

# 肺結核ノ初發部位ニ關スル「レントゲン」學的研究

昭和四年十月十六日受附

金澤醫科大學理學の診療科教室(主任小池才一博士)

松田治郎

## 目次

第一章 緒言	第三章 調査成績
第二章 學說ト「レントゲン」所見	第一項 肺尖結核
第一項 肺尖結核	第二項 肺門結核
第二項 肺門結核	第三項 早期浸潤並遲發浸潤
第三項 早期浸潤並遲發浸潤	第四章 總括及結論

## 第一章 緒言

初期肺結核ノ「レ」(「レントゲン」)ノ畧、以下之レニ準ズ)検査ニ於テ、屢々意外ノ著變ニ驚クコトアルノミナラズ、自覺的何等ノ症狀ナキ者ノ健康診斷ニ際シ、肺結核ノ陳舊性病變或ハ初期變化ヲ認ムルコトアルハ一般ニ承認セララル、所ナリ。輒近「レ」診斷ノ發達ニヨリ、早期肺結核ノ意味ニ於ケル所謂肺尖加答兒ニ於テ、却ツテ肺尖以下ノ部殊ニ肺門及ビ其ノ附近ニ著變アルヲ知り、肺門結核ヨリ肺尖ニ進行スルコトヲ唱へ、或ハ Asmann ハ鎖骨下浸潤ヲ唱へテ、成人肺結核ノ初發部位ナリトシ、之レハ唯「レ」検査ニヨリテノミ發見シ得ラル、コトヲ唱導セリ。爾來肺結核ノ早期診斷ニ對シテ「レ」検査ノ極メテ必要ナルコトヲ益々高唱セラル、ニ至レリ。

然レドモ複雑ナル肺ノ影像ヲ、然カモ初期未ダ輕微ノ變化ヲ呈スル際、其ノ病的ナルヤ否ヤノ診斷ハ至難ノコト少カラズ、殊ニ初期軟弱ナル病變ノ「レ」診斷ハ透視ノミニテハ全く不可能ニシテ、必ズ「レ」寫眞ニヨラザル可カラズ。然ルニ「レ」寫眞ハ又、電壓、電流、硬度、攝影時間ノ長短、並ニ現像技術等ニヨリテ同一ノ變化ニシテ又全く相異ナル所見ヲ呈スルコトアルヲ以テ、之レガ診斷ハ益々困難ニシテ、必ズ理學的所見ト相俟ツテ常ニ慎重ナラザル可カラズ。

Asmann 及 Redeker ガ早期浸潤說ヲ唱ヘテ、過去數十年來信ゼラレタル肺尖原發說ヲ排スルヤ、學者ノ研究沛然トシテ起リ、甲論乙駁未ダ一致スル所ナキガ如シ。

昨年來獨逸ニ於テハ此ノ問題ノ解決ニ對シ、臨床家ハ各々統計的根據ニヨリ論争セラル、如ク、然カモ兩派ノ統計ニ大ナル懸隔ヲ見ルハ吾人ノ首肯シ能ハザル所ナリ。本邦ニ於テハ未ダ纏リタル統計ヲ舉ゲテ之レヲ論ゼラレタルモノ無キガ如シ。

余ハ今回當教室ニ於ケル多數ノ材料ヲ精査シ、「レ」學的ニ爾來信ゼラレタル肺尖及ビ肺門結核並ニ新學說タル早期浸潤ノ統計的觀察ヲ試ミ、其ノ何レニ左袒ス可キヤヲ研究シ、其ノ得タル結果ニヨリ肺結核ノ初發部位ニ關シ聊カ卑見ヲ述ベントス。

## 第二章 學說ト「レ」所見

余ハ本章ニ於テ肺尖及ビ肺門ノ結核ト早期浸潤ニ對スル輓近ノ學說並ニ之等ノ「レ」所見ニツキ其ノ大要ヲ抄述ス可シ。

### 第一項 肺尖結核

肺結核ハ最モ早期ニ屢々肺尖ニ理學的徵候ヲ現ハシ、且ツ長期此ノ部ニノミ變化ヲ認ムルコトアルハ、古來臨床家

ノ經驗スル所ニシテ、所謂肺尖加答兒ナル名稱ハ臨床上今モ尙ホ盛ニ用キラル、所ナリ。從ツテ肺結核ノ早期診斷ハ即チ肺尖結核ノ診斷ニシテ、肺結核ノ早期治療ハ肺尖結核ノ治療ナリトシ、過去數十年間醫師ハ專ラ之レニ向ツテ全努力ヲ傾注シ來レル所ナリ。

抑、肺尖加答兒トハ、臨床的ニハ鎖骨上窩、後方ハ肩胛棘上ニ於ケル肺ノ毛細氣管枝又ハ肺泡内ノ加答兒性病變乃至硬化浸潤アルモノ、謂ニシテ、一般症狀及ビ局所的ニハ初期加答兒期ニアリテハ、呼吸音微弱、少數ノ水泡音（特ニ咳嗽後ニ）又ハ爆音ヲ聽診スルモノニシテ、漸次浸潤硬化スルニ及ビ、打診音短、或ハ濁音トナリ、呼吸音銳利、或ハ粗裂、呼氣延長等ノ理學的症狀ヲ呈スルモノナリ。嚴格ニ言フ時ハ、肺尖ニ中等大以上ノ水泡音、殊ニ有響性囉音アル時ハ、既ニ肺尖加答兒ニ非ラズシテ、肺癆ナリトセララル。

其ノ本態ニ至リテハ、或ハ幼年時代ノ初感染ニ次デ、Rankéノ第二期結核症狀トシテ、肺尖ノ犯サレシ病變ノ痕跡ナリト考ヘ、或ハ再感染ガ此ノ部ニ起ルトシ、或ハ鎖骨下部ノ浸潤ヨリ波及シ、原病竈治癒シ、肺尖加答兒ノミ殘リシモノナリトシ、今日尙ホ定説ナキガ如シ。而シテ肺尖加答兒ヲ長年月觀察シテ、其ノ肺癆ニマデ進展スルモノ、極メテ少キ諸家ノ報告(Neisser, Breuning、ハ約七%)ニ接シ、W. Eibstein 及 J. Schwarbeガ、古ク其ノ著書ニ於テ「頑固ナル肺尖加答兒ハ皆結核ニ因ルモノニアラズ、只結核感染ノ機會アルヤ結核ニ移行スルコトアリ」ト述べタルニ想到シ、疑ヲ持スルモノ稍々多キニ至レリ。

肺尖ノ結核性變化トシテ「レ」検査ノ際ニ現ハル、所見ハ、諸家ノ説ヲ綜合スルニ、(一)肺尖野ノ溷濁、(二)結節、雲狀乃至線狀陰翳形成、(三)陳舊ナル硬化性或ハ石灰化セル病竈、及ビ空洞ナリ。而シテ陳舊硬化セル結節、線狀或ハ石灰化セル病竈ガ「レ」像ニ於テ、明瞭ニ認識シ得ルコトハ一般ニ認メラル、所ナルモ、新鮮ナル加答兒性變化乃至軟弱ナル結節ガ寫眞板上ニ檢出シ得ルヤ否ヤニ關シテハ、異論多キ所ニシテ、最近 Kuppferle ハ連續撮影スルニ、或ルモノニハ肺尖ノ變化ヲ見ルモ他ノ寫眞ニハ全ク現ハレザルコトアルヲ發表シ、又 Unverricht モ屍體實驗ニヨリ *XXIX*

「ミリメートル」以下ノ小結核組織ハ、寫眞板ニ出現セズト主張セリ。尤モ肺尖ハ他ノ肺野ニ比シ、厚徑甚ダ薄ク、加之外部ノ軟組織厚キヲ以テ、生理的ニモ、多少ノ溷濁アリ、殊ニ寫眞板トノ距離大ナル時ハ、精巧ナル寫眞ニヨラザレバ檢出困難ノ場合アルハ事實ナリ。

今肺結核ノ「レ」所見トシテ諸家ノ記載ヲ見ルニ、

Albers-Schönberg ハ片側或ハ兩側ノ肺尖野ノ均等ニ溷濁スルモノ、或ハ上方ノ幕ヲ下セルガ如キモノ、或ハ種々ナル大サノ雲絮狀斑點モ、臨床上變化ヲ認ムル時ハ、肺尖ノ浸潤ト認メ、線狀或ハ帶狀ノ平行セル陰翳ハ多ク肋膜炎性癒着ニヨルモノトセリ。

Chales L. Minor ハ早期肺結核ノ大多數ニ於テ、肺門陰翳增強、及ビ肺門ヨリ第二乃至第三肋間ニ向フ氣管枝線狀束ニ沿フ浸潤ノ外ニ、肺尖ニ於テハ線狀陰翳增強、延長、及ビ肺尖ノ暗翳、及ビ稀ニ萎縮ヲ認メ、其ノ均等溷濁性ナルモノハ肺尖肋膜、或ハ末梢氣管枝ニ生ジタル結核性炎症ニ基ク無氣狀態ニヨルトシ、孤立セル小斑點暗翳ハ結核病竈ノ集合ニヨルモノトセリ。

H. R. Schinz ハ初期肺尖結核ノ「レ」所見トシテ、含氣量減少ニヨル肺尖野ノ溷濁、病竈陰翳、及ビ線條形成ヲ論ジ、溷濁ニツイテハ肺尖胼胝ノアルコト、線條形成ニツイテハ肺門ヨリ肺尖ニ達スル線條増加ハ氣管枝周圍炎ノ存在ヲ意味スルモ、結核ノ早期症狀ニアラザルコトアルヲ指摘シ、病竈陰翳ニ於テハ、増殖性ノモノハ小ナル多形境界不銳利ナルモノ多ク、Pulノ再感染ニ相當スト論ゼリ。

Assmann ハ病理解剖上ノ所見ト對比シテ、肺尖野ニ現ハル、結核性變化中最モ多數ナルハ小結節形成ニシテ「レ」像ニ於テハ之レニ相當スル弱キ小斑點トシテ現出ス可キモ、距離大ナル時ハ明瞭ニ認ムル能ハザルコトアリト、而シテ肺尖野ノ大ナル限局性溷濁ハ病理解剖上一部ハ肺尖穹窿ノ肋膜肥厚ニヨリ、一部ハ肺自身ノ肥厚性變化ニヨルモノナリトシ、又一部溷濁ハ多クハ結締組織増殖ニヨル肥厚性硬結性變化ニヨルモノニシテ、古來大ナル浸潤ニシテ空洞ヲ生

ズルニ至ルトセラレシハ誤ナリト論ゼリ。

尙ホ A.Köhler ハ一側或ハ兩側肺尖野ノ溷濁ニツキ、細小ナル麵麩粉ノ如キ陰翳ノ混在、及ビ患側ノ肋膜ノ狹小、及ビ肋骨ノ急角度ニ傾斜スル時、然カモ背腹及ビ腹背透視ニヨリ、常ニ同一肺尖ニ存スル時ハ確ニ病的ナリトセリ。尙ホ肺尖ノ結核性變化ヲ認識スルニ當リ、肺尖領域ニ關與スル種々ナル變化ガ影響スルコトハ注意ス可キコトニシテ、諸家ノ記載セルモノヲ抄記スレバ次ノ如シ。

一、強ク發育セル筋肉及ビ皮下結締組織。

Krause ニモレバ右側ハ左側ニ比シ僅カニ低位ニアルト、右側背筋ハ左側ノソレニ比シ一般ニ發育良好ナルタメ、一般ニ均等溷濁アリト、又兩側肩胛筋ノ平等ニ發育佳良ナルモノ、及ビ肥滿セルモノハ兩側共ニ均等性ニ溷濁スルハ勿論ナリ。

二、肺尖横斷面ノ狹小。

a. 鎖骨下動脈(兩側或ハ左側第二後方肋骨ノ下緣)。

b. 甲狀腺肥大。其ノ壓迫ニヨリ、片側含氣量ノ不足ヲ來シ明度ノ減少スルコトアリ、此ノ際甲狀腺中毒ニヨル輕熱、盜汗、疲勞等ヲ起シ、又當該肺尖部打診音短、或ハ呼氣延長、不純、爆音等ノ副症狀ヲ呈シ臨床上ニ於テモ肺尖加答兒ノ症狀ヲ呈スルコトアリ。

c. 胸腺肥大。

d. 縦隔洞内腫瘍。

e. 脊柱ノ異常、殊ニ側彎ニテ胸廓ノ畸形ヲ生ジ、タメニ肺尖野ノ横斷面ノ差ヲ生ジ、含氣量ノ相違、從ツテ左右明度ノ差異ヲ來ス。此ノ際背腹及ビ腹背透視ヲ行ヒ、充分ナル注意ヲ要ス。

f. 肋骨、肋軟骨ノ異常發育、化骨、骨折後ノ強キ假骨形成。

### 三、肺臟以外ノ機轉。

- a. 皮膚ノ變化(例令、Sklerodermie)
- b. 鎖骨上窩ノ乾酪化、石灰化、或ハ硬化セル淋巴腺。
- c. 注射(例令、Jodipin)
- d. 藥劑ノ塗布或ハ貼布(例令水銀軟膏)

### 四、肺自己ノ非結核性病的機轉。

- a. 膨脹不全、例令非結核性肺炎後或ハ滲出性肋膜炎等ノタメ、同側ノ肺尖野ノ含氣量減少シ、均等性ニ陰翳ヲ呈スネトアリ(Albers-Sehönberg)。

- b. 肺尖肋膜ニヨルモノ、例令肺尖肋膜炎後薄層ナル胼胝形成、或ハ肺尖上界ニ小ナル肋膜ノ硬結ヲ殘シ、其ノ上界ニ於テ鋸齒狀或ハ斑點狀陰翳ヲ現出スルコトアリ(Assmann)。

- 五、不確實ナル放射原因、例令中心點ヲ誤レルタメ、兩側ノ肺尖ニ差異ヲ生ズルコトアリ。

其ノ他 Kreuzhuchs-Holstノ咳嗽現象、及ツ Williamsche Symptom モ肺結核ノ早期診斷、殊ニ早期肺尖ノ變化ヲ知ルニ必要ナル徵候トセラレシモ、其ノ後ノ研究ニヨリ實際的ニ意義多カラズトセラル、ニ至レリ。

### 第二項 肺門結核

「レ」診斷ノ發達ニ伴ヒ、肺結核ノ早期或ハ潛伏期ニ於テ、屢々肺尖以下特ニ肺門部ニ却ツテ著變ヲ見出スコト多ク、Rieder, Stürz、ハ肺結核ハ先ツ肺門ニ初マリ、之レヨリ上行シテ肺尖ニ達スルト唱ヘタリ。此ノ說ハ一時容認セラレシガ Assmann, Stähelin, Grau 等ノ反駁スル所トナリ、一般ニ信ゼラレザルニ至レリ。然レドモ成人ニ於テモ屢々肺門部ノ著明ナル病變ヲ見ルコト尠カラズ、殊ニ小兒ニ於テハ肺門淋巴腺結核乃至肺門結核ハ最も重要ナル位置ヲ占ムルモノナリ。

抑、肺門淋巴腺ノ「レ」學的研究ハ、De la Compニ初マリ、次ニGroedel, Engel, Neuhaus, Rach, Redeker, Assmann等ニヨリ精細ニ研究セラレタリ。然レドモ淋巴腺腫脹ノ解剖學的變化ト「レ」學の所見ト一致セシムルハ頗ル困難ニシテ、精巧ナル寫眞上ノ技術ト熟練ナル「レ」學の知識トヲ要スルモノナリ。而シテ肺門ノ變化ハ之レヲ臨床的ニ證明シ得ラル、コト少クシテ、唯「レ」的ニノミ確診シ得ラル、場合甚ダ多キヲ以テ、之レガ陰翳ノ變化ヲ「レ」學のニ分析スルハ、肺結核ノ早期診斷上最モ必要ナルコトナリ。

健康成人ノ肺門淋巴腺ハ豌豆大乃至蠶卵大ニシテ、病的ニ腫脹甚ダシキ時、或ハ組織の密度ノ増加セル時ノ外ハ、「レ」的ニ證明シ能ハザルコトハ、Köhler, Groedel, Engel等ノ研究ニヨリテ明カナリ。而シテ「レ」的ニ證明シ得ラル、淋巴腺腫ハ通常次ノ三種トセラル。

一、炎症性髓様腫大、Entzündliche Markige geschwollen。通常肺門陰翳ノ不正形ナル増大、或ハ多數ノ炎症腫大セル淋巴腺ガ集團のニ集合シ、或ハ強ク増大シテ肺門陰翳ノ側方ニ突出シ、其ノ質軟ナルモ、周圍ノ肺野ニ對シ稍、銳利ナル弓狀隆起トシテ現ハレ、時トシテ其ノ間ニ切れ目ヲ作ルコトアリ、之等ハ結核ノ外、氣管枝肺炎、特ニ「インフルエンザ」或ハ肋膜炎、白血病ノ際ニ見ラル。

二、乾酪變性セル淋巴腺 Verkäste Lymphdrüsen。Schmoll及ヨKöhlerノ研究ニヨレバ、磷酸石灰ノ沈着ニヨリ「レ」線ヲ吸收シ易シト。乾板上ニハ斑點ノ集合セル如ク、且ツ密度強ク、境界可ナリ銳利ニ現出シ、多クハ結核性變化ナリ。

三、石灰化淋巴腺 Verkalkte Lymphdrüsen。更ニ強ク平等ニ現ハレ、圓形或ハ鋸齒狀ニシテ、境界頗ル銳利ナリ、多クハ結核性變化トシテ來ルモノナリ。

乾酪化或ハ石灰化セル淋巴腺ハ、「レ」的ニ最モ明確ニ認め得可ク、他ノ肺野ニ存スル小ナル淋巴腺モヨク證明シ得ルモノナリ、加之中央陰翳内ニ存スルモノモ、稍、硬性管球ヲ以テスレバ檢出シ得ラル、コトアリ。肺門淋巴腺ハ普

通最も容易ニ證明シ得ラル、モノニシテ、殊ニ右側ノモノハ氣管枝ノ側方ニ、或ハ之レト混ジテ明瞭ニ檢出スルコトヲ得可シ、左側ノモノハ心臟ノ陰翳ニ蔽ハル、ガ故ニ、著大ナルモノ、或ハ石灰化セルモノ、外ハ、矢狀方向透視ニテハ證明困難ナリ。又 Rieder ノ名付ケタル Mediastinal Drüsen 及 3 Paratracheal Drüsen モ著大ナルモノ、或ハ石灰化セルモノ、外ハ、矢狀位ニテハ檢出不可ナルモノアリ、或ルモノハ時ニ斜位透視、或ハ硬管球ニヨリ證明シ得ラル、コトアリ。Corderas, Kastle 等ニヨレバ甚ダシク乾酪化セル淋巴腺モ著明ニ増大シ、且ツ其ノ位置宜シキヲ得ザレバ證明不可ナルコトアリト。故ニ「レ」的ニ淋巴腺腫ヲ證明シ得ズトモ、其ノ腫大ヲ否定シ能ハザルハ勿論ナリ、又腫大セル淋巴腺モ甲状腺肥大、縦隔洞腫瘍、或ハ石灰化セルモノハ血管斷端ニヨル陰翳ト注意シテ鑑別スルヲ要ス。

腫大セル淋巴腺ガ結核性ナルヤ否ヤハ臨床的並ニ「レ」學的ニ他ノ結核性變化ニヨリ決セラル可キモノニシテ、一般ニ淋巴腺ノ乾酪化或ハ石灰化ハ結核ニ特有ナリトセラル、モ佛ノ Sagnat ハ淋巴腺ノ石灰化ハ又屢ニ微毒性變化トシテモ起リ得ルコトヲ證明セリ。又肺門淋巴腺腫大或ハ硬化ハ其ノ他各種ノ傳染病及ビ氣道ノ非結核性疾病ニヨリテモ起リ得ルモノニシテ、例令肺炎、氣管枝擴張、塵芥吸入、腫瘍、「グリオーム」、血液病等ニヨリテモ髓様腫大或ハ硬化ヲ來スコトアリ、常ニ注意シテ鑑別スルヲ要ス。

爾來肺門ノ結核性變化ハ小兒ニ於テ最も重要視セラレ、精細ニ分析研究セラレタリ。

肺門淋巴腺結核ハ、Engel ニヨレバ「レ」的ニ判然ト腫瘤狀ニ現ハレ、圓形、半圓形、或ハ楕圓形ニシテ雀卵大ヨリ小兒手掌大ニ至リ、均等性濃厚ニシテ境界銳利ナリ、小兒ニ多ク成人ニ見ルコト遙ニ稀ナリト。Redeker ハ肺門陰翳ガ全體ニ膨大シ、均等性ニシテ濃厚、漸次周圍ニ向ヒ薄クレナルモノハ結核性淋巴腺腫脹ニヨル周核炎症 Perifokale Entzündung ナリトセリ (Sekundäre (Hilusungen) infiltrierung)。又 Rach ハ肺門附近ニ多數ノ結節小斑點狀トシテ集合シ、必ズシモ淋巴腺ノ腫脹ヲ伴ハザルモノハ、病理解剖學的ニ肺門周圍ノ肺組織自己ノ犯サレタルモノニシテ、屢、

乾酪變性セル結節ヲ認ム可ク、之レヲ肺門部ノ肺結核 Intrapulmonale Hilus tuberkulose ト稱シタリ、之レハ青年及ビ壯年ノ者ニ多ク見ルト。又葉間肋膜炎 Interlobäre Pleuritis ヲ肺門結核ニ算入スルコトハ Eisler 以來諸家ノ說一致スル所ニシテ、又此ノ中ニ淋巴腺結核ヲ證明スルコト多シ。

肺門淋巴腺結核ハ今日ニ於テハ成人ニ於テ之レヲ見ルコト比較的稀ナリトセラル。Assmann ハ成人ノ初期肺結核ニ於テ肺門淋巴腺ガ著明ニ増大シ、從ツテ肺門陰翳ノ増大ヲ起スコトハ極メテ稀ニシテ、多クハ小兒期ニ經過セル陳舊性ノ石灰化或ハ硬結セル淋巴腺ガ、肺門ノ周圍ニ見ラル、ノミナルコトヲ剖檢的ニ證明シ、之レハ臨床上意義ナキモノナリト。尙ホ氏ハ成人ノ所謂肺門結核モ其ノ前後部ノ早期浸潤ナル可ク、矢狀方向ニ於テハ同ジク肺門部ニ投影セラル、ニヨリ、同時ニ前額或ハ斜位方向ニモ檢セザレバ明カナラズト主張セリ、然レドモ一般ニ此ノ方向ニテハ心臟、肩胛骨、脊柱等ノ陰翳ト相錯綜シ、鑑別仲々困難ナルコトアリ。反之小兒ノ肺門淋巴腺結核ハ最モ早期ニ、然カモ著明ニアラハル、コト稀ナラズ、之レ肺門ガ小兒肺結核ノ診斷上最モ重要ナル位置ヲ占ムル所以ナリ。

### 第三項 早期浸潤並ニ遲發浸潤

成人ノ肺結核ハ先ヅ肺尖ニ初マリ、漸次下方ニ進展蔓延シテ、肺癆ヲ形成スルニ至ルコトハ、今日迄一般ニ承認セラレシ所ナリ。

然ルニ Assmann ハ一九二二年ヨリ一九二四年ニ亘リ二十歳乃至三十歳ノ醫師、看護人、及ビ結核感染ノ機會多キ職業ニ従事スルモノ、初期肺結核ヲ檢シ、其ノ多數ニ於テ鎖骨下部ノ、特ニ外側ニ於テ「レ」的ニ孤在性斑點狀陰翳ヲ認メ、然カモ肺尖ニ變化ナキヲ見テ、成人肺結核ヲ起ス一ツノ經路ナリト報告セリ。爾來 Ickert, Lydin, Romberg, Redeker 等多數ノ學者相次デ同様ノ所見ヲ發表シ、殊ニ Redeker ハ此ノ蔓延經路ニ非常ナル重要性ヲ認メテ、成人ノ肺結核ノ大多數ハ殆ンド此ノ經路ヲトルモノトシ、肺尖結核ヨリ全肺結核ヲ起スト云フ從來ノ學說ハ誤リニシテ、此ノ誤レル學說ノタメ、治癒性又ハ停止性ノ肺尖結核ニ向ツテ、無用ノ努力ヲ盡シ、且ツ如何ニ多クノ時間ヲ空費シ

ツ、アルヤト迄極論セリ。一般ニ鎖骨下浸潤 Infarkavikularinfiltration (Assmann) 又ハ早期浸潤 Frühinfiltrat (Redeker) ト稱シ、今日ノ臨床學界ニ興味ヲ唆リツ、アル新學說ナリ。

其ノ「レ」學の所見ハ、Assmann ニヨレバ鎖骨下部(第一―三肋間)ノ外側ニ近ク、五―五十錢大ノ圓形均等性陰翳トシテアラハレ、初期雲狀ニシテ境界銳利ナラザルモ、早期既ニ周圍ノ透明ナル肺野ニ對シ、劃然タル輪廓ヲ呈スルモノナリ、而シテ其ノ解剖學的位置ハ、上葉氣管枝ノ肺尖下分枝 Subapicale Aste 或ハ僅カニ高ク、肺尖分枝 Apicale Aste ノ背側分枝 Dorsaler Ast ニ相當スト。

此ノ部ニ斯カル陰翳ノ生ズルコトハ佛國ニ於テハ既ニ二十年前ヨリ知ラレタル所ナルモ、彼等ハ Ranké ノ學說及ビ周核炎症ニ對スル知識ナカリシ爲メ、充血性炎症 Congestio de la Zone (Péher) 或ハ皮質肋膜炎 Corticopleuritis (Peron, Mallizol), 或ハ Perissisuritis (Sergnet, Durand), 等トシテ深ク注意セザリキ。早期浸潤ハ又他ノ部位ニモ生ズルコトアリ、殊ニ上葉ノ深部ニ多シト、此ノ時ハ均等性圓形ノ境界銳利ナラザル陰翳トシテ現ハレ、又上中葉ノ境界ニ近ク生ズル時ハ下界及ビ外側ハ銳利ナルモ内側及ビ上界ハ瀾蔓性ニシテ恰カモ、上葉肺炎ノ初期ニ於ケル Trianglae Pneumonie ノ像ヲ呈ス、又其他ノ部ニモ僅カニ見ルコトアルモ、肺尖ニハ決シテ來ラズト。

早期浸潤ハ極メテ吸收シ易ク、加療宜シキヲ得バ、相當進行セルモノモ亦ヨク病勢靜止シ、結締織増殖ニヨリ病竈硬化或ハ石灰化シ、或ハ結締織ニ包囊サレ、中心軟化シ喀出サレ空洞ヲ作ルモ、漸次周圍ヨリ癥痕收縮ヲ起シ空洞モ消失スルコトアリ、此ノ際線狀或ハ斑狀ノ硬化セル陰翳ヲ殘スコトアリ、或ハ全ク痕跡モ止メザルニ至ルコトアリト、經過不良ノ時ハ病竈周圍ニ帽針頭大乃至黍粒大ノ小斑點派出シ、次第ニ周圍ニ擴大スルト共ニ中心軟化シテ早期空洞ヲ生ジ、又肺門特ニ其ノ上部ニ向ヒ、太キ淋巴管炎ヲ起シ、肺門腺腫大ヲ起ス、加之時ニ吸引轉移 Aspirationsmetastase ニヨリテ離レタル部ニ類似ノ圓形或ハ三角形(上中葉境ニ生ズル時)ノ娘浸潤ヲ生ズルコトアリ、斯クテ急速ニ肺癆ヲ形成スルニ至ルト。

臨床上其ノ初期ニ於テハ殆ンド何等ノ違和ヲモ感ゼザルコトアリ、時ニ輕度ノ咳嗽、少量ノ喀痰ヲ見ルコトアルモ、輕症寒胃或ハ「インフルエンザ」トシテ放任セラル、コト多ク、又時ニ早期咯血ヲ見ルコトアリ、理學的ニモ得ル所少ナク、時ニ輕打ニヨリテ僅カニ打診音短、或ハ呼吸音弱ナルコトアルモ其ノ判定困難ニシテ、唯一ノ證明ハ「レ」検査殊ニ精巧ナル寫真ニヨラザル可カラズ。

早期浸潤ノ本態ニ關シテハ Dietl, Staub, ハ少年時代ノ初感染病竈ノ再發ナリトシ、Assmann ハ滲出性肺炎性炎症ニシテ初感染病竈ト似タレドモ淋巴腺ノ犯サレザルニヨリ、第二期ニ於ケル再感染ニシテ、Pul及ヒHirschfeldノ病竈ニ等シキモノナラムトシ、Redeker, Romberg. ハ此ノ浸潤ノ吸收サレ易キ所ヨリ周核炎症ニシテ、其ノ焦點タル部ニ小結核性病竈存スルナラムトシ、殊ニRedeker ハ其ノ炎症ヲ起ス點即チ「アレルギー」状態ヨリ、相當重大ナル再感染ナリトセリ。今日一般ニ早期浸潤ハ再感染ト認メラレ、或ハ内因性ナリトシ、或ハ外因性ナリトシ、或ハ双方共ニ存スト云フ。

尙ホ「レ」検査上之レト鑑別ス可キモノハ、肺「ヂストマ」、葉間氣胸、及ビ皮膚ノ輪狀陰翳、表在性限局性氣胸ニシテ、注意スル時ハ容易ニ區別シ得可シ。

此ノ新學說ハ忽チ時人ノ歡迎スル所トナリ、世界各地ニ喧傳セラル、ニ至レリ、其ノ後又眞面目ニ研究スル者出デテ之レヲ反駁スルニ至リ、今日尙ホ甲論乙駁未ダ一致スル所ナキガ如シ。然レドモ昨年來獨乙醫學界ニ於ケル反對派ノ精密ナル統計的觀察及ビ Unverricht ノ屍體實驗 Pagel, Loeschke ノ精密ナル病理解剖學的研究等ニヨリ、早期浸潤ガ肺結核ノ出發點タルコトノ論據稍、薄弱トナレルニ非ラザルカ、然レドモ此ノ早期浸潤ガ肺結核ノ進展ニ關シタル意義ヲ有スルモノナルコトハ、反對派モ共ニ認ムル所ナリ。

Spatinfiltrat ヲ一八九二七年 Redeker ガ初メテ記載セルモノニシテ、其ノ形全ク早期浸潤ト相等シク、多クハ三—五「マーク」大ノ圓形瀾蔓性ノ浸潤ニシテ、境界銳利ナラズ、屢々陳舊ナル線條或ハ斑狀陰翳ヲ伴フ、其ノ位置ハ特有

ニシテ、常ニ肺門上極ニ近ク、肺門ト鎖骨トノ間ニ生ジ、且ツ早期浸潤ト異ナリ、肺ノ周邊ニ生ズルコトナクシテ必ズ中央ニ生ズト。早期浸潤ニ於テモ稍々陳舊ニシテ、硬化ニ傾ケルモノハ、陰翳濃度不正ニシテ、其ノ周圍ニ線條、斑狀ノ陳舊ナル變化ヲ伴フコトアルニヨリ、兩者ノ鑑別至難ノコトアリ、此ノ際其ノ位置ハ鑑別上最も價値アルモノトナセリ。硬化ニ傾ケル早期浸潤ハ多クハ豫後可良ナルニ反シ、「スベート、インフィルトラート」ハ其ノ後ノ運命全く不定ニシテ、軟化シテ病竈擴大シ、重症トナルコトアリ、故ニ兩者ノ鑑別ハ疾病ノ豫後判定及ビ治療上極メテ必要ナルコトアリ。文獻ヲ檢スルニ此ノ「スベート、インフィルトラート」ニ就キテ記スルモノハ Redeker, Hinus アルノミ、本邦ニ於テハ未ダ之レヲ記載セルモノヲ見ズ。余ハ曩キニ其ノ數例ヲ發表シ、發生機轉ヨリ、之レヲ邦語ニテ遲發浸潤ト稱シタリ、而シテ早期浸潤ニ對シテ晚期浸潤ト譯スルハ當ラザル可シト論ジ、且ツ其ノ位置モ特有ナルモノニ非ズ何レノ肺野ニモ發生シ得可ク、從ツテ Redeker ノ言フ如ク其ノ部位ハ兩者ノ鑑別ノ資トナラザル可シト論ジタリ。

### 第三章 調査成績

余ハ大正十五年度ヨリ昭和四年七月ニ至ル迄當教室ニ於テ肺結核トシテ或ハ其ノ疑ヲ以テ撮影セラレタ胸部「レ」寫真一千百九十四例中、臨牀的並ニ「レ」寫真上陽性ナルモノヲ選ビ更ニ其ノ中ヨリ寫真ノ不明ナルモノノ及ビ肋膜炎、心臟病、其他急性傳染病等肺ニ變化ヲ起シ得キ疾病アルモノ並ニ已ニ蔓延セル重篤ナル肺結核ヲ除キ、残り五百五十九例ヲ得タリ、即チ之等ハ「レ」的ニ比較的變化少キ肺結核ニシテ、余ハ之レヲ材料トシテ本硏究ヲナセリ。尙ホ所謂塵芥吸入病ニ由ル肺臟内ノ陰翳ヲ可及的其ノ所見ニヨリ除去スルニ努メタリ、屢々不注意ナル場合ニハ塵芥吸入病竈ヲ肺結核ト誤診スルコトアリ、本病ニ於テハ吸入スル物質ノ性状ニヨリテ自ラ多少

ノ陰翳性狀ニ差ヲ生ズルモノ一般ニハ片側肺ヲ犯スコトナク、兩側ニ來リ然カモ陰翳斑ノ大サニハ大ナル差ヲ見ズ比較的同大ニ近ク、例令甚ダ小ナル點狀ト雖モ境界割合明確ナル等自ラ肺結核ニヨルモノト差アリ尙ホ患者ノ既往ニ於ケル職業等ヲ調査スルコトニヨリテ一層誤診ヲ避ケ得タリ。

(第一表)

一五歳以下	總數	總數ニ對スル%
	七七	一三・八

	總數	總數ニ對スル%		總數	總數ニ對スル%
一六歳以上	一三七	二四・五	一六歳以上	一四	二・五
二一歳以上	二〇四	三六・五	六一歳以上	七	一・三
三二歳以上	七一	一二・七	不詳	九	
四一歳以上	四〇	七・二	計	五五九	

第一項 肺炎 結核

病理解剖學的ノ結核結節ハ乾板上ニ認識シ得ザルハ己ニ H. Hurst, Pan-Coast 等モ唱フル所ニシテ、殊ニ肺炎ニ於テハ微小ナル結核病竈ハ「レ」証明ノ至難ナルコトアルハ Unverricht ノ實驗的ニ証明セシ所ナリ、又逆ニ肺炎ノ變化ハ前章記載セル如ク種々ナル條件ニヨリテモ現ハル、モノナリ。然レドモ肺炎ノ理學的診斷法モ亦極メテ不確實ナルモノニシテ、肺炎野ノ打診ノ如キモ技術ノ巧拙ハ勿論、種々ナル條件ニヨリテモ差異ヲ來スモノナリ、且ツ又肺炎加答兒ノ理學的徵候トシテ最も重要ナル小水泡音モ、宮原博士ノ研究ニヨレバ、末梢氣管枝ノ加答兒ニ起因シ、肺泡性滲潤面ヨリハ却ツテ發生シ難シト、故ニ免疫學的反應モ尙ホ確實ニスル能ハザル今日ニ於テハ肺炎結核ノ診斷ニ對シ吾人ハ「レ」學の所見ト同時ニ理學的

(第二表)

種 類	年 齡						計	肺炎結核總數(二三三)ニ對スル%
	以一五歳以下	以一六歳以上	以二一歳以上	以三一歳以上	以四一歳以上	以五一歳以上		
右 平 等 濁 濁	一	四	一二	三	三	一	二四	一三・九
結 節 線 條 形 成	九	二九	四三	一三	八	三	一〇七	六一・八
肺 石 灰 化 病 竈	一	一	一	一	一	一	三	一・七
計	一〇	三四	五六	一六	一一	一三四	七七一	
同 年 臺 總 數 二 對 ス ル %	一三・〇	二四・二	二七・五	二二・五	二七・五	二八・六	四二・九	

検査乃至免疫學的反應ト相俟ツテ疑診ニ甘ンゼザル可カラズ。故ニ余ガ此ノ項ニ於テ舉ゲタルモノモ凡テテ結核ト斷定シ得ザルハ勿論ナルモ、余ハ特ニ病歴ヲ精査シ「レ」寫眞上ノ變化ト對比シ、前章記載セル諸家ノ說ヲ參照シ、現出セル寫眞板上ノ變化ガ確カニ結核性ト思惟セラル可キモノヲ選ベリ。斯クシテ余ハ此ノ材料中ニ於テ肺炎ノ結核性變化ヲ呈スルモノ一七六例ヲ見タリ、即チ検査材料五五九例ニ對シ三一・五%ニ相當ス。内右側ノモノハ八一例、左側ノモノ三九例、兩側ノモノ五六例ナリ。今此ノ變化ヲ前章記載セル諸家ノ說ヲ綜合シテ、平等濁濁、結節及線條形成、石灰化ノ三種ニ分類シ、之レガ年齡的關係及ビ頻度ニツキ左右各別ニ觀察セハ第二表ノ如シ。

第一表ヲ見ルニ肺結核ハ二十歳臺ニ於テ罹病率最高ヲ示シ、次ハ十六歳一二十歳ニシテ、十五歳以下及ビ三十歳臺之レニ次グ、四十歳臺ニ於テハ猶相當ニ存スルモ五十一歳以上ニテハ著シク減少スルヲ見ル、但シ十五歳以下ニアリテハ兒科ヲ訪フ者多キヲ以テ之レヲ斷ズルコト能ハズ、此ノ成績ハ從來諸家ノナセル報告ト一致スル所ナリ。

種年類	左肺		右肺		計	肺尖結核總數(七七三)ニ對スル%
	平 等 濁	結 節 線 條 形 成	石 灰 化 病 竈	計		
一五歲以下	二	五	七	九	一六	九・二
一六歲上	六	二	二	一	一五	四三・四
二一歲上	五	三	三	一	一〇	〇・六
三一歲上	二	一	一	一	九	五三・二
四一歲上	一	一	一	一	四	一
五一歲上	一	一	一	一	四	一
六一歲上	一	一	一	一	四	一
計	二一	二一	二一	二一	八四	一

備考 一、右肺尖結核ハ右肺尖ノミノモノハ一例兩側ノモノ五六例中三例ハ年齡未詳ニツキ差引合計一三四例ニツキ觀察セリ  
左肺尖結核ハ左肺尖ノミノモノ三九例兩側ノモノ五六例中三例ニツキ差引九二例ニツキ觀察セリ

二、肺尖ノ結核性變化ヲ呈スルモノ總計一七六例中三名年齡未詳ニツキ残り一七三名ニツキ其ノ百分率ヲ示セリ  
三、同年臺總數ニ對スル%ハ第一表ヨリ割出セルモノナリ。

第二表ヲ概觀スレバ、右側ハ左側ニ比シ著シク多シ、又肺尖ノ變化トシテ最モ多ク認メラル、モノハ兩側共結節及線條形成ニシテ、「アスマン」ノ說ニ一致シ、軟弱細小ナル變化モ精巧ナル寫眞ニテハヨク証明シ得可ク、其ノ他ノ變化ハ極メテ少シ。年齡ニツイテハ五十歲臺及六十歲以上ハ其ノ例數少キニヨリ明言シ難シト雖モ、概シテ十六歲以上四十歲臺迄ハ最モ多數ヲ占ムルヲ見ル。

次ニ余ハ此ノ肺尖結核一七六例ニツキ、單純ニ肺尖ノミノノ犯サレシモノ、及ビ肺尖ト同時ニ其レ以下ノ部ニ結核性變化ヲ認ムル場合、何レガ最モ多キヤチ知ラント欲シ、左右各別ニ觀察セリ。即チ第三表ノ如シ。

(第三表)

肺尖結核ノミノモノ	右肺		左肺	
	總數(一三七)ニ對スル%	右肺尖結核總數(一三三)ニ對スル%	總數(九五)ニ對スル%	左肺尖結核總數(九五)ニ對スル%
二四	一七・五	一六	一六・八	

肺門 結核合併	右肺		左肺	
	總數(一三七)ニ對スル%	右肺尖結核總數(一三三)ニ對スル%	總數(九五)ニ對スル%	左肺尖結核總數(九五)ニ對スル%
肺上野ノ結核合併	三二	二三・四	二六	二七・八
肺中野ノ結核合併	一〇六	七七・四	七〇	七三・七
肺下野ノ結核合併	五八	五・八	五	五・三
計	一九六	一〇〇	一〇一	一〇一

備考一、同時ニ二個所以上ニ變化ヲ見ルモノハ其ノ各ノ部ニ數ヘタリ。  
二、肺野ノ分類ニ關シテハ「グレイ」等ニ從ヒ第二前方肋骨下緣以上ヲ上野トシ、第五肋骨上緣以上ヲ中野トシ以下ヲ下野トセリ。  
三、肺上野ノ結核合併中最モ多キハ鎖骨下部ノ殊ニ外側「モ」氏窩ナリ。

第三表ヲ通覽スルニ、肺尖ノミガ單獨ニ犯サル、モノハ比較的少數ニシテ、右三四例(右肺尖結核總數ノ一七・五%)、左一六例(左肺尖結核ノ一六・八%)ナリ。反之肺尖ト同時ニ同側ノ鎖骨下部ノ變化ヲ見ルモノ最モ多ク、右一〇六例(ソノ七七・四%)、左七〇例(ソノ七七・七%)ナリ。而

シテ中下野ノ變化ヲ合併スルモノ最モ少シ、此ノ際鎖骨下部ノ變化ハ肺尖ヨリ蔓延セル像ヲ呈ス。即チ肺尖結核ハ停止性ノモノ比較的少數ニテ、最モ多ク鎖骨下部ニ進展スルコトヲ知り得可ク、同時ニ遠隔ノ部位ニ轉移性ニ進展スルコト最モ少キヲ知ル。然シテ肺門ノ結核性變化ヲ伴フモノハ多クハ鎖骨下部ノ内側ニ變化ヲ呈シ、鎖骨下部ノ外側即チ「モ」氏窩(Mohlenheim 氏窩)ノ略、以下之レニ準ズ」ノ變化ヲ伴フモノハ其ノ内側及肺門ニハ變化ヲ認ムルモノ少キガ如シ。

猶ホ余ハ此ノ肺尖結核一七六例ニ於テ肺尖ノ變化著明ニシテ以下ノ部ハ變化少ク、病變肺尖ヨリ漸次下方ニ進展セル如ク想ハル、モノ右八例、左七例ヲ見タリ、又肺尖ノ變化極メテ少ク却ツテ以下ノ部ニ著變アリ、恰カモ

### (一) 肺門著變例

第一例 南○義 十九歳、農。

診斷 兩上葉肺結核(滲出型)

既往及現症 父ハ肺結核ニ罹病中、患者ハ二ヶ年ノ前夏脚氣ニカ、リ、一ヶ年前肋膜炎ノ診斷ヲ受ケタリ。以來加療中ニテ、最近ハ發熱、咳嗽、咯痰、胸部壓迫感アリ、食慾普通、便秘一日一行、體格中等、羸瘦、顔面蒼白、兩側前胸第二肋間以上輕濁小水泡音アリ、右前下胸部亦打診音短、小水泡音アリ、背面ニ於テハ兩側共肩胛骨下部迄輕キ濁音及小水泡音アリ、體溫三七・五度、「レ」透視検査上右橫膈膜運動制限サレ、兩肺尖ノ濁濁ハ咳嗽ニヨリ明度不變ナリ。又線像(第一圖)兩肺尖微ニ濁濁シ、右第一、二肋間(前方ノ肋間ナリ以下之レニ準ズ)ニ於テ濃厚ナル浸潤性陰翳アリ、同側肺門ニ連ル、右肺門淋巴腺腫大ス。左肺ニ於テハ第一二三肋骨ノ内側ニ均等性濃厚ナル陰翳アリ、漸次外方及上方ニ波及ス、此ノ陰翳ハ大動脈弓ノ左側ニ接シ、其ノ境界不明ニシテ、恰カモ主氣管枝分岐部ノ外側ナル縱隔洞淋巴腺ノ部位ヨリ進展セシ如ク、兩肺尖輕度ニ濁濁ス。

原著 松田 肺結核ノ初發部位ニ關スル「レントゲン」學的研究

肺尖結核ガ其ノ以下ノ部ヨリ續發セシ如ク思ハル、モノ右二一五例(肺門著變五例「モ」氏窩著變十例)、左二十五例(肺門著變八例、「モ」窩七例)ヲ見タリ、其他ハ明ニ判定シ得ザリキ、而シテ肺尖以下ニ著變アル場合ハ右側ニ於テハ鎖骨下部ノ外側及第二第三前方肋骨ノ中部ニ最モ變化著シク、左側ニ於テハ第二肋軟骨ノ部、即チ肺門上極ニテ氣管枝分岐部ノ左側ニ相當スル部位ニ最モ著明ノ變化ヲ見ルコト多ク、次デ左第二前方肋骨ノ中部ニ著變ヲ呈スルモノ多シ。

次に列記スル數例ハ「レ」寫眞上肺尖ノ變化極メテ輕微ニシテ、却ツテ以下ノ部ニ著變ヲ呈シ「レ」的ニ肺尖ノ綠化ガ却ツテ續發性ナル觀ヲ呈スルモノナリ。

第二例 小○茂○、二十六歳、官吏。

診斷 右上葉肺結核。

既往及現症 家族の結核ナシ、患者ハ生來健康ニシテ著患ナシ、約三年前夏脚氣ニ罹ル、本病ハ約五十日前「インフルエンザ」ニ犯サレタルニ初マル、爾來不定性熱發、咳嗽、咯痰アリ、體格中等、稍羸瘦シ右肩胛下垂ス、兩肺打診音短、右肺尖呼吸氣延長アリ、右前胸第二肋間内側呼吸音弱、背面ニ於テハ兩肩胛骨上部打診音短、右肩胛間部輕キ濁音アリ、肩胛骨下部モ亦兩側共ニ呼吸音弱シ。X線像(第二圖)右肺門周圍ニ強キ浸潤アリ、肺門トノ區別不可ナリ、之レヨリ上方及上方ニ擴散スル滲出型ノ結核性浸潤ヲ見ル可ク周圍ニ至ルニ從ヒ稀疎ナリ、右肺尖モ其ノ下方ニ於テノ輕度ノ濁濁及細小線條ノ増加セルヲ認ム、恰カモ病變ガ肺門或ハ其ノ周圍ヨリ初發進展スル如ク、肺尖ノ變化ハ續發性ナルガ如シ、左肺ニ於テハ肺門及其ノ周圍ノ紋理増加スルヲ認ムルノミ。

第三例 出○乙○、二十歳、學生。

診斷 右肺門淋巴腺結核及左上葉肺結核。

既往及現症 家族中ニ結核ナシ、患者ハ生來健康ニシテ著患ナシ、一ヶ月前右肺尖加答兒及ビ脚氣ノ診斷ヲ受ケ加療ニヨリ一時輕快セリ、二ヶ月前ヨリ又々發熱、全身倦怠、咳嗽、咯痰アリ、同時ニ脚氣樣症狀(下肢倦怠、知覺鈍麻)ヲ來セリト、體格中等、營養稍不良、前胸部ニ於テハ右第二肋間以上輕キ濁音ヲ呈シ、呼吸延長アリ、背面ニ於テハ右側ハ肩胛間部ニ至ル迄濁音ヲ呈シ、呼吸音弱シ、體溫最高三八・〇度、X線像(第三

(二) 鎖骨下部著變例

第四例 平〇平〇〇、二十歳、農。

診斷 兩上葉肺結核。

既往及現症 家族的結核患者ナシ、患者ハ生來著患ナシ、約十日前ヨリ、全身倦怠、輕熱、咳嗽、咯痰アリ漸次羸瘦ス、體格中等、營養中等、皮膚尋常、胸廓ヤ、扁平ナリ、左第二肋骨内側ニ於テ心音稍不純ナリ、右肺尖打診音短、呼吸延長アリ、右肺一般ニ軋音、水泡音ヲ聽診ス、背部ニ於テハ肺尖ヨリ肩胛間部ニ互リ輕キ濁音アリ、呼吸音弱ク、小水泡音ヲ聽診ス、體溫三七度二分至、兩肺尖ノ濁瀾ハ咳嗽ニヨリ變化ヲ認メズ。X線像(第四圖)兩肺尖平等ニ濁瀾ス、兩鎖骨下部ノ内側ニ極メテ濃厚ナル滲出型浸潤像ヲ認ム可ク、之レヨリ外方、下方及ビ上方ニ波及シ、周圍ニ至ルニ從ヒ稀疎ナリ、肺門陰翳ハ明ニ區別スル能ハズ。

第五例 山〇佐〇〇、二十四歳、農。

診斷 左上葉肺結核及肺門淋巴腺結核

既往及現症 家族歴トシテ結核患者ナシ、患者ハ生來健康ナラズ、三年前肺尖加答兒ノ診斷ヲ受ケタリ、以來自覺症狀ナシ、健康診斷ヲ乞フト、體格營養中等、顔色良、兩肺尖僅カニ濁音ヲ呈シ、呼吸音銳利ナリ、他ニ著變ヲ見ズ、透視検査上右側橫膈膜ノ癒着アリ、左肺尖濁瀾シ咳嗽ニヨル

圖)右肺ハ第二肋間内方ニ、左肺ハ第二肋骨内側ニ、著明ノ淋巴腺腫大アリ、之レヨリ右ハ各方向特ニ下方ニ、左ハ肩胛部ニ向ヒ第一肋間ニ滲出性ノ強キ浸潤ヲ見ル、兩側共病變僅カニ肺尖下方ニ及ブ。

本例ハ昭和四年五月二十日ヨリ連續觀察中ノモノニテ、病症一進一退尙ホ停止の傾向ナシ、毎月一回ヅ、「レ」撮影ヲ行ヒツ、アルモ、肺尖ノ變化ハ同様ニシテ著變ヲ見タルコトナシ。

明度不變ナリ。X線像(第五圖)左肺第一肋骨部及ビ稍下方(鎖骨ノ直下)ニ所々強ク石灰化セル浸潤性陰翳アリ、漸次鎖骨下部ノ外側、肺門及ビ僅カニ肺尖下部ニ波及ス、同側肺門淋巴腺腫大シ、一部石灰化セルヲ認ム、右側ハ肺門像增強シ、一般ニ肺紋理強キ外著變ヲ認メズ、即チ病變ハ左第一肋骨内側最モ強ク、且ツ最モ陳舊ナリ。

第六例 北〇雪〇 二十二歳、僱侶。

診斷 右下葉肺結核及左肺門腺腫大及氣管枝周圍炎。

既往及現症 家族歴トシテ結核ナシ、生來健康ナラザルモ著患ナシ、約一ヶ年前痔瘻ノ手術ヲ受ケタリ、二ヶ月前ヨリ右胸痛アリ、特ニ呼吸時ニ著シ、時々體溫三十七度二分至ルコトアリ、食慾尋常、咳嗽、咯痰ナシ、體格營養中等、皮膚尋常、右背面下部輕キ濁音アリ、呼吸音弱シ、兩肩胛間部輕濁、呼吸音弱ナリX線像(第六圖)右肺下部、第四肋間内側ニ近ク瀾漫性浸潤ヲ認メ、周圍ニ斑點狀ニ擴ガリ、肺門下部ニ連ル、而シテ上方ニ至ルニ從ヒ漸次減少シテ僅カニ肺尖ニ波及スルヲ見ル、同側肺門陰翳增強濁瀾ス、左肺門淋巴腺ハ體積ニ腫大シ、之レト肺尖トノ間及ビ第一肋間ニ互リ輕度ノ氣管枝周圍炎性浸潤ヲ見ル。

以上ノ外病變ガ肺尖以下ニ著明ニ「レ」的ニ肺尖ノ變化ガ却ツテ續發性

ノ如キモノ多數例ヲ見タルモ、茲ニハ省略シ代表的ノモノ、ミテ記載セシ

## 第二項 肺門結核

余ガ本研究ニ用エシ材料五五九例ニツキテ見ルニ、肺門陰翳ハ恒ニ必ズ多少ナリトモ變化ヲ認ム可ク、又肺門陰翳増強シテ腺腫陰翳ト相似タル像ヲ呈スルモノ甚ダ多數ナリ、殊ニ成人ニ於テ著シ。往昔肺門陰翳ニ關スル「レ」學の知識ノ乏シキ際、之等ヲ淋巴腺腫大或ハ淋巴腺結核トシ、其ノ數著シク多數トナリ、肺結核ハ發病前已ニ肺門其ノ他ノ胸腔内淋巴腺ヲ犯スガ如ク考ヘシハ又宜ナル可シ、肺門淋巴腺結核ノ診斷ハ第一章第二項ニ記述セルガ如ク、諸家ノ說ニヨレバ淋巴腺ガ著明ニ濃厚ニ然カモ腫瘤狀ニ列然ト認メラレ、且ツ臨床上ニ於テモ發熱、一般狀態其ノ他ノ所見ノ一致シタル際初メテ下サル可キモノナリ。又其ノ他ノ肺門周圍ノ結核性炎症ニ於テモ、臨床的所見ハ勿論、肺ニ鬱血ヲ來ス可キ疾病ハ注意セザレハ誤リナ

(第四表)

種 類	年 齡	右 肺 門		左 肺 門	
		淋 巴 腺 腫	葉 間 肋 膜 炎	淋 巴 腺 腫	葉 間 肋 膜 炎
同 年 臺 總 數	以一五歲	一〇	一一	三	一
	以下	一〇	一一	三	一
石 灰 化 淋 巴 腺 (中 初 感 染 ノ モ ノ ?)	以一六歲	一〇	二八	九	一八
	以上	一〇	二八	九	一八
同 年 臺 總 數	以二一歲	一〇	二六	一三	一〇
	以上	一〇	二六	一三	一〇
同 年 臺 總 數	以三一歲	一〇	一〇	七	一
	以上	一〇	一〇	七	一
同 年 臺 總 數	以四一歲	一〇	一〇	三	一
	以上	一〇	一〇	三	一
同 年 臺 總 數	以五一歲	一〇	一〇	一	一
	以上	一〇	一〇	一	一
同 年 臺 總 數	以六一歲	一〇	一〇	一	一
	以上	一〇	一〇	一	一
計	計	四六	二八	二五	一〇
	總肺門結核對スル%	四七・一	二八・五	二九・四	一〇・八

生シ易ク、時ヲ隔テ、再検査ノ後初メテ確定サル可キ場合モ存スルモノナリ、余ハ之等ノ注意ヲ以ツテ「レ」寫眞及病歴ヲ精査シテ此ノ材料ニツキ肺門結核ヲ調査セシニ合計一二三例ヲ見タリ、即チ全數ノ二二・〇%ニ相當ス。之レヲ内譯スレハ右側六二例、左側二八例、兩側三二例ナリ、外ニ淋巴腺ノ單ニ石灰化セルノミニシテ、已ニ治療シ、臨床上何等ノ意義ナキモノ合計四三例(右三三例、左九例、兩側一例)ヲ見タリ。

今其ノ變化ヲ淋巴腺腫大(結核)、肺門周圍炎(浸潤)、葉間肋膜炎及ヒ別ニ石灰化淋巴腺ニ分類シ、其ノ年齡的關係及瀕度ニツキ左右各別ニ觀察スル時ハ第四表ノ如シ。

備考 一、肺門結核(活動性)總計二三例、中四例年齢未詳ニツキ残り一一九例ニツキ觀察セリ。

二、右肺門結核一名年齢未詳ニツキ残り九四例ニツキ、左ハ三名年齢未詳ニツキ五八例ニツキ觀察セリ。

三、淋巴腺腫中ニハ肺門、氣管枝及副氣管枝淋巴腺腫大ヲ總括セリ、然レドモ大部分ハ肺門淋巴腺腫ニシテ副氣管枝淋巴腺腫ノ如キハ數例ヲ出テズ。

四、肺門周圍炎ハ肺門周圍ノ肺組織ノ浸潤性炎症ニシテ小斑狀ノ結節ガ肺門周圍ニ密集セルモノヲ稱シ、此ノ際淋巴腺腫脹アルモノモ亦此ノ部ニ入レタリ、

五、石灰化淋巴腺ハ何等他ニ病的變化ナキモノノミヲ集メタリ

六、同年臺ノ%ハ第一表ヨリ割出シタリ

第四表ニヨレハ肺門結核ハ右側ハ左側ニ比シ著シク多數ナリ、之レ左側ノモノハ一部心臟陰翳ニ被ハレテ檢出困難ナルニヨルコトモ考ヘラレザルニアラザレドモ、第一表第二表ニ示ス如ク肺結核及肺尖結核ガ右側ニ著シク多キ事實ヨリ察スレバ實數ト大ナル差ナカル可シ、年齢ニツイテハ十六歳乃至二十歳最も多ク、次テ二十歳臺ニ多ク、十五歳以下ニアリテハ兒科ヲ訪フ者多ク、從ツテ檢査數少キニヨリ明言シ難キモ、肺尖結核ノ少數ナルニ反シ遙ニ多シ、又同年臺ノ比率ヨリ見レハ、年少ナル程多ク、概シテ十六歳—三十歳臺ニ於テ最も高率ヲ示スヲ見ル。

次ニ余ハ此ノ肺門結核一二三例ニツキ、單獨ニ肺門ノミノ犯サレシモノ、而シテ臨床ノ所見ハ之レニ起因スルト考ヘラル、モノ及ビ肺門ト同時ニ他ノ肺野ノ結核性變化ヲ認ムル場合、何レノ部分ト最も關係多キヤヲ知ラント欲シ之レヲ左右各別ニ觀察セリ、即チ第五表ノ如シ。

(第五表)

肺尖結核合併セルモノ	右 肺		左 肺	
	總數 (九五) ニ對スル%	右肺門結核 總數 (六二) ニ對スル%	總數 (二八) ニ對スル%	左肺門結核 總數 (四六・〇) ニ對スル%
肺ナザ 尖合ル	三八	四〇・〇	二八	四六・〇
鎖骨下部ノ變化 合併セルモノ	二〇	二二・一	一六	二六・六
純肺門結核	二〇	二二・一	一六	二六・六
鎖骨下部ノ變化 合併セルモノ	二二	二二・一	二二	一九・七

備考一、右肺門部結核總數ヲ同側ノ肺野ニツキ、左肺門結核總數ヲ同側ノ肺野ニツキ其ノ關係ヲ見タルモノニシテ、同時ニ二ヶ所以上ノ部ニ變化ヲ見ルモノハ其ノ各々ニ數ヘタリ。

二、鎖骨下部ノ變化ヲ合併セルモノハ多クハ第一肋間ニシテ、中野ノ變化ヲ合併セルモノハ第二—三肋骨ニ沿フテ變化ヲ呈セルモノ最も多ク、兩者共肺門上部ニ連絡ス。

肺尖結核合併セルモノ	右 肺		左 肺	
	總數 (九五) ニ對スル%	右肺門結核 總數 (六二) ニ對スル%	總數 (二二) ニ對スル%	左肺門結核 總數 (四六・六) ニ對スル%
中野ノ變化ヲ合併セルモノ	四	四・二	四	六・六
下野ノ變化ヲ合併セルモノ	一一	一一・一	一一	一六・六

備考一、右肺門部結核總數ヲ同側ノ肺野ニツキ、左肺門結核總數ヲ同側ノ肺野ニツキ其ノ關係ヲ見タルモノニシテ、同時ニ二ヶ所以上ノ部ニ變化ヲ見ルモノハ其ノ各々ニ數ヘタリ。

二、鎖骨下部ノ變化ヲ合併セルモノハ多クハ第一肋間ニシテ、中野ノ變化ヲ合併セルモノハ第二—三肋骨ニ沿フテ變化ヲ呈セルモノ最も多ク、兩者共肺門上部ニ連絡ス。

第五表ニヨレハ、肺門結核ハ又肺尖結核ヲ合併セザルモノニモ多數ニ認メ得可ク、其ノ中單獨ニ肺門ノミノ犯サル、モノ及ビ鎖骨下部ノ變化ヲ呈セルモノ其ダ多ク、又同時ニ同側ノ肺下部ノ變化ヲ伴フモノモ比較的多キハ注目ス可キコトニシテ、宮原博士モ之レニ著眼シ、多數ノ文獻ヲ涉獵シ自己ノ經驗ニヨリ、肺結核ハ其ノ何レヨリ感染スルモノ皆粘膜炎ニシテ、多クノ場合淋巴系統ニヨリ遂ニ肺門淋巴腺ヲ犯シ、後更ニ遠心性ニ該淋巴流ニ逆行シテ末梢氣管枝壁ヲ犯シ、呼吸泡ニ達シ、或ハ早期ニ肋膜面ニ波及スルコトヲ推論セリ。

尙ホ余ハ肺門淋巴腺ノ著明ニ腫大セルモノ一〇例(右六例、左四例)及ビ

肺門變化最モ著明ニシテ、他ノ肺野ノ變化極メテ輕微ナルカ、或ハ「レ」的全ク証明シ得ザルモノ左右各々一例ヲ見タリ、左ニ其ノ中ノ數例ヲ舉ゲテ「レ」的ニ肺門結核ノ著明ナルモノ及ビ之レヨリ蔓延セル觀アルモノヲ示サントス。

### 第七例 野○初○、十六歲、女學生。

診斷 右肺門淋巴腺結核。

既往及現症 家族的ニ結核性疾患ナシ、患者ハ生來纖弱ナルモ著患ナシ、約二ヶ月前寒胃ニ罹リ發熱三八度五分ニ至リ「インフルエンザ」ト診斷サレ加療ニヨリ輕快セリ、然レドモ夜間尙ホ三七度五分乃至七分ニ達シ、往善治セズト。體格中等稍々羸瘦シ、顔色蒼白ナリ、理學的ニ右鎖骨上高打診音短、呼吸延長アリ、右前胸下部ノ内方呼吸音弱シ、背面ニ於テハ、右肩胛間部打診音僅カニ抵抗アリ、且ツ脊柱ニ接シテ少數ノ捻髮音ヲ聽診ス、右背下部亦打診音短、透視検査上右肺炎輕度ノ瀾濁アリ、咳嗽ニコリ明度ヲ増ス、右橫膈膜運動稍々鈍ナリ、X線像(第七圖)右肺門淋巴腺著明ニ腫大シ濃厚ナリ、其ノ周圍ノ肺紋理増強シ、肺門像不正ナリ、肺炎及ヒ他ノ肺野ニ變化ヲ認メズ。(本例ハ一ヶ月ノ後再檢セシガ同様ノ所見ヲ得タリ、且ツ毎日體溫三七度五・六分ヲ示シタリ)

### 第八例 天○友○、十七歲、染物職工。

診斷 右肺門淋巴腺結核及左側陳舊性肋膜炎

既往及現症 兄弟二人最近肺結核ニテ死亡セリ、患者ハ生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ、約一ヶ月前ヨリ前胸部ニ不定ノ疼痛、輕咳及發熱アリ、肋膜炎ノ診斷ニテ加療ヲ受ケツ、アリ、目下發熱ノミニテ、大抵毎午後三七度乃至八度ニ至ルト、食慾佳良ナラズ、便通一日一行ナリ。體格中等稍々羸瘦シ、顔色蒼白ナリ、左肩胛下垂シ、左胸一般ニ輕キ濁音ヲ呈シ、呼吸音弱シ、右肺炎打診音短、呼吸延長ヲ認ム、透視検査上左胸下部肝狀陰

翳アリ、呼吸運動弱シ、X線像(第八圖)ニ於テハ右肺門ニ著大ナル淋巴腺腫アリ、肺野ト明瞭ニ境サル、其ノ周圍肺紋理増強ス他ニ變化ナシ。

### 第九例 林○五、五十六歲、無職。

診斷 右肺門淋巴腺結核。

既往及現症 家族的ニ結核患者ナシ、患者ハ四十歲ノ時肺炎加答兒ノ診斷ヲ受ケシコトアリ、ヨク寒胃ニオカサレ易シ、約一ヶ月前ヨリ食後胃痛ヲ感ズ、食慾不進、便通二日ニ一行ナリ、他覺的筋骨薄弱、稍々羸瘦ス、右肺炎打診音短、呼吸延長アリ、透視検査上橫膈膜運動正常、肺炎ノ瀾濁ヲ認メズ、X線像(第九圖)右肺門淋巴腺著明ニ肥大シ、氣管枝陰翳ノ側方ニ五十錢大ノ圓形濃厚ナル陰翳トシテ認メラレ、數個相連リ肺野トノ境界銳利ナリ、之レヨリ肺炎ノ方向ニ肺紋理増加シ、雲狀ニ瀾濁ス、兩肺炎ニ變化ヲ認メズ、又左第三肋骨ノ中部ニ帽針頭大ノ明瞭ナル石灰化病竈アリ、初感染病竈?

### 第十例 石○つ○、二十八歲、下婢。

診斷 頸腺及右肺門淋巴腺結核、左肺門淋巴腺腫

既往及現症 家族的ニ結核性疾患ナシ、患者ハ生來健康ニシテ著患ナシ、數年前ヨリ兩頸部淋巴腺腫脹シ、切開ヲ受ケ或ハ自潰セルモノアリ、今尙ホ全治ニ至ラズト、體格營養可良、顔色亦良ナリ、兩側頸及前頸部ニ多數ノ不規則ナル小癩痕アリ、數個今尙ホ瘻孔ヲ作ルモノアリ、觸診ニコリ小指頭大乃至拇指頭大ノ淋巴腺腫ヲ多數ニ認ム、胸部ノ理學的所見陰性ナリX線像(第十圖)右肺門陰翳弧狀ニ著明ニ増大シ、中ニ大小不正ノ濃厚ナル斑點多數ニ密集ス(乾酪化乃至石灰化)、右下方ニ雲狀陰翳アリ、左肺門陰翳亦平等ニ増大シ、心臟陰翳ニ接シテ弓狀ヲ爲ス、兩肺炎部ニ見ユル石灰化病竈ハ表在性ノモノニシテ之レハ透視検査ニヨリテ明ナリ。本例ハ肺門淋巴腺ノ結核性ナルハ明ナレドモ日下活動性ナラザルコトハ病歴ニヨ

ツテ明ナリ。

第十一例 青〇重〇〇、三十七歳、農。

診斷 左肺門結核及左上葉結核

既往及現症 家族の結核患者ナシ、患者ハ幼少ノ頃ヨリ健康ナラズ、「インフルエンザ」、「マラリア」等ヲ經過ス、約三ヶ月前ヨリ咳嗽、喀痰アリ、四日程前ヨリ發熱(三八度二分ニ及ブコトアリ)全身倦怠、食慾不進、肩胛痛ヲ感ズト、體格營養不良、活氣ナシ、理學所見トシテ、左肺尖ヨリ鎖骨下部ニ互リ輕キ濁音ヲ呈シ、所々ニ小水泡音ヲ聽診ス、背面ニ於テハ肺尖ヨリ肩胛間部ニ互リ輕キ濁音ヲ呈シ、呼吸音弱ニシテ少數ノ小水泡音アリ、右肺尖打診音短ナリ、X線像(第十一圖)左第二肋間ノ内側、心臟陰翳ニ接シテ、濃厚均等性陰翳アリ、漸次周圍ニ至ルニ從ヒテ斑狀トナリ薄クナル、肺尖下部ハ僅カニ溷濁ス、右肺ニ於テハ第三肋骨下方ニ横ニ直線狀ノ毛様線條ヲ認メ其ノ周圍及下方ハ一般ニ溷濁ス。

第十二例 畝〇外〇〇、一六歳、彫刻見習。

診斷 左肺門淋巴腺結核及上葉肺結核、右葉間肋膜炎(陳舊性)

既往及現症 家族の結核ナシ、患者ハ生來健康ナラズ、約一ヶ月前ヨリ胸痛、咳嗽アリ、體格中等、營養不良、顔色尋常ナリ、右肺尖打診音短、呼吸延長アリ、左鎖骨上高及ビ下部ニ輕キ濁音アリ、呼吸音弱ク小水泡音ヲ聽ク、背面ニ於テハ兩側共肩胛間部迄打診音短ニシテ、脊柱ノ左側ニ接シテ小水泡音ヲ中等度ニ聽取ス、體温三七度三分ニ至ル、透視検査上右横隔膜ノ癒着ヲ認メ、左肺尖ノ溷濁ハ咳嗽ニヨリ變化ヲ認メズ。X線像(第十二圖a)左肺門部淋巴腺著明ニ腫大シ、均等性濃厚ナリ、之レヨリ中央陰翳ニ沿フテ上方ニ至ルニ從ヒテ陰翳淡シ、右肺門陰翳増強シ、第三肋間

第三項 早期浸潤及遲發浸潤

ニ葉間肋膜炎ニヨル肺底ヲ認ム、兩肺尖共内側ニ沿フテ雲狀線狀ノ陰翳アリ、其後六ヶ月ノX線像(第十二圖b)ハ左肺門部ノ病變限局シ第二肋間ノ内方ニ於テ切レ目アル著大ノ淋巴腺腫ヲ認メ、同側肺尖ノ病變モ亦硬化シ、斑狀ノ浸潤像ヲ認ム、兩肺一般ニ溷濁ス。

第十三例 越〇藤〇〇、一六歳、農。

診斷 右葉間肋膜炎及上葉肺結核。

既往及現症 家族中結核患者ナシ、患者ハ生來薄弱ニシテ寒胃ニ罹リ易シ、約一ヶ月前ヨリ輕熱、咳嗽、全身倦怠、食慾不進アリ、加療ニヨリ輕快セシモ三七度二三分程ノ熱去ラズ、咳嗽ハ目下輕度ナリト、體格中等、稍々羸瘦、顔色蒼白ナリ、視診上胸廓扁平、右肩胛下垂ス、理學所見トシテハ、右肺尖及ビ鎖骨下部第三肋間ニ互リ打診上濁音ヲ呈シ、中小水泡音アリ、其ノ下部ニハ小水泡音ヲ聽ク、背面ニ於テハ、右肺一般ニ輕濁、左肺ニ於テハ肩胛間部迄打診音短ナリ、右肩胛間部ニハ著明ノ中小水泡音アリ、透視検査ニ於テ、右肺尖ノ溷濁ハ咳嗽ニヨリ不變ナリ、右中野ノ弧狀陰翳ハ「レ」管球ヲ上下ニ移動シツ、檢スル時ハ明カニ葉間肋膜炎ノ犯サレタルヲ知ル可ク、横膈膜運動弱ナリ、X線像(第十三圖)ハ右第二肋間ニ於テ濃厚ナル陰翳アリ、下界銳利ニシテ弧狀ナナシ、漸次上方ニ至ルニ從ヒ薄ク斑狀ヲナス、肺尖ハ下方僅カニ點狀、斑狀ノ陰翳ヲ呈シ、且ツ雲狀ニ溷濁ス、恰カモ上葉下部肺炎ノ像ヲ呈ス、検査上結核菌陽性ナリ。即チ上葉ノ下部ニ結核性浸潤ヲ生ジ同時ニ葉間肋膜炎ヲ起セシモノニシテ、肺尖ノ變化ハ却ツチ續發性ノ觀アリ、其他同側ノ他肺野一般ニ肺紋理増加シ、左鎖骨下部ニモ輕度ノ雲狀陰翳ヲ見ル。

Asmann 及 J. Redeker 等が成人ノ肺結核ハ多ク早期浸潤ヨリ出發スルコトヲ提唱シテ以來、諸家ノ研究沛然トシテ起リ、各々統計的根據ニ基キ論争セラル、如シ、早期浸潤主張者ハ肺尖結核ノ少數ナルニ反シ、早期浸潤ハ五〇%(Nicol)一五二%(Ebbe)ノ多數ニ之レヲ見ルト稱シ、肺尖原發ヲ主唱スル者ハ早期浸潤ハ僅カニ二・一%(Schroder)一三・六%(Geronne)ノ少數ニシテ肺尖結核ノ著シキ多數ナルヲ示シ、兩者ノ懸隔餘リニ大ナリ、之レ其ノ材料ノ差異ニヨルハ勿論ナルモ、肺結核ガ稍々蔓延セル際罹患肺野中ニ早期浸潤類似ノ圓形浸潤ヲ見ルコト少カラズ、斯、ル際之レガ果シテ早期浸潤ナルヤ、而シテ周圍ノ病變ガ續發性ナルヤ否ヤノ判定ハ至難ナル場合アリ、而シテ肺結核ガ蔓延セル際恰カモ早期浸潤ノ好發部位ニ著變ヲ呈スルコトアルハ、己ニ古クヨリ知ラレタル所ニシテ、斯カル場合之レヲ如何ニ取扱ヘシカハ大ナル原因ナラザルカ。又斯カル形態ヲ有スルモノニ Redeker 及ビ余ノ謂フ 遲發浸潤モ存ス可ク、Backmeister ノ唱フ如ク晚期ノ「レ」像ヨリ推斷スルハ誤リナル可シ、又早期浸潤ヲ肺結核ノ

(第六表)

位 置	年 齡		右 肺			左 肺		
	一五歲以下	一六歲以上	二一歲以上	三一歲以上	四一歲以上	五一歲以上	六一歲以上	計
高野	1	3	9	2	1	1	1	16
野野	1	6	6	1	1	1	1	18
中野	1	1	6	2	1	1	1	9
下野	1	1	1	1	1	1	1	7
計	5	11	22	6	4	4	4	43
同年臺總數ニ對スル%	五・二	六・六	一〇・三	五・六	七・五	七・一	一四・三	四三
高野	1	3	9	2	1	1	1	16
野野	1	6	6	1	1	1	1	18
中野	1	1	6	2	1	1	1	9
下野	1	1	1	1	1	1	1	7
計	5	11	22	6	4	4	4	43
同年臺總數ニ對スル%	五・二	六・六	一〇・三	五・六	七・五	七・一	一四・三	四三
總浸潤ニ對スル%	三一・五	三六・二	一七・六	一・六	八四・三	七・七	一・八	九例ニ對スル%
材料五五例ニ對スル%	二・九	三・二	一・六	七・七	一・八	一・八	一・八	一・八

總數ニ對シ其ノ何割ト比較スルハ正當ナラズ、其ノ比例ハ比較的早期輕變例ニツイテノミ行フ可キモノナル可シ。余ガ本研究ニ用エシ材料ハ初期或ハ未ダ蔓延セザル肺結核ニシテ、此ノ意味ニ於テ適切ナルモノト信ズ。而シテ早期浸潤ナルヤ遲發浸潤ナルヤハ一回ノ検査ニテ斷定シ得ザル場合アリ、故ニ余ハ本項ニ於テハ總括シテ觀察セリ、數回ニ互リ検査シ斷定シ得タル遲發浸潤例ハ雜誌内外治療昭和四年十月號ニ掲載セシニヨリ茲ニ省略セリ。

余ハ此ノ材料ニツキ早期浸潤(遲發浸潤ナルヤ不明ノモノモ含ム勿論明ナルモノハ除外セリ以下之レニ準ジ單ニ早期浸潤トセリ)ヲ調査セシニ總數五一例ヲ見タリ、即チ検査總數ノ九・一%ニ相當ス、而シテ鎖骨下浸潤ハ僅カニ一六例(總數ノ二・九%)ナリ、中右側ノモノ四一例、左側ノモノ八例、兩側ノモノ二例ナリ、何レモ周圍ノ變化少ク全ク弧在性ノ圓形浸潤ナリ。

今之レヲ年齡、瀰度、部位ニツキ左右各別ニ觀察スル時ハ第六表ノ如シ。

備考 一、右肺ニ存スルモノ四一例左肺ノモノ八例兩側ノモノ二例故ニ右肺ハ四三例左肺ハ一〇例トナル。

二、本表ニ用エシ肺野ノ區別ハ余ハ任意ニ設ケシモノニシテ「モ」高トハ第一―二肋間ノ外側、中野トハ第二―三肋骨ノ中部、下野ハ第四肋骨附近及以下ノ部ヲ現ハスモノトス、蓋シ此ノ部位ニ最モ多キニヨリ便宜定メタルナリ。

第六表ヲ概觀スルニ、右側ハ左側ニ比シ著シク多ク、又「モ」氏高ニ存スルモノヨリモ、却ツテ第二―三前方肋骨ノ中部、即チ上葉下部ニ相當スル部ニ存スルモノ多シ。年齢ニ關シテハ廿歲臺最モ多ク、次テ十六歲乃至二十歲ニ多ク、其ノ前後ニ於テハ年齢ト平行シテ減少スルヲ見ル。次ニ余ハ此ノ浸潤ガ肺炎及肺門其ノ他ノ部ト如何ナル關係ニアルヤヲ觀察セシニ第七表ノ如シ。

(第七表)

合併部位	純浸潤		肺結核併核門		肺結核併核尖		肺結核併核門尖		計
	期	早	合	併	合	併	合	併	
「モ」氏高	六	一	一	一	六	三	一	一	一六
中野	一	四	五	一	一	四	一	二	二四
下野	一〇	一	一	一	二	一	一	一	一三
計	一七	六	七	三	九	七	三	五	五三
	(實數二九)	(實數三〇)	(實數七)	(實數六)	(實數九)	(實數七)	(實數五)	(實數三)	

備考一、肺野ノ區別ハ第六表ニ準ズ

二、全數五一例ニシテ中二例ハ兩側ニ見タリ仍ツテ其ノ各々ニ加ヘシタメ數ノ上ニ於テ二増加トナル。

第七表ニヨレハ「アスマン」氏鎖骨下浸潤ハ僅カニ一六例ニシテ其ノ中九例ハ肺炎或ハ肺炎ト肺門ノ結核性變化ヲ合併シ、肺炎ノ變化ヲ認メザルモノハ僅カニ七例ニ過ギズ、又第二―三肋骨中部ニ發生セル早期浸潤ハ合計二四例ニシテ、中一九例迄ハ肺炎ノ變化ヲ認メズ、第四肋骨部以下ノモノモ同様ニ肺炎ノ變化ヲ認ムルモノ極メテ少シ、之等ハ早期浸潤ト肺炎トノ關係ヲ知ルニ興味アル所ナリ。

次ニ余ハ「レ」的全ク肺炎ニ變化ヲ認メザル早期浸潤ノ數例ヲ舉ゲテ、其ノ臨床的所見及「レ」所見ニツキ記述セントス。

第十四例 福○義○、二十三歲、塗工職。

診斷 早期浸潤(左中野)

既往及現症 家族中結核患者ナシ、患者ハ生來健ニシテ著患ナシ、約二ヶ月前頓然少量ノ咯血アリ、以來輕度ノ發熱及ビ左肩癢ヲ感ズ、體格營養中等理學的ニハ左肺炎打診音稍々短ク呼吸音稍々銳利、左上胸部及ビ左肩胛間部僅ニ軋音ヲ聽診シ、呼吸音稍々銳利ナリ、透視検査上左側橫膈膜呼吸的移動稍々鈍ナリ。X線像(第十四圖)左第四前方肋骨上部ノ稍々外方ニ五錢大ノ圓形陰翳アリ、均等性中等濃度ニシテ境界銳利ナラザルモ、明ニ肺野ト區別シ得可シ、其ノ周圍殊ニ内下方ニ雲狀ノ陰翳アリ、心臟陰翳ノ左方ニ連ル、左肺門陰翳輕度ニ増強ス、同側第二肋間外方ニ雲狀ノ不正ナル陰翳アリ、其ノ他異常ヲ認メズ。

第十五例 小○孝○、十六歲、農。

診斷 早期浸潤(右中野)

既往及現症 家族のニ結核ナシ、患者ハ一ヶ月半程前ヨリ輕症肋膜炎ノ診斷ヲ受ケタリ。主訴ハ不定性胸痛ナリ、食慾、便通等異常ナク、聽診上右側ハ一般ニ呼吸音稍シ、透視検査上右橫膈膜運動鈍ナリ、發熱ナシ、X線像(第十五圖)右第三肋間中部ニ約五十錢大ノ圓形ノ陰翳アリ、均等性ニシテ境界稍々銳利ナリ、肺炎及其ノ他ノ肺野ニ變化ナシ。

第十六例 喜○マ○、二十歲、漁業。

診斷 早期浸潤(右中野)

既往及現症 家族歴ニ結核ナシ、患者生來健ナラズ、約九ヶ月前ヨリ咳

嗽、喀痰アリ、四ヶ月前分婉セシモ尙ホ止マズ、五、六ヶ月前ヨリ深呼吸ノ際右胸痛ヲ感ズ、熱ハ初發以來餘リナシ、食慾便通尋常ナリ、體格營養中等、呼吸音一般ニ稍々銳利、透視検査上肋膜ニ變化ナク、横膈膜運動尋常ナリ、X線像(第十六圖)左第二肋間ノ稍々外方ニ淡キ陰翳アリ、中心稍々濃厚ニシテ周圍ニ至ルニ從ヒ薄ク、次第ニ健康肺野ニ移行ス、兩肺門陰翳増強ス、右肺門ニハ特ニ石灰化セル小淋巴腺多數ニ認ム、肺炎ニ異常ナシ。

第十七例 吉○順○、十八歳、農。

診斷早期浸潤(左下)及氣管枝周圍炎。

#### 第四章 總括及ビ結論

余ハ第三章ニ於テ、既往症確實ニシテ臨床的及ビ「レ」的ニ陽性ナル初期肺結核及ビ未ダ蔓延セザル肺結核五五九例ニツキ肺尖肺門ノ結核及ビ早期浸潤(?)ヲ統計的ニ觀察セリ。即チ次ノ如シ。

一、肺結核ノ罹病年齢ハ二十歳台最モ多ク、二〇四例(三六・五%)、十六歳乃至二十歳一三七例(二四・五%)、十五歳以下七七例(一一・八%)、三十歳台七一例(一一・七%)ニシテ四十一歳以上漸次減少ス、之レ從來發表セラレタル諸家ノ報告ト一致ス。

二、肺尖ノ結核性變化ヲ認ムルモノ一七六例(三一・五%)、肺門結核一二二例(二二・〇%)、早期浸潤五一例(九・一%)ニシテ特ニ「アスマン」氏鎖骨下浸潤ハ一六例(二・九%)ヲ見タリ。即チ肺尖結核ハ最モ多ク、早期浸潤ハ極メテ少シ、且ツ小兒期ノミナラズ成人殊ニ青年期ニ於テモ肺門結核ハ甚ダ多シ、而シテ肺尖結核ト鎖骨下浸潤トノ比ハ

既往及現症 家族的結核患者ナシ、患者ハ六ヶ月前、氣管枝炎ニカ、一週間前ヨリ輕熱、咳嗽アリ、體格營養ヤ、不良、兩肺尖打診音短、右前下胸部呼吸音弱、透視検査上左横膈膜癒着ヲ見ル、X線像(第十七圖)兩肺門陰翳不整濁濁シ、右第四肋骨ニ沿フテ弧狀ノ毛線條アリ、其ノ周圍及ビ以上一般ニ雲狀斑狀ノ濁濁セル陰翳ヲ認ム、左第二肋間外方ニ淡キ雲狀ノ陰翳不正ニ散在ス、左第五肋骨ノ内方即チ心臟ノ左方ニ近ク類圓形境界不銳利ナル瀰漫性陰翳アリ、其ノ周圍及ビ心臟陰翳トノ間ニ瀰キ斑狀陰翳散點ス、肺炎ニ異常ナシ。左肺門淋巴腺輕度ニ腫大シ右肺門ニハ石灰化セル淋巴腺ヲ認ム。

Gerone, A. ガ六一一例ニツキ最モ公平ニ、最モ精細ニ調査シタル成績(肺尖結核三三・〇%、早期浸潤三・六%)ニ畧近シ。

三、年齢ニ就テハ肺尖結核及ビ早期浸潤ハ二十歳台最モ多ク次デ十六歳—二十歳、三十歳台ノ順序ニテ四十一歳以上年齢ニ準ジテ減少ス、肺門結核ハ十六歳—二十歳最モ多ク、次デ二十歳台、十五歳以下ノ順序ニテ三十歳台迄尙ホ多數ニシテ四十一歳以上頓ニ少シ。即チ肺門結核ハ小兒期ニ於テ最モ重要視セラル、所ナルガ、成人殊ニ青年期ニ於テモ比較的多數ニシテ、從ツテ此ノ時期ノ肺結核ニ於テモ等閑視ス可カラザルヲ知ル。

四、肺尖ノ結核性變化トシテ最モ多キハ結節及ビ線條形成ニシテ、肺門ニ於テハ肺門淋巴腺結核ヲ見ルコト最モ多シ。

五、早期浸潤ハ鎖骨下部ノ外側ニ存スルモノ一六例(浸潤總數ノ三一・五%)、上葉下部ニ見ルモノ合計二四例(同上ノ四七・一%)、第四前方肋骨以下ニ見ルモノ一三例(同上ノ二五・五%)ニシテ、即チ鎖骨下部外側ヨリモ却ツテ上葉下部以下ニ見ルモノ多シ。

六、肺尖結核ハ右側ノモノ一三七例ニシテ中單純ニ肺尖ノミノ變化ヲ呈スルモノ二四例(右肺尖結核總數ノ一七・五%)、鎖骨下部ノ結核性變化ヲ合併スルモノ一〇六例(同上ノ七七・四%)ニシテ、左肺尖結核九五例中肺尖ノミノモノ一六例(左肺尖結核總數ノ一六・八%)鎖骨下部ノ結核性變化ヲ伴フモノ七〇例(同上ノ七三・七%)ナリ、又上葉下部ニ相當スル部(右側八例即チ右同上ノ五・八%、左側五例即チ左同上ノ三・六%)及ビ以下ノ肺野(右五例即チ右同上ノ五・三%、左ナシ)ノ結核性變化ヲ合併スルモノ最モ少シ、而シテ此ノ際鎖骨下部ノ變化ハ肺尖ヨリ蔓延セル如キ像ヲ呈ス、故ニ之レニヨレバ肺尖結核ハ大部分停止性ト見做スヲ得ズ、最モ多ク鎖骨下部ニ連續的ニ蔓延スル如シ。

七、肺門結核ハ右側ノモノ九五例、左側ノモノ六一例ニシテ、中肺尖ノ結核性變化ヲ伴フモノハ右側三八例(右肺門

結核ノ四〇・％)、左側二八例(左同上ノ四六・％)ニシテ残り多數ハ全ク肺尖ノ變化ヲ證明シ得ズ、其ノ中鎖骨下部ノ變化ヲ合併スルモノハ右側二一例(右同上ノ二二・一％)、左側二一例(左同上ノ一九・七％)ニシテ最も多ク、又單純ニ肺門ノミノ變化ヲ呈スルモノハ右側二〇例(右同上ノ二二・一％)、左側一六例(左同上ノ二六・六％)ニシテ、第四前方肋骨以下ノ肺野ノ變化ヲ合併スルモノハ右二一例(右同上ノ一三・九％)、左一例(左同上ノ一・六％)ニシテ比較的的多シ、之レ肋膜炎ガ肺門結核トノ關係深キヲ示スモノナラム。

八、「アスマン」氏鎖骨下浸潤ハ合計一六例ニシテ、中肺尖ノ結核性變化ヲ認メザルモノハ僅カニ七例(總材料ノ一・二％)ニ過ギズ、他ノ九例ハ肺尖或ハ肺尖ト肺門ノ結核性變化ヲ伴フヲ見ル、即チ肺尖ニ變化ヲ認メザル鎖骨下浸潤ハ肺尖結核ニ比シ著シク少キコト及ビ(六)ニヨル肺尖結核ハ最も多ク鎖骨下部ニ進展蔓延スル如ク想像セラル、點ヲ綜合スル時ハ鎖骨下浸潤ハ Backmerster 等ノ唱フル如ク、又 Pagel, Loeschke, Graff 等ガ病理解剖學的ニ論ズル如ク、肺尖結核ヨリ播種シテ形成セラル、如ク想像セラル、ナリ。

九、肺上葉下部ニ認ムル早期浸潤ハ二四例ニシテ、其ノ中肺尖ノ變化ヲ認メザルモノハ一九例ニテ、肺尖或ハ肺尖ト肺門トノ變化ヲ合併スルモノハ僅カニ五例ナリ、又第四前方肋骨以下ノ肺下部ニ早期浸潤ヲ認ムルモノハ合計一三例ニシテ其ノ中肺尖ノ變化ヲ認メザルモノハ一一例ニテ残り二例ハ肺尖ノ變化ヲ認ム、而シテ肺門ノ變化ヲ合併スルモノハ一例ナリ。即チ上葉下部、或ハ以下ノ部ニ發生スル早期浸潤ハ肺尖ノ變化ヲ認ムルコト極メテ少シ、且ツ此ノ際肺尖ノミナラズ鎖骨以下浸潤病竈ニ至ル迄ノ肺野ニ於テモ何等ノ變化モ認メザルコト多ク(「レ」的ニ)、却ツテ肺門結核ヲ合併スルモノ少カラズ、故ニ鎖骨下浸潤ハ外的再感染ニヨル新病竈ニ非ズシテ肺尖ヨリノ播種結核ナリトセバ、此ノ上葉下部或ハ以下ニ見ル早期浸潤ハ肺門部ヨリ進展セルニアラザルカト想像セントス、而シテ青年期ニ於テハ肺門結核ノ比較的多キハ余ノ統計ニテモ明カニシテ又吾人ガ日常ノ臨床ニ於テ肺結核疑診ノ患者ノ「レ」寫眞ニ於テ屢々上葉下部ニ肺紋理ノ不正増強或ハ雲狀溷濁ヲ認ムルコト多ク、又屢々此ノ部ニ葉間肋膜ノ毛様線條ヲ

認め同時ニ同側肺門上部ノ不正増強ヲ伴ヒ他ノ肺野ニ何等ノ變化モ認ムルコト能ハザルハヨク經驗スル所ニシテ益々此ノ感ヲ深カラシムルモノナリ、而シテ此ノ際必ズシモ肺門結核像ヲ呈セズトモ Rankéノ第二期ニ於ケル肺門部ノ小結核病竈ヨリ進展シテ發生シ得ルコトモ可能性アル可シト想像スルナリ。

要之所謂早期浸潤ハ肺結核ノ初發部位ナルヤ、或ハ肺尖或ハ肺門ヨリノ播種ナルヤハ、病理解剖學的ニ肺尖或ハ肺門ニ變化ナキ早期浸潤ヲ剖見スルニ非ラザレバ決定スルコト至難ニシテ、又生體ニ於テハ「レ」的ニ確實ニ肺尖結核或ハ肺門結核ヲ證明シ之レヨリ早期浸潤形成ニ至ル例ヲ連續觀察スルニ非ラザレバ確定シ得ザル可シト雖モ余ノ統計的觀察ニヨレバ成人殊ニ青年期ノ肺結核ノ初發部位トシテハ肺尖及ビ肺門ガ最も重要ニシテ早期浸潤ハ結核ガ急性ニ進展蔓延スル上ニ於テハ重大ナル意義ヲ有ス可キモ、果シテ之レガ獨立的ニ再感染ニヨル新病竈ナルヤ疑問多シト信ス。

稿ヲ終ルニ臨ミ小池博士ノ御懇篤ナル御指導ト御校閲ニ對シ深謝ス。

### 參考書目

- 1) 有馬英二：結核ノ初感染ト再感染(臨床的方面)、結核第三卷、大正十四年。
- 2) 有馬英二：肺結核ノ「レントゲン」診斷ト治療ニ就テ、レントゲン學講義集、第五輯、昭和三年十二月。
- 3) 「フジヨウ」講演：肺病發生觀、結核、第一卷、第一號、大正十二年三月。
- 4) Assmann, H.: Röntgendiagnostik d. inneren Medizin. 4. Aufl. 1928.
- 5) K. Baden, : Die Beziehungen des sog. Frühinfiltrates zur Thibioseorgane. Beitr. z. klin. d. Tuberkul. Bd 71 H 4 1929.
- 6) Beizke, H.: Die Verbreitungswege der Tuberkulose im Körper; Beitr. z. klin. d. Tuberkul. Bd 65, H 2/3, 1926, (Nach Congress Zbl. f. d. ges. inn. Med. Bd. 45 1927)
- 7) 伊達文次：臨床的診斷トシテノ所謂肺尖加答兒ノ疑義ニ關スルレントゲン的研究、十全會誌、第二十八卷、第三號、大正十二年二月。
- 8) David, O.: Spitzentuberkulose und infraklavikuläre Herde; zeitschr. f. inn. Med. Jg. 49 Nr 26 1928 (nach Congress Zbl. f. d. ges. inn. Med. Bd 52 H 3/4 1929.)
- 9) 遠藤繁清：肺結核ノ發生動機ニ關スル統計的觀察、結核第三卷、大正十四年。
- 10) 池田三千敏：肺門陰影ノ意義ニ關スルレントゲン的研究、慶應レントゲン學叢書、第五卷、昭和三年五月。
- 11) 醫海叢報：肺尖加答兒早期浸潤問題、醫海叢報、一八一六、一八一七、一八一八、一八一九、一八二〇、一八二二、一八二四

圖附文論田松

圖 四 第

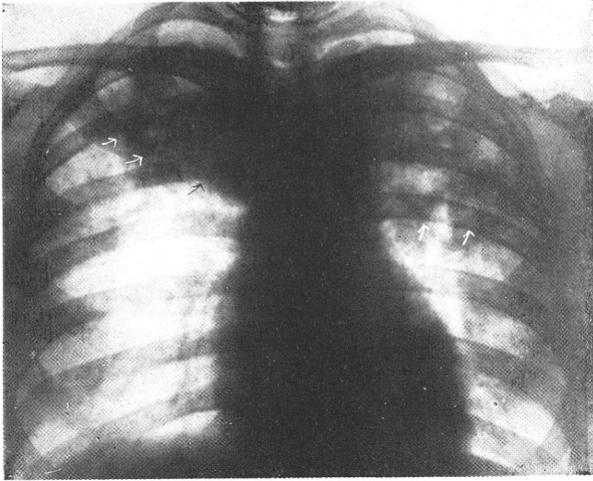


圖 一 第

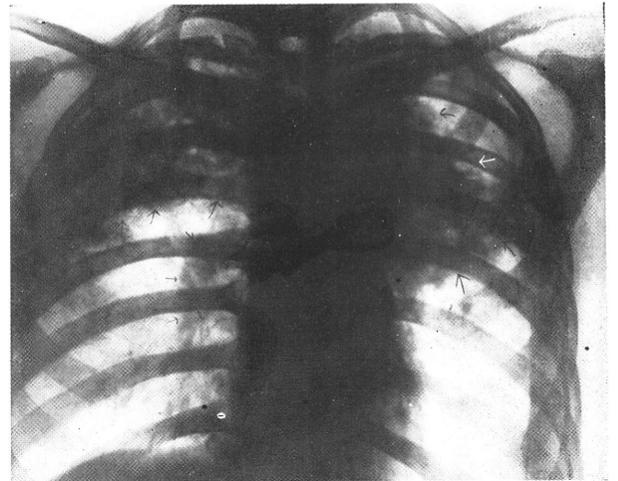


圖 五 第

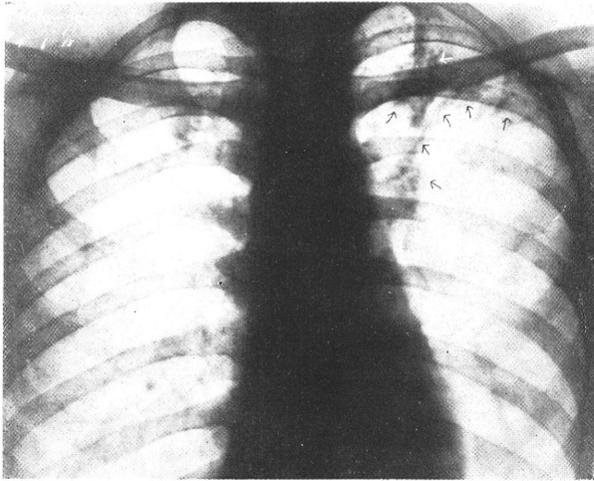


圖 二 第

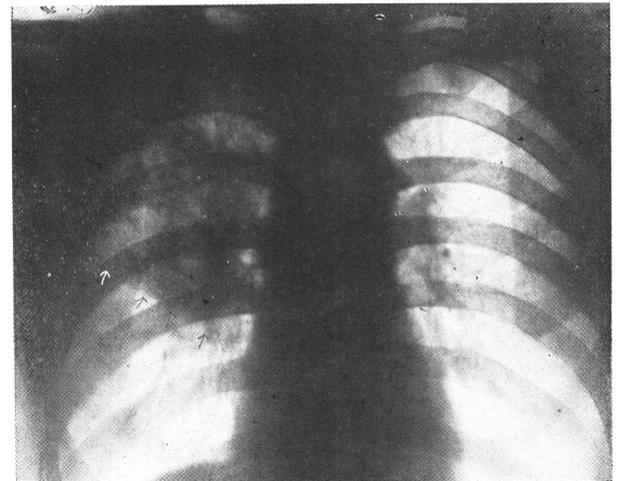


圖 六 第

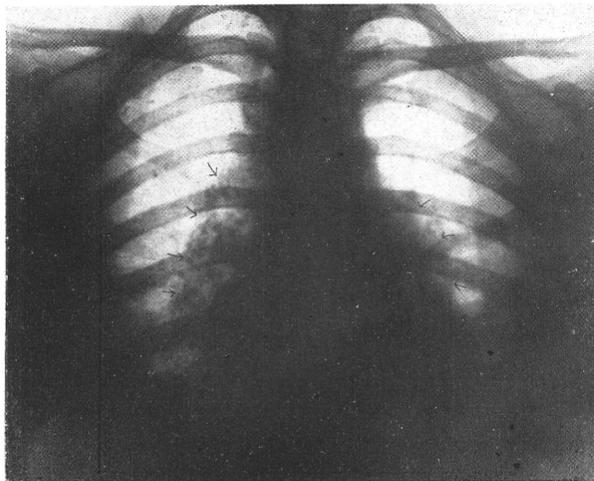
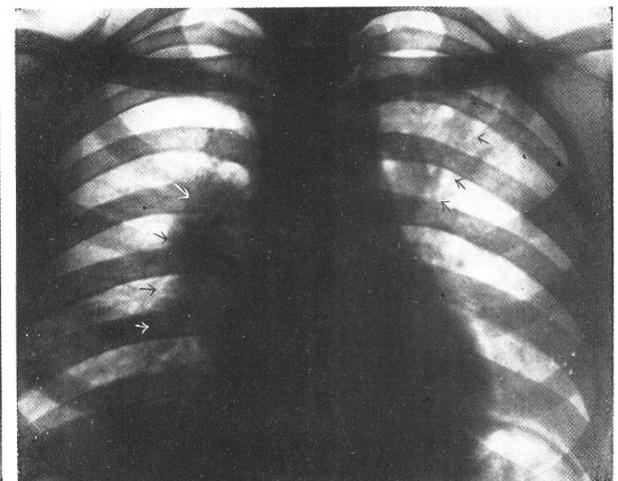


圖 三 第



圖附文論田松

圖 十 第

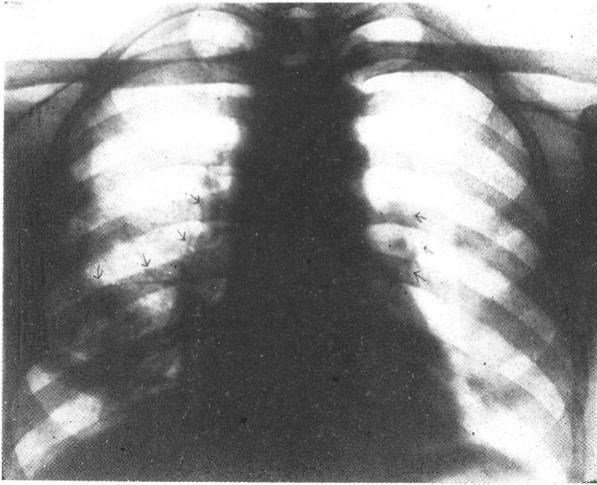


圖 七 第

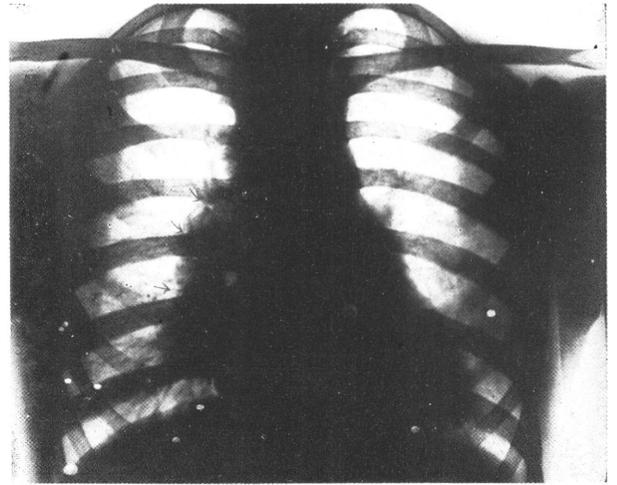


圖 一 十 第

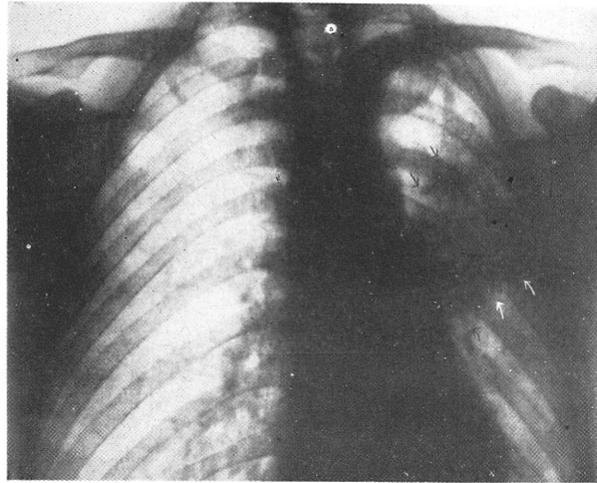
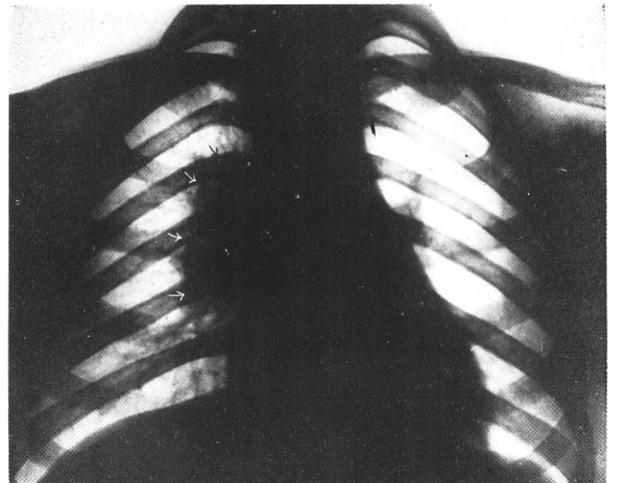


圖 八 第



A 圖 二 十 第

圖 九 第

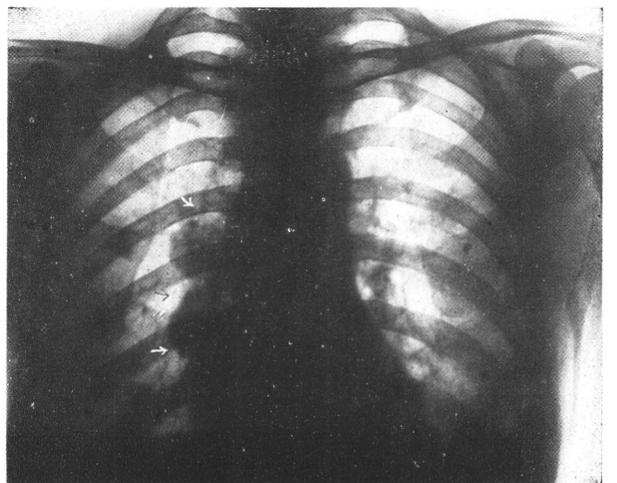
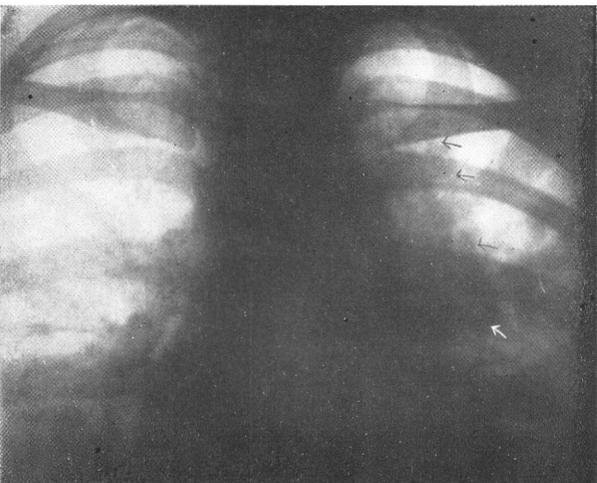


圖 附 文 論 田 松

圖 五 十 第

B 圖 二 十 第

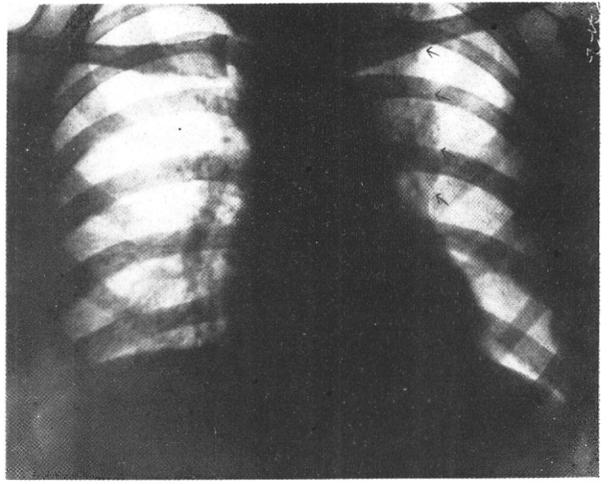
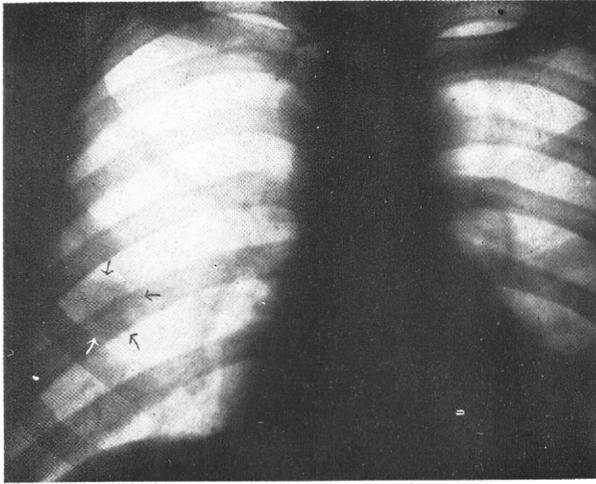


圖 六 十 第

圖 三 十 第

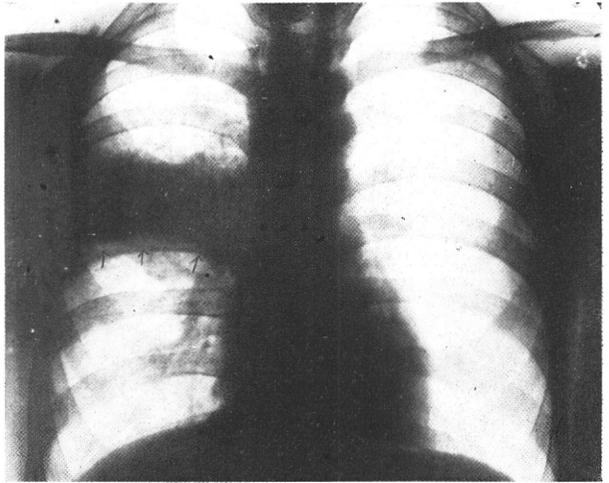
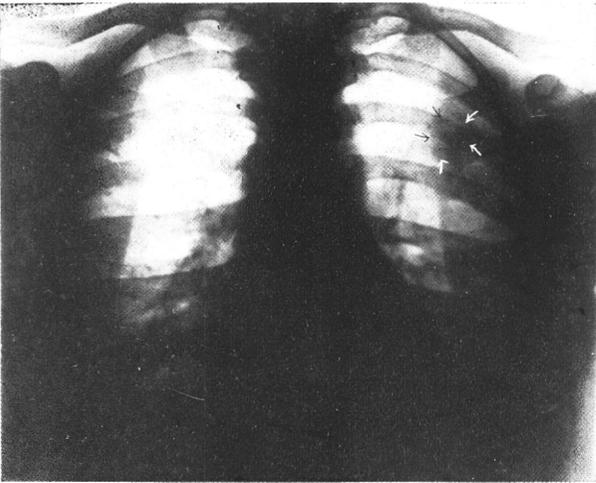
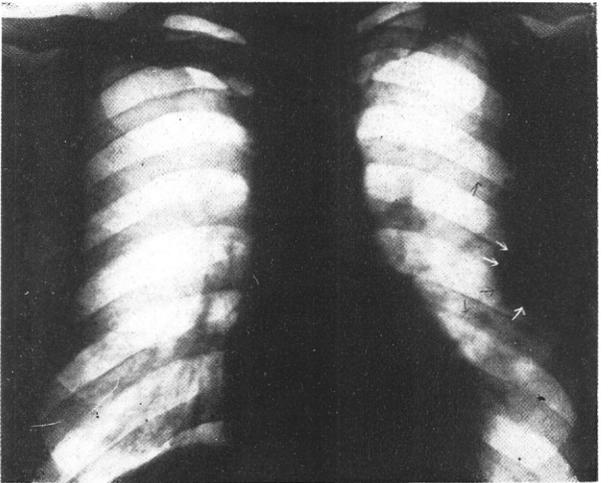
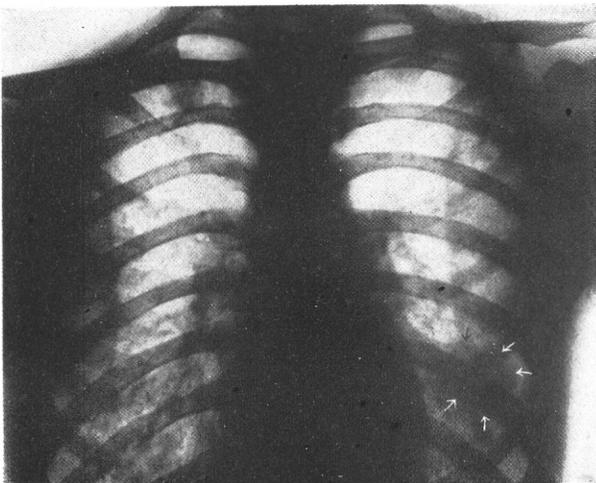


圖 七 十 第

圖 四 十 第



- 號。 12) 藤浪剛：レントゲン診断學、第五版、昭和三年十一月。 13) 原榮：肺結核ノ早期診斷及治療學、第七版、大正十三年四月。
- 14) 原實：X線診斷ニ於ケル小兒肺門部結核ノ分類、兒科雜誌、第二二九號、大正十四年二月。 15) 原實：小兒肺門浸潤ノ臨床的並ニX線的研究、同上、第三一二號、大正十五年五月。 16) 原實：小兒期肺炎及肺門結核ノ臨床的並ニX線的研究、同上、第三一五號、大正十五年八月。
- 17) 原一雄：「アスマレ」氏所謂肺結核初期ノ孤立性浸潤ニツイテ、結核雜誌、第十卷、第三號、昭和四年五月。 18) Henius, Kurt : Zum Beginn der Tuberkulose der Erwachsenen; kl. Wachschr, Jg 7 Nr. 4r. 1928. 19) Köhler, A. : Grenzen der Normen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde 3. Anf. 1920. 20) Kayser-Peterson, : Die Bedeutung der Lungentuberkulose für die Entstehung der Schwindsucht der Erwachsenen; Beitr. klin. der Tuberkul. Bd 70, H 1-2. 1928. 21) 熊谷岱藏：肺結核ノ遂進ニ就イテ、グレンツゲベールト、第二年、第一號、昭和三年一月。 22) Lydtin, K. : Über Entwicklungsformen d Lungentuberkulose, Beitr. zur klin. d. Tuberkul. Bd. 67 H 1/3 1927 (nach Congress zbl. f. d. ges. inn. Med. Bd. 51 1928) 23) Loeschke, H. : Über Entwicklung, vernaerbung und Reaktivierung der Lungentuberkulose Erwachsener. Zugleich ein kritischer Beitrag zur Lehre von den sogenannten infraklavikulären Frühfiltration; Beitr. z. klin. d. Tuberkul. Bd 68 H. 2/3, 1928. 24) 宮原立太郎：肺結核ノX線診斷要旨、結核第五卷、昭和二年。 25) 松田治郎：所謂早期浸潤ニ對スル「スベードインフィルトラート」ノ存在ノ疑義ニ關スルレントゲン學的研究、内外治療、第四年、第八號、昭和四年十月。 26) 緒方知三郎：結核ノ初感染ト再感染、(病理解剖學的方面)、結核第三卷、大正十四年。 27) 大高誠：肺結核トX線診斷ノ診斷ト治療、第一八一號、昭和四年三月。 28) 岡本規矩男：胸腔内呼吸器ニ於ケル淋巴腺、結核雜誌、第四卷、第五號、大正十年十一月。 29) 小池オー：胸腔内臓疾患ノレントゲン線的診斷、臨床醫學、大正十年十二月以降。 30) Redeker, Franz : zur Abgrenzung der infiltrativen Frühformen und über die Versiedenenformen des infiltrativen Nachschubes, insbesondere Über das „Spätinfiltrat“. zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 49. H 3, 1927. 31) 佐多愛彦：肺癆發生觀、結核、第一卷、第一號、大正十二年三月。 32) H. R. Schinz : Lehrbuch d. Röntgendiagnostik 1928. 33) Siegricel, Gröff : Der Beginn der Lungenschwindsucht (Pathologisch Anatomische Referat) Beitr. z. klin. d. Tuberkul. Bd 70 H 1-2. 1928. 34) 浦野外門二：呼吸器系統並ニ消化器系統ノレントゲン診斷ノレントゲン學講義集、第一輯。 35) Unverzicht : Die infraklavikulären Infiltrate bei Lungentuberkulose; Zeitschr. f. d. ges. Physikal. Therapie Bd 35, H. 4 1928. 36) Ulrici. : Traephtisische Infiltrat und Entstehungsgänge der Lungentuberkulose; Beitr. z. klin. d. Tuberkul, Bd. 70, H. 1-2. 1928. 37) 山田基：肺結核ノ早期診斷上特ニ注意ス可キ孤立性結核性浸潤ニツイテ、治療及處方第九七號、大正三年四月。