

臨 床

特 發 性 氣 胸 ニ 就 テ

京都帝國大學醫學部外科學教室(鳥瀉教授指導)

大學院學生 醫學士 勝 呂 進

Über einen Fall von spontanem Pneumothorax.

Von

Dr. S. Suguro.

(Aus der I. kaiserl. chirurg. Universitätsklinik Kyoto (Prof. Dr. R. Torikata).)

Pat. M. S. 22 jähriger Mann, aufgenommen in die Klinik am 18/XI. 1930 wegen Recidiv des Spindelzellensarkoms aus dem rechten Oberarm.

Anamnese: Vor ca 4 Jahren bekam Pat. spontane Schmerzen und darauf folgende schmerzlose Auftreibung am r. Oberarm.

Unter der Diagnose von Sarkom wurde der Tumor extirpiert. Nach einem Monate wurde Pat. wegen Recidiv wieder operiert. Nach einem Jahre schwoll die Gegend zum 3 Mal an.

Vor 2 Jahren bekam Pat. im Monate August, Oktober und November plötzlich Dyspnoe, heftige Husten und Haemoptoe, die einige Tage dauerten.

In der rechten Scheitelgegend bemerkte Pat. im Mai desselben Jahres eine daumenkopfgrosse, schmerzlose Auftreibung.

Status paesens: Im rechten Oberarm ein unregelmässig elliptisches Geschwür mit tumorartig aufgeworfenem Rand. In der rechten Scheitelgegend ein zeigefingerspitzen-grosses Knötchen mit elastisch derber Konsistenz. Die Brust ist etwas asymmetrisch. Auf der rechten Lunge fast überall tympanitisch, nur dass die Hilusgegend eine kleine gedämpft tympanitische Partie zeigt. Die Leber-Lungengrenze ist verschwunden.

Auscultatorisch ist das Athemgeräusch auf der rechten Lunge fast gar nicht hörbar. Am Hilus ist das Athemgeräusch bronchial. Unterhalb der Hilusgegend ist amphoi-sches Athmen wahrnehmbar.

Das Herz ist nach links verlagert. Der Spitzenstoss befindet sich im VII. I. C. R. 2 querfingerbreit ausserhalb der l. Mammillarlinie (vgl. Fig. 1 und 2).

Diagnose: Rezidiertes Sarkom aus dem r. Oberarm mit Metastase in der r. Scheitelgegend, sowie spontaner Pneumothorax der r. Seite.

Operation: Amputation des r. Oberarms oberhalb des Tumors (am 8/XII 1930).

Exstirpation der Metastase in der r. Scheitelgegend. Histologisch erwies sich der Tumor als Spindelzellensarkom. Biologisch ergab der Tumor sehr deutlich die Impedinerscheinung.

Freie Thorakotomie der r. Brusthöhle (am 21/II 1931).

Befund: Pleura costalis überall glatt und glänzend, nirgends Verwachsungen. Die r. Lunge ist als 2 faustgrosse kugelige Masse zum Hilus kollabiert. Der Oberlappen und der Mittellappen sind fibrös verwachsen. Die kollabierten Lappen zeigen nirgends tumorartige Gebilde, fühlen sich elastisch derb an. Nirgends bronchiale Fisteln nachweisbar. In der r. Brusthöhle befand sich eine geringe Menge (ca 20,0 ccm) leicht blutigen Transsudats.

Das Herz ist nach links verlagert. Die rechte Grenze des Herzbeutels befand sich in der l. Paravertebrallinie.

Zusammenfassung.

Es handelt sich um einen an Recidiv und Metastase eines Spindelzellensarkoms aus dem rechten Oberarm seit 4 Jahren leidenden Kranken, der intercurulent noch an rechtsseitigem spontanem Pneumothorax leidet.

Dass der Pneumothorax spontan, d. h. ohne nachweisbare Ursache zustande kam, konnte durch freie Thorakotomie festgestellt werden.

Trotz dem Pneumothorax klagte der Kranke über gar keine Beschwerden und nahm innerhalb von 6 Monaten der Beobachtung nach Amputation des kranken Armes und Entfernung der Metastase in der Scheitelgegend an Körpergewicht merklich (ca 4 Kg.) zu. Der negative Druck der Brusthöhle bei der ruhigen normalen Athmung betrug rechts und links 4,0 mmHg. Die Brust zeigte keine hässliche Deformität.

Unsere klinische Erfahrung lehrt uns folgendes:

- 1) Trotz dem über ein halbes Jahr bestehenden spontanen Pneumothorax erfährt die Brust keine Entstellung, nur dass das Herz mit dem Mediastinum mehr weniger verlagert ist.
- 2) Der durch Kollaps der Lunge entstandene grosse Totenraum (Pneumothorax) ist absolut unschädlich, falls er nicht infiziert, sondern steril bleibt.
- 3) Dies rechtfertigt das neue Prinzip für die Heilung der Empyemresthöhlen, dass man dieselben möglichst frühzeitig aseptisch machen soll, ohne dass man sie durch die sogenannte Thorakoplastik zu veröden versucht.^{1) u. 2)} (Autoreferat.)

1) Vgl. Hirose, K., Zur Heilung von Pyothorax bei zurückgelassener Empyemresthöhle für die ideale Restitutio ad integrum. Ein neues Prinzip für die Behandlung von Empyema thoracis. Archiv f. Japan. Chirurgie Bd. 6, Nr. 3, 1929.

2) R. Torikata, Die Impedinerscheinung. S. 230, Jena. 1930.

患者： 森○正○ 22歳ノ男子(昭和5年11月18日入院)

病歴： 約7年前(大正14年)右前膊ヲ強打シ有痛性腫脹ヲ來シ、之ハ數日ニテ治癒シタガ約4年前(昭和3年)該部ニ時々刺ス様ナ自發痛ト腫瘍トヲ來シ肉腫ノ診斷ノ下ニ某醫院ニテ剔出手術ヲ受ケタ。ガ1ヶ月後ニハ再ビ同所ニ同様ノ腫瘍ガ發生シ再ビ手術ヲ受ケ其後約1年ヲ經過シ3度同所ニ腫瘍ガ現レ3ヶ月後ニハ其ノ表面ガ自潰シタ。

以上ノ經過中昭和5年5月即チ前記ノ所謂肉腫ニ對シ第2回目ノ手術ヲ受ケタル後約6ヶ月ヲ經過シテ今度ハ頭部ニ無痛性硬結ガ生ジ剔出セラレタガ數ヶ月後ニ再ビ同所ニ硬結ガ現レタ。

猶又昭和5年8月、10月及ビ11月ニ前後3回何等ノ誘因ナク全く急激ニ短時間ノ激烈ナ呼吸困難咳嗽及ビ咯血ガアリ患者ハ次第ニ羸瘦シ氣力衰ヘテ入院シタ。

現症： 胸廓ハ僅ニ稍々左側彎ヲ認メ呼吸運動ハ胸腹式デアルガ少シ速シ。(呼吸數1分時37) 胸廓開縮ノ差ハ右ハ左ニ比シ稍々小デアル。(差約2.0cm) 心尖搏動ハ第VII肋間腔左乳線ノ外方約2横指ニ位置シ著ク舉上シ明ニ觸レ心濁音界ハ上界ハ第V肋骨、内側ハ不明外側ハ心尖部ニ一致シ心悸ハ稍々充進(脈搏1分時102)シ居ルモ心音ハ凡テ純。

左肺ニハ殆ド變化ヲ認メヌガ、右肺ニハ種々ノ所見ガアル。即チ打診上前肺尖部ハ鼓音ヲ呈シ中央部特ニ肺門部ハ濁音、其ノ下部肝濁音ハ消失シ鼓濁音ヲ呈ス。又脊面デハ肺尖部ハ鼓音、肩胛間部ヨリ第IX肋骨ニ至ルマデハ濁音ヲ呈シ、其ノ下側方ハ鼓濁音ヲ呈ス。Wintrich 氏打診音變化ハ證明サレナイ。

聽診スル肺尖部ハ前後共ニ呼吸音ガ非常ニ弱ク濁音ヲ呈シタル所デハ氣管枝音ヲ聽キ下部鼓濁音部デハ空窶性呼吸音ヲ聽ク。

頭部デハ右顛頂部ニ長サ約3.0cmノ弓狀ノ古イ手術瘢痕ガアリ其ノ1端ニ近ク小豆大ノ弾力性硬固ノ硬結ガ存在スルコトト右前膊ニ中心部ノ自潰シタ腫瘍(鏡檢ノ結果紡錘狀細胞肉腫)ヲ見ル他ニ特記スベキコトハ無イ。

レントゲン所見： 昭和5年11月28日撮影ノ所見デ右肺門部ニ當リ2個ノ略ボ圓形ノ影像ヲ見ル。(第1圖參照)

診斷： 右肺ハ全く收縮シテ居リ肺門部カ、又ハ其ノ附近ニ肉腫轉移ガ存在スルカノ様ニ思ハレル。右顛頂部ノ腫瘤ハ肉腫ノ皮下轉移ト考ヘラレル。

處置及ビ經過： 8/XII(昭和5年)右上肢切斷術ヲ行フ。即チ下記ノ如シ。
2.0%_Lバントボン・スコボラミン¹1.0ccヲ術前1時間ニ皮下注射、0.05%_Lベルカイン・アドレナリン¹液60ccヲ以テ局所麻醉ヲ施シ右上膊ノ上約1/5ノ部ヨリ einzeitig ノ Zirkelschnittヲ以テ切斷ス。

9/XII(第2日) 呼吸困難アリ坐位ヲ占ラシム。脈搏140ヲ算スルモ緊張良。體溫 37.5°C

呼吸數35。

11/XII(第4日) 呼吸困難輕減呼吸數1分時23, 脈搏110咳嗽アレド血痰無シ。(血痰ハ手術前ヨリモ無シ)

15/XII(第8日) 拔糸, 第一期癒合, 氣分爽快呼吸困難ヲ訴ヘズ, 呼吸數(24)。脈搏(100)體溫(36.5°C)。

其ノ後患者ノ氣分ハ益々良好トナリ體重モ増加セリ。(術前47.4Kg, 術後70日目50.9Kg) 術後40日目ニ右胸側ノ空嚥性呼吸音ハ消失シ右肺ニハ呼吸音ガ全ク聽エナクナリ併モ呼吸困難ハ全然無イ。

7/II(昭和6年) レントゲン撮影(第2圖參照)右肺ハ少シデハアルガ稍々膨脹セリ、ソレデ内部所見ヲ確メル爲ニ切斷術後76日目ニ平壓開胸術ヲ行ツタ。

21/II(昭和6年) 平壓開胸術ヲ行フ、即チ下記ノ如シ。2.0%_Lバントボン・スコボラミン¹ 1.0cc皮下注射, 0.05%_Lベルカイン・アドレナリン¹液45.0ccヲ以テ局所麻醉ヲ施シ右第VII第VI肋骨ヲ切除シ、第VI肋間腔ニ於テ肋膜ヲ長サ約18.0cm切開シ開胸ス。開胸中呼吸困難モ血壓ノ變化ヲモ認メズ。開胸時間約29分。

手術所見： 右肺ハレントゲン像(第2圖參照)ト全ク一致シ肺葉ハ2個ノ球トシテ大人手拳大トナリ肺門部ニ收縮シ居リ肋膜ハ色ハ尋常, 表面滑澤, 何等癆痕又ハ纖維性物質無シ。胸腔内ニハ少許(約20cc)ノ血性漿液存ス。

萎縮肺ノ表面ニハ所々癆痕様ノ部アルモ氣管枝瘻ヲ認メズ。觸診スルニ稍々彈力性硬固ナレドモ豫メ期待セルガ如キ肉腫轉移性腫瘍ハ何處ニモ觸レ得ズ。唯ダ肺ノ上葉ト下葉トガ癆痕性ニ癒着シ居リ此等ヲ分ツコトハ出來ナカツタ。

考 察 討 究

以上ノ様ナ所見デアツテ氣胸ノ原因ハ此ノ癆痕部ニ存在スルモノデアラウガ此ノ癆痕ガ如何ニシテ生ジタカハ全ク不明デアル。ソレデ之ハ結局特發性氣胸ト云フノ外ハ無イ。

患者ハ平壓開胸術後今日マデ約半年以上觀察サレテ居ルガ右肺ハ依然萎縮シタ儘デ氣胸ハ相變ラス續イテ居ル。從ツテ縱隔竇ハ心臟ト共ニ左方ニ移動シタ儘デアル。(前文所見參照) 胸腔内陰壓ハ左右同一デ正常呼吸時水銀柱4.0mmヲ示シ、呼吸困難ハ無ク、呼吸運動ハ左右胸廓共ニ殆ド正常ニ行ハレテ居ル。

此ノ患者ノ觀察カラ吾々ハ外科學上ニ重要ナ事項ヲ學ビ知ルコトガ出來タ。即チ次ニ掲ゲルガ如キモノデアル。

第1. 左右何レカ1側ニ特發性ニ完全氣胸ガ起リ肺ハ全ク萎縮シ廢用ニ歸シ、又心臟ガ縱隔竇ト共ニ健側ヘ變位シテ居ツテモ何等ノ重篤症狀ヲ惹起スルモノデハ無イ。此ノ事實ハ即チ偏側平壓開胸術ハ無害ニシテ何等危險ノモノニハアラズト云フ臨床經驗ヤ實驗結果

ト一致スルモノデアル。

第2. 左右何レカ1側ニ特發性完全氣胸ガ成立シ肺ガ萎縮シ茲ニ胸腔ガーツノ巨大ナル空洞ヲ有スル状態デアツテモ半年デモ1年デモ經過シ何等ノ危害ガ無イモノデアル。ソレハ其ノ空洞ガ無菌的デアル限り毫モ虞ル、ニ足ラヌモノデアルコトハ本例デ十分立證サレテ居ル。

此ノ如キ事實ノ認識ハ即チ鳥瀉教授ニヨツテ始メテ唱道サレタ膿胸遺殘死腔 (Empyem-Resthöhle) ノ治療方針ガ合理的デアルコトヲ教ヘルモノデアル。即チ其ノ死腔ヲ無菌的トスレバ治癒ハ完全ニ行ハレルモノデアツテ必シモ其ヲ荒蕪セネバナラスコトハ無イノデアル。(伊藤, 林並ニ廣瀬博士等ノ報告参照)

第3. 又結核肺ニ對シテハ其ノ肺ガ萎縮セシメ一時廢用ニ歸セシメテモ其ノ際生ズル所謂死腔ヲ充填スベキコトハ毫モ必要デナク換言スレバ所謂胸廓成形術ト稱シテ死腔ヲ荒蕪スル Sauerbruch 氏又ハ Schede 氏等ノ方針ヲ手術ヲ行ハネバナラスコト云フコトハ無ク其ノ様ナコトヲセズトモ死腔ヲ無菌的ニ保ツコトガ出來レバソレ良イト云フコトヲ立證スルモノデアル。

提 要

1) 本例ハ22歳ノ男子ニシテ4年前(昭和3年)ヨリ右上臍ニ肉腫(紡錘形細胞肉腫)ヲ得切除術ヲ受ケタルニモ拘ラズ Recidiv (3回) ヲ起シタルヲ以テ切除術ヲ受ケタルモノナリ。其ノ經過中右顛頂部皮下ニ轉移ヲ得切除ヲ受ケタルニモ拘ラズ是亦再發セリ。

2) 以上ノ如キ經過中昭和5年8月, 10月及ビ11月ノ3回短時間激烈ナル呼吸困難咳嗽及ビ咯血アリキ。

3) 臨床上ニモ X線検査ニテモ本患者ハ右側氣胸ヲ右シ平壓開胸術ニヨリテソレガ特發性偏側氣胸ナルコトヲ確カメ得タリ。發生ノ原因ハ全ク不明ナリ。前記昭和5年8月, 10月及ビ11月ニ於ケル急劇ナル發症ト關係アルモノナラン。

4) 此ノ如キ氣胸ハ6ヶ月以上モ觀察セラレタリ。氣胸側ノ肺ハ全ク萎縮シテ呼吸ヲ營マズ。縱隔竇ハ心臟ト共ニ著ク(所見参照)健側ニ變位セリ。然レドモ患者ハ全ク健康ニシテ肉腫ヲ右スル上臍切斷後體重ノ増加(約4.0kg)ヲ來セリ。マタ胸廓ニモ何等ノ醜キ畸形ヲ來サザリキ。

5) 以上ノ觀察ニヨリテ平壓開胸術ノ危險無キコト及ビ氣胸乃至膿胸遺殘死腔等ハ無菌的ナル限りニ於テハ死腔ヲ殘シタル儘ニテ治癒シ得ルモノニシテ死腔ハ必シモ荒蕪スルヲ要セズト爲ス外科治療上ノ原則ノ正當ナルコトガ明證セラレタリ。

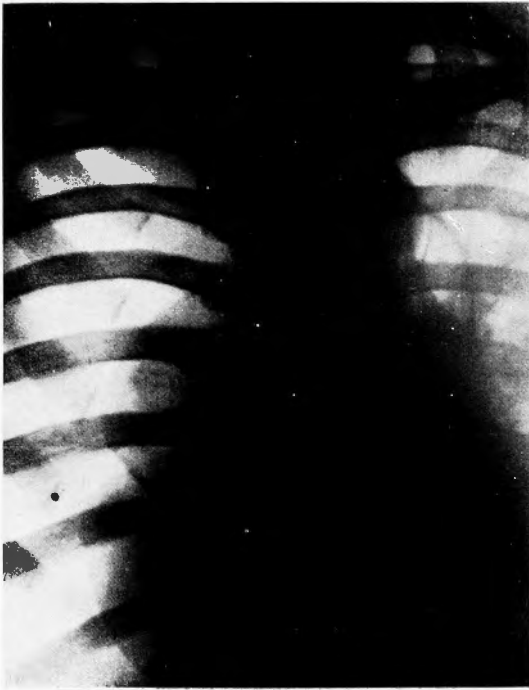
文 獻

- 1) 伊藤肇, 陳舊性膿胸ノ治療方針ニ就テ, 東京醫事新誌, 大正13年, 第2359號—2360號, 463頁。
- 2) 林茂, 結核性全膿胸ノ治療方針ニ就テ, 日本外科實函, 大正14年, 第2卷第4號, 693頁。
- 3) 廣瀬研之, 排膿後死腔ヲ遺殘セル儘ニテ治癒セシメタル各種膿胸, 附膿胸ノ新治療方針, 日本外科實函, 昭和4年第6卷, 第2號。

勝 呂 論 文 附 圖

レントゲン寫眞

第 I 圖 28/XI 1930 撮影



第 II 圖 7/II 1931 撮影
第 I 圖=比シ右肺稍々膨張ス

