原　　著

肺結核ノ氣管枝炎型ニ就テ

平塚市　杏雲堂分院(院長、醫學博士　佐々木隆興)

醫學士　飯　久　保　知　道

本論文ノ要旨ハ昭和8年4月、第11回日本結核病學會ニテ發表セリ)

I. 氣管枝炎型ノ概念

氣管枝炎型ハ1901年 L. Bard [1] ガ始メテ肺結核ノ臨牀的病型ノ一トシテ記載シタモノデ、氏ハ其臨牀的特徴トシテ、多少ノ喀痰ト聽診的徴候、卽チ蜂鳴音(râles ronflauts)及吹鳴音(râles sibilauts)ヲ擧ゲテヰルガ、其後 Piéry (1910), F. Dumarest et H. Marotte (1919–1920), W. Neumann, F. Bezançon, A. Girau (w) 等ノ諸家ガ種々ナル方面カラ此病型ヲ觀察シ且ツ分類シテヰル。

抑〻 Bard ノ肺結核ノ臨牀的病型分類ハ結核ニ侵サレタ組織ノ種類ヲ基礎トシタモノデ、從テ氣管枝炎型ハ氣管枝結核(tuberculose bronchique)ノ意味ニ考ヘラレテヰタ (Bard ハ之ヲ氣管枝型 forme bronchique ト謂ツテヰル)、Marotte [2] モ亦同樣ノ立脚點カラ之ヲ觀察シテヰル、シカルニ1927年 Bard [3] ハ彼ノ「肺結核ノ臨牀的病型」ノ第二版ニ於テ此見解ヲ訂正シテ、氣管枝炎型ノ限界ハ病理解剖學的ニハ極メテ曖昧ノモノデ、此病型ニ於ケル氣管枝ト肺實質トノ病竈ノ分擔ハ判然ト區別サレテハヰナイ、例之、結核性毛細氣管枝炎ノ病變ハ肺實質ノ中ヘモ波及シテヰルノデアルト謂ツテヰル。Girau [4] モ亦、病理解剖學的ニハ眞ノ結核性氣管枝炎又ハ肺結核ノ氣管枝炎型或ハ氣管枝結核ナルモノハ存在シ得ナイ、氣管枝ノ解剖學的組織學的造構カラ見テ結核菌ガ氣管枝ニ占居スルコトハ考ヘ得ラレナイ所デアル、空洞ト直接連絡スル所謂排出氣管枝(bronche de drainage)ノ如キハ結核菌ヲ含有スル空洞分泌物ニヨツテ絕エズ洗ハレテヰルニモ拘ラズ結核性變化ヲ惹起シナイ。從テ氣管枝炎型ナル病型ハ寧ロ肺結核ノ合理的解剖的臨牀的分類カラ除外スベキデアルト主張シテヰル。

Bard ハ最初、氣管枝炎型ヲ表在型(forme superficielle)ト深在型(forme profonde)トノ二型ニ區別シ、Piéry [5] ハ更ニ此兩型ノ特徴ヲ表現スベク、前者ヲ、氣腫ヲ伴フ表在性慢性氣管枝(bronchite chronique superficielle avec lmphysème)或ハ僞喘息性氣管枝結核(phtisie bronchique pseudoasthmatique)、後者ヲ、氣管枝周圍炎及氣管枝擴張ヲ伴フ深在性慢性氣管枝炎(bronchite chronique profonde avec peribronchite et dilatation bronchique)或ハ結核性氣管枝擴張(dilatation bronchique tuberculeuse)ト呼ンダ。Neumann [6] ノ記載モ Piéry ニ準ジテヰル、卽チ表在型ニ於テハ打診上著明ナル濁音ナク、多クハ肺氣腫ヲ伴ヒ、時ニ喘息樣狀態ヲ呈スルコトモアル、特異反應(「ツベルクリン」ノ皮內反應)ハ非常ニ弱イ、深在型ハ氣管枝擴張ヲ伴フコトガ多イ、從テ喀痰

ハ多量デ三層ニ分レ腐敗性デアルトイフ。其他 Dumarest et Marotte[7] ハ喀痰中ノ結核菌ノ有無ニヨツテ之ヲ二型ニ分ケ、Girau ハ急性型ト慢性型トヲ區別シテヰル、急性型トハ早期病變又ハ潜伏性病竈ノ再燃ガ氣管枝炎ノ像ヲ以テ現レル場合デ、慢性型ハ狹義ノ氣管枝炎型デアル、Girau ハ更ニ慢性型ヲ「レントゲン」所見ニヨリ、纖維性結核(稠密性及瀰蔓性)、潰瘍性纖維性結核、緩徐性纖維乾酪性結核及ビ冷性粟粒型(granulies fro:des)ノ四ツニ分ケテヰル、殊ニ慢性氣管枝炎ト纖維性結核トハ同義語ト云ヒ得ル程、氣管枝炎型ハ纖維性結核ニ多イトイフ。蓋シ Bard[8] モ既ニ表在型ハ、氣腫ヲ伴フ瀰蔓性纖維性結核 (tuberculose fibreuse diffuse avec emphysème) ニ、又深在性ハ、稠密性纖維性結核(tuberculose fibreuse deuse) ニ甚ダ近似ノモノデアルトシ、Neumann[9] モ纖維性結核ハ屢ゝ慢性氣管枝炎ヲ合併スルト謂ヒ Bezançon[10] モ亦夙ニ同樣ノ意見ヲ有シ、最近佐々木[11] モ氣管枝炎型ヲ慢性肺結核中ノ纖維性結核ノ一型トシテ分類シテヰル。

又氣管枝炎型ノ經過及ビ豫後ニ關スル諸家ノ意見ハ大體ニ於テ一致シテヰル、卽チ經過ハ緩慢デ、豫後ハ比較的佳良デアルトイフ (Bard, Dumarest et Marotte, Bezançon, Girau)。要之、氣管枝炎型ハ病理解剖學的ニハ概念ノ變遷ヲ來シタルモ、臨牀的ニハ始メテ Bard ノ記載セル如キ特有ナル聽診所見ヲ有シ且ツ大體ニ於テ經過良性ナル肺結核ノ一病型ト理解スベキデアツテ、此ノ如キ病型ヲ念慮ニ置クコトハ臨牀實際上ノ便益ゝ少カラザル所デアルト考ヘラレル。蓋シ此病型ガ「レントゲン」學的ニ單一ノモノデナイコトハ Girau ノ記載ニヨツテモ推測シ得ラレル所デアルガ、今日マデ未ダ詳細ナル記述ヲ見ナイガ故ニ、余ハ佐々木院長ノ命ニヨリ杏雲堂分院ニ於ケル諸病型ノ經過ト其「レントゲン」所見トヲ對比觀察シテ得タル所見ヲ玆ニ報告スル次第デアル。

II. 臨牀的觀察

氣管枝炎型ナル病型ニ對スル余ノ見解ハ、勿論氣管枝結核又ハ結核性氣管枝炎ノ意味ニ於ケルモノデナク、肺結核ノ經過中ニ於テ Bard ノ記述セルガ如キ特有ナル聽診所見ヲ主徵トスル肺結核ノ一病型ト云フ意味デアル。玆ニ特有ナル聽診所見ト云フノハ專ラ乾性「ラ」音就中蜂鳴音及吹鳴音ヲ指スノデアツテ、蜂鳴音ハ râles ronflants 又ハ Schnurren und Brummen ニ當リ音ガ大且ツ低イモノ、又吹鳴音ハ râles sibilants 又ハ Pfeifen und Giemen デ音調ハ前者ニ比シ著シク高イ、此ノ如キ乾性「ラ」音ガ兩肺全部ニ亙ル場合ハ勿論、一側ノ肺又ハ肺ノ一定部(殊ニ上部)ニ限局シテ聽取サレル場合モ等シク、余ハ氣管枝炎型ニ編入シテヰルガ、唯此ノ如キ聽診的徵候ガ一時性ノモノデナク持續的ニ或ハ比較的長期間ニ亙ツテ反覆出現スルコトヲ必要條件トシテヰル。

一般ニ乾性「ラ」音ノ消長ハ種々ナル因子ニヨツテ左右サレルヤウデアル、例之天候等ニヨツテモ影響サレル、又一日ノ中ニ於テモ消長ガアル、又乾性「ラ」音ハ患者自身ニ自覺サレルコトガ多イ故ニ、余ハ問診モ亦甚ダ重要視シタ。尙余ハ Bard, Piéry 等ノ如ク表在型ト深在型トヲ區別シナカツタ、蓋シ此兩者ヲ區別スルコトハ臨牀實際上カラモ、亦「レントゲン」像カラモ困難ナ場合ガ多イカラデアル。

a) 頻度

統計材料ハ凡テ吾ガ杏雲堂分院ニ於ケル大正11年(1922年)ヨリ昭和7年(1932年)マデノ肺結核入院患者及ビ昭和3年(1928年)ヨリ同7年(1932年)マデノ外來患者デアル、但シ外來患者ヲ最近數年間ノモノニ限局シタノハ此期間ニ於テ病症ノ記載ガ比較的詳シイコト、及ビ觀察ノ便宜ノ多カツタ爲デアル。患者總數ハ男835人、女392人、合計1227人(內入院患者849人外來患者378人)デ、其中氣管枝炎型ニ屬スル

モノ 71 例、卽チ 5.8 %ニ當ル、此中男 34 例 (4.1 %)、女 37 例 (9.4 %) デ、女ノ方ガ遙ニ多イ。素因的關係ニ就テハ 1 例ニ於テ父ガ氣管枝性喘息デアツタコト、又姉妹 2 人ガ共ニ此病型デアツタコト以外ニ特記スベキモノハナイ。年齡ハ第 1 表ニ示ス如クデ、大體青壯年ニ多イ。

第 1 表

年齡	例數 (總數71)
15歲以下	5
歲 歲 16—20	16
21—30	23
31—40	16
41—50	9
51—60	2

第 2 表

觀察期間	例數 (總數71例)
1ヶ月—6ヶ月	21
7ヶ月—1年	9
1年—2年	26
3年—4年	12
5年—6年	3

觀察期間ハ最短 1 ケ月、最長 6 年デアル (第 2 表)。

b) 熱候

氣管枝炎型ト診斷サレタ當初ニ於テ、體溫 38.0°C 以上ヲ示セルモノ 4 例、37.5°C 乃至 37.9°C 15 例、微熱 35 例、全然無熱ノモノ 17 例デアル、而シテ觀察期間中ニ於テ當初 38.0°C 以上ヲ示セルモノ 4 例中 2 例及ビ 37.5°C 乃至 37.9°C 15 例中 9 例ハ微熱トナツテヰル。

要スルニ氣管枝炎型ノ體溫ハ大體ニ於テ、大部分ハ微熱乃至無熱デアル。

c) 喀痰

喀痰量ハ區々ニシテ一定シナイガ、非常ニ大量ノ喀痰ヲ有スルモノハ極メテ稀デアル、喀痰ノ性狀モ多樣デアルガ、就中粘稠性ノモノガ比較的多イ。喀痰中ノ結核菌ハ當初陽性ナリシモノ 28 例、陰性ノモノ 43 例デ、此中、中途ヨリ陽性トナツタモノガ 12 例アル、而シテ當初ノ陽性 28 例及ビ中途ヨリ陽性トナツタ 12 例、併セテ 40 例ノ中、觀察期間ノ終ニ於テ陰性トナツタモノ 8 例、依然陽性ナルモノ 32 例デアル、卽チ氣管枝炎型ノ略〻半數ニ於テ喀痰中ノ結核菌陽性デアル。

d) 喀血

玆ニイフ喀血ハ血痰ヲモ含ンデヰル、纖維性或ハ增殖性硬化性結核ニ喀血ノ多イコトハ既ニ多數ノ報告ガアル (Sticker, Hochhans, Ballin & Lorenz, Paulsen, Bezançon & Tacquelin)[12] 而シテ氣管枝炎型ノ大部分ガ纖維性結核ニ屬スルモノトスレバ (後章詳述)、從テ氣管枝炎型ニ喀血ノ多イノハ當然デアツテ、余ガ例ニ於テハ時々喀血ヲ繰返スモノ 21 例、1 回ダケノモノガ 10 例アツタ、此 21 例ハ恐ラク Andral ノ間歇性喀血型 (la forme de tuberculose hémoptoique á étapes éloignées d'Andral)[13] 又ハ反覆性喀血型 (hémoptysie à répétition) ニ相當スルモノデ此病型ハ比較的良性ノモノトサレテヰル。

e) 合併症トシテノ喉頭結核

Piéry[14] ニ據レバ表在型ハ屢〻咽喉結核ヲ合併スルガ、此際局所ニ於ケル結核性病變ハ肉芽性ニシテ潰瘍ヲ造ラズ、病變ガ深部ニ波及シナイノガ特徵デアルトイフ、余ハ 6 例ニ於テ喉頭結核ノ合併ヲ見タガ、何レモ他覺的ニハ增殖性病變デ、潰瘍ナク、自覺的ニハ嗄聲アルノミデ嚥下痛或ハ嚥下障碍等ハ無カツタ。

f) 赤沈反應

18 例ニ就テ檢査シタ、此中 11 例ニ於テハ Westergren 氏法ニヨル 1 時間値ハ 30 以下デ、卽チ中等速度 (Katz)[15] 以內ニアル。

Mantoux 氏「ツベルクリン」皮內反應

Neumann ハ前章記載ノ如ク表在型ニ於テハ皮內反應ハ非常ニ弱イト報告シテヰルガ、余ノ檢査シタ 12 例ニ於テハ「アヰルギー」或ハソレニ近イモノハ 1 例モナカツタ、其他「ツベルクリン」ニ比較的過敏ニ反應シタモノガ 2 例アルガ、其中 1 例ハ右肺上葉炎デ、他ノ 1 例ハ左側氣管側腺ヨリ發足シタ第二次性浸潤デアル、肺上葉炎ニ「ツベルクリン」過敏症ノアルコトハ最近松岡[16] ノ報告ガアル。

血液像

11 例ニ就テ檢査シタ結果ハ第 3 表ニ示ス如クデ、6 例ニ於テ「エオジン」嗜好細胞ノ增加ガア

ル、又中性嗜好細胞核ノ左方遷移ハ殆ンドナイカ又ハ極メテ輕度デアル、此ノ現象ハ他ノ檢査成績ト比較シテ興味アル所デアル。

第 3 表

患者名	檢査日	赤血球數	血色素(%)	白血球數	白血球式
[redacted]	20/9 1930	6.400.000	95	5.200	0.17／0.0.23.32／19.9
[redacted]	8/7 1931	5.120.000	74	3.500	0.0 ／0.0. 1.69／24.6
[redacted]	8/8 1931	4.160.000	63	3.700	0.0 ／0.0. 3.60／30.7
[redacted]	1/12 1931	5.440.000	55	／	0.3 ／0.0. 2.62／22.11
[redacted]	9/4 1930	4.320.000	72	4.300	1.27／0.1. 3.38／24.6
[redacted]	17/1 1931	4.800.000	80	5.500	1.20／0.0. 5.60／11.3
[redacted]	22/9 1930	4.200.000	80	5.750	0.9 ／0.0. 8.48／28.7
[redacted]	9/4 1931	4.720.000	86	6.700	1.6 ／0.0. 9.58／19.7
[redacted]	25/5 1931	4.980.000	97	6.550	2.11／0.0. 9.57／16.5
[redacted]	25/7 1931	6.080.000	93	9.500	0.1 ／0.0. 3.65／30.1
[redacted]	31/5 1932	4.240.000	79	6.700	0.5 ／0.0. 6.59／24.6
[redacted]	10/3 1929	3.640.000	46	6.250	0.6 ／0.1. 8.38／35.12
[redacted]	3/9 1930	3.940.000	60	7.500	0.2 ／0.0.15.60／20.3
[redacted]	22/12 1932	5.160.000	84	7.000	0.1 ／0.0. 7.59／29.4
[redacted]	21/12 1932	4.440.000	80	6.500	0.1 ／0.0. 8.62／21.8

g) 理學的所見

打診所見ハ聽診所見ニ比シ範圍狹ク、後述ノ後肋膜炎型ニ屬スルモノヲ除イテハ著シイ濁音ヲ呈スルモノハ少イ、聽診所見トシテハ前述ノ如キ特有ナル乾性「ラ」音ノ外ニ濕性「ラ」音ヲモ聽取シ得ルコトガ少クナイ、71例中30例ハ乾性「ラ」音ノミヲ聽キ、41例ハ乾性「ラ」音ノ外ニ屢〻濕性「ラ」音ガ出沒シテヰタ、此濕性「ラ」音ヲ合併スルモノヽ中ニハ深在型卽チ氣管枝擴張ヲ伴フモノガ一部包含サレテヰルト考ヘラレル。乾性「ラ」音ノ證明サレル範圍ハ49例ニ於テハ兩肺全部ニ亙リ、15例ニ於テハ一側ノ肺全部、7例ニ於テハ一側肺ノ一定部(主ニ上部)ニ限局シテ聽取サレタ、又乾性「ラ」音ノ密度ハ主トシテ病變(「レントゲン」所見ニヨル)ノ程度ニヨツテ異ルノデアツテ、病變ノ顯著ナル部分ニ於テ最モ多ク聽取サレル。

III. 「レントゲン」學的觀察

余ハ71例全部ニ就テ「レントゲン」檢査ヲ行ツタガ、其中連續撮影ニヨツテ病勢ノ推移ヲ觀察シ得タモノガ32例アル。「レントゲン」所見ト理學的所見殊ニ聽診所見トノ範圍的關係ハ必ズシモ一致シナイ、一般ニ「レントゲン」所見ヨリモ大ナル範圍ニ亙ツテ乾性「ラ」音ガ聽取サレル、從テ此事實ハ乾性「ラ」音ハ必ズシモ「レントゲン」學的病竈ソノモノヽ局所的關係ヲ示スモノデナイトイフ Girau[17] ノ說明ニ一致スルト思フ。

氣管枝炎型ノ「レントゲン」像ハ多岐多樣デアルガ、余ハ試ミニ之ヲ次ノ6型ニ分類シタ。

1) 肺紋理及肺門部陰影增强 5例

2) 纖維型 27例

此中ニハ Neumann ノ瀰蔓性纖維性結核ニ屬スルモノ(附圖1.)6例ノ外、一側又ハ兩側ノ纖維性病竈(附圖2.)或ハ灰化セル斑點病竈(附圖3.)ヲ呈スルモノモ包含サレテヰル。

3) 血行型 7例

此中ニハ「レントゲン」像ガ全肺野ニ亙ツテ著明

ナル網狀紋理ヲ呈シ確ニ近キ過去ニ於テ Redeker[18] ノ所謂血行性撒布第三期ヲ經過シタコトガ推測シ得ラレルカ(附圖4.)或ハ「レントゲンセリエン」ニ依テ明カニ證明サレタモノヽミヲ編入シタ。

抑ゝ氣管枝炎型ト血行性結核トノ關係ニ就テハ、既ニ Borst[19] ガ播種性結核デ病竈ガ小氣管枝ニ限局シテ生涯氣管枝喘息ノ像ヲ呈シタ症例ヲ報告シ、Girau ハ氣管枝炎型ノ臨牀的病型ノ中ニ冷性粟粒型ヲ擧ゲテヰル (余ハ冷性粟粒型 granulie froide de Burnand et Sayé[20] ヲ肺結核ノ慢性血行型 chronische haematogene Form der Lungentuberkulose ト解釋シテヰル)。又 Piéry ハ表在型ニ咽喉結核合併ノ少クナイコトヲ認メテヰル。此等ノ事實ハ少クトモ氣管枝炎型ノ一部ガ血行性成立デアルコトヲ物語ツテヰルモノデ、余ノ例ニ於テ血行型ノ存在スルコトハ格別珍シイ事實デナイガ、唯余ノ例ニ於テハ「レントゲン」像ガ粟粒撒布ノ像ヲ呈シテヰル時期ニ於テ氣管枝炎型徵候ヲ呈シタモノハ1例モナイガ、粟粒斑點ガ大部分吸收サレテ纖維性病型ヲ呈スルニ至ツテ始メテ氣管枝炎型特有ノ聽診所見ヲ示シテヰルコトハ注目ノ價ガアルト思フ。(附圖5. a)　b))

4)　後肋膜炎型　　9例

此中7例ハ F. Fleischner[21] ノ記載シテヰルヤウナ極メテ特有ナル「レントゲン」像ヲ呈スル後肋膜炎性纖維乾酪性結核 (Phthisis postpleuritica fibrocaseosa) デアル(附圖6)、他ノ2例中、1例ハ肋膜肥厚ニヨル下野ノ瀰蔓性溷濁デ、1例ハ著明ナル側緣線ト該側上野ノ纖維性病竈ヲ認メタ。

5)　氣管枝肺炎性乃至肺炎性病竈 (Bronchopneumonische bzw. pneumonische Herde) 又ハ浸潤像 (Infiltrate und Infiltrierungen) ヲ呈セルモノ　　17例

此中所謂早期浸潤、第二次性浸潤ハ各々5例アツタ。

6)　上葉炎 (lobite supérilure)　6例

1例ハ單純性上葉炎デアルガ、他ノ5例ハ何レモ超過性竝ニ兩側化性上葉炎 (lobite dépassée et de bilateralisation) デアル。上葉炎ガ大體ニ於テ豫後佳良ナルコトハ一般ニ認メラレテヰル所デアル。

以上ノ如ク氣管枝炎型ノ「レントゲン」像ハ纖維性病變ガ大部分ヲ占メ第5型ニ屬スル一部 (氣管枝肺炎性乃至肺炎性病竈及早期浸潤) ヲ除ケバ他ハ悉ク比較的良性ナルモノデアル。尙、氣管枝炎型ノ「レントゲン」寫眞ニ於テ空洞ノ證明サレタモノ (附圖7) ハ26例アルガ、此內譯ハ第4表ノ如クデアル。

第　4　表

「レントゲン」學的病型	病型例數 (71)	空洞例數 (26)
1.　肺紋理及肺門部陰影增强	5	0
2.　纖維型	27	9
3.　血行型	7	2
4.　後肋膜炎型	9	4
5.　氣管枝肺炎性乃至肺炎性病竈及浸潤像	17	8
6.　上葉炎	6	3

而シテ此中空洞ノ運命ヲ「レントゲン」連續撮影ニヨツテ追窮シ得タモノガ16例アル、卽チ4ケ月乃至4ケ年ノ後、明カニ縮小又ハ消失シタモノ12例、空洞縮小又ハ消失セシモ他野ニ新空洞ヲ生ゼシモノ2例及ビ空洞大トナリ且ツ新シキ空洞ヲ生ジタルモノ2例デアル。

IV.　經過及ビ轉歸

經過及ビ轉歸ノ觀察ニ當テ、現在引キ續キ當院ニテ經過觀察中ノモノ36例(但シ此中一ハ經過觀察中ノ死亡例ヲ含ム) ニ於テハ自覺的症狀及ビ種々ナル檢査所見、特ニ「レントゲン」ノ連續撮影ヲ重要視シタ、又觀察期間後ニ屬スルモノ卽チ現在當院ノ診療ヲ受ケテヰナイモノ35例ニ就テハ其後ノ經過ヲ當該患者又ハ其關係者ニ照會調査シタ、此中經過不明ナルモノガ7例ア

ルガ、之ヲ別トスレバ64例中6ケ月乃至10年後ニ於テ、輕快40例、未治10例及ビ死亡14例デ、過半數ハ輕快シテヰル。而シテ死亡14例中1例ハ病勢增惡ノタメデナク、家庭ノ事情ノタメ自殺シタモノデアルカラ之ヲ控除スレバ、死亡例ハ63例中13例、20.6　トナル。

斯ノ如ク死亡率ハ一見高率ノ如ク見エルガ、死亡例13例中9例ハ余ノ所謂觀察期間後ニ屬スルモノデ、此間果シテ適當ナ治療ガ施サレテヰタカ否カハ不明デアルカラ此死亡率ハ多少控ヘ目ニ見タ方ガヨイト思フ。

又死亡例ノ當初ノ「レントゲン」像ハ如何ニトイフニ、纖維型6例、血行型1例、肺炎性病竈及浸潤像ヲ呈セルモノ6例デ此中6例ハ空洞ヲ有セルモノデアツタ。

尙死亡例ニ就テ、當初ヨリ死亡ニ至ルマデノ期間ヲ調ベテ見ルニ、

3ケ月、6ケ月、1年、1年6ケ月、1年9ケ月各々1例、3年2例、3年7ケ月1例、3年8ケ月1例、5年3例、6年5ケ月1例ノ通リデ、13例中8例ニ於テハ3年以上デ、經過ノ緩慢ナコトヲ示シテヰル。

要之、氣管枝炎型ノ經過ハ緩慢デ、豫後ハ比較的佳良デアル。

V. 總　括

1)　余ハ Bard ノ氣管枝炎型ヲ以テ、單ニ特有ナル聽診所見ヲ主徵トスル肺結核ノ一病型トシテ觀察シタ。

2)　余ハ肺結核患者1227人中(內男835人、女392人)、71例ニ於テ氣管枝炎型ヲ檢出シ得タ、卽チ5.8％ニ當ル。此中男34例(4.1％)、女37例(9.4％)デ、女ノ方ガ遙ニ多イ。

年齡的關係ハ15歲以下5例、16歲ヨリ20歲マデノモノ16例、21歲ヨリ40歲マデノモノ39例、41歲ヨリ50歲マデノモノ9例、51歲以上2例デ、靑壯年者ニ多イ。

3)　赤沈反應ハ18例中11例ニ於テ、Westergren 氏法ニヨル1時間値ハ中等速度以內ニアル。

Mantoux 氏「ツベルクリン」皮內反應ハ概シテ中等度陽性デ、「アヲルギー」或ハソレニ近イモノハ1例モナカツタガ、此點ハ Neumann 等ノ記載ニ一致シナイガ、然シ余ノ檢査ハ僅カ12例ニ過ギナイ故ニ、其結論ハ保留スル。

血液像ハ11例中6例ニ於テ「エオジン」嗜好細胞ノ增加ガアル、又中性嗜好細胞核ノ左方遷移ハ大部分ニ於テ陰性カ又ハ極メテ輕度ノ陽性ヲ示スニ過ギナイ。

4)　打診所見ハ後肋膜炎型ニ屬スルモノヲ除イテハ、聽診所見ニ比シ範圍ガ極メテ狹イ、聽診的ニ約半數ニ於テ濕性「ラ」音ノ合併ヲ認メタ、乾性「ラ」音ハ「レントゲン」學的病竈ヨリ遙カニ廣範圍ニ於テ聽取サレルガ、其密度ハ「レントゲン」學的病變顯著ナル部分ニ於テ最モ大ナルヤウデアル。

5)　「レントゲン」所見ハ次ノ如クデアル、

i.　肺紋理及ビ肺門部陰影增加　　5例

ii.　纖維型　　27例

此中ニハ Neumann ノ彌蔓性纖維結核、一側又ハ兩側ノ主トシテ纖維性又ハ灰化病竈ヲ呈スルモノ等ガアル。

iii.　血行型　　7例

病竈ハ粟粒狀デナク、纖維狀デアル。

iv.　後肋膜炎型　　9例

此中定型的後肋膜炎性纖維乾酪性結核ハ7例アツタ。

v.　氣管枝肺炎性乃至肺炎性病竈及浸潤像、　　17例

此中早期浸潤、第二次性浸潤ハ各々5例アツタ。

vi.　上葉炎　　6例

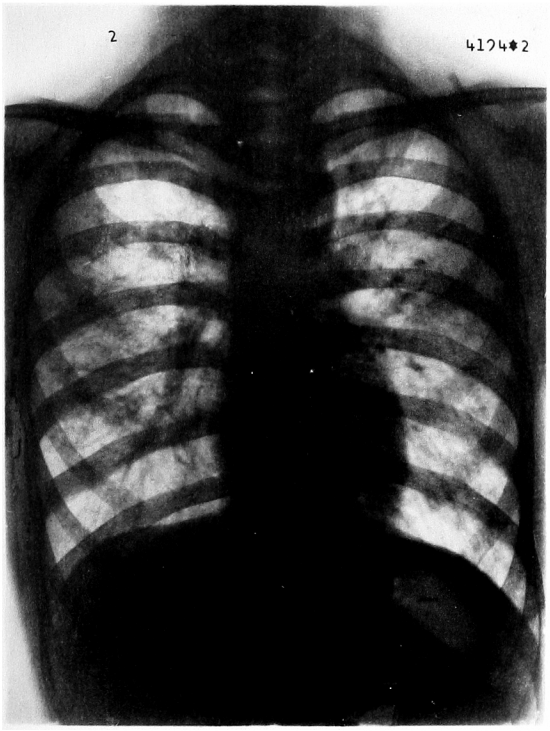
又空洞ノ證明サレタモノ26例中、連續撮影ニヨツテ空洞ノ運命ヲ追窮シ得タモノガ16例アルガ、大多數ハ縮小又ハ消失シタ。

6)　經過及ビ轉歸

1ケ月乃至6ケ年ノ觀察期間ニ於テ、熱候ハ大

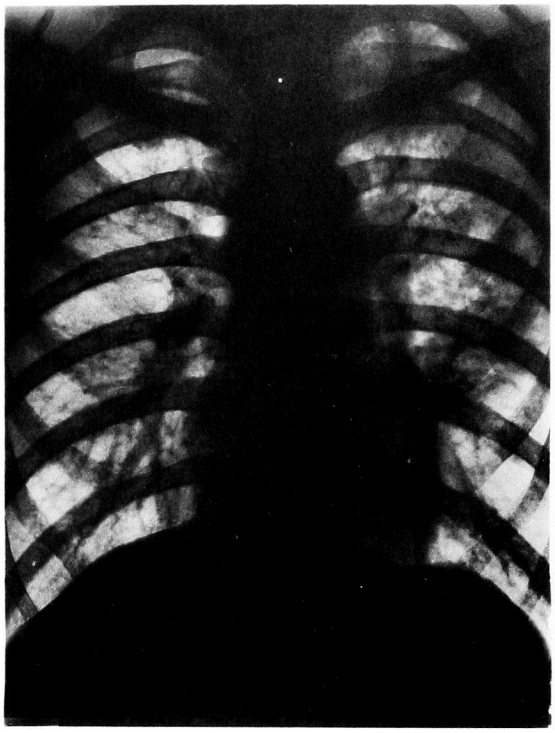
飯久保論文附圖（I）

1.



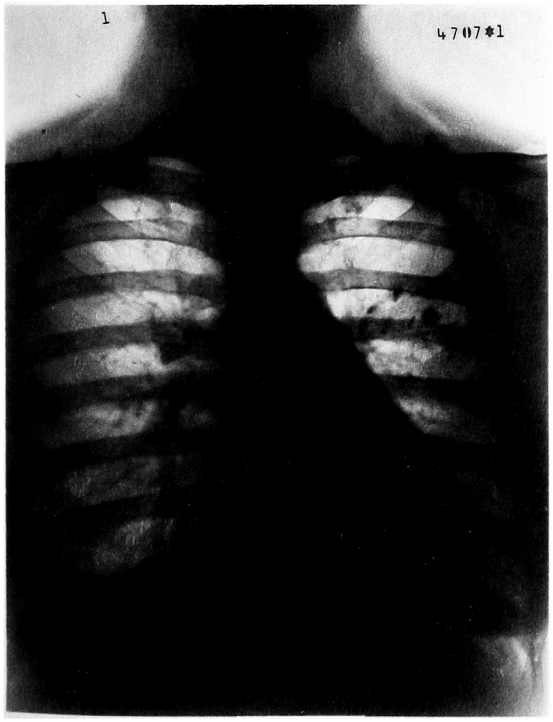
瀰蔓性纖維性結核

2.



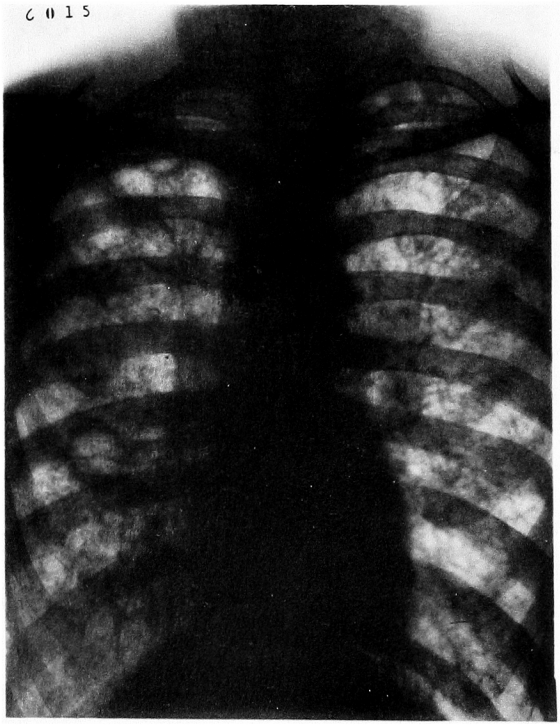
一側ノ纖維性結核

3.



灰化性病竈

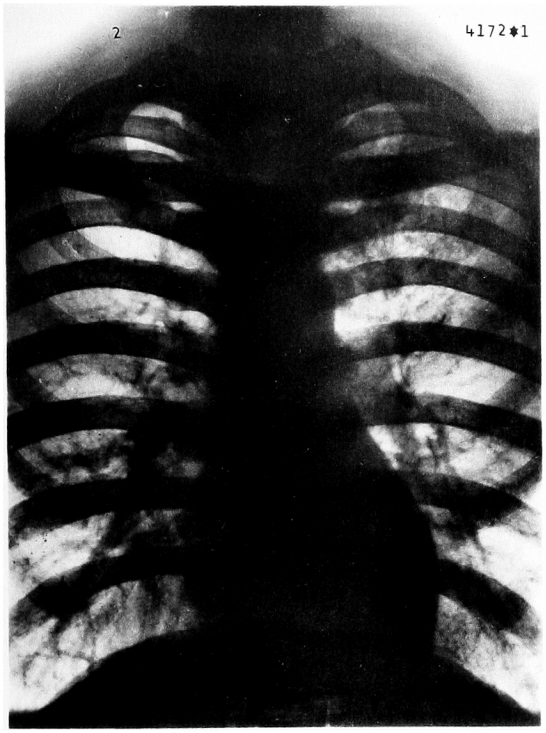
4.



血行型

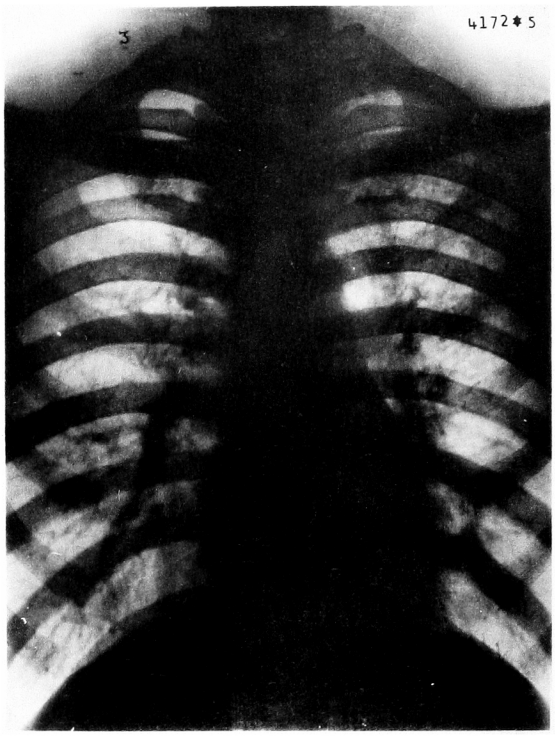
飯久保論文附圖（II）

5. a



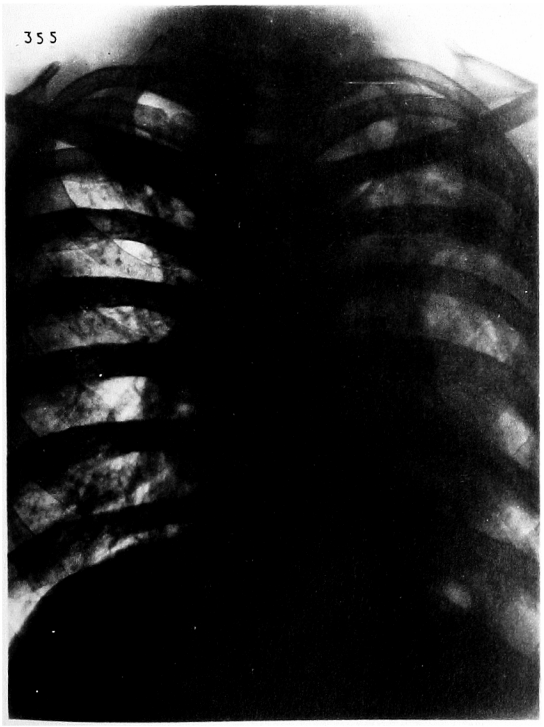
左肺上野粟粒性撒布

5. b



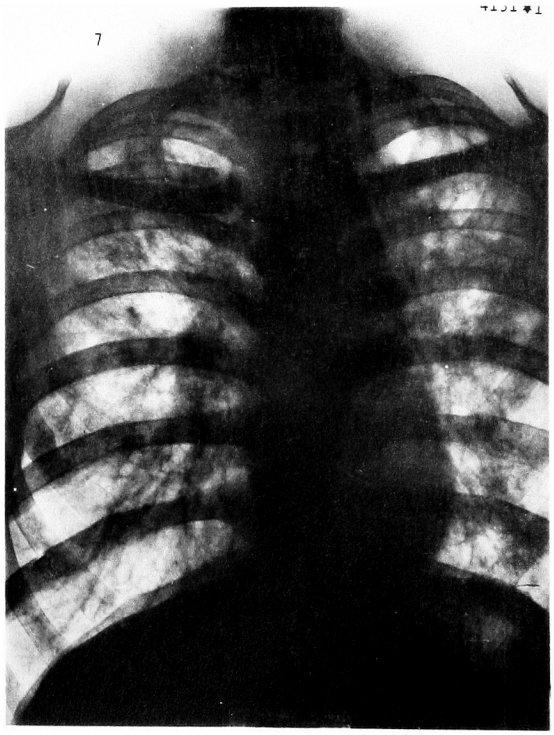
左肺上野纖維性病竈（8ヶ月後）

6.



後肋膜炎性纖維乾酪性結核

7.



纖維性結核（左肺上野空洞形成）

多數ニ於テ微熱乃至無熱デ、高熱ヲ有スルモノハ極メテ稀デアル。喀痰中結核菌ハ約半數ニ於テ陽性、反覆性喀血型(Andral 氏型)ガ21例アツタ、又喉頭結核ノ合併症ヲ有スルモノガ6例アツタガ、何レモ增殖性病變ヲ有スルモノデアツタ。

6ケ月乃至10年後ノ轉歸ハ、輕快40例、未治10例、死亡14例、不明7例デ過半數ハ輕快シテヰル、不明ノ7例及ビ死亡1例中ノ自殺セル1例ヲ除ケバ、63例中、死亡13例、20.6％トナル。

7) 要之、氣管枝炎型ハ「レントゲン」學的ニハ單一ノモノデハナイガ、纖維性病變ガ大部分ヲ占メ、經過緩慢ニシテ豫後ノ比較的佳良ナモノデアル。此ノ如キ病型ヲ考慮ノ中ニ置クコトハ臨牀實際上ノ便益ガ少クナイト考ヘラレル。

稿ヲ了ルニ臨ミ、院長佐々木隆興先生並ニ副院長永野重業先生ノ懇篤ナル御指導ト、「レントゲン」技師櫻井洋二郎氏ノ御盡力トヲ深謝ス。

文　獻

1) **L. Bard**, Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire 1901. p. 112. 2) **H. Marotte**, 4. A. Girau, p. 421. ニ據ル. 3) **Bard**, 4. A. Girau, p. 421. ニ據ル. 4) **A. Girau**, Présse médicale 36. Année 1928. p. 421-423. 5) **Piéry**, Neumann, Erg. Tbk. forschg. Bd. 2. 1931. S. 356. 6) **W. Neumann**, Klinik der Tuberkulose Erwachsener 2. Afl. 1930. S. 224. 7) **F. Dumareat** et **H. Marotte**, Z. bl. Tbk. forschg. Bd. 15. 1920. S. 387. 8) **Bard**, 4. A. Girau, ヨリ引用. 9) **Neumann**, 6. W. Neumann, S. 173. ヨリ引用. 10) **F. Bezançon** et **S. I. de Jong**, Précis de pathologie médicale Tom 3., Maladies de l'appareil respiratoire 2. edition refondre 1931. p. 457. 11) **佐々木隆興**, 實驗醫報. 第18年. 昭和七年(1932). 881頁. 12) **H. Oeffner**, Z. bl. Tbk. forschg. Bd. 35. 1931. S. 4. 13) **Andral**, 10. Bezançon et de Jong, p. 454. ヨリ引用. 14) **Piéry**. 6. Neumann, S. 225. ニ據ル. 15) **G. Katz** und **M. Leffkowitz**, Erg. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 23. 1928. S. 322. 16) **松岡直義**, 結核. 第10卷. 昭和七年. (1932). 635頁. 17) **Girau**, 4. Girau. 18) **H. Braening** und **F. Redeker**, Haematogene Lungentuberkulose 1931. S. 29.(Tbk. Bibliothek Nr. 38). 19) **Borst**, Fr. Mueller, Muench. med. Wschr. Jg. 69. 1922. S. 381. 20) **Burnand** et **Sayé**, K. Lydtin, Haematogene und bronchogene Lungentuberkulose 1932. S. 9. (Tbk. Bibliothek Nr. 45) W. Neumann, Erg, Tbk. forschg. Bd. 1931. T. 261. 21) **F. Fleischner**, 6. W. Neumann, S. 459.