

経嚢腫はX線、ラジウム線に対する抵抗も強大であり、従つて本症は経過は緩慢であるが、その予後の点から云えば甚だ致命的な疾患であると云わざるを得ない。

結 語

吾々は胸髄に発生した神経嚢腫で手術の効なく死の転帰を取つた1例を報告し、且つ文献を参考として考察を加えた。

(尚本症例は、第8回中部日本整形外科災害外科学会で報告した。)

主 要 文 献

- 1) 甲斐：日整会誌 11, 1, 89, 昭11 2) 前田, 岩原：日整会誌 11, 6, 123, 昭12 3) 市村, 菅井：日整会誌 11; 12, 604, 昭12 4) 松永：脳と神経 7; 1, 35, 1955 5) 岩原：手術 8; 2, 61, 1954 6) Elsberg: Tumor of spinal cord 1925 7) FolkeHenschen: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie u. Pathologie 920, 1955 8) Anderson: Pathology 1292, 1953 9) 神中：神中整形外科科学 490, 昭24 10) 森：病理学名論, (前編) 149, 昭27

縦隔洞皮様嚢腫と誤診された上行大動脈瘤の1例について

大阪市立大学医学部外科学教室 (指導：白羽弥右衛門教授)

研究生 海 本 世 浩

[原稿受付 昭和31年9月20日]

ON A CASE OF ANEURYSM OF THE ASCENDING AORTA MISDIAGNOSED AS A MEDIASTINAL DERMOID CYST

by

SEKO UMIMOTO

Department of Surgery, Osaka City University Medical School
(Director: Prof. YAEMON SHIRAHARA, M. D.)

Recently a 56 year old man was admitted in our department of surgery with heavy dyspnea, and it was Suggested on the physical signs and roentgenologic findings that he was suffering from mediastinal dermoid cyst.

But after the thoracotomy, it was confirmed that an aneurysm of fist in size developing from ascending aorta was in the mediastinum, in stead of mediastinal tumor.

緒 言

縦隔洞嚢腫に対する外科的療法は近年気管内麻酔の発達とともにいちじるしく進歩し、ことに最近数年間には多くの報告例がある。また胸部大動脈瘤の手術例も2, 3報告されるようになった。

私達は最近、数回行われた血清梅毒反応が常に陰性で、胸部レ線像や諸種の臨床検査の結果から、縦隔洞皮

様嚢腫ではないかと考えられた症例を開胸した結果上行大動脈に発生した大動脈瘤であることがわかつた1例を経験したので、ここに報告したい。

症 例

稲○米○, 56才, 男, 機械木型工。

家族歴：父母および兄弟4人はいずれも健康で、近

親に高血圧や脳溢血に罹患したものもない。

主訴：呼吸困難および心悸亢進。

既往歴：生来極めて健康で、28才の時淋疾に罹患した以外、医師に診てもらったことはない。またこれまでに、前後3回にわたり血清梅毒反応の検査を受けたが、いずれも陰性であつたとのことである。患者は飲酒を好み、10年前頃までは1日量最大1升、平均5合ないし6合の酒をたしなみ、また1日約20本の煙草を喫んでいた。

現病歴：昭和22年10月中旬、突然なんらの誘因もなく胸内苦悶、冷汗および心悸亢進を来したので、たゞちに医師の来診を求めて強心剤等の注射をうけ、さらにその後約1週間安静に臥床したところ、症状の軽快を来したことがある。その後は1年に1回ないし2回位の割合で、ことにきまつて大量飲酒の後に胸内苦悶、冷汗および呼吸困難などを覚えたが、その都度2、3日安静に臥床すると、恢復することができた。

ところが昭和30年10月、風邪にかゝり、その際咳嗽、喀痰ならびに呼吸困難を覚えたので、同年12月胸部レ線検査をうけたところ、縦隔洞腫瘍と診断された。また昭和31年1月中旬より再び軽度の呼吸困難を覚えはじめ、体を動かしたり、あるいは体位をかえると、呼吸困難が増強するとともに著明な心悸亢進を伴い、その頃から好んで半坐位をとるようになった。昭和31年1月23日来院。

初診時所見：体格栄養はともに中等度、顔貌は苦悶状である。皮膚ならびに眼瞼結膜に貧血なく、舌、咽頭及び喉頭にも異常をみとめない。頸部静脈の怒張が著明であるが、頸部リンパ節の腫脹はない。両側の鎖骨上窩ならびに腋窩リンパ節の腫脹もみとめられない。

胸廓は左右対称的である。心濁音左界は左鎖骨中央線より1横指径半外側にあり、またその右界は右胸骨縁より1横指径半右側に証明される。心尖音は清澄で雑音がなく、肺動脈音の軽い亢進を証明する以外に理学的には異常を証明しがたい。

右肺上野は打診上短、右肺下野では呼吸音が粗、かつ声音振盪が増強している。肺肝界は右乳線上、第Ⅵ肋骨の下縁に証明される。またオリバー・カルダレリ氏症状は陰性である。

腹部は平坦で、直腹筋の輪廓が明瞭にみとめられ、かつ腹壁静脈の怒張があきらかである。肝、脾および両側腎はいずれも触知できず、また手指尖端部の鼓手状腫脹もみとめられない。膝蓋腱反射ならびにアキレス腱反射は正常で、他に異常の所見をみとめえなかつ

た。

臨床検査成績：血圧は右上腕で最高132mm Hg、最低72mm Hg、赤沈値は1時間値15mm、2時間値32mm。尿中17K.S.値は5.3mg/dayで、尿、尿ともに特記すべき所見がない。喀痰中には毛髪や脂肪粥状物などを混えず、結核菌も陰性であつた。

血液検査成績：赤血球数507万、白血球数5,900、血色素量92%（ザリー）、好中球72%（桿状球4%、2葉核球20%、3葉核球26%、4葉核球22%）、リンパ球27%（大リンパ球7%、小リンパ球20%）、大単核球1%好塩基球、好酸球ともに0%。

肝機能検査成績：血清蛋白質量6.9gr/dl、血清高田氏反応陰性、コバルト反応2、カドミウム反応9、クンケル単位7.25、血清モイレングラハト指数5、ブロームサルファレン試験30分値5%で、肝機能の障害を指摘されなかつた。

クニッピング氏法による呼吸機能検査成績：表1の

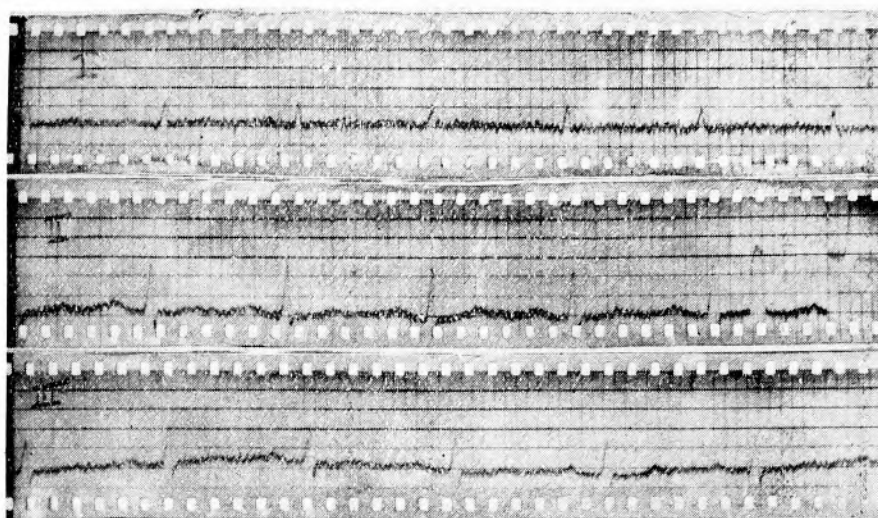
表 1		
肺 機 能 検 査		○ 垣 ○ 吉
身長 159.5cm		体重 49kg
分 時 酸 素 消 費 量	室内空気 純 酸 素	250cc 265cc
酸 素 不 足 量		15cc
呼 吸 気	室内空気 純 酸 素	920cc 910cc
呼 吸 数	室内空気 純 酸 素	15 13
分 時 呼 吸 量	室内空気 純 酸 素	13,800cc 11,830cc
呼 吸 当 量	室内空気 純 酸 素	5.5 l 4.4 l
肺 活 量 (背臥位)		1,800cc
貯 気		360cc
補 気		520cc
分 時 最 大 呼 吸 量		24.24 l
分 時 呼 吸 予 備 量		10.44 l
予 備 換 気 能 力		44%
肺 機 能 置 置 量		26.46%
肺 萎 縮 量	(1032cc)	20.64%
呼 吸 停 止 時 間		
肺 能 力		-46%

如くであつて、軽い循環障害がみとめられた。

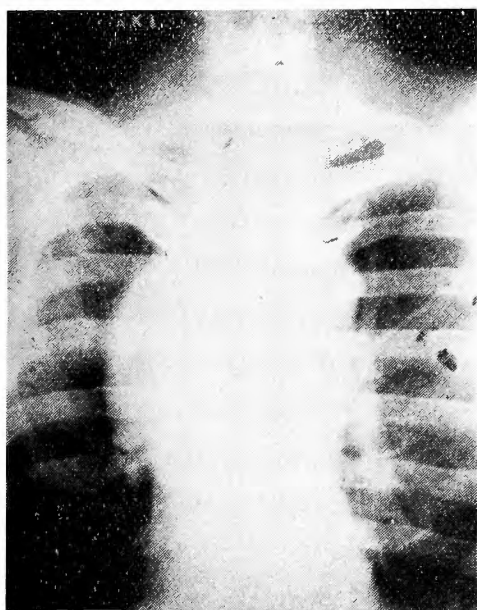
心電図検査：図1の如く、左心室筋に軽度の障害のあることが知られた。

気管支鏡検査：気管はその中央部から深部にわたり

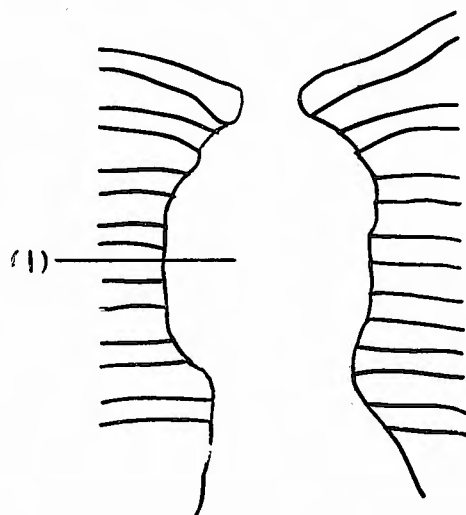
第1図 心 電 図



第2図 単純撮影正面像



第2図 参 考 図



(1) 腫瘍様陰影

や、左側に屈曲していて、この部分では気管が右上方より圧迫されているかの如く、内腔が狭窄しており、それより深部には気管支鏡を挿入することができず、たゞわずかに分岐部の竜骨をうかがいうるにすぎない。従つて両側主気管支はこれを検査することが全くできなかつた。

胸部レ線像所見：縦隔洞陰影が右肺野に向つて増大し、かつこのものは腫瘍を思わせる境界の明瞭な実質性陰影である。(図2)。側面像(図3)では、この陰影

は円形、平滑で、しかも鮮明な境界を示し、かつ陰影の辺縁にあたり、あきらかな石灰化像がみとめられる。

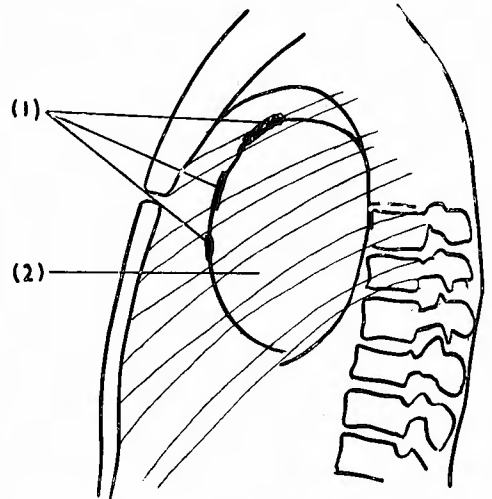
該部の断層撮影像をみると、背部から11cmないし12cmの部分において、もつとも大きい陰影を形成している。(図4, 5)。

気管支造影像(図6)では、気管は圧迫されて左背側に屈曲しており、気管支は腫瘍と直接関係のないことが知られた。食道はその口側において拡張し、中央部でも圧迫されて狭窄している(図7)。

第3図 単純撮影側面像



図3第 参考 図



- (1) 石灰沈着
(2) 腫瘍

第4図 断層撮影背面より11cm



第5図 断層撮影背面より12cm



以上の如き、臨床所見および検査成績から一応縦隔洞皮様囊重ではないかと考えて、手術を行つた。

手術経過と所見：3月16日気管内麻酔下に左側臥位

をとらせたところ、たゞちに強いチアノーゼが現れた。それでやむなく、右半側臥位をとらせ、前胸壁で第Ⅶ肋骨に沿つて約20cmの皮切を加えたが、この際、

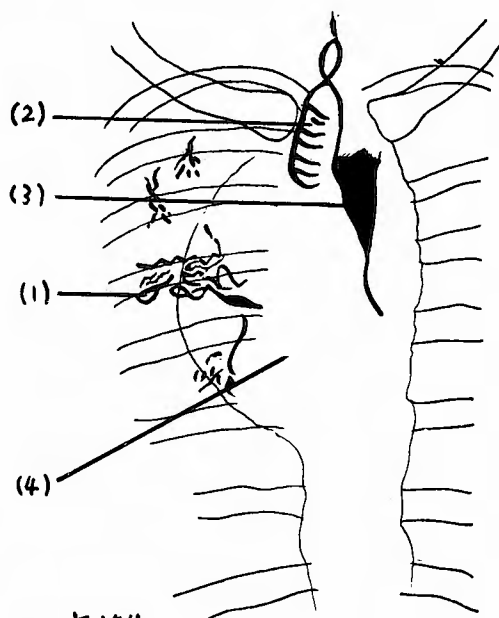
第6図 気管支造影正面像



第7図 気管支造影側面像

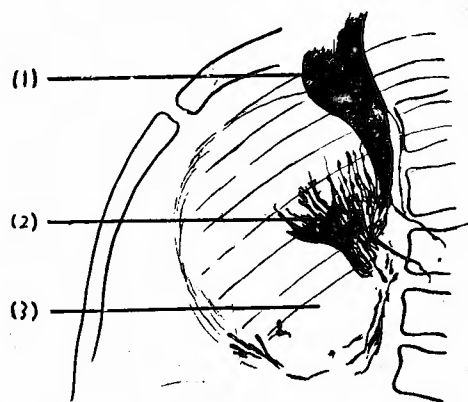


第6図 参考図



- (1) 気管枝
- (2) 気管
- (3) 食道
- (4) 腫瘍

第7図 参考図



- (1) 食道
- (2) 気管枝
- (3) 腫瘍

表2 縦隔洞腫瘍

良 性		悪 性	
皮様囊腫	28	癌 腫	18
気管支囊胞腫	8	肉 腫	6
畸 形 腫	12	リンパ肉腫	17
脂 肪 腫	1	細網肉腫	11
線 維 腫	2	黒 色 腫	1
神経線維腫	3	そ の 他	18
神 經 腫	1		
神 經 鞘 腫	8		
リンパ管腫	5		
リンパ腺腫	2		
血 管 腫	1		
甲 状 腺 腫	3		
胸 腺 腫	2		
肉 芽 腫	2		
結 核 腫	5		
そ の 他	10		
合 計	93	合 計	71

表3 胸部動脈瘤

部 位	例数	原 因		
		梅毒性	特発性	不 明
上 行 部	10	4		6
弓 部	8	5		3
胸 部	9	2	1	6
上行 + 弓 部	1	1		1
弓 部 + 胸 部	4	1	1	2
上行部、胸部の 全域にわたるもの	7	2		5
合 計	39	15	2	23

で、その内訳を表3に示したが、そのうち3例が手術をうけている。すなわち東大木本教授の2例と、野沢氏の1例である。手術を行われなかつたものは36例で剖検されたものが16例ある。

われわれの症例のごとく、上行大動脈瘤を縦隔洞腫瘍と誤診し、開胸手術を行つた結果、上行大動脈に発生した大動脈瘤であることがわかつた症例としては、宮本忍氏の報告された1例がある。しかしこれとは逆に、最初から上行大動脈瘤と診断して開胸し、縦隔洞腫瘍であつた症例報告は見当らない。

従来大動脈瘤と縦隔洞腫瘍との鑑別診断は両者がそれぞれ典型的な症状を具備しない限り非常に困難なものとされている。香月氏の報告によると、8,334例に

対して胸部レ線単純撮影を行つたところ、縦隔腫瘍の疑をもたれたものが160例(19.6%)あつたが、そのうち17例が心、大動脈疾患と誤られていた。

古来搏動を伴い、オリバー・カルダレリー氏症状が陽性であれば、動脈瘤を疑われたのであるが、縦隔洞腫瘍においても、時にこれを見ることがあるから、その鑑別はかなり困難な場合がある。とにかく大動脈瘤としての症状のうち、理学的に縦隔洞腫瘍の場合と重複しないものは1つとしてないといつてもよいくらいである。かつて同一症例を Oppolzer が大動脈瘤と診断し、Skoda が縦隔洞腫瘍と診断したことは有名な挿話として知られている。

動脈瘤を放置すれば、その多くは破綻し、大出血を来して頓死するおそれがあるが、大動脈瘤が実際に破裂した頻度について、守川は31.6%、鮫島は40%と報告している。また古来動脈瘤に対しては対症療法のみが行われていたが、これに対しても近時手術療法が可能となつた。これは全く血管外科進歩の結果である。

われわれが本症例を縦隔洞皮様囊腫と誤診した原因として、第1に血清梅毒反応が常に陰性であつたこと、第2に胸部レ線写真像において、腫瘍様陰影が境界鮮明、平滑、かつその辺縁の一部に石灰化像を呈したこと、第3にレ線学的キモグラムおよび、レ線学的透視検査を怠つたことなどをあげることができる。

結 語

1) 56才の男子で再三行われた血清梅毒反応が常に陰性であつた上行大動脈瘤の1例を経験した。これを術前縦隔洞皮様囊腫と考え、手術を行い、開胸の結果、上行大動脈に発生した大動脈瘤であることがわかつた。

2) 最近10年間における本邦での縦隔洞腫瘍と大動脈瘤との発症頻度について、統計的に検討を加え、主として鑑別診断について文献的に考察した。

(本稿の要旨は昭和31年5月12日第77回大阪外科集談会において発表した。

稿を終るに当り、終始御指導を戴いた恩師白羽教授に心からお礼を申し上げる。)

文 献

- 1) 伊達：東京医新誌，2251；2051，大10。
- 2) 古橋：愛知医誌，34；2，昭2。
- 3) 葛西：臨牀外科，8；569，昭28。
- 4) 香月：臨牀外科，10；87，昭30。
- 5) 木本：日外誌，54；178，昭28。
- 6) 楠井：綜合臨床，1；297，昭27。
- 7) 守川：日医大誌，10；775，昭14。
- 8) 宮本他：胸部外科，9；124，昭31。
- 9) 宮本他：

臨床外科, 8; 594, 昭28. 10) 毛愛: 手術, 10; 昭31. 11) 野沢: 胸部外科, 7; 108, 昭29. 12) 野崎: 医学, 11; 215, 昭26. 13) 鮫島: 治療, 37; 97, 昭30. 14) 佐々: 診断と治療, 39; 451, 昭26. 15) 鈴木: 京都医会誌, 29; 108, 昭7. 16) 田川: 治療, 34; 769, 昭27.

17) Cooley: Sug.Gyn. & Obst., 101; 667, 1955.
18) Gwathmey et al: Thorac. Surg., 30; 218, 1945.
19) Laipply: Archiv. Path., 39, 153, 1950.
20) Sabiston et al: Ann. Surg., 136; 777, 1952.

高度なる特発性気管支拡張症の手術治験例

大阪医科大学外科学教室 (指導 麻田栄教授)

中 村 和 夫・平 井 昭 二・石 川 登

[原稿受付 昭和31年9月25日]

A CASE OF CYSTIC BRONCHIECTASIS

by

KAZUO NAKAMURA, SHOJI HIRAI AND NOEORU ISHIKAWA

From the Department of Surgery, Osaka Medical College
(Direktor: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

(1) A case of cystic bronchiectasis which affected almost the entire left lung in a 24-year-old male was successfully treated with a left pneumonectomy.

(2) The gross examination of the removed specimen revealed that the cystic dilatation of bronchi throughout the left lung occurred in the segmental or smaller bronchi and that some of them were filled with a gelatine-like substance.

(3) Through the microscope, it was seen that the walls of the dilated bronchi were in general thin, and that their inside surface was covered with pseudos stratified ciliated epithelium which showed a partial papillary proliferation without malignant picture.

The atrophied submucosa and abrupted muscle layers were replaced by fibrous tissue.

The lung parenchyma which was present only in a very small amount among the cystic dilated bronchi, showed atelectasis with partial compensatory emphysema and proliferation of smooth muscles.

(4) Some problems were discussed concerning the symptoms, pathogenesis and surgical treatment of bronchiectasis.

緒 言

気管支の異常拡張を形態学的特徴とする気管支拡張症は1819年 Laennec に依つて初めて記載されたが、この中肺結核、肺化膿症、肺腫瘍その他に随伴してみられる続発性気管支拡張症は臨床上屢々遭遇するが、原因の明かでないいわゆる特発性気管支拡張症は比較

的稀な疾患である。

本症では単に気管支が形態異常を示すにとどまらずそれに基づいて早晩気道の感染や心肺機能の障害等が発生するので近年外科的根治的療法の立場から盛んに検討され、わが国に於ても既に篠井、熊谷、本多、栗田口等の報告がみられる。

われわれも最近左肺全葉に及ぶ高度の特発性気管支