

綜 説

外科に於けるヒステリ

京都大学医学部外科学教室

教授 荒木千里

(原稿受付 昭和27年10月20日)

Hysterical Symptoms in Surgery

From the 1st Surgical Division, Kyoto University Medical School. (Prof. Dr. Ch. ARAKI)

by

Chisato ARAKI

Seven cases of hysteria have been presented.

- 1) Tonic general convulsions simulated tetanus, but revealed to be hysterical one year later because of repeated recurrences of the same seizure (case 1).
- 2) General convulsions and loss of consciousness took place two days after the subcutaneous implantation of a bovine hypophysis. There was no neurological sign, suggesting an organic lesion in the brain. Rapid recovery (case 2).
- 3) In two patients (cases 3 and 4), attacks of severe abdominal pain associated with tetanic general convulsions came on every other day, which were thought to be hysterical.
- 4) Dissociated thermoanalgesia of the right lower extremity was present without any other neurological disturbance in a man with a history of sciatica on the same side (case 5).
- 5) Total loss of taste sense followed a head injury, which disappeared completely by means of a lumbar puncture.
- 6) Causalgia-like pain of the left upper extremity appeared 14 years after a gun-shot injury in the region of right axilla. It improved by cervical sympathectomy, the effect being presumably due to a mere suggestion.

本論文に述べる症例はいづれも多分ヒステリであろうと思う。そしてこれらの患者は、外科医が、始めに外科疾患と思違いして、色々苦勞したものである。ヒステリとわかつてしまえば、何でもないことであるが、それまでには随分心配するのが普通である。ヒステリも始めから精神科に行けば問題はないが、そんな場合はむしろ少いのではなからうか。時勢と共にこの種の患者が多くなるにつれて、外科医も無関心である訳には行かない。併しその反面、原因不明ではあるが、確実に器質性なる疾患をヒステリにしてしまうことも警戒しなければならぬ。

1) 破傷風と誤診したヒステリ。

第1例。29才、女、医師の妻。

18日前右の拇指に「あかざれ」を生じたが放置しておいた。2日前に少し頭痛がした。昨日午後8時頃(来院の8時間程前)急に全身痙攣を来し、同時に牙関緊急、項強直、後弓反張あり。パントポンの注射を受けたが効なく、約5時間このような状態がつづいた。本日午前1時頃一寸意識が明かとなり、他人の言葉を理解したが、すぐ又全身の強直性及び間代性の痙攣(之は右上肢につよい)を来し、牙関緊急、項強直、後弓反張が益々強くなり、転々反側するので、午前3時40

分入院した。

患者は瘡のつよい性質で、幼時よく痙攣を起したという。従兄弟の1人が15年前破傷風で死亡して居り、又昨年実家の隣人が破傷風で死亡した(岐阜県)。

入院時所見。全身に発汗がつよい。意識は混濁し、半昏睡状である。運動性不穏がある。呼吸の際嘶声を発する。

右拇指の爪に近く2mm位の小さな蟬裂がある。出血もなく、膿分泌もない。

顔貌は Risus sardonius を思わせる。両眼瞼を閉鎖し、牙関緊急甚だ強く、如何なる外力を用いても開口不能。角膜反射は左側は普通、右側は遅鈍。瞳孔反射は両側とも正常、項強直が非常に強い。四肢すべてに著明なる筋強剛がある。殊に右側で強く、右の手指は固く握りしめている。両肘関節にて屈曲。時々痙攣が襲来し、両側特に右側の upper 肢に強直性及び間代性の痙攣が起る。後弓反張も極めて高度である。腹筋も硬く、腹腔の触診は出来ない。異常反射はない。痙攣発作の時、呼吸が時々停止し、人工呼吸を必要としたことが2回ある。発熱はない。

以上の所見から破傷風と診断された。非定型のと思われたのは牙関緊急を起すと殆んど同時に全身痙攣の時期に入り、筋強剛も異常に強い状態であつた。

それで直ちに破傷風血清の注射を筋力及び大槽内に行う。午前9時頃クロバンの静脈内注射により深き睡眠に陥り、筋強剛はすべて寛解した。正午頃睡眠より醒めたが、筋強剛なく、牙関緊急が軽度に存するのみである。その後譫妄状態と睡眠状態とが20分置き位に交替する。血清注射を反復し、4日間に30万単位に及んだ。クロバンは入院当日の午後10時にもう一度半量だけ注射した。症状は漸次軽快し、第5病日にはすべての症状が完全に消失、第12日に全治退院した。

私はこの例が破傷風であることを少しも疑わなかつた。そしてこの例で、血清注射も行つているが、最もよく効いたと思われたのがクロバンであることから、私はクロバンが破傷風に効く、と結論したのであつた。それで半田肇君がこの例を京都外科集談会及び近畿外科学会にそういう意味で報告した。ところが、其後破傷風の患者にクロバンをやつて見ても、麻酔の効いている間だけはよいが、醒めると又元通りで、少しも効いていないのである。これはおかしいと思つたが、さきの例に対するクロバンの効果を疑う

ことはなかつた。

其後1年以上経つてから、この患者が前回の破傷風と同じような発作を再三起しているという話を聞いた。破傷風の再発ということも耳にしないし、再感染ということもおかしい。それで始めてヒステリイということに気づいたのである。成程そういえば、破傷風としては筋に落ちない点がいくつもあつた。そしてこの例だけにクロバンの効いた理由もわかつたのである。それにしても学会で破傷風にクロバンが効くという誤つた報告をした罪はすて置けない。こゝで冷汗を流しながらお詫びする次第である。

2) 脳下垂体移植後の全身痙攣

第2例。45才、男、銀行員。

5~6年来頭痛、特に後頭部に痛みがあり、カルモチンを常用している。多尿、多飲の傾向のあつたことがある。慶応病院其他で神経衰弱と云われた。昨年一度私のところに診察を受けに来たことがあり、その時には神経学的に特別な所見なく、頭部のレ線写真にも異常はなかつた。念の為内科、精神科にも依頼して診て貰つたが、矢張り神経衰弱とでもいふべきであろうとの事であつた。其後も頭痛がつづくので、人にすゝめられて、或病院で昭和27年5月2日に脳下垂体移植(前葉及び後葉)を受けた。移植部位は左大腿皮下である。移植後2日経つた5月4日の午後から頭痛がひどくなり、翌5日の朝10時頃に突然全身痙攣を來して意識を喪失し、次の日(6日)の朝7時迄気がつかなかつた。その間は無意識ながら苦しいらしく、もがいているので、小便が出ないからであろうと思ひ、導尿したら楽になつた様子である。私が診察を依頼された6日の午後3時頃にも、未だ意識ははつきりしない。高い発熱はなく、6日の午前3時に37.5°Cあつたのが最高である。嘔吐はない。

私が診察した時には意識状態はウツラウツラしている程度であつて、呼べば返答する。いくら丁寧に診ても、何等の神経学的所見もない。腰椎穿刺をやつて見ると、髄液圧は170、10cc排除して65。髄液は水様透明で、全然出血らしいものはない。尿には糖はない。

脳出血ではないか、と先づ考えた。脳局所症状が全然ないので、出血とすれば前頭葉あたりと考えねばなるまい。鳥瀧先生の第1回の脳出血発作が、丁度こんな具合であつた。併しこの患者は昨年診察して、脳出血を起しそうな高血圧のないことがわかつて居り、当

時如何にもノイローゼらしい神経質な人であつたことを記憶しているので、この人なら或はヒステリ性痙攣ではないか、と考えた。脳下垂体移植後にこんな全身痙攣を來した例を聞かないことも、この推定の一つの根拠であつた。

それで1週間位様子を見ることにしたところ、患者は其後気分も非常によくなつて、普通に起き上げるようになった。併し患者の希望によつて、移植した下垂体を除去したという。それで私はこの患者の全身痙攣、意識障碍がヒステリ性のものであらうと信じていた。ところがその後ある内科の人が、下垂体移植後数時間たつて、悪寒戦慄と共に高熱を發し、脈搏は不規則となり、全身痙攣を來した例のあることを話してくれた。その患者は2回移植を受けたのであるが、第1回の時にも第2回の時にも、同じくこのような症状が現れ、何れも2日位で症状がとれたという。私の例と違う点は、症状が私の例では移植後2日余り経つてから起つているのに、この例では移植後数時間にして起つていること、私の例では大して発熱がないのに、この例では40°C位の高熱を伴つていることである。併しこれが本質的な違いと云えるか如何か。こんな例の話を知ると、私の例も簡単にヒステリといつて片附けてしまふ訳には行かぬかも知れぬ。私自身下垂体移植の臨床経験をさほど多くもたないので、その点何とも決定しかねている。

3) 腹痛の際の全身痙攣

次の2例は和歌山日赤の内藤行雄博士がカルテを持参してきて、私の意見を求められたもので、私が直接経験したのではない。

第3例. 35才、女。

11年前左の喇叭管切除。4年前子宮及び附属器別出。

最近時々上腹部に疝痛発作があり、右又は左の肩に放散する。その時両上肢を挙上して強直性痙攣の状態を呈する。意識はなくならない。このような疼痛発作が毎日乃至隔日に起る。腹部には触診上何も異常を認めない。胃液にも変化はない。血糖値正常。最初の間はアドレナリンをやると割合よく奏効した。開腹手術を行うべく患者を手術場に出したら、途端に発作を起したので、手術を中止。其後経過観察中である。

第4例, 21才, 男. 頑強なる漁夫。

3年來時々激しい上腹痛がある。この疼痛発作中には患者は身体を海老のように曲げ、而もそれが強直性

痙攣様で、手足をもつて他動的に屈伸することが出来ない。その間意識は保たれているが、ごく瞬間的に氣を失つたこともある。最近痛みの部位が移動して、上腹部というよりは、両側の側腹部から両下肢に向つて放散する。この時にも矢張り強直性痙攣様になる。発作の回数は隔日に1回位。腰椎穿刺を行うに髄液には異常はない。下半身に運動、知覚障碍はない。疼痛は帯状痛ではない。胃腸のX線検査の結果は異常なし。脊椎骨にもX線写真で変化なし。血糖値正常。

この2例は何れも激しい腹痛の際に全身が強直性痙攣様に硬くなるのであるが、痙攣発作の如く意識を失うことはない。内藤博士はヒステリだらうと思うが、脳の病気でこんな症状を呈するのがないか、念の為に私の意見を聞くということであつた。

激しい腹痛の時には、誰しも呼吸を止め、齒を食いしばつて、全身の筋肉を硬直する。その際の体位は大体に於て手足を軀幹の方へ屈曲し、背中也丸く曲げ、海老のような形をとる。即ち第4例の体位が普通である。併し第3例では疼痛発作の時に両上肢を挙上するというのであるから、之は普通とは異なる。だが痛い時に物にかたく把まることはよくあるし、腹筋になつて把まる場合には、このように上肢をあげることになつても差支あるまい。それで上肢をあげるという姿勢だけに特別な意味をつけるのは適當でないであらう。問題は両例ともに筋強直が普通人以上につよく、且つ持続的である点であつて、これは要するに普通人の場合と質的な違いではなく、程度の違いである。疼痛に対する身体反応が普通人よりも度外れに強い形で現われる場合には、矢張りヒステリ的と考えていゝのではなからうか。精神科の教科書を見ても、ヒステリでは驚愕、憤怒、恐怖等に対する反応が異常に強いことがよくあるそうであるから。

そうすると、これらの患者に於ける疼痛発作そのものもヒステリ症状なのではあるまいか。恐らく根底には何か器質的な疾患(例えば第3例では胆石のようなもの、第4例では不明)が伏在するのであらう。併し第3例で、手術しようとするとう発作を起すというようなことを考えると、器質的变化は発病の口火を切つたというだけで、主としてヒステリの疼痛なのではないかと思われる。腹部手術後に頑固な腹痛、腸膨満、便秘を訴える患者で、再開腹しても、癒着はあるが、イレウスを來すという程ではなく、何度手術しても症状は一向よくならぬ、というのが時々ある。私共はこれ

を術後性腹部神経症と呼んでいるが、この場合にも、癒着のあることが必要な条件ではあるが、それだけで起るものではなく、多分にヒステリ的な精神要素が関係しているものと考えている。

4) 一側下肢の温度覚のみの脱失

第5例. 39才, 男, 会社員.

約1ヶ月前偶然右の下肢だけに温度感覚の障害があることに気付いた。温い風呂に入つても右下肢は温く感じない。冷たい水の中に右脚を浸しても冷く感じない。併し痛みはよくわかるし、歩行に不自由なこともない。

10年位前から腰痛があり、5年前本院整形外科で根性右坐骨神経痛という診断をうけたことがある。

診察して見ると、成程右下肢のみに温度覚の脱失がある。痛覚、触覚には異常はない。深部感覚も普通である。運動機能にも障害なく、腱反射も普通である。脊椎にも外からの検査だけでは異常を認めない。右下肢の温度覚障害範囲は右下肢全体に亘つて居り、末梢神経支配領域にも、脊髄節皮膚帯にも関係はない。この患者ですぐ考えられることは、温度覚障害側と同じ側に坐骨神経痛があつたというのであるから、神経痛を起したのと同じ原因で、この温度覚障害を来したのではないかということである。だが、脊髄後根からでも、又それより末梢の神経部分からでも、温度覚のみの解離的麻痺の起ることは普通には見られぬ現象である。通常後根及びそれより末梢の神経傷害では、痛覚、温度覚が略平行的に最も強くおかされ、触覚、深部感覚はそれよりも軽くおかされる。即ち大体に於て細径の神経線維程強くおかされるというのが原則である。痛覚及び温度覚を伝える神経線維は夫々別個のものと考えられているが、何れも細い線維なのである。従てこの患者で、『触覚、深部感覚が大しておかされていなくて、温度覚と痛覚とがおかされている』というのであれば話はわかるが、痛覚が全然普通で、温度覚のみが麻痺しているということは、仲々理解困難なのである。

末梢神経がその末端部、即ち皮膚内に於て傷害される場合、これは神経癩の時に見られることであるが、成書には神経癩の斑紋部に各種知覚の解離のあることが記されている。併し私と竹友助教授とが、昨年及び今年の夏熊本県の恵楓園で詳しく検査した所によると、知覚解離があるにはあるが、左程広い範囲の食違いを示すことはないものである。この患者の如き広い知覚

解離は絶対にないと云つてよい。

知覚線維の脊髄内経路は、各知覚によつて違つた部位を通つているが、温度覚線維と痛覚線維とは一緒に走つている。尤も両者が正確に一致している訳ではないので、この経路の傷害の時には痛覚と温度覚との脱落に多少の食違いのあることはあるが、これはそんなにひどいものではなく、この患者の如きことは普通にはないのである。

こう考えてくると、この患者に於ける右下肢の温度覚の解離性麻痺は、神経学的常識では説明出来ないものということになる。それで私はこれはヒステリ性知覚麻痺と考えるより他なからうと思ふ。

後で、この患者の親戚にあたる私の友人から話を聞くと、患者の家庭は可なり複雑で、色々心を悩ますことが多いということであつた。

ヒステリ症状の神経学的矛盾性ということは、ヒステリ診断の重要な拠所となるものであるが、次の例などもその定型的なものである。

5) 頭部外傷後の味覚喪失

これは福井県小浜の入江浩太郎君から、手紙で私の意見を求められたものであるが、手紙を読んだだけで、ヒステリ性なることがすぐわかる。

第6例. 20才, 女, 工員.

約1ヶ月前右後頭部を過つて小さなハンマーで打たれ、短時間意識を失つた。其後1—5日間時折嘔吐があつた。それ以来味覚を喪失して、甘さ、からさ、酸味は全然わからない。唯苦味だけはわかるという。受傷1週後に腰椎穿刺を行つたが、圧150、髄液は水様透明で、血液はなかつた。

現症。食欲不振、味覚喪失がある他、神経学的所見なし。舌の痛覚もよく保たれている。両下肢で腱反射が著しく減弱しているが、上肢では正常。

このような患者があるが、どうしたものであろうか、という問合せである。

味覚神経線維は成書の記載によれば、舌の前 $\frac{2}{3}$ からは先づ三叉神経第三枝に入り、途中からそれと別れ、鼓索を経て顔面神経に入り、Nervus intermediusを通つて、延髄の舌咽神経味覚核に達する。舌の後 $\frac{1}{3}$ からは、舌咽神経を通つて同じ核に入る。それで味覚が全然喪失する為には、舌の前後両側すべての味覚線維がおかされることを要する。この患者では舌の痛覚は普通で、味覚のみが失われているから、舌粘膜に病変があるのではない。何故ならもしもそうだと、例

へば舌の前で $\frac{3}{4}$ は、三叉神経第三枝が、その末端でおかされることになるので、味覚のみならず、当然舌の痛覚もなくなる筈だからである。粘膜よりも中心側の病変だとすると、両側の鼓索と両側の舌咽神経とがおかされねばならぬ。顔面に骨折なく、又他の脳神経が全く正常で、而もこの4つの神経だけが選択的に損傷されるということは甚だ考え難い。

病変が更に中心側の延髄又は橋にあると仮定しよう。この場合でも、味覚が両側性に失れる為には、病巣は相当大きなものでなくてはならず、当然他の神経学的症状、例へば全身の知覚、運動障碍等が現れてよい。少くとも顔面神経麻痺位はあつてもよいと思う。

味覚の大脳皮質中枢と云われる側頭葉の鉤回転が両側性に傷けられることも、更に考え難いことである。ここでは両側で大分離れているので、非常に大きな病巣を考える必要があり、当然他の症状をも合併しておくべきだからである。

このように考えて来ると、他に何等の神経学的症状なくして、味覚だけが完全に喪失するという事は、解剖学的関係から、殆んど全くあり得ないことと思われる。結局これはヒステリと診断するのが一番妥当ということに帰着する。

其後入江君から来た通信によると、この患者は入院の上1回腰椎穿刺をやつただけで、味覚は恢復し、すべてがよくなつたそうである。そして患者の父親が、加害者の金満家であることにつけ込んで、ゆすりを企んでいたということも判明した。こうなるとヒステリというよりはむしろ詐病である。

6) 外傷性神経症

第7例。43才、男、酒造業。

14年前左上膊に盲管銃創をうけ、20日後に銃弾を摘出された。其後時折受傷局所及び左上肢全体に疼痛を来することがあつたが、その疼痛が本年4月頃から特に強くなつた。この疼痛は左肩から右手迄放散する。鎮痛剤を注射すると楽になる。

入院時所見 左腋窩後部に射入口と思われる小さな瘻痕があり、左上膊上端部後方に縦軸方向に約6cmの手術(銃弾摘出)瘻痕がある。射入口と手術瘻痕との位置的関係から見ると、弾丸はごく表層皮下を通過したものらしく、到底深部の大神経幹が損傷されたとは考えられない。

左上肢全体が右に較べると多少細い。併し皮膚の萎縮はない。坐位ではそれ程でないが、仰臥すると左肩

胛部から腋窩、左上肢全体に亘り鈍痛を訴える。又左上肢を拳上する時に痛みがあるので、充分拳上出来ない。肘関節以下には運動障碍はない。左腋窩に圧痛があり、とくに正中神経と思われる部分を圧迫すると痛い。知覚麻痺はない。尙1日に何回となく、左上膊の疼痛発作が来る。これは左の示指及び中指に最も強く放散する。そして寒冷によつて増強し、温めると軽快する。痛みはザルソプロカノンの注射をすると消去する。

この例は一考すると、銃傷によるカウザルギーのようである。併しそれにしておかしいと思われるのは、大神経幹の損傷を来す如き受傷情況ではないこと、カウザルギーの場合のような皮膚の萎縮性変化のないこと、温めると痛みが楽になること、それから最も奇異に思われるのは、受傷の後間もない頃から若干の疼痛はあつたらしいが、ひどい痛みは14年後になつて発現していることである。受傷後10年以上経つてカウザルギーを起すというようなことは未だ聞いたことがない。それでカウザルギーにはおかしな感じが、とにかく銃傷のあつたあたりを手術的に開いて見ると、三頭筋の筋膜附近に癒痕性癒着があるが、撓骨神経幹には癒痕も癒着もない。併し撓骨神経の一つの小さな枝をピンセットでつまむと、患者が日頃訴えているような示指、中指に放散する疼痛を惹起した。

但しこの小枝の周囲に癒痕や癒着があつた訳ではない。結局手術は変化のない撓骨神経を剝離、露出したというだけに終つた。

術後患者の疼痛発作は一向によくならない。

それで今度は左の星芒神経節剔出をやつて見た。それで左の手が温かになり、ホルネル症候群が現われたが、手術翌日から疼痛発作は消失した。

カウザルギーが交感神経手術で軽快することは周知の事実であるから、この手術効果のあつたことそのことが、カウザルギーなることを示唆しているようにも見える。併し上述の色々な疑点及び手術所見で、それらしい神経損傷のないこと等から考えると、矢張りこれはカウザルギーではないと思う。むしろ外傷性神経症といつた方が妥当であろう。外傷性神経症は頭部外傷後に、頭痛、眩暈等の症状で来るものが最も多いが、この例のような末梢神経に關係した神経症の形をとることも珍しくないのである。そして手術効果は一つの暗示作用によるものと考えたい。それでは第1回の手術(神経剝離)で効果なく、第2回の手術(交感神経

切除) でよくなつたのは何故か。私の想像では、暗示というは単に気持を変えるというだけでは不十分であつて、患者が成程これなら癒らと思ふような身体変化を起してやる必要がある。交感神経切除では手が温くなる。患者は日頃から温めると痛みが楽になることを知つているので、これはいゝと思ふであらう。それが暗示となるのではなからうか。

綜 括

1) 第1例ではヒステリ性全身痙攣を破傷風と思違ひし、その治療の際、治療血清よりもチクロパン静脈麻酔の方がよく奏効したと思われたので、破傷風にはチクロパンが効くと学会に報告したのであるが、1年余経つてから、これがヒステリであつたと判明した。

2) 第2例では、脳下垂体移植後数日を経て全身痙攣、意識喪失を来したが、これも多分ヒステリによる症状と思われる。

3) 第3, 4例では、腹痛発作とその時の痙攣様の全身硬直とが、矢張りヒステリ症状と理解すべきものようである。

4) 第5例では右下肢に温度覚だけの完全喪失があり、これが神経学的に説明不可能であることから、ヒステリ性と考へた。

5) 第6例では頭部外傷後に味覚脱失を訴へ、それが暗示的療法で完全に消退した。

6) 第7例は左上踵銃傷後の神経症と考へられるものである。

本誌次号第22巻第2号予告

綜 説	内臓のいたみをめぐる諸問題	木村 忠司
原 著	破傷風痙攣の実験的研究	横井 亘
	静脈内脂肪輸入に関する組織学的研究	麻田 栄
	脊柱損傷の研究(第一報)	服部 燾
	肺小葉を中心とする気管支系の構造と人工気胸術の適応	長沢 直幸・他
	自律神経液性作用物質に関する実験的研究	勝田 泰成
症例報告	脳皮質障碍と全身麻酔(実験的研究)	紺田 健太郎
	肺結核症に於ける副腎機能について	中谷 朝之
	Ectopic Pinealoma	Noburu HOSHINO
	仙腸関節結核に対する病巣廓清術と死腔の処置に就て	桐田 良人 中島 秀典
	巨大なる全層植皮の経験	桐田 良人 円井 一示
	頭蓋骨欠損に対し同種骨移植を行つた一例	藪和田 卓朗
	外傷性膀胱破裂の治験例	袴田 文治
脾腫を疑われた後腹膜皮様嚢腫の一例	田辺 賀啓	