

特発性気管支拡張症の臨床的診断

第2編 レ線 的 診 断

安 川 隆 郎

千葉大学医学部第一内科教室 (主任 三輪清三教授)
結核予防会第一健康相談所 (所長 渡 辺 博)

受 付 昭和 35 年 6 月 12 日

緒 言

前編症候的診断 (結核 33 卷 10 号) においては特発性気管支拡張症がしばしば肺結核症として取扱われている事実に基き本症の診断にはレ線所見に加えてとくに既往歴、現症など一般症候が重要な要素となることについて述べたがレ線所見においても陰影の出現部位、性状、経過には本症の特徴ともいふべき所見が、2, 3 見出されるので本編においてはこれらを検討し症候、レ線による臨床的診断の限界を考察した。本症の発症機転をみると小児期すなわち気管支肺胞系の分化発育期の気道感染症を誘因として気管支の炎症、破壊、閉塞、分泌滯溜、Pneumonitis、無気肺性牽引などにより細気管支の慢性気管支炎の状態より徐々に進展、発症しており病期的にも初期、中間変動期、完成期があり病理的にも先天性、後天性による相違や炎症の程度によりレ線上に投ぜられる陰影が種々の像を呈することは当然であろう。蜂窩肺や嚢胞などは診断容易であるが一般には単純撮影で異常陰影を拡張症と診断することは不確かなことが多い。本症のレ線所見について欧米では Schinz¹⁾、Rienzo⁴⁾、Lander²⁾、Dawber³⁾ らによつて mottled opacities at the bases, annular shadow, reticular network of marking などと表現されておりわが国でも吉村⁵⁾、栗田口⁶⁾、入江⁷⁾、北本⁸⁾、名倉⁹⁾ などによつて肺紋理の増強、間質性増殖を思わせる線状陰影の交錯、円形蜂窩状陰影、無気肺性不透明影、索状陰影、心側三角陰影、縦隔洞転位などが挙げられているがその頻度に関する報告は少なく、また本症における平面写真と断層写真の診断限界の相違に関する知見も少ないのであわせて報告し日常診断のさいの一助としたい。

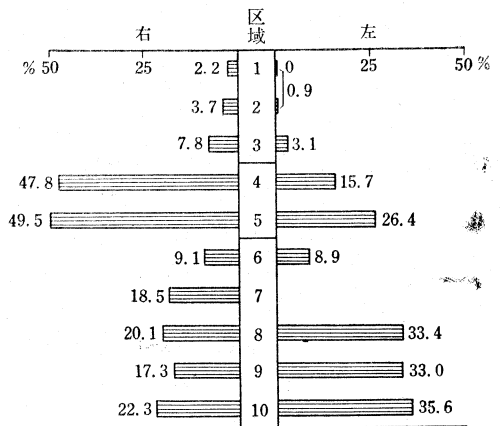
IV レ線 所 見

1. 好発部位

胸部疾患の鑑別にさいし陰影の性状に特異性の少ない場合、好発部位を知ることは診断上有力な手がかりとなるものである。とくに本症のレ線所見は特異性に乏しく肺結核や一過性肺浸潤に類似しているので出現部位によ

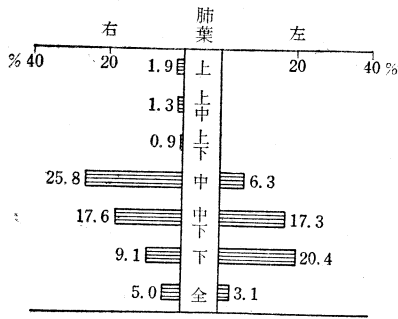
つて本症を疑う場合も少なくない。好発部位は成因より明らかなくとく下行性気管支すなわち下葉肺枝にもつとも多く中葉・舌状部がこれにつき上葉枝にもつとも少ないことは諸家の一致するところで病側は右より左にやや多く両側性のものは 20~30% にみられるが上・下葉区は侵されることが少ないといわれている。本症例 318 例 352 側について区域別罹患頻度をみると表 1 のごとく右 S₅ が 49.5% でもつとも高く最低は左 S₁₊₂ の 0.9% であつた。上葉では S₈ が多く右 7.8%、中・舌葉では S₅ が多く左 26.4%、下葉では S₁₀ が多く左 35.6% 右 22.3% であるが S₆ は左右とも少なく右 9.1% 左 8.9% であつた。罹患範囲は 2 区域までのもの 42%、4 区域まで 30%、5 区域以上 28% で 1 区域のみのものは 30 例 9.4% あり反対に最高は 14 区域で 1 例あつた。頻度では 2~3 区域がもつとも多かつた。肺葉別では表 2 のごとく中葉が 25.8% でもつとも多くついで左下葉 20.4%、右中・下葉 17.6%、左舌・下葉 17.3%、右下葉 9.1% の順で左上葉 (除舌状部) のみの例はなかつた。肺側では右 53% 左 36%、両側 11% で両側例の少ないのは

表 1 罹患区域 (318 例)



罹症例が多いためと考えられる。なお S₆ のみ侵されたもの 2 例と中・舌葉のみ同時に侵されたもの 2 例を認めた。以上のごとく右中葉はもつとも頻度が高く全症

表 2 罹患肺葉 (318 例)

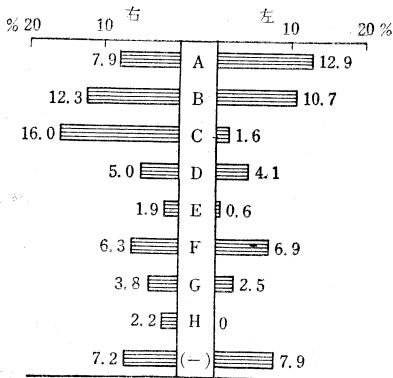
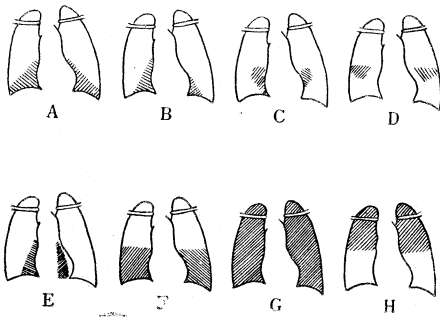


例の 25% に達し Graham らのいわゆる middle lobe syndrome も決してまれなものではないと考えられる。これら好発部位は異常陰影の出現部位を示す根拠となるもので診断上の意義は大きいといわねばならない。

2. 陰影出現部位

本症は区域性あるいは肺葉性の疾患で異常陰影も該当する部位に出現する訳であるが病変が気管支のみにとどまることは少なく周囲肺組織の無気肺化の結果、診断にさいしては罹患部位の萎縮、変位を考慮する必要がある。罹患区域を基礎に肺野を表 3 のごとく 8 区に分類すると平面像では右 C 型がもつとも多く全例の 16.0%

表 3 陰影出現の部位



を占め、ついで左 A 型 12.9%, 右 B 型, 左 B 型,

右 A 型, 左右 F 型, D 型 G 型の順で H 型は右 2.2% のみであった。C 型は心側肺血管影のもつとも太く多い部分に重なるため読影しにくいところであるから疑わしい影があれば中葉を想定し側面あるいは腹背又腔位撮影をすることが望ましい。右中葉拡張 26 例中 22 例 91% が Lordose 撮影で著明な楔状影を示した。A・B 型は下葉の大部分を占め E 型とともにいわゆる心側三角陰影を形成し全例の 46% に認められた。E 型は右では中・下葉, 左では下葉の著明な萎縮を意味し肋膜様の境界鋭利な陰影で肺野に該当血管影を欠き右では上葉枝の下行, 左では心臓影の重複像として認められる。一過性肺浸潤の合併は 25 例で, うち 17 例は陰影消失後無所見となつた。平面像で無所見 48 例中, 右肺血管影に重なるもの 18 例, 左心臓影にかくれるもの 18 例で残る 12 例は肺野に陰影を認められなかつた。上記一過性肺浸潤 17 例および無所見 48 例を検討すると右中葉および左下葉が 80% を占め診断上の盲点と考えられる。

3. 陰影の性状

本症の病理像をみると気管支の内腔は円筒状、嚢状に拡張し内壁は上皮の乳嘴状増殖があり壁は肥厚し粘膜下組織には著明な細胞浸潤、線維増殖があり弾力線維の減少、軟骨の破壊、筋線維の不規則分布がみられる。周囲肺組織は無気肺状で腺様化生した肺胞や肺胞壁に滑平筋異常増殖がみられる場合と Pneumonitis や膿瘍、壊死の形成、あるいは肺気腫や Fibrosis を認めるところもある。正常末梢気管支はもちろんであるが、炎症があつてもそれが気管支をこえなければ普通線上に影を現わすことはないといわれている¹⁰⁾。したがつて病像が進展して炎症や Fibrosis が周囲組織に波及した場合にはじめて肺紋理が増強したごとく現われ、さらに網状の陰影や濃厚な浸潤影がみられるようになる。平面像で見られる異常陰影はこれら浸潤と Fibrosis の重なりであるために気管支を主体とした陰影とは判明しがたいが断面像では局所の断面に分解されるために気管支の拡張様陰影を認めやすくなることは想像されるところである。本症には結核症のごとき病因的分类はないが陰影の性状から 10 型に分類を試み、有所見 289 例について頻度をみると平面写真では表 4 のごとく浸潤型がもつとも多いが、一過性肺浸潤との間にはかなりの差がみられた。

(I) 紋理錯乱型: 肺紋理はやや増強して走行が乱れあるいは集束し気管支周囲炎による随伴影や Fibrosis 気腫のためにチリチリしてみえる。拡張を疑うことができる。

(II) 撒布型: 斑状あるいは網状斑状の小陰影が撒布状、降雪状にみられ、小さな無気肺や Pneumonitis, Fibrosis によると考えられ紋理型に伴うことが多い。

(III) 紋理拡張型: 気管支の走行に一致して索状の太

圖 1
症例 1
紋理錯亂 (平面)

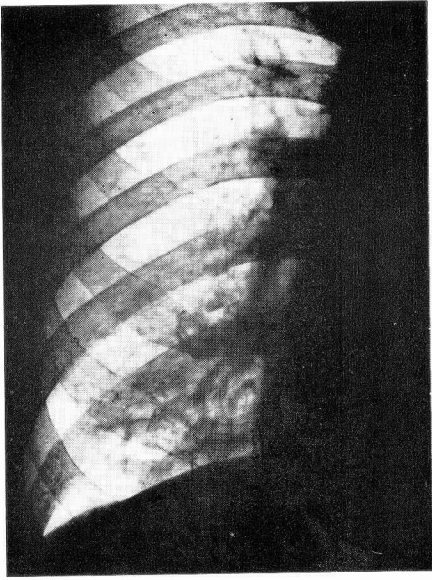


圖 2
症例 1
囊狀擴張 (造影)

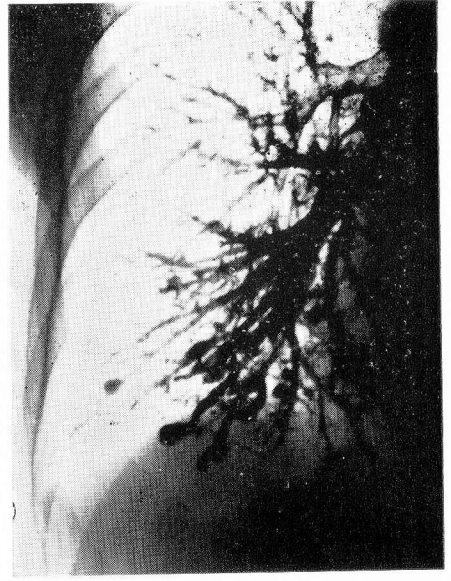


圖 3
症例 2
撒布型 (平面)

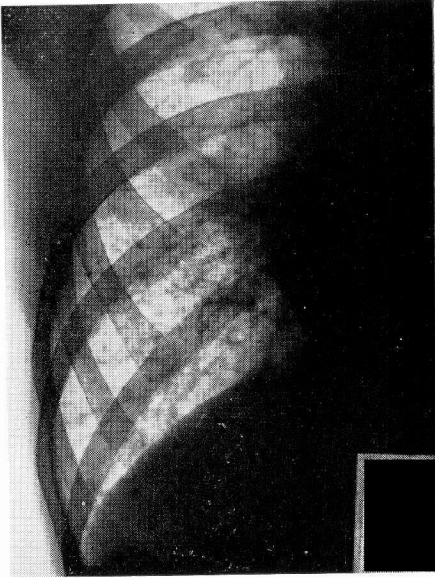


圖 4
症例 2
棒狀擴張 (造影)

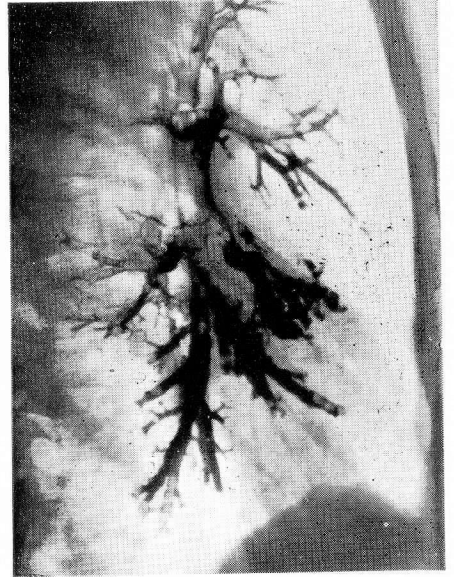


圖 5
症例 3
紋理擴張型 (平面)

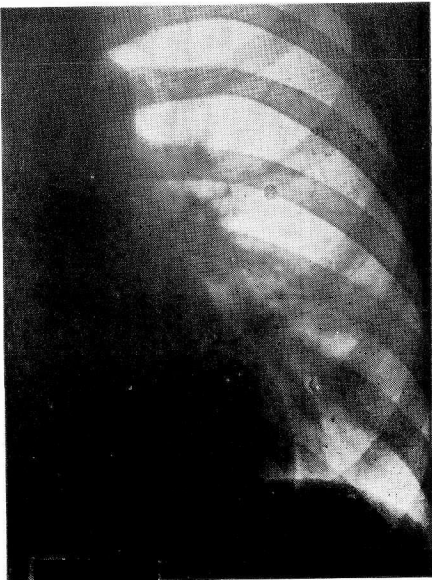


圖 6
症例 3
棒狀擴張 (造影)



圖 7 症例 4 浸潤型(平面)



圖 8 症例 4 棒狀擴張(造影)



圖 9 症例 5 囊胞型(平面)

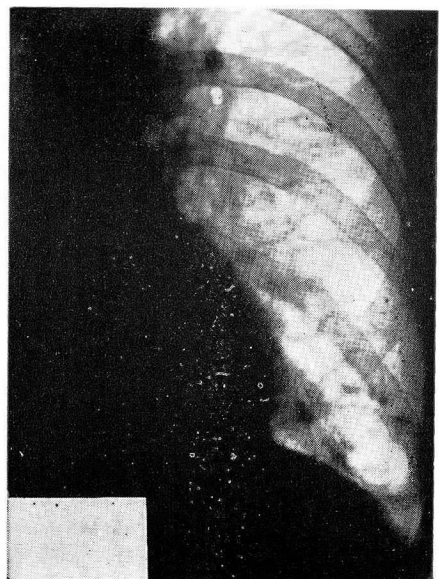


圖 10 症例 5 胞狀擴張(造影)

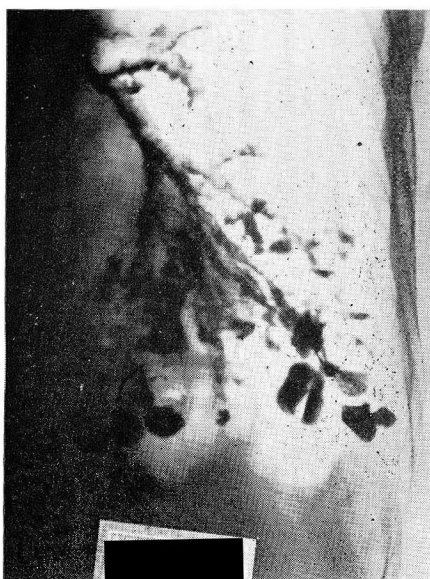


圖 11 症例 6 硬化型(平面)

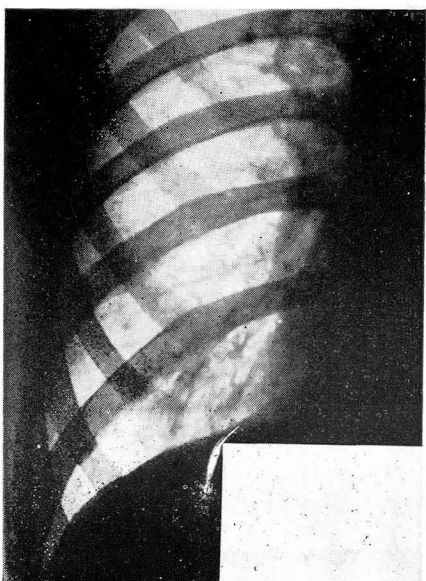


圖 12 症例 6 囊狀擴張(造影)

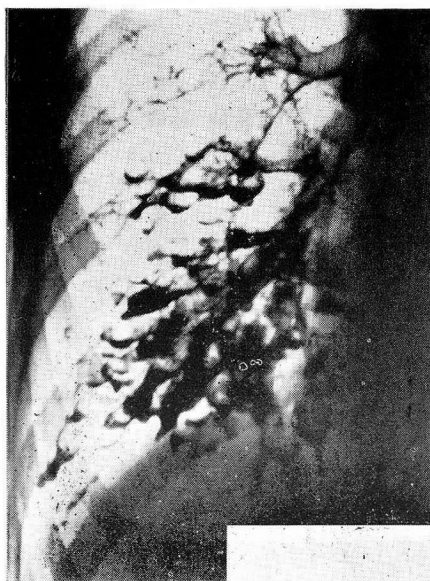


圖 13 症例 7 混合型 (平面)

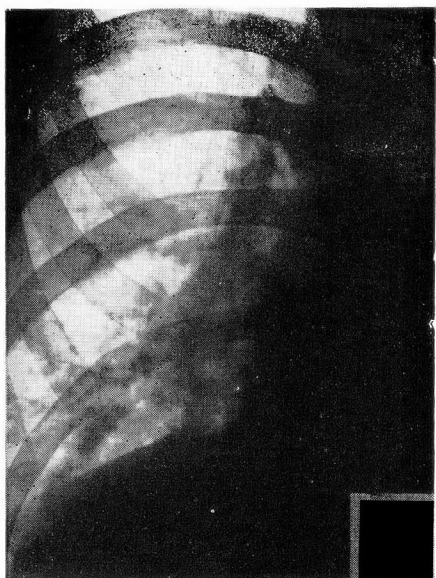


圖 14 症例 7 棒狀擴張 (造影)



圖 15 症例 8 肋膜型 (平面)

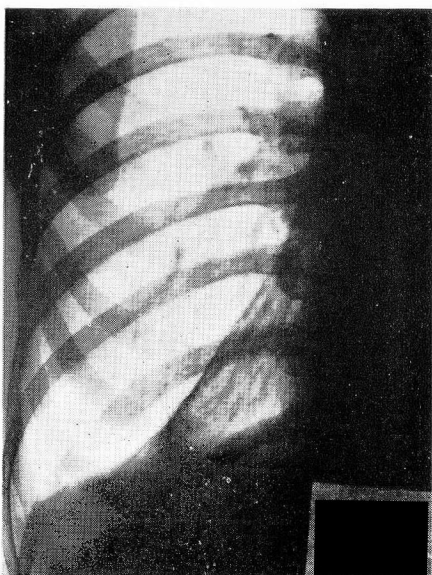


圖 16 症例 8 棒狀擴張 (造影)

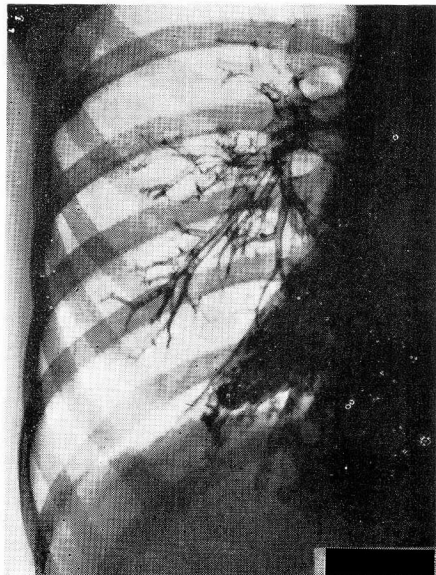


圖 17 症例 9 無氣肺型 (平面)

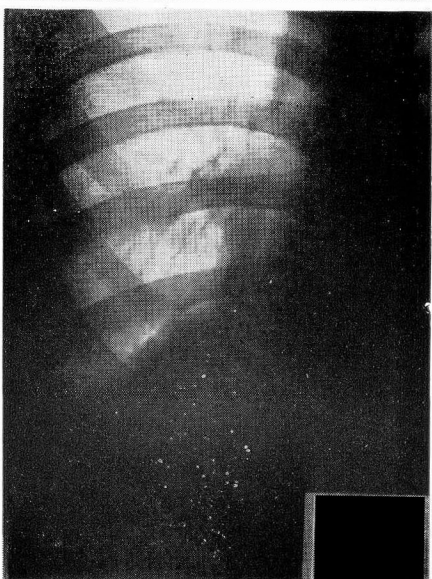


圖 18 症例 9 囊狀擴張 (造影)

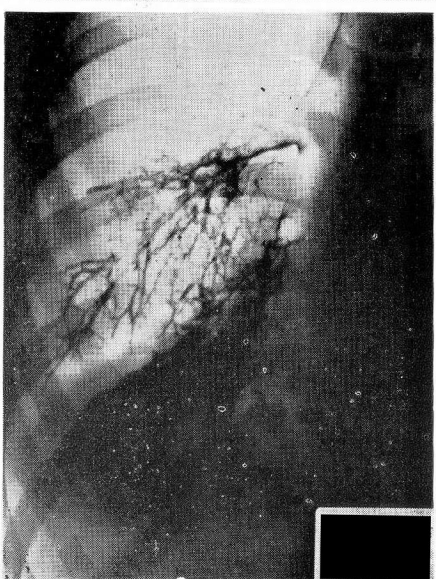


図 19

症例 3
紋理拡張型(断層)



図 20

囊胞型(断層)

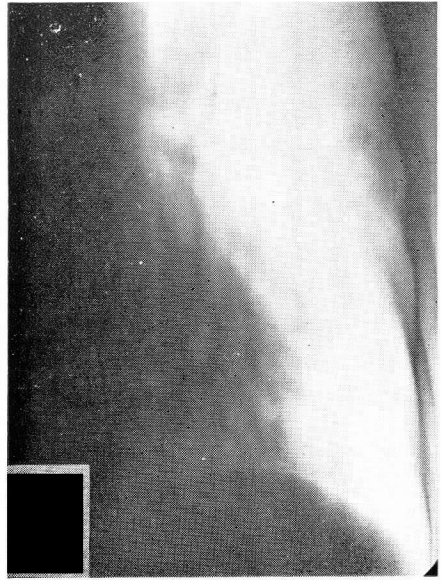


図 21

気管支拡張型(断層)



図 22

症例 4
気管支拡張型(断層)

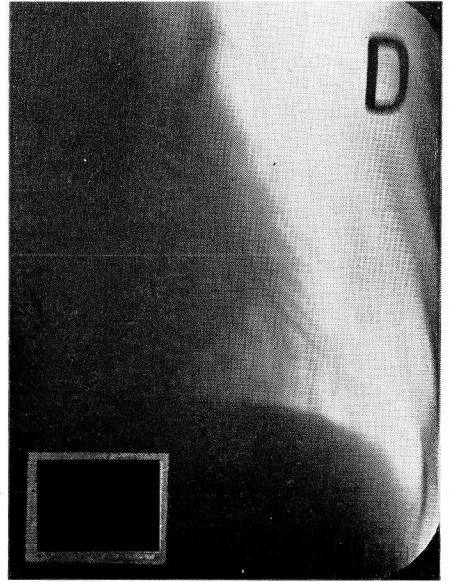


表 4 平面像の病型頻度

番号	病型	気管支拡張症		一過性肺浸潤	
		289 例		67 例	
		例数	%	例数	%
I	紋理錯乱	66	22.8	8	12.2
II	撒布	15	5.5	9	15.4
III	紋理拡張	46	15.9	3	4.5
IV	浸潤	84	29.1	39	59.0
V	嚢胞	21	6.9	0	0
VI	硬化	10	3.8	1	1.5
VII	混合	7	2.4	0	0
VIII	肋膜	13	4.5	2	3.0
IX	気管支拡張	0	0	0	0
X	無気肺	21	6.9	5	7.6

い濃厚な充実陰影で血管影のごとく末梢に向つて次第に細ることなく急に消失する。気管支病変の進んだ場合にみられ、この陰影があれば拡張を診断してよい。左下葉の場合、平面で心臓影に重なっても撮影条件がよければ明瞭に認められる場合があり本症例中 10 例に認められた。

(IV) 浸潤型：病像が進展して周囲肺実質に変化が広く及ぶと陰影は紋理の走向性を失い軟かい雲状のいわゆる滲出性浸潤影を呈してくる。したがって平面像では結

核性浸潤や一過性肺浸潤様に見えるが断層で分解すると種々の病型に変化することが多い。

(V) 嚢胞型：輪状あるいは嚢状の輪廓像を認め、時に分泌液の水面像をみることもある。肺嚢腫との区別はできないが拡張は確実である。

(VI) 硬化型：間質の増殖や気腫を思わせる線状影の交錯で炎症像を伴わない。

(VII) 混合型：各種病型の混合で範囲も広く炎症像が著明で重症例に多い。

(VIII) 肋膜型：肋膜の線状・幕状陰影および癒着像で境界は明瞭。したがって滲出性陰影は含めない。

(IX) 気管支拡張型：2本の平行した、あるいはふくらみのある肥厚した気管支壁の拡張した影で単純撮影では認められなかつたが断層ではしばしば明瞭な輪廓をもつて認められる。拡張の診断は確実である。

(X) 無気肺型：亜区域大以上の不透明な均等陰影で無気肺によると考えられ肺紋理は認めがたい。しかし断層では不透明影中に明瞭なコントラストをもつて打抜かれた拡張気管支像を認めることが多い。また気管支の狭窄や分泌物のために造影剤が流入せず気管支造影が不可能な場合でも断層では明らかに拡張を認める場合がある。

以上病型のうち紋理拡張、嚢胞、気管支拡張の3型を本症の特異型とすると平面写真では全例中 67 例 23% にすぎない。各病型の症例およびレ線所見を表 5 およ

表 5

症例	姓名	性	年齢	造影所見	平面病型	断層病型	小児既往歴	現 症					前診断
								喀痰	出血	鼻膿	血沈	ツ反応	
1	■	♂	40	嚢状拡張	紋理錯乱	嚢 胞	(-)	+	-	-	13	+	
2	■	♂	33	棒状拡張	撒 布	気管支拡張	肺炎・喘息	+	+	-	25	+	
3	■	♀	15	棒状拡張	紋理拡張	紋理拡張	肺炎	+	-	+	28	-	肺結核
4	■	♀	23	棒状拡張	浸 潤	気管支拡張	肺炎・感冒傾向	+	-	+	15	+	肺結核
5	■	♂	53	胞状拡張	嚢 胞	嚢 胞	麻疹・肺炎・感冒傾向	+	-	-	26	+	拡張症
6	■	♂	20	胞状拡張	硬 化	紋理錯乱	(-)	-	+	+	29	+	
7	■	♂	32	嚢状拡張	混 合	紋理拡張	喘息・慢性気管支炎	+	+	不明	不明	+	肺結核
8	■	♀	28	棒状拡張	肋 膜	気管支拡張	喘 息	+	+	+	33	+	肺結核
9	■	♀	15	嚢状拡張	無 気 肺	無 気 肺	感 冒 傾 向	+	+	+	31	-	肺結核

び図に示した。

4. 平面と断層の関係

Edward¹¹⁾ は気管支拡張の診断法として断層は気管支造影に比し遜色がないばかりか時にはより明瞭に拡張を示し、また他の特徴を示すこともあるといい、Bernou¹²⁾ は正常な末梢気管支は断層には写らず、もし多少とも肥厚した2本の平行線を発見した場合は病的な気管支と診断してよいといっている。Mallory は拡張症の原因を慢性気管支感染、気管支狭窄、無気肺症、先天性異

常、肺炎と二次的肺線維症に分けすべての場合に断層で拡張を診断できるとし、Schinz も陰影を投ずるような変化の病理をよく認識する必要があるといっている。また Edward は Tomobronchography の経験から断層面を気管支の走行と一致させることが必要であると報告した。

同一症例で平面写真と患部の断層写真を有する182例について平面病型が断層ではいかにみえるかを分析し、両者の気管支拡張診断限界を比較検討した。前記10病

型のうち紋理拡張, 嚢胞, 気管支拡張の特異型は表6のごとく平面病型で紋理錯乱型 27 例中, 断層で特異型にみえるものが 16 例 59% あった。同様に撒布型では 11 例中 3 例 27%, 紋理拡張型 21 例中 20 例 95%, 浸潤型 56 例中 30 例 58%, 嚢胞型 10 例中 9 例 90%, 硬化型 8 例中 3 例 37%, 混合型 6 例中 6 例 100%, 肋膜型 11 例中 7 例 63%, 気管支拡張型 0, 無気肺型 13 例中 4 例 30% が断層で特異型となった。平面像で無所見 19 例中 14 例 74% が断層で有所見となり, このうち 6 例 31% が特異型となった。気管支拡張型は平面像ではみられなかつたが断層では 36 例みられた。したがって平面像で特異型以外の病型のもので断層では特異型にみえるものは 132 例中 69 例 52.3% あり, 無所見群の 6 例を加えると 49.6% になった。一方, 平面像で特異型に属するものは 31 例中 29 例 93.5% が断層でも特異型となり, 非特異型群との間に著しい差を認めた。全体として平面像では特異型は 31 例であるが断層では紋理拡張型 47 例, 嚢胞型 21 例, 気管支拡張型 36 例, 計 104 例と著増し, 両者の診断限界を特異型数でみた場合, 182 例において平面写真では 17.0% であつたものが断層では 57.0% に高められ, 断層の優れていることが確認された。

5. 陰影の経時的推移

気管支拡張症は緩慢な進行性の疾患で治癒することはないといわれている。しかし合併している感染には消長があり, 肺炎, 感冒, 一過性肺浸潤などの急性感染症を合併することによつて陰影の性状や拡りに変化を起すこともあるが常態では長年月にわたりがいて変化に乏しいことが特徴である。1 年以上, 経過を観察できた 100 例について検討すると陰影の著しい変化を認めたものは 6 例, 陰影の出現してきたもの 5 例, 一過性肺浸潤を合併したもの 8 例, 一過性のみで消失後無所見となったものは 12 例である。一方, 変化を認めなかつたものは 69 例 69% で, このうち 6 年以上ほぼ不変と認められるものは 7 例, 4 年以上 15 例, 2 年以上 24 例, 1 年以上は 23 例であつた。一過性肺浸潤の合併は 318 例に対し 25 例 7.9% であるが, このうち 11 例はしばしば繰返し合併したものである。1 年以上, 経過を観察した 100 例中, 一過性以外の変化は 11 例 11% であつた。以上のごとく本症の V 線像は不変のことが多く, 長期にわたつて結核化学療法を受けた例においても陰影の改善は全くみられなかつた。

6. 拡張の形態と病型の関係

拡張の形態を気管支造影の所見より cystic, saccular,

表 6 平面病型と断層病型の関係

断層病型 \ 平面病型	紋理錯乱	撒布	紋理拡張	浸潤	嚢胞	硬化	混合	肋膜	気管支拡張	無気肺	無所見	計
	27	11	21	56	10	8	6	11	0	13	19	182
紋理錯乱	9	1		2		2				1	3	18
撒布		3	1	1							1	6
紋理拡張	9	2	13	15	1		1	3			3	47
浸潤		3		19				1		1	1	25
嚢胞	2		1	8	7	1	1	1				21
硬化	1					2						3
混合												0
肋膜								1				1
気管支拡張	5	1	6	7	1	2	4	3		4	3	36
無気肺				4		1		2		7	3	17
無所見	1	1			1						5	8
特異型	16	3	20	30	9	3	6	7	0	4	6	104

cylindrical, moniliform 等に分類した場合, 普通平面像に現われる陰影は必ずしも拡張の形態の特徴を示さない。したがつて病型より拡張の形態を診断することはむづかしい。棒状拡張 (cylindrical) 56 例, 嚢状拡張 (saccular) 77 例, 胞状拡張 (cystic) 20 例, 計 153 例について両者の関係を検討すると表 7のごとく棒状拡張では浸潤型が平面では多いが断層では紋理拡張型と気管

支拡張型が増加し, 嚢胞型は平面でも断層でも 1 例も認めなかつた。嚢状拡張では平面ではやはり浸潤型が多いが断層では紋理拡張, 嚢胞, 気管支拡張の 3 型が増加した。胞状拡張では平面, 断層とも嚢胞型が多く紋理拡張型は平面でも断層でも 1 例も認めなかつた。したがつて棒状拡張は嚢胞型として現われることはなく, また胞状拡張は紋理拡張型として現われることはないが, 嚢

状拡張では特異性がなく、両者の移行型である。しかしいずれの拡張形態でも平面と断層では後者の方が拡張の形態を診断するうえにおいても優れていることが認められた。

7. 病型と症候の関係

レ線像上、炎症像の著明でない硬化型 19 例、肋膜型 11 例、および無所見群 39 例、計 69 例について症候との関係をみると重症度では軽症が多く 61 % を占め、拡張の形態では棒状が 58 % で多い。症状では喀痰量の多いものはわずか 17 % で少ないが、出血傾向は 45 %、副鼻腔炎合併は 52 %、既往症では肺炎 33 %、気管支炎 29 % で全平均値と大差を認めなかつた。

総括および考案

全症例 318 例について気管支拡張を疑った主な理由を大別すると、

異常陰影	133 例	42 %
異常陰影+症状	119 例	37 %
症状	39 例	12 %
一過性肺浸潤	25 例	8 %
その他	2 例	1 %

となりレ線所見とともに症候の重要性を示しているが、喀痰量が多いか出血傾向のあるものおよび副鼻腔炎の合併するものを症状ありとし、肺炎、気管支炎傾向の既往歴のあるものを既往ありとして分類すると表 8 のごと

表 7 拡張の形態と病型の関係

病型	棒状拡張 56 例		囊状拡張 77 例		胞状拡張 20 例	
	平面	断層	平面	断層	平面	断層
紋理錯乱	9	6	11	2	2	0
撒布	3	2	8	2	0	1
紋理拡張	6	17	13	25	0	0
浸潤	20	11	26	15	4	3
囊胞	0	0	4	9	6	9
硬化	0	1	1	1	4	1
混合	0	0	4	0	1	0
肋膜	6	2	3	0	1	0
気管支拡張	0	8	0	16	0	3
無気肺	5	4	2	6	1	2
無所見	7	5	5	1	1	1

くレ線所見、症状、既往の 3 者を備えた第 1 群が 111 例 35 % でもつとも多く、レ線所見のみのものは 54 例 17%、レ線所見以外によるものは 35 例 11 % にすぎない。本症の診断には気管支造影がもつとも確実な方法であるが造影を行わずに普通レ線所見および一般症候より診断する場合の限界を知るために種々な面より本症の特徴的要素について検討した。レ線所見については陰影の

表 8 レ線、症候よりみた診断限界

	平面所見	症状	既往歴	計	%
1	+	+	+	108 (5)	34.0 (0.9)
2	+	+	-	59 (3)	18.5 (0.9)
3	+	-	+	47 (9)	14.8 (2.8)
4	+	-	-	41 (10)	15.8 (3.1)
5	-	+	+	21	6.6
6	-	+	-	12	3.8
7	-	-	+	1	0.3
8	-	-	-	1	0.3

() 内は一過性合併

出現部位に特徴があり下肺野に多く、陰影を性状より 10 型に分類した場合、わずかではあるが特異型が認められること、平面所見と断層所見では断層はるかに優っていること、拡張症のレ線所見の経過はあまり変化の認められないこと、一過性肺浸潤を合併する率の多いことなどについて考察したが他疾患との鑑別も必要である。まず陰影の出現部位が下野ほど多く上野に少ないことは一過性と類似するが当所山口¹³⁾の一過性浸潤 185 例についての成績では下野 105 例 57 % で本症の 91 % に比較すると差異が認められる。一方、罹患部位を肺結核と比較すると本症が中葉、下葉に多く上葉に少なく、かつ上葉では S₈ に多く下葉では S₆ に少ないことは著しい相違点である。陰影の性状は大部分が軟かい陰影で肺紋理の増強を主体に滲出性陰影を伴うことが特徴である。疑似型、特異型は平面像ではそれぞれ 23% で浸潤型が 29 % もみられるが、気管支造影で気管支に拡張のないことを確かめた 67 例の一過性肺浸潤の平面像の病型頻度と比較すると表 4 のごとく一過性では特異型 4.5 %、浸潤型 58 % で拡張症との間には有意の差を認めることができる。また Dawber は一過性肺浸潤が同一部位にしばしば出現した場合には拡張を疑つてよいといっているが本症例でも一過性 25 例中 11 例 44% がしばしば浸潤を合併しているのに反し前記一過性肺浸潤では 67 例中 5 例 7.5 % で有意の差を認めた。陰影の変化よりみると一過性浸潤や諸種の肺炎、肺化膿症など急性の肺感染症をはじめ、肺結核症においても治療に反応し、増悪、あるいは限られた期間に治癒の経過をとるなどレ線像の変化に富むが本症は変化に乏しく内科的治療に反応しないところより本症を疑う場合も少なくない。またツ反応は結核を判定する唯一のものであり、北条¹⁴⁾は千葉県下の農村において対象 5,463 名中受診率 96.9 % という高率の実体調査を行い、非結核症 38 例 0.7 %、うち気管支拡張症 18 例を発見したが、これらのツ反応は陰性 84 % で鑑別にさいしツ反応が重要な指標となることを強調しているが、本症例ではツ反応陰性は 299 例中 27 例 9 % できわめて少なかつ

た。喀痰検査は 166 例に行い、結核菌陰性 160 例、陽性 6 例 3.6% となつたが、6 例中 4 例は肺結核を合併しており、2 例は 1 回のみ培養微量陽性であつた。なお拡張と診断したのちに排菌を認めて結核性気管支拡張症と改めたものが 2 例あつた。症状としての多量の喀痰の持続、血痰、喀血および sinobronchial syndrome としての副鼻腔炎の合併などは本症に多い症候であるが、レ線、所見がなく症状のみから拡張を疑い造影を行った 66 例では 34 例 52% に拡張を認めたが 32 例 48% は気管支に異常を認めなかつた。これら非拡張群の中には、いわゆる非拡張性化膿性気管支漏として拡張の前段階に属するものが含まれていることが考えられ後日の再検査が望ましい。以上のごとく本症の診断には一般症候とレ線所見の一方を欠く場合は診断に慎重を期さねばならない。

結 論

318 例の特異性気管支拡張症のレ線所見を検討し、あわせて症候、レ線所見による臨床的診断の限界を考察した。

- 1) 罹患部位は右中葉がもつとも多く 50%、ついで左下葉、左中葉、右下葉の順で上葉は少なかつた。
- 2) 陰影は 91% が下肺野にあり、8 区に分類した肺野では右 C 型、左 B 型が多く平面で無所見は 20% あり大部分がこの区域に属していた。
- 3) 陰影の性状を 10 型に分類し紋理拡張、嚢胞、気管支拡張の 3 型を本症を診断可能な特異型とすると平面像では気管支拡張型はみられなかつたが特異型の頻度は 23% であつた。
- 4) 平面像と断層像の診断限界を 182 例で比較すると平面では 17% であるが断層では 57% に上昇し断層の優れていることを確認した。
- 5) レ線像の経時的变化は 1 年以上の観察では少なく 11% であつた。このほか、一過性肺浸潤の合併率は 7.9% で高く、このうち 44% は同一部位に繰返し出現した。
- 6) 病型と拡張の形態は特異型との間にやや関係が認

められ、嚢状拡張が棒状と胞状の移行型を示した。

7) レ線所見、症状、既往歴より全症例を分類すると 3 者を揃えたものもつとも多く 35%、レ線所見のみのは 17%、レ線所見のないものは 11% にすぎず、本症の診断にはレ線所見および症候の揃っていることが確実度を高めることを確かめた。以上前編に報告した本症の一般症候の特徴的要素に本編において考察したレ線所見を加えることによつて気管支造影を行わなくとも気管支拡張症の診断は 60~70% は可能であると信ずる。

稿を終るに臨み御懇篤なる御指導、御校閲を賜りました三輪清三教授、ならびに御校閲を戴きました社会保険松籟荘主任長久貞治博士、また御指導、御鞭撻を戴きました当所渡辺博所長に深甚なる謝意を表します。

本論文の要旨は昭和 33 年 5 月第 33 回結核病学会総会において報告した。

文 献

- 1) H.R. Schinz et al.: Lehrbuch Der Röntgendiag., p. 2053, 1951.
- 2) F.P. Lee Lander: Diseases of The Chest, 2: 156, 1952.
- 3) T. Royle Dawber et al.: Diseases of The Chest, 2: 167, 1952.
- 4) S. Di Rienzo: The Bronchs.
- 5) 吉村: 最近医学, 12: 1953, 昭32.
- 6) 栗田口: 結核研究の進歩, -8, 129, 昭29.
- 7) 入江: 結核研究の進歩, -4, 55, 昭28.
- 8) 北本: 胸部レ線写真読影講座第11集, 昭29.
- 9) 名倉: 胸部外科, 6: 526, 昭28.
- 10) 胸部疾患臨床討論会: 最新医学, 11: 970, 昭31.
- 11) Edward N. Burke: Am. J. Roent., 79: 251, 1958.
- 12) Bernou (篠原訳): 肺, 1: 255, 昭29.
- 13) 山口: 綜合臨牀, 4: 1339, 昭30.
- 14) 北条 他: 千葉医学会雑誌, 34: 339, 昭33.