A CASE OF FOREIGN BODY IN BRONCHUS (ARTIFICIAL TOOTH)

Maru Nagata

National Leprosarium, Nagashima Aiseien
(Director: K. Mitsuda)

A neural-leprosy patient, male, 48-year-old, swallowed by mistake an artificial tooth which was not found by X-ray examination and considered to have been excreted out of the body. But the patient began to complain of severe cough and sputum. The second X-ray examination revealed it in the left bronchial tube, which was picked out by bronchoscopy about 100 days after the accident.

気管枝異物(義歯)症例

長島愛生園(園長 光田健輔)

厚生技官 永 田 ま る

(昭和29年7月15日 受稿)

緒 言

義歯が気管、気管枝異物となる事は非常に稀な事でわなく、報告例も必ずしも少くない、私も左気管枝内に吸引されて異物となつた1症例を経験し、顧みて教えらる事が多いので、諸先輩の例に追加して御参考に供したいと思う。

症 例

患 者 48才 男子 神経癩

既往症 41才より神経癩発現

44才(昭和24年1月11日)入園

現病歴並に現症 昭和28年2月1日午前1時頃、20年来装用し、近来弛緩して外れ易くなつていた下顎の継続加工歯を誤嚥した事に気付いた。その時義歯は未だ咽頭に有つたので、吐き出す様に努力したが、漸次下降するのが自分で感ぜられ乍ら如何ともする事ができず又心臓辺に圧迫感があり、咳嗽が無かつた、そこで夜明けを待つて内科次で耳鼻科に受診したが異物は発見されなかつた。然るにその後軽度であるが咳嗽が連続し、食思不振、微熱が喘鳴が現われ、又時に痰に赤い糸屑様の線状の血液を混するに至つた。以上の様な主訴からして喘息或は結核性胸部疾患の疑もあり、経過を観察し又諸検査を行うべく4月1日入院せしめた。4月14日の胸部X線写真(写真I)矢印に於ては左肺門部に石灰沈着にし

ては大きな又形状がおかしい陰影が認められたが患者は2月1日脱落した義歯は糞便と共に排泄されたものと思ひ込んで居つた為に診察の際口にせず、又私共も義歯の事を念頭に置いてなかつたので全体として柔かすぎたこのX線写真の陰影を異物と判断し得なかつた。この写真にはその他著変がなく無気肺もない、僅に軽度の肺紋理の増強が見られたに過ぎなかつた。5月に入つてから喀痰が黄色を呈し膿性を帯びて来たので、肺に化膿巣がある筈だと思ひペニシリンの注射を初めた。この様な経過を経て、連続的の咳嗽喀痰(而も他覚的に一見無所見)の原因として3ヶ月前脱落した義歯に関係が有りはしないかと気付き、前回より硬度を硬くした後前位と第二斜位のX線写真を撮つたところ、写真II及IIIの如く、気管分岐部より約6mmの左気管枝内に義歯の陰影を認めた。

依て5月15日岡山大学医学部耳鼻科黒住講師の来診を御願ひして、上気管枝鏡的に義歯の摘出を受けた。その時の所見に依ると気管分岐部、及右気管枝は略正常であるが、それより約2cm下方の部より左気管枝は環状に狭くなつて居り、それは主として粘膜の浮腫に基くものであると思われた。この腫脹粘膜を少く圧排して見ると陶歯が覗かれたので義歯異物である事が確実となり、コカインを塗布して粘膜を収縮させた上で鉗子によつて容易に異物を摘出した。写真IV、摘出後気管枝内を検するに異物介在部の内側壁から肉芽が発生して居るが、各肺区域の入口部には予期した程の病変はなく、ただ異物介

在部より末梢気管枝粘膜の発赤、膿性分泌物の存在を認めた、その後順調に経過し、6月14日退室。

総括並に考察

之を要するに本症例は48才の神経癲患者が睡眠中に義歯を誤嚥し、その当初比較的に症状が少かつた為に、気道異物よりも、寧ろ消化管の異物を考えて検索したが発見されず、その後咳嗽、喀痰、喘鳴、軽度の血痰が現われ胸部疾患の疑を以て検索し迂余曲折を経て、誤嚥後3ヶ月余にして異物を左気管枝に発見、上気管枝鏡的に摘出し得た症例である。

気管、気管枝の義歯異物の報告は本邦に於ても遠藤（明治28年）以来其数は必ずしも少なくなく、それ等はそれぞれ医学的に興味があり、又教訓を含んでいる。私が茲に屋上屋を架する報告を、而も寧ろ失敗例とも云うべき報告を取えてする所以は、諸先輩の論じ尽されたかに思われる気道異物に関する警告にも拘らず、実際には氏のような事が起り、又起るであろうと考えられるので、稍もすれば発表されずに終る失敗、困却の症例の赤裸々な記載が同僚の士の御参考になればと希つたからである。

さて本症例に就て顧みるに、

(1) 当初気道異物の特徴とされている強い痙攣性の咳嗽発作がなかつた事から、気道より寧ろ食道異物を考えたが、食道の通過障害がないので、異物は腸に進んだものと判断したのであつたが、顧みて検査の十分かでなつた事を遺憾に思っている。文献上では食道異物と誤られた気管枝異物の症例は久保氏等の報告があり、又無症状に経過した気道義歯異物例に就ては新井⁽²⁾、Clerf⁽³⁾等の記載がある。

(2) その後の経過に於て見られた咳嗽は連続的な軽度のもので、之に喘鳴を伴つて居つた事からして喘息或は結核性胸部疾患を念頭に置いたが、諸検査の結果否定除外した。

喘息様の喘鳴（Asthmoid Wheez）は必ずしも喘息を意味せず、屢々気道異物、腫瘍等がその原因となつている事はJackson⁽⁴⁾の指摘する処であり、又西方⁽⁵⁾は気道義歯異物が8ヶ月間結核として治療された事を報じて居り、同様な症例は文献上散見せられる処で注意を要する事と思われる。

(3) 本症例の第1回の胸部X線写真は硬度が柔かつた為と当時異物ということが念頭に無かつた為に写真の異物の陰影をそれと判読せず、石灰化した淋巴腺にしてはおかしいと思ひに止つた。それにしても異物介入後2ヶ月半を経たこの写真に無気肺を認めなかつた事は些か注

意すべき事であらう。

(4) この事は異物摘出時の気管枝鏡所見からしても一見不思議に思われる。即ち異物介入部の気管枝粘膜は強く腫脹し、為に管腔は輪状に狭窄しておつて、その部以下に強い二次的病変が存在して然るべきである様に思われた。然るに打診上でも、X写真でもその様な変化は少く、発熱も異物が滯入つて、56日後に微熱程度のものが出るに至つたに過ぎなかつた。この事はX写真に著明な変化が見られなかつた事と共に、異物と気管枝壁との間にかかなり自由に空気の出入する間隙が存在して居つた事を意味するもので、内視鏡的観察は、一方向のみからの観察に限られ、遠近の判定も、正確を欠いて居つたものと考えられる。

（稿を終るに臨み、愛生園々長光田健輔先生の御校閲を賜りました事に謝意を表します。又岡山医科大学耳鼻科講師黒住先生には義歯摘出並にレントゲン縮小写真を御提供下さいまして感謝致します。終りに宮田医務課長及耳鼻咽喉科主任横田篤三技官の御支援御配慮を厚く御礼申上ます。）

文 献

- (1) 久保：耳鼻臨牀，35：935 昭 15。
- (2) 荒井：耳鼻咽喉科，17：175 昭 19。
- (3) Clerf：Ann. Otolary., 33：1009 1924
- (4) Jackson：Bronchoscopy, Esophagoscopy and Gastroscopy. 1934
- (5) 西方：愛知医誌 38：1009, 1924
- (6) 田尻：レブラ，第10巻4号 昭和14年7月

永 田 論 文 附 図

写真Ⅰ 矢印は誤認された義歯陰影

写真Ⅱ 硬度を硬くした後前位

写真Ⅲ 第二斜位で見た義歯

写真Ⅳ 摘出された義歯