

# 成人肺結核ノ臨牀的分類ニ關スル一提案

京都市立宇多野療養所(所長 三戸博士)

醫學博士 内 藤 益 一

(本論文ノ内容ハ第15回結核病學會ニ於テ發表シタモノデアル)

## 第一章 緒 論

肺結核ノ分類ハ本疾患研究史上最モ古イ者ノ一デ且最モ新シイ命題デアル。疾患研究最後ノ目的デアル處ノ治療ト言フ點カラ見テモ、本疾患ノ如ク或ハ慢性ニ或ハ急性ニ、加之同一患者ニ於テスラ其經過中ニ病相ガ千變萬化スル様ナ者デハ其對象ヲ肺結核ト言フ單一ノ概念ノ下ニ取扱フ事ハ不當デアリ不可能デアル。故ニ肺結核ノ臨牀ニ携ハル者ハ1人トシテ其完全ナル分類法ヲ渴望セヌ者ハ無ク、顧レバ今日迄幾多先人ノ努力ハ數々ノ分類法トナツテ世ニ現レテ居ル。而モ本疾患ノ多岐亡羊ナル、終ニ未ダ一般臨牀家ノ満足ヲ得タ者ガ無イ。ノミナラス分類法樹立ニ絶望シ、カ、ル企圖ノ效無キヲ断定シタ人サヘアル。然シ果シテ肺結核ノ分類ハ遂ニ

不可能デアラウカ。最近20年間ノ結核病學ノ變革進展ハ實ニ隔世ノ感ガアル今日、肺結核ノ分類ガ不可能トシテ徒ニ取殘サルベキ理由ハ無イ。而モ分類法待望ノ聲ハ愈々高マリツ、アル。モトヨリ完全ナル分類法ヲ今日直ニ求ムベクモ無ク、又之ヲ求メントスル事ハ徒ニ勞多クシテ效少イカモ知レナイ。然シ之ヲ試ミントスル者ノ勞ハ只水ノ面ニ浮ブ泡沫デハ無クテ、ヤガテハ水上遙ニ聳エ立ツ鐵橋ノ礎石トナルモノデアル。著者ハ茲ニ肺結核分類學上ノ礎石ノ一タラシキ事ヲ志シ、少クトモ本邦ニ於テハ陳吳ノ勇ニ倣ハントスル者デアル。先進諸家ノ叱正ヲ得タナラバ著者ノ幸甚トスル處デアル。

## 第二章 從來ノ肺結核分類法ニ關スル吟味

肺結核ノ臨牀的分類法トシテ問題ニセラルベキモノガ出タノハ略々今世紀ニ入ツテカラデア。殊ニ1901年ノ Bard-Piery<sup>(1)</sup>、1907年ノ Turbanlyerhardt<sup>(2)</sup>、1907年—1910年ノ Albrecht<sup>(3)</sup> u. Fränkel<sup>(4)</sup>、1917年ノ Ranke<sup>(5)</sup>、1926年ノ Redeker<sup>(6)</sup>等ノ分類ハ各々劃期的ノ業績ト言フベキモノデアルガ、其他余ノ拾ヒ得タル文献ノミニテモ1936年マデニ總計百ニ近イ多數ニ上ツテ居ル。茲ニ之ヲ逐一縷説批判スルノハ徒ニ煩ヲ増スノミデアルカラ、分類ノ基礎觀念ガ共通セルモノヲ一括シテ吟味シタイト思フ。サテ從來ノ分類法ハ次ノ様ナ立脚點ヲ持ツテ居ツテ何レモ其一項若クハ類項ノ組合セダト考ヘ

テ良イ。即チ立脚點トシテハ

- 1) 症狀ニヨルモノ
- 2) 病竈ノ擴ガリニヨルモノ
- 3) 病竈ノ部位ニヨルモノ
- 4) 病竈ノ性狀ニヨルモノ
- 5) 病型ニヨルモノ
- 6) 疾患ノ發生及ビ發展ニヨルモノ
- 7) 病狀ノ傾向ニヨルモノ
- 8) 喀痰中結核菌ノ有無ニヨルモノ
- 9) 合併症ニヨルモノ

ノ諸點ヲ舉ゲル事ガ出來ル。以下其各々ニ就テ説明ヲ加ヘル。

## 第一節 症狀ニヨル分類法

原始的ナ分類法ガ症狀ニ立脚シタ事ハ當然デア  
ル。1891年 Sokolowski<sup>(7)</sup>ハ結核假面型(larvi-  
erte Form)ヲ次ノ様ニ分類シタ。

- 1) eine pseudochlorotische
- 2) eine pseudokardiale
- 3) eine pseudoskrofulöse
- 4) eine pseudomalarische
- 5) eine pseudogastroenteritische
- 6) eine pseudolaryngeale
- 7) eine pseudoemphysematische
- 8) eine pseudopleuritische
- 9) eine pseudokrupöse Form

之ハ肺結核ノ外見ガ多種多様ノ症狀デ出現シテ  
來ル事ヲ示スモノトシテ面白イガ、現在ノ診斷  
學ノ下デハ分類目的ニ適合シナイ事ハ明カデア  
ル、1912年ニ Schut<sup>(8)</sup>ハ 1) obsolete Tuber-

kulose(症狀ノ無イモノ) 2) latente Tuberk-  
ulose(自覺的竝ニ他覺的症狀ハアルガ局所症狀  
ノ無イモノ) 3) manifeste Tuberkulose(自  
他覺的症狀殊ニ局所症狀ノアルモノ)ヲ分ケタ  
ガ、此分類ハ現在カラ見テ餘リニ抽象的デア  
ル。1923年ノ Fränkel-Gräff<sup>(9)</sup>、1924年ノ Turban  
<sup>(10)</sup>、同年ノ Cummis<sup>(11)</sup>同ジク Blümel<sup>(12)</sup>、1925年  
ノ Ignatowski-Lemesic<sup>(13)</sup>同年ノ Beltz-Kauf-  
mann<sup>(14)</sup>、1927年ノ Ziegler-Curschmann<sup>(15)</sup>等  
ノ分類法ニ於テハ發熱ノ有無或ハ程度ヲ分類項  
目ニ加ヘテ居ル。然シ發熱ノ有無ハ比較的短期  
間内ノ疾患傾向ヲ示ス單ナル一要素ニ過ギナイ  
者デ、若シ病狀ノ動向ヲ分類項目ニ包含セシメ  
得ル時ハ發熱ノ有無ハ特記スルヲ要シナイ者ト  
ナル。一般的ニ言ツテ分類條項ガ症狀ノ羅列的  
記載デアツテナラナイ事ハ勿論デア  
ル。

## 第二節 病竈ノ擴ガリニヨル分類法

此分類法ニ屬スルモノ、先陣トシテハ彼ノ有名  
ナル Turban-Gerhardt<sup>(2)</sup>ノ分類法ガ1907年ニ  
登場シテ居ル。彼ノ分類法ハ量的分類法ノ代表  
的ノモノトサレテ居ルガ、實際ハ病竈ノ性狀ヲ  
モ幾分考慮シテ居ルト見做スベキデ、先ヅ右側  
ト左側ヲ分ケテ、次ニ下記ノ三期ニ分類スル。

- 1) Leichte, auf kleine Bezirke eines Lappens beschränkte Erkrankung, die z. B. von den Lungenspitzen bei doppel, seitiger Affektion nicht über Spina scapulae und Schlüsselbein, bei einseitiger Läsion vorn nicht über die 2-Rippe hinunterreichen darf.
- 2) Leichte, weiter als 1., aber höchstens auf einen Lungenlappen, oder schwere höchstens auf einen halben Lappen ausgedehnte Erkrankung.
- 3) Alle über 2. hinausgehende Erkrankungen und alle Fälle mit erheblicher Höhlenbildung.

次ニハ同年ニ Albrecht<sup>(3)</sup>ノ病理解剖學的分類  
ガ發表サレテ居ルガ、彼ハ病竈ノ擴ガリヲ次ノ  
様ニ分ケテ居ル。

- 1) Isolierte besonders auf die Oberlappenspitze beschränkte Veränderung.
- 2) Eine oder doppelseitige ausgedehntere Oberlappen, veränderungen ohne Veränderung des Unterlappens.
- 3) Dieselbe mit Veränderung des Unterlappens.

更ニ1910年ニハ Fränkel und Rosthorn<sup>(4)</sup>ガ  
略々 Albrechtニ似タ量的分類ヲ唱ヘテ居ル。  
1918年ノ Bacmeister<sup>(16)</sup>ノ分類ニ於テハ病竈ノ  
擴ガリハ同時ニ位置ノ指示ヲモ兼ネテ肺尖部  
(Spitze)、肺門部(Hilus)、左又ハ右上部(l-r-  
Oberteil)、左又ハ右中部(l-r-Mittelteil)、左又  
ハ右下部(l-r-Unterteil)ナル項目ニ分ケラレテ  
居ル。同年ノ Grau<sup>(17)</sup>ノ分類(後出)ニ於テモ病  
竈ノ擴ガリガ多少顧慮サレテ居ル。其他1919年

ノ Paweletz<sup>(18)</sup>ハ量的分類トシテハ Bacmeister 説ヲ採用シ、Aschff u. Nicol<sup>(19)</sup>ハ同様な意味カラ肺尖部 (Apikal) 首部 (Kranial) 尾部 (Kaudal) ト分ケテ居ル。1923 年ニ Fränkel u. Gräff<sup>(9)</sup>ガ提唱シタ分類デハ Bacmeister ノソレニ加フルニ片側性、兩側性ト分チテ居ル。Turban<sup>(10)</sup>ハ 1924 年新シイ分類法ヲ唱出シテ居ルガ、量的ニハ彼ノ舊式法ト大差ガ無イ。同年ノ Bräuning<sup>(20)</sup>ノ分類ハ

I-Grad : bis zum Schlüsselbein

II-Grad bis zum Hilus oder in der Umgebung des Hilus oder in unteren Lungenpartien

III-Grad : von der Spitze bis weiter herab als zum Hilus

トナツテ居ルガ、片側兩側ノ區別ハ考ヘラレテ居ナイ。Cummis<sup>(11)</sup>及 Beltz u. Kaufmann<sup>(14)</sup>(1925)ハ Turban-Gerhardt 説ニ賛シ、Klemperer<sup>(21)</sup>ハ Bacmeister ニ賛成シテ居ル。1925 年ノ Sterling<sup>(22)</sup>ノ分類デハ慢性肺結核ヲ a) Tuberculosis abortiva b) Phthisis pulmonum chronica incipiens (二肋骨以上) c) Phthisis pulmonum chronica declarata (一葉或ハ半葉二部分) d) Phthisis pulmonum chronica consumptiva (病竈ガ以上ヨリ廣範圍ニ亙ルモノ)ニ分ケテ居ル。1926 年ノ Sternberg<sup>(23)</sup>、翌年ノ Ziegler u. Curschmann<sup>(15)</sup>、1928 年ノ Hübschmann<sup>(24)</sup>、本邦デ永井秀太<sup>(25)</sup>等ハ分類法トシテハ Turban-Gerhardt ガ良イト言ツテ居ル。其後歐洲デハ結核病學ノ進歩ニ伴ツラモ分類上ノ議論ガ漸ク盛ニナリ、1923 年ニハ Bräuning<sup>(26)</sup>ガ再ビ彼ノ舊法 (1924 年)ヲ更改シタ提案ヲ發表シタ。即チ

I-Grad : Spitze oder Ausdehnung von der Breite eines vorderen Rippenendes plus eines Interkostalraumes.

II-Grad : bei apikokanaler Erkrankung bis zum Hilus oder anders angeordneten Erkrankungen mehr als I-Grades bis zur Aus-

ehung von 3 Zwischenrippenräumen.

III-Grad : weiter als II-Grades (Bei beiderseitigen Erkrankungen gilt als „Grad die Ausdehnung der weiter erkrankten Seite.)

トシテ居ル。續イテ 1935 年ノ Bräuning u. Romberg<sup>(27)</sup>ノ分類ニ於テハ結節性硬結性病變 (knotig zirrhatische Erkrankung) ナル項目ノ下ニノミ上ノ量的分類ヲ適用シテ居ル。其他 Rubinstein<sup>(28)</sup> (1935)ハ Tubran-Gerhardt 一做ツタ分類ヲ擧ゲテ居ル。同年宮川米次<sup>(29)</sup>ハ初期 : 肺門部又ハ同所ノ淋巴腺腫脹、氣管枝周圍ノ軽度ノ浸潤、肺尖肺下葉ニ極メテ限局シタ病竈ノアルモノ

一期 : 略々一葉以內ニ病變アルモノ

二期 : 二葉ニ跨ルモノ

三期 : 三葉ニ跨ルモノ

末期 : 兩側全部ニアルモノ

ト分類シテ居ル。又 Rehberg<sup>(30)</sup>ハ Bräuning u. Romberg ト大體同様な考ヘカラ、進行セル慢性ノ型ニノミ同様ノ量的分類ヲ適用シテ居ルガ、只前者ト異ルハ左側右側兩側ノ別ヲ附加シテ居ル點デアアル。1936 年ノ中島浩吉<sup>(31)</sup>ノ分類デハ量ヲ輕中重ノ三ツニ分ケテ居ル。

以上ノ量的分類ヲ通覽スルニ等シク病竈ノ擴ガリヲ問題ニシテ居ルガ、大體三ツノ點ニ於テ考ヘ方ニ相違ガアル様ニ思ハレル。其一ハ肺結核ノ總テノ場合ニ病竈ノ擴ガリヲ問題ニスルカ、或ハ特殊ノ病型ニ限ツテ病竈ノ擴ガリヲ問題ニスルカデアアル。其二ハ片側カ兩側カヲ重要視スルモノト全體トシテノ擴ガリ即チ絶對面積ヲ重要視スルモノトノ相違デアアル。

肺結核ニ於テ病竈ノ擴ガリガ本疾患ノ豫後決定ニ重大ナル役割ヲ演ズルモノデアアル事ハ經驗ニ富メル臨牀家ガ一般ニ認ムル處デ、著者モ亦之ニ賛スルモノデアアルガ、要ハ其ノ分類ノ方法如何ニアル。而モ其方法決定ノ鍵ハ上述ノ二點ノ解決如何ニアル。然シ之ガ解決ハ他ノ分類方法ト關聯シテ居ルカラ、此處ニハ之ヲ保留シテ後章デ著者ノ考ヘテ述ベタイト思フ。

### 第三節 病竈ノ部位ニヨル分類法

此ノ分類法ハ他ニ比ベルト支持者モ少ク、且何レモ分類ノ主要項目トハサレズ、常ニ從屬的ニ附記セラレテ居ル様デアアル。即チ 1918 年及ビ 1931 年ノ Bacmeister<sup>(16)(32)</sup>ノ分類デハ前節ニ述ベタ様ニ病竈ノ部位ヲ分類ノ項目ニ加ヘテ居リ、Klemperer<sup>(21)</sup>(1925) 山田基<sup>(33)</sup>(1926) Ziegler u. Curschmann<sup>(15)</sup>(1927)ノ何レモ Bacmeisterニ做ツテ居ル。

病竈ノ部位ガ其豫後ニ關聯ヲ持ツ事ハ或程度迄ハアリ得ル事デ、殊ニ注意スベキハ肺尖部ニ限局セル場合ニソレカラ肺癆性發展ヲ惹起スル事ノ

稀ナルハ Bräuning<sup>(20)</sup>, Lydtin<sup>(34)</sup>, Romberg<sup>(35)</sup>, Redeker<sup>(6)</sup>, Kayser-Peterson<sup>(36)</sup>等ニヨツテ究明シ盡サレテ今日デハ最早議論ノ餘地ガ無イト迄ニ考ヘラレテ居ル。ダカラ病竈部位ヲ分類項目ニ加ヘル事ハ全然無意義トハ思ハレナイ。只著者ノ目的ノ様ニ可及的簡明ナル臨牀的分類法ヲ立テントスル時ニ分類項目ヲ複雑化セシメテ迄モ此部位項目ヲ加ヘネバナラヌ程重要性ガアルカドウカト言フ點ハ充分考慮サレネバナラナイ。

### 第四節 病竈ノ性状ニヨル分類法

此問題ハ 1910 年代カラ 20 年代ニカケテ結核臨牀學ノ重要ナル論戰ノ一中心デアツタ。近來ノ分類法ニ於テ此問題ヲ無視セルモノハ殆ンド無イ。今之ヲ批判スルニ當ツテ先ヅ病竈ノ性状ヲ多少顧慮セル分類ト此ノ項目ヲ主要ナル基本トセル分類トニ分ケルヲ便トスル。

即チ前者ハ Turbran-Gerhardt<sup>(3)</sup>(1907) Gnau<sup>(47)</sup>(1918) Sternberg<sup>(23)</sup>(1926)ノ分類法ニ見ル處デアツテ、leicht トカ schwer トカノ意義漠然タル主觀的表現ニ加フルニ空洞ノ有無ヲ附加シテ居ルノデアアルガ、現在デハ批判ノ對照ニスラナシ得ナイ。後者ニ屬スルモノハ其數モ夥シク、其主張モ多種多様デ之ヲ纏メルニ困難ヲ感ズルノデアアルガ大體 Aschoff 學派ノ二元説ヲ踏襲スルモノト之ニ對シテ色々ノ立場カラ反對スルモノトニ分ケル事ガ出來ル。

此方面ノ開拓者ハ Albrecht<sup>(8)</sup>(1907)デアアル。彼

#### I. miliare Formen

1. miliare interstitielle vorwiegend proliferierende Form
  2. miliare parenchym-füllende Form
- |   |             |
|---|-------------|
| } | miliare     |
| } | tuberkulöse |
| } | Phthise     |

#### II. konglomerierende nodöse Formen

1. (interstitielle Form) (rein selten)
2. parenchymfüllende Form

ノ分類デハ病竈ノ性状ガ次ノ様ニ分ケラレテ居ル。

- 1) indurierende cirrhotische Prozesse
- 2) knotig, bronchial, peribronchial und perivaskulär fortschreitende Prozesse mit käsiger Bronchitis und tuberkulöser Granulombildung vor vorwiegend interstitieller Ausbreitung und bei Beschränkung von Flächenexsudation auf die unmittelbare Nachbarschaft der Granulome
- 3) käsig-pneumonische Prozesse

其後 Fränkel<sup>(4)</sup>ハ 1910 年 Wiesbaden ノ内科學會デ Albrecht ノ分類ヲ推稱シタ。之ガ有名ナル Albrecht-Fränkel ノ分類デアアル。之ニ基イデ Nicol<sup>(37)</sup>ハ 1914 年解剖學的基礎ヲ有スルツノ分類法ヲ提案シタ。

- |   |   |                    |
|---|---|--------------------|
| a) acinös-nedöse  | {progređient indurierend stationär<br>vorwiegend prolif. F. {obsolet (ev. miliare Kalkherd) | } Kombinationsform |
| b) käsige Bronchitis (meist in Verbindung mit a oder c) |   |                    |
| c) bronchopneumonische                                  | {progređient indurierend stationär<br>vorw. exsudative F. {obsolet (ev. miliare Kalkherd)   |                    |

## III. konfluierende Formen

1. lobär cirrhotische vorw. prolifer. Form
2. lobär pneumonische vorw. exsudat. Form

續イテ 1917 年、Aschoff<sup>(38)</sup>ガ提唱シタ分類デハ

1. produktive Phthise  
interstitielle Tuberkulose (lokal oder disseminiert)  
azinöse Tuberkulose (lokal oder disseminiert)

azinösnodöse Phthise

Zirrhatische Phthise

2. käsige-exsudative Phthise  
azinsöe käsige Pneumonie  
lobuläre käsige Pneumonie (käsige Bronchopneumonie)  
(lokal oder disseminiert)

lobäre käsige Pneumonie

ト分ケラレ、尙一層簡單ナルモノトシテ次ノ分類ガ提案サレテ居ル。

1. miliare Phthise—Miliartuberkulose (lokal oder disseminiert)
2. fokale (nodös-lobuläre)  
azinös-nodöse Phthise } lokal oder  
lobulär-käsige Phthise } disseminiert

3. diffuse Phthise

cirrhotische Phthise

käsig-pneumonische Phthise

即チ Aschoff 及 Nicol ハ Albrecht ノ分類ヨリ進ンデ exsudativ, produktiv ナル二元論ヲ稱ヘタノデア。一方 Buttner-Wobst<sup>(39)</sup> (1916) ハ Albrecht-Fränkell ノ分類ヲ臨牀的症狀ニ結ビ付ケテ、解剖學的命名ニ臨牀的意味ヲ盛ツテ居ルガ、ソレガ妥當ナリヤ否ヤハ別論トナル。即チ其分類ハ次ノ通りデア。

- 1) Zirrhose

病歴ガ古ク、患部胸壁ハ收縮陷没シ、長期一互ツテ殆ンド無熱、肺臓ハ打診音短、呼吸音銳、肺上縁ハ低ク、下縁ハ高ク、呼吸時運動不良、聲音震盪弱、水泡音ヲ缺クカ、或ハアリトモ小又ハ中等大ノ非響鳴水泡音ヲ聽クノミ。

- 2) Knotige Form

發病急性或ハ亞急性、陷没無シ、打診音ハ短或ハ濁、聲音震盪強、呼吸音概ネ弱、氣管枝音、響鳴性水泡音ヲ聽ク。亞熱性。

- 3) 肺炎型

發熱、急激ナル體力消耗、廣範圍ニ互ル濁音、大量ノ喀痰。

又 de la Camp<sup>(40)</sup> (1917) ハ略々同様ナル分類ヲ樹テ、用語トシテ indurierend, disseminiert 及 diffus-konfluierend ヲ用ヒテ居リ、Bacmeister<sup>(46)</sup> (1918) モ其分類中一解剖學的性質トシテ、indurierend, disseminiert 及ビ pneumonisch (bronchopneumonisch und lobärpneumonisch) ナル區別ヲ設ケタ。其他ニ Paweletz<sup>(48)</sup> ハ Aschoff ノ説ヲ襲用シテ Tuberculosis productiva 及ビ Tuberculosis exsudativa-caseosa ニ分類シタ。

1919 年 Aschoff 及ビ Nicol<sup>(49)</sup> ハ病理解剖學的竝ニ臨牀的立場カラ新分類法ヲ示シ、病竈ヲ次ノ様ニ分ケテ居ル。

- A. Tuberkulös-produktive Phthise (produktive-fibröse Phthise)

(vorw. indurierende Form mit langsamer Progređienz)

(abgekürzt: Produktive Phthise)

1. (interstitielle Phthise)

(rein selten, klinisch ohne Bedeutung)

2. azinös-nodöse Phthise
3. cirrhotische Phthise

#### B. Käsig-exsudative Phthise (pneumonische Phthise)

(vorw. ulcerierende Form mit rascher Progredienz)

(abgekürzt: Exsudative Phthise)

1. bronchopneumonische Phthise (lobulär-käsige Phthise)
2. lobär-pneumonische Phthise (lobär-käsige Phthise)

#### C. Miliartuberkulose

其後 Aschoff<sup>(41)</sup>ハ 1922 年前年ノ分類中血行傳播型ニ屬スル者ヲ exsudativ ト produktiv トニ二分シタイト追加シ、又氣管枝傳播型ノ炎症性ノ者ハ次ノ様ニ細分スル必要ガアルト言ツテ居ル。

- |           |                              |
|-----------|------------------------------|
| produktiv | 1) zirrhotische Phthise      |
|           | 2) nodöse Phthise            |
|           | 3) acinösproduktive Phthise  |
|           | 4) bronchitische Phthise     |
| exsudativ | 5) acinösexsudative Phthise  |
|           | 6) lobulärexsudative Phthise |
|           | 7) lobärexsudative Phthise   |

翌 1923 年ニハ Gräff u. Küpferle<sup>(42)</sup>ガ患者ノ生前中ニ X 線學的ニ produktiver, azinös-nodöser Herd ト azinös-exsudativer bis lobulär-käsiger Herd トヲ區別シ得ルト主張シタ。又同年ニ Fränkel und Gräff<sup>(43)</sup>ハ分類學上所謂 produktiv ナル字義ハ zirrhotisch, zirrhotisch-nodös, nodös-zirrhotisch, (azinös)-nodös ナル變化ヲ、exsudativ トハ lobulär-exsudativ, lobulär-käsige (bronchopneumonisch), lobulär-käsige (pneumonisch) ノ如キ解剖學的變化ヲ示ス者ヲ指スト言ツテ居ル。Abrikossow<sup>(44)</sup>ハ 1924 年ニ成人ニ來ル再感染性ノ第二次結核 (sekundäre Tuberkulose bei Erwachsenen) ヲ

#### A. Produktive Form: acinöse, acino-nodöse,

cirrhotische Tuberkulose mit oder ohne Kaverne

#### B. Exsudative Form: acinöse, lobuläre und lobäre Bronchopneumonie

#### C. Miliare käsige Pneumonie

ト分類スベシト提議シタ。同年ニハ Turban<sup>(40)</sup>ガ再ビ新シイ分類法トシテ 1) produktiv fibrös oder cirrhotisch, nodös oder knotig 2) exsudativ oder käsige-pneumonisch 3) Miliartuberkulose ナル三種ノ區別ヲ設クベキ事ヲ提案シテ居ル。同年 Ulrici<sup>(44)</sup>モ亦同様ニ

- 1) acinös-nodöse produktive Tuberkulose
- 2) cirrhotische Phthise
- 3) lobuläre exsudative-käsige Tuberkulose
- 4) lobäre käsige Pneumonie

ニ分類シテ、此命名法ハ臨牀的の症狀ト緊密ナ關係ノアル事ヲ主張シタ。其他 Bräuning<sup>(20)</sup> (1924) Blümel<sup>(12)</sup> (1924) Klemperer<sup>(21)</sup> (1925) Romberg<sup>(35)</sup> (1928) 等ハ何レモ二元說ニ立脚シテ居ル。又金子廉次郎<sup>(45)</sup>ハ 1930 年 Aschoff-Nicol ノ分類ヲ基礎トシテ次ノ様ニ分ケテ居ル。

#### 1. 血行性撒布性粟粒結核

間質型  $\left\{ \begin{array}{l} \text{純結節型} \\ \text{結節性一滲出型} \end{array} \right.$

實質型 (細葉性)  $\left\{ \begin{array}{l} \text{増殖型 (細葉性)} \\ \text{滲出型 (細葉性)} \end{array} \right.$

#### 2. 氣管枝性肺結核

増殖性肺結核  $\left\{ \begin{array}{l} \text{硬結型} \quad \text{結節性硬結性} \\ \text{結節型 (細葉性)} \quad \text{硬結性結節性} \end{array} \right.$

滲出性肺結核

$\left\{ \begin{array}{l} \text{乾酪性氣管枝肺炎型 (細葉性小葉性)} \\ \text{乾酪性肺炎型 (大葉性)} \end{array} \right.$

1931 年 Pagel u. Henke<sup>(46)</sup>ハ分類學上ノ必要ナル解剖學的の性質トシテ

$\left\{ \begin{array}{l} \text{konfluerend-exsudativ} \\ \text{exsudativ-käsige} \\ \text{exsudativ-käsige-zirrhotisch} \end{array} \right.$

$\left\{ \begin{array}{l} \text{knotig-produktiv} \\ \text{produktiv-zirrhotisch} \end{array} \right.$

mit oder ohne Zerfall

ヲ舉ゲテ居ル。又先ニ 1918 年ニ一度分類ヲ試ミタ Bacmeister<sup>(32)</sup>ハ 1931 年ニ再ビ

1. exsudativ (exsudativ-käsigt) {lobär  
lobulär

2. produktiv {azinös nodös  
zirrhötisch

ナル二元論ヲ採用シタ。本邦斯界ノ權威熊谷教授ハ 1935 年ニ次ノ如ク分類シテ居ルト語ツテ居ル。

#### A. 早期型

##### a. 浸潤性

##### 1. 滲出性

2. 増殖性 } 各々ニ加フルニ  
3. 硬化性 }

{空洞ノ有無  
播種ノ有無  
娘浸潤ノ有無

##### b. 血行性

1. 融合性 } 各々ニ加フルニ (空洞ノ有無)  
2. 増殖性 }  
3. 硬化性 }

#### B. 晩期型

1. 滲出性 } 各々ニ加フルニ (空洞ノ有無)  
2. 増殖性 }  
3. 硬化性 }

其他 Costantini<sup>(48)</sup>(1935), 中島<sup>(31)</sup>(1936) モ其分類ニ二元論ヲ適用シテ居ル。

以上ノ二元説派ニ對シテ種々ノ點カラ反對論ガ提出サレテ居ル。即チ第一ニハ多クノ實際ノ場合ニ増殖 (produktiv) ト滲出 (exsudativ) トハ混在 (gemischt) スルモノデ、其一方ノミノ單一ノ像ヲ呈スル事ハ寧ろ稀デアルト言フノデアル。

此派ニ屬スル者ニ Ribbert<sup>(49)</sup>(1918), Marchand<sup>(50)</sup>(1921), Rubel<sup>(51)</sup>(1922), 山田基<sup>(33)</sup>(1926)、宮川米次<sup>(29)</sup>(1935) 等ガアル。即チ Ribbert ハ

1. die zirrhötische, vernarbende Form
2. die käsigt-exsudative Form
3. die granulierend-exsudative Form

ニ分ケル事ヲ主張シ、Rubel ハ Tuberculosis productiva, exsudativa-productiva et exsudativa ト分類シ、山田ハ硬化性、硬化結節性、結節硬化性、結節性、粟粒結核、小葉性肺炎型、大葉性肺炎型、小葉性肺炎結節性ナル分類ヲ用ヒ、宮川ハ簡單ニ増殖型、滲出型、混合型、三

ツニ分ケテ居ル。此考ヘニ立脚シテ居ル Beltz u. Kaufmann<sup>(14)</sup>(1925) ハ

1. vorwiegend indurierend oder zirrhötisch bzw. fibrös

2. vorwiegend proliferativ nodös

3. vorwiegend exsudativ oder pneumonischニ分ケ、Riehm<sup>(52)</sup>(1931) ハ

1. vorwiegend proliferativ

2. vorwiegend exsudativ

3. vorwiegend verkäsigt

ニ分ケテ居ル。又 Rehberg<sup>(30)</sup>(1935) ノ分類ニ於テモ此考ガ加味サレテ居ル。反對論ノ第二ノ理由トシテハ滲出性 (exsudativ) 増殖性 (produktiv) ハ時期ヲ異ニスルニツノ経過 (Phase) ノ差デアツテソレハ互ニ移行スルモノダト唱ヘテ、Hübschmann<sup>(24)</sup>(1928) 及ビ Redeker<sup>(6)</sup>(1926) ガ其代表者トナツテ居ル。反對論ノ第三ノ理由トシテハ臨牀的殊ニ X 線のニ増殖性ト滲出性トノ病變ノ意味ヲ寫眞上ニ鑑別スル事ハ不可能ダト云フ點ニアル。

Gerhartz<sup>(53)</sup>(1922) ハ肺臓ノ X 線の描寫ヲ試ミタガ、未ダ分類トマデハ言ヘナイ程度ノモノデアツタ。X 線學會ノ泰斗タル Assmann<sup>(54)</sup>ハ 1924 年彼ノ専門的立場カラ肺結核ヲ

1. knötchenförmige Form

2. indurative Form

3. käsigt-pneumonische und käsigt-bronchopneumonische Form

4. Kaverne

5. disseminierte Tuberkulose

ノ如ク分ケ、1927<sup>(55)</sup>年ニハ Gräff-Küpfelerle ノ分類ヲ排撃シテ居ル。又 Fleischner<sup>(56)</sup>(1926) モ X 線のニ増殖性ハ滲出性トノ區別ヲナシ難イ事ヲ指摘シ、Ziegler u. Curschmann<sup>(15)</sup>(1927) モ X 線像其物ハ臨牀的経過カラ判斷セラルベキモノダト主張シテ居ル。Maragliano<sup>(57)</sup>(1928) ハ X 線像ヲ基トシテ次ノ様ナ分類ヲ試ミタ。

1. Die verstärkte Lungenzeichnung

2. Die lymphatische Lokalisation der Lung-

- entuberkulose. Hierin gehören der Primärkomplex und die Peribronchitis, besser Herde mit peribronchialer Anordnung.
3. Die bronchopulmonale Lokalisation, wozu gerechnet werden die miliaren Herde, die bronchopneumonischen Herde und die weiteren Entwicklungen dieser Herde, wie Verkäsung, Kaverne, Fibrose und Verkalkung.
  4. Die Pleuraveränderung.
  5. Die Komplikationen von Seiten des Lungenparenchyms (Emphysem), der Bronchien (Bronchektasen) und des Herzens.

又 Siebert<sup>(58)</sup>(1930)ハ X線寫眞上ノ所見ヲ氣象學上ノ雲ノ稱呼デアル層雲(Stratus)積雲(Cumulus)卷雲(Cirrus)ナドノ語デ現サウトシタ。1924年一ハ二元説ニ從ツタ分類ヲ唱ヘテ居タ Bräuning デサヘガ 1933 年度ニ發表シタ分類案<sup>26)</sup>デハ病理解剖學的ノ質ヲ重視シタ二元説命名法ヲ避ケテ專ラ X線像所見其物ヲ區別シ易イ表現法デ分類上ノ用語基準トスル様ニナツテ、1. vorwiegend homogenherdig oder weich, fleckig; 2. gemischte Formen; 3. vorwiegend hartfleckig-strängig; 4. ausgesprochen strängig-schrumpfend 等ノ用語ヲ用ヒテ居ル。

サテ以上ヲ通覽スルニ Aschoff-Nicol 等ノ病理解剖學的分類ノ多クハ之ヲ臨牀的分類ニ應用スルニハ余リニ煩雜デ現在ノ診斷法ヲ以テシテハ其各項目ヲ決定スル事ハ全ク不可能デアル。唯 exsudativ, produktiv, zirrhötisch ト言フ用語ニ依ツテ與ヘラル、概念ガ病理學ヲ習得セル醫師ニ容易ニ或事象ヲ眼前ニ彷彿セシメ易イ爲一、且用語ガ簡單デ像後決定ノ好指針タリ得ル

カノ様ニ見エタ爲、臨牀家ニモ多クノ採用者ガアル。然シ著者ハ自己ノ經驗カラ判斷シテ之ニ反對セザルヲ得ナイ。元來結核ノ様ナ長期ノ經過ヲトル疾患デハ其疾患ノ終末現象タル解剖學的所見ヲ重視シタ分類ハ疾患ノ經過中ノ所見ヲ判斷セントスル分類目的ニハ適合シナイノデアアル。然ルニ結核治療學上カラハ此後者ノ場合ニ適合スル分類ガ大切デアアル。殊ニ現在ノ様ニ X線ノ所見ガ診斷上ノ主要項目トナル場合ニハ一層デアアル。カクテ問題ハ X線像ヲ如何ニ分類スルカー移ル。

此問題ニ直面シテ先ヅ現在一般ニ肺結核ノ定性的診斷ニ當ツテ X線像ガ餘リニ其價値ヲ過大視サレテ居ルノヲ痛感スル者ハ獨リ著者ニ止ラヌト信ズルモノデアアル。通常 X線像ヲ解釋スルニ當ツテノ基本要件ハ其陰影全體ノ擴ガリ、個々ノ大サ、形、濃度及ビ周縁ノ鮮銳度等デアアル。而シテ是等ノ各項目ハ患者ノ榮養狀態ノ外ニ X線裝置及手技ノ如何ガ其像ニ影響スル事ノ大ナルハ論ヲ俟タヌ處デアリ、多種多様ノ裝置ニ依ル寫眞ヲ用ヒテ一定ノ分類ニ資セントスル場合ハ此點ヲ充分顧慮シナケレバナラナイ。又同一寫眞ニ於テモ陰影形成實體ト「フィルム」トノ距離ガ其陰影ノ周縁ノ鮮銳度ヲ左右スル事ヲ考ヘナケレバナラナイ。故ニ經驗深キ専門家が手慣レタ裝置ニ依ツテ診斷ニ資スル場合ハ相當立入ツタ想像モ許サレ得ルガ、廣ク一般ニ用ヒラルベキ分類ニハ X線像ヲシテ餘リニ多クヲ語ラシメナイ方ガ良イト思ハレル。以上ノ考ヘカラ著者ハ X線像ノ語ル範圍ハ異常陰影全體ノ擴ガリ、個々ノ陰影ノ大サ及ビ空洞ノ發見ヲ主トスルニ止メ、形、周縁鮮銳度及ビ濃度ハ其著明ナルモノヲ參考ニスル程度ニ止メタ方ガ適當デハナイカト思フノデアアル。

### 第五節 臨牀的病型ニヨル分類法

之ハ肺結核ヲ其症狀ヤ經過ノ綜合ニ即シテ似寄ツタモノヲ各項目ニ集メテ作ツタ分類ヲ意味ス

ル。即チ上述ノ分類ヲ靜態分類トスレバ本節及次節ニ述ベル分類ハ動態分類トモ稱スベキモノ

デアル。臨牀的病型ニヨル分類トシテハ Bard-Piéry<sup>(4)</sup>(1901)ノ分類ガ其代表的ナモノデアル。之ヲ Neumann<sup>(70)</sup>ノ著書カラ轉載スル。

### I. Parenchymerkrankungen der Lunge

A. Abortiv verlaufende: Tuberculosis abortiva

B. Progressiv verlaufende:

1. Käsige Form: Phthisis caseosa

a) Lobär: Pneumonia caseosa

b) Sich verbreitend: Galoppierende Phthise

2. Fibrös-käsige Form: Phthisis fibroc-aseosa

a) Sich verbreitend: Phthisis fibroc-aseosa communis

b) Kongestiv: zum Teil Splenopneumonie

c) Lokalisierte, ulceröse, kavernöse Phthise: Phthisis cavitaria ulcerosa

d) Lokalisierte, stationäre, kavernöse Phthise: Tuberculosis cavitaria stationaria

e) Kachektisierende, ulcerofibröse Phthise: Phthisis ulcerofibrosa cachectisans

3. Fibröse Form:

a) Hyperplastische, tuberkulöse Pneumonie: Lungencirrhose

b) Dichte Sklerose: Tuberculosis fibrosa densa

c) Diffuse Sklerose mit Emphysem: Tuberculosis fibrosa diffusa

### II. Interstitielle Knötchenform

a) Allgemeine Miliartuberkulose

b) Vereiternde Miliartuberkulose

c) Wandernde Miliartuberkulose

d) Gutartige, abgegrenzte Miliartuberkulose

e) Typhotuberkulose von Landouzy

### III. Bronchitische Form

a) Tuberkulöse Kapillarbronchitis (Asphyktische Form der akuten Miliartuberkulose)

b) Tuberkulöse Bronchopneumonie

c) Chronische tuberkulöse Bronchitis mit Peribronchitis und Bronchiektasie

d) Oberflächliche, chronische, tuberkulöse, Bronchitis mit Emphysem (Pseudoasthma)

### IV. Postpleuritische Form

a) Rezidivierende tuberkulöse Pleuritis (Pleurite à répétition)

b) Kortikale, fibröse Phthise: Tuberculosis postpleuritica fibrosa

c) Pleurogene, chronisch-tuberkulöse Pneumonie: Pleuropneumonia tuberculosa

d) Kortikale, fibrös-käsige Form: Phthisis fibrocaseosa corticalis.

Gabrilowitsch<sup>(59)</sup>ハ 1907 年病竈ノ廣サト 局所症狀カラ次ノ様ニ病型ヲ分類シタ。

### A. Primäre Formen

a) Tuberculosis sicca

b) Tuberculosis catarrhalis

c) Tuberculosis fibrosa

d) Tuberculosis ulcerosa

### B. Sekundäre Formen

1) Bronchopneumonia metastatica chronica

a) Bronchopneumonia metastatica fibrosa

b) Bronchopneumonia metastatica ulcerosa

2) Pneumonia tuberculosa

a) Pneumonia tuberculosa fibrosa

b) Pneumonia tuberculosa ulcerosa.

1925 年 Ignatowski und Lemesic<sup>(13)</sup>ハ Rankeノ第二期ヲ次ノ様ナ病型ニ分類シテ居ル。

1) Maligne: Miliartuberkulose, Käsige

Pneumonie, Polyserositis

- 2) Schwäre: mit larvierten bzw. bestimmten Lokalisation(Lymphknoten, Lunge, Peritoneum, Darm, Knochen, Gelenke)
- 3) Gutartige: kindliche Tuberkulose, Skrofulose, habituelle Hyperpyrexie, bestimmte Miliartuberkulose und solche mit abdominalen Erscheinungen
- 4) Allergische Toxämie: asthenische Zustände, toxämische Arthritis (Poncet), Veränderung in der Funktion der Organe mit innerer Sekretion.

Sterling<sup>(22)</sup>モ亦同年次ノ分類ヲ呈示シテ居ル。

- 1) Die Formen der chronischen Lungentuberkulose: Tuberculosis abortiva, Phthisis pulmonum chronica incipiens, Phthisis pulmonum declarata
- 2) Die Formen der akuten Lungentuberkulose: Pneumonia tuberculosa, Bronchopneumonia tuberculosa, Tuberculosis miliaris catarrhalis, Tuberculosis miliaris suffocans, Tuberculosis absoleta

同年 Campani<sup>(60)</sup>モ病型ヲ

- 1) Gutartiger, zur Rückbildung neigender Typus
- 2) Sklerotisch-neuro-disseptischer Typus
- 3) Broncho-asthmatischer Typus

## 第六節 結核ノ發生(Entstehung)ト發展(Entwicklung)トニヨル分類

疾患ノ發生(Entstehung)ト發展(Entwicklung)トヲ對象トセル分類法トシテハ既ニ1914年ノ Nicol<sup>(37)</sup>ノ分類中—

1. Latente phthisische Infektion (primäre Latenzperiode, Inkubationsperiode)
2. Effektive phthisische Infektion (Effektivperiode)
3. Abgelaufene Infektion (Sekundäre Latenzperiode)
4. Endogene Reinfektion (Rezidivperiode)

4) Langsam fortschreitender Typus

5) Rasch fortschreitender Typus

ト分ケテ居ル。Parodi<sup>(61)</sup>ハ1928年ニ次ノ提案ヲシテ居ル。即チ

### A. Evolutive Formen

- a) Bronchopneumonie mit akutem oder subakutem Verlauf mit Vorwiegen degenerativer Prozesse
- b) Bronchopneumonie mit akutem oder subakutem Verlauf mit Vorwiegen regressiver Prozesse
- c) Pleuropneumonie mit demselben Verlauf wie bei (a)
- d) Pleuropneumonie mit dem gleichen Verlauf wie bei (b)
- e) Miliare Form

### B. Inaktive Formen

Folgestände der Broncho-und Pleuropneumonie (fibröse Prozesse, fibröse, inaktive Kavernen, atrophisches Emphysem, Lungen-besonders Spitzenzirrhose)

デアアル。然シ是等ハ未ダ肺結核ノ總テノ場合ヲ包含セシメテ體系化セル分類トシテハ不滿ノ點ガ少クナイ。此方面ノ分類ハ次節ニ述ベル結核ノ發生及發展ノ研究ノ進歩ニ依ツテ大躍進ヲ遂ゲタノデアアル。

### 5. Exogene Reinfektion

ナル項目ガ設ケラレテ居ル。1914年—ハ佐多<sup>(62)</sup>ガ結核感染機轉ト發生トヲ重視シタ三期分類ヲ發表シテ居ル。處ガ1917年—ナツテ有名ナ Ranke<sup>(6)</sup>ノ分類ガ現レ數年内ニ學會ヲ風靡シタカノ觀ヲ呈シ、結核ノ臨牀學ニ革命的ノ衝擊ヲ與ヘテ其影響ハ現在ニ及ンデ居ル。彼ハ非常ナル努力ノ下ニ病理解剖學竝ニ臨牀學的ニ結核ノ發生ヲ免疫ニ結び付ケテ結核ヲ初期(Primärstadium)、第二期(Sekundärstadium)、第三期

(Tertiärstadium) = 分類シテ、三者ノ連續的關係ニ體系ヲ與ヘタノデアル。然シ之ガ此儘實際ノ場合ニ適用サレ難イ事ハ Aschoff<sup>(41)</sup>ガ既ニ 1922 年ニ之ヲ指摘シテ居リ、一般臨牀家モ亦經驗スル處デアリ、Herms<sup>(63)</sup> (1928), Lydtin<sup>(64)</sup> (1928), Blumenberg<sup>(65)</sup> (1929) ハ Ranke ノ主張ノ根據ノ弱點ヲ衝イテ居ル。1922 年ノ Aschoff<sup>(41)</sup>ノ病理解剖學的分類ニ於テハ慢性肺結核發生ニ就テ血行傳播(Hämatogen)、淋巴管經由(Lymphogen)及氣管内傳播(Bronchogen)ノ區別ヲ重視シテ居ル。又 Abrikossow<sup>(43)</sup> (1924) ハ

#### 1. Primäre Tuberkulose

- a) Reine, primäre Tuberkulose im kindlichen Organismus
- b) Bronchogene Form
- c) Primärer Komplex mit Ausbreitung des Prozesses (Perifokale Entzündung, Bronchopneumonische Form usw.)

#### 2. Sekundäre Tuberkulose bei Erwachsenen (Reinfektion)

ニ分類シテ居ル。1924 年ノ Turban<sup>(40)</sup>ノ分類デハ Ranke ノモノガ其儘採用サレテ居ル。

1926 年ハ Redeker<sup>(6)</sup>ノ劃期的ノ分類ガ發表サレタ。彼ハ從來ノ靜態分類ヲ以テ疾患ノ豫後ヲトスル事ハ不可能ナリト論ジ、Rankeノ分類ノ實際的デナイ處ヲ指摘シ、多數ノ臨牀的經驗ノ上ニ立チ、發生及發展ヲ基礎トシテ臨牀的分類ヲ作ツタ。

#### I. Entwicklungsreihe der manifestationslosen Primärinfektion.

- a) Zustandsbild der positiv gewordenen Tuberkulinreaktion.
- b) Zustandsbild der vorübergehenden toxischen Allgemeinerscheinungen.
- c) Zustandsbild der positiven Tuberkulinreaktion ohne Erscheinungen.

#### II. Entwicklungsreihe der Primärinfiltrierung.

Ausgangsbild: a) Zustandsbild der diffusen Primärinfiltrierung. Günstige Entwicklungen.

Reihe 1.

- b) Zustandsbild der bipolaren Primärinfiltrierung.
- c) Zustandsbild des weichen Primärkomplexes.
- d) Zustandsbild des harten Primärkomplexes.

Nach a, b oder c:

- e) Zustandsbild der (in makroskopisch-röntgenologischem Sinne) Resorption der Primärinfiltrierung.

Reihe 2.

- b) Zustandsbild der aktiven primären Lymphspalt- und Lymphabflussmetastasen.
- c) Zustandsbild des (postprimären) Indurationsfeldes.
- d) Zustandsbild des (postprimären) periaidenitischen Schwierienfeldes.

Reihe 3, nach 1b und 2b.

- c) Zustandsbild des weichen primären Konglomeratherdes.
- d) Zustandsbild des harten primären Konglomeratherdes.

Nebenreihe: Zustandsbild der komplizierenden exsudativen oder adhäsiven Pleuritis oder Interlobärpleuritis.

Ungünstige Entwicklungen.

Reihe 4.

- b) Zustandsbild der Primärherdeinschmelzung.
- c) Zustandsbild der fortschreitenden käsig-pneumonischen akuten Primärherdphthise.

Nebenreihe: Kontinuierlicher Uebergang in sekundär-allergische Formen.

- d) Zustandsbild der lobulär-käsigen protrahierten Primärherdphthise.
- e) Zustandsbild der käsigen Pneumonie.
- f) Zustandsbild der komplizierenden Meningitis.
- III. Entwicklungsreihe der Bronchialdrüsentuberkulose.
- Ausgangsbild: a) Zustandsbild der protrahierten Bronchialdrüsentuberkulose des Primärkomplexes.
- b) Zustandsbild der intraglandulären perifokal-entzündlichen Schwellung
- c) Zustandsbild der käsig-tumorigen Bronchialdrüsentuberkulose.
- d) Zustandsbild der aktiven nichttumorigen Bronchialdrüsentuberkulose.
- e) Zustandsbild der indurierten oder verkalkten Bronchialdrüsentub.
- Nebenreihen:
1. Reihe der perihilären Sekundärinfiltrierung.
  2. Reihe der hämatogenen Metastasierung. Zu den Nebenreihen vgl. die Sonderentwicklungsreihen IV und VI.
- IV. Entwicklungsreihe der perihilären Sekundärinfiltrierung.
- Ausgangsbild: a) Zustandsbild der kleinen, mittleren oder grossen perihilären Sekundärinfiltrierung.
- Günstige Entwicklungen.
- b) Nach Resorption: Zustandsbild der aktiven nichttumorigen Bronchialdrüsentuberkulose.
- c) Nach Induration der Infiltrierung: Zustandsbild des (postsekundären) Indurationsfeldes.
- d) Nach Beteiligung des Interlobiums: Zustandsbild der exsudativen oder adhäsiven tuberkulösen Interlobärpleuritis.
- e) Nach Beteiligung des Mediastinums: Zustandsbild der exsudativen oder adhäsiven Mediastinitis.
- f) Nach indurativer Umwandlung nach d und e: Zustandsbild der (postsekundären) periaidenitischen Schwarte.
- Ungünstigere Entwicklungen.
- b) Nach Verkäsung auftretender Metastasen im Infiltrationsgebiet: Zustandsbild der fortschreitenden intrapulmonalen Herdtuberkulose.
- c) Nach Verkäsung des glandulären Fokus: Zustandsbild der aktiven tumorigen Bronchialdrüsentuberkulose.
- d) Nach kontinuierlichem Übergang des verkästen glandulären Fokus auf das umgebende Lungengewebe: Zustandsbild der intrapulmonalen Hilustuberkulose.
- e) Nach toxischer Verkäsung des infiltrierten Gewebes: Zustandsbild der käsig pneumonischen Tuberkulose.
- Abschliessende Formen nach b, d und e:
- f) Bei akutem Verlauf: Zustandsbild der sekundär-allergischen Phthise.
- g) Bei chronischerem Verlauf: Zustandsbilder der tertiär-allergischen Phthise.
- V. Entwicklungsreihe der isolierten Lungeninfiltrierung mit pulmonalem Fokus
- Ausgangsbild: Zustandsbild der sekundären Lungeninfiltrierung.
- Die weiteren Zustandsbilder ergeben sich analog der Reihe IV.
- VI. Entwicklungsreihe der hämatogenen pulmonalen Ausbreitungsformen.
- Ausgangsbild: a) Ein beliebiger Tuberkuloseherd bei mehr-minder sekundärer Allergie.

- b) Zustandsbild des tätigen Schubes und des toxischen Schocks.
- c) Zustandsbild der protrahierten Herd- und Allgemeinerscheinungen.
- d) Zustandsbild der inaktiven disseminierten Tuberkulose.

Unterteilung :

1. Die Einzelmetastase, darunter die isolierte Spitzenmetastase.
2. Leichte, mittlere und schwerer Dissemination.
3. Miliare Aussaaten.

Zustandsbilder der miliaren Aussaaten :

- a) Zustandsbild der hämatogenen käsigen Pneumonie.
- b) Zustandsbild der akuten Miliartuberkulose.
- c) Zustandsbild der protrahierten Miliartuberkulose.

Unterreihe I. Entwicklungsreihe der protrahierten Durchseuchung = rezidivierende hämatogene Metastasensetzung mit Ausgang in eine sekundär- oder tertiär-allergische Phthise.

Unterreihe 2. Übergang in intrapulmonale Herdtuberkulosen und weiter in sekundär- oder tertiär-allergische Phthisen.

#### VII. Entwicklungsreihe des Frühinfiltrates.

Ausgangsbild: a) Das infraklavikulär oder im Mittelfeld, seltener im Unterfeld oder in der Spitze gelegene Frühinfiltrat.

Reihe I. Unmittelbar günstige Entwicklung.

- b) Zustandsbild des resorbierten Frühinfiltrates.
- c) Zustandsbild des leicht indurativ umgewandelten Frühinfiltrates.

Reihe 2. Relativ günstige Entwicklung.

- b) Zustandsbild des verkäsenden und

einschmelzenden Frühinfiltrates.

- c) Zustandsbild der kleinen, mittleren oder grossen pseudomiliaren Aspirationsaussaat.

- d) Zustandsbild des infraklavikulären, im Mittelfeld oder im Unterfeld gelegenen Indurationsfeldes.

Reihe 3. Protrahierte Entwicklung.

- b) und c) wie unter Reihe 2.

- d) Zustandsbild der kaudalen Teilresorption und kranialen Proliferation, insbesondere der produktiv-zirrhatischen Spitzenspätform.

- e)\* Zustandsbild der chronischen produktiven oder produktiv-zirrhatischen kranio-kaudalen tertiärallergischen Phthise.

Reihe 4-7. Ungünstige Entwicklungen.

Reihe 4, b) wie unter Reihe 2.

- c) Zustandsbild der isolierten Rundkaverne.

- d) Zustandsbild der isolierten zirrhatischen Rundkaverne.

- e) Zustandsbild des rezidivierenden Schubes und der zirrhoschatektatischen Spitzeneinbeziehung und eventuell der kavernöz-zirrhatischen Spitzenspätform.

- f) Zustandsbild der chronischen zirrhosch-kavernösen kranio-kaudalen tertiärallergischen Phthise.

Reihe 5.

- b) Zustandsbild des grossen sich ausdehnenden Frühinfiltrates.

- c) Zustandsbild der lobulär-lobär konfluierenden exsudativ-pneumonischen Phthise.

- d) Bei ungünstigem Ausgang: Zustandsbild der lobulär-lobären käsigen (Pubertäts-) Phthise.

- e) Bei günstigem Ausgang: Zustandsbild

der grossen tertiär-allergischen Zirrhose. Reihe 6. b) und c) wie unter Reihe 2.

d) Zustandsbild der verkäsenden und konfluierenden Aspirationsaussaat.

e) Zustandsbild der herdförmigen, teils exsudativ einschmelzenden, teils produktiv proliferierenden (Pubertäts-) Phthise.

f) Bei mehr protrahierter Entwicklung: Übergang in eine tertiärallergische produktiv-kavernöse Mischphthise.

Reihe 7. b) und c) wie unter Reihe 2.

d) Zustandsbild der Tochterinfiltratbildung.

e) Zustandsbild der einschmelzenden Tochterinfiltrate.

f) Zustandsbild der mehrfeldrigen Aspirationsaussaat.

g) Zustandsbild der exsudativ-kavernösen (Pubertäts-) Phthise.

h) Bei protrahiertem Verlauf: Übergang in eine tertiär-allergische kavernös-zirrhotische oder produktiv-kavernös-zirrhotischen Mischphthise.

#### VIII. Entwicklungsreihe des posttertiären Nachschubes.

Ausgangsbild: a) Eine subchronische oder chronische Phthiseform.

b) Zustandsbild der exsudativen Entzündung und des toxischen Schocks

c) Zustandsbild der proliferierenden Metastase und der toxischen Labilität.

d) Bei Überwindung des Nachschubes: Zustandsbild der tertiären Umwandlung und der allergischen Stabilisierung.

e) Bei Erliegen gegenüber dem Nachschub: Zustandsbild der allergischen Erschöpfung und des negativ-anergischen Endstadiums.

#### IX. Postpleuritische Entwicklungsreihen.

Ausgangsbild: a) tuberkulöse Pleuritiden.

b) Zustandsbild der einmaligen oder rezidivierenden (pleuro-pulmonalen) Infiltration, kostal, diaphragmatisch, mediastinal oder interlobär.

c) Zustandsbild der relativ stabilen pleuritischen Schwarte, insbesondere der Spitzenschwarte.

#### X. Pneumokoniotisch-tuberkulöse Entwicklungsreihen.

Ausgangsbild: a) Zustandsbild der diffusen feinkörnigen Pneumokoniose.

b) Zustandsbild der tuberkulös-pneumokoniotischen herdförmigen Proliferation.

c) Zustandsbild der grossknotigen nicht zirrhotischen tuberkulösen Pneumokoniose.

d) Zustandsbild der zirrhotisch-grossknotigen tuberkulösen Pneumokoniose.

e) Zustandsbild der kavernös-zirrhotischen tuberkulösen Pneumokoniose.

之ハ一種ノ病型分類ト考ヘル事ガ出來ル。此分類及後ニ述ベル Neumann ノ分類以後ニ現レル者ハ何レモ疾患ノ發生及發展ヲ基礎トセル病型分類デアル。

1927年、Beitzke<sup>(66)</sup>ハ Ranke ノ三期分類ヲ批判シテ臨牀的ニモ病理解剖學的ニモ第二期ヲ抹殺シテ Primäre und Reinfektionsperiodeニ分ケタ方ガ正シイト提唱シタ。又 Sterlinger<sup>(67)</sup>ハ同年結核ヲ Exsudativkäsiger Primärkomplex, Endogene lymphohämato gene Superinfektionsperiode 及 aerogen-bronchogener Reinfekt ノ三種ニ分類スベシト言ツテ居ル。翌1928年ニハ Rehberg<sup>(68)</sup> und Zürcher ガ大體 Ranke 及 Redeker ニ從ツタ分類案ヲ發表シタ。即チ、

1) Das Primärstadium

2) Die sekundäre Periode

a) Die Bronchialdrüsentuberkulose

- b) Die Sekundärinfiltrierung  
 c) Intrapulmonale Hilustuberkulose  
 d) Die disseminierte Sekundärtuberkulose  
 e) Tuberkulosoid  
 f) Miliartuberkulose
- 3) Das Tertiärstadium
- a) Die produktiv-fibröse Phthise  
 b) Frühinfiltrat
- (1) Frühinfiltrat im Beginn mit fehlender oder sehr geringer Aussaat
  - (2) Frühinfiltrat als Kavernenbildung
  - (3) Frühinfiltrat mit Aspirationsherd
  - (4) Frühinfiltrat mit Aussaat über einen ganzen Lungeflügel
  - (5) Frühinfiltrat mit Tochterinfiltrat der anderen Seite
  - (6) Frühinfiltrat mit doppelseitiger Kavernenbildung
  - (7) Frühinfiltrat mit diffuser Ausbreitung
- c) Kavernöse Sekundärtuberkulose
- デアル。同年 Ronzoni<sup>(69)</sup>ハ 1) Die primäre Lungentuberkulose. 2) Die allgemeine oder lokale miliare Aussaat. 3) Die chronische, progressive oder stationäre Lungentuberkulose ト分ケテ居リ、金子<sup>(45)</sup>(1930)ハ Aschoff-Nicol =從ツテ血行性、氣管枝性ノ區別ヲシテ居ル。
- Neumann<sup>(70)</sup>(1930)ハ Bard-Piéry 一派ノ佛蘭西學派ト Ranke 以後ノ獨逸學派トノ分類ヲ組合セ、次ノ様ナ分類ヲ設ケテ病像ヲ明カニシヨウト試ミタ。
- Die Reinfektionstuberkulose=Ranke's Schema IV=die organbeschränkte Lungenphthise
- A. Phthisis fibrocavaria communis
  - B. Tuberculosis cavitaria stationaria
  - C. Tuberculosis abortiva
  - D. Pleurise à répétition durch wiederholte

## Reinfekte

Die hämatogen-proliferierende Reihe=Ranke's Schema III

- A. Die maligne Proliferation, die allgemeine akute Miliartuberkulose
- B. Die virulente Proliferation
  1. Die Typhotuberkulose von Landouzy
  2. Der proliferierende Primärkomplex
  3. Die akute Polyserositis
  4. Die abgelaufene Polyserositis
  5. Die trockene Polyserositis
  6. Die virulente Pleurite à répétition
  7. Die Tuberculosis fibrosa diffusa
  8. Die Tuberculosis fibrosa densa
  9. Phthisis ulcerofibrosa nach Tuberculosis fibrosa densa
  10. Phthisis ulcerofibrosa nach Tuberculosis fibrosa diffusa
  11. Phthisis cavitaria ulcerosa
- C. Die blande Proliferation

Die generalisierte Tuberkulose im unmittelbaren Anschlusse an die Primärinfektion=Ranke's Schema II

- A. Phthisis caseosa=Die galoppierende Schwindsucht
- B. Die chronische Pubertätsphthise im Sinne von Beitzke

Der Primärkomplex von Ranke=Ranke's Schema I

Die exsudative Pleuritis und Lungentuberkulose

1. Die Pleuritis exsudativa
  - a) Empyem
  - b) Seröse Pleuritis
  - c) Hämorrhagische-seröse Pleuritis
2. Tuberculosis postpleuritica fibrosa
3. Tuberculosis postpleuritica fibrocavaria

Klinisch wohl umschriebene Lungenprozesse tuberkulöser Natur, die sich nicht einh-

entlich in Ranke's Schema einfügen lassen

1. Die oberflächliche spezifische Bronchitis
2. Die tuberkulöse Peribronchitis bzw. die Bronchitis tuberculosa profunda cum vel sine bronchiectasia

Pneumonische Prozesse bei Lungentuberkulose

1. Die kongestive Tuberkulose = Phthisis fibrocaciosa Bard's = Epituberkulöse Infiltration Czerny's = Splenopneumonie Grancher's = Paratuberkulose = Pneumonie massiv
2. 3. Die gelatinöse und die käsige Pneumonie
4. Pneumonia hyperplastica fibrosa
5. Pneumonische Schube im Laufe der gewöhnlichen Phthise durch Mischbakterien
6. Die tuberkulöse Pleuropneumonie

Akut verlaufende bösartige tuberkulöse Prozesse

1. Die akute tuberkulöse Bronchopneumonie
2. Bronchitis capillaris tuberculosa

同年 Pliesinger<sup>(71)</sup>ハ肺結核ノ初期ヲ次ノ四項ニ分ケタ。

- 1) Infiltrate ohne röntgenologisch erkennbare älter tuberkulöse Zeichen.
- 2) Infiltrate mit röntgenologisch erkennbaren älteren tuberkulösen Zeichen.
- 3) Wahrscheinlich aus Infiltraten hervorgegangene Erkrankungen.
- 4) Zerstreutherdigen bzw. herdförmigen Erkrankungsformen.

同年 Pagel und Henke<sup>(46)</sup>ハ發生ヲ bronchogen ト hämatogen トニ分ケ、發展ヲ Ranke ニ從ツテ分ケテ居ル。1931年 Ulrich<sup>(72)</sup>ハ血行性肺結核ヲ次ノ様ニ分類シタ。

I. Die akute hämatogene Miliartuberkulose.

II. Der einmalige oder mehrmalige hämatogene Schub.

- A) Die chronische miliare Lungentuberkulose mit peripheren Metastasen.
- B) Die chronisch miliare Lungentuberkulose ohne Metastasen (klinisch isolierte Phthise).
- C) Abortive Formen.
  - a) Simonscher Herd und Simonsche Spitzenmetastasengruppe.
  - b) Neumann's Fibrosa densa und Fibrosa diffusa.
- D) Infiltrierende Formen.
  - a) Frühinfiltrat und ausgedehnte Infiltrate.
  - b) Lochkaverne.
- E) Übergangsformen.
  - a) Kavernisierung.
  - b) Induration.

III. Die miliare diskrete Lungentuberkulose. 同年發表サレタ Riehm<sup>(52)</sup>ノ分類ハ大體 Rankeニ基イテ居ル。

I-Ausbreitungsform: Primärherd + Drüsentuberkulose.

- A. Primärkomplex.
- B. Selbständige Drüsentuberkulose.

II-Ausbreitungsform: Isolierte Organtuberkulose.

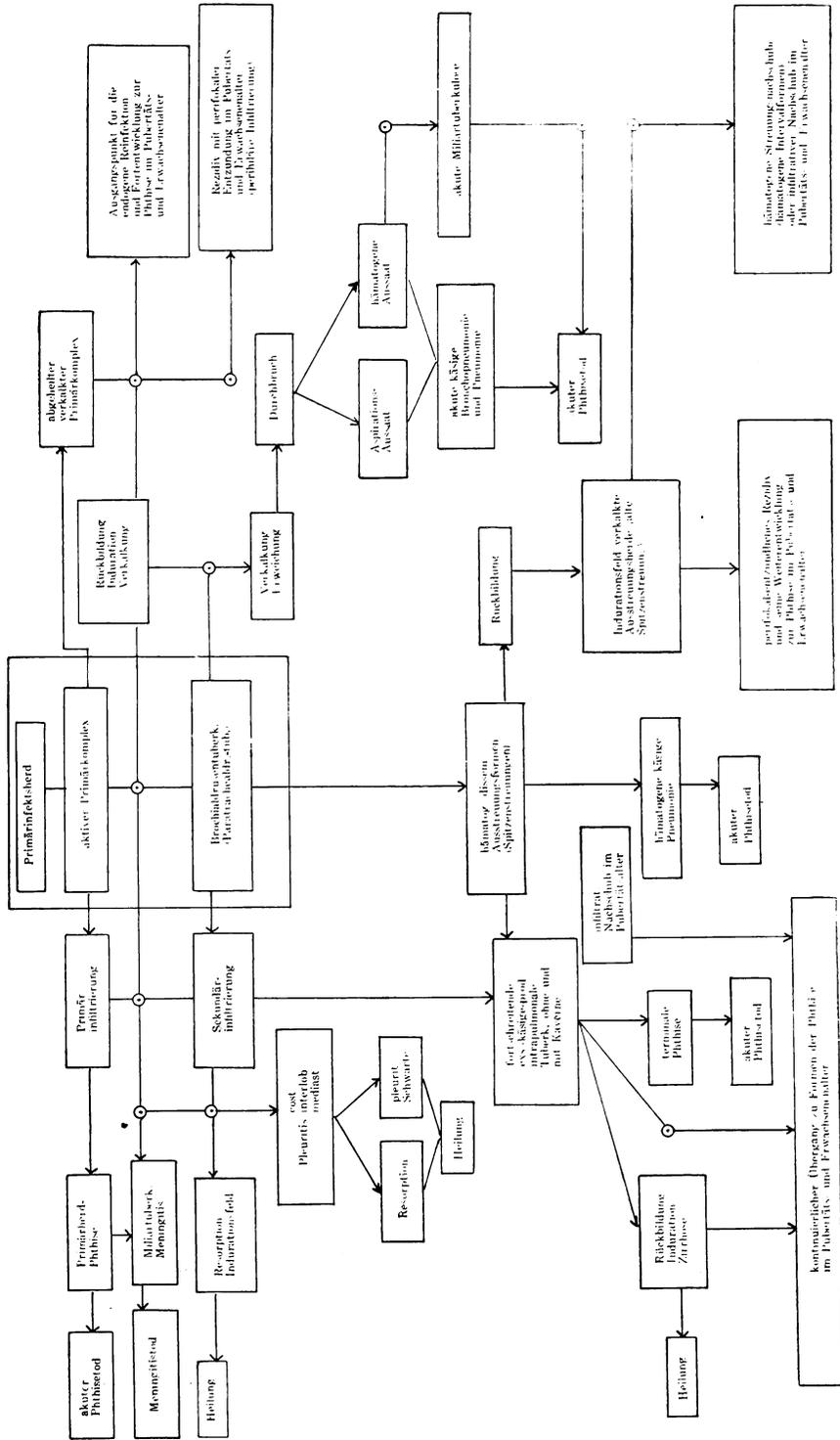
- A. Abortive unselbständige Formen.
- B. Selbständig werdende Formen.

III-Ausbreitungsform: multiple Organen = Miliartuberkulose.

Micheli<sup>(73)</sup>ハ 1932年、

- 1) Primäre Tuberkulose
- 2) Postprimäre Lungentuberkulose
  - a) Miliare Lungentuberkulose (akut—subakut—diskret oder chronisch)
  - b) Tuberculosis nodularis productiva
  - c) Frühinfiltrat

Die Entwicklung der Lungenphthise des Kindes- und Pubertätsalters





- d) Frühinfiltrat vom Typ einer Lobitis
- e) Klinisch primitive käsige Pneumonie
- f) Kavernöse Phthise (isolierte Kaverne)
- g) Schwindsucht aus bronchogener postkavernöser Dissemination

ナル分類ヲ提案シタ。同年 Nicol<sup>(74)</sup>ハ大體 Redeker ニ從ツテ小兒及若年者竝ニ成人ノ肺結核ノ發展ニ就テ前ノ如キ圖表ヲ示シテ居ル。

同年一ハ又 Ulrici und Roeder<sup>(75)</sup>ガ健康相談所ニテ用フベキ臨牀分類トシテ次ノ如キモノヲ示シタ。

#### I. Tuberkulöse Infektion bei Kindern ohne Erkrankung :

1. tuberkulinpositive Kinder ohne nachweisbare Herde
2. tuberkulinpositive Kinder nur mit verkalkten Herden

#### II. Aktive Lungentuberkulose ohne Tuberkelbazillenbefund :

1. akute Formen
  - a) positive Tuberkulinreaktion bei Säuglingen
  - b) Infiltrierungen bei Kindern
  - c) tumorartige Bronchialdrüsentuberkulose bei Kindern
  - d) isolierte exsudative Pleuritis
  - e) akute miliare Streuung
  - f) akute geschlossene Miliartuberkulose
  - g) akutes Infiltrat ohne Einschmelzung
2. chronische Formen :
  - a) stationäres Infiltrat
  - b) chronische miliare Streuung
  - c) produktive Tuberkulose
  - d) produktiv-zirrhatische Tuberkulose

#### III. Aktive Lungentuberkulose mit Tuberkelbazillenbefund :

1. akute Formen :
  - a) akute offene Miliartuberkulose
  - b) akutes einschmelzendes Infiltrat ohne

#### Streuung

- c) akutes einschmelzendes Infiltrat mit Streuung
- d) exsudative Tuberkulose (käsige lobuläre oder lobäre Form)

#### 2. chronische Formen :

- a) produktive Tuberkulose
- b) produktiv-zirrhatische Tuberkulose
- c) produktiv-zirrhatische Tuberkulose mit exsudativer Herdbildung
- d) schwere kavernöse Phthise

#### IV. Inaktive Tuberkulose (z. B. abgeheilte Primärkomplex, Spitzennarben, Simonsche oder Puhlsche disseminierte Kalkherde, schwierige Infiltratreste usw.)

München ノ Romberg 門下ノ Lydtin<sup>(76)</sup>ハ臨牀ト剖檢トノ兩方面ヨリ注意深キ檢索ヲ遂ゲタ後、終ニ 1932 年肺結核ノ發生ヲ hämatogen ト bronchogen トニ分ケル事ハ臨牀的ニハ不可能ノ事ガ多ク、又ソレヲ決定スル事ハ臨牀上ノ意義ガ乏シトノ理由カラ、單ニ Infiltrate, zerst-reutherdige Tuberkulose 及 die bosonderen Formen bei generalisierter Tuberkulose ノ三者ニ分ケレバ充分ダト主張シタ。

1934 年一ハ Assmann<sup>(77)</sup>ガ或講演ニ於テ次ノ様ナ分類ヲ試ミテ居ル。

- 1) Die Erstinfektion, welche einen vorher von Tuberkulose unberührten Körper befällt.
- 2) Die Entstehung von Herden, die von dem Primärherd aus auf dem Blut- oder Lymphwege verschleppt sind ; auch wenn sie lange geruht haben, können sie eines Tages, oft durch besondere Einflüsse geweckt, neu aufflackern.
- 3) Eine neue Infektion eines bereits früher infizierten Organismus, welcher die Erstinfektion überwunden hat.

1935 年ハ分類法ヲ提唱シタ人ガ多イ。本邦デハ

熊谷<sup>17)</sup>が發生及發展ニ就テ先ヅ初感染、早期型、晚期型ニ三大別シ、早期型ヲ浸潤性ト血行性トニ分ケテ居ル。又 Costantini<sup>18)</sup>ノ唱ヘタ分類ハ次ノ通りデアル。

### 1. Primäre Tuberkulose

- a) Infiltrate
- b) Adenopathia tracheobronchialis
- c) Pleurale Formen

### 2. Reinfektionstuberkulose mit folgenden Untergruppen

#### A. Produktive Lungentuberkulose

- a) akute und chronische Miliartuberkulose
- b) klein-und grossknotige evtl. kavernoöse Tuberkulose
- c) fibröse Tuberkulose

#### B. Exsudative Lungentuberkulose

- a) tuberkulöse Pneumonie
- b) Frühinfiltrat evtl. kavernisiert
- c) Bronchopneumonie

#### C. Pleuritische Formen

- a) trockene und feuchte Pleuritis
- b) akute und chronischen Pleurocortic-alitis

#### D. Einfache oder käsige bronchomediastinale Adenopathie

同ジク Bräuning und v. Romberg<sup>27)</sup>ノ提案ハ下記ノ通りデアル。

### I. Primäraffekt, Bronchialdrüse und infiltrative Prozesse in ihrer Umgebung :

- a) Frischer Primäraffekt mit seiner perifokalen Entzündung,
- b) kavernisierter Primäraffekt,
- c) abgeheilter Primäraffekt,
- d) Bronchialdrüsentuberkulose,
- e) neue perifokale Entzündung um einen schon bestehenden Lungenherd und um Hilus-und Trachealdrüsen,
- f) käsige Pneumonie und sonstige käigk-

avernöse Prozesse etwas bis zum 6 Lebensjahr.

### II. Kleinherdige disseminierte (hämato gene) Aussaaten :

- a) Tödliche Miliartuberkulose,
- b) gutartige Streuung über den ganzen Lungen oder Teilgebieten,
- c) vernarbte oder verkalkte kleinherdige Streuung.

### III. Infiltrative Prozesse, die nicht zu I oder IV gehören ; dazu sind zu rechnen :

- a) Die abgegrenzten Frühinfiltrate,
- b) die diffusen oder wolkigen Anfänge,
- c) die isolierte Frühkaverne,
- d) im Anschluss an die genannten Befunde : Tochterinfiltrate oder beginnende kleinknotige oder käsige Veränderung auf einer der beiden Lungenseiten (intrakanalikuläre Streuung und Resorptionstuberkel),
- e) rückbildungsfähige infiltrative Nachschube bei älteren Veränderungen.

### IV. Bronchopneumonische und pneumonisch verkäsende Erkrankungen jenseits des Kleinkindesalters.

### V. Knotig- (azinös-proliferativ) zirrhotische Erkrankungen :

- a) 1. Spitzenherde (im Röntgenbild über dem Schlüsselbein) bzw. bis zur Breite von 1. vorderer Rippe+Interkostalraum,
- b) 2. bei apicokaudaler Erkrankung bis zur 3. Rippe oder bei andersgearteter Erkrankung bis zur Ausdehnung von 3 Interkostalräumen,
- c) 3. weiter als 2.,
- d) isolierte Rundkaverne mit zirrhotischer Wand mit oder ohne intrakanalikuläre Streuung.

### VI. Zirrhosen, die nicht zu V gehören,

besonders Indurationsfelder nach infiltrativen Prozessen unter I und III, ohne Kavernen.

#### VII. Pleuritiden :

- a) Frisch {exsudativ,  
trocken,  
b) geheilt : Spitzenkuppen—Interlobärschwielen—Residualraumschwielen—mediastinale, lateral wandständige Schwielen.

同年ノ Rubinstein<sup>28</sup>ノ分類デハ

1. Primärherd.
2. Tuberkulose der Bronchialdrüsen und die mit ihnen verbundenen Infiltrierungen .
3. Hämatogene Formen : a) akute Miliartuberkulose. b) subakute, chronische und abortive Form. c) Pleuritis.
4. Spitzentuberkulose.
5. Lungeninfiltrat.
6. Exsudativ-käsige Pneumonie.
7. Chronische kavernöse bronchogene Schwindsucht.
8. Zirrhose der Lungen.

同ジク、ソビエト聯邦結核中央委員會<sup>(28)</sup>ガ Rubinstein 案ヲ變改シテ決定セル者ハ

1. Primärherd.
2. Tuberkulose der Bronchialdrüsen
  - a) mit lokalen Veränderungen.
  - b) ohne lokale Veränderungen.
3. Diskrete miliare Tuberkulose.
4. Subakute und chronische hämatogene disseminierte Tuberkulose.
5. Spitzentuberkulose usw.
6. Lungeninfiltrat.
7. Exsudativkäsige Pneumonien usw.
8. Chronische kavernöse Phthise.
9. Lungenzirrhose.
10. Pleuritiden.
11. Extrapulmonale tuberkulöse Prozesse.

トナツテ居ル。最近ニハ Rehberg<sup>30)</sup>ガ次ノ様ナ

分類案ヲ發表シテ居ル。

Allgemeine Kennzeichnung : (zu I—VII)

R (rechts—), L (links—), D (doppelseitig),  
+ = offen, ± = fakultativ offen, — = geschlossen.

Nach der Progredienz :

1. progredient (fortschreitend),
2. stationär (stillstehend),
3. inaktiv (ruhend).

Nach dem anatomischen Charakter :

- a) exsudativ,
- b) produktiv,
- c) narbig-zirrhotisch (kalkig).

Klinische Grundformen :

#### I. Primäre Tuberkulose.

- A. Primärkomplex.
- B. Bronchialdrüsentuberkulose.
- C. Infiltrierende Tuberkulose.
- D. Käsige-pneumonische Tuberkulose (bis zum 6. Lebensjahr).

#### II. Kleinherdig disseminierte Streuungstuberkulose.

- A. Akute tödliche Miliartuberkulose.
- B. Gutartige Streuungstuberkulose.

#### III. Infiltrative Lungentuberkulose.

- A. Ohne Streuung.
- B. Mit Streuung.

#### IV. Käsige-pneumonische bronchopneumonische Lungentuberkulose.

#### V. Knotig-zirrhotische Lungentuberkulose.

- 1°. Spitzenherde (im Röntgenbild über dem Schlüsselbein) oder sonst bis zur Breite eines Zwischenrippenraums + vorderer Rippe ausgedehnt.
- 2°. Bei apikokaudaler Erkrankung bis zur 3. Rippe reichend oder sonst bis zur Breite von 3 Interkostalräumen + Rippen ausgedehnt.
- 3°. Alle über 2. hinausgehenden Prozesse.

## VI. Bronchogen fortschreitende Mischphthise.

1°. }  
2°. } wie unter V.  
3°. }

## VII. Zirrhatische Lungentuberkulose, die nicht zu V. gehört (Indurationsfelder u. dgl.).

1°. }  
2°. } wie unter V.  
3°. }

Zu I—VII: Ohne—mit Höhlenbildung.

## VIII. Pleuritis: R. (rechts—), L (links—),

D (doppelseitig).

a) frisch,

b) geheilt.

以上述べ來ツタ病型分類殊ニ發生及發展ニヨル分類ハ近代結核病學ノ著シイ進歩ガ結核臨牀學方面ヲ如何ニ展開セシメタカラ語ルモノデ、全く十年前迄ノ古典結核病學ノ面目ヲ一新セル處ヲ窺知セシムルニ足ルト思フ。

然シ翻ツテ是等ノ分類ガ一般臨牀家ニ廣ク用ヒラレ得ルカト言フ點ニ關シテ著者ハ大ナル疑問ヲ抱ク者デアリ。Rankeノ三期分類ガ人ヲシテ結核ト言フ疾患ヲ理解セシメル上ニ於テ如何ニ偉大ナル功績ヲ立テタカハ此處ニ論ズルマデモナイ。然シ臨牀家ガ患者ヲ前ニシテ治療ヲ考ヘル際ニ此三期分類ガ何程ノ役ニ立ツデアラウカ。Redekerノ分類ハ臨牀的ニハ非常ニ興味深

イモノデ疾患ノ豫後ヲトスルニ當ツテハ彼ノ考ヲ全然無視スル事ハ不可能デアリ、又學問的ニ結核ノ經過ナリ病型ナリヲ研究スル場合ヤ、個々ノ患者ニ就テ其經過ヲ觀察スル場合ニハ不可缺ノ知識デアルガ、一般臨牀家ガ之ヲ採用スルニ當ツテ少クモ二大難關ニ遭遇スル。第一ニ其項目ノ數ガ多過ギテ煩雜ニ耐エナイ。第二ニハ夫等ノ項目決定ノ診斷ニ當ツテ醫師ノ主觀ト經驗トガ與ヘル影響ガ大デアリ。治療ニ臨ンデハ良醫ノ主觀ハ極メテ大切デアルガ、一般ニ採用サルベキ分類法ハ個人的ニ大差ヲ生ズル主觀ヲ避ケテ客觀ヲ主ニシテ總テノ臨牀家ニトツテ診斷乃至理解ノ容易ナルモノデナケレバナラナイ。況ンヤ Lydttin ノ如キ 専門家 デサヘガ、hämato-gen ト bronchogen トニ分ケル事ノ診斷的困難竝ニ其豫後決定力ノ乏シサヲ歎ジテ居ルデハナイカ。現在廣ク用ヒラレテ居ル分類ガ幾多ノ缺點ヲ有スル事ヲ認識サレナガラモ、臨牀上ニハ今日依然トシテ Turban-Gerhardt ノ粗イ分類ヤ Aschoff ノ病理學的用語ガ用ヒラレル事ハ如上ノ總テノ分類ガ臨牀上ノ實用價値ニ乏シイト云フ著者ノ考察ヲ強ク裏書スルモノデアリ。

故ニ著者ハ患者ヲ前ニシテ飽クマデモ客觀ヲ主トシテ決定シ得テ而モ發生、發展、竝ニ病型ヲ充分顧慮シタ簡單ナ新分類法ノ樹立ヲ必要ト考ヘルモノデアリ。

## 第七節 疾患ノ傾向ニヨル分類法

以下述ベル者ハ前述ノ者ニ比シテ一般ニ從屬的ニ用ヒラレテ居ル分類デアリ。

1914年ノ Nicol<sup>37</sup>ノ分類ニハ progredient, stationär 及 obsolet ナル項目ガ設ケラレ、又 Bacmeister<sup>16</sup>ノ1918年ノ分類ニハ progredient, stationär, zur Latenz neigend 及 latent ヲ用ヒテ分類上ニ活動性ノ表現ヲ要スル事ヲ示シテ居ル。Paweletz<sup>18</sup>ハ1919年活動性(Aktivität)ヲ分類ニ附記スベシト主張シ、同年 Aschoff-

Nicolノ分類ガ上記ノ Bacmeisterニ從ツタノモ新傾向デアリ。Worobjeff<sup>78</sup>ハ1922年 akut, subakut, chronisch, progredient, rezidivierend, stationär, abklingend 及 abgeklungenニ分ケ、Rubel<sup>51</sup>ハ同年 inactiva, subactiva, activaノ區別ヲ設ケタ。有馬(賴)<sup>79</sup>(1923)ノ3 Ordnungenノ分類ニ於テモ活動性ヲ對象トシテ居リ、高田(安)<sup>80</sup>(1923)ハ發熱ノ有無ニヨリ活動性ト停止性トニ分ケ、Turban<sup>10</sup>(1924)ハ

stillstehend, fortschreitend, zurückgehend  
ノ區別ト共ニ aktiv, inaktiv ヲ分ケテ居ル。  
Blümel<sup>12)</sup>(1924)ハ ausgeheilt, ausheilend,  
stillstehend, zur Ausheilung neigend, lang-  
sam fortschreitend, schnell fortschreitend,  
endlich verfallend ナル區別ヲ試ミ、Klempe-  
rer<sup>21)</sup>(1925)ハ progredient, stationär, zur  
Inaktivität neigend, inaktiv ニ分ケ、Beltz  
u. Kaufmann<sup>14)</sup>(1925)ハ Bacmeister ノ式ニ  
加フルニ kachektisch ナル一項ヲ以テシテ居  
ル。以下何レモ大同小異デアアルカラ、其個々ニ  
就テハ述ベルヲ止メルガ、Sterling<sup>22)</sup>(1925),  
Mohr<sup>81)</sup>(1925), Bochall<sup>82)</sup>(1925), Overton<sup>83)</sup>  
(1925), Zadek<sup>84)</sup>(1925), 山田基<sup>43)</sup>(1926)、Ste-

rnberg<sup>23)</sup>(1926), Ziegler u. Curschmann<sup>15)</sup>  
(1927), Parodi<sup>61)</sup>(1928), Pagel u. Henke<sup>46)</sup>  
(1931), Bacmeister<sup>32)</sup>(1931), Ulrici u. Roeder<sup>75)</sup>  
(1932), Fischer<sup>85)</sup>(1933), Rubinstein<sup>28)</sup>(1935),  
Rehberg<sup>30)</sup>(1935), 中島<sup>31)</sup>(1936)等ハ何レモ其  
分類ニ活動性乃至病狀ノ傾向ヲ顧慮シテ居ル。  
分類ノ項目ニ病狀ノ傾向ヲ加ヘル事ハ臨牀家ニ  
トツテ甚ダ便利デアアル。殊ニ臨牀家ハ勿論醫學  
者、衛生行政家が患者ヲ見ズシテ分類ノ項目、  
即チ診断ノミヲ見テ患者ノ状態ヲ察知セントス  
ル場合ニハ之ヲ缺ク事ハ晝龍點睛ヲ缺イダ者デ  
患者ノ状態ハ朦朧トナル。問題ハ項目名ト其數  
及ビ診断ノ據處デアアル。

#### 第八節 喀痰中結核菌ノ有無ニヨル分類法

此分類法ハ傳染性ノ有無ヲ重視スル衛生行政上  
ノ最モ大切ナ問題デアアルガ、疾患ノ豫後ヲトス  
ル上一モ、或ハ種々ノ特殊療法ヲ適用スル場合  
等ニモ相當重大ナル根據トナル者デアアル。故ニ  
之ヲ分類項目ノ要素トスル者ハ結核菌發見以來  
數多イガ、比較的新シイ分類ノ中ニモ Bacme-  
ister<sup>16)</sup>(1918), Baweletz<sup>18)</sup>(1919), Aschoff-Nicol  
<sup>19)</sup>(1919), Fränkel-Gräff<sup>9)</sup>(1923), 高田<sup>80)</sup>(1923),  
Turban<sup>10)</sup>(1924), Bräuning<sup>26)</sup>(1924), Winkler  
<sup>86)</sup>(1924), Blümel<sup>12)</sup>(1924), Klemperer<sup>21)</sup>(1925),  
Beltz-Kaufmann<sup>14)</sup>(1925), Zadek<sup>84)</sup>(1925), 山  
田<sup>83)</sup>(1926), Ziegler u. Curschmann<sup>15)</sup>(1927),  
Bacmeister<sup>32)</sup>(1931), Ulrici u. Roeder<sup>75)</sup>(1932),

Bräuning<sup>26)</sup>(1933), Fischer<sup>85)</sup>(1933), 熊谷<sup>47)</sup>  
(1935), Rubinstein<sup>28)</sup>(1935), Rehberg<sup>30)</sup>(1935)  
等ハ何レモ菌ノ有無ヲ問題ニシテ居ル。又最近  
Bräuning u. Neisen<sup>87)</sup>ハ菌數ヲモ問題ニ入レテ  
Gaffky VI 以上ハ空洞ガ疑ハシトシテ居ル。  
著者自身ノ考デハ喀痰中ノ結核菌ノ有無ハ傳染  
性ヲ問題ニスル場合ハ獨立項目トシテ不可缺ノ  
者デアアルガ、臨牀的目的ノ爲ニハ廣イ意味ニ於  
テ病竈ノ性状ヲ窺フ一方法ト看做シテ良イト考  
ヘルモノデアアル。即肺臟ノX線寫真一ヨル定性  
的診断ト結合セシメテ量的診断ト對立ヒシムベ  
キダト考ヘル。

#### 第九節 合併症ニヨル分類法

Albrecht<sup>3)</sup>(1907), Fränkel-Gräff<sup>9)</sup>(1923), 高  
田<sup>80)</sup>(1923), Turban<sup>10)</sup>(1924), Cummis<sup>11)</sup>(1924),  
Hübschmann<sup>24)</sup>(1928)等ハ各々其分類ニ合併症

ヲ加ヘテ居リ、著者モ亦合併症ハ附記スベキモ  
ノト考ヘルガ、之ヲ他ノ分類項目ト對等ニ取扱  
フ必要ハ無イト考ヘル。

### 第三章 著者ノ分類私案及其價值検討

前章各節ニ互ツテ從來ノ分類法ノ主要ナル者ニ

簡單ナル批判ヲ試ミタガ、是等約百ヲ數フル分

類法ヲ以テシテ今尙一般臨牀家ヲ満足セシムル事ガ出來ナイノデアル。著者ハ先ヅ其理由ヲ再述シテ次ニ自己ノ見解ヲ述ベタイト思フ。

先ヅ第一ニ分類ノ項目ガ餘リ多種多様デアルト言フ事ガ一般ニ用ヒラレ難イ主ナ理由トナル。多種多様ニナルノハ目的ガ多イカラデアル。即チ衛生學の見地ニ立ツ者ハ傳染性ノ有無ヲ重視シ、統計目的ノ爲ニ利用セントスル者ハ非専門家ニモ理解シ易イ命名ニヨル簡便ナ項目ヲ尊ビ臨牀家ハ只現在狀態ノ大體ヲ理解シ易カラシムルト共ニ、豫後及治療法決定ノ指針タル事ヲ望ミ、又或者ハ學術的研究又ハ教授ニ資セン事ヲ企圖スル。如上總テノ目的ヲ満足セシメル分類法コソ理想デアアルガ、カクテハ分類ガ煩ニ過ギ、一般臨牀家ノ採用ヲ不可能ニスル。

第二ノ理由トシテハ本疾患ノ經過ガ複雑デアアル爲一、近年目覺マシイ研究ガ夥シク遂グラレタニモ係ラズ、今尙暗黒ノ分野ガ可ナリ多く、僅ニ曙光ヲ認メ得タ部分ニ於テモ未ダ假說ノ範圍ヲ出デナイモノガアル事デアアル。然シソレダカラト言ツテ分類ニ關スル試ミヲ總テ砂上ノ樓閣トシテ否定シ去ルハ科學ノ退歩デアアル。肺結核ノ分類モ亦結核ノ他ノ分野ノ最新研究事實ノ進展ニ伴ツテ其基礎ノ上ニ常ニ新シク建設セラレテ進マネバナラナイ。決シテ架空ノ假說ヲ作り其上ニ築カレテハナラナイガ、又同時ニ長期ニ亙ツテ固定シテ居テハナラナイ。

第三ニハ從來ノ分類法ノ内一ハ、殊ニ最近ノ分類法ニハ其應用ニ當ツテ特殊ノ知識ト經驗トヲ必要トスルモノガアル事デアアル。其爲ニ特殊ノ専門家以外ノ多忙ナル一般臨牀家トツテ不便デアアル許リデ無ク、専門家ノ間デサヘ必ズシモ其見解竝ニ診斷ガ一致シナイ憾ガアル。臨牀的分類ノ必須條件トシテハ恐ラク分類法ノ理解竝ニ其應用ガ一般臨牀家ニトツテ容易デアアル事、即チ其見解ガ可成一般共通性ヲ帯ビテ居テ且客觀的判斷ガ容易ニ下サレ得ル事デアラウ。

故ニ新分類法ノ設定ニ際シテハ、先ヅ分類ノ目的ヲ決定シナケレバナラナイ。其處デ著者ハ分

類ノ目的ヲ下記ノ諸項ニ限定シタノデアル。

- 1) 患者ノ現在狀態ノ大體ヲ其項目ニ依ツテ理解スル事
- 2) 豫後及治療法決定ノ指針タラシムル事
- 3) 簡單ナル統計ニ用フル事
- 4) 傳染性ノ有無ヲ大體ニ於テ區別スル事。

第二ニ決定スベキ問題ハ此分類ニ必要ナル診斷法ノ範圍デアアル。近時結核診斷ノ進歩ハX線學的ニ、血液學的ニ、免疫學的ニ、竝ニ細菌學的ニ、眞一目覺マシイモノガアル。是等ヲ總動員スル事ハモトヨリ望マシイ事デアアルガ、ソレデハ一般共通性ヲ失ヒ、分類ノ目的ニ副ハナクナル。只X線寫眞撮影ハ必ズシモ一般開業醫ニトツテ可能デアハ無イガ、現在之ヲ除イテハ肺結核ノ診斷ハ半バノ確實性ヲ失フ事ニナル。又X線装置ガ一般開業醫家ノ間ニ漸次普及シ若クハ此装置ノ公共的施設ガ著々トシテ進ミツ、アル今日デハX線寫眞ヲ用フル事ハ是非必要デアリ、且ハ又當ヲ得タルモノト思フノデアル。其他著者ノ分類ニ採用シタ診斷法ニ就テハ後述スル。

最後ニ尤モ重要ナ第三ノ問題トシテハ前章各節ニ述ベタ分類ノ種類ノ何レヲ採用スルカデアアル。此點ニ就テハ既ニ半バハ述ベタガ、先ヅ症狀ノ如キ短時日デ變化スルモノニヨル分類法ハ役ニ立タズ、病竈ノ部位ヲ分ケル事ハ無意味デアハ無イガ、分類項目ヲ簡單ニスル爲ニ割愛シタ。合併症ハ之ヲ附記スルニ止メ、分類項目中ニハ容レナイ方が適當ト信ズル。病型、發生竝ニ發展ハ之ヲ充分顧慮シテ分類ノ參考トシ、分類項目ヲ見レバ、病型、發生竝ニ發展ヲ或程度迄豫知シ得テ、而モ分類項目決定ニ際シテハ是等ノ豫備知識ガ無クモ聊カモ支障ヲ來サナイ様ナ分類法ガ望マシイ。蓋シ分類法ノ一般性ヲ希フガ故デアアル。猶喀痰中ノ結核菌ノ有無ハ傳染性ノ有無ヲ知ルト共ニ病竈ノ性狀ヲ知ル一手段トシテ包含セシメタ。

其處デ殘ツタモノハ

- 1) 病竈ノ擴ガリーヨル分類
- 2) 病竈ノ性狀ニヨル分類

## 3) 病狀ノ傾向ニヨル分類

ノ三者デアリ。是等ハ何レモ其診斷ガ比較的簡單デアリ、豫備知識ヲ要求スル事モ比較的少イカラ、其應用ニ當ツテ一般性ヲ有スルモノト著者ハ考ヘル。又是等ノ組合セーヨツテ病型、發生或ハ發展ヲ程度マデ推知シ得ルト思惟スルノデアル。

## 1) 病竈ノ擴ガリ

病竈ノ擴ガリヲ診斷スルニハ現在ノ診斷學上カラ言ツテ打診聽診上ノ結果ヨリハX線寫眞像ヲ主トシナケレバナラナイ事ハ異論ハ無イト思フ。次ニ第二章第二節ニ於テ病竈ノ擴ガリヲ肺結核ノ總テノ場合ニ考慮スルカ、特殊ノ病型ニ限ルカト言フ問題ヲ保留シテ置イタガ、特殊ノ病型ト言フ者ヲ考ヘルト自然的ニ内容問題トナツテ或程度ノ主觀ガ加ハルカラ、觀察者ヲ異ニスレバ時ニハ判定ガ一致シナイ場合ガ生ジテ來テ其點ニ困難ガ横ハツテ居ルシ、又客觀的ニ定メ得ル様ナ範圍デ病型ヲ決定シヨウトスレバ常ニ大ナリ小ナリ病竈ノ擴ガリヲ考慮ニ入レバナラナイ。ダカラ著者ハ肺結核ノ總テノ場合ニ病竈ノ擴ガリヲ問題ニスベキデ、之ヲ考慮シテ始メテ病型、發生並ニ發展ヲ察知スル事ガ出來ルモノダト信ズル。

次ノ問題ハ病竈ノ擴ガリニ就テ絶對面積ヲ重視スルカ、或ハ絶對面積ヨリハ片側カ兩側カラ重視スルカノ問題デアルガ、著者ハ經驗ト考慮ノ上カラ、患者ノ豫後ヲ決定スル上ニモ、人工氣胸其他ノ手術的療法適應症決定或ハ其手術ヲ效果のナラシムル爲ニモ、片側性兩側性ノ別ヲ明カニスル事ハ缺クベカラザル要件デアルト思フ。

上述ノ考ヘノドニ著者ハ次ノ様ニ分類シタノデアル。

## イ) 限局性 (lokalisiert)

X線寫眞像上ニ於テ片側一ノミ片側全肺野三分ノ一ヲ超エザル程度ノ陰影ヲ見ル場合。但シ同時ニ同側又ハ他側肺門部ニ線狀若クハ索狀ヲ呈スル陰影、或ハ位置ノ如何ヲ問ハズ、直徑約3

mm. 以內ノ陰影或ハソレヨリ大ナルモ縁邊甚ダシク鮮明デ且濃度モ強ク透明カニ石灰化竈ト思ハレル陰影4, 5個以內ノ存在スルノヲ妨ゲナイ。

## ロ) 片側性 (einseitig)

前者ヨリハ廣キモ尙片側以內ニ限ラレル場合。但書ハ前項ニ同ジ。

## ハ) 兩側性 (beiderseitig)

左右兩側共ニ種々ノ大キサ及個數ノ陰影ヲ見ルモ猶全肺野ニ互ラザル場合。

## ニ) 全肺野性 (total)

全肺野ニ種々ノ大サノ陰影ヲ多數ニ見ル場合。

## 2) 病竈ノ性狀

病竈ノ性狀ヲ診斷スルニ當ツテX線寫眞像ガ缺クベカラザル者デアル事ニ就テハ近代ノ専門家ノ意見ハ一致シテ居ル。寧ろ問題トナル事ハ打診聽診ノ所見ヲモ分類項目決定ノ手段トシテ加ヘルベキカドウカト言フ問題ト、X線寫眞像ニ據ツテドノ程度迄病竈ノ性狀ヲ推知スルカト言フ事デアル。

第一ノ問題ニ就テハ個々ノ患者ノ診斷ニ是等理學の所見ヲ全然無視スル事ガ誤ツテ居ルノハ當然デアルガ、總テノ臨牀家ニトツテ常ニ一般共通性ヲ保持スルヲ必須條件トスル分類法ノ項目決定ニ之ヲ利用スル事ハ相當困難デアルハカリデ無ク、反ツテ錯誤ノ因子トナリハシナイカラ恐レル。何故ナラバ是等理學の所見ハ各醫師ノ主觀的判斷ニヨツテ區々ニナル事ガ必ズシモ稀デハ無ク、殊ニ聽診所見ハ診察時期ニヨツテ出沒變化シテ固定性が無イ。故ニ著者ハ本分類規定ニ當ツテ是等理學の所見ヲ除外シタガ、決シテ是等診斷法ヲ輕視シタノデハナク、個々ノ患者ノ診斷ニ當ツテハ是等所見ヲモ重要視サレン事ヲ切望スルモノデアル。

第二ノ問題ニ就テハ既ニ第二章第四節デ述ベタ様ニ、X線寫眞像ヲ以テ餘リニ多クヲ想像竝ニ創造スル事ハ最も慎ムベキ事デアル。著者ハX線寫眞像ニ於テ線狀或ハ索狀ヲ呈スル陰影ト、縁邊ガ甚シク鮮明デ濃度モ強ク明カニ石灰化竈ト思ハレル陰影トヲ除外シ、總テノ異常陰影ヲ二

ツニ分ケタ。即チ直徑約 3mm. ナ境界トシテ之ヨリ大ナル者ヲ抹影狀(gestrichen)ト名付ケ、之ヨリ小ナル者ヲ斑點狀(fleckig)ト名付ケタノデアアル。之ニ加フルニ空洞ノ存在ヲ考慮ニ入レタ。Bräuning u. Neisen<sup>(87)</sup>ハ空洞ノ大サヲモ顧慮シテ居ルガ、著者ハ分類ヲ簡單ニスル爲ニ大キサノ差ハ無視シタ。以上ハ X 線寫眞像所見ニ就テデアアルガ、其他ニ病竈ノ性狀ヲ知ル手段トシテ喀痰中ノ結核菌ノ有無ト既往 3 ヶ月以内ノ喀血(血痰ヲ含ム)ノ有無ヲ配合シテ次ノ様ニ分類シタノデアアル。

ホ) 閉斑性(geschlossen-fleckig)

線狀若クハ索狀ヲ呈シ、或ハ直徑約 3mm. 以下ノ陰影或ハソレヨリ大ナルモ縁邊甚シク鮮明且濃度モ強クテ明カニ石灰化竈ト思ハレル陰影數個以上ヲ有シテ、喀痰中結核菌陰性且既往 3 ヶ月以内ニ喀血ノ無カリシ場合。

ヘ) 開斑性(offen-fleckig)

X 線像ハ前者ト同様ニシテ喀痰中結核菌陽性或ハ既往 3 ヶ月以内ニ喀血ノアリシ場合。

ト) 閉抹性(geschlossen-gestrichen)

X 線像ガ寫眞上直徑 3mm. 以上ノ抹影狀ノ陰影ヲ有シ、且其縁邊著シク鮮明ナラザルモノニシテ、喀痰中結核菌陰性且既往 3 ヶ月以内ニ喀血ノ無カリシ場合。

チ) 開抹性(offen-gestrichen)

X 線像ハ前者ト同様ニシテ喀痰中結核菌陽性或ハ既往 3 ヶ月以内ニ喀血ノアリシ場合、及他ノ條件ノ如何ニ拘ラズ明カニ空洞ヲ見ル場合。

但肋膜ノ瀰蔓性陰影ハ滲出液ナルト結締織肥厚ナルトヲ問ハズ抹影狀ト見做シタ。又喀痰中ノ結核菌ノ有無ハ一日一回早朝喀痰ノ塗抹標本ニ就テ連續三日間ノ検査ニヨツテ判定シタ。此處ニ説明シテ置カネバナラナイ事ハ定性的診斷ニ既往 3 ヶ月以内ノ喀血ノ有無ヲ喀痰中ノ結核菌ノ有無ト同等ノ重要サヲ以テ視タ事デアアル。之ハ喀血ガ大ナリ小ナリ組織ノ崩潰ヲ意味スルモノト考ヘタ爲デアリ、又著者自身ノ經驗上或ハ多クノ實地醫家ニトツテモ、喀血ノ有無ノ診斷

ハ容易デアルト思フガ故デアアル。3 ヶ月ト限定シタノハ大體喀血ヲ惹起スルガ如キ病竈ガ既存ノ場合ハ勿論、喀血ノ爲ニ新病竈ガ發生シタ場合ニモ少クトモ 3 ヶ月以内ナラバ猶ソレ等ガ吸收サレナイデ X 線寫眞上一認メラレルカラデアアル。尙抹影狀陰影ト斑點狀陰影トガ共存スル場合ハ抹影狀ナル項目ニ容レタ。即チ兩側性開抹性ト言ツテモ必ズシモ兩側共ニ抹影狀陰影ヲ有シテ居ルトハ限ラナイノデアアル。

3) 病狀ノ傾向

著者ハ Sternberg ノ分類項目名ヲ採用シ、其數ヲ減ジテ次ノ二項トシタ。

リ) 代償性(kompensiert)

最高體溫 37.3°C 以下ニシテ體重不變或ハ増加ノ傾向アル場合。

ヌ) 非代償性(dekompensiert)

最高體溫 37.4°C 以上ノ場合或ハ 37.3°C 以下ナルモ體重減少ノ傾向アル場合。

何故此分類項目名ヲ用ヒタカト言フト、吾人ガ簡單ニ患者ノ一般狀態ヲ診斷スル場合、aktiv, inaktiv トカ、progredient, stationär 等ノ名ヲ用ヒルト、其字義ノ分界ガ銳利且狹義ニ感ゼラレテ其判斷ガ相當困難デアルト考ヘタカラデアアル。二大別スルニ止メタノハ分類ヲ簡單化スル爲ニ外ナラナイ。又 37.3°C ヲ以テ限界トシタノハ大體虛弱ナル體質ノ者或ハ結核患者等ノ體溫調節機能ガ不健全ダト考ヘラレル者デハ體溫ガ疾患以外ノ種々ノ原因デ動搖シ易イ者ガ多ク、又實際ノ場合ニ之以下位ノ微熱ハ相當永ク繼續シテモ常ニ必ズシモ患者ノ一般狀態ノ惡化ヲ意味シナイ事ガ多イカラデアアル。(勿論必ズシモ治癒ノ方向ヲ辿ルモノトハ斷ジ難イガ。)

上述ノ分類項目以外ニ次ノ一項ヲ獨立セシメル。

硬化性初期症候群(Harter Primärkomplex)之ハ harter Primärkomplex ノ X 線像ノミヲ持チ、菌陰性且無熱ノ場合。

以上ノ分類ハ決シテ新味ニ富ンデ居ルトハ言ヘナイ。近代ノ絢爛タル病型分類ニ比シテ時代一

逆行スル感が無キニシモ非ズデアルガ、廣ク一般臨牀家ニ理解が容易デアリ、其應用ニ一般共通性ヲ有シテ居ル事ハ認メラレト信ズル。又之ニ依ツテ患者ノ現在状態ノ大體ヲ理解スル事が出來ルノミナラズ、人工氣胸其他ノ手術的療法、刺戟療法、或ハ患者自身ノ養生法ヲ決定スル指針トモナリ、傳染危險ノ有無ヲモ大體察知シ得ラレ、殊ニ醫學的統計等ノ報告ニ際シテ材料デアル患者ヲ單ニ輕中重症等ニ三大別セラレニ比スレバ、遙ニ勝レタ者ト考ヘル。只肺結核ノ經過ヲ研究シ、或ハ理解シ、或ハ教授スル等ノ場合ニハ他ノ分類法ト共ニ隔履搔痒ノ感アルヲ免レナイ。

然シ著者ハ此分類ニ依ツテ、病型、發生並ニ發展ヲ相當ニ暗示シ得ルト信ズル。例ヘバ限局性閉抹性非代償性肺結核ト言ヘバ、早期浸潤(Frühinfiltrat)、從來比較的變化ノ少ナカツタ肺ノ再襲浸潤(Nachschubinfiltrat)、肺門周圍性續發浸潤(Perihiläre Sekundärinfiltrierung)及肺内續發浸潤(sekundäre Lungeninfiltrierung)ノ比較的良經過ヲトリツ、アルモ尙一般状態ガ安定シナイ時期ニ在ル疾患状態ノ者ヲ包含スル。勿論ニ等四者ノ區別ハ本分類デハ全然ツカナイ。然シ肺門周圍ノ續發浸潤ヲ除ク他ノ三者ノ鑑別ノ屢々不可能ナ事ハ Redeker デサヘガ認メテ居ル。如何ニ理路整然タル分類デモ之ヲ臨牀的ニ應用シテ鑑別ガツカナイ者ハ無意味デアル。又片側性閉抹性非代償性肺結核ト言ヘバ、病變ハ片側ニ限局シテハ居ルガ、少クトモ其病竈ノ一部ニ組織崩壞ノ傾向ガ著シク、一般状態モ平衡ヲ失ツテ居リ、不良ノ經過ガ豫想サレルガ、尙人工氣胸等ノ手術的療法ノ希望ガアル事ヲ示シテ居ル。此場合 Redeker ノ分類ニヨル再襲浸潤(Nachschubinfiltrat)モ含マレテ居ルシ、又早期浸潤(Frühinfiltrat)ノ融解(insehneltung)、ソレニ續ク吸入播種(Aspirationsaussaat)ヤ同側ノ娘浸潤ヲ伴ツタ場合モ考ヘラレルガ、前述ノ分類目的ノ爲ニ果シテ是等ノ發展ノ相違ヲ明カニスル必要ガアラウカ、又常ニ明カニシ

得ルカドウカ、又専門家ノ間デモ其意見ガ常ニ一致スルカドウカ甚ク疑問デアル。又 Neumann ノ所謂 Tuberculosis fibrosa densa ハ本分類ニ於テハ兩側性斑點性肺結核(開閉ノ如何、代償ノ有無ハ不明ダカラ)ニ屬シ、血行性ナル特徴ハ抹殺サレルガ、Tuberculosis fibrosa densa ガ解剖學的ニハ血行性ナル事ヲ認メル人ト雖モ、カ、ル X 線像ガ全然氣管枝性ニ發生シ得ナイトハ斷言出來ナイデアラウカラ、發生ヲ意味スル Tuberculosis fibrosa densa ナル診斷ヲ一枚ノ X 線寫眞ニ依ツテ下スルハ聊カ躊躇ヲ感ジハシナイデアラウ。又若シ此者ヲ明カニ診斷シ得ル天才ガアツタトシテモ、ソレ等天才間ニ其見解ガ一致スルカドウカ、又一般臨牀醫家ガ之ニ追從シテ行ケルカドウカ、良ク考ヘテ見ナクレバナラナイ。又全肺野性閉抹性非代償性肺結核ノ患者ガアツタトシテ、其發展經過ガ血行性播種ノ後ノ再襲(Nachschub)ニヨルカ、浸潤擴大(Infiltrativer Nachschub)ノ後ニ續ク血行性播種ニヨルカ、將又終始氣管枝性ニ増悪セル者カヲ決定スル事ハ其豫後決定ト治療ノ上ニ殆ンド何等貢獻スル處ハ無イ。即チ本分類ニ依ツテ Redeker, Neumann 及ビ其流ヲ汲ム近代分類ノ病型ノ全部ヲ示ス事ハ出來ナイガ、前掲ノ分類目的ヲ滿ス程度ノ病型群ニ分ツ事ハ可能デアルト信ズルモノデアル。

以上著者ハ本分類ヲ支持スルニ稍々理論ニノミ走ツタ様デアル。最モ重要ナ事ハ本分類ガ果シテ實際的ニ疾患ノ豫後ヲ如何ニ示スカニアル。之ヲ明カニスルモノハ一ニ可及の多數ノ患者一就テノ本分類ノ統計的檢討デアラネバナラヌ。其處デ著者ハ京都市立宇野療養所ニ收容セル患者ノ内大正 15 年ヨリ昭和 11 年迄ノ約 10 年間デ諸種ノ検査ノ完全ナル者ヲ選ビ、ソレ等ノ内ヨリ事故及未治退所者及明カニ肺結核以外ノ死因ヲ持ツ者ヲ除イタ 1634 名ニ就テ其轉歸ヲ輕快ト死亡トニ分チ、統計的ニ上述ノ分類トノ關係ヲ求メタノデアル。

之ヲ實數ニ就テ表示シタノガ第一表デ、輕快對

轉歸明確ナル肺結核患者 1634 名ヲ初診時 X 線寫眞及其他ノ臨牀所見ニ基キテ分類セル諸表

第 1 表 實 數

		全 肺 野 性		兩 側 性		片 側 性		限 局 性	
		輕 快	死 亡	輕 快	死 亡	輕 快	死 亡	輕 快	死 亡
開 抹 性	非代償性	1	308	57	499	37	34	13	1
	代償性	4	17	59	64	28	5	14	1
	總 和	5	325	116	563	65	39	27	2
閉 抹 性	非代償性	1	25	21	48	23	4	10	0
	代償性	0	0	21	7	19	3	14	0
	總 和	1	25	42	55	42	7	24	0
開 斑 性	非代償性	1	6	7	6	9	0	17	0
	代償性	3	1	14	1	14	0	23	0
	總 和	4	7	21	7	23	0	40	0
閉 斑 性	非代償性	0	2	13	1	2	0	58	0
	代償性	1	0	9	0	7	0	101	0
	總 和	1	2	22	1	9	0	159	0

第 2 表 百 分 率

		全 肺 野 性		兩 側 性		片 側 性		限 局 性	
		輕 快	死 亡	輕 快	死 亡	輕 快	死 亡	輕 快	死 亡
開 抹 性	非代償性	0.3	99.7	10.3	89.7	52.1	47.9	92.9	7.1
	代償性	19.0	81.0	48.0	52.0	84.8	15.2	93.3	6.7
	總 和	1.5	98.5	17.1	82.9	62.5	37.5	93.1	6.9
閉 抹 性	非代償性	3.8	96.2	30.4	69.6	85.2	14.8	100.0	0
	代償性	0	0	75.0	25.0	86.4	13.6	100.0	0
	總 和	3.8	96.2	43.3	56.7	85.7	14.3	100.0	0
開 斑 性	非代償性	14.3	85.7	53.8	46.2	100.0	0	100.0	0
	代償性	75.0	25.0	93.3	6.7	100.0	0	100.0	0
	總 和	36.4	63.6	75.0	25.0	100.0	0	100.0	0
閉 斑 性	非代償性	(0)	(100.0)	92.9	7.1	100.0	0	100.0	0
	代償性	(100.0)	(0)	100.0	0	100.0	0	100.0	0
	總 和	(33.3)	(66.7)	95.7	4.3	100.0	0	100.0	0

第 3 表 病竈ノ廣サト性狀ニヨル分類ノ豫後順位

	限 局 性	片 側 性	兩 側 性	全 肺 野 性
閉 斑 性	1	1	2	9(?)
開 斑 性	1	1	5	8
閉 抹 性	1	4	7	11
開 抹 性	3	6	10	12

第 4 表 本分類ト豫後トノ關係

	全 肺 野 性		兩 側 性		片 側 性		限 局 性		
	非代償性	代償性	非代償性	代償性	非代償性	代償性	非代償性	代償性	
開 抹 性									死亡 80-100%
閉 抹 性									死亡 25-70%
開 斑 性									死亡 7-15%
閉 斑 性		?							死亡 0%

(備考 表中括弧及?ハ例數僅少ニシテ統計的價値小ナルモノ)

死亡ノ割合ヲ「プロセント」デ表シタノガ第二表デア。是ヲ仔細ニ觀察スルト相當興味アル事實ヲ發見スルノデア。先ヅ第一ニ代償性ノ有無ヲ考慮セズニ其豫後ノ順位ヲ檢シテ見ルト第三表ノ如クナリ、代償性ヲモ包含サセタ分類表ニ於テ其豫後ヲ大別シテ見ルト第四表ニナル。共ニ本分類ト肺結核ノ豫後トノ間ニ著シク緊密ナ關係ノ存スル事ヲ一目瞭然タラシメテ居ル。次ニ第三及第四表ヲ比較シテ代償性ノ有無ガ豫後ヲトスル上ニ如何ニ役立ツテ居ルカヲ檢シテ見ルト、其豫後ノ順位ニ於テ中位ニ位スル者ガ代償性ト非代償性トノ間デ其豫後ニ相當ノ差違ヲ持ツテ居ル事ヲ示シテ居ル。此事ハ肺結核ノ分類ニ於テ病狀ノ傾向ヲ無視シテハナラナイ事ヲ物語ルモノデア。

今一ツ注目ニ價スルノハ病竈ノ性状ト豫後トノ關係デア。開抹性ト閉斑性トガ兩極端ヲ占メル事ハ當然豫想サレル事デアガ、閉抹性ガ開斑性ニ比ベテカクモ明カニ豫後不良デアルトハ統計作成以前ニハ豫期シナカッタ處デアツク。此事ハ肺結核ノ豫後ヲトスル上ニ喀血及ビ喀痰中結核菌ノ有無ヨリモ又線寫眞上ノ異常陰影ノ大キサノ方ガ重大デア。事ヲ物語ルモノデア。但本統計ニ於テ輕快トアル患者ノ中ニハ退所後生活條件ノ低下ノ爲病勢惡化乃至再發ノ結果不幸ノ轉歸ヲ取ツタ者モアラウ事ハ想像サレルカラ、本統計ノ死亡率ハ必ズヤ眞ノ價ヨリハ小サクナツテ居ルト思ハレル。然シ分類各項目ノ間

ノ相對的ノ豫後ノ差ハ本統計ノ結果ヨリ察知シテ良イト考ヘルモノデア。

サテ上述ノ統計的觀察一ヨツテ本分類ガ肺結核ノ豫後ヲトスル上ニ相當役ニ立ツモノデア。事ハ認メ得ルト思フガ、斷ツテ置カネバナラナイノハ本分類ハ成人肺結核ヲ對象トシタモノデア。又其價值檢討モ成人患者ニ就テ行ツタノデアツテ、之ヲ以テ直ニ小兒結核ニ適用シテ良イカドウカハ著者自身モ疑問ニ思ツテ居ル。著者ハ多數ノ小兒結核患者ヲ各年齢ニ互ツテ觀察シタリ、長期ニ互ツテ其経過ヲ追フ機會ニ恵マレテ居ナイノデ決定的ナ答ヲ呈出シ得ナイノヲ遺憾トスル。

以上著者ハ現在迄ニ提唱サレタ肺結核分類ノ主ナル者ニ就テ批判ヲ試ミ、著者自身ノ分類私案ヲ呈示シタガ、之ハ轉歸カラ見タ統計的事實ニ依ツテ證明サレタモノデ、純然タル臨牀的價值ノ上ニ立ツ事ハ未ダ曾テ試ミラレナカッタ事デア。本分類ノ強味デア。特徴デア。ト信ズル。モトヨリ肺結核ノ分類ハ日ト共ニ月ト共ニ成長スベキモノデア。又著者ノ私案ニ對シテ反對ノ意見モ少クナイト信ズル。只著者ノ菲オヲ顧ミザル大膽ナル一己ガ動機トナリ、諸大家ノ間ニ肺結核分類ノ問題ガ一層檢討サレ、何レノ日カ完全ナル肺結核分類法ノ樹立ヲ見タナラバ著者ノ本懐ニ過ギルモノハ無イノデア。擱筆ニ臨ミ恩師三戸所長ノ不斷ノ御指導ト御懇切ナル御校閱ニ對シ深甚ノ謝意ヲ捧グ。

## 主 要 文 獻

1) Bard-Piéry, Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener (Neumann) (1930). 2) Turban-Gerhardt, Zeitsch. Tub. 11, S. 507 (1907). 3) Albrecht, Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie (Henke u. Lubarsch) (1930). 4) Fränkel, Kongressber. d. Kongr. f. inn. Medizin. (Wiesbaden) (1910). Beitr. klin. Tub. 43, S. 221 (1910). 5) Ranke, Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie (1928). 6) Redeker, Entstehung und Entwicklung der Lungenschwindsucht des Erwachsenen (Redeker

u. Walter) (1926). 7) Sokolowski, Klinische Zeit- und Streitfragen, Wien (Schnitzler) (1891). 8) Schut, Wien. klin. W. Nr. 22 (1912). 9) Fränkel-Gräff, Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose (Alexander-Baer) (1931). 10) Turban, Zeitsch. Tub. 40, S. 401 (1924). 11) Cummis, Brit. Journ. of tubercul. 18, No. 2, S. 43 (1924). 12) Blümel, Münch. med. W. Jg. 71, S. 721 (1924). 13) Ignatowski u. Lemesic, Beitr. Klin. Tub. 61, S. 467 (1925). 14) Beltz u. Kaufmann, Zeitsch. Tub. 43, S. 184 (1925). 15)

- Ziegler u. Curschmann, Beitr. Klin. Tub. 66, S. 265(1927). 16) Bacmeister, Deutsch. med. W. Nr. 13, S. 340(1918). 17) Grau, Zeitsch. Tub. 29, S. 167(1918). 18) Paweletz, Zeitsch. Tub. 30, S. 207(1919). 19) Nicol, Med. Klin. Nr. 17, u. 18(1919). 20) Bräuning, Beitr. Klin. Tub. 58, S. 429(1924). 21) Klemperer, Die Lungentuberkulose(1925). 22) Sterling, Zentralbl. Tub. 24, S. 974(1925). 23) Sternberg, Tub.-Bibliothek Nr.25(1925). 24) Hübschmann, Pathologische Anatomie der Tuberkulose(1928). 25) 永井秀太, 東京醫事新誌. 第2572號(昭和3年)(1928). 26) Bräuning u. Neisen, Tub.-Bibliothek Nr. 52(1933). 27) Bräuning u. Romberg, Ergebnisse der ges. Tub.-forsch. VII (Rehberg)(1935). 28) Rubinstein, Ergebnisse der ges. Tub.-forsch. VII(Rehberg)(1935). 29) 宮川米次, 治療及處方. 昭和10年8月及9月(1935). 30) Rehberg, Ergebnisse der ges. Tub.-forsch. VII(1935). 31) 中島浩吉, 第十四回日本レントゲン學會宿題報告(1936). 32) Bacmeister, Lehrbuch der Lungenkrankheiten(1931). 33) 山田基, 内外治療. 第5號(1926). 34) Lydtin, Zentralbl. Tub. 30, S. 513(1929). 35) Romberg, Über die Entwicklung der Lungentuberkulose (1928). 36) Kayser-Petersen, Münch. med. W. S. 311(1928). 37) Nicol, Beitr. Klin. Tub. 30, S. 231(1914). 38) Aschoff, Zeitsch. Tub. 27, S. 28(1917). 39) Buttner-Wobst, Münch. med. W. Nr. 32(1916). 40) de la Camp, Die Lungentuberkulose (Klemperer) (1925). 41) Aschoff, Über die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphthise(1922). 42) Gräff u. Küpferle, Die Lungentuberkulose(1923). 43) Abrikossov, Zentralbl. Tub. 22, S. 307(1924). 44) Ulrici, Diagnostik und Therapie der Lungen- und Kehlkopftuberkulose(1924). 45) 金子廉次郎, 實驗醫報. 第16年(1930). 46) Pagel u. Henke, Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie(Henke und Lubarsch) (1930). 47) 熊谷益藏, 臨牀ノ日本. 昭和10年8月(1935). 48) Costantini, Zentralbl. Tub. 43, S. 504(1936). 49) Ribbert, Deutsch. med. W. (1918). 50) Marchand, Münch. med. W. (1921). 51) Rubel, Zentralbl. Tub. 21, S. 86(1924). 52) Riehm, Beitr. Klin. Tub. 77, S. 427(1931). 53) Gerhartz, Zeitsch. Tub. 45, S. 97(1922). 54) Assmann, Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen(1924). 55) Assmann, Zeitsch. Tub. 48, S. 353(1927). 56) Fleischner, Wien. klin. W. (1926). 57) Maragliano, Giorn. Fisiol. 6, S. 177(1928). 58) Siebert, Wolkennamen zur Beschreibung der pathologischen Lungenverschattungen(1930). 59) Gabrilowitsch, Zeitsch. Tub. 11, S. 35(1907). 60) Campani, Zentralbl. Tub. 25, S. 262(1926). 61) Parodi, Zentralbl. Tub. 30, S. 763(1929). 62) 佐多愛彦, 日新醫學(大正3年). 63) Herms, Zeitsch. Tub. 51, S. 257(1928). 64) Lydtin, Zeitsch. Tub. 51, S. 23(1928). 65) Blumenberg, Beitr. Klin. Tub. 71, S. 385(1929). 66) Beitzke, Zeitsch. Tub. 47, S. 449(1927). 67) Sterlinger, Die Lungentuberkulose(Gissel u. Schmidt)(1933). 68) Rehberg u. Zürcher, Zeitsch. Tub. 50, S. 369(1928). 69) Ronzoni, Zentralbl. Tub. 30, S. 606(1929). 70) Neumann, Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener(1930). 71) Pliesinger, Zeitsch. Tub. 58, S. 152(1930). 72) Ulrici, Beitr. Klin. Tub. 77, S. 267(1931). 73) Micheli, Ergebnisse der gesamten Tub.-forsch. VII-(Rehberg)(1935). 74) Nicol, Die Lungentuberkulose(Nicol u. Schröder)(1932). 75) Ulrici u. Roeder, Zeitsch. Tub. 64, S. 350 u. 357(1932). 76) Lydtin, Tuberkulose-Bibliothek, Nr. 45(1932). 77) Assmann, Entwicklung und Bekämpfung der Lungentuberkulose(1934). 78) Worobjeff, Zentralbl. Tub. 21, S. 85(1922). 79) R. Arima, Zeitsch. Tub. 38, S. 187(1923). 80) 高田研安, 結核. 第一卷, 65頁(1923). 81) Mohr, Zeitsch. Tub. 41, S. 329(1925). 82) Bochalli, Zeitsch. Tub. 41, S. 330(1925). 83) Overton, Zentralbl. Tub. 25, S. 263(1926). 84) Zadek, Zentralbl. Tub. 25, S. 478(1926). 85) Fischer, Zentralbl. Tub. 39, S. 516(1933). 86) Winkler, Deutsche med. W. 21, S. 689(1924). 87) Bräuning u. Neisen, Zeitsch. Tub. 75, S. 305(1936).