

## 〔症例検討会〕

頸部食道癌手術患者に併発した  
腹部症状を伴える脊髄症

日 時：昭和40年2月26日  
場 所：東京女子医科大学本部講堂  
(発言者)

司会 耳鼻科：岩本彦之丞教授  
整形外科：森崎直木教授・山形恵子助手  
中山内科：渡辺晴雄助教授  
内科受持医：中村久子助手  
文責ならびに耳鼻科受持医：荒牧 元

(受付 昭和40年3月19日)

岩本：これから頸部食道癌手術患者に併発した腹部症状を伴える脊髄症という症例について検討いたしたいと思います。では耳鼻科の受持医から願います。

荒牧：患者は56才の女性。初診は昭和38年6月28日。主訴は嘔声、体重減少。家族歴は叔母が肝癌で死亡しています。既往歴は、19才、気管支カタル、半年で治癒。20才、肺門リンパ腺炎。肺浸潤、半年で治癒。43才、結核性中心性網脈絡膜炎。44才、肺結核でSM 50~60本、PAS使用。47才、流感から気管支炎をおこし更に喉頭結核。48才、甲状腺腫で右を摘出。52才、流感からschubをおこし、SM、PAS、INAH併用。右胸部帯状疱疹を生じ、その治癒後ケロイドになりました。

55才(昭和38年5月20日頃より)嘔声となりました。

現病歴は、昭和38年2月気管支鏡検査をうけ、

その後、咳嗽、喀痰がひどく、5月より嘔声、嚥下痛あり、左耳に放散する。コーラなどはしみて飲めない。

初診時局所所見は、耳、鼻には特別異常を認めず。咽頭粘膜は発赤し、喉頭蓋は右半分欠損、披裂部は発赤強く、食道入口部にポリープ様腫瘍を認めた。

入院時検査成績(昭和38年6月28日)では、血液はHb-93%、赤血球503万、白血球10700。血液像では、好中球64%、リンパ球32%、好酸球0%、好塩基球1%、単球3%。血沈は30分5mm、1時間18mm。尿検査ではタンパク(-)、糖(-)、ウロビリノーゲン(+)。血清ワ氏反応は陰性。B.S.P 45分で14%。胸部X線所見では、右肺門部に陰影を認めたが、活動性病変なし。結核菌は塗抹(-)、培養(-)。食道鏡検査では、食道入口部に腫瘍を認めた。手術は昭和38年7月1日に行ないました。喉頭、下咽頭、頸部食道摘出術、およ

Clinico-Pathological Conference (42) A case of myeloneuropathy complicated with abdominal symptoms which was encountered in the recovery course of cervical esophagus cancer operation.

び予防的両側頸部廓清術を施行しました。

手術所見：腫瘍は輪状軟骨後部癌で、右側後壁に及んでいたため食道は約4cm切除し、下端を引き下げて下咽頭断端後面に縫合し、漸次食道壁も同様に下咽頭端に縫合した。病理組織学的検査では、基底細胞癌でした。

治療および経過：術後鼻腔ゾンデにて栄養し、抗生物質、強肝剤投与、補液を行なう。7月3日、咳嗽と共に食物逆流し、直ちに創面を開いたところ、食道後壁縫合部より唾液の流出を認めたので、縫合部を横断して、下咽頭口は二層に縫合閉鎖し、食道断端は皮膚に縫合し、外方に開放した。8月20日、頸部食道形成術(Gluck-Soerensen 氏法)施行。9月6日術創に瘻孔を生じた。10月8日、再び頸部食道形成術施行(G-S 氏法)。10月15日、同様瘻孔を生じ壊死となる。11月28日、左胸部に皮膚棒を作成した。昭和39年1月9日、咽頭口拡大術および皮膚棒を頸部側に移動した。3月11日、膿様喀痰より結核菌塗抹でG-2号、培養(+)。内科に依頼して結核治療を開始。4月、結核菌塗抹G-4号、培養(+)。5月、G-0号、培養(-)となった。5月20日、咽頭口は自然に完全閉鎖となる。6月、G-0号、培養(-)。9月3日、咽頭開放術および咽頭に人工食道を固定する。9月14日、人工食道脱落。9月29日、咽頭口は日々縮小し、直径1.0cmとなる。10月2日、ラミナリヤにより咽頭口の拡大を行なう。10月13日、人工食道再挿入(写真1,2,3)、口腔より流動食をとり栄養状態は良好。11月21日下痢、食欲不振、腹部膨満感あり。12月に入り、漸次両下肢の知覚および運動麻痺を生じ、上行するため、中山内科へ転科した。その後の経過に関しては後から中山内科に述べていただきます。現左耳鼻科としては、咽頭口の確保につとめて、一般状態の回復をまち、もう一度食道形成術を行ないたいと思っております。

岩本：それでは転科してからの経過を中山内科の方から述べて頂きます。

中村：中山内科での経過の概要を申し上げます。38年10月から12月まで肺結核を外来にて治療しています。肺結核は両側上肺野の小空洞を伴う

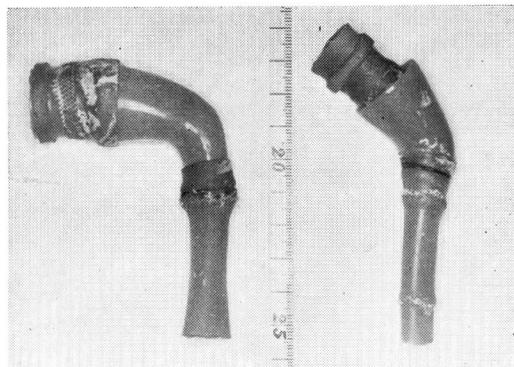


写真1 人工食道（両端は天然ゴムで、その中間はプラスチック使用）



写真2 胸部左には皮膚棒作成後の、胸部右には帯状疱疹によるケロイドが認められる。

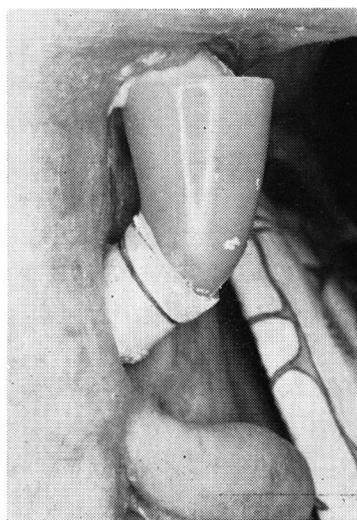


写真3 人工食道挿入（下方の隆起は皮膚棒）

やや陳旧性の浸潤性病巣がありまして、塗抹では昨年9月までG-4号でしたが、その後陰性で、培養では現在も陽性です。治療はカナマイシンとシノミンとサイクロセリンの3者併用です。39年10月初旬から11月中旬にかけて、胸やけ、下痢、腹痛を訴えてまいりました。下痢は軟便という程度で、時には水様便が出た事もありましたが、殆ど軟便という程度でおさまり、血便、粘液便はありませんでした。腹部所見としては、やや腹部が膨満していて、少し *tympanitisch* であるという以外は、腫瘍なども触れませんでした。11月10日頃両側足関節のしびれ感を訴えています。それは長く坐っていた時と同じしびれ感という事でした。歩行に際して自分ではフラフラするという事ですが、この頃は客観的には特別変化は見られませんでした。それから約1週間たつて、しびれ感は膝関節まで上昇しております。この頃になると歩行に際してフラフラする感じは増加してきました。知覚障害は、足底部一部のみに知覚過敏の部分がありましたが、あとはすべて、触覚減退、温度覚減退、痛覚減退という程度で、左右同程度でありました。どれが最初におかされたという事もなく、すべてが殆ど同時に侵されてきております。この頃少し腹痛がある程度で、殆ど訴えをしておりません。翌日になりまして、しびれ感が股関節まで上昇しております。その頃からステロイドホルモンと種々のビタミンを使っております。それから約8回しました12月8日になつて、しびれ感は臍部高のあたりまで上昇し、この頃から運動障害も著明となり、ベッドの上にも上れないくらいになりました。一方この頃には腹部障害は殆ど軽快しております。膝蓋腱反射、アキレス腱反射はすべて減弱ないしは消失して、病的反射はでておりません。それから約10日たつた12月17日、知覚の異常は季肋部まで上昇し、また上肢では、末梢から知覚障害が上昇し、肘関節上方までしびれ感が認められました。病的反射はバビンスキーが出た事もありましたが、以後は認められません。その間、足関節から膝関節までしびれ感が上昇する間には、全経過約1カ月10日ぐらいの間でありました。その後の経過は、知覚障害

の程度は漸次軽くなつて来て、両側上肢の知覚障害は現在は消失しております。また他の部分でも程度は非常に軽くなつております。1月19日よりマッサージを開始しておりますが、2月中旬から下肢がごくわずかですが動くようになりまして、下肢の浮腫も消失してまいりました。全経過を通じて、知覚障害部の疼痛は訴えておりませんし、ひどい発熱もありません。

検査成績ですが、腹部症状を訴え下痢のありました時にポリグロ反応は陰性でした。眼底検査では、MaculaのAtrophieが軽度にあるという程度で殆ど異常所見はありませんでした。血沈はこの方ははじめから非常に促進しており、腹部症状の出て来た頃には、1時間45mm、2時間58mm、40年1月は12と30mmです。髄液採取は、すこし体位を動かすのが困難でして、行なっておりません。大体以上です。

岩本： 今お話のような症状が出たのですが、元来、癌の患者ですので、われわれとしては脊椎骨への転移を一番恐れたのです。内科のほうでは脊椎骨のレントゲンは撮りましたか。

中村： 12月12日に整形外科を訪れておりますが、ここでは脊椎骨への転移は今のところないと言われております。

岩本： 脊椎骨への転移の時、やはりこういう症状が出てくるものでしょうか。森崎先生如何でしょうか。

森崎： 整形外科で診てもらつたという事ですが、レントゲンは脊椎のどの高さをお撮りになつていますか。脊椎骨は全部ごらんになつたでしょうか。

中村： 御返信では頸椎までレントゲンでは転移らしい様子はありませんとの事でした。

森崎： それでは全部の脊椎骨を診た訳ですね。この方を伺つておりますと、もし骨に転移がきて、こういう症状をおこしたときはいわゆる圧迫性脊髄麻痺で、脊椎骨に原因するなら頸椎だと思うのですが、そこには変化がないという事です。ただ、それから2カ月たつていますから、それから変化が出ているかもわかりません。もう一度撮つてみても変化がなければ、骨の転移を否

定してもよろしいと思います。最初の一回だけで、少なくともレントゲン所見上ではなかつたと言いましても、転移ではないと言いきるものは困難だと思います。一方、経過を伺っておりますと、多少良くなつてきたのですね。

中村： はい、良くなっております。

森崎： そうなりますと、癌が骨に転移をおこしますと、一般に回復の傾向が見られ難いという事、また原則的には痙攣性麻痺の形になります。しかしこの例の場合は、むしろ schlaff です。こういう点から一般の骨からきました圧迫麻痺でなからうと思われま。

岩本： ありがとうございます。どなたかその他何か御質問はございませんか。

それでは内科のほうの、こういう麻痺に対するお考えをおきかせ下さい。たとえば Virus みたいなものでそういうものが起こるものかどうか？

渡辺： さつき森崎先生からおつしやつたのは確かにごもつともだと思ひます。私共も骨の転移を完全に否定しておると言い切つておるわけではありませんし、その他の事も全然否定できないような事も心の隅においておるつもりでございますが、この患者はある意味でなかなか重症で、(死亡しそうだという意味ではありませんが)なかなか検査がうまくいかない。髄液をとる事もちよつとコトであるなどで、検査所見が揃つておりませんが一つ残念なことだと思つております。ただ症状から言ひまして、非常に原則的な事で恐縮ですけれども、ある疾患を想定して、それが非常に似ておるという事と、他のものでは都合が悪いかどうかという点から考えますと、そのものずばりでまず考えられるのは、この症状が起こってくる前に下痢とか、腹部症状があつたというような意味で、数年前から学会で問題になつておりますところの腹部症状に伴つた脊髄炎様症状、もしくは脊髄症、あるいは一部の人では、あまり良い言葉とは思えないのですが非定型性脊髄炎というような言葉を用いる人もありますが、何れにしてもこの種のものと思つております。この一群のものに似ているように思ひます。それとても一つの疾患単位として単一のものであるかどうか、これは

問題であると思ひますが、それが第一診断であります。次いでその他骨の疾患、頸椎のいろいろのでき事、Tumor、その他など、年齢もある程度高年齢ですので、いろいろの事を否定はできません。ともかく経過が、腹部症状に続いて、ある期間おきまして、比較的急速に起こつてきている。

これはかなり重要なことです。大体四肢末端の方から、しかも下肢の方がどちらかという、著明に起こつてきている。このように末梢神経障害性の Factor が前景に出て、しかも上肢においても同様で glove & stocking type の形で現われて来ている。それから、かなり速かに上昇してきて、運動障害などが必ずしもはつきりしないうちに知覚障害性の Factor が著明に出たりして来た症例です。もちろん、運動障害——われわれが普通調べるような手、足の粗大力量検査法、すなわち検査に対する抵抗運動などは用いております。——ともかく私共気をつけてみますと、しばしばそういう腹部症状を伴う症例がありまして、先年も神経学会に報告した事もございますが、そういう一連のものではないかと思つております。それが Viral infection であるか、脱髄性脳脊髄炎に見られるようにアレルギー性の要素を考えねばならぬものか、これは原因がはつきりしません。しかしむしろ単なる Viral infection のように考える事もありますけれども、(すなわちある地方、たとえば釧路地方にはやつたとか、どこ地方にはやつたとかいう報告もござりますが、)それもただ感染だけというよりは、アレルギー性の機序といつたものを考えないといけないのではないかと思つています。

岩本： どうもありがとうございます、よくわかりました。他にどなたかありませんか。どうぞ森崎先生。

森崎： この症例の場合、知覚障害の程度は図にかくほどあまりはつきりしていませんのでしようか。

渡辺： いわゆる脊髄炎(今日ではこの言葉の意味はいまいとなつておりますが)の如く断節性の要素をもつてはいても、Neuropathy すなわち末梢神経障害性の要素をもつております。

森崎：一番上の境は現在のところはどこでしょうか。ああ季肋部までですか。

もう一つは、膀胱直腸障害は？

渡辺：膀胱直腸障害ははつきりしません。ただ腹部症状を伴っているのでこの問題を論じ、決定的な結論を得ることは、理論的には困難だと考えます。

森崎：典型的な膀胱直腸障害はないわけですね。運動麻痺をもう少し細かく、どの程度かお教えして頂けませんか。

渡辺：例えばどういうようにですか。

森崎：関節なら、Dorsal flexion ができるか、膝を伸ばしたまま踵を上げることができるか。足指がどれぐらい動くか、そういつた点はどうでしょうか。

渡辺：それは、理論的な計測的な意味では不完全な検査しかございませぬが、あります。それにこの患者はずつと寝ていたままでおりますので、歩行障害も精細には観察する術もありません。以上の如くで障害部位の厳密な意味での分析は完全にできません。

Neuropathy がかなり前景に立つので上位障害、殊に後索や側索路の障害が、それにおおわれ勝ちで、分析が難しいわけです。

しかし、Babinski 反射も出現したことがあるようであるし、いわゆる Schaffe Lähmung の傾向があるにせよ、これは脳血管障害始め、いわゆる錐体路障害時にもしばしばみられる現象であります。

森崎：わかりました。それでは運動障害よりも知覚障害の方がはつきりと出ているという事でございますね。それからさつき申し忘れて Metastase だけ言いましたが、もちろん骨の Metastase 以外の変化でも圧迫麻痺が起こります。脊椎骨にカリエスを起こしても起こり得ると思います。たださつき先生がおつしやつたように、かなり早く麻痺が進んでいるという事がちよつと骨の病気とすると、ひつかかるかもわからない。しかし絶対ないわけではない。お伺いしたいのは、Virus による Myelitis という場合には、運動麻痺よりもむしろ知覚障害のほうのはつきり出るも

のでしょうか。

渡辺：今の場合には Vius かどうかわかりませんが、全体として報告例などから見ますと、末梢神経障害がはじめのうち目立ちまして、そのうちでも知覚障害のほうが強いという印象を受けております。その中には、実は脊髄のレベルの障害と、末梢神経障害というふうなものが両方にまたがっておるもので、中にはそういうものを追っていきますと、全く Neuropathy すなわち末梢神経障害に殆んど終始するものから、はつきりした脊髄障害を伴って、しかも glove & stocking type の末梢神経障害がおこっているものもあります。

森崎：腱反射は一般には減少、消失し、sch-laff の状態になるものですが、あるいは steigern するほう——病的反射の出たりするものもあるんですか。

渡辺：いろいろございます。先程の如くそれははつきりした、むしろ、ちよつとみると Myelitis と言いたいような感じのものもございます。しかしこれら一連の疾患群は脊髄炎というより、むしろ Myeloneuropathy と言うべきで、ただ本例に限れば脊髄障害はあまり前景に立っていないと思います。

(注1：このような疾患群は、剖検例がまだ少ないが、脊髄では後索、次いで錐体側索路の障害などが伴って起こり易いことが次第に明らかにされてきています。これを考えれば、先刻から述べておりますことは誤解なく受入れていただけるかと存じます。)

森崎：わかりました。最後にちよつと骨のほうの事をもう一度つけ加えますと、Metastase にしても、カリエスにしても、脊椎骨が悪くてできた圧迫症状は、一般にどちらかという spastisch のほうが普通で、したがって、Reflex が steigern して、pathologische Reflex もはつきり出るというほうが普通です。その点もやはり全然否定する訳ではございませんが、骨でないほうの可能性が強い感じをうけます。

岩本：御発言ございませんか。ないようですね。それではちよつと補足致します。癌の治療はどこの癌でも同じと思いますが、最近癌を治す

事以外に機能保持,あるいは,Rehabilitationが非常に問題になっております。Metastase だつたら問題外ですが,既に手術してから1年8カ月たつていますから,癌はもう治癒しているといつて差支えない。現在のところ,どこにも癌としての症状は出ていません。しかしながら,食道機能という面になりますと,さつき受持医が申しましたように,いろいろ再建術をやつておりますが,患者が自ら茶碗で箸をとつてごはんを食べるという程度にはなつていません。ですからこの点はいわばわれわれの失敗であります。この失敗は,技術上の失敗と片付けてしまわれては困るんです。患者の体質とか,いろいろの因子があると思います。さつき受持医が申しましたが………何とかして食道をもう一度 reconstruct して,自由に摂食できる方向にもつていきたいといろいろ試みた訳です。

食道癌の手術には,今日スライドも用意しておりますが,時間がないのでやりませんが,六つも七つも方法があるんです。一つの方法だけではまゝ失敗することがあります。実際問題として,そういう場合にはこの次の方法,それでだめならその次の方法と,いろいろの手術法を試みて,それで成功する場合が非常に多いのですから,この患者も,もしマヒ症状がとれたら,もう一回はぜひ Reconstructionを行なつてみたいと思つております。

山形: 耳鼻科のことは門外漢ですのでよくわかりませんが,普通は癌の治癒は1年半ぐらいで

のべてよろしいものでしょうか。整形外科ですと,もうちよつと長期間で再発はおきなかつたと判定しておりますが。………

岩本: 癌の治癒は5年で判定します。これが実際に公表できる治癒であります。しかし,われわれの領域,頸部,喉頭の癌や食道癌では,再発はリンパ節におこるのが大部分で,しかも術後1年以内に90%がおこるのですね。ですから腹部や子宮などと非常に違う点は,われわれの領域の癌はすぐ目につく,リンパ節が腫ればすぐそれは見つけられるという点で非常に違うと思うんです。1年以上たつて再発するというのは比較的稀ですから,私共は一次治癒としては,1年を見とけば大体大丈夫だという目安ができています。これは見えないところの胃癌などと非常に違います。さつき治癒と申しましたが,本当の治癒とは申せませんが,大体治つたという感じをもつ訳ですね。その点誤解のないように。

他にございませんか。それでは症例検討会はこの辺で終りたいと思います。どうもありがとうございました。

(注2: 当日の演題名が印刷上の誤りで脊髄炎とあつたので,神経症状に関する討論において,第三者からみて理解し難い点もあつたかと存じます。卒直に言つて質疑応答の当事者同志も,何となく問題の焦点の合わせ方や応答にぎくしゃくとしたものを感じ乍ら述べ合つた次第です。これは題名にもとづく質疑応答者の先入観の相違によつて生じたものであることとお断りしておきます。)