

肺結核妊婦に對する治療方針

大阪市立醫科大學教授 藤 森 速 水

緒 言

本誌編集委員から「妊娠と結核」についての綜説を求められたのであるが、この問題は非常に廣汎に互る内容を持つてゐる故、到底限られた紙面内に述べ盡す事は出来ない。又この問題について筆者は既に 2.3 の著書を公にした故、茲に再びその内容を轉載する事は、讀者に對して御迷惑でもあり、失禮でもあろう。

然し、優生保護法が我國に實施されて 2 カ年を経た今日、この法律と人工妊娠中絶適應基準との關係殊に肺結核妊婦に對する中絶適應基準に關して爲政者と學界並びに指定醫との間に見解の相違が生じ、指定醫は患者を前にして去就に迷う場合が多くなりつつある。

他方、臨牀婦人科産科 4 卷 7 號、産婦人科の世界 2 卷 7 號、産婦人科の進歩 2 卷 5 號等の各誌上に諸家の見解が公表されている事も亦特に重要な意義を有するのである。

それ故、この際、この問題について多少なりとも研究を續けている者として又既に屢々見解を發表した責任上、茲に諸家の見解殊に最近入手した歐米の諸家の見解と筆者自身の今日迄得た研究結果などを紹介して、讀者諸賢の御参考に供し度い。

本 論

(1) 妊婦肺結核に對する豫後判定方法の價值について。

一般に、即ち非妊娠時の肺結核の豫後判定方法として疲勞感、肩こり、食慾減退、咳嗽、胸痛、盜汗、喀痰、血痰、喀血等の自覺的症狀の外に胸部の理學的所見、胸部「レ」線像、赤沈、體溫、ツベルクリン反應、喀痰中の結核菌證明、體重、血液像等が参考に供せられる。

そして、妊婦肺結核に對してもこれらの方法、殊に赤沈、體溫、胸部所見などが、豫後判定方法

として行われ、それに關連して人工妊娠中絶適應有無の判定にも應用されている。然し乍ら、これらに依つて得られた測定値に對して、非妊娠時の肺結核に對するそれと同様の意義を附する事は出来ない。

何故ならば、赤沈は妊娠中、生理的に亢進するものであり、體溫も亦或程度生理的に上昇する事が多く、ツベルクリン反應さえも妊娠中は、結核が合併しているにも拘らず陰性を呈する事があるからである。

今、これ等検査所見が妊娠、分娩、産褥を通じて如何に推移するかについては、拙著を参照して戴く事として、茲では詳しくは述べない。然しこれ等の測定値が如何様に關連性に乏しいかについて余の調査した結論的な數値だけを紹介して見よう。即ち筆者が健康な妊婦と肺結核妊婦について赤沈、體溫、ツベルクリン反應の關係を検した所、

赤沈値 41 以上であるにも拘らず體溫 36.9°C 以下であつて、健康のもの 80 例即ち 25.7% あり、反對に他の方法で肺結核の診斷を下し得て 37°C 以上の體溫があるにも拘らず、赤沈 20 以下のもの 26 例即ち 23.5% あつた。又赤沈 61 以上、體溫 37°C 以上を示したにも拘らず、健康であつた者 10 例即ち 5% あり、赤沈 20 以下、體溫 36.9°C 以下を示したにも拘らず、肺結核を合併した者 11 例即ち 12.8% あつた。

又「ツ」反應が陽性であり、37°C 以上の體溫を呈するにも拘らず、妊娠、分娩、産褥を健康に經過した者 16.5% あり、又肺結核が合併しているにも拘らず「ツ」反應陰性、體溫 36.9°C 以下の者 18.1% あつた。

即ち赤沈、體溫、「ツ」反應は必ずしも一致するものでない故、これを餘り信賴し過ぎる事は誤診を招く虞があり又これらの反應が陰性だからとて

直ちに肺結核の合併を否定したり、豫後を樂觀してはならない。

それでは他の方法はどれだけの価値があるであろうか。

妊娠現象に依つて左右されず結核によつて鋭敏に左右される方法として乳酸凝固反應があるが、これにはメルク製の純乳酸を使用せねば正確な値が得られない故、残念ながら我國の實地醫家の間に一般に普及される可能性は乏しい。

喀痰中の結核菌が證明されれば、肺結核を肯定し得るが、これが陰性だからとて、肺結核は直ちには否定出来ない。

體重を1週間毎に測定して、減少すれば結核が活動性になつてゐる證據であると言う事が非妊娠的の結核に對して言われているが妊娠時には月數の進行と共に1週間に300瓦宛増加する故體重増加がこれ以下であり、肺結核が合併しておれば一應は活動性の疑を置いてよいであらう。

血液像所見として貧血、中性多核白血球の左方推移、嗜好細胞増加、淋巴球減少、白血球增多等が證明されれば豫後に對して警戒を要する。

上記の検査方法は肺結核の診斷豫後判定には或程度の価値を有するけれども、絶對的價值は有せず、従つてこれを餘り信頼し過ぎる事は誤診の基となる。

それ故、胸部の「レ」線寫眞像を精細に觀察する事が必要となつて来る。

「レ」線像に依つて得た病型と豫後との關係についても既に多くの諸家に依つて種々の見解が發表されてゐる。

例えば S. Rhonhof 及び K. Hansen が Heidelberg 大學産婦人科附屬の妊婦肺結核専門科で、1924年乃至1930年迄に107人の妊婦を1乃至3ヵ月毎の間隔を置いて「レ」線觀察を連續的に行い、其結果を Neumann 氏分類に従つて判定した結果 O 病型群即ち結核の無いものと C 病型群即ち不全型及び痕跡的結核を有する者は、保存療法に委ねても病勢の悪化が認められず、B 病型群即ち血管内若くは淋巴道性傳播型の悪化も著しくなく人工妊娠中絶適應から除去され得る、A 型群

即ち氣管内傳播型は成程、妊娠、分娩に依り悪化した様な病狀を呈した者があつたけれども、それは、非常に不良な社會的環境の下に置かれたものに限られており、一般には A 型と雖も、特に妊娠や分娩に依つて悪化するとは認められなかつたと強調している。

Lydtin, Linde も亦 B 病型群に相當する散在性、血行性結核が多數に於いて消退した事を挙げ、Rhonhof u. Hansen に共鳴してゐる。

然し Beckmann, Kirch, Frisch, 等は病型群や A 病型群が妊娠に依つて悪化する事を強調し、人工妊娠中絶の適應に指定している。

我國の諸家も亦病型と豫後との關係について種々の見解を發表しており、茲にその凡てを紹介する事は省略するが、大里教授は潜在性結核肺尖結核の痕跡的結核の大部分は人工妊娠中絶の適應ではなく、妊娠に伴い病勢進行の微ある少數のもののみが人工妊娠中絶に値し、この外妊娠に伴い發來せる肺結核並に妊娠前から存在した顯性結核の大部分は人工妊娠中絶の適應であるが、これらを決定するには患者の自覺的他覺的症狀の外に、優秀な技術による「レ」線所見を併用するを要すと注意しており、岡林先生その他の諸家は病型のみ拘泥せず自覺的他覺的所見の進行性徴候出現を參考として中絶の適應を定めている。又坂本博士は中絶の適應を決定する一定の科學的根據ある規準を樹て難く、肺尖結核を輕視する事なく、早期並に晩期浸潤には中絶すべきを力説し、開放性結核で病巢の廣いもの、殊に空洞を認むるもの、閉鎖性結核でも閉鎖期間の短いもの及び病巢廣く再燃の微あるもの等も中絶すべきであるが、閉鎖後3～5年を経たものは待期す可きと説いている。リオデジャネロの Cerruti Francisco (1948) は増殖型の病巢で小範圍の婦人は1～2年間、滲出型の病巢を有する婦人は3乃至4年間避妊を必要とすると主張し、増殖型結核でも警戒を要する事を肯定している。

筆者は嘗て行つた妊婦肺呼吸運動瓦斯代謝等の研究から病巢存在部位を重要すべき事を強調している。即ち、肺結核病巢が肺下野に在る場合には、

昭和 25 年 11 月 1 日

517—49

妊娠子宮の増大に因り、横隔膜が舉上され、肺下野は壓迫され、その部の呼吸運動は抑制される故、自然的の肺虚脱療法を受けたと同じ条件下に置かれる、故に妊娠中を通じてこの部の結核病巣は比較的安静状態が保たれ、悪化の傾向が認められない。然し、分娩後、横隔膜が急に下降すると共に肺下野は伸展し、呼吸運動も再び旺盛になる故、この部の結核病巣は急に悪化する傾向を示す、之に反し、肺上野の結核病巣は、妊娠の後半期には肺下野の呼吸運動の安静に對する代償機能として、呼吸運動は旺盛となり、安静が保持され難く、この部の結核病巣が悪化の傾向を示す、然し、分娩後は比較的安静となり、悪化傾向も抑制される。

Frank L. Jennings は、Edward W. Hayes 著の“Fundamentals of Pulmonary Tuberculosis and its Complications” (1942) に、又 Brian D. Best も A.J.O.G. 1950 No. 3 誌上に妊娠後半期に於ける横隔膜上昇は恰も 兩側横隔膜麻痺術が施行された如くに肺結核病巣に好影響を與えるが、分娩後の横隔膜の急降下は空洞の再開を惹き起し、その最大の危険性は分娩後 1 カ年間に在ると強調している。

上記兩氏の見解は、余が既に昭和 18 年に發表した様な肺呼吸機能の理論的研究に基いたものではないが、余の前述の見解と相合致しておりその他の諸家も同様な見解を有し、それに基いて治療方針が定められている。

然し茲で注意を促して置き度い事は、結核病巣の「レ」線學的診斷の價值である。

即ち胸部「レ」線像の判定は必ずしも容易でなく、又これのみに依つて肺結核の診斷を確定し得ると過信してはならない。隈部博士が「…レントゲン診斷自體について過重評價が行われるようになるということも否み得ざることである。少く共現在殆んど完璧に近い、萬能的診斷方法というものはあり得ないにも拘らず、レントゲン診斷方法が從來の診斷方法より優れているという、その優位の點が何時の間にか萬能的性格にすりかえられ、レントゲン診斷さえすれば、凡てを知り得る

というような錯覺に陥ることが屢々あり得るのである。かゝる錯覺の由つて來る原因は、レントゲン診斷方法自體の限界の検討の不足に由來するといわねばならない」と診斷と治療臨時増刊、肺結核誌上に述べている事は結核専門家のみならず、肺結核妊婦を取扱う指定醫も亦味う可き言である。「レ」線像は病巣其物の姿でなく、影によつて成り立つ像である以上投影學的條件（管球の焦點の大きさ、實體の大きさと投影面との間の距離、レントゲン線自體の物理學的條件）と解剖學的條件による或一定の制約がある。それ故、病理形態學的變化が諸種の制約の下にどの程度に陰影として出現するかと言うことを、豊富な病理學的智識を以て判斷してこそ始めてレントゲン診斷が下されるのである。又投影學的條件を有利に導く爲に、單に腹背の平面寫眞のみでなく、側面寫眞、斷層寫眞も亦必要となつてくる。素人や初心者には空洞は「レ」線像に常に明瞭に出現すると考え易いが、空洞の前後に浸潤が存する場合には腹背平面寫眞では空洞特有の透影亮野は示されない。必ず側面撮影、斷層撮影、に據らねばならない。兎角初心者程、「レ」線像に對して大膽な診斷を下し易い、熟練者程、慎重な態度をとり、専門家同志が一枚の「レ」線寫眞を前にして意見の相違を來すことあるは稀ではない。

又岡東大教授は日本臨牀 8 卷 8 號の X 線寫眞の讀み方に就いて次の如く述べている「時としてどんなに努力して見ても診斷のつかぬ場合が生じる…實に苦勞して來ている人達はなかなか安易に限界などということを口にしない…」と。

今夏、行われた日米連合醫學教育者協議會の關西會場に於いてミネソタ大學放射線學 Rigler 教授も「レ」線診斷の困難な場合のある事を屢々強調された。

その様な理由からして胸部「レ」線像を輕々しく診斷したりこれを以て確定的診斷が得られると思つてはならない。特に初心者や素人の方々に對して注意を喚起したい。

以上、妊婦肺結核の診斷、特に豫後診斷法の價值に就いて述べたが、遺憾乍ら現今、的確にして

而も實用に適する方法が発見されていないと斷ぜざるを得ない。

宮川、岡西兩博士はその共著「肺結核」に「肺結核の豫後位、決定するに困難なるものはあるまい。…斯く見來ると肺結核病者に一樣に豫後を下すことは無謀の事となつて如何んともしがたい。言いかえると全く各個の場合に依つてその経過豫後等を決定すべきものであることが自ら明かであろう」と述べている。

非妊婦肺結核についてさえも斯くの如くである。況んや妊娠と合併した場合の豫後判定の困難は言う迄もない。大里教授は優秀な技術に依る、「レ」線所見の併用を強調し、坂本博士が一定の科學的根據ある規準を樹て難いと述べ、恩師岡林先生が社會的地位を考慮に入れているのもこの間の消息を物語るものと評し得よう。

然し、余は肺結核妊婦を取扱う産科醫特に優生保護法指定醫に對し、上記の理由を以て妊婦肺結核の豫後診斷を簡略にしてもよいと言ふのではない、否、反對に上記各種の自覺的他覺的所見を精細に檢するのが當然である。その際成るべく結核専門醫と相談する事が必要であつて G.A. Simpson & A.C. Long (A. J. O. G. 1950 No. 5) や Frank L. Jennings(1947) が結核専門醫と産科醫との緊密な連絡を強調しているのはアメリカに於いても妊婦肺結核の正確な診斷が如何に困難であるかを示唆するものと評するも過言ではあるまい。

然し現實の問題として如何様なる病型と症狀を以て豫後不良と看做すのが最も無難であるかについては本稿の結論に述べる事にする。

(2) 統計上より觀たる人工妊娠中絶と保存療法の優劣について

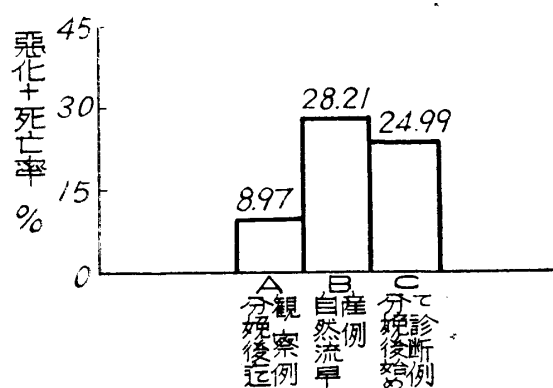
肺結核妊婦に對して屢々行われる人工妊娠中絶は、それ自體に於いては、肺結核に對する治療方法ではないが、妊娠、分娩、産褥の負擔を軽減せしむる意味に於いて、肺結核妊婦に對する一つの有效な手段である。

然し乍ら、本法が果して有効なものであるか否かについては既に古くから多數の諸家に依り調

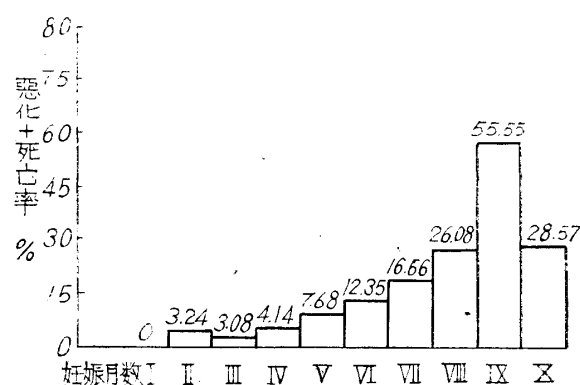
査、研究されている。その詳細は拙著を参照して戴くとして、その結論的價值を有するものとして余の調査結果だけを茲に再録して置こう、

即ち、筆者が昭和18年第41回日本婦人科学會宿題の擔當に際し、全國80カ所の官公私立大病院へ、數年間(昭和13年乃至昭和17年迄)の肺結核妊婦の治療成績を問い合わせた所、26カ所から詳細な解答を得た。そしてこれを保存療法施行例と人工妊娠中絶施行例に分類し、次の2圖を得た。

第1圖 人工妊娠中絶後肺結核悪化及び死亡率



第2圖 保存療法及び非人工妊娠中絶例中肺結核悪化及び死亡率



第2圖

A 分娩後迄観察例
B 自然流産例
C 分娩後始めて診斷例

そして當時、余はこの統計表のみについて結論を下したが、今回推計學的に吟味して次の結果を得たのである。

昭和25年11月1日

519-51

a) 先づ妊娠4カ月迄の人工妊娠中絶後と保存療法に依り満期分娩を行わしめた場合と何れに悪化乃至母體死亡率が多いかを比較する爲に次表を作成し得た。

	妊娠4カ月迄に中絶	保存療法	計
輕快及び不變例	731	168	899
悪化及び死亡例	37(4.8%)	22(11.6%)	59
計	768	190	958

$$X^2 = \frac{(731 \times 22 - 37 \times 168)^2 \times 958}{768 \times 190 \times 899 \times 59} = 12.04$$

$\Pr(X^2 > 10.827) = 0.001$ であるから

危険率(α) <0.001 にて有意の差あり即ち妊娠4カ月迄に中絶した方が保存療法に委ねるよりも悪化率は少い事が證明された。

(b) 次に妊娠5カ月以後に人工妊娠中絶を施行した場合の母體肺結核悪化率及び死亡率と保存療法に委ねた場合のそれと比較する爲に次の表を作成し得た。

	妊娠5カ月以後に中絶	保存療法	計
輕快及び不變例	181	168	349
悪化及び死亡例	44(19.6%)	22(11.6%)	66
計	225	190	415

$$X^2 = \frac{(181 \times 22 - 44 \times 168)^2}{225 \times 190 \times 349 \times 66} = 4.9$$

$\Pr(X^2 > 3.841) = 0.05$ $\Pr(X^2 > 5.412) = 0.02$

故に危険率(α) <0.05 にて有意の差ありと言ひ得る。即ち妊娠5カ月以後に人工妊娠中絶を施行した者の悪化率は保存療法のそれよりも高率である事が證明された。

上記の如き推計的調査から次の結論が引出されるのである。

(a) 我國の人的、物的施設の完備した大病院に於いてすら人工妊娠中絶或いは保存療法何れに於いても、治療の期待に反して上記の程度に母體犠牲が見られるのであつて、これは妊婦肺結核の豫後判定、人工妊娠中絶可否決定が如何に困難であるかを示すものである。

(b) 推計學的に母體犠牲を比較した所、妊娠4カ月即ち胎盤完成迄に人工妊娠中絶を施行すれ

ば、母體犠牲は最も低率で済み、妊娠5カ月以後に入つた者に對しては保存療法に委ねるのが犠牲を少なくする手段である。

又、宮川、岡西兩博士共著「肺結核」341頁からも次の如く摘録する事が出来る。

「結核と妊娠について尙詳しく文獻上から考察したい。

Runge は妊娠期間を1期(4カ月迄胎盤完成期)安定期(5—8カ月迄)負擔期(8カ月から分娩迄)に分け産褥時を早期(7日間)後期の1—2カ月に分けて居る。その後の授乳期を半カ年間としこの授乳期が最も危険という。Braeuning は中絶を行わなかつた例中悪化したものが全數の11.6%、妊娠後半の悪化が31.8%、分娩後53.6%といい、Runge, Wagner, Bauer は中毒期が尤もよくないという。藤森氏によるに245例中、輕快不變68.56%、悪化5.71%死亡3.26%不明22.44%であつたという。一般には妊娠後期授乳期に悪化するといわれて居る特に後者に於てそれが多いのは肺容量の一時に増加運動の活潑化によるし加うるに授乳に關係があると思われる。」

即ち、宮川、岡西兩博士も、外國の諸家と余の統計的結果を引用して中絶を行わなかつた症例の危険性が分娩後に在る事を強調している。斯様に妊娠後半期の人工中絶及び自然満期分娩後の危険性は、分娩後の横隔膜の急降下に基く肺下野の進展、呼吸運動の激増、分娩時の出血、エネルギー消失産褥中及びその後の育児の過勞等に在る事は念頭に置かねばならない。

外國に於ても妊娠初期の人工流産は有害な影響は少いが、妊娠後半期に入つてからのそれは危険と考える人々が多く、Max Pinner の近著“Pulmonary Tuberculosis in the adult”にも妊娠3カ月以内の人工流産は母體が合理的に反對しない限りは、正當であると記述されている。

余は特に我國の現状に鑑み肺結核妊婦に對しては、その妊娠初期に先づ人工妊娠中絶をすすめ、本人と配偶者の同意を得次第、一日も早く實施するのが正しい方法であると信じている。何故ならば上述の如き統計的の根據のみならず、肺結核豫

後判定方法が現代の醫學的智識を以てしては困難であり、往々にして極めて輕症の肺結核妊婦が而も前回の分娩は無事であつても今回の分娩後、病巢の惡化を來し、遂に死亡した例が報告されている程であるからである。

そして妊娠後半期に入つた肺結核妊婦に對しては、假令、人工中絶が患者側より希望されてその危險性のない事を説得する。然し止むを得ず行う場合には、分娩後の肺結核の惡化を防止する爲にブジー挿入、メトロイリンテル挿入キニーネ劑、腦下垂體後葉ホルモン鉗子分娩手術等を施して分娩時の、肉體的負擔を輕減せしむる外肺結核病巢の性狀に應じて各種の肺虚脱療法を行う。

肺結核妊婦に對して、余は既に肺虚脱療法を推奨し、これを實施し來つてゐるが、近來追試者及び共鳴者が漸次多くなつて來たようである。歐米ではこれは廣く行われ、常識化しており、Seeleyやその他の諸家は、妊娠や分娩という事を考慮せずに非妊娠時と同様に施行するように述べているが、余はこの見解には反對で妊娠分娩の特殊條件を特に考慮して次の注意と條件の下に各種の肺虚脱療法を選択的に行う事を提唱する。

(a) 人工氣胸療法は操作簡單であり、通院でも施行出來兩側にも施行し得るが、肋膜に癒着があれば施行不可能であり、療法施行中、肋膜腔内に滲出液が溜溜すれば妊娠中は直ちに中止せねばならない故、それだけ適用範圍は狭い。

(b) 胸廓成形術は、肺結核病巢を前後左右より壓縮せしめ、1回の手術で済むが本手術には相當の設備と熟練を要し又一度壓縮された病巢はその後再び擴張する事が缺點である。本法は肺虚脱療法中、その侵襲は最も大きい、本療法を受けた婦人がその後妊娠しその後満期安産を遂げた症例が報告されている。

(c) 肋膜外充填術は前記胸廓成形術施行後一旦壓縮された空洞が再び擴張するのを防止する爲に肋膜外に種々の異物を充填する方法である。余は最近、右肺上葉に空洞を有する妊婦に對し、その妊娠7カ月の人工早産後、合成樹脂による肋膜外充填術を施行し、産褥中の惡化を防止し得た。

(d) 横隔膜神經麻痺術は、肺下野の結核病巢が分娩後惡化するのを防止するには有效な且つ簡單な方法で、肋膜に癒着が存在していても施行し得る非妊娠時の結核に對しての本療法の効果は餘り期待されないと評する人が多いが、分娩後の惡化を防止するには有効で、余の推奨する所であり、余は神經の捻除や切斷よりも壓挫に依る一時的(數カ月間)の麻痺を起さしめ、その間に種々の療法を行う事を提唱している又後述の人工氣腹療法と併用すれば更に効果があり、アメリカに於いても、余の見解と同じうする者が非常に多い。(前記、Max Pinner や Edward W. Hayes の著書参照)。

(e) 人工氣腹療法を分娩直後に行う事も余が既に實驗的根據と臨牀的實驗に基いて推奨している。そして鶴崎博士も余の報告に共鳴し、追試せられ好成绩を収めた事を發表している。本法は分娩直後から、人工氣胸の器械を用いて腹腔内へ1回1立位の空氣を毎週1回宛注入しこれを數カ月に亙つて繼續する方法が簡單であり、合理的である。

アメリカでも本療法が行われ、前記横隔膜神經麻痺術と併用する事が推奨されている。

以上各種の肺虚脱療法は、勿論産科醫のみでは行い難い故、宜しく結核専門醫と協力し、施行するように、積極的努力を拂われん事を余は強調する次第である。

尙、ストレプトマイシン、パス、チビオン等の結核抗菌物質を肺結核妊婦に適當に投與すれば良好な成績が得られる筈であるが若干の危險な副作用を伴い、その投與方針は未だ確立されていない故、實地醫家は學界の結論に従つて慎重に善處されん事を望む。

結 論

妊婦肺結核の治療殊に人工妊娠中絶に際して、其適應基準を如何に定む可きかに就いて、指定醫と爲政者との間に見解の相違を來している現今、余は、學理的根據に基いて、次の基準を提案し度い。

(1) 肺結核、殊に妊婦に合併した場合のそれに対する診斷、豫後判定、治療方法として現代の

昭和25年11月1日

521—53

醫學的水準を以てしては、的確にして有効、安價にして普遍的に行い得るものは考案されていない。而も悪化の徴候が出現するのを俟つて對策を施しても之を急速に治癒せしむる事は容易でない。

(2) 以上の理由から肺結核病巣が滲出型の場合には勿論の事、増殖型と雖も、又滲出型から増殖型に轉化したのが可成以前であつても（數年前或はそれより以前であつても）、妊娠、分娩、産褥現象に依り再び悪化の可能性があるものとして對策を施すのが最も犠牲を少なくする手段である。

(3) 上記の悪化の可能性が考えられる場合、原則的に妊娠4ヵ月終り迄即ち胎盤完成期迄に人工妊娠中絶を施行し、妊娠5ヵ月以後の者にしては保存療法を施行する。

(4) 本人及び配偶者の希望が、上記の原則的治療方針に反しても極力この方針を推奨する。然し之に同意しない時には、母體危險性が比較的多

い事を諒承せしめた上にて、種々の結核療法及び結核悪化の防止方法を施しつつ、本人及び配偶者の希望に副うように努める。

(5) 保存療法及び妊娠5ヵ月以後の人工妊娠中絶に對しては、結核病巣の性状に應じて、各種の肺虚脱療法を施行する。

(6) 上記の如く、肺結核に關する診斷及び各種の療法は、熟練せる結核専門醫と緊密な連絡を保ちつゝこれを施行する。

(7) 上述の理由からして、肺結核妊婦に對する人工妊娠中絶は指定醫の全責任に於いて行わべきが故に、原則的には當然第12條第4號即ち任意の人工妊娠中絶の部類に屬せしむるのが合理的である。

(8) 上記の方針は永久的のものでなく、醫學殊に産科學と結核病學の進歩發達に従い、今後適當に改訂さるべき性質のものである。