

原 著

所謂懸雲性肋膜滲出液ニ就テ

東京 糸川病院 (院長糸川欽也博士)

小 山 重 雄

目 次

第一章 緒 言

第二章 實驗例

第三章 考 察

第一節 發生機轉

第二節 診 斷

第三節 本滲出液が人工氣胸術療法ノ經過ニ及

ボス影響ニ就テ

第四章 結 論

文獻及ビ附圖

(本論文ノ大要ハ昭和7年4月3日第10回日本結核病學會總會ニ於テ發表セリ)

第一章 緒 言

輒近肺結核ノ治療法トシテ人工氣胸術療法ガ推奨セラル、ニ至リ、本療法ノ治療的效果竝ニ本法ガ惹起スルコロノ種々ナル影響ニ關スル檢索相踵イデ起リ、從ツテ其ノ收メラレタル成績モ亦日ヲ逐フテ發表セラレ枚舉ニ遑アラズ。而シテ現今本療法ノ治療ノ價值ニ就テハ、既ニ何人タリトモ疑義ヲ抱クモノナシト雖、尙術式上ノ缺點或ハ不注意ノタメニ、所期ノ目的ヲ達シ得ザル場合決シテ尠シトセズ。

余ハ本療法ノ完璧ヲ期センガタメニ、從來稍々等閑視セラレシガ如キ觀アル本法ノ施術方法ニ關シテ、尙研究ノ餘地ノ存スルヲ思ヒ、先ヅ氣胸術施行中屢々發現シ、治療上ニ惡影響ヲ及ボス所ノ厭フベキ肋膜腔滯溜液ニ關シテ檢索ノ歩ヲ進メツ、アル中、偶々肋膜滲出液ノ或ル特殊ナル狀態ニ遭遇セリ。即チ本滲出液ハレントゲンヲ通ジテ確說セラル、モノニシテ、其ノ發生機轉及ビ肋膜腔ニ於ケル滲出液ノ存在部位ハ、一般ノ場合ニ於テ認ムルコロノ肋膜滲出液ト自ラ異ナリ一種特有ノ所見ヲ呈ス。詳言スレバ一旦虛脫ニ陷レル氣胸肺ガ、日ヲ經ルニ從ヒテ、

其ノ下葉部ノミガ部分的ニ擴張復舊シタル場合、最初肋膜腔基底部ニ占居シタリシコロノ氣胸滲出液ガ、漸次上方ニ舉揚壓排セラレテ自然ニ轉移ヲ來タシ、肋膜腔著ヲ生ジタルコロノ肺下葉ノ上方ニ位置スルニ至ル。余ハ本滲出液ヲバ時ニ懸雲性肋膜滲出液ト命名セント欲ス。蓋シ滲出液ノ肋膜腔ニ於ケル滯溜狀態ハ恰モ山嶽ニ懸レル片雲ヲ想像セシムレバナリ (第四圖參照)。

懸雲性肋膜滲出液ハレントゲン所見ニ於テハ一般氣胸滲出液ニ於ケルガ如ク其ノ上界水平ニシテ、且ツ極メテ明割ナリ。試ミニ咳嗽ヲ命ズレバ明カニ振盪波ヲ認ムルコトヲ得ベシ。大多數ノ症例ニ於テハ肺ニ對スル境界著明且ツ銳利ニシテ、基底部ハ杯狀ニ境セラル、ヲ常トス。然リト雖、肺下葉ニ強度ナル浸潤存在シ透明度ノ減退セルガ如キ場合ニ於テハ、肋膜滲出液ト擴張復舊セル肺下葉トノ境界ハ著明ナラザルコト尠カラズ。

文獻ヲ涉獵スルー、本邦ニ於テハ未ダ斯ノ如キ肋膜滲出液ニ關スル記載ヲ見ズ。偶々余ガ遭遇

セル本滲出液症例中、特ニ人工氣胸療法ノ經過ニ對シ全ク相馳背セル結果ヲ招來シタルニ症例ニ就キテ、比較的詳細ニ觀察スルノ機會ヲ得タ

ルヲ以テ、茲ニ之ヲ報告シ、併セテ聊カ考察ヲ述ベント欲ス。

第二章 實驗例

第一症例。

患者、深○芳○ 14 歳 男 中學生

初診、昭和 5 年 9 月 10 日

既往症、家族史上特筆スベキ遺傳的疾患ナシ。

患者モ亦著患ニ罹リシコトナシト謂フ。

現病歴、昭和 5 年 5 月頃ヨリ食慾減退シ、漸次脱力羸瘦ス。間々微熱ヲ發シタリシモ努メテ通學セリ。8 月以來咳嗽、喀痰頻出シ盜汗甚シク、最近ニ至リテハ右側胸痛ヲ訴ヘ、體溫 38 度乃至 39 度ノ間ヲ往來スルニ至ル。某醫ニヨリ肺結核ト診斷セラレ直チニ人工氣胸術ヲ施サレタリシガ肋膜癒著ニヨリ空氣送入不可能ノ故ヲ以テ本院ニ紹介セラレ來リ入院ス。

現症、體格中等、榮養不良、皮膚濕潤シ著シク貧血ス。皮下脂肪組織退化、脈搏 104 至、緊張中等度、整調ナリ。

右肺、肺尖及鎖骨下部ヨリ第四肋間ニ至ル肺野ニ於テ打診音短、聽診上此ノ部分ニ於テ數多ノ中及小水泡音並ニ氣管枝音ヲ聽取ス。後上部ニ於テ小水泡音、呷軋音、笛聲ヲ聽ク。後下部打診上濁音ヲ呈シ、呼吸音微弱ナリ。

左肺、打診上肺尖部ハ短ナルモ鎖骨下部ニ於テハ寧ロ鼓音ヲ呈シ、前上半部ハ呼吸音疎裂ニシテ、呼氣延長ス。

レントゲン所見(第一圖)。

右肺、下葉ノ小部分ヲ除ケル殆ンド全視野ニ互リ陰影著明ナリ。鎖骨下ニ於テ約鳩卵大ノ空洞 2 個ト約胡桃大ノ空洞 1 個相連接シテ存在ス。左肺、肺門部ヨリ中央部ニ互リテ點狀陰影濃厚ナリ。喀痰中ニ於ケル結核菌甚ダ多數ニシテガフキー氏表第 VIII 號ニ相當ス。體溫常ニ 38 度ヨリ 39 度ノ間ヲ往來ス。體重 7 貫 400 匁、赤血球沈降速度 83 (1 時間) — 115 (2 時間)

診斷、兩側肺結核(滲出性—空洞性型)

經過、昭和 5 年 9 月 11 日。空洞存在シテ進行性ヲ示ス、右側ニ先ヅ第 1 回氣胸術ヲ施行ス。右側中腋窩線第六肋間腔ニ於テ刺入。穿刺針ノ深サ 1.8 糎。肋膜腔初壓(−7.0)、呼吸差(3.0)、終壓(−5.0) — (−2.0)。送入空氣量 150 匁。術後右側胸内ニ輕度ノ壓迫感ヲ訴フ。

9 月 14 日 第 2 回注入、空氣量 150 匁、

9 月 18 日 第 3 回注入、空氣量 200 匁、

氣胸術施行以來體溫漸次下降ノ傾向ヲ示シ、37 度 5 分ヲ超ユルコトナシ。10 月 8 日迄ニ於テ右側氣胸術施行 7 回、空氣注入總量 1500 匁、本療法開始以來僅々 1 ヶ月ニ達セサルニ拘ラズ、體溫全ク安定シ 37 度ヲ超ユルコトナク、咳嗽、喀痰、盜汗モ亦漸次減退スルニ至ル。喀痰中ニ於テ結核菌ハ唯ダ其ノ少數ヲ證明スルノミ。然レドモ赤血球沈降速度ハ尙 89—116 ヲ算シ、初診當時ト殆ンド異ナル所ナシ。體重 7 貫 670 匁。レントゲン所見、右肺ハ約 2 分ノ 1 ニ萎縮シ、中央部ヨリ稍々上外側壁ニ於テノミーノ細キ索狀癒著ヲ見ル。空洞ハ漸次縮小化スレドモ未ダ全ク消失スルニ至ラズ。

10 月 14 日、左側第 1 回人工氣胸術施行、送入空氣量 120 匁。肋膜腔初壓(−9.0)、呼吸差(1.0)終壓(−6.0) — (−3.0)、穿刺針ノ深サ 1.5 糎、術後輕度ノ胸内苦悶ヲ訴フ。

10 月 15 日、右側第 8 回注入空氣量 300 匁。

10 月 19 日、左側第 2 回注入空氣量 150 匁。

爾來右側ハ約 10 日乃至 2 週間、左側ハ 1 週間内外ノ間隔ヲ以テ 200 匁—300 匁宛後注入ヲ施行セリ。

11 月 4 日、氣胸術施行右側 10 回、總注入量 2100 匁。左側 5 回、總注入量 1,110 匁。

盜汗發熱全ク消失シ、咳嗽、喀痰共ニ消退シ、體重モ約 600 匁増加シテ 8 貫ニ達ス。

右側ハ打診上寧ロ鼓音ヲ呈シ、呼吸音ヲ聴取シ得ズ。唯深呼吸時ニ際シ稀ニ笛聲ヲ聞クコトアリ。左側ハ肩胛間部ニ於テ僅少ノ摩擦音ヲ聴取スルノミ。水泡音ハ全然缺除ス。

喀痰中ノ結核菌甚ダ少數。赤血球沈降速度 64 (1 時間) — 94 (2 時間) ニ降下セリ。

レントゲン所見、右肺ニ於テハ外側壁ノ中央部ノ細小ノ索狀癒著存在スルモ長クシテ殆ド完全氣胸ノ狀態ヲ呈ス。空洞ハ全ク消失セリ。左肺ハ理想的弛緩氣胸ヲ形成ス (第二圖参照)。

斯クテ治療以來僅カニ 2 ケ月ニシテ一般狀態著シク好轉シ、外見上殆ド健康體ト選ブドコロナキニ至ル。

11 月 6 日、家事ノ都合ニヨリ退院ヲ希望セルヲ以テ前醫ニヨリテ繼續シテ氣胸術ヲ受クベキヲ約シテ之レヲ許可ス。

昭和 6 年 2 月 3 日、退院以來郷里ニ於テ人工氣胸術療法ヲ行ヒシガ、再ビ咳嗽、喀痰共ニ多量トナリ體重稍々減少セリ。依ツテ再ビ本院ヲ訪フ。

左右兩側共ニ打診、聴診上ニ於テ、退院當時ノ所見一比シテ殆ド異ナルトコロナシ。

レントゲン所見、右肺ハ萎縮狀態ヲ呈スルモ肋膜腔下部ニ於テ滲出液ヲ認ム。而シテ此ノ滲出液ハ上界水平ニシテ、氣胸腔ト鋭ク境セラレ、咳嗽明カニ波動ヲ認ム。滲出液ノ下部ハ其ノ肺臟トノ關係著明ナラズ (第三圖参照)。人工氣胸術施行、右側肋膜腔初壓 (—6.0)、呼吸差 (5.0) ナリシモノガ注入量僅々 150 ㏄ニシテ直チニ陽壓ト化シ終壓 (+4.0) — (+2.0) ヲ示ス。

爾來レントゲン検査ニ依ルニ、右側肋膜滲出液ハ著シク増加セザルモ、虚脱ニ陥レル肺下葉ガ再ビ擴張シテ肋膜トノ間ニ癒著ヲ惹起セルカノ如キ觀アリ。爲メニ滲出液ハ漸次上方ニ轉位スル傾向ヲ示シ、滲出液陰影ノ下方部ニ相當スル肺野ニ於テハ陰影ノ濃度漸次稀薄トナルヲ認ム (第四圖参照)。

8 月 3 日、Lipiodol 20 ㏄ヲ右側肋膜腔内ヘ注入ス。

レントゲン所見 (第五圖参照)。

右肺 比重大ナル Lipiodol ハ肋膜腔下部ニ沈降シ、濃厚ナル陰影ヲ示シ肺下葉トノ間ニ杯狀ヲナセル鮮明ナル境界ヲ認ム。而シテ滲出液ハ肺下葉ノ上ニ跨リ恰モ山嶽ニ片雲ノ懸レルガ如キ觀ヲ呈ス。蓋シ余ガ本滲出液ヲバ懸雲性肋膜滲出液ト命名セル所以ナリ。然レドモ病竈存在部位タル肺上葉ハ全ク虚脱狀態ニ陥リ、3 個ノ空洞ハ全ク消失ス。

左肺 完全ナル弛緩氣胸ヲ形成ス。

3 月以降打診、聴診上共ニ特殊ナル病的所見ヲ證明セズ。一般狀態常ニ良好ニシテ菌毒素ニヨル中毒症狀全ク減退シ、殊ニ顔色佳良トナリ體重逐次増加シテ健康體ト異ナル所ナシ。目下何等ノ障礙ナク通學中ナリ。

本症例ノ小括

惟フニ本症例ハ、兩側滲出性空洞性肺結核ニシテ病勢ノ進行著シク迅速ナリシニ拘ラズ、兩側人工氣胸術療法ノ敢行ニヨリテ重篤ナル諸症狀ヲバ僅々 2 ケ月ノ短時日ヲ以テ輕快セシムルコトヲ得タリ。而シテ退院後右側肋膜腔ニ滲出液ガ滯溜シテ所謂懸雲性肋膜滲出液ヲ形成スルニ及ビ、一時諸症狀増惡ノ兆ヲ示シタルモ、更ニ慎重ナル態度ノ下ニ氣胸術療法ヲ繼續シタルニヨリ一般狀態好轉シテ再ビ出現セルトコロノ水泡音モ消失シ、全ク健康者ト選ブ所ナク就學ナシ得ルニ至レリ。而シテ未ダ之レヲ以テ直チニ永久の治癒ヲ保證スルコト能ハザルハ言ヲ俟タザルモ、尠クトモ余ガ觀察セル相當長期間ニ亙ル經過ニ徴シテ、本症例ハ懸雲性肋膜滲出液ニヨリテ治療上大ナル障礙ヲ蒙ル所ナク、所謂臨牀の治癒ヲ齎ラセルモノト思考ス。

第二症例

患者、岩○秀 22 歳 男 學生

初診、昭和 5 年 4 月 30 日

既往症、家族史上特筆スベキモノナシ。患者ハ 17 歳ノ時「チフス」ニ罹リ、19 歳ノ時右側滲出性肋膜炎ニ、21 歳ノ時左側肋膜炎ニ冒サル。

現病歴、昭和 4 年 4 月頃ヨリ歩行時輕度ノ疲勞

感ヲ訴へ、同年 6 月 3 日最初ノ血痰ヲ喀出ス。最近ニ至リ咳嗽ハ著シカラザルモ、喀痰量多量トナリ、盜汗ハ之ヲ缺除ス。食慾略々尋常、體溫ハ 37 度乃至 39 度ノ間ヲ動搖ス。入院當時羸瘦甚シク、長期間ニ亙ル絶對安靜ノタメ歩行ハ勿論、自働の體動ハ殆ド不可能ナリ。

現症、體格榮養共ニ不良、皮下脂肪組織ノ發育甚ダ不良、皮膚蒼白乾燥シ貧血ス。脈搏 120 至整調ナレドモ緊張度微弱ナリ。

右肺 肺尖部ニ於ケル打診音ハ短ニシテ捻髪音ヲ聽ク。背側殊ニ肩胛間部ニ於テ小水泡音ヲ中等度ニ聽取ス。

左肺 前胸上半部ニ於テ打診上濁音ヲ呈シ、聽診上殆ド全般ニ亙リ多數ノ小水泡音、啞軋音及笛聲ヲ聽取ス。

レントゲン所見

右肺 僅ニ下方ノ一小部分ヲ殘シテ殆ド全肺野ニ於テ散在スル點狀陰影及ビ之ヲ連絡スル索狀陰影ヲ認ム。

左肺 約全肺野ニ亙リテ點狀陰影無數ナリ。且第二肋間腔外側方ニ於テ境界明劃ナル貳錢銅貨大ノ空洞及下方肺野ニ於テ鳩卵大ノ空洞各 1 個存在シ、兩側共ニ一部滲出性一部増殖性ノ陰影ヲ示ス。

喀痰多量ニシテ膿様ナリ。中ニ無數ノ結核菌ヲ含ム。體溫ノ昇騰著シク最高 39 度ニ達シ弛張性ナリ。體重 12 貫 650 匁。赤血球沈降速度 57—83。

診斷、兩側肺結核(滲出性—増殖性—空洞性)經過、兩側氣胸ヲ作成スル目的ノ下ニ原則トシテ先ヅ病症ノ進行性ナル左側ヨリ氣胸術ヲ實施ス。

昭和 5 年 5 月 3 日、左側ニ第 1 回氣胸作成、第六肋間腔前腋窩線ニ於テ刺入。穿刺針ノ深サ 2.0 浬、注入空氣量 200 匁、肋膜腔初壓 (14.5)、呼吸差 (1.0)、終壓 (—7.0) — (—4.0)、術後ヨリ翌朝ニ亙リ左側胸部ニ輕度ノ牽引痛ヲ訴フ。

5 月 6 日、第 2 回氣胸作成。注入量 250 匁。爾來約 3 日乃至 5 日ノ間隔ヲ以テ後補充ヲ行ヒタ

ルガ、主訴タル喀痰量竝ニ體溫ニ對シテハ何等ノ影響ヲモ認メズ。

5 月 26 日、レントゲン所見(左側第 6 回氣胸術施行、送入空氣量 400 匁)

左側第四及第五肋間ニ相當スル部分ニ於テ廣汎ナル癒著ヲ認ム。而シテ本癒著ヲ境界トシテ上下ニ各部分の氣胸ヲ形成セリ。前記 2 個ノ空洞ハ尙殆ド原狀ヲ維持シテ存在スルヲ認ム。

5 月 31 日、右側第 1 回氣胸術施行、第七肋間腔前腋窩線ニ於テ穿刺。刺入針ノ深サ 2.0 浬。肋膜腔初壓 (—7.0)、呼吸差 (4.0)、終壓 (—4.5) — (—2.0)、注入空氣量 120 匁。

6 月 3 日、左側第 7 回氣胸術施行、300 匁注入。爾來左右交互ニ各 1 週乃至 2 週ノ間隔ヲ以テ 400 匁乃至 500 匁宛後注入ヲ施行ス。

昭和 5 年 10 月 18 日、レントゲン所見(氣胸回数左側 21 回、右側 21 回)。

右肺 完全ナル弛緩氣胸ヲ形成ス。

左肺 殆ド中央部即チ第四及第五肋間腔ニ相當スル部位ニ於テ廣汎ナル癒著存在スルモ、其ノ上下ノ肺野ハ著シク縮小シ、爲メニ前記空洞ハ全ク消失セリ(第六圖參照)。

自覺的ニ喀痰量著明ニ減少シ、其ノ中ニ含マル結核菌モ亦極メテ少數ナリ。體溫 37 度乃至 37 度 5 分ヲ昇降ス。

赤血球沈降速度 27—41 ヲ記録スルニ過ギズ。

榮養狀態モ亦漸次好轉シ、體重約 1 貫匁ヲ増量ス。茲ニ於テ試ミニ輕度ノ散歩ヲ許可シテ其ノ影響スルトコロヲ觀察セルニ何等ノ障礙ヲモ認メズ。依ツテ患者ノ家事都合ニヨリ退院ヲ許可ス。入院當時擔架ヨリ「ベット」ニ移サレテ殆ド身體ノ自由ヲ失ヒ居タリシ患者ハ、僅々數ヶ月ニシテ悠々潤歩シ得ル今日ト思ヒ較ベテ幾多ノ謝辭ヲ殘シテ退院セリ。

12 月 1 日、退院後外來ニテ氣胸術ヲ受ケ、經過良好ナリシガ、右側氣胸術第 28 回施行以來感冒ニ罹リ、體溫再ビ上昇シテ 39 度ニ達シ、咳嗽頻發喀痰多量ナリ。爲メニ顔面浮腫ヲ呈シ、加フルニ激烈ナル呼吸困難ヲモ招來スルニ至レリ。

レントゲン所見、完全ナル弛緩氣胸ヲ形成セシ右肺ハ其ノ下側部位ニ於テ肋膜トノ間ニ癒著ヲ營ミ、滲出液ハ肺下葉ノ癒著局所ノ上方ニ存在シテ恰モ山嶽ニ懸レル片雲ヲ想ハシム。滲出液ノ上界ハ水平ニシテ且ツ明劃ナリ。レントゲン透視ニ際シ咳嗽時明ニ波動ヲ認ム。即チ余ノ所謂懸雲性肋膜滲出液ヲ形成セルヲ知ル(第七圖参照)。

12月5日、呼吸困難尙去リ難キヲ以テ、右側滲出液穿刺術ヲ施行ス。穿刺量800 ㄱ。穿刺液ノ性狀ハ血性漿液性ニシテ比重1020。リバルタ氏反應陽性。穿刺直後人工氣胸術施行。送入空氣量400 ㄱ。肋膜腔初壓(−12.0)。呼吸差(8.0)、終壓(−8.5)―(−2.0)、術後呼吸困難減退シ胸内輕快感ヲ覺ユ。

12月13日、第2回右側穿刺術施行。總量200 ㄱ。穿刺液ノ外觀尙血性漿液性ナリ。穿刺直後人工氣胸術施行。送入空氣量200 ㄱ。

12月28日、第3回穿刺術施行。穿刺量50 ㄱ。穿刺液ハ全ク漿液性ナリ。

爾來滲出液増加ノ傾向全ク無ク、深甚ナル注意ノ下ニ氣胸術ヲ續行シタルニ、諸症狀漸次輕減セシガ、昭和6年2月3日俄然流行性感冒ニ罹

リ肺炎ヲ併發シ、激甚ナル呼吸困難ヲ誘發シテ遂ニ鬼籍ニ上レリ。

本症例ノ小括

以上ノ臨牀的記載ヲ約言スレバ、本症例ハ兩側滲出性増殖性―空洞性―型肺結核ニシテ、先ヅ空洞ノ存在スル左側肺ニ氣胸術ヲ施行セシニ抱ラズ、廣汎ナル癒著ニ妨ゲラレテ完全氣胸ノ域ニ達セズ、一般症狀及局所症狀ニ對シ何等認ムベキ影響ヲ及ボサズ。約4週間經過ノ後、右側肺ニ氣胸術ヲ施行スルヤ、諸症狀頓ニ好轉シ經過頗ル佳良ニシテ漸次散歩ヲ許サル、迄ニ至レリ。

退院後外來ニテ規則的ニ人工氣胸術ヲ受ケ、其ノ良好ナル經過ニ對シテ常ニ深キ謝意ヲ表シ居タリシニ、偶々感冒ニ罹リテ發熱シ氣胸術實施ノ間隔大ナルニ及ビ右肺下葉ト肋膜トノ間ニ癒著ヲ惹起シテ、所謂懸雲性肋膜滲出液ヲ現出スルニ至レリ。而シテ本滲出液ガ穿刺ニヨリテ比較的短時日ノ間ニ消失セシト雖モ、兎ニ角人工氣胸療法ノ經過ノ上ニ及ボシタル影響ハ決シテ尠少ナラザルモノト思惟ス。偶々感冒性肺炎ヲ併發シテ遂ニ不幸ノ轉歸ヲ辿ルニ至レルモノナリ。

第三章 考 察

第一節 發生機轉

炎症性氣胸滲出液ガ所謂懸雲性肋膜滲出液ニ轉換スルコロノ要因ニ關シテハ、從來余ガ經驗セル數例ノ懸雲性肋膜滲出液ニ於ケルレントゲン検査竝ニ臨牀的觀察ヲ基礎トシテ左ノ數項ヲ舉ゲント欲ス。

第一項 肺臟各部位及結核性病竈部ニ

於ケル弾力性ノ差異

既ニ1902年 Tendeloo ハ健康肺組織ノ弾力性係數(Elastitätskoeffizient)ハ肺臟組織各部位ニ於テハ同一大ニアラズシテ夫々差異アルヲ實驗的ニ立證シ、且ツ各部位ニ於ケル擴張力ノ差異ハ全ク呼吸作用ニ關係スルコトナク、肺臟下

部竝ニ側部ニ於ケル弾力性ガ肺尖部及脊柱ニ近キ肺野ニ比シテ遙ニ大ナルコトヲ報告セリ。

余ガ經驗ニヨル懸雲性肋膜滲出液ニ關スルレントゲン検査ニヨレバ、本滲出液ノ發生セントスルヤ、其ノ大多數ニ於テハ先ヅ虛脫ニ陷レル氣胸肺ノ基底部方面ヨリ擴張機轉ガ行ハレ、次デ肋膜トノ間ニ癒著ヲ惹起スル事實ハ、Tendelooガ發表セル說ト全ク相一致スル所ナリ。

第二項 結核性病竈部ニ於ケル牽縮性

一般ニ結核性病竈部ニ於ケル牽縮能力(Retraktionsvermögen)ナルモノハ健康肺組織ニ比シテ遙ニ大ナリ。此ノ事實ヲ雄辯ニ立證スルモノハ所謂選擇氣胸(Selektive Pneumothorax)即チ之レナリ。

選擇氣胸トハ牽縮性傾向ノ大ナル罹患肺部ノミ
虚脱ニ陥レドモ、健康肺部ガ全然萎縮ニ陥ラザ
ルカ、或ハ唯輕度ノ虚脱ニ陥ルノミニシテ當然
一定ノ呼吸作用ヲ營ムコトヲ得ル理想ノ人工氣
胸ニ屬スルモノナリ（第八及第九圖参照）。

統計上結核性病竈ノ大多數ハ肺ノ上葉部ニ存在
スルモノナルハ既ニ周知ノ事實ナリ。從ツテ肺
上葉ニ於ケル牽縮性ノ傾向増加シ、肺上部ニ於
ケル擴張機轉ハ彈性性アル肺下部ニ比シテ遙ニ
制限セラル、ハ贅言ヲ要セズ。即チ前述セル第
一項及第二項ノ二要因ニ依リテ肺上葉ニ於テハ
癆瘵化スル結果、自然萎縮ノ狀態ヲ維持スルニ
拘ラズ肺下葉部ニ於テハ却ツテ屢々擴張スルニ
至ルモノナリ。而シテ虚脱ニ陥レル氣胸肺ノ基
底部方面ヨリ擴張機轉ガ行ハル、ヤ、其ノ大多
數ニ於テハ先ヅ縱隔膜部肋膜トノ間ニ癒著ヲ生
ジ、次イデ横隔膜部ニ移行シ、更ニ胸壁ノ前後
兩面ノ肋膜間ニ癒著ヲ起スニ至ルモノナリ。斯
クテ形成セラレタル肋膜癒著ハ上部ニ於ケル氣
胸肺ガ擴張復舊セントスル傾向ヲ助長シ、肺臟
ガ上方ニ向ツテ逐次擴張スルニ從ヒ、肋膜滲出
液ハ漸次上方ニ向ツテ移動シ所謂懸雲性トナリ
更ニ進ンデ遂ニハ肺炎滲出液（Spitzenexsudat）
トナリテ肺炎尖部ニ局限スルニ至ルモノナリ（第
三圖ヨリ第四圖参照）。

第三項 胸廓内ニ於ケル陰壓ノ強弱

一般ニ胸壁下部ニ於ケル呼吸筋ハ上部筋ニ比シ
テ、其ノ作用強大ナルヲ以テ肋膜腔内ノ陰壓ハ
其ノ下半部ニ於テハ上半部ニ於ケルニ比シテ常
ニ高度ナリ。殊ニ吸氣時ニ際シ虚脱肺ノ下部ニ
於テ特殊ナル強度ノ張力（Zugwirkung）發生
シ、爲メニ肺下葉部ハ容易ニ擴張復舊セントス
ルノ傾向ヲ生ズルニ至ルモノナリ。蓋シ懸雲性
肋膜滲出液ハ第二症例ニ於テ示スガ如ク、病竈
部位ハ肺上葉ニノミ限ラザル場合ニモ亦發現
スルコトアリ。即チ肺ノ下葉部ニ結核性變化ヲ
有スル場合、之レガ爲メニ増進セシ所ノ病竈部
ノ牽縮性ハ本滲出液發生ノ要因ニ全ク馳背シ、
且ツ亦下葉ニ部於テ強大ナルベキ筈ノ肺ノ彈力

性モ之レガ要因タルコト能ハザルハ自明ノ理ナ
リ。斯ノ如キ場合肋膜腔内ニ於ケル陰壓ノ強弱
差ガ本滲出液發生ニ關與シテ有力ナル要因トナ
リ得ベキヲ信ズルモノナリ。

第四項 兩側肺臟ニ於ケル擴張復舊機 轉ノ差異

更ニ余ガ遭遇セル症例ニ就テ臨牀の方面ヨリ觀
察スルニ、大多數ハ兩側人工氣胸術施行例ニシ
テ片側氣胸術施行例ニ於テハ實ニ稀有ニ屬スル
モノナリ。

惟フニ兩側肺共ニ虚脱ニ陥レル場合、各側肺ノ
擴張復舊機轉ニ強弱遲速アリテ、其ノ強クシテ
速キモノハ更ニ代償的ノ意義ヲ帶ビテ愈々強調
ニ其ノ機轉ヲ進展セシムベキナリ。此ノ側ニ、
若シ滲出液ノ存セン一自ラ懸雲性ヲ帶ブルニ到
ルベキハ想定ニ難カラズ。余ハ第五項ノ理由ヲ
參照シテ此ノ想定ノ必ズシモ誤ラザルベキヲ惟
フ。

第五項 氣胸術實施間隔ノ過大

第一及第二症例ノ示スガ如ク、入院時ニ於テ定
規ノ間隔ヲ以テ氣胸術施行中ハ何等異常ヲ認メ
ザリシニ拘ラズ、一朝退院ノ後ハ種々ナル障碍
ノ下ニ一定期間ニ氣胸術ヲ行フコト能ハズシ
テ、其ノ間隔長キニ失シ爲メニ肋膜腔内ニ於ケル
空氣ノ吸收ハ、ヤガテ虚脱肺ノ擴張復舊ニ對
シテ絶好ナル條件ヲ與ヘ、更ニ前述ノ諸要因ニ
加減セラレテ遂ニ懸雲性肋膜滲出液ヲ發生スル
ニ至ルベシ。故ニ本滲出液ノ發現ハ正規ノ期日
ニ後注入ヲ施行セズシテ、期間ノ遷延セル場合
ニ發生スルコトハ殆ド例外ナキガ如シ。

余ハ茲ニ前記本滲出液ノ發生機轉ヲ立證スベキ
材料トシテ、特ニ一症例ヲ附加シテ敢テ之レガ
參考資料タラシメント欲ス。

第三症例

患者、小○登 33 歳 男 會社員

初診、昭和 5 年 4 月 20 日

既往症、家族史上特筆スベキモノナシ。患者ハ
32 歳ノ時赤痢ニ罹リシ外著患ヲ知ラズ。

現病歴、約 2 ヶ月前ヨリ微熱ヲ感じ、咳嗽、喀痰

頻出シ盜汗ヲ訴フ。某病院ニテ氣管枝炎ト診斷セラレ治療ヲ受ク。最近ニ至ルモ尙咳嗽、喀痰消失セズ時々微熱ヲ發スル故ヲ以テ來リテ診ヲ乞ヘリ。

現症、體格中等、營養稍々不良、皮膚浸潤シ著シク貧血ス。脈搏 90 至、緊張中等度ニシテ整調ナリ。

右肺 肺尖及第二肋間腔ニ互ツテ打診音短、聽診上呼吸音疎裂ニシテ小水泡音ヲ聽取ス。後上部ハ打診音短ニシテ小水泡音ヲ聽ク。後下部ハ呼吸音微弱ナリ。

左肺 打診上及聽診上特殊所見ヲ認ムルコト能ハズ。

レントゲン所見

右肺 上葉ト中葉トノ境界ニ相當スル部ニ濃厚ナル索狀陰影存在シ、其ノ下界ハ明劃ナリ。而シテ本陰影ヨリ上方即チ上葉肺野ニ於テ彌蔓性ノ陰影竝ニ第二肋間腔ニ於テ約貳錢銅貨大ノ空洞ノ存在ヲ想ハシムル陰影ヲ認ム。肺野下半部ニ於テハ僅少ノ點狀陰影ノ連絡セルヲ認ムルノミ。

左肺 肺門部陰影僅ニ腫大セルノミ。

喀痰中結核菌陽性ニシテガフキー氏表第 V 號ニ該當ス。體重 12 貫 920 匁、赤血球沈降速度 40—75。

診斷、右肺結核(滲出性—空洞性型)兼左肺門部淋巴腺腫脹。

經過、昭和 5 年 5 月 20 日、右側肺ニ第 1 回氣胸術ヲ施行ス。右側中腋窩線第五肋間腔ニ於テ刺入。穿刺針ノ深サ 2.1 糎、肋膜腔初壓(—4.0)、呼吸差(1.0)、終壓(—4.0)—(—3.0)、注入空氣量 180 匁。術後翌朝ニ至ル迄強度ノ胸内苦悶ヲ訴フ。

5 月 23 日、第 2 回注入、空氣量 25 匁、

5 月 26 日、第 3 回注入、空氣量 300 匁。

爾來レントゲン検査ヲ參酌シテ補充注入ヲ施行ス。即チ 5 日乃至 10 日間隔ヲ以テ 8 月ニ至ル迄 15 回ニ互ル氣胸術ヲ實施セシガ、咳嗽喀痰盜汗等ノ中毒諸症狀減退シ、喀痰中ノ結核菌

ハ消失スルニ至リ、赤血球沈降速度 21—45 ニ降下セリ。

8 月 20 日、第 17 回氣胸術施行。注入空氣量 500 匁、肋膜腔初壓(—4.0)、呼吸差(1.0)、終壓(—2.0)—(—1.0)。

時恰モ盛夏、患者ハ炎熱ニ耐ヘ得ズシテ長野縣某溫泉地ニ避暑セリ。

9 月 18 日歸京。自覺の症狀缺除シ、一般狀態佳良ニシテ元氣旺盛食欲亢進シ體重モ亦増加セリ。打診及聽診上右肺尖ヨリ第三肋間腔ニ至ル迄寧ろ鼓音ヲ呈シ、呼吸音微弱ナルノミニシテ特殊ノ所見ヲ認ムルコト能ハズ。

然ルニレントゲン透視ニ際シ病竈ノ現存スル右肺上葉部ハ依然虛脫狀態ヲ維持スルニ拘ラズ、其ノ下方肺野ニ於テハ擴張復舊シテ既ニ胸壁ト密接スルヲ思ハシム。而シテ擴張復舊セル肺野ノ上方ニ於テ極メテ少量ノ懸雲性肋膜滲出液ヲ認メ、試ミニ咳嗽ヲ命ズレバ明ニ波動ヲ證明ス。茲ニ於テレントゲン寫眞ノ撮影ヲ行ヒ(第 8 圖)後第 18 回人工氣胸術ヲ施行ス。注入空氣量 500 匁。肋膜腔初壓(—5.0)。呼吸差(1.5)、終壓(—2.5)—(—1.0)。術後再ビレントゲン寫眞ヲ撮影ス(第九圖)。第九圖ニ於テモ明ナルガ如ク、空氣送入ニ依ツテ擴張セル肺野ハ再ビ虛脫ニ陥リ、術前懸雲性ヲ呈シタル肋膜滲出液ハ下方橫隔膜ノ上部ニ沈下シテ橫隔膜部ノ陰影ハ水平ヲ示シ僅ニ其ノ存在ヲ認メ得タリ。乃チ知ル、氣胸施術間隔約 20 日間ニ於テ上葉部ニ於ケル病竈部ハ其ノ牽縮性ニヨツテ尙虛脫狀態ニ止マルト雖モ、比較的健康ナル下葉部ニ於テハ既ニ再ビ擴張シテ胸壁ニ密接シ、タメニ肋膜腔基底部分ニ滯溜セル少量ノ肋膜滲出液ハ再ビ擴張セル肺下葉部ノ上方ニ舉揚壓排セラレ、正ニ所謂懸雲性肋膜滲出液形成ノ經過ヲ辿リツ、アリシ症例ナルヲ。

第二節 診 斷

人工氣胸術療法ノ經過中殊ニ本滲出液發生ノ始メニ於テ、之ヲ惹起シタル癥著ヲ剝離スルカ、

或ハ既ニ存在セル癒著ノ更ニ擴大スルヲ防止スルコトヲ得バ人工氣胸療法本來ノ目的ヲ達成スルニ庶幾モノアラン。サレバ本滲出液ノ早期診斷ガ臨牀上其ノ豫後ニ對シテ與フル影響モ亦決シテ尠カラザルヲ惟フ。

抑懸雲性肋膜滲出液ハ聽診打診等ノ臨牀の所見ヨツテ確實ニ之ガ診斷ヲ下サントスルハ固ヨリ困難ナレドモ、之ヲレントゲン所見ニ徴スル時ハ本滲出液特有ノ狀態ヲ目撃シ得テ、容易ニ之ガ診斷ヲ下シ得ベシ。

然レドモ滲出液ガ癒著セル肺下葉ノ上ニ懸レル狀態ヲ認メ得ズシテ往々診斷ノ困難ナル場合ニ遭遇スルコト尠カラズ。例ヘバ本滲出液發生ノ初期ニ於テ肋膜腔基底部分ガ滲出液ヲ以テ充滿セラレタル場合ニ、再ビ肺下葉部ガ正ニ擴張セントスル時期ニ於ケルガ如シ。蓋シカ、ル場合ニ於テハ肺下葉部ノ前面ニ存在スル滲出液ノ陰影濃厚ナルタメ、普通條件ノ下ニ撮影セルレントゲン寫眞ニアリテハ、滲出液ト肺臟トノ間ニ於ケル特有ナル狀態ヲ精細ニ認識スルコト能ハザレバナリ(第三圖參照)。

尙此ノ外診斷困難ナルハ擴張セル肺下葉ノ透明度ノ減退ニヨリ滲出液ト肺臟トノ境界不鮮明ナル場合、即チ強度ナル肋膜肥厚ノ存在スル場合、或ハ高度ノ纖維素性沈著ノアル場合、及肺下葉ガ肺炎様浸潤ヲ呈セル場合等ニシテ、甚シキハ兩者ノ境界全ク消失シテ判斷ニ苦シムコトアリ。斯クノ如キ場合ニ於テハ、レントゲン検査ニ際シ往々肋膜腔ノ基底部分ヲ充滿セル普通肋膜滲出液ト誤ルコトアリ。懸雲性肋膜滲出液ノ診斷ガレントゲン検査ニヨリテ尙困難ナル場合、更ニ之ヲ確實ナラシメンガタメニ、左ノ二ツノ補助的操作ヲ行フコトアリ。

(1) 患者ノ體位變換ヲ行ヒツ、即チ側位又ハ骨盤高位ニ於テ、レントゲン寫眞ノ撮影或ハ透視ヲ行フ時其ノ本體ヲ容易ニ察知スルコトヲ得ベシ。

(2) Genevier ノ創案ニカ、ル Lipiodol ノ肋膜腔内注入即チ之レナリ。Lipiodol ガ滲出液

ニ比シテ其ノ比重大ナル爲、肋膜腔ノ傾斜部位ニ沈降シ、レントゲン所見ニ於テハ濃厚ナル陰影トシテ發現スルガ故ニ、滲出液ト肺臟トノ境界ハ著シク明劃トナルモノナリ(第五圖參照)。此ノ際肋膜腔内ニ注入スルところノ Lipiodol ノ量ハ1回約 20 珎ニシテ其ノ目的ヲ達スルコトヲ得ベシ。而シテ一度注入セラレタル Lipiodol ハ、長期間吸收セラレ、憂ヒ無キヲ以テ一定期間ニ互ツテ氣胸肺ノ擴張狀態ヲバ精細ニ觀察シ得ベシ。Lipiodol ノ肋膜腔内注入ハ肋膜ニ對シテ刺戟ヲ與ヘズ且ツ操作簡單ニシテ極メテ容易ナリ。尙ホ亦肋膜腔ガ滲出液ヲ以テ完全ニ充滿セラレ、單ニ患者ノ體位變換ノミニテハ最後ノ決定的診斷ヲ下シ得ザルガ如キ場合ニ於テモ、尙能ク滲出液ノ下界ヲバ明劃ニ認識スルコトヲ得ルモノナリ。更ニ彼ノ單純性肋膜滲出液殊ニ右側ニ滲出液ノ存在セル場合 Lipiodol ノ注入ハ横隔膜ト肝臟トノ境界ヲ決定スルニ價値アリ。

第三節 本滲出液ガ人工氣胸術療法ノ經過ニ及ボス影響ニ就テ

多クノ文獻ノ報ズル所ニヨレバ、人工氣胸術療法ノ經過中發生セル肋膜滲出液竝ニ肋膜癒著ハ肺臟虛脫ノ目的ヲ完全ニ達成セシメ得ズシテ、人工氣胸術療法本來ノ治療の效果ヲ遲延セシムルノミナラズ、遂ニハ無效果ニ終ラシムル場合亦尠カラズトイフ。殊ニ最近 Gesevius ノ報告シタル所ニヨレバ、人工氣胸術療法ノ經過中健康側ニ浸潤ヲ起スモノ、大半ハ、其ノ以前ニ於テ既ニ氣胸側ノ肋膜腔ニ滲出液ノ瀦溜ヲ證明ストイフ。

抑懸雲性肋膜滲出液ノ發生セントスルヤ、先ヅ肺下葉ノ擴張ヲ來タシ、次デ早期ニ起ル肋膜癒著ノタメ罹患肺ノ完全萎縮ハ遂ニ不可能ニ陥リ、當然ノ結果トシテ氣胸術療法ノ治療の效果ガ障礙セラレ、ニ至ル。即チ第二症例ニ於ケルガ如ク肺臟下部或ハ全葉ニ互リテ病竈ノ存在セル症例ニ於テハ其ノ影響スル所蓋シ甚大ナルベ

シ。斯ノ如キ場合ニ於テハ人工氣胸術實施ニ當リ、假令高壓ノ下ニ送氣ヲ行フト雖モ、尙ホ且ツ肺臟ヲ完全萎縮ニ陷ラシムルハ實ニ難事ニ屬スルノミナラズ、更ニ癒著ガ上方ニ向ツテ伸展スルニ及ンデハ遂ニ氣胸腔ハ全ク消失スルニ至リ、何等ノ治療ノ效果ニ到達スルコトナクシテ終ルコトアリ。剩ヘ本滲出液ノ存在セル場合、一旦虛脫ニ陷レル肺臟ガ早期ニ於テ再ビ擴大スルヲ以テ氣胸術實施前レントゲン検査ヲ省略スル時ハ瓦斯ノ後充盈ニ際シ、誤リテ肺臟穿刺テフ、危險ニ遭遇スル場合尠シトセズ。

之レニ反シ人工氣胸術療法ノ經過ニ對シテ何等治療ノ惡影響ヲ及ボサザル場合アリ。第一症例ニ於テ示スガ如ク病竈ガ比較的肺ノ上部ニ存在スル場合、比較的長期ニ互レル、肺臟ノ虛脫狀態繼續ノ結果、病竈部ハ既ニ瘢痕形成ヲ惹起シ、疾患肺部ノ擴張復舊セントスル傾向ヲ減弱セシ

ムルコトアリ。尙ホ斯ノ如キ場合ニ於テハ肋膜癒著機轉ノ進行ト共ニ肺臟下部ガ漸次上方ニ向ツテ擴張スルニ及ビ、滲出液モ亦從ツテ上方ニ轉位ヲ來タシ、遂ニハ所謂肺尖滲出液ヲ形成スルニ至ルコトアリ。而シテ斯ノ如キ肺尖滲出液ノ殘渣ハ遂ニ機化ヲ來タシ、病竈ノ存在セル肺上葉附近ノ肋膜腔ニ充填 (Plombe) トシテ殘溜スルニ至ル場合アリ。斯クテ形成セラレタル充填ハ、病竈部ノミテ虛脫ニ陷ラシメテ甚ダ有效ノ作用シ其ノ效果ノ點ヨリ論ズレバ、恰モ病竈部ヲシテ理想ノ人工氣胸術療法ノ場合ニ於ケルガ如キ狀態ニ在ラシムルモノナリ。サレバ第一症例ニ於ケルガ如ク肺ノ上部ニ於テ病竈ノ存在スル場合ニハ、本滲出液ハ人工氣胸療法ノ治療ノ效果ニ對シテハ毫モ障礙ノ作用スルコトナキモノト信ジテ可ナリ。

第四章 結 論

余ハ人工氣胸術施行中偶々遭遇セル懸雲性肋膜滲出液ニ就テ、レントゲン學的見地並ニ臨牀の所見ヲ綜合シテ之ガ觀察ヲ試ミ、左記ノ結論ニ達スルコトヲ得タリ。

1. 第一及第二症例ノ示スガ如ク、懸雲性肋膜滲出液ガ人工氣胸術療法ノ治療ノ效果ニ及ボス影響ニ關シテハ、病竈存在部位ガ重大ナル役割ヲ演ズルモノ、ノ如シ。

即チ第二症例ノ示スガ如ク、病竈部ガ彌蔓性ナルカ若クハ肺下部ニ存在スル場合ニ於テハ、肋膜癒著ノタメニ病竈部位ノ完全ナル虛脫狀態ニ陷ルコトガ障礙セラレ、從ツテ人工氣胸術療法ノ治療ノ效果モ亦減殺セラル。之ニ反シ第一症例ニ於ケルガ如ク病竈部ガ肺上葉部ニ於テノミ存在スル場合ハ、本滲出液ノ存在ガ人工氣胸術療法ノ治療ノ效果ニ對シテ何等認ムベキ惡影響ヲ及ボスコトナシ。

2. 本滲出液ノレントゲン學的診斷ハ、其ノ初期ニ於テハ稍々困難ナル場合アレドモ一般ニ然ルモノハアラズ。レントゲン検査ニ際シ側位或

ハ骨盤高位等ノ體位變換ガ診斷ヲ確定的ナラシムルコト尠カラズ、更ニ Lipiodol ノ肋膜腔内注入法ハ其ノ操作簡單ニシテ且ツ最も確ニ診斷ヲ下シ得ル便アルガ故ニ推奨スル價值アリト信ズ。

3. 余ガ經驗セル症例ノ觀察ニヨリ、本滲出液ノ發生機轉ノ理由トシテ左ノ數項ヲ指摘セント欲ス。

イ、胸廓内陰壓ノ部位の差異。

ロ、肺組織各部ニ於ケル弾力性ノ差異。

ハ、呼吸時ニ於ケル肺氣胞容積ノ變化程度ノ部位の差異。

ニ、結核性病竈部ニ於ケル肺ノ牽縮性増大。

ホ、胸壁下部ノ呼吸筋ノ作用ガ上部筋ニ比シテ強大ナルコト。

4. 臨牀の觀察ヨリシテ本滲出液ノ發現ハ、兩側氣胸術施行例殊ニ外來患者ニ多キハ注目ニ値ス。而シテ恐ラク各側肺臟ノ擴張復舊機轉ニ強弱遲速アルニ由來スルモノナルベシ。

擱筆スルニ臨ミ、不斷ノ鞭撻ト嚴正ナル校閲ヲ

賜ハリタル恩師川上漸教授ニ對シ茲ニ謹ミテ深甚ノ謝意ヲ表シ、始終懇篤ナル指導ト嚴正ナル

校閲ヲ賜ハリタル院長糸川欽也博士ニ對シテ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

文 獻

- 1) Brauer, Die Röntgendiagnose der Pleuraerkrankungen. In Graedels Atlas der Röntgendiagnostik. 1924. 2) Gisevius, Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Bd. 75. H. 3/4. 1930. 3) 石田, 醫事公論. 第 969 號. 第 970 號. 第 972 號. 昭和六年.
- 4) 桂, 日新醫學. 第四年. 第八號. 大正十五年.
- 5) 向野, 十全會雜誌. 第三十六卷. 第七號. 昭和

- 六年. 6) 宮本, グレンツゲビート. 第四年. 第八號. 昭和五年. 7) 住吉. 大阪醫事新誌. 第一卷. 第三號. 昭和五年. 8) Spengler. Lucius, Die tuberculösen Pleuraergüsse und ihre Behandlung. In Sauerbruchs chirurgie der Brustorgane 1902.
- 9) Wolf, Beiträge zur klinik der Tuberculose. Bd. 77. H. 3. 1931.

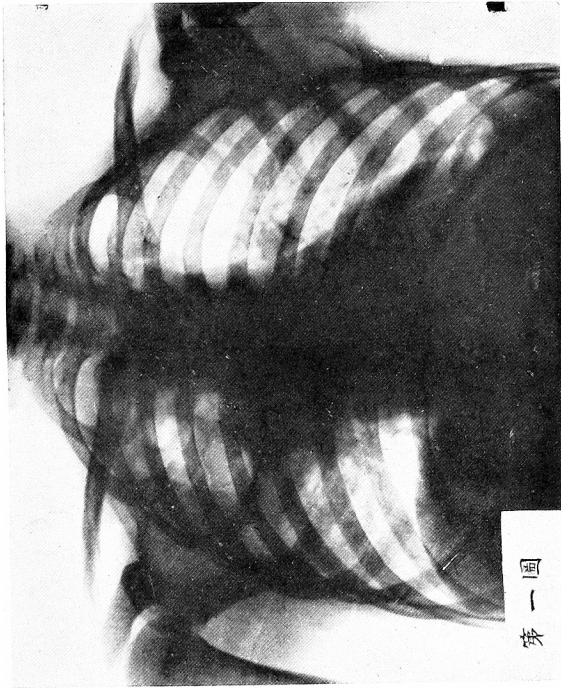
附 圖 說 明

- 第一圖 第一症例、初診當時所見
- 第二圖 同例、右肺ハ殆ド完全虚脱ニ陥リ空洞消失シ、左肺ハ定型的弛緩氣胸ヲ形成ス。
- 第三圖 同例、右側肋膜腔基底部ニ於テ上界水平ナル滲出液ヲ認ム。左肺ハ弛緩氣胸ヲ形成ス。
- 第四圖 同例、第三圖ヨリ約 3 ヶ月後ノ像ニシテ右側肋膜滲出液ハ漸次上方ニ轉位ス。
- 第五圖 同例、右側肋膜腔内ヘ「リビオドール」注入「リビオドール」ハ肋膜腔癒著ノ基底部ニ沈降シテ濃厚ナル陰影トシテ認ム。
- 第六圖 第二症例(腹背位撮影)、右肺ハ弛緩氣胸ヲ形成シ癒著ヲ認メズ。左肺ハ第四及ビ第五肋間腔ニ相當スル部分ニ於テ廣汎ナル癒著

存在シ、其ノ上下ノ肺ハ萎縮シテ空洞ヲ認メズ。

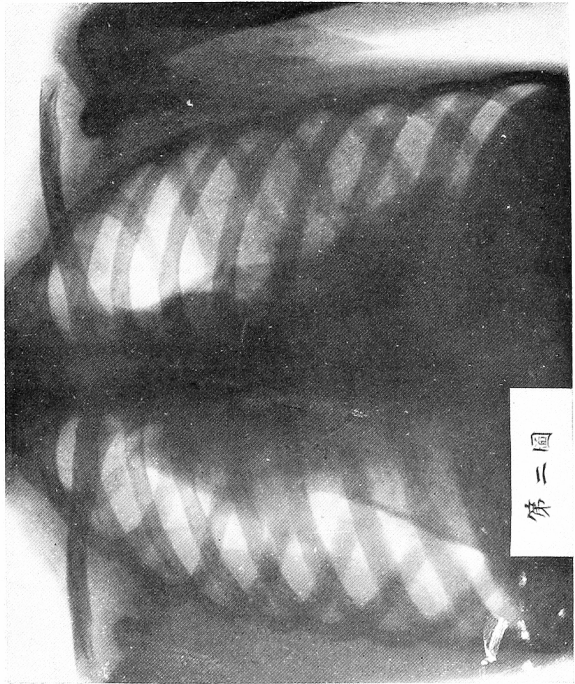
- 第七圖 同例(腹背位撮影)、右側ハ肋膜癒著ヲ來タシ滲出液ハ所謂懸雲性ヲ呈ス。左肺ハ第六圖ニ於ケルモノト相等シ。
- 第八圖 第三症例、病竈存在部位タル右肺上葉部ハ全ク虚脱ニ陥ルモ比較的健康部ナル下葉部ハ擴張シテ胸壁ニ密接セルガ如シ。
- 第九圖 同例、第八圖氣胸術施行直後ノ像ニシテ、擴張セル肺下葉ハ再び縮小シ懸雲性ヲ呈セル滲出液ハ横隔膜部ニ降下シテ横隔膜部陰影ノ上界ハ水平ヲ呈シ明カニ少量ノ邊緣性滲出液ノ存在スルヲ認ム。

第一圖



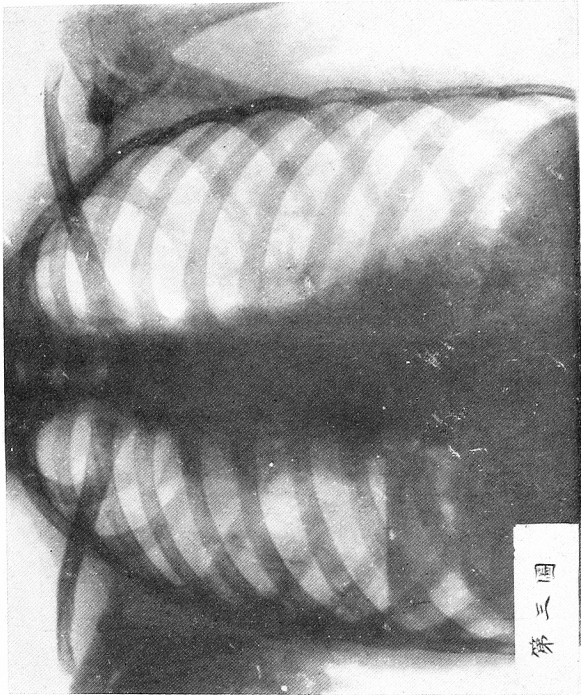
第一圖

第二圖



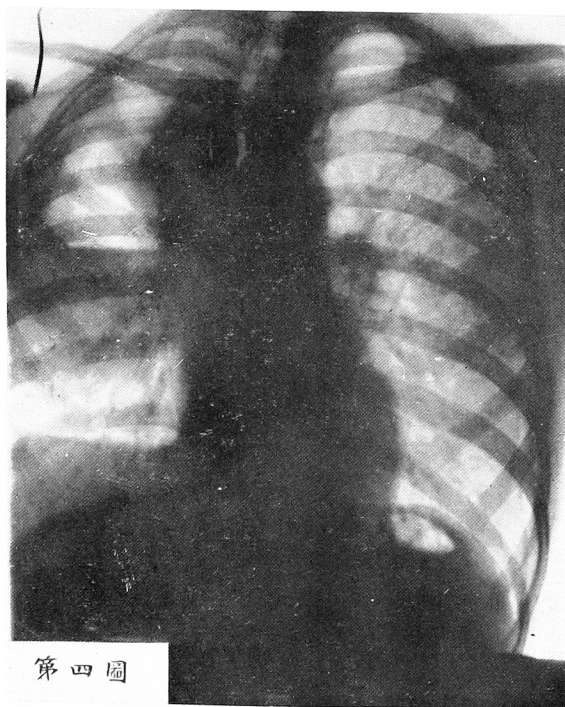
第二圖

第三圖

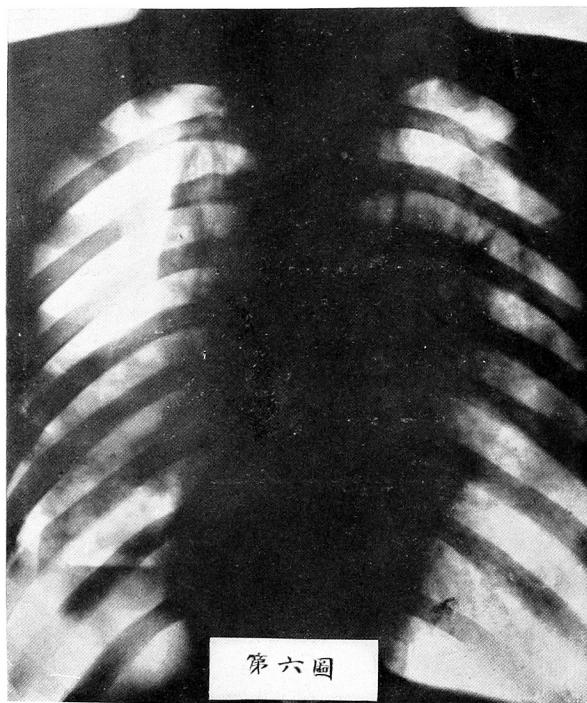


第三圖

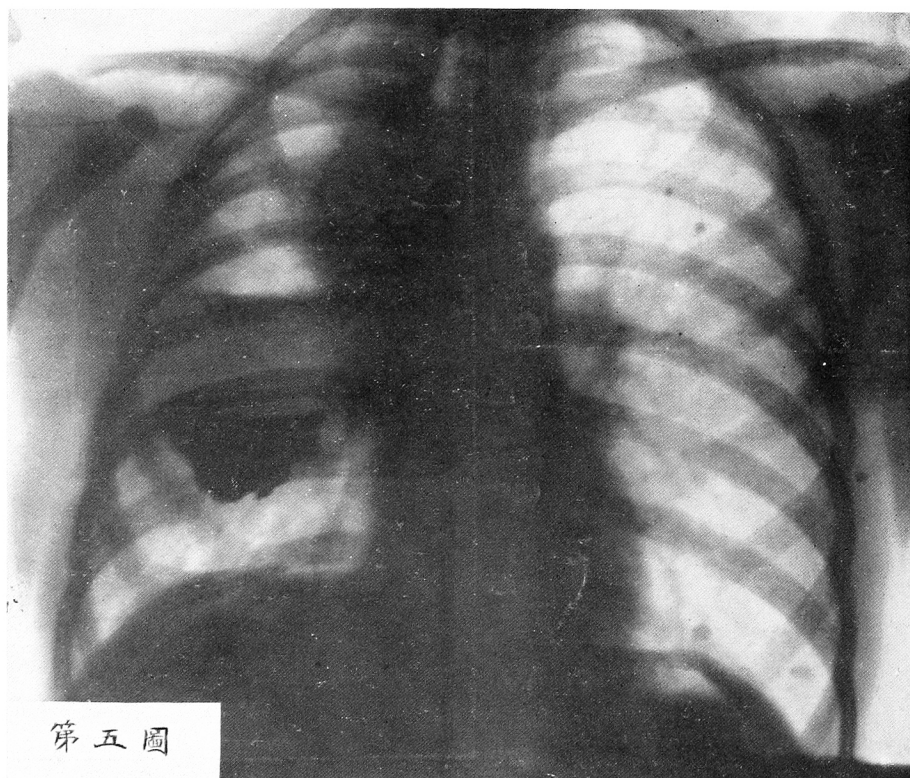
第 4 圖



第 6 圖

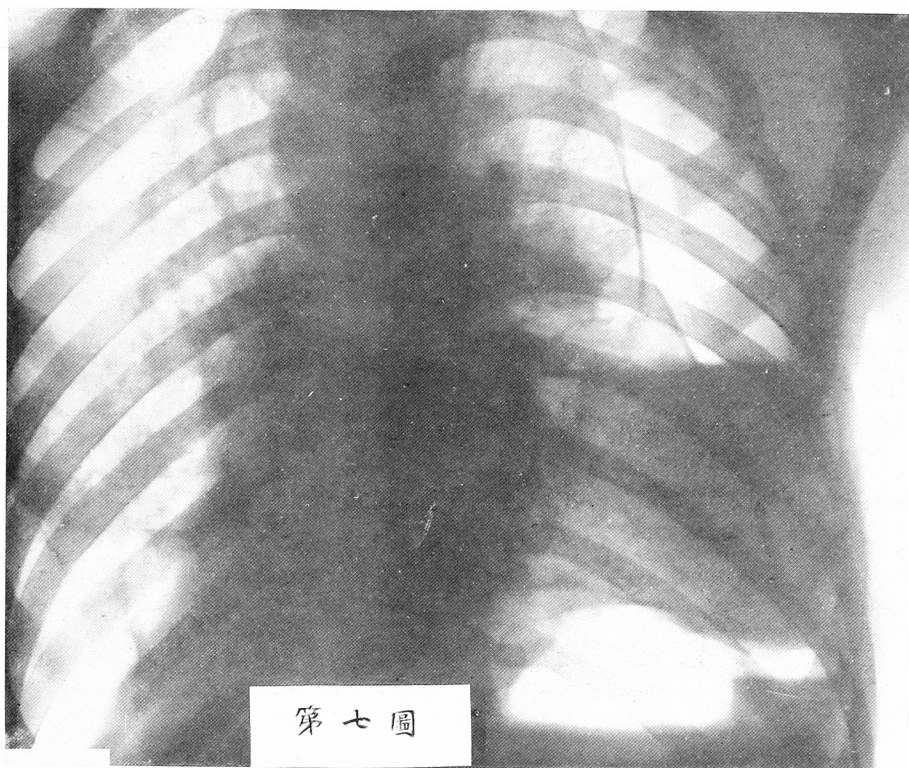


第 5 圖

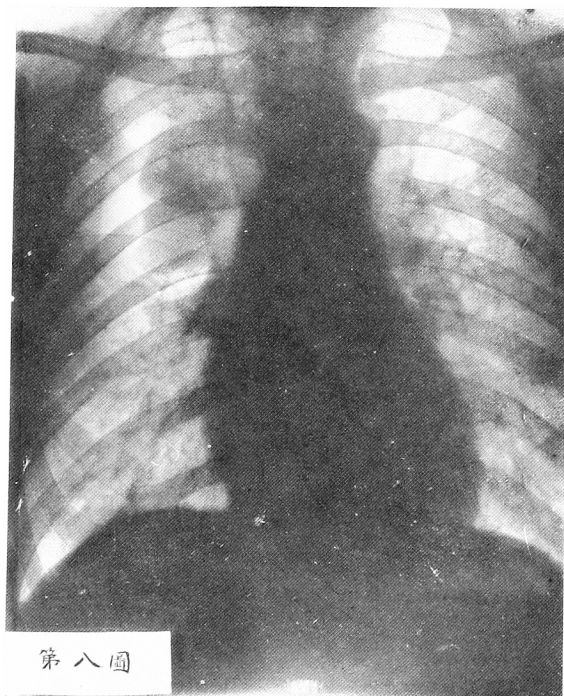


小 山 論 文 附 圖 (3)

第 7 圖



第 8 圖



第 9 圖

