

ラエンネック

結 核 論

第1章 肺の結節或いは肺癆

(Des tubercules du poumon ou de la phthisie pulmonaire)

病理解剖學の進歩によつて私達は遂に肺癆は肺に現代解剖學者が結節 (tubercule) と呼んでいる獨特の病的産物が發生することによつて起るといふ證據を掴むに至つた。昔は不自然な腫瘤及び瘤起にすべて tubercule という言葉を使つたものであつた。

私は神經癆 (phthisie nerveuse) 又は肺癆の假面をかぶつた加答兒であらざる限り上に定義した以外の種類の肺癆を承認すべきでないと考えている。多くの病理學者及び實地醫家が壞血病性癆 (phthisie scorbutique), 花柳病性癆 (phthisie vénérienne) などと命名して特に病型を分類している種類のもは、実際にはいずれも結核癆 (phthisie tuberculeuse) であつて、おそらく確實な根據はあるまいが、單に結核發生の誘因が異つていただけである。Bayle が記載している顆粒性癆 (phthisie granuleuse), メラノズ癆 (phthisie avec mélanoses), 潰瘍癆 (phthisie ulcéreuse), 結石性癆 (phthisie calculeuse), 癌性癆 (phthisie cancéreuse) などの種類のもはどうかと言えは第1の癆は以下に於て説明する通り結核癆の1變異にすぎず、第3の癆は既に私が述べた肺の部分的壞疽 (gangrène partielle) 以外の何物でもない。他の3種の癆は肺に存在するという點をのぞけば結核癆とは別の性質のもので、結核癆の病名が由來する効果即ち全身の消耗 (consomption) をおこすことは珍らしい。従つて私にはこれらの種々なる疾病を一括して取扱うのは利なくむしろ不便を來す様に感じられる。しかし勿論私は各々の條下でそれらを説明するつもりである。

Bayle は彼以前の研究とは比較にならないほど正確且つ完全に結核發生

の進行を記載したが、その所見は彼の研究 (Recherches sur la phthisie pulmonaire, Paris, 1810) 發表以後の觀察によつて修正擴張さるべき點がある様だし、又私がこれから述べねばならない多くの事柄を理解して貰うためにも、結核發生の特徴と様式とを簡單にかいつまんで説明する必要がある。言うまでもなくこれに關して私は上に引用した Bayle のすぐれた業績にも立ちもどることなく目的を達することが出來たのである。結核物質は肺及びその他の臓器に孤立或いは浸潤の二形式を以て出現する。これら兩形式にはいずれも多數の變異を含んでいるが、それは發生段階の變異にもとづくものである。

孤立性結核には私が粟粒結節 (tubercules miliaires) なまの結節 (tubercules crus), 結核肉芽 (granulations tuberculeuse) 及び囊子結節 (tubercules enkystés) と名づける四つの主なる變異があり、浸潤性結核にも無形結核性浸潤 (infiltration tuberculeuse informe), 灰白結核性浸潤 (infiltration tuberculeuse grise) 及び黄色結核性浸潤 (infiltration tuberculeuse jaune) と呼ぶ三變異が認められる。

結核物質發生の形式が何であろうとはじめは灰色半透明物質として出發し、漸次乳濁黄色の濃厚な物質に變化して行き、やがて軟化して流動性を帯び殆ど膿様状態になる。そして氣管から放出されて、あとに肺潰瘍 (ulcère du poumon) と言う名でひろく知られている穴をのこすが、私達はこれを結核性空洞 (excavation tuberculeuse) と呼ぶことにしよう。

以下順を追つて前述の結節諸形を記載することにしよう。

粟粒結節 (tubercules miliaires) 粟粒性とよばれる結節は結核性物質が肺をおかす形式の中で最も多く遭遇するもので、灰色半透明の小顆粒であるが、無色透明で軟骨よりも稍々軟い硬度を呈することもある。大きさは粟粒大から麻實大の間を變動し、形は一見類圓形であるが、ルーペでしらべると余り規則正しい形状でなく、すこし角ばつて見えることもあり、肺組織に固着しているから無理にはがすと肺實質と一緒に附着して來る。この

顆粒は栄養を吸つて成長し、群をなして融合するが、それ以前に中央に黄白乳濁せる小點が發生し、中心から周邊にひろがり、成長するにつれて結節全體を占める様になる。尤も全結節の黄白色濁濁物質は隣接せる結節同志が融合群を形成し、結節物質が合一してしまつてからも長い間おこらない場合も非常に多い。即ち斯様な結節群の一つに剖面を入れると分離して存在していた當時の各結節の中心を示す小黄色點と、その周囲にあるまだ侵襲をうけていない灰白色物質領域とを明かに區別出来る。私は理解をたすけるために、第1圖版 Fig. 3 (實際は7の誤植?) にこの結節發生像をかかげる。一定の時日がたつと完全に黄色物質が侵襲して、群は總體として全く帯白黄色の均一物質に變化し、軟骨よりもやわらかくてそれよりも流動性の多い物質になる。この種の結節をなまの黄色結節 (tubercule jaune cru) 或いは單になまの結節 (tubercule cru) と呼ぶ。個々の粟粒性結節が相當の距離をおいて存在する時には互に融合せず粟粒大以上に達する前にしばしばなまの黄色結節の段階にはいる。結節の数が非常にすくなく、各肺に100個或いはそれ以下しかない場合には分立せる結節は時に櫻實、榛實、乃至巴且杏の核ほどの大きさに達するが、巴且杏核以上になることはまことに珍しく、もつと大きななまの核節小塊が肺に見出されることもあるが、それは一般に多數の結節や結核性浸潤の融合産物である。一般になまの孤立性結節は元來類圓形或いは卵圓形を呈している限りその核は唯1個だけであることは人の知る通りである。

結節の周囲にある肺組織は健全で壓迫すれば捻髪音を呈するのが普通で、結節が小さければ小さいほど、結節段階が發生初期であればあるほどそれに比例して健常である。

粟粒結節性肉芽 (Granulation miliaire tuberculeuse), この種の稀なる結節變種をはじめ記載したのは Bayle であるが、彼はその極めて獨特性質に驚いており、その存在は確實であるが結核結節には無關係の病的産物と信じられて來た。粟粒肉芽は略々粟粒大で正確に圓形又は卵形で、均一

な大きさをしていて無色透明な點で一般の結節と異り、他の觀點から見れば健全な肺全體又はその大部分に數限りなく散在するが群を形成して融合する様なことはない。しかし或る部分に密集するため、しつかりした團塊又は核をつくることはあつて、それに剖面を入れると健康或いは軽く漿液が浸潤している細房性組織 (tissu cellulaire) で互にへだてられた肉芽顆粒を認める。

それを結節と異なる病的産物の一種と見做し、殊にそれを病的軟骨形成であるとするのは明らかに Bayle 氏のあやまりであつた。何故なら彼の意見が正しいとすれば化骨状態への移行が場合によつて發見されてもよいわけであるが、決してその様な構造に遭遇しないからである。逆に入念にしらべると本肉芽が黄色不透明な結節に變化して行くことがわかり、最も無色なものもその二、三は軽く灰白色を帯びて一般の粟粒性結節と鑑別しにくく、乳色硝子様光澤を有し、剖面を入れると黄色乳濁せる中心、即ちまぎれもなくなまの黄色結節への推移開始の徴候を發見出来る。Bayle 自身もこの種の著明なる例を記載している。

又別の場合には肺は結節で充満し、それが極めて小さく、大きさ略々均一で乳濁黄色を呈しときどきかなりはつきりと軟化しているのを見ることがある。Bayle が書いているのは正にこの様な特徴をそなえたものであつて彼はこれらの肉芽を粟粒結節と混同すべきではないと警告しているけれども、私には兩者の間に果實の成熟未熟以上の差異があるとは思われない。粟粒性肉芽がそれよりも容積が大きく異論をはさみ得ないほど明らかな特徴をそなえた結節と同時に共存することは言うまでもないが、斯様な所見は肺のみに認められるものである。

結節が各系統臓器に發生し、初期段階即ち出來てから餘り時間が立つていない時にはそれをしらべることによつてこれら病的産物が常に透明或いは半透明で無色か又は軽く灰白を呈するものであるということを證明する一連の事實をつかむ事が出来る。肋膜及び腹膜の表面に見る結核性肉芽は

時に透明であるが、他の場合には灰色半透明であつて兩者共に結核性肉芽はしばしばその中心に黄色乳濁點を形成し、時折稍く軟化せる結核性物質に變化しているのが認められ、斯様な各種發育段階を同一肋膜又は同一腹膜に發見することは決して珍しくない。結核患者の腸に見出される潰瘍の底面には通常上述の色と透明性を有する粟粒結節が存在する。結節を有する淋巴腺組織は周圍がわずかに半透明で眞珠様灰色を呈しているが、それは腺組織が近い中に全く結節性物質に變化することを物語るものに他ならない。最後に Bayle は脾臓が灰色の小體でみたされているのを觀察しているが、彼自身も亦それを結節と見做しているのである。

この點に就いて Bayle がおかしした誤謬の原因は何と言つても未熟段階結節の特徴をなす灰色半透明組織を十分に區別してながめなかつたことに歸すべきである。既に彼の多くの觀察、就中 VI, XII, XIII 例及び XXIV の乙例は彼が以上の關係を豫見してはいたが、認識していなかつたことを示している。もとより正常代謝を行つている動物組織に似ていない病的產物はすべて初期には多少無色透明で同様の硬さをもつてゐることに注意しなければならぬ。その唯一の例外はメラノーズ (mélanose) であつて、この際には左様なものが見られない。メラノーズを昔の人は lardacée (豚肉のあぶら) と呼んでいたが、この物質はあらゆる種類の病的產物に對して極めて僅かな差異を示すのみで、例えば卵黃がヒヨコ、或いは原始的な動物性ヂェルがやがて發生すべき臓器に對する如く、正常有機體には無縁の物質を入れるべき基質又は榮養變化の一產物ではあるまいか？

上述の發育段階の差異以外に、二三の偶發原因によつて結節の色調に差異を生ずることもある。即ち黃疸は黄色調をあたえるが、それは結節の表面に著明で就中肝臓に發生した結節に於て明瞭である。又結節の近傍に壞疽が出來ると結節は褐色又はきたない褐色を呈し、肺の黑色物質 (炭粉? matière noire pulmonaire) が場處によつては結節の色をよごし、黄白色に黒或いは灰色の點を混することもある。

發生當初透明な結節物質が後に灰色を帯びるのは一部に於ては肺黑色物質がすこし混合するのが原因であろうと考えられる。私は極めて透明な粟粒性肉芽の見出される死體の肺に黑色物質が非常にすくない事實を知つてゐる。又粟粒結節は半透明であろうと或いは既に黄色乳濁を呈してゐようとして中心部に黑色物質からなる小點を有し、結節が成長するにつれてそれが消えて行く、斯様な偶然の事實を肺メラノーズと混同すべからざることはいずれこの疾病に就て述べる際に説明する。私は前に氣管支淋巴腺感染を記載した時、この淋巴腺の剖面にあらわれる結節がデッサンの時にクレヨンでかいた陰影にもたとうべき黒く細長い線條を有し、若干の部分では強くくすんだ色をなし線條を形づくる諸點が散在し、末梢に於て消失するのを指摘した。

肺に結節が多數存在するときには、それらが非常に小さくても結核物質が氣管支に流出し潰瘍性空洞を生ずるほど結節が軟化しない中に突然死亡することがある。然し乍ら斯様な場合は非常に稀で、肺癆を除けばすくなくとも死期をはやめる重篤な他の疾病が合併していない限り起らないことである。

灰色結核性浸潤 (Infiltration tuberculeuse grise) この浸潤はしばしば結核性空洞の周圍に生ずる。未だ結節を有していない肺にも原發的に生ずることがあるが、それは非常に稀である。しかし形の大きい結核性物質が粟粒性結節を生ずることなしに灰色結核性浸潤に似た初期段階或いは半透明結核性物質の浸潤の結果として出現することもある。この際には充血せる肺組織は緻密で水分にとみ、全く空氣を容れず多少くすんだ灰色を呈し、細片に切りきざみその一片をとると軟骨様硬度を有し剖面はみがきをかけた如く平滑且つきめが均一で肺小野 (肺細葉) と區別することが出来ない。本硬結がなまの結節状態に移行するにつれて黄色乳濁小點が多數あらわれて増殖發育して硬化部全體を侵し、終になまの黄色結核性浸潤に變ずる。近頃未熟な觀察家が灰色結核性浸潤を慢性肺炎 (Péripneumonie chronique) と

考えているがそれが炎症と異なる解剖學的特徴をそなえていることをいずれ説明しようと思う。

膠様結核性浸潤 (Infiltration tuberculeuse gelatiniforme). きわめてしばしば粟粒性結節間に流動性というよりはむしろ浸潤の強い物質からなる無色或いは僅に血液を混じた漿液や上等のゼリーを思わせる比較的限局せる浸潤を見出すことがある。これを非常に粘稠な淋巴によつて形成された單なる浮腫と思う人もあるだろうが、殆どすべての空氣小胞 (cellules aériennes 肺胞) が融合してゼリー様になり、その大部分を區別出来ない點に於て本浸潤は肺浮腫と異なる種類のものである。それは漸次硬化して、徐々に上述の物質に變化するのである。そして最も透明且つ液狀の部位に於てさえ小結節性黄色點及び灰色浸潤に類似せるなまの黄色結節性物質への種種なる移行段階が見出される。本膠質様物質は最近まで慢性炎症産物と見做されて來たが、以上の理由により私はこれを半透明灰色結核性物質の變種に他ならないと斷定する。

時々灰色及び膠様結核性浸潤のなまの黄色物質 (matière jaune crue) への変化が極めて迅速に起るので肺には最早これら兩種原始的物質は痕跡さえも認めず、巨大な生の黄色塊及び明瞭な浸潤産物があらわれ、全く多數の粟粒結節が融合して生じた構造とは受けとれないものが見出されることがある。斯様な結核性浸潤變種は次の様な形式をとつて出現する。即ち肺の諸所に黄白色ではあるが、通常のなまの結節よりも蒼白調がずつと強く光澤を欠いている爲に肺實質と鑑別しにくい塊が出て來て、その形は不規則で角が多く、一般の結節の様に丸みをもつていないのである。おそらく前條で述べた變種及びそれよりも前の條で説明した瀰漫性灰色物質と同様肺組織に對する結核性物質の浸潤の結果生じたものであろう。——丸い結核結節は一種の異物であつて肺組織に浸潤するというよりもむしろこれをあらゆる方向に壓排するが、上述の組織塊は間々相當廣く肺葉内にひろがる。そして肺表面まで廣がつて來てもそこに膨隆點をつくつたり肺表面の

形を變化させたりせず、他の種類の結核結節と同様發育につれて黄色調を増し、遂に軟化する。

なまの結節がどんな形をして發生しようと、いずれも早晚軟化して液狀となるが、それに要する時間は一定しない。軟化は各臓器の中心部よりはじまり、日一日という風に結核物質が硬度を減じ流動性を増して乾酪化し、さわつて見たとき軟いチーズの様に油氣のある物質に變化して行き、最後に膿の様な粘度と流動性を得、漸次周邊に擴大して全體として軟化する。

斯様な状態に於ては結核性物質は次の二種の異なる形式をとる可能性がある。即ち一つは濃密・無臭でなまの結節よりも黄色調の強い膿に似た外觀を呈するか或いは血液を混じて汚れていない限り多少無色透明の漿液成分と、チーズ様に軟い脆弱な乳濁せる二成分よりなるものであつて、他はチーズの浮遊している乳清を思わせるルイレキ患者に特に多く遭遇する物質である。

結核性物質が完全に軟化すると、最寄りの氣管支の一つにやぶれ口を開くが、開口部はそれにつらなる空洞よりもずつと小さく、完全に結核性物質が排出されて了つた後に於てさえ、兩者 (空洞と開口部) 共に必ず瘻管の域にとどまる。

この様な風におかされている肺に空洞が唯一個だけしか發見されない様な場合はまことに稀で、空洞はなまの結節と粟粒結節でかこまれ、漸次軟化して主空洞に開口し、よく見られる様な凹凸を呈するのが最も多いが、じりじりひろがつて肺の端部に達する位大きくなるのも時々見かけられることである。

又結核性物質におかされた軟化肺組織の索條が空洞内を横切り、心室肉柱の様な恰好をすることがあるが、その太さは兩端部より中央部の方が細い。

これはしばしば血管と思われ、おそらく Bayle の如きも時々斯様な誤謬をおかしているらしく、彼は結核性空洞を血管が横斷する場合が多いと書

いている。しかし実際にはその様な例は非常に珍しく、私は未だ嘗て斯様な索條内に一程度以上の内腔をそなえた血管を見出したことがないのである。氏の著書には症例をかかけていないが私は彼からひどい咯血で死亡した肺癆患者の剖検に際して肺血管が巨大な空洞を横切つて、その走行の中央部に患者の死因となつた出血の源である破裂箇處を發見したという話をきいたことがあるのを思い出す。

私が索條内部に血管を見出したかなり稀な諸例に於ても、血管は索條の一部分を占めるだけで殆ど毎常閉塞していた。即ち血管は索條に侵入してからごく僅かな距離だけ走行がはつきりして、それ以上になると完全に結核性物質におかされた肺組織にとけこむのが普通である。

一般に結核性物質は大きくなるにつれて血管を壓排するのではあるまいかと想像される。何故なら随分太い血管でも空洞壁に沿つて蛇行し壁の一部をなしているのが見られるからである。

この様な血管は通常壓平されていて、全く内腔のなくなつていのはまれである。しかしそれが空洞や結核結節塊にむかつて出している分枝は明かに閉塞しており、これに色素を注入しても空洞内にもれて來ないのである。Baillie 博士は既に斯様な觀察を行つているし、Starck 博士も血管斷端が凝固血でとざされているのを認めている様である。

これに反して氣管の分枝は結核性物質に排斥されるよりもむしろ一般にそれによつてとり圍まれておしつぶされることによつて破壊するもの如く見受けられる。何故なら結節塊内には決して氣管を見ないにもかかわらず、空洞は如何に小さくとも常に種々なる大きさの氣管が開口しており、昔は結核性物質を横切つてのびていたと解釋し得る方向をとつているし、又氣管は毎常空洞壁の=ポー (niveau) で正しく切斷され決して斜に側面を以て開いていないからである。

内容が放出されるにつれて空洞の内壁は乳濁白色非薄均一旦つ極めて脆弱でメスを以て容易にこそげ落し得る一種の偽膜で蔽われる。本偽膜は完

全に空洞内壁をあまねく被覆するのが普通であるが、時にはその代りに一層菲薄で透明度が高く、割合に脆くない偽膜様浸出物が壁にしつかり附着していることである。しかしそれは通常内壁の一部を蔽うに止まり、内壁にくまなく行きわたつている際は特に厚くなつている部位が諸所に散在して、一齊に種々なる部位に起つた浸出の産物に他ならぬことを物語つている。

後者の膜(菲薄で透明な偽膜様浸出物)はしばしば多くの部位で斷裂している粘着性のない前者の膜(乳濁白色で均一旦つ容易にはがし得る偽膜)の内層をなすものである。

場合によると偽膜はいずれの型であれすこしも存在せず、空洞壁が直接肺組織よりなり、固くて紅色を呈し、種々なる發育段階の結核性物質の浸潤を蒙つていることもある。

以上の事實によつて、私は後の膜は前の膜の第1段階にすぎないと考える。偽膜が完成すると剝離がはじまつて一部が咯出されてあとに新しい偽膜がつくられるが、この偽膜性物質は肺癆患者の咯痰の一部を形成する。

Bayle 氏によれば本偽膜が咯痰内の膿を分泌するそうであるが、この見解の根據は膀胱内面やその他の潰瘍面の偽膜がよく似た性質を持つている點に求められる。何はともあれ私は肺癆患者の咯痰の大部分は肺に加えられる刺戟によつてたかまつた氣管枝の分泌産物であると思う。勿論私は空洞からの分泌を絶対に否定するものではない。しかし私の經驗では空洞内面が上述の柔軟な偽膜でおおわれている時には腔内には何物もなく、全く空虚な場合が多く、たとえ膿様物質を入れていてもそれは咯痰よりもむしろ氣管支の内容物の方によく似ているのであつた。

囊腫結節 (Tubercules enkystés). 長い間病勢が一進一退しているとやがてこの偽膜の下の方々から灰色半透明で軟骨様のきめを有し、稍々柔く、且つ肺組織にしつかりくつついている斑板 (plaque) があらわれる。大きくなるにつれて融合し潰瘍空洞の内面を完全に蔽いそこに開口している氣

管支の内腔にも物質的につらなっている様な外観を呈する。

完成した軟骨様膜は通常眞珠様灰白或いは軽く紫色を帯びることがあるが、それは膜がうすくて半透明なために肺組織の色彩がすいて見えるからである。

しかし時々軟骨様膜が非常に厚くても、内面がバラ色乃至紅色を呈し洗滌しても色が消えない事もある。私はまだ確認していないが血管網の發達或いは屍體の血液滲透 (imbibition sanguine) によるものらしく殊に後者の可能性が大きい。

極めて稀には完全に捻髪音を呈する (健康で空気を包含している) 肺組織の眞唯中に殆ど全く軟化している結節が認められる。私は24年來斯様な例を僅々 4-5 例しか経験していないが、その空洞の内面は平滑で、如何なる種類の病的膜もおむらず單に軽く壓迫された肺組織から出来ている。

肺空洞の軟骨様膜形成及び空洞を有する症例に間々發生する 2-3 の軟骨膜類似産物についてはいずれ後程再び述べることにする。

ごく稀にはこの種軟骨様膜が古くて結節軟化前に出現し實に結節發生當初に形成されたと見做すべきことがある。Bayle の囊腫様結節は斯様な構造を言うのである。

これら囊腫の構造は軟骨に酷似しているが唯硬度だけがそれより稍々柔軟である。従つてそれはいずれ後程他の場所で述べる不完全軟骨様新生物 (production cartilagineuse imparfaite) に屬し、外表層を以てそれを包圍している部分に固着し、切斷するか引きちぎるかしない限りはなすことが出来ない。結核性物質も亦完全に軟化するまではこれにしつかりと附着している。しかしその剝離は可能で取り去つたあとには間々粗造なこともあるが一般に磨き上げた様に平滑な囊腫内面が見える。囊腫様結節は肺組織自身よりも氣管支淋巴腺内の方にも多く見出される。

私はこの種の囊腫が原發的なものも二次的なものも變化して化骨するの

を見たことがないから化骨化は極めて稀だろうと考えている。然し私は學生の一人が剖檢に際して死者の肺に雞卵大骨石囊腫 (Kyste ostéo-pétré) を發見した一例を経験している。屍體は學生の通知によれば肺癆らしく、不完全骨石性化骨は本囊腫の3個の部位からはじまつたのではあるまいかと思われた。即ちまだ化骨變化を受けていない薄い軟骨板によつてつなぎ合わされる3個の骨片が認められたのである。Bayle も亦この種若干囊腫に化骨點を發見している様である。

肺に存在する結核結節の数が多いと、たとえ個々の結節がどんなに小さくても、まだ一つも結節が軟化せず又氣管に流出して跡に潰瘍性空洞 (excavation ulcéreuse) をつくる段階に達しないうちに死亡することがある。とは言え斯様な例は肺癆以外に肺癆に匹敵するほど重篤で、すくなくとも死を早める何等かの疾病がない限り起らない稀有の場合である。

逆に結節の数がすくないと剖檢に際して結節がすべて空洞化しているのを認めることもあるが、明かに結節が次々に生じて、既に説明したことのある相異なる發育段階にある結節を同一肺内に見出す場合の方がすつと多い。即ち 1° 灰色又は無色半透明の肉芽状態のもの、2° 容積が一層大きくて中心部が既に黄色く乳濁している灰色結節状態のもの、3° 黄色に乳濁しているがまだ固さを失つていない結節状態のもの、4° 灰色膠様又は黄色結節性浸潤状態のもの、5° 特に中心部が軟化している結節状態のもの、6° 多少にかかわらず内容が放出されて空虚になつている空洞状態のものなどである。

いずれ後にわかる筈であるが上に述べた事柄は治療上重要な内容を含んでいるのであつて、私は肺のいろいろな部分に結節があとからあとから發生することを強調しておかねばならないと思う。結節は殆ど常に肺上葉の頂端、殊に右肺尖部に原發するから巨大空洞が最もしばしば見出される場處はこれらの部位就中右肺尖部である。又他の肺部が全く健康で結節を1個も認めないのに肺尖部に空洞が存在する場合が珍しくない。しかしこの

際肺結核としての徴候が一向あらわれないか、或いははつきりしなくて患者が他の疾患のために死亡することも多い。

これよりも一層普通に見られるのは肺尖部に空洞及び進行せるなまの結節が數個あつて、他の肺部には半透明で中心にまだ黄色點が出来ていない非常に小さな粟粒結節が無數に散在して結節の間には健康な燃髮音を呈する (crépitant) 肺組織が存在する例である。これら粟粒結核は明かに空洞を生ぜしめた侵襲よりもはるか後におこつた第2次侵襲の産物である。患者を診察した所見と剖檢の成績とを照しあわせて私は第2次侵襲は第1次侵襲によつて生じた結節が軟化を開始する時期におこることを理解するにいたつたのである。

同じ肺に第2次侵襲 (éruptions secondaires) が 2~3 回繰返えしておこつたと解釋すべき形跡が認められることは甚だ多い。斯様な場合には殆ど常に第1次侵襲が肺尖部を占め既に空洞を形成する時期に達しているが、第2次侵襲はそのまわりにもつと肺尖部をはなれて存在し、あまり大きくない結節から出来ているが、その大部分は黄色を呈している。第3次侵襲は不消化粟粒結節よりなり、結節の中心部には 2~3 の黄點を認め、第2次のものよりもつと肺尖から遠い場處に位置し、肺底部及び下縁には最後の侵襲と目される殆ど透明な粟粒結節が見出されるが、これはそれより先におこつた侵襲結節が占めている場處の間隙にも姿をあらわすことがある。

灰色結核性侵潤或いは膠様結核浸潤 (infiltration tuberculeuse grise ou gélatiniforme) は殆ど常に第2次侵襲によつて生じ、第2次侵襲による粟粒結節が発生した後にはじめて出現する例が最も多い様に思われる。

上に述べた結節進展順序の例外はそう再々遭遇しない。原發の第1次空洞が肺の中心部或いは底部に存在することは極めて珍しいが、右肺より左肺がひどくおかされている例はそれよりも多い。又、第1次侵襲の結核結節の數が多くてその爲に患者が死ぬ事は非常に稀で、時々見かける認め得る羸瘦なしにふとつたままで急性熱發にたおれるものが正にそれであつて、

これを解剖すると粟粒結節をまじえない多かれ少かれ軟化している相當大型のなまの黄色結節が澤山發見される。

第2次侵襲は肺に限局せず他臓器も肺と同様の結節性産物を生ずるが、それは丁度第1期侵襲 (éruptions premières) によつて生じた結節が軟化しはじめる時期に起る。

肺癆患者に於て他臓器には結節がなく肺だけにそれが存在する例は實際すくなくて、殆ど常に腸壁に結節が發見される。肺癆患者はしばしば水様性下痢を併發するが斯様な腸の結核性潰瘍がその原因である。

結節の侵襲をまぬがれる臓器はおそらく一つもあるまい。殊に肺癆患者に於てはその様な臓器は全くないのである。私が結節を發見したことのある臓器を頻度の順に記すと氣管支・縦隔膜淋巴腺・頸部淋巴腺・腸間膜淋巴腺・その他あらゆる身體部に存在する淋巴腺・肝臓 (この臓器では結節がしばしば極めて大きくなつて完全軟化の段階に達する) 攝護腺 (ここでは逆に結節が軟化して尿道を通じて内容を放出し、あとに大小の空洞をつくる) 腹膜及び肋膜の表面 (そこでは小さい結節が數多く發生し、個々の結節は通常灰色半透明、即ちなまの状態を呈し完全に軟化しない中に浸出液瀰溜 (hydropisie) をおこして死に至る。結節は膜に固着して偽膜をつくり急性・慢性の炎症を生ずる) ・副睾丸・輸精管・睾丸・脾・心・子宮・腦・小腦・頭蓋骨緻密質・脊椎骨・或いはこれら諸骨の靱帶装置間隙・肋骨緻密質及び他のすべての骨 (そこでは時々昔の外科醫が骨肉腫 ostéosarcome なる病的産物 productions accidentelles と混同した巨大な融合塊を形成するものがある)。又通常硬性癌 (squierre) や癌 (cancer) などと呼んでまちがえる二・三腫瘍にまじつて結核性物質が混合したり、或いは極めて明瞭な分離塊としてあらゆる種類の病的産物の眞唯中に發見されることもある。

隨意筋は他の如何なる部位よりも結節發生の少い臓器である。この種のもののうちで私が経験した最も著明な例は私がさきに述べた殆どあらゆる

臓器に結節をもつていた肺癆患者であつた。本例では輸尿管も亦拇指を入れ得る程度にひろがり、その内面はしつかりとくつついて結核性物質の層で蔽われていたが、これは結節のために輸尿管内膜が變化を起したものと認められ、胸鎖乳嘴筋 (muscles sterno-mastoïdiens) の下端も亦同様に固い結核性物質におかされていたが、最もひどい部分に於ても尙筋纖維の原形をとどめ、變化がこれよりもすくなく明かな境界なしに健康筋肉に移行している部分には灰色半透明の結核性物質が見られた。私はこの患者の全経過を観察していたが、彼は一度も頸部の疼痛を訴えたことがなく、唯あらゆる淋巴腺に結節が充満して腫脹していたので頸を動かすのが少しむづかしかつただけである。

極めて稀には上述の諸臓器殊に粘膜や淋巴腺に最初の結核性産物が發生し他臓器にひろがるが、この際肺に發見される結節は第2次侵襲の産物である。

肺癆に随伴し易い種々なる變化——肺癆患者の多くはギリシヤ人が肺癆という病名を與えた程度の憔悴に陥つてからやつと死の轉歸をとる。

この羸瘦は脂肪組織及び筋肉では目立つが内臓にはすこしもその徴候が見えない。腸が稍々萎縮していることがあつてもそれは全く腸内ガスの量のすくないのが原因で、脳・神経・生殖器・脾・膵臓及びその他の腺などは萎縮のきざしさえない。肝はしばしば正常以上に腫大し脂肪浸潤を見る。血管は一般に細くなつてゐるがそれはおそらく多數の空洞形成や長い間の食慾不振のために血管内液量の減少を來したことが原因であろう。骨は短くならないが悪液質が長くつづくとその周徑が減少する様で目方が特異的に軽くなるが、それは骨以外の臓器に就いてもはつきり現われる變化である。しかし重量減少の程度は色々で一定しない。略々同じ様に痩せている肺癆患者を二人比較した時、背も高く肩巾も廣いものの方が背丈が低く骨組のきやしやな者より軽いなどという事が實際再々おこるからである。

肺癆患者の胸は一般にせまく、目立つて萎縮していることが多い。これは既に Bayle も注意を喚起している點であるが、彼は原因を追窮しなかつた。私には次に述べる事柄が原因だと思われるのである。1° 肺癆患者が罹患前或いは経過中に極めて肋膜炎にかかり易く、別の條下で述べる通り肋膜炎は多かれ少なかれ必ず罹患側胸部の明瞭な萎縮を残して治癒する。2° これも亦一項を設けて説明するつもりであるが、肺癆の治癒を促進すると自然治癒力は胸部を萎縮せしめようとする傾向を有している。

肺癆に於ては一般に漿膜及び皮膚が蒼白で殆ど血色を欠いているのに、筋肉殊に心臓はこれと逆に朱色を呈し、心臓では殆ど毎常萎縮及び組織の硬化が著しく、おそらく全身憔悴の影響を受けてこの様になるものと想像される。

場合によると腸はその諸膜 (membranes) に發生した結節の軟化によつて生じたとは受けとれない潰瘍を呈することもあるが、結核性潰瘍は腸に随分々々見られるものである。その特徴は概ね麻實大の大小不同の粟粒結節が粘膜及び筋膜層に發生し、時には腹膜直下にもあらわれることである。結核性潰瘍は小腸就中その終末部に位置し、内から外に向つて腸管壁の全層をすこしずつ破壊して行き、底面の偽膜が顔を出している潰瘍もなかなか多い。しかし穿孔をおこすのは非常に珍しく、もしそうなると糞様物が腹膜面に流れ出し、一般に鼓腹を随伴する急性腹膜炎を來す。小穿孔のときは穿孔せる腸管が他の腸部や臓器に接着してかたまり、炎症がはじまるとすぐ蛋白性浸出液が出て來て孔のふたをする。こうなると腹膜炎が慢性期に入り、第二次侵襲の結節が無數に炎症性偽膜全體に發生する。

腸癒着は時折極めて變つた形をとることがある。即ち穿孔形成の最中に腹膜反對側に腸が極めて僅小の小麥粉糊汁の様にうすい浸出液のたすけをかりて粘着するから、腹膜孔への糞便物質の漏出もなく、眞性腹膜炎もおこらない。軽い炎症の産物として上述の浸出液がやつと認め得る程度に存在するけれども、存命中患者はすこしも苦痛を訴えず、死後の剖檢によつ

ても腹膜の赤發を見出すことが出来ないのであるから、眞性腹膜炎でないと言えるのである。私にはこの亞炎症状態及びその分泌物が皮膚第一次癒合の癒着性炎に酷似している様に思われる。又結核以外の疾患殊に癒並びに最近 Jaeger 氏及び Cruveilhier 氏が研究を發表した壞疽性結痂 (eschaire gangréneuse) 或いは無色性軟化を原因とする胃腸穿孔後に上と同様の癒着が起ることを私は経験している。死戦期が長くて激烈な急性熱發をおこして諸所に充血を來さない限り、粘膜は潰瘍附近に於ても一般に蒼白に見える。

現在ひろく流布している癒着を重視する Bordeu の見解によれば癆症患者が肛門痔 (fistule) をわずらうと死期がおくれるというが、肺癆と肛門瘻との合併例は珍らしく、又私は病勢の進行に影響がないと思つている。

肺癆患者の肝臓はしばしば淡黄色で種々なる性質の脂肪浸潤を著明にあらわすものである。時には脂肪に酷似し又場合によつては長らく adipocire と呼んで混同されていた脂質の硬度及び外觀を呈するものが認められ、Chevreul 氏はこれに種々なる種類が存在することを證明した。

肝臓の脂肪浸潤は癆症以外の慢性疾患に於ても遭遇するものであつて、私はすこしも重篤な器質性合併疾患を伴わず單獨に出現する場合も経験している。Broussais 氏は斯様な肝臓病變を十二指腸炎症の交感効果 (effet sympathique) と解釋しているらしいが、私は十二指腸炎を殆んど見かけたことがないし、死後充血と炎症とを間違えない眼をもつている人なら誰でもこんな疾病が稀有であることを知つているに相違ない。私は肝臓が健全で十二指腸が強く癒着していたり、十二指腸が全く蒼白で肝臓に脂肪が多い例を再々経験している。

癆症患者の體液は敗血性分解 (décomposition septique) をおこす傾向が極めてすくなく、他の急性慢性疾患々者よりも長期就褥による壞疽性痂皮形成 (褥瘡) を來しにくく、長い間化膿に抵抗をもつている様である。

さて私は解剖上の所見によらずして到底正しく解釋し得る見込のない、

1° 結節 (tubercule) は炎症の窮極的産物か？ 2° 結核性癆症には治癒の見込があるか？ という二大問題を検討して肺癆の病理解剖に關係ある事項の記載を終り度いと思う。

第 1 項 結節 (tubercules) は炎症の産物か？

昔の人は彼等が知つており、しかも互に混同して硬性癌 (squirmhe), 腫瘤 (tumeur), 結節 (tubercule), (σκιρροι φυματα) などと呼んでいた病的産物の原因を炎症だと思つていた。前世紀にはいつて病理解剖學が進歩したために斯様な古めかしい説は動搖するに至つたが、確實な事實を以つてこれを打倒した最初の學者は Bayle であつた。

同じ頃パリで行われた研究をすこしも知らなかつた Broussais 氏は陸軍病院に於ける觀察をもとにして古い見解に追隨し、且つそれを支持しようと努力した。その後彼は積極的に Bayle に挑戦し、常に事實よりもむしろ頑迷と理窟を武器にして論敵を打倒したのであつた。私は本問題を極めて必要と思うから、觀察の範圍から迷い出る危険をおかさない様に問題を肺構成各組織の炎症に分類して考えて見よう。これら炎症のうちどれが最も明瞭且つ毎常結核發生という終末を引きおこすか？ それは急性・慢性肺炎か、加答兒か、それとも肋膜炎であるか自問自答しようではないか。

急性肺炎 (péripneumonie aiguë) は結節發生の原因か？——病理解剖學を知らないが偏見を持つていない立派な觀察をする實地家にこう問えば、急性肺炎の結果癆症症狀を引き起す例はまことに珍しいと、答えるに相違ないと私は思う。又急性肺炎で癆症が起つた様に見える場合でも果して肺炎が結節發生を促進したか、結核結節が刺戟して肺炎を起したのか容易に決定出来ないと言うだろう。しかし病理解剖を行うと問題は一層解決しやすくなる。實際急性肺炎でたおれたものに結節を見出すのは稀有で、癆症患者の多くはその末期に急性肺炎の症狀を呈することなく死亡し、死後の

剖検に際してもその痕跡さえ認められず、否その全生涯を通じて肺炎にかかったことのない者が多いのである。

もし結節が急性肺炎によつて生じ、その最終段階に他ならぬものなら、両疾患の間に種々なる移行が存在し、既に私が述べた單純な炎症性充血と肺膿瘍との間にみとめた様なあらゆる中間段階を記載し得る筈である。ところが實際には斯様な中間段階がないのであるから、これら二つの疾患を結びつけて考えることは不可能である。化學的に膿と軟化結節物質とをはずきり區別出來ないとしても、それは化學が卵白と或る種の癌から漏出する蛋白液とを鑑別し得ないのと同様、この學問の現状が不完全であることを證明するものであつて、これらの物質が同一物質であるという證據にはならない。結核性物質が軟化して放出されたあと、あらたにこの物質がたまつて來ないが、膿瘍が排出されたあとには壁から常に膿が分泌されて溜溜しているという點で大いに異つているのである。

よし偏見にとらわれ勉強の足りない觀察者がいて、肺炎が結節を生ずると誤認するとしても、その可能性を許し得る症例は唯一つ下に述べるものであろう。即ち私は肺炎患者の肺に於て正に肝變化を來している部位には少數の形狀不整な黄色結核性浸潤を 3~4 回發見したことがある。そのうちの 1 例では各々殆ど相似の榛實大の結節が化膿性浸潤の段階を通り過ぎて肺炎性充血に移行している部分の中心を占めていたが、帶灰濃黄色の膿浸潤肺實質にくらべて色がうすく特異な對照をしていたのでたやすく識別出來た。膿性浸出部をメスでこそげると血液をまじえた膿がとれるが、結節塊の表面からは何も出て來ない。斯様な稀有の症例を見て問題の結節塊が炎症によつて生じた結末産物であると斷定するのは全くおかしいことである。何故なら私は一方では肺の肝變化、他方では結節に對するこの種症例の頻度を比較して、それが稀有であることを知つているのみならず、全く健康な肺にも實に再々同様な結核性變化を同程度に見ているからである。故にこの場合結節塊は肺炎よりもさきに出現し、これが異物として働

く刺戟によつて肺炎になつたと解釋すべきであらう。

事實全體をしらべれば、確かに急性肺炎が結核と同時に存在することもあるが、それは兩疾患の大きな頻度に比較すると稀な出來ごとである。斯様な符號の $\frac{19}{20}$ に於て結核罹患 (affection tuberculeuse) が明かに肺炎よりもさきにおこつていて、原因論的に兩疾患の間に關係はないけれども、結節が刺戟して肺炎或いは肺炎と結核との合併症をひきおこし得るものと言へるだろう。

勿論私は喜んで日常臨床に於ける不偏の事實或いは學說に無關係な (實驗的にも觀察的にも積極的根據を缺く) 見解として急性肺炎回復期に癆症徵候があらわれ、肺の炎症のために結節發生が促進される例も時折あることを認めるけれども、それは私達に原因がよくわからない患者の結節發生素質にもとづくものであつて、決して肺炎が原因であるとは言えない。即ち炎症をおこす有機運動 (mouvement organique) そのものが結節を生ずるのではなく、炎症機能亢進 (orgasme inflammatoire) の要素である運動増加 (surcroit de mouvement) 及び營養増進 (surcroit de nutrition) によつて全く正常と異なる代謝 (économie) への變化が促進されるためである。それは一見本問題に無關係の如くであつて實は必ずしも關係がないとは言えない次の様な例、即ち土地を長い間やすませておいて深くたがやした時や、幾年もたがやした後放置していた土地を耕作し直した時に長らくその土の中にとちこめられていた澤山の種子から芽が出て來る事實になぞらえられる。

結節は慢性肺炎 (pneumonie chronique) の結末か?——眞實の慢性肺炎が稀有な疾患で、その様相及び理學的所見が結核と大いに異つていることは既に述べた通りである。慢性肺炎では帶紅・帶綠・帶黄色で略同大の炎症充血を起した肺氣胞がまるで或る種の昆蟲卵の様にぎつしりと互に押し合つて存在しているだけで、斯様な肺氣胞 (vésicule aérienne) を針先でつくと小膿滴が流出することがある。これを一見肺氣胞内に生じたものの

如く思われる類圓形の粟粒結節と比較すると、再者間に著しい差異があるのに気がつく、即ち粟粒結節は半透明で無数に接着して存在する場合に於ても常に（すくなくも發生當初は）捻髪音を呈する (crépitant) 健康肺組織内に散布し栄養を攝取して生長するが、もとの形状と色彩を保持している間は絶対に融合しないからである。同様に他の結核性物質發生形式とくらべて見ても、慢性肺炎と肺癆 (phthisie pulmonaire) とが全く無關係であることがわかる。

Broussais 氏はおそらく慢性肺炎を経験したことはあるまいと想像されるのに、肺癆の中に慢性肺炎が含まれると考えている。彼の見解はしばしば變化するから現在本問題をどう考えているかわからないが、彼は彼の意見を私の前で口演したし、その支持者によつて Annales de la Médecine physiologique 及びその他の雑誌に發表されたのである。私は本問題について解剖學關係の事項を之以上くわしく論ずる必要はないと信ずる。よし慢性肺炎はあるとしてもその性質が結核罹患と異なる一事及び肺の炎症を思わせる解剖學的所見及び病的症狀が全く存在しないことは本問題に否定的解答を興えるに充分であると思う。

結核は加答兒 (catarrhe) の結末か？——これより古い醫學上の意見はあるまいし、適切な治療を受けずに放置されていた加答兒が肺癆に變るといふ説ほど昔から世間に流布しているものはないだろう。この古い見解の根據は今まで唯一つ post hoc, ergo propter hoc というしばしば悪用される公理の誤解だけである。Broussais 氏がこれを支持する理由も彼が自ら刺戟 (irritation) と名づけているものによつて生ずると信じている不定性偏異 (aberration indéfinies) 以外に何も新しい點がないから、私は斯様に危険な土臺の上に立つ意見に従わず加答兒が肺結核 (tubercule de poumon) をひきおこす場合が多いという事を證明するらしく思われる諸事實に根拠を置いて理論に分析のメスを加えるだけで満足しよう。なるほど癆症の多くは加答兒の症狀をもつてはじまるが加答兒徵候を全く欠いている者に大きな

結核結節を澤山見出される場合のある事も同様にたしかな事實である。この際結核がそれより古い加答兒の産物だという人があれば、私は長い間カタルにかからず嘗て加答兒にかかつた形跡さえないものにも結節が見出されると答えよう。一見非のうちどころがない健康状態の最中に突然或いは輕微な不快に引きつづいて起つた肺カタルが實は空洞さえ伴つた潜伏結核の最初の徵候であつたり頑固で手に負えない下痢が進行不規則な癆症のはじめであつたという例も随分多い。ところが1年中幾回も風邪を引く人は幾千人もいるのに、その中で癆症になるものは甚だ少く、又大氣の僅微な變化ですぐ風邪を引き、毎回ひき直す風邪が實は私が説明したことのある通り常在潜伏加答兒の再發であつたという風なものを見るのも全然稀だとは言えない。

この他に長年月喀痰量の極めて多い痰性加答兒 (catarrhe muqueux ou pituiteux) にかかつている人が多いが、これらの人々は癆症にならず随分年をとるまで生き永らえるのはよく見かけることである。我が國では海岸の住民は内陸の住民よりもずつとよく加答兒にかかり、加答兒の潜伏乃至發症徵候をいくらか持つていない人は珍しいのに、肺癆は内陸地帯住民よりはるかに少い。

いずれ本事項に就ては後に再び觸れるつもりであるが、私はこれによつて肺加答兒が結核の發生を防止すると結論せず、肺加答兒が結核の原因に非らずと斷定出来ると思つている。細心、公平、連続的に本問題を検討する實地醫家なら、よし風邪をひき易い人に癆症の起ることが間々あるとしても全く癆症にかからない風邪ひき勝ちの人が遙かに多く、逆に最初の風邪徵候が實は肺に結核結節が異物的刺戟を興えることによつて生じた癆症に併發せる加答兒に他ならなかつたと思われる症例が澤山あるのに氣づくだろう。内科學修業以來私が経験した斯様な症例をもとにして私自身の考えを言えば、正に20~60歳の年頃にはじめて風邪を引く (enrhumer) 人は禍なるかなである。

いよいよ私は本問題を解剖學に關連させてとり扱い、私が肺炎に關して提出しておいた論議をくり返したい。肺癆が加答兒の連続で結末であることを證明するつもりなら、自らメスを手にとりこれら兩疾患が一方から他方へ移行する形跡を餘すところなく示説すべきである。そうすれば本問題が解決不能であると共に出たためであることも納得出来るだろう。何故なら肺加答兒は氣管支粘膜の炎症で、結核は偶發產物 (production accidentelle) 即ち肺實質及び他のあらゆる人體組織に發生する可能性をもつている眞の異物であつて、肺に結核結節がぎつしりつまつている時に於てさえ氣管支粘膜に結節を見出すことほど稀有な事實はないからである。

たしかに事實の貧困が動機で思はず假説領域に迷い込むのはよくあることであるが、粟粒結節の形が丸いのを理由にして、これら顆粒が氣管支胞 (cellule bronchique) から發生するからこそその様な形をするのだとも想像出来ようし、これとは別に氣管支粘膜に連続しているので、當然同じ性質を持つていてと考えられるこれら小胞を形成する膜の炎症產物であると推測することも可能である。又初期結節の色彩及び他の物理的性質が眞珠様喀痰のそれに酷似しているのを根據にして、結節はそれと同一物質から出来ていて唯一層強く濃縮されているだけであると考えられよう。すべて物事を證明なしに受入れることの出来る頭をもつている人には、こんな假説の力をかりて言いたいことを説明してやれるかも知れないが、緻密な思考力を有する人は觀察及び事實究明のわくをふみはずさないから、この種の單純な假定に立つ解答を満足して承認する筈がない。そしてここに解剖學が問題を解決し得る限界が存在するわけで、嘗て私も粟粒結節の中に間圓正圓形又は卵形を呈するものがあるのを見て結節が肺胞 (cellule pulmonaire) より生ずるのではあるまいかと考えたこともあるが、まだ釋然としていない。もし本當にそうだとすれば場合によつてはこれら顆粒が肺胞からはずれて喀出されてもよいわけであるが、いくらさがしても痰の中にそんなものは見つからないのである。おまけに多くの灰色粟粒結節の形が不

規則で、肺組織に固着する事實は以上の假説をますますうたがわしくするし、現代解剖學 (科學) の發達程度では依然肺組織が單なる血管網の集りであるまいかという疑問の餘地が残されているから、斯様な説は無益と斷すべきである。

現在 Broussais 氏は結核癆の由來を殆どすべて肺加答兒に求めている様に想像されるから、私は特に力をこめて問題を記し度いと思う。昨年 Faculté de Médecine de Paris 主催の討論會 (dissertation) で彼の門弟の1人が犬の肺を或る方法を以て刺戟し、氣管内膜に炎症を惹起し思いのままに結節を發生させるのに成功したと發表したが、質問に對して演者は實驗法の公開を拒否したし、その後公表されたかどうか私は知らない。問題は事實如何によつて決定されるのであるから事實を見ずに批評するのはよくないが、實驗をしたものが膿と結節とも混同しているのではないかと思う。斯様なあやまちは自身結核結節と膿との差異を認識していない Broussais 氏の門弟にはふさわしい許さるべきあやまちである。

結核は肋膜炎の (Pleurésie) 結末と考えられるか?——一臟器の炎症の結末が他臟器の炎症であるなどというのはおかしいことであるから、本問題の提起は正に噴飯物である。ところが Broussais 氏は彼の著書「慢性炎症史」(Histoire des Phlegmasies chroniques) のなかで何回もくり返しそう斷言しているのである。Broussais 氏は彼が最初の著書を發表した頃異議なしに無檢討で一般に受け入れられていた古い時代の意見に従つた。それは全く二、三特定の症例に就いての症狀觀察と癆症進行に基礎をおいてるのである。實際今まで調子がよくて殆ど何ともなかつたものが急に發熱し、胸痛を訴えることは時々經驗することで、胸痛が止んでも完全には恢復せずとしずつ、順を追つて癆症徵候があらわれて來ることもある。この様に不完全で皮相な觀察を病理解剖學上の事實を無視して支持することは不可能である。病理解剖學は、結核の大部分が健康に著しい變化を與えることなく或る期間潜伏するから上述の症例に於ける肋膜炎は單に最初の

發症徴候であつて、前以て存在していた結核が原因で發病する場合が多く、せいぜい結核の進行を促進する合併症にすぎないと説明しているのである。Broussais氏は自らのものとした古代醫學の學説を支持する解剖學的證明の缺如を僅かに“刺戟は直接或いは交感によつて肋膜から肺に傳播する”というこの問題に關して彼が書いている全内容を包蔵している様に思われる假説を以てささえている有様である。

この假説の價値を檢討するには先ず刺戟 (irritation) という言葉の意味を吟味しなければならないが、Broussais氏の刺戟に對する定義を彼の“慢性炎症論”(Traité des Phlegmasie chronique)にも“醫學學理審査”(L'Examen des Doctorines médicales)にも將亦彼の學説の不動の基礎である468個の公理のなかにも發見することが出來ないから、私は彼がこの言葉をあらゆる醫學の流派が現在認めている意味に解釋していると考えてよい權利があると思う。一般に刺戟とは物理的或いは化學的原因によつて組織の保全 (intégrité) をそこない、一定の代謝的機能亢進をきたし、傷害部に疼痛と流入 (afflux) をおこす状態を言うのであるが、これではすくなくも Van Helmont*の精力暴動 (insurrection des archées) 以上の解釋を與えられていない説明不能の現象を指すことになる。病理學者のうちには“刺戟”を“辨明”の同義に使用しているものもある。刺戟や Van Helmontの針の周圍 (autour de l'aiguillon ou de l'épine de Van Helmont) にあらわれる流入 (浮腫?) は誘引 (attraction, vis attrahens) によつて生ずるから、それは遠方或いはすくなくとも外部から與えられる衝撃 (impulsion, vis impellens, vis à tergo urgens) によつて出現する充血とは反對の現象であると見做されている。二、三の學者はこの點を一層深くつつこんで、それ自身のうちに未知の原因をはらんでいる誘因 (attraction) のことを刺戟と呼んでいるが、Broussais氏が最も多く使つている刺戟なる語の解釋は全く斯様な假説的なものであつて、自分では本體論 (l'ontologie) に激しい反感を持つていたと言いつら實際には彼の説が空想の產物 (être de raison) 以外

にすこしも根據をおいていないことに氣づいてないのである。

肋膜炎の結果肺には結核結節が生ずると主張するためには、前にも述べた通り解剖學的根據がないので假説の上に更に假説をつみ重ねることが必要であつた。即ち刺戟が肋膜から肺に傳播すると假定し、次いでこの刺戟を介して結節が形成されると想像しなければならないが、結核の未知原因は結節存在部位に活動増大も流入も疼痛もひきおこさないのが普通で、刺戟現象の因子をすこしも持つていないから、およそ考え得る眞實の全く反對である。

又第三の假定として同一刺戟即ち同一原因が、膿と透明な固い結節の如き全然性質のちがう二つの物を生じ得ると考えることが必要で、こう想像すると膿は肺から、結節は肋膜の偽膜からという風に發生母地たる臓器の相異を以て説明する以外に方法がない。更に積極的に證明されていない假定同志の間には優劣があり得ないから、結核には上述以外の形式による發生の可能性がないと認める必要が起るのであるまいか? ところが有機活動 (actions organiques) 及び營養 (nutrition) が顛倒していても一向に活動増加を隨伴しない症例が多かろうと考えられるし、又實際そうであるから、結核・癌など病的產物 (production accidentelle) 發生の原因をわざわざ斯様な產物を生ぜしむるものであるという以上詳しく説明し得ない刺戟などに求めるより、むしろあつさり活動逆轉 (perversion d'action) に歸する方が合理的ではないだろうか?

私は理性的な實驗主義及び觀察の兩者こそ醫學に進歩をもたらし、惱める人類の救済に役立つ積極的な知識を醫師に與えるものであるとかたく信じつつ、踏みこんで見て後悔の念を禁じ得なかつたこの學理的問題から袂別しようと思う。私は我々が直面している問題に關して病理解剖學者が指示してくれるものだけを吟味するつもりである。

重症肋膜炎に於ては炎症性流入 (Afflux inflammatoire) は肺に殆ど傳播せず、およそそれとは逆に炎症初期から漿液が大量分泌され、これによつて

肺は縦隔膜に押しつけられ血液及び淋巴液を失う。故に結節が炎症及び刺戟によつて生ずるものなら、肋膜炎に於ては肺組織が殆ど全活動を停止しているから結節発生を促進するよりもむしろそれに抑圧作用を及ぼすのが本當らしく思われる。

實際経過1年以上にわたる膿胸では殆ど壓縮された状態にある肺組織が健康なまま保存されていることは私達の日常経験するところである。これとは反對に結核の合併症として膿胸が起る場合は結核性空洞が肋膜腔にやぶれるか、或いは肋膜直下に結節が澤山出来て Van Helmont の棘として働き、著明な刺戟現象を生ずるのが原因である。結核性空洞が肋膜腔に破裂した例では空氣及び軟化せる結核性物質が協同して異物としての作用を發揮するのである。以上の種々なる證據にもう一つ附加して、平常患者の胸部を聴診器で検査している醫師なら誰でも納得出来る例を述べておこう。それは癆症患者が突然潜伏性或いは顯症性肋膜炎を引きおこすことが珍しくなく、又肺癆初期に肋膜炎をおこす稀な例では既にその發病の際に結節が澤山肺尖部に群集して軟化或いは空洞さえも形成している徴候が見出される場合が多いことである。

故に肋膜炎は肺に結節が存在する結果として生ずる例が極めて多く、よし肋膜炎が間々結核の誘因となり、その発生を助長するとしてもそれを證明し、納得出来る確實な證據を提出することはむづかしいと云う嚴正な結論に達する。Broussais 氏の空論をうけ容れるために彼が行つた様に刺戟を経路不明で活動乃至効果が多様で因果關係をつかみ得ず、一定の規則に従わないものであると言う風に神祕化して考えねばならない。

上述の事實はいずれも觀察所見をことさらにまげ、素性のわからない空論をこねまわさない限り結核結節を以て肺を構成する何等かの組織の炎症と見做し得ざることを物語っているが、逆に結核は全身的素質の結果生ずるものであつて、炎症はこれに先行せずたとえ偶然炎症を伴うことがあつても、當初は結節が先ずあらわれ後で炎症が出て來たことを證明する事實

は非常に多い。

それがそうでないのを知る爲には稟壺淋巴腺における結節の發生進展を検査するだけで充分だろう。即ちこれら淋巴腺は腫脹して長い間腫瘍を呈しているが、このために近くの皮膚は勿論淋巴腺組織自身さえすこしも發赤することなく、漸く數年後に至つてはじめて明瞭な炎症徴候があらわれ、結節の軟化が進んで、場合によつては皮膚がやぶれて軟化物質が放出されて、一向眞實の炎症が起らないことは實に再々経験するところである。たとえ炎症がおこつてもそれは結核性淋巴腺に近接せる部位に限られ淋巴腺自身には認められない。

以上の事實と同様有力な證據がもう一つ存在する。それは第2次侵襲(éruption secondaire) のことであつて、殊にそれが一齊にすこしも炎症徴候を伴わず多數臓器に起る場合である。斯様なものに對しては全身的素質(disposition générale) 即ちまだ私達にはわからない營養偏異(aberration de la nutrition) が原因であると考えざるを得ない。上述の事實をこの様に取り扱うのは結核におかされた臓器の數だけの刺戟傳播によつて第二次侵襲が起ると稱して刺戟という術語を、原因という言葉よりも何か一層一般化してあいまいな意味をもたせようとする假説よりも態度がはつきりしていると思う。

炎症に關して上に述べた事柄は Bayle が見事に證明した通り、世間で肺癆の原因と見做されている種々なる全身及び局所感染・就中梅毒・百日咳・壞血病・發疹性疾患にもあてはまるのであつて、これらの疾患にはただ既存結核の病勢を進行さすだけである。なるほど間々結核をひき起すこともあるが、それはおそらく患者が結核の素質をもつていた場合に限られ、上述の諸疾患は誘因であつて原因でなく、他の多くの疾病の原因と同様私達の技術を以つて眞因をつきとめることは不可能だろうと思う。

第2項 癆症 (phthisie) 治癒の可能性を論ずる

解剖學者でない多くの實地醫家は、肺に潰瘍性空洞を生じてからでも癆症のうちには間々根治し得るものがあるという風に單純に考えているかも知れないが、病理解剖學研究にある程度足をふみ入れたものならそれは大分怪しいと思うだろう。

癆症を以て慢性炎症とか、肺組織の緩徐な化膿と見做し結核發生の特徴及び進展がよくわかつていなかつた時代に於ては、醫師も亦市井の大衆と同様癆症に對して適切な時期、即ち初期に適當な治療を行えば治癒するものと信じて疑わなかつた。Broussais 氏はまだ斯様なかない希望の夢を捨てていないが、最近の進歩の流れに桿さす老練な病理解剖學者は殆ど彼と反對に、結核癩患 (affection tuberculeuse) は癩癩患と同様、自然力 (nature) が凡そ治癒促進の逆効果のみを發揮して、自然力を利用せんとする治療技術を實行出来ないために不治に終るのであると考えている。殊に Bayle の如きは疾病の経過が極めて長期に亙る可能性があることを承認して、積極的に結核癆は結局根治しないと見做している。イギリス及びドイツに於ける一流醫師も亦研究の結果 Bayle と同じ結論に達した。

Bayle の業績にのせられている観察例は上で私自身が結核發生を説明したのと全く同様、初期癆症根治の可能性が一幻影にすぎないことを證明して餘りあるものである。なまの結節は本來成長して軟化すべき傾向を有する。治療技術によつて結核の進行を緩徐ならしめその迅速な進展を阻止する可能性はあるかも知れないが、これを逆行させて治癒せしめる可能性はない。斯様に初期癆症は根治する見込はないけれども、場合によると結節が軟化して肺に潰瘍性空洞を生じてから治癒する患者があり得るのではないかと想像される事實を私も澤山経験している。

私は他の種々なる合併症によつて死亡した慢性加答兒患者に、時々半軟

骨様膜及び陳舊肺潰瘍を蔽つている膜によく似た膜でおおわれた屈曲空洞 (cavité anfractueuse) を發見したことがある。この空洞は肺潰瘍殊に結核性物質を全然有していない肺潰瘍に酷似している。これらの患者の中で既往症を注意してたずねたものはいずれも慢性加答兒の起源が古く、しかもそれが肺癆様症状に一致し、以前に再々他人から絶望的肺疾患だと思われたほどひどい状態に陥つたことのあるものであつた。

ところが例えば數年という風に極度に長い間患いつづけた癆症患者では若干の空洞が全く空虚で結核性物質を入れず、半軟骨様膜で完全に蔽われているのが普通である。しかし同時に半軟骨様膜が一層軟いか或いは未完成で、なかに結核性物質を相當量容れている他の空洞が見出される。場合によると壁のどこにもほとんど半軟骨様膜がなく、なかば膿様結核性物質を以つてみたされた潰瘍性空洞や、これに隨伴して殆ど毎常種々なる段階の軟化結節・なまの結節・半透明粟粒大の結節までも存在すべきである。斯様にあらゆる段階の結節が同時に存在している事實を、本疾患の進行が緩徐であることと照しあわせると、いろいろちがつた時期に分れて結節が發生したのであつて、最も時期の古い完全軟骨様膜で被覆されている空虚な潰瘍性空洞の如きは、それよりも新しい空洞や結節よりもしばしば數年前に發生したものであるまいかという結論に達するだろう。

私は結核性潰瘍の表面に半軟骨性膜が出来るのは一種の自然治癒力 (un effort de la nature médicatrice) と考えている。この膜が完成すると瘻管の斑痕性内膜様性質を帯びるに至り、多くの瘻管よりも健康に無害な存在になる。私が上に述べた症例 (前頁) は結核が直接死因でなく、いずれもかなり長い間相當健康で單に慢性加答兒に罹つたことのある者であるが、そのなかには體温上昇及び羸瘦はないが、呼吸促迫を多少明瞭に呈していたものも二・三含まれている。

私は數年來他の點では肺癆症を全然缺いているのに顯著な pectoriloquie を呈する慢性加答兒患者を澤山治療した。又 pectoriloquie 以外に輕

度の習慣性咳嗽があるとか、極めて稀ではあるが喀痰は勿論格別に顕著な健康障害さえ感じていない慢性加答兒患者も経験した。斯様な症例に属する一婦人が昔 Bayle の診察をうけていたことがある。Bayle は彼のいつもの習慣通り彼が治療していた間の病歴書を彼女に渡していた。私はそれを讀んでこの患者が14年前から肺癆様症状を呈していたのを知つたのであるが、彼女は申し分なく治癒して肉づき (embonpoint) もよくなり、たまにごく軽い咳嗽があるのを除けば、時々純神経性障害になやまされることのある位のものであつた。しかしその右肺尖部は極めて著明な pectoriloque を呈していたのである。私はこの様な個體は瘻管化せる潰瘍をもつているのに相違ないと信じている。

私は將來ひろく聽診器が使用される様になると考えているが、これを使つて癆症患者を澤山診察すれば誰でもきつと pectoriloque を有する明瞭且つ典型的肺癆患者が慢性加答兒に變化した後、生涯 pectoriloque を呈しつづける様な症例を再々経験するだろうと保證してもよいと思う。斯様な患者を解剖するとしはしば半軟骨膜に蔽われた屈曲せる空洞を見出すものである。

本書第1版刊行以來私は多數この種觀察例の報告に接しているし、週期的刊行物に掲載されたものも多く、私自身かなり澤山集めている。

以上述べた事柄を一層はつきり判つてもらうために説明に役立つ觀察例を5個追加しよう。その第1例は治癒或いは半軟骨膜を形成して瘻管化せる肺潰瘍2個以外には全然結核結節を有せず、第2例は少數のなまの結節及び粟粒結節がぼつりぼつり散在しているだけの同種傾向症例であるが、結節の發育が殆ど進まず、體力も保持されていた點から見てもつと長生きするのに別段差支えなかつたろうと思われたものである。第3例は一方の肺に治癒せる空洞があつて、他肺に余り大きくない結核性潰瘍と一諸になまの結節がすこしばかり發見された例である。第4例は昔肺癆のあらゆる

症状を呈し治癒後 pectoriloque が殘存しているが、現在さしさわりなく生活している一婦人の病歴である。

觀察例 XVII 半軟骨瘻管に變化して治癒した肺潰瘍——年齢約68歳の Day と呼ぶ女中。多年咳嗽・喀痰になやまされ、ごく軽い運動によつても息切れがして平素から呼吸が促迫していた。彼女自身喘息と名付けていた斯様な肉體的變調を除けば日常生活を充分續けることが出来たので、病身な80歳代の老女に日夜仕えて骨の折れる看護をしていた。彼女の唇と頬は紫紅色で食欲もあり肉づきもよかつた。

1817年12月31日彼女は急に發熱し、極めて強度の呼吸促迫及び咳嗽におそわれ、泡沫をまじえた非常に粘稠な淡い水様綠色のなかば乳濁せる喀痰を出したが、瀉血によつて若干苦痛が輕減した。

1月3日、即ち第4病日に彼女はネッケル病院にはこばれ聽診を受けたが、その時の症状は次の通りであつた。呼吸音はいずれの部位に於ても消失し、左下胸部は略々第4肋骨の高さまでは捻髮性囉音 (râle crépitant) を發し、打診音も該部が最も低く特に背面に於てそうであつた。心搏動衝擊は不明瞭であるが、心音は全前胸及び全側胸に於て聽取し得、背面でも稍々よくきこえた。心房及び心室の收縮音は略々同等で明瞭だつた。外頸靜脈は怒脹し、呼吸困難と咳嗽の性質は上に述べた通り。以上の所見によつて私はこの患者を左肺下部肺炎及び軽度の心室擴大と診斷した。

2回目の瀉血を行い、脇腹に水蛭及び發泡膏を2回つづけさまに貼布することによつて一時は輕快したが、1月8日體温が更に高く上昇し、人事不省に陥り時々譫妄状態になつた。この日は左肺上部に於て呼吸音が他のいずれの部分よりも強く(空洞性呼吸音)、おそらくは pectoriloque を呈すべきものと想像されたが、患者の全身状態が悪いためにそれをたしかめることが出来なかつた。翌日死亡。

死後24時間の解剖所見——但し頭部解剖を行わず。胸腔を開けば肺は明

かに陳舊な充分器質化する豊富な細房性組織 (tissu cellulaire) を以て胸壁肋膜に癒着し、右肺は健康で壓すれば捻髪音を發し、肺尖部に榛の實をいれるに足る大きな空洞を持つていた。空洞の内面は眞珠様灰色・半軟骨性の平滑・菲薄・均一な膜で蔽われ、極度に擴張せる氣管支管が多數開口し、一見空洞の附屬物かと思われた。これら氣管支管のうちには粘膜の色調が非常に蒼白なものも二・三あつたが、他は腫脹せずに紅色を呈していた。

左肺尖部にも主要部が卵形を呈し、大きさ胡桃大の屈曲せる空洞が存在し、これに直径烏ペン軸程度の氣管支が開口していたが、その粘膜は右肺の空洞と同様の構造を有し、軟骨と粘膜の中間的硬度及び外觀を持つている空洞の膜に連続していた。本空洞は殆ど無色の漿液を少量容れているだけであつた。左肺には結節も粟粒性肉芽 (granulation miliaire) もなく、空洞2個をとりまく肺組織は壓すれば捻髪音を呈し (crépitant) 健康であつたが、唯空洞凹凸の若干は互に背中あわせになつていて、纖維軟骨様の白色物質と肺黒色物質とが混同せる組織でへだてられていた。縦に剖面を入れると左肺下葉全體及び上葉下部は肝臟様硬度を有し、血液を混じた膿様液が剖面全部から流出した。これを洗い去ると剖面に肺黒色物質よりなる黒點を多數まじえ、緻密で全然捻髪音を呈せず、部分的に強く發赤又は軽く黄色調を帯びた顆粒状組織が出て來た。右胸腔は左胸腔よりも明かに大きい。

心臓の容積は稍々尋常よりも大きく、殊に右室は明かに自然の大きさ以上で凝血及び遙か前方の肺動脈腔まで侵入している珊瑚様凝血物質でみたされ、左室も凝乳様血液及び隔壁に固着せる珊瑚様凝血を一杯入れていたが、凝血は極めて固くて肉に似、心室壁就中右心室壁は心臓の容積の割合に菲薄であつた。

肝臟は肋弓 (fausses côtes) をこえること2横指の大きさを有し、肋弓を蔽う非常に繊細で且つ完全に器質化する細房組織 (tissu cellulaire) よりなる

腹膜と癒着し、その下面はこれよりも長い細房層板 (lame cellulaire) を以て横行結腸及び胃の右端に癒着していた。

膽嚢は極めて小さく膽汁をごく僅か容れ、表面粗造の黄色結石3個を有していたが、その2個は豌豆大、他の1個は小さい榛の實大であつた。膽嚢管 (canal cystique) は閉塞していたが總輸膽管は開通していた。

胃粘膜は軽く發赤し、腸の粘膜はいずれの部位に於ても蒼白で廻腸外表面は腹膜層下の毛細管充血によつて赤色を呈していたが、粘膜はやはり蒼白であつた。盲腸の粘膜はかなり明瞭に發赤し海綿状に腫脹していた。右腎は肝臟によつて腸骨櫛にむかつて壓排され、子宮は後屈し、子宮頸部中央で2つに折れ曲つていた。

觀察例 XVIII 腦疾患で死亡した患者に發見された半軟骨瘦管化する肺潰瘍及びなまの粟粒結節——Pierre Bellot, 32歳。體格頑強。約6ヶ月以來時々原因及び性質不明の精神錯亂症狀を呈し、1817年12月23日大いに飲食した直後非常に激烈な頭痛と譫言を發したが、興奮は余りひどくなかつた。本症狀が26日までつづいたのでこの日ネッケル病院に入院。

27日私が診察した際に患者は背臥し、頸筋肉及び腹筋の持続的收縮のために頸部及び體軀を前方にまげ、前膊はこれよりも一層強度の二頭筋收縮によつて前屈し、伸展不能であつた。顔面は紅潮しその表情は極度の人事不省を思わせ、一語も發し得ず全く意識を缺いていた。結膜は充血し、右側瞳孔は左側瞳孔よりもやや大きく、脈膊は硬く且つ數が稍々すくなく、皮膚は熱くて便は秘結していた。前の日に瀉血を施してあつた。私は以上の症狀にもとづき腦橋 (Varole) 及び延髓附近の腦膜炎と診斷し、聽診上心室收縮衝擊は明瞭であるが、殆ど心音を聽取し得ず、心房收縮がよくきこえた點から多分心臓全體の均一な擴大を起しているだろうと追加した。

Risus sardonius 顯著、顛顛部4ヶ所に剝絡。29日僅に快癒、人事不省は淺くなつたが、依然發語不能で多少意識はある様に見えた。

1818年2月2日、深い人事不省に陥り、全く無意識状態となり、右側瞳孔は著しく拡大し左側瞳孔は極度に縮小、夕刻には喘鳴著明で腕の痙攣性収縮を起し、脈搏は頻數で微弱となり容易に壓平出來、全く知覺を失う。翌朝死亡。本患者は入院中ずつと咳嗽・喀痰なく、動かすことも不可能であつたから胸部をくわしくしらべなかつた。

死後24時間で行つた剖検所見——身長5フィート4インチ、均勢のとれた體格。筋肉及び脂肪組織の發育良好で毛髪は黒色。

頭蓋を開くと多量の血液が流れ出た。軟腦膜血管は充血し、腦回轉は著しく扁平化し、腦實質は正常よりもずつと硬く、側腦室は著しく拡大し、透明な漿液約4オンスを入れている。この液を排出してから左側腦室を開くと、腺條體 (corps cannelé) 表面に極めて微細な顆粒があたかも液體の上に微細な砂を撒布した様に散在していた。メスを以てけすり取ろうとしてもとれて來るのは漿液だけで、これら顆粒はやや粘稠な液體の中にとちこめられた非常に小さな空氣泡であつて、蛋白液或いは石ケン水を泡立てた時に生ずる氣泡に似ていることがすぐわかつた。左側腦半球の前下部は小兒腦かと思われるほど柔く、腦實質他部の極端な硬度と顯著な對照をなしていた。腦橋 (Varole) も全體として軟化していたが、實質解離 (désorganisation) を起さず、その硬度は健康脊髓實質 (substance médullaire) の硬度を有し、腦は逆に健康腦橋の硬度を呈していた。腦橋と腦前葉間に視神經交叉附近の蜘蛛腦膜が部分的に肥厚して灰色半透明偽膜板に變化し、二三の部位では細房性組織になつている。小腦は正常よりもやや柔く、頭蓋底には殆ど漿液がなかつた。

胸腔を開くと左肺容積は左肺よりも $\frac{1}{4}$ 小さく、多くの細房性組織板を以つて胸壁肋膜と癒着していた。これを除けば肺全體が壓によつて捻髪音を呈し全く健康で、中心に黄色乳濁點を有する灰色・半透明・麻質大の結節 7~8 個が存在するのみであつた。右肺は容積がかなり大きく肺尖部は完全に器質化せる細房組織板を以つて胸壁肋膜に癒着し丁度卵1個をいれ

るに足る大きさの空洞を有している。本空洞には凝血が充滿して、厚さ $\frac{1}{4}$ ligne の磨いた様になめらかではあるが部分的には凹凸の散在している眞珠灰色半軟骨膜がこれを蔽い、種々なる口徑の氣管分枝がここに澤山開口している。右肺は空洞周邊部さえも全域にわたつて壓により捻髪音を呈するが、著しく充血して、殆ど無色というべき灰色透明の小顆粒即ち結節が無數に散在していた。この他に層が厚いために濃厚な灰色を呈している櫻實又は麻質大の結節が4個あつて、いずれも中心部が乳濁黄色で、はやくも稍々もろい結核性物質に變化していた。

心嚢は殆ど漿液をいれず、心臟は死者の手掌よりも $\frac{1}{3}$ 容大きく、内腔も亦その容積に比例して大きかつた。左室は心尖よりも稍々低位まで達し、内には珊瑚樹形凝血が相當量澤山たまり室壁に附着していた。胃腸は健康で、盲腸部粘膜のみ稍々發赤しているが、その他の臓器にはすこしも異常がない。

觀察例 XIX 未治空洞1個及びびなまの結節を有する肺に見出された半軟骨管化せる潰瘍——約14歳の女子。身長中等の均勢がとれた體格。淋巴血液性氣質 (tempérament lymphatico-sanguin) 1817年12月9日 ネッゲル病院に入院。長い間咳嗽が多く呼吸が困難で、時によるとそれがずつとひどくなり、殊にある種の空氣の状態に左右される。患者はこれを喘息のためだと思つていたが、仕事をさまたげるほど苦しくはなかつた。やつと15日前から部屋で寝ていないと我慢出來なくなり、咳嗽がふえ睡眠出來なくなつたので病院に送られた。入院翌日診察した時の彼女の症狀は下の通りであつた。

患者は横臥するよりもむしろ坐位をとり、全然他の體位をとることが出來なかつた。顔面は蒼白で浮腫を呈し、眼は落ちくぼんで軽く涙をたたえ、唇は紫色で、下肢はむくみ、呼吸は促迫・頻數で息切れを呈する。胸部打診音は稍々正常よりも弱い様に感じられたが、いずれの部分に於ても尋常で、

鎖骨直下に聴診器をあてると両肺共相當著明な囉音がきこえた。胸壁は吸氣のたびにぐつともちあげられ、聴診器をあてている耳に不愉快な衝撃をあてた。咳嗽は相當多く、毎回乳濁黄色の痰を喀出した。咳嗽に際しては pectoriloquie を證明出来なかつた。脈搏は頻數で小さくはあるが、不規則でなく、腹部は稍々膨隆し、外頸靜脈は怒張し明瞭な搏動を呈する。心搏動はかなり強く規則正しいが、心音は稍々弱く耳にこたえる程ではない。以上の所見によれば或る程度心臟病の徴候を思わせる一般症狀があるけれども、特別な疾患と見做すべき根據はないと考え心疾患を合併せざる癆症と診斷し、心窩部に四個所刺絡を施し胸部疾患にきく飲物 (boisson pectorale) を處方した。

21日には鼻及び唇は鉛色を帯び、呼吸は短く且つ慌しくなつて仰臥して睡眠出来なくなつた。この日は心室收縮衝撃が若干明瞭で、患者の症狀は頸靜脈搏動に加うるに前日行つた刺絡を考慮し先に私が下した診斷を變更し、軽度の右室拡大を疑ふべきかと思われた。22日から27日までは顔面の鉛色調及び呼吸困難の程度が急速にへつて咳嗽と喀痰の量が多くなつた。しかしそれも束の間で1818年1月初旬再び極度の呼吸困難を來し、浮腫 (infiltration) がまし、殊に左に著明となつた。

1月18日には左胸及び左上・下肢にかなり明瞭なむくみ (infiltration) があらわれ、指でおすと壓痕が残つた。顔面は依然として鉛色を呈し皮膚はつめたく、脈搏が小さく且つ頻數であつた。そして最初聴診しないままでおいた右側第4肋間の前 $\frac{1}{2}$ 。附近に顯著な pectoriloquie の存在することがわかつた。知能障碍はなかつたが發語困難を來し、19日の朝死亡。

剖檢所見——左胸及び左上・下肢はかなりひどくむくみ、腹部はかるく膨隆している。頭蓋をひらかず。心臟の大きさは尋常。右心房は部分的に凝固せる黑色血液をみたして著しく擴張し、右心耳 (appendice auriculaire) には血液を混じた相當固い珊瑚樹様、或いはフィブリン様 (fibrineuse) 凝固物がつまつていた。

右心室及び左心室は互に均勢のとれた容積を有し、その壁は正常より稍々厚く、心嚢内面には爪大の溢血斑があり、左胸腔には漿液がおよそ1パイントたまつていた。左肺尖部は硬い多孔性織組の極めて短い紐状物を以つて胸壁肋膜に癒着しているが、その附近の肺表面には最も強く落ちくぼんだ共通の中心めがけて輻輳している不規則な條溝が見られた。

これに對應する肺尖部には緻密細房織組板が3~4見られ、それが肺尖部をいろいろの方向に走り、一部は互に交叉していた。そしてこれと同じ部位に中心が乳濁黄色・周邊が灰色半透明の麻實大の結節12個と、内層は白色柔軟な偽膜で蔽われ外層は稍々赤味を帯びた硬い肺織組が壁をこしらえている小空洞が存在していた。本空洞は小榛實大で一部分乾酪様、他部分は膿のかたさの軟化結核物質が一ぱいつまっていた。

右肺は全面胸壁肋膜としっかりと癒着し、第4肋間附近で深さ約半吋の場所に胡桃大の空洞があつたがそれは厚さがせいぜい4 ligne で余り厚くなく半透明で肺織組の赤色調を帯びて見える眞珠灰色の平滑な半軟骨様膜で蔽われ、内腔に膿様帶黄色物質をすこし入れていた。そして明かにこの空洞の壁に連続している壁をもつている廣い開口が肺門部 (racine du pumon) 附近に見つかつたが、それは烏の羽ペン軸より稍々太い氣管支であつて壁から遊離せる石灰結石で部分的にとざされていた。肺織組内にも同様の結石が7~8個存在していたが、それは實質に固着しており、うち2個は梅實大で肋膜直下にあつた。上に述べた病變部以外の右肺は稍々充血しているだけで壓すれば撚髮音を呈した。

盲腸及び結腸の一部はガスの爲に著しく膨張し、胃は空虚でその粘膜は廻腸末端及び盲腸のそれと同様かなり明瞭に發赤し、肝臓の大きさは尋常で稍々硬く表面にしわがより、生殖器は尋常。

觀察例 XX 潰瘍性空洞が瘻管に變化して治癒した肺癆——G*** 夫人、48歳。生來頑健な體質で30歳頃までは完全な健康にめぐまれていたが、そ

の頃長い間白月経（おりもの）があつたため甚しく消耗した。これは子宮頸部に水泡性ポリープが発生したためとわかつたので、結紮をほどこしてもらい、健康を恢復した。しばらくしてから彼女は再々極めてひどい肺加答兒にかかつたが殆ど毎回慢性化し、いつも2~3ヶ月床についたきりでひどくやせた。斯様な加答兒をくり返している中に何時か下痢する様になつて、非常に長い間かかつてやつと輕快したが、以後4年間水様便がつづいた。但し便通は1日1~2回だけで健康は別段悪くない様であつた。

G*** 夫人は1816年の末頃充分健康をとりもどし、加答兒にかからなくなつてから相當月日が立つていた。翌年のはじめ、彼女は余り丈夫でなく相當咳嗽が出て疲癆した。痰はすくなく、無色透明で流動性であつたが粘稠だつた。7月に彼女ははじめて私の診察を乞うたが、その頃にはもはや相當ひどくやせて家事を行うことは出来たが弱々しく憔悴していた。しかし脈搏及び體温（皮膚熱）はかならずしも明瞭な熱性特徴があらわれておらず、呼吸音は右肺尖部で稍々弱いのを除けばどこでも良く聴取された。私は斯様な症状及び咳嗽を考慮して患者はなまの粟粒性結節をもつていてと考え、鎮靜劑を處方し、何よりも再々刺絡を行つて局所の充血除去にとめた。残りのよい氣候の間及び次の冬のはじめ頃彼女はほとんど同じ状態にとどまつていた。

1818年末には咳嗽がゴンゴンと喉にひびき、黄色膿様の痰が約1ヶ月出て遂に痰がぐつとへり、すんすんよくなつて空咳嗽 (toux sèche) となつたので、患者はこれを風邪だと思つて別に心配もせず私を呼ばなかつた。又私も彼女の状態がその頃まで殆ど變らなかつたので稀に診察するだけであつた。4月初頭加答兒にかかつた直後下劑をかけて良いかと相談をうけ、私はあらためて彼女の肺部を診察したが、この時右胸前上部に明瞭な pectoriloquie を発見したので漸く一見加答兒と思つたものが實は結節が軟化して空洞になつているのだという確證をつかむことが出来た。呼吸音は空洞の存在する近傍でもどこでもよく聞えた。幸い脈搏が余り多くなく、

體温（皮膚熱）が中等度であつたから、私は結局うまい具合に行つてくれるものと希望をかけ、牝驢馬乳を處方した。咳嗽及び咯痰は目に見えてへり、肉づきや體力も恢復し、7月のはじめ頃ずつと pectoriloquie が存在していたが外見は全く健康になつた。

その頃私は醫學部會 (Société de la Faculté de Médecine) へ本症例を潰瘍性空洞が瘻管に變じて治癒し得る生きた例として報告し、これを檢證する委員を選定する様勸告したところ Husson, Guersent 及び Renaudin の諸氏が指名された。私達は7月27日に患者を共同して検査し、最も明瞭な現象として右胸第2肋骨前部約1吋平方の範圍に pectoriloquie が残存しているけれども、外觀では完全に健康を恢復していることを確認した。

1819年の冬 G***夫人は約15日間だけ風邪氣味であつたがひどい支障がなく残りの冬期を非常に健康に暮した。胸部には依然として pectoriloquie が残つていたが、申し方のない好調で脈搏はむしろ少く、咳嗽はまれで殆ど痰が出なかつた。

上述の諸事實、即ち肺瘻管が平滑且つ或る程度硬い被覆膜をそなえ一般瘻管に酷似せる外觀を呈することなど考えると、半軟骨性膜の出現こそ自然が肺組織内に一見潰瘍性空洞が生じた後に發揮し得る唯一最後の治癒促進であつて、空洞壁が融合出来ないのはこの貴重な斑痕で蔽われているから止むを得ない出来事であると解釋してもよからうが、下に紹介する症例はこの想像が全くあたつていないことを證明している。

觀察例 XXI 種々なる段階の結節と斑痕化していない肺瘻管を有する患者に一部分斑痕化する肺軟骨性瘻管を發見した症例。——1817年11月27日ネッケル病院に下痢のために入院したポーランド人男子。患者の疾患は全く體質的なもので、その季節におこるあらゆる下痢症と同様まことに頑固であつた。

入院中彼が幾回かせき込んで乳濁黄色の痰を咯出することがわかつた

が、下痢が長い間つづいている割合にはやせが目立たず、殆ど栄養がとろえていなかった。

この患者にはすこしも重篤な症状がなかつたので殆ど観察しなかつた。

2月1日彼は突然脳疾患にかかり、交互に嗜眠と人事不能に陥り、眼球振盪及び瞳孔散大を呈し2月8日眼瞼及び膀胱の麻痺を來し、9日には完全に意識を失い同日死亡した。

剖検すると脳室・頭蓋底及び背髄腔に漿液が澤山たまつていて脳橋附近の蜘蛛膜は一部乳濁黄色、残部は半透明で昔は殆ど無色透明であつたと思われるまだ柔軟性を失っていない偽膜に蔽われていた。

右肺尖部附近は若干のかなり長い細房層 (lame cellulaire) を以つて胸壁肋膜に癒着していたが、右肺他部にはどこにも癒着がなかつた。本部分は上葉の外側背部に相當し、一見陳舊潰瘍性空洞の壁がくぼんで生じたかと思われる深い陥凹をもつていたが、そこを指でさわつて見ると内腔が空虚である感じがせずかなりの硬度を有していた。この肺に縦剖面を入れると本陥凹の中心に乳濁白色で軟骨より稍々柔い厚さ半 ligne の層 (lame) があつて内部に向つて殆ど水平に走つていた。この層は右肺對側面下約寸のところまで達すると二つに分れるが、間もなく合一して梅實核大空洞或いは囊というべきものを作つていた。本空洞は半ば結核性物質がまつていたが乳濁白色を帯び脆弱で、これと同程度に軟化せる普通の結核性物質には見られないほど乾燥していたが、特有な性質をもつていたから部分的に混在せる肺黒色物質と同様充分結核性物質だとわかつた。空洞壁はこれに連続せる半軟骨性膜の半分の厚さで、何だかそれが折半されて出来上つたのではないかという風に見え、軽く半透明で周囲の紅色肺組織がすいて見えた。(第2圖版 Fig. 4)

この膜の約1 ligne 上方には略々1寸立方の硬化せる肺組織があつて殆ど肺尖部を占めていた。この肺組織硬化は中心が乳濁し、周邊が灰色半透明な白黄色の粟粒大乃至麻實大小結節が多数散在しているために生じ、結

節の若干は乳濁白色で中心が軟化しつづあり、結節間に存在する肺組織にはその外觀が漿液に似て半透明で充血し極めて濕潤で膠よりも遙かに緻密な膠様物質が浸潤していた(膠様結核浸潤 Infiltration tuberculeuse gélatineuse forme)。

他の右肺部にはところどころ多くの結節がばらばら離れて略々均一に散在し、前部以外の肺組織はすべて多少とも軽微な浸潤或いは血性物質の浸潤を受けて紅色を呈し、背下部には血液が集つて充血していたが、それは外觀によつて死後浸潤と解すべきもので、充血が最もひどい場所及び前記硬化部をのぞけばいずれの肺部も壓によつて顯著に捻髪音を生じた。

肺組織の捻髪音發生 (crépitation) 及び通氣性 (perméabilité à l'air) は小空洞及び空洞につづく斑痕部周邊に於ても極めて明瞭で、唯後者の上下に肺黒色物質を大量に混じた漿液の浸潤せる緻密な肺組織よりなる厚さ半 ligne の肺黒色外被が存在するだけであつた。

左肺は血液性浸潤・結節の數と大きさ及び結節の周圍に於て肺組織が完全に捻髪音を呈する點では全く右肺と同様であつた。外表面は陥凹部や硬化部或いは右肺のそれに匹敵する如き斑痕を生じていなかった。しかし肺尖部は若干の細房性板を以て胸壁肋膜に癒着し、そこから約半寸の場所に木質殻を有する巴且杏を容れ得る程度の大きさの軽く屈曲せる空洞があつた。空洞は全く空虚で、平滑・均一半透明で、軟骨よりも稍柔いか、或いはそれと同程度の厚さ約 $\frac{1}{4}$ ligne の層で蔽われ、これへ明かに空洞内膜に接續している内膜を有する氣管分枝數本が開口していた。空洞近傍の肺組織は殆ど健康で捻髪音を呈した。

上述の解剖的構造はたしかに半軟骨性膜によつて蔽われた潰瘍性空洞壁の相互接近によつて生じたものである。完全に空洞壁が接着していないのは空洞内に結核性物質の一部が残存していた爲である。斯様な例は恐らく珍しい症例であらう。私も今までにこの例一つを経験しているでである。しかし肺の色々な部分、殊に結核性空洞が最も出来易い肺尖部に、白色で

肺織組に對して特異な對照をなしまるでその中につきささつたかと思える纖維性又は纖維軟骨性の部分を混じた、緻密細房織組よりなる板や隔壁様のものが普通存在することは周知の通りである。上述の板の代りに或る程度の容積をもつた細房性緻密組織や纖維軟骨組織が見出される場合もある。

一般に斯様な病的產物附近では肺織組が他部よりも肺黒色物質に富み、時には壓倒的にその色調が支配する。肺に病的產物を生ぜしめる自然の力はこの種黒色物質の異常なる生成をともなうもので、これは他の場所で説明するつもりであるが、メラノーズとちがつて殆ど自然的な構造と見做してよいものである。最も濃色の部分は通常柔軟で正常肺組織よりも撚髮音を呈しにくい。時々透明度がひくい爲に普通の軟骨よりも灰色調の強い纖維軟骨產物が不規則な板又は塊をなしてこの帶黒柔軟組織に混合していることもある。又斯様な肺から骨性土質様結石や粥様硬度の白亞物質が出て來るのも珍しくないが、この種の複雑な變化に關しては肺の白亞產物 (production crétaçée) に就いて語る際もう一度ふれることにしよう。

それまで私は原因が何であるか知らず、又重要なものとも思わずこれらの構造を眺めていたが、上述の症例に似た事實によつて肺潰瘍性空洞に治癒の可能性があることを知るに及んで、自然は多分斯様な治癒促進法をいくつかもつていて、若干例では空洞内結核物質を軟化・喀出・吸収などによつて處理した後丁度斷裂した筋肉や諸臓器が癒合するのと同じ風に、前以て半軟骨性膜をつくらずに斑痕を形成するのではあるまいかと想像する様になつた。そこで私は空洞内に細房性隔壁や纖維軟骨性塊の存在する肺を注意して検査した。その結果すべてこれらの病的產物が斑痕であつて、他のものと到底まちがうおそれのない様な例も多いことがわかつた。

私はこの様な斑痕をもつている全例に於て斑痕に最も近い肺表面部が多少明瞭に落ちくぼんで不均一に硬化し不規則な凹凸をなして分裂したり、丁度キンチャクのみだの様に同一の共通中心に輻輳している溝が走り、通常この部には肺と胸壁間に肋膜の細房性癒着 (adhérence cellulaire) が存在

するのを認めた。

この陥凹は肺尖の上・後及び外側に最も多く發見される。くぼみがひどい場合には物質壞滅とそれに引きつづく臓器内部の萎縮によつて肺前縁が上・後方に牽引され、折れ曲つて陥凹部の上におおいかぶさりカブトの様な恰好をしていることが多い。肺後縁も時々同様の構造を示すが、その程度は遙かに軽度である。(第1圖版 Fig. 1, 2 を見よ)

陥凹が斑痕にどれほど似ていても私はこれを以て斑痕と同一性質のものであるとは考えず、下層の内部構造如何に左右される硬性癌におかされた乳房の表面にしばしば見られる同様の皺襞溝に比すべきものと考え度いと思う。斯様な場所の肺表面はあたかも癌腫表面の皮膚の一部が内部に牽引される様に臓器内部のために不規則に内部にひつばられるのである。

同様の陥凹を持つている肺を見るたびに私は注意して剖面を入れたが、常にくぼんでいる表面から半~1~2 ligne の場所に上述のものに似た細房性・纖維軟骨性塊を見出した。斯様な場處に壓縮されている肺組織は毎常柔軟で壓しても撚髮音を生ぜず、充血及び黒色物質沈着の形跡が認められない場合に於てもそうであつた。しかし本病的產物の周囲は何處もすべて健全で撚髮音を發する。

私は本組織塊附近に於ける氣管分支の走行を追跡し、これに向つて走つているものは一般に内腔が擴大して太くなつてゐるのを發見した。又斑痕部に到達してから若干の血管と同様内腔が閉塞し、纖維軟骨性塊内を或る距離だけ進むとこれと同一物質に變化して了つて何だか走行が不明瞭になる場合も多い。第2圖版の Fig. 2 は斯様な例に相當するが、これを見れば上述の組織塊の性質も明かになり、肺潰瘍が完全斑痕化する可能性を疑ふべき餘地のないことがわかるだろう。時には氣管分枝が結核性物質を貫通し、すこしもこわれずに空洞をつきぬけていることもあるが、それは本章のはじめに述べた通り稀有の例である。

従つて前述の皺襞陥凹自身は決して斑痕ではなく、肺組織の更に奥の方

に實在する斑痕が一種の力學的作用を及ぼすことによつて生じたものである。斯様な斑痕の存在は少しも機能を障碍せず、殊に斑痕組織が自然代謝組織 (tissus naturels de l'économie animale) に似ている際には猶更そうで、ただ病歴によつてこの種斑痕を有しているに相違ないと思われた二三の患者に於て、斑痕存在部位とおぼしき場處の呼吸音が弱かつたのを経験しているだけである。しかし斑痕に黑色物質が澤山混じり白亞質や骨性土質の結石までこれに加わると長い間(しばしば一生涯)軽い喀痰が出て、黒點をまじえたねばい粘液性の痰を喀出する。

本書初版刊行後、巴里の諸病院に於て肺表面にこの様なしわをもつてゐる患者が澤山見つかつたが、その折の觀察所見にもとづき、これが内部斑痕のせいでないと考えている醫師も二、三あるが私が報告した例では常に斑痕によつて陥凹が出来ていたし、肺内部の斑痕が對應する肺表面に皺襞を生じなかつた例を私は一度も見えていないのである。内部斑痕が不明瞭で皺襞が輕微な例に於ては既に述べた通り入念に努力して肺細房性組織内から眞の斑痕を探し出さねばならない。若干頭腦を働かさねばならない例はすべてそうである様に、斯様な症例では事實をつかむよりもむしろ事實を見のがす方が遙かに容易である。上述の皺襞は癆症の殆ど全部及び他疾患の約 $\frac{1}{4}$ に出現するのであるから、その頻度は大きい別段驚くに足らない。

巴里に於ては結核死が死亡の $\frac{1}{3}$ を占めている。結核は累次侵襲をかさねて進行するが、結核でたおれた者でさえ(唯1回の侵襲で屈伏せず)死亡する時までよく數回の侵襲にもちこたえて生きつづけることは既に私達の知つてゐるところである。ところが中等大或いは相當に大きな(例えば林檎大)結節であつても、それが1~2個しか存在しない症例の一般症状が余り重くない事實をもとにして考えると、一層小さい結節を少數だけしかもつていないものでは結節が麻實大になると軟化して内容が氣管内に排出されることによつて始末され、健康を余り害さないか、或いは多少氣分が悪いことがあつても患者自身や醫師が氣づかないほど輕微で結局結節が

斑痕に變化して治癒するのではあるまいかと想像させる。實際胸部疾患以外の疾病で死亡したものを解剖し、その他の點では全く健康な肺組織に相當大きな結節が少數散在しており、その若干が既に軟化して空洞を形成しているのを發見することほど平凡な事實はないのである。斯様な症例は空洞の存在をうたがわせる徴候を全然持つていながつたのであるから健康人に於てもきつと同様な事實があるに相違ないが、この場合には結核性物質は氣管を通じて排除されるか、又は血管から吸収されて健康肺組織と容易に識別出来ない構造の小斑痕に變化し、経験のない者は一見この方面の研究に就いて有害な偏見を抱いている者がよくやる様に肺組織そのものと混同する物質になるのである。

下に記す二つの觀察例は上に述べた肺斑痕の顯著な例である。

觀察例 XXII 慢性肋膜炎及び急性腹膜炎で死亡した者に於ける陳舊細房性肺斑痕——もと Nantes 市公證人、65歳、多年貧窮状態にあり、1817年12月29日ネッケル病院に入院。ながらくなやまされ自分では喘息と思つていた呼吸困難以外の主訴はない。

肥満しているため打診によつて病的所見をつかめなかつたが、右胸鎖骨下域の打診音は稍々低く、聽診では右胸全體に呼吸音を聽取し得ず、左胸では小兒性呼吸音が認められた。

以上の症状により私は右側潜在性肋膜炎と考えたが、12月4日私は右胸皮下細房性組織 (tissu cellulaire) に輕微な浮腫 (oedem) を發見し、右胸背部の聽診で脊柱の右側に沿つて呼吸音が僅に存在し、左側よりもはるかに弱いのを知つた。咳嗽はすくなく、ほとんど痰も出なかつた。翌日病勢やや輕快し呼吸困難がへり、聽診器で右胸鎖骨下域に呼吸音をすこしばかりきくことが出来、カルテ (feuille du diagnostic) に極めて疑い濃厚なるペクトリロキー (pectoriloquie très douteuse) と記入する氣になつたほどふるえを帯びた大きな聲音共鳴が認められたが、それは2~3日後消滅した。

12月11日右胸鎖骨下域の共鳴がはつきりして来て、呼吸音も右側より強くなつたがその範囲は第3肋骨以下に達しなかつた。又脊柱-肩胛骨間域でも呼吸音がよくきこえた。患者は乳濁黄色の喀痰を僅か喀出し、喀出した翌日より徐々に快方に向つた。しかし側腹部の浮腫は依然存在し上方に向つて上の限界がのび、殊に腕がはれ上り、時々人事不省というよりは精神錯亂状態を呈した。

1月初頭、衰弱が一層ひどくなつて、寢臺から下りようとするとき必ず卒倒したが、熱はなく、浮腫も増大せず、呼吸困難も訴えなくなつた。しかし聴診上の所見は依然變化がなかつた。1月から2月のはじめにかけて患者は著しくやせおとろえた。彼は入院以來ずつと食事をきらい、ごく僅かしか食べなかつた。2月11日病勢は従前と變らず、人事不省というよりむしろつじつまのあわないことを口走り、呼吸音のきこえる右胸部に吸氣終末に際して1種の捻髪音があらわれた。14日患者の顔貌は一大變化をおこし顔にしわがより、顔の輪廓全體がつまみ上げられた様にとがり、急性腹痛を訴え夜通し譫妄状態にあつた。以上の諸症状に鑑み私は腹膜炎の診断を追加した。衰弱がひどく、2ヶ月以上前から悪い食事をつつていたから改めて局部刺絡をほどこすわけには行かなかつた。尤もそれまでに何よりも先に刺絡を施しておいたが、種々なる種類の打膿 (exutoire) と同様効果がなかつたのである。彼はこの日のうちに死んだ。

死後24時間で行つた解剖所見——一般に貧血し、榮養 (embonpoint) 中等、胸部殊に右側胸部の浮腫。

大脳左葉は右葉よりも大きく、脳廻轉 (circonvolution cérébrale) は腦の中・上半部に於ては軽度に扁平化し、大脳廻轉間溝 (scissure des circonvolution) に相當する部分の蜘蛛膜は稍々浸潤肥厚し、僅かに乳濁して白色調を帯びている。軟腦膜の血管は殆ど充血せず、側腦室は大脳葉と同様左右不同で、約2オンスの茶褐色漿液が各側不平等にはいつていた。腦實質はかなり柔軟で濕潤し、剖面を入れても血液小滴が僅かに流出しただけで

ある。環状突起 (protubérance annulaire) は正常よりも柔く小腦も亦柔軟である。

右側肋膜腔は微濁帯黄色の漿液約1パイントを入れ、右肺は短小で完全に器質化し、強い抵抗をもっている病的細房性組織をもつて横隔膜及び後胸壁下部に癒着し、その前面中部には柔軟で乳濁・帯黄色の一見粘稠な膜に似ている半凝固蛋白よりもやわらかい手掌大の柔軟な偽膜が存在した。本偽膜は小血管を澤山有しているが、同じく血管に富み完全な病的細房性組織に似た構造を有する硬い帯を以つて胸壁肋膜に癒着していた。又背面上部は膿汁の様に黄色調を帯びた1種の蛋白質偽膜によつて胸壁肋膜に癒着しているが、この偽膜は非常にかたくて血管がいろいろな方向に走つており、白色調の強い部分もあつて、細房組織板 (lame cellulaire) に分化しつつある様に見えた。

肺上半部の組織には血液を含んだ漿液が浸潤しているが、壓すればかなり明瞭に捻髪音を呈し、下半部の肺組織はこれより緻密且つ暗赤色で剖面が部分的に顆粒状で、上半部と同じく血液及び漿液の浸潤をうけているがそれよりも捻髪音がすくない。

右肺肺尖部附近は充分に器質化せる陳舊性病的細房組織を以つて胸壁肋膜に癒着し、癒着部には皺襞様陥凹があり、中心に小化骨部が認められ、この部分から膜ほど硬くない純白色の極めて緻密な細房性組織の細紐様線條が出ている。この線條構造物の長さは約1吋、巾は6 ligne、厚さは不均一で3~4 ligneであつて、この明瞭に斑痕と認められる細房組織に鳥の羽ペン軸か或いはそれよりも稍々太く肺組織の灰色調と特異な對照をなしている白色の内腔が閉塞せる氣管細分枝が侵入していた。私はひまな時にしらべ直そうと思つてその一片を切りとつて保存させたが、講堂(教室)小使の不注意によつて他の剖檢殘渣と一緒に捨てられて了つた。

肺組織は壓すれば全般に捻髪音を呈し、軽く血性漿液が浸潤している。兩肺とも結核結節はなかつた。

心嚢は微濁漿液數オンスをいれ、心臓は死者の手掌よりも大きく、左心室は肉柱基始部に於いて壁の厚さ約 8 ligne, 左室基底部では 6 ligne で、組織はかたく内腔は非常に小さかつた。右心室は心臓の大きさに比して稍、小さく、何だか左室の中に抱擁されている様な恰好をし、壁は普通の厚さであるが、左室壁のそれよりもずつとうすかつた。右室内腔には血液はないが、左心室にはポリープ様凝血があつて大動脈基始部にまで達していた。

腹壁を開くと絮状蛋白沈澱を混じた濁濁液約 2 パイントが流出した。腸はガスによつて中等度に膨満し、その遊離縁の諸所に容易に剝離し得る柔い偽膜、大小様々の斑點及び無数の輪廓明瞭な小點が融合して出來た發赤がみとめられた。胃幽門附近は收縮し、剖面を入れると筋層の厚さは約 2 ligne で非常にかたいが健康であつた。胃粘膜層も腸粘膜層と同様健康であつた。肝臓はやや大きく脂肪がメスに軽く附着して來た。他の腹部臓器には異常がない。

觀察例 XXIII 肺炎 (péripneumonie) で死亡した患者に見出された肺の陳舊性組織軟骨性斑痕——62歳の老人、人足、頑丈な體格で多血質、5年前から常に咳嗽になやまされていたが、1818年4月4日勞働中右胸側下部にかなり強い疼痛を感じ、間もなくそれが全左胸にひろがり、呼吸困難且つ過度となり疼痛を伴い、患側を下にして横たわることが出來なくなつた。この状態は日と共に進行し、4月8日ネッケル病院に入院。その日の診察では下記の症状を呈した。

榮養中等 (embonpoint médiocre), 全身蒼白、左頬部は軽度に色づき、唇は蒼白で外頸靜脈は怒張し、脈膊は弱く頻數、呼吸は淺く促進し疼痛を伴い大きく口を開いて行う。咳嗽が甚だ多く且つはげしい (par quinte), 咯出物は極めて粘稠で泡沫にとみ、半透明で量はすくなく黄色乳濁せる痰を若干混じている。

胸部打診音は右側に於てよく、左側に於ては稍々悪いが、呼吸音を聴診

器できくと一層明瞭な差異があるのがわかる。即ち右側では呼吸音が相當強く囉音及び一種の口笛音 (sifflement) を伴つているのに、左側に於ては殆ど全域にわたつて呼吸者がきこえないのである。心搏動は頻數且つかなり規則正しく、心室收縮音は鈍くてあまり強くない收縮衝擊を生じ、心房 (oreillette) 收縮音は充分明瞭で、鎖骨下域に於てもこれを聴取し得る。患者の血色が悪くずつと以前から咳嗽があつたことは肺結核の存在を疑ふべきものであつたから、多くの部位に於いて pectoriloquie の有無を検査したが見出されなかつた。しかし患者の状態が長時間の診察を許さなかつたので肩峰部の pectoriloquie を調べなかつた。

以上の所見によつてかりに次の様な診断を下した：左側肋膜肺炎 (pleuro-pneumonie)。結核？ 軽度の心擴張。

患者は次の夜に死亡した。

死後36時間で行つた剖検所見——身長 5 pied 1 pouce、筋肉の發達良好。全身蒼白。胸部を打診すると前面に於てはかなり著明な音を發する。頭蓋は開かなかつた。左胸腔は右胸腔よりも大きい。

右肺は全面にわたつて充分器質化する豊富な陳舊性細房性組織を以つて胸壁肋膜に癒著し、肺尖部では纖維軟骨様で肺と一體になつて中央 3 ligne 以上の厚さを有し、一種の球帽の様な恰好をして肺尖をだき込みその厚さは周邊部に行くにつれて漸次弱くなり第 2 肋骨の高さまで達し、遂に肋膜と融合する。

右肺前面部は含氣量に富み (très crépitant) 背面部は殆ど空気を有せず、背面 $\frac{2}{3}$ 部の組織は柔軟・潤潤で、漿液の如く流動し易く且つ殆ど氣泡を有しない血液が浸潤している。この肺は肺黑色物質よりなる多數の斑點狀紋理を有していた。右肺尖部は極めて注目すべき構造を呈している。即ち第 2 肋骨の高さまで非常にかたくすこしも空気を含まぬ組織であつて、それはこの部の肺に埋没してしつかりと接着物質によつて癒着している胡桃大の不規則圓錐形纖維軟骨塊の存在によつて生じた構造であつた。この組

織塊は乳濁して白く輝き、他部よりも黒色物質をはるかに多く含んでいる。この部の肺組織と顕著な對照を示している。上記球帽と問題の組織塊との境界をなすこの組織層は場所によつては厚さ 2 ligne で實に黒く、その構造はまだ充分にうかがわれるのに空氣をすこしも含有していない。種々なる方向に剖面をいれて見ると纖維軟骨塊は全く斑痕の像を有し、ごく小さい面積の 1~2 點に於ては細房性組織様の一層柔軟な構造を呈し、これら諸點には透明漿液が浸潤していた。

細小氣管枝數個がこの塊に侵入して閉塞して消失している。なかでも鶯鳥の羽ペン軸大の 2 本はその下部に到達し、末端に盲囊を形成している。そしてこの 2 本のうち 1 本は軟骨性塊内に半吋の深さまで追跡出来る。上述の盲囊はさしわたすくなくも 2 ligne で濃赤色の粘膜を有しているが、細小氣管支はここまで達するとすぐに腫瘍内にはいりこんで鳥の羽ペン軸大の太さにちぢまつて了う。それはもはや内腔を有せず、白色調を帯び腫瘍のそれとよく似た構造を示すが、その組織の走向によつてこれと區別される。この纖維の色調がうすいために閉塞せる氣管細枝によつて形成された網目のなかにむかし氣管細枝壁及び内腔が存在した部分がわかる (第 2 圖版の Fig. 3 を見よ)。

左肺は右肺と同じく全面胸壁肋膜と癒着し、右肺よりも $\frac{1}{3}$ ばかり容積が大きく、前部 $\frac{1}{4}$ 及び肺尖部は空氣を含有し、燃髮音を觸知出来る。肺尖部附近に灰色・菲薄・半透明・半軟骨硬度の膜で蔽われ、榛の實を容れ得る大きさの小空洞が存在し、それを肺の燃髮音を呈する部分 (partie crépitant) 全體に極めて豊富に分布している黒色物質が横切つているのが見える。この空洞には脆弱柔軟な乾酪に似た結核性物質がすこしまつていて、空洞存在部の肺組織を壓すれば完全に燃髮音を呈する。

氣管支基部に硬い半軟骨或いは不完全軟骨性質を有する灰色半透明膜でかこまれた乾酪様に軟化せる柔軟な裸麥粒大の結節が 1 個存在する。

右肺の $\frac{3}{4}$ 背部は肝臓に匹敵するほど硬く、全體に剖面を入れるとこの

硬化部分からはつきりした膿及び少量の血液を混じた漿液中等量が流出した。肺組織は場所によつて硬化して濃赤色を呈し、他部では單に紅色調を帯び、膿が最も多量に浸潤している部分は微黄色でかなり廣汎な部分が肺黒色物質の何だか瀰漫的な蒸發 (exhalation) によつて灰色或いは黒色にさえ見え、同じ物質によつて生じた小點が諸所に斑點をなして分布し、ちよつと花崗岩の様な外觀をもつている。リンネル布で清拭し逆光線でながめると剖面は顆粒状であつた。

左肺底部は全縁横隔膜と癒着しているが、その中心部には乳濁・レモン黄色でゆで卵の卵白ほどの硬さを有する蛋白質層が横隔膜との間にはさまつていた。この層は 2 層よりなり、その一つは肺肋膜を、他の一つは横隔膜をおおい、同じ性質を有しレモン黄色漿液でへだてられた既に細房性組織化せる多數の横走せる薄板が兩層を連絡していた。この蛋白質層は容易に除去し得、その下に發赤せる肺肋膜が見えた。

心嚢内面は横隔膜との癒着部にはつきり識別し得る小點の密集群よりなる約 1 吋平方の濃赤色斑が認められ、心嚢には半固體狀の蛋白質絮狀物 2~3 個及びひどく血液を混じた漿液約 2 オンスがたまつていた。心臓は死者の手拳大以上でその前面には爪大の細房性白斑があつた。

右房及びその附屬器 (appendice) は肉柱間にまつわりつき右心室まで侵入しているポリープ狀の凝血をいれて著しく伸展し、右心室内腔は正常よりも大きく、右心室壁の厚さは普通で黄色を帯びた貧血せる脆弱な組織から出来ていた。

左心室及び左心房は空虛で前者は明瞭に擴張し、心室及び心房の壁は最もあつところでも巾 5 ligne で、その組織は右心室と同じく柔軟且つ蒼白であつた。

諸腸はガスによつて膨滿し、胃は空虛で大彎中部附近に相當明瞭な手拳大發赤斑があり、粘膜をけずり落しても消失しなかつた。のこりの腸管には他の腹部臓器と同様著明な變化を認めない。

上に述べた諸観察例を吟味すれば肺結核は必ずしも常に必要不可欠の死因でなく、軟化して肺内部に潰瘍性空洞が出来てしまうと全身の健康に無害な他の空洞と同様、正常代謝組織に酷似せる膜でおおわれて瘻管になるか、或いは細房性・繊維軟骨性・半軟骨性等の多少とも完全な斑痕に変化するという二通りの様式によつて治癒することがわかるだろう。観察例 XVII, XVIII, XIX, XXI, 及び XXII の屍に存在した空洞が互によく似た性質を有していることは、それらの起源が同一で、明かに以前空洞存在部に位置していた結節の軟化によつて生じたことを示している。観察例 XVII の女屍では肺にもはや結節を發見出来なかつたから、殆ど治癒していたものと見做される。観察例 XVIII は唯1個非常に小さい結節を有していただけであるから一層よく治癒していたと言えよう。観察例 XVIII, XIX, 及び XXI の屍體には相ついで發生したとおぼしきなまの結節、或いは粟粒性結節が認められ再發を否定出来ないが、再發同志の時間的間隔はかなり長かつたからこれら患者が長壽を全うし得る希望はあつたと言える。

Bayle がなまの結節、殊に粟粒結節が長年月健康を害することなく存在し得る事實を觀察しているのはまことにもつともなことである。

若しこれら各観察例に就いて既往疾患がはつきり聽取されていたらどの例に於いてもきつと何らかの時期に咳嗽が長くつづいたり、重い加答兒にかかつたり、或いは長い間肺結核と間ちがえられていたが意外にもなおつて了つたという風な出来事がわかつただろうと思う。

しかし實際には斯様な既往症聽取が行われていなかつた。注意して患者に尋ねて見ても、入院している時などは殊にそうであるが、患者自身が現疾患と既往疾患との間に何か関係があるに相違ないと思つていない場合には、既往疾患を正しく且つ完全にききただすことは非常に困難である。

この様に既往疾患はよくわからないけれども、少くとも上述の事實は結核の中に何だか間歇的進行を呈する型と、例外的ではあるが治癒する型があるという想像に完全な理論的根據を與えていると言えるだろう。しかし

これによつて私は結核が單純なカタル性罹患の假面をかぶつて肺に全然結節をつくらぬ場合もあり得ることを否定しようと思わない。いずれその様な罹患に就いて述べるつもりであるが、それはまことに稀有で、私が今まで經驗し得たものは僅か1例だけであつた。Bayle の著書には剖検で確認した斯様な例を2つ書いてある。肺瘻管及び斑痕を有する症例はこれと逆にまことに多い。私は稍々以前から特にこれに注意して病理解剖を行い、遙かに確實に斯様な事實を觀察し且つ記載する事が出来る様になつたから、ここに私が最近經驗した剖検例中から少数を選んで説明することに止め度いと思う。私は昔それに似た構造にしばしば遭遇し、部分的ではあるが他の書物に記載したこともある (Dictionnaire des Science médicales, art. CRILICES ACCIDENTELS) 私は眞面目に病院で病理解剖を研究したら誰でも6ヶ月以内に斯様な肺斑痕及び肺瘻管に遭遇すると保證してよいと思う。

この種の構造は場合によつて色々な特徴をもっているから、それを一つも残さず検討するのは困難であり又必要でもない様に思われる。ついで乍ら病的軟骨組織の發生は自然が結節空洞化によつて惹きおこされる破壊を治癒せしめる目的のために特別に採用する手段であるが、しばしば稍々過剰にこの補修物質を產生するのではあるまいかという私の想像を書き加えておこう。故に肺上葉及びその表面近傍に斑痕化せる空洞と並んで肺尖部に存在した第 XXVIII 観察例の軟骨性球帽の如きは全く自然が結核性物質浸出液の肋膜腔内侵入を防ごうとした防禦手段と解されるのである。又軟骨性瘻管の壁を形成する囊腫の厚さが不均一で半吋から1吋の間を動揺し、内腔が極めて小さくあたかも自然治癒力 (nature médicatrice) が瘻管の形をとろうか、それとも完全な斑痕の形をとろうかと迷つている様に見えることもある(第3圖版 Fig. 2を見よ)。斯様な病的軟骨性物質が存在する場合には、それと同時に引きつづいて近傍に磷酸石灰を豊富に生ずることが甚だ多い。斯様な瘻管性囊腫の化骨は先にその例を述べたけれども實際

には非常に稀である。しかし化骨せずに泥状に浸潤せる磷酸石灰が見出される例は極めて多く、もと結核性結節が存在していた場所の肺組織に黑色物質に混つて多少乾燥せる磷酸石灰が浸潤している例はそれよりもずつと再々遭遇する。時には第1次侵襲 (eruption primitive) によつて生じた小数の小結節の一部がなまの結節か或いは色々な程度まで軟化し、他部は多少完全に崩壊して泥様乃至骨様磷酸石灰で置換され、結核性物質の吸収につれて消滅したのではあるまいかと思われる例も見られる。

結核患者の若干は一時的に治癒するけれども、それは結節が軟化・斑痕化して治癒に赴く頃、それに引きつづき當然軟化すべき別の結節がまだなまの結節の域にとどまつているために起る現象としてうまく説明することが出来る。例えば先に病歴を紹介したポーランド人の例などは腸疾患の合併さえなければ右肺空洞の完全斑痕化後数年間申し分ない健康に恵まれるか、そこまで行かなくても通常粟粒結節が存在する際に見られる粘稠な喀痰を伴う咳嗽が出る程度で済んだらう。しかしこれらの結核結節は必然的に早晚癆症々状を再現する運命をもつていたのである。私は1814年この種の一時的結核治癒の顕著な例を経験した。

観察例 XXIV 進行が停止し、一見治癒したかと思われた肺癆——ある若い婦人が健康を害し、田舎の民間薬を色々なんで見たが一向きかなかつたので治療をうけようと思つて巴里まで出て来て Récamier*氏と私の診察を求めた。彼女は咳嗽が多く膿様の痰を咯出し、著しくやせおとろえ、消耗性熱・盗汗等肺癆のあらゆる徴候を有し、頸部淋巴腺が數個固く瘤状にはれていた。これらの症状に加うるに數日前からかなり強い下痢があつた。私達は 2, 3 の収斂劑、硫黄浴及び驢馬乳をのむ様にすすめた。この處置の效能はすぐあらわれ、2ヶ月後、體力・肉づき (embonpoint)・氣力 (fraîcheur) が發病前の状態に快復したほどであつた。咳嗽は殆ど消滅し、頸部淋巴腺はもとの半分に萎縮し患者は完全な健康體にもどることが出

來、冬の間極めて氣持よく過したのであつたが、4月に咳嗽及び癆症の諸症状が再び現われ急激に病勢が進行して夏の終り頃死亡した。

肺癆に於いては一過性治癒 (guérison momentanée) の例は稀である。しかしそれだけに長い年月の間癆症のあらゆる症状を呈しつつも不全恢復と多少とも重篤な再發とを交互にくり返しつつ生きている者を見るのは決して珍しくない。Bayle が間々14年間もつづく癆症を見たことがあると述べているのは主としてこの種の症例である。私は多くの結節が逐次軟化して肺癆管に變化することが斯様な事實の原因であるに相違ないと考えているが、逆に咳嗽が全く出なくなる比較的完全な一過性治癒は纖維或いは纖維軟骨性斑痕の形成にもつづくものではないかと思う。實際にこれ等兩種の症例中私が今までに充分觀察し得たものは凡そ次の様な所見を呈していた。すなわち結節が半軟骨性の癆管を形成して治癒する時は通常多少とも著明な慢性加答兒を残し場合によるとかなり大量の喀痰を伴うのであるが、斑痕の出来る場合は稀に弱い乾燥せる咳嗽が出る以外に殆ど異常を呈せず、斑痕の構造が正常代謝組織殊に細房性組織或いは纖維軟骨性組織に酷似している際には正常動物代謝健康組織と大いに相違しており、第XXIII觀察例の如く肺黑色物質を多量に混じていると習慣性咳嗽があつて、結節が完全に崩壊した後にも猶乾燥せる咳嗽が出、粘稠な痰を咯出し病的羸瘦をおこす。

一般に全身的素質の結果として肺内に結核結節が発生するらしく、しばしばこれと同時に腸壁にも結節が現われ潰瘍を形成し、その結果必ず水様性下痢が起り、或る種の例に於いては淋巴腺・攝護腺・睾丸・筋肉・骨等にも同じく結核結節が出現するという事實を熟慮すれば、たとえ肺癆の症状が全く消滅して治癒した様に見えても、それは單なる一時的現象に過ぎないと思わざるを得ないであろう。しかし他の多くの癆症症例に比して稀有であると共に極端でもあるこれら諸症例から想像される最も厄介な結果を一應承認するとしても、既に私が説明した諸例から判る様に多くの肺

癆に於いて眞實の治癒、或いは少くとも偶然釣合が取れて進行が停止する状態になるという希望が全くないとは言えない。何故なら患者があらゆる日常生活を完全に行い得る程度の健康を回復し、なまの状態に停止していた結核結節が活動を開始して、あらたに最後の癆症侵襲を惹起するまで實に數年間その状態を維持し得る場合があるからである。

要するに私が肺に瘻管又は斑痕を見出した者は大部分同時に色々な發育段階の結核結節をもつていたから、たとえ時間的に未來であるとは言え必ずそのために再發を引き起すべき運命をもつていた。しかし私は同様の治癒形跡を肺及び他の諸臓器に全く結節を有せざるものにも再々發見したのである。即ち第 XVII 觀察例及び第 XXIII 觀察例がそれである。あるいはこれ等 2 例に見られた斑痕又は瘻管を肺膿瘍即ち肺の炎症の結果生じたものと見なし、眞實の結核性のものではないと考える人もあろうが、斯様な想像は全く根據を缺いている。毎日屍體解剖をしているといわば日 1 日結核性潰瘍の表面に半軟骨性膜が出来て行く有様を目に見ることが出来るのに、肺組織炎症の結果眞實の肺膿瘍や膿潴溜が起るのは全然不可能事とは言えないが、前に私が述べた通りまことに稀有で上述の肺瘻管及び肺斑痕ほど再々遭遇しないことがわかるのである。こう考えて來ると打診法及び間接聽診法によつて肺の大部分がなお空気をもつていることが證明される肺癆症例は、まんざら絶望すべきものではないという結論に達すると共に、同様の状態で pectoriloquie が認められる際にはたしかに潰瘍性空洞を有していると斷言してもよいが、そうだからと言つて患者の死を豫言すると往々誤診に陥る理由も納得されるのである。

一般に喀痰が濁黄褐色で、身體がやせおとろえ、高い惡液質性熱發を伴い、一口に言つて肺癆につきまとう諸徴候が明瞭にあらわれる症例に於いては、それと同時に pectoriloquie の存在しないものの方が存在するものよりも憂慮すべき状態にあると見做してよいだろう。それは Pectoriloquie がある場合には自然治癒力が結核性物質を軟化させてそれを排出しようと

努力しているためにはかばかしくない症状を呈するのであつて、間接聽診法によつて肺の大部分が健康であることさえわかればやがて完全に結核性物質を排出し盡し、以上のこのましくない諸症状が消退するものと期待してよいからである。逆に pectoriloquie がない場合には結核結節は充分軟化して潰瘍性空洞となるまで全身に極めて大きい影響を與えるから、現在患者が結核結節を澤山もつていると判斷しなければならない。

残念乍ら私は肺に斑痕及び肺瘻管を見出した觀察第 XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII 及び XXIII 例の疾病記録をもつていない。その代りに觀察第 XXI 例に追加して以上諸症例のいわば對蹠をなす次の 2 觀察例を掲げることが出来る。これら 2 例はたしかに肺結核にかかつたのに數年も申し分のない健康状態を保つていたものである。

觀察例 XXV 治癒せる結核性肺癆——M・G..., イギリス人、パリーに捕虜として抑留されていた約 36 歳の男子。背は高く、骨格が頑丈で淋巴血液性體質。1813 年 9 月初頭かなり多量の血液を喀出したが、それに引きつづいて先ず乾燥せる咳嗽があらわれ、數週後遂に黄色膿様の痰を喀出するに至つた。之等の症状に加うるにかなり著明な惡液質性熱發があり、呼吸促進し盜汗が多く、迅速に身體消耗を來しそれに比例して體がおとろえた。血痰は時折出たが中等量で、12 月になつてから下痢が起り、阿片及びゴム質劑投與によつて漸く消退することが出来た。1 月のはじめに患者は著しくやせおとろえ、毎日今日こそ死ぬのではないかと待ちもうけられる有様になり、彼を診察していた Hallé 氏及び Bayle 氏の判斷も亦私と同様であつた。

1814 年 1 月 15 日患者は何時もよりひどい咳嗽發作におそわれ殆ど血液と思われる痰を喀出し、その後には榛の實大の固い塊をはき出した。それは極めて明瞭に區別される 2 種の異なる物質から出来ており、その 1 つは黄色に濁濁し、チーズ様硬度を有し多少もろいが余り柔軟とは言えない物質で、

塊の殆ど $\frac{3}{4}$ を占め一見して私には軟化第1度の結核結節とわかつたが、他の物質は灰色半透明で若干の部分は非常に固く、他部は赤色をおびて軟く、初期結核結節灰色物質の浸潤を部分的に受けた小組織片に酷似し、やや大きい結核結節性物質及び潰瘍性空洞の周囲組織の様な硬度をもつていた。斯様な出来ごとがあつた上に患者の全身状態が上述の如くであつたから私は彼が数日、おそらくは数時間内に死亡するものと信じて疑わなかつた。今や身體は極度にやせおとろえ、殆ど3週間前から数秒間といえども起坐出来ない有様であつた。體重は身長が6 pied もあるのに普通の力の人 が抱きかかえずに兩腕を伸したままで肱かけ椅子から寝臺の上にやすやすと彼を運び得る程軽くなつた。

彼の容體は1月の終りまで同様であつたが、2月のはじめに盗汗及び下痢が自然に止まつて、豫想に反して喀痰が目立つて少くなつた。脈搏はその頃まで何時も120を數えていたのに90に下り、食慾は發病以來全くなかつたが數日後再び出て来て、部屋の中を數歩歩くことが出来る様にさえなり、間もなくやつれが取れて来て2月末頃には間ちがいなく恢復の徴候があらゆる方面に現われて來た。3月中に咳嗽は全く消退し、皮下脂肪は漸次増し肉づきも昔の形に歸り、馬に乗つてかなり長いコースを走ることが出来るほどになり、4月初頭全快した。

この時期から M・G... は殆どつづげ様に旅行をした。彼はフランス、イタリアそしてドイツをかけ廻り、時々パリーやロンドンに戻つて氣候の變化を亂暴に身に受けることも多かつた。そして平常はかなりつましやかに、又規則正しい生活をしていたけれど、時によると彼の同國人であるイギリス人の間では上流社會人といえども必ずしもやらないとは言えない、フランス人によつて亂痴氣酒宴とよばれている宴會などにさそわれて出て行く事もあつた。それでいて彼は少しも再發せず又咳嗽も出なかつた。

1818年3月パリーに彼がやつて來た時に軽度の膽汁性罹患 (affection bilieuse, 黃疸?) の爲私の診察を受けた。私はこの機會を利用して聽診器

で彼の胸部を檢查したが、右肺尖部が第3肋骨の高さまで他の胸部より呼吸音が粗裂 (sensible) であるのを知つた。しかし該部は打診上左側と異らず pectoriloquie も證明されなかつた。斯様な徴候によつて私は前述の結核結節塊逸脱によつて生じた空洞が細房性或いは纖維軟骨性斑痕におきかえられて了つているのだと考へた。咳嗽が全くない事、又呼吸困難、喀痰が長い間認められないことは此の患者の體に猶結核結節が残存しているという想像を許さないから、私は全快しているに相違ないと判断した。

1824年彼はローマに於いて當時その地で醫業を營み極めて有名であつた英人醫師 Clarke 博士の診察を受けたが、同博士も本患者に就いて私が上に述べた通りの所見を認めたのであつた。同じ年私も亦パリーに於いて自らこの患者を診察し、1818年と全く變つていないことを知つた。

觀察例 XXVI 全治せる肺癆——Bayle 氏は氏の肺癆に關する研究中に私が彼に知らせてやつた末期状態肺癆のあらゆる症狀を呈していたものが、海岸に轉地して空氣と住居を替えたことによつて完全に癒つた觀察例を記載している。元元私達は肺結核が治癒するとは思つていなかつたので當時 Bayle 氏と私の兩名は此の患者の疾病は慢性カタルであつたに相違ないと考へ、本觀察例にもそう言う病名をつけていた。處がその後私はこの患者が何か單純なカタル以上のものをもつていたという證據を擲んだ。即ち私は患者を1818年にもう一度診察する機會を得、聽診器で彼の胸部をしらべ、呼吸音が右肺尖部をのぞきいすれの部分に於いても完全にきこえるが、該部に於いては第2肋骨の高さまで完全に消失しているのを發見し、本肺には昔潰瘍性空洞があつて後に充實せる硬い斑痕がこれに置換したのだらうと考へた。この患者にとつて斯様な状態はすこしも健康に影響がない様に見えた。D*** 氏は現在裁判所の檢事をつとめ、多年辯論を行うことも多く、しばしばつづげ様に1時間以上も演説するが少しも疲勞しない。もつとも時々、殊に氣候のかわり目に軽い空咳嗽が出るが風邪を引く

様なことは滅多にない。

私は肺癆に於ける治癒の可能性に就て語るのを之位にして打切ることにしてしよう。問題の重要性に鑑み私が本事項のために多くの頁をさいたことを讀者諸氏が許して下されば有難いと思う。實は以上に於いて私が吟味した諸問題は私の業績の主要課題に格別無關係であるとは言えないのである。何故ならそれは私が如何なる症例に於いても間接聴診法が悪い症状や生命への危険な徴候 (Mal variable) を摺むための最良方法であることを證明したいと思つて種々なる比較照合を行つた結果到達した成果に他ならないからである。肺癆の治癒可能性を立證する上述の個々の症例には私と同一の検査法、即ち間接聴診法と屍體解剖とを行つて注意深く観察すれば誰でも再々遭遇すると思う。斯様な治癒例が非常に多いという事を色々な事實が私に信じさせるに至つたのである。私の記載した諸例は數ヶ月おきに経験したもので、私は同じ頃或いはそれ以後に他の同様な例を澤山觀察している。

私には稀有な例が偶然重り合つて斯様な結果を生じたとは到底信じられない。むしろこの種の例の頻度が高いためにそうなつたのだと思うべきである。既に上に述べた様に私は昔余り注意していなかつたのに再々この様な例を経験したのである。實際自然科学に於いては特定の對象に注意を集中していない際には毎日それを見ているながら平氣に見逃すこともあるわけで、例えば、園丁が自ら耕作している土地にはえている植物の第10部 (dixième partie) を見分け得ないのと同じである。醫學の領域に同様な例を求めらば解剖學者は毎日血管や神經組織をしらべているのに器質的病變に就ては何も知つていないことが擧げられようし、私自身の経験から言へば平常屍體解剖に専念しており乍ら、個々の記載解剖學を忘れていゝこともある。

とは言えまだ全肺が侵されていない肺癆患者の治癒可能性は、疾病の性質から言つても又病變を呈している諸臟器の状態から考へても一概に否定

されるべきものではないと思う。何故なら周知の如く軟化後しばしば全治し得るルイレキと呼ばれている淋巴結核結節と肺結核結節との間にすこしも差異がなく、又肺の一部分が病變によつて破壊しても直接生命をおびやかされるおそれはないからである。それは肺の外科的創傷が必ず胸壁に創口をつくり肋膜腔に空氣が侵入するという頗る厄介な合併症を伴うにかかわらず治癒する例がかなり多いのを見ても判るだろう。

第3項 肺癆の誘因

私達はさきに肺癆が何等かの肺構成要素の炎症の結果であるか否かを検討し、結局否定的結論に到達した。現在に於ても尙一般に風邪 (froid) が肺癆の最も有力なる誘因と考えられているし、事實それは北ヨーロッパ及び北アメリカに最も普遍的に見られる疾患であるが、之等の國々に住んでいる人々は冬が常に寒いので比較的厚着をし、住居を暖く暖房している事を忘れてはならない。他方高地、殊にアルプス地方ではヨーロッパ北部と同様に冬も長く且つきびしいにもかかわらず住民の肺癆が極めて稀である。癆症はフランス、イスパニア、イタリア、ギリシア等の如き温暖な國々にもやはり極めて多い。ヨーロッパの最南部に於ては本疾患は比較的少く殊に熱帯地との中間地域ではもつとも少い。しかしここに注意すべきはヨーロッパ南部と熱帯地との間にはさまつた地域は私達が良く知つていゝ様に海岸地帯であつて、いずれ後に述べる通り此の點海岸と内地地帯とで趣が大いに異つていゝからである。尙肺癆統計は現在まで發症肺癆患者のみを對象にして作製されているが、本疾患には潜伏状態で症状を呈しない場合が非常に多いことを知つておらねばならない。將來病理解剖がもつと普及したら寒冷地域では肺癆が顯症し易く、温暖地域では潜伏する場合が多いという風な成績を得るかも知れない。

我が國の都會に住んでいる多くの妙齡婦人の肺癆の誘因は一見薄着の習