

進歩せる臨床的諸検査法と共に吾々が診断に際して日常参考としているものである。然し乍ら前記せる吾々の経験例はこれより観れば甚だ異例であり前縦隔に発生せる嚢瘍が神経原性であつたもので吾々が渉獵せる範囲に於いては、前に引用した Sabiston & Scott の縦隔嚢瘍 101 例中の唯 1 例と本邦文献に於ける葛西、中村の 21 例中に 1 例とを見るに過ぎなかつた。

結 論

縦隔に発生した神経原性嚢瘍を剔出全治せしめた 1 例を経験したが之は神経原性嚢瘍の好発部位である後縦隔のものではなく、文献的にも甚だ稀な前縦隔から発生したものである。

病理学的所見に就いては本学病理学教室江口季雄教授の御教示を得たことを記して、謹んで感謝の意を表す。

文 献

1) Brewer, L. A. & Dolley, F. S. : Tumors of

Mediastinum : A Discussion of Diagnostic Procedure and Surgical Treatment Based on Experience with Forty-four Operated Cases. Am. Rev. Tbc., 60; 419, 1949. 2) Harrington, Stuart W. : The Surgical Treatment of Mediastinal Tumors. Ann. Surg. 96; 843, 1932. 3) Sabiston, David C. & Scott, H. William, : Primary Neoplasms and Cysts of the Mediastinum. Ann. Surg. 136; 777, 1952. 4) 長谷川十一郎, 小山寛 : 縦隔嚢瘍の 1 治験例. 胸部外科 2; 103, 昭24. 5) 井上一, 富永弘郎 : 胸腔内神経細胞腫の 1 治験例. 胸部外科 8; 422, 昭30. 6) 葛西森夫, 中村好和 : 縦隔嚢瘍の外科, 臨床外科 8; 569, 昭28. 7) 桂重次, 石川義信 : 縦隔嚢瘍手術, 胸部外科 3; 85, 昭25. 8) 大島正弘, 原田元夫 : 縦隔洞に発生した神経原性嚢瘍の 1 例, 臨床外科, 10; 63, 昭30. 9) 関川大司, 物部長暢 : 縦隔に発生した神経細胞神経腫の剔出治験例, 胸部外科 8; 211, 昭30. 10) 竹岡英二, 保田孝治 : 縦隔嚢瘍の 1 例, 外科の領域 3; 29, 昭30. 11) 上野洋 : 後縦隔に発生した Neurinoma の 1 治験例, 胸部外科 5; 186, 昭27. 12) 梅垣洋一郎 : 肺縦隔嚢瘍の X 線診断と放射線治療, 肺 1; 204, 昭29.

多 発 性 気 管 支 性 肺 嚢 腫 の 1 例

国立療養所 延寿浜園 (園長 吉川正吾)

外 科 源 河 朝 明 ・ 広 畑 和 夫

内 科 高 山 正 己 ・ 高 部 勝 衛

(原稿受付 昭和30年10月1日)

A CASE OF MULTIPLE BRONCHOGENIC PULMONARY CYSTS

by

TOMOAKI GENG, KAZUO HIROHATA

From the Surgical Division of Enjuhamaen National Sanatorium
(Chief. : SHOGO YOSHIKAWA)

MASAMI TAKAYAMA and KATSUE TAKABE

From the Internal Division of Enjuhamaen National Sanatorium
(Chief. : SHOGO YOSHIKAWA)

An opratively resected case of mutiple pulmonary cysts in the right upper love

* 本論文要旨は昭和30年8月27日第10回結核外科研究会において発表した。

is reported in this paper.

The patho-histological conditions of cysts reveal that their origin must be congenital and bronchogenic.

緒 言

1638年 Nickolaus Fontanus がはじめて報告して以来、欧米における肺の嚢腫性疾患についての報告は非常に多く、Schenck はすでに 1936年文献より381例を蒐集している。これに反して本邦における報告は未だ少く、50例にも満たないようである。しかし近年肺切除術の発達と普及は肺結核の質的、量的診断に精密度を加え、漸く本症に関する鈴木氏等の詳細な研究のほか、その症例報告も屢々みられるようになって来た。私達も最近肺結核として数年間治療されていた本症の1例を手術する機会を得たのでここにその大要を報告する。

症 例

患者：浜〇太，男，23才，無職。

主訴：咳嗽と喀痰。

家族歴：結核性疾患その他特記すべきものはない。

既往歴：乳幼児より病弱で、気管支炎様疾患に悩み、学業も満足に修めることができなかった。5才の時、麻疹を経過したが、百日咳、チフテリアその他著患を知らず、ツベルクリン反応は陽性であるが、その陽転時期は不明。BCGの接種を受けたことはない。

現病歴：昭和26年9月頃より咳嗽が著しく多くなったので某医に受診、胸部レ線撮影の結果右肺がわるいといわれてストレプトマイシン 40g、バス1,200gの併用療法を受け、その後は自宅でぶらぶらしていた。昭和28年3月より人工気胸を10回施行されたが、検痰の成績は不明。再び保健所で検診の結果肺結核と診断され、同年10月23日当所に入園した。

入園後平熱平脈で咳嗽あり、喀痰は1日20～30回、血沈は概ね正常値であつたが、喀痰中の結核菌は培養、塗抹ともに入所中連続陰性であつた。時々発熱して咳嗽、喀痰が増加し、血痰を混える等急性気管支炎症状を数回繰返している。それで念のため27年8月よりストレプトマイシンとバスとの併用療法が行われたが、自他覚的にもその効果を認めることができないので、手術を希望して外科に転科した。

外科転科時現症：体格、栄養ともに中等度、平熱、

平脈、顔色正常、可視粘膜に貧血、黄疸をみず、両側扁桃腺は肥大しているが、発赤はなく、頸腺も触れない。腹部は平坦、柔軟で、肝脾ともに触知せず、四肢脊柱に異常を認めない。

血圧、110～60mm Hg、肺活量、1,950cc、呼吸停止時間は吸気時37秒。心電図所見正常尿尿に異常はない。赤血球数 420×10^4 、血色素75%（ザリー）、白血球数7,400、白血球分類は正常範囲。

胸部は打診上右上部が短で、右肺全蔽、ことに上野において大小の水泡音を聴取する。

気管支鏡検査では右上葉気管支口より多量の白色

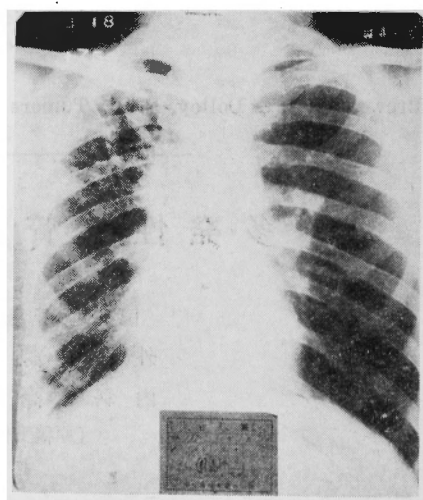


図 1

痰が流出するのをみるほか、異常所見を認めえなかつた。

胸部X線検査：単純撮影では図1の如く、右上野より中野にかけて拇指頭大ないし小指頭大の環状陰影が相かきなつてみえるが、鏡面像はみられない。右肺門より横隔膜、横隔膜肋骨洞にかけて肋膜の著明な肥厚がある。左肺は上野に帽針頭大の石灰化像が2～3個みられ、肺紋理が増強している。

断層撮影では図2のように5cmから9cmの深さにわたり、平面撮影とほぼ同形同大の菲薄な壁をもち、相重疊した輪状陰影が上野全体に認められる。

モルヨドール気管支造影法によると図3、4に示すよ



図 2



図 4

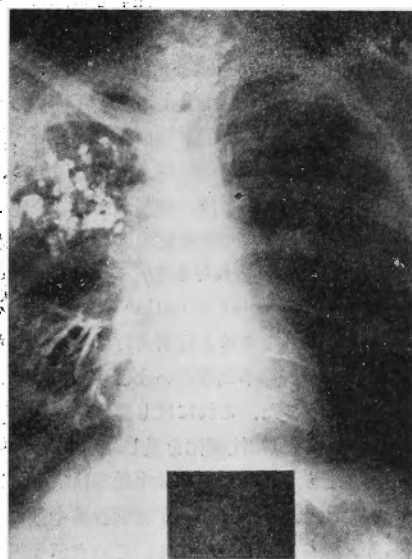


図 3

うに右上葉気管支は二次分岐より末梢が造影されていないが、示指頭大以下帽針頭大にいたる多数の円形陰影を上葉全般に認め、中下葉気管支に拡張はない。

以上の臨床経過と諸検査成績とから、多発性肺囊腫と診断し、昭和30年5月28日手術を施行した。

手術所見と経過：麻酔はラボナール、アメリゾールにより挿管、エーテルと酸素による閉鎖循環式によつたが、左側臥位に開胸したところ、肋膜の肥厚、癒着

が高度で剥離は困難を極めた。結局上中葉間は剥離不能で、中葉とともに右上葉を切除して手術を終った。術中血圧は最高100 mm Hg以上を保持したが、脈搏は開胸直後より140至以上に達し、呼吸数は30前後であつた。手術所要時間は5時間、出血量2,500 ccで、これに対して輸血2,900 ccを行つたが、手術終了抜管後から血圧が下降し、種々手段を尽したけれども、麻酔より覚醒することなく、約1時間後遺憾乍ら死亡した。死後剖検は事情により実施できず、死因を確定できなかったのが残念である。

切除肺の病理組織学的所見：切除した標本の表面は不正形の橢円体で、上中葉間は分明でない。断面は図

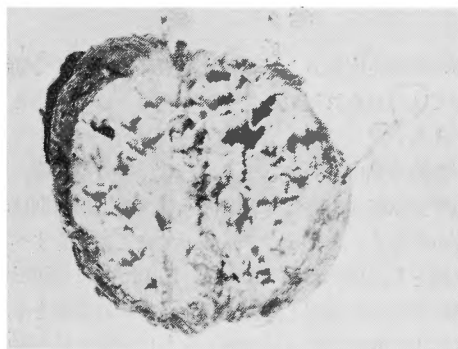


図 5

5に示すように大小多数の囊腫からなり、囊腫内腔には半透明粘液性の液体が貯溜している。内壁は灰白色



図 6

平滑で、大きい囊腫では凹凸不平、梁状の皺壁を形成している。B₁, B₂, B₃とも三次分岐までは正常の太さで、囊腔との交通は不明のものもある。右上葉には健康肺組織が殆んどなく、囊腔間は結合織からなり、硬化肺の様相を呈しており、中葉には少数の囊腫と充結した肺組織とを認める。結核性の変化はどこにも認められず、囊腫内容からも結核菌を検出することができなかった。

病理組織学的所見：(図6)囊腫内壁は正常に近い線毛多層円柱上皮でおおわれており、粘膜の乳嚢状増殖が著明である。上皮の外層には基底層があり、軽度の細胞滲潤が存する。平滑筋はところどころにみられるが、異常増殖は認められず、膠原線維の増殖が著しくて線維性硬化を呈している。囊腫壁には気管支軟骨を認めることができない。腺様化生は少数みられ、動脈は一般にその内膜が肥厚して動脈内膜炎の所見を呈している。結核性の変化を発見することは全くできなかった。

考 察

肺の囊腫性疾患および気管支拡張症の成因や分類については今日なお諸家の見解が完全に一致しているとはいえない。

形態的分類についてみても葡萄状気管支拡張症、囊状気管支拡張症や蜂窩肺と多発性肺囊腫との区別はあきらかではなく、Sellers, Fischer等はこれらをすべて肺囊腫とし、Dawber, Mayer, Rubin等は前記三者を囊状気管支拡張症と称し、鈴木氏等は蜂窩肺をも葡萄状および囊状気管支拡張症とともに気管支拡張症にいて、肺囊腫とは区別している。

また本症の成因に関しては、ふるくはRokitansky, Grawitz, Sauerbruch等が両疾患は主として先天性

に生ずるとし、両者を明らかに区別しなかつた。これに反しRomhanji & Maccone, Pierce等は後天説を唱え、Sellers, Luchrathは気管支拡張症は後天性に、肺囊腫性疾患は先天性に生ずると述べている。近時Mayer & Rappaportは肺發育に関するEngel, Bormanの研究に基づいて両者は先天的にも、後天的にも生ずるとなし、二元的に説明しているが、Ramsay等は先天性に気管支の發育障礙が起つた場合、気管支の一部に閉塞が生じ、気管支の円筒状拡張と分泌物の充満によつて粘液囊腫ができあがるが、もし間もなく閉塞がとれると分泌物は排除されて先天性気管支拡張症となり、閉塞が長く続くと気管支は囊状に拡張して先天性囊腫となるものであると一元的に説明している。

病理組織学的所見からみた場合、気管支拡張症では勿論軟骨、腺、筋肉等気管支壁自体の組織を保存しており、MoerschあるいはMaier & Haightはこれら組成の有無によつて先天性か後天性かを区別できるとしたが、にわかにこれを断定することはできない。

鈴木氏等は肺胞壁または肺胞隔壁中における平滑筋の異常発達や腺様化生を特徴としてあげて、これをもつて気管支拡張症および肺囊腫性疾患が發育障礙に起因するという見解の組織学的根拠とみなしている。

われわれの症例においては、囊腫壁に軟骨を認めることはできなかったが、気管支粘膜の乳嚢状増殖が著明で、腺様化生も認められるから、本例はbronchogenicのもので、alveolarのbullae & blebsあるいはpneumatoceleであるとは考えられない。また平滑筋も存在したが、鈴木氏等のようなその異常発達は認められなかつた。これに反し囊腫周辺では結合織の増殖が著しく、線維性硬化を呈し、感染が再三繰り返えされたことを示している。鈴木氏等は肺膿瘍に続発した囊腫ではその周辺肺域に平滑筋線維や軟骨の異常発達がみとめられないことから、この点が先天性肺囊腫に二次感染がおり肺膿瘍症状を呈するに至つたものと肺膿瘍性囊腫との相違点であると述べている。

本例の場合、病理組織学的所見から後天性の囊腫を必ずしも完全に否定することはできないが、大は拇指頭大から小は帽針頭大以下におよび囊腫が非常に多数に存在し、かつこれら囊腫内壁がいずれも円柱上皮でおおわれていたこと、および臨床的所見等から気管支性先天性多発性肺囊腫であると考えてよいように思う。諸家も述べる如く、気管支拡張症と肺囊腫性疾患

とは成因上のみならず、また臨床的にも病理解剖学的にも明瞭に区別することが困難であり、さらに両疾患は二次感染によつて肺膿瘍に移行し、膿胸を合併するに至ることもあるのであるから、個々の症例についてこれを決定することは一層困難であろう。

本症は決して稀な疾患ではない。Scheuckはすでに1936年文献によつて381例を蒐集している。本邦では今日までの臨床例は50例に満たないが、出目その他は変死体96例中16例（18%）に肺囊胞および囊胞様構造を見出し（うち多発性肺囊腫は1例）、本症が決して稀でないことを示している。本症例の報告がこれ迄少かつたのは臨床症状が酷似していることから、圧倒的に数の多い慢性気管支炎ないし肺結核症と本症とが充分鑑別されなかつたからであると思われる。

本症の臨床症状は一般に囊胞自体に起因するものと合併症によるものとに大別できるが、咳嗽、喀痰、咯血、喘鳴、呼吸困難等が主であるために、他の呼吸器疾患から本症を区別しうる固有の症状がなく、全く無症状のものさえもある。従つて診断にはX線、検痰成績が重要であるが、なお二次的感染を来した際には肺膿瘍、気管支炎、気管支拡張、肺結核、膿胸等と鑑別することが必要であつて、中村が本邦文献から蒐集した27例中肺結核と誤診されたものが実に17例に達して

おり、われわれの症例もこの例に洩れなかつたことは深く反省しなければならない。

治療法としては原則として肺葉切除を行うべきであるが、二次感染を伴うことが多く、術前これに対する処置、心肺機能検査、および手術時麻酔には特別の注意を払い、適応決定には慎重であらねばならない。

結 語

先天性気管支性多発性肺囊腫と思われる一手術について報告し、あわせて本症の成因と頻度および症状、診断、治療に言及した。

〔大阪市立大学医学部白羽弥右衛門教授の御校閲、並びに本園中西医務課長の御援助を深謝する。〕

主 要 文 献

- 1) 鈴木千賀志他：肺，1：277，1954.
- 2) 中村善紀：日本臨床結核，16：629，1955.
- 3) 杉本幾久雄，岡田慶男：結核研究の進歩，8：181，1954.
- 4) 福田正雄他：臨床と研究，32：189，1955.
- 5) Ramsay, T.B. : J. Thoracic. Surg., 1：26，1953.
- 6) 川上理一郎他：胸部外科，8：413，1955.
- 7) 岩田豊助他：同誌，8：386，1955.
- 8) 佐藤陸平他：同誌，8：365，1955.
- 9) Mayer, E & I. Rappaport. : J. A. M. A., 153：700，1953.
- 10) 出目弘：京大結研紀要，3：105，1955.