A CLINICAL AND HISTOLOGICAL STUDY OF LINGUAL CANCER

Part I. Clinical and statistical study on 65 cases of lingual cancer.

By

TOSHIRO GOTO M.D., KENJIRO YANAGINO M.D.,
MASAO HIGUCHI and SANETOMI EGUCHI

*From the Dept. of Oto-Rhino-Laryngology, Nagasaki University
School of Medicine. (Director: Prof. Toshiro Goto)*

Clinical and histological study was carried out on 65 cases of lingual cancer, which underwent glossectomy with neck dissection during the period from 1952 to 1963 in the Dept. of Oto-Rhino-Laryngology, Nagasaki University Hospital.

The clinical and statistical aspect of this study is reported here as the first part.

1. According to the statistics of mortality in Japan in the period from 1950 to 1958 published by the Bureau of Statistica Ministry of Welfare, the incidence of lingual cancer in Japan is 0.5% of all cancer.

However the statistical investigation of the tumor incidence in all tumors in Nagasaki City from 1957 to 1959, revealed the incidence of 1~1.5%.

2. The majority of the cases was in the age group of 40 to 60 years.

3. Male showed 73.9% while female was 26.1%.

4. Among the etiological factors of tongue cancer, the poor dental condition was found in the highest incidence of 86.1%.

5. The tumors were located in the body of the tongue in 91%, particularly in its edge, whereas only 4 cases were found in the root of the tongue.

6. The clinical appearance of tongue cancer are so varied that the authors have classified it into the following six forms.

- 1) Leukoplakia form
- 2) Erosion form
- 3) Ulcer form
- 4) Tumor form
- 5) Mixed form
- 6) Submucous deep form

7. The histological examination revealed squamous cell carcinoma in most cases, (64 out of 65 cases).

8. The clinical stage of lingual cancers were divided from I to IV by the authors, and while 44% on the I st stage and the 40% III rd stage was found very few cases were seen in II and IV stages.

The histopathological findings will be reported in the foregoing publication of the II nd part of this study.

舌 癌 の 研 究

— 臨 床 的 観 察 の 部 —

長崎大学医学部耳鼻咽喉科教室（主任：後藤敏郎教授）

後 藤 敏 郎 ・ 柳 野 権 次 郎
こ とし ろう やなぎ の けん じ ろう

樋 口 正 郎 ・ 江 口 実 美
ひ ぐち まさ おお ぐち さほ とみ

癌に関する研究が盛んであることに較らべると、舌癌に関する、報告は極めて少ない。その理由は、舌癌の発生頻度が低いことによると思われるが、むしろ、その取扱われている分科が耳鼻咽喉科のみでなく、口腔外科、外科、放射線科、等に亘っているからであろう。

われわれは、一定の術式のもとに手術を行ってきた舌癌症例が1952年1月より1963年6月までの間に65例に達したので、この65例について総合的な観察を試みた。観察の対象とした例は、いずれも舌を原発部位とする。所謂 primär の舌癌を選んだ。既に50例の統計は1961年に報告したが、今回は総合的な観察結果を「臨床的観察の部」、「病理組織学的観察の部」、「治療とその予後の部」に分つて、報告することとした。先ず、ここに「舌癌の臨床的観察の部」を報告する。

舌癌の歴史

舌癌の古い時代の文献については、資料を得るに困難な立場にあるので、Martin の History of lingual cancer¹⁾, Pack and Ariel の Tumor of the head and neck²⁾ 及び Berridge and James の The management of lingual cancer³⁾ に記載されたものを抄録することとした。

舌癌についてふれた最も古い文献は、Ebers papyrus (about 1000 B.C.) における記載 (Illness of the tongue) であつて、その後は Hyppocrates (460~370 B.C.), Albucasis (1013~1107 A.C.), Guy de Chauliac (1300~1368 A.C.) 等の報告があるが、その記載は極めて少ない。

17世紀に入ると、1635年、Alexander Read が舌癌について比較的確実な報告をなし、1658年には Pimpernelle が初めて舌の手術を行つており、1664年、Marchetti が舌の悪性腫瘍の切除を行つている。18世紀に入ると、1743年、Heister によつて舌癌の手術についての記録が残されており、19世紀に入つてよりは多く

の報告が見られるようになった。即ち、1803年 Inglis は舌腫瘍周囲を口内から針を用いて縫合することを始めており、1819年、Langenbeck は wedge-shaped excision を紹介した。

その後、Mirault, Jaeger, Maisonneuve, Collis らは舌動脈の結紮と頰部切開による舌の切除術を行い、19世紀の後半には Roux, Sedillot, Syme, Billroth, Langenbeck らは下顎切除によつて舌切除を行つた。Regnoli, Czerny, Billroth, Kocher らは既に経顎下の手術を紹介している。20世紀になると放射線療法も行なわれるようになり、1922年、Dickson は X 線を用い、Dominichi は Radium を用いて舌癌の治療が行われた。1914年に Steavenson は Radium の Implantation を行つている。一方、Crile は既に1906年に Radical Neck Dissection を行つているが、その成績は極めて不良であつたから、一般の注意を惹くに至らなかつた。戦後、化学療法、麻酔、その他、関連分野の進歩と相俟つて手術もその手術範囲を一段と拡大し、口底及び頸部の廓清と相俟つて、その成績を挙げるようになったがその間の文献については関係の各項において挙げるものとする。

舌癌の発生頻度

わが国における舌癌の発生頻度を調査したものとしては、長与博士の病理解剖統計があつて、現在まで屢々引用されている⁴⁾。それによると、全癌患者20782例中、舌癌患者は421例で、2.03%となつている。又、東大山極病理、及び名古屋好生館の癌死亡統計においても、舌癌例は2%内外を示している。その後には、大きな統計を発見することはできなかつたので、最近の状態を知るために、われわれは次のような調査を行つた。

厚生省の悪性新生物死亡統計⁴⁾より昭和25~33年の間における、わが国の舌癌による死亡例と全癌死亡例、全死亡数とを引用して、その割合を表示すると表(1)

表 1

年度	舌 癌 死亡数	癌死亡 総 数	総死亡数	癌死亡数 に対する 舌癌%	総死亡数 に対する 舌癌%
25	321	64428	904876	0.50	0.04
26	291	66354	888998	0.44	0.03
27	311	69488	765068	0.45	0.04
28	335	71578	772547	0.47	0.04
29	311	75309	721491	0.41	0.04
30	384	77721	693523	0.37	0.04
31	308	81879	724460	0.38	0.04
32	345	83155	752445	0.41	0.05
33	303	87895	684189	0.34	0.04

のようである。

これによると、毎年における舌癌による総死亡数は約300例であつて、特に増加の傾向も減少の傾向も見られないが、全癌死亡例に対する舌癌例の割合は、0.5～0.4%前後を示しており、しかも、昭和25年よりわずかながらその死亡率は次第に減少の傾向を示している。このことはいかなる意味を持つかは不明であるが、治癒率の上昇も考慮に入れなければならないと思われる。しかし、以上のような死亡あるいは剖検の統計では真の発症率は不明である。

幸に現在、長崎市においては、市医師会及び米国原爆障害調査委員会 (A.B.C.C.) の協力のもとに腫瘍発生の精密な調査が行なわれているから、この調査を利用して舌癌の発生頻度を調査することとした。この長崎市における腫瘍発生調査のうち、1957～1959年の3カ年間の腫瘍の発生状況とそれに対する舌癌の発生頻度とを見ると表(2)のようである。

この統計は局地的で、しかも、原爆被爆地という特殊な地域のものであるが、調査が正確なことで、死亡統計や病理解剖例による統計とは異り、癌の発生総数を示したものであつて、舌癌発生の実態を最も正確に表らわしている点において、貴重な資料である。即ち、この統計から明らかなことは、全癌に対する舌癌発生の割合は、約1～1.5%を示しており、この値は厚生省による

表 2

年度	舌 癌 発 生 数	全 癌 発 生 数	全癌数に対 する舌癌%
32	14	911	1.5
33	9	975	0.9
34	10	943	1.1

死亡統計が示した、0.4%～0.5%に比較すると、約2～3倍の高い値を示しているが、長年の剖検統計及び従来の外国の発生率の統計には近い値を示している。全癌に対する舌癌の真の発生率を示した報告は、わが国では発見できなかった。

長崎大学附属病院で取扱つた全癌に対する舌癌の割合を調査することも困難であつたが、この問題については将来の調査に俟ちたい。耳鼻咽喉科領域の癌についての統計によると、1952年～1961年の10年間に取扱つた舌癌症例は59例であり、同じ年間に取扱つた耳鼻咽喉科領域の癌症例は291例であつて、その約20%を呈めていることになる。大谷⁶⁾によると昭和27年～31年の間に東京医科歯科大学口腔外科教室で取扱つた121例の口腔癌のうち18例が舌癌であつて、14.9%となつている。このことから、耳鼻咽喉科領域での舌癌の重要性が示されていると思う。

以上の統計から、わが国における舌癌発生の実態とその推移を知ることができる。

海外における舌癌の発生頻度については、全体的な統計のものでは、Berridge and James⁶⁾によると全癌の2～3%、剖検例の1～2%であらうとされている。その後の文献は殆んどこの値を踏襲している。報告者の所属病院の統計は少くないが、そのうちの2.3のものを挙げると、Rahausen and Sayago (Santigo)⁷⁾の統計では、1930年～1944年の間における全癌10,000例中に113例、約1%の舌癌を報告している。Ariel, Cross and Gibbel⁸⁾のIllinoisのVeteran Administration Hospitalにおける1931年～1946年の間の統計では、全癌17327例中、口腔癌が1299例(6.3%)であつて、舌癌は368例(1.8%)となつている。Martin⁹⁾の報告からNew York Cityの死亡統計を見ると、舌癌は同市全癌の1.2%とされるが、人類の全癌に対しては2～3%と推定されると云つている。J. English¹⁰⁾によるとインドでは1000例の口腔癌の中で522例が舌癌であると報告している。Palmer¹¹⁾によるとMontreal General Hospitalで1955年～1959年の間に取扱つた舌癌は100例であつて、これは同期の悪性腫瘍総数の1.58%に相当するとしており、1952年から1956年の間における同地方の死因では、舌癌死は0.69%であると報告している。

以上の外国の文献と最近われわれが調査したわが国における統計とから舌癌の発生頻度を考えると、全癌に対する舌癌の発生頻度は外国の2～3%の発生頻度に比較してやや低く、1～2%の発生頻度であること、死亡統

計によるものでは更に低く、0.5～1%であることが明らかとなった。

舌癌の好発年齢と性別

舌癌の好発年齢についての統計からは、文献においても特に注目すべき所見は認められていない。即ち Rahausen and Sayago⁷⁾ は 50 才代、Dargent¹²⁾ 21) 22) は 60 才代に多く、Palmer¹¹⁾ らは 60～80 才 Marchetta¹³⁾ らは 50～70 才、English¹⁰⁾ は 45～60 才に多いとしている。古いものでは Ehrlich³⁾ 14) は 60～70 才、Bultin¹⁰⁾ は 45～60 才とし、各報告者の間に殆んど大差が認められず、いわゆる癌年齢に多いことは他臓器の癌と同様である。

舌癌患者の平均年齢については、Ash³⁴⁾ は 63 才 Gibbel⁸⁾ らは 52.6 才、Martin⁹⁾ は 58 才であると報告している。我国における統計では、各報告の示す値に大差なく 40～60 才に多い。

われわれの統計でも表 (3) に示すごとく、40～49 才に 23.1%，50～59 才に 40.0% を示しており、平均年齢は 50.9 才となっている。しかし、舌癌は割合に若年者にも多く、Frank, Wallace, Enfield, Miller⁵⁾ によれば、初生児の例が報告されている。その他の 2, 3 のものを表 (4) に示すと 10 才台に 3 例の報告が認められている。われわれの統計では、20 才代に 2 例を経験しており、最年少者は 26 才の男子であつた。

表 3

年齢	♂	♀	計	%
～29	1	1	2	3.1
30～39	8	1	9	13.8
40～49	10	5	15	23.1
50～59	20	6	26	40.0
60～69	7	2	9	13.8
70～	2	2	4	6.2
計	48	17	61	

表 4

Martin	17 才	1 例
Rahausen	10 才代	1 例
Gibbel	31 才	1 例
桐 谷	16 才 (♀)	1 例
橋	30 才	8 例
山 下	20 才代	4 例

舌癌が男性に多いことはいづれの文献にも示されている。男女間の生活様式、刺激性嗜好物の差異、あるいは素因等によるものであろう。男女の比率については、Cade and Stanley¹⁶⁾ は 79% に男性が多いとし、Martin⁹⁾ は 87%、Rahausen⁷⁾ は 86.8%、Marchetta and Mattick¹³⁾ は 79%、Sprindrich¹⁷⁾ は 81.8%、橋¹⁸⁾ は 82.1%、石川¹⁹⁾ は 77.3%、金田²⁰⁾ は 66%、長与⁸⁾ は 81.2%、桐谷³⁾ は 61%、といずれも男性に多発することを報告している。

われわれの統計では男性 73.9%、女性 26.1% であり、男性と女性の比は約 2.8:1 で文献に示された比率に近い。

舌癌の誘因 (表 5)

舌癌の誘因として古くから内外の文献に挙げられているものとしては、慢性舌炎、梅毒、不適義歯及び齲歯による持続的な器械的刺激、咬傷、慢性炎症性潰瘍、貧血、タバコ、飲酒、白斑症等が挙げられているが、このうちで、海外の文献では、舌癌患者に血清梅毒反応の陽性率が高いことから、梅毒による舌の慢性炎症刺激と梅毒性潰瘍瘻痕が誘因として重く見られている。例えば、梅毒陽性率については、Rahausen⁷⁾ 30%、Martin⁹⁾ 33%、Schreiner and Brown²⁴⁾ 4%、Jacobson²⁵⁾ 14%、Prieto²⁶⁾ 80%、Gibbel⁸⁾ ら 21.8%、Scarp and Spickermann²⁷⁾ 13%、Wookey²⁸⁾ 8%、Berridge and James⁶⁾ 12% などが最近の外国における報告の主なるものである。わが国の統計では、橋 (1925 年)¹⁸⁾ は 95 例中 15 例 15.88%、金田²⁰⁾ (1933 年) は 34%、梅谷 (1942 年)³⁾ は 41 例中 11 例 26.8%、山下 (1961 年)²⁹⁾ は 190 例中に約 40% に陽性が得られている。

表 5

誘因	齲歯、不適義歯	梅毒反応陽性	外傷	煙草	酒	ロイコプラキ	慢性炎症	遺伝関係
例数	56	13	2	42	33	3	3	3

われわれの統計では 65 例中 13 例、20% の陽性率が得られている。この値は内外の文献に示されている陽性率のほぼ中間に近い値であるが、顕症梅毒症状を認められた症例は発見できなかった。血清反応が陽性であることが癌の発生に対して持つている意義についての説明は困難であるが、外国の統計における各報告者の値の差の大きいことから見ても、重大なる意義を持つているものとは考えられない。

中 24 例, 58% われわれの統計では, 65 例中 29 例, 約 45% に疼痛を訴えた。

その他, 初発症状として訴える症候は, ヒリヒリする感じ, チクチクする感じ等の異常感が多いが, 自ら硬結を感じたり, 潰瘍が認められるようになって始めて医家の門を訪うのであるから, 舌癌においても初期癌, 即ち Carcinoma in Situ あるいはこれに近い状態で診断を受ける例は極めて少く, われわれの統計では僅かに 1 例に過ぎない。

舌癌の臨床上の病型

舌癌では進行した状態になって始めて診断が決定されることの多いのは, その病像に一定したものがなく, 腫瘍として一般の頭の中に築かれている病像とは異つた型のもものが少なくないからであろう。

舌癌の病像を山下²⁹⁾は外向性(非浸潤型), 内向型(浸潤型), 表在性の三型に分つている。桐谷³⁾は表在性と深在性とに分ち, 表在性のものは扁平上皮癌, 深在性のものは主として粘膜の腺より発生する円柱細胞癌であるとした。

海外の文献では, Morrow³⁶⁾は papillomatous, tumor, ulcerative の 3 型に分ち, Cade¹⁶⁾らは潰瘍型, 腫瘍型, 浸潤型に Rust³³⁾は oberflächne Form と tiefe Form に分類している。

われわれの 65 例の統計からみると, 舌癌の病像はもつと多様性であつて, 少くとも, 次の 6 型に分類することができた(表 6)。

表 6

	例 数
潰瘍形成	38
腫瘍形成	11
潰瘍と腫瘍の混合型	10
糜爛性潰瘍形成	4
ロイコプラキー形	1
粘膜下深在型	1

1) ロイコプラキー型(図 1)

舌粘膜の一部に小白斑を呈し, Leukoplakia の外見を示している例で, 従来 Leukoplakia として一つの病変として取扱われたが, 組織標本では既に Carcinoma in Situ の所見が認められるもの, あるいは, 舌癌の初期癌と考えられる例があるから, 舌癌にも斯る病変の存在を認めなければならない。多くの舌癌がすべて斯る病

図 1

図 2

変を経過するものであるかどうかは不明である。この型のもののうちには, 既にその一部に小潰瘍を形成しているものは含まないこととした。

2) 糜爛性潰瘍形成型(図 2)

この型の舌癌は, 糜爛状の極めて浅い, 不規則な潰瘍を形成し, この潰瘍が匍匐状に拡大して, 深部に向つて浸潤しない型のものを指すのであつて, 一見, 慢性炎症性の潰瘍を思わせる極めて特異な病型のものである。われわれは斯る 1 例を 2 年の長期に亘つて観察したが, 深部へ浸潤の傾向なく経過したが, 治癒の傾向を認めなかつたために, ついに舌切除を行つた。斯る型の舌癌は文献にも発見できない新しい型のものである。

3) 潰瘍形成型(図 3)

これは舌癌の最も多い型であつて, 周縁の浸潤隆起を欠き, 深い潰瘍を形成するものから, 周縁の隆起した潰瘍まで各種類が認められるが, 周縁隆起の軽い例では慢性の特殊炎症を思はせる。

4) 腫瘍形成型(図 4)

舌の表面に隆起して腫瘍を形成する型のもので, 結節状の隆起を形成したもの, 表面乳頭状を呈するもの, 扁

平な隆起を形成しコンヂロームを思われるもの等、その種類は少ない。一見して、パピローマ又は良性の腫瘍を思わせる型のものである。

図 3

図 4

図 5

図 6

5) 潰瘍と腫瘍の混合型 (図5)

腫瘍状に潰瘍縁の隆起が強い例で、最も癌腫らしさを思わせる型のものである。

6) 深在型 (粘膜下) (図6)

舌根部に発生し、粘液腺より発生したと思われるものである。比較的進行するまでは粘膜下に在つて、潰瘍化が遅く、一見して良性の腫瘍を思わせる。

舌癌の発生部位

舌癌の発生部位は舌の組織の発生原基の上から見ても、図(7)の如く舌体部(前2/3、即ち Papilla Vallata の前)及び舌根部(後1/3)に分つて観察されるの

図 7

表 7

	舌体%	舌根%
Berridge and James	54	46
Martin	67	33
Elkins	73	27
Gibbel	52	48
Dargent	98	2
Keiser	79	11
Morrow	95	5
金 田	87	13
石 川	88	12
桐 谷	90	10

Tabacco 及び Alkohol が常に誘因の刺激となり舌炎を惹起すると考えられて調査されて来ているが、いずれの文献からも特に有意義と見られる成績を得ることは困難である。Martin⁹⁾によれば米国では煙草の常用者は男子では75%，女子では9%というから、煙草の誘因的な意義は決定し難いが、それでも、常用者は非常用者に対して、舌癌罹患率は2倍であると告している。Gibbel⁸⁾らの調査成績では舌癌症例のうちで煙草を高度に常用する例が58.1%，酒を高度に常用するものが45.7%となつている。古いものでは Bergmann³⁾ 30) Ehrlich⁵⁾ 14) らの報告があるが、いずれも30%前後の値を示している。

わが国においては、金田²⁰⁾は44例中23例、52.5%，桐谷³⁾は41例中5例、約15%，橋¹⁸⁾は95例中13例、約14%，石川¹⁹⁾は17例中6例、52.4%となつている。Alkohol に関しても同様に金田²⁰⁾は45.4%，梅谷⁵⁾は約15%，石川¹⁹⁾は52.4%，橋¹⁸⁾は11.4%を示しているが、外国においても殆んどの報告が有意義であるという成績は得られない。われわれの調査では煙草、酒をたしなむ例が約65%であつたが、これは中等度の量のものをも含んだ値であるから、重要な意義があると思えない。

舌癌の誘因のうちで、最も意義があるものは齲歯又は不適義歯による持続性の器械的刺激の問題であり、これは Virchow の Reiztheorie から理解することができ、又、わが国においても大山³⁷⁾は実験的に発生させることに成功している。この問題については、桐谷³⁾は44例中10例（約22%），橋¹⁸⁾は95例中5例（約5%），金田²⁰⁾は約43%，石川¹⁹⁾は約53%，山下²⁹⁾は190例中76例（約40%），外国では Bergmann³⁰⁾ 21.6%，Ehrlich¹⁴⁾ 10%，Martin⁹⁾は約10%，Schreiner²⁴⁾らは10%，Rahausen⁷⁾約15%，Gibbel⁸⁾約37%という報告がなされていてその値の差異の幅が大きい。われわれの統計では、86.1%の多数に歯牙又は義歯の持続性刺激によると思われる例が認められている。山下²⁹⁾もわが国の舌癌の誘因に歯牙の刺激の多いことを特に挙げ、190例中76例、約40%を報告している。我國の過去の統計では上記のごとく、誘因としての率の低い報告もあるが、これは注意のいかんと判定の方法によるものと思う。われわれの統計は特に高い率を示しているが、わが国の報告には外国のものに比して高率のものが多くことは注意すべき問題と思う。腫瘍が発生したために歯牙との接触が起つていると見る見方もあるが、

歯牙の断端の鋭利なることなどよりみて、誘因と推定するのが妥当だと思われる例が極めて多い。明らかに咬傷後に発生した例は1例報告されている例を見る。われわれの統計においては咬傷後より発生した例を1例経験している。

ロイコプラキーを誘因とすることについては、このものを誘因と見做すこと自体に問題がある。しかし、これに関する報告をそのまま挙げてみると、Rahausen⁷⁾らは誘因の第1位に考えられるとし、Schreiner and Brown²⁴⁾も有意義なることを報告している。発現率については、Bergmann³⁰⁾ 34%，Steiner³²⁾ 23%，Gibbel⁸⁾は10%，Palmer¹¹⁾ 11%，Martin⁹⁾は556例中1例に見られたとしている。わが国においては、橋¹⁸⁾は9.5%，金田²⁰⁾は約7%，桐谷³⁾は約10%等が文献に挙げられている。

Leukoplakia は、古くは舌癌の誘因として取扱われているが、舌癌の前段階である場合、あるいは既に舌癌である場合があるために誘因と見做すことは妥当でない。古くは Bergmann³⁰⁾、Steiner³²⁾ らの報告に見られるごとき高率の成績が報告されているが、最近では本症を誘因として取扱っている報告は少くなつている。斯る問題の決定は極めて初期よりの経過を観察することによつてはじめて可能であつて、われわれの調査では、組織学的に Leukoplakia の診断で1年後に癌性の変化をきたした例を1例経験したが、遡つて標本を再検してみると、この例においても既に当時 Carcinoma in Situ と見做される所見が発見できた。同様所見を Lucas³⁾は1554例の舌癌中に1例報告している。

慢性炎症は癌発症の重要な条件と考えられる説があるが、われわれの統計では、特殊な炎症を誘因とした例は認められていない。例えば、舌粘膜の萎縮を伴う慢性舌炎、反復性アフタ性潰瘍、原因不明の潰瘍などより舌癌の発生した例は認められていない。

舌癌の初発症状

舌癌の初期には症状を欠く例が多い。初発症状のうちで問題になるのは疼痛である。疼痛も舌癌の病型によつて異なり、その発現は必ずしも一定しない。増殖性の例では疼痛のない例が多く、潰瘍形成例では疼痛が強い。初発症状としての疼痛を数値的に示したものは、Gibbel⁸⁾らの統計であつて40.6%。そのうち疼痛が比較的強いものが23.6%としている。Schreiner²⁴⁾らは症状のない例が半数であるとしている。Martin⁹⁾は疼痛を自覚したものが多くとし、桐谷³⁾の報告では41例

表 8

舌 体		61例(91%)
舌 縁		55例
舌 背		2例
舌 炎		3例
舌 下		1例
舌 根		4例(9%)

が妥当である。舌根部のものと舌体部のものとの割合については表(7)に示す通りであつて、外国の報告と比較するとわが国の報告では舌根部のものが極めて少ない。しかし、Morrow, Keiser, Dargent 等の如く低率の報告もあるし、John Fraser³⁹⁾の報告では47例中舌根のものは僅かに1例となつてゐるから、外国に舌根癌が多いとは思われない。われわれの調査では表(8)に示すごとく、舌体部のものが約91%でそのうちの約85%は舌縁のものであり、舌根部に発生したものは、僅かに4例(約9%)に過ぎなかつた。

以上の報告に認められるように、舌癌が舌体部に多い点は各報告の一致しているところであるが、舌根部に特に少いことについては次編、病理組織篇において述べることとする。

舌癌の病症 Stage について

癌の進行状態の理解を容易にするために、その病症の Stage の分類基準は各種の癌について決定される傾向にある。舌癌については未だその Stage の設定についての意見は発表されていない。舌癌の性質上その病型が単一でないから、潰瘍や、腫瘍の大きさで表わすことは適当でない。しかし、この反面にその病巣の全貌が比較的容易に判定できる状態にあるために Stage の分類は基準の設け方のいかによつては比較的容易と思われる。

次の Cristie Hospital 及び Holt Radium Institute が用いている、一般の癌に用いた基準が舌癌の Stage の分類にも適当かと思われるので、これを舌癌に用いて次のようにその基準を設定した

第1期：病巣が初発部位（舌体又は舌根）に局限し、機能障害がなく、リンパ節の腫脹もない。

第2期：病巣が初発部位（舌体、舌根）より隣接の組織に波及したもの（口底粘膜、歯肉、下顎骨、舌口蓋皺壁、軟口蓋、口蓋扁桃、顎下唾液、喉頭蓋等）、但し、リンパ節の腫脹はないもの。

第3期：隣接組織へ波及し、リンパ節腫脹はあるが

（上頸部に局限し）、しかも未だ可動性のもの。

第4期：隣接組織への波及と共に（頸部）リンパ節の転移が非可動性であるもの（可動性であつても頸部全般に及ぶもの）。

以上の基準によつて、われわれの65例を分類すると表(9)のようである。即ち、第1期及び第Ⅲ期のものが夫々65例中29例及び27例で、断然多いことは、早期発見例と共にリンパ節転移の比較的速かなことを意味すると見做すべきか。

表 9

Stage	症 例 数
I	29
Ⅱ	4
Ⅲ	27
Ⅳ	5

舌癌の病理組織学的分類

舌癌の病理組織学的な詳細な観察については、次篇において報告する予定であるが、65例の組織学的分類は次のとおりであつた。

角化扁平上皮癌	36例
非角化扁平上皮癌	24例
角化非角化不明扁平上皮癌	4例
肉 腫	1例

総括及び考按

以上観察した結果を総括して、われわれは舌癌についての知見を次の如く整理した。

1) わが国の舌癌の発生頻度は最近の全国死亡統計からは全癌の0.5%が得られたが、患者に就ての真の発生統計は、われわれが最近(1957年～1959年)3年間に長崎市において調査した統計では全癌の1～1.5%の発生率が得られた。

外国においても患者に就ての舌癌の正確な発生統計を知ることはできなかったが、一般的な推定値として、全癌の2～3%とされているが、これより見れば、わが国の発生頻度はやや低いと見るべきか。

2) この統計における好発年齢は40～60才であり、しかも、比較的若年者にも多く、20才代、2例、最年少者は26才。

3) 性別発生は男子に多く、男性対女性は73.9%、26.1%であり、内外の文献値とほぼ一致する。

4) 舌癌の誘因として齲歯及び不適義歯の持続的刺激

によると思われる例が最も多く、われわれの調査では86.1%であった。

海外の報告に比して、わが国の報告には歯の刺激を誘因とする率が高いが、われわれの値は最も高いものである。

5) 発生部位は舌体に多く、われわれの例では91%であり、特にその舌縁部に多い。

海外には舌根に多い報告もあるが、この値は多くの報告と一致している。

6) 舌癌の外見は多様であることから、われわれはロイコプラキ型、糜爛性潰瘍形成型、潰瘍形成型、腫瘤形成型、潰瘍と腫瘤の混合型、粘膜下深在型の6型に分つた。

7) 病理組織学的には扁平上皮癌がその殆んどを占めた。

8) 舌癌の病症の Stage の基準を提案し、これによつてⅠ～Ⅳ Stage に分つた。Ⅰ及びⅢ Stage が夫々、44%～40%を示めしⅡ及びⅣ Stage は極めて少数であつた。

9) 初期には無症状な例が多い。疼痛を訴える例は半数であり、異常感を訴える例も多い。

次篇は「舌癌の病理組織学的研究」

文 献

- 1) *E.H. Martin*: History of lingual cancer. *Amer. J. Surg.* 48: 703～716, 1940.
- 2) *G.T. Pack and I.M. Ariel et al*: Treatment of Cancer and Allied Diseases (Vol. 3. Tumor of the Head and Neck).
- 3) 桐谷信雄: わが教室最近10年間における舌癌患者の臨床的、統計的観察, 京都府立, 24: 1073, 1942.
- 4) 厚生省公衆衛生局: 昭和33年第一次悪性新生物実態調査, 厚生省大臣官房統計調査部: 昭昭34年人口動態統計下巻.
- 5) 大谷隆次: 最近5年間に当教室を訪れた口腔癌の統計的観察, 日本口腔雑誌, 7: 1957年.
- 6) *F.E. Berridge, A.G. James*: The management of lingual cancer. *Surg. Gynae. Obst.* 103: 595～606, 1956.
- 7) *A. Rahausen, C. Sayago*: Treatment of carcinoma of the tongue. *Amer. J. Roentgenol.* 71: 243～250, 1954.
- 8) *M.I. Gibbel, J.H. Cross and I.M. Ariel*: Cancer of the tongue. A Review of 330 cases. *Cancer.* 2: 411～423, 1949.
- 9) *H.E. Martin, H. Munster and E.D. Sugarbaker*: Cancer of the tongue. *Arch. of Surg.* 41: 888～936, 1940.
- 10) *J. English*: Cancer of the tongue. A Review of the literature and a summary of two cases, with clinical histories and necropsy findings. *Oral Surg. and Path.* 2: 231～247, 1949.
- 11) *J.D. Palmer, M.M. Loughhead, S.L. Martin*: Carcinoma of the tongue. A Study of 100 cases at the Montreal General Hospital. *Canad. J. Surg.* 2: 180～184, 1959.
- 12) *M. Dargent*: Der Zerk Zungenkrebs. *Bull. Soc. internat. Chir.* 16: 523～536, 1957.
- 13) *F.C. Marchetta, W.L. Mattick*: Carcinoma of the tongue. treatment and result without radical surgery. *Surg. (St. Louis).* 40: 378～386, 1956.
- 14) *Ehrlich H.*: Zur Statistik des Zungenkarzinoms. *Arch. Klin. Chir.* 88: 427, 1909.
- 15) *Bultin H.T.*: Illustration of very early condition of cancer of the tongue. *Brit. med. J.* 1: 1201, 1906.
- 16) *S. Cade, E. Stanley*: Cancer of the tongue. A Study based on 653 patients. *Brit. J. Surg.* 44: 433～446, 1957.
- 17) *P. Sprindrich, E. Brosch*: Cancer of the tongue. *Otolaryng.* 6: 94～94, 1957.
- 18) 橘亮吉: 舌癌に関する臨床的観察, 福岡医学, 19: 250, 1926.
- 19) 石川善衛: 舌癌の外科臨床観察, 東京医誌, 2770: 884, 1932.
- 20) 金田文平: 舌癌の臨床的観察, 日新医学, 23: 1925, 1933.
- 21) *M. Dargent, M. Mayer and P. Bertoin*: Der Zungenkrebs, eine zusammenfassende Betrachtung mit therapeutischen Richtlinien. *Ann. chir.* 13: 135～155, 1959.
- 22) *M. Dargent, M. Mayer and P. Bertoin*: Der Krebs der Zunge, Aetiologische, anatomische und klinische sowie theapeutische Gegebenheiten. *Maroc med.* 38: 805～833, 1959.
- 23) *H.E. Martin*: 5 year end results in the treatment of cancer of tongue, lip and cheek. *Surg. Gyn. and Obsi.* 65: 793～797, 1938.
- 24) *Schreiner and Brown*: Investigation of the Results obtained in cancer of the tongue treated by Radium and Roentgen. *Amer. J. Roentgenol.* 15: 207, 1926.
- 25) *Jacobson*: Carcinoma of the tongue. *Acta Radiol. Supp.* 68: 1948.
- 26) *G. Prieto*: Cancer de lengua. *Acta Dermosifilioger.* 41: 451～453, 1950.
- 27) *Scharp and Spickermann*: Cancer of the tongue. *Amer. J. Roentgenol.* 57: 181, 1947.
- 28) *H. Wookey et al*: Treatment of oral cancer by a Combination of radiotherapy and surgery. *Annal Surg.* 134: 529～540, 1951.
- 29) 山下久雄,

他：舌癌の放射線治療，癌の臨床，7：4号，1961。
 30) *Bergmann, E.*: Über Krankheiten, die dem Krebs vorangeben. Berl. Klin. Wsch. 1905, 933.
 31) 飯沼寿雄：口腔癌誘発原としての齲歯の意義，気食，2：2，1951。
 32) *Steiner A.*: Die Zungenkarzinome der Heiderberger chirurgischer Klinik in den Jahren 1878～1888, Bruns Beitr. 6：561, 1890.
 33) *S. Rust*: Zum Problem des Zungen carcinoma. Ein Kassitischer Beitrag. Berl. med. 2：270～274, 1951。
 34) *Ash, C.L.*: Radiology of cancer of the tongue and floor of the mouth. Amer. J. Roentogenol. 73：611～619, 1955。
 35) *A.S. Morrow, M.D.*: A Report of one hundred and eighty-seven cases, with

an analysis of ninetyfifth treated principally by surgery at the new york skin and cancer hospital between 1917～1935, Cancer of the tongue. Annals of Surg. 105：468, 1937。
 36) 長与又郎：癌の統計，癌，25，1931。ク，26，1932。ク，27，1933。
 37) 大山栄雄：舌癌発生に関する実験的研究，京府医誌，15：127, 1935。
 38) 大谷隆俊：口腔癌の臨床病理学的研究，2報，口腔会誌，21：192, 1954。
 39) *J. Fraser*: Carcinoma of the Mouth and Tongue, Annals, of Surg. 96：488, 1932.

(原稿到着＝昭和38.8.30日)

社保適用

滲出性中耳カタルに…

セファランチン

耳鳴、耳閉、難聴を主訴とするいわゆる滲出性中耳カタルに対しては従来局所療法として鼓膜穿刺や耳管通気等が行われておりますが、セファランチンは全身の薬物療法の一つとして**社会保険**も適用されますので、是非一度御試用賜ようお願い致します。

用法・用量	1回2～5mgを皮下又は静注
包装 注射	0.1mg・1mg・5mg (1×10管) 0.2mg・2mg・10mg (2×10管)

製造発売元 **化研生薬株式会社**

本 社 東京都中央区日本橋室町2-1 (三井ビル)
 営業所 大阪市東区瓦町2-55 (三和ビル)

●文献送呈