びまん性汎細気管支炎の概念とその史的背景**

Diffuse Panbronchiolitis, A Disease Entity and
Its Historical Background

本 間 日 臣*

HIOMI HOMMA, M.D. F.C.C.P.

びまん性汎細気管支炎については既に多く発表してきたので、ここでは主として本疾患の概念が生れるまでの呼吸器病学の歴史を自らの経験を通して述べたい。すなわち現在までのわが国の呼吸器病学の展開と展望とを、私との関わりあいにおいて眺めてみたいと思う。

近代呼吸器病学は、1950年からつまり、20世紀の後半から第一歩を踏み出したと言えよう。もっともこれは、呼吸器病学のみでなく他の専門領域すべてに共通していえることである。更に医学以外の科学全般にあてはまる事実でもある。20世紀は科学の世紀、工業化社会の世紀であったと後世の人は言うであろう。次に続くものは情報化社会の世紀と私は考えている。その革命の波は間近に迫っている。

ところで、20世紀の人類はそれ以前の人類の紀元前からの、すなわち3000～4000年分の経験を一代のうちにしてしまいつつあると、ある人は言った。たとえば我々は、わずか50年の間に我々の祖先達が過去2000年かかって使用した地球上のエネルギーを消費した。また膨大な生産量をあげた、巨大な建造物を造った。行動半径を拡大し、月に到達した。地球は急速に縮小し、食糧、空間、資

源の壁が見えてきた。無限または無尽蔵のものは地球上に存在しなくなった。この激動する変化の速度は、速すぎて人が自主性を失わずに、冷静に判断し、適応するいとまがなくなり、至る所にひずみが生じた。

呼吸器病学の進展とその中にみられる歪みは、この様な科学と人間の歴史の急展開——進歩とはあえて言わない——を背景にした1つの反映として理解することが出来る。

近代呼吸器病学進展の軌跡

呼吸器病学進展の足跡は、関連する学会の歴史の中に汲みとられる。関連学会は多数あるが、ここでは主柱となっている日本胸部疾患学会と、日本肺癌学会とを取りあげてみよう。肺病といえば肺結核と同義語であった時代は既に遠くなった。表1にみられるように日本結核病学会の設立は非常に早く、1923年である。20世紀前半の終りまで結核は死に至る病として死因の1位を占め続けた。結核を対象とした日本結核病学会に対し日本胸部疾患の設立は、1961年。日本肺癌学会の発足は、1960年である。

学会成立の機運が十分醸成されるまでには、相当数の研究者の研究活動の蓄積が必要であるから、結核以外の諸疾患への関心は、日本が独立し、諸外国との門戸が開放された1951年直後から高まったといえる。1951年からの10年間は、当然鎖国状態に由来したおくれを取戻すことに努力のほとんどが費された。

* 順天堂大学医学部内科学教室（呼吸器）教授、
現客員教授

Visiting Professor, Department of Internal
Medicine, School of Medicine, Juntendo
University

**第220回順天堂医学会学術集会〔Feb. 25, 1982〕
〔May 8, 1982 受付〕

表1 主な学会と呼吸器疾患研究の足跡

それでは、わが国をとりまく世界の情勢はどうであったか、またどの様な変貌をとげていったか、その大きな潮流を大づかみに俯瞰してみよう。1950年代は、心肺の病態生理、呼吸機能についての新しい知見、検査装置の開発があいつぎ、換気・ガス交換・肺循環に関する検査法の信ぴょう性と測定値の意義や解釈が一定の見解に到達するまでに払われた才月である。1956年にノーベル賞を受けた André Cournand と Dickinson W. Richards の功績は極めて大きい、この為研究の流れは大きく呼吸生理へ傾斜することになる。1960年代になると、呼吸機能以外の領域へ目がそそがれ始める。肺表面活性物質の研究を契機に、肺の代謝機能に関する仕事が増加してくる。

一方、無数の化学療法剤の出現、耐性獲得の問題、核医学の進歩は分子生物学の進歩を背景とした免疫機構の解明とあいまって、1970年に入ると、肺の防禦機能が視野の中に大きくとらえられてきた。細胞・細胞膜・細胞質内諸構造の機能についての知見が、諸種肺疾患の発症機構や病態との関連において、論ぜられるようになる。今、肺の呼吸・代謝・防禦の3機能は、疾患を介して形態学との結びつきへ回帰しつつある。しかしそれは、分子のレベルにおいてであり、形態学もまた

変貌したのである。

はじめの留学の経験の中から

筆者は、1951・52年にかけて、コロンビア大学の Chest Clinic に GARIOA Fellowship (フルブライトの前身) の助成で留学した。昭和26年の6月、まだ日本は占領下であり、文部省の中庭でアメリカ軍のバスに乗り込み、横浜港へ向かい、Gen. Collins という米海軍輸送船で渡米した。その夏は、シラキウス大学でオリエンテーションを受け、9月10日にニューヨークに移った。9月6日からサンフランシスコ条約会議が始まり、吉田首相が壇上で巻物を読む姿を、シラキウスの Student Union のテレビで見た。当時トランスコンチネンタルのテレビネットワークが初めて完成したところであった。つまり、西海岸のテレビ映像が東海岸でも見られたということが、強い印象として残った。

ニューヨークに移ってからは、渴いた砂が水を吸いこむように、あらゆる講演会や主な病院のカンファレンスに出来るだけ出て、アメリカ医学を吸収した。当時アメリカ医学は、現在のように全国の平均化が未だなされず、東高西低で、東部に中心があった。ハーバード、エール、コロンビ

ア、コーネル、ペンシルベニアが中心で、アメリカ医学の推進力となっており、活気がみなぎっていた。ニューヨークにいれば、全国各地の研究業績の講演を聞くことができた。ロッキー山から大平原を眺めるように、アメリカ医学を眺望することが出来た。

余談になるが、占領下の日本では、文献を簡単に入手できず、日比谷にあったアメリカ文化センターに行き、手書きで写して書くことが普通だった。抄読しようとする論文は全文手で写した。当時筆者は、文化センターのない地方の人々の為に、少しでも情報を流そうと考え、アブストラクトを作って、医学輯報という月刊紙に流したりした。現在では想像できないことである。この手書きで写すことのメリットは、書いているうちに訳が出来てしまう、あるいは、文章を憶えてしまうということ。それから、英語にもある程度堪能になることである。ガリオア試験に合格したのもこのおかげかも知れない。読解力もこの時に上達したと思う。

滞米中の経験で若い後輩諸君に伝えたいことがある。先に砂が水を吸いこむように、米国医学を吸収したと述べたが、ややもすると、一辺倒になりやすい姿勢に、歯止めをかけて下さった先生のことである。Mt. Sinai Hospital の病理の教授をしておられた、大谷貞夫先生は、当時既に人体病理の第一人者であった。膠原病のKlemperer教授は、あまり人体病理はされなかった。レジデントの信頼を集めていた大谷先生は、非常に反骨精神の旺盛な、しかも頑固一徹ということでも有名だった。先生の許に通っているうちに、アメリカのペーパーにずさんなものがあつたこと、病理医師の不足から病理報告のチェックが不十分で、インターンの報告をそのまま出してくる病院があるとか、著名な人のペーパーの中にも間違いがあること等を、たくさん実例をあげて教えていただいた。当時、学んだ大切なことの1つに、この論文の読み方ということがある。読まれないで読むということの重要性を、強調しておきたい。

図1 併用療法の推移

主要呼吸器疾患の研究の歩み

主な呼吸器疾患の研究の歴史を眺めてみたい。

肺癌：「100年前肺癌は知られざる疾患だった。50年前肺癌は稀な疾患だった。今日肺癌は、ありふれた病気であるとともに、きわだって重要な疾患である」。これは、5,000例の肺癌症例をまとめた、ニューヨーク Memorial Hospital の Watson の言葉である。

この100年を30年、50年を20年におきかえてみると、日本の状況になる。30年前、呼吸機能検査法も気管内麻酔法も未だ普及せず、肺癌は臨床講義にも現われない稀な疾患であった。今、わが国は3,000に近い会員を擁し、学会誌を刊行する肺癌学会をもつ、世界唯一の国となった。1960年来、本学会は日本における肺癌研究の索引力となってきた(1表参照)。国際研究協力機構としての国際肺癌学会が成立したのは、1978年である。

前述のように、日本の肺癌学会の発足は、1960年であるが、これに先立つ5年前の第55回日本外科学会総会の宿題報告に、肺腫瘍がとりあげられており、肺癌研究の先鞭をつけている。しかし、内科方面でも麻酔法の進歩による肺切除の普及や、肺癌患者の増加に触発されて、本症研究の機運は高まりつつあった。1959年学会発足の1年前、第15回日本医学会総会のシンポジウムの1つに、肺癌があり、担当者は疫学が瀬木三雄教授、病理が大阪大学の宮地徹教授、喫煙関係の吟味が薬学の石館守三教授と、病理の太田邦夫教授および、Wynder E.L. という気鋭の学者の3名であつた。

年代	報告事項および報告者		
1954	『肺線維症』の新しい概念の導入（本間ほか、最新医学）	1967	第7回日本胸部疾患学会総会 特別講演「間質性肺炎について」（北村四郎） 特別展示（清水ほか） 『肺線維症の定義と分類についての問題点』（本間ほか日胸）
1956	『びまん性間質性肺線維症』の本邦第1例報告（福山・桂，日病会誌）	1968	第8回日本胸部疾患学会・シンポジウム 『肺線維症の病因と臨床』（司会，河盛） びまん性間質性肺線維症の臨床病理（三上） 肺の線維化現象の免疫血清学（小西池） 肺線維症レ線像の臨床病理学的解析（重松） ほか計8題 特別展示『呼吸器疾患の最近の動向』 肺線維症（河盛ほか）
1960	第35回日本結核病学会総会・シンポジウム 『結核と関連ある心肺疾患』（座長 貝田） 1. 肺線維症の病理（赤崎） 2. 肺線維症の臨床（篠井）	1969	『肺線維症』（特集1）（河盛ほか：日本臨床）
1961	第58回日本内科学会総会・シンポジウム 『肺線維症』（司会，堂野前） 1. 実験的肺線維症の予防と合併感染症の治療（山田） 2. 粉塵によりおきる肺線維症（宝来） 3. 慢性汎発性肺線維症の成因的考案—とくに気管支性線維症について—（長沢） 4. 肺線維症の定義と分類（中村）	1971	“肺線維症研究会”発足
1963	『びまん性間質性肺線維症』本邦23症例の考案（祖父江ほか，呼吸と循環）	1972	第63回日本病理学会宿題報告 「肺線維化の成り立ちと進展」（影山圭三）
1964	『細気管支性気腫』の本邦第1例報告（田島・日胸）	1973	“肺の線維化の機序をめぐるシンポジウム”発足
1966	第6回日本胸部疾患学会総会・特別展示（杉山ほか）	1974	厚生省特定疾患（難病） 肺線維症研究班発足（村尾誠班長） 文部省総合研究肺線維症（萩原忠文班長）発足
		1980	厚生省間質性肺炎（本間班）発足

表2 わが国における近年の肺線維症研究の歩み

た。臨床の外科方面は，河合直次教授，内科方面は，筆者が担当した。

当時まだ若輩であったけれども，沖中教授の指示を受けて，剖検確認例207例の調査成績を報告した。この時，組織型の整理に，同僚山中教授の協力を得た。この調査により，当時の肺癌の実態を自分なりに把握し，以後の研究の出発点になったと回顧する。この一年後に発足した日本肺癌学会は，まず数年を費して，臨床病期分類，組織型分類，手術記載法，気管支鏡所見分類などを作成し，共通の背景因子のもとでの研究成果の分析を可能とした。臨床病期分類が出来たのが，1965年で，世界の肺癌の研究の足跡からみて，非常に早い時期に属し，日本の肺癌研究が世界に先んじていることを示すものと言える。

1961年第2回肺癌学会総会のシンポジウム，「放射線療法と化学療法」において，筆者は，化学療法の目的は，転移の阻止であり，寿命に至るまで腫瘍との共存が可能になれば，化学療法の目

的は達成されると述べた。その手段としては，多剤併用，間歇且つ長期投与が患者をそこなわずに，最大の治療効果を期待できる方法と結論した。1961年のことである。現在，多剤併用は常識となり，免疫療法を加えた総合的，集学的治療が行われていることは，感概に堪えない（図1）。図1は，1960年から1970年以後，この併用療法がほとんど全例に行われ，外科療法も，化学療法も，放射線も，単独療法はほとんどなくなってきたことを示している。

1966年シンポ。「バチ指の発症機構の考察」，1972年の「ホルモン異所産生及び異常酵素産生症例についての検討」の分担者となったことは，その後，一方では，遺伝子情報に関する基礎的問題，他方では抗腫瘍剤の作用機序へ，我々の眼を開かせてくれる糸口となった。

1982年5月に東京で開催された，第3回世界肺癌会議（国立がんセンター，石川七郎総長会長）の演題数は，390，国外240，国内150，診断に関

図2 当教室過去10年間の死亡数と剖検率

するものが、その1/4, 治療に関するものが半数を占めている。出題国はほとんど地球全域をカバーし、肺癌が世界共通の重要疾患となってきたことを示している。

サルコイドーシス：筆者と本症との出会いは、1951年11月。前述のニューヨーク留学中、Mt. Fiore Hospital で Block の講義を聞き、症例をみたことに始まる。その時、友人から、「全身病としてのサルコイドーシスは必ず日本にもあるはずだ」といわれた。帰国後、1954年に本症の総説を最新医学に発表した(表1)。

1961年日本結核病学会総会(日比野会長)の時、本症についての第一回自由集會が行われ、司会を命ぜられた。これと前後して、日本サルコイドーシス研究協議会の結成をみ、以来わが国における本症研究の推進力となってきたが、1981年に研究会の形をととのえ、第一回総会(平賀会長)が札幌で行われた。筆者は、文部省試験研究、難病として厚生省特定疾患研究費、文部省特定研究費の助成を十二年間連続して受け、全国の優秀な研究者と楽しく協同研究できた事は、誠に感謝にたえない。1963年6月の文部省研究会議で、筆者は、Heilmeyer の臨床病期分類に対する疑義と題して、その理由を述べた。

1972年に始まった厚生省特定研究は、3年の調査研究で、わが国における実態の把握、多発地区の発見調査、ステロイドの効果評価などで成果を得、1975年以後は、三上理一郎班長以下、精力的

図3 当教室過去10年間の主な疾患の推移

な研究を続行中である。

一方、文部省特定研究難病班は、基礎学者のみからなる原因探究を試み、生検材料から高率かつ高濃度に *Propionibacterium acnes* を分離した。この研究は、筆者が過去半世紀に発表された病因論の仮説を些細にみると、いずれも十分な実証を欠いているところから、改めて確実な微生物学的技法を駆使して、原点から洗い直してみる必要を感じ長年あたためていたテーマであった。そして、特定研究開始10年前から探索を始め、1970年～1973年にかけて、本症患者のリンパ節から嫌気性プロピオニバクテリウムのみが、分離されることをみていた。特定研究助成金は、初めて基礎学者のチームによる徹底的な探究を可能とした。この6年間の成績は、東大出版会、「難病の発症機構」にまとめて報告した。

図4 呼吸細気管支（山中）

その中で我々は、*P. acnes* の生物活性を明らかにし、肉芽腫形成から線維化への生化学的過程の解明をすすめた。この結果、本症例にみられる類上皮細胞肉芽腫の形成、肺における線維化、抗体産生増強、ツ反応を含む遅延反応の抑制、自己抑制力のみられる疾病経過など、症状所見と *P. acnes* に関する実験成績の類似性を証明した。これらはすべてわが国独自の研究である。

肺線維症・びまん性間質性肺炎：本症との出会いも1951年の留学中にさか上る。自験症例を中心とした総説を発表したのは、サルコイドーシスと同様1954年で、しかも同じ最新医学誌上であった（表2）。以後自験例の集積に努め、臨床例のすべては形態学的肺線維症の前段階であるびまん性間質性肺炎であるとの見解から、スペインを初めてする1950年代の定義と分類についての疑義が生まれてくる。1967年に定義と分類についての疑義を発表した。

海外でも概念は変わりつつあり、英国では *fibrosing alveolitis* という呼称が用いられるようになる。1971年から肺線維症研究会が、北本教授と五味教授の下で発足した。1973年からは、中村教授による肺の線維化をめぐるシンポジウムが始まった。1974年には、厚生省特定疾患調査研究班が結成された。かくして本症の研究は急速に発展する。

特定研究班は1980年から、間質性肺疾患と名称を変更し、筆者が班長となり、今日のテーマであるびまん性汎細気管支炎も研究対象となる。1954年にわが国に紹介した2つの疾患、肺線維症とサルコイドーシスが共に難病として、特定研究の対

図5 肉眼所見
矢印の白い斑点は泡沫細胞の集簇を示す 図6 拡大。
黒点は炭粉沈着。呼吸細気管支の瘢痕狭窄部に当る。
閉塞部から中心側の細気管支の拡張がみられる。

象となり現在に至るもなお、全国的に盛んな研究が行われているということは、誠に感無量のものがある。

呼吸不全：第1回留学から帰国した時、まだ鎖国状態から脱しきれない祖国に、留学中に得たものを紹介しなければならないという使命感から、2つの訳著を出版した。1つはComroeの「肺機能検査法」で、1954年に出た。他の1つは、Altshuleの「心疾患・肺疾患の生理学」の1954年版で、日本における訳書の出版は1955年、短期間の訳出だった。当時鎌倉から通っていたので、往復

車中の2時間を翻訳にあてた。

1956年に、「肺感染症と心肺危機」という報告を、「呼吸と循環」に発表した。慢性呼吸器疾患の終末病態としての呼吸不全は、高令者の増加、救急治療法の進歩、化学療法の進歩によって目下増加しつつあり、当然問題となる病態であり、対策が重要問題となっている。1956年の「呼吸と循環」の特集は、わが国でこの方面の関心を表明する最初の企画であったと思う。

虎の門病院分院がリハビリテーションセンターとして開設されたのが、1965年である。ボストンのMGH (Massachusetts General Hospital) にRCUが開設されたのが、1961年であるから、我々はかなり早くこの方面に力を注いだことになる(表1参照)。

第18回日本医学会シンポ。「慢性呼吸不全患者の管理と治療」で、筆者は管理成績を発表した。この呼吸不全も、肺高血圧にひきつづき1975年から厚生省特定研究の対象となって、班研究が行われている。

慢性閉塞性肺疾患：これは単一の疾患名ではない。この用語も1950年代の呼吸機能検査の普及の産物の1つとして生まれた。換気面で、閉塞障害を示す疾患すなわち気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫症の疾患が、臨床時に鑑別するのがむずかしいことから、この総称名が提案されたのである。

この用語は、欧米はもちろんわが国でも広く用いられ、今に至るまで尚、みうけられるが、筆者は当初から、形態学的に甚しく隔離した部位に病変を有し、症状所見の異なる疾患を一括して扱うことの意義がどこにあるのか、疑問を抱かざるをえなかった。個々の疾患の診断が可能になれば、かかる総称は不用となる。現在この用語に、気管支喘息を含めるものは既がない。

わが国では、1960年に肺気腫研究会、1962年に慢性気管支炎研究会が発足しており、前者は現在に至るまで会を重ねている(表1)。筆者はまず、自己の目で確かめることが先決と考え、山中教授と共同して、肺気腫症、慢性気管支炎、気管支喘

A. 含気量増加	0	なし
【側面像のあるものは LをOで囲んで下さい】	1	透過性増大
	2	横隔膜低位、扁平化
	3	胸郭前後径増大
B. 粒状影	0	なし
【分布部位は左右肺野の 六分画の相当する所に チェックをして下さい】	1	ほぼ粟粒大のボケた粒状影
	2	ほぼ米粒大のボケた粒状影
C. 肺紋理の異常	0	なし
	1	太さの異常と走行の不整
	2	肺野周辺の網状影 あるいは短い線状影
	3	気管支壁がよくみえる (いわゆる tramline および peribronchial thickening)
D. その他の所見	0	なし
	1	境界不鮮明な大きな陰影 (巣状肺炎など)
	2	萎縮を思わせる陰影
	3	その他(所見を記載すること)

(注) 局所性の陰影は部位を記入すること。

判定不能な画質の悪いX線フィルムの場合は無理に判定しないで、その旨記入して下さい。

表3 DPBにみられるX線所見

息の臨床診断をもつ患者の剖検例を検索しているうちに、肺胞には変化はなく、すなわち肺気腫はなく、慢性気管支炎もなく、呼吸細気管支に慢性炎症の主座があり、呼吸機能障害が進行性に増悪し、呼吸不全で不良の転帰をとる症例のあることに気が付き、以後精力的に症例を集め、1つの疾患単位として認めうることを知り、「びまん性汎細気管支炎、10剖検例の臨床所見の検討」として、山中・谷本・望月その他7名の連名で、第20回肺気腫研究会に報告した。1970年のことである。

次で1975年の第15回日本胸部疾患学会総会(京大、辻教授会長)で特別講演の機会を与えられた。1980年からは、前述したように、厚生省特定疾患調査研究の対象となり、第1回全国調査で、1,200余例が集められた。欧米でもようやく注目される機運が見られ、1982年10月の第14回世界胸部

診断基準

臨床的に以下の主要臨床所見の全項目を満たすもので、組織診断を必ずしも必要としない。鑑別診断上注意を要する疾患は、慢性気管支炎、気管支喘息、慢性肺気腫である。

【主要臨床所見】

- 1) 臨床症状：咳，痰，労作時息切れ
- 2) 胸部理学的所見：湿性（多くは捻髪音）および乾性ラ音
- 3) 胸部X線所見：両肺野びまん性散在性粒状陰影，肺の過膨張所見
- 4) 肺機能検査および血液ガス所見：1秒率低下（70%以下），肺活量低下（予測値の80%以下），残気量増加（予測値の150%以上），低酸素血症（80 mmHg 以下）の4項目中3項目以上を満たすもの。

表4 DPBの診断基準

疾患会議では，フォーラムの1つにとりあげられる予定である。

又，近着の Thorax, に Cryptogenic obliterative bronchiolitis in adults と題した論文が出ている。10例の症例について述べ，明らかに1つの疾患単位と考えられると述べている。この報告の内容をみると，診断は非常に甘く，検査も充分でない。しかし今後，この疾患名は相当普及する可能性がある。

このような近代呼吸器病学の激動的変遷と，個々の疾患の研究の進展の歴史を背景として，びまん性汎細気管支炎の概念は生まれた。

呼吸器内科における疾患の変遷

ここでわれわれの教室で，過去10年間に扱った疾患について触れたい。図2は，死亡例と剖検率を示す。剖検率は8割を目標にしてきたが，それまでには達せず，70%を超えたところを維持している。図3に疾患の種類として比較的多いものを掲げた。びまん性汎細気管支炎は，はじめの頃からかなりの数，つまり年間約20例づつみている。サルコイドーシスもかなり多い。

びまん性間質性肺炎，喘息は増減がない。肺癌は漸増の傾向を示している。結核は病棟がなくなり，排菌のあるものは転院するので，「0」にはならないが，低迷している。

びまん性汎細気管支炎（DPB）

びまん性汎細気管支炎は，呼吸細管支炎と呼ぶ

図7 DPBの呼吸機能障害の特徴

ことが出来る。細気管支には，気道系の細気管支と，実質系の呼吸細気管支があるので，これを混同しない様に注意して欲しい。これを混同している論文がたくさんある。

DPBは，呼吸細気管支の慢性炎症である。これに対し，びまん性間質性肺炎は肺泡隔炎で，肺泡隔の炎症である。ほんのわずかに離れた箇所の炎症であるけれども，非常に違った症状所見を示すという点でも興味のある病気である。呼吸細気管支は反回枝があり気流の停滞から異物が沈着しやすい場所になっている(図4)。今や我々は，慢性気管支炎，気管支喘息，呼吸細気管支炎，肺気腫症などを区別して診断出来るようになったのである。

本症の形態像は，呼吸細気管支炎及び，呼吸細気管支周囲炎からなる。ここで汎とは，呼吸細気管支炎の壁が薄いため，炎症は容易に壁の全層に及ぼのみでなく，周囲へ波及して周囲炎を随伴するところから，汎血管炎の汎と同じ意味で，山中教授が命名したのである。病変の発生部位からみれば，呼吸細気管支炎と呼んでもよいかも知れない。

図5は，剖検肺の肉眼所見で，白い斑点が散在している。拡大写真では，呼吸細気管支のはん痕狭窄が起こり，その部分に炭粉が沈着している。狭窄部から中心側の細気管支，あるいは気道系気管支には，続発性の2次的細気管支拡張がおこっている(図6)。組織像も呼吸細気管支炎を示し，

病巣より末梢の肺胞は異常がない。肺気腫も、肺炎もない。

次はレントゲン所見で、小さな粒状陰影の散布が特徴である。また、細気管支拡張がある場合は、管腔状陰影や、小さな輪型の影が出てくる。表3は、全経過中にみられたレントゲンの所見をまとめて表示したものである。表4は、全国の実態調査に使った診断基準で、最終的には多少の手直しがされることになっている。呼吸機能障害の特徴は、強い閉塞障害と、軽度の拘束障害と、低酸素血症である。特徴を図示する(図7)。経過は、初期には細菌感染はなく、間もなくヘモフィルスが検出される。次に緑膿菌交代症をおこして、呼吸不全で不良の転帰をとる。非常に予後の悪い病気である。治療の面から、1期、2期、3期に分けて治療を考えている。

むすびと別辞

臨床研究には、きびしい制約が常につきまとう。基礎実験と異なり、座標軸を制限することも、条件を設定することも、大へんむづかしい。生体の反応は個人差が大きく、また個々の人格的、家庭的、社会的影響も無視出来ない。更に、何にも増して自らの経験の蓄積が必要であり、ベッドサイドの観察眼が養成されなければならない。「書かれた医学は、過去の医学であり、目の患者の緻密正確な観察から、明日の医学が生まれる」とは、沖中教授の訓えである。新しいテーマ、新しい研究はそこから生まれるはずである。しかしその為には、沈潜の長い年月が必要となる。

筆者は、専門医として本当の仕事がはじまるのは、40才以後と予測し、それまでもっぱら想を練り、資料を収集し、経験を積む計画であった。しかし、科学及び医学の発達には、研究の成果をあげるために、多数の専門家の学際的な協力を不可欠なものにした。ふりかえてみると、実際に仕事が進みだしたのは、50才に近づいてからであった。特に過去10年間は、特定研究費の助成を得て、長年胸の中に温めていたテーマについて、全国の優秀な研究者と、存分に勉強できたことは、

感謝にたえない。

わが国では、研究費の導入は、病院よりも大学の方が容易である。この点、13年前に暖かく筆者を迎え入れて自由の時間を与えて下さった順天堂大学のすべての方々に、改めて感謝の誠を捧げる。又、40年間の恩師・先輩の指導、同僚後輩の協力にも感謝以外の言葉をみいだすことは出来ない。これなくては、現在の筆者はありえないからである。

最後に一言、今後わが念願することに触れさせて頂きたい。

Members of that vanishing species, the Old-World Idealistic, Intellectual

これは、最初の留学からの帰国直後訳出した Altschule 著「心疾患・肺疾患の生理学」1954年版の扉にある著者の父母への献辞である。この上に To My Parents と書いてある。当時直接に Altschule に手紙を出し、このフレーズの意味を確かめたところによれば、先の大戦後、Materialism が Idealism に Emotion (情動) が Intellect (知性) にとって替ってしまった。旧世界の知性ある理想主義者達は消え去ったという感慨を表現したものということであった。筆者も40年前、idealistic な、また intellectual な、その上に romantic な旧制高校生活を経験した。そして只今このメンバーの1人として演壇からおりようとしている。

それではどこへ？

Dichtung und Wahrheit の中で Goethe は、医学を讃え、「医は全人を扱う」と述べていると記憶する。しかし医学の専門分化が進む中で医師自身は全人としてのバランスを喪失しつつある。筆者も例外ではない。この傾斜からの脱出と平衡の回復とを目標としたい。単に時計を巻き戻して前時代へ戻るのではなくて、ひたすら生存の理法を求めたかつての romantic idealism と過去30年間、その中に生きてきた実証主義とを止揚した更に高次の Idealism の境地を目指して壇を降りたいと思う。どこまで到達できるかは目下のところ視界は「ゼロ」という他ない。

本講演の機会を与えられた、順天堂医学会に心から感謝する。

文 献

- 1) 本間日臣：びまん性汎細気管支炎：日本胸疾会誌，13(7)，383，1975.
- 2) M.D. Altschule：Physiology in Disease of the Heart and Lungs：Harvard Univ. Press, 1954.
- 3) Watson, W.L.：Lung Cancer, A study of five thousand memorial cases：Mosby Co, 1968.
- 4) 本間日臣：肺癌の臨床——内科方面：第15回日本医学会総会学術記録集，3，162，1959.
- 5) 本間日臣，吉良枝郎，稲富恵子：肺癌治療の変遷：日本胸部臨床，33(9)，622，1974.
- 6) 本間日臣：サルコイドーシス：最新医学，9(9)，622，1954.
- 7) 本間日臣：サルコイドーシスの発症機構における

- Propionibacterium の役割に関する基礎的研究：難病の発症機構，東大出版，245，1981.
- 8) 本間日臣，他：肺線維症：最新医学，9(1)，116，1954.
 - 9) 本間日臣，田村昌士，山中 晃：肺線維症の定義と分類についての問題点：日本胸部臨床，26(11)，808，1967.
 - 11) 本間日臣，他：肺感染症と心肺危機：呼吸と循環，4(1)，67，1956.
 - 11) 本間日臣：慢性不全患者の管理：第18回日本医学会総会会誌，1101，1971.
 12. 本間日臣，三上理一郎，山中 晃：慢性閉塞性肺疾患：医学書院，1975.
 13. Turton C.W. et al：Cryptogenic obliterative bronchiolitis in adults：Thorax，36，805，1981.
 - 14) 本間日臣：激動期の呼吸器病学と1つの軌跡：最新医学，36(6)，1021，1977.

塩酸ニカルジピン（ベルジピン 山之内製薬）は、臨床的には脳動脈硬化症，脳出血後遺症，脳血栓後遺症さらに狭心症様症候群に有効であることが実証され，最近ではマイルドな降圧作用のあることから，降圧剤の first choice として使われている．基礎的には血管の平滑筋細胞への Ca^{++} 流入阻止することにより血管彎縮を緩解すると考えると，脳動脈や冠状動脈に選択的に作用するばかりでなく末梢血管抵抗も低下し，降圧作用のほかに全身の血管拡張作用もあると考えられる．我々はレイノー現象及び間歇性跛行にベルジピンを投与し，その臨床的効果を観察した．

対象は我々の外来を訪れているレイノー現象患者男性2例，女性4例，間歇性跛行患者男性2例，女性1例の合計9例であり，年齢は35～71歳で平均年齢55歳である．効果は全症例に共通の四肢の疼痛と，しびれ感・蟻走感・寒冷感などの知覚および循環障害を基準とした．投与方法はベルジピン1日40～60mgを分二または分三投与し，投与期間は5～9カ月である．

レイノー現象及び間歇性跛行 に対するベルジピンの効果

疼痛を訴えたもの7例のうち6例が，他の知覚および循環障害を訴えたもの9例のうち7例が自覚症状においてなんらかの改善を認めた．薬剤投与期間中，ふらつき感と顔面のほてりを訴えたものが各1例あったが，投与を一時中断し，その後1日20mgを分二投与することによって症状は消失した．

この副作用は末梢血管抵抗の低下によるものと考えられる．動脈硬化を基因とする症例に改善例が多いことから，血管平滑筋の弛緩作用により表在血管の拡張や側副血管の拡張がおり筋血流の増加をきたしたと想定される．一般外来でこのような血管神経症の疾病に遭遇することは少なく，診断し治療することはむずかしい．我々の経験からこのような症例にベルジピンを長期間投与し，ほとんどの症例に何んらかの自覚症状の改善がみられた．一応試用すべき薬剤と考える．今後，他覚的に皮膚温度や指尖容積波の測定を加え症例を重ね検討する．

（お茶の水相互クリニック 森近 浩）