

鼠 蹊 睾 丸 に つ い て

岡山大学医学部皮膚科泌尿器科教室 (主任: 根岸 博教授)

講 師 前 田 尙 久

副 手 故 成 川 俊 光

[昭和 28 年 11 月 15 日受稿]

第 1 章 緒 言

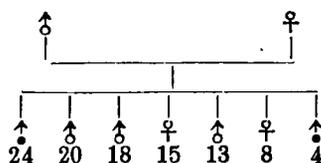
胎生期における睾丸下降の経過中、諸種の原因による睾丸下降障碍の結果としてあらわれる停留睾丸のうち、鼠蹊睾丸については、すでに Büdinger, Lanz, Hanusa, Marschall, Mc. Cutcheon 等をはじめ、本邦においても河石、武藤、高橋等諸家の報告を多数見ている。著者等は岡山医科大学皮膚科泌尿器科外来を訪れたる 6 例の鼠蹊睾丸を観察し、そのうち 4 例に観血的療法を施行する機会に接したのでここに追加報告する次第である。

第 2 章 自 験 例

第 1 例. 三宅某. 24 才. 設計工. 主訴: 右鼠蹊部腫瘍の不快感。

家族歴. 父母ともに健在. 父は幼少時両側の睾丸ともに鼠蹊部にあつたが、青年期にいたり陰嚢内に自然降下したという。同胞 7 名. この患者は第 1 図に示す如く長男であつて、末弟は 4 才で、右睾丸が陰嚢内になく、かつ右側に脱腸を認めるという。すなわち家族歴に遺伝的關係が濃厚である。

第 1 図



既往歴. 約 1 年前に右肺浸潤に罹患. 8 ヶ月間医治を受け治癒したほか著患を知らない。

現病歴. 幼時より右睾丸が陰嚢内になくことに気付いた. 15 才頃より運動に際し、右鼠蹊部腫脹し、不快感があつたけれども放置

していた. 1 ヶ月前よりこの腫脹増大し、不快感も増悪してきた. 歩行時に疼痛、疾走困難を来した。

現症. 体格栄養中等度、顔貌やゝ蒼白、眼瞼結膜貧血、瞳孔左右同大、正円形、対光反射迅速、口腔粘膜異常なし. 可触淋巴腺異常はない. 胸部心界正常、心音各々清純で、呼吸音に異常を認めない。

局所症状. 腹部やゝ陥没し、柔軟、肝、脾ならびに腎臓の両下極を触知しない. 右鼠蹊部は手拳大に腫脹し、怒責により超手拳大となり、還納不能である. 非透光性. 右睾丸は陰嚢内になく、この腫瘤下端に拇指頭大の腫瘤を触れ、わづかに移動し、圧迫により不快感増悪する. 左側睾丸、副睾丸正常. 前立腺栗実大、弾力性硬. 精嚢を触知し得ない. 陰莖發育良好. 外尿道口に発赤腫脹なく、陰毛發育正常. 勃起普通、性交に際し支障を覚えない。

検査成績: WaR 反応、村田氏反応ともに陰性. ビルケー氏反応 24 時間、48 時間いづれも中等度陽性. 赤血球数 480 万. 白血球 5200. 白血球百分率に異常がない. 血色素量 (ザーリ) 80%. 尿、尿に病的所見を認めない。

診断. 右外鼠蹊ヘルニア兼右鼠蹊睾丸。

手術所見. トロパコカイン腰椎麻酔のもとに鼠蹊靱帯にほぼ平行に約 7cm の皮切を加え、外斜腹筋腱膜を開き、鼠蹊管を開いた. ヘルニア嚢は周囲組織と密に癒着し、柔軟かつ菲薄で、漿膜下脂肪を欠ぎ、睾丸は鼠蹊管のほぼ中央に存している. 睾丸と副睾丸の間には、その中央部に約 1cm の距離がある。

精系は著明に短縮し、かつ周囲組織との癒着も高度である。睪丸は拇指頭大に萎縮しているのに反し、副睪丸は尋常の大きさを保っている。陰嚢側は腹膜鞘状突起閉鎖し、睪丸を納むべき腔を認めない。睪丸は Polya にしたがいが、睪丸副睪丸間結締織を切断延長したけれども、陰嚢内え整復困難であるため、扁側除睪術を施行した。ヘルニア嚢は周囲との癒着を剝離し、内鼠蹊輪に及び、これを切開すると大盲腸管である。内容を腹腔内に還納し Bassini にしたがって根治術を施し手術を終えた。

術後経過。術後1週間で抜糸。創は第1期癒合をいとなみ、24日後全治退院した。

摘出睪丸は灰白色、やや暗赤色を帯びた被膜に包まれ、この被膜は肥厚し癬痕化を呈していた。大きき $3.3 \times 2.4 \times 1.4$ cm. 重量 7.7g. 楕円形で弾性硬。副睪丸は正常大で、睪丸との間に約 1cm の幅を有した結締織膜が存していた。

第2例。岩田某。21才。農業。主訴。左鼠蹊部不快感。

家族歴。父母ともに健在。同胞4名いづれも健在で。家族中にヘルニア、鼠蹊睪丸等なく、遺伝的疾患を認めない。

既往歴。7才の時肺炎に罹患し、医治により治癒したほか、著患を知らない。

現病歴。小学校2年生のとき水泳中、偶然左睪丸が陰嚢内に無いことに気付いたが、支障ないため放置した。最近該部に不快感、圧痛を来し、長時間の労務に際し牽引感を訴う。

現症。体格栄養ともに中等度。顔貌尋常、瞳孔左右同大、正円、対光反射迅速。口腔内粘膜に異常なく、可触淋巴腺に異常を認めない。胸部心界正常、心音各々清純。呼吸音に異常がない。

局所所見。腹部平坦、柔軟であつて、肝、脾ならびに腎両側下極を解れない。左鼠蹊部に鶏卵大の腫瘍を触知し、わづかに移動性であるが、圧により睪丸痛、不快感あり。右陰嚢内容正常。陰茎發育正常。外尿道口に発赤腫脹なく、前立腺、精囊異常なし。陰毛發生

状態普通。学歴小学校卒業、成績中等以下である。

検査成績。WaR 反応、村田反応いづれも陰性。ビルゲー反応 24 時間、48 時間ともに中等度陽性。赤血球数 520 万。白血球数 5500。白血球百分率に異常がない。血色素量 85% (ザーリ)、尿、尿に病的所見無し。

診断。左鼠蹊睪丸。

手術所見。トロパコカイン腰椎麻酔のもとに、プーパル氏靱帯に平行に約 6cm の皮切を加えたところ、睪丸は外鼠蹊輪より上方約 2cm の位置にあり。精系はわづかに短縮し、周囲組織と密に癒着していた。これを鋭性或いは鈍性に剝離し、極力出血を避け、内輪部に及んだ。睪丸、副睪丸間の結締織膜の遊離は存しない。これを延長するにわづかに陰嚢内上端に及ぶ。陰嚢内には腔がないので刀を以て切開し、リスター鉗子で鈍的に剝離し、人工的腔を形成、睪丸部よりハンター導帯被膜を通じたる絹糸を陰嚢下端より出し、同側の太腿内側、M. adductor に固定した。睪丸、副睪丸は萎縮し、淡青色を帯ぶ。鼠蹊部はパッシーニ法により術を終る。

術後経過。術後1週間で鼠蹊部の抜糸を行う。創は第1期癒合を営む。牽引糸は15日目に抜去した。睪丸は陰嚢底に固定していた。30日後退院した。本患者はその後6ヶ月目に睪丸が外鼠蹊輪部に上昇し、睪丸の太き示脂頭大にやや縮少を来したとの通知に接した。

第3例。石井某。23才。学生。

家族歴。父母ともに健在。同胞4名。そのうち男子2名。患者はその長男で、家族中に遺伝的疾患をみない。

既往歴。生来あまり頑健でない。常に右半身の發育不良であると訴えているが、さしたる著患に罹つたことはない。

現病歴。幼時よりすでに右睪丸が陰嚢内に存在しないのに気付いていたが、自覚症状ないため放置していた。2、3年前より運動時、或は経費により右鼠蹊部に腫瘍を生じていたが意に介しなかつた。また該腫瘍は横臥位により消失した。約5時間前より駆走の際、こ

の腫瘍が再び膨出し、横臥位をとるも還納不能となり、直ちに医師により整復を受けたけれども消失しない。疼痛増大し、膨隆著明となり受診する。

現症、体格栄養ともに中等度良好。顔貌やや苦悶状、蒼白。瞳孔左右同大、正円形、対光反射迅速。口腔粘膜に異常ない。舌はわずかに白苔を蒙る。可触淋巴腺に異常を認めない。胸部心界正常。第2肺動脈音わずかに亢進する。呼吸音に病的所見がない。

局所々見、腹部一般に膨隆するも蠕動不穩を認めない。柔軟であるが疼痛の為に腹圧を加える。肝、脾ならびに腎両側下極を触れない。右鼠蹊部に手拳大の腫瘍を認め、該部皮膚は緊満している他、異常がない。腫瘍は柔軟で、鼓音を呈し、圧痛を訴える。また皮膚との癒着はない。右陰嚢内に睪丸無く、その他外陰部に異常を認めない。

診断、右鼠蹊嵌頓ヘルニア兼鼠蹊睪丸。

手術所見、局所麻酔のもとに鼠蹊靱帯に平行に走る約5cmの皮切を加え、外斜腹筋腱膜を開き、鼠蹊管をみると、外輪部に及ぶヘルニア嚢あり。睪丸は内鼠蹊輪部に貧血性に萎縮し、拇指頭大である。ヘルニア嚢を周囲組織より剝離し、これを開くと腹水約20cc滲溜している。内容は淡青で、これを腹腔内に整復し、精系を検すると、周囲との癒着は高度でない。しかしこれを陰嚢底に延長固定が困難であるため、除睪術を施行し、鼠蹊ヘルニアに対しては、パッシニー法により、根治術を行つた。

術後経過良好で7日目抜糸、20日目に全治退院した。

摘出睪丸は貧血性淡青白色を呈し、大きさ： $3.4 \times 2.6 \times 1.3$ cm。重量8.0g。楕円形、弾性硬。副睪丸もやや萎縮する。睪丸と副睪丸との間の結締織に特記すべき変化なく密着している。

第4例、富田某、22才、工員。

主訴、左鼠蹊部腫瘍形成ならびに牽引痛。

家族歴、父母ともに健在。同胞5名。家族中遺伝的疾患を認めない。

既往歴、2年前に虫垂突起炎に罹患、手術により治癒した他、著患を知らない。

現病歴、幼時すでに左睪丸の陰嚢内に無いことに気付いたが自覚症状無いため、放置していたところ、20才頃より下腹痛、牽引感、長時歩行後の疼痛を覚えたが医治を受けなかつた。このたび活動が障碍されるので受診した。

現症、体格栄養ともに中等度、顔貌尋常、可視粘膜、皮膚に異常なく、可触淋巴腺また異常ない。胸部心界正常。心音各々清純で呼吸音に異常がない。

局所々見、腹部平坦、柔軟で、肝、脾ならびに腎を触れない。右下腹部、腹直筋外縁に長さ4cmの虫垂切除術痕がある。左鼠蹊部に超鶏卵大、柔軟、表面平滑なる腫瘍状膨隆を認める。圧により睪丸痛を訴える。該側陰嚢内に睪丸がない。右主副睪丸正常大。前立腺は栗実大、弾性硬、異常がない。精嚢を触れない。陰茎發育尋常。陰毛正常。学歴高等小学校卒業。

経過、本患者は入隊のため、再び来院しない。

第5例、宮本某、22才、農業。

主訴、左鼠蹊部腫瘍形成。

家族歴、特記すべき事項なく。また遺伝的疾患を認めず。

既往歴、生来健康で著患を知らない。

現病歴、小学校1年の頃、右睪丸の陰嚢内に存在しないのに気づき、同時に右鼠蹊部に拇指頭の腫瘍があつた。圧により軽度の疼痛あり、運動時にも牽引痛がある。10才の時、農耕中、腹圧により腫瘍鶏卵大となり、不快感および鈍痛があつた。その後次第に腫瘍増大し、現在超鶏卵大となつたが、別に医治を受けなくて自らこれを還納していた。

現症、体格栄養ともに良好、顔貌尋常。骨格、筋肉の發育良好。可視粘膜には異常がない。可触淋巴腺もまた異常ない。胸部臓器にも異常を認めない。

局所々見、腹部やや膨隆、柔軟。肝ならびに脾を触れない。両側腎下極を触れない。両

側輸尿管走行に自発痛、圧痛および異常抵抗がない。右鼠蹊部に腫瘤を触れ、その大き鶏卵大、圧により睪丸痛を訴え軽度の移動性あり、弾性硬、表面平滑、腹圧により超鷲卵大の腫瘤を生じ、鼓音を呈し、透光性がない。還納不能である。左陰囊内容正常。直腸部を触診すると異常がない。陰毛發育良好。知力の發育やや遅れ、家事の都合上、小学校4年で中途退学した。

経過。本患者も第4例と同じく入隊の期日切迫のため両び来院しない。

第6例。谷角某。35才。会社員。

主訴。右鼠蹊部腫瘤形成。

家族歴。特記すべき事項なく、遺伝的疾患を認めない。

既往歴。6才の時、急性中耳炎および左側大腿骨骨折に罹患したが、いずれも医治により治癒した。性病は強く否定す。

現病歴。生後両側陰囊内容が陰囊に降下せず、時々ヘルニア様に鼠蹊部に突出するため、脱腸帯を以て圧迫していた。その後拇指頭大の腫瘤が陰茎根部の右側に在つたのを睪丸と患者自ら考えていた。28才の時、健康女子と結婚した。当時この腫瘤は時に増大したり、あるいは元の大きさに復していたが、別に自覚症状がない為放置していた。3ヶ月前この腫瘤は漸次増大して手拳大となり、時に牽引痛、鈍痛および腰痛を伴うに至り来院した。なお現在まで精子をみない。

現症。体格。栄養ともに中等度良好。顔貌尋常。眼瞼球結膜。瞳孔は両側いずれも異常がない。扁桃腺。歯齦。その他口腔粘膜に異常ない。可触淋巴腺いずれも異常を認めず。胸部心界正常。心音各清純。呼吸音に異常がない。腹部一般に平滑。緊張正常。肝。脾いづれも触れない。下腿に浮腫なく、腱反射に異常がない。

局所々見。腹壁一般に平滑。異常血管を認めない。最低胃界は臍上方2横指。胃部に異常抵抗を認めず。臍の右腹膜腔内に鶏卵大の腫瘤1個存し、移動性良好。硬。長卵円形で圧痛を欠いている。両側腎下極を触れるもと

もに異常なく、両側輸尿管走行にも異常がない。鼠蹊淋巴腺両側に異常ない。外尿道口および尿道に異常を認めない。陰囊内容の發育不良。左睪丸は左鼠蹊管内に留まり、示指頭大、硬、圧痛を欠いている。右側睪丸もまた右鼠蹊管内にあり、超鷲卵大、卵形を呈している。その長軸は鼠蹊管に相当し、移動性良好、硬、かつその下極は鈍円で狭小となり、これに反し、上極は正円形を呈している。圧痛を認めない。前立腺全般に萎縮性で、両葉不均斉で左葉は右葉より小。精囊に異常を認めない。

検査事項。WaR。村田反応。カーン反応すべて陰性。マントー反応24時、48時間ともに陰性。尿。第I杯(±)、第II杯(-)。葉黄色。酸性。I杯尿に粘液性淋糸を認めるけれども、検鏡すると粘液および移行性上皮を小数認める他、白血球。細菌を認めない。その他蛋白(-)、糖(-)。手淫による精液を検査するも精子を認めない。

診断。両側鼠蹊睪丸(左萎縮性。右悪性腫瘤)。前立腺萎縮。腹膜淋巴腺転移。

治療および経過。上記の診断のもとに右睪丸に観血療法を施した。すなわち0.5%ペルカミン腰椎麻酔のもとに右鼠蹊部に皮切を加え、鼠蹊管を開き、右側睪丸。副睪丸摘出した。術後経過良好。7日目抜糸。創は第1期癒合をいとなむ。

摘出睪丸。大き、9.5×5.8×4.0cm。重量127g。表面概ね平滑。睪丸白膜は強度に充血する。副睪丸尾部は桜実大。塊瘤状を呈し、きわめて硬。睪丸下極に突出している。副睪丸頭部および体部は睪丸との癒着強度であつて、両者の分離不能である。副睪丸頭部と睪丸上極との間に1個の溝を形成している。副睪丸頭部は小梅実大。表面平滑。極めて硬。腫瘤は一般に卵円形を呈し、やゝ背腹の方向に位置している。輸尿管は腫瘤の側縁に沿つて走り、精系は一般に腫大し、異常硬結を認めた。

剖面。副睪丸頭部は薔薇色に発赤し、纖維性硬。睪丸固有部は matt で灰白黄色。粗大

顆粒状を呈し、硬。睪丸と副睪丸との境界は識別困難である。副睪丸尾部と睪丸との境界は全く鋭利である。副睪丸尾部は灰白黄色を呈し、極めて硬、殆んど平等に狹窄化している。睪丸部には扁豆大、薔薇色の点を散在性に認める。腫瘤の剖面は一般に光沢減退している。輸精管々腔は閉塞していない。

第3章 總括及び考按

睪丸下降についてヤングに拠れば、Souli, Frankle の説を挙げて次の5期に分けている。すなわち(1)相対的下降期(胎生2, 3ヶ月), (2)下降停止期(4—5ヶ月), (3)一過性上昇期(6ヶ月), (4)下降再開期(7—8ヶ月), (5)下降完成(9ヶ月)である。

一般に胎生2ヶ月の終りより睪丸は下降を始め、5—6ヶ月で内鼠蹊輪附近にいたり、8ヶ月で鼠蹊管中に入り、9ヶ月で完全に陰囊中に納まると云う。たゞFelixによれば、上述の経過中、諸家の説いているGubernaculumが睪丸を自動的に牽引したる説と反対に、Gubernaculumの役割を受働的なものとしたる点は注目すべき説である。いづれにしても上述の機転が何らかの原因により障碍せられる時には、睪丸が腹腔内又は鼠蹊部に停留し、前者は腹腔睪丸に、後者は鼠蹊睪丸となることは周知の如くである。しかしこの停留睪丸の真の成因はいまだ不明であつて、諸家の説は各症例を解説したものである。すなわち輸精管或は精系血管の短縮、腹膜鞘状突起の攣縮、睪丸發育不全、鼠蹊部の狭小、外斜腹筋腱膜の異常、睪丸導靱帯の發育不全、迷走發生等である。またHoffmannは出産日における胎位が胎児の足関節部に病的変化を与えるのみならず、鼠蹊部の筋肉發育を阻碍して、鼠蹊ヘルニア、陰囊水腫と同時に、鼠蹊睪丸を惹起すると云い、Colleyは遺伝説を唱え、しばしば他の畸形を随伴し、睪丸がつねに萎縮すると述べ、Büdingenは胎生期に惹起した腹膜炎を以て直接原因とした。その他諸家の説多数をみるが、これを要するに原因はいまだ究明されず、以上の諸因が相

互的によつたものであらうと考えられる。自験例に於ても、第1例の如く同胞中に右陰囊内容の欠如をみ、遺传的素因を思はしめるものがある。

鼠蹊睪丸の頻度：Marshallは壮丁10800名中12名(0.11%)、Colleyは37370名の成人中75名(0.21%)を挙げているが、これは腹腔睪丸をも含めた頻度である。本症のみの頻度につき、Lanzは750名の兵士の中19名(0.66%)を挙げている。しかしこの頻度を年齢的にみると相当の差異があり、Mc. Cutcheonsは学童1845名中124名(6.7%)、また15才の子供590名中唯1例であるのに反し、15才以下では1255名中124名(9.8%)を認め、Colleyは14—21才迄では3348名中92名(2.2%)であるが、14才以下では14410名中561名(3.1%)に認め、幼少年期に高率に年齢の進むにつれ、睪丸下降が漸次完成し、思春期に至つては頻度も低下している。自験例では5例が20才代、1例35才である。なお停留睪丸中、鼠蹊睪丸は腹腔睪丸より頻度が極めて大きく、後者は稀である。

鼠蹊睪丸の偏側対両側の比率は、Marshallは12:1、OdiorneおよびSimsonsは5:1と記載しており、自験例では6例中5例が偏側、残り1例において両側性であり、いづれも偏側性が多数を示している。自験例の単側5例のうち右側3例、左側2例である。

鼠蹊睪丸は外傷の危険にさらされやすく、競走、運動競技、勤勞にさいし大なる障碍となる点成書の示す所であるが、自験例においても、第4, 5例は入隊後の活動障碍を懸念して来院したものである。

鼠蹊睪丸の合併症として鼠蹊ヘルニアの頻度が高い。Schonholzerは42例中39名(93%)、Uffreduzzi 90%, Goeritz 66.6%にヘルニアを認め、Finottiは580名の男子鼠蹊部脱腸の手術例中、鼠蹊睪丸14例(2.3%)を認めた。その他Meinickeは83%, Lotheisenは40%に先天性ヘルニアを認め、いづれも高率である。自験例でも第1例、第3例に鼠

蹊ヘルニアを合併し、ことに第3例は嵌頓ヘルニアを伴っている。その他の合併症として睪丸萎縮、炎症、悪性腫瘍、睪丸捻転等がある。まづ睪丸萎縮につき、Finotti は鼠蹊睪丸の際には思春期が遅れ、睪丸の精子形成が低級であつて各成分の成熟期が異り、完全發育を遂げ得ず、変性或は固有組織の萎縮を来すと説いた。自験第1例、第6例に萎縮を認め、ことに後者では手淫により採取した精液中精子を認め得ず、かつ両側睪丸中、左側は萎縮し、前立腺萎縮をも合併した。なお停留睪丸は一般に正常位の睪丸に比較して、莖膜の肥厚、間質組織の増殖、細精管の発生障碍、萎縮等が睪丸萎縮の原因をなしているとみた。

睪丸の悪性腫瘍形成につき、原田は停留睪丸のばあい、正常位睪丸に比し100乃至130倍と説き、睪丸腫瘍総数の10%内外の割合に停留睪丸腫瘍が発生すると云う。また原田は本邦の報告24例を観察し、その後各務、高橋も追加報告をしている。自験第6例の右睪丸は悪性腫瘍に変性した。睪丸捻転もしばしば認められ、Uffreduzzi は睪丸捻転症80例中60%以上を停留睪丸に認めた。なお井尻は鼠蹊睪丸患者に淋菌性副睪丸炎の合併した例を認めた。

鼠蹊睪丸の治療について、Casperによれば睪丸が移動し得れば思春期前にこれを引き下げるべく試むべきであると云い、千倉は学童期迄の小児鼠蹊睪丸に対しては、まず非観血的徒手整復法を推奨し、Uffreduzzi、中山等はホルモン剤の投与により効果を待ち、かつ観血療法にも併用し得ると説いた。

観血的療法は種々考按せられているが、その要点は(1)睪丸および精系の周囲組織よりの剝離、(2)精系延長を図るための鼠蹊管処理、(3)陰嚢腔形成、(4)睪丸固定、の4項である。しかしてBayerが精系を剝離して恥骨骨膜に縫合の後、睪丸を陰嚢内に固定して以来、v. Bramann、Lanzは大腿に睪丸を縫合固定し、Kocherは縫合糸を加錘牽引し、Hahnは睪丸を陰嚢外に固定した。その後Katzenstein、Lotheisen、Payrを経て、

Witzelは中隔切開の後、健側睪丸を露出し、これに患側睪丸を縫合し、再び健側陰嚢内に還納し、患側精系を中隔に縫合した。その他Kirschner、Polya、河石、武藤等は種々変法の考按、固定材料の改良を説いた。自験第1例は精系と周囲組織との癒着が密であつた為、剝離は内鼠蹊輪に及び、さらに主副睪丸の剝離を行つたが、なお陰嚢内に及ばず、止むを得ず除睪術を施行した。第2例はv. BramannおよびLanzにしたがい、延長固定をなしたが、半年後、睪丸が外鼠蹊輪迄上昇した。しかし本術式は比較的再発の多い術式である。第3例は精系の短縮高度であつて、還納不能のため、第6例は両側鼠蹊睪丸を有し、下降術を試みるべきであるが、右側腫瘍は悪性腫瘍の傾向を示し、かつ主副睪丸の癒着強度であるため、除睪術を行つた。

本症の遠隔成績をみると、尾崎氏によると、Villardは手術例110中56例は完全に目的を達し、42例は疑問、残り12例は失敗した。またPaschonは64例の手術例中34例を検し、20例が陰嚢の目的位置に存し、そのうち16例は正常發育をみ、8例は陰嚢上部に、16例は陰嚢外に存していた。尾崎は5例中3例目的を達し、1例は半ば目的を達した。Teneffは33例中28例に良好な成績を認めた。自験例ではHanusaにしたがつて、第3例に延長固定をなしたが、約半年後に睪丸上昇を認めた。

最後に観血的療法の適応につき、友田は思春期前、すなわち6才より14才までの間を最適であるとした。しかし一定期間の観察によつても自然降下の見込がなく、その他ヘルニア等の合併症を伴うばあいには、思春期以後に行うべきであると説く者もある。

第4章 結 論

- (1) 著者等は6例の鼠蹊睪丸を経過した。
- (2) 6例ともに幼少時より陰嚢内に睪丸を欠如しており、その内1例は同胞中に同様の症状を認めた。
- (3) 2例に鼠蹊ヘルニアの合併があり、そ

のうち1例は嵌頓ヘルニアを合併していた。

(4) 6例中5例は偏側、1例は両側性。単側5例中、右側は3例、左側は1例であつた。

(5) 両側性鼠蹊睪丸の第6例は、右側悪性腫瘤、左側睪丸萎縮および前立腺萎縮を伴い、腹膜腔内に転移性淋巴腺腫大を認めたる稀有なる症例である。

(6) 4例に観血療法を施し、そのうち3例に偏側除睪術を、1例に Lanz 法による睪丸

固定術を施行した。摘出睪丸は、第1例の大きさ： $3.3 \times 2.4 \times 1.4$ cm. 重量 7.7g. 第3例の大きさ： $3.4 \times 2.6 \times 1.3$ cm. 重量 8.0g. 第6例の大きさ： $9.5 \times 5.8 \times 4.0$ cm. 重量 12.7g である。

終りに臨み、終始御懇篤なる御指導、御校閲を賜つた恩師根岸教授に対し、深く感謝の意を捧げる次第である。

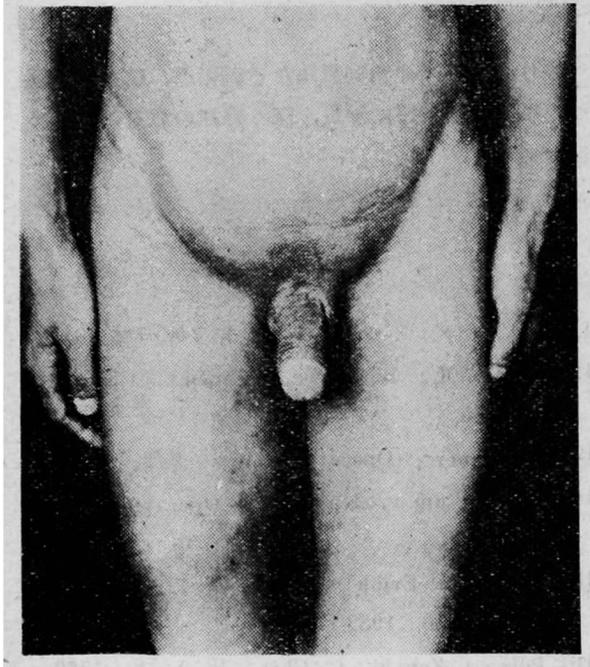
文 献

- 1) Büdinger : Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 90, S 532, 1907.
- 2) Katzenstein : Kongr. deutsch Geselsch. f. Chir. B. I, Teil X.
- 3) A. v. Lichtenberg : Handbuch. d. Urolog., V, spez. Urolog. III, 745.
- 4) Young, M. Davis Practice of Urology, Vol. II, 108.
- 5) Hanusa : Ergeben d. Chir. u. Orthp, 1913, Bd. 7, S 538.
- 6) 原田. : 体性. 28巻. 12号. 731.
- 7) 各務. : 日本外科会誌. 第36回. 11号. 2718頁.
- 8) Casper : Lehrbuch d. Urologie, B. II.
- 9) 千倉 : 日本整形外科誌. 14巻8号. 624頁
- 10) 井尻. : 皮性誌. 46巻. 2号. 173.
- 11) 尾崎 グレンツゲビート. 第7年7号. 8号.
- 12) S. Teneff · Boll. soc. Premont. Chir, H. 5, 1935.
- 13) Kirschner . Operationslehre. V/2. 1937.
- 14) Bier-Braum v. Kümmel. : Operationslehre. IV, 1933.
- 15) Meinicke, Erich · Dtsch. Z. f. Chir. 235, S 334—358. 1932.
- 16) Polya Zentbl. f. Chir. 48 J. S. 1762.
- 17) Paschon Zentbl. f. Chir. 1923. 50 J. S 140
- 18) 高橋 日本外科会誌. 第36回. 2号. 1473頁4
- 19) 河石 · 日本臨牀外科会誌. 第11回. 5号 153頁.
- 20) 友田 : 治療及処方. 15巻. 昭和9年.
- 21) 武藤 : 日本臨牀外科会誌. 第3回. 8号. 430頁.

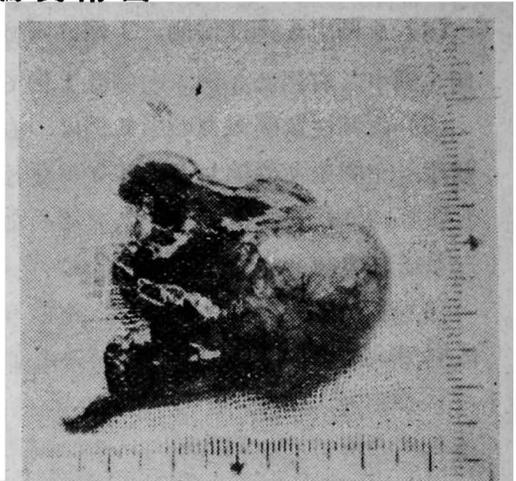
前田・成川論文附図

第1例 三〇悟

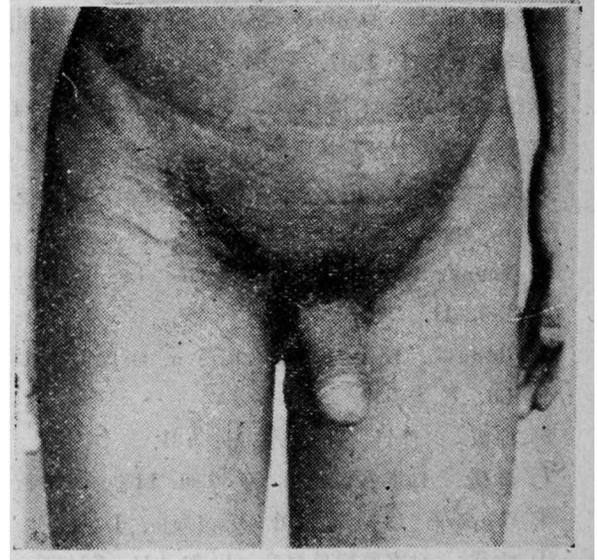
I 手術前



II 剔出睪丸竝に副睪丸



II 手術後



第6例 谷角某

I 剔出睪丸竝に副睪丸(剖面)



第3例 石井〇澄

I 剔出睪丸竝に副睪丸

