

臨 牀 と 病 理

岡山大學醫學部病理學教室第 95, 96 回集談會 那 須 毅 編

小兒の化膿性腦膜炎

(剖檢番號 1096) 辻○ 8 月 男兒

臨床事項 昭和 24 年 10 月 31 日發熱, 綠色水様の下痢があり, $38.5 \sim 39^{\circ}\text{C}$ の熱が續いて腸炎と思われたが, 11 月 11 日急に強直性痙攣や肢先の振顫がおこり, 眼もひきつけるようになったので入院. 意識は全く濁濁, 呼吸促迫, 心動促進があり, 右方に共同偏視を生じた. 四肢の腱反射はすべて亢進, 項強直, Kernig は軽度陽性. 腹壁反射は消失して, 下肢扇症状が見られた. 當時尿には蛋白陽性で強く濁濁して居り, 白血球も證明し膀胱炎の存在を思わせた. 血液は強い白血球增多症と核の右方遷移があり, 脊髄液では Globulin 反應は皆強陽性, 細胞數は 230, その内白血球が 80% を占めて化膿性腦膜炎を思わせた. (外來診察時は結核性腦膜炎の疑) 以後脊髄穿刺を毎日行つて Penicillin 5000 單位注入. 筋注も行つたが, 入院後 4 日から脊髄液中の細胞數は 870 に増し, 7 日目には 1.5000 に急増して著明に白濁, 10 日目には脊髄液は綠色調を帯び, 13 日目から Streptomycin 療法を行つたが効なく, 11 月 27 日 0 時 30 分死亡. この間脊髄液の菌検査では双球菌と桿菌の 2 種を證明した.

臨床診斷 敗血症を伴う化膿性腦膜炎 (小兒科)

剖檢所見及び診斷 頭蓋腔開檢の際に淡黄綠色膿様物を流出, 腦重量は 720g で大, 大腦の兩側前半部は全面的に黄綠色の厚い膿苔は覆われ, 後半部では腦溝に沿うて膿がたまつている. 前半部は腦質が頗る軟らかくて手に持てない位である. 膿苔は更に腦底部, 小腦橋角部, 小腦下面を覆つている. 剖面で見ても膿性浸潤が腦軟化を伴つて深部に及び, 主として尾狀核の方向から腦幹神經核を殆ど

侵し, 更に側腦室と交通している. 側腦室内にも濃厚黄綠色の膿を容れ, 室壁は表面に膿苔をつけて粗澁である. 檢鏡的に壞死の強い腦軟化を伴う化膿性腦膜, 腦炎の像を呈している. 脈絡叢も部分的に膿性融解を起している. 脾, 腸等の全身リンパ装置は萎縮性で, 腸には粘膜下, 漿膜下出血を伴うカタル性小腸, 大腸炎がある. この點から見て脊髄液中に證明された桿菌が大腸菌その他の腸内雑菌のある種のものではないかと考えられる. 肺には兩側共胞隔性肺炎が認められ, 又膀胱では粘膜に粟粒大出血點を生じたカタル性膀胱炎が起つている. 脾には傳染脾のような像はなく, 敗血症性反應も認められない. 剖檢時心血や脊髄液の菌検査をしたが, 脊髄液中のものは生前に認められたと同様に, 桿菌, 双球菌の 2 種が認められた. 嫌氣性培養等をして結局同定出來ず, ただ混合感染による事だけしか確定出來なかつた.

なお兩腎に軽度の實質變性と栄養障碍性の石灰化が見られ, 副腎髓質は萎縮していた. (那須)

小兒の結核性腦膜炎

(剖檢番號 1098) 松○孝○ 2 歳 5 月 男兒

臨床事項 患兒の父が開放性結核症であつた. 昭和 24 年 3 月麻疹に罹り, 9 月頃から $37 \sim 39^{\circ}\text{C}$ の發熱が起り, 食思は減退して軽度の咳と痰が出るようになった. 本學小兒科で右濕性胸膜炎と診斷された. その後次第に解熱して一見健康になつたが 11 月 28 日から再び發熱, 12 月 1 日には 1 日に數回嘔吐するようになり, そのほか關節痛, 頭痛, 胸痛を訴え, 苦悶不眠状になり上肢に不隨意運動が現われた. 12 月 6 日「ツ」反應陽性 ($9 \times 9 \text{ mm}$) 12 月 13 日起立は出來なくなり, 嗜眠

に傾いて来て入院。脊髄液は壓 180—130 (—6 cc) 絮状片があり、細胞數 203 (リンパ球 107, 好中球 96) Globullin 反應はすべて陽性、糖は減少。培養した所結核菌陽性。血液では赤血球 525 萬, 白血球 13,950, 軽度の「モノトローゼ」, 赤沈値は 1 時間 12, 2 時間 23, 12 月 15 日意識は濁濁し、腦膜刺戟症狀、運動路刺戟症狀が出て次第に昏睡状態となり、20 日死亡。

臨床診斷 結核性腦膜炎 (小兒科)

剖檢所見及び診斷 腦は全般的に、特に腦底部が著しく膠様に腫脹して、檢鏡的に線維素の析出を伴う大單核球のビマン性浸潤があり、腦皮質には小數の結核巢や血管周圍浸潤があり、全體として結核性腦膜炎の像を呈している。その他橋部には腦軟化巢があり、松果腺結核もある。このような變化のため内腦水腫も起つている。

左肺下葉に初感染巢と思われる限局性乾酪性病巢があり、左肺門、氣管側、靜脈角リンパ節は全く乾酪化して集塊を作つている。そして兩肺全葉に亘り粟粒大から米粒大に至る無數の播種性粟粒結核巢が散在している。檢鏡的には特異性及び非特異性の 2 重の被膜のある Puhl 巢に似た組織像を持つもの、氣管支を中心とする乾酪性肺炎、定型的な粟粒結節、極く新しい類上皮細胞結節など新舊、大小種々の病巢が認められ、度々血行性又は氣管支性に Schub を繰返したものと考えられる。右肺には癒着性胸膜炎があり、特に側下方は線維性に強く癒着している。肝、脾、には粟粒大、米粒大の大小種々な播種性結核巢があり、その中あるものは大きく乾酪化して 2 重の被膜を有し、あるものは増殖性の粟粒結節から成つている。右腎では腎盂部に結核性變化が認められ、心、腹膜にも少數の粟粒結節が認められる。腸間膜、脾門、肝門、脾周圍等のリンパ節は乾酪化している。

以上の所見から考えてこの例は初感染後、速かに縦隔リンパ節の乾酪化を起し、比較的早期に血行性に蔓延し、各臓器に播種性結核症を起し、臨床的にはそれが胸膜炎及び腎結

核症を以て現われ、その後度々 Schub を繰返して、遂に結核性腦膜炎、腦炎を起して死亡したものと考えられる。(小田)

談話

田部 この例では初感染巢が単一でなく、多發性である。これは親からの感染のために略々同時期の Superinektion が再三、再四あつたためである。

杉原 胸膜炎が起るより以前にも早期蔓延があつたと言う證據は。

田部 肝、脾にも Puhl 巢と同じようなものがある事からそう言える。

(以上昭和 25 年 3 月 4 日第 95 回集談會)

胃癌とそれに續發した腹膜炎

(剖檢番號 1100) 香〇壽〇 43 歳 男

臨床事項 昭和 24 年 8 月頃から腹痛が起り 11 月末醫師から腹水があると言われて 12 月 10 日入院。便通は正常であるが食慾が衰え、嘔吐はないけれど時に嘔氣がある。入院時皮膚は乾燥し貧血性。頸部リンパ節や Virchow 氏節は觸知しない。腹部は全般的に膨隆しているが腹壁靜脈の擴張は認めない。肝は一横指觸知、脾も觸れる。波動が著明で腹水を證明したが「リバルタ」陰性。腫瘍は觸知し得ない。心音は心尖部第 1 音が不純、下肢に浮腫は認めない。高田氏反應陽性、「キユルテン」は始め陰性であつたが、25 年 1 月には陽性になつた。Wa-R. (—), 尿の糖、蛋白 (—), 「ウロビリノゲン」(+), 便の潜血反應 (++) 鈎虫卵を證明。入院後熱發はなく 12 月 20 日、23 日に「コーヒー」かす様のものを混じた嘔吐があり、血液反應陽性、12 月 23 日穿刺部位に硬結が出來次第に大きくなつた。この例は最初腹水吐血があり、高田氏反應 (+), ウロビリノゲン (+), キユルテン (—) 等から肝硬變症を疑つたが、副血行が著明でなく、キユルテンは (+) となり、又穿刺部に硬結を生ずるよになつたので痛性腹膜炎と診斷した。胃の「レ」線検査はやつていないが、疼痛、嘔吐、嘔氣、吐物の

性状等から胃癌であろうと思つた。

臨床診断 胃癌及び癌腫性腹膜炎（日赤内科）

剖検所見及び診断 栄養不良，腹部のリヒテル・モンロー線の中央部に鶏卵大，橢圓形の軟骨様硬度をもつた硬結がある（**轉移巢**）。胃は「コーヒー」かす様の内容を容れ，小彎中央部より大彎中央部にかけて拇指頭大の癌腫を中心としてビマン性に境界不明瞭な手拳大の硬結があり，剖面は灰白色，少々黄色調を呈している。噴門，幽門には認められない。検鏡上定型的な硬性癌の像を示して，結合織の發育も著しい。腹腔内には淡黄色少々血性の腹水 5.500 cc を認め，大網は胃の下縁に索状に水平に走つていて數個の腫瘍塊を認める。諸腸殊に小腸漿膜面に粟粒大，米粒大の腫瘍播種が多數に認められる。このように大網及び腸漿膜への播種性轉移により腹膜炎を起している。腸間膜リンパ節も拇指頭大に至る迄種々の大きさに腫脹していて，検鏡上印環細胞が著明で粘液産成がきれいに見える。心は滴状心の状態で心筋の褐色萎縮があり，冠狀動脈の迂曲，硬化が見られる。肺は兩側共鬱血があり，剖面から中等量の血液を出す。検鏡的に右肺に軽度のカタル性肺炎の像がある。肝は小さく（640g）で褐色調が強く褐色萎縮の像を示していると共に鬱血もある。脾は 50g で萎縮が強い。兩側の腎にも鬱血がある。（永野）

原發性肝癌と轉移

（剖検番號 1102）濱〇つ〇 55 歳 女

臨床事項 家系に癌の素因はない。かつて膽管炎，マラリアに罹患し 3 回流産したこともある。死亡の 4 ヶ月程前から體が痩せ，食欲がなく本學「レ」線科で胃或は肝臓の癌腫を疑われたが，1 ヶ月程経つと左鎖骨上窩，腋窩，胸部に腫瘤が現われ，左肩，上肢に神経痛様の痛みを感ずるようになった。死亡の 1 ヶ月前から嘔吐が續き，睡眠も障碍されて，日赤内科に入院してから 2 週間で死亡した。入院時眼球結膜に黄疸は認めない。左頸部，

鎖骨上窩，腋窩等で拇指頭大，小指頭大の硬いリンパ節を觸れ，胸部第 2 肋間で胸骨の左側にいんげん豆大で弾力性硬の腫瘤を觸れた。心音は純，左肺前面鎖骨下部は呼吸音鋭く，左後下は打診音短，呼吸音弱，聲音振盪も弱く，胸腔試験穿刺で黄綠色僅かに濁濁したリバルタ陰性の液を得た。喀痰に結核菌は認められず。「レ」線では心臓は右に偏位していた。肝，脾は觸れず糞便中の潜血反應（**+**），鉤虫卵（**+**），尿に異常所見はなく，Wa-R.（**-**），村田（**-**），3 日前から 38～40°C に發熱して腹水もたまつて來た。

臨床診断 肺癌，癌腫性リンパ腺炎，及び左濕性胸膜炎（日赤内科）

剖検所見及び診断 かなり痩せて薦骨部に褥瘡がある。眼球結膜に黄疸色はなく，下肢の浮腫も著明ではない。

(1) **肝臓癌及びその轉移**：肝（1380g）は右葉全般的に宛も膽管から擴つたような大小種々の灰白色の結節があり，一部の膽管には黒褐色の肝砂を容れている。腫瘍實質細胞は多角形，大小不同で原形質に富み，少數の細血管を伴い，連つて肝細胞梁を思わせる。即ち検鏡的に **Hepatoma** の像である。なお肝に硬變は認められない。左肺は少々小さく血管周囲のリンパ腔に一部充實性，一部管腔を形成した轉移巢が見られ，原發巢よりもヘパトームの性格が著しい。左側胸水（800cc）はリンパの機械的通過障碍によつて生じたもので，胸膜に炎症の像はなく臨床検査によるリバルタ陰性の成績に一致する。その他リンパ節轉移としては左鎖骨上窩，左腋窩，左肺門，側大動脈リンパ節に轉移があり，その神経幹壓迫により神経痛様疼痛を覺えたのである。なお左胸部の腫瘤は胸骨柄への腫瘍轉移であつた。このような骨（胸骨柄，第 5 腰椎）及び脾，副腎皮質等への轉移は血行性のものである。

(2) **膽囊壁の圓柱上皮癌**：膽囊は小さく肝下面と線維性に強く癒着し，底部は肥厚して壁は硬く 1 個の膽砂を認め，上皮は乳嘴状に増殖した腺癌になつている。總輸膽管に閉塞

はない。

このような肝細胞癌と膽嚢圓柱上皮癌が別個の原發性腫瘍として發生した珍しい重複性癌である。

(3) その他脾腫はないが、脾、兩腎に新鮮な貧血性梗塞があり、心では僧帽瓣及び左心室に壁在性血栓を作っている。腸内に鉤虫はないが大腸に糜爛があるので潜血反應が陽性になつたのであろう。發熱の原因は不明であるが強いて言えば崩壊した腫瘍細胞の吸收熱かも知れない。(永原)

談話

那須 肝實質と膽嚢との重複癌ですが、中間の膽管には癌性變化はありませんでしたか。

田部 現在の検査成績では認めていない。膽嚢の圓柱上皮癌は限局性で、之は確に肝實質のヘパトーム組織とは異つている。著明な硬變とか黄疸もないので、膽汁鬱滯による障碍も考えられないし、原因は一寸説明がつかないのだが……。

那須 この例のように肝内の腫瘍は左程大きくなくて種々な臓器に轉移を作ることとは Hepatom としては比較的珍しいのではないのでしょうか……。

田部 それでも肝の腫瘍は他部のものに比べて最も大きいし、Hepatom は血行性に擴がりやすいのだから……。

濱崎 鎖骨下リンパ節の轉移腫瘍を見ると Hepatom の像ですが、肝には定型的な Hepatom 細胞のようなのは少いようですが……。

那須 確に標本では轉移巢の方が Hepatom のはつきりした像を示していますね。それから肺の轉移巢に肺胞上皮様造構を呈して所謂 Organmimicry をしているような所がありますか……。

田部 そういう所もあるね。とに角 Hepatom としても一寸面白い型だね。

(剖検番號 1103) 中○行○ 38歳 男

臨床事項 昭和 25 年 2 月 4 日道路上に倒れているのを通行人が発見した。どうして倒れたかを本人は思い出せない。もつとも倒れる 2~3 日前から頭痛を訴え、元氣がなかつた。倒れてからまる 1 日位意識不明で、醫師の來診を求めたが、原因不明で放置しておいた。嘔吐が 2~3 日間続き、後頭痛を訴えていた。倒れてから 2 日間ばかりの事はよく覚えていない。2 月 8 日入院。脊髓液は血性。死前に強直性痙攣があつて 2 月 16 日死亡。

臨床診斷 腦震盪、蜘蛛膜下出血(陣内外科)

剖検所見及び診斷 頭部その他に外傷は認めない。頭蓋腔のみ開検した。腦重量 1450 g 大脳の血管は強く充盈して、表面の色は血液のため全般的に鮮紅色乃至暗赤色を呈している、中心廻轉より後方にかけて蜘蛛膜の出血が著明で腦溝や廻轉表面を暗赤色に満たしている。右半球が左半球より出血が強い。腦底では腦橋の表面左側から延髓にかけて、腦橋と小腦右半球との間、中大腦動脈の起始部、後交通動脈の附近、後小腦切痕の附近、小山 (Monticulus) の附近及び嗅神經の附近に凝血がある。又視神經交叉部の後方で下垂體莖との間にやはり大豆大の凝血があり、之は基底部からやや剝離しにくい。腦底骨部には異常を認めない。

腦室腔には淡赤色の液を少量容れ凝血は認めないが、腔の擴張が軽度に存する(内腦水腫)、視床下部(第 3 腦室底部)にやはり蜘蛛膜下出血があり、檢鏡上一部に圓形細胞浸潤があり、又出血は實質内にも淺く侵入している。そのような部は浮腫性であるが膠細胞の増殖はない。Hypothalamus と外囊脚との間の部で腦質内に小出血があり、又 Virchow-Robin 腔の出血も認められる。小腦内でも小血管周圍に出血がある。腦下垂體では中葉に被膜下出血がある。大脳皮質は浮腫性ではあるが出血は認められない。(門)

A (剖検番號 1099) 近○道○ 29歳 男

臨床事項

昭和 24 年

1月 15日 突然 發熱 39°C, 胸膜炎と言われた。

3月 彼の醫師より肺浸潤と言われた。

5月 スト・マイ 30本注射, 下熱。

10月 再び發熱, スト・マイ 10本注射。

11月 24日 国立岡山療養所に入所。

12月 5日 結核性腦膜炎の像を呈して來た。

12月 12日から翌年 1月 24日 (死亡前日) までスト・マイ 44gを注射したが, 25日死亡。結核性腦膜炎の全経過 51日。スト・マイの全使用量 84g

臨床診断 肺結核症, 結核性腦膜炎 (国立岡山療養所)

剖検診断 (1) 結核性腦膜炎, 蜘蛛膜下出血及び内腦水腫。 (2) 左前胸部小葉性乾酪肺炎及び軟化, 後部細葉性滲出性結節形成及び無氣肺。 (3) 肺門, 側氣管, 氣管分岐部リンパ節結核。 (4) 右結核性膿氣胸。 (5) 限局性結核性腹膜炎。 (6) 慢性胃炎及び直腸の亞急性炎。

剖検所見 大腦の腦柔膜には多數の結核結節が認められるが, 腦底部には線維素乾酪性の膜を多量に附着して病變が高度である。組織學的にも腦底部には網狀細胞化を示す類上皮細胞が組織球性單核球, リンパ球, 形質細胞と共に多數出現してそのために柔膜は強く肥厚しているが, 一方乾酪化, 廣汎な線維素滲出, 多核白血球の出現があつて, 強い病變部には血管内膜の線維性肥厚や動脈周圍炎が認められる。それに對して腦凸面では病變が極めて軽く血管周圍の圓形細胞浸潤が認められる位である。左前頭葉その他に蜘蛛膜下出血がある。腦實質内では左側頭葉の白質, 腦橋, 小腦髓質に乾酪巢が1個宛あつた。兩肺は上前部に小空洞があり滲出性の性格が極めて強い。

スト・マイが結核性病變に及ぼした影響と

して腦柔膜では網狀細胞化を示す類上皮細胞が多數現われて, 増殖性の性格が強く従つて経過も遷延されたであろうが, 他方これに著明な滲出炎も附加されている。結核性病變が全身で僅かの範圍に限られていることもスト・マイの作用であるかも知れない。尚蜘蛛膜下出血のほか細血管の充盈や小出血が見られるが, このような出血傾向とスト・マイの關係は速断出来ない。(杉原)

B (剖検番號 1104) 妹○勝○郎 38歳 男

臨床事項

昭和 23 年 7 月 胸膜炎にかかつた。

24 年 1 月 胸膜炎は輕快, 仕事に従事

24 年 4 月 肺結核と言われ療養所に入所。

24 年 5 月 Streptomycin 注射をやり一時下熱して良効があつたが, 26日目から副作用が現われ, 31日目から再び發熱。35日日 (6月9日) に中止。

昭和 25 年 1 月 咯血

25 年 3 月 3 日 死亡。

Streptomycin は全使用量 35g 死亡前 8 月中止。

臨床診断 乾酪性肺炎 (国立岡山療養所)

剖検所見及び診断 Streptomycin の副作用としての聽路の變化は認められない。最も強い變化は肺にあつて, 右上葉に小兒頭大の空洞があり, 肺門附近に灌注氣管支がある。そのほかに多數の細葉性, 小葉性乾酪肺炎が認められる。又上葉前部に拇指頭大及び小指頭大の空洞がそれぞれ1個ある。その他中, 下葉にも細葉性増殖性又は細葉性結節性病變が見られる。下葉前部にも拇指頭大の新鮮な空洞がある。右胸腔には淡褐色で稍々濁濁して線維素を混じた液を容れて(右結核性膿胸) 左胸膜は強く癒着している。そのほかの臓器では脾, 肝, 迴腸, 結腸, 右副腎, 兩腎, 扁桃等に粟粒結節が形成されていた。更に傳染脾があつたことは注目すべきである。

スト・マイによつて修飾された結核性病變として明かに指摘出来るものは極めて少なか

つた。之はその投與が死亡前8ヶ月で中止されていることから推察できる。しかしやはり類上皮細胞の網状細胞化という現象はしばしば認められた。又この例でも陳舊性結節内の二次性滲出現象が見られた。

本例の死因としては肺の強い結核性病變がもつとも重要なものであるが、検鏡上肺、胸膜、肺門リンパ節、肝、脾、兩腎及び副腎、側脳室脈絡叢にヘマトキシリンで濃染する球菌集落が或は組織内に、或は血管内に塞栓として存在しているが、之は敗血症のあつた證據であり傳染脾があつたことも之を裏付けている。この敗血症が死因に大きな影響があつた事は容易に想像されるが、その敗血症の原因が膿胸によるものか、又は膿胸はその部分現象であつたかは判然としない。しかし結核症との混合感染があつたという事は間違いない。(杉原)

C (剖檢番號 1106) 繁○和○ 23歳 女

臨床事項 昭和24年12月14日39°C發熱。頭痛、悪心、嘔吐があつた。その日から翌年2月5日までStreptomycin 40g注射(筋内0.9g, 脊髄液内0.1g)した。昭和25年3月7日尿失禁がおこり3月10日昏睡状態におちいつた。3月13日死亡。全経過は86日。スト・マイは死亡39日前に中止。

臨床診斷 結核性腦膜炎(岡山内科)

剖檢所見及び診斷 結核性病變は腦柔膜、兩肺、肝、脾に認められた。肝、脾の粟粒結節形成は極めて軽度であつた。腦柔膜は腦凸面では單に圓形細胞が血管周圍に浸潤している像が最も多く、それに比べて腦底部では柔膜は強く肥厚して、網状細胞化を示す類上皮細胞、組織球、リンパ球、形質細胞が多數認められて増殖性の性格をもっているが、尙乾酪化や滲出も強く著明な結核性腦膜炎の像を呈している。左肺前部には多數の小空洞が作られて居り、その他の部では粟粒結節が多數散在している。右肺にも散在性に粟粒結節がある。兩肺の結節の組織像はスト・マイを使用していない例では全く認められない所見で

ある。即ち中心が乾酪化した周圍を格子線維の網を作る網状細胞が類上皮細胞層を形成すべき部位に存在して、更にその周圍をリンパ球層がとり巻いている。このような網状細胞はスト・マイによつて何等かの變化を受けた菌體と組織との反應性が變化したために、類上皮細胞がもとのかたちに還元されたものではないかと考えられる。この點から觀て類上皮細胞は格子線維を作る能力のある細胞から發生することが判る。

そのほかにこの例では兩側腎に軽度の亞急性糸球體炎や迴腸の粘膜出血及び軽度の右副腎出血が見られる。(杉原)

D (剖檢番號 1108) 近○榮○ 25歳 男

臨床事項 昭和24年5月頃から咳や痰が出るようになり、7月25日咯血、翌日入院したが、當時痰の中の結核菌はガフキー2號であつた。兩側人工氣胸をやつたところ経過順調で、9月中旬には結核菌陰性になつた。昭和25年2月6日から10日間Streptomycin 10gの注射を受けた。

3月16日 突然39.4°C發熱、右胸痛を訴え、胸部は兩側下部濁音を呈し、右胸腔穿刺によつて黄色濁濁液を得た。

3月21日 腹痛、便秘に傾く。

3月28日 呼吸困難が強く、左胸腔より液排除。

3月30日 肺浮腫の症狀が起り、午後死亡。

臨床診斷 兩肺結核、結核性腹膜炎(北山内科)

剖檢所見及び診斷 兩側胸腔には著しい膿氣胸がある。臨床的に先に發したと思われる右胸腔は左側に比べ強く濁濁して膿様で線維素様の物を容れている。その中から白色葡萄狀球菌が純培養の程度に證明された。(細菌學教室)然し結核菌は證明されなかつた。肺では咯血の原因と見られる小指頭大の打抜空洞が左肺尖部にある。上葉後中央部にえんどう大乾酪巢が1個及び若干の粟粒大乾酪巢があり、右肺上葉には粟粒大、小指頭大乾酪巢

が少数ある。中葉にはえんどう大の石灰化巣があるいづれにしても乾酪巣は小さく又少数であり、その上被包されている。検鏡上ではまだ完全には被包されていず、乾酪化は進行中であるが、その程度の結核性変化は死因とするには餘りにも軽度である。臨床的に死亡直前に肺浮腫の症状があつたと書かれているが、剖検上は全葉に亘つて強い無氣肺状態を呈している。又心嚢内面、心外膜下及び兩側腎盂粘膜等に溢血斑が認められる點から兩側膿氣胸による窒息死を疑わなければならない。

兩側膿氣胸の發生については、その膿中に白色葡萄狀球菌が純培養のように存在していたことや結核性病變が極めて輕微であること等から結核性膿胸は否定される。最も疑わしいのは人工氣胸の際に感染したことであるが、體內性感染も可能であろう。ただし肺、上氣道、扁桃等にはその原發巣と言えるような急性化膿巣は見當らない。

肝下面に限局性の線維性癒着があり、又出血もあつて、それ以外諸腸にも強い線維性癒着がある。之等はやはり腹痛の原因に関係したことであろう。

この例はスト・マイを死亡1月以前に僅に10g用いたばかりなので、その結核性病變に及ぼす影響を見るには不適當であると思われる。(杉原)

談話

那須 腦底特に Cisterna interpeduncularis の變化を強調されていましたが、Cisterna pontocerebellaris の方はどうですか。

杉原 確にそこにも變化が強くと、又小腦の上面にも著明でした。

津田 類上皮細胞が細網細胞のようになるのですか。

杉原 そうです。

津田 他の人もそのような所見を言っていますか。例えばアメリカ等では……。

杉原 アメリカでは細網細胞が疎であるような事を言っています。

津田 Pia が増殖性であるというのは

杉原 線維が増殖していますし、その他に類上皮細胞やそれが變化したような細胞が多数現われています。

濱崎 Streptomycin を用いなくてもリンパ節等では類上皮細胞が細網細胞のように突起を出しているのを見ることがあるね。君の所見からすれば天野、武田氏等の類上皮細胞は單球より發生するという説には反することになるね。もつとも私も君と同じ意見なんだが。

田部 類上皮細胞が細網細胞様になるのはマア急に動員されていたものが復員したような形なんだね。

濱崎 之は一寸別なことですが、私が見た Streptomycin 治療の1例に腸の結核性潰瘍が治癒して何か過剰な肉芽が出來ているのではないかと思われるような所見を呈しているものがありました。筋線維も増殖しているし又光輝細胞も多数増加して、極端に言えば却つて狭窄でも起すのではないかと言うような……。とにかく之は面白い所見だと思ふ。

(以上昭和25年6月10日第96回集談會)

昭和25年11月21日印刷
昭和25年11月30日發行
〔非賣品〕

岡山市岡
岡山大學醫學部構内
發行所 岡山醫學會
振替口座 岡山 12355 番

岡山大學醫學部内
編輯兼發行人 熊木孝志
岡山市東中山下123番地
印刷人 村本萬龜男
岡山市東中山下123番地
印刷所 研精堂印刷所