

の影響は認められないようである。勿論妊娠中に於ける中耳炎の影響は認められない、勿論妊娠中に急性中耳炎を併發したり或は急性、慢性中耳炎起り妊娠の経過不良なることあるはこの種々の原因に依るものであり妊娠のみの影響は断定し難い。

また毒力強い細菌に依る急性傳染性中耳炎は妊娠末期に起れば速に全身的産褥の傳染を惹起することあるが故に特に注意せねばならぬ。かゝる場合には中耳炎急速に進み乳嘴突起を侵かすことあるから出来るだけ早く局所麻醉の下に手術して膿竈を取り除かねばならぬ。この手術の結果往々早産を見ることあるも敢てこの危険を侵して手術するを適當なりとす。

しかし中耳炎の経過遷延もせざれば寧ろ保守的治療を施し手術的療法は産後まで待つて差し支へない。アレキサンデル氏の意見では化膿性中耳炎は妊娠の結果不良となる。而してこの耳の膿竈の爲めばかりでなく妊娠時の神経障礙の影響を受けまた嘔吐等をして身體の衰弱耳の局所疾患が不良となる。

妊娠時の急性或は慢性中耳炎は妊娠中絶に依り経過佳良なるや甚だ疑はしい。ブロームケ氏は多數の病例を調べたるがこの問題を解決し得なかつたのである。兎に角に慢性中耳炎の如きは妊娠に先だちこれを治癒せしめるは勿論であり、骨部變化あれば矢張り妊娠に先立ち手術的に治癒せしめねばならぬ。妊娠中絶の適應に就いてアレキサンデル氏は次ぎの意見を述べておる、總べて中耳炎の骨部變化を伴ふもの殊に結核性中耳炎は注意して経過中に局所所見不良なるか或は内耳或は頭蓋内合併症の症狀起せば妊娠中絶の適應とす。しかし結核性中耳炎に對しては胸部所見に重きを置き單に耳の所見のみを

以つては断定し得ぬ。

(二) 鼻科疾患

(A) 鼻腔に對する性的影響

鼻科疾患
鼻腔に對
する性的
影響

月經時には鼻粘膜は爾他の粘膜の如く充血する。しかしリットチル氏等は多くは鼻粘膜の變化來らずに云ふもフリース氏等は月經時に大概輕重種々の鼻粘膜變化を認めたのである。また月經時に鼻粘膜特に發赤せざる場合あるも屢々出血する傾向あり。その時に鼻粘膜を検するに往々粘膜腫脹し且つ粗造になつておる。フリース氏の記載に依れば日光にて檢するに鼻粘膜少しく紫色を呈すこと云つておる。往時より鼻腔の代償性月經 (kompensatorische oder vicarierende Menstruation) と稱せられるものは往々大量の出血を來たし稀には危険なる大出血となることがある。月經閉止期にありても時々同様の代償性鼻出血を來たすことあり。

月經時のみならず妊娠中にも鼻腔の變化を來たすことがある。即ち鼻粘膜の腫脹發赤を見ることがある。陣痛の起るに際し妊娠時の腫脹として鼻粘膜にこれを認めることがある。しかれどもこれらの妊娠陣痛に際しての鼻出血は必ずしも性的關係ならずとも云はる。例へばヒルシユ氏の觀察にては妊娠初期の鼻出血は屢々鼻粘膜の變化に關係せず。嘔吐、怒責等の全身的血壓増進に依るものを見做さる。

斯く大量の鼻出血を來たす結果屢々早産することがある。而して斯くの如き大出血に際しては血友病、白血病其の他の血液病を考慮せねばならぬ。

バリオン氏は犬に就いて卵巢ホルモンの鼻粘膜に對する作用を研究したるが卵巢エキストラクトを靜脈内に注射せしに血壓下降し甲狀腺の量的増大及び鼻粘膜の量的減少を證明したのである。即ち同氏の研究結果に依れば卵巢エキストラクトは甲狀腺に對し脈管擴張の作用を有し鼻粘膜に對し脈管縮少の影響ありて極めて特有なりとするものである。ビードル氏の觀察に依れば月經の開始と月經閉止期には嘔吐の刺戟起るに云つておる。而して月經閉止時の症狀に對して卵巢錠を與ふれば症狀治癒するに同時に烈しき嘔吐發作も去るに云つておる。斯くの如き嘔吐刺戟の起らんことをまた消散せんとする時は患者は特有の嗅覺あるを訴へるのである。これらの症狀は卵巢錠を反復して與ふる時全然消散するもの多い。これに反して男性に同じく卵巢錠を試み且つ廢止せしに特に著しき嘔吐を來さざりしに言ふ。

爾他の性的現象としては屢々鼻粘膜充血記載せらる。往時より性交の後鼻粘膜及び腫脹體の發赤し往々呼吸障礙、鼻出血及び嘔吐の發來するに記載されてある。手淫後に鼻出血の來たるは周知の如きである。彼の青春期鼻出血の頻發するに同じく同様な關係であるに云つてよい。

(B) 生殖器に對する鼻の影響

嗅覺の性的興奮に影響するは周知の如きである。女性の生殖器と鼻との關係に就いてフリース氏調査したるが鼻性月經困難を一般に注目したのである。

フリース氏はコカイン試験に依り鼻腔の性的關係を研究したるが女性の月經時に特に定型的結果を得たのである。同氏の性的部位 (genitale Stelle) 稱したるは、(一) 兩側下甲介、(二) 兩側鼻中隔結節、即ち

生殖器に對する鼻の影響

鼻中隔の兩側に對稱的に存する血管及び神經の饒多なる隆起部、(三) 兩側中甲介。即ちこれらの部位は月經時に規定の變化を呈する。例へばゾンデを以つて接觸するに疼痛あり腫脹を來たし好く出血する。加之ならず日光にてこれを檢するに少しく「チアノーゼ」を呈して居る。月經の初まるに疼痛止むが如き月經障礙は蓋し鼻性のものでない。それに反して月經初まり遂に止むも疼痛尙ほ去らざる場合は鼻性の月經障礙と言つてよい。鼻性月經障礙の發來する時鼻腔の性的部位に二〇%コカインを塗布するに五乃至八分にして股部及び腹部の疼痛全く去る。たゞ縫際部の疼痛は殆ど影響しない。而してコカインの作用去れば再び前記の症狀現はれる、性的部位を三鹽化醋酸或は電氣燒灼にて腐蝕するに月經障礙去り次の月經時も疼痛なしに云ふ。尙ほコカイン試験に依り性的部位を分析することも出来る。例へば鼻中隔結節のみにコカインを塗布すれば股部疼痛直ちに去るも腹部疼痛は依然治癒せず更に下甲介にコカインを塗布して無感覺ならしむれば腹部疼痛も治癒する。一側の鼻腔の性的部位をコカイン麻痺行ふに専ら反對側の疼痛去る。即ち左側鼻腔に於て性的部位を麻痺せしめるに右側股部、腹部疼痛治癒するものである。これに依りて見れば鼻腔と體腔との相互關係は部分的交錯するものに云つてよい。尙ほ月經時鼻腔の性的部位を接觸するに生殖器部位に疼痛を覺えるものが多い。また分娩時に鼻腔のコカイン塗布により陣痛の若干去るに云ふ。 (フリース、イエルサレム、ビュルクテル氏)

この鼻腔に基因する月經障礙の疼痛に就いてはフリース氏の説明に對し疑を抱き或はこれを否定する學者も多い。(シッフ、オピッツ、コプランク氏等) 即ち鼻科及び産婦人科の學者がこれを反復試験したる

がフリース氏の擧げたる事實を證明しなかつたのである。しかし臨牀的に經驗するところに據ればフリース氏の證明に該當するこゝ屢々である。

學理的説明。 フリース氏は専らゾンデ觸診法に依り觀察し前記の事實を性的部位の神経痛様變化なりと云つておる。しかし一方は三叉神経であり一方は坐骨神経の兩域に支配されて居る。而して二神経の神経痛の相互關係は未だ充分説明されない。鼻腔の神経痛變化を考ふれば鼻粘膜増殖先づ問題視される。これは幼時にありては麻疹、デフテリー、感冒、猩紅熱等の感染するこゝに依りまた成人にありてはインフルエンザ、カタル、副鼻腔炎等に依り惹起するものである。それが月經時或は妊娠に際して大概鼻粘膜の腫脹著しく、これに依り鼻腔性的部位に於て神経痛様變化を喚起するこゝ云ふのである。而して斯くの如き性的部位疼痛を鼻性反射ノイローゼ (nasale Reflexneurose) に依り説明して居る。しかし斯様の反射現象は一々之を説明するに複雑にして眞しからず思はる。然かれどもフリース氏はこの反射現象を説明するにヘット氏説 (Headsche Theorie) を借用しておる。即ち體腔の構造は「セグメンタチーフ」の順序になるこゝいふヘッド氏の説に依り疼痛過敏層成立した鼻腔に於けるそれこゝ因縁するこゝをもつて説明しようとするものである。吾等はこの説明よりも能作電流 (Actionsstrom) に依り二臓器の互に相關するものこゝ説明するを遙に妥當なりと思ふ。

嗅覺及び内分泌

嗅覺及び
内分泌

嗅覺と性慾と密接に關係するは動物界の觀察に依り昔時より知られて居る。生殖腺の週期的に變るホルモンの影響は動物の性慾圈内に現はれるものなるが生學期には嗅覺刺激に依り興奮状態を興奮せしめるのである。ビードル氏は *Der Geruch des Geschlechtspartners, für gewöhnlich nicht wahrgenommen oder nicht berücksichtigt, dient in der Brunst als Führer und Triebverstärker. (生學期雌雄雙方の嗅覺はお互直覺されぬか注意されぬのが普通だ。専ら生學期の指導者であり強精者なのだ)*。これに反して去勢術を行へば生學期に盛なる嗅覺腺の發達障礙を來たす。犬に於て嗅神経を摘出するこゝ雌犬を見分け得ざるこゝになる。また雄性の家兎の視力を奪ふ時は雌性を見誤るのである。Maikäfer 金龜子の雄性なるものは雌雄同性と稱せられるが普通の交學期には雌性に雌性の生殖分泌の臭氣ありと云はる。これが爲めに交學する者は雌性と誤るのである。この關係を一層明瞭に説明するはコプランク氏及びレーデル氏の實驗である。即ち兩氏の大脳に於ける嗅葉を除去したる實驗に於て生殖器の確實に萎縮せるを認めたのである。

人間に在りては尋常の場合嗅覺は視力と觸覺と同様に性的關係がある。それが病的状態なれば動物に於けるが如く性的關係愈々大である。また嗅覺は男性に於て女性よりも比較的に發達して鋭敏である。しかし少女に在りては少年に比較して嗅覺の發達するこゝ急速である。また往々妊娠時は生殖器の嗅覺に影響するこゝがある。月經時及び月經閉止期には嗅覺強まるか錯覺的になる。ヒルシユ氏に依れば妊婦に在りては嗅覺の錯覺起るこゝ最も多くまた嗅神経の過敏なるは殆んど普通である。また卵巢摘出を施

したる後ち嗅覺脱出症を起したる報告もある。
 クレチニスムスの場合は大概嗅覺減退するか或は脱出することである。往時よりクレチニスムス患者は糞便等の惡臭に對し無感覺なること記載されて居る。しかしこれらの障礙は中樞性なるか末梢性なるかこれを斷定するにクレチニスムス患者の精神發達を缺くが故に極めて困難である。クレチニスムス患者は鼻粘膜屢々發赤肥厚し所謂甲介肥大症を起し、また鼻咽腔に腺様増殖を見ることがある。粘液水腫の場合屢々嗅覺鈍ぶる。鼻腔に於て鼻粘膜腫脹を見ることがある。また稀には嗅覺の増進或は錯覺を訴へることがある。糖尿病の場合には稀に嗅覺味覺の障礙を認める。

内分泌と頭痛

内分泌と頭痛

頭痛の種々相を原因たる疾患より觀察するに微毒性頭痛、リウマチス性頭痛、熱性頭痛、神經性頭痛、胃病性頭痛、偏頭痛、眼性頭痛、耳性頭痛、腦腫瘍性頭痛、鼻副鼻腔性頭痛、尿毒症性頭痛及びその他を枚舉し得る。
 此處に内分泌に因する頭痛を診斷するには前記の各種頭痛を考慮しこれ 比較診斷せねばならぬ。若し月經時妊娠或は月經閉止期に限り頭痛を訴へ、而して以外の時に消散すれば内分泌に基因するもの之斷定してよい。またはホルモン療法にて頭痛去れば矢張り内分泌に依るもの之見做し得る。これらの内分泌に因する頭痛は脈管運動神經の病變が與かることが多い。

往時より女性の生殖機能と偏頭痛の關係あることは知られて居る。これは卵巢及び胎盤のホルモンの影響と看做すべきである。多くの女性は月經時には偏頭痛輕快し或は反對に惡化し妊娠時は偏頭痛殆んど覺えず。而して月經閉止期始まるや全く消散すること記載されて居る。また胎盤エキスを注射すればこれらの頭痛に對して著效を奏すること云ふが如きは同様の意味である。リュール氏は偏頭痛を卵巢の機能障礙なりと稱するが恐らくは一部の眞理なりと思ふ。またラウベンハイメル氏ハーンズ氏等は偏頭痛を以つて甲状腺の機能増進或は機能減退に關係ありと云つて居る。頭部の神経痛は糖尿病の時屢々頑固なることがある。またバセドウ氏病の場合は屢々頭痛を訴へ或は不明の頭痛を訴へて後ちバセドウ氏病の惹起することもある。

内分泌と耳硬化症

内分泌と耳硬化症

(一) 性的關係と耳硬化症

性的關係と耳硬化症

(A) 催春期と耳硬化症

催春期と耳硬化症

催春期の耳硬化症の成立に對する影響は妊娠その他の性的關係と比較するに今日尙ほ意義甚だ尠きものとされて居る。けれども耳硬化症は月經閉止期或は高齢の疾患でなく寧ろ文字そのものの青春燃えんばかりの健康美の催春期乃至直後の局所々々に見る疾患である。
 スタイン氏の統計は一目瞭然なる觀あるが總べて一二五例の耳硬化症患者に就いて調査し次ぎの如く表

耳硬化症 開始年齢	患者總數		
	二十歳迄	二十一歳—三十歳迄	三十一歳—五十歳迄
	三十四	四十八	四十三
	二十四	三十三	二十八
	十	十五	十五

病するこゝは非常に稀なるが故に益々催春期の意義の大なるを思はしむる。

然らば耳硬化症の催春期乃至直後に發病するを如何に説明すべきものか、それは今日までの研究では第一に局所的ファクトルを耳硬化症成立に基因する云ふ一點の認められて居るに過ぎぬ。この局所的ファクトルの性質は病理解剖的に今日尙ほ未だ説明し得ざるこゝろである。

確に耳硬化症の成立に關係する局所的ファクトル云へば恐らくは内分泌腺系統のものと思はる。而してこれ一般的原因として理解される遺傳のファクトルである。遺傳そのものは身體の全組織に關係するこゝは確である。けれども何れの場合でも同一程度なりこゝは云ひ難い。

耳硬化症の成立は尠くも局所的遺傳のファクトルに依り説明し得るものがあるが、しからばこの耳硬化症の徵候の催春期乃至直後始めて現はれるこゝ甚だ不可解である。耳硬化症の病竈、そのものが先天的なりこゝは甚だ信じ難い。寧ろ後來耳硬化症性病竈なるべき素地を遺傳す。而して催春期に至りて病理的變化をなし耳硬化性病竈なるこゝ解釋すべきである。しかし此處にまた問題なるは催春期に至りて始めて病理的變化をなすかの點である。これ蓋し胚芽素地の性質にあるものと思はる。例へば齒牙の胚

芽或は二次的性徴のある時期に達して始めて發達するものに相似すると思ふ。この時期の問題は内分泌腺系統の機能に左右せられるこゝが多い。例へば前記の齒牙の胚芽或は二次的性徴は試験的に内分泌を阻止するこゝに依り明かに影響するこゝに依りても推知せられる。

オー、マイエル氏の説に依れば先天的素地ありてこれより腫瘍化するもの即ち耳硬化症なり云ふ。而して耳硬化症の病竈の成立には催春期の刺戟に依るこゝ説明して居る。催春期に月經の來潮すれば今日未だ充分に究明せられざるも確に血液變化起りこれに依り病的組織の發育の影響するこゝは確である。マハト氏及びルビン氏は興味ある研究を發表して居る。これに依れば月經時の血液催春期の植物組織に對し毒作用ありてこの毒作用はその後動物の細胞に對しても明かなるこゝを證明した。

病的發育そのものは内分泌系統の影響を蒙むるこゝは諸家の研究したるこゝろである。こゝには詳細に述ぶるこゝをやめ、簡單に附言して見る。例へば内分泌腺を摘出すれば鼠の移植性腫瘍の發育を阻止する。また催春期に甲状腺腫著しくなり外聽道の外發骨腫催春期に増大したり子宮筋腫の月經閉止期に消滅する等これを例説するこゝ言つてよい。

（B）月經と骨硬化症

月經時に耳硬化症に影響するこゝは臨牀上の經驗未だ多くはない。就中聽力に著しきこゝは未だ他覺的に證明されて居ない。これに反して月經時或は月經開始に際して耳鳴の甚だしきは人の知るこゝろである。而してこの症狀は月經時に於ける女性頭部充血に依るものである。また月經時の耳鳴は極めて軽度

にして醫家の注意を受けて始めて知る程度のものである。
 バウエル氏及びスタイン氏に依れば耳硬化症の女性には月經の異状を訴へるものがある。例へば月經開始遅延したり或は前驅したりまた月經不順、月經障礙等を訴へるのである。蓋しこれらの症状は恐らく體格の普通より劣る結果と見らる。スタイン氏は耳硬化症の女性八五例を調査したるに月經異状のもの三一例あつた。これに依りスタイン氏は耳硬化症の病機は月經障礙のあるものにおいてその障礙なきものに比し遙かに増悪するものならんと言つておる。

化學的生理的關係に就いて一言するに月經時には尋常の状態にても血液及び代謝機の変化を見らる。これを耳硬化症の場合に見るに、矢張り同一の反應現象を見るのである。例へば尋常の月經時には血清蛋白體のグロブリン比較的増量し甚だ不安定となり屢々フロリヂン感受性高くまた血中のカルシウム及びヒヨレステリン量動搖し多くの場合は血液、尿、唾液及びその他の體分泌物は植物組織に對し毒力増強しこれに反して動物組織に對しては毒力作用減少するを常とする。しかもこれらの反應は月經の第一日若しくはその前日に於て最も甚だしい。耳硬化症患者の月經時にはカルシウム及びヒヨレステリン量の相反的變化より代償せられる。而して蛋白體の不安定フロリヂン感受性及び體分泌物の藥物的反應の變化は同意的に強まるのである。

妊娠及び産褥と耳硬化症

(C) 妊娠及び産褥と耳硬化症

妊娠の耳硬化症に影響するこゝは往時より知られて居る。こゝに妊娠と耳硬化症との多種多様な關係

に就いて臨牀的見地より詳密なる解説を與へたるはアレキサンデル氏及びスタイン氏の業績である。その業績の結果を表示すれば次ぎの如くである。

第 三 後 期 妊 娠 及 び 爾 期	第 二 妊 娠 期	第 一 妊 娠 期		耳硬化症 の徴候 となる
		高度	中等 程度	
5%	10%	5%	10%	断へず變化 せるもの
80%	60%	5%	10%	一過性 變化
		25%	40%	
		5%	10%	
10%	20%	15%	5%	悪化せ ざるも
50%	10%	5%		

此の表示するところに依れば大概の場合耳硬化症は妊娠以前に罹りしもの而して妊娠経過中の徴候の現はれしは稀である。第二妊娠期は第一妊娠及び爾後の妊娠期よりも本病の徴候の現れに影響するこゝ頻繁のようである。尙ほ注意すべきこゝは既往の耳硬化症が新に妊娠の都度悪化するの傾向甚だしきこゝ就中重聴の程度最も著しく影響せらる。妊娠に依る一過性の徴候悪化は特に著しいようでない。また耳硬化症の妊娠の爲め依然悪化せざるは第一妊娠時に於て可成り著しい。然かし次期の妊娠には甚だしいようである。これを要するに耳硬化症は妊娠の経過中必ずしも悪化せざるこゝは注目し値する。妊娠に

依り徴候悪化しない點は耳硬化症の正しき診断に相反すこの意見は兎に角間違ひである。またスタイン氏は妊娠の爲め耳硬化症の聴力の確に恢復するは極めて稀である云ふは事實に近い。

アレキサンデル氏及びスタイン氏ライヘル氏等の業績を比較するに歸一する點もあるが相反するところ比較的に多い。蓋し耳硬化症の諸形は妊娠の影響を蒙むること同一ならざるように思はる。就中遺傳の著しき病型につきアレキサンデル氏は三種を區別して居る。(一)骨變化は特に内耳萎縮を伴ひ臨牀的に内耳疾患を原發の變化と見られるもの、而してこの病型は妊娠の爲め悪化し豫後不良なのである。(二)少年時に本來の内耳變化認められずして然かも急速に聽力の減退するもの而してこの病型は十數年後もそのまゝに妊娠のために聽力影響せられず依然と變らざるものである。(三)かかる症狀著しく中耳の理學的療法に依りて中耳變化著しく輕快するもの而して特に遺傳の認められざる病型で妊娠の爲めに悪化するところあるに拘はらず豫後は不良でもない。

耳硬化症の妊娠の影響を受けて經過不良なるを諸家の説明するところいろいろである。ウォルフ氏は妊娠に依り衰弱を來たす影響 schwächender-Einfluss)だと云ふておる。ノイマン氏は妊娠に依りて起る充血の爲め急速に骨癒合を來たし骨組織の抵抗を減退せしむるものと云ひまたウイドマーク氏は血行障礙特に血圧亢進に依ることなす。コルチット氏は毒素の生産過剰或は排泄不善の爲めに起る母體の自家中毒なりと云ひターフェル氏は甲状腺機能障礙の結果であること云ふ。次ぎにマイエル氏は妊娠時に種々の骨に増殖を來たせるを見、所謂産褥性オステオイーを證明した。尙ほ屢々妊娠時骨格の軟化變性を證明したと云ふ。然かれどもアメリカ派の所謂耳硬化症とは骨軟化症尙病とは關係ないこと云つて居る。ライヘル氏は血液及び代謝機の研究を爲しこれに依りてスタイン氏の意見に一致したようである。即ち

本病は内分泌の障礙なりと云ひ然かも生理的機轉を以て種々の性的位相に依り耳硬化症の耳(體質的に劣級なる耳)は約三様に影響を受くるのである。(一)血行状態の變化(二)内分泌に依る代謝機障礙起り迷路囊の發育状態及び改築状態の影響を受ける。(三)毒性の影響を受ける。而してこの影響は造血腺の機能に基因するもの。

血清中のカルシウム量は尋常の妊娠なれば一般に變化しない。たゞ僅かに減少することがある。これが耳硬化症なれば妊娠時には屢々平時より若干減少すること著しい。而して妊娠期の進むに従ひ尋常の妊娠に比して概ね動搖すること甚だしい。これに反して血清中のマグネシウム量は全然反對の意味に動搖を示して來る。タタニーの場合に耳硬化症の妊娠に際しカルシウム量の低下すること最も甚だしく他に類例を見ない。

フロリヂン感受性は尋常の妊娠時にも概ね増進するがこれが耳硬化症患者の妊娠時には特に増進すること著明になる。また妊娠時に増進する血中蛋白質の不安全も耳硬化症の妊娠時に顯著なるもの多い。血中のヒヨレスチリン量は尋常の妊娠時にも著しく増加するが耳硬化症の妊娠に際してはこのヒヨレスチリン量は通常減少しない。兎に角尠くもノルマルなるか多くは増進して居る。しかしこの増進も尋常の妊娠時の如く左程著しくない。

屢々耳硬化症の妊娠時に悪化するを觀察すること云ふが、これ血中のヒヨレスチリン量の妊娠時に著しく増進し、恐らく耳硬化症の病竈の發育を助くる臆説を生ず。例へば動物實驗に依りて證明せるが如くヒヨレ

ステリン代謝に依り腫瘍組織の影響を蒙ることを認めねばならぬ。移植せる鼠癌のヒヨロステリン多き食餌或はヒヨロステリンの腫瘍内注射に依り急速に増殖するを見る。尚ほ妊娠の耳硬化症に對して不良の影響を來たすことは、恐らく妊婦血清の正規血清に反して癌細胞を溶解し得ざるに依ると思はる。またプラスチックの病機が妊娠に依り甚だしく促進せられることは、屢々観察せられたるがまたこの前記の説明に資するところありと思はる。

耳硬化症の経過に産褥の影響するこゝろ確かである。しかし妊娠の影響よりは輕微である。この事實は血液及び代謝の變化が産褥時に尋常に歸するこゝろより一致する。兎に角、産褥の最初の一ヶ月には未だ變化が明らかに残る。要するに妊娠時の血液及び新陳代謝變化は、恐らく産褥時に初めて耳硬化症の病變に影響し、臨牀上の徴候現はるゝものと思はる。

(D) 月經閉止期と耳硬化症

アレキサンデル氏の報告に依れば、月經閉止期の耳硬化症に對する影響は、尚ほ未だ詳細なるもの甚だ少ない。しかし大體に於て聽力の侵さるゝこゝろは妊娠に依る場合と大差がない。かくの如く月經閉止期に耳硬化症の症狀悪しきは如何なる病機に依るや未だこれを説明し得ず。たゞ想像するに癌腫の如く血清の細胞融解乃至發育阻止の力が月經閉止の始まるや著しく減退する爲めならん。實際月經閉止期に證明さるゝ血液の變化は専らカルシウム量及びヒヨロステリン量の變化なのである(ライヘル氏ベルベリヒ氏)この血清中カルシウム量及びヒヨロステリン量は四十五歳以上とかなれば生理的にも變化するが耳硬化症

月經閉止期と耳硬化症

なれば催春期に既に減少するのである。

(E) 性交と耳硬化症

スタイン氏は偶然に男性の耳硬化症患者に於て性交の間に聽力障礙及び耳鳴の増悪するを聞知した。概ね耳硬化症患者は性的神經衰弱症を伴ふ。例へば精神的インポテンツ、早漏、遺精等を訴へる。また屢々破格の性感覺例へば性慾缺乏或は性慾強力、または錯覺等に惱まされる。

性交と耳硬化症

(二) 性と耳硬化症

耳硬化症なる罹病率を男女兩性に依りて區別するに次ぎの如く諸家の統計がある。

	症例數	
	男	女
ベツオルト氏	四二・六・三三・九%	五七・四・六六・一%
デンケル氏	四一・八%	五八・二%
ハイマン氏	二一・三	六二・七八%
オー、ベック氏	四二	五九・五%
ツェヒルシュ氏	約三〇%	約七〇%
スタイン氏	一二五	六八%
ライヘル氏	一八六	七二%

斯くの如く耳硬化症は女性に於て頻發するこゝろ明かである。これ性的位相の影響を赤裸々に洩け出すものであつて女性の生活の男性のそれに比して耳硬化症の成立に遙に大なる且つ樞要なる一因を爲すものを見らる。

性と耳硬化症

内分秘腺
疾患と耳
硬化症

(三) 内分秘腺疾患と耳硬化症

耳硬化症の場合は爾他の耳疾患よりも内分秘腺系の障礙なりと思はるゝ症候が多い。就中許多の造血腺侵さるゝと思はる。例へば耳硬化症には甲状腺腫バセドウ氏病、地方病性クレチニスムス、糖尿病、肥胖病及び脳下垂體、上皮小體、生殖腺の疾患を伴ふことが多い。また耳硬化症に二三の内分秘腺同時に罹病することもある。

フォッス氏は許多の腺疾患を伴ふ耳硬化症の一例を報告して居る。スザッツ氏は耳硬化症と肢端肥大症の合併せる一例を見た。ワンチル氏の耳硬化症例は甲状腺腫を伴ひ、その切除に依り著しく輕快したものであつた。フライ氏及びオルゼコフスキー氏の症例は屢々タタニー類似の症状を呈したる耳硬化症であつた。しかしこの症例は上皮小體の疾患に基因するものなりや否や血中石灰量を定量せざりしが故に斷言し得ぬ。また機械的並びに電氣性過敏症は眞性タタニーの他種々の疾患にも來るのである。ライヘル氏の研究に依れば耳硬化症と上皮小體との直接の關係は認められぬ。例へば一八六例の耳硬化症患者に血中石灰量を調査したるに眞性タタニーに於けるが如く低下せるを見なかつた。また血液及び新陳代謝の變化も眞性タタニーに於けるが異つてゐた。耳硬化症の場合生殖腺に機能不全、發達異狀の徴を示す。既に女性に述べたるが如く耳硬化症の女性にありては屢々月經異狀を認めたが、また屢々女性の患者が男性のように毛髮を生じ、或は反對に耳硬化症の男性が女性の毛髮を生じたりする。また男性に在りては生殖器の發育不全また稀に増殖を見ることがある。性的神經衰弱の徴候並びに異狀の性感は屢々

耳硬化症
血液新陳代謝
變化

耳硬化症の患者に見られる。

(四) 耳硬化症の血液新陳代謝變化

耳硬化症と内分秘との關係を究明するに血液並びに新陳代謝の變化に最も明かにこれを見る。(フォッス氏ライヘル氏ベルベリヒ氏ステルン氏等)

これを検査するに(一)血液血清中のカルシウム、カリウム、ナトリウム、クロール、マグネシウム及び燐を定量する。(二)血清中のヒヨレステリン量を測定する。(三)血清中のグロブリン、アルブミン分布を検査する。(四)含水炭素の新陳代謝を検する。(五)體液の藥物的實驗をなす。これらの検査を爲すに耳硬化症に於て必ず變化を認めるが必ずしも特有のものでなく癌腫、妊娠及び爾他の條件に於ても認めることのあるものである。

(一)血清カルシウム量はライヘル氏の調査に依れば全例の八〇%に減少して居る。この現象は約四五歳に證明されるがこの年齢以上なれば血清中のカルシウム量は生理的にも減ずるものであり耳硬化症患者に於て恰も四五歳以下に於て檢定される量に低下するのである。血清中のカリウム・ナトリウム・クロール・マグネシウム、燐を定量するに耳硬化症に於て尋常の場合と差異がなく。マグネシウム量はカルシウムの減量する場合も尙ほ増量するものが多い。

(二)血清中のヒヨレステリン量はベルベリヒ氏の調査したところによれば耳硬化症患者に於て減量すること常に明瞭であり、尋常の場合の二倍になつたこともある。大人に於て四十四歳まではヒヨレステリ

ン量 0.12 乃至 0.18 瓦%なるが四十五歳以上なれば生理的にも 0.09 乃至 0.13 瓦%に低下する
 ここはカルシウム量に酷似して居る。

(三)血清中のグロブリン・アルブミン分割はステルン氏及びライヘル氏が検索したるが大概の耳硬化症
 患者に於てグロブリンの比較的増量を認めた。カーン氏沈降濁濁反應法を行ふに耳硬化症に於ては陽性
 なるもの多い。アルブミン・グロブリン分割の推移するに反し赤血球の沈降速度は一般に尋常の場合と
 異なるものがない。これ恐らくはヒヨレステリン量の減少と關係あるように思ふ。

デンケル氏は耳硬化症患者の血液を以つてアブデルハルデン氏酵素反應を試みたが屢々、脳下垂體の防禦
 酵素の分解産物に對し尋常の場合より陽性なるを認めたるがこれ恐くは血中蛋白質體の不安定の烈しくな
 る結果と思はる。尚ほ癌腫、妊娠、炎症、化膿及び發熱に際してこの反應の陽性なるも同一の意味である。

(四)含水炭素の新陳代謝は血糖を以つて検査するに耳硬化症患者の血糖量は大概變化するこゝなく屢々
 極めて僅微に増加するこゝ稀にある。腎臓に於ける糖の通過は多くは尋常の場合より増加する。これは
 フロリヂン感受性を以つて試験し得る。

(五)初めステルン氏が耳硬化症患者の血清と尋常血清とを比較するにルビン胚芽の發育障礙を以つてし
 た。これをライヘル氏は廣く體液の藥物的検査に利用し、血清に限らず、耳硬化症患者の全血液、尿、
 唾液、涙液及び汗の検査をも遂行したのである。これらの研究に依りて得たる結果に依れば耳硬化症患
 者の體液は健康者の體液に比較して植物に對して甚だしく有毒なる場合が極めて多い。斯くの如き毒作

用は種々の方法にてこれを證明し得る。例へば種々の嫩芽に對してその發育を阻止したり或は切花に對
 して異狀に作用し急速に死滅せしめたり或は酵母の發酵を中止したりする。かくの如き毒作用が耳硬化
 症の血清に存するこゝの如何に説明すべきか、恐らく二様の疑問を生ずる。第一、第一項より第五項ま
 で記載したる血液及び新陳代謝變化が迷路囊の耳硬化症病竈に對し如何なる態度を示すか。第二毒作用
 と内分泌との間に如何なる相互關係を來たすや。

第一の疑問を解くに先づ諸家の意見に鑑み耳硬化症の成立を徹頭徹尾局所的ファクトルにこれを認めね
 ばならぬ。

第二の問題、耳硬化症患者に於ける血液及び新陳代謝變化を耳硬化症病竈に對比せしめるに原發性或は
 續發性を見らるゝだけ第一の問題と趣を異にする。故に血液及び新陳代謝變化が耳硬化症の一般的代謝
 機病なりや或は局所的耳硬化症病變の續發症なりやこれを確定せねばならぬ。扱て原發性代謝機病と云
 ふ説に對しては兎に角變化の特有ならざる點ありてこれを否定せねばならぬ。即ちこれらの血液及び新
 陳代謝變化は耳硬化症のみならず癌患者にも認められまた屢々妊娠時にも檢定するのである。結核及び
 急性慢性疾患に於ても若し蛋白質破壊の増悪すればまた往々前記の血液及び新陳代謝障礙を證明するの
 である。傳染性疾患に際しては蛋白質破壊産物を生じこれが異體物質(körperfremde Stoffe)として前
 記第一項乃至第五項の反應を検する時その一部を證明すると思ふ。耳硬化症に於て血液血清の生化學的
 反應を見るが、これ癌患者に於けるが如く病的組織、寄生性換言すれば異體性(Körperfremdheit)なるが

如く見える、同様の意味にて妊娠時に生長し行く胎児は異體性のものであり自己生物學(Eigenbiologie)を以つて武装したる有機體を認めねばならぬ。これに由つてこれを見れば耳硬化症の血液及び新陳代謝障礙は専ら局所的耳硬化症病機の續發症を認めるのである。

かく釋明するも耳硬化症の局所病竈が血液變化に依りて影響を蒙らず云ふのではない。寧ろ許多の臨牀上の觀察に依り結論するに血液變化は催春期、妊娠等の時期に造血腺の活動に依りて起り而して耳硬化症の經過に影響するに甚だしい。内分泌腺とそのホルモンは長く等量にて血中に達するものでなくその機能の一定時期にも血液の變化を來すこと往時より知られて居る。これを要するにこれらの變化に就いて現今吾等の知見なるもの甚だ不完全である。たゞ二三の實驗成績に依り性的位相に従ひ血液及び新陳代謝變化の變化せしを附記し得る。これに依りて耳硬化症の血液及び新陳代謝變化を内分泌如何なる關係ありやの第二の問題を附議し得し思ふ。兎にも角にもこの問題は性的位相の耳硬化症に對する影響に就いての臨牀的觀察を連繫せしめて説明するを便利なりとす。

(五) 病理解剖及び症候

耳硬化症は概ね兩側に發病し就中迷路囊に限局せる病竈性の骨疾患なのである。且つ屢々膜様迷路の神經裝置に萎縮變性を續發して來る。耳硬化症の病竈は特に迷路囊に於ける骨膜を内軟骨と相接するところを好發部位とする。例へば鼓室、卵圓窓の正中縁、蝸牛殼囊及び内聽道縁等である。卵圓窓に來たる病竈は馬蹄骨板に波及し馬蹄骨強直を起す。

病理解剖
及び症候

組織的所見は學者に依りて見解を異にし一致せざるころがある。如之ならず組織像は種々ありて一様でない。最も屢々認めるものは海綿様の造構であり盛に建設を破壊の所見がある。而してその間に緻密硬化の像を現はして居る。緻密にして硬化せるものは比較的に古き部分にして病機の休止せるものと見らる。しかしこれらの休止せる部分も再び増殖する機會がある。

この耳硬化症の病理解剖的變化が如何にして成立するか諸家の説ありて詳細に説明せねばならぬ。けれども此處にはこれを省略する。兎に角に病機を説明する諸家の立場は異なるが、一般に認められる點がある。それは耳硬化症そのものは遺傳性、變性の素地ありて發生するに云ふことである。(ベッイルト、ジーンマン、ハンメルシュラーグ、ケルチル、アレキサンデル、マナッセ、フォックス氏等々)

臨牀上の症候は極めて緩慢なる病型にして屢々數年間殆んど停止的の重聽を訴へ、概ね不快なる自覺的耳鳴に悩まされる。時々均衡障礙來たり耳痛、耳の壓迫感ワイリジエ氏錯聽等を訴へる。他覺的に認めらるる特徴としては彼のシュワルツェ氏の紹介したる鼓室岬並びに鼓室正中壁の赤色透見である。これは鼓室岬粘膜炎の充血に依る徵候なるが、また屢々これを缺除して鼓膜のオバーク(卵白色)に見えたこともある。耳硬化症の重聽を分析するに絶對的に平均して居らぬ。しかもそれが特長である病理解剖的部位を範圍に依り聽力検査の結果を異にする。此處にベッォルト氏の始めて唱へたる三徵候が有名であり、耳硬化症を診斷するに有力なる方法の一つである。即ち(一)下音界の上昇(二)骨傳導延長、(健康の者に比較して骨傳導延長する(三)リンチ氏法陰性、耳硬化症には上記の傳音障礙のみを専ら訴へるものがある。これは

即ち純粹の馬鐙骨強直に他ならぬ。次に内耳の變化ありて感音障礙の専らなるものがある。次にまた傳音障礙と感音障礙を併發せるものもある。蓋し第三型に屬するものは恐らく耳硬化症としても臨牀上甚だしく病勢の進んだものである。ゼレー氏法陰性は耳硬化症に屢々證明されることあるが、必ずしも特長でない。彼の慢性中耳カタル及び中耳炎後癒著症の場合にもこれを證明するのである。

(六) 耳硬化症の内分泌學的療法

先づ豫防的方法として内分泌學の見地より考究されたるもの大略次ぎの如きものがある。(一)結婚禁止(二)妊娠回避(三)妊娠中絶(四)避妊また卵巢機能を減退せしめる生殖器疾患の合法的治療を行ふこと及び内分泌腺疾患を診斷してこれを治療すること例へば甲状腺病、バセドウ氏病、糖尿病の如きものである。アレキサンデルは病的に性的機能と何等かの關係ある耳疾患の豫防法を講ずるには必ずや有機的結婚相談を唯一無二のものとして居る。女性の耳硬化症患者の妊娠を根本的に禁止すること云ふ問題は諸家に依り賛否一様でない。兎に角にかゝる女性の妊娠は耳疾患に對して危険多きことを教示する必要がある。妊娠中絶の問題に就いても諸家の意見が一致しない。たゞ耳硬化症に於ては妊娠中絶の比較的適應すること云ふに過ぎぬ。これに依りて妊婦の健康を害せざるも耳の障礙の増悪すること云ふのである。妊娠中絶の適應症を定めるには、先づ第一自然的或は人工的妊娠中絶の、耳硬化症の經過に對する影響の如何を以つて標準とする。從來諸家の經驗に徴すれば早期的妊娠中絶は、耳疾患の病機を停止せしむること云ふて居る。妊娠の第一週に妊娠を中絶すれば、屢々聽力の恢復を見ること云ふ。自覺的症狀も妊娠

耳硬化症
の内分泌學的療法

の終了と共に著しく輕快するのみならず、往々全治することをも經驗されて居る。これを要するに耳硬化症に於て妊娠中絶を行ふこと早ければ早いほど豫防法の目的を良く達するのである。

妊娠中絶の適應症を定むるに耳硬化症の場合場合に依り從來の經過を精査すること必要である。これが妊娠と耳硬化症の豫後を比較することになる。妊娠中絶の問題起れば妊婦の年齢また考慮せねばならぬ。

アレキサンデル氏の經驗に依れば、四十歳乃至五十歳の耳硬化症患者に妊娠中絶を行ふ場合、十八歳乃至二十歳のものに決行したるものと比較するに非常に相違ある。妊婦の既に月經閉止期に近きものは妊娠中絶に依りても聽力障礙の増悪を防止する望み渺なく、これを要するに月經閉止期の影響も加はるからである。

アレキサンデル氏はあらゆる事情を考慮して妊娠中絶に比較的なる(且つ嚴重に)個性的の適應症を次ぎの如く定めて居る。(一)豫後上耳硬化症の不良なる場合、換言すれば内耳の原發性乃至早期的續發性疾患ある時、體質異狀の顯著なる時、強度の遺傳を認むる時、全身病の併發する時、患者の抵抗力の甚だしく侵された場合(二)耳硬化症の重聽の兩側性に甚たしき時。(三)妊婦少なくとも二度の妊娠にして年齢二十五歳以上ならざる時。(四)後天的關係殊に社會的關係の不良なる時。

スタイン氏は次ぎの場合に妊娠中絶を決行すべしと云つて居る。(一)第二耳も罹病し、或は兩側の耳硬化症進行して妊娠開始する時、就中其の間に内耳疾患の症狀著しき時。(二)遺傳素質著しく、殊に耳に關する遺傳濃厚に、また神經疾患の素質濃厚なる時、殊にこれらの病變が妊娠初期に於て重篤の病狀として現

はるゝ時。例へば精神病、癲癇、舞踏病、多發性神經炎の認めらるゝ時。(三)植物性神經特に心臟乃至脈管の植物神經系統の異狀に興奮せる症狀を認むる時。(四)或種の腺の機能障礙ありて内分泌障礙を認めらるゝ時。例へば甲状腺腫、潜伏性テタニー、脳下垂體機能障礙、食餌性グリコスウリー、妊娠前の月經異狀劇甚なる時。(五)妊娠中毒の症狀著しき時。例へば妊娠悪阻、唾液分泌過剰、子癇等を認むる時。これに由りてこれを見るに耳硬化症の場合に考慮すべきものは妊娠のみならず。あらゆる性的關係である。妊婦は性的關係の影響に就いて必ずや耳疾患に對し悪影響あるを適當に了解せねばならぬ。例へば内分泌腺系統の疾患の有無に注意し、確實なる診察を受け適當なる治療を施さねばならぬ。しかし耳硬化症の場合萬全の治療法はない。例へば甲状腺、脳下垂體、副腎、卵巢等の製劑を以つてすれば、非常に良好なる経過を現はすことあるが、他方に於てこれらの製劑何等効果なく却つて悪影響を來たすこともある。故に文獻に徴して腦下垂體、副腎、卵巢、睪丸等のホルモン製劑が、耳硬化症に對して非常に貢獻ありし云ふ報告を見るも、これ必ずしもこれらのホルモンを耳硬化症の根本的關係ありし云ふにあらず。蓋し非特異性の作用が血壓、血液分布及び組織液に對して影響し、聽力並びに耳鳴の輕快せるものと思はる。今日まで種々のホルモン製劑の應用せられたるが、耳硬化症の治療劑として唯一無二なるものは毫も無い。

フライ氏及びクリーセル氏が稱揚したるレントゲン療法は上皮小體及び耳硬化症病竈の二重照射法なるが、これに由りて病機輕快し或は停止せしむるに云ふも、諸家の實驗は多くこれを否定して居る。また紫外線療法に依り耳硬化症病機の治癒せしむる報告あるが、未だ確定的の療法でない。僅かに血液血清中のヒヨロステリン量減退を復歸せしむるに過ぎぬ。

クレチニスムス

クレチニスムス

耳科疾患

耳科疾患

地方病性聾啞(Bircher)或は地方病性體質聾(Hammerschlag)は重篤なる耳疾患である、輕症のものは殆んどない。ブロッホ氏は甲状腺障礙に依る重聽をこの病型に入れて居る、何れも地方病のクレチニスムスに依る耳疾患の下に定義し得るもので、専ら甲状腺の機能障礙に依るのである。尙ほ地方病クレチニスムスの耳疾患は専ら聽力障礙著しく或は地方病性重聽を稱せられ或は地方病性聽力障礙或はまた地方病性クレチニスムス重聽を稱せられるのである。

症候

症候 クレチニスムス患者の頭蓋及び顔面部は一種の特徴を有するが、外耳に於てもまた屢々變化を認めらる。耳翼はその大きさ屢々左右不同であり、顔面部より垂下し耳朶は屢々顔面部に癒著し、或は缺

如する。或は人相學形態學の耳係數は比較的に低い。しかし外耳の變性徵候はクレチニスムスに於て稀にこれを見る。

外聽道は普通のものより狹隘にして、且つ平坦なるものが多い、鼓膜は尋常の光澤を有すること尠なく屢々肥厚し混濁し且つ内陷して居る。

クレチニスムス

クレチニスムスの特長は聴力障碍及び言語障碍である。それには程度種々ありて、軽度の重聴にて始り、言語も僅かに澁滞するものがあるが、一方に於ては全く聾啞に陥るものもある。聴力障碍は言語障碍は程度種々なるばかりでなく、また並行するものでもない。例へば聴力殆んど障碍せられざるに、言語を知らぬ場合もある。所謂聴啞(Hörstumm)なるものである。シヨルツ氏は二十九%に於て聾啞を三十二%に於て重聴を證明した。しかれども氏は各例に於て詳細なる聴力検査を示さざるが故に、その重聴の程度を數字的に知るこゝ出来ぬ。また爾他の學者の報告に依れば、クレチニスムスの全例(一)に於て聴力は健全なりと云ふて居る。

本病の性的差別に就いては幾多の研究業績發表されて居る。ナールゲル氏は本病八〇例のうち女性六十二%男性三十八%を證明した。この結果に徴すれば本病の聴力障碍は耳硬化症のその如く男性に比し女性に遙に頻發すると思はる。

クレチニスムスは精神の侵さるゝこゝ多きが故に、聴力検査を精確にするこゝ困難である。例へば音響刺戟に對して反應悪しき場合、果して末梢部の疾患に基因するや或は精神異狀の爲めなるや、殆んど斷定し難きこゝが多い。クレチニスムスの甚だしきものにおいて、智識缺如し言語障碍高度にして、聴力検査を行ふも動物に行ふに等しい。かゝる場合に患者の聾せるや否やを決定するには、専ら耳翼眼瞼反射を試験するのである。聴力障碍の極めて軽度なる場合、私語を以つて検査し得。また會話語及び爾他の音響を以つて検査し得る場合がある。簡單なる検査にては、聾啞と思はれる患者にありても、屢々

殘聴を證明するこゝがある。

重聴の部位は音叉試験に依りて重要な點證明される。大多數に於ては内耳性重聴を證明する。即ち骨傳導短縮しウェーベル氏は健側に偏する。上音界は狭くなる。リンチ氏法に陽性なるこゝが多い。機能検査と聴力検査とを比較するに、迷路性疾患よりも寧ろ迷路外性重聴と認めらる場合が多い。恐らくは骨傳導甚だしく短縮し、同時に下音界僅かに狭くなり、これに反して上音界の下降するこゝ甚だしきものである。

また諸家の検索したる症例にては、聴力障碍甚だしい計りでなく、中耳性重聴と思はれるものもある。中耳性重聴が將た内耳性重聴か一方甚だしき場合もありて、聴力検査の結果は極めて區々たる場合もある。それは中耳に於ける病理的解剖變化の種々なるこゝに並行して居る。

重聴の重篤なる場合は殆んど常に先天性のもので、軽度の場合に在りても亦過半は先天性である。往々青春期になりて始めて徴候を認めらるゝのである。ナールゲル氏の三十歳の後ちこの症候を記載したるは、頗る稀有の場合に屬す、また重聴の輕症なる場合は、その聴力障碍屢々極めて緩慢に進むものである。要するに重聴の経過は一般に停留性のものこす。

診断 地方病性クレチニスムスの重聴は定型の著しきものがない。従つてこれを診断するには、重聴外以の症候、例へば甲狀腺腫、侏儒、智力障碍等に因らねばならぬ。しかし著しき場合は診断極めて容易である、殊に地方病性クレチニスムスの濃厚に散在する地方では容易に診断される。しかし此處に全く

診断

レチニスムスより健康人に至るまでは階段が非常に多いことに留意せねばならぬ。幼児に在りてはこれらのクレチニスムスの症状未だ著しからず、従つて聴力障礙の果して地方病性のものなりや極めて診断し難い。比較診断の點から注意を要するは遺傳性微毒及び遺傳性變格性重聽の二つである。たゞ甲状腺腫のみありて爾他の症状を認めざれば、重聽を訴ふるも地方病性クレチニスムスと稱するを得ない。前庭機能検査は智力障礙ある患者に於て、聴力検査よりも便利多き検査法である。これを迷路刺戟の實驗を以つてするに、殆んご常に正常なりと言つて居る。最近アレキサンデル氏の検査せるところに依れば、迷路の興奮性甚だしく減退するか、或は消失せるものが多い。しかし迷路の過敏性をも證明したものである。特發性眼球震盪もまた屢々認められる。この眼球震盪を觀察するに、迷路性のものでなく、體質異常の人に認むるものと類似して居る。

豫後

豫後 一般に重聽そのものは豫後佳良なりとは言ひ難い。地方病性クレチニスムスの病因が尙不明なるが故に、本病の治療法も確定せぬから、豫後に就いても確實なことを言ひ得ぬ。蓋し或場合には治療法適して重聽の輕快することあるが、また反對に如何なる治療法を施すも重聽の漸次増悪することもある。また或は十數年も停留性なる重聽を訴ふることもある。

治療法

治療法 諸家の經驗せるところ種々雜多であり、従つて意見の一致したる點がない。既にクレチニスムス患者、精神状態明敏を缺き従つて簡單なる聴力検査を行ふも、確實にはこれを診断し難い。その間に聴力検査を反覆するに、僅少ながら輕快せることもあるが餘りに確實ならず。これ患者を毫も治療せざ

るも、聴力の僅微なる變替は屢々遭遇するところである。また患者の聴力回復せりと言ふ言ふも、既に智力障礙あるから大いに割引して評價せねばならぬ。

屢々甲状腺錠を與へて大いに奏效せりと言ふ人がある。しかしシヨルツ氏、ヘル氏等は全然反對の意見を有す。アレキサンデル氏は内耳及び中耳の粘液水腫性疾患に對して、甲状腺療法を施し聴力輕快せるを見たが、クレチニスムスの聾に於ては何等の影響なかつたこと云ふ。ジーベンマン氏及びナーゲル氏は甲状腺製剤を以つて何れの場合にも效果なかりしこと云ふ。ジーベンマン氏は智力の啓發と能率の向上を唯一の良法なりと云つて居る。ナーゲル氏は病症輕度の八〇例に於て甲状腺製剤を試みたが聴力の輕快せるもの僅かに一二%に過ぎなかつたこと云ふ。

甲状腺製剤はこれを用ふるに大いに注意すべきものがある。要點は少量を數ヶ月乃至數年に亙りて規則正しく繼續するにある。これを始用するに當りて一日量一錠(〇・三甲状腺實質は既に多きに失する。如何なる場合に在りても二錠を超過してはならぬ。加ふるに沃度劑を並用するは合目的である。フンチゲル氏は沃度を加へたる食鹽水を用ひたるが最も便利なりと云つて居る。アレキサンデル氏もこの方法に依り往々内耳性重聽の著しく輕快せるを経験して居る。

鼻科疾患

鼻科疾患

地方病性クレチニスムスに在りては、殆んご常に醜惡なる鈍鼻(Stumpf-nase)を呈し、鼻根廣く鼻梁また廣く、何れも甚だ低く位置して居る(Platyrhinie)屢々尙ほ一層甚だしき醜形は鼻孔の前方に向ふものである。

クレチニスムス

七六七

顔面の幅は遙かに顔面の高さを超越して居る。鼻の顎竇を有する上顎は非常に低く、これに反して篩骨及びその位置は本来甚だ広い。またウィルヒョウ氏の記載に依れば篩骨は特に低く位置して居る。頭蓋のレントゲン寫真に於て後頭前額方向に撮るに、篩骨の大直径は篩骨粘膜炎の粘膜炎浮腫状態に依りて生ずるもの云はる。しかしウェゲリン氏はこれを否定して居る。即ちクレチニスムスの小兒に於ては既に篩骨蜂窩の成立せざる以前に於て、眼窩間中隔の直径を認むるに主唱して居る。ナーゲル氏の記載に依れば鼻孔は概して廣く、その粘膜炎は乾燥し、屢々萎縮し、恰も眞性オツエナの如くなり云つておる。鼻の構造斯く變化せる結果、涙流支障を來たし屢々結膜炎を起すことがある。

頭蓋の特長は頭蓋底短縮である、即ち蝴蝶骨體及び後頭骨の頭蓋底部に相當して頭蓋底骨の短縮である、この頭蓋底の蝴蝶骨後彎の結果なのである。フルーメンバツハ氏斜臺は鋭く急峻に下だり殊に短縮すること著しい。大孔は著しく前上方に位置し翼狀突起は後方に出て大翼は前方に進むことになる。トルコ鞍の廣さは屢々増大せる腦下垂體に並行して、且つ頭蓋の發育に準じて著しくなる。

後頭骨及び蝴蝶骨體の短縮は、頭蓋底に於ける軟骨附屬部の化骨起點が障碍される結果である、就中蝴蝶骨後頭骨間軟骨接合は普通二十歳前後に消失するが、クレチニスムスに於ては尙ほ存するものが多い。この蝴蝶骨後頭骨間軟骨接合の開放は、屢々成人せるクレチニスムスの頭蓋に於ても觀察せられたのである。要するに一般には四肢骨の軟骨附屬部に於ける化骨遷延よりも、一層曠しく遅延することもある。顯微鏡的にこれを見るに、軟骨附屬部は彼の特發性乃至實驗的甲状腺消耗症に於ける所見と殆んど

一致して居る。即ち細胞間實質は正常に石灰化して軟骨細胞は増殖せず。軟骨の破壊せられる結果、骨髄の完成することがない。

肢端肥大症

肢端肥大症

本症は極めて稀異の病型に屬し、手足及び顔面の肥厚して巨大狀貌を來たす、加之ならず爾他の身體部位に於ても増大するものである。この病機は骨軟骨及び軟部を侵す。骨及び軟骨に於ては、特に筋附著部に於て肥厚するものである、顔面にては鼻及び下顎の肥大最も著しき下顎の増大甚だしく、その結果は下齒列は上齒列の前方に進み、齒牙は互に相離れて表はる、肢端肥大症の原因に就いてはビエール、マリー氏始めて腦下垂體の疾患なることを證明したのである。即ち専ら腦下垂體前葉の纖維様形成を見、かくて内分泌の障礙を來すものである。肥大せる腦下垂體は視神經交叉の中部を壓迫し、これに由りて定型的の兩顳性半盲症を來たすものである。

耳科疾患

耳科疾患

肢端肥大症の部分的症狀として屢々外耳の一部鋭く増大することがある。内分泌腺は骨の發育に影響するから顳顎骨の發育障礙も認められる。例へば乳嘴突起の非常に増大する症候も報告されておる。最近フランスのランジュ氏の報告せるは肢端肥大症に眞珠腫を合併せる一例だったが外部より後頭乳嘴部非常に隆起して手術腔は五十五耗の内容を有し骨皮部の厚さ五耗あつたのである。

肢端肥大症

鼻喉科疾患

肢端肥大症の場合には舌咽頭及び喉頭も侵される。舌は廣く厚く且つ長くすべて量的に増大する就中その後頭に於て著しい。

軟口蓋及び咽頭の粘膜も甚だしく肥厚す。喉頭に於ても量的増大するこゝ著しく、外部よりこれを見るに甲状軟骨突起(Adamsapfel)の隆起するこゝ著しい。軟骨及び軟部も同様の變化を呈し、聲帯もまた長く且つ廣くなつて居る。これに由りて音聲變化は低調にして粗野に聞える。殊に女性に於て最も著しく即ち音聲は男性のその如く響くようになる。

手術するか或はレントゲン療法に依るかいづれにしても肢端肥大症の症狀は屢々輕快する、例へば手足は小さくなり舌咽頭及び喉頭の變化も漸次回復し、音響もまた本來の調子に音色を發揮するこゝがある。

ノイフェルト氏は喉頭の變化に窩いて系統的に調査したるが、これに依れば、會壓軟骨は厚く且つ廣くなり、舌會壓聲愈々明らかになる、假聲及び聲帯も厚く且つ長くなる、殊にノイフェルト氏の觀察したる症候に於ては、披裂軟骨の甚だしく増大せるを認めたとのである、即ち披裂軟骨は腫物の如く豌豆大に脹れ上り、ザントリン氏軟骨は角狀に突起して居つたのである、發生時にはこの腫物様肥厚に依りて聲門の後部を覆ふたのである。斯く披裂軟骨の増大せるは筋肉附著部にして活動せし結果である。フライスタットル氏の症例に在りては喉頭の全領域に於て一樣に肥大し披裂軟骨のみ特に著しいこゝもなかつた。肢端肥大症にては聲帯長大なるが故に、深吸氣の場合には左右聲帯の開大なるこゝ、尋常よりも微弱

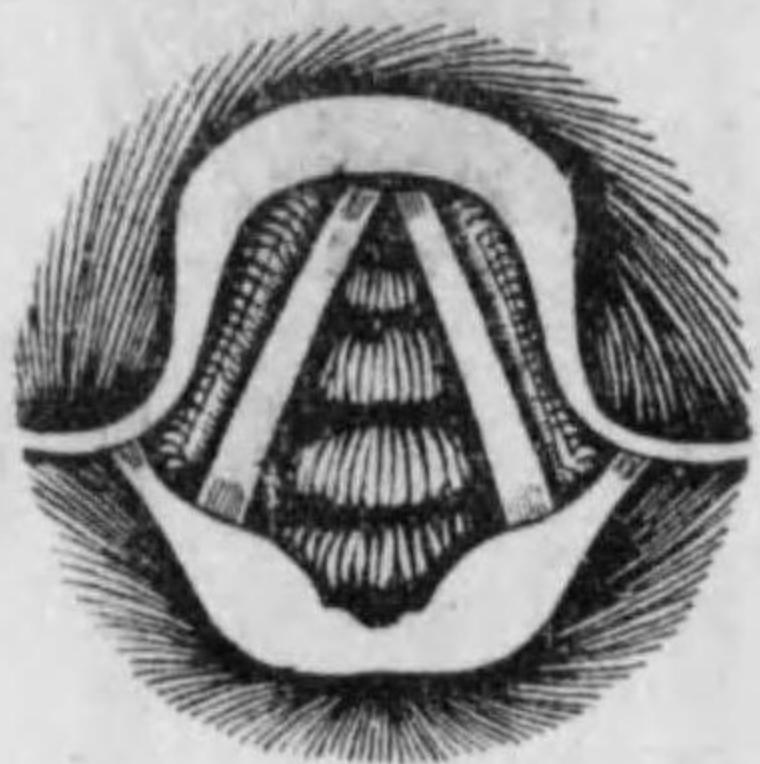
第七十五圖

アロケメガリ喉頭



第七十六圖

尋常の喉頭



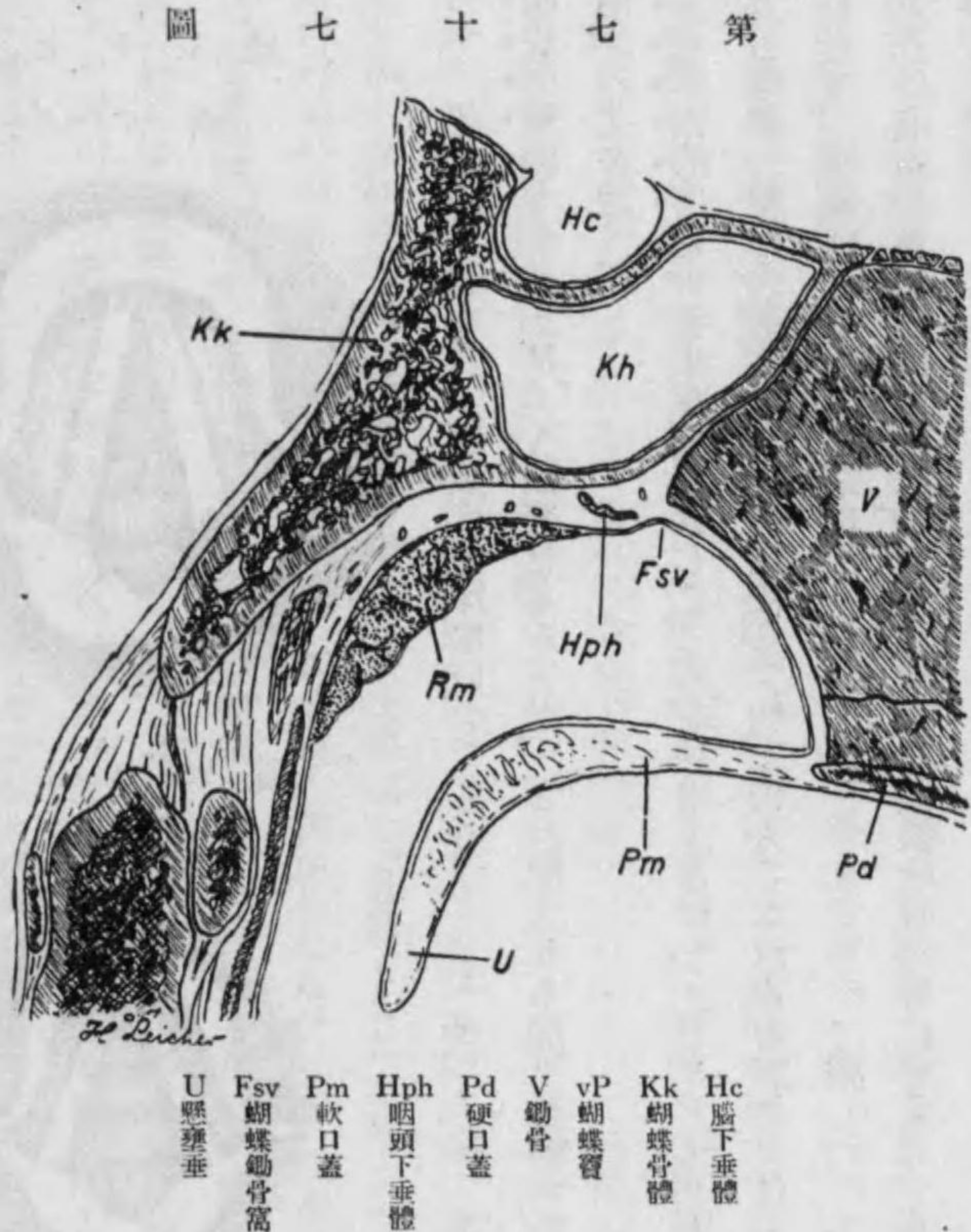
である。聲門は比較的基底の狭き二等邊三角形を呈し、その基底は恰も披裂軟骨間に相當して居る。この廣さの聲門は呼吸に毫も差し支へない。これ吸氣時に聲帯の外轉範圍の縮少するだけであ

味覺障礙

つて、音聲は低調なるも吸氣に支障ないのである。味覺の障礙もまたしばしば観察せらるゝが、これ肥大せる腦下垂體の鉤狀廻轉を壓迫する結果なりと證明されて居る。

病理解剖的所見の從來記載されしところを抄出するにピエール、マリー氏及びゼ、マリチスコ氏は會厭及び喉頭の粘膜の尋常のそれに比較して約二倍大なるを認めて居る。粘膜の變化は皮膚の變化に酷似して、諸家はこれを單性鞏皮症(Pachydermie simple)と稱したのである。モツスエ氏及びダウニック氏は喉頭の各部一樣に肥大し、甲状軟骨も披裂軟骨の特に増大し、その粘膜の甚だしく肥厚せるを報告して居る。

脳下垂体
及び鼻疾
患



もまた副鼻腔にも侵入するこゝがある。

脳下垂体及び 鼻疾患

脳下垂体はこれに隣接する蝶鞍窩及び篩骨蜂窩との關係を臨牀的及び病理的に觀察するに、次の三箇條に分つて便利にする(一)脳下垂体の腫瘍は蝶鞍窩の後壁に隆起し、この窩を篩骨蜂窩に破壊するこゝがある(二)後部副鼻腔の疾患は比較的稀有なるが脳下垂体に波及するこゝがある(三)頭蓋底の腫瘍は脳下垂体にも

蝶鞍窩後壁は屢々脳下垂体腫瘍の爲め膨隆し、屢々高度になりて蝶鞍窩縮少せられ、狹隘なる間隙に過ぎざるこゝがある。また稀には脳下垂体乃至脳下垂体管腫瘍の場合に頭蓋内の壓力進みその結果蝶鞍窩及び篩骨蜂窩に破壊し、腦脊髄液の遂に鼻腔内に流出するこゝがある。篩骨蜂窩及び蝶鞍窩の疾患は、繼續的に脳下垂体に波及するこゝ極めて稀である。ボグス氏及びウイニテルニッツ氏は蝶鞍窩に續發せる急性化膿性脳下垂体炎を記載して居る。クラウス氏は蝶鞍窩の化膿性骨髄炎より化膿性脳下垂体周囲炎を見て居る。シレージングル氏は蝶鞍窩腫瘍に因する大脳性脂肪過多症を記載して居る。トリギアニ氏は蝶鞍窩中隔より發生せしこゝ思はる、内發軟骨腫のトルコ鞍を侵し、更にこれより脳下垂体性症候群を呈したる症例を記載して居る。ウォルムス氏及びデラートル氏は鼻咽腔より發生せる淋巴肉腫の脳下垂体に侵入し、而して殆んど全部これを破壊したる症候を見て居る。この場合には脳下垂体の機能は全く缺如したるが、尿崩症及び生殖器脂肪過多症は毫も認めなかつたのである。

ブーロウ氏及びスチワード氏はブルーメンバツハ氏斜臺に於ける悪性脊索腫の進んで脳下垂体を全然トルコ鞍より押し除けまた蝶鞍窩に浸潤し更に蝶鞍窩を充塞したる症例を記載して居る。

脳下垂体外科

往時は頭蓋内手術法 (intrakranielle Methode) が行はれたるが、今日も英米の外科に於ては此の法を完

成すべく勉めて居る。(Adson, Cushing) これに對して獨逸に在りては頭蓋外手術法 (extrakranielle Methode) 行はれ、殊に耳科に於ては常に蝴蝶竇を経由する法 (transspheoidale Methode) を推奨して居る。而して蝴蝶竇に先づ達する方法として次ぎの諸法がある。

第一鼻道法

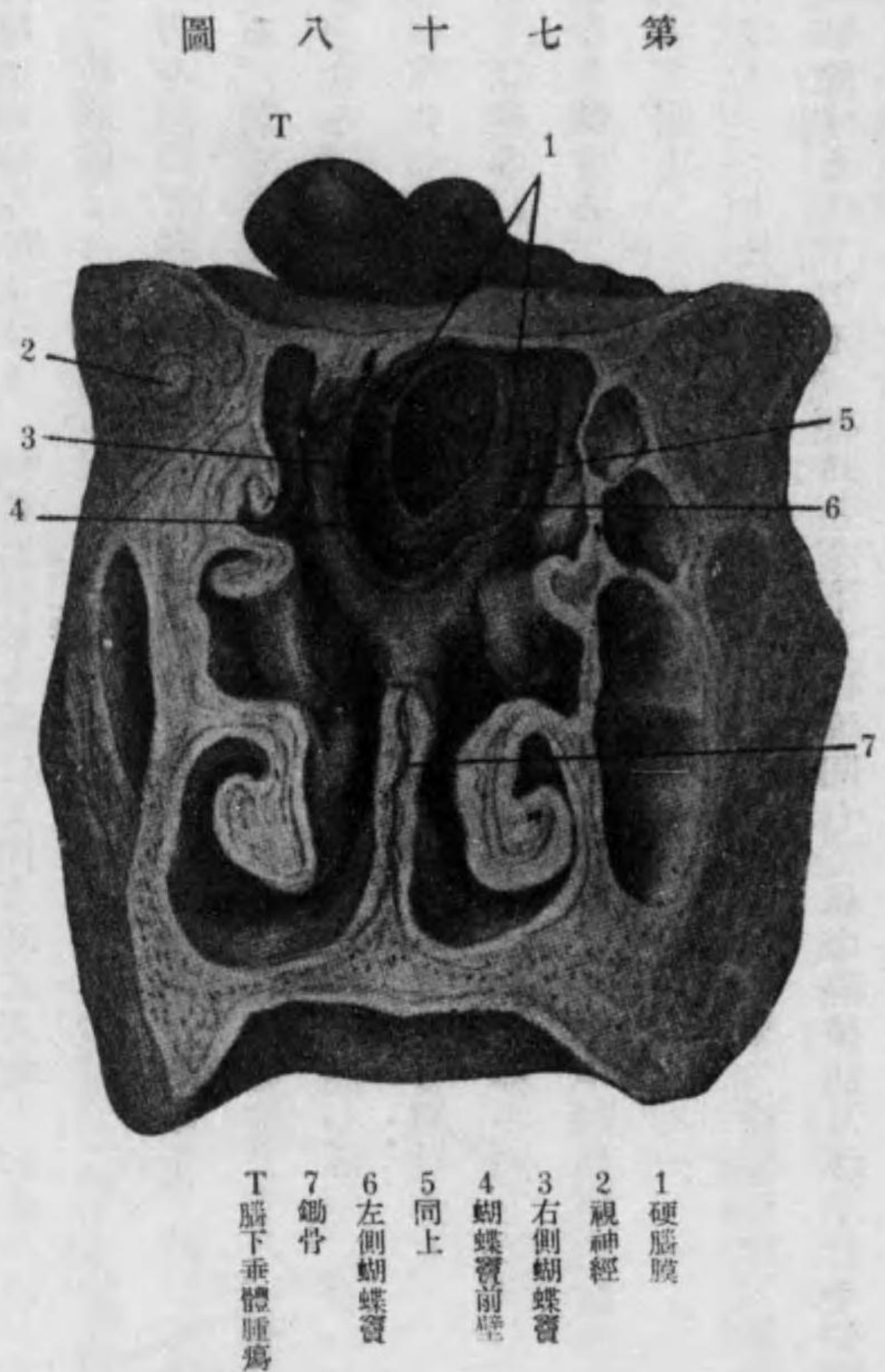
- (一) 外部切開を以つて進入するもの。(二) 外鼻を右側へ轉開して。(三) 外鼻を下方に轉開して。(四) 鼻を觀音開式に轉開して。(五) キリアン氏篩骨手術式に依るもの。
- (ロ) 鼻内法 (一) 篩骨經由法。(二) 中隔經由法。
- (ハ) 脣下法 (一) 鼻中隔切除に依るもの。(二) 鼻中隔經由法。

第二口蓋經由法

第三上顎經由法

外鼻を轉回して進入するに、鼻中隔は上脣に於ける附著部より出来るだけ下後方へ切斷する。而して出来るだけ大部分鼻中隔を轉回せる鼻部に附著せしめる。これに依りて鼻背の凹陷するを防ぐのである。外鼻を右方に折り疊むには中甲介ミ鋤骨の殘部を切除する。而して蝴蝶竇を開放する。次いで蝴蝶竇中隔及び後壁を除去し遂に硬腦膜を切開し腫瘍を摘出する。この方法には諸家に由りて各々若干の變法を考案して得意で居る。鼻轉回の方法は鼻外法に在りては鼻内法の場合よりも有意義でない。多くの鼻外手術を推奨する外科醫は、鼻中隔は全然これを除去し、中甲介及び篩骨は最も注意してこれを取り扱ふ

が、外鼻を觀音開式に轉回するコッヘル氏は鼻骨柱を切開したる後ち鼻中隔を粘膜下に於て切除する。この法は後ちヒルシユ氏及びクツシング氏の應用したるところである。更にコッヘル氏は鼻鏡様の器械



を以つて鼻中隔の左右粘膜瓣の間に入れ、これを強力を以つて哆開せしめる。而して中甲介及び篩骨を鈍に挫碎せしめる。キヤリ氏は先づキリアン氏篩骨蜂窠手術式の如く外部を切開して篩骨を除去し、而して蝴蝶竇を開きその後壁を切開して腦下垂體に達する。オスカール、ヒルシユ氏は完全

鼻内法を考案して居る。先づ氏は鼻中隔經由法を便利にして篩骨經由法を廢止したのである。このヒルシユ氏鼻中隔經由法は内景を窺知するに最も適し、腦下垂體手術法中懇切を極めたるものニ稱せらる。

鼻中隔軟骨及び骨はキリアン氏法の如く左右粘膜炎の間に於てこれを切除し、次いで粘膜炎を蝴蝶竇中隔前端及び蝴蝶竇前壁より外側へ剝離し、蝴蝶竇口の觀察に便ならしめる。蝴蝶竇中隔前端或は前壁を蝴蝶竇中隔を除去する、蝴蝶竇後壁を鑿にて開き特に考案したるスタンツェを以つて抓出する。こゝに於て硬脳膜より出來得る限り廣く露出せしめる。即ち硬脳膜に於て試験的穿刺を試みる。若し囊腫なれば小刀を以つて囊腫壁を切開し、その内容を徐々に排出せしめる。然かる後ち露出せる囊腫壁を抓み切除する。若し囊腫ならざれば硬脳膜を輪狀に切り抜きこれを除去する。而して腫瘍は鋭匙を以つて之を除去する。尚ほ腫瘍の深く脳内に在れば容易にこれを全摘し難い。蓋しトルコ鞍内の部分を摘出するを以つて先づ満足すべきである。これに依りて壓症は大方消散する。

唇下切開を以つて始まる鼻道法はハルステット氏は先づ鼻中隔を切除し、蝴蝶竇に達しそれより腦下垂體を手術する。クツシンク氏はこれに反して口唇より鼻中隔粘膜炎切除法を以つて進みヒルシュ氏法に酷似して居る。

ブライジング氏は硬口蓋を経由して進む、即ち先づ齒牙の直後に於て馬蹄形に切開し、硬口蓋を一時的に切除するのである。硬口蓋を下方に轉回して鼻中隔後部及び甲介を切除する。次いで蝴蝶竇を開放し後壁を鑿開する、チーフエンタール氏馬蹄形切開法に加ふるにT字切開を行ふ。

フライン氏及びデンケル氏は上顎竇の通路を選ぶ。即ち鼻側壁を悉く切除し、鼻中隔の後部を切除し蝴蝶竇に達する。

腦下垂體外科は、斯く記述するところを簡單なる記載に依れば、屍體に於ける實驗の如く、甚だ簡單のようなれど生體に於ける狀況は極めて複雑して居る。先づトルコ鞍の位置は區々にして蝴蝶竇との關係も手術に際して特に注意せねばならぬ。

こゝに著しき位置の變化の一二を記載して見る。例へば圖に示すが如く腦下垂體は蝴蝶竇の上部に占居するこゝもあり後方に偏在するこゝもある。消息子の位置は蝴蝶竇後壁を切開するに當り、屢々正鵠を

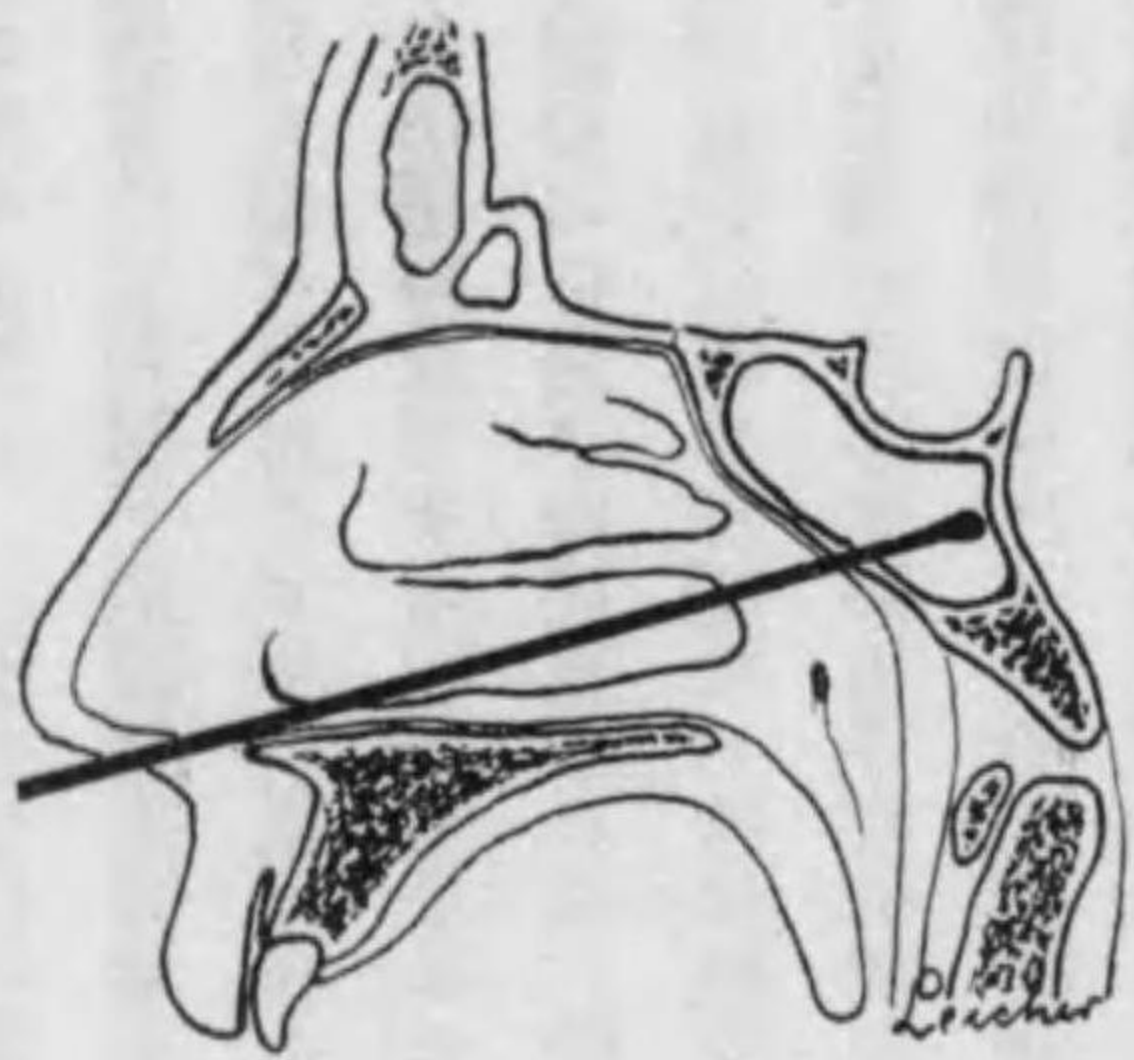
失する場合を示して居る。故

に腦下垂體疾患の診斷に際して然かもトルコ鞍

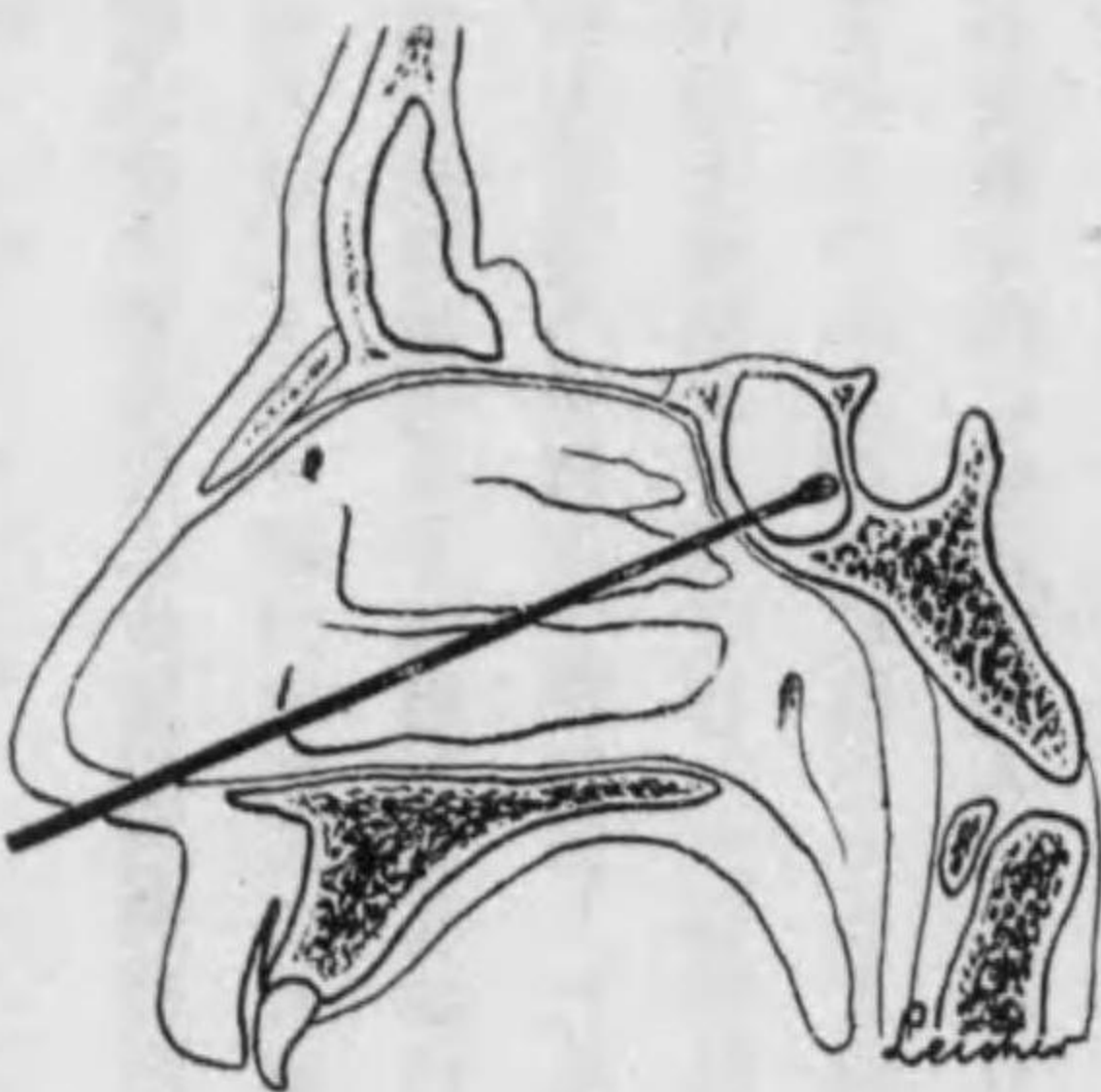
の蝴蝶竇に對する局所的關係を指南する爲めに

は、必ず側方レ

第七十九圖



第八十圖



ントゲン撮影法に依るべく、これを手術する場合はレントゲン撮影法絶対に必要である。屢々レントゲンプラッテを觀察したるのみで腦下垂體腫瘍の隆起を認め、蝴蝶竇の後壁より極めて狹隘なれるを窺

知し得る。また解剖的位置關係より生ずる困難なる事情を云へば、蝴蝶竇の左右不等、視神經及び内頸動脈の位置的破格あるを以てである。

腦下垂體手術の適應

視力障礙の進行する腦下垂體腫瘍の場合には、肢端肥大症の有無或は生殖器萎縮性脂肪過多症に關らず手術せねばならぬ。またヒルシユ氏は視力障礙進行すれば、トルコ鞍内腫瘍にても或は頭蓋内腫瘍にても同様に手術の適應症とする。而してヒルシユ氏は尙ほ視力甚だしく減退し、僅かに手の運動を認むるかは光陰を認むるに過ぎぬ程度なれば、即ち手術すべしと言つて居る。全然旨したる場合は手術するも何等の意義がない。視力障礙なき肢端肥大症の場合、腦下垂體の手術を行ふは條件付きである。即ち患者はこの疾患に罹りても十年も生存し得れば、手術そのものの多少は危険ありとも施行してよい。また肢端肥大症の場合に腫瘍トルコ鞍内に占居して、これを根本的に摘出し得る望みあり、且つ手術の結果肢端肥大症の醜貌を治癒し得る望み大なる時、手術を考へねばならぬ。最近ヒルシユ氏は腦下垂體性侏儒に腦下垂體手術を行ひ極めて良好なる結果を得たを報告して居る。

口蓋扁桃腺及咽頭扁桃腺の生理的関係

口蓋扁桃腺、咽頭扁桃腺及び内分泌

咽頭の淋巴組織に内分泌の生理的關係に就いては幾多の業績あるも、これを人間の病理に引用し得る程度のもの未だ甚だ尠い。此處には専ら内分泌腺系統の影響を受くる扁桃腺及び咽頭扁桃腺の臨牀病理

的變化を簡単に記述しようと思ふ。

アンギナに依り疾患重篤なる時は致死的産褥敗血症或は轉位性卵巢炎を惹起することあるが、これ内分泌機轉に直接に關係するものにあらずるは勿論にして、一種の淋巴傳染を見るべきものである。また月經に先き立つて扁桃腺炎起り、或はアンギナの爲めに突然月經の止むことも屢々報告せられたるが、これ全身病的の關係に見られる。

内分泌腺系統に障礙を來たす疾患に於て、口蓋扁桃腺及咽頭扁桃腺の肥大を屢々見るこゝがある。而して内分泌障礙に關係の認めらるゝこゝがある。例へば粘液水腫、クレチニスムス、アヂソン氏病バセドウ氏病、蒙古人様癡呆及び爾他の内分泌腺疾患の場合である。加之ならずヘルトゲ氏は腺様増殖症の小兒は大多數粘液水腫に罹るか。尠くも遺傳性粘液水腫の徴症を呈す。換言すれば腺様増殖症は甲状腺機能亢進症に並行するに云ふが過言なりと思ふ。蓋し扁桃腺肥大症は大多數に於て、前馳せる慢性炎症或は尙ほ進行する慢性炎症に由來するを思へば、内分泌に依る扁桃腺肥大を認むる時は大いに注意せねばならず、且つ躊躇せねばならぬこゝである。

所謂淋巴體質及び胸腺淋巴體質を評價するにも同様のこゝを言ひ得る。扁桃腺肥大は淋巴體質の診斷に資するこゝも最も尠ない。咽頭扁桃腺肥大もまた屢々炎症に依り來たる。これに反して舌根及びモルガニー氏竇の淋巴組織肥大は體質異狀を確定するに意義大なるものがある。これらの問題は内分泌の領域よりも寧ろ體質病理の領域に屬する。尙ほ胸腺淋巴體質の解剖的根據は近時甚だしく變革した。そして

ヤフェー氏の唱ふるが如く胸腺淋巴體質の診断を解剖的に定むるこゝ今日不可能なり云はれて居る。

アヂソン
氏病と粘
膜變化

アヂソン氏病と粘膜變化

アヂソン氏病はその症狀皮膚面に現はるゝこゝ顯著なるが、また大概の場合に口腔粘膜例へば口唇頰部の内面、齒齦粘膜、舌粘膜、口蓋粘膜に於ても定型的に現はれる。尙ほ爾他の部位に於ける粘膜にも來たるこゝがある。例へば食道の粘膜に於て斑點の如き色素沈著を見るこゝがある。聲帶もまた褐色に染まるこゝがある。

褐色の色素はその色彩は寧ろセピアに近い。また屢々黒褐色に近いこゝもある。而してその色彩は平均せず。寧ろ斑點或は索狀を呈する。また屢々粘膜の點狀出血を見るこゝもある。

組織的に検査するにアヂソン氏病の粘膜は表皮に於けるこゝ同様の變化を呈する。即ち棘狀層の最下層細胞及び基礎細胞層は最も密に微細なる黒色の色素顆粒(Melanin)を以つて浸漬せられて居る。色素は原形質に限りてこれを見、核には全然これを見ず。上皮櫛の頂上に於て通常盛に沈著し、偏縁に於ては比較的尠ない。固有層に於ては色素は不規則の大なる星狀細胞の内在り、基礎上皮層に近く屢々毛細管に密接して散在する。また淋巴道及び毛細管に於て往々色素顆粒の游離するこゝがある。しかし非定型的のアヂソン氏病粘膜顆粒を見るこゝがある。例へば色素顆粒が専ら結締織に存し上皮に於ては甚だ少數なるか或は全然これを排除する如きものがそれである。

口腔粘膜の褐色色素は毫もアヂソン氏病の特長ではない。爾他の疾患にて惡液質を起す場合、例へば惡性腫瘍、重篤マラリヤ、結核、ペラグラ、鞏皮症また稀にはバセドウ氏病の場合にもこれを認める。健康の者にて殆んゞ生理的に口腔粘膜の色素を見るこゝがある。これは黒色の皮膚を有する人種例へば黒奴チゴイチル、ムラツテ等に屢々見るこゝである。

ノードナーゲル氏は試験動物の副腎を破碎したるに、口腔粘膜の褐色に染みたるを観察して居る。この場合動物は比較的長く生存せねばならぬ。チュルフェル氏はまた副腎エキスの注射を四週間繼續したるに皮膚、鼻、吻並びに粘膜の色素形成を見たのである。しかもこの注射を中止して六週餘經たるに色素はまた消失したのである。

乾性鼻咽喉カタルと内分泌

乾性鼻咽
喉カタル
と内分泌

糖尿病の場合に極めて定型的の症候として乾性カタル著しく、且つ糖尿病の輕快するか或は治癒する場合にカタルもまた治癒する。この觀察に依りスピース氏は多年の經驗に依り次ぎの結論に達して居る。糖尿病の場合に乾燥せる粘膜の分泌物は變化して既に病的なるが、これ糖尿病に依り惹起するものである。即ち糖尿病の成立に最も主役を演ずる脾臓ホルモン(Insulin)の缺乏する爲めに由來するのである。故にかゝる場合インシュリンを與ふれば、糖尿病の治癒するこゝ同時に乾性カタルもまたその影を潛める、故にスピース氏の意見にては粘膜の機能の正常なるが爲めには、絶対にホルモンの作用を必要とする。その

缺如するや粘膜の機能また變化せざるを得ぬ。

婦人科に於ても月經閉止期の患者に屢々頑固なる咽頭カタルを見る。これ恐らくは内分泌腺系統の一大變革の時期に惹起するものと思はる。而して多くは卵巢製劑を與ふれば輕快するものである。またアウエリス氏は妊婦に往々乾性喉頭カタルを見る云ふ。また甲狀腺製劑を與ふるに患者は屢々乾性咽頭カタルを訴へる。バセドウ氏病の場合には乾性咽頭カタルは唾液の分泌減少を訴へる。また伊太利に於ては、甲狀腺腫を有する一患婦の喉頭に於て、頑固なる乾燥感を訴へし報告がある。而して甲狀腺製劑を與へしにその症状は直ちに治癒したのである。

非糖尿病患者に於て乾性鼻炎、咽頭炎或は喉頭炎を見るが、果してホルモンの缺乏或はホルモンの平衡喪失に依るや否や、スピース氏はこれを鼻咽喉乾性カタルに對するインシュリン療法を以つて解決しようとして居る。即ち小數の例外を除きては總べて満足なる結果を得、大多數の場合に全く喫驚するほごに症状跡方もなく去り、治療期間も極めて短時日で足りたのである。インシュリンの滯水作用並びに組織膨浸作用はノールデン氏の始めて注目したるころなるが、これ鼻咽喉の乾性カタルに對する特效を釋明し得ると思ふ。また原發性乾性鼻炎、咽頭カタル及び喉頭「カタル」に對しては該療法の合理的なるも、副鼻腔蓄膿症、慢性扁桃腺炎及び爾他の續發性乾性カタルに對しては殆んご效果なきこと注目し得る。

インシュリン療法に就いては特に技術上注意すべきことがある。即ち療法中減糖性ショックの危険甚だしきことあり、従つて血糖をコントロールせざれば決してこの療法を施すことを得ぬ。血糖正常なれば日々或は隔日五乃至一〇單位のインシュリンを皮下に注射して差し支へない。

唾液腺と内分泌腺

唾液腺と
内分泌腺と

唾液腺と内分泌との關係に就いては、幾多の臨牀的並びに實驗的觀察を閲して、唾液腺を以つて血液腺の系統と最も密接なりと解釋せらる。生理的の狀況を少しく述べる。月經の影響は屢々唾液分泌の減退することもあり、またこれに反して亢進することもある。また極めて稀なるも月經の間、耳下腺の腫脹を見たりとの報告もある。月經の間に血中に起る變化は、また唾液成分の變化に發現することがある。これを要するに、これらの關係は、未だ悉く精確に研究し了し居らぬ。たゞ數例に於て證明したる變化なのである。特にこれらの變化は植物組織の障礙に於て發現する。

シツク氏マハト氏及びルビン氏は月經毒(Menotoxin)を認めて居る。これは月經時に血液の成分變化して植物に對して有害の作用を爲す。しかれども有害の物質或は有害の成分に就いては、精確に定義して居らぬ。この研究を最初に發表したるシツク氏は、月經毒をその人の血液及び汗に證明したるのみなるが、マハト氏ルビン氏並びにライヘル氏は、この植物に對する有害の作用を、唾液及び爾他の體液中にこれを認めたのである。マハト氏及びルビン氏の説に従へば、植物に對する毒作用は、これら體液のアルコール、クロロフォルム、エーテル及びアセトンエキス中にもこれを認めたのである。しかし滲出液

中には何れもこれを缺如する。
月経時よりも妊娠中は唾液分泌の變化一層甚だしく、且つ頻發するものである。而して今日まで妊娠中の唾液分泌の質的變化に就いては、許多の研究發表されて居るが、その結論は一致せざるもの多く、從つて尙ほ追試を試みねばならぬ。

ガリツペ氏、テリエ氏及びマーシャル氏は、妊娠中唾液の酸性を呈するを認めたるが、フロインド氏はこれを否定して居る。ローマン氏は妊娠に齒牙カリエス多きは、過度のムチン反應に依る云ふが、これに反對するものにミッヘル氏及びその他の者がある。妊娠時及びその後には唾液のプチアリン及びロダン量に就いても、幾多の比較研究發表されたるが、一致せざる點が多い。また妊娠時唾液過多症に際しても、唾液の化學的成分種々變化す云はるゝも、諸説紛々として居る。唾液の殺菌力に關してはワグネル氏の研究を紹介する。これに依れば妊娠の唾液は殺菌力を有する耳下腺唾液に相當せず寧ろ殺菌力なき顎下腺唾液に近い。

唾液の量的變化は妊娠中分泌亢進を示す。而してこの現象は殆んど生理的とも見るべく、比較的多數の妊娠にこれを見、且つこれが爲めに毫も不快なる續發症狀を訴ふるものがない。しかし稀には唾液分泌の非常にして、夜も晝もなく口角より流涎し、或は多量嘔下し、これに依りて胃液を中和し、著しく消化を減ずることがある。これに依りて睡眠及び食欲を妨げられ、妊娠の營養状態甚だしく侵さるゝことがある。殊に唾液過多症のみならず、惡阻の加はれば最も甚だしい。かゝる場合重篤なるは比較的

に稀なるが、唾液過多症及び惡阻の連續する結果、患者は饑餓に陥り。遂には救ふべからざる結果に終る。(クラーム氏及びジャップフェ氏)かゝる場合は如何なる治療法も效なく、僅かに妊娠中絶に依りて一命を救ひたるこゝが報告されて居る。唾液過多症は多くの妊娠に在りて反復し來たるも、絶えず運動法を始めると漸く止むこゝもある。また流産して始めて止むこゝもある。或は妊娠の終りまで繼續するこゝもある。妊娠中また兩側の耳下腺腫脹を見るこゝもある。これ普通の流行性耳下腺炎にあらず、妊娠に偶發したるものである。また月経閉止期にも兩側の耳下腺腫脹を見たこゝもある。

妊娠時唾液過多症の原因は惡阻の病因と等しく、未だ充分證明されて居らぬ。精神的の影響により唾液過多症の治癒を促すこの説あるも(Novak)、充分信用を置くに足らぬ。妊婦の唾液過多症は、惡阻と同じく精神的の症狀を見做す學者あるも、現今は寧ろ内分泌の影響及び代謝機體の變化を以つて説明する學者が多い。

唾液過多症に對して推奨される藥劑の多くは、完全なる治療の目的を滿たすもの尠い。アトロピン屢々無効にしてピロカルピンの往々效果あるこゝに注意に値す。臭剝及び收斂性含嗽劑は屢々輕快させる效力がある。屢々精神療法も應用される。またアドレナリンを應用して短時の間に奏效せり報告したる人もある。

病理的關係の唾液腺と内分泌腺との間に認めらるゝものの、最も顯著なるものは、流行性耳下腺炎に於ける睪丸炎である。男性にして特に成熟せる患者にありて、流行性耳下腺炎の場合には六〇%に於て睪

丸炎證明されて居る。流行性耳下腺炎の流行時には、他に症候なく、單に睪丸炎のみの症状を呈することも稀でない。爾他の症状としては、内分泌腺或はこれに関連せる腺の炎症を起す。例へば甲狀腺、胸腺、副腎、睪臟、副睪丸、攝護腺、女性に在りては尙ほ卵巢、乳腺等の侵されるのである。モール氏の報告せる一例にては、胸腺の腫脹甚だしくして氣管の狹窄を起し、遂に胸骨把柄部の皮膚に於て手拳大の副行浮腫を惹起したものである。今日流行性耳下腺炎を稱する疾患に於て、吾等の經驗するは局所的腺炎に限らず、全身病として同時に耳下腺、唾液腺及び血管腺等の炎症に陥るものであつて、従つて流行性多發性腺炎 Polyglandulitis epidemica を稱すべきものなりと思ふ。これらの内分泌腺の侵さるゝや、尙ほ内耳の疾患を惹起することがある。例へば耳下腺炎に續發する聾は、耳下腺炎性聾 Mumpst-aubheit として耳科に於て有名なものである。

流行性耳下腺炎の他に、種々の急性並びに慢性傳染病に際しても、屢々唾液腺並びに内分泌腺の侵さるゝのである。例へば生殖腺、甲狀腺及び胸腺等の侵されたる症例は屢々報告されて居る。

傳染病以外のものにて、唾液腺の腫脹を來たすものは内分泌腺の機能障礙である。これに關しては諸家の報告あるが、こゝにこれを總括して記述する。耳下腺及び爾他の唾液腺の肥大症は、血管腺の種々の疾患に於てこれを見る。例へば普通の甲狀腺、バセドウ氏病、粘液水腫、テタニー、胸腺肥大症、小兒症、内分泌性肥胖病、副腎疾患、生殖腺疾患等にこれを見るのである。

所謂ミクリッツ氏病はミクリッツ氏症候群を稱するを妥當とする、これは周知の如く涙腺及び唾液腺の代償性疾患を惹起するを特長とするが、また内分泌腺の疾患として注目すべきものである。このミクリッツ氏症候群は微毒、白血病、假性白血病及び結核等、諸種の疾患に依りて起ることもあるも、また内分泌腺の機能障礙として證明したる學者が多い。内分泌ミ唾液腺疾患の原因的關係に就いては、未だ充分究明されて居らぬ。動物及び臨牀に於ける實驗多々あるも、臨牀上の問題を明かにするもの尠い。僅かに生理的事實を證明したるに過ぎぬ。

甲狀腺の糖代謝に對する影響は、幾多の業績ありてこれを證明して居る。例へばミンコウスキー氏は唾液腺を切除して糖尿を證明し、これ手術ショックの結果なりと言つて居る。またファロニー氏は唾液腺の特種の機能缺如する結果糖尿を來たす云つて居る。ファロニー氏は家兎に於いてモルヒチン、アドレナリン及びフロリヂンを注射し、糖尿を惹起し、これを唾液腺エキスの注射によりて阻止し、或は防止し得るを實驗して居る。

これを要するに、これらの實驗的報告は自今反覆追試して、一層確實に證明するを要するのである。

舌及び内分泌腺系統

大舌症 (Makroglossia) は色々の内分泌腺疾患の症候として來たる。就中肢端肥大症に於ては最も顯著なるものである。また幼年性粘液水腫、地方病的クレチニスムスに於ても舌は屢々巨大となり半ば開口せる中央に於て腫瘍の如く突出することがある。その粘膜は屢々粘液水腫様に變化しまた脂肪組織の増殖

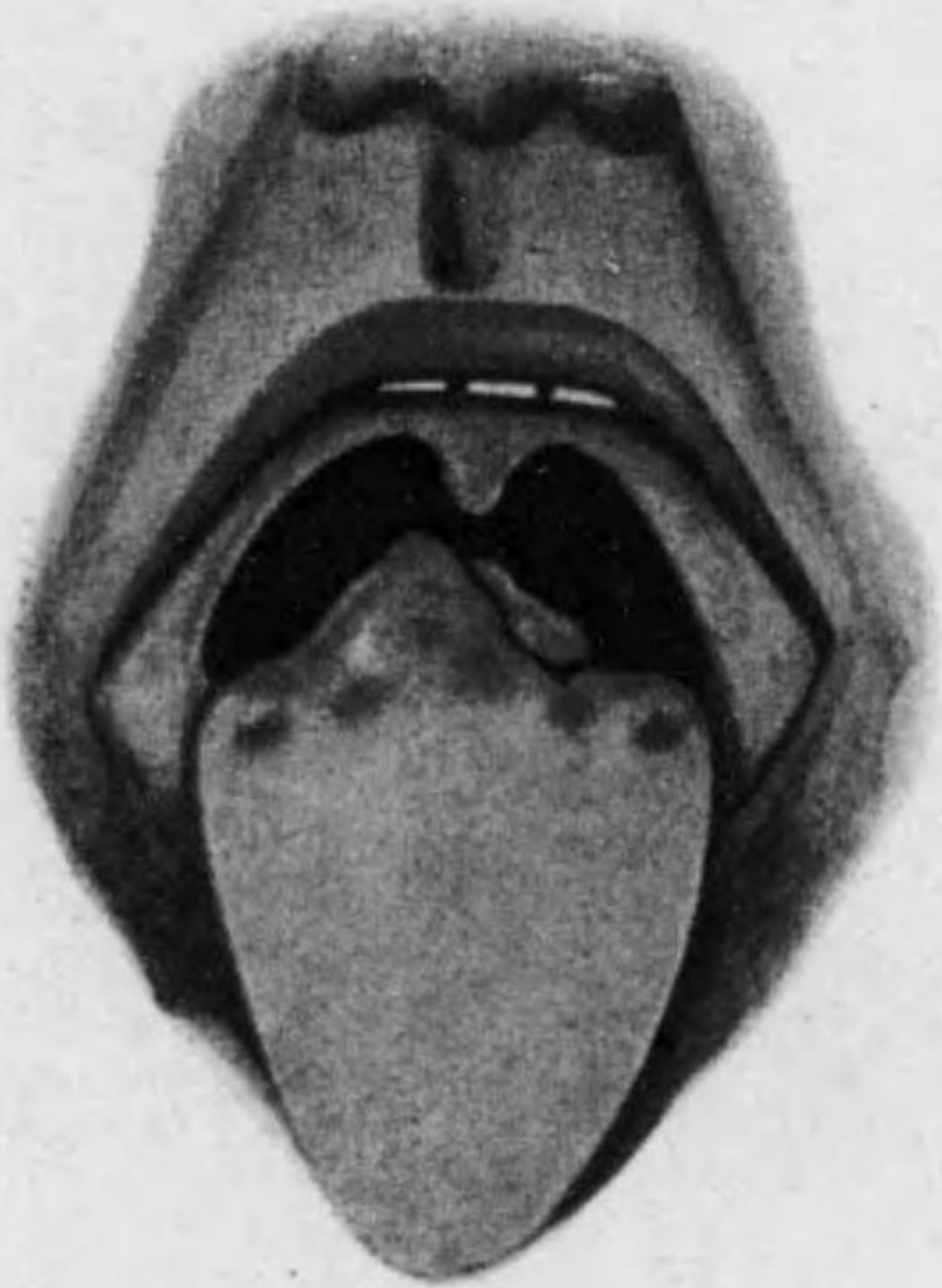
するこゝあり、或は結締織の増殖するこゝに依り舌の巨大なるこゝがある。舌の巨大なれば下顎の形状また變化する。即ち齒槽突起は前方に折れ門齒は水平の位置に變ずる。また食餌の攝取咀嚼も妨げられ時には舌を手術的に縮少せしめて始めて食事し得る場合もある。また舌動脈を結紮して舌の萎縮を企てた人もある。

糖尿病の場合には舌は概して乾燥し苔を帯びまた龜裂を生ずる。舌の乾燥症は恐らく上氣道一般の粘膜乾燥症の部分的症狀にしてホルモン平衡の障礙される結果である。

(Spiess)

特に發生學的に觀察するに甲狀腺組織の舌根部に於て認めらるゝこゝがある。後胎生時に閉塞する甲狀舌道 Ductus thyreog-

第 十 八 圖



舌 根 甲 狀 腺

ossus の遺残より舌根甲狀腺腫 Zungengrundstruma の發生するこゝがある。これは甲狀腺尋常なれば副甲狀腺を稱せられ甲狀腺縮少するか或は缺如すれば代償性甲狀腺を稱せられる。その發生方法に依り正中線に於て盲孔の部位即ち甲狀舌道の開口部に在りまた屢々外側に發生するこゝもある。この腫瘍は屢々鶏卵大に達し嚥下困難を來たす。稀には疼痛、呼吸困難を起すこゝがある。腫瘍は比較的硬き

もの多く表面は赤色にして平滑なるか或は僅かに凹凸あり屢々潰瘍に陥るこゝもある。恰も眞性甲狀腺腫の如く囊狀膠質様に變化するこゝがある。女性に於ては男性に比較してこの腫瘍を見るこゝ遙に多い。また月經時にこの舌根甲狀腺腫より出血するこゝも尠くない。

治療法

治療法 舌根甲狀腺腫の餘り大ならざるものは放置してもよい。何等かの症狀あれば始めて治療する。これを手術する場合は先づ甲狀腺なりや否やを確め且つその大小を確定せねばならぬ。若し慢然舌根甲狀腺を根本的に切除すれば屢々諸種の粘液水腫様缺落現象を起すのである。小なる舌根甲狀腺腫なれば鋭匙鉗子にてこれを摘出するか電氣燒灼にてこれを除去する。然かれども最も便利なるはチアテルミーに依るエレクトロコアグラチオンの方法である。大なる腫瘍なれば外部よりこれを切開せねばならぬ。即ち下顎骨を一時的に側切開 Pharyngotomia lateralis 或は正中切開 Pharyngotomia medialis をして舌根部を開放するのである。

次に發生學的に觀察せらるゝものは甲狀舌道に連なる腫瘍にして舌根部の滯留性腫瘍がある。これに屬するものに舌根部の皮様腫及び皮様囊腫がある。また盲孔より出する純然たる囊腫にして透明なる内容をも有する舌根部蝦蟇腫 Ranula des Zungengrundes がある。粘液水腫の幼兒性のものに於ては舌根部の甲狀腺を缺如するこゝに磚狀上皮を有する囊腫を形成するか粘液を充滿する空洞を見る。これらは舌道と連絡し甲狀腺の胎生時遺物と見做さるゝものである。舌根に於けるこれらの腫瘍は多く餘り發育せざる甲狀腺組織より成り粘液水腫の症狀を呈するこゝ尠い。たゞこれを徒らに手術して摘出すれば

屢々顯著なる粘液水腫の症状を現はすものである。

甲狀舌道の開通して屢々甲狀腺に達しその近部に囊腫様に擴張し或は頸部瘻孔を形成するこゝがある。これらは頸囊腫 Halszyste 稱せらるゝものにして簡単にこれを切開するも治癒するものでない。即ち甲狀舌道の開通せるものなるが故に簡単にこれを切開するも新に瘻孔を形成するものである。故にこの種の囊腫或は瘻孔を見れば先づ甲狀舌道と連絡せるやを見ねばならぬ。その方法には盲孔に對稱液を注入してレントゲン撮影をなすを便利と爲す。對稱液には蒼鉛泥或は沃度ナトリウム、ブロームナトリウムの一〇乃至二〇%を用ひる。而してこれを手術するには甲狀舌道の全部を根本的に切除するが故に色素を以つて該道を充滿せしめその診断を容易ならしめるを目的とする。

舌根部甲狀腺腫の内に舌筋の間に發生する甲狀腺腫 Zungenwurzelstruma がある。これは眞性副甲狀腺、舌骨上甲狀腺より發生し舌を上方に押し上げ屢々口腔底粘膜に達するこゝがある。従つてこれは蝦蟇腫と屢々誤診せらる。

味覺及び内分泌

妊娠時には屢々破格なる味覺異状を來たすこゝがある。酸味の食物、壁土白墨その他平生嫌惡せるか或は餘り好まざる食物を嗜好したりする。これは妊娠の初期に著しく後期になれば漸次恢復するか分娩後には殆んぞ全く消失するものである。これに對して屢々平生嗜好せる食物を嫌氣し妊娠時にこれを見て

味覺及び
内分泌

も突如不快に感ずるこゝへある。味覺そのものは轉倒性となるばかりでなく味覺の概念がさうである。平常嗜好せる食物に對して嘔氣を催すは屢々惡阻の原因の一つとも見られぬこゝもない。恐らくは妊娠時の破格なる味覺異状はその大部分は神經的乃至精神的の影響に基因するものと思はる。クレチニスムスの場合には味覺も嗅覺も餘り發達せぬ。クレチニスムス患者はその味覺不全にして腐敗せる食物をも何等惡氣を催すこゝなく嘔下する。これは嗅覺の末梢器官の疾患と云ふよりは精神的發育の缺くるこゝろありて味覺障礙を來たすのであり嗅覺障礙も同様なりと思はる。

粘膜炎腫の場合も味覺は屢々減退して居る。減退するばかりでなく轉倒性に變化する。これは腦中樞の障礙にも依るが尙ほ舌咽頭及び鼻腔の粘膜炎に於て粘液水腫様變化起りその結果上記の症状を現すのである。糖尿病に際しても屢々味覺障礙を來たす。最近ノールデン氏は糖尿病患者六例に就いて昏睡直前に味覺減退せるもの、全然味覺喪失せるものまた味錯覺兼聽錯覺を経験しこれを報告して居る。

耳鼻咽喉の局所傳染及び内分泌線系統

耳鼻咽喉の局所傳染の内分泌線系統に影響するこゝに關しては動物實驗並びに臨牀的研究の最も良く報告せられたるものヂフテリー症である。此處には専らヂフテリーに關して記述する。

副腎

(一) 副腎

ヂフテリー毒素の發見直後ジュボア氏はヂフテリー毒素を以つて中毒せしめたる副腎エキスの健全動物の

耳鼻咽喉の局所傳染及び内分泌線系統

耳鼻咽喉
の局所傳染
及び内分泌
系統

エキスに比較して遙かに作用の弱きを實驗したのである。この實驗はラングロフ氏及びロックシュ氏に依りて更に追試し確定せられた。またマルクツアノフ氏は常時デフテリー患者の副腎に於て髓質の變化を證明した。また急性デフテリー中毒に於ては副腎髓質に於けるクローム物質の全く消失するを認めたのである。ツェボックサロフ氏は犬に就いて實驗しデフテリー毒素の少量を注射したるに十二時間以内に副腎静脈のアドレナリン量非常に増加し然かも二日乃至四日にして消失せるを觀察しこれを報告して居る。これらの實驗に依りてデフテリー毒素の副腎クローム嗜好物質に對して特に強力なる毒物たることを證明せらる。然かれどもこれ決して特異の毒素ミ云ふのではない。またデフテリー毒素を以つて免疫せしめるにクローム嗜好物質に變化を來たすのである。これに反して副腎の皮質に於ける變化は續發性的のものでありクローム嗜好物質の減滅することに依り惹起せらる。

腦下垂體

(二) 腦下垂體

アブラモフ氏は動物實驗にてデフテリー毒素を注射したる後ち腦下垂體に於ても退行變性的の來たるを證明したがたゞ副腎の變化ミ前後して來たるミ云ふ。多くは副腎の髓質細胞の消滅したる後ち始めて腦下垂體に變化の現はるゝものである。コッホ氏はデフテリーに罹りたる小兒の心臟及び血管の麻痺する全身中毒の状態に於て死亡したる者に就き検査せしに腦下垂體の中間部(Pars intermedia)に於て變性的の著しきを證明したのである。加之ならずデフテリー菌の純培養を以つて感染せしめたる海狸に於ても同様の變化を證明したミ云ふ。これらの實驗に基き諸家はデフテリーの際の血壓降下に對してピツイト

リン、アドレナリンの療法を稱揚して居る。デフテリーに於ける腦下垂體の細胞及び核に退行變性起るミ云ふがクラウス氏はワイトホルト氏に反對説を有して居る。即ち腦下垂體に於ては副腎に於ける變化の如く特有ならずミ云ふ。これ爾他の傳染性疾患及び中毒症の病機に於ても認めらるゝからである。

甲狀腺

(三) 甲狀腺

急性並びに慢性傳染病の場合は甲狀腺の分泌機能及び膠樣質に對して影響するミが多い。殊に上氣道の傳染性疾患ミして頻發するが故に臨牀上の興味多きものを擧ぐればアンギナ、デフテリー慢性扁桃腺炎及び副鼻腔炎等である、かゝる場合に於て甲狀腺に現るゝ病理解剖的變化を指摘すれば發赤上皮脱落、上皮増殖、膠樣質消失、膠樣質増加等である。また甲狀腺膿瘍及び甲狀腺腫化膿は屢々扁桃腺の傳染性疾患より續發するミ屢々報告されて居る。

甲狀腺腫の原因を説明するに傳染説あるがこれ専らギルブリデ氏、ロゼノフ氏等の甲狀腺組織に於て傳染性細菌を屢々證明したるの業績に基いて居る。殊に亞米利加の學者は鼻及び咽喉の傳染を以つて甲狀腺腫の病理を釋明するに最も大なりミして居る。これらの業績を吟味するに局所傳染の内分泌腺疾患の發生に關する影響は屢々誇大視されし嫌ひがある。然かれども臨牀上並びに理論上注目すべき觀察はこの種の多數患者に就いて行はれたる檢索に依りて生るゝことは疑ふべくもない。バンヒル氏は甲狀腺腫の九〇%に於て扁桃腺の疾患を證明したるを以つてこれに依りて甲狀腺腫の發生を傳染説にて説明するを最も適當とする。レーマン氏は就中甲狀腺腫手術に造詣深き亞米利加の外科醫に就きていち／＼甲狀

腺腫の場合扁桃腺摘出を實行するや否やの質問を發したのである。斯くて得たる答案を集めたるに各人何れも一致して甲状腺腫の各種に於て扁桃腺の慢性疾患ありき疑はるゝ場合は必ず扁桃腺を摘出するの結果を得たのである。たゞ扁桃腺を摘出するの時期に關しては諸家意見を異にして居るようである。例へばメイヨー臨牀に於ては先づ甲状腺腫手術を行ひ後に扁桃腺の摘出をなす。これに反してベック氏ブルットグット氏等は第一に扁桃腺摘出を試むべしと提案して居る。

イリオット氏は甲状腺腫の治療法を説くに當りて必ず病竈傳染の曠置を忘るべからずと力説して居る。而して病竈傳染とは扁桃腺、副鼻腔及び歯牙の各部を指摘するのであり氏の經驗にてはこれらの部位に於て最も傳染の頻發す云ふのである。

ハー、ダブリウ、ベック氏は甲状腺機能障礙及び甲状腺腫等の一〇〇例症に就いて觀察したるに就中三十六例に於て扁桃腺、副鼻腔、歯牙の傳染を證明したのである。キッセル氏レープ氏ダンヂ氏等は更にバセドウ氏病の發生に對する病竈傳染の意義を吟味したるが就中ニューヨークのモント、サイナイ病院に於て隨意に甲状腺機能昂進症及び眼球突出症を兼ねたる甲状腺腫五〇例に就いてその臨牀上の症候を精査し且つ基礎代謝をコントロールして治療するに専ら鼻及び咽喉(慢性扁桃腺炎、副鼻腔蓄膿症)の病竈傳染を曠置したるのみにて爾他の藥劑療法に依るより遙に良好な成績を得たのである。斯くてその結果は如何と云ふに藥劑療法によるよりも將た手術療法に依るよりも遙に良好な成績を得たのである。

ブルットグット氏はバセドウ氏病及び甲状腺中毒症に於て扁桃腺炎及び副鼻腔炎の五〇%を證明して居

る。

ジョセフ、ベック氏は甲状腺中毒症の多數に於て扁桃腺摘出を行へるに大抵は治癒し或は大部分輕快せりと報告して居る。故に氏は甲状腺の手術を執行する前に必ず扁桃腺を檢查しこの疾患を認むるや先づ第一に扁桃腺摘出を執行す可しと力説して居る。

レーマン氏は甲状腺機能昂進症一三%に於て罹病せる扁桃腺を摘出せるに何れも著しく輕快せるを認めたまふて居る。

ピリングス氏は破瓜期の若き女性に在りては最も多く甲状腺中毒症と扁桃腺、副鼻腔及び歯牙の傳染と同時に發病するを觀察して居る。等しくリード氏及びオスボン氏も局所傳染の根元を斷ちたるに甲状腺中毒症の何れも輕快せるを見て居る。ヂフテリーの後ちもまた甲状腺の變化來たるこゝ諸家に依り證明されたのである。

(四) 胸腺

胸腺に對する局所傳染の影響もまた甲状腺に對するが如く殊に小兒期に於て最も屢々これを證明する。ハンマー氏ラーゲルグレン氏等は傳染病の内特にヂフテリーの場合に於て胸腺の最も屢々炎性變化を現すを認めたのである。炎性變化と云へば先づ發赤、腫脹、浮腫、浸潤、實質並びに包膜下出血、間質組織の白血球浸潤等である。

鼻及び咽喉の病竈傳染の胸腺に對する影響は爾他の内分泌腺に對するが如く頻發するものでない。

腺臓並びに含水炭素代謝

(五) 腺臓並びに含水炭素代謝

レバチイ氏及びシヤラン氏はヂフテリーの後ちに於て腺臓の變化來たるを報告して居る。各種の局所傳染に依り往々發現し或は悪化する糖尿病はまた屢々局所病竈の治療に依り著しく輕快し或は全然糖の痕跡をも留めぬようになる。

ルーバー氏は五例の糖尿病を調査してその三例に於ては顯著なる扁桃腺炎に依り一例に於ては舌下腺膿瘍に依りまた一例に於ては篩骨蜂窠兼上顎竇蓄膿症に依り發病し且つこれに依りて病勢を示したるを見たのである。而してこの五例に於て傳染局所を外科的に手術したるに糖尿は永久的に治癒したのである。ジヨスリン氏は從來糖尿病患者の手術に際して一般の恐怖せるを大いに人意を強ふせしめたことがある。それは氏の經驗に依れば青年期糖尿病患者に在りては扁桃腺切除並びに剔出を行ふに毫も出血等の危険なきのみならず何れもよく手術に堪へることを云ふのである。就中糖尿病患者に於て心臟病及び腎臟病を防止するには慢性扁桃腺炎は適當な時期にこれを手術すべくこれに依つて患者の豫後の佳良を望み得るのみならず糖尿病そのものの治療法として最も意義あるものとして居る。

喉頭氣管及び食道

喉頭氣管枝及び食道

第一、甲狀腺、胸腺及び喉頭、氣管、氣管枝

甲狀腺及び胸腺の疾患は種々なる徑路を辿つて氣道に影響を及ぼす。而して臨牀上これを認めらるゝこの屢々なるは氣道の狹窄を來たすか、喉頭の運動神經を壓迫して後筋麻痺及び回歸神經麻痺を起す場合である。

マン氏の氣管狹窄を定義したるは氣管腔の二分の一若しくは以上の狹隘となれる氣管疾患の場合である。氣管狹窄は特に甲狀腺及び胸腺の大なる腫瘍に因りて來たる。而して同時に氣管の位置變化及び捻轉を若干伴ふものである。しかし氣管の位置變化、捻轉は管腔の尋常なる場合も屢々認めらる。氣管狹窄はまた多くその管壁の變化を伴ふものである。氣管壁の榮養を司る血管及び神經は甲狀腺腫若しくは胸腺腫瘍に壓迫せられて障礙せらるゝことが多い。就中その支配下たる氣管の被害最も著しい。管壁變化は専ら氣管内壁なる粘膜に來たること著しい。しかれども氣管の外壁(外層)に發現する變化もあり、或は氣管の支柱組織の専ら侵さるゝ變化もある。(Tracheomalacie) 内壁の變化はまた良性甲狀腺腫の壓迫に依り、凡べて狹窄の部位は發赤し粘膜はカタル性腫脹を呈する。甲狀腺または胸腺腫瘍の氣管を壓迫すれば屢々氣管粘膜及び喉頭粘膜に於て血行障礙を來たし、その結果は喉頭の慢性カタル及び慢性氣管炎を惹起する。喀血の爲めにまた多少に拘らず粘膜の靜脈怒張する。しかもこれらの靜脈瘤腫に變化したる血管は咳嗽或は俯下に際して破壊し遂に喀血を來たすことがある。外部より始まる變化は悪性甲狀腺腫並びに胸腺腫瘍に於て氣管壁の浸潤を來たし、氣管に腫瘍の癒著を起し遂には管壁を破り腫瘍は氣管内に増殖することがある。

症候

症候は上記の病的變化に依りて釋明せらる。甲狀腺腫及び胸腺疾患に依り嘶嘎並びに呼吸困難

耳鼻咽喉の局所傳染及び内分泌腺系統

來たり、屢々専門的に喉頭鏡及び氣管鏡の検査を必要とする。蓋しこれらの症状は種々の原因に依りて惹起するが故に、確實に喉頭鏡検査或は氣管鏡検査を爲さざれば診斷上の價値甚だしく減する譯である、屢々間接喉頭鏡検査並びに氣管検査に依り確に診斷し得ることもあるも、一層確實なるは直達鏡の検査に依るものである。氣管狭窄は何れの場合も呼吸の障礙を醸すものでない。例へば極めて軽度に氣管の壓迫せらるゝ場合は管腔は恐らくは二分の一に減せられる。しかれども一般には呼吸の障礙を來たすことがない。呼吸困難の程度は必ずしも氣管腔の縮小と並行するものでない。屢々急性の壓迫軽度なるも氣管腔殆んご二ミリメートルのサーベル鞘狀氣管となり、これによりても呼吸困難を來たす。また甲狀腺及び胸腺の悪性腫瘍が氣管に破壊し、しかも高度に進めば屢々咯血し且つ腫瘍の少部分を咯出することがある。

一、良性甲狀腺腫

甲狀腺腫の氣管を検査し且つ氣管鏡を應用して検査したるものに一九〇四年オスカー、ウィルド氏の多數の材料に就きての統計的報告がある。ウィルド氏は一〇〇〇人の甲狀腺腫の患者に就いて検査したるが就中氣管鏡にて検査したるもの九八四人であつた。その中女性六三%男性三七%而して氣管の全然病變なかりしものは一五二人即ち一五・四%に過ぎなかつた云ふ。

氣管の病理的變化を認めたるものは全例の中八三二人即ち八四・六%であつた。そのうち約半数即ち四八五人に於ては喉頭狭窄を證明したのである。この四八五人の甲狀腺腫に因する喉頭狭窄を細別するに、一〇六人即ち二二%は管腔二分の一に狭窄し一八七人即ち三七%に於ては管腔三分の二に狭窄し二〇一人

即ち四一%は四分の三まで狹隘となつたものである。これらの數理的關係は充分に甲狀腺腫と氣管との隣接的關係を釋明するものであり、同時に直接氣管鏡の從來の氣管鏡に比し遙に優秀なる價値あるを示して居る。

往時の未だ氣管鏡検査の行はれざる頃は外部より氣管を検査して而して甲狀腺腫に依る氣管狭窄を診斷するを以つて満足して居つたのである。即ち呼吸數を觀察する他に、患者の頸部を検査しその位置に依り狭窄の部位を確定すべく勉めたのである。



圖二十八第
甲狀腺の爲め喉頭中左側へ



圖三十八第
甲狀腺の爲め氣管右側より左へ

今日に於ては甲狀腺腫に依る喉頭狭窄には一定の頸部の位置定められ

ぬ。大多數の甲狀腺腫患者は呼吸困難あれば、その頸部を多少に拘らず前屈し、これに依り前頸筋の緊張を去り、依りて甲狀腺腫の氣管に對する壓力を減じようとするのである。しかれども反對に頭部を甚だしく後屈せしめて、呼吸の著しく容易なるを覺えることもある。かくの如きは恐らく浮動性甲狀腺腫 Tauchkropf なのである。即ちこの場合に頭を著しく後屈せしむれば胸廓口に嵌頓せる甲狀腺腫は上方

に出で従つて氣管を壓迫すること甚だしい。また浮動性甲状腺腫の場合頭部を前屈すれば最高の呼吸位置となる。クレンライン氏の患者は頭部を著しく前屈したるに甲状腺腫は胸廓口に陥り、これに由り狭窄部位は殆んき認め得ざるに至つたのである。

ローゼ氏は甲状腺腫患者の呼吸困難甚だしき場合に、兎角位置を變ずれば尙ほ好く呼吸し得るを認めた。この甲状腺腫に於ける最好呼吸位置も云ふべき頭部の位置は、屢々前屈したる頭部にて見たる喉頭鏡検査の所見も、後屈の頭部位置に於て爲したる氣管鏡検査所見との間に明かに反映する。例へば浮動性甲状腺腫にて喉頭狭窄を検するに喉頭鏡を以つてすれば後屈頭位に於て幾多の直達氣管鏡を以つてするより遙に著明である。

觸診に依れば屢々氣管の變位、捻轉または甚だしき管腔屈曲を診定し得る。甚だしく捻轉せる場合は氣管軟骨の後端は前方へ旋回して、これを指を以つて觸るゝに尖銳なる稜角を觸知する。少しく氣管を壓迫すれば直ちに狭窄を惹起すること甚だしく且つ呼吸困難を起す。

喉頭の變位は一侧にのみ巨大なる甲状腺腫の場合はこれを認めず。しかし爾他の場合は必ず位置變化を來たすものである。而して大概は觸診並びに喉頭内検査に依り確定せられる。喉頭の外側に推移せらるるか垂直軸に廻轉するか矢狀軸に於て傾斜するかに依り種々の位置を呈する。

健全なる甲状腺にてもその大小形狀位置は一定することなるが、従つて甲状腺腫に依り惹起する氣管の疾患は甚だしく多種なるは説明するまでもない。例へば甲状腺腫小なるも氣管狭窄の甚だしきものがある。

第 八 十 四 圖



甲状腺腫の爲めに喉頭中部左側へ壓せらる

第 八 十 五 圖



甲状腺腫の爲めに氣管右側より側左へ壓せらる

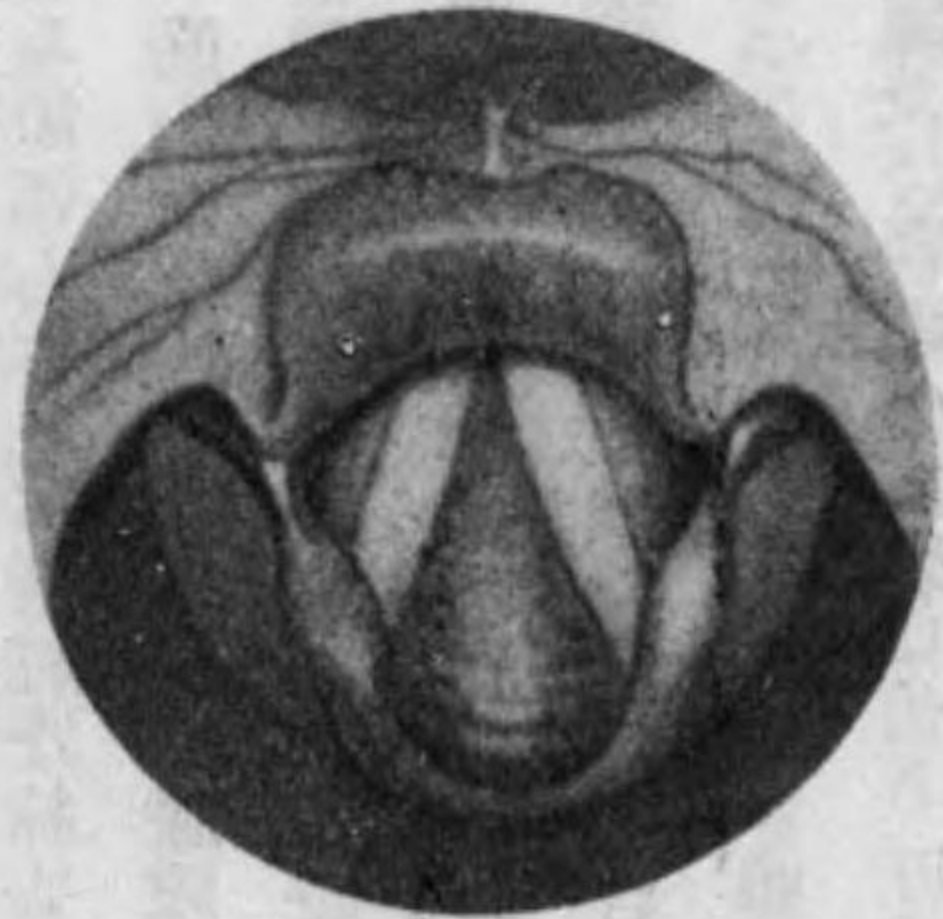
る。後胸骨性甲状腺腫及び深在性副甲状腺腫は左程大ならざるも屢々氣管の變化を來たすことがある。これ外方に骨部ありて

腫大し得ざるが爲めである。かゝる場合は氣管鏡に依り始めて確實に診断し得る場合が多い。氣管は一般に脊椎の經過に並行するが脊柱の病的彎曲に依り氣管の形狀變化を來たす。故に甲状腺腫の場合氣管の變形を證明したれば脊柱を検査し變曲の影響ありや否やを検する。

頸部の筋肉及び結締織は甲状腺腫に依る氣管狭窄の成因に對して多大の意義を有す。これに就いては外科の専門的記載を参考すればよい。前頸筋の緊縮すればその力は氣管に作用して甲状腺腫の喉頭狭窄に特に影響するがこれは喉頭鏡並びに直達氣管鏡に依りて證明せられる。

呼吸困難の症候は甲状腺腫の場合に、二三特記すべきものがある。先づ甲状腺腫患者の呼吸困難は甲状腺腫そのものに依り惹起するに限らぬ。爾他の患者も同じく鼻腔、咽頭、喉頭、氣管、氣管枝、肺、横隔膜、心臓及び腎臓の疾患に依り呼吸困難を來たすことがある。故に喉頭氣管のみの検査に止むれば甚だし

第十八圖



甲状腺腫の爲め氣管正中に於て前後より壓へせらるる

第十八圖



深在性甲状腺腫の爲め氣管に両側より壓へせらるる

き誤謬に陥るこゝがある。文献を見るに極めて非學問的の結論に達した症例を見て居る。曰く甲状腺腫、曰く呼吸困難——こ

れら氣管を壓迫する爲め云々云つて居るが、これに依りて誤謬甚だしき治療をして居るものである。甲状腺腫の氣管狭窄に來たる呼吸困難は、その最も屢々來たるは吸氣性のものである。稀には吸氣兼呼氣性である。而して最も稀には純呼氣性のものである。これらの種々なる呼吸型の原因は氣管鏡を以つて檢すれば常に明瞭に之を證明せらる。氣道狭窄に依り惹起する呼吸雜音は喘鳴 Stridor と稱するが、これは狭窄の部位もまた強さをも示すものでない。氣管狭窄の甚だ高度なる場合も少しも喘鳴起らず、周圍に於て毫もこれを耳にせざるこゝがある。小兒に於ける先天性喘鳴 Stridor congenitus は種々なる原因に依り發來する。また甲状腺腫の喘鳴は胸腺喘鳴とは聽力を以つて檢査出來ぬ。甲状腺腫に依る狭窄呼吸には何故に吸氣性喘鳴のみ多きや、これを機械的障礙に依り説明せんとするも不可能のこゝである。蓋し機械的條件は吸氣時にも又呼氣時にも同一のものにして従つて起る障礙も同

様なりと思はる。たゞ稀には特殊の呼吸困難は機械的の事情に依りて惹起せらる。例へば換氣の害せらるゝ氣管狭窄に、吸氣性或は呼氣性呼吸困難の來たるのがそれである。尙ほ爾他の原因の加はるこゝがある。例へばその原因腦皮質下反射に在りて迷走神經より呼吸中樞に連絡するこゝにより惹起するこゝがある。

甲状腺腫並びに胸腺腫脹より惹起する氣管狭窄の場合は、呼吸数は通常減じ呼吸は深くなり、また時には頻數となり且つ淺表性となるこゝがある。

始め甲状腺腫患者の呼吸困難は、特に身體的努力に際し、また咳嗽に次いで、或は身體の位置一變する時のみ認められたのである。しかれども漸次呼吸困難甚だしく持續的喘鳴を來たし、然かも一時的の窒息現象を來たすこゝがある。かくの如く窒息發作は前徴の壓迫感もなく突如として起り、また急速に消退するこゝがある。また稀には一瞬時にして甲状腺腫死を招くこゝがある。

バセドウ氏病の場合は甲状腺腫の氣管血管及び神經を壓迫する症狀比較的に尠い。(Kocher)しかれども心臟に對する作用の爲め重篤なる合併症を醸すこゝがある。バセドウ氏病の場合努力すれば屢々呼吸困難を起すこゝが、多いがこれ専ら心臟性若しくは心臟脈管性の原因と思はる。亦バセドウ氏病の場合屢々口中聽診を行へば斷續性の呼氣を聞く。これ聲帶の震顫に依るものと思はる。既にピエールマリー氏及びシャルコー氏等の佛蘭西學者は横隔膜及び呼吸筋の震顫運動を觀察したのである。甲状腺腫に依る氣管狭窄はこれによる呼吸困難は同一患者に於て常に同一の程度に起るものでない。女

圖 八 十 八 第



狭部後にめ爲の腫腺狀甲部後管氣
る見を痺麻筋後側右又す起を窄

圖 九 十 八 第



後側右にめ爲の腫腺狀甲部後管氣
す起を痺麻筋

性にては月經時に
強くなりまた妊
娠時にも一時的及
び長期的に増悪す
る。

甲状腺腫に依り下
喉頭神経壓迫せら

るれば概して一側性の全或は不全廻歸神經麻痺を來たす。全廻歸神經麻痺來たれば聲嘎著しい。聲帯は發聲時にも呼吸時にも屍位を取る。不全廻歸神經麻痺にては一側性の後筋麻痺の状態を見る。聲帯は正中位を取り嘶嘎を來たさざるが故に患者は屢々自覺しない。麻痺せる聲帯は健全の聲帯と同一平面にあらず彼より遙に低し。故に一側性の後筋麻痺にては嘶嘎を來たすこともある。普通の甲状腺腫よりも遙かに屢々喉頭神経の麻痺を來たすものは甲状腺腫の悪性變化、炎症乃至出血を來たした時である。間接喉頭鏡検査及び氣管鏡検査は甲状腺腫に依る變化を診斷するに價値大なるが直接氣管鏡検査は間接法に比し遙に卓越して居る、こゝに二三の實例を擧げて見やう。

カーレル氏は甲状腺に依る喉頭狭窄の一症例に於て、間接的検査に依り呼吸困難を充分説明し得ざるにより、直達氣管鏡検査を行ひ始めて右側氣管枝に腫瘍を認めて、これを摘出検査し扁平上皮癌を證明した。

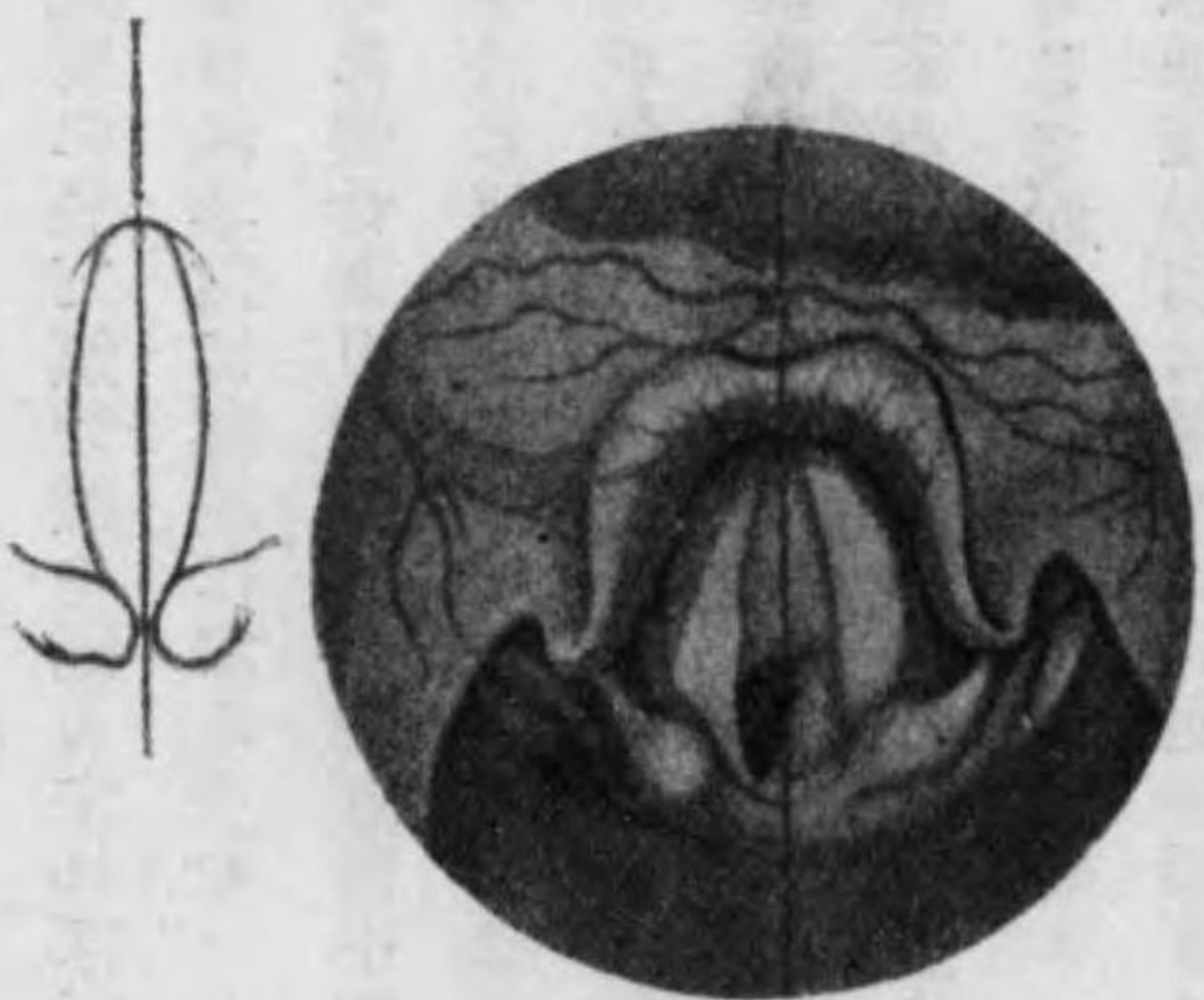
エフライム氏は五十歳の處女が六週前突如嘶嘎を訴へた頸部に於て鳩卵大の硬き甲状腺腫結節を觀察して居る、喉頭鏡検査を行ふに左側廻歸神經麻痺を證明し直ちに甲状腺腫に依るこゝを診斷したが氣管鏡検査を續行して氣管下部の管腔に於て甚だしく隆起せる搏動を認め即ち廻歸神經麻痺の原因たる大動脈瘤を診斷し得たのである。

圖 十 九 第



るらせ壓へ前左頭喉にめ爲の瘤腺狀甲部後頭喉

圖 一 十 九 第



(時聲發)るらせ壓へ後左管氣にめ爲の腫腺狀甲

マン氏もまた同様の例を経験して居る。即ち三十七歳の患者に於て甲状腺兩葉の中等大の腫瘍を認めたるが患者はこれに依り甚だしく呼吸困難に陥り喉頭鏡検査

にては氣管を充分に検査し得ざりしが氣管鏡検査を行ふて氣管最下部の甚だしく前屈するを認め大動脈弓に於ける一大動脈瘤を證明し得たのである。

また外科的に必要なる氣管狭窄の高さは直達氣管鏡検査を行へばその管に於て糧を讀み得る。これに反

し間接気管鏡検査にてはその高さを知るこゝ甚だ困難なるのみならずこれを想像するに過ぎない。気管の壓迫を來たす方向もまた直達気管鏡検査により確實に診断し得る。

次いで有力なる診断法はレントゲン撮影法である。即ちこの法に依れば背腹法のみならず横位にても撮影し得るを以つて気管鏡よりも遙に確實に且つ容易に気管狭窄の程度気管の變位及び彎曲等をも診断し得る、甲狀腺腫に依り變位し或は彎曲せる気管に於て気管鏡を挿入すれば気管は人工的に眞直となりその變位及び彎曲を看過するか少くも實際よりは非常に軽度になる。レントゲン撮影法にありては然らず気管の彎曲、變位はそのまゝ認め得る。また胸骨下甲狀腺腫、胸廓内甲狀腺結節等に依る気管の狭窄及び變位を診断するにもレントゲン撮影法を最も便利とする。

二〇%乃至四〇%ヨヂピン液或はリビオドールを気管に点滴し直ちにレントゲン撮影法を行へばコントラストの像著しく気管の位置變化を明瞭に診断し得る。

たゞレントゲン撮影法を直達気管鏡に比して劣るところは微細なる管壁變化に就いて明かなる映像を與へず、また気管内甲狀腺腫を通常影寫せざるこゝがある。

気管の變化に就いて類症鑑別を下すには甲狀腺腫の他に種々の病症を考慮せねばならぬ。例へば動脈瘤、胸腺腫瘍、及び爾他の腫瘍である。こゝに診断を確實にするには上記の方法を凡へて應用せねばならぬ。また甲狀腺腫を手術したる後にも直達気管鏡検査並びにレントゲン撮影法を續行し、手術の結果に就いて究明するこゝろあらねばならぬ。特に注意すべきは気管軟化症である。これを直達気管鏡にて觀

治療法

察するに気管軟骨の輪狀は全然消失し呼吸に際して気管壁が共に運動するを認める。

治療法 治療の方針は患者の自覺的症狀、全身狀態及び気管鏡所見に依りてこれを定める。餘り自覺的症狀もなく気管鏡所見も尠なければ普通の甲狀腺に對するが如く藥劑療法を試みる。更に自覺症狀甚だしきか気管狭窄の症狀も著しきか或は廻歸神經麻痺の始まりたれば外科的治療法に依らねばならぬ。クレンライン氏は甲狀腺腫を摘出するばかりでなく危険症狀の原因を治療するこゝ最も必要なるが、これ

気管狭窄の診断を気管鏡に依り確實に診断するに他ならぬ。

甲狀腺腫の手術を終れば概ね気管自ら従前の尋常の位置に回復するけれども、気管の位置變化甚だしければ手術後に於て整復し、尙ほ二三絲縫合にて尋常の位置に固定せねばならぬ。壓迫に依る気管狭窄は大概手術後に自ら整復する。気管軟化症の場合は甲狀腺腫手術絶対に適應するが尙ほ気管壁を外部の筋肉に固定するも充分ならず特種の手術法を必要とするこゝがある。気管の高度なる壓迫性狭窄は手術時に気管鏡を挿入してその狭窄部位を越えて気管へ深入するを適當とする。この方法は好く手術の目的を達せしむるが故に近時は外科醫も之を應用して居る。

次ぎに外科醫にも喉頭科醫にも特に興味を起す問題は甲狀腺手術後に於ける氣道の炎性症狀である。この症狀の起因に就いては色々に説明せらる。軟化症様に變化せる気管は強き吸氣に際して服従する。また手術に際して血管を結紮するが爲めに鬱血を來たす。次ぎに未詳ながら自律神經系統領域の反射作用起り、斯くて上記の症狀を來たすものと思はる。手術後の浮腫を來たす原因は實驗成績に徴すれば肺組

織内に氣胞内壓の急激なる減退に依るものを見做さる。尙ほ浮腫形成に作用するに氣管狹窄に依りて肥大せる右心室の過大なる動力がある。

甲狀腺腫死の急迫せる場合はこれに對する急救療法として、ケルバン氏は次ぎの四ヶ條を擧げて居る。
(一) 囊腫甲狀腺腫の穿刺 (二) 急速に皮膚切開を加ふる代りに甲狀腺腫を鈍く脱臼せしめること (三) 甲狀腺峽部を切開してその血管を結紮すること、氣管切開をなし長いカニキュールを挿入すること。

悪性甲狀腺腫

二、悪性甲狀腺腫

悪性甲狀腺腫 (Struma maligna) の項目のものに總括せられる悪性腫瘍は氣管の彎曲及び變位を起すこと、良性甲狀腺腫の場合に比較し概して限局性にして且つ甚だしい。蓋し腫瘍の大小及び部位に不相應に甚だしき氣管狹窄を起すのである、悪性甲狀腺腫は氣管の癒著は殆んご常に證明される。加之ならず

第 九 十 二 圖



甲狀腺癌頭頸部を侵す

腫瘍は喉頭に入り或は氣管に侵入することがある。良性甲狀腺腫の場合に應用したるが如く氣管鏡は悪性甲狀腺腫の診斷にも缺くべからざるものである。悪性甲狀腺腫は周圍に癒著する傾向があるが故に廻歸神經の不全及び全麻痺を來たすこと最も多い。また悪性甲狀腺腫は副甲狀腺腫よりも發生することがある。

悪性甲狀腺腫は特に骨に轉位する傾向がある。就中頭蓋骨は

甲狀腺癌腫より轉位を被るもの隨一に數へらる。

三、急性甲狀腺炎、結核、黴毒及びエヒノコックス

急性甲狀腺炎、結核、黴毒及びエヒノコックス

A、急性甲狀腺炎

甲狀腺疾患に依り惹起する氣管變化の特種なるものに急性甲狀腺炎の場合がある。急性甲狀腺炎は尙ほ一層稀有のものにす。甲狀腺腫の場合炎性腫脹急速に増進し數時間の間に全く氣管を壓迫し窒息死を來たすことがある。

ウィルド氏の一例にては甲狀腺腫より膿瘍發し、それより氣管に破壊し膿汁を凝血を喀出したるものである。氣管鏡検査を行ふに右聲帶の下部に肉芽、腫瘍を認め、また瘻孔を形成し遂に治癒したのである。ルサンナ氏は甲狀腺腫より急性化膿性炎症起り、環狀軟骨及び第一氣管輪の壞疽性軟骨炎を起したる一例を報告して居る。

稀には甲狀腺腫より上氣道の急性傳染例へばアンギナ、急性副鼻腔炎等の爲め甲狀腺腫或は膿瘍を形成することがある。または乳嘴突起炎に續發して甲狀腺腫の膿瘍を形成したる報告を見る。

治療法

治療法 化膿性甲狀腺腫炎はこれを早期に切開して膿竈を排膿せしめる。

甲狀腺結核

B、甲狀腺結核

臨牀的には甲狀腺結核は殆んご全く潜伏性である。然かし大概は甲狀腺の腫大甚だしく従つて真正甲狀腺腫と誤られる。甲狀腺腫に結核の續發すれば結核性甲狀腺腫とも甲狀腺腫の結核とも稱せらるゝが寧ろ

る後者を適当な名稱と思ふ。甲状腺結核の気管及び食道に及ぼしたる場合はその臨牀上の症状多く悪性甲状腺腫の場合に酷似して居る。甲状腺腫そのものが兎に角急激に腫大し且つ気管食道筋肉及び神経等ミ癒著すれば壓迫症状著しく、放散性疼痛、壓痛及び廻歸神經麻痺を起す。膿瘍ミなれば皮膚ミ癒著するか或はこれを破壊し屢々劇烈なる炎症症状を現はす、然かれも氣管或は食道に穿孔して流膿するこミがある、臨牀的に診断を下すは甚だ困難にして手術に依つて始めてこれを確定するこミが多い、然からざれば爾他の臓器に於て結核の著しき場合は大いに診断に資するこミがある。

甲状腺微毒

C、甲状腺微毒
第三期甲状腺微毒は極めて稀なるものに屬す本症に依る氣管變化は悪性甲状腺腫若しくは慢性甲状腺炎の症候に酷似し従つてこれらを鑑別するこミ難く屢々誤診するものである。また甲状腺結核の場合に似て周圍ミ癒著するが故に嚙下痛及び廻歸神經麻痺を來たし、また甚だしく氣管を壓迫するこミがある。

治療法 驅微療法により短時にして總べての症状去る。然かし藥劑に依り反應甚だしく爲めに危險に陥るこミがある。故に治療に際しては藥劑の分量を大いに考慮せねばならぬ。こミに注意すべきはモラアヌ氏の報告せる甲状腺の硬性護膜腫の症例である。本症に於て複合驅微療法を施し治癒を期待したるに反應甚だしきのみならず氣管は護膜腫の硬性癢痕性組織に陥没し遂に窒息死を招いたのである。

D、甲状腺エヒノコックス

甲状腺エヒノコックスもまた極めて稀なものである。その氣管變化は壓迫に依る位置變化を來たすに在

甲状腺エヒノコックス

治療法

るが、尙ほ甚だ危険なるはエヒノコックス囊の氣管の内に破壊するこミである。爲めに往々に窒息死を招くこミあり、また蟲囊の咯出せられるこミがある、また廻歸神經麻痺を來たし氣管軟化症の症状を來たすこミもある。

診断

診断 甲状腺エヒノコックスはまた之れを確實に診断するこミ極めて困難であり、臨牀に在りては殆んど囊腫性甲状腺腫ミ誤診する。氣管の症状は時に輕快するこミがあるが、これ蟲囊皮下に破囊する爲めである、かゝる場合はエヒノコックスを念頭に置いてよい。特に蟲囊の内容物吸收される結果蕁麻疹を起すこミあるが故にこの點を考慮する。

副甲状腺腫

四、副甲状腺腫

甲状腺の胎生時素地は各所に散在する。例へば咽頭後壁、舌根部、喉頭内部、氣管内部等である。これらを副甲状腺ミ總稱するこミは人の知るこミである、これらの副甲状腺より發生する甲状腺腫また尠くない。此處に列記したる副甲状腺の他に次ぎの數種がある(一)甲状腺峽部ミ舌基部ミの間に在る上副腺 Glandulae accessoriae superiores しかも正中性及び外側性の二つがある(二)甲状腺ミ上行大動脈ミの間に在る下副腺 Glandulae accessoriae inferiores 矢張り正中性外側性の二つがある(三)側副腺 Glandulae accessoriae laterales ミ下顎縁、僧帽筋及び鎖骨下縁ミの間にて側頸部に位する。(四)前副腺 Glandulae accessoriae anteriores ミて甲状腺の前に位する。

組織學的に見れば副甲状腺も本來の甲状腺腫ミ異なるものでない。加之ならず副甲状腺腫はまた本甲状腺

の健全なる場合もこれを見る。その大小は種々あり榛實大より手掌大のものがある、その硬度は軟弾力性を呈すその大小部位に依り種々の症状を呈す、例へば鎖骨下動脈の壓迫に依り橈骨搏動不等となり鎖骨下静脈の壓迫に依り上肢チアノーゼを來たす。上膊神経叢の壓迫により上肢知覺異狀を呈し氣管及び喉頭の壓迫に依り呼吸困難を來たす、また屢々ホルチルス症候群を來たす(眼瞼下垂症、ミオージス、眼球内陷症は交感神経の壓迫さるゝ症状である、副甲状腺腫は屢々青春期に來たり、限局性腫瘍として現はれ、また屢々月經時に腫脹するところがある。類症鑑別を要するものは結核性或は白血病性淋巴腫、脂肪腫及び轉位性淋巴腺腫瘍等である。然かれども囊腫狀に變化せる副甲状腺腫はこれを穿刺するに赤色チヨコレート狀の液體を流出する。これに依りてまた腮道囊腫若しくはエヒノコックス囊腫の漿液を區別さる。

五、急性及び慢性胸腺炎、胸腺増殖症、胸腺腫瘍

胸腺の急性炎症は左程に頻發するものでない。而して丹毒、ヂフテリー、初生兒痘瘡、猩紅熱及び麻疹の場合に見るが如く、小兒の胸腺は非常に腫大してこれに依りて氣管を壓迫し、高度の呼吸困難を來たし或は窒息死を來たすところもある。化膿性癒合を來たして縦隔竇蜂窩織炎となり、或は氣管に破壊して流膿するところがある。

慢性炎症の場合は胸腺は部分的に腫大し硬質或は硬韌様に感ぜらる。クローゼ氏の一例に在りては硬質乃至胼胝様の胸腺腫瘍にして一四〇瓦あり、氣管及び大氣管枝を壓迫して突然窒息死に陥つたのである。氣管及び食道の胸腺に依る壓迫は胸腺の大小に依る。また胸廓の入口の形狀及び大小もまた多少の關係

急性及び慢性胸腺炎、胸腺増殖症、胸腺腫瘍

を有す。從來胸腺死を稱せらるゝ原因不明の急死の症例は甚だ多い。しかしこれに關しては尙ほ研究すべき點多いと思ふ。その最も多きは氣管閉塞に依るものであり、機械的窒息死ではない。氣管も氣管枝も少しも壓迫を被らざる場合もある。これは胸腺増殖症或は胸腺淋巴體質にて死亡せる小兒に於て、氣管鏡検査を行ふに、何處にも狹窄を證明せざるもの多く、また呼吸困難の發作の實際著しく、而して死亡せる後解剖的検査を行ふに、氣管及び氣管枝の變形を認めざることあり、また從來胸腺増殖症を見られし大ききにも患者の健康狀態、榮養狀態並びに骨格の雄大なるに比較すれば恐らく尋常なりと思はるゝもの多き諸點より充分に想像し得らる。

しかし胸腺の頗る大なる場合は氣管を壓迫するところあるは否定し難い。彼の胸腺喘息 *Asthma thymicum* はこれを否定する臨牀家あるも多くの學者はこれを臨牀上の症候として居る。また胸腺の壓迫に依る機械的窒息死は諸家これを認めて居る。例へば患者の死後に於て流動バラヒン白蠟を以て氣管を充填しこれを検査するに氣管壓迫の跡を證明するのである。ジャクソン氏は四歳の小兒に於て呼吸困難を喘鳴の爲めに氣管切開を施し、その傷口より胸腺の隆起を認め、即ちその壓迫に依る氣管狹窄なるを證明したところがある。その場合胸腺を外科的に摘出したるに呼吸困難は全治し何等氣管壓迫の症状を認めざるに至つたのである、尙ほレーン氏及びオリビエ氏等も同様の症例を経験せり云ふ。只惜しむらくはこれ等の症例に於て氣管鏡検査の成績がない。氣管壓迫に依る死亡は諸家これを専ら孤立性先天性胸腺増殖症に依るを見做して居る。而して胸腺淋巴體質とは嚴重に區別すべし云ふて居る。ベチケ氏の證明に依れば斯

から孤立性胸腺増殖症にては気管は子宮内に於て早く破格の發育を爲し、寧ろ軟骨軟化症の傾向を示す
 ミ云ふ。また食道、血管及び神経の壓迫は孤立性胸腺増殖症の場合に胸腺淋巴體質の場合より遙かに多い。
治療法 實際に胸腺に依る気管の壓迫症狀を認むれば先づレントゲン照射を試み、若し出來得べくんば
 外科的に胸腺を切除する。

胸腺の増大すれば種々の症型を呈するが、就中気管壓迫の症狀著しきこゝ前述の通りなるが、白血病に於
 ける胸腺疾患はまた特種のものである。白血病及び假性白血病に際して胸腺の増大するこゝ甚だしく、
 従つて気管壓迫の症狀著しい。臨牀上の症候のみを見れば縦隔竇腫瘍を區別し難く、専ら血液の所見に
 依り區別するに過ぎぬ。爾他の内分泌腺の疾患に依りて胸腺増殖症を來たし、その結果気管の狭窄する
 こゝ比較的稀である。

悪性胸腺腫瘍は気管、食道及び喉頭の神経に影響し、その徴候を示すこゝは彼の悪性甲狀腺腫の場合に
 酷似して居る。これは胸腺に甲狀腺の局所解剖を鑑みれば直ちに理解さるゝと思ふ。

甲狀腺腫
 及び咽頭
 及食道

六、甲狀腺腫、咽頭及び食道

甲狀腺腫により気管の甚だしく外側に推移するこゝは前項に述べたるが、局所解剖の位置關係より見て
 食道もまた變位するこゝ大いに考へらる。甲狀腺腫に依り食道の外側より壓迫せらるゝこゝは甚だ尠い。
 これ食道は前方より後方に折り疊する管なるが故である。實地臨牀上必要なるは前方よりの壓迫に後方
 よりの壓迫である。咽後甲狀腺腫及び食道後甲狀腺腫 Struma retropharyngea u. retrooesophagea

はコッヘル氏の記載に依れば特に喉頭の甚だしく捻轉するか或は推移せる場合に來たる。既に甲狀腺腫
 の一側摘出されても一方の殘存してこの現象を來たす。また喉頭の捻轉推移を來たさざるも甲狀腺腫の
 組織外側より食道後部及び咽頭後部の結締織中に増殖するこゝがある。これに依りて食道及び咽頭の粘
 膜は後方より膨隆するに至る。また稀には真正副甲狀腺より發生する轉倒性甲狀腺腫もある。
 悪性甲狀腺腫に際しては食道を壓迫するのみならず、食道壁の癒著を來たしまた屢々腫瘍の食道内に増
 殖するこゝがある。

症候

症候 甲狀腺腫の患者は屢々嚥下困難を訴へるが食道鏡検査に依りてこの症狀の原因を探知するこゝが
 ある。また咽後甲狀腺腫なれば直接に咽頭後壁を指診して診斷される。
 食道の狭窄及び變位は甲狀腺腫に依りて來たるこゝあるも尙ほ食道憩室、癌及びその他の腫瘍に依りて
 來たるこゝ勿論なるが故に常に類症鑑別を必要とする。

喉頭及び
 食道の及
 び甲狀腺
 疾患

喉頭及び食道の継続的疾患並びに甲狀腺疾患

喉頭及び食道の癌腫は外部に増殖するのみならず、また内部殊に甲狀腺に浸入するこゝがある。フォース氏
 の一例は梨子状窩より發生せる喉頭癌の非常に蔓延せるものにして、手術不可能となり外部に破壊し、次
 いで甲狀腺左葉の部位に膿瘍を形成したるものである。甲狀腺を露出するに膿瘍腔の一部の壁となつたの
 を見たのである。またウェゲリン氏の症例にては喉頭癌の一方は食道に増殖し、一方は甲狀腺に増殖した

のである尙ほ同氏は二一例の甲状腺癌轉位を統計したるに、食道に原發したるもの六例を見たのである。

喉頭、気管及び内分泌腺腫瘍

喉頭内
及
分泌腺腫瘍
喉頭内
及
甲状腺腫
及
気管腫
及
甲
状
腺
腫

一、喉頭内甲状腺腫及び気管内甲状腺腫 Struma intralaryngea et trachealis

喉頭及び気管の内部に於ける良性甲状腺腫は比較的稀である。腫瘍の占居する部位に依り喉頭内、気管内或は気管後部甲状腺腫と稱せられる。また甚だ稀なるも右側大気管枝の入口部に於て甲状腺腫の認められたところがある。腫瘍は概して喉頭乃至気管の後壁に占居するが稀に側壁に來たるところがある。就中気管の前壁に來たること最も稀である。通常は甲状腺の増大を伴ふがまた甲状腺の殆んど健全なることもある。

昔時は喉頭内及び気管内甲状腺腫を以つて、胎生時に迷走せる胚芽より發生すこの意見専らなりしが、バルタウフ氏始めて病理解剖の標本に於て、喉頭内腫瘍の甲状腺腫組織が甲状腺の側索と直接に連絡せるを見、然かも気管の健全なる間軟骨組織を貫通したるを證明したのである。ゴルンス氏もまた同様の一例を蒐集したるがバルタウフ氏の諸説を認容して居る。然かれどもグルリェンワルド氏等はこれを否認し、気管内甲状腺腫は寧ろ甲状腺の範圍外に在りて、或は迷走せる胚芽より發生するならんと思像して居る。この気管内及び喉頭内甲状腺腫の真正副甲状腺より發生することは極めて稀である。従來の統計を見るに気管内及び喉頭内甲状腺腫の大多数は特に女性に發生したものである。

症候

症候 腫瘍は概して圓形或は乳嘴様のもの多く、廣莖を以つて基底に附著し、表面は平滑に粘膜は變化なきか、往々炎症腫脹を呈して居る。部位に依りては屢々聲啞を訴へる。特に聲帶間に腫瘍の膨隆する時、聲啞最も甚だし。また腫瘍甚だ大なれば屢々呼吸困難を起す。特に腫瘍の性質上比較的特有なるは月經開始並びに妊娠時に呼吸困難の甚だしき點である。

診断

診断 これを最も確實に診断するには直達気管鏡を用ひる。尙ほ一層確實に診断するには試験的切除を行ひ、これを検査するに在るが、元來甲状腺腫は血管饒多にして出血し易きを以つて注意を要す。

治療法

治療法 沃度剤の少量を継続的に服用せしめ甲状腺錠を與へる、しかれどもこれに依り治療の目的を達すること甚だ尠なく、症状の輕快すること稀である。故に出來得可くんば外科的手術に依りこれを切除する。外科的療法を許さざる事情あればレントゲン照射法を試みる。喉頭科に於ては直達鏡を應用してこれを管内にて切除し、次いで藥劑を以つて腐蝕するか、或は電氣燒灼を行ふこと稱揚せらるゝも、かかる場合大いに適應症を選ばねばならぬ。例へばポリプ様に腫脹せる場合は直達鏡下に簡單に手術出來るも、本腫瘍は廣莖にして血管饒多なるが故に直達鏡下に手術し得ざることも屢々である。寧ろ外部より気管切開を行ひその創口より手術するを得策とする。

二、喉頭及び気管のヒペルネフローム轉位

喉頭に於ける悪性ヒペルネフロームの報告せられたるはメンツェル氏の症例を嚆矢とする。それは四十九歳の女性にして體重急激に減少し、喉頭腫瘍の診断下され、喀血、嘶啞を訴へ、軟口蓋は甚だしく蒼

喉頭及び
気管のヒ
ペルネフ
ローム轉
位

気管内腺疾患

白、左側假聲帯に榛實大の短莖を有する球狀腫瘍を認められ、腫瘍の表面は波狀に凹凸を呈し出血性斑點を以つて被はれて居たのである。これを摘出したるに大出血を來たしたるが、創面速に治癒して癍痕を形成したのである。爾後三ヶ月も再發せざりしが、饑餓に陥り死の轉歸を取つたのである。顯微鏡下に腫瘍の標本を検したるに、定型的のヒペルチフロームの轉位を認めたのである。しかし原發腫瘍は遂に證明されなかつたのである。クレルモン氏は氣管分岐部にヒペルチフローム轉位を觀察した。この腫瘍は氣管及び兩側氣管枝に破壊し右側の大氣管枝を壓迫し閉鎖したのである。

氣管、食道と上皮小體増殖症及び上皮小體腫瘍

氣管食道
上皮小體
増殖症
及腫瘍

上皮小體増殖症及び上皮小體腫瘍に就いては英獨佛伊等の學者に依りて報告されたるが、本腫瘍に依り氣管及び食道の壓迫症狀を起す程度のもの稀である。臨牀上には氣管及び食道の本腫瘍に依り、壓迫症狀を來たすことあるも特長ならざるが故に、これを診斷することも極めて困難である。僅かに手術の際に腫瘍の局所的關係に鑑み診斷を進めることあるのみである。本腫瘍と特に鑑別を要するものは副甲狀腺に發生する腫瘍である。しかしこれまた肉眼的には甚だ困難なること多く、顯微鏡検査に依り腫瘍の性質を究明し始めて鑑別することが多い。

デートリッヒ氏は食道癌より上皮小體に癌性轉位を來たしたるもの三例を見たるが、臨牀的には上皮小體機能障礙の徵候を認めなかつたこと云ふ。

頸動脈腫瘍

頸動脈腫瘍

頸動脈腫瘍を臨牀上診斷するは頗る難事に屬するがクローゼ氏は次ぎの標準を定めて居る。一、總頸動脈の分岐部に占居する。腫瘍の大きさは普通大人拳を越ゆることがない。しかれども往々また巨大なる腫瘍となることもある。二、腫瘍は著しく外側に向つて推移性を有す。これに反して垂直の方向には移動せず。三、卵形の形態にして表面は扁平に隆起を有す。硬度は硬弾力性である。腫瘍を被ふ皮膚は抓上せらる屢々色素沈著するか或は發赤して居る。四、腫瘍塊に依り頸動脈縊られ定型的の症狀を呈す。即ち廣延性搏動及び雜音を現す。而して總頸動脈を壓迫すれば直ちに止む。五、咽頭壁隆起し喉頭及び氣管は側方に偏位す。屢々迷走神經障礙に依り或は氣管壓迫に依り呼吸困難を來たす。廻歸神經麻痺壓迫せられて聲帶麻痺來たり、腫瘍を觸診すれば迷走神經を壓迫して咳嗽發作する。また上喉頭神經、舌下神經及び顔面神經も腫瘍に侵されて麻痺することがある。六、屢々交感神經の壓迫するが故に患側の瞳孔縮小することがある。七、腫瘍の成長甚だ遅く従つて疾患の経過は非常に長い。八、接觸するも疼痛なし。醫療を請ふはたゞ美容の動機のみ。稀には頭痛、嘔吐、呼吸困難及び耳鳴を訴へ來たることもある。本腫瘍は轉位を來たすことなく惡液質を現はさぬ。類症鑑別を要するものは一、淋巴瘤疾患例へば結核微毒、淋巴瘤芽腫、淋巴瘤肉腫、癌腫、肉腫の淋巴瘤轉位、二、脂肪腫、三、纖維腫、四、動脈瘤、五、副甲狀腺腫瘍六、腮性新生物七、耳下腺腫瘍八、畸形腫九、皮様囊腫。

治療法

治療法 頸動脈腫瘍はレントゲン、ラヂウム並びに内服剤に依り多少の影響を受くるも、畢竟外科的手術を要す。豫備手術として總頸動脈の結紮をせねばならぬ。出來得るかぎり早期手術を適當とす。これに依りて血管の障碍及び神経障碍を避け、また悪性變化を來たさざる以前に手術するのである。ビルマン氏は本腫瘍の未だ小なるか、悪性の疑はるゝか、或は疼痛甚だしき時に限り手術す云ふ。若し本腫瘍が増大し癒著すれば總頸動脈、頸靜脈神経及び迷走神経も犠牲にせねばならぬ。従つて腦内貧血、偏癱、腦軟化症及び嚔下性肺炎を起すの危険がある。故に手術を行ふも死亡率甚だしい。ビルマン氏の統計にては死亡率二九%なり云ふ。

生殖器及び喉頭

生殖器及び喉頭

音聲及び生殖器

一、音聲及び生殖器

生殖器の機能は生理的の變化をなし青春期、月經時及び月經閉止期に著しい。而して尋常の音聲發生及び音聲成立等少しく異なる音聲變化を來たす。音聲變換は早期に來たり或は晩期に來たるが、必ず第二次性徴と並行して來たる。普通男性に在りては音聲變換 Mutation 來たれば音聲低調となり且つ強力となるが、また兒童の特徴を失はず寧ろ高調となり響聲となる。かゝる場合を持久性癭孔音聲と稱せらる。また音聲變換の時低音に慣れたる胸廓音聲の屢々癭管性音に移行し、然かも非常に長く續くことがある。兎に角にこれらの音聲障礙を以て悉く生殖器の病變に依るを爲すは誤つて居る。若し喉頭發育尋

常にして然かも上記の音聲障礙來たれば、その原因は甲状披裂筋内の發育遅延か、或は機能性發聲時協調運動障礙と見らる。従つてこれらは適當なる練習性に依り容易に治癒せらる。その手法を簡單に述べれば甲状軟骨を壓迫して聲帶の機械的脫緊を企て斯くて脫緊したる聲帶のまゝにて發音並びに發聲の練習をする。

月經時に來たる音聲變化は普通談話に著しからず歌聲には明かにこれを知らる。而して喉頭を見るに粘膜少しく充血を來たしたまた發聲筋及び呼吸筋の力減退して居る。加ふるに月經時の神経性憂鬱も影響するようである。歌聲の純化、殊に上音界に於ては月經時の影響を受け均等に發音を續けること困難なる。この音聲變化は個人的に差異あり、月經時の一日前に來たることもあり、月經時になりて現はるゝこともあり、或はその後に訴ふることもあり。特に職業的聲樂家はこの時期に歌聲を廢した方が好い。稀には月經時咽頭及び喉頭の粘膜充血するのみならず出血することもある。

妊娠時には月經時と同様の喉頭變化を來たすが、一般に變化の程度甚だしい。喉頭検査を行へば屢々喉頭後壁腫脹し、結締織粗造となり、浮腫を見、上皮の剝脫多く、且つ白血球の上皮に浸潤するを見る。分娩期にはこれらの變化一層甚だしく粘膜より出血する、また稀には高度の浮腫を來たす。月經閉止期には勿論性機能の消滅するが、青春期に比し遙かに軽度ながら同様の音聲變化を來たす。第二次音聲變換は閉止期に來たるものを總稱するが、多くの場合可成り引いて觀察せねばならぬ。例へば職業的聲樂家に於て閉止期に性機能の消滅するも、その音聲の質量少しも變化せざるものが多い。第一次音聲變換

は女性よりも男性に於て著しいが、第二次音聲變換は正にこれに反する。女性に在りては閉止期音聲變化して音界の下降しまた屢々同時に上唇或は頤に發毛を見る。

生殖腺分泌機能の生理よりも一層明瞭に來たるは、生殖器の病的變化の人爲的手術に依ること、並びに音聲への影響である。既に古代より知られたるは、青春期前の去勢術により男性の喉頭發育中止せらるゝことである。即ち去勢者の喉頭は常に小兒の姿を保つ。シャイエル氏は去勢者の喉頭軟骨は高年に至りて軟骨性を有せず化石状態に移行するを證明した。然かも化骨の状態たるや彼の女性に於て見るが如きタイプに相當して居るに云ふ。男性去勢者の音聲は小兒のその如く響き、男性でもなくまた女性でもなく寧ろ無性 *geschlechtslos* の如きを最も適當ならんと思ふ。

男性に在りては二十五歳後に去勢術を受くるも、喉頭の構造及び音聲には何等の影響を被らず、音聲變換後に去勢術を受くるに若し二十五歳以前なれば、既に成熟したる男性音聲も矢張り退變し去勢音聲となる。女性に在りては破瓜期後の去勢術を受ければ、幾多の手術例或はレントゲン不妊法の示すが如く、職業聲樂家に在りては音聲に影響することがない。しかれども音聲の低調なることは免れぬ。

腦下垂體疾患の場合は第二期的に睾丸萎縮を來たす。而してまた若年者に在りては喉頭及び音聲の變化を來たすこと去勢術後に見るものに似て居る。また睾丸の先天性並びに後天性疾患にても喉頭の構造に對しまた音聲に對し同様の影響を及ぼす。

音色及び聲高は喉頭の構造を合せて不易性性徴にしてホルモン活動性生殖腺組織の機能及び種類を理解するに缺くべからざるものである。故にこれに依りて所謂假性半陰陽の眞性を發見することがある。しかれども眞性半陰陽の徵候として喉頭の構造及び音聲の意義は大なるものがある。恐らくこの場合に男性生殖腺組織の迷走したる遺殘ありて、音聲及び喉頭構造の異性型 *Heterosexueller Typ* を來たすの動機たりしと思はる。また稀に女性に在りてこの閉止期に於て男性音聲を發し、合せて毛發型の變化を見ることあるが、これ卵巢内分泌の缺如のみを以つて説明し得ず。恐らくはホルモンを生産する異性的生殖腺組織に依るものと思はる。

喉頭結核
及び妊娠

二、喉頭結核及び妊娠

喉頭結核は妊娠時或は産褥に甚だしく悪化するを常とし、しかも大多數は悲慘なる状態に陥り、結核疾患の妊娠時に停止し、或は輕快することの頗る稀有なるは往時より周知のことである。また斯くて生じたる小兒の豫後も甚だ不良にして、第一年頃に死亡率の高きことは人の知るところである。

されば喉頭結核患者の妊娠はこれを中絶すべしとの議論は、既に盡きたるかのようである。しかれども此處に妊娠中絶の適應時期その他に關して一々詳説せず。たゞ此處に指摘したき點は喉頭結核と肺結核とが併發して、その輕重の關係及び適應症との關係である。内科醫は肺患の重篤なれば喉頭結核の輕重は毫も考慮せず、妊娠中絶を行ふを正當なりと做す。しかれども喉頭科より之れを見ればこれ根本的に誤れるものであり、妊娠中絶の適應症は徹頭徹尾喉頭結核の如何に關るのである。若し内科醫が肺の處見輕微なりとて、餘り考慮することなく妊娠を終了せしむるも、同時に喉頭結核を併發すれば既に此

の一點のみを以てしても須らく妊娠を中絶すべしと信ずる。要するに肺の所見のみを偏重せず、必ず喉頭の病勢に注意せねばならぬ。臨牀上の治療に際しても肺結核の治療は喉頭に充分注意するを以つて萬全の策なりと思ふ。

肺兼喉頭結核の場合に妊娠中絶を爲すは、その第一月に於て決行するを以つて最も其の期を得たりとす。諸家の意見の一致するところである。結核以外の喉頭疾患に對しても、妊娠の悪影響を及ぼすことは周知の事實である。

内分秘及び喉頭痙攣

内分秘及
喉頭痙攣

初生兒並びに小兒期に於て聲門痙攣の大多數はテタニーの部分的症候である。上皮小體ミテタニーとの關係は既に諸家に依り研究され究明されて居る。此處に一言するに上皮小體摘出に依り實驗的にテタニーを起すも、また小兒テタニーにても、(非常に稀ながら大人にも來たる)血液を檢查するに血清中のカルシウム量甚だしく減少して居る。疑もなくこれ血液のイオン平衡の障礙されたるものであり、神経、筋性過敏症の成立に對し、最も必要にして従つてまた喉頭痙攣の成立に對しても意義大なることである。兎に角二歳後の聲門痙攣及び呼吸困難は、彼の全身痙攣及び緊張性テタニー痙攣とは全然異なり、本體は殆んど不明なりと云つても好い。

大人テタニーは極めて稀なる疾患にして、喉頭痙攣を伴ふこと甚だ稀である。しかれども本症を來たせば喉頭の直接検査に依りて、これを證明し得。喉頭痙攣は何れもテタニー上皮小體の機能障礙ならざるは既に述べて居る。就中大人に於て喉頭痙攣を見る場合はその原因を爾他に求めねばならぬ。例へばヒステリー、神経衰弱、百日咳、頸部並びに喉頭腫瘍、腦疾患等を考慮せねばならぬ。内分秘腺に依る喉頭痙攣を診斷するに、最も好き標準は血中カルシウム量の激減(例へば三〇乃至六〇%に減する)である。蓋し上皮小體障礙以外に在りては、何れの疾患に於て検査するも、斯くの如くカルシウム量の激減するここはない。テタニーの場合に神経性過敏症を見るが、これ運動神経のみを侵すものでなく、例へば聽神経の侵さるゝことも屢々報告されて居る。

聲門痙攣も種々の程度の勢を示す。その最も輕症なるはカルボベタール痙攣の發作に際し喉頭を直達鏡にて検査するに多くは左右聲帶痙攣性内轉の位置に認めらる。その間極めて狹隘なる間隙を残して居る。間隙甚だ狭くして吸氣に音を發し或は吃逆聲を聞く。小兒の何等か興奮することあれば笑ふにも泣くにも吸氣音を反復する。發作の重篤なるは興奮の甚だしき事件に逢著して起る。重篤なる呼吸困難なれば喉頭筋は勿論呼吸筋の全部悉く痙攣する。

治療法

治療法 テタニー喉頭痙攣に對しては一般のテタニー療法を結合してこれを行ふ。しかし食餌療法中殊に注意すべきは大量のカルシウムを與へることである。殊に喉頭痙攣に對して効果がある。例へば小兒には乾燥クロールカルシウム三〇、蒸餾水三〇〇、アンモニア茴香精三アラビア護謨二サッカリン〇・二これを最初は一〇ccを日々六回乃至九回與へる。而して危険症狀去れば一〇乃至二〇日間日々一

〇ccを三乃至五回與へる。(イブラヒム氏法)或は臭素カルシウム二〇蒸留水三〇〇、これより一〇ccを牛乳に入れて日々三回與へる(マイエル氏法)またライヘル氏は五%のクロールカルシウム一〇ccを靜脈内に注射し聲門痙攣及び爾他の筋肉痙攣の止みたるを経験して居る。ステルン氏及びライヘル氏は紫外線療法に依り、テタニト兒の聲門痙攣の一時に治癒したるを経験して居る。尙ほ光線療法を行ふ傍最初はカルシウム及びザルミアツクを與へるを適當として居る。氣管切開法或は挿管法を行ふことあるも多くは時期を失する。即ち患者は窒息死に終る。心臟麻痺の來たること早くこれらの方法を應用する暇がないのである。

老人性重聽

廣く一般的に齡的變化を云へば一方に消費盛なるに他方これを補給することの不十分なのである。これを身體の諸臓器に於て觀察するに、高齡に至りて一、二の臓器或はその系統の機能退減する場合、専ら特定の細胞群の消失するものも想像して大體は誤りないようである。しかしまた必ずしも然らざる場合もある。例へば腦、生殖腺、齒牙の臓器に於ては此の解説は好く當て嵌まる。しかるに五感器等に於ける齡的變化は單に特定の神經細胞が消失するののみは見ることが出来ぬ。寧ろこれは加齡の爲めに機能障礙を來たし、その結果は解剖的變化をも惹起するのであり、加之ならずこの障礙を修復せんとする機轉が高年ながらも一程度まで保有され、これが唯一の現象として先づ定型的なのである、斯くの如くして惹

起するもの總べてを即ち總括して、これを齡的變化とも見られる。而してこゝには右様の意味の齡的變化が果して外耳、中耳及び内耳に於て如何様に發現するかこれを觀察するのも多少の興味無しとせぬ。外耳に在りては臨牀上意味のある變化を認めぬ、けれども人相學或は肖像學の意義を有する定型的變化を來たす。例へば外耳の前後にはありありと皺を生ずる、外耳の輪廓は愈々明らかになり、顔面に比較を取れば従前よりも大きな耳に見える。兎角全體として風水雨氣に荒蕪し氷雪に曝され、何ともしに顔面頭部の兩角に素枯れ立つ姿まざまざと見ゆ。そして顔面部の齡的現象の代表に、耳珠、對耳珠及び耳輪等に、疣物 *Vari* を見ることが多い。

外聽道の入口部には數列太き毛生を見、然かも毛は鬚髯のその如く硬きものが多い。外聽道は大分廣く且つ紆つて居らぬ。鼓膜ではその下縁に近くこれに平行し、所謂類脂肪弓 *Arcus lipidus myringis* を見ることが多い。これは角膜に見らるゝ老人弓 *Arcus senilis sive Gerontoxon* と同じ意味のもので老齡現象に數へらるる。即ち鼓膜をよく検査するに兩側性に來たり、或は狭く或は廣く張り、輪狀を呈する譯ではないが、鼓膜下縁に沿ふて半月形に見え、該部は白色の邊緣層となり、たゞ鼓膜臍部のみは尋常の色合である。しかしこの物もまた老齡現象のものでないこと云ふ専門家もある。次ぎに鼓膜の萎縮であるが高齡には往々甚だしきものも觀察したる臨牀家があるがこれ恐らくは加齡の現象とは殆んど關係なしと思はれる。寧ろ知らず知らずの間に外傷を被むるか或は職業上の輕微なる損傷なるか或は歐氏管、鼓室或は外聽道の病的なる氣壓變化に由るものが多いようである。

中耳疾患を観察しても加齢現象に特徴なり見らるるもの殆んぎない。彼の慢性中耳炎にて中央性並びに邊緣性の鼓膜穿孔を伴ふものはこれを高齢の者に見るこゝ甚だ稀である。またこれありしめて純粹の齡的現象と見る可からざるは勿論である。嘗つてチツフェル氏はオーフェン養育院に於て高齢者三一五人を調査したるに一例の慢性中耳炎をも發見しなかつた云ふ。これはケルチル氏の報告に一致すると思はる、蓋し慢性中耳炎の如きは高齢に對するまでには全治するか或は不幸の轉機を取りて完全に形付いてしまふものだらう。ケルチル氏に従へば六十歳以上のものに耳性合併症を見るこゝは非常に稀有のものなり云つて居る。

内耳に於ける齡的變化は全然これらと異り殆んぎ軽い現象の大部分を叢める云つてよい。一般に知らるゝ如く高齢に達すれば何人も聽力の多少に拘はらず減少するが如く、たゞこれが實際の生活に差支へありや否やによりて或は醫療を求むる者もあり或はそのまゝにて永久に葬らるゝものもあるに過ぎぬ。所謂老人性重聽の臨牀的症候は大體に於て定型がある。最初はたゞ高調の音の聞えざる者が多い。例へば鐘の響きか或は音樂會に出て聞いて居る時高調音のこゝろをば感知しない。而して斯かる状態は數年も續き患者は殆んぎこれに慣れて仕舞ふものが多い。これは普通の談話の時には聽力減退して居るこゝも覺えざるが故である。それが口語を以つてする談話に差支へたり或は耳鳴の爲めに他人の話す言語を聞き漏すに至りて初めて重聽の程度を自覺するこゝになる。また進んで醫療を乞ふ氣にもなる。しかし大多數の老輩はこの位の重聽は致し方がない、つまりは老人になつた徴候の一つと諦め多くは醫療を乞ふ

こゝもしない譯である。

聽器の機能検査を行ふに純粹の老人性重聽なれば常に定型的であり上音界に於て著しく減退し下音界に對しても耐久聽力を減じて居る。第一著に老人性重聽の臨牀的検査をなしたるツワルデマーゲル氏の意見によれば高音に對する聽力の減退は必ずしも老齡に於て始めて來るものでない。早く二十歳過ぎ頃より始まり爾後は殆んぎ規則的に減退して行くものだ云ふ。それが一定の年齡には一定の高音界が殆んぎ決つて居る故に反對に検査して得たる聽取音の高さによりその人の年齡を判定し得る譯だ云ふ。このツワルデマーゲル氏の検査成績に基きクベルス氏はこれを追試し且つこれを實證したるのみならず更に高齢に至りては下音界も上昇し約そ第六音の間歇を残すこゝを發見した。

ベツォルト氏及びリヒテル氏によれば上音界及び下音界の縮少が左程著しからず、またツワルデマーゲル氏の高音界の聽取力により年齡を判定するこゝも妥當ならざるこゝも多く、即ち多くは事實に反す云つて居る。リヒテル氏は特にガルトン笛のみを以つて上音界減退を證明するを不當とし、これ寧ろ上音界の音の強さの退するものを見做して居る。また下音界を検査して聽取力(耐久性)減するは同様に音の強さの弱くなる結果だ云ふ。これによりてツワルデマーゲル氏は次ぎの如く訂正せねばならぬ。即ち専らガルトン笛に對する聽取力の限界下るもこれを以つて上音界に對する聽取力の減退を證明したのではない。その反證に音の強さの範圍廣き機械を以つて検査しツワルデマーゲル氏の成績と比較せねばならぬ。就中下音界に對する聽取耐久力の減退を證明するにはオーディオメーターを以つてすれば最も適

當に以上の非難を除き得ると思ふ。しかし上音界に對する聴取力の検査にはオーゾーメーターに適當なる装置あらずこれによりてよく批判することは出来ない。これは最近完成せられた聴力試験器オートアウチオン Otoaudion を以て検査し得る。

要するに從來の説をそのまま引用すれば老人性重聽の定型として先づ上音界に對する聴取力減退及び高音に對する耐久聴取力の減退を挙げねばならぬ。

これによりて見るに、殆んゞこれ神経性重聽の特徴でありこれを爾他の原因による迷路性重聽と鑑別することは不可能である。しかれども老人性重聽を診斷するに上記の二徴候なくして骨導短縮のみにては不可能なること恐らくは類症鑑別上の一事實と云ふてよい。蓋し尋常の聴力を有する者も五十歳以上の年齢にては殆んゞ常に骨導短縮を來たすのである。この現象の原因に就ては諸家の意見區々なるも、要するに老齡の骨組織にはカルシウムの沈著増し、その弾力性を失ひ従つて音波の傳導するに適せざるに至る云ふ。

老人性重聽の初發する時期は矢張り爾他の齡的變化のその如く確定すること困難である。スボルレーデル氏は無條件に五十歳乃至九十歳の老輩に就いて聴力を検査したるに五十歳より規則的に聴取力の減退するを見た。重聽の平均は六十歳乃至七十歳の間に可成り均霑して居る。それに反してこの年齢には最高の程度(重聽)は稀に、七十歳乃至八十歳には重聽の最高なること屢々見られ、中等度はこれに反して極めて尠く、殆んゞ例外に聴力普通なるものがあつた。

スボルレーデルまた廣く調査したが、その報告によるに七十歳乃至九十歳でも稀有ながら聴力普通のものであり。特に中等度の重聽者多數あつた。この事實は何を物語るか云ふに、高度の重聽は勿論なるも中等度の重聽ですら、その原因は生理的とも見らるゝ齡的變化にあらずして、寧ろ他に病的變化のある可きことを暗示するんである。而してこの種の病的變化には血管硬化症、老人性衰老症 Marasmus senilis 等が想像される。

本來の老人性重聽の原因は何物か、これに就ては諸家の意見區々である。スボルレーデルによれば生前機能検査をやつて重聽を證明した強盜犯五人より顛顛骨六個を得てこれを検査したるころ、その迷路並びに聽神經に於て確かな病的變化を認めたもの一例も無かつた云ふ。それだから氏は老人性重聽の原因はもつともつち中樞性のもので、恐らく聽神經の中樞徑路に在りと思ふて居る。また Habermann, Manasse, Wittmack, Brühl, Jaehne 等の諸家は老人性重聽の原因は先づ老齡に殆んゞ缺かさぬ動脈硬化症或は老人性老老症に歸す可し云ひ、殊に病的變化の來たるころは蝸牛殼神經か或はその末梢ノイロンならんを推測して居る。ブリュル氏は簡單に老齡動脈硬化の爲めに神經實質に起る變性の病機なりを解し、ウィットマーク氏によれば蝸牛殼神經ノイロンの變性變化たること勿論だ云ふ。しかし蝸牛殼神經變性云ふ病型が結局エーデンゲル氏の所謂消費病を解釋す可きか、或は少くも少數例に於ては神經變性も大方同時なる動脈硬化との連絡を肯定す可きか、ウィットマーク氏も雖も例外なくこれを一決し得ることは自信して居らぬ。

ヤエチ氏の意見もまた殆んど同様で、老人性重聴は老齡を條件として來たる消費病で動脈硬化症を合併するものだ云ふ。氏は臨牀的に將た解剖的に觀察して、老人性重聴を慢性進行性迷路性重聴の一種たゞ見て居る。それは氏が六十歳乃至八十歳の十四人に就き、臨牀的には重聴を證明し且つ大概動脈硬化症であつたものから、その死後に二十五個の顚顚骨を得て、これを組織學的に檢索し、大體に於てマナツセが慢性進行性迷路性重聴に確定したるころと同様に解剖的變化を認められたからであつた。

しかし諸家は老齡のみで惹起する重聴を全部でも一部でもエーディングル氏の所謂消費病を見過し得る人ばかりで無い。先づ老人性重聴の臨牀的特徴だ云ふ高音に對する聽力減退或は喪失は矛盾して居る。日常生活には聽神經は絶えず音響も聞かねばならぬ、けれどもまた中等の音及び低調の音よりも高音に對して、遙かに多く機能發揮を要求されるは受取り難い。寧ろこれは反對で恐らく中等音、低調音に刺戟される機會蓋し多からうと思ふ。また消費病の解剖的特徴である神經纖維の端的な消耗はこれを老人性重聴のすべての例に於て認めた譯でない。エーディングル氏自身すら所謂進行性家族病の聾だつた一つを恐らく消費病のグループに屬するならんと思像したに過ぎぬ。

ヤエチ氏が老人性重聴の元兇だと言渡した病理解剖的變化は大部分動脈硬化症なるものが迷路に見出されたのである、しかし本來の老人性重聴に於ける解剖的變化を確定しようとならば、かの生理的年齡變化のみを専らとし、夫れ以外なる年齢的變化やその他の同類疾患のない老人輩の聽器ばかりを提供せしめねばならぬ。カウツが Otto Mayer はその通り力説したばかりでなくこれを實地に試みたのである。

そして氏の業績を總括するに、老人性重聴の解剖的變化は、確かに、加齡につれて内耳蝸牛道に於ける基礎膜の硬直性 Rigidity を増す傾向であり、それは尖端廻轉より基礎廻轉に至るに従つて増加し、基礎廻轉に於ては完全の強直に陥る。即ちこれ老人性重聴の原因だ云ふのである。

少しくマイエル氏の業績を抄出して見るが、六十四歳乃至八十四歳のものに就き臨牀的に老人性重聴を診斷したる二十八例より各自殆んど兩側の顚顚骨を得、これを組織學的に檢索した、その内基礎膜の定型的變化は内耳他部及び聽神經の變化を兼ねたるもの二十六例、單純に基礎膜の變化のみを證明したるもの二例であつたのである。それで基礎膜の變化は肥厚を主なるものとし、膜の上下兩側には細胞組織より出たと思はる、ホモゲーンの赤色に（ヘマトキシリン、エオジン複染色にて）染まる塊りが融著して居る。尙ほ石灰沈著の著しきところありて化骨状態を思はしめて居る。このホモゲーン塊は蓋し楔結質 Kritsubstanz を見るべきものだが、この細胞群より出るか、マイエル氏も雖も大いに保留するのみで確答を與へて居らぬ。基礎膜の下側に當たるところは、言ふまでもなく、鼓室階被層の細胞より成つて居る。しかし上側には基礎膜上層の細胞を見るは勿論なるが、尙ほベットヘル氏細胞及びクラウヂウス氏細胞も參加するかも知れん云ふ問題がある。以上は顯微鏡下に明らかに證明される基礎膜の變化だが、これは上部廻轉なるに従つて急激に減じて居る。しかし遙か離れて基礎廻轉になつても全然常態を云ふところもなく、多少に拘はらず確かな變化を認めしめる。

このマイエル氏の所説はその後ちエルランゲンのブロック教授の標本「前庭盲囊の基礎膜化骨」をレデレ

ル氏が反覆観察して殆んど同様の組織的變化を基礎膜に認め、これによりて大體に質成されたのである。この基礎膜の變化は耳の機能をさう云ふ意味の關係があるか、即ちマイエル、は基礎膜の振動力が減退して、必ず高刺戟に對する感受闊狭ばかり、全然振動力を失へば必ず當該の音領域に聾を來たすものと説明してゐる。前陳の變化では基礎膜の變化が最も甚だしかつたが、蓋し基礎膜は高い音響を感じるころであり、従つてこの膜は絶へず振動數の大なるものを要求せられて居る、それだから基礎膜の變化の甚だしきは當然であり。こゝに耳の機能は基礎膜變化の由來を自ら釋明して毫も無理がないと云ふのである。兎に角にマイエルの解説の誤なきを裏書きするは、第一に臨牀上の事實を解剖的所見が實際に一致することである。少しく詳しく云へば基礎廻轉に於ける基礎膜の變化甚だしくして、之れが老人性重聽の特徴である上音界の減退並びに高音に對する聴取力短縮によく匹敵するからである。かように老人に限つた基礎膜の變化では比較的僅微なる聴力減退を醸すに過ぎぬ。これのみで高度の重聽或は聾を來たす等とは到底豫期だもなし得ない。

しかし老人には往々重聽の甚だしきを訴へることがある。これは一は Habermann, Manasse, Wittmack, Brühl, Jaehne 等の證明したるが如く蝸牛殼神經並びにその末梢ノイロンの變性變化により、また一は動脈硬化症か或は加齡的疾患に歸因すと思はれる。それで總括して云へば、老齡期に來たる重聽の症型は次ぎのように分類せられると思ふ。

(一) 在來の老人性重聽であつて、人間老齡になれば何人も免かれざるもの、且つ加齡だけで以つて喚起

せらるゝ重聽を指さす、マイエル氏はこれを基礎膜の硬直性に原因すると言ふのである。

(二) 老齡期の疾患、例へば血管硬化症、老耄症等の爲めに惹起する重聽であり、その解剖的變化として迷路並びに聽神經の變性變化を認める。

(三) 年齢とは關係の無い重聽で、かの慢性進行性迷路性重聽と同じカテゴリーのものである。

處置並びに治療 原因的療法として決して老衰せざるの意氣込最も必要であり、日々精神的並びに身體的活動を調整すべきである。しかし運動法は極めて必要なるがうちに簡單なるものを主眼とすべし。また身に覚えあるなれば乗馬も可なれど、ゴルフ等最も適切なるものとする。温泉地方へは山野の別なく旅行するは最も妙である。心行くまで浴泉して、また悠々愛誦の書を繙くも善き對策である。

日常の強健法として水浴、溫浴甚だ可である、時間あれば一家團樂に談笑し大衆講座に耳を聞き澄ますも良き方法である。高張症または動脈硬化症に對する意味合にて四%ロダン曹達水日々三回一茶匙宛試みるか、ロダプリン錠日日三回一錠宛服用して見る。この療法は一とめぐり三週乃至四週で、一と先づ切り上げる。而して二、三週後には再びこれを施行して好い。高張症を特に治療する意味にカルチウム_{II}ヂウレチン、沃度カルシウムヂウレチンを試み、またいろいろの沃度劑を選り用する。若しまた血中のコレステリン量を減ずる爲めにはチレオイヂン劑を試む。また時にスベルミンの愉快なることがある。

我等は補聽器チョコを以つて大いに老人を歡ばしめたことがある、従つて歐氏管通氣法を試みたるに老人の重聽を一時快癒せしめたことがある。特に下音界に對する聴取力減退はこれによりて屢々恢復すること

が多い。

骨髄炎の
聴器障礙

骨髄炎の聴器障礙

骨髄炎の経過中に來る聴器障礙は極めて稀である。文献にも Steinbrügge, Wagenhäuser, Brock, Bezold, Siebenmann 等數氏の報告例を散見するのみである。骨髄炎によつて障礙を來すのは主として内耳であり、中耳並びに隣接含氣腔の罹患即ち顛顛骨骨髄炎は一層稀有である。

管狀骨骨髄炎に岩様骨骨髄炎が併發して耳痛を見乃至は乳嘴突起に瀝膿したのは僅かに Zeroni, Rister, Kümmel 氏の四例があるのみで、これでも斯くの如き極めて少數の症例であつては從來骨髄炎のあつた人に、または骨髄炎の経過中に中耳化膿症が偶然に一緒になつたのか、或はまた確かに岩様骨骨髄炎であつたのか疑はざるを得ないのである。

しかるに一方骨髄炎の経過中に發症した内耳障礙に關しては、從來觀察せられたるところは明瞭であり、確かにこれが骨髄炎に繼發したのを知るに充分なものである。今日吾人は骨髄炎性聾云ふものを明言し得るのである。前述の諸家の經驗せる患者は皆一樣に高熱を伴ふ急性骨髄炎に罹つて居たのである。

細菌學的には僅かに Siebenmann の第二例に於て檢索せられ葡萄狀球菌なることが確かめられたのみであるが Steinbrügge, Brock 氏の例も解剖の結果、矢張葡萄狀球菌であつたしするので Siebenmann

氏は葡萄狀球菌に據るのが一番多いのであらうと言つて居る。

年齢的關係は由來骨髄炎が十代二十代の若い人に多い關係上、矢張これらの若年者に多いのである。文献に表はれた例は七、十五、二十、二十四、二十五、三十六、四十歳である。

性的關係は從來の僅少なる經驗例を以て速斷することは出来ないが、しかし男性が罹患率が多いことだけは確かである(七・二)。これは男性が女性より外傷を受ける機會が遙かに多いことに關係するので、外傷が骨髄炎の誘因となることあるは周知の通りである。

骨髄炎の部位は四例は大腿骨で上膊、脛骨各一例である。中三例は多發性骨髄炎であり、六例は單發性である。

聴器障礙
發現の時
間的關係

聴器障礙發現の時間的關係 これは個人により大いに差あり、文献例は發病第一週より一年、三年、三年

半になつて居る。

聴器障礙の發現に當りては初め兩側に差があり、一側のみが其度に侵されて來る。しかし第二の耳もまた漸次障礙の度を増加するに至る。骨髄炎の聴器障礙は兩側を侵して來るのが定型的なものである。

骨髄炎患者が自覺する聴器の初發徵候は多くは急激に來たる重聽と耳鳴である。この外尙ほ大多數の場合には自覺的眩暈もある。

聴力障礙は極めて高度であつて、日常生活上は聾の状態となる程度なものであり、これが骨髄炎に因る聴器障礙の特徴とす。

骨髄炎の聴器障礙

聾なるは多くは急速であつてジーベンマンの第一例の如きは僅々数時間の中に聾となり、全く機能を喪失して居るのである。数日の中に聾するものもあり、即ち最急性に來たる、先づ高度の重聴となり、その後漸次進行して遂に聾なるものもある。この重聴は通常恢復するこゝはないが時に數年後になつて少しく聴力の恢復するこゝもある。

聴力検査であるが、音叉を以つてした検査成績にては今日も尚ほ骨髓炎性聾者に特有なりきならず可きものはない。

聴力の轉歸は Wagenhäuser, Steinbrügge, Castex, Siebenmann III の例に於ては、兩側とも全く聾になつて居る。その他の諸家の例にありては一側は聾であつて他側には尚ほ聴力が残存して居る、即ちベツオールド氏の例は二分の一オクターブ、ジーベンマン氏第一例は四オクターブ、シュレル氏の例は八オクターブ聴力が残存して居つたのである。ブロック氏の症例は兩側共高度の重聴であつて、僅かに二・五オクターブの聴力を保有したるに過ぎぬ。

前庭機能検査は古い報告例には記載はない。ジーベンマン氏ブロック氏によつて初めて精密に検査されたのであるが、その検査成績は色々である。ブロック氏の例は温熱による興奮性があり、これは尚ほ組織學的検査にて前庭神経、内外淋巴腔は傷害を蒙らざりしこゝも證明されてゐるのである。ジーベンマン氏の第二例に於ては特發性眼球震盪があつた。ジーベンマン氏の第三例は兩側ともに聾であり、前庭機は冷温並びに廻轉刺戟に全く反應しなかつたのである。ミュルレル氏の例は聾になつた方の耳は冷温

刺戟に不應であつて、他側は十度の冷水にて漸く眼球震盪の第一度を起して居るが廻轉では右も左も眼球震盪を起さなかつたのである。

十代の小兒が骨髓炎にて聾になつた場合はベツオールド氏、カステックス氏の例の如く、その結果遂には啞になる。このこゝに關してはジーベンマン氏は骨髓炎性聾が稀有なるために聾啞の統計には殆んど出ては居ないが、しかし將來の聾啞の統計には骨髓炎もまた聾啞の一病因とす可しと論じて居る。

病理解剖學的に検索されたるはスタインブリッゲ氏、ブロック氏の二症例だけである。スタインブリッゲ氏の症例は二十歳の男子で上膊の骨髓炎に罹り聽器障礙が表はれてから四年後に結核性腹膜炎で死亡したもので、岩様骨は兩側とも骨質は黄色にて著しく硬化し、内耳には嘗て劇しい迷路炎を經過せしを確證して居る。中耳には兩側に輕症なる中耳炎の痕跡あり。左右内耳の軟部組織は破壊せられ、前庭階は特に内壁に於て著しく新生せる骨質及び血管に富む結締織で充されて居る。一側の耳に於ては半規管は骨新生して高度に狭窄し、正圓窓は化骨して居る。神経及び特に神経節細胞の領域は結締織で置換されて居る。スタインブリッゲ氏は本例は腦膜炎を起した時に迷路炎に罹つたのであろうと言つて居る。

患者は骨髓炎にて高熱を發せる時に二乃至三日間失神し譫妄を發した既往症をスタインブリッゲ氏が腦膜炎と診斷したのである。ブロック氏の例は三十六歳の男子にて大腿の骨髓炎にて聽器障礙發現の後數週にして死亡せる症例にて兩側に輕度の中耳炎あり。組織學的に小聽骨には變化なく、正圓窓窩には紡錘狀星狀細胞を含む粗鬆結締織あり、外層は高度の炎症性變化を示して居る。内耳、内外淋巴腔に

は變化なく、蝸牛殻神経に著明なる變化あり、即ち神経炎ありて神経炎に特有なる紡錘形膨隆部を狭窄部を示して居る。この神経炎は炎症性ではなく寧ろトキシンによる退行性のものである。コルチ器は兩側とも變化を蒙り基礎膜は大部分弛緩して居り、コルチ器の細胞は低くなり到底個々の細胞を識別し得ない、コルチ膜は右側にては狭くなり且つ延長し線條消失しコルチ器上に低下しこれに癒著せり。左側はコルチ膜は大部分消失して居る、ライスチル氏膜は左側は或部は全く沈下し、或處は基礎膜及びコルチ膜に癒著して居る、これをブロック氏は吾人の現在の知識では、果して生體に於て行なはれた變化なりやまたは單なる死後變化なりや、決定し得ないと言つて居るが、大體は正常の場合と比較してコルチ器の變化は實質性退行變性の初期であり、蝸牛殻神経並に神経節細胞の變化と共に中毒性神経炎なりとの結論に傾いて居るのである。

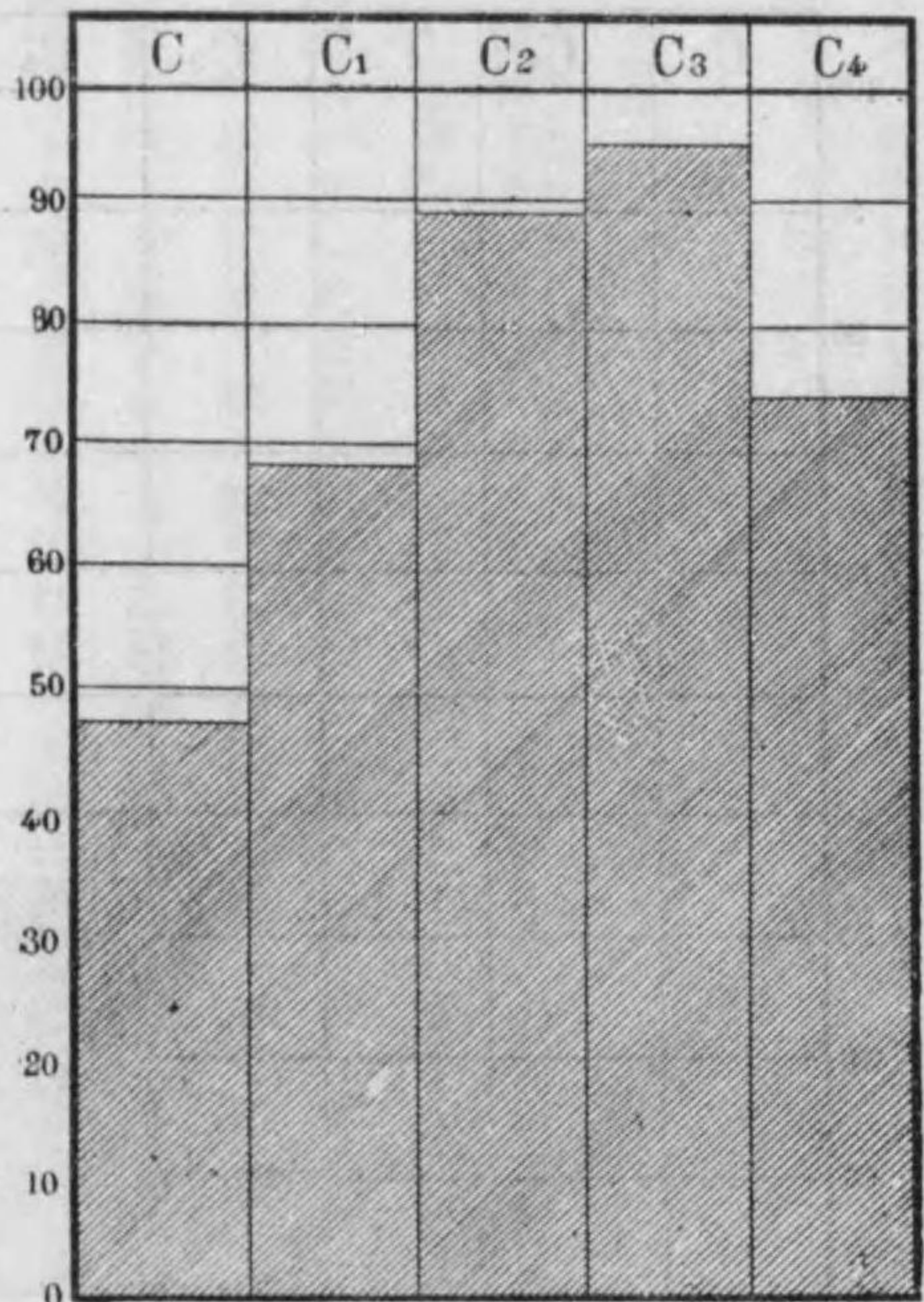
これを要するに骨髓炎は内耳に重篤な變化を起さしめ得るものであつて、常に兩側を侵し高度の重聽を來し聾なる場合あるのである。その發現の時期は骨髓炎發病の後一乃至二週より數年の間に來たる、聾なる場合は數時間のうちに電撃性に來たることもあり、または數ヶ月、數年のうちに漸進するものもある。聴力は普通に恢復するこゝはなく、たゞ時に少しく恢復するこゝもある。

聽器障礙の本態は迷路化膿性機轉なりや或は神経炎性なりや、しかも聽神経を侵すのはトキシンによるか或はまた直接細菌の侵襲によつて起るかに就ては今日未だ闡明されて居ない。この外尙ほ永い間骨髓炎に罹つた患者自身の悪液質もまた聽器障礙の一因子として擧げらるるのであり、或はまた再度の手術的

操作を行なつた場合は一過性の高度の貧血も聽器障礙の原因となるのである。結局これらの諸因子が相加はりて聽器に影響するのである。

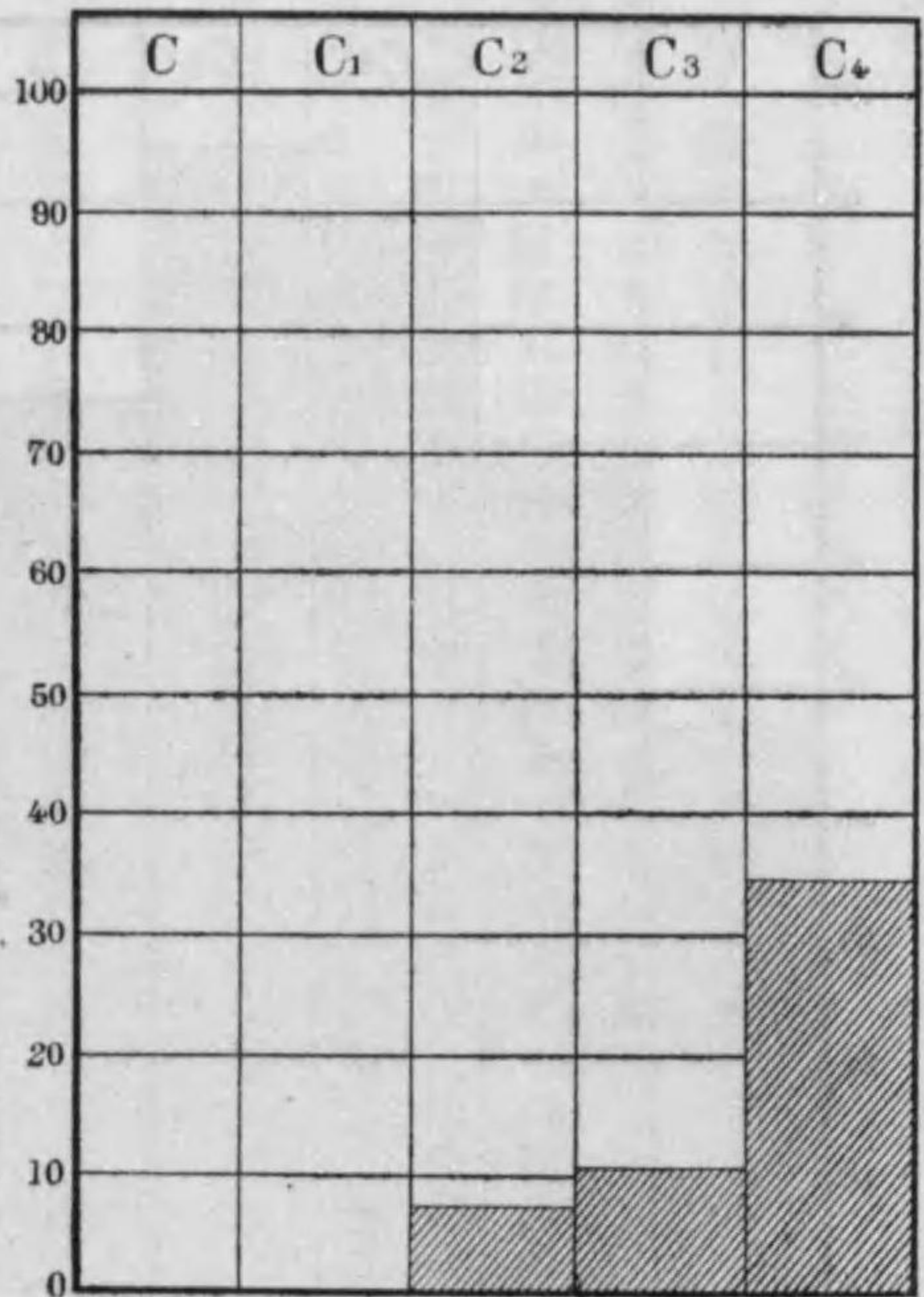
東京同愛記念病院細谷博士クリニックにて經驗せる患者は骨髓炎性重聽なれども幸に極めて輕症な例である。

患者、佐〇木〇次〇、二十歳農、初診、一月二十日。



骨髓炎の聽器障礙

既往症、生來健康にて疾患を識らず、家族歴に特別なこゝはない。
現病歴、大正十三年三月二十日に自轉車のクラックにて左下肢内側を打ち該部は翌日より腫脹し疼痛があつた。三月二十七日に或病院にて骨髓炎の診斷の下に切開手術を受けたその後大正十四年四月には右下肢に獨りでに以前の様な腫脹を生じその次ぎには右上腿にもまた腫脹部を生じ何れも切開手術を受けて全治せり。
骨髓炎の爲めに永らく入院して居るうち



に大正十五年一月より突然右耳が重聴になつて来たのであるが、幸に右耳には未だ重聴はなかつたので家事に忙殺されて居たこのころである。重聴になつた初め耳鳴はあつたが眩暈はなかつた。初診時所見、主訴は右耳の重聴。鼓膜は全く正常であつて、滲濁もなく陥没もせず。歐氏管もまた正常にて通氣法にて簡単に通氣し得。中耳外耳には何等變化は認められなかつた。

聴力検査は前表の如くで、

前庭機能検査。

特發性眼球震盪なし。

廻轉後眼球震盪、右側に向ふ眼震は水平にて十七秒、左側は水平にて二十七秒である。

冷温性眼球震盪 水温 十八度。

左耳 一二三〇珩 水平眼震 持續 四〇秒

右耳 一七〇珩 水平眼震 持續 三三秒

本例は骨髓炎發病後約二年にて来たもので、その重聴は幸に極めて輕症であり、尙ほ迷路興奮性も保有されて居たのであつて從來の文獻に見らるゝものは著しき懸隔あり、骨髓炎性重聴としては非定型的なものである。

聴力が發病以來漸進せしや或は今後増悪するや否やは今日知り得ないのであるが障礙が輕度であること、尙ほ聽器障礙發現後四年を経た今日尙ほ相當の聴力が保有されて居るころより見れば恐らく今後増悪することはないのであらうと思はれる。

流行性腦脊髄膜炎

流行性腦脊髄膜炎

本症はワイクセルバウム氏 Weichselbaum の初めて發見せる(一八八七)細胞内雙球菌 Diplococcus intracellularis が感染して發病し、而して最も多く聽神經を侵かすものである。

聽器は一方に於て病原菌を傳搬し腦膜傳染を仲介するが、他方に於ては本症より續發的に罹患する。即ちこの場合は屢々聴力並びに均衡機能を失ふのである。

聽器に次いで侵さるゝものは視神經である、遂に全盲症に陥ること稀有で無い。ウトホフ氏 Uthoff 及びハイネ氏 Heine に依れば一六%視神經炎、五%全眼炎を觀察し、或は視神經網膜炎及び轉位性全眼炎の各々五%を證明したこゝろあり云ふて居る。

流行性腦脊髄膜炎

本症の發病には外來傳染、上氣道傳染及び小兒の場合等を考慮せねばならぬ。

外來傳染には多少とも氣候並びに地理的關係認めらる、一般に三月四月及び五月の春季に罹病率が多いやうである、恐らく流行性感冒、肺炎等と相似て居る。

上氣道は病原菌の浸染地乃至第一次土著地と見られる、そして咳嗽、頻咳に際し粘膜の小塊に附着して病原菌出づ、即ち點滴傳染を爲すわけである。流行時に患者の附近へ傳搬され隣人の鼻腔竝に咽頭に到着するものが多い。

小兒特に一歳兒に在りては殆んそ結核と同様の罹病率を見る、特に小兒淋巴症にて口蓋、咽頭の扁桃腺及び頸腺の肥大せるものは本症に侵さるゝ危険が多い。故にリングルスハイム氏 Lingelshelm 及びドルンブリュト氏 Dornblith 等は腦脊髄膜炎の危険あれば須らく扁桃腺を除去すべしと力説して居る。

腦脊髄膜炎の病原菌に就いてその侵入門は臨牀的に研究されしもの多いが特に急激の経過にて三日以内に死亡せるものに就きこれを解剖的に研索したるは専ら上氣道の部位を次ぎの如く考慮して居る。

(一) 鼻性侵入門、Rhino gene Einfallsporte の侵入門として考へらるゝは頭蓋底に近き上鼻道であり、特に後篩骨蜂窠及び蝴蝶骨竇は最も意義ありとせらる。

(二) 咽頭淋巴性侵入門、Pharyngogene-lymphatische Einfallsporte これは専ら咽頭扁桃腺を傳染の通路とするのである。

(三) 歐氏管鼓室性侵入門、Tubotympanale Einfallsporte 即ち歐氏管より鼓室に入り、その間に或はそ

れより腦脊髄内に波及す云ふのである。

(四) 喉頭氣管性侵入門、Laryngotracheale Einfallsporte これはゲッペルト氏 Goepfert 及びブッセ氏 Busse の特に研究せるところに據り、腦脊髄膜炎の初期には常に氣管氣管枝炎を證明するが故に侵入門なりと云ふのである。

次ぎに本症の發病する病理的過程を見るにいろいろの解説がある、例へば蝴蝶骨體、罅裂、篩板、頭蓋咽頭孔、咽頭周圍血管神經束等の自然的なる通路より直接に頭蓋内に入る云ふ假説がある、しかしこれに就いては色々の議論もあり蓋し多數の賛成を得て居らぬ。またハアエック氏が腦脊髄膜炎の鼻性病原を調査して大體(一)非鼻性傳搬(二)鼻性硬腦膜外並びに硬腦膜下潰瘍より副行性に腦膜炎を惹起す(三)腐敗性副鼻腔炎に續發して腦膜炎を來たす等の諸項も頷ちたるが、恐らく化膿性腦膜炎を専らにしたものと思ふ。

それよりも血行に依る傳染は一般的に考へられる、即ち流行性腦膜炎は敗血性若しくは菌血性全身傳染の症型と見られるのである。これ腦脊髄膜炎患者に在りては初期に於て既に流血中より殆ん常に病原菌證明されるし、同様に轉位する諸臟器例へば脾臟、心嚢、肋膜、腹膜、關節腔、肺液、ヘルペス嚢等に病原菌を證明するから何人をも首肯せしめると思ふ。また腦膜に於ても病原菌を證明するが腦膜炎を起すこと無く腦脊髄膜炎菌の敗血症を見ることがある。

本症の経過中には從來關節、眼、耳及び爾他の體腔に病理的變化を多く認めて居る。

症候の統計的觀察 最もしばしば見る且つ最も一般的の症候は悪感、高熱、頭痛、痙攣、嘔吐、皮膚過敏、ヘルペス等であり、また皮膚出血も屢々見るものである。次に多く來たる症候はケルニヒ氏症狀、項強直、胸強直、牙關緊急、斜視等の視障礙、重聽並びに聾等であり、かの菌血症にて脊髄液中常にワイキセルバウム氏菌を證明す。また咽頭を診るに發赤することあり、麻痺、昏迷、嗜眠、失禁、心臓麻痺等を來たすこともある。

また頭蓋底を侵すこと著しく腦神經の悉く罹患することがある。例へば嗅神經、視神經、眼筋神經、三叉神經、顔面神經、聽神經、舌咽神經等皆侵かされる。しかしここには耳科疾患を専らに記述する。而して耳科疾患に最も屢々見るところは腦膜炎性聾、内耳疾患及び中耳炎である。

腦膜炎性聾 Meningitische Ertaubung は屢々轉位性のもので看做され、腦膜炎の病機より聽神經及び内耳に移行するものだ云ふ。抑も聽神經は爾他の腦神經と趣を異にし、一般に腦神經の諸障礙は一過性なるが聽神經に於ては持久性に治せず、蓋し聽神經にてはその末梢の蝸牛殼並びに前庭が頭蓋内に直接して、各自の末梢装置もここに在り、腦膜炎性病機に侵され易く且つ一度機能障礙起れば遂に恢復せざるやうである。

第四腦室と聽神經核(聽線は隣近部を走行するが故に別問題とする)との部位的關係を観るに腦膜炎に際し腦上皮の滲出液乃至浸潤に依り容易く侵襲されると思はるゝが、猶ほ腦脊髄液の増壓の爲めに直ちに壓迫されること考へらる、即ち腦脊髄膜炎に際しては聽神經延髓核能く侵され腦膜炎性聾を惹起すと思

腦膜炎性

流行性腦膜炎性中耳炎

はる。次に轉位性耳疾患は或は中耳を侵かし、或は内耳蝸牛殼を侵かす、これに反して内耳前庭のみを侵かすことは稀である、中耳及び内耳は殆んど同時に發病するもので、所謂全耳炎 Panotitis が多い。これに反して一方が原發し他方が續發すること殆んど無い。

流行性腦膜炎性中耳炎 は近時の統計に依れば比較的に頻發するようである。ジイベンマン氏は猩紅熱性聾の中耳疾患の重篤なるに反し腦脊髄膜炎に中耳の侵され、然かも數年間に至りて痕跡を残すは尠なし云ふが、恐らくその通りである。その統計的調査に依れば流行性腦脊髄膜炎の約半数以上は中耳疾患來たり平均六%の罹患數を見て居る。グラデニゴ氏 Gradenigo は解剖

計 %	總計	晚發性	第四週	第三週	第二週	第一週	流行性腦脊髄膜炎に於ける中耳臨牀			
							正常	顯著	起病	
44	55	12	11	9	23	10	3	3	計	
37	47	8	12	7	5	5	1	1	39	2+3
		125	26	29	22	39				
		50	59	70	35					

的所見に依り過半数の中耳炎を認め、且つ内耳はこの際全く健全なりしが故に中耳と内耳との病機無關係なるを力説して居る。またゲッペルト氏 Goepfert は上掲の興味ある統計を示したのである。

腦脊髄膜炎に續發する中耳炎は、發來する時期に依り早發性 Frühforme 及び晚發性 Spätforme を區別するが、特に病原並びに豫後を異にするようである。

流行性腦脊髄膜炎

早發性中
耳炎

一、**早發性中耳炎**は流行性腦脊髄膜炎にて一週間以内に終焉となりしものに於て解剖的に中耳炎の病變を認める場合である。ウエステンヘッフエル氏 Westenhöffer に依ればこの時期には鼻咽腔疾患の原發するこゝも多く、要するに鼻咽腔疾患は早發性中耳炎と平行して來たるものを見る。ゲッペルト氏の報告したるは發病五日目に死亡したるものの中耳腔の病變を惹起せる一例だつたのである。しかし稀には發病三日目或は直後 sofort に中耳炎の惹起するこゝもある。

二週間或は以後に中耳炎の徵候著しきは晩發性に屬する。最初は腦脊髄膜炎と共にカタル症を惹起し、このカタル症より中耳炎となるこゝが多い。故にこれを移行型 Übergangsform とも致して好い。また比較的陳久性の咽頭炎在りてこれより中耳炎を誘發するこゝもある。

早發性中耳炎はゲッペルト氏等に依れば歐氏管より發病し、且つ副行性なり云ふが、ジーベンマン氏は全然意見を異にし、即ち原病の部分的疾患なりとし、恰も麻疹、猩紅熱、ヂフテリー等に於ける早發性中耳炎と同じく血行性に惹起すを説明して居る。

晩發性中耳炎竝に移行型は發病二週間乃至その以後にこれを見るのであり、原病の病原菌のみにては發來せず、大概は混合感染を俟つて惹起する。そしてこれを分類すれば

- 1、移行型は早發性中耳炎の吸收せられず遷延するに依りて惹起す。
- 2、口呼吸の障礙せられ、また屢々嘔吐する病勢なれば歐氏管經由に晩發性中耳炎を續發す。
- 3、血行性中耳炎として恰も腦脊髄膜炎の敗血性疾患の如く發來す。

腦脊髄炎
の經過

4、**腦膜性若しくは迷路性に中耳炎を續發するこゝがある。**
腦脊髄炎、急性中耳炎の經過

早發性中耳炎は輕症のもの多く且つ概して良性のものだ云つて好い。殆んど疼痛無く耳鏡を以つて検査するも所見無きが如く、僅かに鼓室内壁發赤するが微量の滲出液あるに過ぎぬ。出血性中耳炎の如き稀有のものに屬す。鼓室穿孔したり或は化膿するが如きは未だ嘗て見ない。

晩發性中耳炎は混合感染にて發病するだけに良性なるは尠ない。出血性のものであれば化膿性の場合も多い。それにしてもその初めは漿液性であり、次いで膿化に變じ或は多く粘膜膿性となるのである。

隨伴性内耳炎、腦脊髄膜炎に隨伴する内耳炎は特に一過性 Vorübergehende Form なるもの耳科的興味がある、然らざるは腦膜炎性聾か或は腦皮質、聽神經幹の侵され全聾に陥るものである。

流行時は屢々内耳疾患を惹起し、聽力障礙(特に甚だしき重聽)を來たすのみならず均衡障礙現はる、管なるも原病の腦脊髄膜炎は大體が重篤なるが故にこれを確實に検査する機會尠なく、殊に均衡障礙は殆んど検査されるこゝが無い。この流行性腦脊髄炎なるものが小兒に多い疾患だから殊更、耳科的機能障礙の検査未了に終るわけである。しかし聽力障礙起るにしても原病の約そ絶頂に達するか或はその前後に、發來すると思はる、而してこんな時期には患者は多く昏醉に陥つて居る。即ち患者の覺醒する間に聽力障礙を認めるのだが正確なる聽力検査は出來ず、或は出來たとしても斯かる場合甚だ正確なるを免かれない。

隨伴性内
耳炎

聴神経及び内耳の一過性に侵される場合は

- (1) 激しい耳鳴を訴へる、これ恐らく脳脊髄膜炎の初期症状なりと思ふ。
- (2) 内淋巴及び外淋巴間の液流關係變化し、早くも腦壓増進を伴ふて蝸牛殻障礙を惹起す、これは理論的のみならず事實に於て頭蓋内壓變化すれば時々聴力も一定しない。
- (3) 發疹チフスの場合と同様にコルチ器の中毒性障礙を受くるは免れない。
- (4) 病理解剖的検査に依れば早くも二十四時間内に内聽道竝びに菱形窩底に著しく肉眼的變化を來たす。

要するに諸家の種々に報告するところを綜合する時、腦脊髄膜炎より續發する中耳炎及び内耳炎はその頻度に於て軒輊が無い。たゞ輕重さか緩急さかの問題になれば内耳炎は中耳炎に比較して意義の大なるを見るに過ぎぬ。

次に腦膜炎性内耳炎の勃發する時期を、原病を比較するにいろいろである。モース氏 Moos に依れば四十三例のうち發病三日に聾せるもの十一例、四日乃至十日に聾せるは十七例、十四日乃至四ヶ月に聾せるもの十五例であつた。兎に角に乳兒或は小幼兒なれば内耳炎より聾なるもの既に發病二十四時間内に來たるこゝが多い (Volkoni, Leichtersterm) 故にこれに由りて臨牀的の分類を樹つること難い。また年長兒なれば幼兒の如く急速の經過ならず、多くは發病の第二週の後ち内耳炎症狀を現はす、即ち意識濁するうち或はその後ち三四日を経て重聽なるを氣付かれ、それが日々激甚となり間も無く聾する

のである。

腦膜炎性内耳炎の病理 Pathologie der meningogenen Labyrinthitis を考察するに血行性か腦膜直通の二途あるに過ぎぬ。

(一) 血行性 im Blutwege の傳染は菌血症を轉位の交行するもので、内耳の淋巴腔は蜘蛛膜下腔と等しくワイキセルバウム氏菌に對し特に親和力大なりとせらる。モース氏はこの道を以つて最も主要なる傳染道として居る。氏に依れば内聽道の脈管は必ず兩側性に侵され、この脈管と無關係の顔面神経はこれに反して常に風馬牛である、特に原病の頓挫性にして最急性聾を見る場合はそうである。剖檢例に於ては然かしこれを實證せぬ、しかし蜘蛛膜炎ありてこれより直接に内耳炎の惹起するは解剖的に克く證明されて居る。従つて血行性傳染の方法は到底看過し得ぬのである。

腦膜炎性内耳炎の惹起するは恰も逆に内耳炎性腦膜炎の成立する時と経路を同じうする。そのうち最も重要な経路を云へば元々存在する腦脊髄液と外淋巴との直接連絡そのものである。換言すれば次ぎの

聽神経の
蝸牛殻導
水管

の二つとす。

前庭導水
管

次に前庭導水管は傳搬経路として意義無しとせざるも左程のこゝは無い、これ病理的に検査して内淋巴と蜘蛛膜下腔との直接連絡を證明しないからである。その外にいろいろ移行経路は動物實驗にて報

告されたるが、人間の病理に於ては未だこれを認めぬ。

さて脳脊髄膜炎より内耳炎を發來するに聽神經道(即ち螺旋道 Tractus spiralis foraminulentus)か或は外淋巴道か何れか意義大なりや、從來諸家の研究し報告せるところを綜合して見る。

1、蝸牛殼導水管は耳性或は迷路性の腦膜炎を媒介するものでは第一位に在るが、恰も正反對に腦脊髄膜炎より迷路炎を惹起するにも第一位なること諸家ひそしくこれを認めて居る。

2、カルボウスキー氏 Karbowski は犬に於てその腰椎内に肺炎菌を移植せるに腦脊髄膜炎起り、それが短時日間に短かい太き蝸牛殼導水管を經由迷路炎を惹起したるを觀た。そしてこの組織的所見は人間に於けるそれに全然一致して居つたのである、たゞ忘却すべからざるは神經鞘經由の蜘蛛膜 Ⅱ 迷路間連絡は人間と犬とに於て相違するこゝで、犬に於て連絡悪い點である。

3、外淋巴道は開放するや否や未だ解決されない、解剖學者と耳科學者とは互に相違せる意見を持して居る。しかしベロック氏 Bellocq アレキサンデル氏 Alexander が近時言明せしが如く初生兒及び小兒に在りては外淋巴道即ち蜘蛛膜下腔を開通し居るが、爾後だん／＼閉塞するか埋没するものならん。

4、内聽道及び蝸牛殼導水管の發生學的事實を觀るに大人の内聽道は長さ一〇耗幅五乃至六耗あり蝸牛殼導水管は長さ一七耗幅一耗ある。それが初生兒なれば内聽道の長さ三耗に足らざるもの、滿一歳なれば三乃至七耗平均約六耗に達し、たゞ管内の幅は大人のそれと異なり、初生兒にては長さのようにならざり、幅はこれに反して著しく異甚だしからず。また蝸牛殼導水管は胎生後發育に於て四倍もの長さとなり、幅はこれに反して著しく

減少する。これを要するに内聽道は廣くなる代りに短くなり蝸牛殼導水管は細くなる代りに長くなるのである。

5、聽神經の淋巴間隙は一方廣き橋槽 Cisterna pontis と連るか他方迷路周圍 Perilabyrinth とは毛細管の連絡を爲す。それが小兒に在りては大人のそれよりも一層狭い。これに比較して外淋巴道は全然反對の關係なのである。

6、流行性腦脊髄膜炎の最急性期は小兒に在りては殆んど二十四時間内に惹起するのが定型的である。さればこれ最短距離なる蝸牛殼導水管より必發すことを認めらる。

7、アガッチ氏 Agazzi は螺旋道を最も自然な最も單純な道だといひ、小兒に於て迷路の侵さるゝは、この道よりすべしと説明して居る。しかしビルクホルツ氏 Birkholtz に依れば二十例のうち蝸牛殼導水管發病八例ありて小兒は七例で大人は一例に過ぎず、それに對して螺旋道發病六例ありて大人に五例の多きを見たのである。これに由りて矢張り小兒に在りては蝸牛殼導水管大人に在りては螺旋道を腦膜炎性内耳炎發病の捷徑なりと思はる。

8、前庭器は腦脊髄膜炎菌に殆んど侵されずとは一種のドクマである (Ruttin-Neumann) 即ち蝸牛殼を好發部位なりとするがこれ蝸牛殼導水管より原發するを認め、また下行性神經炎も解剖的にはこれを認むるも、腦膜炎性内耳炎に限局性迷路周圍病竈を形成し、依然同一部位に於て被囊にて包まれ(蝸牛殼導水管、基礎廻轉等に於て)自然治癒を營むもの多いと云ふのである。かゝる場合の傳染はヘリコトレマ

を經過し且つ前庭道に廣く連絡する外淋巴槽を辿る能はず、最も都合の悪い場合でもこの槽に迷路上部を隔つる中隔にて阻止せられる。また前庭神経幹も顔面神経の如く炎性浸潤に對して抵抗強しと思はる。解剖的關係は臨牀的竝組織的材料に依り十分に説明されるもので無い。要するに小兒に於ける最急性の腦脊髄膜炎性聾は頻發するものに屬し、その傳染の侵入門は殆んど規則的のよう、に蝸牛殼導水管よりするものを見做さる。

臨牀上腦膜炎の第一週に觀るものを三型に分つ、即ち

- 1、意識濁濁すること無く亞急性に始まりて聾に陥る迷路炎。
- 2、意識濁濁せる間に迷路炎の惹起すと思はるもの。
- 3、意識濁濁せる後漸次聾するもの。

臨牀上の症候 患者は腦膜炎の爲めに多く腦症を起し症狀を診察する間も無く鬼籍に入る。しかし死亡率は復た中耳炎(内耳炎)の輕重に當該流行の輕重にも影響せらる。倘し患者回生したれば多く重聽甚だしく聾するのである。而して畢竟は(一)全聾か(二)殘聽(聽島)を残す聾症か(三)高度の重聽を訴へることである。しかし患者に就いて詳細なる聽力検査を行ふの機會が尠ない。

言語

言語の機能を失ふは幼兒の腦脊髄膜炎後にしばしば見られることである。

眩暈

眩暈の症狀は常に耳鳴を伴ふ、しかも初發の症候なることが多い。しかし患者は概して就床し居るが故に眩暈の特發するこゝが無い。専ら眼球震盪を検査するのだが從來唱へられしよりも遙かに屢々證明せ

られる。腦脊髄膜炎の絶頂に達する時は定型的の眼球震盪を觀ることが多い。ベック氏 Beck に依れば發病二日目に眼球震盪發し、その後快癒せるに引續き検査したが、一側性聾に陥り前庭器の興奮性を喪失したのであつた。四週の後患者は起床したるが毫も均衡障礙を起さなかつた。猶ほ全快の時期に初めて前庭機能の障礙著しくなるよう思はれたのである。

治療法

治療法 先づ十分に栄養を攝るよう注意せねばならぬ。若し栄養の不十分なる場合は胃ゾンテを挿入し

栄養を謀らねばならぬ。或は患者嘔吐することありとも胃ゾンテを挿入して食餌を與ふるに差支無い。嘔吐に對してはナウチザンを一日三筒まで與へる、このナウチザンは七五%トリクロール、イゾスチール、アルコホル、アセトンクロ、フォルム、クロレトニン二五%トリメチラキサンチン、カフェインより成る。またナウチザン一〇含有の坐薬を以つてする中樞性の嘔吐を治すことも稱せらる。

それから一日三回二十分づゝ温浴を試みる。腦脊髄液を穿刺して採收す、これを反覆して穿刺液の透明になるまで續行する。且つ早期的に脊髄内に血清を注射して見る。この外にアルゴトロピン三乃至五毫の靜脈内注射も試みる。このアルゴトロピンは一%コルラルゴールに二%ヘキサメチレントラミンを配伍したものである。

從來より沃度製劑多く用ひらる、沃度加里は一百グラムまでの大量を與へらる。特にヂョデール、アリアル等至便なり云ふ。

平流電氣はモース氏初めて應用したるが暗示的の效用あらんも左程の價值認められず。

蛋白質製劑を以つてする刺戟療法また試みらる。例へばワクチノイリン或はヤトレン等なるが重聽に對して效力ありと思はれず。

ポリツエル氏の遺法たるピロカルピン(注射或は内服)の發汗療法は今日も猶ほ應用せらる。しかしこれも、沃度劑と同じく偉效あるわけで無い。

シアルコウ氏の遺法たるキニーチ療法もまた今日猶ほ應用せらる。これノイロンを中毒せしめて耳鳴を治する方法である、今日は同一の意味にて精製せらるオトスクレロール及びバニトリン等試みらる。しかし恐らく慰撫的の效果あるのみ多くの望を囑し難い。

蓋し前顯の如く多價血清の二〇乃至四〇珉を日々腰椎内に注射するのが比較的に效驗ありと思はれる。

法醫學篇

I 耳科の法醫學的検査

法醫學關係の耳科検査法はこれを普通の耳科診斷法に比較するに一種の追加である。法醫學上の鑑定事項は一般の耳科診斷法に説明されざるものごとす。

鑑定事項は災害保險、生命保險等の事件を含み耳科診斷法の難關である。耳科検査の大部分を占むる聴力検査法は音叉、言語等を以つてするが被検査者の解答に由るが故に絶対に信用し得るものなく従つて確實なる診斷は最も困難にして屢々不可能のこともある。詐病の疑あるものを検査する場合は被検査者の答への偽りなるを立證せねばならぬ。偽りて聾すこ云ふ場合はこれを確定するこ困難にして特別の検査法がある。普通の聴力検査法にてはその智力、注意力等に依りて検査の勞苦一方ならず。連續音叉、聴力表及び聴力曲線の診斷上に用ひられたる以來相當の年月を経たるが今日左程の進歩を見ない。

こゝに鑑定事件ありて外來の検査並びに入院検査の何れも似て確かならざればこれを他に依頼すべきである。被検査者の答へを引用するに甚だ疑はしければ暫時除外し置く。これに反して被検査者の何等か云ふところは往々大なる價值を有するこがある。既往症を聴取して不用意の間に被検査者の聴力に關し暗示

を得ることもある。それは後ちの聴力検査に大いに参考となる。また言葉使ひ即ち言語の表現法の侵されし程度をも知られる。

鑑定事件に餘り経験なき醫家の往々誤謬に陥るは耳損傷等に際し一々症候を聞き質すことである。若し斯くの如く聴取し得れば自ら必要とする症候は落なく指摘し得ると思ふ。然かるに被檢者は醫者を疊惑する意向なきも自己催眠に罹り當時ありし或はなかりし症候を最早明確にせず寧ろ積極的に言明する。ガウプ氏に由れば急劇なる暴力沙汰にて迷朦せる結果突然意識喪失す云ふ概念は通常ない。概ね打ち込みまたは爆發に遇へば一時辛苦の緊張先に立つ。大砲近づけば耳その方に向ふ。

既往症を聴取するに色々の注意事項擧げらる。被檢者をして心靜に語らしめ處々に必要に應じて注意し無害の質問を發して報告する處を補ふ。例へば「耳から血が出たか」「こんな質問をせず少し耳から流れたか」と質問する。斯くの如き質問にて既往症を聴取したがそれ以來外傷後の耳出血に就いて聴取すること少しく稀になつた様に思ふ。またこの方法を避けて不利益なこともある。それは被檢者の尙ほ解答すべきことに關し猶豫を與へ作事するところがある。

災害の場所、時間及び方法に就いて検査し、また治療するにバツソー氏は一形式を示して居る。これに依れば損傷報告書の確實性に就いて幾多の解釋を下だし得る。また屢々適時且つ適法の治療法に依り損傷の後發症を防止し得たるか既往症聴取の時に確實に指摘すること最も必要である。

視診

普通の方法にて視診し外耳の附近を詳しく見、離皮或は溢血の有無に注意する。これ法醫學的に

廣く意味のあるからである。特に竄入せる粉粒、砂土、石片の有無を注意する。また耳翼缺損を注意し、缺損したる時期及び缺損の形狀等を記録に止める。また耳翼附近の皮膚を検査し例へば變色症、痂皮等を注意し、若し陳久性銃創なれば最早射入口及び射出口を認め難い。しかし癩痕は注意して検査す。

外聽道検査

外聽道検査

先づ挿入された綿栓、或は外聽道を閉鎖する物質を注意し、これを抽出してその外面を検査す。被檢者自ら被害せんとするものは屢々腐蝕劑を綿栓にして居る。分泌物あれば綿栓の臭氣に依りてこれを判断す。また固形物の栓はこれを化學的に分析する必要もある。しかしこれを挿入したる方法はまた考慮を要するところがある。骨部外聽道まで深入し、且つ長く卷きたるものは恐らく被檢者自ら挿入したるものでない。外聽道は二、三ヶ所に於て彎曲し且つ廣狹ありて、自ら異物を骨部まで入るゝことは不可能だからである。かゝる場合は恐らく豫備知識を有するものか少くも實施法に熟達した手を借りたるものも疑はねばならぬ。

次に外聽道を検査するに次ぎの三標準がある。

- 一、外聽道壁の性状とその變化
 - 二、外聽道腔の形狀
 - 三、外聽道の内容
- 一、外聽道壁は損傷、離皮、輝裂、刺創の有無に注意を拂ひ次いでその部位、經過及び反應症狀を検査

す普通臨牀に見る癩、濕疹、廣汎性外聽道炎の症狀に比較して確實に所見を記録する。また結痂は耳翼より外聽道に入る狀況並びに大小、癒著の有無を検べる。屢々その一片を取り顕微鏡的及び細菌學的に検査する必要もある。また骨部外聽道にては骨折、披裂、骨露出及び運動性を検査する。

二、外聽道腔には狹窄、閉鎖、廣潤及び歪形を認むるこゝがある。狹窄は癩痕に依るものがある。然かも外聽道壁自體の癩痕を周圍より生ずるものもある。加之ならず耳下腺の炎症にて外部より來たり或は骨折の爲めに來たる。また骨折は更に皮膚を貫通せしや否やを検査する。また狹窄の程度を確め耳鏡を挿入し得るや消息子の僅かに通るのみなるやを記録する。

三、外聽道の内容は損傷にて液體となる。例へば血液、分泌物、腦脊髄液等を見る。また粥狀なるは軟性疔瘻、眞珠腫、落屑皮膚、藥劑或は自傷劑等である。また固形のものも廢棄物、彈丸片、器物破片、鉛筆、骨片、樹枝等を見る。異様の外聽道内容物は直ちにこれを洗淨してはならぬ。若し外聽道に流血あれば破裂の疑がある。これも洗淨するは間違ひである。即ちその色を見て青綠色なればピオチアチウスを想像する。その臭氣は無菌ガゼ或は綿花に取りて直ちに判斷す。これに反して損傷新鮮ならざれば外聽道に膿を見る。これを掃き去りたる後洗淨しても好い。既往症に鼓膜破裂を知るも陳久性中耳化膿ありしこゝ洗淨を恐るゝが如きは誤り云はねばならぬ。廢棄物の除去は屢々勞多くして、然かもこの際疼痛甚だしい。殊に外聽道皮膚炎の併發すれば愈々困難である。故にこれらを一回の検査にて解決を望んでならぬ。膏藥を塗りたる線棒を挿入すればその翌日は検査容易である。しかし外聽道炎あ

れば數日間或はそれ以上治療して始めて外聽道深部及び鼓膜を検査し得るに至る。兎に角性急は絶體に禁物である。分泌少量にして往々痂皮となる場合は先づ試験的タンポンを試みる。即ち痂皮のある部位を越して鼓膜に近くガゼ片を挿入し二十四時間放置し斯る後検査すれば分泌のある部位及び分量を大方確めらる。

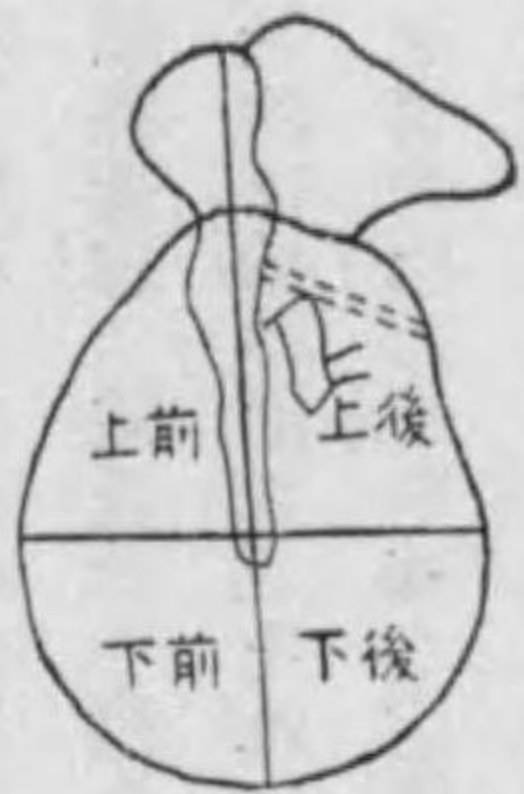
鼓膜検査法

普通臨牀に於て行ふが如く耳鏡検査を爲す。たゞ普通の臨牀に必要ならざる點も残りなく検査するのである。従つて必要あればベンニングハウス氏ブリュウニクス氏ハイケ氏等の擴大耳鏡を

應用しアイケン氏の雙眼鏡を利用して好い。

鼓膜の所見を詳細に記録する爲めに、これを四つの象限に分つ。即ち圖に示すが如く前上、前下、後上、後下の四象限である。

鼓膜に於ては普通色、光澤及び位相を注目するが法醫關係にありては出血、溢血それ等の遺殘色素顆粒癩痕等を精確に検査する。類症鑑別に必



要なるは疔瘻小塊であり屢々鼓膜或はその近部外聽道に沈著し屢々血痂を誤らる。斯る場合にはハルトマン氏鉗子及びヤンゼン氏鉤にて丁寧除去しその性質を検査すれば判明す、しかし鼓膜に堅く附著すればこれを除去し得ず僅かに擴大鏡下に比較診斷するに過ぎず。この際に次ぎの點を注意せねばならぬ。

一、疔瘻小塊なれば概して圓球形を呈し溢血型はこれに反して隨意の形狀を示す。二、疔瘻は脂肪を有するが故に親和力を有す。これに反して乾燥血液塊は表面龜裂あるか更に數多に破壊する傾向がある。

三、疔瘡は黒色なる場合も邊縁部は黄褐色の線を示す。これに反して血塊はその色寧ろ類歩色である。極めて定型的にして且つ容易に識別せらるゝ鼓膜變化は外聽道後上壁に直接するところに現るゝ線狀發赤である。この外聽道後上壁より出する赤線は即ち血管にして多數並行しつゝ鼓膜面に走るものである。而して聽器震盪症及び爆發障礙には少しく殘存し且つ明瞭に識別せらる。

鼓膜穿孔はその種類その員數を詳しく記録する。これに依りて被害者の申し立てをコントロールしまたその予盾をコレクトし得る。

通氣検査

通氣検査法 歐氏管を検査するには先づ後鼻鏡検査に依りて咽頭開口部を精確に究めまたその通過性を他覺的に検査する。それにはカテーテルを用ひるこゝ周知の如く依りてオトスコープより聽取し常態なるか病的なるかを確む、然かれども實施法及び検査成績等は普通の教科書にこれを譲る。たゞ注意すべきは新鮮の損傷に通氣法の禁忌すべきこゝである。殊にバツソウ氏以來鼓膜破裂を確定するに通氣法は禁物とせられて居る。蓋しこれに依りて癒著せる穿孔縁を開放し新たに鼓室を哆開し然かも危険多いからである。これに反して陳久性損傷にて癍痕を遺殘するか極めて小穿孔を殘す場合は鼓膜破裂の鑑定に通氣法を行ふて好い。殊に癍痕はその堅固の程度を知る可く通氣法を應用する多くは適當(無謀ならざる)の氣流を以つて抵抗力を試験するのである。

鼓膜穿孔より更に鼓室の變化を検査す。これは一般の耳科的基礎に依りて判斷するも常に變化の古さを評價しこれを以つて損傷の時期及びその證言と比較の參考にする。

耳翼その近部、外聽道鼓膜の知覺を検査するこゝがある。耳翼にては針を以つて検査し外聽道鼓膜にては球頭消息子を用ひる。耳翼その近部より外聽道の知覺脫失は榴霰彈爆發の後に來たり然かも唯一無二の症候として殘るこゝがある。外聽道の擦感反射喪失はフレシエルス氏が耳硬化症患者に證明したるがこれを検査するに鷲毛或は小毛筆を用ふ。尙ほ松の葉を用ひるも便利とす。鼓膜の知覺脫失は症候として價値がない。聽力健全なるものにて然かも鼓膜の知覺脫失したり或は反對に尋常なるこゝもあるのである。若しこれに依りてヒステリー、外傷性神經症の診斷に資せんとするは誤りも甚だしい。

聽力検査

聽力検査法 法醫關係の聽力検査は被検査者の始めて入り來たる時に始まる。然かもこの時の聽力検査は最も必要のものである。被検査者は此の時未だ聽力検査せらるゝを知らず。従つて理解力の程度を判斷するに隨一の好期なのである。故に聽力鑑定の爲めに來たるものは一日二日は聽力検査のこゝをせず普通の應對に依り、また助手、看護婦人等に注意せしめ一般の理解力をつきこめ、徐に聽力検査を始めるのである。聽力検査の標準には叫語を以つてする。この叫語は聽力の敏度を定むるに恐らく適當しない。ブルウメンタール氏は同様の意見を述べて居る。曰く此の聽力検査法は一方に偏し實際には充分ならず普通の生活に先づ用ひらるゝは會話語である。故にこれに依りて聽力を検査すれば最も適當なりと思ふ。然かもこれを實施するには検査と被検査との距離を一標準とし次いで普通會話様の談話を標準とする。單語にては誤謬を來たし易い。クトウイルト氏に由れば叫語と會話語との聽力の比は一對一〇なりと云ふ。またすぐ耳邊にて漸く叫語を解する者も普通の會話は四乃至五米突にて理解するこゝがある。

また各種の耳疾患の場合に叫語及び會話語を以つて聽力検査を行ふに正規の結果を得ざるものが多い。エスカ氏はこれに關して次ぎの結論に達して居る。一、槓骨及び砧骨の無き患者は高聲よりも叫語を遙に好く理解する。二、馬鐙骨無き患者は叫語を六米突の距離まで理解する。三、迷路性重聽の患者は叫語よりも高聲の方を遙かに好く理解する。四、傳音器の疾患にては低音に對する重聽を來たす。五、感音器の疾患にては低音に對し聽力比較的佳良にして高音に對し重聽を來たす。六、聞えながら語音を理解せざるは低音か或は高音かに對する重聽の關係である。恐らく聽像に間隙あるか或は感受力の遲滯するものと思はる。

シュワルツエ氏、グーテルト氏は實地臨牀並びに法醫學的の目的に重聽の程度を次ぎの如く分類して居る。

- 一、輕度重聽、これは特に耳の緊張せざるも談話に應對し得、特に聽取缺損を證明するには試験法を要するもの。
 - 二、中等度重聽、普通の談話に應用し得るも非常に耳の緊張を要するもの。
 - 三、高度重聽、耳の緊張非常なるも普通談話に正しく應對し得ざるもの。
- 試験には音響の聽取を試験する他にその音源の方向を試験する。この法は法醫關係殊に刑事の場合に必要である。これに關してはウルバンチッチュ氏及びブルウメンタール氏の試験成績表がある。その詳細はこれを省略するも一、二の例を擧ぐ、兩側の聽力正常なるものもこれを反復して試験するに音源を同一に答へず。ブルウメンタール氏が五〇人の聽力正常なる者に就いて兩耳を塞がず試験したるに音源を

誤りたるもの二米突の距離にて二〇%四米突の距離にて二〇%八米突の距離にて三八%あつたといふ。その誤りの甚だしきは一方正常他方聾の場合である。一方聽力減退したる場合も誤るこゝ甚だしく。しかし兩側ともに聽力の甚だ減退したる者よりは誤るこゝ少ない。次ぎに精神的原因に依り影響せらるゝこゝみがある音響の方向を感じざるを方位性錯聽 Paracusis loci といふ。

ヤンカウ氏に由れば強調の男性の音聲は二〇〇米突の距離にて聽える。騎馬中隊は八〇〇米突の距離にて聞える。小銃聲は六杆にて聞える。加農砲一五〇杆聞へる、火山爆發四八〇杆の距離にて聞へる。

ウォルフ氏に由れば次ぎの語音の聽距は

- | | | |
|---------|------------|---------|
| A、三六〇歩 | Au、二八五歩 | F、六七歩 |
| O、三五〇歩 | U、二八〇歩 | K、T、六三歩 |
| Ei、三四〇歩 | Sch、二〇九歩 | R、四一歩 |
| E、三五〇歩 | M、N、一八〇歩 | B、一八歩 |
| T、三〇〇歩 | S、一七五歩 | H、一五歩 |
| Eu、二九〇歩 | G(ch)、一三〇歩 | |

にて聞える。

聽力検査に際して尙ほ注意すべき事項いろいろある。被検者が検査者の顔貌及び體姿に注意すればその検査成績は精確のものでない。殊に被検者の口邊に注意すれば實際に聽取せずして語音を感知するこゝは

人の好く知るころである。詐病者及び重篤自稱者は聴力鑑定に氣が附けば心中苦悶を覺ゆるか、屢々外側を見たり體姿靜かならず、何もなく試験成績を自らに利益あらしめんことを如くに見ゆ。これに反して實際の重聽者は比較的平氣の者が多い。故に検査に際しては助手をして外側より被檢者の目を被はしめる。加之ならず試験する外聽道はそのまゝに試験せざる外聽道を閉鎖する。それには指を以つて耳珠を壓迫するか或は綿塊或は精確の意味にて遮響器を挿入する。最も便利なるは助手五指を被檢者眼窩外縁に當て、檢者の位置を知らしめないのである。

近時バラニー氏は騒鼓子 (Lärntrommel) を創造して居る。これを鳴らしつゝ外聽道に氣密に挿入すれば完全にその聴機能を曠置せらるる。またノイマン氏及びレルモアイエー氏の考案したる器械も同一の意味に應用せらるる。即ちこれに依りて一方の聴機能を全く曠置すれば他側の聴力を單獨に検査し得る譯である。

フォス氏は同様の意味にカテーテルを以つて不檢側の耳に氣流を入れる。カイゼル氏はまた不檢側の耳翼を検査中摩擦せしめて居る。

普通の會話語或は少しく高調を以つてするも聴取せざるころがある。普通の臨牀にてはヒステリー及び内耳微毒等に遭遇するころであるが法醫關係にては詐病最も多く苦しめられるものである。この場合には普通補聽管を借りて試験する。機能性或は中樞性聾以外の重聽なれば大概補聽管を用ひて好く聴取するものが多い。若し然からずして全然聴取せず主張する場合は蓋し詐病を疑はねばならぬ。

ポリツェル氏は所謂統一的聽計 (Akumeter, Hörmesser) を創作して居る。これは耳科書には必ず圖説しあるが如く鋼鐵製圓柱にして常定の音を發するものである。しかしこれを以つて試験する場合は距離の十分なる場所を必要とする。

音叉試験を最も完全に行ふには連續音叉を用ゆ。これに關しては一般の耳科書に詳細を盡して居る。故に此處には鑑定事件に際し必要な事項のみを少しく述べる。第一に音叉を被檢者の耳後に於て鳴らす。但し語音を以てする場合と異なり、被檢者の目を塞ぐ必要なし。被檢者は椅子に寄りしむるか、或は座せしめる。被檢者の眼界には鏡等の反射するものを禁物とす。音叉の先は外聽道の軸に相當せしめる。第二に試験中被檢者との餘談を禁ず。例へば「これ聞ゆるか」或は「聞えませんか」等を繰り返せば注意力を引き屢々自己催眠に陥らしめ従つてその結果は精確でない。

オージョウメーターは普通の會話語の程度の音界を試験するに最も精確なるものである。またオートアウヂオンを以てすれば骨導をも正確に検査し得

均衡機能検査 鑑定事件にて聴能を試験する場合はまた必ず均衡機能の検査を必要とする。蓋し均衡機能の性質は一種の生反射 (Lebensreflex) なるが故に詐病にこれを偽りおうせ難い。従つてこれを確實に検査すれば聴取試験に對比して最も有力なものである。

普通均衡機能の興奮状態に眼球震盪を見る。これは周知の如く一點を凝視せしむることに依り、廻轉椅子にて廻轉することに依り、冷温の水にて洗耳することに依り、また電氣刺戟に依り檢定し得る。普通

の臨牀に在りてはバラニー氏の示したる十四ヶ條の形式に従つて検査成績を記載するが法醫關係に在りては全然これを守る能はざる事情が多い。大體に於て次ぎの如く試験す。

一、特發眼球震盪検査 A、種々の方向を凝視せしめて試験す。B、不透明眼鏡を懸け、頭首運動をなして、頭首位置を變化して、誤示試験にてロムベルグ氏試験及び若干の隨伴症狀を見て検査す。

二、溫度性眼球震盪試験は特に冷水性眼球震盪を検査す。

この際ブリューニングス氏實施法も便利である。即ち頭首を六〇度仰上せしめ約四五度傾斜せしめ、傾斜せる方より洗耳す。水は普通十五度にて足る。若し必要あれば尙ほ冷却せるものを用ひる。夏期は普通水道の水にて足る。廻轉試験は普通必要とすること少い。冷水性眼球震盪の成績確實ならざる時、これを參考に試験す。或は鼓膜破裂、穿孔及び新鮮癩痕ありて洗耳法の適せざる場合にこれを應用す。また冷氣にて試験し得る場合は矢張り廻轉試験を一先づ中止する。バラニー氏の誤示試験は眼球震盪の試験成績を一層確實にす。多くは冷水試験を行ふに先立ち特發誤示試験を試みる。その間は冷水性眼球震盪の方向に反する生理的誤示試験或は病的誤示試験の性質を確定する。轉倒試験は必要なる場合にこれを行ふ。冷水試験或は廻轉試験の後眩暈、嘔吐、發汗の來たるこことがある。これらは勿論甚だしき反應なるも生理的の範圍に屬する。若し甚だしき興奮性あれば試験後の反應容易に止まず、數時間或は數日間(アルト氏)も持続したるものがある。更に特發的の均衡障礙あれば勿論他側均衡器の機能に依るものである。

詐病

詐病は鑑定事件の検査に際し遭遇する一難關である。耳科に在りては所謂重聽の問題と異なること多く他覺的に爾餘の症狀を認むることなく従つて最も困難な場合が多い。

詐病はフレイリッヒ氏に由れば或種の目的を達するが爲めに、現在なき疾患を在りこし或はこれを眞似或は人爲的に發生せしむる一種の詐欺的行爲なりと云ふ。この定義は大體に於て諸家の認むるところなるが、尙ほ近來は自傷の事件ありて詐病の定義には入らぬ。アレキサンデル氏に依れば不正の既往症を現在の病歴に挿入するものをも詐病なりと云ふ。かゝる事件は今日無數に遭遇するものであり、例へば陳久の中耳炎或は重聽を爆發或は衝突等に由るこ出訴し賠償を請求するが如き場合である。

詐病の一種に現在の疾患を誇大的に一層重病のものこ自稱する「アグラバチオン」がある。然かも「アグラバチオン」は詐病より一層多く出會するものである。ハムメルシュラーグ氏の言の如く、耳疾患に罹れるもの耳疾患及びその症狀を知悉すればこれを誇大し得るのみならず、或種の目的に利用し得る譯である。例へば機關手は絶えず危険に遭遇するが故に自ら聽力不充分にしてその職に堪えずこ做し他の責任少く且つ勞苦少き事務に就きたしこするそれである。

耳科の詐病は自覺的或は他覺的の症狀を訴へる。例へば自覺的には重聽、耳鳴、眩暈ありこ云ひ他覺的には耳漏、腫物等を訴へる。先づ自覺的の症狀に就いて述べる。一、兩側性全聾、或は聾啞、二、兩側

性重聴、これには種々の程度がある。三、一側性聾、四、一側性重聴。

詐病嫌疑者の検査には詐病者並びに聾者の心理に關して充分なる豫備知識を必要とする。充分なる練達の士は一瞥して詐病を看破する程である。詐病を看破するは醫學の領域よりも寧ろ刑事學のことに屬す、刑事學者なれば被疑者に對する質問殆んど効果を收むるも、初學者は常に詐病者の思ふ壺に入るが如き質問を發するこゝが多い。實例にて云へば一側性聾を主張するものに眼界を遮る爲めに耳邊に音叉を當て、而して被疑者に豫告するに若し聞えなければ「聞える」云へ、若し聞えざれば「聞えぬ」云へ、然る後ち鳴したる音叉を聾ミ云ふ耳に近づければ即座に「何も聞えぬ」云へ答へる。この何も聞えぬを答へるは、恐るる詐病者は極めて簡單に看破される。

兩側性聾の詐病には話語の缺ける點が重要である。この詐病者は話語の完全なる者殆んどない。これを真似るに非常に困難な程である。ハムメルシュラーグ氏に由れば重聴者の話語は暢達性を失ふは非常に永年の罹病である。しかも迷路性重聴の場合に限る。榴霰彈爆發に遇ふて今聾せり云ふ者を見るに多くは話語變り然かも著しく高調となり早口となる。これらは健訴者の感あり然る後ちに漸次單調となり低い調子となる。詐病者の手眞似語は實際の聾啞及び聾啞教師よりも巧ならず。

兩側性聾を確定する二、三の方法を述べる。

一、前庭器検査法は特に陰性の結果を得たる場合意味が深い。蓋し前庭機能の破滅するは必ず蝸牛殼神經の損傷を伴ひ、これを併發せざるものは殆んど無い。故に實際の鑑定に當り前庭機能興奮喪失を確定

ウオダーク氏
眼瞼反射検査法

すればまた實際に聾せる者も推定して見たい。また一側性の前庭器興奮を失ひたる場合も同様に診斷せられる。これに反して兩側の興奮性尋常なるも兩側性聾を併發するこゝがある。

眼瞼反射を見て聾の詐病を看破するこゝがある。例へば被疑者の後方より耳邊に音叉を鳴らすに反射的に眼瞼運動するは恐らく聴力あるものである。この目的には第三オクターブ以上の音叉を適當とする。e₁・e₂にては適當でない。また一側性聾の場合にもこの法を適用し得る。即ち聾耳の方にては眼瞼運動なきも、聞える耳の方にて眼瞼反射を起すからである。

ウオダーク氏眼瞼反射検査法 耳の普通なれば冷水にて洗耳するに兩側の眼瞼反射を起す。これに反して聾耳を洗淨するもこの現象を見ぬ。例へば乳兒の聴力發現せりや否やを検するにはその睡眠せる間に冷水を外聽道に點滴或は注ぐに乳兒開眼するは聴力の既に發現せる徴である。即ちこの方法を一側或は兩側聾の詐病者に應用するのである。

クトウルト氏は睡眠中呼び掛けて覺醒せしむるを最も確實なる看破法なり云つて居る。この法は從來二、三學者の報告したるものもあるも成績確實なるもの甚だ尠しと思はる。次ぎに被疑者を全麻酔にて麻酔せしめその間に於て種々の時期に呼び掛け詐病を看破する云ふも矢張り確實な結果を得るこゝ尠い。一人の被疑者を二人以上の検査各方面より距離を異にし話語を以つて試験するはワルチック氏の方法である。これ詐病者は種々の音聲及び話語を聞かされまた距離の遠近もありて、不用意に聞ゆる方に顔を向けるこゝに依り看破せらるる云ふ。しかれどもこの方法は矢張り確實のもの云はれぬ。

ウエラグート氏及びアルブレヒト氏精神平流電氣法は最も精確なる生理學的基礎に依る方法と見做さる。此法に依り最初ウエラグート氏は器質的聽力障礙と非器質的聽力障礙とを區別したのである。若し低き限界の常定的電力を有する平流電池の流域に被疑者を置き電池には同時にドラフトスプールを連結する。ガルバノメーターの鏡面には被檢者の體內過程によるもの總べて移動して認めらる。この體內能動電流の變動は外來刺戟に由りて起り毫も意思に依りて影響を受けず。外來刺戟と云へば即ち光刺戟、音刺戟、觸刺戟等である。この試験方法に依りアルブレヒト氏は多數を経験せるがその成績に依れば器質勞者は何等の反應なく精神勞者、詐病者及び自稱重患者は著しい反應を呈したと云ふ。

耳損傷及
其の結果

總論

耳損傷及び其の結果

一、總論

パツソー氏は聽器損傷の著書に於てその分類を各部位を以つてした。例へば耳翼損傷、外聽道損傷の如きものである。しかしこの分類法は法醫學關係の記載に適當しない。これに反してグッセンパウエル氏或はレエゼ氏等の分類法は寧ろ目的に叶ふようである。即ちこれに依りて分類すれば

一、單純創傷、A、切創、B、割創、C、刺創、二、複雑創傷、A、咬創、B、銃創、三、鈍力に依る創傷、A、機械力に依るもの、B、氣壓變化に依るもの、四、聽外傷、五、異物、六、溫度並びに化學

的侵害、七、中毒障礙。

刑法に耳損傷を致死的、重篤、輕度の三種に區別す。ホフマン氏は死を致す損傷を致死的損傷とす。この稱呼は死の直接に或は間接に來たるも同一なりと云ふ。たゞ爾他の損傷の加はらざるを條件とす。耳損傷にて直接の死因となるものは(一)出血。これは頸動脈或は頸靜脈(頸靜脈球靜脈竇)の損傷にて來たる。頸動脈は實際岩様骨を通過するが故に耳領域に入るは勿論なるも頸靜脈は隣接器官と云つてよい。しかも同様に損傷して死因となれば聽器の直接致死的損傷に數へらる。(二)耳ショックに由る死亡は未だ判然せざるも耳に加はりたる暴力の二次的作用に依りて來たることがある。耳損傷に係はる窒息死は未だこれを觀察したることなし。間接的死因となる耳損傷は屢々専門家の鑑定を要する場合が多い。これをホフマン氏の分類法に依りて説明すれば諸臟器の炎性疾患、例へば腦膜炎、肺炎、肋膜炎等就中腦膜炎及び腦炎等は耳科に於て有名なる症狀であり法醫學關係の耳科に於て次ぎの三項に區別するを便利とす。A、人工的に耳と頭蓋内とを連絡せしめる、これに依りて頭蓋内と外氣とを連絡せしめる損傷。B、先づ中耳或は内耳の炎症を起し、更に中頭蓋腔或は後頭蓋腔の傳染を來たす損傷、この傳染の經路は非外傷性中耳炎の場合と同様である。C、既に疾患に罹りたる耳の損傷例へば急性或は慢性中耳炎の聽器に損傷を受け膿竈と頭蓋内と連絡せしむる場合である。

中耳炎を起す損傷には鼓室の粘膜炎をも損傷するもの及び鼓膜裂傷し鼓室と外聽道と連絡するものがある。而して鼓膜裂傷より自然的に或は誤病的治療に依りて二次的に傳染を來たす。斯の如き外傷性中耳

炎に於ても頭蓋内の傳染を來たすことは爾他の中耳炎の場合と同様である。尙ほ注意すべき二つの機會がある(一)は披裂に由り既往化膿性中耳炎と頭蓋内と連絡し、特發性穿孔に比較して中耳膿竈の頭蓋腔に入り易く、急速に連絡を通ずる爲め癒著及び被囊形成を不可能ならしめる。(二)外傷或は溢血の爲めに二次的に反應性炎症起り、慢性炎症病機の急性再燃を來たすことがある。かゝる急性再燃に際し分泌物の排出不充分なれば危険なる停滯を來たし、更に頭蓋内傳染を來たすも遠からず。

腦膜炎及び腦膿瘍は耳性頭蓋内合併症として共通の點が多い。若し法醫關係の鑑定に當りては三様に確定すべきものがある。(一)合併症に由り死亡せる時は本合併症のみに依るか、或は爾他の疾患と關連するか、(二)この合併症は耳炎に併發するか、(三)原因たる耳炎の係争の外傷に由るか。

耳炎と頭蓋内疾患との關係は徹底的に確定せねばならぬ。化膿性中耳炎を證明し同時に頭蓋内炎症疾患があれば兩者の關係は大いに可能なりと思はる。これを精確に確定するには専らケルテル氏に由る。即ち頭蓋内炎症疾患の患耳側に在るか、或は尠くも患耳側に於て病變最も明かに、且つ最も古く存すれば耳性のもので見らる。換言すれば鼓室疾患の場合は中頭蓋腔、靜脈竇或は迷路疾患の場合は後頭蓋腔感染する。また化膿性耳炎は頭蓋内に直接進行する。また頭蓋内膿竈より反對に耳の傳染を來たす。新鮮なる場合には外傷部位溢血と近部腦膜に新鮮なる反應症狀等を呈す。

往々耳炎の外傷性なりや確定し難きことがある。かゝる場合は剖見上一層困難である。それは溢血部甚だ小にして殊に死後消失するからである。たゞ新鮮なれば外耳は勿論爾他の部位にても損傷の徵を残す。

死の轉機を取る耳疾患として腦膜炎、腦膿瘍に次ぐは膿毒症である。而して膿毒症或は敗血膿毒症の場合は耳翼及び外聽道の外的損傷に依るか或は中耳炎に依るか確定せねばならぬ。中耳炎性膿毒症は必ず靜脈竇血栓を經過し或はこれと同時に發病する。これは法醫關係の鑑定にも必ず原則としてよい。しかしケルテル氏は靜脈竇血栓に起因せざる骨靜脈炎性膿毒症 Osteophlebitispyämie を記載し即ち細菌の顳額骨の小靜脈に入り發病し靜脈竇の侵されざるものと云ふ。この膿毒症は經過不良ならず七四・五%治癒せるを見たこと云ふ。

法醫學的の目的には耳性膿毒症の起因を靜脈竇血栓と認め或は併發症と認むる。故に若し靜脈竇血栓を證明せざれば、身體各部に於て原因となるべき機縁を絶対に認めざる場合に限り、中耳炎をその原因と見做す。然かも蓋然性の鑑定を與へ得るに過ぎぬ。

耳外傷と靜脈竇血栓との唯一の關係は、従前耳の健康なりしもの耳損傷の爲めに化膿性中耳炎を起し、更に中耳炎より靜脈竇血栓を併發したる場合のみである。かくの如き靜脈竇血栓はそのまゝ治癒することなく、殆ん常に膿毒症を起し、死の轉歸を取るものが多い。更に異様の死の轉歸は靜脈竇血栓に際し硬腦膜外膿瘍を惹起し中腦膜動脈を蠶食する場合である。

間接的死因となるものは丹毒、蜂窩織炎、淋巴管炎、破傷風、脾脫疽、狂犬病、馬鼻疽等である。これらは何れも耳の創傷より傳染するのである。

丹毒は屢々耳の損傷に合併する。殊に耳翼及び外聽道の皮膚龜裂より發病する。耳丹毒の起れば特に水

泡を形成するこゝを容易に診断せらる。しかし損傷後の死因となるや否や丹毒を見て鑑定するには大いに注意を要す。これ外耳丹毒も歐氏管を経て咽頭丹毒となるも鼓室及び外聽道より外部に蔓延するも同様に發病するからである。故に轉歸を確言するには外耳に於ける侵入門を先づ確かにせねばならぬ。また外聽道丹毒より内部に進み重篤の中耳炎となり乳嘴突起炎を併發し耳翼周圍腺の化膿するこゝもある。

破傷風の耳損傷より發生するこゝは蓋し稀である。ケルマン氏は耳輪の刺戟より破傷風を來たし牙關緊急を起し死亡せるを報告して居る。

蜂窩織炎の耳の周圍に來たるは淋巴腺及び淋巴管の傳染に由る。フランスにては耳周圍腺蜂窩織炎の記載がある。イムホーフェル氏も多數經驗し就中自己損傷に依るもの一例を報告して居る。蜂窩織炎は多く限局性に切開すれば治癒し膿毒症或は敗血症を起すこゝ殆んど無い。

非死的損傷

耳の非死的損傷は法醫關係の鑑定を要する場合甚だ多い。一般に身體の毀損にしてその重篤なるは健康の障礙を來たし或は職業不能に陥る。健康障礙は全身狀態の障礙であり職業不能は身體一部の損傷にて來たる。健康障礙の結果は廣く労働能率を減じ職業不能もその中に含まる。しかし健康障礙なくも職業

非死的損傷

不能は來たる。

中耳炎は損傷に次いで惹起する時、健康障礙を來たす疾患と見らる。これに反して外聽道皮膚の僅微なる損傷に續發する深部外聽道瘤の場合は、疼痛甚だしく不眠症に陥り、遂に甚だしく労働不能を來たす。外聽道炎の重篤なる場合も殆んど中耳炎と同様に健康障礙著しく、また外部損傷もなき迷路震盪症にはメニエル氏症候群を呈し矢張り健康障礙を來たす。

耳鳴の甚だしく睡眠をも害すれば健康障礙を來たす。しかれどもこれが判定は患者の言に依るのみなるを以つて簡單ならず多くは困難である。同時に聽力障礙あるもまた標準とならぬ。

健康障礙か職業不能か二者の定義一致せざるは明かである。健康障礙の續く間も特種職業を考慮せざれば職業不能とも限らぬ。職業不能を判定するには負傷者の職業に就いて精確なる知識を持たねばならぬ。加之ならず耳損傷の各症候を考察し、範圍内にて特種の實行を考へねばならぬ。例へば鼓膜破裂の後には軽度の聽力障礙を残すが若し複聽加はれば聲樂家、コンダクターには甚だしき職業障礙となる。或は職業不能にもなる。それに反して瓦工には何等職業支障を來たさぬ。しかれども損傷の後ち軽度の眩暈残れば聽力減退なくとも瓦工にも一程度の職業不能となる。これに反してコンダクターはこの症狀の爲めに殆んど煩はされぬ。

健康障礙及び職業不能と治療期間と同一視するは誤れるも甚だしい。例へば治療まで二十日以上を要する損傷はこれを重篤なりと云ふも裁判上また鑑定例に於て認定されたものでない。全快して正規機能の

復歸する以前に健康障礙及び職業不能は早くも一過して居る。しかし治療期間もまた健康障礙及び職業不能同一視出来ぬ。若し安定の状態になれば患者は全快せるも或は後遺症の治療を要するに否に拘らず醫家は治療を廢してよい。しかし治療をうちきる前に患者は既に職業不能となり、或は反對に治療をうちきりたる後ちも職業不能の續くことあるは勿論、耳科に在りては職業不能を絶對的のものとし、特種の事情或は要求に依り加療する、比較的のものにあらず云ふ注意は必要なことである。例へば耳血腫、軽度の外聽道損傷にて入院治療を請ふ場合は、患者故意にまた無目的に治療経過を遷延せしめんとする状態見ゆるか或は同様の原因にて在院を延引せしめんとするは治療終結を確實にせねばならぬ。次に困難なる事情は負傷者に特に苦惱の行爲の去らざる時である。ホフマン氏は斯る場合特種の苦惱の中に損傷に拘らざる且つ治療の程度に相應する傷痛を入れて居る。而して耳科に在りてはこの傷痛を伴ふか或はこれを代理する症状ありと思はる。例へば耳打の後ちメニエール氏症状を起すも特別の苦惱加はるに云ふに非ず、耳に鑿解したる金屬入りて外聽道損傷を起す場合は特別の苦惱に入れてよい。ルツチン氏及びウルバンチツチュ氏の淋巴管破裂に依る耳翼の象皮病様肥厚を見たるは矢張り特別の苦惱に入れてよい。

「重篤なる損傷にして生命危険になる時」の一條は簡單にあらず。例へば生命危険になる時云ふも最初より生命危険なりし損傷であり、その後の経過は生命の危険も去りこの條項に適せざる場合もある。ここに下顎に拳打を受け爲めに外聽道底に披裂を生じ頭蓋腔へ通ずることがある。この際外聽道より腦脊髄液流出し、極めて危険の状態である。しかれども傳染せざれば腦症状を起すこともなく暫時にして治癒す。この場合は即ち生命危険なりし損傷である。而して生命危険にならなかつたのである。かかる損傷に際して合併症を發し、普通は死の轉歸を取るこの確定すれば、生命危険の損傷なるは勿論である。しかるに手術に依りて快方に向ふか、或は自然に良好の経過を取るこゝがないでは無い。かかる場合には生命危険のこゝは豫め議論するの餘地がない。しかるに合併症既に發すれば生命危険を認めよ。急性中耳炎そのものは損傷の合併症として生命危険のものを見るべきか、耳漏のある間は何時止むか、如何に轉歸するか、何處に終止するか、如何に経過するか明言し得ぬ。然れども急性中耳炎に際しては生命危険の経過を示すも、直ちにこれを診斷しまた直ちにこれを征服する可能性が多い。外傷性中耳炎に際して最初中耳と頭蓋腔との交通、外傷の爲めに成立したるにあらざれば、良好の経過を取るものが多い。その始め發熱、頭痛、乳嘴突起部壓痛あるも急性中耳炎のみなれば、生命危険の合併症でない。故に何處までは良好の経過、何時より生命危険なるか、これを確定せねばならぬ。耳科學の進歩に依り微細の點まで糺明せられ、鑑定を與ふるにも確實なる方針にて進み得るようである。頭蓋内合併症の迫れる危険あり、従つて生命危険と見らるゝは(一)停膿の徵候明かなる時、例へば中耳炎の経過して下熱し乳嘴突起部の壓痛去りたりと思ふ時、再び發熱し乳嘴突起部の壓痛著しく外聽道後上壁下垂すれば停膿を疑はしめる。かかる場合爾餘の合併症なくとも、平凡の経過にして毫も危険なしは云ひ難い。従つてかかる中耳炎は既に生命危険のもの云つてもよい。この種の停膿は外傷に依つて

もまた來たる。例へば傳染と共に骨破片或は腐骨に依り外聽道狹窄し或は癩痕性狹窄を起し排膿の妨げらるゝに依る、(二)顔面神經麻痺の起りたる時は膿汁のすでに自然の交通路の何れかを通り頭蓋腔に入りしを考へねばならぬ。(三)迷路症狀を起したる時、即ち中耳炎の經過中に甚だしき重聽、聾、眩暈、眼球震盪を起せば、甚だ重篤に陥つたのである。中耳炎の經過中には漿液性迷路炎來たることがある。これは豫後佳良なるこゝ人の知るこゝろである。しかれども漿液性迷路炎より化膿性に變じ、次いで腦膜炎惹起するこゝも人の知るこゝろである。

損傷の後ち外聽道炎並びに外聽道狹窄起るも必ずしも危険の症狀でない。たゞ化膿性中耳炎の同時に起るか、或は化膿性中耳炎に外傷性外聽道閉塞の加はれば、これを生命危険のものに見らる。

耳損傷に際し續發症として靜脈竇或は頸靜脈球の侵さるゝ場合は生命危険のものに見らる。

外聽道より腦脊髄液の流出する時は外科學的の問題である。慢性化膿性中耳炎の時に生命危険なるは、耳科學上周知のこゝろである。しかれども外傷性中耳炎の慢性にもなつた場合には、餘程時日を經過したものであり刑法上の問題に殆んきならぬ。しかし屢々年金、保險或は民事上の問題とはなる。ケルチル氏及びシャイベ氏に依れば、慢性化膿性中耳炎の生命危険なりと見らるゝは、矢張り停膿の始つた時である。

而して慢性化膿性中耳炎は特に眞珠腫、カリエス、ポリープ等を併發すれば、停膿症狀を來たすこゝ多く致死的合併症をも伴ふ。これに反して純粹の粘膜炎膿症或はシャイベ氏の純鼓室型中耳炎 Mittelohreiterung von allein tympanaren Typus は殆んき全く危険がない。また眞珠腫の患者は古語に經帷

子を離さぬものである *stets sein Totenhemd anhat* 云ふて居る。

暴力死に於ける耳の變化

暴力死に於ける耳の變化

縊死、絞殺、溺死の際には窒息死を來たす。而してこの際また耳の變化を見る



圖三十九第

鼓膜溢血

縊死及び絞殺に際しては鼓膜及び鼓室に出血し、また鼓膜破裂を來たす。モルガアニー氏以來知られたるが如く鼓室及び鼓膜の出血は稀有のものならず、外聽道より流出する事もある。

これは結膜溢血、肋膜下及び心臓外膜下溢血に匹敵す。ホフマン氏に依れば窒息の絶頂には脈管運動神經痙攣し、加ふるに側壓大いに増進し全身痙攣呼吸筋痙攣加はり、こゝに溢血を見る云ふ。即ち窒息死の痙攣期にこれを見るのである。鼓

膜破裂屢々報告されたるが如く、屢々眼瞼浮腫及び結膜溢血を伴ふ。鼓室の所見もまた窒息死の場合に法醫上の鑑定に資せらる。恐らく歐氏管は反射性嚥下運動に依りて開き、同時に浸入する水は鼓室に達する。故に屢々固形物質をその中に發見せらるゝこゝろがある。フチコフスキー氏に據れば鼓室に溺水を證明するも、必ずしも當事者が生きて水中に入れたるものにあらず云ふ。死は初生兒死體、大人の頭部凡

暴力死に於ける耳の變化

べて四五例をいろいろの液體に入れて試験したるに、その液體の鼓室に證明せられたるものは一三例のみだつたのである。この證明は溺死なりや或は死體を水中に投じたるものなりやを確定するに意義多い。

耳の切創、割創及び咬創

耳の切創
割創及び咬創

切創の問題なるは外耳に關係する場合である、耳翼の切除は非文化民族の間に於て體刑として行はれたるも、今日は殆んそ法醫學的の意義がない。故に切創も割創も同様に取り扱はる。たゞその結果に就いては、力の大なるを従つて骨損傷を來たす可能性に依り區別せらるゝに過ぎぬ。

耳翼皮膚と軟骨との連絡は可成り強固なるもので、切創の場合は屢々軟骨も損傷せられ、割創の場合は常にその損傷を來たす。軟骨切斷せられざれば創縁僅かに開く。軟骨切斷せらるれば創縁著しく轉位す。その上部或は下部は前方或は後方に牽引せらる。この創腔の架橋は殆んそ見るこゝもなく、兩側癍痕を呈し耳翼に深き截痕を残す。たゞ軟骨損傷せず縫合せらるれば殆んそ癍痕を残すこゝもない。軟骨も損傷せらるれば切斷せられざるも創縁より増殖し肥厚し、恰も銃創或は對角線に加はる暴力の後ちの如く、久しく残存す。故にこの種の癍痕にては當時受けたる外傷の種類を判斷し得ない。しかれどもまた被鑑定者の陳述をコントロールする資料となる。割創の場合は耳翼創の範圍意外に大にして、消息子を矢狀方向に耳翼に挿入すれば耳珠、耳輪縁及び對耳輪にも達する。耳殼窩の大部分に觸るゝこゝがない。これ兇器に依り先づ耳翼、頭蓋に壓迫せられその表面のみ相殺せらるゝ爲めである。されば所謂小橋を以

つて頭蓋に連續し、耳殼窩は外方へ離脱し依りて兇器に觸れる、たゞ外聽道に直接し最も深き耳殼窩の部分は損傷を被らず。若し刀刃恰も耳翼の上部と頭蓋との間に入れば、耳翼は完全に切斷せられ耳基底に沿うて切斷行はる。この際割創はこの方向に直接するこゝもあり、或は頭蓋の側壁を滑り次いでこの方向に轉するこゝもある。故に創傷は耳翼のみに存するこゝもあり、或は顛頂側部に於て剝離乃至表面性囊狀剝離を見るこゝがある。外側より水平に或は水平に近き方向に割すれば、耳翼部は完全に切斷せらる。しかし耳基底の終點の上下を割すれば耳翼最上部或は耳朶切斷せらるゝに過ぎぬ。

割創の場合は大力を以つてせられ、また大創を残す兇器なるが故に(斧、鋤、鎌等)耳翼損傷の他に乳嘴突起破碎し、腦及び迷路の震盪症を來たすこゝが多い。

咬創は弾力性を超越して伸延するに依り連絡を斷つものである。例へば耳殼に於てこれを見る。例へば外傷性耳殼破裂症は耳環に依りて來たるこゝ屢々である。耳翼全部の裂斷は嚙過、機械力に依りて來たる。搔創は臨牀上の症候極めて輕微なるが、法醫關係上屢々重大なるこゝあり。先づ作用せる暴力の加はる基點を精確にせねばならぬ。また力の方向、性状を明かにせねばならぬ。搔創よりは屢々出血多量ありて外聽道に入り停滞するこゝがある。初學者はこれを鼓膜破裂と誤診するこゝもある。外耳には凍創來たり、寒氣の作用する毎に破壊し分泌あり或は痂皮を以つて被はるゝこゝがある。その最も定型的なるは耳輪下降部に來たる。屢々搔創と誤診せられ然かも損傷の暴力點と看做さるゝこゝがある。外聽道の搔創は故意に或は偶然銳利なる器械を入るゝ場合に來たる。而して屢々鼓膜穿孔を伴ふ。

刺創は屢々耳に來たる。その成立は普通外科的のものに法醫關係のものよりは大いにその趣を異にす。法醫關係の刺創は二型を區別す。(一)普通の兇器に依る刺創は偶然耳の方向に向つて作用したる場合に來たる。(二)小器械に依る刺創は外耳及び外聽道に於ては軽度の損傷に過ぎざるも、屢々中耳及び内耳に於て重篤の損傷を來たし、その鑑定は耳科専門の領域に屬す。

普通兇器に依る刺創は特に多く遭遇するものでもない。また刺創の特徴多きものでもない。たゞ刺創管は存在するを特徴とするに過ぎぬ。

耳翼及び外聽道に來たれば兇器の大なるに依り、深入すれば顛顛骨廣く破壊せられ、恐らく腦損傷をも來たす。頭蓋の對角線方向に刺創加はれば耳翼は深く貫通せらる。而して損傷は切創或は咬創と同様の徴候を示す。たゞ甚だしく離立せる外耳(所謂直立耳翼)に於ては耳翼のみ貫通せらるゝこころがある。また前出せる耳輪にも孤立性貫通を見る。

耳翼に特有なる損傷をせられ法醫關係の問題となるは、耳環刺創に依る耳朶の貫通並びにその繼發症である。

耳環刺創に繼發する結核及び初期硬結は確に損傷の續發症と見らるゝこころがある。かゝる場合は重篤なる身體危害であり、腺浸潤並びに全身結核ともなれば或は不治の疾患或は癩疾の状態と看做さる。これに反して後期に見る結核が、炎症並びに上皮剝脱の耳環刺創に晩期の傳染ありしものは、或は偶發のこころあり然らざるも損傷に必發の災難でもなく、たゞ古き耳環刺創そのものは傳染の侵入門と見らるゝに過ぎぬ。

耳環刺創より癢痕ケロイドの惹起するこころがある。しかし法醫關係の問題となるこころ考へられず。法醫學上の判定を要するは次ぎの三つの場合である。一、出血、二、傳染、三、癢痕形成。

出行はタムボンを要せず止血する程度のものあり、タムボンに依り其の時止血するもあり、或は失血の危険なるもある。

傳染の危険は一般外科學の常識にて判斷せられる。外傷性外耳炎も甚だ重篤のこころがある。耳の周圍は大概侵され乳嘴突起部の骨膜炎を起すこころがある。即ち發熱高く疼痛甚だしく健康障礙並びに職業不能を來たす。しかし生命危険となるこころ殆んど無い。

外聽道損傷の結果癢痕形成し外聽道狭窄並びに閉鎖を來たすこころがある。外聽道の狭窄並びに外聽道閉鎖は次ぎの如く成立す。(一)外聽道壁の表皮を缺如せる表面の直接に癒著するこころに依り、(二)外聽道周圍の癢痕に依り外聽道口の牽引せらるゝこころに依る。

法醫關係の鑑定をなす場合は、前記の外聽道狭窄を區別すべきものに、遺傳性外聽道狭窄を注意せねばならぬ。遺傳性外聽道狭窄は屢々定型的の耳翼畸形症を伴ひ、または軟骨膜炎に依る醜形を呈して居る。しかし稀には耳翼の正常なる遺傳性外聽道狭窄症を見ることがある。而して眼瞼に先天性破裂症をも伴ふ。故に外聽道狭窄症にて其の成因確かならざれば爾餘の畸形症に注意し、殊に口蓋、眼等を閉却してはならぬ。その畸形症あれば矢張り遺傳性なりと見做さる。耳の周圍に癢痕を認めしかも兇器の入りし道程

を知らば診断極めて容易である。たゞ腐蝕に依る外聽道閉鎖の場合にはかくの如き癍痕を見ない。しかし癍痕形成は免れず。法醫學的鑑定を要する外聽道狹窄或は閉鎖は次ぎの三點に注意せねばならぬ。(一)醜形(二)狹窄の危険、(三)聽力障礙。

狹窄或は閉鎖のみで醜形を残すと思はれず、同時に耳翼或は周圍の被害あれば屢々醜形を残すことなる。先きに化膿性中耳炎なければ外聽道狹窄或は閉鎖來たるも、爲めに何等危険症狀を伴はず。これに反して外聽道狹窄し中耳炎續發するか、或は中耳炎の患者に外聽道狹窄を來たせば、化膿症の危険甚だしい。兎に角に狹窄症狀を除外せざれば、化膿性中耳炎の治癒は望み難く、加之ならず停膿の危険多く生命危険もなる。故に中耳炎の患者に外聽道狹窄を來たせば、法醫的には生命危険のものに鑑定してよい。従つて外聽道を貫通し鼓膜を損傷して鼓室の傳染を來たし、然かも外聽道狹窄を起せば愈々生命危険なりと見るべきである。しかし銃創の後は外聽道狹窄あるも化膿性中耳炎治癒することがある。外聽道狹窄により聽力障礙を來たすや否や判断し難い。諸家は外聽道狹窄症の多くは重聽を來たさずこと云ふて居る。スタインブルック氏の一例の如きは外聽道全く缺如せるも、骨道に依り會話語を一米突の距離にて聴取したと云ふ。しかるにこれらの外聽道狹窄症も迷路震盪症或は龜裂に依る聽力障礙は甚だしきこと多きも狹窄の影響は斷言し難い。腐蝕後の外聽道狹窄及び慢性中耳炎を併發したる場合も同様にして、聽力障礙は中耳炎のみに依るか或は狹窄症の影響如何甚だ判断し難い。外聽道後上壁に向ふ刺創は同部位に止まることあるも、多くは骨を穿通して中頭蓋腔に達するが故に、

最も危険なものを見做さる。換言すれば外聽道深部の刺創は、その作用する力も外聽道後上壁との比例に一致す。後上壁は甚だしき差違あり一種より紙の厚さまで種々異なる。中頭蓋腔の硬腦膜を穿通すれば、殆んど常に致死的腦膜炎を惹起する。また腦實質を損傷すれば次いで出血の爲め腦質破壊せられ直接に死因となる。

耳の刺創も各種の針、鉛筆、齒楊枝その他屈曲性の針金、器械等に依るは趣を異にす。これを分類するに創傷のメカニズムを考へねばならぬ。一、直接に耳に向つて入る刺創これは極めて稀有なるが、多くは自傷の場合に見られる。二、偶然外聽道に器械入れてあつて外方より衝突せられ、依りて刺創を來たす、この刺創の方法最も多い。三、器械に向つて墜落する時、例へば帽子針に向つて墜落する時この種の刺創を來たす。

固有の刺創はこれを鼓膜に見る。就中薄くして抵抗少き部位にて器械に對して横位に在ること最も多く刺創を蒙む。この場合は鼓膜を穿通し所謂外傷性穿孔と稱せられる。鼓膜穿孔メカニズムは尖圭細小の器械を以つてする實驗を、ツァウファル氏は試みたるが、常に鼓膜前部に穿孔するを證明したのである。パッソー氏は毛針、麥桿及び尖銳のゾンデを以つてするに、常に鼓膜後部に滑り常に前下部に穿孔するを見る。但しこれ外聽道後上壁に沿うて器械を挿入した時である。後方に滑る有様は耳鏡の中より好く觀察される。若し器械を外聽道に入れて耳珠を押せば、鼓膜に殆んど垂直に槌骨の後方に入り、所謂後部の穿孔を來たす。

オストマン氏の症例は自傷の患者にして、鼓膜の後上方より前下方に約一耗の幅、五耗の長さの甚だしく發赤せる線を認められ、これは表皮部の剝離に依り生じたものであつた。剝離せる表皮は彼の赤線の兩側に在り、その下端に小穿孔を認めたのである。而して爾他の部位は正常の光澤あり眞珠色を呈し、たゞ槌骨把柄動脈僅かに發赤し呬語は十五米突の距離に聴取したのである。

鼓膜穿孔は殆ん常に鼓室の損傷を伴ふ。これ常に鼓膜の菲薄にして損傷に際しては必ず鼓室の内壁に達するからである。殊に鼓室岬は外方より入る器械に對し最も近き位置にある。鼓室岬の形狀は瘤を有する楯を思はしめる。その骨は極めて硬い。従つて器械を入れてこれに衝突すれば抵抗甚だしい、しかし鼓室岬より器械は滑りて他の方向に入る、前方なれば歐氏管に、後方なれば前庭窓に陥る。

鼓室粘膜には血管多きを以つて損傷あれば必ず出血甚だしい。この出血は鼓室に滯り溢血鼓室を呈し、尙は鼓膜穿孔大なれば外聽道に流出し、或は歐氏管より咽頭に流れ吐血する。

鼓室の前方には屢々頸動脈膨出するこゝあり、また頸靜脈球隆起するこゝあり、鼓室穿開術の際にこれを損傷するこゝが多い。若し器械後方へ進めば小聽骨及びその骨鎖を損傷す。また槌骨、砧骨、馬鐙骨及びそれらの關節に骨折或は脱臼を起すこゝがある (Tröltsch, Menière, Schwartze, Scheier, Hepburn)。馬鐙骨骨折れば卵圓窓損傷せらる。稀には正圓窓膜も負傷す。加之ならず顔面神經及び鼓索神經の損傷も免れず。器械の上鼓室天蓋に向つて入れば、概ね鼓室天蓋を貫き腦膜及び腦の損傷を來たす。

外聽道の第一彎曲部位まで器械深入すれば、通常外聽道軟骨の正中部に先づ表皮剝離及び龜裂を來たす。

比較的稀有ながら損傷する物體に向つて突進或は突入するこゝがある。例へば青年がダンスに跳りつゝある間に、女の帽針青年の外聽道に入り負傷する場合がある (レーンベルグ)。尙ほ樹枝、蕁莖その他同様に外聽道に入り損傷を來たすこゝがある。その力強く従つて外聽道のみならず中耳及び内耳を損傷するこゝ稀ならず。しからざれば極めて輕微なる異物に過ぎぬ。

耳の刺創の症候は臨牀上色々あるも此處には専ら法醫關係のこゝのみを述べる。

出血は外聽道損傷に際して非常に多量である。

鼓膜の外傷性穿孔に於て矢張り大量の出血を來たす。これ鼓膜破裂のみに止まらず鼓室損傷をも伴ふからである。

骨外聽道上壁或は鼓室天蓋の刺創には出血多量なるのみならず、多くは腦膜血管の損傷をも來たす。この際出血甚だ多量にして硬腦膜外乃至硬腦膜内の血腫を形成し、爲めに生命危険になる。失血死はこの際觀察せられたるこゝなし、蓋し中腦膜動脈はこの損傷の範圍外である。

硬腦膜穿孔すれば腦脊髄液流出する。また迷路の骨或は迷路窓膜穿孔すれば同様の液體流出する。

自覺的症候は疼痛甚だしく同側偏頭痛を來たし耳鳴に伴ふ。屢々膜の破裂するが如き感覺あり、或は全頭部の飛ぶが如く感ずるこゝがある。次いで眩暈を訴ふ。内耳損傷なくして眩暈を訴ふるは、恐らく鼓室内壓の急減する爲めである。次いで耳鳴甚だしくなる。この耳鳴は最も頑固にして爾他の症候去つて後ちも存續す。鼓膜穿開は破裂よりも疼痛甚だしい。しかれども鼓膜穿開は中耳炎にて鼓膜も癒衝し且

つ肥厚せる時に行はるゝが故に法醫關係は殆んぎない云つてよい。聽力障碍は恐らく最も後期に患者これを自覺す。迷路損傷の症候は著しきものがある。凡べて症候は必ず突發し、多く翌日まで繼續す。それより漸次減退し翌日中に消散するもの多い。次いで嘔吐また止み眩暈も軽くなる。殊に靜かに就床すれば眩暈は全く止み、比較的均衡保たる眼球震盪また微弱となり極度に健側に凝視する時にのみ起る。これに反して迷路損傷確かなれば耳鳴並びに聽力障礙を残す。また均衡障礙も數週乃至數ヶ月後、特に身體の位置に依りて現るゝここがある。而して此の際多く眩暈を伴ふのである。内淋巴の流出は屢々これを見るも唯一の症狀でない。鼓室天盖を穿通しても腦脊髄液の流出を見るのである。

聽力検査に依るに必ずしも全聾でない。屢々年を経るに従つて聾するこももある。若し最初より聾すればこれ溢血に依るものにして漸次輕快する傾向がある。前庭神経を検査するに刺戟症狀去りたる後は、患例に於て全然興奮性がない。若し深通性損傷なれば永久的に興奮性を失ふ。

次ぎに損傷の鑑定上重要なるは傳染である。外聽道の創傷を無菌性とするは不可能である。しかるにも拘はらず傳染は極めて稀である。若し傳染來たれば外耳外聽道炎の症候を呈し、軟部及び耳翼周圍腺の腫脹を來たす。外聽道の木片或は樹枝より破碎せらるれば狹窄或は閉鎖を残す危険がある。

外傷性鼓膜穿孔の場合には鼓室傳染必發す。これに反して鼓膜破裂の場合には傳染するこ甚だ尠い。特に樹枝に依る損傷なれば殆んぎ常に中耳炎を惹起す。

迷路刺創に際しては必ずしも迷路炎を起さず。これ迷路を穿通するが如きものは殆んぎ金屬性の針、針金等にして傳染物質の附著するものが尠いからである。これに反して外傷に依り中耳炎起り、更にその經過中内耳に波及する危険が多い。

耳の咬創

耳の咬創

耳の咬創は殆んぎ馬咬症に限る云つてよい。而して咬傷の爲めに離斷せらるゝは勿論耳翼のみである。従つてまたこれに遭遇するは馬丁、馭者等である。また稀に犬咬症に遭遇するこがある。

耳の銃創

耳の銃創

耳の銃創は戰陣外科に於ては意義大なるも、法醫關係の問題なるもの殆んぎ無い。ハイマン氏は榴霰彈、地雷の爆發に依る聽器損傷を詳述して居る。

二次的傳染の危険は屢々耳の銃創の法醫的鑑定を要するこがある。この傳染は特に豫期せざる間に起り、しかも悪性に經過するものが多い。本來の損傷に二次的損傷の間歇は極めて種々にして、殆んぎ推測し難い。加之ならず數年を経過したる後ち化膿部位より排膿し、或はその膿竈極めて微少に患者自覺せず、従つて既往症に記載されざるこもある。

バイエル氏に依れば腦の銃創後は傳染多く慢性に經過す。また腦膜に波及する恐れ尠し云ふ。然かるにストライト氏に依ればこれ耳の銃創に當嵌らず、極めて小なる片々にても本來の創傷反應もなく治癒したる後、腦膜及び靜脈竇血栓の傳染するこゝがある。

故に彈丸の最後の一片まで耳より除去せられ、その他膿の全治せざる間は、危險去らざるものこ考へねばならぬ。耳に止まりたる彈丸の一片はその部位の如何を問はず、或は反應もなく治癒したるが如く見ゆるも、必ずや生命を脅かす結果を來たすこゝありと思はねばならぬ。例へば彈丸は一片にしる或は飛來せる骨片にしる、事後硬腦膜を破壊するの危險は銃創の場合常に考慮すべきこゝなるも、特に顚顚骨の損傷の場合最も恐れねばならぬ。微小なる骨片硬腦膜附近に在りて、長い間に硬腦膜を蠶食し、これが原因にて腦膜炎を起すこゝがある。かゝる損傷の鑑定に際しては此の事實を念頭より去らしめてはならぬ。而して解剖に依り外傷を直接の死因との間に、上述の關係の發見せらるべきを保留する必要がある。聽力障礙は銃創の場合大多數に於て證明せらる。極めて表面的の擦過銃創の場合にもこれを證明するこゝが多い。この聽力障礙は次ぎの三點に注意するを要す。(一)聽器各部の直接損傷、破壊或は轉位(二)同時に氣壓變化の作用(三)頭蓋骨の震盪症

直接の聽器各部の損傷を觀察するにまた原發性及び續發性の二種に分つを便利す。原發性損傷として考慮すべきは(A)傳音並びに感音の諸器官の直接破壊これは彈丸に依り、破壊に依りまた骨片に依り起る。(B)溢血に依りて起る損傷も考へねばならぬ。

耳のピストル銃創は屢々自殺の目的に行はれる。この場合は専ら右耳に來たる。若し左耳に來たるは左利きの自殺と見られる。銃創は後方へ向ひ乳嘴突起に入るものが多い。同部位は抵抗力大なるが故に彈丸はその内に止まるもの多い。

エーデンゲル氏に依れば銃創の方向は頭蓋骨の矢狀軸に平行するか或はこれと小角をなす。従つて銃創に際しては耳翼外聽道外部及び乳嘴突起部に來たるこゝ最も多い。耳翼は彈丸の爲めに溝を作り咬開し稀には貫通す。斯の如き擦過銃創は火藥の顆粒あれば格別なるも、しからざれば鈍器に依る割創と區別し難い。銃創に軟骨膜炎を併發すれば後ち癥痕收縮を來たし醜形を残す。しかれども軟骨膜炎を併發するこゝ比較的稀である。耳翼全然離斷すれば彈丸銃にては殆んど痕跡さへ見るこゝない。これに反して大破或は爆發の破片にては屢々これを來たす。

外聽道の銃創は必ず外聽道軸に對して垂直に走る。たゞ勢弱き彈丸は外聽道の軸に向つて入り、且つ損傷の爲めに未だ致死的程度にあらず。これらの銃創に際して副損傷を見るこゝが多い。例へば頭蓋腔穿通、下顎損傷、眼窩損傷等は主なるものである。全然耳科の見地よりすれば、外聽道の銃創は先づ閉鎖症を残し、しかも骨部外聽道の閉鎖が多い。

鼓膜の銃創も云ふも鼓膜のみに限れるもの殆んど無い。たゞ極めて小なる破片の直接鼓膜を損傷し穿通するこゝがある。キルヒチル氏は鼓膜に霰彈の止まれるを見た云ふ。

中耳銃創は同部の廣き破壊を呈する。小聽骨破壊及び脫臼必發する。グルーチルト氏に由れば砧骨脫臼

して乳嘴竇に入りたるものあり、タブタス氏に由れば砧骨彈丸に固著し上鼓膜室及び乳嘴竇に入りしものを見る。彈丸は屢々上鼓室に反れて其處に嵌入し、また歐氏管に止まることがある。また彈丸直接に入らざるも中耳に龜裂生じ鼓膜破裂を來たすこと多い。また鼓膜破裂せず鼓室溢血を來たすことある。稀には彈丸或は破片中耳腔に止まり、しかも固定さるゝことがなく身體の位置變化に依りて移動し、爲めに顔面神経の刺戟症狀を來たし、或は竈膜を壓迫して迷路症狀を呈することがある。中耳銃創には顔面神経麻痺を起すこと多く、例へば戰陣外科に於ては殆んど常にこの合併症を見る。法醫關係の鑑定には必ずレントゲン撮影をなし充分に注意せねばならぬ。

鈍力に依る損傷

鈍力に依る損傷

この損傷はその範圍を限ること極めて困難である。爾他の身體部位に在りては殆んど反應せざる鈍力も、耳に加はりては屢々症狀を來たす。例へば鼓膜破裂或は耳血腫等がそれである。また氣壓變化は屢々鈍力と共に加はり、甚だしき症狀を呈することがある。

鈍力の兇器として指摘さるゝは(掌、拳)手の打撃或は衝突、足の打撃或は衝突、蹄蹴、槌、棍棒、杖、石等である。尙ほ足場、或は階段より墜落する場合、材木落下、倒木、落馬、自轉車、車、鐵道より跳落及び轢過等である。

鈍力に依る損傷に三型を區別す。一、挫創、二、斷裂、三、震盪(Kratter)

挫創に二つの特徴あり、即ち皮下出血及び皮膚剝離である。例へば鈍力に依る耳の損傷に際しては先づ耳翼に血腫及び皮膚剝離を證明する。

耳血腫を鑑定するに次ぎの三點に注意せねばならぬ。

一、耳血腫も極めて輕微にして實地の治療には殆んど意味なき時は恐らく外傷に依るものとす。
二、耳血腫は輕度の損傷である。これが爲めには健康障礙も職業不能も起すことがない(僅かに角力に在りては或は障礙となることもある)。

三、耳血腫より遺殘する耳翼肥厚は格別醜形を見るべきほどのもので無い。

外聽道の出血は破片として小石等の入りて來たる。而して溢血並びに裂傷を見た。また骨部外聽道壁の龜裂及び骨折に依り或は破壊に際して出血を見る。鼓膜溢血は單獨に來たり或は斷裂を併發す。出血は更に詳しく觀察すれば鼓膜表面に來たるものあり、即ち外溢血 Extravasate である。これは外聽道表面にも來たり、鼓室に向ふ粘膜炎にも來たる。次ぎに固有層の纖維間に出血することがある。これを内溢血 Ekchymose と稱す。鼓膜外傷性血腫は甚だ稀である。多くは氣壓變動に依りて來たる。これに反して中耳炎(例へばイルフルエンザ性中耳炎)の場合には屢々鼓膜出血を見る。

鼓室出血は暗青赤色に鼓膜を通過して見ゆ、鼓室出血多量なればその一部分は歐氏管を通り流出す。かかる出血は少しも危險症狀を呈することが無い。たゞ鼓膜に斷裂なくも歐氏管經由に鼓室溢血の傳染す

るこことがある。故に外傷性中耳炎は必ず上記の症状を伴ふ。

内耳出血は迷路震盪症の重要な一症候である。硬脳膜外の大血管断裂し出血耳に流るゝここあり。例へばハルド氏の一例は墜落に依り横竇断裂し三十六時間内に脳壓昂進し死亡したのである。剖見するに乳嘴竇、鼓室に出血満ちて横竇断裂、硬脳膜外血腫を證明した。

裂傷

裂傷 外部に創傷なき裂傷は耳翼に來たる。この場合耳翼は外轉す。また耳翼附著部に淺き裂傷を見る。皮膚及び軟骨膜は軟骨より剝離し、從つて溢血、淋巴溢を來たす。これは耳血腫の成立機轉と同様である。多くは發赤腫脹及び疼痛あるも爾他の繼發症を見ぬ。從つて軽度のもの云つてよい。しかし時には重篤の繼發症を來たす。例へばルッチン氏の例の如きは九歳の男子耳翼引出せられ爾來耳翼垂下し非常に肥厚し硬度は糊狀となり外聽道は非常に狭窄したのである。聽力検査を行ふに會話語二mにて聽取し外聽道軟骨は全く缺如し外聽道周囲の組織は泥狀に觸れて浮腫を呈したのである。組織的に檢するに纖維性組織にして神經を有し恰も象皮病のその如くである。要するに外傷性象皮病と稱せられたのである。全耳翼の離断は手の打撲のみにては起らず、恐らくは強い鈍力に依る。例へば轢過、材木落下、倒木、爆發破片等である。

鼓膜裂傷

一、鼓膜裂傷 鈍力に依る鼓膜裂傷は一部分外聽道の空氣濃縮するにも依る。しかし鈍力に依る鼓膜破裂も純粹のものは定型的の形狀を呈す。震動に依る鼓膜破裂は頭蓋底骨折の場合と同じ。ベーム氏はこ

の損傷の成立を實驗し次ぎの如く説明して居る。鼓膜輪を一つの圓と考へ上方より下方へ壓迫すれば、その長軸は前方より後方へ走る橢圓となる、而して鼓膜は前方より後方へ伸展される。斯くて上方より下方へ裂傷を生ず。次ぎに前方より後方を壓迫すれば、橢圓の長徑は垂直となり横位の裂傷を生ず。しかし鼓膜は元來斜位を保つ。故に墜落、打撃等の場合は鈍力は前方より後方へ加はるゝ考へねばならぬ。從つて兩極端の間の方向に加はるのである。從つて裂傷は槌骨把柄に沿ふて斜行す。鼓膜は後上部に於て腱の短縮せるが如く内陷す。斯くの如き鼓膜破裂の種類或は部位は震動或は打撲に最も多い。槌骨把柄に沿ふて鼓膜の断裂するこは稀である。

内耳裂傷

二、内耳裂傷 内耳裂傷は骨を通過し勿論骨様迷路の内部なる膜様迷路をも侵かす。或は骨損傷を來たさずして溢血に依りて膜様迷路を侵かすこもある。實際の裂傷に際しては勿論感音器官を滅却し不治の聾を惹起す。

顛顛骨裂傷

三、顛顛骨裂傷 顛顛骨裂傷もまた鈍力に依る骨折の場合である。これを三型に區別す。

一、龜裂

二、骨折

三、破壊或は複雑骨折

顛顛骨は全身の他の骨組織と異なるのみならず、頭蓋骨とも明かに區別せらる。從つてその骨折も特種の趣きがある。

鈍力に依る損傷

(A) 岩様骨骨折は常に開放性を見る可きものである。
(B) 骨折の範圍極めて小に且つ轉位著しからざるも、その内に存在する傳音器官及び感音器官は必ず障礙せられ、概ね恒久性且つ重篤の機能障礙を來たす。

最も頻發する症型は骨折端の轉位を來たさざる龜裂である。頭蓋底骨折には殆んど常にこの龜裂を生じ、その経過も定型的である。頭蓋底骨折云へば岩様骨並びに聽器の侵されざる場合は無い。これ左右の岩様骨は頭蓋底の中央に於て相接し、橋梁のスパンの如く最も抵抗強からである。岩様骨の龜裂また定型的にしてスタンゲル氏に依れば縦走性及び横行性を區別せらる。縦走性龜裂は岩様骨の軸の方向に一致し、横行性龜裂はこれと垂直に交る。縦走性龜裂の主要なるものは前頭蓋腔或は後頭蓋腔より來たる方向である。而して岩様骨の緻密質で抵抗少き部分を通過す。即ち主軸に竝行し岩様骨の長軸を走る。故に眼窩或はトルコ鞍より來たり筋歐氏管を通り鼓室の中央を貫く。鼓室天蓋及び乳嘴竇天蓋を破壊し、次いで横位或は外方に進み、顛顚骨鱗狀部及び外聽道に達す。或はまた内方に終らんすれば横位に行き、顛顚骨鱗狀部と岩様骨菱形部とを離斷す。横行性骨折は菱形部をその主軸に垂直に通過す。縦走性龜裂は迷路骨囊に波及せず。これに反して横行性龜裂は迷路の何れかの部分を損傷す。即ちこの點に依つて二症型を區別す。縦走性龜裂は槌骨及び砧骨をその位置より移動せしめ、馬鐙骨に骨折或は脱臼を起し卵圓窓膜を移動せしむ。これに反して横行性龜裂は鼓室及び顔面神経管を通り内聽道に至る。抵抗弱き前庭を貫くも抵抗強き蝸牛殻はこれを免る。しかし鈍力甚だ強ければ蝸牛殻も遂に横に裂ける。斯くの如

く岩様骨に於ては機能の樞要部侵さる。然かも横行性龜裂にては縦走性龜裂に比較して、遙かに重篤なる障礙を來たすのである。然れども縦走性龜裂は尙ほ鼻腔、鼻咽腔及び眼窩に波及すること多く、從つて外氣と連絡し傳染の危険も多く致死的腦膜炎を起すことも多い。

龜裂の方向はまた鼓膜の所見に依りて屢々判斷し得るここがある。例へば外聽道後壁より鼓膜中央部或は以下に達する裂傷を耳鏡検査にて認むることあり。これは恐らく縦走性龜裂である。而して流出する腦脊髄液に依り頭蓋内と連絡する。しかし腦脊髄液の流出なくも岩様骨龜裂を否定し得ぬ。

岩様骨龜裂の経過は好んで抵抗弱き部位を走る。即ち迷路窓に一致することが多い。故に多くは迷路の定型的症状を呈す。即ち眩暈、嘔吐、耳鳴及び聾の症状等を必發す。この他の症状は顔面神経麻痺及び味覺神経麻痺(これは鼓索神経の損傷に依る)屢々來たる。

法醫關係の鑑定に耳科症状を分析すれば先づ聽力障礙最も重要なものである。

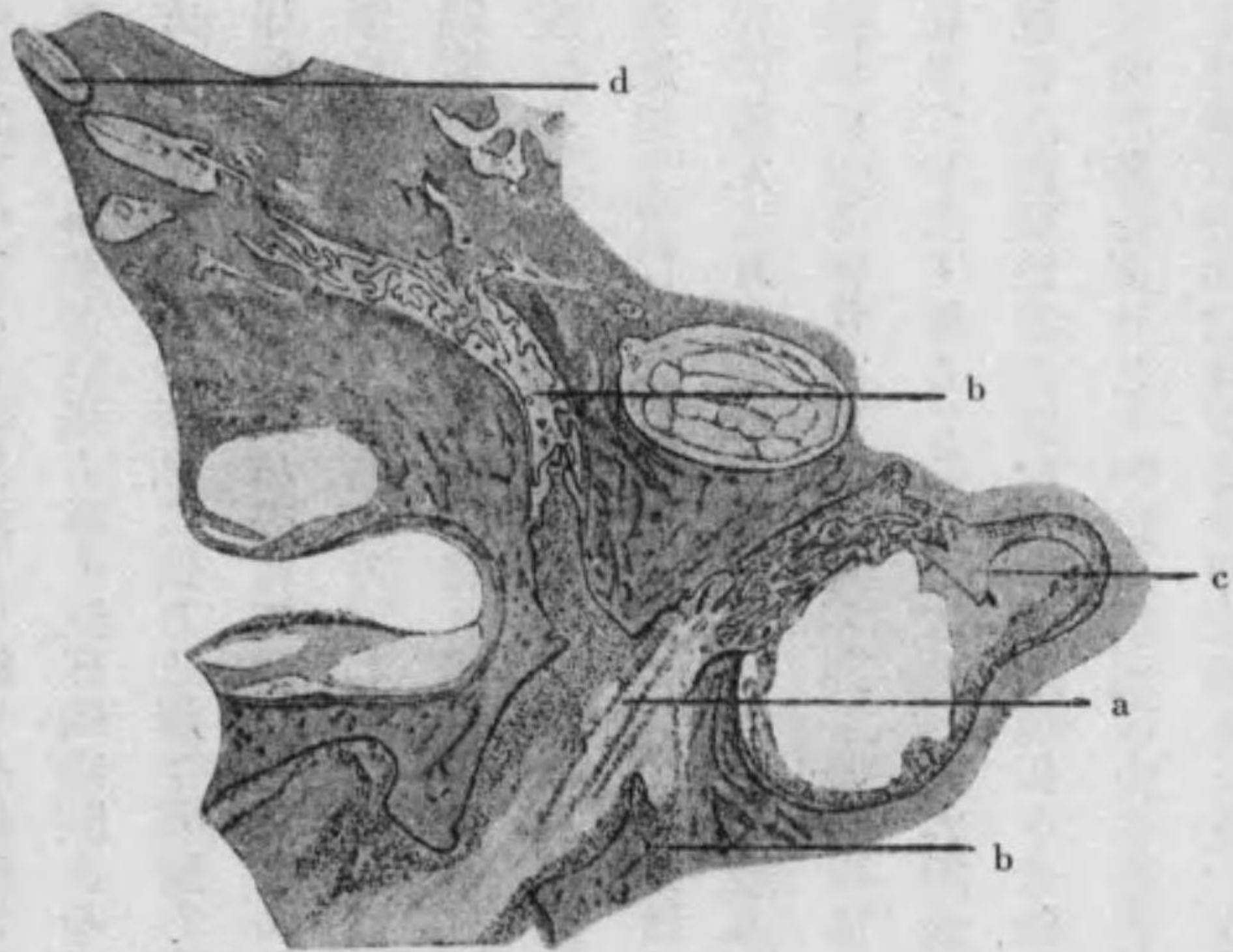
迷路の損傷にてもまた震盪症にても聾するが損傷の場合に震盪症と異なり、患者覺醒すればその症状最も明かに且つ少しも變るころがない。また頭蓋底骨折の症状ありても、確實にこれを定め難きことが多し。故に迷路震盪症のみなるや迷路損傷を來たせりや、これを確定し得ざる事も多い。

初め不完全の聾を來せるもの爾後全聾となる場合寧ろ多い。これを病理學的に檢索するに (Manasse, Nager) 迷路骨囊の化骨性骨膜炎認められ、これに依りて半規管、蝸牛殻、前庭階の閉鎖を起すといふ。尙ほ神経末梢部の萎縮を認む。マナッセ氏はこれを以つて迷路震盪症の結果なりと云ふて居る。

ここに注意すべきはマナッセ氏の前説せる解剖的變化は畢竟慢性進行性迷路性重聽及び聾啞に見るもの
 一致するところである。顔面神経麻痺は損
 傷後直ちに起り、且つ完全麻痺なれば恒久
 性のものも看做さる。また稀には損傷の翌
 日漸進的に來たるところがある。これ恐らく
 反應性炎に依るものにして神経の直接に侵
 さるゝか或は浸出物の壓迫に依る。麻痺は
 その後回復するところもある。

腦膜炎は法醫上の鑑定に遭遇するところ多き
 合併症です。多くは頭蓋底骨折に直接して
 來たる。然かれどもまた所謂外傷性晩發性
 腦膜炎として損傷後一定の期間を置いて起
 るところがある。それには外傷に續發せる中
 耳炎(外耳炎も)治癒するところ無く遂に腦膜
 炎に變ずるか或は殘存せる鼓膜穿孔より傳
 染し而して腦膜炎となるのである。斯くの如き中間的原因はこれを閑却すべからず。殊に病機再燃して

第九十四圖



a: 上半規管枝
 b: 骨折線
 c: 上半規管聽壺
 d: 小淺岩様神經

腦膜炎の誘因となるを注意せねばならぬ。蓋し慢性中耳炎は分泌物停滞せず且つ急性變化もなく經過す
 れば、かくの如き晩發腦膜炎を起すところは到底考へられぬ。要するに外傷の後ち頭蓋腔と連絡する部位
 に限局性炎起り居るか、抵抗力強き癒著に依り腦膜炎を防止しあるも、第二回の極めて僅微なる外傷に
 依り、これらの破壊せられ致死的の晩發腦膜炎惹起するものも考へられる。

二、轉位骨折

耳科に於ける定型的の骨折を下顎の打撲に於てこれを見る。即ちこの場合は骨外聽道の前壁の骨折を起
 すのである。パッソー氏及びハスラウエル氏に依れば、この骨折は直接骨折にして力は下顎骨を直線に
 通り、關節窩及び外聽道前壁に及ぶ。鈍力の作用は臼齒の摩擦に依り特に減ぜらる。臼齒摩擦せざれば
 外聽道骨折起り易く、外聽道の粉碎せらるゝところもある。加之ならず下顎の關節突起は外聽道後壁を
 貫き、直ちに頭蓋腔に入ることもある。また鈍力の作用は開口するか口を結ぶかに依り、また頤部に作
 用するか或は下顎上行枝に作用するかに依り大いに趣きを異にす。加之ならず咀嚼筋の作用するや否や
 に依り差異甚だしい。口を結び顔面筋の緊張強ければ、鈍力作用するに殆んき抵抗なく、最も好く力の
 直接に及び、極めて骨折を起し易い。これに反して開口し咀嚼筋弛緩すれば、力の作用するところ甚だ難
 く、餘程の力を以つて衝突するも骨折を起すところ少ない。次に下顎關節、靭帯並びに中間軟骨も鈍力
 を弱め、外聽道前壁の骨折を防止す。次にまた下顎骨側面に鈍力加はる場合も骨折を來たす危険少ない。

局所所見

局所所見は外聽道前下壁溢血、内骨折、皮下骨折(龜裂)これは往々岩様骨に波及し、鼓膜破

鈍力に依る損傷

裂を來たすことがある。然かれども最も頻發するは骨折と同時に皮膚龜裂及び轉位である。

法醫的鑑定に注意すべきは頭蓋底骨折の誤診を警戒するに在る。損傷は常に重症のもの多く、外聽道後上壁破るれば頭蓋腔に穿通すること多く、爲めに生命危険なる。彌久性化膿症は屢々小腐骨を流出せしむ。この龜裂鼓室に及べば續發性化膿性中耳炎を來たす。また外聽道の狹窄症或は閉鎖症を來たすことがある。

破壊或は
複雑骨折

三、破壊或は複雑骨折

最も多く乳嘴突起部にこれを見る。岩様骨の破壊を來たすが如き鈍力作用すれば、頭蓋骨及び腦の重篤なる損傷を起さず云ふことなく、蓋し岩様骨のみの破壊は考へられぬ。複雑骨折を最も多く起すは銃創である。而してこれに次いで傳染を來たすは既に述べた通りである。

殊に危険甚だしきは銃創に際して小骨片を生じ靜脈竇に入り、これに依りて大出血を來たし或は外傷性靜脈竇血栓或は膿毒症を起す場合である。

聽器震盪
症

聽器震盪症

これは殆んゞ迷路のみに來たり、諸家の唱ふるが如く間接損傷に屬す。これらの損傷も大部分は正確に震盪症に屬するものが無い。これを解剖的或は顯微鏡的に檢すれば概ね龜裂を認めるのである。迷路震

盪症の診断には骨折の徵候あつてはならぬ。勿論龜裂の症狀も無きを標準とす。従つて生體に於ては診斷殆んゞ困難にして恐らく不可能であり、純然たる迷路震盪と看做さるゝ場合も、多くは解剖に際し或は組織的検査に依り離斷を證明するのである。故に實地上便利の定義としては震盪症はまた龜裂を伴ふものにして、而して龜裂及び骨折の症狀を鑑別するに努むるに在る。

要するに純粹の迷路震盪症は臨牀的にもまた實驗的にもこれを觀察し得ず。腦震盪症に於て病理解剖的に認むるものは神經纖維の變性、神經節細胞の空泡形成、毛細管破裂、この毛細管破裂は神經組織の變化と並行するも、病的の連絡は無い。これを迷路震盪症の病理解剖的所見と比較するに甚だ相似たるものがある。即ち螺旋神經節の節細胞及び聽神經纖維の萎縮、毛細管破裂を見る。この際赤血球は淋巴液と混じり恰も溢血の徵を呈す。就中鈍力に對して最も過敏なる器官はコルチ器である。ウィットマーク氏ステンゲル氏、吉井氏等は銃創、爆發及び音響障礙等を實驗し、聽器震盪症の重要な點を糾明した。即ち耳に音響の傳はる場合は氣導のみならず骨導に依るものにして、殊に骨導は迷路震盪症の主因なることである。迷路震盪症の病理解剖的所見は毛細管破裂を缺如することが無い。

ステンゲル氏は鼠の頭部を連打し實驗せるに、岩様骨の損傷を起さずしかも内耳出血を認めたのである。殊に輕微の連打に依りては専ら蝸牛殻の下部廻轉及び圓窓部に出血し、前庭及び半規管は少しも侵されなかつたのである。これに反し損傷烈しき場合は出血また烈しく、蝸牛殻神經内にも出血し、また屢々壺腹にも出血を認むるのである。出血の爲めに正圓窓は全然斷裂することがある。また蝸牛殻神經纖維

並びに螺旋神經節細胞の退行變性は最も重要な所見とする。
 迷路震盪症の症狀は初め腦震盪症及びショックの爲め破れてこれを認識し難い。しかし注意すれば鼓膜の溢血及び破裂を認むることがある。ショックの状態に在りても患者を臥位より立たしむるに眩暈を訴へる。全身症狀の去れば初めて迷路症狀明かとなる。この際特に前庭器の症狀著しい。しかし注意せざればこの症狀も速かに去るものである。次に聴力障礙を注意せねばならぬ。この場合は明かに迷路性重聽なるも真正迷路疾患の場合に少しく異なる。即ち音叉試験を行ふに屢々上音界甚だしく侵さるゝと同時に下音界もまた縮少す。而して多くはその間に聽島證明せらる。

氣壓變化に因る聽器障礙

これは極めて僅微の壓差に依る障礙より、爆發の如く聽器を殆んど破壊するものとの間に種々の程度の障礙を見る。例へば耳打、耳の接吻等の損傷は輕微なるものである。壓の關係を區別すれば陽壓、陰壓及び陽陰壓の三種の變化がある。また聽器を腔間に見れば二型に分たる。一は外氣に通ずる外聽道、一は附屬腔、乳嘴蜂窠、歐氏管等に通ずる鼓室が即ちこれである。外聽道は外聽道口を以つて外部に開き、鼓室は歐氏管を以つて外氣に通ずる。故に外聽道に於ける氣壓變化及び鼻咽腔に於ける氣壓變化に依り聽器の損傷を來たす。
 氣壓變化に依る聽器障礙を各部に就いて觀察するに、耳翼及び外聽道は殆んど關係なしと云つてよい。

氣壓變化に依り常に障礙さるゝものは鼓膜である。而してこの障礙は震盪症に於けるが如く出血及び斷裂を主症とする。この場合斷裂を特に破裂と稱する。
 鼓膜破裂に就いては外傷性破裂の正確なる診斷を下すこと、破裂の治癒性を知ること、またその合併症の有無を定むること必要である。

A 外傷性鼓膜破裂の診斷は耳科的技術を有すれば概して容易である。勿論損傷直後に診檢するに時日

圖五十九第
一の孔穿膜鼓性傷外



圖六十九第
二の孔穿膜鼓性傷外



圖七十九第
三の孔穿膜鼓性傷外



の經過したる後ち診檢するにその趣きを異にす。蓋し時日を経過すれば乾燥性穿孔なるか或は癢痕となり、外傷の結果なりや否やこれを認定或はこれを否定する場合生ず。次に鼓膜破裂の傳染せりや否やを區別せねばならぬ。ここに最も簡單なる場合として外傷直後未だ傳染せざる鼓膜破裂を擧ぐればその最も確實なる標準は出血である。若し鼓膜缺損部に出血を見ざれば到底外傷性鼓膜破裂と診斷し難い。しかし出血は破裂部位に直接存するに限らぬ。例へば血管少き部位に破裂するか或は舊癢痕に龜裂生ずれば同部に出血を見ざるこゝがある。かかる場合はルーベ或は擴大鏡を以つて鼓膜を精査し、何れかに出血

を認む。若し出血を認めざれば外傷性破裂を診断するに躊躇せねばならぬ。出血以外の徴候は種々あるもその價值蓋し尠い。例へば穿孔の部位も穿孔縁の性質も、穿孔の大小も診断の参考となるに過ぎず。重篤なる爆發損傷(地雷)の場合は鼓膜の大部分千切れることを常とす。出血は外傷性破裂の有力なる症候なるも、數週或は數ヶ月も變せざる恒久性が無い。破裂既に癒痕となれば出血は何れも吸収される。

B 鼓膜破裂の治癒性 ツァウファル氏に依れば破裂孔の上に浸出物ありて、それが皮膜の如く重く恰も表皮ともなり、或は繃帯ともなり、四乃至六週間にして癒痕を形成す云ふ。ルムチル氏は更に詳細なる研究を發表して居る。氏に依れば次ぎのようである。

一、缺損部の治癒するに最初の三日間は外上皮與かり既に六時間後には細胞の増殖を來たす。

二、四十八時間の後ち初めて粘膜炎上皮與かるも左程に盛なる増殖を示さず。

三、第三日には結締織の増殖著しく徹底的に閉鎖す。

四、固有層僅に關係するに過ぎず。

破裂の治癒日數に就いては臨牀諸家次ぎの如く報告して居る。トライテル氏に依れば十二日バツソー氏に依れば八日シュワルツェ氏に依れば三乃至六週、アレキサンデル氏に依れば四乃至六週、ハスラウエル氏に依れば十乃至十四日オストマン氏に依れば二乃至三週、ポリツェル氏ブルユール氏に依れば四乃至六週、クットウィルト氏に依れば三日乃至七週。

C 鼓膜破裂の合併症は出血及び傳染を注意すべきものとす。

a、出血 出血は往々多量なるも生命危險となることは無い。たゞ外傷の後ち、時日を経て大量の外聽道出血あればその骨部よりするや膜様部よりするやに注意せねばならぬ。大量の出血ある場合は破裂の他に出血點を認むることがある。

b、傳染せる破裂より化膿性中耳炎を必發す。この場合は損傷を絶對的關係ありや或は偶發せるものなりや注意せねばならぬ。また適當の治療法を施せばこれを避け得たりしや否やも考へねばならぬ。耳打に依る鼓膜破裂の如く、純粹なるは専ら氣壓性破裂なるも、そのまゝに放任すれば僅かに漿液性分泌を來たすことはあるが明瞭なる外傷性中耳炎を來たすことは無い。かかる場合中耳炎あればその成因に關する總べてを追究せねばならぬ。これに反して水中に飛び込みて起りたる鼓膜破裂、或は水中にて發生せる鼓膜破裂にては、中耳炎の起らぬ云ふことが無い。また爆發に際して塵埃の渦が入り、または刺戟性瓦斯入れば鼓膜破裂に次いで中耳炎を惹起するは無論理解せられる。

次に治療の影響を考へねばならぬ。勿論洗淨或は點滴等の間違つた治療に依りては、必ず中耳炎を惹起す。何等の治療を加へず外部より耳を保護すれば既に傳染を防ぐに足る。

單純の鼓膜破裂後に來たる中耳炎は概して經過良好にして速かに治癒する。通常身體の障礙程度三週間の就業障礙に達せず、また直接頭蓋に鈍力加りて鼓膜障礙來たる場合も一般症狀を呈せず。單純の鼓膜破裂の場合は人事不省に陥ることが無い。往々僅かに數分間の昏迷は來たすことはある。全身反應は前庭神經の侵された時、同時に腦震盪の症狀として現はる。

單純の氣壓作用と同時に音響作用及び震盪を伴ふ場合は聽力障礙を來たす。恐らくはこれ内耳の多少も侵さるゝからである。従つて豫後もまた異なる。要するに鼓膜破裂に際して、迷路も侵されず傳染も來らざれば、聽力障礙は破裂の閉鎖するに共に平常に復す。しかし迷路の侵されたるが如き症狀（前庭神經症狀）あるも聽力は全く平常のこころがある。

耳の異物

耳の異物

外聽道の異物はその飛入する際損傷を起さず、また傳染を來たさざれば、殆んど問題ならぬ。この場合の損傷は普通の外聽道損傷を見て差し支へ無い。異物は數年も外聽道に止まり患者自覺せざるこころもある。それは外聽道に入りたる異物が暫時町瞬を以つて被はれ、外聽道を平等に閉鎖する栓塞となるのである。これに反して異物の種類及び介存する位置に依り、甚だ抽出し難きこころがある。例へば帽針、釣針等がそれである。

鼓室の異物は少しく異なり、一は鼓膜を通過し或はこれを裂斷して、その間隙より入り、一は歐氏管より入る。歐氏管より入るものは長く尖鋭なるこころ多く麥稈ブウジー、針の如きものである。クローチンベルグ氏の症例は天下一品とも云ふべく、切除したるアデノイド組織の一部分の鼓室に入りたるものである。鼓室異物は甚だしき疼痛を訴へ、殆んど常に反應性炎症を來たし、殊に悪性なるこころは合併症を來たす

率が多い（バツソー氏）。鼓室異物或はこれを抽出するも誤りて致死せる例報告されて居る。しかし鼓室異物は數年もそのまゝに化膿せざれば、毫も危険症狀を呈せざるものもある。バンチェール氏は中耳腔中より銅線を抽出したるこころがある。これは既往症に依り十六年前入れたるこころを知つたのである。歐氏管異物は長く停留するこころがない。多くは顫毛運動に依り咽頭開口に流れ咽頭に出づ。しかし歐氏管峽部には長く留るものが多い。また鼓室に炎症を起して鼓膜より排膿し、これと共に外聽道に出づるこころがある。また異物は外部より鼓室を通過し歐氏管に入るこころがある。

自傷問題

自傷問題

自傷の目的は詐病に異なり、耳患をより重篤に欺かんとするに在る。自傷を起す方法は非常に多い。チルマン氏に依れば南ハンガリー地方にては多量の昇汞をこの目的に使用する。その他多く使用せらるゝはカントリヂン・イトリットグリン、石鹼、石油、濃鹽水、鹽酸、石炭酸及び血液等である。刺戟物質を耳に用ゆるこころあるが必ずしも自傷の目的にあらず、屢々齒痛に對する民間藥なるこころがある。

自傷の診斷は耳科學の素養のあるものには比較的簡單である。外聽道に於ては新しき自傷の症狀、これに次いで續發する症狀を區別せねばならぬ。先づ急性炎症を起し、その分泌物極めて多量である。繃帶材料等は殆んど分泌物にて浸漬し、何回も拂拭せねばならぬ。この分泌物は屢々惡臭を放ち、多少

耳の異物、自傷問題

九〇九

の距離にても鼻を衝く。これ使用したる薬剤と分泌物の腐敗とに依るものである。これらの分泌物を充分拭き去るに、尙ほ多量に出づれば急性中耳炎を考慮せねばならぬ。しかれども急性中耳炎の分泌物は悪臭を放つことなし。たゞ中耳腔にカリエスあれば悪臭を放つも、この場合は既に慢性中耳炎であり、分泌物は少量にして屢々痂皮を證明す。

外聽道壁は非常に發生腫脹し、入口部は僅かに輝裂を見る。従つて耳鏡を挿入し得ず鼓膜も検査し得ぬ。これに何等の處置せざれば數日にして急性時期去り第二期に移る。この時期には結痂を生じ恰もクルーブ性外聽道炎の徴を呈す。外聽道壁には黄白色の輪狀の結痂生じ、初めは多液性にして周圍の皮膚發赤して居る。この結痂は用藥の種類によりて異ならず。また特に好發部位もなく後壁、上壁また下壁に發生す。稀には外聽道周壁に輪狀を爲すことがある。蓋し結痂は自傷の診斷に缺くべからざる價值がある。腐蝕劑は多く綿塊を以つて外聽道に入るゝが故に、外聽道壁は平等に腐蝕せられ全面に結痂を生ず。従つてこの時期には豫め外聽道壁を損傷せしや否や診斷し難い。

鼓膜はこの時期に診見し難きも、消息子を入れるれば出血し易い。若し適當の處置に依り鼓膜を見れば、その表面潤濁し灰白色の上皮塊にて被はれ、その上皮塊は外聽道壁と連絡す。また鼓膜は發赤し光錐無し。聽力検査を行ふに何れも平常である。若し甚だしき重聽を訴ふるは恐らく詐病である。蓋し聽力検査にはこの際注意せねばならぬ。

そのまゝ經過すれば數日にして結痂は乾燥し、自然に剝離するか簡単に除去せらる。而してその表面には新しき表皮生じ癢痕もなく物質缺損も認められぬ。これに反して重篤に破壊せらるれば結痂の下に潰瘍を認む。しかも深部に入り耳珠部にては軟骨に達して居る。かかる場合は多く狹窄或は閉鎖を來たすものである。

次に自傷に依り中耳炎を惹起するや或は外聽道障礙のみなりや闡明する必要がある。腐蝕劑の鼓膜に達すれば鼓膜を障礙し、鼓膜を穿孔し中耳炎を惹起し、乳嚢突起合併症を來たす。加之膿毒症となり致死の例をも考へらる。ジュルゲンス氏の一例は自傷の目的に濃醋酸を用ひ頸靜脈を破壊したのである。外聽道のみ損傷してそれより炎症起り、鼓膜を破壊し中耳に及ぶものは到底考へられぬ。イムホーフ氏は犬の外耳外聽道炎に就いて研究したるが、外聽道の重篤にして深達性破壊の恒久性なるも、決して鼓膜を破壊することなく、鼓膜は寧ろ防禦装置となり炎症を防ぐことを證明したのである。故に自傷に際し外聽道口及び外聽道外部の腐蝕せられ、鼓膜正常の時數日にして鼓膜破壊せられ中耳炎起れば、恐らく腐蝕劑を以つて處置したるものも考へらる。

自傷の第二型即ち鼓膜の人工的穿孔を伴ふものは稀有なるも重要なものである。この場合には損傷を自ら爲したるや或は了解を得て第二者をして加へしめたるや區別し難い。また外聽道を障礙せず鼓膜のみ穿孔するや確定せねばならぬ。特に可撓性の器械を以つてすれば外聽道を損傷せずに鼓膜に達すも考へらる。しかし今日まで自傷の目的に用ひられたる實例無し。しかし眞直の器械を以つてするも外聽道を損傷せずに鼓膜を穿孔することがある。しかしこの損傷の成立に就いては疑問を抱く臨牀家が多い。

型	特	徴	數	百分率
I	鼓膜は直射日光にて検査するに耳翼に於て何等の操作を加ふることなく視診せらる。		4	2%
II	鼓膜は耳翼を後方並びに上方に牽引することに依り始めて直射日光にて明示せらる。		56	28%
III	鼓膜は耳翼を後方並びに上方に牽引することに依り又反射鏡を用ふることに依り初めて診見せらる。		59	29.5%
IV	鼓膜は耳鏡並びに反射鏡を用ひて初めて診見せらる。		81	40.5%

鼓膜穿孔のみを起し外聽道損傷を防ぐには恐らく助手或は補助を要す。これに就いては助手の技術並びにこの種の被疑者を鑑定する必要起る。

イムホーフェル氏は二〇〇例に就いてこの種の研究を

爲し四型を區別して居る。

外聽道の腐蝕は概ね藥劑の誤用に依りて來たる。例へば石炭酸、沃度丁幾、硝酸銀等報告せられて居る。しかしこれらの腐蝕劑は直ちに注目せられ従つて除去せらるゝから、その結果は自傷の如く重篤なるに到らず。また鼓膜は斯かる場合殆んご侵さるゝこと無く外聽道炎も速かに治癒す。

耳疾患及び精神障礙

耳疾患及び精神障礙

耳科の立場より(A)耳疾患の結果或は耳疾患に見らるゝ精神障礙、(B)精神障礙に於ける耳疾患を區別

する。

A、先づ患者の一般的精神的生活の影響に注意せねばならぬ。次いで直接の精神病を説明せねばならぬ。憂鬱性精神病の關係あるは腦膿瘍の或る時期である。腦膿瘍の潜伏期には精神的理解力減退し、恰も耳性注意力喪失、癡愚甚だ似て居る、これに反して腦膿瘍の或る時期には興奮状態、頓智症を來たすことミベルヒマン氏以來知られて居る。また健忘症も屢々來たることあり、感覺性失語症もまた特徴として來たるも必ずしも、智力減退の結果では無い。また健忘性失語症來たるもこれを以つて責任能力を除外し得無い。

腦膿瘍の多くは精神障礙を來たす時期があり、例へば顛顛葉膿瘍の場合には精神的錯亂、メラニコリー、ヒポコンドリー、想死等の症狀を來たす時期がある。これらは手術後に消散するものにして瀦膿すれば再發する。小腦膿瘍の場合にはこの關係症狀明かでない。乳嘴突起手術後には屢々精神病を誘發するところがある。グロースマン氏はこれに關して詳細なる報告を發表して居る。

先に述べたる憂鬱性精神病は必ずしも頭蓋内合併症に併發せず、單純の耳疾患にも屢々觀察せらる(ウルバンチッチュ氏、ローゲンホイゼル氏、ヘルツォーグ氏等)。

次ぎにこれらの興奮状態、幻覺、譫妄等に遭遇したる時、これ一過性精神障礙なりや或は漸進性のものなりや、或は身體的症狀を伴ふものなりや確定せねばならぬ。大多數に於て高熱を發する症例は屢々譫妄を

發すれば丹毒症が多く。アルコール中毒症に於ても中耳炎を發して譫妄症状を見ることがある。興奮性の強きものには極めて無害の聾聾栓塞の爲めに、甚だしき自覺症状を訴へることがある。その興奮状態甚だしく爲めに精神症を疑はしめる。即ちグロースマン氏が耳疾患に依り精神病の誘因を見ること云ふ説を認容せしめるのである。

こゝに耳疾患より起る幻覺を精神病の徵症として見るに、偏執狂の耳鳴の爲めに屢々幻覺となり、また感情の動作に依り原因的關係を生ずることがある。しかれども耳鳴と錯覺との間には移行型多く、耳鳴を記載するゝも幻覺なることも多い。この點は特に注意せざれば過ちを生じ易い。

B、トニエルリー氏に依ればアルコール中毒、癡呆、腦微毒等の精神病に在りては頭蓋鼓室性傳音明かに減退すこと云ふ。ワンテル氏もまた腦微毒、遺傳性微毒等に於て頭部骨導を檢查し、何れも短縮せるを證明して居る。但しこの際耳疾患の證明せられざるものも混じて居る。

精神病に屢々見る耳科症状は耳鳴及び前庭器機能障礙等である。この際耳鳴と聽錯覺とは明かに區別する必要があるが、前述の如く不可能なる患者多く或は移行型も甚だ多い。

また多數の精神症に在りて聽神經過敏となり、自覺的耳鳴を訴へ同時に中樞性の重聽乃至聾を併發することがある。殊に麻痺性癡呆に於ては腦皮質の變化と内耳領域の動脈硬化症を來たすもので前記の症状著しい。蝸牛殼神經及び前庭神經の領域に於て檢査成績の相反するは屢々多發性硬化症に見られる。特に前庭神經は屢々侵され、また解剖的にグアイテルス氏核の變化認められたるは多發性硬化症に多い(ガイ

ドル氏。

終りに最も重要且つ最も變遷窮りなき耳科精神病はヒステリーに他ならぬ。耳科ヒステリーに於て注意すべきは次ぎの二點である。

(一)ヒステリー性耳出血、(二)聽器の外傷性ヒステリー。

(一)ヒステリー性耳出血、外聽道及び鼓膜を檢するに、健全にしてしかも耳より出血するのである。概ね女性に最も多く男性に在りては極めて少く稀に青年期にこれを見る。この出血は往々月經の如く或は代償性月經のこまが多い。しからざれば若干の興奮の後ち來たり或は不快感に繼發す。ヒステリー性耳出血の診斷は極めて簡單なるこまが多い。ビオレット氏は四十五歳の園丁の俄かに雷電の爲めに耳出血を來たしたるものを報告して居る。その際園丁は襯衣が血液に染みたるを證據物として示したるも、全身及び耳の検査に依りヒステリー性耳出血と診斷したのである。また出血する聽器に就いて訴へざるこまがある。かかる場合に詳しく身體検査をなしたる後ち、その耳に於て小血管腫を認め聾聾腺口に於て凝血を認むるこまがある。クットウィルト氏の言の如く患者を早急に検査しては、このヒステリー性耳出血を診斷し難い。ステバノフ氏は同類の患者を數日間入院せしめ、その間詳しく検査したるも出血を確診し得なかつた。こゝに最も必要なるは果して損傷のなきやを確めるこまである。これは外傷性鼓膜破裂の條下に於て述べたるが如く、誤謬に陥り易き者多く極めて判定し難い。ヒステリー性頭痛また屢々見られる。これは法醫學上の問題には殆んご關係なきも、乳嘴突起鑿開後の適

應症を定める場合臨牀家をして惑はしめるものである。かかる場合は重篤なる病機を除外するを眼目とする。また筋痛かヒステリー性耳痛を區別せねばならぬ。これは経過を見れば容易に區別せらる。例へば乳嘴突起部の疼痛去らず、鼓膜所見依然として遂に乳嘴突起鑿開術を實行すべく、慎重にレントゲン撮影をなしたる間に、定型的のヒステリー性失聲症を起し耳の方もヒステリー性耳痛なることを診断したるここがある。

次に最も誤診に陥り易きは外傷性ヒステリーである。このヒステリー症は戰陣耳科に於て最も經驗せらる。イムホーフエル氏は次ぎの如く結論して居る。即ち外傷性ヒステリーは確かにこれを診断するの可能性がある。しかれども確にこれを除外するここ不可能なり云つて居る。

ヒステリー性聽器機能障礙の確かなる症状は次ぎの如きものである。

一、聽力障礙の程度變り易く且つ譯もなく變ること、即ち聽力障礙の恒久にして且つ不易なるは従つてヒステリーの診断に相反する。これに反して機能検査に際し聽力譯もなく跳飛的に變り、また突然正常に歸するをみる間に再び甚だしき重聽を訴へるはヒステリーを診断してよい。蓋し迷路震盪症にても外傷性神經症にても斯の如き聽力の變動を來たすことが無い。

二、最も重要にして且つ決定的なるは移動試験法である (Transfer Versuch)。ハルトマン氏はウルバンチツチュ氏の移動試験法に賛意を表して居る。即ち乳嘴突起に蹄鐵、マグネットを近づくるに先に聽力過敏なりし方へ聲が移動する。しかも最初は高音に對する聲移動し、次に低音に對する聲も移動す。こ

の試験法はヒステリーの診断には絶對的の價值ありせられて居る。

三、爾餘のヒステリー症状、ヒステリー性重聽の隨伴症状として最も多いのは默止症及び失聲症である。診断上この二症状は同一の價値は無く、默止症は延髓震盪症の結果として屢々來たり、サルボ氏はこれを腦中樞の顯微的變化なりませらるゝも、失聲症は常にヒステリーの關係のみませらる。

ヒステリー性痙攣發作、視野縮少、麻痺等もまた屢々來たる。殊にこれらの症状が聽力障礙と同時に來たり、且つ數日後に突然聾すれば、この二つの機能障礙をヒステリー性のもこと見做してよい。

これに反して麻痺はヒステリー診断上の参考にするに大いに注意せねばならぬ。殊に外傷性ヒステリーの場合は原因外傷なるが故に麻痺(知覺脱失)もまた來たる譯であり、この因果關係を確定するここ難い。外聽道及び鼓膜の知覺障礙に就いてはフレシエルス氏は耳硬化症に於て操感喪失すこと云ふ。またこれを否定する人もある。

耳翼及びその近隣に於ける知覺過敏症は屢々來たるも診断上の價値は尠ない。或は聽器の外傷性ヒステリーに於ける主徴なり云ふ人もあるも、爾他に多くの症状なければ俄かにヒステリーの診断を下し難い。この際聽力検査は最も有力なるものにして矛盾の結果を見る。

クットウィルト氏に依れば聽神經の電氣興奮性は、ヒステリーの場合減退し内耳疾患の場合昂進すこと云ふ。

耳鼻咽喉科領域のレントゲン應用

I、耳科レントゲン断學

耳科断學に於けるレントゲン線の應用は古くシヤイエル(Scheier)ブリュール(Brühl)シハレル(Schill-
er)氏等の諸家によつて試みられたものであるが、その後の進歩は遅々たるもので、たゞ少數の研究者が
興味を持つて居た外は、一般には疎遠にせられた傾があつた。かくの如くレントゲン断學法が久しく顧
みられず、應用範圍もまた従つて狭かつた所以は、一面には聽器の撮影技術が比較的困難であること
にも由るが、その主因は正常像を分析するにさへ既に難事であり、殊に病的像に至つてはその解説極め
て困難なりしに在る。

しかるに近時ウィットマーク氏が乳嘴突起含氣蜂窠形成に關する偉大なる業績を發表して以來、乳嘴突
起像の分析に關する知見は長足の進歩を來たした。由來耳科領域に於て最も屢々レントゲン線を應用す
るは乳嘴突起像を得るに在り。そのレントゲン像は乳嘴突起内部の構造を的確に知らしむる唯一の方法
で、この點に關しては他の何れの検索法も追隨し得ないのである。かくの如き状態なるに由り現今に於
てはレントゲン影像是耳科断學上必要缺くべからざるものこそせらるゝに至つたのである。たゞ内耳の
疾患に關しては撮影技術、影像の分析共に尙ほ研究の餘地が尠くない。

レ線像は聽器疾患の補助診断法たるのみならず、手術適應の決定或はこれが豫後に關する判定を與へ得る。特にムコーズ中耳炎に於けるが如く臨牀上症候極めて僅微にして而かも卒然重篤なる合併症を誘發するような場合には殊に意義の大なるものがある。

撮影法

1. 撮影法

耳科領域に於てもレントゲン診断には多く撮影像を用ふる。聽器撮影には通常八つ切のフィルムで充分であつて、増感紙(Verstärkungsfolie)を用ひた方が像は一層明瞭である。

X線の硬度は中等硬度なるを適當とし、硬度硬きに失する時は骨並びに蜂巢壁影は明瞭であるが、粘膜の状態は不分明なるのみならず、尙ほ乳嘴突起蜂巢壁の炎症性溶融の初期も看過せらるゝこころある等の不利がある。また軟かに過ぐる時は乳嘴突起の被覆軟部組織もまた影像を投するが故に、乳嘴突起像に於ては炎症による蜂巢の濁濁誤診せらるゝ虞がある、聽器の撮影にはブッキー氏ブレンデを用ふるこころが多い。

他の骨疾患に於て簡明にブッキー氏ブレンデが大なる恩恵を與へたこころ同様に、耳科並びに鼻科領域のレ線診断に進歩を促したこころも確かに大である。

由來聽器の撮影技術は困難させられたもので従つて多數の撮影法が案出せられて居る。

撮影法は大別して乳嘴突起(中耳)を對象させるものこ、顛顛骨岩様部(内耳)を對象させるものこの二種

矢狀位撮
影法

に分類するこころが出来る。今その二三を擧げて見る。

一、矢狀位撮影法(Sagittale Aufnahme)

矢狀位撮影は兩側乳嘴突起を同一乾板上に同時に投影せしめん爲めに試みられたるものであるが本法の不利なこころは乳嘴突起は乾板より離れ、且つ中心放射線は矢狀面内を通過するを以つて、乳嘴突起は中心放射線からも遠ざかり、従つて像は鮮明度を失ふ點にある。本法の利點としては兩側乳嘴突起を同一乾板上に同一條件の下に撮影するのであるから、兩者の比較には最も正確を期し得るこころ稱せられるが、既に乳嘴突起の解剖學的構造は左右著しき差異ある場合多々あるのであつて、しかも他の方法により左右の乳嘴突起を各別に撮影するも、少しく技術に練達する時は充分に比較對照し得る像を得られるのである。

ブッシュ
氏口腔内
撮影法

二、ブッシュ氏口腔内撮影法(Busch'sche Aufnahme)

本法は矢狀位撮影法中の特殊なるものである。被檢者を背位にし後頭を乾板上に載せ、次ぎに後頭を少しく後方に屈し且つ後頭部を被檢側に廻轉する。口を出来るだけ大きく開き中心放射線は口腔より被檢側の外聽道口を通過せしめる。

ブッシュ氏は鉛硝子の圓管を用ひ、これを口腔内に挿入して開口器の代用として居る。彼は撮影前に先づ透視を行ひ豫め方向を定めて置くようにして居る。

フェルゲル氏は開口の目的に大きなコルク塊を咬ましめ、壓迫圓筒に遮光板を装置し、絞りを直徑五糎にしたものを使用したのである。

撮影法

九二一

ブッシュ氏の口腔内撮影法によれば、影像を障礙する軟部組織並びに骨組織から逃避せしめ得るのである。これによりて顛顚骨岩様部はその長軸の方向に投影せられ、尙ほ中耳、小聽骨、乳嘴突起も完全に投影せられる。岩様骨内には蝸牛殻、水平及び後垂直半規管の影像が見られる。

ゾンチン
カルプ氏
乳嘴突起
尖端撮影
法

三、ゾンチンカルプ氏乳嘴突起尖端撮影法 (Spizenaufnahme nach Sonnenkalb)

被検者を腹位にして顔を乾板に向はしめ、次いで頭部を廻轉して被検側を乾板に近づかしむ、管球は少しく頭蓋尾方向 (kraniokaudalwärts) に傾け、同時に少し健側に傾斜せしむ、中心放射線は後上方より前下方に向ふて乳嘴突起上を通過せしむ。乳嘴突起は頭蓋底及び下顎骨上行枝影像の隅角部に表はれる。乳嘴突起は頭蓋底影像に遮断せられ、その上部は頭蓋底影像に重なる。

斜位撮影
法

四、斜位撮影法 (Schräge Ohrenaufnahme)

一、ランゲ氏、ゾンチンカルプ氏法 (Lange-Sonnenkalb'sche Aufnahme)

被検者を横臥位にし被検側耳を乾板上に置く。頭部矢状面は乾板と平行なるようになる。中心放射線は反対側顛頂骨結節部より被検側乳嘴突起に向はしめ、即ち後上方より前下方に向つて投射せしむ。かくの如き方向を定むる爲めに、管球は初め顛頂骨結節部に垂直に置いたものを頭蓋尾方向 (kraniokaudalwärts) に十五度傾斜せしめ、次ぎにそれをそのまま再び後頭前頭方向に (occipitofrontalwärts) 十五度傾斜せしむるのである。

二、著者は聽器撮影に常にブッキー氏ブレンドを使用するを以つて獨特の撮影法を試みたのである、即

ち被検者を半腹臥位にして被検側耳を乾板に載せ、初め顔面は正しく横に向かしめる。次ぎに頭部を約十五度廻轉して、鼻頤結合線を乾板に近づかしめ、更に顛頂部を約十五度舉上して頤を乾板に近づかしむ。中心放射線は垂直に顛頂結節の少しく後下方より被検側乳嘴突起を通過せしむるのである。しかも影像は兩者殆んど同一であるが、たゞゾンチンカルプ氏法にありては、乳嘴突起はその長軸の方向に於て少しく延長して居るのを見る。

兩者の撮影像に於て外聽道、中耳、内聽道は相重疊して二個の圓像を呈する。内圓は即ち内聽道にして外廓は中耳腔を示す。中耳陰影の後方及び上方は迷路嚢にしてその影像は濃厚である。迷路嚢像は前方の顛顚骨岩様部像に連る、鼓室並びに乳嘴竇天蓋は、乳嘴突起と顛顚骨鱗狀部との間に於て通常鮮明なる線影を現はす。中耳腔像の下方に時に橢圓形なる頸靜脈孔の陰影を見ることがある。下顎關節及び下顎骨髁狀突起は、中耳の前方にて毎常明瞭なる像を示す。乳嘴竇は中耳の後上方で乳嘴竇天蓋下に見られる。靜脈竇前壁の影像は突起内含氣蜂窠中に現はるか、或は乳嘴突起の後方界と一致することがある。

ステンウ
エルス氏
法

五、ステンウエルス氏法 (Stenvers'sche Aufnahme)

ステンウエルス氏法は専ら中耳、小聽骨、内耳の撮影を企圖せるものである。乳嘴突起も勿論投影せられるが、その一部は頭蓋底影像に覆蔽せらるゝために該部の判定には適しない。被検者は腹臥位とし初め顔は正しく横に向かしめ、次いで先づ頤を下け鼻頤結合線を顛頂側に十二度の角度に開かしめ、更に顔面を四十五度被検側に廻轉する。一方管球は顛頂方向に (kaudokranialwärts)

十二度傾斜せしめ、中心放射線を岩様骨長軸に垂直にして被検側乳嘴突起より一・三厘米鼻側を通過せしめる。管球距離は常用の二倍に延長し可及的X線束を縮少するを適當とす。

法立體撮影
六、立體撮影法 (Stereoskopische Aufnahme)

フォッス (Voss) 氏によりて創めて應用せられたる本撮影法は極めて明瞭なる像を呈するものである。
健康乳嘴突起像

乳嘴突起の解剖學的構造は健康なる場合に於て既に個人的差異が甚だ大であり、且つ同一人にありても左右側に於て必ずしも一樣でない。従つてこれが一度罹患した場合の所見に至つては、その判定を困難ならしむることが多い。この點に關してウィットマーク氏の業績は甚だ重要な目標を與へて居る。

乳嘴突起含氣蜂窠形成に關しては由來色々の學者が研究したところであるが、ウィットマーク氏は最も詳細に且つ系統的なる業績を發表して居る。氏は乳嘴突起蜂窠を二つの主型に分類し、一は正常なる蜂窠形成を見るもの、他は病的蜂窠形成を示すものに分つて居る。

乳嘴突起の正常含氣蜂窠形成機轉はウィットマーク氏によれば、胎生期の最終月には胎生期充填組織で滿された中耳内へ、歐氏管から上皮を經へる罅裂が鼓膜の直後に沿うて侵入して來る。中耳内の粘液腫様充填組織は漸次吸收せられて、罅裂は次第に大きくなり遂に上鼓室にまで侵入する。この機轉は通常一歳に於て完成し、中耳は菲薄なる粘膜にて被覆せられるのである。

第二發育期に入り、中耳より粗鬆上皮下結締組織が周圍の骨髓中に侵入して、骨髓腔内容を壓排し、後ち結

締組織は萎縮し、上皮は沈下し、かくして初めの骨髓腔は次第に含氣蜂窠に轉化するのである。蜂窠は外聽道後上壁に初まり、漸次乳嘴突起部、鼓室及び乳嘴竇天蓋に進み、遂に突起尖端に至るまで蜂窠が形成せられる。蜂窠形成に際しては乳嘴竇粘膜の外に、中頭蓋腔の硬腦膜或は骨膜より發流する種々なる血管の周圍組織もこれに與かるが、この血管周圍組織は蜂窠の形成せられたる後には再び退化する。突起尖端部は鼓室後下極より來たり、豊富なる血管を有する結締組織によつて蜂窠が形成せられる。含氣蜂窠形成は大約五歳にして一旦完成するが、これを以つて全く停止するものにあらずして、爾後も尙ほ突起周邊部には蜂窠形成機轉が繼續せられ居るのである。

急性中耳炎及び乳嘴突起炎のレ線像

中耳の急性炎症が乳嘴突起を侵かすに至れば、乳嘴突起蜂窠のレ線像は溷濁を呈する。而して乳嘴突起炎初期の溷濁は炎症性充血、粘膜の浮腫性腫脹に因る。

炎症機轉進行し化膿するに至れば、溷濁は益々甚だしくなる。蜂窠形成正常なるものに於ては、炎症性溷濁の診斷は極めて容易である。炎症更に旺盛であつて蜂窠隔壁に波及するに至れば、此處に乳嘴突起骨部の溶解が認めらるゝに至る。骨溶解を起せる部は漸次蜂窠隔壁を消失し、その内容が膿汁なるか或は肉芽なるかによつて、レ線像は或は明澄 (clear) になり、他は暗影を投ずる。

溶解竈は乳嘴突起全體に起るこゝとなく、多くは一局部に限局し、また解剖的關係上周邊部に好發するのである。

急性中耳炎及び乳嘴突起炎のレ線像

海綿様骨含氣蜂巢混合型のものにありては、たゞ一回の撮影のみでは、果して溶融竈なりやまたは巨大なる終末蜂巢なりやの診断困難なる場合がある。尙ほ緻密質骨含氣蜂巢混合型のものにありては、溶融竈なりを確診し得ないこともある。かかる場合に一定の間隔を以つて連続撮影を行ふ時は診断を容易ならしむるこゝがある。

ムコーブス菌性中耳炎にて臨牀上何等著明なる症候を呈せず、尙ほ屢々自覺症狀をも缺くが如きものに於てレ線像により溶融竈の既に形成せられ居るを認め危険を未然に防ぎ得るこゝがある。

乳嘴突起の鑿開手術に當りてはレ線像によつて豫め靜脈竇の位置的關係を知り、また蜂巢の擴がりを究め以つて全蜂巢を鑿開し炎症蜂巢の遺残するこゝなきよう注意す可きである。

急性乳嘴突起炎と外聽道癰との耳後部皮下膿瘍はその鑑別レ線像によつて極めて容易に出来る。即ち癰による皮下膿瘍にては乳嘴突起蜂巢軽度に溷濁するのみだが前者によりて皮下膿瘍を形成せるはレ線像に自ら大なる逕庭がある。

二、慢性中耳炎のレ線像

慢性中耳炎の診断並びにその所見の判定はレ線像のみの能くするところではなく、臨牀的所見即ち鼓膜穿孔の部位、分泌物の性状、上鼓室洗滌の結果等と相俟つて初めて釋然たるものである。たゞしかし骨壞疽竈乃至は眞珠腫の廣さ、大いさ等はレ線像に依つてのみ初めて明確に知り得るのである。この一事が慢性中耳炎特に眞珠腫の場合に重要なのであつて、由來眞珠腫は漸次擴大する性質を有するが故に不

知不識の間に重篤なる合併症を發するこゝがあり。従つて可及的早期に且つ正確にその擴がりを知つて置くこゝは最も必要なのである。

眞珠腫は著者の撮影法により比較的容易に診断し得らる。眞珠腫の大多數は緻密骨質性乳嘴突起に發生するを以つて、眞珠腫が小なる時或は乳嘴竇より深部へ侵入せる時は、レ線像は鮮明さを缺くこゝがある。かかる場合にはフッシュ氏法等の他の撮影法を併用すれば診断が尙ほ正確になり得るこゝがある。眞珠腫に於ては外聽道の後上方にある乳嘴竇影像が擴大するのを認める。尙ほ眞珠腫腔にリビオドール等の造影剤を注入する時はその擴大度、周圍臟器との關係等は益々闡明せられるのである。

上述の正常なる蜂巢形成機轉の中途、即ち鼓室の粘液腫様充填組織が退化するに當り一度炎症に侵さるる時はこの機轉に障礙を來たし、甚だしい場合には全く蜂巢形成を阻止するに至る。しかもこの炎症は決して細菌性重篤なものでは無く、極めて輕症、且つ潜伏性炎症であつて臨牀上何等の所見をも呈せざるものである。アシヨッフ氏は乳兒の九〇%に於てこの種の潜伏性炎症を證明し、その原因に關して出産時に羊水、胎糞等が歐氏管を経て中耳に侵入する結果であること云つて居る。この潜伏性炎症による障礙は即ちウィットマーク氏が云ふ後ちの病的蜂巢形成機轉である。かくして乳嘴突起には正常蜂巢形成を見るあり、また全く蜂巢を缺き緻密骨質性突起なるあり、その間に種々の程度の發育を示す蜂巢形成を招來するのである。

II、鼻科レントゲン診断學

鼻科領域に於ける診断學にレントゲン線を應用したのは既に一八九六年であるから、レントゲン氏がX線を發見した翌年である。古くシャイエル氏が鼻のレントゲン撮影を行つた頃は僅かに異物の存在や、副鼻腔の外廓を知り得る程度のものであつたが、爾來多くの研究者が現はれ、機械の改善、撮影技術の進歩、影像分析の闡明等相俟てここに長足の進歩を來たし、遂に副鼻腔の病的變化をも判定せられるようになったので今やレントゲン診断は鼻科診断學上重要な地位を占むるに至つたのである。

鼻科領域に於ける異物の存在、位置、或は歯牙の位置異常、齒牙囊腫等は何れもレントゲン検査に俟たなければならぬここは勿論であり、顔面骨々折はまた臨牀上には他に倚るべき診断方法なく、たゞレントゲン影像のみに於て明瞭に認められるのである。

副鼻腔疾患の病症複雑せる場合、または該部の腫瘍はレントゲン寫真によりて最後の斷定を下さるるこゝが多い。

更にレントゲン影像は各副鼻腔の解剖的相互關係を明示し、手術に際しての重要な指針を與へるものである。特に前額竇の手術に於て然かりとする。前額竇または蝴蝶竇の洗滌に際してレントゲン照射によつて洗滌管の位置を一定し得らるべく、特に篩骨蜂窠または蝴蝶竇の手術をレントゲン照射の下に行ふ時は何等の懸念なく器械を充分に深く送込し得るのである。三叉神経痛が果して副鼻腔粘膜の炎症に

由來せるものなりや或は本來の神経痛なりやの鑑別はまたレントゲン診断に負ふところである。

その他一般に高年者、小兒または衰弱せる患者等にして臨牀的檢索に長時間を要し、或は洗滌その他の觀血的操作を行ひ難い場合にレントゲン檢索法は極めて簡單にして且つ便利である。

凡そレントゲン影像を診断の第一義的補助法たらしむるには明瞭な像であると共に正確な技術によらなければならぬ。影像は極めて明瞭でなければならぬのは勿論であり、パッソー氏は杜選なるレントゲン撮影像は無きに如かず (Besser als eine schlechte Röntgenaufnahme ist gar keine) と言つて居る。技術に關してはまた確固たるもので異論があつてはならないのである。

しかしレントゲン検査によつて凡てが闡明せらるゝものでないことは勿論で、今副鼻腔領域に或る陰影を認めこれが炎症性疾患に基因するこゝは分つても、これが果して急性のものなりや慢性症なりや乃至は既往に罹患せる後遺症なりやは斷言出來ない。炎症が去つた後に粘膜炎の慢性肥厚、骨膜または骨の増殖により、後來當該副鼻腔に明瞭に陰影を認むるこゝがある。副鼻腔腫瘍の初期にありては腫瘍が竇内に發育せるのみで未だ周圍骨壁を破壊しない、かゝる時期にありては腫瘍に特有なる陰影にて無く他の疾患との鑑別は極めて困難なのである。

撮影法

鼻科領域に於けるレントゲン診断に際しては多くは寫眞影像を分解觀察するこゝによつて判定するもの

で透視にのみよることは不十分たるを免かれぬ。

たゞ異物の抽出、篩骨蜂窠或は蝴蝶竇等の手術に際しては透視を行ひつゝ施行することがある。

副鼻腔は何れも複雑せる顔面骨の中にあるので、その影像もまた色々な骨陰影に障礙せらるることが多い。従つて可及的これを避けて目的の部分を明瞭に現はす爲めに、種々なる撮影法が試みられて居る。

フィルムの大さは通常八つ切にし、中等硬度の管球を可とする、ブッカー氏ブレンデを用ふることが多い。以下通常用ひられる方法を記述することにす。

後頭顔面撮影法

一、後頭顔面撮影法 (Occipitofrontale od. postero-anteriore Aufnahme)

本法は鼻科學に於て最も繁用せらるゝ方法である。本法による時は鼻腔並びに副鼻腔全部の影像を同時に認めらるゝからである。その方法は被検者を腹臥位にし兩前頭結節と鼻尖とを乾板上につける。中心放射線は後頭結節の下方約三横指のころより乾板に垂直に向はしめるのである。

この際頭部矢状面は乾板に正確に垂直であり、中心放射線はまた正しく頭部矢状面内を通り乾板に垂直でなければならぬ。頭部と管球の位置が各々正確でない時は診断が困難になり、または過誤に陥る虞がある。

頭部の位置を決するには兩側耳殻または乳嘴突起を目標にして行へば好い。

本法によれば顛頭骨岩様部並びに頭蓋底陰影は眼窩内に投影せらるゝが故に副鼻腔陰影に重積して診断を妨ぐることは無い。若し岩様骨が上眼窩縁の上方に達する時は前額竇が小さいか尠ない場合にはこれ

と重つて診断を妨ぐることがある。一般に頭蓋底骨は濃厚なる陰影を呈するから、前額竇が小さい時は頭蓋底陰影がこれに重積するに、實陰影は見失はれ、前額竇は缺如せるものと誤診することもある。

上顎竇は本法によりその解剖的位置に従ひ最も鮮鋭なる像を呈し、固有鼻腔境域は本法を用ひてのみ正確に診断し得るのである。

篩骨蜂窠は固有鼻腔の上方に像を現はし、前後篩骨蜂窠の一部は重つて来る。後篩骨蜂窠の一部は眼窩内に投影せられる。蝴蝶竇は固有鼻腔内にて篩骨蜂窠陰影に重なる、篩骨蜂窠が健全なる時は本法により蝴蝶竇も判定し得るのである。

後頭顔面撮影法

二、後頭顔面撮影法 (Occipitomentale Aufnahme)

被検者は腹臥位にて鼻尖と頤部とを乾板につける。中心放射線は正しく矢状面内にて眼窩の中央を通過せしめる。即ち本法は頭蓋底並びに岩様骨の濃影を上顎竇影の下方に逃避せしめて診断を容易ならしむるのである。

前額竇は擴大せられて投影せられる。前額竇が極めて小なる時乃至は缺如せる時は、本法によつて確實に診断し得るのである。篩骨前額蜂窠が大きく發育せるものにて、前額竇自身が小なる時または缺如せる時は診断上大いに紛らはしい、かゝる場合には本法を推賞すべきである。

前篩骨蜂窠群は前額竇の下方に後篩骨蜂窠群はその下方に連続して投影せられる。これらによつて眼窩と副鼻腔の關係を明かにすることが出来る。上顎竇腫瘍にて眼窩下壁が破壊せられて居るや否やは本法

によりて明瞭に表はさるゝのである。
尙ほ前額竇のみの明瞭なる像を得るには、頭蓋底骨群を上顎竇の下方まで逃避せしむるの必要なく、これを上顎竇内に投影せしむることもある。即ちその法は後頭頤部撮影法と後前撮影法との中間を行ふのである。

チエブル氏法

三、**チエブル氏法** (Tschubull'sche Aufnahme)

第二撮影法を改良せるもので、この際岩様骨頭蓋底骨群は矢張副鼻腔の下方に逃避するのである。乾板を水平面に三十度傾け、これに鼻尖と頤とをつける。中心放射線は顛頂部より垂直に口腔内を通過せしめて前額上顎蝴蝶骨等の諸副鼻腔の影像を得るのである。もこ本法は専ら蝴蝶骨竇の明瞭なる撮影を企圖したのであるが篩骨撮影には適しない。即ち蝴蝶骨竇は上下顎骨間に投影せらるゝのであるが、正しく行はれないと、時に上顎と切歯と重なりて診断困難なることがある。

横位撮影法

四、**横位撮影法** (Bitemporale Aufnahme)

顔を正しく横を向け一方の耳殻を乾板に密著せしむ、頭部矢状面は乾板に竝行ならしめ、中心放射線は外聴道と外眥の中央より垂直に乾板に向ふ。
左右副鼻腔は各々相重つて投影せられる。異物の位置、各副鼻腔の大きさ等を知るに最も適して居る。特に前額竇に關しては高さ、深さ及び前壁の厚さ等を明瞭に知り得るが故に手術に際しては重要な指針となるのである。

斜位撮影法

五、**レゼ氏斜位撮影法** (Schräge Aufnahme nach Rhese)

腹臥位にて被検側の前額結節、額骨突起及び鼻尖とを以つて乾板に密著せしめ、中心放射線は反対側の耳珠先端を通り乾板に垂直に照射する。
これによりて全副鼻腔の影像を得るが、本法は主として蝴蝶竇並びに篩骨蜂窠の鮮明なる撮影の目的に案出されたるものであつて、これらの副鼻腔は左右各側別に患側の眼窩内及び一部は上顎竇内に投影せられその影像は極めて繊細である。

しかし本法による撮影圖は頗る複雑で、その分析は初學者には容易でなく、且つ左右の對比も出来ない。左右兩竇の比較には兩側を別々に撮影するか乃至は立體撮影法を試れば好い。

軸位頭蓋撮影法

六、**軸位頭蓋撮影法** (Axiale Schädelaufnahme)

A、**頤下垂直撮影法** (Submentovertikale Aufnahme)

坐位にて行ふ場合は頤を強く延ばして顔を水平にする。背臥位にては懸垂頭位にて中心放射線は甲状軟骨痕より顛頂部に向はしめ、管珠を出来るだけ頸部に接近せしめる。蝴蝶竇及び篩骨蜂窠は顎骨の内面に投影せらる。本法にては乾板の距離大なるを以つて竇の影像は比較的に鮮明を缺く。

クニック氏法

B、**クニック氏法** (Knick'sche axiale Aufnahme)

先きの撮影方向は蝴蝶竇並びに篩骨蜂窠の影像を得るには甚だ合理的なものではあるが頤下垂直乃至は反対の垂直頤下垂直撮影法は共に乾板が対象副鼻腔より割合に遠く従つてその影像は鮮明に現はれない憾が

ある。さればその後多くの研究者によつて改良法が苦心せられたのである。研究者はジーベンマン、グラウプテル、バアイフェル、バアーレル氏等である。これらの人々はしかし遂に成果を得なかつたが、一九二三年に至りクニック氏によりて初めて完成されたのである。我國に於てもクニック氏に前後して松井氏が本法に成功して居る。

その方法は五・五ミ九糶大のレントゲンフィルムを増感紙と共にこれを防水性の紙に包んで、(先に口蓋、咽頭にコカイン液を塗布せる後ちに)、口腔内に深く先端は咽頭後壁に達するまで送入する。患者は坐位とする。中心放射線は顛頂部より垂直にて外聽道の少しく前方を照射せしめるのである。撮影中は患者に呼吸を停止せしめる。これによれば蝴蝶骨並びに篩骨蜂窠特に後篩骨蜂窠は明瞭なる像を表はす。

鼻腔及び副鼻腔疾患のレ線像

鼻腔及び副鼻腔疾患のレ線像

一、一般所見 平常なる副鼻腔は明かに周壁を區別せらるゝ鮮明な透明部を以て現はるゝものである。

就中上顎竇並びに篩骨蜂窠は透明度が強い。

副鼻腔の潤濁乃至暗影は如何なる原因によつて來たるかの疑問に對しては從來臨牀上或は實驗的に熱心に研究されたのである。

先づ技術上副鼻腔の撮影に軟光線を用ゆる時は副鼻竇は影像上暗くなつて一般に潤濁して見える。また被檢者の體位正しからざる時、即ち中心放射線が正しく矢狀面内を通らざる時は一方の竇内には餘分の骨影重積して他側に比して潤濁を呈するに至るのである。これらは技術的誤謬であつて判定を妨ぐるこ

と甚だしいのであるから撮影に際して特に注意を要するのである。

撮影技術が正しい時に於て副鼻腔の暗影は次ぎの諸要約に依るものである。

- 一、竇内空気含量の減少
- 二、竇内液體滯溜(膿汁、血液、粘液、囊腫内容液、乾酪様内容等)
- 三、竇内粘膜炎の變化(充血、浮腫性腫脹及び茸性増殖)
- 四、竇壁の變化(骨膜並びに骨の増殖)
- 五、腫瘍

竇内に膿汁の如き液體の存在により陰影を呈するところは夙に知られたるところであり、尙ほ實驗的にも證明せられて居る。アルブレヒト氏が上顎竇に膿汁を注入し陰影を呈することを初めて實驗したるは有名なことで、シャイエール氏は膿汁の代りに牛乳を用ひて實驗して居る。シャイエール氏はまた竇の陰影が液體の存在に因ることを、前記は反對の方法で證明して居る。即ち、陰影の存する竇を洗滌したる後、レ線撮影を行ひ明かに先きの陰影が消失したのを認めて居る。クラウス氏は上顎竇及び前額竇蓄膿症に際して膿汁が竇を充滿せざる場合、坐位にてレ線撮影をなす時は竇の下部即ち膿汁の存する部は、上部より遙かに濃厚なる陰影を呈し、これを臥位にて撮影する時は、竇は全體一樣なる陰影を呈するを證明した。しかるに他方陰影を示す竇を洗滌したる後にも、その陰影が消失せざること屢々觀察せらるゝのであつて、この場合陰影發生の由來は獨り竇内の病的內容物の存在のみによるもので無く、なほ他の因子が陰

影の發生に與ふることを考へなければならぬ。即ち先づ第一には茸性に肥厚せる粘膜が夫れである。ゾンチンカルプ氏は頭部の電氣浴によつて起つた上顎竇粘膜の充血さへも、陰影を與へたるを經驗して居る。

一般に陰影の濃度から竇の内容如何を歸納することは不可能である。トンドルフ氏(Tondorf)の實驗的研究に依れば膿汁、リンゲル氏液、水、及び筋肉等は全く同一なる陰影を呈することを示して居る。上顎竇蓄膿症で手術的に竇粘膜を全部除去せる後、尙且つ高度の陰影を呈することは屢々經驗せらるることであつて、ウツフェノルデ氏(Uttenorde)が詳細に研究せるところによれば、これは竇骨壁の肥厚並びに硬化に因るのである。この骨壁變化は亞急性及び慢性副鼻腔炎に著明である。急性炎症の場合にもウツフェノルデ氏は發炎後間も無く陰影を與ふる變化骨壁に起ることを報告して居る。トースト氏は副鼻腔炎にて陰影を與ふる第一條件は先づ骨壁にあることを高唱して居る。氏は尙ほ副鼻腔竇炎にて炎症の進行する場合には、骨壁を破壊して外部に穿孔することある事實より推して、骨壁の變化は容易に考へ得べしと稱して居る。

後頭顔面撮影の像を見るに生體に於ては、軟部組織並びに頭蓋内容の濾過を受くるにも拘はらず、骨骼標本に於けるものと同様に篩骨蜂巢及び上顎竇は明るく現はれる。ベチルケン氏(Benlken)は研究の結果、竇内の空氣はX線の寫眞化學的作用に大なる影響を與へ、これを増強せしむるものであると結論した。故に副鼻腔の陰影はX線の吸収乃至粘膜肥厚、膿汁等夫れ自身に基因するにあらずして、これら

の條件により第二次的に竇内空氣の減少するが爲めであると言つて居る。

しかしベチルケン氏の意見には反對する者が多い、現今では竇内陰影を與ふるものは矢張肥厚せる軟部組織、液體或は骨壁増殖等が主なる條件なりと信ぜられて居る。

上顎竇炎

二、上顎竇炎

上顎竇は後前撮影法によつて最も判定し易い影像が得られる。

上顎竇蓄膿症は危険の殆んき無く、しかも確實な試験的洗滌によつて容易に診斷し得るものであるから、これに對するレ線診斷は比較的に價値が尠ない。

上顎竇の左右不平等なる發育、大さ、竇内隔壁の有無等に關してはレ線像により明かに見られる。特にレ線像は上顎竇と齒牙の關係を究明するに重大なる意義がある。即ち上顎竇蓄膿症は屢々齶齒に併發することあるは既に周知のことであり、その他齒牙囊腫が竇内に發育侵入したり、或は正常齒牙が竇内に迷入増大することもある。かく齒牙の異常發育または罹患齒牙と上顎竇病理とは密接なる關係があるが、しかもこれらの關係はレ線像によりて初めて解明せらるるのである。

前額竇炎

三、前額竇炎

前額竇は解剖學的に下方は眼窩に、内方は大脳の前頭葉に接して居る。これが罹患する時或は周圍の骨壁を破壊し、或は唯一の膿汁の流出口なる前額鼻管が、臨牀上屢々經驗せらるゝが如く、鼻茸にて閉塞さるゝ時は竇は周圍に擴大するに至り、近接臓器を壓迫して激烈なる頭痛、重篤なる病狀を呈し、或は