

腎臓病と
中耳疾患

一、腎臓病と中耳疾患

腎臓病の経過中に中耳疾患を起し鼓室に溢血を認めたるはシユワルツエ氏を嚙矢ミする(一八六九)。臨牀的の所見は毫も統一せるところが無い、鼓膜は多く穿孔し屢々凝血にフィブリンを混じて出て居る、鼓室は一方に於て血性膿性、他方に於て血性漿液性の液體で満たされて居る、或は外聽道に血液の盛に流出するところもある、また解剖に際して鼓室に血液の流れるばかりで無く中耳粘膜に血性浸潤を認めたりする。特に歐氏管粘膜に於てこの現象著しい。

自覺的症候もまた病理解剖的變化の一定せざるが如く區々たるものであり、或は耳痛、重聽及び耳鳴を訴へて多量の耳出血を見ることがある。亞急性の場合は重聽もまた來たること緩慢であり、次いで耳鳴の加はつたりする。リンコ氏 Lynch の經驗せることでは鼓室粘膜に血性浸潤あれば蓋し進行性重聽を訴へ、耳鳴、高音聽取不良、眩暈を頻發すること恰も蛋白尿性網膜炎を必發すること同様であること云ふ。

一般の出血性チアテーゼミして耳に現はるゝこと往々なるが、それは慢性腎炎の場合に多く見られ、蓋し血壓昂進か或は血管壁の變化ありて續發するものである。

豫後

豫後 腎炎に耳出血を來たす場合は概して悪化の徴候である。出血そのものも危険であるが久しからずして死の轉歸を取ることも諸家の經驗したところである。

療法

療法 専ら腎臓病の治療に専念することであり、耳出血に對しては單に保守的療法を施すのみで好い。

中耳炎に
對する腎
臓病の影
響

二、中耳炎に對する腎臓病の影響

中耳炎の初期は腎臓病の悪化すると共に経過悪しくなる、それは全身的疾患の發したる爲めに中耳組織の營養條件が變り、鼓室に在る病原菌の發育を促したり毒力を高めて組織破壊力を強める結果なのである。しかし健康の中耳に於ては病原菌が存在しないわけだから腎炎の急性變化と中耳炎の發生と同様の被害に因るものと思はる、格別なる種類の腎炎、中耳炎、Nephritis otitis ありとも考へられぬ。これはフリードリヒ氏等の考察するところである。

しかし炎症腎臓疾患は中耳炎の急性並びに慢性の経過に影響するがかの糖尿病のように顯著に且つ甚だしいものでない。兎に角に腎臓疾患の重くなれば中耳炎の排膿増し、その輕快すれば従つて中耳炎の排膿もまた減するのである。かく中耳炎の狀況に鑑みて腎炎の経過を卜するところが出来る。フォス氏 Fos の報告せるは猩紅熱性腎炎で急性中耳炎を併發せるものだが、尿量減じ尿中蛋白量増すこと中耳分泌物從て増加し、利尿盛んに蛋白量減ずること中耳の排膿減少したのである、換言すれば耳漏の程度は蛋白尿の標準となつたのである。

腎臓病の経過中に來たる中耳炎の病理解剖的變化は格別のものありと云ふ説も聞く。モルフ氏 Moors 及びグウロウチッチュ氏 Gurowitsch 等は中耳腔の粘膜下組織が増殖するといひ、これを以つて腎炎性中耳炎の特徴として居る。しかしこの場合に中耳炎が既に古くから存在したるにあらずやと疑はるゝ點もある。

それよりもグウロウイッチュ氏トラウトマン氏 Trautmann 及びモルフ氏の観察したる症候を補足し置く必要がある、それは腎炎の中耳炎に際して中耳粘膜の貧血著しいことである。乳嘴蜂窠を鑿開する場合あれば何人も各處の貧血を認めるであらふ。毫も貧血劑を注射浸潤せんでも手術創の隨處貧血して手術を終るまで殆んど一回も血を拭かんでも好いほどである。第一に軟部切開をして骨膜を剝離するに乳嘴突起骨部の表面に血滴も見えず、その中の乳嘴蜂窠は緩弛せる蒼白色膠質様の肉芽組織を有し、その組織また粘液膿に侵されて居る。この組織を摘出するも殆んど出血しない。蜂窠間の壁もまた甚だしく貧血して居て、髓質は極めて軟かい、故に一本の鋭匙を以つて大體の手術を施了し得るのである。そして全然無熱で自覺的症候を訴ふることも無く猶ほ且つ排膿が四五週間つゞく、加之ならず乳嘴突起尖端部の前縁より穿破し莖狀突起及び乳嘴突起間部に小膿瘍を形成することがある。肉芽形成は概して良からず従つてなかく治癒し難い。

糖尿病ほゞでは無いが腎臓疾患の場合も矢張り骨部廣くカリエスを起して癒合する傾向がある、またハウグ氏はカリエスに陥りたる乳嘴突起部に於て骨疽を認めたのである。

これらの症状の由りて來たる緣因は如何に云ふに恐らく糖尿病の場合に似て血中蛋白質の過剰なるが故に殺菌力の減退するに同時に蛋白質を消耗し行く組織の抵抗力十分ならざるが爲めなりと思はる。

三、腎臓疾患、非中耳炎性重聽

腎臓疾患
と非中耳
炎性重聽

腎臓炎の場合に中耳の出血、炎性變化乃至炎性殘物に由り傳音障礙を來たし、その結果聽力障礙を訴ふ

るは極めて少数であつてヂュラフォア氏の統計に五〇%例を示した如きは餘りに過大なるの觀がある。蓋し大多数の場合は耳鏡検査にてもまた機能検査にても聽力障礙の本據が奈邊に在りやこれを診定し難い。ヅウメルク氏は腎臓炎兼重聽の七十例に就いて検査したるに僅かに四例に於て鼓膜の炎性變化を認めたるに過ぎず、その他のものは鼓膜の所見いづれも陰性であつたのである。その一部分は聽力障礙の因腎炎に在りと思はる、たゞ機能検査にては完全にこれを證明せざるが大概は鼓膜に變化無き中耳性重聽だらふ。しかも既往症に中耳炎或は出血を證明せざるの聽力障礙多きは諒解に苦しむところである。

症候

症候 Symptomalogie 自覺的耳鳴は最も多く患者の訴へる症候である、これは單獨の症候として來たり、或は中等度の重聽と共に來たる、そして往々間歇的に現はる、症状である。その間歇は數日乃至數週に互たる、且つしばしば聽力障礙の間歇は顔面並びに全身の浮腫に係はるが如く、浮腫の程度に平行することが多い。

またモルフ氏は機能的乃至組織的の検査にて證明し得る腎炎性聽力 碍のうち組織變化そのものが機能減退に關係するの確證を得ざるの症型を區別して居る。ローゼンスタイン氏 Rosenstein も同型の症例を報告したが、それは間歇性腎臓炎の経過中に間歇性重聽を來たした患者であり、聽能の變替は先づ突然來たり、常に浮腫の増減に一致したのである、反對に聽力障礙の程度また浮腫に平行したのである。機能検査を行ふに何等得るところが無く、腦及び顳顎骨を検するも殆んど異常に認めなかつたのであ

ローゼンスタイン氏が本症の起因に就いて想像するところでは聴神経及びその中樞(幹根)の浮腫に由りて聴力障碍せらるゝと做すが、これはフランス學派に由りて同意せられたようである。病理解剖の検査にては今日までこの臆説を立證したるこゝ無いが臨牀上の症状を釋明するには蓋し便利なりと思ふ。兎に角にローゼンスタイン氏の持論は腎炎性重聽の原因を動脈の張力亢進に置き、その張力亢進より迷路内壓の増進となり遂に感音装置を麻痺せしめるのだと言ふフィールド氏説 Field'sche Theorie を前提として居る。故に聴力障碍の間歇性なる性質は能くこれに由りて説明せられる。猶ほ本症の聴力障碍は恐らく迷路にその原因無く、寧ろ迷路後部 retrolabyrinthär に存在すと思はれる。腎炎に隨伴して中樞性聴力障碍 zentrale Hörstörung を訴へたる症例はマン氏 Mann の報告せるものがある。これをこゝに抄出するに、

四六歳の後備兵曾つて戰陣に於て急性腎炎に隨伴して兩側の重聽を訴へたことがある。雨天の時或は下肢と足部に浮腫現はるゝ時は聴力悪るゝと謂ふ。遺傳の證明すべきものが無い。鼓膜の左右とも凹陥せるのみ、爾他に異常の認めらるゝものが無い。聴力検査を行ふに耳語は左側に於て聴收せず、右側に於て二〇種を聴收す、會話語は左側

○五種右側二・五乃至三・〇種である。機能検査を行ふに下音界(G)甚だしく上昇し、上音界(右^o左^h)も頗る狭い。顛頂に音又Aを置くに左耳に偏す。リンチ氏法は兩側ともに陰性。

これに由つてこれを觀ればこの聴力検査の結果は聴神経幹の障碍せられた特徴を窺はしめる。且つ既往

尿毒症と
聴力障碍

史に於て其硬化症の據るべきもの無く、兩側とも急性腎炎に直接繼發したものであり、重聽の原因としては蝸牛殻神経の迷路後被害を指摘すべく、就中聴神経幹部の被害を認められる。しかしこの被害が浮腫のみに限るや或は毒素にも因るやこゝには斷言し難い。

尿毒症と聴力障碍 昔時屢々記述されたこゝがあり、特にフランスの諸家は腎臓炎の經過中に來たる聴力障碍を以つて何れも尿毒症の前徴としたのである。しかし最近聴器の機能検査法が正確となり、且つ該問題の詳密に窮明せられた結果は誤謬は直ちに發見せられたのである。しかしそれでも猶ほ確かに尿毒症に緣因する聴力障碍をしばしば経験する。

尿毒症に緣因する聴力障碍はかの尿毒症候群 urämischer Symptomenkomplex (Volhard) の症型に現はるゝものであり、極めて種々相を顯する。かの子癇型 eklamptische Form では専ら腦の刺戟現象が缺落現象を示すが、往々聴力障碍をも來たし全然豊することがある、そして概ね一過性のものが多い。フォルハルド氏の説ではこの種尿毒症の症候は物理的に成立す云ふ、即ち腦壓が亢進して腦質が腫脹し來たるか、また神経中樞に浮腫起りその結果腦の缺落症候もまた聴力障碍も惹起するんである。モルフ氏の觀察したる症例は恰もこのカテゴリーに入るべきものと思ふ。それは多量のキニーチを服用したる患者で神経性重聽に悩めるものなるが尿毒症の徵候萌すや突如重聽甚だしくなり全然豊して了ひまた劇甚なる耳鳴を訴へたのである、が尿毒症の症状薄らぐと共に耳の苦痛また夢のように去つたのである。

尿毒症のも一つの症型はこれを假尿毒性、pseudourämisch (Volhard) と稱するが、この場合は腎臓の分泌機尋常にして毫も異變無く、蓋し精神障礙に連繋して聾すと思ふ、そして症状は概して一過性のもが多い。フォルハルト氏に據れば、この種の尿毒症は脈管硬變も基因しつゝ、その腦動脈の痙攣性血行障礙起りて誘發すと言ふ。即ち痙攣性血行障礙の爲めに腦中樞の一次的貧血來たり、これに由りて復た一次的の transitorisch 聾なること容易に諒解せらる。

慢性尿毒症

慢性尿毒症 *chronisch-urämischer Zustand*

この場合にもまた聴力障礙を訴ふることも屢々あるが概して永續するものが多い。

自覺的症候は重聴及び耳鳴の二つなるが往々にして患者を悩ますことも甚だしきものがある。これに就いて機能検査を行ふも大概は聴力障礙の部位を適確に定め難い、これ曩きにフリードリヒ氏が解剖的變化を検索して猶ほ且つ部位を證明し得ざりしところに一致するわけである。臨牀的に考察するに矢張り聽神經中樞徑路に浮腫を來たしてこれが禍因なると思はれる。

モルフ氏は腎臓炎の一患者を診し耳鳴ミ軽度の重聴ミを證明したるが就中聴力減退を精密に調査して初めて腎臓疾患を診断したのであつて、これらの症状を慢性尿毒症に緣因す云つて居る。矢張り尿中蛋白質を證明せざるに至りて耳鳴鳴らず聴力尋常に復したのである。

慢性腎臓炎

慢性腎臓炎 *chronische Nephritiden*. 慢性腎臓炎の場合に往々にして進行の遅々たる迷路性重聴を訴へるものがある。これをウィットマーク氏 Witmack は血液のアチドローヂスに依る迷路變性に緣因

せしめて居る。

急性並びに慢性の腎臓炎の經過中にも甚だしき重聴を訴へるものがあり、而してこれが往々内耳出血 *Labyrinthblutung* に起因すと思はしめるものがある。

耳鳴の外にまた軽度の眩暈を伴ふ聴力障礙が慢性腎臓炎の經過中に來たるものがある。特に脈管型腎臓炎即ちフォルハルト氏の本態的硬化症、*Sklerose* にこれらの症候現はる、この多いが恐らく脈管系の變化に緣因すべしと思はる、而して腎臓炎の原因もまたここに存するなれば矢張りこれらの症候を訴ふるものも云つて好い。

腎臓疾患ミ耳科との關係は近年等閑に附せられし觀があつたがグラハ氏 *Grabe* 出で、系統的の業績を發表した、そして氏は特に腎臓炎の聴力障礙並びに均衡障礙に就いて臨牀的乃至組織的の検査を遂けてこの領域に於ける缺陷を大いに補足するものがあつた。すべて三十三例に就いて調査したるが八二%に於て聴力障礙を證明したのである、大概は聴力検査を行ふて創めてこれを認めたるが患者自ら感得したり或は親近の氣付きし程度の重聴は蓋し例外であつた。またグラハ氏に従へば重聴は浮腫の現はるることに密接に關係し且つ浮腫の程度に一致した消長を示すのである。正確なる機能検査を反覆したるが後全例を組織的に検査して蝸牛殼竝に前庭に於ける感覺上皮の正常なるを確定したのである、これに由りて残るところは猶ほ中樞部である、即ち腎臓炎の聴力障礙並びに均衡障礙は内耳に於ける末梢器關の毀損せらるゝに由るもので無く、それよりも一層中樞部に原因あるべしと疑はれるのである、しかしこ

れども甚だ薄弱なる推論に過ぎぬ、更らに聽神經徑路並びに神經核の被害程度も想像せらるゝがその本質の如きは未だ全然不明である。またグラヘ氏は腎臓疾患の種類如何は聽力障礙並に均衡障礙に對して毫も影響無しと言ふて居る。

臨牀的の證明にて特に意義大なるは上音界の聽取力である、即ち上音界の縮少を證明せる十五例はいづれも腎炎治癒の傾向無く或は死の轉歸を取つたのである。故に由來するところはこれを釋明し得ざるも腎臓疾患の経過に對しては斷然豫後不良なり云はねばならぬ。また上音界の縮少は眼底變化も平行して來たるもので無い、しかし耳ミ眼ミの所見は原病の豫後を云々するに相互に補足的の意味あり云つて好い。

腎臓炎の均衡障礙は聽力障礙よりも一層稀に見るころである、これを患者の自覺する程度なるは特に稀少であり、且つ少しも規律的に現はるゝ症候で無い。

四、耳疾患に因る腎臓疾患の影響

耳疾患に
因る腎臓
疾患の影響

ハウグ氏が一八九三年モノグラフィに記載したる症例を抄出して見る。

八歳の兒童八週前に猩紅熱兼中耳炎に罹つたと云ふ、この猩紅熱も中耳炎も一旦は治癒したが、その後全身に著しき浮腫現はれて再び兩側の耳痛猛烈となり、同時に左側の乳嘴突起部大いに腫脹したのである。その時尿量は二四〇珄に減じ、蛋白の多量を證明せらる。耳よりの排膿は當時ほんの少量だったが、次いで鼓膜穿開術を施したるに排膿増加して、それより全身の浮腫は漸次に消退しつゝ、乳嘴突起部の疼痛腫脹もだん／＼去つて、それから

尿量も増して行つたのである。

かくの如き病況が前後五週間の間に三回も反覆して、その間若干熱の高下を示したが、更らに突然同側の乳嘴突起部劇げしく痛み高度の腫脹を來たし、下肢前面並びに顔面に著しく浮腫を認めしめ、また殆んど尿閉せしほどに尿量減じ、そのなかの蛋白量非常に増加したのである。

由りて直ちに乳嘴竇鑿開術を執行し大なる骨膜下膿瘍を排膿せしめ更らに乳嘴部カリエスを廣く除去したるが、これに由りて腎臓の諸症候は輕快し行き、術後六日にして各處の浮腫去り尿中蛋白を證明せざるに至つたのである。

しかも手術後六週を経過したる頃手術創は肉芽にて閉塞したる爲め再び腎臓炎劇げしく再發したのであつた。即ちこの場合にも矢張り下肢外側に中等度の浮腫現はれ尿中蛋白を證明されたるが、手術創を開放して廣く開通したるに腎臓炎の諸症候は速かに去つたのである。

我等の臨牀に於ても乳嘴突起炎の場合に諸種の検査を行ふと同時に検索するが屢々蛋白を證明するところがある、そして我等は今日乳嘴突起炎を鑿開するに常に局所麻痺法を以つてするが故に尿中蛋白を證明したりして毫も危険を感じたるころが無い、且つ手術の良結果は中耳炎を治するばかりで無く、尿中の蛋白は消去し、浮腫の痕を止めず、かゝる場合特に聽力大いに恢復するんである。従つて各所より尿中蛋白を證明する場合乳嘴突起炎の手術を如何にすべきやの質問をしば／＼受くるが我等は必ず局所麻痺法（或はエーテル麻酔にても可）の下に乳嘴突起を鑿開すべしと答へて居る。これを以つて吾等はモルフ氏及びフリードリヒ氏の急性中耳炎に依り腎臓疾患への悪影響ありとは認めずと言ふ主張に反對したい。

マン氏 Mann は恰も類似したる次ぎの二例を報告して居る。

第一例 十六歳の男子約三週前に流行性感冒様症状に憊み、八日前に右側の急性中耳炎に罹かつたのである。そして四日前初めて耳漏を訴へたが後二日にして排膿また止みしと云ふ。それより右耳の後部に疼痛を訴へ微熱を伴ふて居る、入院時に診察するに鼓膜(右耳)後上部に於て發赤し腫脹したるのみならず、その乳嚢突起部に於て腫脹著しく、同部と右側頸部に壓痛甚だかつたのである。

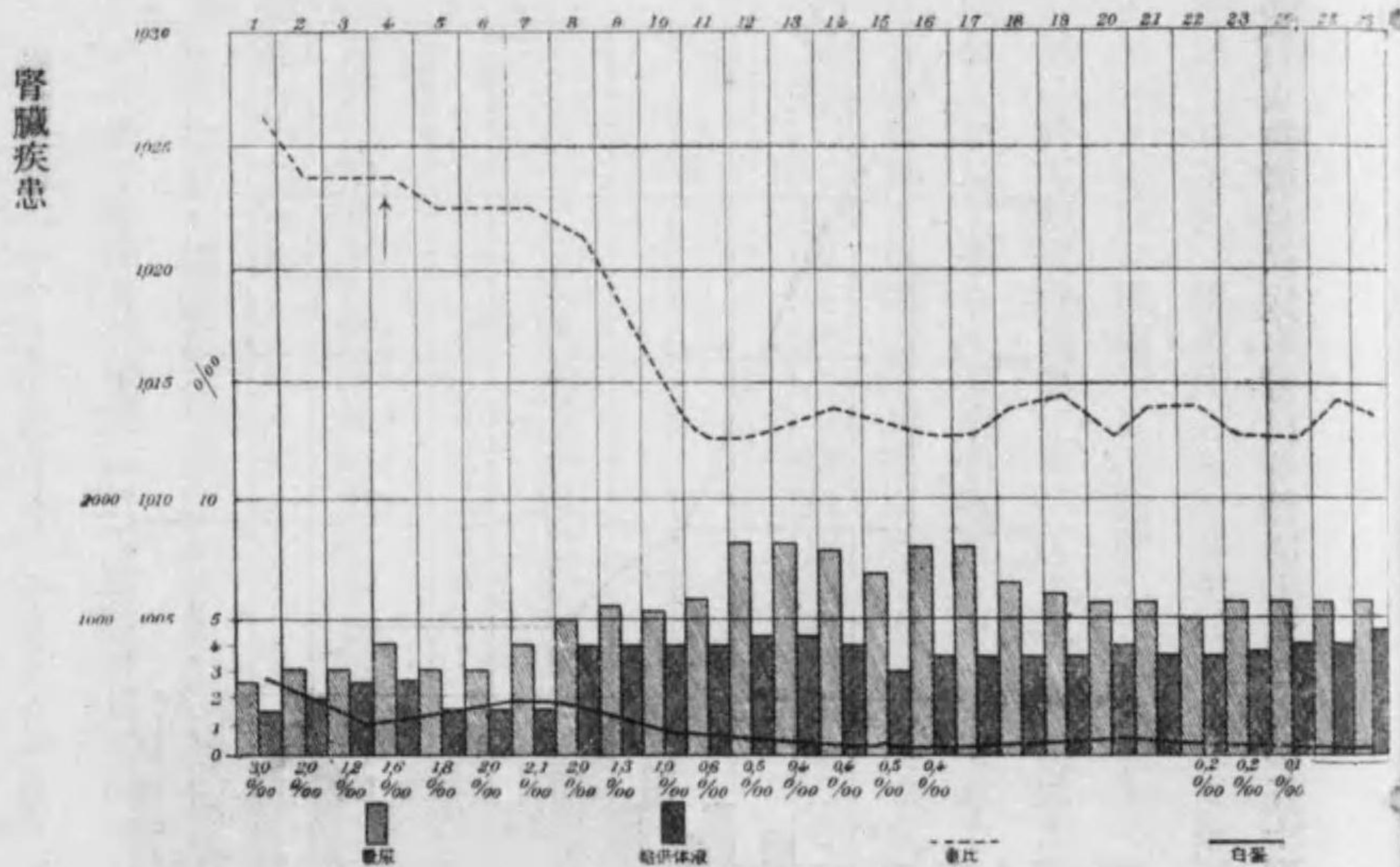
尿中には多量の蛋白證明せられエスバツハ氏法五・五%、赤血球及び顆粒性圓嚢を見る。

同日に乳嚢竇鑿開術を行ひ、大きな靜脈竇周圍膿瘍を排膿せしめたが、恰もその日から尿中蛋白質は減じ三・五%となり、尿量著しく増したのである。手術後六日には蛋白殆んど測るべからず、〇・二九%ほどとなり、手術後十一日にはその痕跡さへ認めぬこととなり、十四日目には退院して外來治療に通ふこととなつたのである。

第二例 は六歳の男子急性絲絨腎臓炎に罹り三週前より兩側の急性中耳炎に憊んだのである。既往史に徴しても二病いづれが原發せりやこれを確診し得なかつた。しかし恐らく猩紅熱に罹りしと思はるゝふしがある。先づ食餌療法にて蛋白量は三乃至一・二%に減じたるも、後ち乳嚢突起炎の症状現はれ左右の耳に乳嚢竇鑿開を決定したのである。竇内の膿は恰も壓搾せられしが如く、鑿開するや勢よく流出せり。手術後二三日は蛋白量も赤血球も一時増したるが、後ち暫時にして減少し三週の後には僅かに痕跡を見るのみとなつたのである。治療の経過も一種變りて先づ腎炎の症状去り、次いで見る／＼すべての状態を恢復したのである。

これに由つてこれを觀ればいづれの場合に於ても急性腎臓炎に對して急性中耳炎の影響極めて宜しからず、恐らく惡化せしめしこゝ明瞭に過ぎるほゞ疑ふ餘地も無い。蓋し同一の毒性危害が腎上皮に加はり

圖 三 十 第



腎臓疾患

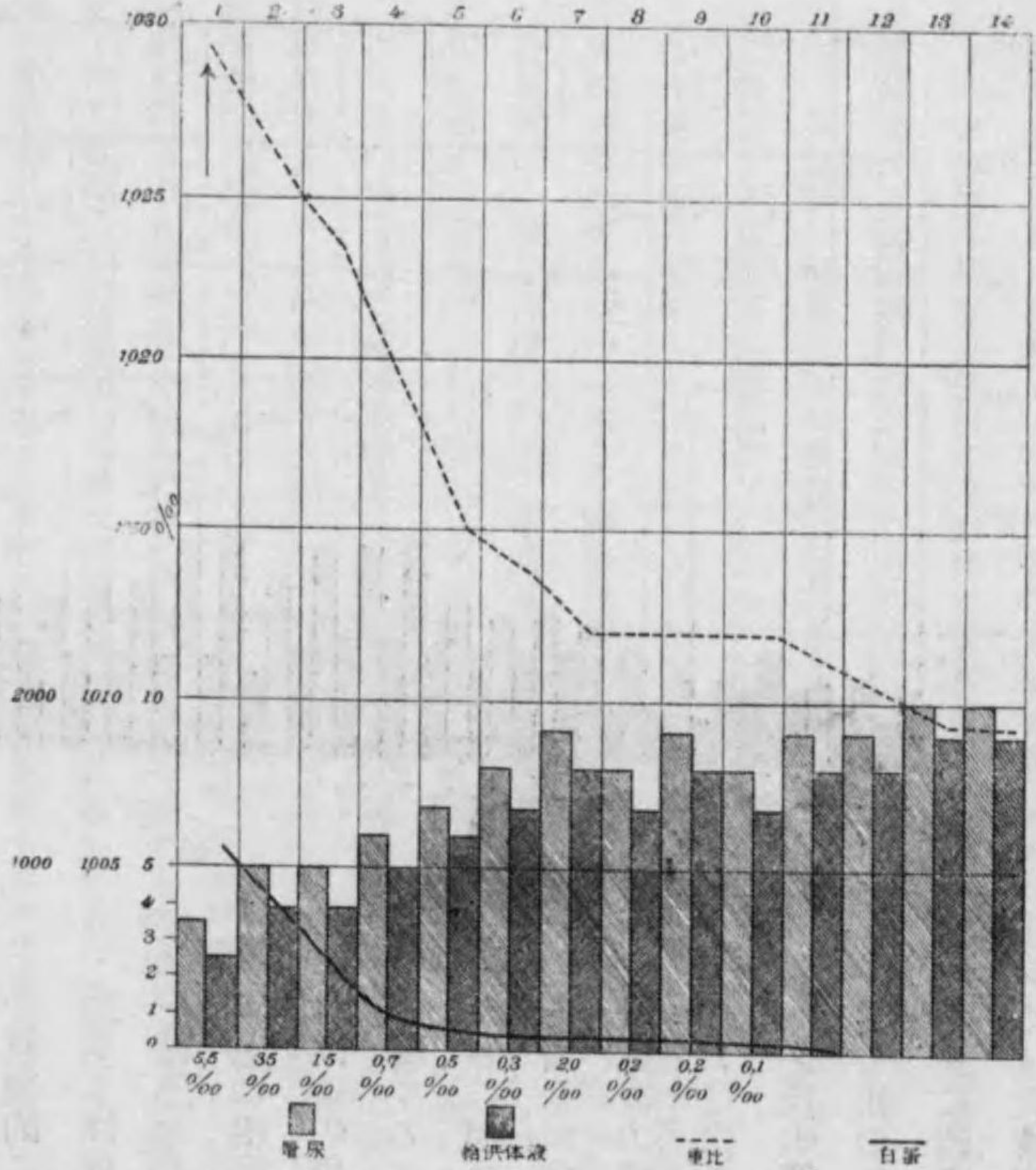
しものこ思はる。

しかし何れの場合にも腎臓及び聽器の何れが原發的に罹病せしかこれを窮明し得ぬ。

恐らくは同一の毒素が同時に腎臓及び聽器を罹患せしめたものこ思ふ。されば二つの疾患は相互關係の密接なるものありて、これは彼の發病ミ増惡ミを進める意味に於て影響するこ見らる。乳嚢竇鑿開術を施行したるに何れの場合にも腎臓炎に對して良果を齎したのだから、要するに急性中耳炎が腎臓炎の経過に對して有害に影響しつゝあつたこゝを實證するんである。

マン氏の第一例に見たるが如く、尿曲線を閱し且つ乳嚢竇鑿開術に依り絲絨腎臓炎の急速に治癒したるに鑑れば急性中耳炎若しくは乳嚢竇停膿は先づ腎臓疾患の病原たり

圖 四 十 第



検査を重ねた概微量の尿中蛋白を證明したるもの五十例あつたと言ふ。しかもその三十例に於ては蛋白

し理解して好い。こゝに方面を擴めて併發症無き單純の急性中耳炎を觀察して見る、この急性中耳炎のみの場合でも軽度ながら且つ一過性ながら健康腎臓の上皮を障碍するこゝ稀で無い、即ち吾等は曩きにも略述したるが、急性中耳炎の經過中に屢々蛋白尿を證明するこゝあるんである。

ルンド氏 Lund は急性中耳炎の一〇六三例に於て經過の種々なる時期について

尿の原因一に急性中耳炎若しくはその續發症の毒作用に求むる外無かつた。また蛋白尿は中耳炎のあらゆる程度にこれを見、併發症ある中耳炎にてもまた單純の中耳炎にても殆んぎ同様の頻度になつて居る。しかしルンド氏の經驗では浮腫著しき重症若しくは慢性腎炎を誘發せしもの無かつたと言ふ。そして二五%例に於て顆粒性圓錐、すべて上皮、白血球また一三・三%例に赤血球を證明したのであるから全例の四分一に於て恐らく輕症の變性チコロゼ在りしと思はる。
豫後 は併發症無き單獨の中耳炎に於て蛋白尿現はるゝなれば先づ疑問視せねばならぬ。急性中耳炎の經過中に隨伴して腦膜炎となり蛋白尿を證明するこゝなれば豫後は確かに不良なり云はねばならぬ。

患上氣道疾

上氣道疾患 Erkrankungen der oberen Luftwege bei Nephritikern.

磚的及浮腫出血

上氣道の領域に頻發する腎炎性現象は専ら粘膜に於て見られる、就中著しき現象は浮腫、出血及び一般の營養障礙なのである。
浮腫 Oedem は専ら咽頭並びに喉頭の粘膜領域に現はれ、これを鼻粘膜及び口腔粘膜に觀たるの報告がまだ無い。先づ咽頭及び喉頭に於て粘膜下組織増殖し、同部位の粘膜に浮腫現はれるのである。この

上氣道疾患 Erkrankungen der oberen Luftwege bei Nephritikern.

粘膜浮腫の頻發するは咽頭に在りては懸壅垂、後口蓋弓及び咽頭側壁等であり、喉頭に在りては最多く披裂會厭皺襞に見られ、一側性にもまた兩側性にも來たる。而して粘膜浮腫は擴がる傾向あり一側性より兩側性になつたり、また末期には喉頭全面に互りてこれを見るこゝがある。

ホウエル氏及びシユレットル氏は喉頭浮腫を以つて腎炎の初發症候と見做し診斷上多少に拘はらず價値ありと云ふがマッケンヂイ氏は二百例の腎炎に就いて一々検査したるも一例も喉頭浮腫を認めなかつた、次いでレリー氏は僅々二例の喉頭浮腫を経験したるに過ぎない。勢ひ二氏は腎炎の診斷上粘膜浮腫の價値左程大ならずと云ふのである。

浮腫は鬱血性浮腫に屬するものであり、浮腫の部位を観るに蒼白色若しくは黄白色を呈す。その粘膜部は半透明にして膠様なのである。また浮腫の甚だしく進行するは速かに聲帶下腔まで及び、従つて呼吸困難の症狀著しくなる。即ち症狀から云へば喉頭狹窄なのである。

また氣管浮腫を往々氣管後壁に認むと云ふ人あるが諸家の報告するところ未だ一致して居らぬ。喉頭狹窄を屢々誤診するは尿毒症である、その異なる點を擧げるに(一)尿毒症に頻發する狹窄症狀は喘息であり、所謂尿毒症性喘息、*Asthma uraemicum* の稱あるが、その際呼吸氣長くして恰も氣管支喘息に似て居る、(二)喉頭狹窄なれば反對に吸氣長く、また或時間は安靜に呼吸して居る。即ちこれらの點を考慮すれば間違無く鑑別されるのである。しかし尿毒症の末期に臨み死前二日喉頭鏡を以つて診檢したるに何づれば喉頭狹窄を診斷せられ、遂に氣管切開を執行したるものも報告されて居る。

出血

尿毒症に失語症を來たすは屢々報告されて居る、そうして多くは半身不隨症と合併して來たる。これを病理解剖的所見に照らすに専ら腦實(質或は腦皮質)の漿液性浸潤を認めらる、これに反して血管破裂即ち腦出血の狀は殆んど報ぜられたるこゝが無い。

浮腫よりも更らに一層頻發するは醫家周知の如く出血である。而して出血の原因は血壓亢進若しくは脈管硬變に歸せねばならぬ。故に慢性間質性腎炎の場合は屢々出血を報告して居る。

往時より最も著聞するは鼻出血即ち衄血である、この衄血は時に甚だしく恰も堤の決したがように奔流するこゝがあり、爲めに親近のみならず醫家の狼狽せざるを得ざるこゝすらある。この腎炎性衄血は慢性間質性腎炎に際して頻發するばかりで無く往々また尿毒症の前兆とも見られる。

咽頭及び喉頭にもまた小出血を見るこゝがある、これらの出血は血行器疾患に見るが如く粘膜部位に栄養障礙を來たしたり、更らにこれが爲めに、新に小出血を招く。かくて臨牀的には咽頭炎並びに喉頭炎の徵候を呈し、それが大概出血性なのである。

上氣道は全身に互りて粘膜たゞ乾燥して居り、鼻腔にも咽頭にも瘦削せる狀況が無い。出血したる後ちこれを檢診するに鼻腔、鼻咽腔乃至喉頭に於て黒パンの如き被苔を認む。更らに時間も経過すれば乾燥して凝塊となる、それで患者は多く呼吸障礙を訴へ、従つて努力して呼吸するが故に異物或は塵埃のように呼出せらるゝこゝが多い。チュルク氏 Turk は腎臓疾患に於て急性に嚔嘎となり疼痛を訴へたるが故にこれを喉頭鏡下に檢したるに喉頭粘膜は全體に發赤せるを認めたのである。しかも死後に於てこ

チフテリ
性炎

れを剖検したるに、こころぐ島形のクルブ性義膜在るを證明した。云ふて居る。この如き症例は、レリー氏これをチフテリ性炎と稱し、蓋し慢性實質性腎炎に併發するものだ。云ふ。また義膜は口蓋扁桃腺、披裂軟骨及び會厭軟骨の表面に存在し、多少に拘らず粘膜に深く入つて居るが、大概は一二日にして跡方も無く消失するものである。

眼科病篇

眼科病篇

眼と聴器との關係

一、眼と聴器との關係 Beziehungen zwischen Augen u. Ohren.

眼に及ぶ聴器の影響はその及ぼす徑路に種々ある。而してこの變化は耳科學上にも診斷の指針となるものである。これに反して眼疾に於ては、これから聴器が侵かされることは概して稀れなものである、しかしながら例外としては左の數例の如きものもある。例へば光覺に由つて聽力減退、耳鳴が將來したことがある。また閉鎖不全性の内直筋 *M. rectus internus* を切斷して激性の耳鳴が全然快癒したのもある。或は縁内障手術乃至角膜白斑の虹彩膜切除を施行して聽力が著しく恢復したのもある。またウオルフ氏 Wolf などは縁内障發作に際會して自覺的聽感を將來した例を報告したことがある。

耳と眼との關係に於ては特に耳から發來するところの反射刺激が有力なものである。これに反して耳から眼神經に加はる直接危害は割合に尠なく、寧ろ頭蓋内に於ける耳炎性繼發病の關係が大なるものである。反射機があつてこれに由る眼筋運動の障礙は屢々將來するのである。これは即ち聽神經の分枝である前庭枝及び蝸牛殼枝は眼神經の徑路に最も近邇してゐる關係にあるからで

ある。前庭枝は眼筋運動の共齊運動中樞に影響を及ぼし、また壺腹部及び皮部半規管の末梢を刺戟して遂に動眼神經、外轉神經及び滑車神經の領域に於て運動障礙を將來するのである。即ち眼球震盪症、眼筋麻痺、及び瞳孔反射障礙等が來たる。また諸家が生理的實驗に於て證明したように、迷路障礙に伴ふ平衡脱失症がある。耳性眩暈が發來すると言ふスタイン氏 Stein の意見は一定の學理にするには足りない。従つてこれを實地臨牀診斷上應用するのは早計であるが、また考へれば一理はあるのである。耳性刺戟が眼へ移行するのは即ち前庭神經の媒介であることは解剖上證明された見解であるが、また最近の業績に徴して見るのに、蝸牛殼神經と眼神經との解剖上の關係は猶ほ釋然としないものがある。僅かに彼のプロイレル氏 Bleuler、レイマン氏 Lehmann、及びウルバンチツユ氏 Urbantschitsch 等が研究せられたところの音響光覺症 Schallphotismen に對する批評があるに止まるようである。神經解剖學に於てはヘルド氏 Held の研究が最も須要なものであつて、生理上並びに病理上の問題を解釋するには缺くべからざるものである。就中諸家が猶ほ論争しつゝあるところの聽器から眼に及ぶ反射影響はこれを打破すべきで、更に聽性刺戟に由つて筋運動に波及するところの現象をば説明せねばならぬ。即ち視神經と聽神經とは共同の反射徑路があつてその基部は四疊前體から發してゐるのである。而して聽覺印象は動眼神經、滑車神經、及び外轉神經等からも何れも傳達すべきものである。また同位の反射弓に屬すべきところの他の徑路がある。これは即ち顔面神經核及び網狀體 Formatio reticularis に聽覺刺戟を傳へてこのところから更に呼吸運動並びに脈管運動の中樞に傳達すると言ふのである。

所謂反射運動と言ふものは頭部及び瞬動をば音響の來る方向に轉換する時、即ち、音響印象に感應して起るものである。それ故に眼筋運動の病機を稱するところの共齊運動障礙、若しくは變調運動と言ふものは即ち聽神經に加はるところの偶然な而かも不等な刺戟に基因するわけなのである。蓋しこの解釋は最も契合し得るものであるばかりではなく、また容易に案出され得るものと思ふ。

聽力は尋常であつても猶ほ聽覺刺戟と言ふものは彼の反射弓を傳つて眼共齊運動を誘起するものとするれば一旦耳疾患が到來する場合には音響は兩側平等に聽取せられるが、その領會され得る音調は兩側によつて異なり従つて刺戟作用が複路に傳はるにまた種々の方法がある筈なのである。

眼筋運動に關する共齊運動の中樞が一側の聽神經からは強烈な刺戟を受けて、他側からは微弱な刺戟を受けるか或は全然刺戟が來ないような場合には、ここに恐らく眼筋運動の平衡障礙が起るわけである。従つて眼筋變調としてまた大に發來すべき機會であるのである。ビュルクキル氏 Buerker の病例の様なものも丁度この程度の發來を解釋すべきものである。即ち右側の中耳化膿症に於て聽力検査を施行して患耳の聽官能が起るに常に眼球震盪症を認めたのである。而してこの症狀の發來するは必ず兩側性であり、眼運動の一側性障礙は殆んど耳性發症でないと言ふ、蓋し眼筋神經は徑路の交錯を證明されしに由る。

中耳の内壓増進に伴ふ眼症は即ちその壓變に由りて將來するのである。即ち壓力が一時に加はれば、更に内耳窓に及んで遂に迷路液に傳はる。蓋し反射機を傳はるのは前庭神經若しくは蝸牛殼を経て前述し

たる徑路に由るのである。ルウツエ氏 *Lucae* は穿孔性中耳炎に於て外聽道から通氣を行つて中耳内壓の増進を謀つたところが視性眩暈が發來したのを見た。而して患者が閉目すれば發作が直ちに消失するのが特徴であつた。ルウツエ氏の例は交錯性複視があつたものであるから蓋し内壓高進に由る外轉神經の刺戟状態があつたものと思ふ。

かく耳性眼筋運動變化を略叙したのは主として生理的方面からしたのである。これ從來記載したところの病例に就いて臨牀的の解釋を下すべき基礎を得る爲めに外ならない。

尙ほ諸家の記載したものは種々ある。即ち外聽道洗滌、盯睜栓塞、化膿性中耳炎、及び中耳ほりーぶ剔出等に何れも、眼球震盪症を併發したものである。

外聽道洗滌及び盯睜栓塞のような外聽道若しくは鼓膜の刺戟状態に伴ふ病症は如何にこれを解釋すべきであらうか。これも迷路液の壓の變化に由る眼刺戟を做すべきものであつて、嚮きのルウツエ氏の病例も同一視すべきものである。然しながら耳と眼との間に反射機が起るに當つて三叉神經の共働作用が如何なる範圍に影響を及ぼすかは未だ解決せられない。たゞ耳から眼筋に達するところの反射機は解剖上證明られた神經交錯を傳はることは蓋し割然たるところである。三叉神經に於けるこの官能は大に洗滌料の溫度に關係するものである。即ち寒熱の二種に由つて反射性眼運動が發來するのである。

換言すれば體溫より遙に低いか或は遙に高い溫度であれば頻發するのである。またルウツエ氏の實驗の如きは、穿孔鼓膜の耳には反射が起つたが健全な方の耳には反射が起らなかつたものである。これに由

つて刺戟が中耳粘膜に及ぶか否か分界線を劃すことは出来ない。屢々個人的の差違と言ふものが一因となることがある。これは決して看過してはならない。

中耳の内壓變化に由つて眼筋運動の共働障礙が誘起されることは臨牀家の既に通氣法施行の時に屢々實驗するものであるが。しかしながらこれを急性並びに慢性の中耳化膿症の經過中に觀察すること稀少なるは奇異なことである。中耳化膿症に合併する眼球震盪症、または爾他の眼運動障礙は如何に解釋するかと言ふに、これは中耳炎症の眼神經に及ぼすところの直接反射を做してゐるようである。若し左様ではなくして鼓神經叢 *Plexus tympanicus* の仲介に由つて發來するものと思すれば、これは既に中耳化膿症から進んで迷路合併症若しくは頭蓋内合併症が起つたものと思ふべきである。オストマン氏 *Ostmann* は炎症中耳化膿症の經過中に發來するところの眼筋症候を以つて迷路強直の結果であることとし、若し左様でなければ頭蓋内合併症が誘因するものであると唱へた。ヤンゼン氏 *Jansen* は眼球震盪症をば一種不定の症候であることとした。而してその誘因としては最も迷路疾患を考ふべきで左様でなければ軟腦膜炎である。若し二疾患が存立してゐない時には顛顫骨の近部疾患例へば竇靜脈炎或は靜脈周圍炎を診斷すべきであると言つてゐる。硬腦膜外膿瘍が存在する場合にはその壓力は後頭葉に加はる筈で、從てこの部位に占居する眼筋運動の皮質中樞に影響を及ぼすことは明かである。ヤンゼン氏が眼球震盪症を記載してゐるのに、性質は兩側性であつて同時性でまた水平性且つ弱廻轉性の震顫運動である。加ふるに多くは突擊的に發來して短時性であるか或は反對に緩慢に將來して長時性の固定性搖蕩である

言ふことである。この搖擗は主として瞬動が健耳側に向ふ時に發來して屢々正中面を越へること僅かにして起ることがある。就中極度に健耳側に向ふ時には症候は最も顯著である。これに反して瞬動が患耳側へ向つては全然安靜であつて時々僅かに搖擗運動があるに過ぎぬ。

中耳化膿症に來たる瞳孔差違に就いては既にシュワルツ^H氏 Schwartz 及びモース^M氏 Moos 等が記載したものがあつたが、その真髓に至つては未だ釋然としてゐない。

滑車神経及び外旋神経は音響作用に對して聽神経の媒介によつて特に反射刺戟が起ることは、生理的に證明せられたものである。更にこれを病的關係に對照してもまた理解される。しかしながら該神経の麻痺は常に中耳及び迷路の疾患に來ることハアベルマン^H氏 Habermann の證明したところであるが、更に誘因を索めるに頭蓋内合併症がある。また剖檢上大なる變化が缺如してゐても、尙ほ漿液性腦膜炎或は疑似軟腦膜炎があり筋麻痺の病因と見做される。

このような眼筋麻痺は耳性頭蓋内合併症に隨伴して屢々實驗せられるところであつて、最近の文籍を見れば、耳炎の繼發症は大に詳記されてゐるのを見ん。例へば腦竇、腦膜、及び腦質の疾患の如きこれである。

如上の病症に屬するもので屢々樞要な症候であるのは、視神経の乳頭炎 Papillitis である。中耳化膿症の経過中に乳頭炎が來たような場合には、必ず頭蓋内合併症を診斷すべきでその標的となるべきものである。而してヤンゼン^H氏はこの炎症をば中耳炎或は乳嘴突起炎無くして來ることは稀れであり

たゞ専ら頸神経叢の仲介によつて發來するものと見做してゐる。概して乳頭炎の來たる場合は炎症の頭蓋内に進捗した特徴として差支へない。慢性中耳化膿症に於て鬱血乳頭及び腦症狀を伴ふ時は必ず兩者の關係が何うであるか、精細に較診することが極めて必要である。然しながらこゝに例外をせねばならぬは結核素因がある患者に慢性中耳化膿症があつても、これに發來した眼症狀及び腦症狀との關係は全然趣を異にしてゐるのである。即ち耳炎性腦膜炎、或は硬腦膜外膿瘍、或は腦膿瘍の疑似症候らしい場合もその基因は必ずや結核性腦膜炎、若しくは腦結核であつて、耳疾患とは毫も關係がない場合が多い。

感覺性の刺戟状態が耳から眼へ傳達するものの中では耳痛は第一位にあると思ふ。即ち三叉神経の媒介によつて鼓神経叢から傳はるもので、眼にあつては眼痛となり、また涙腺の分泌増進及び結膜血管の充血等となつて現はれるのである。

耳疾患の視力に及ぼす影響に就いては嘗つてウルバン^C氏 Ullrich の調査報告があつて更にオストマン^H氏 Ostmann の再調査によつて確證せられたものである。まだブローレル^H氏 Broer 及びホッフマン^H氏 Hoffmann には耳と眼との諸種感覺に關して相互性影響を研究したものがあつたが、聽象または光象として記載されたが、臨牀上の價値は殆んどない。また馬鐙骨の痙攣に際して眼瞼痙攣が發來するのは、一種の反射機と見做すべきである。即ち馬鐙筋もまた眼瞼輪筋も等しく顔面神経の司配を受けるものであるからである。

二、眼と鼻との關係 Beziehungen zwischen Augen und Nase.

近年に至つて眼と鼻との關係に就いて注目する諸家が次第に多くなり、而して漸々眼疾患の發生にはまた鼻の病的状態が大いに交渉するものがあることを知るようになった。しかもこの病因を釋然たらしめるような報告例は極めて稀少であることは言へ、尙ほ詳細に説明したものが無いでも無い。ザイフェルト氏 Seifert はフォン、ミッヘル氏の眼科臨牀に於て研究を企て、三十八例の涙囊膿漏に一例も鼻疾患を認めなかつたが、次いでウィンクレル氏 Winckler は前後三年間、ブレイメンの小兒科臨牀に於て研鑽したが、凡べて療癒性眼疾には五%の鼻疾患を見たと言ふことである。またチム氏 Ziern は眼疾患の2/3を以つてその原因は鼻疾患に在ることを唱へた。

抑も一回の検査で以つて、鼻と眼との間に關係があるか否か、診断を下すことは容易でないばかりでなく、或は往々不可能である。即ち鼻内の状態はその海綿體の状態が種々に變化することに由つてまた變化する筈であつて、その粘液量は常に變化しつゝある。而してこの關係は凡べて腺病性の鼻内にも當然認められ臨牀家の日常實驗するところである。従つて鼻内に於て病的であるか否かを醫家が考へることもまた一定しない。また鼻内の乾燥と浸濕との程度に由つて變異が甚だしい。

チム氏は最も極端な主張を持つてゐるものである。即ち眼疾者にはその大なる%に於て鼻疾患を證明するばかりではなく、更に眼と鼻との相互關係に於て常に大言するものである。故に氏は鼻疾患の存在を確診する爲めに試行的洗滌法を薦めたのである。即ちこれに由つて膿の有無を診し、前鼻及び後鼻の検査で以つて及ばないところを助成すべきであるを稱してゐる。しかしながら粘液及び膿汁が單に洗滌液中に認められても直ちにそれを以つて鼻疾患を診定しないのである。即ち常に必ず膿出の根元を視診しなければ診断を下さない。のみならず眼の繼發病を將來するような程度の鼻疾患が確に存在するならば洗滌を用ひないでも鼻鏡検査の下に診断が下るべきである。このような狹隘な且つ廣潤な分界は即ち健鼻と患鼻との區別の標的となるもので、兩者の關係が頻繁であるに由つて諸家の意見が種々であることは言へ、また諸家は鼻疾患と眼疾との間に伏在するところの病因を究明するに當つて、鼻内の局所療法に由り眼疾もまた良好の效驗あるのを認めることが多く、従つて病因を認めるに寧ろ明瞭すぎるものがある。これに由つて鼻疾患に關連する視力障礙の多きは、言ふまでもなく知られると思ふ。また實際、鼻内の病的状態に職由するを實驗しては一驚を喫するのである。例へば鼻疾患に對して電氣燒灼法を施行したところ、直ちに眼疾の症候が忽然として消散したと言ふ場合は兩疾患の間に如何なる關係が匿在してゐるか測知することが出来ない、しかし相互に病因であると言ふことは明瞭である。

鼻疾患の眼に移行する徑路を索めるに凡べて三つある、一は涙鼻管より傳はるのである。二は血行並びに淋巴流を沿ふて行くのである。三は神經に沿ふて傳達するのである。

涙鼻管 *Ductus nasolacrimalis* は眼疾を將來する點から言へば最も須要な位置にあるものである。鼻の解剖上から觀察しても既に最も頻發すべきところは瞭然たるものである。即ちこの管は下鼻道に在つて下甲介前線の直接後方に占居して、扇形に開らく開口を形成してゐる。これに由つて鼻疾患に際して正規の涙漏を亂だし直ちに涙管若しくは涙嚢に波及する。この外に鼻腔の病原菌は直接に眼に移行して結膜若しくは角膜の疾患を媒介することが屢々ある。

涙嚢の涙漏症及び膿漏症は多くは鼻涙管開口の閉塞に伴つて將來する。而して鼻涙管閉塞は主として諸種の鼻疾患より誘因される。例へば下鼻道に來るころの急性及び慢性の腫脹状態、腫瘍、潰瘍、及び瘢痕緊縮等の場合である。然かも急性鼻炎のような一過性の疾患では影響するところは勿論尠いが、愈々慢性疾患になれば初めて頑固な涙嚢疾患を將來するのである。こゝに第一位に記載すべきは癒瘰癧症に伴ふ慢性肥厚症及び下甲介分葉肥大症である。これは遂に鼻底まで垂下して全然下鼻道を閉塞するからである。また甲介肥厚症の影響が割合尠い場合でも、鼻中隔の彎曲症若しくは橈症を合併したのは障礙の甚だしいものがある。またこの種の障礙として摘記すべきものは鼻咽腔の狹窄に基因するものであつて、例へば咽頭扁桃腺肥大症即ち腺様増殖症の如きは眼疾患の誘因として首位に在ると思ふ。

彼の瘦削性鼻炎に於ては萎縮が甚だしく、鼻涙管開口の擴大症が將來すると言ふが、しかしまた同時に痲皮生成が激しいものであるから遂に鼻壁と共に鼻涙管開口を高藥狀に被覆することがあり従つて涙嚢疾患を誘因することが多い。就中重要な關係あるのは臭鼻症である。即ち瘦削性臭鼻症(眞性オツエナ)は

骨組織の崩潰が盛んであり微毒性臭鼻症は骨壞死の結果を現はす。このような場合には涙鼻管は獨立して鼻内に開口して、その開口は粘膜炎縮及び瘢痕收縮の爲めに開大することが著しいわけであるが、また鼻周壁を覆ふ痲皮に由つて閉鎖されるのである。これに反して下甲介が存在すれば一定の保壘となるものである。それ故に遺傳微毒性臭鼻症にあつては涙嚢膿漏症が頻繁であつて就中小兒の鼻腔にあつては最も甚だしい。甲介及び鼻中隔は全然消失して、鼻腔は遂に惡臭の甚だしい硬性痲皮で充塞されるのである。而してこの痲皮を除去するに洗滌やタムボンを施行しても容易でなく、また多少は除去し得たとしても痲皮生成を治癒さすことが出来ない。ただ丁寧に正規の療法を反復して、僅かに減少させる位なものである。従つて眼疾患も再發が夥しく、経過も慢性であることは免かれぬ。腫瘍は初期に於て下鼻道を閉塞することは稀である。即ちその發生地が多く篩骨部位であるからである。鼻茸にあつてもまた同様な關係にあるもので、下甲介の前半部に鼻茸の發生することは非常に稀である。従つて鼻涙管の開口を閉塞することはまた尠いのである。鼻茸が巨大であるか、或は多數に發生して、全鼻腔を充實するような時に初めて影響を及ぼすのである。

この外に屢々遭遇するものは潰瘍及び肉芽であつて、例へば結核、狼瘡、微毒、鼻硬腫、癩及び馬鼻疽等に於て、その治癒するや瘢痕收縮、若しくは癒著を遺して、遂に鼻涙管の狹窄並びに閉塞を將來するのである。鼻疾患は單に鼻涙管開口を障礙するばかりではなく、また屢々鼻涙管を通過して眼に及び遂に涙嚢炎、結膜炎及び角膜炎を發來することがある。類例の多い濕疹性角膜炎及び結膜炎の如きは、

通常多くは鼻門濕疹若しくは慢性肥厚性鼻炎を伴ふ瘰癧患者に見るもので、クニイス氏 Knies は兒科臨牀に於て九%を證明したと言ふことである。ザイフェル氏は偶然にも多例の蛇行性角膜潰瘍 Ulcus corneae serpens に於て、悪臭性瘦削性鼻炎が多く併發してゐるのを實驗した。これは蓋し鼻から角膜に波及した例證と云つて好い。ボック氏もまた臭鼻症に繼發する角膜潰瘍に就いて注意を促した。フックス氏 Fuchs はまたトラホームに合併した臭鼻症を實驗したと言ひ、更にクルンチンゲル氏 Klunzinger チーム氏 Ziern ゲルベル氏 Gerber 及びクント氏 Kunt 等はトラホームと鼻疾患との關係に就いて論議した。即ち鼻肉芽腫は鼻涙管及び眼瞼結膜の續發性肉芽腫であると言ふのである。然しながら諸家はまた否定する者が多い。往時レーウエンベルグ氏 Loewenberg の臭鼻症菌が発見されるやテルソン氏 Terson 及びガブリッデ氏 Gabriides は結膜囊中にこれを證明した。またアベル氏 Abel も粘液菌をこゝに證明したと言ふことである。然しながらこれらは細菌に誘因して眼疾患が起つたと言ふ症候は毫もなかつた。

一般の諸家が認容するは鼻疾患が涙管の傳搬に依つて眼に波及すると言ふのであつて、正反對の徑路は殆んど無いと云ふ。これに反して淋毒性眼疾患に於て見るに重要な關係が存する。即ちミュレル氏 Mueller は初生兒膿漏眼に於て屢々鼻粘膜の疾患を實驗したばかりでなく、常に淋毒を證明したと言ふのである。

涙囊結核は屢々鼻腔粘膜より繼發するものであり既にワッゲンマン氏 Wagenmann 及びフックス氏が

證明したところである。而して狼瘡もまた眼に移行するもの多いと言ふことである。

バチュ氏 Batut は實扶埜里患者に就いて、鼻疾患から眼に繼發した二例を實驗したが、細菌の證明は陰性であつた。

鼻と眼との脈管系の關係は甚だ近密なるは諸家のよく知るところである。その動脈吻合は篩骨動脈の媒介に由るのである。この動脈は即ち眼動脈の分枝である。また副血行は鼻涙管に沿つて走り眼角動脈となり更に眼動脈となる。また下眼窩動脈の一枝となるのである。これは即ちツッケンカンドル氏 Zuckerkandl の證明したところである。動脈と同様に靜脈にもまた涙靜脈叢と鼻靜脈の吻合が發達してゐる。また眼窩と顔面との間にも靜脈吻合がある。鼻靜脈中で大なる篩骨靜脈は遠く頭蓋に走つてゐる。チーム氏はこの二脈管系の吻合状態を以て病氣の移行するこゝを説いた。即ち鼻内血行障碍例へば急性及び慢性炎其他鼻内鬱血に眼疾患が頻繁に起る所以なのである。然るにかくの如き障碍があつても繼發する眼疾患は比較的稀少なるこゝも事實である。而してウインクレル氏は吻合状態に個人的差違及び不良なる場合があり、以つて原因的機轉になるを主張した。結膜充血、眼瞼炎、及び涙漏症の如きものは、急性並びに慢性腫脹状態その他の鼻内狭窄を先づ來たし、然る後に屢々繼發するようである。これに反してチーム氏の説は眼脈管系の疾患を以つて主因と做すもので信憑すべき點が尠い。

血行障碍に伴ふ疾患はまた多い。ストラウブ氏 Straub の一例は二十六日持續する眼痛及び眼發赤の發作があつて、また涙漏及び羞明を訴へたが、これは即ち鼻疾患より將來した脈管運動性ノイローゼであ

つた。その所以は、鼻中隔櫛及び肥厚性甲介を手術したるに殆んご全癒したからである。ヅン氏 Dunn は上眼瞼の再發性浮腫を實驗したが、中甲介の鼻茸性腫脹部の前端を截除して治癒したのを見た。三叉神経はその第一枝から分佈して鼻腔一部に至り、また前篩骨神経は鼻毛様神経から分岐して鼻側壁の前部に分佈してゐる。のみならず鼻中隔前庭及び外鼻皮膚を支配するものである。

このように神経吻合存在するが故に、閃光が突如として眼に入るや、毛様體神経の刺戟が起るのである。例へば陽光を見るこか或は眼炎の場合にこれを見るや、鼻内に痒痒を感じ、また噴嚏の反射運動が起るのである。しかしながら刺戟状態が最も顯著であつて日常遭遇するものは鼻疾患より三叉神経の分路に沿つて、眼神經に移行する機轉である。その最も簡單なものに至つては、鼻内小手術を施行して、結膜及び眼瞼の充血及び涙漏が来る如きは即ち是れに依るのである。のみならず消息子を送入したのみで既に鼻内刺戟が同側の眼に發來するを見る。

毛様體ノイローゼに就いては、ザイフェルト氏が鼻内癒著症に廣く焼灼手術を施行した時に、實驗したと言ふ。これもまた斯型に屬すべきものである。

この外に原發性鼻疾患と眼疾患との原因、及び反射機轉を證明の出來ないのが比々多し。ローラン氏 Laurens は反射障礙を區別して次ぎのように言つた。即ち眼の一般並びに各個の感覺に關するものは神經痛、羞明及び弱視症等である。反射性運動障礙に屬するものは眼瞼痙攣、瞳孔散大症、斜視症及び眼精衰弱症等である。また眼の被膜造構に於ける榮養並びに脈管運動障礙に屬するものは結膜炎、虹

彩膜炎、綠内障及び眼球突出症等である。鼻反射機が眼に達する仲介者は三叉神経の第二枝なりこの意見に就いては諸家の説紛々として一定しない。フォルチュナチ氏 Fortunati の如きは大に贊成する學者であつて、チム氏は反射説を唱へてゐる。彼は繼發的眼疾患の發生には血管系が最も須要なり主張したのである。蓋し鼻疾患に由るまことの反射影響の病例は、これを統計的記載に求むれば、左程尠くはない。例へばクニス氏 Knies、シュミット、リムプレル氏 Schmidt-Rimpler、リイフェン氏 Lieven 及びウインケル氏等の報告がある。これは病牀日誌の蒐集に過ぎず、眞實に解釋して且つ證明の出來ないものもある。この外に文籍を涉獵すれば信憑の出來る病例が多く、特に最近の報告に係るものが尠くない。左にこれを引用して見よ。

ローラン氏は甲介肥厚症及び癒著症を治癒して、鼻閉塞の全癒したまこと眼瞼痙攣症の癒えたるを實驗したのみならず、さらに鼻腔内の腺様増殖症を手術して、内斜視が全快したのを見たと言ふてゐる。これに反してバウムガルテン氏 Baumgarten は斜視を以つて偶發症候と做した。これは氏が咽頭扁桃腺肥大症を手術して毫も影響を認めなかつたのに由る。

シュロス氏 Schloss 及びマイルス氏 Myles は多例の眼精衰弱症の治癒中、肥厚性下甲介、中隔櫛及び腫瘍を手術してその跡を絶つたと言ふことである。マイルス氏は組織増殖症の神経を壓迫するが故に眼症候を將來すに信じた。しかし鼻内手術を施行した病例中皆眼症候の治癒して除外すべきものがなかつたか否かは甚だ疑はしい。

ベルンスタイン氏 Bernstein はまた肥厚性鼻炎を手術して屈折障礙が治癒したのを報告した。これに反してクニイス氏は鼻粘膜手術の後に、往々視障礙が起るのを實驗したと言ふことである。而して多くは偏心性視野縮少症であつて、中心視野及び色視の障礙は不定で、或は伴ひ或は伴はないと言ふ。フォルチュナチ氏は鼻疾患に由る二例の神経性角膜炎を報告した。即ち永年の鼻閉塞があつて遂に角膜の潰瘍及び穿孔を將來して、また更に虹彩膜脱出症を兼ねたるものである。ウインクレル氏は一例の球外視神経炎に漿液性テノン氏腺炎を兼ねたるものを報告した。即ち眼疾を一ヶ月半餘も治療して毫も効果がなかつたが、甲介乳嘴腫を手術したところ、約一ヶ月にして全治したと言ふのである。オストマン氏が實驗したるは、瞳孔變化即ち散大症及び收縮症等が鼻性刺戟に由る發來である。例へば鼻内の冷水灌溉等に際して屢々之れを見る。

炎症性副鼻腔疾患は常に鼻内の肥厚性若くは茸性の病變を平行して來たる、而して眼疾患との關係また認めらる。副鼻腔疾患にこれに繼發する眼疾患に關しては演繹的に解釋した業績尠くない。而してこれを敷衍すれば猶ほ未決の諸問題に就いて尋究する興味が起る。先づ屈指すべき學者はチイム氏である。クーンツ Kuhn 氏である。また近くはシュミット、リムブレル氏等である。就中多例を蒐集してこの問題を解釋する業績を公にしたのはグリュンワルド氏 Gruenwald である。

副鼻腔は解剖上の關係よりしても、その疾患が遅かれ早かれ眼窩を侵襲することは自から了解される。即ち篩骨蜂窩の側壁は主として紙板から成り、その前篩骨蜂窩及び後篩骨蜂窩に於ては、淚骨が轉位し

て一壁となり、且つ顎骨の眼窩突起がこれを補足してゐる。即ち之等の壁は眼窩の内壁であり、更にその内部は前額骨である。その底面から下部には上顎竇が占居してゐる。従つて之等の副鼻腔は眼窩と共通な周壁を有する。ここに例外と看做すべきものは蝴蝶竇である。即ち眼窩との關係が左程近密なものではなく、天蓋の骨壁は比較的肥厚し、頭蓋の底面となる。従つて視神経の直接障礙を將來するが如き頭蓋内破裂は蓋し稀有に屬す。然しながらまたベルゲル氏 Berger は蝴蝶竇に單純炎症があり、しかも眼窩蝴蝶壁が菲薄なるか或は披裂存する時は、能く球外視神経炎を將來するを注意した。

このやうに副鼻腔と眼窩の解剖上の關係は甚だ密接なるが、これを實際の病例に徴して見るに、眼窩を侵襲するの副鼻腔疾患はある特種のものに見られ、爾他にありては稀有である。即ち副鼻腔疾患の種類とその部位とは最も關係の大なるものがある。而して副鼻腔疾患の患窩に波及するに最も多きは、急性若しくは慢性の副鼻腔疾患であり、漿液性または膿性の滲出機轉の起る場合である。即ち自然開口の排泄障礙されて、副鼻腔周壁の擴大並びに菲薄を將來するに由るのである。副鼻腔に停膿起るは必ず開口の位置及び大小に關係があり、その排膿の不良となるや相次いで停膿すること甚だしい。而して就中不都合な状態に在るは上顎竇並びに前額竇である。即ち鼻開口の近部に僅微なる病變ありても直ちに瀝膿するのである。

上顎竇にありては鼻腔に向ふ内壁、犬齒窩に向ふ前壁及び口蓋壁は早く凸隆し易く、眼窩に向ふ竇壁は容易に變化しない。これに反して前額竇瀝膿症にあつては、竇底の眼窩壁に破れること速かで、前壁は厚

硬にして破れること極めて稀れである。鼻側壁は上顎竇滯膿症の爲めに凸隆すること甚だ稀れなるが、若し凸隆すれば、涙管を壓迫してその繼發病を招來するに至る。これに反して、器械的障碍例へば眼球の外下轉位及び前額竇の眼窩壁凸隆等あれば、眼球の運動及び官能を障碍して更に涙管の排泄障碍を將來すること頗る多いのである。外方膨隆は相次いで起るものであるが、尙ほ通常は浮腫が眼上内角に現はれ、また徐々にこゝから前額竇の滯膿が溢出して、遂に眼窩蜂窠織炎を誘起することがある。篩骨蜂窠は薄い紙板に由つて眼窩に境してゐる。従つてその滯膿症は早く眼窩へ破潰することを考へられるが、實際はこれに反して稀である。その所以は、該窩の鼻開口は短く廣く、且つ周壁は何れも紙のようには菲薄だから、眼窩壁の凸隆を將來するほき滯膿の高度なることは無く、多くはその間に鼻内へ破潰するからである。

眼に副鼻腔疾患との關係は先づ絮説し盡くしたのではない。尙ほ副鼻腔疾患と平行する炎性竝に官能性の支障が甚だ多い。例へば結膜及び角膜の充血竝に加答兒、或は眼脈管系疾患等が副鼻腔蓄膿症の治療に由つて治癒することが多く、相互の關係の直ちに想定され得るものがある。しかしながら、クーント氏はまた次ぎのやうに注言した。即ち副鼻腔と眼との疾患が相關係する場合に眼疾患を治癒さす爲めに、副鼻腔療法を施行するはこれ即ち補足的のものに過ぎない、眞に眼疾患の全癒を望むならばその局所的療法の併用缺くべからず。

官能障碍に就いてはクーント氏が前額竇蓄膿症に於て實驗した、乳頭充血竝に靜脈鬱血または乳頭周圍性網膜濁濁等がある。これらは該竇の排膿に依り直ちに治癒したるが故に、即ち副鼻腔疾患との關係あるは極めて顯かである。また視野縮少症は兩側とも交互に來たるが多くは患側に偏し、而して内筋の衰弱症を兼ねたものであつた。

かくの如く眼窩に來たる疾患を以つてチム氏は脈管系の媒介を主因と做したが、クーント氏は副鼻腔疾患より膿性竝に惡臭性の産物が吸収されて發來するものだと言つて居る。而してこの吸收作用は人々に由つて差異がある、その神経系に多少の影響があり、次いで眼窩經路及び網膜の神経末端の衰弱症及び興奮不能症等が誘發されるのである。

副鼻腔の非炎性疾患として惡性腫瘍即ち癌腫竝に肉腫がある。これは常に眼窩を侵襲するものであり眼窩腫瘍と言つても差支へない位である。またホチアデス氏 Photiades は喉頭ポリープの喉頭内手術を反覆して遂に反射性瞳孔散大症の發來したるを報告した。

鼻性視神經炎 rhinogene Neuritis optica

この患者は自身で鼻疾患を氣付かずして視力障碍の方のみを餘計苦痛に感ずるから最初は眼科の診察を受けに參るものが多い。

鼻性視神經炎の主訴は視力障碍であるが、尙ほ自覺的症狀として流涙、羞明を訴へる、特に著しい症狀

球外視神經炎

鬱血乳頭

こして時に頭痛、眼痛(特に壓痛)がある。
 これを他覺的に診檢するに二つの定型に分たれる(一)は普通に謂ふ球外視神經炎、Neuritis retrobulbaris であり(二)は鬱血乳頭、Stauungspapille である。この球外視神經炎と普通稱するのは眼科に於ける軸性視神經炎である。即ち眼底の視神經部を組織的に研究するに専ら眼底の黄斑部に行く神經纖維、換言すれば乳頭黄斑纖維と稱する視神經の中心軸の部分に侵されるのである。この神經纖維は眼底を出る視神經乳頭の顛側から擴がり恰もラケット状に分佈して居る。

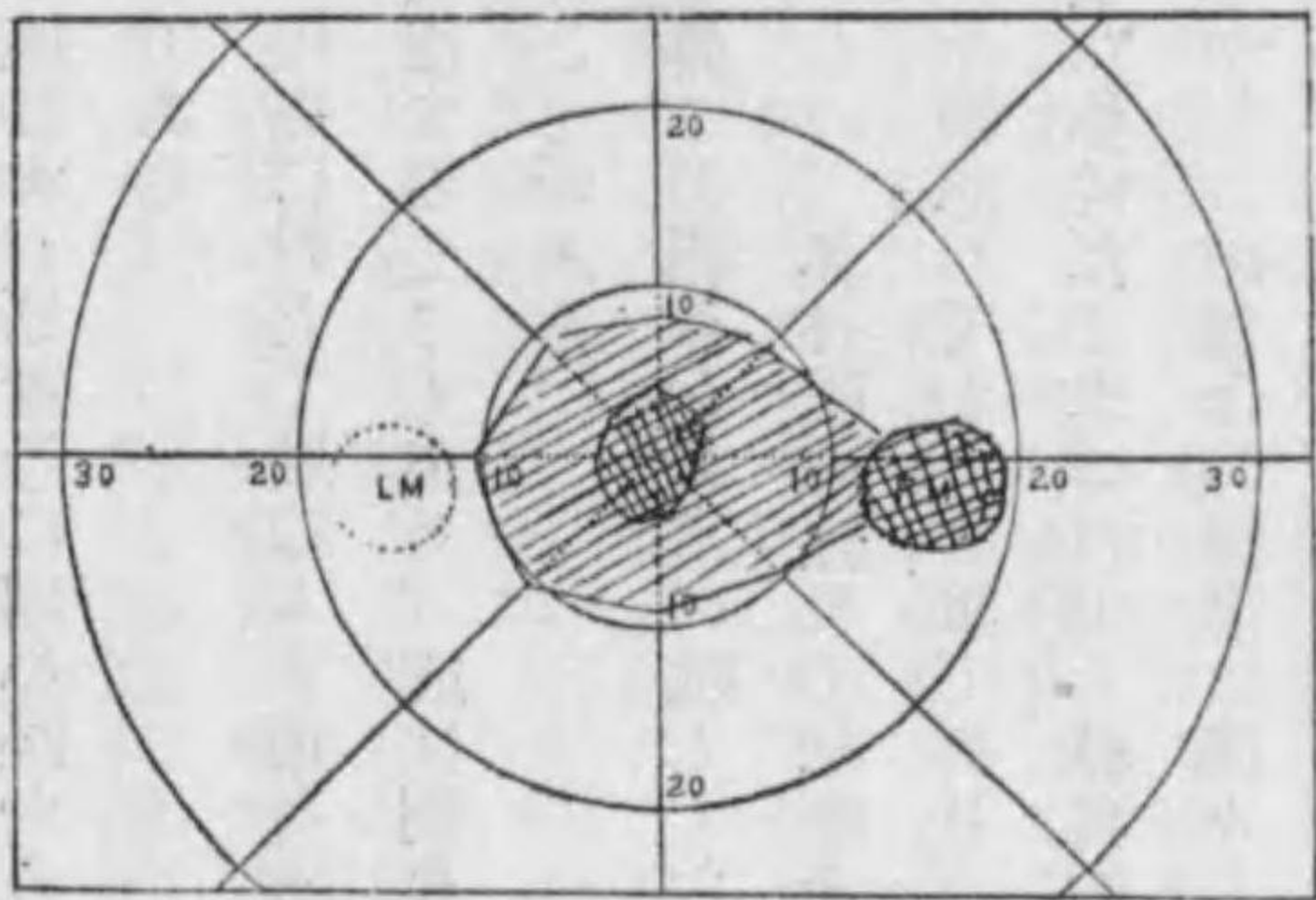
次に鬱血乳頭は視神經乳頭専ら變化するもので、乳頭は隆起し一面に充血來たり隣接部との境界は不明瞭なる、これらの特徴は眼底検査にて直ぐ見極めらる、また症型甚だしくなるに乳頭部はドーナツ様に膨隆して、怒張せる靜脈なごも見える。加之ならず網膜に於て瀾濁或は出血を伴ふこもある。類症鑑別を要するものに微毒性視神經炎及び腦腫瘍等挙げらる。微毒性視神經炎の場合も相似たる症狀を呈するが、たゞ微毒性のものでは硝子體瀾濁を缺くこも無い、これは鼻性視神經炎にては硝子體の變化を見るこが無い、この點を鑑別上注意するのである。腦腫瘍の場合には鬱血乳頭に來たるこも往時より知られて居る。故に鬱血乳頭だけを注意しては鼻性視神經炎か腦腫瘍か鑑別が出来ぬ。また腦腫瘍も症狀は著しからず、後頭痛、全盲症等を訴へるに過ぎぬ。故に鼻科的に詳しく診察し確實の所見を擧げねばならぬ、倘しか鼻科に於て所見が判然せねば二症の鑑別はなかく困難である。
 視野の變化 Veränderungen des Gesichtsfeldes これも鼻性視神經炎の大切な他覺的症狀の一つであ

視力の急劇に悪くなるこ

る。それには第一に中心暗點、第二にマリオット氏盲點の擴大するこも第三に視野が同心性に狭少するのである。そのうちでも最も頻繁なるは乳頭の變化からして第二のマリオット氏盲點の大きくなるこもである。
 それから臨牀上非常に興味あるは視力の急劇に悪くなるこもである。そしてこの場合は全盲症に陥るのこもなかく多い。

第五十圖

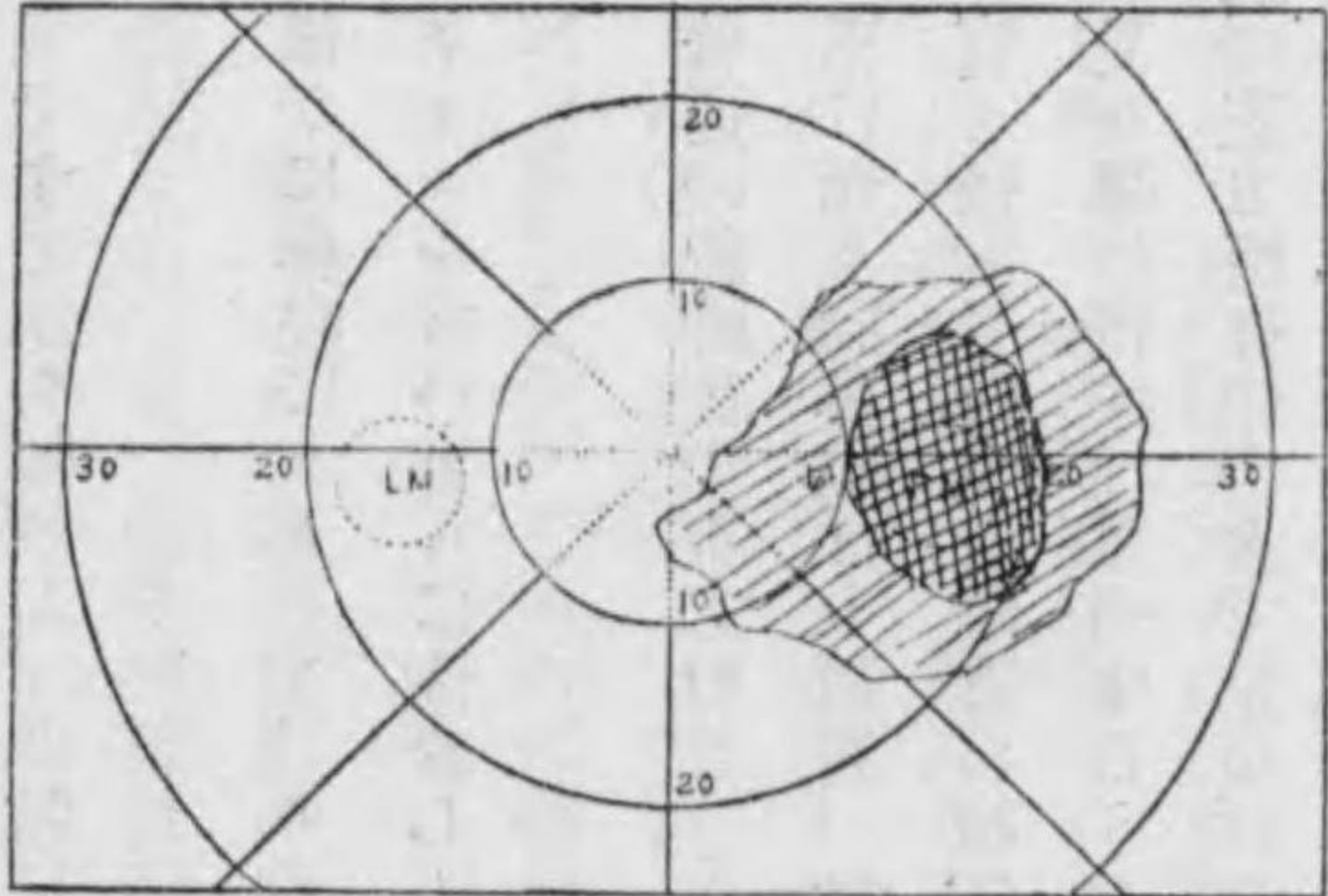
ケラツト中心暗點



鼻性視神經炎

第六十圖

マリオット氏盲點擴大



普通の軸性視神經炎では多くの場合
 ○一前後の視力を有するが鼻性視神經炎なれば全然零にもなるのである。斯る場合に鼻科の檢診を遂げ果然副鼻腔疾患を認めるこが多
 い。而して早速鼻

科的手術を施行すれば實際に副鼻腔から來た視神経炎ですこ忽ち奏效し、非常に速く視野恢復してはつきりするのである。

また副鼻腔疾患に對して別に大手術を施すこも無く僅かに鼻腔にコカイン、アドレナリンを塗布するだけで視力恢復するこもあり、或は副鼻腔のブククチオンを行ひ更らに洗滌しても直後にはつきり明視するこ云ふこがある。

最近眼と鼻との關係が非常に喧しくなつた結果が普通の視神経炎をもわざ／＼鼻性の關係をつけたがる傾向甚だしい。鼻性視神経炎の診斷をつけるには兎に角も副鼻腔は上顎竇、篩骨蜂窠、前顎竇、蝴蝶骨竇の悉くを精診してからの事であり、就中蝴蝶骨竇と後篩骨蜂窠を確實に檢索するを要す。

こころがまた鼻性だと思はれても鼻科的に何等の所見を擧げ得ず、兎角するうちに視力の良くなるこがある。しかしこの場合の恢復は傍々しくない。或は視力恢復の途中で止んだりするこがある。これは既に視神経の萎縮するものと思ふ。

また一側だけの副鼻腔疾患(特にエムビエーム)でしかも兩側の視神経炎を起すこがある、これは解剖的に考へてもあり得るわけである。

副鼻腔も相當にブククチオン乃至洗滌して殆んど膿汁も粘液も證明しない、所謂潜伏性或は假面性副鼻腔炎 *latente oder larvierte Nebenhöhlenentzündung* からでも屢々視神経炎を起すこがある、しかもかかる場合には視力恢復の豫後が不良なるものが多い。

反射ノイローゼ篇

鼻性反射神経疾患 Die nasale Reflexneurosen.

鼻性反射
神経疾患

誘導篇 *Einleitung* 鼻と鼻近部若しくは遠隔の體部との間に仲介する神経が少くない。而して相互の關係は種々の疾患に伴ふものであるけれども最も頻發して且つ顯著なるは反射神経の症候である。普通の健康状態にありては生理的現象としてその大部分を見、一般に病的状態となりては一種の疾患として即ち鼻性反射神経疾患と稱せらるゝものである。その生理的現象として來たるのもまた病的症候として醫家が診するものも往時からのこであり耳新らしいものではない。然しながらその性質を檢索して適當にこれを認知し。加ふるに學問的にこれを所置したるは僅かに近世のこである。而して近時の學說に適する研究を試みたのは英國のマッケンディ氏 J. N. Mackenzie である。鼻性反射神経疾患の由來を索ねる人は決して忘れてはならない權威者と思ふ。

文獻を繙くミ古代に於ては僅かに噴嚏を記載してゐる。即ちこれが鼻性反射の唯一なるものであつたのである。ヒツボクラテス氏は單簡に噴嚏に由つて嗚咽を止め。且つ難産の時は噴嚏甚だしく減するこ云つてゐる。ツェルズス氏 Celsus の記載もまた類似のこのみ。ガアレヌス氏 Galenus に至つて稍々

注意するところあり。噴嚏は脳の遠隔作用であること云つてゐる。尙ほ門下と共に諸種の疾患に就いて勉めてこの症候を見、遂に豫後の良不良はこれに係はること做し。且つ治療上にも效驗を認め或は却つて障碍があるなき、唱へてゐる。従つてこれを催進せしめ或は治止する藥劑を研究した人がある。アウイツェンナ氏 Avicenna は噴嚏刺戟が薔薇花香に由つて増進し。これに反して眼、耳、口蓋及び體肢を摩擦するに自然に治止するのを見た。而して爾來具眼の學者が輩出したけれども鼻性反射症候のことはいづれも看過したやうである。ツェリウス、アウレリアヌス氏 Celsus Aurelianus は急性鼻炎に往々噴嚏 Tussiculae が伴ふことを述べ。鼻漏の多少に關しないことを云つた。これ鼻粘膜の燬衝に際して反射的に咳嗽が来るのと同じの考である。尙ほ植物性並びに動物性の香臭が人間に對して如何なる利害があるかを一々記載してゐる。これらの經驗から強烈なる香料に由つて起る反射症狀として即ち頭痛、噴嚏發作、呼吸困難、喪心、痙攣、癲癇及び死亡を來たすことあるを知つた。シュナイデル氏 C. V. Schneider は「加答兒」De Catarrhis 冠した大著を遺したがこれに由ること極めて詳密である中に古代の諸家の學說を盡してゐる。即ちマルチアリス氏 Martialis の記録に由ること古代に於て奴僕を備ふに癲癇なるか否やを検する爲め強烈の香臭を使用したこと云ふ。これに由つてこれを觀ること古代羅馬の貴妃は薔薇の香を障碍ありこと做し。恐怖してこれに近づかなかつたこと云ふが如き口碑を想起する。かく特有なる症候の由來もこれを説明すべく解剖上並びに生理上の知見が缺乏してゐた爲め長く正解をなすもの無く。醫家の顧るものは稀であつた。然るに漸次神經學の進歩は著しく特に十七世紀の頃から

ウィリス氏 Willis 及びウィウツサン氏 Vienssens 等が出で、大なる發見をなし、遂にこれは反射作用に由るものであることの見解が廣く行はれるに至つた。グレムブレヒト氏 Gremprecht は前世紀の初めに刺戟説を主張した。即ち鼻に加はる刺戟は三叉神經を興奮せしめ。遂に迷走神經に傳はり。こゝから更に咽喉、胃、心及び肺に影響すること云ふのである。後レガ氏 Rega はこの説を布衍して上氣道ミ生殖器との關係あることを述べ。ウエッペル氏 Wepfer もまた臨牀的に諸症候を蒐集して頭痛、偏頭痛、咳嗽、嘔吐及び視障碍、眩暈發作 四肢搖擗及び諸神經症も或る鼻腔疾患との關係あることを報告した。當時は諸臟器間に一般の關係あることが大に注目せられ鼻との關係もまた興味を以つて向へられるに至つた。従つてこの問題を研鑽した諸家が輩出したけれどもこゝにはこれを省略してたマツケンヂイ氏の著書を挙げやう。

鼻性反射の病理は前世紀から萌芽したけれども現世紀の初めから再び諸家のこれを研索するものありポルタル氏 Portal は一八〇四年に頭痛眩暈及び癲癇なきが鼻粘膜の疾患に伴ふ事を實驗してこれを記載した。後十五年にしてポストック氏 Postock は初めて枯草熱を詳記し。これから諸家は該疾患に就いて注目するに至つた。チイデマン氏 Tiedemann は人間鼻腔に來たる生物昆蟲類に就いて單行業報を發刊した。即ち昆蟲の種類を蒐集するのみならずその刺戟に由る症候を詳密に索ねた。而して昆蟲が鼻腔に來たるに遂に第五對腦神經を興奮せしめ。延髓に及びこゝより更に運動性反射機となり。呼吸器に於ては激しき噴嚏となり。また嘔吐、顔面筋搖擗並びに痙攣、眼瞼搖擗及び全身の痙攣搖擗或は震顫等になる

ミ云ふのである。爾他の症候ミして注目すべきは頭痛、顔面痛、眼痛、齒痛である。鼻近部の痒感、涙漏、耳鳴、視力減退、顔面皮膚の發赤並びに腫脹等を掲げ、これは反射性の症候ではなくて反應性即ち交感神經興奮の症候であるミ做した。トルウソウ氏 Trousseau は有名なる臨牀醫學 Clinique medicale を著はし。就中喘息を詳記し。特に鼻疾患ミの關係を述べ就中鼻感冒 Coryza は最も詳細を極めてゐる。この傑出せる大著に於て氏は喘息が氣管枝痙攣であるミを結論し、反射性神經疾患ミ做し、特に鼻腔から將來するものであるミ唱へてゐる。

鼻性反射神經疾患に關する學説は現時に於ける發達著しく、特に神經學の進歩に伴つてゐる。加之ならず鼻鏡検査法が完全し且つ普及して以來はその關係を知るミ益々廣まり且つ深くなるに至つた。鼻鏡を藉りて鼻腔を覗くミ爾來想像もしなかつた種々の變化を確知し、またこれに伴ふ症候を吟味し。屢々鼻腔から反射徑路を辿つて發來するミを知り、或は自ら鼻腔に發來するを確定したものである。而してこの方面に於て専門醫家にて研索したものが尠なくないが、ウォルトリニイ氏 Voltolini を最先鋒とする。一八七一年ウォルトリニイ氏は名著を上梓したが、初め電氣燒灼法を述べ。而して喘息ミ鼻茸ミの關係を注意した。即ち鼻茸を抽出して喘息の發作が止んだので、氏は鼻茸を以つて喘息の原因ミなした。またその發生に就いては、先づ鼻茸が反射徑路に由つて、喘息を將來するか否らば呼吸を支障して呼吸化學が變化し、更に肺組織の實質に影響する爲めであるミ唱へた。反射作用に就いては別に新説がなくミユルレル氏 T. Müller が證明した如く、呼吸神經系は粘膜炎が存在する部位には悉く備はつてゐて、局所刺戟

の爲めに發作し、遂に痙攣運動をなすのであるミ云ふのである。幾許もなくヘニッシュ氏 Hänisch は喘息發作が幾回も鼻茸抽出に由つて消散し、鼻茸が再發するミ喘息もまた發作するミいふ報告を發表した。尙ほフレンケル氏ハルトマン氏及びセツフェル氏 M. Schäffer 等が相踵いて研鑽する所あり。フレンケル氏は鼻茸に來る喘息は氣管枝痙攣であつて、鼻知覺神經の刺戟に由つて起るべしミ云つてゐる。セツフェル氏もまた見解を同じくし、其の刺戟は鼻粘膜炎の慢性加答兒であるミ説明するのである、鼻性反射神經疾患の問題は初め喘息の鼻型に止まつてゐるが、ヘルツォグ氏 Herzog は神經性鼻炎を記載し。一八八二年にはハック氏 Hack の意見が出で、喘息の外に鼻より反射性に發するものミして記載したのは、偏頭痛、上眼窩神經痛及び毛様神經痛である。尙ほ惡夢、咳嗽、皮膚脈管運動神經分佈支障及び分泌神經疾患等を加へてゐる。かくて鼻性反射神經疾患の領域は長大足の進歩をなし、有益なる報告は相踵いて出で、更に遠隔せる部位の神經痛、眼華閃發、全盲症、疼痛性項強直、諸關節滲出及び所謂感冒等を報告してゐる。また諸家はこの種の疾患ミしてバセドウ氏病、糖尿病、喉頭障碍、心臟及び肺の支障、月經困難、舞蹈病、夜尿症、鬱憂症その他神經衰弱等を記載してゐる。かくの如くにして病理の大部分は鼻性反射機から由來するミ考へる傾向を示した。

爾來諸家輩出してこの種の研索を遂げ、ハック氏の鼻性反射神經疾患を是正したるあり。加之ならずまた大に懷疑心を以つてこれを迎ひ、甚だしく嚴正の批評を試みたるものもある。彼のベッケル氏 Böcker の如きはこれである。然しながら兩説が極端になるミ他より出で、これを折衷する者あり。これに由つて

眞理に近いものは認められ誇大なるものは削除され中庸の説が成立するに至つた。これはハック氏の功績を減少するものではない。蓋しその喚起した問題から諸家がこれに走り。且つ鼻腔及び反射作用の病理上立派なる位置を占むるに至つたのは偉勳みなすべきである。かく歴史的由來を述べて大綱を鉤したが未だ完成に近づいたものではない。これから現時の諸家が認めて正鵠の説みなすものを略述しやう。鼻性反射神経疾患は來るこゝ稀ではない。且つ病理學上重要な位置を占めるこゝ云ふのが通説である。これに由つて觀るこゝ該疾患の諸型は夥しく、これを反射機の傳はる神経徑路の性質に由つて區別しても尙ほ運動性 motorisch 脈管運動性 vasomotorisch 及び分泌性 secretorisch を得る。然しながら現時の見地から最も適切にして且つ實地臨牀上便利なのは原因的並びに局所的の意義に従つて序記するこゝである。

一 知覺興奮が鼻より發し、而して發來した反射は鼻外の諸臓器に現はれるものである。この疾患に屬すべきものは呼吸器の神経性疾患である。例へば喘息、聲門痙攣、噴嚏發作、痙攣性咳嗽發作、惡夢及び上氣道加答兒の如きである。また血行器の神経性疾患である。例へば心機不調、心機促進及び心痛の如きである。また眼障得としては涙漏、結膜及び眼瞼の充血並びに浮腫、眼瞼痙攣、斜視、瞳孔變化、調節支障、弱視、羞明、眼華閃發、視野狹隘及び全盲等がある。この外に聽器、生殖器及び顔面神経の障得が屢々訴へられ。尙ほ鼻外の神経に於て神経痛を見る。偏頭痛、筋痛、項強直、諸關節滲出、皮膚の紅斑及び浮腫、癩癩、バセドウ氏病、舞蹈病、眩暈發作、夜尿症、糖尿病、鬱憂症及びヒステリー等は既に記載した。

二 知覺興奮が鼻内に發し。且つ鼻内反射に由つて神経性疾患が起るものである。

病症としては神経性鼻炎或は脈管運動神経性鼻炎、枯草熱、秋明加答兒、鼻漏、蓄薇熱及び既熱等である。蓋しこれらの病機はその性質から云へば病理學上同一なものである。

三 知覺興奮が鼻外の臓器に發し、これから反射性に鼻腔に移動して起る神経性疾患である。

實例にてこれを示すこゝ鼻腔の一定の疾患である。例へば神経性鼻感冒、鼻粘膜の充血並びに腫脹、衄血、噴嚏刺戟及び外鼻の紅斑並びに浮腫等である。

病因或は病原 Ätiologie und Pathogenese.

鼻腔は知覺神経並びに過敏なる神経に富み、これに由つて呼吸中は反射徑路を藉りて重要な官能を營營するのである。反射は生理的刺戟から發來し且つ調節せられる。吸氣が肺に至るまでは適當に温めて水蒸氣を得、また異物は悉く排除されるのである。尙ほ鼻は生體の保護器官として有害物が鼻に突進せんこゝるこゝき即ち反射頻發する。例へば噴嚏、咳嗽、聲門並びに氣管枝の痙攣となり、或は呼吸機能が休止するこゝがある。また複雑にして蔓延せる神経枝は鼻腔を身體諸部との連絡となり。従つて近接或は遠隔の臓器から知覺興奮の反射となつて來たり。鼻腔の變化が種々これに伴ふものである。これらの原因は甚だ多いけれども反射神経疾患の原因的機轉として最も注意すべきは局所性素因 lokale Disposition である。鼻反射器を興奮せしめ、その興奮の時間並びに強弱が生理的刺戟を超越して發生する疾患は殆んど數へ

切れない。これに由つてこれを観れば鼻性反射性神経疾患は局所の位置が甚だ好常してゐても尙ほ發來するようである。然しながら實際は全然これに反してゐる。諸家の統計はこれを解釋せんとして甚だ勉めたけれども信憑するこゝの出來ないものが多い。然かも大勢は往時と異り。ハック氏及び門下が考へたるこゝろと異り頻發するものではないと云ふのである。局所性素因があつて病因の範圍を奪ふが如きは如何。これ反射阻止である。即ち病的刺戟に由る神経経路の傳達障礙であるのである。而してこの障礙は局所並びに全身の神経衰弱から起因し興奮が増進するに直にこれを反射経路に傳へるのである。従つて局所性素因を擧ぐる外に鼻性反射性神経疾患の原因として反射機の興奮を加へなければならぬ。反射器過敏は求心性神経及び神経中樞より發し。また遠心性神経並びに全神経系に關係があるのである。然かるに必ずしも病的性質なく個人に由つて生理的に限界異り。知覺神経中特に嗅覺を司る領域にあつて種々である。日常の經驗に徴してもまた鼻粘膜は外界刺戟に對して、人々に由つて反應が異なるを見る。従つて鼻神経の興奮性は別に病的原因を潛むこゝ無くして鼻性反射性神経疾患を將來する事も考へられる。これは個人素因、individuelle Disposition である。而して既にこの状態になつては、常態ではなくて病的であること云ふのである。過劇なる興奮性は、或は反射弓の一局部に於ける局所性障礙なる事がある。或は一般神経疾患の一部症候である事がある。例へば神経衰弱及びヒステリーの如きものである。トリフイレチ氏 Trifiletti の説は鼻性反射性神経疾患を以つて總べて一般神経質の素因があつて發來するに依す。病因の一部をなす遺傳 Heredität は必ずしも一種の疾患として關係せず、寧ろ疾患の根元である。例へ

ば一般神経質の如く世代を経て遺傳するこゝは人の知るこゝろである。従つてこの見地から反射性神経疾患は好き位置に在り教育ある人間に頻發して、勞働階級は一般神経衰弱を見るこゝが甚だ稀なる所以に思ふ。また佛國の諸家は往々この疾患の病因として所謂素質 Diathese に嫁するものがある。ジャッカ

ン氏 Jacquin バラツウ氏 Baratoux ジョアル氏 Joal ローラン氏及びレジュウ氏 Leseur の如きは

主として關節炎性素質 arthritische Diathese を引用して病因の首位に置くのである。

年齢及び兩性の關係は如何と云ふに今日まで完全な統計がなく確説を立てるに至らない。蓋し小兒に於てはこの疾患を見るこゝ甚だ稀である。フレンケル氏 Fränkel の報告に由るに十二歳から七十歳まで總べての時代に發來し。十五歳から四十歳までは比較的屢々頻發するといふ。而して兩性の關係は異なるものではなく。この疾患に對しては僅かに差異があるかも知れないが證明する事は出來ない。たゞモルデンハウエル氏のみは女性に頻發して男性に少いと云つてゐる。蓋しこの説は甚だ信憑するに足りない。この外に一般に關係がある見做されるのは人種 Rasse の差異である。ビード氏 Beard は黒色人種は枯草熱に關して免疫であるに主張し、マッケンディ氏はこれを否定すこと云つてゐる。反射性神経疾患はまた四季と關聯して發來するものがある。例へば枯草熱の如きは甚だ關係が深く夏期の刈草時分に最も頻發するのである。氣候は關係が殆んど無く南洋に於ても北海に至りても見るべく、山村もまた平原も同じくこの疾患があるのである。然しながら例外としては該疾患は海上旅行若しくは海濱生活によつて著しく快癒するか、或は全治するこゝがある。喘息は就中特殊の關係があつて喘息は多く一定の地方

に於て發來するところがある。然しながら如何なる病因があるのか未だ説明することは出来ない。地方の空氣の寒熱、濕乾、或は純不純は最も顯著である。シュミット氏は曰く喘息患者は各自に適當した氣候 Privatklima があつて或は選擇し或は避忌しなければならぬ。ユウラツ氏 Jurasz が知つてゐる一患者は或る溫泉場の住人であるが居村にては喘息もなく健康であるけれども他の溫泉場なる親戚を訪問するに直に喘息が發作して困難するに云ふものである。またシュミット氏も同様の患者を報告した。病因が遠隔せるに反して直接の病因がある。即ち鼻腔知覺神經から直接に發來する鼻性反射神經疾患が甚だ多い。興奮をなす刺戟が鼻粘膜から發するのは、嗅器の疾患が總て關係がある。即ち鼻腔は甚だ過敏であるから多少の疾患により屢々反射症候を將來するのである。就中慢性鼻加答兒、肥厚性鼻炎、新生物、鼻中隔彎曲、棘生成、癒著症、癭痕、異物及び寄生蟲等が首位を占めてゐる。之に反して慢性瘦削性鼻炎が神經症狀を起さないのは甚だ注目すべきである。蓋し粘膜が變性するに同時に神經末端が變化し興奮性を脱却するものであらう。また悪性腫瘍及び悪性破壊變化も斯様の症候はないものである。

尚ほ興味の大きなは外傷特に鼻内手術 intranasale Operation である。レチ氏 Rethi は腐蝕並びに蹄係手術に因する嘔吐、眩暈、聾門、痙攣、上眼窩神經痛及びその他の症候を報告し、アロンソン氏 Aronsohn は鼻茸の電氣燒灼手術を行つて、却つて喘息が發來したことを述べ。ゼモン氏は鼻茸の電氣蹄係手術にて一日乃至二日の後ち眼球突出症及び速脈が起り。即ちバセドウ氏病になつたことを報告した。類似の症候はシャベル氏ロウラン氏トライテル氏レルモアイエ氏及びド、ロアルデ氏等が報

告したものである。

鼻外の諸部に病變があつて鼻性反射神經疾患の原因になることがある。これは知覺神經を有する部位に疾患があれば、即ち發來するのであつて、殆んど枚擧することが出来ない。然かるに鼻性反射神經疾患は比較的稀少なることは人の知る如くである。即ち求心性神經纖維が凡べて鼻に行く遠心性神經纖維の密接でないものがある爲めである。鼻との關係が最も近邇してゐるのは生殖器である。就中女性に於て顯著である。故に遠隔の部位から反射的に鼻の疾患が起る如きは生殖器から發來するところが最も多い。この方面に於ける臨牀的實驗の興味深いものはエンドリス氏 Endriss が最も熱心に蒐集した。尚ほマッケンゼイ氏、バイエル氏オッペンハイメル氏及びフリイス氏 Fliess もまた熱心なる實驗家である。故に實例を見やうと欲する學者は、これらの諸家の著書を繙かれたい。レイ氏 Lee は十五歳の少女にて拔齒せる後ち欠伸が止まず。嘔吐發作の甚だしいものを報告してゐる。セッチ氏はまた慢性肥厚性鼻炎の腹痛を訴ふる患者に就いて、食事大量なるときは常に鼻障が甚だしく、粘膜は肥厚し、鼻閉塞、呼吸狹窄並びに口呼吸を將來するところを述べてゐる。またカアン氏 Cahn が報告した一例は膽道の障に伴つて、發作性鼻炎の特有なるものである。鼻性反射神經疾患の病因を論ずるには、畢竟神經學の領域に立ち入らなければならぬ。然かも現時の状態に於ては明確なる答解を得ることは不可能である。總べて反射器關は複雑であるが、就中鼻腔反射器に於て然かりである。求心性神經徑路は多岐であつて興奮を享ける中心がまた種々である。従つて遠心性神經徑路もまた複雑である。加之ならず刺

戟の本性及び占居が常に明確でなく、唯だ想像するのは困難である。従つてこゝには従來の研究に則り、多少確立してゐるものを述べ、更に假説を列記して比較的鼻性反射神經疾患を説明するに好當せしめるに止め、爾他の研究は之れを諸家に待たんと思ふ。

病機の初めは求心性神經纖維の興奮である。興奮が鼻腔に占居してゐても、その刺戟の種類は身體諸部に於けるに同じであつて器械的、化學的及び溫熱的である。就中屢々遭遇する刺戟は器械的であつて、接觸、摩擦、牽引及び壓迫等の如きである。故に新生物を以て粘液鼻茸及び乳嘴腫の如きは、或る機會に於て位置を變ずるか或は占居の部位が異なる時、鼻粘膜を刺戟してここに反射現象がある。ホプマン氏 Hopmann は鼻茸の移行性腫脹に重きを置き、腫物の大小に變化ある毎に刺戟なることを云つてゐる。これに反して新生物が巨大にして鼻腔を殆んど閉塞してゐるものは、吸氣によつてその位置を變ずることなく、従つて反射現象を見ること稀である。尙ほ類似の例は寄生蟲である。これは運動が盛なる爲めである。また有形物、塵埃、煤燻及び植物等は廣く鼻腔を閉塞するからして新生物に似てゐるのである。鼻中隔彎曲及び棘も生理的海綿體が増生したものであるから、接觸並びに摩擦が絶えないわけである。鼻中隔彎曲の變形が甚だしく、軟骨或は骨が突出して絶えず鼻甲介に接觸すれば、多少の壓迫となりて刺戟するのである。異物及び鼻石も亦かくの如くである。これに反して癩著症があることは多くは牽引作用がある。更に急性並びに慢性の炎症があること、如何なる刺戟があるか遽に決定することは出来ない。肥厚並びに腫脹が著しいは、器械的刺戟が加はるばかりでなく組織内の化學作用があるべく、これを損傷に於て見るが

如く局所性神經炎の變化がある。ボボ子氏 Bobone はこの場合に充血を以つて有力なる刺戟であることしてゐる。猶ほ臨牀上の所見によつて溫熱的のものがある。例へば寒冷が直接に加はつて刺戟なる場合の如きである。また嗅神經に特有なる刺戟として揮發性香料がある。この時は不快なる臭氣は關係しないので却つて快感を起す香料例へば花香なり。薔薇、堇、芍薬、杏花及び桃花の如きが反對の原因になるのである。

刺戟の性質は種々なること明かである。然かもその數量もまたいろいろある。神經の興奮性が亢進したる場合は、神經末端を僅かに刺戟するのみにて、反射症狀が既に甚だしいものがある。例へばシュミット氏が報告したる一貴女は、蟲様突起炎にて神經衰弱症があつたが、或時鼻門に龜裂を生じ爲めに咳嗽、喉頭搔爬他があり、唱歌が不能になつた、銀棒にて龜裂を腐蝕せしめ治療したところが、總べての症狀が去つたこと云ふ。

反射を起す興奮の鼻腔に占居する部位を知るために諸家は一定の刺戟界 Reizzone があること信じてゐる。ハック氏は刺戟界の部位をば初め下甲介の前端のみを做した。後ちその後端部並びに中甲介をも數へた。バラトウ氏及びヘイリング氏 Heyning は、下甲介及び中甲介のみならず、鼻中隔もその後端までこれに屬すこと云つてゐる。遂にザントマン氏 Sandmann 及びトレイシア氏 Trasher が出で、兩説を折衷し、甲介もまた中隔も性質相等しいこと唱へた。然かしながら或學者は反射症狀の種類によつて發來する部位を異にするものもある。例へばロオ氏 Roe は反射性頭痛が顳顬側及び後頭にあれば、下甲

介及び中隔下部より發し、額頭痛は中甲介より發し、前額痛並に上眼窩痛は上甲介より發す云つてゐる。クウバル氏及びサン、ヒンイル St. Hilaire は神経痛の刺戟を中甲介及び下甲介の前端にあるに云つてゐる。トルステンソン氏 Torstenson は四百例の鼻性喘息を検査し病因的刺戟が鼻中隔上部にあるに斷定した。猶ほフリス氏は鼻性神経性胃痛の刺戟が中甲介前部にあるに云ひ、月經困難の時に腹痛を伴ふのは下甲介を原因としてゐる。また薦骨痛は鼻中隔結節より發すに云つてゐる。この外に諸家の説種々あれども要するに鼻粘膜にはその領域より反射神経疾患發來するのであつて別に限局せる好發部位はないのである。

刺戟から病的反射になるまでの徑路に就いてハック氏は稍々異なる意見を持してゐる。即ち直接若しくは關接の刺戟が加はるに先づ海綿體の充血に甲介の腫脹を將來する。粘膜は猶ほ常態であつても發赤してゐてもまた貧血してゐても關係は左程深くはない。唯だ慢性加答兒にて増殖機能があるに神経末端の變化もまた著明にあり。反射を抑制する所の機會を與へるのである。また甲介腫脹に基因して知覺神経終末装置が興奮し、更に刺戟となつて求心性徑路に傳はり遂に反射となるのである。要するに病理の中心は甲介の勃起である。故にハック氏は勃起神経 *Nervi erigentes* を分けた。

この説を理解した上で、甲介の海綿體は鼻腔官能を司りて、最も重要なものであるに拘はらず、疾患の主因に做すが如きは甚だ疑はしい。ベッケル氏 Bocker は自然に必要な機轉を粘膜の變化に混じて、却つて危険になるが如きは信ずることが出来ない。寧ろ危害に對して保護たるべきものである。況んや

海綿體は粘膜から區別するに困難であつて、勃起神経なるものもその存在は疑はしいものであるに云つてゐる。猶ほハック氏の説はいろいろ疑ふべき點がある。要するに臨牀上の事實からしてまた實驗的研究の結果からしても信ずることは出来ない。

鼻性反射神経疾患の發生は恰も爾他の反射に同一である。即ち疾患の將來するは主として求心性神経纖維の興奮である。而して反射性症狀の根元が鼻腔であれば、必ず鼻腔の知覺神経並びに感覺神経に關係がある。知覺神経は三叉神経の第一枝及び第二枝であつて、感覺神経は嗅神経がこれである。三叉神経の第一枝からは篩骨神経が鼻腔前部、鼻中隔、前篩骨蜂窠、前額竇及び感覺神経となり。第二枝は上齒神経となつて鼻腔底及び上顎竇に分佈してゐる。蝴蝶口蓋神経節から出る分枝は鼻粘膜後部、鼻中隔、後篩骨蜂窠及び蝴蝶竇に分佈するのである。

これらの神経に刺戟が加はるに先づ中樞神経に至り。これより更に運動性、脈管運動性及び分泌性の神経徑路に傳はるのである。嗅神経は腦を出て遠心性徑路の總べてを連結し、また三叉神経は蝴蝶口蓋神経節、耳神経節及び毛様神経節に於て種々の吻合をなし。且つ根部は各神経核に連つて延髄にも通ずるから、鼻の神経に起る知覺性及びに感覺性の興奮は、身體の遠近もなく傳搬せられ、その神経徑路の如何に由りて種々の障礙を將來するのである。たゞ分佈の複雑なる各臓器の神経が如何に連絡するか、未だ研究遂けられずして、總べての場合に正確の關係を云ふことが出来ない。

病的反射が呼吸器に及ぼす關係は、先づ生理的實驗に由つて暗黒の領域を闡明したから、想像するに

難くはない。また求心性鼻神経は呼吸の際に呼吸中樞に影響し、更にこの中樞から末梢性知覚神経纖維に傳はり反射症候となる。而してクノル氏 Knoll は三叉神経を擧げゴウレウイッチュ氏 Gourewitsch 及びヘンリ氏 Henry は嗅神経を重んじてゐる。またホルムグレン氏は天竺鼠を潜水せしめ呼吸の止むのを見たが、三叉神経鼻枝の刺戟に關する反射症候であるとした。クラッチユメル氏の實驗もまた三叉神経鼻枝の刺戟であつて聲門閉鎖並びに呼吸強直が起ることを云ひ、且つ呼吸筋に分佈する運動神経の反射症候となるのである。フランソア、フランク氏 Francois-Frank は鼻粘膜の刺戟に由つて聲唇及び氣管枝筋の痙攣が起ることを云ひ、ラツアルス氏 Lazarus もまた電氣刺戟に由つて同一の結果を得た。而して氣管枝の管腔が狭窄するのは迷走神経の刺戟であるとしてゐる。氣管枝筋が緊縮するのだが、これも迷走神経の興奮であることは往時より知られ、諸家が既に實驗したところである。

これらの事實に由つて鼻性反射神経疾患に呼吸器との關係を説明するに先立つて、呼吸中樞より遠心性徑路に興奮が傳はり、副神経にては聲門痙攣を起し、呼吸筋に分佈する脊髄神経にては嘔吐及び咳嗽の發作となり。迷走神経にては喘息の如く氣管枝痙攣となるのである。マッケンヂイ氏は鼻性痙攣は頸部神経節より交感神経の徑路へ反射が傳はり、先づ喉頭粘膜の充血並びに腫脹が起り、更に反射性咳嗽が發作するのである。然しながらこの説は甚だ信するに足らない。或は鼻腔より流下する分泌に由つて喉頭が刺戟されることを云ふ説がある。然しながらこれも亦信するに足らない。痙攣性咳嗽が鼻粘膜刺戟の爲めに發來することは、實驗上もまた臨牀上も往々遭遇するのである。即ち鼻鏡にて覗きながら鼻粘膜を

突くこと反射性咳嗽が起るのである。

喘息の病理は全然迷走神経のみに關係があり、爾他の徑路は與からないことを云はんも、未だ遽に一決することは出来ない。この疾患の本態に就いては諸家の意見が猶ほ一定しない。トルウツウ氏、ビイルメル氏及びライデン氏等は氣管枝筋の攣縮性痙攣を以つて起る神経疾患であること云ひ、ウイントリヒ氏、バンベル氏及びエデングル氏等は横隔膜の痙攣であるとした。また喘息發作の原因を脈管運動障礙とするものもある。ウエベル氏及びブステルク氏の如きである。シュミットボルン氏 Schmidtborn は脈管痙攣を以てその原因としてゐる。この諸説を列記して批評するは甚だ冗長に渉るから、總括して喘息は諸臓器の知覺刺戟に因する神経疾患であり、鼻より發來すること最も屢々であること云つて置く。而して發來する遠心性神経は迷走神経か横隔膜神経か或は爾他の交感神経である。また臨牀上の症候を見るに、就中迷走神経より發來するが如く反射症候明確である。フレンケル氏もまた迷走神経以外に喘息を發來する徑路があることは信しない。

斯く喉頭筋の無力状態並びに麻痺は屢々鼻疾患に伴ふものである。従つて臨牀上には鼻性反射神経疾患を云ふべく、ただ發來する徑路が不明なのである。また神経病理學から見て、眞に反射を定義すること出来るか如何か甚だ疑はしい。

心臓ノイローセ Herzneurose もまた鼻腔の病變と關聯することがある。即ち狭心症、壓心症、心痛及び心機不正等であつて、或は迅速に或は緩慢なるが如き往々之を實驗するのであつて、キュッペル氏 Kùpfer

ハック氏グラデニゴ氏及びワードソン氏等の記載がある。またスタイン氏は三叉神経鼻枝を刺戟して心臓及び血行に影響するこゝを實驗した。クラッチュメル氏は同神経を刺戟して心臓の休止若しくは遅緩するこゝを實驗した。且つ興奮が遠心性に傳はるのは迷走神経に由るこゝを證明した。また鼻粘膜を刺戟するこゝ血壓増進し、更に迷走神経を切斷しても、この症候が變化するこゝはない。故にこれは脈管抑制神経を切斷しても矢張り變化するこゝはない。故にこれは脈管抑制神経の中樞に傳はり、更に脈管運動神経より末梢に傳搬するこゝ云ふのである。然かしながらスタイン氏はかくの如き二三の生理的實驗に由つて、鼻性反射神経疾患の發生を十分に説明するこゝは出來ぬ云つてゐる。例へば心臓の神経分佈關係並びに調節關係が複雑であつて、呼吸器の生理的排水が一時變化しても、直に心臓に影響するが如き以て之れを例説する。

眼病ニ鼻性反射神経疾患との關係に就いてはトルウソウ氏キッベ氏 Kibbe、ベルンスタイン氏及びローラン氏等の記載がある。これに由るまゝにして運動障碍の如く、眼瞼痙攣、斜視、調節變化、眼精疲労及び瞳孔變化等である。即ち三叉神経の興奮が顔面神経及び動眼神經に傳はり、これら眼筋の強直性並びに搖擗性痙攣を起すものである。涙漏は三叉神経の刺戟が涙神經に傳はつたまゝすれば考へられないこゝはない。然かしながら確實だまは云はれぬ。また網膜過敏、弱視及び疼痛の如き知覺障碍及び眼球突出症、結膜充血並びに結膜炎の如き脈管運動障碍は反射性に發來するか否か甚だ疑はしい。或は臨牀上遭遇するこゝもあるも實驗の確かなるものが無い。チム氏は鼻疾患ニ眼病との關係に就いて研究したが、

血管及び淋巴管に於て之れを見るも神經は與からず云つてゐる。

この外に諸臓器の神経性疾患にて鼻反射を解すべきものがある。然かしながら果して鼻性疾患との關係があるか證明した人はない。例へば癩癩、舞蹈病、バセドウ氏病、頭痛、神經痛、偏頭痛、眼華閃發、皮膚浮腫、關節滲漏、喉頭加答兒、氣管及び氣管枝炎或は夜尿症等である。而してこれらの疾病が鼻疾患から發來するまゝすれば鼻内の求心性神経が先づ興奮し、更に遠心性神経を刺戟して脈管の變化が起るこゝを見做す。

反射神経疾患の發生が鼻粘膜を刺戟して反射症候が鼻腔に發來するものがある。まゝにして脈管運動神経及び分泌神経の障碍である。例へば神經性鼻炎、枯草熱、秋期加答兒及び鼻漏等の如く發生もまた經過も反射性疾患である。初め發生するには三叉神経及び嗅神経の刺戟があり。脈管擴張並びに狹窄或は分泌を促進する作用となる。而して刺戟が傳はるには必ずしも腦及び脊髄の中樞を通らず、單に末梢神経節の仲介するこゝもある。即ち反射弓が短縮したものを解釋される。アーセンブランド氏が研究したるは遠心性経路の反射が脈管、腺及び交感神経を通るものはまゝにして蝴蝶口蓋神経の仲介なり。全然不明なるは遠隔せる諸臓器の感覺刺戟より鼻腔に及んで反射症候を來たすこゝである。例へば皮膚、下腹就中生殖器より發する場合の如きそれである。その重なる變化は血行並びに分泌の機能で充血、加答兒、腫脹、出血、分泌過剰等である。また發生する経路を想像するに脈管運動神経並びに分泌神経を思はるゝも、その真相に至つては到底不明である。またこの方面の實驗は未だ不十分たるを免かれぬ。

症候、Symptomatologie

鼻性反射神経疾患を稱するものゝ症候は、臨牀的に統一すべき點が無い。これ一定の病型なくして種々の病症の集簇だからである。これらの病症は官能的神経障害であることあり、或は諸體部に發來するものがある。多くは神経學の領域に屬すれども、就中反射性機轉にして鼻腔より將來するか、或は鼻腔に終はるものをこゝに述べやうと思ふ。鼻鏡検査を藉りて臨牀上の所見を記載するに鼻腔ニ關係の深いもの、或は鼻性ノイローゼの性質なるもの、或は鼻性變化を蒙つたものは特に詳述したい。

最初は鼻腔以外に症候を以て現はる。これ鼻病が原因なるも多くは隠匿して臨牀上に顯はれない。患者もまた嗅器の侵蝕されない場合、或は障碍の尠い時は鼻腔に就いて訴へない。つまり原因たる疾患を毫も知らないでゐる。例へば喘息、痙攣、神経痛、偏頭痛、眼並びに聲帶の神経性障碍及び心臓障碍である。次ぎに癲癇、バセドウ氏病及び痙攣性咳嗽等である。これに反して鼻の症候が著しく鼻病を自覺するところがある。例へば鼻呼吸困難、分泌變化、搔感、壓感及び痛感等であつて、患者はノイローゼを顧みることなく、徒に鼻の既往症に就て饒舌するのみ。實際に鼻の障碍は久しき以前よりの後遺症であり。神経性疾患は前驅或は發作を以て現はるゝのみである。ハック氏は一時的或は交代性鼻閉塞、漿液漏出及び痙攣性噴嚏等を見。シユチッテル氏 Schnetter は神経性頭痛並びに鼻漏のノイローゼ前後に來たり経過中にはこれを見ないこと云つてゐる。

鼻性反射疾患は通常鼻病の症候一定しない。その發生も症候もまた経過も特別なものを見ない。ローゼンバッハ氏 Rosenbach は鼻性偏頭痛には一定の痛點があり。特に顳額部、上眼窩部及び鼻部即ち鼻梁の兩側等にあつて骨軟骨の縫合線に在ること云ふ。然かるにブレスゲン氏は反駁してゐる。また鼻性喘息が他型に比して晝間よりも夜間に多く發來すること云ふが如きも未だ信するに足らぬ。舞踏病を研究したヤコブ氏 Jacobi は意識的運動に由つて痙攣運動は惡變しないこと云つてゐる。クラドル氏は鼻より反射する眼病は眼瞼充感並びに重感及び眼痛を伴ふ搖擲等があること云ふ。然かしながら諸家が一般に認めた特徴ではない。寧ろ發來する機會が如何であつても、病型は同一であつて變易せざるを特徴せねばならぬ。鼻鏡検査の所見を述べるに種々の病變がある中に粘膜の腫脹、肥厚、潰瘍、新生及び異物等を認め。鼻中隔に於ては諸種の變形及び癒着を最も屢々見ることを云ふ。これらの病變は毫も自覺的症候を招來せぬが、症候を以て鼻性反射神経疾患の關係を忘れてはならぬ。

興奮が鼻腔に原發し、反射症候もまた鼻腔に現はるゝものがある。例へば神経性鼻炎或は脈管運動性鼻炎、枯草熱、秋期加答兒及び鼻漏等である。これらの疾患は悉く同一の反射器より發來し本性は區別することが出来ない。たゞ發來の時ニ症候の強弱ニ誘因の差異あるに過ぎぬ。この見解よりすれば尙ほ諸種の疾患あるが如く諸家は種々に命名してゐるが、これらは即ち神経性鼻炎を總稱し得る、神経性鼻炎は發作的に來たり、多くは健康時に突然起るのである。數分間或は數時間發作すれば則ち歇止する。また病因の刺戟加はること長時なれば僅々の間歇にて數週間も數ヶ月も止まないことがある。發作は夏期であるに夏期加答兒、夏期喘息の名がある。また秋期なれば秋期加答兒の名がある。六月にて六月鼻カタ

ル Junischnupfen 云ふのがある。しかしながらまた他の四季にも來たり冬期も稀少ではない。この病が發來するには一定の刺戟があつて知覺神經並びに感覺の參加するものである。例へば植物増殖、塵埃及び草類にて枯草鼻カタル、枯草熱及び枯草喘息の名がある。花香に由るものは薔薇鼻カタル云ひ、また食物の香に由るものは炙兔肉及びトマトの如きものがある。その他の香料及び生物の臭に由るものがある。既熱 Stallfeber の如きこれである。概して寒熱の度を得ず不潔にして健康に害ある空氣が素因あるものに加はれば直にこの病を誘起する。この際にも特異性は大いに關係があり、或は直に疾患に罹るも他は容易に侵されない云ふものがある。

初めは鼻内の搔感及び匍匐感が起り、忽ち激性噴嚏が發來し、水様の漿液が多量に流出するのが一般である。症候は場合に由つて種々の程度があり。噴嚏軽度なれば頻發するのが不快な位に過ぎぬ。重態なれば一刻も止むことなく患者は疑念と興奮と去らず遂に疲憊して羸瘦することがある。ボボチ氏は八歳の少女にて噴嚏痙攣の爲めチアノーゼ及び喪心の状態に陥つたのを見た。鼻漏もまたある時は少量に或時は多量に、患者はこの不快より容易に脱することを得ず、無数の手巾を費さねばならぬ。また往々特徴微々たるか或は全く缺如し。噴嚏の發作なく徒らに鼻漏の止まないことがある。或は鼻漏も流れず噴嚏のみ盛に發作することもある。また患者は鼻閉塞及び鼻呼吸困難を訴へることもあるも不定である。稀には近接臓器の障碍を伴ひ、眼にては結膜の發赤並びに浮腫及び眼瞼の腫脹があり。涙漏、羞明及び眼痛等もまた屢々である。また咽頭療法、咳嗽刺戟、頭痛、偏頭痛、眼花閃發及び三叉神經の領域に於ける疼

痛を見ることも屢々ある。神經性鼻炎に對して純加答兒性のものである。また加答兒性喘息、katarrhalisch-asthmatisch のものがある。これは鼻炎の症候に加ふるに喉頭炎及び氣管枝炎があり、咳嗽、胸内苦悶並びに多少の喘息發作を伴ふもので、要するに神經性鼻炎並びに喘息に似、トルウソウ氏は枯草熱に喘息の加はつたものだを見做す。他覺的に鼻内を検査するに症候の激しいに似合はず變化甚だ微々である。例へば普通の鼻炎にて粘膜炎及び腫脹が特に下甲介に著しいのみである。或はこれらの變化もなく鼻粘膜はむしろ貧血して蒼白なることさへある。

第三型に屬する反射性神經疾患は症候が殆んど同一である。たゞ知覺性興奮が鼻外に在つて誘因となるの差あるのみ故に神經性鼻炎として鼻粘膜腫脹、鼻閉塞及び鼻漏過多がある。誘因は多く眼神經の刺戟よりす。例へば日光を見て起るが如き、従つて太陽加答兒 Sun-Catarrh の名がある。或は腹部臓器の刺戟より反射することがある。例へば胃、肝臓及び生殖器等がそれである。就中男女の生殖器障より起ることが多い。而してこの種の誘因はヒッポクラテス時代より既に世に知られ、近時に至つてはマッケンデイ氏バイエル氏及びオッペンハイメル氏等の詳細なる記載がある、一例を擧げるに生殖器の刺戟として色慾過激、手淫或は通常の房事にも鼻炎を招來したのがある。特に女性に於ては月華の潮するさき反射性の鼻炎が來たり。神經性鼻炎の外に普通の鼻炎が皮膚神經の溫熱刺戟に由つて起ることがある。鼻炎に次いで鼻血である、遺精或は交接の生殖器刺戟に反射して來たる。女性に於ては月華の代償的鼻血として來たること著しい。バイエル氏は生殖器障りに關する鼻粘膜乾燥及び嗅覺障りを報告

してゐる。この外にも鼻皮膚の變化を見る。例へば月華の時に一時性發赤竝に甲介肥厚等が來たるはユウラッツ氏の述べたところである。

遂に忘るべからざるものは全身ノイローゼの一部疾患として來たる反射神經疾患である。例へば神經衰弱、ヒステリー及び爾他の神經障礙に伴ふものこれである。

診斷竝びに豫後 Diagnose und Prognose

鼻性反射神經疾患を診斷するに鼻神經の刺戟判然すれば鼻の反射性障礙を知るに甚だ困難でない。例へば神經性鼻炎或は脈管運動性鼻炎及び枯草熱等の疾患があつて發生、經過及び症候が定型性であれば決して單純性鼻炎と過るに過ぎなく、また爾他の疾患と誤診するに過ぎない。

然かるに病因が鼻腔に局限して反射性疾患は諸臓器に現はれるものがある。かくの如きは診斷困難であつて特に鼻粘膜興奮のみ誘因となり。爾他の原因毫も無しと確定することに最も困難である。故に補助方法として種々の診斷法がある、けれども要するに生理的竝びに病理的の實驗を遂行し、更に臨牀上の所見を攻竅することに甚だ肝要なのである。これに由つて反射神經疾患の本性を糺明すれば診斷の捷徑である。従つて爾來諸家の報告したものが甚だ多いけれども就中正確なるものは尠く。缺點のないものに至つては殆んど稀である。

ウオルトリニイ氏及び承繼者は診斷の甚だ困難なるに、症候を吟味するにも大に注意すべきを警めてゐる。然かるにハック氏の業績より多少鼻病を偏重し何も蚊も鼻から發來するに做すの傾向を生じた。

例へば喘息、神經痛、偏頭痛、癲癇及び眩暈發作等は神經性なるのを見て毫も病因を糺さず直に鼻性疾患とみなすのである。これは初めは想像に止まりしも鼻粘膜腫脹竝びに充血を見るにこれを信するに至り。或は電氣熱灼に由つて症候を認め愈々確信したのである。ベッケル氏はこれを冷評して「定義を下し得ざる疾患であるに鼻性反射器より發生したと爲す」の徒であるに云つた。ノイローゼなれば病因が不明であつてもまた發生が鼻に關係あるか、或は爾他の臓器に關係あるかを問はず。嗅器の検査は最も精密なるに必要である。これは該器より發來する病的反射が極めて雑多であるからである。しかしながら鼻加答兒、鼻粘膜の肥厚、新生及び鼻中隔變化等を見たから直に病因とみなすべきでない。高度なる變形は知らず、軽度の變形就慢性鼻加答兒及び充血等は、各人が殆んど免れないところである。實際に鼻内變化が著しくても偶然の合併症で、毫も關係のないことがある。鼻の病變例へば甲介肥厚竝びに分泌變化が、この病の前驅なるに過ぎないことも、これを診斷するに急速なるを要す。喘息及び三叉神經痛では鼻病の原因なきに過ぎない。故にこの關係に就いては鼻性反射器の原因なしと云ふことを得ず。また鼻内變化のみを以て病因とみなし得ぬ。

鼻鏡検査に由り豫想的の診斷つけば、更に鼻粘膜を直接に刺戟して試験する。就中疑はしい刺戟層より症候に似たるもの發作するかを確かむ。この消息子検査は診斷上價値大なるも、これを施行するに注意を要す。結果が陽性なれば診斷を確める。しかしまた總べての疑點を一掃するものでない。癲癇にては鼻神經を刺戟して發作を見るも、癲癇は鼻病のみより發來する反射神經疾患に屬すとは云ひ難い。尙ほ

喘息、三叉神経痛、偏頭痛及び爾他の官能性ノイローゼに於ても酷似した關係がある。總べてこれらは全神経の興奮に發來し、就中興奮し易い部位例へば鼻内より發來す可き做すのである。故に消息子試験の結果陽性なるも診斷上絶対の價値は無い。

診斷を補足するに有力なるものは、經過中に鼻粘膜の局所麻痺を行ひ、因つて起る後反應である。この目的にはコカインを用ゆ。患者コカインに堪へなければオイカイン或はメントールを用ひる。即ち一五%乃至二〇%コカインを浸漬した綿棒にて就中過敏なる部位に塗布する。或はシャインマン氏 Scheinmann の如く五%乃至一〇%コカインを鼻腔へ注入して粘膜を無痛ならしめる。若し鼻内の病的刺戟が病因であれば、これに由つて發作が止むか或は大いに輕快し、麻痺が去る可き更に再發すべきである。斯くコカイン塗布に由つて證明すれば、診斷を助ける可き大なるも、また絶対的方法ではない。蓋し鼻粘膜は最も神経に富んでゐる器關であり、壓痛點もまた極めて多い。従つて神経衰弱及びヒステリーに於ては、屢々反射性ノイローゼが起る。而してこれらのノイローゼもまた局所麻痺にて大いに輕快するのである。要するにコカイン塗布法は診斷上甚だ價値多く、當時は有力なる補足法なのである。

診斷確實でない時は、鼻の治療に一時逃がれて、これに由つて解決を得ん可き者がある。鼻内手術に由つてノイローゼが治り或は輕快すれば、直ちに病因を鼻に歸し。反射経路より發來した疾患である可き云ふ。これらはハック氏の獨斷である。蓋しこれは偏狹の説で信憑するに足らぬ。反射阻止に就いて云はんに、神経中樞が一定の興奮状態に在る可き、更に刺戟が加はり興奮が微弱なるか或は阻止する

可きがある。これに由つて觀れば反射神経疾患の刺戟に由つて消失する(例へば治療に由つて治するが如き)は、病因を去るのではなく、他の刺戟が加はつた爲めである。例へばフリードリヒ氏は耳翼を腐蝕して坐骨神経痛を治し、或は陰核を腐蝕してヒステリーを治したる實例を擧げた。かくの如く坐骨神経痛を耳翼或はヒステリーを陰核より發する反射神経疾患にすのは甚だ暴である。特に電氣燒灼を強行する場合の如きは然かり可き。メルリック氏 Merrick は坐骨神経痛に鼻内手術を以つて反射神経疾患を想ふの愚を嗤つた。

治療上にもまた診斷を確實にするに暗示法 Suggestion がある。官能的ノイローゼには最も良好の療法である。しかしながら近來は素人人間が鼻内燒灼法を知悉し、あらゆる疾患はこれに由つて全治すると思惟する可きがある。例へば末期の肺結核患者にて鼻科の醫家を訪問し、電氣燒灼に由つて全治せんと思んだ者さへある。従つて鼻科の治療を受ける患者には、如何なる種類のものがあるか、殆んぞ知るべからざる可きである。而して精神作用に由つて卓效がある可き確信するが如き患者もまた尠くない。これらは一時全治したように思惟するも、暗示去れば忽ち本病起り毫も影響を止めない。これに由つて觀る可き爾來治愈例として多數報告したものの中には、疑ふべきものもまた甚だ多く、學者大いに注意せねばならぬ。

豫後 診斷が確定して經過の久しからざるもの、神経衰弱及びヒステリーの一部症候でないもの等は、豫後概して良である。治療さへ加へれば殆んぞ全治する。しかしながら神経疾患は屢々間歇が永く、或は忘れた時代に再發するが故に全治云つても疑はしい場合がある。

豫後

ノイローゼ云つても一般神経が興奮してゐるものは甚だ頑固である。この経過が既に久しく、全身状態が不良で、神経系の抵抗力衰へ、且つ病機の蔓延したのも同様である。例へば経過の久しいのは、その間に解剖的變化が加はつて豫後が變ずる。鼻性喘息の如き既に肺氣腫の合併したるは全治の望がない。次に神経の興奮性關係がある。元來は鼻より發來し或は發來すべき疾患が、爾他の知覺神経より發生するこゝにあるのである。この場合も然かし鼻の治療を止むべきではない。多くはこれに由つて發作微弱になり且つ度数を減する。また患者の特異性があつて因つて罹病したときは、豫後は良きは云ひない。これらは患者に注告して危きに近づかしめないこゝを要す。また鼻の治療も併せて行ふべきである。就中病因が鼻神経過敏に存する時、特に然かりである。バセドウ氏病、癲癇、若しくは癲癇様發作、顔面神経痙攣、偏頭痛及び神経痛も、また諸種の治療法にて治せざれば、鼻性反射神経疾患としてその治療を加ふ。豫後の言明は周圍の事情に由りて難易がある、一般的に頑固の反射神経疾患と雖も、鼻性であれば或は嗅器に關係なく爾他の病因があるとしても、適當の治療法に由つて目的を達するこゝが出来る。

治療 Therapie

反射神経疾患を誘致する局所刺戟を去るは、先づ治療の第一義である。刺戟及び求心性神経を侵す部位に由りて、各専門を異にする。しかし鼻より發生する反射神経疾患は最も多いから、鼻科を訪づれるもの夥しい。而して治療するは慢性加答兒、鼻中隔彎曲症及び新生、癒著症、異物及びその他である。また適用する藥物並びに方法は嚮きに述べた。反射神経疾患に關する鼻内治療は別に説く必要がある。

ハック氏は鼻の腫脹體を以つて反射を仲介するものと思へ、電氣燒灼を以つて治療せんとした。その結果は驚くべきものがあると思言してから、諸家は競ふてこれに走り反射神経疾患の治療としては唯一のものとなつた。ハック氏はこれに由つて反射の發生する部位は残らず潰崩すると思ひ、粘膜肥厚も誘因であると思へば直ちに燒灼した。加之ならず電氣燒灼にて刺戟層を全滅せんとし。反つて後遺症として深大の癍痕、血行變化、神経末端の變化を起しても弊害ならずとし、却つて優點だと思ふものさへある。然かし早くチム氏 Ziem 及びヘイリング氏 Heryng 等のこれに對する警告があり。電氣燒灼は漸々その聲價を失墜した。即ちこの法が往々適當せざる許りでなく、反つて有害なるを知つた。既に云つたように電氣熱灼の爲めに喘息、眩暈、嘔吐、神経痛及びバセドウ氏病を將來したものがあるのである。猶ほ甚だしいのはキャンラン氏 Quinlan の如く中甲介を燒灼して、直ちに腦膜炎が起り。遂に鬼籍に上つたものさへあつた。かく重態の損傷を招くは稀少なれども、屢々重要な鼻の生理的官能を喪失せしめ、障碍が永く治せざるものがある。されば從來は電氣燒灼を以つて唯一の療法としたが、今日に至つては稀に應用されるに過ぎぬ。

次ぎの療法は電氣燒灼法の當時から行はれたもので、鼻内變化が顯著なる場合に特に適應してゐる。即ち緩和なる化學的腐蝕剤を用ゐる方法である。ヘイリング氏はクロム酸を賞用し。ハイマン氏は發煙硝酸を可なりと思ひ。爾他の諸家は硝酸銀及び三鹽化醋酸を推賞してゐる。優點とするところは癍痕を遺さず痙攣が起らず。また他藥に比して疼痛が尠い等である。ユウラツツ氏はこの點から三鹽化醋酸を賞

用する云ふ。即ち結晶片を病的粘膜に貼るか或は塗擦する。ノイローゼにては神経性鼻炎が局所腐蝕に由つて全治すること著しい。アウエリス氏 *Avellis* はこれに反対の意見を有して居る。しかしウィンクレル氏 *Winkler*、ジベンマン氏 *Zibmann*、リント氏 *Rint* 及びキリアン氏 *Kilian* 等の賛成があり、今日に至つては一般諸家の賞用するところとなつた。オノヂ氏 *Onodi* は腐蝕する外沃度グリセリン塗布並びにマッサアジを併用する。

猶ほ疾患の發作を緩和にし或は對症療法に用ひらるゝ藥劑が甚だ多い。ペーゼット氏 *Paget* は枯草熱の發作時には石炭酸及びアムモニア水の同量を吸入せしめ。ベシヨウルキル氏 *Beschorner* はカムフル液或はカムフル蒸氣を用ゐる。または百露バルザム二〇・〇クロ、フォルム五・〇及び酒精五・〇の合劑を用ひる。これは沸騰してゐる一〇立湯中に一茶匙を加へるのである。また諸家に由りキニーチ、ザリチュール酸及び昇汞の〇・二五%を鼻に注入するものがある。硼酸を吸入するものもある。或は全身平流電氣を應用するものもある。フェルベル氏 *Ferber* は對抗刺戟にて荒療治をしてゐる。即ち發作時に耳を強く摩擦するが如きである。また重態であればモルヒネの皮下注射をも辭せない。

鼻より發來する反射神経疾患なれば、その型を異にしても鼻粘膜を腐蝕して神経性鼻炎と同様の効果あらねばならぬ。こゝには化學的腐蝕劑にて十分なれども、往々電氣燒灼を用ひる事がある。また喘息、痙攣發作及び神経痛等に對して、如何なる對症療法が好適してゐるか一々處方を掲げぬ。一律一體に反射神経疾患を治せんとするは蓋し甚だ困難である。また鼻病が遠隔せる部位の刺戟より發來した時は、

反射神経疾患の療法もまた稍々異なる。例へば女性生殖器に原因があれば婦人科の療法に待ち、爾他の臟器に病機があれば内科的治療を加へ、或は外科臨牀を訪はしめる必要もある。終に一言すべきは全身神経衰弱並びに過興奮を伴ふ鼻性反射神経疾患である。この療法には方面を變へて先づ生活状態を改良し知覺神經に加はる不良の障碍を去る。例へば精神上の過勞、興奮過劇、室内職業、アルコール及び煙草の亂用並びに房事過度等を戒める。また神經の抵抗力を増す衛生上の法則を守らしめる。それには食養規定は勿論種々の水治法もある。患者に適應して冷布纏繞、冷水摩擦、冷水灌洗及び冷水浴等がある。また山岳並びに海濱に滞在することも甚だ効果がある。フレンケル氏 *E. Fränkel* は中甲介並びに下甲介患者には海水浴は適せず云ふもユウラツツ氏は大にこれを推奨してゐる。鎮痛劑もまた往々卓效を認めることがある。例へば臭剝、纈草類、キニーチ及び亞砒酸の類である。

中毒疾患篇

特種中毒疾患

吸入せらるゝ有毒瓦斯は鼻腔、咽頭の粘膜を侵し。有毒の液體若しくは物質もまた通過する咽頭或は喉頭上縁を毀損する。即ち上氣道は局所局所に於て中毒されたこゝが著明である。これに反して聽器は直接に障害を受けるこゝは稀少で、多くは内服に由つて吸収される時侵襲されるのである。

有機並びに無機の毒物が上氣道粘膜に加はる時、その症候は種々である。先づ鬱血及び噴嚏刺戟、咳嗽刺戟等を主症とする。

毒素が吸収された場合例へば聽器に現はれる中毒症候は耳鳴である。また喉頭に於ては失聲症及び嘶嘎である。

スツッフエル氏 Stuffer は中毒性失聲症に就いて、下の如く云つてゐる。毒が全身に及んで全身衰弱を起すこゝに無力症 Adynamie を將來し、總べての官能と共に神經中樞の官能が阻害される。こゝに於て聲帶もまたその官能を失ふのである。この外にまたアルカロイドもまた無力性言語障害を招致するこゝに屢々である。耳鳴を起す藥物はまた往々聽力障害を伴ふ。而して中毒作用は恰も血行器に於け

るが如く一旦吸収されて起るものである。例へば興奮劑に由つて錯覺性耳鳴が起るが如く、中毒は聽器に局限するものではない。

酸類及び鹽基

酸類及び鹽基は直ちに粘膜に作用して、これを腐蝕し種々の症候が現はれる。就中酸類は腐蝕作用が多く、組織の凝固壞死並びに痂皮を生成し、表面的に作用するを特徴とする。鹽基類は稍々これと異り組織を融解せしめ組織缺損を招來するのである。而してその表面は腐蝕しても境界が明割でないものである。この二種の中毒が合併するに、恰も炎症が劇しく腫脹が起るようである。此の如き中毒は飲用した毒物に由つて來たり。咽頭及び喉頭入門を腐蝕し、會厭軟骨及び會厭披裂皺襞に互つて浮腫が著明となる。而して生命の危険は、斯く喉頭狹窄を將來した場合なのである。

酸類或は鹽基類が侵したる粘膜組織は、治癒することもありまた痂痕を生成することもがある。治癒したる時は痂痕が表面に在つて平坦である。然からずして痂痕收縮の甚しきは喉頭入門と咽頭深部の癒著を起し。ここに畸形を後遺するのである。此の如き中毒症候は硫酸、鹽酸、硝酸または苛性加里液、苛性曹達液、アムモニア等に由つて起る。

格魯兒酸亞鉛

格魯兒酸亞鉛もまた酸類に似た作用があり、粘膜を破潰するに著明である。ヤクシユ氏 V. Jaksch が報告した例は、格魯兒酸亞鉛鹽酸を飲用した者にて、喉頭は甚だしく癒著し、遂に狹窄症に陥り氣管切開を必要としたものである。

格魯兒酸

無機鹽類では**格魯兒酸**の中毒を見るに屢々である。これはこの科に於て治療上腐蝕劑として應用する

からである。急性中毒は治療上適用するが如き少量にても起り。局所症候の外に一般中毒症候を招致するところがある。慢性中毒は格魯兒酸工場に於て屢々實驗するものであつて、粘膜深部まで侵襲するものである。即ち格魯兒酸鹽を塵埃として呼吸する時は、初め鼻粘膜の炎症が起り。直ちに鼻中隔が鼻甲介前端が腐蝕して潰瘍となり。衄血を伴ふ、遂に鼻中隔穿孔を残す。また潰瘍は吸氣の通過する範圍に起るべく、例へば扁桃腺、口蓋帆及び咽頭後壁等に於て屢々これを見る。加之ならずザイフェルト氏は歐氏管より鼓室の化膿性炎症を將來したものを實驗したに云ふ。

沃度鹽類

沃度鹽類特に沃度加里の内服が多量であるに往々上氣道の危険症候が起る。既に臨牀上にも粘膜の腫脹發赤が起り分泌過多となり。鼻加答兒、涙漏、咽頭炎及び喉頭炎の如き症候のあることは人の知るところである。古來の文籍を見ても危険症候があつた症候が尠くない。氣管切開を必要としたものもまた數例ある。而して危険症候の誘因は、喉頭浮腫である。浮腫は喉頭の各部位に來り。例へば側壁に來たり。喉頭入門に來たり。また聲帶下部の側に來たり、或は兩側に來たるが如きである。浮腫並に發赤する原因に就いては知見が尠い。用量が多い爲めでもない。ローゼンベルグ氏は少量の沃度加里にて直に中毒したものを報告してゐる。シュミゲロフ氏 Schmiegelow が報告した二例は、何れも氣管切開を必要としたるものであつて、五%を三食匙づゝ服用してゐたが、突然喉頭浮腫を將來した。またハイマン氏 Heymann は例外とも云ふべき症例を報告してゐる。即ち數週間沃度を服用して初めて浮腫が起つたもの。他は服用を廢してから起つたのである。蓋し藥劑を續用するに患者は習慣性になつて中毒の憂が尠かるべく

醫家もまた用法に注意するに至るから中毒は減する筈である。而して中毒症状の起る原因に就いては確説はない。ローゼンベルグ氏は腺の存在を必要とし吸収されて初めて中毒する云ふ。アウエリス氏は一側性廻歸神經麻痺にて沃度浮腫を實驗したが沃度中毒は神經の徑路を行く一種の脈管神經疾患と見做した。レウイン氏 G. Lewin はこれに反して沃度浮腫を起す患者は喉頭の微毒性疾患ある者であつて沃度反應の甚だしいものである云ふ。

聴器

聴器に來たる沃度中毒の症状は耳鳴、重聽及び重複音等である。耳鳴及び重聽は咽頭粘膜の加答兒に於ても起る。これ歐氏管の急性加答兒は殆んど隨伴症候であるからである。しかし中耳粘膜の中毒も考ふべく、その腫脹及び滲出は必發するものである。重複音を聴くも特徴であるがモース氏の記載したるは沃度内服六週の後ち沃度發疹、沃度鼻加答兒及び左耳聾である。而して重複音を感じた。

亞砒酸

沃度中毒に際して應用される藥劑は貴蓉劑及び重曹等である。亞砒酸を取扱ふ職業は世間に甚だ多い。而して中毒するに鼻腔、鼻咽腔及び喉頭に及んで聴器もまた免れない。外聽道には潰瘍を報告されたが、内耳特に前庭神經侵され、耳鳴、眼球震盪、均衡障礙を來たすことがある。砒素を服用するに彼の砒食者の如く失聲症に陥る。ゼリグミュレル氏 Seligmüller は聲帶麻痺も實驗した云ふ。ハイマン氏もまた亞砒酸中毒に關する左側廻歸神經麻痺を記載してゐる、患者は青酸瓦斯をも吸入してゐるから、何れを病因と做すべきか明割でない。

鼻腔及び鼻咽腔の加答兒はザイフェルト氏が述べて諸家もまた實驗したところである。主として亞砒酸末を吸入して起る。好發部位は鼻中隔であつて腐蝕して潰瘍が生じ軟骨中隔は往々穿孔するのである。テプリッツ氏 Topfitz は三十一例の工人にて十九例の鼻中隔穿孔を證明した云ふ。

慢性鉛中毒

慢性鉛中毒を起すのは酸化鉛、水素酸鉛、赤色過酸化鉛等であつて喉頭麻痺はその主症とする。實驗に由つて症候は甚だ異り定型的の麻痺ではない。即ち内轉筋及び外轉筋に來たるこことがある。また麻痺は側環狀披裂筋、披裂間筋、後筋(二側若しくは兩側)及び廻歸神經等に局限するこがある。従つてマッケンヂイ氏が中毒は専ら内轉筋にのみ起り、鉛中毒もまた伸筋のみを侵す云つたのは、甚だ當つてゐない。クラウゼ氏はまた發聲障礙及び意向搖蕩も鉛中毒に實驗した云ふ。

聴器

鉛中毒は豫後甚だ佳良で普通の療法にて治る。工人は暫くその工場を去らしめるこが肝要である。聴器に來たる鉛中毒の症候は耳鳴である。また漸次聽力が減退する。ウォルフ氏はその症候に就て研索したが重聽の程度及び性質は種々ある。或は中耳疾患であり或は内耳疾患のこがある。就中一例は突然重聽が起つたが漸々治癒した。これは蝸牛殼の滲出が起つたが、再び吸収された實例である。鉛中毒は迷走神經及び視神經の如き腦神經を侵すものであるが、聽神經もまた考へられる。しかし耳鳴を證明するに鉛中毒に由る脈管硬變を見做すが如きは確説ではない。

水銀中毒

水銀中毒は口腔及び咽頭の粘膜に現はれるものであつて鼻腔及び喉頭を侵すこがない。ヤクシユ氏は昇汞水三匙づゝ用ひて急性昇汞中毒が起つたこを報告してゐる。口腔、口蓋帆、咽頭、會厭軟骨及び披裂會厭皺襞の粘膜は腫脹して白色の厚苔あり。聲帶は僅かに發赤せるのみ。十九日の後ち、検査した

るに腫脹が去つてその部位に潰瘍を遺した。二十五日にして剖検したるに瘻痕が不良であつて組織缺損を見た。

聴器の感音装置に對しては鉛と類似した作用がある。銅、アンチモニー及び燐に中毒するに嘶嘎が起る。燐中毒にては往々咽頭器關の血管侵される。例へば咽頭扁桃腺しばしば侵され。銅及び燐の中毒は往々工場生活に見るべく、急性鼻加答兒が起り鼻中隔もまた格魯兒酸に於けるが如き變化を見る。

硝酸銀

硝酸銀の中毒は工場に於て稀に見らる。ヤクシユ氏は皮膚と同じく口腔、舌、鼓膜及び喉頭の粘膜に於て黒青色の色素が沈著し斑點を止めたのを實驗した。

ベンゾール屬の藥劑は極量以上に用ゐなくても屢々聴力障礙を起す。これに反して上氣道は中毒するにこそ甚だ稀である。若し症候あれば咽頭粘膜に紅斑を見ることはキニーチ、アンチピリン及びサリチユール酸の如く、天疱瘡様の發疹を見るにこそアンチピリンの如くである。また粘膜出血も往々實驗せられた。

エプスタイン氏 *Ebstein* はサリチユール酸工場に於て其の中毒を研究したが、咽頭炎の外に聲帶突起及び氣管の浮腫性腫脹を實驗した。ヒルベルト氏 *Hilbert* はアンチピリン及びアンチヘブリンを用ひて芳香(例へば肉桂)を感じたことを經驗し。ラワレイ氏 *Lavallee* はザロールを用ひて浮腫性安魏那が起つたのを實驗した。

ストリヒニン中毒は聴神経の過敏を將來する。即ち初め聴覺刺激があつて全身痙攣を招致するに至るこ

こがある。

キニーチ、サリチユール酸はアンチピリンと同じく耳鳴及び重聽を將來するのである。其中毒作用あるは醫家の熟知するところであり、ウエベルリール氏及びキルヒテル氏はこれに就て臨牀上並びに病理解剖的研究を遂げた。これに由つて觀るに二藥の作用は甚だ相似て、キニーチは劇しいけれども恢復速にサリチユール酸は微弱であるけれども作用持續するの差異がある。例へば鹽酸キニーチ一瓦及び楊曹四乃至五瓦を用ゆるに一は一時間乃至一時間半にして耳鳴が起るが他は二時半乃至四時間を要する。初め耳鳴のみを訴ふるが、漸次重聽が加はり、且つ重聽の後遺する事が久しい。サリチユール酸にては數ヶ月も持續を要す云ふ。聴力障礙に就てキルヒテル氏が説明するは、キニーチ一瓦サリチユール酸二瓦にて鼓室及び前庭の粘膜溢血を起す。これは聴器の直接中毒でなくして血壓變化に由つて起るのだ云ふ。迷路溢血の原因に就ては確説はないが藥劑の吸収が不十分である云ひ。ウエベルリール氏の如きは此の藥にして後遺する重聽が普通の重聽より永久性なるを以つて説明せんとした。近時キニーチ及びサリチユール酸中毒の研究が流行してウキトマーク氏 *Wittmack* は動物試験にてこれを研究し。聴神経纖維、神經細胞またコルチ氏器が侵されるを實驗した。著者も同様の實驗を爲し之を認めてゐる。魚中毒の原因はブトマインである。粘膜が乾燥して恰もアトロピンを用ひた場合に似てゐる。ヤクシユ氏は延髓麻痺、咽頭麻痺及び喉頭麻痺を記載してゐるが、喉頭鏡を用ひて研索したものではない。スツツフェル氏は魚類が異なるに由つて、嘶嘎が起る程度もまた異なる云つてゐる。

急性傳染病篇

一、麻疹

耳科疾患

聽器に於ては、他の急性傳染病よりも遙かに検査法の容易な解剖的關係に在る。先づ麻疹屍體に就いて研鑽を遂けたるは、トバイツ氏 (Tobeitz) ルドルフ氏 (Rudolf) ヴットオルド氏 (Bezold) 及びハーベルマン (Habermann) 氏等で、その研鑽の結果は、麻疹に來たる聽器疾患の性状及び傳播に就いて相一致したものである。就中ベツオルド氏の業績の價値は患者の生時に於て研究したと言ふにあつて概して著明な病變を認めなかつたようである。ルドルフ氏がベツオルド氏の指導の下に剖檢した十六例、ベツオルド氏の十七例、トバイツ氏の十七例、ジイベンマン氏の六例、ハーベルマン氏の七例の報告がある。これに由る二例を除外する外は皆急性中耳炎の存在を認めたのである。蓋し中耳は麻疹發疹の好發部位なりと謂ふ。而して合併せる急性中耳炎は他部の發疹が消失しても、猶ほ殘存するミ唱へる學者もあるが、ベツオルド氏の所見に依るミ、發病から三日乃至三十三日の間に來たる。

ベツオルド氏は新鮮な中耳合併疾患を記載して居る。即ち麻疹の初期發疹があつてから、大抵第一日乃

至第三日にして、鼓室粘膜には廣汎性の充血、腫脹を認め、鼓室は多少の分泌物を以つて充溢される、尙ほ注意すべきは、乳嘴竇及び乳嘴蜂窠の粘膜に於ても、その充血及び腫脹を證明する言ふことである。

停滞してゐる分泌は決して純漿液性ではなく粘液膿性、或は漿液膿性、または全く膿性であつてこれは歐氏管狭窄に依るものも異なるのである。粘膜血管の充血もまた一樣不遍なものでなく、分布偏在して或は點狀なこともあり或は斑狀なこともあり猶ほその上に往々、纖維素性沈著(即ち義膜)を見ることもある。粘膜腫脹の程度は、尋常の中耳炎の場合と異り、多くは軽度にして、また粘膜が潰瘍に陥り、骨壁が露出することがある。鼓膜は諸家の研鑽に依るに麻疹に於ては侵蝕されること餘りなく、極めて抵抗力に富むものである。猶ほ、麻疹の後ち、三十三日で剖検した例があるが、鼓膜は肥厚を認めたのみで尋常の性質であつた。

従つて麻疹患者に耳鏡検査を行つても以上の時期にあつては著明な變化を期待することは出来ない。また自覺的症候も一般に劃然としながら、麻疹に合併した中耳炎は多くは臨牀上の症候がなくて経過するわけである。

豫後は従つて佳良で、炎症が去り、滲出液が吸収される時に、恢復するものが多い。

然らば麻疹に來たる聽器疾患は斯う極めて簡單なものかと言ふに、これを以つて總べての場合を律することが出来ない、また屢々麻疹に際して、急性中耳炎を起し、而かも鼓膜穿孔を以つて経過すること

あるは臨牀家の認めるところである。特に處置が不完全な場合には、慢性の経過を取つて進み骨カリエスを起して、肉芽増殖を來たし、或はコレステアトームを生成したりするなき、凡べて一般の中耳炎の場合と異なることがない。實に總べての中耳炎はその五・二%に於て麻疹に原因する言はれてゐる。

その豫後もまた適當の處置法をも加へずに治癒するが如き佳良なものでない。即ち、麻疹中耳炎は普通の中耳炎のように頑固な疾患であつて、實にその四%は聾啞の原因となるを見る。然かし麻疹中耳炎もまた全く悪性のものではなく、たゞ他の急性中耳炎と同様に、慢性化膿を來たす言ふことを心得てをればよい。ブラウ氏(Blau)の實驗した二十八例は、麻疹による中耳化膿症であるが、みな何れも聽力障礙を残さずに治癒した言ふ。また骨カリエス及び膿瘍生成は、一般の中耳炎のように頻發するものでない。

中耳炎は麻疹の第二週乃至第三週、即ち、落屑期に來たることが多いが、但し文獻には麻疹の初期發疹と共に發生した言ふ二例もある。

また疾患の経過は、みな一樣であるとは言へないが、また例外を看做されるもの二三を述べる。ブラウ氏の實驗したものは、麻疹の發生から、五日目で中耳疾患は起さずに、反つて外聽道の實扶的里が起り、次いで咽頭實扶的里を誘發したものである。ハウグ氏(Haug)の實驗例は、麻疹の落屑期に、先づ乳嘴突起のカリエスが起り、次いで中耳化膿症を續發したものである。モース氏(Moos)の例は麻

疹に合併して突然、内耳疾患を起して聾さなり、次いで眩暈症状を繼發したものである。麻疹中耳炎の性質及び経過はこれを區別して凡そ二種とみなすことが出来る。即ち第一経過はベッオールド氏の證明した中耳炎であつて該粘膜の純正麻疹と看做すべきものである。第二の経過は中耳化膿症であつて鼓膜穿孔を伴ふものである。即ち混合傳染に由つて起つたものと思はる。而して麻疹の病變の爲めに粘膜は衰弱して、且つ抵抗が不變とすれば、特にこれを助成するものである。

諸家、特に、ワーゲンホイゼル氏 (Wagenhauser) などは経過に就いて、鼻咽腔から歐氏管を通じて、遂に中耳に達すと言ふ考へを抱いてをるが、また以上の解屍所見を綜合して見れば、正説とは思はれない、たゞ二三の場合に適合する経過であるを稱すべきである。

急性中耳炎の初發と同時に發疹を認める時は、呼吸道の粘膜にもまた發疹ありと推定して、一種の一般症候に分屬する一症状なりと看做すことが出来る。ベッオールド氏の研鑽によつて中耳に來たる麻疹性加答兒の経過が緩慢であること、及び粘膜は再生機能尠く、従つて肉芽増生の傾向無きこと明白になつた。従つて麻疹は一旦経過して猶ほ一週間にては免疫質にならぬこと知られる。

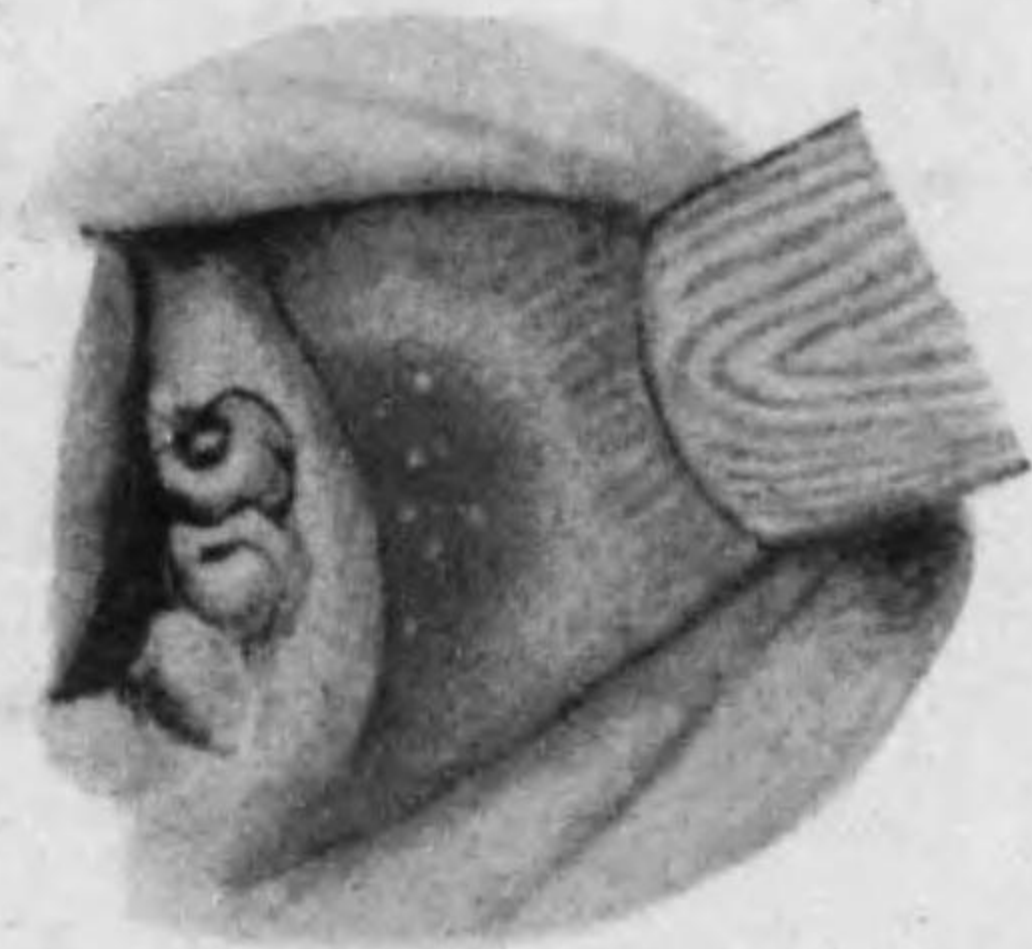
上氣道疾患

患上氣道疾

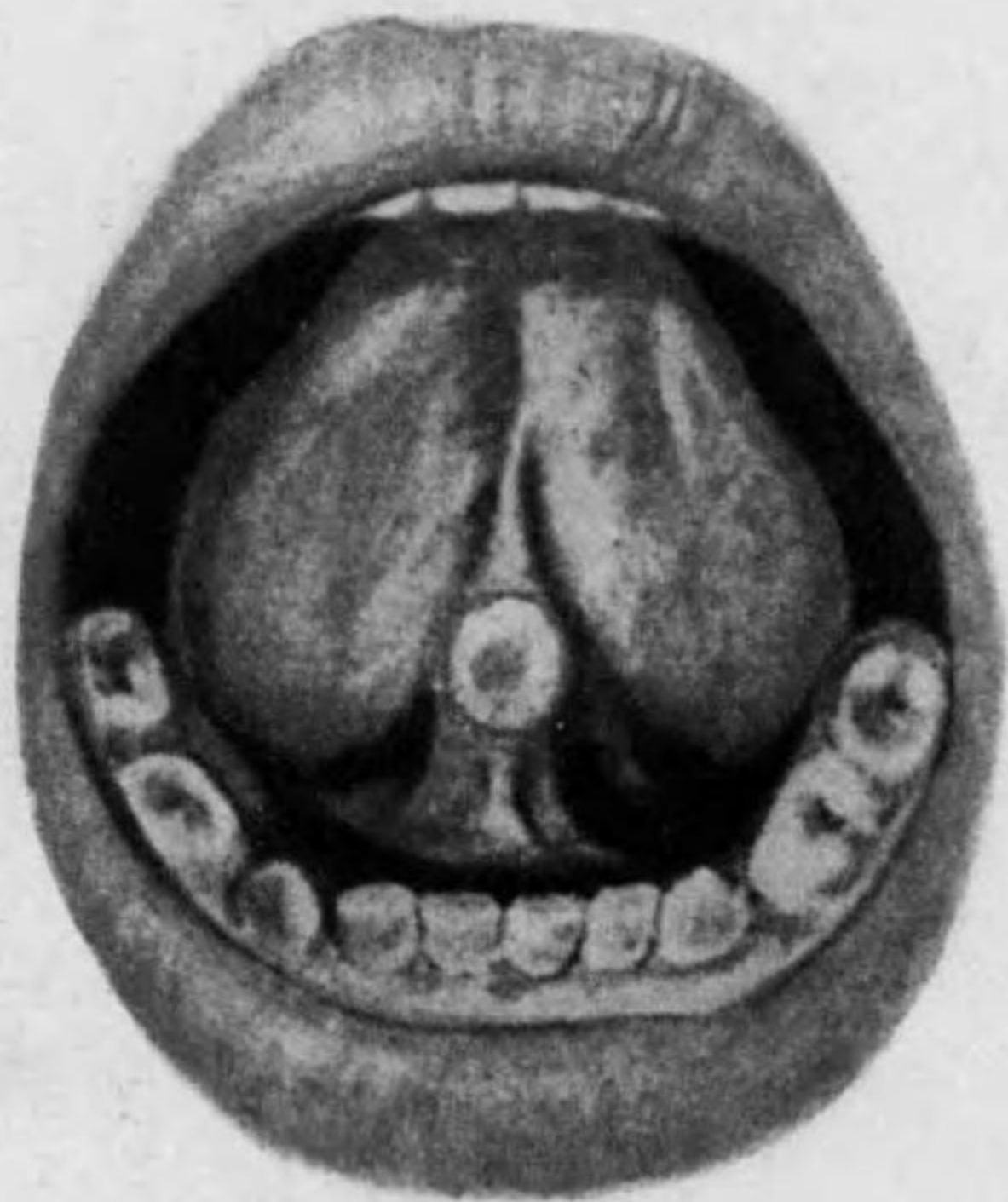
上氣道の粘膜に來たる病變は加答兒であつて、外部皮膚よりも前驅する發疹である。この症候は規則正しいもので、殆んぞ看過されることはない。たゞモンチ氏 (Monti) の報告による貧血高度な患者、或は既往疾患に由つて羸瘦した患者では誤診することがある。

麻疹の前驅期にあつては咽頭及び口蓋に不規則に散在する發疹を認む、殊に著明なるは咽頭側壁及び後壁である。これに次いで後口蓋弓である。また同時にコプリック氏 (Koprik) 斑を頬部粘膜に於て見

第十七圖
コプリック氏斑



第十八圖
百日咳長性帶潰瘍



るもので、猶ほ頸部の乾燥感を伴ふこともある。

次日になるに粘膜は多く濕性となり、また粘膜の固有な發疹を見るようになる。發疹の起點と看做されるは主として口蓋帆で丁度盛花のようになることあれば、或は孤立性なこともあり、或はまた小斑の集簇のようなこともある。モンチ氏に由るに粘膜面から隆起して、大小不同の赤色丘疹を形成するもの

で、通常これから十二時間乃至二十四時間を経て皮膚の發疹が來るのである。トバイツ氏は發赤及び腫脹の外、猶ほ軽度の腐蝕によりて起る結痂を咽頭に視て、これを上皮の壞死と做した。喉頭にもまた他の加答兒性病變の場合と同様な(例之へばインフルエンザ)症候がある。

即ちケルハルト氏(Gerhardt)の報告に由るに、喉頭粘膜には斑紋狀の鮮赤色を呈して、尙ほその間にまた散在する礫のような顆粒があると言ふ。かの喉頭炎は多く麻疹の初期より發生するものであるが、また後期になつて現れることもある。而して嘶嘎及び咳嗽を來たして、屢々格魯布性咳嗽を見ることがある。トバイツ氏の述べた上皮潰瘍はケルハルト氏の説明では粗鬆となつた粘膜が咳嗽刺戟によつて器械的に生じたものであると言ふ。

格魯布性
喉頭炎

格魯布性喉頭炎は麻疹の合併症として來たること稀少でトバイツ氏は剖檢の際に、その上皮の缺損した粘膜が鮮紅色を呈して多少腫脹して且つ格魯布性沈著の薄層をば實驗したと言つてゐる。氏の説では多く輕症のもので狹窄症狀を誘發するようなことは殆んどない。

麻疹の経過中に實扶的里の合併を見ることがある。しかも實扶的里性喉頭炎は珍奇の症候とは言へない。

猩紅熱

一、猩紅熱

耳科疾患

耳科疾患

猩紅熱は總べての傳染病に比較するに最も多く聽器を侵すもので、聽器疾患の病因として重要なものである。然かるに往時の文獻としては、十五例中に五回及び三十六例中に八回の中耳疾患を實驗したと言ふブルクハルト、メリアン氏(Burckhardt-Merian)の報告があるのみである。近來に至つてはこの問題に關する業績頻出し、且つ研究の材料も實際に増加した傾向があり、中でも經驗の豊富なるを以つて最も信憑し得るは即ちベッオールド氏の報告である。

氏は千八百八十一年から千八百九十二年の間に於て、猩紅熱に關係のある耳患者九百八十四人を診察して、そのうち六百四十例は猩紅熱の耳疾患であることを確診した。しかもその半数は兩側とも侵襲されてゐた。その後には氏は一萬七千八十七人の耳患者の統計を作成したところその三・七五%は猩紅熱が原因と見做された。また他の諸家の統計では二・三%及び九・三%で平均すれば五・一七%であり即ちベッオールド氏の統計と略ほ相一致するようである。

聽器の侵襲せられる部位的關係は、中耳が第一で内耳及び外聽道は比較的稀れであり、通常中耳化膿症の統計に於て二・二%は是れに由つて將來したものを見做される。

聽器の官能障礙及び繼發症に就いて、またベッオールド氏の統計を基礎として述べれば、二百十七例の慢

性中耳化膿症のうちポリプ生成を見たるは百九例で、また三百十五例の慢性中耳化膿症のうち百五十四例は増殖症を見なかつたが實に八年間も治癒しなかつたものである。

聽力検査の結果は嘔語で距離半メートル以下のもの四八・五%あり、嘔語の全然聾するものが一三・五%あつた。しかも猩紅熱の経過した後ち聾啞を來たしたものが稀ではなく、その統計は殆んど一九%もあつた。實に猩紅熱は耳科醫のみならず、一般醫家の注意すべきを知らねばならぬ。

聽器に來たる猩紅熱の種類を述べれば、第一は猩紅熱耳炎の重態なもので、稍々稀少なるが實布埜里性 diptherische Form. と稱し即ち咽頭の猩紅熱實布埜里 Scharlachdiphtheroid と一致するものである。斯患に關してはホイブテル氏(Heubner)等が述べたるが如く雜多にして統一してゐない、聽器に於ても亦決まつた症型が尠い。就中ウレーデン氏 Wreden 及びブルクハルト、メリアン氏の業績は一般に認めらるゝが、これに由る中耳の實布埜里性炎を主要なりと見てゐる。しかもウレーデン氏の十八例で中耳化膿症を認めて、且つ麻痺を繼發したのであつて、猩紅熱に眞正實布埜里の合併した疑がある。ブルクハルト、メリアン氏は猩紅熱耳炎を實布埜里と混同して、解釋をしたるが如きも亦眞正實布埜里とは別に猩紅熱實布埜里を獨立せしめた。

モース氏(Moos)及び、ポリツェル氏(Politzer)の記載に由るに、猩紅熱に來たる耳疾患を單に實布埜里性疾患或は猩紅熱實布埜里性中耳化膿症に一括して、實布埜里性をば唯一の聽器合併症と認めるようである。猩紅熱に來たる實布埜里性中耳炎の記載のうち最も論難の點がないのはブラウ氏、カツツ氏(Katz)

及び、ジーベンマン氏(Siebenmann)氏等の業績の思ふ。

臨牀上の症候としては猩紅熱の経過中に、咽頭實布埜里を惹起し、急速に鼓膜穿孔を來たし耳漏を訴ふ、耳漏の性質は汚穢漿液性で、膿性ではない。中耳粘膜は格魯布性義膜を生成して外聽道に流出するようになる。

この猩紅熱實布埜里は中耳にのみ偏在するものではなく、外聽道にもまた耳翼にも現はれて、しかも頻々義膜を生成するに至る。ブラウ氏の實驗したものは末期に至るまでこれを認め、カツツ氏及びジーベンマン氏の實驗は猩紅熱の経過十五日乃至二十日で死の轉歸を取つた。ジーベンマン氏は死後中耳の義膜を鏡檢したが實布埜里菌を發見しなかつた。この病變は義膜生成に止まらず、粘膜は壞死に陥り、耳の骨壁が露出す、尙ほ進んで骨カリエスの生成を來たす、故に初めは汚穢漿液性の排出を見るも、後

中には膿性分泌も變り、實布埜里炎症は慢性化膿症となり、カリエス性の崩潰が著明となる。猩紅熱の中耳に傳達する徑路は咽頭の病變より歐氏管を通り、直接に中耳の實布埜里炎症を來たす可

せば、その説明は極めて容易ではあるが、また必ずしも左様とは言へない。急性中耳炎の來たるは落層期即ち第三週乃至第四週で、發熱も疼痛もを以つて初まる。疼痛は多く局所に偏在するが、また四圍に放散して、且つ日暮になるに激甚となり、睡眠を障碍するところがある。この時には既に下顎角の後方及び下方の淋巴腺が腫脹し尙ほ乳嘴突起及び項部に及ぶものである。

鼓膜は初め發赤腫脹し且つ凸隆して、鼓膜穿開術の最も適應な症候で、人工的に穿開しなければ數時間で忽然穿孔を來たすものである。また例外に耳疾患の症候はあるも、毫も疼痛がなくまた神經徑路の麻痺を起すこともある。

この猩紅熱中耳炎は症候に於て一般の中耳炎と區別し難い場合多いが、また注意すれば、穿孔生成の急速なること、その部分的の關係著しく、即ち多くは鼓膜の前下半に好發し、遂に全缺損を來たす等の特徴認めらる。ベッオールド氏の報告によるに猩紅熱耳炎の二五・二%は全部缺損を來たし、また二四・七%は三分の二の缺損を認めたと言つてゐる。排膿は多くは多量にして粘液膿性である。また中耳炎として特異なるはその經過極めて頑固にして、カリエスを起すの傾向である。初めは小聽骨を侵蝕し次いで中耳の骨壁及び副腔の骨壁を侵蝕するのである。猩紅熱の經過中に往々高度の重聽を來たすことがある。これは即ち内耳が侵蝕さるゝに由るんであるが、移行したるカリエスの迷路に波及すに由るか、或は別に疾患の特發するに由るかは未だ解決されない。

猩紅熱中耳炎の發生に就いては二途あつて、一は原發性咽頭炎が歐氏管を傳はり中耳を侵かすものである、これは多くの鼻咽頭加答兒の急性中耳炎を誘發する徑路と同一である。二は獨立的の發生と見做され即ち猩紅熱そのものの接觸或はその毒素の作用にて發生するものである。

抑も猩紅熱毒(Scharlachcontagium)の性質は不明であり、これに就いては假説のみが多い、しかしまた中耳に來たる合併症の發生期及び其の疾患の性質からして多少の解釋を試みらる。

猩紅熱中耳炎の發生は通常落屑期であつて、猩紅熱安魏那の時期には殆んど中耳は健全なのである。ただ稀に猩紅熱實布埜里を見るに過ぎぬ。しかしこの時期に於ての歐氏管及び中耳の粘膜を検すれば、一般に病毒の侵蝕に對して抵抗力が少く、猩紅熱毒に對してもまた同様である。従つて猩紅熱毒及び連鎖球菌の傳染に由りて續發的に發生するものであつて、多くは發病の一週間目である。

一方彼の落屑期に來たる腎臟炎を考察して見るに、膿毒症の一症候とも見做すべき一種の中毒疾患と解釋しなければならぬ。従つて聽器もまたその毒素の影響に由るものかと思ふ。腎臟炎及び中耳化膿症の平行することは、既にフォス氏 Voss の實驗によつて報告された。

即ち兩疾患の發病、増悪及び治癒が殆んど平行したのである。故に耳疾患も亦全身毒に左右されるものと思像される。

猩紅熱中耳疾患の細菌學及びその混合傳染に就いては未だ明確なる研究發表を聞かぬ。

上氣道疾患

上氣道疾患

上氣道に於ての猩紅熱の合併症を區別すれば、加答兒性猩紅熱安魏那、猩紅熱實布埜里の二症候となし得る。

加答兒性のもは麻疹の場合に似てゐる、これを區別するには猩紅熱の場合には猩紅熱の場合には主として咽頭口蓋帆及び扁桃腺を侵襲して、鼻腔、喉頭は之れに反して極めて稀であると言ふ點にある。侵蝕されし部位は深暗赤色或は紫色に變じ初めは不變なるが、數日を経るに斑點狀となりて、粘膜は乾燥して腫脹する。また

咽頭腔には乾燥感の外に痒癢感があり、屢々空物嚥下を來たすことがある。安魏那の發生及び經過に就いては一定したこゝ無きも通常は發疹の以前に來たり、しかも數日に互つて消失しない。重症性の猩紅熱にありては發疹がなく、大抵は一般症候が重態となつて死の轉歸を取る。しかも唯だ一つの症候として深暗青赤色の咽頭を見るだけである。従つて猩紅熱に由る言ふ診斷は困難で當時の流行または家庭の繼發疾患等に由りて初めて診斷し得るのである。

粘膜炎加答兒は傳染の初期には毎常表はれるもので、猩紅熱毒によりて淋巴腺に似たる咽頭淋巴環の侵蝕さるゝを認めるこゝが出来ぬ。即ちこの猩紅熱安魏那を以つて傳染の第一症候と見做すのである。加答兒性病變は他の合併症を誘發しない限り數日で治癒するが、また多くのものは連鎖球菌の混合傳染によつて猩紅熱、實布埜里の症候を將來するに至る。

猩紅熱實布埜里は解剖的には實布埜里に近い粘膜炎、潰瘍性炎症であり、病因的には稍々之れと異なり實布埜里との關係はない、レッフレル氏 Loeffler 菌を缺如するが故に實布埜里との區別は劃然としてゐる。ホイブチル氏は猩紅熱實布埜里を實布埜里の合併したものに見做し、近來に至るまで誤解を残したが、今日では之れを否定するものが多い。

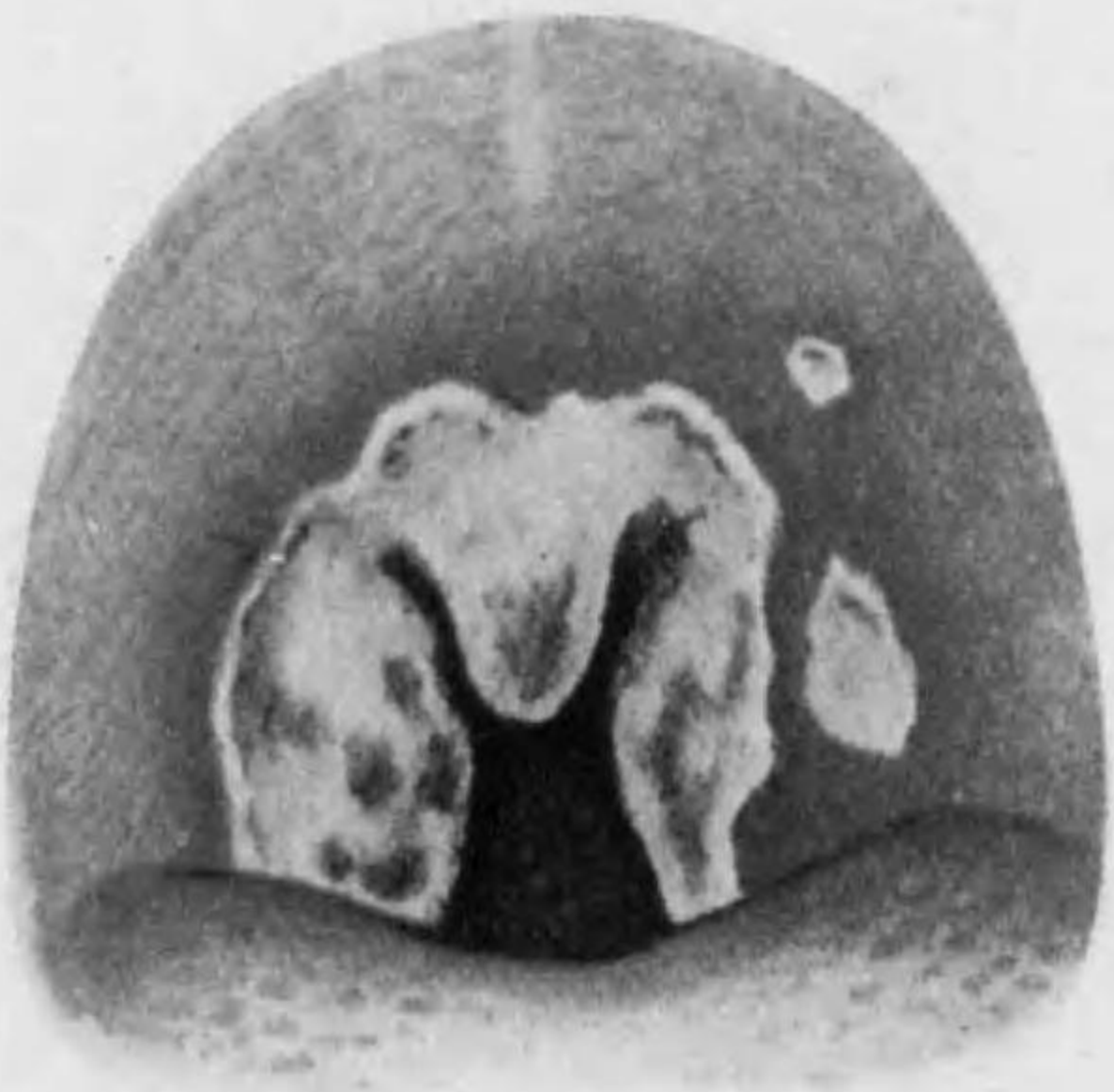
ホイブチル氏は臨牀上の經過に由りて、猩紅熱實布埜里を分つて、(一)輕症のもの、(二)遷延性のもの、(三)惡疫性のものとした。この三種の性質は同一で、ただ傳染の程度とその範圍と近部淋巴腺の反應する状態とに由りて區別されるのみである。

第四圖表

壞疽性アングナ



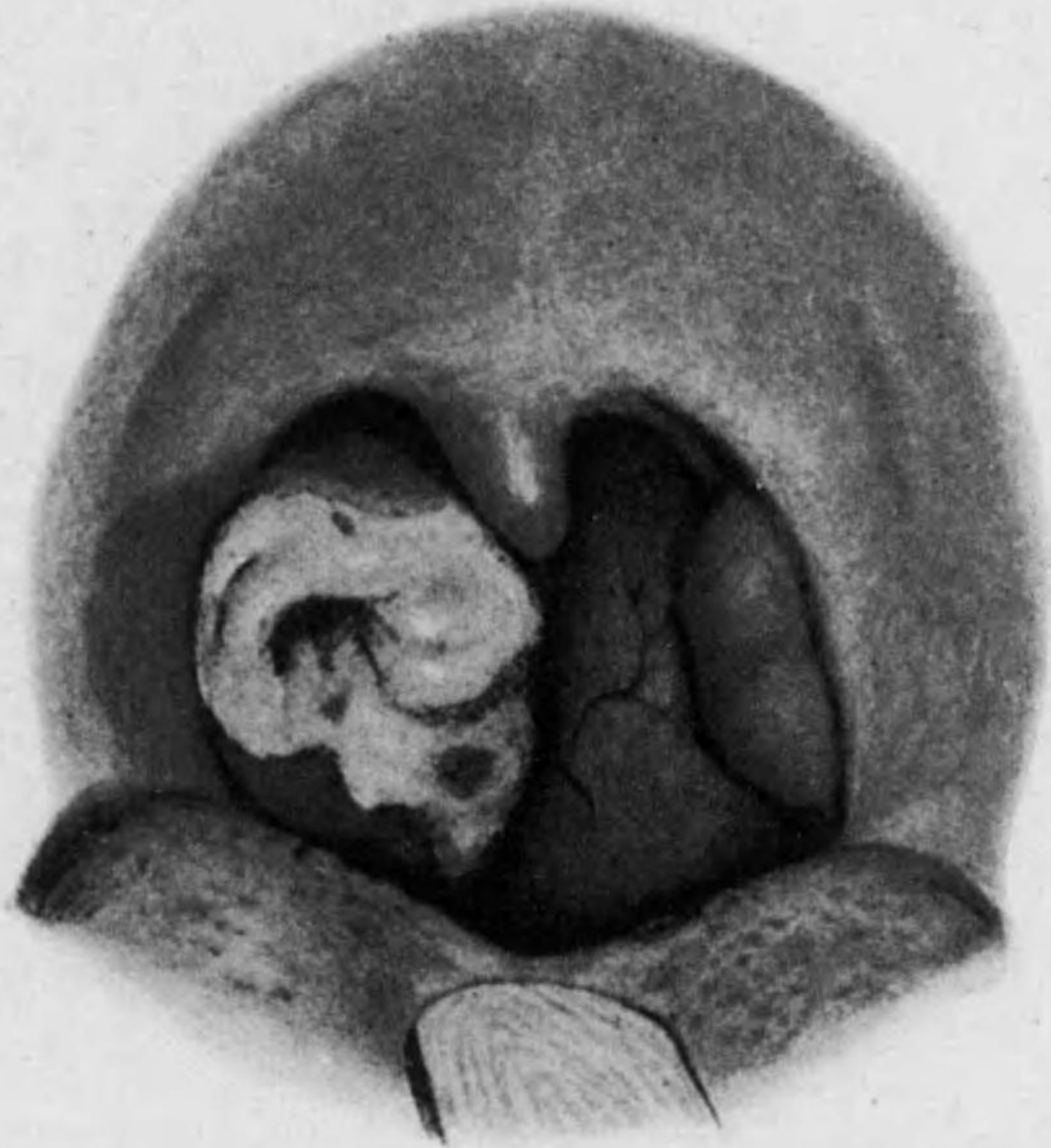
猩紅熱性壞疽性アングナ



第一の症候、即ち輕症 *leichte Form*. のものは、發病第一日乃至第三日で發赤したる炎症扁桃腺の表面に黄白色の薄い小苔生じ、それが癒合するに義膜狀となりて、鑷子で剝離しても出血しない。而して數日でこの小苔は消失して、更に扁平の潰瘍を生ず。この潰瘍は直に治癒するが、また顎下腺の腫脹を残すものである。猩紅熱實布埜里の四分の一ほゞは、ホイブテル氏の實驗に由るに良好なる経過を取つた。他は輕症のものに繼發して、第二の遷延性 *lenteszierende Form*. のものが來たり、また或は輕症のものも前驅することなくして來たる。ヒルシユフェルド氏 *Hirschfeld* は二百十一例のうち五三・六%を實驗したと言つてゐる。多くは良好なる経過の後ち第四日或は第五日に體温が昇騰して、腺腫脹が増大し黄色の小苔は扁桃腺のみでなく、咽頭後壁及び口蓋弓にも發生する。また實布埜里病機は深部に進んで、鼻腔、鼻咽腔及び喉頭にまで波及し、組織缺損を伴ふところの潰瘍は色々の形狀及び大きさを呈するに至る。かくの如き化膿性鼻炎 (*Rhinitis purulenta*) は多くは鼻咽腔より移行するもので、臨牀上には實布埜里性鼻疾患を區別すること困難である。早期診斷には腺腫脹の必要なるのみならず、ホイブテル氏の言ふ如く鼻鏡検査が必要である。鼻疾患の前驅なくして鼻孔より惡臭性の黄色薄液或は多少血性の排膿があり、鼻孔近部は往々腐蝕さるゝを認める。喉頭もまた加答兒性炎を示すもので特に注意する必要がある。而して進んでは喉頭狹窄を誘發することもある。ただ眞性實布埜里に比較するに遙に稀れであり先づ例外に屬する。喉頭に來たる實布埜里性義膜の眞正實布埜里のものに異なる點は、柔軟で粘稠且つ固著しないと言ふことである。また珍奇の例で

あるが喉頭水腫を將來して窒息した者もある。ムーア氏(Moore)は會厭軟骨及び左側假聲帶上部の膿瘍を實驗した。その膿瘍は猩紅熱の發生後十日で自然に崩潰して瘻孔を生成したと言ふのである。粘膜の廣汎なる潰瘍性破壊を示す組織缺損は、概して鼻咽腔及び口蓋帆に出現するもので、治癒の後ち

も尚ほ終生の缺損となり、または癍痕性癒著を誘起して特に口蓋帆及び咽頭壁の間に存在する時には往々微毒性潰瘍と誤診される。また鼻腔内にては猩紅熱實布埜里の後ち癒著(Synechie)が残ることがある。鼻骨部の侵襲を見ることは殆んどない。第三の悪疫性のもの Pestartige Forn はホイプテル氏が創めて記載したところのもので、臨牀上から言ふと激甚なる膿毒症の一般症候があり、忽ち鼻腔及び咽頭腔の粘膜を崩潰して、初めは頸腺及び耳下腺の板



第十圖
(型—リテフヂ)ナギンア氏ンサンワ氏トウラフ

狀腫脹を誘發して、次いでその悪性膿瘍を將來し、尚ほ外部皮膚の壞死を見るに至る。疾患の経過は急速であつて、ホイプテル氏臨牀に於ては二百十一例のうち一六・三%の死亡率を示し、且つその経過は發病後七日乃至十日であつたと言ふ。

猩紅熱の際の實布埜里性疾患は真正實布埜里(有菌性)に比較すれば顯著な區別がある。即ち真正實布埜里にありては後發病として末梢神經麻痺著しく、特に口蓋帆及び喉頭に於て著明である。然かるに猩紅熱に於てはこれを見ることがない。

ライヒテンステルン氏 Leichtenstern 及びホイプテル氏は、六百例に就いてこれを證明して報告した。ウレーデン氏 Wreden は十八例の咽頭及び鼻腔實布埜里を蒐めたうちに、猩紅熱の合併してゐるものを實驗したが、しかも口蓋帆、聲帶、四肢、及び心臟の麻痺を後發したものである。またヂュルゲンセン氏は口蓋帆の潰瘍の外に運動障礙を實驗した患者に就いて、レツフレル氏菌を證明して猩紅熱と實布埜里との合併したることを確診した。このように重複して來たる病例に於て後發症として麻痺起るも何れは真正實布埜里に起因し猩紅熱のためではない。

三、痘瘡

痘瘡

耳科疾患

聽器に來たる病變を研究したのはウェント氏(Wendt)である。氏は百六十八例の耳疾患に就いて痘瘡八

猩紅熱

十四例を實驗して、各年齢各時期に就いて研究した。而して就中三例は聽器が健全であつたが他は何れも病變を認めた。ウエント氏の業績に由る二大症候があり、一は痘瘡と同一の病變が來たり、二は他の全身性或は局所性疾患を招來するもので、或は時に全然これを認めないこともある。痘瘡性病變として來たるは即ち膿疱、Pustelであつて、外部皮膚より先づ耳翼を侵かし、進んで外聽道軟骨部に達する。而して移行の徑路は咽頭粘膜より來たり、或は歐氏管咽頭開口から始まる。その中耳に至つては上皮が肥厚し、膿浸潤を起し、或は充血或は出血を來たし、遂には滲出液を以つて腫脹するところがある。然かしこれは歐氏管加答兒の結果であるか、或は中耳に病變の起りたるものか、猶ほ疑の存するところである。

鼓膜には膿疱を認めるこゝないが屢々潮紅及び腫脹を來たす。

ウエント氏は上述の如くに解剖上の研鑽を公にしたが、その後に至つてオグストン氏 Ogston は臨牀的に二百二十九例の痘瘡患者に就いて精査し、聽器及びその組織に於て毫も病變を認めなかつたと言ふ。豫後はウエント氏の説く如く不良では無く、聽器に來たる疾患は殆んゞ障礙を残さずに治癒し、また歐氏管及び外聽道にても膿疱が治癒して癒痕性狭窄或は癒著を後發することはない。

上氣道疾患

痘瘡の外部皮膚に來たる以外は粘膜を侵蝕すること最も多い。ワグチル氏 E. Wagner は鼻粘膜が常に侵蝕されると言ひ、百七十例に於て二例は咽頭上部に病變を認め、三十八例は咽頭並びに喉頭に病變を

患

見、五十四例では咽頭、喉頭及び氣管に病變があつた。遂に五十二例では咽頭、喉頭、氣管及び大氣管枝の病變を實驗した。これに由れば百七十例のうち百四十四例には喉頭の病變を認めたものである。

その病變は即ち膿疱であつて、マッケンヂー氏 (Mackenzie) によるに、發疹期から第三日乃至第六日に先づ咽頭に現はれ、次いで鼻咽腔及び喉頭に傳播するのである。膿疱は咽喉頭の各部位に來つて、或は孤在性に或は多發性に或は癒合して大なる潰瘍を形成することがある。膿疱は初め皮膚に於けると同様であるが、遂に粘膜表面を侵害して、落屑及び真皮剝離を招來して出血を起すが如く。出血性の場合には多くは粘膜下溢血 Schleimhautechymose である。

粘膜發疹の外には深部に及ぶ潰瘍機轉を見る。而して遂に喉頭水腫或は膿瘍を來すものである。尙ほ病機が増進すれば喉頭軟骨の軟骨膜炎を起し、遂には軟骨膿瘍を誘起するのである。これチユルク氏 Turek が多數類例に就いて報告して居る。

マッケンヂー氏は膿疱の外に蕾疹 Papel を報告し、ローリ氏 Loeerl は膿疱のない粘膜充血を實驗したと言ふ。その他二三の學者殊に彼のルウレン氏 Ruehle の如きは喉頭粘膜に實布垚里性または格魯布性炎症を實驗して、その鼻咽腔に移行するのを見た、またレーリ氏は膿疱の癒合する状態はないと唱へたが、ワグチル氏は痘瘡流行時に於て、多くの死體を剖検して、膿疱の癒合状態を證明した。しかし果たして痘瘡に由來するものか否か陽性の確診は得なかつた。珍奇な症候と見做されるのは、マッケンヂー氏の實驗した麻痺状態である。氏は聲帶一側の内轉筋に來た麻痺の二例を報告した。而して麻痺發生の

原因は痘瘡に在るか否か陽性の研究結果は得られなかつたが、また軟骨膜炎の結果破裂軟骨の關節強直を來たし、或は深部潰瘍の結果新生物の生成す言ふが如き關係に對照し得る。

風痘

四、風痘

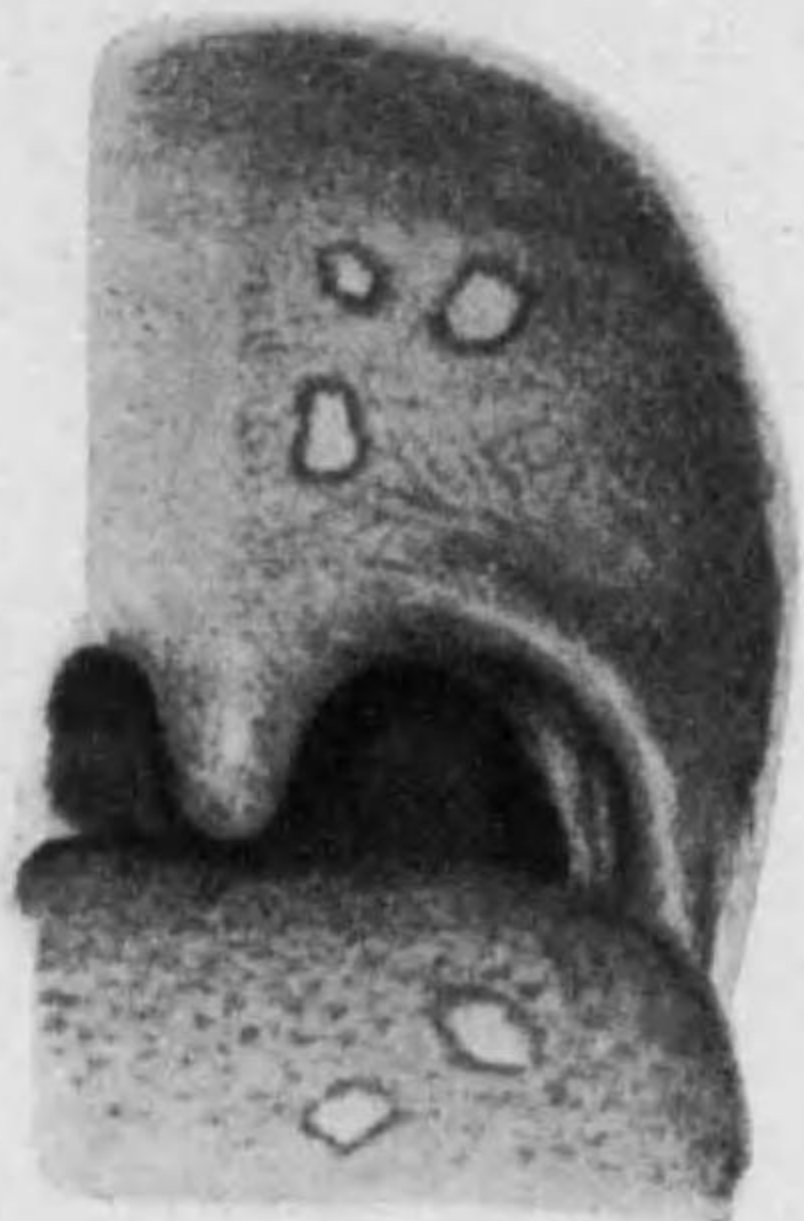
耳科疾患

耳科疾患

聽器に就いてはビュルクチル氏 Buerker の報告があるが他の業績少く、氏は一側の外聽道に二個の膿疱を認め、頭部皮膚に於て僅少の發疹を實驗した云ふ。

上氣道疾患

上氣道疾患



第十二圖
水疱粘性喉頭

上氣道に來たる病變は皮膚の發疹期に當つて、口腔及び咽頭の粘膜に水疱の發生を見るのである。稀には、喉頭粘膜の散在性膿疱を實驗することがある。窒息性喉頭炎 suffokative Laryngitis のような重症に就いてはマルファン氏 (Marfan) ハルレ氏 (Halle) 及びハルレッツ氏 (Harlez) 等の記載するところがある。初め水痘の發疹が起るに忽然窒息發作が來た

り、咳嗽粗雜となり嘶嘎が甚だしく、從つて氣管切開術は常に必要である。しかも喉頭鏡検査に於ての所見が缺如し、剖檢に由つて聲帶の潰瘍を證明したんである。

腸室扶斯

五、腸室扶斯

耳科疾患

耳科疾患

聽器に來たる病變の最も多いのは軽度の中耳加答兒及び中耳炎で、漿液性或は粘液性或はまた粘液膿性のこももあり、しかも初めは聽器の官能障礙が著明でなく、多くはその恢復期に於て注意を引くものである。穿孔性中耳炎は室扶斯に來たるこもは頗る稀である。ベツォールド氏 Bezold は、千二百四十三例の室扶斯患者に就いて統計を試みたが、四十一例の少數に於て穿孔性中耳炎を見た。即ち二三％の比例になる。

中耳炎の襲來するは通常發病後第四週乃至第五週である。而してその發因は室扶斯に來たれる咽頭の單純炎或は實布埜里類似炎が直接に中耳に達すこももあり、或は鼻咽腔の腐敗性分泌が強い噴嚏に由つて中耳に行くこももあり、或はまた心内膜炎或は左心血栓或は膿竈から發展して栓塞となり、中耳粘膜の血管を侵襲するに由るこももある。

急性穿孔性中耳炎は、ベッオールド氏によるに、若し室扶斯に來たれば極めて激甚で、自覺症候並びに他

覺症候甚だしく、且つ高度の發熱を來たす言ふ。乳嘴突起部もまた侵蝕されること甚だしく、或は既に初期に於て來たることもあり言ふ。

原發性骨
髓炎

ブライゲル氏 Brieger は乳嘴突起部の原發性骨髓炎を以つて稀少ならざる症候とした。鼓室の病變が明かでないうちに乳嘴突起部の破壊が早く現はれる言ふ。また往々鼓室粘膜に格魯布性義膜を生成して耳鏡検査に由つて洞見することが尠くない。

窒扶斯による急性穿孔性中耳炎は概して眞性中耳炎より彌久性ではあるが、しかしその鼓膜穿孔は再び癒痕をなすこと多く、且つ聽力も恢復するを常とする。その重患なものに於ては乳嘴突起部を侵かし、顚顚骨のカリエス及び壞死を來たし、或は顔面神経の麻痺を起すに至るが、また治癒の望みがないわけではない。また窒扶斯の急性中耳化膿症は必ずしも良性ではなく、鼓室穿孔の誘發の有無に拘らず、死の轉歸を取ることがある。その死期の症候は多く腦膜炎或は横竇靜脈炎等である。

實扶斯に由る中耳加答兒及び化膿性中耳炎はまた往々末梢性並びに中樞性の聽神經疾患を伴ふことがある。或は窒扶斯病機の聽神經中樞に及ぶこともある。従つて甚だしい重聽を見ることが屢々ある。而してこの重聽は、治癒して恢復するか、或は軽度の重聽を残すこともある。また或は全然治癒しないこともある。

獨立的に來たる神経性重聽は中樞性病變に由つて來たることもあるが、また迷路充血或は迷路出血によつても來たるもので、窒扶斯の初期或は前驅期に於て見ることもある。ウキルヒョウ氏の報告によれば

療法

耳下腺膿瘍の外聽道に破壊する場合も左程稀れない言ふ。

療法 先づ豫防法としてベッオールド氏の賞用するところは、可及的に鼻咽腔に滯溜せる分泌を去り、綿塊を消毒液中に浸漬しこれを以つて鼻咽腔を掃拭し、また硼酸末を吹入する。その他は一般の眞正中耳炎の場合と同様 乳嘴突起部の疼痛があれば亂切或は沃度丁幾塗布を行ひ骨膜下膿瘍があれば切開を行ふ。またシユワルツエ氏は激痛ある時は可及的早期に鼓膜穿開を行へし唱へてゐる。

上氣道疾
患

上氣道疾患

先づ鼻に於て見るは鼻炎であり、初めは漿液性或は粘液性で或はまた粘液膿性なることがあるが、多くは窒扶斯の経過中に治癒する。鼻血 (Epistaxis) は第四週乃至第五週に來たることがある。また罹病の初期に於て既に見ることもある。

粘膜炎 (Enanthem) は皮膚の發疹の如く第六日乃至第十日の間に來たることが多く。咽頭に發すれば視診は簡單である。多くは一般の發疹の如く漸次消失してその痕跡を止めない。

副鼻腔にあつては初め上顎竇炎或は前顎竇炎を來たして、頭重或は頭痛の誘因となる、しかし多くは経過中に治癒して障碍を残すことは尠い。たゞ往々は彌久性となつて遂に副鼻腔の蓄膿症 Empyem を將來し窒扶斯の治癒後も諸種の障碍を誘起することもある。

インフル
エンザ

六、インフルエンザ

耳科疾患

耳科疾患

千八百八十九年から千八百九十年に亘つたインフルエンザ流行時に當つて、頻々として急性中耳炎を起すもの多く、耳科醫の注目を惹くに至つた。由來、インフルエンザ流行の來たる毎に、聽器の合併症を診するもの多く、諸家はこの傳染病と特異の關係あるに喫驚するに至つた。

ルウドキッヒ氏 *Ludwig* 及びヤンゼン氏 *Jansen* の病例統計に徴するも、千八百八十九年から千八百九十年の交、急性中耳炎の激増を見たのである。これ専ら、當時流行のインフルエンザに原因せるを想ふべきである。ハルレ大學耳科臨牀に於て試みたところの統計によれば、平均四十一人或は四十四人なるものが、インフルエンザの流行と共に百三十七人に増進し、またグルウベル氏 *Grubar* はインフルエンザ流行の前年は八十四例より多くも二百三十八例のもの、千八百八十九年より千八百九十年の統計に於ては六百二十五例の増進を見たと言ふ。これに反して奇異なるは單純中耳加答兒の毫も増加しなかつたことである。

ライヒテンステルン氏 (*Leichtenstern*) は、かくの如き聽器合併症の多い統計を見て耳科醫の我田引水説を做したが、また専門科の統計に徴して更に急性中耳炎の合併の多いのみならず、他の傳染性諸病に由來する急性中耳炎、中耳化膿症及び後發病も、インフルエンザの流行と共に、その経過が急轉して甚だ悪性となるのを見たのである。

以上綜合してインフルエンザに合併する聽器疾患の機會は、先づ一般に〇・五乃至二%である。この統計は輕症インフルエンザ患者の入院日數の短いものに由るものであるから、實際は更らに多數の合併症を見る流行も來る筈である。

病症はインフルエンザ性耳炎即ち急性中耳化膿症として來たり、インフルエンザの原發してから數日或は二三週の後ちに續發する。しかもインフルエンザは主として上氣道を侵襲するものだから、聽器もまた歐氏管を介して鼻咽腔より傳染し、その症候も通常中耳化膿症と同様なのである。

その外の症候としては出血である。これを以つてインフルエンザ性耳炎の主體を唱へる諸家もあるが、この區別は臨牀上困難なものである。概して診見し得るは初め排膿にして、數日のち出血を見るものである。排膿中にインフルエンザ菌を證明したるはシャイネ氏 *Scheyne* の報告を嚆矢とする。由來報告されたものが多いが、また必ずしも重要視すべきものではない。何となれば混合傳染によつて他菌の簇出を免かれぬからである。

經過中に来る症候としては古く、バートルツエック氏 *Patrzek*、シュワバッハ氏 *Draifuss*、ジャンカウ氏 *Jankau* 等の記載に由るに、急性炎症中には出血の來たること夥しいと述べ、以來諸家は症候中の一に數へたが、シュワルツエ氏が出て反證を擧げ、インフルエンザ性中耳炎に於ては、通常耳炎よりも出血が稀であるを唱へた。

インフルエンザ

四五九

出血のある場合には鼓膜は帽針頭または小豆大の溢血があつて、或は孤在し或は一簇をなす。これは外聽道壁にも存在する。尙ほ青色の血胞があつて時に鼓膜全面を占有することもある。

ケルチル氏 (Koerner) は中耳粘膜炎が増殖して鼓膜穿孔より翻脱し、次いで續發性輪狀の出血の來た一例を報告してゐる。その増殖は鼓膜穿孔より露出して圓錐狀或は巾着狀をなすものである。即ち中耳粘膜炎の腫脹によりて將來したもので、穿孔が起れば即ちこゝから翻脱するものである。しかも翻脱粘膜炎は簡単な腐蝕法によつて屢々治癒するがまた再發し易い。

鼓膜穿孔の部位に就いては諸説ありて一致せずインフルエンザの上鼓室を侵襲する言ふ特性を唱へた者にコゼガルテン氏 Kosegarten 及びハウグ氏 Haug の二氏があるが、これも稀異の例に屬するもので要するに一定はしてゐない。

排泄は初め屢々血性で、後ち尙ほ出血が續出することがある。而して少しも化膿を見ないこともある。また血性排泄が漿液血部となり、尙ほ進んで化膿することもある。インフルエンザ性中耳炎を特に諸多の中耳炎中重症なりと見做す見解は屢々乳嘴突起を侵襲するが故に起つたものである。例へばヤンゼン氏の報告のように、百五例中五十七例は鑿開術を必要としたのである。尙ほ骨化膿症、骨膜膿瘍もその蔓延が急激で且つ險惡なものである。

ケルチル氏、オイレンスタイン氏 Eulenstein、レムケ氏 Lenke 等は乳嘴突起の原發性骨髓炎が續發的に中耳を侵すものなりと既に認容してゐるが、寧ろ反對の経路を取つて初め中耳に原發し、更に乳嘴突

起を侵襲する言ふのが恐らく萬人に理解せられる。

内耳の疾患はこれを診ることが稀れであるのみならず、その性質も不明でランノア氏 Lannois 及びバルニック氏 Barnick はインフルエンザに後發した迷路聾の例を記載し、且つその豫後に就いて前氏は不良と做し、後氏は恢復の望があることと做してゐる。グラデニコ氏はかゝる重聽をば聽神經炎が起つたものであると云つてゐる。

耳痛、Otitis tympanica の來たものも數次證明されたが、この診斷を下すに當つて注意すべきは、特にインフルエンザに往々、見るこころの三叉神經領域の神經痛の症狀である。これを確診して參考と做すべきである。

上氣道疾患

インフルエンザ菌の侵入する門戸は恐らく上氣道の粘膜炎ならんことは諸家の認めるこころであるが、この部位に於てのインフルエンザ性病變は直接に之を證明すべきも極めて僅少のプロセントに止まる。ライヒテンステルン氏はこゝに加答兒性即ち呼吸性なるインフルエンザの一型を立て、從來の發熱及び神經症狀を伴ふこころの胃腸型及び純中毒型と對峙せしめた。諸家の統計に徴すれば、鼻炎は、二五乃至七九%、喉頭炎は五乃至一六%來る。これを觀れば諸家の實驗するインフルエンザの病例は尠くないが斯く統計にのほるの徴々たるには皆一驚するならん。上氣道に於てのインフルエンザ合併症の特徴はその徴候が雜多であるが、之を綜合すれば大體粘膜炎、疾患及び神經疾患の二種となる。

先づ粘膜に於ての疾患としては、ライステンステルン氏の實驗の如く全面に亘つて同等に炎症が蔓延せず、また上氣道深部の病變は上部から移行するものは限らない。例へば咽頭及び喉頭の病變は必ずしも、鼻腔及び鼻咽頭から下行するものは説明されないのである。寧ろ呼吸管の粘膜は各部位を自ら原發病竈に見做されるのである。

鼻に來たるは急性鼻炎 *Rhinitis acuta*. の徴候で尋常の鼻加答兒 *Coryza* と區別し難い、經過が急速で發來すこ見る間に既に炎症が消退するのである。往々インフルエンザ鼻炎に隨伴するは鼻血である。しかしこれもまた一定しないでシュミット氏 *Schmidt*、リッテン氏 *Litten* は鼻血が頻多であると言ひ、これに反してチッシェ氏 *Tissier*、ライヒテンステルン氏及びフレンケル氏 *Fraenkel* 等は珍奇な合併症を見做してゐる。

副鼻腔にて注意すべきは急性炎症であつて、或は進んで慢性化膿症に移行することもある。屢々侵されるは上顎竇である。即ち鼻閉塞と共に顔面疼痛が來たり、數日は稀薄黄色の排膿を見る、これは自然に消散するか、或はまた鼻粘膜の腫脹が去つて竇開口が十分に開き、著しい排膿の後ち各症候の去ることもある。副鼻腔化膿症に就いて詳細なる記載を公にしたるはチッシェ氏である。就中副鼻腔全部の蓄膿症を見たことがあるのである。エワルド氏 *Ewald* の實驗した一例は珍奇なもので、上顎竇を開放したる後ち更に腦底腦膜炎 *Basilar meningitis* を併發して仆れた。剖檢の結果は同時に篩骨蜂巢蓄膿症があつて、腦底腦膜炎はこゝから續發したものであつた。

出血性喉頭炎

咽頭及び喉頭にありては加答兒が來り、急性炎症區別し難く、のみならずこの部位にありては甚だしい出血の來たるこゝがあり、この病型をば出血性喉頭炎 *Laryngitis haemorrhagica* と稱する。粘膜に於ての病竈は屢々隆起もなく、灰白色の斑狀を呈し、その周縁は炎性の發赤と腫脹が著明である、これ通常の加答兒と同じくしかもその表面は既に壞死に陥らんとしてゐるのである。この外に喉頭粘膜の浮腫の著明なるものが二三例報告された。また浮腫より更らに膿瘍を誘發したのものもある。猶ほレチイ氏 *Reith* は甲状軟骨の兩面に來た軟骨膜炎を報告して居る。

神經疾患としては鼻に於て稀に嗅覺異狀が來たる。例へば嗅覺脱失症或は變嗅症を訴へるこゝがある。この外に口蓋帆及び咽頭筋の麻痺が來たるこゝがある、就中重要な合併症と見るべきは咽喉神經の麻痺である。これは定型的インフルエンザ性神經炎であつて、身體各部に於て實驗するものこ同一である。

インフルエンザに來たる麻痺の上喉頭神經を侵すは稀れであるが、急性炎症の去つた後ち喉頭筋を侵襲するこゝが最も多い。而して各聲門閉筋を侵かすものがあり、オノヂー氏 *Onodi* は側環狀披裂筋の單純麻痺を實驗し、ローゼンベルグ氏 *Rosenberg* は屢々聲帶筋の侵されるを認めた。またこの外に聲門開筋の屢々侵されるこゝも實驗された。由來發表された實驗報告を綜合すれば、開筋麻痺の例は驚くべき數を算するのである。例へば一側のみならず、兩側の後筋麻痺を見たものも尠くない。またザイフェルト氏 *Seifert* は極めて珍奇な一例を報告してゐる。即ち右側迷走神經の全麻痺で末梢性のものである。そ

の外に心臓及び肺に分佈する迷走神経の症候を見たのである。また或は右側廻歸神經麻痺に上喉頭神經麻痺を合併したるを見たのである。

流行性耳下腺炎

七、流行性耳下腺炎

流行性耳下腺炎も臨牀的にまた解剖的には多發性腺炎 Polyglandulitis にして耳下腺炎、顎下腺炎、舌下腺炎、睪丸炎、副睪丸炎、攝護腺炎、卵巢炎、乳房炎、甲狀腺炎、胸腺炎、脾炎等の症狀現はるゝ時矢張り耳疾患も併發するんである。而してその發生に特有なる中毒作用の影響せしや否やに依りて(一)特有なる併發耳疾患 die spezifischen Ohrkomplifikationen bei Mumps 及び(二)特有ならざる併發耳疾患 die nicht spezifischen Ohrkomplifikationen を區別し得る。即ち特有なる併發耳疾患は専ら内耳疾患の現象であり、特有ならざるは外耳並びに中耳に併發し、更らにこれに續發して中耳附屬器を侵かし、内耳領域を襲ひまた頭蓋内合併症を發したりするんである。

一、流行性耳下腺炎の特有なる併發耳疾患

流行性耳下腺炎の特有なる併發耳疾患

これは専ら内耳を侵かす疾患だから別に内耳の耳下腺炎性疾患とも稱して好い。一八六〇年トインビー氏は流行性耳下腺炎に際して併發せる内耳の疾患を證明して居る。爾後二十年の星霜を経てガラワルダン氏 Gallavardin は五十例の流行性耳下腺炎に併發せる全聾を報告したのである。

ある。最近に至りて各國の諸家より詳密なる報告出でいろくゝの點が糺明せらるゝに至つた。

耳下腺炎性内耳疾患は小兒にも大人にも來たり、年齢の差別殆んど無い。男女の兩性もまた等しく侵さる。耳下腺炎そのものゝ重篤なるも併發内耳疾患に左程の影響が無い。また兩性耳下腺炎にても内耳炎は一側性なることあり、一側性耳下腺炎にて兩側内耳に併發することもある。シヨットミュレル氏 Schottmüller に依れば左耳は一般に右耳より侵さるゝことが多い。またフォス氏 Voss は罹患せる既往症ある耳は特有なる併發耳疾患を發すること多しと云ふて居る。

特有性腺疾患に併發内耳疾患との關係に就いては次ぎの三型を區別して居る。

- 1、原發性顯症性腺疾患は耳下腺炎にして、次いで特有なる内耳疾患直ちに併發するか、第三日第六日乃至第十五日にこれを觀る。これは最も多い症型である。
- 2、原發性顯症性腺疾患は耳下腺炎で無く、顎下腺炎、舌下腺炎或は睪丸炎を證明し、次いで數日を経て特有なる併發内耳疾患を見るのである。この症型は比較的稀有なりとす。

3、臨牀上顯發する特有性腺疾患を見るに先だつこと數日(或は九日も前に)かの併發内耳疾患の既發する場合である、而して此場合侵さるゝ腺は耳下腺か睪丸である。この症型は最も稀有のものとする。

病理解剖 耳下腺に原發性炎症發して、これより中耳を侵かし更らにこれを経由して内耳に到るものが多い。耳領域に耳下腺を連絡する神經は顔面神經並びに三叉神經である。その神經周圍炎惹起して内耳に感染すこと云ふもの(Virchow, Vogel) また耳領域の種々なる骨間隙例へばグラアゼル氏披裂、ザン

病理解剖

流行性耳下腺炎

トリニイ氏罅裂等を経由して内耳に波及すと言ふ學者がある (Brühl, Gruber, Roosa) それよりも近時は耳下腺炎の傳染毒性影響 *infektios-toxische Finflüsse* にて特有なる耳疾患併發すこ見做さる。換言すればこれらの毒素は血行若しくは淋巴道を流れて腦並びに頭蓋底の側部に達し、こゝより内耳に有害的に作用すこ云ふのである。

總體に病理解剖的見地からして腦膜炎、迷路炎、神經炎の三つが問題となる。これらはそれ／＼獨立的に惹起するや將た混成的に併發するや考慮せねばならぬ、しかしこれ迄は臨牀上の假定に過ぎず、耳下腺炎の迷路に就いて組織的所見の追加されしもの殆ど無い。しかしながらウイットマアック氏の分泌減少性—分泌増加性迷路變化及び神經上皮變化に關する實驗的研究があつてから専ら夥しく假定されるようである。例へば傳染毒性影響並びに化學毒性作用 *chemisch-toxische Wirkungen* (Steurer) を以つて聾啞の發生を説明するがこれを耳下腺炎傳染にもまた内耳併發症にも當て嵌めて居る、蓋し内分泌腺の侵さるゝ流行性多發腺炎 *Polyglandulitis epidemica* より發病する場合は特に傳染毒性化學毒性の影響を共に考慮せねば都合が悪い。それは胸腺、甲狀腺、脾臟、睪丸、卵巢、腦下垂體、副腎等を起點として流行性耳下腺炎の發病を觀る場合特に然かりである。

症候

症候、ブウト Boot 氏は統計的に分類して(一)専ら蝸牛殼のみ侵され前庭器の障礙なき場合(二)蝸牛殼も前庭器も共に罹病する場合(三)聽力正常なるか或は殆ど侵されず前庭器の罹患せる場合の三カテゴリーにして居る。またマウトチル氏 Mauthner は少しく異つた觀察をして居る、即ち(一)恒久性機

能喪失の場合で聾或は聾に靜定機能減退せるもの(二)障礙高度のもの、そのうちには二種類を分ちて

A、一過性機能喪失 B、機能障礙の一次的に重篤なるもの(三)障礙の輕度なるもの等である。

内耳疾患の外に屢々頭蓋内併發症を來たし發熱、頭痛、嘔吐、遲脈等の諸症狀現はる、猶ほ昏迷、人事不省に陥るこもある。

發病の初めは重聽(殆ど聾するこもあり)耳痛(往々劇痛のこもあり)、充實感を訴ふ。よりにて耳鏡検査を行ふに毫も變化を認めず。こかくする内に耳鳴を訴へ、しかも色々の種類の雜音(例へば風音、濤聲、鐘聲、笛聲、飛箭音等)を感じるようである。耳鳴の消ゆれば聽力が出て餘程聽ゆるこがあり、しかし多くは重聽甚だしく、聾となる。兩側の耳を侵すこ云ふても兩側同時に罹病するこ無く、先づ一方の耳に發病してから暫時にして他方の耳を侵すこも多く、且つ後發するもの大概輕度で經過また不良で無い。

しばしば前庭器も侵されるから患者は眩暈を訴へる。その輕度なるは一過性に消ゆる。しかし往々重篤なる場合もありて嘔心、嘔吐、眩暈劇しく、患者は一時立つこも坐わるこも出來ず、立つて歩くこもは勿論出來ぬ。そしてかゝる場合には特發眼球振盪を認む。

類症鑑別

類症鑑別、流行性耳下腺炎の流行時に内耳疾患の併發せるが如き患者あれば特に中耳の疾患なきや注意して診察せねばならぬ。普通に蝸牛殼並びに前庭器の機能喪失を證明すれば本症の診斷は容易に、ローザ氏 Roosa は本症に於て蝸牛殼領域の侵さるゝの輕度なれば反つて聽能過敏 *Hyperacusis* を訴ふ

流行性耳下腺炎

ついで居る。

ルッチン氏 Ruttin は本症に就いて内耳内性疾患 endolabyrinthäre 及び内耳後部疾患 retrolabyrinthäre を區別して居る。即ち氏に依れば内耳内性疾患(炎症)なれば遽然聾し、劇けしき前庭症状を呈し、健側へ眼球振盪を現はす、また前庭反應は消失し均衡障礙速かに一過す、これに反して内耳後部疾患なれば微毒性内耳炎の如く経過も定型的ならず、前庭症状久しく去らず、且つ蝸牛殻及び前庭の領域に於ていろいろに侵される。例へば聴能そのままに冷温性眼球震盪喪失したり、冷温性眼球震盪はそのまゝに廻轉性眼球震盪の消失したりするのである。

フォス氏は腰椎穿刺に依りて確診すべしと云ふ。即ち脊髄液を採りて化學的にまた細菌形態學的に検査し、流行性腦脊髄膜炎、微毒性聽神經炎、漿液性腦膜炎等を鑑別し得、以て本症を確實に診斷するばかりで無く恐らく本症の病原菌をも發見すべしと云ふて居る。

治療法

治療法 中耳疾患を認めらるれば通氣法を行ふ。倘し内耳のみ罹患せる場合は通氣法の效顯が無い。

コゼガルテン氏 Koesgarten はヤボランヂ浸を推奨して居るが諸家は多くピロカルピン注射に依る發汗療法を持用するようである。しかしルウツエ氏は普通の發汗療法を試みて居る。また沃度ナトリウムを長時内服せしめる人もある(Alt)キニーチもまた往時より試用せられ、キップ氏 Kipp は甘汞及び大量キニーチの伍用をつゞけ奏效せり云ふて居る。ウルバンチツチュ氏及びアルト氏は聽取練習法を試みる外にコンスタントの電流を應用し偉效あり云ふて居る。

特有ならざる併發耳疾患

一、特有ならざる併發耳疾患

流行性耳下腺炎に際し特有ならざるも、また外聽道及び中耳の領域を侵かすところがある。

1、外聽道には耳下腺炎の膿瘍破壊するところがある。最も多くサントリニイ氏戟痕を經由して外聽道に破壊するようである。且つ組織破壊の廣く進みて顔面神經枝の麻痺するところもある。加之ならず膿瘍より全身的膿毒症を起したる症例も報告されて居る。

豫後

豫後は絶対に不良ならざるも膿瘍の原因によりては屢々危険が多い。これが治療は外科的に切開する外は無い。

2、中耳炎もまた稀に耳下腺炎に續發するが、特に耳下腺のみならず顎下腺も發病せる際同時に中耳炎を來たすところが多い。そして一側性に來たり或は兩側性に來たる。しかも耳下腺炎は部位を等しうせざるところもある。中耳炎にはカタル性、漿液性乃至化膿性の諸型來たる。而して化膿性なるは混合感染なることを俟たぬ。それは耳下腺炎により無菌性毒性 steriltoxische の中耳炎原發し、次いで咽頭より歐氏管經由に膿菌這入り化膿性中耳炎を續發するものが多い。

耳下腺炎より中耳炎を發したる場合は屢々咀嚼障礙並びに嚥下困難來たり、次いで口腔及び咽頭に垂涎、腐敗分解を醸すところが多い。

耳下腺炎に中耳炎の續發する際また歐氏管より混合感染し、化膿性中耳炎のみならず屢々頭蓋内合併症を來たすところもある。

診断並びに治療 聴力検査及び耳鏡検査によりて確實に診断せらる。これが治療は一般の中耳炎に於けるに異ならず、一に保守的に治療し、たゞ鼓膜の状況によりまた排膿不十分なれば鼓膜を切開す。倘し中耳の周圍に波及したれば乳嘴突起に手術的治療を施す。

急性ロイマチス多關節炎

耳科疾患

八、急性ロイマチス性多發關節炎

耳科疾患

急性關節ロイマチスに合併する聴器の變化に關しては、ウオルフ氏 Wolf は急性中耳炎の二例を記載してゐる。第一例は、前後して兩耳を侵したもので、一側の鼓膜は自然的に穿孔し、他側は穿開術を必要とした、しかも其のロイマチス症候は數日後、最も重態に陥つたものである。この中耳疾患は續發してから四週日を経て排膿が止んで治癒した。

第二例は聴器の病變が起つてから九日の後、初めて關節の廣汎性腫脹が著明となり、しかも治癒後、重聽及び鼓膜肥厚を後遺したものである。即ちウオルフ氏が關節ロイマチスを以て耳硬化症の病原ならんを唱へた所以である。

メニエール氏も相似た一例を報告した、氏は小聽骨各關節に於ける病變の有無に就いては實驗しなかつたが、ロイマチス性病變が槌骨砧骨關節及び砧骨馬鐙骨關節を侵かすは頗る可能のこゝであり、しかも最も興味深いものだと述べてゐる。

プロホ氏 Bloch は例を維也納醫事週報に掲げて、急性ロイマチスの病因を聴器疾患であるに結論したが、必ずしも然かりと證明する確證はなかつたらしい。

上氣道疾患

上氣道疾患

扁桃腺は一般に傳染の門戸であることは皆人の認めるところであるが、急性關節ロイマチスもまたその一である。ラグラチール氏 Lagranère、バック氏 Boeck、ローブル氏 Loebel 及びマンツル氏 Mantle 等は臨牀上の實驗を積んで、急性關節ロイマチスの際に安魏那の發生する關係を唱説した。かくの如き有力な學説が出たが、急性多發關節炎の傳染菌に就いては猶ほ暗黒で、從來ロイマチス性安魏那に對して檢索を續けて、その例もまた非常に多いが未だ光明の境には達しない。要るに種々の久微體例へば橙色葡萄狀球菌、膿膿性連鎖狀球菌、柑色連鎖狀球菌及び肺炎菌等が證明されたが未だ一定した病原菌證明されない。故に安魏那とロイマチスの關係の學理的記載を詳述するは餘りに無目的なるが故に文獻として單にブス氏 Bus、スハチツク氏 Suchanek 及びプロホ氏等業績のあることを附言して他は臨牀上のこゝに就いて述べん。

加答兒性濾胞性の安魏那は「ロイマチス」の前驅期症狀として來たり、關係病變の未だ來ない時、若しくはその經過中に發するこゝがある。往々關節ロイマチスに安魏那の合併するこゝに關しては千八百七十八年ワグネル氏 Wagner の報告があつて以來は決して珍奇なものではなく、ゲルハルト氏 Gerhardt

の如きは、ロイマチス症候中の一徵候であるに似し、且つ氏は關節ロイマチスの發作頻發する毎に常に重症の扁桃腺炎を伴ふ一患者が、この安魏那を處置すれば必ずその關節ロイマチスも治癒したと言ふスタツフェル氏 Stadel の一例を引用して、安魏那とロイマチスとの間に密接な關係のあることを立證して居る。

安魏那及び咽喉加答兒の外に、加答兒性喉頭炎もまた傳染性ロイマチスの定型的一症候と見做されるが、實地上には左程必要なる症候とも見られぬ。而してこの疾患は大體二型に區別し得るもので、その一は喉頭關節の疾患で、他の一は、限局性(結節性)ロイマチス性急性喉頭炎と稱すべきものである。

環狀披裂關節のロイマチス性疾患は通常兩側に來たり、喉頭鏡検査によれば披裂軟骨部の發赤、腫脹及び聲帶運動の緩慢或は休止を認めるのである。従つて聲帶麻痺と誤診することも稀れでない。自覺症狀としては第一に失聲症で、次いで異物感、呼吸困難及び嚥下痛等である。嚥下痛に關してはマイエル氏 (Meyer) の詳記してゐるが如く、仰臥に際して特に著明なのである。猶ほ診斷上必要なるは環狀披裂關節の部位に於ける壓痛である。更に甲狀軟骨部にもこれを訴へることがある。かゝる場合には特に環狀甲狀關節の疾患がないか詳細に診察しなくてはならぬ。

喉頭の合併症は通常關節ロイマチスの將來してから、四日乃至十二日の間に來たり、豫後は良好で多くは短時日で治癒するものである。マイエル氏の例は八日で全治し、グリユンワルド氏 (Grünwald) の實驗したるものは關節ロイマチス後に合併した右側聲帶の屍位 (Cadaverstellung) で、これは二年を経て

全治した。

猶ほ喉頭疾患に於てザルチール劑は效驗著しく、常に確實に作用するものである。ラコーン氏 (Lacoarret) センヂアク氏 (Sendiak) 及びアルシヤムボール氏 Archambault 等の業績は皆一讀の價値がある。

ロイマチス性喉頭疾患の第二型は即ち限局性(結節性)ロイマチス性喉頭炎でありウッヘルマン氏 Uehermann は二例を實驗し、またゴルドシヤイデル氏 (Goldscheider) も同じ症例を或論集に記載して互ひにその先見を争つた。これに由るに屢々結節性紅斑を合併して來たるもので、限局性の過敏な赤色或は青赤色を呈し、比較的硬い浸潤を示し、その大きさは胡桃大にも達することがある。好發部位は環狀披裂關節の近部か或は披裂會厭皺襞で、環狀披裂關節の部位に來れば屢々聲帶の假性强直を來たして不動位地を誘致する。

炎症が更に喉頭部に蔓延すれば披裂會厭皺襞に及んで、或は會厭軟骨に浮腫を將來して呼吸困難及び嚥下痛を誘起することがある。然かし豫後は常に良好で惡結果を來たすことはない。

實扶埕里

九、實扶埕里

實扶埕里本來の記述は内科書に譲るべきとする。就中バギンスキイ氏 Baginsky はノートナーゲル内科書中に、特に鼻咽頭及び喉頭の合併症に就いては、渾身の力を挿つて詳細を極めてゐる。勿論今日は

實扶埕里

或は多少の改善すべきところはあるも、それは他日に譲つて、こゝには實扶埵里疾患に後遺する耳鼻咽喉頭の續發症に就いて記述する。

耳科疾患

聽器に來たる實扶埵里疾患は便宜上分つて左の三ツミ爲す。

- 一、外聽道の實扶埵里性炎、
- 二、歐氏管及び中耳の實扶埵里性炎、
- 三、急性中耳加答兒及び化膿性中耳炎、(但し義膜のないもの)

先づ外聽道實扶埵里はこれを實驗すること極めて稀なものである。その咽頭實扶埵里を合併して來たるを確認したのは彼のトライテル氏 Treitel である。その例は兩側とも耳内に格魯布性義膜を發して、これを取れば外聽道の鑄型の如くに出て來る、且つその隨伴した炎症は極めて強烈で、乳嘴突起の全面に渡つて腫脹し、病機は更らに耳翼にまで蔓延したが耳鏡検査に依れば、鼓膜は健全なものであつた。而已ならず氏は培養の陰性なりしを觀て、是れ検査前に義膜を昇汞水で所置したことに歸してゐる。

これに反してウレイデン氏 Wreden 及びブラウ氏 Blau 等はこれを外聽道の格魯布性炎と做し、決して實扶埵里の確證はなく、寧ろ猩紅熱實扶埵里なりと主張してゐる。またコッセル氏 Kossel は細菌學的に檢索したがデフテリー菌は陰性の結果となつた。

次に歐氏管及び中耳の實扶埵里性疾患に就いては、細菌學的に實扶埵里菌を證明したる無缺陷の實驗

はないが、しかし屍體解剖上及び臨牀上の經驗に由りて、眞實扶埵里の合併症たるこゝは事實で、また稀有のこゝでもない。ウレイデン氏及びブルクハルト、メリアン氏のように、細菌學進歩の以前に在りては特に實扶埵里であるか或は格魯布であるか區別することが困難で屢々混同したものである。

實扶埵里性耳炎の經過は、ウエント氏 (Wendt)、キューペル氏 (Kuepper)、モース氏 (Moos)、ヒルシエ (Hirsch) 等の報告に由りて明かに知ることが出来る。中耳は單獨に疾患に陥るこゝもあれば、また歐氏管と共に侵されるこゝもある。格魯布性義膜は鼓室の粘膜に粘著しては小聽骨を覆ふのみでなく、骨蜂窠に達することがある。ロムメル氏 Lommel は實扶埵里に後發したる急性中耳化膿症に於て、中耳周壁の骨蜂窠に義膜の充溢したるを實驗した。

症候は急性中耳炎と同様で、就中發熱増進と疼痛の強烈なるこゝが主なのである。尙ほ鼓膜の自然的穿孔を來たす傾向がないから、疼痛は愈々強烈なものである。故に義膜は外聽道に出難く、穿開術を施したる後ち初めて器械的に或は自然的に排除されるのである。

實扶埵里に後發する格魯布性耳炎の經過は恰も猩紅熱の場合と同様悪性のもので、中耳の周壁及び小聽骨を破壊すること高度であり、顛顚骨のカリエスを起し、或は迷路に進んで、豫後は常に不良である。耳實扶埵里に遭遇する機會は一概には言へないが、要するに猩紅熱實扶埵里等に比すれば、比較にならぬほゞ稀少なものである。

病理解剖的の檢索に由りて、ウエント氏及びロムメル氏が注意したるが如く鼓膜には變化なく、從つて

臨牀上別に異常を認めなくても、中耳には常に實扶埵里性病變來たるものである。ロムメル氏の實驗は中耳化膿症を證明したる半數に於て、鼓膜穿孔も鼓膜充血も缺如し、臨牀上に耳鏡検査を行つても凡べて診斷し得ざるものである。氏の實驗の要點は、即ち實扶埵里の耳疾患は極めて多いもので、病理解剖上には屢々證明されるのであるが、臨牀上に確診することは稀れであると言ふのである。

即ちロムメル氏は二十五例の實扶埵里屍體を剖検して、聽器の變化の全然缺如したるは一例に過ぎなかつた。これに由つて氏は聽器變化は氣道のそれと同一であり、殆んど差もないと唱へた。これに反してバギンスキイ氏 Baginsky は實扶埵里患者の聽器を熱心に檢診したるが、僅かに五乃至六%の耳炎を證明したのみであつたと言ふ。

これに就いて一言すれば、臨牀上の檢診を屍體剖検より重んずることは出来ない。諸他の傳染病例例へば、麻疹に於て實驗するが如く治癒完全で毫も臨牀上の症候を後遺せざるものがあるのである。

嚮きに格魯布性中耳炎の章に記述したるが如く歐氏管は餘りに侵襲されない。しかしまたロムメル氏は歐氏管の軟骨部に稀に病變があることを説いて曰く、歐氏管隆起部に主として實扶埵里性沈著物を認め、中部に於ては認むべき炎症はない。従つて一般に咽頭に起つた病變が直接に中耳を侵すことは認容し得ぬ。即ち中耳疾患は全身傳染の一徴と見做すのが至當と思ふ。

實扶埵里の後遺症として往々**神經性聾**を誘發す、これは多分毒素の作用に由るものか、而してこれを種別すれば實扶埵里に後發する麻痺に屬する。しかし未だ詳細なる實驗は僅少で、これに由つて一般の結論を下だし得ぬ。

上氣道疾患
後實扶埵里麻痺

圖一十二第
舌 舌 舌 舌

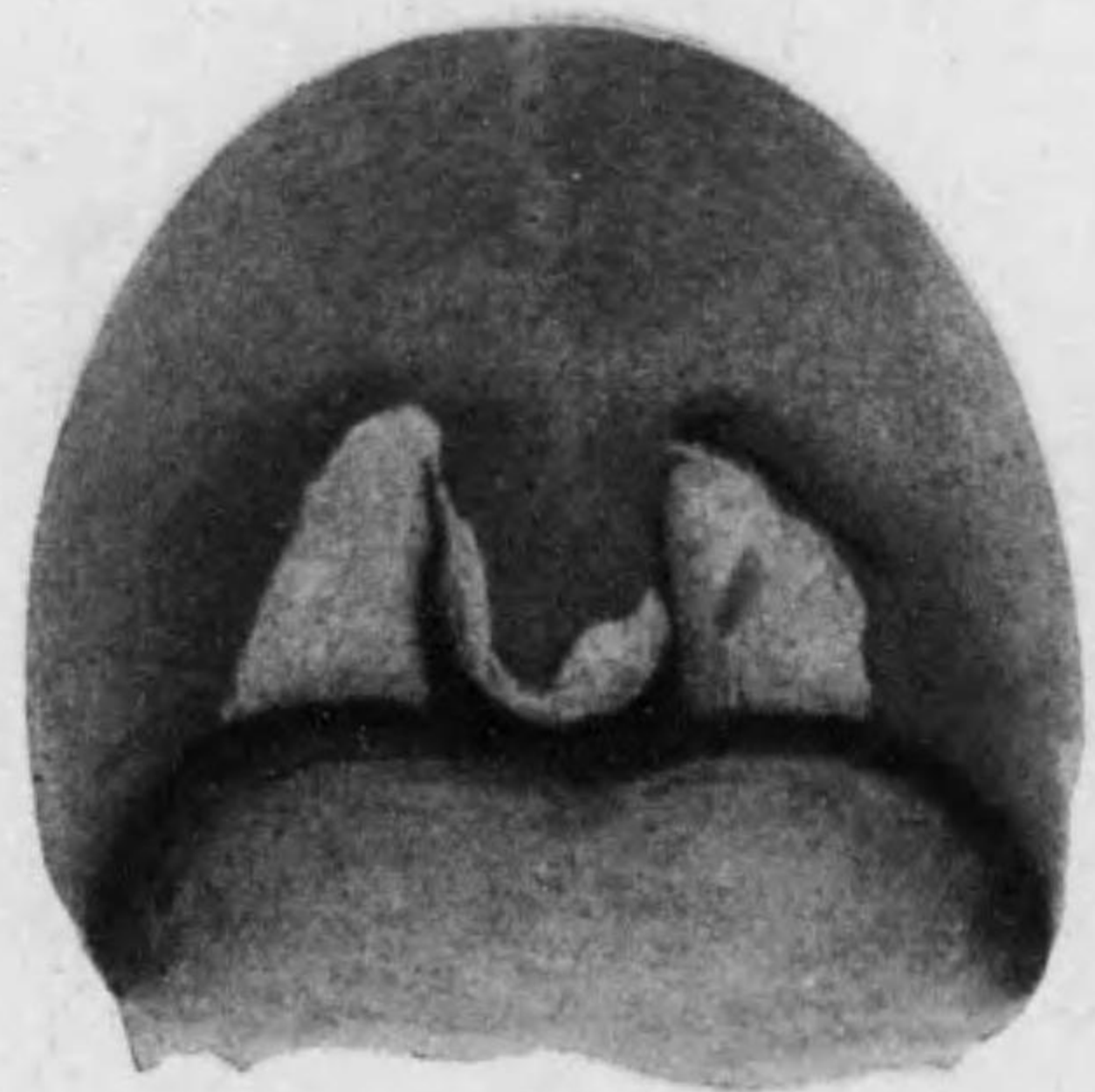


論を下だし得ぬ。
上氣道疾患

咽頭及び喉頭に來たる症候の有名なるは**後實扶埵里麻痺**、postdiphtherische Lähmung である。知覺神經及び運動神經が共に侵されるんで、その原因は一般に末梢神經炎と信ぜられるが往々脊髓の前角にも多少の變化を認むることがある。この麻痺は通常實扶埵里の經過後、二週乃至六週に起るもので、或は猶ほ遙に後ちに至つて發することもある。症候の最も屢々來たるは口蓋帆麻痺である。その診斷は直接に視診することが出來て、誤診することは稀れである。通常發來するのは、後麻痺であるが、また早期麻痺とも稱するものがある、例へば咽頭病變の關なる間に早くも口蓋筋の不全麻痺が來るものである。

これは實扶埵里の更に筋深層を侵すが故に發するものと見做さる。而して口蓋帆に麻痺起れば音聲は鼻

圖二十二第
咽頭舌下腺



實扶埵里

知覺脫失

調を帯びて、液體を嚥下すれば鼻腔に逆流する等異様な症狀を示す。

咽頭粘膜及び喉頭粘膜の知覺脱失もまた稀れではない。就中チームセン氏 Niemann は屢々かくの如き例を實驗したと言ふ。

聲帯麻痺に就いての實驗は極めて僅少で、従つてその存在を確診せず云ふ學者もある。彼のバギンスキイ氏も曰く、「從來の實驗報告を涉獵しても未だ廻歸神經の疾患に由る後環狀破裂筋の麻痺なりき速斷し得るものはない。かくの如きものに遭遇するは實に稀れであらう」云。

チームセン氏の實驗した二例は、咽頭、喉頭及び四肢の麻痺があつて、第一例は右側聲帯が全然麻痺して屍位に在り、第二例は左側聲帯が全然麻痺し、同時に右側にも不全麻痺を來たしたと言ふものである。

フリードリヒ氏 Friedrich の一例は珍奇なもので、一例の口蓋帆及び聲帯は全然麻痺し、粘膜の知覺脱失があり、凡べて粘膜反射機は消失したもので、この麻痺は軽度なる實扶埤里の後凡そ六週を経過して發し、從來七週を経過して漸時に聲帯は屍位から正中位に恢復し、更らに運動機は悉く治癒したと言ふのである。

クリップフォール、ベーシユ氏 Clifford-Beache の一例は、初め外轉筋の麻痺起りて、更らに内轉筋に及んだが、その治癒の徑路は反對に内轉筋から外轉筋に及んだものである。

ルブリンスキー氏 Lubinski は、血清療法を施行する時屢々後實扶埤里麻痺を發來し、特に他の療法を施す場合よりも比較的に早期に起る言ひ、尙ほ氏は發病の第九日に於て既に麻痺症狀の來たりたる

を實驗した。

後實扶埤里麻痺の豫後は一般に良なること知らる。しかし上氣道の知覺脱失及び反射機麻痺に際して

は、嚥下性肺炎を

誘發する危険があ

るから注意しなけ

ればならない。

これらは多くは末

梢神經麻痺に屬す

るものであるが、

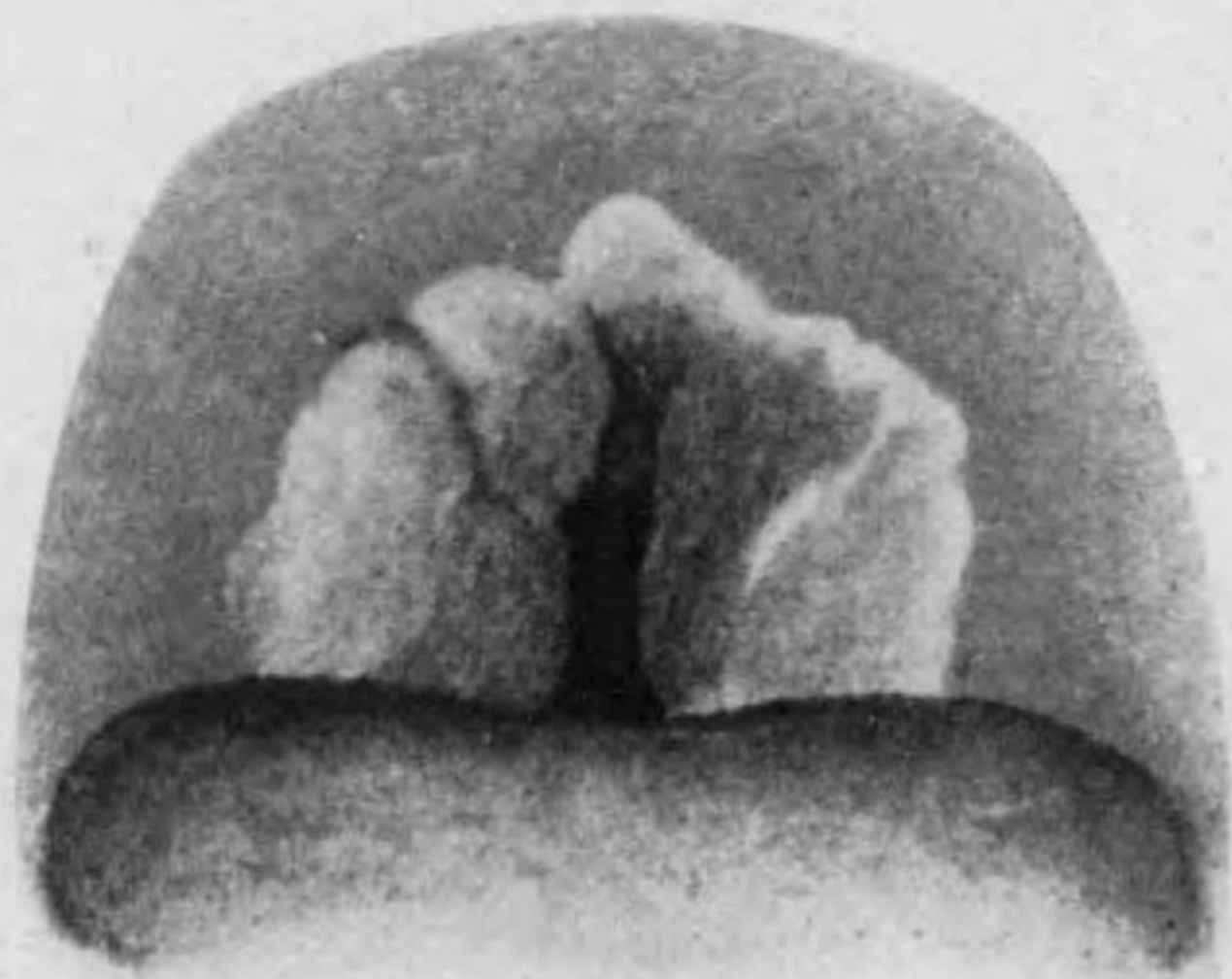
この外に半身麻痺

の症候で來たる中

樞性麻痺がある。

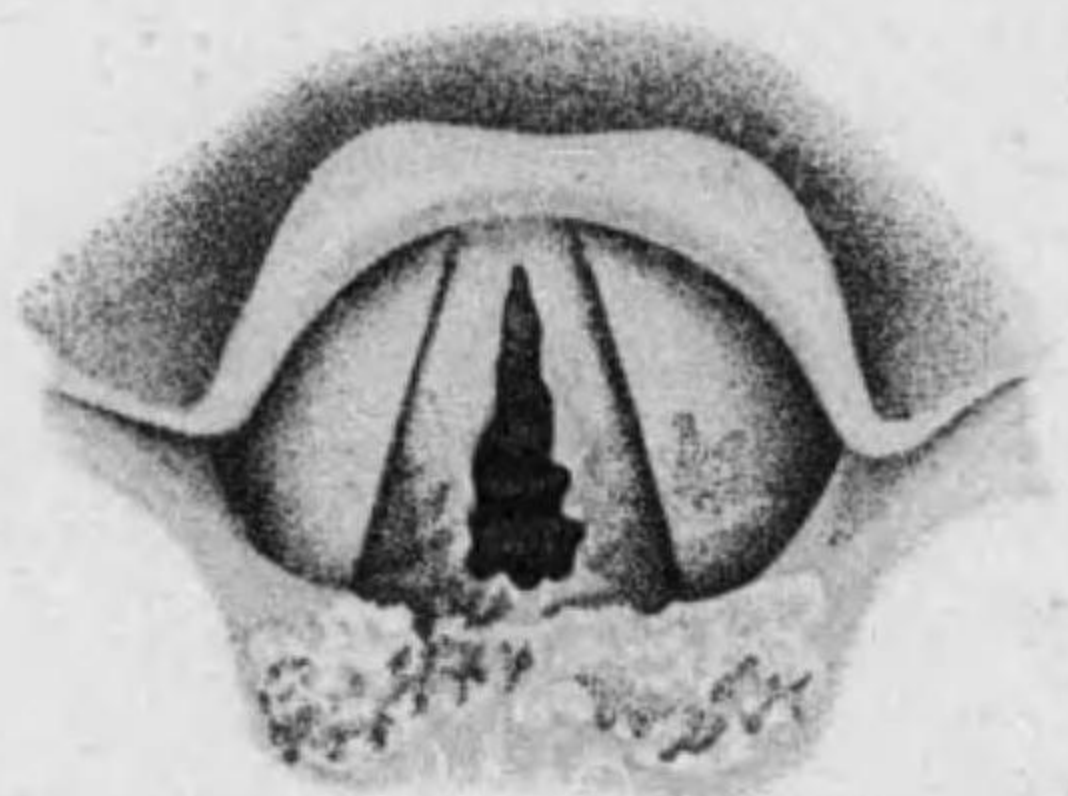
第三十二圖

埤里性咽頭性症



第二十四圖

喉頭實扶埤里



これ或は出血によつて招來するものと思はる。エドグレン氏 (Edgren) はこれに就いて文獻を涉獵し、附加して自家の例を述べた。即ち口蓋帆麻痺を失語症を兼ねたものであつたが、しかし聲帯が麻痺したか否かは不明である。

丹毒

一〇、丹毒

耳科疾患

耳科疾患

耳翼及び外聽道は鼻門と同様、屢々丹毒の好發部位となる。即ち慢性濕疹等あればその結果剥皮及び龜裂が起り、傳染病の侵入門となるに由る。常に耳及び鼻の近部に發し、更に顔面皮膚及び頭部皮膚を侵かすに至る。この丹毒はまた往々再發の傾向があり、或は常習性顔面丹毒と稱せらるゝに至る、これ多くは耳部及び鼻部の慢性濕疹の結果に依るんである。

その原因を究めることは治療上また頗る大切で、濕疹或は濕疹の產物が丹毒の病原である場合には、表面的に丹毒だけを處置しても、その根治は頗る困難なもので、所詮病原に向つて療法を進めねばならない。而して病原としては、こゝに中耳化膿症、慢性鼻炎及び副鼻腔蓄膿症等がある。

シユワルツエ氏は中耳化膿症より丹毒を起し更に迷路に至り、その症候の顯著となつた一例を實驗した。またハウグ氏は炎症の迷路に至ることは先づ無く、その迷路症候の稀れに現はるゝは一時的に充血する結果であるを述べたが、これは又頗る明瞭を缺いて居る。ハウグ氏はまた丹毒末期の遁處を耳翼周圍淋巴腺に在りしを做したが著者は未だ實例を見ぬ。

患

上氣道疾患

上氣道の粘膜に丹毒の原發するは、大體に稀な現象であり、その病理並びに臨牀上の經過は、他の傳染

表 圖 五 第



咽頭竝に喉頭チフテリ

性粘膜炎患ミ區別し難い。先づ高度の發熱ミ共に發赤、腫脹、浮腫及び或は膿瘍を來たすもので、諸家は咽頭或は喉頭の疾患ミ做すも丹毒の名稱を好まない所以である。

臨牀上の症候を見ても咽頭及び喉頭の丹毒は或は蜂窠織炎、ルウドキヒ氏安魏那、或は咽頭及び喉頭の急性浮腫ミして來るから、クットチル氏 Kutner 及びゼモン氏 Semon 等は意義の統一を謀るため、急性敗血性喉頭炎ミ稱するがよいと言つたが蓋し至言である。

咽頭粘膜炎に於て丹毒傳染を確診する場合は、割合に稀なるが鼻腔、咽腔及び口腔等の粘膜炎に原發した丹毒が突然に奔放して遂に皮膚に及び顔面丹毒ミなり表はれることは極めて迅速である。即ち粘膜炎丹毒を知るの必要なる所以なのである。シュワルツエ氏臨牀に於て實驗したる一例は、咽頭扁桃腺を摘出したる患者が丹毒患者を訪問したる後、忽然鼻咽腔の丹毒に罹つて、更に歐氏管を通つて中耳に至り、猶ほ蔓延して外聽道、耳翼及び顔面を侵したものであつた。ランヂユ氏 Rendu は微毒性舌炎を起した男子に就いて、細菌學的に丹毒を證明したが、忽ち體温が劇騰して遂に顔面に表はれたるを認め、ガレル氏 (Garel) はまた丹毒が舌に原發して、それが咽頭及び鼻腔を過ぎて遂に顔面に發したる例を記載してゐる。

原蟲病篇

一、マラリア Malaria.

耳科疾患

聽器に於てのマラリア性疾患に就いてはハウグ氏の總括的の記載があつて引用の業績は頗る精密を極めたものである。

マラリア性聽器疾患はマラリアの病型に一致して、一日乃至三日の間歇を以つて、再び發作して來るもので、その症候は急性中耳炎或は神經性重聽として現はる、この際には爾他のマラリア性徴候は必ずしも現はれるとは限らない。昔から醫家は既に間歇熱に、往々間歇性耳痛のあることを認めてゐる。シェンライン氏(Schoenlein)はこの神經痛は耳後神經及び鼓索神經に局限するものであると唱へた。更らにオルトリニ氏 Voltolini はこれを解釋して、疼痛が耳内にだけ訴へらるゝは蓋し鼓索神經の外には直接に神經痛を誘起することがないからであると言つてゐる。

ウェーベル、リイル氏(Weber-Liel)は創めて、間歇性耳炎(Otitis intermittens)をマラリアとの關係に注意してその病歴を記載した。これに由れば、急性炎症の刺戟を以つて發するところの耳炎であつて、

即ち初めは安魏那、或は鼻咽腔加答兒があり、または、この様な症候がなくて、夕刻或は夜間に、先づ耳内の不快な悪寒及び耳鳴等の耳疾患が襲來するんである。而してこの悪寒は劇烈なこともあり、また稀れには、これを認めないこともある。また初期には、往々頭部の瞇瞞状態或は眩暈を訴へるものである。かくして患者は夜間不安状態に在つて發汗が甚だしいものであるが、翌日は諸症が新に去つて全然快感すると言ふ状態になるんである。

この症候はマラリアの病型に由つて、二日乃至三日持續することがある。而して鼓膜及び外聽道は非常に發赤して、中耳は發作の頻發する毎に、漿液性或は漿液血性の滲出があり、時にはまたハウグ氏の實驗したるが如く、鼓膜穿孔を來たして漿液血性、若しくは膿性の分泌を認めることがある。これらの諸症候の來因に就いては、三叉神經榮養枝のノイローゼに歸して居る醫家が多い。

マラリア疾患の第二型として、ガルシア氏 Garcia は、二十四例に就いて、神經痛及び神經性聾の發來するこゝを記載してゐる。即ち兩側の聽器も劇甚な疼痛と共に聾になつて、後ちに解熱して疼痛は全く去つたが、聾は後遺症として残つたものであつた。耳鳴に就いては、ハウグ氏によれば種々なるものがあり特に定時に發來するものであると記載してゐる。

聽器疾患の類症鑑別には、間歇性病型マラリアに感染し得る機會キニーチに由つて治癒するこゝ、等に由つて確診するんである。第二型の神經性聾に關しても多少この様な關係を證明するものである。

上氣道疾患

上氣道疾患

喉頭浮腫
 間歇性無聲症
 喉頭浮腫

諸家は、**脈管運動神經性鼻炎** (Rhinitis vasomotorica) 或は**鼻漏** (Hydrorrhoea nasalis) が、マラリアに合併するものであると唱へた。また、シャペル氏 (Chapell) は鼻漏がマラリア發作に際して、定時に發來するこゝの多數の例を集めた。衄血もまた時々來るこゝ言ふが、特異徴候ではない。

レイリ氏は、定型性無聲症がマラリアに合併して來るのを實驗した。即ち嘶嘎及び無聲症が屢々發熱と共に現れて、或はまたより早く悪寒の來る時期に將來して下熱と共に再び消退するものであつて、この**間歇性無聲症** Aphonia intermittens の時に喉頭検査をなすこゝ、廻歸神經の支配下にある凡べての筋層は麻痺状態にあつて、而かも、一側性なる場合と兩側性なる場合とがある。

喉頭浮腫
 間歇性無聲症
 喉頭浮腫

また屢々マラリア惡疫質の起つた際には**喉頭浮腫**を實驗するこゝがあるこゝ言ふ。

慢性傳染病篇

一、結核

聽器結核 *Tuberkulose des Gehörorgans.*

聽器の結核性疾患は外部に現はるゝ症候か種々であるが根本から既に統一せる病型をなすことなく喉頭に於けることその趣を異にしてゐる。喉頭にては浸潤、潰瘍及び肉芽があれば如何に病機が進歩したる時も屢々一見して診断は正確なるものである。然かるに聽器にてはこれに反して臨牀上の症候種々にして統一しないばかりでなく、その経過も定型のないものが多い。加ふるに聽器結核は重聽及び耳漏の外に特徴がないから患者は多く放任して顧みず、進歩の甚だしきに至つて初めて醫家を訪ふが如きまた一原因である。即ちこの期に臨んでは單純の慢性中耳化膿症を區別することが甚だ困難である。就中重なる症候としては鼓膜の崩潰、中耳粘膜炎の化膿及びその潰瘍等である。尙ほ進んでは顚顚骨の領域にカリエス或は腐骨を見るのである。而して結核の特徴も稱すべき肉芽形成は甚だ顯著でないこと云ふ。

近世學說の進歩したる今日聽器結核を記述するには必ずその根蒂に因り結核菌の檢出を結核性病竈の組織的所見を以つてその標準的徴症を做すべきは言を俟たざることである。然かし乍らこゝに最近の

第 二 十 五 圖
耳 聾 結 核 腫



業績にてベッオールド氏 Bezold 及びヘゲッテユワイレル氏 Hegetschweiler の研究せるところに由るに特に細菌検査を顧慮せず僅かに肉眼的所見に基いて診断の標準を得るに云ふ。これは注意すべきことである、獨りベッオールド氏ばかりでなく爾他の諸家もまた耳漏に於ける結核菌の診断的價値に就いては皆意見を異にし持説を主張してゐる。例へばこゝに序を以つて細菌検査に就いて一二家の一致せざるものを述べる。

ナアタン氏 Nathan は四十例の結核患者に就き耳漏を検査したるに陽性の結果十二例あり。ルウツェ氏 Lucae は十七例にツベルリンを注射したが一例にして陽性の成績を見なかつた。然かるにギヂオンセン氏等は多數に就いて検査したるに細菌を看過したるもの極めて稀であるに云ふ。

かくの如く細菌検査の一致しないのはこれを解釋するにゴットシュタイン氏 Gottstein の説がある。即ち膿の發生地が結核性骨カリエス病竈であつて中耳腔に在るが故である。またクラウゼ氏 Krause の説の如く骨結核には結核菌の集簇極めて少數である。また著明なる肺結核にて細菌を検出しないことがあるのは人の知るにこそである。これに由つてこれを觀れば細菌學的検査を以つて診断を下すの主眼にすぎが如きは蓋し一般の標準にかならないのである。

細菌の染色法に就いて注意すべきは皮脂桿菌の誤診である。これ爾他の膿竈に於ても證明されることがあつて往々遭遇するものであるけれども多少の注意を拂へば誤診することは蓋し稀である。

ブライゲル氏 Brieger の想像であるがベッオールド氏がコレストアトームに於て證明したる結核菌は皮脂桿菌であらうに云ふ。フリードリヒ氏 Friedrich もまた聽器の肉腫から出る膿から皮脂桿菌を證明したことがある。皮脂桿菌はアルコール或は稀鹽酸を用ひて脱色することに容易である。結核性耳疾患は各期にも肺結核に於けるに同様であるがその末期に於て進歩が甚だしく劇烈である。病變は一側に或は兩側に來たり。一一家が唱ふる通り左側聽器を侵襲することに多い。結核性耳疾患の一般的特徴は長い経過を通じて無痛なることである。従つて患者は屢々輕症を做して醫家を訪れることが稀であり初期の病變に遭遇しない所以である。

結核が聽器に來たるは概ね續發的である、原發性のもので記載して發表された症例も稀に見るけれども、糺明して見るに完全に原發性なるものはない、故に乳嘴突起の結核性原發性骨髓炎を確かに證明するに

こは未來の問題である。

原發性骨結核があつて鼓室疾患が續發するものであるか、將たこれに反對に經過するものであるか、臨牀上區別することは甚だ困難である。加之ならず不可能なることが往々ある。これに就いてはキユステル氏 Küster 及びシュワルツェ氏 Schwartz 等の意見があつて諸説紛々である。しかしながらここに原發性骨疾患が確に證明されることがある。例へば癩瘰癧性の小兒に於て廣汎性結核性骨化膿症があつて癩瘰癧性を伴ふ場合には就中この症例を見るものである。

結核のうちにて最も頻繁なる慢性結核の發生に就いて第一の傳染徑路は淋巴道である、外にバルニック氏 Barnick は中耳及び内耳の慢性結核に就いて血行傳染を唱へ而かも最も頻繁なるものとして就中癩瘰癧性小兒に於て實驗することが多いと云つてゐる。蓋し細菌に乏しい乾酪性病竈が崩潰して四散し傳染菌携帶者の血行中に吸収せられて四方に運搬せらるゝが爲めである。

第二に注意すべきは歐氏管よりする傳染徑路である。結核性體質の患者に於ては爾他の粘膜の如く歐氏管粘膜も亦萎縮してゐるからその間腔開大して喀痰が鼻咽腔から進入することが甚だ容易である。加之ならず鼻咽腔に既に潰瘍が存在するときは、傳染を催進することが特に甚だしい。この傳染徑路を考へて見るに細菌は中耳粘膜の上皮間より侵入するのであつて、視診にて健體を見ゆる上皮より傳染することが屢々ある。ここに適例として考へられるのは聽器結核の最も頻繁なるは中耳より發生するものである。然かるに鼻咽腔より聽器に進入する傳染徑路は、その危険が甚だ僅微なるが如くフレンケル氏 Fränkel の調査に由るに五十例の結核屍を剖檢して鼻咽腔の結核性病竈十例を證明したが聽器には病竈を認めなかつたといふ。

鼓膜穿孔が先驅してゐる場合には、細菌が穿孔より直達する機會があるが、これに由つて結核性中耳化膿症の發來する程度は、未だ正確に研究せられたものがない、加之ならずかくの如き病因は實例上から存在しないようである。

鼓膜に來たる結核の症型はその皮膚並びに粘膜に發來するものである。皮膚に來たる病型は實驗が少なくて一部分が闡明せられたのみである。然かも猶ほ組織學的に研索したものではない。かく實驗が少く結核病變の定型とするこゝが出来ないけれどもスタッケ氏 Stacke 及びフライジック氏 Preysing の實驗がある。而かも症例は兩々相異り。一は粟粒結核、一は肉芽腫である。こゝにスタッケ氏の記述を見るに鼓膜は發赤して後半は凸隆してゐる。而して滲出液が透見するが如く恰も黄色に光澤がある。表面には黄灰色にして粟粒大に隆起せる小結節あり。熟視すれば各小結節の中心に向つて血管が放射狀に走朝してゐる。鼓室を検するに滲出物は全然缺如してゐる。鼓膜の發赤はその後益々進んで遂に後下方に潰瘍を生じその表面に黄苔を發見した。その上潰瘍は漸々擴大して大なる穿孔となつた。しかしながら組織學的に檢索して結核の所見はなかつたといふ。

フライジック氏の症例はケルネル氏 Körner の臨牀に於ける實驗であつて患者は頭蓋に多發性の結核腫がある。一側の鼓膜を見るに前下方に穿孔があり。そのこゝろには平等に鮮肉色の一塊があつて恰も肉

一は粟粒
結核一は
肉芽腫

芽のように見える。即ち結核性肉芽組織であることを知つた。而してブライジング氏はこれは腫瘍塊であつて鼓膜が浸潤せられ鬆粗なつて外層をなす表皮は決して缺損しないものと做した。

この例に對して鼓膜疾患の定型も云ふべきはその粘膜より潰崩するもので、これを組織學的に研究して報告したのはハッベルマン氏 Habermann である。これを見るに鼓膜に結核性の小結節があつて黄色の多少隆起してゐる斑點である。これは速に破潰して遂には鼓膜の全面に及ぶ大穿孔を生じた。また鼓膜の粘膜層のみが侵蝕せられた例がある。固有組織は往々病變を將來するに云ふ。結節は漸次破潰して鼓膜の組織缺損を將來するが如く、屢々多發性穿孔を同時に見ることがある。しかしながら末期に至るに損傷は互に癒合して鼓膜全面を侵蝕する。また諸家は結核性穿孔は鼓膜後下部に好發するに云つてゐるが、必ずしも然からず。これを以つて一般の定型に云ふことは出来ない。

診断を下すに最も參考となるのは経過が長く、無痛であることである。爾他の炎症は一旦鼓膜を侵すと共に激烈の疼痛があるけれども結核に於ては炎症に破潰が廣く進行しても尙ほ障礙を訴ふるに稀少である。

この結節及び潰瘍の招來する症候は中耳粘膜に發來する場合にもまた特徴をなす。しかしながら從來諸家の實驗が極めて少いように醫家が臨牀的にこれを診察する機會が甚だ稀である。中耳の結核性疾患は通常慢性中耳化膿症の症候を呈して來ることが多く、薄液膿を多量に排出し遂には惡臭を放つことが多し。結節が乾酪變性に陥る爲めに遂に粘膜に潰瘍生ず。また肉芽及び耳茸も往々實驗することあり。

普通には遭遇しない。

既に述べたように無痛に経過するのみならず、更に特徴として擧げらるゝのは、聽力障礙が早期に來ること且つ増悪の迅速なることである。蓋し炎症の進行が廣く中耳内壁を侵蝕するばかりでなく、その窓ニイセ及び周壁に波及する爲めである。就中定型の如く來たるのは急性カリエスである。即ち小聽骨並びに中耳周壁を侵かしてこれを破潰することが極めて劇烈であり、その進行するや迷路に及び或は乳嚙突起に至りて荒蕪の領域が極めて廣大なる。従つて官能障礙もまた甚だ重態である。例へば頸動脈或は頸靜脈を侵蝕して致死の出血が來たり。顔面神経を侵襲するにその領域の麻痺症狀が現はれ。迷路に波及するに耳聾の誘因となるが如きである。しかも最も屢々繼發してまた最も危険なる合併症は頭蓋内の疾患であつて、且つ日常遭遇するところである。

カリエス性に變化した骨組織は更に乾酪變性或は腐骨生成を起し、汚灰色乃至黑色を呈するに至る。しかしながら高度の肉芽形成を見ることはなく、全體の骨組織は碎屑的で柔軟であり且つ屢々腐骨を見ることがある。腐骨は骨組織中に介在して容易く鑷子にて緩和に摘出することが出来る。手術するときは特に小兒に於て破壊の及んでゐる深部を見て一驚することがある。外部には毫も症狀がなく中頭蓋腔及び後頭蓋腔の全壁が腐骨となつてゐて、これを一塊として摘出すること頭蓋内の全面が露呈するに驚く。かくの如き壞死の骨組織は迷路若しくは外聽道後壁より發生することがあり、従つて外聽道より剔出できることがある。この外に屢々遭遇するのは患者が放任してゐる場合で耳後に瘻管が生成して、その

ころから排膿があり數年間停止しないものである。

上氣道結核

Tuberkulose der oberen Luftwege.

上氣道の結核は爾他の粘膜に發來するに同様な諸種の症型がある。その病理解剖もまた爾他の粘膜に於けるに同じく結節及び結核性浸潤を首型とし。更に粘膜及び粘膜下組織の潰瘍及び肉芽が生成する。これらの諸型が發來する臨牀上の區別、或は交互に合併する経路或は發生方法等に就いては章を改めて詳論することとし、こゝには結核が如何にして上氣道に發生するかの問題を解説せん。傳染経路に就いては既に諸家に由つて縦論横議せられて諸種の傳染経路も認容せられてゐる。要するに諸種の病型があるけれども共通の病原は一つであつて、組織中に侵入するに恰も移住したように、愈々破潰を營爲するものである。結核病變を大別するに原發と續發との二型があつて交互に發來しその方法を異にしてゐる。原發性のものは先づ病原菌が上氣道領域に占居して、呼吸氣或は食餌に由つて傳染するものである。續發性のものはその原發性結核性病竈であるところの爾他の臟器、就中肺に占居して、更に内部的若しくは外部的に傳染するのである、内部的には血行若しくは淋巴道より發し。外部的には有菌喀痰が直接に粘膜を侵襲するものである。

第一の症型であるところの鼻腔、咽喉及び喉頭の原因性結核は稀少である。蓋し原發性結核は一般に認容せらるゝまでには幾多の歲月を費してゐる。就中原發性喉頭結核の如きは今日も雖も尚ほ論争せられてゐる。口蓋扁桃腺、舌根扁桃腺及び咽喉扁桃腺の原因性結核に就いては殆んど近年まで諸家がある

在を疑つたのであるが、ストラ

スマン氏 Strassmann が研究

に由つて二十一例の結核屍から

十三例の扁桃腺結核を證明して

以來、諸家が競ふて研究の歩を

進めて遂に結核が咽喉淋巴環に

原發するに認容するに至つ

た。そればかりでなく爾他の疾

患にて淋巴環に原發するものが

尠くないのを知悉した。臨牀上

の實驗は多くは病理解剖まで進

まない。これは實地臨牀家には

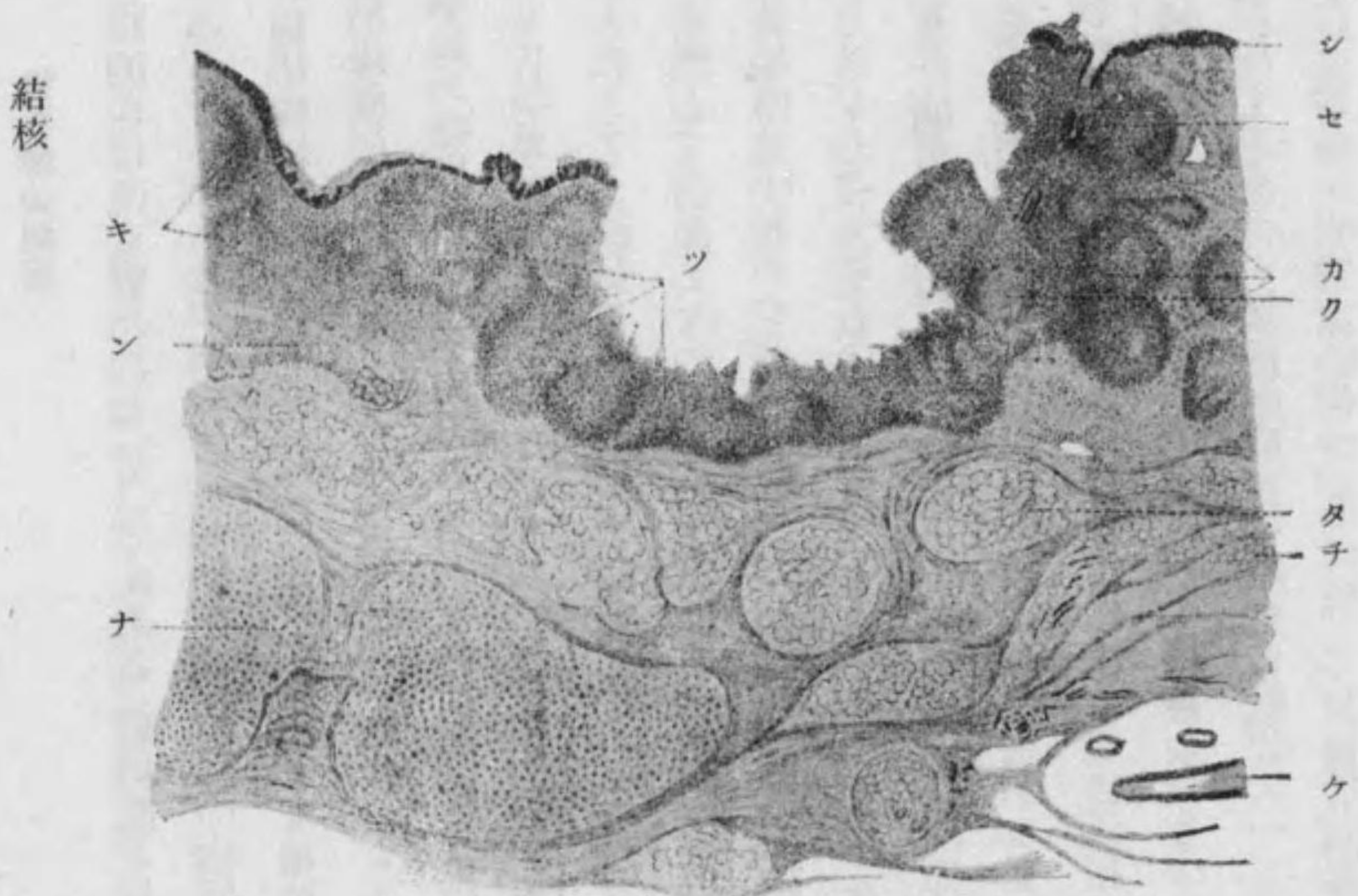
正確に潜伏性扁桃腺結核を診断

する機会がない爲めである。即

ち口蓋また咽喉に於ける扁桃腺

は顯微鏡的に結核性病變を認め

第二十六圖



- (シ) 上皮
- (セ) 腺輪出管
- (カ) 結節面
- (タ) 腺
- (チ) 脂肪
- (キ) 結核結節
- (ン) 腺結核
- (ナ) 軟骨
- (ツ) 結核結節面
- (ケ) 血管

結核

ても肉眼的には毫も變化のないところがある。扁桃腺を見るに肥大症は顯著でなく、寧ろ萎縮して組織が硬變してゐるところがある。例へばルウゲ氏 Ruge の症例の如きは稀に見るところであつて、初め臨牀的に潜伏性扁桃腺結核を想像したが、扁桃腺を剔出して検鏡するに果して結核性病竈があつた。しかしながら臨牀上の症候は明瞭でなくて、小學校に通ふ時代から十八歳になるまで肥厚性扁桃腺 dicke Mandeln があり、咽頭の症候は甚だ不定であつて、また何時から感じたのか不明であつた。然るに患者はその後頸髓のポット氏病を患ふるに至つた。こゝにまたカアフェマン氏 Kafemann の症例がある。即ち咽頭扁桃腺を剔出したところが恐らく該手術と関連して二三年の後に致死性的肺結核が起つた。蓋し潜伏性扁桃腺結核が再燃して誘因となつたものと思はる。咽頭の淋巴組織に結核が発生するのは呼吸氣または食餌に由つて直接傳染するのである。而してこの種の傳染経路は必ずや表皮損傷ありと想像される。細菌は即ちこのところから侵入するのである。またステール氏 Stöhr スハチック氏 Suchanek 及びレキセル氏 Lexer 等は咽頭粘膜炎の外観が健康であつても細菌の進入する機会があることを云つてゐる。この知見は蓋し大なる進歩であつて潜伏性扁桃腺結核より發生する下行性頸腺結核を説明するのに便利である。また肺結核より發生する上行性頸腺結核を説明するのにも便利である。また肺結核と同時に證明する時扁桃腺結核が潜伏してゐるに更にかく續發したものであるか將た肺結核を原發性に見做すべきか未だ解決せられてゐない。咽頭原發性結核に就いて一二の醫家が贊成してゐるけれどもその存在は疑はしい。これは將來の研索家に俟つ、鼻結核もまた屢々研究せられた結果、こゝにも原發性結核が發來するこ

とを知つた。例へば臨牀的の検査に因つて爾他の諸器官に毫も結核病變を認めず鼻結核の病竈を認め、これを剔出するに速かに治癒するものがあるが如き、この型の鼻結核は恐らく原發性病變と做さなければならぬ。就中鼻結核の好發部位は軟骨性中隔である。これはキアリ氏 Chiari 及びコシエル氏 Koschier 等が研索せるところである。蓋し軟骨性中隔は鼻腔中に於て病理的に樞要なものである。例へば鼻前庭を通過した呼吸氣は、吸氣時には必ずこのところに含有してゐる異物を粘著せしむるに屢々である。従つて鼻中隔の潰崩が起つて所謂黄化症 Xanthose を遺残するところがある。即ち上皮はその營養を甚だしく侵蝕せられ、若し患者に素因があるときは結核菌がこのところに附著して原發性傳染を見る。而して病竈は潰瘍なるも結核性なるものが多い。喉頭原發性結核は例外なりと思ふ(或は全然發來しないものか)。オルト氏 Orth 及びデムメ氏 Demme は一例を掲げてゐるけれども剖檢上これを確證しない。シュミット氏 Schmidt もまた類似の一例を擧げて聲帯及び假聲帯の結核腫を疑つたが解剖的所見の不十分であることを告白した。ステルク氏 Störk 及びシュレツテル氏 Schröter も同じく喉頭結核は原發すべしと云つてゐるがアロンソン氏はこれを反駁した。要するに剖檢に由つて肺疾患を認め且つ肺の病變が喉頭に於けるものより幼若なるを證明したるも直に喉頭原發性病變を云々するは早計を免かれな

い。

結核性軟骨炎若しくは軟骨炎が原發するは恐らく認容される。結核性軟骨膜病變はまた屢々甲状軟骨板の外面に來たり、爾他の喉頭若しくは肺の疾患を見ないところが多い。これは著者等も屢々遭遇したところ

で、かゝる場合には外科的切開を行へば豫後が極めて良好である。咽頭及び喉頭より発生した粟粒結核はアンゲロト氏 Angelot 及びカッチ氏 Catti の記載がある。アンゲロト氏の例は何れも二ヶ月乃至六ヶ月にて鬼籍に入りカッチ氏の例は八日乃至九日にて不幸の轉歸を取つたといふ。且つカッチ氏に由る喉頭症狀が就中激甚であつて、或は實布埜里ならざるか疑はれ、爾他の諸器官の病症の如きは殆んき關しないほどの有様であつたといふ。

上氣道の結核として頻發し且つ正型とも云ふべきは常に續發性なのである。而してこゝに原發性病竈より傳染する経路に就いて二説が對立してゐる。一は傳染性喀痰の接觸に由る云ふのである。一は淋巴道若しくは血行に由る云ふのである。第一説は病理解剖家が唱ふるところであり第二説は主として喉頭醫家の持論である。例へばオルト氏及びフレンケル氏 E. Fränkel の如きは第一説を持し。コルクノフ氏 Korkunoff シュニツレル氏 Schmitzler 及びシュレツテル氏等は第二説を標榜するものである。要するに二説は共に眞理があつて何れが否も軒輊すべきでない。オルト氏が最も正型である。稱する症例は一側の肺炎に乾酪性潰瘍に陥つてゐる大腔があつて、更にこの腔から祛痰される氣管枝には悉く結核性潰瘍が満ちてゐる。また大氣管枝及び氣管下部にも喀痰の接觸すべきところは潰瘍があつて、上方に進むに従つて漸々減少してゐる。加之ならず氣管枝と氣管との境界も、その壁は喀痰が附著するに便利であつて、結核性潰瘍を見るこゝが屢々である。これに由つてこれを觀るに肺腔洞より出る喀痰は氣管を通る間に適當の粘膜炎部に到達して傳染するものである。この如き機轉も當然に考へられる。

もので細菌が表面から侵入して潰瘍を生ずるこゝも、上皮の披裂があれば勿論健體の上皮もまた考へらるゝところである。フレンケル氏はこれを以つて原發性傳染であるを稱してゐるけれども、寧ろ偶然の機會に誘因になつたものを見做される。

淋巴道或は血行より傳染する云ふ學説は、喉頭結核の病理解剖を闡明するに極めて必要である。病變の第一期は即ち粘膜炎に結核が發生するこゝである。その占居の部位は上皮から多少隔つて、上皮には最初變化がない。加之ならず上皮と浸潤との間には多く健康組織が介在するものである。喉頭鏡にて検査するに多く結核性浸潤がある。これは結核が蔓延して集簇するに由つて生成したる局所性腫脹であつて表面を被ふ粘膜炎は常に健全である。この關係を知るには喉頭結核の材料に就いて實驗するのが便利である。ハインツェ氏 Heinze 及びコルクノフ氏は好箇の適例を報告してゐる。結核が癒へ増大して上皮まで達するに、こゝに變性が起る。即ち上皮を舉上して遂に破壊するのである。こゝに於て潰瘍生成の機會があり表面から壞死が起つて結核性浸潤と共に進んで遂に結核性潰瘍となる。かくの如き解剖上の關係に伴つて又結核菌を證明するのである。コルクノフ氏は上皮の外層には細菌が少く結核下の組織に饒多であるを唱へて注意を促した。この解剖上の關係から見れば、結核性病變は淋巴道若しくは血行からするものを見るべきであり。日常臨牀上の實驗もまたこの關係を解決せしめる。即ち初學の徒は肥厚組織を見ても無害のものに做すけれども、特に後壁に於ける表面が灰青色であつて壞死せんし、早や潰瘍に陥らんとしてゐるのである。これが即ち結核性浸潤なのである。然るにオルト氏はこれを否定して

反對の説を持してゐる。喉頭の結核性潰瘍は疑もなく、觸接潰瘍を做すべきであり、たゞ解剖上並びに臨牀上多少異なるところがあるのみ。ロキタンスキイ氏 Rokitsansky 時代にはこれを實布垚里性^ミなし、その後に至つてはこれをアフテンである^ミ云ひ、腐蝕潰瘍^ミ見做した。初めは肺空洞の内容の腐蝕に由る粘膜病變^ミ考へ、後ちに至つては續發性傳染なり^ミ解釋したが、その發生に就いては諸説紛々であつたのである。

この潰瘍は表在性であつて粟粒結節から來れるの觀がある。潰瘍が表在性であつて廣く蔓延してゐるけれども、潰瘍の底面が生成する^ミことはない。底面を見る^ミ黄色の厚苔があつて往々纖維素性義膜であるか^ミ疑はれる。これがロキタンスキイ氏が實布垚里性である^ミ稱した所以^ミ思ふ。

この腐蝕潰瘍は即ち結核性疾患の特徴^ミなすべく、その原因は結核菌である。たゞ傳染の方法が往時の學説^ミ稍々異なるに過ぎない。而して結核性浸潤は初めから深部に達するものではなくて、結核性喀痰が接觸した局部より發生するのである。葡萄狀球菌及び連鎖狀球菌の混合傳染に由つて、如何なる關係が生ずるか、確實に研究されたものはないが、混合傳染は潰瘍生成を促進す^ミ考へらる。

シュレツテル氏フリードライヒ氏 Friedreich 及びセツヒ氏 Schuch 等が唱へる同側罹病説がある。即ち右肺に結核があれば喉頭もまた右側から侵され、左側肺結核からは左側喉頭に感染する^ミいふ説である。これはハイנטツェ氏も剖檢の時に證明しないものであつて、確説^ミ云ふ^ミは出來ない。また喉頭結核が接觸傳染に由つて發生す^ミ云ふも、^ミに細菌多量なる喀痰を證明して、尚ほ且つ喉頭が健全なるこ

こがある。然るに初期の肺結核にて喀痰少量の場合に喉頭結核を見る。かくの如くなるを以て尚ほ何等かの原因がなくてはならない。こゝに於てカルト氏は一種の體質即ち粘膜の素質 Disposition 若しくは弱點 Schwäche を認容した。既に喀痰の接觸傳染を認容するに、喉頭結核のみが頻發して、爾他の上氣道の侵襲される^ミ稀なるは如何なる理由か、要するに梨子狀窩、咽頭後壁並びに側壁の粘膜は喉頭と同じく扁平上皮であり、傳染の關係がまた相似て居れ^ミ、この^ミころでは反射性咳嗽刺戟が強烈であつて、喀痰が止まる^ミ直に喀出されて停滯する^ミこゝがない。これが接觸傳染の機會が少い所以である。爾他の疾患例へば癌の如きものに於ては、近部淋巴腺先づ腫脹して漸々近部に進むが故に、その状態が異つてゐる。即ちかくの如きは病理解剖的に觀察する場合注意すべきものである。

鼻結核

鼻結核 Tuberkulose der Nase こは三型ある。

一、結核腫 Tuberkulom.

二、廣汎性浸潤兼潰瘍 ausgebreitetes Infiltrat mit Ulzeration.

三、骨結核兼續發性粘膜炎患 Knochentuberkulose mit sekundärer Schleimhauterkrankung.

結核腫

結核腫の好發部位は軟骨中隔であつて最も特徴があり、骨中隔に於ては稀に散見するのみである。その來るや腫瘍の如く基底は廣く周圍^ミの境界が劃然^ミしてゐない。粘膜の上から出た部分は大小不同なるも、常に鼻腔を狹隘にしてゐる。上皮には常に變化がなく表面から見る^ミ健康である。粘膜被覆は全體が平滑であつて、その表面も平滑であるか、或は僅かに凸凹參參である。しかしながら時には一の結核腫に

結核

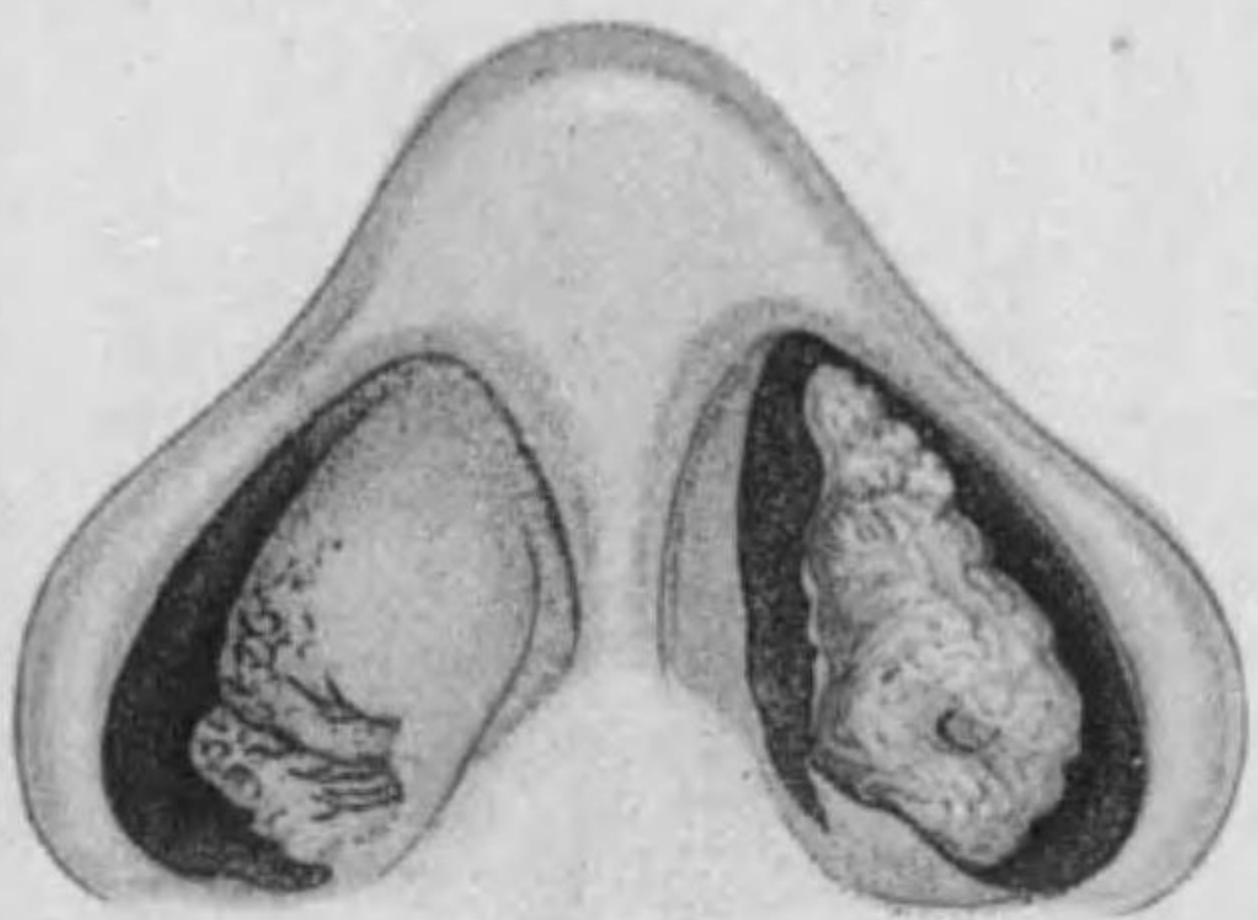
數個の結節を見ることがある。結核浸潤は潰瘍に陥る傾向なく、且つ結節内容は乾酪變性をなすこと少ない。たゞ稀に結核腫のうちでも古いものは、頂點に於て潰瘍生成を示すことがある。初め結核腫の生成するは中隔の一侧に於てするけれども、後期に至つては他側にも發生して、兩側から暗赤色若しくは

灰赤色の腫瘍を見るに至る。これは鼻鏡がなくても視診するこゝが出来、外傷に伴ふ鼻中隔膿瘍も最も誤診し易い。

この期の病變は初め軟骨膜に圓形細胞の浸潤が起り、漸々軟骨を侵襲し、その壞死が起る。兩側の腫瘍は消失する。

斯くて鼻中隔の穿孔を見るのである。臨牀上の症候は特別に變化するこゝもなく數年を経過するこゝがある。しかしながら時として其の表面が潰瘍となり結核腫が潰崩するこゝがある。而して潰瘍は停止するこゝなくして深部に及び腫瘍は遂に消失する。

斯く鼻中隔が潰崩してから結核性肉芽腫も破壊して、跡には缺損部を残すのである。缺損は通常軟骨中隔の大部分に及ぶが、決して骨中隔を侵襲するものではない。かくの如き變化を呈した病竈は、特異の症狀として鼻中隔穿孔を残す。而して穿孔の周縁には肉芽若しくは結節を生成して鼻中隔穿孔性潰瘍 *Ulcus perforans septi* の比較診斷上須要なるものであ



第二十七圖 鼻結核腫

鼻中隔穿孔性潰瘍

る。蓋し穿孔性潰瘍に於ては周縁が平滑であつて且つ割然としてゐる。また外鼻にはこの鼻中隔缺損に伴ふ病變がない。

患者の自覺症狀は鼻閉塞並びに閉塞であつて、初めは軽度なれども腫瘍が増大するに共に増進するのである。しかしながらこの症狀に前驅して往々衄血が來たる。痂皮及び血痂は粘膜上皮の健康なる間は決して之れを見ない。その潰瘍に陥るや直ちにこの症狀を呈す。これが自然的の徑路なのである。

瘰癧性鼻疾患

瘰癧性鼻疾患 *skrofulöse Nasenerkrankung* も序に之れを述べる。コシエル氏はこれを組織學的に研

究して結核性瘰癧性淋巴腫と稱した。要するに瘰癧の觀念は昔日の如くではなく、今日は小兒結核の一期型となす。局所の病變は慢性濕疹であつて、鼻門及び上唇の皮膚浸潤を伴ひ、遂にその肥厚を將來するのである。これを瘰癧體質の特徴とする。病變は全く慢性皮膚炎の如くで、皮膚と粘膜との移行部に局在し、決して進行する濕疹が存在しない。即ち鼻門及び上唇の瘰癧性濕疹で、これより結核性病變を證明せざれば、これを結核性なりと稱するを得ぬ。寧ろ瘰癧に於ける慢性濕疹と稱するを適當とす。これに反して組織的所見に結核病變を認めれば、嚴重に普通の瘰癧と區別せねばならぬ。これに於ては肉芽性潰瘍若しくは鼻中隔及び下甲介の潰瘍を見るのである。

第二型の鼻結核

第二型の鼻結核 は初め浸潤が起り、それが潰解するに潰瘍になり。周縁に浸潤若しくは肉芽を後遺するのである。この解剖的變化は臨牀的にも證明するこゝが出来、廣く鼻粘膜を侵襲するこゝがあり、潰瘍は遂に骨及び軟骨を侵す、その潰瘍の深淺は種々であり、即ち骨及び軟骨の壞死を將來し、その缺

結核

結核性鼻症

損を見るに至る。
この外の症候としては衄血、痲皮及び血痲または粘液性排膿を來たす。されば往時はこの症型を結核性鼻症と稱したのである。組織を侵した時は診断は困難であり、就中微毒性病變を誤診することがある。しかしながらかくの如く鼻結核の進歩したるは、必ず肺結核も進んで居る。これに因つて即ち確診するここが出来るのである。

第三型の鼻結核

第三型の鼻結核はコシエル氏が記載したところであり、骨及び軟骨より原發するといふ。これは فولクマン氏 v. Volkman 等も唱ふるところであり、屢々これを實驗したと云つてゐる。しかしながら吾等は一例も該當したものを見ない。むしろ結核腫が頻發すると思ふのである。コシエル氏は特徴として三症候を掲げてゐる。一は外鼻の變形であつて、爾他の疾患に於ては嘗つてかくの如きものを見ない。二は蔓延するところが甚だしく、鼻中隔一側に止まらないで、その最も甚だしきものに至つては鼻中隔の全領域に及ぶ。三は粘膜深部の潰瘍が大にして、蔓延するに甚だ迅速である。而して骨及び軟骨の壞死したものが片々剥脫するに至る。

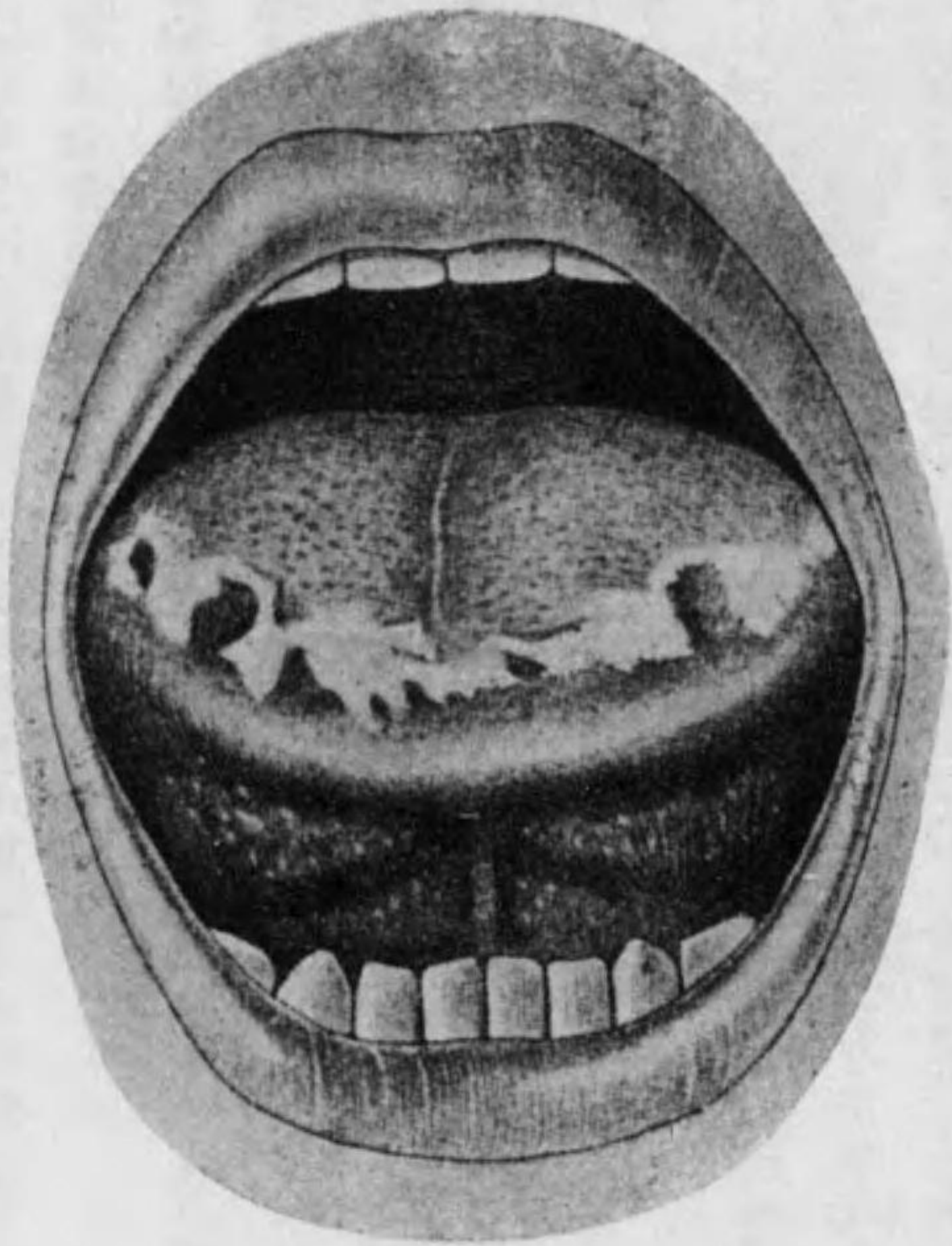
咽頭結核

咽頭結核 Tuberkulose des Pharynx.

咽頭結核は左程に屢々實驗するものでない。就中稀な症例として結核腫が記載されてゐる。アウエリス氏 Avellis は口蓋帆の後面に於て實驗したと云ひ、コシエル氏は咽頭天蓋にこれを見たといふ。またムウレ氏 Mouret の實驗は二十歳の肺結核兼喉頭結核の患者であつて、肥厚しない口蓋扁桃腺より廣莖を以つて發生した結核性肉芽腫であつたといふ。頻發する症型は潰瘍である。これはイサムベル氏 Isambert が初めて記載したもので、多くは貧血性粘

第二十八圖

口腔特舌結核



り廣莖を以つて發生した結核性肉芽腫であつたといふ。頻發する症型は潰瘍である。これはイサムベル氏 Isambert が初めて記載したもので、多くは貧血性粘膜であり、その上に粟粒大の灰白色の結節生じ、それが互に密集してゐる。後ちに至つて互に癒合し潰瘍に陥るものである。フレンケル氏 B. Fränkel はこの潰瘍に就いて詳細に記述した。即ち潰瘍はレンズ豆大であり、周縁には盛に蔓延すれども深部には進行しない。多くは淺在性であり。潰瘍縁には僅かに浸潤し不規則に參差してゐる。潰瘍底には肉芽生成せず汚黄色の分泌にて覆はれてゐる。また潰瘍となる粘膜表面には廣汎性の浸潤がなく、從て喉頭に於ける病變を異つてゐる。潰瘍の好發部位は口蓋帆、懸壅垂、前後口蓋弓、咽頭側壁及び咽頭後壁、鼻咽腔等である。潰瘍は多く淺在性なれども、口蓋帆に來たるは稍々深部に及び組

結核

織缺損もまた大である。しかし骨部まで侵襲することはない。自覺的症狀は嚥下困難の外に耳側へ放射する激烈なる疼痛である。加之ならず口蓋帆の一部は癍痕癒著をなすことがある。また潰瘍は自然治癒を營むことが尠く、粟粒結節兼潰瘍は咽頭結核のうち豫後不良なるものに屬す。且つ多くは肺結核の末期に合併するもので、この點はイサムベル氏も既に注意してゐる。之れを診斷するに往々微毒性潰瘍を誤診することあれども、亦是れ稀有のこととす。

咽頭結核は猶ほ後壁の寒性膿瘍を來たす。これ脊髄カリエスより溜注するものである。これを見るに鶏卵大の腫瘍であり、波動を呈し、通常患側の脊髄に向つて、多少とも或は高く或は低く咽頭後壁か側壁に占居してゐる。咽喉の症候に嚥下を支障する異物感があり、言語は明かに口蓋音を帶ぶ。しかし爾他の症候は甚だ稀少である。これは又脊髄カリエス原發してゐるから、爾他の腫瘍及び膿瘍を區別することが出来る。

喉頭結核

Kehlkopf tuberculose.

喉頭結核には浸潤に繼發する潰瘍、表在性潰瘍、腫瘍形なる結核腫及び粟粒結核の四種がある。浸潤性云ふその意義には一定部位の組織の廣汎性腫脹を主要なる特性とする。浸潤廣汎なるが故に同部位は自然のまゝで殆んど變化してゐない。若し増殖機能旺盛であり、自然状態が變化するようなれば、浸潤性云ふのは適當でない。即ち浸潤性の種類を増殖性の部類として説明するは稍々不理の感がある。しからば如何なる名稱が適當であるか、云ふまでも無く第二の結核性腫脹の種類なのである。

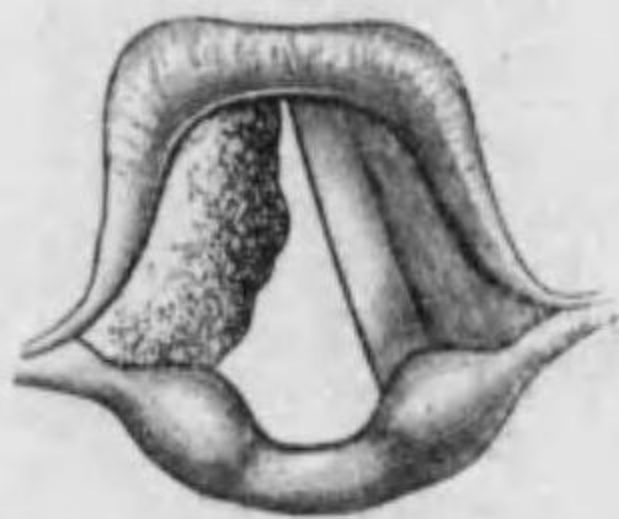
第九十二圖

乳嘴狀浸潤



第三十三圖

假聲帶浸潤



第三十三圖

假聲帶結核腫



セッセル氏 Seheld は嘗て同部位に潰瘍存在なきを確診して、初め腫脹性と稱す

べしを主張し、結核性腫脹云ふ從來の記事は多く信するに足らずと做した。これと全然反對なるはモリッツ、シュミット氏の説である。氏はその喉頭科學の最新版に説いて曰く、「結核性の腫脹は最も屢々續發的に假聲帶に於て見るものである。その腫脹が圓形を保つのは即ち働作が妙な場合であつて、聲帶に於ては既に多く潰瘍に陥るを常とする」。しかしながら諸家はセッセル氏が腫脹を腫瘍の一種と做し、且つ特有なり云ふに賛成してゐる。而して腫瘍なればその發生稀なるのみならず、乳嘴腫。或は纖維腫に似て、潰瘍は結締組織に富むが故に初めより柔軟ではない。しかし本來の性質は檢鏡に由つてのみ知らる。これを要するに結核性腫瘍を解釋されるは結核に將來したる新生物であり、附近組織の表面より多少高まりて觸診することが出来る。その組織は細胞に富むか否かに由りて潰瘍することが、或は早く或は晩く、或は全然潰崩しない。

シュミット氏の説が如く浸潤性腫脹との間に限界を劃するは多く困難である。尙ほ特異の喉頭結核を

増殖型

述べる。それは佛國の學者が**増殖型** *Forme vegetante* 稱するものであり、肉芽性のもつともまた浸潤性もまた腫脹性も稱するに適せず。特に區別するを要するものである。肉芽性のもつものは屢々前述の種型を合併し、或は潰瘍性のもつを合併す。或は常に合併し來たるも云つても妨げない。喉頭に散在する肉芽形成の外に、特別のものとして述ぶべきは即ち**表面性肉芽**であり、喉頭粘膜に廣く或は狭く現はれる。表面性肉芽の發生する部位は苗牀の如く、頗る平等なる外觀を呈し、常に大なる隆起がなく、また深部に達する組織缺損がない。喉頭粘膜は一般に芝生の如く被うてゐる。觸診するに組織が堅く、或は抵抗があるように感ずる。また往々氣管に達する肉芽の表面を見る、こゝに肉芽性形状を云つても、肉芽腫を云はざるは別に一説がある。即ち肉芽腫を云ふに腫脹性のもつを容易に錯診するからであり、表面性肉芽は最も多く喉頭粘膜の狼瘡に似てゐる。

表面性肉芽

この外に軟骨膜炎の記載が屢々文獻上に散見するが、セツヒ氏はこれを引用するを止め、諸家もまた多くこれに同意した。蓋し結核性軟骨膜炎は決して特有なる症型でなく、且つ左程に頻多なものではない。結核病變の軟骨膜を侵すは甚だ特種な場合に限るが、屢々遭遇するものは潰瘍である。所謂續發性の化膿であり、初めはその附近に結核性潰瘍發生し、これより更らに化膿するものも解釋せらる。

潰瘍性

潰瘍性 のものはこれに反し、諸家は喉頭結核の主要なる病型を認む。結核病變に由りて潰瘍のみの發生するこゝもまた頗る多い。かゝる場合は多少に拘らず浸潤來たり、更に潰瘍の續發するを常とする。潰瘍を診するに淺層潰瘍と深層潰瘍とを區別するこゝも最も必要である。且つそれは左程の難事ではない。即ち

第三十三圖 聲帶潰瘍



第三十三圖 對稱性潰瘍



一方には前驅してゐる結核性増生の部位も大ききに由り、また潰瘍の程度に由り、或は組織缺損の大なるこゝがあり。或は小なるこゝがある。聲帶組織は硬固であり、且つ緊張して、結核性潰瘍は少くも水平の表面にては高度に達するこゝ能はず。また

披裂會厭皺襞、假聲帶及び會厭軟骨に來たるものは概して廣汎性である。故に聲帶の潰瘍は廣汎ならず、爾他の部位に比較して多く深部にも達しない。かく聲帶は特發性潰瘍の好發部位であり、屢々初期の病變を認める。潰瘍の聲帶端に起らんとするや、先づ特有なる線狀に發赤す。或は屢々表面性壞死を來たすこゝがある。

粟粒結核

粟粒結核 は最も稀なる症候であるし、多くは特發性のもつでない。多くは爾他の諸型を合併して來たる。而してこれを見るに炎症が激甚であり、甚だしく發赤し浸潤してゐる、その面には肉眼にて見える細かく密疎種々の小結節現はる。これらの小結節は底面から少しく隆起してゐる。時には屢々急劇なる上行性の結核がある。而して特に微細なる粟粒小結節を見る。シュミット氏はこれを**霜狀結節**と稱してゐる。その發生部位は口蓋及び口蓋帆を。從てこの部位に發生する結節は多數の小濾胞を誤診するこゝも屢々である。この粟粒結核は急性全身粟粒結核に伴ふもの最も多い。

霜狀結節

結核

軟骨膜炎
並びに浮腫

骨膜炎

喉頭浮腫

軟骨膜炎 並びに浮腫に就いて附言する。ハアエック氏によれば軟骨膜の潰瘍を見るも、必ずしも結核を直接の原因と云はれぬ、むしろ間接の原因である。即ち結核の爲めに粘膜炎潰瘍を將來し。潰瘍には膿菌の侵入を促し。こゝに軟骨膜炎を將來するのである。故に結核性軟骨膜炎と云ふは適當でない。蓋し軟骨膜膿瘍と稱すべきである。チイグレル氏によれば軟骨膜炎は最も化膿する性質あるが、また真正結核性のももの乾酪性のももの及び硬結性のもものを區別する。蓋し病理學者の見解である。

結核の繼發症に喉頭浮腫を見るこゝ屢々ある。これは全然炎症と見做さねばならぬ。諸家或は續發性浮腫と稱するがハアエック氏はこれを症候的 形容してゐる。また浮腫の本質である血管素質の新舊に由りて區別するこゝ急性及び慢性の二種がある。即ち血行器に來たる局所障礙の程度に由り、浮腫性の腫脹は少く組織浸潤の主なるこゝがある。又は腫脹廣汎にして隆起し、壓迫性貧血を將來して蒼白色を呈するこゝがある。滲出の現はるる部位は常に一定して喉頭に於ける同一局部なのである。ハアエック氏はこれ

圖四十三第

潤浸帶軟骨裂披



圖五十三第

潤浸軟骨壁後



圖六十三第

(壁後)潤浸形錐圓



圖七十三第

(壁後)芽肉狀枝莖



を精密に研究したが、諸家もこれを認容してゐる。即ち披裂軟骨部に先づ浮腫性の腫脹起りその附近には結核性病竈を見る。

また喉頭結核は筋肉並びに神経より影響を受けその症状を變化す。人の熟知するが如く喉頭内の筋肉に分佈する廻歸神經の経路は特有であつて、近接部位の病變に將來する症状に就いて諸家の記載が多い。且つ肺炎、胸膜、氣管枝腺或は氣管に結核性病變在る時は廻歸神經は往々中斷されるゲルハルト氏 Gerhardt は屢々斯種の廻歸神經麻痺を實驗したと云つてゐる。しかし諸家は必ずしもこれに賛成してゐない。

喉頭結核の好發部位に就いては諸家の報告があり、且つ極めて必要なこゝである。一八七九年ハインツェ氏 Heinze は既に詳細な記載をした。これに由るこゝ喉頭後壁及び聲帶を最も屢々好發部位と見做してゐる。これは諸家も亦證明し一般の認むるこゝである。

好發部位に次いで結核性病變の初發する部位を知悉するこゝまた必要である。而して諸家またこれを精確に研究してゐる。これに由つて観るに喉頭の何れの部位にも初發する様であり、一定の部位と定め難い。また喉頭検査にて嘗つて結核症状を認めなかつた部位は、亦その粘膜炎を鏡検しても病變を認めなかつたと云ふ。尙ほ結核性潰瘍が喉頭の全面に互つてゐる重患に於ては

圖八十三第

潤浸軟骨會



結核

初發部位を研究する餘地がない。喉頭結核は接觸に由つて一局部より爾他の部位に傳染するこゝ諸家が認めてゐる、加之ならずこれを鏡下に検査するこゝまた往々容易である。接觸傳染に關しては諸家の實驗あるが、聲帶突起に於てこれを實驗するこゝ最も著明であり。前連合に於て見るこゝこれに次ぎ、また聲帶垂直面及び披裂軟骨に見るこゝまた屢々である。會厭軟骨もまた甚だしく病變に侵され、その舌面に潰瘍ある時は舌根と接觸してこれに傳染するこゝ著しい、諸家はまた稀異な接觸傳染例を報告したものの尠くない。

接觸傳染よりも遙かに屢々来るは、淋巴管若しくは血管に由りて、原發の病竈より傳達するものである。而してその傳達慢性なるは主として淋巴管に由る。しかし往々にして喉頭粘膜の全面に互り、比較的急劇の蔓延を來たすこゝもある。かくの如き場合には多く喉頭に近接する器官に病變の波及するこゝ屢々である。就中最も急劇の實例は初め喉頭に原發した結核病變を認め、兩三回診療する間に急劇に

第三十九圖
聲帶下浸潤



廣汎となり、遂には喉頭粘膜の全面に互りて重態になつたものである。かくの如きは必ず血管に由る傳染を認めねばならぬ。症例の異なるに由り更に好發部位異なるこゝがある。例へば粘膜下の粗鬆結締織に富む部位には屢々浸潤來り。これに反して器械的若しくは爾他の影響を受ける局部にては潰瘍の起るこゝが多い。また病變在りても主要なる部分が隠匿して見へず。漸次反應症狀附近に起り重態になつて初めて確診されるこゝ

こゝがある 例へばモルガニー氏竇、梨子狀窩或は聲帶下腔等の深部に病變在る場合等である。

一、微毒

微毒

聽器

聽器 に來たる微毒性病變は直接に診見し得る部位例へば耳翼、外聽道、鼓膜及び乳嘴突起部皮膚には正確な症例がある。また後鼻鏡検査に因りて歐氏管咽頭開口にも病變を認めたこゝがある。耳翼には總べての病型來たり第二期及び第三期の皮膚疹ばかりでなく、ツッケル氏 Zucker の如きは耳翼の第一期微毒を實驗した。外耳の皮膚には爾他の皮膚部と同じく蕁麻疹、丘疹、第二期のコンデューロム若しくは潰瘍及び第三期の結節微毒若しくは護膜腫等を見る。蓋し外耳微毒の統計は未だ不充分であり、標準を爲すに足るものがない。しかしステール氏 Steier が外聽道の丘疹に就いての記載は就中根據になつてゐる。即ち外聽道壁は汚穢の青赤色を呈し、腫脹するこゝ廣く發赤す。更に鼓膜にも波及して汚穢の褐赤色の斑點を示す。加ふるにクレッチュマン氏及びラング氏 Langbe は鼓膜の丘疹をも記載した。即ち麻實大で蒼白色の光澤があり、恰も短突起の上になつた云つてゐる。外聽道の丘疹は周壁の腫脹が甚だしく、遂に脱皮して血膿性の分泌を見るのである。脱皮した跡にはコンデューロム様の組織が生成して束狀となり。または廣莖のポリープになつて外聽道内に在るか或は外聽道を出る。またクリスチンチック氏 Christinck は外聽道の入門に於ける輪狀潰瘍を報告してゐる。

診斷には全身の微毒症狀を診察して確定すべきである。往々誤診するものは外聽道濕疹若しくは爾他の疾

微毒

五一三

患に由る肉芽等である。

耳翼の護膜腫に就いてはヘスレル氏 *Hessler* の記載がある。外聽道骨部に來たものにはブライゲル氏及びハッペルマン氏の報告がある。鼓膜に現はれたものはバトウ氏これを實驗した。また乳嘴突起の護膜腫はセデ氏及びハウグ氏がこれが中央にあるのを見。ボラック氏及びブライゲル氏は骨膜に於て經驗した。要するに護膜腫は爾他の部位に於けるものと同じであつて特徴を做すべきものがない。總べて微毒性疾患は適當なる驅微療法にて全治するけれども、また往々癥痕を形成して外聽道狹窄を起し、骨部及び乳嘴突起の骨腫若しくは軟骨増殖を後遺するところがある。

歐氏管の咽頭開口部は往々不潔な歐氏管カテーテルに由りて傳染し、第一期微毒を起すところがある。また第二期及び第三期の微毒は多く鼻咽腔より波及して癥痕收縮若しくは癒著症を將來する。

後鼻鏡検査を施行するに直ちにその部位並びに種類を知ることが出來。また中耳の症候として鼓膜の凹陷及び濁濁があり、重聽及び耳鳴を訴へる。また微毒患者に於て中耳化膿症を診することがある。然しながら臨牀上にも解剖上にも微毒に特有のものを見ない。また中耳粘膜炎より微毒性病變を鏡檢したものが無い。従つて確説なきもベッソルト氏は微毒の経過中に來たる急性及び慢性の中耳化膿症は總べて鼻腔若しくは鼻咽腔より伸介されるものならんことを云つてゐる。フールニエ氏 *Fournier* は先天性微毒が中耳化膿症として原發し、而かも無痛に経過するところありことを云つてゐるが、耳科學者は必ずしもこれを認容しない。

渗出性中
耳炎

渗出性中耳炎 *Otitis media exsudativa* はシュワルツェ氏が初めて實驗し、次いでキルヒチル氏は鼻

中耳硬化
症

咽腔潰瘍の合併してゐるものを見た。キルヒチル氏は剖檢に由つて血性滲出液、圓形細胞浸潤、レンズ豆大骨新生及び微毒性末梢動脈炎等を證明したけれども死後變性の如き所見があつて多少疑はしいものである。中耳硬化症も微毒の結果であること云ひ。グラデニゴ氏及びシアムベラン氏 *Chambellan* はこれを認容し、即ち晩期先天性微毒 *Lues hereditaria tarda* の類微毒性疾患であること云ふてゐる。

聽器の神
經裝置

臨牀上また聽器の神經裝置を侵す症候を見るのである。即ち第三期又は第二期に於て皮膚發疹があつて二三週の後ち頭痛を訴へ、突然重聽となり數日にして聾となり。この時に耳鳴がなく爾他の音覺もなく、往々眩暈及び嘔吐があること云はれてゐる。シュワルツェ氏は尙ほ暗中醉歩を來たすことを云つてゐる。また斯症は一側であることが多く兩側なることは稀である。耳鏡検査にては毫も變化がなく聽力検査に由るに神經性重聽である。即ちリンチ氏検査が陽性であつて高音に對する感受性がない。グラデニゴ氏は迷路炎が來るや三様であつて、一は緩慢に一は急速に一は卒中性に來たることを云つてゐる。然るにフールニエ氏は脊髄癆にて卒中性に來た重聽を見たのである。但し病因の關係があるか否かは不明である。

間質性角
膜炎

質性角膜炎及び特有なる齒形を來たしハッチンソン氏三大症候をなすのである。フールニエ氏は二百十二例のうち四十例を實驗したことを云つてゐる。グラデニゴ氏は聽力が屢々日々變換するけれども、常に兩側に來たり毫も疼痛がなく後天性微毒と異ならないことを云つてゐる。しかしながら豫後は大に異つて後天

性なれば第二期にてもまた第三期にても速に治療すれば驅微療法の効果著しく殆んぞ皆全治するがこれに反して先天性微毒は概して不良である。

ここに興味あるは聽神經及びその中樞の侵されて直接に來たる重聽で、例へば腦護膜腫、微毒性腦底腦膜炎及び腦脊髄膜炎等である。これらの疾患に於ては爾他の腦神經の侵されるが如く聽神經の症候が著明である。オッペンハイム氏は類症を上げ且つ聽神經を忘るゝ勿れを警告し動脈、神經若しくは顔面神經に來たる變化をまた聽神經にも證明するに云つた。シュワルツェ氏も頭蓋内微毒の一例を掲げたが左側聽神經麻痺、舌麻痺及び左膊不全麻痺を證明し。顔面神經は變化がなかつたに云つてゐる。グラデニゴ氏は微毒性少婦で急聾を來たしたが剖檢に由つて腦中に微毒病竈を證明し聽神經の出路にもまたこれを檢出した。

遺傳性並びに變形微毒

一 遺傳微毒と耳科疾患

遺傳微毒に來たる耳科疾患に云へば大體内耳の機能障礙が主である。往時は中耳疾患も屢々併發するが如く報告されたるも、今日はこれを否定する人が多い。

症狀 始めて耳に來たるは八歳前後より二十歳前後である。その症狀は重聽が最も主なるものである。また最も遅く遺傳微毒の症狀を見ることがある。これは三十歳前後である。かくの如きものは所謂晩發性遺傳微毒と稱せられるものである。ホップマン氏が擧げたる統計は好く成書等に抄出せられて有名な

遺傳性並びに變形微毒の變性
び微毒の變性
科疾患の變性
患と科疾患

症狀

ものであるが、

即ち

十歳迄：…三九・四%

十歳乃至二十歳：…四八・四%

二十歳乃至三十歳：…一二・一%

遺傳微毒

遺傳微毒 の症狀としては、ハッチンソン氏(二八六三)の發表したる三徴が有名である。(一)實質性角膜炎(二)重聽(三)半月形門齒で周知のものである。耳科疾患としては往時より重聽最も主なるものなるが、また耳鳴時々眩暈を訴ふることもあり、稀には眼球震盪も記載した人もある。

病理及診斷上注意すべき事項 遺傳微毒に依る聽器障礙は恐らく幼兒より始まるものと思はるゝが、臨牀上これを證明することは困難である。第一に聽力障礙を試験的に證明すること不可能なる場合が多いからである。また爾他の原因に依りて重聽となるものあらんも、類症鑑別困難だからである。

病理的の所見 は色々あるが統一を缺くことが多い。例へば馬鐙骨強直内聽道骨増殖及び迷路内骨新生迷路囊の骨膜炎また内耳の出血、コルチ器充血等を見らる。ジーベンマン氏はまた腦膜炎に於ける迷路變化に類似したる所見を擧げて居る。またマイエル氏は聽神經及び内聽道内腦膜の細胞浸潤を證明した。またトブラア氏は腦髄液中にリンフォオチトールを證明して居る。これ腦脊髄液を以つてワッセルマン氏反應を檢するに陽性の結果を得て遺傳微毒の診斷に大いに資する所あるものに一致する譯である。

病理的の所見
項す断理病
上上注意及診
べきき事

前庭神経の機能検査は診断上有力なるものである。が、この検査成績は患者に依りて一致せず、また同一の患者にても検査の時を異にすればまた成績一致せざる等要するに統一せざるこゝが特長なり云つて好い。

特に前庭機能検査に就いて略言して見る。

- (一) 温度刺戟及び廻轉刺戟に對して反應するこゝいろいろである。
- (二) 同一の意味に於て温度刺戟及び廻轉刺戟の成績並行せざる事。
- (三) 先づ中耳の化膿性炎なき場合を選びて検査するに、外聽道より空氣壓迫或は脱氣法を行ふに眼球震盪を惹起するこゝが。

これらは遺傳微毒に依る聽器疾患を診断するに極めて必要な事項である。

外聽道より行ふ空氣壓迫法及び吸引法に依る眼球震盪は、始めヘンチベルト氏及びブリス氏の創見にして、所謂瘻孔なしの瘻孔症 *Fistelsymptom ohne Fistel* が有名である。即ち外聽道に空氣壓迫を行へば反對側に向ふ水平眼球震盪を起し、外聽道に吸引法を行へば同側に向ふ眼球震盪を認むるのである。この方法は極めて簡單なるのみならず、聽力検査をなし得ざる小兒に於てこれを應用するに最も好都合である。例へば温度眼球震盪を簡單にして小兒に施行するに適するが、合せて外聽道空氣壓迫法及び吸引法を行ひ以つて前庭機能を検査し、遺傳微毒に應用するに極めて合目的である。

聽力検査に依る診断法

遺傳性微毒の聽器障害は内耳性のものが主である。然かも尙ほ聽神経を侵す場

合もあり、要するに聽力障害は内耳性重聽であり、屢々殆ど聾するこゝもある。聽力検査に依れば殆ど悉くに内耳性重聽を證明するこゝになる。然かれども本病は幼兒にも多くして聽力検査を擧げ得ざるこゝが多い。

この他の補助診断法としてはバンデー検査法ノンチアベルト法膠樣質反應及び腦脊髄液ワッセルマン氏反應等も試みられるが、就中最後のワッセルマン氏反應が最も有力なる補助診断法と思はれる。

二 變形微毒の耳科疾患

變形微毒の代表として麻痺性癱呆、早發性癱呆、脊髄癆等を擧げる。

變形的所見
の耳科疾患
患兒

病理的所見 内耳に於ては主に蝸牛殼系統侵され前庭器の侵さるゝこゝは稀である。蝸牛殼前庭器と共に侵さるゝこゝは極めて稀なこゝに屬する。更に組織學的に検索したるものに依れば、聽神経末梢のみならず根纖維も共に侵され、一般に變性萎縮し結締織の増殖を見る。

マイエル氏は麻痺性癱呆に於て聽神経幹神経節及び末梢の神經變性を證明し、而かも延髓内に於てもこれを究明したのである。この他に腦膜の出血慢性炎症を見尙ほ内耳の血管硬化二次的コルチ器萎縮を證明して居る。これに反してフランス派は聽神経の變化は極めて稀なりと主張して居る。然かるに脊髄癆にては三叉神経屢々侵され、所謂栄養障碍に陥りこれより中耳疾患の症狀を呈するものだ云つて居る。モルブルゴ氏も脊髄癆の患者に通氣法を行ひ、聽力の恢復したるを實驗して居る。トライテル氏は脊髄癆の重聽を調査し内耳疾患と思はるゝものは一〇%に過ぎざりし云つて居る。而してその原因は

脊髄後索の疾患に依り中耳に栄養障碍を來たし、その結果重聽を訴へたものであり、三叉神経の侵されたるものにあらず云つて居る。近來組織學的の検査のみならず、機能検査盛に行はるゝこととなり、アレキサンデル氏の如きは多數の脊髄癆患者(二九例)に就いて検査し、就中四一%内耳疾患を證明し、更にそのうち一三例は蝸牛殼疾患四例は前庭器疾患尙ほ九例は全内耳疾患なりし云つて居る。尙ほ二三の専門家の統計的調査に依れば蝸牛殼疾患遙に多くして、前庭器のみの侵さるゝは極めて稀な様である。

診断上注意すべき事項

變性微毒そのものは中年期の後半に發病することが多い。従つて脈管硬化症の來たる頃に相當する譯である。この場合には骨傳導短縮するものなるが、これを診断上に應用することは大いに注意せねばならない。本症に來たる重聽はポリツェル氏の言の如く漸進性のものである。この重聽のみを以つて脊髄癆を診断し得ることもあるが、その他の神経症狀を考慮せねばならず、また往々にして訴へる耳鳴及び眩暈發作を確めることが必要である。重聽は常に兩側に來たり全身的にして時時左右に依りて平衡せざることもある。而して早期に診断し適當の治療を施さざれば進行甚だしく聾するこゝもある。脊髄癆を診断するに全身的重聽のみにしては不可能のこゝがある。かゝる場合は勿論廣く神経の症狀を探索せねばならず、またワツセルマン氏反應も必ず試みる必要がある。ワツセルマン氏反應は大多數に於て陽性にして進行性重聽を合せて脊髄癆を想像せしめる。また最初ワツセルマン氏場合に警戒的の意味にて驅微療法を施行行く間にワツセルマン氏反應反つて陽性に變るこゝもある。かゝる場合も

脊髄癆の特長を言つて好い。

第二期微毒を充分に治療すれば、脊髄癆を防止し得て耳科疾患をも起さしめざるを得るや、今日尙ほ未解決の問題である。更に第二期微毒には輕重に拘らず聽神経症狀を來たすや脊髄癆性聽神経障碍の素地を作るや否や研究を遂ぐべき問題である。

治療法の要點

先づ驅微法にサルバルサンの注射を行ふが大いに注意せねばならぬ。殊に變形微毒の聽器疾患は注射後に神経再發を起し、即ち内耳に充血、神経の漿液性浸潤を來たし、臨牀的には耳鳴、重聽甚だしくなり前庭機能過敏症を來たすのである。これに反して蒼鉛劑は比較的これらの症狀を残すこゝがない。次に水銀劑の注射にてはその作用速ならざるも神経再發等の不快なる現象を起すこゝがない。殊にワインゲル氏は水銀の出來るだけ稀薄なるものを稱用して居る。恐らく水銀の小量にてはスピロヘーテを撲滅する力なきは勿論なるが、これが防衛物質を作るものと思はる。

次に試むべきものは塗擦療法である。沃度劑の内服また持長すれば極めて良好の結果を齎す。

鼻微毒

鼻微毒 Syphilis der Nase. の初期病變は屢々鼻門特に指を挿入する部位である。この前庭に來たる。而して症候として見るのは鼻翼及び鼻中隔であるから診断を下すに二つの困難がある。一は鼻翼の内面にあるから腫脹及び發赤が甚だしく、然かも顔面若しくは頸部の腺腫脹である。潰瘍も來ない時は屢々癩を誤診するのである。但しこれらの症候が備はれば微毒性疾患のあるこゝが甚だ明瞭なのである。

第二期病變は鼻粘膜に來たり皮膚に於ける病變と一致してゐる。然かしながら皮膚に於けるが如く頻發せず且つ多型でないのである。蓋し紅斑若しくは丘疹は粘膜に來ること稀である。ある學者はその存在を認めない様である。然かしながら前庭鼻底及び鼻中隔に於ては稀に實驗することがある。ラング氏 Lang は鼻中隔の皮膚と軟骨との境界線に於て贅生丘疹 *luxurierende Papel* を見たこと云つてゐる。一般に初期の症候は鼻加答兒であつて潜行性であり分泌もまた僅少である。但し普通の急性加答兒と異つてゐるのは分泌が濃厚である點である。尙ほ發赤が甚だしい紅斑も稱し得る。

第三期の症候は鼻微毒として最も頻發するものである。これは治療して快癒しても尙ほ組織缺損若しくは局所變形を後遺することが多い。先天性微毒もまたその経過は第三期微毒に似てゐる。

微毒性疾患は多型であつてその経過はまた種々である。腫瘍状である新生物が限局して鼻腔に來ることは稀なるも鼻翼及び鼻中隔の皮膚若しくは軟骨に於ては屢々實驗する。

クーン氏 マナッセ氏及びクットナル氏は微毒性肉芽腫を區別した。即ち臨牀上並びに組織學上には甚だ結核腫に似てゐたが結核菌がなくまた乾酪變性に陥る結節がないのが異なるのみで爾他は殆んゞ區別することが出来ない。また一般の微毒性腫瘍と異てゐるのはこれには莖があつて懸垂するか或は廣礎に占居してゐる中央から潰瘍に陥ることがなく僅かに表面が潰崩することがある許りなのだ。マナッセ氏はこれを結締組織腫瘍と做し粘膜下結締組織から出で、上皮を排除し遂に増生するのであると云つた。微毒性浸潤は慢性炎症であつて粘膜肥厚を將來することが多く肥厚性鼻炎の症狀を來たし。先天性微毒

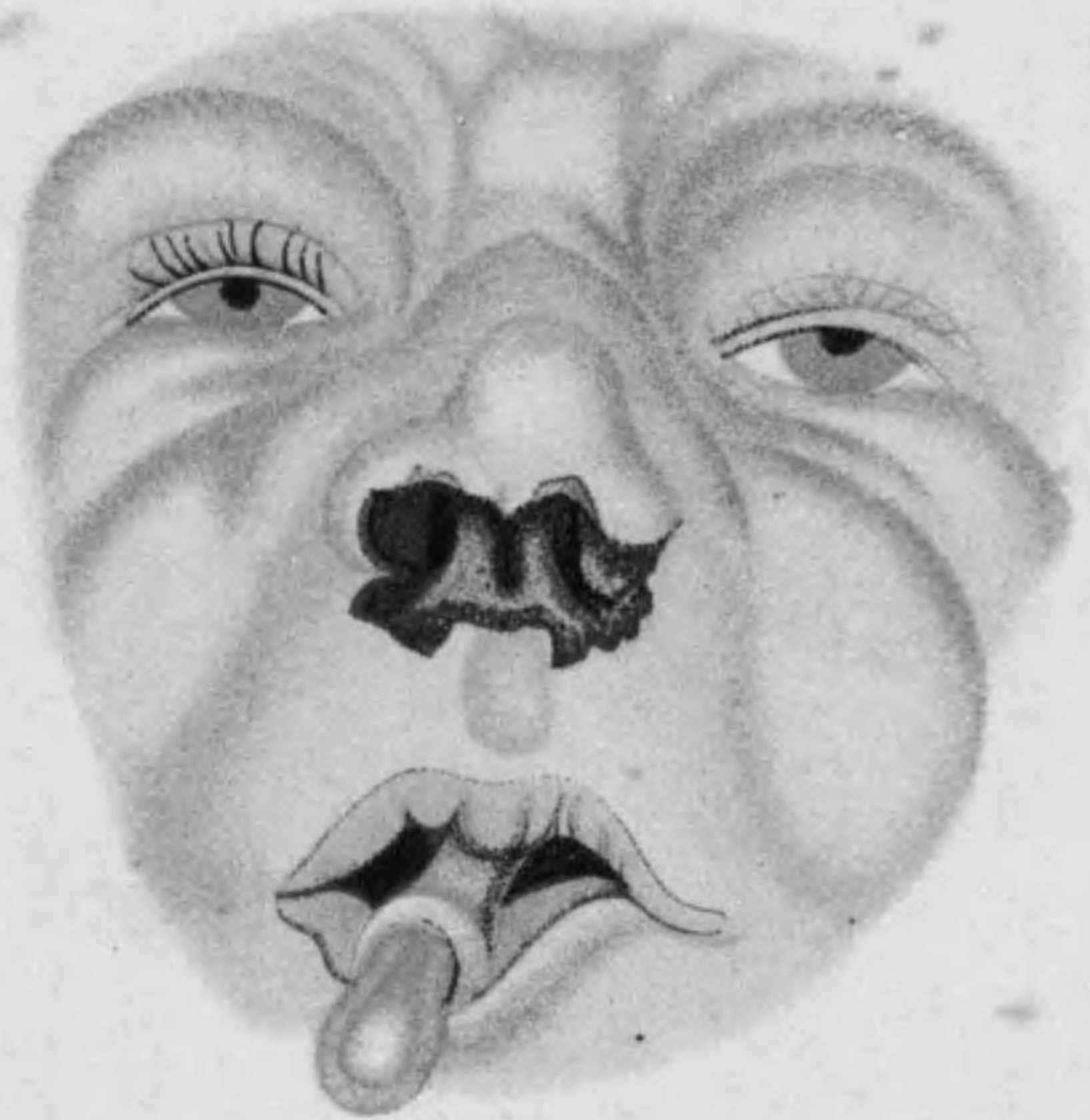
では初生兒鼻加答兒 *Coryza neonatorum* である。而して病機が尙ほ進めば早晚潰瘍に陥る。即ち潰瘍に陥らんことを漸々軟骨膜及び骨膜から軟骨及び骨を侵蝕して軟骨壊死若しくは腐骨等が起る。然か

しながら肥厚性鼻炎があつて粘膜表面は潰崩することがなく腐骨のみが存在することがある。これに由つてゼンゲル氏 *Senger* 及びフレンケル氏 *Fränkel* が鼻骨及び鼻粘膜の關係がなく病變起ることありと云ふのである。軟骨疾患もまた軟骨膜炎と軟骨炎とがある。これらの病變が加はつて軟骨及び骨部の缺損が起り。また治癒した時は癥痕性收縮が著明であつて或は癒著が起り、遂に狹窄症を遺するのである。

鼻支柱をなす骨部は總て侵蝕されるけ

れども内壁及び側壁が最も甚だしい。鼻中隔に於ては骨部が侵されること多く鋤骨及び篩骨鉛直板の病

第 四 十 圖
初 生 兒 微 毒



變を見るこゝが屢々である。これらは比較診断上極めて必要であつて結核病變なれば好んで軟骨中隔に發來し軟骨部から骨部までも侵蝕するは甚だ稀である。セツヒ氏は鼻黴毒もまた軟骨中隔に限局するこゝ云つたが諸家は認めない。鼻中隔穿孔があつても粘膜が肥厚してゐる場合若しくは鋤骨の後鼻腔端の腐骨症なれば診断は甚だ困難である。鼻中隔に次いで病變が頻發するのは鼻甲介であつて多くは一部が缺損し、或は稀に全部缺損を見る。鼻腔底面もまた侵蝕され初めは腫脹が起り次いで穿孔する。缺損が大きく硬口蓋に達すれば口腔から鼻腔を窺知するこゝが出来る。

篩狀板を侵して腦膜炎が合併したのはラング氏の記載がある。またゲルベル氏ランゲ氏及びヘルマン氏 Hellman は篩骨カリエスを實驗した。

初め肥厚性鼻炎が起つても更に潰瘍が起り次いで癍痕生成し。また鼻粘膜が脂肪變性に陥る時は臨牀上瘦削性鼻炎を見る。即ち粘膜は癍痕組織に變じ。毳毛上皮を失ひ血管は變性し腺及び海綿體は消失して正規の官能を營爲しない。瘦削性鼻炎に於ては停滯してゐる分泌物が乾燥して腐敗し遂に惡臭を放つ痂皮を生成するのである。故に黴毒性鼻症、Ozäna syphilitica とも云ふ。

鼻粘膜の變化はかくの如くなるが副鼻腔の粘膜もまた初め肥厚し次いで癍痕收縮の起るこゝミツケルカンドル氏 Zuckerkandi の研究によつて明確になつた。

惡臭及び癍痕生成は鼻黴毒に必發の症候である。早期に於ては種々の病型ミ關係がある。例へば潰瘍、骨壊死及び瘦削症等の如きである。而して破壊が進んで中隔軟骨及び中隔骨に及んでは鼻鏡検査に由り

て變化に驚く許りでなく。外貌が既に奇異である。黴毒鼻の變形は狼瘡に於て見るもの、外に比較すべきものがない。單簡に云へば鞍鼻 Sattelnaese である。鼻根は陥没して鼻尖は上向してゐる。従つて鼻は低平であつて横徑が増大したような外觀がある。この如き變形は種々の原因があつて來たり。鼻中隔の缺損に許り起るのではない。例へば軟骨中隔が缺損しても鼻形が變化せず。同時に鋤骨が缺如しても尙ほ變形しない。最も關係の大なるは篩骨鉛直板前上部位の缺損である。このこゝろには即ち兩鼻骨の橢狀部が介在して支柱をなすもので、従つて斯部が缺損するミ支柱を失つて癍痕でも直に收縮してしまふ。然かしながら此の如き病變のないものがある。モルデンハウエル氏 Moldenhauer はこれを以て外鼻の軟骨部及び骨部を連結する結締組織の癍痕收縮である云つた。

咽頭黴毒 Syphilis des Pharynx 咽頭もまた黴毒の好發部位である。初期硬結が咽頭扁桃腺に來るミ青色に腫脹して屢々表面の潰瘍を見る。而して顎下腺若しくは顎下腺は常に腫脹してゐる。傳染の徑路は種々あるけれども不潔の習性から器具の使用に注意しないか、或は庸醫の器械が不潔である爲め傳染菌を運搬するか或は不潔な口姪等に由るのである。また扁桃腺下疳は實扶垤里性安魏那、扁桃腺周圍炎、肉腫、癌腫及び護膜腫等ミ酷似して誤診される。

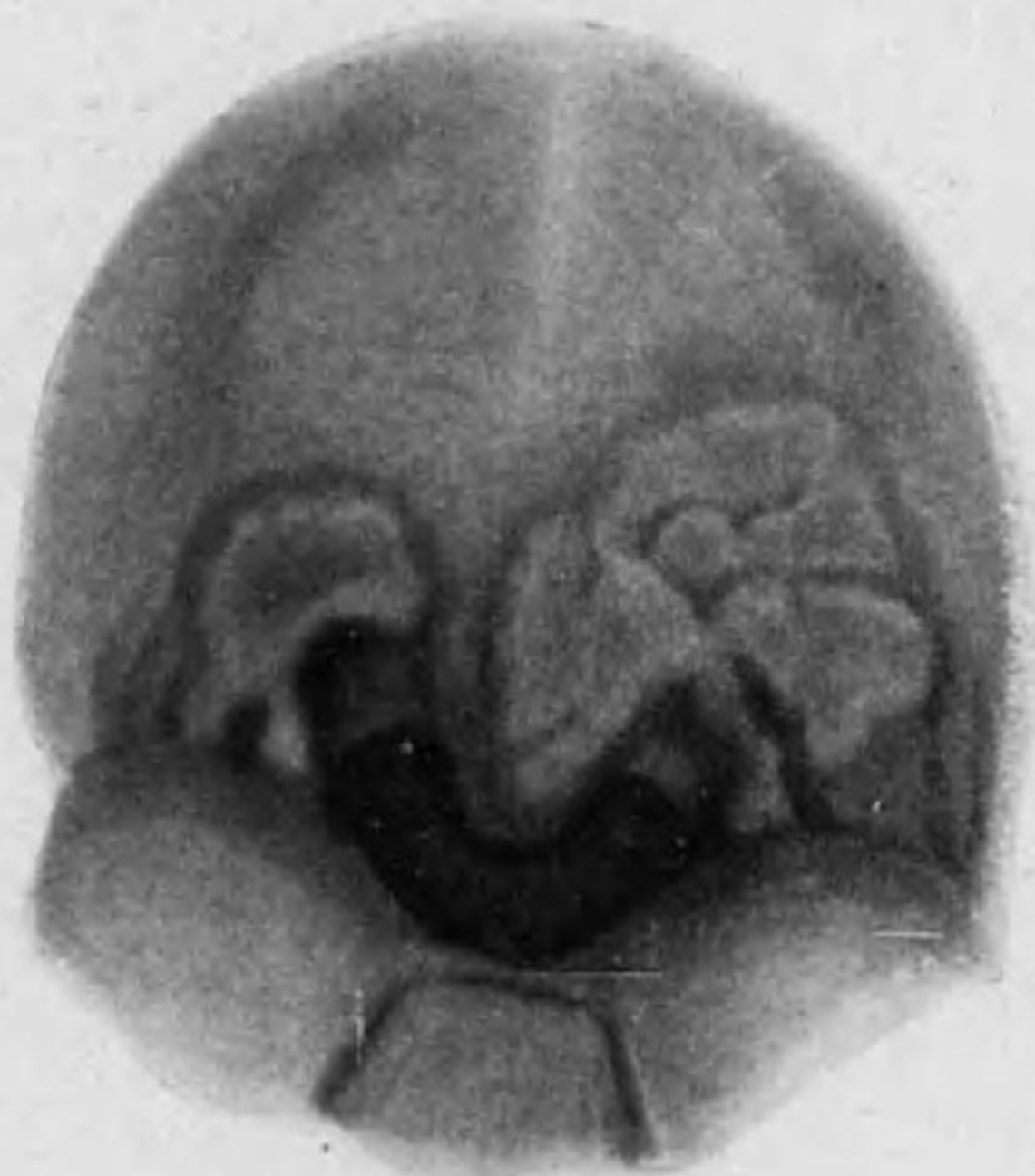
口蓋帆、扁桃腺及び口蓋弓等に現はれる紅斑若しくは丘疹は特徴であり臨牀家がこれを誤るは稀である。従つてこゝには詳記しない。が一目瞭然たる圖譜を附して置く。(第四十一圖及び第四十二圖)咽頭後壁に發疹するこゝはないが口蓋帆の後面には屢々これを見る、が、鼻鏡検査に際して偶然これを

認めるこゝが多い。

コンヂェローム増生は稀少なるが乳嘴腫に似て硬口蓋及び軟口蓋に多發し、或は口蓋弓及び扁桃腺に發し蒼白色若しくは灰白色の小隆起をなしてゐる。先天性微毒及び後天性微毒の晩期は咽頭に於ける變化

圖一十四第

毒微膜粘頭咽蓋口



圖二十四第

毒微腺桃扁蓋口



が甚だ著明である。或は鼻咽腔に原發して咽頭には微毒性浸潤、護膜腫及び潰瘍等が來たり。而して多くは鼻若しくは咽頭口部の病變に關連してゐる。従つてその診斷は毫も困難ではない。鼻咽腔に限局する病變は稍々これと異り。患者の症候は不定で頭痛、倦怠、食慾不進、羸弱及び耳痛等がある。故に診斷が往々にして違ひ又看過するこゝも尠くない、けれども後鼻鏡検査をやれば偶然にこ

圖三十四第

毒微頭咽(腺桃扁)



れを認める。咽頭天蓋の潰瘍は深部に進んで後鼻孔に達し、また咽頭側壁に至る。形狀は定まつてゐないが周縁は斧鑿の如く且つ深く、潰瘍底面には黄苔があつて、微毒性潰瘍なるは一見して明らかである。尙ほ進む骨膜及び骨を侵して微毒性骨炎が起り、次いで周壁をなす骨部を潰崩する。例へば咽頭天蓋から蝴蝶骨を侵し、後壁から脊椎の就中載域及び樞軸を侵し遂に骨髓に破れ、或はその動脈を腐蝕して大出血を將來するこゝがある。

口蓋帆後面の護膜腫は遂にこれを穿孔する。而して穿孔は多く口蓋帆の口蓋骨に附著する部位に來たり、大小の組織缺損を遺す。口蓋帆の潰瘍が甚だ大きく基底を失つて懸雍垂もまた甚だしく下垂して舌根に連なるこゝがある。尙ほ潰瘍が擴がるに口蓋帆、懸雍垂及び口蓋弓の大部分が消失する。かく組織缺損は軟部に止まらず骨部を侵し口蓋は穿孔し。口蓋骨もまた潰崩するから口腔から鼻腔を瞥見するこゝが出来る。

咽頭後壁及び側壁の微毒性病變にて特に増殖性のもものは歐氏管咽頭皺襞の濾胞性加答兒若しくは慢性肥厚性加答兒とも誤診される。就中結節生成或は廣汎性浸潤に於て然かりである。しかしながら潰瘍は急速に生成するから微毒性であるこゝ直ちに知られる。

クレッケ氏 Krecke は咽頭後壁に發生したる鳩卵大の硬性肉芽腫瘍を實驗したが容易に潰瘍に陥らずたゞ沃度加里服用に由つて消退した云ふ。是れクーン氏及びマナッセ氏の所謂肉芽腫瘍に匹敵するものならむ。

先天性微毒及び第三期微毒の特徴は潰瘍から組織缺損を招致することである、けれども猶ほ收縮及び癒著が甚だしい官能障礙が著明である。例へば口蓋及び口蓋帆が缺損して口腔ニ鼻腔の通口が閉鎖するニ言語障礙及び嚥下支障が起り。瘻痕が生成して狭窄症候が來るニ鼻呼吸妨げられ食餌攝取もまた阻害せられる。

瘻痕癒著は粘膜に於ても皮膚に於ても潰瘍の對向壁に於て最も顯著である。故に咽頭後壁ニ口蓋帆後面ニは最も屢々癒著する部位である。これに由つて口腔ニ鼻腔ニは全然閉鎖され、或は又懸雍垂も缺損し、或は穿孔があつて口蓋帆ニ共に後方が癒著するニ鼻咽腔は恰も暖爐の煙拔の如くである。加之ならば瘦削性鼻炎が起り、惡臭性痂皮が絶へず落下してここに介在する。かくの如き症候は一見して明瞭なれども後鼻鏡検査を施行すれば一層確實である。この外に口蓋帆が存在してゐるて口蓋骨の後方へ屈折し。その端は咽頭後壁ニ癒著し鼻咽腔に皮膚が生成するこがある。或は帶狀若しくは橋狀を爲して咽頭天蓋ニ歐氏管隆起部、後鼻孔縁或は咽頭後壁等ニ連るこがある。かくの如き微毒の後遺症があるこ更らにいろくの症候を來たす。即ち鼻呼吸及び言語を障礙して、言語は死音となる。また歐氏管にも病變があり聽力障礙を將來する。この外に舌根ニ咽頭後壁ニの癒著も甚だ稀に來たる。

口蓋帆ニ咽頭後壁の癒著は其の症候が甚だしく手術を必要とする。然かるに手術後も新に癒著し容易に治癒しない。この關係を説明するに口蓋帆の官能が正規であり變形が甚だしからざればその重力に由つて下垂し、また嚥下及び發聲時に常に運動機敏であり對向壁に潰瘍あるも再び癒著するこは稀である。これに反して口蓋帆の變形甚だしき瘻痕緊張して咽頭後壁に密接する時は癒著の再發を免かれぬ。ノイマン氏は口蓋弓の全部若しくは一部の潰瘍に加ふるに口蓋舌筋、口蓋咽筋、翼狀咽筋、下顎咽筋、舌咽筋及び頰咽筋の微毒性筋炎ありしを認め、これ官能不充分にして癒著の再發を促すものこ見做した。

喉頭微毒

喉頭微毒 Kehlkopfsyphilis を統計した學者は尠くない。就中シュレツテル氏ローゼンベルグ氏及びレウイン氏等である。而して諸家の統計を見るこ顯著なる喉頭微毒は比較的稀少である。

紅斑丘疹

喉頭の第二期微毒として紅斑及び丘疹が來たり。甚だ潰瘍に陥り易い。第三期微毒もまた比較的早期に來たり。ゼイン氏は感染してから一個年で發來するのを見た。或は護膜腫性疾患となり、或は小結節の微毒疹である。或は廣汎性浸潤となり、或は限局性護膜結節である。この外に護膜腫が潰崩して潰瘍となり軟骨を侵して軟骨膜炎となる。更に繼發する後遺症は瘻痕生成、慢性浸潤、組織缺損及び收縮に因する發聲障礙若しくは狭窄症狀である。

喉頭粘膜の加答兒性疾患の紅斑ニ稱すべきカレウイン氏は詳細な業績を公にしてこれを確認したるも諸家のうち未だ信じないものがある。また微毒性加答兒ニ稱するものあるが一般の加答兒ニ意義が異つて

臨牀上に云ふ加答兒性喉頭炎とは違ふ。

レウイン氏に由る青赤色若しくは褐赤色であつて暗赤色の傾きがあり特別な加答兒性粘膜を見るも分泌過多腫脹を缺如してゐる。喉頭鏡にて検査するに著明な鬱血状態があり發赤もまた甚だしい、けれども蕃薇疹或は斑狀微毒ではない。廣汎性であり鱗屑を認めぬ。猶ほ経過中に紅斑より粘膜疹の發來するところがある。即ち蒼灰色の斑點にて輪狀に周圍の鬱血性粘膜を境してゐる。甚だ口蓋帆の扁平粘膜疹に酷似してゐる。好發部位は聲帶であり次いで會厭軟骨及び會厭披裂である。即ち上皮層は直ちに剝離され粘膜疹となり表面に潰瘍が生ずる。喉頭粘膜には尖圭贅肉及び廣性贅肉の來たること既に記載されてゐる。廣性贅肉は乳嘴増殖であり蒼灰色である。基底が廣く粘膜表面から稍々隆起してゐる。好發部位は即ち聲帶縁、會厭軟骨及び會厭披裂皺襞等である。膿胞疹或は乳色斑を稱する微毒疹に似たるも贅肉の名は適當しない。また尖圭贅肉も散在するように記載されてゐるが恰當の症例を掲げた學者はない。多くは寧ろ乳嘴腫或は纖維腫を誤診せしと思はる。

第三期微毒の症候は既に述べた如く**結節微毒疹** Knötchensyphilid **廣汎性護膜浸潤** diffuse gummöse Infiltrate **護膜腫** Gummigeschwulst の三型がある。

結節微毒疹は帽針頭大より豌豆大の結節として密集し 殆ん融合してゐる。レウイン氏に由るに始め健康の粘膜から漸次潰瘍に陥らんことをする場合に黄色に變ることを云ふ。斯型が口蓋若しくは咽頭に發生するに狼瘡或は結核を鑑別することに困難である。就中爾他の諸部位に於て微毒の確徴がない時に最も困難で

結節微毒疹
廣汎性
護膜浸潤
護膜腫

ある。微毒性結節は潰瘍に陥り易く、狼瘡を比較して潰瘍があつても猶ほ區別すべきである。しかしながら症候は一定しないところがあるから所詮は驅微療法の結果に俟たねばならぬ。また微毒性粘膜疾患は上氣道一般に無痛だが結核若しくは狼瘡は頭痛及び嚙下痛があり診断の一助となる。廣汎性浸潤及び護膜腫は微毒疾患の種々な症候を具備する。浸潤は頻發するもので諸家の知るところである。これに反して護膜腫は稀少なりを云はる。また廣汎性浸潤は會厭軟骨及び會厭披裂皺襞に頻發するも護膜腫は喉頭の各部位を嫌忌しない。彼は表面平滑にして健康の粘膜を被ふてゐるがこれは限局性であり半球狀の隆起である。而して廣汎性浸潤は假聲帶皺襞若しくは聲帶下に及んで粘膜の健全なるは癌腫、肉腫等の悪性腫瘍を誤診することがある。潰瘍は大小及び深淺があり浸潤を護膜腫との關係が大である。周圍の境界は劃然として周縁また隆起するも凹窪をなしてゐる。潰瘍の周圍は暗赤色を呈して喉頭面は總べてかくの如くである。オルト氏 Orth は潰瘍底面に乳皮の如き灰白色の薄苔を認めこれを剝離するに豚脂様浸潤があることを述べた。結核性潰瘍が疑はしく微毒性潰瘍を較診するに微毒性なれば潰瘍周縁、潰瘍底苔及び肉芽不生等の諸點認めらる。しかしながら微毒を結核とは往々合併して來たるから較診し難いこともある。また潰瘍を見ても診断を下だし難いところがある。こゝに於て好發部位を見るのである。即ち結核性疾患は喉頭後壁及び聲帶後部に頻發し、微毒性疾患は聲帶縁に好發する。結核は喉頭一側に來たり就中聲帶一側に發するも微毒性潰瘍は兩側に現はれ且つ接觸感染したように遊離縁に頻發する。潰瘍は遂に組織缺損を後遺する。従つて潰瘍に由り、大小を生ずる筈である。浮腫は微毒の特徴なりを諸家が

第四十四圖
喉頭微毒性潰瘍



唱へるも多くは潰瘍若しくは軟骨膜炎に由つて左右される。また軟骨膜炎は軟骨壞疽を起して喉頭支柱まで變形するところがある。軟骨の微毒性疾患は結核性疾患より遙に稀少である。微毒性疾患は一般療法に由つて效驗が多く局所療法を要しない。しかしながら豫後不良であつて治癒するところ殆んど稀な結核性疾患に比較すれば後遺症を忘れてはならぬ。後遺症の主要なるものは癒痕生成及び結締組織新生である。癒痕は潰瘍の大小及び深淺に由りて異り。放射狀に收縮して斯部を牽引し。爲めに聲帶皺襞、假聲帶皺襞、會厭軟骨及び披裂會厭皺襞等の變位著しく喉頭鏡で見ても診斷困難のことがある。また自覺的症候はこの際訴へない。これに反して近部組織の癒著起ればその症候甚だしい。就中聲帶癒著の場合の如く、聲帶縁は兩側より癒著するか或は癒痕性皮膚膜生じて聲帶運動が支障せられ、或は聲帶機能或は呼吸機能が支障されるのである。會厭軟骨癒著は最も甚だしい症候を呈す。即ち後面彎曲部の潰瘍に披裂會厭皺襞癒著して會厭軟骨は喉頭内に隆起し呼吸困難を起すところ甚だしい。ウイルヒョウ氏レウイン氏及びハンゼマン氏が記載した變化は舌根部の萎縮である。即ちこれに由つて會厭軟骨前屈症 Anteflexio epiglottidis が起り。更に喉頭壁の癒著を將來する。ハンゼマン氏は解屍の際屢々これを實驗しレウイン氏はこれを詳記してゐる。

廣汎性粘膜炎増殖

微毒の後遺症にて廣汎性粘膜炎増殖は最も重要である。即ち喉頭は聲帶下腔まで狹窄して呼吸困難が甚だ

癒著

會厭軟骨癒著

しい。ノイマン氏及びエッペンゲル氏の記載に由る潰瘍若しくは癒痕より類纖維素性變化起り粘膜炎廣汎性増殖を見る。これチュルク氏が粘膜炎後遺症と稱するものである。扁平上皮の増殖したるはウイルヒョウ氏が鞏皮症と稱したるが、これは微毒より將來するや否や諸家のうち認めないものもある。聲帶麻痺就中右側後筋麻痺が第二期微毒に發來して驅微療法に由つて治癒したのを見た。かくの如き類例は文獻上にも發見するところであつて縦隔竇若しくは氣管前壁の淋巴腺が腫脹して神経を壓迫する爲めに惹起するのである。蓋し神経幹に起る微毒性神経炎は實驗されたところがない。

三、癩

癩

聽器 am Gehörorgane

耳鼓

癩の經過中に聽器を侵すものは先づ耳翼に於て最も顯著であり、且つこゝに最も頻發する。即ちその面に於て高度の浸潤及び結節生成を見る。しかしながら從來の文獻に徴しても聽器の癩に就いて記述したものが無い。

癩性浸潤が進行するに歐氏管隆起部に及んで歐氏管加答兒を誘起するところがある。リマ氏 Lima 及びデ、メロ氏 de Mello は四十八例の癩患者に就いてその聽器を検査した。その報告に由るに外聽道には毫も變化がない。鼓膜は往々肥厚して纖維性紙板の如く白色を呈するが光澤を缺如してゐる。ワルザル

癩

ワ氏法を試みても不動であり、鼓室壁或は小聽骨に癒著を認めたまふ。爾他の變化例之は方位若しくは隆起等の變化また實見したるもこれは癩的變化ではないと云つてゐる。化膿性中耳炎に起因する鼓膜穿孔は僅かに一回實驗したるのみ。

上氣道癩

Lepra in oberen Luftwege.

上氣道の粘膜炎は殆んど皮膚と同じく癩の發生するところ太古の記録にも見えてゐる。歐洲に在つては舊約全書及び新約全書に散見し印度に於ては法華經にこれを見る。本邦に在りては日本書紀に白癩、黒癩を記載してゐる。しかしながらこれを専門的に検査して鼻癩、咽頭癩及び喉頭癩の病變を認めたるは近世に至るまで其報告極めて尠い。従つて坊間に行はれてる著書を見ても上氣道癩の統一的症候を記載したるはない。

外鼻の癩的變化は往時より諸家の知る所である。これに反して鼻内の該變化は記載して毫も統一的でない。慢性鼻加答兒、衄血、鼻中隔穿孔及び癩性鼻臭症等は就中頻發する特徴として知られてゐる。猶ほこの外に粘膜炎の廣汎性腫脹或は表面性潰瘍を伴ふ結節生成は往々實驗された。しかしながら軟骨或は骨の病變は近世に至るまで諸家の見解各々異つて一致するところが多かつた。嚮きにウィルヒョウ氏は鼻中隔の眞正穿孔或は鼻骨部の陥凹は微毒に來たるも癩に於てこれを見ることはいふに云つた。しかるに臨牀上の實驗はこれに反して軟骨及び骨に癩的變化の來ること多く、これを見るに恐らくは壞死であり鼻内に炎症若しくは潰瘍を來たし、即ち鼻粘膜炎を侵蝕し遂には壞死に陥るものと思ふ。

癩の發生に就いては嘗て鼻内變化を以つて大なる關係があることを見做したが一八八七年柏林に於ける萬國癩病學會に於て諸家の公表した意見があつたが鼻内變化の意義、頻度及び時期に就ては多少異なるものであつた。

往時は鼻は咽頭及び喉頭よりも侵襲されることを見做した。即ち咽頭及び喉頭に病變があつて更に鼻腔へ進行するものも考へたのである。これ癩は接觸傳染をなすことなく先づ癩的浸潤若しくは潰瘍を起しこれより淋巴管を傳はり更に皮膚及び粘膜炎の病竈を醸すことを見做したのである。

近時に至つては鼻腔變化が咽頭並びに喉頭に於けるよりも遙かに頻繁であるのみならず獨立に侵襲せらるゝを知り、グリユク氏 Glick の統計に徴しても鼻癩が遙かに咽頭及び喉頭のものを超すこと云つて居る。加之ならずスチッケル氏 Sticker の如きは鼻癩を以つて全身の原發地と見做し癩菌はこのところから侵入するに唱へた。グリユク氏は三十三例に於て八九・一九%の鼻癩を確診し。またリマ氏及びデメロ氏も九五・八三%の鼻癩を證明した。ここに於て諸家は皆な注意力を鼻癩に集めて近時に至つては傳染の原發病竈を鼻腔に認め従つて癩病者の鼻分泌を以つて癩菌の起重機とも見做したのである。

スチッケル氏は百五十三例の癩患者に就いて検査したるに鼻癩の變化なきもの僅かに十三例であつたといふ。しかもこの十三例も雖も九例に於てはその分泌物に於て多數の癩菌を證明した。これ鼻腔を以つて癩の原發地と見做す所以である。此の如き關係は結核に於てもまた相似たものがあるけれども鼻腔は多形であつて病變の初期にありては屢々これを看過し多くは慢性鼻加答兒なき誤診するのである。從

つて此の關係を知悉すること困難である。また後期になつては診断一見して誤らないが諸多の症候に就いて區別することは容易でない。

鼻頭
微毒兼狼瘡

鼻癩 Nasenlepra はその症候から云へば微毒兼狼瘡 Lues et Lupus とも云ひ得る。發生に由つて四期に區別した。

- 一 前驅期 Stadium der Prodrome
- 二 浸潤期 „ „ Infiltration
- 三 潰瘍期 „ „ Ulceration
- 四 癍痕期 „ „ Narbenbildung

前驅期は非常に慢性であつてその發生は潛行的である。従つて斯期を確診することは困難である。鼻粘膜は發赤と腫脹と甚だ顯著であるが乾性鼻炎 Rhinitis sicca を特徴とする。即ちこの炎症は粘膜の萎縮を將來して更に深部なる軟骨及び骨の榮養障礙を招來する。患者の訴へは屢々衄血である。これを見るに鼻前庭から出血することが多い。即ち乾性前鼻炎 Rhinitis sicca anterior なのである。故に初めは粘膜腫脹と共に分泌過多を訴へることがなく多くは鼻内の乾燥感を障礙とする。

浸潤期には鼻中隔及び甲介の粘膜に於て潮紅著しく細菌を證明することもまた甚だ容易である。これは細菌が蒐集してゐる爲めである。ゴールドシュミット氏 Goldschmidt はこの期を以つて細菌を見るの好期と做す。分泌は初め漿液性であり漸次膿性に變じ甚だしい惡臭がある。好發部位として知られてゐるは

有莖癰腫

鼻翼の内壁及び鼻中隔の最前部で帽針頭大から小豆大の黄白色若しくは褐赤色の浸潤がある。往々また肉芽腫となり鼻中隔から出で**有莖癰腫** Gestieltes Leprom を生成することがある。就中頻發するは軟

潰瘍期

骨中隔の後端である。

潰瘍期 は初め淺在性であり遂には深き潰瘍を見る。而して鼻中隔は爲めに穿孔する。癩性穿孔性中隔

血痴生成

潰瘍 *Ulcus septi perforans leprosum* である。鋤骨縁は或は肥厚し或は菲薄となり。海綿狀の多孔性

となり。深部潰瘍を見るに至る。**血痴生成**は最も顯著であり一見巨大なるに驚く。或は全鼻腔を被ひ或

は全然これを閉塞して鼻呼吸は遂に全く廢止される。

惡臭

惡臭 Fœtor は一種のもので臭鼻症、滯膿症、骨化膿症及び硬腫とも異なる臭氣がある。

癍痕期

癍痕期は恐らく浸潤の直接吸收に由つて來たり。結組織組織收縮及び癍痕生成を見るべく、また同時に粘

膜の廣汎性皮

化 *ausgedehnte Cutisation* を見るのである。

嗅覺

嗅覺はこの期に於ても脱失することなく、たゞ稀に減退することあるのみ。

外鼻の變形

外鼻の變形 は種々ある。例へば壓扁形 *Plattgedrückte* 手持眼鏡鼻、剝切鼻 *abgegriffene* 猪鼻及び

全部缺損等を記載したがこれを細敘すること幾種あるか知れない。

咽頭癩

咽頭癩 *Lepra des Rachens* もまた四期に分けて記載する。

前驅期

前驅期 に於ては粘膜の腫脹が廣汎であり同時に發赤する。従つて唾液過多を伴ふものである。就中侵

襲せらるゝこと顯著なるは濾胞器關である。症候上より見れば肉芽性咽頭炎 *Pharyngitis granulosa* で

ある。猶ほ後期なるに甚だしく乾燥して粘膜は收縮し、その外觀は蠟皮の如くである。ここに於て即ち乾性咽頭炎 Pharyngitis sicca と稱せらる。

浸潤期

浸潤期 には結節生成を見るに最も著明である。結節は帽針頭大より櫻實大にて蔷薇色なるあり。青色なるあり。或はまた黄色なるもあり。概して周圍組織よりは寧ろ青白色を呈する。

浸潤の好發する部位は諸家の知る如く硬口蓋及び軟口蓋の正中線である。カボジ氏、ベルヒマン氏及びゲルベル氏等の記載するところが相一致してゐる。この部位は癩の好發するところに相違なきも未だ特徴を認めることは出来ない。また微毒もこの部位より發するに多く、殆んど區別することが出来ない。故に全身症状、局所症候及び細菌検査に由つて較診するを要す。

懸壜垂

懸壜垂 は最も屢々侵蝕せらるゝ部位だに云ふが著者はそうとは思はぬ。一度舌壓子を以つて覗けば醫多く看過することは無い。更に口蓋弓及び咽頭後壁は好發部位にして知られてゐる。扁桃腺は歐人の報告に由るに病變頻發するが如くなるも著者の東京養育院に於ける検査に由るに左程著明ではない。

潰瘍期

潰瘍期 を區別するけれども一般に癩性潰瘍は或は發生するも快癒すること迅速であり一見潰瘍の跡を尋ねること出来ないものが多い。従つて經驗の多いルロア氏 Leloir マチニ氏 Masini ド、ラ、ソタ氏 De la Sota 等も雖も潰瘍を實驗しないに云ふ。肯すべきものがある。而して頻發するものは軟口蓋及び口蓋弓等である。蓋し三叉神経の分佈する領域に於て栄養障礙起るが故に大なる潰瘍を見ることがある。

鼻咽腔

後遺症としては懸壜垂短縮または陷没、前後口蓋弓の癒著或は扁桃腺缺損等である。懸壜垂が消失して更に口蓋弓が缺損するに僅かに軟口蓋を見るのみならず恰もゴチック式尖柱若しくは羅馬式穹窿を見るの觀がある。

鼻咽腔 の病變は實驗したものが尠ない。後壁及び口蓋帆の肥厚並びに強直がある。或は互に近接するが如きは往々醫家の見るに可なりである。後鼻鏡検査は往々不可能である。これこの部位の病變を報告したるもの尠き所以である。

喉頭癩

喉頭癩 Lepra des Kehlkopfes. 癩の慢性なることは既に述べた。而して喉頭癩は二年乃至五年にして來たり。或は五年乃至十年にして來たり。病變の發生すること甚だ一様でない。しかしながらこれを四期に分けて説明することは極めて便利であるから即ち之れに従ふ。

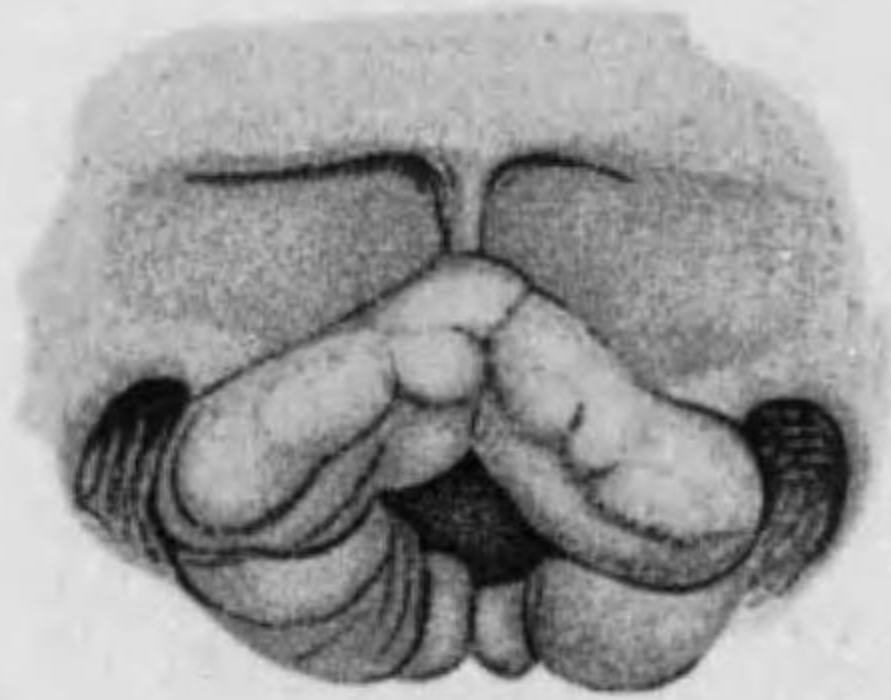
前驅期

前驅期 は潜伏性加答兒の時期ともいふべきであり加答兒症候を特徴とする。即ち粘膜は發赤して腫脹著明であり、分泌は増進す、全體が粗鬆となる。しかしながら漸次經過する間に喉頭内は乾燥して感覺異常が起り、或は異物感を訴へるのである。これ既に乾性喉頭炎 Laryngitis sicca となつたのである。

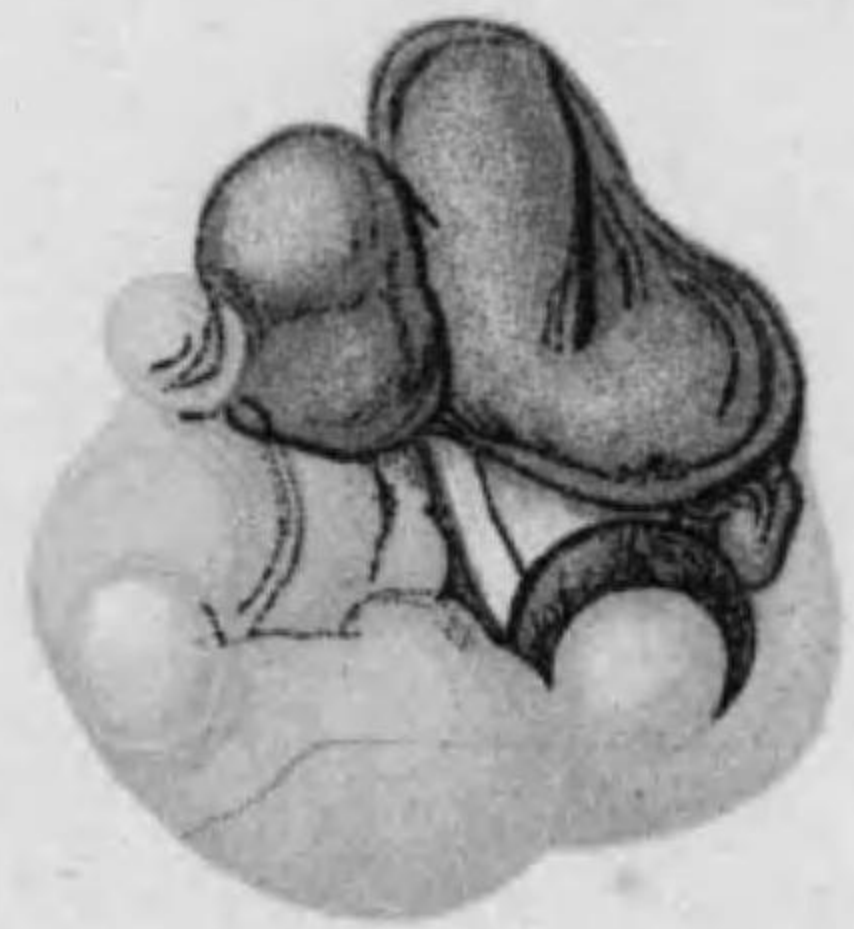
浸潤期

浸潤期 は廣汎性で平等に來たり、或は限局性で結節狀に來たることがある。要するにこの症候は喉頭入門に現はれるものである。例へば腺造構、披裂會厭部、舌會厭部、會厭軟骨及び披裂會厭韌帶等を襲來するが如くである。増殖の甚だしく乳嘴狀若しくは花菜狀の巨大なるものもなり。往々喉頭狼瘡を誤診することがある。

第四十五圖
喉頭瘻



第四十六圖
喉頭瘻



浸潤が更に進むと假聲帶及び聲帶に及ぶ。會厭軟骨は最も特徴がある。その遊離縁はオメガ形をなすこと諸家の知るところである。これを見れば猪鼻の如くまた屋根瓦の如く喉頭入門に陥入して

る。消息子にて接觸するに硬固で強直の如く不動性である。従つて最高音を發しても共動しない。かくの如く會厭軟骨がオメガ形に反廻し且つ不動なることはベルゲングリュン氏の特徴とするところである。浸潤組織の色は微毒の丘疹に酷似してゐるから誤診することがある。

潰瘍期

潰瘍期 喉頭内に潰瘍を見ることは比較的稀少である。ウィルヒョウ氏曰く一旦浸潤が起ると數年の間變化することなく潰瘍もまた生成することはない。

會厭軟骨は就中屢々侵されるものである。而してその喉頭面に於て初め淺在性潰瘍があり、周圍組織は區別せらるゝも潰瘍は速に周縁へ蔓延するのみならず、深部に進行して遂には軟骨膜及び軟骨を侵蝕する。

聲帶は潰瘍に陥ること極めて稀である。

癒痕期

癒痕期 になるに青白色にして光澤あり。且つ放射状に見ゆる。咽頭後壁はその軟骨消失するのみならず。ベルヒマン氏が實驗したるは會厭軟骨は二つとなり或は數ヶみなり。或は舌根に癒著して殆んど見えないものがある。グリュック氏の報告に由るに聲帶の下部に於て皮膜生成 Membranbildung を見る。ベルゲングリュン氏は喉頭鏡下に照して殆んど人間の喉頭を想像する事は出来ないものを見たこと云ふ。

馬鼻疽病

四、馬鼻疽病

馬鼻疽病は動物疾患であり屢々馬に原發して人間に傳染するものである。傳染は馬鼻疽の潰瘍から有菌分泌あり即ち馬鼻から出で、皮膚若しくは粘膜を通り、人間の組織にも傳染するのである。就中上氣道の粘膜は好發部位にして特有なる粟粒性結節を發し後ちに至つて潰瘍を生成するものである。結節は互に潰崩して大なる潰瘍となりその面は膿性若しくは汚血性の分泌物にて被はれる。而して潰瘍は深部に進行するのみならず。また周圍にも蔓延する性質を有し、臨牀上急性及び慢性の二型とする。

コラニイ氏 Koranyi は諸種の研究材料から綜合して慢性馬鼻疽の症候を述べたが即ち鼻充塞感、乾性鼻炎、咽頭温感、音聲粗雜及び咳嗽等がある。次いで少量の血線を混する粘液を排泄するこいふ。また擤出すれば黒色の乾性痂皮が出で、その跡を見るに粘膜は腫脹して且つ潰瘍に陥つてゐる。潰瘍が蔓延

するは極めて慢性であり進行著しからず。しかしながら遂には廣汎性の組織缺損を將來するものである。急性型のものに於ては忽ち組織缺損の大なるものを見る。また皮膚疾患は漸々粘膜に移行するものでその發疹は酷似してゐる。即ち初めは赤斑來たり次いで膿疹となるのである。浸潤が潰崩するに潰瘍となり、潰瘍が蔓延するに大なる組織缺損を生ずる。例へば鼻にありては鼻中隔穿孔を見、喉頭に於ては軟骨基礎の潰瘍を見る。聲帯に組織缺損が起るに音聲粗雜となり、嘔聲又著しい、また浮腫は往々潰瘍を合併するが故に遂には喉頭狭窄を將來する。

鼻の病變は遂に鼻骨に及んで之を潰崩し、從つて外部皮膚もまた病變を呈する。鼻副腔もまた屢々侵蝕されるにワイセキルバウム Weichselbaum の報告がある。即ち剖檢に由つて上顎竇並びに篩骨蜂窩に膠樣膿を證明し、また粘膜は帶黄色浸潤が癒合して全面に互つてゐるのを見た。また病變は往々歐氏管軟骨開口を侵かすことがある。

馬鼻疽の豫後は慢性も急性も概して不良である。たゞ慢性の皮膚馬鼻疽のみは往々潰瘍より癩痕生成して疾患が休止することあり云はれてゐる。

口峽炎及
び蹄疫

五、口峽炎及び蹄疫

口峽炎及び蹄疫は動物から人間に傳染すること近年に至りて研究の問題となり諸家の研鑽せられたもの

聽器

がある。その一般症候としては専ら消化管の疾患より來るものである。しかしながら猶ほ鼻腔、咽頭及び喉頭の粘膜も屢々病變に襲はれ症候を現はすのである。

聽器 にはジイゲル氏 *Siigle* は歐氏管加答兒を實驗し、また小兒なれば屢々化膿性中耳炎を來たすこと云つてゐる。猶ほ諸家の報告あるも中耳化膿症の合併症を見るべきものを聞かぬ。

この疾患に就き詳細の記述を遺したるはコラニイ氏である。ジイゲル氏もまたこの病の流行時に種々細菌學上の研究を遂げて報告した。蓋し諸家の反駁があつたけれどもブッセニウス氏 *Bussenius* はジイゲル氏と共に人間の蹄疫から卵形バチルス¹を證明してこれを家畜の口峽炎及び蹄疫に於けるに同一なる病原菌をなした。症候の現はれる定型は舌、齒齦及び口蓋である。即ち初め水泡を發ししかも速に潰崩して潰瘍となり。その面は乳白色の苔にて被はれる。その周縁は暗赤色であり不定の鋸狀なる輪廓を示す。咽頭もまた往々侵蝕せらるることあり。就中會厭軟骨の遊離縁に來たることが多いこと云ふ。ブッセニウス氏は一例の剖檢にて右側披裂軟骨及び會厭軟骨に巨大なる潰瘍を證明した。

放線狀菌
病

六、放線狀菌病

放線狀菌病が口腔若しくは咽頭に傳染するは職として嚙下したる食餌が粘膜に穿入するに由るのである。症候として顯著なるは上顎及び下顎に來たるもので、また放線狀菌病は喉頭に傳搬することがある

放線狀菌病

も甚だ稀少である。頸部外側の浸潤は板状であつてベラル氏 *Béard* が實驗したもの、如きは中頸

圖七十四第
ゼーゴミノチクア部頸



部が恰も装甲せるに似て頸部は全然不動であつた云ふ。咽頭、喉頭、甲狀腺、大脈管及び大神經幹は即ち膠様組織中に埋没してゐる。而してかくの如き浸潤が漸次軟化して遂に瘻孔生成し、その所から黄色の顆粒が出で一見して放線状菌病であるここを診斷する。

また病型の異なるものは腫瘍を形成する。即ち甲狀軟骨喉頭内に在つて隆起してゐる。ステルク氏 *Stork* は披裂會厭皺襞、披裂軟骨及び會厭咽頭韌帶等を侵して喉頭半部に蔓延したものを報告した。イルツヒ氏 *Illich* もまた類似の例を見た云ふ。

狂犬病

七、狂犬病

狂犬病の症候は凡べて神經性刺戟症狀が著明であり知覺神經もまた運動神經も病變の及ぶ徑路にては多

少に拘はらず常に侵襲せらるゝものである。

聽器

聽器に於ても聽神經の過敏著しく聽音界の異常を來たすのである。即ちこれを綜合すれば診斷容易である。

鼻腔

鼻腔にては嗅神經の領域に過敏あり従つて錯嗅症を來たす。また三叉神經も侵さるゝから噴嚏發作激しい。これは往々前驅期をなすここがあるから注意を要す。猶ほ病勢が募るに呼吸性痙攣がある。

呼吸性痙攣は單に聲門痙攣と異り、呼吸筋の全般に互れるものである。加之ならず聲門痙攣は斯病に際して實驗した學者がない。ピット氏 *Pitt* は發作中に喉頭鏡検査を施行したるに聲門啄開した云ふ。

ゼモン氏 *Semon* はこれを以つて呼吸中樞の興奮症候と做した。即ち後筋を緊縮せしめて外轉するに由る云つてゐる。レーリ氏 *Löri* もまた呼吸性痙攣の發作中に喉頭を檢查して喉頭筋の變化せざることを證明した云ふ。

脾脫疽病

八、脾脫疽病

肺に來る症候は極めて顯著である。コライニ氏はエッペンゲル氏の指導にて研究を遂げ、鼻腔に於ては粘膜炎腫脹、衄血、カルブンケル生成を見、咽頭にても腫脹、發赤と共に扁桃腺には實布埜里苔を見、會厭軟骨の發赤と肥厚を見たと云ふ。

神經病篇

聽神經構造並に經路

I. 末梢經路 *Periphere Verbreitungen.*

聽神經が腦神經のうち第八對神經 *N. octavus* に相當するは周知の通りである。その末梢經路は明確に前庭根 *Radix vestibularis* 及び蝸牛殼根 *Radix cochlearis* に岐れて居る。これが内聽道を通過する頃は前正中側に走り、顔面神經及び中間神經と其の行を共にし、聽器に入るに先だつて前庭根及び蝸牛殼根に岐れるのである。

前庭根は内聽道に於て早くもスカルバ氏前庭神經節 *Ganglion vestibulare Scarpaë* に移行する。この前庭神經節は脊髓型に屬し、肉眼にて黄色に見える。更らに神經節も末期に出る前庭枝は橢圓囊、壺腹枝、*Ramus utriculoampullaris* 及び正圓囊、壺腹枝 *Ramus sacculoampullaris* の二枝に岐れる。橢圓囊、壺腹枝は上前庭野 *Area vestibularis superior* にて内聽道の底を通り初めて前庭に入り、正圓囊と連絡する神經枝を頒ち、また同時に橢圓囊に橢圓囊枝 *Ramus utricularis* を上壺腹に上壺腹枝 *Ramus ampullaris superior* をまた外側壺腹に側壺腹枝 *Ramus ampullaris externus* を分佈して居る。

正圓囊、壺腹枝は復た二枝を頒つ、その下前庭野を通るは即ち主枝であり、正圓囊枝 *Ramus sacularis* となりて正圓囊聴斑に至る、また單管を通る小枝あり下垂直半規管の壺腹に分佈す。これ後壺腹枝 *Ramus ampullaris posterior* なのである。

これらの末梢神経枝はそれごとく、感覺上皮の在る終末装置に近づく、その終末装置の基底にては扇形に擴がり、神経纖維が基礎膜を通るや各々髓鞘を失ひ、支柱細胞の間に入り感覺細胞に達する。

蝸牛殼根

蝸牛殼根 は穿孔螺旋道より直ちに骨軸縱管 *Canalis longitudinalis modioli* を通り、遂に廣いローゼンタル氏骨軸螺旋管 *Canalis spiralis modioli Rosenthalii* に入る。このローゼンタル氏管に入つ

た神経纖維はすつと尖端廻轉の基部に至るまで、鼓室階の底壁に沿ひつゝ骨螺旋板の附屬部にて螺旋神経節 *Ganglion spirale* に移行する。この神経節を出る末梢性纖維は、元來はそれごとく、神経節細胞より出づるデンドリット突起の集まりだが、發生時期の進むに従つて一所になり、その主枝は螺旋経路を取りつゝ、放射狀の副枝を分佈せしめて居る。かくて骨螺旋板の雙板の間に濃やかなる網狀を造る、この網狀の神経纖維はいづれも髓鞘を有し一は螺旋狀に一は放射狀に走つて居る。而して螺旋狀に走る纖維束は放射狀のものに殆んど垂直に交叉するが、ヘルド氏 *H. Held* は屢々全廻轉を通じてこれを窮明したのである。放射狀纖維は結局穿孔帶の神経孔を通りコルチ器に入るが、その際に髓鞘及びシュワン氏鞘を失ふ。これより猶ほ螺旋狀並びに放射狀に走り、遂に感覺細胞のところに終はる。

螺旋神経節

螺旋神経節 *Ganglion spirale* 及び前庭神経節 *Ganglion vestibulare Scarpa* は合せてこれを聽神経節

Ganglion acusticum と稱せらる。この神経節は脊髄神経節と異なり、單極細胞で無く兩極細胞の集まりである。また弱年の人に在りては猶ほ多極細胞の散在するも見られる。兩極細胞よりは末梢性及び中樞性の神経纖維出で、いづれも多核性結締組織にて裹まれて居る。

ボベロ氏 *Bovero* は前庭神経節には髓鞘無き裸體神経纖維ありて直接に神経細胞と連絡するを見、是れは勿論外來のもので交感神経に屬するものだと云ふ。實驗的に並びに化學的に検査すれば前庭神経節は恰も脊髄神経節と同一態度を示し、眼球震盪等いろくの症狀を現はす。これまた交感神経の性質をも暗示して居る。

神経節細胞は概して紡錘狀或は卵形を呈し、うちに大なる囊狀の光明な核を有して居る、原形質には濃染せるニッスル氏塊規則的に配列し、細胞よりは中樞性並びに末梢性の突起一本づゝ出て居る。

II. 中樞並びに中樞経路 *Zentren und zentrale Bahnen.*

中樞並びに中樞経路

聽神経の根元領域は人々興味を以つて研究したるが、人間に於ては今日猶ほ不明の點が多い。しかし蝸牛殼神経と前庭神経とは別々の纖維群と見ねばならぬ、然らざれば一目瞭然たらず往々混亂するを免れぬ。腦幹より出る聽神経は蝸牛殼神経及び前庭神経一所であり、そしてワロル氏橋の下部で後方へ出るか所謂橋小脳窪 *Recessus pontocerebellaris* を通るのである。この間に於て明かに二枝となる。そのうち内前枝 *mediale und vordere Wurzel* は即ち前庭神経で、發生學的には年長のものに謂ふべく、逸早く髓

聽神経構造並に経路

鞘を蒙るのである。また外後枝 *laterale und hintere Wurzel* は比較的年少なる蝸牛殻神経であり、かの髓鞘を蒙ることも遅い。

(1) 本来の聴神経即ち蝸牛殻神経は延髄に入るや索状體の外側に沿ふてこれを取巻き、終に色々の終止核に達する。即ち

a、腹位核又腹側神経節 *Nucleus ventralis, Ganglion ventrale*
 b、背位核又聽隆起 *Nucleus dorsalis, Tuberculum acusticum*

の二核は最も主要なるものとして判明して居る。

腹位核は延髄の外側索状體の腹側に在る。これより正中側に纖維板出で、殆んど平行する多數の神経纖維より成り、何れも正中線の縫際に向ひ、而已ならず對側までも走行する。この間に於て同側並びに對側の神経核に終止するものもある。この全體をば菱形體 *Corpus trapezoides* と稱す、即ち菱形體は同側並びに對側に神経核 *Nucleus trapezoides* を有して居る。菱形體の纖維は斯く走行する間に同側並びに對側の上橄欖體を重要なる連絡を結ぶ。

蝸牛殻神経は悉く腹位核に入り、それより二次的菱形體徑路となるや、或は一部は腹位核に入り、その入らざる他部の菱形體徑路をなすや、或は一部は腹位核に終止し、一部はこれを通過し、また一部はこれを接觸せず菱形體徑路となるや、今日のところ諸家の悉く承服するまで窮明せられた問題で無い。

背位核或は聽隆起は索状體の背外側に在り、先きの腹位核と連絡するところが多い。この核は蝸牛殻神経の終止するところだが、概ね蝸牛殻下半部の神経纖維入り來たる。かの腹位核はこれに對して蝸牛殻上半部の纖維を受取るようである。

蝸牛殻神経の纖維大部分は腹背二核に終止するが、尙ほ腹位核を通過し或はこれに接近したる後ち幾多の連絡を示すものがある。これ前陳の如く同側並びに對側の上橄欖體、同じく菱形體と連絡したり、また側蹄係 *Lemniscus lateralis* 下四疊體 *Corpus quadrigeminum inferius* 及び上四疊體 *Corpus quadrigeminum superius* とも連結するんである。更らに中樞徑路となれば専ら内膝狀體 *Corpus geniculatum internum s. mediale* に神経纖維入り、或はこれをただ通過して大脳皮質に達する。

聴神経中樞徑路の一部は被蓋の外野に走りて、外蹄係となり、且つ神経纖維の一部分はその部の神経核に入り、且つ一部は下四疊體に走る。この外に尙ほ上行する神経纖維ありて、マイケルト氏 *Meynert* の證明たるが如く上四疊體の表層に連絡するんである。

聽隆起を出る軸索も單獨に中樞性聽道となる、先づ索状體の背部を卷擁しつゝ所謂髓線 *Striae medullares, acusticae* の一部となり、後ち外蹄係に入つて了ふ。この神経纖維もまた同側並びに對側の上橄欖核と連絡する。尙ほ殘部の纖維は外蹄係核及び下四疊體に走る。

この二つの聴神経徑路は次いで下四疊體及び外蹄係核を出で、下四疊體膊を形成す。これより該纖維は大部分内膝狀體に入る。しかし學者によりては内膝狀體に入らず、たゞ其處を通過して一層中樞部たる脳皮質に走行すとも云ふ。アントン氏 *Anton* に依れば該纖維は恐らく視丘腹側に進行するものと思は

る。内膝状態の放射纖維は中樞性聽道の放射纖維は比較的密集せる纖維束となり、次いで顚顚葉の皮質に入るが、就中ジルウィウス氏溝にて瓣蓋の覆ふ音響廻轉また横廻轉 *Klangwindung nach Flechsig, Querwindung nach Heschl* に入るのである。聽神經はこの経路を行く間に幾多の副枝を出して背側縦束、顔面神經核、迷走神經運動枝核等と連繫を保つ。

(2) 前庭神經は延髓に於て前根、*vordere Wurzel* 及び内根、*mediale Wurzel* に岐れて這入る。この二つの神經根は延髓と橋の間に入り、恰もこれに由りて第四腦室の外側角を形成す。加之ならず二つの神經根よりは直接に小脳に入る部分もある。かくして前庭神經の終止する核は次ぎの五六を算す。

- a、前庭三角核 *Nucleus vestibularis triangularis*
- b、ベヒテレフ氏隅核 *Nucleus (vestibularis) angularis Bechterew*
- c、前庭神經下行枝核 *Nucleus n. vestibularis descendens*
- d、ダイテルス氏巨大細胞核 *Nucleus magnocellularis Deitersi*
- e、小脳蓋核 *Nucleus tecti (fastigii) cerebellaris*

前庭神經前根は外側より延髓に入り、索状態の背側を這ふて一部はベヒテレフ氏核に入り一部は三角核に入り、また一部は下行枝核に入る。この外に尙ほ延髓の髓質を通り縫際に向ふ髓線に入るものもある。加之ならずこれらの神經核に入らず直接小脳に走る纖維ありと思はる。

前庭神經内根は前者よりもつと正中側にて延髓に入る、即ち索状態及び三叉神經脊髄枝と顔面神經核と