

重複腎ノ臨床的意義ニ就テ

Über die klinische Bedeutung von Doppelnieren.

Von Dr. K. TATUMI.

[Aus der I chir. Klinik d. Kais. Universität, Kyoto. (Prof. Dr. R. Torikata)]

京都帝國大學醫學部外科學教室(島瀉教授)

醫學士 巽

馨

腎臟並ビニ腎盂輸尿管ノ重複畸形ハ古クヨリ病理學者ニ依ツテ報告セラレ甚ダ稀有ナラズト雖モ、最近ニ至ルマデハ單ニ病理解剖學的興味ノ域ヲ脱セザリキ。一九一三年 Adrian 及ビ Lichtenberg 氏ガ自己ノ臨床例ヲ報告シテ「其型ノ如何ヲ問ハズ、カ、ル畸形ノ存在ハ其所屬腎ノ疾患ニ對スル主要ナル素因ヲナス」コトヲ注意シ又同年 Müller 氏ハ世界文獻中ヨリ蒐集セル十九例及自己ノ二例ノ臨床例ニ就キテ精細ナル觀察ヲ公表シテヨリ斯ル重複畸形ノ問題ハ頓ミニ斯界ノ注目ヲ引クニ至レリ。

サレドモ猶當時ニ於テハ其診斷ガ術前ニ於テ確定セラレタルモノ甚ダ稀少ニシテ多クハ手術中乃至術後ニ於テ偶然之ヲ見出シタルニ過ギザリキ。

然ルニ近時精巧ナル診斷用器具ノ發明ト「レントゲン」線ノ診斷學的應用ノ發達ト共ニ、泌尿器科診斷ハ長足ノ進歩ヲ遂ゲ腎臟並ビニ腎盂輸尿管ノ重複畸形モ往々ニシテ術前ニ於テ診斷セラル、ニ及ビ、此種畸形ノ存在ハ臨床上多大ノ興味ト重要ナル意義トヲ生ズルニ至レリ。

余等ハ最近經驗セル重複腎ノ一臨床例ヲ報告シ併セテ本畸形ノ臨床的考察ヲ試ミントス。

臨床 例

患者。旗〇タ〇、女子、二十二歳、農業、大正十四年五月四日入院。
遺傳的關係。一姉ハ肺結核ニテ斃レ父及一叔母ハ腦溢血ニテ死亡ス。其他ニ
特記スベキモノナシ。

既往症。生來虛弱ナルモ著患ヲ知ラズ。淋疾ニ感染セルコトナク又毛髮脫落
嘔聲、發疹、流産、死産等ヲ經驗セルコトナシ。酒、煙草ヲ好マズ。

主訴。約十ヶ月前ヨリ特別ノ誘因ナク尿數頻繁トナリ膀胱部ノ充滿感及ビ排
尿時尿道部ニ不快感ヲ訴フ。約四ヶ月前ヨリハ排尿時及其後ニ膀胱及尿道部
ニ疼痛ヲ訴ヘ尿ノ濁濁セルヲ認メタリ。時々排尿終末期ニ血樣液ノ點滴スル
ヲ認ム。近來盜汗輕度ノ發熱アリ。咳嗽咯痰ナシ。

食慾良、睡眠良、便通一日一行。月經正順。

一般所見。體格中等度、榮養不良、皮下脂肪組織及筋肉ノ發育不良。皮膚貧
血乾燥シ稍々弛緩ス。脈搏。整正、大サ緊張度尋常、數一分時一〇〇、體溫。
午後六時攝氏三七・九度。頭部異狀ナシ。顔面稍々苦惱ノ表情ヲ呈シ一般ニ蒼
白ナルモ頰部發赤ス。眼、鼻、耳、口、可視粘膜ニ一般ニ貧血セル外ニ異常ヲ
認メズ。胸部。對稱性均等、呼吸平靜ニシテ胸腹型、心臟、濁音境界尋常心
悸稍亢進スルモ心音凡テノ口ニ於テ正純ナリ。

肺臟、右上部前後ニ於テ稍々濁シ其部呼吸音弱シ。他部ニ異常ヲ認メズ。四
肢。異狀ヲ認メズ。

局所所見。視診。腹部ハ一般ニ膨隆又ハ陷沒セズ。異常ノ皮膚變色、靜脈ノ怒
張又ハ蠕動運動ヲ認メズ。注視スルニ左季肋部乃至左側腹部ハ右ニ比シ一般
ニ僅カニ膨隆シ同側腸骨窩部同様稍々充盈ス。此ノ部ノ皮膚ハ右側ニ比シテ
差異ヲ認メズ。觸診。上記ノ部分(左季肋下部)ニ一ツノ腫瘍ヲ觸ル。腫瘍ハ
大人手拳大略橢圓形ニシテ其境界上部ハ肋骨弓直下、内方ハ鎖骨中央線ヨリ
二横指右方下部ハ殆ンド臍下一横指ノ高サニ達ス。背部ヨリモ觸ル、コトヲ

以上ノ如ク既往症並ビニ視診、觸診又ハ尿所見等ノ臨床的検査上ノ診斷トシテハ、左側腎結核ヲ考フベク少クトモ患側

得背腹兩側ヨリ雙手ヲ以テ把持シ得。表面平滑、周緣鈍圓ニシテ硬度平等ニ
彈力性硬ニシテ波動ヲ證明セズ、壓痛著明ニシテ殊ニ腹側ニ於テ著シ。移動
性少シ。

又右季肋部ニ於テ約鵝卵大ノ抵抗ヲ觸ル。其境界、上内方ハ不明、下部ハ
臍上二横指ノ高サニアリ、性狀左側ト略々同様ナルモ著明ナラズ、且壓痛ヲ
證明セズ。其他腹部ニ異狀ノ腫瘍又ハ抵抗ヲ證明セズ、又異狀ノ壓痛點ヲ認
メズ。

膀胱尿所見。帶黃灰白色不透明、比重一〇一二、弱酸性、蛋白、定性、強陽
性、定量一・八%輕グメリン、「ヂアソオ」、「インヂカン」、諸反應陰性ニシテ
檢鏡的検査ニヨリ多數ノ膿球、膀胱上皮細胞及少數ノ赤血球ヲ證明セリ、結
核菌ヲ證明セズ。

膀胱鏡検査所見。大正十四年五月五日、腰椎麻酔(トロバコカイン〇・〇六五)
膀胱ノ形尋常、容量一二〇、洗滌液濁濁ス、膀胱粘膜ハ一般ニ濁濁シ固有
ノ光澤ヲ失ヒ一般ニ腫脹シ血管像不明瞭ナリ。所々殊ニ底部ニ大小無數ノ潰
瘍ヲ認ム。輸尿管開口部ハ右側ハ全ク潰瘍ニ妨ゲラレテ遂ニ見出し得ズ。左
側開口部ハ正常部位ニ見出セルモ周圍ニ多數ノ潰瘍アリテ明確ナル性狀所見
ヲ得ズ。

輸尿管「カテリスムス」ハ膀胱容量ノ少キコトト、潰瘍ノ爲輸尿管開口部
不分明ナリシコト及充盈液ノ速カナル濁濁トニ妨ゲラレテ之ヲナス能ハザリ
キ。

機能検査法。(インヂゴカルミン法。)體溫ニ加熱セル二%ノ「インヂゴカ
ルミン」五ccヲ大胸筋肉ニ注射シテ其排泄ヲ檢シタルニ左側輸尿管開口部ヨ
リハ注射後十分ニシテ微カニ、十四分ニシテ旺盛ニ青色尿ノ噴出スルヲ見タ
リ。右側開口部ヨリハ二十分餘リ觀察スルモ青色液排泄ヲ認メズ。

ハ左側タラザルベカラズ。然ルニ機能検査ノ結果ハ前者ニ於テ患側ナルベキ左腎ノ機能ハ正常ニシテ、健側ナルベキ筈ノ右腎ノ機能ハ著シク障碍セラレ居ル事實及右側膀胱粘膜ニ最モ多クノ潰瘍ヲ認ムルコト等ヨリ斷定スレバ即チ患側ハ右側タラザルベカラズ。即チ視診、觸診上ノ診斷ト、機能検査及膀胱鏡検査ノ成績ヨリ斷定セラルベキ診斷トハ全ク正反對ノ結果ヲ示セリ。

後者ニヨリ多クノ價值ヲ置カンカ、左腎ハ代償性肥大ヲ營ムモノト理解スベキモ左腎ノ大サハ臨床上異狀ニ大ニシテ且、著明ニ壓痛ノアル點等ヨリ考ヘテ左腎ハ健常ナリト思惟スル能ハズ。

茲ニ於テ左腎ヲ手術的ニ脱出セシメテ檢セリ。

手術所見。大正十四年五月八日、全身麻醉(麻醉量「クロ、ホルム」一〇cc、一テール二五cc)ノ下ニ腰部斜切開法(一五糎)ヲ行フ。

腎周圍ノ癒着比較的強度ニシテ殊ニ腎ノ下半部ニ著シ。之ヲ剝離シ腎ヲ脱出セシメテ檢スルニ腎ハ正常腎ノ約二倍大ニ肥大シ、其下部三分ノ二ハ色淡ニシテ著明ニ結核性變化ヲ呈セリ。上部三分ノ一ハ外觀上殆ンド正常ニシテ上極ハ下極ニ比シ著明ニ大ナリ。輸尿管モ同様著シク肥厚シ(第二指大)表面色淡ニシテ多數ノ結核性結節ヲ認ム。尙此ノ輸尿管以外ニ其内側ニ當リテ一ツノ細キ輸尿管索狀物ヲ認メタリ。此等ハ何レモ腎ヲ去ルハ糎ノ部ニ於テ拮拮シ截斷シ腎ヲ剔出セリ。此際腎動脈ハ殆ンド正常ノ關係ニアリキ。輸尿管ノ殘斷端ハ創内ニ埋メ、手術創ハ全部ヲ縫合シ手術ヲ終ル。

剔出腎ノ肉眼の所見。被膜剝離。上三分ノ一ハ極メテ容易ナルモ下三分ノ二ハ甚ダ困難ナリ。形、略々正常ナルモ上極ニ於テ稍々腫大ス。

重量六五〇瓦、長徑一四糎、幅徑五・五糎、厚徑三・五糎。

表面、下三分ノ二ハ色淡ニシテ粗大ナル凹凸ヲ呈シ且止針頭大乃至米粒大ノ灰白色結節無數散在セルヲ認ム。上三分ノ一ハ(長徑五糎)色尋常平滑ナリ。硬度一般ニ彈力性硬ナルモ下三分ノ二ハ稍々比較的彈力性ニ乏シ。

剖面。下三分ノ二ハ腎實質強度ニ瀾濁シ、色淡ニシテ大小種々ノ圓形灰白色ノ結節多數ニ散在ス。又腎盂ニ接セル部ニ於テハ廣ク乾酪樣變性ヲ營ミ腎組織崩壞セリ。皮質並ビニ隨質及錐狀體ノ像全ク不明ナリ。腎盂モ亦極メテ僅カニ肥厚セル内膜面ヲ殘シテ他ハ大部分乾酪樣ニ變性シ、乾酪樣物質ヲ以テ埋マレルガ如キ觀アリ。上三分ノ一ニ於テハ腎實質ノ性狀全ク正常ニシテ四個ノ錐狀體ヲ認ム。此等腎組織ニ圍繞セラレテ更ニ一ツノ腎盂ヲ認ム。正常腎盂ヨリ稍々小ニシテ四個ノ腎盞ヲ認メ性狀全ク正常ナリ。

以上兩部分ノ境界ハ約一糎ノ幅ヲ有スル帶狀ノ腎組織ヲ以テ成リ肉眼上特ニ異狀ヲ認メズ。輸尿管ハ二條ヲ證明シ何レモ一ツノ腎門ヨリ發スルモ其一ツハ下腎盂ニ連リ他ハ上腎盂ニ連ル。下腎盂ニ屬スルモノハ略々第二指大ニ大シ表面ノ色淡ニシテ多數ノ灰白色結節散在ス。管腔ハ乾酪樣物質ニヨリ閉肥塞セラレ、力ヲ加ヘザレバ消息ヲ挿入シ得ズ。上腎盂ニ屬スルモノハ正常輸尿管大ヨリ細少ニシテ上腎盂ニ連リ色、硬度其他ノ性狀正常ニシテ容易ニ消息ヲ挿入シ得。其管腔截開スルニ縱ニ多クノ皺壁ヲ有スル正常ノ輸尿管粘膜ヲ認ム。

剔出腎ノ組織學的所見。(ヘマトオキシリン、エオジン染色) 下三分ノ二ヨリ取りタル切片ヲ檢スルニ一般ニ著明ニ結締組織増殖、圓形細胞浸潤ヲ認

メ、隨所ニ染色不良ノ壞死電ヲ認ム。壞死電ノ周縁部ニ於テハ殊ニ結締組織増殖細胞浸潤著明ニシテ且、其所々ニ定型の巨大細胞ヲ認ム。腎固有ノ組織ハ斯ル壞死部ニ介在シテ残存スルヲ認ムルモ一般ニ萎縮性退行性變化ヲ呈ス。上三分ノ一部ニ於テハ正常ノ所見ヲ得タリ。兩部ノ境界部ハ腎組織ヨリ成リ何處ニモ特別ノ異狀組織ニヨル區劃帶ヲ認メズ。其下部ニ於テハ前述下三分ノ二ニ認メタル略々同様ノ病的變化ヲ呈シ、漸次上部ニ至ルニ從ヒテ正常組織ニ移行シコノ間區劃の限界ナシ。

手術後手術創感染セルヲ以テ開放の治療ヲ行ヒツ、アリシニ、治癒ノ傾向容易ニ現ハレズ、遂ニ創面ヨリ尿ヲ漏ラスヲ認メタリ。依テ再手術ヲ行ヒ洞腹的ニ輸尿管ヲ結紮セリ。同時ニ膀胱底部ニ於ケル兩輸尿管ノ狀態ヲ検査セリ。

手術所見。大正十四年八月三日、局所麻酔(〇・二五%「ネオカイン」七〇cc)ノドニ正中切開(臍下一三糎)ヲ行フ。

叙上ノ如ク本例ニ於テ左腎ハ重複畸形ヲ形成セリ。即チ本腎ハ大小二ツノ腎區ヨリ成リ其各々ハ夫々一組ノ腎盂、輸尿管ヲ具備シ、且兩輸尿管ハ其走行中ニ於テ合一シ、一條ノ總合管トナリ一ツノ開口部ヲ以テ膀胱ニ開ケリ。

而シテ、下腎區並ビニ其腎盂、輸尿管ハ著明ニ結核性變化ヲ呈シ上腎區並ビニ其腎盂、輸尿管ハ全ク健常ナリ。

下腎區ハ總腎ノ三分ノ二ヲ占ムルモノニシテ斯ル廣汎ナル部分ニ亘リ著明ナル病的變化ノ存スルニ拘ラズ、曩ニ機能的検査ニ於テ全ク正常ノ成績ヲ示セルハ罹患セル下部泌尿器官ノ外ニ更ニ一ツノ健常ナル泌尿器官存在シ、正常ノ機能ヲ營ミ且兩者輸尿管開口部ヲ一ニセシガ爲ナリ。

茲ニ於テ曩ノ診斷上ノ「ディレンマ」ハ氷解サレタリ。

術後、本患者ハ右腎ノミニテ生存シ得タルガ如ク右腎ハ大體ニ於テ健康ナルモノト考ヘザルベカラズ。然ラバ機能検査ノ結果右腎ヨリハ二十分經過後ト雖モ「インデゴカルミン」ノ排泄ヲ見ザリシハ何故ナリシヤ不明トスル所ナリ。

腹膜並ビニ腹腔内臟器ニ異狀ヲ認メズ。腸管ヲ腹腔外ニ持出シ脊柱ノ左側ニ於テ後腹壁腹膜ニ切開ヲ加ヘ、輸尿管ヲ檢セルニ、左側總腸骨動脈ト略々正常ノ部位ニ於テ交叉セル二條ノ輸尿管ガ膀胱底ニ向ヒテ走行スルヲ認メタリ。内方ニ走ル者ハ約鉛筆大ニシテ充血、強度ノ硬結ヲ認ム。外方ニ走ルモノハ前者ノ二分ノ一大ニシテ性狀健常ナリ。兩管ハ動脈ト交叉スル部ニ於テハ約一・五糎ノ間隔ヲ有スレドモ膀胱ニ近ヅクニ從ヒ次第ニ其距離ヲ縮メ、膀胱ヲ去ル上方三糎ノ部ニ於テ合一シ一條ノ總合管トナリ外觀正常ナル膀胱底ニ達セリ。合一部ヲ去ル五乃至八糎ノ部ニ於テ兩管ニ二重結紮ヲ施シ、後腹膜ヲ閉デタリ。腹腔ハ三層ニ縫合シテ手術ヲ終ル。

術後。手術創ハ第一期癒合ヲ營ム。

其後、本患者ハ右腎ノミヲ以テ生存セルモ、症狀増惡ノ徵ナク、却ツテ尿中蛋白定量ノ結果ハ〇・三乃至〇・五%ヲ示シ、感染創モ次第ニ治癒シツ、アリシモ全治ニ至ラズシテ退院セリ。

恐ラク右腎モ亦多少結核性ニ犯サレ左側上腎ノミ健常ナリシ爲色素ノ殆ンド全部ハ此ノ左側上腎ヨリ排泄セラレタルヲ以テ前記ノ如キ機能検査ノ成績ヲ舉ゲタルモノナランカ。

以上ノ事實ハ又腎組織ノ約三分ノ一ガ健常ナラバ色素ニヨル機能検査ノ成績ガ殆ド正常ナルコトヲ物語ルモノニシテ是ト云ヒ彼ト云ヒ共ニ腎臟機能検査ノ臨床の價値ヲ著シク輕減セシムルモノナリ。

本例ニ於テ輸尿管「カテリリスムス」不能ノ爲、腎盂、輸尿管ノX線検査ヲナス能ハズシテ術前ニ重複腎ノ診斷ヲ確定シ得ルニ至ラザリシハ甚ダ遺憾トス。從ツテ、兩輸尿管走行ノ相互的位置的關係ハ上、下兩部分ニ於テ相反セル所見ヲ呈セルモ其理由不明ナリ。

又本例ニ於テ腎實質重複セルニ拘ラズ特種ノ區劃組織ヲ缺ケル事及特種ノ區劃組織ヲ缺ケルニ拘ラズ長キ經過中病竈ガ主トシテ一側ニ限局セシコトハ興味アル事實ナリ。

考 察

抑モ泌尿器官ノ胎生學の發達ハ今日既ニ周知ノ如ク其ノ經過甚ダ複雑ヲ極ム。從ツテ其ノ重複畸形ノ型種モ、亦甚ダ多様ナリ。左ニ少シク記ス所アラン。

名稱。

Pelmann 氏ニ依レバ、體ノ一側ニ全ク分離シテ二ツノ腎臟が存在シ、兩者間ニ何等ノ連絡ナク、各自ニ自己ノ被膜及ビ大動脈ヨリ分枝セル血管ヲ有スル場合ハ、兩者ノ一ツ（比較的小ニシテ異狀位置ニアルモノ）ヲ、「過剩腎」(überzählige Niere)ト稱スベク、一側ニ唯一ツノ腎臟存在シ其ノ實質ガ結締組織ニヨリ分隔サレ、各區域ガ夫々自己ノ腎盂ヲ有スルモノヲ「重複腎」(Doppelniere)ト稱スベキナリトス。

Hrytschack 氏ハ「重複腎」ナル語ハ、體ノ一側ニ一ツノ腎臟ノ外ニ、更ニ之ト全ク分離セル第二ノ腎臟ノ存在スル場合ニノミ用フベクシテ、腎臟ハ一ツニシテ腎盂、輸尿管ノ重複セル場合ハ、重複腎ト稱スルハ不適當ニシテ單ニ「腎盂、輸

尿管ノ重複」ト稱スベキナリト云ヘリ。

斯クノ如ク名稱ニ關シテハ、人ニ依リ其ノ見解區々ニシテ未ダ一般的統一ヲ見ザレドモ、現今大多數ノ學者ハ、體ノ一側ニ於テ一ツノ主腎ニ附隨シテ、尙一ツノ(多クノ場合ヨリ弱小ナル)腎ノ存在スル場合、兩腎實質ノ分離程度ノ如何ヲ問ハズ、後者ヲ *akzessorische Niere, überzählige Niere* 又ハ單ニ *Doppelniere* ト稱ス。Neckaustriner 氏ハ之等ノ他ニ「傍腎」(Beiniere) ナル一分類ヲ設ケ、此ノ語ノ下ニ、胎生期ノ痕迹ニシテ機能力ヲ缺キ、シカモ同側ノ主腎ニ接シテ(常ニ上極ニ)存在スルモノヲ意味セシメタリ。

今腎重複畸形ノ發生經路ヨリ推考スレバ、兩腎ノ間ニ於ケル分離ニ種々ノ程度ノ生ズルハ自明ノ理ニシテ、何レノ場合モ其ノ本態ハ凡テ一ナリ。故ニ種々ナル分離ノ程度ニヨリ夫々異ナル名稱ヲ附スルコトハ、當ヲ得タルモノトナシ難シ。故ニ、余等ハ腎臟ノ重複畸形、即チ體ノ一側ニ於テ(他側ト關係ナク)重複シテ二ツノ腎實質及夫ニ個有ノ腎盂ノ存スル場合ヲ、スベテ重複腎ト稱シ、特ニ必要アル場合ニハ之ニ完全、不完全ノ區別ヲ設ケ、兩腎ノ全ク分離セルモノヲ完全重複腎ト稱シ、然ラザルモノヲ不完全重複腎ト稱スルヲ妥當ナリト思惟ス。

腎盂、輸尿管ノ重複ニ對シテモ同様ニシテ、重複セル個々ノ腎盂ヨリ立發セル二ツノ輸尿管ガ、膀胱ニ達スルマデノ全長ニ亘リテ分離シ、各獨立ノ開口部ヲ以テ膀胱内ニ開口スルモノヲ完全重複トシ、輸尿管ガ其ノ走行ノ途中ニ於テ相合シ一條ノ總管トナリ一ツノ開口部ヲ以テ膀胱内ニ開口スルモノヲ不完全重複トス。

Perlmutter 氏ハ前者ヲ「*Ureter duplex*」ト呼ビ後者ヲ「*Ureter fissus*」ト稱セリ。

型態學的關係。

腎臟。重複セル兩腎ノ相互的關係ハ甚ダ多クノ種型ヲ示ス。文獻ヲ通覽スルニ、全然分離セルモノ、兩者ガ結締組織ノ條索ヲ以テ連ナルモノ、相癒着シテ一ツノ臟器トナレルモ外觀上兩部分ノ間ニ明カニ溝狀境界ヲ有スルモノ、又カ、ル境界ヲ排除スルモ兩實質ハ帶狀ノ結締組織ニヨリ分隔セラル、モノ、又此等ノ分隔組織ノ殆ンド證明セラレザルモノ(Brusch)

等多様ノ變化アリ。

完全ニ分離セル重複腎ハ甚ダ稀ニ見ル所ニシテ、(Hausemann, Linberg氏等)最モ多キハ兩者癒着セル型ニシテ、多クノ場合上部分ハ下部分ヨリ小ナルヲ常トス。

腎盂。重複腎盂ハ一般ニ於テ常ニ分離シテ相互間ニ交通ナキヲ常トス。而シテ各所屬ノ腎實質ニ接合シ多ク生理的狀態ニ於テ輸尿管ニ移行ス。而シテ通常上部ノ腎盂ハ下部ノ夫ヨリモ小ナリ。(Brusch氏例)

但シ、腎盂ノ型狀ニハ其ノ胎生學的變化ニヨリ、既ニ生理的ニ多クノ型種ノ存スルモノニシテ、重複畸形ノ場合モ亦更ニ種々ノ型種ヲ形成シ得ベシ。

Schwartz氏ハ、六八例ノ重複腎ヲ觀察シテ兩腎盂交通セルモノ多數ヲ認メ、Pawloff氏ハ六例中四例ヲ報告セリ。又Brusch氏ノ報告例中甚ダ稀有ナル例ニ於テハ、腎盂ハ腎門外ニアリテ腎臟ヲ離ル、六鞭ノ部ニ存シ、二個ノ大腎盂ヲ以テ腎門ニ交通シ腎内ニ於テ更ニ小腎盂ニ分歧ス。

輸尿管。通常正常ノ角度ヲ以テ兩腎盂ヲ發シ、膀胱ニ向ツテ走ル。此際輸尿管ガ途中ニ於テ合一シ、一條ノ總合輸尿管トナリ、膀胱ニ達スルモノト、腎盂ヨリ膀胱ニ至ルマデ全ク別離シテ走ルモノトアリ。即チ前者ハ不完全輸尿管重複、後者ハ完全輸尿管重複ナリ。Zinner氏ハ重複腎二十一例中、輸尿管重複ノ完全ナルモノ七例、不完全ナルモノ九例ヲ記載シ(五例不明)。Pawloff氏ハ六例中完全輸尿管重複三例、不完全輸尿管重複三例ヲ記載シ、Brusch氏ハ重複腎一四四例中、完全輸尿管重複四四例(三〇・五%)、不完全輸尿管重複一〇〇例(六九・四%)ヲ記載セリ。

即チ不完全輸尿管重複ハ完全輸尿管重複ニ比シ發現頻度高シ。重複輸尿管ガ互ニ平行スルカ、途中ニ於テ合一スルカノ問題ハ、重複腎ノ診斷又ハ病理ニ對シテ重大ナル意義ヲ有ス。

完全重複輸尿管ニ於テ兩管ノ位置的關係ハMeyer氏ニ依レバ上腎盂ヨリ發スル輸尿管ハ、下腎盂ヨリ發スルモノ、内侧ヲ走ルヲ常規トス。

此際、屢々兩輸尿管交叉スルコトアリ。交叉ハ必ズ二回ニシテ一回ノ交叉ノ後、同一平面上ニ於テ再ビ逆走スルモノニシテ決シテ螺旋狀交叉ヲナスコトナシ。此等交叉ノ發現ハ胎生學の產物ニシテ臨床上意義少キガ如シ。

又不完全輸尿管重複ニ於テ、其ノ合一點ハ腎盂、膀胱内任意ノ部位ニ起リ得ベク、極端ナルハ甚ダシク腎ニ接シテ起リ一方ノミノ切除不能ナルコトアリ。(Brusch氏例)或ハ時ニ膀胱壁組織内ニテ合致スルモノモアリ。

サレド一般ニハ兩者ノ中間任意ノ部位ニ於テ合一ス。Brusch氏ノ觀察ニ從ヘバ、上三分ノ一ノ高位ニ於テ合一スルモノ最多シ。

但シ Bruch 及 Lozer ハ甚ダ稀有ナル例トシテ、以上ノ型ト全ク正反對ノ走行ヲ示セル輸尿管重複型ヲ記載セリ。即チ彼ノ例ニ於テハ、輸尿管開口部重複シ此等二ツノ開口部ヨリ上走スル二條ノ輸尿管ハ、其經路ノ途中ニ於テ、一條ノ總合管トナリ正常ノ腎ニ入レリ。

輸尿管開口部。前述ノ如ク輸尿管ハ其ノ重複型ニヨリ一ツ或ハ二ツノ開口部ヲ以テ膀胱ニ開口ス。此際開口部位ハ通常正常位(二角部ノ一角)ナルヲ常トス。

二ツノ開口部出現スル場合其ノ部位ニ關シテ Meyer 及 Weigert 氏ハ一定ノ法則ヲ立テタリ。即チ曰ク、「上方腎孟ヨリ發スル輸尿管ノ開口部ハ、常ニ下方腎孟ヨリ發スル輸尿管開口部ヨリ、内側(正中ニ近ク)且尾位ニ(尿道ニ近ク)開口スルヲ通則トス」ト。之所謂「Meyer 及 Weigert ノ法則」ニシテ換言スレバ、二ツノ開口部ノ中、内側及尾位ニ位置スルモノハ、常ニ重複腎中上部ノモノニ屬スル輸尿管ノ開口部ニ相當スル事ヲ意味セリ、此ノ法則ハ今日一般學者ニ依リ認容セラレ大多數ノ例ニ於テ一致スル所ナルモ勿論例外又無シトセズ。

即チ Perlman, Breitman ノ各一例ニ於テハ上腎孟ヨリ發スル輸尿管ノ開口部ハ下腎孟ヨリ發スル輸尿管ノ夫ヨリモ内側、然レ共首位ニ位置セリ。

重複輸尿管開口部ノ變位ニ關シテハ從來多數ノ報告アリ。二開口部ノ一ツガ膀胱内ニ於テ異常ノ部位ニ存スルコトア

リ。又膀胱外ニ於テ開口スルコトアリ。即チ女性ニ於テハ膺前庭、膺、尿道、男性ニ於テハ陰阜、精射管、精液囊、尿道等即チ胎生期ニ於ケル Wolff 氏管ニ相當スル解剖學的區域内ニ開口シ得。(Meyer, Reeh, Weigert, Suter, Bransch 等ノ例)スル事實及ビ「Meyer 及 Weigert ノ法則」ハ重複腎診斷上重要ナル意義ヲ有ス。

以上記述セル如ク型態學的關係ハ甚ダ多様ニシテ複雑ヲ極ム。更ニ尙此等重複腎ノ榮養ヲ支配セル腎臟動脈ノ狀態如何ハ腎臟手術上ニ重大ナル影響ヲ及ボスモノナルモ之ニ關スル精細ナル記載甚ダ少ク、(Bugbee 及 Losee, Eisendrath 及 Pfeffer 氏等)未ダ不明ノ點多シ。

頻度。腎及腎盂輸尿管ノ重複畸形ハ從來多數病理學者ニヨリ剖檢例ノ約二—四%ニ於テ經驗セラレタリ。

臨床上ニ於テハ一九一三年 Sutor 氏ガ廣ク世界文献ヨリ蒐集シ自己臨床例ヲ加ヘテ報告セルモノ僅カニ二一例ヲ算スルニ過ギザリシニ同年 Pawloff 氏ハ腎臟手術二〇〇例中六例ヲ報告シ其後 Young 及 Davis 氏ノ二四例 Pilcher 及 Eisenhardt 氏ノ三〇例、Bugbee 及 Losee 氏ノ二三例等其他陸續トシテ多數諸家ノ報告アリテ既ニ一九二〇年 Marx 氏ハ當時ノ文献ヲ蒐集シテ二〇〇例ヲ得タリ。

最近一九二二年 Bransch 及 Scholl 氏ハ一九〇七—一九二二年ニ至ル一五年間ニ於テ經驗セル一四四例ノ臨床例ヲ公表シ、又 Hulsinger 氏ハ最近二年間ニ、一五例ヲ經驗セリ。

斯ノ如ク臨床上ニ於テハ重複腎ノ發表ハ年ヲ逐ヒテ其ノ頻度高マリツ、アルヲ示ス。是レ最近泌尿器科診斷法ノ進歩ヲ意味スルモノナラン。

本邦ニ於テハ山井氏(一九一一年)最初ノ臨床例ヲ報告セリ。其後片山氏(一九一三年)森氏(一九一六年)井上氏(一九一七)大原氏(一九一七年)等ノ報告アリ。最近(一九二四年)渡邊氏ハ重複腎五例ヲ報告シ其發現頻度剖檢例總數ノ〇・七五%強ヲ示セリ。

次ニ重複腎ノ發現ハ一側タリ、又兩側タリ得。

兩側ニ現ハル、頻度トシテ Meyer 氏ハ重複腎六例中四例、Weibert 氏ハ重複腎七例中五例ヲ報告セルモ、Unter 氏ハ十九例中一例(五%) Pavloff 氏ハ六例中一例(一七%)、Molz 氏ハ文献蒐集例三〇〇例中八一例(二七%)、Brusch 氏ハ一四四例中九例(六%) Hulsinger 氏ハ十五例中一例(七%)ヲ公表セリ。

即チ以上ノ如ク發現率ハ學者ニヨリテ多少ノ相異アレドモ一般ニ兩側重複腎ハ一側重複腎ニ比シ甚ダ稀少ナリ。更ニ一側ニ出現スル場合ニ於テモ、左側タリ、又右側タリ得ベシト雖モ、前記諸家ノ報告例ニヨレバ右側ニ於テ比較的多クノ發現ヲ見ルモノノ如シ。

性ノ關係ニツキテハ Pavloff 氏ハ男性二例ニ對シテ女性四例ヲ報告セルモ Hulsinger 氏ハ十五例中男性一例女性十四例、Hulse 及 Loeze 氏十二例中男性三例女性八例(一例不明)ヲ經驗シ、Weibert 氏ハ文献上男女ノ比ヲ求メテ約三對七ヲ算セリ。

即チ腎臟重複畸形ハ男性ヨリモ女性ニ多キコトハ一般ニ一致スル所ナルガ如シ。

以上重複腎ノ形態ニ關スル概括的觀察ヲ述べタルモ、尙臨床上重要ナル問題トシテ疾病、診斷、及治療ヲ述ブルニ先チ甚ダ興味多キ問題トシテ其發生ニツキテ記述セントス。
發生。

泌尿器畸形ノ發生ヲ尋ネント欲セバ先ヅ正常ノ泌尿生殖器發生經過ヲ詳ニスルノ要アルハ勿論ナレドモ、泌尿生殖器ノ複雑ナル發生經路モ多數先人ノ研究ニヨリ既ニ今日明白ナル問題ナレバ此處ニ是ヲ縷説スルノ煩ヲ避クベシ。

扱テ胎兒長サ六^{in.}mm(二十五日)ノ時期ニ^{in.}mm 氏管ヨリ發牙セル原輸尿管ガ、腎杯ニ達シ、腎杯ガ次第ニ其位置ヲ變シツ、發育ヲトゲ、遂ニ九週目ニ至リ決定的位置ニ達スルマデノ發生經路ニ於テ、何等カノ異常ヲ來スベキ成因ノ是レニ作用スル時、コ、ニ畸形臟器ハ發現スベク、且ツ其ノ成因ノ作用スル時期及程度ニヨリ多様ノ型種ヲ生ズルコトハ想像スルニ難カラズ。

然レドモ重複畸形ノ發現ガ如何ナル原因ニヨルカハ今日尙論議ノ存スル所ニシテ現今ニ説アリ。

即チ Felix 一派ノ學者ハ多數ノ胎生期輸尿管ノ「Phylogenetische Remniscenz」ナリト唱へ、Wimmer 及 Meyer 氏ハ Wolff 氏管ノ「重複素因又ハ單一素因ノ後期分裂」ニヨルモノナリト説キ、Felix 一派ノ説ハ單ニ上腎孟ヨリ發セル輸尿管ガ甚ダシク體ノ尾位即チ尿道、射精管、精液囊、陰等ニ開口セル時ニノミ適用シ得ベシト云ヘリ。

後者ノ説ハ今日一般ニ採用セラル、ガ如シ。

Hyntschack 氏モ亦 Meyer 氏ノ説ヲ支持シ特ニ「Meyer 及 Wiegert 氏ノ法則」ニ就キテ精細ナル發生學的考察ヲナシ、發生學上必然的法則ナルコトヲ追説セリ。

疾病。

重複腎ノ存在ガ往々ニシテ所屬ノ腎疾患ノ誘因トナルコトハ、已ニ Adrian 及 Nichtenberg 氏ノ説ケル所ニシテ、其ノ原因ハ、解剖學的關係ノ異常ニヨツテ生ズル排尿障害ト、其ノ臟器自己ノ抵抗減弱トニ歸スベシ。

勿論是等原因ノ確定ハ、精細ナル實驗的並ビニ臨床的研究ヲ俟ツテ決定サルベキモノナレドモ、重複輸尿管殊ニ不完全重複(叉狀形成)ノ場合、輸尿管蠕動ノ生理的不調和及機械的尿流障害等ニヨリ、排尿障害ヲ惹起スベキハ容易ニ首肯シ得ル所ナリ。(重複腎疾患中尿潴溜ニ因スル疾患(腎水腫、腎膿腫)最モ多シ)

又一派ノ學者ハ輸尿管分歧部ニ於ケル瓣膜形成ノ存在ヲ認メ、以テ排尿障害ノ主因ト爲セリ。

Reh 及 Zimmermann 氏ニヨレバ此ノ瓣膜樣物態ハ特種ノ組織ヨリ成ル瓣膜ニ非ズシテ輸尿管粘膜ノ一皺襞ニ外ナラズ。然レドモ Motzfeld 氏ノ報ズル如ク多數ノ腎水腫例ニ於テ此ノ瓣膜樣物態ノ存在ヲ見ルコトハ注目ニ價スベシ。又重複腎ノ抵抗減弱ハ畸形ニヨル種々生態學的劣性ニ依ルモノニシテ畸形腎ガ結核症ニ對シテ密接ナル關係ヲ有スルコトハ古來多數醫家ニヨリ注目セラレシ所ナリ。(Casper 及 Heymann, Brausch, Reil) 次ニ疾病ノ頻度、及種類、並ビニ部位ニ關シテハ Merz ハ重複腎二〇〇例中八〇例(三〇%)ニ於テ、Brausch ハ同シク一四四例中五七例(三七・五%)ニ於テ罹患

例ヲ報告セリ。

Young 及 Davis ノ重複腎二四例ヲ見ルニ、三例ハ腎水腫、一六例ハ腎膿腫、(四例ハ腎結石併發)四例ハ結核症ニシテコノ中、二一例ハ一腎區ノミ罹患シ且其中八〇%ハ上腎區ナリキ。又 Smith ノ重複腎一九例中、一〇例ハ健常、一例ハ腫瘍、八例ハ腎水腫ニシテ其中七例ハ一腎區ノミ罹患シ且其ノ八五%ハ上腎區ナリキ。Branch ノ重複腎手術例三〇ニ於テ腎水及膿腫八例、結核六例、結石七例、萎縮性腎炎四例(輸尿管結石三例)ナリ。

斯カル事實ニ徴スレバ疾病種類ハ腎水腫、腎膿腫最モ多ク、次ニ結核症、結石等ヲ舉ゲ得。

罹患部位ハ上腎區ニ多シ。又病竈ガ一腎區ノミニ認メラル、コトノ多キハ腎盂ニ交通ナキコト、腎實質間ニ多クノ場合區劃組織ノ存スルガ爲ナルベシ。

然ルニ Branch 氏ハ上述ノ三〇例ニ於テ一腎區ノ罹患セルモノ一四例、兩區罹患セルモノ一三例(三例ハ輸尿管結石)ノ比率ヲ示シ病竈瀰漫セルモノ比較的多キコトヲ指示セリ。

診斷。

總テ腎疾患ヲ診斷スルニ當リ重複腎ノ存在ヲ診斷スルコトハ往々困難ニシテ往年 Smith 氏ノ文献蒐集例一九例中手術前ニ診斷セラレタルモノハ僅カニ三例ニ過ギズ、其後數多ノ報告例モ亦多クハ手術中或ハ手術後ニ於テ見出サレシモノナリ。近時ニ至リ泌尿器系統診斷學ノ進歩ト共ニ術前ニ於テ診斷セラル、モノ漸ク多シ。

完全重複腎ノ診斷ハ比較の容易ニシテ通常膀胱鏡検査ニ依リテ既ニ、一側又ハ兩側ニ重複セル輸尿管開口部ヲ認メ得ベシ。開口部變位セル場合、即チ膀胱内異常部位又ハ尿道、陰等ニ開口セル時ハ、色素ヲ排泄セシムルカ尿失禁ノ訴ヲ參考スルコトニヨリ開口部ノ認識ハ困難ナラズ。

故ニ通常ノ場合ハ、膀胱内ノ一側或ハ兩側ニ、二ツノ輸尿管開口部ノ存在スル事實ハ同側ノ完全重複腎ノ存在ヲ推定セシムルニ充分ナルモ、稀少ナル異例トシテ、二ツノ開口部ヨリ連ルニ輸尿管ガ膀胱上方ニ於テ總合シ、一條ノ輸尿管ト

ナリテ正常腎ニ入ルモノアリ。(Burbree 及 Jasee 氏ノ例)、故ニ重複開口部ノ存在ハ必ズシモ重複腎ノ存在ヲ表ハスモノニアラズト云ヒ得ベク、膀胱鏡検査ノミニヨリテハ、決シテ斷定的診斷ヲ下スコト能ハズ。次ニ兩腎盂間ノ交通ノ有無ヲ檢スルニハ、Brusch 氏ハ輸尿管「カテテリスムス」ヲ行ヒテ一方ノ「カテテール」ヨリ青色素(「メチレンブラウ」)ヲ注入シ他ノ「カテテール」ヨリ青色素流出ノ有無ヲ檢シタリ。

然レドモ、此際造影劑ヲ注入シテ、腎盂X線撮影(Pyelography)ヲ行フニ如クハナシ。

不完全重複腎ノ診斷ハ更ニ困難ナリ。即チ開口部ハ一個ナルニ拘ラズ、輸尿管ハ膀胱上方ニ於テ分岐セル場合ハ、膀胱鏡検査或ハ輸尿管「カテテリスムス」ハ殆ド診斷の價値ヲ有セズ。

唯、輸尿管「カテテリスムス」ヲ繰返シ行フ場合ニ或ハ患側輸尿管ニ、或ハ健側輸尿管ニ「カテテール」ヲ插入スルガ爲尿所見又ハ機能検査ノ成績ノ毎回ニ變動スルコトニ依ツテ、重複腎存在ノ疑診ヲ抱カシムルコトアランノミ。斯ル場合亦輸尿管腎盂X線撮影(Uretero-Pyelography)ハ診斷ヲ決定スル唯一ノ方法ナリ。

即チ凡テノ型ノ重複腎ニ於ケル腎盂及輸尿管ノ解剖學的構造、及病理學的變化ノ精細ナル診斷ハ腎盂輸尿管X線像ノ上ニ於テ斷定的決定ヲ見ルモノナリ。

即チ輸尿管ノ相互關係、分岐部位ノ高サ、或ハ閉塞ノ有無、又腎盂交通ノ有無、兩者ノ形狀、大サ、相互ノ間隔距離ハ腎盂輸尿管X線像上ニ於テ、容易ニ判斷シ得ル所ニシテ又斯ル所見ノ術前ニ於ケル決定ハ手術上(罹患腎切除術)重大ナル管意味ヲ有ス。

サレドモ、重複腎ノ病的變化ノ型種、程度ニヨリテハ、腎盂輸尿管X線照射モ、著シク診斷の價値ヲ失フコトアリ得可シ。即チ膀胱粘膜ノ病的變化甚シクシテ輸尿管開口部ヲ見出シ得ザルカ、輸尿管開口部位ノ病的變化甚ダシクシテ造影劑ヲ注入スベキ輸尿管「カテテール」ノ插入不能ナル時ハ、腎盂輸尿管X線照射ヲ行フコト能ハズ。又輸尿管閉塞スル時ハ、其輸尿管所屬ノ腎盂ノ像ヲ得ルコト能ハズシテ腎盂輸尿管X線像上ニハ重複像ヲ示サズ。

斯ル場合ニ閉塞セラレシ部分内ニ存スル結石等ノ像ハ、造影セラレシ腎盂ヨリ遙カニ離レテ現ハレ一見腎外ノ異物タルノ觀ヲ呈スル事アリ。

加之、腎盂輸尿管X線像上ニ於テハ腎臟自己ノ大サ、形狀、及病的變化並ビニ周圍トノ關係等ヲ知ルコトハ至難トス。以上ノ諸缺點ヲ補フニ、余等ハ腎周圍盈氣照射法(横田氏法)ヲ推奨セント欲スルモノナリ。

以上ノ如キ診斷法ノ外、尙重複腎診斷上參考トスベキハ泌尿器官ニ畸形ノ存スル場合、往々ニシテ同時ニ生殖器官ニモ畸形ノ發現セル事實ニシテ、重複腎ノ患者ニ於テ、同時ニ生殖器ニ畸形ノ證明セラレタル實例少カラズ。(Adrian 及 Liehtenberg, Pechmann, Halsinger, Brusch, Bitschnei等)

重複腎ノ診斷ニ際シテ、生殖器ヲ檢スルコトノ必要ナルハ已ニ Adrian 及 Liehtenberg 氏ノ記述セシ所ニシテ生殖器畸形ヲ見出シ、ソレヨリ重複腎ヲ診斷スルニ至レル例亦少シトセズ。

以上ノ如ク、重複腎ノ診斷ヲ確定スルニハ膀胱鏡検査、輸尿管「カテテリスムス」生殖器ノ検査等ノ外ニ必ズ原則トシテ腎盂輸尿管X線照射ト腎周圍盈氣照射ヲ併用スルヲ以テ最モ用意ノ周到ナルモノトス。

翻ツテ考フルニ、現今一般ニ外科學的腎疾患ニ對シテ行ハル、診斷法トシテ、腎臟機能検査方法ハ今ヤ一ツノ重要ナル位地ヲ占メツ、アリ。今其機能検査方法ノ最モ普通ニ行ハル、種類ヲ大別スレバ次ノ如シ。

第一、溶解性異物ノ排泄作用ノ觀察方法。

(一)、「インデゴカルミン」、「フェノールスルホフタレイン」、「ウラニン」、「フェロチアン」等ノ色素ニヨル法。

(二)、「フロリヂイン」法、シユレーエル氏法、等アリ。

第二、身體内產物ノ排泄作用ノ觀察方法。

(一)、直接法トシテ「カテテール」ニヨリ腎臟尿ヲ採取シ其尿自身ニ就テ、尿成分測定(尿素、食鹽、水、又ハ「クレアチニン」・「ヒップール」酸)及尿結氷點測定ヲナス法。

(二)、間接法トシテハ、血液ニツイテ其結氷點、殘餘窒素含有量ヲ測定スル方法。

而シテ、此等諸種検査方法ノ中今日最モ普通ニ行ハル、ハ色素(「インデゴカルミン」、「フェノールフタレイン」)ニヨル方法ナリトス。

抑モ此等ノ機能検査方法ノ價值ハ研究者ニヨリ見解區々ニシテ、或ハ甲法ヲ優レリトシ、或ハ乙法ヲ良トシ未ダ一般的ニ歸一スル所ナク、何レノ方法モ其診斷の價值絶對ナラズト雖モ其ノ二、三ノ方法ハ、現今外科の方面ニ於テ一般的ニ用ヒラル、ガ如シ。然ルニ、今被檢腎ニ重複畸形ガ伏在センカ、以上診斷方法ノ價值ハ甚ダ輕減セラルベシ。殊ニ余等ノ例ノ如ク、兩側腎罹患シ、一例ハ不完全重複腎ニシテ、而モ其一腎區及之ニ附屬スル腎盂輸尿管健康ニシテ、正常ノ機能ヲ營メル場合ニハ、此等色素又ハ尿ノ検査ヲ基礎トシテナセル診斷ハ、例之其二、三ヲ併用スト雖モ尙其結果ハ甚ダ不定ナルベク、此等機能検査方法ノ診斷的價值ハ、更ニ更ニ輕減セラレザル可カラズ。

即チ、重複腎ノ存否ヲ確メズシテ、單獨ニ行ハレタル機能検査ハ診斷上殆ンド無價值ト言ハザルベカラズ。

重複腎ノ診斷ヲ確定スルコトガ腎手術ノ適否又ハ手術方針ヲ決定スル上ニ、重大ナル影響ヲ齎ス事ハ多言ヲ要セズ。故ニ、外科學的腎疾患ヲ診斷スルニ當リテハ原則トシテ、先ヅ腎並ビニ其附屬器ノ解剖學的構造ヲ検査シ(腎盂輸尿管照射法、腎周圍盈氣照射法)然ル後ニ機能検査又ハ其他診斷法ヲ行フ可キモノト思惟ス。

且、此際腎盂輸尿管照射及腎周圍盈氣照射法ハ、兩側ニ行フヲ要ス。何トナレバ患腎ヲ剔出セントスルニ當リ反對側腎ノ健否ヲ既知スルコトハ、最モ肝要ニシテ反對側ニ於ケル膀胱鏡検査及機能検査ノ所見、全ク正常ナル場合ト雖モ、其側ニ重複腎存在シ其一腎區部ノ罹患無キヲ保證シ得ザレバナリ。

重複腎ノ存在ヲ見逃セルガ爲ニ、重大ナル結果ヲ惹起セル一例トシテ Young 氏ノ觀察ヲ抄記スベシ。

患者、五十四歳、男子、左側腹部ノ疼痛ヲ訴フ。輸尿管「カテテリスムス」ヲ行フニ、左側ヨリハ正常透明ナル尿ヲ得、右側ヨリハ膿樣尿ヲ排泄セリ。X線検査ノ結果、右側ニハ結石影ヲ證明シ、左側ハ正常ノ外觀ヲ呈セリ。故ニ

右腎剔出ヲ行フ。患者ハ其後間モナク尿毒症ニテ死亡セリ。死體解剖ノ結果左側ニ重複腎ヲ證明シ、其上腎區ハ珊瑚狀結石、腎膿腫ノ爲破壞セラレ居タリ。輸尿管「カテテリスムス」ニ際シ、「カテール」ハ偶々下輸尿管内ニ挿入セ

ラレシヲ以テ透明ナル尿ヲ得タル故ニ、左側ニ健常ニシテ充分機能シ得ル腎
ノ存在スルモノト誤診セルナリ。當時、輸尿管X線照射法ハ未ダ用ヒラレザ
リシト。

尙重複腎ガ往々ニシテ、蟲様突起炎ト誤診セラレ易キハ周知ノ事實ナリ (Perlmann, Feinsinger 氏例)。
治療。

病的變化ナキ重複腎ニ對シテハ何等ノ治療ヲ要セズ。

罹患重複腎ニ對スル外科的治療ハ、專ラ其疾患ノ程度及重複型ニヨリ決スルモノナリ。

即チ、輸尿管或ハ腎盂切開法及最近盛ニ行ハル、腎被膜剝離法等ニヨリ治療効果ヲ舉ゲ得ル場合ハ暫ク措キ、最モ多
クノ場合ニ於テ問題トナルハ、腎剔出ヲスベキカ、腎切除ヲ行フ可キカノ撰擇ナリ。

重複腎ノ疾患ニ於テ、罹患セル一腎區ヲ切除シ健常ナル他腎區ヲ保存スル事ハ最モ望マシキ治療法ナルモ、此治療方法
ノ適應ヲ決定スルハ可成リ困難ニシテ、疾患ノ種類程度又兩腎、兩腎盂及兩輸尿管ノ相互關係、更ニ又兩腎區ヲ營養セル
血管枝ノ狀態、他側腎ノ機能狀態等ニ對シテ精細ナル觀察ト考慮ヲ要ス可シ。

文献ヲ抄覽スルニ、切除術ニ成功セル例、僅少ニシテ Euler 氏(一例)以後、Pawloff 氏(一例) Young 及 Davis 氏(一
例)、Eisenhardt 氏(一例)、A. Muller 氏(一例)、Hyntschack 氏(一例)、Brausch 氏(十一例)、Israel 氏 Kretschmer 氏等ノ
報告ヲ見ルノミ。

然レ共、切除術ハ疾患ガ極メテ早期ニ發見セラレ、病竈一小部分ニ(一腎區ノミニ)限局セル時ニノミ許サル、方法ナリ。
重複腎ノ疾患ニ於テハ幸ニ比較的長キ經過ノ間、其病竈一腎區分ニ限局スルコト多キモ、疾病ノ種類(結核、腫瘍)ニ依
リテハ其病變又能ク速カニ第二腎區ニモ波及ス。Brausch 氏ハ四例ノ切除術ニ於テ、二例ハ術後再ビ症狀現レ二次的ニ腎
剔出ヲ行ヘリ。

故ニ根本的治療法トシテハ剔出法ヲ可トス。但シ、此際他側腎ノ狀態ヲ顧慮スルノ必要ナルハ勿論ナリ。

提 要

一、余等ハ二十二歳ノ女子ニ於テ左側重複腎ノ一臨床例ヲ經驗セリ。本例ニ於テハ、腎盂、輸尿管重複シ、輸尿管ハ膀胱上方約三糎ノ部ニ於テ一條ノ總管ニ合一シ、單一ノ開口部ヲ以テ膀胱底正常部位ニ開口セリ。下腎ハ結核性變化ヲ呈シ上腎ハ健常ナリキ。

二、腎臟機能検査(「インデゴカルミン」法)ノ結果左腎ハ正常ナリトノ成績ヲ得タリ、然レドモ上記ノ如ク事實上左腎ニ病變アリタリ。マタ同時ニ右腎ハ病的ナリトノ成績ヲ得タリ。然レドモ左腎全剔出後患者ハ立派ニ生存シ得タリ。

三、重複腎ノ存否ヲ確定セズシテ單獨ニ行ハレタル腎臟機能検査方法ハ殆ド診斷的價值ヲ置ク能ハズ。故ニ腎疾患ノ診斷ニ當リテハ原則トシテ先ヅ重複腎有無ノ診斷ヲ確定スル事ヲ必要トス。マタ腎臟ノ約三分ノ一ガ健常ナル時ハ、色素ハ主トシテ其ノ側ヨリノミ排泄セラレ、多少病的ナル他側ノ腎ヨリハ排泄セラレズニ終ルコトモアルガ如シ。

四、腎盂輸尿管X線照射法及腎周圍盈氣X線照射法ハ重複腎ノ診斷上斷定的決定ヲ與フルモノナリ。

(大正十五年十二月末)

Résumé.

Eine 22-jährige Frau, aufgenommen am 4. Mai 1925 mit den Hauptklagen: Tenesmus der Harnblase, trüber Urin, terminale Blutung, Nachschweis, leichte Fieber etc.

Status praesens: Die linke Niere mannesfaustgross vergrößert, elastischerb, etwas druckempfindlich, wenig beweglich. Die rechte Niere auch etwas vergrößert, gut beweglich, unempfindlich; der untere Pol 2 querfingerbreit oberhalb des Nabels fühlbar.

Zystoskopie: Blasenschleimhaut getrübt, Ureterenmündung links wegen Geschwüre unsichtbar, rechts zwar sichtbar, jedoch von mehreren Geschwürflächen umgeben.

Funktionsprüfung: Indigokarmin, welches in 2% in der Menge von 5,0 ccm in die Muskulatur (Pectoralis major)

eingespritzt worden war, wurde von der *linken* Seite nach 10 Minuten Pause ausgeschlossen, während von der *rechten* Seite gar keine Spur der Ausscheidung, selbst nach Abwarten von 20 Minuten, zu konstatieren war.

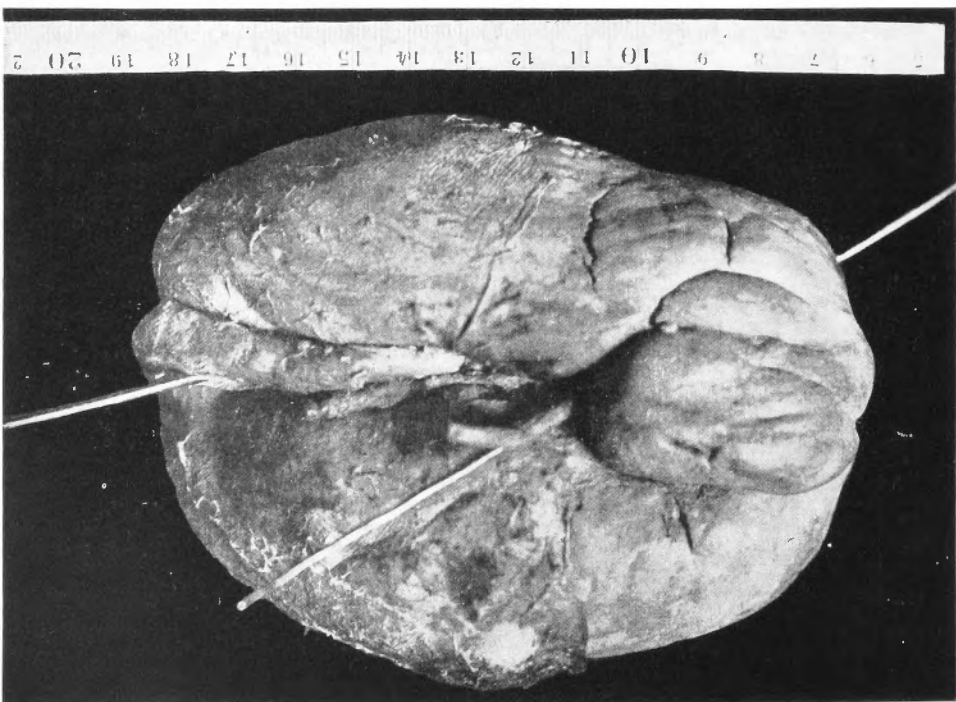
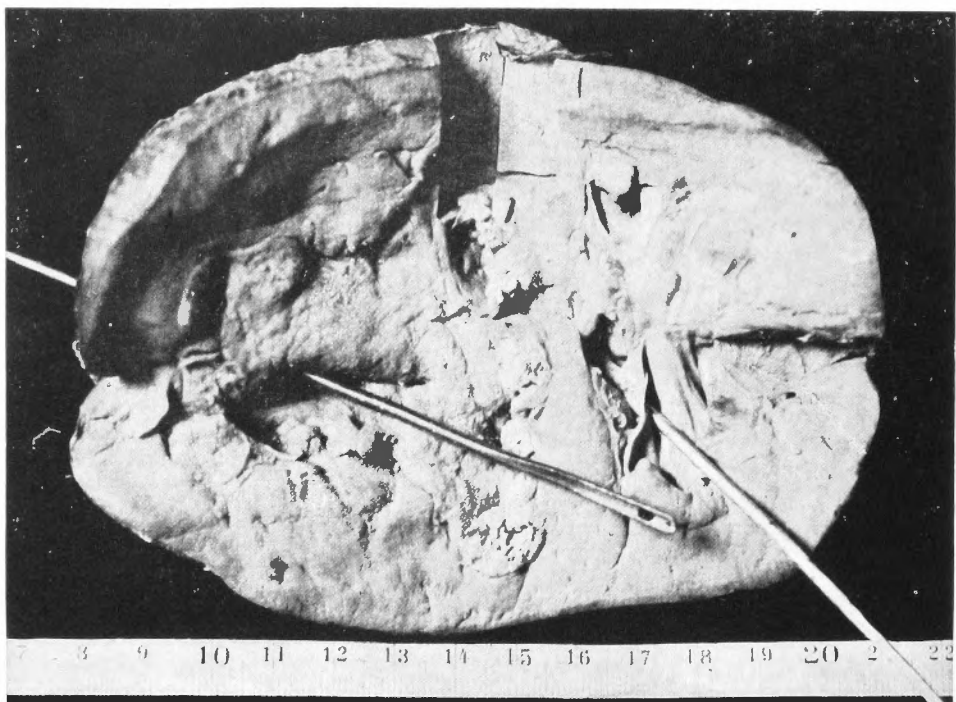
(Operation am 8. Mai 1925: Bei der Exstirpation der *linken* Niere fand man dieselbe doppelt so gross voluminöser als in der Norm, bestehend aus 2 Partien, von denen die obere $1/3$ gesund und die untere $2/3$ tuberkulös verändert ist. Es hat sich dabei auch herausgestellt, dass die beiden Portionen Niere je mit ihren eigenen Ureteren versehen sind, die sich etwa 3 cm oberhalb der Harnblase in einen vereinigen, welcher vermutlich in der normalen Stelle der Harnblase einmündet. Die exstirpierte (linke) Niere wog 650 g., mass 14×5 , 5×3 , 5 cm.

Es handelte sich also um die *linkssitige Doppelniere*, von welcher *die obere kleinere ganz gesund und die untere grössere* sammt dem dazu gehörenden Ureter hochgradig *tuberkulös* verändert war. Was die *rechte* Niere anbetrifft, so müssen wir sie trotz dem Befunde der Funktionsprüfung, nach welcher dieselbe als *krank* zu beurteilen war, insofern als *gesund* auffassen, als die Patientin nach der *linksseitigen Nephrektomie* geheilt wurde.

Unsere oben erwähnte Erfahrung lehrt uns, dass die Befunde der Zystoskopie und Funktionsprüfung der Nieren erst dann diagnostisch zu verwerten sind, wenn dabei das Vorhandensein der Doppelniere mittels Pyelographie, Pneumonephrographie etc. ausgeschlossen ist. (Autoreferat).

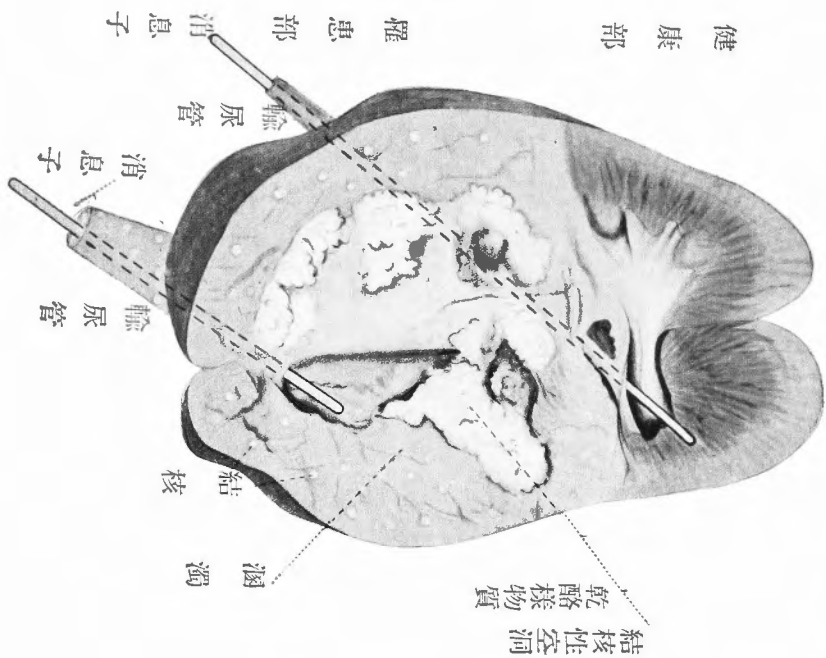
主 要 文 献

- 1) **Adrian u. Lichtenberg**, Zeitschr. für Urol. Chirug. Bd. I S. 139. 1913.
- 2) **Brattström**, Zeitschr. f. Urol. Bd. 15. S. 407. 1921.
- 3) **Bugbee and Losee**, Surg. Gynec. and Obst. Vol. 28. P. 97. 1919.
- 4) **Braasch and Scholl**, Surg. Gynec. and Obst. Vol. 35. P. 401. 1922.
- 5) **Casper und Heymann**, Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. S. 473. 1912.
- 6) **Eisendrath**, Ann. of Surg. Vol. 55. P. 81. 1912.
- 7) **Geisinger**, Ann. of Surg. Vol. 65. P. 571. 1917.
- 8) **Halsinger**, Zeitschr. für Urol. Bd. 19. S. 355. 1925.
- 9) **Hrynitschak**, Zeitschr. für Urol. Chirug. Bd. 9. S. 87. 1922.

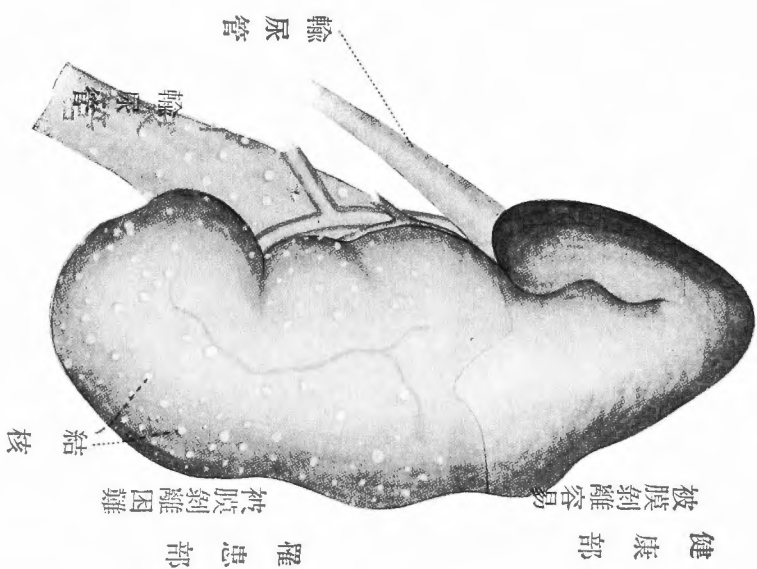


異 論 文 附 圖

第 四 圖



第 三 圖



- 10) **Hansemann**, Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 4, S. 81. 1897.
- 11) **井上善治**, 日本泌尿器病學會雜誌 第六卷 第三號, 一七七頁, 大正六年 (一九一七年).
- 12) **Israel**, Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 45, S. 1081. 1918.
- 13) **Kretschmer**, Journ. of the Americ. med. assoc. Vol. 65, P. 1447. 1915.
- 14) **片山久壽綱**, 日本外科學會雜誌 第一四回, 第一號, 九五頁, 大正二年 (一九一三年).
- 15) **Linberg**, Zeitschr. für Urol. Chirurg. Bd. 15, S. 315. 1924.
- 16) **Meyer**, Virchows Arch. für pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 187, S. 408. 1907.
- 17) **Müller**, Zeitschr. für Urol. Chirurg. Bd. 9, S. 141. 1922.
- 18) **森龍**, 日本外科學會雜誌 第一七回, 第一號, 一六八頁, 大正五年 (一九一六年).
- 19) **Neekarsulmer**, Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 38, S. 1641. 1914.
- 20) **大原芳雄**, 皮膚及泌尿器科雜誌 第一七卷, 第一〇號, 大正六年 (一九一七年).
- 21) **Perlmann**, Zeitschr. für Urol. Chirurg. Bd. 15, S. 188. 1924.
- 22) **Pilcher**, Ann. of Surg. Vol. 65, P. 534. 1917.
- 23) **Pawloff**, Deut. Zeitschr. für Chirurg. Bd. 21, S. 425. 1913.
- 24) **Rech**, Zeitschr. für Urol. Chirurg. Bd. 11, S. 6. 1923.
- 25) **Reil**, Zeitschr. für Urol. Chirurg. Bd. 9, S. 82. 1922.
- 26) **Suter**, Fol. Urol. Bd. 8, S. 35. 1913.
- 27) **Weigert**, Virchows Arch. für Pathol. Anat. und Physiol. Bd. 70, 72. 1877, 18.
- 28) **Werboff**, Zeitschr. für Urol. Bd. 18, S. 197. 1924.
- 29) **Wimmer**, Virchows Arch. für pathol. Anat. und Physiol. Bd. 200, S. 487. 1910.
- 30) **Young and Davis**, Surg. Gynec. and Obst. Vol. 27, S. 1. 1918.
- 31) **横田浩吉**, 日本外科實録 第二卷 第二號, 九九頁, 大正一四年 (一九二四年).
- 32) **山井三七**, 日本外科學會雜誌 第一一回, 第一號, 一五七頁, 明治四四年 (一九一一年).
- 33) **渡邊一郎**, 成醫界雜誌 第四七八號, 大正一三年 (一九二四年).

附 圖 說 明

第一圖、別出左腎ヲ腎門側ヨリ撮影セルモノ。

上三分ノ一ハ健常、腎皮膜容易ニ剝離セラレタル面ヲ示ス。

下三分ノ二ハ結核性ニ變化シ腎皮膜剝離困難ニシテ粗糙ノ面ヲ示ス。

消息子、上ノモノハ上方ノ健常腎孟ヨリ送入セルモノ、下ノモノハ下方

ノ病的腎孟ヨリ送入セルモノ、下方ノ輸尿管ハ正常ノ約三倍大ニ腫張

(結核性)セル見ル。

第二圖、同上解剖的切開ヲ加ヘタル内面ヨリ撮影セルモノ。

上三分ノ一ハ健常、下三分ノ二ハ全部結核性ニ變化ス。

第三圖、別出左腎圖(色彩ハ殆ンド自然ノ儘、大サハ自然大ノ約三分ノ二)

第四圖、同上剖面