

小學校教職員ノ結核ニ就テ

(昭和 15 年 9 月 21 日受領)

廳立帶廣保健所 醫學士 岡 田 通 磨

昭和 13 年 6 月帶廣市内及ビ近郊町村 4 ケ村ノ小學校教職員ノ結核檢診ヲ施行スル機會ヲ得タノデ此處ニソノ成績ヲ發表セントス。

世ノ識者ノ此ノ方面ニ特ニ注目サレンコトヲ望ムモノデアル。檢診人員男子教員 132 名女子教員 48 名計 180 名ニシテ、先ヅ全員ニマンロー氏反應ヲ施行シ、ソノ陽性者ニツイテ臨牀的診查ヲナシ、「レントゲン」透視及ビ寫眞撮影ヲ行ツタ。必要アルモノニハ赤血球沈降反應、喀痰檢査ヲモ行ツタ。

結核感染率ハ次表ノ如クデアル。

第 1 表 教員ノ結核感染率

男		女		計	
人員	陽性率	人員	陽性率	人員	陽性率
132	124.93.1%	48	28.58.3%	180	152.84.4%

年齢ハ 18 歳ヨリ 50 歳ニ至ル、女子ノ大部分ハ 20 歳前後ノ若年者デアル。

結核感染率ハ男子 93%ニシテ女子 58.3%ニ比

シ甚ダシク高率デアル、之ハ女子ニ於テ若年者多キタメト考ヘラルル、之ヲ函館ニ於ケル清水ノ報告ト比較スルニ略々同率デアル。

次ニ之等陽性者全員ニ對シ「レントゲン」透視及ビ寫眞撮影ヲ行ヒ、結核病患者ノ檢索ヲ行ツタ。「レントゲン」寫眞ニヨリ注意ヲ要スルト思ハルル結核病變ヲ證明シタモノ全部デ 22 名、男子 19 名、女子 3 名デアツタ。

第 2 表 教員ノ要注意結核病變者

	ツ陽性者	病變者	率
男	124	19	15.5%
女	28	3	10.7%
計	152	22	15.1%

要注意病變者ノ率ハ男子 15.5%、女子 10.7%、計 15.1%ナリ、即チ教員ノ「ツ」陽性者ノ約 1 割 5 分ニ注意ヲ要スベキ又ハ療養ヲ要スベキ病變者ヲ發見スルコトハ大ニ注目スベキコトデアル、次ニ之等病變者ノ一覽表ヲカ、ゲル。

第 3 表 教員ノ結核病患者一覽表

昭和 13 年度 帶廣地方小學校教職員「レ」線所見一覽

學校	番號	姓名	年	性	家族史	既往症	「レ」線所見	「ツ」反應	赤沈	喀痰
柏 校	1	████	21	♂			左肺尖浸潤	(++)	14	T.B.(+)
	2	████	28	♂			陳舊初感染	50×47		
	3	████	26	♂	母死亡	19歳肺尖結核	廣汎空洞性混合型	(+)	90	T.B.(+)
	4	████	30	♀			右廣汎結節型	(++)	64	T.B.(+)
明星 啓	5	████	34	♂			陳舊灰化	(+)		
	6	████	31	♂			肺門灰化	(+)		
北	7	████	30	♂		16歳肋膜炎 23歳肺尖	廣汎灰化竈左上 葉浸潤	(++)	3	T.B. -
帶 校	8	████	29	♂	父喘息死亡	肺尖カタル 10年前	陳舊灰化	30×50	2	
	9	████	24	♂		濕性肋膜炎 濕性腹膜炎	肺門灰化	27×24	14	
	10	████	28	♂	姉腹膜炎死亡	肋膜炎	シモン氏竈	30×25	35	

柏校	11	35	♀		肋膜炎	陳舊灰化	35×30	
芽	12	23	♀	弟結核死亡		シモン氏竈	32×35	7
	13	24	♂		肋膜炎	左上限局纖維型	17×18	13
	14	45	♂			頸腺灰化竈	45×35	5
室	15	32	♂		肋膜炎2年前	兩肺尖部浸潤型	15×17	13 T.B.(-)
	16	32	♂			左下葉浸潤	25×22	10 ”
香更	17	30	♂		肋膜炎5年前	右上葉浸潤	40×70	30 T.B.(+)
幕別	18	25	♂			右上葉纖維型	10×18	5
	19	29	♂			肺尖部灰化竈	20×25	11
本別	20	31	♂	妹腹膜炎死亡	肋膜炎	肋膜肥厚	55×55	63
	21	26	♂	弟肋膜炎	脚氣	纖維型結核	15×15	10
	22	37	♂		肋膜炎	右下葉纖維型	45×60	6

上表ニ於テ例 1、右肺尖浸潤、例 3、廣汎空洞性混合型、例 4、右廣汎結節型、例 7、廣汎灰化竈竝ニ左上葉浸潤、例 15、兩肺尖浸潤、例 16、左下葉浸潤例 17、右上葉浸潤、例 20、肋膜肥厚ノ 8 例ハ活動性結核ト考ヘラル、モノニシテソノ中例 3、例 4、例 17 ノ 3 例ハ塗抹標

本ニヨリ結核菌陽性デアツタ、即チ開放性ニシテソノ學童ニ及ボス影響ハ戰慄スベキモノデア、要注意病變者ノ大部分ニ家族中及ビ既往症ニ結核ガ發見サルル。

之等教員ニ對シテハ直ニ療養ヲ勸告シタガ、之ガ根本的解決ハ教員療養所ノ設置デア、

結 論

1. 昭和 13 年 6 月帶廣地方教員 180 名集團、結核檢診ヲ行ツタ、結核感染率ハ 84.4% ニシテ、男子 93.1%、女子 58.3% ナリ。
2. 帶廣地方教員ノ要注意結核病變者ハ「ツ」陽性者ノ 15.1% ニシテ 男子 15.5%、女子 10.7% ナリ。
3. 活動性結核ト考ヘラレルモノ 8 例ニシテソ

ノ中 3 例ニ於テ塗抹標本ニヨリ結核菌陽性デアツタ。

4. 結核教員ニ對スル根本的解決策ハ教員療養所ノ設置デア、

擱筆スルニ臨ミ御懇篤ナル御指導ヲ賜ハリシ恩師有馬英二教授ニ深謝ス。

文 獻

1) 清水寛, 小學教員ノ結核ニ就テ. 臨牀内科. 5 卷, 3 號. 2) 岡田, 北海道東部學童ノ結核ニ就テ. 結核. 17 卷, 2 號. 3) 金井, 清水, 虛弱

兒童ニ於ケル結核. 結核. 15 卷, 2 號. 4) 新井, 教師ノ結核ト學童. 結核ノ臨牀. 第 1 卷, 2, 3 號.

Table No. 3.

Group C (male and female).

	Age at the time of arrival in Tokyo from the rural district.											total	%	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50→			
Number of years after arrival in Tokyo before the disease brokeout.	0-4		2	15	77	38	27	7	7	1		1	175	24.8
	5-9	3	17	38	67	41	7	3	1		1	1	179	25.5
	10-14	14	16	26	66	20	3	4	1				149	21.1
	15-19	20	10	19	29	15	2	2	1				98	13.9
	20-24	9	5	11	12	6	1	1	1				46	6.6
	25-29	11	2	6	3	3							25	3.5
	30→	1	2	9	15	4							31	4.4
total	58	54	124	269	123	43	17	11	1	1	2	703		
%	8.2	7.6	17.6	38.2	17.4	6.1	2.4	1.6						

This means that a certain number of years are required from the infection to spread. In other words, if the group from the rural section and the group born and raised in Tokyo were put under a same social conditions, I don't think we would be making a big mistake in regard to the disease, tuberculosis, especially from the standpoint of the morbidity of the disease, if we were to say that hardly any difference would exist between the two groups.

Studien über die Tuberculose bei Lehrern und Lehrerinnen der Volksschule.

Von

Dr. Michimaro Okada.

(Direktor der staatlichen Gesundheitsamt zu Obihiro Japan.)

Im Juni 1938 hat der Verfasser eine Studie über die Tuberculose bei Lehrern und Lehrerinnen der Volksschule in der Stadt Obihiro in Hokkaido gemacht, zu diesem Zwecke wurden 180 Lehrern und Lehrerinnen vom 18-50 Alter ausgewählt, zuerst wurde intracutane Tuberculin-Reaktion durchgeprüft. 93.1% bei Lehrern und 58.3% bei Lehrerinnen waren positiv.

Dann wurde an Tuberculinpositiven genaue Röntgenuntersuchung vorgenommen, unter ihnen zeigte 22 oder 15.1% von Tuberculinpositiven warnende Tuberculose Veränderungen. (Lehrern 19. oder 15.5%, Lehrerinnen 3 oder 10.7%).

Behandlungsbedürftige Lehrern als aktiver Tuberculose waren 8, worunter linksseitige Spitzeninfiltrat, ausged. Cavernöse gemischte Form, Ausged. Kalkherd und linksseitige oberlappen Infiltrat, beide Spitzeninfiltrat, linksseitige Unterlappeninfiltrat, rechtsseitige Oberlappeninfiltrat, Pleuritis sinistra, ausged. rechtsseitige Knotige Form. Davon fand

Ich drei offene tuberculöse Kranke bei Strichpräparat.

Diese Tatsache zeigt, dass Schulkinder in grosser Gefahr setzen werden. Deswegen die Einrichtung des Sanatoriums für Lehrer und Lehrerinnen ist unerlässlich um die Quelle des Gefahrs zu entfernen.

Über die Pathogenese von „Lymphadenitis colli tuberkulosa“.

Von

Dr. Hayaru Matuno.

(Aus dem Pathologischen Institut (Abteilungsleiter: Prof. Dr. K. Ono) und der I. Chirurg.
Klinik (Direktor: Prof. Dr. H. Akaiwa) der Kaiserl. Kyushu-Universität zu Fukuoka, Japan).

Verf. hat von 69 Sektionsfällen der schweren und leichten Lungentuberkulose insgesamt 138 Gaumentonsillen sowie viele Lymphdrüsen vom Hals-, Supraklavikular-, Axillar-, Peritracheal- und Bronchial-, Mesenterial- und Retroperitonealteil (im ganzen 1443 Stellen) durchgemustert. Seine Ergebnisse werden folgendermassen kurz zusammengefasst:

1) Ob der tuberculöse Herd in der Tonsille oder in den Lymphdrüsen auf dem Wege der hämatogenen oder lymphogenen (und zwar bei Tonsillen lakunären) Infektion hervorgerufen wurde, kann Verf. mit Berücksichtigung von Onos Ansicht über die Blutgefässverteilung und die Lymphbewegung in solchen Organen mikroskopisch beinahe sicher differenzieren.

a) Hämatogene Infektion in der Lymphdrüse: Da die Bazillen sich in den peripheren Gefässteilen ansiedeln, bemerkt man leicht im Bereich der Rindenknoten oder selten auch im Markstrang einzelne Metastaseherde als relativ scharfbegrenzte kuglige Miliartuberkel von verschiedener Gewebsreaktionsform (verkäste, produktive, fibröse Tuberkel oder Epithelloidzellhaufen). Sonst, wenn die verkästen Miliartuberkel nicht in den Lymphsinus perforieren und kein anderer lymphogener Einfluss vorhanden ist, findet sich nie eine krankhafte Veränderung des Lymphsinus.

b) Lymphogene Infektion in der Lymphdrüse: Die Tuberkelbazillen oder Abbau-
stoffe des zerstörten Gewebes treten von irgendeinem tuberkulärem Herd mit der Lymphe durch die Vasa afferentia in die Lymphdrüse und umfluten grösstenteils ihre Rinde auf dem Wege des Randsinus, oder ihr Nebenfluss geht durch die engen Intermediärsinusbahnen in den weiter Marksinus, worin die Lymphbewegung sich erheblich verlangsamt. Infolgedessen spielt sich in einem Teil oder allen Teilen des Sinussystems eine exsudative oder produktive entzündliche Veränderung ab, welche mit der tuberkulösen Reaktion an den Lungenalveolen durchaus vergleichbar ist (Abb. 9, 10, 12, 14, 16, 24). Dabei kommt es im Markplexus sehr häufig zur grossen Krankheitsherdbildung (Abb. 17, 18, 22), und auch die im Intermediärsinus hervorkommende Tuberkel gestaltet sich charakteristisch nicht kugelartig, sondern ganz unregelmässig.

c) Hämatogene Infektion in der Tonsille: Die durch die hämatogene Infektion hervorgegangenen Miliartuberkel finden sich immer im Bereich des Lymphfollikels. Die Häufigkeit dieser Infektion betrug, bezogen auf alle Untersuchungsfälle, ungefähr 35%, jedoch neigt Verf. nach seiner Erfahrung zu der Ansicht, dass diese hämatogenen Miliartuberkel häufiger fibrös heilen.

d) Lakunäre Infektion der Tonsille: Dass es keine lymphogene Infektion an der