

ないが、後者即ち、誘導気管枝開放性空洞穿孔群では充填物の除去後血液及び滲出液が気管枝を通じて排泄せられ、或は誘導気管枝が有瓣性となつて、著明な咳嗽発作、喀血、健常肺へのアスピラチオン又は著明な皮下氣腫等を招來するのみならず、場合によつては窒息を招來する場合すらもあつて、それ等を未然に防止するには、前述の様に充填物の除去に引続き一次的に成形術を行い誘導気管枝を閉鎖せしめ置くか、或はこれを可及的に狭窄せしめ置く事が必要である。

尚、以上の中、非空洞穿孔性肋膜外膿胸を招來する原因に就ては肺臓内よりする結核菌の淋巴行性感染、或は肋間淋巴節結核の崩壊等が考えられ、その何れが主役を演ずるかは未だ明らかではないが肋膜外肺縫縮術に就ての千葉医大河合教授の報告に見る様に、肋膜外肺剝離後剝離腔内に証明される化膿菌や結核菌が、肺病変の滲出性傾向の強い時期に手術が行われたものに多い事、及び術前一定期間に亙るペニシリンやマイシンの筋肉内注射によつて激減する事は注意すべく、それ等は何れも本合併症の予防対策なる観点からみて興味ある事実と思われる。

結 言

以上、我々は合成樹脂球充填術の不成功例に就て考察し、手術目的を達し得なかつた原因の主なるものが肺の剝離範囲の不足、適應症の撰択乃至手術時期の不適正並びに二、三の合併症の併発等にある事、及びそれ等に対し適当な諸対策を講じる事によつてかなりの好成績を挙げ得る事を知つた。

又、本法に見られる二、三の不愉快な合併症、例えば後出血、空洞穿孔及び充填腔の化膿等に就ては夫々特異な症候があり、又、夫々適当な予防並びに治療対策がある事を明らかにした。

従つて合成樹脂球充填術（長石、辻、美濃口）は二、三の不愉快な合併症を有するにも拘らず、肺結核への一新外科的療法として成立し得るものと確信される。

今後各位の御後援を得て不成功例の低減に努め、本法の完成、特に適應の確立に向つて進みたいと思う。今後とも從來に變らぬ温い御援助、御協力を賜わるよう重ねてお願い申上げる次第である。

終りに臨み、長時間に亙つて私見を述べる機会を與えられた第2回日本胸部外科学會長青柳安誠教授に深甚の謝意を表し、併せて御追試、御批判頂いた同好者諸兄、本研究に就て種々御指導、御後援頂いた諸先輩並びに本研究を直接分擔された京大結核研究所医局員諸君に衷心より謝意を表したいと思う。

肋膜外合成樹脂球充填術後に 於ける充填腔の化膿に就て

寺 松 孝
並 河 靖
小 林 君 美 （國立比良園）

第2回日本胸部外科学會（昭和24年10月）（演説抄録）

肋膜外充填術において、充填腔の化膿は最も不愉快な合併症の一つであるが、われわれの経験例を綜括し、その治療方針について御報告申しあげ、御批判を仰ぎたいと思う。昭和22年春以降、われわれの手で行つた充填術例約600例の中、京大結研入所患者に行つたものは本年8月20日現在で393例ありそのうち充填腔化膿例は17例約4.6%である。さてこれらの化膿例はその症状より2群に分類しうる。第1群は早期化膿群で、急性化膿症状をていするものであるが、これは充填術創始時代に2例あつたのみであり、大量の抗菌物質の使用できる現在では、全くみられないのは当然である。第1群の起炎菌が通常の化膿菌であることは、またもちろんである。第2群は晩期化膿群で、その症状は術後一旦平熱となりながら早く2週間より遅ければ年餘を経て、37~39°Cの発熱、手術側、胸部の異和感を

訴え、特に特有の症候としては、 $\angle$ 線上充填腔の滲出液渾濁像、または充填腔の最下線における肋膜の高度肥厚像を認め、また時に充填球内に滲出液渾濁像を証明しうることがある。さらに胸壁よりの穿刺により膿汁を証明し、かつ同時に充填球が穿刺針により容易に移動して、充填球被膜の形成のないことを証明している。空洞穿孔をきたした場合、当然充填腔は化膿し特有の症状をていするが、それについては別に述べられる予定である。この晩期化膿群は15例でこのうち空洞穿孔例は7例で、うち4例が死亡している。残りの8例は充填球剔出にさいして肉眼的には空洞穿孔を認めなかつた。これら晩期化膿例の起炎菌を調べてみると、瘻孔を有する3例に結核菌と一般化膿菌との混合感染を認め、瘻孔を有さない12例中、10例には結核菌のみを認め、残り2例には結核菌もその他の菌も認めなかつた。しかしながら空洞穿孔を認めなかつた8例中6例までが結核性であることの原因が、肋膜外剝離だけによるものかどうかを知るために、8例の充填術例において充填術後数回にわたり充填腔内血液を調査したのであるが、結核菌も他の一般菌も認めなかつたのである。未だ例数不足であるが、充填腔内への結核菌の游出は單に肋膜外剝離だけでは起りがたく、剝離のさいの結核病巣の破壊等によつて起るのではないかと考えているが、それは將來の問題であらう。かくのごとく結核菌が充填腔内の化膿に重大な役割を演ずる以上、これの治療対策の根本方針は結核性膿胸と軌を一にすることは申すまでもないことである。即ち異物である充填球をできるだけ早期に剔出するとともに、できるだけ閉鎖性に取り扱つて混合感染をさけるべきである。充填球剔出が遅れたために瘻孔を生じ、開放性に取り扱わざるをえなかつた4例は、1例死亡し、2例は治癒甚だ困難な状態となり、1例のみ瘻孔を残してやゝ経過良好である。これに対して閉鎖性に処置しえた9例中3例は経過極めて順調であり、6例も治癒の望み充分である。

かくのごとく充填物を剔出し、手術創が一次的に閉鎖したならば、可及的速かに化膿腔を縮小させ虚脱肺の再膨脹を防止する目的で、成形術を施行すべきである。胸壁穿孔も肺穿孔もない早期に充填球を剔出しえた6例は良好の経過をきたし、成形術を施行しえた3例の経過は誠に順調である。以上述べたことよりして、肋膜外充填術の化膿の特徴は、実に晩期化膿群にあり、術後相当日数を経て結核性膿胸のごとき形でくるのである。ゆえに少くも充填術後1年間は $\angle$ 線的に経過を追跡し、上述した充填腔内の滲出液の渾濁状態、充填腔下縁の肋膜肥厚の程度、充填球内の滲出液の有無よりして必要とみたら穿刺を試み、また発熱その他の一般状態、さらに別に述べられる空洞穿孔の症状に留意し、できるだけ早期に栄養状態の悪化、病巣の進展、胸壁穿孔、肺穿孔の起る以前に化膿を発見し、充填球を剔出し、手術創を一次的に閉鎖させ、さらに化膿腔の縮小と虚脱肺の再膨脹を防ぐ目的をもつて成形術を施行すべきである。

肋膜外合成樹脂球充填術後の氣管枝造影像

佐 川 彌 之 助

第2回日本胸部外科学會（昭和24年10月）演説抄録

我々は肋膜外充填術施行患者30名に対し、術後氣管枝造影法を行つた。上方へ向う氣管枝即ち肺尖枝、肺尖下枝、上葉第1前枝は京大結研上月・寺松氏の剝離範囲を満足し肺尖を十分沈下させた場合は著明な影響を受け第1,第2分岐部で尖端の幾分拡張した盲端に終り全体として下方へ下降した像を示す。これは屈曲仕方が急激なためと思われる。しかし肺尖の沈下が不十分なる場合にはたとえ剝離範囲を満足しても上述の氣管枝ことに上葉第一前枝は末梢までみとめられ、しかも拡張した像を示し、この場合には手術不成功例がしばしばみられる。つぎに水平枝、上葉第2前枝はこれが充分屈曲を示