
臨 床

遊走腎ニ原因スル胃腸通過障礙症 ノ 本 態 ニ 就 テ

京都帝國大學醫學部外科學教室(鳥潟教授)

副 手 醫 學 士 宮 司 克 己

Zum Mechanismus der Passagestörung des Magen- darmtrakts bei der Wanderniere.

Von

Dr. K. Miyaji

[Aus der I. Kaiserl. Chir. Universitätsklinik **Kyoto**
(Prof. Dr. R. Torikata)]

Klinischer Fall.

Pat. O. S., 51 jährige Frau, aufgenommen in die Klinik am 11. XI. 1933 wegen Schmerzen im Epigastrium und Erbrechen nach jedem Abendessen.

Anamnese: Im September 1931 bekam sie kurz nach dem Mittagessen plötzlich heftige Schmerzen im Epigastrium und Uebelkeit. Die Schmerzen wurden am andern Morgen sehr mild, dauerten jedoch etwa ein halbes Jahr an bis sie völlig verschwanden. Nach 4 Monaten darnach begann sie unabhängig von der Mahlzeit wieder an dumpfen Schmerzen im Epigastrium zu leiden. Die Schmerzen dauerten etwa 3 Monate an und wandelten sich am 18. X. zu vorübergehenden Kolikschmerzen um, u. z. ohne Begleitung von Uebelkeit oder Erbrechen. Seitdem Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Vollgefühl im Epigastrium.

Am 8. XI. 1933 zum ersten Mal eine grosse Menge Erbrechen nach dem Abendessen. In den erbrochenen Massen befanden sich Speisereste vom Frühstück und von den gestrigen Mahlzeiten. Seitdem pflegt die Patientin nach jedem Abendessen eine grosse Menge Speisereste zu erbrechen.

Appetit schlecht, Stühle alle 3-4 Tage einmal.

Status praesens (vom 11. XI. 1933): Eine stark abgemagerte, schwachgebaute, schlanke Person mit blasser Gesichtsfarbe. Puls regelmässig, gut gespannt, zählt etwa 90 in der Minute. Bauch im allgemeinen eingesunken mit sehr schlaffer Bauchwand. Figuren der Magendarmsteifung nicht sichtbar.

In der Pylorusgegend ist eine gänseeigrosse, elliptische Geschwulst tastbar. Die Oberfläche glatt, elastisch derb, nicht druckempfindlich, respiratorisch gut beweglich, expiratorisch deutlich fixierbar. Die Geschwulst lässt sich nach allen Richtungen hin verschieben, besonders leicht nach unten und innen. Von der Seite des Trigonum lumbale und von vorn kann man die Geschwulst bimanuell fassen und auch nach oben hinten tief über den 1. Rippenbogen hinüber nach unten bis zur Spina iliaca ant. sup., nach innen bis zur Mittellinie mit Leichtigkeit frei bewegen.

Diagnose: Rechtsseitige Wanderniere mit Magensymptomen.

X-Untersuchung: Magen ist abnorm erweitert und bis zum Eingang der kleinen Beckenhöhle atonisch gesunken. Keine Schattendefekte. Röntgenpalpatorisch ist die Geschwulst nirgends mit dem Magen verbunden. Durch Druck auf den gefüllten Magen wurde zwar konstatiert, dass das Lumen des Pylorus nicht verengt ist, jedoch bleibt der Mageninhalt selbst nach 24 Stunden gar nicht weiter befördert. Gerade am Pylorus ist ein elliptischer nierenförmiger Schatten sichtbar (vgl. Tafelfig. 1).

Pyelographie: Die r. Niere steht in der Rückenlage tiefer als die linke; und zwar mit dem in der Mitte deutlich geschlängelten Ureter (vgl. Tafelfig. 2).

Operation und Befund: Um die r. Niere und ihre Umgebung, insbesondere den Mechanismus für die Entstehung der Pylorusstenose bei ihrer Wanderung einer genauen Untersuchung unterziehen zu können, haben wir die Patientin in der Rückenlage operiert und uns des rechtsseitigen "ultraperitonealen Nierenschnittes" bedient.

An der r. Linea Spigeli haben wir dabei etwa 15 cm lang laparotomiert. Dank der artifiziiellen Wanderung der r. Niere in verschiedene Richtungen, insbesondere nach unten und innen, stellten wir folgendes (Fig. 1 u. 2) fest:

1. Bei der Wanderung der r. Niere nach unten und innen wurde das mit der Nierenkapsel eng verbundene Peritoneum auch in die gleiche Richtung gespannt und verzogen (Pfeil 1 u. 2 der Abb. 2).
2. Gegen diese Spannung gab dabei das kurze und starke Ligamentum hepatoduodenale einen Gegenzug (Pfeil 3 der Abb. 2).
3. Der oben erwähnte Zug und Gegenzug verursachten die scharfe Abknickung des Anfangsteiles des Duodenum (Ecke zwischen Pfeil 2 u. 3 der Abb. 2).

Nachdem wir uns davon überzeugt haben, dass die Magenbeschwerden bei unserer Patientin nicht wegen der Zudrückung des Lumens des Duodenum durch die ausgewanderte Niere, wie dies allgemein angenommen zu sein scheint, sondern durch den oben auseinandergesetzten Mechanismus zustande kommen, haben wir die r. Niere unter Benutzung unseres "ultraperitonealen Schnittes" exstirpiert.

Verlauf: Vom 2. Tage der Operation an verschwanden alle bisherigen Symptome auf einmal. Am 7. Tage Fäden entfernt, p. p.

Am 32. Tage wurde röntgenologisch nachgewiesen, dass der Mageninhalt in 4 Stunden

total entleert wird. Am 33. Tage ganz geheilt entlassen.

Zusammenfassung.

1. Die Magenbeschwerden bei der Wanderniere lassen sich weniger plausibel durch Drucktheorie erklären, als durch den von uns dank der operativen Autopsie aufgedeckten Mechanismus.

2. Die Magenbeschwerden bei der Wanderniere verdanken nämlich ihre Entstehung der Knickung des Anfangsteiles des Duodenum. Diese Knickung des Duodenum entsteht aber erst bei der Erfüllung folgender Bedingungen:

- a) ziemlich feste Adhäsion zwischen der Nierenkapsel und dem darüber ziehenden Peritoneum.
- b) Wanderung der Niere nach unten und innen und dementsprechend die Zerrung des Duodenum nach unten und innen infolge des Zuges des damit zusammenhängenden Peritoneum.
- c) Gegenzug des Lig. hepatoduodenale nach oben und somit zustande kommende *Knickung des Duodenum am Pylorus*.

(Autoreferat)

I 臨 床 例

患 者：鬼○さ○，51歳ノ女，昭和8年11月11日入院。

主 訴：心窩部ノ鈍痛及ビ食後ノ嘔吐。

既往症：特記スベキモノハ無イ。

現病歴：1昨年9月初旬晝食後突然心窩部＝劇痛ヲ訴ヘタ。惡心ハアツタガ嘔吐ハ無カツタ。疼痛ハ1日デ輕快シタガ，其後心窩部＝常＝鈍痛ヲ訴ヘタ。昨年3月下旬ヨリ疼痛ハ次第＝輕快全治シタガ，本年7月中旬ヨリ今度ハ食事ト無關係ニ心窩部＝前同様ノ鈍痛ガ現ハレ，10月18日午後突然心窩部＝劇痛ヲ來シタ。惡心嘔吐ハ無カツタ。疼痛ハ暫時ニシテ輕快シタガ，其頃ヨリ食慾次第＝衰ヘ，食後常＝心窩部＝膨滿感ヲ訴ヘ嘔氣ガアル。11月初旬ヨリ以上ノ障礙ハ著シク増惡シ，11月8日夕食後遂＝嘔吐ヲ來ス＝至ツタ。吐物ハ甚ダ大量デ，朝食事及ビ前日攝取セル食餌ヲモ混ジテ居タト云フ。爾來毎夕食後＝ハ大量ノ嘔吐ガアル。食思不振，便通ハ3,4日＝1回デ便秘ノ傾向ガアル。

現在症：骨格ハ小，軀幹ハ一般＝細長デアツテ，顔面ハ蒼白，著シク瘦削シテ居ル。脈搏ハ整正，緊張大サ共＝尋常，1分時90。

腹部ハ一般＝陷沒シテ，腹壁緊張度ハ著シク減弱シテ居ル。Magensteifung ハ見エナイ。

觸診スルト，幽門部＝相當スル所＝1個ノ腫瘤ヲ觸レル。約鵝卵大デ，形ハ橢圓形デアル。表面ハ比較的平滑デ，彈力生硬，呼吸運動＝ヨリ上下＝移動シ，且ツ呼吸時＝固定可能デアル。腫瘤＝ハ壓痛ハ無イ。腫瘤ハ著シク移動性＝富ミ，背位＝テ觸診スルト，腫瘤ハ他部ヘ遁走シ所在不明トナリ勝デアル。然シ右腹部及ビ右腰部ヨリ bimanuell ＝觸診スル時ハ容易＝腫瘤ヲ把握スル事ガ出來テ，上方ハ右肋骨弓下，下方ハ r. spina iliaca ant. sup.，内方ハ略々正中線迄自由＝移動セシメ得ル。右腎ハ其ノ正常ノ位置＝於テハ觸レ得ナイ。左腎モ觸レヌ。

診 断：此ノ腫瘤ハ右側デ腹腰兩側ヨリ同時＝ bimanuell ＝觸診シ把握シ得ル事カラ、此ノ腫瘤ハ retroperitoneal 即チ後腹膜下ノモノト判斷シ得ル。而モ右腎ヲ正常ノ位置ニ於テ觸レ得ナイカラ、此ノ腫瘤ハ右腎ソノモノデアツテ、正常ノ位置カラ滑脱シタモノ、即チ遊走腎デアル事ハ明白デアル。ソレデ本患者ニ於ケル幽門部通過障礙ハ遊走腎ニヨル十二指腸壓迫ノ結果デアロウト考ヘタ。

X 線検査：胃ハ稍々下垂状態デ幾分擴張シテ居ル。幽門部ニハ何等陰影缺損ハ認メラレズ、又 Nische モ證セラレナイ。腫瘤ハ胃トハ全然關係無シ。

幽門部ニ於ケル通過状態ヲ検査スルト、胃ニ指壓ヲ加ヘ胃内容ヲ十二指腸ヘ送り込ム様ニスル時ハ、Ingesta ハ充分幽門部ヲ通過シ得ルノデアルガ、時間的ニ検査シテ見ルト、6時間後、24時間後ト雖、胃内ニ多量ノ「バリウム」水ガ殘存シ、明カニ幽門部通過障礙ヲ證明スル。

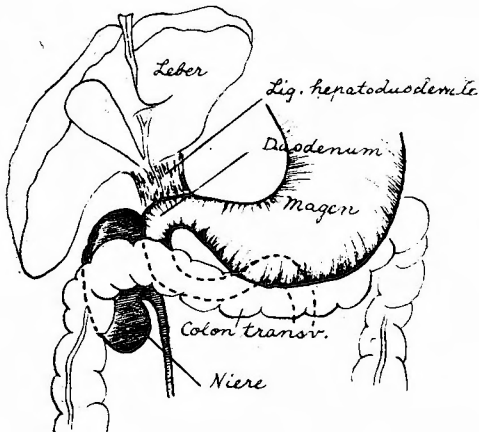
X 線寫真デハ、幽門部ニハ何等變化ヲ認メヌガ、ヨク注意シテ視ルト、幽門部ニ接シ右下方ニ1個ノ橢圓形ノ腫瘤、即チ右腎ノ陰影ガ認メラレル(寫真第1圖参照)。

Pyelographie：右腎ハ著シク下降シ、右輸尿管ハ略々中央部ニテ屈曲シ、明白ニ遊走腎ノ像ヲ示シテ居ル(寫真第2圖参照)。

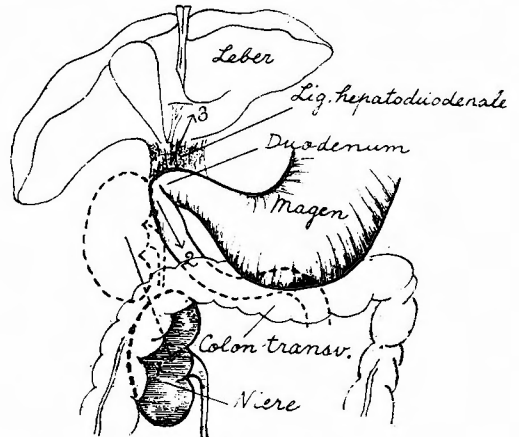
左右腎臟機能ハ正常デ、左右分離尿ニ就テモ何等病的變化ヲ認メナイ。

手術所見：開腹シ先ヅ幽門部ヲ検査シ、次ニ腎臟ニ向ツテノ處置ヲ併セ行フ可ク「Ultraperitonealer Nierenschnitt」(「超腹膜腎切開法」)ニ從ヒ皮切ヲ加ヘタ。即チ右前腋窩線上肋骨弓直下ヨリ略々外斜腹筋ノ走行ニ一致シテ鉤狀ニ切開ヲ加ヘ、腹直筋ノ外縁ニ至リ、之ニ沿ヒテ全長約15cmノ弧狀切開ヲ以テ、直ニ開腹シテ、幽門部ヲ精査スルト、幽門部、十二指腸ニハ何等

第1圖 (Fig. 1) 正常ノ位置ニ在ル遊走性右腎



第2圖 (Fig. 2) 遊走腎性胃腸通過障礙症發現ノ「メカニスムス」ノ圖解



内下方ヘ遊走シタル右腎(矢1)。右腎ト後腹膜トノ癒着ニヨリ右腎ノ下降(矢1)ト共ニ幽門部及ビ十二指腸モ亦タ下方ヘ牽引セラル(矢2)。此ノ際 Lig. hepatoduodenale ガ Gegenzug トナル(矢3)。從ツテ矢2ト3トノ中央ニ於テ十二指腸ガ屈曲ス。

變化ヲ認メナイ。

右腎ハ著シク下降シ、十二指腸下行部ニ接シ、右下方ニ在リ。次ニ extraperitoneal = umgehen シテ腎臟脂肪被膜ニ至リ、此ヲ開イテ右腎ヲ露出スルト、腎臟前面及ビ腹腔内諸臓器ヲ視野内ニ展望スル事が出来タ。茲ニ於テ右腎ヲ其ノ遊走セシメ得ル範圍内ニ於テ移動セシメ、以テ幽門部乃至十二指腸ニ對スル影響ヲ検査スルト、幽門部通過障礙ハ次ノ様ナ Mechanismus ニヨツテ惹起セラレテ居ル事が明白トナツタ。

即チ右腎ガ比較的上位ニ在ルトキハ、幽門部、十二指腸ニハ何等影響ヲ及ボサナイガ(第1圖参照)、其ガ一旦遊走下降シ臍以下ニ迄及ブト、後腹膜モ亦タ右腎ノ下降ニ從ツテ下方ヘ牽引セラレ(第2圖矢1)、一方 Lig. hepatoduodenale ハ比較の強靱デアルカラ、此部ヲ支點トシテ幽門部、十二指腸ニハ著シキ牽引ガ加ハリ、其ノ爲ニ十二指腸上行部ハ強ク屈曲シ、茲ニ始メテ幽門部通過障礙ヲ來ス事ヲ知り得タ(第2圖矢2及ビ3参照)。

處 置：右腎部ヲ検査スルト、腎窩ハ殆ンド認メラレナイ。從ツテヨシ腎固定術ヲ行ツトシテモ、結果ハ甚ダ不確實デアル。ソレデ斷然右腎ノ剔出ヲ行ヒ手術ヲ終ツタ。

經 過：順調ニシテ術後2日目ヨリ次第ニ食欲増進シ心窩部ノ不快感、膨滿感ハ全ク消失シ、7日目ニ拔糸、創面ハ第1期癒合ヲ營ミ、手術後33日目ニ全治退院シタ。

退院時ニ於ケル X線検査デハ胃内容ハ4時間ニテ全部小腸内ヘ移行シ、幽門部通過障礙ガ全治セル事ヲ示シタ。

II 考 察

本患者ニハ多少ノ内臟下垂及ビ胃擴張ヲ認メタガ、之等ガ幽門部通過障礙ヲ惹キ起シタモノトハ考ヘラレナイ。何トナレバ手術後數日ニシテ食欲ハ増進シ、術前ノ諸症狀ハ完全ニ消失シタカラデアル。依テ此ノ幽門部通過障礙ガ右側遊走腎ニ原因シテ居タ事ハ明白デアル。

遊走腎ニ因ル障礙ハ必ズシモ腎臟ノ遊走程度ニ關係スルモノデハ無イ。時トシテハ、遊走ノ程度頗ル強度デ、骨盤腔ヘ迄モ遊走シ「Beckenniere」ノ觀ヲ呈スルモノデモ、何等不快ナ自覺症狀無シニ經過シテ居ル者モアル。

斯様ナ場合ハ、腎臟ハ脂肪囊内ニ於テ少シモ固定セラレル事無ク、滑ル様ニ何等抵抗無シニ移動遊走シ、從テ後腹膜ニハ何等ノ牽引モ加ハラナイカラデアル。

然ルニ本例ニ於テハ腎臟ハ骨盤腔迄ハ達シナイガ、併シ比較の著明ナル遊走性デアルニモ拘ラズ、腎臟脂肪囊及ビ後腹膜間ニハ多少ノ固定(癒着)ガ認メラレ、腎臟ノ下降ニ伴ヒ後腹膜モ亦タ下方ヘ牽引セラレ、他方強靱ナル Lig. hepatoduodenale ノ Gegenzug ト相俟ツテ、十二指腸壁(殊ニ其ノ前壁)ニ強キ牽引ガ加リ、ソレデ強度ノ幽門部屈曲ニヨル通過障礙ヲ來シタノデアル。即チ本例ニ於ケル遊走腎性幽門部通過障礙ハ、上述ノ様ナ「メカニスムス」(機轉)ヲ發現シタノデアル。

從來遊走腎ニ因ル幽門部通過障礙ハ、Bartels, Müller-Warneke(1877)以來、主トシテ遊走腎ガ

腸管ヲ直接＝壓迫スル事＝ヨツテ發現スルモノト解セラレテ居タガ、本例＝ヨツテ此ノ如キ見解ハ明カ＝誤謬デアリ、遊走腎ガ幽門部、十二指腸ノ存在スル部ヲ遠ク離レテ下降スル程、胃腸通過障礙ガ高度トナルモノデアツテ、決シテ腎臓ソレ自身ガ幽門ヤ十二指腸ノ管腔ヲ外部カラ壓迫スル事＝原因スルモノデハ無イノデアル。幽門ヤ十二指腸ヲ一側方（遊走腎ノ場合デハ右後方）カラノミ壓シタノデハ、幽門ヤ十二指腸ハ單＝壓排サレル＝過ギナイノデアツテ、決シテ管腔ノ狹小、從テ通過障礙ヲ惹起スル＝ハ至ラナイモノデアル。此ノ見解ノ正シキコトハ、幽門ヤ十二指腸部＝於ケル後腹膜＝於テ、相當＝巨大ナル腫瘍ガ發育シタ場合デモ、腸通過障礙ガナカナカ起リ來ラヌコトノ多クノ臨床例ヲ以テ觀ルモ首肯サレル。

『遊走腎＝因ル幽門部通過障礙ハ、腎臓ノ下降＝伴フ後腹膜ノ幽門部ニ及ボス牽引ノ結果デアル』ト訂正セラル可キデアル。コレ＝ハ前＝述ベタ様＝Zug ト Gegenzug トガ必要デアルカラ、Gegenzug ガ不十分ナル場合＝ハ遊走下降シタ腎ノミガ Zug ヲ加ヘテモ、腸通過障礙ハ起ラヌノデアル（此ノ様ナ臨床例モアリ得ル）。

又タ Gegenzug ガアツテ、ソレデ遊走腎性胃腸通過障礙ガ發症シタ本例ノ如キ場合＝於テハ、腎臓ガ幽門十二指腸部ヲ遠ク隔リテ下降スル程度ガ大デアレバアル程、通過障礙ガ大トナルノデアル。本例＝於テモ、時々強イ通過障礙ヲ起シタノハ其ノ譯デアルト考察サレネバナラス。

Landau(1881)、及ビ Lindner(1884)、殊＝ Lindner ハ2證例ヲ舉ゲテ、Bartels, Müller-Warnek ノ「壓迫説」ヲ否定シテ『遊走腎＝因ル幽門部通過障礙ハ、腎臓ガ下方＝移動スル際、同時＝起ル後腹膜ノ牽引ガ十二指腸ヲ強ク屈曲「セシメル事＝ヨツテ惹キ起サレル』ト主張スル＝至ツタガ、此ノ事實ハ余等ノ症例ノ手術所見ト全ク一致スルモノデアル。併シ Lindner ハ余等ガ今日重要視スル所ノ Gegenzug ノ必要性＝ハ何等ノ考慮ヲモ拂ツテ居ナカツタ、十二指腸管腔ガ或ハ屈曲スルニシテモ、又或ハ管腔ガ狹小トナルニシテモ、下降シタ腎臓ノ下方ヘノ Zug ノミデハ、ソレガ發生セヌモノデアツテ、ドウシテモ Gegenzug ガ必要デアルノデアル、余等ハ本臨床例＝於テ、此ノ2ツノ要約ガ遊走腎性ノ理學的胃腸障礙＝於テ必要デアル事ヲ手術時ノ検査デ確認シ得タノデアル。

開腹手術ヲ行ヒ、腎臓ヲ直接＝把握シ、ソレヲバ後腹膜内デワザト種々ナル方向ヘ移動セシメテ、幽門、十二指腸ナド＝對スル通過障礙ノ「メカニスムス」ヲ觀察スルト云フ様ナ事ハ、超腹膜腎切開法＝ヨツテ遊走性デアル腎臓ハ勿論、健常幽門部、十二指腸等ヲ一望ノ下＝一視野ノ内ヘ持ち來スノデナケレバ出來ヌ事デアル、余等ガ前述ノ様ナ遊走腎性胃腸通過障礙ノ「メカニスムス」ヲ確認スル＝至ツタノハ全ク此ノ超腹膜腎切開法ノ賜デアル。マタ上述ノ如キ「メカニスムス」ノ確認＝到達スベクシテ、ソレガ今日迄闡明サレナカツタノハ、從來超腹膜腎切開術ガ余等ノ教室＝於テ創始サレタ様＝ methodologisch ＝廣ク行ハレテ居ナカツタカラデア

ル。

III 結 論

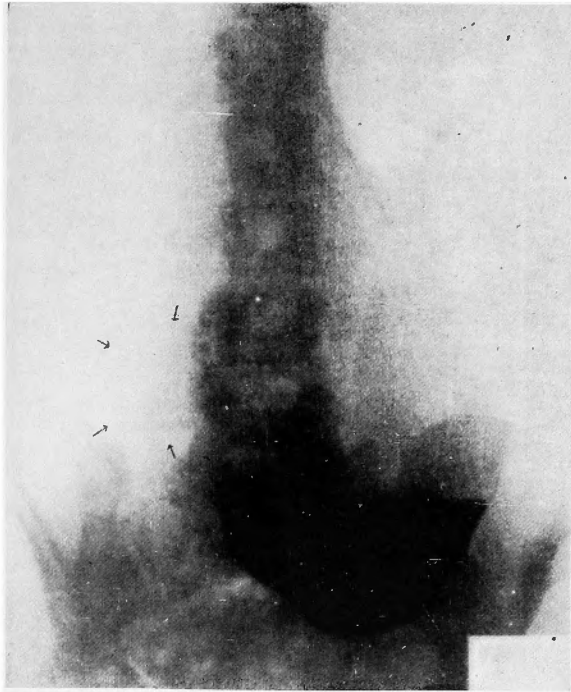
1. 遊走腎＝原因スル胃腸通過障礙ハ、腎臟下降＝伴フ後腹膜ノ十二指腸＝及ボス牽引ノ結果デ發現スル。從テ、
2. 「遊走腎ガ十二指腸ヲ壓迫スル結果デアル」トノ見解ハ今後上記ノ如ク訂正ヲ要スル。
3. 從テ後腹膜ト腎トノ間＝何等ノ癒着モ無イ様ナ例デハ、腎ガ何程遊走シテモ胃腸通過障礙ナドハ發現シ得ヌモノト考ヘネバナラス。
4. 唯ダ單＝腎臟下降＝伴フ後腹膜ノZug ダケデモ、決シテ遊走腎性胃腸通過障礙ハ起リ得ヌ。之ニハ Gegenzug (強靱ナル Lig. hepatoduodenale) ノ存在ガ必要デアル。即チ Zug ト Gegenzug トハ本病理＝於ケル2ツノ要約デアル。
5. 超腹膜腎切開法＝ヨリ始メテ本病理ヲ確認スル事ガ出來タ。是即チ本法ガ他ノ手術方法＝比シ卓越セル事ヲ如實ニボス1ツノ項目デアル。

主 要 文 獻

- 1) 淺原慎次郎、遊走腎ノ徵候特＝消化障礙所謂腎臟消化不良＝就テ 日本外科學會雜誌 第10回、72頁
- 2) 福間三徳、腎臟＝向ツテノ超腹膜切開法。日本外科實函 第10卷、第6號、1553頁。
- 3) Lindner, H., Einige Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Wanderniere. Deutsche med. Wochenschr. 1884, Nr. 15, S. 230.
- 4) Müller-Warneke., Über die widernatürliche Beweglichkeit der rechten Niere und deren Zusammenhang mit der Magenerweiterung. Berliner med. Wochenschr. 1887, Nr. 30, S. 429.
- 5) Wolkow u. Delitzin, Die Wanderniere. Berlin. 1899, S. 217.

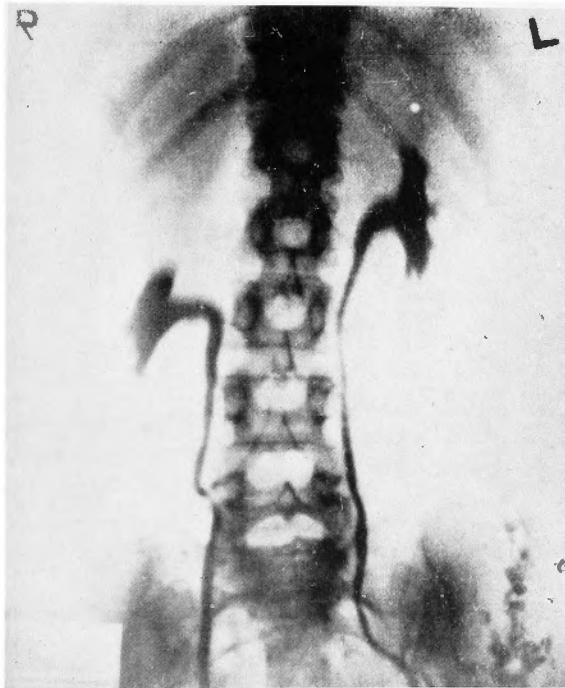
宮 司 論 文 附 圖

第 1 圖



Tafelfig. 1

第 2 圖



Tafelfig. 2

附 圖 說 明

第 1 圖. Lバリウム水嚥下後6時間ニテモ、造影劑ハ殆ンド全部胃内ニ殘溜シ、胃腸通過障礙著明ナリ。矢ニテ圖マレタル所ニ右腎ノ陰影ヲ視ル。(Lバリウム水嚥下後6時間、立位腹背撮影)

第 2 圖. 腎盂照射撮影。造影劑ハ、トロトラスト¹、右腎ハ左腎ニ比シ著シク下降セリ。右輸尿管ハ中央部ニテ屈曲シ明カニ遊走腎ナル事ヲ示ス。(仰臥位腹背撮影)