日本泌尿器科學會雜誌

第二十七卷 第八號

昭和十三年八月

THE JAPANESE JOURNAL

OF

UROLOGY

VOL. 27, NO 8, August 1938.

原 著

輸精管及ビ精囊ノX線像ニ就テ

慶應義塾大學醫學部泌尿器科教室（主任教授 北川正惇）

元助手 戸 張 寅 之 助

Aus der Dermato-Urologischen Abteilung des städtischen Hospitals zu Otaru.

Meine Beobachtungen über die Vesiculographie.

von

Dr. T. Tohari.

Nach der Belfield' schen Methode hat der Verfasser Lipiodol in den Samenleiter von 42 Fällen eingespritzt, und 53 Vesiculogramme aufgenommen.

An Hand der Vesiculogramme identifizierte der Verfasser 7 Formen der gesunden Samenblase. In denselben Fällen sind die Form und Grösse der Ampulla sehr ähnlich mit derjenigen der Samenblase. Nach dem Grade der tuberkulösen Veränderungen sind die Umformungen der Röntgenbilder des ganzen Genitalsystems vielseitig.

Zusammenfassung.

Die Umformungen stellen nichts anderes dar als das Bild der Stenose, Verstopfung der Hohlräume des ganzen Genitalsystems, der Expansion des zentripetalen Teiles der Verstopfung und der Kavernenbildung infolge der Tuberkulose selbst u. a.

Daneben erfuhr der Verfasser 4 Fälle von Missbildungen des Genitalsystems, die nur durch die Vesiculographie entdeckt werden konnten.

Lipiodol ist nicht nur ein Schatten gebendes Mittel, sondern auch ein gegen Genitaltuberkulose therapeutisch wirkendes Mittel.

Durch Vesiculographie kombiniert mit Stereographie können wir den komplizierten Zusammenhang aller Teile des Genitalsystems genau untersuchen, und auch kleinere Veränderungen in solchen Stellen leicht wahrnehmen. (mit 22 Abbildungen.)

(Autoreferat)

緒 言

泌尿器科方面ニ於ケルX線ノ應用ハ近年其ノ極ニ達シ、殊ニ腎臓及ビ膀胱等ノ疾患ニ對スル診斷ニハ必須不可缺ノモノトナリ、造影劑及ビ撮影技術ノ發達モ頗ニ著シキモノアリ。然ルニ Galbriel 氏ニヨリテ精囊ノ發見セラレシヨリ既ニ數百年未ダ此ノ方面ニ於ケルX線ノ應用ハ微々タルモノニシテ、唯僅ニ臨床上診斷ヲ確定シタル後ニ於テ、造影劑ノ注入ヲ行ヒテ該部ノX線像ヲ撮影シ、臨床的所見ト比較檢討シテ、其ノ病變ノ程度ニ因リテ、影像ガ如何ナル變形ヲ蒙ルヤヲ觀察シ、又同時ニ病變ナキカ、或ハ之ニ近キ通常ノ輸精路ノ影像ハ如何ナル形ニ於テ現レ如何ニ分類スベキカラ研究シツ、アルニ止マル。即チ Schinz 氏ハ正常及ビ病變ノ存スル精囊X線像ニ就キ記載シ、該部ノ結核性變化ニ於テハ、初期ノモノヲ除外スレバ、大多數ニ精囊像ノ缺如、形狀ノ變化、縮小等ヲ來シ、明瞭ニ識別セラル。又附近腫瘍等ノ存在ニ因ル精囊ノ變形、轉位等モ屢々認メラレ、觸診或ハ尿道鏡等ヲ以テ診斷ヲ決シ得ザル場合X線ノ利用ハ殘サレタル唯一ノ方法ニシテ、病變ノ範圍及ビ位置等ヲ知ル重要ナル錠ナリト力説ス。W. Baensch 氏モ同様ニ腫瘍或ハ結核等ノ病變ニ因リテ、像ノ縮小、一部ノ缺損、輪郭ノ不鮮明或ハ全像ノ缺如ヲ招來スト。Joseph 氏ハ Wolf 氏膀胱尿道鏡ヲ用ヒ、正常ノ精囊内ニ造影劑ヲ注入シテ其ノX線像撮影ニ成功シタリ。

抑々全輸精路ノX線撮影ヲ行ヒテ、多數報告セルハ Belfield 氏(1913)ニシテ、次イデ Jouny 氏(1920)ハ尿道鏡下ニ15%ノ硝酸「リチウム」溶液ヲ射精管孔ヨリ上行性ニ注入シ、完全ナル精囊及ビ輸精管ノ像ヲ得タリ。Belfield 氏ハ Rolnick 氏ト共ニ(1926)鼠蹊部切開手術ニ依リ輸精管ヲ露出シ、之ニ初メハ「コラルゴール」後ニハ沃度化合體ノ油溶液ヲ治療ノ意味ヲ兼ネテ注入シ、輸精管、精囊、副睪丸腔ニ至ル殆ンド全精路ノ影像ヲ得タリ。同年 Boeminghans 氏ハ右側精囊腫ヲ發見シ、之ヲ穿刺シ内容ヲ排出シタル後、兩側輸精管ヨリ Umbrenal ヲ注射シテ、兩側輸精管、精囊及ビ稀有ナル精囊囊腫ノX線像ヲ撮影シタリ。Rolnick 氏ハ Harry 氏ト共ニ(1927) Infections of the Seminal ductus ナル表題ノ下ニX線像ヲ掲ゲ精囊及ビ輸精管ノ病理ヲ説明シ、精囊炎ヲ伴ハザル細菌ニ起因スル、殊ニ淋菌性ノ副睪丸炎ハ存セザルモノナリト主張シ、又尿道ヘノ造影劑注入ニ因リテ、射精管孔ヨリ造影劑ノ一部ノ逆流シテ精囊及ビ輸精管ノ影像ヲ現セル1例ヲ報告セリ。Bauer 氏(1927)モ亦強キ外傷性尿道狹窄ヲ有スル1例ニ於テ、狹窄部決定ノ爲注入セル10%「ヨデビン」溶液ノ流入ニヨリ兩側精路ノ影像ヲ得タリ。Cottenot 氏及ビ Biuet du Jossoneix 氏(1929)ハ62歳ノ一男子ノX線撮影ノ際多數ノ微細ナル造影物ノ精囊内ニ存スルヲ認メ、之ヲ精囊内ニ存セシ、結核性病竈ノ石灰化セルニ起因スルモノト爲セリ。同年 Chevassn 氏モ亦一老男子生殖器結核患者ノX線像上ニ右側精囊ノ形態ニ一致セル石灰沈着ヲ認メタリ。Sargens 氏及ビ James 氏(1930)ハ200例ノ精囊像ヲ觀察シ、次ノ如ク記述セリ。治療ニ赴ケル慢性精囊炎ニアリテハ精囊ノ擴張ヲ殘シ、壺腹部及ビ射

精管ニ擴張ヲ認ムル時ハ此ノ部ニ隣接スル部ニ狹窄ノ存スルヲ常トスト。急性淋菌性副睾丸炎ニ伴フ精囊炎ニ於テハ總ベテ精囊内腔ノ狹小ヲ來シ、慢性淋疾或ハ結核等ニ因スル精囊炎ハ諸種ノ永續的變化ヲ來ス。其ノ他精囊ノX線撮影ノ際膿瘍、先天性異常、損傷等ヲ發見スルコト屢々ナリト。同年 Le Fur 氏ハ精囊ノX線所見ヨリシテ、精囊ハ單ナル精液ノ貯藏所ニ非ザルヲ主張シ、又他方 Lipiodol ノ注入ハ検査上ノミナラス、治療的ノ價值多大ナリトス。

翻テ我國ニ於テハ昭和2年柳原、宮田兩氏ノ Belfield 氏法ニ從ヒテ、Lipiodol ヲ輸精管内ニ注入シテ、精囊ノX線像ヲ撮影セルヲ初メトシ、昭和3年井深氏モ同法ニヨリ撮影シタル12例ヲ報告セリ。昭和4年能勢、工藤兩氏モ同法ニヨリテ撮影セル數例ヲ報告セリ。爾後造影劑ノ進歩ニ伴ヒ、本方面ノ研究モ漸次發達ノ徵ヲ示シ、昭和10年柳原、宮田兩氏ハ同氏等考案ノ特殊輸精管把持器ヲ使用シテ、鼠蹊部ニ小切開ヲ加ヘ、造影劑ヲ經輸精管的ニ注入シテ得タル像59例、精囊像ヲ4型ニ分類セリ。昭和11年平井氏ハ精囊像撮影ニ當リ、其ノ容量ノ測定ヲ行ヒ、同年山本、小島兩氏ハ經輸精管法ニヨリテ撮影シタル60個ノ精囊像ヲ報告シ、壺腹部及ビ精囊ヲ形態的ニ分類シ、夫々密接ナル關係アルヲ示セリ。昭和11年松見氏ハ精囊及ビ輸精管中ニ注入セラレタル造影劑ノ運命ニ就キ研究シ、翌年殆ンド全長ニ亘リテ重複セル、右側分岐輸精管ノ1例ヲ報告セリ。更ニ昭和12年我慶大泌尿器料教室ノ張氏ハ家兎ヲ用ヒテ、40%モルヨドールヲ經輸精管的ニ注入シ、全輸精系統ノ自動運動ニ關シ、精密ナル検索ヲ行ヒタリ。而シテ予ハ曩キニ能勢、工藤兩氏ニ依リテ報告セラレタル後、同様 Belfield 法ニ從ヒテ撮影シタルX線像53例(症例數42例)ヲ蒐錄シ、茲ニ報告セントス。

第1章 輸精管及ビ精囊ノX線寫眞撮影法

僅少數ヲ除外スル總テノ例ニ於テハ睾丸或ハ副睾丸剔出手術ヲ行ヒタルモノナルヲ以テ、造影劑トシテノ Lipiodol 或ハ Jodipin ノ1—3c.c. ヲ注射器ヲ用ヒテ、輸精管斷端ヨリ藥液ノ管外ヘ溢出セザル様、充分深ク注射針ヲ管中ニ挿入シ、周圍ヨリ堅ク保持シテ、注意深ク徐々ニ注入シ、斷端ヲ結紮シ、充分燒灼シテ手術創ヲ閉ヅ。斯シテ30分乃至1時間ニシテ、X線寫眞撮影ヲ行フヲ常トセリ。一部ノモノニアリテハ時ニ翌日撮影シタルモノアリ。第一回撮影後ハ必要ニ應ジテ、毎日、隔日或ハ一週間毎等任意ニ連續シテ數回撮影ヲ行ヒ、像ノ變化、造影劑ノ消失等ヲ檢シタリ。撮影時ニ於ケル體位ハ仰臥位或ハ伏臥位ニシテ、夫々腹脊或ハ脊腹放射ヲ行ヒタルモ共ニ大差ナキヲ以テ、便利ナル仰臥位、腹脊放射ヲ行ヘリ。使用管球ハ當初ニ於テハ瓦斯管球ナリシモ後專ラ『クーリツヂ』氏管球トナシ、常ニ恥骨縫合ヲ中心トシテ撮影ヲ行ヒタリ。放射時間ハ任意トシ、他ノ造影劑ヲ使用シタル場合ト同様管球ハ比較的硬キヲ可トス。尙一部ノ立體寫眞撮影ニ際シテハ、體位ハ同様仰臥位トシ、體ト管球トノ距離ヲ1m. トス。管球ノ中心ヲ恥骨縫合上ニ置キタル後、體ノ正中線ニ對シテ直角ノ方向ニ左右夫々水平ニ4cm. 移動セシメ、二回ノ撮影ヲ行フ。管球ハ『クーリツヂ』氏管球ヲ使用シ、豫メ呼吸ニ因ル腹部ノ

動搖ヲ防止センガ爲、固定帶ヲ以テ、體ヲ寢臺上ニ固定セシメ、放射時間ハ『ブツキー』ヲ用ヒテ、5乃至10秒ナリ。

第2章 正常輸精管、同壺腹部及ビ精囊ノX線像ニ據ル分類

1. 輸精管 通常輸精管ハ直徑1/6mm. ノ内腔ヲ有スル、外徑2—3mm., 全長40—45cm. ノ屈曲ニ富メル細長キ管ニシテ、全長ノ殆ハ屈曲部ナリ。Sappey 氏ノ解剖學的分類法ニ從ヒテ予モ之ヲ舉ル、精系、鼠蹊、骨盤ノ四部ニ分チテ觀察ヲ行ヒタリ。即チ造影劑ヲ注入セラレタル輸精管ハ副睪丸隣接部ヨリ壺腹部移行部ニ至ルマデ略々平等ナル鉛筆心大ノ線像トシテ示サル、モ、睪丸及ビ副睪丸ノ剔出手術ヲ行ヒタル大多數ノ例ニ於テハ睪丸部ノ全部及ビ精系部ノ全部或ハ一部ハ切除シ去ラル、ヲ以テ其ノ像ヲ缺キ、時ニ殘リタル精系部ノ一部ハ緊張力ヲ失ヒテ、不正ニ屈曲セル像ヲ示シ、鼠蹊部ハ略々直線約ニ上行シ、次デ強キ屈曲ヲ以テ内方斜下後方ニ骨盤内面ニ沿ヒテ進ム。即チ骨盤部ニ移行ス。而シテ鼠蹊部ハ其ノ像常ニ恥骨ト重疊スルガ故ニ明瞭ヲ缺ク嫌アリ。骨盤部ハ緩キ波狀ヲ呈シツ、上記ノ方向ヘ進ミ壺腹部ニ連ル。其ノ間同一平面上ニ投射セル該部ノ像ニ於テ、波狀ノ方向ニ因リテハ緩徐ナル屈曲モ強度ナルガ如ク、或ハ逆行セル、或ハ輪環ヲ形成セルガ如ク、事實ノ形狀ニ非ザル影像ヲ現出スルコト屢ナリ。即チ輸精管ニ於テハ其ノ各部分ハ區別シ得ラル、モ上述ノ如ク略同一太サノ管ニシテX線像トシテハ單一ナル細キ線條トシテ認メラル、ヲ以テ、正常輸精管ニアリテハ壺腹部、精囊ニ於ケルガ如ク種々ナル型ヲ區別シ得ズ。

2. 壺腹部 輸精管ハ此部ニ於テ漸ク徑ヲ増加シ、宛モ柄ヲ斜上方ニ向ケタル棍棒狀ヲ呈シ、左右ノモノハ斜下中央部ニ於テ相近接シ、精囊ノ上部、輸尿管ノ前方ニ於テ膀胱後壁ニ密接シテ存ス。左右ノモノハ夫々細キ射精管ヲ形成シ、攝護腺ヲ貫キテ尿道内ニ開口ス。該部X線像ニ於テ其ノ周邊ハ管ノ廻轉屈曲ノタメ凹凸アリテ、大小ノ球ヲ不規則ニ連ネクル球數狀ヲ呈シ其ノ像正常ナルモノニアリテハ周邊ハ何レモ圓ノ一部ノ連續トシテ認メラル。時ニ1乃至數個ノ分枝様憩室ヲ隨伴セルモノアリ。予ノ例ニ於テハ壺腹部像46個中斯ル憩室ヲ有セルモノ10個ヲ算シタリ。此ノ部ノ像ニ於テ形ノ大小、廻轉ノ有無、憩室ノ有無等ヲ以テ數型ヲ區別シ得ルモ、予ハ特ニ此等ヲ區別セズ。而シテ壺腹部ノ大小、形狀ハ精囊像ノ夫ト略一致セルヲ認メタリ。

3. 精囊 精囊ハ長さ3—6cm, 最大幅員0.7—1cm. ノ紡錘形ノ囊狀物ニシテ、壺腹部ノ下方ニ於テ同様稍傾斜シテ存シ、骨盤腔内臓葉ヲ以テ覆ハレ、膀胱後壁ニ密着シ、相對的ニ位置スル左右ノ一對ハ斜下中央部ニ於テ其ノ内方端ハ細管ヲ以テ壺腹部ノ末端ト合シテ、射精管ヲ形成シ尿道ニ開口ス、而シテ正常ナル精囊像ニ於テハ其ノ周邊ハ壺腹部ニ於ケルト同様ニ圓周ノ一部ノ連續ニシテ、屈曲、廻轉、憩室等ノ發達ノ如何ニ由リテ、多數ノ凹凸アルモ其ノ尖端ハ鋭ナラズ。其ノ形狀多樣ニシテ、解剖學的ニハ Pallin, Picker, 五島ノ諸氏ニヨル分類アレ

ドモ、予ハ生體ニ於ケルX線像ニ就キテノミ檢索ヲ行ヒタルモノナルヲ以テ、此ノ如キ畫然タル分類ヲ爲スコト能ハズ。略 Picker 氏ニ從ヒテ次ノ諸型ヲ分テリ。

1) 屈曲及ビ憩室ヲ有セザル單管

本型ニ屬スルモノハ其容量最少ニシテ、總例數42例中4例(10%)ナリ。(附圖第一, Fig. 1)

2) 憩室ヲ有セザル太キ單管ノ螺旋狀ニ廻轉セルモノ

本型ハ中等度ノ容量ヲ有シ、13例(31%)ニシテ、最モ多數ニ見ラレタル型ナリ。(附圖第一, Fig. 2)

3) 憩室ヲ有セザル細キ單管ノ螺旋狀ニ廻轉セルモノ

容量ハ少シク前者ニ劣ルモ甚シクハ少ナラズ、5例(12%)ナリ。(附圖第一, Fig. 3., 4)

4) 1乃至數個ノ細長キ憩室ヲ有スルモノ

中等容量ニシテ、5例(12%)ナリ。(附圖第一, Fig. 3., 5)

5) 1乃至數個ノ太ク短キ憩室ヲ有シ、葡萄ノ房狀ヲ呈スルモノ

容量稍大ニシテ、8例(19%)ナリ。(附圖第一, Fig. 6)

6) 1箇所ヨリ同大ノ多竇ノ憩室出デテ主幹、分枝ヲ區別シ得ザルモノ

容量大ニシテ、僅ニ1例(2%)ヲ認メタルノミナリ。

7) 以上ノ何レカニ屬スベキモノナラムモ、明カナル主幹、憩室ノ區別ナキ、一樣ノ籠目狀ノ像ヲ呈シ、判然タル分類ヲ爲シ得ザルモノ。

前者ト共ニ其ノ容量ハ甚ダ大ニシテ、6例(14%)ナリ。(附圖第一, Fig. 8)

以上ハ正常或ハ之ニ近クシテ分類ニ加ヘ得ベキ精囊像42例中ノ例數及ビ百分比ニシテ、年齡差ニ因ル精囊ノ發達ノ差違ハ認メ得ザリキ。

第3章 X線像上ニ現レタル病的變化(結核性變化)ノ各症例

本檢査ニ於テ取扱ヒタル症例ヲ診斷ニヨリテ區別スレバ次ノ如クニシテ、副睪丸結核37例(片側26例、兩側11例)。睪丸腫瘍2例(片側)。生殖器神經衰弱症2例(兩側)。陰囊水腫1例(片側)。總計42例ニシテ、例中輸精管ノ病的變化著明ニシテ、造影劑ノ注入一側ニ於テ不可能ナリシモノ2例アリシヲ以テ得タル影像ハ總計3個ナリ。而シテ上述ノ如ク42例中結核症以外ノモノハ僅々5例ニシテ此等ノ像ニ於テハ全般ニ亘リテ全ク變化ヲ認メ得ザリシヲ以テ、本檢査ニ於テ變化ヲ示セルモノハ、臨床的ノ診察ノ結果ト相俟テテ、結核性變化ニ起因セル影像ノ變化ナリトセリ。

I. 輸精管 53個ノ像中無變化ナルモノ24個(45%)、稍變化アルモノ16個(30%)、著明ナル變化アルモノ12個(23%)、絛形1個(2%)ナリ。輕度ナル變化ハ該管像ノ徑ノ所々不平等ナルカ一部ノ缺損トシテ現レ、更ニ進ンデハ管ノ弛緩擴張セル像ヲ示シ、管内ニ存スル膿汁或ハ他ノ内容物ト造影劑ノ混和不充分ニシ濃淡交錯セル像ヲ示ス。甚シキニ至ツテハ輸精管ノ一部閉塞

シテ、其ノ上部ニ於テ著明ナル囊狀ノ膨脹部ヲ認ムルモノアリ。次ニ著變アルモノ5例ヲ掲ゲ、此等ニ就キテ詳述セム。

症例第1 (附圖第二, Fig. 1)

患 者 正木某。23歳。無職。

診 斷 左側副辜丸併ニ精系結核。

初 診 昭和3年8月2日。入院。同4日。

既 往 19歳ノ時脚氣ヲ患ヒ、昭和2年8月4日、右側副辜丸結核ニテ辜丸剔出手術ヲ行ヒ、昭和3年2月22日咯血セルコトアリ。

主訴及ビ病歴 患者ハ4日以前突然左側副辜丸ノ腫脹セルヲ認メ、輕微ナル自然痛ヲ訴フ。

現 症 全身所見トシテハ現在格別ノ事ナク、局所ハ右側辜丸ハ剔出セラレテ之ヲ缺キ、左側副辜丸ハ鳩卵大ニ腫脹シ、靱固ニシテ表面凹凸アリ。壓痛ヲ伴フ。輸精管ハ硬ク、鼠蹊部ニ至ルマデ肥厚セルヲ觸知シ、攝護腺及ビ精囊ハ觸診上變化ナシ。

手 術 8月4日局所麻酔ノ下ニ辜丸剔出手術ヲ行ヒ、Lipiodol 1.5c.c.ヲ注入シタル後、X線撮影ヲ爲セリ。

手術所見 辜丸ニハ殆ンド異常ナク、副辜丸尾部ニハ數個ノ空洞アリテ、黃色脂様物質ヲ以テ充サレ、頭部及ビ體部ニハ著變ナシ。輸精管ハ所々肥厚シテ珠數狀ヲナセリ。

經 過 手術後10日ニシテ經過良好ニテ退院。後通院治療ヲ行ヒ10月5日全治セリ。

【X線像】 左側輸精管ハ全般ニ亘リテ徑ヲ増シ、所々不定ノ膨隆、狹小アリ。殊ニ壺腹部ニ於テハ其ノ特徴アル屈曲及ビ膨隆ナク、骨盤部後半部ヨリ徑ヲ増加シタル輸精管像ハ何所ヨリ壺腹部ニ移行シタルカヲ判別スルニ難ク、然モ射精管移行部ニ於テ閉塞シ、精囊像ヲ缺除ス。即チ全輸精路ニ結核性變化ノ存スル證左タリ。

症例第2 (附圖第二, Fig. 2)

患 者 廣川某。28歳。會社員。

診 斷 右側腎臟膀胱結核。左側副辜丸結核。

初 診 昭和4年1月7日。入院。同日。

既 往 19歳ニシテ肋膜炎ヲ病ミ、26歳ノ時右側副辜丸結核ニテ辜丸剔出手術ヲ行フ。

主訴及ビ病歴 昭和3年5月排尿時疼痛及ビ尿中血塊ノ混ズルアリテ、帝大ニ於テ膀胱結核ノ診斷

ヲ受ケ、富士見療養所ニテ療養中右側腎臟部ニ輕キ疼痛ヲ訴ヘタルモ、濕布ヲ行ヒタルノミニテ輕快シタリ。

然ルニ昭和3年12月再ビ尿中ニ血塊ヲ混ジ、排尿時疼痛ヲ伴ヒ、同時ニ左側副辜丸ノ腫脹ヲ認メタリ

現 症 右肺ニ於テ呼吸延長セル外科的ニハ變化ナク、局所ハ右側辜丸ヲ缺如シ、左側副辜丸ハ頭部ヨリ體部尾部ニ及ブ硬結アリ。中等度ニ腫脹ス。輸精管ハ僅ニ硬クシテ肥厚甚シカラズ。兩腎ハ不觸、壓痛ナク、攝護腺ハ尋常ナリ。

手 術 1月5日腰椎麻酔ノ下ニ左側辜丸剔出手術ヲ行ヒ、Lipiodol 1.5c.c.ヲ注入ス。

手術所見 副辜丸ハ頭部ニ空洞アリ、黃色ノ膿汁ヲ以テ充サレ、尾部ニハ結締組織ノ増殖著明ニシテ、此ノ部ヨリ陰囊皮膚ニ向ヘル瘻孔アリ。辜丸ニハ2、3ノ小ナル囊腫狀物ノ存セン外變化ナク輸精管ハ略尋常ナリ。

經 過 手術後17日ニシテ退院、2月5日全治セリ。

【X線像】 本例ニ於テハ輸精管ノ骨盤部前半部ニ於テ閉鎖セラレタル部アリテ、造影剤ノ注入困難ナリシ爲、造影剤ノ一部ハ手術創内ニ溢出シタルヲ以テ、其ノ精系部、鼠蹊部ノ像ヲ識別スルコト困難ナリ。骨盤部前半部ニ於テ腸詰狀ノ二個ノ括レヲ有スル囊狀ノ膨隆ヲ認ムルノミニシテ、之ヨリ下部ノ輸精管、壺腹部、精囊ノ像ヲ缺ク。

症例第3 (附圖第二, Fig. 3)

患 者 杉田某。34歳。會社員。

診 斷 兩側副辜丸精系結核。右側精囊結核。

初 診 昭和5年10月22日。入院。同28日。

既 往 19歳ノ折右側肺炎加答兒ニ罹患セリ。

主訴及ビ病歴 昭和5年8月8日兩側副辜丸殊ニ右側ノ腫脹ニ氣附キ、同時ニ右側輸精管ノ壓痛アリ。

現 症 心、肺其ノ他異常ナシ。局所ハ左側副辜丸尾部ニ鳩卵大ノ腫脹アリテ、硬シ。輸精管ニハ變化ナク、右側副辜丸ハ尾部栗實大ニシテ凹凸アリ硬ク、輸精管モ亦硬ク肥厚シ、珠數狀ヲ呈ス。

攝護腺ハ左側外縁部鞏固ニシテ、右側精囊ヲ硬ク觸レ得タリ。

手術 10月30日腰椎麻酔ノ下ニ右側ノ睪丸剔出術ヲ行ヒ、左側ハ患者ノ希望ニヨリX線療法ヲ行フ。

手術所見 右側輸精管ハ鞏固ニシテ鉛筆大ニ肥厚シ、切斷端ヨリ膿汁ノ流出ヲ認メタリ。右側副睪丸尾部ハ鳩卵大トナリ皮膚ト固ク癒着シ、内ニ乾酪様物質ヲ充ス。

経過 手術後20日ニシテ、退院シ、12月9日全治セリ。

【X線像】 輸精管ハ著シク徑ヲ増シ、精系部ノ一部及ビ鼠蹊部ノ像鮮明ニシテ、鼠蹊部ノ前後ニ於テ像ノ中絶アリ。骨盤部初部ハ直チニ少シク膨脹シ、之ニ續キ大ナル瓢形囊狀ノ像アリ。此處ヨリ輸精管ハ全ク閉塞セラレタルモノノ如ク、殘部輸精路ノ像ヲ缺ク。

症例第4 (附圖第二, Fig. 4)

患者 佐々木某。32歳。官吏。

初診 昭和7年2月1日。入院。2月2日。

診断 兩側副睪丸結核。腎臓膀胱結核。左側結核性肩胛關節炎。

主訴及ビ病歴 2年前ヨリ尿線ノ狹小、排尿障害ニ氣附キ、2日以前ヨリ血尿ヲ認メタリ。副睪丸ノ腫脹ニハ氣附カザリシトイフ。

現症 内科的ニハ異常ナク、局所所見トシテハ右側副睪丸頭部ハ硬ク、凹凸不平ナリ。左側副睪丸尾部ニ豌豆大ノ硬キ硬結ヲ認メ、輸精管ハ兩側共ニ肥厚ヲ觸レズ。攝護腺ハ左葉外縁下部少シク硬シ。

手術 2月9日腰椎麻酔ノ下ニ右側睪丸剔出術及ビ左側副睪丸剔出術ヲ行ヒタリ。

手術所見 右側輸精管ノ精系部末端ハ著シク徑ヲ増シ、所々珠數狀ノ肥厚アリテ、内部ニ膿汁ヲ含メリ。同側睪丸副睪丸共ニ結核性變化著明ニシテ、多量ノ膿汁ヲ藏セリ。左側副睪丸ハ尾部ニ化膿瘻アリシ以外、周圍トノ癒着甚シカラズ。同側輸精管ハ右側ト同位置ニ於テ同様甚シキ變化ヲ認メタリ。

経過 手術後12日ニシテ、手術創殆ンド治癒シ2月20日退院セリ。

【X線像】 兩側共ニ輸精管切斷端附近ノ變化著明ナリシ爲、造影剤ノ注入頗ル困難ニシテ、兩側共ニ一部ノ造影剤ハ創内ニ溢出シタル像ヲ現セリ。本例ハ立體X線撮影ヲ行ヒタル例ニシテ、右側ノ輸精管像ハ單純撮影ニ於テハ甚ダ不鮮明ナルモ之ヲ立體鏡ヲ以テ檢スル時ハ不規則ニ斷續セル細キ像ヲ認メ、骨盤移行部ニ於テ中絶ス。左側輸精管ハ鼠蹊部ニ於テ一個ノ膨隆部(一印)アリ、次デ骨盤部ニ移行シ、細キ不規則ナル凹凸アル像ヲ呈シ中部以下壺腹部トノ境界ト推思シセラルル部分トノ間ニ鈎狀ヲ呈セル大ナル膨大部アリ。曩キノ膨隆部ノ像ト重合シテ、宛モ一個ノモノノ如クニ見エ、何處ノ部分ガ如何様ニ膨大セルカ、判斷ニ苦シム處ナルモ、一度立體鏡ヲ以テ之ヲ觀察スル時ハ體內ニ於ケル眞ノ姿ヲ見得ルヲ以テ簡單ニ判別セラル。兩側共ニ壺腹部以下ノ像ヲ缺如ス。

症例第5 (附圖第二, Fig. 6)

患者 清水某。37歳。農業。

初診 昭和3年7月18日。入院。同21日。

診断 左側副睪丸結核及ビ膀胱結核。

既往 25歳ノ時肋膜炎ヲ罹患ス。

主訴及ビ病歴 昭和3年2月以來終末時疼痛及ビ血尿アリテ、某醫ヨリ膀胱炎トシテ、治療セラレ輕快シタリ。4月頃ヨリ左側副睪丸ノ腫大ニ氣附ク。近時身體ノ激動ニヨリ前記主訴再ビ惡化セルタメ本院ヲ訪レタルモノナリ。

現症 心臓ハ尋常。肺臓ハ聽診ニ於テ左側前方下部ニ囉音ヲ聽ク、局所所見トシテハ兩腎ハ觸レズ、壓痛ナシ。右側睪丸、副睪丸ハ異常ナク、左側副睪丸ハ尾部鳩卵大ニシテ硬ク、表面凹凸アリ。同側輸精管ハ鼠蹊部ニ至ルマデ、珠數狀ノ硬キ肥厚アリ。攝護腺ハ略々尋常ナルモ、其ノ上部ニ於テ兩側共ニ硬キ索狀物ヲ觸ル。尿中膿球及ビ結核菌ヲ認メタリ。

手術 昭和3年7月24日局所麻酔ニヨリ、睪丸剔出手術ヲ行ヒタリ。

手術所見 睪丸ハ異常ナク、副睪丸ハ殆ド全般ニ亘リテ、乾酪様變成ヲ來シ、輸精管ノ肥厚著シ。

経過 7月31日退院後一般症狀良好トナリ、8月24日手術創ノ全治ト共ニ歸郷セリ。

【X線像】 精系部ノ一部、鼠蹊部及ビ骨盤部初

部ハ著シク弛緩擴張シ濃淡交錯セル像ヲ呈ス。骨盤部殘部ハ之ニ比シテ稍細ク、M字狀ヲナシテ壺腹部ニ移行ス。壺腹部及ビ精囊ノ像ハ互ニ重疊シ

テ、識別困難ナリ。射精管ハ太ク膨大セルヲ認メ造影劑ノ一部ハ右側射精管ヨリ右側精囊ト思考セラルル部ニ多量流入セルヲ認メタリ。

I. 壺腹部 本像中變化ヲ全ク認メザルモノ同ジク24個(45%)、稍變化アルモノ8個(15%)、變化甚シキモノ16個(30%)、缺像セルモノ4個(8%)、綺形1個(2%)、更ニ他側ニ注入セラレタル造影劑ノ流入ニヨリテ像ヲ生ゼシモノ2個ヲ算セリ。X線像上ニ見ラル、壺腹部ノ結核性變化ニ起因スル像ノ變形ハ、多種多樣ナルモ大約次ノ諸型ニ區別セラレ、之ヲ要スルニ其内腔ノ肥厚ニヨル狹小ニ他ナラズ。

- a) 諸所ニ像ノ中斷アリテ、點々トシテ列島狀ヲ呈セルモノ。(附圖第二, Fig. 8, 第三, Fig. 1)
- b) 容積ノ狹少ヲ來シ、其ノ像一般ニ不鮮明トナリタルモノ。(附圖第二, Fig. 7, 8, 第三, Fig. 1)
- c) 像ノ周邊ノ本來ノ圓味ヲ失ヒテ、鋸齒狀ノ凹凸ヲ形成シ、同時ニ容積ノ狹少ヲ來セルモノ。(附圖第三, Fig. 2)
- d) 射精管移行部ニ閉塞セル部アルヲ以テ該部ノ膨脹弛緩ヲ來シ、本來ノ形狀ヲ失ヒテ、棒狀ヲ呈シタルモノ。(附圖第二, Fig. 1)
- e) 影像ヲ全ク缺如シタルモノ。

症例第 1 (附圖第二, Fig. 7)

患 者 森川某。28歳。吳服商。

診 斷 兩側副辜丸及ビ精系結核。兩側腎臟膀胱結核。

初 診 昭和3年8月22日。入院。同月28日。

既 往 著患ナシ。

主訴及ビ病歴 昭和3年3月12日左側副辜丸ノ腫脹ヲ來シ、醫治ヲ受ケタルモ治癒セズシテ、更ニ右側ノ同部ノ腫脹ヲ來シ、輕度ノ索引痛ヲ訴ヘ、以前ヨリ尿濁濁及ビ尿意頻數ニ氣附キタリ。

現 症 肺、心共ニ尋常。尿ハ強度ニ濁濁シ、排尿回數1日12—3回、酸性ニシテ、蛋白陽性、膿球多數、結核菌及ビ細小ナル球菌ノ少數ヲ證明ス。兩腎共ニ觸レズ、該部ニ壓痛ナシ、膀胱部ニハ壓痛アリ。

手 術 9月1日左側辜丸剔出、右側副辜丸切除ヲ行フ。

經 過 10月8日退院、11月15日手術創全治ス。

【X線像】 本例ニ於テハ前後數回ニ五ツテ撮影ヲ行ヒタルモノニシテ、此等ノ結果ヲヲ總合シテ

記述スレバ、輸精管ハ右側ニ於テハ殆ド像ヲ示サズ左側ニ於テモ該部ノ像淡ク點々トシテ斷續シテ僅ニ其ノ經過ヲ察シ得ルノミナリ。壺腹部ノ像モ淡クシテ、且其ノ容量甚ダ少ニシテ、左右共ニ初部末部ノ像ハ認メ得ズ。左側精囊ハ大サ、形狀共ニ尋常ニシテ鮮明ナル像ヲ示シ、淡キ弛緩セル排泄管トモ見ルベキ像ノ斜下方ニ向ヘルモノヲ恥骨下ニ認メ得ラル。右側精囊ハ僅ニ初部ヲ認ムルノミナリ。攝護腺部ニ相當セル部ニ於テ獨立セル豌豆大ノ像ヲ認メラレ、攝護腺ニ於ケル空洞形成ヲ想像セシム。

症例第 2 (附圖第二, Fig. 8)

患 者 白井某。27歳。會社員。

診 斷 右側結核性副辜丸炎。右側結核性精囊炎。結核性攝護腺炎。

初 診 昭和6年12月28日。入院。同日。

既 往 肋膜炎、花柳病等ヲ否定。家族ニ2名ノ結核患者アリ。昭和5年2月左側副辜丸結核ニテ辜丸剔出手術ヲ受ケタリ。

主訴及ビ病歴 約1週間位前ヨリ右側副辜丸

ノ無痛性ノ腫脹ヲ訴フ。

現 症 肺臓ハ兩側共呼吸音疎ナルモ、囉音ナク、心臓、其ノ他ニ異常ナシ。局所ハ右側副辜丸頭部ハ凹凸アリテ腫脹ヲ示シ、輕度ノ壓痛アリ。尾部、辜丸、精系等ニハ腫脹、壓痛ナシ。攝護腺ハ兩葉共ニ表面凹凸不平ニシテ、硬クシテ壓痛アルモ大サ、形狀ハ尋常ナリ。右側精囊ハ拇指頭大ニシテ硬クシテ凹凸アリ。横ニ長キモノトシテ觸ル。尿ハ中等度ニ渾濁シ、弱酸性 蛋白微量、多數ノ膿球存スレドモ、結核菌其他ヲ證明セズ。

手 術 12月29日局所麻酔ヲ以テ右側副辜丸剔出手術ヲ行フ。右側輸精管斷端ヨリ Lidiodol 2cc.ヲ注入シ、1時間後撮影ヲ行フ。

經 過 入院後8日ニシテ1月4日全治退院セリ。

【X線像】 輸精管ハ精系部、鼠蹊部ハ像ヲ示サズ。骨盤部後半ノミ僅ニ細ク現レ、膀胱頂部ニ存スル過剰ノ造影劑ノ陰影ヲ認メラル。斯ル輸精管像ハ甚シク容量少ニテ不規則ナル像ヲ示ス壺腹部ニ移行ス。精囊像ハ大キク鮮明ナルモ、一樣ナル像ヲ呈セズ、所々缺像アルハ、壺腹部ト共ニ明カナル結核性ノ變化ニ基クモノニシテ、漏出管ハ明カニ認メラル。更ニ漏出管ノ射精管ニ流入スル部、正中線ニ於テ大ナル憩室様ノ像ヲ呈ス。本例ハ立體寫眞撮影ヲ行ヒタルモノニシテ、此ノ正中線ニ於ケル空洞ノ像ハ略々精囊像ト同一深サノ部ニ存ス。即チ結核性變化ニ因ル攝護腺内ノ空洞像ナラムト思意セラル。

症例第 3 (附圖第三, Fig. 1)

患 者 江川某。30歳。無職。

診 斷 兩側輸精管及ビ副辜丸結核。左側腎膀胱結核。攝護腺結核。

初 診 昭和3年6月7日。入院。同30日。

既 往 昭和4年肋膜炎ニ罹病ス。花柳病ハ否定ス。ワ氏反應陰性。幼少ノ時「マラリヤ」ヲ經過シタリト。

主訴及ビ病歴 兩側副辜丸ノ腫脹及ビ鈍痛アリテ、尿渾濁ヲ伴フ。兩副辜丸ノ腫脹ハ最近氣付キタルモノナルモ、尿ノ渾濁ニ關シテハ其ノ時期不明ナリ。

現 症 内科的診察ニ於テ特記スベキコトナク局所ハ右側陰囊側面ニ潰瘍アリテ、附近ハ深ク陷

凹シ、周圍皮膚ハ水腫ヲ示セリ。右側副辜丸ハ頭部及ビ尾部硬ク、凹凸アリテ、腫大甚シ。左側ハ頭部ニ拇指頭大ノ硬結アリ。輸精管ハ兩側共ニ硬ク肥厚セリ。攝護腺ハ右葉ハ靱軟ニシテ、硬結ナク、精囊ノ硬ク肥厚セルヲ觸ル。左葉ハ靱固ナルモ、精囊ノ肥厚ハ觸レズ。兩腎共ニ觸知シ得ザルモ、左腎部ノ輕度ノ壓痛ヲ訴フ。膀胱内ハ肉柱狀ヲ呈シ、左側輸尿管口ニ發赤ヲ認ム。尿ハ中等度ニ渾濁シ、弱酸性 蛋白陽性、膿球ノ中等數、結核菌ノ少數ヲ認メタリ。

手 術 腰椎麻酔下ニテ7月4日兩側辜丸剔出手術ヲ行フ。右側辜丸、副辜丸ノ體部及ビ尾部ニ於テ大ナル空洞形成アリテ、結核性ノ變化甚シ。左側ニ於テモ副辜丸頭部ニ膿瘍ヲ形成セリ。輸精管ヘノ Lipiodol ノ注入ハ右側ハ病變甚シキヲ以テ不可能ニシテ、左側ヨリ約2c.c.ヲ注入シ得タリ。

經 過 8月28日兩側手術創全治退院セリ。

【X線像】 輸精管鼠蹊部ノ像ハ明カナラズ、骨盤初部ニ於テ大ナル屈曲2個アリ、其ノ像一般ニ細太、斷續不定ニシテ、病變ノ存スルヲ思ハシメ、壺腹部モ稍徑ヲ増加シタルノミニシテ、容量少ク獨特ノ形狀ヲ呈セズ。精囊ハ缺像シ僅ニ其ノ漏出管ノ一部トモ思ハル小分枝ヲ壺腹部下方ヨリ分テリ。射精管ハ弛緩シテ太キ像ヲ呈シ、過剰ナル造影劑ハ膀胱内ニ溢出セルト同時ニ、其ノ一部ハ右側射精管ヨリ右側精囊及ビ壺腹部ヘ流入シテ夫々ノ像ヲ現出セリ。射精管ノ膨脹ハ右側ニ於テ更ニ甚シク、精囊像、壺腹部像共ニ容量ノ狹少一部ノ缺像ヲ示シ、臨床的ノ變化ト共ニ此ノ部ノ變化ノ著明ナルヲ考フ。

症例第 4 (附圖第三, Fig. 2)

患 者 秋元某。19歳。時計商。

診 斷 右側副辜丸結核。攝護腺結核。

初 診 昭和3年11月15日。入院。同17日。

既 往 本年4月以來右側肋膜炎ヲ患フ。

主訴及ビ病歴 約1ヶ月以前ヨリ左側副辜丸ノ腫脹及ビ疼痛ヲ認ム。

現 症 第二肺音亢進シ、右側肺臓ハ打診ニ於テ全般的ニ濁音ヲ示シ、呼吸音ハ微弱ニシテ諸所全ク之ヲ缺ケリ。左側ハ上部ニ於テ呼氣ノ延長アルヲ聽ク。局所所見ハ兩腎ハ不觸、壓痛ナク、右側

辜丸 副辜丸ハ尋常。左側辜丸、副辜丸ハ強く癒着シ、其ノ境界不明ニシテ、鶯卵大ヨリ稍大ニ腫脹シ、少シク波動感アリ。攝護腺ハ鶯卵大ニ腫脹硬クシテ表面不平ナリ。右葉ハ硬度尋常ニシテ、硬結ナシ。

手術 11月17日腰椎麻酔ヲ以テ、左側辜丸剔出手術ヲ行フ。

手術所見 副辜丸並ニ辜丸ノ一部ニハー様ニ結核性病竈ヲ認メ、水腫ヲ伴ヘリ。輸精管ノ輕度ノ肥厚ヲ認ム。

経過 12月5日全治退院シタリ。

【X線像】 輸精管像ハ鼠蹊部ノ一部細キモ鮮明ナル像ヲ呈シ、骨盤部ニ於テハ多少ノ徑ノ大小ヲ諸所ニ認ムルモ、甚シキ病變ノ存スルハ考ヘラレ

ズ4 ケノ屈曲アリ。壺腹部ハ細長ク下方邊ハ鋸齒狀ヲ呈シ、終末部ニ於テハ上下共ニ鋸齒狀ノ突起アリテ、長サニ比シテ其ノ容量甚シク狭少ナリ。精囊モ壺腹部像ト同様大ナルモ其ノ像宛モ唐草模様ヲ見ルガ如ク、造影劑ハ精囊全體ヲ充ス濃キ像ヲ作ラズ、之病變ニヨル内腔ノ狭小ニ因ルカ、或ハ内腔内ノ濃厚ナル膿汁様物ノ存在ニ因ル造影劑ノ滲入不十分ナル爲ナラム。何レノツヲ探ルモ、臨床的ノ症狀ト相俟チテ、壺腹部、精囊附近ノ病變ノ著明ナルヲ推思セシム、而シテ壺腹部及ビ精囊部ノ分岐部ノ像ハ鮮明ナルモ射精管ノ像ヲ缺如シ、同時ニ膀胱内ヘノ造影劑ノ溢出ヲ見ザルハ、射精管ノ病變ニ因ル閉塞ノ結果ナラム。

Ⅱ. 精囊 精囊ノ結核ニ對スル罹患ノ頻度ニ就テハ Frank 氏ハ尿路生殖器結核中71%餘ヲ、Teutschänder 氏ハ72%、Sussig 氏ハ70%、Schultz 氏ハ64%、Simmonds 氏ハ62%ヲ舉ゲ、總テ60—70%ノ高率ヲ示ス。即チ之ガ罹患ハ他ニ隨伴セル結核性疾患ノ豫後ニ對シテ重大ナル關聯存スベク、之ガ診斷、狀態ノ知悉ハ尿路生殖器結核症ニ於テ等閑ニ附シ得ザルモノナルヲ知ル。而シテ予ノ檢索シタル精囊像ニ於テ病變ヲ認メザリシモノ29個(55%)ニシテ、稍變化ヲ認メタルモノ6個(11%)、變化著明ナルモノ11個(21%)、缺像セルモノ6個(11%)、畸形1個(2%)ニシテ他側ヨリノ造影劑ノ流入シテ像ヲ示セルモノ3個アリタリ。

本像ノ病的變形ハ要之囊壁ノ肥厚ニ因ル内腔ノ縮小ト、一部空洞形成ニ因ル擴張トニシテ、前記諸型ノモノニ對シ此等ノ變化加ハリ、種々ナル變形ヲ來ス。即チ廻轉少キ單管ニ於テハ其ノ周邊部ハ壺腹部ニ於ケル變化ト同様多數ノ鋸齒狀突起ヲ示シ、同時ニ内容ノ狭少ヲ來セリ。(附圖第三, Fig. 1) 又其ノ形狀大ニシテ廻轉多キモノニアリテハ通常充實セル法螺貝ノ影繪ヲ見ルガ如キ像ヲ呈スルカ、或ハ略同一太サノ管ノ緩キ廻轉ヲナス規則正シキ間隙ヲ認ムルモ、變化存スル場合ニ於テハ宛モ蟲害ヲ受ケタル木ノ葉ノ如ク、諸所不規則ナル像ノ空ナル部アリ、其ノ部位ノ像ノ周變ハ圓形滑澤ノ感ヲ缺ク。或ハ囊壁ノ一様ニ肥厚セル結果、廣キ内腔ハ皺壁多キ狭少ナルモノト化シタル爲、宛モ齒染ノ葉ヲ見ルガ如キ影像ヲ示セリ。(附圖第二, Fig. 8, 第三, Fig. 2)

Ⅲ. 攝護腺及ビ附近 攝護腺ノ結核ニ對スル罹患率ハ略精囊ニ於ケルモノト同様ニシテ、Sussig 氏ハ50%、Schultz 氏ハ83%、Simonds 氏ハ76%ヲ舉ゲ。而シテ此ノ部ノ罹患ハ該部ノ觸診ニヨリ直接決定シ得ルモ、X線像上ニ現レタル變化ハ此ノ部ノ空洞形成ニヨリテ生ジタル腔内ニ造影劑ノ流入シテ呈シタル像ニシテ、(附圖第二, Fig. 5, Fig. 8)ニ於テ明瞭ナルモノヲ認メラレ、之ニ連絡ヲ有スル附近ノ變化トシテハ、射精管ノ擴張ナリ。尋常ナルモノニア

リテハ其ノ像ヲ認ムルコト困難ニシテ數回ノ撮影中宛モ造影劑ノ該部通過ニ遭遇シタル時ニ於テ初メテ、此ノ部ノ像ヲ得ルコト多シ、即チ斯クシテ得タル像、無變化ナルモノ20個、像ヲ得ラザリシモノ29個、變化著明ナリシモノ4個ナリキ。即チ(附圖第三, Fig. 1, 第二, Fig. 6)ニ於ケルガ如シ。

第4章 輸精管及ビ精囊ノX線像上ニ現レタル畸形

- 1) 先天的ノ發育不全ヲ思ハシムル、壺腹部ノ膨隆ヲ缺キ、甚シク小ナル精囊像ヲ示セルモノ。(附圖第三, Fig. 3)
- 2) 壺腹部及ビ精囊ノ中間ニ細長キ憩室ヲ有スルモノ。(附圖第三, Fig. 4)
- 3) 正常ノ位置ニ於テ撮影セラレタルニ拘ラズ、壺腹部ノ像ハ正中線ヲ越ヘテ他側該部ノ位置ニ於テ現レ、精囊像ハ元來ノ位置ニ於テ像ヲ示セルモノ。(附圖第三, Fig. 5)
- 4) 右側輸精管ノ骨盤部ニ於テ重複シタルモノ。(附圖第三, Fig. 6)

症例第1 (附圖第三, Fig. 3)

患 者 軍司某。37歳。無職。

初 診 昭和4年9月26日。入院。同日。

診 斷 右側副辜丸結核。

既往症 昭和3年5月淋疾ニ罹ル。

主訴及ビ病歴 昭和4年3月右側副辜丸部ニ無痛性ノ腫脹ヲ認メタルモ間モナク消散シ、9月初旬時々疼痛ヲ感ズル同部ノ腫脹ニ氣附キタリ。

現 症 心肺ニ特記スベキ變化ナシ。局所ハ右側副辜丸ハ頭部ヨリ尾部ニ至ルマデ硬クシテ凹凸アリ。大サ小指大ナリ。同側輸精管ハ稍肥厚シ、左側副辜丸、辜丸ニハ變化ナシ。

手 術 9月24日腰推麻酔ノ下ニ右側辜丸剔出術ヲ行フ。

經 過 手術後14日ニシテ全治退院セリ。

症例第2 (附圖第三, Fig. 4)

患 者 並木某。36歳、菓子商。

初 診 昭和6年5月4日。入院。5月5日。

診 斷 右側副辜丸結核。

既往 12歳ノ折腎臟炎ヲ、36歳ニシテ脚氣ヲ患フ。肋膜炎及ビ花柳病ハ否定ス。

主訴及ビ病歴 昭和6年4月下旬無痛性ノ右側副辜丸部ノ腫脹ヲ認メ、數日前ヨリ増大セリ。

現 症 内科的ニハ特記スベキコトナク、右側副辜丸ハ頭部ヨリ尾部ニ及ビ指大ニ腫脹シ、凹凸アリテ硬シ。輸精管ハ略々尋常ナリ。

手 術 5月5日局所麻酔ノ下ニ右側副辜丸剔出手術ヲ行フ。Libiodolノ2c.c.ヲ注入ス。

經 過 入院9日ニシテ5月14日退院。同28日全治ス。

症例第3 (附圖第三, Fig. 5)

患 者 谷口某。31歳。無職。

初 診 昭和4年12月26日。入院。同27日。

診 斷 右側副辜丸結核。

既往 21歳ノ時肋膜炎ヲ患ヒ、29歳ノ時肺浸潤ト診斷セラレタルコトアリ。花柳病ハ否定ス。

主訴及ビ病歴 約20日以前ヨリ右側副辜丸ノ無痛性ノ腫脹ニ氣附キ漸次増大ス。排尿後ノ不快感ヲ伴フ。

現 症 局所ハ右側副辜丸ノ頭部ヨリ尾部ニ及ブ鳩卵大ノ腫脹アリテ、硬クシテ表面凹凸アリ、同側輸精管少シク肥厚ス。攝護腺ハ略々尋常ナルモノ、右葉上部少シク腫脹セルモノノ如シ。壓痛ナシ。

手 術 12月28日局所麻酔ニテ辜丸剔出手術ヲ行フ。副辜丸ノ一部ハ皮膚ト堅ク癒着シ、皮膚ト共ニ剔出ス。輸精管ハ尋常ナリキ。Lipiodol 2c.c.ヲ注入ス。

經 過 手術後13日ニテ退院シ、1月17日全治ス。

症例第4 (附圖第三, Fig. 6)

患 者 篠永某。32歳。官吏。

初 診 昭和7年2月2日。入院。同4日。

診 断 兩側副辜丸結核。

既 往 10年前淋疾ニ罹リ、副辜丸炎ヲ併發ス。
肋膜炎、肺結核等ハ否定ス。

主訴及ビ病歴 昭和7年1月中旬兩側副辜丸部ノ
腫脹、排尿數ノ頻回、尿線ノ狹小等ニ氣附ク。

現 症 「ビルケ」氏反應陽性ナル他内科的ニ著
變ナク、兩側副辜丸ハ頭部、尾部ニ於テ各硬ク、
輕度ノ壓痛アリ。兩側輸精管共ニ輕度ノ腫脹ア

リ。攝護腺ニハ變化ナシ。

手 術 2月4日腰推麻酔ノ下ニ兩側副辜丸剔出
手術ヲ行フ。右側尾部ハ硬クシテ小ナル結核竈ア
リ。左側頭部ハ白色ノ比較的薄キ膿汁ヲ含有シ、
小指頭大ナリ。尾部ニモ結核竈アリ。左側輸精管
精系部ハ球數狀ニ腫脹シ硬シ。Lidiodol ハ右側ニ
於テ2.5c.c.、左側ニ於テハ10%ノモノ 3c.c. ヲ注
入セリ。

經 過 2月13日退院、入院後9日ニシテ全治ス。

第5章 造 影 劑

予ハ本検査ニ於テハ主トシテ Lipiodol ヲ使用シ、例外的ニ Jodipin ヲ用ヒタルニ過ギズ。

1) 造影劑ノ濃度 輸精系統ノ影像ヲ得ルタメ、造影劑ノ注入ヲ行フニ當リ、該系統内容ハ濃厚ナル粘液様物質或ハ結核性變化存スル場合ニ於テハ乾酪様物質等ヲ以テ充サレ居ルハ想像セラル、處ニシテ、斯ル部位ニ注入セラレタル造影劑ハ此等ノ物質ト可及的速カニ混和シテ各部ノ像ヲ完全ニ示シ得ルモノヲ理想トス。而シテ Lipiodol ノ如キ濃厚ナル藥劑ニテハ既ニ注入スルニ當リテ甚シク困難ナル上、此等既存ノ内容物ヲ壓排シ得ル個所ニ於テハ充分目的ヲ達シ得ルモ或個所ニ於テ閉塞セラレ、異様ノ擴張部ノ存在、或ハ精囊ニ於ケルガ如キ流入孔ノ一方的ナル場合ニ於テハ其ノ内容ト造影劑トハ互ニ濃度高クシテ、混和不充分ナル故偏在スル一部ノ像或ハ渦狀ヲ呈スル不鮮明ナル像ヲ示スコト屢ナリ。而シテ一定時間經過ノ後ニ於テ完全ナル像ヲ呈シ來レル例アリ。此點ニ於テ通常使用セル40%ノ Lipiodol ニ對シテ稀薄ナル10%ノモノヲ使用セバ或ハ可ナランカト思ヒ試用セルニ、注入ノ操作甚ダ安易ナルモ其ノ影像ハ甚シク淡クシテ、(附圖第三, Fig. 6,) 左側精囊像モ不充分ニシテ、更ニ比重小ナルタメ膀胱内溢出ノ過剩藥劑ハ膀胱上部ニ潑溜シテ、通常攝護腺附近ノ像ヲ覆フ不利アリ。即チ結果ハ濃厚ナルモノニ及バズ。

2) Lipiodol ノ排泄 輸精管斷端ヨリ注入セラレタル Lipiodol ハ尙存在セル輸精管ノ蠕動運動ニヨリ漸次下方ニ輸送セラル、狀態ハ連續撮影ノ結果明瞭ニ認メ得ル處ニシテ、予ノ行ヒタル辜丸部ニ於テ切斷セラレタル輸精管ニ於テハ逆流現象、或ハ一過性ノ劇シキ排泄現象ハ認メ得ズ。甚ダ緩漫ナル運動ニヨリ造影劑ハ漸次下方ニ輸送セラレ、輸精管ハ斷端ニ近キ部ヨリ稀薄トナル。精囊像ニアリテハ漏出管ニ近キ部位先ヅ稀薄トナルモ、此ノ部ノ内容ハ或ハ排泄セラル、モノナルヤモ知レズト雖モ、精囊像ハ注入直後ニ於テハ多數ノ例ニテ漏出管附近ノ一部ノ像ヲ呈シ、完全ナル像ヲ認メ難キモ、時間ノ推移ト共ニ造影劑ハ末端ニ及ビ、全像ヲ現シ來リ、更ニ時日ノ經過ニ從ヒ、漏出管附近ノ像ハ稀薄トナリ末端部ノミ濃厚ナル像ヲ呈セルヲ見レバ、造影劑ハ精囊内ニ於テ漸次排泄セラル、ト見ルヨリハ寧ロ末端部ニ向ツテ輸送セ

ラレ、此ノ部ニ於テ徐々ニ吸収セラル、如ク考ヘラル。一方壺腹部ニ送ラレタル造影劑ノ射精管部ヲ充セル狀ヲ示セルモノニ於テ一部造影劑ハ漏出管ニ入ルト同時ニ、膀胱内ニ數滴ノ造影劑ノ存在ヲ示シ、更ニ尿道攝護腺部ト思ハル、部位ニ造影劑ノ滴ノ存スルヲ認メタリ。斯ル現象ハ造影劑注入後數日或ハ週餘ノ後ニ認メタル處ニシテ、注入時膀胱内ニ溢出シタル造影劑ノ残留全クナキ後ナルヲ以テ、輸精系統中ノ異物ハ通常膀胱内ニ排泄セラル、カ、精囊内ニ收容吸収セラル、カノ二路アルヲ知り、輸精路ノ疾患ニ續發スル二者ノ罹患ノ機轉ヲ示セルモノト云フベシ。而シテ予ノ例ニ於テハ Lipiodol ハ注入後10日ニシテハ全像稍々稀薄トナルモ充分識別シ得ル影像ヲ示スモノノ大多數ニシテ、殊ニ或部ニ於テ閉塞セラレタルガ如キ輸精管像ハ月餘ニシテ尙鮮明ナル像ヲ呈セリ。

3) Lipiodol 注入ノ治療的價值 文獻ノ二三ニ於テ見ルガ如ク、Lipiodol ノ注入ハ唯ニ検査上重要ナルノミナラズ、治療上ノ意義アリトノ說ニ對シ、予ハ Lipiodol ヲ注入シタル36例及ビ注入ヲ行ハザリシ47例ノ結核性副睪丸炎ノ手術後ノ創面治癒ニ關シ、統計觀察ヲ行ヒタルニ次表ノ如シ。

	注 入 セ ザ ル シ モ ノ			注 入 セ ル モ ノ		
	最短日數	最長日數	平均日數	最短日數	最長日數	平均日數
手術日より退院マデ	8	149	25	6	38	14.5
手術日より全治マデ	10	77	28	6	76	24.5

以上ノ如ク略同數ノ症例ニ於テ、斯クモ入院日數及ビ全治ニ至ル日數ノ短縮セルハLipiodol ノ治療の效果ノ存在ヲ示スモノナルベシ。

第6章 X線立體寫眞像

其ノ撮影方法ハ既述ノ如クニシテ、得タル二枚ノ影像ヲ立體鏡上ニ裝置シテ、檢スレバ可ナリ。而シテ立體寫眞撮影ハ第1回ノミニテ第2回以後其ノ經過ヲ知ランガ爲ニハ單純撮影ノミニテ満足シ得ルヲ以テ、既ニ裝置ヲ有スル場合ニ於テハ、撮影ノ操作上煩瑣ナク、至極簡單ニシテ、其ノ檢索上ノ効果甚大ナリ。即チ立體鏡上ニ影像ヲ檢スルニ當リ、2個ノ影像ノ相合シテ見ユルガ故ニ、其ノ鮮明度ハ單純撮影ノ場合ニ比シテ數倍加セラレ、從來認メ得ザリシ程度ノ像モ明瞭ニ認メラレ、骨盤像ニ重疊シテ不明ナリシ輸精管鼠蹊部ノ像或ハ膀胱内ニ溢出セル過剰ノ造影劑ノ影像ニ陰蔽セラレタル他部ノ像ノ如キ、深淺上下ノ位置の關係ハ明瞭ニ區別セラル、ヲ以テ、個々別個ニ認識セラレ、微細ナル變化モ看過セラル、憂鬱シ。又從來輸精管ノ強キ屈曲或ハ輪狀形成アリトセラレタル骨盤部像ノ如キハ單ニ骨盤内面ニ沿フテ、緩徐ナル迂曲ヲ示セルノミナルモ、之ヲ縱ニ投射シタル影像ニ於テノミ此等ノ現象ヲ示スニ過ギズシテ該部ノ眞ノ姿ニ非ザルヲ知レリ。壺腹部及ビ精囊ノ紆餘曲折ノ狀態、憩室ノ位置、病變ノ個所等夫々明白ニ指摘セラレ、殊ニ攝護腺部ノ空洞形成ノ如キハ、淡ク現レタル攝護腺像内ニ存スルヲ

認メ、他ノ同様ナル像モ之ヲ以テ同ジク攝護腺部ノ變化ニ因ルモノナリト想像セラル、ニ至レリ。余ガ立體鏡検査ヲ行ヒタルハ僅々數例ニ過ギザレドモ尙且此ノ如ク種々ナル檢索上ノ優秀點ヲ發見シタリ。此ノ部ノX線像撮影ニ當リテ、立體寫眞撮影法ヲ施行スルヲ推獎シテ息マズ。

第7章 結

論

予ハ副睪丸結核、睪丸腫瘍、男子生殖器神經衰弱症等ニ於テ、睪丸及ビ副睪丸剔出手術ノ際或ハ輸精管結紮手術ニ當リ、Belfield 氏法ニ從ヒテ、輸精管内ニ Lipiodol ヲ注入シ、全輸精路ノ像ヲ撮影シ、得タル影像53例(症例數42例)ナリ。

1) 撮影法ハ經輸精管法ニテ、Lipiodol ヲ注入シ、體位ハ仰臥位、腹背放射ヲ行フ。管球ハ瓦斯管球或ハ「クーリツヂ」氏管球ヲ使用シ、硬度ハ稍硬キヲ可トス。數例ニ於テ立體寫眞撮影ヲ行ヒタリ。

2) 正常輸精管像ニ於テハ睪丸、精系、鼠蹊、骨盤ノ四部ヲ區別シ、形態ニヨル分類ハ行ハズ。壺腹部ニ於テモ形ノ大小、廻轉及ビ憩室ノ有無等ニ依リテ諸種ヲ區別シ得ルモ特ニ之ヲ行ハズ、精囊像ニ於テハ形態上7種ニ區別シ、各々圖示説明シタリ。而シテ同一個體ニ於テハ壺腹部ノ形狀、大小ハ略精囊ノ夫ト一致セルヲ認メタリ。

3) 結核性變化ニ起因スル各部影像ノ變形ハ各部ニ存スル結核性變化ノ強弱ニ從ヒテ、多樣ニシテ、輸精管ニ於テハ其ノ像ノ細太不定ナルモノヨリ初マリ、一部ノ擴張、或ハ閉塞ニ因ル大ナル囊狀ノ膨脹部ノ存在セルアリ。壺腹部像ノ變形モ亦種々認メラル、モ要之一部或ハ全體ニ亘リテ、其ノ內腔ノ縮小或ハ空洞形成ニ因ル擴大ヲ來シ、又周邊像ノ變形、或ハ閉塞等ノ諸條件互ニ相合シテ生ジタル變形ナリ。同様ナル變化ハ精囊像ニ於テモ認メラレ、而モ精囊像ニアリテハ既ニ正常ノモノニ於テ諸型ヲ區別セラル、ヲ以テ、其ノ變化ハ壺腹部像ニ於ケルモノヨリ更ニ複雑ナルモノトナレリ。攝護腺及ビ射精管部ノ病變ニ因リテ生ズル像ハ該部ノ狹窄、閉塞及ビ空洞形成ニヨル擴張或ハ空洞像ナリ。

4) 予ノ行ヒタル53例ノ像中ニ於テ畸形ト認メ得ルモノ4例ニシテ、第1例ハ先天的發育不全トモ稱スベキ1例ニシテ、第2例ハ壺腹部及ビ精囊ノ中間ニ細長キ憩室ヲ有スルモノニシテ、第3例ハ壺腹部ガ正中線ヲ越ヘテ輸精管及ビ精囊ニ對シ反對側ニ存スルモノニシテ、第4例ハ輸精管骨盤部ノ一部ガ重複セル例ナリ。

5) 造影劑ハ濃度高キモノヲ可トシ、其ノ排泄ハ平均10日ニシテ全像ノ稀薄ヲ來スモ、尙大多數ニ於テ略其ノ形態ハ認メラレ、以後消失スルマデノ時日ハ長短一定セズ。而シテ Lipiodol ノ注入ハ造影ノ目的ノミナラズ、結核性病變ニ對シ治療の效果存スルモノノ如ク察セラル。

6) 此等各部ノX線像ノ檢索ニ當リ、立體寫眞ヲ使用スル時ハ其ノ勞スル所少クシテ、利スル所大ナルヲ認メタリ。

稿ヲ終ルニ臨ミ懇篤ナル指導及ビ校閲ノ勞ヲ賜リタル北川教授ニ深謝シ、理學的診療科元助手
加藤清彦君ノ援助ヲ鳴謝ス。

主 要 文 獻

- 1) Belfield, W. T. & H. C. Rolnick : Vesiculography by Means of iodized Oils, The Journ. of Urol. Vol. 16, 1926.
- 2) Belfield, W. T. & H. C. Rolnick : Roentgenography and therapy iodized Oils, Journ. of the Americ. med. Assoc. Bd, 86, 1926.
- 3) Boemingshans, H : Beitrag zur Samenblasenpathologie, Zeutbl. f. d. gesamt. Rad. Bd. 1, 1926.
- 4) Rolnick & Harry : Infections of the Seminal ductus, Zentbl. f. d. gesamt Rad. Bd. 5, 1928.
- 5) Bauer, K. H : Zur röntgenologischen Darstellung der Samenwege. von der Urethra aus, Zentbl. f. d. gesamt. Rad Bd. 5, 1928.
- 6) Kohlmann : Kurzes Handbuch der gesamten Röntgen Diagnostik und Therapie, 1928.
- 7) Cottenot, P. & Biuet du Jassoneix : Ein Fall von vollständiger Röntgendurchlässigkeit der Samenblase, Zentbl. f. d. Gesamt. Rad. Bd. 7, 1930.
- 8) Chevassn, M : Röntgenbild einer verkalkten tuberculösen Samenblase, Fortschr. a. d. Geb. u. Rönt. Bd. 40, 1929.
- 9) Sargens & James, C : Deutung des Radiogramms der Samenbläschen, Zensbl. f. gesamt. Rad. Bd. 8, 1930.
- 10) Le Fur : Zur Vesikulographie, Fortschr. a. d. Geb. u. Rönt. Bd. 41, 1930.
- 11) Zaigraer, M : Die Pathogenese der gonorrhoeischen Entzündung der Samenbläschen auf Grund von anatomischhistologischen und Röntgenuntersuchungen, Zentbl f. gesamt. Rad. Bd. 9, 1931.
- 12) Schinz, H. R. & a : Lehrbuch der Röntgendiagnostik, 1932.
- 13) 朝倉文三 : 精囊外科, 日本泌尿器學會雜誌, 4卷, 大4年, 5卷, 大6年.
- 14) 井深健次 : 精囊, 輸精管ノレントゲン撮影ニ就テ, 體性; 10卷, 昭3年.
- 15) 工藤正久, 能勢博之 : 精囊及ビ輸精管レントゲン撮影, 臨床醫學寫真圖譜, 8卷, 昭4年.
- 16) 五島匡一 : 精囊及ビ輸精管壺腹ノ形態ニ就テ, 日本泌尿器學會雜誌, 19卷, 昭5年.
- 17) 柳原 英, 宮田太喜男 : Radiography of the Vas Leferens (Ampulla) and Seminalvesicles, 滿洲醫學雜誌, 23卷, 昭10年.
- 18) 正木平藏 : 精囊「レ線像」撮影時ノ精囊容量測定ニ就テ, 皮膚科紀要, 28卷, 昭11年.
- 19) 松見一男 : 精囊及ビ輸精管ニ注入セラレタル造影劑ノ運命, 皮膚科紀要, 28卷, 昭11年.
- 20) 松見一男 : ニツニ分岐セル輸精管, 皮膚科紀要, 30卷, 昭12年.
- 21) 山本欽三郎, 小島理一 : 精囊レ線像ニ就テ, 皮膚泌尿器科學會雜誌, 41卷, 昭12年.
- 22) 張 惺庵 : 輸精管連動ノ「レントゲン」學的研究, 日本泌尿器科學雜誌, 26卷, 昭12年.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 1. *Fig. 2.* *Fig. 3.* *Fig. 4.* *Fig. 5.* *Fig. 6.*