

縫合を行わずに、単純な結節縫合のみを行つているが、気管支断端の被覆に当つては、1例では遊離筋肉瓣を、数例では縦隔筋膜を、残りの大多数例では残存肺葉の葉間筋膜面と縦隔筋膜とを用い、丹念に縫合被覆している。

それ等の中残存肺葉の葉間筋膜面を以て被う方法に就いては、一部の手術者の間では、残存肺葉の膨脹が妨げられて面白くないとの理由から、不可と言われているが、我々の経験では寧ろその方がよい様に思われる。事実この方法では気管支断端の被覆目的が完全に達成されるのみならず、葉間筋膜の剝離に際し程度の差こそあれ傷けられた残存肺葉の葉間筋膜面自体も亦同時に被覆せられ、一石二鳥となるのである。

又術後一般には数日に亘つて胸腔内に Nelaton 氏カテーテルを挿入し、—15cm 内外の水柱圧で持続的に吸引する法が行われているが、我々はカテーテルを挿入せずに創を一次的に閉鎖し、術後試験的穿刺を反覆する法を行つている。何れがよいかに就ては一得一失があつて未だ何れとも断定し難いが、我々の例では後者によつて支障を見たと思われるものはなく、我々はカテーテルを挿入する方法よりも筋膜に対する機械的刺戟が少くてよいかと考えている。

又、全症例42例中、多くの例ではストレプトマイシン及びペニシリンを局所的並びに全身的に使用して居り、爲に種々の点で有利であつた事は疑うべくもないが、マイシンを使用せずにペニシリンのみを用いた4例に於ても手術が成功している事を考えると、手術に当つてはマイシンに頼るよりも寧ろ手術を慎重に行い、殊に切除肺葉を restlos にとり、気管支断端の被覆を丹念に行う方がより重要と考えられる。

以上によつて我々は肺切除術を成功に導く爲に必要な鍵が何処にあるかを知つた。個々の諸問題に就ては更に症例を重ね、遠隔成績を観た上で改めて報告したいと思う。

## 不完全気胸例に対する肺葉切除術の経験、特に 切除肺の病理解剖学的所見

長	石	忠	三	(京大結研第4部)
家	森	武	夫	(同 第6部)
小	河	条	生	
長	沢	直	幸	(京大結研第4部)
山	下	政	行	

我々は昭和23年9月以降、44名の肺結核患者に対し、肺切除術を行つているが、今回はその中、術前不完全気胸が行われていた23例に就ての経験、特に切除肺の病理解剖学的所見に就て述べる。

症例は第1図(A)及び(B)の通りでL線的な空洞の位置は第2図の様に上葉例が最も多く、空洞の大きさは第3図(A)の通りであり、L線的に空洞像が認められなかつた3例は何れも切除肺に限局してかなりの纏つた病巣陰影があり、喀痰中の結核菌が陽性であつたものである。

結核菌の消長は第1表の様に術前気胸術を行つても尙塗沫陽性のものが18例で、残りの5例は気胸術によつて一應陰性になつたがL線的には尙、空洞像が認められたものである。これらの例では切除肺葉部にのみ纏つた病巣があり、術後喀痰中の結核菌が消失した点より切除肺葉内に排菌源があつた事は確かである。

我々は以上の23症例の主要病巣を切除肺葉の病理解剖学的所見から第4図の様にA, B, C, D, E, F, の6群に分類しているが、これによつても分る様にD, E群では氣胸術が積極的に行なわれていたにも拘らず、尙且病理解剖学的には病巣の融合並びに進展傾向が認められた。

切除標本に於ける空洞の大きさは第3図(B)の通りであるが、切除標本では空洞が認められなかつたにも拘らず、術前のレ線写真では明らかに空洞像が認められたものが4例ある事は空洞のレ線的診断上特に注意すべきで、この4例中2例は氣管支拡張症のために、2例は多数の小さい被包性乾酪巢の密集によつてレ線的に空洞を思わせる像を呈したものである。又A群とB群との中には夫々1例宛レ線的に懸垂空洞と考えられる像が認められたものがあるが、これ等の例に見られる如く、直径1.5 cm以上の大きさの被包性乾酪巢(所謂結核腫)、殊にその内部に多少共軟化性傾向が見られるものではレ線的に硬化性空洞と誤られる場合があり得るのである。

又切除肺葉内では第2表の様に、空洞の外にも全例に於て種々の病巣が認められるが、氣胸術がかなり積極的に行われており、又これによつて種々の臨床的所見が著しく軽快しているにも拘らず、全23例中20例に於て比較的新鮮な結核性小病巣が認められ、3例に於て乾酪性肺炎が、又4例に於て乾酪性氣管支炎が認められた事は注意すべきである。殊に誘導氣管支が空洞壁に移行する部位で多くの例では肉眼的には閉塞している様に見えるながら、空洞内容が時々氣管支へ破れ出て新しい撒布を起したと考えるべき所見が認められる事は不完全氣胸術の根本的な再検討が必要な事を示唆するものである。

又肋膜は長期の氣胸術によつて多少とも肥厚し、程度の差こそあれ、纖維素苔で被われ、殊に7例では肺肋膜の外側に纖維素膜が器質化されて出來た厚さ1~2mmの硬い結合織性膜が形成せられ、この膜上に2例では乾酪性病巣が、又1例では結節が認められた。斯る結合織膜が厚くて硬い場合には術後残存肺葉の再膨張を助ける意味合から、我々の7例でも行われてい様に所謂 Decortication (剝皮術)を行ふべきである。

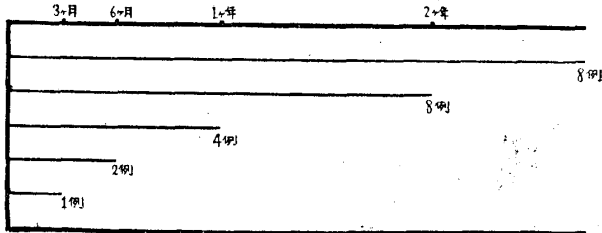
以上の様に人為氣胸術例では、仮令不完全氣胸の場合でも、臨床的には良効果を招來する場合があります、又病理解剖学的にも、病巣の撒布が全然虚脱療法が行われていない例に比べると若干輕微ではあるが、不完全氣胸例では、切除肺葉内に於ける氣管支性撒布が全例に認められる外に、仮令空洞の纖維性被包化が見られる様な場合でも、空洞壁に於ける結核性病變の停止は1例を除いては一般的には確認する事が出來ず、寧ろ、緩徐ではあるが乾酪性病變の周圍組織への進展が証明されている。それであるから、不完全氣胸例では、慢然と氣胸を続行する事なく可及的早期に他の手術的療法、例えば Jacobaeus 氏肋膜癒着撓切術、胸廓成形術、或いは肺葉切除術等に切り換える事が必要である。如何なる時期に切り換えるべきかに就いては現在尙検討中である。

以上の中、肺葉切除術に就ては現在の段階ではその適應症は虚脱療法では目的を達し難いと思われる場合や、虚脱療法で目的を達し得なかつた場合に限つて行なうのを適當とし、虚脱療法でも目的を達し得る可能性のある例では、切除をなるべく差し控えると言う方針が採られて居り、又我々の症例に於ても23例中2,3例は成形術、その他の外科的虚脱療法でも良いかと思われるものが含まれているが不完全氣胸例に対する肺葉切除術では、切除が技術的に比較的容易であり、又、第3表に見る様に相当好成績が得られるのみならず、虚脱療法の場合と異り主病巣を完全に除去し得るのであるから仮令、成形術やその他の外科的虚脱療法でも良いと思われる場合でも肺葉切除術を行つて差支えないものと思う。即ち不完全氣胸例で、主病巣が1,2の肺葉に限局している場合の中、Jacobaeus 氏手術を行えぬものゝ多くは肺葉切除術の良い適應症であると考えられる。

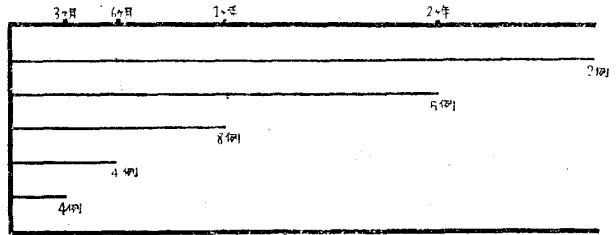
これを機会に不完全氣胸術の再検討が更に積極的に行われる様になれば幸である。

第 I 図

A) 結核と診断せられ、或いは自覚してから切除までの期間 (23例 3ヶ月~8年4ヶ月)

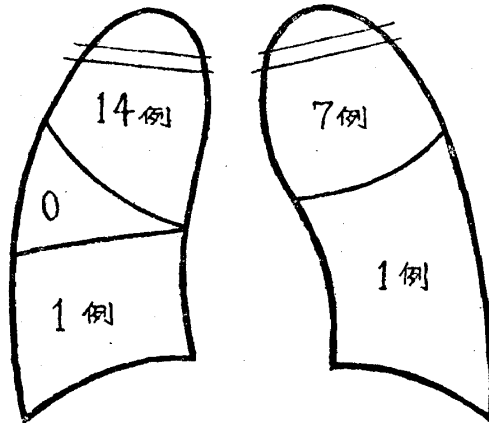


B) 氣胸施行期間 (23例 1ヶ月~2年6ヶ月)



第 II 図

空洞の位置



第1表 喀痰中の結核菌の消長

期間 \ 結核菌	氣胸前	切除前	切除後
+	23	18	0
-	0	5*	21
不明	0	0	2*

(註) \* 上線上空洞を認めたもの  
 ※ 術後の期間が余りに短くて不明のもの

第3表 治療成績

(表中、同一手術者によつて行われた大多数例では、不成功例は氣管支瘻1例のみである。)

成功例	18	
不成功例	氣管支瘻合併	2
	死亡(急性胃拡張)	1
術後の期間が余りに短いもの	2	
合計	23	

第2表 空洞以外の主要病変 (23例中)

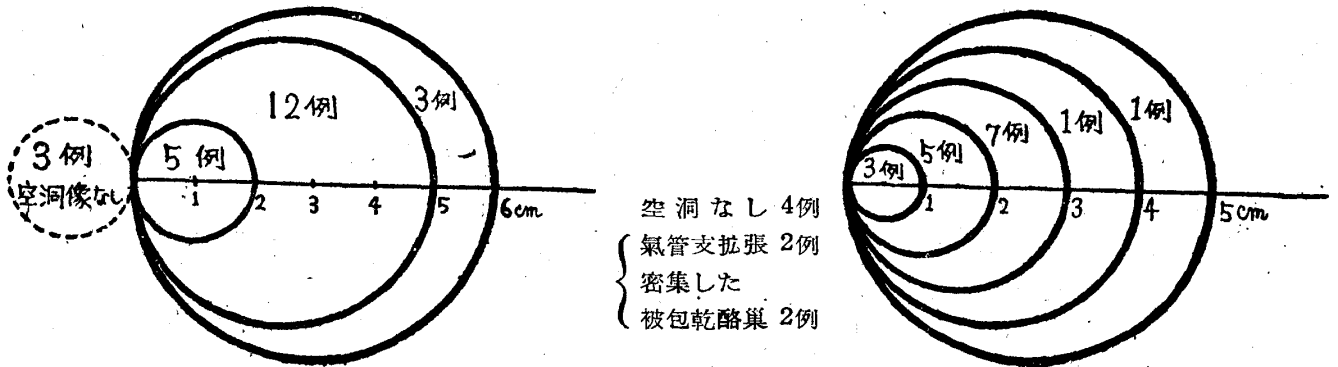
乾酪性肺炎	3
被包乾酪巢の撒布 (中2例は所謂結核腫)	23
新鮮な撒布巢	20
石灰化巢	4
乾酪性氣管支炎	4
氣管支拡張症	5
肋膜肥厚著明	7
肋膜の結節, 乾酪巢	3
無氣肺(部分的乃至全般的)	23

第 III 図

空洞の大きさ






A) X線の透亮的直径

B) 切除肺による計測値



第 IV 図

主病巣特に空洞の病理解剖学的分類

<p>A 被包乾酪巣 (所謂結核腫)</p>		<p>1 例</p>
<p>B 一部融解した被包乾酪巣 (所謂結核腫)</p>		<p>1 例</p>
<p>C 空洞被包厚く、乾酪物質少く、治癒傾向に富むもの</p>		<p>1 例</p>
<p>D 被包されているが内壁に乾酪物質が一面に附着し或いは周囲の乾酪巣と融合しているもの</p>		<p>1 3 例</p>
<p>E 混合感染があるもの</p>		<p>3 例</p>
<p>F 空洞を認めぬもの</p>	<p>気管支拡張 2 密集した乾酪巣 2</p>	<p>4 例</p>