A CASE OF VERTIGO AND DISTURBANCE OF EQUILIBRIUM DUE TO SUBDURAL HEMATOMA

By
T. MUKASA

*From the Department of Otorhinolaryngology Nagasaki University of Medicine
(Director: T. Goto)*

The patient was referred to our clinic because of disturbance of internal earfunction.

For the past six months he had had the attack of Vertigo, ataxia, vomiting and headache. Syncope was accompanied at the first attack.

On examination, hearing was proved to be within normal limit and vestibular function test also revealed no significant change. The vertigo of the patient was not rotatory type but was the result of instability of his posture due to undetermined cause. Serologytest was positive for syphilis. While examination of cerebrospinal fluid revealed high pressure and pleocytosis, but no xanthochromia was noted.

On angiograms, there was found subdural hematoma in the fronto-parietal region.

The signs and symptoms were considered due to meningeal irritation.

硬脳膜下血腫例における眩暈感並に平衡障碍

長崎大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：後藤敏郎教授）

向 筭 朝 彦
ム カサ トモ ヒコ

緒 言

眩暈を訴える患者は廻転性の眩暈も、浮動性の眩暈も、立ちくらみ（眼前暗黒感）も全て「メマイ」として訴える。耳鼻咽喉科では眩暈感が前庭迷路性のものかあるいは非迷路性の他の疾患によるものか明確にしなければならぬ場合が多い。メニエル（1861）が激烈な眩暈になやんで死亡した例を報告して以来、前庭迷路障害による眩暈感と平衡障碍は注意を惹くに至ったが、眩暈と平衡障碍のうちにはその発現部位の明らかでないものが多くこの解明のためには迷路のみに限らずに広く各種のものについて全般的にその発現機序を研究することが必要である。

前庭性眩暈の定型的のものをメニエル氏症候群に伴う眩暈と平衡障碍とすると、これと鑑別すべき眩暈感及び平衡障碍は原疾患として化膿性迷路炎、迷路梅毒、中毒性迷路疾患、小脳橋角腫瘍、脳血管病、頭部外傷後遺症、神経症及びメニエル氏病類似疾患と呼ばれるものである。

著者は半年前より眩暈感、悪心、嘔吐、頭痛を訴え治療をうけ安静にし一時軽快したが再び同様の発作がおこり、次第に頭痛が激しくなつて当科を訪れた患者を経験した。この例は検査の結果 subdural Blutung であることが明らかになつたものである。かゝる病症に伴う眩暈感及び平衡障碍について観察したところを述べて、眩暈及び平衡障碍の鑑別に資したい。

症 例

患者：大〇万〇 50才♂ 醬油製造工員

主訴：眩暈感 歩行障害、頭痛

家族歴：父 64才で胃痛、兄 52才で脳溢血で死亡。その他特記事項はない。

既往歴：特記すべきことはない。酒は飲まない。

現病歴：昭和 35 年 5 月初旬の夜中、何等誘因なく突然意識朦朧となり倒れた（約 15 分）。この時に後頭部を打つたように思う。安静にし治療をうけて治つたのでその後も仕事を行つていた。7 月中旬に悪心、嘔吐があり、眩暈感（頭がふらふらして足の位置がはつきりしな

いという)がおこり、このため歩行が困難となつた。この症状は3日間持続したので臥床していた。その後仕事は休んでいたが8月中旬に再び前と同様な発作がおこつた。発作中は悪心、嘔吐のために食欲はない。難聴、耳鳴には気付かない。意識障害は5月に1度あつただけでその後の発作時にはない。発作のない時にも頭痛があり、最近はそのがひどくなつてきた。発作は突然おこり前駆と考えられるものはない。

現症：栄養良、頭痛が激しいためか顔貌はやゝ苦悶状、頭部顔面などに外傷その他異常はみられない。意識鮮明、呼吸正常、脈搏整実、発熱なし、肺心腹部に所見なくEKGも異常がない。両側膝蓋腱反射並にアキレス腱反射は僅かに亢進、上肢の筋腱反射は正常、バビンスキー陰性、項部強直はないがケルニヒ症候あり。血圧は110～70mmHgである。

局所所見：耳鼻領域に異常なく、口唇舌口蓋は正常、咽喉頭も正常、眼底所見では著変をみない。

臨床検査成績：血液—梅毒反応陽性、赤血球数405万、白血球数4000、血液像著変はない。脳脊髄液—(臥位)初圧200mmH₂O、終圧130mmH₂O(7cc採取)、Queckenstedt現象陰性、水様透明、細胞数86/3(淋巴球)、Pandy反応(+), Nonne-Apelit反応(±)、高田荒反応(+), 総蛋白量0.02%, 糖0.072%, 尿—蛋白(-), 糖(-), 血沈正常。

聴力検査—表の如くである。耳鳴は訴えない(表1)。

表1 聴力検査

前庭機能検査—自発性眼振及び頭位変換性眼振はない。ロンベルグ現象(±), Mann's test(+), 右方に倒れ易い。斜面台検査は開眼では異常なく閉眼では体が少

し揺れるが特に著変を認めない。歩行並に足踏検査は緩徐で体が動揺し右方に偏倚するが正常範囲である。遮眼書字検査は正常、指鼻試験正常、Adiadochokineseは認めない。廻転後眼振及び温度刺激検査は表の如くである(表2, 3)。

表2 廻転後眼振検査

方向	持続時間	大きさ	打数	その他	
右廻転	→	40"	大	56	悪心 嘔吐
左廻転	←	35"	大	63	"

(Bárány)

表3 温度刺激検査

	温度	持続時間	方向	大きさ	打数	その他
	冷水	30°C	20cc in 10"			
右耳	12"	65"	→	中等大	5/10	—
左耳	13"	78"	←	"	7/10	—
	温水	44°C	20cc in 10"			
右耳	13"	62"	←	"	6/10	—
左耳	15"	67"	→	"	7/10	—

(フレンツェル氏鏡による肉眼的観察)

経過：入院時には歩行は緩徐で酩酊者に似ているが少し歩くと頭痛が激しく臥床してしまう。鎮痛剤、鎮静剤を与えるか、脳脊髄液を採取すると症状は楽になるといふ。入院1週間目に脳血管造影を行つた。梅毒反応陽性であつたので駆梅毒療法を開始した。10月に入ると歩行してもあまり頭痛がしなくなった。

総括並に考察

5月初旬発病前に頭部外傷の既往はなかつた。聴力検査は両耳殆んど正常の聴力像を示した。前庭機能検査ではMann's test陽性で右方に倒れ易い傾向にあつた。歩行は緩徐で酩酊者に似ていた。また廻転刺激中に嘔吐をきたした。しかし廻転後眼振検査、温度刺激検査並にその他の機能検査では異常は認められなかつた。

梅毒反応は陽性であつたが、迷路梅毒であれば最初の眩暈発作である程度の聴力障害をきたす虞れが多いので本例では考えなくてよいと思う。心臓に所見なくEKGにも異常は認められない。高血圧なく、尿検査正常であつた。

脳脊髄液検査では液圧が高く細胞は増多(淋巴球)していた。しかし発熱なく、血沈、胸部レ線像ともに正常であつた。

脳血管造影検査で次のような所見を認めた。

右脳血管造影：右前大脳動脈の左側変位は左前大脳動脈よりも著明である。右中大脳動脈の末梢枝附近においては著しく内方に変位し、頭蓋外縁との間に3日月形の非造影域を認め、これはCapillary phase, Venaens phaseでも同様に認められる(写真)。

右側脳血管造影

右側前頭頭頂部に血腫を認む

左脳血管造影では異常所見を認めない。

この結果右側前頭頭頂部の硬脳膜附近に血腫のあることが見出された(図)。

本例の所見からみると硬脳膜下出血、蜘蛛膜下出血が考えられる。脳脊髄液検査で液圧が亢進し淋巴球の増多が認められたことは蜘蛛膜下出血に多く見られる所見であつて、これは硬脳膜下出血との鑑別の所見となつている。キサントクロミーは蜘蛛膜下出血に多く硬脳膜下出血では稀である。本例では脳の病巣症状(皮質性症

状)はみられない。何等の誘因なく突然意識障害をきたして倒れその時に頭部を打つたというが、この原因として二つのことが考えられる。即ち硬脳膜下血腫では外傷と初発症候との間にやゝ長い時日が経過する場合があり、このために外傷を原因として考えに入れていない場合がある。第2は梅毒反応が陽性であるから脳血管に何らかの変化がおこり脆弱となりこのため破綻し出血し易くなることである。

硬脳膜下出血、蜘蛛膜下出血のいずれにおいても脳圧亢進が持続的に存在し頭痛、嘔吐、眩暈などがおこってくる。局所症状のないことは出血が徐々におこり均等に拡散するからである。本例では経過中に発熱は一度もなく脳脊髄液が水様透明でキサントクロミーを呈さないことは硬脳膜下血腫と考えるのが妥当のようである。

本症は耳鼻咽喉科では遭遇することの稀な疾患である。内科方面では比較的多く見られるものと思われるが生前に何等の病状を示さずに剖検の際に発見される例がある。本症は硬脳膜、蜘蛛膜附近の血管の破綻により、あるいは脳表面の血管の破綻及び脳溢血の時に出血が脳室より起る場合などに伴つて起つてくる。原因は不明のことも多いが一般には外傷、酒精中毒、脳萎縮を伴う慢性疾患、出血性素因、悪性貧血、白血病、壊血病、鉛中毒、高血圧、動脈硬化、慢性腎炎、精神的及び肉体的過労、出産などが挙げられているが、本症では硬脳膜の梅毒性血管炎のために起つたものと見做すのが妥当であろう。

結 語

1) 本例は眩暈感、歩行障害、悪心、嘔吐、頭痛を訴え内耳障害の疑いで来院した。しかし最初の発作で意識障害があり眩暈感は延転性のものでなく頭がふらつき足の位置がはつきりしない等のものであつた。

2) 聴力は殆んど正常に近く耳鳴もなかつた。前庭機能検査でも著変を認めなかつた。高血圧なく肺心腹部にも所見が認められなかつた。

3) 梅毒反応は陽性であつたが聴力障害のないことから迷路梅毒とは思われない。

4) 脳脊髄液検査は液圧高く 淋巴球の増加、水様透明、蛋白正常などの所見があつて髄膜炎が疑われたが、炎症症状を欠いていた。

5) 脳血管造影によつて右側前頭頭頂部の硬脳膜附近に血腫が認められた。

6) 本例に見られる眩暈感及び平衡障碍は硬脳膜下血

腫（出血性内硬脳膜炎）のためにおこつた脳膜刺激症状と診断した。

文 献

1) 白岩俊雄：蜘蛛膜下腔出血症の一死亡例，日耳鼻，45，2，187. 2) 沖中重雄：内科書，上巻. 3) 後藤敏郎：耳鼻咽喉科学，上巻. 4) 岩崎秀之：出血性硬脳膜炎，神経研究の進歩，3，2，404. 5) *Virchow R*：

Verh. physik. u. Ges. würzburg 7: 134, 1856. 6) *Link. K.H*: Traumatische sub-und intradurale Blutung-pachymeningitis haemorrhagica. *Veröff. Konstit. u. wehrpath* 12: H. 4, 1945. 7) 佐藤邦夫：蜘蛛膜下出血，耳鼻喉科，31，5，358.

(原稿到着＝昭和 35.11.26 日)

TM 式 耳 鼻 治 療 台

1. オイルポンプ昇降装置，廻転止ハンドルは側面にあり操作至便
2. 簡単なる操作により平板状となし手術台として使用し得
3. 水道スピットン装置は左右両側いづれにも簡単に取付け得
4. 設備完備せる工場にて熟練した製作者により製作せられたるものなるが故に構造極めて精密且つ堅牢にして体裁優美なり
5. 塗装はマホガニー，赤外線焼付塗装

御 注 意

最近 TM 式として粗悪製品が大量に販売されております弊社製品と御指定下さい

耳鼻咽喉科気管食道科医療器械製作

T. Matui
有限会社

TM 医療器松井製作所

本 社 東京都文京区湯島二丁目四番地
電話 小石川 (921) 0575・1281 番
出張所 京都市東山区東大路松原下ル小島
町一四二
電話 祇園 (6) 5521 番
振替口座東京 77400 番