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

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/2297/30743

金澤醫學專門學校 十全會雜誌 第二十七卷第七號（第百九十八號） 大正十一年七月一日發行

原著

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

金澤醫學專門學校理學的診療科教室主任（小池醫長）
生駒馨雄

目次

一、緒言
二、第一肋軟骨早期化骨
三、病變ノ種類
四、主ナル變化ヲ有スル部位

一、緒言

爾來「レントゲン線應用ノ缺點トシテ高價ナル裝置ト熟練セル技術トヲ要スル二點ヲ指摘シ非難セラレシモ、ソノ由テ得ル所見ハ、之ヲ償ヒテ餘アルヲ以テ、現今ニテハ臨牀上各科ヲ通ジテ諸疾病ノ診斷、及治療ニ對スル唯一ノ補助法トシテ賞用セラルルニ至レリ。卽チ、本法ト他ノ方法ニヨリ得タル所見ト相待ツテ、確實ナル診斷、特ニ病變ノ

部位、狀態、程度、經過、等ヲ知ルヲ得ルナリ。

肺臟疾患診斷殊ニ結核性疾患ニ對スル本法ノ摘要ハ、其技術ノ進步ニツレ、早期診斷ハ勿論、其病型ヲ知リ、治療上特ニ豫防上、多大ノ利便ヲ與フルハ言ヲ待タザル所ナリ。尙高度ノ病理解剖學的變化ヲ有スル肺癆患者ニ於テモ、其症狀ガ實在ヨリモ甚ダ輕度ノモノアルタメ、屢々輕症ナルモノト誤診セラレ、傳染ノ危險ニ對スル豫防的注意ヲ怠リ、以テ不識ノ間ニ肺結核ノ蔓延ヲナサシムルコトアルハ明カナリ。臨牀上他ノ理學的診斷法ニヨリ、確實ニ診斷シ得ラルルヤ、否ヤ、余ノ實驗二四例ニ於ケル臨牀的診斷ト、「レントゲン線診斷トノ相違ヲ觀察スルニ、確實ニ正當ナル診斷ヲ附セラレシモノ一一例ニシテ、「レントゲン線診斷ト、通常ノ理學的診斷トノ成績一致セザルモノ一三例、中二例ノ肺壞疽患者ヲ除ケバ、(此ノ二例モ乾板上ニ明カニ特有ナル高度ノ結核性變化ヲ認メシモ、誤診ト見ルハ不穩當ノ嫌ヒアルヲ以テ除ク)他ハ兩側肺尖加答兒(三例)、右肺尖加答兒(三例)、氣管支炎(一例)、塵埃吸入症(一例)、肋膜炎(一例)、胃弛緩症(一例)、及ビ所見ナキモノ(一例)等トシテ當科ニ來レルモノナリ。而シテ、大半ニ於ケル患者ハ、其疾患ノ傳染性危險少キヲ傳ヘラレシモノナラント信ズ。思フニ、結核ノ豫防乃至撲滅ノ聲高キ今日、斯ノ如キ豫防上ノ缺陷アルハ、嘆ズ可キコトニアラズヤ。卽チ胃弛緩症ト稱セラレ、所見ナキモノト認メラレタル者ニ於テハ其診斷醫ハ家人ニソノ傳染ノ危險アルコトヲ注意セズ、益々其傳染ヲ廣カラシム。往々一家全部本病ノ慘害ヲ得ケシヲ耳ニスルハカカルコトニ因スルニアラザル無キカ。然リ而シテ、此ノ弊害ヲ避ク可キ最モ優秀ナル方法ハ、「レントゲン線ノ診斷的應用ナリ。卽チ早期診斷上ニ對スル「レントゲン線ノ價値ハ、實ニ偉大ナルモノアレドモ、余ハ之ヲ論ズルハ本稿ノ目的ニアラザルヲ以テ、玆ニ之ヲ略ス。「(レントゲン月報第五號)肺結核ノ早期診斷ト「レントゲン線(小池述參照)」。

余ハ昨年以來當科ニ來リシ肺癆患者ト稱シ得ベキ高度ノ變化ヲ有スル者ニ、一々「レントゲン線的撮影術ヲ行ヒ、其乾板像ヨリ得タル、種々ノ所見ニ就キテ次ノ如ク統計的觀察ヲ行ヒタリ。

二、第一肋軟骨早期化骨

第一肋軟骨早期化骨ヲ意義アルモノトシテ主唱セシモノハフロインド、ハルト兩氏ニシテ、フロインド氏ハ肺尖ハ結核症ノ初期好發部位ナルニ注目シテ、其原因ノ大部分ヲコレニ結合セントセリ。卽チ氏ハ第一肋軟骨早期化骨ノタメ、第一肋骨ノ短縮ヲ來シ、次デ第一肋骨輪ノ狹窄ヲ來シ、タメニ肺尖ハ絞扼セラレ、呼吸運動ノ微弱ヲ來シ、淋巴及血液ノ循環妨ゲラレ、結核菌ノ好沈着地トナルモノナリト稱シ、バクマイステル氏ニヨリ動物實驗的ニ立證セラレタリ。ハルト氏ニヨレバ定型的ノ第一肋骨輪ヲ形成スルハ、思春期以後ニシテ、小兒期ニ於テハ、肺尖部ハ第一肋骨輪ノ作用ヲ受クルコトナシト謂フ、第一肋軟骨早期化骨ノ存在ニ對スル臨牀上ノ確實ナル證明法ハ、獨リ「レントゲン線診斷法ニ由ラザルベカラザルモノニシテ、化骨ノ狀態ハ「レントゲン線像ニ於テ、初メ肋骨結合部ニ發生シ、其境介不正トナリ、漸次上緣下緣ニ添ヒテ中部ニ進行シ、網狀ヲナシテ傳搬ス、其狀骨海綿質ヲ見ルガ如シ。フロインド氏ニ據レバ、生理的ニ二十六歲頃ヨリ漸次纖維素ノ沈着ヲ來シ、次デ「アスベスト樣變性ヲ來シ、石灰沈着ヲ初ムルモノナリト稱セリ。余ハ五〇例ノ肺癆患者中ヨリ、フロインド氏ニ從ヒ、十六歲ヨリ二十七歲迄ノモノ一五例ヲ得タリ。其中ニテ第一肋軟骨早期化骨ヲ見ルモノ九例ニシテ、同時ニ原發症ナルカ否ヤハ不明ナルモ、肺尖ニ於テ種々ノ變化ヲ發見スルヲ得タリ。症例中ニハ石灰沈着ノ小量ノモノアリシガ、コハ石灰沈着前ニ於テ纖維素沈着又ハ「アスベスト樣變性ニヨリ第一肋骨ノ短縮ヲ來スニ充分ナル意義アリト認メ通算セリ。尙二十七歲以上ノモノニ於テモ、高度ノ化骨ヲ發見シ、早期化骨ヲ思ハシメシモノアリシガ、カカルモノハ誤謬ノ恐レアルタメ計算ニハ加ヘザリシナリ。尙進ンデ、左右兩側ヲ比較スルニ、九例中兩側ニアルモノ三例、左側ノモノ五例、右側ノモノ一例ヲ得タリ。之ハ可ナリ注意スベキ現象ニシテ、肺尖ノ變化ハ臨牀上右側ニ頻發スルハ日常經驗スル所ナルニ、ソレト密接ナル關係ヲ有スルモノナリト稱セラルル本變化ノ、全ク反對ノ結果ヲ得タルハ偶然ナルカ、否ヤ、以後多數ノ症例ニツキテ記

スル所アラントス。本問題ハ主唱古キニカカハラズ、診斷法ノ確實ナルモノ無キタメカ、臨牀的研究ト結合セル原著ヲ發見シ得ズ、比較研究スルコト能ハザルハ余ノ最モ遺憾トスル所ナリ。

三、病的變化ノ種類

通常「レントゲン線診斷學上肺結核症ヲ次ノ如ク分類スルモノナリ。

一、慢性播種性肺結核

二、竈性肺結核

三、粟粒結核

四、結核性淋巴腺腫等ナリ

余ハ「レントゲン線寫眞乾板像ヲ觀察シ次ノ如ク分類シ述ベントス。

A、樹枝狀陰影

此ノ變化ハ生理的ニ肺門部ニ於ケル氣管支及大血管ノ像トシテ見ラルルモノニシテ、病的ニ於テハ、コレガ範圍ヲ增加シ、大サヲ增シ、陰翳ガ甚ダシク著明トナリ、種々ノ方向ニ樹枝狀、乃至網狀ニ出現シ、諸部ノ淋巴腺腫大ト合併シテ、錯雜セル像ヲアラハス。臨牀上他ノ診斷法ニ由リテハ、決シテコレノ存在ニ對シ、滿足ナル成績ヲ得難ク、常ニ「レントゲン線檢査ニヨリ解決サルルモノナリ。透視ノ際ハ、透視板上ニ能ク認メ得ルモ、乾板上ニ於テハ、常ニ詳細明瞭ニ微細ナル病變ヲ見得ベシ、本變化ハ病理解剖學上主トシテ乾酪性氣管支炎及其進行セル氣管支周圍炎、動脈靜脈及淋巴管ノ結核性變化ニヨリ形成サルル陰影ナルベシ。アルンスペルゲル氏ニヨレバ、淋巴管ヲ主トスル陰翳ハ、肺上葉ニ多ク、病變ガ肺尖ニ向ヒ肺門腺ヨリ進行スル狀ナリトセリ、然レ共余ノ實驗セル乾板上ニ於テハ右中葉及以下ニモ多ク發見サレ殊ニ老人性ノ場合ニ多ク發見サル、又氏ハカカル變化ヲ主トスル結核症ハ、病原ガ消化管ヨ

リ血行、又ハ淋巴道ニヨリ氣管支淋巴腺ニ到着シ、ソレヨリ周圍ニ傳搬セラルル假說ニ一致スルモノナリト稱セリ。此變化ヲ主トスル症ハ、初期肺癆ノ像ヲ呈スルコト多シ、極メテ初期ノ結核症ノ「レントゲン線寫眞像ニ於テハ、其變化ノ主ナル部位ヲ定メ得ルモ、肺癆患者ノソレニ於テハ、全肺葉ニ同程度ノ變化アルタメ、嚴然タル區劃ヲタテ難シ、余ノ集メシ五〇例ニ於テ、本變化ヲアラハスモノ十九例ヲ數ヘ、實ニ大多數ヲ示スモノナリ。勿論他ノ變化ヲ多少合併スルハ言ヲマタズ。

B、播種狀結核

「レントゲン線乾板上ニ於テ、所謂播種狀ニ小ナル又二三癒合シテ小班ヲ全肺葉ニ或ハアル二三葉ニ、又ハ葉性ニ發見サルル陰影ニシテ、主トシテ肺實質ニ來ル變化ナリ、カカル變化ハ臨牀上他ノ診斷法ニテハ診斷極メテ困難ニシテ、特ニ血行性ノ粟粒結核症ニ於テハ殆ド不可能ノコト多シ、此ノ變化ヲアスマン氏ニヨリ二種ニ分ツコトトセリ。

a、氣管支周圍炎性型

b、粟粒結核

兩者ハ影像ノ狀及解剖學上ノ見知ヨリ區別スルコト容易ナリ。卽チ、前者ハ形態ニ於テ小塊狀トナリ集合シ、後者ハ粟粒大ノ結節、個々ニ組織中ニ一樣ニ播種サレタル狀ヲアラハス、アヘリス氏ニヨレバ、特ニ結節ノ密生セル部分ニ於テハ、其集積性投影作用ニヨリ、一般ニ混濁狀ニ見ユルモノナリトセリ。然レ共モ、兩者ト雖モ、小兒ニ於テハ鑑別困難トナル場合アリ。故ニ常ニ乾板上ニ於テノミ精細ナル變化ヲ觀察スベキモノナリトス。此等ノ變化ハクラインベルグル氏、マツテス氏、フオーグル氏等ニヨリ、死體ニ於ケル變化ト比較シテ、深ク研究サレ、其像ト解剖學的變化ト全ク相一致スルコトヲ確メラレタリ。又ウオルフアイスレル氏ニヨレバ二〇例ノ播種性粟粒結核ノ中、眞ニ血行ニヨリ來ル粟粒結核ハ其ノ三分ノ一ニシテ、大部分ハ氣管支周圍炎性ノモノナリト稱セリ。カカル症ノ傳染徑路ハ、バイツケ氏ニ據レバ、大氣管支中ニ、肺門淋巴腺、又ハ大氣管支壁自身ノ病竈ガ破壞吸入サレ、一樣ニ其配下ノ組織

ニ分布サレ、本症ヲ起スコトアリトセリ。又血行ニヨリ來ル變化ハ、主トシテ毛細氣管支壁、肺胞壁、小動脈壁ヨリ來ルモノナリト稱セリ。播種狀粟粒結核症ノ特有ナル影響ハ同大ニシテ、一樣ニ分布スルコトコレナリ。ウオルフス氏ニ據レバ、石粉肺ニ於テモ同樣ノ像ヲアラハスト稱スルモ、其像タルヤ大ニシテ邊緣不正、且鋭ク、粟粒結核ノ一樣ニ圓形ニシテ優美ナル像ト乾板上ニ區別困難ナラズト云フ。其他鑑別容易ナラザル像ハ、敗血膿毒症ニ於ケル帽針頭大ノ一樣ニ來ル膿竈、及粟粒癌腫症トス、ランゲ氏、フレンケル氏、アスマン氏、等ハ本變化ト誤診セシ閉鎖性毛細氣管支炎ヲ記載報告セリ。余ハ便宜上二三病竈ノ癒合シテ氣管支肺尖ノ如キ像ヲ有スル症モ、コノ類ニ通算セリ。余ノ實驗例五〇例中、此ノ種ニ屬スルモノハ一六例ニシテ、眞ニ粟粒結核ト認メシ症ハ、僅ニ二例ニスギザリシナリ。ウオルフアイスレル氏ノ報告ニ比シテ、一層血行性粟粒結核ノ少數ナルヲ知レリ。

C、廣汎性陰影

本變化ハ臨牀上能ク他ノ理學的診斷法ニヨリテモ發見セラルルモノニシテ、平等ニ濃厚ニシテ大ナル陰影ヲ形成シ、中ニハ限局セルモノ彌慢性ナルモノアリテ、進行性ノモノニ於テハ淋巴道ニヨリ所々ニ傳染スル像ヲアラハスコトアリ。本變化ト雖モ、肺臓下部ニ存スル場合、就中肺門部ニ存スル場合ハ、通常ノ理學的診斷法ニテハ、看過サルルコト多ク、持續性ノ不明ノ熱發ノ爲メ、醫家ノ診斷ニ苦シムコト屢々アルハ、經驗スル所ナリ。乾板上ニ於テハ、平等ニ濃厚ナル陰影ヲ形成スルタメ、肋骨ノ影像ヲ不明ナラシムルコト多シ。斯クノ如キ陰影ヲ形成スル變化ハ、主トシテ乾酪性肺炎、肉芽形成、及其良好ナル經過ヲ取リシ結締織性瘢痕、形成、氣管支肺炎、肺門腺結核ノ軟化破壞シテ病竈周圍ニ擴大セル場合、喀血後ノ多量ノ血液浸潤、等ナルベシ而シテ他ノ症ニ於テカカル像ヲアラハスハ肺及縱隔竇ノ腫瘍、肺膿瘍、肺炎、肺梅毒、內容ヲ充實セル非結核性肺腔洞、及肋膜炎等ナレドモ、他部ニ結核性ノ高度ノ像影ヲ見ルタメ、鑑別困難ナラズ。然レ共、此等ト本症ト合併セル場合ニ於テハ乾板ノミノ診斷ハ、全ク困難ニシテ、他ノ症狀ヲ參照スル必要アリ。肋膜炎ノ場合ニ於テハ、橫膈膜運動等ニ注目スベシ、本型ニ屬スルモノハ余ノ五

○例中五例ニスギズ、中ニテ二例ハ右肺上葉ニシテ、二例ハ肺門腺ノ軟化破壞シテ周圍ニ進行スル像ヲアラハスモノ、一例ハ右中葉ニ發見セリ。

D、破壞性型

破壞性變化ハ、結核ノ末期ニ來ルコト多ク、乾板上ニ腔洞ノ形成ヲ知ルモノナリ。臨牀上腔洞症狀トシテ、種々ノ現象ヲアラハス如ク、「レントゲン乾板上ニ於テモ種々ノ像ヲ形成スルモノナリ。通常容易ニ發見サルル像ハ、概ネ環狀ニシテ、中央ハ明カナレドモ、邊緣ハ暗ニシテ肥厚ヲシメス、陰影ナリ、一個或ハ數個集合スルモノアリ。大サハ種々ニシテ、形ハ通常圓形ナレドモ、種々ノ不正形ヲ呈スルコトアルベシ。像ハ小豆大ノモノニ於テハ、中央ノ腔洞見エズシテ一樣ノ陰影ノ如キコトアリ。大ナルモノニ於テハ、常肺ノ像ヨリモ遙ニ明カニシテ、永ク經過セルモノニ於テハ、ソノ壁ハ肥厚濃厚ナル環狀ノ像ヲアラハス。腔洞ハ時ニヨリ種々ノ像ヲアラハシ診斷ヲ困難ナラシムルコトアリ。即チアルンスペルゲル氏ニ據レバ一度ビ明カナル像ヲアラハセシ腔洞モ、時ヲ經テ同ジ條件ニテ、同樣ノ撮影術ヲ施スニ、明カナル像ハ變ジテ浸潤樣ノ陰影ヲアラハスコトアリト、即チ腔洞ニ內容ノ充滿セルモノナリ。又大ナル腔洞ニ於テハ、一部明カニ、一部ハ內容ノタメ暗ナルコトアリト云フ。其內容ガ水平面ヲナサザルヲ以テ肺膿瘍トノ鑑別點ナリ。又時ニ他ノ理學的診斷法ニヨリテ、腔洞ノ存在ヲタシカメナガラ「レントゲン線檢査ニテ發見セザルコトアリ。コハ多ク肋骨ノ陰影等ト合シテ、不明ニ終ラシムルモノナルベシ。勿論深部腔洞ノ診斷ニハ他法ノ遙ニ及バザルハ言ヲマタズ。而シテ腔洞ヲ有スル場合ニ於テハ、他部ニ於テモ高度ノ新舊種々ナル程度ノ變化ヲ合併スルコト多シ。故ニ透明性强ク液體ノ波動旺盛ナル包囊性氣胸、及氣管支擴張症等トノ鑑別容易ナルベシ。肺膿瘍ノ腔洞ノ場合ニ於テハ、第二回撮影ノ際、高度ニ環狀ノ像ノ縮小スルコトアリト云フ。余ノ症例五〇例中ニ於テ一〇例ニシテ部位ハ諸家ノ報告ノ如ク右上中肺葉ニ多ク八例ヲ認メ、左上葉ニ發見セシモノ二例ヲ認メ得タリ。

以上ノ所見ヲ表示スレバ左ノ如シ。

A、樹枝狀陰影　一九例
B、播種性結核
　氣管支周圍炎性型　一四例
　血行性粟粒結核　二例
C、廣汎性陰影　五例
D、破壞性型　一〇例

結論

一、肺癆患者ニ於ケル第一肋軟骨早期化骨ハ、一六歲ヨリ二六歲迄ノ患者ニ於テ十五例中九例ヲ發見シ、左側ニノミ存スルモノ多數ニシテ五例、兩側三例、右側一例ナリ。

二、病變ノ種類ハ樹枝狀陰影一九例、播種性結核一六例ニシテ、ソノ中粟粒結核ハ二例、他ハ氣管支周圍炎性型ナリ。廣汎性陰影ハ五例、破壞性型ハ十例ニシテ、右上葉ニ最モ多シ。

三、凡ソ肺結核ノ全期ヲ通ジテ「レントゲン線診斷ハ必要ニシテ、特ニ肺癆患者ニ於テハ、早期ニ診斷シ隔離シテ、傳染ノ豫防ヲ講ズベキモノナリ。

稿ヲ終ルニ臨ミ小池醫長並ニ伊達講師ノ御校閲ノ勞ヲ謝ス。