

肺の良性腫瘍

京都大学結核研究所外科療法部 (主任 教授 長石 忠三)

岡田 慶夫・石河 重利・大道 重夫・大塚 弘一
矢崎 次郎・山田 博一・吉田 要・馬渡 誠

緒 言

肺腫瘍といえば殆んどが肺癌を意味するほど、肺腫瘍の中では臨床的にも病理学的にも肺癌が重要視されている。しかしながら、最近のレ線診断法及び肺外科の進歩によつて、肺の良性腫瘍も決して稀なものではないことが知られるようになった。

著者らも京都大学結核研究所及びその関係施設に於いて数例の肺の良性腫瘍を経験し、それらを切除する機会を得た。そこでそれ等の症例に就いて報告すると共に、肺の良性腫瘍に関して文献的に考察を加えたいと思う。

太田¹⁾(1954)は肺腫瘍を形態学的に分類しているが、それを要約すると以下ようになる。

肺良性腫瘍の分類 (太田, 1954)

I) 上皮性良性腫瘍

A) 乳嘴腫。B) 気管支腺腫。C) 末梢性腺腫 (肺腺腫)。

II) 上皮性悪性腫瘍

III) 非上皮性良性腫瘍

A) 線維腫。B) 血管腫。C) 脂肪腫。D) 神経線維腫。E) 筋芽腫。

IV) 非上皮性悪性腫瘍

V) 混合腫。過誤腫。奇形腫。

以下ほゞこの分類に準じて述べることにする。

I 上皮性良性腫瘍

A 乳 嘴 腫

気管支壁から内腔に向つて突出した結合織

と、その表面を覆つて多層に配列した立方状の上皮細胞乃至扁平な上皮細胞からなっている腫瘍である。

肉眼的には、気管支壁に広い底面で以て密着しているもの、ポリープ様のもの、花キャベツ様のもの等があり、気管分岐部附近の主気管支に好発する。しかしながら気道全体に亘つて多発することもあり、Liebow²⁾(1952)は8才の黒人女児にみられた多発性の乳嘴腫を報告している。又、10数年にわたつて気道の数ヶ所に再発をくり返した例も、Syme³⁾(1927), Zamora⁴⁾(1930), Orton⁵⁾(1932), Jackson & Jackson⁶⁾(1932), Schaff & Thomson⁷⁾(1955)等により報告されている。このような多発性乳嘴腫症には喉頭ポリープを伴うものが多い。

年令的には一般に幼若なものに多く見出されるが、Aschmore⁸⁾(1954), Schaff & Thomson⁷⁾(1955)の例のように50才以上のものも少なくない。

組織学的には、円柱上皮細胞と扁平上皮細胞との中間的な形の細胞が大部分を占め、中には明らかに角化傾向を有する扁平上皮の部分が見られる。しかしながら、気管支壁の組織内に浸潤増殖してゆくような傾向は認められない。

Liebow²⁾(1952)は本腫瘍の組織発生に關して、健全な気管支を覆っている線毛円柱上皮が立方上皮に変移し、それが更に扁平上皮に化生して、かゝる腫瘍を形成するものと推定している。しかしながら、本腫瘍が癌に転化する現象は未だ認められていないようである。

B 気管支腺腫

気管支腺腫は気管支壁内に限局性に存在するか、或いはポリープ状に気管支内腔に突出している上皮性腫瘍であるが、時には徐々に増大し、気管支上皮下組織内に増殖浸潤することがある。本腫瘍は普通は肺門部附近の太い気管支に発生するが、稀に末梢部の細い気管枝にも発生する。

気管支の腺腫を最初に記載したのは Müller⁹⁾ (1882) で、彼は22才の男子の左主気管支に桜実大の腺腫を見出した。同様の腫瘍は、その後 Horn¹⁰⁾ (1907), Kreglinger¹¹⁾ (1913), Kirch¹²⁾ (1917), Malkwitz¹³⁾ (1921) 等によつて報告された。Bronchialadenom という名称は Kramer¹⁴⁾ (1930) が最初に用いたものである。

本腫瘍は肺の良性腫瘍中最も多く、Hood¹⁵⁾ (1953)によれば、肺腫瘍156例中に12例(7.7%)認められたといふ、Kramer & Som¹⁶⁾ (1935)の気管支鏡検査の結果によると、355例の気管支腫瘍の中で23例(6.5%)が気管支腺腫でその他は全て癌であつたという。又、Lindgren¹⁷⁾ (1931)や篠井¹⁸⁾ (1955)等によると、良性肺腫瘍の75%が本腫瘍であるという。

本腫瘍は海外では数多く報告されており、前記 Kramer & Som¹⁶⁾ (1935)や Hood¹⁵⁾ (1953)等の他に、Hamperl¹⁹⁾ (1937), Jackson & Konzelmann²⁰⁾ (1941), Moersch & Mc Donald²¹⁾ (1950), Jackson & Norris²²⁾ (1951), Baló²³⁾ (1959) 等も夫々数多くの症例を報告している。しかしながら、本邦に於ける報告は比較的稀であつて、立木²⁴⁾ (1932), 粟田口²⁵⁾ (1952), 竹尾他²⁶⁾ (1953), 梶塚²⁷⁾ (1953), 稗田²⁸⁾ (1955)等の臨床例、及び釜洞²⁹⁾ (1952), 太田¹⁾ (1954)等の剖検例等の若干の報告があるにすぎない。

又、性別による頻度は肺癌の場合とは異つて男女略々同数(Liebow³⁾ (1952)), 或いは寧ろ女子に多いと報告しているものもある(Baló²³⁾ (1959))。年令的には大多数が50才以下であつて、この点でも肺癌とやゝ傾向を異にしている。

組織学的には一般に carcinoid 型と cylindroma 型との2型に分けらる。carcinoid 型は好酸性の微細顆粒状の細胞質を有する小形の細

胞からなつていることが特徴的であり、腫瘍の中でそれらの細胞が細葉又はそれに似た集団をなして配列している。cylindroma 型を構成する細胞では細胞質は乏しく且つ好塩基性である。そして、それらの細胞は円筒状又は管状に配列し、又場合によつては皮膚の基底細胞癌に似た配列を示している。そして、その中に角化傾向が認められることもある。Liebow³⁾ (1952) は carcinoid 型の中に oncocytoid variant を、cylindroma 型の中に mucoepidermoid variant を夫々設けて細分している。又、Baló²³⁾ (1959) は充実型 (carcinoid 型に相当)、腺様型、骨形成腺腫及び耳下腺混合腫瘍型の4型に分けるべきであると述べている。

本腫瘍の発生母地に関しては種々の見解があり、未だ定説をみないようであるが、Ramsey & Reimann³⁰⁾ (1953), 太田¹⁾ (1954) その他の研究者は明らかに気管支粘液腺から発生したと考えられる症例を認めている。又、Geipel³¹⁾ (1931) は本腫瘍を良性の基底細胞癌として取扱つており、Baló²³⁾ (1959) は腺上皮の基底細胞の増殖を詳細に検討し、本腫瘍は気管支粘液腺の基底細胞に由来するものであらうと述べている。本腫瘍中には時々 Rosettenbildung がみられる。Lindberg³²⁾ (1931) は Rosettenbildung は神経性腫瘍に特有のものではなく、基底細胞に由来する腫瘍にもみられるといつていたが、Baló²³⁾ (1959) は Rosettenbildung は本腫瘍の中に神経性の因子が含まれている為に認められるのであると考えている。一方、Kreiberg³³⁾ (1952) は本腫瘍と唾液腺混合腫瘍との間に構造の類似があることを認め、良性のもの、悪性のもの及び両者の中間のものを区別している。

本腫瘍は一応良性腫瘍の中に数えられているが、臨床的或いは病理学的に悪性に転化したと考えられる症例が少なからず報告されている。即ち、Adams et al.³⁴⁾ (1942), Clerf & Bucher³⁵⁾ (1942), Umiker & Storey³⁶⁾ (1952) 等は長い臨床経過中に悪性化したと考えられる気管支腺腫の例を報告している。又、Zamora & Schuster³⁷⁾ (1937), Adams et al.³⁴⁾ (1942), Anderson³⁸⁾ (1943), van Hazel et al.³⁹⁾ (1949), McBurney

et al.⁴⁰⁾(1952), Baló³³⁾(1952)等は転移を示した本腫瘍を報告しており, Graham & Womack⁴¹⁾(1945)は本腫瘍が初期像から変化して典型的な気管支癌になることを強調している。

症 例

杉○貞○助, 40才, 男子

昭和29年11月血痰あり, その後1カ年半正常生活を続けたが特別な症状はみられなかった。昭和31年3月発熱が1週間続き, その後血痰が約2週間持続した。レ線像で左肺浸潤の診断を下され, SM, PASの併用療法を半年間施行。同年10月に再度血痰が持続し, その後屢々血痰をみるようになった。この間レ線像で浸潤像は認められなかったということであるが, 昭和32年7月に右肺野に肋膜炎様の陰影がみられるようになり, 同年10月に再度かなりの量の血痰をみた。それで, 詳細な検査と治療とを希望して同年11月18日国立療養所千石荘に入院した。

入院時の所見: 入院時レ線像で右下肺野に均等陰影が認められたが断層写真によってその陰影は肋膜炎によるものではなく無気肺によるものと推定された。そして, 気管支鏡検査及び気管支造影によって同陰影は気管支の閉塞による右中下葉の閉塞性無気肺に起因していることが判明した。更にその気管支の閉塞は気管支壁に生じた腫瘍によることも確かめられた。

手術所見: 昭和33年3月10日右肺全切除術を施行。右肺中葉, 下葉は完全に無気肺化していた。中下葉切除は腫瘍の位置より不能と思われたので全切除術を行った。

術後の経過: 術後の経過は良好で, 術後2カ年以上経過した現在に於いても再発の徴なく健在である。

切除標本の所見: 腫瘍は B₄₊₅, B₆の分岐部より上方の主気管支内にあり, 第1図に示すように大きさは指頭大, 表面は灰白色, 硬度は弾性硬である。

切除肺は上葉は健常であるが, 中葉及び下葉は完全に無気肺化している。

組織学的に見ると第2図のように好酸性の細胞質を有する小形の細胞が細葉状又はそれに似た配列をなしており, 気管支腺腫のカルチノイド型と診断された。

C 末梢性腺腫 (肺腺腫)

こゝにいう末梢性腺腫とは末梢部の肺野に発生した腫瘍で, 腺腫様の組織構造を呈しているもので Hildebrand¹⁰³⁾(1948)等の12例の報告がある。

腫瘍の周縁部は健常肺と明確に境されている

ことは少なく, 腫瘍の大きさも小さいものから比較的大きいものまで種々である。組織学的にみると, 気管支上皮細胞に非常によく似た背の高い分化した型の上皮細胞が肺胞壁を骨格にして腺様乃至乳嘴様に配列している。そしてそれらの腫瘍細胞は多くの場合細胞の表面に線毛を備えている。

本腫瘍は広い意味では一種の過誤腫ともみなしうが, 所謂肺胞上皮腫と呼ばれている悪性腫瘍, 一方に於いては羊の伝染性肺疾患である Jaagziekte との関連性も考えられて興味深いものである。

症 例

内○達○, 22才, 男子

集団検診により左肺上野に第3図のような指頭大陰影が認められるのを指摘された。自覚症状は全くなかったが, 京都厚生園に於いて肺結核として化学療法を受けた。しかしながら, レ線所見上殆んど改善が認められないので外科的に切除を受けた。

手術所見: 昭和32年7月10日, 左上葉 S¹⁺²の部分切除術を施行した。腫瘍は左 S¹⁺²の区域に存在し, 示指頭大で孤立性であった。周囲肺組織には殆んど変化が認められなかったため, 部分切除が行なわれた。

切除標本の所見: 組織学的には第4図に示したように丈の高い円柱上皮が腺様乃至乳嘴様に配列している。これらの細胞は線毛を有する分化した細胞である。間質であるところの肺胞中隔には若干の小円形細胞の浸潤がみられる。腫瘍の周囲部には明確な線維性被膜は認められない。

術後経過: 術後の経過は良好で, 術後3年の今日に於いても健康に就労している。

II 非上皮性良性腫瘍

A 血管腫

原発性肺腫瘍の中で arterio-venous fistula と呼ばれるような真の腫瘍的性格を有しないものは別として, 血管に由来したと考えられるものは余り多くない。例えば, Bowers⁴²⁾(1936)は23,897例の剖検例に於いて臓器内に血管腫が認められたのは64例で, その内僅か1例が肺のものであつたと報じている。

肺の良性の血管腫としては, de Lange & de Vries⁴³⁾(1922), Wollstein⁴⁴⁾(1931), Hall⁴⁵⁾

(1935), Edwards & Taylor⁴⁶⁾ (1938), Plaut⁴⁷⁾ (1940), 内藤他⁴⁸⁾ (1953), 佐野他⁴⁹⁾ (1954), 大羽他⁵⁰⁾ (1955) 等によつて血管内皮腫及び毛細血管腫が報告されている。

症 例

川○ 栄, 41才, 女子

左下葉 S⁶ にみられた血管内皮腫で, 昭和32年12月3日に手術的に切除し, 現在健在である。本例は既に京大結研紀要⁵¹⁾に報告したので, その詳細は割愛する。

B 線 維 腫

組織学的には紡錘形の線維芽細胞が密に配列した充実性の腫瘍で, 場合によつてはその中に膠原線維が多く含まれていたり, 或いは粘液腫様の構造がみられることもある。一般によく被包されている腫瘍であるが, Houyez⁵²⁾ (1938)や Crimm et al.⁵³⁾ (1952) は1肺葉の殆んど大部分を占めるほどの巨大な本腫瘍を報告している。

又, Lyssunkin⁵⁴⁾ (1935) は線維肉腫化しつつある肺の線維腫を報告し, 本腫瘍が悪性化しうることを示している。

本腫瘍の症例としては Rindfleisch⁵⁵⁾ (1880) の報告した古いものがあるが, その後 Knack⁵⁶⁾ (1918), Pilot⁵⁷⁾ (1931), Stafferi et al.⁵⁸⁾ (1931), Eskelund⁵⁹⁾ (1951), 太田⁶⁾ (1954) 及びその他の人々によつてかなり数多くの症例が報告されている。そして, Lindgren¹⁷⁾ (1931) は彼の集めた気管支腫瘍の中では本腫瘍は全体の9%を占めたと述べている。

症 例

波○野○奈○, 45才, 男子

昭和33年10月初め咳嗽を伴う右側腹部痙痛を来した。

同年11月上旬発熱, 喘息様咳嗽及び右胸部の鈍痛を以って発病した。胸部レ線検査で右上肺野に鶏卵大不正円形陰影を発見され, 肺腫瘍の疑として同年12月4日, 国立療養所日野荘に入院した。この間血気はなかった。

手術時所見: 昭和34年1月29日, 右下葉切除術を施行した。腫瘍は右下葉 S⁹ 及び S¹⁰ に亘り手拳大の腫瘤として触れた。肺門リンパ腺は数箇認められたが大きさ, 硬度共に略正常であった。

切除標本所見: 腫瘍は第5図のように 7×5×8cm の大きさで, 健常部とは薄い被膜により鮮明に境されていた。表面は平滑で剖面は灰白黄色であった。

組織学的には第6図のように大部分に於いて紡錘形の線維芽細胞が密に分布し, 細胞間には多量の膠原線維が認められ, 典型的な線維腫の像を示している。しかるに, 一部では第7図のように短紡錘形, 或は類円形等, 多形且つ大小不同の細胞が密にし細胞間には線維が少なく, 核にも大小不同が認められる。即ち, 腫瘍の大部分は線維腫の像を示すが, 一部には明らかに線維肉腫の像を示す部分が存在している。このような所見から, 本例は線維腫が一部悪性化して肉腫になったものと考えられる。

術後経過: 術後は順調に恢復し, 全治するかに見えたが, 昭和34年10月, 再び咳嗽及び血痰を以て再発し死亡した。

尚, 本例の詳細はすでに後藤, 小林他⁶⁰⁾ (1960) により報告されているので参照されたい。

C 筋 腫

肺には稀な腫瘍であつて, Forkel⁶¹⁾ (1909) の報告以来, Franco⁶²⁾ (1929), Brahdly⁶³⁾ (1941), Williams⁶⁴⁾ et al. (1950), Sherman et al.⁶⁵⁾ (1950), Davis et al.⁶⁶⁾ (1950), Freireich et al.⁶⁷⁾ (1951), Pierce et al.⁶⁸⁾ (1954) 等の報告がみられる程度で, 我が国では鳥居⁶⁹⁾ (1953) の他, 粟田口²⁵⁾ (1952) の悪性化していた1例の報告があるにすぎない。

発生頻度は性や年齢に特に関係なく, 大きさは直径1cm内外のものから直径10cmを越えるものまで認められる。肺野に孤立性に認められるが, 気管支内にポリープ状に認められたものも報告されている。

腫瘍の内容は充実性であつて, 組織学的には細長い核を有する紡錘形の細胞が束状に配列している。そして細胞質は Masson トリクローム染色で煉瓦色に染色される。

D 神 経 性 腫 瘍

神経性腫瘍は縦隔洞にはしばしばみられるが, 肺に原発することは稀である。

Paul⁷⁰⁾ (1945), Langer⁷¹⁾ (1952) 等は神経鞘腫を記載し, Anduss⁷²⁾ (1932) は神経上皮腫を報告している。その他 Rubin & Aronson⁷³⁾ (1940),

Barlett & Adams⁷⁴⁾(1946), Lane et al.⁷⁵⁾(1953) 等も肺に原発した神経性腫瘍を報告している。

E 脂肪腫

気管支に生ずる良性腫瘍としては、線維腫、軟骨腫（骨軟骨腫）に次いで多くみられる腫瘍である。太い気管支にみられることが多い。

本腫瘍の症例は Vinson & Pembleton⁷⁶⁾(1942), Watts et al.⁷⁷⁾(1946), Beaton⁷⁸⁾(1952), Brewin⁷⁹⁾(1952), Liebow²⁾(1952), Smart⁸⁰⁾(1953) 等によつて報告されている。

F 軟骨腫

非常に硬い良性腫瘍で、硝子軟骨からなる場合は青白色半透明で、線維軟骨の場合には透明度が低い。

本腫瘍はしばしば過誤腫と混同されているが、Liebow²⁾(1952)は本腫瘍は専ら間葉性要素のみからなり、上皮性要素を含まないとして過誤腫から区別している。

本腫瘍の症例としては、Moore⁸¹⁾(1932), Gebauer⁸²⁾(1938), Davidson⁸³⁾(1941), Liebow²⁾(1952)等が報告している。我国に於いては41才の婦人に見られた1例を伊藤⁸⁴⁾(1955)が報告しているにすぎない。

G 顆粒細胞性筋芽腫

気管支腔内のポリープ状の腫瘍で、組織学的に好酸性顆粒性の細胞質と萎縮した核を有する多角形の細胞からなっている。

肺に発生した本腫瘍は Murphy et al.⁸⁵⁾(1949)の研究までに Kramer⁸⁶⁾(1939)の症例等を含めて3例報告されている。これはそれまでに報告された229例の筋芽腫の1.3%に当っている。

本腫瘍の組織発生に関しては種々の説があり、横紋筋と関係ありとするもの、神経線維腫の1つの型とするもの等がある。

H 黄色腫

肺実質内に円形の、時には直径数 cm に及ぶ腫瘍として見出される腫瘍である。一般に薄い被膜により健常部と明確に境されている。腫瘍の実質はもろく、黄色を呈することが特長である。組織学的にはズダン好性の物質を含む foam cell と呼ばれる細胞の他に、線維芽細胞、

形質細胞及び硝子化した結合繊維等よりなっている。

本腫瘍の症例は Scott⁸⁷⁾(1948), Ford⁸⁸⁾(1950), Umiker et al.⁸⁹⁾(1954) 等により報告されているが、Umiker は彼の経験例と共に Scott, Ford の症例を比較検討し、その何れもが臨床的に気道感染に続発していること、腫瘍実質内に炎症性細胞が多くみられること、線維芽細胞性成分が豊富であること、細胞分裂像が認められないこと等の所見から之等は炎症に起因するものであり、真の腫瘍ではないといっている。

III 過誤腫

気管支を構成する諸成分が乱雑に配列されている腫瘍であつて、その構成によつて Adenochondrom, Lipomyxochondrom, Adeno-fibro-lipo-chondromyxoma, Chondrom, Osteo-chondrom 等とも呼ばれているが、過誤腫 (Hamartom) という名称が多く用いられている。軟骨腫又は骨軟骨腫という名称は気管支軟骨が増殖して生じた、前述の同名の腫瘍とまぎらわしいので好ましくない。但し Hamartom という名称は本腫瘍が発生異常に基くものである事は示しているが、組織構造がよく判らないという理由から、Bikfalvi et al.⁹⁰⁾(1954)は Hamarto-chondrom と呼ぶ事を提唱している。

本腫瘍は組織学的には粘液組織、軟骨組織、脂肪組織、線維成分、上皮組織等からなっているが、間葉性の部分が主役を演じ上皮性成分はこれに附随して受動的な立場をとることが多い。Liebow²⁾(1952)は本腫瘍を限局型と瀰漫型とに分けている。前者は肺野に孤立性に認められるものであつて、しばしば肋膜直下に見出される。又後者は肺葉の一部又は全体に亘るものである。限局性のは肺の末梢部に位し、鮮明に境され、且つしばしば分葉状の構造を有することによつて、レ線的に診断を下しうることがある。

又、Bikfalvi et al.⁹⁰⁾(1954)は発生部位によつて、本腫瘍を肺内即ち末梢部に位置するものと、気管支内即ち中枢部に位置するものとの2群に分けているが、その頻度からいえば前者の

方がはるかに多い。

従来の報告によれば本腫瘍は決して稀なものではなく、Bragg & Levene⁹¹⁾(1950)によると1950年迄に約100例の報告がみられるそうである。又、Rubin & Berkman⁹²⁾(1952)の調査によると8800例の剖検例に於いて、28例、即ち300例に1例の割合で本腫瘍が見出されたとのことである。

性別による発生頻度をみると、男子3～4例に対し女子1例の割合で、男子に好発し、発生部位からみると、両側の下葉に比較的多く見出される。

本腫瘍から悪性腫瘍に転化する事はSimon & Ballon⁹³⁾(1947)が報じているが、それ以外には殆んど報告がないから、非常に稀な現象であろう。

本腫瘍は前述の如く比較的多い腫瘍であるから、その切除例も少なくない。例えば、McDonald⁹⁴⁾ et al.(1945), Lemon & Good⁹⁵⁾(1950), Husfeldt & Carlsen⁹⁶⁾(1950), Rubin & Berkman⁹²⁾(1952), Bikfalvi et al⁹⁰⁾(1954)等は各々数例乃至10数例の切除例を報告している。本邦に於いても小沢⁹⁷⁾(1942)の切除例を始めとして、鑄木⁹⁸⁾(1953), 堀内⁹⁹⁾(1952), 高松他¹⁰⁰⁾(1960), 今井¹⁰¹⁾(1955)等の報告が数多く見られる。

症 例

柳○登○男、47才、男子

昭和32年8月、集団検診により右肺下野に円形陰影を発見された。陰影は第8図のように径約4.5cmで中心に処々石灰化像を認め、レ線上過誤腫と診断された。しかしながら、左上肺野に増殖性結核と思われる陰影が同時に認められたので神戸市玉津療養所に入院の上結核化学療法を1クール施行した。

自覚症状は全くなく、理学的検査も全て正常であった。

手術所見：昭和33年5月20日、右肺上葉切除術を施行した。

切除標本所見：直径約4cmの球形弾性硬の充実性腫瘤である。断面は周辺部は灰白色、中心は暗紫赤色を呈している。表面は第9図に示すように凹凸不整であるが周囲肺組織とは明瞭に境されている。組織学的には第10図のように主として大小不同で不規則な排列

を示す軟骨組織よりなっている。その内部には処々Caの沈着が認められ、又、ある部分に於いては骨髄形成が認められる。このような組織に混って、上皮細胞で被覆された腺様の構造や脂肪組織、リンパ組織等が認められる。

術後経過：術後の経過は良好で、昭和33年11月24日退院、術後2年間経過した現在健在である。

尚、本症例の詳細は既に二見他¹⁰²⁾によって日本胸部外科学会第2回関西地方会に於いて報告されている。

結 論

我々は京都大学結核研究所及びその関係施設に於いて外科的に切除された肺の良性腫瘍5例に就いて報告すると共に、肺の良性腫瘍に就いて文献的考察を加えた。

我々の経験例は気管支腺腫1例、末梢性腺腫(肺腺腫)1例、血管内皮腫1例、線維腫1例及び軟骨過誤腫1例である。

年令的には最若年者22才、最高令者47才であり、肺癌に比して比較的若年者に発生する傾向が見られる。

予後は一部が肉腫化していた線維腫の1例が術後約10ヶ月で再発死亡した他は全て良好である。

腫瘍の発育は悪性化していた線維腫の1例の他は何れも極めておそく、自覚症状も殆んど欠如し、理学的検査に於ても何等異常が認められないものが多かつた。それであるから、肺の良性腫瘍をレ線上初期の肺癌や肺結核等と鑑別することは多くの場合困難である。我々の症例でも肺腺腫の1例は肺結核の診断の下に手術を受け、術後はじめて肺腺腫なることが判明したものである。しかしながら、レ線上しばしば特異な円形陰影を呈すること、喀痰中の結核菌が陰性であること、結核化学療法が全く無効であること等、更に気管支鏡検査、気管支造影等の所見を総合して検討するように努めれば更に診断成績を向上させうるものと思われる。

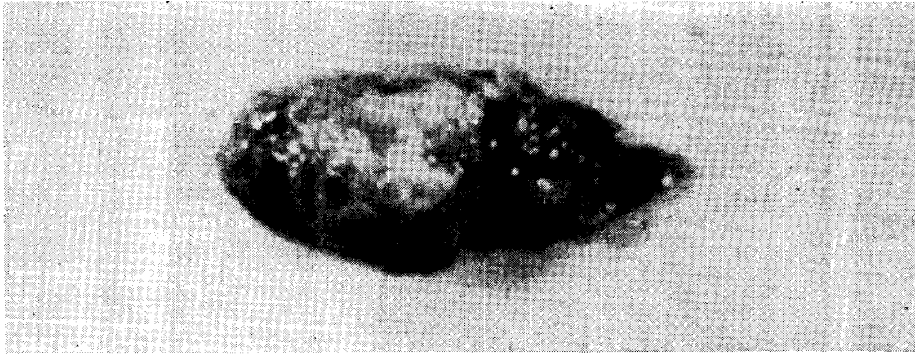
我々の症例の中、悪性化していたのは線維腫の1例のみであつたが、気管支腺腫、肺腺腫、乳嘴腫或は線維腫等はしばしば悪性化する場合があると考えられている。従つて、たとえ術前

検査或いは試験開胸によつて良性腫瘍であることが確かめられた場合でも、可及的速やかに切除すべきであろう。

参 考 文 献

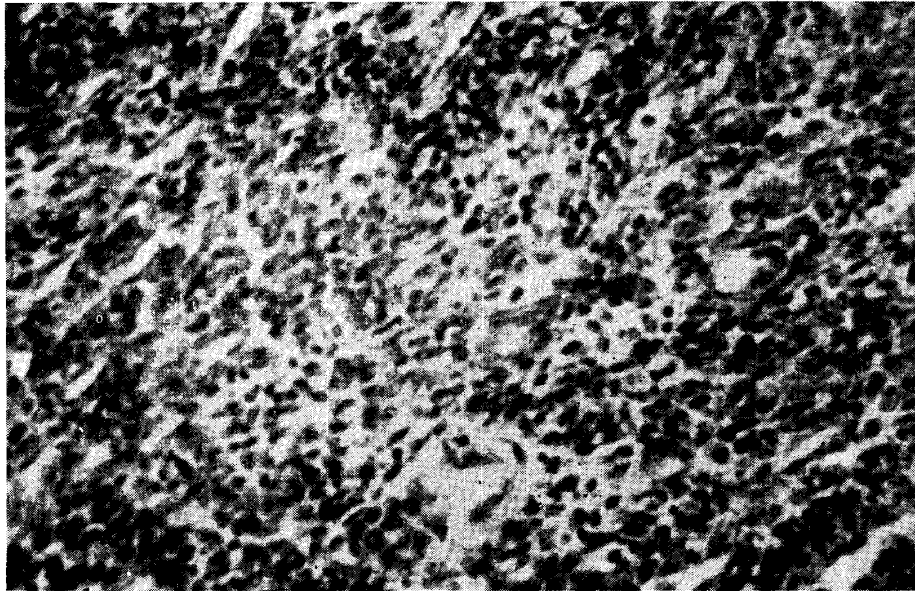
- 1) 太田邦夫：胸部外科，8：299，1954.
- 2) Liebow, A. A. : Tumors of the Lower Respiratory Tract, Atlas of Tumor Pathology, V-17, Armed Forces Inst. of Pathol., Washington, D. C., 1952.
- 3) Syme, W. S. : J. Laryng. & Otol., 42 : 751, 1927.
- 4) Zamor, A. M. : J. Laryng. & Otol., 46 : 829, 1930.
- 5) Orton, H. B. : Ann. Otol., Rhin. & Laryng., 41 : 933, 1932.
- 6) Jackson, C. & Jackson, C. L. : J. A. M. A., 99 : 1747, 1932.
- 7) Schaff, B. & Thomson, R. V. : Am. Rev. Tbc., 71 : 429, 1955.
- 8) Ashmore, P. G. : J. Thor. Surg., 27 : 293, 1954.
- 9) Müller, H. : Inaug. Diss. Halle, 1882.
- 10) Horn, O. : Virchow Arch., 189 : 414, 1907.
- 11) Kreglinger, G. : Frankf. Z. Path., 12 : 135, 1913.
- 12) Kirch, E. : Cbl. allg. Path., 28 : 545, 1917.
- 13) Malkwitz, F. : Frankf. Z. Path., 26 : 189, 1921.
- 14) Kramer, R. : Ann. Otol., Rhin. & Laryng., 39 : 689, 1930.
- 15) Hood, R. T., et al : J. A. M. A., 152 : 1185, 1953.
- 16) Kramer, R. & Som, M. L. : Ann. Otol., Rhin. & Laryng., 44 : 861, 1935.
- 17) Lindgren, A. G. H. : Acta Oto-Laryngol., 27 : 183, 1931.
- 18) 篠井金吾：日本外科全書，15巻，337頁，1955.
- 19) Hamperl, H. : Virchows Arch., 300 : 46, 1937.
- 20) Jackson, C. L. & Konzelmann, F. W. : Ann. Otol., Rhin. & Laryng., 50 : 1264, 1941.
- 21) Moersch, H. J. & McDonald, J. R. : J. A. M. A., 142 : 299, 1950.
- 22) Jackson, C. L. & Norris, C. M. : Dis. Chest, 20 : 353, 1951.
- 23) Baló, J. : Lungenkarzinom u. Lungenadenom, Verlag d. Ungarischen Akademie der Wissenschaften, 1959.
- 24) 立木豊：耳鼻咽喉科，6：41，1933.
- 25) 栗田口省吾：日本気食会報，3：53，1952.
- 26) 竹尾正浩，菊田能敬：胸部外科，6：448，1953.
- 27) 梶塚曉：胸部外科，7：253，1954.
- 28) 稗田富士夫：名市大医誌，6：66，1955.
- 29) 釜洞醇太郎，妹尾亘明，鍋島治：日病会誌，41（地方会号）：143，1952.
- 30) Ramsey, J. H. & Reimann : Am. J. Path., 29 : 339, 1953.
- 31) Geipel, P. : Frankf. Z. Path., 42 : 516, 1931.
- 32) Lindberg : Baló (1959) に依る。
- 33) Kreiberg, L. : Brit. J. Cancer, 6 : 112, 1952.
- 34) Adams, W. E., Steiner, P. E. & Bloch, R. G. : Surgery, 11 : 503, 1942.
- 35) Clerf, L. H. & Bucher, C. J. : Ann. Otol., Rhin. and Laryng., 41 : 836, 1942.
- 36) Umiker, W. & Storey, C. F. : J. Thor. Surg., 24 : 420, 1952.
- 37) Zamora, A. M. & Schuster, N. : J. Laryng. Otol., 52 : 337, 1937.
- 38) Anderson, W. M. : J. Thor. Surg., 12 : 251, 1943.
- 39) van Hazel, W., Holinger, P. H. & Jensik, R. J. : Dis. Chest, 16 : 146, 1949.
- 40) McBurney, R. P., Clagett, O. T. & McDonald, J. R. : J. Thor. Surg., 24 : 411, 1952.
- 41) Graham, E. & Womack, N. : J. Thor. Surg., 14 : 106, 1945.
- 42) Bowers, W. F. : Nebraska M. J., 21 : 55, 1936. (Plaut による)
- 43) de Lange, C. & de Vries Robles, S. B. : Ztschr. f. Kinderh., 34 : 304, 1922, (Plaut による)
- 44) Wollstein, M. : Arch. Path., 12 : 562, 1931. (Plaut による)
- 45) Hall, E. M. : Am. J. Path., 11 : 343, 1935.
- 46) Edwards, A. T. & Taylor, A. B. : Brit. J. Surg., 25 : 487, 1938. (Plaut による)
- 47) Plaut, A. : Arch. Path., 29 : 517, 1940.
- 48) 内藤行雄，甲田英久，笹野寛：日外会誌，54：164，1953.
- 49) 佐野寛二，打越慶三，吉見静夫：肺，1：219.

- 1954.
- 50) 大羽喜雄, 横山寿雄: 日外会誌, 55: 1199, 1955.
- 51) 岡田慶夫, 石河重利, 大道重夫, 大塚弘一, 木原喜民, 磯矢芳泰, 日下芳郎, 永井純太, 高橋潮: 京大結研紀要, 8(3): 134, 1960.
- 52) Houyez, P.: Bruxelles-med., 27: 183, 1938. (Crimm et al. による)
- 53) Crimm, P. D. & Kiechle, F. L.: J. Thor. Surg., 23: 205, 1952.
- 54) Lyssunkin, J. J.: Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path., 94: 49, 1935.
- 55) Rindfleisch, E.: Virchows Arch., 81: 516. 1880.
- 56) Knack: Münch. med. Wochschr., 576, 1918.
- 57) Pilot: Zbl. Path., 50: 317, 1931.
- 58) Stafferi, D., Minhaar, T. C. & Luppi, J. E.: Rev. med. de Rosario, 29: 247, 1931. (Crimm et al. による)
- 59) Eskelund, V.: Thorax, 6: 154, 1951.
- 60) 後藤俊, 岩田知子, 小林君美, 外村聖一, 矢崎次郎, 井上律子: 胸部外科, 13: 415, 1960.
- 61) Forkel, W.: Ztschr. Krebsforsch., 8: 390, 1909.
- 62) Franco, E. E.: Tumori, 15: 27, 1929.
- 63) Brahdly, L.: Am. Rev. Tuberc., 43: 429, 1941.
- 64) Williams, R. D. Jr. & Daniel, R. A. Jr.: J. Thor. Surg., 19: 806, 1950.
- 65) Sherman, R. S. & Malone, B. H.: Radiology, 54: 507, 1950.
- 66) Davis, E. W. & Klepser, R. G.: S. Clin. North. America, 30: 1707, 1950.
- 67) Freireich, K., Bloomberg, A. & Langs, E. W.: Dis. Chest, 19: 354, 1951.
- 68) Pierce, W. F., Alznauer, R. L. & Rolle, C. Jr.: Arch. Path., 58: 443, 1954.
- 69) 鳥居: 日胸外会誌, 1: 175, 1953.
- 70) Paul, L. W.: Dis. Chest, 11: 643, 1945.
- 71) Langer, E.: Verh. Path., 36: 367, 1952.
- 72) Anduss, W.: Zbl. Path., 54: 195, 1932.
- 73) Rubin, E. H. & Aronson, W.: Am. Rev. Tuberc., 41: 801, 1940.
- 74) Barlett, J. P. & Adams, W. E.: J. Thor. Surg., 15: 251, 1946.
- 75) Lane, N., Murray, M. R. & Fraser, G. C.: Cancer, 6: 780, 1953.
- 76) Vinson, P. P. & Pembleton, W. E.: Arch. Otolaryng., 35: 868, 1942.
- 77) Watts, C. F., Clagett, O. T. & McDonald, J. R.: J. Thor. Surg., 15: 132, 1946.
- 78) Beaton: Ann. Otol., 62: 1206, 1952.
- 79) Brewin, E. G. A.: Brit. J. Surg., 40: 282, 1952.
- 80) Smart: Brit. J. Tuberc., 47: 26, 1953.
- 81) Moore, R. A.: Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat., 55: 321, 1932.
- 82) Gebauer, P. W.: Ohio State M. J., 34: 398, 1938.
- 83) Davidson, M.: Brit. J. Surg., 28: 571, 1941.
- 84) 伊藤喜治: 日外会誌, 56: 266, 1955.
- 85) Murphy, G. H., Dockerty, M. B. & Broders, A. C.: Am. J. Path., 25: 1157, 1949.
- 86) Kramer, R.: Ann. Otol., Rhin. & Laryng., 48: 1083, 1939.
- 87) Scott: J. Thor. Surg., 17: 821, 1948.
- 88) Ford, W. B. et al.: Postgr. M. J. 8: 48, 1950.
- 89) Umiker, W. O. & Iverson, L.: J. Thor. Svrg., 28: 55, 1954.
- 90) Bikfalvi, A., Molnár, J. & Horanyi, I.: Thoraxchirurgie, 2: 123, 1954.
- 91) Bragg, E. A. & Levene, G.: Radiology, 54: 227, 1950.
- 92) Rubin, M. & Berkman, J.: J. Thor. Surg., 23: 393, 1952.
- 93) Simon, M. A. & Ballon, H. C.: J. Thor. Surg., 16: 379, 1947.
- 94) McDonald, J. R., Harrington, S. W. & Clagett, O. T.: J. Thor. Surg., 14: 128, 1945.
- 95) Lemon, W. E. & Good, C. A.: Radiology., 55: 692, 1950.
- 96) Husfeldt, E. & Carlsen, C. J.: Thorax, 5: 229, 1950.
- 97) 小沢凱夫: 日外会誌, 42: 1863, 1942.
- 98) 鍋木護郎: 金沢大結研年報, 11(上): 181, 1953.
- 99) 堀内澄: 弘前医学, 3: 361, 1952.
- 100) 高松新一, 小谷不二夫: 日胸外会誌, 8: 204, 1960.
- 101) 今井達太郎: 日内会誌, 43: 563, 1954/55.
- 102) 二見勝之他: 日胸外会誌, 8: 203, 1960.
- 103) Hildebrand, E.: Am. Rev. Tuberc., 57: 281, 1948.



第1図 気管支腺腫

右主気管支にポリープ
様に突出していた腫瘍
塊。



第2図 気管支腺腫

第1図の症例の組織学
的所見。



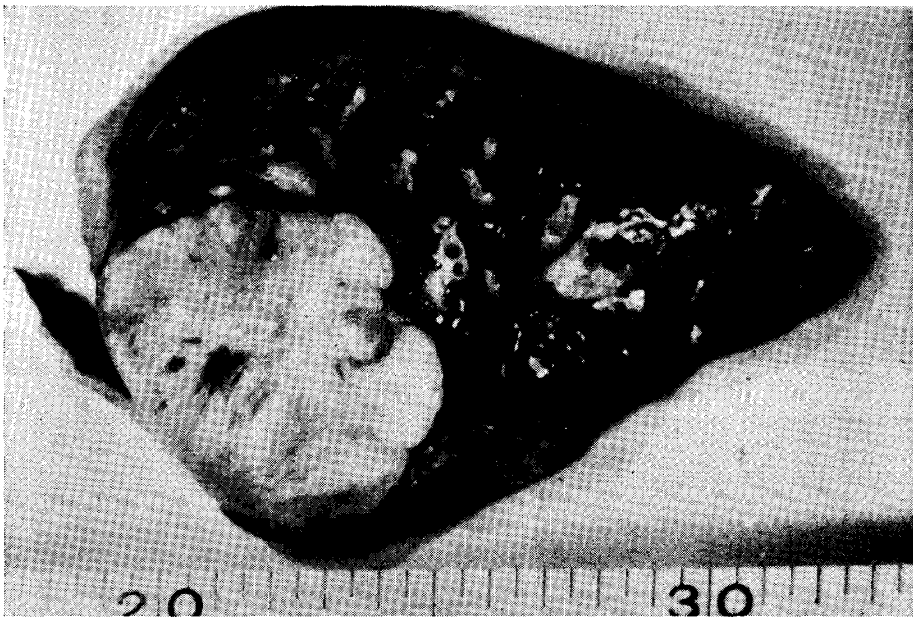
第3図 肺腺腫のレ線像
(断層写真)

左上肺野に雲絮状陰影が認めら
れる。



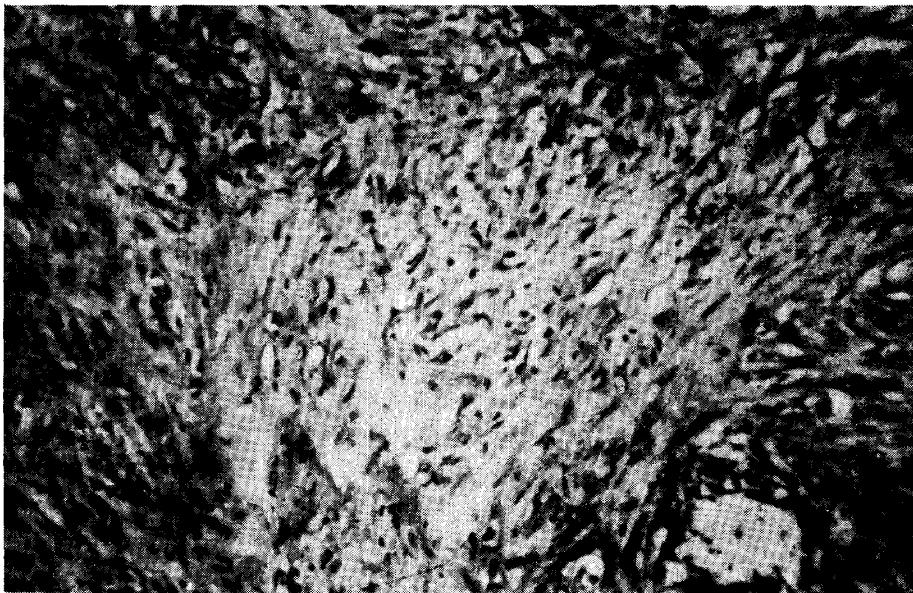
第4図 肺腺腫

第3図に示した症例の組織像。



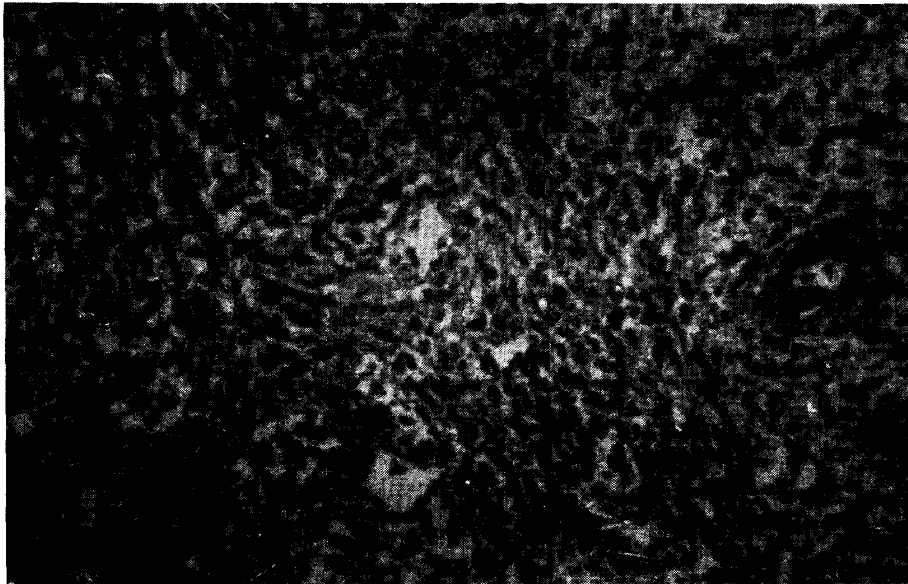
第5図 線維腫

切除肺の肉眼的所見。

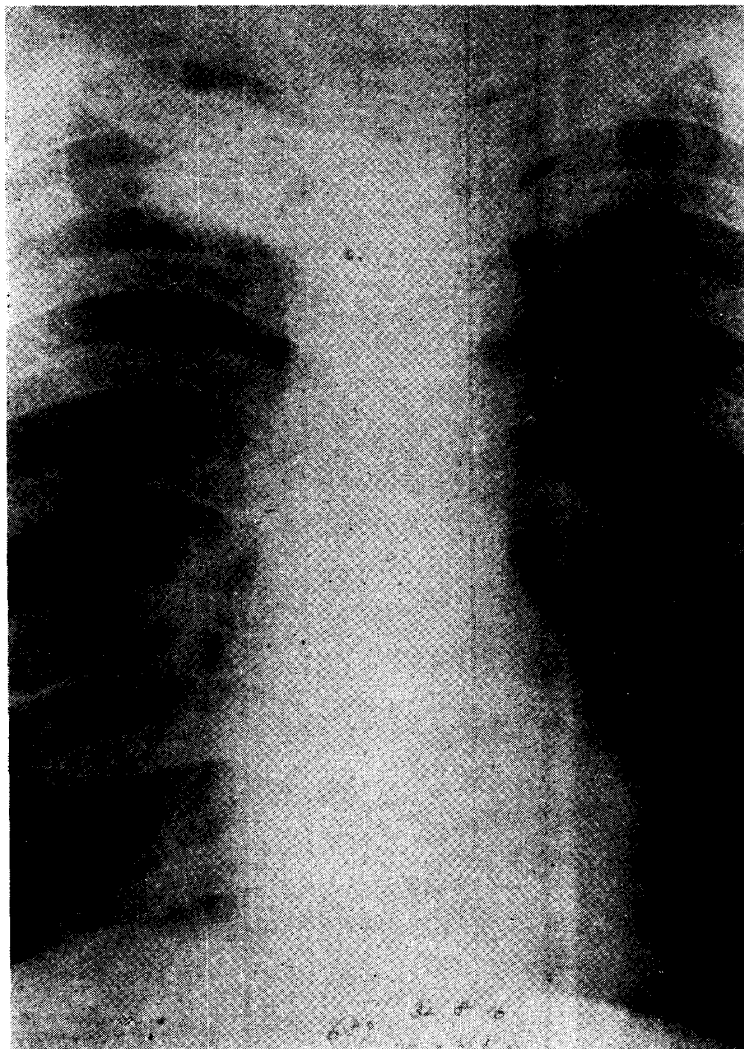


第6図 線維腫

第5図の症例の組織像。



第7図 線 維 腫 (肉腫化した部)
第5図の症例の肉腫化した部分の組織像。

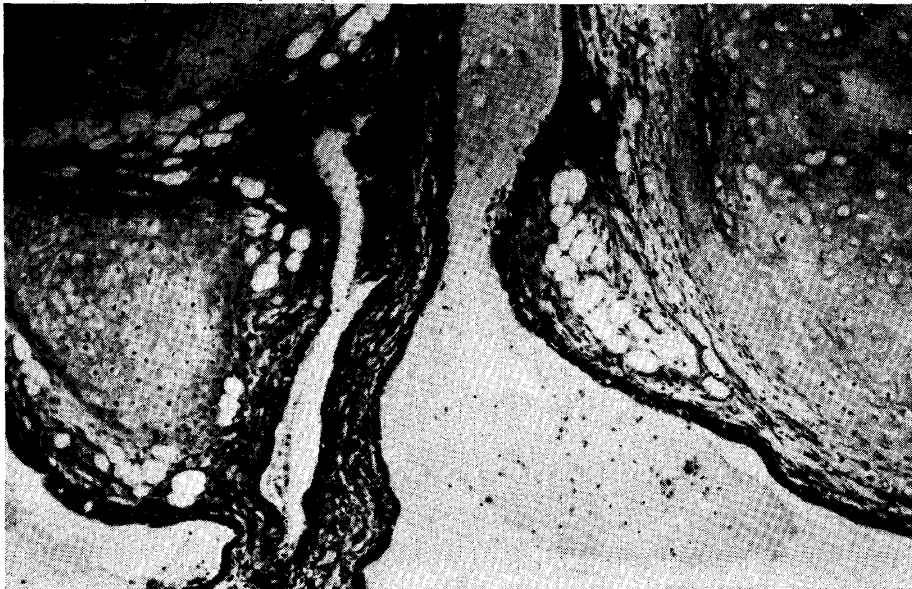


第8図 軟骨過誤腫
右肺尖部に腫瘤像が認められる。



第9図 軟骨過誤腫

第8図の症例の切除標本。



第10図 軟骨過誤腫

第8図の症例の組織像。