囊 胞 腎 ノ 臨 床 的 觀 察

慶應義塾大學醫學部皮膚科泌尿器科學教室 (主任 北川正惇教授)

渡 邊 繁 彌
杉 野 貞 一

Aus der Dermato-Urologischen Klinik der medizinischen Fakultät der Keio-Gijuku-Universität zu Tokio (Vorstand, Professor Dr. M. Kitagawa)

Über Klinische Beobachtung der Cystennieren.

von

Dr. Shigeya Watanabe und Dr. Teiichi Sugino.

Wir haben in der Dermato-Urologischen Klinik der Keio-Gijuku- Universität während der Zeit vom August 1920 bis zum Juli des Jahres 1935, fünfzehn Jahre hindurch, 9 Kranke mit Cystenniere unter den Augen gehabt und darüber klinische Beobachtungen angestellt, wobei wir die folgenden Tatsachen feststellten:

1) Unter den im Verlaufe der 15 Jahre in der urologischen Abteilung behandelten Patienten, deren Gesamtzahl sich auf 18268 belief, betrug der Prozentsatz dieser Fälle 0.05%.

2) Geschlechterverhältnis: — 5 Fälle waren männlich, 4 Fälle weiblich, mithin die Geschlechter fast gleich beteiligt.

3) Altersverteilung: — In den Altersklassen von 30-39, 40-49 sowie 50-59 Jahren wurden je 3 Fälle beobachtet.

4) In allen Fällen war die Cystenniere beiderseitige vorhanden.

5) Bei allen 9 Fällen bestand kein erblicher Einfluss.

6) 4 der Fälle wiesen sogenannte urämische Symptome, wie Kopfschmerz, Schwindel, Nausea, Erbrechen, Appetitslosigkeit, allgemeine Mattigkeit sowie Polyurie oder Oligurie auf.

7) Kardialinsuffizienz wurde bei 2 Fällen beobachtet, Herzhypertrophie in einem Falle; der Blutdruck wurde bei 7 Fällen untersucht, er zeigte sich in zwei Fällen erheblich, bei einem Falle um ein geringes gesteigert. Zirkulationsstörungen waren ziemlich geringfügig.

8) Harnbefund: — Derselbe weist in der Regel das Bild chronischer Nephritis auf. Haematurie zeigte sich bei 3 Fällen (1/3). Wir vermuten, dass sich

dieselbe häufig bei Cystenniere findet.

9) Die Nierenfunktion war bei 4 Fällen fast normal, bei 5 Fällen schlecht. Die bei 3 Fällen vorgenommene Wasserprobe und Farbstoffausscheidungs-Probe fielen parallel mit einander schlecht aus.

10) Das Pyelogramm, an 5 Fällen aufgenommen, wies typische Bilder auf. Meist zeigte sich nämlich dasselbe, indem das Nierenbecken und der Kelch sich Verlängerten, an der Spitze verbreitert mit konkavem Ende, sodass sich eine Kolbenform ergibt, und alle Teile sind scharf begrenzt. Daher liegt die Längsrichtung des Schattens des Nierenbeckens parallel der Medianlinie. Oft ist der Winkel zwischen dem Nierenbecken und dem Anfangsteil des Ureters fast ein rechter.

11) Die Behandlung bestand in

innerlicher symptomatischer Kur bei 5 Fällen

Payr'scher Ignipunktur 2 "

Freilegung der Niere und Punktion der Cyste 1 Fall

Nephrektomie 1 "

Die Ignipunktur scheint uns gute Erfolge zu haben.

12) 5 unter den 9 Fällen endeten tödlich, und zwar starben im Alter von 40-59 Jahren 4 Patienten; bei einem andern Falle war das Alter unklar.

Todesursachen waren die folgenden:

Urämie 2 Fälle

Apoplexie 1 Fall

unklar 2 Fälle.

(Autoreferat)

目

次

- 緒 言
1. 臨 床 例
 2. 發生成因ニ就テ
 3. 頻度, 性, 年齡, 罹患側及ビ
遺傳的關係ニ就テ
 - 1) 頻 度
 - 2) 性 別
 - 3) 年 齡

- 4) 罹 患 側
- 5) 遺傳的關係
4. 症 狀
5. 合 併 症
6. 診 斷
7. 豫 後
8. 療 法
- 結 論

緒

言

多發性囊胞腎ハ腎臟疾患中極メテ稀有ナリトハ斷ゼザルモ尙比較的稀ナルモノニ屬ス。本症ニ就テ初メテ記載サレタルハ18世紀ノ事ニシテ, Littré ハ 1725年 既ニ Paris ニ於テ本症ヲ報告セリ。而シテ之ガ組織學的檢索ヲナシタルハ Lever, Siebold, Levy ヲ以テ嚆矢トス。其ノ後 Virchow 出ヅルニ及ビ一般學者ノ興味ヲ煽リ爾來先輩學者ニヨリ幾多ノ研索報告セラレ

今日ニ於テハ其ノ報告例ハ枚舉ニ遑アラズ。本邦ニ於テモ青木氏(24例), 石津氏(14例), 小澤氏(11例), 武谷氏(10例), 蓮見氏(8例), 大道氏(7例), 羽太氏(4例), 石原氏(4例), 赤岩, 吉岡, 川西氏(3例), 等ヲ初メトシテ多數ヲ算フ。然レドモ其ノ臨床上ノ所見ハ極メテ多様ニシテ本疾患ニ就テ諸家ノ意見ノ一致ヲ見ザル所多々アリ, 其ノ點今日尙多數ノ學者ノ論義ノ焦點ヲ殘セルモノアリト云ハルベシ。爰ニ於テ余等ハ過去15個年間ニ我ガ慶應義塾大學醫學部皮膚科泌尿器科教室ニ於テ經驗シタル本症9例ヲ檢討シ以テ先ヅ臨床的觀察ヲ施シ報告スル次第ナリ。余等ノ9症例ノ中ニハ吾教室坂口博士ガ日本泌尿器科學會第27回集談會ニ於テ報告セル6例, 藤原學士ガ同學會第36回集談會ニ於テ報告セル1例ヲ含ミ, 其レニ余等ノ1人杉野及ビ渡邊ガ既ニ同學會第37回, 42回集談會ニ於テ報告セル症例ヲ加ヘテ詳細ニ調査セルモノナリ。

1. 臨 床 例

【第1例】患者 永井某, 46歳, 男子, 藥種商。

初 診 大正12年4月21日。

主 訴 1. 兩側側腹部ノ疼痛性腫瘤, 2. 排尿時ノ疼痛, 3. 血尿。

家族歴 母ハ68歳ノ時胃癌ニテ死亡ス。其ノ他特記スベキモノナク, 近親中腎疾患ヲ患ヒシモノヲ認メズ。

既往症 13歳ノ時腸室扶斯, 27歳ノ時淋疾ニ罹患セル外生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。

現症歴 大正9年3月7日飲酒セル後突然ニ血尿ヲ來セリ。血尿ハ2日間持續セシガ其ノ後ハ全ク認メザルニ至レリ。然ルニ同年7月ニ至リ右側側腹部ニ腫瘍アルヲ發見ス。別ニ自覺症狀モナカリシ故醫治ヲ乞ハザリシガ大正12年2月初旬感冒ヲ患ヒタル際ニ兩側腎臟部ニ疼痛ヲ覺エ左側側腹部ニモ腫瘤ヲ自ラ觸知シ得ルニ至レリ。其ノ際モ2日間血尿ヲ見タルガ其レ以來排尿ニ際シテ多少疼痛ヲ覺エ, 排尿回数稍増加セリトイフ。

現 症 體格榮養中等度, 心臟肺臟共ニ所見ナク, 脈搏ハ正常。兩腎ハ著シク肥大シ壓痛モ著明ニ存ス。硬度ハ相當ニ硬固ナリ。其ノ表面ハ不平ニシテ所々ニ膨隆アリ。四肢ニ水腫ナク食慾睡眠ハ共ニ佳良ニシテ排尿回数ハ晝夜10回, 夜間1—2回ナリ。

尿所見: 「アルカリ」性, 中等度濁濁, 蛋白(+), 糖(-), 多核白血球(++), 赤血球(-), 上皮細胞(+), 圓嚢(-), 葡萄狀球菌(++), 結核菌(-)。

血液「ワ」氏反應(-), 「ビルケ」氏反應(-)。

膀胱鏡所見: 膀胱粘膜ハ一般ニ發赤ス, 兩側輸尿管口ニ異常ナシ。異物, 潰瘍, 腫瘍, 結石等存在セズ。

「インデゴカルミン」試験, 初發時間ハ右側5分⁴左側4分, 兩側共ニ同時ニ濃青トナル。

「アンバー」尿素排泄係數 0.1085。

診 斷 兩側性囊胞腎兼葡萄狀球菌性膀胱炎。

經 過 合併症トシテ葡萄狀球菌性膀胱炎ノ存セル爲メ最初之ガ治療ヲ行ヒタリ。即チ連日膀胱洗滌ヲナシ硝酸銀水ノ注入ヲナス。3週間後ニハ全ク尿清澄トナリ蛋白モ僅少トナリタルヲ以テ先ヅ右側腎臟ノ囊胞穿刺焦灼術ヲ行ヒタリ, 右腎ヲ露出セシメタルニ表面ニハ葡萄狀ヲ呈セル囊胞多數密生ス。囊胞ヲ穿刺セルニ淡褐色ヲ呈セル溶液ヲ得タリ。檢スルニ蛋白反應ハ陽性ナリキ。

Israel ノ云ヘルガ如キ菊花狀顆粒物ハ發見セズ。出來得ル限り多數ノ囊胞ヲ穿刺シ電氣焦灼シテ術ヲ終ル。術後1週間ハ多少發熱ヲ見タルモ其ノ後順調ニシテ20日後ニハ手術傷モ癒エ退院セリ。穿刺及ビ電氣焦灼ニヨリテ右腎部ノ疼痛ヲ輕快ナラシメ右腎ノ大サヲ多少縮小セシムルコトヲ得タリ。

入院中1日平均尿量ハ1150cc, 比重ハ1010, 回数ハ9回, 退院後暫時ハ自覺症狀殆ンドナカリシモ其ノ後兩腎臟部ニ再ビ疼痛ヲ覺エルニ至リ爾來症狀ハ一進一退ニシテ昭和7年7月遂ニ他界ス(55歳)。死因ハ腦溢血ナリト。

【第2例】患者 森本某, 35歳, 男子, 建具工。

初 診 昭和3年1月4日。

主 訴 1. 右側腎臓部ノ疼痛, 2. 右側鼠蹊部ヨリ下肢ニ及ブ緊張感。

家族歴 父ハ「コレラ」ニテ死亡ス。母, 妻, 及ビ子供2人, 何レモ健在ナリ。

既往症 25歳ノ頃ヨリ氣管支性喘息ヲ患フ。23歳ノ時腹膜炎ヲ罹患ス。

現症歴 昭和2年10月初旬頃ヨリ尿ノ濁濁セルヲ認ム。特ニ運動シタル直後ニ著明ナリト云フ。11月初旬ニ至リ風邪ニ罹リ多少ノ熱發ヲ見タルニ同月20日ニハ惡寒戰慄ト共ニ高熱(39°C)ヲ發シ加フルニ喘息モ猛烈トナリ, 同日夕刻ヨリハ右腎部ニ自發痛, 壓痛ヲ感ズルニ至レリ。12月25日ヨリハ更ニ右側鼠蹊部ヨリ同側上腿ニ放散スル緊張感ヲモ覺エタリ。

尙患者ハ排尿時ノ疼痛, 血尿等ハ認メタルコトナシト云フ。

現 症 體格榮養中等度, 顔色稍々蒼白, 肺臓ハ呼吸音ガ稍々微弱ニシテ至ル處ニ囉音アリ。心臓ハ肺氣腫ノ存スル爲メ稍々其ノ限界ハ縮小セルモ心尖音ニハ異常ヲ認メズ。脈搏ハ正常。腎臓所見トシテ右腎ハ小兒頭大ニシテ其ノ下極ハ臍ノ高サニ觸知シ得タリ。表面ハ多少凹凸アリ, 硬度ハ稍々硬シ。輕度ノ壓痛存ス。左腎モ亦相當ニ増大シ其ノ下極ハ臍ノ高サヨリ2横指上ニ觸知セラル。食慾, 睡眠ハ共ニ尋常ニシテ四肢ハ水腫ヲ認メズ。

尿所見: 酸性, 稍々濁濁ス, 蛋白(一), 糖(一), 多核白血球(卅), 上皮細胞(+), 赤血球(一), 圓錐(一), 細菌(一)。

膀胱鏡検査: 膀胱粘膜, 兩側輸尿管口ニ異常ナシ。腫瘍, 潰瘍, 瘢痕, 結石等ヲ認メズ。

「インデゴカルミン」排泄試験 初發右側ハ6分30秒, 左側ハ8分45秒。兩側共ニ10分ヲ經ルモ濃青トナラズ。

「アンパール」尿素排泄係數 0.054。

「フェノールズルフオンフタレイン」試験 初發時5分, 第1時間排泄量ハ4%

血液検査: 赤血球數ハ尋常, 白血球數ハ11600ニシテ稍々其ノ増加ヲ見タリ。血液像ニハ變化ナシ。

血液「ワ」氏反應(一), 「ビルケ」氏反應(一), 血壓最高129, 最低90。

氷點下降度測定 血液△=-0.805, 尿△=-1.145。

腹腔内氣體腎臟攝影法, 兩腎著明ニ膨大シ表面不平ニシテ膨隆アルヲ認ム。

診 斷 兩側性囊胞腎兼氣管支性喘息。

經 過 入院中右側側腹部ヲ切開シ周圍トノ癒着ヲ剝離シテ腎臟ヲ露出セシメタルニ表面ハ凹凸著シク色ハ紫色ヲ帶ビ恰モ葡萄ノ房ノ如シ。硬度ハ稍々軟, 穿刺ヲ行ヒタルニ透明ナル液體ヲ得タリ。之ヲ檢スルニ多核白血球(+), 赤血球(+), 細菌(一), 花冠狀顆粒物(一), 結氷點下降度ヲ測定セルニ△=-0.716。「リバルタ」試験ハ陰性ナリ。術後2日間ハ高熱(最高39.5°C)ヲ發シタルモ, 1週間後ニハ全ク去リ手術創ノ經過モ亦良好ニシテ15日後ニハ退院セリ。患者ノ訴ヘタル右腎部ノ疼痛ハ手術ニヨリ輕度トナスコトヲ得タルモ全ク除去スル事ハ得ザリキ。入院中1日平均尿量ハ1150cc, 比重1018, 排尿回數5—6回。

【第3例】患者 相内某, 48歳, 女子, 無職家族
初 診 昭和3年4月13日

主 訴 1. 右側側腹部ノ疼痛, 2. 心臓部ノ疼痛 3. 頭痛及ビ眩暈, 4. 尿量増加, 5. 血尿。

家族歴 母及ビ夫ハ腦溢血ニテ死亡シ兄弟5人中3人ハ既ニ他界セリ。1名ハ肺結核ニテ死亡セリトイフ。舉子9人中4人ハ小兒期ニ死亡セリ。其ノ中ノ1名ハ腎臟炎ナリシト。

既往症 小兒時代ヨリ至極健康ニシテ著患ヲ知ラズ。出産ハ9回ニシテ毎回安易ナリシト。流産, 早産等ナシ。

現症歴 大正12年頃ヨリ尿量増加シ顔面及下肢ニ浮腫ヲ認メ, 大正14年2月頃ヨリハ時折頭痛及眩暈ヲモ覺ユルニ至リ, 同年6月7日ニハ初メテ血尿アル事ニ氣付キタリ。驚キテ當院内科ニ診察ヲ乞ヘリ。此際醫師ニ云ハレ初メテ兩腎ノ腫大セルヲ知ル。囊胞腎ヲ診斷ノ下ニ入院治療ヲ受ク。血尿ハ1週間持續セル後消失シタルモ腎臟ノ腫大ハ去ラズ。約1ヶ月半ニシテ退院セリ。入院當時ノ榮養狀態ハ稍々惡ク, 心臓障害ヲモ認メタリ。血壓ハ150—90。兩側腎臟ハ稍々擴大シ表面ハ不平

ニシテ凹凸アリ。壓痛ハ存セズ。排尿回数ハ當時1日5—6回ニシテ尿ハ褐赤色ノ色調ヲ帶ビ、蛋白痕跡、多核白血球(+)、赤血球(+)ナリ(血尿停止シタル後ノ所見)。酸素3000ccヲ腹腔内ニ送入シ氣體撮影法ヲ行ヒシニ明ラカニ兩腎ノ腫大セル影像ヲ認メタリ。退院後ト雖モ尿量ニハ變化ナク著シク多量ナルヲ認メタルモ其ノ他ノ自覺障礙ナカリシ故其ノ儘放置セリ。然ルニ昭和2年ノ暮頃ヨリ右側腎臟部ニ疼痛ヲ覺ユルニ至レリ。漸次疼痛ハ激シクナリタルヲ以テ昭和3年4月10日再ビ當院内科ニ入院ス。同14日當科ニ検査ヲ依頼シ來ル。

現症 體格中等度、榮養ハ稍々不良、顔面ニ輕度ノ浮腫ヲ認ム。心臟ノ肥大ハ證シ得ザリシモ心音及ビ大動脈第1音ハ不正ナリ。肺臟ニ所見ナク肝臟脾臟ハ共ニ之ヲ觸レズ。腎臟ハ右側ハ小兒頭大ニシテ其ノ下緣ハ臍ノ高サヨリ2横指下位ニ觸レ表面ハ隆起著シク不平ナリ。1個拇指頭大ノ膨隆セル結節ヲ觸ルルコトヲ得タリ。硬度ハ相當ニ硬シ。左側ハ超手拳大ニシテ下緣ハ臍ノ高サニ相當ス。表面ハ割合ニ平滑ナリ。硬度ハ右側ト同様ニ硬シ。但シ兩側共ニ壓痛ヲ缺グ。下肢ニハ浮腫輕度ニアリ、膝蓋腱反射ハ尋常ナリ。其ノ他食慾、睡眠、排尿回数等ハ普通ニシテ月經モ亦順調ナリ。

尿所見：弱酸性、黃色水樣、透明、蛋白(+), 糖(-), 多核白血球(+), 赤血球(+), 圓錐(-), 上皮細胞(+), 細菌(-), 比重1010。

血液検査：赤血球數尋常、白血球數ハ12000ニシテ稍々其ノ増加ヲ示ス。血液像ハ尋常、血壓152—100。

膀胱鏡検査：膀胱容量ハ150cc以上、膀胱粘膜ニ異常ナク結石、腫瘍、潰瘍等ハ皆無ナリ。

「インデゴカルミン」排泄試験 初發右側ハ13分35秒ニシテ左側ハ9分ナリ。深青色トナリタルハ兩側共ニ14分後ナリ。

水試験 水1500ccヲ飲用セシメシニ4時間排泄量1150cc、24時間排泄量2370cc、比重動搖範圍ハ1004—1015ナリ。

診斷 兩側性囊胞腎、網膜中心動脈硬化症。

經過 内科の姑息療法ヲ行ヒ約1ヶ月後退院セリ。入院中1日平均尿量ハ2600cc、比重ハ1008、

排尿回数ハ5—6回ナリ。尙入院中眼科ニ依頼シ眼底ヲ檢セシニ眼底中心網膜血管ノ著明ナル動脈硬化症ノアルヲ知リタリ。

【第4例】患者 山崎某, 32歳, 女子, 石膏彫刻業ノ家族。初診 昭和5年2月17日。

主訴 1. 頭痛、嘔吐、2. 熱發及ビ惡寒戰慄、3. 左側側腹部ノ疼痛性腫瘍。

家族歴 父ハ腦溢血ヲ以テ52歳ニテ死亡ス。子供ナク其ノ他特記スベキモノナシ。

既往症 患者ハ幼少ノ時ヨリ至極健全ニシテ著患ヲ知ラズ。

現症歴 昭和4年11月7日頃腹痛及ビ腰痛ヲ覺エ賣藥ヲ服用シ治癒シタルモ12月9日ニ至リ突然ニ惡寒戰慄ト共ニ發熱ス。醫治ヲ受ケシモ何等効驗ナク剩ヘ頭痛、動悸、嘔吐並ニ下腹部ノ疼痛ヲ自覺スルニ至リ翌昭和5年1月24日當院内科ニ入院シ2月26日當科ニ轉科シ來ル。

現症 體格榮養佳良、顔色稍々蒼白、肺臟、心臟共ニ尋常。心臟ノ肥大ハ證明シ得ズ。肝臟ハ觸診スルコトヲ得ズ。脈搏正常、右腎ノ下極ハ臍ノ高サヨリ2横指上方ニ觸知ス。表面ハ凹凸著シクシテ硬度相當ニ硬シ。左腎下極ハ臍ノ高サヨリ1横指下位ニ觸レ壓痛ヲ訴フ。四肢ニ浮腫ナク、食慾、睡眠ハ稍々障礙サレ、月經ハ2年前ヨリ全ク來潮セズト。

尿所見：酸性、輕度濁濁、蛋白(+), 糖(-), 多核白血球僅少、赤血球(-), 上皮細胞(+), 圓錐(-), 細菌—グラム氏染色陰性短桿菌(+).

膀胱鏡検査：膀胱容量300cc以上、膀胱粘膜ハ稍々濁濁セルヲ認ム。肉柱狀ヲ呈ス。血管像ハ明ラカニシテ潰瘍、腫瘍、結石等ヲ認メズ。

「インデゴカルミン」試験 初發ハ右側6分20秒、左側7分55秒ニシテ、濃青トナリタルハ右側7分15秒、左側8分10秒。

輸尿管「カテーテリスムス」 兩側共容易ニ挿入スル事ヲ得タリ。

	外見	反應	蛋白	赤血球	圓錐	上皮	膿球	細菌
右腎尿	透明	酸性	—	—	—	+	—	—
左腎尿	濁濁輕度	酸性	+	—	—	+	少數	グラム陰性短桿菌+

輸尿管性「ビエログラム」所見 腎盂像ハ兩側共ニ其ノ境界ハ鮮明ニシテ腎盂ハ著シク延長セルヲ認ム。腎盂ノ擴張ハ認メラレズ右腎盂ノ上方ニ於テ略々圓形ノ影像ヲ認ムルモ恐ラク囊胞ノ腎盂腎盞ニ破レテ造影剤ヲ充滿セルタメナラン。腎盞ハ左側ニ於テハ其ノ第1段ハ細長ク延長シ第2段ニ於テ扁平ニ擴張セルヲ認ム。右側ニ於テハ腎盞ハ扁平ニ擴張セルノミ。兩側共ニ其ノ邊緣ハ一般ニ凹彎セリ。兩腎盂像ノ長軸ノ延長線ハ殆ド垂直トナリ、脊柱ニ略々並行ス。輸尿管像ニハ異常ヲ認メズ、右側輸尿管ノ脊柱ノ右端ニ沿ヒ下行スルヲ認ムルノミ(第1圖)。

「フエノールズルフオンフタレイン」試験 初發6分32秒, 1時間排泄量52%。

血液検査: 赤血球數326萬, 白血球數9400, 血液像トシテハ中性多核白血球斷然多數ヲ占メ82.1%ヲ示シ, 從ツテ淋巴球11.2%ニ過ギズ。血液殘餘窒素22.3mg, 血壓最高100, 最低48, 血液「ワ」氏反應(-)。

診 斷 兩側性囊胞腎, 左側腎臟周圍膿瘍,(腎ヲ露出シテ之ヲ證セリ)。

經 過 3月1日「ベルグマン・イスラエル」ノ腰部斜切開ニ從ヒ左側腎臟部ヲ切開セシニ膿汁約30cc排泄サル。腎臟表面至ル處ニ囊胞アリ, 後面ノ或ルモノヲ穿刺スルニ囊胞貯液約35ccヲ得タリ。黃色ノ透明液ニシテ蛋白反應ハ強陽性ナリ。「ヨードフォルムガーゼタンポン」ヲ挿入シ手術終ル。術後全身狀態稍々悪ク, 食慾睡眠著シク障害サレ連日熱發(最高39.2°)ヲ見タリ。術後左側腎臟部ノ疼痛ハ多少輕微トナリタルモ尙鈍痛アリ。5月29日膀胱鏡検査ヲ行ヒ「インデゴカルミン」ヲ注射シ其ノ排泄ヲ見タルニ右側ハ17分30秒ヲ要シ左側ハ19分30秒ヲ經ルモ尿ノ着色ヲ認メズ。腎機能ノ甚シク障碍サレタルヲ知ル。入院後約4ヶ月ハ毎日38°内外ノ熱發ヲ見タルモ其ノ後多少降下シ尿モ潤濁程度トナリタルヲ以テ7月20日退院セリ。入院中1日平均尿量ハ1500cc, 比重1013, 排尿回数7回ナリ。

【第5例】患者 伊藤某, 40歳, 男子, 靴屋。

初 診 昭和5年6月23日。

主 訴 1.兩側側腹部腫瘍, 2.腹部充満感,

3.口渴。

家族歴 舉子無ク, 其ノ他特記スベキモノモナシ。

既往症 18歳ノ時左側肋膜炎ヲ病ム, 元來胃腸弱ク小兒時代ヨリ胃腸疾患ニ悩ムト。

現症歴 約1年前ヨリ自ラ左側側腹部ニ腫瘍アルニ氣付ク。約6週間前ヨリハ右側側腹部ニモ同様ニ抵抗アルモノヲ認メ, 其ノ頃ヨリ上腹部ノ充満感及ビ口渴ヲ訴フルニ至レリ。

現 症 體格榮養中等度, 顔貌尋常, 肺臓心臟ニ變化ヲ認メズ, 肝臓脾臓ハ之ヲ觸レズ。脈搏ハ正常。

右腎下極ハ臍ノ高サニ, 左腎下極ハ臍ノ高サヨリ3横指下ニ觸知ス。表面ハ不平ニシテ凹凸アリ。其ノ硬度ハ彈性硬度ヲ有ス。壓痛ハ兩側共ニ之ヲ缺グ。四肢顔面ニ浮腫ナク, 食慾睡眠ハ佳良ニシテ排尿回数ハ1日4—5回ナリ。

尿所見: 中性水様清澄, 蛋白(+), 糖(-), 多核白血球(-), 赤血球(+), 上皮細胞(+), 圓嚢(-), 細菌(-), 比重1010。

膀胱鏡検査 膀胱粘膜ハ一般ニ潤濁ス。血管像明瞭ナラズ。兩側輸尿管口附近ハ稍々充血ス。其ノ他腫瘍, 潰瘍, 結石ハ認メラレズ。

輸尿管「カテーテリスムス」 兩側容易ニ輸尿管「カテーテル」ヲ挿入スル事ヲ得タリ。兩腎ノ分尿ヲ見ルニ

	外見	反應	蛋白	膿球	赤血球	上皮細胞	圓嚢	細菌
右腎尿	清澄	中性	+	-	少數	+	-	-
左腎尿	清澄	中性	+	-	+	++	-	-

「インデゴカルミン」排泄試験 右側ハ初發6分25秒, 左側ハ12分ニシテ尙青色トナラズ。

輸尿管「ビエログラム」所見 20%「ヨードナトリウム」ヲ兩側ニ約23cc宛注入シ撮影ス。

(左側ノ「カテーテル」ハ操作中抜ケタル爲メ腎盂像ヲ得ル事ヲ得ザリキ)。

腎盂像ハ延長シ腎盞ハ一般ニ擴張シ扁平トナリ其ノ先端ハ凹彎シ囊胞腎特有ノ影像ヲ現セリ。上極ニ存セル腎盞ハ分枝狀ニ細長ク延長セルヲ認ム。腎盂像ノ長軸ノ延長線ハ正中線ト殆ド並行セ

ルヲ見ル。輸尿管ノ影像ハ尋常ニシテ脊柱ノ右端ニ沿ヒ下行ス。而シテ輸尿管起始部ト腎盂トナス角度ハ殆ド直角ニ近シ(第2圖)。

水試験 水1000ccヲ飲用, 4時間排泄量580cc, 24時間排泄量1200cc, 比重動搖範圍ハ1006—1013ナリ。

「フエノールズルフオンフタレイン」排泄試験 初發時間12分25秒, 1時間排泄量僅ニ12%ニ過ギズシテ腎機能ハ不良ナリ。

診 斷 兩側性囊胞腎。

經 過 内科の姑息療法ヲ行ヘリ。經輸尿管「ピエログラム」ヲ施行シタル後右側腎臓部ニ輕微ノ疼痛ヲ覺エ同時ニ發熱(38°C)ヲ見タルモ翌日ヨリハ全ク解熱シ患者ノ希望ニヨリ入院1週間ニシテ退院セリ。入院中1日平均尿量1300cc, 比重1013, 排尿回数ハ5—6回ナリ。退院後約1ヶ月ニシテ患者ハ遂ニ鬼籍ニ入りタルヲ聞ク。死因ハ不明ナリ。

【第6例】患者 岡貞某, 女子, 55歳, 職業ナシ。初診 昭和6年10月28日。

主 訴 1. 下腹部膨滿感, 2. 頭痛, 口渴, 嘔吐, 嘔氣, 3. 四肢及ビ顔面ノ浮腫, 4. 尿量減少。

家族歴 兄ハ腦溢血ニテ死亡ス。其ノ他特記スベキコトナシ。

既往症 25歳ノ時「マラリヤ」, 54歳ノ時十二指腸蟲病ヲ罹患セル他特別ノ疾患ヲ知ラズ。

現症歴 昭和5年12月頃ヨリ下腹部ニ膨滿感ヲ覺エ時折同部ニ輕度ノ疼痛ヲモ認メタリ。昭和6年7月頃ヨリハ盛ニ口渴ヲ訴ヘル様ニナリ其ノ爲多量ノ飲料ヲ採ラザルベカラザルニ至ル。同年9月20日頃ニハ全身ニ浮腫ヲ來シ尿量ノ頓ニ減少セルヲ認メ同時ニ嘔吐, 頭痛ヲモ覺ユルニ至レリ。

現 症 體格中等度, 榮養稍々不良, 顔貌蒼白。心臓ニ異常ヲ認メズ。肺臓ニモ著變ナシ。脈搏ハ緊張普通, 脈搏數モ尋常, 動脈管壁ハ硬化シ且脈管ノ蛇行セルヲ認ム。

腎臓, 右腎ハ其ノ下極ハ臍ノ高サニ觸レ表面ハ平滑ナラズシテ硬度ハ彈力性硬ナリ。左腎モ同様下極ヲ略々臍ノ高サニ觸レ表面ニ2—3ノ膨隆部ヲモ觸知シ得タリ。硬度ハ右腎ニ比シ稍々柔軟ナリ。壓痛ハ兩側共ニ之ヲ缺グ。四肢ニハ極メテ輕度ノ

浮腫ヲ見ルモ顔面ニハ之ヲ認メズ。食慾睡眠ハ障礙セラレ排尿回数ハ1日5—6回。月經ハ不順ナリ。血壓184—106。

尿所見: 酸性, 水様透明, 蛋白(+), 糖(-), 多核白血球(+), 赤血球(-), 上皮細胞(+), 圓錐(-), 細菌(-)。

膀胱鏡検査: 膀胱粘膜ハ正常, 血管像明瞭, 只膀胱底部ヨリ三角部ニ亙リテ縱走スル多數ノ皺襞ヲ認ム。結石, 潰瘍, 腫瘍等ヲ認メズ。右側輸尿管口ヨリハ周期的ニ尿ノ噴出スルヲ認メ得タルモ左側ヨリノ排泄ハ全ク不明ナリ。

「インデゴカルミン」排泄試験, 14分ヲ經ルモ兩側共ニ遂ニ其ノ排泄ヲ認メズ。

「レントゲン」單純撮影 兩腎ノ輪廓ハ明カナラザレドモ相當ニ腫大セルヲ證シ得タリ。結石ノ影像ハ認メラレズ。

診 斷 兩側性囊胞腎兼動脈硬化症。

經 過 入院後屢々嘔氣, 嘔吐, 頭痛等ヲ訴ヘタルモ無熱ニ經過シ全身症狀モ左シテ増惡セザリシガ11月10日午後2時15分突然ニ惡寒戰慄ト共ニ熱發シ次第ニ昏睡狀態トナリ午4後30分遂ニ死亡セリ。

入院中尿量ハ1日平均800ccアリタルモ死亡セル前2日間ハ著シク減少シ僅カニ200ccニ過ギズ。

上述ノ經過ヨリ推シテ本例ハ慢性ノ尿毒症ノ爲メ鬼籍ニ入りタルモノト考察セラルベシ。

【第7例】患者 藤原某, 35歳, 女子, 職工家族。初診 昭和8年10月6日。

主 訴 腹部腫瘍。

家族歴 不詳。

既往症 29歳ノ時腎盂炎, 34歳ノ時子宮内膜炎ヲ病ム。其ノ他ニハ著患ヲ知ラズ。

現症歴 6年前熱發及ビ尿濁ヲ認メタルヲ以テ醫師ヲ訪レシニ腎盂炎ト云ハレ治療ヲ受ケタリ。其ノ翌年右側上腹部ニ腫瘍アルヲ發見シタルモ輕度ノ腹部膨滿感アルノミニシテ何等シキ障礙ヲ認メザリシ故其ノ儘放置ス。然ルニ本年ニ入り腫瘍ノ漸時増大シ來レルヲ知り10月6日當院外科ヲ訪レ同月11日入院ス。10日外科ニテ腹部腫瘍ノ診斷ノ下ニ開腹術ヲ行ヒ右腎ヲ摘出ス。翌月6日當科ニ検査ヲ依頼シ來ル。

現 症 體格榮養中等度，顔面及ビ全身ノ皮膚ハ稍々蒼白ニシテ貧血ス。心臓肺臓ニ所見ナク脈搏整調，肝臓脾臓ハ之ヲ觸レズ。

左腎下極ハ肋骨弓直下ニ觸レ表面ハ平滑ニシテ壓痛ヲ缺グ。右腎ハ既ニ摘出サレ右側側腹部ニハ臍ヲ中心トシテ上下ニ約14cmノ手術線狀瘢痕アリ。

尿所見：弱[アルカリ]性稍々濁濁ス(磷酸鹽尿)，蛋白(一)，糖(一)，多核白血球(一)，赤血球(一)，上皮細胞(+)，圓嚢(一)，細菌(一)。

膀胱鏡検査：膀胱容量ハ150cc以上，兩側輸尿管口ニハ多數ノ皺襞ヲ認メ得ルモ其ノ他異常ナシ。膀胱三角部ハ稍々發赤シ，後壁ハ穹隆狀ヲ呈ス。異物，結石，潰瘍腫瘍等ヲ認メズ。

「インデゴカルミン」排泄試験 初發時間左側5分25秒ニテ濃藍トナリタリ。

輸尿管「カテテリスムス」 兩側トモ「カテーター」ヲ容易ニ挿入スルコトヲ得タリ。左腎尿ヲ檢スルニ色調ハ藁黃色ヲ呈ス。水様透明，蛋白(一)，多核白血球(一)，赤血球(一)，圓嚢(一)，細菌(一)。

輸尿管性「ピエログラフイー」 15%「ヨードナトリウム」ヲ注入シ腎盂像，輸尿管像ヲ撮影ス。右側ハ9cc，左側ハ25ccノ注入ニテ疼痛發作アリ。其ノ時「レントゲン」寫眞ヲ撮ル。左側ノ腎盂，腎盞像ハ囊胞腎特異ノ像ヲ示セリ。即チ腎盂ハ著シク延長サルモ擴張ハ認メラレズ。腎盞ハ第1段ニ於テ細長ク延長シ第2段ニ於テ扁平トナレリ。其ノ先端ハ凹狀ヲナシ所謂「コルベン」狀ヲ呈ス。併シテ腎盂腎盞像ノ境界ハ極メテ鮮明ナリ。尙腎盂像ノ長軸ハ殆ド脊柱ノ其レト略々並行スルヲ認ム。輸尿管ニハ異常ヲ認メズ(第3圖)。

診 斷 兩側性囊胞腎兼子宮內膜炎(婦人科ニテ診斷ス)。

經 過 9月20日外科ニ於テ腹部腫瘍ノ診斷ニテ內臟神經麻醉及ビ局所麻醉ノ下ニ右臍ヲ中心トシテ正中線ニ於テ上下ニ約14cmノ切開ヲナス。腹腔内ニハ著變ナク後腹膜ヲ開キテ腎ニ達シタルニ表面凹凸不平，強度ニ腫大セル腎臓ヲ見，初メテ囊胞腎ナルコトヲ知レリ。左腎ハ表面平滑ニシテ著シキ病變ヲ認メズ。右腎ノ內臟諸器官ヲ著シク壓迫セル狀ヲ認メ，益々其ノ増大スルヲ恐レテ

敢テ腎摘出術ヲ行ヒタルナリ。

摘出腎所見 (摘出腎ハ藤原講師ヨリ借用シタルモノナリ)

肉眼の所見：大サハ縦徑15.2cm，横徑7.3—6.3cm，厚サ5.2cmニシテ形ハ略々腎原形ヲ保持ス。色ハ全般ニ帶褐黃色ヲ呈セリ，表面ハ凹凸不平ニシテ全面麻實大ヨリ胡桃大ニ至ル半球狀囊胞ヲ以テ覆ハル。其レ等囊胞中腎内近クニ位スルモノハ甚シク大ニシテ略々手拳大ニ達シ其ノ壁菲薄ナリ。其ノ他ニ於テ其ノ壁ノ厚サハ小ナルモノハ薄クシテ内容見透シ得ルモノ多キモ，大ナルモノハ概シテ不透明ナリ。其レ等囊胞ノ内容ハ多クハ淡黃色漿液樣物質ヨリ成レルモ帶褐淡黃色膠樣物質ヲ含メルモノアリ。

今該腎ノ外緣ヨリ內緣ニ向ヒテ刀割ヲ加ヘテ其ノ剖面ヲ檢スルニ，腎實質部ニ於テ其ノ面ハ稍々膨隆スレドモ平滑，色表面ノ其レニ略々等シ。尙囊胞ノ斷面多數ニ腎實質内ニ介在シテ一見蜂ノ巢樣ヲ呈ス。而シテ其ノ數ハ皮質ニ於テ多ク髓質ニ於テ稍々少シ。囊胞ノ內面ハ概ネ平滑ニシテ中ニ梁材狀ノ隆起ヲ示スモノアリ。

腎盂腔ハ長軸ニ延長シ囊胞ノ腔内ニ膨隆セルタメ變形スルモ粘膜面ニハ著變ヲ認メズ(第4圖)。

組織切片所見：腎臓ノ上極部，下極部及ビ中央部ニ於テ特ニ囊胞ノ小ナルモノヲ含有セル部分ヲ撰ビテ切片ヲ作ル。組織標本ハ「ツエロイジン」或ハ「バラフィン」ヲ以テ包埋シ冊載シ「ヘマトキシエンエオジン」重染色，「ワンギーソン」氏重染色，鐵「ヘマトキシエン」染色ヲ經テ鏡査ニ資セリ。尙凍結切片ニ「スダシ」染色ヲ施シ鏡査ヲ遂ゲタリ。

1. 肉眼の所見 大小種々ナル囊胞アリテ其ノ大ナルハ豌豆大ニシテ小ナルハ漸ク肉眼ニテ窺知シ得ル程度ノモノナリ。或ルモノハ互ヒニ相接シ或ルモノハ散在セリ。而シテ其ノ内部ハ空虚ナルモノ若クハ「エオジン」ヲ以テ濃染セル同質性物質ヲ以テ滿サレタルモノアリ。皮髓兩質ノ境ハ一部不明トナレル部分アリ。

2; 鏡査所見 上記ノ囊胞壁ハ單層ノ扁平乃至穀子様上皮細胞ヲ以テ蔽ハレ，囊胞ノ互ニ相接スルモノニアリテハ其ノ中間ニ於テ上記ノ上皮細胞ガ背ヲ合セ漸ク互ノ境界ヲ形成ス。囊胞ノ腎表ニ存

在スルモノニ於テハ其ノ腎表部ハ菲薄ナル膜様ヲ呈シ結締組織細胞ヲ介在セシム。

細尿管口ハ諸所ニ於テ擴大シ其ノアルモノニ於テハ「エオジン」ヲ以テ濃ク或ハ淡ク染色サレタル同質性物質若クハ雲絮狀物質ヲ貯フ。

腎實質ハ上記ノ囊胞ニ接セル部分ニ於テハ壓縮セラレタルガ如ク、間質細胞ハ増殖シ小圓形細胞ヲ以テ粗ニ浸潤セラレ從ツテ細尿管ハ萎縮シテ其ノ管腔ヲ殘サザルモノアリテ僅ニ上皮細胞ノ配列ヲ以テ其ガ細尿管タルコトヲ窺ヒ得ルニ過ギザルモノアリ。腎小體ノ其等囊胞ニ接スルモノハ短徑ノ囊胞ニ向ケタル長橢圓形ヲ呈セリ。然レドモ囊胞ニ接セザル部ニ於テハ其ノ形ハ尋常ナリ。只核ヲ増加シ肥大ス。腎小體ノ硝子様變性ニ陷レルモノ腎鞘ノ肥厚セルモノアレドモ稀ナリ。曲細尿管ハ上皮細胞潤滑シ管腔内ニ剝脱セルモノアリ。尙管腔ニハ雲絮狀物質ヲ貯ヘルモノヲ認ム。其ノ他髓質ニ於テモ直細尿管腔ノ種々ナル擴大ヲ認ム。結締組織ノ増殖ハ上記ノ囊胞若クハ血管ノ周圍ニ於テ著明ナルモ其ノ他ノ部ニ於テハ然ラズ。然カレドモ全般的ニ小圓形細胞ヲ以テ侵サレ其レ等ハ又密集シテ竈ヲナセル所アリ、血管ニハ内膜ノ肥厚ヲ認ム(第5,6圖)。

要之本例ハ組織學上ヨリ亞急性ノ腎炎ニ外ナラズ。囊胞ハ先天的發育障礙ニ由リテ來ルモノナルベク炎症性變化ハ二次的ニ續發セルモノナルベシ。

術後經過順調ニシテ熱發ヲ認メズ。8日後ニハ全拔絲ヲ行ヒ28日後ニハ全治退院セリ。尿ハ透明ニシテ蛋白反應陰性。多核白血球、赤血球及ビ細菌ナク極メテ僅ノ膿球ヲ認ムルノミ。術後25日目ニ血壓ヲ測定セルニ112—68ニシテ尋常ナリ。入院中1日尿量ハ平均715cc、(450—1500)比重ハ1023、排尿回數ハ4—5回ナリ。

術後1年3ヶ月ニシテ尙健康ニテ而モ妊娠セリ。其ノ後ノ消息ハ遺憾ナガラ全ク不明ナリ。

【第8例】患者 今井某, 53歳, 男子, 使丁。

初 診 昭和8年11月29日。

主 訴 1. 兩側腎臟部ノ鈍痛, 2. 胃部膨滿感, 3. 口渴及ビ多尿, 4. 全身倦怠。

家族歴 父ハ腦溢血ニテ62歳ノ時死亡, 母ハ75

歳ニテ老死ス。同胞4人中2兄ハ胃腸疾患ニテ斃レ1姉ハ幼折セリ。妻ハ健存, 1子アリタルモ結核性腦膜炎ニテ19歳ノ時他界セリ。一族中腎疾患ヲ患ヒシモノナク, 惡性腫瘍ノ遺傳的關係ヲ認メズ。

既往症 23歳ノ時腸室扶斯, 脚氣, 31歳ノ時乾性肋膜炎ヲ病ム。

現症歴 4年前ヨリ時折胃腸障礙ヲ來シ, 胃部膨滿感, 便秘, 食思不振ヲ訴フルニ至ル。3年前頃ヨリハ口渴ヲ覺エ其ノ爲メ多量ノ飲料水ヲ採リ從ツテ多尿ヲ來シ屢々夜尿ヲ見タリ。昭和8年6月末頃ヨリハ胃腸障礙益々著明トナリ腹部膨滿感腹痛, 便秘輕度ノ熱發等アリ時折嘔吐ヲモ認メタリ。醫療ニヨリテ之等ノ症狀ハ稍々輕微トナリタルモ11月初旬ニ至リ再び其ノ度ヲ加ヘ食慾不振, 腹部膨滿感ヲ訴ヘ輕度ノ熱發ト共ニ嘔吐ヲ見, 次デ兩側ノ腎臟部ニ鈍痛ヲ來セリ。尙其ノ頃ヨリ全身倦怠ニ覺ユルニ至レリト。

現 症 體格中等度, 榮養稍々不良, 顔色及ビ皮膚ハ稍々蒼白, 心臟ハ左方ニ稍々擴大ヲ證セルモ心音ハ正常, 肺臟ニ所見ナク, 脈搏ハ整調, 肝臟, 脾臟ハ共ニ之ヲ觸レズ。腎臟ハ兩側共ニ腫大シ明ラカニ觸知シ得タリ。表面ハ何レモ凹凸不平ニシテ稍々硬固ナリ。其ノ大サハ右腎ハ大人ノ手拳2倍大ニシテ下極ハ臍ノ高サニ觸レ, 左腎ハ前者ヨリ稍々大ニシテ下極ハ臍ノ高サヨリ1横指下ニ觸レタリ。兩側共ニ輕度ノ壓痛ヲ有ス。

四肢ニ浮腫ナク表在性淋巴腺ノ肥大ハ證セズ。

尿所見 弱酸性, 淡黃白色僅ニ濁濁ス。蛋白痕跡, 糖(-), 多核白血球少數, 赤血球(-), 圓嚢(-), 細菌(-), 尙尿中菊花狀沈澱物ヲ認メズ。

血液検査 血球數及ビ血液像ニ特別ノ變化ヲ認メズ, 血型O型, 赤血球沈降速度ハ著シク促進ス(平均値168—ウエスターグリン)。血液「ワ」氏反應(-), 血壓130—100。

膀胱鏡検査 膀胱容量150cc以上, 膀胱粘膜ハ一般ニ輕度ニ發赤ス。稍々濁濁セリ。血管像ハ鮮明ヲ缺グ。兩側輸尿管口ニハ異常ナク結石, 異物, 腫瘍, 潰瘍等ハ之ヲ認メズ。

輸尿管「カテーテリスムス」 兩側共容易ニ挿入スルコトヲ得タリ。分尿ハ其ノ性状略々相等シ。

	外見	反應	蛋白	膿球	赤血球	上皮細胞	圓錐	細菌
右腎尿	潤濁 輕度	弱酸 性	痕跡	少數	少數	++	—	—
左腎尿	潤濁 輕度	弱酸 性	痕跡	少數	少數	++	—	—

「インデゴカルミン」排泄試験 初發時、右側7分
左側12分30秒、兩側共30分ヲ經ルモ濃青トナラズ。

輸尿管性「ビエログラフイー」造影劑トシテ20
%沃度「ナトリウム」ヲ右側21cc、左側23ccヲ注入
シテ撮影ス。兩側ノ腎盂腎盞像ノ境界ハ明瞭ニシ
テ共ニ著シク延長セラレ且腎盞ノ先端ハ扁平ニ擴
張サレ恰モ蜘蛛ノ肢ヲ擴ゲタル如キ像ヲ呈ス。尙
腎盞ノ邊緣ハ凹彎シ囊胞腎特異ノ像ヲ示セリ。兩
側腎盂像ノ長軸ノ延長線ハ脊柱ノ方向ト略々一致
シ、腎盂ト輸尿管起始部トナス角度ハ殆ド直角ニ
近シ。輸尿管ハ兩側共ニ異常ヲ認メザレドモ共ニ
普通位置ヨリ稍々正中線ニヨツテ下行スルヲ見
ル(第7圖)。

水試験 攝取水量1200cc、4時間排泄量690cc、
24時間排泄量2700cc、比重動搖範圍4(1010—1006)
稀釋、濃縮共ニ不良ナリ。

「フエノールズルフオンフタレイン」排泄試験
初發時21分3秒、1時間排泄量僅ニ14%。

診 斷 兩側性囊胞腎。

經 過 治療トシテハ専ラ内科の姑息療法ヲ行
フ。入院中發熱ナク3週間後ニ患者ノ希望ニヨリ
退院ス。入院中尿量ハ1日平均2100cc、比重ハ1009、
排尿回数ハ10回ナリ。

【第9例】 患者 吉武某、54歳、男子、會社員
初 診 昭和10年1月6日。

主 訴 1. 血尿、2. 尿量増加及ビ口渴。

家族歴 特記スベキモノナシ。近親中ニ患者ト
同様ノ主訴ヲ有セル者ナシ。

既往症 20歳ノ時腸室扶斯ニ罹レリ、他ニ著患
ヲ知ラズ。

現症歴 大正6年4月社用ニテ南京ニ滞在中右側
側腹部ニ突然ニ疼痛ヲ覺エタルガ本症ノ初メニシ
テ其ノ翌日ヨリ血尿及ビ熱發ヲ見タリ。約2週間
ノ入院治療ヲ受ケ諸症狀全ク去ル。同年5月再ビ
血尿ヲ見シモ2—3回ニテ止ム。此ノ際側腹部ノ壓
痛、疼痛ハ全ク之ヲ缺グ。其ノ後數年間ハ全ク何

等自覺症狀ヲ認メザリシガ大正14年ノ春又モ血尿
ヲ認ムルニ至リ大阪ノ某病院ニ入院ス。此ノ際「レ
ントゲン」寫眞ヲ撮リシニ右側腎結石ノ診斷ヲ受
ケタリ。約10日間ニテ血尿ハ去リシガ爾來毎年數
回ノ血尿ヲ見ルニ至レリ。持續日數ハ3—4日ノ事
多ク其ノ長キ時ハ2週間ニモ及ビシ事アリ。特ニ
運動及ビ旅行ヲナシタル時高度ノ血尿ヲ見タリ。
昭和2年頃ヨリハ自ラ尿量及ビ排尿回数ノ増加セ
シコト、口渴ノアル事ニ氣付キタリ。口渴ハ昨年
ノ暮以來益々著明トナレリ。

現 症 體格榮養共ニ佳良ナリ。肺臟ニ所見ナ
ク心臟ハ稍々左方ニ擴大シ心搏動ハ收縮時ニ不正
ニシテ大動脈音ノ稍々亢進セルヲ認ム。脈搏ハ遲
脈ニシテ屢々結滯ヲ認ム。電氣心動圖ヲ撮ルニ第
1第2第3誘導共ニ其ノ間隔ハ不規則ナリ。脾臟
ハ觸レザルモ肝臟ハ之ヲ觸知シ得タリ。其ノ表面
ハ稍々不平ニシテ硬度ハ相當硬シ。兩腎ハ共ニ腫
大シ表面ニ凹凸アリ硬度ハ稍々硬ク、兩側共ニ僅
ニ壓痛存ス。右腎下極ハ臍ノ高サニ、左腎下極ハ
臍ノ高サヨリ2横指下部ニ觸知ス。尙四肢ニハ浮
腫ナク食欲、便通ハ尋常ニシテ排尿回数ハ晝間5
回夜間3回ナリ。

尿所見：酸性、水様清澄、蛋白僅少、糖(—)、多核
白血球少數、赤血球(—)、圓錐(—)、結核菌(—)、グラ
ム陰性ノ桿菌(+)。

血液検査：赤血球數尋常、白血球數略々尋常、
血液像ハ「エオジン」嗜好細胞9%ヲ占メ稍々増加
セルヲ證シタリ。

血型AB型、血液沈降速度ノ平均値ハ59.25(ウ
エステルグリン)ニシテ其ノ亢進セルヲ示セリ。
血液「ワ」氏反應(—)、血壓142—94。

膀胱鏡検査：膀胱容量ハ150cc以上、膀胱粘膜
ニ異常ヲ認メズ。輸尿管口ハ兩側共ニ尋常、異物
潰瘍、腫瘍等ヲ認メズ。

輸尿管「カテーテリスムス」左側ハ遂ニ挿入ス
ル事ヲ得ズ。右腎尿ハ清澄ニシテ蛋白(+), 糖(—)、
多核白血球僅少、赤血球僅少、圓錐、細菌ハ共ニ之ヲ
證セズ。

「インデゴカルミン」排泄試験 10分ヲ經ルモ兩
側共ニ其ノ排泄ヲ認メズ。

腎臟部「レ」線單純撮影 兩腎ノ影像ハ認ムル事

ヲ得ズ。結石ノ影像ト思ハシキモノナシ。

輸尿管性「ピエログラム」所見 右側腎盂ニ15%「ヨードナトリウム」ヲ約50cc注入シ「レ」線寫眞ヲ撮ルニ明瞭ニ腎盂像ヲ認ムル事ヲ得タリ。腎盂、腎盞ハ著明ニ延長シ、腎盂ニ著シキ擴張ハ認メザリシモ腎盞ノ第2段ニ於テハ甚シク擴張セラレ、而シテ邊緣ハ凹狀トナレルヲ認ム。尙腎盂長軸ノ延長線ハ脊柱ノ其レト略々並行シ腎盂ト輸尿管起始部トノナス角度ハ直角ニ近シ。

「ブノイモレン」左側腎臟周圍ニ酸素約500ccヲ注入シ「ブノイモレン」ヲ撮ル。之ニヨリ腎臟下部ノ輪廓ヲ見ルコトヲ得タリ。即チ下極ハ第5腰椎下端ノ高サニ相當ス。

診 斷 兩側性囊胞腎。

治 療 治療トシテハ内科的ニ姑息療法ヲ行フ。1月9日膀胱鏡検査ヲ行ヒ直後血尿ヲ認メ翌日ヨリ多少ノ熱發ヲ來セリ。血尿、熱發(最高37°8)ハ6日間持續セルモ其ノ後ハ全ク去リ尿モ清澄トナル。自覺症狀トシテハ左腎部ノ輕度ノ鈍痛、口渴、多尿等ナリキ。血壓ヲ測定セシニ131—88ナリ。入院後3週間頃ヨリハ微熱ヲ發シ漸次上昇シ、連日38°内外ノ熱發ヲ見ルニ至レリ。此ノ頃ヨリ食慾ハ稍々障礙セラレ、顔面ニハ多少ノ浮腫ヲ認ム、脈搏ハ正常、尿ヲ檢スルニ清澄ニシテ蛋白ハ陽性、多核白血球、赤血球、何レモ僅少、顆粒

性圓嚙ヲ認メ、「グラム」氏染色陰性桿菌ヲ證ス。1月28日内科ニ再轉科ス。其ノ後食慾ハ益々障礙セラレタルモ他ニ格別ノ症狀ナク苦痛ヲ訴フル事モナカリシガ2月27日ニハ突然39°4マデ發熱シ其ノ後6日間ハ38°度臺ヲ下ラズ、尿モ稍々濁濁スルニ至ル。尿中多核白血球(++)、圓嚙(+), グラム陰性桿菌(++)ナリ。3月5日後ハ再び熱發ハ去リタルモ血尿ヲ見ルニ至ル。血壓ヲ測定セシニ180—70ニシテ入院當時ニ比較シ其ノ低下ノ著シキヲ見ル。(恐ラク心臟衰弱ニ基クモノナラン)。尿量ニハ變化ナク相變ラズ多尿ナリ。血液殘餘窒素ヲ檢スルニ124mg/dlナリ。同月10日ハ尿ハ尙血樣、尿量ハ750ccニシテ著シク減少セルヲ見タリ。蛋白ハ測定スルニ0.5%(エスバツハ)ナリ。熱發ハナシ。翌11日ハ朝ヨリ熱發ヲ見、脈搏ハ微弱トナレリ。正午ヨリハ全身狀態頓ニ惡化シ、37°9マデ發熱シ脈搏ハ次第ニ頻數トナリ110—120ト増加シ同時ニ愈々微弱トナル。意識ハ逐次濁濁シ昏睡狀態ニ陥リ、午後7時30分迄ニ他界セリ。入院中尿毒症樣症狀ハ認メラレザリシモ死亡セル2日前測定セル血液殘餘窒素ノ甚シク上昇セルヨリ察スルニ本例ハ尿毒症ニヨリ死亡セルモノト斷定シ得ベシ。入院中1日平均尿量ハ1850cc排尿回數ハ9回、比重ハ1008ニシテ蛋白ハ0.1%ヨリ1.5%ヲ上下シ著シキ増加ヲ示セルコトナシ。

上述各症例ヲ總括表示スレバ第1表ノ如シ。

第 1 表

症例番	姓名	性別	年 齡	自覺 初發 年齡	患 側	血 液 反 應	主 訴	家族歴	既往症	合併症	全身 狀態	心 臟 障 碍	血 壓	胃腸 障 碍	腎 腫 大	尿 症 候	毒 機 能	療法	歸轉	
1	永井	♂	46	43	兩側	一	兩腎部ニ於ケル疼痛性腫大、排尿時痛、血尿	母胃癌ニテ死亡シ患ヒシモノナシ	腸チフス(13)	葡萄球菌性膀胱炎	可 良	一	不 明	一	兩側	一	可 良	穿 焦	刺 灼	死 亡 (55歳) 膿血
2	森本	♂	35	34	兩側	一	右腎部ノ右側鼠蹊部ヨリ下肢至及フ緊張感	特記スベキモノナシ	腹膜炎(23)	氣管支性喘息	稍 不良	一	129—90 (普通)	一	兩側	一	可 良	穿 刺	死 亡 (不明)	

3	相内	♀	48	43	兩側	不明	右側腹部疼痛、頭眩、尿量增加、血尿	舉子9人ハニ特記スベキナ	網膜中心、脈硬化	動脈硬化	稍不良	+	160—100 (高)	—	兩側	+	不良	内科的姑息療法	不明
4	山崎	♀	32	31	兩側	一	左側腹部疼痛、熱、惡寒、嘔吐	子供ナシ其ノ他特記モノナシ	著患ヲ知ラズ	左腎周膿瘍	可良	—	100—48 (普通)	+	〃	+	可良	穿孔、刺灼	不明
5	伊藤	♂	40	39	兩側	不明	兩側腹部膨滿感、口渴	特記スベキモノナシ	肋膜炎(18)日頃胃腸病ニ悩ム	ナシ	良	—	不明	—	〃	—	不良	内科的姑息療法	死亡(40歳)
6	岡貞	♀	55	54	兩側	不明	腹部膨滿感、嘔吐、尿量減少	兄腦溢血ニテ死亡	マラリヤ病(25)十二指腸蟲病(54)	動脈硬化症	稍不良	—	184—106 (高)	+	〃	+	不良	右側腎摘出	死亡(55歳)尿毒症
7	藤原	♀	35	30	兩側	不明	腹部腫瘍	不詳	腎盂炎(29)	子宮内膜炎	良	—	112—68 (普通)	—	〃	—	可良	内科的姑息療法	不明
8	今井	♂	53	49	兩側	一	兩側腎臟部ノ鈍痛、胃部膨滿感、比全身尿、倦怠	舉子1人ハ結核性腦膜炎ニテ斃ル	腸チブス(23)肋膜炎(31)	ナシ	左方ニ擴大認ム	稍不良	130—100 (普通)	+	〃	+	不良	内科的姑息療法	不明
9	吉武	♂	54	36	兩側	一	血尿、尿量増加、痼痛	特記スベキモノナシ、近親ニ患者ト有セザルモノナシ	腸チブス(20)其ノ他著患ヲ知ラズ	ナシ	稍不良	+	142—94 (稍高)	—	〃	—	不良	内科的姑息療法	死亡(54歳)尿毒症

2. 發 生 成 因 ニ 就 テ

囊胞腎ノ發生ニ就テハ古クヨリ病理學的見地ヨリ論争サレ其ノ說ハ多樣ニシテ今日ト雖モ未ダ確定ノ域ニ達セズ。大體ニ於テ瀦溜說、腫瘍說、先天性異常說ノ3說ニ分チ得ベシ。1855年 Virchow ハ瀦溜說ヲ唱ヘタルガ其ノ後相踵デ腫瘍說、先天性發育異常說起リ、瀦溜說ハ今ヨリ30年前全ク顧ラレザルニ至リ、今日ニテハ單ニ歴史的ニ興味アルノミトナレリ。残りノ2說ハ囊胞腎ノ發生成因ニ就テ常ニ論ゼラルル處ニシテ、其等ノ中間說ヲ唱ヘルモノモ亦尠カラズ。

其ノ他上記ノ3說ノ合同說(Albarran, Imbert)、寄生蟲ニヨル炎症說、(Ferburch, Jacob) 微毒ニヨル發育不全說(Palaccio)ヲ唱ヘルモノアリ。

先天性發育異常說ハ現今最モ多數ノ學者ニヨリ贊セラル。囊胞腎ヲ有セル患者ニシテ往々ニシテ腎臟其ノ他ノ臟器ニ畸形ヲ伴フコト、多數例ニ於テ兩側ニ囊腫ヲ見ルコト、又屢々家族的

遺傳的＝同病者ノ證明サルルコト等ハ益々本説ヲシテ信ゼシムル＝至レリ。

本説ハ1856年既ニ Wilke ニヨリテ提唱セラレ、Rindfleisch, Köster ノ賛同ヲ得タリ。之ヲ更ニ明確ニシタルモノハ Hildebrand Ribbert, Broman, Berner, Schaefer, Herxheimer, Borst, Meyer, Brakemann, Busse, Hartoch 等ニシテ本邦ニ於テモ蓮見氏、鈴木氏、西條氏ハ本説ニ賛意ヲ表シタリ。Hildebrand ハ胎生時腎原基ノ癒合セザルヲ見、Ribbert ハ先天性發育不全ニ因ル細尿管流通不全トナス。Busse ハ本症ノ多數例ニ於テ結締組織ノ肥厚増殖、平滑纖維ノ混在又ハ軟骨ノ含有サルルヲ見、本症ヲ以テ胎生期ニ於ケル形成異常トナス。Kampmeier ハ「胎生期ノ一定ノ時期ニ於テハ細尿管ハ小集合管ト結合セズシテ多數ノ擴張セル細尿管存在スレドモ後ニ至リテ普通ハ退行スベキモノナルカ、或モノニアリテハ退行セズシテ益々大トナリ此ノ如キモノガ幾多ノ細尿管ニ現出スル時初メテ囊胞腎ヲ形成スルモノナリ」ト述べタリ。Hook, Kalliusハ Kampmeier ノ説ニ賛セリ。

最近 Baumann ハ2例ノ囊胞腎ノ組織學的檢索ヲナシ、本症ハ細尿管ト集合管トノ接合不全ニ基クモノナリト唱フ。本症ニ家族的遺傳ノ認メラルル事アリ(後述)。又本症ニ他臟器ノ囊腫性變化ヲ合併シ來ル事アリ。其ノ報告例ハ今日相當多數ニシテ枚舉ニ遑アラズ。就中囊腫ヲ同時ニ肝臟ニ認メタルモノハ最も多ク、Küster ハ本症ノ $\frac{1}{5}$ ニ於テ之ヲ證シ、Sieber ハ212例中39例、Ward ハ40例中6例ニ於テ之ヲ認メタリ。本邦ニ於ケルモ木南、園田、村松、武谷、西條氏等ハ本症患者ニシテ囊腫肝ヲ伴ヘル症例ヲ報告シ又都筑、榊原氏ハ10ヶ月ノ胎兒ニシテ兩側囊胞腎及ビ囊腫肝ヲ有セルヲ報告セリ。其ノ他卵巢、脈絡膜叢、副睪丸、睪丸、精囊廣韌帶、子宮、膀胱、輸尿管、腎盂、腎盞、脾臟、脾臟、胸腺等ニ之ヲ見タリト云フモノアリ。即チSieber (3例)、Menetrier 及ビ Aubertin, Höhne, Sejournet 等ハ卵巢ノ囊腫變性ヲ見、Israel, Sieber, Sejournet ハ副睪丸、Ward, 西條氏ハ脾臟ニ之ヲ見タリト報ズ。又本症ニハ他ノ眞性發育異常ヲ伴フコトアリ。Papin ハ右側睪丸缺如、右側輸尿管及ビ右側腎盂ノ擴大ヲ見、Lookeren ハ膀胱憩室ヲ見、Holländer ハ輸尿管缺如ヲ報ジタリ。Lelievre, Walther ハ1例ニ於テ腦膜水腫ヲ認メ、Schäffer ハ精囊ノ缺如ヲ見、Adrian 及ビ Lichtenberg ハ兩角形子宮、喇叭管缺如、卵巢缺如、重複腔、腦水腫、腦膜水腫、腦及ビ頭蓋缺如、脊柱破裂、食道閉鎖、內臟轉位、肛門閉鎖腹壁破裂、口蓋破裂、硬口蓋破裂等ヲ認メタリ。其ノ他四肢發育異常、指趾過多、兔唇、外生殖器縮小等ヲ見タリト報ズルモノアリ。本邦ニ於テモ岡本氏ハ腔性肛門閉鎖症、心室壁缺損ヲ見、都筑、榊原氏ハ右側囊胞腎ヲ有セル8ヶ月ノ胎兒ニ左側腎臟並ニ輸尿管缺如、分離重複子宮、總排泄腔遺存等ノ畸型ヲ併セ有スルヲ認メタリ。シカシテ之等ノ事實ハ本説ニ對スル根據ヲ一層深カラシメタリ。

3. 頻度、性、年齢、罹患側及ビ遺傳的關係ニ就テ

1) 頻度 本疾患ノ頻度ヲ文献ニ徵スルニ臨床上ニ於テハ極メテ僅ニシテ Cairns (1925)

ハ「ロンドン」病院ニ於テ389773名中79名(0.02%)ノ本疾患者ヲ見、Braasch 及ビ Schacht
ハ Mayo 病院ニ於テ3500人ニ對シ本症罹患患者1人(0.036%)ノ割合ニ認メ、本邦ニ於テハ連見
氏ハ308例ノ腎疾患者中8例(2.6%) 大道氏ハ856例中7例(0.9%)ニ之ヲ見タリト報ズルノミ。然
シ乍ラ之ガ剖檢上ノ記載ニ至リテハ相當多數ニ上ル(第2表)。表ニ示スガ如ク屍體解剖上ヨリ

第 2 表

報 告 者	屍 體 解 剖 數	症例數	%
Naumann	10177	16	0.16
Preitz	10000	16	0.16
Garceau	2729	10	0.34
Rischbieth u. Crespigny	2429	10	0.41
Gruber	3500	9	0.26
Ward	14000	40	0.29
Sokolov	50198	192	0.38
Roscher	5527	20	0.36
Pabst	8400	38	0.45
Braasch u. Schacht	不明	10	0.1

其ノ頻度ヲ觀察スルニ其ノ百分率ハ 0.41% 乃至
0.1%ナリ。

而シテ余等ハ過去滿15年間ニ於テ皮膚泌尿器科
外來患者77213名(泌尿器科患者18268名)中本疾患
者9名ヲ見、其ノ頻度ハ皮膚泌尿器科患者ノ 0.01
%, 泌尿器患者ノ 0.05%トナレリ。

2) 性 別 囊胞腎ノ性別ニ關シテハ諸家ノ報
告一致セズ。Ebstein ハ男性ニ多シトナシ、
Schmieden ハ22例ノ本疾患者ニ於テ18例ヲ女子

第 3 表

報 告 者	男子	女子	男子：女子
Schmieden	4	18	1：4.5
Albarran u. Imbert	4	35	1：8.8
Sieber	82	116	1：1.4
Lejars	34	29	1.2：1
Payr	3	11	1：3.7
Blatt	2	7	1：3.5
Cumming	13	18	1：1.4
Talman	5	10	1：2
Noszkay	2	6	1：3
小 澤	7	4	1.8：1
羽 太	3	1	3：1
武 谷	4	6	1：1.5
渡 邊	1	1	1：1
蓮 見	6	2	3：1
和 田	1	1	1：1
石 原	2	2	1：1
青 木	15	9	1.7：1
赤 岩	2	1	2：1
北 川	2	0	2：0
石 天	1	1	1：1
石 津	2	2	1：1
原	1	1	1：1
大 道	5	2	2.5：1
渡邊、杉野	5	4	1.3：1
計(本邦ノミ)	57	37	1.5：1

ニ、4例ヲ男子ニ見、Sieber ハ 198例ヲ蒐集シ女子
116例、男子82例ヲ舉ゲタリ。Lejars, Michalowicz
ハ男女略々同數ヲ認メ其ノ頻度ニ於テハ特別ナル關係
ヲ有セズト云ヒOtto, Mairモ氏等ノ意見ニ賛同セリ。
Ward, Braasch, Schacht等モ殆ド同數ナルヲ記載ス。
性別ニ就テ諸家ノ統計ヲ觀察スレバ第3表ノ如シ。表
ヲ通覽スルニ泰西ニ於テハ稍々女子ニ多ク、本邦報告
例ノ中2例以上症例數ヲ舉ゲタルモノヨリ男女關係ヲ
觀ルニ(但シ明記セルモノノミ)、表ノ如クニシテ本邦
ニ於テハ男子ニ稍々多數ヲ見ル。

余等ノ例ニ於テハ男子5例ニ對シ女子4例、即チ略々
同數ヲ示シタリ。

3) 年 齡 先天性發育不全說ガ唱導セラレザリシ
早期ノ時代ニアリテハ囊胞腎ハ初生兒或ハ成人ノノミ
來ルモノノ如ク思惟サレシガ、Küster ハ小兒期、青
年期ノ囊胞腎ヲモ發表シ、先天性發育不全說ヲ力說ス
ルニ至レリ。氏ノ後ニ Sieber ハ生後8週間ヨリ19歳

ニ至ル本症32例ヲ蒐集シ、小兒期、少年期ニモ來ル事ヲ明カニセリ。

Berner ハ總テ本症ハ先天性ニ來ルモノニシテ小兒期、成人期ノモノハ生レナガラニシテ素

質ヲ有シナガラ後年ニ至リ囊胞發育ヲ見ルコトニ因ルモノナリト唱ヘタリ。Virchow, Senator 等ノ唱ヘルガ如ク事實上20歳以下ノ者ニ本症ヲ認ムル事ハ極メテ稀ナリトハ云ヘ今日ニ於テハ可成リ多數ノ報告アリ。Zaccarini ノ3歳ノモノニ Brieger ノ5歳, Lookeren ノ8歳, Brongersma 及ビ Rossen ノ14歳ノモノニ其ノ他Halbertsma ハ10歳, Litzner ハ7歳ニ之ヲ認メタルガ如キ即チ是ナリ。本邦ニ於テモ青木氏ハ19歳, 石原氏ハ20歳ノ本症患者ヲ報告セリ, 又 Küster ハ239例ニ於テ59例ハ死産兒ニシテ10例ハ1歳ニテ死亡シ80歳ヲ越エタルモノ3例アリト報ジ, Sieber ハ173例ニ就キテ統計ヲ採リ40歳乃至60歳ニ最モ多數ヲ認メ, 80歳以上ニテモ2例ヲ認メタリ。即チ囊胞腎ハ胎生期ヨリ高

齡者ニ至ルマデ各年齢ヲ通ジテ見ラルルモ, Sieber, Maier ノ唱ヘル如ク40—60歳ノ間ニ特ニ多數ヲ認ムルモノナルベシ。尙 Sokolov ハ198例ノ屍體解剖ニ於テ總數ノ67%ヲ40乃至70歳ニ見, Ward ハ48歳ニ最多數ヲ認メ, Blatt ハ40乃至60歳ニ5例(63%)ヲ認メタリ。本邦ニ於テモ2例以上ノ症例ヲ報告セルモノヨリ年齢ノ關係ヲ見ルニ第4表ニ示スガ如ク30—60歳ニ最多數ヲ認ム。

余等ノ例ニ於テハ30代, 40代, 50代各々3例ナリキ。

第 4 表

報告者	年齢					
	19以下	20—29	30—39	40—49	50—59	60以上
小澤	0	0	2	9	0	0
羽太	0	0	0	0	3	1
武谷	0	0	0	6	4	0
渡邊	0	0	0	1	1	0
蓮見	0	0	4	3	1	0
和田	0	0	0	1	1	0
石原	0	1	1	1	0	1
青木	1	0	8	8	6	1
赤岩	0	0	2	1	0	0
北川	0	0	1	0	1	0
石天	0	0	0	2	0	0
石津	0	0	1	2	0	1
原	0	0	0	2	0	0
大道	0	0	2	3	2	0
渡邊, 杉野	0	0	3	3	3	0
計	1	1	24	42	22	4

4) 罹患側 本症ノ多數例ニ於テ兩側ニ來ル事ハ衆知ノ事實ニシテ諸家ノ等シク認ムル所ナリ。而レドモ單側ニ來ル事も往々ニシテアリ其ノ報告例モ亦今日尠シトセズ(第5表)。

Küster ガ20%ノ高率ニ單側ニ來ルト唱フルヲBlatt ハ反駁シテ曰ク, 氏ノ場合ニ於テモ第2腎ノ囊胞性變化ヲ明カニ否定スル事ヲ得ズト云ヒ, 單側性ナル事實ヲ確認スルニハ屍體解剖ニヨリ綿密ナル調査ヲ經ザレバ判明セズト論ジタリ。

又 Albarran, Israel, Allard, Rumpel, Casper, Crawford 等ノ如キハ兩側ニ來ル事ヲ原則ノ如ク思惟セリ。一方 Meltzer ハ最近本症111例ヲ報告シ病理解剖ニヨリ可成リ多數單側性ノモノアルヲ認メ世人ノ注意ヲ喚起セリ。次ニ單側ニ來ル場合左右孰レガ頻度大ナルカヲ見ルニ, Sieber ハ9例中左側6例, 右側3例ヲ舉ゲ, Ward ハ10例中左側8例, 右側2例, Cabot ハ20例中11例ヲ左側ニ9例ヲ右側ニ認メタリ。本邦ニ於テハ梶田氏ノ生後6日ノ初生兒ニテ剖檢ノ結果, 單側性囊胞腎(左)ナルヲ確メ, 都筑, 榊原氏ハ右側性單側性囊胞腎ヲ有セル胎兒ヲ報ゼリ。稍左側ニ多キガ如シ。余等ノ9例ニ於テハ總テ兩側性ナリ。

第 5 表

報告者	兩 側		單 側	
	症例數	%	症例數	%
Lejars	61	98	1	2
Naumann	14	87.5	2	12.5
Luzzato	185	82	41	18
Küster		{ 93(初生兒) 80(大人)	{ 7 20	
Lund		98		2
Sieber	150	94	9	6
Berner	20	71	8	29
Barnett	101	40	150	60
Rumpel		96		4
Fedoroff	10	100	0	0
Payr	14	100	0	0
Gottlieb	66	97	2	3
Blatt	9	100	0	0
Ward	30	75	10	25
Sokolov	176	92	16	8
Roscher	14	70	6	30
Noszkay	7	87.5	1	12.5
(Braasch u. Schacht 剖檢例ノミ)	16	84	3	16
小 澤	11	100	0	0
武 谷	10	100	0	0
渡 邊	1	50	1	50
蓮 見	2	25	6	75
和 田	2	100	0	0
石 原	4	100	0	0
青 木	24	100	0	0
赤 岩	3	100	0	0
北 川	2	100	0	0
都筑, 榊原 (胎兒)	1	50	1	50
石 天	2	100	0	0
原	2	100	0	0
大 道	7	100	0	0
渡邊, 杉野	9	100	0	0
計(本邦ノミ)	80	91	8	9

5) 遺傳的關係 Steinerハ本症ヲ遺傳的
=2家族=於テ見, 家族的, 遺傳的關係ノ重
大ナル事ヲ指摘シタリ。

爾來囊胞腎ヲ遺傳的=發見セリト報告セ
ルモノ相當多數ヲ算ス。即チ Singer ハ5人
ノ同胞=, Sieber ハ2人ノ同胞=, 又Payr
ハ2組ノ兄弟=本症ノ現ハレタルヲ見, Paus
ハ一家系=7人マデノ同病者ヲ認メタリ。
Cairns ハ或ル囊胞腎患者ノ血族=3代42人
中10人ノ本症罹患者ヲ發見シ, Fuller ハ本
疾患者ノ4代ヲ調査シ27人中9人=發生シタ
ルヲ認メタリ。Cummingハ本症罹患者31名
ノ家族ヲ調べ11名=於テ其ノ家族=同病者
ヲ證シタリ。其ノ他 Jakob, Davidsohn,
Bull, Crauford, Blum, Fuss, Talman,
Kaufman, Braasch等ハ何レモ家族的遺傳
ヲ認メタリ。本邦=於テモ之=就テ鈴木, 小
澤, 石原, 石津氏等ノ報告アリ。石原氏ハ囊
胞腎患者ノ母, 祖母ノ三代=亘リ發生セル例
ヲ記載シ, 其ノ後=1名(母ノ兄)ヲ追加シタ
リ。又石津氏ハ12例ノ本症患者=3例ノ家族
遺傳ヲ認メ小澤氏ハ11例中2例=於テ之ヲ
認メタリ。

而シテ余等ノ症例=於テハ遂=1例ダ=斯カル遺傳的關係ノ存スルアルヲ認ムル事ヲ得ザリ
シモ本症ノ家族的遺傳ハ往々=シテ來ルモノアルハ否ミ得ザルベシ。

4. 症 狀

本症ノ臨床的症候ハ多種多樣=シテ主要症候トシテハ兩腎腫大, 腎機能障礙, 多尿, 血尿,
口渴等ヲ學ゲ得ベキモ之等ヲ總テ具備セルモノハ極メテ尠ク, 從ツテ屢々診斷ノ困難ナル場合
アリ。患者ハ腎臟機能障礙ノ爲醫家ヲ訪レル事ハ比較的稀=シテ, 腹部ノ腫瘤ヲ訴ヘ, 或ハ腎
臟ノ異常移動ヲ訴フル事多ク, 又二次的=他ノ疾患ヲ起シ特=細菌感染=由來スル症候ヲ以テ
醫師ヲ訪レルコト尠カラズ。然レドモ最初ヨリ全然自覺的症狀ヲ缺キ病理解剖ノ際初メテ本症
ヲ發見サルル場合モ多カルベク是レ臨床例=比シテ剖檢例=於テ其ノ頻度高キ原因ナルベ

シ。囊胞腎ノ症狀ニ就テハ Albarran 及ビ Grunnert ハ 1) 尿毒症型, 2) 腎炎型, 3) 外科的囊胞腎型ト3型ニ分チ Blum モ亦此ノ分類法ヲ採ル。Brausch ハ 1) 潜伏期, 2) 腎臟腫大期及ビ血尿期, 3) 尿毒症期ノ3期ニ分チ, Maier ハ 1) 全身症狀ヲ主トスルモノ, 2) 初メヨリ腎疾患トシテノ局所性症狀ヲ以テ初ルモノトニ分チテ論ジタリ。Niecke, 赤岩氏ハ Mair ニ從ツテ臨床的症狀ヲ記載セリ。余等ハ以下主タル症候ヲ列舉シ各之ニ就テ述ベントス。

1) 腎ノ腫大 主要症候ノ最ナルモノニシテ觸診ニ依リテ腎臟部ニ一側或ハ兩側ニ腫瘍ヲ容易ニ觸知シ得ベシ。然レドモ腫瘍ノ觸知シ得ルノモ Küster ニヨレバ症例ノ $\frac{1}{3}$ ニ過ギズト云ヒ, Gottlieb モ $\frac{1}{2}$ ナリト述ブ。Brinハ氏ノ蒐集セル324例中兩側ニ65例單側ニ124例, Braasch ハ193例中兩側ニ151例, 單側ニ30例ヲ觸知シ得タル事ヲ記載セリ。本邦ニ於テハ本症ノ報告者ハ大多數ノモノハ兩腎腫大ヲ證シ, 之ヲ單側ニノミ觸知シ得タリト云フ記載ハ極メテ稀ニシテ渡邊氏ノ1例, 青木氏ノ1例, 石津氏ノ1例, 及ビ蓮見氏ノ6例アルノミ。

腫瘍ハ概ネ相當硬度ヲ有シ, 其ノ表面ハ凹凸不平ナリ。本症ニ於テハ波動ヲ缺如セルヲ特徴トス。此ノ事ハ多クノ學者ニヨリ夙ニ唱導セラレタルモ, 偶々其ノ表面ニ膨隆セル大囊腫存在スル時ハ波動ヲモ觸知シ得ルコトアリ。又一方ニ於テ皮下脂肪組織ノ著シキ發達ヲ見ル時, 腹壁ニ浮腫ノ存スル時, 或ハ腹水ヲ有セル時等ハ腫瘍ヲ遂ニ觸知シ得ザルコトアリテ往々ニシテ吾人ヲシテ診斷ニ苦シマシム。腫瘍ノ大サハ種々ナルモ其ノ著明ニ増大セル場合ニ於テハ其ノ下極ハ臍ノ高以下トナリ, 骨盤腔内ニ沈下スルコトモ亦稀ナラズ。此ノ如キ場合腹腔ノ一部ヲ充滿シ消化器系統ノ種々ノ障礙ヲ齎ラスコトアリ。即チ食慾不振, 嘔吐, 便秘, 腹部膨滿感, 腸疝痛, 腸痛等ヲ起シ其ノ甚シキ時ハ腸閉塞ヲ惹起スル事アリ。

Bockel, Rischbieth, Crespigni, Bisselick, Payr 等ハ其ノ他呼吸器系統, 循環器系統ノ障礙ヲモ招致スルコトアリト述ブ。西條氏ハ本症患者ノ1剖檢例ニ於テ胃潰瘍ノ合併セルヲ見, 其ノ誘因ニ左側囊胞腎ノ壓迫並ニ同腎ニヨル一般腹腔内循環障礙ヲ有力ナルモノトシテ之ヲ舉ゲタリ。又膀胱, 子宮ニ機械的ニ作用シ尿失禁, 或ハ尿閉ヲ起シ月經不順, 子宮轉位, 流產等ヲ招來セシムルコトアリ。

巨大ナル囊胞腎ニ就テノ報告ハ相當多數ニアリ, 就中 Krönlein ハ 8700g, Kaufman ハ 3500g, Braasch ハ 7300gニ達セル本症ヲ報告セリ。

余等ノ臨床例ニ於テハ總テニ於テ兩腎ノ腫大ヲ認メ, 其ノ表面凹凸不平ナルヲ既ニ觸診ニ於テ證シタリ。尙腎臟部腫瘍ヲ以テ主訴ノ一ツトナシ外來ヲ訪レシ者ハ4例ナリ。

2) 壓 痛 囊胞腎ニ於テハ腎臟部ノ壓痛ハ僅少ナルカ或ハ全ク缺如スルコト多シ。壓痛ノ存スルハ合併症(例ヘバ化膿)ノアル場合, 囊胞腎ニヨリ腎内壓ノ亢進セル場合或ハ腎盂ヨリ尿ノ流出ガ阻碍サレタル場合等ニシテ, 同時ニ自發痛ヲ伴フ事多シ。余等ノ例ニ於テハ9例中5例(兩側3例, 右側1例, 左側1例)ニ壓痛ヲ認メタリ。

3) 自發痛 自發痛ハ激動、旅行、長時間座位セル時、腎臟部ニ外傷ヲ受ケタル時等ニ屢々之ヲ招致シ、又腎化膿ニヨリ或ハ腎ノ下降移動ニヨリテ來ル。一側性ナル事アリ兩側性ナルコトアリ、多クハ腎臟部ニ限極サルルモ屢々腰部、胃部、背部、下腹部等ニ放散シ稀ニ疼痛ハ遠ク鼠蹊部、睾丸ニ放散スルコトアリ。

尙腎移動ノ激烈ナル時ハ疼痛ハ他側ニモ及ビ又稀ニ疝痛ヲ發シ、屢々血尿ヲ伴ヒ腎結石ヲ疑ハシムル事アリ。余等ハ5例(兩側2例、右側2例、左側1例)ニ於テ疼痛ヲ認メ、其ノ中1例ニ於テハ鼠蹊部ヨリ同側上腿ニ放散スル緊張感ヲモ伴ヒタリ。尙余等ノ第9例ニ於テハ其ノ既往ニ於テ發作的ニ右側腎臟部ニ激痛ヲ來シ其ト同時ニ血尿ヲ招致セルヲ以テ一時腎結石ヲ疑ハシメタリ。9例中3例ハ壓痛及ビ自發痛ヲ全ク缺如セリ(第5, 第6, 第7例)。

4) 尿所見 本症ニ於ケル尿所見ハ多様ニシテ屢々其ノ量及成分ノ全ク正常ナル事アリ。然レドモ一般ニ尿所見ハ萎縮腎ノ其レト同様ニ先ヅ尿量ハ増加シ、色素ニ乏シク水様透明トナリ、或ハ僅カニ渾濁ヲ見、比重ハ著シク輕クナク、尿中ニ蛋白反應ノ痕跡ヲ認ム。圓嚢ハ少數例ニ於テ之ヲ證明スルノミ。Jacob, Davidsohn ガ云ヘルガ如キ菊花狀顆粒物ハ大多數例ニ於テ認ムル事ヲ得ズ。尿量増加ノ爲メ患者ハ口渴ヲ訴ヘ、從ツテ多量ノ飲料水ヲ攝リ多尿トナリ尿意頻數ヲ覺ユルニ至ル。多尿ノ原因ヲ Veil ハ濃縮力ノ不全ナルタメトナシ、又 Schuleier ハ血壓亢進ニ歸セリ。

尿量減少ハ囊胞腎ノ末期ニ來ル。此ノ際浮腫或ハ腹水ヲ伴フヲ常トシ、遂ニ無尿或ハ尿毒症ニテ死ノ轉歸ヲトル。又囊胞ニ一旦化膿ヲ招致スル時ハ尿ハ渾濁シ、多核白血球、細菌等ヲ認メ屢々壓痛、自發痛ヲ訴ヘ熱發ヲ伴フ。其ノ著明ナル時ハ遂ニ腎膿腫ヲ起シ、又ハ囊胞破レテ腎周圍膿瘍ヲ惹起シ重症ニ陥ルコトアリ。

文献ニ徵スルニ尿比重ニ關シテハ多數ノモノハ孰レモ其ノ低下セルヲ報ズ。即 Zondek ハ1004附近ニ固定セルヲ見、Talman ハ8例中2例ハ1014ヲ示シ、他ノ6例ハ總テ1008—1010ノ間ニアルヲ認メタリ。青木氏ハ1010以下ノモノ9例、1015以下ノモノ11例、1020以上ノモノ1例ヲ舉ゲタリ。次ニ蛋白反應ニ就テ見ルニ青木氏ノ24例中10例ハ痕跡ニシテ13例ハ輕度陽性、中等度陽性ノモノハ僅ニ1例ノミナリ。又大道氏ノ7例中5例ハ弱陽性、1例ハ不定、1例ハ陰性ナリシト云フ。其ノ他本邦ニ於ケル報告者ノ大多數ノモノハ弱陽性乃至痕跡ナルヲ記シタリ。

余等ノ例ニ於テハ第6表ニ示スガ如ク、尿ノ清澄度ニ就テ見ルニ清澄ナルモノ5例、稍々渾濁セルモノ3例、中等度渾濁セルモノ1例ナリ。性ハ酸性ナルモノ6例、「アルカリ」性2例ニシテ1例ハ中性ナリ。入院時平均1日尿量ハ1500cc以上ノモノ3例、1000cc以下ノモノ2例ニシテ比重ハ1010以下ノモノ5例、1020以下ノモノ3例、1020以上ノモノハ僅ニ1例ナリ。蛋白ハ中等度陽性ノモノ1例、弱陽性ノモノ3例、痕跡ナルモノ4例ヲ示シ陰性ハ1例ナリ。圓嚢ハ1例ニ於テ之ヲ認メタリ(第9例入院中)。

第 6 表 (血尿ハ既往或ハ入院中ニ見タルモノヲ示ス)

症例 番號	初 診 時 所 見					尿 量 (平均)	比 重 (平均)	蛋 白 (平均)	血 尿
	清 澄 度	赤血球	多核 白血球	圓 壘	細 菌				
1	濁濁中等度	—	卅	—	葡萄狀球菌 (++)	1150	1000	++	+
2	濁濁僅	—	卅	—	—	1150	1018	—	—
3	清 澄	+	+	—	—	2000	1008	痕 跡 0.2—1.0%	+
4	濁濁僅	—	少數	—	グラム陰性 桿菌(+)	1500	1013	+	—
5	清 澄	+	—	—	—	1300	1008	+	—
6	清 澄	—	+	—	—	800	1014	+	—
7	清 澄	—	—	—	—	720	1023	痕 跡	—
8	濁濁僅	—	少數	—	—	2100	1009	痕 跡	—
9	清 澄	—	少數	—	グラム陰性 桿菌(+)	1850	1008	痕 跡 0.1—1.5%	+

血尿ハ本症ニ屢々來ル徴候ニシテ之ガ患者ノ最初ノ主訴トナリ 醫家ヲ訪レルコトモ 尠カラズ。Frangenheim ハ病例ノ $\frac{1}{10}$, Israel ハ $\frac{1}{4}$, Brin並ニ Braasch ハ $\frac{1}{3}$, Maier ハ $\frac{1}{2}$ ニ於テ血尿ヲ見, 又 Cumming ハ總數ノ22%ニ, 連見氏ハ8例中5例(63.5%), 小澤氏ハ11例中6例(54.5%), 青木氏ハ24例中7例(29%), 大道氏ハ7例中2例(28.6%)ニ於テ之ヲ認メタリ。渡邊, 石原氏モ亦夫々2例中1例ニ於テ血尿ヲ證シタリ, 之等ヨリ觀ルモ血尿ガ本症ニ如何ニ重要ナル一症候ナルカヲ窺ヒ知ルベシ。血尿ハ通常間歇的ニ現ハル。2—3日間ヨリ1週間持續スルコト多クシテ屢々同時ニ疼痛發作ヲ伴フ。僅々2—3日ノ持續ニシテ其ノ激甚ナルタメ生命ヲモ脅カス事モアリ。Wossidlo, Brongersman, Katz, Mühe, Blum 等ハ此ノ如キ症例ヲ報告セリ。血尿ハ屢々疼痛ト同様ニ激シキ運動, 旅行等ノ後ニ現ハレ, 而シテ其ノ後ニ腎腫大ヲ證明スル事稀ナラズ。血尿ノ原因ニ關シテハ, 諸家ノ說一定セズ, Fedoroff ヲ初メ多數ノ學者ハ腎臓ノ鬱血現象ニ起因セリトナス。Israel ハ1例ニ於テ囊胞壁ニ血管ヲ有シ, 腎盂ニ排出セルヲ認メタリ。Berner ハ腎盂附近ニ於ケル擴張セル毛細管ノ破裂ニ因ルモノト記載シタリ。Payer ハ腎盂ニ於ケル靜脈瘤性擴張ニ因ルト云ヒ, 又小動脈ノ破裂モ血尿ヲ惹起セシムル原因タル事ヲ述ベタリ。又或ル學者ハ固有ノ出血性素因ニ因ルト云ヒ, 皮膚及粘膜ノ出血シ易キ事ヲ舉ゲタリ。Sieber ハ10例ニ於テ腦溢血ヲ, 3例ニ於テ鼻出血ヲ, 6例ニ於テ腸出血ヲ見, 尙2—3ノ例ニ於テ咯血ヲ認メタリ。又 Katz, Müheノ如キハ血尿ハ心悸亢進ニ基因スト唱フ。要之本症ノ血尿ハ其ノ原因ヲ一ニ歸スベキモノニハ非ルベシ。

余等ノ例ニ於テハ初診時ニ認メラレタルモノ無ク, 顯微鏡的ニ2例ニ於テ少數ノ赤血球ヲ見タルノミ。尙發病過程或ハ入院中ニ血尿ノ認メラレタルモノハ3例ナリ。

5) 腎臟機能障礙ニ基ク諸症狀 (尿毒症様症狀) 本症ノ初期ニアリテハ腎臟機能障礙ハ全クナキカ, 或ハ僅微ナルモ末期トナレバ漸時機能ハ障礙サレ慢性ノ腎臟炎ノ如キ症狀ヲ呈シ, 屢々萎縮腎ト鑑別困難ナル場合アリ。即チ多尿, 尿比重低下, 輕度ノ蛋白尿, 口渴等ヲ見, 頭痛,

眩暈，耳鳴，食慾不振，倦怠，嘔吐，下痢等ヲ招來シ所謂尿毒症様症狀ヲ伴フ。之等ノ症狀ハ定期的ニ襲來スル事多ク，又遂ニ昏睡狀態ニ陥入り尿毒症トシテ死ノ轉歸ヲ取ルモノアリ。

余等ノ例ニ於テハ4例ニ多尿或ハ減尿，尿比重低下，口渴，頭痛，食慾不振，嘔吐，嘔氣，全身倦怠等所謂尿毒症様症狀ヲ來セルヲ認メ得タリ。

6) 循環器ノ障礙ニ基ク諸症狀 循環器ノ障礙ハ Newmann ニヨレバ患者ノ60%ニ見ルト云フ。Frangenheim, Blum, Tenenbaum 等多數ノ學者ハ多數例ニ於テ之ヲ認メ，而シテ尿症狀ト同様ニ萎縮腎ニ於ケルト同一ノ症狀ヲ呈スト述ブ。即チ左心室ノ肥大及ビ擴張，高血壓，動脈硬化等ヲ認メ其ノ結果トシテ浮腫，眩暈，腦溢血等ヲ見ルト。Podgurski ハ囊胞腎ノ患者7例ヲ經驗シ3例ニ於テ動脈硬化症ヲ，他ノ4例ニ於テハ何レモ中乃至小動脈ノ硬化ヲ認メ，Braasch ハ 193 例中61%ニ於テ血壓亢進ヲ認メ，57%ニ於テ眼底中心網膜ニ其變化ヲ認メタリ。他方ニ於テ Küster ハ本症ニハ左心室ノ肥大ハ割合ニ尠キコトヲ述べ，Kiederlen モ亦萎縮腎ニ於ケルヨリ遙カニ血管，心臟ノ變化ノ僅微ナル事ヲ認メ，又本症ニハ一般ニ浮腫ヲ缺ク事ヲ擧ゲ循環器障礙ノ輕度ナル事ヲ力説セリ。Veil ハ血壓ハ稍々上昇ヲ見ルモ心臟ノ肥大ヲ認メズト云ヒ，Blattモ氏ノ說ニ賛意ヲ表セリ。又 Talman ニヨレバ左心室ノ肥大並ニ血壓亢進ハ缺グト云ヒ，Sokolov ハ 198 例ノ剖檢ニ於テ心臟肥大ヲ認メタルハ僅ニ18例ニシテ，4例ニ於テ稍々其ノ擴張ヲ證シ得タルノミナリ。本邦ニ於テハ青木氏ハ24例中16例ニ於テ心臟擴張ヲ認メ血壓140以上ノモノ15例ヲ擧ゲタリ。北川氏ハ2例ニ於テ何レモ心臟肥大並ニ血壓上昇ヲ證シ，赤岩氏ハ3例中1例ニ於テ血壓上昇ヲ，石原氏ハ4例中1例ニ心臟肥大，1例ニ高血壓ヲ和田氏ハ2例中1例ニ心臟肥大ヲ認メタリ。

要之本症ニ於ケル循環系統ノ障礙ニ關シテハ今日未ダ其ノ解決ヲ見ズ。余等ハ7例ニテ於血壓ヲ測定セルガ2例ニ於テ著明ニ1例ニ於テ稍々其ノ上昇セルヲ見，4例ニ於テ尋常ナルヲ認メタリ。心臟障礙ハ第3例，第9例ニ於テ之ヲ認メ第8例ニ於テ其ノ左方ニ其ノ擴大セルヲ證シ得タリ。尙1例ニ於テ動脈硬化症，1例ニ於テ網膜中心動脈硬化症ヲ見タリ。

7) 高 熱 本症ニ高熱ヲ見ル事アリト云フ。Küster ニヨレバ高熱ハ合併症ノ存スル際認メラレ又囊胞ノ擴張或ハ囊胞ヨリノ吸收ニヨリテ起ルト云フ。Frangenheim ハ本症ノ初期ニ於テ往々ニシテ之ガ認メラルルガ腎化膿ヲ意味スルモノニ非ザル事ヲ力説セリ。又 Payr ニヨレバ高熱ハ腎臟變位ニ因ル鬱血現象ナリト云フ。

余等ノ例ニ於テハ第1例，第4例ハ合併症ノ存スルタメ高熱ヲ見，第2例ハ發病當時及ビ入院時ニ於テ2回39.5°マデノ上昇セルヲ認メ，第9例ハ入院中再三38°内外ノ發熱ヲ見タリ（腎化膿？）。要スルニ高熱ハ腎化膿其ノ他ノ合併症ノ併發セル場合ニ來リ，又囊胞ノ擴張及ビ囊胞ヨリノ吸收或ハ腎臟變位等ニヨリテ屢々招致スルモノト思考サル。本症ノ初期ニ於テ屢々認メラルモノカ否カハ速斷シ難シ。

8) 妊娠及び出産ニ就テ 本症ノ初發症狀ハ何等認メ得ベキ原因ナクシテ到來スルコトアルモ、屢々外傷、激烈ナル運動、長途ノ旅行等ガ其ノ原因タルコトアリ。又女子ニ於テ妊娠、出産ガ一原因ナルコトモ稀ナラズ、Heivsinus ハ妊娠ハ外傷ト同様ニ囊胞腎ニ多大ノ影響ヲ與ヘルト云フ。Blatt ハ9例中1例ニ於テハ卒倒ガ、2例ニ於テハ妊娠ガ發病原因トナリタル事ヲ報ズ。Frangenheim ハ女子囊胞腎患者ノ結婚許可ノ可否ニ就テ一言論ジタリ。

又 Braasch ハ本症ノ遺傳的ニ屢々來ル事ヲ指摘シ本症患者ニ不妊ナラシムル様勸告セリト云フ。石津氏ハ妊娠及び出産ニヨリ囊胞腎患者ノ諸障礙ノ増惡セル2例及び出産後兩腎ニ葡萄狀球菌ニヨル腎盂炎、腎盂腎臟炎、腎臟膿腫、腎臟周圍腎臟炎ヲ續發シ遂ニ死ノ轉歸ヲ取リタル1例ヲ報告シタリ。又石原氏ハ1例ニ於テ分娩後初發症狀トシテ左腎臟部ニ疼痛ヲ惹起セシメタル症例ヲ報ゼリ。

囊胞腎ヲ有セル女子ニシテ妊娠セル際人工流産ヲ施スベキカ否カハ極メテ重大ナル問題ニシテ輕々シク決定シ得ベキモノニアラズ。殊ニ本症患者ニシテ1腎摘出セル後ニアリテハ早期流産ノ絶對ニ肝要ナルコトハ論ヲ俟ズ。余等ノ第7例ニ於テハ腎摘出後妊娠シタルヲ以テ余等ハ早期流産ヲナス様奨ムルニ躊躇セザリキ。

5. 合 併 症

合併症トシテ最モ屢々來ルハ囊胞ノ化膿ニシテ、此ノ事實ハ本症ノ診斷ニ際シ常ニ記憶セザルベカラザル事トス。囊胞ノ化膿ハ2—3ノモノニ留マルコトアリ、腎臟全體ニ及ブコトアリ。腎盂炎、腎盂腎臟炎等ヲ起シ、又化膿セル囊胞ガ表面ニ破レ腎臟周圍炎、腎臟周圍膿瘍ヲ惹起シ稀ニ膿ガ腹腔ニ出デ腹膜炎ヲ併發シ重症ナル症狀ヲ呈スルコトアリ。Schüssler, Rovsing, Maier 等ハ化膿ヲ起シ死ノ轉歸ヲ取リタル症例ヲ報ゼリ。本邦ニ於ケルモ堀、川村氏ハ囊胞腎ノ化膿穿孔ニヨル腹膜炎ノ症例ヲ記載セリ。尙極メテ稀ニ胃腸ニ穿孔スルコトアリ。

腎臟水腫、腎臟膿瘍モ合併症トシテ屢々來リ其ノ報告例モ尠シトセズ。囊胞ノ輸尿管ヲ壓迫シ、或ハ患腎ノ腫大著シク變位(特ニ下降)シテ輸尿管ノ屈曲ヲ起ス時ハ腎盂ヨリ尿ノ排出サルヲ障碍シ、此處ニ腎臟水腫ヲ見、更ニ細菌感染ヲ起シテ腎臟膿瘍トナル、本邦ニ於テハ梶田氏ノ腎臟水腫、連見氏ノ腎臟膿瘍ヲ合併セル報告アリ。又石津氏ハ前述ノ如ク腎盂炎、腎盂腎臟炎、腎臟膿腫、腎臟周圍炎等ヲ起シテ死亡セル1例ヲ報ゼリ。

囊胞腎ニ腎結石ヲ合併セル報告例モ今日ニ於テハ相當多數ニ上ル。即チAskanazi, Depage, Lanelogue, Verliac, Richet, Brin(8例), Wossidlo, Negro 及ビ Colombet, Pazzi, Blum, Cumming(2例), Weisser, Andre, Peacock 等ノ報告アリ、其ノ他 Sieber ハ212例中8例ヲBrasch ハ41例中4例ヲ見タリ。本邦ニ於テハ羽太氏ノ腎盂結石及ビ化膿性腎盂炎ヲ合併セル報告例アルノミ。

本症ニ腎臟結核ノ合併ヲ見ル事アリ。斯ル例ハ極メテ稀ニシテ文献ニ徵スルニ其ノ報告例ハ

僅ニ10例ヲ算スルニ過ギズ。即チ Curtis 及ビ Carlier, Coenen, Sitzenfrey, Chevassu, Müller, Ratner, Chauvin 及ビ Tristant, Utean, Bischal, Roubier・Cibert 及ビ Barral 等ノ報告アルノミ。

其ノ他 Lichtheim ハ癌, Brieger ハ肉腫, Weiser ハ副腎腫ノ合併ヲ見タリト報ズ。

他臓器ノ囊腫變性及ビ發育異常ハ前述セル如ク, 屢々屍體解剖ニ於テ發見サルルモ臨床上之ガ發見サルル事ハ割合ニ稀ナリ。

余等ノ例ニ於テハ9例中1例ニ於テ肝臓ヲ觸知シ而シテ其ノ表面凹凸不平ナルヲ知り得タルモ剖檢ニヨラザル故之ヲ以テ明ラカニ囊腫變性トハ斷定シ難シ。合併症トシテハ其ノ他氣管支性喘息1例, 動脈硬化症1例, 腎周圍膿瘍1例, 網膜中心動脈硬化症1例, 葡萄球菌性膀胱炎1例, 子宮內膜炎1例ヲ見タリ。

6. 診 斷

囊胞腎ノ臨床的診斷ハ腎疾患中最モ困難ナルモノニ屬シ, 殊ニ其ノ初期ニ當リテハ診斷ハ全クナシ能ハザル事多シ。Sieber ハ212例中僅ニ10%ニ於テ, Brin ハ324例中14%ニ於テ生前或ハ術前ニ診斷シ得タルニ過ギズト云フ。

本症ヲ診斷スルニハ患者ノ訴フル諸症候群ヲ必要トス。腎腫大ガ相當高度ニ現ハレ硬固ニシテ且其ノ表面ハ凹凸不平ナルヲ見, 而モ兩側ニ認メラルル時ハ先ヅ囊胞腎ヲ疑フベシ。

尙患者ノ既往ニ於テ尿毒症様症狀即チ頭痛, 嘔吐, 嘔氣, 眩暈, 倦怠, 口渴, 不定ノ消化器障碍等ノ存シ腎臟部ノ疼痛ヲ訴ヘ血尿ヲ認メ, 或ハ萎縮腎様尿所見, 即チ多尿輕度ノ蛋白尿, 比重低下等ノ認メラルル時ハ其ノ診斷ハ敢テ困難ナラズ。

尙家族ニ遺傳的關係ヲ認メ, 或ハ肝臓其ノ他ノ器官ニ囊腫變性ヲ觸知シ得, 或ハ他臓器ノ發育異常ヲ發見シ得ルナラバ更ニ診斷ハ確實トナル。然シ乍ラ吾々臨床家ヲ訪レル患者ニシテ前述ノ如キ諸症狀ヲ具備セルモノハ甚ダ少ク, 且化膿其ノ他ノ合併症ヲ有セルコトモ稀ナラザルヲ以テ診斷ハ至難トナリ, 此處ニ腎臟機能試驗, 「ビエログラフイー」等以下述ブルガ如キ補助診斷法ノ必要ヲ生ズルニ至ル。

一方 Israel, Chotinsky, Höhne 等少數ノモノハ囊胞穿刺液中ニ菊花狀顆粒物ヲ認メラルル際ニハ診斷確實トナルト云ヘルモ此ノ如キ場合ハ極メテ少數例ニシテ重要ナル要項トハ云ヒ難シ。

1) 腎機能試驗 本症ニ於ケル腎機能ハ其ノ早期ニアリテハ障碍全ク無キカ, 僅微ナルニ過ギザレドモ慢性ニ經過セルモノニアリテハ腎實質ハ蠶食セラレー般ニ腎機能不全ヲ招來ス。或ルモノハ色素排泄機能ノ佳良ナル場合ニ於テ水分排泄調節機能ノ甚シク不良ナルヲ見, 又其ノ逆ニ色素排泄機能ノ不良ナル場合ニ於テ水分排泄調節機能ノ極メテ良好ナルヲ認ムルモノアリ。Steiner, Negro, Colombet 等ハ尿素ノ排泄ハ佳良ナレドモ色素排泄ノ不良ニシテ其ノ並

行セザルヲ見, 尿素排泄試験ノ價值ナキ事ヲ述ブ。Lopez, Pavone モ同様ノ症例ヲ報告セリ。

本邦ニ於ケル本症ノ報告者ノ多數ノモノハ腎機能ノ著シク障碍サルヲ認ム。(蓮見氏, 青木氏, 赤岩氏, 大道氏ヲ初メトシテ渡邊, 石原, 北川, 和田氏等)。而シテ渡邊, 石原, 和田, 榎原, 北川, 遠藤氏等ノ症例ハ腎機能試験ニ於テ色素排泄試験ト水分調節試験トノ成績ハ全ク一致セルヲ證シタリ。

余等ノ例ニ於テハ水試験ヲ行ヒタル3例ハ何レモ其ノ成績不良ニシテ且色素排泄試験モ其等ニ並行シテ不良ナリ。色素排泄試験ノミヲ行ヒタル6例中4例ハ比較的良好ニシテ2例ハ不良ナリ(第7表)。即チ9例中5例ニ於テ腎機能ノ著シク障碍セラレタルヲ認メタリ。水試験ハ特ニ濃縮試験ニ於テ不良ナルヲ見ル。

要之本症ニハ腎機能障碍ハ一般ニ存スルモノナルガ其初期ニハ往々ニシテ極メテ僅微ナルコトモアルガ如シ。

第 7 表

症例 番 號	水 試 験			フエノールフタレ イン試験		インデゴカルミン試験	
	4時間ノ 尿量(cc)	24時間ノ 尿量(cc)	比重動搖	開始時間	1時間後 ノ排泄量	右 腎	左 腎
1						{ 5' 同 時	{ 4' 同 時
2				5'	40%	{ 6' 30" { 不 明	{ 8' 45" { 不 明
3	1150 (1500飲用)	2370	4—15			{ 13' 35" { 14'	{ 9' { 14'
4				6' 32"	52%	{ 6' 20" { 7' 15"	{ 7' 55" { 8' 10"
5	580 (1000飲用)	1200	6—13	12' 25"	12%	{ 6' 25" { 12' ニシテ(—)	{ 12' ニシテ(—) { (—)
6						{ 14' ニシテ(—) { (—)	{ 14' ニシテ(—) { (—)
7							{ 5' { 5' 25"
8	690 (1200飲用)	2700	6—10	21' 3"	14%	{ 7' { 30' ニシテ(—)	{ 12' 30" { 30' ニシテ(—)
9				19'	11%	{ 10' ニシテ(—) { (—)	{ 10' ニシテ(—) { (—)

(「インデゴカルミン」試験ハ上段ハ色素初發時, 下段ハ深青時ヲ示ス)

2) 「ビエログラム」 本症ニ於テ「ビエログラム」ノ診斷的價值ニ就テハ古クヨリ論議セラルル處ニシテ, 一部ノモノハ全ク價值ナキヲ指摘セルモ大多數ノ學者ハ診斷ニ際シ缺グベカラザルモノト看做セリ。

抑々「ビエログラム」ガ本症ニ臨床上應用セラレタルハ1910年(Braasch)ノ事ニシテ1913年ニ至リ, Adrian 及ビ Lichtenberg ニヨリテ初メテ腎盂ノ延長ヲ以テ本症ニ特徴ナリト唱ヘラレタリ。其ノ後 Steward 及ビ Wade ハ腎盂ノ擴大及ビ回轉ヲ認メ, 腎盂ノ回轉及ビ短縮並ニ囊胞ニヨリ腎盂先端ノ半月狀トナレルヲ特徴トセリ。Papin ハ腎盂ノ稀薄トナリ或ハ消失シ, 又萎縮或ハ擴張シ, 腎盂ノ著明ニ延長シ擴大セルヲ特徴トナシ, 腎盂ト輸尿管トノナス

角度ハ異常ヲ呈ストセリ。

Gottlieb, Negro 等モ亦同様ノ意見ヲ述ブ。Rejsek ハ腎盂ノ多數ノ分枝狀ニ分裂セルヲ見、Morrsey 及ビ Smith ハ腎盂ノ畸形ヲ本症ニ特徴トナシ、Bitschai ハ巨大ナル腎盂像ヲ得ル事ヲ以テ定型的ノモノト看做セリ。又 Bachrach ハ本症ノ腎盂像ハ惡性腫瘍ノ如キ像ヲ呈スト云ヒ、副腎腫トノ鑑別困難ナル事ヲ唱ヘタリ。Blattモ亦氏ノ說ヲ是トシ、定型的「ピエログラム」ノ存セザル事ヲ述ベ本症ノ「ピエログラム」ハ種々多様ニシテ腎腫瘍ト誤ル事アルヲ指摘シタリ。又 Pazzi ハ本症ノ初期ニ當リテハ腎盂ノ延長ガ認めラルルモ更ニ進行セル時期ニアリテハ腎盂ニ變化ヲ來シ即チ腎盂ノ短縮或ハ消失ヲ見、腎腫瘍ト全ク同一ノ「ピエログラム」ヲ呈スト云ヘリ。一方ニ於テ Joseph, Ludowigs, Boeckel 及ビ Franck 等ハ腎盂腎盞ハ延長シ、恰モ蜘蛛ノ匍匐スルガ如キ狀ヲ呈スルヲ以テ本症ニ特有トセリ。Grauhanハ「ピエログラム」ノ斷然特徴アルコトヲ高唱シ氏ハ「囊胞腎ニ於テハ腎盂腎盞ハ延長シ、腎盞ノ末端ハ擴張シ而シテ陷凹シ所謂「コルベン」狀ヲ呈ス。尙其等ノ輪廓ハ極メテ明瞭ニシテ腎盂ノ擴大ハ一般ニ認めラレズ」ト云ヒ多クノ學者ノ賛同ヲ得タリ。

Hennig ハ Grauhan ノ云ヘルガ如キ所見ヲ定型的「ピエログラム」トナシ、然シナガラ往々ニシテ腎盞ノ邊緣ハ波狀 (Weilen förmig) ヲ呈シ或ハ腎盞ノ一部ニ於テ圓形ニ消失セルヲ認ムルガ之等ハ腎盞中ニ囊胞ノ突出シ、藥液ヲ滿サザルタメ現ハルルモノナリト述ブ。又囊胞ガ破壊セラレ腎盞ト交通セル場合、造影劑ヲ充滿シ、邊緣ハ圓形或ハ凸狀ヲ呈シ特ニ其ノ龐大ナルモノニアリテハ診斷ニ苦シム事アリト云ヘリ。Noszkay モ Hennig ト同様ノ症例ヲ報告セリ。即チ影像ノ處々ニ圓形ノ缺陷アルヲ認め、又囊胞ノ造影劑ヲ充滿シ腎盞ノ圓狀ニ膨大セルヲ見ル。尙氏ハ腎盞ニ於テハ第1階ハ著シク延長シ、第2階ハ棍棒狀ヲ呈シ或ハ擴張セルヲ以テ特異像ト看做セリ。翻ツテ本邦ノ文献ニ徵スルニ本症報告者ノ大多數ハ「ピエログラム」ニ Joseph, Grauhan 等ノ云ヘルガ如キ特異像ノアルヲ認メタリ (和田, 赤岩, 北川, 關藤, 石天, 尾關, 大道氏等)。「ピエログラム」ニ異型ヲ呈セル症例ニ就テハ石津氏, 遠藤氏, 和田氏等ノ報告アリ。石津氏ハ1例ニ於テ靜脈性「ピエログラフィー」ヲ施行セルニ右側ハ殆ド正常ナルニ反シ左側ハ下腎盞部ニ於テ延長シ、之ニ接シテ「クルミ」大ノ陰影ヲ描出シタルヲ見、遠藤氏ハ本症患者ニシテ右側ハ定型的「ピエログラム」ヲ現ハシタルモ左側ハ軸轉位並ニ腎盂擴張ヲ認め、腎水腫ニ似タル像ヲ示セルヲ見タリ。最近大道氏ハ本症ニ於ケル「ピエログラム」ニハ斷然特異像ノアルヲ指摘シ又腎盂長軸ト正中線トナス角度ハ正常値ヨリ小ナル事ヲ高唱セリ。

余等ノ例ニ於テハ9例中5例ニ於テ「ピエログラム」ヲ得タルガ其ノ總テニ於テ定型的影像ヲ認め得タリ。即チ腎盂、腎盞ハ延長シ全體ハ蜘蛛ノ匍匐スルガ如キ狀ヲ呈シ、尙詳細ニ觀察スルニ一般ニ腎盞ハ第1階ニ於テハ細長ク延長シ、第2階ニ於テ偏平トナリ擴張シ、其ノ先端ハ凹狀トナリ所謂「コルベン」狀ヲ呈セリ。而シテ腎盂、腎盞ノ邊緣ハ極メテ明瞭ナル境界ヲナセリ。

又1例ニ於テ囊胞ノ造影劑ヲ充滿シ腎盂, 腎盞ノ一部ニ於テ圓形ニ膨隆セルヲ認メタリ。腎盂像ノ長軸ハ總テノ場合ニ於テ脊柱ノ方向ト殆ト並行シ, 又3例(第5, 8, 9)ニ於テ腎盂ト輸尿管起始部トナス角度ハ直角ニ近キヲ見ル。大道氏, 石津氏モ此ノ如キ症例ヲ記載セリ。

之ヲ要スルニ本症ニ於テハ「ビエログラム」ハ多クハ Joseph, Grauhan 等ノ云ヘルガ如キ特有ノ影像ヲ現ハスモノト思考サル。而シテ又腎盂長軸ノ延長線ハ多クハ身體ノ正中線ト略々並行スルモノト信ゼラル。尙本症ノ「ビエログラム」ヲ施行スルニ際シ兩側同時ニ行フコトノ危険性ヲ唱フルモノ (Cumming, Eisendrath, Koll) アレド余等ハ毫モカカル危険ニ遭遇セザリキ。

3) 氣體撮影法 本法ニハ腎臟周圍氣體撮影法及ビ腹腔内氣體撮影法ノ2法アリ。一般ニ前者ハ後者ニ比シテ明瞭ナル腎影像ヲ示スモ往々ニシテ尿性蜂窩織炎ヲ起シ, 又酸素栓塞ヲ惹起セシムル恐レアリ, 各々其ノ特徴ヲ有セルモ現今ニ於テハ前者ハ一般ニ好デ行ハル。

a) 腹腔内氣體撮影法 上述セル如ク腎周圍氣體撮影法ニ比較シ腎影像ハ稍々不明瞭ナル事ハ免レザルモ危険性ハ極メテ少ク, 又兩側同時ニ行ハントスル際ニハ至極便利ナリ。Prades ハ本法ヲ施行シ診斷ヲ確定セル例ヲ報ジ, Hueck ハ本法ト同時ニ逆行性「ビエログラフイー」ヲ實施スルコトノ價值ノ絶大ナルコトヲ唱フ。Salleras ノ如キモ本法ヲ推奨セリ。

b) 腎臟周圍氣體撮影法 本法ハ Rosenstein ノ行ヒシヲ以テ嚆矢トナス。氏ト同時代ニ Carelli, Sordelli 等ノ報告アリ, 爾來腎疾患ノ診斷ニ際シ多數ノ學者ニヨリ行ハレタルモノニシテ Boeminghaus, Wossidlo, Grauhan, Gottlieb, Chevassu 等ハ本法ヲ囊胞腎ノ診斷ニ重要ナルモノトシ推奨セリ。Wossidlo ハ之ニヨリ腎ノ肥大セル影像ヲ明瞭ニ認メ得ルノミナラズシテ囊胞ヲモ觀察シ得ルト云ヘリ。Talman, Dozsa 等ハ「ビエログラム」ニヨリテ診斷尙明ラカナラザル時ハ本法ヲ行フベキ事ヲ力説ス。Gottlieb ハ腎疾患者70例ニ於テ, Ziegler ハ數百例ニ於テ本法ヲ施行シ夫々1例ダニ危険ニ遭遇セザリシヲ述ブ。尙 Ziegler ニヨレバ栓塞形成ノ危険ハ慎重ナル態度ヲ以テ操作スル際ニハ僅微ナルカ或ハ全クナシト云フ。

一方 Hennig, Joseph 等ハ腎周圍氣體撮影法ハ尿性蜂窩織炎ヲ惹起シ易キ事ヲ述べ之ヲ避け, Necker ハ屢々酸素栓塞, 縦隔膜ノ氣腫等ヲ來シ患者ニ不快感ヲ與フルノミナラズ危険性ノアルコトヲ述ブ。Fain ハ氏ノ行ヒタル13例ニ於テ2例ニ喉頭及ビ鎖骨上部ニ皮下氣腫ノ生ジタルヲ見, Jansson ハ15例中1例ニ於テ虚脱ヲ認メタリ。

余等ハ第2例, 第3例ニ於テ腹腔内氣體撮影法ヲ, 第8例, 第9例ニ於テ一側ノ腎臟周圍氣體撮影法ヲ施行シ何等危険ニ遭遇セシコトナク「レ」線單純撮影ニテハ見ル事能ハザリシ腎影像ヲ認ムル事ヲ得, 特ニ後者ニ於テ其ノ價值ノ大ナル事ヲ知り得タリ。「ビエログラム」ニテ診斷困難ナリシ場合或ハ「ビエログラム」ヲ得ザリシ場合, 腎臟周圍氣體撮影法ハ之ヲ行フ價值アルモノト信ズ。然シナガラ腎臟或ハ腎周圍ニ急性ノ炎症症狀ノアル場合ハ本法ハ禁忌ナリ。

4) 後腹壁ヨリノ穿刺法 Jakob, Davidosohn ハ囊胞ノ穿刺ガ本法ノ診斷ヲ最モ確實ニスルト云フ。即チ氏等ハ腎臟部ニ種々ナル深度ニ穿刺スル事ニヨリ囊胞内容ノ多種ナルニ相當シテ透明漿液或ハ不透明ナル膠質様液ヲ見ルトセリ。尙穿刺ニ際シ菊花狀顆粒物ヲ認ムル時ハ更ニ診斷ハ確實トナルト云ヘリ。Israel モ亦本法ヲ以テ最良ノ方法トナス。然シナガラ吾々ハ穿刺ニ際シ必ズシモ透明度, 色調, 或ハ粘着度ノ異ナレル液ヲ得ルモノニ非ザルヲ考フ。特ニ大囊胞ノ存在セル時ニ於テ然リ。又 Jakob, Davidosohn 等ノ云ヘルガ如ク菊花狀顆粒物ハ屢々發見サルルモノニ非ズシテ反ツテ極メテ稀ニ之ヲ見ルモノナリ。本邦ニ於テハ渡邊氏ノ囊胞穿刺2例中1例ニ於テ認メ得タリトノ報告アルノミ。尙穿刺ハ相當熟練ヲ要シ危險ヲモ屢々伴フ故ニ本法ヲ行フ際ニハ常ニ慎重ナル注意ガ肝要ナリ。

5) 腎臟露出 本法ハ腎臟ヲ露出セシメ囊胞ノ存在ヲ認ムルニアリ。最モ診斷ヲ確定的ニスル方法ナレドモ穿刺法ト同様ニ屢々危險ヲ伴フ故常ニ行フベキモノニ非ズ。然シナガラHerzog ガ云ヘル如ク診斷ガ甚ダ重大ナル意義ヲ齎ラスモノナル際ニハ宜シク行フベキモノトス。又血尿, 腎疼痛等著明ナル時姑息對症療法トシテ本法ヲ行フコトアリ。余等ハ3例ニ於テ治療ノ目的ニ腎臟ヲ露出シ囊胞穿刺, 焦灼ヲ施セシガ其ノ際同時ニ診斷ヲ更ニ確實ニスル事ヲ得タリ。

7. 豫

後

本症ノ豫後ハ多種多樣ナリ。全く自覺症狀ヲ有セズシテ高齢ニ達シ屍體解剖ニ際シテ初メテ本症ナルヲ發見サルル場合アリ。又無症候ニ經過シ卒然急性尿毒症ヲ起シ死ニ至ルモノアリ。然シナガラ豫後ハ一般ニ不良ニシテ根治サルルコトハ絶無ト云フモ過言ナラズ。多クハ慢性ニ經過シ發病後數年乃至10數年生命ヲ良ク持スルモ, 屢々化膿ヲ招致シ重症ナル症狀ヲ呈シ遂ニ鬼籍ニ入ルモノアリ。又突發的ニ著明ノ血尿ヲ來シ死ノ轉歸ヲ取ルモノアリ。要スルニ本症罹患患者ハ常ニ生命ヲ脅カサレ豫後ノ判定ニ至ツテハ全く臆測ヲ許サズ。然レドモ一般ニ腎機能障礙著シキ時ハ殊ニ豫後ハ不良ナリ。胎兒ニ於テ本症ニ罹患セルモノハ死産或ハ早産スル事多ク又産後後間モナク死亡スル事モ尠ナカラズ。前述ノ如ク Küster ニヨレバ239例中59例ハ死産兒ニシテ10例ハ1歳ニテ死セリト云フ。本邦ニ於テ岡本氏ハ生後3ヶ月, 梶田氏ハ生後6日ニシテ鬼籍ニ入りタルヲ報ゼリ。

次ニ死因ニ就テ見ルニ Sieber ハ手術ヲ行ハザリシ98例ニ於テ尿毒症ニテ死亡セルモノ50例肺疾患ニテ斃レシモノ19例ヲ舉ゲタリ。Ward ハ40例ノ本症疾患者ヲ觀察シ其ノ死因ノ大多數ハ動脈硬化症ナリト述べ, 又青木氏ハ24例中4例ニ於テ尿毒症ニテ斃レタルヲ見ル。余等ノ9例中5例ハ既ニ死亡セルガ(殘餘ノ4例ハ不明), 其ノ死因ニ就テ見ルニ尿毒症ニテ死亡セルモノ2例, 腦溢血ニテ斃レシモノ1例ナリ(不明2例)。死亡年齡ハ4例ハ40—60歳ナリ(1例不明)。

8. 療

法

囊胞腎ハ根治シ能ハザル疾患ニシテ而モ大多數例ニ於テ兩側ニ發生スル事ヲ念頭ニ置キタル

時吾人ハ其ノ治療ニ關シテハ一層慎重ニ考慮スベキモノナルヲ知ルベシ。

囊胞腎ノ治療ニ關シテハ古クヨリ諸家ノ意見一致セズ、或ルモノハ總テ之ヲ對照的ニ行ヒ、或ルモノハ好デ外科ノ手術ヲ行ヘリ。一般ニ諸症狀輕微ナル際ニハ保守的ニ對稱療法ヲ行フベキ事ハ多數ノ學者ノ認ムル所ナレド血尿、腎疼痛、腎腫大等諸症狀ノ顯著ナル時、或ハ二次的ニ腎化膿ヲ來ス時ハ外科ノ手術ノ必要アリ。往々ニシテ腎摘出ヲモ敢行セザル可ラザルコトモアリ。Blatt ハ「副腎腫ハ可成根本的ニ、囊胞腎ハ姑息的ニ行フベシ」ト高唱セルガ蓋シ名言ニシテ多數ノ學者ハ此ノ說ニ賛ス。抑々囊胞腎ニ腎摘出術ヲ行ヒシハ Bardenheuer ヲ以テ嚆矢トナス。其ノ後腎摘出術ハ相次デ盛ニ行ハレー方其ノ非ヲ唱フルモノモ續出シ、今日尙其ノ可否ニ就キテハ論争ノ的トナレリ、文献ニ徵スルニ Israel, Küster, Zuckerkandl, Rovsig 等ハ第二腎ノ腎機能ノ可良ナル場合ハ腎摘出ヲ施行スベキヲ力説シ Harttung, Maier ハ第二腎ノ腎機能良好ナル時ハ譬ヘ同腎ガ囊胞腎タル確證ヲ得ルモ第一腎ニ比シテ其大サ著シク小ナル際ハ腎摘出ヲ行フニ敢テ躊躇セズト云ヘリ。Forni モ亦同様ノ意見ヲ述ブ。Ciarlo ハ1例ニ於テ其ノ過程ガ完成セラレタル場合ハ腎摘出ヲ行フベシト云ヒ、Rumpel ハ氏ノ多數例ニ於テ、Gottlieb ハ症例ノ52%ニ於テ腎摘出術ヲ行ヘリ。又最近 Mursell, Collinson ノ如キハ本症ノ偏側ニ來ルコトノ稀ナラザルコトヲ指摘シ、斯ル場合ハ其ノ症狀ノ如何ニヨリ宜シク腎摘出術ヲ施行スベキコトヲ唱フ。一方 Sieber, Wossidlo, Carossini, Blatt 等ハ腎摘出後他腎ノ急速ニ増大セルヲ經驗シ其ノ注意ヲ喚起セリ。元來囊胞腎ハ化膿ヲ惹起シ易ク、殊ニ患腎摘出後殘腎ニ化膿ヲ來シ死期ヲ早ムル事多キコトモ諸家ノ認ムル處ナリ。Gottlieb ハ術後19名中10%ニ於テ死亡セルヲ見、Brin ハ29%、Mikaniewski ハ30%ニ於テ死亡セルヲ認メタリ。又 Sieber ハ腎摘出術ヲ行ヒシモノ中最モ長命ヲ保チシモノハ術後僅カニ7年ナリト云ヘリ。一方 Blatt ハ1例ニ於テ18年後尙生存セルヲ認メ、Maier モ亦腎摘出後3年後及ビ7年後尙健在ナルヲ見タリ。本邦ニ於ケルモ石津氏ハ20年後生命ヲ全フセルヲ報ジ蓮見氏ハ6年及ビ8年後、大道氏ハ5年後尙全ク健康ナルヲ認メタリ。要スルニ腎摘出術ヲ行ヒタルモノモ稀ニハ良ク久シキニ亙リテ生命ヲ維持スル事アルモ多クハ短命ニ終ルモノト思惟サル。

Mikaniewski ハ194例ノ手術例ヲ蒐集(腎摘出127例、腎切開27例、囊胞穿刺15例、腎固定術10例、腎臟莢膜剝離術5例、腎臟莢膜剝離並ビニ囊胞切開3例、腎周圍膿瘍ノタメ手術セルモノ2例)シ腎摘出術ヲ行ヘルモノハ術後30%ノ死亡率ヲ見、腎切開術ヲ行ヘルモノハ術後12名(45%)死亡セルヲ認メ、腎切開ノ危險率ノ甚大ナルヲ唱ヘタリ。氏ハ腎切開ヲ行ヘル場合手術創ハ容易ニ癒エズシテ且尿瘻孔ヲ生ジ易ク、二次的ニ腎臟摘出ノ必要ヲ招致スルコト少ナカラズト云ヘリ。Fedoroff モ腎切開術ノ腎摘出術ヨリ遙カニ危險ナルヲ指摘シ、Brin ハ氏ノ蒐集セル統計ニ於テ腎摘出術ヲ行ヘルモノ117例中24%ノ死亡率ヲ見、腎切開術ヲ行ヘルモノ22例中死亡ヲ31.8%ノ高率ニ認メタリ。

Rovsing ハ腎臓ヲ露出シテ大小多數ノ囊胞ヲ穿刺スルコトニヨリ腎内壓ヲ下降セシメ以テ腎實質ノ恢復ヲ計リ得ルノミナラズ疼痛ヲモ去ランシメ又屢々止血セシムル事ヲ得タリト云フ。Küster, Fedoroff ハ囊胞ヲ刀ヲ以テ切開シ, Marion ハ剪ヲ以テ開キ夫々好結果ヲ得, Payr ハ烙刺術(Ignipunktur)ヲ施行セリ。即チ氏ハ電氣焦灼刀(Galvanokauter)ヲ用ヒ5例ニ於テ9回, 烙刺術ヲ行ヒ腎臓容積ヲ $\frac{1}{3}$ 乃至 $\frac{1}{2}$ ニ縮小セシメ又疼痛, 出血ヲ除去スルコトヲ得タリトイフ。Blum モ亦本法ヲ高度ノ血尿患者4名ニ就テ行ヒ血尿ヲ全ク去ラシムルコトヲ得タリト報ズ。Noszkay ヲ初メ多數ノ學者ハ Payr ノ方法ヲ賞賛セリ。本邦ニ於テモ赤岩氏ハ本症3例中2例ニ於テ囊胞穿刺術ヲ行ヒ, 渡邊氏モ亦1例ニ於テ該法ヲ施行シ患腎全體ノ容積ヲ減少シコレニヨリ近接諸臓器ノ壓迫ヨリ免カレンシメ, 又患者ニ腫瘍消失ノ感ヲ與ヘ患者ノ苦惱ヲ減ズル事ヲ得タリト報ゼリ。又和田氏ハ高度ニ腫大セル本症患者ニ兩側ノ囊胞穿刺切開術ヲ行ヒ腹部膨滿感ヲ殆ド消失セシメ殊ニ左腎ハ其ノ容積ヲ手術前ノ $\frac{1}{2}$ トナラシメタル事ヲ記載セリ。

其ノ他Fedoroffハ腎臓莢膜剝離及ビ腎固定術ニヨリ血尿ヲ除去シ得タル例ヲ報ジ, Bitschai モ亦腎固定術ニヨリ尿排泄ヲ良好ナラシメタル1例ヲ報ズ。

該法ハ腎臓ガ下降シ或ハ著明ニ移動スル場合ニ行フ方法ニシテ之ニヨリテ能ク腎盂炎, 腎盂擴張, 腎臓水腫等ヲ防グコトアルモ操作困難ニシテ且腎内壓ヲ高ムル恐レアルヲ免レズ。シカノミナラズ適應症タルハ極メテ稀ナリ。

要之囊胞腎ノ療法トシテハ一般ニ内科的對稱療法ヲ行フベキモ, 高度ノ腎腫大, 激シキ疼痛或ハ出血, 又ハ化膿其ノ他ノ合併症ノ存スル時等ハ外科的手術ヲ必要トス。囊胞ノ穿刺焦灼, 腎露出, 腎莢膜剝離等ハ症狀ヲ輕減シ腎機能ノ恢復ヲ計リ得ル方法ナレドモ, 就中 Payr ニヨリ創案セラレタル囊胞ノ穿刺焦灼ハ効果甚大ナルモノト思惟サル。生命ヲ脅カスガ如キ出血ヲ來シ, 疼痛激甚ナル場合炎衝症狀著明ナル場合等ハ他腎ノ機能ヲ詳細ニ調査シ腎摘出術ヲ敢行スベキナリ。

余等ノ症例ニ於テハ5例ハ内科的姑息療法ヲ行ヒ, 3例ハ腎ヲ露出シ, 中2例ニ於テ囊胞穿刺焦灼, 1例ニ於テ囊胞穿刺ヲ行ヒタリ。3例共ニ症狀ヲ多少輕減スルヲ得タリ。第7例ハ當院外科ニ於テ腹部腫瘍ヲ診斷ノ下ニ開腹シ初メテ本症ナルヲ知リタル例ナリ。左腎ノ大サ硬度共ニ尋常ニシテ其ノ表面ハ平滑ナルニ反シ右腎ハ著シク肥大シ, 周圍ノ内臓諸器官ヲ著明ニ壓迫セル狀ヲ認メタルヲ以テ腎摘出術ヲ敢行シタルナリ。術後1年3ヶ月ニシテ尙健在ナルヲ認メタルモ其ノ後ノ消息ハ全ク不明ナリ。

結

論

慶應義塾大學病院開設以來昭和10年7月末日ニ至ル滿15ケ年間皮膚科泌尿器科教室ニ於テ診斷シ得タル囊胞腎患者ハ9例ニシテ余等ハ之ニ就テ臨床的觀察ヲ試ミタリ。

1) 過去滿15ケ年間は皮膚科泌尿器科外來ヲ訪レタル患者總數ハ77213名ニシテ本病患者ハ

其ノ0.01%＝相當シ、泌尿器科患者總數ハ18268名＝シテ其ノ0.05%＝相當ス。

- 2) 9例中5例ハ男子、4例ハ女子ニシテ男女略々同數＝之ヲ認メタリ。
- 3) 年齢ハ30代、40代並ニ50代＝於テ等シク3例ヲ見、發病年齢＝關シテハ30代＝於テ多數ヲ占ム。
- 4) 罹患側＝就テハ剖檢ニヨラザルヲ以テ確言シ得ザルモ總テノ症例＝於テ兩腎ノ腫大ヲ認メ、而モ多數例＝於テ表面ノ凹凸不平ナルヲ證シ得タルヲ以テ兩側性ノモノト云フモ誤リナカルベシ。
- 5) 9例共ニ遺傳的關係ヲ認メズ。
- 6) 腎疼痛ヲ認メタルモノ5例、壓痛ヲ認メタルモノモ5例ニシテ1例＝於テ痙攣ヲ訴ヘタリ。
- 7) 4例＝於テ頭痛、眩暈、嘔吐、嘔氣、食慾不振、全身倦怠等所謂尿毒症樣症狀ヲ認メタリ。
- 8) 心臟障礙ハ2例＝於テ之ヲ認メ、心臟肥大＝關シテハ1例＝於テ證シ得タルノミナリ。血壓ヲ測定シ得タル7例中2例＝於テ著明ニ、1例＝於テ僅ニ其上昇セルヲ見タリ。
- 9) 高熱ハ4例ニ認メタリ。
- 10) 尿所見＝就テ見ルニ尿量増加ヲ證シ得タルモノ3例、減尿ヲ見タルモノ2例ナリ。清澄度＝就テ見ルニ透明ナルモノ5例、輕度ニ濁濁セルモノ3例、中等度濁濁セルモノ1例ニシテ、色ハ一般ニ淡ナリ。蛋白反應ハ痕跡乃至弱陽性ナルコト多ク(7例)、比重低下ハ9例中7例＝於テ證シ得タリ。血尿ハ3例＝之ヲ見總數ノ $\frac{1}{3}$ ＝相當ス。
- 11) 腎機能ハ5例＝於テハ不良ニシテ4例ハ可良ナリ。腎機能試驗＝際シ水試驗、色素排泄試驗ヲ施行シ得タル3例＝就テ見ルニ兩試驗成績ノ平衡セルヲ認メタリ。
- 12) 「ビエログラム」ハ5例＝於テ得タルガ何レモ定型の影像ヲ示セリ。即チ腎盂、腎盞ハ延長シ、且腎盞ハ擴張シ其ノ先端ハ凹狀トナリ「コルベン」狀ヲ呈ス。尙腎盂像長軸ガ背中ノ正中線ト略々並行シ、3例＝於テ腎盂ト輸尿管起始部トナス角度ガ直角ニ近キヲ見ル。
- 13) 治療トシテハ5例＝於テ內科的姑息療法、2例＝於テ Payr ノ囊胞穿刺焦灼法、而シテ1例＝於テ囊胞穿刺ヲ行ヒタリ。尙1例ハ腎摘出術ヲ施行シタリ。
囊胞穿刺焦灼法ニヨリ多少ナリトモ患者ニ苦痛ヲ減少セシムルヲ得タリ。
- 14) 9例中5例ハ既ニ他界セリ。(死亡年齢40—55歳—4例、不明1例)。殘餘ノ4例ハ消息全ク不明ナリ。死因＝就テ見ルニ2例ハ尿毒症ニシテ1例ハ腦溢血ナリ(2例不明)。

稿ヲ終ルニ臨ミ懇切ナル御指導並ニ御校閲ノ勞ヲ賜ハリシ北川教授ニ感謝ノ意ヲ捧ゲ、不斷ノ御鞭撻、御教示ヲ賜ハリシ金子講師ニ深謝ス。

文

獻

- 1) 赤岩八郎, 吉岡宗英, 川西英雄: 東京醫新誌, 56年, 2758—2759—2760號, 7—79—149頁, (昭7)。
- 2) 青木誓雄: 日新醫學, 21年, 1735頁, (昭7)。
- 3) 遠藤四郎: 日泌尿會誌, 24卷, 188頁, (昭10)。
- 4) 藤原道純: 日泌尿會誌, 23卷, 56頁, (昭9)。
- 5) 蓮見四郎: 日外會誌, 26回, 624頁, (大14)。
- 6) 堀 貞雄: 醫事新聞, 1253號, 17頁, (昭5)。
- 7) 石天之樞: 皮尿誌, 35卷, 183頁, (昭9)。
- 8) 稻田龍吉: 實驗醫報, 1年, 837頁, (大4)。
- 9) 石原正次: 日泌尿會誌, 18卷, 49頁, (昭4), 124卷, 139頁, (昭10)。
- 10) 石津 俊: 日泌尿會誌, 21卷, 41頁, (昭7), 23卷, 56頁, 179頁, (昭9)。
- 皮尿誌, 35卷, 210頁, (昭9)。
- 11) 梶田森之: 醫中央誌, 17卷, 935頁, (大8)。
- 12) 川村麟也: 臨床醫學, 17年, 9號, 1092頁, (昭4)。
- 13) 木南正叔, 園田光徹: 日內會誌, 9卷, 860頁, (大11)。
- 14) 北川 溟: 日泌尿會誌, 21卷, 198頁, (昭7)。
- 15) 小池藤太郎: 皮尿誌, 33卷, 93頁, (昭8)。
- 16) 村松翠峯治, 臨床醫學, 14卷, 6號, 646頁, (大15)。
- 17) 稻原憲章: 皮尿誌, 31卷, 1511頁, (昭7)。
- 18) 岡本 孝: 北越醫會誌, 38年, 182頁, (大12)。
- 19) 小澤慶三郎: 日泌尿會誌, 3卷, 38頁, (大3)。
- 20) 尾關彌一郎: 日泌尿會誌, 23卷, 376頁, (昭9)。
- 21) 西條良賀: 醫中央誌, 26卷, 358頁, (昭3)。
- 癌, 22年, 70頁, (昭3)。
- 22) 坂口弘治郎: 日泌尿會誌, 21卷, 198頁, (昭7)。
- 23) 鈴木隆義: 皮膚紀要, 7卷, 5頁, (大15)。
- 24) 武谷 廣: 實驗醫報, 6年, 303頁, (大9)。
- 25) 都筑千秋, 榑原彦一郎: 愛知醫會誌, 40卷, 37頁, (昭8)。
- 26) 羽太銳治: 醫中央誌, 16卷, 388頁, (大6)。
- 27) 和田平武: 千葉醫會誌, 8卷, 2號, 2部, 1頁, (昭5)。
- 28) 渡邊 剛: 醫新聞, 1099號, 984頁, (大11)。
- 29) Adrian u. Lichtenberg: Ztschr. f. Urol. Bd. 1, S. 139, S. 183, (1913)。
- 30) Bachrach: Ztschr. urol. Chir. Bd. 21, S. 380, (1927)。
- 31) Baumann u. Robert: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. 281, S. 486, (1931)。
- 32) Beyer: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 11, S. 306, (1923)。
- 33) Bitschai: Ztschr. f. Urol. Bd. 20, S. 214, (1926)。
- 34) Blatt: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 23, S. 244, (1927)。
- 35) Blum: Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1132, (1926)。
- 36) Boeminghaus: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 9, S. 51, (1922)。
- 37) Braasch u. Schacht: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 39, S. 245, (1934)。
- Ref. Ztschr. f. Urol. Bd. 28, S. 351, (1934)。
- 38) Brakemann: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. 250, S. 343, (1924)。
- 39) Busse: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. 175, S. 442, (1914)。
- 40) Cabot: The modern urology Vol. 2, p. 685, (1926)。
- 41) Cairns: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 19, S. 243, (1926)。
- 42) Carrick: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 19, S. 377, (1926)。
- 43) Carelli u. Sordelli: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 9, S. 56, (1922)。
- 44) Castagna: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 22, S. 432, (1927)。
- 45) Chauvin u. Tristant: J. d' Urol. 23, 425, (1927)。
- 46) Chevassu: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 9, S. 219, (1922)。
- 47) Ciarlo: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 16, S. 333, (1924)。
- 48) Coenen: Berlin. klin. Wschr. Nr. 24, S. 756, (1907)。
- 49) Cumming: Jour. of Urol. Vol. 19, p. 149, (1928)。
- 50) Doussa: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 28, S. 365, (1929)。
- 51) Fain: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 21, S. 26, (1927)。
- 52) Fedoroff: Ztschr. f. Urol. Bd. 15, S. 508, (1921)。
- Zit. nach Gottlieb.
- 53) Frangenheim: Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz, Handbuch d. Urol. Bd. 3, S. 183, (1928)。
- 54) Fuller: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 28, S. 389, (1929)。
- 55) Fuss: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 38, S. 65, (1933)。
- 56) Gottlieb: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 17, S. 256, (1925)。
- 〃 Bd. 19, S. 95, (1926)。
- 〃 Bd. 21, S. 32, (1927)。
- 57) Gridnev: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 34, S. 47, (1932)。
- 58) Grauhan: Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 197, S. 205, (1926)。
- Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 17, S. 1, (1925)。
- 59) Gruber: Ztschr.

- f. urol. Chir. Bd. 15, S. 246, (1924), Henke-Lubarsch, Handbuch d. speziell. path. Anta. u. Histol. Bd. 9, Teil 2, S. 795, (1934). Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz, Handbuch d. Urol. Bd. 3, S. 1, (1928). 60) **Halbertsma**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 34, S. 199, (1932). 61) **Hartoch**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 22, S. 161, (1927). **Hartung**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 15, S. 200, (1924). 62) **Hennig**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 27, S. 106 (1929). 63) **Herzog**: Ztschr. f. Urol. Bd. 19, S. 815, (1925). 64) **Hook u. Kallius**: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. 257, S. 202, (1925). 65) **Jakob**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 29, S. 306, (1930). 66) **Jakob u. Davidsohn**: Zit. nach Sieber. 67) **Joseph**: Die Harnorganen im Röntgenbild. (1931). 68) **Kahlden**: Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 13, S. 291, (1893). 69) **Katz u. Mühe**: Ztschr. f. Urol. Bd. 18, S. 453, (1924). 70) **Kaufman**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 34, S. 259, (1932). 71) **Klein**: Ref. Ztschr. f. Urol. Bd. 23, S. 74, (1929). 72) **Litzner**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 28, S. 168, (1929). 73) **Lookeren**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 14, S. 175, (1923). 74) **Lopez**: Ref. f. urol. Chir. Bd. 22, S. 201, (1927). 75) **Ludowigs**: Ztschr. f. Urol. Kongress 8, S. 227, (1928). 76) **Maier**: Arch. f. klin. Chir. Bd. 132, S. 226, (1924). 77) **Meltzer**: Ref. Ztschr. f. Urol. Bd. 24, S. 395, (1930). 78) **Mikaniewski**: Ref. Zbl. f. Chir. 1914. S. 1582. 79) **Morrissey u. Smith**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 16, S. 334, (1924). 80) **Nauwberk Hufschmid**: Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 12, S. 1, (1893). 81) **Negro u. Colombet**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 15, S. 166, (1924). 82) **Noszkay**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 35, S. 238, (1932). 83) **Palaccio**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 12, S. 217, (1923). 84) **Papin**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 11, S. 195, (1923). 85) **Paus**: Ref. Zbl. f. Chir. 1914. Nr. 49, S. 1740. 86) **Pavone**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 25, S. 373, (1928). 87) **Payr**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 12, S. 254, (1923). 88) **Pazzi**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 20, S. 383, (1926). Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 23, S. 43, (1927). 89) **Peacock, Hamilton u. Corbett**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 32, S. 59, (1931). 90) **Podgórski**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 30, S. 308, (1930). 91) **Prades**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 13, S. 70, (1923). 92) **Rejsek**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 20, S. 264, (1926). 93) **Rosenstein**: Ztschr. f. Urol. Bd. 15, S. 447, (1921). 94) **Rumpel**: Arch. f. klin. Chir. Bd. 116, S. 344, (1921). 95) **Salleras**: Ret. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 22, S. 214, (1927). 96) **Schmieden**: Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 62, S. 205, (1902). 97) **Schwarz**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 21, S. 233, (1926). 98) **Schüssler**: Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 142, S. 51, (1917). 99) **Sieber**: Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 79, S. 406, (1905). 100) **Silberstein**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 30, S. 316, (1930). 101) **Steiner**: Dtsch. med. Wochschr. Nr. 41, S. 677, (1899). 102) **Stieda**: Zbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat. Bd. 12, S. 532, (1901). 103) **Talman**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 28, S. 180, (1929). 104) **Tenenbaum**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 23, S. 415, (1927). 105) **Thieman**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 36, S. 433, (1933). 106) **Thomas**: Jour. of Urol. Vol. 20, p. 451, (1928). 107) **Veil**: Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 115, S. 157, (1914). 108) **Vintici**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 31, S. 384, (1931). 109) **Virchow**: Berlin. klin. Wchschr. S. 105, (1892). 110) **Walters, Walman, Braasch**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 39, S. 433, (1934). 111) **Ward**: Ref. Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 25, S. 125, (1928). 112) **Wossidlo**: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 10, S. 385, (1922).

113) Weiser: Ztschr. f. Urol. Kongress 8, S. 229, (1928). 114) Ziegler: Ztschr. f. urol. Chir. Bd. 27, S. 454, (1929). 115) Zondek: Med. Klin. Nr. 31, S. 931, (1921).

附 圖 說 明 Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. 經輸尿管性「ピエログラム」(第4例) Retrogrades Pyelogramm. (Fall. 4)

Fig. 2. 同 上 (第5例) idem. (Fall. 5)

Fig. 3. 同 上 (第7例) idem. (Fall. 7)

Fig. 4. 摘出腎ノ剖面 (第7例) Schnittfläche der exstirpierte Niere (Fall. 7)

Fig. 5. 經輸尿管性「ピエログラム」(第8例) Retrogrades Pyelogramm (Fall. 8)

Fig. 6, 7. 組織標本 Histologisches Bild.

A. 囊 胞 Cyste.

B. 擴張セル細尿管 ernweiterte Harnkanälchen.

C. 硝子様變性ニ陷レル腎小體 hyalin degenerierter Glomerulus.

D. 肥厚セル腎鞘 verdickte Bowmann's Kapsel.

E. 小圓形細胞浸潤 klein Rundzellen-Infiltration.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Dr. Shigeya Watanabe und Dr. Teichi Sugino: Über klinische Beobachtung der Cystennieren.