

臨床的診断トシテノ所謂「肺尖加答兒」症ノ疑義ニ 關スル「レントゲンの研究

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/30757

原著

臨牀的診斷トシテノ所謂「肺尖加答兒」症ノ
疑義ニ關スル「レントゲン」的研究

金澤醫學專門學校理學的診療科教室(主任小池教授)

伊達文次

目次

(93)

第一章 緒言	第一項 氣管枝腺結核ノ所見
第二章 早期肺結核ノ病理學的見解	第二項 肺尖野ニ現ハル、變化
第三章 早期肺結核ノ「レントゲン」診斷法	第三項 一般肺野ニ現ハル、變化
其一 胸部「レントゲン」検査術式ト其注意事項	第四項 橫隔膜運動ノ變化
其二 健常ナル胸部「レントゲン」像	第四章 實驗例
第一項 一般的事項	其一 輕變例ニ就キテ
第二項 肺紋理	其二 著變例ニ就キテ
第三項 肺野	第五章 總括的卓見
第四項 肺尖野	第六章 結論
其三 早期肺結核ノ「レントゲン」所見	
原著 伊達文次臨牀的診斷トシテノ所謂「肺尖加答兒」症ノ疑義ニ關スル「レントゲン」的研究	

第一章 緒 言

肺結核早期診斷ニ對スル「レントゲン」検査ノ必要ハ今ヤ一般ニ高唱セララルル處ナルモ、其レヨリ得ラルル如何ナル所見ガ早期肺結核ニ向ヒテ有意義ナルヤハ、極メテ新鮮ナル肺ノ早期結核性病變ノ病理解剖學的ニ釋明セララルル事ノ比較的少キ現今ニ於テハ尙確説ヲ見ル能ハズ。一般ニ臨牀的ニ稱ヘラル、肺ノ初期結核性加答兒性病變或ハ早期浸潤ハ之ヲ「レントゲン」線ニテ檢出スル能ハズト言ヒ、一方ニ於テハ早期肺結核ノ意味ニ於テ「肺炎加答兒」ナル病名ハ臨牀上今尙盛シニ用ヒラレツツアリ。斯ノ如キ早期肺結核ヲ疑フ可キ患者ニ於テ何等カノ所見ヲ「レントゲン」検査ニ據リテ得タキハ吾人ノ均シク希フ所ナリ。

抑「肺炎加答兒」トハ肺炎部ノ毛細氣管枝又ハ肺胞内ニ加答兒性病變ノ存スル謂ニシテ、一般症狀及ビ局所ニ於ケル呼吸音ノ粗裂、銳利、呼氣ノ延長、又ハ水泡音等ノ聽診的變化、或ハ更ニ打診的變化等ヲ併セ斟酌シ以テ此病名ヲ附スルモノナルモ、該理學的徴候ハ尙他ノ病變ニ因リテモ起リ、其理論ハ全ク確定セラレタリトハ云フ可カラズ。又日常余等ハ他ヨリ「肺炎加答兒」ナル病名ヲ附シテ「レントゲン」検査ヲ委囑セララルル患者ニ於テ、屢々著明ナル肺結核ノ像ヲ得ル事アリ。斯カル例ニ於テハ「レントゲン」検査等ヲ行ヒテ後其狀態ヲ確定センガ爲メニ假リニ其ノ有スル肺炎加答兒ナル一症候名ヲ附シ來レルモノモ存スルナランモ、其大多數ハ從來ノ検査法ニ據レル輕微ナル所見ニ基キテ肺炎部ノ加答兒程度ノ病變トシテ診斷ヲ下セルモノナリ。余ハ直接當教室外來ヲ訪ルル患者ニ就キテ檢スルニ、既ニ一般ニ論ゼラルル如ク、從來ノ理學的徴候ガ「レントゲン」検査所見ニ比シテ極メテ輕微ナルヲ見ル事稀ナラズ。斯カル例症ニ見ル「肺炎加答兒」ハ一症候トモ認メ得ラル可キモ、吾人ハ更ニ溯リテ極メテ早期ニ於ケル臨牀的「肺炎加答兒」ガ如何ナル病理的變化ニ因リテ起ルモノナルヤヲ知ラザル可カラズ。固ヨリ肺結核症ニハ「肺炎加答兒」ヲ以テ始マラザルモノノ存スルハ言ヲ俟タザル所ナルモ、慢性肺結核ノ初期ノ意味ニ於テ最モ屢々用ヒラルル「肺炎加答兒」診斷ニ就

キテ推敲セントスルニアリテ未ダ尙適確ナル説明ヲ見ル能ハザル所ナリ。

肺結核ノ原發竈ニ關スル論說中、氣道ヨリ吸引セラレタル結核菌ハ其沈着セル毛細氣管枝又ハ肺胞ニ原發性病竈ヲ惹起スル場合ノ存スル事、或ハ血行、淋巴行ニ依リテ肺ニ來レル結核菌ニヨリテ轉移性病竈ヲ形成スル事ノアルヲ説ケルモ、其ノ如何ナル病變ニ到リテ始メテ「肺尖加答兒」ト診斷セラレル臨牀的病徵ヲ呈スルモノナリヤ、「肺尖加答兒」診斷ガ尙疑義多キ現今之ノ臨牀的病徵ニ對シ「レントゲン」検査ニヨリテ何等カノ陽性所見ヲ認メ得ルヤハ實地上緊急ナル問題ナリト思考ス。

而シテ早期肺結核ノ「レントゲン」検査ニ關シテハ外邦ニ於テハ既ニ饒多ナル研究發表セラレ、本邦ニ於テモ亦屢々論ゼラルル所ニシテ、殊ニ近時宮原氏⁽¹⁰⁾ノ多數ノ文獻引用ト豊富ナル實驗成績ニ基ク「肺結核早期ノ「レントゲン」線診斷學」ノ著述アリ、又林氏⁽¹¹⁾ハ之ニ關シ綿密ナル注意事項ヲ記載シテ該検査法ノ慎重ナル可キヲ説ケリ。

余ハ今回、大正八年以來、臨牀的(「レントゲン」検査ヲ含マザル從來ノ理學的診斷法)ニ早期肺結核ノ意味ニ於ケル所謂「肺尖加答兒」ナル病名ヲ附セラレタル患者一千六百七十八名ニ就キテ「レントゲン」検査ヲ行ヒ其ノ得ラレタル所見ヲ基礎トシテ、早期肺結核ノ「レントゲン」診斷ニ就キテ卑見ヲ述べ、併セテ臨牀的「肺尖加答兒」ノ病理的變化ヲ憶想シ、且ツ早期肺結核ノ侵襲部位ニ論及セリ。尙之ニ附加スルニ、早期肺結核ノ病理學的見解、健康ナル肺ノ「レントゲン」像及ビ早期肺結核ノ「レントゲン」所見等ニ關スル從來ノ研究ノ綜說的記載ヲ以テセリ。

第二章 早期肺結核ノ病理學的見解

肺ノ結核性病變トシテ病理學上一般ニハ、(一)粟粒結核、(二)結核性肺炎、(三)氣管枝及ビ氣管枝周圍結核、(四)慢性結核性病變等ニ分チテ論ゼラルル所ナルモ⁽¹²⁾ニ據ル、茲ニハ先ヅ結核ノ肺傳染系路ト初期病變ニ就キテ從來發表セラレタル研究ノ要點ヲ抄述セントス。

一、結核菌ノ肺侵入系路

既ニ幾多ノ動物實驗ニヨリテモ證明セラレタル如ク、肺ニ沈着スル結核菌ハ他ノ原發竈ヨリ血行、淋巴行ヲ介シテ肺ニ轉移スルモノノアルハ病理解剖上證セラルル所ナリ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ニ據ル、近時流血中ニ結核菌ヲ證明シ得タルアリテ⁽⁴⁾ニ據ル、轉移形成ノ可能ハ愈確實ニ認メラレタリ。然レドモ又肺ハ各臟器中最モ結核ニ罹患シ易ク又最モ屢々原發性病竈ヲ形成スルノ部位トセラ⁽⁵⁾ル。而シテ肺ノ原發竈ハ如何ニシテ形成セラルルモノナリヤ。先ヅ最モ其ノ機會ノ多キヲ思ハシムル吸入傳染ヲ考ヘザル可カラズ。炭肺ガ腸ヲ經由セル炭末ニ由リテ發スルモノニ非ズシテ吸入ニ由ルモノナル事ヲ多數ノ實驗成績⁽⁶⁾ (Yusteenbergue u. Gray, Culmett's Schiller, Schmitze, Beitzke (以上⁽⁷⁾ニ據ル))ノ證スル事ヨリ思考シテ、炭末、石灰、鐵粉ノ如キモノト雖モ吸氣ト共ニ肺胞ニ達スルヲ以テ觀レバ、結核桿菌ノ如キ微細ナル異物が自己ヨリモ百倍以上廣濶ナル毛細氣管枝ヲ通過シ肺ニ達シ得ルハ容易ニ首肯シ得⁽⁸⁾ニ據ルト論ゼラレ、又動物實驗ニ於テモ吸入傳染ノ證セラルルアリ⁽⁹⁾ (Findel, Püggel, Pfeiffer u. Friedberger (以上⁽¹⁰⁾ニ據ル))。又 Ribbert, Schröter, Heller (以上⁽¹¹⁾ニ據ル))氏等ハ肺結核屍解剖ニ於テ其多數ニ肺原發竈ヲ認メタリト云フ。

然リト雖モ結核菌ハ先ヅ扁桃腺ヨリ侵入シテ頸腺、又ハ氣管枝腺ヲ侵シ淋巴系又ハ血行ヲ經テ遂ニ肺内殊ニ肺炎ニ達スルモノニシテ、決シテ直接ニ肺胞ニ到着スルモノニ非ズト主張スルモノアリ⁽¹²⁾ (Voland, Roosevelt, Aufrecht, Ribbert, Hara u. a. (以上⁽¹³⁾ニ據ル))、Beitzke, Most, Hart (以上⁽¹⁴⁾ニ據ル))。又之ニ對シ Baudelot (以上⁽¹⁵⁾ニ據ル))氏ハ肺結核患者ニ見ル扁桃腺結核ハ喀痰傳染ニ因ル續發性ノモノナル事ヲ主張セリ。

又 Behring⁽¹⁶⁾ (以上⁽¹⁷⁾ニ據ル))氏ガ先キニ結核菌ハ小兒期ニアリテハ腸壁ヨリ通過シテ肺及ビ淋巴腺ニ到リ始メテ原發竈ヲ形成スベシトノ憶説ヲ立テタルニ對シ、Culmett, Weichselbaum (以上⁽¹⁸⁾ニ據ル))氏ハ動物實驗上ヨリ消化管壁侵入ヲ是認シ、Bartel, Spieler (以上⁽¹⁹⁾ニ據ル))氏等ハ又結核菌ヲ以テ飼養接種ヲ行ヒタル動物ノ淋巴系ニ就キテ所謂淋巴期「Lymphoide Stadium」(潛伏期 Latenzstadium)ヲ檢シタルニ扁桃腺及ビ其周圍ニハ一・七%、頸腺ニハ五八・八%、氣管

枝腺ニハ五二九%、腸間膜腺ニハ一〇〇%ヲ證明シ其ノ成績ヨリシテ結核菌ノ腸間膜腺、頸腺ヨリ淋巴管ニ由リ、或ハ胸管ヲ介シテ血行ニ入り肺ニ輸送セラルル事ヲ論ジタリ。而シテ淋巴期ハ腸間膜腺、頸腺ガ氣管枝腺ヨリモ著明ナルモ、完成結核期 (*manifeste Stadium*) ニ於テハ此兩腺ハ氣管枝腺ノ如ク強度ノ腫脹及ビ定型ナル乾酪性變化ヲ來ス可キ傾向ヲ有セズ、從テ肺及ビ氣管枝腺ノ結核機轉ガ最モ古ク進行シタルガ如ク見ユ、其ノ理由タルヤ此兩器官ハ結核傳染ニ對シ最弱抵抗部 *Locus minoris resistentiae* ナルヲ以テナリ。而シテ肺及ビ氣管枝腺ノ此特異ナル感受性ハ管ニ吸氣ノミナラズ、反テ淋巴及ビ血道ヨリノ結核感染ニ對シテモ同様ナリトナセリ⁽⁴⁾⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾ニ據ル。

以上ノ如ク肺結核ノ傳染系路ニ對スル學者ノ見解區々ニシテ一定セザレドモ現今ノ趨勢ヨリ論斷シテ(兒玉氏⁽⁴⁾)結核菌(主トシテ人型結核菌)ノ吸入ニ由リテ成立スル事最モ頻繁ナルガ如シトセラルルナリ。

二、肺内初發病竈

次ギニ吸入又ハ血行、淋巴行ニ由リ肺ニ來レル結核菌ハ何處ニ如何ナル初發病竈ヲ形成シ、如何ナル病理的經過ヲ採ルヤノ問題ヲ生ズ。茲ニハ主トシテ其ノ初發病變部位ニ關シテ述ブベシ。血行ニ由リテ起ル急性粟粒結核ヲ除キテハ青年期ニ於ケル初期結核性病變ガ肺炎ニ最モ多ク發スル事ハ臨牀上普ク信ゼラレタルト同時ニ病理學上實驗的説明モ少ナカラズ、又小兒期ノ肺結核ハ殆ンド總テ氣管枝腺ニ初發スル事モ一般ニ認メラルル處トセラレタリ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ニ據ル。先ヅ第一ニ吸入傳染ヲ是認スレバ如何ナル病理的變化ヲ以テ初發スルモノナリヤ。Potter⁽¹⁹⁾氏ハ本病ガ他ノ吸入傳染性疾患ト初發病型ヲ異ニスル點ニ注意ヲ促セリ。即チ種々ナル傳染性氣管枝加答兒、肺炎ハ吸入傳染ニ基因スルモノニシテソノ病原菌ハ上部氣道ノ *Saprophytic state* ニ見ラルル事最モ多ク、又其ノ病變ハ肺内何レニモ起リ得ルモ殊ニ直接氣流ヲ受クル事大ニシテ又呼吸時運動ノ大ナル部位ニ最モ多シ即チ大葉性肺炎ハ下葉ニ最モ多ク見ラレ、他葉ニ蔓延セルモノニアリテモ先ヅ初發ハ下葉ニ起ルヲ常トス。又、氣管枝加答兒、氣管枝肺炎ハ偏側、兩側ノ何レノ部位ニモ起リ得ルモ、而モ氣管枝加答兒ニアリテハ常ニ先ヅ氣流ヲ多ク受クル大氣管枝ニ始マリ、次イデ細狹部ニ

蔓延ス。毛細氣管枝、肺胞ガ侵サルレバ氣管枝肺炎ニシテ最初ハ肺下部殊ニ基底部ニ起ル事多シ。而シテ肺結核モ吸入傳染タランニハ同様ナル徑路ヲ採ルベシト期待セラルルモ而モ臨牀上、病理上見ル如ク常ニ肺炎部ヨリ始マリテ下方ニ向ヒテ侵襲ス、即チ氣管枝加答兒、肺炎ノ傳染系路ト異レルヲ *Holtzner* 氏ハ述ベタリ。結核菌ハ之等急性呼吸器炎菌ノ如ク吸入セラルルモ氣管枝粘膜ニ變化ヲ與フル事ノ極メテ稀ナルノ事實ハ既ニ知ラレタリ⁽¹⁵⁾ニ據ル。即チ吸引セラレタル結核菌ハ先ヅ末梢毛細氣管枝又ハ肺胞ニ沈着シ、該部ニ原發性肺結核ヲ形成スベキモ、又其ノ部ヨリ淋巴流ニ入りテ流域淋巴腺ニ沈着シ以テ原發性淋巴腺結核ヲ形成スル事ノ多キハ病理學者ノ主張スル所ナリ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ニ據ル。⁽¹⁷⁾ *John* (18)ニ據ル氏ハ百八十四人ノ小兒氣管枝腺結核中ニ肺ニ原發竈ヲ有スルモノ百七十例ヲ見、殘餘ノ十四例ハ動物試驗ニ見ル如ク、進入門戸ガ治癒セルカ、又ハ罹患セズ、即チ氣管枝腺ニ來リテ始メテ原發竈ヲ作りタルモノナルヲ見タリ。部位ハ右上葉二八五%、左上葉二五%、右下葉一九%、左下葉二〇%ナルヲ見タリ。然レドモ小兒期ニアリテハ肺組織ヨリモ腺質ノ病變ノ強キヲ主張セリ。E. Albrecht, H. Albrecht (以上⁽¹⁹⁾ニ據ル)氏モ又 *John* 氏ト同様ニ肺ニ原發竈ヲ認メタリ。又 *Hamburger* (20)ニ據ル氏ハ小兒ニ於テハ其九五%ニ肺原發竈ヲ認ムルモ續發性腺結核ガ著明ナル爲メニ見落シ易キヲ云ヘリ。Nicol (21)ニ據ル氏ニ據レバ吸引セラレタル菌ハ先ヅ末梢氣管枝終末ナル呼吸性氣管枝ヲ侵シ、淋巴系統ニ由リ蔓延スルモノニシテ、初發病竈ハ葡萄狀結節ノ形狀ヲ呈シ、肉眼上灰白青色ノ小塊タル外觀ヲ有シ、宛モ粟粒結核ノ如シト。此ノ結節點ハ *Orth* (22)ニ據ル氏ノ粟粒灰白黄色ノ纖維塊トシテ記載セルモノニシテ、*Hult* (23)ニ據ル氏モ又肺結核ハ此ノ部ヨリ蔓延スル事ヲ推論セリ。而シテ又 *Tenteloo* (24)ニ據ル氏ノ説ケルガ如ク上述ノ原發性或ハ續發性氣管枝淋巴腺結核ヨリ淋巴逆流ニヨリ肺炎ニ轉移病竈ヲ形成スル事モ多ク主張セラレタリ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾ニ據ル。之ハ小兒ノミナラズ *Hieder*, *Rosenblat* (以上⁽²⁷⁾ニ據ル)、*Kimura* (28)氏等ニ據レバ成人ニ於テモ多キガ如シ。而シテ淋巴腺中ニ永ク結核菌ノ潜伏、生存スルノ事實ハ *Bartel* (29), *Römer*, *Joseph*, *Comet* (以上⁽³⁰⁾ニ據ル)ニヨリ立證セラレタリ。

之ヲ要スルニ初期肺結核ノ成立ハ次ノ如クニ分チテ思考シ得ベシ。

- 一、吸入セラレタル菌ガ末梢毛細氣管枝又ハ肺胞ニ沈著シ、該部ニ原發竈ヲ形成スルモノ。
- 二、該部ニ着變ヲ見ズ、先ヅ其ノ流域ノ淋巴腺ヲ侵シ、即チ氣管枝腺結核ヲ原發竈トシ其レヨリ主トシテ淋巴逆流ニヨリテ氣管枝壁、血管壁、肺内ニ侵襲シ出ヅルモノ。稀ニ之ヨリ血行ヲ介シ、或ハ直接周圍組織ニ破壊シ侵襲スルモノ。

三、他臟器ノ病竈ヨリ淋巴行、血行ヲ介シテ肺又ハ氣管枝腺ニ轉移シテ肺結核症ヲ發スルモノ。

而シテ Potenger, Baumgarten (2)ニ據ル) Bartel, Anord (3)ニ據ル) 氏等ハ原發性ナルト續發性ナルトヲ問ハズ早期結核ガ肺尖部殊ニ其右側ニ於テ最モ多キハ周知ノ事實トナセリ。

第三章 早期肺結核ノ「レントゲン」診斷法

其一、胸部「レントゲン」檢査術式ト其注意事項

之ニ關シテハ當敎室小池敎授(1)ニヨリ「胸部内臟疾患ノ「レントゲン」線の診斷」トシテ詳論セラレタルヲ以テ一般的事項ヲ省キ、茲ニハ其早期肺結核ノ診斷ニ向ヒテ必要ナル點ヲ記載セントス。

胸部ヲ檢スルニ當リテ肺病變ニ注意スル他心臟、横膈膜、縦膈竇、肋膜等ノ有スル所見ニ注意ス可キ事論ヲ俟タズ、又腹部内臟ノ「レントゲン」檢査ヲ必要トスル場合アリ。「レントゲン」檢査法ハ大別シテ透視法 Durchleuchtung, Radioskopie及ビ撮影法 Aufnahme, Radiographieトセラルルモノニシテ、本症ニ向ヒテハ吾人ハ雙方共ニ之ヲ行ヒ其兩所見ヨリシテ以テ判定スベキモノナル事ヲ主張セントス。患者ハ普通、透視台 Orthoskop u. s. w. 上立位ニ於テ檢スルモノニシテ、軟性管球ヲ用ヒ又遮光裝置 Blendeヲ必要トス。

先ヅ理學的診査ヲ終リテ後、患者ノ上半身ヲ全ク脱衣セシメ、透視台上ニ直立セシムルモノナルガ、脱位ノ他尙婦

人ノ頭髮ガ垂レテ肺尖部ニ淡キ陰翳ヲ呈スル事ノアルハ注意ヲ要ス。最初背腹位透視方向ニ於テ透視板上ニ現ハレタル全胸像ヲ概括的ニ觀察 *Übersichts-Probieraufnahme* スルノ要アリ。之ニ於テ左右兩肺野ノ廣サ、形狀及陰翳部竝ニ透視程度ヲ比較シ、又左右肋骨ノ走行狀態及ビ肋間ノ廣サ、中央陰翳 *Metasternschatten* 等ヲ順ヲ追ヒテ檢シ、同時ニ患者ニ深呼吸ヲ命ジ、上記諸狀況ノ變化ヲ知り、尙左右橫膈膜ノ高サ、形狀竝ニ呼吸的移動狀態ヲ檢スルモノニシテ、次イデ撫光裝置孔ヲ縮少シテ、病的變化ノ存在疑シキ部位、肺尖部、肺門部、中央陰翳ノ周縁及其他肺ノ各部ヲ檢スルモノトス。

此際患者ノ胸廓ノ形態異常等ガ誤リヲ招ク恐レアルハ前ニ得タル視診其他ノ理學的徵候ヲ充分ニ念頭ニ置カザルニ因ルト云フ可シ。又透視中觸診 *Kontakempfindung* ノ必要ナル事アリ。乳房ハ年少ナル婦人ニアリテモ陰翳ヲ形成スルモノニシテ必ズ之ヲ移動セシメテ其レニ覆ハレタル肺野ヲ檢スルヲ要ス。男子ニ於テモ發達セル乳房ガ肺野ニ淡キ濁ヲ現ハス事アリ。又肩胛骨、大胸筋ノ陰翳ヲ避クル爲メニハ患者ノ兩上肢ヲ舉上セシムルカ、或ハ檢者ノ手ヲ以テ肩胛部ヲ種々移動セシメツツ檢スルモノトス。

背腹位透視方向ニ次イデ腹背位、更ニ斜位方向ヲ用フルモノナルガ、此際モ又必要ニ應ジ體ヲ種々ニ屈曲セシメテ檢スル事アリ。又 Krause (11) ニ據ル(11) 氏ノ云ヘル如ク透視板ヲ患者ヨリ遠隔セシメテ微細像ヲ増大セシムル方法モ必要ナリ。其他 *Krenziel's, Holst* 氏ノ咳嗽法(後述スベシ)ハ多クノ場合ニ於テ行フヲ要ス。

撮影ハ必要ニ應ジ全部的撮影 *Totalaufnahme* 及ビ部分的撮影 *Partialaufnahme* ヲ行フ。全部的撮影ニ於テハ普通背腹位方向ヲ良シトス。兩肺野廣ク現ハレ、又心臟ノ各部位ヲ窺フニ適スルヲ以テナリ。焦點銳利ナル軟性球管ヲ用ヒ主トシテ立位ニ於テ、時ニ深呼吸時、呼氣時ヲ必要トスル事アルモ普通ハ呼吸制止時ニ於テ短時間撮影 *Kurzzeitige Präzisionsaufnahme* (所謂瞬間撮影 *Momentaufnahme* ニ非スシテ)ニ、二三秒時間餘ヲ要ス)ヲ行ヒ、急性粟粒肺結核ニハ一擊性撮影 *Blitzaufnahme* ヲ、幼少ナル兒童ニハ瞬間又ハ一擊性撮影ヲ行フモノトス。

又肺尖部ノミヲ特ニ限局的ニ撮影スル方法 isolierte Spitzenaufnahme モ其必要ヲ唱ヘラルル處ナリ。此方法ハ患者ヲ仰臥位トシ上體ヲ少シク舉上セシメ背腹位方向ヲ用フルモノニシテ、之ニヨリ第一、二、三肋間ヲ最モ良ク認メ得。又早期肺結核性病變ガ後上部氣管枝周圍ニ多シ(Brauer-Hirschfeld⁽¹⁾ニ據ル)トスレバ此方法ニヨリテ良ク認メ得ルナリ。此際肋間ヲ良ク現ハサンガ爲メ兩上肢ヲ舉上シテ頸ヲ抱カシムル事アリ。Quiring⁽²⁾ニ據ル氏ハ兩上肢ヲ胸部ノ上ニ組マンシメタリ。而シテ尙余等ハ Albers-Schonberg⁽³⁾氏ノ推奨セル圓筒擴光裝置ヲ使用ス。安靜呼吸中撮影スルモ鮮明ナル像ヲ得ルモノナリ。肺尖端ヲ界スル第一肋骨頸部ハ Goldscheider⁽⁴⁾ニ據ル氏ニ據レバ吸氣時ニ牽引運動ヲナスモノニシテ之ニ由リ肺尖ハ僅ニ左右ニ動クモ上下運動ハセズト云フ。照射 Exposition ハ Albers-Schonberg 氏法ニ據リ三十秒乃至一分ヲ用フ。之ニヨリ纖細ナル像ヲ得。又 Kazewsky⁽⁵⁾ニ據ル氏ハ酸素吸入法ヲ行ヒテ後呼吸制止撮影ヲ行フ法ヲ推奨セリ。

Albers-Schonberg, Wankelbuch⁽⁶⁾ (ニ據ル), Groedel⁽⁷⁾, Haenisch, Lorey (以上⁽⁸⁾ニ據ル), Alban Köhler⁽⁹⁾ 氏等ハ更ニ實體鏡撮影 Stereoskopische Aufnahme ヲ推奨セリ。

其二、健常ナル胸部ノ「レントゲン像

第一項 一般的事項

胸部ハ透視方向ニヨリテ各其ノ像ヲ異ニスルモノナルガ、先ヅ之ヲ矢狀位透視方向ニ就キテ見ル時ハ、胸廓ハ左右ノ透明部即チ肺野 Innungenfeld ト中央暗野 dunkel Mittel-feld (即チ中央陰翳 Medianschatten) トヨリナルモノニシテ中央陰翳ハ既ニ Weinberger, Hoffmann⁽¹⁰⁾ニ據ル氏等ニヨリテ研究セラレタル處ニシテ脊柱、胸骨及ビ其ノ間ニ存スル心臟、大血管、氣管、食道等ガ各重ナリテ以テ一ノ暗野帶ヲ形成スルモノナリ。從ヒテ之等臟器ノ病變ハ中央陰翳ニ變化ヲ呈スル事多ク、且又結核ニ向ヒテ注意スベキ縦膈竇淋巴腺ノ病變ハ中央陰翳中ニ隠ルルヲ以テ斜位透視方向ニヨリテ檢スルノ要アリ。左右ノ肺野ノ下方ハ横膈膜弓 Zwerchfellbogen ニヨリテ腹腔ト隔リ、右側ハ常ニ左側ヨリモ

少シク高シ。肺野ハ更ニ鎖骨陰影ニヨリテ上下ニ別タル、其上方ノ小ナル肺野ヲ特ニ肺炎野 *Sitzknotenfeld* ト稱ス。左右ノ肺根部 *Lungenwurzel*, *Hilfsgegend* ニ於テハ其ノ部ヨリ各其ノ肺野ニ向ヒテ放線狀ニ走レル樹枝狀陰翳ヲ認ム、之ヲ肺紋理 *Lungenzeichnung*, 肺門紋理 *Hilfszeichnung*, 或ハ肺門陰翳 *Hilfsclatzen* ト稱ス。

第二項 肺紋理

前項記載ノ此ノ樹枝狀肺紋理ハ肺門部ヲ遠ザカルニ從ヒテ分枝ハ細クナリ、又屢々重複陰翳 *topförmige Kontinente Streifen* ヲ混ズルヲ見ル。「レントゲン撮影法ノ尙發達セザリシ以前ニ於テハ心臟ニ沿ヒテ走行スル大ナル陰翳即チ肺門陰翳ヲ見テ *Chiegem* (20) ニ據ル)ハ *Begeleitsclatzen des Herzens* ト稱シタリ。而シテ左肺門陰翳根部ハ心臟ニ覆ハルルモノニシテ第三斜位方向ニ向ヒテ體ヲ輕度ニ廻轉セシムル時ハ明ニ認メ得。此樹枝狀陰翳ハ肺野ニ大理石樣紋理ノ外觀ヲ與フルモノニシテ、*Lungenmark* (21) ニ據ル)ノ名アリ。又 *strangartige Schatten* (*Amisberger*), *Zweigwerksclatzen* (*Assmann* (22)), *bessenreiserförmige Stränge* (*schinz* (23)) ト稱セラル。此ノ陰翳ガ何ニ由リテ起ルモノナリヤノ問題ハ從來種々研究セラレタリ。最初一八九八年 *Cowl* (24) ニ據ル)氏ハ主氣管枝分枝陰翳ナリト見、一九〇三年 *Halls Daily* (25) ニ據ル)氏ハ之ヲ *Pleura parietalis*, *Pericard* ノ陰翳ト見 *Pleuropericardiallinien* ト命名セリ。De la Camp (26) ニ據ル)氏ハ實驗的研究ヨリ健常ナル肺門部ニ見ルハ氣管枝ノ陰翳ナリトセリ。而シテ肺血管ニ關シテハ之ハ肺内ニ入ルヤ直チニ微細ニ分枝シ明ナル陰翳ヲ呈スルモノニ非ズ、恐ラク其ノ根部約四仙米長迄ハ陰翳ヲ呈ス可キモ肺門濃厚陰翳部ニ隱レテ區別スル能ハズトナセリ。氏ハ屍體胸廓ニ連續の前頭位切斷ヲ行ヒテ檢シ、肺門紋理ハ胸廓壁ニ近接セル氣管枝ノミナラズ、肺門部ヨリ肺内ニ向ヒテ分枝スル氣管枝陰翳ヲ混ズルモノニシテ、末梢氣管枝ハ微細斑點トシテ現ハルルノミナリトナセリ。又氏ハ氣管枝ニ空氣ヲ、血管ニ血液ヲ充タシテ何レガ陰翳ニ關係大ナルヤヲ見タリ。即チ氣管枝陰翳ハ末梢迄認メ得ラルルモ、血管ノ充盈セル際ニハ唯根部ガ濃厚トナルノミナルヲ見タリ。又屍肺血管ニ蒼鉛乳劑ヲ注入セルニ、血管分枝ト氣管枝分枝ハ大抵相重ナリ而モ後者ノ末梢ハ前者ヨリモ太ク肺野外縁近クニ到ル迄

モ認め得ラレ、更ニ氣管枝内ニ該劑ヲ注入セルニ肺野ノ大部分ハ陰翳ニ覆ハレ、唯末梢ニ樹枝狀分枝ヲ見ルノミナルヲ知レリ。而シテ肺血管ニハ該劑一二〇ccヲ要シタルニ對シ氣管枝ヲ充盈セシムルニハ約一五〇ccヲ要シタリト。 Schellenberg (29)ニ據ルル氏ノ實驗モ同様ナル成績ヲ得タリ。 Anstetter (30)氏ハ肺紋理ガ呼吸ニ際シ共ニ上下セズ、其分枝間ガ廣ガル事、肺氣腫ニ著明ニ見得ラルル事、氣管枝壁ノ老人性變性ノ際著明ニ現ハルル事及ビ肺吸引マスクヲ用フル時ハ鬱血ニヨリ肺野ハ暗クナルモ肺紋理分枝翳ノ增強セザル事、又肺門癌ニ見ル肺紋理所見等ヨリ推シテ氣管枝説ニ賛シタリ。氣管枝ノ位置ト胸壁トノ局所解剖的關係ハ Zinke (31)ニ據ルル氏ニヨリ試ミラレタリ。即チ屍體氣管枝ニ造影劑ヲ注入シテレントゲン撮影検査シタリ。大ナル氣管枝ノ位置ヲ脊椎ト肋骨トニヨリ定メタリ、之ハ球管ノ位置ニヨリ變ズルモノナルガ、氏ハ氣管ヲ正中線ヨリ少シク右方ニ、從テ氣管枝分岐部ヲ右胸骨線ニ見ル様ニシテ檢セリ。腹背位方向ニ於テハ、分岐部ハ第四、五胸椎ノ椎間帶ノ高サ、第四胸椎棘狀突起尖端ニ一致ス。而シテ呼吸運動及ビ頸部、頸部ノ位置ニヨリ移動ス。背腹位ニ於テハ第二肋軟骨胸骨端下緣ニ一致スルモ、小兒ニ於テハ第三肋軟骨ノ胸骨端ニ一致ス。主氣管枝ハ腹背位方向ニ於テハ第八肋骨ノ高サニテ脊椎ヨリ左ハ三ツォル、右ハ二ツォル、小兒ニ於テハ一乃至一・五ツォルノ點ニ終リ、背腹位ニ於テハ左ハ第五肋骨ノ高サ、乳腺ヨリ稍内方ニ存シ、右ハ同副胸骨線ニ一致ス。氣管枝ノ經過ハ兩肺野ニ於テ異ナレル像ヲ呈ス。腹背位ニ於テ左主氣管枝ハ第四胸椎棘狀突起右ヨリ左第八肋骨翳ノ脊柱ヨリ三ツォル部ニ到ルモ、右ハ第四胸椎ヨリ右第八肋骨翳ノ脊柱ヨリ二ツォル部ニ到ル。背腹位ニ於テハ左主氣管枝ハ第二肋軟骨ノ胸骨端下緣ヨリ第五肋骨乳線内部ニ到リ、右ハ同部ヨリ第五肋骨副胸骨線部ニ到ル。小兒ニアリテハ第三肋軟骨胸骨端上ヨリ始マリ長サハ小ナリ。右主氣管枝ハ氣管ヨリ分カルル部分明ニ認め得ラレ左ハ明ニ上ニ曲レリ。右ノ aperturliche Brunnens ハ腹背位ニテハ第五肋間、又ハ第六肋骨ノ高サ、脊椎右緣部ニテ分カルルモ、脊腹位ニテハ第二肋間又ハ第三肋骨ノ高サニテ胸骨線、副胸骨線ノ中央ニ存ス。左上行主氣管枝ハ腹背位ニテハ第六肋間又ハ第七肋骨ノ高サニテ棘狀突起ヨリ二・五ツォル部ニテ主氣管枝ヨリ發シ、背腹位ニテハ此部ハ第三肋

間或ハ第四肋軟骨副胸骨線ニ一致ス。apartarielle Bronchusハ分岐部ヨリ一ツォル「高ク上リ、左第一主氣管枝ハ二ツォル」高シト。

然レドモ以上ハ屍體ニ於ケル成績ノ大體ヲ示セルモノニシテ、検査法ニヨリテモ又個人ニヨリテモ差違アル事勿論ナルベシ。

以上ノ如ク氣管枝陰翳ニ主キヲ置ク説ト相反シテ Albers-Schönberg, Holzkecht⁽²⁰⁾ニ據ル)、Rieder^(同)氏等ハ肺血管ガ主トシテ肺紋理ヲ形成スルモノナル事ヲ主張シ、更ニ又第三ノ類屬者トシテ雙方ガ混合シテ陰翳ヲ形成スルモノナリト論ズルモノヲ生ズルニ到レリ。

Asmann 氏ハ從來ノ屍肺ニヨル研究ノ誤謬ヲ指摘シ且氏ハ犬ニ於テ肺動靜脈ノ充盈セル時、一側肺ニ於テ之ヲ結紮シ、屠殺シテ他側肺ヲ嚴密ニ流血、洗滌シ、之ニ空氣ヲ吹入シテ「レントゲン撮影ヲ行ヒ以テ其ノ陰翳ヲ檢シタルニ兩側ニ著シキ差違ヲ示シタリ。即チ血管充盈肺ニ於テハ樹枝狀ニ分枝セル濃厚ナル索狀陰翳ヲ呈スルニ反シ、無血肺ニ於テハ纖細ナル並行二線ヲ以テ紋理ヲ畫ケルガ如キヲ見タリ。又氏ハ Dell⁽²¹⁾ニ據ル)氏ノ云ヘル如ク、血液含量ノ少キ一般屍肺ノ「レントゲン肺紋理ノ弱キ事、又鬱血肺患者ニ於テ樹枝狀陰翳ノ強ク現ハルル事及ビ Schwartz⁽²²⁾、Terlanke⁽²³⁾ニ據ル)氏等ノ述ベタルガ如ク肺紋理ニ搏動現象ヲ見ル事等ヨリシテ肺紋理ガ主トシテ血管ヨリ成ルモノナル事ヲ主張セリ。又氣管枝陰翳ガ中央ニ明空帶ヲ挟ム纖細ナル二線翳ノ樹枝狀分岐トシテ現ハルル事ハ既ニ Harkawander⁽²⁴⁾、Brugel, Kupferle⁽²⁵⁾以上⁽²⁶⁾ニ據ル)氏等ノ既ニ記載セル處ナリ。Walker, Owen^(同)氏ハ氣管枝内ニ散在的ニ多數ノ小霰彈ヲ注入シテ「レントゲン撮影ヲ行ヒ精密ナル檢索ヲ行ヒタルニ霰彈ハ肺紋理トハ別ニ存シ、又一霰彈列中ニ於ケル各霰彈間ハ何等特異ノ陰翳ヲ現ハサズ、寧ろ周圍ヨリモ明空ナルヲ見、常的肺紋理ハ血管翳ニ主キヲ置ク可キヲ論ジタリ。

近時 Schläfer⁽²⁷⁾ 氏ハ氣管ニ穿孔シ居タル食道癌患者ニ「バリウム劑ヲ嚥下セシメテ偶然生體氣管枝ノ「バリウム注入「レントゲン像ニ遇遇シ、其所見ヨリ以テ肺紋理氣管枝説ニ賛シタルガ、反對ニ Rosen⁽²⁸⁾ 氏ハ心臟病患者ノ肺紋理所

見ヨリ血管説ヲ主張セリ。

余等モ又鬱血肺ニ於テ肺紋理ノ増強スル他、Asmann 氏等ノ云ヘル如ク良好ナル技術ヲ以テ爲サレタル殊ニ小兒ノ胸部レントゲン撮影像ニ於テ、肺紋理翳ト同時ニ Blake 氏記載ノ主氣管枝像ノ位置ニ略一致シテ氣管明空翳ヨリ分岐シテ更ニ肺野ニ分枝シ走レル明空帶狀陰翳ヲ見、殊ニ其レガ下葉ニ向フモノハ肺紋理ヲ根部ニ於テ横切ル際ニ帶狀ニ陰翳ヲ淡クスルモノニテ其ノ邊緣ハ纖細ナル線狀陰影ヲ呈スルヲ見、肺紋理ナル太キ樹枝狀陰翳索ハ主トシテ肺血管ノ陰翳ニシテ氣管枝壁ハ纖細ナル線狀陰翳トシテ之ニ交リテ陰翳ヲ幾分増強スルモ根部ノ太キ氣管枝翳ハ中央明空帶ヲ以テ反ツテ肺門翳ヲ淡クスルモノナル事ヲ是認セントス。而シテ末梢ニアリテハ Leitch 氏ノ云ヘル如ク双方相混合シテ陰翳ヲ形成スルモノナルベシ。又肺血管ガ乾板、透視板ニ向ヒテ直角ニ走レルモノニ於テハ點狀陰翳トシテ現ハルルモノニシテ之等ハ後述ノ腫脹淋巴腺翳又ハ結節翳ト鑑別スルノ要アリ。氣管枝ガ其直軸ニ沿ヒテノ透視像ハ多ク輪狀ヲナスト述ブルモノアリ (De la Camp, Groedel)。

此ノ肺紋理ハ Köller, Albers-schönberg 氏等ノ云ヘル如ク上方ハ肺尖野下部ヨリ下方ハ横膈膜弓部ニ到ルマデ認めラルルモノナリ。又肺間質組織及ヒ健常淋巴系統ノ陰翳ハ現今ノ技術ニテハ尙明ニ認ムル能ハザルモノナリ。

第三項 肺野

矢狀位方向ニ於テ兩肺野ハ廣汎ニ認めラレ、其ノ境界ハ明瞭ナルモ兩側邊緣部ハ肋骨屈曲陰翳ニ覆ハレテ明劃線ヲ形成セズ、Frankel (19)ニ據ル(20)氏ハ實大測定法 Ortholingualtieニヨリ肺野ヲ測定セリ。然レドモ此ノ面積ハ軟部組織、胸廓形狀、呼吸運動等ノ影響ヲ受クルモノニシテ左程有意義視スル能ハズ、檢セントスル際ニ於テハ毎回同技術ヲ以テ正直立位ニ於テ爲スヲ要ス。Groedel (20)ニ據ル(21)氏ハ肺野ノ高徑、幅徑ヲ次ノ如ク擧ゲタリ。

男 女

左側高徑

二〇仙米

一九仙米

原著

伊達ニ臨牀的診斷トシテノ所謂「肺尖加答兒」症ノ疑義ニ關スルレントゲンの研究

一三三

右側高徑 一九仙米 一八仙米

幅徑 二五仙米 二二仙米

肺野ノ明暗度ハ球管ノ硬度、患者個體ノ胸壁筋層、脂肪層ノ多寡ニ由リテモ異ナリ、殊ニ脂肪組織ハ「レントゲン」線ヲ吸收シ又第二次線ヲ放射シテ像ヲ不明瞭ナラシムルモノナリ。之ニ由リテ肥滿セルモノニアリテハ、微細ナル肺病變ハ羸瘦セルモノニ比シテ陽性率少シト云フ可シ。又同一個人ニアリテモ部位ニヨリ透明度ヲ異ニス。外側部ハ胸廓彎曲部ヲ透過スルタメト、又其部ノ厚キ筋肉トニ由リテ内側部ヨリ暗ク、肺上部ハ含氣量少キト又厚キ軟部組織トノ爲メニ下部ニ比シテ透明度弱シ。

含氣量ノ影響ハ呼吸運動ノ觀察ニ於テ著明ニ認メラル。深吸氣ニ際シ肋骨、橫膈膜ノ索外運動ニ連レテ肺野ハ主トシテ下部及ビ下側方部ニ向ヒテ擴大シ、透明度ヲ増加ス、此際肺容積ノ増大ニ從ヒテ肺紋理間ハ擴大ス、*Williams* (19)ニ據ルハ「摘出肺ノ收縮時ト空氣吹入時トノ差ハ明カナラザルヲ見、生體ニ於テハ血量ノ又關係スルモノナル事ヲ云ヘリ。然レドモ *Amundsen* 氏ハ屍體肺ハ生體ノ其レニ比シテ弾力性少ク、又血量ハ寧ロ吸氣時ニ増加スルモノナルヲ以テ、吸氣時肺透明ニ向ヒテハ血量ヲ云々スルハ不當ナリトナセリ。又 *Holmgren, Kerkow* (以上 (20)ニ據ル) 氏ハ初生兒ノ既ニ呼吸セルモノハ、セザルモノニ比シテ透明度弱キヲ見、之ヲ法醫學的ニ應用セントセリ。然レドモ腐敗機轉ニ由リ二十四時間後ニ於テハコノ區別困難ナリト。*Arbuzov* (21)ニ據ルハ含氣部ト病的無氣部ノ透明度差違ヲ檢スル装置ヲ案出セリ。數葉ノ薄キ白金板ヲ裝置セルモノニシテ肺ノ各部ヲ透過シ來レル「レントゲン」線ノ透過力ヲ檢スルモノナリ。

第四項 肺尖野

肺尖野ノ面積ハ球管ノ位置ニヨリ又影響サルル事明カナリ。背腹位方向ニ於テ球管ノ位置ヲ下方ニ探ル時ハ第一、二肋骨相重ナリテ上界ヲナシ、第三、四肋骨脊椎部ハ透明肺尖野ニ横タハリテ現ハル。腹背位透視方向ニ於テハ球管

ノ位置ヲ高クスル時ニ於テ肺尖野ノ廣キヲ見ル。又頸部筋陰翳ニヨリテ前者ヨリ透明度弱シ。肺尖野ハ胸廓上部ノ形
 狀ニヨリテ又ソノ形ヲ異ニスルモ一般ニハ尖端圓味ヲ帶ビタル三角形ヲ呈シ基底ハ鎖骨翳上縁ナリ。其ノ面積ノ測定
 ハ個人胸廓ノ相違、技術ノ相違ニ由リテ差違ヲ生ズルモノナルモ、同一人ニ就キテ左右ヲ比較スルハ又意義アリト云
 フ可シ。然レドモ病的肺尖野ハ時ニ境界不分明ナル事アリ。V. (Jürgens) (19)ニ據ル(20)氏ハ左右略同値ナルヲ云ヘリ。結核
 症ニアリテハ殊ニ陳舊病變性肺尖萎縮ニ由リテ差違ヲ生ズ、Soutter (21)ニ據ル(22)氏ハ三十三人ノ健常者ニ就キ實大
 測定法ヲ行ヒ内三〇人ハ肺尖上界左右同高ニシテ、二十八人ハ左右同透明度ナルヲ見、且「レントゲン所見ト解剖的所
 見トノ對比研究ヨリシテ」(23)ニ據ル(24)氏ノ述ベタル如ク健常肺尖部理學的徵候ノ左右ノ差違ハ右肺尖部ガ左ニ比シ
 テ氣管枝分枝ガ強キニ起因スル事ヲ立證シタリ。

既ニ記載セル肺尖部撮影法ヲ行フ時ハ肺尖野上界線ハ第二肋間ニ *Pegelschnitten der II. Rippe* トシテ認メラルル
 モノニシテ、第一肋間ガ透明ニ現ハルルトモ肺ガ關與セザル事ハ *Asmann* ガ解剖的所見ト比較シテ之ヲ是認セリ。
 肺尖野上界線ハ平滑ナル弓狀ヲ呈スルモノナルモ萎縮、肋膜炎等ニヨリ、鋸齒狀ヲ呈シ又不分明トナルモノナリ。
 又透明度ハ上ニ行クニ從ヒテ減少スルハ肺組織ノ少クナルト反對ニ之ヲ覆フ軟部組織ノ増加スルタメナルハ容易ニ
 思考シ得ル處ニシテ、殊ニ脂肪肥滿セルモノ、筋肉ノ強ク發達セルモノニ於テハ肺尖野ヲ著シク暗クスルモノナリ。
 又之ニ反シ羸瘦シテ鎖骨上窩ノ陷沒セルモノニアリテハ該部ニ一致シテ弓狀ニ内方ニ向ヒテ曲レル線狀陰翳ヲ現ハス
 事アリ。

又肺尖野殊ニ其ノ左側ノ上界ニ於テ屢々淡キ帶狀陰翳ヲ見ル事アリ、大動脈弓部ニ起リ脊柱ノ左側ヲ上行シ、第三
 肋間ニテ外方ニ迂曲シ、此ノ際最モ明ニ認メラレ、肺尖部ノ上外縁ニ向ヒテ消失ス。*Asmann* 氏ハ解剖的所見ト對比
 シテコノ陰翳ガ左鎖骨下動脈ニ一致スル事ヲ明ニシタリ。右側ニ於テハ無名動脈ハ中央陰影ニ覆ハレ、鎖骨下動脈ハ
 肺尖野ニ陰翳ヲ現ハサザルガ如シ。然レドモ此ノ陰翳ハ球管ノ位置ニヨリ現ハルル部位ヲ異ニスルヲ注意ス可シ、鎖

骨下靜脈ノ陰翳ハ肺組織ノ既ニ厚キ部位ナルヲ以テ其陰翳ハ殆ンド認ムル能ハザルモノナリ。
其三、早期肺結核ノ「レントゲン」所見

早期肺結核ニ向ヒテノ病的「レントゲン」所見ハ既ニ第二章下ニ記述セル病理學の見解ヨリ思推シテ一、結核性氣管枝淋巴腺炎 二、肺内又ハ氣管枝壁等ニ形成セラレタル結節 三、氣管枝周圍炎 四、肺内ノ浸潤等ノ早期變化ガ如何ナル時期ニ於テ「レントゲン」的陽性ニ現ハレ、又如何ナル像ヲ呈スルヤノ問題ニシテ從來之ニ關シテ幾多ノ業績アリ。更ニ此ノ臨牀的「レントゲン」所見ヨリ、或ハ「レントゲン」及ビ病理解剖所見ノ比較研究ヨリシテ肺結核ノ成立傳播ヲモ論ゼラルルニ到レリ (Cerdairas^②, Duhamel^③, Assmann, Rieder, Krause u. Ziegler, Gram, Delin, (以上^④ニ據ル) Mangino, Schntz, (以上^⑤ニ據ル), Groedel)。今其ノ所見ノ要點ヲ得ラレタル範圍ノ文獻ニ基キテ左ニ抄述スベシ。

第一項 氣管枝腺結核ノ所見

本症ニ於ケル「レントゲン」所見ノ考察ニ關シテハ呼吸器系統ニ於ケル淋巴腺、淋巴管分布ノ解剖學的關係ヲ識ル事肝要ニシテ、之ニ就キテハ畏友岡本氏^⑥ニヨリ結核雜誌上ニ於テ詳細ニ説明セラレタル所ナリ。氣管枝腺ノ腫脹像ニ關シテハ Koeller^⑦ニ據ル)氏ノ研究以來諸家ニヨリテ論ゼラレタリ。Koeller氏ハ健常成人ノ肺門腺ガ豌豆大乃至蠶豆大ニシテ又肺門部ヲ遠ザカルモノニアリテハ「レンス豆大ナルヲ謂ヘリ。以前ハコノ常的淋巴腺ガ陰翳ヲ形成スル事アリト見ラレタルモ、現今ハ^⑧ (4)ニ據ル)ノ「レントゲン」、病理解剖比較研究以來一般ニ認ムル能ハズトセラレ、肺紋理ニ重ナルモノニ於テハ幾分ノ陰翳ヲ增強ス (Groedel)ト云フ。病的腫脹腺ニアリテハ適當ナル技術ニ於テハ斑點狀陰翳ヲ形成スルモノトセラル。而シテ肺門部ニ存スルモノ (Hilustrinsen)其ノ周圍ニ存スルモノ (狹義ニ於ケル Bronchialdrüsen)及ビ更ニ離レテ肺内ノ氣管枝分枝部ニ沿ヒテ存スルモノ (Palmonaldrüsen)ニ於テモ又良ク認メ得トセラレ、末梢ニ存スルモノニテ認メ得ラルル範圍ハ、

1 三仙米ノ深サニ存スルモノマデ (Portier^⑨ニ據ル)

2 氣管枝ノ第四番分枝部ニ存スルモノマデ (Ortvellier (同))

3 乳線ニ一致セル部位ニ存スルモノマデ (Köhler (同))

認メ得ラルト言ヒ又 Arnsperger 氏ハ肋膜直下ノモノモ又認メ得ラルトナセリ。

其結核性腫大トシテ擧ゲラルル像ハ圓形、橢圓形或ハ長方形ノ銳利ナル境界ヲ現ハスモノナレドモ肺門ノ周圍、殊ニ心臟左界ニ近接スルモノハ心臟運動ノ亢進時ニハ之ニ共動シテ境界屢々明瞭ナラザル事アリ。其ノ陰翳濃度 *Scintillation* ニ從ヒテ之ヲ左ノ三種ニ區別ス。

イ、髓様ニ腫大セルモノ、Markig geschwollen

ロ、乾酪變性セルモノ、verkäste

ハ、石灰變性セルモノ、verkalkte

髓様ニ腫脹セル淋巴腺ハ限局性斑點トシテ現ハルルモ其境界ハ乾酪變性又ハ石灰變性セルモノ程ハ明劃ナラズ、一般ニ其陰翳淡キモ、其内部ニ尙濃厚ナル點狀物ヲ混ズル事アリ、之ハ一部乾酪變性、石灰變性ヲ伴フ時ナリ。而シテ乾酪變性部ノ濃厚ナル陰翳ヲ形成スルハ其ノ含有スル鹽化金屬 (Thomatein) 及ビ磷酸鹽ガ「レントゲン線ニ對シ吸收率ノ高キニ因ルトセラル (Arnsperger, Assmann)。

又腫大セル腺ガ肺門部ニ於テ密ニ融合セル時ニハ肺門紋理像ノ強増トナリテ一様ニ暗黒ニ見ユル事アリ。斯ルモノニアリテハ縦膈竇部、肺門部ノ腫瘍ナル事アルモ多クハ偏側ニシテ肺野ニ強ク突出スル像ヲ現ハセリ。又腫瘍様陰影中ヨリ肺紋理ガ放線狀ニ出ヅルヤ、肺紋理ニ隣接シテ存スルヤヲ認識スベシ。後者ハ腫脹腺塊ニ多ク之ヲ見ルト云フ (Arnsperger)。

腫大セル淋巴腺ハ悉ク陽性ニ現ハルルモノナリヤ、Arnsperger 氏ハ乾酪變性、石灰沈着ヲ伴ヘルカ或ハ大ナル腺塊ヲ作ルニ非ザレバ必ズシモ「レントゲン」的陽性トハ云フ可カラズト述べ、Cardinals (Trocet) モ又結締織増殖、乾酪變

性ノ存スルモノモ時ニ見難キ事ノアルヲ以テ「レントゲン」像上陰性ナリトモ氣管枝腺結核ヲ否定シ能ハズトナセリ。又多クノ例症ニ於テ右側ハ左側ヨリ該像ヲ多ク認ムト云フ (Zickler, Krause, Groedel, Bylhal) (5) (ニ據ル)、宮原等) 而シテ結核性淋巴腺腫ト鑑別ス可キハ非結核性傳染性腫脹、塵埃等ノ沈着、腫瘍等ニシテ輕症ナルモノニ於テハ鑑別困難ナルモノアリトセラル。

第二項 肺尖野ニ現ハルル變化

健常ナル肺尖野ハ其レヲ覆ヘル項肩部軟部組織ガ厚層ナラズ又病的變化ヲ伴ハザル時ニハ極メテ明劃ニ認メララルモノニシテ其ノ像ハ前述セリ。

而シテ病理學的ニ該部ガ屢々早期ニ於テ結核性侵襲ヲ被ル事ノ認メララルル如ク、「レントゲン」的ニモ又最モ屢々早期變化ノ出現スルヲ唱フルモノ多シ。左ニ其ノ主ナルモノヲ抄述スベシ。

Levy-Dorn (48) 氏ハ臨牀的早期結核ヲ考フ可キ患者二十二名ニ就キ肺尖野所見ニ主キヲ置キテ檢索セルニ、

- 一、局所症候無クシテ確實ナル「レントゲン」所見アルモノ 四名 19½%
 - 二、臨牀的ニ疑シキモノニシテ確實ナル「レントゲン」所見アルモノ 九名 33½%
 - 三、臨牀的症候ガ「レントゲン」所見ニヨリテ肯定サルルモノ 十名 31¼%
 - 四、臨牀的「レントゲン」的兩所見共ニ疑ハシキモノ 四名 12½%
- ノ成績ヲ得タリ。

Albers-Schönberg 氏ハ肺尖野ニ現ハルル所見ニ就キ、

- 一、濁濁 Jreibung
- 二、斑點形成 Fleckenbildung
- 三、雲狀陰翳 Wolkenbildung

ヲ三大徵候トシ、更ニ之ヲ次ノ如クニ敷衍シタリ。

一、偏側或ハ兩側ノ肺尖野ガ濃淡少キ瀰蔓性溷濁ヲ呈スル事アリ。健常ナルモノニ見得キ纖細ナル肺血管翳ハ消失ス。臨牀的濁音ヲ呈スベシ。浸潤ノ像ナリ。

二、上三分ノ一又ハ三分ノ二部ニ溷濁ヲ見ル事アリ、幕(mantle)ヲ下セルガ如シ。之ニアリテハ下部ニ血管翳ヲ見得。同様浸潤ノ像ニシテ又濁音ヲ呈スベシ。

三、種々ナル大サヲ有スル雲絮狀斑點ヲ生ズルモノアリ。多少濃密ニシテ結締織増殖性硬化機轉ニ傾ケルモノニシテ打診音短縮スベシ。

四、「レンズ豆大ノ圓形ノ濃密ナル小斑點ノ現ハルル事アリ、氣管枝周圍炎性病竈ナル事多ク打診音短縮スルガ時ニ濁音ヲ呈スル事アルベシ。

五、線狀陰翳ノ相竝ビテ溷濁シ見ユル事アリ。多ク索狀物、又ハ肋膜癒着ナリ。

六、肺尖部ニ空洞ヲ生ズルモノアリ、空氣ヲ以テ充タサレタルモノハ殊ニ著明ニ認め得。

七、石灰沈着竈像ヲ溷濁中ニ或ハ又時ニ健常ナル肺尖野ニ認ムル事アリト。

(Frankel)氏モ又、肺尖結核ノ「レントゲン」診斷ニ關シ次ノ如ク論述セリ。

一、肺浸潤、打診的ニ證明シ得ルモノハ透視又ハ撮影ニ依リ認め得。

二、中心性肺浸潤、打診的ニ證明シ能ハザルモノモ透視、撮影ニヨリ認識シ得。

三、打診的ニ證明シ難キ小ナル肺浸潤ハ又「レントゲン」透視上確實ナル所見ヲ得難キモ、撫光裝置ヲ用ヒ撮影スル時ハ大抵認め得ラルルモノナリ。

四、打診的ニ異常ヲ認めザルモノモ、聽診的ニ加答兒ヲ認め得ルモノハ撮影像ニ於テ早期診斷ニ向ヒテ意義アル所見ヲ得ベシ。

五、偏側ノ肺尖加答兒ハ屢々該肺尖部含氣量ノ減少ヲ來スモノニシテ、撫光裝置ヲ用ヒテ透視スル時ハ證明シ得、斯ルモノニ於テハ攝影ニヨリ更ニ他ノ所見ヲ探索スベシト。

Krenzfuchs⁽³⁷⁾氏ハ咳嗽ニ際シテノ肺尖野ノ變化ガ早期肺尖結核ノ診斷ニ意義アル事ヲ唱ヘタリ。即チ健常ナル肺尖ニアリテハ咳嗽時ノ急激ナル呼氣ノ突入ニヨリテ瞬時的ニ明劃トナルモ、肺尖部ニ病竈ノ存スルカ或ハ其ノ下部ノ細氣管枝内外ノ病變ニヨリテ氣管枝腔ノ狹少ヲ來セル場合ニ於テハ明劃トナラザルカ又甚ダ其ノ度ノ弱キモノナルヲ論ジタリ。

次イデHolst⁽³⁸⁾氏ハ更ニ咳嗽ニ際シ健常ナルモノニアリテハ尙肺尖野肋骨影ガ明クナルヲ見易キモノトシ、且其際兩側肺尖上界ハ共ニ正中線ニ向ヒテ約一仙米伸展シ、又氣管翳ハ狹少スルモノナル事ヲ擧ゲタリ。

又Bittlorf⁽³⁹⁾ニ據ルハ患側ハ健側ヨリモ遅レテ明クナル場合ノアルヲ云ヘリ。

此ノ咳嗽法ハKrenzfuchs-Holst, 氏ノHustenthinomenト稱シ一般ニ用ヒラルル處ナリ。

以上記載セル肺尖ノ陰翳ヲ認識スルニ當リテハ又肺尖野領域ニ關與スル種々ナル變化ガ影響スルモノナルハ注意スルキ事ニシテ、Schinz⁽⁴⁰⁾, (Kroedel, Albers-Schönberg, Aruspberger 氏等ノ記載セル點ヲ抄記スレバ左ノ如シ。

- a 鞏皮症 Sklerodermie (Krause u. Friedrich)
- b 藥物ノ貼布、塗布、又ハ皮下注射、例ヘン Jodtupin 等。
- c Calcinosi interstitialis progressiva (Krause u. Trappe)
- d 皮下結締織ノ増殖。
- e 頸部及ビ鎖骨上窩ノ淋巴腺腫。
- f 項部、肩部ノ異常ナル發育及ビ率縮。
- g 甲狀腺腫。

h 頸肋骨。

i 肋骨、肋軟骨ノ異常發育、化骨、骨折後ノ強キ假骨形成。

j 脊柱彎曲症、其他胸廓ノ畸形。

k 無名動脈瘤。(Schinz)

l 小兒ニ往々見ル大ナル胸腺。

m 肺尖部ニ於ケル限局性肋膜炎性胼胝形成。

n 肺尖ノ膨脹不全。

o Dyspnoea Insotria (Schinz)

又 William 氏ハ生理的ニ往々左右肺尖野透明度ニ差違ノアルヲ述べ、(Frankel 氏ハ Kohnig 氏ノ研究ヨリシテ之ヲ是認シ、病的所見ヲ認ムルニ際シテ注意ヲ促セリ。

第三項 一般肺野ニ現ハルル變化

前項記載ノ肺尖野ノ變化以外ニ他肺野ニ於テ變ヲ現ハスヲ唱へ、又肺尖野ノ變ニ先チテ現ハルル所見トシテ論述セラルルモノアリ、近來此ノ傾向殊ニ多シ。其ノ主ナルモノヲ左ニ抄記スベシ。

Charles L. Minor (Os 據ル) 氏ハ舊臨牀家ノ早期ト診斷セルモノノ大多數ニ於テ「レントゲン徵候ノ發現ヲ認メ、

一、肺門部ノ陰翳增強。

二、氣管枝翳線條ノ肺尖ニ延長、增強セル像。

三、肺門ヨリ第二、三肋間ノ外側面ニ向フ氣管枝ノ二三線條束ニ沿ヒテ認メラルル浸潤像。

四、肺尖ノ暗翳及ビ稀ニ萎縮。

肺尖ノ暗翳ヲ二別シ

一、平等ノ曇リナル瀰漫性暗翳ニシテ、肺尖肋膜炎、或ハ末梢氣管枝ニ生ジタル結核性炎症ニ基ク無氣狀態。

二、孤立セル小斑點樣暗翳ニシテ結核竈ノ集合ニ因スルモノ。

五、横膈膜運動ノ制限。

ヲ陽性所見トシテ掲ゲ、就中肺門部陰翳ノ増強ヲ最モ早期ノ變化トシ肺尖結核ヲ續發病ト斷定セリ、然レドモ又理學的症候ノ陽性ニシテX線所見ノ陰性ナルモノノ存スル事ヲモ附言セリ。

Byssell⁽⁹⁾ハ肺門陰翳ノ肥厚ヲ認メ、其ノ周圍ノ斑點ヲ初期結核ノ證トナセリ。

Assmann⁽¹⁰⁾氏モ以前論セラレタル如キ肺尖結核像ヲ認ムル以前ニ於テ、鎖骨下部ヨリ肺門部ニ涉リテ陽性所見ノ現ハルルヲ述ベ、肺門紋理ノ肥厚、緻密ヲ早期像トナセリ。

Ribadeau-Dumas, Albert, Weil, Manigot⁽¹¹⁾以上⁽¹²⁾ニ據ル⁽¹³⁾氏等ハ小兒結核ノ「レントゲン」像ニ就キ研究シ、嘗ツテRist, Ribadeau-Dumas⁽¹⁴⁾氏等ノ説ケル即チ小兒結核ハ多クハ元來下葉ニ於ケル小病竈トシテ原發シ、次デ肺門腺ヲ侵シ、進ンデ氣管枝腺ニ蔓延シ、最後ニ之等腺病竈ニ續發シテ肺尖ヲ侵襲ストノ説ヲ承認セリ。

Richards, Byssell⁽¹⁵⁾以上⁽¹⁶⁾ニ據ル⁽¹⁷⁾氏等ハ緻密ナル小斑點ガ肺ノ限局面ニ一定條件ノ下ニ生ズ、即チ第一、二肋間ノ内側ヨリ末梢ニ向テ纖維性結締織ノ増殖肥厚ニ一致セル陰翳ヲ認ムルヲ早期徵候トナセリ。

Jordan⁽¹⁸⁾ニ據ル⁽¹⁹⁾氏ハ氣管枝樹枝狀線條陰翳ハ健康人ノ末梢ニ於テモ認メラルルモノニシテ意義ヲ附ス可ク困難ナルモ斑點ヲ混ズルハ活動性病變ノ徵トナセリ。

Melville⁽²⁰⁾ニ據ル⁽²¹⁾氏ハ肺ノ微細斑點ヲ結核ノ證ナルガ如ク唱ヘタリ。

K. Dunham⁽²²⁾氏ハ二千例ノ「レントゲン」撮影像、及ビ二百十九例ノ「レントゲン」所見、解剖所見比較觀察ノ上ヨリ、又「レントゲン」立體鏡寫真ニ據リテ早期肺結核ノ變化ヲ研究セリ。氏ノ説ク處ノ要旨ハ肺樹枝狀紋理ノ變化ニシテ早期結核ニアリテハ主トシテ該紋理ノ増強セル像ヲ見ルモノニシテ、病理學的ニ纖維性結締織ノ増殖ヨリナルモノナリ。

肺門ヨリ末梢ニ到ル迄之ヲ認メ得ルノミナラズ、又末梢ニ到リテ網狀ニ擴布スルヲ認ム、而モ肺上部ニ於テ最モ強ク、時ニ扇子狀陰翳ヲ形成シ、肺門ヲ尖端トシ肺尖或ハ肋膜面ヲ基底トスル三角形ヲ成ス場合アリ。而シテ屢々其基底ハ第一肋間ノ外後方ニ在リ。該線狀陰翳ハ氣管枝ニ沿ヒテ蔓延スルモノニシテ又氣管枝分枝點ニ一致シテ結節ニ由ル點狀陰翳ヲ認ムルヲ結核ニ固有ナル變化トナセリ。而シテ點狀陰翳ニ關シテハ孤立セル結核結節ハ認ムル能ハザルモ、數個ノ小ナル結節相融合シテ大ナル乾酪竈ヲ形成スルニ到リテ始メテ乾板上ニ現ハルルモノト信ズト述ベタリ。其後ニ到リ氏⁽¹⁶⁾ニ據ルハ最モ早キ變化ヲ肺門部ニ歸シ、肺門部ニ於ケル淋巴腺腫ニ一致スル陰翳ヲ初發病竈トナセリ。

Parsons⁽¹⁷⁾氏ハ早期肺結核ガ次ノ三項ニヨリ顯示サルル事ハ諸家ノ意見ノ一致スル處ナリトセリ。即チ(一)疾病ハ解剖學上ノ構造分布ニ從ヒ蔓延ス。(二)肺門罹患後ニ於テ、氣管枝樹幹ノ大ナル分岐ニ沿ヒ、末梢氣管枝ニ浸潤ヲ來ス。(三)呼吸性細氣管枝ノ周圍或ハ其ノ終末ノ肺胞實質ニ於テ浸潤ヲ形成スト。而シテ肺門ノ罹患セル後ニハ一側又ハ兩側ノ肺門陰翳ノ增強ヲ呈シ、多少同質ノ緻密度ナルカ、或ハ腺腫ヲ思ハシムル斑點陰影ヲ形成スルモノナリ。然レドモ固有ノモノニハ非ズシテ塵埃等ノ吸入ニヨリテモ現ハレ、外觀上健常ナルモノニモ之ヲ認ムル事アリ。故ニ肺門部變化ノレントゲン像ハ臨牀的症候ノ確定或ハ疑問ナル際ニ價値アルモノトセリ。又氣管枝周圍浸潤ハ氣管枝樹枝狀陰翳ノ增強トシテ現ハレ肺門ヨリ肺尖ニ向ヒ、第一乃至第三肋骨ノ高サニ於ケル前方部ニ向ヒテ蔓延ス。乾板上ニ於テハ常ニ富饒ナル線條アリ。時トシテハ結節ノ小斑點ヲ合併ス。コノ變化モ又、塵埃等ノ吸入、百日咳、流行性寒胃等ニヨリテモ又上葉ニ相似タル變化ヲ呈スル事アルヲ以テ注意スベク、早期結核ノ診斷ヲ下スニ當リテハ輕症陽性ノ臨牀的症候ヲ伴フヲ要スト論述セリ。

Cooke⁽¹⁸⁾ニ據ル氏ハ肺結核ノ診斷及ビ豫後ニ於ケルX線ノ意義ニ關シテ著述ヲナセルガ其ノ大要ヲ宮原氏ニ據リテ拔萃スレバ(一)患部ノ變化、健康肺ノ寫眞上ニ見ユル線條ハ粗糙ニシテ緻密度輕微ナリ、結核肺ハ不規則ノ網狀ガ不同ノ緻密ト厚キ曲線ニヨリ形成サル。時々小圓形ノ境界鮮明ナル斑點ガ網狀中ニ存在スルハ、早期結核ノ特徴ナリ、

然シ透視診斷ニテハ、健肺ニ於ケル線條ガ肺ノ末梢ニ達セズ。(二)患部附近ノ肺變化、(イ)樹枝狀幹ノ變化、大氣管枝、血管ノ陰翳ガ規則的ニ幾分廣濶緻密トナリ、患部面ニ向テ進行ス、主患部附近ノ肺組織モ健肺ト異ナリ、樹枝狀分岐末梢マデ波及シ且分岐部ニ於テ斑點ヲ認ム、(ロ)肺門部ノ變化、罹患セル肺門翳ハ屢々健康側ニ比シ増加シ、大血管竝ニ之ニ連接セル氣管枝ガ不規則ニ患部ニ向テ走り緻密度ヲ増加シ、一般ニ不透明ナリ、此變化ハ肺結核ノ理學的症候ガ輕微ナル際ニ既ニ來リ、理學的ニ患部ノ狀況ヲ知ルニ比スレバ、「レントゲン」所見上ノ肺門部ノ變化ハ一層著明ナリ、疾患ノ進行ニヨリ、肺門部ノ大氣管及ビ血管ノ大サ竝ニ密度ノ増加ヲ來シ、末梢ニ於テハ線條細小トナリ、不規則ナル網狀次第ニ増加シ、相互ニ結合シ、結締織ヲ形成ス、而シテ最後ニハ時トシテ軟化シ空洞ヲ生ズルニ到ル。(三)胸廓ノ變化、略。(四)肺領域ノ變化、深呼吸或ハ咳嗽後ニ、肺領域不透明部分ノ消失セザル際ハ結核ヲ疑フベシ、肺尖ノ暗翳ハ種々ノ原因ヨリ生ズルヲ以テ、深呼吸ニテ消失セザルモノ例ヘバ單純性肺尖、肋膜炎ノ如キニ注意ヲ要ス、健康人特ニ腹式呼吸ノ女子ニ於テ、屢々肺尖暗翳アルモ深呼吸ニテ消失ス、而シテ結核ノ治愈セル肺尖ハ、患部竝ニ肋膜ノ肥厚ヲ來ス。其ノ活動性ナルカ非活動性ナルカノ區別ハ症候及ビ他ノ検査法ニ由ラザル可カラズ。石灰化セル淋巴結節及ビ肺氣管枝腺ハ、濃密ナル陰翳ヲ與フ。(五)横膈膜ノ運動ノ變化、後述。

Davis⁽⁵⁾氏ハ主トシテ二十歳乃至三十歳ノモノニテ肺疾患ノ疑ヒアルモノ一千名ニ就キテ檢シ、又同ジク樹枝狀陰翳ノ増強ト又細結節ト認ム可キ菲薄ナル微細斑點ヲ見ルモノヲ活動性肺結核ノ微トシテ擧ゲ、又肺尖ノ溷濁ヲ重要視セザリキ。而シテ其ノ發現部位ニ關シ次ノ三型ヲ區別セリ。

一、上部ニ來ル場合ハ、肺尖ヨリ肺門間ヲ結核發現ノ領域トス、此部分ニ於ケル傳染ガ大多數ニシテ總患者ノ九三%ニ相當セリ、内五三%ハ右上葉ニ、二八%ハ左上葉ニ、一一%ハ兩上葉ニ存シタリ。

二、中部ハ肺門ヨリ前面ノ第五肋間部位ガ發生領域ナルモ吾人實驗例中ニ於ケル陽性ノ中、僅カ一〇%以下ノ少數ナリ。

三、下部ハ第五肋骨以下ヨリ横膈膜間ニシテ結核病竈ハ稀有ニシテ一例ノミ右下部ニ疑ハシキ病變ヲ認メタリ。

Allison⁽⁴⁶⁾氏ハ又肺門陰翳ノ増強ト瀰蔓性或ハ限局性若クハ網狀形成ヲ伴フ末梢氣管枝線條ノ増殖ヲ主要徵候トシ、一般ニ上葉ニ多ク來リ、又屢々中葉ニモ認メラレ下葉ニ蔓延スル事稀有ナリトセリ。又氏ハ末梢氣管枝結核ハ實質性斑點ヲ隨伴セズ、而シテ著明ニ罹患スルニ非ザレバ臨牀的症候ヲ發現シ難シト主張セリ。

Stein⁽⁴⁷⁾氏モ又肺門ヨリ肺尖ニ及ベル線狀陰翳ヲ見、且之ニ小斑點ヲ混ズル見テ淋巴系炎性ニ進ム結核ノ像トナセリ。

宮原氏ハX線所見上真正初期傳染ハ認知シ難キモ、吾人ハ或人ノ早期變化トシテ、先ヅ肺門腺腫ヲ認知シ得、而シテ其初期肺門腺結核ハ反應性腫脹期ノミナレバ單ニ腺腫ノミニシテ爾餘ノ變化輕微ナリ。次デ氣管枝幹ノ分岐ハ増殖肥厚ヲ來シテ溷濁シ、其緻密度及ビ幅員ヲ増加シ、末梢ト氣管枝ハ線條ヲ形成ス、屢々末梢ニ向ツテ放散スル三角ノ樹枝狀分岐ヲ呈スル事アリ。更ニ進行セル場合ニアリテハ末梢氣管枝ハ獨リ線條ヲ呈スルノミナラズ、網狀ヲ形成スルニ至ル、斯ル肺門腺腫ニ線條乃至網狀ノ發現セルハ、末梢氣管枝炎性肺結核像ヲ暗示セルモノナリ。加之肺門竝ニ末梢氣管枝腺腫ガ單純ニ又、乾酪變性或ハ石灰變性ニ陥リテ萎縮シ、尙末梢氣管枝分岐點ノ諸所ニモ、淋巴結節ノ病變ヲ見ル事アリ、而シテ其細小ナル者ハ所謂結核結節ナリトス。又石灰變性セル腺腫ハ緻密濃厚ナル暗翳ニシテ、時トシテ彈丸ノ如キ狀態ヲ呈ス。然シ乍ラ乾酪變性セル腺腫ニアリテハ、不正形ノ緻密ナル周邊ヲ以テ包圍サレ、其中心部分ハ周邊ニ比シ稀薄ノ密度ヲ有ス。若シ如上ノ顯著ナル變化存在セバ、末梢氣管枝炎型ヲ顯示セルX線像ナリト論ジタリ。又氏ハ肺結核X線像ヲ末梢氣管枝炎型及ビ肺實質炎型ニ大別シ、前者ヲ早期竝ニ輕症結核ニ多クシテ後者ハ急性及ビ慢性ノ進行セル結核ニ於テ多數ニ見ル所ナリトセリ。

Manes⁽⁴⁸⁾氏ハ小兒ニ於テハ末梢ヨリハ肺門ニ多ク變化ヲ見ル事確實ナリ、又結核竈完成スレバX線寫真上ニ結核結節發現スルヲ以テ結節ヲ寫真乾板上ニ示ス事必要ナリ、即チ肺結核ガ極メテ早期ナルカ又ハ強キ滲出ノ無キ限リハ結

節ノ陰影ヲ認メ得ルモノニシテ、結核ニ固有ナルモノナリ。而シテ孤立セルト、密集セルト全葉ニ有スルト一葉ニ存スルトハ特ニ述ブル必要ヲ認メズトナセリ。

Jordan 氏ハ早期小兒結核ノ「レントゲン」像トシテ小氣管枝周圍炎症性肺結核ノ像ヲ舉ゲタリ。即チ、氣管枝線條陰翳及ビ腺腫ニ由ル結節陰翳ノ他ニ斑點存在シ、其ノ周圍ガ不鮮明ニ境界サルル點ヲ舉ゲ、慢性非結核性氣管枝炎ニアリテハ斑點ノ存在スル事モアルモ、主トシテ線條型ナリトナセリ。

Bythell 氏モ又小兒結核性肺門腺腫トシテ肺門部ニ一或ハ數個ノ不透明ナル結節陰翳ガ肺門部ニ存シ、時ニ著明ニシテ鉛彈丸ノ如キモノノ存スル他、樹枝狀陰翳中ニ結節ノ存在スルヲ結核性氣管枝炎ノ證徵ナリトナセリ。此新舊結節ノ差ヲ區別スレバ新結節ハ弱クシテ多少不透明ノ斑點ナルモ、陳舊結節ハ肺門分岐中ニ銳利ニ境界サルルモノナリ。

固ヨリ臨牀的徵候ヲ併セ考フルニ非ザレバ活動性ナリヤ否ヤヲ斷定スル能ハズトナセリ。又氏ハ規則的ニ肺門ヨリ肺尖ニ向ヒ蔓延スルモ、肺尖自己ノ侵サルル事比較的稀有ニシテ若シ當該肺葉ノ大部分ニ著シク進行セルモノニ限り其肺尖部ノ侵サルルヲ見ル、多クノ場合ハ肺門近傍ノ強ク侵サレタル像ヲ認メ、後ニ至リ他部分ニ蔓延スト云ヘリ。

Overend, Riviere (16)ニ據ル(16)氏ガ健康兒、結核兒ニ就キテ比較研究シ、氣管枝腺結核、早期肺結核ハ臨牀的ヨリモX線ノニヨリ良ク診斷シ得ラルル事ヲ述ベタリ。氏ハ小兒ノ早期肺浸潤ハ肺門周圍ニ來ルモノナルヲ以テ「レントゲン」的ニハ容易ニ診斷シ得ルモ、臨牀的ニハ表層ニ蔓延セル際ニ最モ多ク陽性ニ認メラルルヲ述ベ、肺尖ノ聽診的變化ヲ認ムル際ニハ既ニ氣管枝腺腫脹、進ミテ線條陰翳ノ增強ヲ認メ、尙臨牀的ニ毫モ變化ヲ認メ難キ場合ニ、X線ハ一側或ハ兩側ニ著明ノ變化ヲ示シ、肺ノ全面ニ氣管枝樹ノ舊キ網狀ヲ形成シ、帽針頭大ノ結節ガ末梢迄存在スルヲ認ムル場合アリト。又非活動性ノ肺ハ鮮明ニシテ肺門及ビ氣管枝樹ノ境界ハ銳利緻密ナリ。活動性ナレバ不透明ニ溷濁シ、且線條モ不規則ニシテ菲薄同質ナリ、即チ一般ニ雲霞狀ノ陰翳ニ覆ハレ、結節モ不明瞭ニシテ網狀組織ヲ缺ク、肺門ノ彌蔓性ニシテ緻密ナル暗翳ヲ現ハスハ活動性ナル事ヲ暗示シ、腋窩ニ向フ樹枝狀分岐ニ斑點ヲ伴フ、但シ慢性氣管枝

加答兒ノ二少年ニ於テ微細ナル樹枝狀分岐アリテ僅少ノ結節ヲ伴フヲ見タリ、然シ多ク虚弱體質ノ小兒ニ於テ肺門周圍ノ氣管枝ニ結節アリテ同時ニ氣管枝肺炎ノ徵候ヲ備フルモノハ活動性結核ナリ。故ニ臨牀的ニ活動性ナレバX線ニテモ容易ニ診斷シ得、而シテ活動性早期症候ノ一ハ肺門腺ノ腫脹濁濁ナルガ如シト。

第四項 横膈膜運動ノ變化

早期肺結核ニ於テ横膈膜ノ呼吸時運動ニ變化ヲ來ス事ヲ初メテ唱ヘタルハWilliam氏ナリ。生理的ニハ横膈膜ハ吸氣時ニ左右同調ヲ以テ同一範圍ヲ下行シ、呼氣時ニハ再ビ元ノ位置マデ上昇スルモノナルガ、肺ニ結核性疾患ノ存スルモノニ於テハ羅患側ノ横膈膜ハ吸氣ニ際シテ殆ンド移動セザル事アリ。之ヲWilliam氏徵候ト謂ヒ、又極メテ輕度ニ下行スルモノ、或ハ吸氣時ニ却ツテ少シク上昇スルモノヲモ同ジクW氏徵候中ニ加ヘラレタリ。其ノ原因ニ關シテハ肺含氣量ノ減少ヲ言ヒ(William)、或ハ肺尖肋膜炎ニヨル機能障害ヲ唱ヘ(Hicknecht)⁽²⁵⁾ニ據ル、又横膈膜神經ノ障害ニ歸スルモノアリ(De la Camp, Mohri(同)。Minor, Barjon, (S)ニ據ル) De la Camp, Krause氏等ハ之ニ贊セルモ、(Coke)氏ハ之ノ徵候ノ缺除セル場合ノ甚ダ多キヲ述べ、Bythell氏モ又不確實ナリトシ、Assmannハ價值少シト論ジ、宮原氏又早期結核ニ認ムル事少ク慢性進行性ノ場合ニ屢々認ムトナセリ。Tamm氏ハ實大測定的計測ニヨリ觀察セルガゴノ現象ノ稀有ナルヲ知レリ。又出現頻度ヲ見ルニArnsperger氏ハ早期肺結核ノ約六%ニ、Doherty氏ハ一八%ニ、De la Camp氏ハ三五%ニ之ヲ見タリ。

第四章 實 驗 例

大正八年春ヨリ同十一年夏ニ到ル迄ニ本校附屬醫院各科及ビ地方病院、開業醫ヨリ「肺尖加答兒」ノ診斷ヲ附シテ當科ニ送ラレタルモノ、及ビ當科外來ニ於テ「肺尖加答兒」ト診斷シ得ベキ理學的徵候ヲ有スル患者相合シテ一千六百七十八名ニ就キ胸部ノレントゲン透視竝ニ撮影ヲ行ヒ其成績ヲ比較檢索セリ。而シテ其成績ニ於テ一千六百七十八名中

ニ三百七十四名即チ二二・二%ニ極メテ著明ナル變化ヲ認メタルヲ以テ之ヲ分離シテ假ニ著變例ト名ヅケ他ノ一千三百四名ヲ輕變例トシテ記載セントス。

其一、輕變例ニ就キテ

著明ナル肺ノ病的陰翳ヲ認メタルモノ三百七十四名ヲ除ケル他ノ一千三百四名ニ於テモ其全例ニ於テ多少ノ病的變化ヲ認メザルモノハ無シ。

(一)、全例ニ相通ジテ認メラレタル所見ハ肺門部ノ變化ナリ。即チ左右ノ肺門陰翳中ニ於テ粟粒大乃至蠶豆大ノ斑點ヲ混ジ、各斑點ハ濃淡種々ニシテ大ナルモノニ於テハ濃密ナル部ト淡キ部ト相混ジ、時ニ中央部ニ或ハ周縁部ニ濃密ヲ現ハシ、更ニ數個ノ斑點相融合シ肺門陰翳ヲ著シク増強セシムルモノアリ。斑點ハ邊縁平滑ナルモノモ存スレドモ、又不分明ナルアリ。殊ニ淡キモノニシテ肺門部ノ錯綜セル血管翳ト密接シ境界ヲ明ニ認メ難キモノアレドモ、霰彈ノ如ク濃密ニシテ明劃ナル縁ヲ示スモノニテハ心臟ニ覆ハルル時ニモ尙正中陰翳中ニ濃厚ナル斑點トシテ現ハル。各斑點ハ氣管枝腺ノ位置ニ一致セルモノ最モ多ク、又氣管枝陰翳ニ沿ヒテ存スルモノモアリ。又時ニ上部第二、三肋間ニ於テ氣管ノ陰翳ノ周圍ニ存シ、或ハ心臟ニ密接シテ共ニ搏動ヲ現ハセルモノモアリ。

(二)、次ギニ大多類ニ於テ認メラレタルハ肺紋理ノ變化ナリ。肺門ヨリ肺野外縁ニ向ヒテ放散スル樹枝狀ノ陰翳ハ健康ナルモノヨリモ濃密ニテ、殊ニ肺門部ヨリ上部ニ涉リテ認メラルル事多ク、淡キ細小枝ハ増多シ網狀ニ錯綜セリ。肺門近クニ於テハ明ニ氣管枝壁ニ沿フ肥厚ヲ認ムルモノアリ。

(三)、又多數例ニ於テ上述ノ増強セル樹枝狀陰翳中ニ或ハ濃密ナル或ハ淡キ數個或ハ更ニ多數ノ微細ナル斑點ヲ混ズルヲ見タリ。

(四)、肺炎野ニ於テハ多數例ニ變化ヲ認メタリ、即チ一側或ハ兩側ノ僅ニ暗キモノ、肺炎上界ノ縮少ヲ示セルモノ及ビ瀰蔓性又、斑點狀、雲絮狀ニ溷濁セルモノ等アリ。尙肺炎野ニ異常ノ陰翳ヲ認ムルモノノ大多數ニ於テ該部ヨリ

肺門ニ到ル間ノ樹枝狀陰翳增強、微小斑點ヲ認メタリ。小兒ニ於テハ大人ヨリモ肺尖ノ變化少ナシ、概シテ右側ハ左側ヨリモ頻度大ニシテ兩側ニ存スル際ニハ右側ニ強キ事多キヲ見タリ。

(五)、Krausfeldt-Holtノ咳嗽法モ多數例ニ就キテ行ヒタルガ肺尖部ノ萎縮セルモノ或ハ僅ニ暗キモノ、溷濁セルモノニアリテハ瞬時的透明ノ弱キヲ且肺尖部ノ伸展少キヲ見タリ。該法ノ輕微ナル變化ニ於テハ常的所見ト區別スル事難ク確實ニ陽性率ヲ擧グル能ハザリキ。

(六)、小兒ニ於テハ咳嗽ニ際シテ肺尖部ニ現ハルル瞬時的透明ハ成人ノ如ク著明ナラザルヲ見タリ。

(七)、偏側「肺尖加答兒」ノ診斷ヲ附セラレタルモノノ多クノ場合ニ於テ當該側ニ、上述ノ樹枝狀陰翳增強及ビ小斑點、肺尖野ノ變化ヲ認ムルモ、又反對側ノ變ノ強キヲ見ル事アリ。肺門部ノ變化ハ兩側共ニ認メラレタルモノ多シ。

(八)、偏側性ノモノニ於テ *Wilmers* 氏徵候ノ認メラレタル例モアリタルモ實大測定法ニヨル計測ハ爲サザリシヲ以テ陽性率ヲ擧グル能ハズ。

其二、著變例ニ就キテ

前述セル如ク「肺尖加答兒」患者一六七八名中三七四名即チ二二三%ニ於テ極メテ著明ナル肺ノ病的陰翳ヲ認メタリ、而シテ之等ハ總テ從來論述セラレタル肺結核像ニ一致シ、又臨牀的關係ヨリ併セテ肺結核症ト診斷シ得ラルルモノナリ。

之ヲ各年臺ニ別テ左表ノ如シ。

(第一表)

	總數		總數ニ對スル 着變例ノ割合			總數		總數ニ對スル 着變例ノ割合	
	數	着變例	數	割合		數	着變例	數	割合
六十年以上	一一	三	二五・〇%		四十年以上	一六二	三三	一九・九%	
五十年以上	五二	一五	二八・六%		三十年以上	三一六	七三	二二・九%	

二十年以上	六四八	一五〇	二二・八%	十四年以下	一七五	三六	二〇・六%
十五年以上	三二二	六四	二〇・三%	計	一六七八	三七四	二二・三%

即チ着變例ハ總數ト共ニ二十年台ニ最も多ク三十年台、十五年台ニ次グ。而シテ其ノ總數ニ對スル割合ハ五十年以上ニ高率ヲ示スハ患者數少キヲ以テ論斷シ難シ、五十年以下ニ於テハ二十年台三十年台ニ少シク多シ。

今之ヲ更ニ各病型ニ分チテ記載セントス。

肺結核ノ病理解剖的變化ノ種類ハ現今 R. Michel (Sニ據ル) 氏ガ Frankel-Albrechtノ記載ニ Traenkle 氏ノ副分類ヲ附加シテ提案セル

(一)、硬變性結核症 zirrhotische Tuberculose

(二)、結節性結核症 knotige Tuberculose

(三)、乾酪性—滲出性結核症 käsige-exsudative Tuberculose

a、氣管枝肺炎性結核症 bronchie-pneumonische Tuberculose

b、大葉肺炎性結核症 lobar-pneumonische Tuberculose

ガ新シキモノトセラルルガ如シ。

而シテ宮本氏ハ臨牀的の分類ハ病理解剖の原則ヲ包含セシメタル臨牀的「レントゲン」の所見ニ基クベキ事ヲ述ベ次ノ如キ分類法ヲ擧ゲタリ。

I II (一) 開口性、(二) 閉鎖性。

II II (一) 進行性、(二) 停止性、(三) 潜伏傾向性、(四) 潜伏性。

(一) 滲出性、(a) 氣管枝肺炎性、(b) 大葉肺炎性。

III (一) 產出性、(a) 產出滲出性、(b) 硬變滲出性、(c) 產出硬變性。

(三)硬變性。

IV

- (一)右尖部、(二)右門部、(三)右上葉、(四)右中葉、(五)右下葉。
- (二)左尖部、(三)左門部、(三)左上葉、(四)左下葉。

其内臨牀上病理解剖的病像ヲ分ツIIIノ三大病型ノ臨牀的「レントゲンの所見ニ就キテ Arlt, Mayer 氏ノ説述ヲ擧ゲタリ。

余ハ日常肺結核ノ「レントゲン像ノ分類ハ先キニ當教室故生駒氏⁽¹⁰⁾ノ記載セル如ク Langmann 氏ニ從ヒテ、

A、樹枝狀陰翳。

B、播種性結核

氣管枝周圍炎型。
血行性粟粒結核。

C、廣汎性陰翳。

D、破壊性型。

トシテ分類スルモ、今回ノ如キ早期結核患者ノ檢索ニ當リテハ更ニ陰翳ヲ區別スルノ要アリト信ズ。余ガ假リニ分類セルモノハ左ノ如シ。

一、樹枝狀陰翳增強型。

二、瀰蔓性溷濁型。

三、融合性濃厚斑點型。

四、播種性斑點型。

五、播種性微細斑點型。

六、空洞形成型。(破壊型)

又侵襲部位ニ關シテハ、A. Frankel, Gräff氏ガ Aschoff, Nichol, Panke (以上ニ據ル)氏等ノ研究ヲ基礎トシテ成セル臨牀的分類ニ於テ葉(Lappen)ニ區別セス、野(Feld)ニ區別セルヲ參照シ、左右肺野ヲ各肺尖部、肺上部(肺尖部ヲ含ム)、Mollenheim氏窩部(鎖骨下外側方部)、肺門部、肺中部、肺下部ニ分類シタリ。

各病型ニ就キテ、

著變例三七四例中ニハ固ヨリ各型ノ移行像ヲ交ヘタルモノヲモ認メタルモ分類シ得ラルルモノ三二六名ヲ得タリ。他ヲ混合型トナセリ。

一、樹枝狀陰翳增強型

肺紋理ハ早期肺結核ニ於テ屢々增強スルモノナルガ、其ノ高度ナルモノヲ樹枝狀陰翳增強型ト名ヅケテ分離セリ。即チ樹枝狀肺紋理ハ濃淡相混ジテ增強シ、末梢ニ向ヒテ網狀ヲ呈スルアリ。肺門部ニ於テハ點々タル大小ノ濃厚斑點ヲ混ジテ肺門腺腫脹ノ像ヲ現ハシ、又樹枝狀陰翳ニ沿ヒテ多數ノ小斑點ヲ現ハスモノニシテ、病理解剖上、氣管枝及ビ氣管枝周圍結核竝ニ血管周圍結核 Tuberculosis bronchialis et peribronchialis, Tuberculosis perivascularis ニ一致シ又 A. Mayer, 宮本氏分類ノ硬變性型(硬變性肺結核症) Die zirrhotische Form (die zirrhotische Lungentuberculose)ナル事多シトセラル。而シテ兩肺ニ廣汎ニ涉リテ認メラルルアリ或ハ一部ニ限局セルモノアリ。

(第二表)

肺 上 部	部 位		年 齡	計		累 計
	右	左		兩	計	
			以六〇年上	1	1	
			以五〇年上	1	1	
			以四〇年上	2	1	
			以三〇年上	2	1	
			以二〇年上	1	5	
			以一五年上	1	1	
			以一四年下	1	1	
				5	6	
						11

同年台着變例總數 ニ對スル割合	計	全葉					肺下部			肺中部		
		右	左	右強	其左強	其內兩	右	左	兩	右	左	兩
三三・三%	一					一						
六・七%	一											
九・四%	三					一						
九・七%	七	二				三						
八・二%	一二	一				五						
三・二%	二			二	一	一	一					
五・六%	二					一						
		三		二	一	二	一					
						一						

摘要 一、六十年以上が高率ヲ示スハ着變例患者總數僅ニ三名ナルヲ以テ明言シ難シ、即チ三十年台、四十年台、二十年台ニ最も多ク幼年者ニハ少シ。
 二、兩肺全葉、肺上部ニ最も多キヲ見ル。
 三、肺下部ニハ一例ヲ見ルノミナリ。
 四、右左ノ比ハ一一對二ナリ。

二、瀰蔓性溷濁型

肺野ニ於テ鳩卵大乃至手掌大ノ平等ナル溷濁ヲ認ムルモノヲ擧ゲタリ。斯クノ如キハ主トシテ、(一)乾酪性肺炎、(二)肺門腺結核ノ軟化破壊シテ病竈周圍ニ擴大セル場合、(三)喀血後ノ多量ノ血液浸潤等ニヨルモ、(四)屢々肺腫瘍、肺膿瘍、肺炎、肺微毒、内容ヲ充實セル非結核性肺空洞及ビ肋膜炎等ニヨリ形成セララルコトアリ。

實驗例ハ何レモ其病歴、臨牀的所見等ヨリシテ結核性變ヲ考フ可キモノナリ。而シテ陰翳ハ比較的濃厚ナラズ、早

期浸潤トモ見得ベシ。

實驗例ハ左表ノ如シ。

(第三表)

原著 伊達ニ臨牀的診斷トシテノ所謂「肺炎加答兒」症ノ疑義ニ關スル「レントゲン」的研究

一三四一

肺門部	M氏窩部		肺中部					肺上部		肺尖部		部 位 年 齡
	右	左	右	左	右強	其左內強	其左內	右	左	右	左	
												以六〇年
												以五〇年
												以四〇年
												以三〇年
												以二〇年
	三	一							一			以一五
	二	一							二	一		上年
	七	三			二	一	一					以一四
												下年
	一	二			三	一	一		五	一		計
	四											累
	一六											計
		五							七			
										一		

同年台着變例總數 ニ對スル割合	計	肺下部		
		右	左	兩
二・〇%	三			
二・八%	二			
四・八%	七	一		
一二・七%	八	一		
四四・四%	一六	一		
			三	
				三

摘要

- 一、本型ハ十四年以下ニ最も多ク年齢ノ加ハルト共ニ著シク減少スルヲ見ル、老年期ニ又高率ヲ示スモ例症少キヲ以テ明言シ難シ。
- 二、右側肺門部ニ最も多ク、肺上、中部 Mollenheim 氏高部之ニ次ケ。
- 三、肺下部ニハ少數例ニ見タリ。
- 四、肺尖部ニハ一例ニ見タルノミナリ。
- 五、右左ノ比ハ二五對八ナリ。

三、融合性濃厚斑點型

本型ハ肺結核「レントゲン像中最モ多ク認めラルルモノニシテ、種々ナル大サヲ有スル斑點ガ相連續シ、又融合シテ濃厚ナル大理石紋理様溷濁ヲ呈スルモノナリ。病理解剖上相連續シ又融合セル結核竈ニ一致スルモノニシテ慢性病變ナル事多ク、其ノ中ニテ比較的濃厚ナル斑點ハ乾酪變性、石灰沈着ヲ伴ヘルモノナリ。又結締織性癥痕形成ガ濃厚ナル斑點性紋理トシテ現ハルル事アリ。A. Mayer、宮本氏分類ノ結節性型(産出性肺結核症) Die Knötige Form (die productive Lungentuberculose) ニ一致スルモノアリ、又氏等ノ乾酪性・滲出性型(滲出性肺結核症) Die käsige-exsudative Form (die exsudative Lungentuberculose) ノ像ニ相似タルモノヲモ之ニ併入セリ。

實驗例ハ左表ノ如シ。

(第四表)

同年台着變例總數 ニ對スル割合	計	全葉					肺下部
		右	左	右強	其内強	其内兩	
六六・七%	二						
五三・三%	八	二					
七一・九%	二三	一				三	
六一・一%	四四			一	二	八	
五三・七%	七九	二		二		四	
五八・七%	三七			三		六	
三八・九%	一四					一	
		五		六	二	二二	
						二七	

摘要

- 一、本型ハ幼年期ヲ除キテハ各年齡共ニ最も多數ヲ示シ、比率ニ大差ヲ見ズ。
- 二、肺上部ニ最も多ク全葉ニ存スルモノ、及ビ肺尖部ニ強キモノ之ニ次ケ。
- 三、全葉例ヲ除キテハ、肺尖部肺上部ニ來レルモノ相合シテ八三・%ヲ示ス。
- 四、兩肺全葉ニ來レルモノ二十二例ヲ算ス。
- 五、肺門部ニ來レルモノ、Mohlheim氏窩ニ來レルモノ共二十三例ニシテ前者ハ幼年者ニ多シ。
- 六、肺下葉ニ來レルモノヲ見ズ。
- 七、各部位共右ニ多ク右左ノ比ハ一一四對三四ナリ。
(但シ本型ニハ上葉ノ侵サレタル時肺尖ガ明ニ殘サレテ著變ヲ見ザルモノヲ認メタリ。)

四、播種性斑點型

所謂播種狀ニ小ナル又二三融合セル小斑點ヲ全肺葉ニ或ハ限局シテ認メラルモノナリ。Asmann氏ハ氣管枝周圍炎型、粟粒結核ニ二別セリ。本型ハ其前者ニ一致スルモノニシテ、主トシテ斑點ハ透視板上ニ於テ明ニ認メ得ル大サノモノニシテ「レンズ豆大ナル事多ク、Finkel⁽³⁴⁾氏モ又氣管枝周圍炎性播種性結核ニ一致スルモノナル事ヲ謂ヒ血行性粟粒結核ニ比シテ融合性結節ナル事多シトセリ。

實驗例左表ノ如シ。

(第五表)

同年台着變例總數 ニ對スル割合	計	全葉						肺上部						部 位 年 齡	以 六 〇 七 年 以 上 年 以 四 〇 年 以 上 年 以 三 〇 年 以 上 年 以 二 〇 年 以 上 年 以 一 五 年 以 上 年 以 一 四 年 下 年	計	果 計
		右		左		其内		右		左		其内					
		強	弱	強	弱	強	弱	強	弱	強	弱	強	弱				
一三・三%	二														六〇七		
九・四%	三														四〇		
九・七%	七														三〇		
一五・〇%	二二														二〇		
六・三%	四														一五		
二・八%	一														一四		
															計		
															果計		

摘要 一、本型ハ二十年台最多ニシテ三十年台之ニ次ケ。
 二、兩肺全葉ニ來ル事最モ多ク、次イテ肺上部ニ多ク、又右側肺全葉ニ認メラル、モノアリ。
 三、右左ノ比ハ一九對ナリ。

五、播種性微細斑點型

全肺ニ全ク同程度ノ微細ナル斑點ヲ現出スルモノニシテ、病理解剖上粟粒結核ニ一致スルモノニシテ主トシテ血行性變ニ基ク、各斑點ハ帽針頭大ナルモ時ニ其レヨリ大ナル事アリ。遠距離撮影ニ於テハ現ハルル斑點ハ解剖的結節ノ大サニ一致ス。Aschman, Handek ハ常ニ乾板上ニ於テ粟粒竈ガ個々獨立セルモノナル事ヲ言ヒ Kleinberger, Achelis ハ本病ガ照射方向ニ由リテ各個ノ病竈ガ併合的陰翳ヲ投ゲ、乾板ニ近キモノノミガ陰翳ヲ明ニ現出シ、時ニ全ク陰翳

ヲ形成セザル事スラ有リト云フ。

實驗例ハ三例ニシテ共ニ二十年台ノモノニ認メタリ。

六、空洞形成ノ像ヲ認ムルモノ(破壊型)

空洞形成ノ像ヲ認ムルモノ三例ヲ得タリ。

年 齡	例數	部 位	其他ノ肺野ノ像
四〇年以上	一	(右上部)	右全葉融合性濃厚斑点型
三〇年以上	一	(右上部)	兩側全葉 同
一四年以下	一	(右中外部)	兩側全葉 同

七、混合型ヲ呈セルモノ

(第廿六表)

病 型	年 齡							計
	以六〇 上年	以五〇 上年	以四〇 上年	以三〇 上年	以二〇 上年	以一五 上年	以一四 下年	
右全、左上播種性斑点型								一
左全、右上 同								一
兩尖濁、右M氏高融合性斑点型								二
同 左M氏高 同								一
右全、左上融合性斑点型								一
左全、右上 同								一
兩全樹枝狀腎強、右上融合斑								三
同 左上 同								一
同 兩上 同								二
右全、下播種性斑点型								二
同 兩上 同								三
計	二	六	一	三	一	五	一	二

原著 伊達ニ臨牀的診斷トシテノ所謂「肺尖加答兒」症ノ疑義ニ關スル「レントゲン」的研究

右 上、中 同									
右 上、中 同、下 彌漫性型									
右 上、中 融合性斑点型									
右 中、左 上融合性斑点型									
右 上、下 樹枝狀鬚強型									
右 上、中、左 上融合斑点型									
右 中、左 上 同									
右 下、左 上 播種性斑点型									
計									
一									
二									
一四									
二〇									
六									
一									

摘要 混合型ニアリテモ又右側ハ左側ヨリ上部ハ下部ヨリモ強ク侵襲セラレタルヲ思ハシム。

第五章 總括的卑見

「レントゲン線ノ發見セララルヤ其翌年(一八九六年)既ニ Ordin, Barthélemy, Bonchard, Paclère (據ル) 氏等ハ肺炎加答兒ノ疑ヒアル患者ノ檢索ニ之ヲ用ヒテ陽性所見ヲ得ル事ヲ唱ヘテヨリ以來、廣ク應用セララルニ到リ第三章下ニ記述セル如ク種々ナル所見ヲ舉グルニ到レリ。而シテ又一面ニハ他ノ疾患ニ由リテモ屢々相似タル所見ヲ呈スル事ヲ舉ゲ、或ハ早期肺結核ノ診斷ニハ價値無キモノノ如ク唱フルモノノ存スル現今、吾人ハ之ニ對シ如何ナル見解ヲ下スベキカ。以下實驗例ニ基キ卑見ヲ述ベントス。

前章ニ記載セル如ク、余ハ臨牀的(レントゲン検査ヲ含マザル從來ノ臨牀的ノ意味)ニ「肺炎加答兒」ナル診斷ヲ下サレタル患者一千六百七十八名中實ニ三百七十四名即チ二二三%ニ於テ肺ニ著明ナル變化ノ存スルヲ認メタリ。其中ニハ兩肺全葉ノ侵サレ慢性的病型ヲ呈スルモノ少ナカラズ。之等ハ總テ從來論述セラレタル肺結核像ニ一致シ、又臨牀的關係ヨリ併セテ肺結核症ト診斷シ得ラレタルモノナリ。其ノ中ニハ比較的陳舊硬化ヲ思ハシムル像モ無キニシモ非

ザルモ、理學的ニ既ニ肺尖加答兒性徵候ノ認メラルル事ヲ以テシテモ臨牀的ニ意義無キモノトハ考フル能ハズ。余ハ即チ從來主張セラレタル如ク普通臨牀的ニ輕微ナル變化ヲ思惟スル例症ニ於テ「レントゲン検査ニヨリ意外ニ進行セル病變ヲ發見スル」此事實ヨリシテモ又所謂「肺尖加答兒」症ニ對シ「レントゲン検査ノ重要ナルヲ高唱セントスルモノナリ」。

而シテ輕變例トナセル一三〇四名ニ於テハ意義アル所見ヲ認識シ得タリヤ否ヤ。

一、先ヅ第一ニ舉グベキハ肺門部ニ認メラルル種々ナル斑點陰翳ニシテ(前章其一ノ一)。全例ニ於テ認メラレ此ノ變ノミヲ有スルモノアリ。其ノ像ハ第三章下ニ舉ゲタル氣管枝腺結核ノ像ニ略一致ス。然レドモ全ク結核性變ニ基クモノト斷言シ得ルモノニハ非ズ。單純性腫脹ニアリテハ認ムベキ陰翳ヲ現ハサズトセラルルモ、他ノ傳染性疾患ニ因ル急性或ハ慢性腫脹、或ハ塵埃吸入性腫脹、腫瘍等ニヨリテモ類似ノ像ヲ呈スルハ周知ノ事實ナリ。又余等ハ日常「レントゲン検査ニ當リテ既ニ Hancock 氏等ノ云ヘル如ク、健常者ニ之ニ類似セル像ヲ見ル事稀ナラズ。後者ノ如キハ結核性以外ノ慢性炎症ニ因ルモノナルカ、或ハ結核性ナルモ癩痕性硬化セルカ、或ハ潜伏性ナルモノト思惟ス可キモノナルベシ。小兒ニアリテハ氣管枝腺結核ハ臨牀的ニ意義重大ナルハ現今最早異論ヲ許サザルト同時ニ、成人ニアリテモ、肺門腺ニ潜伏セル結核菌ガ淋巴流ヲ逆流シ、或ハ血行ニ依リテ肺ノ他部殊ニ肺尖ニ向ヒテ蔓延病竈ヲ形成スル事ノ多キハ Bieder, Rosenhul 氏ヲ始メ多數ノ論ズル處ナリ。「肺尖加答兒」患者ニ於テ肺門腺腫脹像ノミヲ認メタル時、之ニ重要ナル意義ヲ附スベキモノナリヤ、又「肺尖加答兒」ト診斷セル肺尖部ハ眞ニ輕度ノ毛細氣管枝、肺胞ノ加答兒性變ノミト見テ可ナリヤ、其レ以上ノ結核性病變ヲ有セザルモノナリヤ。此ノ點ニ關シ、余ハ如何ナル程度迄ノ小病竈ガ「レントゲン像ニ現ハルルヤ」從來ノ研究ニ就キ温ネントス。

Cole (3) 氏ハ肉眼的ニ見得ル細小結節ガ「レントゲン像ニ陽性ニ現ハルルヲ唱ヘタルモ病理學上ノ純然タル初期形成ノ結節ナリトハ明言セザリキ。Dehfield, Prudden (以上 (3) 氏等相次イデ又之ニ贊セルモ、Dunham 氏ハ

孤立セル結核結節ハ現ハレズ、數個ノ小ナル結節相合シテ大ナル乾酪竈ヲ形成スルニ到レバ始メテ結節點トシテ乾板上ニ現ハルル者ナルヲ云ヘリ。又宮原氏ハ「肉眼的ニモ認メ得ル病理學上ノ眞性結核結節ハ爾餘ノ病的肺組織ト比較シ其ノ緻密度ノ差異ガ恐ラク輕少ナルニ基因シ恰モ健康ナル肺組織ノ如ク現今ニ於ケルX線乾板上ニ映像シ難キモノト推斷セザルヲ得ズ」トセリ。Hunt氏ハNixon氏ノ立證セル肺結核ノ初發點トシテ病理學上重要ナル葡萄狀結節點ヲ乾板上充分ニ之ヲ證明シ得ルノ時期ニ達セズトシ、Hirsch氏又結節ガ乾板ニ陽性ニ現ハルルハ中心部ガ壞疽性變ニ陥レル後ナリト論ジタリ。又粟粒結核ノ「レントゲン」像ニ就キテ見ルニKleinberger, Achelis氏ハ乾板ニ近キモノ相重積セル時始メテ點狀陰翳ヲ形成スルモ、他ハ肺野ヲ瀰蔓性ニ淡ク濁濁セシムルニ止マルモノトシ、Lachmann氏ハ技術ニヨリテハ「レンズ」豆大ノモノハ單獨ニ點狀陰翳ヲ現ハシ得トナセリ。而シテKieser, Kruse氏ハ孤立性結節ガ四平方耗以上ノ直徑ヲ有シ、X線乾板ニ近接セルモノノミガ陽性ニ現ハルル事ヲ述べ、最初ノ變化ハ病竈ノ位置ニ由リ見過ス事ノアルハ止ムヲ得ズ、又加答兒性ノ部位ハ透明ニシテ變化ヲ認メズトナセルモ、又同時ニ氏等ハ結核ノ病理學的變化ハ傳染後ノ數月或ハ數年後ニ於テ初メテ臨牀的發病ヲ來ス者ナレバ此ノ時期即チ發病早期ニハX線ニテ優ニ之ヲ診斷シ得ト述ベタリ。又Dunham氏ハ早期ノ診斷ヲ一定ノ結節ヲ形成スル以前ニ成スベク企テタリ、而シテ矇朧タル氣管枝樹ノ扇子狀部面ノ陰翳ヲ早期固ニ有候ト認メ、此現象ヲ早期結核ニ起因スル充血及ビ浸出液ノ結果トナセリ。

以上ヲ通覽スルニ「肺尖加答兒」ニ於テ其ノ加答兒性變ヲ思惟スル部位ニ何等ノ「レントゲン」所見無キモノニ於テハ小結節等ノ病變ノ存スル場合ヲ否定スル能ハズト雖モ其ノ變ハ輕微ナル可キヲ思考シ得。而シテ肺尖部ニ原發竈ヲ生ズルモ病變輕微ニシテ臨牀的意義アル早期肺尖病竈ハ多ク轉移ニヨルモノトセラレタリ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ニ據ル。然ラバ實驗例中肺門腺腫ノ像ノミヲ認ムルモノニ於テハ肺尖加答兒ヲ起セル根源ヲ全ク肺門腺腫ニ歸シ、之ヲ結核性トナシ得ルモノナリヤ。該例中ニハ既載ノ結核性腫脹像ニ一致スル著明ナルモノモ存スレドモ、又比較的輕微ナル變化ニシテ健常者ニ屢々認ムル像ト異ナラザルモノノ存スル事等ヨリ思惟スル時ハ躊躇セザル可カラズ。即チ臨牀的「肺尖加答兒」ノ「レ

ントゲン検査ニ於テハ時ニ參考視スベク弱キ所見ヲ呈スルモノアリト云フ可シ。斯ル例症ニ對スル見解ハ尙後ニ一言述ブル處アルベシ。

二、次ギニ又多數例ニ於テ樹枝狀陰翳ノ增強ヲ認メタリ(前章其一ノ二)。殊ニ肺門ヨリ上部ニ多ク、濃密ナル線條狀ナルアリ、淡キ細枝ノ多數ガ網狀ニ錯綜セルモノアリ。而シテ肺門近クニ於テハ明ニ氣管枝壁ニ沿フ肥厚ヲ認ムルモノアリ、之レ即チ第二章下ニ記載セル諸家ノ研究ニ對照シテ主トシテ氣管枝周圍炎時ニハ血管周圍炎ニ基ク陰翳ト思考シ得ラルルモノニシテ、又肺結核ノ早期變化トシテ多キ病型ナリ。而モ錯綜セル樹枝狀陰翳ニ數個或ハ其上ノ微細斑點ヲ混ズルヲ見ルハ(同其一ノ三)氣管枝周圍ノ結節又ハ小浸潤ニ一致スルモノナリ。此ノ所見ハ Allison, Paineoast, Davis, Shirky, Assmann 其他ノ諸家ガ最も重要視セル處ニシテ「肺炎加答兒」症ノ多數ニ於テ之ヲ殊ニ肺門ヨリ上部ニ涉リテ認ムルハ肺炎加答兒ニ對シ意義アル所見ト云フ可シ。近時 Paineoast, Dunham, Baeljar⁽⁵⁾氏等ハ中部及ビ末梢ノ樹枝狀陰翳增強モ結核ニ伴ヒテ起ル病變ニシテ結核ニ固有ナリト云フ可カラズトナセルガ、余等モ又上述諸家ノ説ケルガ如ク、之ニ微細斑點ヲ伴ヘル時最モ有意義ナリト思考ス。但シ血管翳或ハ肥厚セル氣管枝翳ガ相重ナル部位及ビ之等ノ一枝ガ長軸ニ沿ヒテ透視サレテ成レル點狀陰翳ガ結節翳ト鑑別シ難キモノアリ。由リテ余ハ數字的ニ陽性率ヲ擧ゲテ本所見ヲ論ズルヲ避ケ、唯多數ニ於テ之ヲ認メタル事ヲ述ベントス。本所見ニ向ヒテ誤リ易キモノトシテ尙肺血管鬱滯、氣管枝炎、氣管枝擴張症、氣管枝軟骨ノ化骨、Bronchialröhrenstein (Corpora amyacea)、塵埃吸入肺、肺氣腫患者ノ肺紋理、肺炎ノ融解期、肺動脈硬化症、肺内分枝性骨形成 (Pneumopathia osteoplastica racemosa (Simmonds⁽⁶⁾))等擧ゲラレタルモ病歴臨牀的徵候等ニ併セテ綿密ナル檢索ヲスルニ於テハ多ク鑑別シ能フモノナリ。

三、肺尖野ニ於テ認メラルル所見(同章其一ノ四、五)。ハ Levy-Dorn, Albers-schönberg, Groedel 氏等ノ説ケル處ト略一致シ、多數ニ於テ認メラレタルモノニシテ種々ナル程度ノ瀾濁ハ結核性變ト見ル可ク、又肺尖ノ萎縮ヲ伴ヘルアリ、健常ナルモノニ比シテ著シキ無氣狀態ヲ呈セルモノアリ。又 Kreuzhubs-Holst 氏ノ咳嗽法ハ多數例ニ於テ意義

アルヲ認メタルモ之又胸廓上部ノ形態的關係ヨリシテ明カナラザル事アリテ病的意義ノ陽性率ヲ舉グル能ハザルモノナリ。尙茲ニ記ス可キハ肺炎野ニ變ヲ呈セルモノノ大多數ニ於テ該部ト肺門トノ間ニ樹枝狀陰翳ノ增強スルヲ見、小斑點ヲ混ズルモノノ存スル事ニシテ之又諸家ノ説ク處ト均シキモノニシテ、肺炎ノ浸潤ガ舊キ肺門腺ノ病竈ヨリ蔓延シ來ル事多シト云フ意見ニ對シ一ノ論據ヲ與フルモノトセララルル處ナリ。小兒ニ於テハ肺炎野ニ變ヲ認ムルモノ少シ、之ニ關シテハ後述スベシ。

四、又 William 氏徵候ハ明ニ認メラレタル例症モアリタルモ、左右橫膈膜呼吸運動範圍ノ數字の關係ハ多數研究者ノ成績ニ就キテ Amisberger 氏ノナセル綜説ヲ見ルモ生理的ニ既ニ各研究者ニヨリテ差違アルモノニシテ、病的ニ於テモ該徵候陽性率ハ Amisberger, Dolan, De la Camp ノ成績各又著シキ差違ヲ示セリ。余等ハ生理的ニ種々ナル要約ニ由リテ左右ニ差違ヲ示ス場合ノアル事、及ビ輕症ナル橫膈膜肋膜炎ガ誤リヲ來シ易キ事等ヲ思考シテ實大測定の檢索ハ之ヲ行ハザリキ、而シテ宮原氏ノ説ケルガ如ク余等モ又早期結核ヨリモ著明ニ進行セルモノニ於テ反ツテ屢々之ヲ認ムル事アリタリ。

以上各項ヲ總括シテ考察スルニ、肺炎部ノ加答兒性病變トシテハ從來ノ諸家ノ研究ニ見出サレザル如ク、「レントゲ」シのニ所見ヲ舉グル能ハザリシモ、「肺炎加答兒」症患者ニハ輕變例トシテ分類セルモノノ全例ニ於テ種々ナル所見ヲ認メ得タリ。其中、肺上部ニ樹枝狀陰翳ノ增強ヲ示シ、小斑點ヲ混ジテ主トシテ氣管枝周圍炎ヲ思考スベキモノ、及ビ肺炎部ニ浸潤ヲ思考スベキ溷濁ヲ呈シ、或ハ肺炎萎縮、肺炎無氣狀態ヲ呈スルモノニ於テハ其所見ハ「肺炎加答兒」ニ向ヒテ重要ナル意義ヲ示スモノト認ムルハ至當ナル可シ。然レドモ少數例ニ於テ單ニ肺門腺腫ノ像ノ他ニ異常ヲ見ザルモノアリ。著明ニシテ從來研究セラレタル結核性腫脹ノ像ニ一致スルモノニ於テハ又臨牀的病的意義ヲ之ニ歸スルモノナルベク、小兒ニ於テ殊ニ然ルヲ考ヘ得ルモ、輕度ノ腫脹像ニシテ健常者ニ屢々見ルモノト均シキ例症ニアリテハ如何ナル見解ヲ下ス可キカ。前ニ述ベタル如ク幼弱ナル結節、或ハ早期微細ノ變化ハ時ニ「レントゲン」所見陰性ナ

ルヲ以テ加答兒性肺炎部ニ織細ナル病竈ノ存スルモ發見シ能ハザル場合ノアルヲ考ヘ得。而シテ確實ニ結核性肺炎加答兒ヲ有スル例症ニ於テ其部ノ織細ナル病竈ヲ推想ストセバ、該例症ノ肺門腺腫ヲ又結核性ニ考ヘラレザルニモ非ズ、然レドモ肺炎部ノ加答兒性病變ヲ臨牀的ニ確實ニ斷定スルハ頗ル至難ナル例アリ。結核性ヲ思惟スル事又至難ナルモノ多ク免疫學的反應モ未ダ尙之ヲ確實ニシ能ハズ、又、Frederick, H. Hines (16)ニ據ルル氏ガ喀痰中ノ結核菌ヲ檢索セルニ實質炎性肺結核ニハ四六%ニ陽性ナルニ反シ末梢氣管枝炎性ノモノニアリテハ僅ニ三%ニ見ラレタルニ過ギザリシ成績ヨリ見ルモ又困難ナリト云フ可シ。余等ハ上述ノ Nielsen, Kinnse 氏ノ臨牀的發病スルハ必ズ「レントゲンの陽性迄」ノ病變ヲ來セル後ナリトノ説ヲ直チニ採ル事ヲ躊躇スルモノナルモ、保田氏 (17)ガ肺炎加答兒ノ診斷ヲ有スル屍體ノ病理解剖上、結核性變ノ陰性ナル事多シトノ記載ヲ見、更ニ又「肺炎加答兒」ノ理學的徵候トシテ最重要ナル小水泡音ガ宮原氏ノ研究ニヨリ末梢氣管枝加答兒ニ起因シ肺胞性滲潤面ヨリハ發生シ難キモノトセラレルヲ見レバ、肺門部以外ニ「レントゲンの變化ヲ認めザル」「肺炎加答兒」ハ又憂フ可キモノニモ非ザルナランカ。窮局余ハコノ少數例ニ對シ次ノ如キ見解ヲ下サントス。

「レントゲン像ニ現ハルル肺門ノ腺腫脹或ハ之ニ伴ヘル輕度ノ氣管枝壁肥厚ガ結核性ナラザルカ、又結核性ナルモ潜伏性、癆痕性ノ傾向ヲ有シ、事實輕度ノ發熱、倦怠其他ノ病徵ノ起因ニハ非ザルヤモ測ラレザルモ理學的「肺炎加答兒」徵候ヲ見ル他、病因ノ求ムル能ハザル例症ニアリテハ、現今ノ早期結核ノ療法ガ主トシテ患者ノ新陳代謝ヲ盛ンニシ、自然的免疫力ヲ增強スルヲ目的トスルモノナルヲ以テ暫時之ヲ適度ニ試ムル事、又障害ヲ來ス可キニモ非ザルナルベシ。而シテ斯ル際ハ勿論、又著明ナル「レントゲン所見ヲ得ルトモ患者ノ有スル臨牀的病徵ト如何ナル關係ヲ有スルモノナリヤハ其經過ニ涉リテ諸種ノ檢査法ト共ニ嚴密ニ檢索ス可キ事論ヲ俟タズ。

「肺炎加答兒」ナル理學的徵候ヲ有スルモノノ全部ニ確實ナル「レントゲン所見ヲ得難キハ上述セル關係モ存ス可キモ、病理解剖ナル實物ニ對シテ「レントゲン像ガ象形文字ニ譬ヘラルル現今ニ於テハ又已ムヲ得ザル處ニシテ尙病理解

剖トノ比較研究ノ必要ヲ切ニ思ハシムルモノアリ。而シテ之ハ少數ニ止マリ、大多數ニ於テハ有力ナル所見ヲ得ラルルモノニシテ而モ其中後述セントスル多數ニ驚ク可キ著明結核性變ヲ認メタル事、及ビ Kusch, Binou (20)ニ據ル)氏ガ臨牀的所見ヲ有セザル青年百二十五人中五十一人即チ四一%ニ結核ヲ思惟スベキ病的所見ヲ認メタルガ如ク余等モ又日常肺ノ變化ヲ考ヘラレザリシモノニ於テ偶然著明ナル肺結核ヲ考フベキ像ニ遭遇スル事等ヨリ推シテ所謂「肺炎加答兒」ノ如キ臨牀的早期結核ニ向ヒテハ「レントゲン」検査法ガ缺ク可カラザルモノナル事ヲ主張セントスルモノナリ。

肺ノ結核性變ノ活動性、停止性ノ判斷ニ向ヒテ又種々ノ「レントゲン」所見ノ擧ゲラルル處ナルモ、今回ハ其ノ記載ヲ避ケ、臨牀的症狀ト併セテ Amberson (21)氏等ノ推稱スル如ク連續的撮影 serial roentgenographyノ必要ヲ唱フルニ止メントス。

次ギニ余ハ「肺炎加答兒」ナル臨牀的診斷ヲ下サレタルモノニシテ臨牀的關係ト共ニ肺結核ト診斷シ得ラルル著明ナル變化ヲ伴ヘルモノニ就キテ卑見ヲ述ブベシ。之ハ前述セル如ク實ニ全例ノ二二三%ノ多數ニ於テ認メラレタル處ニシテ各種ノ肺結核型ヲ現ハシタルガ、之ヲ著變例ト名ヅケ各型ニ分チ、又肺内何レノ部位ニ最モ多ク現ハレタルヤニ就キテ統計的觀察ヲ試ミタルガ其ノ要點ハ次ノ如シ。

(一)、最モ屢々「肺炎加答兒」ト診斷セラルル著明肺結核ハ十五年以上ニ於テハ融合性濃厚斑點型即チ慢性肺結核症ナルニ反シ、十四年以下ノ幼年期ニ於テハ瀰漫性型即チ早期浸潤ニ多キヲ見ル。前者ハ同年台ノ著變例總數ノ五七・一%ニ當リ、後者ハ四四・四%ニ當ル。

(二)、最モ多キ融合性濃厚斑點型ハ肺上部ニ最モ多ク、又肺炎部ニ比較的限局セルモノ、全葉ニ涉レルモノモ比較的多數ニ認メラレタリ。之等ハ即チ肺炎部ニ始マル事最モ多ク、次イデ下方ニ蔓延スルモノト考ヘラレザルニハ非ザルモ又肺炎部ニ著變ヲ見ズシテ殘レル他ノ肺上部ノ侵襲セラレタルモノアリ。全葉ニ來レルモノヲ除キテハ肺上部ニ來レルモノハ其八三七%ヲ占ム。

(三)、幼年期ニ多キ早期浸潤ハ右肺門部ニ最も多ク、肺上部、Mollenheim氏窩部之ニ次ギ、時ニ肺下部ニ認ムル事アリ。

(四)、樹枝狀陰翳増強型即チ氣管枝、血管周圍炎性慢性變化ハ最も多キ全葉性ノモノヲ除キテハ肺上部ニ多キヲ見、又氣管枝周圍炎ノ一型ト思考スベキ播種性結節モ全葉性ナルヲ除キテハ肺上部ニ多キヲ見ル。混合型ニアリテモ上部ハ下部ヨリモ強ク侵襲サレタルヲ見タリ。

(五)、各年齢ニ於テ各型ハ共ニ右側ハ左ニ比シテ著シク侵サルルモノニシテ兩側ニ變ヲ有スルモノニ於テモ、右側ノモノノ強キヲ見ル事多シ。

(六)、各型中偏側ノ肺尖部、肺上部ニ限局セルモノヲ通算スレバ左側ノ二一例ニ對シ右側ハ七八例ニ昇リ、即チ二七倍強ヲ示セリ。

(七)、空洞ノ像ヲ認メタルモノハ何レモ當該側又ハ兩側全葉ノ慢性結核ノ像ヲ現ハシ、空洞ノ位置ハ成年ニアリテハ右上部、幼年期ノ一例ハ之ヲ右中外部ニ見タリ。

(八)、Mollenheim氏窩部、肺門部、肺中部ガ限局シテ早期浸潤或ハ慢性結核像ヲ現ハス事アルモ下部ニ存スルモノ成年ニ於テハ稀有ナリ。又幼年期ニハ肺尖部ノ限局性著變ヲ見ル能ハズ。

余ハ以上列舉セル著明侵襲部位ヲ以テ直チニ肺結核ノ原發部位トハ固ヨリ認ムル能ハザル處ナルモ臨牀的意義ヲ生ジ得ル早期ニ於テハ成年ニアリテハ肺尖部、肺上部ガ先ヅ著明ナル病變ヲ來スモノニシテ次イデ全葉ニ蔓延スルモノナル事ヲ推定シ得ベク、又時ニMollenheim氏窩部或ハ肺中部ニ早期著變ヲ見ル事アルモ、肺下部ニ於テハ稀有ナリ。之ニ反シ幼年期ニアリテハ肺門部ニ早期浸潤ヲ認ムル事多シ。而シテ何レニ於テモ右側ハ左側ニ比シテ多シ。Davies氏ノ二十三乃至三十歳ノ「レントゲン」的ニ肺結核ヲ證明シ得ルモノニ就キテ檢索セル成績ニヨレバ肺門ト肺尖トノ間ニ來レルモノ最も多ク九三%ニシテ、内五三%ハ右上葉ニ、二八%ハ左上葉ニ來レルモノニシテ又余ノ成績ニ略相似タ

ルモ、肺門ヨリ中部ニ涉レルモノ少シト云ヘルハ、檢索例ガ成人ノミナリシニ由ルナルベシ。

尙茲ニ特記スベキハ如上ノ著變例ニ於テモ肺門腺腫脹ノ像ハ殆ンド其全例ニ於テ認メラルル事ナリ。而シテ其全部ガ結核性變ナルヲ確實ニハ認ムル能ハザルモノナレドモ、著シキ變ヲ呈セルモノニ於テハ病理學的關係ヨリシテ第一ニ結核ヲ考フル事又至當ナリト信ズ。而シテ陳舊ナル病變ヲ思ハシムルモノト雖モ其一々ヲ全ク原發竈トハ斷定スル能ハズ。既ニ病理學的ニ肺ニ著明ナル結核性變ヲ有シテ續發的ニ氣管枝腺ノ侵サルル場合ノ存スルハ周知ノ事實ナルヲ以テ、「レントゲン」像ニ於テ肺野及ヒ肺門部共ニ著變ヲ有シ、肺野ノ變ガ新鮮ナル浸潤ヲ思ハシムルモノ以外ニ於テハ從來往々論斷セラルル如キ「レントゲン」所見ノミヲ以テノ肺門腺原發說ハ之ヲ強ク主張スルニ由ナシ。然レドモ又結核ハ早期ニ於テ氣管枝腺結核、氣管枝周圍炎トシテ初發スル事最モ多キモノトシ從來ノ「肺炎加答兒」ナル理學の徵候ヲ主トシテ推論セル肺炎原發說ヲ斥クルモノアリ。既ニ第二章下ニ記載セル如ク病理學的ニ肺炎ニ原發スル病竈ヲ認ムルアリ、之ヨリ直チニ強ク周圍肺炎組織ヲ侵襲スル事アリヤ、或ハ肺門部ヨリ續發的ニ侵サルルモノナリヤハ探知シ能ハザレドモ、余ノ檢索例ヲ通覽スルニ著明肺結核ガ最モ多ク現ハルルハ成人ニアリテハ肺上部、肺炎部ナル事明カナリ。而シテ之等ハ其ノ理學の徵候ノ輕微ナルヨリシテ肺炎加答兒ト診セラレタルモノニシテ、病理學的意義ハ別トシテ、臨牀的ニハ比較的早期ノ意義ヲ有スルモノナリト思考シテ可ナルベシ。又余ノ見タル輕變例ニ於テモ均シク變化ハ肺上部ニ多シ。從ヒテ理學の檢査ニヨリ認メ得ラルル加答兒性變モ肺上部、肺炎部ニ多キ事モ首肯サレ、從來唱ヘラレタル肺結核ハ肺炎加答兒トシテ初發スル事最モ多シトノ推論ハ又已ムヲ得ザル事ノ如ク了解シ得ルナリ。

又上述ノ如ク肺原發竈ハ多ク臨牀的意義少ク多クハ原發的又ハ續發的ニ侵サレタル氣管枝腺等ノ根源ヨリノ轉移竈ヨリシテ早期病徵ヲ生ズルモノナリトハ多數ノ論ズル處ニシテ、而モ肺炎部ヲ最モ多シトシ青年肺炎ニ於テハ H_{1114} (48) ニ據ル) 氏ハ六三・四%、 Z_{1114} (同氏ハ七一・三%) ノ轉移竈ヲ認メタリ。山極博士 (49) ニ據ル) ノ初發病竈トシテノ乾酪變性ニ關スル報告ハ右側肺炎ニ最モ多ク又左側肺炎ニ來ル事稀有ナルノミナラズ、甚ダ稀ニハ下葉後外側、肋膜下、

中葉等ノ不定ノ位置ニモ乾酪性變ヲ見ルト云ヘリ。余ノ今回ノ臨牀的早期ノ意義ヲ有スル患者ニ見タル著明侵襲部位ハ成人ニアリテハ又略之ニ一致スルヲ見ル。幼年期ニハ肺門部殊ニ其右側ニ存ス。(C)氏ノ小兒ニ見タル原發竈(第二章下記載)ハ右上葉ニ少シク多キガ如キモ余ハ Pottinger 氏ト共ニ之ヲ偶然ノ結果ト見做サントス。肺尖部ニハ勿論認ムル能ハザル所ニシテ又此ノ原發竈ハ臨牀的意義少ナキモノトセラレタリ。

何故ニ成年ノ早期肺結核ガ肺尖ニ多キモノナリヤ、又右側ガ左ニ比シ從來ノ統計ガ多キヲ示スハ何等カノ理由ノ存スルモノナリヤ。此ノ問題ニ關シテ余ハ次ニ一言スベシ。

結核菌ニ遭遇スルノ機會ハ各人共ニ甚ダ多キモノナレドモ結核症ニ罹患スルト否トハ種々ナル要約ノ又關係スルハ明ニシテ、古クヨリ唱ヘラルル罹患性體質ノ如キモ近時更ニ高唱セララルル所ナリ。又菌ノ生物學的關係、個人ノ免疫學的關係、臟器ノ特殊要約等モ又論ゼラレツツアリ。

從來肺ハ結核菌ノ移植、發育ニ適スル事尙扁桃腺ノ「チフテリ」菌ニ、腸「バイエル」氏胞ノ「チフス」菌ニ、皮膚ノ天然痘病源ニ於ケルガ如ク考ヘラレタルモ、Pottinger 氏等ハ肺原發竈ガ輕微ニシテ第二次的淋巴腺ノ變ガ強シト云フ Gohn 氏ノ立證ヨリシテ肺内ニ於テハ淋巴系統ガ最初ニ侵サレ易キヲ主張セリ、之ハ夙ニ Kohn (S)ニ據ル)ノ動物實驗ニ見タル處ト一致ス。又殊ニ小兒ニ於テハ淋巴管ハ比較的大ニシテ原發竈ヨリ脱出シテ腺ニ沈着スル可能性ノ大ナルヲ論ズルアリ (Comat (S)ニ據ル)。又 Soliman (同)氏ニ據レバ小兒ニ於テ吸入セラレタル塵埃ハ主トシテ肋膜下淋巴管及ビ氣管枝腺ニ沈着シ、肺組織ニハ殆ンド之ヲ見ザルモ成年ニ於テハ肺内殊ニ肺尖部ニ沈着スルヲ見ルト。

又小兒ニ於ケルト同様ニ成年ニアリテモ Homer (S)ニ據ル)氏ハ陳舊ナル淋巴腺病竈ヨリ他ニ傳播スル事最モ多キヲ唱ヘ、Pottinger 氏等モ又肺結核ハ主トシテ氣管枝腺其他ノ病竈ヨリ血行、淋巴行ヲ介シテ肺内ニ轉移シテ形成セララル事最モ多ク、小兒ニアリテハ時ニ氣管枝腺腫ガ破壊シテ周圍ヲ侵襲スル事アリト主張セリ。宮原氏モ又多數例ニ於ケル「レントゲン」像ト臨牀的觀察ヨリシテ氣管枝腺原發説ヲ主張セリ。又 Pottinger 氏ハ小兒肺ハ原發竈輕微ナルト同

時ニ肺内轉移結核モ成年ニ比シテ少ナキ理由ニ關シ其組織ノ生物化學的特性、及ビ後天免疫性ヲ假想シタリ。

成年ノ肺尖部ガ結核ヲ初發シ易キ理由ニ關シテハ最初 Trendelen 氏ハ肺尖部ガ脊椎橫突起ノ部分ニ於テ狹小トナルヲ以テ從テ呼吸運動弱ク淋巴流ノ力モ減少スルヲ以テ細菌ノ停着、發病ニ適ストナセリ。而シテ更ニ之ニ關シ Freund (s) ニ據ル(氏)ガ機械的素因ヲ舉ゲテヨリ Hart (同) 氏之ヲ力説シ、Schmorl (同)、Bird-Hirschfeld (同)、Rothschild (同)、Keil (同) 氏等又之ニ贊セリ。今其諸說ノ大要ヲ主トシテ Pottinger 氏ニ據リ左ニ抄記スベシ。

Freund 氏ノ夙ニ提唱セルハ青年時ニ際シ第一肋軟骨ノ化骨スルモノニアリテハ之ニ伴フ肋骨輪ノ短縮ガ素因ヲ爲スト云フニアリテ、之ニ因リテ起ル肺尖部ノ壓迫ガ呼吸運動ノ障害、血流、淋巴流ノ鬱滯ヲ來シ、結核菌ノ沈着ト病竈形成ヲ助クルモノナル事ヲ述べ、肺尖結核患者ノ多數ニ之ヲ認ムルヲ云ヘリ。

Hart 氏モ又肺尖部ノ機械的壓迫ヲ素因トナセリ、即チ普通肋骨輪ハ水平位ナラズシテ第一肋骨ノ胸椎關節部ハ肺尖ト同高ナルモ其胸骨端ハ肺尖ヨリハ二・五仙米下方ニ位シ、短クシテ廣キ肋軟骨ハ他ニ比シテ強ク胸骨ニ密着ス、コノ生理的形態ヨリ既ニ吸氣ニ際シ肺尖部ノ擴張ヲ妨グルモノナリ。殊ニ病的ニ於テ即チ Freund 氏說ノ如ク第一肋軟骨ノ早期化骨、又ハ肋骨ノ形態異常ヲ有スルモノニ於テハ更ニ肺尖部ヲ壓迫スル事大ナルヲ述べタリ。又氏ハ「レントゲン」的ニ肺尖部含氣量ノ他ニ比シテ少ナキヲ證セリ、而シテ胸廓ノ尖端部ト下部ノ擴張度ノ不均衡ハ小兒期ニハ僅少ニシテ年齢ト共ニ増強スルヲ云ヘリ。

Schmorl 氏ハ第一肋骨發育不良ナルモノニアリテハ肺尖後部ニ短縮肋骨ヲ以テ壓迫ヲ加ヘ溝狀形成ヲナシテ其内部ニ於ケル氣管枝腔ノ狹窄ヲ來スヲ認メタリ。

Bird-Hirschfeld 氏ハ肺尖部近キ毛細氣管枝ノ畸形ヲ呈セル部ノ粘膜ニ於テ初發病竈ヲ認メ、又肺尖部壓迫說ニ贊セリ。

Rothschild 氏ハ胸骨把柄部角ノ減少ヲ素因トシテ舉ゲタリ。

Brommator 氏ハ動物實驗ヨリ又之ヲ立證セリ。即チ肺尖部ヲ絞扼シテ成長セシメタル家兎ニ於テ靜脈内ニ朱砂ヲ注射スル時ハ朱砂ハ肺尖部ニ留止スルヲ見タリ。而シテ更ニ時ノ經過ニ從ヒテ淋巴管ニ入り、又斯ノ如キ動物ニ結核菌ヲ吸入セシムル場合ニ於テモ肺尖狹窄部ニ結節ヲ生ジ、他部ニハ稀ニ散在性ニ生ズルノミニシテ又、菌ヲ血管内或ハ淋巴腺ニ注入スル時ニ於テモ又肺尖狹窄部ニ結核性毛細氣管枝炎ヲ生ズルヲ見タリ。

Arnold (28)ニ據ル) 氏モ又吸入炭末ガ肺尖部ニ沈着スル事最モ多キヲ述ベタリ。

Sheller (29) 氏ハ素因トシテ Thorax phthisicus ヲ重要視シ、胸廓上部ノ狭小ヲ其ノ一症候トシ、又 Heyerd 氏ノ第一肋軟骨短縮ヲ其要約中ノ一ニナリ得ルニ過ギズトナセリ。

Schleie (30)ニ據ル) モ又肋骨輪ハ Thorax asthenicus ニ於テ水平位ヨリ遠ザカル事大ナルニ從ヒテ肺ヲ壓迫スル事強キヲ言ヒ、又第一肋軟骨ノ化骨ヲ肺尖結核ノ續發性變化ト見做シ、且 Thorax phthisicus ヲ後天性ニ生ズルモノトナセリ。

Révész (31)ニ據ル) 氏ハ Thorax phthisicus ノ著明ナルモノ二十二二人ニ就キ Hirtz 氏法ニヨリ檢セルニ全例ニ第一肋軟骨ノ短縮ヲ見タリ、而シテ内十八名ニ於テ肺ノ結核性變ヲ認メ、其中七名ハ氣管枝腺結核ニシテ肺尖ハ健常、他ノ十一名ハ肺結核ニシテ、又肋軟骨ノ石灰化ハ前七名ニハ見ズ、残り十一名ノ總テニ於テ之ヲ見タリ。 Habius asthenicus ニシテ肺ノ病變無キモノ四例ニハ該石灰化ハ見ル能ハズ、又健常ナルモノ十一例ヲ檢セルニ第一肋軟骨ノ短縮及ビ石灰化ハ共ニ見ル能ハザリキ、尙氏ハブタベスト大學ノ「レントゲン學教室ニ於テ肺結核ヲ有セザル青年ニハ肋軟骨化骨ヲ見ザルニ反シ進行性肺結核患者ノ總テニ於テ之ヲ認ムル事等ヨリ推論シテコノ第一肋軟骨化骨ヲ肺結核ニ伴フ結果的現象ト見做セリ。

Rothberger 氏モ又肺内病變ニ基ク知覺、運動、榮養ノ反射的變化ニ着目シテ之ヲ批判セリ。即チ項肩部筋肉ノ攣縮ヲ來シ、又或ハ皮膚ノ粗糙、皮下組織ニ筋肉ノ削瘦、乾性關節炎(特ニ肩胛關節)等ノ榮養障害ヲ來ス如ク第一胸肋關節

ノ硬化ヲ續發的ニ考ヘタリ。又 *Hunter* 氏ハ四百ノ屍體ニ就キテ第一肋軟骨短縮ヲ檢セルニ百十四人即チ二八・五%ニ於テ之ヲ見、中一〇四人即チ全數ノ二六%ハ肺炎結核ニ罹リ居リ尙七八名即チ罹患中ノ六二・四%ハ進行性ヲ呈スルヲ見、第一肋軟骨ノ短縮ハ又進行性結核ノ素因ニ關係スル如ク論斷セルガ *Robertson* 氏ハ人工氣胸療法ニヨリ結核症ノ壓迫ガ反ツテ進行ヲ靜止スル事ヨリ之ヲ評論シテ進行性結核ガ續發性變トシテ第一胸肋關節硬化ヲ起シ易キヲ主張セリ。又 *Hunter* 氏統計ニ據レバ結核患者ニ接近シツアル家族四十五人中三十四人即チ七五・五%ハ一側又ハ兩側ノ肋軟骨化骨ヲ呈シ、結核患者ヲ有セザル家族ヨリ高率ヲ示セリ。之ニ就キテモ、*Robertson* 氏ハ該患者ニ近接セル若年者ハ感染ノ機會多ク、從ヒテ肋軟骨ニ現ハル反射的榮養障害モ多キモノナルベシト推論セリ。最後ニ氏ハ *Hunter* ノ述べタル如ク呼吸運動ニ際シ、胸廓壁ノ變化ノミナラズ横膈膜ノ運動ガ肺炎部ニ及ボス影響ヲモ考慮スベキヲ述べ、第一肋軟骨短縮ハ肺炎前側方部ヲ壓迫スル事最モ強キモ疾病ハ反ツテ後部ニ初發スル事多キ事等ヨリシテ第一肋骨短縮ハ素因トシテ舉グルナラバ其要約ノ一ニシテ、主ナル素因ハ小兒ガ成長スルニ從ヒテ起ル胸廓ノ變化ガ肺炎呼吸運動ヲ微弱ナラシムルト云フ生理的變化ニ考ヘ得ベシト論述セリ。

住田氏⁽¹⁾ノモ又肋軟骨化骨ヲ肺炎結核ニ見ル時ハ續發性ノモノト見ル可キヲ述べ、岩崎⁽²⁾氏ハ *Brantford* 氏ノ實驗ノ誤謬ヲ指摘シテ反證ヲ舉ゲ真鍋⁽³⁾ニ據ル *Drummond* 氏等又之ヲ健康人ニモ屢々認ムル事、及ビ肺結核症ニ於テモ之ヲ認メザル場合ノ多キ事等ヨリシテ單ナル合併症ト見做シ、宮原氏⁽⁴⁾ハ尙之ニ陳舊性罹患側ニ於テ認メズシテ却ツテ新鮮輕度ナル罹患例ニ認ムル場合ヲ追補シテ刺戟說ヲ斥ケ、合併症ト見ルヲ至當トナセリ。

近時 *Hartitz*, *Francis* (5)ニ據ル(6)氏等ハ此ノ種ノ化骨ハ石灰質ノ新陳代謝作用ヲ主宰スル内分泌腺機能ノ障礙ニ基因スルモノト認ム可シト唱ヘタリ。

次ギニ小兒期ト成年トノ胸廓上部ノ生理的差違ニ關スル研究ヲ見ルニ、*Piersol* (7)ニ據ル(8)氏ニ據レバ生直後ニ於テハ胸廓上部ノ前後徑ハ比較的大ナルモノニシテ圓形ヲ呈シ、胸骨上縁ハ

第一胸椎、時ニハ第七頸椎ト同高ニ存ス。之ヨリ漸次前胸壁ハ下垂シ來ルモノニシテ、五六歲頃ニ到リテハ胸骨上縁ハ第二、三胸椎ノ高サニ一致ス、肋骨ノ胸骨端及ビ胸骨ノ下垂ト共ニ胸廓ハ扁平ニナル、コノ前後徑ノ短縮及ビ前胸壁下垂ハ成長ト共ニ肺上部、下部ノ呼吸運動ニ變調ヲ來スモノナリ。Petersen氏ノ舉ゲタル數字的關係ヲ見ルニ第二肋軟骨下部ニ於ケル前後徑(矢狀位徑)及ビ橫徑(前頭位徑)ノ比ハ初生兒ニアリテハ二對三、三歲時ニハ一對二、青年時ニハ一對二・五、乃至三ナリ。又Meyer(18)ニ據ル(18)氏ニ據レバ肺ノ發育ハ生後第一年後半期及ビ春機發動期ノ二時期ニ於テ其ノ急激ナルヲ認ムルモノニシテ第一年ノ終リニハ初生兒ノ肺ノ四倍ノ大サトナリ、八歲兒ニハ八倍、春機發動期ニハ十倍トナルモ、其直後ニハ二十倍ノ大サトナル。然レドモ胸廓上部ノ肋骨桿ノ發育ハ之ニ伴ハザルモノナリト。

Mehmet(15)ニ據ル(15)氏研究ニ據レバ身重十七密米ナル胎兒ノ胸廓ニ於テ其第六肋骨ハ殆ンド直線的ニシテ身體長軸ト殆ンド直角ヲナス。四歲兒ニ於テハ之ヨリ約八度下方ニ傾キ、之ヨリ傾斜ハ最初、年ニ約二度宛増加シ行クモノナリ。三十六歲ノモノニ於テハ四歲兒ヨリ十八度多ク傾ケルヲ見タリ。即チ此ノ年台ニ於テハ年ニ二分ノ一度宛傾斜シ行キ、三十六歲時ト七十二歲時トノ差ハ九度ニシテ即チ年ニ平均四分ノ一度宛傾斜シ來レルモノナリ。即チ發育期ノ傾斜率最モ大ニシテ、胸廓内臟、肝臟、胃等ガ其ノ重力ニヨリ橫膈膜胸廓ヲ下方ニ牽引スルニ因ルモノナリト云フ。

以上ノ事實ヲ綜合スル時ハ小兒ヨリモ青年ニ於テハ生理的ニ肺尖部ハ胸廓壁ニ壓迫セラレテ呼吸時伸展少ナキハ明カナリ、殊ニ扁平胸ヲ有スルモノニアリテハ其ノ度ノ強キヲ思ハシム。Loutchard氏ハ二乃至八歲兒ノ肺尖結核ヲ有スルモノニ同側ノ胸廓前上部ノ扁平ナルヲ見タリ。又氏ハ牛ノ如キ四足獸ノ結核ハ主トシテ漿膜又ハ肺後葉ニ最モ多ク發シ、或ハ汎發性肺炎トナリ、立位ヲトレル成人人類ノ如ク特ニ肺尖ニ起ル事無キヲ舉ゲタリ。

之ヲ要スルニ早期肺結核トシテ最モ意義アル病竈ハ成年期ニアリテハ肺尖部、肺上部ニ發スル事最モ多キモノニシテ、之ハ該部ニ小原發竈ヲ生ジ之ヨリ直接蔓延スル事モアリ、或ハ續發的ニ該部ニ轉移シテ形成セラルル場合モ存スルモ大多數ハ氣管枝腺結核ヲ根源トシ之ヨリ肺尖部ニ轉移シ或ハ漸次、病竈ヲ上方ニ向ヒテ形成シ肺尖部ニ到ルモノ

ナリト論ゼラルル處ナリ。而シテ其肺炎部ニ多キ理由ニ關シ、該部ノ呼吸運動微弱、其レニ伴フ淋巴流、血流ノ鬱滯ガ菌ノ沈着、發育ニ適スルモノトセララルモノニシテ、其ノ素因ニ關シテハ *Stoll, Ehrenlein* 氏ノ唱ヘタル如キ大動脈擴張ガ肺炎部ヲ壓迫スル事アリトノ説ハ青年期ニハ稀有ナル事ニシテ此場合顧慮スルヲ要セズ。又 *Fleisch* 氏ノ第一肋軟骨化骨説ハ多數ノ反對アリ、或ハ續發症ト見做シ、或ハ合併症トニ過ギズトセラレタリ。余ハ今回ノ實驗例中此ノ點ニ關シ全例ニ就キテ檢索スル能ハズ、爲メニ數字の記載ヲ以テ論ズルヲ得ザルハ遺憾トスル處ナレドモ、先キニ故生駒氏ノ記載セル如ク肺ノ變化多キ右側ヨリモ左側ニ多ク之ヲ見ル事アルハ宮原氏說ニ一致シ、又健康人ニモ屢々早期ニ之ヲ認ムル場合ノアルヲ以テ、重要視ニ向ヒテハ傾キ難キ感アリ。繼ツテ *Diakonoff, Ardy, Mahnet* 氏等ノ解剖的研究ヲ見ル時ハ生理的ニ成年ノ胸廓上部ガ小兒ニ比シテ肺炎部ヲ壓迫スル可能性大ナルハ *Pottemer* 氏ノ相關聯セル立證ト共ニ首肯シ得ラルル所ニシテ、余等ハ又健康ナル成年、小兒ノ胸部「レントゲン」所見ヨリシテ此ノ生理的關係ニ共鳴セントスルモノナリ。余等ハ日常胸部ノ「レントゲン」檢査ヲ行フ際ニ於テ、肺ニ病變ヲ有セザル成年ニアリテ一般ニ知ラルル如ク左右肺野ハ上ニ昇ルニ從ヒテ著シク暗キヲ見ル。之ハ肺ノ前後徑ガ下部ニ比シテ少ナキニ反シ、項肩部ノ厚キ筋肉、皮下組織ノ關係スル事勿論ナレドモ、含氣量ノ少ナキ事モ影響スルモノナルハ周知ノ事實ナリ。而シテ小兒ニアリテハ成年ニ於ケル程明暗ノ差強カラザルハ其肺炎部ノ含氣量ガ下部ニ比シテソノ差強カラザルモノナル可シ。

之ニ關シテ茲ニ擧ゲタキハ *Kneifuchs* ノ咳嗽現象ガ小兒ニ於テハ殊ニ確實ナル成績ヲ得難キ事ナリ。既ニ記載セル如ク該法ヲ行フ際健康ナルモノニアリテハ急激ナル呼吸ハ一部含氣量少ナキ肺炎ニ突入シ以テ瞬時的透明ヲ來スモノナルモ、小兒ニアリテハ、此ノ瞬時的透明弱シ。之レ即チ、吸氣ニ際シ肺炎部ノ含氣量ハ成人ノ如ク僅少ナラザルニ因ルモノト思考シテ可ナルベシ。又成人ノ *Albers-Schonberg* 氏肺炎野撮影法ニ於テ尋常呼吸時ニ之ヲ行フモ、該野下部ニ於テ原著者ノ云ヘル如ク纖細ナル氣管枝翳、血管翳ヲ認ムル事ヨリ見ルモ肺炎部殊ニ其後部ノ運動微弱ヲ思ハシ

ムルモノアリ。從來ノ説ノ如ク、肺尖部ノ運動微弱ガ罹感素因トシテ意義アルモノト假定スレバ、余ハ以上ノ如キ「レントゲン」所見ヨリシテ成人ノ肺尖部ガ小兒ニ比シテ運動微弱、膨脹不全ヲ有スルハ既ニ生理的ノモノナリトノ説ニ贊スルモノナリ。而シテ第一肋骨輪ノ短縮或ハ虛弱性體質、Hindley, Hutchinson 等ヲ有スルモノニ於テハ肺尖部ノ壓迫セラサル事愈々強ク肺尖罹感素因ヲ深クスルモノト思考シ得ベキナリ。又此ノ生理的運動微弱ハ第一肋骨輪短縮説ノ如ク肺尖部ニ限局セルモノニハ非ズ、肺上部ノ意味ヲ含ムヲ以テ、肺上部罹感素因トモ認メ得可シ。余ノ實驗例中肺上部ガ強ク侵襲セラレタル際肺尖部ガ尙明ニ殘リテ著變ヲ見ザルモノアリ、此ノ像ハ又成人ノ肺結核ガ肺門腺病竈ヨリ漸次上部ニ向ヒテ蔓延スルヲ最多トシ肺尖罹感素因説ヲ斥クル近世ノ見解ニ迎合セラル可クモ推論セラルル處ナリ。

又 Tardieu 氏ノ呼吸ノ Mechanic ニ關スル研究ニ據レバ氣胞ハ肺内各部ニ於テ平等ニ擴ガルモノニハ非ズシテ生理的ニ呼吸運動微弱部ニアリ、肺門部ノ擴張度最モ少ナク、次イデ肺尖部及ビ上葉脊椎側部ノ順序ナリト云フ。余ハ此ノ現象ガ各年齢ニ共通ノ事實ナルヤ否ヤヲ知ル能ハザルハ遺憾トスル處ナレドモ、余ノ小兒ニ見タル早期浸潤ガ右肺門部ニ多キハ Ziegler, Krause, Grœdel, Walker Overend, Clive Kiere 氏等ノ成績ニ一致シ、又 Bysbell, 宮原氏ノ小兒淋巴腺結核ハ右側ニ多シト云フ成績ニ符合スルモノニシテ、又宮原氏ノ説ケルガ如ク、右側肺門部ハ左ニ比シテ氣管枝ノ吸引シ易キト淋巴腺ノ多キ事ヨリシテ罹感性高キト、又 Tardieu ノ説ケル如ク肺門部氣胞ノ擴張度弱キ事等ニ關係シテ最初肺門周圍ガ侵襲セラレタルモノトモ思考シ得ラルルナリ。Walker, Overend 氏ニヨレバ此ノ小兒肺門腺結核周圍ノ浸潤ハ剖檢上、淋巴逆流ニヨル事最モ多シト云フ、即チ直接破壞シテ周圍ヲ侵襲スル事ヨリモ成人ノ肺尖結核成立ニ就キテ多ク唱ヘラルル淋巴逆流説ガ茲ニ述ベラルルハ、又以テ如上ノ解剖的生理的關係ニ向ヒテ意義アルモノト見得可シ。又成人ニアリテモ病變ガ右側ニ多キハ又宮原氏假説ノ如キ關係ニヨルモノトモ思惟シ得ベク、又余ノ破壞性型ヲ見ルニ最モ陳舊ト見ル可キ空洞形成ノ像ハ何レモ成年ニアリテハ右上部ニ、若年者ニ右中部ニ見タルハ例症少ナキヲ以テ容易ニ論斷スベキニ非ザルモ、如上ノ見地ヨリシテ全然偶然ノ結果ト看過スベキニモ非ザルナ

ランカ。

原著 伊達II臨牀的診斷トシテノ所謂「肺炎加答兒」症ノ疑義ニ關スル「レントゲン」的研究

— 五六 —

又既ニ Croedel, Rieder 氏等ノ唱ヘタル如ク早期浸潤像、慢性結核像ノ鎖骨下部 (Mollenheim 氏窩部) ニ比較的限局セルヲ成年、幼年共ニ見タリ、Schmitz 氏ハ此部ヲ成年結核好發部位 Prädisloktionsstelle der Tuberculose bei Erwach-senen ト命名シタリ。

最後ニ如上ノ「レントゲン」像ヨリ「肺炎加答兒」症ノ病理的意義ヲ思惟スルニ臨牀的ニ認メラルル「肺炎加答兒」ハ主トシテ氣管枝腺結核、氣管枝周圍炎、肺浸潤、或ハ著明ナル實質炎性肺結核ニ於テ續發的ニ起ル肺上部、肺炎部ノ加答兒性病變ト思考シ得ラルルモノナルベシ。而シテ臨牀的ニ肺炎加答兒ヲ有スルモ「レントゲン」的ニハ肺門腺腫ヲ認ムルニ止マル程度ノ輕症ナルモノニ於テハ上述保田氏ノ解剖成績及ビ宮原氏ノ小水泡音發生部位ニ對スル見解ヨリ綜合シテ主トシテ末梢氣管枝加答兒ノ存スルモノナル可ク、其ノ結核性ニ向ヒテノ考慮ハ甚ダ慎重ナルヲ要スト思考スルモノナリ。

第六章 結 論

- (一)、從來ノ理學的検査法ニ據リテ「肺炎加答兒」ト診斷セラレタル一千六百七十八例中三百七十四例(二二・三%)ニ於テ余ハ「レントゲン」診斷法ヲ以テ著明ナル肺ノ病變ヲ認メ、之ヲ著變例ト名付ケ、殘餘ノモノヲ輕變例ト稱セリ。
- (二)、輕變例ノ全數ニ於テ、肺門腺腫脹ト見做シ得可キ陰翳ヲ見タリ、而シテ高度ニシテ結核性病變ノ存在ヲ思ハシメタルモノアリ、或ハ輕度ニシテ非結核性ト思考シタルモノ及ビ兩者ノ鑑別困難ナルモノモ有リタリ。
- (三)、輕變例ノ大多數ニ於テ、從來ノ研究ヲ基礎トセル早期肺結核性變化トシテ多ク出現スル氣管枝周圍炎ニ一致セル「レントゲン」像ヲ認メタリ。
- (四)、輕變例ノ多數ニ於テ、肺炎野ノ種々ナル溷濁及ビ狹小ヲ具備シ、其大部分ニ在リテハ肺門部トノ間ニ上記病變ヲ

目撃セリ。而モ之等ハ結核性變化ト是認セラルル「レントゲン像ニ甚ダ類似セリ。

(五)、Krenzichs 氏咳嗽現象ハ輕變例ノ多數ニ於テ意義アリシモ、著明ナラザルタメニ健體トノ鑑別困難ナリシモノモアリタリ。

(六)、William 氏徵候ハ偏側肺ガ著明ニ侵襲セラレタル時ニ顯ハルル事多カリキ。

(七)、著變例ニ於テハ肺野ニ從來記載セラレタル結核像ニ一致セル著明ノ陰翳ヲ認メ、余ハ假リニ次ノ如ク分類觀察セリ。即チ、樹枝狀陰翳增強型、瀰蔓性溷濁型、融合性濃厚斑點型、播種性斑點型、播種性微細斑點型、空洞形成型(破壞型)及ビ混合型ノ七型トナセリ。

一、著變例ト輕變例トノ比ハ各年台相似タルモ二十年台、三十年台ニ少シク多シ。

二、著變例中最モ多キハ十五年以上ニ於テハ融合性濃厚斑點型即チ慢性肺結核症(五七・一%)ナルニ反シ、十四年以下ニ於テハ瀰蔓性型即チ早期浸潤(四四・四%)ニ多キヲ見ル。

三、融合性濃厚斑點型ハ肺尖部、肺上部ニ最モ多キヲ見、全葉ニ來レルモノヲ除キテハ其八三・七%ヲ占ム。

四、幼年期ニ多キ早期浸潤ハ右肺門部ニ最モ多ク、肺上部、Mullerheim 氏窩部之ニ次ギ、時ニ肺下部ニ認ムル事アリ。

五、樹枝狀陰翳增強型即チ氣管枝、血管周圍炎性變化ハ最モ多キ全葉性ヲ除キテハ肺上部ニ多キヲ見、又氣管枝周圍炎ノ一型トモ思考ス可キ播種性結節型モ全葉性ナルヲ除キテハ肺上部ニ多キヲ見ル。

六、血行性急性粟粒結核像三例ヲ見タリ。

七、混合型ニアリテモ肺上部ガ肺下部ヨリモ強ク侵襲セラレタルヲ見タリ。

八、各年台、各型共ニ右側ニ多ク、兩側ノ侵サレタルモノモ概シテ右ノ變ノ強キヲ見タリ。各型中右肺上、尖部ニ限局セルモノハ左ノ其レノ三・七倍強ニ當ル。

九、Mollenkem 氏窩部、肺門部、肺中部ガ限局シテ早期浸潤或ハ慢性結核像ヲ現ハス事アルモ、其ノ下部ニ存スル例ハ成年ニ於テハ稀有ナリ。又幼年期ニハ肺炎部ノ限局性著變ヲ見ル能ハザリキ。

十、空洞ノ像ヲ認メタルモノハ何レモ當該側又ハ兩側全葉ノ慢性結核ノ像ヲ現ハシ、空洞ノ位置ハ成年ニアリテハ右上部、幼年期ノ一例ハ之ヲ右中外方部ニ見タリ。

(八)、輕變例竝ニ著變例ニ認メタル「レントゲン」像ハ結核性病變トシテ全クハ固有ナルモノニ非ザレドモ、大多數ニ於テハ肺ノ結核性病變ヲ思惟シ得可ク、因ツテ「肺炎加答兒」症ニ對シテ從來ノ諸検査法ニ併セテ「レントゲン」検査法ハ缺ク可カラザルモノト信ゼリ。

(九)、如斯所謂「肺炎加答兒」ハ主トシテ氣管枝腺結核、氣管枝周圍炎、肺浸潤或ハ著明ナル實質炎性肺結核ノ殊ニ肺上部ニ存在スルニ際シテハ、續發的ニ起ル肺上部及肺炎部ノ加答兒性病變ト思考シ得ルモノナル可ク、而シテ唯ダ肺門腺腫像ノミヲ見ル如キハ輕症ナルモノニシテ、末梢氣管枝加答兒ト認ム可キモノ多カル可ク、之ヲ結核性症ト肯定スルニハ慎重ノ態度ヲ要スト思考セリ。

(十)、成人ノ肺炎部ガ罹感シ易キ素因ヲ有ストノ說ニ對シ若シ從來唱ヘラレタル如ク肺炎部ノ呼吸運動微弱、血行淋巴鬱滯ニ因ルモノナリトノ見解ヲ是認セズ、「レントゲン」的ニ小兒ニ比シテ肺炎部含氣量ノ少ナキ事、又肺炎部撮影法ニ於テ該部殊ニ其ノ背部ノ呼吸運動微弱ヲ認ムル事、Kraus 氏咳嗽現象ガ小兒ニ著明ナラザル事等ヨリ推シテ、從來ノ成人胸廓上部ガ小兒ニ比シテ既ニ生理的ニ呼吸運動ヲ妨グルニ因ルトノ說ニ贊シ得トナシ、Reimel 氏等ノ夙ニ唱ヘタル第一肋軟骨化骨短縮說ヲ特ニ擧グルヲ要セズト。又肺炎部ニ特發セズ肺門部ヨリ漸次上方ニ向ヒテ侵襲スル事多シト云フ近世ノ見解ニ對シテモ又此ノ生理的障害ガ迎合スルモノアルベク推論シ得タリ。

終リニ臨ミ恩師小池教授ノ御懇篤ナル御指導ト御校閱ノ勞ヲ感謝ス。

参 考 書 目

- 1) 林敏雄、肺ノレントゲン検査ニ當リテ、結核雜誌第三卷第七號(大正九年一月)。 2) 富永孟、肺結核ノ臨床的觀察並ニ「サナトリウム療法」ニ據ル治療成績、結核雜誌第四卷第一號(大正十年七月)。 3) 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)。
- 4) 兒玉豊治郎、實驗細菌學各論下卷(大正七年)。 5) 加藤豊治郎、肺尖浸潤ノ診斷ニ就テ、實驗醫報第七年第八十一號(大正十年六月)。 6) 岩崎小四郎、結核ニ對スル肺炎ノ器械的素因ニ關スル試驗的研究(抄)鎮西醫報第一七八號(大正七年三月)。 7) 住田正雄、フロインド氏胸廓異常說ニ就テ、日本外科學會雜誌第十四卷第一號。 8) 宮本傳三郎、肺結核症ノ新シキ臨床的分類ニ就テ、醫學中央雜誌第十九卷第十九號(大正十一年三月)。
- 9) 保田收藏、重要ナル呼吸器疾患ノ病理茲ニ病理解剖、福岡醫科大學雜誌特別號(呼吸器疾患)(大正七年一月)。 10) 生駒馨雄、肺癆患者ノ「レントゲン」線寫眞ヨリ得タル所見ノ統計的研究、金澤醫學專門學校十全會雜誌第二十七卷第七號(大正十一年七月)。 11) 小池才一、胸部内臟疾患ノ「レントゲン」線的診斷、臨床醫學(大正十年十二月以降)。 12) 兒玉豊治郎、結核ノ早期診斷ニ就テ余ノ鄙見ヲ述ブ、醫事新聞第一〇一三號(大正八年一月)。
- 13) 原榮、肺結核ノ早期診斷及治療學(大正六年五月)。 14) 入澤達吉、內科學第二卷(大正七年八月)。 15) 松下禎二、結核病論(大正七年九月)。
- 16) 宮原立太郎、肺結核早期ノ「レントゲン」線診斷學(大正十一年三月)。 17) 小杉文吉、坂内益藏、小兒結核性疾患、日本小兒科叢書第二十五篇(大正九年一月)。 18) Pottenger, Clinical Tuberculosis, vol. I, 1917. 19) Arnsperger, Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie, 1909. 20) Assmann, Erfahrungen über die Röntgenuntersuchung der Lungen, 1914.
- 21) Albers-Schonberg, Die Röntgentechnik, Bd II, 1919. 22) Schinz, Die Begutachtung der Lungentuberculose auf Grund der Röntgenuntersuchung. Fehlerquellen und differentialdiagnostische Gesichtspunkte, Fortsch. n. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd. XVIII Hft. 5, 1921. 23) Groedel, Röntgendiagnostik in der inneren Medizin und den ihren Grenzgebieten, 1921. 24) Gocht, Handbuch der Röntgenlehre, 1914. 25) Koster, Verhalten der Lungenspitzen bei Pleuritis und Pneumonie, (Referat), Fortsch. n. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd. XVIII Hft 6, 1922.
- 26) Bandler-Reopke, Die Klinik der Tuberculose, 1912. 27) Da Costa, Physical Diagnosis, 1916. 28) Mering, Lehrbuch der Inneren Medizin, Btl, 1921. 29) Pancoast, The Roentgen Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis, American J. of Roentg. Vol. IV No.9, 1917. 30) Dunham, The Relation of the Pathology of Pulmonary Tuberculosis to the Roentgenfindings, American G. of Roentg., Vol. IV No. 6, 1917. 31) Achelis, Über die Röntgendiagnose der Mililiaren Lungentuberculose. Münch. Med. Wochsch. No. 36, 1910. 32) Barter, Pathogenese der Tuberculose, 1918. 33) Foester, Ein Beitrag zur Frage der Lungenzeichnung im Röntgenbild, Fortsch. n. d. G. d. Röntgenstrahlen Bd XXVII Hft. 4, 1920. 34) Assmann, Beiträge zur Röntgendiagnostik der latenten bzw. incipienten Lungentuberculose, Fortsch. n. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd. XVIII Hft. 1, 1911. 35) Miller, Some essential Points in the Anatomy of the Lung, American J. of Roentg. Vol V No. 6, 1917. 36) Kimla, Zur Frage der Infektionsporte bei der Tuberculose, ihre Bedeutung für die Ausbreitung

- der Tuberculose des Kindesalters Zur Tuberculose der Erwachsenen, Centralblatt für Inneren Medizin, 1915. 37) **Kreuzfuchs**, Die radiologische Untersuchung der Lungenspitzen. Das Hustenphänomen. Münch. med. Wochenschr. No. 2, 1912. 38) **Holst**, Die Röntgendurchleuchtung der Lungenspitzen. Münch. med. Wochenschr. No. 30, 1912. 39) **Köhler**, Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde, 1920. 40) **Simmonds**, Über verästelte Knochenbildungen der Lungen (Pneumopathia osteoplastica racemosa) Forsch. a. d. G. d. Röntg. Bd XXV, 1918. 41) **Cerdeiras**, die Bronchialdrüsen im Röntgenbilde. Vergleich zwischen Röntgenbefund und Sektionsergebnis, Fortsch. a. d. G. d. Röntg. Bd XXV, 1917. 42) **Schäfer**, Ein Beitrag zur Kenntnis von der Entstehung der Lungenzeichnung, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen Bd. XXVII Hft. 6, 1921. 43) **Levi-dorn**, Wert der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Lungentuberculose, Berl. klin. Wochenschr. No. und 14, 1911. 44) **Manges**, Discussion on Papers of Drs. van Zwaluwenburg etc., American G. of Röntg. Vol IV No. 6, 1917. 45) **Davis**, A Roentgen study of One Thousand Chest, at Camp Devens, Mass, J. of American Med. Ass. May 25, 1918. 46) **Allison**, A Resume of the Roentgen Findings of Two Hundred and Five Chest Examinations at a Base Hospital in France, American J. of Roentg. Vol V. No 11, 1918. 47) **Mielke**, Die Spitzendämpfung im Kindesalter, Berl. Klin. Wochenschr. No 26, 1914. 48) **Kretschner**, Die Röntgendiagnose der kindlichen Bronchialdrüsentuberculose, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd. XXVIII Hft. 5. 1921. 49) **Amberson**, Serial Roentgenographic Observations of chronic Pulmonary Tuberculosis, American J. of Röntg. Vol, No 10, 1922. 50) **Steller**, Der tuberculöse Thorax phthisicus und die tuberculöse Disposition, Berl. Klin. Wochenschr. No. 3, 1912. 51) **Pancoast, Dunham, Baetjer**, X-Ray and Clinical Findings in the Normal Chest, American J. of Roentg, Vol IX No 9, 1922. 52) **Römer u. Joseph**, Prognose und Inkubationsstadium bei experimentelles Merschweinchentuberculose, Berl. Kl. Wochenschr. No. 28, 1909. 53) **Stoll u. Heublein**, Zur Frage der mechanischen Disposition der Lungenspitzen für Tuberculose (Amer. I. of med. Ass. Sept. 1914), (Referat), Centralblatt für Inn. Med, 1915. 54) **Eutin**, über Pneumokoniosen, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd XXIII Hft. 1, 1914. 55) **Jaenisch**, Über das Röntgenbild der Pneumokoniosen, insbesondere ihre Grobknotige Form, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen Bd. XXVIII Hft 4, 1921. 56) **Neuhaus**, Beitrag zur Röntgendiagnostik der Kindlichen Bronchialdrüsentuberculose, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd. XX Hft 4, 1913. 57) **Sahatschief**, Über die Röntgenuntersuchung der Lungenspitzen in der Anteroposterioren (Ventrordorsal) Lage, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen Bd XXVI Hft. 3. 1915. 58) **Salomon**, Ein Beitrag zur Lungenzeichnungen, Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd. XXVIII Hft 6, 1922. 59) **Freund**, Zur Methodik der Lungenspitgendurchleuchtung. Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstrahlen, Bd XXVII Hft. 5, 1920.