

臨床講義

腎臓結核 (Nierentuberculose)

教授 醫學博士 磯部喜右衛門 講述

助手 醫學士 小津 茂 筆記

患者：神〇ト〇，41歳，女子，昭和10年9月21日入院

主訴：尿ノ膿様濁濁及ビ間歇性高熱。

家族歴：患者ノ夫ガ肺結核デ死亡シテキル外ニハ特述スベキモノハナイ。

既往歴：約15年前ニ結核性胸腹膜炎ノ爲メニ，約2年間病床ニ就イタコトガアルガ，ソレ以後ハ概シテ健康デアツタ。

現病歴：約5年前ヨリ時々排尿後ニ下腹部ニ軽度ノ疼痛ヲ覺エル様ニナリ，ソノ後2年經ツテカラハ排尿後ニ少量ノ血液ヲモ出ス様ニナツタ。然シ乍ラ熱感モナク，時々身體ノ倦怠ヲ感ズル程度デアツタノデ，日常ノ生活ヲ續ケテキタ。

所ガ本年3月(約6個月前)ニ身體ノ無理ヲシタ後ニ，突然惡感ト共ニ發熱シ(約39°C)，右腹側ニ(丁度右輸尿管ノ走向ニ一致シテ)灼熱感ガアリ，數日後ニ尿ガ白濁セルニ氣付イタ。更ラニ2個月ヲ經テカラ時々血尿ヲ來ス様ニナリ，食慾モ減退シ，排尿頻數(1日20回以上)トナリ，約10日前ヨリ毎夜12時頃ニ定メタ様ニ惡感戰慄ヲ伴ヒ40°Cノ高熱ヲ發スルニ至リ，終ニ全ク病床ニ就クニ至ツタ。

一般所見：患者ハ體格中等度ノヤ、榮養ノ衰ヘタ婦人デ，皮膚粘膜ハ少シ貧血性デアルガ浮腫ハ證明サレナイ。脈搏ハ尋常デ，心臟ニハ何等異常ヲ認メナイ。肺ハ兩側共ニ打診上清音デ，聽診上尋常呼吸音ヲ呈シ囉音ハ聽キ得ナイ。血液像ハ血色素51% (nach Sahli)，赤血球264萬，白血球9200。尿ハ膿狀ニ濁濁シ，比重1008，弱酸性，蛋白ヲ證明ス。尿査鏡檢ノ結果ハ白血球，赤血球共ニ非常ニ多ク，又多數ノ大腸菌ヲ證明スル。結核菌ハ證明出來ナイ。

局所所見：腹部ヲ診ルト，形ハ左右不同デアル。即チ，右腹側ハ明ラカニ一般ニ膨隆シテキルガ，特ニ臍ヨリ上方ニ於テハ外方ニ向ツテノ膨隆ノ度ガ強イ。腹部皮膚ニハ發赤，靜脈怒張ナク，又搏動ヲモ認メナイ。觸診スルト溫度上昇ナク，明ラカニ右腹側ニ大キナ腫瘤ヲ觸レル。腫瘤ノ表面ハヤ、凹凸ヲ感ジ，硬度ハ弾力性デ，双手ノ觸診ニ依ツテ，腫瘤ハ兩手デ摺ムコトガ出來，波動ヲ證明シ，且ツコノ際ニ強キ壓痛ヲ訴ヘル。前後ニハ多少動カシ得ルガ，上下ニ

ハ殆ンド動カシ得ナイ。呼吸トハ無關係デ少シモ動カナイ。腫瘤ノ大イサハ、中央ハ略ボ正中線、下方ハ臍高、上方ハ肋骨弓ヨリ上方ニ至リ明ラカデナイ。コノ膨隆部ヲ打診シテミルト、右前腋窩線迄ハ鼓音性デアルガ、ソレヨリ外方ハ純濁音ヲ呈シテキル。聽診スルト打診ニヨリ鼓音ヲ呈シテキタ部分デハ腸雜音ヲ聴キ得ルガ、右腹側デハ全ク之レヲ聴キ得ナイ。

診断：以上ノ所見ヨリ、今此處ニ觸レタ腫瘤ハ何デアルカト言フニ、先ヅ腫瘤ハ双手デ觸ムコトガ出來ルシ、ソノ上デハ腸雜音ヲ聴キ得ルコトヨリ推シテ、後腹膜外ニ在ルコトガワカル。後腹膜外ニアル腫瘤デ既述ノ如キ所見ヲ呈シ、且ツ患者ノ主訴デアル所ノ、膿毒性ノ間歇性高熱、膿尿及ビ時々現ハレル血尿ヲ來スモノハ、右側ノ腎臓ノ腫張セルモノデ、而モソレガ腎臓水腫ヤ腫瘍デ來タモノデハナクシテ、腎臓膿腫デアルト云フコトハ間違ヒナイ所デアル。

然ラバー體腎臓膿腫ナルモノハ、如何ニシテ起ルカト言フト、之レニハ次ノ如キ2ツノ經路ガアル。即チ、

第1ハ細菌ガ血行性ニ腎臓ニ送ラレテ來ルコトニ端ヲ發スルモノデアル。コノ場合、何處カ身體ノ他ノ部分ニ膿瘍ノ如キモノガアレバ、其處カラ由來シタノデアルト言フコトガ明ラカニ解ルノデアルガ、何處カラ細菌ガ來タノカ譯ノ解ラナイ場合モアル。此ノ様ナ時ハ大抵腸管カラ來ルコトガ多く、便秘ノ如キガアツテ、腸管ニ糜爛ヤ潰瘍ヲ作り、此ノ部カラ細菌ガ吸收サレ、健康者デハ血行中又ハ腎臓デ殺滅サレルノデアルガ、細菌ノ數ガ多イトカ、細菌ノ毒力ガ強イトカ、或ハ腎臓ニ病的變化ガアル時ニハ、腎臓ハ容易ニ犯サレルモノデアル。腎臓ニ到達シタ細菌ハ、被膜ノ下ニ點狀ノ化膿竈ヲ作ルカ、又ハ細尿管ノ間ニ細長イ膿竈ヲ作り、之レ等ノ部分カラ次第ニ健康部ガ犯サレテ、終ニハ腎臓ハ膿腫トナツテシマウ。

第2ハ上行性ニ來ルモノデアルガ、之レハ膀胱カラ細菌ガ輸尿管ヲ逆ニ上昇シテ來ルモノデ、攝護腺肥大トカ、尿道狹窄等ニヨツテ、尿ガ膀胱内ニ滯留スル時ニ起ルモノデアツテ、前者ニ比較スルト稀ナモノデアル。ソシテ何レノ場合ニシロ、大腸菌ニ由ルモノハ症狀ガ輕度デアルガ、化膿菌ニ由ルモノハ重篤デアルノガ普通デアル。

ソレデハ此ノ患者デハ何レノ經路ヲトツテ來タモノデアルカト言フニ、患者ハ約15年前ニ結核性胸腹膜炎ニ罹ツテ居リ、約5年前カラ排尿後ニ下腹部ニ疼痛ガアリ、最近ニ至ツテ尿ガ膿様トナリ、血尿及ビ間歇性ノ高熱ヲ發スルニ至ツタノデアルカラ、以前カラ既ニ腎臓結核ガアツテ、之レガ最近化膿菌ニ由ツテ混合感染ヲ起シ、經過ガ中途デ一變シテ急性ノ症狀ヲ呈スルニ至ツタモノト考ヘラレル。

又此ノ患者ハ3年前カラ排尿後ニ少量ノ出血ヲ來スニ至ツタト言ツテキルガ、之レハ膀胱ノ輸尿管開口部ニ結核性潰瘍ヲ生ジ、膀胱ガ收縮スル時ニ起ルモノデアツテ、タダ單ニ腎臓膿腫ノミノ場合ニハ此ノ様ナ出血ハ稀デアル。膀胱ニ潰瘍ガ及ンデキナクテハナラナイノデアル(本患者ハ膀胱鏡検査ヲヤツタガ、膀胱壁ニハ所々ニ灰白色ノ苔ヲ附シ、特ニ右側輸尿管開口部ニ於テ苔附着ハ著シイ。然シ乍ラ潰瘍ハ認メラレナイ。恐ラク潰瘍面ハ苔ニヨツテ覆ハレテ

キルモノト推考サレル)。腎臓結核デハ極ク初期ニ乳頭部ガ犯サレテ血尿ヲ來スコトガアルガ、然シ全ク終リ迄出血シナイ場合モアル。

確定的ナ診斷ハ尿中ニ結核菌ヲ證明スルコトデアルガ、之レモ必ズシモ總テノ場合ニ證明サレルモノトハ限ラナイ。

X線検査ニヨルト、本患者デハ右側ノ腎臓ハ非常ニ大クナツテキルガ、結石ハ證明サレナイ。左側ハ殆ンド常態デアル。又肘靜脈内ヘ造影劑ヲ注射シテ、X-線ニヨツテ腎臓ノ排泄機能ヲ檢スルト、左側(健側)カラハ注射後約5分ニシテ排出サレルノヲ知ツタガ、右側(患側)ヨリハ25分ヲ經テモ排出サレテ來ナカツタ。此ノ結果ハ膀胱鏡検査ノ際ニ、ラインデゴカルミン溶液ヲ腎筋内ヘ注射シテ、ソノ排出ノ状態ヲ檢シタ結果ト全ク同一デアツタ。即チ、右側腎臓ノ機能ハ全ク消失シテキルガ、左側ハ健全デアルコトガ解ツタ。ソレデアルカラ療法ノ所デモ述ベルガ、此ノ様ナ腎臓ハ最早膿瘍トシテ存在シテキルノミデアルカラ、一時モ早く外科的手術ニ依ツテ取り去ツテヤラナクテハナラヌ。

症狀：之レガ備ツテキタラ腎臓結核デアル、ト言フ症狀ハナク、凡ユル腎臓疾患ニ現ハレル症狀ガボンヤリ來ルモノデアル。デ此等ヲ順々ニ述ベテ見ルト、

1) 疼痛。之レハ輸尿管ノ犯サレタ時、即チ、乾酪様ニナツタ組織ニヨツテ輸尿管ガ閉塞サレル時ニ起ルモノデ痼痛性デアル。通常輸尿管ノ走向ニ一致シテ膀胱ノ方ニ放散スル。内尿道口ニ結核性潰瘍ガアル時ハ、排尿時ニ疼痛ト出血ガアルカラ、之レハ膀胱結石症ト誤ラレル事ガアル。

2) 出血。腎臓ノ髓質ト皮質トノ境界部ニ大キナ血管ガアルガ、乳頭部ニ小サイ病竈ガアツテモ、大出血ヲ來スコトガアル。然シ廣ク乾酪様ニ崩壊シテモ、血管内ニ血栓ヲ生ジテキルト、出血シナイモノデアル。丁度此ノ關係ハ肺結核ト咯血ノ場合ト同様デアル。

3) 體溫上昇。單ニ腎臓結核ノミナラバ、全ク無イ事モアルガ、通常 37.5°C 位ノモノデアツテ、之レガ混合感染ヲ招來スルト此ノ患者ノ様ニ 40°C ノ高熱ガ、然モ多ク間歇性ニ來ルモノデアル。

4) 蛋白尿。少量ハ大部分ノ場合ニ證明サレルカラ、腎臓炎ト間違ハレル。[腎臓炎ト誤診サレルト、榮養増進ヲ主眼トスル結核症ニ對シ、全ク正反對ノ制限性食餌療法ヲヤルコトナルカラ、充分ニ氣ヲ附ケナクテハナラヌ。

5) 尿中ノ白血球。餘リ多量デハナイガ、總テノ場合ニ來ルモノデ、非常ニ多イ時ニハ腎盂炎ヲ考ヘル。即チ、結核性デハ konstant aber gering デアル。

6) 腫瘍ヲ觸レルコト。最モ確實ナ診斷デアルガ、腎臓結核デ腫瘍トシテ觸診サレル様ニナレバ、既ニ末期ト言ツテヨイ。

療法：實質性ノ臓器デハ、結核性病竈ハ一部分ニ局限サレルコトハ少クテ、常ニ進行性デアル。ソレ故ニ早期診斷ト早期手術トガ必要デアル。混合感染ヲ來シタ場合ニハ一層早く手術ヲ

シナクテハナラナイ。手術術式トシテハ、單ニ化膿性腎臓膿腫ノ場合ニハ、切開ト排膿デ良クナルコトモアルガ、結核性ノモノデハ、膿瘍ノ壁ガ肥厚シ、膿瘍腔ガ多室性ニ出来テキルカラ、充分ナル排膿ハ不可能デ、ソノ上、後ニナツテ混合感染ヲ來ス惧レガアルカラ、却ツテ切開、排膿ニヨツテ症状ヲ惡化シ、治ルモノデハナイ。ソレデ腎臓結核デハ混合感染ノ有無ニ拘ラズ、ドウシテモ腎臓剝出術ヲ施行シナクテハナラス。此ノ患者デハ腫瘤モ大キイシ、混合感染ヲシテキル爲メ、周圍組織トノ癒着モ強イカラ、被膜内腎剝出ヲ行ヒ、創ハ開放性トスル積リデア。コレカラ手術ヲヤツテ見セル。

〔附記。剝出サレタ腎臓ハ崩壊シテ、健全ナ組織ハ何處ニモ見當ラナイ。數個ノ室ニ分レテキルガ全ク言葉通りノ膿腫デア。術後ノ經過ハ順調デ、今日デハ術前ノ如キ高熱ハ最早起ラナクナツタ。〕

