

金澤醫科大學大里内科教室

(主任大里教授)

肺結核症ノ臨床的分類法ニ就イテ

堀 地 四 朗

(昭和8年11月1日受附)

目 次

緒 言	第三章 結 論
第一章 分類法ニ對スル私案	文 獻
第二章 自家實驗並ニ考按	

緒 言

肺結核症ノ分類ニ關シ試ミラレタルモノ尠シトセズ臨床的ニハ從來 Turban⁽⁵⁶⁾, Gerhardt⁽²¹⁾ノ分類法最モ費用セラレタルモ其標準ヲ單ニ病竈ノ大サニ置ケルニ過ギズ生物學, 免疫學, 病理解剖學並ニ「レントゲン 診斷學」ノ進歩ハ最早斯ル單純ナル分類法ニ満足スルヲ許サズ。而シテ吾人ハ肺結核症例ニ遭遇シテ該疾患ノ發生, 經過豫後ヲ知ラントセバ大凡次ノ如キ事項ヲ精査セザルベカラズ。

1. 當該病竈ハ初期變化群ニ屬スルヤ, 全身結核症ノ一分症ナリヤ, 或ハ臟器結核症ニ相當スルヤ。
2. 發生經路即外界ヨリノ感染ニ由來スルヤ, 或ハ體內病竈ヨリノ轉移竈ナリヤ, 更ニソノ傳播經路ハ血行性ナリヤ, 淋巴血行性ナリヤ, 淋巴行性ナリヤ, 或ハ管内性傳播ニ由來セルヤ。
3. 解剖的性狀, 即融合性滲出性, 滲出性—乾酪性, 滲出性—乾酪性—硬化性, 純硬化性, 結節性—増殖性, 増殖性—硬化性ノ何レニ相當スルヤ, 更ニ崩壞現象存スルヤ否ヤ。
4. 細葉性ナリヤ, 小葉性ナリヤ, 將タ大葉性ナリヤ。
5. 活動性, 非活動性, 進行性, 停止性, 潜伏性, 陳舊性等ノ區別。
6. 病竈ハ如何ナル變遷ヲ經或ハ如何ニ變遷スルヤ。
7. 病竈ノ擴大範圍。
8. 病竈所在部位。
9. 其他熱, 傳染性, 合併症等ノ存否。

而シテ從來ノ主ナル分類法ヲ通覽スルニ Aschoff⁽²⁾ハ(2)(3)(4)ヲ根據トシ, Nicol⁽³⁸⁾ Gräff u. K pferle⁽²²⁾等ハ(3)(4)ヲ, Schut⁽⁵²⁾ Huebschmann⁽²⁵⁾等ハ(3)(7)(8)(9)ヲ, Neumann⁽³⁷⁾ハ(2)(3)(6)ヲ, Bard⁽⁸⁾, Detic⁽¹⁷⁾等ハ(3)(6)ヲ, Braeuning⁽¹²⁾ハ(3)(5)(9)ヲ, Ranke⁽⁴³⁾ハ(1)ヲ, Assmann⁽⁵⁾ハ(2)(3)(5)(8)ヲ, Pagel-Henke

(40) ハ(1)(2)(3)(4)(5)(6)ヲ、熊谷⁽³⁰⁾ ハ(2)(3)(8)ヲ主眼トシテ分類セルガ如シ。從テ各々一長一短アリテ未ダ肺結核症ノ全貌ヲ窺知セシムルモノナシ。然レドモ一方上述諸因子ヲ包括セル、而モ簡明ナル分類法ハ到底企圖シ得ザル所ナルト、他方解剖的性状ヲ推定セシムル唯一ノ方法タル「レントゲン 診斷學ノ價值ニ關スル議論ノ多様ナルトヲ顧慮セバ、該分類法ノ完成ハ更ニ今後ノ研究ニ俟ツモノ多キヲ思ハシム。余ハ我が教室ニ於テ最近約3ケ年ニ入院治療セル患者ノ臨床的並ニ「レントゲン 寫眞ノ所見ヲ基礎トシテ分類ヲ試ミタルヲ以テ茲ニ發表セントスルモノナリ。

第一章 分類法ニ對スル私案

余ハ總數 389 例ノ肺結核症、結核性肋膜炎及腹膜炎患者ニ就キ檢索シ、ソノ分類ノ要約トシテ(1)病竈ノ性状、(2)病竈所在部位、(3)病竈分布ノ狀況、(4)病竈ノ大サ、(5)病機ノ擴大範圍ヲ經トシ、(1)空洞、(2)肺門部淋巴腺ノ腫大、乾酪化ノ存否、(3)結核菌ノ陽陰、(4)初期變化群、(5)Simon 氏竈、(6)Puhl 氏竈、(7)肋膜炎、(8)喉頭並ニ腸管ノ結核性變化、(9)結核性腹膜炎、(10)血行性臟器ノ結核、(11)熱、(12)Pirquet 氏反應、(13)經過等ヲ緯トセリ。

(1)病竈ノ性状 病竈ノ解剖的性状ヲ推定セシムル 臨床的方法ノ最モ重要ナルハ「レントゲンの診斷法ナリ。而シテ病竈ノ解剖的性状ヲ表現スルニ最モ賞用セラル、ハ滲出性炎症ト増殖性炎症トニ分ツニアリ。然ルニ「レントゲンのニ果シテ滲出性ト増殖性トヲ判定シ得ルヤニ關シテハ議論ノ存スル所ニシテ、Ulrici⁽⁵⁹⁾ ハ初期ニテハ76%、末期ニテハ84%ニ於テ解剖的の所見ト「レントゲンのの所見ト一致スト述べ、Pagel⁽⁴⁰⁾ Wiese⁽⁶¹⁾ 等モ多クノ場合「レントゲンのニ區別シ得トナセリ。之ニ反シ Fleischner⁽²⁰⁾、O.Ziegler⁽⁶⁴⁾、Curschmann⁽¹⁸⁾ 等ハ(1)境界不鮮明ナル陰翳ハ滲出性病竈ノミナラズ「フィルム」ヨリ遠隔側ノ病竈モ亦同様所見ヲ呈シ、(2)陰翳ノ強サハ病竈ノ質ヨリモ嚙口病竈ノ大サニ關係ス、(3)粟粒型ハ滲出性ト増殖性トヲ區別シ得ズ、(4)病竈陰翳ノ集積並ニ増殖性病竈ノ周緣部ニ於ケル滲出性病竈ノ存在ハ陰翳ノ性状ヲ不明ナラシム、(5)滲出性病竈ニテモ境界銳利ナルコトアリト述べ、Cohn⁽¹⁴⁾ ハ陰翳集積ニ關シテ探索シ孤在病竈ハ掩蔽セラレ「フィルム」ニ其ノ孤在陰翳ヲ認メシムルニハ比較的廣キ病竈ナラザル可カラズト述べ、亦 Assmann⁽⁵⁾ ハ「フィルム」ニ近キ個々ノ小結節及「フィルム」ニ隔レル小竈ハ全ク現レザルカ或ハソノ集積セルモノニ於テハ瀰蔓性瀰濁トシテ認メラル、且ツ Aschoff 等ノ質的の分類ハ組織學的概念ヲ肉眼的關係從テ「レントゲン像ニ應用シタルモノニシテ之甚ダ困難ナルモノナリ。其ノ定型的ナルモノニ於テハ個々ノ型ニツキ二元の見地ヨリ區別シ得ルモ大部分ニ於テハ増殖型ト滲出型トハ混在シ而モ肉眼的のニ之ヲ區別スルコト不可能ナリト稱セリ。余ハ解剖臺上ニ於ケル肉眼的の所見ト組織的の所見トヲ比較檢索セルニ肉眼的のニ區別シ得ザリシモノ屢ナリシニ鑑ミ寫眞上ニテ増殖型滲出型ヲ區別スルノ困難ナリトスル説ニ左祖スルモノナリ。Assmann ハ小結節型、硬化型、乾酪性肺炎型ヲ區別セリ。而シテ氏ハ小結節型ニハ純粹ナル硬化型及氣管枝肺炎性機轉ノ新鮮

ナル病竈及其他慢性肺結核症ノ進行セル像ヲモ包括セシメタリ。然レドモ余ハ病理解剖學的立場ヨリ氣管枝肺炎ノ發生ハ從來變化ナキ肺野ニ一時ニ小結節性像ヲ現出セシムルコトハ極メテ稀ニシテ、必ズソノ源泉タル可キ病竈存セザル可カラズ。即之ヨリ管内性傳播ニ由リ氣管枝肺炎ヲ形成セシムルモノナリ。從テ原病竈ニ於テハ管内傳播ヲ起サシム可キ乾酪化竈存スルモノニシテ、余ノ例ニ於テハ屢右側或ハ左側上野ニ乾酪化竈或ハ空洞アリテ之ヨリ同側下野或ハ反對側肺中野ニ Assmann ノ稱スル小結節性病竈ヲ認メタリ。即新鮮ナル氣管枝肺炎ニ由ル純粹ナル小結節型ノ存在ハ甚ダ稀ナルモノナリト信ズ。他ノ硬化型並ニ慢性肺結核ニ由來スルモノニ至リテハ後述スル所アル可シ。Bard⁽⁸⁾, Detic⁽¹⁷⁾, Neumann⁽³⁷⁾等ハ纖維性、纖維乾酪化性、乾酪性ノ3種ヲ區別セリ。殊ニ氏等ハ肺結核症ノ像ヲ靜的ニ考ヘズ動的ナルモノトシ、病竈ガ進行性ナル時ハ漸次乾酪化シ、停止スルヤ纖維性増殖ヲ來スモノニテ、普通ノ慢性肺結核症ハコノ兩機轉交互ニ現出シ遂ニ個體ヲシテ死ニ至ラシムルモノナリ。之ヨリ良性ノモノハ漸次纖維化シテ治癒ニ傾キ、惡性ノモノハ纖維性増殖ノ機會ナク進行スルモノナリト解セリ。即解剖學的ニ融合性-滲出性、滲出性-乾酪性ハ氏等ノ乾酪性ニ、滲出性-乾酪性-硬化性ハ纖維乾酪性ニ、純硬化性、結節性増殖性、増殖性-硬化性ハ纖維性ニ相當ス可シ。而シテ吾人ガ臨床的ニ遭遇スル病竈ハ病理解剖的所見ノ如ク生前ニ於ケル種々ナル機轉ニ由來スル像ノ最後ノ狀態(Konstellation)ニアラズシテ、生體ニ於ケル爾今ノ變遷ヲ將來ス可キ運命ヲ有スルモノナリ。從テ只1回ノ所見ヲ以テ或部類ニ編入スルハ不合理ニシテ或ル期間ヲ隔テ、檢索シソノ將來ヲ推定スルノ必要ナルハ論ナシ。即或種ノモノハ纖維化シ、或種ノモノハ乾酪化シ或ハ纖維性乾酪化ヲ來スモノナルコトヲ豫想シ得ル分類法アリトモバ吾人ノ歡迎ス可キモノナルベシ。Deticハ結核症個々ノ型ハソノ特徵期ニ於テ既ニ鑑別シ得ルモノニシテ此時期ハ甚ダ早期ナルモ初期ニアラズ、結核症ノ型態ハ此時期ヨリ一般ニ其ノ定マレル經過轉歸ヲトルモノナリト云ヘリ。サレド結核症ハ一ハ結核菌ノ毒性作用、他ハ個體ノ抵抗力ノ相關作用ニ由リ或ハ纖維性傾向ヲトリ、或ハ乾酪化ニ傾キ、而モ個體ノ抵抗力ハ種々ナル原因ニ由リ動搖スルモノナリ。加之結核菌ノ重感染ハ再感染ノ甚ダ多キ現代社會ニ於テハ Detic ノ言餘リニ獨斷ニ過グル憾ナキ能ハズ。且ツ増殖型、滲出型ヲ唱フル二元論者ニ於テモ増殖型ハ豫可良ニシテ滲出型ハ不良ナルヲ表徴スルコトヲ主張ス。余ハ(1)増殖型ト滲出型トノ區別ハ或程度以下ノ小竈ニテハ不可能ナルコト、(2)肺結核症ノ大多數ハ慢性ノ結果ヲトルモノニシテ純増殖型、純滲出型ハ比較的少ク多クハ混合型ニ屬シ且此際纖維性、乾酪性ノ像可ナリ著明ニ認メラル、コト、(3)結核性病竈ノ最後ノ運命ハ纖維化カ乾酪化ニシテ増殖型、滲出型ノ如キハ只中間的變化ノ表現ニ過ギズ等ノ根據ノ下ニ寧ろ Bard, Neumann 等ノ名稱ヲ踏襲セントスルモノナリ。但シ Detic ノ如ク其特徵期ノ型ハ常ニ不變ナリトノ意味ヲ有スルモノニアラズ從テ定型の増殖型ニ屬スルガ如キモノハ纖維性病竈トシテ取扱ハント欲スルモノナリ。

(2) 病竈所在部位 肺結核症ノ早期ニ於テハ病竈ノ存スル位置ガ重要ナル意義アリ。彼ノ肺尖結核、鎖骨下浸潤、肺門周圍浸潤、葉緣性肺炎、下葉結核等夫々結核症ノ發生並ニ豫

後ニ少カラザル關係アリ。余ハ肺炎、鎖骨下部、肺中野、肺下野等ニ區別セリ。

(3) 分布狀況 病竈ノ分布狀態ガ病機ノ蔓延方法ニ關係アリトハ一般ニ認メラル、所ニシテ血行性乃至淋巴血行性傳播ニ由ルモノハ播種狀ニ來リ、管内性並ニ接觸傳播ハ不規則ナル蔓延狀態ヲ出現セシムトセラル。サレド粟粒結核症ノ如キ定型ノモノニ於テモノノ慢性ナル經過ヲトレルモノニ屢個々ノ病竈融合シテ不規則トナルコトアリ、又一様ナル播種狀結核ハ必ズシモ血行性ナリトハ限ラズ。Assmann⁽⁴⁾ハ散在性病竈ノ發生ガ血行性ナリヤ淋巴性ナリヤ將氣管枝性ナリヤヲ區別シ得ザルモノニハ包括シテ播種性結核ト稱ス可キナリト云ヘリ。更ニ Huebschmann⁽²⁵⁾ノ如キ一般ニ接觸乃至管内性傳播ニ由來スト認メラル、Apiko-Kaudale Ausbreitungニ對シテモ淋巴血行性ヲ唱フルモノアリ。余ハ播種性ト蔓延性トヲ區別セリ但シ蔓延性トハ分布狀態ノ上ニ於テ使用セルモノニシテ必ズシモ進行性ナル意味ヲ現スモノニ非ズシテ、肺野ノ一局所ヨリ連續性ニ或ハ轉移性ニ蔓延セル狀況ヲ認メシムルモノヲ指セリ。素ヨリ余ハ此ノ兩者ノ區別ハ傳播經路ニ重要ナル關係アルコトヲ認ムルモノノミヲ以テソノ指針トスルモノニアラズ、此際肺門部ノ淋巴腺ノ腫大乾酪化ノ存在ヲ見逃ス可カラザルモノナリト信ズ。

(4) 病竈ノ大サ 個々ノ病竈ノ大サ即次粟粒大、粟粒大、細葉性、小葉性、大葉性等ノ區別ハ結核症ノ發生、經過、性状ニ重要ナル關係アリ。即次粟粒大、粟粒大ハ多ク血行性ニシテ且間質ニ發生シ、細葉性、小葉性、大葉性等ハ寧ロ氣管枝性且實質性ニ近シ。又次粟粒、粟粒性ハ増殖型ノモノ多ク、ソノ他ハ滲出性乾酪性ニ傾キ、從テ個々ノ病竈トシテハ前者ハ經過良好ニシテ後者ハ不良ナリ。「レントゲン寫眞上ニテハ組織的所見ノ如キ細別ハ不可能ナレバ余ハ粟粒大、小葉性、大葉性ニ大別セリ。

(5) 病機ノ擴大範圍 古クハ Turban⁽⁵⁶⁾、Gerhardt⁽²¹⁾等ハ結核症ノ豫後ヲ判定スル標準トシテ肺野ニ於ケル病機ノ擴大範圍ニ由リ3期ニ分類セリ。サレド結核症ノ經過ハ之ノミニ由ラズ病竈ノ性状及分布狀況ニ左右セラル、モノアルハ論ナシ。Aschoff⁽²⁾ノ如キ結核ハ肺野ニ於ケル病竈ノ大サヨリモ寧ロ炎症ノ性状ニ關係多シトサヘ云ヘリ。サレド余ハ之等兩者ノ關係ハ密接ニシテ之ヲ分離シテ考察ス可キモノニ非ズト思惟ス。蓋シ滲出性乾酪性病竈ハ進行性傾向アリテ廣キ範圍ニ於テ肺野ヲ侵シ、増殖性、纖維性ハ蔓延ノ傾向少ク從テ範圍モ廣大ナラズ、且纖維性ニ於テモノノ範圍廣キ時ハ肺氣腫、血行障碍等二次的機轉ノ爲メ個體ノ豫後ニ關シテハ必ズシモ樂觀ヲ許サルモノアレバナリ。

以上ヲ綜合シテ余ハ次ノ如キ分類ヲナセリ。

I Spitzentuberkulose.

1. Tbc. fibrosa apicis.
2. Veraltete Knötchen der Spitze.
3. Tbc. incipiens apicis.

II Hilusvermehrung.

III Disseminierte Tbk.

1. Miliaris discreta
2. Miliaris generalisata
3. Lobulär-disseminierte Form

IV Progrediente Tbk.

1. Tbk. fibrosa
 - a. Tbk. fibrosa incipiens
 - b. Tbk. fibrosa localisata
 - c. Tbk. fibrosa diffusa
 - d. Tbk. Ulcerofibrosa
2. Tbk. fibrocaseosa
 - A Tbk. fibrocaseosa incipiens
 - a. Apico-Subklavikuläre Herde
 - b. Infraklavikuläres Infiltrat
 - c. Infraklavikulär gruppierte Herde
 - d. Herde des Mittelfeldes
 - e. Herde des Unterfeldes
 - B Tbk. fibrocaseosa II grades
 - C Tbk. fibrocaseosa III grades
3. Tbk. caseosa
 - a. Phthisis caseosa lobaris
 - b. Ph. caseosa lobularis

V Pleuritis tuberculosa

1. Pleuritis exsudativa
 - a. Pl. exsud. costalis
 - b. Pl. exsud. interlobaris
 - c. Pl. exsud. diaphragmatica
 - d. Pl. exsud. mediastinalis
2. Pl. adhaesiva

(1) 空洞ノ存否 空洞ノ大多數ハ氣管枝ニ由リ外界ト交通シテ菌ヲ排泄スルヲ以テ社會衛生上重大ナル意義アルノミナラズ、不斷ナル菌ノ排出ハ亦個體ノ結核症ノ經過並ニ蔓延ニ及ボス影響少カラズ。

(2) 肺門部淋巴腺並ニ副氣管枝淋巴腺ノ腫大及乾酪化 Cornet⁽¹⁵⁾ガ結核感染ト淋巴腺トノ關係ニツキ詳細ナル實驗的研究ヲ發表シテ以來淋巴腺ト結核症トニ緊密ナル關係アルコトニ注意セラレ、殊ニ Ranke⁽⁴³⁾ハ淋巴腺系統ノ所見ヲ根據トシテ免疫學的ニ初期、II期、III期ニ分類セリ。即初期ニ於テハ乾酪性肺炎ト同時ニ所屬淋巴腺(肺、氣管枝肺、氣管枝淋巴腺)ニ直接乾酪化竈ヲ形成スルモ更ニ進行シテ血管内ニ入ラズ、且ツ速ニ白墜化乃至石灰化スル傾向強シ。第II期ニ於テハ上述淋巴腺群ニテ結核菌ノ進行ヲ阻止シ得ズ遂ニ副氣

管、靜脈角淋巴腺ヲ突破シテ大小循環ニ至リ肺並ニ全身ノ結核症ヲ形成ス。第 III 期ニ至テハ比較の免疫力ニ由リ菌ハ最早所屬淋巴腺ヲ乾酪化セシムル威力ナク單ニ腺内ニ小結節ヲ形成スルニ過ギズ。之ニ反シ肺臟内ニ於テハ管内性ニ蔓延シテ所謂臟器結核タル慢性肺結核症ヲ發來セシムト解釋セリ。

其後 Aschoff⁽²⁾ハ Pubertätsphthise ナルモノヲ發表シ、臟器結核症ト同様な形態ヲ有スルモノニテ而モ淋巴腺系統ノ乾酪化ヲ來サシムルモノアリ。氏ハカ、ル例ガ多ク思春期並ニソノ直後ニ認メラル、コトニ注目シ之ハ思春期ニ於ケル特殊ノ素因ニ由來スルモノト説明セシガ Pagel⁽⁴⁰⁾ハ第 II 期ニ於ケル淋巴腺ニ於ケル病竈トノ間ニ組織的相違ノ存スル所ヨリ Allergie ノ變動ニ由來スルモノトシテ之ヲ第 4 期ニ編入セリ。更ニ Beitzke⁽¹⁰⁾ハ晚期乾酪化ハ臟器結核症ニテ個體ガ死滅セザル時ニ來ルモノニシテ Ranke ノ述ベシ如キ淋巴腺ニ定型の周期的變化ヲ認メ得ズトナセリ。余ハ Ranke ノ説ガ絶對的ナリトハ思惟セザルモ病理解剖臺上ノ所見ニ徴スルモ臟器結核症ノ多數ハ淋巴腺ノ著明ナル腫大乾酪化ヲ欠ケルニ鑑ミ之ヲ臨床的ニ應用スルノ價値アルヲ信ズルモノナリ。

(3) 菌ノ證明 菌ノ喀出ハ空洞ノ存スル場合ノミナラズ乾酪化竈、軟化竈ニ於テモ然リ。假令「レントゲン寫眞上ニテ認メ得ザルモ臨床上菌ヲ證明スル時ハ此種ノ病竈ノ存在ヲ推定シ得可シ。加之「レントゲン診斷學上結核性ト他ノ原因ニ由來セルモノトノ鑑別ヲ要スル場合ニ重要ナル意義アルハ論ヲ俟タズ。

(4) 初期變化群 ノ存在殊ニ其ノ石灰化セリヤ否ヤハ肺結核症ノ生物學的關係ヲ知ル重要ナル一指針タリ。

(5) Simon 氏竈 (6) Puhl 氏竈 兩者ノ區別ハ「レントゲンのニハ甚ダ困難ナル場合アリ、Simon⁽⁵³⁾ハ初期變化群發生後、短期間内ニ於ケル血行性ニ發生セル小結節性病竈ニテ石灰化ノ傾向強ク殊ニ肺尖ニ屢孤在性ニ存シ亦肺尖外ニ於テハ散在性ニ少數ノ結節トシテ現ハルト云ヘリ。Puhl 氏竈ハ多ク鎖骨下部、或ハ肺上野ニ存シ且孤在性ニシテ纖維性組織ニテヨク包裹セラレタル病竈ニシテ屢石灰化セルモノアリ。Puhl⁽⁴¹⁾Huebschmann⁽²⁴⁾等ハ氣道性再感染竈ナリトシ、Simon⁽⁵¹⁾ハ早期浸潤ノ退行セルモノト説キ、Fleischner⁽¹⁹⁾ハ Simon 氏竈ト同性質ノモノナリト述ベタリ。而シテ之等兩者ト初期變化群ノ石灰化セルモノトノ鑑別ハ肺門部淋巴腺ノ石灰化セルモノ、存否ヲ確ムルコト尤モ肝要ナリ。

余ハ肺臟ト同時ニ肺門部淋巴腺ニ石灰化竈存スルトキハ Ghon 氏竈トシ、肺尖ニ存スル孤在性小石灰化竈、及肺尖或ハ肺尖外ニ存スル散在性石灰化性小結節竈アリテ淋巴腺ノ石灰化竈ナキモノヲ Simon 氏竈トシ、肺上野ニ存スル孤在性稍大ナル銳利ナル境界ヲ有シ或ハ石灰化セル病竈ニテ而モ肺門部ニ石灰化竈ヲ欠ケルモノヲ Puhl 氏竈ニ編入セリ。要之 Simon 氏竈、Puhl 氏竈ノ存在ハ血行性或ハ氣道性ニ發生セル可ナリ古キ病竈ノ存在ヲ證明シ現在ノ病竈トヲ比較スル時再感染、再燃等ノ推定ニ重要ナル意義アルモノト思考セラル。

(7) 肋膜炎ノ合併 肋膜炎ト肺結核症トノ關係ハ甚ダ緊密ナルモノアリ。Renke ノ第 I 期ニ於テハ初感原發竈ハ多ク肋膜下ニ存シソノ周緣性炎症ノ一分症トシテ限局性肋膜炎ヲ起

シ肋膜ノ粘着ヲ來スノミナラズ、屢廣範圍ニ亙ル滲出性肋膜炎ヲ惹起セシム。(Beitzke⁽⁴⁹⁾ Priesel⁽⁴²⁾). 又肺門部淋巴腺ニ於テモ同様ノ關係存シ殊ニ屢縱隔竇、葉間肋膜炎ヲ證明ス(Fleischner⁽¹⁹⁾ Mayerhofer⁽³⁵⁾). 第2期ニ於テハ多ク滲出性肋膜炎ヲ併發シ、Mayerhoferハ之ヲ2種ニ分テリ。即血行性ニ新生セル肺病竈ニ續發シ局部的炎症トシテ病竈上ニ發生スルモノ、及ビ大部分漿液纖維素性肋膜炎トシテ一側ノ肋膜全部ガ肋膜ニ生ゼル血行性播種ニ對シ或ハヨリ屢循環スル毒素ニ對スル反應トシテ、或ハ亦恐ク最モ屢「アルレルギー性反應」トシテ生ズルモノアル可シト述ベ、肋膜滲出液ニ於ケル「エオジン嗜好性細胞」ノ證明ハ重要ナル意義アリトナセリ。Wallgren⁽⁶⁰⁾ハ急性ニ生ジ速ニ經過セル漿液纖維素性滲出液ヲ發生スルモノニ就キ、其ノ發病前ニ殆ド例外ナシニ同側ノ肺臟内ニ變化ヲ證明シ得、且ツ一般ニハ肺門部結核ヲ認ムト述ベタリ。氏ハ之ヲ「アルレルギー發生後3乃至6ヶ月ニシテ肋膜ソノ他ニ過敏狀態發生ス可ク殊ニ肋膜下病竈或ハ肺門部淋巴腺ノ病竈ニヨリ肋膜ハ刺戟セラレ自家再感染或ハ過敏トナレル肋膜ノ毒性刺戟ノ爲メ臨床的ニ強キ反應ヲ將來スルニ由來スト説明セリ。小林、瀧本等ノ研究ニ由ルモ「ツベルクリン」陽性化後肋膜炎ヲ起セルモノハ殆ド3ヶ月乃至6ヶ月以内ナリキ。該時期ハHamburger⁽²³⁾ノ第2期ニ相當シ Rankeノ第2期トハ多少意味ヲ異ニスルモ過敏期ナル點ニハ一致スルモノナリ。第3期ニ於テハ稀ニ漿液性ノモノアルモ多クハ纖維素性ナリトセラル。

而シテ肋膜炎ノ存在ガ肺結核症ノ經過ニ好影響アリトハ屢論ゼラル、所ニシテ Neumann⁽³⁷⁾ハ特ニ肋膜炎後結核症ヲ區別シソノ經過比較ノ良好ナルモノト理解セリ。然レドモ内科的方面ヨリ顧慮スル時一般ニ好結果ヲ齎ストセラル、人工氣胸術ノ成否ハ之ト反對ナル意味ニ於テ重要ナル關係アリ。要之肋膜炎ノ合併ハ肺結核ノ發生、經過、治療的方面ニ對シ見逃スベカラザル意義アリ。

(8) 喉頭、氣管、消化官ノ結核症ハ血行性ニ來ルモノアルモ寧ロ管内性傳播ニヨル肺結核症ノ合併症トシテ意義アリ。加之結核症ノ治療豫後ニ重大ナル關係アリ。

(9) 結核性腹膜炎 肺結核症ニ對スル肋膜ノ如ク、消化管、腹腔内淋巴腺、骨盤臟器及其他ノ腹腔臟器ノ結核症ト緊密ナル關係アリ。殊ニ滲出性腹膜炎ノ時胸腔臟器ノ結核性病竈ノ存否或ハ性状ヲ檢索スルハ病機ノ將來ヲトスルニ重要ナル一指針タリ得ベシ。

(10) 血行性臟器ノ合併 血行性臟器トハ肺臟ヨリノ病竈傳播ニ血行ヲ介セザル可カラザルモノ、即肝臟、腎臟、脾、骨、關節、腦、腦膜等ヲ總稱シ之ニ依リ肺結核症ノ傳播方法ヲ推定シ兼テソノ經過豫後ヲトスルニ必要ナル根據タリ得可シ。

(11) Pirquet氏反應 肺結核症ニ於ケル病竈ノ性状ト「アルレルギー」並ニ之ト關係アル「ツベルクリン反應」トノ問題ニ就キテハ多數ノ檢索アリ。Rankeノ分類法ニ從ハバ初期變化群ハ Normergieニ相當シ、該病竈ハ直接乾酪化ヲ來スモ周緣性炎症強カラズ速ニ纖維化スル傾向ヲ有ス(Sklerosierendes Stadium)。第2期ハ Hyperallergieニシテ周緣性乃至滲出性炎症強ク、第3期ハ Hypallergie乃至 Positive Anergieニ相當シテ増殖性炎症乃至纖維化ノ傾向ヲ有ス。サレド Assmann⁽⁶⁾ハ過敏反應ハ第2期ニノミ限ラズ他ノ全身的影響ヲ除

外ス可カラズトナシ Edel⁽¹⁸⁾ハ周縁性炎症(Perifokale Entzündung)ハ結核菌ノ毒性及量ト局所ノ反應性如何ニ關係アリ從テ同一個體, 同一臟器ニ於テモ差異アリト述ベタリ。又 Ziegler⁽⁶³⁾ハ「アルレルギー」ガ結核ノ經過發育ニ原因的關係アルニ非ズシテ結核ニ罹患セル個體ノ「ツベルクリン刺戟ニ對スル反應性ノ表現ナリ。而シテ「アルレルギー」ノ程度ハ現存ノ免疫性ト病機ノ進行性トノ關係ニヨリ決定セラル、モノナリト曰ヘリ。Redeker⁽⁴⁷⁾ Bacmeister⁽⁷⁾ Pagel⁽³⁸⁾ Wiese⁽⁶¹⁾等ノ見解ハ Rankeノ如キ個體ガ全身的ニ Normergie, Hyperallergie, Hypallergieノ順序ニ變換ストノ說ニハ反對ナルモ個々ノ病竈ニ就キテハ Empfindlichkeitsallergie ト Immunitätsallergieノ存在並ニ前者ヨリ後者ニ移行スルコトヲ容認シ且ツ前者ハ周縁性炎症, 浸潤性機轉, 溶融並ニ末梢性轉移ヲ, 後者ハ吸收並ニ硬化ヲ以テ反應シ而モ之等ハ結核性突進(tuberkulöser Schub)ト共ニ新來スル Phaseナリト解セリ。殊ニ Pagelハ「アルレルギー」ノ持續的轉換ハ種々ナル病竈突進(Herdschübe)ニ相當スルモノト考ヘザルベカラズト記載セリ。茲ニ於テ起ル疑問ハ「アルレルギー」ノ一表徴トモ見做サル可キ「ツベルクリン反應ハ病竈ノ性状ト平行スルヤ否ヤノ問題ナリ。上述諸氏ノ說ヨリ推論スルニ, Ranke等ニ從ハバ平行ス可ク, Redeker等ニ從ハバ必ずシモ然ラズ。Kleinschmidt⁽²⁷⁾ハ皮膚ノ強キ反應ト肺臟内ノ周縁性炎トハ關係アリトハ稱シ得ズト稱ヘ, Tendeloo⁽⁵⁷⁾ハ皮膚ト肺臟トハ性質ノ表現ヲ異ニスト説キ, Kraus⁽²⁸⁾等ハ「アルレルギー」ガ内分泌, 植物神經ノ刺戟傳達等ノ影響ヲ述べ, Calmette⁽¹³⁾ハ結核性アルレルギート免疫トノ關係ヲ否定セリ。要之兩者間ニ平行性存スルヤ否ヤニ關シテハ未ダ決定スルニ至ラズ。余ハ病竈ノ性状並ニ其他ノ要約ヲ顧慮シテ Pirquet氏反應ノ程度ヲ檢索シ兩者間ノ平行性如何ヲ考慮セリ。

第二章 自家實驗並ニ考按

(1) Spitzentuberkulose 當初肺結核症ハ肺尖ニ始マルモノト信ゼラレ肺結核症ノ早期診斷ハ即肺尖結核ノ診斷ヲ意味セリ。然ルニ Ghon氏竈ノ本態闡明セラレテ以來最早肺尖結核ヲ以テ初期變化ナリト信ズルモノナシ。而モ初感原發竈ガ直ニ進行シテ肺結核症ニ移行スル事稀ニシテ肺尖結核ハ依然肺結核症ノ發生ニ意義アリトセラル。サレド Assmann⁽⁶⁾ Redeker⁽⁴⁴⁾等ノ早期浸潤ノ研究並ニ Simon⁽⁵³⁾ノ所謂 Simon氏竈ノ發表以來肺尖結核ノ發生並ニ發展殊ニ鎖骨下浸潤トノ關係ニ就キ種々ナル檢索發表セラレタリ。即 Lydtin⁽³³⁾ハ肺結核症ハ個々ノ無刺戟性周圍組織ヲ有スル肺尖ノ顯微鏡的結核ヨリ生ズルモノニアラズ, 殆ド大部分ハ假令結核菌證明セラレズトモ多少急性ナル病竈ニ始マリ, 「レントゲン」的所見ニハ迅速ニ一様ナル比較的廣キ變化ヲ起シ其ノ新鮮ナル症例ニ於テハ屢肺尖及鎖骨下部ニ同時ニ起ルモノナリトセリ。Loeschcke⁽³²⁾ハ所謂無氣肺性ノ肺尖癥痕ハ全身ニ於テ結核再感染ノ癥痕化セル最モ純粹ナル型ニシテ, 肺尖部ノ肺胞ガ感染後其腔内ニ乾酪性滲出物產生シ進デ終末細小氣管枝ニ鬱滯シ, 之ニ由リ其ノ配下ノ細葉ニ増殖性結核ヲ生ズ, 其ノ乾酪化物下降シテ少量ノ際ニハ細葉性結核ヲ, 大量ニテハ鎖骨下浸潤ヲ來スト述べ, Huebschmann⁽²⁶⁾ハ肺尖結

核ヲ血行性ニ由來セルモノナリトシ且肺結核症ノ源泉ナリト解セリ。Schürmann⁽⁵¹⁾ハ細小氣管枝配下ニ來ル病竈ハ肺尖ニ發生シ、ヨリ大ナル氣管枝配下ノ病竈ハ鎖骨下部ニ認メラルト稱セリ。Bräuning⁽¹¹⁾等ハ肺尖結核ハ殆ド絶對ニ良好ナル疾患ナルモ例外的ニ(7%)ニ進行スト述べ、Romberg⁽⁶⁰⁾ハ蔓延セル肺結核症ノ10歳以後ノモノハ早期浸潤トシテ急性ニ發生セルモノニ由來スルモノニシテ、古キ肺尖病竈ヨリ漸次緩慢ニ蔓延スルコトナシト云ヘリ。Klempeler⁽²⁷⁾ハ肺尖ノ瀰蔓性濁濁ハ診斷的價値ナキモ雲絮狀濁濁ハ重要ナリトシ、Redeker⁽⁴⁴⁾ハ硬化性肺尖轉移ハ意義ナシトセリ。Simon⁽⁵³⁾ハ第2期ニ發生スル血行性散在性小病竈ニ就キ記載シ肺尖ニ最モ多ク、小兒期ニ於ケルモノハ石灰化シ成人期ニテハ纖維性硬化スルモ肺尖病竈ヲ全ク意義ナシト稱スルヲ得ズ、屢良性ニシテ輕度ナル肺尖病竈ハ組織ニ對スル強キ毒素作用ヲ認メシムルコトアリ。即硬化性中心核周圍ニ炎症性暈ヲ認メシム、殊ニ晩期肺尖結核ハ突進性ニ再發スルモノナリト述ベタリ。熊谷、清水⁽³¹⁾ハ肺尖結核ノ7%ハ肺結核ニ進行スル可能性アリトシ、永野、飯久保⁽³⁸⁾ハ良性肺尖肺結核ト肺結核早期ヲ意味スル肺尖病變トハ區別ス可ク、成人結核ノ成立ハ臨床的ニ肺尖癥痕ト殆ド無關係ナリトセリ。以上ノ諸説ヨリ余ハ3種ニ區別セリ。

1. Tbc. fibrosa densa apicis. 肺尖野ハ瀰蔓性ニ濁濁シ、屢肺尖肋膜肥厚シ索狀様陰翳ヲ認メシム、時ニ該側肺尖ヨリ肺門部ニ至ル肺紋理増加セルモノアリ。該當例4、全部左側ニ認メラレ、内1例ニ於テハ肺尖野ノミナラズ該側上野ニ亙リ肋膜肥厚ト認ムベキ所見アリ。且ツ1例ニハ輕熱アリシモ他ハ之ヲ缺キ、P (Pirquet)ノ略記號以下之ニ做フ)氏反應ハ3例ニ就キ檢索シ2例ハ陰性ニシテ1例ハ(+)ナリキ。

2. Veraltete Knötchen 肺尖野ニ1乃至數個ノ粟粒大乃至小豆大ノ境界銳利ナル小結節ヲ認メシメ、時ニ第2肋骨ノ同伴陰翳増加セルモノアリ。肺尖野濁濁並ニ肺門部ニ至ル肺紋理ノ増加著シカラズ。之ニ算入セルモノ7例アリテ内2例ハ右側ニ、4例ハ左側ニ、1例ハ兩側ニ認メラレタリ。余ハ斯ル症例ヲSimonノ散在性小竈ニ一致スルモノト信ズ。其ノ3例ニハ肺門部淋巴腺ノ腫大ヲ證明シ、Gohn氏竈ノ石灰化セルモノ1例アリ、輕熱ヲ有スルモノ4例、中等度熱ノモノ1例存シ、P氏反應ハ3例中2例ハ(-)ニシテ1例ハ(++)ナリキ。

3. Tbc. incipiens apicis 肺尖野ニ雲絮狀或ハ境界不銳利ナル斑點狀陰翳ヲ認メシメ肺門部ニ至ル肺紋理ハ或ハ増加シ或ハ著明ナラザルモノアリ。右側ノミノモノ6例、左側ノミノモノ5例、兩側ノモノ1例存セリ。肺門部淋巴腺ノ腫大乃至乾酪化セルモノ4例、結核菌(+)ノモノ1例、石灰化セルGohn氏竈ヲ認メシメタルモノ4例アリキ。肋膜腔ニ滲出液ヲ證明セルモノ2例、肋膜肥厚アルモノ1例、腸結核症ヲ合併セルモノ1例、腹膜炎1例存シ、總數12例中無熱5例、輕熱5例、中等度熱1例、高熱1例アリ。P氏反應ハ7例中5例ハ(-)、1例(+), 1例(++)ナリキ。

以上3種ノ肺尖結核ヲ通覽スルニ23例中兩側ニ來レルモノ僅ニ2例ニシテ其他ハ片側ニ來リ且各側ニ於ケル頻度ハ略同様ナリ。肺門部淋巴腺ノ腫大9例ナレバ總數ニ對シ可ナリ高率

ヲ示シ肺尖結核ノ發生ト肺門部淋巴腺ノ腫大トノ間ノ關係少カラザルヲ暗示シ、Huebschmannノ肺尖結核血行性發生說ノ故アルヲ思ハシム。結核菌ハ(1)、(2)ニハ證明セズ、(3)ニ於テ1例證明セラレ、腸結核ヲ合併シ經過亦増悪セリ。但シ寫眞上ニハ空洞ヲ證明シ得ザリキ。滲出性肋膜炎ハ(3)ノミニ認メラレ兩者ノ關係ニツキテハ新鮮ナル肺尖病竈ノ刺戟ガ肋膜炎ヲ併發セシメシカ、或ハ肋膜炎ガ肺尖ノ古キ病竈ニ影響シ之ヲ再燃セシメタルカハ俄ニ斷ジ難キモ兩者間ニハ發生上緊密ナル關係アルヲ推定セシム。

(3) Hilusvermehrung 該名稱ハ全ク「レントゲンの所見ニ基ケルモノニテ病理解剖學的ニハ肺門部及副氣管淋巴腺ノ腫大乾酪化セルモノノミナラズ、其ノ纖維化セルモノ、及肺門部周圍肺組織ノ纖維化等ヲモ包括ス。就中副氣管及肺門淋巴腺ノ腫大ノ著明ナルモノハ比較ノ容易ニ判定シ得ルモ、小ナル腫大及肺門陰翳ノ單ナル増加ノ判定困難ニシテ、余ハFleischner⁽¹⁹⁾ニ從ヒ肺門周圍浸潤ノ退行セルモノニアリテハ血管ノ構造ハ失ハレ、主氣管枝ニ由來スル血管、中央陰翳間ノ透明帶消失シ、肺門ヨリ放散スル線狀陰翳ハ不規則且多量トナリ、小斑點ヲ含ムトノ見解ノ許ニ檢索シ、且年齡、他ノ合併症(心臟疾患腫瘍等)、血管ノ斷面ニ臨床的症狀等ヲ顧慮ス可キモノト思惟ス。余ノ該當例39中4例ハ右側ニ、8例ハ左側ニ、27例ハ兩側ニ認メラレ、且18例ニハ淋巴腺ノ腫大乾酪化ニ一致スル所見ヲ證明セリ。之等ハStürz⁽⁵⁴⁾Rieder⁽⁴⁹⁾Alexander⁽⁶¹⁾等ノ淋巴逆行ノ可能性ヲ容認セズトモ淋巴血行性傳播ノ可能ヲ認メザル可カラズ。殘ル21例ニ於テハ單ナル陰翳增強ニシテカ、ルモノニ關シテAssmann⁽⁵⁾Klempeler⁽²⁷⁾等ハ成人ニ於テハ價值少シトセリ。Ghon氏竈ハ大多數石灰化セルモ、1例ニ於テハ尙ホ中心核ト周縁部ノ可ナリ廣キ暈トヲ明ニ區別シ得タリ。恐クRedeker⁽⁴⁷⁾ノPrimär- od. Sekundärfiltrierungニ關係アルモノナル可シ。肋膜ノ肥厚セルモノ3例、P氏反應22例中(-)11例、(+)7例、(++)3例、(+++)1例ナリキ。即約50%ニ於テ(-)ナルハ注目ニ値ス可シ。即Normergieナリヤ、Positive Anergieナリヤ、前者トセバ論ナキモ後者トセバ診斷ノ過誤カ、P氏反應ノ價值ヲ云爲セザル可カラズ。

(3) Disseminierte Tuberkulose Rankeハ血行性播種ハ第2期結核症ノ特徴ナリトシ、Pagel u. Henke⁽⁴⁰⁾ハ第2期ニテモ初期ニ續發セルモノハ血行、蔓延、管内性傳播等凡テノ方法ニテ進行シ、第2期ノ中期ニテハ血行性ニシテ粟粒結核症トナリ、晚期ニテハ管内性傳播ノ傾向強シトセリ。Assmann⁽⁵⁾ハ播種性結核症ニハ播種性氣管枝周圍炎性小結節ト粟粒性小結節トヲ區別シタルモノノ判定困難ニシテ時ニ不可能ナルモノアリ、他方粟粒結核ニ於テモ亞急性並ニ慢性ノモノハ細葉結節性所見ヲ呈スルヲ以テ一様ナル病竈散在セリトテ血行性トハ斷ジ難ク、又血行性必ズシモ一様ナル病竈ヲ形成セズト云ヘリ。Edel⁽¹⁸⁾モ反復性粟粒結核症ニ於テハ融合セル周縁性炎症ノ破壊生ジ次デ空洞性肺結核症ニ移行シテ最初ノ所見ヲ不明ナラシムト述ベタリ。有馬モ可ナリ進行セル肺癆ノ多クハ空洞性肺結核症ノ前ニハ血行性ニ發生セルモノ多數アルヲ認メタリ。Braeuning⁽¹⁸⁾Redeker⁽¹⁸⁾ハ血行性播種ニ主要ナル目標3ヲ擧ゲ即(1)感染ノ機會、(2)副氣管淋巴腺ノ腫大、(3)肺野ニ一様ナル軟性陰翳ノ瀰蔓性ニ存在スト。Wimberger⁽⁶²⁾ハ第2期結核ノ肺所見トシテ(1)肺門部ノ所見(淋巴腺

ノ腫大), (2)葉間肋膜炎(但シ其原病竈タル淋巴腺ノ存在必要), (3)肺尖ニ播種性病竈, (4)急性乾酪性大葉性肺炎, (5)慢性浸潤型等ヲ擧ゲ, 殊ニ(6)ノ如キハ第3期ノ肺結核症ト區別シ難キヲ指摘セリ. 余ノ例ニ於テモ播種性ノモノ全部ヲ第2期結核ニ編入スルニ躊躇スルモ此際肺門部淋巴腺ノ腫大著明ナルモノハ第2期トシテノ價值アリト信ズ.

(1) (1)Miliaris discreta Neumann ノ命名ニ關リ, Simon ノ血行性散在性病竈ニ一致スルモ肺尖ノミナラズ屢上, 中下葉ニ亘リ存シ, 其數々個乃至10數個ニシテ粟粒大, 境界銳利ナル小斑點散在ス. 右側8例, 左側9例, 兩側8例アリ. 其ノ内12例ニ肺門部淋巴腺ノ腫大ヲ認メ, 9例ニ石灰化セル, 1例ニ石灰化セザル Ghon 氏竈ヲ證明セリ. 肋膜滲出液アルモノ1例, 肥厚セルモノ1例, 腹膜炎ヲ合併セルモノ3例アリ. P 氏反應ハ17例中(-)6例, (+)9例, (++)2例アリキ.

(2) Miliaris generalisata 上述 Assmann⁽⁵⁾ ノ云ヘル如ク氣管枝周圍炎性播種性小結節ト粟粒結核トノ鑑別甚ダ困難ナルモノアリ. 余ノ例ニ於テモ12例中6例ニ肺尖或ハ鎖骨下部ニ空洞ヲ證明セリ. 其ノ一部ニハ一見粟粒結核ノ觀アルモ兩者ヲ比較スル時, 前者ニ於テハ粟粒結核ノ如ク一様ナル排列ヲナサズ多少肺細葉ノ形態ヲ想起セシムルガ如キモノアリ, 且經過比較の緩慢ニシテ臨床症狀多少良好ニ赴キシモノアリ. 亦果シテ氣管枝周圍炎型ナリヤ, 或ハ空洞ノ壁薄ク内壁平滑ニシテ第2期ニ來ルト云フ圓形空洞ニ似タルモノアルヨリ第2期ニ相當スルモノナリヤハ俄ニ斷定シ難キモノアリキ. 只余ハ12例中8例ニ於テ淋巴腺ノ腫大ヲ證明シ之等ハ當然第2期ニ算入ス可キモノト思惟ス. 12例中6例ニハ結核菌ヲ證明シ, 1例ニ Ghon 氏竈, 2例ニ肋膜滲出液, 4例ニ肋膜肥厚, 3例ニ血行器結核ヲ證明セリ. P 氏反應ハ10例中2例ハ(-)ナリキ, 之ハソノ經過ヨリ考察シテ寧ロ negative Anergieニ近キモノアリ.

(3) Lobulär disseminierte Form. 小葉性ト云フモ解剖學的ニ稱スル嚴格ナル意味ニ於ケル小葉ニアラズシテ, 寧ロソノ大サヲ形容セルモノナリ. 軟性ニシテ境界不銳利ナル略同大ノ陰翳殆ド全肺野ニ一様ニ播種狀ニ存ス. Pagel-Henke 等ノ分類ニ從ハバ本型ハ第2期ニ於テモ初期ニ近ク比較的短時日ニ血行性ニ形成セラル、モノニシテ周緣性炎症著明ナリ. 氏等ハ粟粒結核症ニハソノ名稱ニ拘泥セズ一様大ノ病竈播種狀ニ形成セラレタルモノヲ總テ之ニ編入セリ. サレド余ハ從來ノ慣習ニ從ヒ病竈ノ大サニ依ル區別ヲナセリ. ソノ數9例ニシテ内7例ニハ肺門部淋巴腺ノ腫大ヲ證明セリ, 結核菌陽性ノモノ4例, Ghon 氏竈1例, 肋膜肥厚, 腹膜炎, 血行性臟器結核各1例アリ. P 氏反應6例中2例ハ(-), 4例ハ(+)ナリキ. 3例ニ於テ經過比較的良好ナリシ觀アルモ, 之ハ緩慢ナル進行ヲ示スモノニシテ豫後ヲトスル指針トハナリ難シ.

(4) Progrediente Tuberkulose 該名稱ハ或ハ穩當ナラザルモ, 余ノ使用セル目的ハ病機ノ進行ヲ意味スルニアラズシテ, ソノ進行方法ガ播種性ニ對シ一局所ヨリ接觸性或ハ管内性ニ傳播スルヲ意味スルモノナルコトハ既ニ述ベタリ. 蔓延型ノ發生ハ多ク Ranke ノ第3期ニ相當スルモ近時ノ見解ハ過敏期ト免疫期トハ全身のモノニアラズシテ個々ノ病竈ニノ

ミ附シ得ルモノナリトセラル。例ヘバ Assmann⁽⁶⁾ハ各新生病竈ハ二次性過敏性症狀ノ下ニ先行シ、之ガ固定シ病理解剖學的ニ癥痕化セルモノ即3期結核ナリ。而シテ3期結核ハ2期性結核ニ對シ新生病竈トシテ續發スルモノナラズシテ、2期性病竈自己ノ變遷セル病型ナリトセリ。又 Wiese⁽⁶¹⁾ハ Rankeノ劃期分類法ハ最早支持スルニ足ラズ、蓋シ臨床上ノ判別甚ダ困難ナルノミナラズ、時期ノ進行性及退行性交又ガ屢存スレバナリト述ベタリ。然レドモ之等ハ單ニ2期ハ周緣性炎症、崩壞、空洞形成強キモノ、3期ハ纖維形成増殖型病竈ヲ形成スルモノトノ解釋ニ由來スルモノナリ。余ハ肺臟内ノ病竈ノ性狀ハ一定度免疫的關係ニ左右セラレンモ、結核菌ノ作用ト個體ノ生物學的作用トノ相關の現象ナレバ3期ナレバトテ周緣性炎症發生セズトハ信ジ難シ。病理解剖臺上ニテハ所謂3期結核症ニ相當スルモノニシテ廣汎ナル乾酪性肺炎並ニ周緣性炎症ヲ證明スルコト甚ダ多ク、而モ肺門部淋巴腺ノ異常ナル腫大及乾酪化ノ稀ナルハ吾人ヨク知ル所ナリ。故ニ余ハ此型ニ於テモ淋巴腺ノ腫大ヲ顧慮ス可キモノアリト信ズ。殊ニ Pubertätsphthiseハ之ノミヲ唯一ノ鑑別點トセルモノナリ。

1. Tuberculosis fibrosa

a. Tbc. fibr. localisata 本型ニハ(1)肺門部ヨリ放射スル肺紋理増加シ且所々小結節狀斑點ノ混在セルモノ、及(2)肺野ノ一部ニ纖維性ノ強キ陰翳アリ而モ限局シテ新鮮ナル斑ヲ認メシメザルモノ等ヲ包括セリ。(1)ハ從來ノ氣管枝周圍炎ニ相當シ、(2)ハ Neuman⁽⁸⁷⁾等ノ Tbc. fibrosa densaニ相當スルモノナリ。該當例ハ7例ニシテ中2例ハ右側ニ、5例ハ兩側ニ存シ、1例ニ石灰化セル Ghon氏竈ヲ證明シ、P氏反應ハ4例中1例ハ(-)、2例ハ(+), 1例ハ(++)ナリキ。

b. Tbc. fibr. incipiens ハ所謂増殖型細葉性病竈ニシテ多ク肺上野或ハ肺尖肺上野ノ一部ニ認メラル、モノナリ。而モ病竈全部ガ結節狀ナラズシテ多クハ纖維性索狀陰翳ノ混在セルヲ認メシム。之ニ屬スルモノ3例ニシテ左、右、兩側各1例宛ナリキ。中1例ニハ肺門部淋巴腺ノ腫大ヲ認メシメ、Simon氏竈1例、腹膜炎1例アリ、P氏反應ハ(-), (+), (++)各1例ナリキ。

c. Tbc. fibrosa diffusa 比較的廣範圍ニ亙リ各方向ニ強キ纖維性陰翳存シ之等ハ亦小網狀ヲナシ所々小斑點ヲ含ミ、且健康肺野ハ肺氣腫狀ヲ呈スルモノナリ。該當例5例存シ右側ハ2例、左側ハ3例ナリキ。内3例ニハ肺門部淋巴腺ノ腫大ヲ證明シ、2例ニ Simon氏竈ヲ見タリ。P氏反應4例中(+)3例、(++)1例ナリキ。

d. Tbc. ulcerofibrosa 多ク肺上野ニ限局シ一般ニ纖維化性傾向強ク時ニハ境界部ニ硬キ小斑ノ存スルモノアリ。多クハ肺尖乃至鎖骨下部ニ空洞ヲ認メシメ、ソノ形不規則ナルモノアルモ、ソノ内壁ハ比較的平滑ニシテ、空洞壁周緣部ノ纖維化殊ニ強シ。該當例ハ4例存シ右側2例、兩側2例、淋巴腺ノ腫大セルモノ1例アリ。結核菌ハ1例ニ於テ陽性、Simon氏竈1例、肋膜肥厚1例、喉頭結核ヲ合併セルモノ1例、P氏反應ハ(-)1例、(+)2例ナリキ。

2. Tuberculosis fibrocaseosa

A. Tbc. fibrocavosa incipiens 主トシテ病竈ノ廣サヲ標準トシ一葉ノ一小部ヲ侵セルモノヲ之ニ算入セリ。

a. Apikosubklavikuläre Herde 一側ノ肺尖ヨリ鎖骨下部ニ亘リ軟性ナル斑點並ニ纖維性索狀物或ハ雲絮狀陰翳ヲ認メシメ、且多クハソノ下界ニ散在性小斑點存セリ。屢一側ニ斯ル所見アルト共ニ他側肺尖部ハ瀰漫性ニ濁濁セルモノ或ハ僅ノ小斑點ヲ認メシムルモノアリ。18例中右側2例、左側9例、兩側7例アリ。内3例ニ小空洞ヲ證明シ、又3例ニ肺門部淋巴腺腫大セリ。結核菌陽性4例、石灰化セル Ghon 氏竈1例、Simon 氏竈2例存セリ。P 氏反應ハ7例中(-)1例、(+)4例、(++)2例、一般ニ無熱乃至輕熱ニテ中等度以上ノ有熱者ヲ見ザリキ。

b. Infraklavikuläres Infiltrat 余ハ早期浸潤ノミナラズ Redeker⁽⁴⁶⁾ノ Spätinfiltratノ鎖骨下ニ存スルモノヲモ之ニ算入セリ。Redekerハ Spätinfiltratヲ以テ肺結核症進行ノ急性突進ノ像ニシテ古キ病竈周圍ニ於ケル周緣性炎症ナリト解セリ。而モ早期浸潤トノ鑑別困難ナルヲ指摘シ、只肺門陰翳上極ニ近キ部ニ多キヲ擧ゲシモ、松田⁽³⁴⁾ハ他ノ部ニモ存スルコトヲ記載セリ。余ハ早期浸潤モ遲發性浸潤(Spätinfiltrat)モ共ニ肺結核症進行ノ一機轉ニシテソノ性状ハ分類上纖維乾酪化性結核ノ一種ナリトノ見解ノモトニ茲ニ算入セリ。總數7例中右側4例、左側3例ニシテ、中2例ニ肺門部淋巴腺ノ腫大ヲ證明セリ。Ghon 氏竈ノ石灰化セルモノ1例、P 氏反應ハ6例中(-)3例、(+)1例、(++)2例ヲ認メタリ。

c. Infraklavikulär gruppierte Herde 鎖骨下部ニ於テ雲絮片或ハ軟性斑點ノ集在セルモノニシテ浸潤或ハソノ後胎病竈トハ異ナル像ヲ呈セルモノヲ之ニ算入セリ。其數7例ニシテ内右側2例、左側5例アリ。小空洞ヲ證明セルモノ1例、淋巴腺腫大セルモノ3例、結核菌陽性1例、Ghon 氏竈ノ石灰化セルモノ1例、肋膜肥厚1例、腹膜炎ヲ合併セルモノ1例アリ。P 氏反應ハ5例中(-)1例、(+)2例、(++)2例存セリ。

d. Herde des Mittelfeldes. 所謂肺門部結核症、中野(上葉下端、下葉上端)ニ最モ多ク見ラル、Lappenrandpneumonie等ヲ之ニ算入セリ。加之余ハ Redeker's Hilus infiltration, Simon's Hiluspneumonie, Rach's Intrapulmonale Hilustuberkulose, Eliasberg-Neuland's epituberkulöse Infiltration等ヲモ包括セントスルモノナリ。蓋シ之等ハ多ク初期變化群ニ由來スル周緣性炎症ニシテ Redekerノ所謂 Primär- u. Sekundärinfiltrationニ相當シ、多數ハ僅微ノ痕跡ヲ遺スノミニテ吸收セラル、モ、ソノ中心核ノ性状如何ニヨリ或ハ乾酪化シ或ハ纖維化スル傾向ヲ有スレバナリ。該當例8例ニシテ右側1例、左側5例、兩側2例、空洞ヲ有スルモノ1例、肺門部淋巴腺ノ腫大セルモノ5例、Ghon 氏ノ石灰化セルモノ1例、肋膜滲出液存セルモノ2例、腹膜炎ヲ合併セルモノ2アリ。P 氏反應ハ6例中(-)3例、(+)1例、(++)1例、(+++)1例ナリキ。

e. Herde des Unterfeldes 下葉ノ早期結核ハ從來小兒ニ多ク成人ニハ少キモノトセラレ Assmann⁽⁵⁾ハ戰時結核症ニハ屢之ニ屬スルモノヲ見タリト記載セリ。之ニ相當スルモノ14例ニシテ内右側10例、左側4例ニシテ空洞1例、淋巴腺ノ腫大セルモノ4例、結核菌陽性ノ

モノ 3 例, Ghon 氏竈 3 例, Simon 氏竈 2 例, 滲出性肋膜炎 3 例, 肋膜肥厚 3 例, 腹膜炎 2 例, 腸結核 2 例アリキ。本型ニ於テ肋膜, 腹膜ノ疾患合併セルモノ 14 例中 7 例ヲ算セルト, P 氏反應 9 例中 (+) 4 例, (++) 5 例ニシテ (-) ナキトハ第 2 期結核ノ多キ小兒ニ下葉ノ病竈頻繁ナルトヲ比較セバ興味多キヲ思ハシム。

B. *Tbc. fibrocavosa* II grades 本型ニハ 1 葉ノ半容積以下或ハ 2 葉ニ亘ルモノノ小部分ヲ侵セルモノヲ算入セリ。25 例中右側 10 例, 左側 7 例, 兩側 8 例ニシテ空洞 5 例, 淋巴腺腫大 6 例アリ。結核菌陽性ノモノ 10 例, Ghon 氏竈 3 例, Simon 氏竈 4 例, 滲出性肋膜炎 3 例, 肋膜肥厚 2 例, 喉頭及腸ノ結核 3 例, 腹膜炎 5 例アリ。P 氏反應ハ 13 例中 (-) 3 例, (+) 7 例, (++) 2 例, (+++) 3 例ナリキ。

C. *Tbc. fibrocavosa* III grades 總數 129 例ニ達シ全例ノ約 $\frac{1}{3}$ ヲ占メタリ。右側 12 例, 左側 9 例ニシテ兩側ノモノ 108 例ニ及ベリ。内 39 例ニ空洞ヲ證明シ, 12 例ハ淋巴腺腫大シ, 結核菌陽性 90 例即約 70% ナリキ。Ghon 氏竈ハ 10 例, Simon 氏竈ハ 4 例存シ, 滲出性肋膜炎 1 例, 肋膜肥厚 14 例ニシテ, 喉頭及腸結核ノ 8 例ハ少數ノ觀アルモ其ノ早期ニ於テ特別ノ検査ナクシテハ診定困難ナルヲ顧慮スル時事實ハ更ニ稍増加ス可キヲ推定セシム。腹膜炎 6 例, 血行性臟器結核 4 例, P 氏反應ハ 67 例中 (-) 11 例, (+) 36 例, (++) 16 例, (+++) 4 例ヲ認メタリ。

3. Phthisis ceseosa

a. *Ph. ceseosa lobaris* 1 葉乃至 2 葉ニ亘リ殆ド一様ノ軟性陰翳ヲ認メソノ境界部ニハ小葉性融合性軟性陰翳點在ス。廣汎ナル周縁性炎症ニ由來スル *Epituberkulöse Infiltration* 或ハ *Kongestive tuberkulöse Pneumonie* ニ似タルモ, ソノ陰翳強ク且一様ナラズシテ所々雲絮狀ノ小斑點ヲ認メシメ且屢空洞ヲ形成セリ。該當例 3 例ニシテ内右側 1 例, 兩側 2 例ニシテ空洞ヲ含ムモノ 2 例アリ。結核菌ハ全部ニ於テ陽性ナリキ。喉頭及腸結核 1 例, P 氏反應ハ 2 例中 (-) 1 例, (+) 1 例ナリキ。

b. *Tuberculosis caseosa lobularis* 小葉性融合性軟性ノ陰翳ガ肺野ノ大半ヲ占メ屢上野ニ空洞ヲ認メシム。所謂從來ノ奔馬性肺癆ニ相當シ經過比較ノ迅速ナリ。余ハ 8 例ヲ認メ内 3 例ニ空洞ヲ證明シ, 結核菌陽性ノモノ 4 例, 滲出性肋膜炎, 腹膜炎各 1 例アリキ。該型ハ一般ニ經過迅速ニシテ喉頭及腸管ノ合併症狀ヲ臨床的ニ證明セザル中ニ死亡スルモノ多キ故カ之等ノ合併症比較ノ少ク余ノ例ニハ之ヲ認メザリキ。P 氏反應ハ 7 例中 (+) 3 例, (++) 4 例存セリ。

V. Pleuritis tuberculosa

1. *Pl. exsudativa* ノ發生機轉ニ關スル今日ノ解釋ニ就キテハ既ニ概述セリ。而シテ部位的ニ肋骨, 縱隔竇, 葉間性, 橫隔膜肋膜炎ニ分類セラル、モ, 余ノ例ニ徵スルニ滲出液稍多量ナル時ハ之等各部トモ同時ニ瀦溜シ部位的區別ノ要ナキモノト思惟ス。即 33 例中 30 例ハ全部ヲ侵シ只 2 例ノ葉間肋膜炎, 1 例ノ縱隔竇炎ヲ認メタリ。縱隔竇乃至葉間肋膜炎ハ一般ニ氣管枝乃至副氣管淋巴腺結核ニ由來スル周縁性炎症ノ表徵ナリトセラル、モ, ソノ解剖的關

係ヲ考察スルニ之ト他ノ肋膜腔トノ間ニハ何等障壁ナク、從テ病的ニ癒着等ノ發生セザル限リ其他ノ腔ヘ進入ス可キハ當然ニシテ、只極メテ少量ノ場合ニ於テノミ限局性滯溜ノ可能性アリ。而シテ滲出液ノ減退スルヤ纖維素ノ析出ニ由リ少量ノ滲出液ハ各竇ニ殘存ス可ク、余ノ例ニ於テモ可ナリ多量ノ滲出液ノ吸收セラル、ヲ連續寫眞ニテ檢セルニ液ノ減退ト共ニ縱隔竇、葉間裂隙、肋骨竇ニ2—3 mmノ幅ヲ有スル境界銳利ナル長キ陰翳ヲ證明セリ。之等陰翳ハ可ナリ長ク存シ肋骨橫隔膜竇ニ滲出液ヲ認メザルニ至リ始メテ不著明トナレリ。彼ノ lamelläre Pleuritis ノ如キモ斯ル吸收期ニ於ケル現象ニシテ之ヲ分離シテ命名スルノ價值ヲ疑フモノナリ。

1. Pl. exsud. costalis 上述ノ根據ヨリ純粹ナル肋骨肋膜炎ハ稀ニシテ寧ロ Pl. exsud. totalis ノ方多キヲ信ズ。竹村⁽⁵⁵⁾ハ Rippensäume ニ就キ記載シ、縱隔竇淋巴腺周圍ニ生ゼル滲出液ガ肋骨縁ニ沿フテ側胸部ニ進ミ遂ニ肋骨肋膜炎ヲ生成ス可シトシ、肋膜炎ノ早期診斷ニ重要ナリトセリ。余ハ氏ノ掲載セル寫眞ヲ檢索シタルモノノ肋骨溝陰翳トノ鑑別困難ナルヲ思ハシメタリ。30例中右側16例、左側11例、兩側3例ナリキ。肺門部淋巴腺ノ腫大セルモノ24例アリテ兩者間ニ緊密ナル關係アルヲ推定セシメタリ。Ghon 氏竇ノ石灰化セルモノ4例、比較的新キモノ1例アリ。Simon 氏竇、Puhl 氏竇各1例、腹膜炎5例アリキ。P 氏反應ハ25例中(—)5例、(+)12例、(++)2例、(+++)6例存セリ。

b. Pl. interlobaris 2例アリ共ニ右側ニ存シ且淋巴腺腫大ヲ合併セリ。Ghon 氏竇ノ石灰化セルモノ1例、P 氏反應ハ1例ニ於テ(+++)ナリキ。

c. Pl. mediastinalis 右側ノモノ1例ヲ見タルノミ。淋巴腺腫大ヲ合併シ、Ghon 氏竇ノ石灰化セルモノヲ認メ、P 氏反應ハ(+)ナリキ。

2. Pl. adhaesiva 余ハ肺臟内ノ病竇ヲ主眼トシ肺野ニ病竇ノ存セルヲ除外シタルヲ以テ Pl. chr. recidivans ノ如キ肺病竇ニ由來シタルモノ、及 Neumann ノ Tbc. postpleuritica ノ如キ肋膜炎ニ由來セリト雖モ既ニ肺病竇ノ存スルモノハ之ニ算入セズ。從テ多クハ滲出性肋膜炎ノ吸收機轉不充分ニ由ル肋膜肥厚、並ニ癒着ヲ後胎セルモノナリ。10例中右側7例、左側2例、兩側2例、淋巴腺腫大5例、Ghon 氏竇1例、腹膜炎3例、P 氏反應6例中(—)3例、(+)1例、(++)3例ナリキ。

以上ヲ表ニヨリ總括セバ次ノ如シ。

病 名	例 數				空 洞 ノ 存 ス ル モ	淋 化 ノ 存 ス ル モ ノ 種 大 乾 酪	結 核 菌 Gaffky			Ghon's Herd 新 舊
	右 側	左 側	兩 側	計			1-3	4-7	8-10	
							+	+	+	
I. Spitzentuberkulose										
1. Tbc. fibrosa densa apicis	0	4	0	4	0	2	0	0	0	0
2. Veraltete Knötchen	2	4	1	7	0	3	0	0	0	1
3. Tbc. incipiens apicis	6	5	1	12	0	4	1	0	0	4
II. Hilus Vermehrung	4	8	27	3	0	18	0	0	0	8 1
III. Disseminierte Tbc.										
1. Miliaris discreta	8	9	8	25	0	12	0	0	0	9 1
2. Miliaris generalisata				12	12	6	2	2	2	1
3. lobulär-disseminierte Form				9	9	0	7	0	1	3 1
IV. Progrediente Tbc.										
1. Tbc. fibrosa										
a. Tbc. fibr. localisata	2	0	5	7	0	0	0	0	0	1
b. Tbc. fibr. incipiens	1	1	1	3	0	1	0	0	0	0
c. Tbc. fibr. diffusa	2	3	0	5	0	3	0	0	0	0
d. Tbc. ulcero-fibrosa	2	0	2	4	4	1	0	1	0	0
2. Tbc. fibrocaseosa										
A. Tbc. fibrocaseosa incipiens										
a. apico-subclaviculäre Herde	2	9	7	18	3	3	0	2	2	1
b. infraclaviculäres Infiltrat	4	3	0	7	0	2	0	0	0	2
c. infraclaviculär gruppierte Herde	2	5	0	7	1	3	0	1	0	1
d. Herde des Mittelfeldes	1	5	2	8	1	5	0	0	0	3
e. Herde des Unterfeldes	10	4	0	14	1	4	2	1	0	3
B. Tbc. fibrocaseosa II grades	10	7	8	25	5	6	1	5	4	3
C. Tbc. fibrocaseosa III grades	12	9	108	129	39	12	8	31	51	10
3. Tbc. caseosa										
a. Ph. caseosa lobaris	1	0	2	3	2	0	0	0	3	1
b. Ph. caseosa lobularis	0	0	8	8	3	0	1	1	2	0
V. Pleuritis tuberculosa										
1. Pleuritis exsudativa										
a. Pl. exsud. costalis	16	11	3	30	0	24	0	0	0	4 1
b. Pl. exsud. interlobaris	2	0	0	2	0	2	0	0	0	1
c. Pl. exsud. mediastinalis	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
2. Pl. adhaesiva	7	2	1	10	0	5	0	0	0	1
				合計	389					

合併セル結核性疾患						熱				Pirquet 氏反應 24-48st 後ニ於ケルモノ				経過					
Simon's Herde	Pohl's Herde	肋 出	膜 肥厚	喉頭、 腸	腹 膜	血行性 臟器	37°C以下	37.9°C迄	38.9°C迄	39°C以上	0.5cm 以下	0.5-1cm +	1-2cm +	2cm 以上	良 好	不 變	増 悪	死 亡	不 明
0	0	0	0	0	0	0	2	4	1	0	2	0	1	0	4	3	0	0	0
0	0	2	1	1	1	0	5	5	1	1	1	5	0	0	9	1	1	0	1
0	0	0	3	0	0	0	11	25	3	0	11	7	3	1	31	2	2	0	4
0	0	1	1	0	3	0	10	11	2	2	6	9	2	0	21	3	0	0	1
0	0	2	4	0	0	3	3	4	3	2	2	7	1	0	2	2	5	3	0
0	0	0	1	0	1	1	2	2	4	1	2	4	0	0	3	1	3	2	0
0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	1	2	1	0	6	1	0	0	0
1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	1	1	0	2	1	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	3	1	0	4	1	0	0	0
1	0	0	1	1	0	0	1	2	1	0	1	2	0	0	3	1	0	0	0
2	0	1	2	0	0	0	4	14	0	0	1	4	2	0	13	1	2	0	2
0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	2	3	1	2	0	7	0	0	0	0
0	0	0	1	0	2	0	2	3	2	0	1	0	2	2	6	1	0	0	0
0	0	2	0	0	2	0	1	5	1	1	3	1	1	1	6	1	1	0	0
2	0	3	3	1	2	0	0	9	2	3	0	4	5	0	13	0	1	0	0
4	0	3	2	3	5	0	5	13	4	3	3	7	2	1	18	2	2	2	1
4	0	1	14	8	6	3	15	54	40	20	11	36	16	4	54	24	23	23	5
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	0	1	0	0	3	4	1	0	3	4	0	0	0	5	2	1
1	1	0	1	0	5	0	8	12	8	2	5	12	2	6	28	2	0	0	0
0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	3	0	6	2	0	2	3	1	3	0	9	1	0	0	0

結 論

1. 余ハ我が大里内科ニ入院セル結核性患者389例ニ就キソノ胸部ノ「レントゲン」的觀察ト臨床的觀察トヲ比較考察シテ肺結核症ノ分類ヲ試ミタリ。

2. 余ハ「レントゲン」寫眞ニ由リソノ病竈ノ解剖的性状、病竈ノ位置、分布ノ狀況、病竈ノ大サ、病機ノ擴大範圍ヲ經トシ、空洞、肺門部淋巴腺ノ腫大乾酪化、結核菌、結核性病竈ノ合併、熱、Pirquet氏反應、經過等ヲ緯トシテ分類セリ。

3. 從來ノ質的分類、生物學免疫學的分類ハ各獨立のニテハ不充分ニシテ之等ヲ綜合考察ス可キモノナリ。但シ凡テノ要約ヲ挿入シテ分類スルトキハ徒ニ繁雜ヲ増スノミナルヲ以テ寧ロソノ主眼タル可キ要約ヲ以テ分類シ、之ト他ノ要約トヲ比較シテ個々ノ例ヲ判斷ス可キモノナル可シ。

撰筆ニ臨ミ懇篤ナル御指導ト御校閲トヲ賜ハリタル恩師大里教授ニ對シ謹テ感謝ノ意ヲ表ス。

引用文獻

- 1) **Alexander** : Über Hilustuberkulose bei Erwachsenen. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 62, S. 318, 1926.
- 2) **L. Aschoff** : Die gegenwärtige Lehre von der Pathogenese der menschlichen Lungenschwindsucht. Vortr. über Path. S. 327, 1924.
- 3) **Derselbe** : Über die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphthise. Verhandl. Dtsch. Gesel. inn. Med. Kong. 33, S. 13, 1921.
- 4) **Assmann** : Die akute und Chronische Miliartuberkulose der Lunge. Z. Tbk. Bd. 47, S. 485, 1927. (5)
- Derselbe** : Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. 3. Aufl.
- 6) **Derselbe** : Frühinfiltrat. Ergebn. der Tbk.-forschg. Bd. 1, 1930.
- 7) **A. Bacmeister** : Neue Anschauungen über die Entstehung der chronischen Lungenphthise. Dtsch. med. Wschr. S. 2151, 1927.
- 8) **L. Bard** : zit. nach Detic.
- 9) **H. Beitzke** : Handb. d. Kindertbk. Bd. 1, S. 158, 1930.
- 10) **Derselbe** : Über Spätverkäsungen von Lymphdrüsen und über die Rankesche Einteilung. Z. Tbk. Bd. 47, S. 449, 1927.
- 11) **Braeuning** : Auf der Suche nach dem Frühinfiltrat. Z. Tbk. Bd. 51, S. 1, 1928.
- 12) **Derselbe** : Typische Formen der Lungentuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 58, S. 429, 1924.
- 13) **A. Calmette** : Tuberkulinallergie und Tuberkuloseimmunität. Z. Tbk. Bd. 53, S. 193, 1927.
- 14) **M. Cohn** : Die anatomischen Substrate der Lungenröntgenogramme und ihre Bedeutung für die Röntgendiagnostik. Berlin. Klin. Wschr. S. 16, 1911.
- 15) **Cornet** : Diskussion über den Westenhoferschen Vortrag. Verhand. Berlin. med. Gesel. Bd. 35, S. 75, 1904.
- 16) **W. Curschmann** : Zur Frage der qualitativen Diagnose und Einteilung der Lungen tuberkulose. Betr. Klin. Tbk. Bd. 61, S. 399, 1925.
- 17) **St. Detic** : Die qualitative Röntgendiagnose im Rahmen der Klassifikation von L. Bard. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 78, S. 568, 1931.
- 18) **H. Edel** : Zur Genese der miliaren Lungenstreuung. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 80, S. 599, 1932.
- 19) **F. Fleischner** : Heilungsvorgänge und Heilungsnachweis der Lungentuberkulose im Röntgenbilde. Erg. Tbk. forschg. Bd. 1, S. 195, 1930.
- 20) **Derselbe** :

- Beitrag zur Frage der exsudativen Form der Lungentuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 61, S. 442, 1925. 21) Gerhardt : zit. nach Pagel u. Henke. 22) S. Gräff u. L. K pferle : Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Diagnostik der Lungenphthise auf Grund vergleichender röntgenologisch-anatomischer Untersuchungsergebnisse. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 44, S. 165, 1922. 23) F. Hamburger : Stadieneinteilung. Handbuch der Kindertbk. von Engel u. Pirquet. S. 272, 1930. 24) P. Huebschmann : Referat über die Entstehung und Entwicklung der Tuberkulose im Lichte neuerer Forschung. Verhand. Dtsch. Path. Gesel. 24. Tagg. S. 103, 1929. 25) Derselbe : Path. Anat der Tbk. 1928. 26) H. Kleinschmidt : Die perifokalen Entzündungen. Handb. der Kindertbk. S. 502, 1930. 27) F. Klempeler u. R. Ahlenstiel : Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Ergeb. der Tbk. forschg. Bd. 1, S. 1, 1930. 28) 小林義雄, 滲出性胸膜炎ト肺結核トノ發病時期比較, 海軍軍醫會雜誌, 第20卷, 584頁, 昭和6年. 29) Kraus : zit. nach Redeker (48). 30) 熊谷岱藏, 肺結核, 日本內科學會雜誌, 第20卷, 47頁, 昭和7年. 31) 熊谷岱藏, 清水武夫, 肺尖結核ノ臨床的觀察, グレンツゲボート, 第6年, 939頁, 昭和7年. 32) H. Loeschke :  ber Entwicklung, Vermehrung und Reaktivierung der Lungentuberkulose Erwachsener. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 68, S. 251, 1928. 33) K. Lydtin : Das Frühinfiltrat. Ztb. Tbk.-forschg. Bd. 30, S. 513, 1929. 34) 松田治郎, 所謂早期浸潤=對スル Spätinfiltrat ノ存在疑義=關スル[レントゲン學的研究, 内外治療, 第4年, 904頁, 昭和4年. 35) E. Mayerhofer : Tuberkulöse Pleuritis und Bauchtuberkulose. Handb. der Kindertbk. von Engel u. Pirquet. Bd. I, S. 696, 1930. 36) 永野重榮, 飯久保知道, 成人結核ノ成立ト肺尖病變トノ關係=就テノ統計的觀察, 結核, 第10卷, 570頁, 昭和7年. 37) W. Neumann : Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener. I Aufl. 1924. 38) Nicol : Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Lungenphthise und die Einteilung klinischer Verlaufsformen. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 52, 1922. 39) W. Pagel : Diskussion in path. Kongr. Wien, Verhand. Dtsch. Path. Gesel. 24. Tagg. S. 243, 1929. 40) W. Pagel u. F. Henke : Lungentuberkulose. Handb. der spez. path. Anat. und Hist. Bd. 3, Teil. 2, S. 270, 1930. 41) Puhl :  ber phthisische Primär- und Reinfektion in der Lunge. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 52, S. 116, 1922. 42) R. Priesel : Die Heilungsvorgänge am tuberkulösen Primärkomplex im Röntgenbilde. Handb. der Kindertbk. von Engel u. Pirquet. S. 383, 1930. 43) Ranke : Primäre, sekundäre und tertiäre Stadien der Lungentuberkulose. Dtsch. Arch. Klin. Med. Bd. 119, S. 201 u. 297, 1916. 44) F. Redeker :  ber das "Frühinfiltrat" und die Irrlehre vom gesetzmässigen Zusammenhange der sogenannten Spitzentuberkulose mit der Erwachsenenphthise. Dtsch. med. Wschr. S. 97, 1927. 45) Derselbe : Diskussion in Tbk-Kongr. Wildbad, Beitr. Klin. Tbk. Bd. 70, S. 242, 1928. 46) Derselbe : Zur Abgrenzung der infiltrativen Frühformen und über die verschiedenen Formen des infiltrativen Nachschubes, insbesondere über das "Spätinfiltrat" Z. Tbk. Bd. 49, S. 163, 1928. 47) Derselbe :  ber die exsudativen Lungeninfiltrierungen der primären und sekundären Tuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 59, S. 588, 1924. 48) Derselbe :  ber den Stand des Allergieproblems. Erg. der Tbk.-forschg. Bd. I, S. 319, 1930. 49) Rieder : Zur Röntgendiagnostik bei Anfangstuberkulose der Lungen. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 12, S. 195, 1909. 50) E. v. Romberg : Korreferat über

- die Entwicklung der Lungentuberkulose. Verhand. Dtsch. Path. Gesel. 24. Tagg. Wien, S. 124, 1929.
- 51) **Schürmann** : Zur Frage des Beginnes des Lungenphthise. Verhand. Dtsch. Path. Gesel. 24. Tagg. S. 179, 1929. 52) **H. Schut** : Neue Einteilung der Lungenphthise. Wien. Klin. Wschr. S. 827, 1912. 53) **G. Simon** : Sekundäre Streuherde der Lunge, insbesondere die früh Spitzenherde. Handb. der Rindertbk. von Engel u. Pirquet. S. 470, 1930. 54) **Störz** : zit. nach Assmann. 55) **竹村正**, 肋骨肋膜炎ト肺結核早期診断, 實驗醫報, 第19年, 854頁, 昭和8年.
- 56) **瀧本庄藏**, 青年期結核發病ト「ツベルクリン」反應ノ意義, 診断ト治療, 第20卷, 342頁, 昭和8年. 57) **N. Ph. Tendeloo** : Tuberkulose 3. Aufl. 1929. 58) **Turban** : zit. nach Pagel u. Henke. 59) **Ulrici** : Klinische Einteilung der Lungentuberkulose nach den anatomischen Grundprozessen. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 51, S. 63, 1922. 60) **A. Wallgren** : Paratuberkulöse unspezifische Erkrankungen. Handb. der Rindertbk. von Engel u. Pirquet. Bd. I, S. 202, 1930.
- 61) **O. Wiese** : Handb. der Kindertbk. von Engel u. Pirquet, Bd. I, S. 604, 1930. 62) **H. Chr. Wimberger** : Das Bild der sekundären Tuberkulose in der Lunge. Handb. der Kindertbk. von Engel u. Pirquet Bd. I, S. 481, 1930. 63) **O. Ziegler** : Über die Beziehung der Allergie und der Immunität zu den Entwicklungsformen der Tuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 68, S. 89, 1928. 64) **Derselbe** : Zur Frage der qualitativen Diagnose und Einteilung der Lungentuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 60, S. 493, 1925.