

手術にも好適である。

近年ストレプトマイシンやペニシリンの発見に伴い、肺結核外科の急速な進歩、発達を招来し、これ数年来我國でも所謂直達療法が再検討せられ、殊にその代表的なもの、一つである肺切除術の研究があちこちで行われ始めている。現在の段階では肺切除術に就ては所謂気管支区劃切除術や主病巣のみの別除術よりも一、二の肺葉の全体としての切除、又は片側肺の全葉の切除に注意が向けられ、又その方が成績がよい様に考えられており、又外科的肺虚脱療法に就ても胸成術や充填術では多数の肋骨を徹底的に長く切除したり、肋膜を廣泛に涉つて剝離したりする事によつて、空洞その他の主病巣を含む肺葉を全体として徹底的に虚脱せしめる方がよい様に考えられている。

併し、この様にする事自体には、仮令それによつてよい成績を挙げ得るにしても、半面では著明な胸廓の変形を招来したり、かなりの機能障害を術後に招来したり、手術を1回以上行わねばならなかつたりする重大缺点もあるのであつて、我々胸部外科専攻者としては、單に成績を挙げるに勉めるのみならず、斯る缺点を可及的に輕微ならしめる事にも思いを致さねばならぬものと考えられる。我々の「空洞切開肺縫縮加胸成術」や「空洞別除肺縫縮加胸成術」は單に手術目的を徹底せしめる爲のみならず、斯る意図の下に案出されたものであつて、未だ遠隔成績の不明な今日では、普通の胸成術や肺切除術等に比べてその優劣を論ずる訳にはいかないが、今後ストレプトマイシン以上の優秀な化学療法剤が発見せられ、主病巣自体に対する直接的且つ選択的な手術的侵襲が今日に比べてより安全となり、化学療法では治療を期待し得ぬ病巣のみにメスが向けられる様になるならば我々と同様な意図の下に種々の新しい手術術式が多々案出されるものと予想される。斯る場合に備え、我々の術式を簡單に他と區別する爲に「空洞切開肺縫縮加（又は筋肉瓣充填加）胸成術」と「空洞別除肺縫縮加胸成術」とを夫々「我々の胸廓成形術第1法」及び「第2法」と呼称する事にしたいと思う。

〔尙本研究は昭和18年来青柳教授指導の下に行われている空洞切開術に関する研究の一環である。〕

## 肋膜外合成樹脂球充填術後の空洞穿孔例に於ける 気管支痙攣閉鎖術式

寺 松 孝  
山 本 利 雄

さきに筆者の一人寺松は肋膜外合成樹脂球充填術後の肋膜外膿胸を表示の様に数群に分類し、併せてそれ等個々の化膿群に対する治療方針を明らかにした。

(表)

肋膜外膿胸	{	早期化膿群 (普通膿菌による急性膿胸)	{	非空洞穿孔性化膿群	{	誘導気管支閉鎖性空洞穿孔群
		晚期化膿群 (結核性膿胸)				空洞穿孔性化膿群

即ち、何れの場合に於いても膿胸と診断が付き次第、可及的早期に充填物を除去し、充填腔内を搔爬清拭した後、胸廓成形術を行うべき事には変りはないが、非空洞穿孔性化膿群や誘導気管支閉鎖性空洞穿孔群では充填物の除去後、必ずしも一次的に成形術を追加する必要はなく、創を一次的に閉鎖し、

術後体力の回復するのを待つておもむろに成形術を追加しても遅くないが、誘導気管支開放性空洞穿孔群では充填物を除去すると同時に、必ず一次的に成形術をも行つて誘導気管支を閉鎖せしめ、或いは多少とも狭窄せしめ置く事が絶対に必要であると述べた。これは術後気管支瘻を通じて膿胸腔内の血液や滲出液が他の健常肺葉内に吸引されたり、気管、気管支内に排除されてこれを閉鎖したり、誘導気管支開口部が瓣状になつて有瓣性気胸の場合と相似た危険症状を招来したりする事を防ぐ爲である。

事実かくする事によつて、充填術後の空洞穿孔に対する治療方針は略々確立せられ、従つてその手術成績も亦改善されたのであるが、而も尙少数例ではあるが、成形術を追加しても誘導気管支が開放性のまゝで残り、充分に手術目的を達し難い場合がある事を経験し、かゝる例に対しては單に成形術を追加するのみならず、何等かの方法で気管支瘻を更に完全に閉鎖せしめ置く事が必要と思われた。

そこで我々は充填物の除去や成形術を併せ行ふ際に、空洞穿孔部乃至は気管支瘻の存在部位に有茎性胸廓軟部組織瓣を充填し、これによつて気管支瘻を完全に閉鎖せしめると同時に肋膜外膿胸腔をも閉鎖、消失せしめる術式を案出した。

#### 〔我々の術式〕

我々の手術々式の大要は以下の通りである。

1) 上背部から充填術の手術創痕に沿つて切開を加え、充填腔を開かずに第II肋骨以下5,6本の肋骨を長く切除する。充填術後の症例では普通の成形術の場合と違つて縦隔洞が比較的強固に固定されているから、5,6本の肋骨を一次的に切除しても著明な奇異呼吸や縦隔洞振顫症を招来する虞れはなく、手術経過中、点滴輸血や Ringer 氏液の点滴注入を行つて出血による血圧降下を防止しさえするならば、手術を1回に安全に行ふ事が出来るのである。

2) 肋骨切除が済めば、肋骨切除部の最上部及び最下部の肋間で、肋骨の走向に平行な切開を加えて充填腔を開き、前側方に向つて夫々10cm以上切開創を延長した後、大凡前3分の1の部位で、更に肋骨の走向に垂直な切開を加えて上下両切開創を連絡せしめ、背柱側に基部を持つた幅廣く、厚さの厚い、有茎性胸廓軟部組織瓣を作り、生じた切開創から充填物の除去、腔内の搔爬、清拭及び空洞穿孔縁の除去、空洞内部の清拭等を行う。本操作中、気管支内に膿汁及び血液等が流入せぬ様にあらゆる手段を講ずる事が必要である。即ち、肋間筋、肋骨々膜、肋間神経、肋間血管及び内胸廓筋膜等からなる有茎性の胸廓軟部組織瓣を作るが、このものは化膿性炎症の爲に著明に肥厚して容積が大となつて居り、又背柱側に基部を有する關係上、肋間動脈よりする血液の供給も良好で、肋膜外膿胸腔への充填物として好適であり、又中に骨膜をも有する關係上、後に骨の新生を招来して虚脱肺の再膨脹を防止する上で有利な点が少くない。

3) 次いで膿胸腔内にペニシリン、ストレプトマイシン等の粉末を撒布し、前述の様に作つた組織瓣を腔内に押込み、その後面の脊椎側よりの部分と、本組織瓣の作成後に残された胸廓軟部組織の前片とを互いに縫合して、気管支瘻及び膿胸腔を共に完全に閉鎖消失せしめる。

4) 残された胸廓外の死腔内には別にペニシリン、ストレプトマイシン等の溶液を撒布して、創を一次的に閉じ、手術を終る。

以上の術式を我々は4例に施行したが、その成績は何れも良好であり、本術式を前述の治療方針中に追加する事によつて充填術後の肋膜外膿胸腔への治療方針をあらゆる場合に涉つて確立する事が出来た。

本術式は本來空洞穿孔性化膿群に対する療法として案出したものであるが、我々の経験によれば空洞穿孔を伴わぬ非空洞穿孔性化膿群(3例)や普通の胸腔内膿胸(1例)に対しても、より良い成績に於て應用し得るものである。各位の御追試、御批判を賜われれば幸甚である。