



照群に比し僅かに少い様である。更に乾酪集周辺部の結核性肉芽組織の萎縮があり、結核性肉芽層の厚さは僅か乍ら薄くなっている。ラ氏型巨細胞の数は減少していないが萎縮しているものを認める。類上皮細胞は数も減少し萎縮乃至変性に陥り、周辺部では硝子化を認める。ズマンIII脂肪染色を施してみると脂肪変性をしている類上皮細胞が治療群では対照群に較べて少くなっている。また対照群では脂肪顆粒を結核性肉芽層に認めることが\*

\* 多いが、治療群ではこの脂肪顆粒が結核性肉芽層には却つて少くむしろ乾酪集周辺部に認めることが多い。格子線維は数をまし太いものが多くなり、膠原化も比較的著明である。また毛細血管の新生を認め、非特異肉芽層は厚さが薄くなり線維芽細胞はやや多くなっている。

(II) 臨床病型と組織学的所見について

(1) 初期腫脹型

1) 対照例(表2) 発病後比較的早期、即ち1~†

表 2. 対 照 例

対 照 例	組織学的所見	全症例数 全罹患数	乾酪集		被包治癒	線維性癆痕	剔出時期	脂肪変性	境界部			周節萎縮	結核性肉芽層				硝子化	膠原化	毛細血管	非特異肉芽層				
			有	無					死層	凹凸不整	明瞭		間隙有	層厚	巨細胞数	類上皮細胞萎縮				上格子線維萎縮	格子線維太	層厚	リンパ球	
			+	-					+	-	+		-	+	-	+				-	+	-	+	-
初期腫脹型	症例数	5	5	0	0	0	1~2月	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	罹患数	7	7	0	0	0																		
浸潤型	症例数	1	1	0	0	0	5月	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	罹患数	6	6	0	0	0																		
硬化型	症例数	4	3	1	1	0	9月~5年	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	罹患数	10	8	2	4	0																		

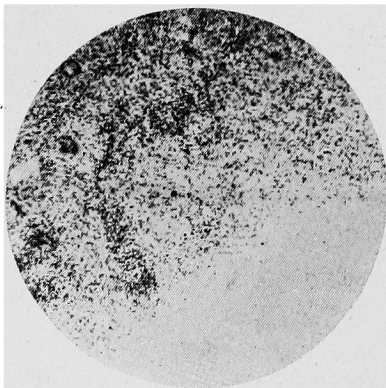


写真 1. 初期腫脹型(対照例)

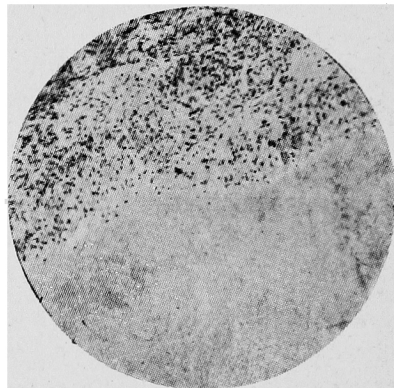


写真 2. 初期腫脹型(治療例)

† 2カ月で剔出した症例であるが、この様に早期に剔出したものでも多くは写真1の如く既に乾酪化しており、乾酪集周辺部の類上皮細胞は幼若なものが多く、従つて結核性肉芽層は比較的厚くなつており、また硝子化を認めない。これを塗銀標本でみると格子線維の増殖を認めず、膠原化も著明でない。

2) 治療例(表3) 発病後比較的早期、即ち2週間乃至1~2カ月で治療を開始し発病後2~3カ月で罹患腺を剔出した症例である。その中心部は対照例と同様にやはり広範囲に乾酪化しているが、写真2の如く乾酪集周辺部の類上皮細胞は同じ時期の対照例に比較し軽度乍ら減少、萎縮しており、ラ氏型巨細胞は時に萎縮して

いるものも認めるがそれ程著明に減少していない。更に乾酪集周辺部の孤立性結核結節は萎縮傾向を認める。然し乍ら硝子化、格子線維の状態及び膠原化等は対照例と殆んど同様で何れも著明でない。

(2) 浸潤型

1) 対照例(表2) これは発病後少しく時日が経過し5カ月位で剔出した症例であるが、初期腫脹型の対照例と比較して著明な差がない。強いていえば乾酪集周辺部の境界が僅か乍ら明瞭なものを認めることもあり、結核性肉芽層の厚さが僅かに薄くなつている程度である。

2) 治療例(表4) これも発病後少しく時日が経過し1~4カ月位としてから治療を開始し発病後3~7

表 3. 初 期 腫 脹 型

初期腫脹型症例	組織学的所見	全症例数 全罹患数	乾酪巣		被包治癒	線維性癆痕	治療開始時期	剔出時期	脂肪変性	境界部			周結節	結核性肉芽層				硝子	膠原化	毛細血管	非肉芽層	特異肉芽細胞	異層リンパ球		
			有	無						死生層	凹凸不整	明瞭		間隙有	層厚	巨細胞数	類上皮細胞数							上皮下細胞数	格子線維
			+	-						+	-	+		-	+	-	+							-	+
対照群	症例数	5	5	0	0		1~2月	++	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	7	7	0	0																				
SM群	症例数	3	3	0	0	0.5~1月	2~2.5月	++	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	4	4	0	0																				
INAH群	症例数	3	3	0	1	0	1~2月	3~5月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	8	6	2	2	1																			
TB1群	症例数	3	3	0	0	0	0.5~1月	1~2月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	5	5	0	0	0																			

表 4. 浸 潤 型

浸潤型症例	組織学的所見	全症例数 全罹患数	乾酪巣		被包治癒	線維性癆痕	治療開始時期	剔出時期	脂肪変性	境界部			周結節	結核性肉芽層				硝子	膠原化	毛細血管	非肉芽層	特異肉芽細胞	異層リンパ球		
			有	無						死生層	凹凸不整	明瞭		間隙有	層厚	巨細胞数	類上皮細胞数							上皮下細胞数	格子線維
			+	-						+	-	+		-	+	-	+							-	+
対照群	症例数	1	1	0	0		5月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	6	6	0	0																				
SM群	症例数	6	6	0	3	0	1~2月	3~7月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	17	17	0	11	0																			
INAH群	症例数	5	5	0	2	0	1~4月	4~7月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	16	14	2	8	2																			
TB1群	症例数	2	2	0	0	0	2~4月	5~6月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	4	3	1	1	0																			
PAS群	症例数	2	2	0	1	0	1~6月	2~9月	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	罹患腺数	7	7	0	5	0																			

カ月位で罹患腺を剔出した症例である。乾酪巣と結核性肉芽層との境界部に於ける死生層は薄くなり死生物質も少くなる。また乾酪巣と結核性肉芽層との境界部に於ける凹凸不整も対照例に比較して僅か乍ら減少し、乾酪巣周囲には時として間隙を認め、乾酪巣が乾燥し縮小している感じで Cholesterintafel や石灰の沈着を認め萎縮することもある(写真3, 4)。乾酪巣周辺部の結核結節も時に著明なものを認める。類上皮細胞は一般に著明に減少し、幼若なものよりも萎縮したものが多くなって原形質が狭くなり細胞間隙の広くなっているものが多い。

またラ氏型細胞は類上皮細胞と異り殆んど減少していないが、時には変形萎縮し空泡変性に陥っているものを認める。また乾酪巣周辺部では写真5の如く比較的著明な硝子様物質の沈着が起り硝子化が行われている。鍍銀標本をみると格子線維の増殖が盛で比較的著明な膠原化を認める。この様な結核性肉芽層には毛細血管の新生を認めることが多い。非特異肉芽層の厚さは時に薄くなっているものを認めることがあり、線維芽細胞の状態は殆んど変わらず、リンパ球は僅かに減少している。以上の所見は乾酪性変化の高度な場合であるが、乾酪化のない類上

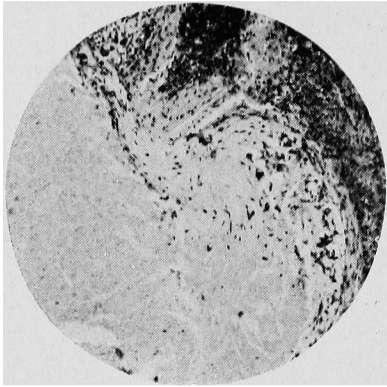


写真3 浸潤型（治療例） 膠原化が著明で一部に石灰の沈着がある

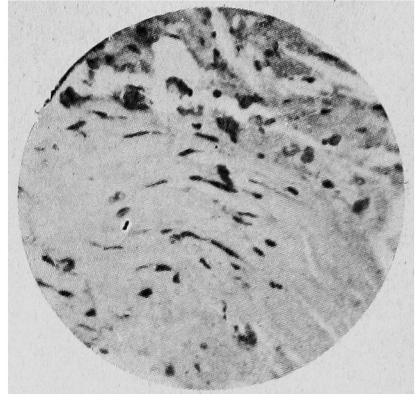


写真4 同左の強拡大

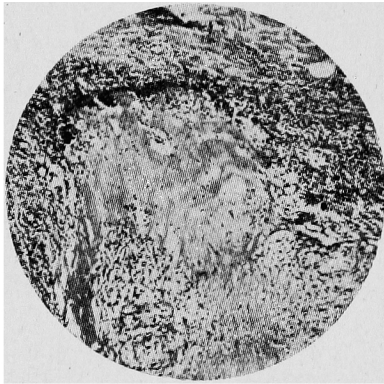


写真5 浸潤型（治療例） 硝子化が著明

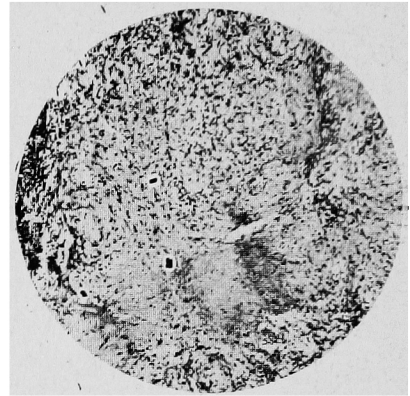


写真6 類上皮細胞結節

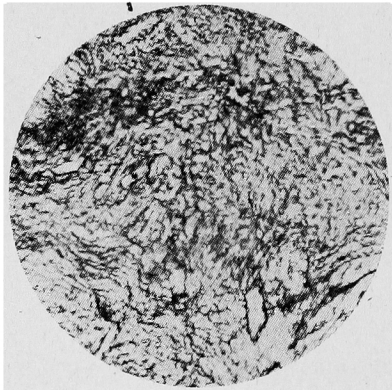


写真7 類上皮細胞結節の塗銀標本

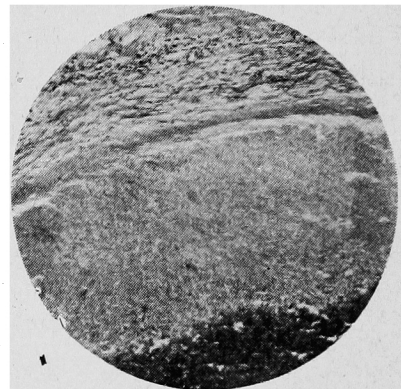


写真8 硬化型（治療例） 被包が著明で石灰化巣あり

皮細胞結節では写真6の如く類上皮細胞及び巨細胞の萎縮消失の傾向が著明で、中心部迄完全に硝子化して無構造な状態となっており、鍍銀標本でみると写真7の如く完全に線維化はしているのを認める。

### (3) 硬化型

1) 対照例（表2） これは発病後の経過が長く1～5年も経過してから剔出した症例であるが、その中心部は初期腫脹型や浸潤型と同様に広範囲に乾酪化している。

が、乾酪巣周辺部の境界が軽度乍ら明瞭となり周囲の結核結節は僅か乍ら萎縮しているものを認める。更に結核性肉芽層は軽度乍ら薄くなり、周辺部には軽度の硝子化を認めることもある。また類上皮細胞は初期腫脹型や浸潤型のそれよりも萎縮したものを認め、鍍銀標本をみると格子線維の軽度の増殖とその膠原化したものを認める。

表 5. 硬 化 型

硬化型症例	組織学的所見	全例 全罹腺数	乾酪		被包 治癒	線維性 癆痕	治開 始時 期	剔出 時期	脂肪 变性	境界部			周節 萎縮	結核性肉芽層				硝子 原化	膠 血管	非肉 層厚	特芽 線維	異層 リンパ球		
			有	無						死 生	凹 凸不 整	明 瞭		間 隙有	巨細胞 数	類 上皮細胞 数	上 皮細胞 萎縮						格子線維 数	
			厚	薄						厚	薄	厚		薄	厚	薄	厚							
対照群	症例数	4	3	1	1	0	9月 ~ 5年	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	罹患腺数	10	8	2	4	0																		
SM群	症例数	4	4	0	4	0	10月 ~ 2年	10月 ~ 2年	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	罹患腺数	4	4	0	4	0																		
INAH群	症例数	1	1	0	1	0	1年 2月	1年 7月	+	-	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-
	罹患腺数	2	2	0	2	0																		
TB1群	症例数	1	1	0	0	0	1年 2月	1年 2月	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	罹患腺数	2	2	0	0	0																		
PAS群	症例数	5	5	0	5	0	2年 ~ 3年	2年 ~ 3年	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	罹患腺数	8	8	0	8	0																		

表 6. 各種抗結核剤と組織学的所見

各種抗結核剤	組織学的所見	臨床病型	境界部				周節		結核性肉芽層				硝子 原化	膠 血管	非肉 層厚	特芽 線維	異層 リンパ球	
			死 生	凹 凸不 整	明 瞭	間 隙有	数	萎 縮	巨細胞 数	類 上皮細胞 数	上 皮細胞 萎縮	格子線維 数						
SM群	初期腫脹型		+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	浸潤型		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	硬化型		-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
INAH群	初期腫脹型		-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	浸潤型		-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	硬化型		-	-	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+
TB1群	初期腫脹型		-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	浸潤型		+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	硬化型		-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PAS群	浸潤型		-	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	硬化型		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

2) 治療例(表5) これも発病より治療開始迄の経過が長く1~3年を経過してから治療を開始した症例であるが、前述の浸潤型の治療例と同様な治癒所見があるが、これら硬化型の所見は浸潤型のそれよりも遙かに増殖線維化の傾向が強く、所謂被包の状態になっているものを多数認めた。即ち、臨床的に比較的治癒の状態に達した様に思われた硬化型のもので、剔出鏡検してみ

るとその中心部はかなり広範囲に乾酪化しており、しかもこれらの乾酪巣は写真8の如く結核性癆の被膜で直接被包されており、類上皮細胞や円形細胞はあつても極めて僅かであり、時には石灰の沈着を認めることがある。即ち、病理組織学的には結核性病変が一応の停止状態にあるものと思われたこの様な被包の状態は硬化型の治療例では過半数に認めたが、硬化型の対照例及び浸潤型の

治療例に於ては被包状態にあると思われた症例は僅かであつた。

(III) 各種抗結核剤と組織学的所見

各種抗結核剤による治癒所見(表6)は、対照例に於ても軽度乍ら認められる自然治癒の組織像と本質的に何等差異がなく、その所見の程度と頻度が異なる様に思われる。即ち、SM及びINAH使用群ではPAS及びTB1\*

\* 使用群よりも治癒所見が著明で、特に類上皮細胞の萎縮、格子線維の増殖、膠原化及び硝子化等の所見が著明である。SM使用群とINAH使用群とでは組織学的な薬剤効果の上で有意義な差はない様に思われる。

(IV) 抗結核剤投与量と組織学的所見

抗結核剤投与量と病理組織学的な治癒所見については表7の如く一般的にいつてあまり平行関係がみられない

表7 SM投与量と組織学的所見

Table with 20 columns: Case No., Hair Follicles, SM Dose, Start Date, End Date, Boundary (Dead, Irregular, Clear, Intercellular), Circumference, Tubercle, Layer, Giant Cells, Epithelioid Cells, Grid Fibers, Calcification, Collagenization, Capillary, Non-specific, Special, Other. Rows 65-67.

表8 INAH及びTB1投与量と組織学的所見

Table with 20 columns: Drug, Case No., Hair Follicles, Dose, Start Date, End Date, Boundary (Dead, Irregular, Clear, Intercellular), Circumference, Tubercle, Layer, Giant Cells, Epithelioid Cells, Grid Fibers, Calcification, Collagenization, Capillary, Non-specific, Special, Other. Rows I NAH group and TB1 group.

† 即ち、SM使用群では投与量の増加と同時に治癒所見の著明なものもあるが、反対に治癒所見のあまり著明でないものもある。また INAH 使用群では表8の如く投与量の増加と同時に治癒所見が著明となつては、TB1 使用群では投与量がふえても治癒所見が著明となつていない。本症に於ては臨的に比較的同じ時期の病型と思われるものについてしらべてみたが、抗結核剤投与量の多いものは当然別出時期も遅くなるために組織学

的治癒所見もある程度は著明となるが、それ程有意義な関係は見出せなかつた。

(V) 臨床効果と組織学的所見

臨床効果と組織学的な治癒所見との関係は表9の如く臨床効果の著明なものが必ずしも組織学的に治癒所見が著明とは限らない。即ち、SM使用群では臨床著効例が治癒所見が最も著明であるが、臨床軽快例では無効例よりも治癒所見の劣るものがある。INAH使用群では必ず

表 9. 臨床効果と組織学的所見

使用薬剤	臨床効果	症例数	罹患腺数	治療開始期	剔出時期	境界部				周結節数	萎縮	結核性肉芽層				硝子化	膠原化	毛細血管	非肉芽層厚	特異的線維芽胞	異層リンパ球		
						死生層	凹凸不整	明瞭	間隙有			層厚	巨細胞数	萎縮	類上皮細胞							格子線維	
															数								萎縮
S	+	5	15	3月	7月	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	M	+	1	2	1月	2.5月	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	
M群	+	7	8	7月	9月	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	TNAH群	+	3	9	1月	4月	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
TNAH群	+	6	17	4月	7月	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	PAS群	+	1	1	1月	2月	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
+		1	6	6月	9月	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
PAS群	+	5	8	1年10月	2年2月	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	TB1群	+	3	6	2月	4月	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
+		3	5	4月	5月	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

しも臨床著効例が軽快例よりも組織学的に治癒所見が著明とは思われないし、PAS 及び TB1 使用群でも同様の成績である。この様な関係は例えば初期腫脹型では臨床的に縮小が著明で硬化型では著明に縮小しないことが多いが、前述した様に硝子化及び膠厚化等の治癒所見が硬化型にみられることが多いと同様である。従つて臨床的に罹患腺の縮小が著明でなく臨床効果の著明でないものでも、組織学的にみると治癒所見が著明であるものも認められた。

考 按

(1) 臨床病型との関係について

発病後比較的早期の初期腫脹型と思われるもので、患者が罹患腺の腫脹に気付いてから1~2週間位しか経過していないものでも、剔出鏡検してみると比較的著明な乾酪巣を認めることより、患者又は医師が触診上腫脹した罹患腺に気付く治療を開始する項には既にある程度結核性病変が進行し乾酪化の傾向を示すものが多く、類上皮細胞結節の状態のものは極めて少いことを考えねばならない。また臨床的に腺周囲炎が著明で浸潤型と思われるものが、時に軟化して波動を呈し膿瘍型に移行する傾向のあることを経験しているが、このことは浸潤型のものに乾酪変性が比較的強く膿性触解し易いことを示している。更に硬化型の中でも臨床的に比較的治癒の状態にあると思われたものすらも、大部分がその中心部にかなり広範の乾酪巣を有し、所謂被包化の状態にあるものを多く認めた。以上の様に教室の島田 山本<sup>6)</sup>の分類によるこれらの臨床病型のもの発病時期及び触診上の所

見を異にしているが、何れも乾酪変性を主病変としており、組織学的に相違する点は乾酪巣周辺部の増殖性変化の程度が夫々違うことである。換言すれば、臨床的に初期腫脹型といつても組織学的にはやはり乾酪巣を有し、その周辺部に未だ著明な線維化の起らない時期のものを含み、臨床的に硬化型というのは組織学的には中心部にやはり乾酪巣があるが、その周辺部に線維化の著明となつたものであり、罹患腺の結核性病変の全部が器質化した硬化型であるという意味ではない。従つて抗結核剤の投与により初期腫脹型では結核性肉芽層の厚さが薄くなり、周囲の結核結節は萎縮し孤立化の傾向を認め、類上皮細胞及びラ氏型巨細胞が変性萎縮していることなどが主要所見で、膠原化及び硝子化等はあまり著明でないのに反して、硬化型ではこれらの萎縮傾向の所見よりもむしろ乾酪巣周辺部に認められる硝子化、膠原化さらに被包といった様な所見が著明である。この様な組織学的な治癒像の相違は初期腫脹型のものが抗結核剤の投与により臨床的に比較的急速にかつ著明に縮小するものが多いのに反して、硬化型のものでは著明に縮小しないという臨床経過を裏書きしており、本症の治療に際して銘記すべき事項である。

(2) 抗結核剤による治癒過程について

抗結核剤の治癒過程については従来色々の学者によつて特異的なものが挙げられた。例えば BAGGENSTOSS<sup>1)</sup>等は粟粒結節の線維化及び硝子化を SM に特異的な形態の変化であるとし、AUERBACH<sup>2)</sup>は周焦炎の消滅の様相が特異的であると述べている。また岡<sup>22)</sup>、岩崎<sup>23)</sup>、

松永<sup>24)</sup>等はSMによる組織像で乾酪巣被膜が細胞性で線維化の少いことは自然治癒やPAS及びTB1による治癒組織像、即ち自然治癒を主体とした結合織増加及び瘢痕化等と本質的に差異がある様に考えている。一方、抗結核剤による治癒過程の組織像は自然治癒のそれとの間に質的差異を認めないことを青木<sup>25)</sup>、久田<sup>26)</sup>、宮川<sup>27)</sup>等が指摘しているが、今日では抗結核剤特有の組織学的な治癒過程は存在しないとする説が一般に多い。各種抗結核剤の頸部リンパ腺結核に及ぼす病理組織学的な治癒像として類上皮細胞及びラ斐型巨細胞の萎縮及び変性、毛細血管の新生、結核結節の線維化、硝子化または被包治癒などの所見を認めたが、これらの治癒所見は対照例に於ても軽度乍ら認めたものであり、その治癒過程の間に有意義な質的差異を何等認めなかつた。即ち、何れの抗結核剤を投与しても自然治癒の過程にみられる所見が自然治癒のそれよりも比較的短期間にしかも著明に現われるものとする。

### (3) 薬剤効果の相違について

本症のSM及びINAH使用群に於てはPAS及びTB1使用群よりも類上皮細胞の萎縮、格子線維の増生、膠原化及び硝子化等の治癒所見が遙かに著明であり、組織学的にみた薬剤効果はSM及びINAHは略々同程度に有効で、PAS及びTB1はこれらより遙かに劣る様である。この様に組織学的な薬剤効果がSM及びINAH使用群とPAS及びTB1使用群とで著明に異なるのは、これらの薬剤が生体内に於て結核菌に作用する効力或いは速度が夫々異なるからで、前二者は比較的迅速に効果を現わすが、後二者は比較的緩慢に作用するからであるとする。なお、稲田<sup>28)</sup>は尿路結核で、Piechaud<sup>29)</sup>は動物実験でINAHがSMより組織学的にやや有効であるという報告をしているが、私の症例ではSM使用群とINAH使用群とでは組織学的な薬剤効果の上で略々同程度であり大した差がなかつた。

### (4) 抗結核剤による治療の限界について

SMを使用した結核屍の剖検例でSMがリンパ腺の乾酪化巣に特別の影響がないと大橋<sup>30)</sup>は報告しているが、これは罹患腺の乾酪巣内にSMが有効濃度に到達しないためと考える。岡<sup>31)</sup>もSMが乾酪巣内には浸透し難いことを指摘しているが、安淵<sup>32)</sup>は乾酪化巣のSM濃度が非乾酪化巣のそれよりも遙かに低く、局所注射をすると病巣内のSM濃度が急激に高まると同時に長く停滞することを動物実験で立証し、乾酪巣に対してSMを有効に作用させるには筋注よりも局所注射の方が望ましいとしている。私の症例に於ても乾酪化巣の有無により病理組織学的な薬剤効果に著明な差があり、所謂類上皮細胞結節の形態をとるものは中心部迄完全に硝子化し線維化され

ており組織学的にも充分治癒しているが、かかるものは極めて少く、大部分は乾酪変性を主体とし、乾酪巣周囲の被膜には線維化が起り乾酪物質は乾燥縮小してくるが、器質化の傾向を認めず、それ以上の治癒は期待出来ない。一方、熊谷<sup>33)</sup>は乾酪物質の新らしい場合には三者併用の化学療法を行つてるとINAHの作用により融解し吸収乃至排泄されて瘢痕化し治癒すると述べている。然し乍らINAHが乾酪物質を融解する作用があるか否かについては未だ不明の点が多く、数mm以上の大きさの乾酪物質が人体では海狸と異り器質化により吸収し得ないことを青木<sup>25)</sup>が報告している。何れにせよ乾酪巣に対する抗結核剤の効果及び治療の限界に関して興味ある問題である。

一般に乾酪変性という病変は病理組織学的に一種の凝固壊死であり、この異物ともいふべき乾酪物質を生体は何等かの方法で処理しようとし、或いは被包により、或いは膿性融解により外部に排除しようとする。リンパ腺結核の乾酪巣に於ても抗結核剤の投与によりその被膜が特異性を失い、線維性の薄い非特異性の被膜により被包され初期変化群病巣と同様の治癒形式をとる。この様にして罹患腺の乾酪巣は被包により臨床的な所謂比較的治癒の状態に達するのであり、病理組織学的にこの状態は結核性病変の一応の停止状態ではあるが、完全な治癒を意味してはいない。即ち、この様な被包乾酪巣は被膜の薄いことや、石灰化巣にも結核菌を証明し得る場合のあることなどより、当然再燃の危険が予想されるが、実際我々も臨床的に一応比較的治癒の状態に達した罹患腺が過労その他身体他部結核疾患の増悪に際して再発することを屢々経験している。島田<sup>10)</sup>は本症の比較的治癒の状態に達したものは更にそれ以上抗結核剤による治療を続行しても腫脹が完全に消褪しないで不変のものが多く、ラデオテルミー、レ線照射または日光浴などをやるとかかる場合に少しく有効で、更にある程度の縮小を期待出来るが完全消失させることは難しいと述べ、やはり抗結核剤の治療に一定の限界があることを早くから示唆している。

そこで問題はかかる一応の停止状態にある被包乾酪巣に対する治療方針を如何にすればよいかということであるが、これは恰も肺結核外科に於てD'ESOP<sup>34)</sup>の所謂target pointに達した病巣の切除可否の問題と軌を一にする。本症に於ても抗結核剤の投与により乾酪物質が被包され、一応の停止状態になつてはいるが器質化する移行像を認めなかつたし、しかも青木<sup>25)</sup>の如く完全な吸収はあり得ないので、かかる病巣は抗結核剤治療の限界を越えていると考えるのが妥当である。即ち、抗結核剤の投与により比較的治癒の状態に達したと思われる



病巣が抗結核剤その他の治療法の限界を越えているとすれば、再発をより一層防止する意味では手術的にこれらを剔出することも考えねばならない。往時専ら本症に対して行われた手術的療法にかわつて理学的療法や抗結核剤による化学療法が行われたのも、手術的療法による完全剔出が困難で再発が多く、手術創が哆開したり瘻孔を形成したりすることが多く、更に大きな手術痕を残すなどの欠点があつたからである。然るに抗結核剤の投与により臨床的に罹患腺周囲の浸潤がとれて境界が明瞭となり、特に比較的治癒の状態に達した罹患腺は硬くて小さく周囲との癒着も少く孤立化しているものが多いので、手術的に完全剔出することも往時に比して遙かに容易となり、従つて再発も少く手術創も小さくてすむことを日常の臨床に際して屢々経験している。

一方 KLÜNDER<sup>35)</sup>、KAISER<sup>36)</sup> 及び LESTER<sup>37)</sup> 等は最近本症に対して病巣の徹底的な除去をはかる根治手術が最も有効であるとし、本邦では松下<sup>38)</sup>が系統的な廓清手術を提唱して好成績を挙げ、往時専ら本症に対して行われたがその後殆んど省みられなかつた手術的療法を再び採り上げ再検討しているものもある。広義の頸部リンパ腺結核の中で鎖骨上窩部のリンパ腺腫脹を主体とするものは臨床頻度が少いが、その発生機序として気管支周囲リンパ腺から肺門部リンパ腺と順次上行性に感染してくることは略々間違いないから、この様な上行性のものに対しては局所の罹患腺剔出のみを以て治療の対象とすることはあまりにも近視的であり意味がないと考える。然し乍ら外科的治療の対象となる下行性リンパ腺結核もその発生機序として小野<sup>39)</sup>、青柳<sup>40)</sup>、石橋<sup>41)</sup>等は扁桃腺結核を重要視しているが細部に関しては未だ不明の点が多い。何れにせよ、本症の初発部位が肺で緒方<sup>42)</sup>の分類による二次結核症の早期病変であり結核症の一分症であることは勿論で、病理組織学的には乾酪変性を主病変とし、臨床的には種々の病型が同時に存在することなどを考えれば、従来行われてきた手術的療法、理学的療法、化学療法等の何れか一つのみを以て、本症治療の適切を期することは当然不可能であるということが出来る。即ち、本症の発生機序を更に明確にすると同時に、被包乾酪巣に対する抗結核剤の治療の限界ひいては外科的な根治手術に対する再検討などの究明せねばならない問題が今後に残されており、これらの問題が解決された暁には頸部リンパ腺結核の治療法も尙一層完全なものとなるであろう。

### 結 論

(1) 頸部リンパ腺結核に対し各種抗結核剤を単独使用して、臨床病型、臨床効果及び薬剤投与量との関係を病理組織学的に検討した。

(2) 頸部リンパ腺結核に於ける罹患腺は一部を除き殆んど総べて乾酪巣を有し、治癒所見として結核結節周辺部に於ける類上皮細胞の萎縮、膠原化、硝子化さらに被包を認めるが、乾酪巣を含めての器質化は期待出来ない。

(3) 同時にみられる類上皮細胞結節では中心部迄器質化されて完全治癒し得るものも認める。

(4) これらの治癒所見は対照例にも軽度乍ら認め、自然治癒の過程と本質的に差異がない。治療例に於ては自然治癒の速度と程度を促進するものとする。

(5) 組織学的治癒所見は抗結核剤の投与量及び臨床効果よりは、臨床病型、治療開始及び剔出の時期に関係する。

(6) SM 及び INAH 使用群では PAS 及び TB1 使用群に比べてこれらの治癒所見が遙かに著明である。

(7) 臨床的比較的治癒の状態は抗結核剤による治療の限界であり、再発防止の意味で、手術的に剔出する必要があると考える。

(本文要旨の一部は第1回及び第2回日本化学療法学会総会席上で発表したものである。)

摺筆に当り、終始御指導と御鞭撻とを賜つた石井講師に深謝すると同時に、病理組織学的な御教示を賜つた佐藤博士に謝意を表する。

### 文 献

- 1) BAGGENSTOSS Am. Rev. Tbc. 54: 55, 1947.
- 2) FLORY Am. Rev. Tbc. 58: 421, 1948.
- 3) AUERBACH Am. Rev. Tbc. 58: 449, 1948.
- 4) MAHON Am. Rev. Tbc. 61: 543, 1950.
- 5) SILVERTHRONE Am. Rev. Tbc. 61: 525, 1950.
- 6) 島田・山本 外科 9: 75, 1947.
- 7) 浅井・鈴木 日結 10: 160, 1951.
- 8) 中村 日臨外会誌 13: 16, 1951.
- 9) 中村・浅井 Journal of Antibiotics. 5: 238, 1952.
- 10) 島田 日医師会誌 29: 429, 1953.
- 11) 川内・岡田 臨床外科 8: 300, 1953.
- 12) 川内 日化療会誌 1: 31, 1953.
- 13) 川内 日化療会誌 2: 85, 1954.
- 14) 川内 日本医事新報 1957 号, 1954.
- 15) 田坂 日結 9: 569, 1950.
- 16) 石橋 医学 11: 65, 1951.
- 17) 山下 外科 15: 162, 1953.
- 18) 山下 外科 15: 221, 1953.
- 19) 岩崎 結核の化学療法 医学書院, 1953.
- 20) 西岡, 他 治療 34: 653, 1952.
- 21) AUERBACH Am. Rev. Tbc. 71: 2, 1955.
- 22) 岡 医療 6: 406, 1952.
- 23) 岩崎 日結 11: 795, 1952.
- 24) 松永 医療 6: 7, 1952.
- 25) 青木 結核診療 6: 1, 1954.

- 26) 久田 日病会誌 41: 396, 1952.  
27) 宮川 日病会誌 39: 275, 1950.  
28) 稲田 日本医事新報 1515号, 1953.  
29) PIECHAUD Rev. de la Tbc. 17: 481, 1953.  
30) 大橋 日本医事新報 1355号, 1950.  
31) 岡 綜合医学 9: 2, 1952.  
32) 安淵 胸部外科 8: 551, 1955.  
33) 熊谷 第14回日本医学会総会特別講演, 1955.  
34) D'ESOPPO *et al.* Transactions of the 12th  
Conference on Chemotherapy of Tbc. p.  
229, 1953.  
35) KLÜNDER Dtsch. Med. Wschr. 66: 199,  
1953.  
36) KAISER Schweiz. Med. Wschr. 83: 207,  
1953.  
37) LESTER S. G. O. 87: 719, 1948.  
38) 松下 臨床外科 10: 585, 1955.  
39) 小野 病理学雑誌 1: 687, 1942.  
40) 青柳 最新医学 3: 409, 1948.  
41) 緒方 病理学総論