

後腹膜組織の炎症による尿管閉塞の1例

中央鉄道病院泌尿器科 (主任 岩崎太郎博士)

岩 崎 太 郎

清 島 茂 寿

福 地 彊

勅 使 河 原 正 男

A Case Report of Ureteral Obstruction due to Retroperitonitis

Taro IWASAKI, M. D., Shigetoshi KIYOSHIMA, M. D.,
Tsutomu FUKUCHI, M. D. and Masao TESHIGAWARA, M. D.*From the Urological Clinic, Central Railroad Hospital' Tokyo, Japan**(Director : Dr. T. Iwasaki)*

A case of relatively rare obstruction due to retroperitonitis is presented with a review of articles regarding to this type of complication since Ormond first reported. A discussion of its symptom, treatment and prognosis is also discussed.

最近我々は発熱、白血球増多症及び胃腸症状と共に尿管結石症様の急性発症を来し、診断上決定的な所見がえられずに試験的手術を行い、後腹膜腔の病変から外因性に尿管閉塞を来した事を明にした症例を経験したので之を報告すると共に些か文献によつて考察を加える事とする。

症 例

症例. 25才女子 家族歴に特記すべき事項なく、既往症には3年前に正常経過をとつた虫垂炎がある。

現病歴: 昭和33. 6. 4. 早朝、嘔吐と軽い発熱を伴つて突然左肋弓脊柱角部に強い疼痛発作が起り、疼痛は尿管に沿つて下方に放散した。

医師を訪れ麻薬の投与をうけたが背部の鈍痛は去らなかつた。かかる発作は3ヶ月前に一度経験したと云うが、6. 10. 早朝又も同様の発作が起つたので来院した。

現症: 体格稍々小柄、栄養良好。腹部膨満して緊張が強く、両側腎ともに触診されない。左側腹部殊に背部に著明な圧痛がある。尿は軽度に濁濁し蛋白(+), 赤血球(++)、白血球(±)、細菌(-) 左尿管結

石症の疑にて直に入院せしめた。

泌尿器科的検査

1. 血球算: 血色素量 68% (Sahli), 赤血球数359 × 10⁴, 白血球数 15, 100, 血沈1時間値 81~82mm.
2. 膀胱鏡検査: 容量 300cc 以上, 内景正常. 左尿管口より排尿なく, 青排泄も右側正常乍ら左側は5'まで排泄を見ない.
3. X線写真検査
 - a) 腎部膀胱部単純撮影にて L₄ 左横突起下に淡い結石様陰影を認める (第1図)
 - b) 排泄性腎盂撮影にて左側の造影を見ない. 尚尿管走行部に当り, 上記結石様陰影も見られない (第2図)
 - c) 尿管カテーテル法: 右側は容易に腎盂まで挿入されるが, 左側は尿管口より約 10 cmの部分でつかえて入らない. 造影剤は気体液体共にこの部分を越えて上行しない. 尚カテーテル尖端部にも結石様陰影を得ない (第3, 4図)
 - d) 後腹膜腔気体送用法: 結石症の診断が疑はしくなつたので施行したが, 酸素は右側を充し, 左側には殆ど送入されない (第5図)

e) 大動脈撮影法：左腎の状況が全く不明なので施行したが、その血管分布は略々正常所見を示した。

4. 総腎機能検査：実質的には右腎のみの機能と思はれるが、濃縮試験による最高比重 1027, P.S.P. 試験の2時間排泄総量は70%である。

5. 肝機能検査：B.S.P. 試験で45分値は5%以下。

6. β -Glucuronidase 定量：東大今村学士に依頼した結果では尿中0.2, 血清中1.6で共に正常限界内にある。

尚婦人科的にも全く異常をみとめない。

以上の所見から比較的急性に起つた原因不明の（腫瘍よりはむしろ炎症性と思はれる）尿管閉塞の状態と考え、原因を明らかにするために、6.25. 試験的手術を施行した。

手術所見：予め左尿管に可能なだけ（約10cm）尿管カテーテルを挿入しておき、左下腹部の傍直腹筋切開にて後腹膜腔に入る。尿管カテーテル先端は仙骨上縁より稍々下方にふれる。尿管部が意外に深くこの切開では検査が不十分なので腹膜を開いた。卵巣卵管には異常をみとめないが、下行結腸、小腸及び腹膜の一部が相互に癒着し、後部体側腹膜との間に小鶏卵大の腫瘤を形成し、迂回せる小腸襻を周囲より剥離すると約20ccの濃黄色の滲出液が流出した。次に腹膜内外より尿管の走行を検すると、カテーテル先端部より上外側方に向う索状の抵抗をふれたので、之を尿管と考えて上方に剥離してゆくと小指頭大の腫瘤に終つており、このものはその床部に強い動脈性搏動を伝える。茲で再び下部より尿管カテーテルの挿入を試みると約5cm程更に送入されたので、手術野よりその位置を確かめると、先の索状抵抗とは別にその内側を直上し、L₄横突起直下に到っている。これまでの手術所見と、入院時一般所見及び泌尿器科的諸検査の結果を併せ考えて、尿管閉塞は後腹膜腔の癒着性牽引によるもの、その原因は腫瘤の位置からみて腸骨動脈周囲淋巴腺の炎症によるものと判定した。この腫瘤は上述の如く強い動脈性搏動を伝える所から切除を差控えた。手術そのものは尿管閉塞の原因を明らかにする目的であつたが、結果的には部分的な左尿管剥離術を行つた事になり、暫く爾後の経過を観察することとして手術を終つた（第6図）

入院経過：術前術後を通じ尿中に赤血球を認めたのは初診時及び内視鏡的操作を試みた際のみで他は常に陰性であつた。術後経過は良好で8日に全抜糸、12

日に尿管カテーテル法を行い抵抗なく左腎盂まで挿入出来た。この際の逆行性撮影で軽度の左腎盂拡張と不十分な仙骨上縁部尿管描出及びそれより近位尿管の拡張が見られた（第7図）14日に排泄性腎盂撮影を試みたが両側腎ともに略々正常の機能並に腎盂形態を示した（第8図）

患者の自覚症状は術後すべて消失し、現在6ヶ月を経て全く無症状に経過して居り、4ヶ月目に撮つた排泄性腎盂像も全く正常に復している。この際同時に下部尿管を造影せしめたが両側ともに仙骨縁にあたる部分が不十分で、或は将来之が何等かの意味をもつ様になる可能性を示している様である（第9、10図）

考 按

後腹膜腔の非特異炎症性変化による尿管閉塞の症例は1948年 Ormond が報告して以来、現在まで約20例に及んでいるが本邦に於いては僅に狭窄症としての報告があるにすぎない。これらの報告症例を仔細に検討すると極めて興味のある幾多の共通点を見出す事ができ、それらはこの状態に対して一つの疾患像を示唆するに足るものがあるので敢へて既報告症例の個々について簡単に紹介する事とする。

Ormond の報告 (1948)

1. 45才男子 主訴：体重漸減、4ヶ月来両側大腿殊に左側に強く放散する下部腰痛、上肢に放散する鎖骨下疼痛。尿所見、全身所見正常、数日後突然無尿症。膀胱内景正常。尿管カテーテル法で尿排出、症状寛解するもカテーテル抜去で再発。逆行性腎盂像は略々正常。尚強度の貧血あり、両側腎瘻術で急速に腎機能を回復。内視鏡的尿管拡張術を続ける。3年半後尿路感染、尿毒症で死亡。剖検にて線維性後腹膜組織塊を腎より仙骨岬に及ぶ範囲に認め、尿管がその側縁に被包されるも尿管自体は全く正常。

2. 43才男子 前症に胆嚢切除、虫垂切除。主訴：背痛及び睾丸痛。初診時軽度の貧血と腰椎、仙骨の形態異常をみとむ。2ヶ月後に無尿症。一般所見、膀胱内景正常。尿管カテーテル挿入にて排尿あるも抜去で無尿。左腎盂拡大あり。手術により後腹膜腔に平板状組織塊あり側縁に尿管を包埋。尿管は正常、剥離後腹腔内に転移。1年の観察で正常を保ち体重貧血共に正常となる。

Miller 等の報告 (1952)

3. Anselem の症例：25才女子。主訴：左季肋下疼痛と嘔吐。血液検査で腎機能不全と尿毒症を認む。排泄性及び逆行性撮影で両側水腎症。両側の腎瘻術を

施行し、数ヶ月後に全身状態好転す。7ヶ月後に右腎剔除、左尿管剥離術を行い良好な成績を収める。

4. Helfert の症例：41才男子。主訴：乏尿及び無尿。窒素血症あり。尿管カテーテル留置で排尿あるも抜去により窒素血症に復する。腎盂像正常。手術にて腎は硬化脂肪組織にて緊縮さる。右腎及び右尿管を剥離し、症状消褪す。数ヶ月後の腎盂撮影で正常。再発の兆なし。

5. Ewell の症例：49才男子。主訴：左側腹上部、左腎部の鈍痛。7週間来典型的腎仙痛。排泄性撮影で右正常なるも左側描出なし。膀胱内景正常。逆行性撮影で左腎盂腎盞の拡張。左腎剔除を行う。その際 Gerota 筋膜の肥厚、腎周囲脂肪組織に著明な浮腫と線維化を見る。4ヶ月後悪心と共に無尿症。尿管カテーテル留置で悪心消失、抜去で再発。腎瘻術と尿管剥離術を行い予後良好。術時、腎、尿管周囲組織は左側と同様の変化を見る。

6. 53才男子。主訴：睾丸に放散する左腰痛、排尿回数増加と夜間頻尿。左肋弓脊柱角部に圧痛あり。白血球増多症と軽度の尿変化あり。膀胱内景正常。尿管カテーテル法施行後症状消失。3週後悪心嘔吐に伴う下腹部疼痛、左睾丸及び大腿部に放散す。腹部触診にて臍部を中心とする平滑な移動性なき腫瘤をふれる。貧血及残余窒素の上昇。排泄性撮影で左腎機能なく、逆行性撮影で左腎盂拡張と下部尿管の充盈欠損あり、右側は正常。1ヶ月を経て無尿症に陥る。尿管カテーテル法にて両側共に尿管口より5cmの部位に抵抗あり。両側尿管剥離術を行う。尿管は腎より仙骨に及ぶ出血性組織塊にて被包さる。13ヶ月後の検査で正常所見をうる。

Bradfield の報告

7. 51才男子。1ヶ月来下痢発熱、好転に代つて背痛、下腹痛を来し両側睾丸に放散。その他腹部膨満、夜間多尿、排尿時疼痛あり。肋弓脊柱角部と下腹部全体に強い圧痛を証明。排泄性腎盂像は正常、貧血もない。2週間後疼痛増強、腹部緊満す。膀胱内景、尿所見共に正常。排泄性撮影で左側の描出なし。尿管カテーテル法で左腎より排尿あり。以後数回の逆行性撮影で常に左腎盂腎盞の軽度の拡張と中間部尿管狭窄及び近位尿管の拡張を見る。手術にて上部5cmを残し左尿管は弾性硬化せる組織塊にて圍繞され、之は仙骨岬に及ぶ。腎瘻術とレ線療法を行う。3ヶ月後右側にも同様の変化を来し、尿管を剥離し腹腔内に転移する。この際左側も同様処理す。3ヶ月後すべての症状を去り、9ヶ月後正常腎盂像をうる。

Vest 等の報告 (Periureteritis plastica) として報告)

8. 48才男子。数年間に TUR 及び前立腺剔除術を施行し、この間1年半にわたる膀胱炎を経過す。約1年前より右側腹痛あり、尿正常、排泄性撮影で右水腎症と尿管の造影欠損。内視鏡的尿管拡張は無効。手術により腎周囲脂肪組織の癒着と尿管の硬化組織内被包を見、右腎及び大部分の右尿管を剔除。尿管は略々正常。腎損傷も軽度。

9. 46才男子。前歴に尿路症状あり。主訴：右腎部に放散する右側腹部疼痛、右尿管口に浮腫を見るが尿管カテーテル挿入は可能。手術により腰背筋膜下に線維組織塊あり、腎及び尿管を圍繞。右腎剔除後症状消褪。腎は救済可能と見られた。

10. 46才男子。嘗て膀胱癌で電気凝固施行中。約1年半にわたる膀胱炎持続あり。主訴：数度の恥骨上部不快感、発熱及び膀胱炎症状。右側尿管カテーテルを通ぜず。右水腎症と右尿管の充満欠損をみとむ。手術により右尿管は硬化組織内に在るも尿管に閉鎖を見ず。尿管瘻術と被包硬化組織の切除。2年半後腎盂像は正常となる。

11. 36才男子。主訴：1年来数回の右腎仙痛様発作と陰囊への放散痛。逆行性撮影で右腎盂尿管接合部下に著明な閉塞あり。手術により右尿管と之を被包する組織を一塊として後腹膜腔にて剥離。内在する尿管は全く正常で尿管剥離と尿管瘻術を行う。2ヶ月以後正常となる。

Chisholm 等の報告。

12. 36才男子。最近10年間に3回腸炎の治療を受く。主訴：体重減少、血性粘液性水様便、悪心、嘔吐と下腿陰部の浮腫、陰萎。他覚的に高血圧、貧血及びNPN上昇あり。尿所見、膀胱内景は正常。尿管カテーテル挿入で右腎より著明な排尿。該側に水腎症を見る。右腎瘻術と尿管剥離を施行。尿管は腎盂より仙骨岬に及ぶ厚い粗い鞘状物にて閉塞され、且つ正中側に偏位す。尿管は剥離にて正常位に戻るも壁には処々に硬結あり。1ヶ月後左尿管も閉塞を来し、右側と同様処理し、病変も略々同断である。1年半に両腎共に正常となり Livido も回復す。

Mirabile 等の報告

13. 34才女子。虫垂切除、胆嚢切除の前歴あり。主訴：3ヶ月来の左側腹部疼痛。3週間来の悪心嘔吐及び背痛。他覚的に左側腹部圧痛の他に貧血、白血球増多症、血圧及びNPNの上昇。尿所見、膀胱内景正常。両側の水腎症及水尿管あり。続いて無尿に陥り左

側のみ尿管カテーテルを容れる。手術にて左尿管は幅広い炎症性組織帯に包まれる。尿管瘻術を施行。1ヶ月後右側にも施行。5ヶ月目頃左腰痛あり、左尿管は下部1/3に閉塞を見る。手術にて該部に腸骨血管との癒着を見たので部分切除端々吻合を施行。4ヶ月を経て両側共に軽い水腎症を残す。

Iozzi 等の報告。

14. 44才男子 6ヶ月に胆嚢切除。以後左側腹部及び下腹部に疼痛ある他、進行性便秘、嘔吐、体重減少あり。左側腹部、左上腹部に圧痛を認む。尿所見正常、尿管カテーテル法で左側は尿管口より22cmの部位に抵抗あり、軽い水腎症を証明す。手術にて左尿管は厚い線維性硬化組織中に在り、之は腎盂尿管接合部下4cmの部分より腸骨血管との交叉部に及ぶ。尿管剝離と尿管瘻術を施行。6ヶ月後に回復するも更に2ヶ月後便秘を来し、直腸上部の粘膜に狭窄を認む。この際左腎機能は喪失す。試験手術により下部腹膜反転部に大きな炎症過程をみとめ之は仙骨岬に癒着す。2週間後腎機能回復、5ヶ月後に正常腎孟像をうる。

Mulvaney の報告 (Periureteritis obliterans として報告)

15. 51才男子。主訴：背痛、腹痛、嘔吐、体重減少及び膿尿。両側腹部に圧痛あり、NPN 上昇と貧血を見る。半年後に手術。右尿管に約6cmに亘る周囲組織の線維化あり。尿管剝離を行うも殆ど尿管は閉鎖す。部分切除端々吻合を行い、更に1週間後左側の処理を試みたが腎の変化強き為剝離す。2年後尿管腎孟像は正常。

16. 43才女子。主訴：悪心嘔吐、踝部浮腫、腰痛、下腹痛及び夜間多尿。高血圧あるも尿は正常。貧血及びBUN 上昇あり。7ヶ月後尿毒症高度となり逆行性撮影で両側水腎症及び尿管。右尿管剝離と腎瘻術を施行し排尿は良好であつたが尿毒症は亢進し、この状態で左腎剝離を行つたが死亡。

17. 26才女子。5年来右腎に6回の腎盂腎炎性発作あり。逆行性撮影で水腎症と骨盤縁に於ける尿管閉塞を認む。手術により中間部尿管は定型な線維組織により圧迫さる。尿管剝離後完全に閉鎖していると思はれる約2cmの尿管部分を切除端々吻合す。術後全く症状消失す

次に本邦文献に見る類似症例(何れも尿管狭窄として報告さる)を挙げると、

1. 大越症例：28才男子。主訴：疲労に際し右下肢に浮腫発生。PRP を施行して右腎造影されず。逆行性撮影で右腎孟拡張と尿管下部の狭窄あり。手術によ

り炎症癒着を確認、尿管剝離術を施行。予後に関し記載なし。

2. 棒症例：24才男子。2年来虫垂炎、腸閉塞などによる腹膜炎を反復。主訴：乏尿、膿尿及び左腎部鈍痛。膀胱内景正常。尿変化あるも貧血なし。排泄性撮影で左腎機能なく、逆行性撮影で軽度の腎盂拡張と下部尿管狭窄及び近位尿管拡張あり、手術にて高度の尿管周炎、尿管壁の肥厚を認む。尿管剝離術を施行。約1ヶ月の経過で左腎より排尿あるも腎機能不全の状態である。

以上煩鎖をも省みず幾多類似症例を挙げたが自ら次の如き共通事項が出て来るであろう。

先づすべての症例で尿管の一義的狭窄乃至閉塞が発生又は分明する以前に於て相当な時間的ロスがあり、直接的原因を確実に断定出来ない事。自覚的徴候では軽度の発熱、胃腸障碍、体重減少、原因不明の貧血などと屢々放散性を示す側腹部疼痛に次いで乏尿或は無尿があり、殊に他覚的に患側部位の著明な圧痛、尿管カテーテル挿入による排尿と症状寛解、同時に抜去による症状再発が顕著なもので、他にレ線写真の上で腎盂腎蓋の拡張と中間部尿管の充盈不足～欠損、腎孟内造影剤の排泄遅延などがある。原則的には尿所見、膀胱内景に異常なく、尿管カテーテル挿入も可能のものが多く、決定的な診断は従来はすべて手術的方法によつている。後腹膜腔に於いて患側尿管を側方縁に近い部分で包埋している硬く肥厚した炎症性結締組織塊の形成が著明である。この組織は病理学的に多少の急慢性の相違はあつても概して膠原線維、線維芽細胞の増殖と小円形細胞の滲透性浸潤及びリンパ球の小集簇が見出され、他の炎症性細胞の遊出は少く、悪性像はみとめられない。その拠りは腎盂尿管接合部より仙骨岬にわたる後腹膜腔で中に尿管の他に大血管神経を含んでいる。治療は当面した著者によつて異なるが、保存的方法は効果的でなく、観血的に尿管を炎症組織より十分に剝離転移し、同時に適当期間尿流を遮断する方法に大体一致している。

夫々の報告者のこの状態に対する見解はその先行したと思はれる疾患や臨床的病像のこまかい相違などによつて必ずしも一致が見られない。次に代表的見解を挙げると、

1. Ormond の報告の如く尿路又は腹腔内臓器に疾患がなく、因果関係を他に求め難い場合。

2. Vest 等の報告の如く右尿管下部のリンパ管構造の特殊性を強調しうる場合。これは右側のみに発し下部尿路感染が基盤をなすと考えられる。

3. *Mirabile* 等は腹腔内臓器の炎症性疾患に継発したと思はれる場合も分けて考えている。この場合原因となる疾患として、虫垂炎、胆嚢炎、末端回腸炎、付属器炎、卵巣炎などが挙げられている。

我々の症例に於ては、先行する下部尿路疾患なく、又3年前の虫垂炎は極く正常な経過をとつた。患側は左で試験手術では一応尿管の病変が腸骨血管周囲リンパ腺炎と思はれるものを介して部分的な小腸及び腹膜の炎性変化と結合していた。残念な事に手術時かかる疾患概念をもたなかつたので単に尿管閉塞の直接的原因が尿管外の変化による事を確かめたのみでそれ以上の検索を行わなかつた。然し結果的に見て上部尿路の変化は未だ軽度であり、又腸管の変化を思はせる所見も外部的には欠けていたので開腹術を行はなければ小腸及び腹膜の炎症所見も看過されたものと思はれ、当然 *Ormond* の範疇に入つたであろう。開腹の結果からすれば腹腔内臓器の炎症と後腹膜リンパ腺の炎症と、差当り何れを主何れを従と決し難く従つて *Ormond* 及び *Mirabile* 型の間中型といえるであろう。*Vest* 等は右側性という事を強調したが、彼等は手術に際して腹膜を開かず又対側の状況をも検索しなかつた。左側のみに疾患が起り、同様の過程を対側に見ずに経過した症例も2~3見られる事から推してこの立場には多分に偶然性が存するのではあるまいか。而も手術時の所見が全くよく類似しているに於ては敢てこの状態を細分するのは当を得ない様である。*Mulvaney* がこの状態を一括しようとした試みは甚だ正鵠を射たものと考えられる。茲に多少の飛躍はあるが後腹膜炎症による尿管狭窄乃至閉塞を一つの疾患と仮定すれば次の如き病像を示す事にならう。

先づ一定の後腹膜組織 (*Daseler & Anson* の *Potential space*) 急性~亜急性炎症として始まる。これは或程度胃腸症状に対する原因となりうる。相当の期間を経て癒着性収縮を来すと同時に内包される尿管、神経、大血管などがこの組織内で種々の方向(多くは正中側である)に向つて牽引され、その結果最も外側に在つて移動にも富む尿管に主として障害が及びその結果としての臨床症状が発し易い。その他の臓器への侵襲の結果としては結腸直腸移行部の狭窄、下半身浮腫、*Livido* 消失などの形が見られている。尿管の侵襲は先づ中間部尿管の狭窄、水腎症、水尿管の発生に続き多くの場合完全な閉塞を来す。これは屢々両側性に起り乏尿、無尿、尿毒症などを呈して来る。尿管侵襲の当初には尿管壁は全く冒されていないが、屢々周囲組織の生検標本で非特異性感染細菌が検出され、硬化組織の炎症が慢性型ながら進行性のものである事

が窺われる所から、場合によつては漸次尿管壁も二次的に冒される可能性がある。即ち2~3の症例では治療に尿管部分切除、端々吻合が必要となつている。先づ偏側性に始まり次いで他側に同じ病変を継発した症例の経過から見ると、その原因たる後腹膜炎症は慢性であつても尿路症状は相当急激に発する事が窺はれ、従つて結石様痙攣発作を以て発病する場合のある事も十分に理解されうる。偏側性で疾患が進行した場合は水腎症に關聯する臨床状態を残すに止らうが両側性に進行した場合は無尿症より尿毒症に終らう。

疾患名に關しては病変に即した *Periureteritis plastica*, *Periureteritis obliterans* などが提唱されたが、上に仮定した病像乃至疾患経過からすれば何れも満足すべきものではなくより広汎な病変を示唆するものでなくてはなるまい(例えば *retroperitonitische Ureteropathie* の如き)

我々の経験した症例はこの病像よりすれば極めて初期の像であり、*Mirabile* 等、*Mulvaney* などの症例は比較的末期に近いものであつたと解せられる。

適当に診断され、治療された場合本症の予後は屢々再発乃至新に発症する可能性はあつても極めて良好であり、殊に早期に考慮が払はれた場合には痕跡をとどめないまでに治癒しうる様である。これには単に手術的方法のみならず、内視鏡的尿管拡張法に強力な化学療法、*Cortison* 療法或はレ線照射療法の併用なども考慮されてよいであろう。

結 語

比較的稀な後腹膜組織の炎症による尿管閉塞の症例を報告し、*Ormond* 以来幾多の報告された類似症例をとりまとめ、病像、治療、予後などに関し考察を加えた。

文 献

- 1) *Ormond*, J. K. : *J. Urol.*, **59** : 1072, 1948.
- 2) *Miller*, J. M., *Lippin*, R. J., *Meisel*, H. J. & *Long*, P. H. : *J. Urol.*, **68** : 447, 1952.
- 3) *Bradfield*, E. O. : *J. Urol.*, **69** : 769, 1953.
- 4) *Vest*, S. A. & *Barelare*, B. : *J. Urol.*, **70** : 38, 1953.
- 5) *Chisholm*, E. R., *Hutch*, J. A. & *Bolomey*, A. A. : *J. Urol.*, **72** : 812, 1954.
- 6) *Mirabile*, C. S. & *Spillane*, R. J. : *J. Urol.*, **73** : 783, 1954.
- 7) *Iozzi*, L. & *Murphy*, J. J. : *J. Urol.*, **77** :

402, 1957.

- 8) Mulvaney, W. P. : J. Urol. 79 : 410, 1958.
9) 榎行忠 : 臨皮泌, 7 : 71, 1953.

10) 大越正秋 : 日泌尿会誌, 45 : 103, 1954.

- 11) Daseler, E. H. & Anson, B. J. : J. Urol., 49 : 789, 1943 ; Cit. Chisholm et al. . J. Urol., 72 : 812, 1954.

Fig. 1.

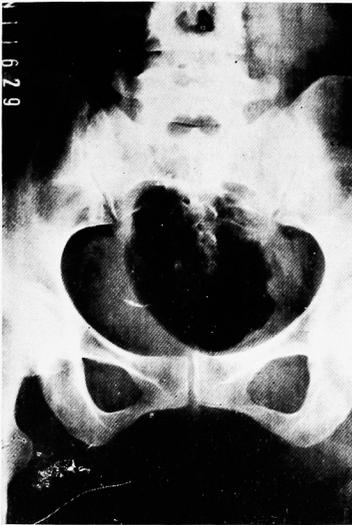


Fig. 2.

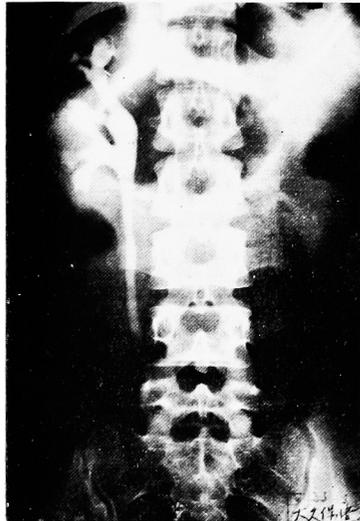


Fig. 3.

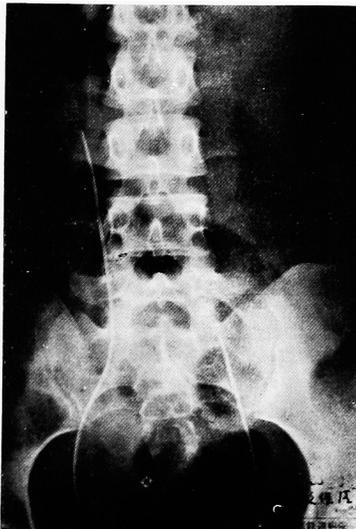


Fig. 4.

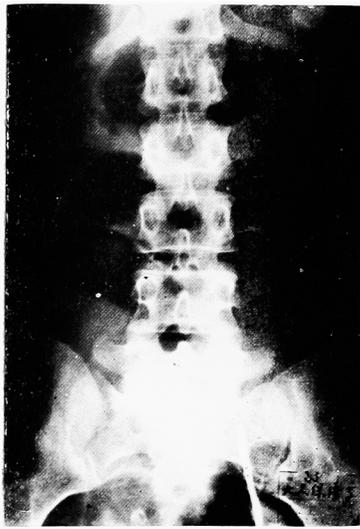


Fig. 5.

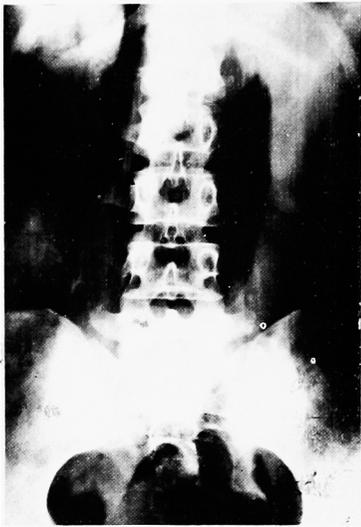


Fig. 6.

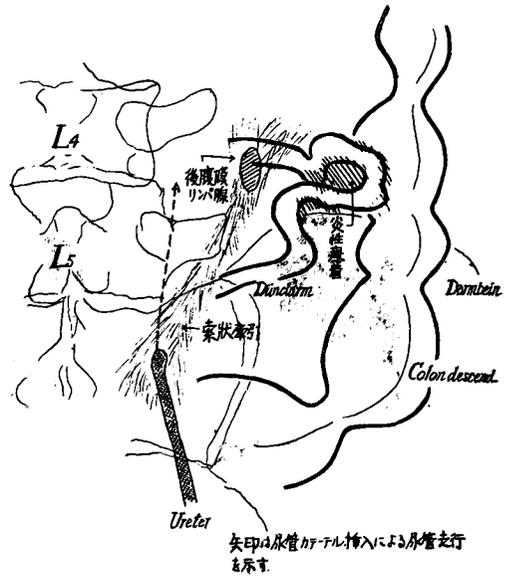


Fig. 7.

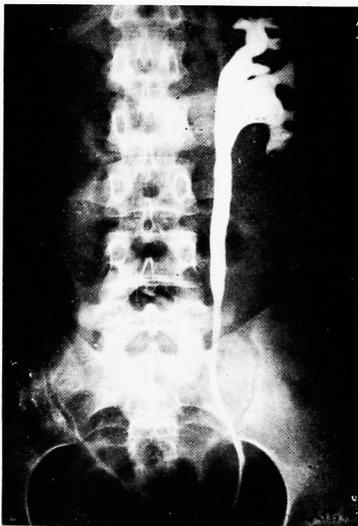


Fig. 8.

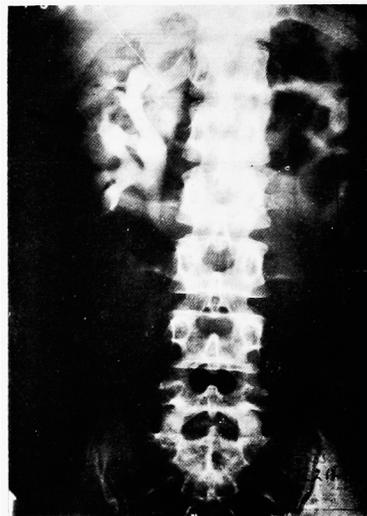


Fig. 9.

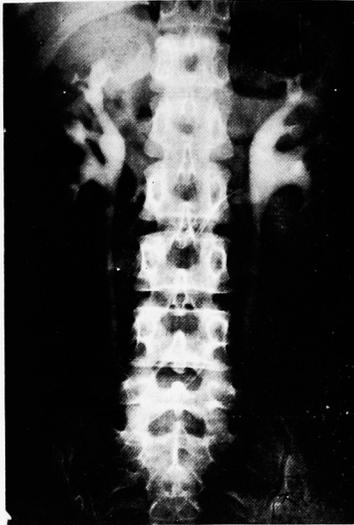
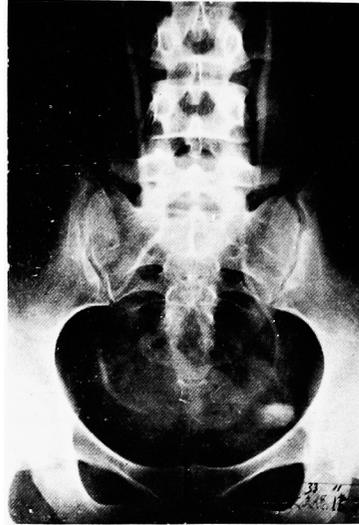


Fig. 10.



日本最初の グリチルリチン製剤

(抱合グルクロン酸)

弊社が甘草の主成分グリチルリチン(抱合グルクロン酸)に着目し医薬品としてミノファーゲンC、強力ミノファーゲンC等に取り入れてから既に二十余年、之等は臨床常備薬として確固たる基礎を確立致しました。

最近欧米諸国は勿論、国内に於てもグリチルリチンの卓効に着目するところとなり、その治療的価値が高く評価されて参りました。

茲に各界の御要望に応えグリチルリチン単独、高濃度製剤をグリチロンと名づけて発売致しました。

- 特 徴**
1. 本剤は肝臓その他の体組織に安定せる抱合グルクロン酸として到達、必要に応じて体内の毒物と抱合結合してこれを無毒化する。
 2. 副腎皮質ホルモンの一因子であるDOCAに似た作用がある。
 3. 薬・食物中毒のみならず喘息、神経痛等に対する画期的抗アレルギー作用。
 4. 解毒能は単純グルクロン酸の3倍以上。

適 応 症

肝臓機能障碍(肝炎、黄疸)
食物中毒(蕁麻疹)、薬物中毒
自家中毒、悪阻、皮膚炎

包 装…… 2cc×10

保険点数…… 6 点

抱合グルクロン酸製剤

グリチロン注

東京・ミノファーゲン製薬本舗・大阪