

# 膿胸及ビ膿胸遺殘空洞 (Empyeme und Empyemresthöhlen)

## (臨床講義)

教授 醫學博士 鳥 潟 隆 三 講 述

副手 醫 學 士 林 勝 長 筆 記

患者第1。胸部ヲ診ルニ心尖搏動ハ左乳線ヨリ1横指外方ニテ第6肋間腔ニ、打診上其ノ内縁ハ左胸骨縁ヨリモ更ニ1横指半ダケ左方ニ認メラル。故ニ心臟ハ正常ノ大サニシテ單ニ左方ヘ移動シ居ルモノナルコトヲ知ル。故ニツマリ縦隔竇ノ下部ガ心臟ト共ニ左方ヘ位置ヲ變ジタルモノナリ。故ニ此ノ如キ際ニハ左側胸部ニ異常ノ萎縮アルカ、或ハ又タ左側ハ健康ナレドモ右側ニ『氣胸』ノアルモノト考ヘザルベカラズ。

肺臟ノ打診上ノ所見ニ於テ左側ニハ變化ナク、右側ハ肺尖ヨリ以下全部清澄ナル高キ音ヲ呈ス。但シ肺門部ニテハ僅カニ輕濁ナリ。肺肝境界ハ右乳線上ニテ第7肋間腔ニ在リ。

聽診上左肺ハ全部正常、右肺ニ當リテハ呼吸音ヲ殆ンド聽取セズ。但シ肺門部ニ當リテハ僅カニ氣管支性呼吸音ヲ聽取ス。故ニ此ノ患者ハ『左側ノ全氣胸ヲ有スルモノ』ト診斷セラル。

既往症ニハ昭和3年右前膊ニ無痛性腫隆ヲ得、肉腫ノ診斷ノ下ニ切除術ヲ受ケシガ昭和5年1月迄ニ3回同所ヲ手術セラレタリ（2回ハ再發ナリ）。昭和5年8月及ビ10月輕度ノ體溫上昇ト共ニ全ク突然ニ劇シキ呼吸困難ヲ來シ咳嗽頻發咯血アリ、同年11月3度目ノ發作性呼吸困難及ビ血痰アリキ。

平壓開胸術ニヨリテ右側胸腔ヲ檢スルニ、肺上葉ト中葉トハ癒着シテ區別スルコト能ハズ大人手拳大、下葉モ亦タ同大ニ萎縮シ、何レモ表面ニ所在纖維性結締組織ノ増殖アリテ癥痕様トナリ、彈力性硬ニ觸ル。何處ニモ氣管支瘻ヲ認メズ。

體壁肋膜ハ何レノ部モ滑澤ニシテ何等ノ變化ナク、縦隔竇ハ全體トシテ左方ヘ移動シ、横隔膜ノ上方ニテハ脊柱ノ左側ニ位置セリ。横隔膜穹隆ノ上ニハ血性ノ漿液約50.0㏄ヲ容レタリ。

以上ノ所見ニヨリテ此ノ患者ハ『特發性氣胸』ヲ有スルモノナルコト確證セラレタリ。

此ノ如ク右肺ガ全ク萎縮シ、縦隔竇ガ左側ニ移動シ、全氣胸ヲ有シ居ルニモ拘ラズ、患者ハ健康ヲ保チ居リ、開胸ニ際シテモ何等重篤ノ症狀ヲ呈セズ、横隔膜動搖モ亦タ起ラザルナリ。

以上ノ如キ大ナル空洞ハ所謂『死腔』デアルガ、此ノ死腔ノ特別ナルコトハ無菌性デアルコトナリ。故ニ『體內ニ死腔ガアリテモソレガ無菌性デアル間ハ何等ノ支障ヲ來スモノニ非ズ、マタ死腔ガ化膿シテ居リテモソレガ後日無菌性トナリサヘスレバ死腔ハ依然存在シテ居リテモ敢テ忌ムニ足ラズ』ト言フ結論ガ此ノ事實カラ誘導サレル。從テ外科學上ノ一原則トシテ從來知ラレテ居ル如ク『死腔ハ存在セシムベカラズ必ず之ヲ荒蕪スルヲ要ス』ト言フコトハ改正サレネバナラヌコトデアリマス。

此ノ患者ハ最早ヤ6ヶ月以上モ觀察サレテ居リマスガ依然トシテ氣胸ニハ變化無ク右肺ハ矢張り萎縮シタ儘デアリマス、正常ノ呼吸運動ニ際シテハ左右胸腔共ニ約「4ミリ」水銀柱ノ陰壓ヲ證シマス。マタ胸廓ノ形態ハ左右殆ンド對稱性均等デアリマス。

此ノ患者ハ吾々ニ治療上ノ指針ヲ與ヘル活キタ實例デアリマス。即チ此ノ患者カラ受ケル所ノ教訓ハ：—

第1。膿胸患者デ膿ヲ排除シタ後ノ遺殘死腔ハ之ヲ荒蕪サセルコトヲ要セズ、出來ルダケ速カー之ヲ無菌性ト爲スコトニ努力セヨ。無菌のトナリサヘスレバ死腔ハ存在スルモ毫モ妨ゲズ。

第2。結核肺ヲ治療スルニ當リ其肺ガ癆痕性ニ萎縮シ得ルナラバ、ソノ結果トシテ胸腔中ニ大ナル空洞ヲ遺殘スルモ毫モ妨ゲズ、故ニ所謂胸廓成形術ヲ行ヒテ胸腔ヲ肺ト共ニ萎縮荒蕪セシムベシト爲ス治療方針ハ決シテ絕對必要事項ニ非ズ。寧ロ原則的ニ拒クベキ治療方針ナリ。

膿胸遺殘死腔ノ治療法トシテシエーデ氏デロルム氏等ノ手術ヲ行ヒテ「胸腔ノ荒蕪」ヲ企ツルコトガ不必要ナルト同様ニ肺結核ノ治療ナリト稱シテ原則的ニ胸腔ヲ荒蕪スルザウエルブルツフ氏手術モ亦タ絕對ノ必要事項ニ非ズ。

此ノ如キ方法ヨリモ無菌的ノ狀態ニテ氣胸ヲ作ル方針即チ止ムヲ得ザル場合ニハ結核肺ダケヲ癆痕性ニ萎縮廢用ニ歸セシメテ氣胸ヲ作ルノ方針或ハ又膿胸遺殘死腔ナラバソレガ速カニ無菌的トナルガ如キ治療方針ヲ取ル可キナリ。

肋骨ヲ切除シ肥厚セル肋膜ヲ剥キ取りテ胸腔ヲ荒蕪センコトヲ試ミル治療方針ハ一面ニ於テハマタ決シテ徹底的ニ遂行シ得ザルモノナリ。何トナレバ此ノ方針ヲ忠實ニ遂行センガ爲ニハ結局肩胛骨ヲモ切除セザルベカラズ、從テ上肢ヲモ犠牲ト爲スコトヲ必要トス。這ハ解剖學上明白ナルコトナリ。何程肋骨ヲ切除シテモ肩胛骨ガ鍋蓋ノ様ニ覆ヒ居ル限りニ於テハ此部ノ胸壁ノ陷沒ハ完全ナルコト能ハズ、然ルニザウエルブルツフ氏ノ胸廓成形術ニテモ或ハ膿胸遺殘死腔ノ治療法トシテノシエーデ氏デロルム氏手術等ニテモ肩胛骨及ビ上肢ヲモ取り去ルコトハ敢テセザルナリ、故ニ從テ胸腔ノ荒蕪ハ不完全ナリ、從テ亦タ治癒ハ不完全ナリ、從テ此ノ不完全ヲ補ハンガ爲ニ此部ノ死腔ニ對シテハ充填法ヲ合併ス

ルノ止ムヲ得ザルニ至ルモノナリ。非常ニ高度ノ畸形ハ猶ホ忍ブベシトスルモ徹底的ニ治療ノ方針ヲ遂行スルコトヲ得ザルガ如キ胸腔荒蕪ノ治療方針ハ余ノ探ラザル所ナリ。特ニ其ノ方針(胸腔荒蕪方針)ニ據ラズトモ他ニ治癒シ得ル可能性アル場合(無菌的空洞ノ形成)アルニ於テハ猶更ラナリ。即チ此ノ方針ハ首尾一貫セザル不徹底ノモノナリ。

余ノ教室ニテハ膿胸遺殘死腔ノ治療法トシテハ多年「荒蕪法」ヲ廢シテ、其代リニ「腔内無菌化」ヲ企テ、満足スベキ治癒ヲ收メ、伊藤肇、林茂及ビ最近(昭和4年)ニハ廣瀬研之ノ詳細ナル報告アリ。

此ノ新治療方針ノ主眼トスル所ハ可及的早期ニ膿胸ノ排液裝置ヲ取り除キ、瘻口ヲ自然閉鎖ニ導カントスルニアリ。此際膿胸遺殘死腔中ヘ「コクチゲン」(喰菌作用ヲ旺盛ナラシムル目的ニシテ多クハ連葡混合「コクチゲン」ヲ使用ス)ノ3.0乃至5.0兊ヲ注入スルカ、或ハ全身性ニ皮下又ハ血行中ヘ1.0乃至2.0—3.0兊ヲ注射シ、毎日連用ス。以上ノ如キ治療方針ハ結核性膿胸ニテモ、又或ハ急性膿膿性ノモノニテモ凡テ様ニ適用セラル。

結核性膿胸患者ノ1例ノ如キハ最初ハ舊治療方針ニヨリテ處置セラレ4回ノ手術ニテ多數ノ肋骨ヲ切除シ、以テ死腔ノ荒蕪ヲ企テラレシモ治セズ、第1回ノ手術後1年2ヶ月ヲ經過シタル時、始メテ新治療方針ノ下ニ取扱ハレ、8ヶ月ニシテ瘻孔治癒セリ(此際「死腔」ハ無論存在ス、然レドモ無菌的ナルガ故ニ毫モ妨グズ)。

陳舊性膿膿性膿胸ノ一患者ノ如キハ最初ノ手術ニテ肋骨切除及ビ排膿ヲ行ハレ其後1年7ヶ月間瘻孔ヲ有シタリシガ、新治療方針ニ從テ處置セラル、ニ至リ4ヶ月目ニテ瘻孔全ク閉鎖治癒セリ(此際「死腔」ハ無論存在ス)。

サテ瘻孔治癒シタル場合ト雖「死腔」ハ必ズ存在シ居ルモノナリ。然ラバ此ノ「死腔」ハ(1)如何ナル状態ニシテ(2)後日如何ナル運命ヲ辿ルヤノ疑問起ルベシ。

先づ第1、以上ノ如クニシテ治癒シタル「死腔」ハ其ノ内面ハ膿膿膜ヲ以テ取圍マレ、腔内ハ空氣ヲ有シ、時ニハ漿液性滲出物ヲ少許許リ容レ居ルコトモアリ(コハX線ヲ以テ立證スルコトヲ得)。マタ此ノ如クニシテ治癒シタル後ニ遺サレタル「死腔」中ニ何等液性内容無キ場合ニハ、注射針ヲ刺入シ、生理的食鹽水10.0—30.0兊ヲ注入シテ、X線ニヨリテ「死腔」内ニ於ケル水平面ヲ立證スルコトヲ得。此ノ如キ場合ニ其ノ食鹽水ヲ再ビ吸ヒ出ス時ハ多クハ注射針刺入ニヨリテ起リタル出血ニヨル新鮮ナル赤血球ノ少許ヲ其液中ニ證スルノミニシテ、膿球ヤ膿膿菌等ハ立證シ得ザルヲ以テ普通トス。

第2、此ノ如キ「死腔」ノ運命ニハ二様アリ。其一ハ再ビ膿膿菌ガ繁殖シ、化膿シ、從テ全身違和體溫上昇ヲ伴フコトナリ。此際ニハ更ニ「コクチゲン」ノ局所性乃至全身性注射ヲ繰リ返ヘスカ、或ハ再ビ以前ノ瘻孔ノアリシ部ヨリ「死腔」ノ内容ヲ排除シ、今迄デ取り來リタリシ治療法ヲ更ニ再ビ反覆スルナリ。

運命ノ其二ハ「死腔」中ノ化膿等ハ毫モ起ラズ(即チ再發ハ起ラズ)シテ患者ハ健康體トシテ活動シツ、アル間ニ、「死腔」ハ自然消失シ、「死腔」ノ存在シタリシ部位ハ全ク肺ヲ以テ充サル、コトナリ(是即チ整正治癒ナリ)。此ノ如キハ死腔ヲ境界スル無菌的肉芽組織ガ癥痕性ニ萎縮シ以テ肺ヲ膨脹セシメタルモノニ他ナラズ。

此ノ如キ整正治癒マデニ要スル時日ハ「死腔」ノ形狀大小患者榮養ノ良否ニヨリテ種々ナルベキハ言フ俟タズト雖、或ルモノハ1ヶ月乃至4ヶ月後ニ消失シ、或ルモノハ2年2ヶ月後ニテモ猶ホ存在セリ(無論何等ノ障礙無ク患者ハ健康ナリ)。或ルモノハ以前ニ長サ8.5幅3.5 釐大ノ死腔ナリシガ、4ヶ年後ニハ全ク消失シ健康肺ヲ以テ充サレ居タリ。

瘻孔ガ治癒シタル後ニ貽サレタル「死腔」ノ運命ナリトシテ其<sub>一</sub>ニ舉ゲタリシ「化膿ノ再發」ハ理論上ニハ可能ノコトナレドモ、實際上ニハ殆ンド無シ。廣瀬研之ノ調査シタル12例ノ患者中再發ヲ來シタルモノ1例モ無シ、而シテ此ノ新治療方法ノ遠隔成績ヲ調べタル時日ハ5年11ヶ月、3年9ヶ月、2年9ヶ月、2個年等ニシテ可ナリ長キ年月ニ亘リシモ再發ヲ認めズシテ却テ前ニ述ベタルガ如ク「死腔」ノ消失ニヨル整正治癒ヲ得タリ。

患者<sub>第2</sub>(19歳)。本年4月16日ヨリ下痢全身倦怠、4月20日惡寒、23日全身輕度ノ浮腫、血尿。28日體溫41度。血尿高度。5月2日體溫下降セルモ5月5日ヨリ再び上昇、5月12日左側膿胸ノ診斷ニテ内科醫ニヨリ穿刺排膿(620 ㄩ)、13日穿刺排膿(1000 ㄩ)、19日同上(150 ㄩ)ヲ受ク、5月27日始メテ外科醫ヨリ肋骨切除ニテ約500 ㄩノ排膿ヲ受ク。

其後直チニベルテス氏法ニヨリテ氣密的ニ吸引法ヲ行ヒテ、毎日500—700 ㄩノ排膿アリ今日ハ術後13日目ナリ。膿中ニハ肺炎双球菌ヲ純培養ノ形ニテ立證シ得タリ。コハ即チ肺炎後ニ發シタル左側全膿胸患者ナリ。目下排膿ハ減少セルモ猶ホ200—300 ㄩアリ、體溫最高38度内外ナリ、故ニ未ダ排膿管ヲ拔去スルコト能ハズ、然レドモ常ニ其ノ機會ヲ窺ヒ居ルモノナリ。

(後記、此ノ患者ハ全身衰弱強ク手術後27日目ヨリ再び血尿ヲ出シ6日目ニハ血尿高度體溫40度ニ昇リ17日目(血尿ヨリ)ニ死亡セリ)。

患者<sub>第3</sub>(22歳)。昭和5年12月惡寒體溫38度、咳嗽咯痰左胸痛アリ、翌年1月呼吸困難加ハル。

此ノ患者ハ3月28日肋骨切除ニヨリテ約900 ㄩノ膿ヲ排除ス。ベルテス氏法ニヨリ吸引シ術後26日目ニ排膿管ヲ拔去シ、創口ヲバ單ニ綿紗ニテ蔽フー止メタリ。

其後創口ヨリノ排膿ハ無キモ「死腔」内ニ膿ガ潴溜スル證トシテ38度以下ノ體溫上昇アリ。7日目ヨリ殆ンド無熱トナル(術後96日目全治退院)。

患者<sub>第4</sub>(18歳)。肺炎後ノ右側全膿胸患者ニシテ前記同様ノ治療方針ニテ處置セラレツ、アリ。

患者第5(21歳)。發病後約1ヶ月ニシテ肋骨切除ニヨリ約80匁ノ膿ヲ排除セリ。コハ右側ニ於ケル限局性基底部分膿胸ニシテベルテス氏法ヲ施サズ、約3週間排膿管ヲ挿入シタリシガ其後ハ拔去、目下單ニ綿紗ヲ以テ蔽フー止ム(術後55日目全治退院)。

患者第6(30歳)。昭和5年11月頃ヨリ盜汗全身倦怠アリ翌年1月急ニ咳嗽咯痰アリ、試験的穿刺ニテ右胸背後下部ニ寒性膿ヲ證ス。

1月7日肋骨切除ヲ行ヒシガ、鶏卵大ノ膿瘍ヲ證シタルノミ。2月18日再手術ニテ肋骨切除ヲ行ヒ空洞内ノ肉芽ヲ搔キ取リタリ。其後今日迄5ヶ月ヲ經過セルモ増悪ノ傾向モ、治癒ノ傾向モ見エズ、殆ンド同様ノ状態ニ在リ。

這ハ「結核性ノ限局性膿胸」ガ開放セラレテ混合傳染ヲ來シ慢性ノ經過ヲ取り居ルモノナリ。現ニ主トシテ全身榮養ヲ高ムルコトニ重キヲ措キ日光療法ヲ行ヒツ、アリ。

患者第7(41歳)。昭和5年10月頃ヨリ發作性呼吸困難アリ、2年前ニ左胸前面ニ無痛性ノ腫隆ヲ得シガ漸次膨大シ昭和5年5月自潰シテヨリ今日(昭和5年11月4日)マデ不斷ニ少許ノ膿ヲ出ス。

昭和5年12月10日手術ニヨリ瘻孔ヲ切り擴ゲ第7肋骨ノ一部ヲ切除シ寒性膿瘍ニ達シ約500匁ヲ吸引ス。

術後7日目ヨリ體温ハ殆ンド正常ニ復セルモ26日目頃ヨリ發熱38度内外トナリ、膿ハ吸引ニヨリテ多キ時ハ350匁、少クテモ80匁ヲ出ス。術後97日目頃ハ體温正常トナリ7週間觀察セルニ體温ハ依然トシテ正常ナリ。故ニ術後146日目ニ排膿管ヲ全部拔キ去リ、創口(瘻口)ニハ單ニ綿紗ヲ壓抵スルニ止ム。ソレヨリ6日目ニ至リテ體温ハ38度2分ニ上昇シ來リ、明白ニ吸收熱ヲ示ス。連葡混合「コクチゲン」ノ注射ヲ行ヒシモ著効無シ。故ニ排膿管ヲ拔去シテヨリ14日目ニ再ビ排膿管ヲ挿入シ持續的吸引法ヲ行フ、翌日ヨリ體温忽チ平常トナル。

故ニ7日間ヲ經過シ(此間體温ハ37度以下ニシテ正常)8日目ニ再ビ排膿管ヲ拔去ス。此日ヨリ體温ハ依然トシテ正常ナリ。然ルニ第9日目ニ至リ體温ハ38度8分ニ上昇シ脈搏呼吸一般狀態再ビ惡化ス、依テ3度膿ノ吸引ヲ開始ス。膿中ニハ白色葡萄狀球菌ヲ證スルノミナリ。

今回ハ「コクチゲン」及ビ膿ノ吸引ヲ行フモ體温ハ容易ニ平常ニ復セズ。38度内外ノ弛張熱持續スルコト26日間ニ及ブ。故ニ6月27日手術ニヨリ瘻口ヲ切り擴ゲ、第6肋骨ヲ4糎切除シ、約3糎ノ厚サヲ有スル體壁助膜ヲ切開シ、膿瘍空洞ノ側空洞ニ達シ排膿ヲ十分トナス。

術後第4日目ヨリ體温正常ニ復歸ス。今日ニテハソレヨリ18日目、依然トシテ體温ハ正常ナリ、然レドモ排膿モ依然トシテ多ク、從テ排膿管ヲ拔去シ得ルノ日ガ何日ナルベキカヲ知リ得ズ。

以上ハ結核性膿胸(全膿胸)ニシテ<sup>11</sup>。ツ側膿瘍ヲモ行シタル一例ナリ(X線像供覽)。余ノ治療方針ニ從ヒ何回カ排膿管ノ拔去ヲ行ヒタレドモ毎常不成功ニ終リタルモノナリ。

結核性膿胸ハ全膿胸タルカ、或ハ癒着性部分的膿胸タルカヲ問ハズ、結核原病菌ガ治癒セザル限りニ於テハ、幸ヒ一シテ(結核菌以外ニ就テ)無菌的ト爲シ得タリトスルモ、之ヲ以テ治癒ヲ企テ得ザルコトハ明白ナリ。

故ニ結核性膿胸ニ臨ミテハ最初ヨリ『之ヲ開放セザル方針』ヲ取り、手術ヲ行フ場合ニテモ嚴重ニ無菌的處置ノ下ニ之ヲ行ヒ、且ツ正シク軟部及皮膚縫合ヲ行ヒテ、第1期癒合ヲ來サシメ、不幸ニシテ膿ノ潑溜ガ再ビ起ル時ハ之ヲ無菌的ニ穿刺排除スベク、決シテ『排膿管ヲ使用スルコトニヨリテ持續的ニ排膿スルノ方針ヲ取ラザル』ヲ可トス。止ムヲ得ザル場合ニ限リテノミ一時開放性處置ヲ取ルベキナリ。止ムヲ得ザル場合トハ(1)混合傳染ヲ起シ居ル時、又ハ(2)自潰シテ瘻孔ヲ形成シ居ル時(此ノ時ハ多クハ混合傳染アリ)ナリ。

患者第9(29歳)。昭和5年6月10日全身倦怠輕熱咳嗽心窩部疼痛等アリ。

7月19日左側第9肋骨ヲ4糎切除シ、約1200<sup>11</sup>。ト膿ヲ胸腔ヨリ排除ス。

術後6日目ヨリ術前39度以上一モナリシ體温ガ全ク正常トナリ、2週間連續的ニ正常ナリ。20日目ヨリ體温稍々上昇セシガ1週間一テ自然ニ正常ニ歸シタリ。膿ハ1日40乃至150<sup>11</sup>。ト出ス。術後第36日目ニ排膿管ヲ拔去ス。其前モ其後モ體温脈搏共ニ正常。

然ルニ排膿管ヲ拔キ取ツテヨリ第12日目ニ忽然38度8分ノ體温上昇アリ(膿中一ハ白色葡萄狀球菌ノミヲ立證シタリ)、併シ此ノ體温上昇ハ穿刺ニテ280<sup>11</sup>。ト膿ヲ出シタル結果第3日目ヨリ再ビ正常トナリタリ。

然ルニ2日ヲ經テ體温ハ38度、8度2分、8度8分、9度2分ト階段狀ニ上昇シ來レリ、9日目一ハ39度2分、10日目モ同程度ナリキ。此日穿刺ヲ行フモ膿ハ證明サレズ(排膿管ハ拔去セラレ居ルコト前記ノ如シ)。自家「コクチゲン」ノ注射(皮下)ヲ行フコト毎日1回ナリ。翌日(手術ヨリ第59日日)再ビ平熱トナル、而シテ12日間全ク健常。13日目37度5分、14日目39度3分、16日目38度4分ナリシガ穿刺一ヨリ排膿60<sup>11</sup>。ト、再ビ平熱トナレリ。而シテ爾後7週間殆ンド全ク無熱ナリキ。

術後131日目ヨリ體温再ビ38度内外ニ動搖シ來リ約5週間此ノ狀態ナリキ。依テ手術ヨリ第163日目ニ穿刺ニテ300<sup>11</sup>。ト膿ヲ出シタリ。後4週間ヨリ再ビ全ク無熱狀態トナリ。3週間繼續セシガ、再ビ38度内外ノ發熱持續スルコト1週間、依テ膿腔ヘ連荷混合「コクチゲン」3.0<sup>11</sup>。トヲ毎日注入セリ。4日日ヨリ再ビ全ク無熱狀態トナリ、約7週間繼續セリ。膿胸遺殘死腔ノ容積約43<sup>11</sup>。ト。然レドモ瘻口ハ閉鎖セズ、依然少許ノ排膿アリ(排膿管ヲ拔去シタルコトハ前文ノ如シ)。

術後第160日目ヨリ肺炎ヲ併發ス。ソレヨリ10日目(術後170日目)ニテ再ビ排膿管ヲ挿入シ持續的ニ吸引ス。體溫ハ翌日ヨリ殆ンド正常トナル。16日ヲ經過シ再ビ排膿管ヲ拔去ス。體溫ハ時々38度以上トナレドモ瘻口ヲ單ニ綿紗ニテ蔽フノミテ觀察ス。傍ラ日光療法ヲ施ス。後7週間ヲ經過スル迄ハ38度以上ノ體溫上昇アリシガ脈搏ハ比較的的正常ニ近シ。術後187日目(前記7週間經過後)體溫ハ自然ニ再ビ平常トナリ持續10日以上ニテ今日ニ及ブ。瘻口ハ未ダ全治セズ膿ノ排出非常ニ僅微トナレリ。

這ハ「結核性全膿胸」ノ1例ナルガ新治療方針ニテモ容易ニ治癒セザルヲ知ルニ足ル可シ。

急性化膿性ノ膿胸ハ比較的の早期ニ無菌性トナリ得レドモ結核性ノモノハ一度混合傳染ヲ來ス時ハ容易ニ無菌性トハナラズ、マタ結核病竈ソレ自身モ容易ニ治癒セズ、一進一退長キ經過ヲ取ルハ止ムヲ得ザル所ナリ。

膿胸ヲ發生ノ原因ニヨリテ分類スレバ下ノ如クナル。

- A、急性化膿性
- (1) Para- 或ハ Metapneumonische (併肺炎性或ハ續肺炎性)
  - (2) Autochtone (自家性又ハ特發性)
  - (3) Traumatische (外傷性)

B、慢性結核性

自家性又ハ特發性 (autochtone Pyothorax) ノ膿胸ニテハ肺炎トカ外傷トカノ原因ノ無キモノナリ。併シヨク注意スレバ身體ノ何レカノ部ニ化膿性病變消化管ノ炎症(下痢、蟲様垂炎)等ガ立證セラル、場合多キモノナリ。起炎菌ハ肺炎双球菌・連鎖狀球菌・葡萄狀球菌等凡テ急性化膿性炎症ノ原因ヲ爲スモノナリ。

慢性結核性ノモノハ主トシテ體壁肋膜ノ結核ニヨル寒性膿ノ瀦溜トシテ考フベシ。

膿胸ヲ其ノ型ニヨリテ分類スレバ下ノ知クナルベシ。

- 甲 { 全汎性  
無癒着性 (Totalempyem)
- 乙 { 局部性  
癒着性 (abgekapselter Pyothorax)

此ノ乙ニ屬スルモノニハ左ノ如キ種類アリ。

- (1) Spitzenempyem (apikale Ergüsse)
- (2) Basisempyem
- (3) Mediastinalempyem
- (4) Interlobäres Empyem
- (5) Mantelempyem

何ノ型ノ膿胸ニテモ自然ニ放置スル時ハ自然治癒ノ道程ヲ辿ルコトモアリ。即チ膿瘍ハ

胸壁ヲ穿破シテ外方ヘ排除セラル、カ、或ハ氣管支中ヘ穿孔シテ氣道ヨリ咯出セラル、カノ二途ナリ。是ヲ Empyema necessitatis (要穿性膿瘍)ト呼ブ。

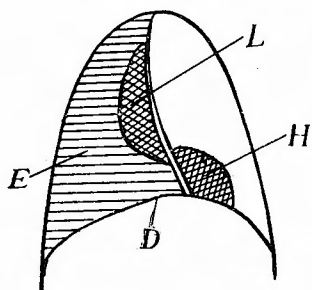
此ノ如キ自然治癒ノ機轉ハ毎常待チ設ケ得ザルモノナリ。特ニ膿胸ガ結核性ナル時ハヨシ外方ヘ自潰穿破スル迄待チテモ、治療上寸効無ク却テ混合感染ヲ來スガ故ニ、治癒ニハ不利トナル。マタ膿ヲ有スル胸腔ガ癒着ノ結果トシテ多房性トナリ居ル場合、即チ多房性膿胸 (mehrkammerige Empyeme) ノ時ハ氣管ノ方或ハ胸壁ノ方ヘ穿破スル要穿性膿胸 (Empyema necessitatis) ノ型ヲ取りテモ治癒ハ完全ナルコト能ハズ。

「膿胸」ニ臨ミ治療ニ膿ヲ排泄スル目的ニテ「肋骨切除」ヲ行フコトハ小兒ニハ必要無キニ似タリ。大人ニ向ツモ亦タ此ノ肋骨切除ガ絶對ニ必要ナリヤ否ヤハ大ニ疑問ニシテ攻究ヲ要ス可キモノナリ。特ニ可及的早期ニ排膿管ヲ除去シ膿胸遺殘死腔ヲ存置シタル儘ニテ瘻口ヲ閉鎖セシムルコトヲ目的トスル新治療方針ニテハ特ニ肋骨切除ヲ行ハザルヲ以テ可トナスベキガ如シ。結核性膿胸ニ對シ肋骨切除ヲ行ヒ排膿シ、同時ニ之ヲ開放性ニ處置シテ、二次的ニ混合感染ヲ來サシムルガ如キハ、全ク誤リタル治療方法ト謂ツ可キモノナリ。

新治療方法ノ主トスル所ヲ全膿胸ニ例ヲ取りテ圖說スレバ次ノ如シ。以テ胸腔ヲ荒蕪シ、肺臟ヲ廢用ニ歸セシメントスル從來ノ治療方針ノ爲ス所(第6圖)トノ差別ヲ知ルベキナリ。

膿胸ノ原因ヲ爲ス細菌ノ種類ハ種々雜多ニテモ、治療ニ共ノ無菌化ヲ企ツル目的ヲ以テ使用セラルベキ「コクチゲン」ハ既製ノ連菌混合「コクチゲン」ヲ以テ十分ナリトス。何トナレバ這ハ喰菌作用ヲ旺盛ナラシムルニ原因スルモノニシテ、而シテ此ノ作用ニハ菌種族固有性ヲ顧慮スルヲ要セザルコトガ既ニ十分ニ立證セラレ居ルガ故ナリ(完)。

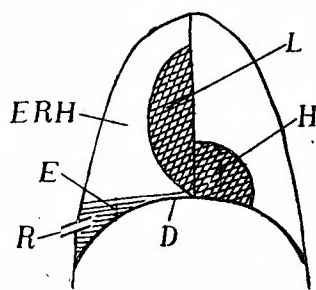
第一圖



右側全膿胸

- L = 右肺(壓迫セラル)  
H = 心臓(縦隔竇ト共ニ左方ヘ壓排セラル)  
D = 横膈膜  
E = 右側全膿胸中ノ膿

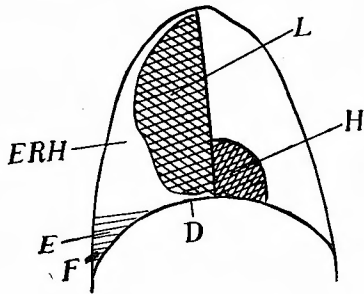
第二圖



全膿胸排膿後ノ狀態

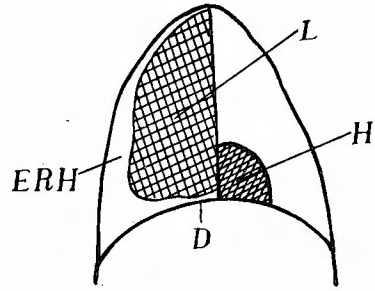
- L, H, D = 第一圖ノ如シ  
ERH = 膿胸遺殘死腔  
E = ERH 中ニアル多少ノ膿  
R = 胸壁ヲ通ル排膿管  
Lハ萎縮シテ機能ヲ營マズ Perthes 氏法ニヨレバ ERH 中ニハ陰壓アルモツレニテモ Lハ十分ニ膨脹セズ、ERHノ内面ハ全部肉芽面(即チ膿膜)。

第三圖



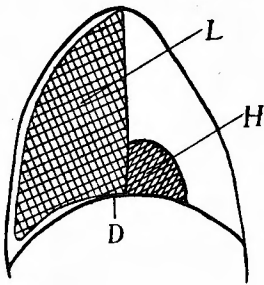
ERHハ縮少ス(此中ニハ空氣及ビ多少ノ膿(E)ヲ容ル)  
F=Rヲ拔去シタル部ノ瘻口  
Lハ多少膨大ス(ERHノ内面ヲ蔽ヘル肉芽ノ萎縮ニヨル)  
FヨリハKoktigenヲ注入シ ERH中ノ無菌化ヲ企ツ。

第四圖



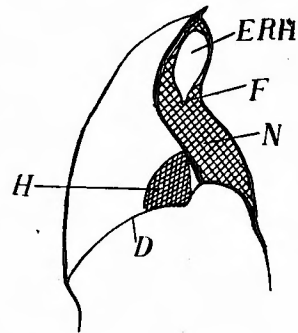
胸壁ノ瘻口Fハ全ク治シ閉鎖ス  
L(肺)ハ肉芽ノ癰疽性萎縮ニヨリテ次第ニ膨脹ス  
ERH(膿胸遺残死腔)ハ益々小トナル、ERH中ニハ空氣ヲ容ル、時ニハ多少ノ滲出液ヲ有ス  
Koktigenヲ ERH内へ或ハ皮下へ注射シテ一般喰菌作用ヲ高メ ERHノ完全ナル無菌化ヲ企ツ。

第五圖



ERH消失シ肺(L)ハ胸腔ヲ充盈シ體壁肋膜ト肺肋膜トノ間ノ癰疽性癒着モ吸收ニヨリテ輕微トナル(膿胸遺残死腔ノ整正治癒)

第六圖



背 面

胸腔(右)ヲ荒蕪スル舊治療方針ニヨリテ作ラレタル醜惡ナル畸形、ソレニテサヘモ肩胛骨ニテ蔽ハレタル部分ニハ猶且ツ ERH(膿胸遺残死腔)及ビF(瘻口)ヲ貽ス故ニ舊治療方針ヲ忠實ニ遂行スル爲ニハ肩胛骨從テ上肢ヲモ截リ棄ツルコトヲ必要トス。然レドモ之ヲ敢行スル外科醫ハ無シ。

Nニ癰疽ヲ以テ荒蕪セラレタル胸腔ノ一部ニシテ萎縮シタル肺ト固着ス。