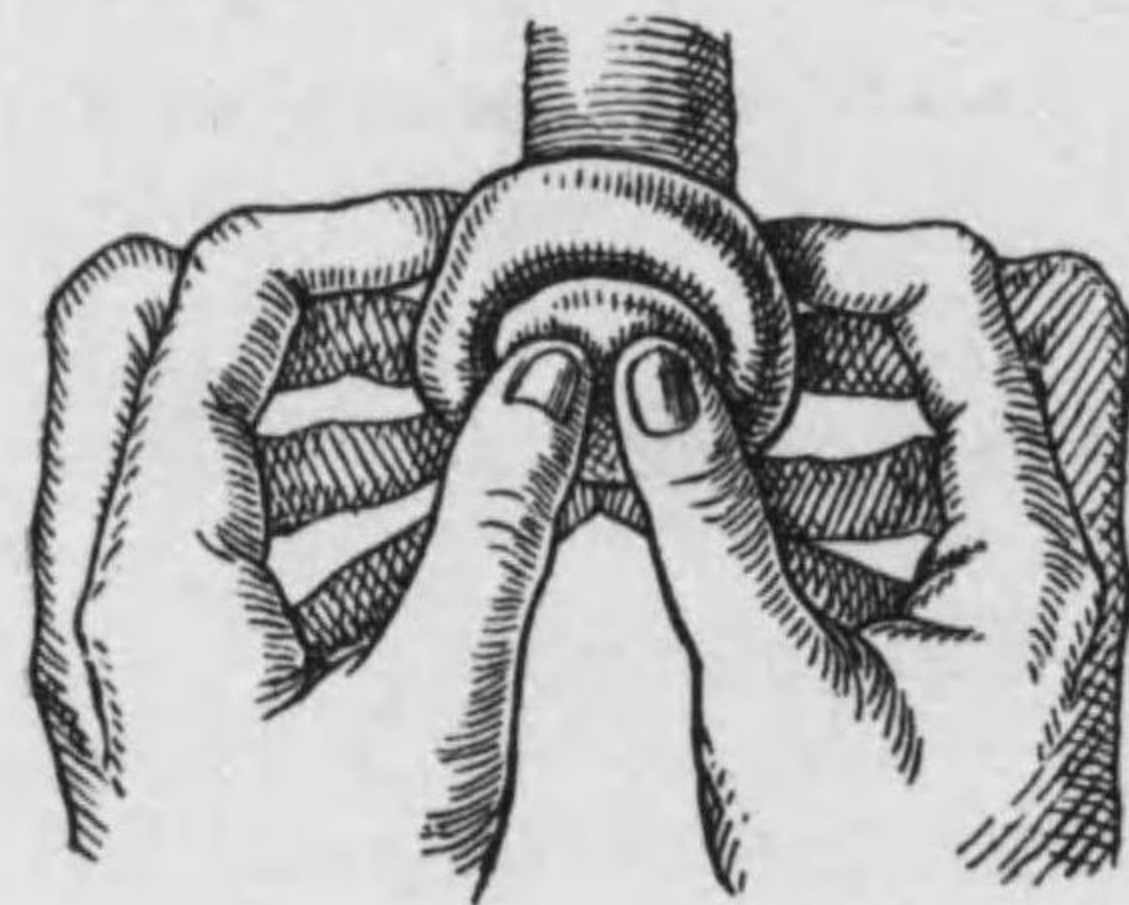


Fig. 241. 包莖整復法

2) 手術的療法 整復法が成効せぬ時は手術的に包皮に深創を加へ狭窄せる包皮輪を切開して整復する事あり。

III. 陰莖損傷 Verletzung des Penis

1. 開放性損傷 (offene Verletzung):—銃創・切創・刺創等あり。(略)

【療法】 海綿體が損傷されて出血多きために經縫結紮にて止血し、傳染性創口なれば敗血症を起さぬ様に開放し、尿道の損傷を伴ふ時は會陰外尿道切

開 (Urethrotomia ext. perinealis) を行ひて創口に排尿が觸れぬ様にす。

陰莖轉脱 (Luxatio penis):—は鈍性外力のために龜頭冠狀溝にて包皮が環狀に離斷されて龜頭が陰莖皮膚内に陥入したるものにして、此の際は速かに整復して尿浸潤を防ぐ可し。

2. 皮下損傷 (subcutane Verletzung):—

a) 陰莖斷裂 (Fractio penis)・陰莖皮下裂傷 (subcutane Zerreißung d. Penis):—陰莖が勃起して白膜が緊張菲薄となれる時に鈍性外力が加はると海綿體が裂傷して高等の皮下出血を起し勃起陰莖は忽ちに軟柔となり、血腫が尿道を壓迫すれば尿閉を起し、尿道も裂傷すれば急性尿浸潤を惹起す事あり。

【療法】 卽座に切開して血塊を除き充分に止血し縫合す、尿道裂傷を伴ふ時は外尿道切開を行ひて尿浸潤を防ぐ、裂傷個處を通じて留置カテーテルを置くは細菌傳染の危険あるが故に行はざるをよしとす。

b) 陰莖絞縮 (Umschnürung d. Penis):—兒戯・迷信・手淫その他の目的にて陰莖を糸にて締結したるものが包皮の鬱血性浮腫のために包皮内に陥入して陰莖絞縮を起す事あり、包皮は嵌頓包莖の如く腫脹し、締結糸は深く海綿體・尿道等迄も食ひ込んでこれ等の壊死を起したり尿瘻を作る事あり。

【療法】 嵌頓包莖の時と同様に腫脹せる包皮を切開して締結糸を除去す、場合に依つては外尿道切開にて尿道手術を施したり、壊死が甚しければ陰莖切斷術を行ふ事あり。

IV. 陰莖の炎症性疾患 Entzündung des Penis

1. 龜頭包皮炎 (Balano-posthitis):—

龜頭炎 (Balanitis)・包皮炎 (Posthitis) と單獨に来る事あれども多くは兩者同時に發して龜頭包皮炎を成す。

【原因】 1) 局所を不潔にするために恥垢 (Smegma) が滯積するため、殊に恥垢分泌の多量の人に多し。

2) 交接・手淫・衣服等の摩擦に依り、

3) 包莖にては恥垢のみか排尿が蓄積し易く、

4) 包皮の下疳・淋疾等の分泌液の刺戟、

5) 糖尿病尿の刺戟、

【症候】 1) 軽度のものにては、龜頭・包皮内葉に搔痒・灼熱感あり。局所

は發赤し濕潤す。

2) 高度のものにては包皮は炎症性に鞏く腫脹し、龜頭・包皮内面等は發赤腫脹し、膿胞・小潰瘍・小膿瘍乃至は多数の潰瘍を生じ、炎症性包莖を起し、包皮輪狹小となりて益々分泌物が蓄積して膿様となり悪臭を放つに至る、甚しき時は陰莖脊面に淋巴管炎を發し鼠蹊腺が腫脹し、陰莖先端の壞疽を起す事あり。

治癒後には屢々包皮が龜頭に癒着するを見る。



Fig. 242 環狀性糜爛性龜頭包皮炎

【療法】 軽度の時は局所を清拭しリゾール浴・消毒收斂劑の散布等にて治癒す、炎症性包莖あれば包莖手術をなし包皮囊を消毒劑にて洗滌して消炎法を行ふ、壞死を起せば餘儀なく陰莖切斷を行ふ事あり。

2. 環狀性糜爛性及び壞疽性龜頭包皮炎 (Balano-posthitis erosiva cirsinata et gangränosa):—

【原因】 Scherber u. Müller

が獨立性疾患なりと云ふ、ビブリオ様の Bacillus fisiformis と Spirochaeta refringens との共存性傳染 (symbiotische Infektion) にて發病し、水瘡・Plaut Vincent 氏 Angina, Stomatitis membranacea 等に匹敵する疾患にして、主として性交に依つて傳染するがために梅毒・軟性下疳・淋疾の次に位して第四性病 (vierte Geschlechts krankheit, -Harris, Donovan, Corbus) の名あり。

包莖等あれば嫌氣性微菌の發育に便なるために傳染を助長す。

【症候】 1) 環狀型 (Cirsinäre Form):—は龜頭・包皮内面に不定形の發赤・皮疹が多發し、間もなく灰白色の表皮壞死性の糜爛面乃至は膿汁性淺在性潰瘍面と成り、底面は薔薇色を呈し、白色の周暈あり、龜頭・包皮等は炎症性に腫脹して悪臭ある膿汁を蓄積す。

2) 壞疽型 (gangränöse Form):—は最初より壞疽性の事あり又前者より移行するものあり、深く中心性に壞死する潰瘍面となりて汚穢灰白色の被膜を有し膿汁は青白色に悪臭あり、壞疽竈は次第に増大して全龜頭・包皮等に及び、遂に之れは脱落し又は穿孔す、かくて全身症狀險惡となり高熱を伴ひ時には血管壁を損害して多量の出血を起す事あり。

女子にても同様の壞疽性病變を起す事あれども男子よりも稀なり。

【診斷】 比較的容易なり、暗視野装置にて病原菌を證明す、硬性又は軟性下疳が他菌と混合感染をなした時にも壞疽性崩壞を起す事あれども之れは炎症々狀輕微なると他の所見にて鑑別さる。

【療法】 過酸化水素水等にて局所を清潔にした後消毒劑の局所浴及び散布をなす、包莖は整復するか手術をなし、尙包皮と龜頭の癒着を防ぐ可し、壞疽が高度なる時は陰莖切斷を敢行する事あり。



Fig. 243. 環狀性糜爛性龜頭包皮炎 (壞疽型)

3. 壊疽性外陰部潰瘍 (gangränöse Geschwüre d. äusseren Genitalien):—

外陰部に來る壊疽性潰瘍は各種の原因的關係ありて、器械的・化學的刺戟にても起る可く、細菌性のもとしては連鎖状球菌・葡萄状球菌・デフテリ菌・綠膿菌乃至は前記の如き Bac. fusiformis と Sp. refringens の共同傳染等に依つて起る、所謂 spontane Gangrän des Penis, Ulcus gangränosum (Matzenauer), Nosokomialgangrän, 等と云はれるものは此の類にして、又前述の Balanitis erosiva gangränosa も之れと同一視する人あり。又糖尿病等は之れを助長す。

陰莖に起るもの最も多く、陰莖尖端に卒然として壊疽が発生し汚穢黒變し次第に陰莖根部に廣がり遂には陰莖は崩壊脱落するに至るものあり。

又陰囊に來る陰囊壊疽 (Skrotalgangrän) は一層廣汎にして陰囊深部に及び睪丸・精系・陰莖等が露出し又崩壊し、一方下腹部皮膚にも波及して廣大なる壊疽性潰瘍となり、その面上は汚穢壞死性分泌物・組織等にて蓋はれ、惡臭を放ち、發熱・食慾不進等の全身症狀を起し、遂には敗血症にて斃るか又は限界線 (Demarkationslinie) を生じて進行停止し癩痕を形成して治癒す。

【療法】 局所の清拭・消毒劑の濕布・散布・Morgenroth 氏のキ—ネ内服又はサルバルサン・レントゲン療法等。

4. 成形的陰莖硬結症 (Induratio penis plastica):—

40—60才にて非常に慢性に陰莖背面に次第に無痛性の硬結を生ずる疾患にして比較的稀なり。

【症候】 陰莖背面に於て陰莖白膜内に稍々境界明瞭なる硬結を生じ、結節状索状・板状・輪環状に觸診され、初期の間は無症候なれども、程度が進むと陰莖勃起時に疼痛あり、陰莖が上側方に彎曲するので發見さる。

非常に慢性に經過し又屢々 Dupuytren 氏の Fingerkontractur を合併すと云はる。

局所の組織的所見は核と血管に乏しき結締組織纖維の増殖にして息肉腫

欠

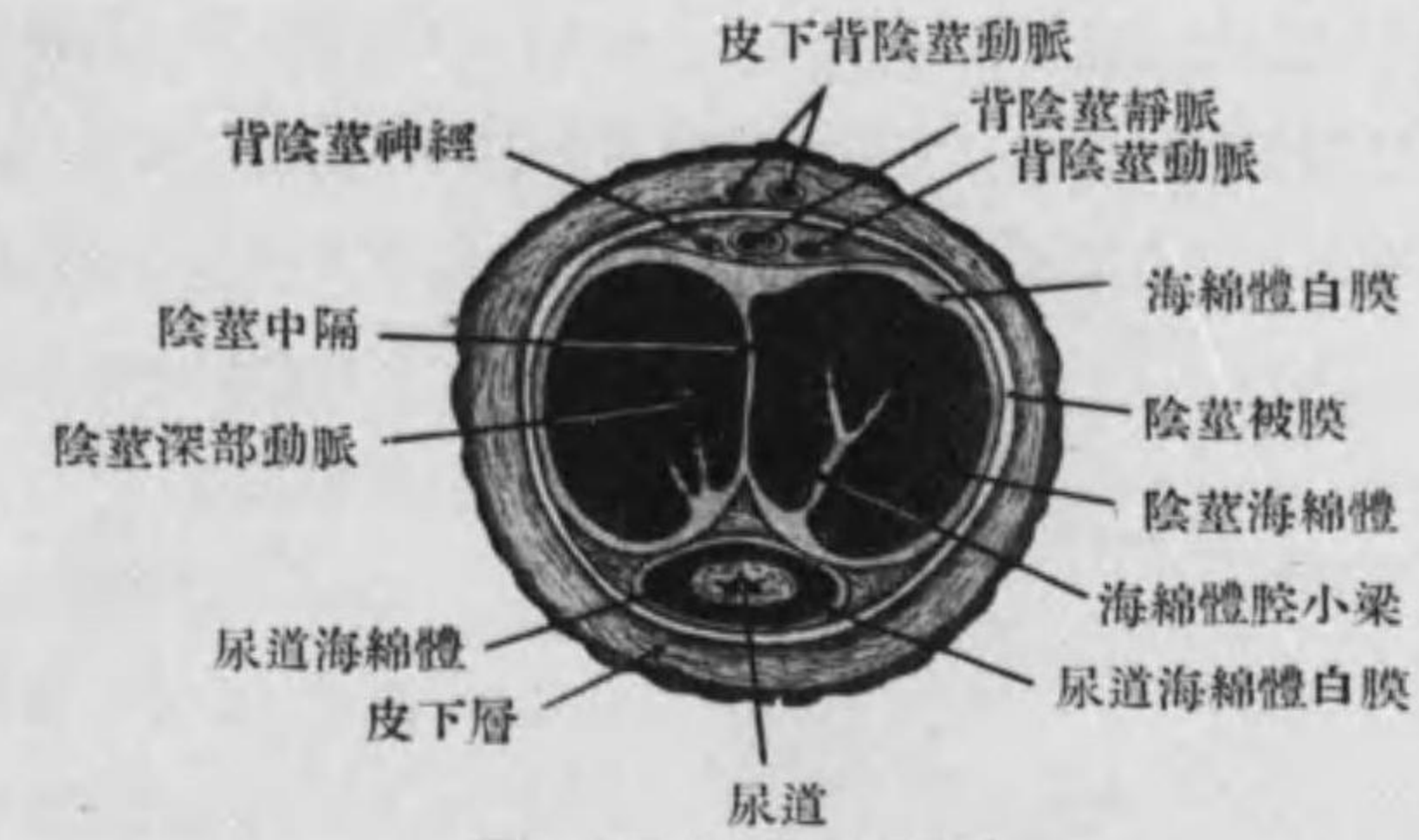


Fig. 254 陰莖横断面

4 尿道:一は陰莖海綿體下方にて陰莖下面の中央部を走り, 白膜にて被包されたる尿道海綿體にて圍繞され

5. 血管:一は表層血管としては陰莖背面皮下の中央に背陰莖靜脈 (V. dorsalis penis) その兩側に同名動脈 (Aa. dorsalis penis) と同名神經あり, 深部血管は深陰莖動脈 (A. profunda penis) にして海綿體中を走りその時々中央部に断面を現はす, 尚 2・3 の靜脈が海綿體周圍を斜走して海綿體靜脈と交通す。

b) 陰莖動搖部にて切斷せんとする時, は陰莖根部を細きゴム管にて締紮し, 左手にて陰莖を持つて適當の處で陰莖皮膚及び筋膜を輪狀に切開

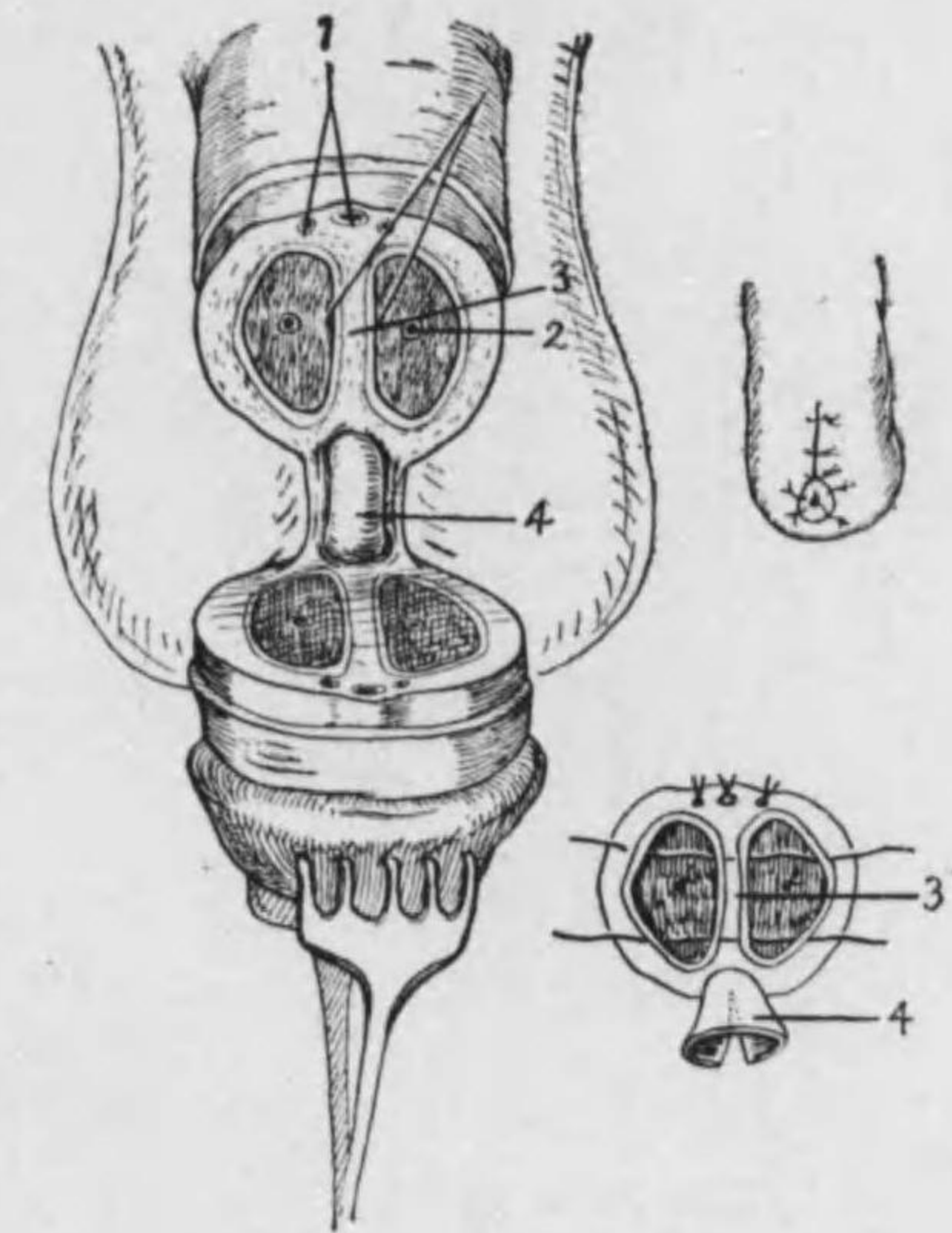
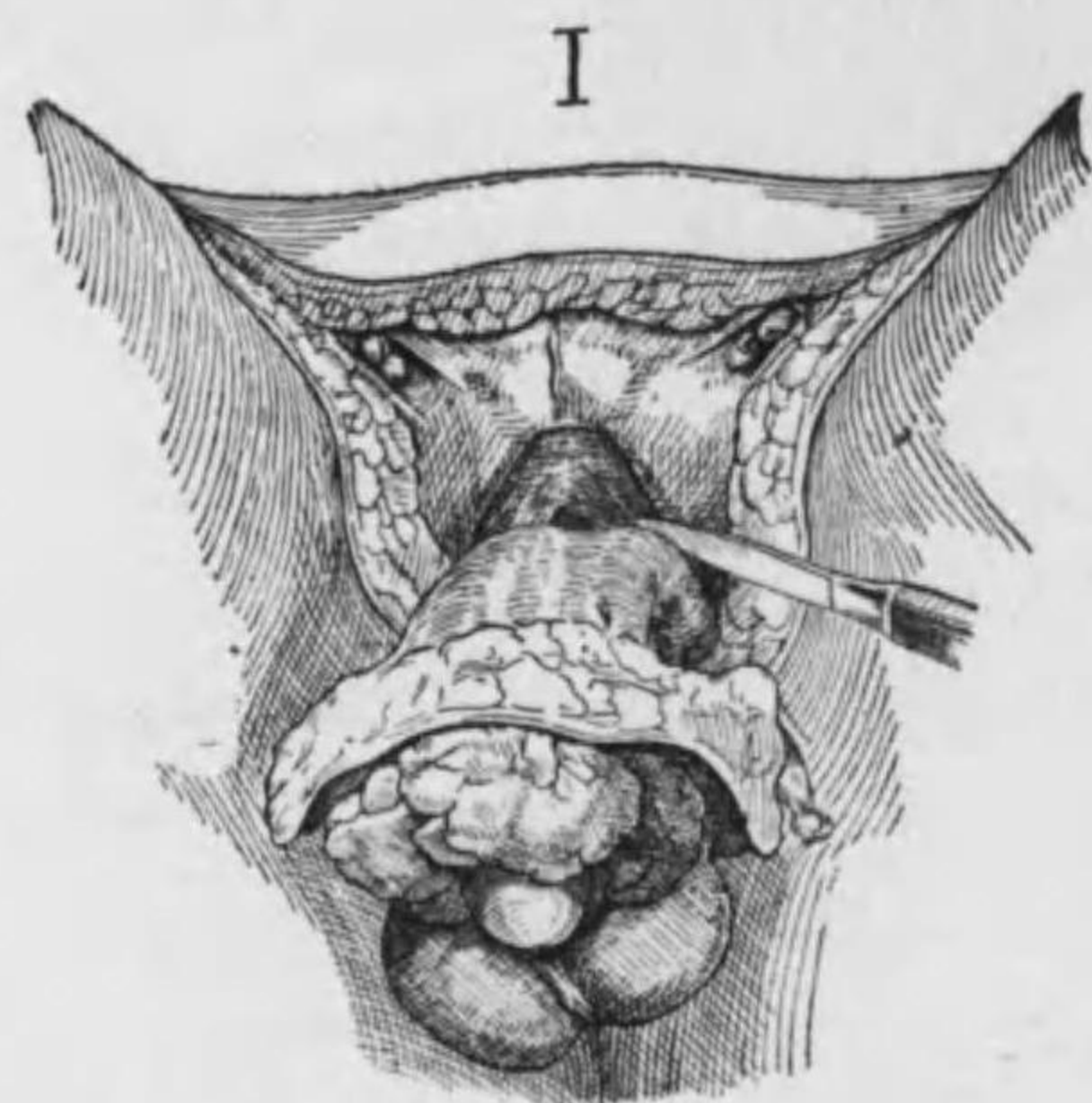


Fig. 255. 陰莖切斷術

- 1. 背陰莖血管
- 2. 深陰莖血管
- 3. 海綿體白膜中隔
- 4. 尿道

欠

し、白膜に蓋はれたる陰莖海綿體が露はれたれば皮膚を稍々後に引きてそれより多少陰莖根部に近き處で陰莖海綿體を前同様輪狀に切る、(此の時切斷海綿體が引込まぬために白膜中隔に縫合糸を懸ける可し。)次に尿道は尿道海綿體と共に遊離して



陰莖斷端より少くとも2cm.以上長く残して切斷す、かくて後陰莖背面及び深部血管等を結紮し、海綿體斷端は白膜に二重に縫合糸を通じて結紮止血す、次に尿道端の下面に小直裁を加へた後陰莖皮膚斷端に輪狀に縫合し、餘りの皮膚は中央にて縫合す。(Fig. 255)

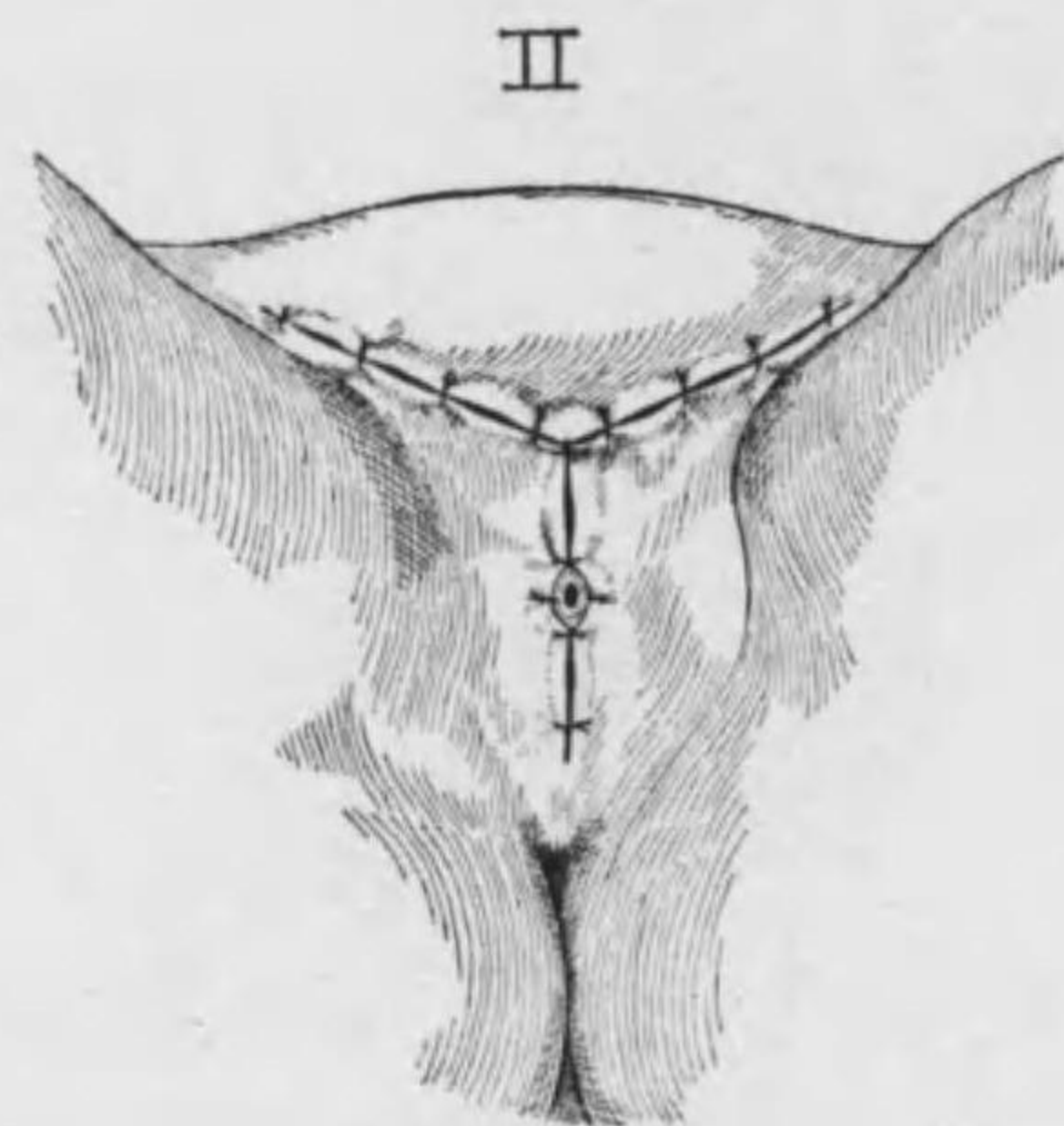


Fig. 256. 完全去勢術 (totale Emasculation)

の癌腫等の場合に全陰莖と兩側陰囊・辜丸等の全部を切除する方法なり。

先づ患者を仰臥さして兩側鼠蹊管外輪間に皮膚切開を施して精系を遊離

し結紮切斷して、同時に鼠蹊窩中の淋巴腺を出来る丈け摘出した後に、患者を截石位となし前記の皮膚横切開の兩端より會陰中央に向つて斜に三角形に切開し、陰囊及其内容を除去し、陰莖は耻骨縫際その他の連結より遊離し、陰莖海綿體は耻骨・坐骨より遊離して切斷し、尿道は適宜の長さに切る、かくて尿道は會陰皮膚に輪狀に縫合し、皮膚の創口は丁字狀に縫合す、(Fig. 256)。

b) 内被細胞腫 (Endotheliome), 肉腫 (Sarcome): 一等來り肉腫は紡錘形細胞・大形細胞肉腫 (spindel-od. grosszellige Sarcome) 又は黑色肉腫 (Melanosarcome) 等が海綿體等より發生する事あれども何れも稀なり。



c) 陰莖根部にて切斷する時は陰莖を正中線の陰囊縫際にて切開して左右に分ち、陰莖根部にて耻骨縫際及び耻骨枝との連結より遊離した後前述の方法にて陰莖切斷を行ひ、尿道端は會陰にて縫合す。

d) 完全去勢術 (totale Emasculation): 一高度

第7章 睾丸・副睾丸及陰囊諸病
Krankheiten des Hodens, Nebnhodens u.
Hodensacks

解剖的概念

I. 睾丸・副睾丸・及輸精管
Testis, Hoden; Epididymis, Nebenhoden;
Ductus deferens, Samenleiter

1. 睾丸の形状・位置 (Form u. Lage d. Hodens):—

睾丸は稍左右に扁平な楕圓形をなす(長さ 40mm. 横 20—30mm 矢狀徑 30mm.) 内分泌生殖腺にして、上端(Extremitas sup.)は前外方に、下端(Exp. inf.)は後内方に傾き、長軸は上外方より下内方に斜傾して陰囊中にハンター氏導帯(Gubernaculum Hunteri)に依つて繫定さる。一般に左側睾丸は右側よりも多少

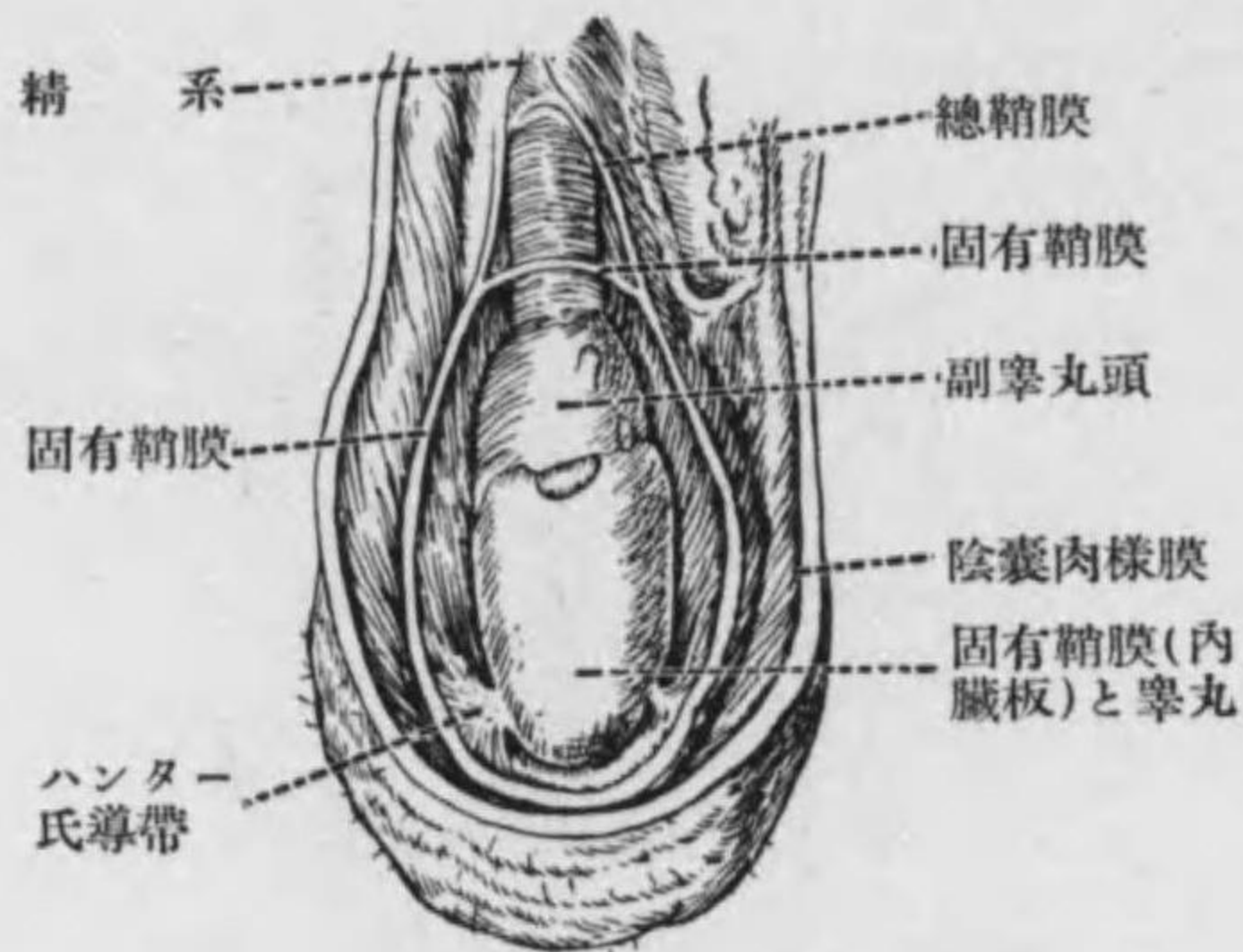


Fig. 257. 睾丸と被膜

下垂せるを通則とす。

2. 睾丸の構造 (Bau des Hodens):—

睾丸は結締織性の睾丸白膜(Tunica albuginea s. fibrosa)にて包被され、その下に血管に富める血管膜(T. vascularis)あり、白膜は側面にて肥厚してハイモール氏體(Corpus Highmori)又は睾丸縦隔(Mediastinum testis)を

作り之れより實質内に放線狀に結締織性の睾丸小細隔(Septula testis)を出して多數の實質小葉(Lobuli testis)に分割す。各小葉中の睾丸實質(Parenchyma testis)を形成するは多數の精小管(Tubuli seminiferi)にして、

之れは睾丸外表に近き處では迂曲し(曲精小管 Tubuli contorti)次第に直走し(直精小管 Tubuli recti)遂に縦隔中に入りて不規則網狀をなし、て睾丸網(Rete testis-Halleri)を形成し、更に輸出小管(Ductuli efferentis testis)と成りて副睾丸に移る。

曲精小管は精子(Spermatozoen)の發生個處にしてその胚細胞(Keimepithel)により精子化成(Spermatogenesis)が行はる(中略)。精小管の間隙は即ち間質(Interstitialium)にして通常結締織の他に扁平大形の間細胞(Zwischenzellen-Ledig)有り之れは睾丸の内分泌作用及新陳代謝を營むものなりと云はる。

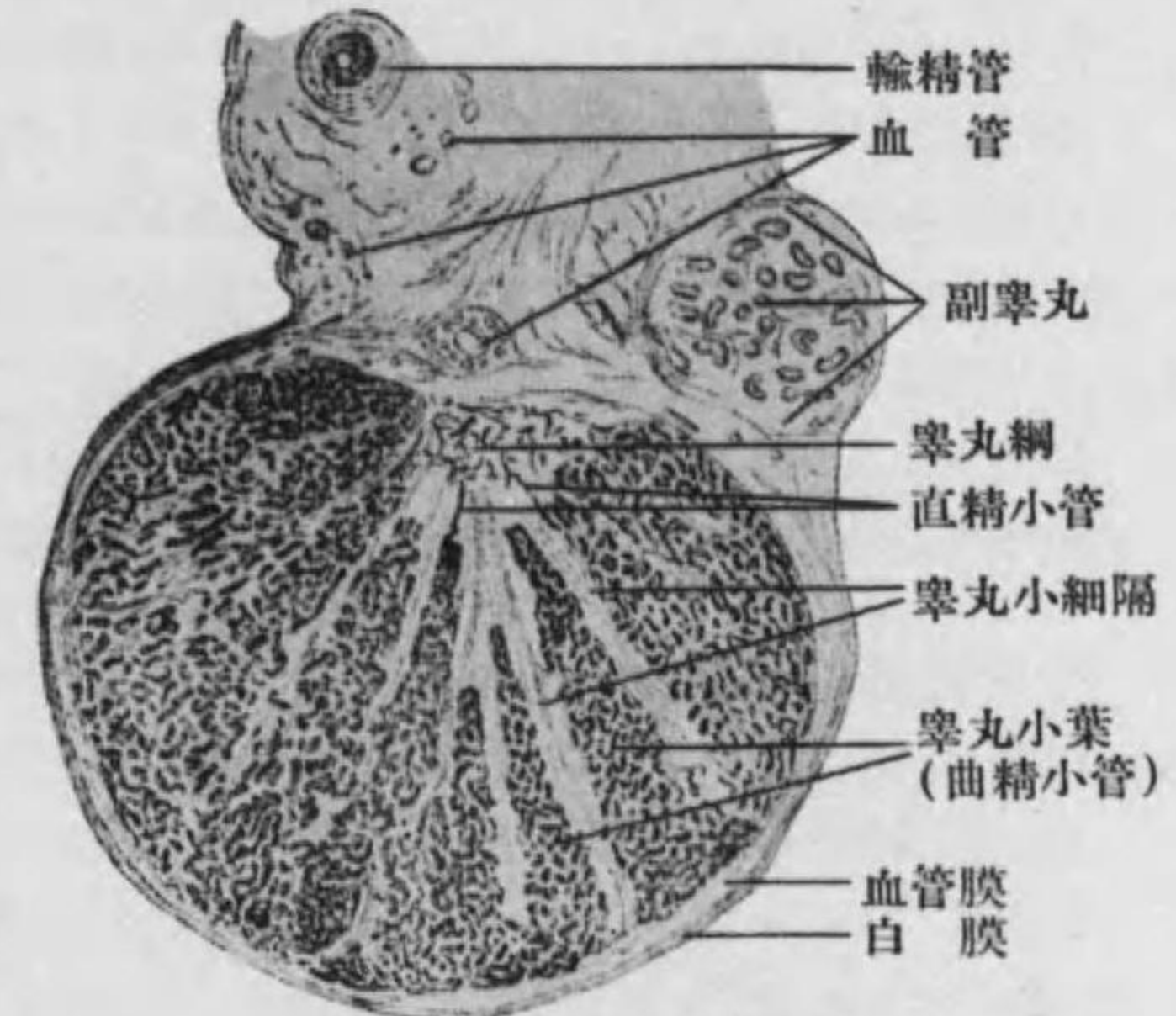


Fig. 258. 睾丸断面圖

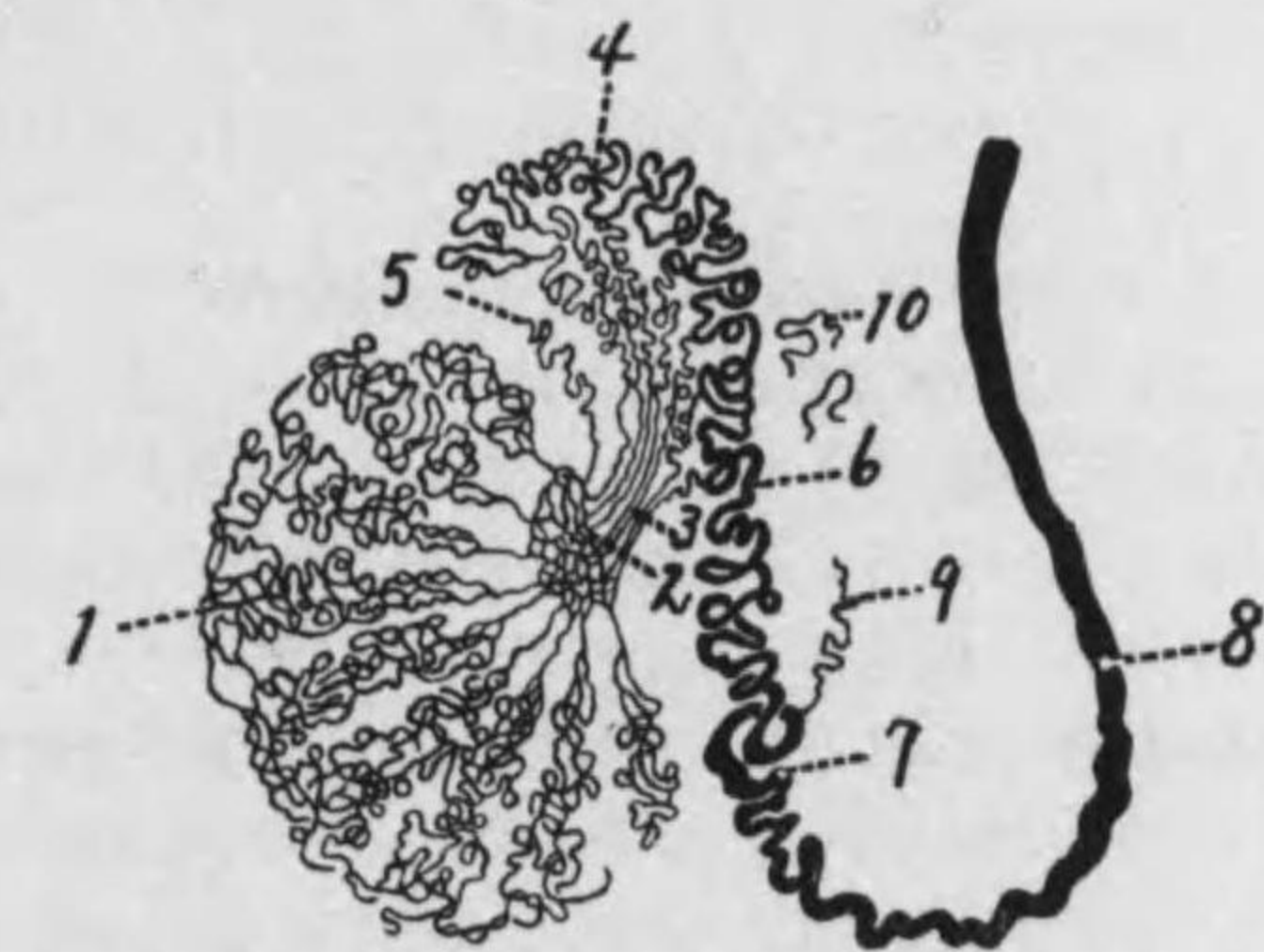


Fig. 259. 細精管・副睾丸及輸精管模形

- 1. 細精管 2. 睾丸網 3. 輸出管
- 4—6. 副睾丸管 5—9. 迷走管 7—8. 輸精管
- 10. 旁睾丸

3. 副睾丸 (Nebenhoden):—

細長蟲狀形を成し睾丸の後面に帽狀に密着し上端の副睾丸頭(Caput epididymidis)は稍々膨大して睾丸のハイモール氏體に附着し、下端は稍々細く副睾丸尾(Cauda epid.)をなして睾丸下端に達し、急に上方に曲折して輸精管(Vas deferens)に移行す、この兩端間を副睾丸體(Corpus epid.)と成す。

副睾丸頭は10—20の小葉より成り内に睾丸網より續く睾丸輸出小管(Ductuli efferentia testis)を納む、之れは副睾丸體中にては多數に迂曲し尾部に行くに従つて漸次強大と成り遂に合して副睾丸管(Ductus epid.)と成りて輸精管に移る。

副睾丸頭及び體の外側面は睾丸固有鞘膜(Tunica vaginalis propria)の内臓板で蓋はれその下に副睾丸白膜ありて固く之れを被包す。

4. 附屬器 (Anhangsorganen):—

睾丸及副睾丸には2・3の發生學的退化臓器が附屬す。

a) 睾丸附體 (Appendix testis-Morgagnische Hydatide):—睾丸頭附近に存在するミューレル氏管(Müllersche Gang)の退化物にして女子の喇叭管(Tuben)に相當するもの。

b) 房睾丸 (Paradydimis-Giraldé) } 何れも胎生期の原始腎の遺物なり。
c) 遺失管・迷走管(Ductus aberrans) }

d) 副睾丸附體 (Appendix epididymis):—不定なり。

5. 輸精管 (Ductus deferens, Samenleiter):—

副睾丸よりの連續管にして副睾丸尾部より急に上方に曲折し睾丸・副睾丸の内側を上昇し(睾丸部 Pars testicularis)睾丸上端を過ぎれば精系(Samenstrang)中を同行血管と共に走り(精系部 P. funicularis)鼠蹊輪より鼠蹊管内を通過し(鼠蹊部 P. inguinalis)骨盤腔内に入り孤狀に灣曲して輸尿管下端の前面を交叉して内方に攝護腺基部に向ひ精囊の内方を通りて稍々膨大して輸精管膨大部(Ampulla ductus deferentis)(骨盤部 P. pelvina)を形成したる後に攝護腺體内に入して射精管(Ductus ejaculatorius)と成る。

(Fig. 195)

6. 睾丸下行 (Descendus testis):—

睾丸の被囊と陰囊との關係を闡明するために睾丸下行を熟知する要有り。男子胚腺(Keimdrüse)は胎生期末には脊柱の兩側にて後腹壁上に在りその下端にはハンター氏導帶(Gubernaculum Hunteri)ありて睾丸下行の導帶(Leitband)を成す。

睾丸は胎生末期に近付くとこの導帶に依りて陰囊内に下行す、即ち腹膜囊(Peritonealsack)が腹膜鞘突起(Processus vaginalis peritonei)をなして

腹壁を通貫して鼠蹊管(Leistenkanal)を作る際に睾丸はその後面に添ひて次第に陰囊内に下行するのである、Processus vaginalisが腹壁を通過する處は鼠蹊 Kanalにしてその腹壁内部の入口が鼠蹊管内輪(Annulus inguialis inter.), 出口が外輪(Annulus ing. exter.)を成す。

睾丸下行が終ると P. vaginalis は閉鎖されて認められず、只睾丸の處丈に残存して其の兩葉が睾丸固有鞘膜(Tunica vaginalis prop.)の兩葉と成る。

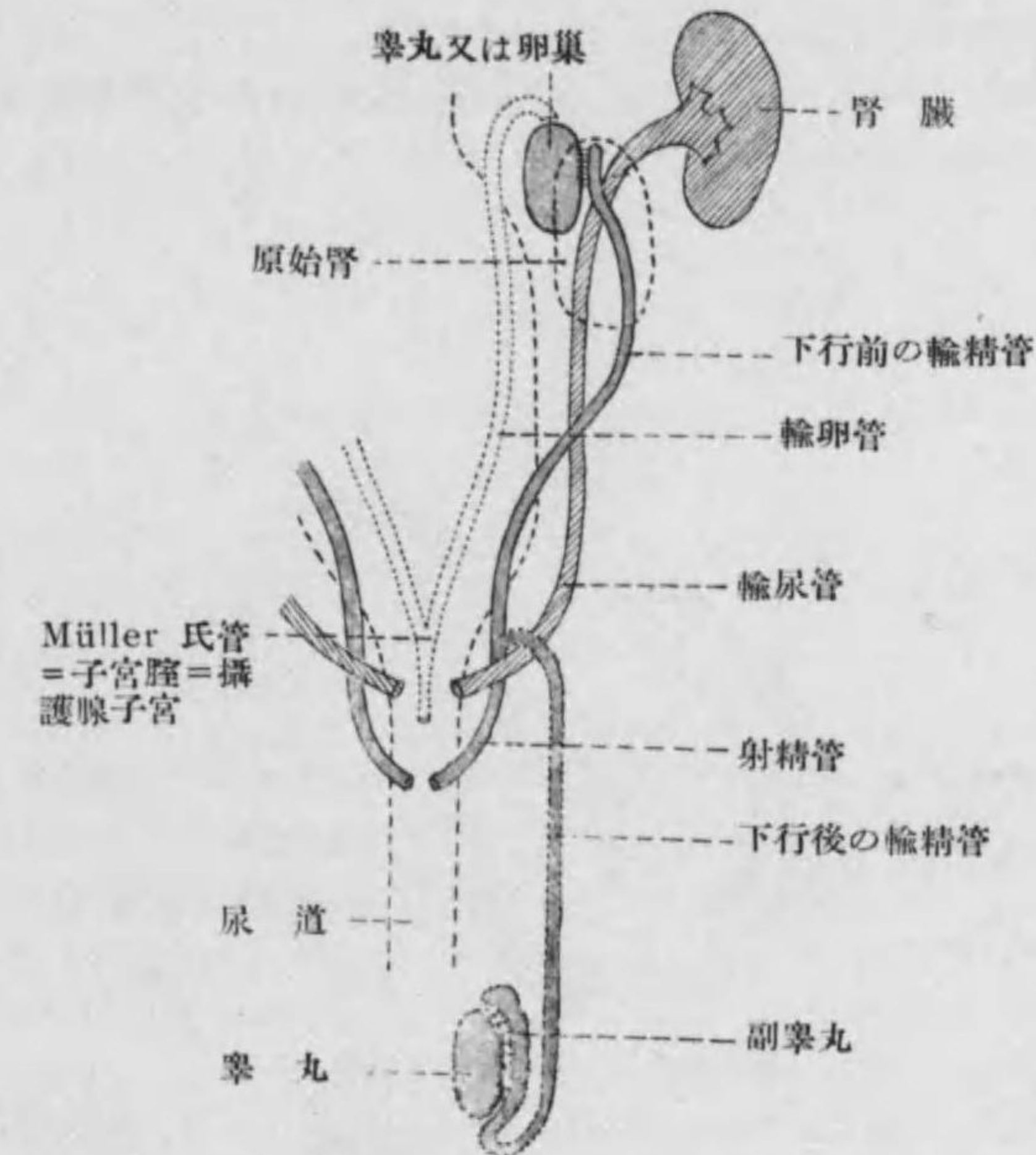


Fig. 260. 睾丸下行の略圖

この睾丸下行の不充分なる結果は下行不全(Kryptoorchismus)として睾丸位置異状を惹起するのである。

7. 睾丸被膜 (Hodenhülle):—

前記の如く睾丸下行の時に腹膜鞘突起が腹壁を通過するに際して腹壁の各層も之れに伴ひて突出するが故に睾丸被膜は腹壁の各層と同じ也。

之れを今内部より外層へと數へれば次の如し;—

1. 白膜 (Tunica albuginea) 始めより睾丸・副睾丸に密着附屬する最内

方の被膜也。

2. 睾丸固有鞘膜 (T. vaginalis prop. testis) は腹膜鞘突起の先端にして睾丸・副睾丸を包み、之れに前記白膜と固着する内臟板 (Lamia visceralis) と腹膜鞘突起の外層に相當する體壁板 (Lamia parietalis) とありて兩者間に漿液を充す鞘膜腔 (Cavum vaginalis) を作る (P. vag. perit. の近端は閉鎖せる事は前述せり)。

3. 睾丸精系總鞘膜 (T. vaginalis communis testis s. funiculi spermatici) は横腹筋膜 (Fascia transv. abdominis) より來る。

4. 舉睾筋 (M. cremaster), は外斜腹筋 (M. obliq. extr.) 及横腹筋 (M. transv. abdominis) より來る不規則の薄き筋層なり。

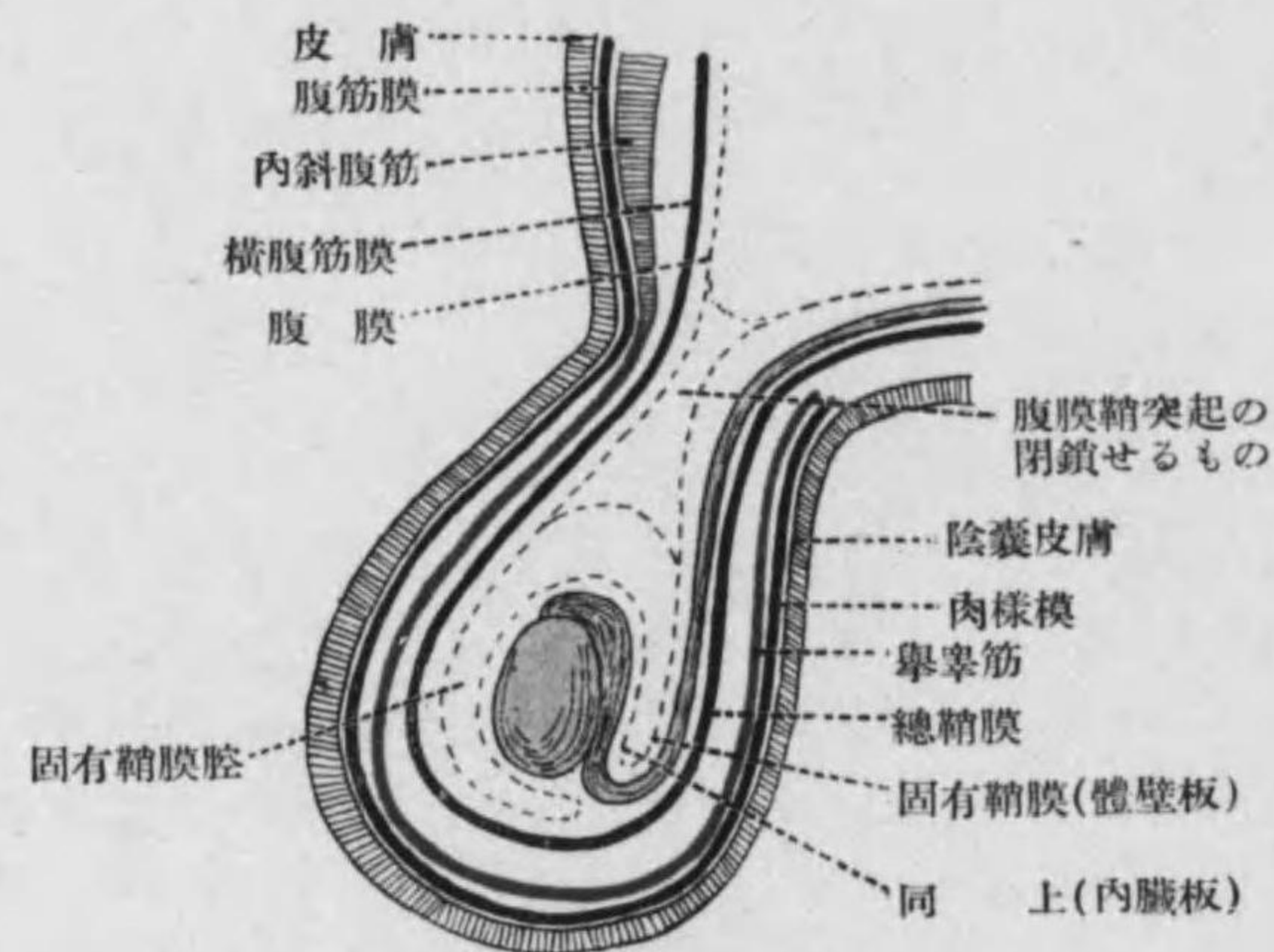


Fig. 261. 睾丸被膜と陰囊

5. 陰囊肉様膜 (Tunica dartos, Fascia cremasterica Cooperro), は淺腹被膜 (Fascia superficialis abdominis) より來る菲薄纖維膜なり。

6. 陰囊 (Scrotum testis), は腹壁皮膚より來り正中線に陰莖後面に至る皺襞なる陰囊縫線 (Raphe scroti) を作り、内部では之れに一致して陰囊中隔 (Septum scroti) をなして陰囊内を左右兩部に區劃す。

8. 精系 (Funiculus spermaticus, Samenstrang):—

輸精管は血管神經と共に睾丸被膜に包まれて圓き索狀の精系 (Samenstrang) を形成す、この被膜は腹膜鞘突起と陰囊皮膚を除く他の全睾丸被膜

より成り輸精管は下精系動脈・蔓狀靜脈叢 (Plex. pampiniformis) 及神經等と共に總鞘膜 (T. vaginalis comm.) 中に包まれ、動脈は最前方に輸精管は最下方に在りて皮面より明瞭に觸知し得らる。

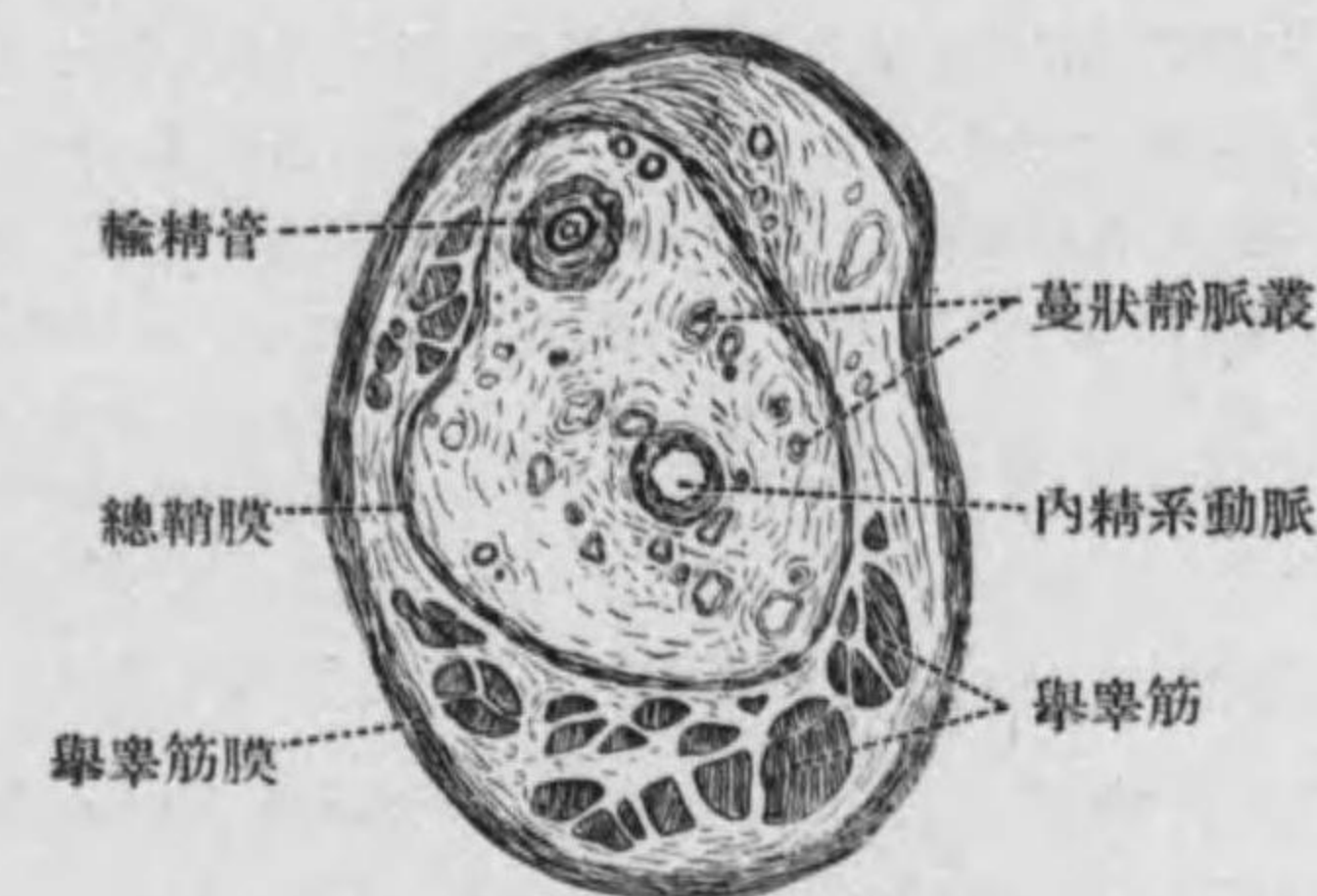


Fig. 262. 精系横斷模型

II. 睾丸畸形 Missbildung d. Hodens.

1. 睾丸缺損症 (Aplasia testicularum):—

單側又は兩側の睾丸缺損症又は無辜症 (Anorchie) は他の外部生殖器の缺損・發育不全等を伴ひて患者は全く男性體格を失ふ。

2. 睾丸發育不全症 (Hypoplasia testis):—

單側又は兩側に來り稀ならず、睾丸は生殖腺より副睾丸は原腎より發生するが故に本症ありても副睾丸は比較的良く發達す。

睾丸は實質が萎縮してレンズ豆・大豆大位にも縮少す、此の際睾丸間質及間質細胞 (Zwischenzellen) も同様に發育が障碍されるために兩側性に來る時には諸種の二次的性徵 (Secundäre Geschlechtscharacter) の變化起りて、陰莖・陰囊小さく、攝護腺・精囊等は缺如する事あり、陰毛・鬚髯の發生悪く、皮下脂肪層が發達し、聲帶・思春期等遲發し、腦下垂體大きく、精神的小兒型 (Psychische Infantilismus) を呈す。

是れに類似の症狀は思春期以前に兩側睾丸摘出を行ひたる時にも起るものにして、何れも睾丸の内分泌性機能障碍に歸因するものにして之れ等を總稱して官宦症 (Eнуchoidismus) と云ふ。

3. 半陰陽 (Hermaphroditismus):—

之れに2様あり、その中眞性半陰陽 (Hermaph. vera) とは1個體中に男女2様の生殖腺を生ずるものにして極めて稀有の疾患なり。

反之假性陰陽 (Hermaph. spurius) は男女何れかの生殖腺を有し、只内

外陰部の畸形のために生殖器が異性の外観を呈するものを云ひ、その生殖腺の種類に依つて男性及女性半陰陽(Pseudohermaphroditismus sp. masculinus s. feminus)と云ふ(生殖器の畸形参照)。

III. 睾丸位置異常 Lageanomalie d. Hodens

【病理】 睾丸下行の障碍にて發生するものなり、之れに2種あり。

A) 睾丸變位 (Descendus aberrans, Ectopia testis, Hodenverlagerung) 睾丸が異常の下行軌道を通りて異常位に停滯するものを云ふ。

1. 股部變位 (Ect. cruralis): 一睾丸が鼠蹊管を通らずに股管 (Femoralkanal) を通過し大腿内部に在り
2. 陰囊股部變位 (Ect. scroto-femoralis): 一睾丸が大腿と陰囊との間にあるもの
3. 會陰部變位 (Ect. perinealis): 一睾丸は鼠蹊管を通過すれども陰囊に入らずに會陰に下行するもの
4. 横變位 (Ect. transversus): 一他側の鼠蹊管を通過して他側の陰囊に入るもの

B) 睾丸停滯 (Descendus incompleta, Retentio testis, Hodenverhaltung): 一所謂潜伏睾丸 (Kryptorchismus) と云はれるものにして睾丸下行の不完全なるものを云ふ。

1. 腹部停滯 (Retentio abdominalis, Bauchhoden): 一睾丸が鼠蹊管に達せずその直後にて腹腔内に在るもの。
2. 鼠蹊部停滯 (R. inguinalis, Leistenhoden): 一睾丸が鼠蹊管内に停滯するもの。

上記の諸種異常は他の發育障碍を作ふ事多く、且つ遺傳的に發生するを常とす、又陰囊・精系等の過小・睾丸の癒着及び萎縮等が本症の原因なりと云ふ人あれども、寧ろその結果なり。

【症候】 1) 陰囊中に睾丸なし、思春期に至りても陰囊中に睾丸を發見せずその側の陰囊が萎縮す。

2) 異常位に睾丸を發見す、腹部停滯にては睾丸を發見し得ざれども、他の場合には異常位に睾丸を觸診す、殊に鼠蹊睾丸に於て顯著にして鼠蹊管内に正常睾丸よりも稍々小さく楕圓形に多少移動性にて弾力性柔軟なる定型的睾丸感を有する腫體を觸知し得、時には睾丸は腹腔内に押し込み得られ腹壓にて再び原位に復歸する事あり、又鼠蹊ヘルニア等をも合併する事あり。

3) 内分泌的障碍、異常位にある睾丸は多少周囲と癒着し又實質も萎縮すれども間細胞には異變なきが故に内分泌障碍を起さず性的標徴の異常なし、只本症が兩側に起る時には精蟲缺乏症 (Oligospermie) 等を起して生殖不能の原因となる。

4) 精系の捻轉 (Torsion d. Samenstrangs): 一體動・腹壓その他の原因のため變位睾丸の精系が捻轉する事あり、さすれば精系が急激に腫脹し周囲組織に漿液性・血性滲出を起し患者は局所に劇痛を覺え、眩暈・悪心・嘔吐・失心等を現はすに至る。

同様な現象は睾丸が鼠蹊管内にて精系と共に嵌頓しても起る (睾丸の嵌頓 Einklemmung d. Hodens) 事あり、之れは一時は劇烈の症候を起してヘルニアの嵌頓等と混同される事多けれども病變が復整されれば忽ちに輕快す。

5) 上記の睾丸位置異常の中鼠蹊睾丸が最も多し: 一この鼠蹊睾丸は常に多少の睾丸痛を伴ひ且つ位置的關係より外力を受け易く、周囲と癒着し炎症を起したり、且つ悪性腫瘍を起し易し。

【診斷】 容易なり、只鼠蹊睾丸が嵌頓・精系捻轉・淋疾性副睾丸炎等を起したる時にヘルニア嵌頓と間違ふ事あり、然し之れは腸閉塞現象が缺如する事と、陰囊内に睾丸を發見せざる事にて區別さる。

【療法】 腹部睾丸は無症候の時には治療の要なし。

鼠蹊睾丸は諸種の惡結果を起す事多きが故に手術的に整復術を行ふ必要あり、而も思春期以前に施行す可し。手術方法は:—

- 1) 鼠蹊管を Bassini 氏法にて切開し睾丸・精系血管等を周囲の癒着せる

粗鬆結締織より完全に遊離す、斯くすれば精系は多少伸展されるが故に之れを陰囊内に復歸さす。

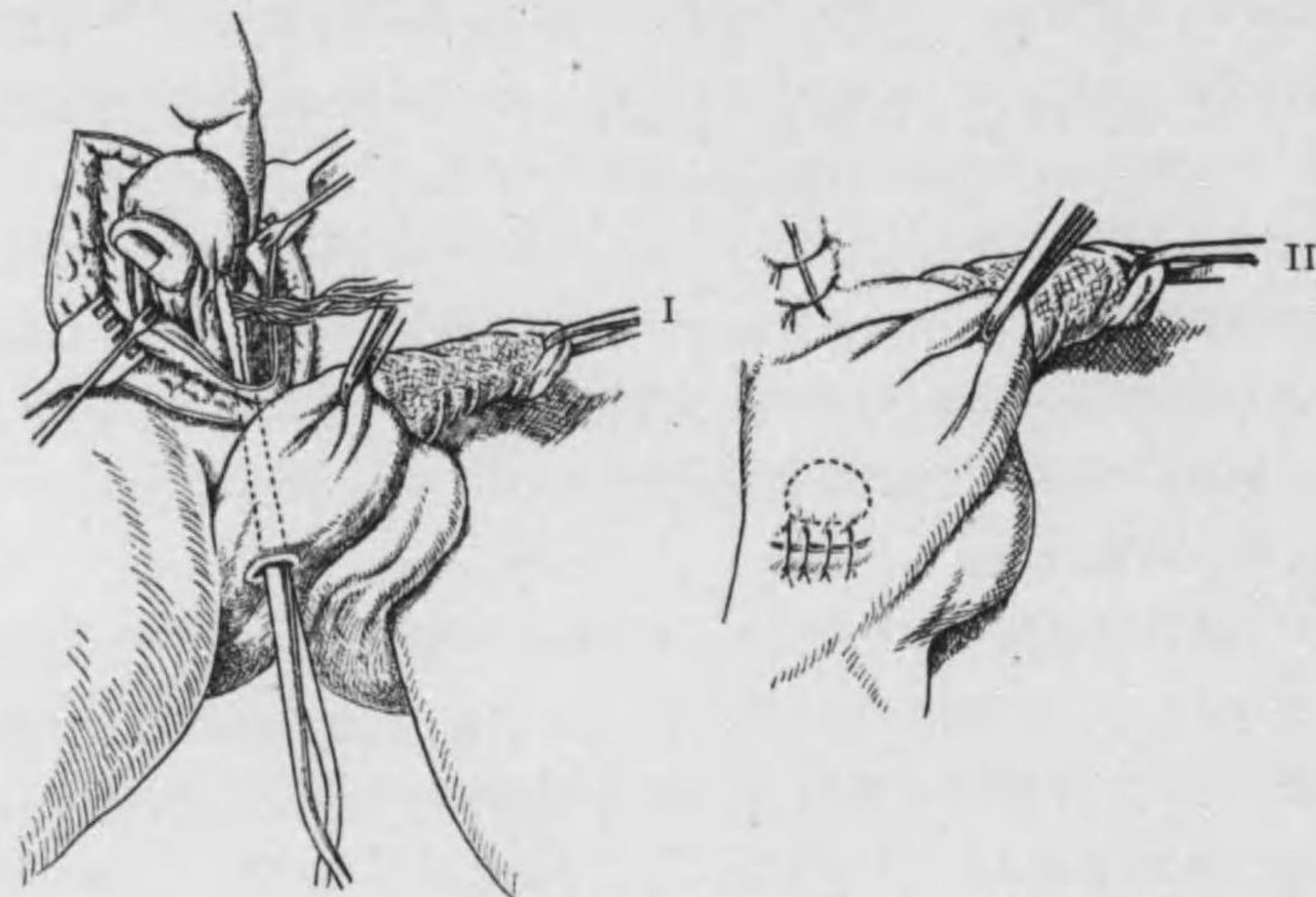


Fig. 263. 辜丸固定術

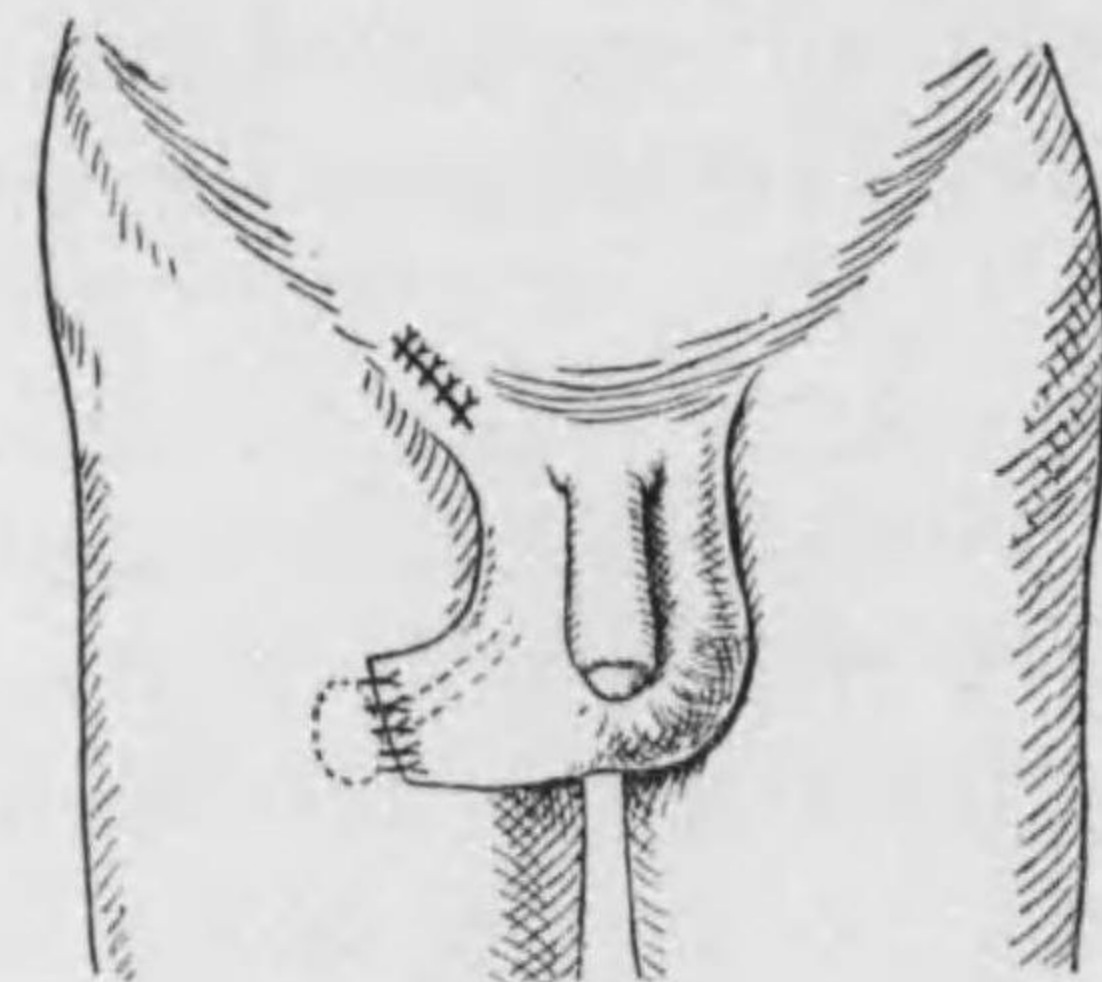


Fig. 264.
辜丸固定術 (Katzenstein 氏法)

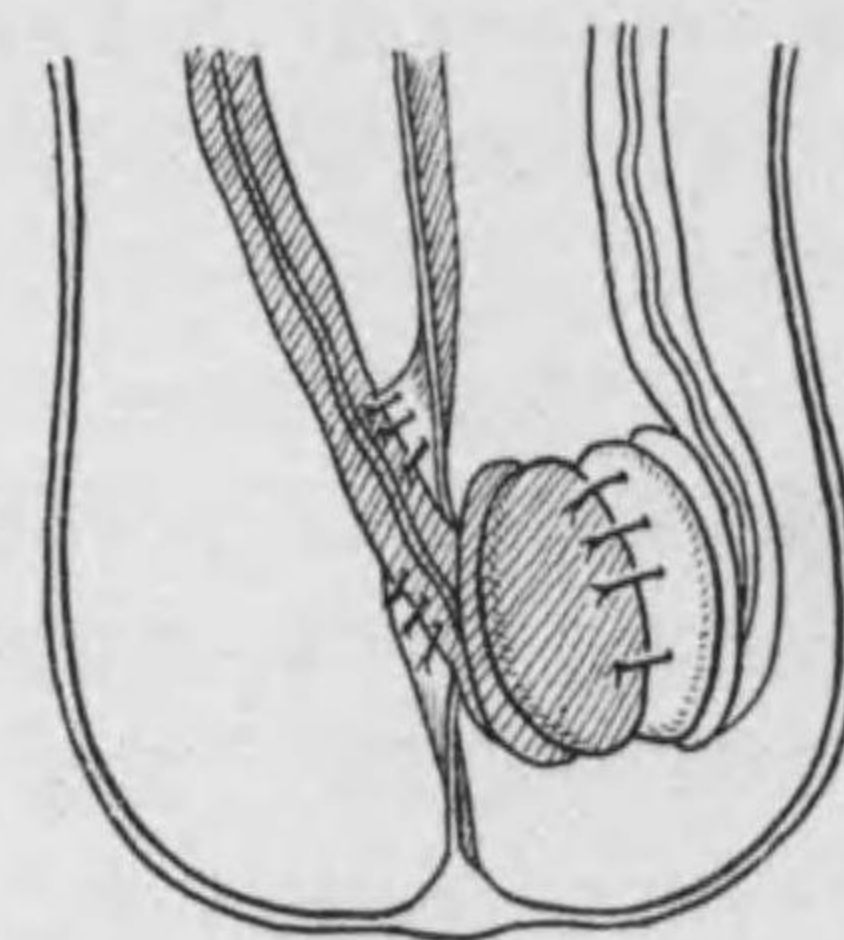


Fig. 265.
Witzel 氏辜丸融合術

然し只だ陰囊内に復歸した丈では後日再び精系等が短縮されるが故に之れを陰囊内に固定せんがために種々の辜丸固定術 (Orchidopexie) が行はれる。

2) Lanz 氏法: 一辜丸下端に縫合糸を結びて之れを大腿内面に固定し、Kocher 氏法はこの縫合糸に加錘して牽引す、

3) Katzenstein 氏法: 一辜丸を遊離して陰囊内に復歸させ、且つ陰囊下端を切開して之れより辜丸を引き出して同側の大腿内面皮下に持來りて陰囊と大腿皮膚とを縫合す、かくすれば歩行等に依つて精系は次第に伸展されるが故に術後約6週間目に大腿の接合皮膚を切開し辜丸を陰囊内に復歸して陰囊を縫合す。

4) Witzel 氏辜丸融合術 (Synorchidie): 一陰囊中隔を切開し健康側の辜丸を露出してそれに伸展した鼠蹊辜丸を縫合して之れを再び中隔切開口より健康辜丸側の陰囊内に復歸し中隔を患側精系に縫合す。

IV. 辜丸及被膜の損傷

Verletzung des Hodens u. seiner Hüllen

1. 辜丸の損傷 (Verletzung des Hodens): 一

1) 辜丸の挫傷 (Quetschung des Hodens): 一辜丸はその位置的關係より種々の鈍性外力に依つて挫傷を起す。

【症候】 極めて敏感なる辜丸が受傷するがために受傷と同時に患者は劇しき Schock を受け虚脱状態に陥る事あり、外傷と共に辜丸實質内出血のために辜丸・副辜丸は腫脹す。

【診断】 容易なり、辜丸丈の挫傷ならば血腫を作らず、陰囊皮下の溢血等もなき筈なれども、實際にては陰囊・精系共に受傷して血腫を作り腫脹する事多し。

【療法】 軽度の場合は陰囊提舉・巻法・安静等にて治す可きも、血腫甚しき時には早期に切開排出せざれば後日辜丸の壓迫萎縮を起す事あり。

2) 辜丸脱轉 (Luxatio testis): 一鈍性外力が及ぶ時に挫傷と共に辜丸が鼠蹊管・會陰等に變位するものなり。

速かに復歸さす可し、陳舊のものは手術を要するに至る。

3) 辜丸開放創 (offene Wunde d. Hodens): 一稀なり (略)

2. 辜丸及精系被膜の外傷 (Verletzungen d. Hülle von Hoden u. Samenstrang): 一

前者同様鈍性外力に依つて發生す、

a) 鞘膜外血腫 (extravaginales Hämatom):—受傷のために睾丸固有膜と總鞘膜との間に起りたる血腫 (Hämatoma tunicae vaginalis communis) にして、皮下血腫の状を呈し、睾丸より精系乃至は骨盤腔内にも及ぶ廣汎性の血腫となり皮下に暗青赤色を現はす、最初は境界不明瞭にて緊張軟性又は波動性の腫脹にして相當に疼痛性なれども陳舊のものは鞏くなる、腫脹以外の個處に睾丸を觸知す。

b) 鞘膜内血腫 (intravaginales Hämatom):—睾丸固有鞘膜の内外葉間に發生する血腫にして、それは睾丸を被包して大とならず精系方面にも進展せず、且つ睾丸は血腫と區別し難し、緊張性にして吸収悪くそのために長期間緊張性波動を呈する事あり。

之の兩者の血腫は相似の外傷にても起るものなるが故に屢々同時に發生す
【療法】 鞘膜外血腫なれば輕度の場合は提舉・濕布・墨法等にて吸収すれども、鞘膜内血腫は吸収悪く且つ睾丸を壓迫萎縮させるが故に早く切開し減壓す可し、前者なりとても高度のものは切開す可し。

V. 睾丸・副睾丸の炎症

Entzündung des Hodens u. Nebenhodens

1. 急性副睾丸炎 (acute Epididymitis):—

急性淋疾性副睾丸炎 (acute gonorrh. Epididymitis):—

【原因】 1) 尿路傳染 (urogene Infection):—最も多き傳染経路にして病原菌が尿路より輸精管腔内をその逆蠕動に依つて副睾丸に達するものなり、此の外に輸精管の淋巴管系に依つて到達するものもあれども稀なり。

尿道・膀胱・攝護腺その他の尿路の炎症病竈より葡萄狀球菌・連鎖狀球菌・大腸菌等も傳染すれども、最も多きは淋菌による淋疾性副睾丸炎 (Epididymitis acuta gonorrhoeica) なり。

淋疾の20%に本症を合併すと云はれ淋疾の全経過中何れの時期にても起り得れどもその第2週目に最も多し。

又誘因としては、1. 性的刺戟體動 2. 陰部の Trauma 3. 不適當なる尿道内治療法、等あり。

2) 血行性轉移性傳染、泌尿器以外の炎症性病竈より血行性に傳染する

ものにして、Typhus・扁桃腺炎・Frunkel・大腸加答兒等の時に發生すれども寧ろ稀なり。

【解剖】 急性滲出性炎症にして、先づ副睾丸細精管の上皮細胞は變性脱落し管腔内に多數の白血球・淋巴球・プラズマ細胞・脱落上皮等を充滿し、次で炎症は間質組織に及んで同様の細胞浸潤を起し、副睾丸尾部にては小化膿竈を作る事あり、かくて副睾丸全體が甚しく腫脹し固有鞘膜腔内には急性炎症性水腫 (acute entzündliche Hydrocele) を起して益々腫瘤の大きさを増し、精系も多少炎症性に腫脹す。

炎症が頂點を經過すれば増殖性修復性現象 (proliferativ-reparatorische Vorgang) を起し、管壁圓柱上皮細胞は扁平細胞に變性し上皮下層・間質層中にはプラズマ細胞に豊む肉芽組織が増殖し、ために管腔は閉鎖され鞏き浸潤竈を残して慢性に移行す。

【症候】 多少の前驅症として違和・倦怠・食慾不進等ありて急に副睾丸が腫脹し、2—3日にして榛實—鶏卵大に達し、緊張弾力性にして疼痛劇しく陰囊も炎症性に發赤緊張し光輝し熱感あり浮腫を呈す。

觸診 するに高度の時には疼痛劇しきと炎症・滲出・浸潤のために所見を詳細に知り難き事あれども、腫脹した副睾丸は橢圓形に緊張し鞏軟にして表面多少不平凹凸にして劇しき壓痛を示し、睾丸を上下後方より境界し前方に定型的睾丸感ある睾丸が別に觸知さる、睾丸固有鞘膜中に急性水腫を起せば腫脹を一層増大し、睾丸・副睾丸の區別も困難となり、精系も急性炎症 (acute gonorrhoeische Funiculitis) にて平等性に腫脹す。

陰囊の炎症性發赤腫脹等は高度なれども、腫脹した副睾丸は陰囊皮膚と癒着したり、化膿竈を作つて外皮に破壊するが如き事なし。

自覺的 には發病と共に局所に劇痛を覺え、腫脹のために精系が牽引されて下腹部に緊張性疼痛感あり甚しきは、深呼吸・歩行等も不可能となる、腫脹したる陰囊を提舉すると疼痛頗る輕減するが常なり。

患者は輕熱を發し食慾不進となり全身症狀も多少犯さる。

【経過】 10日位の間に頂點に達しその後次第に炎症輕減して發赤腫脹は

減少し患者は輕快を覺へ、14—20日位にて殆んど輕癒す、然し多くの場合は浸潤竈が完全に吸収されずに副辜丸尾部に鞏く疼痛性鈔き硬結として長時残留し、慢性淋疾性副辜丸炎(Ep. gonorrh. chronica)に移行したり、或は又それより再び急性症状を勃發する事稀ならず。

【**診斷**】 比較的容易なり、辜丸變位のある者殊に鼠蹊辜丸が本症を起したる時には箴頓ヘルニアと間違ふ事あり、

又本症の原因を確知する必要あり、淋疾性のものは尿道淋疾・淋疾性攝護腺炎等が證明さる、但し急性副辜丸にて高熱を發したる時には屢々淋疾が一時的に輕快する事がある故に必ず尿道分泌物の細菌的検査を行ふ可し、

又爾他の尿道疾患に依るもの、及び轉移性に起りたるもの等を區別す可し。

【**鑑別**】 後述(426頁)

【**療法**】 1) 安靜・非刺激性食餌・便通整理・鎮痛劑投與等。

2) 淋疾性のもならば本症期間中は尿道内治療は中止す。

3) 提辜帯にて陰囊を提舉し、硼酸水・醋酸礬土等の濕布を行ふ(此の際冷濕布は却つて禁忌なり、冷濕布にては疼痛は去らず寧ろ陰囊の血行を害して壞疽を起す危険あり)。

4) 特種療法として、淋菌ワクチン注射は効果あり、その外蛋白體療法として牛乳・アラタン等(5—10cc.)を炎症腫脹せる白膜周圍に數回注射して偉效ありと云ふ人あり、又アンチカロリン・ウロギン等の注射も行はる。

5) 炎症々狀が頂點を經過すれば浸潤竈の吸収を速進さすために溫卷法熱氣浴・鬱血療法等を行ふ。

2. 慢性淋疾性副辜丸炎(chronische gonorrh. Epididymitis):—

【**病理解剖**】 急性淋疾性炎症が消退期に入ると滲出液及び白血球浸潤は次第に吸収されて纖維性細胞浸潤に替り、發赤・腫脹は減退し腫脹は次第に小さく主として副辜丸尾部に鞏き浸潤性・限局性の硬結となり、周圍と稍々明瞭に境界され、陰囊の炎症性腫脹もなくなる。此の硬結は長時存在して

緩慢に次第に吸収される。

【**症状**】 1) 自覺的 には殆んど無症状にして只だ局所に硬結あるを訴ふるのみなり。

2) 他覺的 主として副辜丸尾部に又時には頭部に限局した硬結を觸れる。硬結は周圍との癒着鈔く、表面稍々平滑で鞏く、壓診にて全く無痛性なるか又は輕痛あり、辜丸とは明瞭に區別される、輸精管は多くは變化なれども時に急性輸精管炎の痕跡として多少平等無痛性に腫瘍する事あり。

【**経過**】 極めて緩慢なり、長時の後に自然的に吸収消失するか又は小さき硬結として残る事あり。

細精管に炎症ありしたためと結締織の増殖とのために、細精管が壓迫・萎縮し閉塞されて後日精蟲の通過障害を起すために兩側性に發すれば精蟲缺乏症又は精蟲減少症を起して生殖不能の原因となる。

【**鑑別**】 結核性辜丸炎・單純性慢性副辜丸炎等と區別す可し(結核性辜丸炎参照)。

【**療法**】 早く浸潤硬結を吸収さすに努力す可し。局所の熱氣浴・鬱血療法等の他、硬結周圍に食鹽水・フィブロリヂン等の注射を試むるもよし。

3. 單純性慢性副辜丸炎(einfache, banale Epididymitis):—

【**病理**】 淋疾・結核・梅毒・癩以外の疾患時に於ても慢性副辜丸炎を起し得るものなり。

病原菌は血行性に來る事多きも、尙ほ健腎より排泄されたる病原菌により又は攝護腺・精囊等の疾患より管内性に逆行する事あり。

誘因としては外傷が最も多く、その他尿道内器挿入・攝護腺マツサージ・便秘・體動等あり。

病原菌は葡萄狀球菌最も多く、原發竈としては Maralia, Typhus, Rotz, 流行性耳下腺炎・水痘・敗血症等あり。

【**解剖**】 最初より化膿竈を作るものあれども、多くは瀰蔓性に間質組織中に圓形細胞浸潤を起し、その後に結締織増殖を起す慢性纖維性副辜丸炎(Ep. chronica fibrosa)にして後には辜丸にも及ぶ事あり。

【**症候**】 主として中年者に來り、副辜丸は尾部又は頭部より緩慢に腫脹し結節を生じて固く(硬化型 sklerosierende Form)稍々凹凸性にして輕痛あり、

後には精系も犯されて多少凹凸不平に腫脹し、又睾丸にも及んで腫脹を増す事あり。

又最初より化膿して小膿瘍を作り、皮面に破壊して瘻孔を形成する事あり(化膿型 abscedierende Form)。

患者の全身症状に著變なく攝護腺分泌物及尿中に葡萄狀球菌を證明する事多し。屢々再發する傾向あり。

【**診断**】慢性淋疾性副睾丸炎・結核性副睾丸炎との鑑別を要す、殊に後者との鑑別に困難なり、ピルケー氏反應・爾他の泌尿生殖器の結核等を參考し且つ鑑別困難の時は暫時経過を觀察す可し、本症ならば容易に治癒し結核性なれば局所治療の效渺し。

【**療法**】姑息的療法にて陰囊提舉・濕布・巻法等の消炎法にて比較的容易に吸收さる、膿瘍を作れば切開す可し。

VI. 副睾丸及睾丸の結核

Epididymitis u. Orchitis tuberculosa

【**病理**】睾丸は結核病變に對して親和力尠きに反し副睾丸は強きが故に先づ副睾丸が結核を起したる後に睾丸は之れに續發して罹病す、故に副睾丸の病理を述べれば足る。

1) 原發性發生 (protopatische Entstehung): 一身體中にて副睾丸以外に結核瘻がなくして此處に最初に結核病變が發生するものにして、之れは極めて稀有のものなり。

2) 續發性發生 (deuteropatische Entstehung): 一凡ての生殖器結核は身體内何處にか結核瘻ありて之れより續發性に發生するものにして、この原發瘻は臨床的に證明される事あり又剖檢にて發見される事あり、原發瘻としては泌尿器と肺の結核が最も多し。之の傳染經路に次の3様あり。

a) 血行性・生殖器原發性傳染 (hämatogene, genitopräimäre Infektion) 副睾丸は結核病變に對して親和力強きが故に血流にて傳播したる結核菌は最初に之れを犯し此處より睾丸・精囊・攝護腺等に二次的に傳播すとの説。

b) 管内性・生殖器續發性傳染 (intracanaliculäre, genito-secundäre Infektion): 一尿路・攝護腺・精囊等の結核瘻より輸精管腔内を求睾丸性に (testipetal) 感染すとの説。

從來本症の病理發生に關しては前2説が對峙し居たり、それは兩者其他の生殖器結核を合併し而も發生機轉の組織的所見が共に所謂排泄性結核

欠

b) 辜丸剔出術 (Kastration, Ablasio testis): 一最良治療法なり、只思春期以前に兩側剔出を施行する時は後日類宦症を起す事あれども思春期以後にては兩側を剔出してもその障害尠し。

患者に依りては辜丸摘出後神經質と成り憂鬱症を起す事あれども稀なり、又手術後に起る性的機能障害も思ふ程多からず兩側剔出後にも支障を起さぬ事あり、又手術後には内分泌的影響に依つて攝護腺・精囊等の結核竈に好影響ありてその病竈が萎縮吸収されると云ふ人もあり。

只精系も罹病する時にはその切斷端に結核病變を起して瘻孔を作る事あり、又單側性副辜丸結核を剔出したりとても後日他側副辜丸の結核發病を阻止し得ず、然し之れを剔出せざれば他側の罹病率は増加し尙且つ他處の結核發生の危險あるは勿論なり。

VII. 辜丸・副辜丸の微毒 Sphilis d. Hodens und Nebenhodens

微毒は結核とは反對に先づ辜丸を犯し副辜丸は之れより二次的に犯されるに過ぎず。

【解剖】 1) 先天性微毒、多くは生後數ヶ月乃至2—3年にて又時には晚發生先天微毒として幼年者に辜丸護膜腫及び瀰蔓性辜丸炎の形にて來る。

之れは多くの場合自然的に吸収されるがために看過される事多し。

2) 後天性微毒 第2期及第3期微毒に發す之れは2種類の病型を取る。

a. 纖維性辜丸炎 (Orchitis fibrosa): 一胼胝性纖維性増殖にして Highmor 氏體・辜丸小隔等より間質組織内に瀰蔓性に纖維性結締組織増殖と圓形細胞浸潤あり、細精管は萎縮し管壁肥厚し硝子樣變性に陥り、辜丸全體が鞏く硬化して所謂微毒性辜丸纖維變性 (Fibrosis testis syphilitica-Simmonds) を呈し、後日辜丸は萎縮硬化し縮少す。

b. 辜丸護膜腫 (Orchitis gummosa): 一辜丸實質内に大小多數の護膜腫を生じ辜丸は塊瘻狀に腫大し、剖面にて多數のレンズ豆乃至榛實大不正形をなし境界明瞭なる護膜腫が灰白黄色をなして隆起し同質性に稍々軟かく中心が乾酪變性をなす、その他の實質も多少纖維化する。

欠

後日には護膜腫内容は吸収されるか、又は軟化して皮面に破壊し護膜腫性潰瘍を作り、間質の纖維増殖が増して遂に硬化性萎縮を呈す。

【症候】 何れも慢性に發病し、纖維性辜丸炎にては辜丸も腫大せず一般症候輕微なれども、護膜腫は稍々急激に辜丸腫脹を起し時に熱發して數日間に林檎・手拳大に及ぶ事あり、鼠蹊部・腰部等に放散する夜間疼痛あり。之れを觸診するに辜丸は約鶏卵大に塊瘡狀に腫脹し表面は寧ろ平滑にて硬度鞏く、壓痛尠く、副辜丸・精系等は別に觸知されて病變する事稀なり、屢々精系血管の炎症性浸潤を來す事あり。

陰囊皮膚も多少發赤浮腫を呈し、腫瘍が軟化すれば陰囊と癒着し皮面に破壊して微毒固有の鞏き浸潤性の潰瘍面を形成す、而も此の破壊は陰囊前面に生ずる事が特徴なり。

屢々單側性に、稀に兩側性に來り、又前後して兩側が犯さる。

【診斷】 微毒の既往症、他の微毒性所見、ワ氏反應陽性、等の他に局所は慢性に腫脹し、副辜丸を犯す事尠く、鞏く、壓痛なく、表面塊瘡狀をなし、皮面に破壊すれば定型的微毒性潰瘍を形成する事等にて診斷さる。

【鑑別】 急性外傷性辜丸炎・淋疾性副辜丸炎・流行性耳下腺炎時の辜丸炎等は鑑別容易なり。陰囊水腫及び血腫・結核・辜丸囊腫・腫瘍等との鑑別に困難を感ずる事あり(後章鑑別の項を参照)、ワ氏反應は他の疾患時にも陽性の事があり得可きがために絶對的診斷ならず、然し本症は驅微療法によく反應して容易に治癒するが故に之れにて鑑別さる。

【療法】 熱心なる驅微療法を施行す。

VIII. 副辜丸及辜丸の癩病及放線狀菌病 Lepra u. Actinomykose des Hodens u. Nebenhodens

癩病にては結核に酷似したる副辜丸腫脹を起し他の癩性所見に依つて區別され。放線狀菌病にては定型的灰白黄色の膿汁を排出し肉芽性瘻孔を生ずる腫脹を起し、膿汁中に絲狀菌を證明す。

IX. 辜丸・副辜丸及精系の腫瘍 Neubildungen d. Hodens, Nebenhodens u. Samenstrangs

1. 良性腫瘍 纖維腫・軟骨腫・骨腫・粘液腫・腺腫・筋腫及び皮様囊腫(Dermoide)等が來れども、臨床的に重要ならず。

2. 惡性腫瘍 癌腫・肉腫・混合腫・畸形腫等が重要なり。

1) 辜丸癌腫(Hodencarcinome):—

【病理】 辜丸に來る上皮性腫瘍は所謂大細胞性辜丸腫(grosszellige Hodentumor-Seminome)・胎生的

性辜丸腫(embryonale maligne Hodentumor)と云はれるものにて細精管胚細胞より(Birsch-Hirschfeld, Kaufmann)又は間質細胞より(Hansemann)發生すると云はれ、而も普通癌腫に見る如き腺管様増殖をなさず腺胞様構造(alveolärer Bau)を成すがために果して癌腫なるや否やと論争さるゝ處なり、Hansemann, Simmonds

等は肉腫性のものなりと主張し、他の病理學者は癌腫なりと云ふ(今氏等は同氏の銀反應を應用して腫瘍細胞は間質細胞性のものにし肉腫也と云ふ)

組織的に胚細胞(間質細胞)に酷似せる大圓形細胞が細精管内性に増殖して(intrakanaliculäres Wachstum)腺胞様構造を成す。

【症候】 腫瘍は最初は壓排性に後には浸潤性に急速に増大して鷄卵大・小兒頭となり、表面は白膜に蓋はれて比較的平滑に、硬度は髓様軟乃至緊張性に鞏く、剖面は黃白髓様にして一見肉腫の感あり、腫瘍は脂肪・粘液性に

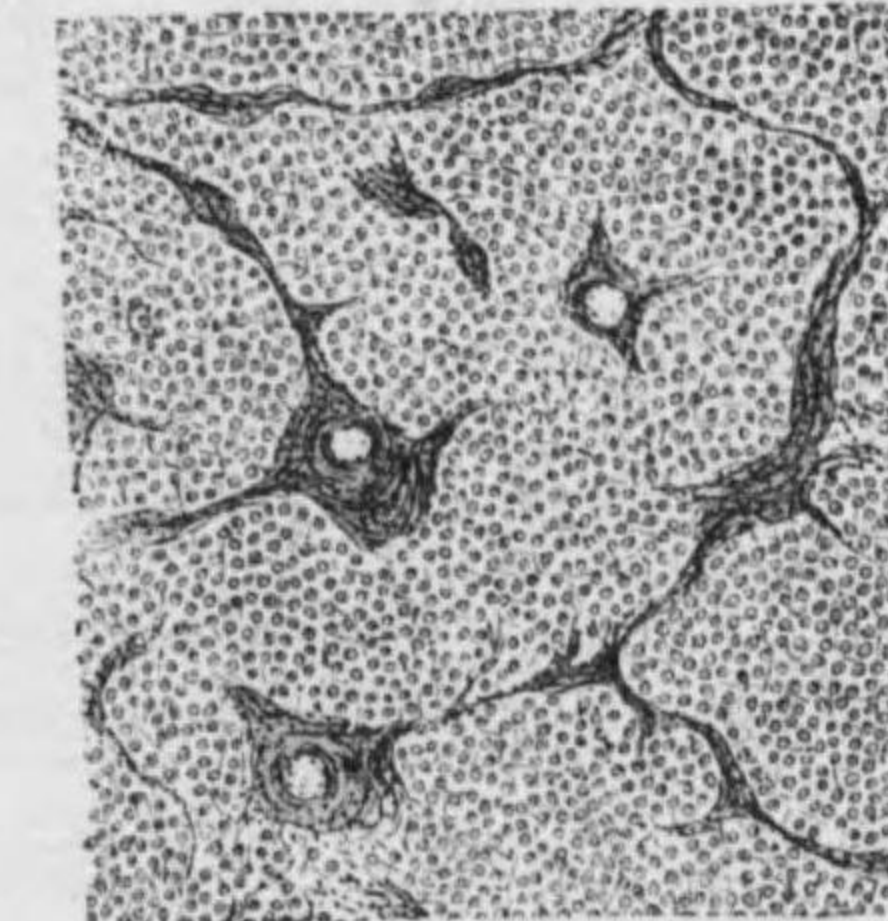


Fig. 268.
大形細胞性辜丸腫瘍(癌腫)

して退行變性して處々に出血す、副睾丸は犯される事遅くて壓迫萎縮され、末期に至れば精系も犯さる、皮膚とは可なり大形となるまで癒着せざれども遂には其處に破壊して陰囊皮膚に凹凸不平の鞏き癌腫様増殖をなして所謂睾丸悪性息肉腫(Fungus testis malignus)の所見を呈す。

自覺症狀は輕微にして腫瘍は無痛性にて只睾丸腫大の不便を感じる位なり、腫瘍が精系を犯せば鼠蹊・腰部等に刺穿・放散性の疼痛を感じるに至る。

本症は非常に急速に増大すると共に早くより轉移を生じ、骨盤腔内淋巴腺・腹膜より肝・肺・骨髓等の諸臓器を犯して所謂癌腫症(Carcinose)を起し易く、早く悪液質に陥りて死す。

20—40年の壯年期に多く、屢々單側性に發生すれども又兩側に起る事もあり。

又稀れに胚芽組織の迷入によりて脱落膜上皮腫(Chorioepitheliom)を發生する事あり。

2) 睾丸肉腫(Sarcome d. Hodens):—

癌腫よりも稀にして主として幼年者に來り稀に先天性にもあり、睾丸間質組織より發生し、圓形細胞・紡錘形細胞・巨態細胞肉腫等あり、

圓形細胞肉腫、は増殖迅速に硬度軟かく髓様にして脂肪變性・壞死・出血等を起し易く剖面多色性なり、早期に副睾丸・精系等を犯し又轉移を作る。

紡錘狀細胞肉腫、は分葉狀構造をなし稍々鞏く纖維肉腫・血管肉腫等として現はるゝ事多し。

又屢々黑色肉腫(Melanosarcom)を見る事あり。

3. 精系の腫瘍(Geschwülste des Samenstrangs):—

良性腫瘍としては脂肪腫・纖維腫・囊腫等來り、悪性腫瘍としては精系の粗鬆結締織又は鞘膜より癌腫が發生す、何れも稀れなり。

【治療】 睾丸悪性腫瘍は何れも早期に診斷し、健康組織・精系等を充分に摘出する外なし、只何れも自覺的症狀尠きがため早期に來診する者稀なるがために手術的効果思はしからず。

欠

欠

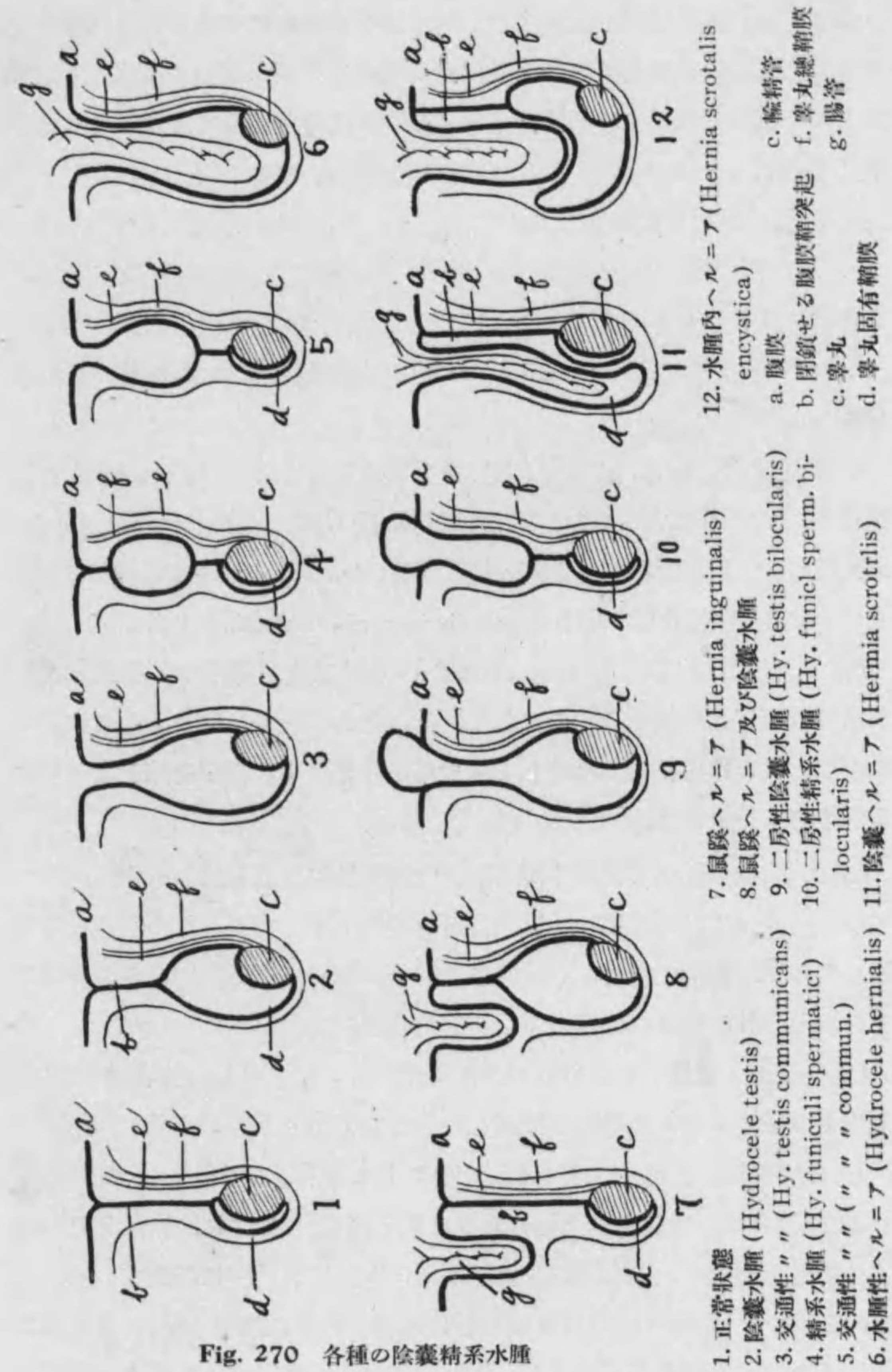


Fig. 270 各種の陰嚢精系水腫

尙本症の特徴は透明性なる事にして、腫瘤の側に光源を置き反対の壁に聴診器管を接着させて之れより腫瘤を望めば光源が明るく観察さる、然れども陳舊のものにては鞘膜内葉面に纖維素沈着が起りて不透明となる事稀ならず。

4) 陰囊水腫に次の種類あり。

a. 単房性水腫 (Hyd. unilocularis): 一水腫囊の單一なるものにして最も普通に見らるゝもの。

b. 多房性水腫 (Hyd. multilocularis): 一結締織中隔にて多数の房室に分れるもの。

c. 双房性水腫 (Hy. bilocularis): 一上下の2房に分たれ、上方房室は鼠蹊管外にて精系に在るもの (腹腔外双房水腫 Hyd. bilocularis extraabdominalis) と、鼠蹊管後部に腹膜と横腹筋膜 (Fascia transversa) の間に在るもの (腹腔内双房水腫 Hy. biloculaais intraabdominalis) とあり。

d. 交通性水腫 (Hy. communicans): 一水腫房室が開在せる腹膜鞘突起に依つて腹腔と連続せるものにして、そのために患者を仰臥させて水腫を壓すると内容は腹腔内に移流して縮少し、起立さすと再び充滿して原形に復歸するものを云ふ。

【診断】 無痛性にて表面平滑、緊張性弾力性に波動を呈し、上方に向つて境界明瞭にて、透明性に、陰囊皮膚と癒着せず、非炎症性の腫瘍なる諸點にて診断は極めて容易なり、殊に試験的穿刺にて黄色透明の漿液性内容物採取し得れば尙更ら確實なり。

【鑑別】 1) 交通性水腫は陰囊ヘルニアと區別す可し、後者は内容が上方より下方に出入移動するに反し本症は下方より上方に移動す。

2) 血液水腫 硬度稍々鞏く不透明性にして穿刺液は血性を帯ぶ。

3) 精液水腫 は睾丸の上極に在りて帽狀をなして之れに密着しその直下に睾丸を證明す、内容液は無色透明なるか僅に乳汁様に溷濁す。

4) 陰囊ヘルニア 外觀は陰囊水腫に酷似する事あれど之れは波動及び透明度を缺き打診上鼓音を呈し、觸診するに腹腔に通ずる莖あり又鼠蹊

管輪口が開在し且つ腫瘍内容は壓迫に依りて腹腔内に還納性なり、交通性水腫は之れと區別し難き事あり、只だヘルニアは内容が上方より下方に出入移動するに反し水腫は下方より上方に移動す。

5) その他睾丸・副睾丸の炎症性腫脹・腫瘍等とも鑑別す可し (426 頁)

【療法】 1) 姑息的療法

a) 穿刺療法 初期の間は穿刺用 Troikart を用ひて内容液を穿刺して一時的に治療し得るも、再發を免れず。

b) 注入療法 前記方法にて内容を穿刺したる後沃度丁幾 (5—10%)、石炭酸液 (5%)、アルコール (9%)、クロール亞鉛液 (10%) 等を房腔内に

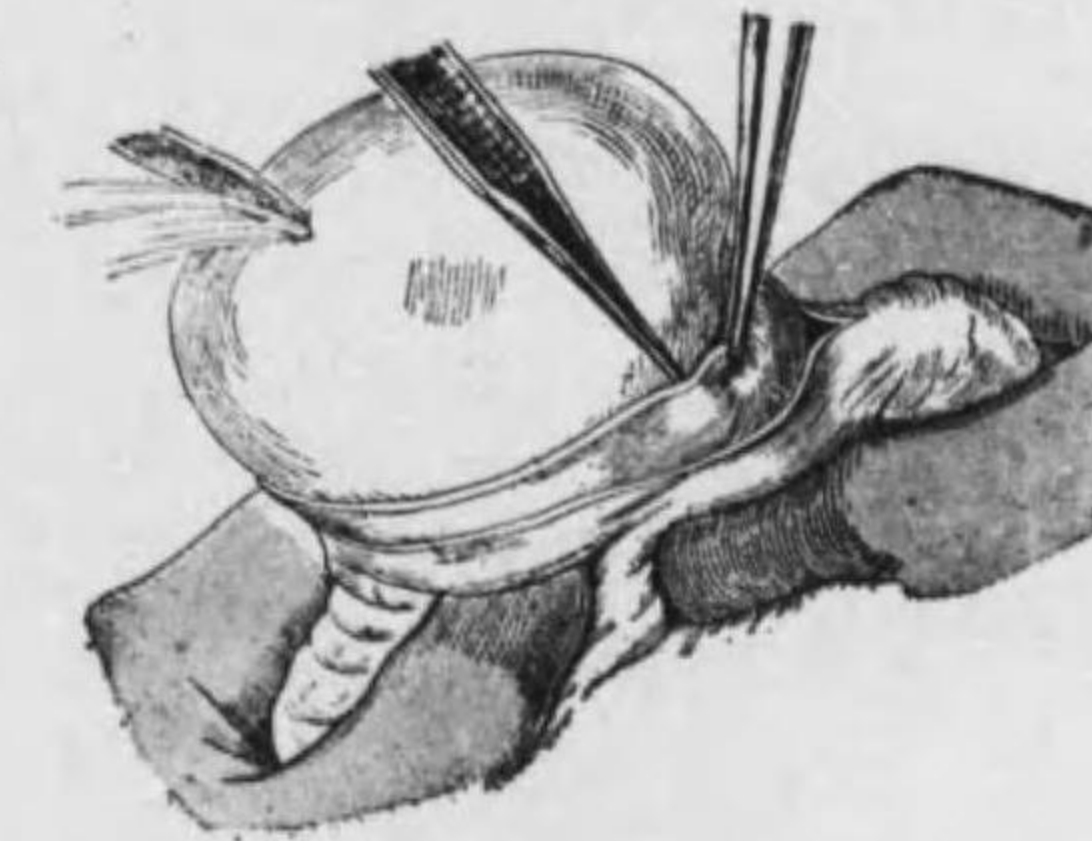


Fig. 271. 陰囊水腫手術

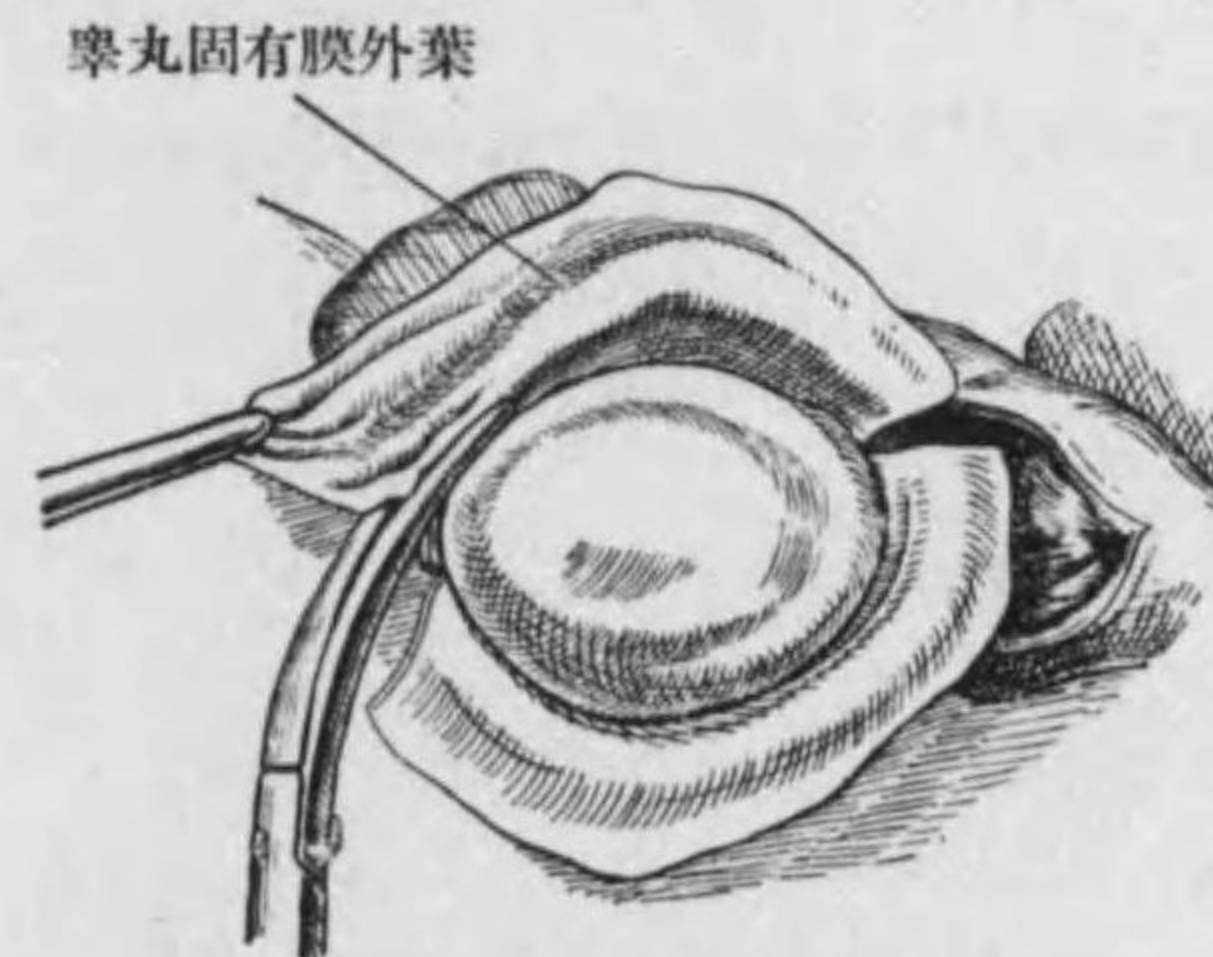


Fig. 272. 陰囊水腫手術 (Bergmann 氏法)

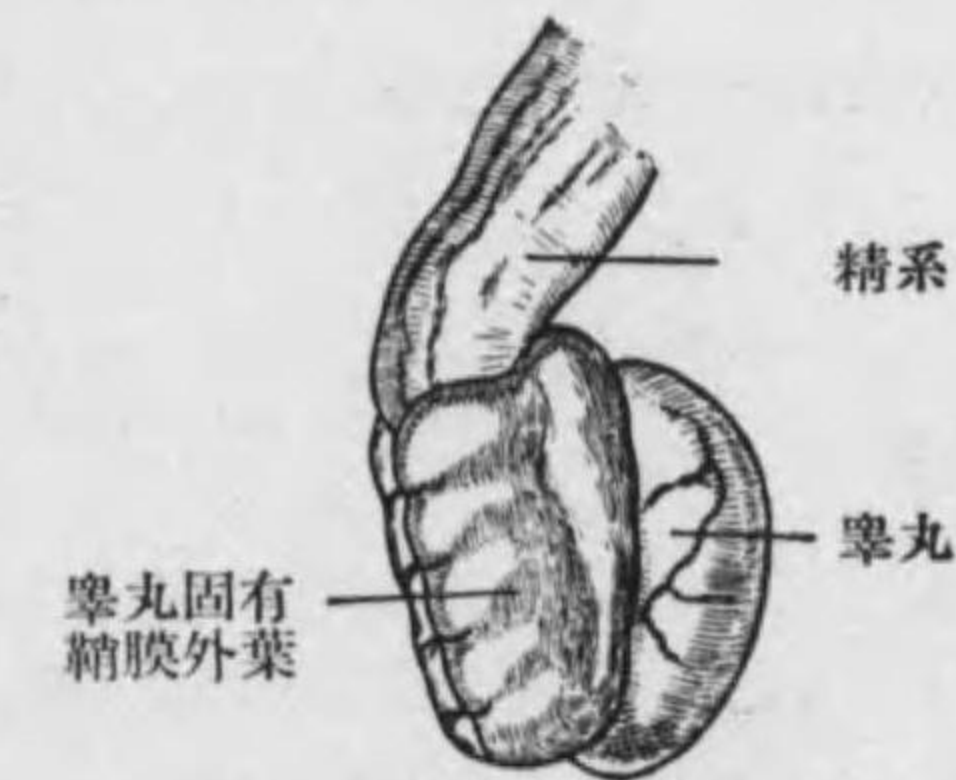


Fig. 273. 陰囊水腫手術 (Winkelmann 氏法)

注入して再發を防ぐ事あれども根治は望まれず、又注入後可なり劇痛を起すが缺點なり。

2) 根治的手術療法 陰囊皮膚・總鞘膜等を切開し水腫囊 (睾丸固有鞘膜) を陰囊外に脱出せしめた後に (Fig. 271)

a) Bergmann 氏法 水腫囊を縦に切開し水腫外膜を辜丸より副辜丸への移行部にて切除したる後に充分に止血結紮をなして創口を閉づ、本法は完全なる根治療法なれども止血を充分にせざれば術後に血腫を形成する事多し (Fig. 272)。

b) Winkelmann 氏法、水腫囊を切開しその一部を適宜に切除したる後

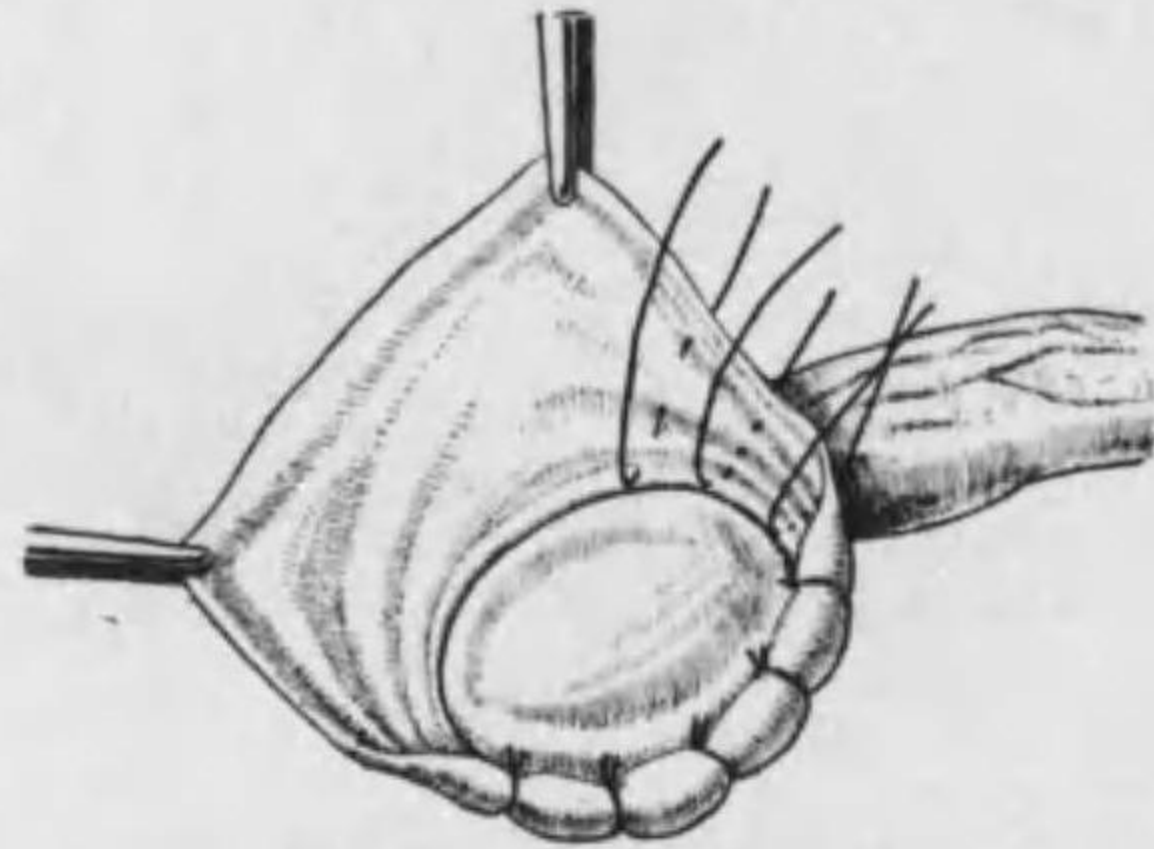


Fig. 274. 陰囊水腫手術 (Klapp 氏法)

之れを翻轉して辜丸及精系の後方にて縫合す、かくすれば固有膜外面は内面と成り内面は外面と成りて總鞘膜に接し、之れと癒着して再發を防ぐ (Fig 273)。

c) Klapp 氏法 水腫囊を切開したる後鞘膜外葉に放射狀皺襞縫合を行

ふ、かくすれば術後の血腫形成を防ぎ得れども辜丸周圍に堤防狀の塊瘻を作る缺點あり (Fig. 274)。

XI 陰囊血腫 Hamatocele testis

本症は辜丸固有鞘膜の慢性出血性炎症に依つて鞘膜腔内に出血・血液滯溜を起したるものにして、陰囊水腫よりも稀なり。

【原因】 不明なるもの多し、陳舊なる陰囊水腫又はその治療のために反復したる穿刺法又は注入法のための器械的刺戟の結果・又は外傷・その他動脈硬化症・出血性素因等あり。

【解剖】 鞘膜に炎症性浸潤・肉芽組織等が増殖して非常に肥厚し、内面は鮮紅色にて絨段様に微細顆粒狀を呈し、内容は漿液血性又は純血性にて、陳舊のものは多少吸収されて暗赤色の珈琲殘滓様となる。

【症候】 陰囊水腫と同様に慢性に進展して鶏卵大となり無痛性なれども形狀はそれよりも稍々丸くして西梨形をなさず、硬度鞏く緊張性なれども波動

欠

さすと軟和して壓縮性なり，鼠蹊管外輪が擴大せる場合多し。

輸精管は擴張せる静脈叢とは無關係に明瞭に觸れ，患側睾丸は健側に比し稍々縮少し弛緩せり。

2) 自覺的症狀，之れを缺く事あれども，又患側に不明の牽引感・疼痛等を覺え，而も性的神經衰弱に陥り易く，諸種の神經的性的障害を訴ふ事多し。

【療法】 輕度の場合は陰囊を提舉し，刺戟性食餌を除け，對神經衰弱的療法を行ひて姑息的に治療す。

根治法，自覺的症狀を去り睾丸萎縮を豫防するために早期に手術するをよしとす。即ち陰囊皮膚を切開し蜿蜒せる静脈を遊離して一部分丈を残して切除す。

欠

第8章 男子性的機能障害症

Functionelle Störung des männliche Sexualapparates

I. 生理概要 Physiologisches

A. 交接力・性嬌力

Potentia coeundi, Kopulationsfähigkeit

生理的性嬌動作を遂行し得る能力を云ふ、之の能力を發起するためには次の諸要約が必要なり。

1. 性慾 (Libido sexualis, Geschlechtstrieb, Potenz):—

健康性熟人(geschlechtsreif)に發現する性交的概念なり、只その程度は各個人にして相異し生理的と病的の境界は明瞭ならず、又終始同一程度のものに非ずして種々の機会にて刺戟促進され、其の満足に依りて一時的に減退又は消滅し、一定時間の後に再び一定度に復歸するものなり。

性慾は一般に男子は女子よりも強く、安逸美食者に強く身體労働後に減弱す、その他生活様式・營養・業務等の影響にて増減す。

一般に生殖機能を主宰する大脳・間脳・及脊髄等に於ける植物性神経中樞は生殖腺Hormonに依りて常に一定の緊張性状態に在るものにして之れ等Hormonの刺戟に對する中樞神経の反應現象の一つとして性慾が起るものなり。

2. 勃起 (Faclutas reigendi, Erektion, Steifwerden):—

陰莖海綿體の充血のために陰莖の容量増加し強直に成る状態を勃起と云ひ、之れは大脳・末梢神経及び脊髄の神経支配に依つて起るものなり。

陰莖勃起に關する神経支配次の如し。

a) 大脳の性慾衝動は生殖 Hormon の刺戟に依つて起りて更に橋部(Pons)・大脳脚(Grosshirnschenkel)を通りて脊髄に傳達される、Eckhardは實驗的に Pons が大脳に入る大脳脚を刺戟して勃起を起し得たり。

b) 脊髄中樞、即ち脊髄性勃起中樞(spinale Erektionszentrum)は薦髓下部に於ける勃起神経(Nr. erigentes)及薦髓上部の下腹神経叢(Plexus hypogastricus)に相當する神経節細胞群(Ganglionzellengruppe)に在り

と云はる。

Goltz は實驗的に腰髄を他の脊髄より遮斷して龜頭を刺戟すると反射性勃起が起るが故に腰髄内に反射勃起中樞ありと云ひ、尙この中樞は大脳・圓錐等より抑制作用を受くるものなる事は胸・腰部にて脊髄を切斷すると反射性勃起は一層迅速に且つ強度に現はるゝ事を實驗的に證明したり。

この脊髄中に勃起中樞が存在する事は臨床的にも證明し得らるゝものにして、彼の慢性脊髄疾患の初期の充血・刺戟・脊髄震盪・脊髄性失調の初期等にて屢々勃起を起す事實等は之れなり。

c) 末梢神経刺戟に依つて反射的に勃起を起す、即ち陰莖・龜頭等を摩擦すると勃起が起るは陰莖脊神経(N. dorsalis penis)及び龜頭に於ける Kräus 氏感觸小體(Wohllustkörperchen)の刺戟による反射性勃起なり、之れと相似て急性淋疾・攝護腺炎・膀胱結石時の刺戟にても勃起し、又所謂晨朝勃起(Morgenerrection)は膀胱内尿蓄積の刺戟に由るものなり。

陰莖勃起の機轉:—は陰莖海綿體内に血流増加すると同時にその流出が減少されて海綿體が充盈されて容量増加と強直を起すものにして

a) 血流増加は、陰莖内の小血管は Löwen 氏の小神経節細胞に依つて一定度の收縮状態に在りて陰莖血流に一定度の抵抗をなすものなるが、勃起神経(N. erigentes)の刺戟に依つて此の緊張が失はれ血管が弛緩して増加するものなり(Goltz),

b) 静脈血還流の阻止、は 1. 横會陰筋の收縮に依つて脊陰莖静脈が壓迫され、2. 又海綿體中の血液の一部は陰莖腹面に於ける交通枝に依つて流出するものなれども海綿體が充盈されるとこの交通枝が壓迫されて還流が阻止されるため 3. 球部海綿體筋(M. bulbo-cavernosus)が收縮してその附着點にて海綿體を壓迫し、4. 坐骨海綿體筋肉(M. ischio-cavernosus)の收縮にて陰莖を耻骨縫際に壓迫する事、等に依つて静脈血の流出が阻止されるなり。

3. 交媾及び快感高潮 (Kohabitation u. Orgasmus):—

Kohabitation とは勃起せる陰莖を婦人の腔内に挿入して交接行爲をなすを云ひ、Orgasmus とはその Kohabitation なる性的動作(Sexualakt)に依つて陰莖表面と腔壁との摩擦的刺戟のために快感高潮に達し精液が射精管内より尿道内に射出される快感最高潮時の状態を云ふ。

4. 射精 (Ejaculatio seminis):—

Orgasmus に達すると IV 腰髄中の射精中樞(Ejaculationszentrum, Centrum genito-spinale-Budge)が反射的に興奮され更に之れが攝護腺神経叢

(Plexus prostaticus) 及び精囊神経叢 (Plexus vesicae seminalis) 中に在る末梢神経節細胞群に傳達されて精囊及びその排泄管壁の筋層の痙攣性収縮を起して精液が尿道内に排泄され、同時に球部海綿體筋 (M. bulbo cavernosus)・坐骨海綿體筋 (M. ischio-cavernosus)・尿道括約筋等が収縮して精液を尿道口より射出する動作を射精と云ひ、之れ等の筋肉を射精筋装置 (Ejaculation-smusculatur) と云ふ。

射精が終れば勃起陰莖は収縮し性慾は一時的に消失するを普通とす。

B. 生殖力 Potentia generandi, Zeugungsfähigkeit

男子の生殖力に必要なは 1. 外部生殖器の完全 2. 生殖腺が健全にして健康精蟲を産出し得る事、3. 副生殖腺の機能が完全にして精蟲の活力を増進・保持するに充分なる分泌液を排泄し得る事等に依る。

a) 精液 (Sperma, Samen): 一は即ち射出液 (Ejaculat) にして睾丸・副睾丸・輸精管・精囊・攝護腺・カウペル氏腺等の諸分泌液の混合にして、外觀乳白色に潤濁する膠様粘稠性液體にして一種の臭氣を帯び、化學的に水分 90%、固形分 10% (磷酸石灰 3%、曹達鹽類 10%、アルブミン様物質) より成る。

1 回の精液量は 5—20 cc. にて種々の原因にて増減あり、多量なるを精液增多症 (Polyspermie)、少量なるを精液減少症 (Oligospermie) と云ふ、又 1 回の射出液中に含有する精蟲量は平均 2 億と云はるも (Lode) 又種々の原因に依つて不定なり。

無数の精蟲は健康精液内にては活潑なる蠕曲・鞭毛・前後運動をなすが、精液が乾燥されると直ちに死滅し、精液を保温し乾燥を防げば 36—48 時間も活力を失はず、生理的食鹽水中には長時生存し殊にアルカリ性液はその運動を助長し、寒冷・酸・金屬鹽類・加水・及び酸性分泌液等はその活力を阻害して急速に死滅せしむ。精液内の精蟲數に異状なきも精液中にて運動性減退せるものを精液無力症 (Asthenospermie) と云ひ、その運動の消失せるものを精蟲死滅症 (Nekrospermie) と云ふ。

又精液を戴物ガラス上にて乾燥すると數時間乃至 2—3 日にして三角形・菱形結晶物を生ず、之れを Böttcher 氏精液結晶 (Sperma Krystall-Böttcher) と云ふ、該結晶物質は攝護腺分泌液より發生するものにして而もその數と發現速度とは精蟲の活力と反比例し、之れが多數に且つ速かに發生する程精蟲の運動・活力は薄弱にして、その數量及發現の時間的關係に依つて精液の生殖能力の強弱を推察し得ると云はる。

b) 精蟲に對する副生殖腺の作用: 一各種副生殖腺の分泌液は精蟲に對して器械的・物理化學的の保護作用をなすものにして、之れ等の分泌液は尿道腔内

を潤滑する外に精囊液は睾丸分泌液を稀釋して精蟲を活動性ならしめ、攝護腺液はそのアルカリ性と中性磷酸石灰が在るために (Wilson) 精蟲の活動力に特種の能力を賦與し酸性腔分泌液の精蟲に及ぼす阻害作用を防禦し、且つ食鹽を含有するが故にその活力を鼓舞するものなりと云ふ。

II. 男子生殖器機能障害

Funktionelle Störungen der männlichen Geschlechtsorganen

A. 交接不能症 Impotentia coeundi

正常の性交行為を爲す事の出来ないものを云ふ、但し此場合精液の性状は全く正常で女子の卵を受精せしむる力がある。

原因を下のつ 5 に分ける。

1. 外部生殖器乃至其周圍の解剖的變化 (Potenzstörungen durch anatomische Veränderung d. Geschlechtsorgan): 一

陰莖の先天性畸形・發育不全・腫瘍・象皮病・陰莖海綿體の炎症性浸潤等、此後者の場合には陰莖が弛緩して居る間は正常の形態をなせども一旦勃起すると異常に彎曲又は屈曲するものにして之れを性索又は陰莖彎曲症 (Chorda venerea s. Deviatio Penis) と云ふ、此現象は屢々淋疾の際に發するが、之れが假令治癒しても病變部に瘢痕を残し瘢痕の在る方向へ彎曲・屈曲す、但し多くは勃起の際にのみ限り繼續的に彎曲する事は稀れである。

其他成形性陰莖硬結症・陰莖繫帶の先天性又は後天性短縮等にも因る。

極く一過性には包皮龜頭の炎症・潰瘍等あり。

陰莖が正常でも陰囊のヘルニア・水腫又は血腫・象皮病・睾丸・副睾丸の腫瘍・異常な肥胖症等の爲に陰莖の大部分が是等の中に埋没被覆された場合にも性交は不可能となる。

但し注意すべきは正常な性交が行はれ得ないからと云つて生殖が不能なりとは決して云はれず、射出された精液が以上の原因に依つて女子の腔外に止つた場合でも尙ほ其女子をして妊娠せしめた例が少なくない。

2. 生殖支配神経系統の器質的疾患 (Potenzstörung durch organische Krankheiten d. Nervensystem): 一

前の場合は勃起可能なるにも關はず陰莖其他の解剖的異常の爲完全なる

陰莖の挿入又は射精が出来ざるに反し、此場合では陰莖及其周囲の解剖的状態は正常なるに關はらず、陰莖の勃起不能の爲め性交が不可能となるものを云ふ。此勃起不能の原因として

a) 脳の器質的疾患による性慾の減退又は消失：一脳脊髄系統の器質的疾患としては偏癱・腫瘍・外傷等、但し偏癱・麻痺狂では却て性慾の亢進を見る事あり。

b) 脊髄・末梢神経性諸疾患：一脊髄炎・多發性硬化症・脊髄勞の初期には勃起反射中樞が刺戟状態に在るがために陰莖強直症(Priapismus)・遺精(Pollutio)・早漏(Ejaculatio praecox)を示す事がある、但し脊髄勞では初期より勃起不能・性慾減退の状を呈する事もあり、是等が本症の前驅症たる事がある。

末梢神経方面では後部尿道炎・習慣性手淫・房事過度の爲に精阜に充血又は炎症を發し爲に生殖器から勃起中樞への末梢神経の傳導を障碍して陰萎を招來する事がある、但し此場合は末梢神経の器質的變化とは云ひ難し。

3. 諸内分泌腺の疾患 (Potenzstörung durch organische Veränderung d. innersectorischen Organen)：—

甲状腺に於ける粘液水腫・副腎に於ける Adison 氏病・腦下垂體に於ける Akromegalie. Dystrophia adiposogenitalis 等に於て陰萎を見ることがある、睾丸の先天性又は後天性萎縮又は缺如によりて生殖腺 Hormon が血行から除外される時にも亦起る。

4. 全身性疾患 (Potenzstörung durch allgemeine Erkrankungen)：—

糖尿病・脂肪過多症・腎臓病・急性傳染病・モルフィン・ニコチン・酒精・沃度・砒素・臭素剤等の中毒等に起る、是等の場合の疾患に因る体内産生物たる毒素又は使用された毒物が直ちに腦の性慾中樞又は脊髄の勃起中樞に作用するのであるか、或は是等が睾丸間細胞に作用して Hormon 産生を抑制するのであるか、或は衰弱に因る間接的のものであるか速かに判定する事の出来ない場合が多い。

5. 純機能性障害 (Rein funktionelle Störungen)：—

敘上諸病變の孰れをも證明する事の出来ない外見健康な人に見られるもので、是れが交接不能症の大多數を占めて居る。

原因に依つて次の如く大別する。

a. 性慾の缺如に因る陰萎 (Impotenz durch Fehlen des Libids)：—

性慾の缺如が先天性の場合と後天性の場合とある。

先天的で婦人に對して性慾を感じぬものを無慾症(Anerotismus)・冷感症(Naturae frigidae)と云ふ、この中に凡ての婦人に對して然るもの絶對的無慾症又は陰萎(absoluter Anerotismus s. Impotenz)と、或種の婦人に對しては性慾を感じずる相對的無慾症(relativer Anerotismus s. Impotenz)とがある。然しかゝる無慾症は孰れも後天的に起る事もあり、或は異常な精神的打撃例へば失戀の如きに因て發する事がある。多くの結婚生活者は多少に關はらず relativen Anerotismus に罹つて居るものと見て差支へない。

後天性無慾症、中で最も多いのは神経衰弱特に生殖器性神経衰弱 (Neurasthenia sexualis)に發するものである(別項参照)、即ち過度の手淫・房事過度等に因て種々の神経衰弱症状と共に陰萎を發するものがある。

次に多いのは手淫の常習に因て神経衰弱は起らなかつたが、正常の性交に對して豪も性慾を感じず、手淫行爲を爲すに及んで初めて性慾を感じずるものがある、是れは一種の相對的陰萎である。

相對的陰萎の原因としては其他種々の精神異常症がある。例へば虐待淫亂症(Sadismus)・被虐待淫亂症(Masochismus)・雜姦(Päderastie)・處女刺傷症(Mädchenstecher)・處女切傷症(Mädchenschneider)・觀視淫亂症(Schaattrieb)・節片淫亂症(Fetischismus)・自體眺觀淫亂症(Narcismus)・更衣淫亂症(Transvestitisimus)・愛幼淫亂症(Pädophilie)・愛老淫亂症(Gerontophilie)・獸姦(Sodomie)・屍姦症(Neprophilie)、等の色情倒錯淫亂症(Perversio sexualis)である。

b. 勃起力の完全又は不完全缺乏に因る陰萎 (Impotenz durch vollständiges od. unvollständiges Fehlen d. Erektionsfähigkeit)：—

勃起力の消失又は減退は下の如き原因に因る。

1) 勃起中樞に對する刺戟が弱い、又は該中樞の興奮性が低下せる場合、前者は過度の手淫・房事に依て勃起中樞への神経傳導力が疲弊した爲に起る事が最も多く、後者は種々の全身性疾患・性的過勞に依て勃起中樞の興奮性が消失又は減退するに因る。

2) 勃起中樞に對して精神的抑制が加へられた場合、是れは健康な人にも常に見られる現象で病毒感染・妊娠に對する恐怖・憂慮を感じる事に依て起るが如きは其適例である、斯の如き場合には手淫に依て初めて勃起を遂げ得る事がある。

c. 精液早漏 (Ejaculatio praecox)：—

是は必しも病理的症状ではなく健康人にも見られる、例へば性慾旺盛なるもの、長時日にて亘て性慾を抑制せしものに於て之れを見る。

然るに病的の場合には快感を感じず事なく、満足感を得る事もなく又往々勃起せずして精液が早漏する事あり、甚しい時には婦人に近づき婦人を想像するだけで此現象が起る事がある。

精液早漏の原因として生殖器性神経衰弱・手淫・性交中絶・後部尿道炎等に在る事最も多く、精阜・攝護腺の充血に因る事も多い。

d. 精液遅漏 (Ejaculatio retardata):—

本症は陰萎の原因とはならないが精液早漏の対照として記載して置く。

是れは脊髄勞の如き脊髄疾患に因る龜頭の知覺障礙・性交中絶等により射精中樞の衰弱・病毒傳染・妊娠等に對する恐怖の如き精神的抑制に因る。

【陰萎の療法】 外部生殖器乃至其周囲の解剖的變化に因る陰萎:—は勿論その變化の除去が根本的手段であり、外科的に治療可能なものは之れを切除・剔出等の方法を探るべきである、然しかゝる解剖的變化は多く先天的に又は長年月に亙て存続して居る爲に患者の精神特に性慾にも悪影響少からず、同時に機能性陰萎に陥て居る事が多いから、外科的治療と共に對機能的治療を施す事を忘れてはならぬ。

神経系統の器質的疾患に對して:—も勿論之れが除去を第一義とするが、此の場合の豫後はあまり良好とは云へぬ事が多い。

内分泌腺の疾患:—に於て Adison 氏病・Akromegalie 等に於ける陰萎の豫後も不良である、睾丸の先天性又は後天性萎縮又は缺如に對してはスペルマチン・スペルミンの如き睾丸製劑の注射又は内服を試みて可であるがこれとても一時的の輕快を見るのみである。

全身性疾患:—に於ては肥胖症・糖尿病・腎臓病又は各種中毒症に因るものは、是等の疾患自己の難治のものが多い上に睾丸組織に變性を起す事もあるから陰萎豫後も亦不良なる事が少なくない。

純機能的な陰萎:—に對しては大體下の如き療法がある。

1) 精神療法、醫師の言動が凡ての疾患に著明な影響を與へる事は云ふ迄もないが、本症の如き機能的障礙に於て特に然りである、又先天性無慾症乃至寡慾症の中には生來の環境が與つて力あるものが少くない、かゝる時には好く之れを察知して適當の手段を講ずべきであるが、反之手淫・房事過度・性交中絶等の性的過勞を原因とする後天性陰萎に對しては患者に對して精神的特に性的興奮を興へる凡てを絶対に排除しなければならぬ、又先天性無慾症色情倒錯症に對してフロイト氏の精神分析法・催眠術を試みて可である。

2) 食餌療法、營養價の富めるものを與へて全身の營養を増進せしむる事は勿論であるが、動物性食に偏傾する事は禁忌である、特に脂肪過多又は刺

戟性の食物を避け、便秘に傾けるものに對しては纖維性の食物を適當に攝らしめて便通を好くし、又燐・石灰を多量に含有せるものを奨めるを好しとする、飲酒・喫煙は絶対に禁忌。

3) 理學的療法、冷水摩擦・冷水浴・温泉浴・海水浴・マッサージ特に攝護腺マッサージ・ブージー挿入法・感傳電氣療法・ジアテルミー等、是等も其原因又は症狀に依て適宜に取捨しないと却て不良の影響を及ぼす、適當なれば一面絶好の精神療法ともなり得る。

4) 局所療法、精阜及其附近の充血・炎症に因る精液早漏に對しては 0.5—1.0% 硫酸石炭酸亞鉛の後部尿道注入も一法である、濃厚硝酸銀 (1—10%) の後部尿道点滴の如きは性的過勞を原因とし同時に生殖器神経衰弱症を併發する場合には宜しくない。

カテラン氏硬膜外注射法 (epidurale Injection-Cathelin) は精液早漏以外の場合に用ひて可なり。

注射方法、即ち薦骨麻醉法と同様にして薦骨裂孔 (Hiatus sacralis) より薦骨管の脊髄硬膜外腔 (Epiduralraum) に薬液を注入する方法なり。

患者を肘膝臥位又は腹位にして鼠蹊部に枕を入れて臀部を舉上せしむ、薦骨裂孔は兩側薦骨角 (Coruna sacralis) の連結線を基底とし中薦骨下端 (最下薦骨棘状突起) を頂點とする三角形をなして弾力性閉鎖膜 (Lig. sacro-coccygeum post. supef.) を有している、指頭にて上方より中薦骨を觸下すると此處が觸知されるから、皮膚を沃度丁幾で消毒した後、左側指頭で該薦骨裂孔下の皮膚を固定し右手にカテラン氏刺針を持つて體軸と約 20°C の角度を以つて閉鎖膜を穿孔しその後左示指を離し注射針頭を體に近づけ身體長軸に平行に正中線に於て脊髄硬膜外腔に針尖を約 5—6cm. 推進さす、血液及脊髄液の流出せざるを確めた後に徐々に生理的食鹽水約 15—20cc. を注入す、かくて薦骨神経叢・尾閥骨神経領域を直接的に、腰椎反射中樞を間接的に刺戟するのである。

5) 手術的療法、内陰部動脈 (高橋信美氏) 又は精系動脈 (Toppler 氏) の交感神経切除手術は陰莖への血流を旺盛ならしめ又は睾丸分泌機能を増進して有效なりと云ふ。

6) 藥物的療法、催淫劑としての鹽酸ヨヒンビン (Yohimbinum hydrochloricum) 0.005—0.015 1 日量は精液早漏の如き興奮性無力症以外に用ひて有效である。

その他同様の製劑又は強壯劑としては燐・亞砒酸等の使用もよく乃至は生殖器内分泌腺器のホルモン製劑等が應用さる。

催淫剤			生殖腺ホルモン剤		
薬品名	組成	用法	薬品名	組成	用法
Yohimbin hyd.	ヨヒンベーフ樹皮中のアルカロイドの鹽酸鹽	内服注射	Orchitin	牡牛睾丸のホルモン	注射内服
Juvenin	砒素・ストリヒニン・ヨヒンビンの結合體	錠剤注射	Orchis 錠	牡牛睾丸内の細胞體	錠剤
Yohidrol	ヨヒンビンの製劑	錠剤	Procuramin	牡性哺乳動物の睾丸・攝護腺・甲状腺・脳下垂體前葉の製劑	錠剤注射
Tonostan	ヨヒンビン・砒素・ストリキニーネの結合體	注射	Stamin	睾丸・甲状腺・下垂體前葉・副腎・胸腺等のホルモンエキス	"
Muiracitin	ムイラバアマエキス	錠剤	Spermatin	睾丸・攝護腺ホルモン	"
Macrobin	スベルマチン 1.0 鹽酸ヨヒンビン 0.004, 硝酸ストリキニーネ 0.0003, メチルアルジン酸ナトリウム 0.008	注射	Spemin	男性動物生殖腺より得たる刺戟體	"
Ginsenin	朝鮮人参エキス	錠剤	Spermo-Renin	睾丸エキス	"
			Testgan	睾丸ホルモンを主體とし甲状腺・副腎・脳下垂體等のエキスを混ぜず	"
			Testglandol	牛睾丸の有効成分	"

B. 生殖不能症

Impotentia generandi, Zeugungsunfähigkeit,

Unfruchtbarkeit

正常の性交行為は可能であるが生殖は不可能又は困難な場合、即ち女子をして妊娠せしめる事が出来ないか又は困難なものを云ふ。

【原因】 此原因を2つに大別する、1) 精液受胎力欠如又は減弱と、2) 精

液移送上の機械的障碍である。

1. 精液受胎力の欠如又は減弱 (Fehlen od. Mangel d. Befruchtungsfähigkeit d. Spermatozoen):—

是れは精液中の精蟲の態度に依て定まるが下の如き因子による。

a) 精液中の精蟲の量的變化:—

精蟲欠如症 (Azospermie) とは精液中に精蟲の欠如するを云ひ

精蟲缺乏症 (Oligospermie) とは精蟲数の減少せるものを云ふ。

精蟲欠如症と精蟲缺乏症とは其原因的病變の強弱に因る程度の差違に過ぎぬものにして之れ等は先天的には無睾症 (Anorchie)、潜伏睾丸 (Kryptorchismus)、兩側睾丸萎縮等がある。

後天的には兩側の除睾術 (Kastration)、陰囊水腫の壓迫による睾丸萎縮、種々の原因による睾丸炎、睾丸腫瘍、頻回のレントゲン照射によるレントゲン Kastration 等が原發性精蟲欠如 (primäre Azospermie) 乃至缺乏症の原因となり、兩側の單純性・淋疾性又は結核性の副睾丸炎及び輸精管炎・尿道狭窄・攝護腺炎・射精管狭窄等は睾丸は正常な機能を営むにも關はらず精蟲の輸出を障碍して閉塞性精蟲欠如乃至缺乏症 (Obliteratrans-Azospermie od. Oligospermie) の原因となる。

孰れにしても是等器質的障碍中尿道狭窄を除く凡ては兩側共に起らなければ精蟲欠如乃至缺乏症の原因とはならず。而して本障碍中の最大原因は兩側淋疾性副睾丸炎にしてその 90% は本障碍を起すと云ふ。

b) 精蟲死滅症及び無力症 (Nekrospermie od. Asthenospermie):—

此の兩者も其原因の程度の差違にすぎぬ。原因としては攝護腺炎特に淋疾性攝護腺炎に最も多く其他同部の腫瘍などがある、即ち是等の病變に依て精蟲の運動を促進すべき攝護腺分泌液の分泌が障碍されるが爲である。但し淋疾性攝護腺炎の如き炎性變化に在ては一旦之れが吸収せられ消退する時は再び正常の分泌が始まり精蟲死滅症或は無力症は自然的に治癒されるものである。

【診断】 精蟲欠如症では無論精液中に精蟲を見る事が出来ないし、精蟲缺乏症では精蟲の數乏しく、精蟲死滅症では精蟲は之れを認めるが全然運動せず且つ尾部の脱落したものを見る事が少なくない、精蟲無力症に於ては精蟲の運動極めて不活潑である。

以上の所見は必ず新鮮な精蟲に就て検査しなければならぬ。

精蟲の採取は患者に Kondom を興へて適宜に採らしむればよい、採取後長時間を經たもの、特に冷却したものは宜しくない、室温に數時間放置した場合には精蟲の大部分は既に死滅し診断上何の役に立たぬ、精囊部を按摩して漏出せしめた精蟲は攝護腺液を混じらないから之れも不適當である、又精蟲

中ゲラチン様に凝固した部分も其中の運動は抑制されるから不適である。

精蟲缺如症が原發性であるか閉塞性であるかを鑑別するには睾丸を直接穿刺し睾丸分泌液を採つて検査すればよい。

2. 精蟲移送上の機械的障礙 (Mechanische Störung d. Spermaübertragung):—

a) 射精せらるゝ場合 (Störung bei normalen Ejaculation):—

尿道下裂又は上裂の高度な場合・尿道瘻等により精蟲は射出されるが女子腔内に完全に收容され得ない事は生殖不能症の一原因となる。

b) 射精が障礙せられる場合 (Störung bei d. Ejaculation):—

尿道狭窄・兩側射精管狭窄・尿道結石・腫瘍等により精液の射出が障礙され甚だしい場合には全然無精症 (Aspermatismus) となる。

c) 精神的無精症 (Psychische od. nervöse Aspermatismus):—

陰萎の際にも無精症の起る事は既記の通りであるが又勃起力・性慾共に異常なく正常な性交行為は行はれるにも關はず遂に精蟲の射出を見ない場合がある。其原因の一は前記の尿道・生殖器の器質的變化であるが、他の一は精神的抑制が射精中樞に加へられる爲に起るもので、妊娠に對する恐怖の如きは無精症の一原因となる。

其他房事過度に因り一時的に無精症が起る事は申す迄もない。

【療法】 精蟲缺如又は缺乏症は其原因から云つても難治である、精蟲死滅症及び無力症も亦同様治癒し難いが淋疾による場合には攝護腺炎の治療に依つて消退する事もある、無精症の中尿道狭窄・尿道結石又は腫瘍に因るものは其病變の除去により治癒す、精神的無精症に對しては精神療法を以てする他に途はない。

III. 生殖器刺戟症

Reizerscheinungen der Geschlechtsorganen

1. 病的遺精 (Gehäufte Samenverluste):—

遺精 (Pollutio) は健康の男子にも見らるゝ所であつて夜間痴情的な夢に伴ふて起る無意識な射精である。平均1ヶ月2・3回位を常とし、殊に長時間性交を行はざりしものに多く起る、射精の際には常に快感を伴ひ射精後は寧ろ身心の爽快を感じるものである。

【症状】 然るに病的遺精の場合は痴夢・快感を缺如し、回数も多くなり甚だしい場合には1夜數回に亙る事があり、又夜間のみならず晝間婦人と座し痴想に耽り猥書・猥文を見讀する事に依て之れを起す。かゝる遺精を覺

醒時又は晝間遺精 (Wachpollution, Pollutio diurnae) と云ひ、之れに對して夜間に起るものを夜間遺精 (Pollutio nocturnae, Nachtpollution) と云ふ。又陰莖の勃起なくして起る遺精がある、之れを無力性又は萎縮性遺精 (atonische od. schlaaffe Pollution) と云ひ、かくなれば陰萎又は生殖不能症となるのである。

【原因】 精神的興奮・作業過度・房事過度・後部尿道炎・手淫・便秘・醫療的其他器械的刺戟に因る精阜の充血・特に多いのは後述する生殖器性神經衰弱等である。

2. 陰莖強直症 (Priapismus):—

【症状】 陰莖が性的感念を伴はずに異常に長時間に勃起状態を續ける事を云ふ。

【原因】 1) 性慾の異常亢進。

2) 陰莖の局部的疾患、例へば尿道炎による海綿體炎・陰莖又は陰莖靜脈流出部位に於ける腫瘍其他新生物・栓塞性靜脈炎・亂暴な性交後の血腫・陰莖挫傷皮下裂傷等による血腫・海綿體炎等にて海綿體血流の流出障礙に因るもの多し。

3) 神經系統の疾患、脊髄癆に於て本症が早期症状とし現はれる事がある。其他脊髄炎・腦脊髄梅毒・痲痺性痴呆の初期・腦又は脊髄の外傷等によつて勃起神經が刺戟され又は之れに働く抑制が妨げられる爲。

4) 全身的疾患、例へば白血病の際には陰莖海綿體に於ける栓塞形成に因るとも考へられ、又白血病性脾腫・腸間膜腺腫大による自律神經系の刺戟によるとも考へられて居る、狂犬病に本症を見ることもある。

【症候】 陰莖が性的感念なくして勃起し數日乃至數月間持續し、非常に疼痛性なり、充血は陰莖海綿體のみにして尿道海綿體に及ばぬ故に勃起時に排尿痛はあれども排尿には障害なく、龜頭海綿體は皮膚靜脈と交通する故に勃起に加はらず。

【経過】 は原因的疾患に依つて相異し一定せず、次第に血流障害が除去されるに従つて勃起が萎縮しその後多少局所の組織的變化のために勃起障害を起したり、全然性交不能となる事ある。

【療法】 原因的疾患の治療と共に鎮痛・鎮靜劑の内服や局所の濕布・罌法療法・アルツベルゲル氏肛門冷却法等を勵行す。

8. 尿道漏 (Urethrorrhoea):—

性慾を伴はずして起るカウベル氏腺及びリットル氏腺からの粘液漏出である、原因は尿道炎・手淫・神經衰弱等。

IV. 生殖器無力症

Atonische Erscheinungen der Geschlechtsorganen

1. 精液漏 (Spermatorrhoea):—

性的興奮なくして單に精囊に壓迫を加へるが如き動作、例へば排便時・排尿後に精液の漏出を見る事がある (Defäkationsspermatorrhoea, Miktionsspermatorrhoea)。原因は主として精囊淋疾等により精囊排泄管壁筋肉が無力に陥つた爲なる事が多い。

2. 攝護腺液漏 (Prostatorrhoea):—

同じく排尿・排便に伴ふ攝護腺分泌液の不自然漏出である、原因も精液漏と同じ、排泄管周囲の筋肉の無力に因る。

V. 生殖器性神経衰弱

Neurasthenia sexualis

【意義】 Neurasthenia sexualis なる病名は Beard 氏が初めて命名したものである、氏及び Kraft-Ebing 氏等は之れを生殖器機能障害症状を主徴とするに對して、Bniswangers, Bonveret 氏等は生殖器機能障害を初徴とする神経衰弱と考へた、現在の所では此兩者孰れをも生殖器性神経衰弱と考へて居る様である。

【原因】 房事過度・手淫・交接中絶 (Coitus interruptus)・亂用・禁慾生活・淋疾・特に慢性後部尿道淋・精神的過勞等を原因とす、然し是等が常に本症の原因となるのではなく、各個人の神経素質即ち神経症に罹り易い素質が是等の原因と相俟つて本症の原因となるのである。從て本症患者を通觀すれば見るからに神経質らしい顔貌と體格を持て居るものが甚だ多い。

【症状】 1) 生殖器機能障害、勃起力減退又は消失・精液早漏等あり、精液は往々充分勃起せざる間に射出する事がある、一方又勃起力は正常であるにも關はず射精を見ない事がある。遺精も亦重要な一症状であつて好んで夜間遺精として現はれ一夜數回の多きに及ぶ事少くない、勿論此場合快感・淫夢を伴ふ事が少いか又は之れを欠き、事後に疲勞感・頭痛等を感じるのである、又往々晝間遺精として現はれる事もある。

其他精液漏・陰莖強直症・尿道の自發痛・副睪丸・睪丸の自發痛又は壓迫に對

する知覺過敏等を見る事少くない。

2) 泌尿器機能障害、尿意促進・尿残留症・膀胱部疼痛等。

3) 腦脊髓障害、頭重・頭痛・精神沈鬱・記憶力減退・光覺過敏・視力減退・耳鳴・聽覺過敏・言語障害・歩行起立時の脱力感・疲勞感・背部・薦骨部・四肢に於ける自發的牽引痛及び知覺異常・脊椎一局部の壓痛・手指纖維様拮拮・四肢震顫・膝蓋腱反射亢進等。

4) 消化器障害、食慾減退・便秘・胃部壓痛又は不快感。

5) 血行障害、心悸亢進・速脈・時に心臟痙攣・狭心症。

6) 皮膚症状、多汗症。

以上の如く性的器能障害に伴ひて各種の神経衰弱的症候が起るのである。

【療法】 原因の除去、一般神経衰弱の療法を試み生殖器障害著明なる時には陰萎・生殖器刺戟症等と同様の療法に従ふ。

(終)

索引

ア

亞全摘出術(膀胱).....268
 アプローチ.....152
 アンバール氏係数.....113
 アルメン, ニーランドル
 氏法.....16
 Albarran-Proust 氏
 攝護腺剔出術.....295
 Arzberger 氏冷温榻.....
279, 281, 283, 303

イ(イ)

遺残尿.....288, 297
 遺失管.....398
 萎縮腎, 結核性.....183
 ——, 腎水腫性.....218
 ——, 水腎性.....290
 遺精.....434, 440
 ——, 萎縮性.....441
 ——, 晝間.....441
 ——, 病的.....440
 ——, 無力性.....441
 異體物質による全尿負荷
 試験法.....118
 一次性腎盂炎.....174
 胃腸障碍.....43
 遺尿症.....271
 ——, 晝間.....272
 ——, 夜間.....272
 異物結石.....241
 陰莖及尿道の望診.....1

陰莖及尿道の觸診.....1383
 —— 診察法.....1 —— 皮下損傷.....377
 隠發性膀胱炎.....250 陰莖切斷術.....362
 陰莖の療法.....436 陰莖彎曲症.....433
 鹽基性磷酸石灰.....19 炎症後の細菌尿.....66
 陰莖の炎症性疾患.....377 炎症性包皮.....371
 陰莖癌.....390 インヂカン試験法.....18
 陰莖強直症.....434, 441 インヂゴールカルミン
 —— 經過.....441 試験法.....125
 —— 原因.....441 インヂゴ結石.....202
 —— 症候.....441 陰囊靜脈瘤.....230
 —— 症状.....441 陰囊諸病.....396
 —— 療法.....441 陰部包疹.....381
 陰莖結核.....386 —— 診断.....382
 —— 結核疹.....387 —— 療法.....382
 —— 絞締.....377 陰部に發生する潰瘍性
 炎主コンチローム.....389 疾患の鑑別.....387
 陰莖重複症.....371 陰門萎縮症.....381
 陰莖腫瘍.....389 陰門潰瘍, 急性.....382
 ——, 悪性.....390 —— 診断.....383
 ——, 良性.....389 —— 療法.....383
 —— 鑑別.....392 Israel 氏側位双手觸診
 —— 症状.....390 法.....5
 —— 診断.....392
 —— 病理.....392
 —— 療法.....392
 陰莖諸病.....371
 —— 先天性畸形.....371
 —— 損傷.....376
 —— 斷裂.....377
 —— 轉脫.....377
 —— の特種炎症性疾患

ウ

ウバウルシ葉劑.....333
 ウルツマン氏注入器.....339
 ウロゼレクタン.....152
 ウロトロピン.....330
 雲翳.....62
 ウンブラトール.....141, 265

エ(エ)

會陰球部.....305
 會陰式攝護腺剔除術.....294
 會陰・直腸部の疼痛.....39
 Esch 氏 Tuberculin
 皮内反應法.....32
 エスバツハ氏法.....14
 壞疽性外陰部潰瘍.....380
 ———— 療法.....380

オ(ヲ)

横痃, 有痛性.....384
 ————, 無痛性.....386
 ————, 淋疾性.....325
 大人に來る腎臟腫瘍.....228
 オーベルマイエル氏
 インヂカン證明法.....18

カ

開在性腎臟損傷.....171
 開通性腎臟水腫.....217
 外視野, 膀胱鏡の.....83
 外傷性尿浸潤.....319
 外傷性尿道狭窄.....320
 外傷性尿道炎.....350
 外傷性膀胱炎.....250
 外尿道括約筋.....308
 外部生殖器乃至其周圍の
 解剖的變化.....433
 海綿體炎.....383
 潰瘍, 膀胱單純性.....256
 潰瘍性膀胱炎.....251
 カウバー氏腺.....309
 カウバー氏腺炎, 淋疾性.....346
 菓子腎.....164

假性圓疝.....25
 假性蛋白尿.....12
 假性膀胱憩室.....237
 假性無尿症.....57
 假想圓錐圈.....83
 假尿道形成.....77
 假尿道.....290, 320
 ————, 完全.....320
 ————, 不完全.....320
 カタル性攝護腺炎.....277
 カタル性膀胱炎.....252
 滑劑.....74
 カテーテル.....70
 カテーテル熱及尿熱.....42, 77
 カテーテル, プーチー挿
 入時の障碍及偶發症.....76
 カテーテル, プーチー
 挿入法術式.....74
 ————, 金屬性器械の挿入
 法.....74
 ————, 軟性器械の挿入.....74
 ————, 半軟性器械の挿入.....74
 カテラン氏硬膜外注射法
437
 化膿性腎炎.....178
 芽菌菌.....26
 顆粒狀圓疝.....25
 顆粒性膀胱炎.....260
 間歇性腎臟水腫.....217
 間歇性蛋白尿.....12
 鉗鉗手術.....293
 完全假尿道.....320
 完全去勢術.....394
 完全性腎臟水腫.....217
 完全尿閉.....245
 灌注尿道鏡.....78

嵌頓包莖.....375
 ————, 原因.....375
 ————, 症候.....375
 ————, 診斷.....376
 ————, 整復.....376

キ

奇異性尿失禁.....
56, 245, 270, 289, 297
 キサンチン.....21
 キサンチン結石.....202
 稀釋及濃縮試驗.....116
 疑腎石性疼痛.....184
 氣腫性膀胱炎.....251
 氣體膀胱攝影法.....139, 292
 氣體レントゲン撮影法
137, 138
 吃納性排尿.....298
 龜頭萎縮症.....381
 龜頭包皮炎.....377
 ———— 原因.....377
 ———— 症候.....377
 ———— 療法.....377
 ———— 壞疽性.....378
 ———— 環狀性糜爛
 性.....378
 ————, ————,
 症候.....379
 ————, ————,
 診斷.....379
 ————, ————,
 療法.....379
 龜頭淋.....325
 龜頭ロイコブラキー.....381
 氣尿.....66
 氣泡.....98

疑膜様腎盂炎.....173
 逆行的カテーテル挿入法
320
 急性完全尿閉.....50
 急性外科的尿毒症.....44
 急性後部尿道淋.....325
 急性後部尿道炎の療法.....339
 急性前部尿道炎の療法.....328
 急性前部尿道淋.....324
 急性精囊炎.....301
 急性攝護腺炎.....276
 急性續發性腎盂炎.....175
 急性膀胱炎.....251
 狹窄後部擴張.....156
 強制無尿.....57
 ギヨン氏球頭消息子.....72
 ————, 點滴器.....339
 ギヨン氏仰臥位双手
 觸診法.....5
 筋腫性攝護腺肥大.....286
 銀製劑.....334

ク

クルツプ性膀胱炎.....251
 クレアチニン試験法.....117
 Glénard 氏腎臟觸診法
6
 Gramm 氏染色法.....28

ケ

經口的ピエログラフィー
151
 經靜脈性ピエログラフィ
152, 219
 頸膀胱の攝護腺剔除術.....293
 頸部膀胱炎.....251

計測板.....72
 稽留性腎臟水腫.....217
 外科的腎臟機能検査法.....105
 ———— 疾患.....158
 外科的尿毒症.....43, 44
 ————, 急性.....44
 ————, 慢性.....44
 外科的輸尿管疾患.....158
 血液凝固速度測定法.....111
 血液検査による腎臟機能
 試験法.....107
 血液殘餘窒素測定法.....109
 血液中インヂカン證明法
110
 血液氷點降下測定法.....107
 血液 Kryoskopie の臨床
 的意義.....108
 結核菌.....30
 ———— の鑑別.....35
 ———— の早期診斷法.....31
 結核菌尿.....66
 結核性, 萎縮膀胱.....258
 ———— 萎縮腎.....183
 ———— 膿腎.....183
 ———— 潰瘍, 急性.....386
 ———— 腎臟水腫.....183
 ———— 尿道炎.....353
 ———— 症候.....354
 ———— 診斷.....354
 ———— 豫後.....354
 ———— 療法.....354
 ———— 尿道狭窄.....353
 ———— 尿道周圍炎.....353
 ———— 膿腎.....183
 血腎指數.....113

血色素尿.....62
 血精液.....282, 303
 血性精液.....9
 結石形成, 原發性.....243
 結石性無尿症.....207
 ————, 療法.....215
 結石疝痛.....205
 結石類似の影像と腎臟.....208
 結石のレントゲン診斷.....210
 結節性膀胱炎.....251
 血尿.....59, 207, 229, 252, 290
 ————, 顯微鏡的.....59, 187
 ————, 終末.....60
 ————, 初期.....60
 ————, 腎性.....60
 ————, 全.....60
 ————, 肉眼的.....59
 ————, 尿道性.....60
 ————, 膀胱性.....60
 限局性膀胱炎.....251
 検査用膀胱鏡.....86
 檢糖法.....15
 檢尿法.....9
 原發性結石形成.....201, 243
 原發性細菌尿.....65
 ———— 腎臟結核.....179
 顯微鏡的血尿.....59, 187

コ

睾丸.....396
 睾丸位置異常.....402
 ———— 症候.....402
 ———— 診斷.....403
 ———— 療法.....403
 睾丸剔除術.....415
 睾丸炎, 纖維性.....415

辜丸下行.....398	交叉腎・變位腎.....163	絲狀桿菌.....27
辜丸下行不全.....399	硬性下疳.....385	絲狀沈渣.....62
辜丸筋頓.....40	硬性浸潤.....80	實驗的多尿.....116
—— 畸形.....401	交接不能症.....433	實質性攝護腺炎.....277
—— 缺損症.....401	骨盤變位腎.....166	實質結石.....204
—— の構造.....396	酵母菌.....26	脂肪尿.....68
—— 固定術.....404	後部尿道.....305	試験の結核抵抗性減弱法.....32
—— 護膜腫.....415	後部尿道鏡検査.....80	習慣性磷酸尿.....68
—— の挫傷.....405	後部尿道淋, 急性.....325	週期性尿毒症.....225
—— 諸病.....396	孤立性腎臟囊腫.....227	收斂劑.....336
—— 脱轉.....405	孤立性囊腫腎.....163	集光装置の改良.....86
—— 捻轉.....40	鼓音膀胱.....67	尿酸鹽類.....20
—— 停滯.....402	濁濁尿.....58	尿酸結石.....202, 244
—— 徵毒.....415		尿酸尿.....68
——, 解剖.....415	サ	舟狀窩.....305
——, 鑑別.....416	細尿管内逆流.....150	終末血尿.....60, 326
——, 症候.....416	細菌結石.....202	終末疼痛.....245, 326
——, 診斷.....416	細菌尿.....65, 174	終末磷酸尿.....67
—— 發育不全症.....401	碎石器.....249	腫瘍性膀胱炎.....250
—— 被膜.....399	碎石術.....247	手術の診斷法, 患側腎の.....133
—— 及被膜の損傷.....405	截石術.....249	出血性膀胱炎.....251
—— 副辜丸の炎症.....406	醋酸黃血鹽試驗法.....13	純機能性障礙.....434
—— 診斷.....408	叉狀輸尿管.....166	小横痃.....325
—— 療法.....408	三角部膀胱炎.....251	症候性膀胱炎.....250
—— 副辜丸, 精系及陰囊の觸診.....2	三層磷酸鹽.....20	硝酸煮沸法.....13
—— 診察.....2	三杯分尿試驗法.....64, 326	硝子様圓嚙.....24
—— 望診.....2	珊瑚樹結石.....203	消息子.....70
辜丸附體.....398	酸・鹽基排泄能力試驗法.....129	小兒性腎腫.....223
—— 附屬器.....398	酸・鹽基負荷試驗法.....129	小兒に來る腎臟腫瘍.....227
—— 變位.....402		小囊腫性膀胱炎.....260
辜丸の癩病及放線狀菌病.....416	シ	上皮圓嚙.....25
	次亞硫酸曹達法.....118	初期血尿.....60
	Schede 氏半坐位双手觸診法.....6	初期排尿痛.....41
	試驗的腎露出法.....133	食餌性多尿.....46, 56
	シグマ腎.....164	

食餌性磷酸尿.....68	腎被膜の損傷.....169	腎盂炎, 囊腫性.....173
觸診性蛋白尿.....229	腎變位.....196	——, 臍胞性.....173
女子尿道.....310	腎礫.....203	—— の下行性傳染.....172
女子淋疾.....350	腎盂外溢流.....149, 143	—— の血行性.....172
諸内分泌腺の疾患.....434	腎盂擴張.....217	—— の上行性傳染.....172
眞性尿失禁.....54	腎盂結石.....204	—— の直接傳染.....172
神經性數尿.....45	腎盂截石術.....214	—— の尿路傳染.....172
神經性多尿.....56	腎盂攝影法.....142	—— の淋巴傳染.....172
—— 尿意頻數.....271	腎盂疾患に依る發熱.....42	腎腫, 小兒性.....228
—— 尿失禁.....271	腎盂腫瘍.....232	腎臟壓痛點.....6
—— 尿閉.....271	腎盂靜脈逆流現象.....150, 143	腎臟寄生蟲病.....195
再延性排尿.....48, 288, 358	腎盂腎臟炎.....173	腎臟機能検査.....153
眞性蛋白尿.....12	腎盂洗滌.....178	——, 検査法の總括.....130
眞性無尿.....57	腎盂透視法.....153	腎臟機能數.....117
滲透.....107	腎盂内結石のレントゲン像の鑑別.....209	腎臟結核.....179, 200
滲透壓.....107	腎盂の解剖的構造.....143	——, 閉塞性.....183, 192
腎炎, 化膿性.....178	腎盂の解剖的容量.....145	——, 續發性.....179
腎外性腎臟水腫.....217	腎盂の形狀.....145	——, 二次的.....180
腎筋膜.....160	腎盂・腎臟結石と類似結石像との鑑別法.....210, 211	——, 慢性.....181
腎莖裂傷.....169	腎盂の惡性乳嘴腫.....233	——, 原發性.....179
腎砂.....203	腎盂の外科的炎症性疾患.....171	——, 摘出の適應症と禁忌.....194
腎脂肪膜.....160	腎盂の構造.....144	—— の血行性傳染.....181
腎周圍氣體膨脹法.....153	腎盂の非乳嘴狀癌.....233	—— の上行性淋巴性傳染.....181
腎除外法.....133	腎盂の良性乳嘴腫.....233	—— の上行性尿路傳染.....180, 181
腎水腫性萎縮腎.....218	腎盂容量.....145	—— のピエログラフィー.....189
腎實質結石と類似結石像との鑑別法.....211	腎盂炎.....171	—— の淋毒性傳染.....180
腎性血尿.....60	——, 一急性.....174	腎臟缺損症.....163
腎性蛋白尿.....12	——, 急性.....173	腎臟截石術.....614
腎切開法.....133	腎盂炎, 急性續發性.....175	腎臟實質内結石のレント
腎纖維膜.....160	——, 慢性.....173	
腎痙攣.....205	——, 慢性弛張性.....175	
腎痙攣の鑑別.....37	——, 特發性.....174	
腎痙攣發作.....197	——, 妊娠性.....176	
腎内性腎臟水腫.....217		
腎一腎反射作用.....58, 170, 206		

ゲン像の鑑別.....208
腎臓腫瘍.....227
腎臓腫瘍,大人に来る...228
——,小児に来る...228
——,先天性.....227
腎臓觸診法.....3
腎臓水腫性疼痛.....224
腎臓痙痛.....36
腎臓腺肉腫,胚胎性.....228
腎臓腺嚢腫,多房性.....225
腎臓總機能検査法.....106
腎臓多發性嚢腫様變性.....224
腎臓膀胱撮影法.....135
腎臓の調節閥.....112
腎臓淋留腫.....215
腎臓水腫.....215
——,間歇性.....217
——,完全性.....217
——,稽留性.....217
——,結核性.....183
——,腎外性.....217
——,腎内性.....217
——,部分性.....217
腎臓剔出術.....192
腎臓徹毒.....195
腎臓膿腫.....178, 222, 224
腎臓嚢腫,孤立性.....227
腎臓部の疼痛.....3
腎臓膀胱反射作用.....185, 258
腎臓による發熱.....42
腎臓の悪性腫瘍.....227
腎臓の壓痛.....37
腎臓の位置.....158
腎臓の外傷.....168
腎臓の外科的炎症性疾患
.....171

腎臓の外科的解剖.....158
腎臓の畸形.....163
腎臓の周圍關係.....159
腎臓の診察.....2
腎臓の定繫.....196
腎臓の特種炎症性疾患.....179
腎臓の發育異狀.....163
腎臓の發育不全.....165
腎臓の發育不全症.....163
腎臓の皮下損傷.....168
腎臓の望診.....2
腎臓の肉眼的構造.....161
腎臓の嚢腫性疾患.....224
腎臓の被膜及繫定.....160
腎臓の稜角位.....135
腎臓の良性腫瘍.....227
腎臓癌.....178

ス

水腎性萎縮腎.....290
數尿.....45
數尿,神經性.....45
——,夜間.....46
ズルフォオサルチル酸法.....13

セ

精液缺乏症.....277
精液早漏.....434, 435
精液受胎力の缺加又は減
弱.....439
精液遅漏.....436
精蟲移送上の機械的障碍
.....440
精蟲死滅症及無力症.....439
精蟲缺乏症.....9
精蟲減少症.....9

精蟲缺如症.....439
—— 原發性.....439
—— 閉塞性.....439
精蟲缺乏症.....439
精液尿.....70
精液の検査.....8
精液漏.....70, 277, 442
——,排尿性.....70, 442
——,便通性.....70, 442
精系.....400
精系炎,急性.....407
精子化成.....397
精囊撮影法.....157
精囊疼痛.....301
精囊の結核.....303
精囊の診察.....2
精囊炎.....301
——,急性.....301
——,慢性.....302
成形的陰莖硬結.....380
—— 症候.....380
—— 療法.....381
正常腎孟像.....147
—— レントゲン像
の位置.....148
—— 輸尿管レント
ゲン像.....147
正常膀胱内面の所見.....97
正常輸尿管レントゲン像
.....149
生殖器原發性傳染.....281
生殖器性神經衰弱.....442
—— 意義.....442
—— 原因.....442
—— 症狀.....442
生殖器性神經衰弱の療法

.....443
生殖器刺戟症.....440
生殖支配神経系統の器質
的疾患.....433
生殖器無力症.....442
生殖不能症.....438
生理的蛋白尿.....12
生理的による負荷試験法
.....116
性的神經衰弱.....342
性索.....325, 433
性的神經衰弱.....279
性慾の缺除による陰萎.....434
吞嚥疾患に於ける膀胱機
能障害.....270
赤血球.....24
赤血球圓錐.....25
攝護腺炎.....276, 300
攝護腺炎,カタル性.....277
攝護腺炎,急性.....276
——,實質性.....277
——,腺性.....276
——,慢性.....279
——,瀝胞性.....277
攝護腺液漏.....442
——,出血性.....70
——,排尿性.....69
——,便通性.....70
—— 癌腫.....296, 300
—— 結核.....300
—— 結石.....276
—— 撮影法.....292, 140
—— 疾患.....274
—— 周圍靜脈炎.....277
—— 周圍蜂窩織炎.....277
—— 知覺神經過敏症.....298

攝護腺剔出術,會陰式.....294
——,經膀胱的
.....293
——, Albarran-
Proust 氏.....295
——, Freyer 氏
.....293
——, Young 氏
.....295
攝護腺肉腫.....300
—— 膿腫.....300
—— 徹毒.....284
—— 肥大,筋腫性.....286
——, 瀰慢性筋腫
性.....286
攝護腺肥大症.....300, 284
—— 分泌神經の刺戟症
狀.....299
—— 分泌物の検査.....7
—— Home 氏葉.....285
—— マツサージ.....280
—— の悪性腫瘍.....296
—— の解剖.....274
—— の結核.....281
—— の診察.....2
—— の損傷.....275
絶對的無慾症又は陰萎.....435
遷延性排尿.....47
全龜頭不通症.....310
全血尿.....60
染色膀胱鏡検査法.....127
洗滌用膀胱鏡.....88
全腎潰滅.....169
腺性攝護腺炎.....276
痙痛發作(腎臓の)と結石
痙痛との鑑別.....212

全尿生理的成分検査によ
る腎機能試験法.....112
全尿生理的成分検査によ
る腎臓總機能検査法.....111
全尿道上裂.....313
全排尿痛.....40
全部尿道閉鎖症,先天性
.....310
潜伏辜丸.....439
潜伏性結石.....205
潜伏性磷酸尿.....67
前部尿道.....305
前部尿道検査法.....79
前部尿道淋,急性.....324
前膀胱.....282
前彎性蛋白尿.....12
腺様攝護腺肥大.....286
腺様膀胱炎.....251

ソ

造影カテーテル挿入法.....138
造影膀胱撮影法.....141
相對的無慾症又は陰萎.....435
續發性結石生成.....201
續發性腎臓結核.....179

タ

第四性病.....378
胎兒尿管閉在.....236
胎性巨大腎.....225
胎生腎.....163
對側性疼痛.....206
大腸菌性膀胱炎.....251
體部膀胱炎.....251
竹内氏インヂカン證明法18
多發腎.....163

多尿.....56	チアツオ反應.....17	疼痛.....39
—, 食事性.....56	チアスターゼ消化能力.....124	—, 會陰直腸部.....38
—, 神經性.....56	耻垢菌.....35	—, 男子生殖器.....39
—, 反射性.....57	耻骨上式攝護腺剝出術.....293	—, 尿後.....41
多發性膿腫腎.....224	チヌチン.....20	—, 尿道.....39
多房性腎臟腺囊腫.....225	チヌチン結石.....202	—, 排尿終末.....41
炭酸鹽類.....90	晝間遺尿症.....272	—, 房事.....40
炭酸結石.....202	中性磷酸石灰.....20	—, 膀胱.....39
炭酸尿.....10	注入療法(尿道)術式.....337	疼痛性排尿.....40
男子生殖器機能障礙.....433	重複尿道.....312	動物試驗證明法, 結核菌.....30
男子生殖器の疼痛.....39	重複性排尿現象.....50, 238, 282	特發性腎盂炎.....174
男子尿道.....305	重複輸尿管.....166	特發性膀胱炎.....250
— 炎症.....328	中葉肥大, 攝護腺.....285	塗抹標本染色證明法.....30
— 淋疾.....323	長軸腎.....163	トロンメル氏法.....15
男子淋疾の合併症.....344	直立位, 膝肘位及坐位觸	トンプソン氏二杯分尿試
蛋白定性試驗法.....12	診法, 腎臓の.....6	驗法.....63
蛋白定量的試驗法.....14	直立性蛋白尿.....12	Dodds, Reid 改良法.....123
蛋白纖維結石.....202	直腸周圍膿瘍.....346	Ducrey 氏連鎖狀桿菌.....383
蛋白尿.....12	直腸内診法.....2	
—, 假性.....12	滯溜性膀胱炎.....250	ナ
—, 間歇性.....12	チロチン.....21	内尿道括約筋.....309
—, 觸診性.....229	Ziehl-Neelsen 氏結核菌	内尿道口.....95
—, 眞性.....12	染色法.....30	内服藥的療法, 淋疾の.....328
—, 腎性.....12		内視野.....83
—, 生理的.....12	ツ	軟性下疳.....383
—, 前彎性.....12	土屋氏定量法.....15	— 原因.....383
—, 直立性.....12		— 症狀.....383
—, 病的.....12	テ	—, 壞疽性.....384
—, 輪轉性.....12	定性的檢糖法.....15	—, 浸蝕性.....383
單側性融合腎.....163	定量的檢糖法.....15	—, 蛇行性.....384
Duplay 氏尿道下裂手術	電導度測定法, 尿の.....113	—, チフテリー性
法.....316	384
Tompson 氏二杯分尿試	ト	軟性浸潤, 尿道の.....80
驗法.....326	透過裂傷, 腎臓の.....169	
	同體的物質による負荷試	ニ
チ	驗法.....116	肉眼的血尿.....59

二次的腎臟結核.....180	尿線形狀の變化.....48	尿道カルンケル及腺ポリ
乳酸醱酵菌.....29	尿線の斷續.....49	ープ.....370
乳兒腎盂炎.....176	尿線の變化.....48	尿道下裂.....314, 315
乳兒膿尿.....176	尿素量測定法.....113	尿道癌.....371
乳嘴様ポリープ様腎盂炎	尿蛋白.....11	尿道畸形.....310
.....173	尿中の磷酸分解酵素.....117	尿道龜頭部上裂.....312
乳糜血尿.....69	尿潮.....218	尿道龜頭下裂.....314
乳糜尿.....69	尿道諸病.....305	尿道狹窄.....355
—, 假性.....69	尿道炎, 外因性.....349	尿道鏡検査法.....77
尿の化學的検査.....11	—, 異物性.....350	尿道狹窄.....355
尿の顯微鏡的検査.....18	—, 外傷性.....350	—, 壓迫性.....355
尿の色調及外見.....9	—, カタル性淋疾後	—, 炎症性.....355
尿の細菌的検査法.....25	遺.....340, 350	—, 外傷性.....355
尿の肉眼的理學的性狀.....9	—, 導尿性.....350	—, 器質的.....355
尿の反應度.....10	尿道の構造.....309	—, 機能的.....355
尿の比重.....11	尿道の臨床的解剖.....305	—, 痙攣性.....355
尿の病的變化.....56	尿道・陰核性上裂.....313	—, 後天性.....355
尿意.....44	尿道・陰莖下裂.....314	—, 先天性.....311
—, 逼迫.....45	尿道・陰莖上裂.....312	—, 硬性.....357
尿意頻數, 神經性.....271	尿道・陰囊及び會陰下裂	—, 柔軟性.....356
尿圓嚙.....24314	—, 先天性.....355
尿後失禁.....358	尿道海綿體部.....305	—, 弾力性.....356
尿後疼痛.....41	尿道擴張器.....343	—, 辨狀.....361
尿後漏.....385	—, 洗滌用.....343	—, 反撥性.....361
尿酸.....19	尿道擴張症, 先天性.....311	—, 後部擴張.....357
— アンモニア.....20	尿道擴張法.....000	— 鑑別.....359
— 結石.....202, 244	—, 漸次的.....359	— 診斷.....359
— 鹽類.....19	—, —, 一時	— 豫後.....359
尿失禁.....54	的.....360	— 療法.....359
—, 奇異性.....56, 270, 297	—, —, 持續	尿道鏡の種類.....77
—, 神經性.....271	的.....360	尿道鏡検査法.....79
—, 眞性.....54	—, 暴力.....000	尿道結核.....353
—, 排尿困難性.....56	尿道擴張療法.....343	尿道結石.....321
—, 比較性.....55	—, 強力.....343	尿道缺損症, 先天性.....310
尿浸潤.....239, 364	—, 漸定的.....343	尿道口径と擴張性.....308
尿性状の變化.....58	尿道括約筋の使命.....308	尿道閉鎖.....310

副睾丸炎, 單純性慢性...409
 ———, 單純性慢性...409
 副睾丸及睾丸の結核...410
 ——— 解剖...411
 ——— 鑑別...413
 ——— 症候...412
 ——— 診断...413
 ——— 病理...410
 ——— 豫後...410
 ——— 療法...414
 副睾丸諸病...396
 ——— 徴毒...415
 ——— 解剖...415
 ——— 鑑別...416
 ——— 症候...416
 ——— 診断...416
 ——— 附體...398
 副睾丸の癩病及放線狀菌病...416
 腹腔骨盤變位腎...166
 副腎腫...228
 副尿道...345
 腹腔變位腎...166
 ブヂー...70
 普通大腸菌...29
 葡萄狀及連鎖狀球菌...36
 葡萄狀球菌性膀胱炎...251
 浮動腎...196
 プノイモビエログラフィ...151
 ———...151
 プノイモレーン...153
 部分性腎臓水腫...217
 部分的磷酸尿...67
 プロタルゴール...334
 フロリチン試験法...128

分岐菌...26
 分子濃度...107
 分擔腎機能検査法...121
 分尿の生理的成分検査による機能試験法...121
 分尿チアスターゼ定量法...122
 分尿の尿素定量法...122
 Fränkel-Gebett 氏結核菌染色法...30
 Bloch 氏法...31
 Bougie 擴張法による高熱...361
 Frumkin 氏尿道撮影法...156
 Freudenberg 氏斜傾線像...189
 Freyer 氏攝護腺剔出術...293
 平衡位, 膀胱鏡の...96
 閉塞性腎臓結核...183, 192
 閉塞性腎臓水腫...217
 ヘキサメチレンテトラミン...330
 ベックマン氏氷點降下測定装置...108
 ベビー, 隈川, 須藤氏(檢糖)法...16
 ヘマトポリフィン尿...62
 ヘルレル氏法...13
 變位腎...163, 196
 ———, 交叉性...163
 ———, 先天性...166
 ———, 腹腔...166
 ———, 腹腔骨盤腔...166
 Beck 氏尿道下裂手術...316

ホ

包莖...371
 ———, 萎縮性...373
 ———, 假性...373
 ———, 後天性...371
 ———, 眞性...373
 ———, 肥厚性...373
 包莖環狀切除術...374
 包莖の症候...373
 包莖呑面切開...373
 包莖療法...373
 膀胱エキノコックス病...262
 膀胱炎...249
 ———, 隠發性...250
 ———, 外傷性...250
 ———, 潰瘍性...251
 膀胱炎, 顆粒性...260
 ———, 氣腫性...251
 ———, 急性...251
 ———, クルツプ性...251
 ———, 結節性...251
 ———, 限局性...251
 ———, 出血性...251
 ———, 腫瘍性...250
 ———, 症候性...250
 ———, 滯留性...250
 ———, 特發性...250
 ———, 瀰蔓性...251
 ———, 葡萄狀球菌...251
 ———, 蜂窠織炎性...251
 ———, 慢性...251
 ———, 連鎖狀球菌...251
 膀胱の外傷...239

膀胱外腫症...236
 膀胱畸形...236
 膀胱寄生蟲病...261
 膀胱氣體撮影法...247
 膀胱内面...95
 膀胱機能障害, 腦疾患に於ける...270
 膀胱機能障害, 脊髄疾患に於ける...270
 膀胱鏡...86
 ———, 灌注用...88
 膀胱鏡の規律運動...96
 膀胱鏡検査時の障害...93
 膀胱鏡検査の準備と其の故障...91
 膀胱鏡検査法...81
 膀胱鏡検査法とその所見...96
 膀胱鏡, 検査用...86
 ———の光學的概念...83
 ———の光學裝置...82
 ———の光照裝置...82
 ———の構造...81
 ———固定器...90
 膀胱鏡, 寫真用...88
 ———, 手術用...88
 ———, 洗滌用...88
 ———, 輸尿管検査用...80
 膀胱鏡の附屬裝置...89
 膀胱鏡輸尿管検査不能時に於ける罹患腎側診断法...132
 膀胱鏡の豫備試験...93
 膀胱形狀の不同...141
 膀胱結核...257
 膀胱結石...243
 膀胱憩室...237
 ———, 假性...237
 膀胱高位切開法...133
 膀胱撮影法...139
 膀胱三角部...95
 膀胱疾患...236
 ———, 非炎症性...255
 膀胱自働症...270
 膀胱紫斑病...255
 膀胱周囲撮影法...140
 膀胱絨毛癌...263
 膀胱腫瘍...262
 膀胱腫瘍の電氣凝固法...267
 膀胱神經症...271
 膀胱の神經障害性疾患...269
 膀胱の診察...4
 膀胱性血尿...60
 膀胱穿刺法...53
 膀胱全摘出術...268
 膀胱像の Asymmetrie...189
 膀胱單純性潰瘍...256
 膀胱底部...99
 膀胱の疼痛...39
 膀胱訥吃...50
 膀胱内の異物...240
 膀胱内の器械的検査法...70
 膀胱内手術法...267, 293
 膀胱乳嘴狀癌腫...263
 膀胱徴毒...261
 膀胱剝脱...252
 膀胱破裂...240
 膀胱ビルハルチア...261
 膀胱フィラリヤ病...262
 膀胱裏急性後重...252

膀胱利尿筋...45
 膀胱良性乳嘴腫...262
 膀胱ロイコプラキア...256
 房睾丸...398
 房事疼痛...40
 ホリーフ様膀胱炎...251
 蜂窠織炎性膀胱炎...251
 勃起力の完全又は不完全缺乏に因る陰萎...435
 Hohn 氏結核菌培養證明法...33
 無機性尿沈渣物...19
 無菌酸性膿尿...187
 無辜症...439
 無酸尿...68
 無精液症...277
 無精症...440
 ———, 精神的...440
 無尿...57
 ———, 假性...57
 ———, 強制...57
 ———, 眞性...57
 ———, 排泄性...57
 ———, 反射性...58
 無尿症, 結石性...207
 無慾症...435
 ———, 絶對的...435
 ———, 相對的...435
 迷走管...398
 Mercier 彎曲...72
 モール氏法...15
 モルガン氏寶...309

ム

モ

モルタル腎.....183
 モルヨドール.....139

ヤ

夜間遺尿症.....272
 夜間数尿.....46
 夜間多尿.....288
 Jadassohn氏灌注試験法
64, 326
 ヤッフエー氏インヂカン
 證明法.....18
 夜尿症.....272
 ヤール氏膀胱鏡.....89
 Young氏攝護腺別出術
295
 Janét氏壓迫洗滌法.....338

ユ

有機性尿沈渣物.....22
 融合腎.....163
 ——, 單側性.....163
 輸精管.....396, 398
 ——, 切除術.....293
 遊走腎.....196
 輸尿管カテーテル.....101
 輸尿管カテーテル挿入困
 難.....103
 輸尿管カテーテル挿入法
101
 ——, 偶發症.....103
 ——, の實施.....102
 ——, の目的.....104

の種類とその消毒法.....102
 輸尿管の畸形.....166
 輸尿管結石.....200
 輸尿管結石と類似結石像
 との鑑別法.....211
 輸尿管結石のレントゲン
 像の鑑別.....209
 輸尿管検査不能時に於け
 る罹患腎側診断法.....131
 輸尿管口.....95, 99
 輸尿管口の發見.....100
 輸尿管截石術.....214
 輸尿管, 叉狀.....166
 ——, 重複.....000
 輸尿管の解剖的構造.....143
 輸尿管の診察.....7
 輸尿管—腎反射.....58
 輸尿管尿検査法.....104
 輸尿管の壓痛.....38
 輸尿管の壓痛點.....7
 輸尿管の走向.....146
 輸尿管膀胱端の囊腫形成
167

ヨ

陽性(レントゲン)造影劑
139

リ

硫酸石灰.....20
 留置カテーテル.....293
 リットル氏腺.....309
 利尿筋の刺戟症狀.....299
 リピオドール.....139
 淋菌.....27, 324
 淋菌ワクチン療法.....347

磷酸結石.....202, 244
 磷酸尿.....10, 67
 ——, 習慣性.....68
 ——, 終末.....67
 ——, 食餌性.....68
 ——, 潜伏性.....67
 ——, 部分的.....67
 磷酸負荷試験.....117
 磷酸マグネシア.....20
 淋絲.....341
 淋患者の結婚許可.....344
 淋疾性陰門腔炎.....351
 淋疾性横痃.....325
 淋疾性カウベル氏腺炎.....346
 —— 經過.....346
 —— 症狀.....346
 —— 診断.....346
 —— 療法.....346
 ——, 尿道炎.....352
 ——, バルトリン氏腺
 炎.....352
 ——, 診断.....369
 ——, 療法.....369
 淋疾性副尿道炎.....345
 淋疾の特種療法.....347
 淋疾の頓坐療法.....327
 淋疾の重感染.....341
 淋疾のマラリヤ療法.....348
 淋疾の誘發法.....342
 ——, 化學的.....342
 ——, 機械的.....342
 輸轉性蛋白尿.....12

レ

冷感症.....435
 煉瓦色沈澱.....10

レントゲン陰性結石映出
 法.....137
 レントゲン結石撮影法.....136
 レントゲン診断法.....231
 レントゲン線陰性造影劑
138
 レントゲン線陽性造影劑
138
 レントゲン造影劑.....138

レントゲン對照撮影法.....138
 レントゲン單純撮影法.....135
 連鎖狀球菌性膀胱炎.....251

ロ

ロイチン.....21
 蠟様澱粉様圓疇.....24
 Rosenstein氏腎臟プノ
 イモラヂオグラフィー

濾胞性攝護腺炎.....277
 濾胞性腎盂炎.....173

ワ

ワクチン.....347
 ——, 感作.....347
 ——, 自家.....347
 ——, 多價.....347