日本泌尿器科學會雜誌

第二十四卷 第三號

昭和十年三月

THE JAPANESE JOURNAL
OF
UROLOGY

Vol. 24, No. 3, March, 1935

原 著

精囊炎及び其ノ周圍炎ニ因リテ腎疝痛ヲ來セル1例

慶應義塾大學醫學部皮膚科泌尿器科教室（主任 北川教授）

講 師 醫學博士 坂 口 弘 治 郎

助 手 醫學士 石 川 一 男

*The urological clinic, medical department of the Keioijuku University,
Tokyo. (Director: Prof. Dr. M. Kitajawa)*

Renal colic caused by spermatocystitis and perispermatoctystitis.

Dr. Kojiro Sakaguchi and Dr. Kazuo Ishikawa

This authors described about a case who was suffered from renal colic. The case was male, 34 years old and severely suffered from gonorrhoea (Prostatitis and right spermatocystitis). By the ureterogram which exhibited the dilatation of right ureter, the cystoscopic change of the mucous membrane of the bladder and the swelling of the seminal vesicle the cause of the renal colic was determined as the effect of the ureteral stricture by spermatocystitis and perispermatoctystitis. This case was cured by the electrocoagulation of the right orificium of ureter and other conservative methods. This paper was read at the 32 monthly meeting of the japanese urological society.

結 言

淋菌性精囊炎が輸尿管ヲ壓迫シ、其レガ爲メニ種々ノ自覺及び他覺症狀ヲ呈スルノハ稀有ナル事デアル。著者等ハ淋菌性精囊炎及び其ノ周圍ノ炎症が輸尿管ヲ壓迫シテ、其ノ狹窄ヲ來シ、輸尿管乃至腎盂ニ尿潴溜ヲ惹起シテ腎疝痛ヲ招來シタ1例ヲ經驗シタノデ、此處ニ報告スル次

第デアル。尙ホ本症例ハ第32回日本泌尿器科學會集談會ニ於テ報告シタモノデアル。

症

患者 佐々木某, 男子。年 齡 34歳。

職業 會社員。初 診 昭和7年8月19日。

既往症 7年前ニ尿道淋, 1年前ニ尿道淋兼左側淋菌性副睪丸炎ヲ病ンダ外, 生來健康デ著患ヲ識ラズ。

家族歴 兩親共ニ死亡, 同胞5人健在, 妻健, 子女3人共ニ健康デアル。

主 訴 尿意頻數, 下腹部特ニ右側下腹部ノ痼痛, 陰莖基部ノ電劇痛。

現病歴 初診日ヨリ1ヶ月前ニ淋疾ニ再感染ノ機會有リ。其ノ後1週間ニシテ排膿ガアツタノデ醫治ヲ受ケルモ其ノ後旬日ナラズシテ, 上記ノ症候ヲ來タシ日々増悪シタ。依ツテ當外來ニ診ヲ求メルニ至ツタ。

現 症 患者ハ體格榮養共ニ佳良, 顔色良ク口腔粘膜, 咽喉等ニ異狀ナシ。瞳孔反應モ亦タ正常デアル。胸部器官ニ病的所見無ク, 下腹部ハ相等度ニ膨滿シ, 右腎ハ其ノ下極ガ臍高ヨリ一横指上ノ高サニ觸知サレルガ, 左腎ハ觸レナイ。睪丸, 精系ハ兩側共ニ正常デ, 副睪丸ハ右側ハ正常, 左側ハ尾部ニ豌豆大ノ硬結ヲ認メタ。攝護腺ハ小鵝卵大ニ腫大シ特ニ左葉ハ硬ク壓痛ハ著明デアツタ。尙ホ攝護腺ノ右葉上方即チ右側ノ精囊部ガ鵝卵大ニ腫脹シ壓痛特ニ著シイ。頸腺及ヒ肘腺ノ腫大無ク鼠蹊腺, 股腺ハ兩側共ニ多數豌豆大ニ腫大シテ居タ。兩側ノ膝蓋腱反射ハ正常デ, 浮腫及感覺ノ異常ヲ認メナカツタ。睡眠ハ障礙セラレ, 食慾不振デ便秘シテ居タ。排尿ノ回數ハ日中4回夜間6回デアル。尙ホ血液「ワ」氏反應ハ陰性デアツタ。

尿所見: 二杯尿ヲ見ルニ, 第一杯尿ハ瀰漫性ニ濁濁シ, 第二杯尿ハ輕度ニ濁濁ス。弱酸性ヲ呈シ蛋白中等度陽性, 糖分無シ。赤血球及尿圓嚢無ク上皮細胞及膿球ヲ認メタ。桿菌ハ多數有リ淋菌ハ初診當日ハ證明シ得ナカツタガ, 入院後桿菌ノ減少ト共ニ淋菌ヲ多數證明スルニ至ツタ。

以上ノ所見ヨリ尿道淋, 急性攝護腺炎, 右側精囊炎及ヒ左側淋菌性副睪丸炎後殘遺セル硬結ノ診斷ノ下ニ直チニ入院シタ。

例

入院後ノ經過 入院當時ハ39.4°Cノ發熱有リ惡感ヲ伴ヒ, 脈搏ハ100, 呼吸數ハ20デアツタ。治療トシテハ「ヘサチラミン」, 「イスラビン」及ビ「ザルソプロカノン」ノ靜脈内注射, 溫濕及ビ會陰部ニ溫濕布ヲ行ヒ, 内服藥トシテハ「ウバウール」, 「ガソノール」ヲ用ヒ1日1回「ロートエキス」肛門坐藥ヲ使用シタ。

入院後3日ニシテ體溫37.7°C, 脈搏90, 呼吸數20トナル。併シ右側下腹部ノ痼痛ハ依然トシテ起ツタ。入院後4日目ニ至リ右側下腹部ノ痼痛ハ著シク増強シ, 體溫ハ40.1°C, 脈搏110, 呼吸數30トナル。依ツテ内科及ビ外科ニ診ヲ乞フニ何等異常ナシト云フ。「ウイダール」反應陰性, 血液「チフス」菌培養陰性, 赤血球數420萬, 白血球數6500, 血色素量93%デ著變ヲ認メナカツタ。入院後6日迄ハ發熱高ク最高40°C前後ニ達シタ。

入院後7日目ニ至ツテ最高38.6°Cトナリ, 當時肛門ヨリ精囊ヲ觸レルニ, 右側精囊ト思ハレル部分ガ軟カクナリ, 腫大ガ認メラレナクナツタ。此ノ事實ヲ後日考フルニ精囊ガ膀胱内ヘ破開シ又ハ破開セントシテ内方ニ腫大シタモノデアラウ。8日目ニ至ツテハ熱發ハ依然最高38.2°Cデアルガ右側下腹部ノ疼痛ハ益々劇シクナツタ。此ノ痼痛ヲ精査スルニ右側腎臟部ヨリ輸尿管ノ走行ニ沿ヒ陰莖基部ニ放射スルヲ認メタ。依ツテ著者等ハ腎結石又ハ輸尿管結石ノ疑ヲ持チ, 該部ノ「レ」線單純撮影ヲ行ツタガ結石ヲ認メナカツタ。然シ右側腎臟部ノ痼痛ハ益々著シク, 遂ニハ右側胸部ニマデ放散スルニ至ツタ。之ニ反シ, 體溫ハ37°C前後ニ下降シタ。

入院後12日目ニ「アブロードール」ニ依リ經靜脈腎盂撮影ヲ行ツタガ, 左側ハ何故カ「アブロードール」ノ排泄像ヲ見ナイデ却ツテ右側ハ相等度ニ擴張シタ腎盂及ビ輸尿管ノ像ヲ得タ。此ノ日惡寒アリ發熱38.7°C, 脈搏98呼吸數18ニ及ブ。翌13日目モ同様デアツタ。

14日目ニ至リ發熱最高37.3°Cデ, 右側下腹部ノ疼痛モ亦タ輕減シタ。

入院17日目ニ至リ尿ハ第1尿第2尿共ニ強度ニ膿ヲモツテ濁濁シタ。攝護腺ヲ觸レルニ、昨日迄ヨリハ非常ニ小サク軟カトナツタ。此ノ攝護腺ノ所見ヨリ此ノ尿ノ濁濁ハ攝護腺ヨリノ排膿ガ尿中ニ混入シタモノト考ヘラレル。20日目ニ「フェノールズルフオンフタレン」排泄試験ヲ行フニ初メノ30分ハ35%、次ノ30分ハ30%、次ノ60分ハ15%デ、腎機能ハ良好デアツタ。當時患者ハ非常ニ神經質トナツタメ「プロナトリン」ノ靜脈内注射ヲ隔日ニ施行シタ。

入院後21日目ニ至リ體温モ最高36.8°C、脈搏82、

呼吸數18トナリ、全身症狀モ良好トナリ、右側下腹部ノ痙痛モ稍々輕減シタノデ膀胱鏡検査ヲ行ツタ。

膀胱鏡所見：「ヌベルカイン」ノ局所麻酔デ行ツタ。膀胱容量150cc、膀胱粘膜ハ正常ニ近ク、血管像ハ良好デアル。左側輸尿管口ハ正常、唯其ノ周圍ガ輕度ニ發赤シテ居ル。右側輸尿管口ハ認めラレナイ。ソノ部分ト考ヘラレル處ガ一體ニ浮腫ヲ來タシ膿塊ノ如キモノヲ認メル。

左側輸尿管ヨリ採取シタ尿ハ殆ンド透明弱酸性、蛋白痕跡、糖分無シ。上皮細胞及ビ赤血球ハ

少數、圓嚙ト膿球ハ無イ。細菌ハ證明シ得ナイ。
右側輸尿管ノ尿ハ採取不能デアツタ。

染色膀胱鏡(Chromocystoskopie): 1%「インデゴカルミン」溶液5ccヲ靜脈内ニ注射シ、此ノ排泄ヲ膀胱鏡下ニ觀察スルニ、右側ハ10分迄排泄セズ。左側ハ4分デ初メテ排泄シ、4分35秒デ濃厚トナツタ。

要スルニ膀胱鏡所見ハ輸尿管口間皺襞ノ右半分及ビ右側輸尿管隆起ニ相當シテ浮腫著明デ、其ノ表面及ビ周圍ニ膿塊ガ認メラレタ。以上カラシテ第一ニ輸尿管結石ガ輸尿管ノ最下端ニ嵌入シテ居ル事、第二ニ精囊ノ膿瘍ガ波及シタモノノニツガ考ヘラレル。此ノ意味ニ於テ翌日氣體膀胱撮影術ヲ行フ事トシタ。

入院後22日目ニ、氣體膀胱撮影術ヲ行フニ結石其ノ他ノ異狀ヲ認メナカツタ。此ノ頃カラ右側下腹部ノ痼痛ハ全ク輕減シ、翌23日頃ヨリ殆ンド痼痛ハ消褪シタ。

其ノ後所用ノ爲メ外出シ、一日39.4°Cニ發熱シタ事ガアツタガ、大體ニ於テ順調ニ經過シ、22日目ニ至リ第2回目ノ「ピエログラム」ヲ第1回ト同様ノ藥劑ニヨリ撮影シタトコロ、此度ハ左側腎盂及ビ輸尿管ノ像ヲ明瞭ニ示シ、右側ハ附圖ノ如ク殆ンド前圖ト同様デ、右側ノ腎盂及ビ輸尿管ノ擴張ヲ示シタ。

ソノ後38°C位ノ發熱ガアツタガ、一般ニ症狀ガ輕快シ、入院41日目ニハ尿所見モ良好トナル。尙ホ此ノ頃ニハ「ザルソプロカノン」及ビ「クロールカルシウム」ヲ交互ニ注射スル事トシタ。

入院後42日目ニ膀胱鏡ニヨリ輸尿管口ヲ擴張センガ爲メ、電氣凝固術ヲ行フ。即チ右側輸尿管口ハ不明ナルタメ其ノ周圍ノ電氣凝固ヲナシタ。

49日目ニ至リ熱發モ安定シタノデ、膀胱ヲ1萬倍過滿俺酸加里液ニテ洗滌シ、毎日之ヲ行フ。此ノ頃「ヘサチラミン」ヲ靜脈内ニ注射スレバ右側下腹部ニ多少ノ疼痛ヲ感ジタ。此ハ「ヘサチラミン」ニヨリ輸尿管ノ蠕動ヲ高メル結果ト考ヘラレル。特ニ本病ノ初期ニ於テ4回ニ亙リ「ヘサチラミン」ヲ注射シタ如キハ却ツテ其ノ右下腹部ノ痼痛ヲ增強センメタ憾ミアルヲ後ニ知り得タ。

其ノ後膀胱洗滌ヲ繼續スルニ經過良好ニテ入院後68日目ニ再ビ膀胱鏡ニヨリ電氣凝固術ヲ行フ。此時ニハ右側輸尿管口ヨリ管中ニ2cmモ「カテーテル」ヲ挿入シ得ルニ至ツタ。其ノ後尙ホ膀胱洗滌ヲ行フニ、輕度ノ腰痛ヲ訴ヘルノミデ順調ニ經過シタ。

入院後74日目ニ又膀胱鏡検査ヲ行ツタ。「インデゴカルミン」排泄試験ハ右側5分15秒、左側4分25秒ニテ發現シ、右側ハ10分トナルモ餘リ濃度ヲ増加シナイ。前回ノ試験ニハ右側ハ10分トナルモ發現シナカツタガ、今回ハ5分15秒デ現ハレ、其ノ排泄路ノ障礙ノ除去セラレタノヲ明カニスルコトガ出來タ。右側輸尿管尿ハ輕濁シ中性、比重1005、蛋白中等度陽性、糖分ナシ。赤血球、圓嚙共ニ無シ。上皮及ビ膿球ヲ認メタ。又「カテーテル」ヲ右側輸尿管ニ挿入シタ時ハ直チニ尿ガ進出スル程デアツテ、此事實カラシタモ尙ホ尿ガ輸尿管内ニ滯溜シテキタノヲ知ルコトガ出來タ。尙ホ此時右側輸尿管ヨリノ尿中ニハ細菌ハ證明シ得ナカツタ。

其ノ後入院當日ヨリ78日目ニ至リ事故ノ爲メ退院シ、外來ヘ通院スル事トナツタガ一年ヲ經過シタ後マデモ時々下腹部ノ鈍痛ヲ訴ヘル事ガアルト云フ。

症 候 及 ビ 類 症 鑑 別

1) 痼痛 本症ニ於テハ右側腎ヨリ輸尿管ニ沿ヒ陰囊ニ放散スル痼痛ガアツタ。此發作ハ治療經過中特ニ發熱ヲ伴ヒ、其ノ長サハ數分ヨリ數時間ニ及ビ、多イ時ハ1日3回位デアツタ。其ノ痼痛ハ鼠蹊部、陰囊、下腿其ノ他胸部ニ及ブ事ガアツタ。是ハ所謂放散(Irradiation)ノ結果ト考ヘラレル。要スルニ本症ニ於ケル痼痛ハ輸尿管及ビ腎盂中ノ尿滯溜ニヨルモノデアラウ。

此ノ痼痛ノ類症鑑別ハ特ニ至難ナ事デアツテ次ノ様ナ疾患ガ有ル。

輸尿管結石 本症ニ於テハ特ニ「レ」線像ニヨリ明カニ區別スル事ガ出來ル。輸尿管結石デモ下端ニ近キ程特ニ鑑別ガ困難デアル。

鉛中毒 痙痛ハ能ク似タモノデアルガ既往症ニヨリ區別シ得ラレル。

脊髓癆 年齢、血液「ワ」氏反應其ノ他ニヨリ容易ニ區別セラレル。

坐骨神經痛 本症デハ痙痛ガ Synchronosis sacra iliaca ニ在ル事ガ多い。

蟲様突起炎 本症デハ便秘、鼓腹、嘔吐、惡寒等ガ來ル、此ハ本患者デモ見ラレルガ尿ノ所見及び腸強直 (Darm-steifung) ガ無い點ニヨリ區別シ得ラレル。併シ本患者デハ腹筋ノ反射性收縮ガ認めラレタ。Lanz⁽¹⁾ ニヨレバ特ニ蟲様突起炎ノ時ニハ膀胱症狀ヲ缺ク事ヲ注意シナケレバナラヌト云ツテキル。

膽石症 此ノ痙痛ハ右上肢、背部及ビ右側肩胛部ニマデ放散スルコト有リ。併シBoas氏壓痛點、肝臟腫大、膽囊腫大及び黃疸ヲ證明シ、且ツ「レ」線檢査ニ依リ區別セラレル。Läwen⁽²⁾ ハ Paravertebrale Anaesthesia デ兩者ヲ區別スル事ガ出來ルト云フ。

膀胱痙痛 痙痛ハ胃下部ニ多い。時ニ腰部ニ放散スル事アルモ糖尿及び脂肪下痢等ヲ伴フ。

其ノ他腎水腫、腎膿腫、腎周圍炎、腎炎、腎腫瘍、腎結核等有ルモ本症トハ各々容易ニ區別セラレルカラ之ヲ略ス。

2) 「ヘッド」氏知覺過敏帶(Head'sche Zonen) Müller⁽³⁾ニ從ヒ鉛筆ノ先端デ皮膚ニ觸レル時

癢痒感ノ有ルヲ目標トシ、痛覺過敏帶(Hyperalgerische Zone)ヲ定メレバ圖ノ如クデアル。

圖ニヨルト丁度 D_{12} 及び S_3 ニ相當スル部分ニ境界ノ明瞭ナ像ガ出來ル。此ノ痛帶ハ Head⁽⁴⁾ ノ云フ如ク皮膚神經ノ分布トハ一致シナイガ脊髓後根ノ分布ト一致スルモノデアル。

今日迄ノ痛帶ノ業績ヲ見ルニ Grossmann⁽⁵⁾ ガ最モヨク泌尿器系統ノ痛帶ニ就テ研究シテキル。氏ニヨレバ腎及び輸尿管ノ時ニハ D_{11-12} デアルト云フ。著者等ノ症例ニ於テモ D_{12} デアル。此ノ痛帶ノ型ハ非常ニ興味アル處デアツテ蟲様突起炎ノ時ニハヤハリ D_{11-12} デアルガ、其ノ型ハ卵圓形デ胸部ノ中央ニ近ク之ヲ認め、膀胱ノ時ニハ D_{11} デ左側ニ、膽石ノ時ニハ D_{10} デ右側ニ之ヲ認メルト云フ。此ノ痛帶ハ類症鑑別ニハ興味アル事デアル。

—— 本症例 蟲様突起炎
----- 膽石病及膀胱病

尙ホ此ノD₁₂ノ痛帶ノ他ニ本疾患デハS₃ニ相當スル痛帶ヲ認メル。此ハ膀胱炎, 攝護腺炎, 精囊炎等ニ於テ見ル痛帶デアツテ之モ亦タ興味アル事デアル。

3) 患側 著者等ノ例デハ右側デアルガ Young⁽⁶⁾ノ1例及ビ Mark & Hoffmann⁽⁷⁾ノ3例ハ凡テ兩側 Voelcker⁽⁸⁾ノ2例ハ左右各1例デアル。Herbst⁽⁹⁾ハ1例ノミノ輸尿管ノ狹窄ノ2例ヲ報告シテキル。然シ本邦ニ於テハ本症ノ症例報告ハ未ダ認めナイヤウデアル。

診 斷

輸尿管狹窄又ハ閉塞ノ診斷ニ就テ Herbst & Thompson⁽¹⁰⁾ハ輸尿管「ブージー」ヲ使用シテキル。然シ Braash⁽¹¹⁾ハ尿路「レ」線撮影術(Urographie)ニヨルヲ賞讃シ, 膀胱鏡検査ノ所見即チ患側輸尿管口ノ蠕動ノ消失, 又ハ減退ノ併セ考フル時ハ診斷ハ容易デアルト云フ。而シテ其ノ蠕動ノ減退ハ輸尿管下端, 並ニ膀胱周壁ノ肥厚ノタメデアルト説明シテキル。Wildbolz⁽¹²⁾ハ此ノ兩者ノ方法ヲ併セ行フベシト云フ。J. Israel & W. Israel⁽¹³⁾ハ逆行性腎盂撮影術ヲ行フベシト云ツテキル。

著者等ノ例ニ於テハ排泄性腎盂及ビ輸尿管「レントゲン」撮影, 輸尿管「カテーテリスムス」, 精囊検査, 膀胱鏡検査等ノ經過ニ從ヒ逐一行ヒ, 遂ニ診斷シ得タモノデアル。

原 因

Youngハ1904年ニ精囊炎ニ依リ兩側輸尿管ノ狹窄ヲ來シタ1例ヲ報告シ, Belfield⁽¹⁴⁾ハ1909年ニ精囊炎及ビ輸精管炎ニ依リ隣接セル輸尿管ト其周圍トガ癒着シ, 遂ニ輸尿管狹窄ヲ起シ得ルヲ述べ, Youngノ報告ヲ肯定シテキル。其ノ後 Herbst⁽⁹⁾ハ1918年ニ精囊炎ニ依ル單側ノ輸尿管狹窄症ノ2例ヲ發表シテキル。1922年ニ至リ Mark & Hoffman⁽⁷⁾ハ同ジ73例, Voelcker⁽⁸⁾ハ同ジ2例ノ同様な症例ヲ報告シテ居ル。尙ホ Herbst & Thompson⁽¹⁰⁾ハ1923年ニ精囊疾患ガ輸尿管疾患ヲ起シ易キヲ肯定シテキル。尙ホ Kümmell & Nestmann⁽¹⁵⁾ハ輸尿管ガ周圍ヨリ壓迫ヲレル時ハ, 輸尿管壁ノ血液循環障礙ヲ來シ, 組織ヲ浮腫化シテ粘膜ヲ肥厚シ, 輸尿管周圍及粘膜下組織層ノ浸潤ヲ起シテ遂ニ狹窄ヲ起スト説明シテキル。

精囊炎ノ原因ナル細菌トシテハ, 本例デハ淋菌及ビ桿菌デアルガ, Mark & Hoffmann⁽⁷⁾ハ3例中2例ニ於テ淋菌ヲ證明シテキル。然シ精囊周圍炎ハ他ノ菌デモ起リ得ルノデアツテ, Teutschländer⁽¹⁶⁾ノ所謂 Perispermatoctitis fibrosa simplexガ有ル。之ハ即チ結核性精囊炎ノ末期ニ精囊ノ周圍ニ結締組織ガ増殖シ, 近隣ノ臓器ニ影響ヲ及ボスモノデアル。一般ニ精囊ノ結核ハ其ノ周圍炎ヲ起スト, 夫レハ淋巴道ニヨリ擴マリ, 小骨盤内ニ至リ其ノ中ノ諸器官ガ膿中ニ埋沒セラレルニ至ル。此ノ膿瘍ハ會陰部又ハ大腸ニ破開スルガ, 膀胱ニ破レルノハ稀有ナル事デアル。山本欽三郎⁽¹⁷⁾モ同様な症例ヲ報告シテキル。一般ニ結核性ノ精囊膿瘍ハ射精管ヲ通り尿道ノミニ破レルノハ殆ンド無ク, 多クハ同時ニ罹患スル攝護腺ニ破レ, 所謂 „Vorblase”ヲ形成スル。然シ著者ノ例ノ如ク, 精囊炎ガ輸尿管ノ周圍ヲ壓迫シテ輸尿管中ノ

尿ノ滯溜ヲ來シタ報告ハ結核性ノモノデハ未ダ之ヲ見ナイ。

要スルニ本症例ノ原因トシテハ精囊炎及び精囊周圍炎ガ輸尿管ノ狹窄ヲ來シタモノデテル。

療 法

本症例デハ上述ノ如キ種々ノ藥劑ノ内服、及び注射ノ他、溫湯及び膀胱内電氣凝固術ヲ施行シタ。

併シスル姑息的療法デ尙ホ治癒ヲ見ナイ時ニハ種々ノ方法ガ擧ゲラレテキル。

Voelcker⁽⁸⁾ハ第1例ニ於テハ精囊ヲ切開シ、他ノ2例ニ於テハ精囊切除術ヲ行ツテ良好ナル結果ヲ得テキル。尙ホ腎疝痛ガ高度デ、輸尿管「カテーテリスムス」ヲ頻回ニ施行シテモ無効ノ時ハカカル方法ニヨルベキデアルト附記シテキル。

Belfield⁽¹¹⁾ハ精囊「マツサージ」又ハ輸精管切開術(Vasotomie)ヲ行ヒ、精囊ノ内容ヲ排泄セシメル時ハ症狀ハ速カニ輕快スルト云フ。

Herbst & Thompson⁽¹⁰⁾モ腎疝痛ハ精囊「マツサージ」、精囊切開術及精囊剔除術ヲ行フ方ガ好結果ヲ得ラレルト云フ。

尙ホ Herbst & Thompson, J. Israel & W. Israel⁽¹³⁾及ビ Wildbolz⁽¹²⁾ハ患側ノ腎ガ腎水腫又ハ腎膿腫トナツタ時ハ、腎機能ヲ精査ノ上患側ノ腎ヲ剔除スベシト云フ。又、Wildbolzハ患側ノ腎ノ機能良好ナル時ハ輸尿管擴張術、狹窄部切開術、輸尿管ノ膀胱或ハ腸移植術等ヲ行フベシト云フ。

擧筆スルニアタリ謹シテ北川教授ニ満腔ノ謝意ヲ表ス。

主 要 文 献

- 1) Lanz: Zentralblatt. f. Chirurg. 1914.
- 2) Löwen: Zentralblatt. f. Chirurg. Nr. 12, 1923.
- 3) Müller, L.: Klin. Wochenschr. Nr 26, 1927.
- 4) Head: Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Berlin 1898.
- 5) Grossmann: Zeitsch. f. Urol. Bd. 22, S. 835—843, 1928.
- 6) Young: Annales des Maladies des organes genito-urinaires. Tome 22, 1904.
- 7) Mark & Hoffmann: Journ. of Urol. Vol. VIII, No. 1, 1922.
- 8) Voelcker: Arch. klin. Chir. Bd. 101, S. 1088, 1913.
- 9) Herbst: Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 71, P. 1722—1726. 1918.
- 10) Herbst & Thompson: Journ. of Urol. Vol. IX, 1923.
- 11) Braash: Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 73, 1919.
- 12) Wildbolz: Lehrbuch d. Urol. S. 333, 1934.
- 13) J. Israel & W. Israel: Chirurg. d. Niere u. d. Harnleiters. S. 527, 1925.
- 14) Belfield: Trans. Amer. Urol. Ass. Vol. III, 1909.
- 15) Kümmell & Nestmann: Zeitsch. f. urol. Chirurg. Bd. 38, 1933.
- 16) Teutschländer: Beitr. z. Klin. d. TBC. Bd. 3, S. 215—295, 1905.
- 17) 山本欽三郎: 日泌尿會誌, 第22卷, 第2號, 112頁。