

肺癌と肺結核とが共存した1症例について*

大阪医科大学外科学教室 (指導 麻田 栄 教授)

隠 岐 和 彦, 生 井 克 美

(原稿受付 昭和33年2月13日)

A CASE OF PULMONARY TUBERCULOSIS COEXISTED WITH LUNG CANCER

by

KAZUHIKO OKI and KATSUMI IKUI

Surgical Clinic, Osaka Medical College
(Director : Prof. Dr. SAKAE ASADA)

A 53-year-old man who had appeared to be healthy got a bloody sputum suddenly on January 15, 1957. His chest roentgenograms showed a ring-formed shadow in the right upper field and an oval dense one in the hilar region on the same side. Bronchoscopically, there was no tumor in the bronchial lumen, but tubercle bacilli were proved in the smear of bronchial secretion. On histologic sections of his fixed sputum, carcinoma cells were also discovered. Therefore, diagnosis of pulmonary tuberculosis coexisting with lung cancer was decided and thoracotomy on the right side was performed immediately.

Expansive marked pleural adhesion was seen and extrapleural dissection was done. It was found a hen-egg-sized induration in the posterior segment and a fist-sized firm tumor in the hilar region, the latter infiltrating too deeply into mediastinal tissues to be resected. Biopsy of this tumor revealed an adenocarcinoma. The postoperative course was eventful and the patient died on the 32th postoperative day.

We stressed the significance of probability of coexisting pulmonary tuberculosis with lung cancer.

我々は最近肺癌と肺結核とが共存した1症例を経験したので報告し2,3の考察を加えたい。

症 例

53才の男子, 生来健康であつたが, 昭和32年初め咳嗽と喀痰があり, 感冒として治療を受けていたところ, 1月15日血痰が出たので胸部写真を撮り, 右肺門に腫瘤らしい陰影があるといわれた (Fig 1)。気管支鏡検査では気管支内腔に所見を認めず, その際気管内

分泌液中に癌細胞は陰性であつたが, 結核菌が陽性に出た。ここで肺結核に肺癌も共存しているかどうかが問題となり, 2月15日入院した。患者は胸痛は覚えず, 痩せるということも気付かなかつたが運動時呼吸困難を覚えることがあつた。煙草は1日40本位吸っている。

現症: 体格中等, やや肥満しており, 脈搏は72で整, 血圧142~92mmHg, 呼吸16, 顔面浮腫や嚔声なく, 鎖骨上窩リンパ腺も触れない。胸郭の外形は正常で,

* (本論文の要旨は昭和32年8月, 第20回結核外科研究会に於て発表した)

打聴診上の所見なく、腹部、四肢等にも何等異常は認められない。

検査成績：肺活量 2000cc, Levy 氏の 10% 低酸素負荷試験は 15 分でショック状態に陥った。断層写真は 7 cm, 8 cm, 即ち S_2 に相当する部に輪状の陰影を認め、なお前方 9 cm, 10 cm, では、肺門部にも濃い卵円形の陰影を認めた (Fig. 2)。気管支造影では、明らかに前方からの圧迫で気管支の狭窄が来ていることが判明した (Fig. 3)。喀痰中の結核菌は入院後は陰性、培養ともに陰性であったが、喀痰の固定標本中に入院後 6 日目に癌細胞が見出された (Fig. 4)。

以上の所見から肺癌と肺結核とが共存している症例と考え、翌 2 月 22 日直ちに開胸術を実施した。

手術所見：気管内麻酔の下に、右第 5 肋間で開胸すると非常に肋膜癒着が強く、殆んど全面に亘つて肋膜

Fig 1 Roentgenogram before Operation

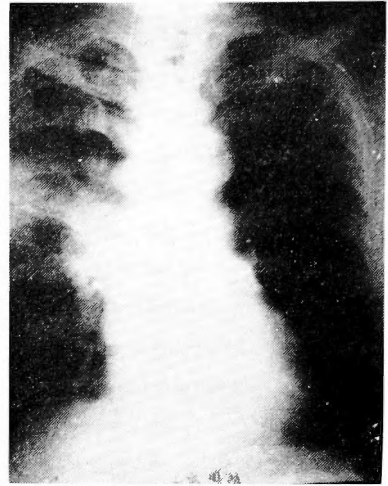
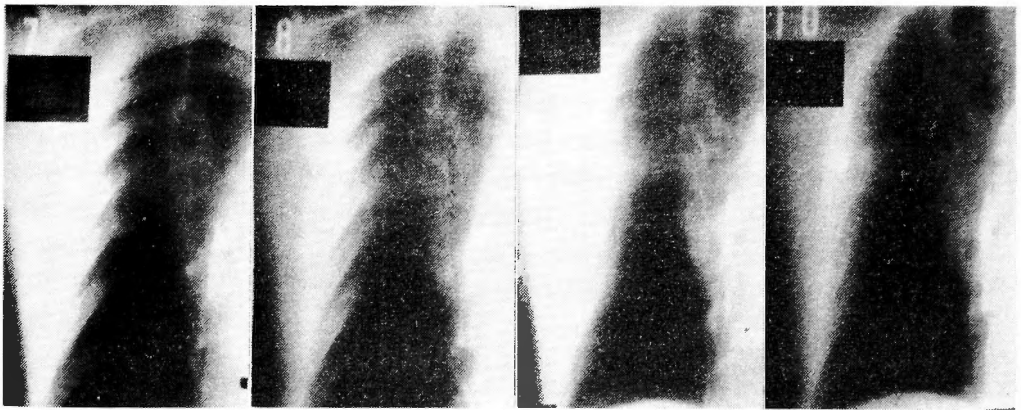


Fig. 2 Tomogram (7, 8, 9, 10 cm) before Operation



外肺剝離を行わざるを得なかつた。上葉 S_2 に鶏卵大弾性硬の硬結をふれたが、これとは別に肺門にも手拳大で粗大結節性、軟骨様硬の腫瘍があり、これは心嚢と強く癒着していた。心嚢内操作等の努力も空しく、肺切除は不能に終つた。

術後経過：一時呼吸困難があつたが、間もなく正常に復し、創は一期癒合を営んだ。併し術後 25 日目より、視力障害が出現し、頭蓋内転移が推定され爾後頭痛、不眠、呼吸困難を来し、興奮状態に陥り、全身状態悪化して 32 日目に死亡した。全身剖検は不能であつたが、腫瘍の一部のみを取り出す事が許された。

組織学的所見：腫瘍は腺癌で (Fig. 5, 6)、それ以外に Anthracosis に依ると思われる癒痕があり、又壊死の部分も見られ、これは乾酪様物質に似ているが、

結核性と断定することは出来なかつた。

考 察

1. 肺癌と肺結核との共存について、河合は肺癌の 30% に、篠井は 17% に、檜林は 6.6% に、今井は 15% に、Fried は 11% に結核の合併を認め¹⁾²⁾³⁾、又最近肺癌で結核菌陽性のものが篠井は 1.5%、Weissman は 25 例中 11 例見られたと発表している⁴⁾。かかるデータは、両疾患の共存が単に偶然の上に成り立つものではなく、結核の病巣を基にして癌が発生し得るのではないかという推測を可能ならしめる。これに関して、最近河合、石川等は肺癌の発生部位は肺結核病巣の治癒癒痕や誘導気管支や或は空洞壁等に多いと述べ⁵⁾、又 Themel は結核性癒痕を有する 298 例の剖検例中肺癌

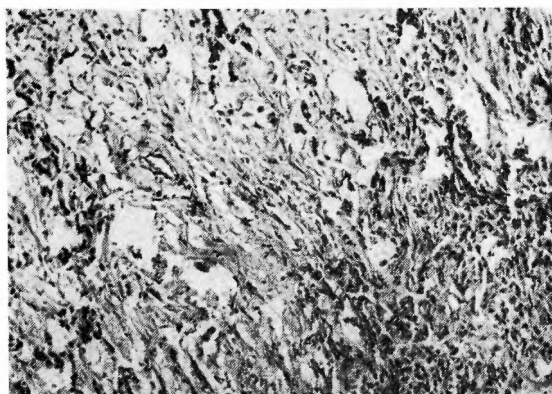
Fig. 3 Bronchogram (L→R) before Operation



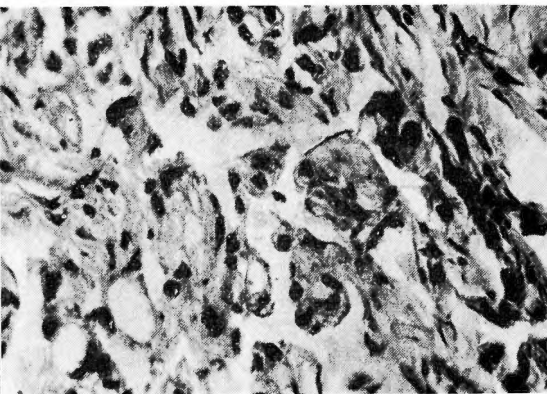
Fig. 4 Tumor Cells in Sputum



Fig. 5, 6 Histological Findings: Adenocarcinoma



(H. E. × 100)



(H. E. × 460)

を合併していたのが29例で、このうち明らかに癒痕より生じたと思われるものが17例、単に合併していたのが12例であつたと述べているのは注目に値する⁹⁾。従つて、今後は癌年齢の患者に於て、結核再発がよく起る場所に陰影の再現を見た場合には、結核性癒痕から癌が発生し得る可能性をも一応考慮に入れることを忘れてはならないであらう。

一方、又近年40才以上の所謂癌年齢層に肺結核患者が増加して来ているのは明瞭な事実なので、この結核と肺癌の共存という問題は将来愈々重要さを増すことと思われる。ふだん我々は結核という診断を下すことには慣れているが、癌に対する経験は未だ比較的少ないので、両者が共存しているのに拘らず、結核の診断を下して、その治療のみを行ない、癌に対する根治手術

の時機を失うことがあつてはならないと思う。

2. 本症例に於て初めに気管支鏡検査で所見を認めず、その際気管内分泌液のSmear Testで結核菌が陽性であつた事は、一応癌を否定し肺結核を肯定し得るかの如く思われるが、併し、無選択的に選んだ多数症例に於て、気管支鏡で形態学的に癌が診断され得るのはFarberに依れば60%、河合は43%に過ぎなかつたといつている点や⁶⁾⁷⁾、気管支洗滌液では31~60%、Smear Testでは約17%しか癌の診断が下し得ないことや⁸⁾⁹⁾、又癌の種類により癌細胞の発見率が異り、特に腺癌では気管支分泌物や喀痰中よりの癌細胞の発見が最も困難であること等から考えると¹⁰⁾、気管支鏡検査で所見が得られないからといつて決して癌の否定とはならないし、又たとえ同時に結核菌が陽性で、癌

細胞が陰性だからといつても何等癌の否定とはならないものである。

3. 従つて確定診断を下すためにはどうしても癌細胞を証明することが必要なで、このため我々は、早朝の喀出痰を直に固定して多数のパラフィン切片をつくり、これを入念に検鏡し、癌細胞を発見し得たのである。本法は篠井、石川等も強調している通り、確定診断を下し得る率が75~90%という高率なので、特に気管支鏡所見のない患者にとつては大切な方法であると思われる¹¹⁾⁹⁾。

なお、若しも癌細胞の証明が不能に終つても、疑わしい症例に対しては、時機を失することなく試験開胸を断行すべきことは多数の人々が主張している通りである¹²⁾。

4. 本症例は試験開胸に終つたが、明らかにS₂に結核病巣と思われる硬結があり、更に肺門部には癌腫瘍をこれとは別個に確めることが出来た。死後剖検が許されず、この癌が結核性病巣を母地として発生したものであるか否かの興味ある問題を確め得なかつたのは甚だ残念である。

結 語

腎臓結核と誤診された腎臓癌の 1例について

公立豊岡病院外科 (院長医学博士 辻井敏 指導)

野木村 昭平, 真先 敏邦, 大保 亮一, 猪木 弘三

(原稿受付 昭和32年10月30日)

REPORT OF A CASE OF RENAL CANCER WRONGLY DIAGNOSED AS RENAL TUBERCULOSIS

by

SHOHEI NOGIMURA, & others

Toyooka Public Hospital, Surgical Clinic

(Chief : Dr. EIN TSUJII)

We report a case of renal cancer in a 51 aged female.

At first we thought that this patient was renal tuberculosis because of many clinical features and the right nephrectomy was carried out.

Microscopic feature of the tumor was adenocarcinoma of kidney and we discussed the tumor of kidney.

肺結核と肺癌とが共存した症例を報告し、たとえ肺結核があつても、なお肺癌が共存しうる可能性を強調した次第である。

文 献

- 1) 河合直次：肺結核と肺癌：日本医師会雑誌，**37** 248, 1957.
- 2) 檜林和之：肺癌の診断：癌の臨床，**3**, 710, 1957.
- 3) 今井環：肺結核と臨床診断された肺癌の剖検所見：結核，**31**, 453, 1956.
- 4) H. Weissman: Bronchogenic Carcinoma and Pulmonary tuberculosis: Am. Rev. Tuberc. **73**, 853, 1956.
- 5) K. G. Thelme & C. J. Luders: Die Bedeutung tuberculöser Narben für die Entstehung des peripheren Lungenkarzinoms. Deutsch. Med. Wschr. **80**Jg., 1360, 1955.
- 6) S. M. Farber: Lung Cancer. 1954.
- 7) 河合直次：気管支鏡検査に依る肺癌の診断：癌の臨床，**3**, 282, 1957.
- 8) H. J. Spjut: Exfoliative Cytology and Pulmonary Cancer: J. Thoracic Surg. **30**, 90, 1955.
- 9) 石川七郎：肺癌の早期診断：最新医学，**11**, 705, 1956.
- 10) 勝木司馬之助：肺癌の統計的観察：肺，**4**, 81, 1957.
- 11) 篠井金吾：肺腫瘍診断及び鑑別診断：日本外科学会雑誌，**56**, 686, 1955.
- 12) 中村隆：肺癌の集団検診：癌の臨床，**3**, 303, 1957.