

結核

第九卷 第十一號

昭和六年十一月二十四日發行

綜 說

病理解剖學上ヨリ見タル結核症ノ診斷

(第九回日本結核病學會總會宿題報告)

東京市療養所

岡 治 道

目 次

- 一、緒言
- 二、材料ノ分類
- 三、空洞ノ諸問題
 - 甲、空洞形成ノ様式
 - 乙、空洞ノ存續ト肺結核症ノ進行
 - 丙、空洞ト肋膜癒著

一、緒言

此漠然トシタ標題ハ、昭和六年四月一日第九回結核病學會ノ宿題報告ニ際シテ掲ゲラレタモノデアアル。若シ内容ヲ適切ニ現ハサウトスルナラバ、『病理解剖學及ビ「レントゲン」検査ヲ根據トセル慢性肺結核症ノ診斷、豫後竝ニ治療上ノ主要點』トデモ云フ可キデアアル。即、肺結核症ニ於ケル轉移ノ状態ヲ、形態學的ニ觀察シテ、豫後、治療ノ意義ヲモ含メタ

綜 說 岡ニ病理解剖學上ヨリ見タル結核症ノ診斷

一四二七

- 四、肺結核症ト喉頭竝ニ腸結核症トノ關係(管内性轉移ト轉移源ト)
- 五、質的「レントゲン」診斷ニ就テ
 - 甲、肺ノ「レントゲン」造影
 - 乙、質的診斷ニ必要ナル手技要約
 - 丙、肺内病的陰影ノ讀影ニ就テ
 - 丁、肺外病的陰影ノ診斷的價値
- 六、總括

廣義ノ診斷上、何ヲ主眼トスベキカヲ考察シテミタノデアル。

先ヅ標題ニ用ヒラレタ字句ノ意味カラ考ヘテミヨウ。ソレハ同時ニ吾々が結核症ニ對スル場合ノ複雑ナ概念ノ部分的考察デモアリ得ルカラデアル。

結核症ト云フ病症ニハ、總括的ニミテ二様ノ見方ガアル。一ハ形態學的ニ所謂結核性ナル特殊性病變ノ狀況ヲ觀察シテユク方法、二ハ生物學的或ハ機能的ニ身體内ニ結核性病變ガ存在スル場合。特殊性病變ノミナラス。之ガ爲メニ總テノ臟器、組織系統ノ機能ガ如何ニ變化セルカラ檢索スル方法。此ノ二ノ方法ニ出發シタ二通りノ見方ガソレデアル。譬ヘバ從來言フ所ノ全身性結核症ナル急性疾患ハ形態學的ニ觀テ、結核性病變ガ臟器系統ニ關係ナク、血行ニヨツテ廣汎ニ撒布サレタ場合ヲ稱シ、近年、結核症ハ全身病(Die allgemeine Krankheit)デアルト云フ意味ハ、第二ノ機能的ナ見方ニ基イテキルノデアル。余ガ茲ニ述ベル結核症ナルモノハ此第一ノ立場カラ次ノ如キ材料ヲ觀察シタノデアル。大體ランケノ分類ニ從ヘバ、ソノ第二及第三期ニ屬ス可キ病症デアツテ、所謂臟器結核症ノ範圍内ノモノデアル。第二期ハ元來臟器結核症デナク、血管性轉移ヲ主トスル滲出性反應ノ時期デアルガ、余ノ材料ニハ全身性粟粒結核症及ビ初期變化群カラ引續イテ滲出性肺結核症ヲ來シテ終リ、或ハ更ニ又之ニ粟粒結核症ヲ伴テキルモノガアツテ場合ニヨツテハ、夫レガ第二期ニ屬スベキヤ、第三期ニ入レル可キヤヲ明ニシ難イモノガアル。故ニ第三期ノミニ限ラナイ。

次ニ診斷ト云フ言葉デアルガ、茲ニ云フ診斷ハ、病症ノ有無、病變ノ狀態ヲ單ニ明カニスルト云フダケデナク、豫後ノ考察、竝ニ治療ノ方針ヲ立テルニ當テ、病變ノ内、如何ナルモノヲ主要トスルヤ、ニ重キヲ置イタ診斷ナノデアル。實際問題ニ當テ、結核症ノ診斷ガ、診斷夫レ自身ニ終始スルコトハ稀デアル。統計等ノ場合ニハ或ハサウデアルカノ様ニモ見エルガ、然カモ病症ノ主要點ヲ外ニシテハ意味ガ少クナル。病症ノ主要點トハ、病症ヲ支配スル病變デアツテ、同時ニ此病變ハ豫後ニ重要ナ關係ヲ持チ、且治療ノ眼目デナケレバナラナイ。而シテ、「レントゲン」診斷專家デモ、救護事業ニ携ハル人デモ、亦豫防ニ關係スル場合デモ、結核症ニ於テハ、其主眼トス可キハ共通デアリ得ルト考フルガ故ニ、是等ヲスベテ包含セシメタ甚ダ廣イ意味ノ診斷ヲ考察シテミヨウト思フノデアル。

第一 表

肺結核症	例数	無空洞例		空洞一個例		空洞以上 二個以上 ノ例
		実数	%	右	左	
滲出性	72	14	19.4	3	6	
主滲出性	49	2	4.1	6	5	
滲出性増殖性	48	4	9.1	4	3	
主増殖性	33	1	3.0	1	2	
増殖性	87	5	5.7	4	2	
合計	289	30	10.2	18	18	223
				36	36	77.4

太字、実数、細字、%、%、各病型群、ノ百分率トス。

トデアル。

二、材料ノ分類

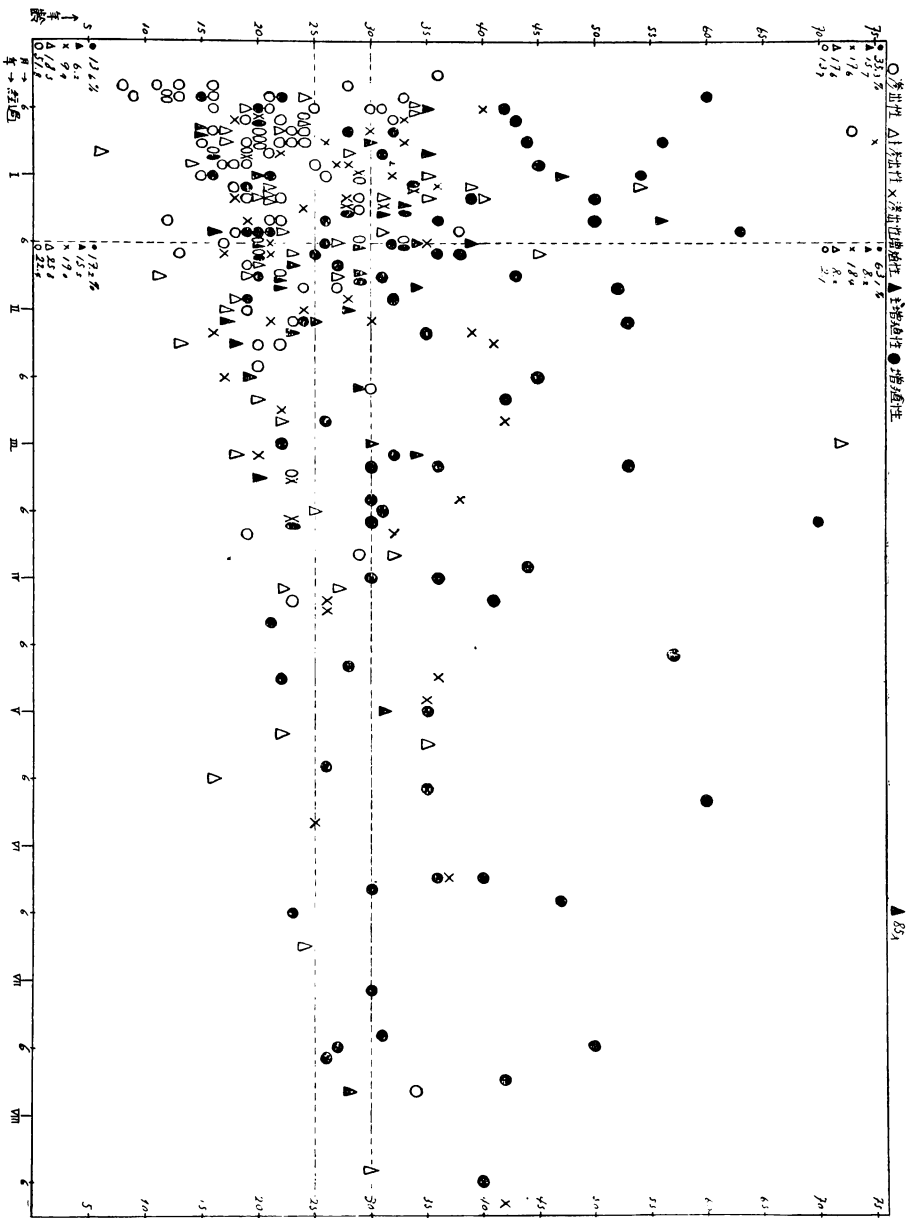
本報告ニ使用シタ剖檢材料ハ、東京市療養所ニ入所シ、同所ニ於テ剖檢セラレタモノ、内、三〇二例デアル。ソノ内、一三例ハ全身性粟粒結核症及ビ之ト區別ノ容易ナラザル例デアルガ故ニ、之ヲ一先ツ除外シ、殘リノ二八九例ニ就テ、出來得ル限り詳細ニ觀察シテミタノデアアル。此ノ材料ヲ肺ノ結核性病變ニ依テ五種類ノ病型ニ分ケテミタ。即チ一、滲出性。二、主滲出性。三、滲出性増殖性。四、主増殖性。五、増殖性ガ之レデアアル。此分ケ方ハ結核性病變ヲ二元論的ニ觀テキルト云フ點デハ、アシヨフ學派ニ準據シテキル。然シ此場合ノハ剖檢時ニ

診斷ノ方法ニモ亦多方面ナモノガアツテ、臨牀的理學的、或ハ生物學的の血清學的、或ハ機能検査法、或ハ細菌學的の等ニ分タレ得ルガ、少クトモ肺結核症ニ於テ、病變ヲ吾々ノ眼ニ觸レシメル所ノモノハ、「レントゲン」検査アルノミデアアル。Gräffハ之ヲ生體ニ於ケル病理解剖學 (Die pathologische Anatomie in vivo) トサヘ云ツテキル。然シ「レントゲン」陰影ハ、病理解剖學的の變化ノ陰影デアツテ、病變ソノモノヲ見ルノデナイコトハ云フ迄モナイ。故ニ病理解剖學ガ明カデナイ時ハ、「レントゲン」陰影ノ解釋ハ至難デアアル。而シテ上記諸種ノ診斷法中、形態學的方法ハ「レントゲン」検査ノミデアアル。余ガ今回剖檢材料ニ就テ病理解剖學的の檢索ヲ爲シ、之ニ據テ診斷ヲ考察スルトナレバ、當然ソレハ「レントゲン」診斷ノ基礎ヲナスモノニ外ナラナイ。

「レントゲン」陰影ノ一ツツガ、如何ナル病理解剖學的の變化ニ基イテキルカト云フ分析モ大切デアアルガ、茲ニ述ベヨウトスルノハ、多様な病變ノ内デ、如何ナルモノヲ結核症ノ中心ト認ム可キカ、而シテ之ガ如何ナル陰影ヲ「レントゲン」フィルムニ現ハシ、之レヲ認識スル爲ニ吾々ハ如何ナル手技ヲ用ヒテバナラヌカ。又夫レハ可能デアアルカト云フコ

説 岡＝病理解剖學上ヨリ見タル結核症ノ診斷

第 二 表



一四三〇

於ケル狀態診
 斷、即、最後ノ
 病變ガ増殖性デ
 アルカ。滲出性
 デアルカト云フ
 ノデアツテ、是
 等ノ病竈ガ組織
 發生論上、滲出
 性ニ始ツタカ、
 増殖性ニ起始シ
 タカト云フ意味
 デハナイ。而シ
 テ治療シ或ハ殆
 ド治療セムトシ
 ツ、アル病變ノ
 ミノ場合ニハ、
 ソレガ乾酪性肺
 炎、即滲出性ニ
 始タコトガ明カ
 デアツタトシテ

モ、最後ノ状態ガ増殖性デアルガ故ニ、之ヲ増殖性トシタ。又治愈シタ病竈(譬ヘバ初期變化群、若シクハブル氏病竈ノ如キ)ガアツタトシテモ、其他ニ増殖性病變ガ無ク、滲出性病變ノミガ活躍シテキル場合ニハ之ヲ滲出性トシタ。又増殖性ト滲出性トノ病變ガ混在スル場合、其擴ガリ或ハ量ノ大サニ依テ、勝レタル病變ニ準ジテ主滲出性、或ハ主増殖性トナシ、大體兩者ガ同ジ位、又ハ其差ガ少イモノハ之ヲ滲出性増殖性トシタ。カヤウナ分類法ニ據テ上記ノ材料ヲ分ケテミルト第一表ノ様ニナル。滲出性ガ七十二例トイフ多數ニナツテキルガ、之ハ特ニ選出シタノデハナイ。ソコデ是等ノ例ヲ其年齡ト發病ヨリ死亡ニ至ル經過年月ニ從テ配布シテミルト第二表ノ様ニナル。第二表ノ經過ハ大體患者ノ口述ニ依テ發病ヲ定メタノデアリ、特ニ發病關係ヲ明カニスル目的ヲ以テセラレタノデナイカラ、實際ノ發病カラ經過ハ更ニ之ニ或ル數ヲ加ヘナケレバナナルマイ。譬ヘバ本表ヲ一ケ年半ノトコロデ區切ルト、之以内ノ死亡數ガ一五四例即五二・二%トナル。太田良海氏ガ東京市療養所ノ患者ニ就テ詳細ニ發病狀態ヲ研究シタ統計的數字ニ據ルト、二二二例ノ死亡例中一ケ年以内ノ經過ハ九五(四三・一%)、二ケ年以内一三三(六〇・三%)トイフコトニナツテキル。此場合其發病ハ患者ノ口述ノミニ依ツタモノデハナイ。患者ノ口述ニヨル發病ト醫師ノ詳細ナ調査ニヨルモノトノ間ニハ相當ノ差異ガアル。即四九二例中三三九(六八・九%)ハ一乃至四ヶ月其間ニ差ノアルコトヲ同氏ハ示シテキル。故ニ第二表ヲ觀察スルニ當ツテ少クトモ之位ノ月數ノ誤差ヲ見積ラチバナラナイ。又病型ニヨツテ發病狀態ヲ異ニスルガ故ニ、之モ亦考ヘチバナラヌノデアアルガ、其間ノ關係ハ今ノ處未ダ明カニナツテキナイ。二年以上ノ經過デ死亡シテキル者ノ内、滲出性ヲ主トシテキル者ハ、所謂 Schaub ニ起因スル死亡デアル。之レ丈ケノ條件ヲ附シテ此表ヲ見ルト、二五歳以下、一年半以内ノ例八一中七〇・二%ガ滲出性及之ヲ主トスル者デアル。三〇歳以上、一年半以上ノ例四九中七一・三%ガ増殖性及之ヲ主トスル者デアル。

年齡ダケカラ考ヘルナラバ、大體ニ於テ年齡ト共ニ増殖性ガ増加スル事實ヲ認メルコトハ出來ルガ、甚ダ比較的ナモノデアル。譬ヘバ、七三歳ニシテ純粹ニ滲出性ノ例ガアリ、一五或ハ一六歳ニシテ増殖性ノ場合モアル。故ニ結核症ノ組織反應ハ Ricker 學派ノ Blumenberg ガ主張シテキル様ナ單ニ年齡ニノミ支配サレルモノトハ考ヘラレナイ。

三、空洞ノ諸問題

甲、空洞形成ノ様式

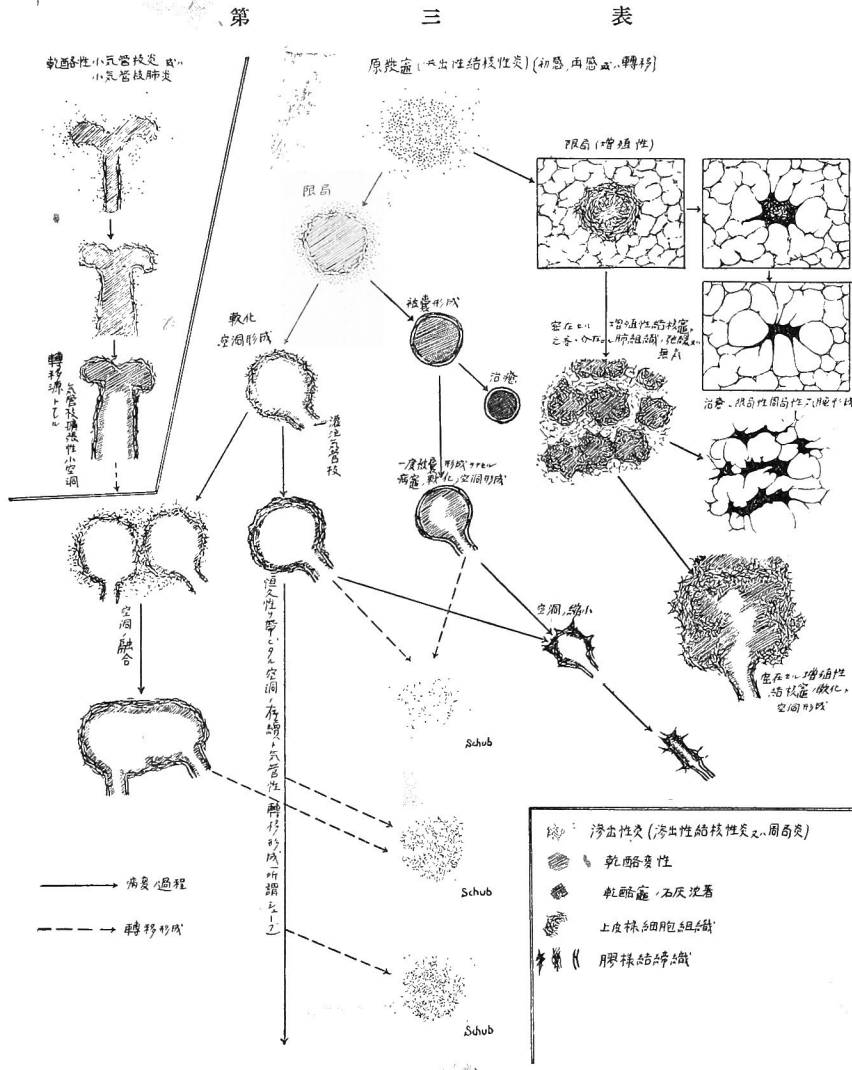
肺ニ於ケル結核性病變ハ極メテ多樣デアアル。之ヲ病原論カラ云フナラバ、結核菌ノ明カトナリ、且之ノミニヨツテモ起リ得ル事ノ知ラレテキル今日、當然一元論デナケレバナラナイ。然シ病理組織發生論上カラミルト、如何ナル結核性炎症モ常ニ滲出性炎症ニ始マルト云フ Hubschmann ノ考ヘノミニ從フ可キヤ。或ハ Aschoff 學派ノ如キ滲出性ト増殖性トノ二元論ヲトル可キヤ。今日尙未ダ歸結ニ達シテキナイ。此發生論ヲ別トシテ、出來上ツタ病竈其モノヲ觀察シ、記載スル場合ニ其處ニ在ル炎症組織ヲ滲出性ト増殖性トニ分ケテ觀察スルコトハ甚ダ便利デアアル。滲出性、増殖性ト云フ病理形態學的診斷ヲ其儘臨牀ニ齎スコトハ出來ナイニシテモ、豫後及ビ治療上ニ關係ノ深イ此二種類ノ病變ヲ到底臨牀ニ於テモ等閑ニ附スコトハ出來ナイ。又將來ヨリ良キ著眼點ヲ得ル迄ハ、複雑極リナイ結核性肺病變ノ考察ヲ此見方ニヨツテ比較的單純ニスルコトガ出來ル。

以上ノ様ナ立場カラ肺結核症ヲ構成スル結核性炎症ガ如何ナル行程ヲ辿ルモノデアアルカトイフコトヲ總括的ニ觀察シテ見ヨウト思フ。即之ニ基イテ肺結核症ヲ支配スル主要ナ病變ヲ求メヨウトスルノデアアル。

第三表ハ現在行ハレテキル結核症ノ病理解剖學ニ關スル成書ニ採用サレテキルトコロノモノヲ總括シテ、特ニ空洞ノ形成ニ關スル所ノモノヲ模型的ニ現ハシテミタノデアアル。起始病竈ヲ滲出性代表サセタノハ Aschoff 及ビ Hubschmann ニ準據シタノデアアル。此病竈ハ滲出性炎症ノ強イ場合ニハ必ず乾酪變性ニ陥ル(圖左半)。然ラザル場合ニハ上皮様細胞組織ヲ形成シテ増殖性傾向ヲ示シ、所謂結節狀ヲナシテ來ル(圖右半)。結節狀ヲナシタ場合ニ、其結締組織増殖ノ速度ト模様トハ様々デアツテ、一樣ニ之ヲ取扱フワケニハ行カナイガ、治癒トイフコトカラ考ヘルナラバ、此病竈ハ漸次ニ膠様結締組織デ置キ換ヘラレ、圖ノ右端ノ様ニ癆痕收縮ヲナシ、周圍ニ氣腫ヲ形成スル。

空洞形成ノ主要ナ形式ハ之ヲ大體五種類ニ分ケルコトガ出來ル。第一ハ増殖性或ハ其傾向ノ多イ病竈ノ崩壞、第二ハ滲出性炎症ガ引續キ軟化シ、排出サレルモノ。第三ハ滲出性病竈ガ一度被囊形成ヲナシタ後ニ軟化崩壞スル場合。第四ハ

第一ニ結核竈ガ結節狀ヲ爲シタ場合ニモ、其結締組織増殖ノ度合ヒガ著シクナク、且結節ガ密集シテキルト、之ニ介在ス



乾酪性氣管枝炎ノ氣管枝壁ノ崩壞。第五ハ所謂假性空洞ナルモノデアツテ、軟化シタ乾酪性肺炎竈ガ氣腫狀ニ氣管枝カラノ空氣ノ壓ニヨツテ擴張サレルモノデア(圖示シテナイ)。此順序ハ敘述ヲ進メテ行ク都合上ノモノデアツテ、何等重要性、或ハ頻度ノ意味ヲ含ンデキナイ。又是等ノ出來方ハ單獨ニモ起リ、一時ニ種ナル様式ガ混在シ、或ハ相亞イデ起ルコトモアル。陳舊ナ空洞ニ於テハ其形成様式ヲ示シテキルモノモアルガ、多クハ始源ノ狀態ヲ明カニスルコトガ困難デア

ル肺組織ハ無氣狀態、或ハ之ニ近ヅキ、屢々結節ノ炎症ガ之ニ蔓延シテ融合ヲ來ス。融合スルト何等カノ機轉ニ軟化崩壞ヲ來スコトガアル。卽其處ニ空洞ガ形成セラレテ行ク。此種ノ空洞ハ肺結核症ノ經過ノ途中ニ現ハレルモノデアツテ、最初カラ此空洞ヲ以テ始マルコトハ殆ド無イカ、或ハアツテモ極メテ稀ナモノデアラウ。

第二ニ病竈ガ乾酪變性ニ陥ツタ場合ヲ觀ルニ、乾酪變性部、卽チ凝固壞死ハ、容易ニ軟化シテ、之ニ對スル氣管枝腔カラ此軟化物質ガ排出セラレ、空洞ヲ形成シ始メル。此空洞形成ノ行程ハ剖檢ニ際シテ最モ屢々見ラレルトコロノモノデアリ、現今早期浸潤カラ早期空洞ガ生ジテ來ルノモ、之レニ依ルト考ヘラレテキル。カクノ如ク乾酪竈ハ軟化崩壞シ易イモノデアルガ、每常此運命ニ陥ルモノトハ限ラレナイ。

第三ニ初感原發竈ヤブール氏竈等ニ見ラレルヨウニ、一程度ノ大サ以下デハ乾酪變性部ノ四周ニ膠樣結締織ノ被囊ヲ形成シテ治癒スル現象ガ屢々見出サレル。コ、ニ或ル大サ以下ト述ベタガ、ソレハドノ位ナ大サデアルカ。勿論ソノ限界ヲ明瞭ニシ得ルモノデナイ。只經驗上、雀卵大程度ガソノ境ニアララシイ。雀卵大以上ノ治癒セル乾酪竈ヲ見ルコトハ極メテ稀デアル。之ニ反シテ、之以上ノ大サデハ一度結締織被囊ヲ生ジテモ、内容ハ屢々軟化シテ、徐々ニ空洞化シテユク現象ニ遭遇スル。此行程デ空洞ガ形成セラレル狀態ハ剖檢ニ際シテ、空洞形成中最モ少イモノデアル。

第四ニ乾酪性氣管枝炎ニ由來スルモノガアル。乾酪性氣管枝炎ハ、氣管枝壁ガ乾酪變性ニ陥ルニ從テ、同時ニ内部カラ軟化シ、且此際氣管枝腔ハ擴大スル一種ノ氣管枝擴張性空洞デアアル。此種ノ空洞ニハ大ナルモノハ稀デ、通常鉛筆ノ太サ位迄デアアル。之ガ單獨ニ存在シテ、後ニ述ベル轉移ヲナシテキルモノモアルガ、多クハ乾酪性氣管枝肺炎ガ全部崩壞スルコトニ依テ、蜂巢狀、或ハ迷路狀ノ極メテ不規則ナ、複雑ナ空洞ヲ生ズルモノデアアル。小兒期、青年期ニ屢々見ラレル。

第五ニ擬空洞(Pseudokaveme)ト謂ハレル所ノモノハ實驗動物(家兔、天然鼠等)ニ起ル空洞ハ之レデアルト Pagel ガ云テキルガ、余ノ經驗ニ於テモ左様デアアル。又小兒期ニハ人類ニ於テモ往々見ラレ、主滲出性肺結核症ノ肋膜下ニ現ハレルコトガアル。之レガ破レテ氣膿胸ヲ將來スルコトガアルラシイ。之ハ病竈ノ乾酪變性及其軟化ノ結果、組織ガ彈性ヲ

失ヒ、吸氣ニ際シテ擴張シ、之ガ繰返サレテ出來ルモノデアアル。此種ノ空洞ガ轉移源デアアルト考ヘラレル場合ニ遭遇シナイノデ茲ニハ除外シテ置ク。

又吾々ハ剖檢ノミナラズ、「レントゲン」寫真ニ於テ、日常鶏卵大カラ手拳大ニ達スル大ナル空洞ヲ見ル。是等ノ大ナル空洞ノ形成ニハ二種類ノ出來方ガアル。一ハ廣汎ナル乾酪性肺炎ガ軟化崩壞シテ生ズル場合、二ハ相隣レル空洞ノ隔壁ガ崩壞シテ融合スル場合デアアル。空洞ニ所謂洞材(Kavensbalken)ヲ見ルノハ後者デアアル。

以上ノ所見ハ病理解剖學ノ成書ヲ參考トシテ、余ノ材料ヲ觀察シタ空洞ノ總括デアアル。何故ニ病竈ノ軟化ト、空洞形成トニ重キヲ置イテ述ベタカ。ソレハ結論カラ云ツテ軟化現象ト空洞ノ存續トガ肺結核症ノ運命ヲ支配スルニ最モ重要ナル役目ヲ爲シテキルカラデアアル。

乙、空洞ノ存續ト肺結核症ノ進行

第一表ニ返テ余ノ材料ニ於ケル空洞ノ状態ヲ觀察スルニ、空洞ヲ見出シ得ナイ例ガ三〇例(一〇・二%)、空洞ガ兩肺ヲ通ジテ單一一個ノミヲ見出サレタ場合ガ三六例(一一・四%) (右一八、左一八)、其他ノ二二三例(七七・四%)ニハ二個以上ノ空洞ガ發見サレテキル。先ヅ此空洞ノ無イ場合ヲ觀ルニ滲出性ガ一四例デ半數以上ニ及ンデキル。何故ナラバ、三〇例中ニハ四例ノ殆ド治愈シタト考ヘラレル増殖性及硬化性ノモノガアツテ、治愈シテキナイモノハ二六例デアアルカラデアアル。

扱、一四例ノ滲出性例ハ何レモ皆、兩肺ニ廣汎ナ乾酪性肺炎、或ハ乾酪性氣管枝肺炎ヲ起シテ急性ノ經過ニ終タモノデアアル。故ニ此場合ニハ空洞ノ存否ハ問題ニナラナイ。急劇ニ軟化シタ乾酪様物質ヲ廣汎ニ吸入シタノデアアル。残りノ一二例ニ於テハ病變ノ廣ガリガ空洞ニマデ至ラナカツタ乾酪性氣管枝炎ノ軟化竈カラ管内性轉移ヲ起シタモノト考ヘラレル。結節性病竈ノミデ軟化崩壞竈ヲ俱ハナイ例ハ上記ノ治愈シタ四例ヲ除イテハ一ツモナカツタ。

次ニ空洞ガ唯一個ノミ發見サレタ三六例ヲ觀察スルニ、一般ニ經過ノ短イ滲出性及主滲出性ガ二〇例含マレテキル。經過ガ長クナルニ從テ空洞ガ一個ニ止マルコトガ少クナル。ソコデ此一個シカナイ空洞ノ位置ヲ調べテミルト、肺ノ中部

以下ニアル場合ハ僅カニ三例シカナク、他ハ皆肺ノ上部ニ存在スル、ソコデ又肺上部ノ何處ニ好發スルカトイフコトヲミルト、最モ多イノハ上葉ノ外側部カラ後部ニ互ツタ場所デアリ、次ガ肺尖デアアル。肺尖部内ニ占居スル小ナルモノ八例。肺尖部カラ其下部ニ互リ、或ハ後下部、側下部等ニ互ル鷄卵大以上ノ空洞七例、外側部ノ肋膜下ニ存在スルモノ一八例、後部肋膜面ニ近ク二例、他ノ二例ハ上葉ノ中央部及肺尖下部デアアル。

次ニ又二個以上ノ空洞ヲ有スル二二三例ヲ觀ルニ、此場合ニハ、甚ダ位置、病變、廣ガリガ複雑デ、之ヲ模型的ニ分ケル事ハ困難デアアル。然シ若シコウイフコトガ許サレルナラバ、ソコニ或ル規則的ナモノヲ見出し得ナイノデハナイ。即ソレハ病竈ノ古サヲ判斷スル一助トシテ結締織増殖ノ状態ヲ標準ニシテミルコトデアアル。之ヲ結核性病變全部ニアテハメヨウトスルコトハ困難デアアル。何故ナラバ、小ナル結節性病竈ハ一般ニ大ナル病竈ヨリモ早ク結締織化シ、治癒シテユクカラデアアル。空洞ニ於テモ同様ナコトガ云ヘルカモ知レナイガ、一ツノ例ニ就テ、譬ヘバ一方ニ硬化性ノ病竈群ガアリ、其部分ニ壁ノ甚ダシク結締織化シタ空洞ガアルトスル。其同ジ肺ノ他ノ場所ニ新ラシイ滲出性、譬ヘバ乾酪性肺炎ガアリ、之ガ軟化シテ結締織増殖ヲ伴ハナイ空洞ヲ形成シテキタトスルナラバ、此兩空洞ノ間ニハ當然新舊ガ分ケ得ラレル。カウ云フ見方ヲスルト、總テトハ云ヒ得ナイガ、大部分ニ於テ、二個以上ノ空洞ノ間ニ、大體何レガ古イカト云フコトヲ判斷シ得ラレル。此見方ヲ以テ自分ノ剖檢例ヲ觀察スルト、總括的ニ古イ空洞ハ、即チ、結締織化ノ強イ空洞ハ肺上部ニアリ、然モソノ占位ハ上記ノ空洞一個ノ場合ト同様デアアル。而シテ一般ニ肺ノ下方ニ至ルニ從テ新ラシイ空洞ガ發見サレル。之ハ空洞ノミニ止ラナイ現象デアツテ、古クカラ病理解剖學者ハ慢性肺結核症ガ Apiko-Kaudal 又ハ Krano-Kaudal 即チ、肺上部カラ下部ニ向テ蔓延スルトイフ特徴ヲ擧ゲテキル。此特徴ヲ認メル場合ニモ病竈ノ新舊ノ判斷ニハ結締織ノ状態ガ第一ノ目標ニナツテキル。又此肺結核症ガ上部カラ下部ニ擴ガルトイフコトハ臨牀家ガ日常經驗スルトコロデアリ、「レントゲン」検査ハ之ヲ明カニ證明シテキル。尙ホカク擴ガツテユク結核竈ノ状態ヲミルニ、大體ニ於テ吾々ガ最モ古イ空洞デアアルト考ヘテバナラヌモノ、周圍ニアル結核竈ハ、最モ強ク結締織化ヲ示シテ居。此空洞ヲ遠ザカルニ從テ結締織化ガ少クナツテユク。即チ、新ラシイトイフコトガ云ヘル。然シコレニハ例外ガ隨

分アル。而シテ是等ノ例外ヲ集メテミルニ其間ニハ未ダ何等規則的ナモノヲ見出し得ナイ。

他方ニ又カウ云フ現象ヲミル。結節性病竈ニシテ軟化ヲ伴ハズ、結締織増殖ニ依テ治癒シ、或ハ滲出性炎症ヲ伴ハヌ病竈ハ、其附近ニ乾酪性肺炎ノ様ナ滲出性ノ強イ炎症ヲ起シテ來ルコトガアツテモ、以前ノ舊病竈ガ同時ニ再ビ滲出性ヲ帶ビテ來ルトイフ現象が見ラレナイコトデアル。此現象ハ一度、著シイ結締織増殖ニ依テ病勢ガ緩慢ニナリ、或ハ停止スル時、再度此病竈ガ滲出性ニ燃エ上ルトイフ機會ガ甚ダ稀カ、或ハ無イノデアラウトイフコトヲ考ヘシメル。即チ此現象ハ治療ヲ目的トスル醫家ニトツテ大ナル光明デアリ、且又所謂 *Scum* ナルモノガドウ云フモノデアルカトイフコトヲ教ヘル。即チ「シユープ」ノ原因ガ、細菌ニアルノカ。「アレルギ」ノ變動ニアルノカ。或ハ其他ノ因子ニ存スルノカ。ソレハ明言出來ナイガ、少クトモ「シユープ」ニ依テ増悪スルトイフコトハ新ラシイ病竈ガ出來ルコトデアツテ、古イ病竈ガ燃エ上ルノデハナイ。若シ此場合、活動ヲ新タニシタ古イ病竈ガアルトスルナラバ、ソレハ轉移源デアルトコロノ空洞ニ外ナラナイノデアアル。吾々ハ剖檢ニ際シテ空洞ガ、其炎症ヲ新タニシテ轉移ヲ生ズル道行キヲ見得ルノデハナイ。然シ「シユープ」ニ依テ生ジタ病竈ガ新ラシイ氣管枝性轉移竈デアル限り、其轉移源ヲ古イ空洞ニ歸セシメルコトハ無理ノナイ考ヘ方デアルト思フ。臨牀上「シユープ」ノ際ノ「レントゲン」像カラ得ル經驗ハ全ク之ト同ジデアアル。即チ吾々ハ「シユープ」ニ際シテ屢々既存ノ空洞ノ周圍ニ新タナ所謂滲出性陰影ノ發生ヲ見ル。又今迄無カッタ新ラシイ滲出性病竈ノ出現ヲ其處ニ發見スル。之ヲ一言ニシテ述べレバ、慢性肺結核症ノ進行トハ新シイ病竈、即チ、轉移竈ノ生ズルコトデアツテ、肺結核症ヲ慢性ナラシメ、或ハ治癒困難ナラシメルモノハ空洞、或ハ軟化竈ノ存在ニ外ナラナイトイフコトデアアル。尙ホ約言スレバ慢性肺結核症トハ乾酪竈ノ軟化、空洞ノ出現ニ始マリ、轉移形成ニヨツテ進行スル病症デアルト云ヒ得ル。故ニ肺結核症ノ療法ノ中心ハ軟化竈、或ハ空洞ノ療法デナケレバナラナイ。進ンデハ軟化ヲ阻止シ、空洞形成ヲ未前ニ防ガナケレバナラナイノデアアル。從テ又診斷ノ主要點ハ軟化竈、又ハ空洞ノ存否、性状ヲ明カニスルコトニ置カレテバナラナイノデアアル。

故ニ再ビ空洞ニ歸ツテ、先ヅ其位置ヲ、モウ一度調べテミル。單ニ可能性ノミカラ云フナラバ、空洞ハ肺ノ何處ニモ存

在シ得ル。然シ頻度カラ觀ルト、前ニモ述ベタ通りニ上部ニ多ク、之ニ古サト云フコトヲ加ヘルト、古イ空洞ハ肺ノ上部外側カラ肺尖或ハ後面ニ互ツテ存在シ、且大體肋膜面ニ竝行ニ擴ガルコトガ最モ多イ。此好發部位ハ臨牀上理學的診斷ニ當テ甚ダ困難ヲ感ズル箇所デアル。何故ナラバ其處ハ肩關節帶及ビ之ニ附隨スル大胸筋ト僧帽筋トニ覆ハレテキルカラデアル。以前カラ解剖學的ニ肺尖ト呼バレタ第一肋骨ノ内部、即チ、上胸廓孔カラ突出スル肺ノ部分、外表カラ觸レルト、胸鎖乳嘴筋ノ下部ガ鎖骨ト胸骨トニ分レテ爲ス三角ニ大體一致スル部分、此處ニハ一般ニ結核竈ノ存在スルコトガ少ク、特ニ空洞ガ始メニ現ハレル事ハ稀デアルト云ツテヨイ。鎖骨上窩³デ確カメ得ル空洞ハ通常可ナリ大ナルモノデアツテ、小ナル空洞ハ到底理學的ニ診斷シ得ナイ。

以上述ベタ空洞ノ好發部位ハ、大體、新學說派(Die neue Lehre)ノ人々ガ定型的デアルトスルトコロノ早期空洞ノ位置ニ一致スル。

丙 空洞ト肋膜癒著

途ヲ變ヘテ空洞ト肋膜面ノ變化トノ關係ヲ調べテミル。之レハ「レントゲン」検査竝ニ治療上少ナカラヌ關係ガアル。剖檢材料ノ肋膜癒著ノ状態ヲ總括シタノガ第四表デアル。

肋膜癒著ノ状態ハ之モ亦甚ダ多樣デアツテ、模型的ニ分類スコトハ容易デナイガ、余ハ大體六ツノ型ニ分ケテミタ。第一ハ肋膜面ノ一部分ニ限局シタ纖維性癒著デアル。此癒著ハ通常鬆粗デアツテ、剖檢ニ際シテ肋膜兩葉ヲ強テ剝離スレバ爲シ得ルノデアル。位置ハ甚ダ不定デアル。或ハ一肺葉面ニ互リ、或ハ葉間ニ限局シ、或ハ橫隔膜面、縱隔竇側等ノミニ限ラレ、或ハ肺尖部ノミ、又ハ肺葉間隙ニ沿ウテ肋骨肋膜面ニ後上カラ前下へ斜ニ走り、若クハアシヨフ氏ノ云フガ如ク肋骨橫隔膜竇ニ恰モ口ヲ封ズルガ如ク起テキルコトモアル。何レニシテモ癒痕狀ヲナサザル不定ノ限局性癒著デアル。之ヲ假リニ限局性癒著ト名ヅケテオク。

第二ハ、之ト同様ナ癒著ガ片側肺全部、或ハ兩肺全部ニ互テ瀰蔓性ニ存在スルモノハ、病變ハ第一ノモノト大差ナク、癒痕ヲ形成シテキナイ。換言スレバ之ノ場合ニモ肋膜兩葉ヲ互ニ剝離シ得ラレル。故ニ第一型ノ内ニ包含サレテモヨイノ

第 四 表

肋膜炎者ノ性状	肋膜炎者ノ性状		肋膜炎者ノ性状		肋膜炎者ノ性状		肋膜炎者ノ性状		肋膜炎者ノ性状		Total
	片側/両側	片側/両側	片側例/両側例	片側例/両側例	片側例/両側例	片側例/両側例	片側例/両側例	片側例/両側例			
滲出性	13	33	7	3	3	14			4	60	
%	21.6	55.0	11.7	5.0	4.4	30.5			6.6		
主滲出性	4	17	3	6	2	14	4	2		46	
%	8.7	36.2	6.5	14.4	4.4	30.5	8.7	4.4			
滲出性増殖性	6	12	2	4	8	18	5	6		44	
%	13.6	27.2	4.5	11.1	18.1	40.9	11.1	13.6			
主増殖性	8	8		5	2	16.7	4	3		30	
%	26.6	26.6		16.7	6.6	33.3	13.4	10.0			
増殖性	1	27	2	24	8	31.1	13	2		77	
%	1.3	35.0	2.6	31.1	10.4	41.5	16.9	2.6			
合計	32	97	14	54	15	26	17	257			
大率、実数、細率、%	12.4	37.7	16	69	26.9	10.1	6.6				

肋骨竇ニ最モ強ク、次デ後下部ニ厚イ。肺ノ前面及ビ上部ニ至ルニ從テ厚サヲ減ジテ行ク(之ハ罹病ニ際スル患者ノ體

デアルガ、治療上第一型トハ意味ヲ異ニスル。故ニ之ヲ分テ瀰蔓性片側及ビ兩側癒著トシタ。

第三ニ、肋膜腔ノ下部ニ顯著ナ癒痕性癒著ヲ生ズルモノデアル。此癒著部デハ肺ヲ損傷スルコトナシニハ肋膜兩葉ヲ分ツコトガ出來ナイ。コノ癒痕ノ厚サハ一耗カラ一糲以上ニ達スルモノガアル。其擴ガリハ下葉面ニ限局シテキルコト、更ニ上方ニ延ビテ上葉面ニモ互ルコト・アル。其特徴ハ下葉ノ下部ニ癒痕ガ厚ク、上部ニ至ルニ從テ薄クナル。即チ通常横隔膜

位其他ニ關係スルノデアツテ、往々前面ノミニ特ニ強イコトモアル。之ヲ總括シテ下部癥痕性癒著トスル。多クノ場合片側デアルガ、兩側ノコトモアル。

第四ハ、第三ノ癥痕ニ似タ癥痕性癒著ガ上葉面ノ一部或ハ全部ニ現ハレル場合デアアル。此際下葉面ニハ鬆粗ナ癒著カ、或ハ全ク變化ヲ見ナイコトモアル。此癥痕性癒著ノ好發部位トシテハ、上葉ノ外側部カラ肺尖、或ハ後面ニ互テ生ジ、上葉ノ境界ヲ越エテ下葉面ニ互ルコトハ少イ。又肺尖部ニ於テハ肋骨側ニ多ク、縦隔竇面ニハ比較的少イ。コノ癒著ノ厚サハ一乃至二耗カラ、五耗ノモノガ最も多ク、稀ニハ一耗ニ達スル。又此癒著ハ通常或ル一個所ニ最も厚ク、其處カラ離レルニ從テ漸次ニ薄クナツテ行ク。最も厚イ場所ハ、多クノ場合肺尖下部外側或ハ後下部デアリ、肺尖ノコトモ無論アル。之ヲ上部癥痕性癒著ト名附ケテ分ケタ。之ニモ片側ノコト、兩側ノコト、アル。

第五ニ、上記ノ第三、第四ノ變化ヲ合併シタ型ガアル。片側ノコトモアリ。兩側ノコトモアル。

第六ハ乾酪性肋膜癒著デアアルガ、此場合、乾酪竈ハ點狀、或ハ斑狀ヲナシテ連ルコト、板狀ニ廣汎ナ乾酪性物質ヲ生ズルコト、アル。其擴ガリハ一肺葉全部ノコトモアルガ、多クハ上部或ハ下部等、部分的ニ強ク、其處カラ四周ニ向テ漸次ニ度ヲ減ジテキル。之ニモ片側ト兩側トノ場合ガアル。

以上六型ノ他ニ尙ホ、所謂纖維素性及ビ纖維素纖維性癒著ガアルガ、今回ハ除外シテアル。

第四表ニ就テ此六型ノ癒著形式ガ肺結核症ノ病型ト如何ナル關係ニ在ルカヲ見ル。第一、第二ノモノハ、滲出性及ビ主トシテ増殖性ニ多ク、第三ノモノハ、其大部分ガ滲出性或ハ其傾向ヲ有スルモノニ見ラレ、増殖性ノ勝ルニ從テ減少スル。第四ノ型ハ増殖性傾向ナキモノニハ甚ダ稀デアアル。増殖性強キニ從テ其數ヲ増シテ來ル。第五型ハ第三型ト其關係ガ反對ニナツテキル。第六ノ乾酪性肋膜炎ハ滲出、増殖ノ兩病變ガ混在スル場合ニ最も多イ。

次ニ是等ノ癒著型ト、其肺内ニ於ケル結核性病變トノ關係ヲ觀察スルト、第一、第二ノモノハ大部分、肺内ノ結核性病竈ト直接ノ關係ガナク、少數ニ於テ陳舊ナル病竈ノ部分ニ第一型が見ラレ(譬ヘバ初感原發竈ノ如キ)、又廣汎ナ乾酪性肺炎、或ハ乾酪性氣管枝肺炎ニ際シテ第二型ノ稍々強キモノが見ラレル。第二型ハ滲出性肋膜炎ノ後ニ遺サレタモノデ

アツテ、往々其一部ニ罅隙状ヲナシテ滲出液ガ殘存スルノヲ見ル。而シテ其癒著ノ癆痕ガ強イ所ニ陳舊ナ、或ハ高度ナ結核性病變ガ肺内ニ附隨シテキルカト云フニ、サウデナイ。通常結核竈トハ何等直接ノ連絡ガ無ク、癒著ノ強弱ハ滲出液ノ瀦溜ニ關係スル。故ニ罹患ニ際シテノ患者ノ體位及ビ既存ノ肋膜癒著ニ支配サレル。然ルニ第四型ノ上葉ノ上部、或ハ側後部ニ現ハレル強固ナ癆痕ハ殆ド常ニ其部分ニ、陳舊ナ空洞ヲ伴テキル。稀ニハ結節性病竈ガ密在シ、或ハ所謂石盤色硬變ニ止マルコトモアル。結核竈ト直接ナ交渉ヲ持タヌ此種、上部癆痕性癒著ヲ余ハ見タコトガナイ。存在セスノデモアルマイガ、稀ナモノニチガヒナイ。

最後ノ乾酪性癒著ハドノ結核竈ニ由來スルカラ通常定メルコトガ出來ナイ。

斯ク空洞ト肋膜癒著トノ關係ヲ見ルニ、第四型ニ於テ最モ密接ナ關係ヲ見出シ、第五型ハ第四型ノ一部ト考ヘテヨイ。其處デ逆ニ肋膜面ニ近ク空洞ガアレバ、必ズ癆痕性癒著ヲ生ズルカトイフニサウデナイ。癆痕性癒著ヲ生ズル空洞ノ壁ハ結締織増殖ガ高度デアリ、或ハ其空洞ハ收縮ヲ示シテキル。空洞壁ニ結締織増殖ガ無ク、或ハ其輕度ナ時ニハ肋膜面ニ此癆痕形成ヲ見ナイ。又空洞壁ノ病變ガ直接肋膜面ニ波及シテキナイ場合ニモ稀ニシカ癆痕形成ハ見ラレナイ。故ニ肺上部ニ陳舊ナ空洞ガアレバ必ズ癆痕性癒著ヲ來ストイフコトハ云ヘナイガ、肋膜面ニ第四型ノ癆痕ガ存在スルト、先ヅ其處ニ空洞ノアルコトヲ考ヘテ、一般ニ大ナル誤リハ無イト思ハレル。

此癆痕ヲ「レントゲン」陰影ニ於テ明カニ知り得ルコトモアルガ（癆痕ノミヲミルノデナク、陰影ノ形狀ニヨツテ知ル）、肺尖部ニ於テハ多クノ場合明カニシ難イ。又肺内ノ病變トノ境界ハ不明ナノヲ常トスル。ソレハ「レントゲン」線吸收ニ於テ諸種ノ結核性病變ト癆痕トハ實際差ヲ認メ得ナイカラデアアル。病理解剖學的位置ニ依テ想像シ得ル様ニ、「レントゲン」像デハ胸壁ノ鎖骨附近ニ現ハレルノヲ常トスル。又通常第一乃至第四肋骨迄ノ傾斜ガ變リ、肋間ガ狭クナツテキルコトハ剖檢所見ト「レントゲン」檢査ト其成績ヲ一ニシテキル。吾々ハ癆痕ソノモノヲ「レントゲン」ニヨツテ見ルノデナイカラ、此肋骨ノ變位ハ診斷上重要ナモノデアアル。肋骨ノ傾斜ヲ異常ニ増シタ場合ニハ、直チニ癆痕形成ヲ考ヘ、同時ニ空洞ノ存在ニ想到スベキデアアル。但シ肋骨變位ノ無イ場合ニハ空洞ノ存否ヲ云々シ得ナイ（肋骨影ノミデハ）、肺上部

ノ空洞ハ毎常「レントゲン」ニ依テ證明得ルトハイヘナイ。「レントゲン」陰影ニ透亮 (Aufhellung) ヲ明カニセストシテモ、比較的廣範圍ニ濃厚ナ陰影ヲ見ル時、其處ニ空洞ノ存在ヲ否定シ得ナイシ、特ニ以上ノ様ナ變化ガアレバ空洞ノ可能性ハ著シク増スノデアル。

次ニ空洞ノ收縮ト此癥痕性癒著トノ關係ヲ述ベルノデアルガ、夫レニハ少シ空洞ノ治癒トイフ問題ニ觸レテバナラナイ。病理解剖學上、空洞ノ治癒機轉ニハ二種類アル。第一ハ空洞内面ガ淨化サレ、其處ガ氣管枝粘膜上皮細胞ノ増殖ニ依テ被ハレルコトデアル。剖檢材料ニ於テ、陳舊ナ空洞内ニ氣管枝粘膜上皮ガ増殖シ、進入シツ、アル像ヲ見ルコトハアルガ、空洞面ガ全部、上皮細胞ヲ以テ被ハレテ治癒シタモノヲ見ルコトハ甚ダ稀デアル。文獻ニ稀少ナ報告例ガアルバカリデアル、(氣管枝擴張性空洞ハ別デアル)。第二ノ機轉ハ通常遭遇スルトコロノモノデアツテ、空洞ガ收縮シテ癥痕トナルモノデアル。此際收縮ハ全ク空洞壁ノ結締織ノ膠様化ニ依テ起ルモノデアル。結締織増殖ナクシテ空洞ノ治癒シタ場合ヲ余ハ知ラナイ。故ニ空洞ノ治癒ヲ妨グルモノハ第一ニ結締織ノ膠様化ヲ妨グルモノデアリ、第二ニ膠様化結締織ノ收縮ヲ妨害スルモノデアル。第一ノ膠様化ヲ妨グルノハ、結核性病變ガ四周ニ進行シ、且同時ニ崩壞シテ新生結締織ノ膠様化ニ暇ナカラシムルモノデアル、第二ノ收縮ノ妨ゲトナルモノハ、周圍ノ肺組織ガ空洞壁ヲ牽引シテキルトデアル。此周圍ノ「引ツバリ」ハ、引キ伸バサレテキル肺組織ノ弾力性ニ起因スル。空洞ガ大キケレバ大キイ程、「引ツバリ」ノ總和ハ大デアリ、從テ空洞ノ收縮ハ困難ニナル。

ソコデ前ニ述ベタ肋膜面ノ癥痕性癒著ト空洞縮小トノ關係ヲ調べテミル。空洞ハ大多數、癥痕ニ直ニ接シテキルガ故ニ、即チ、多クノ場合癥痕ハ空洞壁ノ一部デアアルガ故ニ、空洞ガ肋膜面ニ竝行ナ方向ニ縮小スルコトハ甚ダ困難デアリ、或ル程度以上ハ不可能デアアル。或ル程度トハ肋骨ノ「遊ビ」ノ程度デアアル。故ニ此空洞ガ消失スル爲ニハ、肋膜面ニ直角ナ方向ニ收縮スルヨリ外ハナイ。茲ニ於テモ外側カラノ攣縮ハ肋骨ニ依テ甚ダ妨グラレル、故ニ主トシテ内面カラ縮小シナケレバナラナイ。内面カラ縮小スルナラバ、同時ニ氣管枝及ビ血管ヲ介シテ肺門部ヲ引キ寄せナケレバナラナイ。肺門部ヲ引クコトハ、即チ縱隔竇ヲ引キ寄せルコトデアル。同時ニ心臟ニモ偏位ヲ來ス。肺上葉ノ著シイ縮小、若

クハ片側肺全部ノ高度ナ攣縮ニ際シテ心臟ノ甚シイ偏位ヲ來スコトハ、臨牀上竝ニ剖檢ニ於テ日常經驗スルトコロデア
ル。其際直接心臟ヲ引キ寄セルノハ肺靜脈デアルト解セラレル。肺動脈ニハ肺ト心臟トノ間ニ幾分ノ餘祐ガアルガ、肺
靜脈ハ肺ヲ出ルト直チニ左心房ニ移行スルガ故ニ其間ニ殆ド間隔ガナイ。剖檢ニ際シテ心臟ノ偏位ガ肺靜脈ヲ介シテ行
ハレテキルト解スベキ所見ニ每常遭遇スル。斯様ニ肋膜下ノ空洞ガ内方カラ縮小セムトスル場合ニモ大ナル抵抗ニ會ハ
ナケレバナラナイ。故ニ一度肋膜面ニ癩痕癒著ヲ形成シタ空洞ガ、完全ナ收縮ヲナスコトハ、如何ニ困難デアるかトイ
フコトガ想像ニ難クナイノデアル。

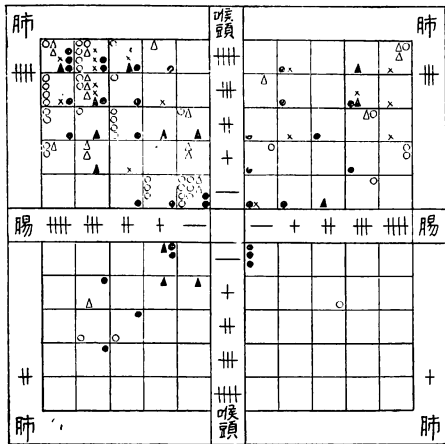
以上ハ肺内ニ於ケル結核性病變ノ撒布源トシテノ軟化竈乃至空洞ノ状態ト其他ノ關係ヲ觀察シタノデアアルガ、次ニ此肺
内ノ管内性轉移(氣管枝性)ニ對シテ、肺外ノ管内性轉移竈ノ状態ヲ調べテミタイト思フ。

四 肺結核症ト喉頭竝ニ腸結核症トノ關係(管内性轉移ト轉移源ト)

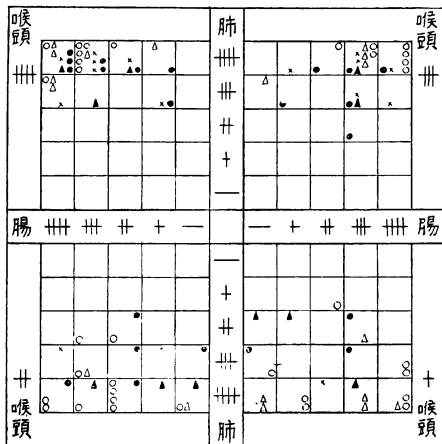
喉頭結核症ハ關根豐之助學士、腸ハ黒丸五郎學士ガ共ニ剖檢材料ニ就テ詳細ニ研究シタノデアアル。特ニ腸結核症ノ觀察
記載ハ甚ダ困難デアツテ、多數例ニ就テ確實ナ觀察ヲナスコトハ容易デナイ。故ニ以上三臟器ノ病變ノ相關關係ノ觀察
ニ使用シタ例ハ一二七例デアアル。之ヲ總括的ニ第五表一乃至六ニ表示シテミタ。一及ビ二ハ肺ノ病變ニ基イテ、喉頭及
腸ノ病變ヲ配布シ、三及ビ四ハ喉頭ヲ中心トシテ其他ヲ、五及ビ六ハ腸ノ變化ニ出發シテ他ヲ考察セムトシタノデア
ル。病變ハ何レモ其廣ガリ、及ビ侵サレテキル重サヲ比較的ニ見テ、各臟器ニ就テ五段ニ分ツタ。(一)、(十)、(廿)、(卅)、
(卅)デ現ハシテアル。(二)ハ結核性病變ガ見出サレナカツタカ、又ハ治愈シテキルト考ヘラレル場合デアアル。(卅)及ビ
(卅)ハ極メテ重症デアツテ、恐ラク之レノミヲ以テシテモ死因トナリ得ルト考ヘラレル場合デアアル。而シテ此分ケ方ハ
大體ノ目標カラ成ツタモノデアツテ、各例ニ共通ナ客觀的ナ、確實ナ測定法ヲ設ケタワケデハナイ。故ニ觀察者ニ依テ
幾分ノ變動ハアルカモ知レナイガ、表ニ現ハレタトコロカラミルト全體トシテノ結論ニ大ナル影響ヲ來ス程ノ差異ハナ
カラウト思フ。第五表一、三、五ニ用ヒタ符號ハ第一表以下ニ用ヒタ病變ノ性状ノ分類ト其記號ヲ其ツ、使用シテア
ル。二、四、六ニ於テハ括弧内ノ太字ハ實數ヲ現ハシ、細字ハ各病變群ニ於ケル其百分率ヲ示シタモノデアアル。

第 五 表

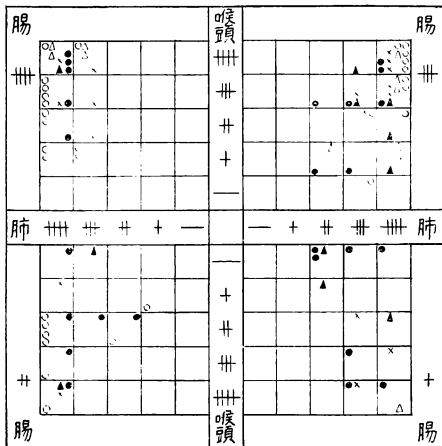
(一)



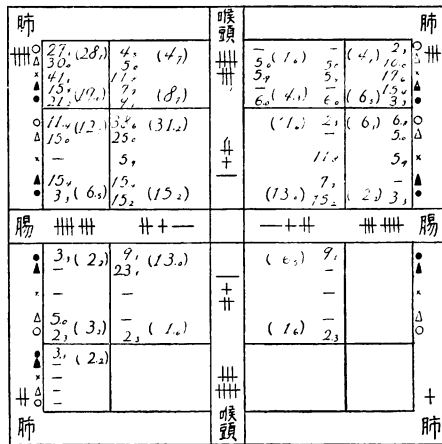
(三)



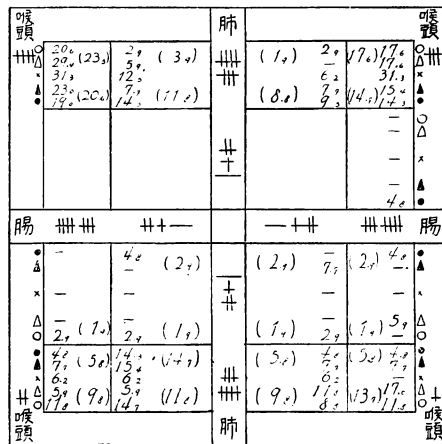
(五)



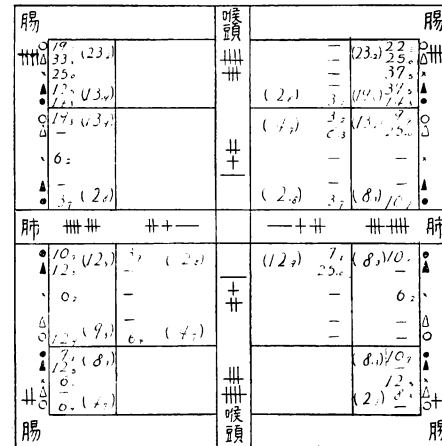
(二)



(四)



(六)



綜 說 岡II病理解剖學上ヨリ見タル結核症ノ診斷

先ツ表一及ビニヲ觀察スル。一二七例中八四(六六・〇%)ガ肺(卅)、二八例(二二・〇%)ガ(卅)、即チ八八・〇%ハ肺ニ死因ヲ歸セラル可キデア。三・二%ハ腸乃至喉頭結核症死デアリ、残りノ者ハ其他ノ原因(咯血、衰弱、腦膜炎其他)ニ依テ死亡シテキル。特ニ滲出性例ハ其八一・八%ガ極メテ重症ナ肺結核症デア。肺結核症以外ノ死亡ハ七・〇%ニ過ギナイ。滲出性ト主滲出性トヲ合セテ觀ルト、其三分ノ一近クハ肺、喉頭及ビ腸何レニモ重症ナ結核症ヲ現ハシ、他ノ三分ノ一ハ肺ノミニ重イ。肺結核症ノミデ、他ニ結核症ノ無イ例ハ一三例(一〇・二%)ニ過ギナイ。其他ノ八九・八%デハ肺ノ外、腸或ハ喉頭何レカニ結核症ヲ合併シテキル。此一三例中ノ九例ハ滲出性及ビ主滲出性、即チ經過ノ速カナ場合デア。肺結核症ガ(卅)以下、即チ、輕度ナ場合ニハ、腸、特ニ喉頭ニ結核症ヲ合併スルコトガ甚ダ少イ。次ニ肺、腸ニ重ク、喉頭ニ輕イ例ヲ見ルト滲出性病變ニ傾イテキル者ガ多ク、肺、喉頭ニ重ク、腸ニ輕イトキハ、増殖性肺結核症ガ比較的多イ。此關係ハ第五表三乃至六ニ於テモ同様ニ現ハレテキテ、肺ニ於ケル結核症ノ經過ガ大イニ關與スルモノデアルト考ヘラレル。之ガ如何ナル程度ノ普遍性ヲ有スルカハ尙一般ノ内科、耳鼻咽喉科及ビ病理解剖學者ノ追試ヲ俟タズバナラナイ。余ノ材料ニハ喉頭ノミニ重症ナ結核症ガアリ、其他ガ著シク輕イト云フ例ガナイ。喉頭結核死トイフモノハ必ズアルデアラウガ、多イモノデハナイニチガヒナイ。同様ニ腸ノミニ重ク、其他ガ輕イトイフ場合モ少イ。重症喉頭結核症ニ於テ一例ヲ除ク外、全部、肺ニ結核症ガ重ク、重症腸結核症ニ於テモ殆ド之ニ近イ、肺結核症ガ重症デア。輕症或ハ中等症ノ喉頭及腸結核症ニ於テハ、其過半數ニ於テ腸及喉頭ノ結核症モ亦輕イガ、肺結核症ハ其何レノ場合ニモ重症デア。

是等ノ事實及今回表示シテナイガ、全身性粟粒結核症ニ於テハ一般ニ喉頭及腸結核症ガ極メテ輕イカ、或ハ見出サレナイ。此事實ハ余ノ材料以外ニ於テモ、一般ニ急性粟粒結核症ノ剖檢ニ際シテ一致スル所見デア。又若年者ニ屢々見ラレルトコロノ漿液膜癆(乾酪性肋膜炎及腹膜炎)ノ場合ニモ喉頭及腸ノ結核症ハ極メテ輕イカ、或ハ發見シ得ナイモノデア。但シ之レモ比較的ナコトナノデ、之レニハ肺結核症ノ經過ニ大イニ關係スル。急性粟粒結核症ニシテモ、漿液膜癆ニシテモ、斯カル急性機轉ニ入ル前ニ既ニ比較的長ク肺ニ空洞ノ存在スル場合ガアル。サウスルト喉頭ト腸トニ著明ナ

結核症ヲ生ジテキル。

以上ノ所見ヲ總括的ニ觀ルト、喉頭及腸ノ結核症トイフモノハ、肺結核症、特ニ肺ノ結核性空洞カラノ管内性轉移ニ依テ成ルモノデアアルコトガ首肯出來ル。

茲ニ於テ肺ノ結核竈ガ軟化崩壞スルトイフコト、殊ニ空洞ヲ形成スルトイフコトハ、結核症ノ成立及進展ニ重大ナ意味ガアリ、強ヒテ云フナラバ、肺空洞ノ消長ハ、慢性肺、喉頭及腸ノ結核症ノ運命ヲ支配スルトサヘ云ヒ得ルデアラウ。從來臨牀家ハ喀痰検査ニ依テ閉性及閉性肺結核症ヲ別ケテキタ。此開閉トハ氣管枝結核症ヲ除イテハ、大體空洞ノ開閉ヲ意味シテキルト考ヘラレル。

斯クテ肺ノ結核竈ガ軟化崩壞シテ空洞ヲ形成スルト云フコトハ種々ナル結核問題ノ核心ヲナシテキルコトガワカル。即チ、豫防上カラ之ヲ見ルナラバ、其處ニ一ツノ傳染源ガ現ハレ、且存續スルコトデアリ、救護問題ニ於テハ、當ニ傳染源デアル許リデナク、將來ノ急性或ハ慢性ノ肺結核症、惹イテハ喉頭及腸ノ結核症ヲ齎スコトヲ想像シテ置カテバナラナイ。從テ長イ救護期間ガ豫想サレテバナラナイ。若シ夫レ治療ト云フ立場カラ之ヲ見ルナラバ、各種ノ治療法ニ對スル適應症ト共ニ、豫後ノ如何モ、之ニ依テ起算サレテバナラナイ。特ニ近年ノ外科的肺結核症療法ニ於テハ、空洞ノ位置及之ニ伴フ肋膜ノ病變ガ、其適應症ノ決定ノ基礎ト爲ル可キデアアル。豫後ニ於ケル危險ニ關シテハ、空洞ノ大サ、又ハ擴ガリノミニ關係スルモノデナイ、譬ヘバ兩肺ヲ通ジテ單一一個ノ空洞ガ存在シ、他ニ結核竈ヲ見ナイト云フ場合ガアツタトシテモ、其診療ニ當テハ、重症肺結核症ニ臨ンダ場合以上ニ慎重ナ考慮ガ拂ハレテバナラナイ。遡テ空洞ヲ形成シ得可キ軟化竈ニ於テモ其意義ノ重サニ變リハナイ。翻テ臨牀的診斷トイフ立場カラ之ヲ見ルト、吾々ハ其處ニ大ナル困難ニ當面スル。重症肺結核症ニ於テスラ、空洞ノ存在ヲ證明スルコトハ、每常必シモ容易デアルトハ云ヒ得ナイ。マシテ初期ニ於テ之ヲ適確ニ知ルノハ屢々難事デアアル。特ニ未ダ空洞ヲナサル軟化竈ニ於テ至難ナコトハ云フ迄モナイ。何故ニ困難デアアルカト云フニ、ソレハ診斷手技ノ不備ニ外ナラナイ。

「レントゲン」検査ハ、譬ヘソレガ肺内ノ病變ヲイツモ吾々が満足スル程度ニ知ラセテ呉レルモノデナイトハ云ヘ現今吾

々ガ有スル諸種ノ診斷法中最モ信賴サル可キモノデアアルノハ云フ迄モナイ。嘗テ Graff u. Künferle 兩氏ガ肺結核症ノ質的診斷ニ關シテ業績ヲ發表シタ時、之ニ對シテ實際上ノ不可能ガ隨分叫バレタ。ソシテ現在モ尙屢々質的診斷ハ悲觀視サレテキル。然シ以上述べタ通り肺結核症ノ診斷ハ、ドウシテモ其中心ヲ質ニ置カレテバナラナイ。ソレハ病理解剖學ガ吾々ニ教フルトコロデアアル。故ニ現在吾々ガ「レントゲン」ニヨル質的診斷ニ成功シテキナイト云フ理由デ、之ヲ不可能トシテシマフ事ハ出來ナイ。況ンヤ「レントゲン」手技ハ年々進歩シ、昨年ノ手技ハ今年ニ於テ古ク、今年新ラシキモ亦明年ハ古カラントシテキルニ於テヤデアアル。次ニ「レントゲン」ニヨル質的診斷ノ可能性ト、二、三ノ注意トヲ述ベタイト思フ。

五 質的「レントゲン」診斷ニ就テ

「レントゲン」検査ガ他ノ如何ナル診斷法ヨリモ、肺内ノ病理解剖學的變化ヲ吾々ニ示シテクレルトイフコトハ今更ニ云フ迄モナイ。カク優レテキルガ故ニ往々ニシテ過重視サレル。又時トシテハソノ最モ利用サル可キトコロガ見逃ガサレテキルカニ見エル。

喀痰中ニ結核菌ガ證明サレルナラバ、實際上吾々ハ之ニ依テ肺内ニ結核性病變ノ存在スルコトヲ推定シテ殆ド差支ヘナイ。又理學的診斷ニ於テ肺結核ニ特有ナ濁音界、囉音乃至胸廓畸形ヲタシカメタ場合ニハ、從來ノ如ク之ニ依テ肺結核症ノ診斷ヲ爲シ得ル。然シ之ノミニヨツテ結核竈ノ性状ヲ知ルコトガ如何ニ至難デアアルカハ、「レントゲン」線發見以前ノ臨牀學ニ問フ迄モナク明カデアアル。又理學的ニ異狀ヲ見ズ。喀痰ニ結核菌ヲ見出シ得ナイ場合ニハ、肺結核症ノ診斷ハ不可能デアアル。所謂新學說派ノ内容ガ之ヲ證據立テ、キル。新學說派ノ根據ハ「レントゲン」所見ニアアルデアアル。即、「レントゲン」検査ハ他ノ検査法ノ企及シ能ハザル特徴ヲ有スル。而シテ他ノ方法ヲ以テシテモ充分肺結核症ナルコトヲ診斷シ得ル場合ニモ其病變ヲ更ニ適確ニ知ラシメルモノデアアル。ケレドモ單ニ病竈ノ擴ガリノミヲ知ルヲ以テ足レリトスルナラバ、ソレハ「レントゲン」検査ノ特徴ヲ發揮シ得タトハ云ヘナイ。進ンデ其性状ヲ明カニスルニ至テ始メテ、其利用全シトスベキデアアル。

甲、肺ノ「レントゲン」造影

「レントゲン」検査トハ云フ迄モナク「レントゲン」陰影ノ解釋デアアル。故ニ先ヅ其陰影ヲ生ズル病理解剖學的病變ノ概念ガ腦裡ニ明カデナイト、其解釋ハ正鵠ヲ期シ難イ。陰影ハドコマデモ陰影デアツテ、物其物ヲ見ルノデナイカラ、病變ノ色彩、硬度ハ絶對ニ知ル事ガ出來ナイ。又造構モ或ル範圍内ニ於テノミ推測ガ許サレルノデアツテ、何レノ場合ニモ之ヲ明カニシ得ルトハ云ヘナイ。

「レントゲン」陰影ノ性質ニハ輪廓ト濃度トガアル許リデアアル。吾々ガ陰影ニ於テ造構ト云フトコロノモノハ輪廓ト濃度トノ交錯ヲ名ヅケルニ過ギナイ。而シテ「レントゲン」線吸收ノ實際的效果カラ云フト、胸廓内影像ニ於テ吸收性ノ差ニヨル濃淡ハ、空氣、「カルシウム」ト他ノ總テノ細胞組織乃至體液ノ三段階ニ過ギナイ。空氣、「カルシウム」ヲ除イテ濃淡ノ差ヲ生ズル所以ハ、其處ニ量の差異ガアルカラデアアル。

從來膠様結締織或ハ乾酪様物質ガ特ニ大ナル吸收ヲ示スカノ如ク考ヘラレテキタ場合モアルガ、ソレハ誤リデアアル。膠様結締織ノ「フィルム」面ニ生ズル濃度ハ水ト差ヲ認メ難イ。又乾酪様物質内ニハ從來「カルシウム」ガ多分ニ含まレテキルガ故ニ、特ニ大ナル濃度ヲ呈スルモノト推測サレテキタ。然シ「レントゲン」フィルムニ特ニ強イ濃度ヲ示ス乾酪竈ハ組織學的ニモ顯微鏡下ニ石灰沈著ヲ證明シ得ル場合デアアル。斯様ナ石灰沈著ヲ起シテキル病竈ハ病理解剖學的ニハ常ニ比較的陳舊ナ乾酪竈デアツテ、結締織被囊ヲ有シ、治癒ノ状態、或ハ治癒セヌ迄モ、少クトモ顯著ナ限局ヲ示シテキル。乾酪性肺炎、或ハ初期變化群ノ被囊ナキ淋巴腺乾酪竈ハ、如何ニ大ナルモノデアツテモ、量のニ同ジ條件デアアルナラバ、水ト區別スルコトガ出來ナイ。之ハ人體ニ於ケル結核竈ノ石灰沈著ノ状態デアアルガ、動物ニ於テハ必シモサウデハナイ。特ニ實驗ニ使用サレル草食動物(牛、家兔、天竺鼠等)デハ被囊ヲ有セザル廓大シツ、アル乾酪竈ニ、之ガ相當長ク融解セズニキルト石灰沈著ヲ起シテ來ル。繰リ返シテ云フ。肺結核症ノ「レントゲン」陰影ニ於テ濃淡ノ差ヲ生ズル原因ハ質的ニ空氣、組織、石灰ヲ除イテハ、量の差異アルノミデアアル。

肺結核症ノ診斷上、質的性状ヲ知ル事ノ重要ナルヲ述ベ來ツタガ、「レントゲン」検査ニ於テ如何ニシテ之ヲ爲シ得ル

カ。近年、結核症ノ病理形態學ノ進歩ハ愈々、微ニ入り細ヲ穿タントシテキル。然シ「レントゲン」陰影ニ現ハル、ガ如キ、大體ノ肉眼的造構ノ特徴ハ既ニ殆ド知り盡サレテキルカノ觀ガアル。而シテ此大體ノ特徴ニ二種類ノ甚異ツタ性狀ノ在ルコトハ、古クウイルヒヨウノ如キ偉大ナル病理解剖學者ガ、彼ニヨツテ有名ナ二元論ヲ主張シタ程デアアル。現今ノ病理解剖學ニ於テモ、組織發生論上ノ論爭ハアルガ、結核性炎症ニ滲出性ト増殖性トヲ大體分チ得ルコトニハ諸家ノ見解ガ一致シテキル。グレーフ及キユペルレ兩氏ノ業績ハ此性狀ノ差異ニ基イテ爲サレタモノデアアル。臨牀上又此差異ガ如何ニ肺結核症ノ運命ニ關係スルトコロ大ナルモノカハ既ニ縷述シタ。グレーフ及キユペルレ兩氏ハ此質の差異ヲ「レントゲン」陰影ニ於テ區別シ得ト主張シタ。之ニ對シテ今モ尙至難ナリトスル菲議ガ唱ヘラレテキル。其處デ余ハ「レントゲン」撮影手技ト讀影トノ交渉ヲ些カ考ヘテミタイト思フ。何故ナラバ之ガ可能デアルカ、ドウカハ一ニ手技ニ係ルカラデアアル。

乙、質的診斷ニ必要ナル手技要約

前ニ述ベタ「レントゲン」寫眞影像ノ根本的の二大性狀、即、輪廓ト濃度トハ、之ヲ手技上カラ見ルナラバ、輪廓ハ影像ノ鮮銳度ニ左右サレ、濃度ハ「フィルム」面ニ於ケル黒度(Schwarzung)ノ對比(Kontrast)ノ意味デアアル。而シテ影像ガ充分ニ鮮銳デナイト病竈ノ正シイ輪廓ヲ知ルコトガ出來ズ、對比ガ不充分デアルト病竈ノ量の差異。即、擴ガリ(立體的)ノ状態ヲ推知シ難イ。陰影ノ鮮銳度ガ焦點ノ距離ト大サ撮影時間及二次線ノ影響ニ支配サレルコトハ理論竝ニ實驗上既定ノ事デアアル。近時遠距離瞬間撮影ヲ行ヒ、焦點ヲ益々小ナラシメムトスルノハ此鮮銳度ヲ充分ナラシメムトスルニアル。黒度ノ對比ヲ適當ニ得ムガ爲メニハ相當ノ軟線デナケレバナラナイ。理論上「レントゲン」線ノ波長ト吸收トノ關係カラ推理セラル、對比ハ日常ノ經驗ガ每常之ヲ證明シテキル。硬線撮影ノ可否論ハ、要スルニ遠距離瞬間撮影ニ際シテ充分ナル軟線ノ量ヲ得難ク、爲メニ遠距離ニ於テ軟線撮影ヲ行ハムカ、勢ヒ時間ノ延長ヲ來シ、距離ヲ大ニシテ半影ヲ小ナラシメムトスル努力ハ時間ノ延長、從テ肺ノ動搖ノ爲メニ全ク無ニ歸スルトコロカラ起ツテ來タノデアアル。而シテ此問題ハ實驗的ニ Chantlain 氏ノ業績(三相八百「ミリ」、Bowers 廻轉對陰極管)ニヨツテ解決サレタト云ツテヨカラウ。

只其一般的實施ノ可能性ハ一ニ經濟問題ニ存スル。

現今本邦ニ於ケル「レントゲン」機ノ普及ト經濟トノ狀態ヲ觀ルニ、今直チニ此目的ヲ達成スルコトハ出來ナイノテハナカラウガ、先ヅ困難デアラウ。近頃ノ「レントゲン」機ノ進歩ハ既ニ瓦斯管球ガ廢サレ、總テノ裝置ガ「クローリツチ」管球ヲ使用スル様ニナツタ。容量ノ充分ナ設備ガアル場所テハ、當然ムラノナイ「クローリツチ」管球ヲ使用スベキデアルガ、容量ノ小サイ從來ノ一般ノ機械テハ「クローリツチ」管球ニヨル肺攝影ハ無理ガ多イ。何故ナラバ充分ナ軟線ヲ出スコトガ出來ヌ爲メ、既ニ一米距離ニ於テスラ時間ヲ短縮スル爲メニ硬線ヲ用ヒ、之ガ爲メニ小サイ病竈ハ逸セラレテキルノヨミル。一米位ノ距離デアツタナラ寧ロ瓦斯管球ノ撮影ヲ余ハ推奨スルモノデアアル。但瓦斯管球ニ於テハ恒常的ナ結果ヲ得ラレナイ事ヲ知ツテキチバナラナイ。

丙、肺内病的陰影ノ讀影ニ就テ

正常ナ肺紋理ガ明カニ現ハレテキルカドウカハ、讀影上大切ナ事デアアル。肺紋理ノ檢出ノ程度ハ、同時ニ又病竈檢出ノ程度ヲ物語リ、前者ノ鮮銳度ハ、後者ノ鮮銳度ノ標準トナリ得ル。前者ノ黒度ノ對比ハ、又後者ノソレヲ示スモノデアアル。故ニ肺紋理ガ放射過度ヲ示ス場合、或ハ動搖ヲ現ハシテキル時ニハ、夫々又病影ニ於テモ同様ナル條件ノ下ニ誤リヲ推測シテカ、ラチバナラナイ。之ハ撮影手技ニ關係セル事柄デアアルガ、讀影上肺紋理ノ變化ハ甚ダ必要デアアル。譬ヘバ肺氣腫ノ如キ、所謂缺落治癒(Defekheilung)ノ際ニ、若シ充分ナ鮮銳度ト黒度ノ對比トガ得ラレタナラバ、其處ニ部分的ノ氣腫狀態即肺紋理ノ「亂レ」ガ現ハル可キデアアル。之ハ慢性肺結核症ノ病變ヲ數年ニ互テ「レントゲン」ヲ追フテ行ク場合ニ屢々經驗サレルトコロデアアル。例ヘバ細葉性播種ハ之ガ治癒ニ向フ時、其處ニ顯著ナ氣腫ヲ現ハシテ來ルガ如キデアアル。又肺尖部ノ癆痕性病竈或ハブル氏病竈ノ周圍ニ於テモ同様ナ事實ガ日常經驗サレル。若シ細葉性播種ガ廣汎ニ起リ、之ガ治癒シタ場合ニハ非結核性老人性氣腫ニ酷似シタ陰影ヲ生ズル。若シ又粟粒結核症ガ治癒シタトシタナラバ、之モ亦同様ナ肺紋理ノ瀰蔓性ナ亂レヲ惹キ起スデアラウ。

肺紋理ノ撮影ガ不正確ナ爲、往々ニシテ誤マリヲ生ズル場所トシテ、右肺野ノ下半部ガアル。此部分ハ肺ノ前後徑ガ最も長ク、從テ血管ガ前後繁ク重疊シテキル。故ニ呼吸ノ止メサセ方ガ不適當デアツタリ、放射時間ガ長キニ過ギ、或ハ放射量不足シ、或ハ硬度餘リニ軟キカ、若クハ硬キニ過グル等ノ場合ニハ讀影ヲ不可能ナラシメ、時トシテハ誤診スル。

屢々氣管枝周圍炎ナル診斷ガ附セラレテキル「フィルム」ヲ見ル事ガアル。而シテ果シテ然ルヤ否ヤノ判斷ニ困シムコトガアル。肺紋理ノ鮮銳度ニ缺クルトコロ多キガ故デアル

此處ニ云フ肺紋理ナルモノハ、正常影ニ於テ Assmann ノ主張セルガ如ク血管影ト認メテバナラナイ。剖檢材料ニ就テ血管影ノ太サト氣管枝壁影ノ太サトヲ比較スルニ殆ド問題ニナラヌ位氣管枝壁影ハ纖細デアアル。余ハ之ガ爲メニ、一方之ヲ剖檢材料ノ撮影ニ徴シ、且組織學的標本ニ就テ調べ、他方 Wood 氏合金ヲ氣管枝腔、肺動脈及靜脈ニ注金シテ、其走向、分岐、交錯、太サノ關係等ヲ探索シテミタ。其詳細ニ就テハ、何レ稿ヲ新タニシテ報告スルガ、概要ヲ述ベルト、從來解剖學書ニ記載サレテキル様ニ、肺動脈枝ハ殆ド氣管枝ニ沿ウテ走り、且分岐シテキルガ、肺靜脈枝ハ是等ト關係ナク單獨ニ走り、且分岐シテキル。而シテ後者ノ分岐ハ氣管枝ノ分岐ト關係ガナイ。且投影ニ際シテ動靜脈ハ到ル處デ交錯シテキル。往々肺紋理ハ主トシテ肺動脈枝ノ陰影デアルト解釋サレテキルガ、ソレハ誤リデアアル。動脈枝ト靜脈枝トハ同ジ場所ニ於テ、其太サヲ殆ド等シウシテキル。從テ陰影ニ於テモ動脈枝ノ黒度トノ間ニ差ヲ見出セナイ。前ニ述ベタ右肺野下部ノ肺門影及其末梢ハ、比較的太イ動靜脈ノ交錯カラ成リ立テキル。而シテ血管ノ太サニ比シテ正常淋巴腺ノ前後徑ハ一般ニ著シク薄イ爲メ、殆ド陰影トシテ認メラレナイ。又淋巴腺ノ腫脹ハ屢々太イ血管ト重疊スルガ故ニ、Assmann ノ云ヘル如ク血管ノ外方ニ腫脹シテ出ルカ、或ハ少クトモ雀卵大ニ達シナイト證明シ得可キ陰影ヲ生ジナイ。尙之ニ就テハ後ニ述ベル。

讀影ニ際シテ又誤リヲ來スモノニ血管ノ交叉點ト、所謂長軸正射影 (Orthoventgenograd) トガアル。是等ハ肺門部ヲ遠ザカルニ從テ當然小サクナツテ行ク。前者ハ血管影ノ鮮銳度ガ充分ナルトキハ、其交錯デアアルコトヲ誤ラヌガ、然ラザレバ屢々不整形、或ハ圓形ノ止針頭乃至麻實大、或ハ米粒大ニ達スル結節狀陰影トシテ現ハレル。後者ハ通常圓形、時トシテ稍々橢圓形ヲ呈シ、其輪廓ハ甚ダ鮮明デアリ、内部ハ均等デアアル、主トシテ肺門影ノ内部或ハ邊緣ニ現ハレ、屢々其上又ハ下ニ接シテ輪狀ノ氣管枝長軸正射影ヲ伴テキル。其大サハ麻實乃至豌豆大ニ達スル。肺野ノ外半部ニモ時トシテ之ヲ見ルガ、麻實大以上ノ事ハ殆ドナイ。此長軸正射影ニ動搖ヲ來スト、邊緣ガ臃腫トシテ、恰モ輕度ノ石灰沈著竈

デアルカノ如キ觀ヲ呈スル。此場合ニハ氣管枝ノ長軸正射影ハ織明ニ現ハレルコトハナイ。左肺上葉ノ舌部ニ入ル肺動脈枝幹ノ長軸正射影ハ大體心臟影第三弓ノ邊ニ殆ド每常現ハレル。石灰沈著竈ハ此血管ノ長軸正射影ト同程度ノ濃サノ場合ニハ、反テ其邊緣ハアマリ明確デナイ。邊緣明確ナ石灰竈ハ血管ノ長軸正射影ヨリモ常ニ著シク濃イ(吸收能 $C_{a^{++}}$ $H_2O \cdot 3.6:1$)。又淋巴腺ノ石灰竈ガ正圓形ヲ呈スルコトハ比較的稀デアル。

肺内ノ結核性病變ガ如何ナル陰影ヲ生ズルカト云フ事ニ就テハ、既ニ Gräff und Küpferle 兩氏ノ業績デ殆ド明カニサレテキルガ故ニ、茲ニ夫レヲ繰返ス必要ハナカラウ。只簡單ニ余ノ述べ來タ意味ヲ明カニスル爲メニ、病變ノ性狀ト陰影トノ關係ヲ述ベルナラバ、滲出性肺結核症トハ、一種ノ結核性肺炎デアツテ、肺胞ハ滲出液竝ニ細胞ヲ以テ満たサレテキル。此際細胞ノ多少、壞死ノ有無ハ陰影ニ殆ド影響ヲ及ボサナイ。又肺炎竈内ノ肺胞壁ノ變化モ直接陰影ニ影響シナイ。陰影ニ差異ヲ生ズルトコロノモノハ、邊緣部ノ炎症ノ性狀ト、病竈ノ立體的形狀ト、滲出竈内ニ空氣ヲ含有セルヤ否ヤ。其配布ト量トニ關係スル。而シテ乾酪變性竈内ニ空氣ヲ含有スル肺胞ガ殘サレテキルトイフ様ナコトハ先ヅナイト云ツテヨイ。稀ニ二ツノ乾酪竈ガ新タニ融合シタ場合ニ、其中間ニアツタモノガ少シ介在スル事ナキニシモ非ズト云フ程度デアル。譬ヘバ小葉性乾酪性肺炎ノ小葉内ニ空氣ノ見ラレルコトハ無イガ、細葉性乾酪性肺炎ガ小葉大ニ融合シタ場合ニハ稀ニ見ラレル。然シ殘ツテキルト組織學的ニ證明サレル丈ケノ事デ、カ、ル小量ナ空氣ハ陰影ト殆ド交渉ヲ持タナイ。

然ルニ周局炎竈内ニハ多數ノ空氣ヲ含有セル肺胞ガ散在シ、中心ヲ遠ザカルニ從テ其數量ヲ増ス。之ガ滲出性陰影ノ邊緣ヲシテ臙朦タラシメル所以デアル。而シテ此周局炎ノ滲出物ガ吸收サレテ行クニ從テ陰影邊緣ノ臙朦影ハ狭マリ、中心ノ特殊性(結核性)炎症ノミヲ殘スコト、ナリ、境界ハ明確トナル。更ニ病竈ガ縮小スル時ハ周圍ニ氣腫ヲ起スガ故ニ、境界部ニ於ケル對比ハ愈々強メラレル。之ガ増殖性結核竈ノ陰影ノ性狀ヲ定メルモノデアル。

當然明確ナ邊緣ヲ現ハス可キ病竈デモ、撮影時間内ニ之ガ動搖スル時ハ、前ニモ述べタ通り、陰影ハ臙朦トスル。即、所謂擬滲出性陰影(Pseudoexsudative Schatten)ナルモノデアル。又病竈ガ乾板カラ遠ク(plattferm)。且焦點距離ガ充分

大デナイ時ニハ、半影ノ大サヲ増シテ滲出性病竈ニ類似シテ來ル。是等ニ際シ肺紋理ノ鮮銳度ハ其判斷ニ有力ナル資料トナル。

次ニ透亮影 (Aufhellung) ニ就テ、アルガ、陰影ノ濃サハ「レントゲン」線ノ通過スル物質ノ厚サニ比例スルガ故ニ、空洞壁ニ正切的ニ透過スル「レントゲン」線ガ幾許ノ道程間壁ヲ通ルカトイフコトニ依テ、空洞ノ透亮影ノ境界ニ於ケル黒度ノ對比ガ定メラレル。故ニ空洞ノ形狀ト透射方向トノ關係ハ透亮ヲ生ズル上ニ重要デアル。壁ノ内外側ノ性状モ亦之ニ與カルトコロ大ナルモノガアル。從テ場合ニヨツテハ空洞ガ存在シテモ必然的ニ透亮影ヲ生ズルトイフコトハ斷言出來ナイ。又時トシテハ空洞ナキニ拘ラズ透亮影ヲ生ズルコトガアル、ソレハ或ル「レントゲン」線束ガ肺ヲ通過スル途中何處カデ病竈ヲ透過スル時ハ、譬へ後者ノ病竈ガ一局部ニ集合シテキナイ時ニモ、前者ノ部分ガ明ルク、恰モ空洞デアルカノ如キ觀ヲ呈スルモノデアアル。之ヲ擬空洞影 (Pseudokavernenschatten) ト云フ人モアルガ、誤リ易イ名デアアル。病理解剖學上擬空洞ト云フ變化ノ在ルコトハ、前ニ第三項空洞形成ノ様式第五ニ述ベタ通りデアリ、此「レントゲン」陰影ハ病理解剖學上ノ擬空洞トハ何ノ關係モ無イモノダカラデアアル。

次ニ肺門影、或ハ肺門腺影ト云ハレルモノデアアルガ、肺門影ノ幅員ハ、肺内ニ決定的病竈ヲ見ナイ場合ニ、屢々其増幅ガ問題視サレ、肺門淋巴腺結核症ト云フ診斷ガ下サレテキル。然シ其増幅ガ何ニ原因サレ如何ナル程度、性状ヲ以テ病的ト看做サル可キカトイフコトニ關シテノ説明ハ甚ダ曖昧デアアル。余ハ剖檢ニ於テ之ヲ決定スベキ材料ヲ未ダ持つテキナイ。然シ次ノ如キ剖檢上ノ事實ハ留意サル可キデアラウ。正常ニ於テ肺門影ハ第一、或ハ第二次氣管枝壁ヲ除イテハ、主トシテ血管影カラ成リ立ツテキル。淋巴腺影ハ殆ド影響シナイ。其處デ結核症ニ際シテ肺門部ノ淋巴腺 (氣管枝肺腺) ガ如何ナル態度ヲトルカトイフニ、初期變化群ニ際シテ之ガ腫脹スルコト竝ニ腺周圍炎ヲ起スコトハ周知ノ如クデアアル。而シテ此場合ノ淋巴腺炎ハ初感原發竈ノ局所淋巴腺系統ニ限ラレテキル。甚シイ時ニハ其系統ニ隣接シテキル腺ニ炎症ヲ來スガ、遠隔セルモノニ飛ビ離レテ影響ヲ及ボストイフコトハ今日迄見ラレテキナイ。二次性肺結核症ニ於テ、淋巴腺ノ腫脹ヲ來スコトモアルガ、ソレハ常ニ腫脹セル淋巴腺ノ源泉部ナル肺域ニ滲出性病竈ノ存在セル場合デアツテ、増殖

性病竈ノミノ時ニハ決シテ腫脹ヲ來サナイ。増殖性ニシテ腫脹アリトセバ、ソハ必ズ空洞ノ局所淋巴腺デアアル。其場合、空洞内及灌注氣管枝ニ滲出性炎症(必シモ特殊性ノミトハ限ラナイ。混合感染ニ因ル化膿性炎デモヨイ)が見ラレル。滲出性肺結核症ノ場合ニモ病竈ニ軟化崩壊ガ起リナガラ、之ニ至ル氣管枝ニ滲出性炎症ガ伴ハレナイ時ニハ、殆ド其局所淋巴腺ニ腫脹ヲ來サナイ。何レニシテモ是等、二次性結核症ニ於ケル淋巴腺炎ノ性状ハ髓様腫脹ニ灰白色結核結節ヲ伴ヘルモノデアツテ、乾酪變性ヲ起スノハ稀デアアル。此淋巴腺炎ハ肺門影ニ夫々ノ影響ヲ及ボスデアラウ。然シ影響ノ大ナルハ主トシテ第一次氣管枝肺腺デアリ、且其大サガ雀卵大、球狀ヲ爲スコトハ少イカラ肺門影ノ增幅ヲ來スコトハ餘リナイ。兎ニ角第二次結核症ニ於テ、肺内ニ結核竈ナクシテ、肺門腺ノ腫脹ヲ起スコトハ、先ヅ無イモノト考ヘテ差支ヘナイ。初期變化群ニ際シテ淋巴腺炎ノミガ「レントゲン」陰影ニ現ハレテキルコトノアルノハ、初感原發竈ガ少サイカ。或ハ位置ノ關係デ「フィルム」ニ現レナイ丈ケノコトデアツテ、存在シナイノデハナイ。

滲出性肋膜炎、特ニ縱隔竇肋膜炎ヲ經過スルト、縱隔竇影ハ肺門部ニ於テ肺内ニ稍々突出スル。右側ニ於テハ上空大靜脈影ガ右方ニ偏シ、左側ニ於テハ心臟ノ各部曲線ガ消失シテ直線狀トナリ、心尖部ノ橫隔膜ト爲ス角ガ消失スル。右側ニ於テモ同様ナ現象が見ラレル。是等下部ニ於ケル橫隔膜ト縱隔竇トガ爲ス角ノ消失ハ主トシテ、肺靭帶附近ニ於ケル此角ガ消失スルコトニ起因スル。其原因ハ癒著ニ依テ生ジタ結締織内ノ力ノ鈞合ヒニアルモノト考ヘラレル。心臟ノ諸疾患ニ起因スル肺ノ鬱血ニ際シテ、肺門影ガ増大スルコトハ周知ノ如クデアアル。肺門部ノ淋巴ノ鬱滯又ハ淋巴管炎ガ如何ニ肺門影ニ影響スルカトイフコトハ、從來臨牀的ニハ色々考按サレテキルガ、之レハ今後病理解剖學的證明ヲ經テ始メテ明カニサレルデアラウ。

何レニシテモ肺門影ト結核症トノ關係ニ就テハアマリ明カニサレテキナイ。從テ其確カナ診斷ハ困難デアアル。要スルニ肺門部ハ前胸壁面カラ大人ニ於テ十厘米内外ハ離レテキルノデアアルカラ、近距離撮影デ其陰影ヲ鮮鋭ニ現出スル事ハ可能デアアル。而シテ此部分ハ血管、氣管枝ガ錯雜シテキルノデ、餘程明確ナ撮影ヲ行ハナイト其批判ガ出來難イノデアアル。

丁、肺外病的陰影ノ診斷的價値

肺結核症ノ「レントゲン」診断ニ當テ必要ナ事ハ肺内所見ノミニ止ラナイ。肺外ノ變狀ニシテ肺内ノ病變ト密接ナ關係ヲ有シ、且讀影上忘ル可カラザルモノガアル。ソレハ肋膜、肋骨及縱隔竇ノ變化デアアル。肋膜ノ病變ハ多クノ場合、肺内ノ病變ト直接間接ニ關係ガアル。前ニ肋膜癒著ニ關シテ六ノ型ヲ分ケタ。是等ハ「レントゲン」陰影ニ夫々關係ヲ有スル。第一ノ限局性鬆粗性癒著ハ陰影ニ殆ド影響ヲ及ボサナイ。從テ之ヲ「レントゲン」ニ依テ診斷スル事ハ不可能デアアル。第二ノ彌蔓性鬆粗性癒著ハ屢々外側ノ肋骨影、換言スレバ肺ノ外側ノ輪廓ニ沿ウテ、肋骨カラ大體一耗位ノ間隔ヲ以テ織細ナ線狀陰影トシテ現ハレル。是等第一、第二ニ於テハ通常、橫隔膜ノ運動ハ阻害サレナイカラ、透視ヲ以テ之ヲ明カニスルコトハ出來難イ。然シ是等ハ治療上、特ニ人工氣胸ニ對シテ甚ダ邪魔ナモノデアアル。第三ノ下部癥痕性癒著ハ陳舊ナ滲出性肋膜炎ノ後ニ遺殘スルモノデアアルカラ、滲出性肋膜炎ガ遷延シタ場合ニハ常ニ此型ノ癒著ヲ殘ス。特ニ隨伴性滲出性肋膜炎ニ於テ甚シイ。此種ノ癒著ハ「レントゲン」陰影ニ於テ、其側ノ橫隔膜ガ他側ニ比シテ高位デアリ、肋骨橫隔膜竇ハ消失シ、其部分ニ内上方ニ凹形ノ緩カナ曲線カラ成ル肺ノ限界ヲ生ズル。橫隔膜ハ運動ガ妨ゲラレ、其側ノ肺ノ空氣含量ハ他側ニ比シテ少イ爲メ、全體トシテ幾分暗ク、特ニ下方ニ於テ著シイ。之ガ左側ニ起ルト心臟ハ此癥痕ニ引カレテ甚シク左方ニ偏スルガ、右側ニ起タ時ニハ、之ノミデ右偏心ヲ起ス様ナコトハ極メテ稀デアアル。特發性、隨伴性何レノ肋膜炎ニ於テモ、此癒著部ノ肺ニ顯著ナ病影ヲ見出ス事ハ無イノデハナイガ、少イト云ツテヨイ。而シテ是等ノ「レントゲン」所見ハ剖檢所見ト一致スル。

次ニ第四ノ上部癒著性トイフ型デアアルガ、此者ガ肺結核症ノ最初期ニ現ハレル事ハ稀デアアル。又此癒著ガ肺ニ病竈ナクシテ單獨ニ現ハレル事ノナイノハ既ニ述ベタ通りデアアル。「レントゲン」陰影ニ於テ外上方第一肋骨基部カラ第五肋骨ニ互ル間ニ見ラレ、小サイ時ニハ、鎖骨ノ陰影ガ時トシテ之ヲ妨ゲ、肺尖部デハ肋間ガ狹隘デアリ、且肋骨ガ重疊スル爲メニ癥痕影ヲ見難イ。然シ後ニ述ベル肋骨ノ走向變化ニ依テ、間接ニ其存在ヲ知り得ル。何レニシテモ其際、肺中野カラ下野ニ互ル肋膜面ニハ變化ヲ見ナイカ、或ハ第二型ノ陰影ヲ現ハスニ止ルモノデアアル。通常、此癒著ノ陰影ヲ肺内ノ病竈影ト分ツコトハ至難デアアルガ、多クノ場合、其上下ノ邊緣部ガ漸次ニ薄クナツテ行ク状態ヲ觀察スルコトガ出來

ル。肋骨傾斜ノ變化ニ依テ間接ニ推定サレル場合ガ多イ。臨牀上、肋膜面ニ近イ空洞ガ長ク存在シタ場合ニハ、此ノ種ノ癒著ヲ想像シテモ大ナル誤リガナイ。人工氣胸ニ際シテ所謂懸垂空洞(Hängende Kaverne; Pomplun)ヲ生ズルノハ此型ノ輕度ナモノデアアル、又逆ニ若シ此型ノ癒著ヲ推定シ、或ハ認メ得タ場合ニハ、其處ニ陳舊ナ空洞ノ存在ヲ考ヘテバナラナイ、空洞影ヲ明カニシ得ルト否トニ關シナイ。又病竈ノ廣狹、多少ニモ係ハラナイ。

第五ノ全癥痕性ナルモノハ第三及ビ第四ノ合併シタモノデアツテ、通常其側ノ肺ハ全體トシテ縮小シ、暗ク、縱隔竇ハ其側ニ引カレ、他側肺ハ氣腫ヲ呈スル。

最後ニ第六ノ乾酪性癒著ニハ種々ナル程度ノモノガアリ、之ヲ「レントゲン」陰影ニ依テ乾酪性ナリト鑑別シ得ルコトハ先ヅ出來ナイト云ツテヨイ。陰影ノ性狀カラ云フト第三、或ハ第五ニ類似スル。乾酪性肋膜炎ト雖モ、輕度ノ場合ニハ治癒シ得ル。ソシテ乾酪變性部ニ石灰沈著ヲ來スモノデアアル。肋膜ニ於ケル石灰沈著ハ限局性化膿性、或ハ限局性乾酪性肋膜炎ノ治癒シタモノデアアル。

肋骨走向ノ變化ハ上部ニ於テハ、既ニ繰返シテ述べタ様ニ、間接ニ必ズ肺結核症ニ關係ガアル。下部ニ於テハ、滲出性肋膜炎ノ結果生ズル。但シ後者ニ際シテ一側ノ肋骨全部ガ上カラ下迄、傾斜度ヲ増スコトガ稀デナイ。必然ノ結果トシテ胸廓ノ對稱形ハ破レル。之ハ「レントゲン」ヲ俟タズシテ、視診ニ依テ既ニ明カニナシ得ル。第四型ニ由來スル時ニ屢々第四胸椎附近ニ於テ脊椎彎曲ヲ結果スル。

六、總括

以上ヲ總覽スルト臨牀家ガ結核症、特ニ慢性肺結核症ヲ取扱フ場合ニ、診斷竝ニ治療上、複雑極マル病理解剖學的變化ノ内デ何ニ重キヲ置ク可キカトイフ事ガ明カナツテ來ルデアラウト思フ。ソシテ此ノ臨牀家ニトツテ重要ナル事柄ハ同時ニ亦豫防醫學者、救護事業ニ携ハル人々ニモ同様ニ肝要ナ事デアアルニ違ヒナイ。

此ノ病理形態學的ナ軟化、空洞形成トイフ問題ハ病理形態學ニノミ終始ス可キ事柄デハナイ。現今最モ論議サレテキルトコロノ「アレルギー」ノ問題、血清學的反應、更ニ進ンデハ廣義ノ新陳代謝又ハ榮養ノ問題等トノ交渉ガ明カナサレテ

バナラナイ。而シテ是等スベテノ關係ハ吾々ニ今ノ處、殆ド全ク未開地デアルト云ツテヨカラウ。

現代、外科的療法ガ生レタトイフ事ハ畢竟從來ノ諸療法ガ結核竈ノ軟化及空洞形成ヲ防ギ、又治療セシメルノニ餘リニ力弱カツタ事ヲ物語ツテキルト思フ。將來更ニ此主要ナ病變ヲヨリ完全ニ治療シ、豫防シ得ル方法ガ發見サレタナラバ、恐ラク結核症ノ問題ニ一時代ヲ劃スルコトニナルデアラウ。

トモアレ現在ニ於テ吾々ノ努力ハ治療方面ト同時ニ如何ニシテ之ヲ適確ニ診斷シ得ルカトイフ方面ニソ、ガレチバナラナイ。吾々ノ有スル種々ナル診斷方法ハ到底完全デアルトハ云ヒ得ナイ。吾々ノ診斷ニ最モ力ヲ與ヘテクレルモノハ、「レントゲン」検査デアアルガ、其方法ニモ尙隨分研究改良ノ餘地ガ殘サレテキル。而シテ理論上竝ニ實驗上、其ノ達シ得ル究極ハ大體ニ明カニサレ、殘ルトコロハ病理解剖學的知見ノ進歩ト、如何ニセバ此究極ニ近ヅイテ實施シ得ルカト云フ努力ト經濟トノ問題デアアル。

又「レントゲン」讀影ノ基礎ハ病理解剖學ニアルノデアアルカラ、肺結核症ノ「レントゲン」陰影ガ、充分、病理解剖學的ニ基礎ヅケラレテ來ナケレバ、「レントゲン」診斷學其モノモ完成サレタトハ云ヒ得ナイ。從テ此問題ハ臨牀家ト病理解剖學者トガ共同シテ開拓ス可キ將來ノ一大分野デナケレバナラナイ。而シテ其等ノ努力ガ拂ハル可キ主要ナル目標トシテ、余ハ軟化竈乃至空洞ヲ擧ゲタ。何故ナラバ、難治ナル慢性肺結核症ハ空洞ヲ以テ始マリ、管内性轉移ニヨツテ經過スル病症ダカラデアアル。