

本症例に於て頸部淋巴腺に轉移を認めず。

8. 急性舌炎 本症類似の所見を呈すれど舌全體に腫脹現はれ疼痛激甚なり。
9. 舌結核 癌腫と同様に舌縁に來る。又中央部にも來り多發性の潰瘍を作ることあり。定型的の舌結核は診斷を誤ることなれど、老年に現はれ深き潰瘍を作り疼痛軽度の時診斷困難なり。此際は分泌物の結核菌及試験切片の鏡檢を要す。
10. 舌護謨腫 強き浸潤と潰瘍形成あり、潰瘍面に特有の膜様物あり、疼痛殆んどなし、驅微療法にて容易に治癒す。
11. 「アクチノミコーゼ」の舌に來ることあり、内容を鏡檢すれば特有の放線菌塊あり。

本患者は既往症に花柳病なくツ氏反應陰性なり。

本患者の舌腫瘍は發熱あり、腫瘍に波動を認め、壓迫に依り瘻孔より膿汁を排出せしめ得ること共に依り膿瘍たることは確實なり。

結核、微毒、放線菌症等の疑あれども何等證明が出來ず。

舌膿瘍は舌自身の疾患に依り起ること共に、又他所の疾患より例へば扁桃腺周圍膿瘍等より續發的に來ることあり、又経過に就ても急性に経過することあれば本例の如く慢性に経過することもあり。

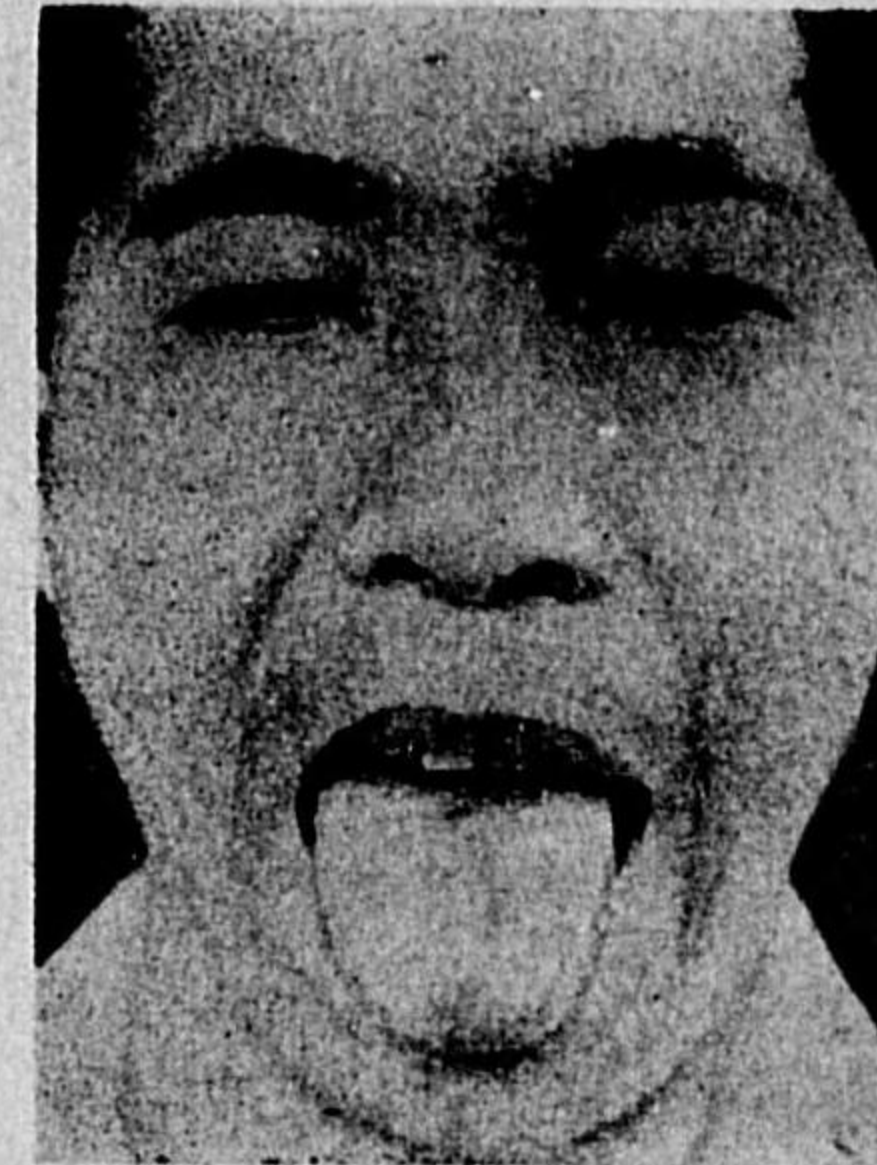
Miller 氏の研究に依るに口腔中には殆んど總ての細菌が見出し得るも、舌は厚き表皮にて被はるること共に平素口中の細菌は毒性弱きため舌に損傷あるも膿瘍を形成することなれど、一旦身體の抵抗弱る時は細菌の毒性増して遂に膿瘍を形成するに至るなり。

**療法** 切開を加へ排膿を計れば可なり。

**附記** 本患者は昭和6年5月15日に0.5%「コカイン」溶液（「アドレナリン」滴加）にて局所麻痺の後腫瘍の正中線より少しく左方に縦に約3仙米の切開を加へたるに悪臭ある膿汁を多量に排出せり。膿瘍の周圍には厚き膿瘍膜を形成し、一大空洞を形成せり。其内徑は前後3.1仙米、上下3.2仙米、左右2.2仙米あり。膿瘍腔の内壁を搔把し、内腔を清淨にし「ウキオフタルムガーゼ」を挿入す。

毎日1回「ガーゼ」を交換し、腔内を「リヴァノール」液にて洗滌するも膿瘍腔周壁の

第244圖



手術後治癒したる舌(正面)

第245圖



同 (側面)

浸潤去らず、従つて舌の腫瘍狀隆起減少せず、排膿もやまず。或は太陽燈を試み、或は沃剝を内服せしむるも腔を滅却すること能はず。壁の組織片を鏡檢するに肉芽組織と癭痕性結締組織とにて癌腫又は他の腫瘍の形狀なく、又結核の病竈もなし。依て7月8日に至り膿瘍壁の上半、半球形の部分を切除することに決し、局所麻痺の下に之を行ふ。出血は甚しからず。下壁の肉芽性の部分を充分搔把したり。術後出血ありしも夕方に至りて止血す。發熱なし。是より後始めて健康なる肉芽を生じ排膿全くやみ創面は周圍より次第に健康上皮にて被はれ、舌の形は始めて健康状態に復し(第244、245圖)運動にも障礙なく8月10日全治退院したり。舌の尖端部及周邊部は健康なるを以て味覺には障礙を見ず。

## 119. 舌根甲狀腺腫

### Zungengrundstruma

**患者** 21歳の處女。中、き。

**主訴** 言語障礙及嚥下困難。

**初診** 昭和6年8月4日(外來番號3006)。

**家族歴** 特記すべきことなし。

**既往症** 12歳の時腎臓炎に罹りし外著患なく、月経は19歳に初まり爾來順調なり。

**現症歴** 15歳頃より何時さもなく發聲に際し口中に物が挟まり居る如き感起り、自身發音障礙に氣付きし外、人よりも含み聲なるを注意さる。當時専門醫を訪れ舌根腫瘍の診断にて手術を奨められしも自覺症狀著しからざれば其儘放置し約3年経過し漸次増大したる爲他の専門醫の診察を受け數回穿刺せられ血液様液體少量宛を出したり。されき症狀輕快せざるため其後治療を施さずして現在に及ぶ。

**現症** 全身的に體格榮養共に良好。胸腹部諸臓器に異狀なくツ氏反應ビ氏反應共に陰性なり。

**局所々見** 鼻腔及聽器に著變なし。

開口せしめ口腔を検するに舌根中央部に周圍に明瞭に限界されたる鶏卵大、半球狀の腫瘍ありて中及下咽腔を充す(第246圖)。其表面平滑淡紅色を呈し小血管の走行を認む。一部に囊腫様外觀を呈する所あれきも穿刺によつて血液を出すのみ。觸るるも疼痛なく硬度堅固にして弾力性あり、壓迫に依り容積の縮小なし、基底固著して動かす。會厭軟骨は腫瘍と關係なく僅かに腫瘍の後方に認められ喉頭に變化なし。

腫瘍を計測するに左右3.0仙米、前後徑3.1仙米、高さ1.5仙米なり。

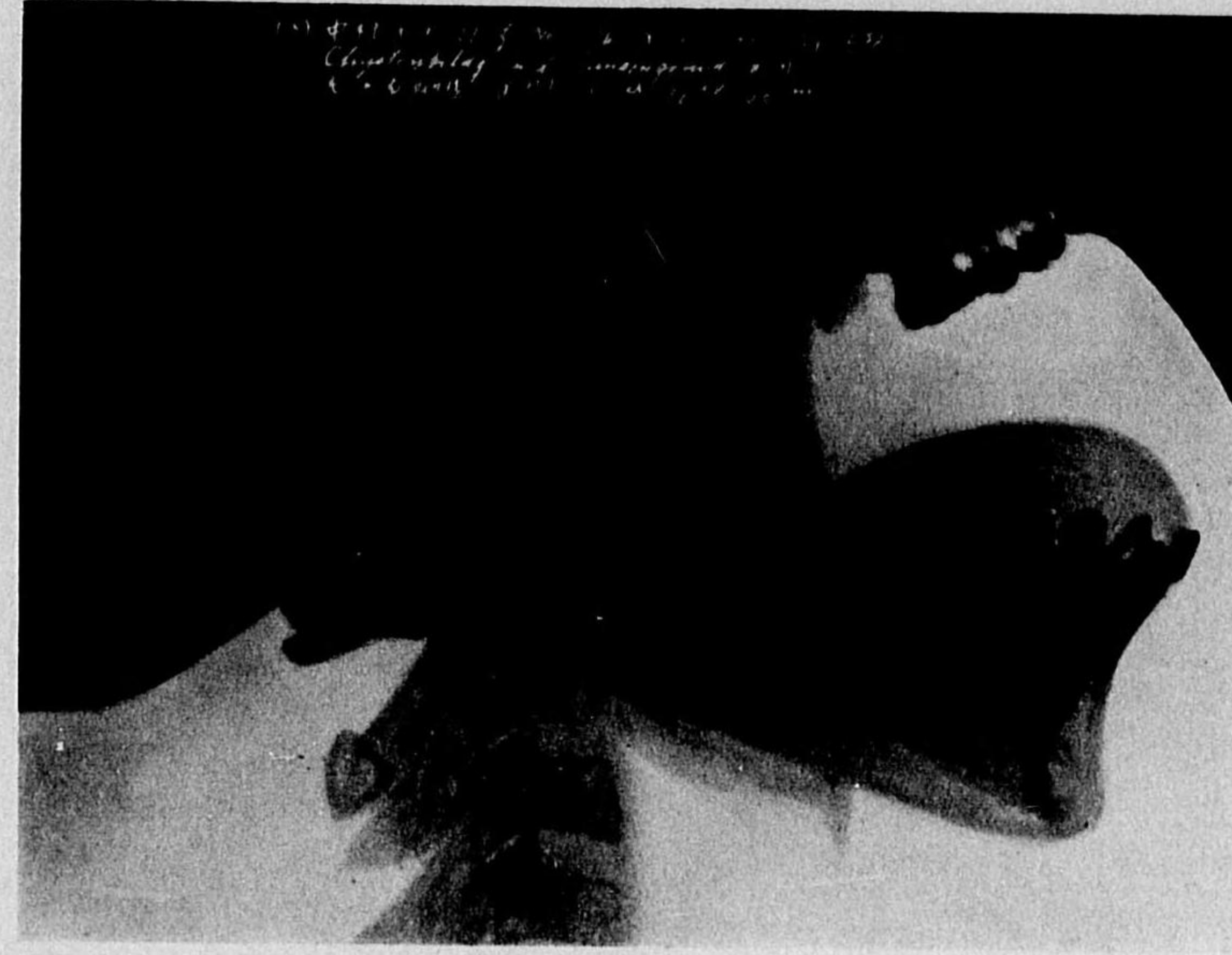
側面よりX光線寫眞をとりたるに舌根部に圓形の巨大なる腫瘍の陰影を見る。會厭は著しく壓迫せられたり(第246圖)。

前頸部に甲狀腺に相當する隆起認められず又觸診によりても之を證明するこゝを得ず。頸部淋巴腺の腫脹なし。

**診断** 舌に發生する腫瘍中、悪性腫瘍としては癌腫最も多く肉腫も極めて稀には來れども本症例は15歳の頃より注意せられ、其経過緩慢にして著しき増大の傾向なく轉移も認められざれば良性腫瘍に屬するものも思考さる。良性腫瘍としては纖維腫、脂肪腫、血管腫、淋巴管腫、乳嘴腫等の外舌に特有なる舌根甲狀腺腫及舌根囊腫あり。

**纖維腫** 舌實質中に堅き結節として現はるるこゝに、表面に「ポリープ」狀をなすこゝにあり、硬度堅固にして成長甚だ緩慢なり。

第 246 圖



**脂肪腫** 稀にして表面平滑なる膜を被り軟く假性波動を呈し時として黄色の内容物を透視し得るこゝにあり。

**血管腫及淋巴管腫** 殊に後者は舌に於て比較的多く見らる。硬度軟く指壓を加ふれば容積縮小し抵抗を與へず。

**乳嘴腫** 之も舌に比較的多く現はるる腫瘍にして表面に凹凸ありて覆盆子狀をなし腫瘍は舌の表層に限局し、本例の如く深部に及ばず。

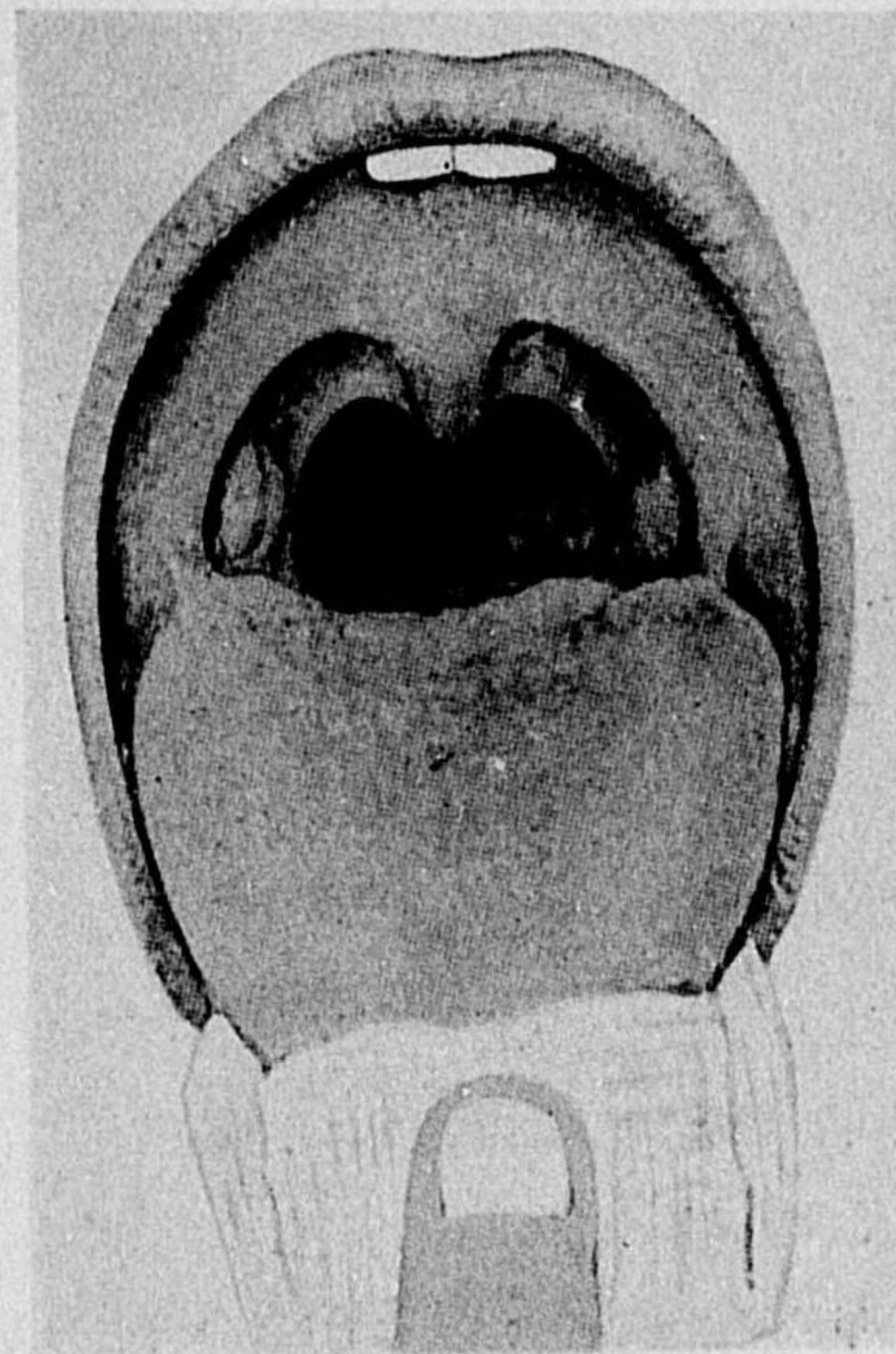
以上の腫瘍共に本症例の如く舌の正中線に現はるるこゝに少く多くは何れかに偏在す。

舌根甲狀腺腫は胎生期甲狀腺の排泄管として甲狀腺の錐體葉より起り、舌根正中の舌盲孔に開口し生後4乃至5週に閉鎖すべき甲狀舌管の管壁に遺殘せる甲狀腺組織の原基より思春期に近づきて發生せるものなり。若し頸部の甲狀腺尋常に發達すれば此部のものを副甲狀腺と稱する。又若し頸部の甲狀腺發達不全なるか又は缺如せる時は

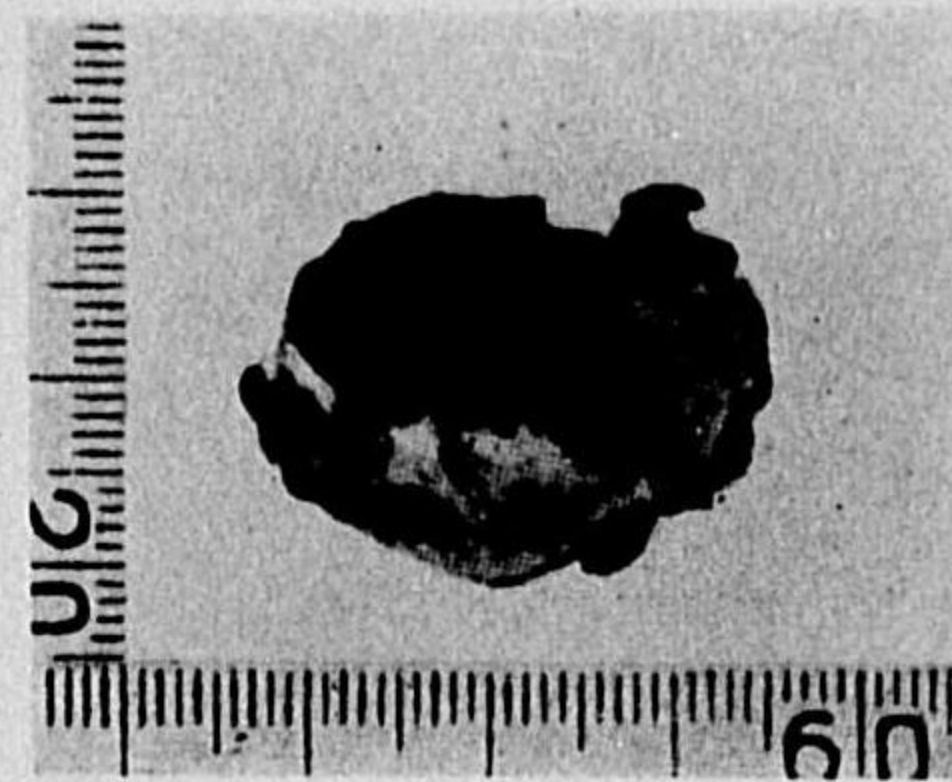
第 247 圖



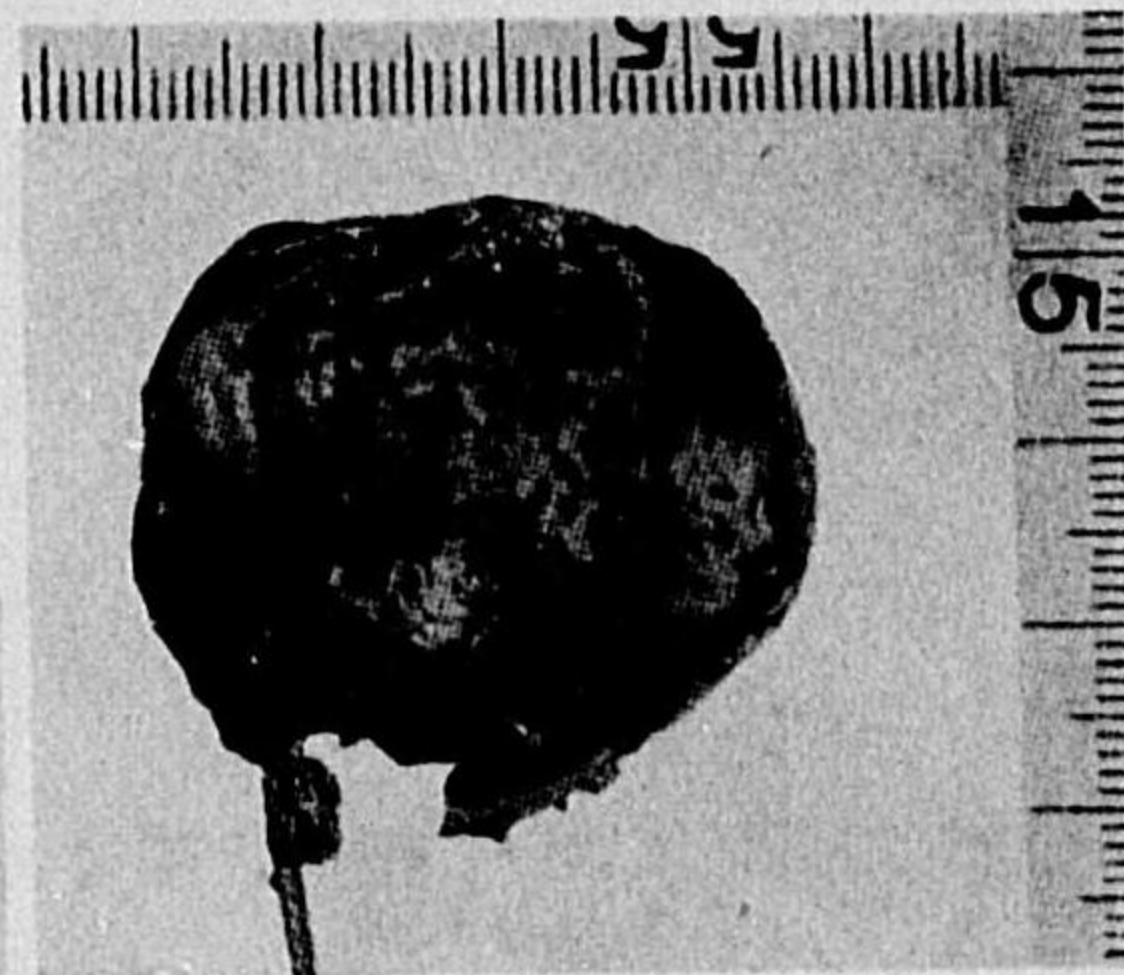
第 248 圖



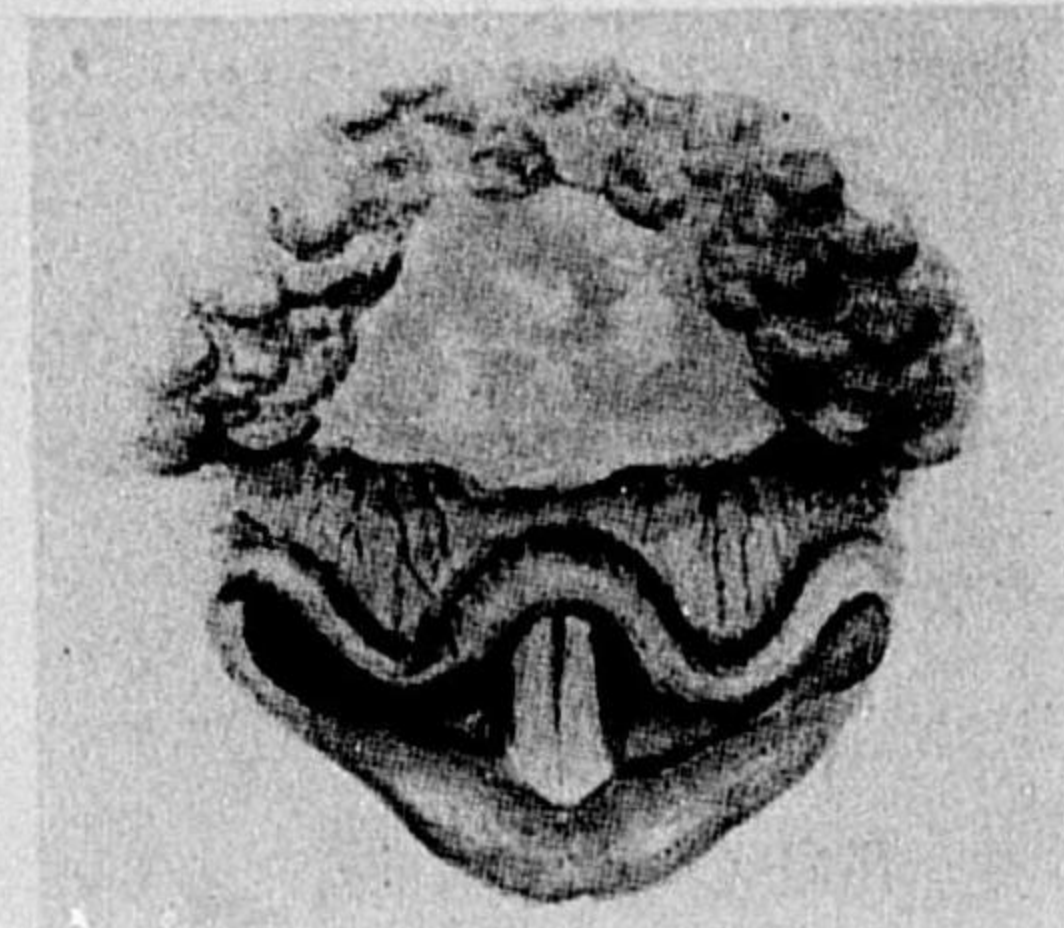
第 249 圖



第 250 圖



第 251 圖



舌根のもの代償性甲状腺腫なることあり。

腫瘍の位置は甲状舌管の開口部即ち盲孔の部位なり。此腫瘍は屢々鶏卵大に達し嚥下困難、發音障礙を起す。硬度は比較的硬く赤色にして表面平滑なり。又出血し易し。女性に於ては男性と比較して此腫瘍の現はるること遙に多く、月經時に此舌根甲状腺腫より出血を見ることあり。

舌根囊腫は甲状舌管の甲状腺胚腫より發生す。時に舌骨と甲状軟骨の間に囊腫を形成することあり。正中頸囊腫 (Mediane Halszyste) と稱せらる。若し外部に破れ絶えず粘液性分泌液を出せる時は正中頸瘻 (Mediane Halsfistel) なり。

本症例は

1. 腫瘍の硬度の堅固なること。
2. 其位置の舌根部正中線盲孔に一致する點にあること。
3. 前頸部に甲状腺を觸知し得ざること。
4. 試穿刺によりて囊腫を證明せざること。

等より舌根甲状腺腫と診斷さる。

然れども纖維腫及脂肪腫の甚しく類似の所見を呈する場合には組織的檢索をなして初めて確診を下し得る場合あり。本例に於て顯微鏡的標本を作成し之を檢するに明かに甲状腺組織なり、而して所々に著しく腺の擴大して膠樣質内容を充すを見る。即ち臨牀的にも組織的にも其舌根甲状腺腫たるを示せるものなり。

治療 舌根甲状腺の代償的にして大ならざるは放置して可なり、されき増大して何等かの症狀を呈するに至れば手術的に除去すべし。其手術は口腔内にて手術野狭小なる上、出血多量なるを常とするを以て手術困難させられたり。されき除去に際し外科「チアテルミー」又は熱係蹄を用うれば出血を豫防し得べし。又吾人専門家は反射鏡又は額帶電燈によりて狭小なる深部に手術的操作を自由になし得べし。此際最も注意すべきは腫瘍の一部を必ず残存せしむべきことなり。若し漫然舌根甲状腺腫の全摘出をすれば後に至り甲状腺機能缺如に因する「テタニー」或は粘液水腫を起すべし。殊に此例の如く頸部に甲状腺發達せざる場合の如きは注意を要す。

本患者に於ては坐位にて20%「コカイン」塗布及0.5%液注射に依る局所麻酔の下

に腫瘍の大部分を2回に渉り熱係蹄を以て除去せり(第249, 250圖)。手術後出血多からず。後過酸化水素水及重曹水にて含嗽せしむ。手術2—3週間は創面に白色苔を被り居りしが漸次脱落し、喉頭鏡にて會厭のみならず喉頭内を自由に窺ひ得るに至れり(第250, 251圖)。患者は嚥下、呼吸、發音等の障碍凡て去り欣然歸省したり。

## 120. 先天性正中頸瘻孔

### Angeborene mediane Halsfistel

本日は諸君に頸部に來る先天性疾患の患者を供覽説明せむ。

**患者** 沼○藤○ 20歳の學生

**主訴** 鼻汁過多、頭痛及び記憶力減退を以て外來を訪ひたるものにして、前頸部正中線に小瘻孔あり、絶えず透明なる粘液性分泌物を洩す。

**家族史** 兩親は健康、祖父母は如何なる疾患にて斃れたるか不詳、同胞5名、皆健康なり、悪性腫瘍等の遺傳的關係なし。

**既往症** 6—7歳の頃前頸部正中線にて甲狀軟骨の高さに於て波動性の小腫瘍を生じたるを以て、某外科醫より切開を受け一時治癒の觀ありしが其の後に至りて該切開部を残し、絶えず少量の粘液を漏らす云ふ。

**現症** 體格大、體質強健、榮養状態佳良にして胸腹内臓器に異常なし、兩側中鼻道に濃厚なる黄色膿汁を認むる外(慢性上顎竇炎なり)、耳、咽喉に著變なし。

**頸部** 御覽の如く正中線にて甲狀軟骨截痕の高さに略々水平に走る手術の痕あり此痕上にて正中線より稍々左側に偏し極めて小なる瘻孔あり、之を指にて左右より壓搾すれば少量の透明なる粘液を漏らす。

瘻孔より細き馬の尾毛を挿入すれば後上方舌骨に向ひて約1.7「センチ」を通せしめ得(第252, 253圖参照)、自覺的障碍なし。

**診斷** 此患者に注意すべきは既往症に於て前頸部正中線に囊腫を生じ、これを切開して後に瘻孔を残したることなり、斯くの如き疾患を先天性頸瘻孔と稱す、前頸部の側面にも先天性に瘻孔を生ずることあり、これを側方頸瘻孔 Seitliche Halsfistel と云

第 252 圖



先天性正中頸瘻孔  
手術前(瘻孔より馬の毛を挿入せるもの)

第 253 圖



同上  
手術後

ふ。

**發生** 上述の側方頸瘻孔は胎生期の鰓裂の殘部より發生するものにして、茲に説明する正中頸瘻孔は全然發生の母地を異にするものなり。

先天性正中頸瘻孔は從來氣管瘻孔と考へられたるが18世紀の頃より漸く學者の注目する所となれり。

抑、胎生期に於ては甲狀腺峽部より甲狀腺組織の一部が錐體狀の突起となりて上方に延び舌骨に達す、此の部を錐體葉と云ふ、甲狀腺の排泄管たる甲狀舌管は此錐體葉の上端より起りて舌の盲孔に開口せり、而して甲狀舌管と舌骨との位置の關係に就ては議論あれども近來の研究によれば、甲狀舌管は舌骨體の前方を通過するを常とすれども、時としては舌骨體の發育により之と癒着するか或は其の骨組織中に包埋せらるゝことあり、錐體葉は人によりては生後も尙殘存せることあり、又甲狀舌管はヒスの研究によれば生後4週半乃至5週にして閉鎖するを常とす、されど時としては完全に一貫せる管として開放せる儘殘ることあり、或は所々に於て連續を断たれ一盲囊として残り、上皮よりの分泌物は囊内に瀦溜し、囊腔は爲に徐々に擴張せられ、こゝに所謂瀦溜

嚢腫を作るこゝあり、或は管壁に甲状腺組織の原基が残存し、後に至りて異常の部位に甲状腺を生ずるこゝあり、例へば稀には舌根に於て暗赤色の出血し易き硬き腫瘍所謂舌根甲状腺腫として、或は舌根の嚢腫として壓すれば盲孔より粘液を漏らすこゝあり、或は又口腔底に嚢腫を作るこゝあり、此際蝦蟇腫と能く相似たるも深在性なるの差あり。

最も多きは甲状腺の上部に来るものなり、即多くは春機發動期の頃に来るこれを先天性正中頸嚢腫 *Angeborene mediane Halszyste* と云ふ、これを放置すれば嚢腫壁は次第に薄くなり、遂に外皮に破れて頸部の正中線に瘻孔を作るか、或は切開を受けて後に瘻孔を残し、不断粘液を漏らし、或は硝酸銀の腐蝕或は搔把等を受くるも荏苒して治せず、徒らに轉々醫師を代ふこゝあり、この患者も實に其の1例なり。

療法 本病の發生が明かならざりし時代には瘻孔を單に腐蝕或は搔把するに止むるか、或は瘻孔の下端を一部抽出するに過ぎざりき、されど粘膜上皮が残存する以上は再發を免るゝこゝ能はず、現今にては瘻孔壁を舌骨に至る迄周圍より剝離して全部抽出するこゝ同時に舌骨體の一部を切除す、これをシュラング氏法と云ふ、但術後嚥下及び發音の障礙を残すの弊あり、當教室の執行君が日本人胎兒に就て検査したる結果によれば、約27%に於て甲状舌管の殘胎を認むと云ふ、シュラング氏に於ける術後の不快感を避けんが爲に吾教室にては舌骨體の前核のみを鉗子にて除き舌骨を二分せしめずして好果を得たり(術後寫真第253圖参照)。

## 121. 先天性正中頸嚢腫及瘻孔

### *Angeborene Mediane Halszyste und Halsfistel*

頸部に来る腫瘍の中屢々見る處のものは甲状腺腫にして次で淋巴腺の腫瘍等なり、余は目下入院中の先天性正中頸嚢腫 *Angeborene Mediane Halszyste* の2例と正中頸瘻孔 *Angeborene Mediane Halsfistel* 患者1例とを供覽説明せむ。

第1例 患者 22歳の男子 漆器業(外來番號第3710)

主訴 アダム林檎の肥大。

家族史 両親は健在なり、父母兩系の祖父母は既に亡し、同胞5人皆健存、遺傳的素因を認めず、未婚なり。

既往歴 12歳の時腦膜炎を病み20歳にして淋疾に罹る。昨年頭髪の脱落したる事あり。4年前扁桃腺肥大ありて當科を訪ひし事あり、種痘2回酒を嗜まず煙草は相當に喫すこゝ云ふ。

現病歴 今より約4ヶ月前何等の誘因なくして前頸部正中に腫物を認めアダム林檎の肥大せしものと思惟せり。爾後著しく増大する傾向は無く嚥下痛、異物感等を訴へず。

現症 骨格筋肉の發達普通にして栄養中等なり。顔貌稍々痴鈍性を呈し胸腹諸臓器に異常なし、食思睡眠便通佳良にして尿尿に異常を認めず。ビルケー氏反應陰性、ワッセルマン氏反應は強陽性なり。

鼻腔 右下甲介稍肥大し右側に鼻中隔棘あるを認む。

咽頭 兩側口蓋扁桃腺稍々肥大す。

後鼻腔 小なる腺様増殖症を認める。

喉頭 耳には異常なし。

頸部 前頸部正中に胡桃大の腫物ありて明かに波動を呈し壓痛なし、表皮は癒着なく下床は強く癒着せり。舌骨及甲状軟骨間に位し正圓形にして正中線に對稱的に存す。恰もアダム林檎の肥大せしが如き觀を呈す。嚥下運動に隨伴著明ならず。即ち甲状腺腫の如く氣管壁と癒着せるもの異なる事知らる。

第2例 患者 5歳の男兒 農夫の息(外來番號第4455)

主訴 前頸部の腫物形成。

家族史 両親は健康、父系の祖父は健在すれども祖母は既に逝けり、母系の祖父は死去し祖母は尙健存す。

同胞5人ありたれども2人は不明の疾患にて逝けり、両親に血族の關係なく、遺傳的素因の認むべきものなし。

既往歴 4歳の時麻疹を經過したる外著患を知らず。

現病歴 今より5ヶ月前母親が始めて患兒前頸部の腫物を認めしと云ふ。それ迄

はアダム林檎の肥大のみを思ひて放置し居たり。當時は拇指頭大なりしが昨今稍、増大せり、苦痛なし。

**現症** 體格榮養中等度の男兒にして顔貌正常、兩側頸部淋巴腺の肥大ある外胸腹諸臓器に異常なし、食思睡眠佳良にして便通正常、尿尿に變なし、ワッセルマン氏及ビルケー氏反應俱に陰性なり。

鼻腔後鼻腔 著變なし。

咽頭 口蓋扁桃腺兩側共に肥大せり。

喉頭に異常なし、耳は右耳に鼓膜の濁濁、強度の内引あり、左耳に聾あり。

頸部 前頸部正中に沿ひて約鳩卵大の腫物を認む、表皮及び下床に對しては能く移動す、但し縦軸には移動性乏し、明かに波動を示し嚥下運動に伴はず。

入院後穿刺を行ひしに黄色稠厚なる液體を得たり。反應「アルカリ」性、全く無菌なり、檢鏡するに上皮細胞及白血球を含み「コレステリン」結晶は認められず。

化學的検査に依れば(九大、醫化學教室の好意による)

蛋白質	陽性
「ムチン」質	陽性
「コレステリン」	陽性
磷	陽性
脂肪	陽性
沃度	陰性
尿酸	陰性

かゝる囊腫は幾回穿刺するも再び肥大し遂には胡桃大にも達する者なり。

**第3例** 患者 26歳の農婦(外來番號第4544)

**主訴** 前頸部の瘻孔形成。

**家族史** 兩親は健康、父母系の祖父母は既に死去せり、同胞7人ありて皆健在、16歳にして嫁し3子を擧ぐ、皆壯健なり、夫亦健在せり、遺傳的關係の認むべきものなし。

**既往病史** 幼時麻疹を經過し種痘は3回之を受く、嘗てワッセルマン氏反應陽性なり、さて「サルヴルサン」注射を5回試みる、其他に著患を知らず、月華16歳にして開き

爾來順調なれども目下妊娠5ヶ月に當る。

**現病歴** 今より約4年前の正月頃前頸部に無痛の小腫瘍發生したれば地方の醫師を訪ひて切開を受く、當時は排膿なかりきき云ふ、爾後4年間其切開創は残りて瘻孔となりしより軟膏等貼するも治せず、時々閉塞して疼痛を來す、翌年再度切開せられ昭和2年9月第3回の切開手術を受けしも遂に治癒に向はず瘻孔閉塞今日に至る依りて當科を來訪す。

**現症** 體格榮養共に中等、顔貌正常を呈し食思睡眠佳良なり便通亦通常胸腹諸臓器に異常を認めず、尿尿に變なし、ビルケー氏反應陰性、ワッセルマン氏反應陽性なり。

鼻腔後鼻腔喉頭に異常なし、咽頭稍々發赤す、耳は兩側共鼓膜の内引あり。

頸部 前頸部正中に當りて瘻孔あり、舌骨下部に開き壓迫すれば白色の膿汁を排出す、膿には双球菌を見るのみ、消息子を用ゐて探診すれば後上方舌骨の方向に向ひて約1糎深く挿入せらる。瘻孔の下方には切開後の癍痕殘る。此瘻孔は即ち正中頸瘻孔にして正中頸囊腫を徒らに切開搔爬する時瘻孔を残す事多し、時に初めより瘻孔を以て始り終始液汁を排出するものあり、實地醫家は能く硝酸銀液等を用ゐて之を腐蝕し一時は閉鎖せしめ得き雖再び開くものなり、自然的にも痂皮生ずる時に一時閉塞再び破壊するものなり。

#### 類症鑑別

- (1) 甲状腺腫 Struma 位置輪狀軟骨の下部に在りて氣管輪と密着するが故に嚥下運動に隨伴す、此腫瘍は甲状軟骨の上方にあり。
- (2) 結核性頸部淋巴腺化膿 多く側方に偏位す、穿刺液を見れば一目瞭然たり。
- (3) 淋巴血管腫 囊狀に變性せるもの Lymphoangioma cysticum 著しく肥大するものにして位置又側方に偏す。

正中頸囊腫の場合には位置前頸部正中に來り、殊に舌骨と甲状軟骨との間に存し嚥下運動には著明に伴はず、大き左程著しくは肥大せず最大なるものも胡桃大に過ぎず、穿刺すれば上皮細胞を多數に含む液體を得、蛋白或は粘液等を含有し時に「コレステリン」の結晶を見る。

**成因** 胎生時に在りては前頸部と舌根盲孔との間にヒス His 氏の所謂甲状舌索

Tractus thyreoglossus 現今即ち甲狀舌管 Ductus thyreoglossus と稱するところの管ありて、通常胎生の第3週或は第4週に閉塞するものなるが、是が部分的に残胎して先天性の種々なる異常、畸形等に關與する場合頗る多し。例令ば

- (1) 舌根甲狀腺腫 Zungengrundstruma
- (2) 舌根囊腫 Zungengrundzyste
- (3) 口腔底に來る皮膚様囊腫 Dermoidzyste
- (4) 正中頸囊腫 Mediane Halszyste
- (5) 時さして正中頸瘻孔 Mediane Halsfistel

此の囊腫又は瘻孔の成立に就きては古來幾多の研究あるが、露の ウエグロウスキー Weglowski 氏は1908年ヒス氏の舌甲狀索附近の胎生時に遺殘せし附屬物より起る事を明かにせり。余の教室にては執行君が18例の胎兒に就きて何等かの異常又は遺殘物あるものを調査し、次の結果を得たり。

舌盲孔	8例	異常陽性	44.4%
舌管	3例	同上	16.7%
舌骨附近異常	4例	同上	22.2%
錐狀突起	5例	同上	27.8%
合計	20異常數		27.8%

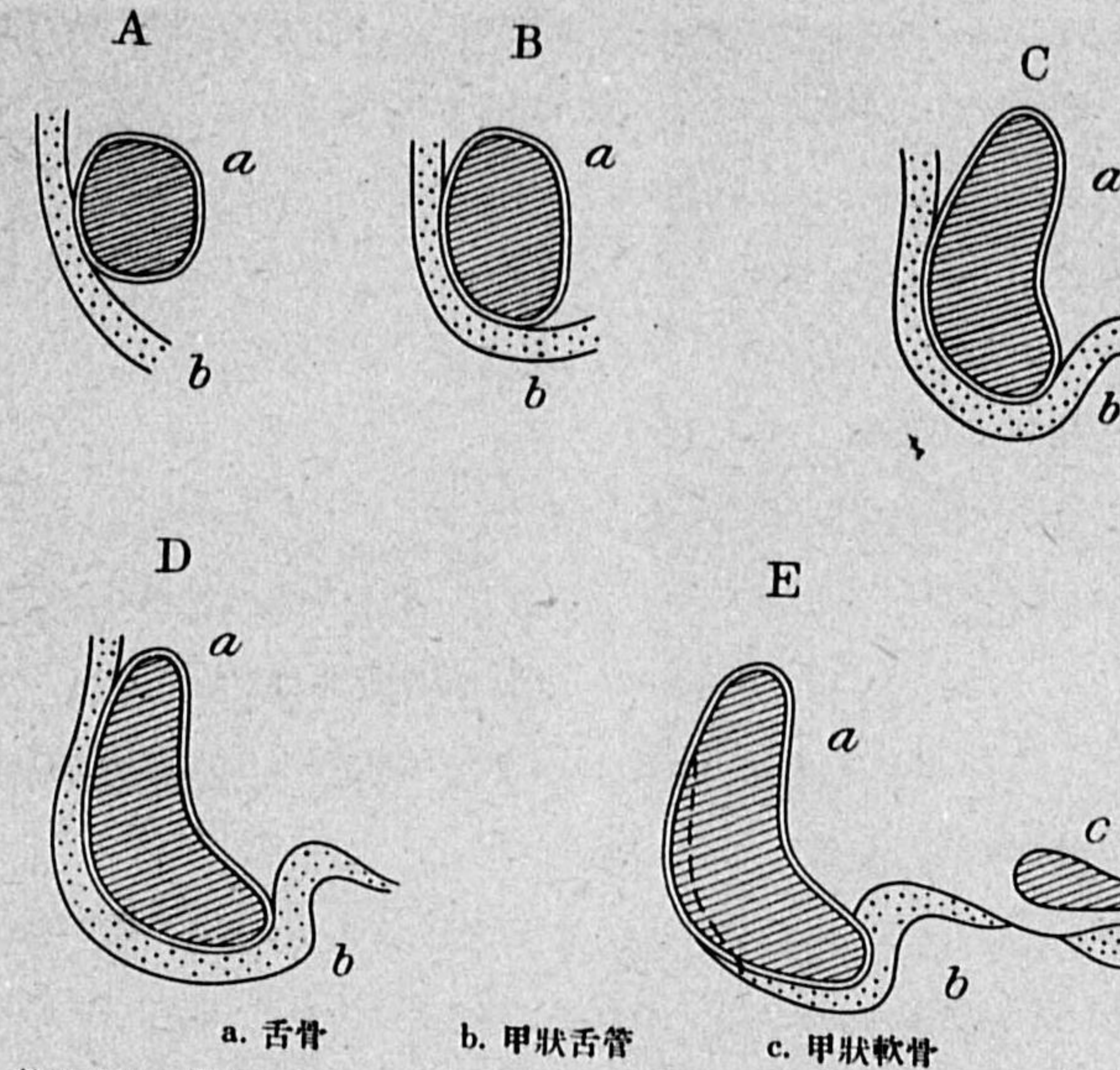
即ち約3分の1に甲狀舌管の一部は遺殘して病的となり得るものなるこゝを見たり。

ウエグロウスキー氏も胎兒に於て30.0%を見、赤松氏は屍體に於て31.3%を見たり。

甲狀舌管が舌骨の前方を通るか後方を過ぎるかに關しては議論區々なるが此の點は手術に際して實際上重要なる處なり。

ヒス氏は胎生學上の見地より前方を通るを唱へ、他の學者は臨牀的に見て後方を過ぎるを唱へず。執行君は胎生學上種々の標本によりて研究したる結果、舌骨の前方を通過するものが舌骨の成長によりて次第に變位せられて舌骨の後方を迂迴する様になる。故に正中頸瘻孔又は囊腫の中より接續する場合に之を消息すれば恰も甲狀舌管は舌骨の後方を走るの觀あり。時さしては管の一部は舌骨内に埋没するこゝあり。され

第 254 圖



a. 舌骨 b. 甲狀舌管 c. 甲狀軟骨  
 A. 管は舌骨の前方を通過す B. 舌骨稍長じて管は舌骨の下に行く  
 C. 舌骨次第に生長して管は後方に迂迴す D. 舌骨成熟後の形をとりて管は後方に曲る  
 E. 管の一部前方にて舌骨に埋没し下方甲狀腺の錐狀突起に接續す

き上掲の發育過程の模型を一覽すれば舌骨と甲狀舌管との關係を明瞭になし得べし(第254圖 A. B. C. D. E 参照)。

**發生** 多くは春機發動期以後に起るを常とし、本例の如く幼少の者に見るこゝは少し、故に爾他の腫瘍又は淋巴腺腫脹等を考ふる必要あり、時さして囊腫或は瘻孔の側頸部に來るものを見る事あり。即ち甲狀腺と胸鎖乳頭筋との間に來り、是を側部頸囊腫 Seitliche Halszyste 或は側部頸瘻孔 Seitliche Halsfistel と稱す。正中頸囊腫とは成立機轉を異にし、甲狀咽頭管 Ductus thyreopharyngeus より生ず。

**豫後** 概して良好なりと雖も、時に發聲或は嚥下の障礙を來し又傳染によりて化膿するこゝあり。囊腫の限局性のものは容易に全抽出治癒するも囊管の分岐多發なるものは再發す。勿論不完全なる手術をなしたるものは再發して治せず。

**療法** 徒らに切開搔爬は行はざるを可とす。囊の儘取る可きものなるも完全に取り

第 255 圖



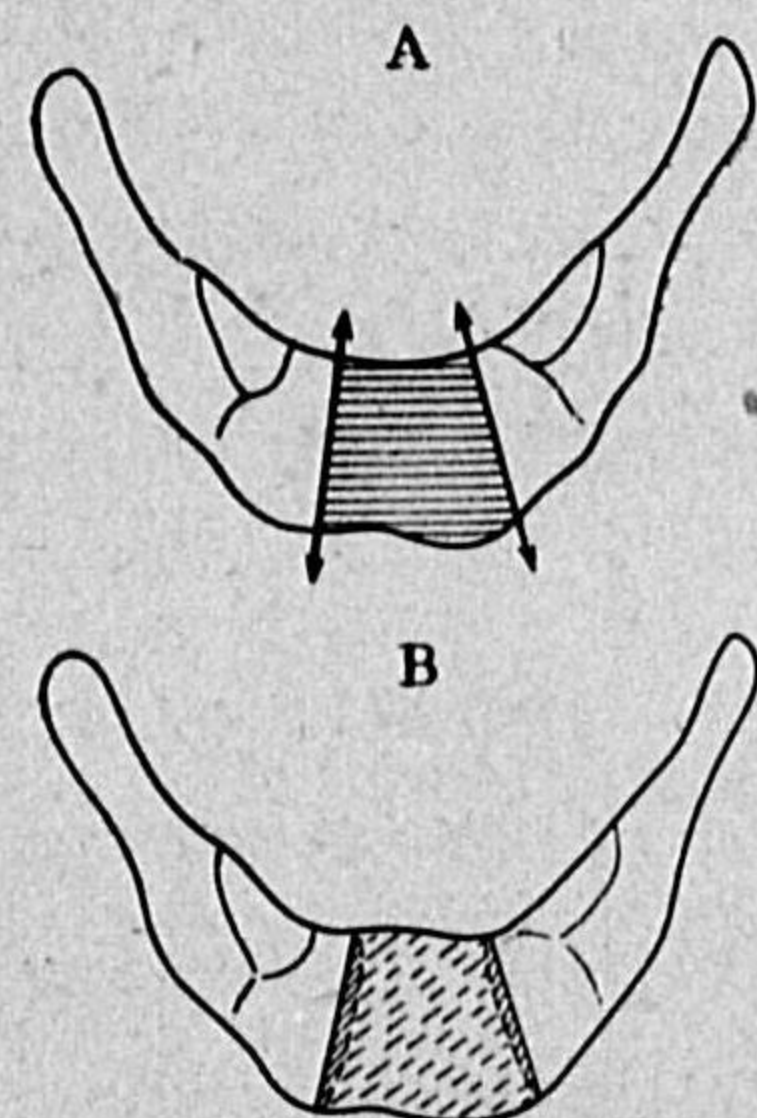
5歳の男子 (術前)

第 256 圖



同 (術後)

第 257 圖



- A. シュランゲ氏法、線をひきたる部を全部切除し去る  
 B. 改良法にて舌骨體の前板一部分をとり後半の連続を絶たず

去るは容易ならざるこゝあり。幾多の手術的療法中擧ぐべきものはシュランゲ氏法 Schlangé'sche Methode なり (第 257 A 圖)。同氏は甲狀舌管殘胎より發生せる腫瘍及瘻孔の手術には必ず舌骨體中央約 3 分の 1 (約 1 種) の切斷をなすべしと提唱したり。此の法は根本的なれども舌骨の一部を切除するが爲めに嚥下又は發音の障礙を遺す。爰に鑑みて執行君は胎生學上の根據より一種の改良法を考案せり。即ち舌骨體を切斷二分する事なく唯舌骨體前板の骨質及び骨髓を搔爬し切除部は假骨にて充填せしめ舊態に復せしむる方法なり (第 257 圖 B)。手術後の創面は直ちに縫合閉鎖して可なり。

附記 第 2 例は 10 月 21 日囊腫全抽出術を全身麻酔の下に行ふ。此例は穿刺によりて内容を去りたる後なるを以て囊腫の被囊弛緩して周圍よりの剝離困難なるを以て豫

め囊腫内に生理的食鹽水の注入をなし、元形をなさせしめ囊壁に適度の緊張を與へたり。且穿刺孔及注射孔より内容の漏出するを防がむが爲、其孔を「ペアン」にて撮み手術に取りかゝれり、かゝる注意をなす理由は囊腫の被膜一部を残す事は再發の基となるを以てなり。切線は中央縦線にして囊腫の上と下とに達す。囊を破らざる様に剝離する秘訣は囊腫の上端又は下端、即、健康部との境界區別の明瞭なる所より始め漸次中央の膨隆部に至る。中央の膨れたる所より始むれば勞多くして破綻し易きものなり。此法は粉瘤腫の時も同様なれば應用すべし。囊腫の剝離は鈍にすべし、鋭にすれば囊を破り易し。此例にて囊腫の一方は盲狀に終りて結締織索となり舌骨後面に附着し、下方は錐狀突起に連絡あるを見たり。全抽出後、創面は初期縫合をなして全治す (第 255, 256 圖比較参照)。

第 1 例は 10 月 24 日、局所麻酔にて手術、切線前例の通り。容易に周圍より剝離し囊腫内容のまゝ抽出するこゝを得たり、其重量 5.8「グラム」、其大き、長さ 3.5 仙米、厚 1.5 仙米、幅 2.0 仙米あり。僅かに錐狀突起部に癒著せる被膜の延長索ありたるのみ。かくの如く抽出したる囊腫内より注射器を以て内容の一部を吸出し此液體を醫化學教室に送り検査を乞ひたるに其結果次の如し。

反應「アルカリ」性	
蛋白質	(+)
「ムチン」物質	(+)
「エーテル」可溶性物質	(+)
「ヒヨレスチリン」反應	(±)
磷反應	(+)但微量
沃度反應	(-)
尿酸反應	(-)

以上 1 例の記録なれども後の參考の爲掲げおく。

尚、内容を形態學的並に細菌學的に調査したる結果は次の如し。

内容混血性にて濁濁す。剝離せる上皮細胞及白血球を僅かに見る。血液寒天培養基に培養したるに全く無菌なり。



術後初期縫合を施して全治退院したり。

第3例の瘻孔女患者は助手執刀切開抽出したれども其被膜壁化膿感染して健康部よりの剝離切除容易ならず。再發して治せず、再手術をすゝめたるも家事の都合にて患者退院したり。

## 122. 急激に舌及び頸部腫脹を來せる患者の供覽

### Plötzliche Anschwellung der Zunge, des Mundbodens und des Halses,—Haarfärbemittelvergiftung.

本日供覽する患者は19歳の博多の酌婦であるが、先刻急激なる舌及び頸部の腫脹を主訴して當科へ急患して運ばれて來たものである(昭和8年2月22日)。其病歴を要約するに次の如くである。

患者(外來番號563)の家族歴に特記すべき點なく、又既往に著患を知らぬ。患者は本年2月10日の検査で淋疾を見出され爾來市内某病院に入院、毎日洗滌を受けて居たが、他に注射或は塗布剤等用いた事はない。唯痔疾の爲一昨日の夜下劑(硫苦)を與へられたのみである。昨日(2月21日)朝飯の時鯛の骨が下顎に突刺さつた如き感があつたが飯と共に呑み込み其後はさうもない。然し其日は朝來氣分すぐれず患者は晝食も夕食も攝らず盛に渴のみを訴へて居たと言ふ。然るに今曉(2月22日)午前1時頃、廁に起きて再び就床する時に胸内に苦悶感が起り舌の尖端が固く緊めつけられる様な感じがして午前2時頃に再び目の覺めた時には舌は著しく腫れて居り息苦しさを覺えるに至つた。午前5時頃に胸がむかついた(悪心)さうであるが、液體の外何も吐出されなかつたと言ふ。今朝目覺めた時には舌は口から外に一横指位も腫れて突出するやうになり兩頬より顎下にかけて著しく腫脹を生ずるに至つた。しかし疼痛は壓痛が聊か存する他大した事はない。而して今朝某耳鼻科専門醫に送られたが、其處より更に先程當科外來へ運ばれて來たものである。

患者は御覽の如く顔貌甚だ不安の狀を呈し、其談話は全く不明で聞ききれない。兩

眼瞼は稍々浮腫狀で軽度の眼球突出がある。口腔内は浮腫強く腫脹した舌を以て全然充塞されて殆き内を窺ふ事は出来ない。且つ舌は半透明様に光澤を帶び口腔外に斯く突出して居る。又口腔底一様に外部に腫れて居る。且つ頸部も浮腫性腫脹のため非常に太く見える。實に一種異様の顔貌を備へて居る。

鼻腔内は粘膜削瘦せる他著變はない。辛うじて検査し得るまゝの喉頭には浮腫等は認められぬ。心臓は心音純であるが機能著しく亢進して居る。腱反射等に異常ないが腓腸筋に疼痛を訴へる。握痛をも訴へるが痙攣は認められない。諸君斯かる症例を目前に見て何を考慮すべきであらうか。

1. 先づ患者が主訴として來た魚骨であるが、魚骨の異物ではこんなに急激に激しい浮腫や疼痛を來すことは無い。腫脹と疼痛を來すものは多く時日を経過して居る。

2. ルードウヰヒ氏「アンギーナ」が考へられる。成程本例は之に似て居るが之は元來口腔底の急性の蜂窠織炎性の炎症に他ならぬ。必ず高熱を伴ふものであり、腫脹が浮腫狀である代りに口腔底の硬結がなければならぬ。

3. 更に齒牙「カリエス」に伴ふ齒根骨膜炎で激しい症狀を呈するところがあるが、非對稱性に來るものである。且つ之も發熱を伴ふ。

然るに此患者では熱は多少あるが極めて低く、又炎症を看做すべき點が殆き見當らぬ。斯かる場合に先づ考へられるのは中毒である。而して日本でこの様な花街の者に時々見られるのは白髮染「るり羽」の中毒である。余は此患者を一見した時に若しや白髮染の中毒ではないかといふ疑ひが起つた。即ち舌、口腔底、下顎部、頸部の浮腫性腫脹や、眼球突出や、四肢の痙攣等の症狀を呈し其極めて激迅なる場合は呼吸困難を以て死に至るものであるが、先づ1週間も保たれば大抵豫後良好である。原因は殆き自殺に因るものであるが時としては藥物の誤嚥もある。

繰返して言ふが此患者は異物でも無く炎症でもなくして中毒症狀を有して居ることを銘記せられたい。

## 二

前回お目に懸けた患者は入院後間もなく胃洗滌を試みたが變つた内容物は見られな

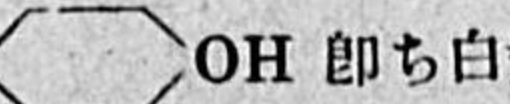
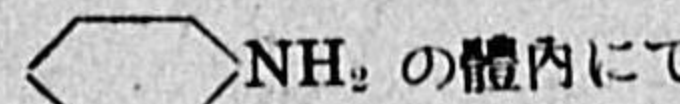
第 258 圖



19歳の酌婦。白髪染中毒による特有の顔貌を示す

かつた。症状は當日の夕方より稍々快方に向ひ、翌日は舌の浮腫も次第に減少して口腔内も樂に検査出来る様になり、頸部に多少の疼痛を残すのみとなつた。併し原因は依然として不明であつた。病歴に於ても白髪染を服用したことも白髪や、赤毛を染めたことも無い。しからは余の想像は誤りであつたのか。余は尙自信を捨てられない。尙精しい検査を要する。

血液 $\gamma$ 氏反應、村田氏反應共に陰性である。翌23日に得た尿は濃褐色を呈し多量の蛋白を證明した。さて前記の胃洗滌液について醫化學教室に検査

を依頼した處、精細なる分析の下にも白髪染らしき毒物は検出されなかつた。それで白髪染さいふこは検査の必要なからうさいはれさうであるか、念の爲に尿の分析を依頼した。然るに尿に就ての検査では、尿中過多の「グルクロン」酸 (Glukuronsäure) の存在を見たので、中毒症状の疑ひが現はれた。次いで「アニリン」及「フェノール」等の存在を窺ふ如き所の反應を見たが、遂に「パラアミドフェノール」(Paraamidphenol)  $\text{NH}_2$ --OH 即ち白髪染「パラフェニールレンジアミン」(Paraphenylendiamin)  $\text{NH}_2$ -- $\text{NH}_2$  の體內にて破壊された形が確認せらるゝに至つたのである。胃洗滌中に陰性であつたのは時間の経過による毒物の(恐らく微量なりし)吸収の結果であらう。

しからは白髪染がさうして此患者に這入つたかさいふこは説明しにくい。患者は白髪染を用いたことも持つたこともないさいふのである。尙段々聞き糺した所が興味深い。患者は依然として毒物服用を否定してゐるが患者の朋輩3名の中の1名は日頃折合悪しく、この者が白髪染(るり羽)を用ゐて居つたさいふ事である。患者が入院中20日にも病院に患者を訪れて遊んで歸つたさいふ事實がある。

第 259 圖



第 260 圖



「パラフェニールレンジアミン」含有の白髪染各種

第 261 圖



劇薬を含有せずと稱する白髪染薬

勿論この白髪染がさうして入つたかは尙不明であるが恐らく、其微量が何等かの機會に患者の體內に或は食物と共に攝取されたかも知れない。しかし此例が白髪染中毒であることは化學的に證せられた譯である。即ち臨牀家の初一念が適中したさいへる。患者は其後経過宜しく既に數日前舊に復して退院した。

## 三

最後に白髪染について一言述べて置かう。此薬は元來獨逸で製造せられ最初は毛布や羅紗の類の染色に用ゐられたもので工業用藥品の一である。其主成分は「パラフェニ

ーレンヂアミン」で、此者が頭髪を染める作用は「ヒノン」(Chinon) C<sub>6</sub>H<sub>4</sub>O<sub>2</sub> への酸化作用である。此際皮膚粘膜を刺戟する揮発性の「ヒノヂミン」(Chinodimin) C<sub>6</sub>H<sub>6</sub> をも生ずる。

日本で現今民間で發賣せられてゐる白髪染さいふ藥品は前記「パラフェニールレンヂアミン」を含むものが大部分である。坊間販賣せられるものに次のやうな種類がある。

商標	地名	製造会社	成分	使用	備考
「ナイス」	大阪	丹平商會藥房	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	家庭用染毛料	醫藥用外劑物
八雲	東京	石川製藥所	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	家庭用染毛料	醫藥用外劑物
るり羽	大阪	石井成功堂	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	白髪赤毛染かもじ入毛染	賣藥部外品
元祿	名古屋	朋友商會	「パラフェニールレンヂアミン」含有	白髪赤毛の黒染	醫藥用外劑物
富士	東京	玉置合名會社	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	家庭用染毛劑	醫藥用外劑物
小町染	東京	目黒藥局	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	模範的家庭用白髪赤毛染料	醫藥用外劑物
君が代	東京	山吉商店	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	家庭用染毛劑	醫藥用外劑物
「ヘーヤグアイ」	大阪	石川製藥所	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	家庭用染毛料	醫藥用外劑物
羽衣	大阪	青木嵩山堂	「パラフェニールレンヂアミン」製劑	瞬間白毛赤毛染劑	醫藥用外劑物
黒蝴蝶	東京	玉置合名會社	「パラフェニールレンヂアミン」性	家事用染毛料白髪赤毛染	醫藥用外劑物

「パラフェニールレンヂアミン」を含まぬものに「ベナン」(三共)がある。之は米國産の同名の植物から製した藥で一時に黒化するのではなく漸次黒染するもの、更に「笑髪」なるものも發賣されてゐる。

皮膚炎を起した例は別として服用による白髪染中毒症例を文獻に調べる

年	患者	年齢	使用藥品	轉歸	服用より死亡迄	目的	報告者
大正12年	酌婦	29	「ナイス」	死	數時間	自殺	成田彦次郎
大正15年	娼妓	22	るり羽	死	數日後	自殺	小西典一
昭和2年	男子	45	「ナイス」	生	—	誤飲	金森義雄
昭和3年	娼妓	23	るり羽	死	約10時間	自殺	江副民也
同 年	娼妓	19	るり羽	生	—	自殺	同 前
昭和7年	女子	22	るり羽	死	約19時間	自殺	野口正幸
同 年	女給	19	るり羽	生	—	自殺	同 前
同 年	女給	23	るり羽	生	—	自殺	服部富三郎

以上の中第8例の男子は白髪染を誤つて口にしたもので之を除けば悉く自殺の目的に用いたものである。本例のやうなのは異例である。又4名は助かり4名は死の轉歸をまつてゐる。即ち50%死亡して居る。

かゝる單純なる工業的藥品の自殺に供せられるのは文化の低いところに行はれるものであるとも言へる。

職業が殆ど娼妓、酌婦、女給等に限られてゐるのもこの藥品の性質から見て興味ある事實であらう。

四

療法は何よりも先づ胃洗滌である。之により未だ吸収されずに留つて居る毒物を排除しなければならぬ。而して強心劑等を以て一般状態の恢復に努めなければならぬのは言を俟たない。且つ食餌攝取の目的には胃管栄養、栄養灌腸も必要である。又呼吸困難に對しては適宜氣管切開を施行せねばならない。顔貌に特徴のある斯の如き患者は一度觀察して置けば其印象を忘れることはないのであるから諸君にお目にかけてのである。この様な例に遭遇したならば臨牀的に直ちに診斷を下し、適當の處置を臨機に取る様にしなければならぬ。

文獻

- 1) Narita, H. (成田彦次郎): 「パラフェニールレンヂアミン」を含有する染毛劑の中毒死に就て 滿洲醫學會雜誌. 12卷1號25頁, 大正12年11月.
- 2) Konishi, Y. (小西典一): 染毛劑「るり羽」中毒死の1例(其臨牀的觀察). 治療及處方, 7年78號1348頁. 大正15年9月.
- 3) Kanamori, Y. (金森義雄): 白髪染中毒に就て. 實驗醫報, 13年150號782頁. 昭和2年4月.
- 4) Ezo, T. (江副民也): 染毛劑「るり羽」の經口的中毒による呼吸困難. 耳鼻咽喉科, 1卷2號188頁. 昭和3年2月.
- 5) Noguchi, M. (野口正幸): 染毛劑「るり羽」(主藥「パラフェニールレンヂアミン」)の中毒に就て(中毒性急性舌炎及聲門水腫の2例). 耳鼻咽喉科, 5卷1號21頁. 昭和7年1月.
- 6) Hattori, T. (服部富三郎): 「パラフェニールレンヂアミン」中毒症例. 耳鼻咽喉科, 5卷12號1030頁. 昭和7年12月.

## 123. 隠れたる咽喉疾患と頸腺腫

Verborgene pharyngolaryngeale Erkrankungen und  
Halsdrüsenanschwellung

咽喉部の疾患から頸部リンパ腺に腫脹を來す場合が度々ある。咽喉の急性炎症があつて特有の症状を呈し其後に頸腺の腫脹が現はれるのであるが、咽喉に容易に観察しうる腫脹があつて頸腺に腫脹を來したやうな場合には頸腺腫脹の何ものであるかは大體想像出来る。しかし頸腺腫脹が徐々に來り咽喉を一寸見た所では何も見えないし、患者自身も格別の自覺症状を訴へない時は其由來を判断するのに苦しむ。しかも頸腺腫脹は遠隔臓器の悪性腫瘍から轉移して來る場合もある。例へば胃癌から頸腺に孤立性の轉移を來す場合もある又肝臓癌から轉移した例もある。

喉頭癌の轉移は早期に甲狀軟骨と環狀軟骨との間のリンパ腺に轉移が來る。尤も食道に面した喉頭外癌にあつては側頸部リンパ腺が侵されることが多い。

高年者には巨大な孤立性の結核性リンパ腺腫が來ることもある。其他頸動脈腺の腫瘍や、リンパ腺の原發性悪性腫瘍なごもあるから正確な診断は中々困難のこともある。

最近九大赤岩外科の古川通貫博士が報告した「老人に來れる結核性リンパ腺腫と癌轉移腺腫との誤診例」(治療及處方第16巻189號)を興味を以て讀んだ。61歳の男子、左頸部に硬い腫瘍があつたので胃癌の轉移を思ひ腹部を診た處、正中線に開腹術後の癍痕があつたので、愈々胃癌の晩期轉移を考へ手術を斷つた。しかるに患者の附添が聞かないので手術したのである。所が頸部血管を癒着があり中々取りにくい。一部は残して手術を終つた。腫瘍の剖面は乾酪變性の所見があつたが癌にも中央部が壊死に陥り結核性のものと區別の出來ぬこともあるからさいふので顯微鏡検査をした所が、典型的の結核性リンパ腺腫があつたさいふ例である。

臨牀上に於ても結核と癌腫とはよく間違ふ。喉頭癌を結核と思ひ又結核を癌と誤診して喉頭全摘出をやつた場合が西洋に報告されて居る。又病理解剖の肉眼的所見に於て癌腫を結核と思ふ事がある。殊に其剖面の壊死に陥つたもの乾酪樣變化を呈して居るのことは誤りやすい。自分が九大に居た時知人の解剖があつた。肝臓に故障があつた

ので、局部的に肝臓を剖見した所が多くの病竈があつた。剖面は乾酪變性を呈して居たので結核とさいふ診断であつた。所が翌日助手の人が標本を作り顯微鏡検査をやつた所が結核と思つたのは癌腫であつたことがある。

余も近頃興味ある例を實驗した。

第1例 57歳の男子、兩側の慢性上顎竇炎、鼻茸、左側頸部の腫瘍を主訴として來た(昭和11年10月5日初診)。

家系 父は腦溢血にて死亡(57歳)、母は胃癌にて死亡(60歳)、3兒の内第2子は肺結核にて死亡した。

病歴 7年前糖尿病、神經衰弱症、兩側上顎竇蓄膿症にかゝり醫治を受けて居た。昭和10年の11月頃から左側頸部に腫瘍を生じ漸次増大して鶏卵大に達した。8月28日夜、急に嘔聲が起つたが一進一退であつた。

現症 右側鼻腔膿汁及鼻茸を中鼻道に見る、鼻中隔左彎、左側鼻腔にも膿汁を見る。上顎竇を自然孔から洗滌するに兩側とも多量の膿汁を證明した。咽頭粘膜は一般に發赤腫脹すの外異状ない。

喉頭を検するに左側聲帯の運動は少し悪い。左側披裂軟骨後方食道入口部に膿汁の滯溜するのを見た。之は多分鼻腔から垂下した膿汁の滯溜したもので、其の場所に化膿竈のあるものは思はれなかつた。

左頸部にある鶏卵大の腫瘍は全く孤立性で可なり硬く少し橢圓形の長みを持つて居た。皮膚の癒着は無いが可なり深部に附著して居る。全體が搏動して或は頸動脈腺にでも關係あるかと思はれる位であつた。喉頭に於ける聲帯の運動不全も此腫瘍に關係あることは勿論である。

外科の診察を受けた所が摘出可能であるといはれ10月13日外科の手術を受けた。腫瘍は深部血管壁を癒着して摘出が可なり面倒であつた。結核性リンパ腺腫か悪性腫瘍かさいふここで顯微鏡検査をした結果は癌の轉移であつた。11月9日耳鼻科に入院する事になつて食道鏡検査を行つた(11月10日)。

食道鏡検査所見は食道入口部左側に偏し前壁竝に左側壁にかけて極めて出血しやすい凸凹不平の赤色腫瘍がある。其質軟かで脆い。腫瘍の全長は3裡近くに涉つて居

る。2個處から試験切片をとり術を終つた。臨牀的診断は食道入口部癌腫、標本の顯微鏡検査も癌腫にて淋巴腺腫と同型である。

この後、外部から「ラヂウム」照射を始めた、50「ミリグラム」のものを2日、3日の間隔をおいて24時間づゝ3回試みた。

11月27日再び食道鏡再検査を爲した所が出血性腫瘍の大部分は見る事が出来なくなつた、一部分癆痕性に硬まつて居る所もあり小「ボリーブ」様になつて居る所もあり全體さして萎縮して來た。

喉頭鏡検査によれば左聲帯の運動恢復し、食道入口部に膿汁の滯溜を見なくなり、左披裂部の腫瘍も去り左右殆んき區別なき迄になつた。患者の自覺症状も去つた。

此例で孤立した頸腺腫は食道癌の轉移性のものであつた。食道鏡検査によらなければ試験切片を取ることも出来ぬし原發地の確診は付かなかつたのである。始め頸部淋巴腺腫の壓迫又は癒着によつて聲帯の運動が妨げられて居たと思はれたのは實は左側食道に偏在する腫瘍の爲であつた。

**第2例** 52歳の男子、右側頸部の鶏卵大淋巴腺腫で、咽腔にも突出して駢をかく爲外科から受診に廻されたものである。

**家族歴** 父は52歳にて腦溢血の爲死亡、母は50歳にて乳癌の爲死亡した。其他遺傳的關係を認めない。

**病歴** 20歳の時鼻の手術で扁桃腺切除を受けた。3年前から神經衰弱にて内科醫を轉々し服藥して居た。然るに昭和10年6月糖尿病のある事に氣付いた。同時に右の側頸部に淋巴腺腫脹を來し漸次増大するのに驚いた。昭和11年4月から某病院にてX光線治療を受けた。近來右側の聴力減退し耳内閉塞の感あり耳鼻専門家の治療を受けて居つた。不思議なこゝには通氣した當座は耳が開いて聞えるが又直ぐに蓋をしたやうにつまるさいつて居た。

**現症** (昭和10年5月31日)左側鼓膜に異常はない。右側鼓膜は滲漏液線を現し中耳腔に液體の滯溜を示して居る鼻腔は左右異常がない。咽頭を検するに右側咽頭壁は扁桃腺と共に著しく内方に壓迫せられて居るが扁桃腺自身の肥大もなし、頸部腫瘍との連絡も見えない。唯外部腫瘍が大きく内方に擴がつて居るから腫瘍に外部から指壓

を加へると扁桃腺部が動く。鼻咽腔入口は此爲に非常に狭められ、かつ敏感で検査が出来ない。喉頭には異状がない。

鼻咽腔に異常があるだらうと思はれたから粘膜の「コカイン」塗布により過敏性を抑へ、自分の考案に成る自掣軟口蓋鉤を引掛け検査を始めた。所が今迄發見せられなかつた所見が明かになつた。即ち右側歐氏管開口部の上方上咽腔側壁に當り淡紅色の出血しやすい凸凹の腫瘍を見た。此腫瘍は上方から歐氏管阜を壓迫して居る。腫瘍は未だ正中線を超えて居らぬ。

入院を命じ尿に糖の減少するを待つて上咽腔直達検査を施した。即ち久保型上咽腔鏡を鼻咽腔に送し鉗子を以て腫瘍を片々に除去した後「ラヂウム」貼布及び深部X光線治療を始めた。腫瘍は鏡檢の結果癌腫であつた。

7月10日に検査したところ鼻咽腔の腫瘍は全く消失し右側鼻腔から巻綿子を鼻咽腔深部に送り操作するも出血を見ない様になつた。頸部の淋巴腺腫も「ラヂウム」をX光線にて大分縮小し口腔側壁の膨隆も減少した。其後此淋巴腺腫は増大しなかつた。

患者はその後しばらく見えなかつた。しかるに秋に至つて鼻咽腔腫瘍は時々小出血を來した。本年に入つて腫瘍は正中線を超えて左側に擴まつて來た。しかし鼻咽腔内には増大せず粘膜表面を擴まつて他部に擴大する傾向を示した。同時に左頸部に二、三の淋巴腺轉移を生じ段々大きくなる傾向を有し病症の進行性となつたことを知つた。

患者の榮養は格別阻害される模様も見えないが以前に苦しんだ頭痛、神經症が中々烈しくなり患者は不安になつて來た。しかし患者は頸部の腫瘍を頭部の訴は全然別物と考へ鼻咽腔に不治の病症のあることは知らなかつた。

6月25日突然右側眼球麻痺來り頭痛甚しく床に就くやうになつた。その後兩側眼球の麻痺となり複視著しく、更に眼瞼の麻痺が來て眼を開くことが出来なくなり8月12日死亡した。

今此例を見るに右側頸部に出來た淋巴腺腫は悪性のものであるが扁桃腺部から出たものではなく、右側鼻咽腔壁から發生した癌腫の轉移であることが明瞭にされた。即ち自掣軟口蓋鉤及び上咽腔直達鏡の使用によつて、原發地が發見されたものである。

此例にて頸部腫瘍の顯微鏡検査は行はなかつたが、原發部の腫瘍が正中線を越えて左側に進むに至り左側頸部に同様の轉移を生じたから右側頸部の腫瘍も同性質のものであることが肯定出来る。患者が最初頭痛と神經症を主訴とし、かつ中耳の閉塞感に苦しんだのは原發部位の腫瘍によつたものであることが分る。腫瘍の一部は末期に至り頭蓋内に進行し烈しき頭痛や、麻痺症状を呈し遂に患者の生命を奪つたのである。

以上の2例を通覽するに頸部の腫瘍はいつも癌腫の轉移であつた。2例ともに普通の検査法では原發地不明であつたが、第1例は食道鏡により第2例は軟口蓋鉤及び上咽腔直達鏡の使用によつて臨牀的診斷を下し、かつ試験切片を取り其検査によつて癌腫である事を確診したものである。頸部淋巴腺の轉移は遠隔の原發地を考へる前に先づ上氣道、食道の検査を徹底的にやるべきである。上氣道、食道に變化を見出しえない場合に始めて遠隔臓器に疑を以て原發地を探求すべきものと思ふ。摘出した組織は必ず顯微鏡検査をすることを忘れてはならない。

## 第六章 喉頭疾患

### Die Krankheiten des Kehlkopfes.

#### 124. 喉頭横膈膜症 Kehlkopfdiaphragma

**患者** 46歳の男子にして職は農業なり(外來番號 3254 號)。

**初診** 昭和7年9月13日。

**主訴** は嗄聲。

**家族史** 父母健在にして何等遺傳關係を認めず。同胞は4人、中1人死亡せる外皆健在なり。妻は健在にして子供の4人中1人死亡す。流産早産なし。

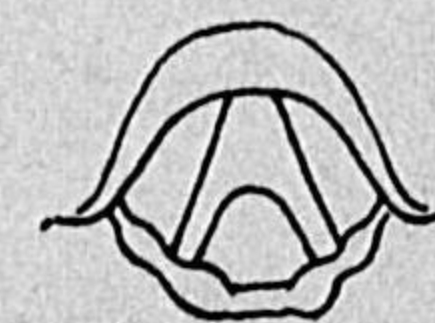
**既往症** 生來健康にして著患を知らず。23歳の時軟性下疳を患ひし事あり。27歳の時海軍病院にて驅黴療法を受く。

**現病歴** 昭和3年4月頃幾分嘶嘎性となりしことあり。同年8月末醫師を訪れしに喉頭に小腫瘍ありと云はる。其後間もなく専門醫を訪ひ、左側聲帯に小さき豆粒大の「ポリープ」ありとて、喉頭鏡検査の下に手術を受け嗄聲快癒せり。然るに昭和4年8月頃再び少しく嗄聲となり醫師を訪ねし所、以前の手術創の跡が稍々腫脹せりと云はる。其後時々専門醫の治療を受く。昭和7年5月再び手術を受け、喉頭より「ポリープ」を澤山取りしも嗄聲依然として治癒せず。本年9月醫師の診察を受け兩聲帯の膜様癒著ありと云はる。

**現症** 體格中等度にして貧血を認めず。胸腹部臓器に異常なく、尿に蛋白や糖等を證明せず。ビルケー氏反應は(+)にしてワッセルマン氏反應は陰性を示せり。

**局所所見** としては、音聲嗄聲にして喉頭鏡検査を行ふに、兩聲帯間に於て其前方約4分の3に互り膜様癒著を認め、其色は

第262圖



昭和7年9月吾が  
外來にて受診當時

淡赤色にして形は後方を底させる長三角形楔状をなす(第262圖)。表面滑澤にして可なり厚き膜なり。發聲時には兩聲帯は良く動くも、この膜様物が聲帯間に介在し、前後に縦の皺襞を作り完全に閉鎖せざるを以て聲音嘶嘎さなる。兩聲帯は少しく發赤せり。

他に鼻、咽腔に於ては懸壅垂披裂を見る外著變なし。

診斷 喉頭横膈膜なり。

喉頭横膈膜は稀有なるものにして、余は嘗て明治40年、14歳の男子の聲帯間前方に来れる三角形翼状の膜を見たが、會厭軟骨内面に潰瘍ありき。是れ恐らく遺傳微毒による癩痕性のものならん。膜を除去せんとして困難したり。そは一見薄膜の如く見えて、實際は前方に進むに従ひて肉厚きものなりき。

其後、自殺の目的による頸部の切創を縫合せし後、往々に横膈膜の生ずるを見たり。以上は何れも後天性のものなり。

昭和4年生後2ヶ月の男兒、嘔聲及び嘯叫且つ興奮時の呼吸促進を主訴として來る。「ヂフテリー」或は乳嘴腫の疑ありたれき、直達検査をなし容易に診斷を下されたり。即ち左右の聲帯間に膈膜懸張し狭き裂隙を通じて呼吸せるが故に、興奮時或は軽度炎症に當りて直に呼吸困難を來す。

喉頭横膈膜は之を分ちて完全閉鎖と不完全閉鎖とす。

完全閉鎖は完全に閉鎖せるものにして、多くは死産し解剖によりて發見す。生後間もなく死亡せしものに、氣管切開を試みて成功せざりし人あり。此場合は兩側披裂軟骨癒著し、其間に喉頭筋に當る筋肉張り、後方に咽頭氣管孔 Ductus pharyngotra-chealis なる小孔ありて氣管に繋がる事を普通とす。

不完全閉鎖は、本例の如く閉鎖不完全なるものにして、更に之を分ちて前、後及び輪状とす。本例は前不完全閉鎖なり。

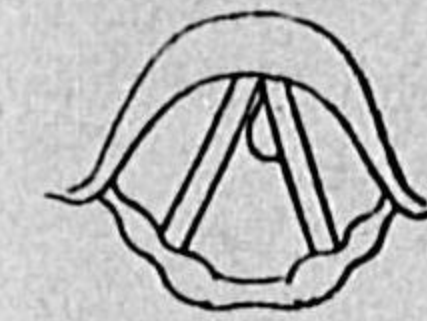
横膈膜形成の場所に関しては、喉頭の何れの部分にも來るも最も多きは聲帯の附近とす。

原因 先天性と後天性とあり。

先天性のものは、胎生時の炎症或は發育途上の畸形の2説あるも、前者には議論多

し。後者を考へらるる點は、(1)發生部位一定せる事、(2)屢々遺傳性なる事、(3)他の畸形を隨伴する事等なり。昭和4年に報告せる先天性喉頭横膈膜症に於ても、手は兩側共中指と無名指との間に膜性癒著を見、足趾に於ても同様の所見を呈せり。線像によれば、骨には何等癒著なし。先天性横膈膜症の成立機轉は、通常胎生第10週日に、兩聲帯間に上皮進入し行きて、爰に分裂を生じ聲門を生ずるものなるが、中途障礙に遭ひ膈膜として胎るものと云ふべし。

第263圖



昭和3年9月左聲帯「ポリープ」切除

後天性のものは、喉頭に何等かの特殊の病變ありて潰瘍を作り、それが治癒し膜様の癩痕を形成するによるなり。而して單純性の喉頭炎に起因するところは殆んどなく、其病因として最も屢々來るは微毒なり。次に「ヂフテリー」、結核、硬腫(「スクレローム」)、「チフス」、癩等によりて起り、又損傷に依り甲状軟骨を切斷し、治癒後膈膜を形成することあり。

本例の膜形成を考察するに、本患者は専門醫X氏の診察を受け、左側聲帯「ポリープ」の診斷の下に、昭和3年9月6日「ポリープ」の切除を受けたり(第264圖)。聲音嘶嘎著しく恢復して歸國す。

第264圖



昭和7年5月某氏の手術を受けて切除したる喉頭腫瘍を示す

昭和7年5月1日 再び某氏の許に聲音嘶嘎の訴を以て來る。診するに左側聲帯よりは赤色の極めて大なる腫瘍出で、呼吸時に動搖す。5月7日某氏方に入院し、同7日に第1回、同11日に第2回の喉頭内手術を行ひ腫瘍全部を切除す。されど此度は聲音の嘶嘎十分に恢復せずして退院したり。當時切除したる組織片は寫真に示す如し(第264圖)。

同8月下旬診察したるに、兩聲帯は前連合の部より癒著せり(第265圖)。

第265圖



昭和7年8月癒著を兩聲帯間に來したる圖

以上は某氏の好意により、當時の日誌及標本を與へ示されたるものによつて記載せり、茲に其厚意を謝す。

今組織片の一部を鏡檢するに、普通の「ポリーフ」は趣を異にし結締組織に富み腺あり、上皮は恰も乳嘴腫様の觀を呈す。此例に於ては、第1回の手術より約4ヶ年を経て第2回の手術を行ひ、約3ヶ月を経て癒著したるものなり。故に此組織は「パピローム」の如く、再發性を有し又肉芽増殖の速なるものなり。

**療法** 懸垂喉頭検査 Schwebelaryngoskopie の下に楔狀切開を入れて除去す。此際注意すべきは聲帯を損傷せざる様にする事なり。何さなれば聲帯内の筋肉を傷つけ

第266圖



昭和7年10月(手術後)再左聲帯前方に腫脹あり

第267圖



昭和7年10月末、懸垂喉頭検査にて手術除去したる所

第268圖



昭和7年11月再び肉芽發生し癒著の始まりたる所

又癒痕性收縮の爲に聲音障礙を残せばなり。若し切除の後又癒痕性收縮のため狭窄を來す傾あれば、毎日或は隔日に挿管法、或はシュレット硬護膜管挿入を反復す。

**附記** 本患者にありて、10月17日懸垂喉頭検査法の下に長鉗を以て聲帯に沿ひ、左右とも後方より前連合に向つて切除したり。然るに10月20日頃より又左聲帯の前方に小肉芽隆起を生じ(第266圖)、10月28日頃には又々前方癒著を見るに至れり。再び懸垂喉頭検査の下に鉗子を用ゐて切除したり(第267圖)。

11月半に至り、再び前連合部に肉芽發生し癒著の傾向を現せり(第268圖)。患者は家事の都合にて退院す。

此例は極めて頑固に再發生再癒著を營む傾向あり。つまり前連合部は聲帯下の肥厚甚しく、肉芽の忽ち發生し上昇するを見る。此場合は更に「ラヂウム」照射又は太陽燈照射を試みる必要あり。本例は損傷による肉芽性再發性癒痕性横膈膜さ見るべきものなり。

## 125. 喉頭狭窄

## Kehlkopfstenose

本症は窒息の爲に直接生命の危険を伴ふから獨り専門家のみならず一般醫家にも重要な疾患である。

喉頭狭窄は一般に小兒に多い。その譯は小兒の喉頭の狭いのみ、上氣道疾患に罹り易い爲である。原因には色々あるが主なるものは、

1. 「ヂフテリー」 喉頭内に義膜を生じ粘膜腫脹するが爲め高度の呼吸困難を起す。
2. 異物 護謨風船の致死例は新聞紙上にも屢々見聞する所である。其他鳥骨、魚骨の類も異物となつて喉頭に刺さる。此場合の呼吸困難は内腔を狹隘ならしむる事さ局所を刺戟して痙攣を起さしめ及び粘膜の腫脹を來すからである。
3. 腫瘍 小兒に於ては乳嘴腫が多い。乳嘴腫は廣基性のものが多い、時には喉頭から氣管の内迄多發性に出来ることがある。
4. 外傷。
5. 急性或は慢性炎症 例へば急性浮腫性喉頭炎、又は結核、黴毒等。
6. 神經性疾患 麻痺或は痙攣。

大人に於ても小兒と同様に、異物、腫瘍殊に癌腫、外傷殊に自殺の目的による損傷、結核、黴毒等の慢性炎症、麻痺又は痙攣等によりて喉頭の狭窄を起す。

喉頭狭窄が徐々に増進する場合には、呼吸困難が比較的輕度であるが、突如として襲來した場合には高度の呼吸困難を起し、遂に窒息の危険を招く事がある。それで緊急に之を救はねばならない。此爲には氣管に竅孔を作つて呼吸を圖るの外ない。之を氣管切開 Tracheotomie と稱し其部位に従つて上、中、下の3種に分ける。

1. 上氣管切開 Tracheotomia superior 甲狀腺の上方さ環狀軟骨さの間である場合。
2. 中氣管切開 Tracheotomia media 甲狀腺の峽部を左右に分けて其の中間に於てなす場合。



3. 下気管切開 Tracheotomia inferior 甲状腺の下方から胸骨上縁との間で行ふ場合。呼吸停止後2,30分を経過して居ても速かに気管切開を行つて人工呼吸を試み蘇生せしめ得る事があるから躊躇逡巡する事なく行ふを可とする。急速の場合、屋外などでは環状軟骨の下に横にナイフを入れて気管を開くことも必要である。通常は縦に切開するが時に横切開をする人もある。

以上は呼吸困難救急の療法であるが第2の手段としては原因的療法を講じて原疾患の治癒を計らねばならない。即ち微毒に由るものには「サルバルサン」注射、沃度加里の内服、水銀剤の應用等を試み、結核に対しては乳酸腐蝕其他の療法を試みる事が必要である。

気管切開の創口には「カニューレ」を挿入し此管を通じて呼吸せしめるのであるが原病が治癒した場合は、速かに「カニューレ」をとり去らねばならぬ。

「カニューレ」を抜く事を套管拔去 Décanulement と云ふ。之は實に1の技術 Kunst に屬する。時として拔去の極めて困難な事がある。殊に小兒に於て屢々見る所で「カニューレ」を拔去するに直に呼吸困難を起し「チアノーゼ」を來す場合がある。かかる状態を気管套管拔去困難症 Erschwertes Décanulement と稱し、トルツソー Trousseau の始めて唱へた名稱である。彼は impossibilité d'enlever la canule と名づけた。

今諸種の喉頭疾患に罹つて気管切開を受けた患者4人を供覽しやう。

**第1例** 小○島○ 20歳。外來番號 1655 (昭和4年)

患者は本年1月強度の神經衰弱に罹り遂に自殺を企てて、兇器を以て頸部を切り気管切開を受けたものであるが、其後に癒痕性狭窄を遺して「カニューレ」拔去困難症を起して來たものである。

**第2例** 増○豊○ 3歳。外來番號 3754 (昭和4年)

本年9月1日食事の際魚骨を喉頭にひっかけ呼吸困難及び喘鳴を起し地方の醫師を訪ふて「ヂフテリー」の疑の下に血清注射を受けたが治癒しないので當科に來り気管切開を受け異物は見事に摘出せられた。異物は摘出されたが、魚骨刺入部に肉芽發生の爲に套管拔去困難症を來した。依つて肉芽を腐蝕すると共に「カニューレ」に木栓を填して漸次自然道からの呼吸を慣らし直達鏡下に精細に觀察して、變化なきを確めた後

に直達鏡挿入のまま套管を拔去するこゝを得た。

**第3例** 若○茂 21歳。外來番號 2282 (昭和4年)

患者は9歳頃より喉頭乳嘴腫にかかり、嘶嘎を訴へ遂に呼吸困難を來したので気管切開を受けたが套管拔去困難症を遺したものである。原病は喉頭乳嘴腫であるから嚴密に云へば気管套管拔去困難症と稱するのは當らない。

**第4例** 井○キ○子 5歳。外來番號 2309 (昭和2年)

3歳の時「ヂフテリー」に罹り気管切開を受けたが「カニューレ」の拔去困難となりて遂に今日に及ぶ。

然らば気管套管拔去困難症と云ふ特別の疾患があるか云ふは、そうではなくて其の原因は色々である。原病が既に全く治癒した後尚ほ套管の拔去が不可能ならば先づ續發性の第2の狭窄の存在が考へられる。余の意見では嚴密に考察すれば、原病は治癒したが更に第2の狭窄を起す原因がある場合には気管套管拔去困難症と云ふ名稱は當らないのである。気管「カニューレ」を存置すべき狭窄が他覺的に認められないにも不拘、尚ほ套管の拔去が不可能な場合を眞の意味の気管套管拔去困難症と謂ふ可きであると思ふ。

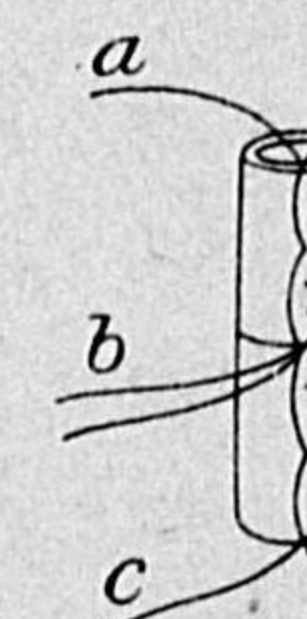
気管套管拔去困難症の治療に關しては古來幾多の學者が種々工夫を積み肝膽を碎たものである。フォン・シュレツテル von Schrötter は1875年に、オドワイヤー O'Dwyer は1885年に俱に系統的に研究し殊に「ヂフテリー」に就きて研究した。「ヂフテリー」の場合には其治癒後に癒痕性收縮を起し異物の時には其の爲めに肉芽を發生し次で癒痕性狭窄を來し、微毒の時には浸潤腫脹、肉芽發生、潰瘍形成に次いで其の治癒後に二次的癒痕狭窄を遺すものである。

シュレツテルは治療の目的に一種の「カテーテル」を製作した。

形状は大小種々であつて硬護謄製の「カテーテル」である。經口的に喉頭腔に挿入して狭窄部の擴張を計る。喉頭内に挿入するものであるから金屬製のものには褥瘡を生ずる恐れがある。

オドワイヤーは喉頭挿管法 Intubation を創めた。シュレツテルの「カテーテル」に想を採つたもので、オドワイヤーの喉頭套

第269圖



余の方法による護謄管に糸の縫付け方を示す

管を稱する金屬製の小管を醫師が指端を以て横索しながら口腔より喉頭に送り聲帯の間に挿みて放置する方法であるが、時に該小管が誤つて食道に入り、更に胃に達する事があり、又咳嗽発作の爲に容易に脱出しやすい缺點がある、故に耳鼻科醫は多くシュレツテル氏の方法を推奨する。

上述2種の方法は喉頭狭窄を漸次に擴張せんごする方法であるが時こして小兒科醫は此喉頭挿管法を以て呼吸困難強き場合にも氣管切開に代用しやうごする事がある、乍併之は寧ろ誤りであつて、窒息状態にあるもの如きは氣管切開を行ふことが絶対に必要である。

以上二つの方法は俱に喉頭の狭窄を其の上方より擴張しやうごする方法であるが之に反して下方氣管切開口より擴張を計る方法もある、之はトスト Thost が創めて試みたものであつて「カニューレ」の上部に分岐せる突起を附したものである、即ち丁字形「カニューレ」又は煙突形「カニューレ」Schorstein-Kanüle を稱する、丁字形「カニューレ」には色々の種類がある、1, 2の例を擧ぐればトストは金屬製氣管「カニューレ」に金屬「ボルツェン」Bolzen を附したものを、ブリッツゲマン Brüggemann は分解性の「カニューレ」を製作して用ゐた、之は始め下の管を挿入し、次に上半部を挿入すれば合して1つの管となるのである、總じて氣管切開口より挿入して持續的に擴張を計るものである。

オドワイヤーの套管は固定不完全であり使用久しきに互らご褥瘡を起し又刺戟の爲に壓迫性潰瘍を生じ易い。

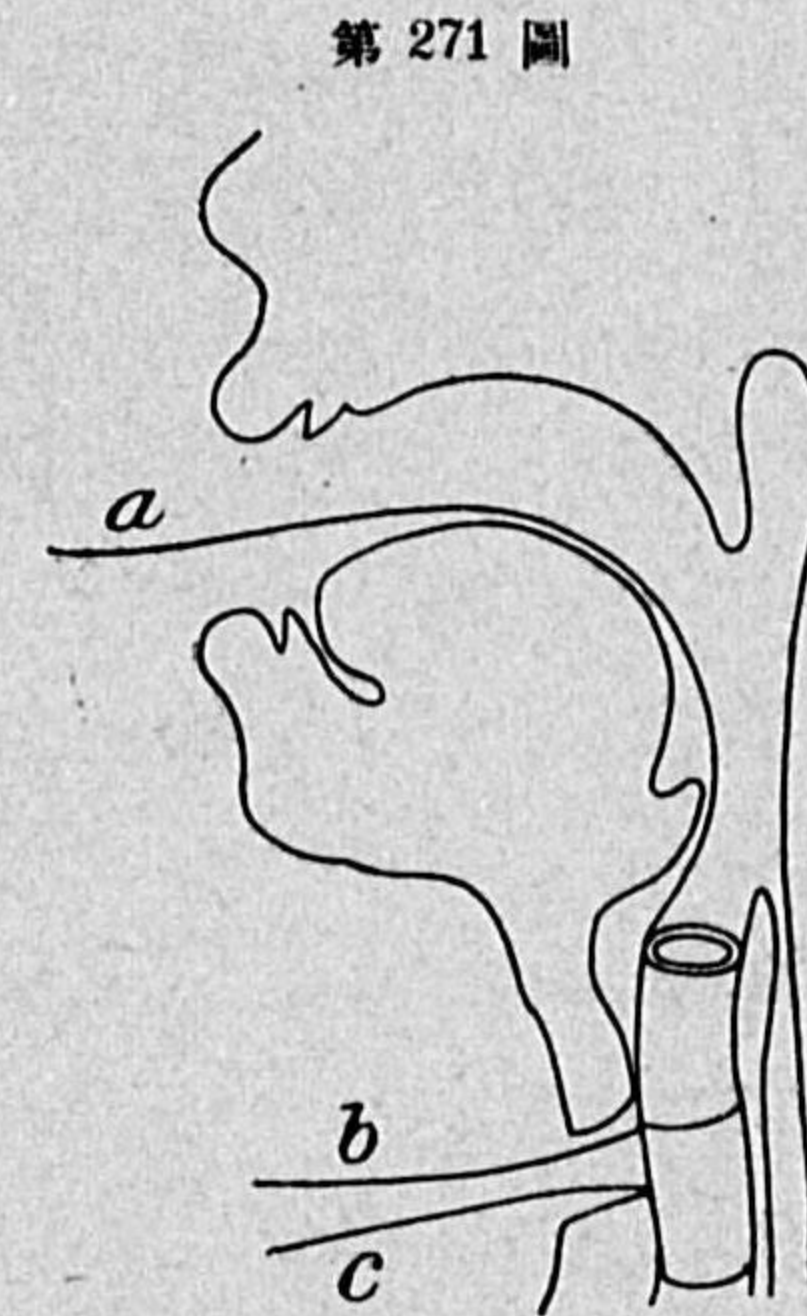
カッペレル Kappeler は金屬管の兩端に孔を穿ち之に絲を通して口腔より狭窄部位に挿入し、喉頭下腔に達せしめ抜去絲端 Extubationsfaden は口腔から挿入絲端 Intubationsfaden は氣管切開口から出す方法を創めた即ち絲の上端は口腔から出し、下端は氣管切開口から出して固定しておく。

一般に金屬製套管は咳嗽の都度周圍を刺戟して肉芽の發生を促すために使用しにくい、従つて護謨製「カニューレ」が費用さるるに到つたのであるが之も其の挿入の際脱落を防ぐ爲に特別の工夫を要するのである、余は之に向つて一種の新らしい固定法を考案した、即ち護謨管の大きさを氣管の内腔と一致せしめて適當の長さで切り、其數箇

所に縫ひ目を持ちて而も一聯なる絲を縫ひ込み(第269圖参照)、其端を2本さして2箇所に出す、1は(a)管の上部に結んで口腔に出し、下端(c)は氣管切開口に出す、其他の



1本(b)は管の横徑を一周して中間に縛り氣管切開口より出す此絲で管の固定される高さが極まる様にする、此護謨管を挿入する場合には、豫め氣管切開口(A)より長い消息子(B)を口腔に挿入し、消息子が口腔に出たならば、其一端に護謨管の絲b及cを緊縛して(第270圖参照)消息子を導きさして之を戻せば管は自ら氣管に入りて稽留せられる(第271圖参照)、此際絲cは即ち Intubationsfaden となりbは管を固定すべき部位を定むる固定絲即ち Fixierungsfaden となり、絲aは抜去絲 Extubationsfaden となる、此方法の利點は絲を護謨管の諸所に縫ひ込んだ爲に假令護謨管の一部が離断する事があつても管は必ず絲によつて稽留せらるるから氣管の深部に墜落する恐れがなく、其上3本の絲端を用ゐて居るから管の挿



入抜去固定が容易、且つ確實である、カッペレルの方法では Intubationsfaden が管の中央に存する爲に挿入に不便を感じる外唯1箇所に於て結べるが故に若し絲の切斷したる場合には管の墜落する危険がある、又上下の移動が保證されない、狭窄の觀血的療法を唱ふる人に外科家アイゼルスベルヒ Eiselsberg がある、氏は狭窄部を切除し

て其上下の斷端を縫合する事を推賞して居る、けれども、氣管は腸管や食道等と異り、伸縮の餘裕に乏しく、爲めに此の方法は應用し難い。

原病が去つても相次いで狭窄を起し套管拔去の困難を來す場合ある事は既に述べた。往々にして「チフテリー」や異物の場合に見る。其の原因は氣管拔去の時期を失したるに由るものが多く、従つて2次的狭窄の原因となるものは、

1. 肉芽形成 咳嗽の都度「カニューレ」の衝突し接觸する部位に常に肉芽を生ず。「カニューレ」の下端で氣管の前壁又は後壁を刺戟することが多い。
2. 癥痕形成 肉芽は後に癥痕となり狭窄を起す。
3. 氣管輪の轉位 氣管軟骨の位置が變化するものである。此時往々2種類ある。

其1は「カニューレ」挿入口の上縁は氣管腔内へ折れ込む傾向があり、下縁は外方へはみ出す傾きを生ずるに由る、其2は氣管輪が氣管の後方食道との間に於て缺如する部分に轉位を起し氣管軟骨は遂に「ハート」形に變ずる。又は軟骨端の左右が交叉して重なり合ふことがある、之は創口が左右に離開せられる必然の結果で套管が餘りに大に過ぐる場合は特に甚しい。

4. 粘膜腫脹 喉頭下腔の粘膜は刺戟せられ易い爲に僅微の刺戟にも直に腫脹する。此部分のみ腫脹した時は之を聲門下喉頭炎 Laryngitis subglottica と稱へる。

其外氣管切開を行ふ部位によりて狭窄を招来し易いこと云はれる、殊に下氣管切開を行へば上述の2次的狭窄を防ぎ得ること稱する人があるが、氣管切開を行ふに當つては甲狀腺の上方は淺くして入り易きに反し、下方は深くして入り難い加之、容易に縦隔竇に達し又時として肺尖部の膨出し來るに遭つて手術に大なる困難を來す事があり、又靜脈叢の多いのも不便である。即ち上氣管切開の容易なるに如かない但し此の場合には輪狀軟骨切開 Cricotomie とかなり易いことがある。さすれば急性浮腫を起す危険があるから注意を要する。

原疾患の治癒したか否かは喉頭を仔細に検査すれば分る。殊に直達検査を併用すれば正しく診斷し得る。喉頭の視診不能なる醫等に依て往々氣管「カニューレ」拔去の時期を失し、既に第2次の狭窄を來し所謂氣管套管拔去困難症を起す事がある、即ち喉頭の検査を缺かさないと同時に原病が治癒したならば適宜の時に拔去する事が肝要である。

## 126. 喉頭結核

### Kehlkopftuberculose

喉頭結核は其大多數に於て肺結核の末期に來り極めて悲惨なる疾患に屬す。第1、嚥下痛甚しく爲めに結核患者に最も必要なる栄養の攝取不可能となり遂に衰弱加りて死に到る。次には聲音の嘶啞あり言語の交際を妨げらるゝを不快とす。其他肺結核を伴ふが故に咳嗽、咯痰、發熱あり、豫後は概ね不良なり。殊に妊娠に於て然り、故に結核質の婦人は妊娠を避くるを得策とす、若し妊娠したる場合は人工的流産の要あり。

原因 肺より咯出せらるゝ咯痰が喉頭に停留する間に喉頭粘膜の僅微の損傷に傳染して起る。血流、淋巴流を介するものは稀なり。マナッセ (Manasse) の病理學的研究によれば腺の開口が傳染門戸として重要なるものならむと云ふ。特發性に起るは絶無と云ふ可し。性に關しては男子に於て婦人よりも多く余の統計によれば男76%に對する女24%の比なり。是男子は外に活動して無理をするが故に刺戟、外傷等を蒙る機會多く、従て喉頭にも損傷を受け易きによるものなるべし。年齢に就きては余が明治44年より大正2年に至る3年間に余が教室の外來にて處置したる177人の喉頭結核の患者に於ける調査を示せば右表の如し。

年齢	患者數	%
1—10	2	1.13
11—20	19	10.74
21—30	69	39.00
31—40	59	33.00
41—50	21	11.80
51—60	6	3.40
61—70	1	0.60
71—80	0	0

即ち20歳より40歳に至る青壯年期に最も多し。

喉頭結核は傳染し易きがために醫師にすら嫌惡せらる。されど醫師自身適當の注意を怠らざればさほご危険なるものに非ず。フランクフルト・アム・マインのエキセレンツ、モーリッツ、シュミット氏 (Moritz Schmidt) は死に臨みて遺言し「余は1生涯の間に多數の喉頭結核患者を處置せるが故に感染せるや否や死後剖検して肺を検せよ」と云へり。依りて遺言の通り屍體解剖を行ひしに肺には結核の所見なかりきと。即ちさほご恐るべきものに非ざる事を教へたり。

診断の際は患者と醫師との間に硝子板をおき之を透して検査すべし。又検査者は口被を使用すべし。故に口保反射鏡よりも額帯反射鏡を便す。

診断 肺結核患者が嘔聲と嚥下痛を訴ふる場合直ちに喉頭結核と診断するは不可なり、必ず喉頭鏡下に見るべし。鑑別を要す可き主なる疾患は

- (1)「アンギーナ」此の時も嚥下痛あり、されど咽腔の急性炎症を主とす。
- (2)喉頭「ポリープ」は嘔聲あるを以て類症鑑別を要することあり。
- (3)「アフタ」嚥下痛及喉頭の發赤潰瘍を來すが故に結核に酷似す、又喉頭結核に伴ひ來ることあり。「アフタ」に於ては潰瘍の形圓形又は卵圓形にして邊緣著しく發赤し潰瘍面規則正しく豚脂様苔被あり、治癒速なり、之に反して結核性潰瘍は淺く其色蒼白にして邊緣穿掘性なり。
- (4)微毒 結核にして微毒を合併する事あり、兩者類似す、結核に於ても浸潤強く會厭軟骨腫脹し一般に貧血性なれば色澤蒼白、微毒に見る如き紫紅色なし、又結核にありては疼痛劇甚なり、微毒にては浸潤強く色澤紫紅色を帯び疼痛少し、邊緣銳利にして噴火口狀を呈す、兩者合併する時は先づ沃度療法を試む可し。
- (5)癌腫 時として發赤腫脹を1側に見るが故に結核と誤ることあり、又結核も腫瘍狀を呈し即ち結核腫と成る時は癌腫に類す、結核の肉芽は柔かく弛緩性なり、癌腫にては硬度固く増殖性を示す、結核と癌腫との診断は熟練したる専門家にも往々困難なることあり、結核患者の喉頭を剔出し或は甲狀軟骨切開によりて半分切除をなしたる例は報告に於て屢々見る所なり、余は昭和4年5月12日の耳鼻咽喉科地方會に於て喉頭癌と誤りやすき喉頭結核の題下に演説し、疑の存する時は必ず試験切片を取つて顯微鏡的検査をなすべきことを指摘したり(月刊耳鼻咽喉科第2卷7號77頁)。

一側聲帯の發赤は既に喉頭結核を疑ふべし、更に粟粒結節を發見するにはブリュニングス氏擴大喉頭鏡(Brüningsscher Vergrößerungskehlkopfspiegel)を使用し、平面反射鏡にて直接日光を用るれば診断容易なり、老練なる専門家の一瞥は正確なり、唯一度の喀痰の鏡檢にて結核菌を證明せずとも診断に迷ふべからず、而も猶數度の検査によりて結核菌の陽性なる事あり、古人の所謂初念と云ふ事は熟練者に大切な

り。

療法 古來不治と稱せられたる本症も近年に於ては治癒し得るものもせらる、其結果よろしき時は瘢痕性治癒を營むものなり。

治療の原則としては一般療法と局所療法とを分つべし。

(甲) 一般療法

(1)沈黙療法(Schweigekur)、ゼモン氏(Sir Felix Semon)等の唱へし所にして談話を禁じ咽頭の安靜を保つ、然るに本症患者は一般に神經質にして又嘔聲あるを以て努力發聲せむと勉むるが故に安靜を持續すること困難なり、依りて氣管切開を行ふ事あり、時として氣管切開を施したるが爲、栄養佳良となりて肥満し來れる例あり、但し若年の人、栄養佳良にして高熱なき例を選択して之を行ふべし、羸瘦甚しき者には禁忌とす。

(2)妊婦に於ては喉頭結核は最危険なるを以て人工早産を圖る、第3乃至第4月をよしとす。

(3)注射療法 エールリッヒ(v. Ehrlich)が化學的療法に成功してより結核にも亦化學的療法應用せられたり、若し一つの藥物ありて之を注射すれば一躍して結核菌を襲撃し之を撲滅する底のものあらば人類の幸福之に過ぎず、我國に於ては1時注射療法が流行し曰く何液、曰く何液と枚擧に違あらざりき、其中長く人の記憶に残りたるものは「チアノクプロール」Cyanocuprol と稱するものなりき、此は其化學式明示せられざりしも銅の「チアン」化合物なりしと云ふ、余の友人なきも盛に此を使用して喉頭結核患者にきくさかきかぬと云ひたりき、喉頭の方は毎日喉頭鏡下に照して其経過を觀察しうるが故に肺結核の治つた治らぬと云ふよりも的確なり、しかし治療界より漸次影を收むるに至りしは始めの觸れ出しの如く「エレクトーフ」に利くものにあらずしは明瞭なり、日本に於ては其後此方面に熱中する學者のなくなりしは遺憾なりと云ふべし、歐洲に於てはコッホ(Robert Koch)が黄金の「チアン」化合物(Cyngoldverbindungen)を以て結核菌を撲滅しうべきかの考を發表して以來、今日に至る迄黄金化合物が結核菌に作用するならむとの信念を捨てず、注射に適當なる種々の黄金化合物を製出したり、第1に現れたるものは「クリソルガン」(Krysolgan)な

り、極めて有効なる結核菌攻撃剤とせられたり、用量は0.001より始め0.1を極量とし8日乃至10日の間隔をおいて増量す。其後 Triphal や Solganal 出で1924年に出でたる「サノクリジン」(Sanocrysin) を以て此方面の研究は終れり考へたる人もありき。この「サノクリジン」も雖も決して注射に依て結核を全治せしむるものにあらざる事が明瞭となり、適應症もか(滲出性結核や潰瘍性結核には禁忌と云ふ)用量もかが問題となり結局此薬剤が結核菌を撲滅するものではなく結核病竈附近の組織に刺戟を與へ結締組織化を助長せしむるに云ふことに歸するに至れり。つまり Chemotherapie ist Chemotherapie der Person! (化學療法は個人の化學療法なり)と云ふことになり甚だ心細くなりたり。

凡て重金属薬物は一面に於て非常なる毒物にして危険を伴ふ、黄金剤注射の爲に腎臓炎、口内炎、腸炎等を起す計りに非ずして死亡したる例に乏しからず、依つてヘックスト製薬会社にては「クリソルガン」よりも10倍毒力の少しと稱する「ロピオン」(Lopion)を製造發賣したり。一般に黄金剤實驗者等は其結果につきて一定の成績をあげをらず。又他の療法(下を見よ)假令ば電氣燒灼法、「エックス」線療法等は併用すれば更に效がある云ひ又「ツベルクリン」を合併注射がよいと云ふものもあり。故力未定と云ふべきも獨逸の化學療法家は其希望を捨てざるなり。

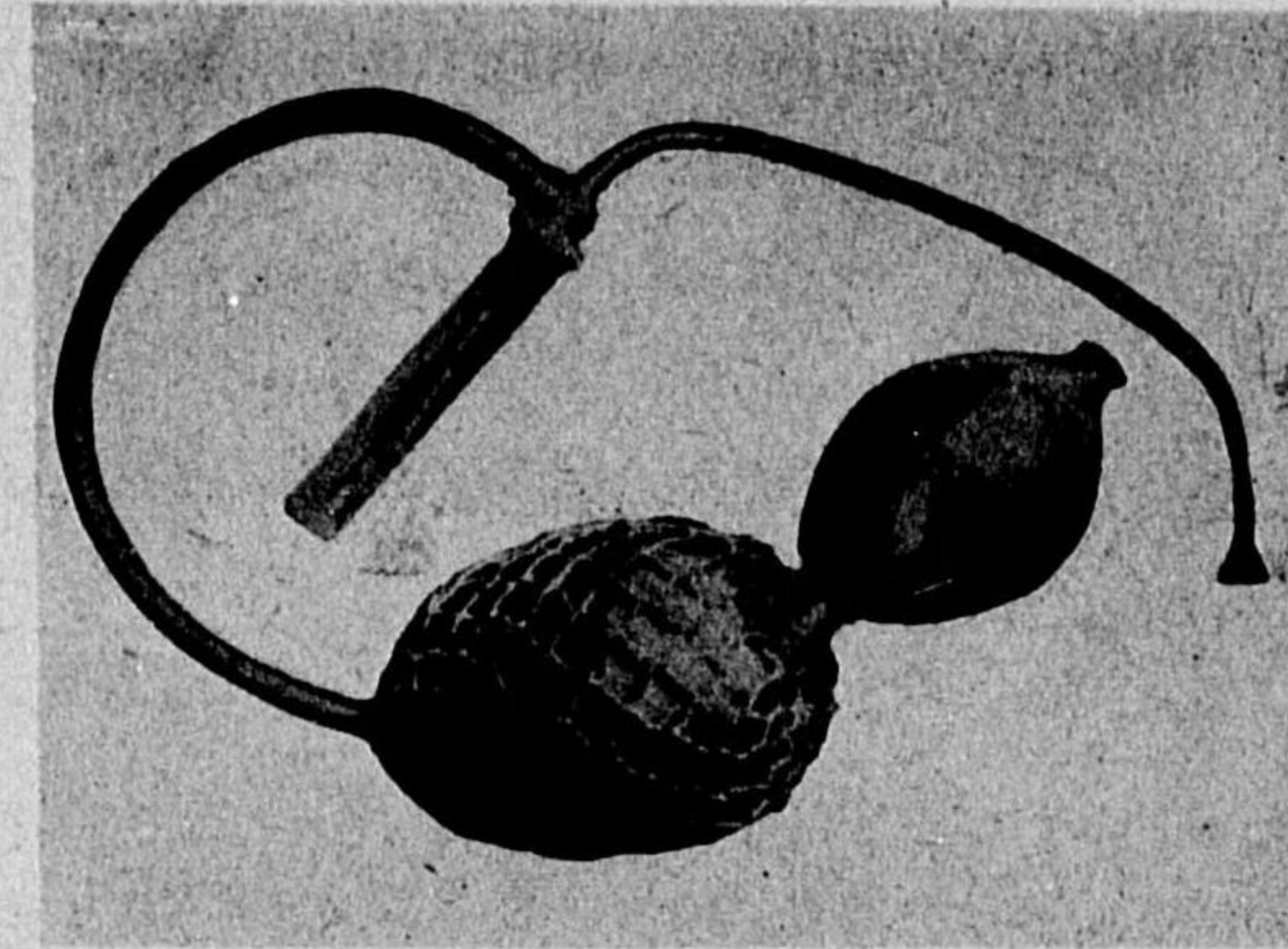
注射療法の第2は「ワクチン」療法や「ツベルクリン」注射を數ふることを得、「ツベルクリン」が始めの期待に添はざりしことは人の知る所なり。ベーリング(v. Behring)は1912年のカッセルに於ける萬有學會にて、結核の豫防注射はゼンナア(Jenner)の種痘が痘瘡病院を滅却したるが如く天下の「サナトリウム」(養生院)を無用に歸せしむるに至らむと傲語したるが其時期は永遠なりといふべし。故に吾人は在來の種々の方法を知悉せざれば結核患者の處置を満足になし得ずと云ふ状態なり。

(4)全身療法、空氣、日光、轉地、榮養等により全身状態を良くす。或は海岸、或は山地適當なる養生院又は住宅にて呑氣に規則正しく生活すること必要なり、過度の心身使用は最も忌むべし。

#### (乙) 局所療法

##### (1) 喉頭清淨法

第 272 圖



久保型微細喉頭噴霧器(日本内科全書4卷久保述喉頭疾患による)先端は椀形にして其周圍に噴霧散せず又噴霧は極めて微細なるを特長とす

喉頭に喀痰を附着し潰瘍面を汚穢にすることは最もわるきが故に注意して清潔にすべし。喀痰粘稠なる時は殊に除きかたきが故に流動性をなして除去しやすくす、吸入を最良とす、吸入は清潔法を目的とす。

(イ)吸入、1%重曹水又は食鹽水を用て吸入をなす。

(ロ)咳嗽には祛痰劑、鎮咳劑等を處方す。

#### (2) 鎮痛法

本症に於て苦痛最大なる嚙下痛を緩和せむとする法なり。

(イ)「コカイン」溶液塗布 10%乃至20%「コカイン」溶液を喉頭掩綿子に浸して塗布す。不要の部に塗布せざる様注意すべし。舌等に塗布すれば味覺を失ひて食慾の減退を來す。余の考案したる微細噴霧器(第272圖)は噴霧を極めて微細にし一局部にのみ作用せしむるを以て喉頭噴霧に適す。「コカイン」の作用は短時間なり、故に食前10分位に用るべし。

(ロ)「オルトフォルム」粉末吹入 作用時間永く鎮痛作用は約1時間位なり、喉頭鏡下に監督しつつ撒布す。

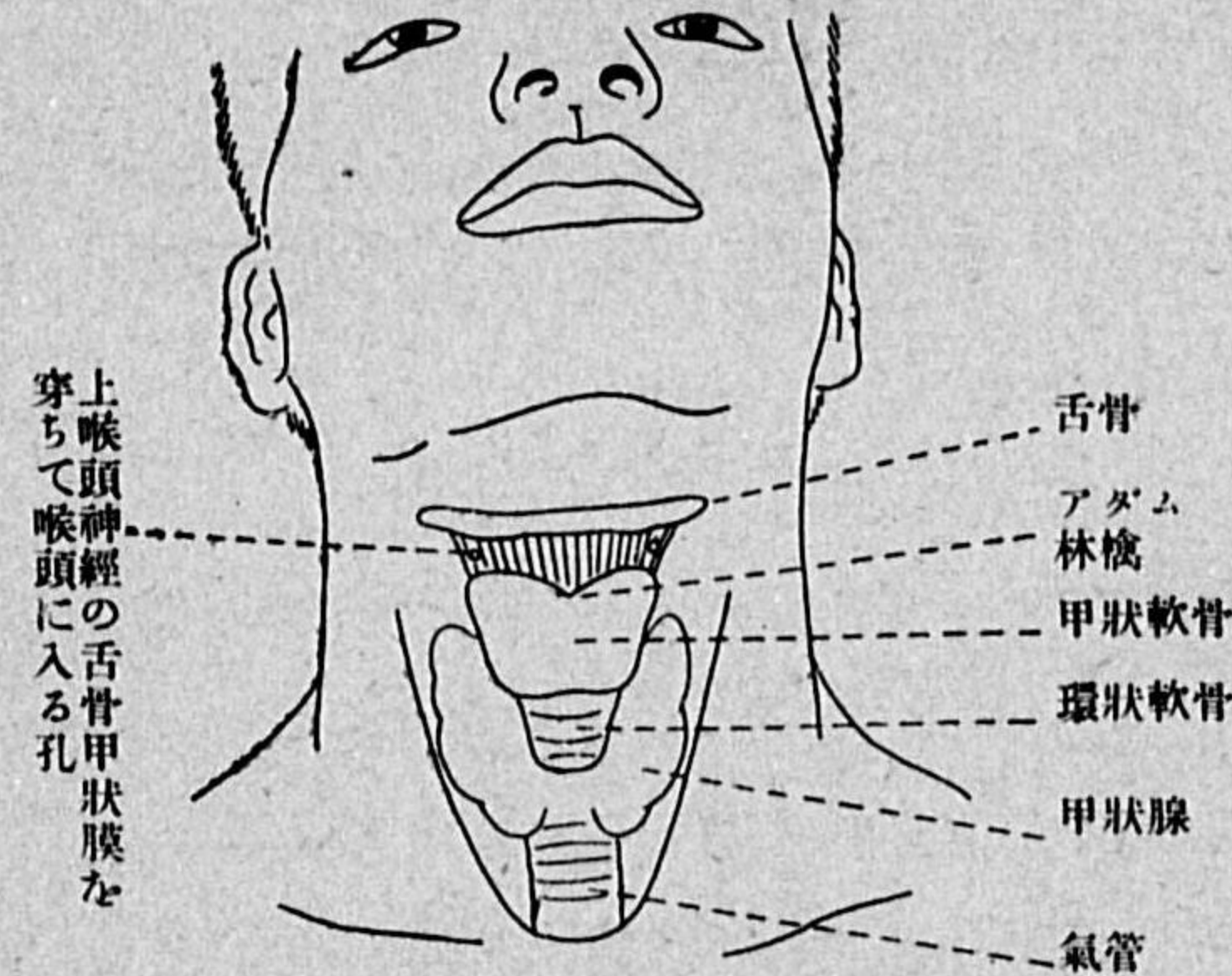
(ハ)「メントール、オレフ」油滴下 ローゼンベルグ氏(Rosenberg)の唱導せし法にて5—10—20%溶液を喉頭注射器を用て患者イーと發聲せる間に聲帶上に滴下す、患者は1時極めて爽快を覺ゆるものなり。

(ニ)「アルコール」注射法 1909年エル、ホフマン氏(R. Hoffmann)は永久的鎮痛

法 Daueranalgesie を稱して一新麻酔法を發表したり。喉頭の疼痛は其知覺を主宰する迷走神經の1分枝上喉頭神經を麻痺せしむることによりて鎮靜せしめ得、此目的より古くは「エーテル」を以て喉頭を冷却し又「モルヒン」注射によりて麻痺せしめたり。1906年シュレッセル氏(Schlösser)は三叉神經痛を止むる爲に「アルコール」注射を行ひて偉效を奏せり。

ホフマン氏は以上2つの原理に基きて此の「アルコール」注射法を創めたり(第273圖参照)。

第 273 圖



外部より觸診し得る喉頭附近局所解剖圖舌骨と甲状軟骨上縁との間なる上喉頭神經入口部はホフマン氏注射の目標なり

(日本内科全書卷4久保達喉頭疾患による)

上喉頭神經の喉頭内入口部を探るには先づ患者を仰臥せしめ舌骨甲状膜を外側に沿ひて搜れば其入口部に當る。此部を壓迫すれば耳にひびく疼痛を訴へ又人によりては喉頭内の痒感を起して咳嗽を發する事あり。

85%「アルコール」を攝氏45度に温めて用う。ブラザー氏注射器にて1回約半筒乃至3筒を注射

す。

針を刺す深さは約1.2仙米、神經に適中すれば1乃至2滴を注入する事によつて既に耳に放射する痛みを起す。此時患者に手を舉げしめて耳に放散する疼痛の消失したる時手を下さしめ、注射を止む。正しく當れば半筒にて可なり、不充分の時は3筒まで注射す。注射後直ちに嚥下疼痛は止む。時として注射の無効なる事あり。(1)注射不正確のためならば反覆して差支へなし。(2)注射正確にして尙嚥下痛を訴ふる時は咽頭痛を喉頭内の痛みと誤る爲の事あり、咽頭の處置を要す。注射孔には絆創膏を貼し

て感染を防ぐ。疼痛停止の持続は約1週間より3乃至4週間時として2乃至3箇月繼續す。此方法は簡單にして有效なり。

(ホ)神經切斷法 アヴェリス氏(Avellis)は「アルコール」注射も一時的なるを以て不可とし神經切斷法を創めたり。然れども喉頭結核も治癒するが故に治癒の後神經の切斷せられて知覺全く消失せるは不快なる事にして又操作中上喉頭神經と共に走る動脈をも切斷して出血を起す事あり、故に反覆注射を行ひうる「アルコール」注射を憚れります。

(3)光線療法

(1)日光療法 就中最も簡單なり、自己喉頭検査法 Autolaryngoskopie に隨ひて患者自ら太陽の反射光線を自身の喉頭に投入し得。創面清潔となり疼痛も亦減す。

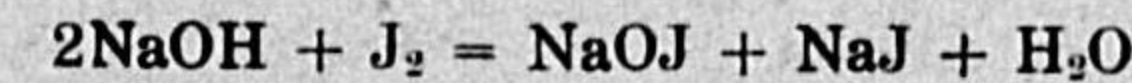
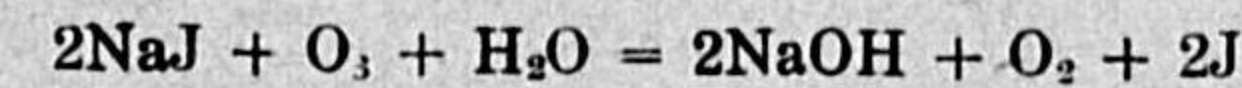
(ロ)レントゲン療法 潰瘍に向ひて攻撃す。ブリューニングス氏は球管をつゝみ光線を喉頭におくる特別装置を作り、直達鏡によりて應用したるこゝあり。

(ハ)「ラヂウム」療法は疼痛をさむるに效あり。

(ニ)ツェーマッハ氏(Cemach)はウキーン大學に於て人工太陽燈を喉頭結核に應用するこゝに努む、或は喉頭鏡下に、或は直達鏡を通じて直接に患部に作用せしめ好結果をあげつゝあり。此等の處置は熟練したる看護婦によりて行はる。

(4)パンネンステール法(Pfannenstillische Methode)

沃度「ナトリウム」を大量に内服せしめたる後「オゾン」を吸入せしむ、或は過酸化水素水を局所に塗布すれば發生機の沃度を生じて之が潰瘍の治癒を促進す。氏の法による化學式を擧ぐれば



の如くJは再び沃度「ナトリウム」を「オゾン」に結合してJを發するものも考へられたり。

過酸化水素の場合は



此法一時好評を博したるもケルネル氏は沃度自身が效くものなれば「オゾン」或は

過酸化水素は其要なしと云へり。

(5) 乳酸療法 乳酸の30%溶液より始む。初め「コカイン」にてよく麻痺せしめたる後喉頭の潰瘍を30%溶液を以て腐蝕す。患者慣れたらば50—80—100%溶液を用う。痂皮を形成し次で瘢痕性に治癒す。

(6) 電気焼灼法 Galvanokaustik 電気分解法 Elektrolyse は共に結核病竈を破壊せしむ。孰れも一時的に應用せられしに過ぎず。

(7) 手術的療法 結核病竈を搔把したる後乳酸にて腐蝕す。或は

(イ) ヘリング氏法 Heryngsche Methode 就中有名なり。ヘリング氏考案の器械を用う。近年此方法を懸垂喉頭鏡下に行へり。治癒すも雖も廣く行はれず。

(ロ) グルック氏法 (Glucksche Methode) 同氏は喉頭摘出によりて其名顯る。結核の病竈をも喉頭全摘出に依りて除去せるものなれども患者に取りては苦痛大なり。

## 127. 會厭囊腫

### Epiglottiszyste

**症例** 今日諸君に供覽する患者は、52歳の坑夫にして、發語及び呼吸、嚥下困難を訴へて我耳鼻咽喉科外來を訪ひたるものなり。

(1) 患者をして發音せしむるに、その言葉は甚だ不明瞭にして恰も口腔内に何か含みつゝ發音するが如き状態にあり。しかもその發音は仰向く時は特に不明にして俯す時は稍々解し易し。

(2) 同時に嚥下困難を伴ふ。されど發熱もなく疼痛もなし。

(3) 呼吸困難は體位によりて著明なり。呼吸殊に苦し。又鼾聲あり。

(4) 栄養障碍。

以上の如き症状は口腔又は咽喉内に可なり大なる腫瘍あることを意味し、その症状が頭部の位置を變換することによりて變化することは、腫瘍が可動性のものなるを豫想することを得べし。

**既往症** 今既往症を見るに兩親は老衰にて斃れ、祖父母は不明の疾患にて死す。同

胞9人、其内6人死亡亦其死の原因を知らず。舉子5人ありたれども2人を除く外死亡したり。遺傳的關係の徵すべきものなし。患者生來頗る健康にして20歳の頃、輕症の淋疾にかゝり、23歳の時横痃を患ひたる外疾患を知らず。酒及び煙草を嗜まず。25歳の時初めて婚し31歳の折再婚す。されど孰れも事情により離別し目下獨身なり。

**現病歴** 昨年10月即ち今より9ヶ月以前より咽喉に異物感あり。疼痛發熱なし。よりて醫治をうけたれども效なし。本年1月に至り咽喉に小指頭大の腫瘍の存するに心付きたるが、腫瘍は漸次増大する傾向あり。3月頃より腫瘍増大のため呼吸及び嚥下困難あり。同時に栄養著しく障碍せられたりと言ふ。

**現症** 體格中等 栄養不良なり。胸腹諸臓器に異常を認めず。尿に變化を見ず。食思稍々減退せり。耳、右鼓膜稍々凹陷す。左鼓膜正常なり。鼻中隔S狀に彎曲せる他變狀を認めず。

**咽喉** 患者をして開口せしむるに、咽喉を全く充滿せる巨大なる腫瘍ありて呼吸の際には浮動し來り球形の姿を現はせども(第274圖)、吸氣に移るや忽然としてその影を没し去る(第275圖)。腫瘍は小兒手拳大にして圓く恰も風船球の如し。色は稍々黄色を帯び半透明にして表面に血管の蛇行せるを認めよく波動を觸る。

**診斷** その球狀にして表面平滑、透明且蒼白にして波動を呈するより見れば、液體の内容を有する處を想像し得べし。されどこの患者の如く巨大なるものにして、發生部位を一見確かむるを得ざる場合にありては他の病症を鑑別するを要す。

口咽喉を充す圓形の大なる腫瘍を見る時は種々のものを想像し得べし。

1. 上顎竇性「ボリープ」 上顎竇より發生したる「ボリープ」が、その莖次第に長くなり遂に咽喉又は口腔内に現はれたる場合、即、余の命名したる上顎竇性咽喉(又は口腔)「ボリープ」に在りてはその色蒼白にして可動性なるを以て外觀相似たりと雖も、其莖を傳はり行けば咽喉より更に上方に向ひ上顎竇に入る。この例にありてはその莖下方にあり。吸氣時に於ては鼻咽腔と關係なきを知る。

2. 蝴蝶竇性後鼻孔「ボリープ」も類似す。然れどもその莖部上方にあるを以て區別せらる。

3. 鼻咽腔纖維腫 その色矢張蒼白にして生長著しく下咽喉に達したるものにあり

第 274 圖



會厭囊腫 呼吸時に腫瘍の口咽腔に浮動し來り全腔を充したる圖、腫瘍面に怒張せる血管を見る

第 275 圖



同上 吸氣時に腫瘍の全く影を失ひたる圖、即懸壺垂口蓋弓をも認めうべし

ては區別するを要す。されどこの場合本症の如く透明性を有せず、且弾力性硬にして動搖せずたやすく出血するによりて鑑別せらる。

4. 口咽腔壁より有莖「ポリープ」の垂下するこゝあれども、甚大なるに至らず。かくの如く上咽腔又は口蓋より発生したる腫瘍を誤らるゝこゝありき雖、本患者に於てはその呼吸運動により下咽腔に向てその影を没し去るによりて此腫瘍は少くも舌根より下部に存するこゝ疑ふべくもあらず。しかも腫瘍の所見によりて囊腫なるべきは想像するに難からず。舌根下部より発生したる腫瘍にして本例の如き觀を呈するものに種々あり。

5. 舌根囊腫 は舌根部に廣底を有する囊腫性腫瘍にして、表面滑澤、怒張する血管等を有し外觀これに類すれども、この例に於けるが如く動搖自在ならず又此の如く大なるに至らず。甲狀舌管を關聯するものなり。

6. 舌根甲狀腺腫 甲狀腺迷芽により舌根部に發するものなり。その色赤くその質硬く且つ廣底なるを常とす。然らば此腫瘍の發生地は何處にありやと云ふに、甚だ大なるが故に舌壓子を以て舌を壓するもその根部を露出するこゝ能はず。又喉頭鏡を挿

入する餘地なし。故に一見その發生地を究め得ざれども吸氣時その位置の轉する時之を窺ふに、下咽腔にその影を失ふにより舌根部以下にあるもの考へらる。

7. 食道内より脱出する有莖「ポリープ」あれども、呼吸時に依りてこの例の如く運動自由ならず。その形狀又斯くの如く巨大圓形ならず。

8. この例に於て腫瘍の運動自由なるを波動を呈する囊腫性なるこゝにより會厭より発生したるもの考ふべし。その原發地を確定するには懸垂喉頭検査法によるか、手術したる後精査するを要す。

症狀 會厭囊腫の特有なる點はその多くは球形をなし周圍との境界明割にして透明性を有するを常とし、緊満せるか又は波動を證明し得べく表面平滑にして時とて帯紅色時とて帯黄色を呈し蛇行せる血管をその表層に見るにあり。大きは帽針頭大より豆大なるを普通とす。この患者の囊腫の如きは其の大きに於て稀有なるものなり。多くは廣き基底を以て発生すれども時とて細き莖を有するこゝあり。この際はよく動く、形狀には球狀のもの丘狀をなすもの、好發部位は舌面及び遊離縁にして喉頭面に來るこゝ極めて稀なり。

囊腫の發生は粘液腺の排泄管が炎症又は癭痕等のため閉塞せられたる場合、分泌液の貯溜を來しその壁次第に擴張せらるるによるものにして、最初は紅色を呈すれども壁の薄くなるに従ひて蒼白となり透明性を帯ぶるに至る。其内容物は漿液性又は多少粘液性のこゝあり、濃厚なる場合あり、稀薄なる場合あり、又透明なるこゝあり。潤滑せるこゝあり組織學的には表面及び内面には單層或は重層の扁平上皮を被る。

今會厭より発生したる巨大なる囊腫とすればこの患者の諸症候はよく説明するこゝを得べし、即、呼吸時に其動搖の差烈しきは腫瘍の巨大なるに拘らず會厭全體が可動彈力性の莖として動くが爲なり。發音の障礙を見るに、仰位にて發音不明瞭なるは會厭が後壁に接著するにより、俯位にて稍々明瞭になるは後壁より少しく離るゝによる。呼吸の難易は同様の理なり。嚥下の障礙は單に食物の通過に關するのみにして、食道に異常なきを以て徐々に嚥下すればよくこれを通ず。鼾聲は吸氣が腫瘍面を摩擦するに因る。栄養障礙は嚥下の不自由なるよりも、呼吸困難によりて酸素の供給不十分なるに因するならん。



**療法** 腫瘍内の沃度丁幾等の薬液注入は効なし。摘出を第一とす。

発生部位下咽腔の深部にあるが故に、口腔内より手術し腫瘍のうすき壁を破るこなく完全に剔出することは極めて困難なり。この場合懸垂喉頭検査法 Schwebelaryngoskopie を用うるを最も便とす。この法は直達喉頭検査法の一つにして懸垂頭位に於て行ふ法なり。初めキリアン氏 Killian (1912) によりて創意せられ、漸次改良を加へ、1913年に及びて完成し廣く一般に行はるゝに至れり。この法が直管を用うる直達検査法に於けるよりも優れたる點は、雙手を以て検査器械を支ふる必要なく雙手にて手術器械を操作し得べく、その視野甚だ廣くして手術上頗る便利なり。且直達鏡使用の際に於けるよりも其局所に至るまでの距離短きにあり。

この患者に於てもこの懸垂喉頭検査法の下に側面より莖を傳はりゆきたるに、果して會厭より発生することを確かめ、後腫瘍の剔出を行ひたり。

第 276 圖



懸垂喉頭検査法にて完全に摘出したる囊腫自然大上部の瓣状の組織片は會厭及舌根部より剝離剔出したる部なり、腫瘍面には尙怒張したる血管を見る「フルマリン」液に固定したるを以て少しく収縮したり先端尖れるは液の滴下したるものなり

**手術** 手術前1時間に「バントボン」を注射し5分間前に両側上喉頭神経の舌骨甲狀腺膜を破つて喉頭内に入る部に0.5%「コカイン」水を注射して局處麻酔を行ひ、尙一般直達検査法に於けるごとく口腔、舌根咽頭に20%及び25%「コカイン」液を塗布す。次で患者を懸垂鉤に吊し腫瘍の発生を確め、且腫瘍を毀損せざらんが爲、余は一法を創意したり。即、絹絲を以て腫瘍の成るべく深き基部にかけて之を締め、破れ易き腫瘍の代りに絲を牽き他手に鉗を取りて剝離しつゝ何等腫瘍を傷くるこなくして完全に剔出するを得たり。この如き完全なる摘出を外部切開に頼らずして行ひたるは一に懸垂喉頭検査法の爲なり。

手術後出血は多からず。會厭軟骨を完全に認め得たり。

腫瘍発生部位は會厭軟骨會厭面の殆き全部を占めたれども、主として左側に居れり。之により腫瘍は會厭囊腫なることを確められたり。

腫瘍剔出後の重量は33.9瓦にしてその徑は周圍18.5仙迷、高さ3.0、直徑4.3及び4.2仙迷、容積35.0立方仙迷なり(第276圖)。

## 128. 喉頭「ポリープ」

### Kehlkopfpolyp

本日は嗄聲を主訴とする病氣に就きて述ぶべし。

**第1例** 患者 山〇シ〇子、29歳の女、昭和4年2月9日入院。外來番號第62號。

**主訴** 音聲嘶嘎。

**現病歴** 發病は昨年4月にしてその以前に特に音聲を使ひたる事なく又職業的に聲を使ふ者に非ず。初めは何等疼痛なくして嗄聲を來し漸次増悪せしより内科の治療を受けしが效なく遂に我臨牀を訪ひ外來にて處置を受け居たるも拂々しからざるより今回入院せしものなり。發聲に際して音聲が二分する事に氣づくべし。ビルケー氏及びワッセルマン氏反應俱に陰性。

**第2例** 患者 大〇三〇郎、62歳の男、魚仲買商、昭和4年2月7日入院。外來番號第470號。

**主訴** 嗄聲。

**現病歴** 患者は職業上若き頃より魚市場にて糶賣をなす爲高聲を揚ぐる習慣あり。昨年8月頃より嗄聲を訴へ漸次増悪せり。但し喀痰、咳嗽、發熱等はなし、約1ヶ月前より醫治を受けしが2—3日前初めて醫師より喉頭に腫物ある由注意せられて當科を訪ふ。以前は相當に飲酒し居たるが今は廢せり。ビ氏並にワ氏反應俱に陰性、發聲に當りては音聲が二つに分裂す。

斯く音聲の二分する事を Diplophonie と稱す。

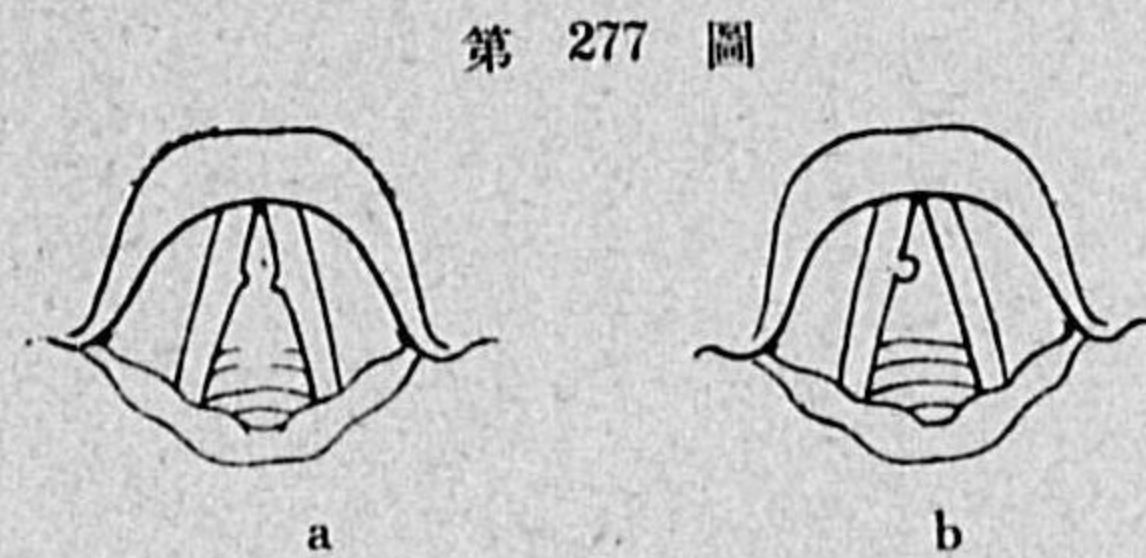
喉頭に來る多くの疾患に見る症狀の第一は嗄聲にして更に進めば失聲症に陥る。

診断 類症鑑別上注意すべきは

- (1) 神経麻痺,
- (2) 慢性炎症(微毒, 結核, 慢性單純性炎症),
- (3) 腫瘍(良性或は悪性),
- (4) 異物,

本症例に於ては俱に昨年より罹患せるものにして経過餘りに長ければ急性炎症を考ふるの要なし。

診断上先づ大切なる事は喉頭鏡検査の下に麻痺あるか又は何か腫物等の生ぜるか否かを確かむるにあり, 第1例の喉頭鏡像に於ては聲帯の運動正常なるが故に固より麻痺に非ず, 次には炎症と腫瘍とを區別す可きが炎症就中喉頭結核に特有なる點は嘎聲及び疼痛なり, 其の初期に於ては一側聲帯に限局して發赤ある事が結核に特有なる事あり, かゝる場合には結核に疑を置く, 爰に興味あるは第1例の患者が昨年5月初めて當科を訪ひし時は一側の聲帯に發赤ありて且つ兩側性諸人結節(Sängersknötchen)を認めたり(第277圖 a), 一側性發赤の爲に喉頭結核の疑をおきたるも其の後喀痰に



第 277 圖

第1例 29歳の女  
a 1928年5月見たる兩側性諸人結節  
b 現在の右側聲帯「ポリープ」

結核菌を證明せず又胸部にも異常なかりき, 結節は通常兩側に生ず, 此の患者は外來に通ひて處置を受くる中左側のもは消失し右側のもの次第に肥大して現在にては有莖性の腫瘍に變じたり(第277圖 b), 之を喉頭「ポリープ」を稱す, 第二の患者に

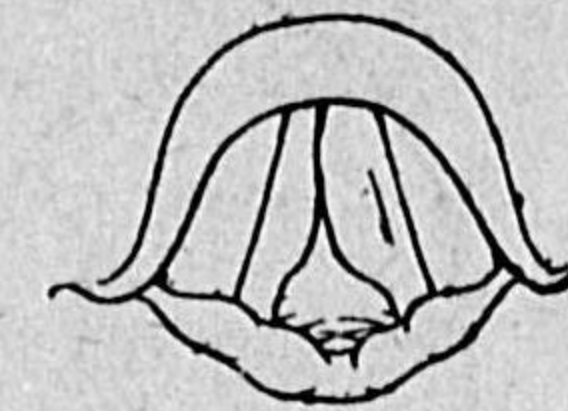
於ては左右の聲帯に「ポリープ」を生じ且つ基底廣し, 第1例, 第2例共に経過慢性にして嘎聲を主訴する所共通なり,

原因 諸人結節は歌ふ人に發生し易く通常兩側に結節を作り主として聲帯の前3分の1と中3分の1の中間に生ず, 之は歌を歌ふ人に限らず子供にても號泣する爲に發生するこゝろあり, 其の他辯士, 教員, 宗教家等日常聲を過度に使用職業の人に來る,

「ポリープ」も亦同じく音聲を過度に使用する時發生し放置すれば廣基性なる事あり,

り, 又無理に聲を使へば壞死に陥りて自ら脱落する事もあり, 喉頭「ポリープ」を諸人結節とは別物なりや否やに就きては大に議論のある處なれども余は豫てより兩者の間には直接の關係ありて諸人結節の肥大せしものが喉頭「ポリープ」なるを思惟す, 此の第1例の患者は諸人結節の時より喉頭「ポリープ」なる迄其経過を連續して觀察せられたるものなれば誠に興味ある症例にして常に余の説を裏書きせる好箇の例證を謂ふ可し,

第 278 圖



第2例 62歳の男  
兩側性「ポリープ」

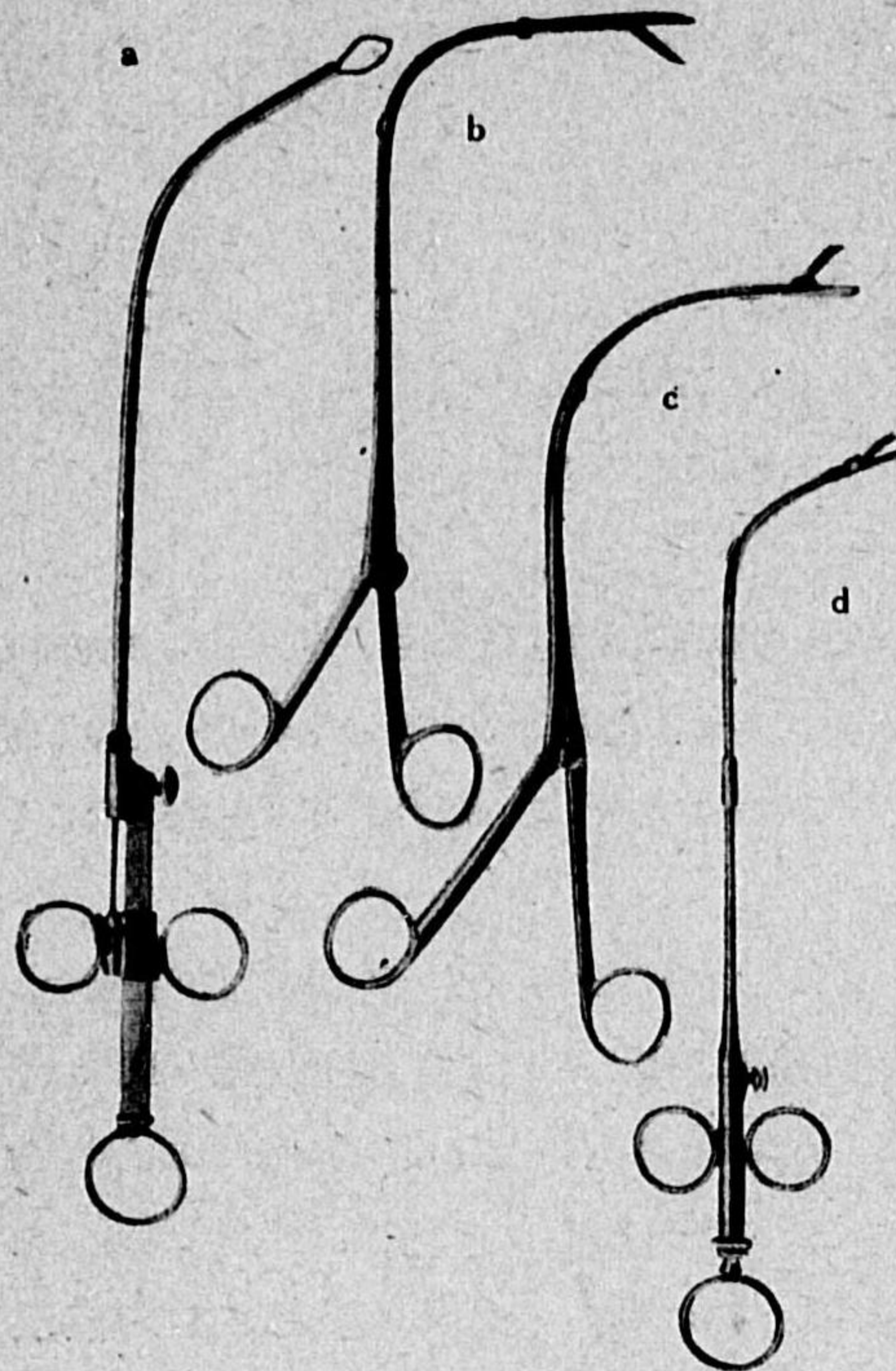
第2例に於ては左側の聲帯の前部より廣基底を有する蒼白性の「ポリープ」を右側の少しく發赤したる廣基性の前方腫脹とあり(第278圖), 此の例も亦「ポリープ」の兩側性を證するものなり, 2側に差甚しき時は一方消失して一側性の「ポリープ」なるものならむ,

諸人結節が聲帯の前3分の1の箇處に生ずる所以は凡そ弦の如き振動體が振動する時には中央に結節點生ずるものにして聲帯に於ても後3分の1は披裂軟骨の聲帯突起の位する處なるを以て爾餘の部分の中央部即ち前3分の1と中3分の1との間が振動に當りて結節點なるが故に炎症腫脹したる組織は此處に膨隆して結節を作るものなり, 喉頭「ポリープ」は病理組織學的には鼻茸と等しく通常纖維腫のこゝろ多し(標本供覽), 勿論腺組織の多きこゝろあり, 喉頭「ポリープ」は喉頭鏡検査の行はるゝに到りて始めて發見せられたるものなり,

療法 諸人結節の場合は音聲を使はず安靜を守りて吸入療法を行へば治癒するこゝろ多し,

喉頭「ポリープ」に於ては摘出する外に療法なし, 昔は甲状軟骨を截り開きて手術せしものにして之を喉頭外手術法(Extralaryngeale Operation)を稱す, 然るに喉頭鏡發明以後5年にして即ち1861年, ヴィクトール・フォン・ブルンス氏 Victor von Bruns (現チュービンゲン大學ブルンス教授の父)によりて喉頭内手術法(Intralaryngeale oder endolaryngeale Operation)創められたり, 當時氏の弟が喉頭「ポリープ」に罹りたるが喉頭外手術法にては相當危険の伴ふ事もあるにより喉頭内より摘出を試みむ

第 279 圖



頭喉「ホリープ」手術用器械  
 a 喉頭用係蹄      b フレンケル型回轉鉗子  
 c フレンケル型前後開閉鉗子      d 鉤匙型小鉗子

附記 第1例は練習の後、鉤匙型小鉗子にて容易に切除し得たり。音聲直ちに正常に復したり。第2例は廣基性なるを以て鉗子にてつまみざるに適せず。懸垂喉頭検査によりて切除するを便す。

附 a. 兩側性聲帯「ホリープ」に就て  
 Über die beiderseitigen Stimmbandpolypen.

患者は64歳の男、魚仲買商、幼より市場にて大聲を發して糶賣をなす。昨年3月頃より、嘔聲を訴へ漸次増悪するより平戸森下醫師の紹介にて當科を訪ふ。L氏反應、B氏反應俱

き圖り未だ「コカイン」の發見せられざる時代なりしかば毎日喉頭鏡下に於て喉頭に觸れて練習を積む事2ヶ月餘に及び初めて咳嗽反射の消失したる所で切除刀や鉗子を考案して摘出する事を得たり。

従前は藥劑を用ひて腐蝕せし事もあれ、現今には喉頭鏡下に喉頭鉗子又は喉頭係蹄を用ひて容易に手術し得べし(第279圖 a-d)。時には直達鏡検査によるを優れりとする事あり或は懸垂喉頭検査法による事あるも喉頭鏡下に摘出する方患者に於りては苦痛少し。切除後は1週間程安靜にして發聲を禁ずべし。

に陰性、以前は飲酒せしも現在は廢せり、斯る年輩の患者にて無痛嘔聲ある時は痛の疑濃厚なるも元來音聲を過度に用ふる職業であり又發病以來約1年を経て呼吸困難尙ほ著しからざる所異なり、聲帯を診るに左側の前方より蒼白の腫物發生し呼吸發聲に際して動搖し右側も同様に腫脹發赤して肥厚性凹凸あり、兩側對稱性なり、一見結締織性腫瘍にして即ち「ホリープ」なり。

「ホリープ」は通常偏側性にて聲帯の前3分の1に生じ有莖性なるが此の例は兩側に生じて基底廣し、「ホリープ」の兩側發生に就きては古來議論多し、余は曩に1人の女の患者を見たり。昨年始めて嘔聲を來し聲帯兩側に謔人結節生じて當科外來に通ふ中左側のもは自然に治癒し右側のも残りて漸次増大し遂に有莖性「ホリープ」となりたり、之は手術的に除去したるが、一側性の「ホリープ」にても始めは兩側對稱的にありてそれが一側に限局する事を證明するものなり。此患者の「ホリープ」の特徴は(1)廣基性にして(2)兩側性なる事、兩側に來る「ホリープ」は多く廣基性なり。余の最近の考によれば兩側性に廣基性の「ホリープ」垂下する時はモルガニー氏竇粘膜も引かれて下る傾きある可し。從來は之をモルガニー氏竇脫出症と稱したるも余の見地よりすれば廣基性の「ホリープ」の爲に起ると思惟せらる。事實竇脫出症は兩側性に來る事多し。(昭和4年2月九州地方會講演)

附 b. 喉頭「ホリープ」の兩側性に就て  
 Über die Beiderseitigkeit der Kehlkopfpolypen.

喉頭「ホリープ」は普通片側聲帯の前3分の1と中3分の1の境に生じ有莖性のものと思はれてゐるが、余は昭和4年2月第94回九州地方會席上にて、64歳の魚仲買商で兩側聲帯の前3分の1と中3分の1の境に廣基性「ホリープ」の發生してゐる患者を供覽し喉頭「ホリープ」は兩側聲帯に來るが本態であると説いておいた。然しよく偏側に聲帯「ホリープ」を見るのは始めは兩側に出來たのが色々の原因によつて片方は消失して一側のみが長く殘存するためである。一側性喉頭「ホリープ」の時でも詳しく見ると往々反對側聲帯に「ホリープ」の出來てゐた痕跡を認めることがある。嘗て余は兩側に謔人結節を有する女の患者の経過を観察してゐる中に、左側のもは自然に治癒し、右側のもは殘つて漸次増大し「ホリープ」になつたのを經驗したことがあつた。

本日述べる症例は36歳の電氣職工で5年前風邪にひきつゞき嘔聲が現れて治せず喉頭微毒ならんとて4回「サルバルサン」注射を受けたが効果がなく現在尙高度の嘔聲があり、談話時疲勞し易い。

診ると喉頭「ホリープ」で左側聲帯に基底を有してゐる。然し診る時により右側聲帯より出てゐる様に思はれることもあり、興味深く感じた。先づ懸垂喉頭検査法により左側「ホリー

ープ」を摘出すると之に相当した右側聲帯に又廣基性の「ポリープ」があり兩側性聲帯「ポリープ」であつたことが解つた。

兩側の「ポリープ」は病理組織學的に全く同様の所見を呈し、表面の一部分は角化せる扁平上皮で被はれ其實は粗鬆で淋巴腔には漿液がたまり一部は囊胞性となつてゐる。

喉頭「ポリープ」が兩側に出来る原因は諸人結節の場合と同様で聲帯が炎症で浮腫を呈してゐる時漿液は振動の最も少い結節點即前3分の1と中3分の1の堺に集り何等かの理由でその環流が妨げられると組織の増殖を起し「ポリープ」が形成さるるに至るのである。兩側聲帯の振動する時中央の部分がはげしく相打つため増殖すると考へてゐる人があるが信ぜられない。余は嘗て44歳の農夫で左側聲帯は大動脈瘤で回歸神經麻痺を起し萎縮して強く凹陷してゐるのに反對側聲帯に「ポリープ」の發生してゐるのを見たが此際は兩側の聲帯が相打つといふことは不可能であるので、余の説の正常なることを立證してゐるものと思ふ。即ち喉頭「ポリープ」は兩側性に現はれ、片側聲帯の麻痺がある時は健康側聲帯にのみ「ポリープ」は發生する。  
(昭和10年3月九州地方會講演)

#### 附 c. 兩側性喉頭「ポリープ」

Beiderseitige Kehlkloppolypen.

兩側性喉頭「ポリープ」に於ては昭和4年2月本地方會席上に於て64歳の魚商人を供覽し説明せり。其患者は右聲帯の「ポリープ」は赤く左聲帯のものは白色であつたが兩側同時に除去してつた。嘗て女の患者が兩側性諸人結節を治療中一方の結節は消失したが他方のものは増大し「ポリープ」になれるを觀察したことがある。斯く喉頭「ポリープ」に諸人結節と關係があり、兩側に來れるものゝ内一方がなほり他方のみ「ポリープ」にまで増大する場合は普通よく診る偏側性喉頭「ポリープ」となるのである。「ポリープ」の兩側にあるものは普通偏側性のものよりも硬度硬く基底廣し、故にモルガニー氏寶の粘膜炎も共に延びて其脱出を起す、従つて脱出症は對稱的に兩側に現はれることが多い。

本日供覽する患者は25歳の男、上、利(外來番號1950)。大道商人で聲音嘶啞を訴ふ。喉頭を診ると右聲帯前3分の1に可成大なる「ポリープ」あり一部分は白し對側聲帯にも赤き「ポリープ」を認めたが小さくして發聲時は右側「ポリープ」の下に重なるので見難い。左側のは、或は、硬い大きい右聲帯「ポリープ」の刺戟によつて出來たものでないかと考へ右側の「ポリープ」のみを切除して永く觀察して來たが、依然として左聲帯の「ポリープ」は現存してゐる。之によつて右側「ポリープ」の刺戟によつて出來たものでなく左右對稱に來たものであることを實證することが出来る。

即ち聲帯「ポリープ」は兩側に出来るのが原則であるが何等かの理由で一侧のみ治癒消失

した場合は臨牀的に普通診る聲帯「ポリープ」なのである。(昭和7年7月九州地方會講演)

#### 附 d. 披裂部より發生したる喉頭「ポリープ」

Kehlkopfpolyp aus der Arygegend. (Demonstration der Patientin)

患者は18歳の女子、中、力(外來番號432)。高度の呼吸困難を主訴とす。昭和7年10月3日に發熱し、床に就き、12月始めに兩乳房の化膿を來し切開を受く。11月末頃より嘔聲起り略痰が喉頭に引かかる様になり、呼吸困難は次第に強度となりたり、依て來院す。

檢するに兩聲帯の上部に腫瘍ありて喉頭部がかくれて聲帯は唯、前連合部のみ視らる。腫瘍は形は圓形で小指頭大で表面は平滑、帯白赤色なり。其發生部位は何處か決定し難い。喉頭直達鏡にて寒係蹄を用ひて剔出せしが該腫瘍は聲帯から發してゐないで右側披裂軟骨部の内面より出てゐることを知る。術後呼吸は安靜となりたり。

喉頭「ポリープ」は余の主張する如く聲帯の前3分の1の部に兩側對稱に生ずるのが常規であつて一側が大きく、他側のものが小さいこと又一方の消失する事あり。本症例の如く喉頭の他の場所にかゝる「ポリープ」の發生することは稀で文獻をみても僅かに二、三の報告あるのみ、一般に喉頭「ポリープ」は病理組織上、纖維腫、粘液腫及び囊腫等なるも臨牀上は「ポリープ」と呼んでゐる。本例の腫瘍は臨牀上並に組織學上より纖維腫なり。

今本症例の「ポリープ」の發生機轉を考ふるに喉頭に炎症を起し浮腫を來し局部の動搖に依り局所の血液循環系に異常を來したる結果發生せしものとす。

(昭和8年3月九州地方會講演)

### 129. 小兒喉頭乳嘴腫

Kehlkopfapillom des Kleinkindes

症例 患者 タ〇テ〇 (大正15年5月15日初診、外來番號2000號)

年齢、生後11ヶ月。菓子商息。

主訴 嘔聲。呼吸困難。咳嗽。

現病歴 昨年(大正14年)10月頃より(即生後4ヶ月)別に原因を思はるる事なくして、次第に號泣時嘶啞を呈し、呼吸困難に傾き、時々共に他覺的狹窄音を聴取し、本年1月頃より病勢悪化の様にて哺乳時の呼吸困難愈々著しく、嘔聲は遂に失聲に迄進展

せり。

**診断** 以上之れを要約すれば

1. 患者は小兒殊に哺乳兒なる事。
2. 主訴とする所は呼吸困難及び
3. 嘔聲及び後期の失聲症

の三點にして、是れに由り考慮す可き諸症は次の如し。

1. 異物。 2. 結核性炎症。 4. 乳兒脚氣。 5. 「ヂフテリー」
6. 諸人結節。 7. 小兒喉頭腫瘍(乳嘴腫)

是等諸疾患の鑑別診断に當りて第一に參考す可きは病歴及び現症なり。

今之れを徴するに、

1. 患者に胸部所見を缺き、ビルケ氏反應陰性。
2. 體温は平温若くは平温以下。
3. 嘔聲は時々共に悪化し遂に失聲するに至れる事。
4. 既往症に肺炎を病みて 40 度近き高熱を發せる事有る他に特記す可き事なし。
5. 兩親に黴毒、脚氣等の既往症及び所見を缺く。

異物 は病歴及び経過の急性なるに依りて知る事を得るも、病歴のみに安する時は屢々誤診を招く因たり。須く X 光線及び直達検査を施さざる可からず。

乳兒脚氣 は母親及び乳母等の所見を以て容易に除外し得らる可し。

「ヂフテリー」も亦以上の諸點より大約鑑別し得らる可し。

最後に残されしものは腫瘍なり、就中幼時に屢々來る喉頭乳嘴腫なり。是に由り局所の檢索は重要なる意義を有するに至る。扱て乳兒に於ける喉頭検査は甚だ至難なる事周知の事實にして、即ち喉頭鏡使用よりも喉頭直達検査法を以て遙に便さす。

該法による所見概ね次の如し。

兩聲帶は全く視る能はずして喉頭内は唯淡紅色顆粒の集簇を以て滿され、著明にして特有なる乳嘴狀増殖を呈し、之が一片を試験切除し顯微鏡下に檢するに明かに乳嘴腫なり。

今少し小兒喉頭乳嘴腫につきて述べむ。

抑も喉頭乳嘴腫はフオン、ブルンス(v. Bruns)によりて茸腫として報告せられたるを以て始めさす。生後直ちに保持せる者もありて、小兒に屢々來る特有なる喉頭内腫瘍さす。

有柄にして長きは良性。基底廣く、數多きは共に其の再發度激しきに因りて悪性となすを得。

此の再發性の他に恐る可きは所謂悪性變性(Maligne Entartung)にして詳言すれば即ち大人に於ける癌發生の素因を作り、小兒に於ては結核性變質を招くものなり。故に醫家は小兒に於ては特に胸部診察の精密を缺かしめず、又可及的深部より試験切片を得るに留意せざる可からず。彼のゼモン(Semon)氏は 1888 年に 8210 例の喉頭乳嘴腫中、手術後の癌腫性變性を呈するもの 5 例を報告せり。

解剖學上より今喉頭附近の扁平細胞組織を檢するに、

1. 會厭軟骨下面。 2. 兩聲帶内側。 3. 兩披裂軟骨附近の以上 3 個所にして、此の處より癌腫の原發を見る。

**豫後** 小兒に於ては突然窒息死を起す場合なしとせず。注意す可し。一般に本疾患は慢性の経過をさるものにして成人するに至れば自然治癒を促すことあり。

**治療** 本疾患は千扁一律直ちに喉頭内局所切除を爲して安するを得ず場合に應じては豫め氣管切開を施し、窒息の危険を未然に防ぎ然る後に懸垂喉頭検査法を行ひて患部の切除、又は海綿片にて摩擦搔爬し、所謂海綿法(Schwammethode)を行ふ。

術後は吸入及び硼酸水溫濕布を施し、又再發豫防として亞砒酸加里液(Liquor Fowleri)を試むるも可なり、再び手術を行ふ場合もあり。又「ラヂウム」貼布を外部より施して有效なることを認めらる。

氣管切開後の「カニューレ」は可及的早期抜去を肝要とす、時期を失すれば所謂套管抜去困難症(erschwertes Décanulement)に陥らしむ。是れ套管の局所刺戟による氣管内肉芽發生に因す。故に手術後直ちに退院又は歸宅を許されず尙引續き入院せしめ局所の経過を観察し、腫瘍の消滅明かに認められし時は氣管「カニューレ」の口を綿片又は「ゴム」栓にて閉ぢ自然道より呼吸するところを練習せしめ、初めは幾時間置きに試み次第に晝間のみとせし、遂に晝夜「カニューレ」の栓塞を苦させざるに至れば直達檢

査による喉頭内所見の佳良なるを併せ考へ、「カニューレ」を断然拔去す可し。

**附記** 此の患兒は氣管切開の上懸垂喉頭検査法により數回に涉りて腫瘍の切除を行ひ後「ラヂウム」貼布を施し、喉頭内癒痕性治癒をなしたるを以て、氣管「カニューレ」拔去をなし退院するに至れり。

### 130. 喉 頭 癌

#### Kehlkopfkarcinom

**症例 患者** 58歳の農夫。

**主訴** 嘶嘎及び呼吸困難(氣管切開を受け氣管套管を具有す)。

**家族史** 遺傳的疾患殊に癌腫の素因をその家族中に認めず。

**既往病史** 生來健全にして、花柳病に罹りし事なく、酒、煙草は大量を用ひたり。

**現病史** 昨年11月頃より何等原因なき思はるゝ事なく突如嘶嘎の起るを見たり。別に咽喉部に疼痛を訴ふる事なかりしも、次第に固形食物の通過困難を來たし、本年6月に入りては呼吸困難を來たし氣管切開を受けたり。

**現症** 體格は中等度なるも、榮養よろしからず、顔色軽度に蒼白なり。視るに頸部にては甲状腺の高さにて彌散性球狀、小兒拳大の硬き腫瘤を認む。腫瘤上の皮膚には變化を認めず。喉頭と共に該腫瘤は運動するを見る。喉頭鏡検査をなすに左側披裂軟骨部 Aryegend は球狀に發赤、腫脹せり。潰瘍は認めず。即ち喉頭の悪性腫瘍を思はしむる例なり。試験切片の組織學的検査を行ひ扁平上皮癌なる事を確めたり。今少しく喉頭癌に就て述べむ。

**原因及病理.** 喉頭癌は多く扁平上皮癌にして、屢々聲帯の前方より發す。年齢は40歳より70歳の間であり、50—60歳の間最多し。其性別に關しては男子に多く、女子に少く、其比10對1の割合なり。喉頭に來る良性及悪性腫瘍の10—13%に相當す。此患者には認めざるも、他の體部の癌腫と同様に遺傳は一定の意義を有す。聲帯より發するものの外、會厭又は環狀軟骨の後壁より發する事あり。又周圍即ち食道入口、咽喉下部、甲状腺等より癌腫發生し喉頭内へ擴り來る事もあり。

従つて喉頭癌腫は次の二に分つ事を得。

1. 喉頭内癌 Inneres Karzinom 聲帯、假聲帯、モルガニー氏竇等より發生せる場合。
2. 喉頭外癌 Äußeres Karzinom 會厭軟骨、披裂軟骨部、環狀軟骨の後壁、梨子狀竇より發生せる場合。後の2者、即ち環狀軟骨の後壁、梨子狀竇より發生せる場合は、癌腫の増殖速かにして其豫後甚だ悪し。

喉頭癌の發生するは此患者に見るが如く、酒、煙草を濫用せし者に多し。ブラウン Brown 氏の報告によれば極稀れに良性腫瘍が癌腫に變性する事あるを報告せり。ビモン Semon 氏は8216例中5例に於て良性腫瘍より癌腫に變性せるものありし事を報告せり。

**症状** 喉頭癌腫初期の症状は嘶嘎及乾燥感なり。疼痛、發熱なく、患者は殆ど自覺せざる事あり。嘶嘎高度になるに及んでは遂に無聲となる。之聲帯の運動が極めて早期に障礙せらるゝによる。更に次第に耳へ射出する疼痛を訴ふるに到る。又呼吸尋常ならず、時に血痰を混へ、疲勞を覺え、全身の衰弱を來たし、遂に腫瘍を外部よりも觸れ得るに至り、頸腺の腫脹を來たし、呼吸困難加はり、遂に惡液質に陥る。呼吸困難高度なる時は氣管切開を必要とする事あり。

他覺的には初期の症状不明なり。よく注意すれば一側聲帯の前方に少しく浸潤隆起したる部分を生じ、聲帯の振動は此部不完全なり。色は發赤なく却て蒼白なり。漸次増大して初めて潰瘍狀となり、癌特有の外觀を呈す。淋巴管に富む部分に擴がれば、初めて頸腺の腫脹を來たす。軟骨に侵入するか、破壊あれば、外部よりも觸診し得べし、且つ壓痛あり。

**豫後** 軟骨の城廓内に存する間に發見せられたる聲帯癌は手術によりて理想的に除去し得るも、之に反し既に軟骨壁を破りたるもの、外部より來たりたるもの、或は喉頭の外廓に生じたるものは豫後不良なり。之既に早くより癌細胞が血管系に入りて諸處彷徨するを以てなり。但し近時グルック Gluck 氏等によりて喉頭全摘出術 Laryngektomie の手術法が改良催進せられたるを以て昔日の如く豫後不良ならず。嘗て兆民中江篤介氏喉頭癌にかかり「1年有半」を題する著述をなしたるは有名なる事なり、之醫者より

喉頭癌の餘命は1年半なりとの宣告を受けたるを以てなり。醫師より癌の確診を受けて放置すれば経過2年を出でずして多く不幸の轉歸をさる。

**診断** 初期に於て喉頭癌の診断を下すこと甚だ難事なり。40歳以後の男子にして嘶嘎の永く治せず、而も乾燥を覺ゆるものは喉頭癌を疑ふべし。殊に癌の遺傳的素因あるもの、酒客、聲音を業とするものに於て然り。初期の聲帯癌腫は蒼白にして、浸潤局部的なるを以て、振動の際其部の共同作用を營まず、注意すべし。稍々進みたるものは乳嘴腫、微毒、結核、鞏皮症等と誤りやすき事あり。最後に喉頭鏡下に組織の1片を試験的に切除し、顯微鏡的検査をなせば、扁平上皮癌なる事を證明し得る事あり。されど初期のものは臨牀的に診断不明なるが如く、病理學的にも亦診断不明なる場合多し。結局熟練したる人の初一念 (first impression) が最も正確なる事あり。

**類症鑑別** 鑑別診断を要するものは次の如し。

1. 喉頭乳嘴腫 Papillom 子供に多きも、稀に老人に來たる。有莖性なる事あれども、多くは廣基性にして兩側聲帯より生じ、其特有とする所は再發しやすき事なり。1、2回切除するも直に生ず。癌腫と異り聲帯の運動佳良なり。
2. 喉頭結核 Kehlkopftuberculose 初期には癌腫と誤る事あるも、肺臓の所見、喀痰中に菌を證明する事、甚しき嚥下痛を訴ふる事等を考慮し、必要あらば直に試験切片の鏡檢を行ふべし。
3. 喉頭微毒 Kehlkopfsyphilis 第3期の護膜腫は癌腫との辨症が甚だ困難なる事あり。之は潰瘍及浸潤の高度なるに拘らず、患者は比較的疼痛を訴へざるが爲めなり。一般症狀佳良なるを常とす。瘰癧組織を以て治癒し、血液反応は陽性なり。試験切片の鏡檢も怠るべからず。
4. 硬化症 Sklerom 露國に接する國にはあるも、日本には喉頭の硬化症につきて報告をきかず。硬化症は粘膜が腫瘍狀に増大し極めて硬く、喉頭狭窄漸進的なるを特色とす。

**療法** 初期に於て發見せられたる時は、喉頭内手術にて容易に切除治癒せしめ得べし。是れ癌は初め局所的の疾患なればなり。喉頭の半側に限局し軟骨壁を破らざるものは、甲狀軟骨切開術 Thyreotomie によりて腫瘍を除去し得べし。兩側に擴がりたるものは、グルック氏等の改良せる喉頭全摘出法によりて手術す。

るものはグルック氏等の改良せる喉頭全摘出法によりて手術す。

喉頭全摘出術 Laryngektomie 喉頭全摘出術は1873年ランゲンベック v. Langenbeck 氏によりて初めて試みられし方法なるが、その當時は手術の術式困難なるも手術方法の不完全さにより成績不良にして、被手術者の多数は早晩再發に陥り、或は手術後咽頭粘膜の不完全なる閉鎖、或は嚥下肺炎等に原因して結果不良なるもの多かりき。従つて當時の學者間にては喉頭癌の根治手術は不可能にして、只氣管切開によりて生命を延長せしめ得るに過ぎざるの悲觀說に傾ける状態なりき。然るにグルック氏によりて、喉頭全摘出前に切斷されたる氣管上端を胸骨上窩に作られたる皮膚切開口に縫合し、氣管下部と口腔との連路を斷ちて、血液、創傷分泌物の氣管内流入を豫防する方法考案せられて以來極めて好成績を得るに至れり。

「ラヂウム」、深部「レントゲン」照射法等は手術不可能なるもの、又手術後のものに行ひたる方よし。余は手術不可能なる癌患者に「ラヂウム」治療を施して治したるものを見たり。もつとも「ラヂウム」もX光線も癌腫に對しては肉腫の如き偉効なし。

### 131. 喉頭癌の早期診断に就いて

#### Über die Frühdiagnose des Kehlkopfkrebses

何所の癌にても早期診断が最も必要である。早くさへ診断がついて適當の治療を施せば癌は必ず治るべきである。しかし身體のかくれたる部分の癌の初期診断は極めて困難であるが、近年色々の診断法が進んで來たし又患者自身も警戒するやうになつたから段々早期診断も進んで來た。ここに喉頭癌のやうに喉頭鏡を取て検査すれば分るべき所であれば早期診断は可能でなければならない。しかるに昔から喉頭癌の診断は熟練した専門家の目にも容易でない場合がある。

喉頭癌の歴史で最も有名なのは獨逸先帝フリードリッヒ三世陛下の御病氣であつた。陛下のまだ皇太子であつた時1887年1月即數へ年57歳で嘎聲にかつた。3月迄も治らなかつたのでベルリン大學教授ゲルハルト (Prof. Gerhardt) に診断をさせた。左側聲帯の後方に小さな腫瘍があつた。良性のものと思つて喉頭内から手術しよう

さ試みたが取れなかつたので13回も電気焼灼を施し小さくなつたので湯治に出かけた。5月には大きくなつたのでゲルハルトはびつくりした、外科の大家ベルグマン (Prof. v. Bergmann) に相談したら愈悪性さいふこで5月19日に喉頭外切開を施行するこになつた。しかるに皇太子妃は英國女王ヴィクトリア陛下の長女であらせられたので、英國の大家に診察を受けてからさの希望で20日に英國喉頭家の第1人者 Sir Morell Mackenzie の到着する迄手術は延期さなつた。マッケンジーは到着するこ喉頭を検査した所が悪性の模様は見えない、然し試験切片をさつて確めようさいふ事で2回迄も試験切除をしてその度にウィルヒョウに標本検査をやつて貰つたが、悪性の模様は見えないから心配のものではなからうさいふ事でズルズルになるうち腫瘍は大きくなり、11月には皇太子殿下は喉頭の悪性腫瘍にかゝられたさいふこを公表するやうになり、喉頭全摘出か又は呼吸困難が増悪したら気管切開をやるか何れにするかさいふ場合になつた。皇太子御自身も御側の方にも大手術は望まれなかつた、気管切開をやり終に1888年6月15日崩御せられた。父陛下はその年の3月に崩御になつた爲帝位に即かれて崩御さいふこになつたのである。此例をみてマッケンジーになぜ早く癌の診断が付かなかつたのか、又ゲルハルトはなぜ電気焼灼を繰返して居つたものか、又獨逸の専門諸大家はマッケンジーが手術を延期せよさいつた時に、なぜ之に反対して手術を施行させる丈の自信がなかつたのか、今から見るこ誠に齒がゆくも感じる。當時ビスマルク公が他に送つた手書には若しマッケンジーに逢はれなかつたら尙長命されたであらうさいふこが書いてある。

さて喉頭癌の診断を早期に確實にするには第一、熟練した専門家の所見。第二、試験切片の病理學的検索。第三、その他の補助検査法。第四、病歴及び経過がある。

第一 熟練した専門家の所見は最も大切である。癌の初期は身體何處の部に限らず患者の自覺的苦痛さいふものは殆んさない。喉頭も同じ事、唯嗄聲がある計りである。しかし熟練した目には癌の特有の他覺的症候がある。喉頭内癌の多くは聲帯から始る。初發部位の聲帯振動は著しく悪くなり表面に灰白色の被覆物を有するこが多い、之は上皮層の厚くなる爲である、悪性腫瘍は組織の内部に進む傾向があるから聲帯に浸潤を起し振動が悪くなる、それで嗄聲が割合に早くくる。しかし病症は必ずしも一様で

はない、時によつて癌腫が「ボリープ」の形で來るこもあり又浅い潰瘍の状態で來るこもある。「ボリープ」状の時は良性の腫瘍さ誤り潰瘍状で來るこ結核に紛れる。最もむづかしいのは聲帯の表面に原發して聲帯の下面は其餘波を受けて居る時である。

最近ロンドンの Prof. Colledge がフリードリヒ獨逸先帝の疾患を再検討して居る。其中にマッケンジーが始めに何故に診断を誤つたか、又試切が何故癌性變化を示さなかつたかさいふ疑問を提出し、これは癌の發生が左側の聲帯下面に始つた物であらうさ断じて居る、マッケンジーは聲帯下から發生する癌腫のある事を知らないらしい。彼の鼻喉科書に一言その點に觸れて居らないからさいつて居る。マッケンジーの記載によればフリードリヒ皇太子の左側聲帯には後方に豆大の腫瘍があつて發聲の時一部はかくれて見えなくなる、此聲帯の運動は少しく悪い、その後検査の度に腫瘍は小さくならず大きくなつて居る。コレヂ氏は發聲時に腫瘍の一部がかくれるさいふこは下面から來た爲さ考へて居るのであらう、最後に氏は始めて計畫通り5月19日に v. Bergmann が喉頭切開の手術をしたならば癌は既に下喉頭腔に案外擴がつて居つたであらうさいつて居る。

喉頭鏡検査では上向きの表面丈見えるのであるから下面の状態は分らない。癌さいはず、「ボリープ」でも潰瘍でも下面に來た場合は喉頭鏡検査で見落するこがある。キリアン先生は喉頭鏡検査に必ず咳嗽をやらせる。自分も此方法が習慣さなつて必ず試みる。聲帯下面にかくれて居る「ボリープ」なさは躍り上つて來る。此はマッケンジーが發聲の時腫瘍の一部がかくれたさいふのさ反對である。さにかく聲帯下腔の面は咳嗽の度に呼氣流で激しく叩かれるから損傷しやすいこは想像するに難くない。

自分は聲帯下面の病變さこに癌の場合には直達鏡の検査を行ふのを例さして居る。直達鏡の先端を以て患部の上又は前後を壓迫するこ聲帯の下面はよく見える、時によるこ聲帯の上面は單に浸潤肥厚して居る丈であるのに、下面には既に附着物を着けて居る所や白色を呈して居る所や又は潰瘍になつて居る所を發見する事が出来る。聲帯の後半部の病變には特に直達鏡検査を勧める。

サー、フェリックス、ゼモンは嚴正な批判を下して居るがゲルハルトが5月中旬に腫瘍の悪性を指摘して電気焼灼後腫瘍は一時小さくなつたが嗄聲は少しもされぬ事、嚥下



に少し痛みある事、腫瘍の小さい割に硬い事、其位置が後方にある事、電気焼灼の創面が治癒する傾向のない事、年齢が56歳である事、腫瘍は迅速に再生する事等の諸件を見て癌腫の診断を下すに誰が躊躇するかさいつて居る。癌は一度取るに稀には一時性に治る事があるが多くは治癒の傾向を持つて居らぬ。自分は嘗て左側聲帯の後部から出た「ボリーブ」の切除を受けた50幾歳の男子の喉頭を見た。1ヶ月立つても2ヶ月立つても「ボリーブ」切除の創面が上皮で被はれない。そして赤みがきれない、之は喉頭癌であつた。小手術創面が治癒の傾向をさらないさいふこは診断上必要な症候であるこを付け加へて置く。

自分は上に一寸述べたが、小手術をして一時よくなるこがある。さやうな時には診断上甚だ迷ふ、昭和11年3月横濱に於ける東京地方会で報告したこがあるが、50歳の男子で左側聲帯から巨大な「ボリーブ」様腫瘍が出来て居るのを寒係蹄で取つた、所が此は癌腫であつたが満2年の間再發なしに全然治つた。しかし後に手術した後から再發して典型的の喉頭癌になり或専門家から喉頭全摘出術を受けたが終に轉移を起して仕れた例がある。又他の例で左側聲帯の後部から出たものであるが試切では不明であつた。一時治つた様子の爲に手術を延し延して居つた。或は結核ではないかさいふ疑もあつたが半年計りして急に聲帯下面から典型的の腫瘍が持上つて来て遂に喉頭全摘出をやつた。此例は下面にかくれて居つたので十分検出せられなかつたものと思ふ。一時よくなつたやうに見えて再發して来るから不斷に監視する必要がある。

**第二 病理學的檢索** 一見して癌の初期と思つても直ちに喉頭切開や全摘出に着手するさいふのは少し無謀の非難を免れない。病理組織學的檢査をする爲に試験切片をさるこが順序である。獨逸先帝の場合にゲルハルト等が明日は手術さ定めた瞬間に英國からマッケンジーが来て試験切片の檢査をする迄待つてくれさいつたのは大家の至當の要求である。しかし直ちに之は良性で心配に及ばぬさいつたのは賛成出来ぬ。臨牀的には既に癌であつて補助的に試切の檢査を頼むのが名醫の取るべき道であつたのだ。組織の檢査は直ちに癌か否かを決定しうる筈であるのに實際醫學はさうは行かないものである、其原因は何處にあるかさいふに、

(1) 試験切片の取り方の悪い事、餘り表層をつまみ取るか、又急所を外れて取つたも

のは如何な病理の大家が見ても役に立たない。例へばマッケンジーの場合にしても到着の翌日(5月21日)取つた第1回の組織片は餘り淺くて Prof. Virchow の答に上皮層さ結締織が少しあるばかりで餘り淺いから診断を付け得ないさいはれた。ゼモンはマッケンジーの不用意なこを語つていふには往診手術をするに自分の使ひなれた鉗子一つも持參せず、他人の切れない喉頭鉗子を借りて試切したさいふのはあまり輕卒であるさいつて居る。マッケンジーは其後第2回の試切をやつた。此時は多分英國からもつて来た自分の器械を使つたものであらう。ウイルヒョウの檢査によるこ此切片にも癌腫さ斷言しうる像は見えない。疣状厚皮症(Pachydermia verrucosa) さ名付けた。

此は腫瘍の本態が聲帯の下面にあつた爲、上面は厚皮症を起して居つたのに因るのではないかと思ふ。自分はかやうな試切をなす時は直達鏡を以て前段述べたやうに聲帯の下面を檢し變化の最も著しい思はれる所から組織片を取つて來るのである。聲音啞嘶で幾多の専門家を尋ね歩いた患者を此方法で癌さ診断したこが度々ある。組織片採取の場所が適中して居るさいふこが病理檢索の第一義である。

(2) 臨牀的診斷の不確實の間は病的處見も不確實の事がある。

(3) 病變は標本中にあるが主體さなつて見える他の組織に蔽はれて見落す事もあるから、それ等の諸點に注意して檢索する必要がある。

**第三 補助診斷法** さて血清又は血清化學反應が盛になつて來た。福克斯の癌の血清化學的早期診斷法の如きは最も注目すべきものであらう。しかし非癌腫性のものにも陽性になるこがあるし、又肉腫さの區別が付かぬし、又福克斯反應が陽性であつても此反應だけで手術を決行するやうな譯にはゆかない。他の診斷法さ相俟つて其價値を發揮するものである。

**第四 病歴及經過** 癌の家系のものに癌腫の發生するこは多いから、癌の疑ある患者では系譜學的檢査を精しく調査する必要がある。近時癌の家系を有するものゝ癌治癒率はよいさいふ説がある。これはかゝる家系の人は一才の病變があつても直ちに癌ではないかさい早く醫者の診察を受けるから早期診斷が付きやすい爲さされて居る。

明治43年大阪に日本聯合醫學會の開かれた時英國の喉頭學大家 Sir Felix Semon 氏來朝會で特別講演をなされた。喉頭の診斷及治療さいふので、特に40歳以上の男

子で頑固の嘔聲が持続したならば殆ど疑ひ醫治を乞へさいふ事を強調した、第一段で述べた小手術をした創面が治りにくく、往再時日を過すさいふこも大に注意すべきものである。癌の経過は多くは1年乃至2年である、獨逸先帝が1887年6月に嘔聲にかかり1888年6月に崩御せられたのは丁度1年半に當る。かの兆民中江篤介氏が喉頭癌を宣告されて1年有半さいふ隨筆を書いたのも此意味である。醫者が診断をつけても患者や周囲の人時による主治醫までも其診断に従はないことがある。これは甚だ悲しむべきことである。なぜさいへば喉頭癌の壽命が1年半位しかないのに治療の時期を失すればさかへしが付かないからである。患者の心理状態は不思議なもので中には自分の病氣を軽く軽くしたがる人がある。重くいはれると其醫者を怨んで軽くいつて患者に迎合する醫者に赴くものがある。自分が福岡の大學に赴任して間もなくのことである。一患者に喉頭癌の診断を付けた。所が患者は勿論其周囲のものも不満で來なくなつた。1年計り立つと今迄嘔聲で経過した病氣に色々の症状が現はれて來た。呼吸困難が來て外科醫に氣管切開をして貰つたさうである。其患者が死期の近づいた時始めて自分の診断の正しかつたことを自白したさいふせを耳にした。

以上主として喉頭癌の診断について述べたが喉頭鏡でも直達鏡でも見え、かつ手の届く所であるから早期診断は可能の場所である。早期に適當の手當をすれば治る所であるから醫者も患者も注意すべきことと思ふ。一旦診断が付いたならば決して放置してはいけない、直に適當の治療をなすべきである。若し醫にして患者に迎合し放置するやうなことがあれば、醫は仁術なりの根本義に反するものさいはなければならぬ。

### 132. 喉頭全摘出に關する注意

#### Einige Bemerkungen zur Laryngektomie

本問題に關しては前に本地方會第81回集會(大正15年7月)に於て一度述べたる事あるが最近に經驗して種々考按せし所もあれば再び述べ可し。全摘出に當りて豫め重要な注意は全身の検査なり。糖尿病其他の全身病ある場合は豫後悪し。専門家の立場としては早期診断を、早期手術なり。早期診断に就きては殊に慎重なる可し。

喉摘出手術の方法には2次的手術と1次的手術とあり、後者は One-stage operation と稱せられ即坐に摘出し去る方法にして前者は豫備的に氣管切開をなしたる後摘出するものなり。

孰れが可なるかは以前には人々の嗜好によりて異なりしが最近にては1次的手術の方遙かに優るを唱へらる。

手術の術式としては余はグロック氏法を擇ぶ。其長所は氣管斷端と食道とを隔離し得て分泌物等の氣管内に竄入する事なきと氣管斷端の粘膜を皮膚と巧みに縫合すれば壞疽を起すの恐れなきに由る。

此二つの大眼目を達し得れば手術の成績は必ず良し。

皮膚切開の方法にはT字形工字形あり余は前回にY形を用るしが最近余の試みしはT字形なり、勿論局所麻酔を用ふ。

喉頭を露出したる後氣管を先に離断して上部を後にするか又上部を先に開き氣管を後に離断するかは議論の岐る所なり。余は氣管を先に切離す。

環狀軟骨の部分にて横に切斷す、さすれば氣管斷端より血液が氣管内に流入するが故に護謨管を挿入して之を防ぐ事を以前にはお話ししたるも今回の手術に當りては此護謨管挿入を廢したり。之は護謨管挿入がされずよく間隙を充して血液の流入を防ぐかは疑問なり却つて開放しおく方氣管粘膜上に一滴の血液が滴下するも直ちに認め得て之を拭除するに便なるを知りたり。

環狀軟骨上の粘膜は其切斷すべき部分より稍々上方に寄りて切線を入れて剝離しおけば過剰の粘膜を得るが故に利益多し。會厭軟骨を除去するか否かは問題なるも浸潤及ばざる場合は取る必要なし。

甲狀軟骨角は切斷して残しおくも差支へなし。

上皮のT字形切線を全く縫ひ塞ぐ時は分泌物滯溜して腫脹來るが故に其兩端を開放しおきて護謨管を二重に折り曲げ「ガーゼ」を巻き「ドレーン」をして挿入す。一方の護謨管口より分泌物を吸出す便あり。

尙一つ注意すべきは抜糸なり。糸は3日にて抜去して可なり。5日以上おくは失敗なり。

も一つ注意すべき點は今迄鼻呼吸に慣れたる人が急に大きな氣管切開口より呼吸する爲に粗悪なる空氣を直接に吸入して肺を害し殊に氣管分岐部に厚き痂皮を生ずる事なり。西洋に於ても喉頭全摘出後に呼吸困難を來せし例に於て、直達鏡を用る結痂を氣管分岐部より取去る人さへあり。故に余は此點を顧慮して一種の「マスク」を考案作製せり。余の患者に於ても之を用る、「マスク」の上なる「ガーゼ」を時々濕すに呼吸極めて安靜容易さなれり。余は喉頭全摘出時のみならず通常の氣管切開の場合にも最初の間用ひたらば必ずや吸入に優る事萬々ならむと思惟す。

(昭和4年12月九州地方會講演)

### 133. 巨大なる非癌腫性喉頭腫瘍

#### Ein Fall von Riesentumor des Kehlkopfes (Zellreiches Fibrom)

41歳の農夫、1昨年暮より何時かはなく嗄聲が起つたが苦痛がないため放置しておいたら段々増悪して來たので二三専門家を訪れ喉頭腫瘍と診斷され當科を來訪したものである。

診るに喉頭内に大きな胡桃大の腫瘍が存在し聲帯の後部が僅かに見えるだけで出所は勿論解らないが呼吸に際して少しく動く模様から左側から廣基性に發生してゐるのでないかと思はれる。腫瘍は全體が赤味がかつて居り右側に1箇所特に赤い部分がある。觸れても餘り出血せず表面は僅に凹凸があるが乳頭腫の様でなく馬鈴薯の表面に似てゐる。頸部にリンパ腺轉移を認めない。

診斷は先づ年齢の點より癌腫を考へなければならぬ。然しそれにしては腫瘍の表面の状態、即ち平滑で凹凸が大きく發病後1年半を經過せるに餘り出血せず又潰瘍を形成せず、又悪液質を證明せぬ點がおかしい。余は一見肉腫ならむと思つた。喉頭肉腫は稀有なるもので文獻を見ても今迄200例内外である。試切鏡檢するに上皮層は健康で、基質に病變を認める、即ち幼若なる結締織細胞が密に相接し一見紡錘狀細胞肉腫を思はせるもので、浮腫性なところなく「ボリープ」様の所見を呈して居ない。病理の

大野教授による幼若なる細胞は多いがそれが肉腫性變化を呈していないので纖維腫と稱すべきかとのことであつた。喉頭肉腫は多くは原發性又は周圍より續發性に來るもので稀に轉移性に現はれる。原發性の喉頭肉腫は多くは多少共有莖性で、経過が甚だ長く、轉移をつくらぬ、是等の點癌腫と異なる。試みにフックス氏血清反應を檢するも悪性腫瘍とは思はれぬ結果になつて居る。

それで本例は組織學的には纖維腫であつて臨牀上は肉腫の所見を呈せるものである。現在まで喉頭肉腫として報告された症例の中には本例の如き纖維腫であつたのが多いのでないか、又本例の如く多數の幼若細胞より成る纖維腫は肉腫に變性し得るものではないかと思ふ。

(昭和9年6月九州地方會講演)

#### 附 前回供覽したる巨大なる喉頭腫瘍其後の経過

Über den weiteren Verlauf des in der letzten Sitzung demonstrierten Falls  
von Riesentumor des Kehlkopfes (Zellreiches Fibrom).

前回の地方會で供覽した41歳男子、臨牀的に喉頭肉腫を思はしめる巨大なる腫瘍で殆んど喉頭腔は閉塞されて聲帯は後部に僅か1部分が見えるだけである。懸垂喉頭鏡下に腫瘍を摘出せんとしたか呼吸困難甚しきため喉頭鏡下に一部寒係蹄にて切除したるに出血多量であつた。依つて坐位に於て氣管切開をなして後改めて寒係蹄にて全部摘出せんとした。然し腫瘍が大きく腫瘍全體が係らず、その大部分を摘出したところ可成大量の出血があつた。摘出した後を見ると残つた腫瘍は大部分が聲帯より下にあり假聲帯がよく見えて來た。摘出前は出所不明であつたが今見ると腫瘍の大部分は右側聲帶上部から出てゐる。今度又フックス氏癌反應を試みると今回の成績では多小悪性なるを示してゐる。腫瘍の基底部に肉腫化せるところがあるのかも知れぬ。

以前18歳の女で右披裂軟骨部から大きな腫瘍が發生し喉頭内に介在してゐるのを披裂軟骨より發生した喉頭「ボリープ」として發表したことがあるが之が本例と同じく紡錘狀の細胞が密にあり浮腫性の組織の少ない纖維腫であつた。(耳鼻咽喉科第6巻547頁昭和8年6月)。成長の早いから纖維腫が肉腫化するのではないかと思つてゐる。

(昭和9年7月九州地方會講演)

## 134. 喉頭後筋麻痺

## Posticuslähmung

**患者** 生後7ヶ月の男子。

呼吸困難、軽度の聲音嘶嘎、發熱を訴へて本日來科したるものなり。

兩親、父母兩系の祖父母孰れも健全なり、同胞なし、兩親には血族的關係及遺傳的關係なし。

患兒の妊娠中並に分娩時には正常の経過をさり生後亦健全なり、母乳分泌不良のため「コンデンスミルク」にて哺育せられたり。

約3ヶ月前より嘔吐、下痢等の消化不良の症狀を來し甚だしく衰弱せしが約2ヶ月前にして治癒したり、治癒後間もなく認むべき原因なくして聲音嘶嘎を來し且2日前より呼吸困難を呈せり、聲音嘶嘎を來してより未だ醫治を受けず。

**現症** 體格榮養共に不良にして顔貌苦悶の狀を呈す、皮膚は一般に蒼白にして眼瞼結膜貧血す、舌には苔を見ず、皮下脂肪に乏し、頸部の兩側に淋巴腺の腫脹數個を觸る、脈搏は整規的なるも細小頻數なり、呼吸困難可なり著明にして殊に吸氣時に甚し、但口唇等に「チアノーゼ」を見ず、體温 38 度 9 分を示す。

胸腹諸臓器に變化を認めず。

食思不良、便通及各種反射に異常なし、尿には異常成分を認めず。

**聽器** 鼻腔に變化なし、口蓋扁桃腺は兩側共腫脹す。

**喉頭** 直達検査法によりて檢するに兩側聲帶は正中線に固定せられたり、雖右側は稍々運動し聲門の後部に極めて狭き空隙を生ず、聲帶は兩側共蒼白にして何等炎症を認めず。

此所見により兩側喉頭後筋の麻痺殊に左側に存するこゝ明かにして患兒の訴ふる呼吸困難及聲音嘶嘎は其原因此處にあるこゝ亦明瞭なり。

**診斷** 小兒における喉頭後筋麻痺を呈する原因に種々あり。

(1)「ヂフテリー」に罹り其治癒後ある期間を経て突然來るものにして偏側又は兩側同時に來りて高度の呼吸困難を呈し氣管切開等の救急處置を要するこゝあり、此際は

其既往症及咽頭喉頭の所見によりて知るを得べし。

(2)脚氣 所謂乳兒脚氣に罹り嘔吐其他の消化障礙の症狀と共に聲音嘶嘎を來す、されど兩側共に侵されて高度の呼吸困難を來すが如きこゝは稀なり、此場合は哺乳者及心臟検査の検査によりて診斷し得べし。

(3)食餌中毒症 乳兒に人工榮養をなしたる時其中毒症狀の一分症として現はるゝこゝあり。

本患者に於ては「ヂフテリー」に罹りたる既往症なく生後人工榮養のみを行ひ來れるが故に素より乳兒脚氣の疑をおく必要なし、或は人工榮養による中毒症によるものならむ。

**原因及病理** 此機會に於て回歸神經麻痺につき一言せむ、喉頭筋は種々あれども其作用によりて之を聲門の開大筋と閉鎖筋とに區別し得、開大筋は後筋 Posticus にして他は皆閉鎖筋に屬するものなり、ゼモンによれば回歸神經が罹患する時は先づ開大筋即後筋侵されて聲帶は正中位(發聲位)にあり、次で閉鎖筋侵されて全麻痺に陥るや呼吸位と發聲位との中間位所謂屍體位 Kadaverstellung を取る、故に ローゼンバッハが唱ふる一般に運動神經の侵さるゝ時は伸筋先づ侵され次で屈筋に及ぶと云ふ通則に一致するものなりとせり、故に現今に於ては之を ゼモン、ローゼンバッハの法則 Semon-Rosenbachsche Gesetz と云ふ、偏側の後筋麻痺にては呼吸困難なく又聲音嘶嘎も殆んど存せざるが故に此時期にては患者自覺せず、更に進みて回歸神經全麻痺となりて聲音嘶嘎を呈するか或は兩側共後筋の麻痺を來し聲門閉鎖し開張する能はざるに至り高度の呼吸困難を發するに及びて倉皇して醫師の門を叩くを常とす。此患兒の如き之に屬するものなり、故に臨牀上偏側の後筋麻痺を見るこゝは稀なり。

回歸神經は左側を侵さるゝ場合最も多し、是解剖學的關係によるものなり、即ち兩側共迷走神經と共に下行するも雖右側は鎖骨下動脈の處にて迷走神經幹より分れて上行し左側は更に下りて大動脈弓部にて分れ弓を潜りて上行するが故に其經過は左は右よりも遙に長し、從ひて殊に中毒性の影響をうけやすし、乳兒脚氣の際には屢々現はるゝ回歸神經麻痺亦左側に來るを常とす、又左側は大動脈弓と密接なる關係を有するが故に大動脈瘤による壓迫のために麻痺を來すこゝ多し、是大人に於ける回歸神經麻痺が

殆ん左側のみにして左側の麻痺の殆ん全部は大動脈瘤による所以なり、回歸神經麻痺の原因は其他頸部の諸臓器例へば食道、甲状腺等の疾患、肺尖部肋膜の疾患、淋巴腺の腫大、縦隔竇の疾患、頸部の手術による損傷又は癩痕、食道異物によることあり、又「チフス」其の他の急性傳染性疾患、鉛、「アルコール」、「ニコチン」中毒等にも發す。

**療法** 兩側後筋麻痺によりて呼吸困難を呈したる場合には先、救急處置して窒息より救ふべく努力せざるべからず、其方法としては曾てオドワイヤ O'Dwyer の喉頭套管を用るたり、此方法は金屬性の小管を口腔より喉頭に送りて聲帯間に挿みて呼吸困難より免れしむる法なれども其使用法、應用後の障碍等種々の缺點ありて現今にては多く用ひられず、シュレツテル Schrötter の硬「ゴム」製の長き管を経口的に喉頭腔に挿して狭窄部を擴張する法あれども之も用ひられず、救急的に呼吸困難の苦痛より救ひ且其局所の觀察及處置をなすには氣管切開を行ふを最も可也、此患者に於ても氣管切開を施して危急より救はざるべからず又専門家は直達管を挿入して急を救ひ又余の奨めたる法、即直達管挿入のまゝ必要に應じて直ちに氣管切開を容易く行ふことを得べし。

**附記** 大正12年11月16日(示説の翌日)氣管切開を行ひたるに多量の喀痰を排出し呼吸は全く安靜となりたり、されど翌朝に至り心臟衰弱を來し種々なる處置を加へたるも效なく遂に鬼籍に入れり、之を剖見したるに「チフテリー」の所見なく尙急性胃腸加答兒の存するを見たり故に此患兒の喉頭後筋麻痺の原因は食餌中毒症と認めらる。

#### 附 兩側性後筋麻痺の手術的療法の一考案

Ein operatives Verfahren der beiderseitigen Posticuslähmung.

本篇は昭和8年6月久留米に開かれた第124回九州地方會席上で講演した草稿を補正したものである。

普通後筋麻痺は回歸神經全麻痺の前期に來るものであるから始め正中線位を取るが段々全麻痺に移つて聲帯は外轉し、所謂屍體位に留るものである。尙、時が経てば聲帯自身に萎縮が來る所謂聲帯の彎入邊縁(Excavatio)を現出する。若、後筋麻痺が兩側に來る場合には呼吸困難が來て氣管切開を必要とする。しかし回歸神經全麻痺に移行する途中であれば屍

體位置となり、終に彎入邊縁となるから呼吸困難は漸次消失する譯である、しかるに時々此經過を取らず聲帯は後筋麻痺の状態に持續することがある。其原因は何にあるかといふに、多くは炎症又は外傷に伴ふ結果として骨折、軟骨折、又は關節不動、又は癩痕形成又は腫脹又は肉芽形成等を起し臨牀上は氣管套管拔去困難症(Erschwertes Décanulement)となる。かゝる場合に呼吸を自然道から營ましめやうといふ爲に種々の方法が考へられた。

#### 第一 回歸神經麻痺の自然の經過を模する法

#### 第二 麻痺聲帯の開大作用を復活せしむる方法

#### 第三 兩聲帯の位置を變じて呼吸隙を作る方法

第一の方法としては(1)早く全麻痺を起させる爲にケルヴン(Quervain)(1916)の如く側筋を離す方法もある。ケルヴンの例にては成績一時よかつたが後に健側が正中線を越えて來て又元の如くなつたといはれて居る。此場合は一側の麻痺である。レーチ(Réthy)(1922)は側筋及横筋を離したといふが、かやうな手術法は餘程考へなければならぬ。聲帯の麻痺は1年経てから回復することもあるから、とりかへしの付かない手術は1年後を待たなければならぬ。

第一の方法の一つと見るべきは回歸神經麻痺の第三期の彎入邊縁を人工的に作ると同じ意味の聲帯除去法(Chordektomie)(Citelli 1914, Weil 1929)である。成程聲帯をむしり取つて呼吸道を開通することは正しい様ではあるが成功とはいへない。折角保存されて居る聲帯筋を失つて發聲を不可能ならしめる點(尤も假聲帯發聲も幾分出来るが)、一旦切除した聲帯の跡には肉芽が盛に發生して切除も無効となる點等の缺點がある。

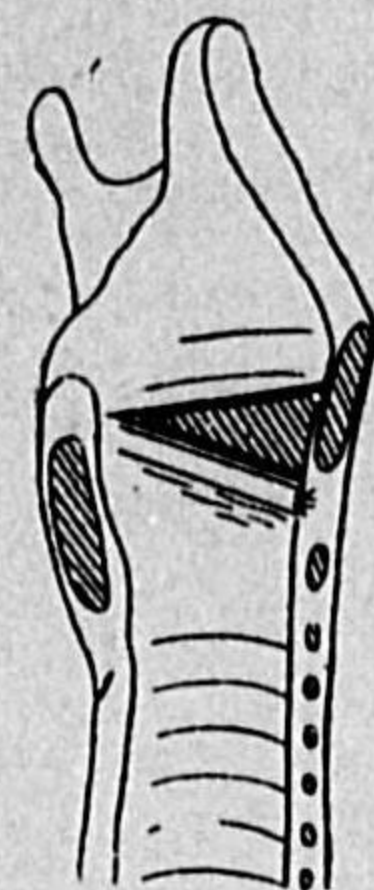
第二の方法は餘程合理的方法であるが實際中々成功しない。手術も容易でない。

マルシク(Marschik)(1922)は後筋と肩胛舌骨筋(M. omohyoideus)とを連結して其運動を復活せしめむと企て屍體で試みたが實地に應用する迄には至らなかつた。カーレル(Kahler)はハエック(Hajek)の祝賀論文集(1931)に聲帯突起の所で甲状軟骨に窓をあけ後筋と莖状舌骨筋(M. stylohyoideus)と縫合して筋作用の再生を得やうとの希望を述べて居る。アメルスバハ(Amersbach)(1922)は聲帯突起を開き之を肩胛舌骨筋又は莖状舌骨筋に連結することを試みたが巧くゆかない。

第三の方法としては1920年にウキルムス(Wilms)がやつた窓を作つて聲帯筋を側方に引きよせて固定する方法がある。レーチ氏法(Réthisches Verfahren)として知られて居る方法も此方法と同様で麻痺した聲帯を環状披裂關節の所で切り離し之を側方に引きよせて固定する方法であるが關節を破壊して良結果を得ない。

今迄の方法は麻痺した聲帯の一方を外側に引きよせて聲門を開かむと企てたのであるが上下の方向に開かせやうと著眼したのはウキトマック(Wittmaack)(1930)である。氏は兩側性甲状腺手術後の回歸神經損傷の女子にて一個聲帯を下方に引下げること考へ出

第280圖



Amersbachによる矢状方向に喉頭を切開して示す。聲帯の前方を切斷剝離して圓錐狀靭帯に縫つたる所

した。しかし後方にてするから環状披裂関節を損傷することは前に述べた外側に引く方法と變りはない。

Amersbachは1932年ウキットマークの方法を前連合部に於て施す事を提唱した(Arch. f. Ohren etc. Heilkd. Bd. 132. S. 109—114. 1932)。其方法は大体次のやうである(第280圖)。

先づ正中線に於て甲状軟骨を切開する。尤も前以て氣管切開はしてある。引き下げむと思ふ側の聲帯の下に「コカイン」液を注射し同側の假聲帯、モルガニー氏嚢、聲帯及聲帯下腔を一般に麻痺する。モルガニー氏嚢に横切線を入れ、次に前連合の所で聲帯を下方に切り下げ聲帯を剝離し之を下方に引き下げ圓錐狀靭帯(Lig. conicum)に縫付ける。Amersbachは始め聲帯下の皺を成す三角形の部分に切線を入るゝか又は部分的切除をなす事を提議したが實際聲帯自身の弾力で収縮するから切り取る程の必要は無い。氏は又附言して聲帯を引き下げたりに上方に引き上げて固定するか、又は右を引き下げ左を引き上げたら

尙確實だらうといつて居る。但し引上げる場合には聲帯の下を楔状に切り取らなければならず、又固定の方法がむづかしい。

聲帯を後方に於て引き下げる方法は手術の困難ばかりでなく結果がわるい。前方で引き下げる方法は容易であり、又環状披裂関節に觸れる必要がないから大なる進歩とみるべきである。

自分は喉頭切開術をやつた後に軟骨の癒着が氣持よく往かない事や聲帯の正しい前連合部を切る事等について考慮し次のやうな方法を取つたから之を記載する。

1933年2月19日鹿児島縣の原田雄吉博士から紹介状を持つて31歳の健康相な男子が來た。氣管切開を昨年うけたまゝ氣管「カニューレ」を挿して居る。其病歴を開くに昭和7年(1932年)2月24日夜1升計りの酒を飲み歸宅の途上前方から喉頭部を馬に蹴られた。1錢銅貨大の擦過傷はあつたが出血もなく唯聲が噎れたのに氣が付いた。しかし別段のことも無く2里餘を歩行して歸宅した。少しは嚙下痛を感じた。翌25日嘔聲残り血痰を吐く、20日後再び飲酒した所が喉頭部に壓痛が起り呼吸困難甚しくなつた。4月12日(45日目)に原田博士の許で氣管切開をうけた其後肉芽の發生があつた爲、その手術をも受けたさうだが、同氏は右側上喉頭神経内外枝切斷を企て頸正中切開にて内外枝を檢出したが、出血と瘻痕組織の爲に其の目的を達せなかつたといふことである。兩側性後筋麻痺、肉芽、骨折の爲に原田君は約1ヶ月聲門擴張法を行つたが治癒しないので教室に送り來つたものである。

患者は強壯である。發聲は佳良であるが氣管「カニューレ」を去り切開孔を塞げば呼吸困難がある。喉頭の外方には治癒した創がある。喉頭所見は左右聲帯が後筋麻痺の状態に固

定せられ開大殆ど不可能である。僅かに開いて居る前連合部には肉芽と瘻痕組織とがある、これ尋常の後筋麻痺ではない。

4月12日局所麻痺の下に右側聲帯前方引下法(Vordere Abwärts-fixation des rechten Stimmbandes)を余の方法で行つた。次の通りである。

術前30分に「ラヂウム」製薬會社の「ナルコボン、アトロピン」液0.5宛を2回に注射する。此の成分は

1. 「ナルコボン」	0.02
2. 硫酸「アトロピン」	0.0004
3. 鹽酸「パバグエリン」	0.0004

である。

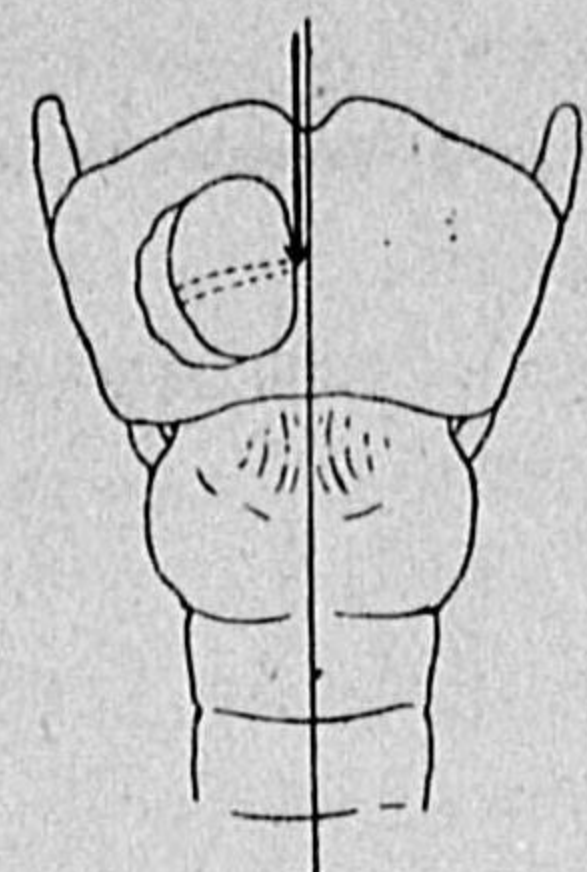
「アトロピン」は上氣道や咽腔の手術に際し反射作用を減退する許りでなく唾液、粘液の分泌を抑制するから非常に好都合である。0.5%「コカイン」溶液に「アドレナリン」液を滴下して1立方仙米に1.5滴の割にす之を喉頭部の皮下軟骨膜に注射する。主として右側の手術側に注射する。尙右側上喉頭神経の甲状舌骨膜を貫いて喉頭に入る部にも注射して喉頭内を麻痺する。喉頭内及び梨子状窩には20%乃至25%「コカイン」溶液を塗布して置く方便利である。

氣管切開や喉頭摘出の時と同じに仰臥位を取らせ、枕を肩の下に入れて喉頭部を緊張させる。皮膚切開は正中線に於て舌骨と環状軟骨との間に行ふ。皮膚瓣を右側に於てのみ甲状軟骨から剝離する、但し甲状軟骨の軟骨膜は保存して剝がさない。平鈍鉤をかけて引けば皮膚瓣は十分外に開いて手術の妨にならないから上下に横切線を入れる必要はない。

次に予は甲状軟骨を中央に於て切り離す代りに正中線を少し離れて右側に軟骨を切りとり窓を作るのである。此の窓は上下に長く前後に短く圓みを持つた長方形のものである。上と下とで軟骨の左右は連絡して居る。軟骨膜は前縁と上下で切離し保存して置く。後に又窓を被覆するのである。軟骨は化骨して居らぬ時は鑿で自由に削れて細工が出来るものである。内面の軟骨膜は傷つけぬやうにする。此の窓から甲状軟骨の内面にそつて四方に0.5%の「コカイン」溶液を注射す。前方正中線の部迄剝離するのである(第281圖)。

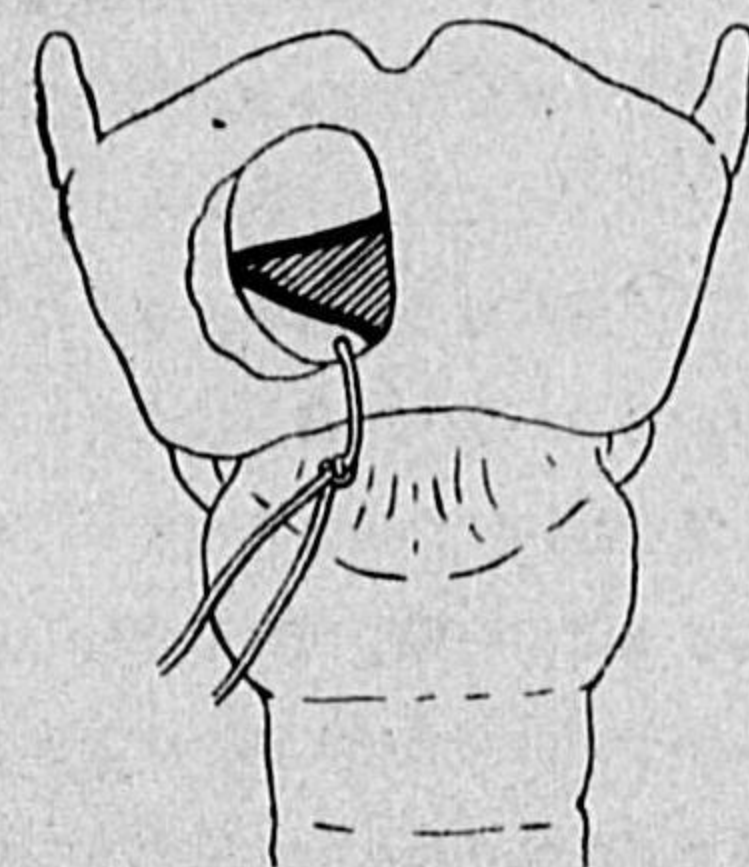
さて前連合即ち右側聲帯の前縁は何處にあるかといふことを外方から極めることは中々むづかしい。無暗に切開して内を見てから切るやうでは甲状軟骨切開術を施すも同じ事になるから予は考へた。上方から直達鏡の助けを以て前連合を正確に極め、之を外方に透射すれば一番よいと思つた。そこで1人の助手に口腔から直管を喉頭に挿入せしめ上喉頭直達検査をして貰つて少し先端を曲げた消息子で前連合部を内面から教へて貰つた(第281圖矢の方向)剝離した粘膜下に消息子の先端は明瞭にふれ又見ることが出来る、それを目標として小刀を進めた所が容易に前連合に達した。それから下方に聲帯を切り下げ聲帯下腔迄

第 281 圖



甲狀軟骨の右側に窓を作りその上の軟骨膜を後方に剝離す。窓の内にある二條の横の點線は假聲帯と聲帯との界、即ちモルガニー氏竇の部分を外側から推測した所、上から下つて居る矢の記號は直達管を通して消息子を前連合部に送つた所を示す

第 285 圖

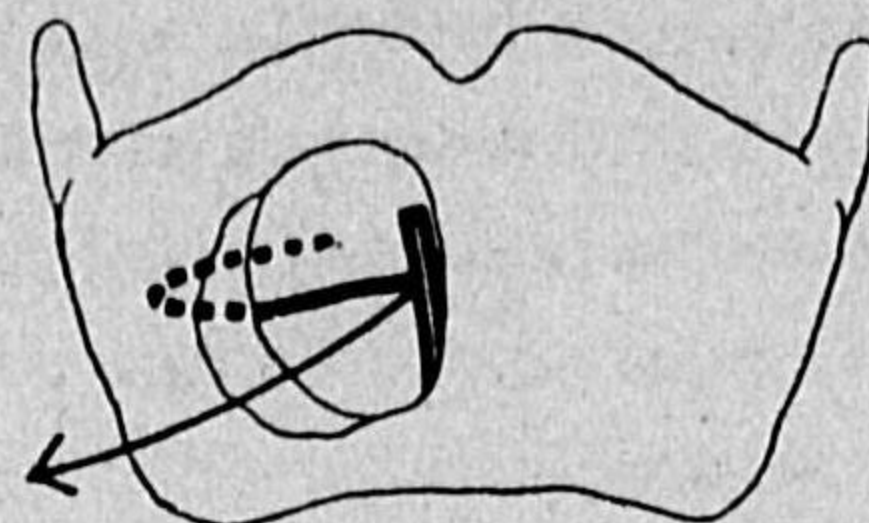


之を引下げて圓錐狀靭帯に縫付ける

進む。之を小鉤にて外側に牽けば喉頭の内景がよく見える。即ち聲帯モルガニー氏竇、假聲帯披裂軟骨も見える(第 282 圖)。

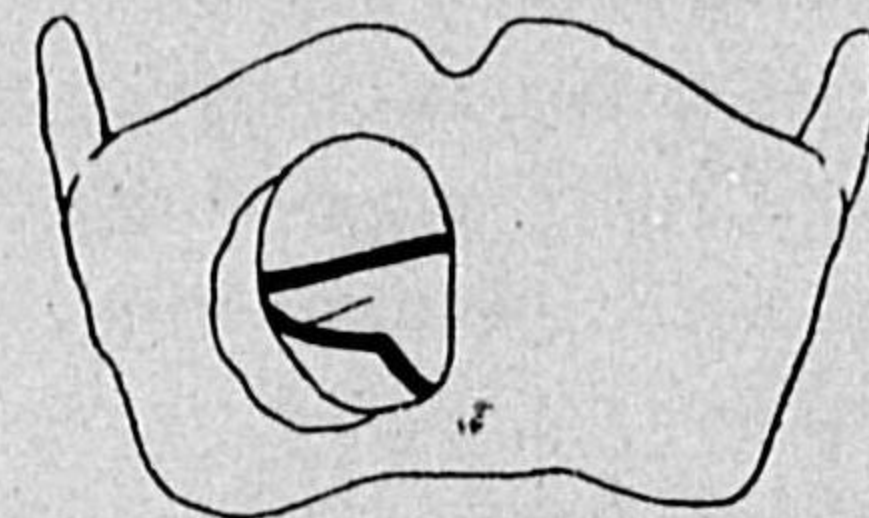
次はモルガニー氏竇内、聲帯上外縁にそうて横線を入れることである。これはそう簡単ではないが、久保護射の鼻鼻症手術法で下甲介の粘膜附着部を横に切断する小形刀を用ひてモルガニー氏竇の後方、環狀披裂關節に近い所から前方に切り來れば極めて容易に横切開が出来る。それから三角形の右側聲帯部を甲狀軟骨から剝離する。そして此の瓣が自由

第 282 圖



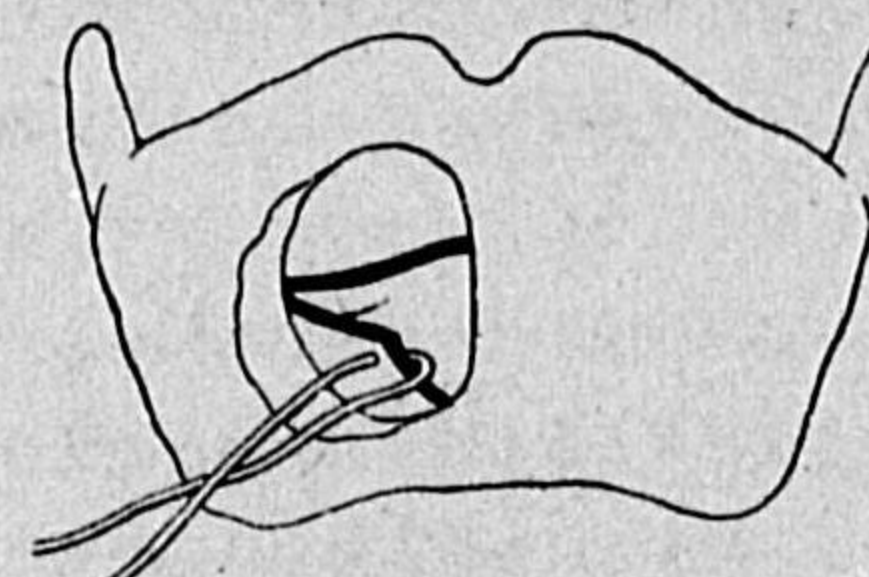
上からの消息子の導きて上下の方向に前連合部を切開し、彎曲矢の方向に鉤をかけて喉頭の内景を窺ふ。太き横線は久保護射型の刀で聲帯の上部をモルガニー氏竇で後方から前方に切る所

第 283 圖



二邊にて切開したる聲帯を甲狀軟骨から剝離して自由に動くやうにする

第 284 圖



遊離聲帯の三角形の角に腸線を引き付け

に下方に牽引出来るやうにする(第 283 圖)。

次に此の剝離した三角形の頂點を腸線でかけ甲狀軟骨と環狀軟骨との間の中央の圓錐形靭帯に内部から縫ひつける(第 284 及 285 圖)。此の縫ひつける時の高低によつて左側聲帯から右側がどの位離れるかといふことが極る。尙ほ甲狀軟骨切開をやつておけば喉頭内の検査や手術には至極便利であるが開いたまゝ右聲帯を縫ひ付ける譯にいかないから甲狀軟骨切開孔を閉ぢなければならぬ。此の點は窓から縫ひ方が多い。又正中線に縫ひ付けるよりも少し側方にずらして縫ひ付けた方がよい。

此の手術による喉頭内創面はモルガニー氏竇の切創及び聲帯を剝離した面が主である。之を過酸化水素でよく拭ひ別に「タソボン」は施さずに置く。喉頭内の創は割合に早く治癒する。先づ前に後方に剝離して置いた甲狀軟骨の軟骨膜を元に戻して軟骨の窓を塞ぎ次に皮膚の縫合をする。繃帯でしっかり押へつけ咳嗽をさせぬやう鎮痛剤を與へて頭を高くした位置に静臥させる。

手術の夜は少しく出血した。口からも「カニューレ」からも出た。止血剤の注射などを行つたが 2, 3 日の中に止血した。

5 月 17 日迄毎日観察した。上から見るとは聲帯の左右の高さの差が分らぬ位に接近してゐるが聲帯は上下の距離に開いた。「カニューレ」を塞いでも呼吸は出来るやうになつた。同日「カニューレ」を抜去した。18 日に至つて少しく喘鳴が出て來た。22 日に右側聲帯下腔の粘膜が著しく腫脹して前連合部に肉芽が見える。呼吸困難が加つて來たので抜去後 1 週間計りで再び「カニューレ」の挿入を餘儀なくされた。

此の肉芽の發生が聲帯を縫ひ付けた縫合線の爲であるか又は以前の瘻痕肉芽が再び發生したものが不明である。狭窄の原因を追及する必要がある。

とにかく此の例に於て窓を作つて喉頭内に進み、直達鏡検査によつて前連合の位置を確定し、剝離聲帯を自由の位置に縫合し、創面治癒の迅速なる點、手術の單純化されたる點等確かに一歩進んだものと思ふ。此の例の狭窄原因は全然去らないが、手術そのものは成功して居るから之を報告して専門家に奨める。

### 135. 交叉性咽喉混合麻痺

#### Über gekreuzte kombinierte Kehlkopflähmung

迴歸神經麻痺に他の腦神經麻痺を合併する時混合性喉頭麻痺を稱する。從來此麻痺は中樞性のものか末梢性のものかはつきり解らなかつたが歐洲戰爭に際して末梢性の

ものが多いことが明かになった。本症例の報告は今迄可成あるが同側性偏側性のものである。本例に於ては交叉性に麻痺が起つてゐるのが特異である。

患者は31歳の女で食事に際して噎せること、嘔聲を訴へて来院する。約1ヶ月前原因と思はれるものなく舌軟口蓋がしびれ、むせるやうになつた。其後風邪に罹り諸症状は増悪しそれに嘔聲が加つて来た。大分縣立病院の耳鼻科(田中博士)の診察を受け左側の軟口蓋及聲帯麻痺といはれたことがある。来院當時検するに右側軟口蓋及び左側聲帯が麻痺して味覚は舌の左側が侵されてゐる。又右側咽頭後壁の知覚鈍麻を證明し左耳に聴力障害がある。

本症の原因は多くの場合不明である。本例に於ても外傷、「デフテリー」の病歴なく頭部X光線寫真にて右上顎に暗影を認め觸診により疼痛を訴へるが頭蓋底土耳其鞍に腫瘍を認めず亦血液のワ氏反應も陰性ではつきり原因はわからぬ。

本症は原因の所在により色々の症状を現はし四つに分類されて居る。第1は頭蓋内延髄部の壓迫によるもので延髄症候群(Syndrom of the bulbarnerves)といひ第9, 10, 11, 12 腦神経が侵され時に第6, 7, 8, 腦神経麻痺が加はるものである。

第2は頸靜脈血栓等で頸靜脈孔部位で神経が壓迫された時起るもので頸靜脈孔症候群(Syndrom of the jugular Foramen)と云はれ、第9, 10, 11, 12, 腦神経と交感神経が侵される。

次は副咽頭腔症候群(Syndrom of the parapharyng. space)で第9, 10, 12 腦神経及び交感神経が侵され、時に第7 腦神経の麻痺が加はる。

最後のものは聲帯横隔膜症候群(Vocalcord Diaphragma Syndrom)で第10 腦神経、横隔膜神経、交感神経が侵されるものである。

以上の場合いへば勿論其中1, 2 神経のみ侵されることもあるのである。然し一番接近して走つてゐる第9, 第10 腦神経は共に侵されることが多い。以上の分類より見るに多く心臓が侵さるべきであるが多くの場合障害が分らないのは両側から神経支配を受けて居るので一側が麻痺しても著明に症状を現はさぬためである。

又第10 腦神経が上方で侵される時は上喉頭神経も麻痺して喉頭に知覚異常がある筈であるが之を見出すことは少い。之は検査が不充分なため又一方知覚神経より運

動神経が先に侵され長く麻痺が續き知覚神経の方は早く恢復するので最初から見ずして病氣の途中から見るに治癒した後であることあり得る筈である。本症例にても最初今までは症状に大分變化を來たして居るのは此爲と思はれる。

今或病變が一側にあれば偏側に麻痺が起るので交叉性に麻痺が起ることは少く本邦に於ては未だ報告を見ない。

本症例の交叉性の原因としては異なる原因が別々にあつて來ているのか頭蓋内の2ヶ所に病變があるのか又は或一原因で両側が共に悪かつたのが左側の軟口蓋麻痺のみ早く恢復したのか決定する事は出来ぬ。本症例では恐らく第9, 第10 腦神経の一所になつた少し下で何か病變があるのでないかと推測される。

(昭和9年5月九州地方會講演)

### 136. 回 歸 神 經 麻 痺 Rekurrenslähmung

今日は諸君に回歸神經麻痺の一患者を供覽説明せむ。

患者 46歳の婦人、商家の妻。

主訴 嘶嘎、談話時の疲労。

家族史 父は腹水にて、母は腎臟炎にて共に死す(血族結婚にあらず)、父方並に母方の祖父母は如何なる疾病にて斃れたるか不詳、同胞6名あり、内1名は外傷にて斃れ他は皆健存す、夫は健全、2兒を有し皆健康なり、悪性腫瘍、結核、腦溢血、聾、吃吶等の遺傳的關係なし。

生活史 患者は生來健康にして17歳の時月經來潮し爾來整調ならず、22歳にして結婚す、種痘は3回之を経過し、又麻疹及び淋疾を病みたることあり、脚氣に罹りしことなし。

既往症 大正8年1月頃、認むべき原因なくして嘶嘎を來せり、依て同3月頃其専門醫を訪ひたるに咽喉に腫脹ありとて、吸入、含嗽、服藥等を受けしも毫も奏效せず。次で8月頃某病院にて喉頭より小豆大の腫瘍3個を剔出され、其後回歸神經麻痺の診断



の下に、吸入、合嗽、服薬等をなせるも何等効なく、依て同年12月當科外來を訪ふに至れり、發病以來嘶嘎の他何等の障碍なしと云ふ。

**現症** 體格中等、榮養良、顔貌尋常、頸腺腫脹なし、肺に異常なし、心臟濁音界は多少左方に擴大し、第二肺動脈音は稍々亢進するも雜音を聴かず、脈搏は75至にして整調、大さ及び緊張に異常なし、腹部臟器、知覺及び運動には障碍なし、食思並に睡眠共に良好、便秘の傾あり、尿に異常成分なし、ビルケー氏反應及びワ氏反應共に陰性。

兩耳は正常、右鼻腔前庭は發赤し疼痛あり、鼻中隔皺襞稍々著明なり、喉頭を検するに、左側聲帯は完全に麻痺し屍體位に固定せられ、邊緣著明に陥凹す、發聲に際し右側聲帯は正中線を超えて患側に進む、麻痺せる左側聲帯は健康なる右側よりも稍々狭く見ゆ。

**診斷及原因** 此に供覽する患者は單に嘶嘎のみを訴へて吾人の外來を訪へるものなり。抑嘶嘎は其の原因甚だ多し、即ち官能的には「ヒステリー」性麻痺を呈して來り、器質的には喉頭の炎症、腫瘍、外傷、喉頭筋の神經麻痺によりて起る、此患者の喉頭を見るに、聲帯は兩側共蒼白色にして何等炎性症狀を認めず、病歴に見ゆるが如き腫瘍も存在せず、又病歴に於て外傷を受けたるこゝなし、次に此患者に吸氣をなさしむるに右側聲帯は充分外方に其位置を轉じ得るにも拘らず、左側聲帯は毫も動かさず、發聲せしむれば右側聲帯は正中線に接近し、更に之を超えて左側に進むも、左側は毫も運動せず、即ち左側聲帯は外轉及び内轉運動を障碍せられつゝあるを見る、聲帯の外轉運動は後環狀披裂筋 *M. cricoarytaenoideus posticus* (又は單に後筋 *Posticus*)、内轉運動は内甲狀披裂筋 *M. thyroarytaenoideus internus* (又は内筋 *Internus*)、側環狀披裂筋 *M. cricoarytaenoideus lateralis* (側筋 *Lateralis*)、披裂間筋 *M. interarytaenoideus* (横筋 *Transversus*) によりて營まる、而して以上の筋は共に下喉頭神經即ち回歸神經に司配せらる、即ち此の患者の嘶嘎は左側回歸神經麻痺によるものなるを知る、前述の如く麻痺の診斷は喉頭筋の正常作用を理解し、之を腦裡に描きつゝ喉頭鏡を採りて検査すれば、特有なる鏡像によりて容易に之を下し得む、然れども其の由りて來る原因を診斷するは時に甚だ難事にして、而も頗る必要なるこゝなり、何しなればこれによりて其の豫後をト知し治療の方針を確定し得ればなり。

兩側性回歸神經麻痺は「ヒステリー」性失聲症に最も多く、稀には腦腫瘍、甲狀腺腫、食道癌腫、外傷殊に自殺の目的を以て前頸部を切傷する時に見る、此患者に見るが如き偏側性麻痺は大動脈瘤、外傷又は脚氣或は甲狀腺の手術、其の他神經附近の壓迫等によりて來るこゝあり。

此患者は既往に脚氣に罹りし事なく、甲狀腺の手術を受けたる事もなし、又頸部外傷もなし、胸部の打診、聽診に異常なく、左右脈搏の不均等オリバー、カルダレリ氏症狀等の大動脈瘤の存在を疑はしむべき症狀を發見せず、唯胸部のX光線透視検査に於て左側第一肋間胸骨左緣の部を中心とし、圓形にして周圍との境界明瞭なる一腫瘍ありて、注視すれば明に搏動を呈するを見る、左側回歸神經は大動脈弓を前方より廻りて上行するを以て大動脈瘤の壓迫により麻痺を來し易し、本例のX光線検査に於て見たる搏動性腫瘍は大動脈瘤に他ならず、大動脈瘤は左側回歸神經麻痺を來す最も普通の原因なり、吾人臨牀家は高年者にありて左側回歸神經麻痺を見れば直に大動脈瘤を想像して殆き誤らず、X光線検査も實は之あるが故に念の爲に行はれたるに過ぎず、斯くの如く一喉頭鏡像によりて外部より内科的に未だ診斷し得ざる胸内深部に潜伏する一大疾患を推斷し得るは實に興味ある事實ならずや。

要するに左側回歸神經麻痺を見たる時は先づ、大動脈瘤に疑を置き、X線検査、氣道、食道の直達鏡検査、胸部の理學的検査等に移りゆく可し。

左側回歸神經麻痺は鎖骨下動脈瘤又は無名動脈瘤によるこゝ多きも、左側麻痺に比すれば遙に稀なり、是、左側回歸神經は其の經過甚だ長く、從て附近臟器の疾患、中毒等の影響を蒙るこゝ右側に比して多きによるこゝ解せらる。

**症狀** 一侧の回歸神經麻痺は大動脈瘤によるが如く末梢性神經幹の侵されたる場合はゼモンの法則に従て先、開大筋即ち後筋より麻痺し次に内轉筋に移行す、故に一侧の後筋麻痺にては患者發聲にも呼吸にも障碍を感じず、内轉筋麻痺して聲帯が屍體位を取るに至り初めて嘶嘎現はれ茲に醫を訪ふ、然るに時を経るに隨ひて嘶嘎は普通談話にては殆んど區別し難き程度に回復す、されど喉頭鏡像にては左側聲帯依然として屍體位を取る、唯健側聲帯が代償性に中線を超えて患側に赴き麻痺せる聲帯に接近するを以てなり、然るに更に時日を経過すれば嘶嘎亦た著明となりて談話等の疲勞甚だし、

其の理は患側聲帯萎縮して兩聲帯の空隙増大するを以てなり、例へば此患者に見るが如く患側聲帯内縁陥凹して幅狭く見ゆるに至る。

兩側の回歸神經麻痺が一時に来る時は兩側性後筋麻痺を以て始るが故に呼吸困難甚しく氣管切開を要す、全麻痺に移行するに従て呼吸困難去り嘶嘎のみ残る、一側性麻痺よりも兩側性の時は嘶嘎著し。

此患者にありては一側性なれども聲門閉鎖不十分なるを以て、嘶嘎の外に力強き咳嗽をなす能はず、又充分なる胸壓、腹壓を生ぜしむる事能はず、多大の努力を以て發聲を試むるも聲門は狭小せず、多量の空氣は空しく逸出す、談話時の疲勞も之に因る、チームゼン Ziemssen は之を發聲時空氣濫費 Luftverschwendung bei der Phonation と名づけたり、之を定量的に測定するには先、肺活量計を以て患者の肺活量を測定しおき、次で深吸氣の後に「c」音又同調なる「エー」音を發せしめて其の持続秒数を測り、同様に嘯語「アー」及び會話語「アイウエオ」の持続發聲秒数を測り、各々の持続秒数にて肺活量を除して1秒時間の發音に要する夫々の呼吸量を知る、而して其の数より健康者に於て測定したる平均数を減すれば其の差は即ち求むる所の濫費量なり、此患者の濫費量は次の如し。

第 1 表

患者の肺活量	c 音「エー」 持続秒数	嘯語「アー」 ..	會話語「アイ ウエオ」 ..
2600 cc	10 秒	11 秒	6 秒

第 2 表

患者の1秒時の呼吸量		
「エー」	「アー」	「アイウエオ」
260 cc	230 cc	433 cc

第 3 表

	1 秒 時 の 呼 氣 量		
	c 音	「アー」	「アイウエオ」
健康者平均数	120	193	110
患 者	260	230	433
濫 費 量	140	37	323

第3表中健康者平均数とあるは、我が教室にて19歳より43歳に至る健康者10名に就て測定したるものなり。

患者は一息にて唯だ短句を發聲し得るのみ、麻痺の初期には健康聲帯は患側に接近し、以上の障碍は一時輕快するも、總て患側は萎縮し再び障碍現出す、今茲に供覽する患者は恰も此の時期に相當せり、尙ほ本患者に注意すべきは發聲の際會厭軟骨が右方に向て運動するここにして、此は會厭披裂筋が回歸神經の分枝によりて司配せらるゝ證なり、此筋は時さして上喉頭神經の司配を受くるここあり、其の際は一側回歸神經麻痺の爲に會厭の不對症の運動を見ず。

**療法** 由來疾病の原因を求めて之を治するは療法の第一なり、然れ共本症の多数には原因療法を行ひ難し、此患者の如く嘶嘎を主として來れるものは原病たる動脈瘤を治するは患者の希望にあらず、又治し難し、雖主訴たる嘶嘎を除くことを得れば大なる幸福なり、此目的に向て從來より電氣療法、發聲練習、壓迫法等行はれしも何れも奏效確實ならず、全く失望の状態にありき、然るに1911年ブリューニングスは麻痺せる聲帯に軟「バラフォン」を注射して豫期の目的を達するを得たり、本法の原理は麻痺せる聲帯に運動能力を賦與するにあらずして、麻痺萎縮せる患側聲帯を充分なる抵抗を有する一支柱と化し、其の邊緣を可成一直線となし、發聲時に對立せる健側を可及的接觸せしむるにあり。

**注射法** 余の好んで用ふる方法は直達検査(坐位)の下にスタインの新型注射器に余の長注射針を裝置し、我教室特製の43度の融解點を有する「バラフォン」を徐々に注射するに在り、注射は3乃至4點に於て毎回2分の1乃至3分の1回轉宛注射す、本患者には聲帯の中央に2分の1回轉、其の前後に夫々3分の1回轉宛注射せり、注射の直後既に嘶嘎は輕快せり。

**後療法** 當初4—5日は絶對的に發聲を禁じ、注射の爲に起りたる發赤腫脹を去る爲に1%重曹水吸入を命じ、次の1週間は靜かに發聲せしむ。

**適應症** 1. 「ヒステリー」性麻痺にあらざることを確むべし。

2. ブリューニングスは發病後6乃至9ヶ月したるも、脚氣又は「ヂフテリー」後麻痺の如きは、長時日後尙自然に治するところあるを以て、余は發病後1ヶ年とす。

3. 原病が治癒の見込なきときは、1年以内にて可なり。

(注射法の詳細は拙著「回帰神経麻痺の療法特に聲帯内「パラフィン」注射法」東京醫事新誌第2000號大正5年11月發行及び第2002號大正5年12月發行を見よ)。

其の後此患者につき術後の濫費量を測定したるに結果は次の如し。

第4表

患者の肺活量	c音(エー)持続秒數	嘖語(ア-)	「アイウエオ」會話語
2600 cc	18 秒	13 秒	10 秒

第5表

	c音	「ア-」	「アイウエオ」
患者1秒時の呼氣量	144 cc	200 cc	260 cc

第6表

	1秒時の呼氣量		
	c音	「ア-」	「アイウエオ」
健康者の平均數	120	193	110
患者術前	260	230	433
同術後	144	200	260
術後の濫費量	24	7	150

此くの如く濫費量を減少し、發聲せしむるに始め不可能なりし高音階が音聲の分離なくして容易に發せらるゝに至れり、談話時の疲労、咳嗽無力は無論除かれたり、故に此法は實に患者の餘生に幸福を與ふるものなり、唯聲帯内の「パラフィン」注射は失敗したる時、鞍鼻に於けるが如く修正不可能ならず故に術者は自信なくして濫りに手を下すべからず。

#### 附 初生兒回帰神経麻痺(患者供覽)

Ein Fall von linksseitiger Rekurrenslähmung beim Säuglinge.

8ヶ月の男兒(初診昭和6年7月11日, 外來番號 2676 號)

母乳を以て養せられたるが1昨年より突然聲音嘶嘎を來す、元氣わるく食慾なし、小兒科の診察をうけたるに乳兒脚氣の症狀なしとの事なり。母脚氣にかゝりし事なし、今直達

検査を施すに左側回帰神経麻痺あり聲帯は白色、毫も炎症を見ず。乳兒脚氣の疑にて母乳は中止せしめざるも母、子共に「オリザニン」内服及注射を爲し數日毎に聲帯運動を検したるに運動次第に良好になれり。

明治3、4年の頃三宅宗淳氏は既に乳兒脚氣には大多數に嘶嘎起り他の症狀のなき場合あることを注目せり、明治43年頃淺井博士は小兒の喉頭は検査しがたきを以て嘶嘎の本態を知りがたしといへり、余は明治44年伊東博士の兒科より送られたる乳兒脚氣患者の喉頭を直達検査法にて精査し回帰神経麻痺なることを始めて見たり、多くは左側なりき。其後人乳中毒症又は穀粉營養障礙症と稱するものも同様に検査して左側回帰神経麻痺を見たり。余は此時よりして此等の疾患は或は同一のものにあらずやとの疑を起し居れり、本患者にては聲音嘶嘎、左側聲帯麻痺あるのみにて他に脚氣症狀なしといふ、或は回帰神経麻痺は乳兒脚氣の Monostigmata として現るゝ事あるにあらずやと考ふ。

(昭和6年7月九州地方會講演)

### 137. 心臟瓣膜疾患に因る廻歸神経麻痺

#### Rekurrenslähmung durch Herzfehler.

患者 22歳の未婚女(1926年3月18日, 外來番號 1010 號)

主訴 嘎聲, 咳嗽不能, 發聲時の疲労。

患者は1923年、心悸動を訴へ一醫によつて心臟病のあるを認められたるこゝあり、1925年に膝關節の癱瘓質斯、更に同年12月、十二指腸蟲症に罹り驅蟲劑を服用してから嘎聲となり、爾來その嘎聲は漸次進行したと云ふのがその病歴の大略である。

嘎聲の生ずる場合は喉頭それ自身の疾患及び喉頭外の疾患に大別することが出来る。今この患者の喉頭を検するに何等の炎症もなく又腫脹もない、兩側の聲帯は蒼白色である。唯發聲の際左側聲帯が正中線に來ない、即左側に廻歸神経麻痺があるために患者の主訴が來てをるこゝが分る。

喉頭の神経は迷走神経に源を發する上喉頭神経(Nervus laryngeus superior)及び下喉頭神経(N. laryngeus inferior)である、前者は主として知覚神経、後者は運動神経で即ち廻歸神経を呼ぶ。それは一旦下降したものが再び廻歸上昇して喉頭に分布するからである。左側の廻歸神経は大動脈弓を廻つて上行するから大動脈瘤によつて容

易にその麻痺を起すことが多い。今一般的に迴歸神經麻痺の原因として數ふべきは

第一 迴歸神經の壓迫等に因るもの。胸縱隔腔の腫瘍、食道癌、心囊炎、心臟瓣膜症等である。

第二 尙この外に中毒によつて喉頭神經麻痺を起すことがあるが、中毒を起すものとしては、1. 「デフテリー」、ワイル氏病等の合併又は後發症として。

1. 脚氣(乳兒脚氣)、その他諸種の藥品(例之ば「ニコチン」、「アルコール」、鉛等)を考へねばならぬ。これ等の中でも乳兒脚氣の中毒は日本人に於ては特に注意すべきことであつて、乳兒脚氣患者に來る嘔聲の原因に就ては徒らに諸種の臆説行はれその眞因は不明であつたのであるが、明治43年(1910)余は小兒喉頭に直達検査を應用し、初めて迴歸神經麻痺に因ることを明かにした。

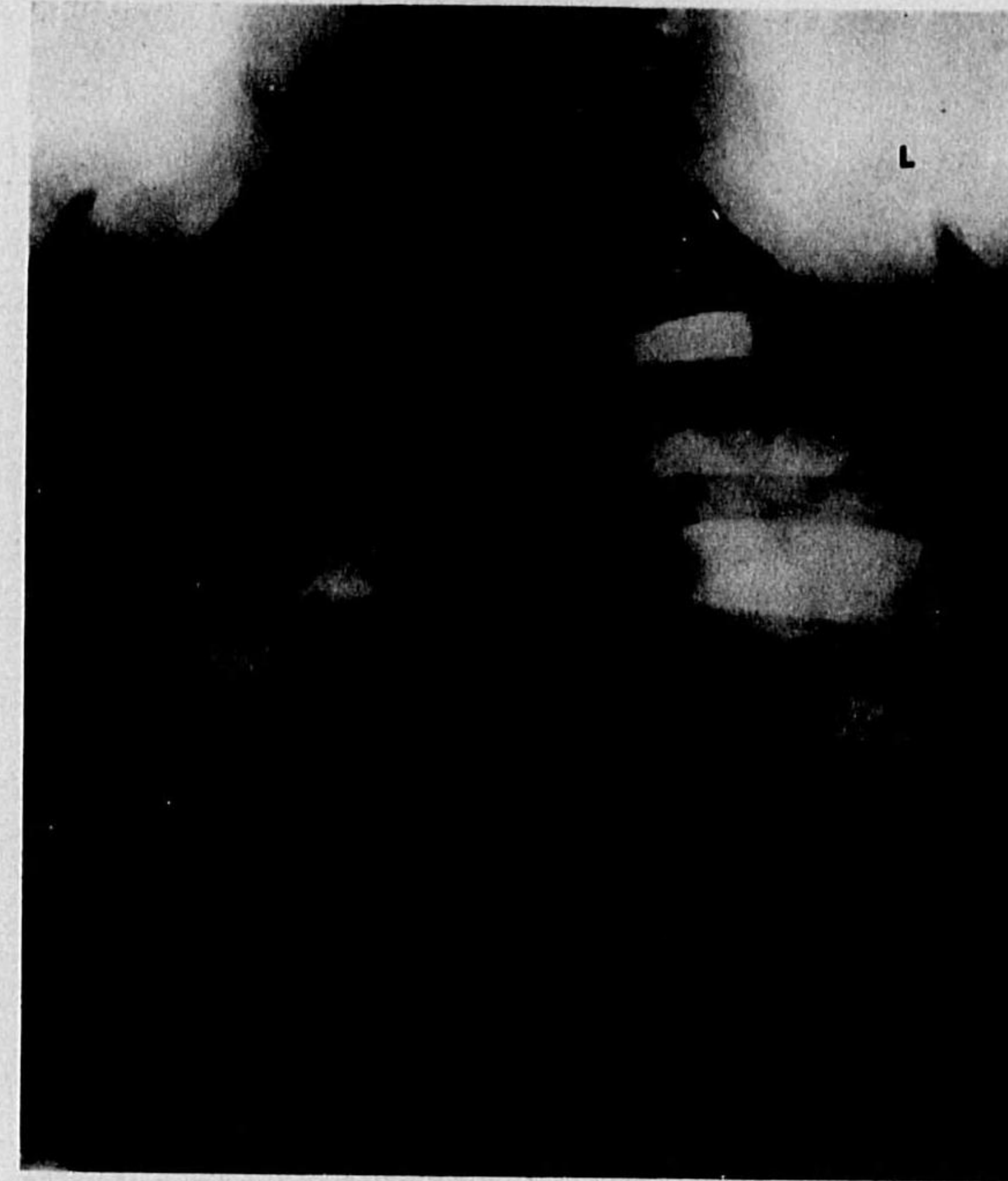
第三 迴歸神經麻痺はその他、自殺や甲状腺手術の際の神經損傷にても來り得ることは云ふまでもない。

第四 尙腦腫瘍又は「ヒステリー」性麻痺等の中樞性原因もある、無熱、無痛及びその他の「ヒステリー」性症狀、腦腫瘍に伴ふ他神經の麻痺症狀等を參酌せねばならない。

以上擧げた數箇條の原因に就て考察して見るに、第三、第四の原因は無い。次に第二について「デフテリー」やワイル氏病等はないが脚氣は如何。最も注意を要するのは乳兒の際母乳によつて脚氣にかかり、嘔聲の治りたる状態で生長し迴歸神經麻痺だけ残つて居る場合である。この患者には今脚氣の症狀がないばかりでなく幼時に遡つて脚氣のことは無い。しからば藥品の中毒はどうか云ふに、驅蟲剤「ネマトール」の中毒症狀はよく耳に來つて聽神經炎を起すけれども同歸神經麻痺を起したことは未だ知られてゐない。第一の原因中食道に於て何等の主訴も病的症狀もない。次に縱隔實及心臟の所見はここにX線寫眞によつて分明なる通り(X線寫眞を見よ)心臟影は左右殊に左側心室部に於て著しく膨大してをる、動脈瘤や縱隔實腫瘍の陰影は認めない。武谷内科の検査によつて心囊炎はないが僧帽瓣閉鎖不全症のあることが認められた。閉鎖不全によつて血液は逆流するから心臟の活きは烈しくなり心臟の肥大を來し、肥大はやがて左側迴歸神經に壓迫を加へその麻痺を招ぐこととなる。

迴歸神經麻痺を云つてもそれに支配される喉頭内凡ての筋肉が一時に麻痺するもの

第 286 圖



でなくその間には自から順序あり、所謂ゼモン、ローゼンバハ(Semon-Rosenbach)の法則に従つて起るものである。

即先づ最初に喉頭開大筋たる後筋神經が侵され次で漸次全麻痺に移る。第1期は今も云ふ通り後筋麻痺であつて患側の聲帯は正中線に固定するから發音時は何等の異變なく、呼吸のとき聲帯は健側だけしか開かない、一方は開くから別に呼吸困難の症狀は著明でない、唯兩側同時に麻痺するときは兩側の聲帯が正中線に來るから高度の呼吸困難を起す。第2期、この時期には患側聲帯は所謂屍體位をとり、始めて嘔聲が現はれて來る、然し呼吸時には少しも變りがない、この時期の後半に至れば健側の聲帯は代償的に正中線を越えて他側に近寄るから嘔聲は幾分か恢復される。第3期、患側聲帯は

漸次萎縮を來しその中部彎曲凹陷し嘔聲再び著明となり咳嗽不能となり且會話時に非常に疲れ易くなる、即ちチームゼン(Ziemssen)の所謂空氣濫費の現象が現はれる。この患者にあつては既に第3期に入つてをるから今述べたやうな症候を主訴として居る。

然らば何故に後筋が最初に麻痺するかといふに、聲帯の閉鎖を司る筋は數多くあるのに開大筋は唯一つである、それで神経纖維の數は後筋の方が遙かに少ない、従つて若し同じ様に侵されて行くならば少ない方が先に弱る譯である、あながち後筋の抵抗が弱いためだ説明する必要もない。

治療 云ふまでもなく原因を除くことが第一であるが大動脈瘤や心臓瓣膜症がその原因となつてゐる場合には原因的治療は困難である、しかし専門の立場からして患者の主訴たる嘔聲や會話時の疲勞等を除くことが出来れば先づ満足せねばなるまい、これは可能である。

その症候の由つて來る所以は兩聲帯の接近不能であるから以前は喉頭を外から指又は「ペロテ」で押へたりしてゐたものである。所が1911年ブリューニングス(Brünnings)は萎縮弛緩した聲帯内に溶解點攝氏43度の軟「パラフィン」の注射を行つた、この注射によつて麻痺した聲帯は固くなり、厚さを増し、健側聲帯の振動に支へを與へるやうになるから聲音が恢復する。その方法の詳細及び成績は東京醫事新誌2000乃至2001(大正5年11月)に述べてある。

又他の一法として患側と健側の神経を手術的に繋ぐ方法がある。近來アメリカで發達するに至つた、バルチモア大學のブラロック及クロウ兩氏(Blalock & Crowe—Baltimore)は犬に就いて多數の實驗を爲し廻歸神経は如何なる神経と繋ぎ得るかといふことを研究した。それによれば舌下神経(端・端)迷走神経(端・側)横隔膜神経(端・側)他側の廻歸神経(端・側)との繋合せが可能である。

要するに原因が不治である場合に早期診断によつて神経の退行變性が未だ進行せぬ間はこの神経縫合術を行ひ、この方法の行はれぬときは「パラフィン」注射をやるべきである。この患者には希望があれば聲帯内「パラフィン」注射を行ひたいと思ふ。

### 138. 健康聲帯に「ポリープ」を有する左側回歸神經麻痺 Linke Rekurrenslähmung mit Polypenbildung am rechten gesunden Stimmband

本日供覽する患者の疾患は、單に専門科上興味あるのみならず、内科的にも密接なる關係を有するものなり。

症例 患者は44歳の農夫にして、嘔、談話の疲勞、肩胛部の疼痛及び倦怠感を主訴す。

既往症を見るに祖父母は不明の疾患にて死亡し、兩親共に健存す、同胞6人孰れも壯健なり、9人の子女を擧げたれども、其中4人は出産後間もなく死亡せり、叔父1人卒中にて斃れたる他遺傳的關係の認むべきものなし。

生來健全にして、21歳の時淋疾に罹りたる他、記すべき疾患を覺えず、23歳にして婚す、酒及び煙草は中等量を用ふ。

現症の病歴として重要なるは、5—6年前大木が左胸部に倒れて強く打撲せられたるこゝなり、それ以來毎年1—2回左側胸部の疼痛あり、約3箇月前より何等認むべき誘因なくして、嘔に氣付きたり、其れまでは聲音に變化なし、爾來肩胛部の疼痛及び倦怠感を來せり、醫療或は點灸を行ひたれども效果なし。

諸君の視らるゝ如く、體格及び營養中等にして、顔貌に苦悶の狀なし、皮膚の色汚穢黃褐色を呈すれども貧血性ならず、眼結膜に充血なく舌に苔を認めず、背部には脊柱の兩側に沿ひて多數の灸痕あり、皮下脂肪に富む、頸部、肘部に淋巴腺の腫脹を觸れず。

肺臟には他覺的に異常を見ざれども、左側前胸部に於て打診に依りて内方は正中線、上方は第一肋骨、外方は乳線の稍々側方に互る廣汎なる濁音界存し、其下界は心臓濁音界に移行す。此の異常濁音界の上部は一般に膨隆し、且可なり著しき搏動を認め得。

心臓は外方に向ひて稍々肥大す、心音は著變なし。

發音せしむるに、高度の嘔を呈し、殆んご失聲症の狀にあり、談話に非常の努力を要し、且つ疲勞し易し。

尿に異常成分なく、ワッセルマン、ビルケー反應何れも陰性、食慾は尋常なれども、睡

眠安静ならず、便通正常なり。

聴器、鼻腔、咽頭には著しき變化なし。

今、喉頭鏡を取りて檢するに、呼吸時にありて會厭軟骨及び披裂軟骨部には異常なし、右側聲帯は稍々發赤し、其の前方3分の1の處に帶赤色の小圓形麻痺大の有莖性腫瘍あり、但聲帯自身は運動には異常なし、之に反し左側聲帯は中央部強く凹陷し彎曲して弓狀をなし(Excavatio)發聲位と呼吸位との中間なる屍體位に止りて動かさず、右よりも少しく細く見ゆ、發聲に際しては右側聲帯は正中線を越えて左側に進み斜位をとり、右側披裂軟骨は左側に重なるが如き狀を示す、即ち兩側披裂軟骨交叉を呈す。

胸部のX光線寫眞(附圖を見よ)に於ては、心臟の上方に異常濁音界に一致したる頗る大なる陰影を認め、透視像に於て搏動を見る。

診斷 喉頭鏡検査に依る所見によれば左側回歸神經麻痺及び右側聲帯に發生せる「ポリープ」にして、胸部の理學的検査に依りて大動脈瘤の存することも明かなり。

さて此患者に就きて他覺的所見を綜合すれば、診斷極めて單一なれども、此の所見を考察するは興味ある問題なり、大動脈瘤に因る回歸神經麻痺は右側に來るこゝ稀にして、殆んど左側に限る、故に喉頭鏡をさりて左側聲帯麻痺を見れば、中年以上の人ありて逆に大動脈の動脈瘤を診斷し得るこゝ往々あり。是、左側回歸神經は大動脈弓部の附近にて迷走神經より分れ、弓を潜りて更に上行するが故に、此の部の動脈瘤によりて其の壓迫を受け麻痺を來すに因るものなり、されど聲帯麻痺を來す原因は其の他種々あるを以て直に大動脈瘤を即斷し難きこゝあり。假令ば甲狀腺、食道或は附近臓器より發生したる腫瘍の壓迫に因るこゝあり、故に甲狀腺の觸診、食物通過の如何、鎖骨上窩の淋巴腺如何等を注意すべし、其他頸部に於ける回歸神經の損傷(假令ば手術に因る)、頸部の癍痕等も看過すべからず、又「デフテリー」、「インフルエンザ」、「チフス」等の急性傳染性疾患及び脚氣、鉛等に因りても中毒性回歸神經麻痺を起す、而も之等の場合にも左側の回歸神經麻痺を起すこゝ多し、是、回歸神經は左側が右側よりも長き經過を取るが故に毒を受くるこゝ多きを以て説明すべし。

余は右側健康聲帯に「ポリープ」の發生したるこゝを非常に興味ありと思ふ、元來聲帯に發生する「ポリープ」は聲帯の前方3分の1の部に生ずるを常とす、其發生の原因

第 287 圖



胸部の「レントゲン」寫眞像  
背腹照射、心臟左右に擴張し上方に大動脈瘤の陰影を認む

に關して、聲帯の後方3分の1までは披裂軟骨の聲帯突起を含めるを以て發聲に際して振動する部は前方3分の2にして其前半は振動最も強く先づ合する處なり、故に發聲に際して、兩聲帯の前方3分の1と中央の3分の1との堺の部は互に相打ち相刺戟して組織の増殖を來し、遂に謠人結節(Sängersknötchen)となり、更に「ポリープ」を形成するに至るものなりと唱ふる人あり、されど余は聲帯の前方3分の1の部は聲帯の振動に當りて結節點となるが爲めに、炎症浮腫を呈したる聲帯は、浮腫が振動の最も少き結節點に集り、組織の増殖となり謠人結節を作り、遂に「ポリープ」なるものと思ふ。若、聲帯が兩側共健にして振動する時は相打つ部に増殖を來すを考へられざるに

あらざるも、此1例の如く他側に麻痺ありて一側のみ振動する場合には相打つが爲めさは考へ難し、嘶嘎の爲めに健康なる一側の過度の振動に因りて前方3分の1に「ボリープ」生じたることは、結節點に生ずる説を確むるものなり、尤も此の例に於ては嘶嘎は近來麻痺後に來りたるものにて、以前より「ボリープ」の爲めに嘶嘎ありたるにはあらざるなり。

**症例及経過** 次に回歸神經麻痺の経過に就きて述べむ、回歸神經麻痺はゼモン氏法則に支配せらる、ゼモン氏法則 Semon's Gesetz には、喉頭の運動神經幹に器質的變化の來るべきは、初め開大筋即ち後筋 Posticus 侵され、次で閉鎖筋の麻痺來り全麻痺となるに云ふにあり、即ち、先、聲門の開大筋なる後筋の麻痺來るべきは、聲帯は正中線に止りて動かさず、一定時を経て閉鎖筋なる爾餘の諸筋の麻痺するに至り、聲帯は正中位さ呼吸位さの中間位なる屍體位に止り、回歸神經の全麻痺となる、ローゼンバハ Rosenbach は一般に運動神經の侵さるべきは、伸筋先づ侵され、後に屈筋に及ぶに云ふ通則を發見し喉頭の聲帯内筋も此法則に依ることを唱へ、今日にてはゼモン、ローゼンバハの法則を稱せらる、ゼモンは更に延髓内に遡りて此法則の範圍を擴張せんをせしも之には異論あり、今此の患者にては左側聲帯全麻痺を見るも、初めは後筋麻痺より起れるものなり、故に兩側同時に後筋麻痺を起せば、烈しき呼吸困難起り、氣管切開を要することあり、後筋麻痺の際は發聲には差支へなきを以て、患者之を自覺せず嘶嘎起りて初めて醫の許に往く、此の時は既に聲帯の屍體位に轉じたる全麻痺期なり、此後、時期を経過すれば、此患者に見るが如く麻痺せる聲帯が萎縮し彎曲を呈す、此患者の如く發聲に際して、健側披裂軟骨の交叉及び健側聲帯の正中線を越えて、代償的に動くは回歸神經麻痺の末期なり、回歸神經麻痺の全経過を音聲の關係を見れば初め後筋麻痺の間は音聲に甚だしき異常なく、全麻痺となりて嘶嘎頗る増加し、健康聲帯が正中線を越えて他側に代償性運動を營むに至り、音聲少しく良好なるに似たれども患側萎縮を來すに及びて再び嘶嘎の度を加ふ。

如此、聲帯が萎縮を來すべきは嘶嘎の他、此患者に於けるが如く一種の談話障礙を呈す、元來發聲に際しては聲帯の運動によりて聲帯の開閉を適當に行ひ、此處を通過する空氣に依りて聲帯の振動を起さしむべきものなれども彎曲位にある聲帯にては發聲に

當り健側の聲帯正中位に來るべき雖も、兩聲帯間に尙半月狀の大なる空隙を生じ、空氣は之より洩るべきを以て、發音は無力性にして、早く疲勞し、談話を永く持續する能はず且多大の努力を要す、是、チームゼンの所謂發聲時の空氣濫費なり、しかのみならず聲門は常に開放されたる状態にあるが故に、聲門を閉ぢ深部氣道に壓を高め、急頓なる聲門の開放によりて行ふべき咳嗽作用を營む能はず、喀痰の排出困難なり、且腹壓を高め難し、此患者につきて所謂空氣濫費量を測定し(測定法は「回歸神經麻痺」の項に詳しく述べたり)、數字を以て現はすに次表の如し(後段治癒後の表第1を参照)。

第 1 表			
1秒間に發する	健者の要する呼氣量	患者の要する呼氣量	其の差即ち濫費量
c音發聲	120cc	945cc	825cc
囁語發聲	193cc	604cc	411cc
會話語母音發聲	110cc	988cc	878cc

**療法** さて、吾人は斯かる患者に如何なる處置を施すべきか、原病の大動脈の動脈瘤は治し難きも「ボリープ」は喉頭鉗子にて容易に摘出し得べく、嘶嘎は之によりて稍々回復せらるべし、されど回歸神經麻痺に因る嘶嘎は治し難し。

回歸神經麻痺に於て、麻痺の原因たる疾患が治癒するものなれば、漸次恢復する事あれども動脈瘤に因るものは電氣療法も效なし、恢復し難きものには對症的の法を以て、從來發聲練習を行ひ談話の障礙を軽減せんを試むる者あれども、既に萎縮を來し彎曲せるものには效なし、又指頭或は器械を以て、兩側甲狀軟骨を壓迫して、他動的に兩聲帯を近づかしめんを以てしたる人あれども、化骨せる甲狀軟骨にありては骨折を起す虞あり。

ブリューニングス Brünings (1911年)に依りて行はれたる聲帯内「パラフィン」注射法 Intrachordale Paraffininjektion は最も合理的にして奏效も亦確實なり、余も亦此の法を多數の症例に就きて實驗し常に良好なる結果を得たり、此の法は直達検査法に依りて直管を聲帯に進め電燈照明の下に43度の熔融點を有する「パラフィン」を余の考案に成れる注射針に依りて、3分の2乃至1立方仙米を3—4箇處に分割注射するにあり、如此すれば、麻痺弛緩せる聲帯は緊張し、兩聲帯間の空隙は減ぜられ、術後聲音は

直に明晰なる、此の方法を行ふに際し注意すべきは、適應して麻痺恢復の見込みなきものを選び、注射針は稍、側方に向ひて刺すべく、注射後1週間は發聲を絶対に禁止すべきこと等なり、注射せられたる「パラフィン」は漸次吸収せられ、其の部は結締織に化す(注射法に關する詳細は「東京醫事新誌 第2000號及び2002號大正5年を見るべし)。

此の患者に於ても、先、「ボリーブ」を除去し、次で聲帯内「パラフィン」注射法を行ふべきものなり、斯くして患者の主訴たる嘶嘎及び談話の疲勞を除き得れば、吾が領域に於ける目的は達したりと云ふべし。

附記 大正12年10月19日、直達検査法に依り聲帯内「パラフィン」注射を聲帯3箇處に行ひたるに、術後發音は明瞭となれり、更に空氣濫費量を測定したるに次表の如し、注射前後を比較すれば、濫費量の著しく減少せるを見るべし。

1秒間に發する	健者の要する呼氣量	患者の要する呼氣量	濫費量	術前濫費量
c音發聲	120cc	369cc	249cc	825cc
囁語發聲	193cc	231cc	38cc	411cc
會話語母音發聲	110cc	461cc	351cc	879cc

### 139. 喉頭異物

#### Fremdkörper im Kehlkopf

症例 患者 柳○男、3歳 男兒(外來番號 4278)

主訴 咳嗽、呼吸困難、失聲。

現症 9月25日患者は夕食時鯛の煮肴を獨りで食べてゐたところ突然咳嗽發作起り顔面蒼白となり、同時に呼吸困難を訴へたが次第に平靜に歸し後には喘鳴、狹窄音を聞くに到り更に其後失聲を訴ふるに至つた、然し食道の狹窄症候はない、體温 37.2度、某醫に「デフテリー」の疑をもつて4500單位の「デフテリー」血清の注射を受けたけれども効果がなかつた。

既往症には「デフテリー」にも脚氣にも罹つた事はない。

現在は呼吸時に「ゼーゼー」と云ふ發音が聞え喘鳴があるが、X線寫真には何等變化を認めることは出来ない。小兒科に於て胸部診察の結果は、左右肺上部呼吸音粗糙であるが濁音も水泡音も聽かれない。と云ふことである。

類症鑑別 上述の如き狹窄現象を見た時吾々には先づ喉頭「デフテリー」、喉頭異物及び喉頭乳嘴腫を考へねばならない。

喉頭「デフテリー」の場合には突然なる體温上昇があり、又「デフテリー」菌染色及血清の効果等によつて診斷することが出来る。この場合には病歴によつて「デフテリー」は之を除外することが出来る。

喉頭乳嘴腫は慢性に發生するものであるから従つて呼吸困難は甚しくない。

喉頭異物の時は全く之に反して突然に起るものであるからそれによる呼吸困難も甚だしいのが常である。

然しながら此等の中、類症鑑別の最後の斷案は客觀的症候の助けによつて定められなければならない。

診斷及成因 此の小兒の直達鏡による喉頭所見を述べる前に異物嵌入の状態を理解し易からしむる爲に喉頭の臨牀的病理解剖に就て一言しよう。

圖に明かなる如く口腔より食道への食物の通路と鼻腔より氣管へ至る氣道とは必然的に喉頭で相交叉し、會厭と軟口蓋とは恰も鐵道交叉點に於ける「ポイントマン」の様な役を勤め其の通路の故障を防いでゐる。所が食事中會話するか、泣いたり、笑つたりする場合には時にこの「ポイントマン」に手違を生じ故障を惹き起すのである。

然し乍ら假令「ポイントマン」に手違を生じた場合にもそれによる故障を防ぐ爲に自然は尙幾多の番兵を置いてゐる。會厭部、喉頭入口、假聲帶、聲帶、咳嗽反射は即ち之であつて就中喉頭入口部は近時、この番兵中最も重要なものである事が判つたのである。

此患者の直達鏡による喉頭所見は、聲帯には何等の變化なく、聲帯の中央に其兩端は前後壁に突きさゝりながら矢狀位に1本の細い魚骨を認めることが出来る、而して後壁即ち披裂軟骨部の粘膜には發赤腫脹がある。

此の如く喉頭の異物は聲帯の爲にかゝる位置即ち矢狀位を取り、之に反して食道の



異物は前額面の方向に介在するものである。

**療法** 異物摘出、異物の摘出は直達検査法行はるゝに至つてから最も其恩恵を蒙つたもので其以前、或は熟練しないものは氣管切開を行ふのが例である。

直達法によるには全身麻酔のみに喉頭直達鏡を挿入し直接鏡下に異物を見つゝ鉗子を用ひて突きさゝりたる異物の根元に近く攔み、而して之を摘出するのである。こゝに注意すべきは例へば魚の脊椎骨等の異物は1本に見えても其實何本も重なつてゐる場合があるからこの時は一部分でも振り落さぬ様にならなければならない。若し誤つて振り落せば喉頭異物は氣管枝異物に變じて操作は甚しく困難なる。氣管枝異物は氣管枝の解剖的關係即ち右氣管枝は直徑大にして其分岐角度大なる上且「カリナ」左方に邊する等の故を以て異物は多く右側氣管枝に落ちるのである、現に吾が教室の氣管枝異物中右側のものは77.5%を占む數を示してゐる。

若し異物が豆の如く丸いものである時は咳嗽によつてはね返され、かくて氣管支或は氣管分岐部に聲門下腔との間を咳嗽反射と共に交互に上下飛躍することがある。これを特に舞踏性異物 (Tanzender Fremdkörper) と云ふ。

術後療法としては異物の突きさゝつた場所は硝酸銀で腐蝕し頸部を濕布し安靜を命じて體温を監視す。大抵は摘出後全快するものである。

## 140. 頸動脈瘤

### Karotisaneurysma

患者は60歳の男子、本年初め肺炎と耳痛を起し其経過中に圖らずも右頸部の腫物を認めたるものにて初め腫瘍の疑にて來院せしも實は頸動脈瘤なり。觸るゝに搏動著しく又頸動脈の下方を壓迫すれば搏動消失する事よく知らる。腫瘍を誤診する事あり、注意の爲め患者を供覽す。

(久保曰く、此例或は動脈腺の腫瘍なるやも知らず、「ラヂウム」貼布によりて縮小するか否かを試験中なり)

(昭和4年6月九州地方會講演)

## 第七章 聲音及言語障礙

### Phoniatrie und Logopädie

#### 141. 「ヒステリー」性失聲症

##### Aphonia hysterica

**患者** 32歳の酒商の妻。

**主訴** 無聲 但し囁語を發し得。

**家族史** 父は不明の傳染病にて斃れ母は今猶健在なり。祖父母は不明の疾患にて斃れたり。同胞7名ありしも内2名(1名は脚氣、他の1名は病名不詳)は死亡し目下5名健存す。夫は健全、未だ兒を擧げず。遺傳的關係特に精神病の遺傳を認めず。但し實母は神經質にして神經痛を有せりと云ふ。

兩親は血族結婚(二從兄妹)なりと云ふ。

**生活史** 患者は生來健康、神經質なり。14歳始めて月經あり、爾來整調なり、18歳にして結婚す。種痘は4回經過し21歳の時子宮内膜炎に罹り、24歳の時慢性胃加答兒を病みたり。

**現病歴** 2—3年前より家業上に就き多少精神を過勞せり。大正8年5日5日夜、實母の病氣看護のため午前2時頃迄その枕頭に侍したり。然るに其翌朝起床に際し前夜迄完全なりし聲音が全く消失せり。依て直に醫の許に至り吸入、服藥等を試みしも治せず、1週間後某病院にて電氣按摩、頸部巻法、服藥を受くること約1週日始めて治癒するを得たり、是第1回の失聲症なり。次で8月23日夜隣人と談話中、茶を入れんとして起立したる際、突然發聲不可能となれり、依て再び某病院にて同上の處置を試みられ1週間にて治癒せり、これ第2回の失聲症なり。然るに9月24日裁縫に從事中、咽喉部の蟻走様感に次で又々失聲を來せり、依て再三某病院に赴きしも遂に治せず、これ第3回の失聲症なり。而して後2回の發作は何れも月經時に相當せりと云ふ。當時頸部に疼痛なきも時々咳嗽ありし。

**現症** 體格、營養共に中等、胸腹諸臓器に異常なく、ビルケー氏反應陰性、尿に異常成分を認めず。膝蓋腱反射、筋反射正常、懸壺垂反射は稍々減退し、角膜反射殆んど全く消失す。運動障礙はなきも時々頭痛、眩暈、頭髮の知覺過敏症、眼瞼痙攣、「ヒステリー」球ありと云ふ。

耳、鼻腔及び咽頭には著變なし。喉頭を検するに左右聲帯は蒼白色を呈し發聲時に聲門の後方に三角形の間隙を残す。咳嗽は可能なるも發聲は不可能にして嘶嘎す。

**診斷** 抑も嘶嘎を來す原因に種々あり、聲帯自己の急性慢性の炎症、腫瘍、外傷及び喉頭内異物、神經障礙等皆これに屬す。本患者の喉頭を見るに炎症、腫瘍、異物、外傷等の存在を認めず。從て神經障礙によるに非ざるかを思はしむ。而して神經障礙によるものを更に器質的と官能的とに區別するを得べし。本患者に就て見るに他に回歸神經の器質的變化を想像すべき症狀一もなし。且つ本患者に注意すべきは、(1)發聲即ち隨意的聲帯運動をなし能はざるも咳嗽の如き不隨意的即ち反射的聲帯運動は可能なること。(2)響を有する發聲はなし能はざるも尙囁語を以て談話し得ること。(3)無聲が音聲の過勞、飲酒等の原因なくして精神過勞後に突發し來り然も病歴に於てその恢復再發常ならざること。以上の所見により本症が神經の器質的障礙によりて來れるものにあらざること疑なし。且この患者にありては角膜反射消失、頭髮知覺過敏症、「ヒステリー」球等所謂「ヒステリー」症狀に數ふべきものを見る。即ち本症は「ヒステリー」性失聲症(Aphonia hysterica)に外ならず。

**原因** 1. 素因、神經質特に「ヒステリー」性素因を有するものに来ること多し。

2. 年齢 青年より壯年期に多し。小兒、老人には稀なり。

3. 性 妙齡未婚の處女に多し。大戰後兵卒間に多數の例を出したり。

4. 誘因 身體的外傷例へば咽頭扁桃腺手術 拔齒後に來る。外傷そのものよりも寧ろこれによりて受くる精神的打撃を主要とす。尙喉頭「カタル」を伴ふ感冒によりて來ることあり。精神的外傷としては最屢々憂感、驚愕、忿怒、稀には歡喜、戀愛、結婚問題等なり。例へば従僕が主人より叱責せられ、兵士が上官より叱責せられたるがために來ることあり。余は滯歐中一兵士が兵役を免除せられむがために「ヒステリー」性失聲症を許病したる例を見たり。要するに直接間接に來る一時的又は長時間に亙る精神の

劇動は總て誘因たり得。本症は又他の臓器の生理的又は病的變化と共に存在し又は同時に來ることあり。例へば扁桃腺肥大、鼻茸と共に存し、月經障礙或は妊娠經過中に現はるゝ如し。本症は模倣によりても來ることあり。「ヒステリー」性婦人を本症患者と同居せしむる際に見る。

5. 人種及び階級 由來「ヒステリー」は文明の程度高き者に多し。即ち同一人種中にては比較的知識階級に多し。今回の歐洲戰亂に於ても英國兵殊に佛國兵に多かりしと云ふ。これを戰爭による失聲症と稱せらる。或學者は其原因を毒瓦斯による炎症性失聲となし或は毒瓦斯によりて障礙を蒙りたる聲帯を強いて使用すれば嘶嘎は益々増悪するが故に聲帯に持續的の休養を與へむとて却て失聲に陥らむと云ふ。然れども佛國の學者は毒瓦斯に因る炎症性失聲と「ヒステリー」性失聲とを明に區別して考へたり。大戰に由る恐怖のため、生來神經質の素質を有する兵士は爆破その他の直接刺戟又は間接感動によりて精神上に大變動を來し失聲を來すものならむ。次に本例の原因は如何と云ふに患者が神經質の婦人なること及び發病の2—3年前より家業上に精神を過勞したること等を以て説明し得べし。且3回反復性に來りたることはその素質あることを證す。而して後2回の失聲發作が宛も月經時(第3日又は4日)に相當せしことは發作の再發を誘起するに與つて力ありしものと云ふべし。

**症狀** 本症は「ヒステリー」の一症なるを以て本患者には同時に他の「ヒステリー」の症狀をも證明するを得べし。本例には角膜反射の消失、頭髮の知覺過敏症、「ヒステリー」球等を見る。

喉頭鏡を以て檢するに聲帯には何等器質的變化なく單に聲帯の運動に異常あり。本症に來る最頻繁なる喉頭鏡像は兩側性披裂間筋麻痺の型にして發聲時に聲門の後方に三角形の小裂隙を残す。本例の喉頭鏡像もこの型に一致す。これに次ぎ多きは内筋麻痺の型にして兩側聲帯が中央に於て密接せずして紡錘形の間隙を残す。時として以上の兩型を合併す。稀には脚氣の如く回歸神經麻痺の型をみることもあり。而して本症に特有なるは兩側性閉鎖筋の麻痺にしてその喉頭鏡像が時々變化することなり。これ他の器質的變化による失聲症と異なる所なり。發聲せしむるに空氣は間隙より漏れ出でて響をなさず喉頭鏡下に急に吸氣せしめ又は咳嗽せしむれば瞬間的に左右聲帯の相近

づき相離るゝを見る、これ亦精神的麻痺なるを示すものなり。「ヒステリー」によりて發する聲帶麻痺を三種に區別し得。第一は會話し能はざるも筆談自在なるもの即ちシャルコーの「ヒステリー」性無語症にして、第二は軽度の嘶嘎を來すものにて「ヒステリー」性嘶嘎症と云ふ、第三は響を有する聲は出し得ざるも尙囁語を以て談話し得るものにて、これ即ち本題の「ヒステリー」性失聲症なりとす。

**療法** 本症の療法としては從來より電氣按摩、藥液塗布、服藥、喉頭内消息子挿入法、吹粉法、甲狀軟骨板又は卵巣部に側壓を加ふる法、皮下注射法等行はれしも、時として唯一時的奏效を見るのみにて眞の治癒は望み得べからず。余は1887年キリアン氏等の行へる精神療法等を應用して常に著效を奏しつゝあり。患者は自己が發聲不可能なりと確く自信せるが故に自ら發聲せんことを試むれば直に聲出です。故にこの誤れる觀念を一掃し發聲可能なる事を明に自覺、記憶、練習せしむるを以て本療法の第一義とす。即ち(1)患者の有響性咳嗽、時々出づる聲等を數回反復せしめ、(2)これを腦裡に深く印象せしめて忘れざらしむ、(3)次で深呼吸をなさしめ、十分肺に蓄へたる空氣を急に烈しく吐き出して強く聲帶を刺戟し同時に深部呼吸をも聲帶の刺戟に利用す。これがためには先づ鋸齒狀に吸氣せしめ次で「エーツ」を云ふ一聲と共に呼氣せしむ、(4)次に「ンム」の音を喉頭より出づるが如くにして鼻腔に響かしむ、(5)次に母音の發聲次に「マ」「ナ」行の發聲、其他の子音に及ぶ、(6)次に母音、子音を混合して高く發聲せしむ、即ち新聞、雜誌等を高聲に(隣にても十分に聞き得る程の高さ)に讀ましむ(明治41年發行福岡醫科大學雜誌第2卷1號拙著參照)。この療法にして應用宜しきを得れば、數週乃至數年に亙りて失聲に悩みたる患者をして僅々15分乃至30分にして生れ變りたるが如き美事なる聲を出さしめ得るに至る。その奏效の顯著なること彼我共に驚く許りなり。今本療法をこの患者に應用して諸君に供覽すべし(助手をして發聲練習をなさしめ、約20分を出せずして發聲不可能なる)。

彼の聖書の馬太傳15章29節に基督の奇蹟として説きて曰く「イエス此處を去りガラリヤの海邊にゆき山に登りて坐せり。多くの人々、跛者、瞽者、瘡者、殘缺者及び各様の疾病ある者を伴ひきたりイエスの足下におきければ即ち之を醫しぬ。爰に於て、瘡者はものを云ひ、殘疾はいふ、跛者は歩み、瞽者は見たる人々見て奇み、イスラエルの神

を榮めたり」云。これを吾人の科學眼を以てすれば決して奇蹟に非ずして一の精神療法に過ぎざるなり。最後に注意を要するは本法は患者をして自己の發聲可能なるを確信せしむるを最大要件とするを以て患者をして衷心よりの崇敬と信念とを以て唯々諾々その命に従はしむるに足る學徳と不醫不止底の忍耐とを要すること言を俟たず。

**附記** 吾邦に於て「ヒステリー」性失聲症例を始めて報告したるは山田鐵藏氏ならむ、即ち明治31年9月15日發行濟生學舎醫事新報第69號「瑣談」中にあり。12歳の少女、今井某、感冒の後嘶嘎となり2ヶ月にして尙治せず同氏の暗示療法即ち必ず治すべしとの前提の下に喉頭を外部より按摩し發音せしめ第2日に「蟲の鳴くやうに」50音を發言し第4日に嘎聲ながら普通の聲となり2週間にして治したりと云ふ。同氏の喉頭検査によれば「聲帶に不全麻痺を起してをる」こと或は内筋麻痺にあらざりしか。

## 142. 男子に於ける「ヒステリー」性失聲症

### Hysterische Aphonie bei Männern

**患者** 高○勝○郎、51歳、商人、(大正15年、外來番號4825)

患者は豫て食道癌の診斷のものに當科に入院中のものである。大正15年8月上旬、固形食物を嚥下する際に胸内部に擦れる様な感を起した。併し閉塞感も嘔吐もない。X線検査によつて胸部に異常ありと云ふので爾來内科醫の處置を受けてゐたのであるが快癒せず11月9日當科を訪ねたものである。

10日前に受持醫が直達鏡検査を行つた所、それより突然失聲となつたのである。

この患者は内科醫の處置を受けてゐる時も時々嘎聲があり、且熱もあつた、又營養も障害を受けてをる、故に此際考へねばならぬのは喉頭の結核である。か喉頭結核に最も必要な症狀である所の嚥下痛は缺けてをる。加之喉頭には發赤も潰瘍もない、ビルケ氏反應陰性、それでこれは結核ではない、喉頭鏡検査の所見は如何と云ふに兩側内筋及披裂間筋の麻痺があるばかりである、即ち聲門の形は發聲時に砂時計狀をしてをる。

食道鏡検査によつて食道内に腫物を認め、腫瘍は試験切片の鏡檢により基底細胞癌(Basalzellenkrebs)と診定されたのであるが、食道癌が廻歸神經を壓迫して其麻痺を

起したとしても兩側一時に而も一晚の中に突然起る事は考へられない。

然らば他に突然に来るものとしては

1. 氣腫 (Lufttumor) この場合には觸診の際捻髪音がある、しかし此患者にはない。
2. 血腫 (Blutgeschwulst)
3. 脊椎「カリエス」の流注腫瘍による壓迫、この患者には此等を想はせるやうな症状は一つもない。

尙食道鏡検査後突如として起つたものであるが、直達鏡検査の際に兩側の神経を損傷した事も考へられない、若、左右の迴歸神経を一時に損傷すればゼモンの法則によつて先づ兩側後筋麻痺を生じ非常の呼吸困難を起さねばならぬ、此患者にはさやうのことはなく唯兩側聲帯の一部分が對稱的に麻痺してをるのである。

それでは何か云ふに、食道鏡検査に對する不安恐怖の爲に生じた「ヒステリー」性失聲症を考へねばならぬ。

「ヒステリー」性失聲症は通常女に来るものであるが歐洲大戰當時、兵士にも見られ、又文明の進むと共に男子にも増加の傾向がある。

呬語は聲帯の振動することなく共鳴器に氣流起れば生ずるものである、故にこの患者は呬語可能、咳嗽及び吸氣性發聲 (Inspiratorische Phonation) も亦可能である。

「アプシトリー」(Apsithrie) と云ふのは發音構成 (Articulation) は可能であるが呬語の消失してゐる場合を云ふのであつて、瘖啞症 (Mutismus) は發音構成も亦消失した場合で獨の所謂 Hysterische Stummheit である。

失聲症には又詐病によるものもあつて殊に兵役に従事するもの等に多く見られるが其發見は容易でない、前に述べた様に歐洲大戰以後男に於ける「ヒステリー」性失聲症は増加して、英のハースト (Hurst) は専門家でない爲に喉頭検査は行てゐないけれども數分乃至30分以内に治癒し得れば「ヒステリー」性と診斷してよいと云ひ、100例中器質的變化を伴つたものは僅かに1例で他は悉く「ヒステリー」性であると報告した、其治癒成績は

37例(55%) 5分間以内のもの、 21例(31%) 30分間以内のもの、  
9例(13%) 30分以上のもの、

と云ふことになつてゐる。

佛國リオン市のガレル (Garel) は悉く喉頭検査を行つた男子「ヒステリー」患者196例中、124例(80%)は全治し、18例は再發したと報告してゐる、日本に於ける報告例は尙尠いが自分も嘗て報告したことがある(大戰に於ける官能性聲音障礙並に日本に於ける男子の「ヒステリー」性失聲症に就て—醫學中央雜誌、第317號、大正9年1月143の項参照)。

診斷 「ヒステリー」性失聲症は聲帯麻痺が兩側對稱的に來ること、咳嗽、吸氣性發聲可能のこと、喉頭鏡像が時によりて非常に變化しやすいこと、例へば朝には横筋麻痺の像を呈するかと思ふ夕には内筋麻痺の状態であつたりする等の外に神経質のもので其病歴に精神的衝動のあること等によつて診斷せられる、必ずしも全身的「ヒステリー」性特徴 (Stigmata hysterica) の存在を必要としない、嘗て歐洲大戰時、毒瓦斯が大いに活用せられた時分、毒瓦斯に對する恐怖の爲にそれを吸ふや直に失聲症を起した例が多い、其外戦線遙に爆彈の破裂するを聞いた丈で失聲症を起した場合もある。

「ヒステリー」性のもは音に音聲のみならず聴覺、視覺にも盲、聾として來ることがある。

英國のスマースウェイト (Smurth waite) も亦瘖啞症10例を報告しているが瘖啞症が快癒する時は吃音或は呐音を経て全治するもので、このことは發聲學上興味あることにして且重要なことである。

治療 ハーストも已に言つてゐる様に唯精神療法あるのみである、即先づ發聲可能の事を患者に自覺せしむることである、それには反射性の咳嗽を行はしめ、毎日發聲の練習をするのである、始めに吸氣性の發聲を行はしめては咳嗽をなさせ、これを反復し次で母音から始めて最後に子音に移る、この練習に際しては、醫者、患者兩方に忍耐を有せねばならぬ、が時には單に卷綿子で聲帯に觸れたばかりで發聲するやうになることもある、ムック (Muck) の所謂球療法 (Kugelmethode) と云ふのは絲に吊した金屬小球を繰り返して聲帯の上に落して喉頭に刺戟を與へ異物の介在してゐる様な感を除かうと云ふので發音するやうになる方法である。

新約聖書にもガラリヤでキリストが其手、其衣の觸れたのみで瘖者 (オホシ) を癒し

たこきを書いてあるが今では決して奇蹟でも何でもない。

最後に注意せねばならぬこきは「ヒステリー」性失聲症は一度治癒しても再發の恐れがあるから入院せしめて絶えず監督して發聲練習を行はねばならぬこきである。

143. 大戦に於ける官能性聲音障礙竝に日本に於ける男子の「ヒステリー」性失聲症に就きて  
Über die funktionellen Stimmstörungen im Weltkrieg; zugleich Mitteilungen über die hysterische Aphonie bei Männern in Japan

既往5ヶ年に互る歐洲大戦は實に未曾有なり、嘗に兵力の量に於て大なるのみならず戰術の内容に於ても亦未曾有なり。飛行機による爆彈投下、空中戰、毒瓦斯の發射、遠距離砲の使用、猛烈なる爆破戰、塹壕戰、海上に於ける潜水艦の活動等一こして新奇ならざるものなし。從來平面上に開展したる戰爭は立體的となり油斷も隙もなきに至れり。随つて戰爭による直接の損傷のみならず精神上の打撃、劇動は名狀しがたきものあり。故に今回大戦の結果に由る疾患中、神經性の者亦極めて多かりき、殊に吾専門領域に於ては神經性疾患として聾・啞・失聲症・吃・啞等を見たり。此中にて失聲症は毫も器質的變化を證明する事なくして兩側性喉頭内の筋群麻痺又は痙攣して現はる、しかも精神的療法によりて完全に治癒するを見れば疑もなく「ヒステリー」性失聲症にして女子に來る特有の疾患と看做されたるもの是なり。

從來「ヒステリー」性失聲症は主として女子に來り男子に見るこきは甚稀なりき。余は1903年頃獨逸の軍隊にありて一兵卒が失聲症にかゝりキリヤン氏外來に來りしを記憶す。當時之は果して「ヒステリー」性失聲症なるか又は詐病なるかを疑はれ詐病ならむと思惟せられたり、何さなれば「ヒステリー」性失聲症は容易に叫語によりて模倣する事を得又「ヒステリー」性失聲症患者が發聲練習に容易く倦み醫の命に従はざるは詐病に類するを以てなり。されど當時西洋の軍隊には往々「ヒステリー」性失聲症の存

せし事明かなり、しかるに今次歐洲大戦の結果軍隊に於ても多數の失聲症患者を出すに至れり。英國のハースト(Hurst) (Hysterical Aponia in soldiers. Journ. of L. R. O. June 1919.)によれば失聲症の100例中器質的變化を伴ひたるものは僅かに1例にして他は悉く「ヒステリー」性失聲症なりと斷言せり、而して氏は兵卒にして失聲症にかゝりたる者には先以て精神的療法を施し治癒すれば之を「ヒステリー」性失聲症とせたり、其記載によれば其治癒時間次の如し。

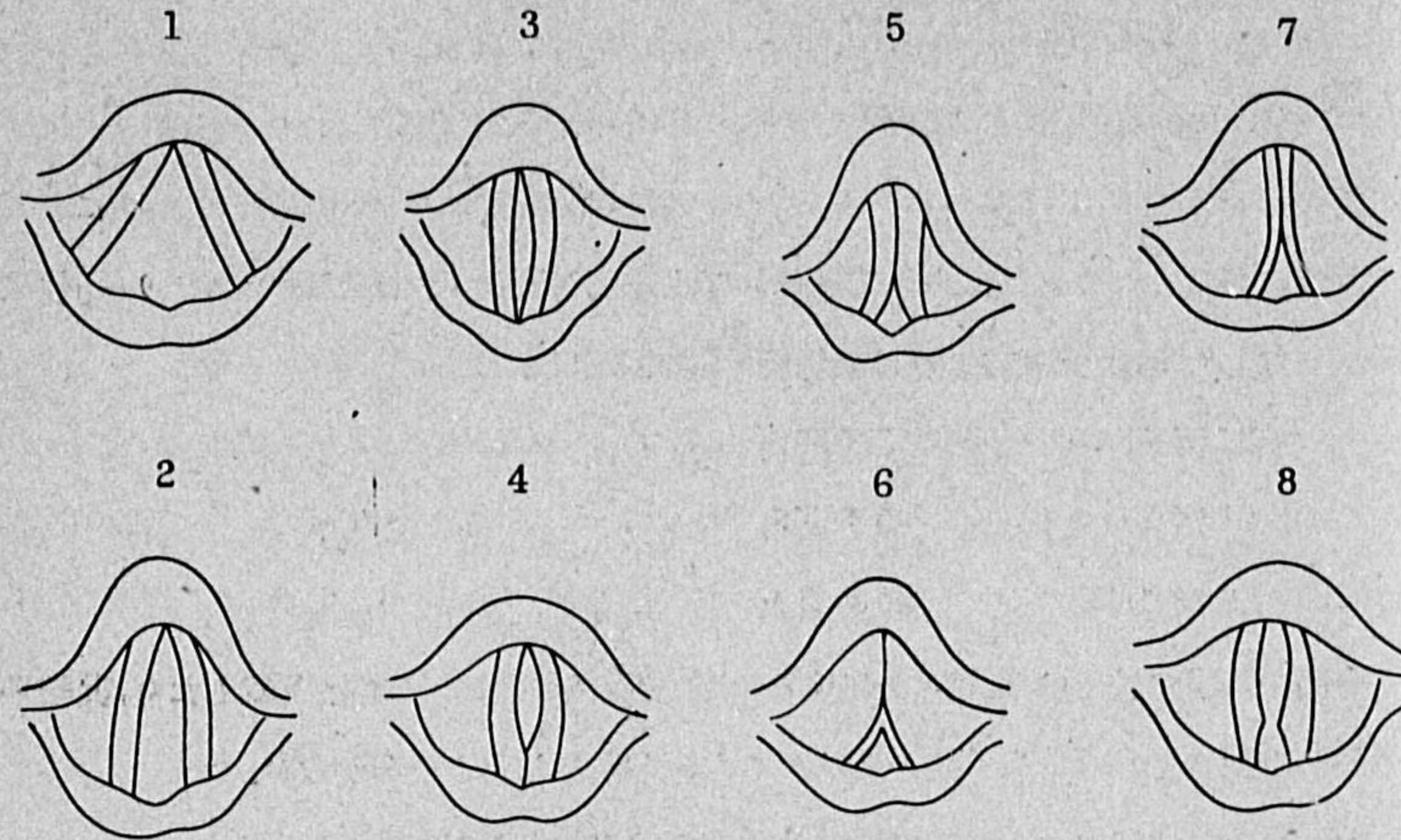
37例(55%)	5分間内
21例(31%)	30分間内
9例(13%)	30分以上

今回の戰爭に於ては毒瓦斯を使用し鼻腔、咽腔、喉頭等の粘膜を刺戟したり、其結果急性の喉頭炎にかゝり失聲症を患ひたるものも亦存したるや明かなり。

ハーストは瓦斯中毒の後4週間に於て尙失聲症の去らざるものは之を「ヒステリー」性失聲症と看做したり、實際に於て一時急性喉頭炎にかゝり失聲症を患ひたるものが急性炎症去りたる後も尙發聲が聲帶を損傷せずやこの恐怖心より失聲症の長く存続したるものもあるべし、故に精細なる喉頭鏡検査を施すにあらざれば、果して「ヒステリー」性失聲症なるか又は軽度の器質的變化を伴ふ喉頭炎に因するものなるかを斷定しがたきなり。ハーストは専門家に非るを以て其所論殊に喉頭鏡検査の無益なる事を説きたる邊は甚遺憾とすべき點なり。

佛國リヨン市に於ける専門家ガーレル(Garel)は近時余に1冊子(Traitement de l'aphonie de guerre. Lyon Médical No. 3. Mars 1919.)を送り來れり、其中に此度の戰爭によりて兵隊間に失聲症の甚多かりし事を述べ其多數は喉頭鏡検査の所見よりして「ヒステリー」性失聲症なる事を斷定し之を戰爭性失聲症(Aphonie de guerre)と名づけたり、氏は戰爭の始より陸軍の病院及自宅診察所に於て戰爭に因する失聲症196例を治療したり。此中には勿論結核に因するもの、器質的變化を有するもの等を含まず單に官能的障礙のもののみを記述したり。其中33例に於ては喉頭内所見に變化を認めず、其主なる變化は閉鎖筋の兩側性對稱性麻痺最も多し、之を分類すれば次の如し(第288圖参照)。

第 288 圖



喉頭内諸筋の麻痺状態(ガーレル氏原圖)

1. 内筋, 側筋, 披裂間筋の麻痺即閉鎖筋の全麻痺
2. 同上の恢復期に向ひたるもの
3. 内筋, 側筋の麻痺
4. 同上側筋の加はらざる場合
5. 披裂間筋の麻痺
6. 同上に假聲帯の痙攣性収縮の加りたる場合
7. 同上にて假聲帯の収縮緩み聲帯の一部を見る場合(所謂二重幕の聲門)
8. 内筋及披裂間筋の麻痺

1. 兩側性閉鎖筋の全麻痺(第 288 圖 1, 2) 50 例。  
但、環狀披裂側筋の麻痺を伴ふことも伴はざることもあり。
2. 兩側性内筋及側筋麻痺(第 288 圖 3) 27 例。
3. 同上にして側筋麻痺を伴はざるもの(第 288 圖 4) 7 例。
4. 兩側性披裂間筋の麻痺(第 288 圖 5) 24 例。
5. 同上にして兩側性假聲帯の相迫るもの(第 288 圖 6, 7) 19 例。
6. 兩側性内筋及披裂間筋の麻痺して砂時計状をなせるもの(第 288 圖 8) 5 例。
7. 其他種々の形狀をなすもの及び不明のものあり。

氏は 196 例中 24 例は單に 1 回の検査をなしたるのみなるによりて治療を施さず、爾餘の 172 例につき練習療法(Rééducation)によりて

124 例 全治

18 例 再發

したりき云ふ。戦争の前半に於ては 50% の成績をあぐるに過ぎざりしが後半に於ては 80% の成績をあぐるに至りたりき云ふ。是れ熟練の結果に因るなり。

原因に關しては精神の劇動を主すれども一様ならず、メレ(Mairet)、ピエロン(Piéron) 等は震動性(commotionnel)及感動性(emotionnel)を區別したり。

震動性は爆破の附近に在りたる者の直接蒙りたる震動にして外形上何等の損傷あらざれども盲・聾・啞・麻痺等の症狀を呈するものを云ふ。多分中樞の神經連絡に損傷あるものならむ。此の如くして生じたる啞の恢復期に來るものは吃音にして注目すべき所なり。アルヌー(Arnoux) の計算によれば爆破によりて生ずる氣壓の劇變は水銀柱 350 密迷の差にしてアルプス登山者を一躍モン、ブランの絶頂に引き上ぐると同様なりき云ふ。

以上の如き症狀は獨り爆破の震動に直接遭遇したる人々に見らるゝのみならず遙に隔りたる場所にある人々にも起るこゝあり、こは多く神經性素質を有する人々にして此の如きを感動性名づけたるものなり。其他過度の疲勞、喉頭氣管枝炎、瓦斯中毒も原因に數へられたり。

ガーレルに從へば詐病は極めて少かりし由なり。

氏の説も「ヒステリー」失聲症は女子に來る事多く男子には殆ど見ざる所のものなりしが大戰によりて男子にも多數に發現し得るものなる事明瞭なれりき云ふに一致す。

英國のスマースウエート(Smurthwaite)も亦戦争に因する喉頭の神經性疾患につきて記載し(War neuroses of the larynx and speechmechanism. Journ of L. R. O. I, 1919 London.)戦前は男子に來る「ヒステリー」性失聲症は“rara avis”(珍禽)なりしが大戰によりて男子の「ヒステリー」性失聲症甚多くなりしを立證せり。氏は

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| 1. 絶対性啞             | 13 例  |
| 2. 失聲症              | 239 例 |
| 3. 吃及啞症<br>スタンマーリング | 10 例  |

を報告し而して病症長きものは3ヶ月乃至2ヶ年に亙れり云ふ。

氏は神經性喉頭疾患を次の4群に分ちたり。

第一、啞 沈鬱性にして呆然たるものなり、時として直立歩行の不能なるものあり、此種は劇烈なる爆破の附近にありたるものに来る。

第二、失聲症 呬語を發する事を得、此種のもは瓦斯中毒者に多し。

第三、吃及 吶 此種のもは第一の啞者の恢復期に来るを常とす。

第四、詐病 此種のもを發覺するには卷綿子にて喉頭を突然刺戟すれば無意識に發聲す、之を注意追及すれば詐病にありては第2回より發聲せず。

同氏によれば失聲症に於ける聲帶の位置は次の4級に分つ事を得べし。

- (1) 内筋麻痺にして聲門橢圓性間隙を生ずるもの
- (2) 閉鎖筋の麻痺にして聲帶屍體位を取るもの
- (3) 假聲帶及眞聲帶が著しく接觸緊縮するものにして閉鎖筋及喉頭筋の痙攣に因るもの
- (4) 披裂間筋の麻痺にして後方3分1に三角形の空隙を生ずるもの

原因に關しては同じく感動的疲勞、恐怖殊に毒瓦斯に因る呼吸逼塞の恐怖を數へたり。治療法としては精神的療法を説き治癒成績につきては

啞者 13例中 不治2例

失聲症 239例中 不治11例

なり云ふ。其著明なものは26ヶ月間に10個の病院を歴訪して治せざりしものが4日間に治したる例あり。

カイゼル (Kayser) も1918年10月出版の耳鼻咽喉科學に於て戦争に因する喉頭損傷中に官能性聲音障礙として「ヒステリー」性失聲症、時としては啞、吃の來る事を略記したり。

吾邦に於て此回の戦争は勿論日露戦争に於ても未だ「ヒステリー」性失聲症の患者ありしを聞かず、或は戦争の性質が歐洲の大戦と異なりしに因るか或は日本人の素質が歐米人と異なるに因るか又或は注意報告する人なかりしに因るか。

元來日本に於ては「ヒステリー」性失聲症の發現稀なるが如し。

余は明治40年2月福岡に耳鼻咽喉科學教室を開設して以來毎年實驗する所數例を下らず、1回十數歳の男子に見たる以外は凡て女子なりき。文獻に於ては木村善繼氏が明治41年生來吃なる14歳の男子に於ける反復性「ヒステリー」性失聲症の1例を供覽せられたるあるのみ、されど喉頭鏡所見を缺く。

余は近來少壯の男子に於ける2例を實驗したるを以て附記し日本に於ても男子の「ヒステリー」性失聲症が存在する事を證明せむ。

第1例 23歳の砲兵、知、定(外來番號4068號) 大正8年9月9日淵一等軍醫の紹介によりて教室に来る、主訴は失聲症なり。結核、微毒等の既往症なし。

病歴 大正7年11月末に流行性感冒にかゝり4-5日にて治したり、それより嘶嘎を患ひ今日に至る云ふ。始めの1週間は喉頭附近に刺戟を感じたるも近來は單に嘶嘎の残るのみなり云ふ。除に入院して微毒の疑を受け注射療法を試みたるも效なし、電氣療法、吸入法、喉頭按摩法、ルゴール氏液の塗布等何れも奏效せずして吾教室に送られたり。

現症 一般に榮養良。

聽器 左側異常なし。右側鼓膜に邊縁性穿孔ありて少量の分泌あり。

鼻腔 鼻咽腔に異常なし。

咽頭 後壁粘膜炎少しく發赤腫脹す、兩側の口蓋扁桃腺は可なり肥大す。

喉頭 聲帶少しく發赤して肥厚す、開大自在なるも發聲時に兩側聲帶充分接近せず殊に後方に於て三角形の空隙を存し發聲し得ず。

極めて驚くべきは喉頭の知覺を檢せむとて卷綿子を喉頭内に挿入したるに咳嗽一發と共に發音の全く恢復したるこさなり。此例に於ては軽度の喉頭炎は存したるも或は藥液塗布等の刺戟に由りたるも知るべからず、喉頭鏡下に於ける兩側性披裂間筋の麻痺及殆ど1年近く持續し且つ種々の治療法に抵抗したる嘶嘎が瞬間的、奇術的に治癒したるは明かに「ヒステリー」性失聲症なる事を證明す。卷綿子の刺戟によりて治したるはムック (Muck) の球療法 (Kugelmethode) を連想せしむ、球療法とは喉頭消息子の先端に金屬小球を附け之を喉頭内に送り聲帶上に落下せしむる法なり。患者は喉頭閉塞感に驚かされて叫喚し聲音を恢復するに至るものなり。

第2例 23歳, 染色業男子, 村, 伍(外來番號 4857 號)大正8年11月6日初診。

主訴 嘶嘎, 無痛, 咳嗽, 鼻閉。

病歴 大正8年9月「バラチフス」にかゝり10月中旬治癒したる頃より嘶嘎を訴ふ, 喉頭炎の爲なりとて藥液塗布を受けをりしも一向恢復せず, 嘶嘎の來りしは可なり急劇の如くなりしと云ふ。患者は今より5—6年前も風邪の後に此回と同様の嘶嘎あり, 咳嗽, 塗布等により約10日間後治したりと云ふ。此患者は一體に神經過敏にして物事を深く懸念する習慣あり。

既往症に於て結核, 微毒等なし, 遺傳にもなし。

現症 骨格大なれども長き疾病の爲に榮養衰へ, 皮下脂肪組織減損し顔面蒼白にして嘶嘎を伴ふを以て粗雑に一見すれば結核患者の如し。

一般的検査 肺及心臟に於て打診聽診上異常なし, 脊椎を検するに第4, 第5胸椎に於て右彎するを以て整形外科の診察を受けしむ。診断は結核性胸椎炎の初期なりき。

ビルケー氏反應陽性なるを以て念の爲喀痰検査をなしたるが陰性なりき, 又入院中全く無熱なり。

胸腔のX光線検査をなすに大動脈瘤の暗影なし, 右側肺門部の暗影少しく著明なり, ヲ氏反應は陰性なり。

尿には蛋白又は糖を證明せず。

知覺及運動神經に異常なし, 膝蓋反射及他の髓反射一般に昂進す。

専門的検査 聽器 左右異常なし。

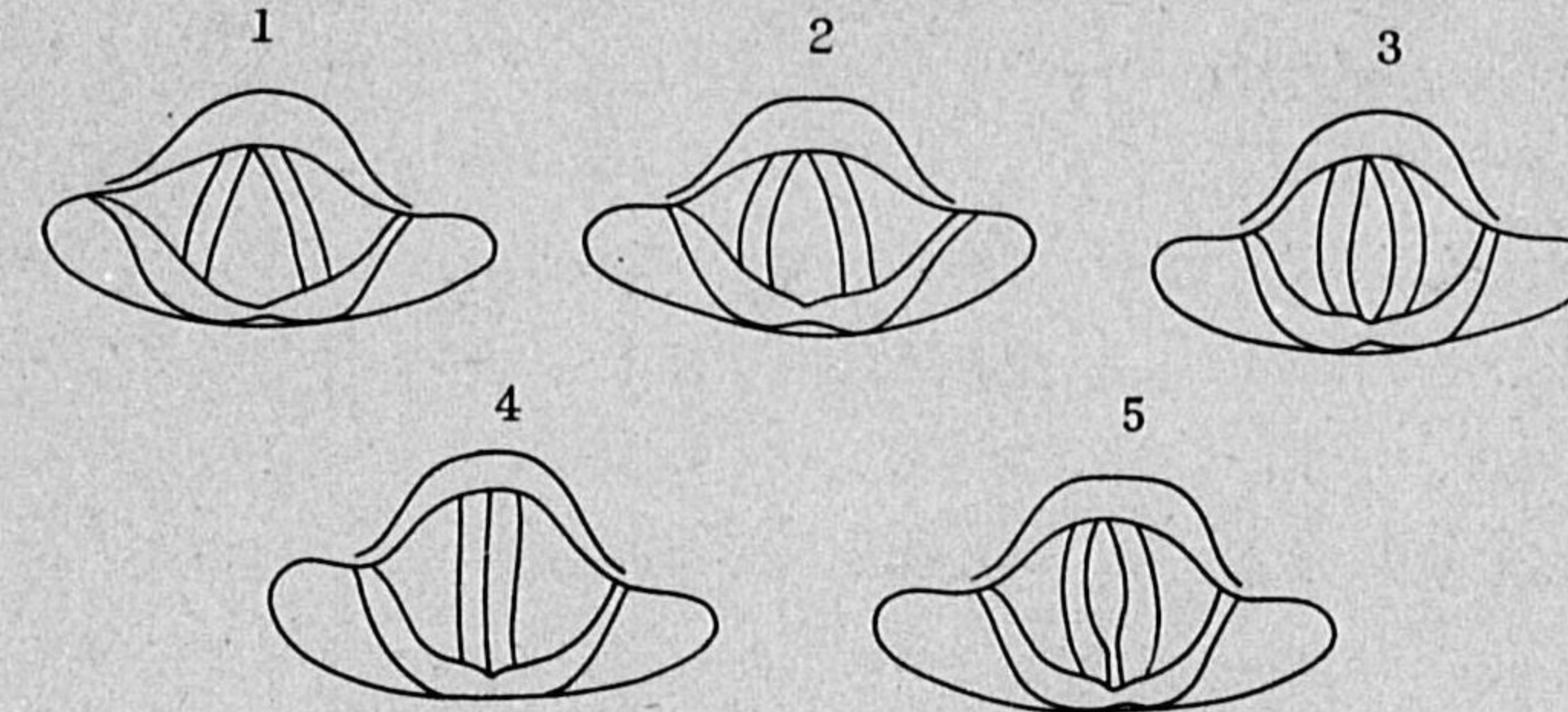
鼻腔 右側下甲介腫脹す, されど空氣の流通には妨なし, 後鼻孔は膿汁を附着す。

咽頭 後壁粘膜腫脹發赤す。

喉頭 咳嗽を營ましむるに不能なり, 嘶嘎烈しく殆ど無聲なり, 助手の豫診によるに左側聲帯の全麻痺及右側聲帯の内筋麻痺にて或は官能性のものならむかき云ふ, 聲帯には發赤, 腫脹, 潰瘍等なし。

余之を精診す(第289圖参照)。瞥見的診斷にては左側聲帯の全麻痺と右側聲帯不全麻痺と存するが如きも然らず, 左右共に聲帯は屍體位置にありて(第289圖1)發聲せむと努力すれば披裂間筋の僅なる收縮により後連合の相迫り大なる三角形の空隙が稍、

第 289 圖



第2例患者に於ける喉頭内所見の變遷(著者原圖)  
喉頭には始より不對稱あるを以て前連合は少しく右方に偏す

1. 最初喉頭鏡検査を施したる時の屍體位置即閉鎖筋の全麻痺
2. 發聲せしめたる時披裂間筋の僅かに活きたる場合, 即内筋, 側筋全麻痺及披裂間筋不全麻痺
3. 發聲練習によりて聲音の稍恢復したる場合即内筋及側筋の麻痺のみ存す
4. 全然恢復したる發聲位置
5. 全然恢復の型に赴く間に時々現るる、内筋のみの麻痺

紡錘狀に變ぜむとす, されど披裂間筋の運動も充分ならず。之を精確に云へば兩側性内筋及側筋の全麻痺に加ふるに披裂間筋の不全麻痺を以てす, 故に「ヒステリー」性失聲症なる事殆ど疑なし(第289圖2)。

然るに尙左側麻痺が回歸神經麻痺の如く見えて右側が不全麻痺の如く見ゆる理は如何, 他なし, 此患者の喉頭は元來不對稱にして外部よりアダム峯を觸診するに右偏するを見る, 故に喉頭鏡の下に左側聲帯の開大が右側よりも大なる如き觀あるなり。兩側ともに使用せざる爲聲帯の殊に中央部に於て少しく細小なりたるが如し。

入院せしめたる上他の検査をなすと同時に精細に觀察したるに時としては發聲時に全く兩側性内筋及側筋麻痺の状態となり細長の紡錘形空隙を見る事あり, 或は閉鎖の極めて不全なる事あり, 或は右側の聲帯の收縮著明なる事あり, 此の如く麻痺の状態を變化する事は「ヒステリー」性失聲症に特有なる所とす。

「コカイン」塗布を施さずして卷綿子を喉頭内に挿入するに咳嗽反射を營む, 即ち知覺神經は健全なれども有響性の咳嗽を發しがたし, 即ち無響性なり。

此例はガーレルが兩側性閉鎖筋全麻痺が少しく恢復したる際の像なりと云ふに酷似



す。一般の検査に相俟つて「ヒステリー」性失聲症なる事疑なきを以て11日、19日久保講師をして精神的發音療法を行はしむ、約30分にして音聲恢復し「君が代」の唱歌を聲高く詠ひ得るに至れり、患者は發病以前よりも美聲さなれり云へり、此の如きは「ヒステリー」性失聲症中麻痺の甚大なるものにして診断の極めて困難なるものなり。

今聲音の漸次恢復するに共に聲帶運動の漸次恢復する状態を觀察すれば次の如し。  
A先づ恢復し次にEより母音に及び次に子音の恢復を見たり。此際注目すべきは兩側性回歸神經麻痺の如き三角形の空隙が披裂間筋の不全收縮となり(第289圖2)、次に完全に收縮して細長の紡錘狀空隙となり(第289圖3)、最後に内筋及側筋の麻痺去りて完全に聲門の閉鎖するを見たり(第289圖4)、尤も此中間に時に側筋の收縮して内筋の麻痺のみ残りガーレルの4圖に一致する形を見る事あり(第289圖5)。閉鎖筋の作用復活すると同時に呼吸時に於ける開大筋の作用も圓滑さなれり、即ち聲帶が屍體位置より呼吸位置に移行するに至れり。

此例にありて吾人の特に興味を感ずるは〔第1〕診断の極めて困難なりし事なり。(1)容貌蒼白、削瘦したる一青年が高度の嘶嘎を訴ふるもの誰か結核性喉頭炎を疑はざるものあらむ、(2)喉頭不對症に由る左側回歸神經麻痺の如き喉頭鏡下の瞥見は専門家にも亦「ヒステリー」性失聲症の疑を起さざらしめむさす、余は實際を自白すれば初一念に於て「ヒステリー」性失聲症を思惟したれども尙斷じ難きものあり。此稿成るの後に於て始めて決定し第2例として附加する事を得たるなり。此機に際し余は同業諸君に警告せむさす、男子の「ヒステリー」性失聲症は日本にもあるものなり、なきものにあらざるなり。往々報告せらるゝ兩側性回歸神經麻痺にして器質的變化を證明し得ざるもの或は時々變化する喉頭麻痺を有するものあらば先づ「ヒステリー」性失聲症を疑ひて検査の歩を進めよ。〔第2〕治癒の極めて迅速なる事なり、「ヒステリー」性失聲症には精神的療法を最有効とする事如此、若し此例にありて電氣療法、吸入、塗布療法の如きを持続せむには其治癒期知るべからざりしなり、ハーストが治療に重きを置きたるは理由なきにあらず、されど余は重ねて言はむさす、精確なる喉頭鏡検査を行ふにあらざれば「ヒステリー」性失聲症の確診は下しがたし、まして麻痺の本態及變化を明かにする事能はざるべし。〔第3〕麻痺恢復の順序を觀察し得たる事なり。今其

順序を見るにガーレルが各種の麻痺型を各例の患者につきて觀察したるものを余は1例に於て繼ぎ合せて見る事を得たり、即ち最早く恢復するものは披裂間筋にして次に側筋、最後に内筋の順序なり、披裂間筋麻痺は容易く起り容易く治するものにあらざるか軽度の失聲症の場合には此型を見る事最も多し。歐洲大戰に於てはガーレルに従へば兩側性閉鎖筋全麻痺最多かりき、これ精神的打撃の大なりしに由るものならむ。開大筋の麻痺に關してはゼモン、ローゼンバッハの法則あり、閉鎖筋の麻痺は由來單に官能性せられ一定の法則の存するを聞かず、思ふに閉鎖筋より進む麻痺は披裂間筋より始り側筋内筋に至り遂に開大筋に達し結局は屍體位を取るに至るものならむか、記して豫報さなす。

抑、「ヒステリー」性失聲症に際しては普通「ヒステリー」患者に見るが如き「ヒステリー」性特徴(Stigmata hysterica)の存在するを要せず、又從來重要視せられたる咽頭粘膜の知覺脱失の如きは價值なし。隨意的發聲に際して兩側性喉頭閉鎖筋の一群又は數群の麻痺を來し不隨意的發聲に際してよく運動するを常さす。時としては發聲時に痙攣を起して發聲不能さなる事もあり、偶然に軽度の炎症を伴ふも伴はざるも問ふ處にあらず、ハーストが喉頭鏡検査を有害なりとせしが如きは現今の喉頭科學の何物たるかを知らざる言ふべし。精神的療法即ち適確なる發音練習法が著明に奏效する事は諸家の一致する處なり。

療法に關しては明治41年7月發行福岡醫科大學雜誌第2卷第1號に記述したる處なれば茲に細説を避くれども要點をあぐれば先づ患者をして自己に音聲のある事即ち發聲し得る事を自覺せしむるを第一歩とす、即ち咳嗽又は喉頭内の刺戟に由る自然發聲を聴取せしむる事是なり。次に呼吸を正しく深くせしめて母音又はM音を發聲練習せしめ爾餘の子音に移行するを第2とす。終りに此發聲を失はしめざらむが爲に連續して練習し音聲を高く音讀せしむる事を第3とす、但し醫も患者も大なる忍耐を有するにあらざれば成功せざる事あり、注意すべし。

治癒の速なるものは前述男子患者に於けるが如く單に卷綿子の先端が聲帶に觸れたるのみにして恢復する事あり、されど極めて再發し易き事あれば輕卒なる悦をなすべからず。

前段に引證したる木村善繼氏の例は喉頭鏡検査を缺くを遺憾すれども12歳の時失聲症にかゝり3時間にして偶然治癒し暫くにして第2回の失聲症にかゝり1週間にして自然に治癒し18歳にして第3回の失聲症にかゝり喉頭部を壓し暗示療法にて治したりと云ふ。余は極めて頑固なる1例に遭遇せり(東京醫事新誌第1937號23頁大正4年發行、又は大日本耳鼻咽喉科會報第21卷232頁參照)即ち20歳の強壯なる婦人にして大正4年6月再診、第1回の失聲症は大正3年4月なり。當時學生の臨牀講義に供覽し即座に精神的療法を施して恢復せしめ明瞭に發聲するに至りしものなり。然るに大正4年3月に至り第2回の失聲症にかゝり約4ヶ月を經過して外來に來りしなり、前年と同様に練習法を施したるも容易に治せず入院せしめたる上にて自らも練習せしめ遂に恢復したり。然るに第12日にして第3回の失聲症にかゝり第6日にして治し、第3日にして第4回の失聲症にかゝり第5日にして治し、第5日にして第5回の失聲症にかゝり第2日にして全治したる例あり。此の如きは極めて頑固に反復したる常習性失聲症とも稱すべき神經感受性の極めて不安定なるに由る。毎回失聲症の原因を尋ねれば輕微なる精神刺動の結果なりき、ガーレルの例に於ても124例の全治に對して18例の再發を見たりと云ふ。反復再發するものは治癒困難なる事勿論なり。

之を要するに今次の大戦は戦闘員の精神上に大なる劇變を與へ從來稀に認められたる男子「ヒステリー」性失聲症を續々として出現するに至れり。吾邦に於ては女子の「ヒステリー」性失聲症すら報告せられたるもの數例に過ぎず、況んや男子の「ヒステリー」性失聲症に於てをや。されど注意して検査すれば日本にも男子の「ヒステリー」性失聲症の存する事以上の2例の如く確實なり。神経系統の不安定は文明の進歩と共に加はるを常とすれば男子の失聲症も益々増加するに至らむ。

それ戦争は醫學上より觀察すれば一種の動物試験を人體に行ふものなり、砲彈一たび爆破して外形の損傷に及ばざるに或は聾となり瘖となり或は失聲性となり又或は吃となり吶となる。しかも此の如き官能性障礙は女子に特有せられたるものが男子にも移り更に瘖啞者が恢復期に於て吃者、吶者に移行するが如きは聲音學上一道の光明を吾人に與ふるものにあらずや、吾人専門に従事するもの深く茲に留意して未曾有の犠牲を拂ひたる此大々的實驗を研究精査する覺悟なかるべからず。

#### 144. 所謂乳兒脚氣に來る嘶嘎 Heiserkeit bei der sog. Säuglingsberiberi.

脚氣に罹れる婦人の授乳せる乳兒に脚氣様症狀を來すこゝが始めて専門家の注目する所となりしは明治22—23年の頃なり。即ち患兒は主症狀として、吐乳、食慾減退、尿量減少、浮腫、羸瘦及び音聲嘶嘎等を數ふ。其の症狀は胃腸の障礙を主とするを以て、當時の醫家は脚氣消化不良症 *Kakkedyspepsie* と呼べり。明治26年三宅宗淳(京都)は其の乳兒に來るの故を以て乳兒脚氣 *Kakke infantis* と名づけ、明治30年に至り弘田博士は哺乳乳兒脚氣 *Kakke der Säuglinge* なる題下に其研究を發表せられ、現今乳兒脚氣 *Säuglingskakke* の名廣く行はる。

本症の本態に關しては尙論争あれども母乳に關するこゝは明かなり、其の母乳を中止すれば本症も恢復するを以てなり、乳兒脚氣様症狀は脚氣患者(母)より授乳されたるこゝのみならず、脚氣症狀の缺如する健母より授乳されたるこゝにも起るこゝあり。伊東(祐)教授は斯る者を母乳中毒症 *Muttermilchvergiftung* と名けたり。されど授乳は必ずしも母に限らず、これ人乳中毒症 *Menschenmilchvergiftung* の名の出でたる所以なる。或は又母乳中に人工的に他の營養物(例へば穀物)を加味するも類似の症狀を見るこゝあり、之を穀粉營養障礙症 *Mehlnährschaden* と云ふ。吾専門科より見れば等しく音聲嘶嘎あり。

**症例** 今諸君に供覽する患者は生後滿3ヶ月の女兒なり(伊○タ○、初診1920年9月7日)。

**既往症** 患者の兩親共に健全、血族結婚(又從兄妹)なり。父方の祖父母は何病にて斃れたるか不詳、母方の祖父は腦溢血に斃れ、祖母は尙健在す。同胞なく、遺傳的關係の認むべきものなし。母は未だ脚氣に罹りたるこゝなしと云ふも、目下兩側下肢の倦怠感を訴ふ。麻痺感、浮腫等なし。

患兒は熟産且つ安産にして専ら母乳を以て榮養せられたり、未だ疾病に罹りたるこゝなかりしが、今より約1ヶ月前に機嫌悪しく顔色蒼白となり、次で吐乳及び嘶嘎を來し、醫治によりて吐乳は治癒せるも嘶嘎は尙治せず、依て當大學小兒科に入院し(8月

27日), 乳兒脚氣として治療せられ, 目下嘶嘎のみを残す, 1 昨日同科より喉頭検査を受くべく當科に送られたるものなり。

**現症** 諸君の見らるゝ如く體格及び營養共に中等なり, 體温 37 度 1 分, 小兒科の胸部所見によれば肺に異状なく, 心音亦平常なれども心臟濁音界は右に擴がるを云へり。當教室にて胸部の X 光線寫眞を撮りたるに, 果して此乾板に見らるゝが如く心臟陰影は著明に右方に向て擴がれり。

其他内臓に異常なし, 兩側外聽道は耳垢にて充たされ, 鼻腔及び咽腔に變化なし。以上の既往症及び現症により其の乳兒脚氣なるべきは診斷に難からず。

**原因** 此患者に於て吾人に最も興味あるは嘶嘎が如何にして起れるかの問題なり, 其本態が闡明さるゝに至りし道程を願れば興趣更に深きものあり。

本症發見の當時主として胃腸症狀に著目せられ, 神經症狀殊に嘶嘎は閉却せられたりき。明治 26 年三宅氏は詳細なる調査を遂げ, 本病の約 50% に嘶嘎を有するを報告し, 其の後弘田博士其他の研究により殆んど總ての患者に必發するを明かすなれり。されど當時小兒の喉頭鏡検査法は甚だ不完全なりしが爲め, 或は大人脚氣と同一鏡像なるべきを想像せるも鏡下に確證する能はず, 想像は想像を産み, 吸氣的喘息の存在より兩側後筋麻痺なりとする人さへありき, 實に一般醫家は勿論, 有名なる斯道の専門家すらも「到底望みて得られず」の嘆聲を放つに至れり。

斯る秋に余は伊東(祐彦)教授より乳兒脚氣なる診斷の下に送られたる 3 例の患者に直達喉頭鏡検査法を行ひ, 其 2 例に於て左側回歸神經麻痺を證明し, 之を「醫學中央雜誌」(第 9 卷第 15, 16 號) 上に發表せり, 時に明治 45 年 1 月 (1912) なり。是, 本症に於ける嘶嘎の原因を確證したる始めにして, 之によりて久しく暗黒裡に狎られたる本態初めて明かきなりしのみならず, 一般醫家をして小兒の喉頭も亦直達検査法を以て觀察極めて易々たることを知らしめたりき。

**診斷** 直達検査は小兒なるが故に全く無麻酔にて容易に行ひ得, 患者は検査前排便せしめ, 次で手術臺上に仰臥せしめ, 頭部を臺外に懸垂し, 2 人の助手は其の頭部と四肢とを固定し, 術者は頭部に坐す。器械としては長き捲綿子と直達管とあれば足る。余は専らキリアン型燕尾形直達管に余の喀痰保護器(「實驗醫報」第 6 年第 6 號, 大正 8

年 11 月發行参照) を裝用す。かくして檢せる此の患者の喉頭には發赤腫脹なく, 右側聲帶はよく動くも左側は啼泣の際正中線に來らず(大人の聲帶運動の完否を確むるには「エー」又は「アー」を發音せしむるの要あり, 命令に従はしめ能はざる幼兒は幸にして啼泣するを以て其運動状態を見得), 呼吸位と發聲位との中間所謂屍體位に固定せらる, 即ち左側回歸神經麻痺の像を見たり。消息法によりて喉頭の知覺には異常なきを確めたり。

乳兒脚氣に於ける回歸神經麻痺は此例の如く左側に來るべき多し, 其理由に關しては諸説種々今尙定説なし。或は心臟の肥大擴張による神經の壓迫をなす, されど心臟肥大を伴はずして寧ろ萎縮を來すと稱せらるる穀粉中毒症に於ても左側が侵さるゝ理由は此説を以て解決する能はず。今兩側回歸神經の解剖的經過を見るに, 右側は鎖骨下動脈下を回り, 左側は大動脈弓の下を回るが故に, 其經過に於て左側の方遙に長し, 従て各種の有害作用に遭遇し易し, 例之氣管支淋巴腺より來る障礙又は毒物の作用を受くる分量多きが如し。左側神經の經過の長きこそが左側麻痺を起し易き原因なるべしとの説は, 現今最も多く信ぜらるゝ所なり。

**豫後及療法** 本症に於ける主症候の嘶嘎は豫後良なり。即ち廢乳すれば治す。小兒科に於ける臨牀的觀察によれば, 斷乳後約 20 日にして嘶嘎は消失す。されど之を以て直に回歸神經麻痺の治療をなし難きことあり, 何となれば此際吾人が其喉頭を見れば依然として麻痺の存するを以てなり。唯健側聲帶は正中線を超えて患側に接近し, 他側の機能不全を代償するを以て外觀上治癒せるが如く思はるゝに過ぎず。時として此麻痺が大人に至る迄殘るることあり。故に我邦にては, 大人に原因不明の回歸神經麻痺を見たるときは, 常に小兒期に脚氣に罹りたる事なきや否やを訊問する事を忘るべからず。

終りに一言附加したきは, 兒科學界に於て常に問題の中心となる乳兒脚氣, 人乳中毒症及び穀粉營養障礙症の三者は同一症にして, 少しく色彩の異なるものか否か斷言し難しと雖も, 吾専門領域に於ける觀察に於ては何等差異あることなし。余は小兒科伊東教授の許にて診斷明かに下されたる諸例にて喉頭を精査し, 嘶嘎の原因を確めたるものを次に表示せむ。

人乳中毒症 5 例中 左側回歸神經麻痺 5 例

乳兒脚氣 5 例中 左側回歸神經麻痺 5 例

穀粉營養障礙 4 例中 左側回歸神經麻痺 4 例

此くの如く 14 例の兒科診斷明瞭なるものにおいて、喉頭所見は悉く左側回歸神經麻痺たりしなり。

尙供覽したる患兒は 母乳廢止後 1 週間に於て嘔吐消失したり、されど喉頭検査に於ては尙左側回歸神經麻痺の存するを見たり。

#### 145. 「ヒステリー」性瘖啞症の治癒例

##### Ein ausgeheilter Fall von hysterischem Mutismus

患者は 45 歳の女、昭和 4 年外來に來りし時は發語全く不能なりしが前回 (昭和 4 年 12 月 22 日) 供覽したる時は僅かに囁語を以て話す程度になりをれり、其後精神的療法及練習をつゞけて目下普通に會話し得るに到れり、初め失語症の状態なりしために腦の腫瘍等を疑はれしも其後精神療法によりて恢復し目下聲帯は兩側共よく動き聲もよく發す。歐洲大戦争當時此「ヒステリー」性瘖啞症多發しその恢復するに當りては吃の時期を經過すも唱へられたれども此患者に於ては周到に觀察せしに不拘吃音を起す事なくして、啞の状態より失聲症となり現在は正常に復せり、即ち器質的病變を想像せしは當らずして官能性なりしものと考へらる。 (昭和 5 年 2 月九州地方會講演)

#### 146. a 吸氣性談話 (患者供覽)

##### Inspiratorische Phonation

生理的談話は呼氣時に聲帯が振動するに因る、神經性に吸氣時に談話をなすことあり、これを Inspiratorisches Sprechen と云ふ、呼氣性談話は「ヒステリー」に最も多く、亦吃音家にも見る處なり、喉頭鏡検査の際「エー」を吸氣を行ふに非らざれば發音不可能なる人あり、こゝに供覽する患者は 20 歳の農家の婦人にて直達検査後に吸氣

性談話となり、患者は呼吸困難を訴ふれども他覺的には呼吸困難の症狀殆んどなし。

咳嗽は可能なり、本病の本態は「ヒステリー」性聲帯「スバスムス」なり、痙攣性吃音に酷似す、精神療法にて全治す、但し再發の傾あり。

(昭和 2 年 12 月九州地方會講演)

#### 146. b 吸氣性發聲症 (第二回供覽)

##### Inspiratorische Phonation

前回に供覽せる患者にて 21 歳の農婦なり、呼吸困難を言語障礙を主訴す、健康者の如く呼氣によりて發語する能はず、吸氣を以て發語す、聲帯は吸氣時に閉鎖するを以て呼吸困難あり、人の前には症状増悪す、これ「ヒステリー」性疾患の特徴なり、「ヒステリー」による聲帯の運動障礙に 3 種あり、Hyperkinese は聲門の閉鎖過度なるもの、Hypokinese 之に反し、Parakinese は錯誤なり、此患者は第三の型なり、精神療法にて治癒すれども再發の傾あり。 (昭和 3 年 2 月同前)

## 第八章 氣管氣管枝及食道疾患

Die Krankheiten der Trachea,  
der Bronchien und des Oesophagus.

## 147. 直達鏡検査法と癌の早期診断

Frühdiagnose des Karzinoms durch endoskopische  
Untersuchung

こゝに直達鏡検査法といふのは、主として食道鏡及氣管枝鏡検査を指す。然し鼻咽腔の直達検査も考慮した。何れも金属の直管を挿入し、光線を送つて目近くに隠れたる體腔内の變化を見、消息子を以て探り、滯溜した液體又は結痂を除き、必要に応じて試験切片を取り、かねて各種の直接的治療を加へる方法を直達鏡検査法と呼ぶのである。今や氣管氣管枝鏡検査法(Tracheobronchoskopie)は、其手が肺臓内に伸びて肺鏡検査法(Pneumoskopie)となり、食道鏡検査法(Oesophagoskopie)は伸びて胃鏡検査法(Gastroskopie)となりて來た。吾々が從來直接視診するこゝが出来なかつた場所が次第に明所に暴露されて來た。

昔は絲脈といふこゝがあつた。それは貴人の脈を直接握るこゝを許るされなかつた時代に、醫者は患者の腕に接続した絲を通して隣の室から極めて間接に脈診をしなければならなかつたのである。嵐山甫安のかいた備忘録をみると、甫安が名醫になつた後、京都で貴人の診察をしたこゝがかいてある。此貴人は咽喉の疾患であつた爲咽を見せなければならぬ。しかし顔を見せるのは厭だし、又口中に觸らせるこゝは尙法て好まないといふので、色々考へた末、甫安は次の間から障子を隔てて拜診する。やむなく障子に口中が見える丈の孔をあけて貫つて覗いたといふこゝが書いてある。今の世の中に此種の検査法で診断が確的につく譯がない。まして早期診断は望まれない。

現代の醫學の状態では悪性腫瘍は早期診断を下し、早期に手術的切除を行ひ、補助法として放射線療法を行ふのが理想的である。手術不可能の場合には、放射線療法に因つて腫瘍の生長を阻止し、疼痛を鎮め、出血を止めたりするこゝが肝要である。尤も近

來になり癌は局部的疾患なりといふ從來の説は細胞病理學の餘弊で、癌は E. Freund (1885) が全身病なりといつたやうに、體液が癌腫發生に適した變化を起して初めて癌腫が發生するものであるといふ説も主張せられて居る。又癌といつても生物學的に一種類のものではない。既に其母體の上皮細胞の類が異なり、又身體の條件が異つて居るのであるから、千遍一律の治療法で治さむとする處に無理がある。手術で治る位のもは放射線でも直るこゝ主張するものである。

又癌には癌先驅期(Präkanzeröse)といふものがあるといふこゝを Hutchinson, Hinselmann 等がいつて居る。此時期にも既に癌が潜伏して居るのか、又は良性的の疾患が次に來る時期に悪性變化をするものか不明である。然し癌に全然關係なき良性的の腫瘍細胞が、或時期に癌性變化(Eine krebsige Umwandlung)をするといふこゝは大なる疑問である。

吾人の早期診断が Präkanzeröse の時期迄遡る事が出来れば申分ないが、それは現今の知識ではむづかしい。唯度々炎症を繰返すか、慢性の炎症が持續するか、又一定の刺激が絶えず與へられて居るこゝは、癌の發生に好素地を作るといふこゝを念頭に置くに留る。吾々はせめて癌の發生の極めて初期、即ち極小範圍に限局され、未だ轉移を起して居らぬ時期に發見出来れば、之を早期診断と名付けて差支無い。何んとなれば現今の臨牀家の癌診断の状態を見るに随分進んだものでも確診がつかず、死後病理解剖によつて初めて癌の診断が付けられるこゝも少くはないのであるから。

以下3段に分けて述べる。

## 一、鼻咽腔直達検査法

Epipharyngosopia directa(直達上咽腔検査法)といふ名稱で、1910年ハンガリーの von Gyergyai によつて發表され、1911年米國 Sidney Yankauer は一種の砂時計形をなせる咽頭鏡 Speculum を發明した。自分は更に此直達管の側に 0.5 釐幅の縦裂線を加へて改造し、手術器械の送入を自在にした(拙著=直達咽腔検査法に就て、大正3年6月「日新醫學」第3年第10號参照)。此法は患者に普通の坐位を取らせ、咽頭に20%「コカイン」溶液を塗布した丈で検査が出来るから、非常に便利である。後鼻

鏡検査に比べて何れ丈優つて居るかといふに、後鼻鏡検査では鏡の平面に寫した丈の所を見るのであるが、此は隠れた部分を直達鏡によつて押し開いてみるこゝが出来、例へば鼻咽腔上壁の皺襞の中、ローゼンミュルレル氏窩、歐氏管口及附近を自由に検査出来る。殊に鏡面の映像を見るのではなく、管腔を通して組織を直接に見るのである。又器械を入れて種々の操作が出来、即ち分泌物や結痂や血塊を除けて下の組織を精査出来る、又探診して出血如何、硬度如何、波動如何を検査するこゝも出来る。又ある一定處を固定して試験切片を取つて来るこゝが容易である。

此等の特色を有つて居るから、此検査は自分の考案した自製軟口蓋鉤を用ゐて疑はしい場所があつた時又は軟口蓋鉤の使用が不可能の患者には必ず試みるべき検査法である。

自分は近來上咽腔癌の2例を此方法で確診した。

第1例は60歳の男子で、長い間歐氏管狭窄で通氣法を受けて居つたが、時々出血するやうになり、頭痛が加つて來た。軟口蓋鉤をかけて精査したるに、左側歐氏管上部咽頭側壁の窩に出血性の粘膜腫脹がみえたから、自分の咽頭直達鏡を挿入して上咽腔の直達検査を行ひ、試験切片を取り病理學的検査をした處、上皮癌といふこゝが確定された。それから腫瘍を直達検査法で出来る丈け除き「ラヂウム」照射を始めた。腫瘍は見る影も無くなつた。患者は歸國して一時従來の職務を取つたが其後再發して終に死亡した。

第2例は右側頸部に鶏卵大の淋巴腺腫脹があつて外科の診察を受けて居つたもので52歳の男子である。3年前から頭痛があり、神經衰弱の爲、内科醫から處置を受け服藥して居つた。處が段々右側の耳がつまり難聴を訴へ耳科醫から通氣法をやつて貰つて居たが、開いた耳が暫くするこゝ又つまりるのであつた。此患者を上咽腔直達検査法で検査するに、右側ローゼンミュルレル氏窩の所から出血性腫瘍が發生して、歐氏管を壓迫して居る。それで通氣後間も無く歐氏管の閉塞するこゝも説明出来る。腫瘍の一部を切除して顯微鏡検査をした處が、此の例も上皮癌であつた。よつて直達検査の下に出来る丈腫瘍を切除し「ラヂウム」治療を始めた處が、出血もやみ上咽腔の腫瘍も縮小治癒したが、數ヶ月の後又發現し、次第に左側に廣まり、左側頸部にも淋巴腺の轉移を

生じ遂に鬼籍に入つた(精しくは「日本醫事新報」748號昭和12年9月、拙著=隠れたる咽喉疾患と頸腺腫の第2例参照)。

此2例に於て一旦治癒した事は注目すべきである。若し診断が更に早く付いたならば、或は全治可能のものであつたかもしれない。

## 二 食道鏡検査法

(大正14年1月近藤外科學第2巻の上拙著=食道鏡検査法 並に日本耳鼻咽喉科學全書第10巻の5、小野謙著食道鏡の部参照)

食道の検査は食道鏡検査とX光線検査の二つを主とする。食道狭窄症があるこゝ、いきなり「オーブ」形「ブジー」を挿入する舊習があるが、之は甚だよろしくない。時として癌性變化をして脆くなつた食道壁を貫通して、患者を死に到らしめるこゝもある。又瘢痕性狭窄の患者に「ブジー」を入れて側壁を貫き、縦隔竇炎を起し死んだ例もある。又たこゝへ探診によつて狭窄の深さが分つた所が、何の爲に來た狭窄であるかを診断するこゝは出来ない。人によつて食道鏡の長さを決める爲に詭辯を弄する人もあるが、全く有害無益の事といはなければならない。

X光線の検査は必要である。殊に食道附近の器官との關係を明かにする爲には缺き難い。食道の狭窄が時々食道腔内自身の病變よりも附近の疾患、例へば縦隔竇腫瘍、氣道の變化、淋巴腺の病變、脊柱からの流注膿瘍等の爲に續發性に變化を受けて居るこゝがある。然し食道腔内の變化を見るには、何れいつても食道鏡検査には及ばない。

第一 X光線の如く影法師を見るのではなく直接食道腔を觀察するこゝ出来るから、狭窄部色彩、粘膜状態、出血の有無、分泌の有無、運動の有無等を精査するこゝ出来る。

第二 X光線では陰影を與へない場合がよくある。勿論投影物質を與へて検査しても、狭窄の軽度の場合には、投影物質の停止する暇がない。

第三 食道鏡検査によつて探診が自由であるから、硬度をみるこゝ出来る。又膿瘍の如きは波動をふれるこゝも出来る。又疑はしい場合には切片を試験的に取つて顯微鏡的検査をするこゝも出来る。

第四 食道癌にあつては手術や處置が可能である。Seiffert は種々の器械を作つて食道癌の手術を食道鏡を通して始めた。早期診断さへ付けば、食道内手術は勿論成功すべきこと考へられる。進行した癌には食道鏡を通して「ラヂウム」筒の貼布又は「ラヂウム」針の挿入が行はれて居る。

以上は食道鏡検査の特徴であるが、同時にX光線の検査を忘れてはならぬ。

さて食道鏡検査を行ふ前に喉頭鏡検査を行ふことが必要である。何んとなれば、食道癌が上部食道入口部にある時は喉頭に異常を呈するからである。其變化は披裂軟骨部の發赤腫脹、殊に左側に偏して居るのを常とする。又狭窄の上部には分泌物や膿汁の瀦溜するのが常である。かくの如き場合には食道入口部に何等かの變化が潜伏して居ることを豫知しなければならぬ。又此際食道入口部を外部より壓迫すれば左右其感じを異にし、時によりては患側に疼痛を感じる。又患者は時々哽聲を訴へ、喉頭鏡検査によつて、回歸神經麻痺を患側に發見することもある。以上の場合には直達鏡を挿入するにも大なる注意を要する。無謀に食道入口部を通過せむとすれば損傷を來す恐れがある。

癌の發生が環狀軟骨の後壁から始つて居る時には、アイケン教授の下喉頭検査法(Hypopharyngoskopie)によるのを便するところがある。即ち喉頭鉤を喉頭内に送入し、前連合の部を前方に引きよせ、食道入口部を哆開せしめて之を喉頭鏡に映す方法である。愈疑はしい時は直達鏡(Rohr にても Direktoskop にてもよい)を挿入して精査し、場合によつては試験切片をとり、診断を確定する。食道癌は上部に於て最も多いから、注意するを要する。喉頭鏡検査もやらず、いきなり消息子を送る如き無謀の事をなしてはならぬ。

次に、屢々癌腫の發生する場所は食道下部である。中部に發生することは少い。さて食道鏡を通して見た癌腫の他覺的所見は、ジャクソンによれば次の6種に分けることが出来る。

1. 健全な上皮層を以て被はれた粘膜下浸潤にして多少の膨隆と硬度がある。
2. 白斑(Leucoplakia) 附着
3. 潰瘍、邊緣に於て粘膜面から少し高く、

4. 覆盆子状に集つて居る圓形結節状腫物但し濃又は淡紅色
5. 「ポリープ」様腫物
6. 花「キャベツ」様腫物

勿論此等の状態は交錯して同時に現れることを考慮しなければならない。若し1.

2. 3. の間に診断が付けば、比較的早期させねばならぬ。又腫瘍の下に潰瘍面が出来れば、混合感染を起して周囲の粘膜が發赤するのが常である。

次に食道粘膜下に腫瘍が生じて、上を被ふ粘膜はまだ健康な場合に食道鏡的所見によつて診断を下すには、次の諸點を注意しなければならぬ。但し食道内に原發した場合にても、外部から食道内に進入して來た場合でも同じ事である。

(a) 患部の縦の皺が失くなる。即ち收縮の時、皺が出来なくなる。

(b) 吸氣時食道の開大した時腔形が不對稱になる。即ち病變のある所は開大の時之に應じて運動が出来なくなる。

(c) 直達管端にて硬くふれる。

(d) 直達管口にて壓迫しても容易に皺を作らぬ。

尚類症鑑別さして必要なことを少し付け加へる。

(1) 氣管の原發性癌が食道壁を壓迫することがある。此時は食道前壁が膨隆する。前壁の膨隆した場合には必ず氣管内の検査を怠つてはならぬ。

(2) 縦隔竇の腫瘍でも食道粘膜に變化なく膨隆して前述の初期症狀を呈するから、X光線の検査で附近一帯の検査を要する。

(3) 癆痕性狭窄 酸や「アルカリ」等で腐蝕して治癒した後に、食道粘膜の變化を見る。此時は粘膜の表面は白色癆痕性になり、附近に索條を作るから邊緣が半月状に菲薄になつて居る。又此患部の上方に擴張部の存するを常とする。又病歴を精査する必要がある。

(4) 食道黴毒の疑ある時は驅黴療法の反應如何を見る。又試験切片の検査を要する。

(5) 老人性弛緩性 (Senile Atonie) にて食道下部に不消化物が停溜閉塞して狭窄症を來し癌と誤られることがある。殊に齒牙脱落した患者にありては、食物の大塊を丸

呑みにする癖あり、その爲食道閉塞するや飲食を通ぜず形容枯槁、癌患者を思はしめるものがある。自分は49歳の女、食道癌の疑にて廻されたものに食道鏡検査を行ひ、下狭窄部から蒟蒻の大塊を發見した例を報告したことがある。

(6) 食道肉腫は稀である。九大にあつた時食道狭窄で内科から廻送された49歳の男子に食道鏡により24—27 厘の間に互つて腫瘍を發見し、試験切片を取りて鏡檢した結果黒色肉腫であつたことを知つた。肉腫の方が癌腫よりも多く、黒味を帯び深い潰瘍に陥り易いといはれて居るが、眞の鑑別は顯微鏡検査によらなければならない。

(7) 異物の訴へて來た患者に、食道鏡検査をして癌腫を發見することがあるから、病歴ばかりを信用することが出来ない。

(8) 食道癌の患者は狭窄を患部よりも上方に感じるのが常である例へば中部下部の狭窄を第一狭窄部即ち環狀軟骨部に訴へて來る事があるから、患者の自覺症狀も當てにはならない。

之を要するに癌腫は初期に於て痛くも痒くもない、殊に食道癌に於ては上部の外は食道狭窄を覺える迄何等の苦情がない。従つて醫者も患者も食道に注意しない。食道狭窄感は勿論個人によつて様ではないが、食道腔の4分の3も腫瘍で充されるに至らなければ不明瞭であるのを常とする。これは漸を以て狭窄が來るから分らないのである。酒を飲み過ぎたさか魚骨を引かけたさかいふ時初めて著明に現はれるものである。それであるから患者の主訴を待つて食道の検査をやるやうでは、食道癌の早期診断は到底不可能である。自分が明治の末から主張して居るやうに、食道癌の懸念ある者、癌の素因あるものは40歳以上に至れば食道鏡によつて月1回位の健康診察を受けるを要する。これ食道癌の早期診断の唯一の方法である。

### 三 氣管鏡, 氣管支鏡検査

#### (甲) 喉頭癌

喉頭癌が、耳鼻咽喉科領域の癌中最も多いことは統計で明かである。九大耳鼻科1907—1929年間の入院患者12,091人(男8,411,女3,680)中、癌患者592(男484,女108)、其中喉頭癌は第一位にある。總計166例(28.2%)、男女の比は男150(90%)、女16(10

%)で、男に大變多い。第二位は上顎(150例即25.3%)、第三位は食道(105例17.7%)である。故に喉頭癌は思つたよりも多いものである。患者の自覺症狀として嘔聲が早く來るし、醫者の側からは喉頭鏡検査が容易に行はれる關係上、癌さいふ診断は比較的容易に附くべきであるのに、中々さう簡單には行かない。其原因としては

(1) 嘔聲を來す病氣が色々ある事

(2) 喉頭鏡の検査に缺陷のある事

(3) 試験切片の検査上何か手落のある事を考へなければならない。今以上の三點に就いて少しく説明する。

(1) 嘔聲を來す疾患中癌に誤られ易い主なものは慢性喉頭「カタル」、結核、微毒の三つである。時によれば此等の疾患も癌腫と合併して來ることもあるから、餘程注意を要する。喉頭癌腫の初期は大抵40歳以上の男子で、乾燥感を伴ふ嘔聲が頑固に続き、痛くも痒くもないのを特徴とする。慢性喉頭「カタル」は兩側性であるが癌は偏側性に來る。又慢性喉頭「カタル」は發赤咳嗽を伴ふのを常とする。結核では疼痛が烈しい。全身の検査を要する。微毒では普通無痛であるが、腫脹と發赤が烈しい。又ワ氏反應や驅微療法を試みて區別する。

(2) 喉頭鏡検査の缺陷は上から鏡面に寫して見るさいふ點にある。自分は此缺陷を補ふ爲に直達検査を推薦するものである。例へば聲帯下に發生した癌腫やモルガニー竇から出發したものは、上から喉頭鏡で照した丈では見遇がす、又精しく検査することも出来ない。直達鏡管端(斜断面を有するものがよい)を以て押し分け乍ら検査すれば聲帯の下面でもモルガニー竇内でも検査が出来る。

(3) 切片検査上の手落さいふのは、適當の場所と深さから取り來つた材料でなければ何の役にも立たないさいふ事が一つである。此場合にも喉頭鏡下の操作は甚だ不完全であることもある。例へば腫瘍附近の粘膜を撮んで來たり又極めて淺い部分の上皮層を取つたり、時によるさ反對の健康側の粘膜を切り取るやうなこともある。假令へ正しい場所をつかんでも、淺きに過ぎることもある。又餘り深い所をつかみ過ぎて一側の聲帯を前連合の部から引剝がし、裁判問題になつたやうな例もある。

直達鏡の助けによれば、疾患の一定部だけを固定露出して淺深自由の所を加減する



こゝが出来、標本を作製して検査する時は偶々も十分によく検査する必要がある、結締組織層の増殖が烈しくて癌細胞が極めて少数に混入して居る爲にも之を見落す事もあるから、自分は喉頭癌の初期診断に關して特に起稿し、大阪醫事新誌昭和12年1月號に出したから、茲に詳説を省いた。

喉頭癌の軟骨外廓内に在る間は、手術の成績が非常によい、殊に初期の場合には半側摘出にても喉頭切開術にても手術は済むし、又「ラヂウム」針の治療にても好成績を擧げる事が出来る。近き將來には、初期に発見出来た聲帯の癌腫は直達管を通して手術が可能になる事と思ふ。

#### (乙) 氣管及氣管枝癌

從來氣管又は氣管枝の癌は、病理解剖によつて初めて発見せられ診断を下されたものであるが、直達検査を行へば生前に診断を下すことが出来るのである。自分は既に明治41年内科から呼吸困難と喘息様發作を主訴して來た44歳の農夫に氣管鏡検査を施して、氣管中部後壁から發生した原發癌を診断し、死後剖見によつて之を確めたのである。氣管の中部から出發するものは少いが、下部の分岐部近くから出發する癌は比較的多い、西山氏が九大病理學教室から1ヶ年間に2例の氣管下部の癌腫を報告して居る。第1例は45歳の女、臨牀的診断は早發性癡呆と肺結核で、病理的診断は氣管分岐部前壁から發生した單純癌で、肺、肝その他に轉移竈を作つたもの。第2例は59歳の男、臨牀的診断は冠狀動脈硬化症の疑、病理學的診断は氣管下部の髓様癌で、縱隔竇淋巴結節、氣管枝淋巴結節、心臟外膜下等に轉移竈があつた。2例共に生前呼吸困難と喘鳴があつたにかゝらず、臨牀的に氣管癌少くとも腫瘍の診断が付かなかつたといふのは何に因るか、生前耳鼻科的検査を缺いた爲といつてよい。何んかなれば直達鏡検査を施せば癌の診断は付かなくとも、腫瘍の存在を確診出来るのであるから。

一般に氣管や氣管枝に腫瘍、隆起、異物等のある場合には呼吸困難、喘鳴又は喘息様發作のあることは常である。例へば大動脈瘤にしても氣管支腺の腫脹にしても、微毒性潰瘍又は癥痕性狹窄にしても同様である(青山博士=日本内科全書卷4別録大正14年1月拙著=氣管支疾患参照)

#### (丙) 肺癌

肺癌の臨牀的診断は容易でない、殊に結核菌の證明された結核を合併する時は臨牀的には結核にのみ留意されて、肺癌の疑を置くことが忘れられ易い。剖見により初めて発見せらるることは日常遭遇する所である。

肺癌は屢上肺葉を侵すが、肺門に來る場合も分岐部から肺に進むことも稀でないから、疑の在る場合には必ず氣管枝鏡検査乃至肺鏡検査を行ふべきである。

キリアン先生以來、金屬直管を以て氣管支内に進めば、氣管分枝の彎曲角度を眞直にしつゝ深部に進みうるこゝ及び氣管分枝を通して消息子を透れば、肺の周邊に迄到達しうるこゝが知られて居るから、將來肺臓の内科的、外科的所置には直達鏡検査を缺く事が出来ない。

以上で自分は直達鏡検査法が癌の診断に如何に重要なかを縷述した。就中氣管及氣管支の癌の診断には、直達鏡検査を措いて外に途がないと言つてよい。X光線検査の外に近時血清化學的診断法が發達して來たが、現状に於ては補助診断法の位置にあるから、目にて見られる所は目で見、手の届く所は切片を取つて診断を下さねばならない。直達鏡検査の他の方面の應用に就いては言及して居らぬから斷つておく。

診断が付かない屍體を解剖臺上に送ることは臨牀家の好まない所である。自分は此際内科及び一般醫諸君に對つて呼吸困難や喘鳴又は喘息様發作のある患者は、一應耳鼻科的診察、殊に直達鏡検査を受けられることを希望する。又假令へ早期診断がついても、患者が之を信じないか、主治醫が患者を働さない爲に適當な處置の時期を失し、取り返しの付かない事もあるから注意を要する。

直達鏡検査法の必要と普及に關しては、明治40年來自分の強調して居る所である。其當時にあつては Prof. Kocher の如き大家でさへ面會の際「君もキリアン教室の患者いぢめをやつて居るか」といはれたこともあるが、今や世界文明國を通して不可避實行の域に達した。然し吾國に於ては今日も尙強調の必要を感じたから此論文を草した。

## 148. 氣管及氣管枝狹窄症

## Stenosen der Trachea u. Bronchien

今諸君に供覽する患者は呼吸困難、不定型の發熱、歩行障礙を主訴とする8歳の女児なり。材木店員の女にして兩親健全、同胞3人亦健、患兒は正規分娩、發育尋常なりき。

此患者の發病は大正2年2月10日即ち3歳の時にして、其後教室に初診を受け、入院したるは大正5年10月23日なり。當時高度の呼吸困難のため、一時窒息死に瀕したりしが遂に恢復せられ爾來呼吸困難は全く去りたるも全身の疾患に一進一退あり。今回大正7年9月4日入院するに至りたるは、第3回目なり。其間の病歴極めて長きを以て、今重要な事項を抄記すれば次の如し。

發病 大正2年2月10日(當時患者3歳)の夜突然38度餘に發熱し、今迄自由に歩行せし患者は匍ふに至れり。醫治を受けたる後2週間にして左足を跛けば辛じて歩行するに至れり。其後内服薬を續けて用るしも病勢増悪するのみ。

大正3年9月患兒は兩親に従ひて旅順に轉ず。其頃より腹部の漸次膨滿するこゝを注意せり。同地某病院にて約1ヶ年間治療を受けたるも快方に赴かず、尙歩行障礙あり。

大正5年7月(患兒6歳)大連にて約1ヶ月間電氣療法をうけたるも效なく、其頃より腰椎の稍々突出し來れるこゝを知る。

同年9月下關に歸る。當時歩行は益々困難なる。10月に入り吸氣に際し軽度の呼吸困難あり。本學小兒科及び整形外科にて受診、脊椎「カリエス」なるこゝを注意せられたり。仍て整形外科にて「ギブスベツト」に臥するこゝを命ぜらる。然れども是に仰臥すれば呼吸困難増加するを常させり。

同年10月23日午前常の如く「ギブスベツト」に仰臥し居たりしが吸氣益々困難となり、大に苦悶し始め、寢臺より下ろし、も遂に呼吸を營まざるに至りたり。然るに偶然約10分後より漸次呼吸恢復し全く蘇生するに至れり。同年同月同日午後呼吸困難甚だしきため吾科に轉ず。

同年10月24日氣道及び食道の直達検査を行ふ(所見後述)。其際呼吸困難甚しきため直に氣管切開を行ひ、生命を救ふ。大正6年5月22日退院、11月7日再入院、大正7

年7月12日退院、同年9月4日3度入院して今日に至るものなり。

現症 榮養不良、體格矮小、顔面蒼白、浮腫狀を呈す。氣管「カニューレ」を通じて呼吸を營む。上下肢共に動けども、起立するこゝ能はず。腹部は著しく脹滿し、臍窩を充分有せず、左側部に濁音部を認む。脊柱は頸椎に異常なし。胸椎の第3乃至第5まで隆起す。腰椎は第4及びその附近高まる(第290圖)。

今此の患兒は氣管「カニューレ」一つによりて其生命を救はれ、且つ此の如く數年間持續したり。「カニューレ」を去れば直ちに窒息して死すべし。此の呼吸困難は果して何に因するか。

抑々呼吸困難を來す原因は甚だ種々なり。上は鼻腔口腔の閉塞より、下は肺部の病變に至る。其中間に於ける呼吸道の或は内方より或は外方よりの各種狹窄は擧げて數へ難し。今此患者の胸部を小兒科にて診察したるに、別に記すべき異常なしのこゝなり。

鼻腔、口腔、咽腔を検するに狹窄の原因なし。然らば喉頭は如何。若し喉頭に狹窄あれば音聲に異常あるを常とす。試に患兒に語らしむるに無聲なり。之れ氣管「カニューレ」より呼氣の逸出するに由る。若し氣管「カニューレ」の口を指頭にて閉塞し、語らしむれば言語明瞭なり。又呼吸もさして苦痛ならず。これ喉頭には異常なきこゝを示す。今此の患兒を比較のために、一老人の呼吸困難を訴ふるものを供覽せむ。諸君は遠方より既に喘鳴を聞かむ。此喘鳴は喉頭及び以下に於ける著しき狹窄を證するものなり。呼吸數を計るに1分時36回、常人に比して甚だ逼迫せるこゝ明瞭なり。これ亦呼吸道に狹窄あるが故に必要な酸素供給を受くるが爲迅速呼吸を營むに由る。此老人は未だ氣管切開を施さざれども、發聲せしむるに僅かに囁語に等しき言語を發するのみ。是其

第290圖



脊柱の隆起部を示す

障碍が發聲機關に存することを證明するものにして、老人の疾患は實に喉頭縮腫なり。

診斷 然らば狭窄の部位は何れにありや、今「カニューレ」を去れば呼吸困難更に來り、尋常用るる、短き金屬の「カニューレ」にては呼吸困難を救ふこと能はざるなり、故に推測するに氣管の深き部分より兩氣管枝の上部に於て狭窄の存するもの考へざ

第291圖 前



後 氣管内後壁膨隆に由る狭窄 (仰位氣管鏡像)

るべからず、今此部を確定しその状態を明かにするには、直達検査によりて氣管、氣管枝内及び食道内を精査すること及びX光線検査によりて、是等通路内外周圍の病變を透視するより外に途なし。

今此の患兒の氣管内を直達検査法にて檢するに、上門齒を去るこゝ13 厘にして氣管後壁著しく膨隆し(第291圖)管腔は是が爲狭小なる、されど粘膜面には異常なし、尙管を

進めて16 厘に至れば管壁は後方にのみならず左右壁よりも著しく壓迫狭小せらる、僅に氣管分岐點及び左右の氣管枝の一部を觀得るのみ(第292圖)、次に食道を検索せ

第292圖 前



後 氣管分岐部附近における氣管後左壁膨隆に由る狭窄 (仰位氣管鏡像)

しに、同じく前述の場所に相當して狭窄を示す、然るに氣管食道の粘膜には病的變化を認めず、故に病型は是等の周圍に存するもの考ふべし、次にX光線寫眞を参照するに第3乃至第5胸椎の部位及び以下に陰影を認む、胸部に於ても亦陰影あり、ビルケー氏皮膚反應陽性、ワ氏反應陰性、但、喀痰中に結核菌を證明せず、此の陰影此の狭窄は何に由るか。

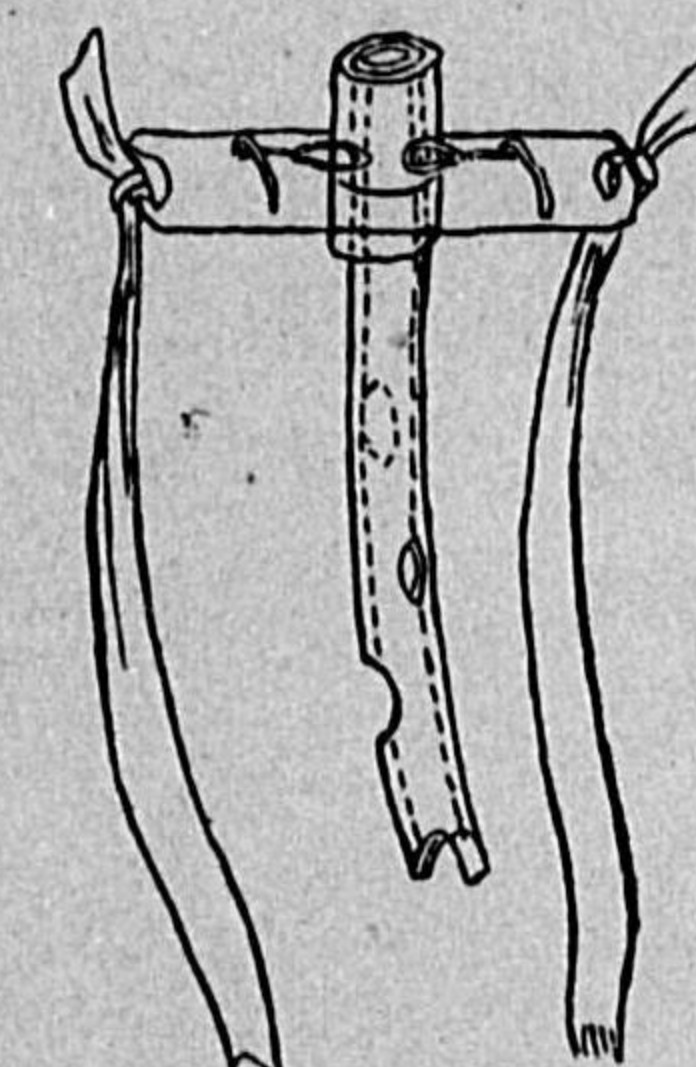
原因 此の如く深部氣道の狭窄を招來する氣道周圍の疾患には氣管枝腺腫脹、縦隔竇腫瘍、大動脈瘤等種々あれども幼兒にありて氣管枝腺腫脹、然らざれば脊椎「カリエス」に因る流注膿瘍 *Senkungsabszess* を考ふべし、今此幼兒にありては脊椎の疾患、病勢の一進一退が急促なるこゝ、氣道、食道内の膨隆が圓みを帶ぶること等によりて脊椎「カリエス」より來る流注膿瘍なることを推測すべし、余は嘗て此例を最もよく似たるものを實驗報告したることあり(1908)、即ち内科より轉科せる17歳の男子にして高度の呼吸困難を訴へたり、氣道及び食道の直達検査を施

したるに前上門齒より19.7 厘より21 厘に至る間に於て氣管内に著明なる後壁の隆起あり、食道内にも之を一致して周圍より壓迫性狭窄あり、X光線にての陰影、胸椎における彎曲等は、脊椎「カリエス」に因る流注膿瘍を思はしめたるも、かゝる臨牀的の例症は未だ文獻に見ざる所なり、是に於て余は長き探膿針を作り、食道鏡内より食道の後壁膨隆部を穿刺し、始めて膿汁を證明し、數回穿刺、膿汁を吸出したる後、遂に患者の氣管切開口を閉鎖し、治癒の後歸國せしむるに至りたり。

療法 余は今供覽の例に於ても亦膿汁を證明せむと欲して長き探膿針を以て食道内より穿刺したれども膿汁を證明するに至らざりき、然るに食道鏡除去後呼吸困難頓に増悪し、窒息するに至れり、依て余の法に従ひ先づ、

氣管鏡を挿入し、人工呼吸を施して蘇生せしめ、尋で氣管切開を施す、されど適當したる「カニューレ」なし、皆短くして狭窄部に達せず、依て圖の如き「ゴム」管「カニューレ」を製し、之によりて生命を救ふを得たり、元來深部氣道の狭窄に用るる「カニューレ」には螺旋裝置を有する長きケーニヒの「カニューレ」あり、されど金屬のものは器械的刺戟甚だしくして永く使用するに堪へ難し、殊に流注膿瘍にありては、壁を破る虞あり、然るに余の「ゴムカニューレ」は約8 厘長(長さは必要に従ひ隨意伸縮すべし)の適當の太さ

第293圖



久保型「ゴム」製長氣管「カニューレ」(2分1大)

の「ゴム」管を取り、圖の如く切り且つ小なる側窓を所々に作り、可成空氣の流通を妨げざるやうにし、之を金屬小板に固定し普通の「カニューレ」の如く使用す、「ゴム」は軟くして彈力あるを以て頸の運動に適應し、其中腔を失はず、故に刺戟少くして甚だ便利なり(第293圖参照)、諸君、此幼兒は此「ゴム」の管1本によりて數年間生命を持続しつゝあり。

此例不幸にして膿汁を證明し難かりしと雖、流注膿瘍なること殆き疑を容れ難し、歩行の障碍は腰椎部の「カリエス」によるものならむ、又發熱不定型なること、ビルケー反應積極なること等は結核性のものなることを察せしむ。

**附記** 此患兒は其後一般栄養に注意し、狭窄部には上記の「ゴムカニューレ」を交換し吸入によりて分泌物瀦溜を戦ひつゝありしに近時下方の膨隆減少し、「ゴム」管の長さを少しく減じうるに至れり。

### 149. 氣管「カニューレ」の氣管支異物 Trachealkanüle als Bronchialfremdkörper

**患者** 53歳の農夫、伊、龜

**初診入院** 昭和8年2月5日、外來番號391號

**主訴** 古くなりたる氣管「カニューレ」が氣管内に落込み之に續いて起れる咳嗽發作、粘液血痰喀出及び軽度の呼吸困難。

**家族歴** 特筆すべきことはない。

**既往歴** 生來健康で22歳の時梅毒に罹つた外に著患を知らぬ。

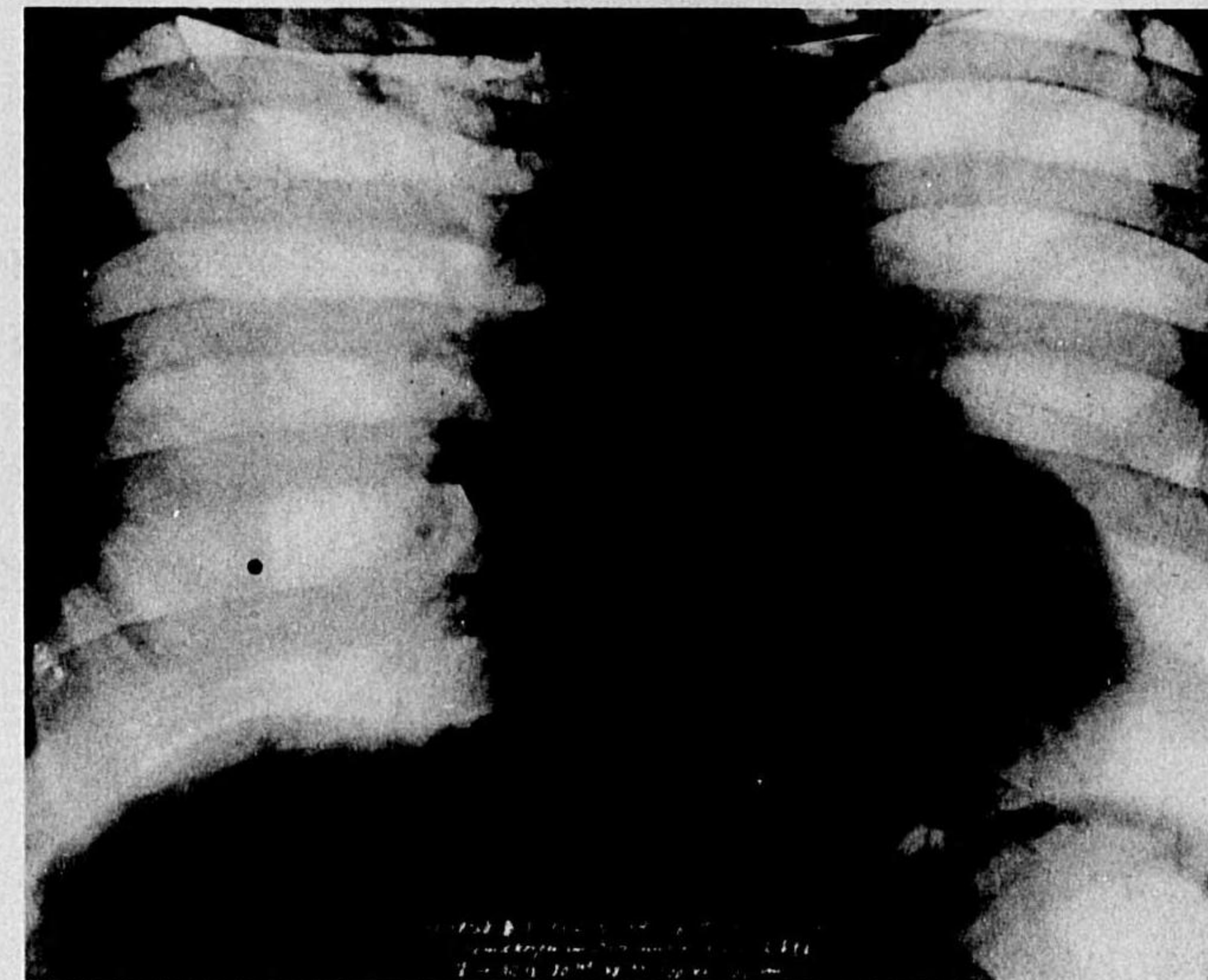
**現病歴** 36歳頃から次第に嘔聲が起り、次で呼吸障礙が現れたが疼痛がないため放置してゐるに38歳の時には(15年前)呼吸困難が甚だしくなり遂に耳鼻科専門醫を訪れて喉頭嚢毒の診断で氣管切開を受けた。其後數回に互り氣管套管拔去を試みられたが不成功に終り所謂氣管套管拔去困難症を起し爾來15年間氣管「カニューレ」を常用し自からそれを交換してゐた。

然るに昭和8年2月5日午前1時熟睡中「カニューレ」の外管の鐵附がこれ氣管内に落込んだため急に呼吸が困難となり覺醒した。一時は咳嗽發作及び呼吸困難甚しく瀕死の状態にあつたが、約3時間の後呼吸が稍々樂になり其後次第に輕快した。某専門家から一度直達鏡検査をうけ異物抽出を試みられたが不成功に終り當教室へ廻されたものである。

**現症** 患者は體格栄養共に中等、咳嗽發作あるため顔貌に多少苦痛の色あり、憔悴してゐる。呼吸困難は起坐してゐる時は左程でないが横臥するに明かになる。脈搏は頻數であるが整調で緊張はよい。尿に異常成分なくビ氏反應陰性、ワ氏反應も亦陰性である。胸部を診るに心臓濁音界は殆んど正常でただ心臓機能亢進を認める。肺は兩側

共打診上には著明の病變はなく、肺肝境界は第6肋間腔にあり呼吸に際して移動する。然し聽診すれば右側下肺葉は呼吸音弱く空氣の出入に甚しい障礙あるを示し一面に囉音を聽取する。腹部諸臓器に異常はない。鼻腔には兩側共に膿汁あり鼻中隔は右方に彎曲してゐる左鼻腔には鼻茸がある。咽頭、聽器に著變はないが喉頭を診るに聲帯は正中位に固定してゐる動かす兩側後筋麻痺の像を呈してゐる。前頸部に氣管切開口あり咳嗽の度毎に多量の血様粘液分泌物を喀出してゐる。

第 294 圖



右氣管枝内に「カニューレ」陰影あり

胸部X光線検査をなすに腹部の理學的所見から推察されたやうに異物は既に分岐部よりやゝ深く右氣管枝に嵌入してゐる(第294圖参照)。

體温は入院初日37度3分であつたが咳嗽發作あり喀痰多量のため先づ鎮咳劑を與へ吸入胸部器法をして経過を見るに體温は漸次上昇して2月8日には40度に近くなり右下肺葉は全く濁音を呈し一面捻髪音を聞く、左下葉に於ては打診上變化ないが亦乾性囉音を聽取し肺炎が併發したことを現してゐる。

第 295 圖



右氣管枝から異物の氣管「カニューレ」を抽出した時の鉗子の摘み方氣管枝鏡との位置の關係を示す

9日午前「モルヒン」注射「コカイン」局所麻酔の下に仰臥位に於て直達鏡下に抽出を試みた、X光線検査によつて異物の位置が判明してゐるから抽出に適當な直達管(0.9×18仙米)を選び、氣管切開口から挿入するに氣管枝分岐部の上方後壁に出血し易い噴火口狀の「カニューレ」による瘻管を認め其の奥に異物の一端が右氣管枝分岐部に窺いてゐるのを容易に見出した。それで有鉤鉗子を用ゐる異物を挿み斜の位置のまま直達管と共に引出して抽出に成功した(第295圖)。

異物抽出後胸部病變は日々驚くばかり

速に輕快し體温も之に伴つて下降し抽出4日後には全く平温となり氣管後壁の潰瘍(第296圖)も10日後には全く治癒して了つた。

按、氣管「カニューレ」の氣管枝異物は割合に稀なるもので我臨牀26年間に於ても本例以前只2例があるに過ぎぬ、即ち

第1例(1912年)40歳の男子 右氣管枝嵌入

第2例(1918年)42歳の男子 左氣管枝嵌入

今患者の年齢を見るに本例も52歳であるから高齢の人に多いことが解る、之は氣管「カニューレ」が座金からはづれ氣管内に落ち込む迄には餘程古くなつてゐなければならず、永年「カニューレ」を常用してゐることが其の必要條件になるからである。

次に氣管内に落込んだ異物は大きさ形状により氣管内に止まり或は右氣管枝に入るのが通常である、しかし極く稀に左氣管枝にも入る、3例中2例が右氣管枝に入つてゐる、殆んき常に右氣管枝に入るさいふのは普通人では右氣管枝が左に比して稍々太く其走行が氣管から垂直に下つてゐるからである、それで内臟轉位の人では左氣管枝

第 296 圖



仰位に於ける氣管枝鏡像後壁にある三角形の肉芽は「カニューレ」の斷端による瘻管である

に入るが當然である、然し右肺に異常があつて其吸引が弱まつてゐる場合又身體の位置等に依つて左氣管枝に入る場合もある、豆の様に圓い異物の時よくあることであるが一度右氣管枝内に嵌入し安定してゐた異物が何等かの動機で飛び出し再び吸込まれる時右肺が炎症を起してゐる吸引力が弱くなつてゐる際は左に入るこゝがある譯でこの時は急に窒息を起

し死ぬこゝが多い、臨牀家の所謂舞蹈性氣管異物を恐れる所以の一つである。

**症狀** 本症例の病歴でも解るが氣管中に異物が入ると烈しい咳嗽發作と共に窒息症狀を起す然し暫時にして諸症狀は輕快するか、全く消散して異物の存在を自覺せぬやうになるこゝもある、最初から全く自覺症狀のないこゝも極く稀にはある、異物が一定の位置に安定するにその方の肺は運動範圍が少くなり運動が遅い、聽診では異物介在に一致した肺葉に空氣の出入が悪くなり又全然入らなくなり打診では濁音を示し多くは遂に異物性肺炎を起し其方の症狀を呈して來る。

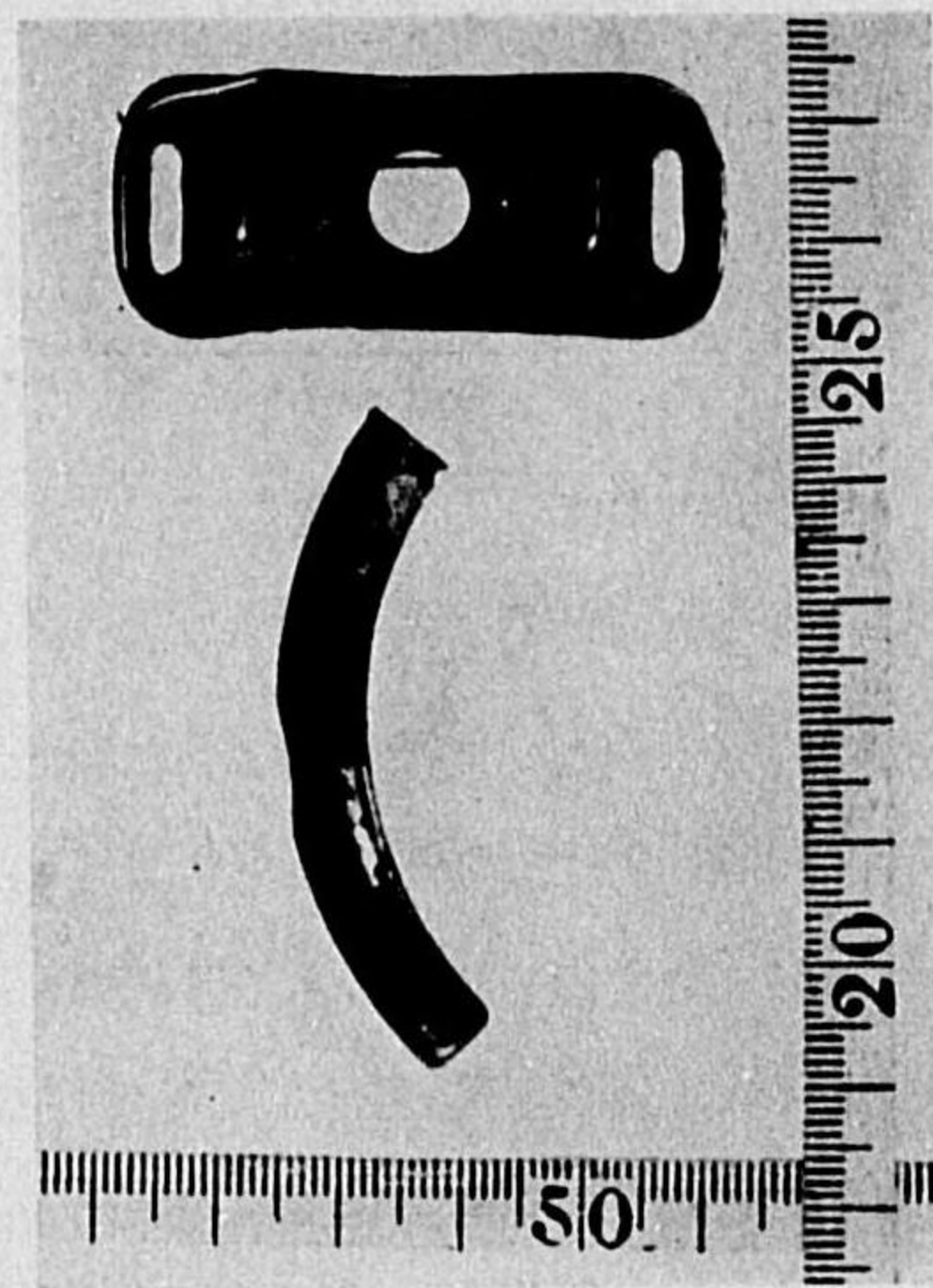
**豫後** 異物が自然に咯出せられ治癒するこゝもあり、又何年間も無害に氣管枝内に介在してゐるこゝもあるが此等は僥倖であつて本症例の如き彎曲した巨大の異物は抽

出されなければ豫後は絶対に不良である。

**診断** 先づ患者に主訴、病歴を聞かねばならぬが然し之を全く信用して了ふことは出来ぬ、他覺的症狀を求めねばならぬ、即ち X 光線検査及直達鏡検査をしなければならぬ、然し X 光線では陰影の出ないものもあることを念頭に置き異物を證明し得た時は前後徑のみでなく側面からも X 光線寫眞を取り異物の位置を正確にする必要がある。

**療法** 氣管枝鏡検査で異物を抽出するを上乘とする。異物抽出は一律には行かぬ、先づ異物の大小、形狀性質などをよく知るこれが最も必要である。余は常に異物と同じものを取り寄せて見る、之が出来ない場合には患者から詳細に之を聴取してゐる、そして異物の種類により抽出の器械を選択し、抽出の方法を考案して後始めて手を下す、例へば本例に於ても「カニューレ」の一端を直達管の中に引入れたらば其幅は 3.1 仙米となり患者の氣管腔(直徑) 1.5 仙米を損傷なくして抽出することは不可能である。

第 297 圖



患者の永年使用した「カニューレ」と  
抜け出した金屬管とを示す

、即ち此場合に於ては「カニューレ」の幅の一番狭い(1.6 仙米)斜の位置に有鉤鉗子で挿み直達管中に引込むことなくそのまま直達管と共に引出して抽出に成功したのである。

異物金屬管の長さは、彎曲内側 4.6 仙米、外側 5.3 仙米、開口徑上方 0.8 仙米、下端 0.7 仙米彎曲外側面にある開口徑 0.5 仙米、内側の彎曲の高さ 0.9 仙米ある、長方形の座金も著しく破損して患者は圖(第 297 圖)に見る様に金屬線を以て止めて居る、氣管枝に落した管の座金に持續して居つた所を見るに、綠青が著いてボロボロに錆びて居る。

それで氣管「カニューレ」にも壽命があるから同一のものを長期に涉つて使用する

ことは禁止しなければならない。

## 150. 氣管切開

### Tracheotomie

氣管切開は總ての喉頭疾患に因る呼吸困難に對する救急の處置なり、呼吸困難極度に達して一旦窒息絶命せるかの如く見ゆる場合にも、救急手術を施して人工呼吸を數十分乃至 1 時間の久しきに亙りて之を續行し、再び生命を取止むる事猶稀ならず、但し氣管深部の狭窄乃至肺部の病變による呼吸困難には奏效甚少し。

#### 適應症

1. 喉頭又は氣管に狭窄ありて呼吸困難ある場合、之を細別すれば次の如き場合なり。

##### (1) 内部よりの狭窄(Stenose von innen)

- a. 異物(風船玉、貨幣、義齒、豆等)に因る場合、
- b. 「デフテリー」の場合、
- c. 聲門水腫 Glottisoedem の時、
- d. 喉頭腫瘍の場合、即ち喉頭癌腫に多し、
- e. 喉頭の外傷又は火傷等の場合、創それ自身又は治癒後の瘢痕の爲に呼吸困難を起し氣管切開を要する事あり、

##### (2) 外部よりの壓迫(Druck von außen)

甲状腺腫、悪性淋巴腺腫(Malignes Lymphom)、流注膿瘍 Senkungsabszess、其他の頭部、縦隔竇内腫瘍、動脈瘤、頭部蜂窠織炎等により氣管の壓迫を來して呼吸困難を起し氣管切開を要する場合あり、又喉頭後筋麻痺 Posticuslähmung にても呼吸困難のため氣管切開を要する事あり、

2. 血液の吸引を防ぐ目的を以てなす事あり、舌の手術、顎部の手術、鼻咽腔纖維腫 Nasenrachenfibrom の手術に際し出血のため之を吸引窒息する事を防ぐ目的より豫め氣管切開をなし、「ガーゼ」を込めて手術を施行す、然れども醫術發達せる今日は

殆んぎ之は行はれず。

3. 下氣管及氣管枝直達検査法 Tracheobronchosopia inf. を行ふには氣管切開をなして後行ふ。

4. 喉頭の機能を一時廢絶する目的即ち Kehlkopfausschaltung の場合、屢々喉頭結核にて用ふる事あり。又喉頭の微毒にて喉頭の腫脹を起せし場合氣管切開を要するこゝあり。

**術式** 甲狀腺を境として之より上部に於て入るを上氣管切開、下部より入るを下氣管切開、甲狀腺峽部を左右に分けて施すを中氣管切開 (Tracheotomia media) といふ。以上は氣管縦切開なるが之に反し横切開をなせば横氣管切開 Tracheotomia transversa といふ。患者は仰臥位、肩部に枕を入れて少しく頭部を下垂せしめ前頸部を上方に緊張せしむ。手術は局所麻酔の下に嚴格なる止血に注意しつゝ行ふ。

#### 1. 上氣管切開 Tracheotomia superior

中央切線を置き、皮下に頤胸骨筋を探し靜脈を避け、甲狀腺を下方に引下げ、出血は一々止血すべし。環狀軟骨を探り、之より下に第1、第2氣管輪の眞中央を選びて縦切開を行ふ。切開後は内面を精査し、套管挿入後呼吸の充分流出するを見て手術を終る。套管挿入時氣管周囲の粗鬆組織内に誤ちて挿入する事なきか、又は切開孔邊緣上部の折込み無きかを注意すべし。又氣管粘膜切れ残りたるまゝ套管を挿入すれば却つて窒息するこゝあり。

#### 2. 下氣管切開 Tracheotomia inferior

皮膚切線は、縦に胸骨上端附近迄延長さる。甲狀腺は上方に引上ぐ、其他は略々上氣管切開に同じ。下方にては胸腔ありて肺葉の先端の運動を見る。又靜脈叢近ければ之等に對する副損傷に注意を拂ふ事肝要なり。小兒に於ては比較的下氣管切開は容易なれども、大人に於ては其深きにより少しく困難なる場合あり。又屢々喉頭悪性腫瘍には本法を豫備的手術に用ふ。

急性の喉頭疾患にて來れる呼吸困難に際しては挿管法 (Intubation) は其價値少く且つ其操作並に副損傷比較的多きより、氣管切開法を探る事正道にして且安全なり。又小兒の異物性呼吸困難及び戰時の外傷に際しては正規の手術を行ふ暇さへなき場合稀

ならず、斯有る例に於ては救急法として鋭利なる刃物を以て喉頭軟骨下の横切を要する場合あり。勿論之は眞に救急の處置なる事を知る可きなり。

#### 後處置 Nachbehandlung

1. 原因疾患の治療をなすべし。即ち「デフテリー」にては、「デフテリー」血清の充分なる量を注射すべく、異物に際しては其除去をはかり、原因が微毒ならば驅微療法を行ふ。其他以上に準じて行ふ。

2. 氣管切開後雖も呼吸に注意すべし。即ち分泌物、血液、喀痰、「デフテリー」性義膜にて閉塞さるゝ事あればなり。之等の際には消毒したる鶏の羽毛を創腔より挿入し、氣管粘膜を刺戟し其喀出をはかるべし。血液等は單に之のみにては喀出不能の事あり、其時は内管を抜きて之を清淨に拭ひて再び挿入すべし。之にて尙呼吸困難あらば外管をも取出して奇麗に掃除し再び挿入す。

3. 出血は注意すべき事なり。手術直後の出血は下氣管切開に多く、其原因は主に結紮の不十分なるに歸す。後出血は「カニューレ」の壓迫又細菌感染等の爲に起るべく、少量の時は、「ガーゼ、タムボン」にて止血可能なるも、出血強度の時は再び結紮をやり直す必要あり。

4. 氣腫 (Emphysem) 即ち創面より粗鬆性結締組織中に空氣が侵入し氣腫を形成する事あり。之は「カニューレ」が短かすぎる場合、創が深すぎる場合、又は咳嗽強き場合等に見る。氣腫は顔面、頭部、胸部より更に上膊部、鼠蹊部へも廣がる事あり。此場合は心臟麻痺を起す事あるを以て、「カンフル」、「デギタリス」等の強心劑を用ふるに同時に、局所には濕布を施し、咳嗽には磷酸「コデイン」等を用ふべし。下氣管切開に氣腫を見る事多し。

其他室溫は暖かに保ち、創端は軟膏を塗りて濕疹の生ずるを防ぐ。「カニューレ」の第一交換は3日後に行ふ。又自然道よりの呼吸が可能になれば、出來得る限り速かに套管拔去を行ふ。原病去りたる後の套管拔去困難症は頗る不愉快なるものなり。

套管 氣管狹窄なき場合は金屬性のリュール氏 Lühr の套管を使用し、氣管に狹窄あれば、ケーニヒ König 氏螺旋套管の長きものを使用す。套管は患者の氣管に相當したる太さ長さのものを使用すべし。

## 附 氣管切開後の氣腫(患者供覽)

Emphysema nach der Tracheotomie

患者は5歳の男児にて去12月7日午後5時頃、煎りたる蠶豆を吸ひ込みて来院し、同夜1時頃、氣管切開を受け、右側氣管枝内の異物を抽出せられたり。然るに氣管切開創口を單に皮膚縫合のみによりて第1期に閉鎖せられたるが爲に翌日より頸部皮下に氣腫が現はれ5日後に軀幹一面に擴がり、故に氣管切開口を第1期に閉鎖するには皮膚縫合と同時に氣管壁又は筋層をも二重に縫合するを要す。なるべくは氣管軟骨と皮切開に肉芽が現はるゝ迄開放しおくを安全とす。假令套管を挿入すとも細き場合は氣腫を起す惧あり。故に套管の太さは適當なるを要し、且つ周圍に堅く「カーセタンボン」を施すべし。尙ほ咳嗽發作を鎮靜することも必要なり。(昭和2年12月九州地方會講演)

## 151. 氣管套管拔去困難症

Erschwertes Décanulement

氣管切開後套管挿入により呼吸困難を救ひ、今や其原因となりし疾病去りたる後に、尙引續き套管拔去不能なる状態を氣管套管拔去困難症 Erschwertes Décanulement と稱す。又原病の呼吸困難去りて更に二次的に狭窄を發し氣管套管拔去の困難となりたるものをも概括的に斯く稱することあり。されき器質的真因存續して、爲に喉頭狭窄起るものは、之を狭窄症とす可きものにして拔去困難症とは當然區別すべきものなり。

**原因 第一** 一般に原病去りたる後不必要に永く套管を挿入携帯せる場合、氣管切開孔よりの呼吸に馴れて、自然道の呼吸を營まず、何等の肉芽發生を喉頭下腔に見ざるに拘らず氣管套管の拔去不能の状態を惹起す。かゝる場合は多く神經性にして、幼兒は「カニューレ」を去れば呼吸困難の來らんことを恐るゝ恐怖心と、自然道の方が空氣量少きを以て狭窄の感を起すに因るものなり。

**第二** 次で續發性の氣管疾患に因する狭窄の爲めに套管拔去の不能を誘致する場合の原因を便宜上次に記さむ。之亦屢々遭遇する所のものなればなり。

1. 肉芽形成。咳嗽或は金屬性套管の長時携帯に依る氣管切開孔粘膜の刺戟が因をなす。

2. 癥痕形成。肉芽の癥痕を變ぜるものがその原因をなす。
3. 氣管輪の轉位。套管挿入に依りて氣管膜様部に於て氣管輪の轉位を見、重なり合ひ粘膜下の膨隆を呈し、氣管腔は心臟形となる。殊に過大なる套管使用時に於て見る。又拙劣なる氣管套管挿入に於て、切開孔の上縁は氣管内に折れ込み、下縁は外方へはみ出す爲に狭窄を起す場合あり。
4. 環狀軟骨を切開して套管を挿入したる場合は、軟骨の増殖及肉芽發生甚し。又側方切開を行ひたる場合も狭窄を惹起し易し。
5. 粘膜腫脹、聲門下喉頭炎。
6. 套管を無暗に永く挿入すれば、軟骨の萎縮を來し氣管壁の支柱を失ふに至ること注目すべし。

**治療法** 氣管套管は原病の消退を待ちて可及的早期に拔去す可し。「ヂフテリー」に因る氣管切開の場合の如きは遅くとも2-3日中に第1回の套管拔去を試むべし。直達検査法によりて何等狭窄の原因を認めざるに至れば躊躇せずして拔去すべし。余の常に主唱する方法は狭窄の原因去りたるを確むる時は直達管を氣管に挿入したるまま套管を去り、切開口を絆創膏にて閉づるにあり。若し二次的狭窄に因る拔去困難症を呈するや時として其治療は仲々難事なり。依て種々なる套管拔去用代償套管を工夫して使用せるもの枚舉に遑あらず。T字套管、栓子套管、ブリュッゲマン Brüggenmann 氏套管等之なり。又オドワイヤ氏 O'Dwyer 挿管法、「カニューレ」逆用等を試むるあり。肉芽の發生せる場合は之を直達鏡下に精査除去し或は創面より精査して之を除き、癥痕性ものは擴張を計る。余は好んで「ゴム」管を創腔より挿入し喉頭下狭窄部に絲を以て固定する法を行ふ。

次に氣管套管拔去困難症の實例に就て述べむ。

**第1例** 患者 3歳の男子

昭和4年9月4日初診 外來番號 3754

主訴 下喉頭腔に魚骨をかけて來る。

呼吸困難の爲に氣管切開を行ひ、異物抽出後異物刺入の爲生じたる肉芽によりて喉頭狭窄を起したりしが、適應症を見て「カニューレ」を拔去す。



第2例 患者 1年8ヶ月の男子

昭和4年6月18日初診 外來番號 2502

金屬筯の圓形なるもの、菲薄なる半分を何時の間にか嚥下し居り、X光線にて偶然發見せられ、呼吸困難の爲氣管切開を受け、青島より紹介せられて來りし者なり。

異物は氣管と食道との間に介在し、出血性肉芽及瘻孔を作り、異物は食道に落下して便中に排泄せられたるも尙氣道の狭窄ありて「カニューレ」拔去の遅れたる例なり。此例にても直達鏡にて狭窄の原因去りたる事を確め直達鏡挿入のまゝにして「カニューレ」を抜き去りたり。

之を要するに本症の治療に當りては先づ直達鏡、又は喉頭鏡にて喉頭及び氣管を充分精査し、狭窄の原因有無を調査すべし。若し著明なる原因の存する時は拔去の尙早なる事は言ふ迄もなし。若し原因の存せざる時は、場合により内管のみを除き、氣管口を木栓にて塞ぎ呼吸困難の有無を検す。毎日刷らして自然道よりの呼吸を容易ならしむ。又發聲をなさしめて故障なき事も亦一助となる。直達鏡挿入の下に拔去するを最安全とす。此場合は少し位の肉芽は壓せられて切開口に入り氣管腔は自由となる。

「カニューレ」を一度取り去りたる上は、再び切開口より吸氣をせしめざる様獨逸絆創膏にてしつかり蓋をすべし。切開口は縫合するに及ばず、單に絆創膏にて創口を閉塞するにより自然に速かに閉鎖す。切開口より呼吸を營むことは比較的樂なるを、永く刷れたるを、屢々呼吸困難に懲りたる爲による。即ち不安に思ふ精神的、心理的原因が主なるものなれば、患兒及び其附添には慰安を與ふるこそ必要なり。一方我々は一旦拔去の適應症を見出したる以上は之を抜き去るに躊躇せず、抜き去りたる以上は其目的を達する勇氣なかる可からず。

終りに氣管套管拔去困難症 *Erschwertes Décanulement* の定義に關しては氣管切開を要したる第一原因未だ終熄せざるものをも加へ、或は第一の原因去り續發症として氣管切開を要する第二の原因が加はり來たる場合をも數へたるは不合理なり。眞の氣管套管拔去困難症といふは狹義に解釋し、何等氣管狭窄の原因が存せざるに拘らず、醫師は首鼠逡巡して「カニューレ」を拔去せず、患者は恐怖杞憂して「カニューレ」拔去におびゆる状態にある場合を指すものなり。

附 氣管套管拔去困難症の處置に就て

Über die Behandlung des erschwertes Décanulements

余は先づ、氣管套管拔去困難症 (*Erschwertes Décanulement*) とは何ぞと云ふ根本問題を論じ、從來甚しきは此内には氣管切開を要したる第一原因の未だ終熄せざるものを數へ、或は第一の原因去り、續發症として氣管切開を要する第二の原因が加はり來りたる場合をも加へたるは不合理なりと説き、眞の氣管套管拔去困難症と云ふは狹義に解釋し、何等氣管狭窄の原因が存せざるに拘らず、醫師は首鼠逡巡して「カニューレ」を拔去せず、患者は恐怖杞憂して「カニューレ」拔去におびゆる状態にあるを指すとせり。

余は九大耳鼻科教室に於ける明治40年以來23年間の統計及實驗によりて、如何にして拔去の適應を定むべきか、如何にして拔去を行ふべきか、及び拔去後の注意等につきて述べたり。

尙余は永年間行ひ來れる方法を最近實驗したる2例につきて次の如く述べたり。

第1例 三歳の男兒、増○豐○、昭和4年9月4日初診 (外來番號 3754 號)。下喉頭腔に魚骨をかけて來る。

呼吸困難の爲に氣管切開を行ひ、異物抽出後、異物刺入の爲生じたる肉芽によりて喉頭狭窄を起したりしが、適應症を見て「カニューレ」を拔去す。

第2例 1年8ヶ月の男兒、茂○昭○、昭和4年6月18日初診 (外來番號 2502)。金屬筯の圓形なるもの、菲薄なる半分を何時の間にか嚥下し居り、X光線にて偶然發見せられ、呼吸困難のため氣管切開を受け、青島より紹介せられて來りしものなり。異物は氣管と食道との間に介在し、出血性肉芽及瘻孔を作り、異物は排除せられたるも尙氣道の狭窄ありて「カニューレ」拔去の遅れたる例なり。此例にても直達鏡にて狭窄の原因去りたることを確め、直達鏡挿入のまゝにて「カニューレ」を抜き去りたり。

之を要するに直達鏡、又は喉頭鏡にて喉頭及び氣管を充分精査し、狭窄の原因有無を調査すべし。若し著明なる原因の存する時は拔去尙早なる事言ふ迄もなし。若し原因の存せざる時は、場合により、内管のみを除き氣管口を木栓にて塞ぎ、呼吸困難の有無を検す。毎日刷らして自然道より呼吸を容易ならしむ。又發聲をなさしめて故障なき事も、亦一助となる。直達鏡挿入の下に拔去するを最安全とす、此場合は少し位の肉芽は壓せられて切開口に入り氣管腔は自由となる。「カニューレ」を一度取り去りたる上は、再び切開口より吸氣せしめざる様獨逸絆創膏にしてしつかり蓋をすべし。切開口は縫合するに及ばず、自然に閉塞すること速なり、切開口より呼吸を營むことは比較的樂なるを、長く刷れたるを、屢々呼吸困難に懲りたる爲による。不安におもふ精神的、心理的原因が主なるものなれば、患兒及び其附添には慰安を與ふるこそ必要なり。一方醫師としては一旦拔去の適應症を見出したる以

上は、之を抜き去るに躊躇せず、抜きたる以上は其目的を達する勇氣なかる可からず。

(昭和4年耳鼻咽喉科會九州地方會講演要旨)

### 152. 複雑なる X 光線所見を呈したる氣管支異物例

#### Bronchialfremdkörper mit komplizierten Röntgenbildern

本日諸君に供覽する患者は咳嗽發作及び呼吸困難を主訴として來院せる生後8ヶ月の女兒である。

**患者** み、あ、昭和9年11月15日來院。即日入院(外來番號3594番) 入院時體温39.1度。

**家庭歴** 兩親の職業は農業で3人の同胞何れも健在である。結核及び癌腫の遺傳的關係はない。

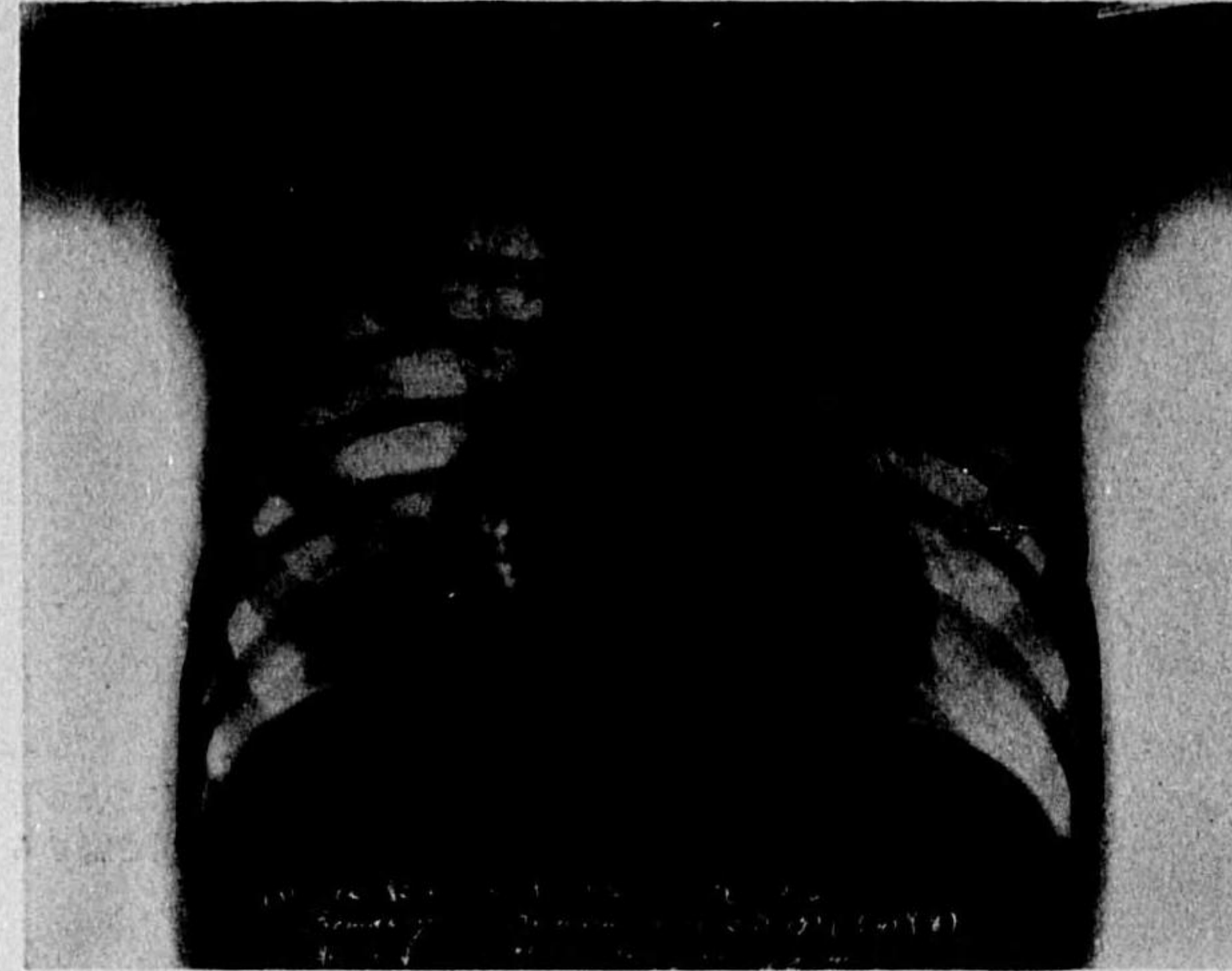
**既往歴** 患者は母乳養育で、近頃母乳の外に時々少量の甘藷を與ふることがある。出産状態に異常なく、生後著患を知らない。

**現病歴** 患者は近來自ら這ひ廻り、手にて物をつかんで口中に入れるやうになつた。本朝6時頃、疊の上に獨り遊んでゐた患兒が突然に大聲で泣き叫ぶ爲、戸外で仕事中の母親は驚いて患者の所に馳せつけた。當時患兒は甚だ苦悶の状態を呈し、顔面「チアノーゼ」を呈して呼吸困難がある。母親は取急ぎ指を患者の口中に入れて探つたが何も見當らない。少時する間に「チアノーゼ」は去り呼吸は稍々樂さなつたが時々激しい咳嗽發作があり呼吸困難が起る。患者の周圍を探しても何も無く唯長さ2—3寸位の細い麥藁が見つかつたのみである。この麥藁は少し濡れて居たので恐らくは患者の口中から出たものと思はれた。直ちに内科醫及び某専門醫を訪れたが異物の診斷は受けなかつた、咳嗽發作及び呼吸困難がやまぬ爲當教室を訪れた。

以上述べた如く咳嗽發作及び呼吸困難があつて異物の疑があるが異物を嚥み込んだらしい確かな病歴はなく、又たさひ異物さしてもそれが何物であるか全く見當がつかない。

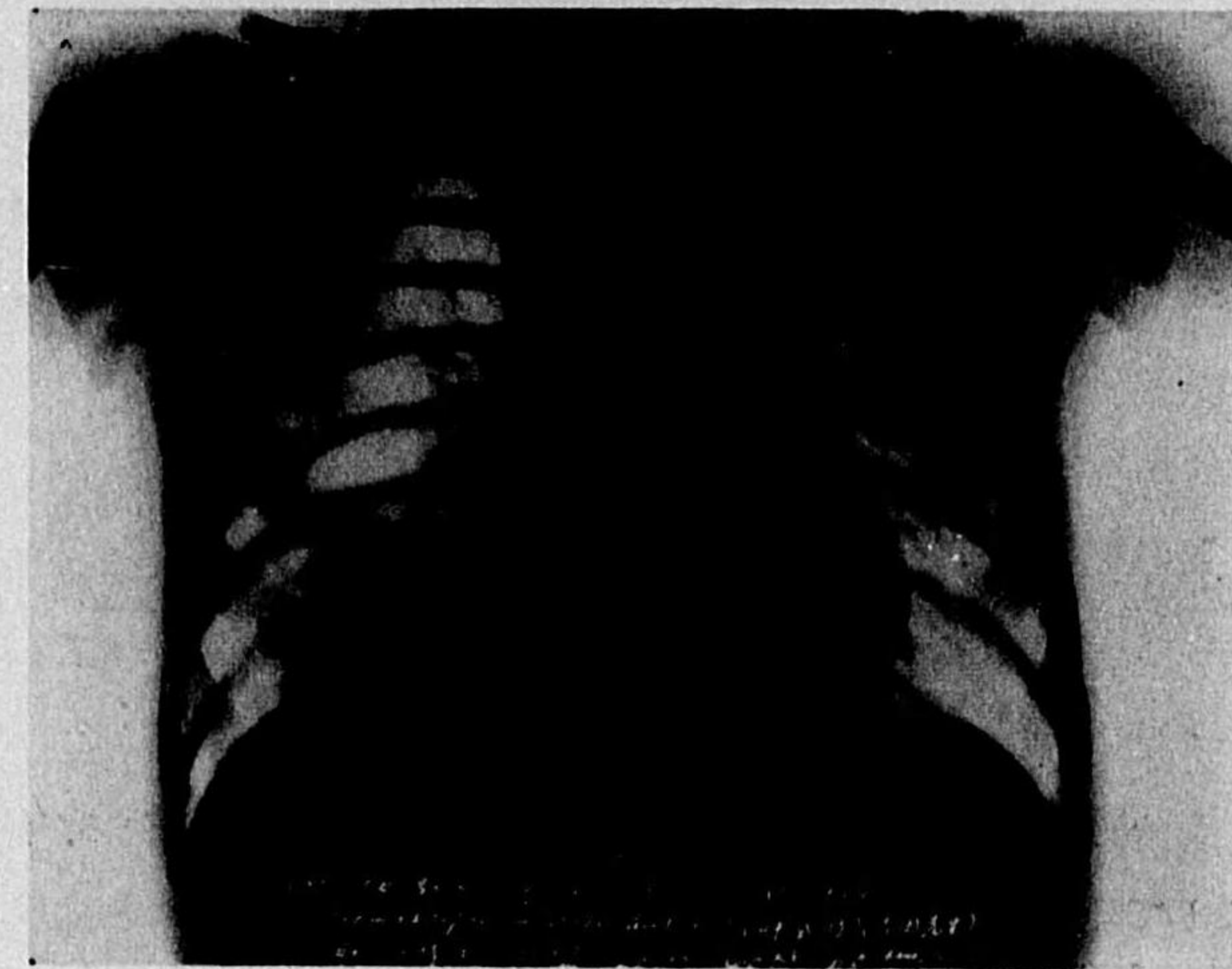
患兒は機嫌が悪く、母乳をよく飲まない。然し嚥下には差支へないものゝ如く又嘔

第 298 圖



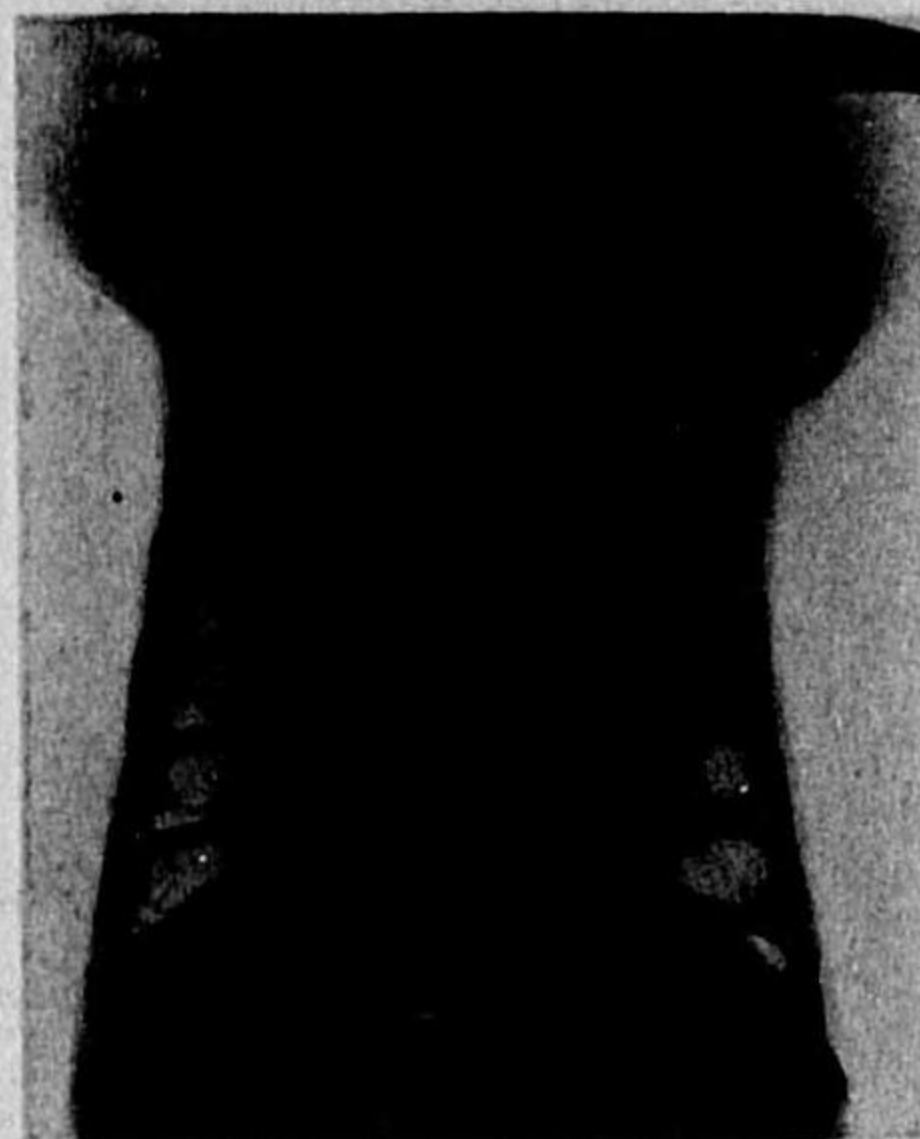
患者手術前胸部 X 光線寫眞(吸氣時)

第 299 圖



患者手術前胸部 X 光線寫眞(呼氣時)

第 300 圖



犬の正常胸部X光線寫眞(吉田)

第 301 圖



犬の右側氣管支異物閉塞による右肺虚脱, 心臟も右側に引き寄せられ横膈膜は上昇す(吉田)

第 302 圖



a 摘出前 b 摘出後  
左側氣管支異物による左側肺虚脱(ジャクソン教室)

吐はない。時々殊に身體を動かす時激しい咳嗽が起り呼吸困難が現はれる。然し嘔聲はない。そして睡眠不良がある。

現症 體格榮養共に良好で皮下脂肪組織の發育も亦可良である。脈搏は稍々頻數であるが緊張はよく、呼吸は少しく逼迫し軽度の呼吸困難が認められる。又吸氣時には

胸廓下部の胸壁肋間部及び季肋部が内陷するのが認められる。

左肺には異常はない。

右肺は前面では一般に呼吸音微弱で、各所に水泡音が聞え、後面では呼吸音微弱の外に中央より下方にかけて打診上稍々抵抗を感じる。

心音は稍々頻數で少しく高まつている。

肝、脾は觸れない。膝蓋腱反射は 兩側共正常である。尚 ビルケー氏皮膚反應は陰性である。

胸部のX光線検査所見は極めて興味深い(第298圖及び第299圖)。心臟及び縦膈竇陰影は左方に壓迫されて胸椎右縁には僅かに心臟陰影の一部を認むる程度である。右肺陰影の上半部は左肺に比し一般に明るく特に呼氣時に撮影した寫眞では著明に透明である(第299圖)。又右肺下方には肺門部中央より外下方肋骨横膈膜竇部に向ひ略々三角形をなす明かな陰影が認められその中心部殊に肺門部より横膈膜竇部にかけて一層強い陰影がある。左右の横膈膜の運動を比較するに、右側は左側に比し

明かに不良で右側横膈膜の高さは少し押し下げられた感がある。又肋骨横膈膜竇隅角は右側は左側よりも少しく狭少である。兩側の肋間腔の廣さを比較するに右側が明かに廣く見える。

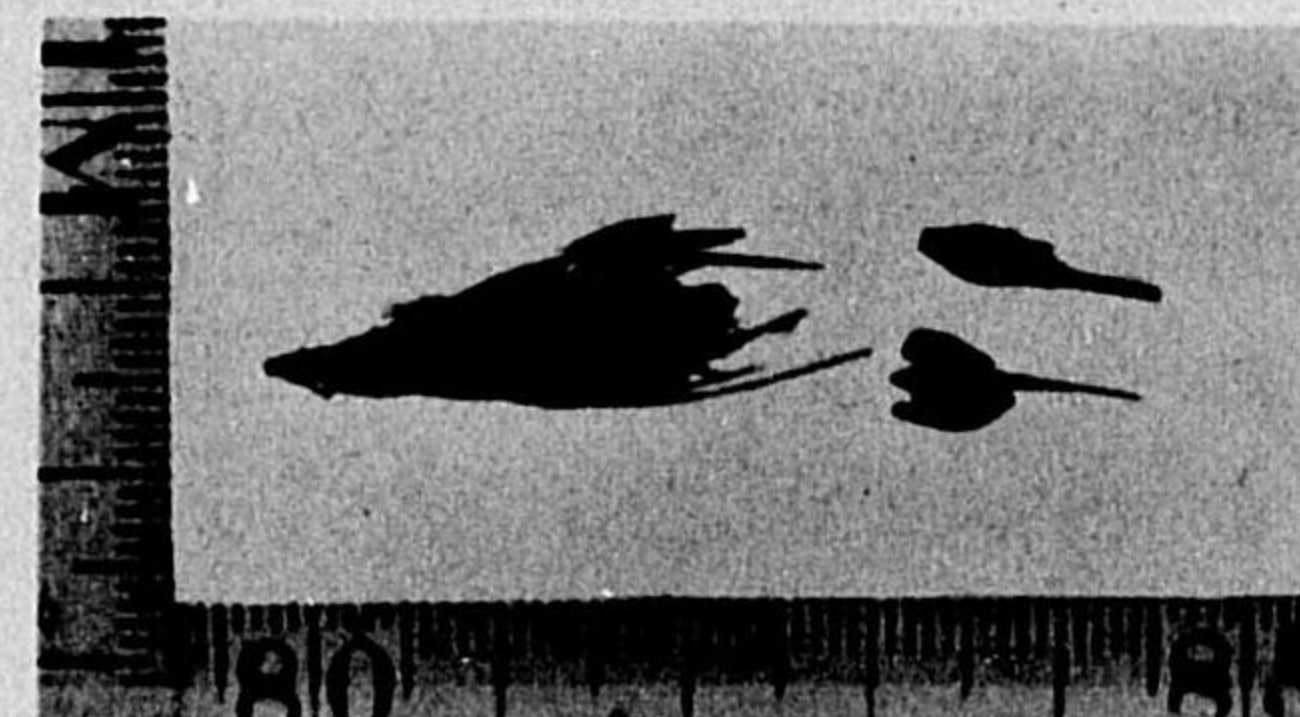
鼻及び耳には異常なく、咽頭粘膜は少し發赤してゐるが會厭軟骨は正常で嘔聲はな

第 303 圖



a 吸氣時 b 呼氣時  
右側氣管支の瓣狀異物による肺氣腫  
(ジャクソン教室)

第 304 圖



上氣管支鏡検査によつて摘出したる右側氣管支異物  
麥の穂、離れたる小片は始めに分離摘出したるもの

い。

以上の如く胸部所見殊にX光線検査は甚だ複雑である。異物の陰影は見えないが異物によつて起つた二次的變化から推定して異物の診断を下す事が出来るのである。

この例では恐らく異物は右氣管支にあつて上葉竝びに中葉氣管支に對しては瓣狀狹窄(Ventilstenose)を起し、下葉氣管支に對しては完全閉塞となり、從つて上葉及び中葉は肺氣腫、下葉は肺虚脱を起してゐるものと推定する事が出来る。

かくの如き氣管支異物については教室の吉田申次君に犬について實驗的に研究させて居るが、参考の爲にそのX光線寫眞を供覽する。第300圖は正常犬の胸部X光線寫眞であるが、第301圖は右側氣管支内に異物を挿入し右側氣管支を完全に閉塞し1日を經過せるものであつて心臟及び縦隔竇の陰影は殆んど右側胸廓内に移動し、右肺に強い陰影がある。之は右肺の虚脱である。

又参考の爲に米國フュラデルフア、ジャックソン教室に於ける氣管支異物のX光線寫眞をお目にかけるが、第302圖は左側氣管支の異物の例で左側氣管支は完全に閉塞され從つて左肺は全く肺虚脱に陥つた例である。御覽の如く、左肺は全く暗く、心臟及び縦隔竇陰影は、著しく左方に牽引されて左側横隔膜の舉上及び左側肋間腔の狭少を認める。之に反し第303圖は右側氣管支異物の例であるが吸氣時寫眞に於ては普通に見る異物例と特に違つた變化は見られないが呼氣時寫眞では心臟及び縦隔竇陰影は健康の左方に轉位し左肺には相對的に陰影があり、右肺は之に反し著しく透明で右側肋間腔は廣大となり右側横隔膜は低位を示して居る。之は一見左側氣管支の異物の如く思はれるが實は異物は右側氣管支にあつて瓣狀狹窄(Ventilstenose)をなしている。從つて右肺は肺氣腫に陥つて居る爲である。

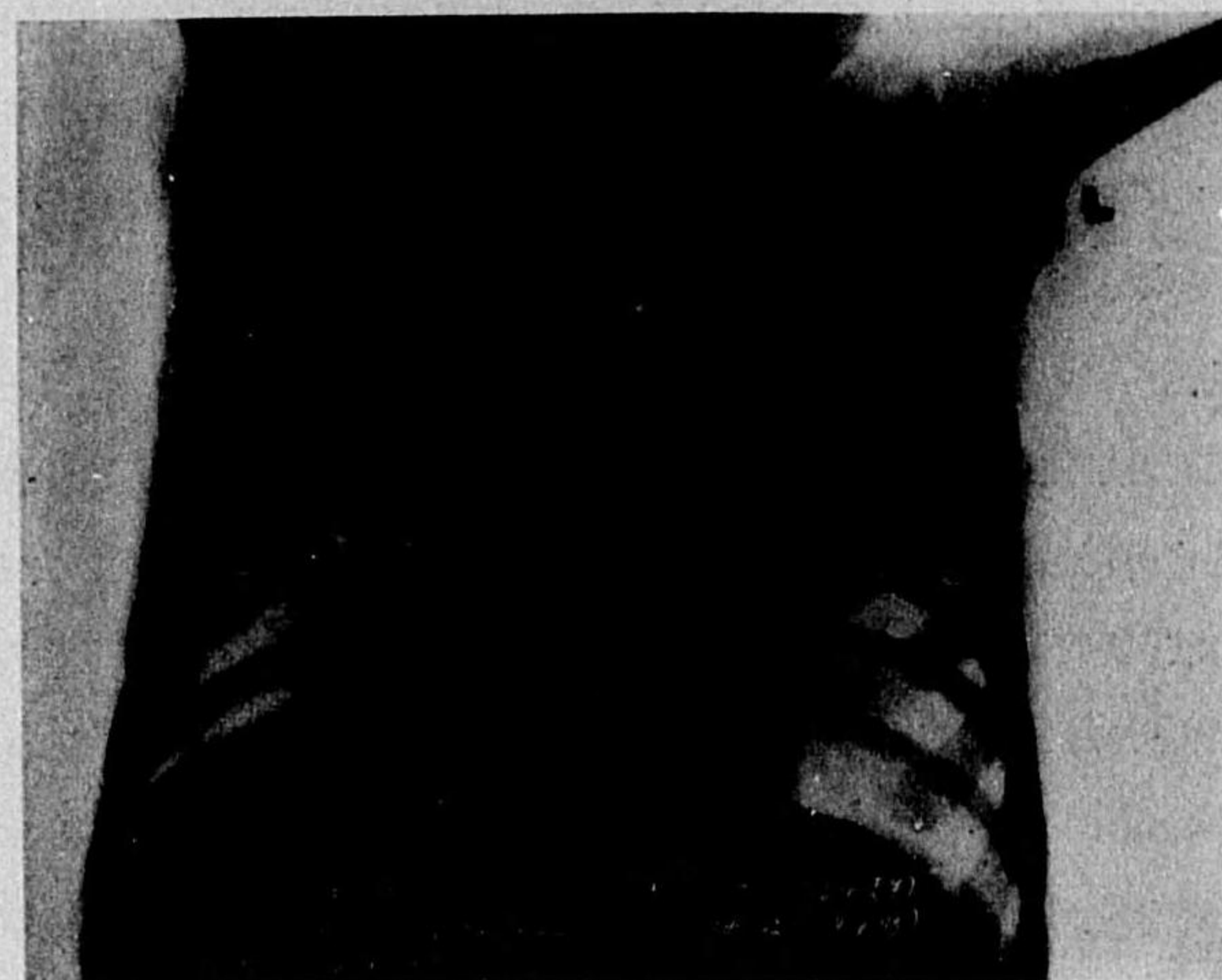
かくの如く氣管支異物のX光線寫眞觀察については周到なる注意が肝要であつて、よく理解してなければ診断を誤る事が出来る。本日の症例のX光線寫眞を見るに(第298, 299圖)左肺に薄き陰影があり、心臟及縦隔竇陰影の左側に變位して居るのは左側に異物の介在して左肺に虚脱を起す場合も考へられるが之と反對に右側に異物があつて瓣狀を爲して居る場合もある。即ち右側に吸氣時空氣の侵入を許すが呼氣時に逸出を許さないやうな異物が介在して居れば右肺は氣腫を起し肺が膨脹するから胸腔の内

第 305 圖



異物摘出後の患者胸部X光線寫眞(吸氣時)

第 306 圖



同上(呼氣時)

容物即ち心臟や縦隔竇内容物は反對の健康側に押しやられるから此患者にみるやうな像を呈することもある。右側の横隔膜が少し低下して肋間腔が廣くなり、肋骨横隔竇

部隅角が右側に於て狭少して居る等の事實、呼氣時(第299圖)に於て左側が比較的陰影を呈するに右上部は一層明瞭に見えるさいふのは右肺に瓣狀異物があつて氣腫を形成して居ることが明瞭である。しかるに此X光線寫真にて甚だ不思議なのは右肺下部に於て三角形の陰影を呈し吸氣、呼氣に依て其差なきことである。此三角陰影は頂角が氣管の方に向ひ底邊が横隔膜の方向に向つて居る。此症狀は右側の下葉が異物の爲に閉塞せられ肺虚脱を起したものと見なければならぬ。從來かやうに複雑した異物のX光線を見たことがない、報告にも見えない。又病歴に於て異物の何たるを知らないさいふこも少いのである。

さて此異物は何か、又如何に介在したものか。

さてかくの如き複雑した所見の謎のやうな例を解決するには氣管支鏡を挿入して直達検査する一事あるのみである。

#### 右側上氣管支鏡検査及異物摘出

11月16日、體温37.9度、機嫌悪く食慾不良、屢々激しい咳嗽發作が起る。正午頃自然排便があつたが、その中に長さ約1.5仙米位の麥の穂の刺毛が混じて居た。

11月17日、體温38.0度、右肺後面の中央より下方に互る濁音が稍々増加した。午後「コカイン」溶液の局所麻酔の下に背位に於て上氣管支直達鏡検査を行つた(直達管は徑、0.6仙米、長さ18仙米)。

#### 直達所見。

喉頭 氣管及び左側氣管支に異常はない。右氣管支入口部附近には黄褐色の粘稠な粘液様分泌物が鬱滞し周圍の粘膜は發赤腫脹して居る。之を靜かに拭き去るに、右氣管支腔は分岐部以下、黄色の「もみから」様のもので一杯に充填され尙針狀の纖維様のものが多數上方に向つて突出して居る。その一部を摘出して見るに麥の穂の一部である(第304圖の中の小片)。氣管支腔深部は尙異物塊で全く閉鎖されて居るのを認めた。鉗子で異物を掴み靜かに摘出して見るに、異物は豫想外に大きな麥の穂で長さ3.5仙米あつた(第304圖)。而して異物は莖の方を下方に、穂尖の方を上方に向けた位置に嵌入して居つた。尙異物摘出後、末梢部氣管支腔には非常に多量の濃厚粘稠な黄褐色膿様の分泌物が鬱滞して居るのを認めたので、摘出後十數分の間、吸引「ポンプ」及び

卷綿子によつて直達鏡的排膿に努力した。

又異物摘出後は右肺の呼吸音は摘出前に比し著しく強くなつた。

異物摘出4時間半後に再びX光線検査を行つたが縦隔竇及び心臓陰影の位置は既に殆んど正常位に復して居るのを認めた。然し右肺上方は尙少しく透明で下方には未だ可なりの陰影が残存して居る。

11月18日、呼吸困難は去つたが尙軽度の咳嗽があり、右肺下方には多數の小水泡音が聞え、氣管支内分泌物瀰留の徵があつたので再び上氣管支鏡検査を行ひ右側氣管支腔内より多量の濃厚粘稠な分泌物を吸出排除した。

その後経過は順調で體温も下り、摘出第4日目のX光線寫真(第305、306圖)では殆んど正常に復した。即ち左偏して居つた心臓及び縦隔竇内容物の陰影は右方に移動し心臓は中線を越えて右側にも現れ透明であつた右肺上部は左側と同様になり、右側横隔膜は舉上して來た。第5日目よりは全く無熱となつて入院第10日目に全治退院した。

尙退院20日後に再び患者を來院せしめて検査する機会を得たが全く健康で聊も異常を認めなかつた。

以上の直達検査の所見をX光線寫真と比較考察してみると右側下肺葉は麥の穂の根元の緻密の部分で完全に閉鎖せられ居つた爲に下肺葉は虚脱に陥り粘稠な分泌物が蓄積して陰影を與へたのである。又上及中肺葉は麥の穂先の部分で閉塞せられた爲に穂先の揃つた部分が箒の様になつた吸氣時に氣管支腔が擴大するに穂先が幾分か開いて空氣を入れるが呼氣の時氣管支腔が縮小するに穂先は覺まれて空氣の流出を妨げる。結局呼出氣と吸入氣との差が出来て肺氣腫を招來し瓣狀異物の作用をしたものであることがよく理解される。

本症例に於ては麥の穂の根元の堅固な部分と穂先の粗鬆な部分とに因つて同側の肺に虚脱と氣腫と二症狀を同時に起したもので極めて有益な症例といはなければならぬ。尙摘出後、分泌物の吸出に努力した結果第10日目に全治してX光線所見も平常に復したことは悦ばしい。

## 153. 急劇に來りたる食道及氣管狹窄

(脊椎「カリエス」による流注膿瘍)

Oesophagus-und Trachealstenose durch Senkungsabszess  
infolge einer Wirbelkaries

本篇は昭和9年2月18日第131回九州地方會にて患者を供覽講演したものを補綴して出したのである。

食道が急につまつて飲食物が通らないといふ場合は色々の原因を考へることが出来る。しかし臨牀上實地問題としては其診斷が中々困難の場合もある。

今日諸君に供覽する患者は64歳の農婦(昭和9年2月6日、外來401號)

家族史には悪性腫瘍や結核等を證明する事が出来ない。患者は酒、煙草を用ゐず。15歳の時月經初潮、17歳に健康なる男子と結婚し、6兒を擧げた。何れも健康である。患者はこれ迄健康で著患を知らない。しかるに、本年1月31日の夕方突然に眩暈と粘液性喀痰と發汗とあり、水一滴も通らぬやうになつた。嚥下するに直ちに嘔吐を催す。2月1日附近の醫師に診察を求めたるに中氣の診斷を受け内服薬を與へられたが直ちに吐出する爲、2—3回注射を受けて休息して居つた。2月6日の朝、金子内科にて受診、「バリウム」を嚥んでX光線検査を受けた際に「バリウム」を吐き氣管に入つた爲急に呼吸困難を起したので、耳鼻科に廻されたものである。さて急劇に嚥下困難を起す場合は色々あるが第一、食道異物、第二、膿瘍形成、第三、食道周囲の出血等が考へられる。食道内及周囲の膿瘍形成で食道の狹窄を來す事はあるが多くは漸進的で午前迄平氣であつた患者が午後になつて急に症状を呈するやうなことはない。それで此患者は始め醫員が縦隔膿瘍の假診を下したが自分は之を信ぜられなかつた。

しからは診斷を下す順序として病歴を今一應検討する必要がある。

1. 異物の疑ひはないか、患者は入歯をしたことも異物を食道にかけたこともない。又胸部に疼痛を覺えることもない。
2. 食道のつまるやうになる前に外傷をうけたこともない。又倒れたこともない。外傷性の出血は認められない。

3. W氏反應もビルケー氏反應も陰性である。

第2段の検査は食道及氣管の直達鏡によらなければならない。

2月9日上氣管支鏡検査を行ふ。直達管は徑1.0仙米、長18.0仙米の直管。前上齒列から18.8仙米の高さから氣管の右側壁に當つて著明な膨隆を見る。約6個の氣管輪が曲折凸隆して右の氣管支入口を大部分かくして居る。氣管分岐部には異常がない。又それ以下にも變りはない。此右壁膨隆部には動脈瘤に見るやうな搏動が無い(第308圖)。

食道鏡検査も同様の直達鏡で行つた。更に徑0.8仙米、長30.0仙米の内管を挿入し

て噴門部迄検査した所が29.3仙

米の高さにて右側壁最も著しく膨

隆して居る(第307圖A、B)。其上

の方も一帯に膨れて居る。食道腔

は一樣に浮腫様に膨れて居るが食

道粘膜には異常は見えない。食道

鏡は自由に進退するが、之を取れば食道腔は閉塞して來るのを見る。食道の内には膿

汁があつた。内管と外管とを取り除いた時に約3.5立方仙米の膿汁を排出した。其色

は黄緑、流動性にて粘性ではない。其中には溶血性連鎖狀球菌を見たが結核菌を見出

しえなかつた。その日は排膿の瘻孔を精査するに及ばずして検査をやめた。さて此検査

によつて知つたことは食道と氣管の狹窄は膿瘍によつて來たものでも、異物によつ

て來たものでもないといふことである。食道の腫脹が直管に服従するのは内容の液體

であることを推測せしめる。しかも何處にてか破綻して多量の膿汁を排出したことは

内容が血液でなくて化膿性のものであることを證明したものである。

化膿であるとするれば其原因は何によるか、或は淋巴腺の化膿性炎症か、異物性食道周

圍化膿炎か、又は脊椎「カリエス」の流注膿瘍であるかもしれない。患者は7度以上時

として8度以上の發熱をする。しかし異物は病歴に於ても直達に於ても陰性である。

淋巴腺の炎症はかくの如く廣汎に渉る膿瘍を作ることは考へられないからこの方も除

外する。脊椎「カリエス」の流注膿瘍を考へなければならない。自分は始め此患者を診

第307圖

A. 食道鏡検査  
所見 呼氣時B. 同 上  
吸氣時

第308圖

上氣管支鏡検査  
所見右側壁膨隆  
中央に「カリナ」  
を見る

第 309 圖



X線寫眞前後照射

動き易く或は瘻孔から感染する恐れがあつたから毎日直達検査の下に食道「カテーテル」を挿入して液食を攝らせた。そして食道壁の瘻孔を求めた。食道入口の後壁に當つて白色膜を以て被はれた潰瘍状の部分がある。今は排膿は無いが此部分から最初の排膿があつたものを考へられる。食道の他の部には排膿のある所は見えない。そして食道内に膿汁は排出されて居らない。氣管の方には勿論瘻孔は無い。果して脊椎「カ

リエス」による膿瘍を顧慮しなければならぬといつてあつた。

しかるにビルケー反應は陰性、胸部には打診、聴診にて異常を見ず。脊椎には異常の彎曲や突出點を見ず、又打診にて疼痛も訴へず、頭部や四肢の運動にも故障は無し、脊椎「カリエス」さいふこも断定しがたい。が自分は尙脊椎「カリエス」さいふここの疑は決して捨てなかつた。其譯は後に述べる。

患者は其後自然道から飲食物が攝取されるやうになつたが、熱が

リエス」があるかないかさいふこはX光線の寫眞を精査すること、整形外科の診察を受けることによつて極めなければならない。

2月16日 整形外科の天兒講師の診察によれば、胸椎に弓狀の彎曲はあるが「カリエス」に特有な屈曲性突出はない。打痛も壓痛も無い。脊椎運動は限局されて居る。脊椎側部の濁音は不明である。X光線寫眞にて胸椎は一般に萎縮して、第4、第5胸椎の左側に暗影のあるのは胸椎「カリエス」から出發した膿瘍であらう。唯ビルケー反應の陰性なこゝが幾分疑ひを存する趣であつた。

2月18日の九州地方會に此患者を供覽し、臨牀上の經驗と整形外科の診断とを綜合して初一念の通り脊椎「カリエス」から出發した急性の食道狭窄を思ふことを述べたのであつた。

其後も度々氣管と食道との直達検査を行つた。食道に瘻孔は見えない。3月1日の所見は食道膨隆の位置は21.5仙米にて左側、25.5仙米の高さでは前壁にある。氣管の狭窄は主として右側及後壁に涉つて居る(18.0仙米の高さから)。

3月2日 整形外科神中教授の診察によればX光線(第309圖)検査にて胸椎全體に涉り所謂畸形性椎骨炎(Spondylitis deformans)がある。殊に第3から第5胸椎の暗影が濃厚である。骨破壊は不明瞭であるが炎症は存する如く椎骨體の邊縁が不明瞭である。第4胸椎の高さに左側に膿瘍陰影があつて鳩卵大に見える。特有の脊椎「カリエス」及び膿瘍を診断を下して差支ないさいふこであつた。これで此例は脊椎「カリエス」に因る氣管及び食道狭窄さいふこが明かに證明せられた。さて自分が何故初一念を固執したかさいふ理由を附加して置く。

自分は20年も以前に面白い患者を見たことがある。50歳許りの男子で健康な人が一夕飲酒して縁側から顛倒し庭石で頭部を打つた。所が翌朝から嚥下障礙が起つて飲食物が通らないさいふのである。直達検査をやつた所が食道の後壁が入口部で膨隆して中に液體が溜つて居ることが分つた。當時住田博士が整形外科の教授であつたので其意見を求めた所が頸椎に損傷を起して出血したもので無からうかさいふこであつた。食道鏡下に長探膿針を以て穿刺した所が多量の膿汁を吸出し得た。そこでこれは頸椎の損傷では無く「カリエス」に因る流注膿瘍なるべしと思ひ住田教授に精査を乞う

た。所が確かに頸椎「カリエス」があるといふことを證明せられた。自分は此例を實驗してより以來、急刺に來る食道狭窄には脊椎「カリエス」を念頭に置くことを忘れなかつた。

次に胸椎「カリエス」から來る流注膿瘍の場合に注意すべきことは氣管の狭窄が著しき爲呼吸困難を主訴として來る場合もあることである。自分は嘗て次の2例に遭遇して居る。

第一 1908年、17歳の男子にて高度の呼吸困難を起して來たものに直達検査を施し、氣管は19.7仙米から21.0仙米迄後壁から烈しい膨隆があり、食道内は19.0仙米の高さにて著明な狭窄を呈して居るものを見た。第1回には直達鏡下に食道後壁を穿刺して約8.0立方仙米の膿汁を吸出し呼吸困難を救つた。此例は第6, 7, 8胸椎の「カリエス」のあることが證明された。數回食道からの穿刺をくり返し全量約50.0立方仙米の排膿があつて氣管及食道の狭窄全治、氣管「カニューレ」を抜去、退院した例がある (Arch. f. L. 25. Bd. 3. H. 1911)

第二 1916年、6歳の女兒。3歳の頃から歩行自由ならず、胸椎及腰椎「カリエス」にて小兒科と整形外科にて治療をうけ「ギブスベツト」に臥して居つたものだが呼吸困難烈しくなつた爲、吾科に廻された。氣管及食道の直達検査を行ふに氣管は13.0仙米の所にて後壁、氣管分岐部の近くにて後壁及左側壁の膨隆著しく氣管腔は著明の狭窄を來して居る。食道に於ても氣管狭窄の部に一致して狭窄を認めるが粘膜に異常がない。此例にては食道内より穿刺を施したが膿汁を證明することは出来なかつた。度々窒息を起して死に瀕したが、自分の作つた「ゴム」製長「カニューレ」を挿入して之を救ふことが出来た (久保臨牀的耳鼻咽喉科學 293頁, 昭和4年11月, 148の項参照)。

今此2例を擧げたことは脊椎「カリエス」に因る流注膿瘍にあつては嚥下障碍、即ち食道狭窄を主訴とする場合と呼吸困難、即ち氣管狭窄を主訴とする場合のあることを説明する爲である。しかし胸椎「カリエス」の場合には必ず食道と氣管と兩方に狭窄が來るものであるといふことを忘れてはならぬ。唯一方の症狀が強いと他方の症狀が目立たぬ丈である。

さて本例に於て處置を如何にすべきかといふに脊椎「カリエス」には「ギブスベツト」

を用る、一方食道及氣道の狭窄は直達検査によつて時々監視する。食物の通過が十分ならぬか、又は嘔吐を催す場合には「カテーテル」を食道に挿入し栄養を與へねばならぬ。若し呼吸困難の來る場合には氣管切開を施し、自分の「ゴム」製長「カニューレ」を挿入する。又は食道壁の方から穿刺をして膿汁を吸出す、氣管壁の方は瘻孔が残りやすいから穿刺せぬ。穿刺については議論があるが、自分の經驗する所では探針の跡は極めて早く塞がる。又前に述べたやうに穿刺によつて治癒する例があるから試みるべき方法を思ふ。

### 154. 酸に因る腐蝕性食道炎

#### Oesophaguserzündung durch Säureätzung

今茲に諸君に供覽する患者は近年頃に増加せる疾患にして、吾人の注意を要すべきものなり、次に病歴を述べん。

患者 井○宅○ 9歳 (外來番號 4986號)

病歴 兩親健全、祖父母は不明の疾患にて死し同胞6人、内2人亦不明の疾病にて斃る、遺傳的關係を認めず、生來健全にして著患を知らず。

大正12年9月中旬、即ち今より約2週間前家庭に於て稀釋したる上、食用の酢さなすべき醋酸を藥店より購入し臺所におきたるに患兒は燻の口より戯れに飲んだり、其量は明ならずと雖大ならざりしもの如し、患兒の父驚きて直に多量の水を飲ませ且つ醫師を訪ひたるに吐劑を與へられその服用によりて大量の吐物を排出したり、爾來内服藥を用ひつゝあり、念の爲當大學に診察を受け小兒科より當科に送られたり、嚥下の當日は口内の疼痛のために食物を攝取すること能はざりしも其翌朝より毎日2合餘の牛乳及び少量の葛湯を取るに至れり、目下口腔或は咽喉部に記すべき疼痛を訴へず、流動食の通過には障碍なし、固形食は嚥下以來攝取したることなく聲音に變化なし。

現症 體格中等、營養亦甚しき障碍を認めず、顔貌は苦痛の狀を示さず、皮膚の色稍々蒼白なり。其他脈搏、反射に異狀なし、胸腹諸臟器に異狀を認めず。

尿に異常成分なく、ビルケー反應陰性、ワッセルマン反應亦陰性なり。

聽器 鼻腔に變化を認めず。口唇並にその附近には發赤、腫脹、糜爛等の所見なきも



舌及び齒齦は處々に白色苔を有す。咽頭は兩側口蓋扁桃腺中等度に肥大せる外異状を見ず。喉頭にも變状なし。

食道 全身麻酔の下に仰臥位にて食道直達検査を行ひたるにその中部に於て食道壁の後半部は一般に糜爛腫脹し捲綿子にて觸るゝに甚だ出血しやすし、されど食道腔には著しき狭窄を認めず。

診断 病歴及び食道直達検査の所見より濃厚なる醋酸の嚥下によりて消化道の腐蝕を來したるものなることは明なり、かくの如く酸類その他の腐蝕性物質を飲みたる場合は單に食道、胃のみならず既に口唇、口腔、咽頭にも輕きは發赤腫脹、重きは糜爛を呈し陳舊なるときはその瘢痕等の著明なる症狀を残せること多し、更に強き場合は會厭軟骨、披裂部等の喉頭入口部にも高度の浮腫を來し聲音の變化のみならず呼吸困難を呈し氣管切開の如き救急處置を要すること少からず、本例に於ては氷醋酸の如く強き腐蝕性を有せざる醋酸なりしこと、その嚥下量の比較的少量なりしことにより、口唇、咽頭には症狀を呈せず、唯舌及齒齦に白色苔を残せるのみ、勿論喉頭には變化を起さず、食道にありてはその中部後壁に糜爛を呈せり、腐蝕性物質嚥下による場合の中の比較的輕度なるものなり。

原因 腐蝕性食道炎を起さしむる物質は種々あり、その嚥下の原因は或は自殺、他殺の目的のためなることあり、或は全く誤嚥なることあり、京都大學の法醫學教室にて警察署に問合調査したる結果によれば、1912乃至1914の3年間に於ける腐蝕性物質嚥下の症例は

硫酸	225
石炭酸	172
鹽酸	147
醋酸	68
硝酸	44
苛性「カリ」	37
重「クローム」酸「カリ」	439
苛性「ナトロン」	35
苛性「カリ」	12
昇汞	172
「フォルマリン」	67

是等の物質は工業用或は消毒用として一般に使用せらるゝために原因となりやすし、重「クローム」酸加里の自殺例多きは工業用として容易に手に入りやすき爲なり、かくの自殺方法は一種の精神的傳染をなすものにして有名なる人の自殺方法は擴りやすきことあり、さて本例の如き醋酸は本邦にては近年臺所用として種

々の「レットル」を以て坊間に販賣せらるゝ強醋酸あり、これを稀釋して用ゐれば經濟上食醋よりも非常に廉なる以て可なり一般に擴り居るが如し、坊間販賣せらるゝこの種の醋酸には鷲印飲用水醋酸、櫻日印飲用水醋酸等あり、近來は單純なる氷醋酸又は醋酸を求め來りてこれを使用するが如し、氷醋酸の含有量96%以上にして藥局方の醋酸は30%なり、而して本邦の古來より用ゐられたる日本食醋は3乃至5%、西洋醋は3.29—7.61% (平均4.4%)の純醋酸含有量なり、而して本邦の食用醋は高價なるが故に安價にして醋酸含有量多き藥局方醋酸又は氷醋酸を求めて稀釋して使用する風習を生じたるものならむ、而して大人にありては「ビール」の空罎に入れたる醋酸を「ビール」と誤りて一息に嚥下することあるも、小兒にありては藥罎に入れたるものを藥と誤り、又は容器によりて砂糖水と誤りて嚥下することあり、又この例の如く惡戯によりて嚥下することあり。

経過 腐蝕性食道炎は2種の経過をさる、嚥下物質の腐蝕性強制なるときは既に食道を穿通して縦隔炎を起し或は胃を破りて腹膜炎を發し何れも2—3日にして死に至る、嚥下後1週間にして危険なる症狀を來さざることは多くは免れうべし、されどこの場合にも何等の障害を残すことなくして治するが如きこと約1ヶ月後に必ず瘢痕狭窄を來し食餌の通過障害を呈するものなり、本例に於ては幸にして生命を脅さるゝことなくして経過し目下攝食に何等の苦痛を感じず、上に述べたる如き食道の糜爛が治癒し瘢痕に化するときは必ず狭窄症狀を呈し來るべし、殊に食道の全周の糜爛なるときはその狭窄は強度に現はれ或は單純なる狭窄の外に肉芽の癒着によりて瘢痕は橋狀を呈し狭窄症狀をして一層著明ならしむることあり、本例にては糜爛面は幸にも食道壁後半部のみに存するを以て全周を侵されたるものに比してその瘢痕狭窄は輕度なるべく従つて今後發する狭窄症狀も亦輕度なるべし。

療法 腐蝕性物質嚥下に対する應急處置としては解毒劑として例へば酸には「マグネシア」、重曹の如き「アルカリ」劑、「アカルリ」性物質には蜜柑汁、又は梅醋等適當なるべく、この小兒の父が取りたる大量の水を飲むこと亦嚥下物を稀釋する意味に於て合理的なり、本症は劇痛甚しきが故に「パントボン」等の麻酔藥を投じ「ショック」に対する注射を行ふべし、食餌は嚥下直後は滋養灌腸又は食鹽水の注腸のみを行ひ食餌をして

食道を通過せしむべからず、約1週間を経過したる後冷き流動食殊に牛乳を與ふ。1ヶ月以上を経過し癥痕形成確實となりたるときは護謨製「ブジー」を以て周到なる注意の下に擴張法を行ふ、必要に應じて胃瘻を作る、擴張法は極めて徐々に行ふものなるを以て醫師患者共に十分の忍耐を要す、癥痕を形成せむとする初期に於て食道鏡監視の下にネラトン「カテーテル」を靜に食道に送人しおくときは癥痕狭窄を軽度ならしむるをうべし、されき熟練を注意を要す、未だ癥痕を作らざるに先立ち「ブジー」にて探診するが如きは腐蝕によりて菲薄となりたる食道壁を穿破する危険あり、決して行ふべからず、癥痕性食道狭窄の處置につきては他日に譲る。(154 及附の項参照)

### 155. 癥痕性食道狭窄 Narbige Oesophagusstenose

**患者** フ、モ、23歳の商人

**主訴** 嚥下障碍

**病歴** 父は健全、母は心臟疾患にて死し、祖父母は孰れも卒中にて斃る、同胞3人共に健存す。

遺傳的關係は卒中の外認むべきものなし。

患者生來頗る健全にして19歳の折淋疾に、21歳の時黴毒に罹りたる外著患を知らず、酒及び煙草は以前中等量を用ゐたるも目下は全く之を用ゐず、未だ婚せず。

大正5年9月消火器用として貯へたる濃厚なる硫酸を壺より嗽飲みして自殺を謀れり、されき此際唯だ一三口嚥下したるのみにて中止し直に醫に馳せて治療を乞へり、當時口唇、舌等は一般に甚しき腫脹を來し激痛あり、醫治によりて其症狀次第に減退するに同時に、食餌の嚥下困難を感じるに至り、年と共に次第に増悪し、其の症狀最も不良なりし際には1合の牛乳を嚥下するに約20分間を要したりと云ふ。大正6年6月入院(嚥下後約1年)。

**現症** 體格中等、榮養稍々不良、顔貌一見神經質にして、皮膚の色其の他には異常なし、皮下脂肪亦た乏しからず。

胸腹諸臓器に異状を認めず、腱反射正常。

食思良好にして、睡眠に異常なく、尿に變化なし。

ワッセルマン氏反應陰性なり。

聽器に異常を認めず。

鼻腔 右側下甲介中等度に肥厚せる外變化を見ず。

咽頭及び喉頭に變化なし。

今嚥下障碍を明かにする爲め、10立方仙米の水を嚥下せしむるに、環狀軟骨部を通過してより胃に入る迄に7秒を要す、次に食道鯨骨「ブジー」を挿入するに第1號より5號迄は40仙米を通過すれども、第6號は入口部を抵抗を以て通じ、更に32仙米の所に至りて通ぜず、之れによりて嚥下障碍を呈する原因は食道に存する事を推知し得べし。

X光線寫眞は嚥下物質通過して不成功に終りたり。

食道鏡検査を行ふに、食道入口部に漏斗状をなせる狭窄あり、食道壁の左より發せる癥痕性横隔膜形成の爲めに食道腔は半月状をなし、鯨骨「ブジー」の第6號は通過し難し、即ち食道入口部に於ける狭窄を確め得たり。

**原因** 抑々食道狭窄は種々の原因によりて來り、之を大別して先天性及後天性の二にす。

後天性狭窄を其原因によりて類別すれば

1. 狭窄の原因食道自己にある者。

(イ) 癥痕性狭窄 此患者に於けるが如く、藥物による腐蝕の如き化學的原因により、又は火傷の如き温熱的原因により、或は又外傷の如き器械的原因により局所の急性病變治癒の後に来る。

(ロ) 腫瘍性狭窄 主として癌腫なり、但し老年者に来る。

(ハ) 異物性狭窄 種々の食片又は小兒にありては碁石、貨幣の如き、大人にありては義齒の如き者の嵌在によりて發す。

(ニ) 痙攣性狭窄 過敏なる人にありては、食塊の通過に際し食道壁痙攣性に收縮して狭窄を來す、殊に「ヒステリー」性婦人に多し。

2. 狭窄の原因食道の周圍にある者、即ち周圍の諸臓器よりの壓迫なり、例之縦隔竇

腫瘍、甲狀腺の著しき肥大、大動脈瘤、脊椎「カリエス」或は椎前淋巴腺化膿等に因する流注膿瘍等の如し。

此の患者に於ては其病歴及び諸種の検査によりて硫酸の腐蝕による瘢痕性食道狭窄なること明かなり、本邦に於ける自殺の統計に見るに、藥物性の自殺に用らるる藥物の中最も多きは重「クロム」酸加里にして、昇汞及び硫酸之に次ぐ、是等は工業用として汎く用られ容易に手に入るを以てなり、文明の度進むに隨て是等の藥物は用られざるに至る、又近時家庭に酢の代用品として氷醋酸の使用せらるるを以て、小兒が誤て氷醋酸を飲み、食道狭窄を起す場合あり。

**症状** 藥物腐蝕又は熱湯誤飲に因する場合は、急性症状去るに従て狭窄症状現はるること此の患者に於けるが如し、是れ瘢痕收縮をなすが爲に外ならず、食道狭窄の唯一の症状は食餌の通過障碍にして、其程度は固形食の通過に際して稍々摩擦するが如き感より液體も全く通過し得ざるに至る間の多種多様なり、其稍々高度なる者に在ては、食餌の食道腔内に停滞するによりて嘔吐を發し、全身衰弱を伴ふ、何れにしても栄養障碍あり、此患者も亦然り。

**診断** 之に關する主なる注意を述べむ。

(1) 病歴によりて略々之を推知するを得べきも、如何なる種類の狭窄にて何れの部に幾許程度の障碍ありやは知るを得ず、患者の狭窄感を訴ふる部位は全く信頼するを得ず、甚だしく下部にある時にも尚入口部附近にあるが如く感ずることあればなり、又其の程度も遲鈍なる者にありては、可なり高度の狭窄ある場合にも、左程著しき狭窄感を覺えずして、食道全腔の約3分の1を残すに至り、始めて軽度の狭窄感を訴ふるものあり、又過敏なるものは極めて軽度の狭窄にても多大の苦痛を感ずるものあるが故に、病歴のみを信頼する時は大なる過誤に陥ることあるを注意す可し、又時として病歴による狭窄は輕微にして、他の原因による狭窄が主要なる例あり。

(2) 他覺的に検査する最も簡單なる法は、嚥下せる水の食道を通過する時間を測定する法なり、健全なる人に在りては10立方仙米の水が食道を通過して胃に達するには約4秒を要す、故に尙多くの時間を費したる時は狭窄あることを検測し得べし、されど其部位、種類及び程度等に至ては全く明かならず。

(3) 鯨骨「ブジー」挿入法。此の「ブジー」は鯨骨にて製したる細き軸の尖端に角製楕圓形の球を附したる物にして、1號より12號に至る12本を以て一組をなしたる物なり、12號は最も太く、球の直徑1.2仙米あり、正常の食道は12號の「ブジー」抵抗なくして能く通過す、「ブジー」挿入には始めに當りて必ず喉頭鏡検査を施して披裂軟骨部に變化なきか否かを見るべし、實際に於て食道入口部に變化ある時は披裂軟骨部に異状を認むること多し、故に此「ブジー」を挿入して抵抗を感ずるときは既に食道内に狭窄あるを知る可し、此の法によりて狭窄を検するには其の球の直徑大なるものより始め漸次小なるものに移るを以て原則とす、之を挿入するには患者をして下顎を前方に出さしめ、舌壓子にて會厭軟骨を認め得るまで強く舌を壓下し、球に「オレフ」油又は流動「パラフィン」を塗りたる「ブジー」を取り、反射鏡にて咽頭を十分照射しつゝ、球を會厭軟骨の後方に送り徐々に挿入す、茲に注意すべきは送入に際して「ブジー」は拇指と示指とにて成る可く球に近き部を軽く握み、少しにても抵抗を感じたる時は之に止めて、決して暴力を用ゆべからざることなり、2指にて持たざれば輕微の抵抗を感じ難く、球より遠き所を持つ時は、軸は咽頭内に曲り折るゝ事あり、又狭窄の原因にして腫瘍ある時は勿論、瘢痕ある時にも、食道壁は脆くして抵抗甚だ弱きが故に、暴力を用るるときは之によりて穿孔を來すの恐れあり、されど前上門歯より14.5仙米部に於て抵抗ある場合は注意を要す、是れ食道入口部にして生理的に存する食道の第一狭窄部なるを以てなり、此時は喉頭鏡検査を行ふこと前に述べたるが如し、食道の全長は約42仙米なるを以て「ブジー」亦之れ以上を挿入すべからず、斯くて12號「ブジー」抵抗に遭遇して通過せざれば、之よりも細きものを送り抵抗あらば更に細きに移る、抵抗ある場合は徐ろに之を抜きて軸の前上門歯に相當する部より球の先端迄の距離を測りて之を記載す、細き「ブジー」が抵抗を通過し得るに至れば、之によりて狭窄の初まる部と其最も狭き部との位置を數字的に知り、且つ其狭窄の形狀をも略々推知するを得べし。

「ブジー」を抜去したる時は、毎常其の球を注意して觀察し、血液又は組織片等の附着し居らざるやを検す可し、時として腫瘍片の存することあり、之を鏡檢して腫瘍の診斷を確め得ることあり、又有意消息子を用ゆれば必ず腫瘍の小片を掬ひ來るの便あり、消息子法にては狭窄の位置を知り得べきも、其性質を知る能はず。

(4) X光線検査法は適當の濃度にしたる「バリウム」又は「ビスマート」半液性物を嚥下せしめて其食道内を通過する状態を検し、又寫眞撮影によりて其の詳しく狭窄の性質及び形狀を知り得、即ち癥痕性狭窄にありては食道陰影は明割なれども、腫瘍性狭窄にありては凹凸不平にして陰影の濃度一様ならず、されき狭窄の高度ならざる場合には此の患者に於けるが如く容易に通過することあり、余は鉛片を「セルロイド」片を交互に繋ぎたるものを護膜管内に納め、其表面に内容に一致したる尺度を盛りたる一種の新「ブジー」を考案し、之を食道内に挿入してX光線寫眞を撮影し以て狭窄の位置を測定したり(第310圖参照)。

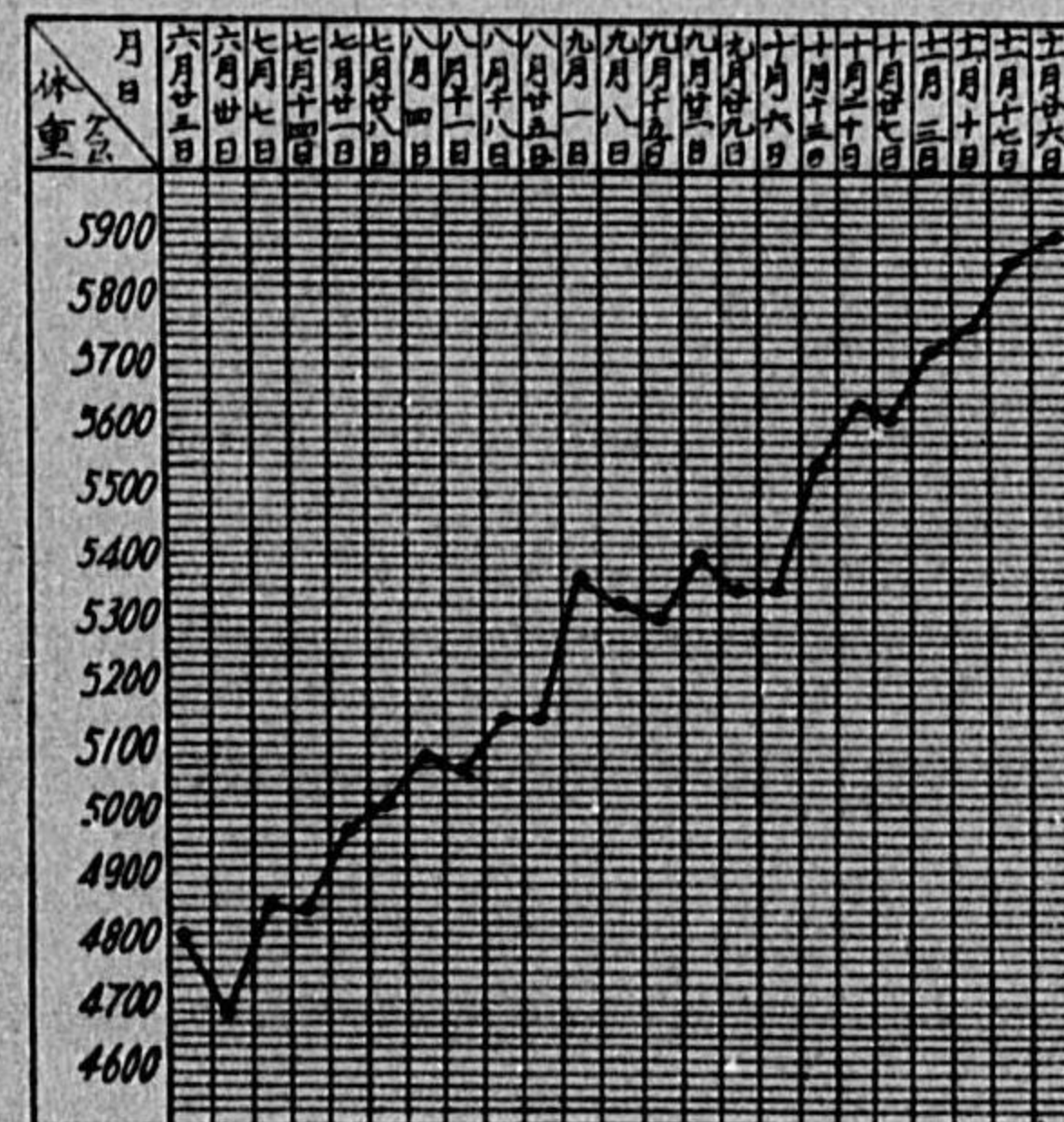
(5) 直達検査法 この法は最も確實なり、即ち食道鏡を送り電燈照射の下に直接狭窄を観察し得るを以て其位置及び性質を完全に診断し得、されき此法を十分應用し得るに至るまでには忍耐と熟練を要す。

療法 殊に癥痕性狭窄に於ける治療法、就中擴張法を述べべし。

狭窄を有するものは何れも栄養障害を伴ふを常とするを以て、能く之に注意し其場合に應じて、滋養灌腸、食鹽水の注腸を行ひ、或は胃瘻形成手術を施して全身衰弱に對する處置をなすこと最も必要なり。

腐蝕又は火傷或は急性炎症等によりて粘膜に糜爛を生じたるものは對症療法を行

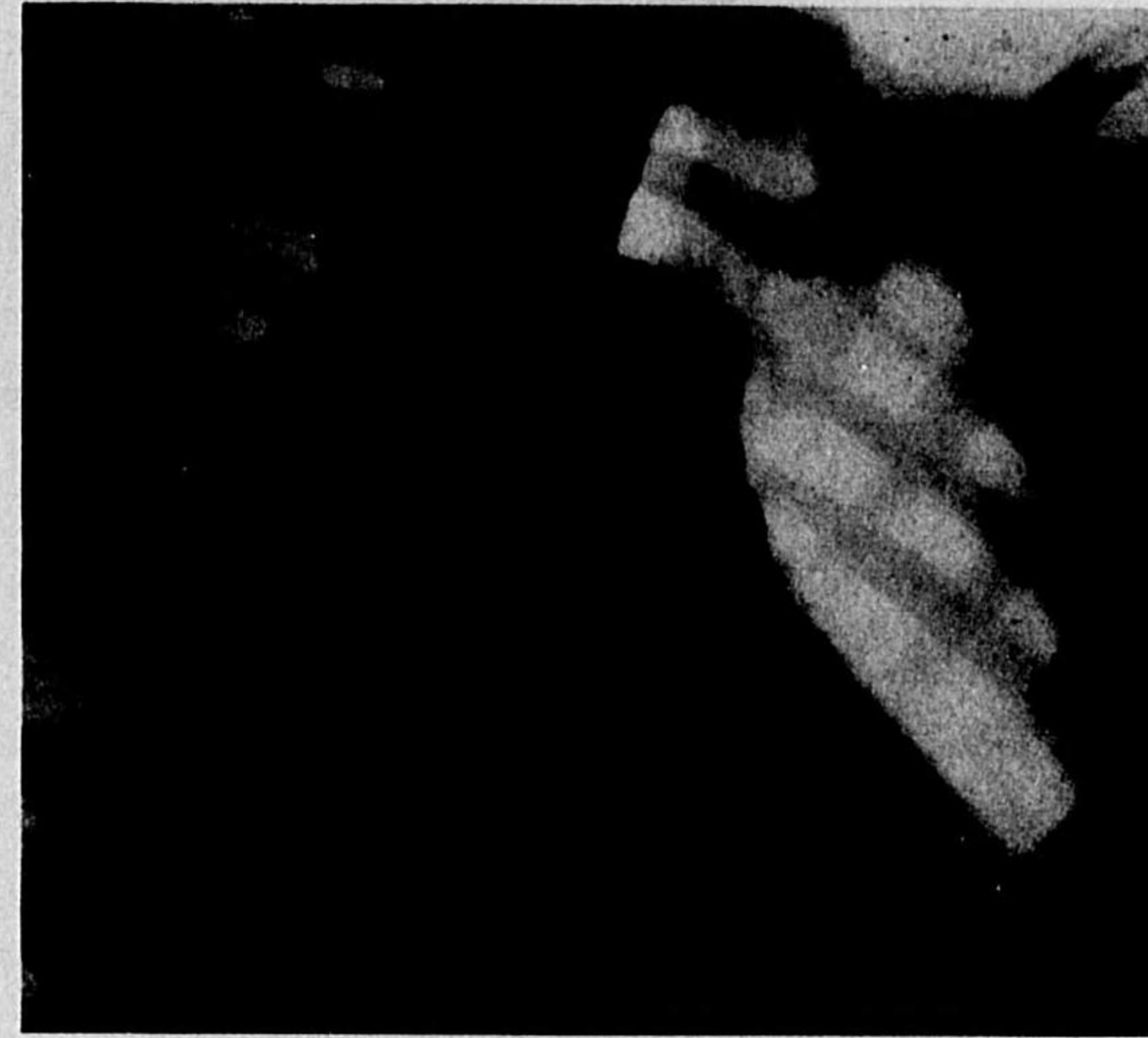
第 1 表



ひ、糜爛全く治癒し癥痕組織を形成したる後に其擴張法を開始すべし、然らざれば極めて危険なるのみならず、其努力は徒勞に歸すべし。

擴張に用ゆる消息子に種々あり、金屬性にして恰も尿道狭窄に用ゐらるゝ者の如く「捻ぢ」の運動によりて周圍に擴張するものあれども、長時間送入し置くこと能はず、又周圍に對する接觸強きに過ぐる等の缺點ある爲に用ゐられず。

第 310 圖



久保型X光線用目盛消息子を食道に挿入したる圖  
(1個の暗影は1仙米にして2個の短き暗影の重なる所は毎10仙米の印なり、故に計算容易なり)

診断の條下に述べたる鯨骨「ブジー」を治療の目的に用ゐる、盲目的に挿入し、強力を以て狭窄部を通過せしめんことを圖るものあり、是れ大なる過ちにして此の「ブジー」は唯だ診断の目的にのみ應用すべき者なり、殊に細小の者にて消息擴張するは必ず危険を伴ふ、余は此くの如き法により食道壁を貫通し死に致したるものゝ2例を見たり。

擴張に用ゆる「ブジー」は弾力性を帯び柔軟なるを可さず、之れに英式及び佛式の二種あり、後者は前者よりも軟なり、この種の「ブジー」は硬護膜製にして直なり、且つ球を有せずして先端鈍に終る、絲狀の極めて纖長なるものより直徑1仙迷に至る間に多數の移行型あり、之を直達鏡監視の下に徐ろに挿入し、患者の耐へうるだけ永く放置し細きものより漸次太きものに移る、かくして直徑1仙迷のものを容易に通ずるに至れば大抵の固形食は何等の障碍なくして食道を通過し得。

「ブジー」の送入には狭窄部及び附近の形狀を十分検査し、直達鏡下に之を行ふを要す、狭窄の上部には通常多少の擴張部あり、且つ癥痕組織は時さして翼狀に、時さして

橋状に連りて衣囊を作るこゝあり、此の部は菲薄にして弾力性に乏しく抵抗力少なきが故に、斯る場合暗中に「ブジー」を操作し、此囊内に入りたる時稍々力を加ふれば「ブジー」は食道壁を穿通し食道内の汚物は胸腔内に侵入し、恐るべき縦隔膿瘍を形成し極めて危険なり、故に盲目的に挿入するは大なる危険を伴ふこゝあるを忘る可からず。

食道の狭窄高度なる時は胃瘻を施して後に消息擴張法を行ふ。

本患者にありてはシャリエールの佛式「ブジー」を用ゐて擴張を行ひ、今や直徑1.0仙迷のものを容易く狭窄部に送入り得られ、粥は勿論常食も攝取し得るに至れり、營養状態從て亦舊に復せり、今此患者が入院治療を受けて食道擴張を計りたる結果、食道開通度と共に體重の増加したる事實は別表(第1表)の如し。

#### 附 癥痕性食道狭窄症擴張療法の一方案

##### Eine neue Dilatationsmethode für narbige Oesophagusstenosen

癥痕性食道狭窄の療法には種々あるが、古來、重要な治療法としては狭窄して居る場所を消息子又は「ブジー」を以て擴張するのを優れりとした。しかし擴張法はいつでも容易に成功するとは限らない。時によつては孔が小さくて消息子を進めることが出来ない。又孔が中心を外れて存するときは容易に探れない。殊に狭窄部の上方に囊狀擴張部があつて狭窄の入口が極めて小さく、又食道の軸を外れて居る場合には、消息が極めて困難である。かやうな場合に盲目的に消息子、或は「オーフエンブジー」を挿入しても決して孔には這入らない。徒らに囊狀の擴張部の壁を下方に押し下げる丈である。時によると、薄くなつて居る壁を破つて急性の縦隔膿瘍を起して患者を殺す場合がある。無謀な消息法に依つて患者を死に至らしめた例は東西共に可なり在る。それで盲目的の消息擴張法は絶対に禁止しなければならぬ。

食道鏡下で患部を見て狭窄の入口部を探し、之を消息するのが合理的である。しからは食道鏡下でやれば如何なる場合も消息が成功するかといふに中々さうはゆかない。太いを入れると食道全體が押されて下行する丈である。自分は嘗て上部狭窄の患者には「シャリエールブジー」と併せて自分の考案した「セルロイド」製の大小澤山の消息子を作り、或る物には途中で直徑を種々に變化した球を付けて之にて消息して成功した。しかし狭窄が中部又は下部にある時は細い長いものは相當の硬度がなければ曲りやすいから金属のものが優つて居る。

金属の新しい消息子を應用したのは22歳の男患者である。此の患者は、食道下部に囊狀

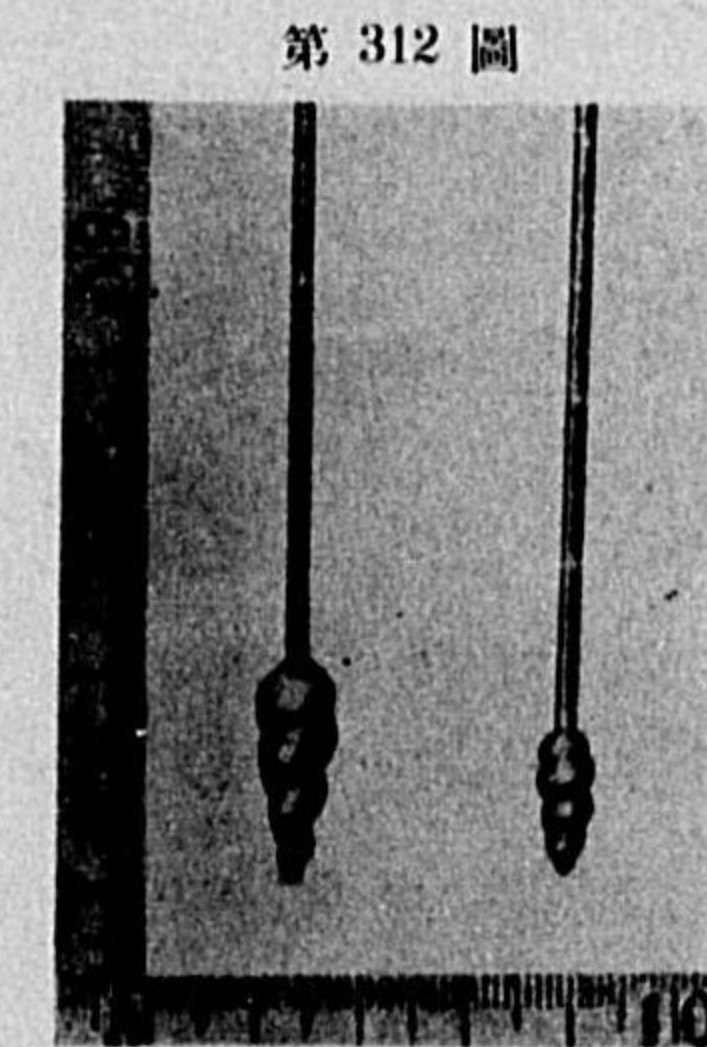
の膨大部を有し、その底部に中心を外れて極めて小さい可なり長い狭窄を有して居つた(第311圖)。自分は今日供覽しようと思ふやうな新型消息子を考案し之れを始めて此の患者に應用したのである。

此の患者は、食道の癥痕狭窄の爲め後藤外科に於て胃瘻をうけた。その後消息法を試みられたが、消息子がどうしても這入らない。そこで食道外切開を左胸部に受け、食道周囲の癥痕癒着をして居る部分を剝離した。此の手術の後に患者は液體の嚥下が可能になつた。しかし上から消息子を入れても這入らないのが不思議であるといつて耳鼻科に廻されたものである。食道下部



第 311 圖  
食道狭窄部の上方の擴張したる部分を「バリウム」にて示したX光線寫眞

にX光線検査でみるやうに、食道鏡検査でも狭窄の上に大きな囊狀膨大部があり、小さな孔がその底に開口して居る。食道鏡下でも此の孔を見出すのに中々苦心する。細い金属消息子でも中々此の孔に的中して入ることはむづかしい。呼吸運動で動く爲めに這入らない。甘く這入つた時は極めて細い消息子が漸く通る。少し太い消息子か又は巻綿子を入れると少しも通らない。押せば食道全體が下行する丈である。そこで自分は一種の螺旋形擴張子(Spiralbougie)を考案した。先づ、先端を消息子位の太さにし、次に橢圓形に太くなつて0.4仙米の最高徑をもつ長形の金属球をつけた。これは「テヨロギ」のやうな螺旋の溝を持つて居る。其の畝々が緩く出來て居つて、粘膜を傷



第 312 圖  
久保型螺旋形擴張子  
大(徑0.75仙米)  
小(徑0.5仙米)

第 313 圖

螺旋形擴張子を食道狭窄部に挿入して  
寫したX光線寫眞

抜けない。之を抜き取るには唯引張らずに左廻りに捻つて取去るのである。金属桿の先端を確實に口外に守り置く爲に直径1寸5分位の自由に取外しの出来る金属環を口外の先端に取付けて置く。

此の第一の「ブジー」が通る様になれば太きものに進むのである。今此の「ブジー」を使用中のX光線をお目にかける(第313圖)。

此の使用法は、一般の消息法と同様に、

1. 必ず食道鏡下に行ふこと。
2. 無理に押し込まぬこと。
3. 始めは2-3分間でやめ、馴れてから10分、20分、30分と延す。
4. 同一の太きものを何回も繰返し用ひてから次の上の太きものに移ること。
5. 此の螺旋「ブジー」が通れば他の英國「ブジー」、佛蘭西「ブジー」を試みることに。

本篇は昭和8年10月22日、第217回耳鼻咽喉科九州地方會席上にて演説したものである。

けないやうにする(第312圖)。之は45仙米長の細い金属桿の先を取付けてある。此の金属桿は食道鏡を通して狭窄部を目撃しながら挿入するのである。食道内には前以て「コカイン・アドレナリン」液を塗布し螺旋「ブジー」は水性「パラフィン」で濡して用ひるのである。さて此の「ブジー」は其の先端が儘かに狭窄部に入つたならば右へ右へと少しづつ捻ぢ込む。抵抗の甚しい所でやめる。何「ミリ」入つたかは金属桿に取付けてある小金属環と目盛とで分るやうにしてある。その位置をとどめて食道鏡を抜き取り、「ブジー」を残り置しておく。此の「ブジー」は捻て這入つて居るから原位置に留つて

## 156. 食道「ポリープ」

## Oesophaguspolyp

患者 吉○長○ 50歳、農夫

初診 大正10年3月19日

主訴 時々口腔内に出没する鷲卵大の腫瘍、嚥下及呼吸困難、咳嗽。

家族史 両親は老衰にて死し、同胞3名あり皆健全なり、2兒を有す亦健康なり。悪性腫瘍の遺傳的關係なし。

既往症 患者は生來健康にして著患を知らず、麻疹を経過せり。大正5年頃より認むべき原因なくして時々呼吸困難あり。熊本縣病院耳鼻科に受診の結果、腫瘍が或誘因によりて咽頭より舌の上に現はれ來り爲に呼吸を障碍するものなることを發見せられ、大正7年5月手術を受けて一時諸症輕快せるも、近來に至り再び嚥下呼吸困難來り殊に夜間には咳嗽及嘔氣に伴ひ大なる腫瘍が咽頭の深部より口腔内に上昇し來り爲に咀嚼を妨げらるゝに至る。この際、嚥下運動を行ひつゝ、患者自らその手指を以て咽頭に向つて押込めば咽頭内深く没し去り口腔には腫瘍の片影さへも認むる能はずさ云ふ。腫瘍は鷲卵大にてその色舌に似て、それよりも硬く、疼痛出血等なし。3月23日入院せしむ。

現症 體格營養共に中等にして胸腹内臓器に異常なし、兩側鼓膜は強く凹陷し右鼻腔に膿汁にて被れたる鼻茸を認む。後鼻孔、咽頭に異常なし。

入院後 某夜、劇しき咳嗽と共に腫瘍が口腔内に現はれ來り、その大き鷲卵大にて口腔内の主として左側にありてその過半を占め舌背上に横りその前端は口唇に達す、これより前方に牽引する能はざれども右側に向つて移動せしめ得、その色暗赤色にして表面平滑、弾力性軟なり。その最大周囲13.6厘、後方に行くに従て細くなり、柄にそひて後にたざれば左側下咽腔内深く入りてその發生部位を確むる能はず。患者の聲音に響なく、言語は「クロッシヒ」klossigなり。呼吸は寧ろ容易なり。固形食は勿論、流動物すらも劇烈なる咳嗽のために攝取すること能はず、僅に胃管を以て營養するを得るのみ。

ワッセルマン氏反應、ビルケー氏反應共に陰性。

**診断** 諸君、この患者が訴ふるが如く嚥下運動に伴ひ口腔内に出没常ならざる腫瘍を見たる時は、咽腔深部又は食道壁より発生せる有莖性腫瘍を想像して大過なし、該腫瘍食道内に横るまきには食道より上部に腫瘍を認むる能はず、その大さにより嚥下又は呼吸作用を障碍するこゝあり。

副鼻腔性「ポリープ」、鼻咽腔纖維腫、口蓋又は口咽腔より生ずる「ポリープ」、舌根囊腫、舌根甲狀腺腫、會厭囊腫等あれまき之は容易に鑑別するを得べし。

食道「ポリープ」は1800年來注目せらるゝに至れるものにて比較的稀なり組織學上時としては筋腫、脂肪腫なるこゝあれまき、多くは纖維腫なり。

其發生に就ては諸説區々にして未だ定説なし。或は先天性素因に歸し或は慢性刺激によるまき。臨牀上食物によりて最も刺戟を受け易き食道入口部殊に喉頭壁に生ずるこゝ多きは事實なり。余も後説の眞なるべきを證するに足るべき一例を有す、即ち義齒を誤嚥(第2狭窄部に嵌在)せる患者に於て異物抽出後約1ヶ月を経て食道を再検査し義齒嵌入の爲損傷したる場所の粘膜に小なる「ポリープ」を發生せるを見たるを以てなり。

今この患者にキリアン氏懸垂喉頭検査を行ひたる處、食道入口部の前壁(即ち喉頭壁)にて稍々左に偏し比較的細き莖を以て腫瘍の發生せるを見る。茲に注意すべきは病歴に於て述べたる如く、今日より4年前に目下まき同一症狀にて熊本縣立病院を訪ひ手術を受けたる事なり、即ち大正8年7月發行の熊本醫學專門學校々友會雜誌第29號誌上に田上氏が報告せる患者まき同一患者なり、當時の組織的所見は當科にて抽出せるものまき全然一致し、纖維腫なる事及びその發生部位が同一なるこゝより前回に抽出されたる腫瘍の殘根より更に發育したるものならむ。最初熊本にて口腔に引出して切除したるものより數倍大なるを見る。

腫瘍が口腔に嵌在して食道に整復せしむる能はざれば嚥下困難を來し強いてすれば氣道を閉塞して呼吸困難を來し又嚥下肺炎を誘起すべし。本患者にても一時肺炎の症狀を呈したるこゝあり。

**療法** 腫瘍を根部より切斷するに在り、殘部大なれば大なる丈再生速なるを以てな

り。

根部に達するに種々の道あり。或は頸部を切開して入るべく或は開口せしめ腫瘍を牽引して切除するも可なり、されまき直達検査法によりて手術するを最合理的まき、何まきなれば損傷少くして根部を精査し得るが故なり。食道上部にあるものは懸垂喉頭検査法を應用すれば最可なり。兩手を以て操作し得るが故なり。但し食道入口部以下に生ずるものには本法まき食道直達鏡を併用せざるべからず。

この患者には懸垂喉頭検査の下に腫瘍の根部を結紮し鉗にて鋭斷し完全に抽出するこゝを得たり。腫瘍の長徑8.4糎、最大周圍12.2糎なりき。

## 157. 食道異物

### Fremdkörper des Oesophagus

本日は諸君に食道異物患者を供覽説明せむ。

**患者** 47歳の男子 會社員

**主訴** 義齒誤嚥、前頸部異物停滯感、嚥下困難。

**家族史** 兩親まきも健康、祖父母は如何なる疾患にて斃れたるかは不詳、同胞4名あり、内1名死亡す。妻は健康にて未だ兒なし。結核症、卒中、悪性腫瘍等の遺傳的關係なし。

**生活史** 生來健康、酒及び煙草を嗜ます。27歳にして結婚す。3年前に流行性感冒に罹りたる外著患なし。

**現病歴** 患者は約3年前より左上顎第一及び第二大臼齒の脱落せるため義齒を使用しるたるが食事に際しては毎回これを取り外すを常まきせり。然るに昨朝、急用のため義齒を取り去るこゝを忘れその儘、食事中、蓮根まき共に「アツ」まき思ふ間もなく嚥下せり、その瞬間、甲狀軟骨の後方に刺様疼痛を發するまき同時にその部に停滯せるの感ありき。この義齒は入齒師をして作らしめたるものにて赤色硬護膜製の臺まき第一、第二大臼齒に相當すべき2本の磁製臼齒より成り、これを隣りの齒に固定するために2個の金屬小鉤を具へたり。この鉤は近來に至り緩みて動もすれば、外れ易かりしまき云ふ。

患者は嚥下後、直ちに某内科醫を訪ひしに當科に来るべく奨められ我外來を訪へるものなり。

**現症** 體格營養共に佳良なる男子。胸腹内臓器に異常なし。尿に異常成分なく、ワ氏反應陰性、ビルケー氏反應陽性、入院以來 37 度半—38 度の熱發あり。兩側外聽道に耳垢を認め、鼻腔、後鼻腔咽喉に異常なし。左上第一、第二大臼齒を缺く。

**診斷** 從來は食道、異物を診斷するに先づ患者の病歴及自覺症を參考し、次で消息子にて觸るゝか、X 光線にて透視又は寫眞撮影をなせり。然れども是等の方法は何れも絶對的價値を有せず、例之ば病歴に於て患者は異物を實際嚥下せざるにも不拘、嚥下せるが如く誤りて考ふるこゝあり。余は義齒を嚥下したりて來りし患者に食道鏡検査を行ひ消極なりしたため、家を搜索せよと云ひしに神棚上にありたりとの報告を得たるこゝあり。患者の自覺症亦頼むに足らず、神經家、「ヒステリー」性婦人は異物なきに自己暗示により疼痛、異物感を訴ふるこゝあり。鋭き異物が一時食道壁に刺入し後何等かの誘因により胃に滑り落ち、食道壁に残れる損傷により疼痛を感ずるこゝあり。又直達検査の結果異物を見ずして痙攣を發見するこゝあり。消息子挿入法は時として異物の嵌在及びその位置を確信し得るもその種類、性質を知るに由なし、のみならず鈍圓なる物を胃内に押し込み、尖銳なるものを食道壁に刺入せしむる危險あり。X 光線検査は大なる義齒、骨片、又は貨幣等を診斷し得るにすぎず。暗影を與へざる異物多數に存す。

食道は咽頭の下部に連り普通の状態にては半ば閉鎖の状態にあるを以て喉頭検査の如く反射鏡のみを以ては見得べからず。金屬性の長管を口腔より咽頭をへて食道内に挿入し口腔、咽頭及び食道なる曲管を化して直管たらしめ且管内を電燈を以て照射せば食道内部を限なく眼を以て直接に觀察するを得べし。これ即ち現今廣く行はるゝ食道直達鏡検査法なり。此法を以てすれば異物の有無、若し有ればその種類、性質、部位を確診し得べし。

**症狀** 本症の症狀は嚥下困難、嚥下時の疼痛乃至壓迫感を主とす、異物大なる時又は突起を有する時は氣管及び氣管枝を後方より壓迫して呼吸困難を來す、又尖銳なるものは食道壁の痙攣性攣縮のために嚥下せむとするも逆吐せらる。長時間嵌在せるもの

は粘膜の炎症、潰瘍、或は食道周囲膿瘍乃至縦隔膿瘍を起すものとす、この際常に發熱を見る。

次に茲に供覽する患者の病歴を見るに義齒を嚥下したるこゝを略確にして、自覺的には前頸部に異物停滯感、食物攝取困難を訴ふ。X 光線寫眞にては アダム氏結節の下方約 3 種の部に鳩卵大の長軸を垂直位に向けたる不正、方形の陰影を認む。一般に食道異物の扁平なるものは食道内に前額面に横はる。この患者の場合も亦然り、これ舌背及び會厭軟骨面の關係による、これに反して氣管内異物は矢狀位をさる、これ聲門の關係なり。以上の法則に反するものは人爲的のものを見て差支へなし。これにより食道内に義齒の嵌在するこゝは疑なし。

**原因** 飲食物と共に誤りて嚥下するこゝ多し、小兒は口腔内に容れたる物體を嚥下するこゝあり。異物の種類は義齒、魚骨、貨幣、針、釘、玩具片等なり。精神病者にては意外の大なる物を嚥下するこゝあり。余の教室には日本製の長き煙管を呑みたる例あり。小兒は貨幣を嚥下するこゝ比較的多し。これ我國にては小兒に金錢を與へて飲食物を買はしむるの惡習あるによる。而して食道腔の直徑と貨幣の周圍との關係より 1 歳より 4 歳迄は 5 厘銅貨多く、4 歳より 8 歳迄 1 錢銅貨(舊型)が異物なるこゝ多し。異物の嵌在部位は生理的狹窄部特に食道入口部に多し、異常の狹窄あればその部に停滯するこゝ勿論なりとす。

**療法** 從來は食道異物を抽出するに骨片ならば鉤鯁子 Grätenfänger、貨幣ならば鉤貨子 Münzenfänger を盲目的に食道内に挿入し奇效を奏するこゝなきにあらざりしも不成功に終る場合少からず、又是等の器具が中途にて折れて更に食道の異物となり或は食道壁を損傷して不幸の結果を招きたる例あり、我國にては古來、骨片を取るに真綿を細長くしてこれを水に浸し、嚥下せしめ口腔外的一端に振をかけつゝ徐々に引出したるこゝあり。或は甘藷、又は米飯を丸呑みにして異物を胃内に押し下げむと試みたるこゝあり。

直達検査の下に行ふ抽出法は、異物の存在を確認しこれを兩眼監視の下に抽出するにあるを以て本症に對する療法の最も合理的にして而も理想的のものなり。直達検査は朝行ふ、検査の前より朝食は勿論一切飲食を禁じ、検査の 30 分前に「モルヒン」、特に



第 314 圖



過敏なるものには1時間前に「バントボン」を注射し、検査直前には軟口蓋、咽頭後壁特に舌根部食道口部に30%「コカイン」液を塗布す。小児は全身麻酔を要するこゝあり。次で患者を仰臥せしむ。これ異物が胃内に滑り落ちるを避けむがためなり。異物の位置を像め知りたる時はこれに相当する長さの食道鏡を取りこれを食道内に挿入す。異物を捕ふるには鉗子を用う。異物の種類に従ひ特異のものを要す。余は中

高なる上等碁石を抽出するために碁石鉗子を案出せり。凸「レンズ」の異物にはその構造の大なるものを用う（醫學中央雜誌、116號、大正2年4月發行を見よ）ここに供覽する患者のX光線寫真に於て異物は環狀軟骨の稍、下方即ち上門歯より約19 厘の部に存在するこゝを知り得たるを以て、長さ18.5 厘、口径1.2 厘の直管を挿入したるに、果して上記の部位に赤色の硬護膜板が前額面に横はりその兩角は食道粘膜内に深く陥没せるを認めたり。この際鉗子は何れの部分をつまむべきか、これ技術の巧拙の分るゝ所なり。中央をつまむか兩端は粘膜内に深く没入せるを以て動かす。たゞひ動くも粘膜を食道の長軸にそひて裂傷せしむべし。斯の如き場合は先づ食道鏡の上端を以て粘膜を壓排し一端を視野内に現はしたる後、この部をつまんで遊離せしめ次で抽出すべし。直管内を通過せしめ能はざる大きさのものは直管保護の下に直管と共に抽出すべし。

然らざれば粘膜を損傷する虞あり。

この患者にてはブリューニングスの有鉤鉗子にて義歯の先端を捕へこれを遊離せしめ直管保護の下に抽出せり。

我國に於ける食道異物中、義歯は比較的その數多し、これ畢竟固定法の不完全なるによる。余は先年、大阪にて開かれたる聯合醫學會の席上、這般の關係を論じて齒科醫諸君の注意を喚起したるに、斯の如き不完全なる義歯は非齒科醫、所謂入齒師の手になるものにて大に反對を受けたるこゝありき、ここに供覽の患者も亦この例に洩れず。甚だ大なる義歯は一端を遊離せしむるこゝさへ困難なり。元來義歯の臺をなす硬護膜板は甚だ硬くして切るに困難なり。されど熱に遇へば軟くなるを以て吾師キリアン博士は熱係蹄にてこれを絞断したるこゝあるも粘膜内に嵌入せるものには用難し。英國式の義歯を切る器械は弱くして硬きものには不適當なり。余はこの缺點を補ふべく義歯破碎器を考案せり。これは先端「コンヒートム」状をなし圓形の鋸板を有す、構造堅牢且小にして直管内を自由に出入せしめ得。

食道の異物はその抽出を以て療法の一部を終れるものなれどもこれに心緩みて爾後の處置を怠らば九切の功を一簣に缺くものこゝ謂ふべし。何さなれば食道粘膜に損傷あるにも不拘、食物を普通の如く攝取すれば、損傷部より細菌を感染し急性食道炎、食道周圍膿瘍、次で縦隔竇炎を起し不幸の結果を見るこゝあればなり。故に異物の抽出後、食道に損傷なきや否やを精査し、損傷あらば少くも1週間は體温と疼痛さに注意し護膜製滋養管を以て胃に滋養物を送るか、嘔吐の恐あるものには滋養灌腸を行ひ、他方には損傷部に濕温療法を施すべし。この患者も損傷を認めたるを以て滋養管にて營養し抽出後、5日目に解熱退院せしむるを得たり。

## 158. 食道異物による呼吸困難症の症例追加

## Atembeschwerde durch einen Oesophagfremdkörper

本篇は昭和4年6月30日九州地方會第96回集會に於て講述したるものを補綴し且つ其後の経過を添加し圖を附けたるものなり。

食道異物によりて嘔吐、嚥下困難の來ることは普通なり、陳久性にして附近を破壊し兩側性回歸神經麻痺を起したる場合、若くは、異物の處置宜しきをえずして浮腫の來る場合は呼吸困難を起せども氣管後壁の異常壓迫が直接食道異物によつて來る場合は其例少し。

余は嘗て類似の2例を1918年の九州醫學會席上にて發表せし事あり、其第1例は2歳の男兒、高度の呼吸困難を訴へて來院、初め小倉の市立病院にて氣管の異物の診斷の下に直達検査を受けたるも異物を認めずして當科に紹介し來れるものなり、異物は氣管に無く却つて食道に嵌在し「から」の釦なりき、釦の頭を以て氣管壁を後方より押ししたるを以て呼吸困難強かりしものなり、摘出し得たるも3日後に肺炎を起して死亡したり、其第2例は2歳の男兒同じく呼吸困難を訴へて來る、余偶々夏休にて旅行不在中なりしが留守居の人々直達検査を試みしも氣管に異常を認めざりしこいふ、患者は呼吸困難強く當日死亡したり、解剖の結果乾昆布の長き物食道内に嵌在充満しふやけたるを以て氣管を壓迫窒息死に到らしめたるものなり。

今回の例は1年8ヶ月の男兒(初診1929年6月18日外來番號2502)、青島より來れり、昨年末より身體衰弱し今年3月末一層増悪6月に入り呼吸困難あり喉内ごろごろ音す、青島に於て咽に腫瘍あらむとの疑の下に線検査を受けたるに鎖骨の高さに中央に孔ある丸き陰影を認めらる(第315圖)、直ちに氣管切開をなす(6月6日)、之を側面より見れば氣管切開をなせし氣管套管の陰影の後方に同影像を認む、依つて造影劑をのましめつゝ検査しに該陰影の後方を通過嚥下せらるゝより氣管を検査せしも異物なく食道を検査しても異物を認めず、外科に於て外切開を行ふ外なしとして手術にかゝりたるに呼吸困難甚だしく、氣管切開口を下方に移さむとしたるも患者窒息したるを以て手術を中止したり、其後當科に紹介せられたるものなり、6月20日余は

第 315 圖



異物及び氣管「カニューレ」のX光線像

先づ食道を検査せしに(全身麻酔、管口0.9仙米、長さ18仙米)異物を認めず唯肉芽を見るのみ、出血しやすし、食道前壁に於て瓣狀に運動する肉芽片あり、氣流の時々來りて直達管の内面に霧影を見る、故に食道前壁の一部は破れて氣管と交通し、瘻孔を作るものも考へられたり、次に氣管を検せしも異物なし唯呼吸困難甚だしきを見る、依つて異物は該肉芽の中に埋没せるものも考ふ。

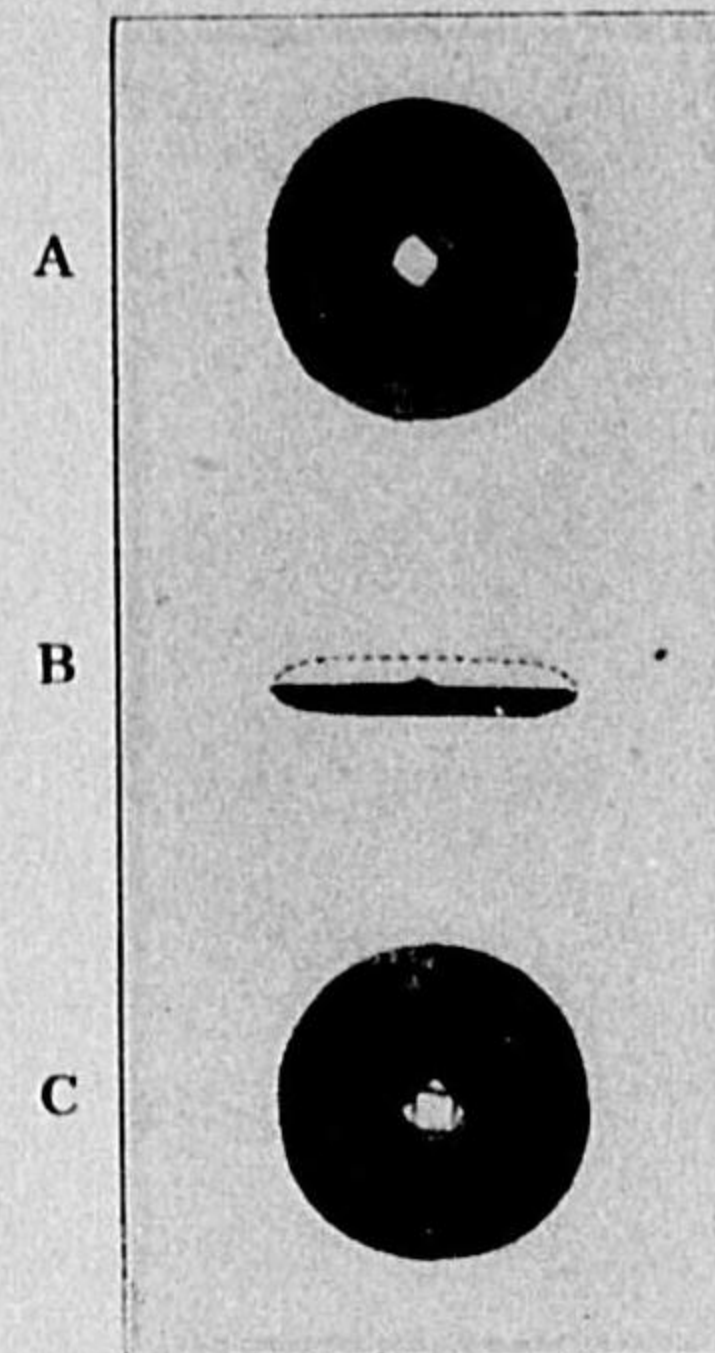
6月20日午後X光線を以て検査するに異物の暗影は鎖骨の高さに於て慥かにあり、側面より「リビオドール」を飲ましめたるに異物の後方を通過す。

6月21日、氣管「カニューレ」を3回交換す、呼吸の工合わるし、氣管切開口より出血す。

更に2日後即ち6月22日全身麻酔の下に第2回直達検査を行ふ、氣管後壁腫脹して其奥に暗黒なる金屬性物質を認めたり、數回摘出を試みたれども捕るふこはせず、其位置を動搖せしめたり、食道を検するに肉芽あるのみにして異物を認めず、唯時々空氣の漏れ來るを見て氣管後壁の一部に穿孔ありて瘻孔となれる事を想像す、手術中容易に呼吸困難を來すより一時検査を中止し再び數日の休息を與へたるに其の間自ら諸症狀緩解したりと告ぐ。

6月24日前回の如く、「エーテル・クロ、ホルム」麻酔の下に第3回の直達検査をなす、食道内前壁に瓣狀の肉芽片あり動搖す、出血しやすし、前回に見たる異物を認むる事能はず、呼吸安靜ならざるを以て検査を中止す、此後呼吸は以前に比して著しく

第316圖



異物自然大

A. 外面

B. 側面

C. 内面

安靜容易なる。27日X光線検査を爲したるに、異物は落ちて胃中にあり、大彎部に密著す。

7月5日迄毎日検便するも異物は排出せられず。X光線にて検するにほ胃底にありて移動せず。患兒の營養は次第に良好となり、歩行しうるに至る。

7月9日即ち第3回の直達より15日、第2回より17日にして排便せられたり。更にX光線検査をなしたるに異物の暗影を認めず。

異物は圓形皿狀の金屬片を二枚腹合せに作りたる、中央に四角形の孔を有する筈なり。患者の呑みしは其の半分にして極めて非薄なり。直徑約1.6仙米あり(第316圖)。

氣管「カニューレ」より時々牛乳の滴り出するを訴ふ。「カニューレ」を抜き去りたる後、壁より肉芽の發生して

出づるを見る。硝酸銀液を以て腐蝕し「カニューレ」には「コルク」栓を挿入し自然道より呼吸するに馴しめたり。「カニューレ」抜去しうるも遠きにあらざるべし。

### 考 按

前に報告したる第1例に於ては「カラ」の釦の臺が食道の後壁につき、頭の 高さ所が前壁即氣管の後壁を壓迫したるを以て著しき呼吸困難を招來し、氣管の異物を疑はしめたること無理もなし。しかも直達管を挿入すれば、異物は強ひて後方に壓排せらるゝを以て氣管の開通自由となり毫も呼吸困難の症狀なかりしなり。第2例に於ては未だ齒の發達せざる患兒が乾昆布を食道に飲みして以て寸斷することなく殆ど食道の全長に涉りて飲み込まれ、次第に唾液、粘液の浸潤するに及び、體温に温められ、氣管の後壁を全長に涉つて壓迫し窒息したるものなり。此等の場合何れも主症候があまりに著明なるが爲他を疑ふの餘地なく、一舉に氣管を検し、異物のあらざるに驚き氣管支の深きへ深きへ進み、狼狽し、食道の検査は忘れらるゝものなり。氣管枝のみを捜さず食

道を捜すこと必要なり。これは直達検査に熟練したる諸氏に警戒する所なり。

本例に於て注意すべきは、この患兒に異物の豫想全くなかりしことなり。氣管又は附近の腫瘍に疑をおきたるは無理もなし。しかるにX光線検査の結果、孔のある貨幣に似たる暗影を見、始めて異物介在を知りたるなり。到着後よく質したるに3月頃患兒は圓形にて中央に孔のある「オモチヤ」を以て遊びをりたることありき云へば如何なる機会にか破壊したるその半分が入りしものなり。此の場合X光線にて暗影を與へたるが故に直に發見せられたるも若、暗影を與へざりしならば或は診斷困難なりしならむ。故にかゝる呼吸困難のある際は食道と氣道との直達検査を行はざる可からず。

何故に此異物が氣道を壓迫したるか。普通貨幣の如き扁平の異物は、余の屢々言ひたるが如く舌面にそひて下降するが故に前額面に平行に食道に停留す。食物は其兩面にそひて下るが故に、液食には全く障碍なし。呼吸には全然妨なきものなり。しかるに此例に於て早く呼吸困難を起したるは、其全體が非薄にして邊緣尖銳なりしを以て柔軟なる食道前壁を容易に損傷し、此所に「ポケット」狀に介在したるものなるべし。邊緣の鈍なる貨幣に於ても1ヶ月以上食道に介在する時は食道壁を壞疽に陥れて「ポケット」を作ることは余の屢々言ひし所なり。3月に異物が入りたりと假定すれば、6月迄4ヶ月を経過したるが故に食道壁の壞疽、肉芽の發生ありて、氣管内にも肉芽の増殖を見るに至りしこと想像に難からず。

食道壁に損傷のある場合の食道鏡検査はよほき注意を要す。後壁又は側壁に穿孔する時は縦隔竇の炎症を誘致することあり。此場合に異物が前壁に附着し居りし事はX光線検査にて食道前壁に瓣狀肉芽の下りをりしこと、氣道の検査にて、其後壁に異物を認めたること造影物質が異物暗影の後方を流下せしこと等にて明瞭なり。

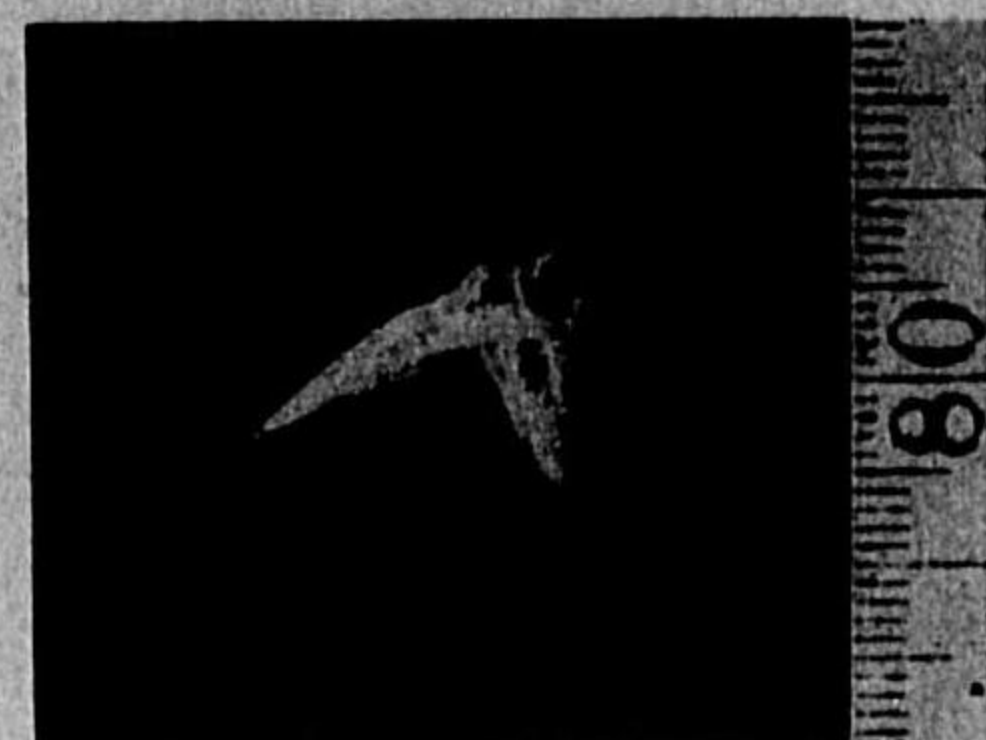
食道と氣道との間に瘻孔の存したることは直達検査に際し食道に空氣の洩るゝ事、氣管「カニューレ」に牛乳の出づること等にて明瞭なり。

異物の發見及摘出の困難なりし原因は何によるか云ふに第一患兒は營養不良、衰弱甚しく全身麻酔にたへがたかりしこと、窒息症狀の直ちに來ること、食道内に出血性肉芽ありて視野を妨ぐること、異物形態の豫備知識に缺けたること等なり。

何故落下したるか云ふに第2回の直達検査にて確かに異物を認め、之を捕へむこと

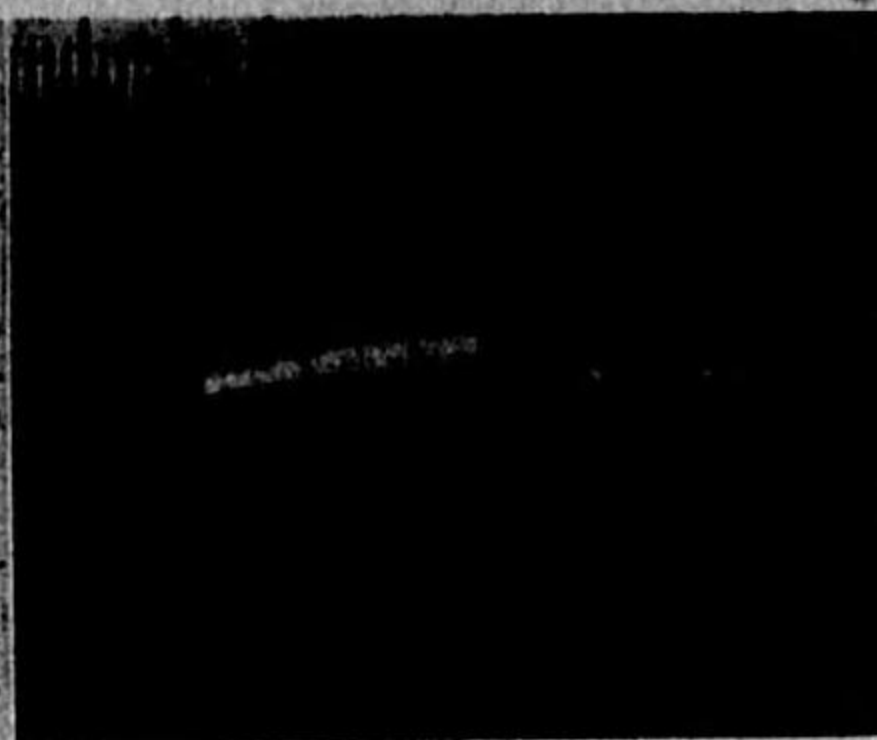


第 318 圖



第 2 例 摘出魚骨

第 317 圖



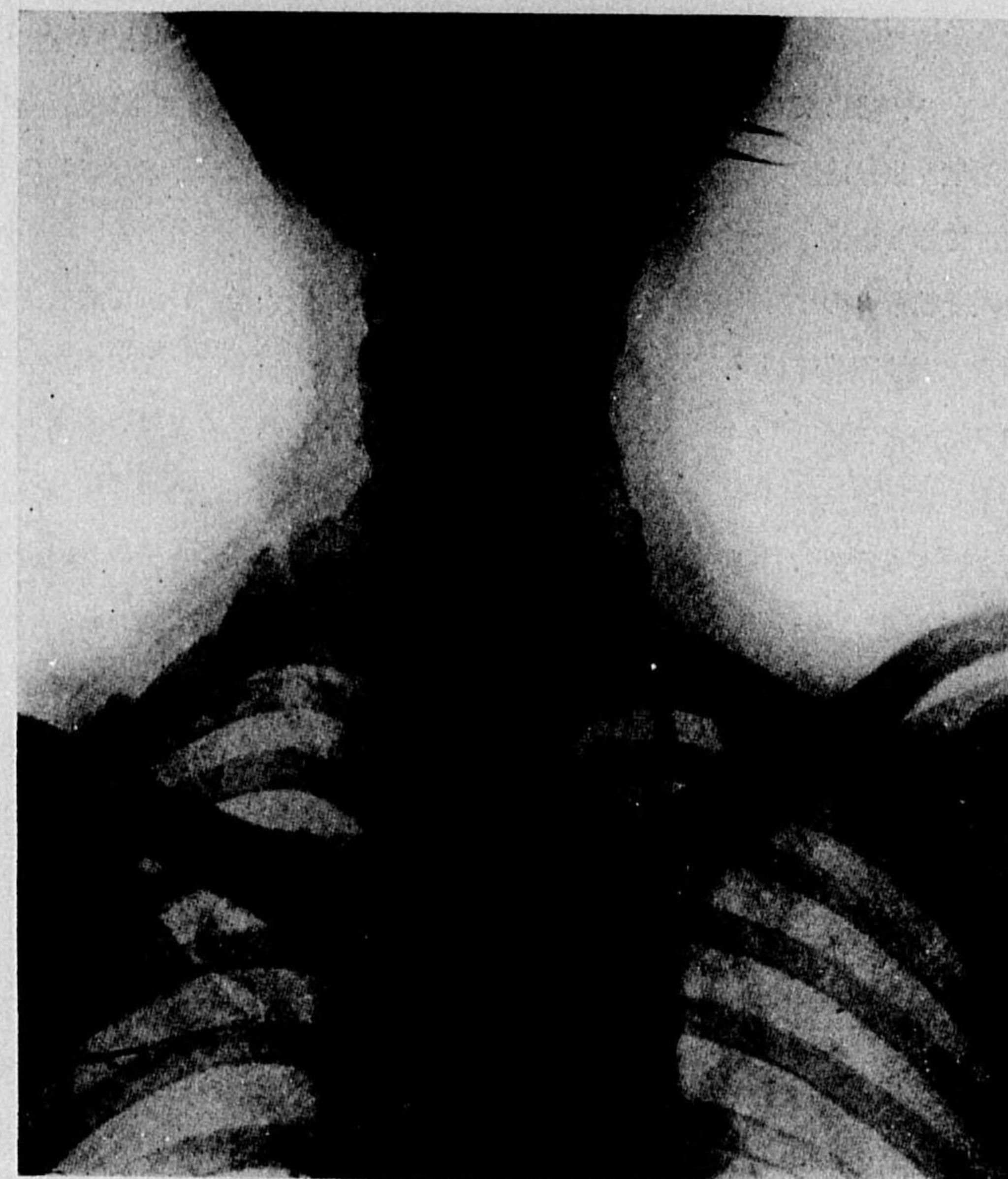
第 1 例 摘出鶏骨

**経過** 頸部腫脹は少しく減じた。20日食道直達をなしたる處 15 仙米より 24 仙米迄即ち 9 仙米の間粘膜は糜爛し膿瘍状をなして魚骨は 15 仙米の處にあつた。魚骨は頭骨らしく二又になつてゐる仲々取り出し難かつた(第 318 圖)。摘出後糜爛は一般にあつて食道の正常粘膜は見得なかつたのである。即ち之は眞の異物による食道膿瘍か又は先の直達の際、管によつて誤つて食道に穿孔を作り之に異物による化膿機轉を起した偽道であるか不明である。滋養浣腸及導管營養法を始む。發熱は 37 度 4—5 分の程度である。27 日此の門齒より 8 仙米の處に始つた偽道に「リビオドール」を注入し別に正常食道に「リビオドール」を充したる「ゴム」管を入れ X 光線を撮りたるに第 319 圖の如く第 5 頸椎即環狀軟骨近くに出發して左側に胸鎖乳頭筋の鎖骨接著部に近く走りて此處に三又の大いなる膿瘍を作れるを見た(第 319 圖)。25 日頸部の發赤腫脹は全く去つた。3 月 5 日既に膿汁は食道瘻孔より出ないけれども尙粘膜少し腫脹發赤し X 光線寫眞に前回より甚だ小さくなりたるも尙明に膿瘍のあるのを見た。3 月 23 日食道創傷全く治癒し自覺的にも嚥下痛等全々なく平熱となつたが尙 X 光線に小膿瘍の存在するのを見てゐる。

**總括** 此例は矢張老人に來て齒の無いのが異物の原因である。魚骨が偽道に入つて膿瘍を作つて居つて正しい食道は別の道にあつた。「リビオドール」注入によつて明瞭にされた縦隔竇内の膿瘍は異物摘出と共に次第に少さくなつた。

**發生** 食道異物の合併症は異物なる物質の種類、形状、大きさ等によつて大變異なるものであり又手當の如何によつて色々の結果を生ずるものである。大體さして軟かいもの、平滑のもの、圓形のもの

第 319 圖



第 2 例の X 光線寫眞。脊椎の前方を下る陰影は「リビオドール」を満したる食道「ブジー」で食道の位置を示す。其の左に當つて點々を以て連り左側鎖骨上部の膿瘍に通じて居るのは食道入口部側壁から破れて入りたる誤つた道である。異物は此道程に横つて居つたものである。恰も 2 本食道が並んで居る感がある

の、平滑のもの、圓形のもの、尖つたもの、縁邊のギザギザしたもの、大きいもの等は食道に引掛り之を傷けて種々なる障礙を起し易いのは當然の事である。例へば貨幣碁石の如きものは屢々子供に玩ばれよく誤嚥されて異物となるが大抵は芋、飯塊の如きものを呑み込む事によつて簡単に胃に落され肛門より出で又は直達法により容易に

摘出されて何等の障碍も残さない、甚しきは5年、10年の長い間合併症を起さないのは異物の誤嚥された事も忘れられ偶然の機会に「レントゲン」により発見され、摘出された例もある。之に反して魚骨、義歯の護謨床や鉤、「ガラス」破片、針等は屢々異物となり食道壁を傷け危険なる合併症を起し易く統計的にも食道異物に因る死亡率の大部分を占めてゐる。

然し假令軟きものまで合併症を起さないとはいへない。老人子供に於て大急ぎで未咀嚼のまゝ肉塊莖莖等が呑み込まれ食道に介在し1滴水も通さないこきがあり又昆布の如きは食道に於て「フヤケ」ますます容積が非常に大きなり氣管後壁を壓迫し呼吸困難を來し遂に窒息死に至つた例もある。之に反して精神病者によつて自殺の目的で思ひもかけざる物質即ち剃刀、硝子片の如きものが呑まれて何等の障碍を起さず又針が食道壁を通り身體諸組織を遊走し四肢の外表に出で少しの障碍も起さなかつた例がある。

或は其儘放置すれば何等の危険もないものが治療の目的で行はれた醫師等の處置よろしからずして却つて副損傷を起す事もある。即ち異物を釣上げる目的でグレーフの貨幣鉤を、異物を突き落す目的で鯨骨消息子等を盲目的に用ゐて食道壁を損傷或は穿孔せしめ未熟な直達検査法のため食道の副損傷を起す事は稀でない。

**症候** 一般的に異物感、嚥下障碍は勿論自發痛嚥下時刺痛及び發熱等がある。局所には先づ異物介在部に粘膜の發赤腫脹を來し或は異物壓迫のため壞疽に陥り或は周圍及び食物により種々細菌の感染し化膿を來し遂に食道周圍膿瘍に至るものは甚だ多い。時としては下行して縦隔膿瘍を起す。異物の存在する限り膿瘍は決して治癒せず膿汁のため口臭甚しく、嚥下刺痛強く水様物すら取り難く發熱は必發症候である。細菌には葡萄狀球菌連鎖狀球菌多きも屢々嫌氣性菌の證明せられる事がある。斯る際は悪臭甚しく症状は一層重い。症状が更に進めば食道は遂に穿孔して縦隔竇炎を引き起し又之より縦隔肋膜炎となり膿胸を起し死に至るものがある。殊に食道の側壁後壁の穿孔は縦隔竇炎を起し易い。此の時は高い弛張熱出で顔面は蒼白となり苦悶の状あり脈搏は弱小で虚脱状態となり殆んぞ死をまぬがれない。食道前壁に於ては氣管後壁を壓迫して呼吸困難を起し或は之に穿孔して瘻孔を作り呼吸困難又は之に續發せる肺

炎にて死亡するものもある。稀ではあるが針鉤の如きものが丁度食道血管に刺り吐血を來し大動脈、總頸動脈に刺り出血死を招く事がある。食道異物が上部にある時は頸部の腫脹發赤を來し蜂窠織炎様になり壓痛甚しく皮下氣腫さへ伴ふものがある。稀に異物に因る斜頸(患側に傾ける)及び廻歸神經麻痺(之は食道が少しく左側に偏るため前額面異物は右側廻歸神經を侵す事が多い)を起す事もある。何れも異物介在日數を経たものに多い。直達の未熟練のために直達管にて食道損傷或は穿孔を起す時は術者が右利なれば左側左利なれば右側に起し易い。

種々の續發症は異物摘出後でも起る事は注意すべき事である。

**診斷** 食道異物患者に嘔吐嚥下痛ある時發熱を伴ふは合併症の存在する事を意味し注意を要する。頸部腫脹、呼吸障碍のある時は勿論である。先づ「レントゲン」検査をなして後、直達検査法をせねばならない。

X光線は前後徑及び横徑に撮り時に斜徑をも必要とする。又撮影に際し症例に従つて「リビオドール」或は「リビオドール」膠囊を飲ませ時には消息子其他を用ひて食道と異物或は膿瘍との關係を検査するは診斷のみならず治療にも役立つ事である。

食道直達検査は最も必要のもので異物の有無合併症の存否に係らず必ず暴力を用ゐず靜に食道に平行に直達管を挿入し食道壁に新創傷、出血、浮腫、壞疽、肉芽なきや膿汁瘻孔は存在せずやよく觀察せねばならない。食道直達のみならず同時に氣管直達法をも併せ行はねばならない事がある。

**治療** 異物の存在する時は勿論之を摘出し摘出後尙一度直達検査をする。單純な食道壁の損傷は液食を取る事のみで治癒するのが多いが然し食道損傷強度のもの又は廣範圍に亙るもの膿瘍あるもの等は含嗽をよくし必ず滋養浣腸又は直達鏡下の「ゴム」管挿入栄養法に依つて創面の食物による汚染細菌感染せられないやう又創口から食物が膿瘍竈の横道に入らないやうに注意する。創面の全く治癒する迄は普通食を取らしてはならない。周圍膿瘍の如きは食道内切開又は食道外切開を必要とする事もある。

頸部の腫脹發赤ある場合は濕布するがよろしい。肺炎、縦隔竇炎等は夫々適當なる處置をする。

## 附 危険なる合併症を伴ひたる1錢銅貨の食道異物及其治療法

## 2 Fälle von Oesophagusfremdkörper (Kupfermünze) mit gefährlichen Komplikationen und ihre Behandlung

本年3月地方會席上で食道異物の處置に就て注意を述べたことがあるが最近又重症な1錢銅貨の食道異物2例に遭遇した(第132回集會記事参照)。

第1例 4歳の男、1錢銅貨を口にくわへて寝てゐる間に誤嚥したものである。X光線で其陰影を食道第一狭窄部位に認めX光線で見ながら鉗子で摘出せんとしたが出血して取出すことが出来ず其後發熱39度餘に達し當科を來訪したのである。下咽頭より食道にかけて甚しく腫脹し化膿し頸部を押すと膿汁が内から出る。異物は立木君が取つたが熱はさがらぬ。之は鉗子で盲目的に摘出せんとした時食道粘膜に損傷を起しそれが化膿して膿瘍を形成したためである。

第2例 4歳の男、1錢銅貨を誤嚥し、2人の専門家にかけり2日間に5回の直達検査を受けたが異物を発見出来ず摘出不能に終つた。下咽頭の左側に大きな穴があり直達管が入りそこから膿が出てゐる。本症は麻酔なしにやつた爲患者が動いたのと、前にも述べたやうに右手で直達鏡を挿入するため左に偏し損傷を起したのもと思ふ。異物は度々の直達検査のため食道入口部より少し下にあつたが、容易に摘出出来た。然し熱が下らぬ。食道周囲膿瘍のためである。

是等の症例の場合、患者自身で食物をとらせると汚物が創腔に入り決して治癒せぬ。それで必ず直達鏡下に胃管の先端を損傷部より下に入れて胃管栄養法をなほさねばならぬ。

此2例はかくて次第に下熱し順調な経過をとつてゐる。

(昭和9年7月九州地方會講演)

## 160. 食道異物に續發せる斜頸

## Schiefhals bei Oesophagusfremdkörper

9歳の男兒にて去12月11日魚骨を誤嚥し某専門家より直達検査を受けたるも異物を発見するに至らず。嚥下障碍來り、發熱39度以上に及ぶ。御覽の如く左側に斜頸あり。

原因は直達検査による食道壁の損傷なり。小さき魚骨は発見困難なり。嘗て食道異

物による食道周囲膿瘍にて死亡せる患者を解剖して異物を発見する能はず。余は其標本に就て膿瘍腔内を綿密に検査して、長さ約1種の細き魚骨を発見し得たることあり。かくの如くX線又は直達検査にて陰性にて食道周囲膿瘍内に異物が伏在すること尠からず。此患者は疼痛を軽くする爲に斜頸を起せるなり。かゝる斜頸は扁桃腺抽出後、又は中耳根治手術後にも見る。皆、同側に頸を傾く。こゝに供覽する患者は中耳根治手術後の斜頸の例なり、かくの如き耳手術後の斜頸を三半規管の損傷に因るものと誤ることあり、注意を要す。

## 161. 食道異物として安全針の第1例

## Die erste Mitteilung von Sicherheitsnadel als Oesophagusfremdkörper in Japan

患者 8ヶ月の哺乳兒、外來番號4078(初診、昭和7年12月11日)。12月11日の防火「デー」の「マーク」を口に入れて遊んで居る際「マーク」の紙は口中に残りそれにつける安全「ピン」のみを誤嚥したものである。

母親は「ピン」は閉ぢた儘であつたといふがX光線でみるに環狀軟骨より下に通常の場合と反對に下方に向つて「ピン」は開いて介在してゐる。されば安全針の撥條(「パネ」)をつかみ食道鏡中に持ち來たせば簡単に抽出し得るであらうと考へてやつて見るに保針枝は細く華奢なるため食道鏡口縁にあたり屈曲して抽出は可成困難であつた。

米國等にて安全針の氣道及食道異物は甚だ多いが我國にては未だ一の安全針異物の報告を見ない。之は我國にて安全針の需用が米國に比し少いのを、日本人の潔癖のため口に入れぬによるのである。食道異物の場合安全針は殆んど常に上方に向つて開き閉ぢてゐることは稀である。之は嚥下の際食道入口部筋肉の收縮により締められて開くのであらう。

食道異物安全針の抽出は可成困難のもので之に對し色々抽出法及び抽出器械がある、開いた安全針をさちて取るにはフン、アイケン氏型・米國型なごの抽出用器械があるがクラーフ、アロースミス氏型の鉗子が一番よい。安全針を開いたまゝさるには食

道中にて無理に一廻轉せしめたり、又胃まで突落し胃中にて方向を下向にして抽出する方法又胃中にて安全針をつかみ食道鏡入口縁にて安全針を垂直にのばして其儘抽出する方法等があるが食道鏡の先に切目ある有溝食道鏡 Trapdooresophagoscope を用いる安全針のみを食道鏡中に入れて抽出するのが一番よい方法である。

## 162. 熱湯誤嚥に因る食道の損傷

### Verbrühung des Oesophagus durch heisses Wasser

本日は熱湯を誤嚥したる小児を供覽し、食道の腐蝕性炎症につきて述べむ。

#### 症例

患者 熊○博 満1歳 炭屋の息(外來番號第4218, 入院昭和4年10月9日)

主訴 熱湯誤嚥, 呼吸困難。

家族史 特記すべきものなし。

既往歴 昨年10月3日生れ, 熟産且安産にして生後極めて健康, 著患を知らず。

現病歴 10月9日午後1時半頃, 母親が七輪より外して臺所に置きたる沸騰せる藥罐の湯を母が監視の眼を離したる僅かの隙に藥罐の口より直接口づけに飲みたるものにして, 俄かに泣き出したる聲に驚きて母親が見たる時は, 口より熱き湯を吐出し居たりと云ふ。其の後漸次呼吸困難を來したれば, 午後3時10分我臨床を訪ひしものなり。

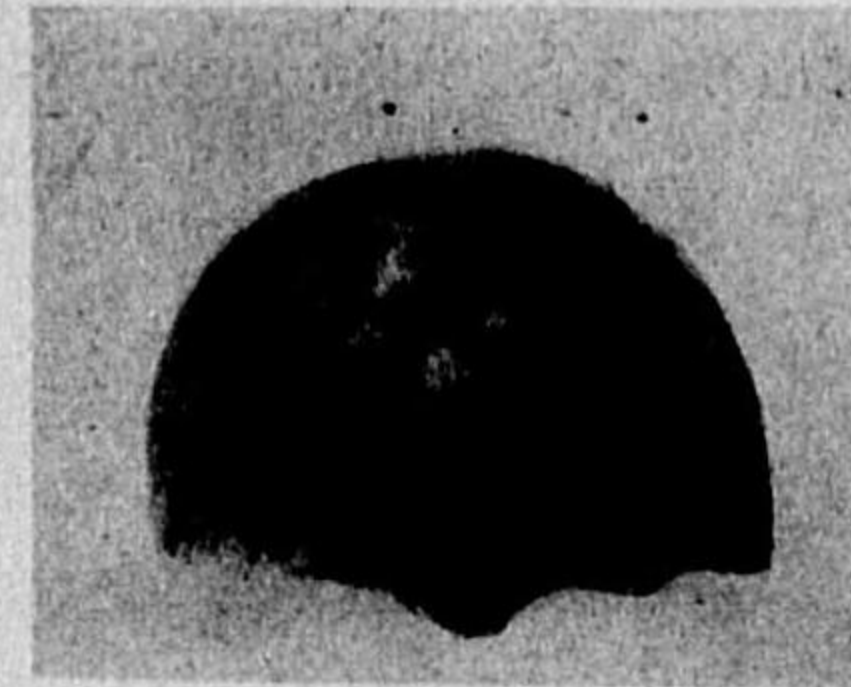
現症 一般所見としては體格中等, 骨骼筋肉脂肪の發達は先づ尋常, 胸腹臓器には異常なけれも顔貌甚しく苦悶の狀を帶び, 顔色「チアノーゼ」を呈し, 呼吸逼迫し脈搏細小なり。L氏及びP氏反應俱に陰性, 尿は反應酸性, 蛋白, 糖を證明せず。

局所々見としては鼻腔耳には著變なし, 口を開かして診るに口唇舌には異常なし。懸壜垂, 兩側口蓋扁桃腺は著しく腫脹し白色の被膜を被むる(第320圖)。

經過 診察の間にも一般症狀既記の如く甚だ重篤にして呼吸困難高度なれば, 即日局所麻痺の下に上氣管切開を行ふ。氣管切開の後上喉頭直達検査を行ふに, 會厭軟骨も亦浮腫性腫脹甚しく, 喉頭内腔を窺知し難し(第321圖)。

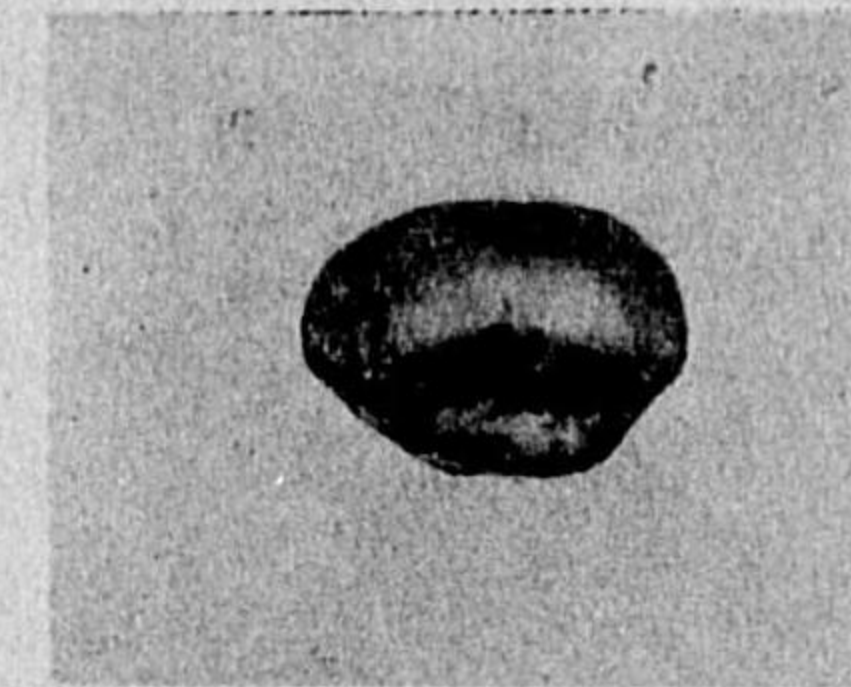
氣管切開によりて呼吸稍々平靜に復したれども, 容態尙甚だ重症にして體温39度以

第320圖



懸壜垂の腫脹發赤白色義膜特に著しきを見る

第321圖



直達検査法にて見たる同患者の喉頭像なり。會厭の腫脹著しく披裂間部は食道にかけて厚き白色の義膜を附着せり

上40度5分の間にあり翌10日再び上喉頭直達検査を行ふ。會厭軟骨は著しく浮腫狀に腫脹し蒼白なり。披裂軟骨部, 披裂會厭軟骨も亦腫脹甚しく聲帶を認め難し。喉頭後壁食道入口部は厚き白色の義膜を以て被はれ, 該義膜は既に食道内に及べり。

軟口蓋, 懸壜垂等は上皮薄くして鬆疎なる結締織層に富むを以て容易に高度の浮腫を呈す。呼吸困難は急性の喉頭浮腫に因るものなり。

斯有る損傷を通常火傷 Verbrennung と稱すれども, 獨逸に於ては熱湯に因る火傷を特に湯傷 Verbrühung と云ふ。火傷とは廣義の名稱なり。熱湯による食道の損傷は小児に多く大人には稀なり。

小児は他の者のなす所を模倣する習癖あり, 此の患兒も彼の父親が日常藥罐の口より直接に飲む習慣ありて, 之を常に目撃したるまゝ自ら試みたるものなるべしと云ふ。此の場合は單に口内に啣みしのみならずして, 嚥下したるものなり。

火傷を分ちて3度とす。第1度は發赤のみにして夏時日光に燦けたる時に見るが如きを指し, 第2度は之に水疱形成の加はる場合にして, 第3度と云ふは纖維素析出して厚き被膜を生じ, 更に痂皮を結び組織は壞疽に陥りて脱落する場合なり。壞疽を生ずる程度は作用せし原因によりて異なる。酸類及鹽基類等の腐蝕劑は組織の深部に及ぶに反し熱湯の場合は淺表なり, 本例は第3度火傷の稍々輕き程度のものなり。

食道腐蝕性急性炎症の主なる原因は, 酸類, 「アルカリ」類の誤嚥にして熱湯に因るものは少し。食道を腐蝕せしむる物質は種々あり, 京都帝大法醫學教室に於て全國各警



腐蝕剤の種類	例数
重「クローム」酸加里	439
昇 承	241
硫 酸	225
石 炭 酸	172
鹽 酸	147
醋 酸	68
「フ・ル・マ・リ・ン」	64
硝 酸	44
苛 性 加 里	37
苛 性 曹 達	35
苛 性 加 里	12
「ア・ン・モ・ニ・ア」	4

察署に就きて、大正元年より大正3年に到る期間の腐蝕剤に因る食道損傷の症例を調査したる所によれば、左表の如し。

此の統計中重「クローム」酸加里に因るもの最も多きは工業用として容易に手に入るが爲めなり。重「クローム」酸加里は工業の發達初期にある國に於て多く使用せらる。該物質嚥下による症例のかく多数なる事は、一面我國の工業の未だ幼稚なる事を物語るものとも謂ひ得べし。

嚥下の目的は自殺なるか、又は誤嚥なる事多

く、他殺の目的には餘り用ひられず。

此等化學的物質に因る損傷の外に其の毒性が關係あり。腐蝕剤による食道の炎症を腐蝕性食道炎と稱す。酸類に「アルカリ」は其作用の程度又異なる。鹽基は組織の深部を侵害し酸は表層に擴延する傾向あり、故に「アルカリ」の方の癥痕狭窄は著明なるを常とす。最近教室の笹木君が之が實驗的研究を企て、此の種の食道損傷の經過を明かにするに共に、酸と鹽基の作用異なる點をも動物に就きて立證したり。

損傷の結果は癥痕を形成し遂に食道狭窄を貽す。之「アルカリ」腐蝕の場合に屢々見所なり。フォン・ハッカー氏 v. Hacker の調査は此の間の關係を明かにしたるものにして、表示すれば次の如し。

種 類	酸	「アルカリ」
死 亡 率	50%	25%
強度の癥痕狭窄	33%	50%
軽度の癥痕狭窄	17%	25%

豫後 組織の深部に波及する場合は豫後は俄かに斷じ難し。

療法 此の患者の發熱の原因は不明なり。胸部に囉音及氣管雜音を聴

く打診上濁音あり。注意すべきは熱湯による火傷の際には同時に熱氣が肺臓に侵入して氣管枝に炎症を招來し、又分泌物の咯出困難なるが爲めに肺炎を併發して高熱を發する事あり、或は局所より生じたる毒素が吸収せられて高熱の原因となる場合もあり、要するに絶対に安靜を守らしめ、咽頭喉頭部の疼痛に向ひては「コカイン」塗布、又

は「オルトフォルム」撒布を行ひ、或は催眠剤を投與す。食物は口腔より與ふる時は、會厭軟骨の腫脹の爲めに誤嚥して呼吸道に吸ひ込み嚥下肺炎を起す危険あり、故に營養管を用ひ又は滋養灌腸の必要ある事あり。

呼吸困難甚だしければ氣管切開をなすべきは論を俟たず。食道の狭窄を防ぐ爲めに早期消息子擴張法を行ふ事の可否は未だ疑問に屬す。食道の穿孔を惹起する虞れあり

さして之を卻くる人あり。最近ザルツェルやブダベストのフォン・ボカイ von Bocay 等は早期消息子擴張法を推奨せり。ボカイは157例に早期消息子擴張法を行ひて右表の如き成績を得たり。此の中には早きは損傷後第2日

經 過	例 数
治	151
死 亡	2
穿 孔	4

目、或は急性症狀去りたる直後、即ち損傷後1週間以内に擴張法を試みしものをも含む。

此の表より見れば成績は良好なるもの、如し、少くも危険は少き事明白なり。殊に此の統計は直達検査をなし得ざる人の統計なれば、直達検査を行ひつゝ應用したれば成績は更に良好なるべし。但し豫め動物實驗を重ねて然る後に行ふ可きものと思惟す。

### 163. 食道異物及動脈瘤の診断或は處置に直達検査法の應用竝に直達検査法の概要

Anwendung der direkten Untersuchungsmethoden zur Diagnostik oder Behandlung des Oesophagusfremdkörpers sowie des Aortenaneurysma. (Zusammenstellung der direkten Untersuchungsmethoden.)

第1例 患者 ホ、ト、26歳、男教員

主訴 食道異物

既往症 遺傳を認むべき疾患なし、幼より健康にして未だ稱す可き疾患に罹りし事なし。

第 322 圖



食道異物(義齒)の「レントゲン」寫眞像

28日以前(即本年4月10日)食事の際誤つて前上門歯2枚を有する義齒を嚥下せり(第323圖参照)當時甚しき疼痛を頸部に感じ流動體の通過をも許さざりき、されば患者は下に送らんこ粥狀にせし芋を茶と共に嚥下せしも效なく依て居住地たる島根縣に於て某醫師を訪ひしが胃消息子を用ゐて検査せられ多分既に胃に降下せしものならむと云はれたり、されど翌朝疼痛甚だしく辛じて粥を啜り得たるのみなりしが4日後に於て疼痛頓に去り異物下降せし感ありき、今迄昇熱を見ず、疼痛は次第に輕快し嚥下時にも殆んなきも、只固形體嚥下に多少感ずるのみなりしが、10日前頃より頸部稍膨れたる感ありて5月8日來院直に入院。

**現症** 中等度の體格を有し營養中等なる男子、顔面全く苦痛に見えず胸部腹部異狀なし。

鼻中隔左方に彎曲し咽頭後鼻腔變化なし、兩聲帶稍發赤す、頸部左側甲狀軟骨下部邊一般に稍腫脹し指壓にて輕き疼痛を訴ふ、皮膚は發赤せず、X光線にて檢するに左の鎖骨上窩の稍上方に横はれる半月形の影像を見る(第322圖参照)。

**診断** 鼻中隔左彎症、食道異物(義齒)。

5月9日朝食を禁じ「モヒ」半筒の皮下注射を行ひ食道口咽頭に20%次で25%の「コカイン」液を塗布し背位の位置にて摘出を行へり、食道鏡は長さ21「センチ」、直徑1.1「センチ」を用う、食道鏡送人は極平易にて齒列より17—18「センチ」に於て帶白赤色の護膜板を見、周圍の粘膜は浮腫腫脹せり、鉤狀になれる異物鉗子を用ゐて食道鏡と共に抵抗なく異物を摘出せり、出血なし、摘出後2日なるに見らるゝ如く喉頭にも變化なく左頸部の壓痛もなし、只昨日は左の披裂軟骨部の僅に浮腫ありき。

**注意** 茲に注意すべきは義齒摘出の際には必ず其一端を發見し深く食道鏡内に持ち來ることなり、然らざれば摘出出來ざるのみか蒙る副損傷は測る可からず。

術前患者に異物の狀態大きさを出來得る限り委しく聞くこと此れ術中其異物の摘出に適する位

置に wenden する時に必要なり、義齒に金屬性鉤を有する場合殊に大切なり。

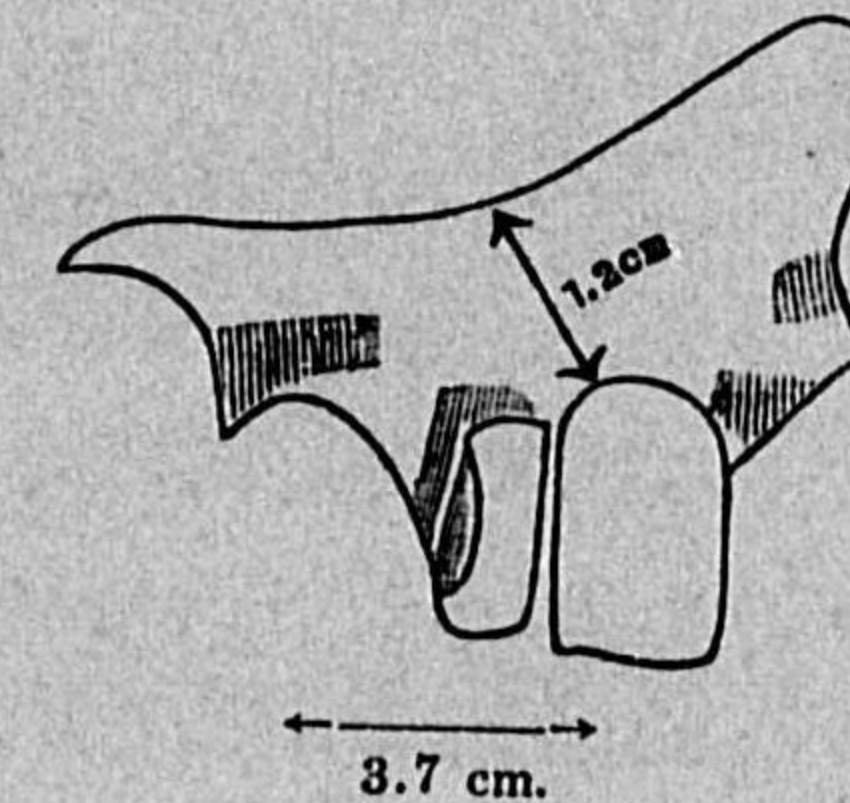
**第2例 患者** タ、タ、23歳、女、農。

**主訴** 嘔聲。

**既往症** 幼より壯健にて遺傳質を見るべきものなし、約半月前より頸部の輕き痛感を覺えしが急に嘔聲を得たるも咳嗽喀痰及盜汗等なし、死産流産なし。

**現在症** 鼻腔後鼻腔及耳變化なし、喉頭鏡下に左聲帶全く麻痺し屍體位に固定す、發赤腫脹なし、坐位にて喉頭氣管の一部を後記の法にて「コカイン—ジ—レン」し直管はキリアン氏型の長さ21「センチ」、直徑1.1「センチ」を用ゐて氣管を檢查せるに上齒列

第 323 圖



患者の訴へに因る義齒略圖

より20「センチ」に於て左稍々後部より膨大せる腫瘍あり、表面滑平通常の氣管粘膜にして稍々赤きのみ、腫脹は稍々半圓形を呈し明かに搏動を總ての方向に示す、胸部検査の左側の第2肋骨部邊に存する濁音界に一致す。

**診断** 動脈痛及それによる左側回歸神經麻痺。

**直達鏡検査法に就きて** 今此等患者の序を以て直達検査法のこゝに關して少しく述べむ。

**種類** 直達鏡検査法を分ちて

1. 直達喉頭鏡検査法 (Laryngoscopy directa, Autoscopia nach Kirstein)
2. 直達氣管鏡検査法 (Tracheoscopy directa)
3. 直達氣管枝鏡検査法 (Bronchoscopy directa)
4. 直達肺鏡検査法 (Pneumoscopia directa)

2. 3. 4は各更に上、下 (superior et inferior) に分つ而して上直達氣管鏡検査法は自然道即口腔喉頭を経て行ふもの、下直達氣管鏡検査法は氣管切開口より直達鏡管を挿入して行ふ法なり、以下之れに準ず。

5. 直達食道鏡検査法 (Oesophagoscopy directa)
6. 直達胃鏡検査法 (Gastrosocopy directa)

之又前者と等しく上、下 (superior et inferior) の法に別ち得べし、即ち自然道よりするを上とし食道切開口より行ふものを下とす、(4)(6)の兩者は最近に至り行はれたるものなり、又是等の場合鏡の字を附するは少しく面白からざるも顯微鏡、望遠鏡等と同じく Scopia を假りに譯したるものなり。

**準備**

1. 室、暗室を最良とす。
2. 光線、キリアン=キルスタイン氏額帶電燈を便とす、近來ブリューニングスは直管に直に光源を附せる器械を發明せり
3. 直管及其柄 種々の直徑及び長さをも有する金屬性眞直管及其に附屬する柄とす、されど最も多く用らるるは長さ21「センチ」、直徑1.1「センチ」とす、子供には直徑0.8にて短きを用る、而して先端は斜にきれたり、尙殊に子供の喉頭検査に用るる

燕尾様先端を有する直管あり又其管の縦徑にそひて2分し得らるる様になれるもあり。

4. 直達検査用捲綿子長短數本、
5. 手術臺 通常の手術臺にて

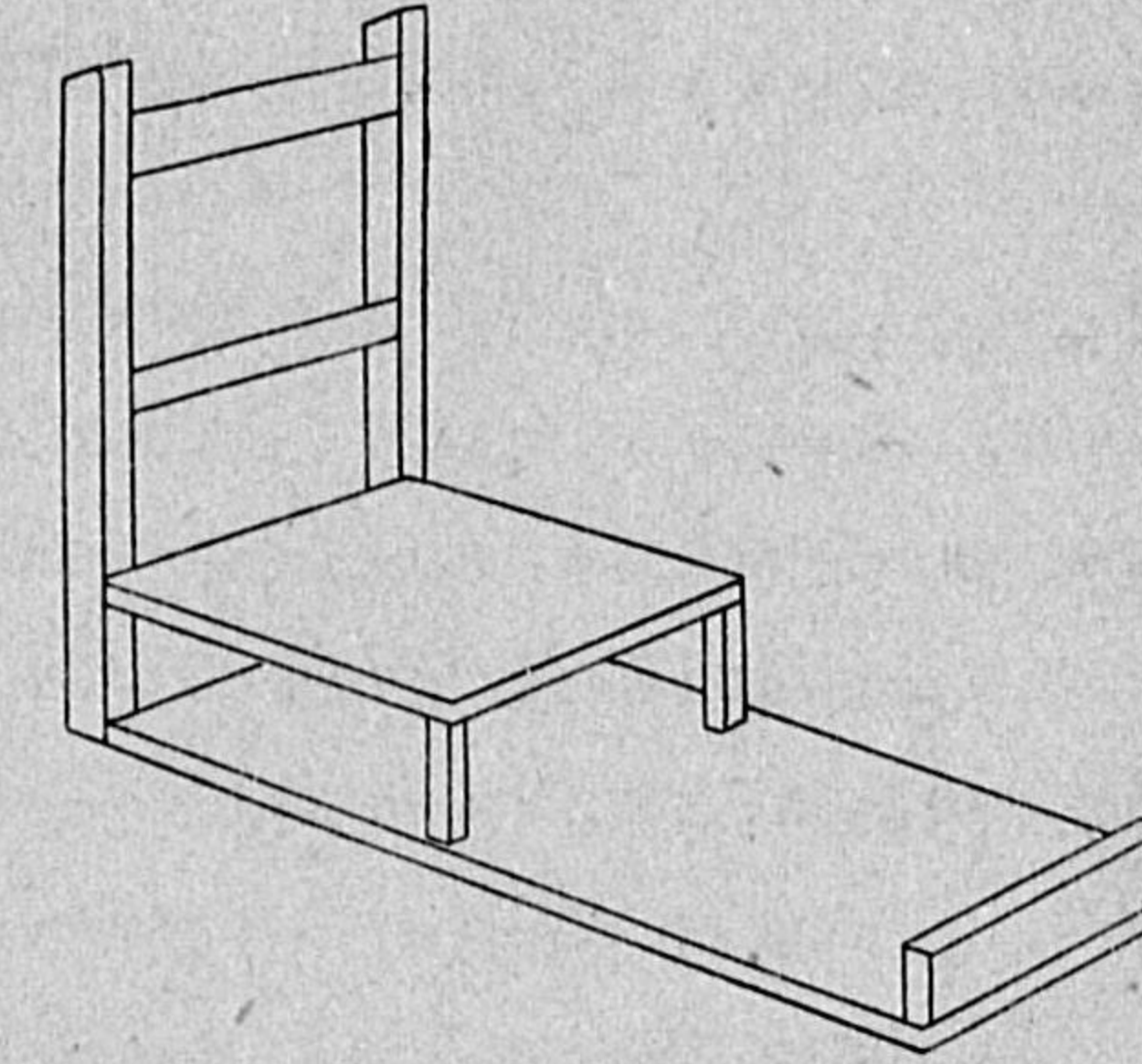
第 324 圖

可なり、ブリューニングスの創案せる手術臺は高價なり、又坐位にて行ふには椅子を良とす、余は第324圖の如き椅子を作り應用す。

6. 「ポンプ」喀痰粘液等を吸出する目的なり。

7. 喉頭捲綿子、數本、フレンケル氏型舌壓子1本。

8. 20%「コカイン」液「アドレナリン」等



直達検査用椅子(久保型)

尙場合に因り全身麻酔に必要な器械用品類其他膿盤「コップ」、「アルコールランプ」流動「パラフィン」「ガーゼ」、消毒脱脂綿、患者用帽子、患者用衣替等は忘る可からず、其外検査の準備 (Vorbereitung) としては

9. 患者を空腹にあらしむるこゝ、之れ術中に往々嘔吐を催し爲に十分なる検査を障碍するに因る、但異物、呼吸困難等急を要する場合は別なり、余は被検査者をして當日朝食せずに来らしめて行ふを常とせり。
10. 胸部検査及尿の検査 全身麻酔を用るる時殊に小兒の場合には注意す可し。
11. 患者の位置は臥位又は坐位を撰むべし、臥位に左右の横臥位及背位あり。
12. 小兒には常に全身麻酔を用うれ共大人には術前30分に「モルフィン」半筒を皮下に注射し局所麻酔を用う、即喉頭又は食道に術前初め20%の「コカイン」液を喉頭捲綿子にて「アドレナリン」一滴を加へたるを塗布し次で25%の同液に同じく「アドレナリン」を滴加せしを塗布す即ち「コカイン=ジーレン」す。
13. 助手は2人(但全身麻酔の際は別なり)看護婦2人を要す、臥位にて検査する

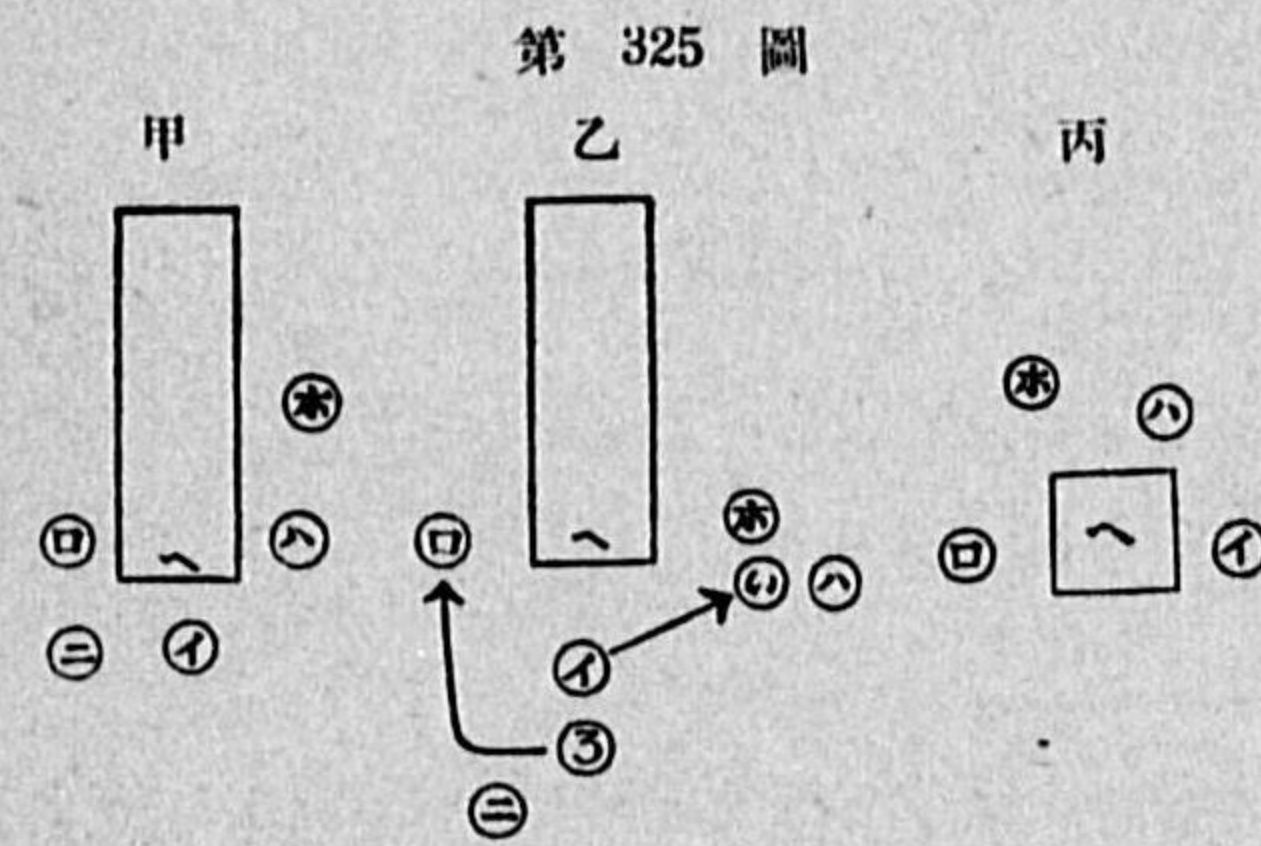
場合は「ポンプ」を用意する助手1人必要なれ共坐位にては之を除き得、助手2人の内1人は患者の頭部を支持す之を「コップハルテル」に稱し重き役なり。

技術

先づ患者の位置を作る、之れは其技術に大なる影響を有せるものにして熟練せる術者も其位置の作り次第にて其技を十分に發揮し得ず、されば患者の頭部を時々刻々適當に支持する助手即ち「コップハルテル」は大切なる役なり、頭を支持するには患者の臥位、坐位又臥位にては横臥及背位にて幾分の差はあれ共要は眞直なる金屬管の入り易き位置になすに在り即ち氣管鏡検査にて術者の喉頭を窺ふ際には靜かに巧みに氣管軸と直管軸とを一直線に在らしむ可し。

術者の位置(何れも右利きの人の場合を云ふ)

(一) 患者臥位にて且背位を取らする場合、



第 325 圖  
(甲) 患者に臥位一背位をとらす時  
(乙) 患者に臥位一右横位をとらす時  
(丙) 患者に坐位をとらす時  
(イ) 術者 (ロ) 「コップハルテル」 (ハ) 助手  
(ニ) ポンプを持てる助手 (ホ) 看護婦 (ヘ) 患者  
乙の矢の方向は初め(イ)又は(ロ)にあるもの送入後其位置を換へたる處を示す

患者の肩部に高からざる枕を挟み上胸部を出し高め腹部は強く背にて手術臺に接せしむ、而して患者の頭は手術臺縁よりさきに出す、「コップハルテル」は第325圖甲(ロ)の位置にて自由の位置にある患者の頭を上より両手の間に挟み手掌は患者の顛頂部を支持し患者の顔面部は稍、前上即術者の位置(イ)の方向に向はす(注意此際餘り患者の顔面を術者の方に向ける即ち餘り「ソラス」位置を取らすれば脊椎弓の彎曲を強からしめ直管入らず、氣管鏡検査の場合は殊に然り也)術者は(食道鏡検査の場合に就て(イ)の位置にて額帶電燈を被り左手に舌壓子を逆に持ち右手にキリアン氏型直管(長さ30.0仙米にて尖端斜形をなすものを指す尚長きを用る場合は後に述べむ)の柄を逆持ち斜面が下方をむく様に持ち舌壓子にて舌根を可成深く且強く上げて口峽を廣む、而

して舌壓子に沿うて直管を送る、此際已に直管の軸は術者の眼軸と一致するを要す、術者の常に此兩軸を一直線に在らしむることは最も必要な條件なり、此際術者は直管を通じて懸壺垂を見、次で會厭軟骨を見る可し、之を越し食道口に入り舌壓子を去り茲に食道の軸と直管軸とを一直線に來る、而して此直管にて短かければ第2の細き長き直管をさり第1直管を通過し深部を窺ふなり、通常食道に於ては次の如き運動を示しつゝあるを知る、之れを生理的運動 Physiologische Bewegung に稱す。

呼吸性運動 Respiratorische Bewegung

搏動性運動 Pulsatorische Bewegung

此位置に於ける喉頭検査は略々前者と同じ、只會厭軟骨を越すや強く舌根を持上ぐるを要す、喉頭より氣管に送るには先づ聲帶上部迄直管端を送り吸氣を命じ聲門擴がる瞬間に送る可し、然らざれば聲帶の損傷を來す、而して氣管内は直達用捲綿子にて「コカイニジレン」す、第2の氣管枝鏡を之れを通じて送ることは食道検査の場合延長せるに同じ。

通常氣管には食道に見るに同様の運動あり、又此の位置にての氣管検査には前述の法の第1の直管に代りに燕尾形直管を應用するを便す、此直管は其扁平なる先端を以て直に會厭軟骨後面を押ゆるに適するに因る、方法前に同じ。

附言 初生兒、小兒等には背位にて燕尾形管を用て喉頭氣管を検査するを良しす。

(二) 横臥位を取らする場合

右横臥位に就て述べむ、此際患者は枕によりて鼻中線と體軸とを一直線に在らしむ、直管送入は坐位と同様なり。

(三) 坐位を取らする場合

氣管一氣管枝検査 余の案に成る椅子(第324圖参照)に患者を深く坐せしめ患者の體軸は鉛直線と略々45度に在らしめ患者の顔面の鉛直線は略々牀面と垂直ならしむ、兩足は尖端を並べて踏張らしむ、「コップハルテル」は一方の手掌にて患者の體を背面より押へ他手掌にて頭を支持し此位置を保つ、術者は右手にキリアン氏型直管(長21「センチ」、直徑1.1「センチ」の先端斜に切れるものに就て云ふ)の柄を握り左手にて患者の舌を引き直管を送りて舌根を押壓す、初め上より垂るゝ懸壺垂を見、次で會厭軟骨を