

次は「パス」血中濃度を高く保持する「ベネミッド」の問題である。之も本年報中で志保田及徳島が述べて居るから重ねて述べないが、アメリカで盛に研究されて居るに比して我國では未だ廣く検討されて居ない様で、明日の結核化学療法研究の好主題であろう。

同じく明日の問題として昨年度年報に渡辺が述べた「パス」煙霧質吸入療法がある。現在迄の成績では24例中15例に於て喀痰中結核菌の減少を認めて居るが、之は恐らく化学療法としては補助的手段の限界を出でないものと今の処思つて居る。

尙、明日と言うよりは明後日とも言うべきか、新しい結核化学治療剤の探究であるが、志保田は京都薬科大学藤川教授の御協力の下に既に300種近い「サンプル」に就て試験管内実験を試みて來たが、現在の処動物実験に持來すべき程度の者に遭遇して居ない。只或種の地衣の抽出液中に大きな期待を持たれて良いものが見出されたに止る。

肺結核の病型と治療方法

岩井孝義 (第2部)

大体進展の順に述べる。私自身が今日迄に観察した約23000例の統計的経験である。

1) BCG 潰瘍を伴う初感染肺結核。ツ反陰性或は疑陽性であるが爲にBCG接種を受け潰瘍をつくり、倦怠或は不機嫌、食慾不振、発熱、咳嗽喀痰を訴えるのでX線写真を撮ると、年少であればある程、一般に肺門の変化が強く、逆に年と共に減じ、既に学童期ともなれば、肺門変化は少いか或は認められず、肺野に初期浸潤或は更に其周囲に撒布巣を伴うことあり之を言うのである。此時には勿論ツ反は陽性であり屢喀痰中菌陽性である。此の内には①既に初感染を受けていながら、未だツベルクリンアレルギーが成立していない爲、②成立してはいるが、其動搖の低下の時期に遭遇し或は色々の事情でツベルクリン液の力價が低かつた爲などで疑陽性或は陰性となり、接種を受け初感染巣は発病し、接種部は潰瘍となる。③或は未だ感染を受けて居ないのでツ反は陰性、従つて接種を受け後、感染し、壊瘍のある内に発病したなど色々の場合があり、感染と発病と潰瘍形成との時間的及因果的關係にも色々あろうが潰瘍其者だけでも既に相当不快であるのにその上肺に発病状態があることは、たとえBCG接種後の発病が予後可良の統計的結果になつていても其選に漏れているものも尠くなく、殊に前二者は接種前に感染したもので免疫学上可成違つたものであり、而も発病した程であるから潰瘍の生ずるも理解出来、斯る発病進展がBCG接種で阻止し切れた実験を知らないので、臨床上放置せず、安靜栄養の処置を講ずる他、進んで年齢に應じてストマイを総量5g迄位使用し、潰瘍部は極力刺戟を避け滅菌硼酸軟膏の貼換だけで1ヶ月内外で治癒し、肺病巣は割合に速かに消失することが多い。斯様に現在ではストマイがあつて処理し易いので斯る例があつてもBCG接種を難ずる程の副作用ではないと思う。此問題は目下検討統計中である。

2) 乳幼児初感染肺結核。

人類は結核感染を受ける前、既に結核に対する抵抗性を年齢と共に増し、Ghon, Ranke, 以降殆ど総ての結核病学者が原則として初感染では初期変化群を形成するものと考えているが、其原則は年齢と共に可成揺ぐものであることを家森博士の変死者剖検材料を見せて頂いて確認した。即乾酪性初感染巣のあつた成人変死者剖検では26.83%に所属淋巴腺巣なく、腺巣が原発巣より小さいもの34, 15. %合計約61%は腺巣がないか或は小さいのであり、残りは略等しいか或は少しく大きいかで観察し得た小兒例中 最小腺巣の大きさに達したものは僅か約10%に過ぎなかつた。又昭和12, 13年度本邦年齢別死因統計を検討すると脳膜中枢神経の結核及全身粟粒結核等大血行轉移による死亡合計と肺結核死亡とを比較すると0歳では肺の方が少しく多く、1歳になるとそれが逆になり、2歳では肺の約1.9倍となり、3歳では12年度では約2.16倍となり、13年度では約2倍弱となり、4歳では13年度で約2倍強、12年度では約1.9倍5—9歳で再び両者略々等しく其以後は肺の方が急激に増加し而も此年齢での大血行轉移は多くは結核症の晩期に現れることを知つた。即乳幼児など年齢の若い者程、勿論其間個人差はあるが一般に原発巣からの脈管性轉移が極めて容易で毎常所属淋巴腺が侵され、且原発巣よりも腺巣甚だ大きく更に後続淋巴腺へも流れ込み遂には血流にも入り全身粟粒結核症乃至髄膜炎等の早期大血行轉移を起し、之は上記の統計で昭和13年度では4歳が最も多く、15—19歳に比し、約26倍も起し易い。此のことはレ線像及一般病像と一致し、此の事は一應家庭内濃厚感染に因るとも考へられ

ようが、変化群が多くは1乃至少量であること及成人の考察から演繹すると、矢張上記のことの方が重大原因と考えられる。即ち年齢を増すにつれ殊に成人ともなれば臨床レ線像でも明かなように、ツ反追及から初感染と考えねばならぬのに、肺門淋巴腺が乳幼児のやうに腫脹することがないのみでなく、一体変化があるのかないのか判断に困るようなのが可成多くそれに反して原発巣は目立つて大きく且速かに其周囲に氣道性撒布を見ることはレ線像でも変死者剖検でも同様で、恰も Kob, Römer 氏等の動物皮膚実験に於ける初感染と再感染との差が年齢の増加だけで感染とは無関係に出現することを知り抵抗力が年と共に増し脈管性轉移が困難となり、外表に破壊排除する所が偶々不幸にも肺内氣道である爲に氣道轉移を起すに到るのである。以上の事實は治療面にも應用せられねばならぬので乳幼児初感染肺結核では先づ菌の發育抑制の目的でストマイ 5g を (1) の様式で使用する。其以上の使用は成人よりも難聴等の副作用來することが早く、又成人とは異りパス服用も困難であり胃腸障礙も來し易くて耐性獲得防止の方法も講じられないからである。其以外は専ら安靜を取らし栄養を増すことに全力を注ぐのである。即ち母親と共に寝ればそうでない場合に比し一般におとなしく寝るものであり、又泣かさぬことも大切で、それには母親が最上である。即安靜で原発巣腺巢の悪化を防ぎ、出来る丈の好轉に好都合なようにし、殊に脈管性轉移を極力回避しようとするのである。栄養の方でも急に型式上の偏食矯正のような書生じみたことは止め、好きな物中心で各養素の鈎合及量を考察して行くのが賢明である。只時代が時代だけに經濟上の餘裕がないので、母親が専心世話出来ないではあるが、斯うすることが合理的で、それ程有効でもない注射をして泣かすことは好ましくないことを知り、出来る丈此の線に副うやうにするのがよいと考える。勿論年と共に母親を拘束することは少くなるものである。

3) 学童初感染肺結核。上記死因統計では 5-9 歳では 3-4 歳頃の約半分に、10-14 歳では約 10 分の 1 に大血行轉移が行われ難くなっている。其に代り 15 歳頃から脊椎結核を除いた骨関節結核泌尿生殖器結核が多く、20 歳頃になると眼結核が多く 25 歳頃になると脊椎結核が多くなり所謂小血行轉移を起すようになるが、其総数は肺結核数に比較すると 20-24 歳で約 27 分の 1 で大変少いものである。学童期は 5-9 歳で大血行轉移例実数が 0-4 歳の約半分となり、10-14 歳では更に下廻り、比率でも実数でも減じ、小血行轉移は未だ起り易い状態とはならず、結核に対し比較的安地帯を形成し、それだけ予後がよく滲出性の強い時だけ乳幼児同様ストマイ 5-10G 使用し、其の後は不使用の場合と同様、基盤療法を励行し一般症狀レ線像及喀痰所見で一概には言えぬが大体 3-5 ヶ月間で通学し、其後に過激な運動を避け、睡眠を十分取らし栄養に注意さえすれば結局治癒するのである。此短期間徹底的に実行するか、否かで予後は定まると言つても過言ではない。其實行は勿論患者の事情にも依るが、医師の指導が主である。斯くして防禦力を菌の攻勢よりも優位に速かに齎らしそれを持続せしめようとするのである。

4) レ線上周焦炎の認められない初感染症。ツ反の追及から初感染症と言わねばならぬもので、レ線上小豆大、大豆大、小指頭大の辺縁比較的鮮明な像を示し、成人であるだけに肺門への変化が殆どないことがあり、時に限局性撒布巣となつて現れることあり、何れも後述粟粒肺結核の場合と同様、ストマイ 40 瓦使用しても其位の期間内では好轉を示さず、其後にも引続く基盤療法で而も其期間後に好轉を示すものである。斯る小病巣には氣胸等行わず、基盤療法を 3-4 ヶ月実行し、其後は矩を躰えない生活を行わしめ栄養に注意していればよい。

5) 漿液性肺結核。何等異常を認めない両肺野中唯一個所だけに多くは小葉性に稀には大葉性に比較的淡い比較的均等性の境界稍不鮮明な陰影があり、自覚症は全くなくて集團検診で見出されるか或はあつても輕微で倦怠微熱程度であり、治療法としては氣胸など必要とせず多くは二週間位の安靜栄養増進で、長くとも一ヶ月以内に殆ど痕跡なしに消失し、其後の無理しない生活で多くは再発を防止することが出来る。本症は結核アレルギーの強い個体の肺内へ外因性のこともあれば、氣通性もあり、稀には血行性のこともあつて菌が來り、過労等も加わつて毒素の生成、周囲への滲透も盛で、強い漿液性炎症を起して來たものと思われる。稀に多発性のこともある。結核性とした理由は①ツベルクリン反應は殆ど全部陽性であるが稀に間もなく陽轉し、②喀痰中 15.7% に結核菌を証明し、③其他のものも糞便の系統的検査陰性で蛔虫の仔虫によると言われるエオジン嗜好性一過性浸潤でないこと、④本症のような病巣が肺結核の治療中に他肺野に屢出現すること、⑤滲出性肋膜炎の滲出液がレ線上 1 ヶ月以内に消失することが決して稀でなく、只場所が肺門か肋膜腔かの差だけであること、⑥臨床上既知の非結核性肺疾患の何れにも一致し難いこと等で之を放置したら悪化したであらう初期の一型として取上げ診断治療の一標的と考へ此病型を提唱したのである。

6) 滲出性肺結核。両肺野中只一個所に單一な滲出性と認むべき性質のレ線像を示すもので、2 ヶ月以上 6 ヶ月以内位の基盤療法で索條陰影だけを残して治癒するものを言う、之には從來の早期浸潤と言われた外因性のものもあ

り、ツ反の追及から初期浸潤と言われるものもあり、又初感染後病巣が肺門に残り、それから菌が氣道性に同側の鎖骨下などに達して起ることもあり又初感染時小血行轉移を何処かにつくり、それから再び肺に小血行轉移を起して來た場合などあり、肺門変化がないから初期浸潤でないと言われなことは上述の年と共に高まる低抗力で容易に首肯せられることである。本症は其周囲に氣通性撒布巣を伴うことが多い。好経過を取らず肺癆に進展するものであることも周知の事実である。一旦氣胸療法を開始すれば年齢は勿論、2—3年乃至數年間持続する必要あり、其間種々不快な合併症を起し不成功に終ること可成多く、従つて半年位で治癒する位なら氣胸等開始せぬ方が賢明である。茲で基盤療法の概要を記述する。一日に言えばチブス時の安靜と、それとは全く正反對の栄養で一日3500カロリー以上を目指す方法である。即絶対安靜で食事、大小便、清拭は総て寢た儘で、一日に一度でも起きてはいかぬ。面会謝絶は勿論、看護人を呼ぶにも発声せずベルか空罐でも鳴らし、用件は予め紙に書いて置き、之を指して弁じ、精神的には新聞雑誌、ラヂオ、本殊に療養書を禁じ、只管眠ることとし、一日13時間を最大目標とする。栄養増進には以上の事項の他、茶類を禁じて白湯とし主として食後食間に飲み、尿の色が酒よりも淡く、大便是幸うじて形ある位になる迄とし毎食後排便を励行し、食間は5—6時間1眼醒から朝食迄一時間を置き、一食一時間以上をかけてよく咀嚼し、主食は一日四合以上、毎食肉か魚を取り、肉なれば一食分20匁、魚なれば25匁、両方なら半分宛とし、之に青い野菜を副へ、其他毎食浸物及人參卸し各小皿一杯宛、尙食後一時間で卵二個、更に一時間してバター10匁又は15gを與える。牛乳、山羊の乳、果物等は胃腸の調子を乱すので一般には禁じてゐる。室は六疊以上の間を基本とし、晝は開け、特に風が強く強ければ其方だけ締め、夕方六時になれば全部締める。但六疊より小さければ其室への入口を二寸程開け頭が其方へ行かぬやうに床を敷く。決して外廻りは開けぬ。不必要に開放して氣道を荒し徒らに咳痰を多くすることは局所の安靜を要する本病には不得策であるから。従つて咳嗽などもくゝみうがひの程度とし、決してがらがら言わせぬことにする。一般に精白米に慣れているのでビタミンB₁を補うことにし、餘裕あり且毎日注射を受けられる者には毎日ビタミンB₁ 3mg ビタミンC 1000mg 皮下注射を行う。斯くすれば当初3—4ヶ月間は毎月4匁位は体重増し、病巣部は驚く程速かに吸収する。本法は一般状態や自覚症の如何に拘らず、写真上滲出性、増殖性と思われる處が少しでもあつたら一應1ヶ月実行させ、1ヶ月後の再撮影で体重其他の状態で其動きを見、之で本人の意志の強さ、環境殊に經濟状態を確かめ、可能の程度で組合せ、眞の療養方針を立てるのである。此の1ヶ月後の撮影は甚だ有効で療養の軌道外れを救ふことが出来る。人間は氣持に導かれて行動するもので上記の指示に十分従っていないものが屢ある。十分守つていれば殆ど総てと言つてよい位、滲出性の部分は減少しているものである。減少していないことで尋ねずとも其不実行を見抜き得る程のものである。一旦此の味を覚えた医師には、3ヶ月に一度の撮影など、此の当初の滲出性の状態である患者が氣分と相談して軌道外れをして悪化、悲しむべき運命へと沈み行く悲しさを感じる。堪えられないことであろうと思われる。此の滲出性肺結核は先づ此の基盤療法で一ヶ月経過を見、吸収明かに認められ且經濟上許せば本法に依るのが最上である。氣胸などに依るよりも短期間に綺麗に癒る。氣胸で急速に消失するのは漿液性であつたと解すべきである。癒着あつて氣胸出來ぬ時は尙更基盤療法一本に徹底すべきである。下肺野の時は氣胸や氣腹は不要である。經濟許せば索條のみになり、無菌続きになる迄続行する。現在の社会保障、本人の多少の貯蓄、或は親兄弟あれば出来ることで不徹底は損である。嘗て栄養は上記のやうにしたが何等自覚症がないので臥床しているのが叶わず、只炬燵に入つて坐つていただけで4ヶ月間に小指頭大の病巣から大きな鶏卵大となり、菌がガフキ—2—3号程度に出ていたものが其の後4ヶ月間此の基盤療法に徹底して臥床し、無菌となり索條だけとなつた。10年後の今日レ線的にも異常なく活躍している。

7) 撒布性肺結核。限局性に直径一糎以下の撒布巣がある場合である。之は初感染に引続き原発巣は小さいが既に空洞化し或はしなくとも氣管枝に抵つて來、又氣管枝に沿ふ淋巴裝置の病巣が氣管枝に破れて現れることあり、或は血行性に一側屢両側上肺野に來ることあり、ツ反と並行してレ線写真を追及していると之等がMalmros-Hedval氏等の所謂続初感初発巣の像を示し、且斯る経路を取るものであらうことは結核血行轉移、結核轉移型式と生体の抵抗性に関する研究變死者剖検等からも立証されている。撒布巣である故一枚の写真で増殖性か滲出性かは決し難いが、経過を見れば判明する。滲出性だと1—2—3ヶ月で消出する。通常原発巣らしい少し大きな病巣が一つあつて其周辺部或はそれから末梢部に小さい撒布巣あれば氣道性撒布と考え、斯る場合には他側にはないのであるから早速氣胸するがよい。氣道性轉移源を閉塞せしめる目的で、たとえ氣胸して助膜に索條癒着があつても新しいから2—3ヶ月以内に自然に消失することが多い。斯る場合1—2回の檢痰で菌陰性だからとて氣胸を延期するには當らぬ。斯る氣管枝排列を取つた撒布巣の存在で既に動物實驗以上の人間實驗をしたことになつてゐるのであるから、其の解釈で初期の

治療方針を定めることが肝要である。斯様なものは2—3ヶ月間、氣胸と基盤療法とを併用し、其後は基盤療法の線なるべく離れぬよう心掛けながら通学、家事、事務位はしてもよいが、經濟的餘裕があれば初通り行くのが円滑且速かである。其撒布巢の中に粟粒石灰巢の混在し比較的陳旧と思われるものは過激な仕事でない限り続行せしめ毎月撮影で2—3ヶ月経過を見守り良くなるか或は大して変化なければ其儘其仕事を続行させ、次第に間隔を大きくして見守つて行く。悪化すれば上記の新しいものと同様にする。血行性と思われる場合殊に両側の場合は氣胸せず徹底的に基盤療法を2—3ヶ月行い、著しく吸収しても、かようなものは血行轉移源が新しいのであるから当分ストマイを使用して更に好轉を促進し後は基盤療法だけで其轉移源が明かなれば其が大体片附く迄、そうでなくば其撒布巢が消失し一般状態がよくなつても尙監視続行が必要である。2—3ヶ月で餘り変らぬ場合は氣道性陳旧型と同様にする。2—3ヶ月で悪化することは先づないものである。あれば勿論ストマイを使用する。勿論之等の内には Simon の肺炎巢のような良経過を取るものもあるが、一般に肺癆の出発点となるものは両肺野中只一ヶ所に單一な病巢として現れたものと廣汎な粟粒肺結核と之とであるから小斑点巢だからとか Simon の説もあるからと考えて樂觀しないことが肝要である。緒方博士等は早期浸潤の發生徑路として初期変化群から血行に入り肺炎部に写真に見えない病巢をつくり、之から氣管枝性に、肺野で言えば下行性に拡がり、鎖骨下辺に達して出来る頃に早期浸潤として眼につくようになるのが最も多いのではないかとされている。其当否は別として、肺野のどこか、一番多いのは上野の撒布巢が後難の源であることは臨床経過をレ線的に見た人なら首肯せられることであろうと思ふ。現在のレ線撮影では粟粒結節が數個集れば氣附くようになつてゐる。一個肺野中一肋間以内だけに斯る撒布巢だけあるものを集める片側性のものが断然多いのである。然るに對臓器である眼の入院する程度の結核では両側性が 57.25%, 片側性が 42.75% で総数を左右に分ければ略同数となる。剖検で知り得た程度で、全國粟粒結核を伴わない腎結核では両側性 54.08%, 片側性 45.92% で之も総数を左右に分ければ略同数となる。之が對臓器に於ける血行轉移の自然の姿であると思う。従つて大血行轉移ならば勿論同時に両側に來ようが小血行の場合には片側性もある。併し臨床的に認め得る程度になつたものでは片側性が両側性を凌駕するものでなからうことが考えられる。然るに肺では断然片側性が多いのである、之は血行性でないものゝあることを示してゐる。而も初期変化群のある側に多いこと、レ線追及で小原発巢の周辺から末梢部に現れること、而も其が多いことから氣通性が多く、従つて撒布巢ではあるが氣胸の適應となるものが可成多いものと思われる。一側二肋間以上になれば他側轉移を起して両側性になることもあるから其程度に應じて両側氣胸をすることもあれば、輕い方に癒着あつて出來ぬ場合重い方だけし、重い方出來ねば両方共せずに基盤療法だけで行く。一般に氣胸中の療養態度及止める時期が予後に大關係があるので、基盤療養を併用し、病巢消失したら止め、基盤療法の下に安定を見届けると言ふ方針である。もしそれが困難なら基盤療法だけでもよいと思つてゐる。斯る撒布巢が下肺野に來た場合基盤療法だけ而も短期間で消失する。氣腹法の必要はない。中肺野は之に準ずる。肺炎、鎖骨下は頑強である。

8) 弾力性空洞肺結核。滲出性肺結核の中心部の乾酪物質が氣道へ排除せられて空洞化した初期のもので、周囲肺組織に尙弾力性が保持されて円形を採つてゐる。又それだけに周囲に撒布巢の多いのも当然である。すぐ氣胸を行うと兎角肋膜炎、結核性膿胸となる懼があるから先づ1ヶ月基盤療法を行つて推移を見る。殊にストマイ 10g 位使用すればよい。既に1ヶ月で殆ど異常の認められぬ程度になつていて一寸常識で考えられぬ程幸運なものもある。それ程でなくとも滲出性が減退したら意志薄弱で徹底も缺くもの、經濟上家庭上不如意のものは氣胸を加え、補いをする。氣胸しているから基盤療法に不徹底であつてもよいと云う考になることは損である。補いの意味であることを忘れず両者の効果を合わすことが賢明である。此の意味で基盤療法に徹底し、ストマイももつと使い、氣胸もしたらと言うことになるがストマイは末を完うし得るものでなく發育を抑制して出鼻を挫き防禦力をして立直りに餘裕を與えるのが目的であり、多くなつては耐性獲得、副作用もあるので本型や前の滲出性肺結核には先づ多くても 20g とし、出来るだけ速かに、末を完うして呉れる基盤療法にバトンを渡せるように努めるのである。耐性獲得防止の爲パス併用もよいが胃腸を害する危険を冒して使用する必要もなく、又事實食欲挽回容易でなく、瓦解せしめた例も一再ならずある。氣胸は普通一週一回 500cc 位送氣するのであるから、一週間にそれだけの伸縮をすることになる。其幅は徐々ではあるが、基盤療法での呼吸で動く幅よりも大である。殊に氣胸時には力んで大きな息をする。治癒速度の遅い結核では之は損である。更に氣胸にはそう多くはないが合併症があり、又止める時期は勿論病巢消失して少くとも索條だけとなつてからではあるが、止めて再び氣胸が出来なくなつてから再發したでは困るとの理由で、時期を遷延し結局長くかゝることになるから、基盤療法に徹底出来る場合は氣胸せぬが得策である。其に徹底出来るか否かを

定めるには経過を嚴重に監督すると共に 少くとも当初だけでも毎月撮影して 確めて行く必要がある。多くの症例は之が得策であることを立証してゐる。大抵半年乃至一年で普通生活に入れるようになる。勿論空洞の大きさにもよるが鎖骨下なれば先づ直徑3 厘米迄、下野なれば5—6 厘米でも容易である。横隔膜神経麻痺術は氣胸と多少異なり、奇運動として大体一塊とし動揺はするが病巣組織の伸縮の幅は割合に少いから治癒にはよいが、治癒後の生活、健康を思うとしない方がよい。又下肺野、時に中肺野にあり、氣胸の合併症を恐れて氣腹法、更に之を併用することあり、癒着があつて氣胸は出来ぬが横隔膜のよく動く時は最も好適である。上肺野のみの病巣に試みるは不可である。何れも当初立てた方針に拘泥せず、毎月の撮影吟味で虚心坦懷に判断して行けば患者に迷惑をかけずに済む。癒着があつて氣胸出来ぬ場合は手術が問題になるのであるが、手術すれば其後は、写真では手術しない部分に新病巣が埋れたか否かを見るだけに止り、手術した病巣の治否は不明でそのレ線所見と喀痰検査とで推定する他なく此点基盤療法とは違い起きる時期を定めるのに大変不安である。遠隔成績から見ると手術後2—3 ヶ月で大小便に行かせるようなのは大変悪い。少くとも術後1 ケ年は基盤療法を 励行させぬといかぬ。色々事情もあるから完全に出来ぬ場合もあるうが極力其の線に副うやうにすることが得策である。殊に反対側に病巣あれば 其以上の期間を覚悟し其が片附く迄は続行しないといかぬ。片附くとは小範囲で索條、硬化性斑点乃至3—4 ヶ月不変のレ線像になつて呉れ、無菌持続のことである。1—2—3 ヶ月経過見れば半年乃至一年以内で片附くか否か大体解るのであり、又斯る滲出性の強い間はせず、少し安定してからしたがよいと言われる手術のことであるから、それ位待ち、よい見透しがつけば、治否がレ線像からも定められ安心、完全である。大体は手術せずとも保障期限内に片附け得るものである。何分にも期限のある仕事であるから最初相談に預る場合に慎重でなければならぬ。毎日制限時間一杯になつた相談に悩まされている。

9) 全身症状の強い限局性肺結核。以上の七病型は、數の上から言えば無自覚であることが甚だ多く、今迄少しも知らず集團検診で発見されたとか或は輕微であるが少し長くて変であると感じて医師を訪れたもので、同一團體で云えば前者は後者の約四倍にも達するのである。斯くて肺結核の診断には 何はさておきレントゲンが一番だとの考が普及し、何か全身症状の強い疾患に侵され、數日しても尙原因が捉えられぬ時は医師も患者も一度写真を撮るやうになり、本病型が比較的早期に発見されるやうになつた。此の内には上記七病型に滲出性、及全身症状を加えたようなものもあるが一般には病巣が大きく更に進んで乾酪性肺炎のようなものもあれば、後述の硬化性空洞肺結核及混合型肺結核でシューブを起したような場合もあり、斯る全身症状の強い場合には多くはレ線的に滲出性の強い部分があるのである。之には即刻基盤療法とストマイの併用である。之以外は良法はない。ストマイは少くとも 下熱後數日間迄は使用する。一般には耐性獲得を心配する迄に下熱して呉れるものであるが 今迄に大量使用などして耐性獲得をしてをり、10—15g 位になつても十分下らぬ場合或は一向下らぬ場合は食欲を考慮してバスの靜注又は皮下注射を併用して 40g 程使用するか或は直ちに之に切換えるのである。之で奏効せねば持久戦殊に 基盤療法に頼る他はないのである。之で奏効することのあるのは癌などと違ふ 結核の有難さである。下熱後1 ヶ月したら撮影し其推移を見て更に方針を考えるのである。吸収傾向の強いものは其儘とし、喀血の有無に拘らず此のシューブで新しい撒布巣を可成廣範につくつたものには更にストマイを 40g 程度迄 バス靜注併用の下に続ける。副作用なければ更に増量する。60g 以上に 及ぶ必要はなく、基盤療法に頼るのがよい。若し滲出性の部分が消失した後に硬化性空洞、大空洞混合型が残れば手術を考慮するのである。

10) 粟粒肺結核及結核性髄膜炎。肺野の粟粒播種像が主で、稍古い病巣がないかあつても小範囲である場合或は意識濁濁のない髄膜炎では本腰になつてストマイ40瓦以上使用、其間バス一日 8—10 瓦使用と基盤療法とが必要である。殊にストマイ40瓦迄は1 日1 瓦筋注、其以上になつたら隔日、更に間歇的に一週二日、次で一日だけ一日1 瓦使用、バスは連続、胃腸障害を顧慮せば当初一日 5 瓦位から始め或は注射とし、髄膜炎では腰椎穿刺或は後頭下穿刺で1 日1 回ストマイ 0.1乃至 0.2瓦注入するが後頭下穿刺では痛がることが多い。耐性獲得を顧慮し無駄使を防ぐ爲、時々耐性検査をするが、それよりも副作用が起る迄と言ふ意氣込が必要で、起つた場合は其時の状況判断に依る。少くとも粟粒肺結核だけは古い病巣がない限り従前と異り慢性型に移行させずに済むやうになつた。但し早急に消失するものでなく可成長い少くとも一年内外の 基盤療法で消失するもの多く更に血行轉移源の治癒を計らなければ再発の危険がある。

11) 硬化性空洞結核及混合型。病巣が次第に廣汎になり古くもなれば滲出性、増殖性、萎縮性及硬化性が色々の割合で混合した病型を示し、其の中に空洞を藏し従つて其空洞の周囲肺組織は破壊せられ、結締組織が増殖し、壁は弾力性を失い如何に基盤療法を 励行しても 大した縮小を來さない。かようなものを硬化性空洞と言ふ。此の病型になる

と、病巣近部或は前に罹つた滲出性肋膜炎後の肋膜癒着があつて氣胸の出來ぬ場合が多いのである。此場合早く思い切つて胸廓成形術を受ける必要がある。術後少くとも一年間の基盤療法をしないと遠隔成績の悪いのは勿論、一年後の成績も悪く、折角の手術も実を結ばず、長い療養を餘儀なくされ、患者は保障期間内に復歸出來ず、何處かで餘分の療養費を負担せねばならぬ破目に陥るのである。もし幸にも氣胸が出來たら続行し、検痰菌陰性となれば少しの癒着があつても切断や剝離の必要はない。空洞の消失は弾力性空洞と異り消失に長期を要する。故に療養期間短縮の爲、殊に保障期間内と言う制限があるのであるから、菌陰性となつても空洞が明かに存在する場合、殊に菌が時々少量ではあるが出没するやうな場合は速かに切断或は剝離或は全面癒着を企て、成形、或は氣胸で病巣が一肺葉に局限していることの明かな場合には肺葉切除をもするのが得策である。甚しい硬化性空洞になると單に成形だけでは不成功に終るからである。一般に成形術の適應症は検痰菌陽性であることは勿論、滲出性の部分のなるべく少いこと、上肺野に局限し、空洞は先づ直径5糎以下、他側肺の病変はないが、あつても狭くて停止性であり、氣管氣管枝狭窄、滲出性肋膜炎、活動性骨關節結核、中等症以上の腎結核、ストマイで輕快しない腸結核等がなく、肺活量が普通男子で2000cc、女子で1500cc、意識的呼吸停止時間20秒以上、年齢はなるべく20—50歳、心肝腎の高度機能障害のないものである。両側上肺野の場合は両側成形も出來るが條件は更に慎重になり肺活量が普通男子で3000cc、女子で2300cc、位あればよい。現在ではペニシリンやストマイの御蔭で先づ安心して受けられる。但一側肺乃至肺葉切除は前者に比し可成危険が多いから其の他の術式と共に將來への研究課題として専門家の研究熟練に期待したい程度である。もし術後他側に新病巣を生じた時は全身症状の強い限局性肺結核に準じて処置し、術前停止性と考えたものゝある場合は、ないものに比し後療法即基盤療法を嚴重にし、経過を監視し悪化の徴、現れたら新病巣に準ずるのである。時に單獨に指頭大以上鶏卵大位の境界鮮明、中は均質性陰影を投ずる病巣あり数ヶ月経るも一向変らぬ。之は結核腫と考えられる。氣胸しても駄目で結局肋膜炎を起し氣胸出來なくなる位のものである。氣胸しないで見ていると幸運な時は中に不規則な石灰沈着を起し緊縮し十数年経てば約半分程に縮小するが、身体状況の悪い時期に氣管枝に破れ、乾酪物質を咯血乃至血痰に引続き、或はそれらの先驅なしに咯出し、後に空洞形成を認めることあり、此時ストマイ應急使用の新病巣防止に次ぎ、氣胸すれば、当初に行うよりも速かに其効果を擧げ得る場合もあり、近時其肺葉切除或は結核腫摘出を試み其結果も見ている。又空洞直径5糎以上のものは持続吸引療法又は切開を加えて縮小前処置して成形術が行われてゐる。

12) 廣汎混合型肺結核。以上で片肺全部或は両肺上半分侵されたもの迄は、他に身体的障害がない限り現行社会保障制度の埒内で大体目途をつけ仕上げる事が出來るが、発見当初に方途を誤り、其以上に拡がり両肺大部分を侵すに到らしめたものは、両側氣胸の出來るものはして強い部分が強く萎縮する体位を採らし、出來ないものは其儘で基盤療法だけを実施すれば3乃至4年で大体良くなるものゝあることを知つた。其間発熱、咳、咯痰、等の自覚症が起るも出來るだけ基盤療法の勵行で防遏し、時にストマイを一時的に少量使用し、或はパス錠剤を1日8—10瓦、チビオン0.1瓦位の連用を試み其結果を得ているものもある。食欲減退の徴あれば中止するようにしている。

13) 停止型肺結核。レ線写真上消失し、検痰菌陰性を持續しても、一旦以上の所見を現したものは多くは何處かに潜んで居ると考えねばならず、況や大体片附いたと考えるものは、尙硬化性は勿論、其の辺に増殖性の部分がないとは断言出來ず、殊に成形術を行つたものは検痰、赤沈、全身状況以外の決め手がないのであるから、それらの予後が睡眠と栄養との規則を守り、良識を活かす意志の力が強ければ予定通り其経過を採るが、然らざるものに悪いものゝ多いことを知り、治療には病型、経済のみでなく其人各の意志の力を考慮に入れ、弱い者には熱意を以て指導することの必要を知つた。