

青山胤通 撰
稻田吉雄 編
林春川 游
富士川 游

第一册

〔二頁乃至
六〇頁〕

脊髓病篇

日本内科全書

七卷

昭和七年一月

吐鳳堂發行

(第三十回出版)

稟告

醫學博士鹽谷不二雄氏述「脊髓病篇」一篇製本出來候ニツキ今回配本致候、引キ續キ、同
博士述「末梢神經病篇」印刷中ニツキ近日中配布致候事ヲ得ベクト存候

昭和七年一月

日本內科全書發行書肆

吐鳳堂 敬白

謹告

一。日本内科全書ハ全十卷。毎卷紙數約九百頁ヲ標準トシ、毎月一冊、二百五十六頁宛ヲ刊行スル豫定ナルガ故ニ、毎冊ハ記事ノ途中ニテ中絶スルコトアルベシ。故ニ、毎冊ノ表紙ニ、卷數冊數頁數ヲ明記スルヲ例トス。

二。毎冊ノ内容ハ表紙ニソノ大要ヲ示スノミテ別ニ目次ヲ附セズ。毎卷ノ終末(毎卷最後ノ冊子)ニ、其卷ノ目次索引扉紙ヲ附スベキガ故ニ、製本ニ際シテハ、コノ點ニ留意アランコトヲ望ム。又希望ニヨリテハ、製本用ノクロス(金文字入)ヲ送附スベシ(但、コレハ頁數ノ多少ニヨリテ價格ニ差異アルガ故ニ、毎卷ノ結了ト共ニ價格ヲ定メテ報告スベシ)。

三。本書ニ用フルトコロノ術語及ビ用語ハ、成ルベクコレヲ一定センコトヲ企テタリ。譯語ノ選定ニツキテハ、撰者、編輯委員、及ビ在京執筆者諸氏ノ會合ノ席ニテ、從來行ハレタル譯語ニシテ專門家諸氏ガ選用セラレタルモノハコレヲ其儘ニ用ヒ、不適當ト認ムルモノ及ビ新ニ譯字ヲ定ムベキモノハ編輯委員會ニテコレヲ議定スルコトニ評議一決シ、コノ目的ニテ編輯委員會ヲ開クコト、大正元年八月ヨリ毎月一回、特ニ斯學ニ造詣深キ大槻如電翁ヲ煩ハシテ、毎回出席ヲ乞ヒ、委員富士川游ノ原案ニ基ツキ、譯字ノ不可ヲ討議シテ一定セルモノヲ用ヒタリ。

新定又ハ選定ノ譯字ハ、本文中ニ西洋語ヲ插入シテ明示スルガ故ニ、讀過スレバ自カラ明瞭ナルベシト雖、試ミニ卷一第一冊卷二第一冊及ビ卷二第二冊中ニ現ハレタルモノノ内、著シキモノヲ舉ゲレバ左ノ如シ。

基質	Anlage	枯瘦	Marasmus	能働性	Aktiv
萎質	Habitus	物質代謝	Stoffwechsel	受働性	Passiv
稟質	Temperament	害物	Schädlichkeiten	機能	Funktion

症狀	Symptome	潛出血	Okkulte Blutung	注流雜音	Durchspritzgeräusch
潤爛	Maceration	氣脹	Flatulenz	壓通雜音	Durchpressgeräusch
包纏法	Einpäckung	鼓脹	Metorismus	畏食症	Sitophobia
壓注	Douche (Dusche)	消化困難	Dyspepsie	送出	Austrabung
透熱法	Thermopenetration	按撫法	Streichen	密入	Einziehung
鬱積	Wallung	震搖法	Vibration	橫隔膜性内臟脫	Eventratio
鬱滯	Stauung	レントゲン放射線	Röntgenstrahlen	diaphragmatica	
病前史	Anamnese	荷重試驗	Belastungsprobe	囊脹	Divertikel
辨症	Differentialdiagnose	食欲	Appetit		

病名ノ中ニモ、從來西洋ノ語ヲ漢字ニテ書キタルモノト、假名ニテ書キタルモノトアリ、本書ニハソノ書式ヲ一定シテ、タトヘバ、腸窒扶斯實布垣里・儂麻質斯等、已ニ廣ク公私ノ間ニ行ハレタルモノハ、漢字ニテ書クコトトナシ(漢字ノ中ニテモノノ一種ヲ選ビタリ)、ソノ他ハ、スベテ假名ニテ書クコトトシタリ、タトヘバ、バラチーフス・アンギーナ・ヒステリー・スコルブート・マテリア・イビウス・インフルエンザ等ノゴトシ。藥物ノ稱呼ハ、大體、日本藥局方所定ニ基キ、一ニノ點ニ修正ヲ加ヘテ、一定セルモノヲ用ヒタリ。

四。用語ニ關スル事項中、一ニノ特ニ舉ゲテ、注意ヲ乞フコトハ本書ニテハ、『蓋、又、亦、甚、屢、始、漸等ノ文字ニシテ、一字ニシテソノ意義ヲ盡クスモノハ句點ヲ附スルノミテ假字ヲ附セズ、若、ソノ文字ノハタラキニ變化アル場合、タトヘバ『及ビ、及フ』等ノ場合ニハ、常ニ假字ヲ附スルヲ例トセリ。又、新ニ假名ヲ製造シテ用ヒタルモノ數種アリ、左ノゴトシ

ブ (la) ヅ (li) ル (lu) ン (le) ロ (lo)

スノ如ク、Lノ音ヲアラハスガタメニ普通ノ假名『ラ、リ、ル、レ、ロ』ニ○ヲ附シタルモノヲ新ニ製シ用ヒテ、Rノ音ト區別シタリ。

斯ノ如クchノ音ヲアラハスタメニ「ハ、ヒ、ヘ、ホ」ニ△ヲ附シタル活字ヲ新製シタリ。

デ、ロ、ヅ、コ

Tノ音ヲアラハスタメニ「チ、ツ」ニ○ヲ附シタル活字ヲ新製シタリ。

又、從來發音ノ詰マル場合ニハツノ假字ヲ小サク書クラ例トシタレドモ、拗音(タトヘバキ、モ、キ等)ヲ示スニモ同一ノ書式ヲ用ヒザルベカラザルガ故ニ、本書ニハ新ニツノ字ヲ製作シテ、用ヒタリ、タトヘバ

ハ、ツ、テン、ロー、フル (Pattenkofel)

五。地名ニハ右側ニ複線ヲ附シ、人名ニハ右側ニ單線ヲ附スル等ハ、普通ノ例ニ依レリ。

六。本書ノ凡例等ハ、第一卷ノ終末冊ニ附スベク、本卷ノ目次及ビ索引等ハ本卷ノ終冊ニコレヲ附スベシ。

編輯委員

謹言

目次

脊髓病篇

脊椎カリエス(脊椎炎)ニ原因スル脊髓病……………一

(一)結核性脊椎カリエス(結核性脊椎炎)ニヨル脊髓病……………二

(二)塞扶斯性脊椎炎ニヨル脊髓病……………九

(三)脊椎骨髓炎ニヨル脊髓病……………一〇

(四)外傷性脊椎炎ニヨル壓迫性脊髓炎……………一〇

(五)脊椎ノ微毒性疾患ニヨル壓迫性脊髓炎……………二

(六)其他ノ脊椎炎ニヨル脊髓病……………二

症例(結核性脊椎カリエスニヨル壓迫性脊髓炎)……………二

脊椎腫瘍……………三

脊髓及ビ脊髓膜ノ腫瘍……………六

症例……………三〇

脊髓硬膜炎……………三

(一)外脊髄硬膜炎……………三

(二)肥厚性頸部硬腦膜炎・増生性内硬膜炎……………三

(三)出血性脊髓内硬膜炎・腦膜出血……………三

脊髓軟腦膜炎……………三

(一)急性脊髓軟腦膜炎(急性脊髓膜炎)……………三

(二)慢性脊髓軟腦膜炎……………三

外傷ニ原因スル脊髓病……………六

(一)脊髓震盪症……………六

(二)脊椎ノ脱臼又ハ骨折ニヨル脊髓病……………四

(三)脊髓ノ銃砲創及ビ刺傷……………四

脊髓炎……………四

症例(忍水病豫防注射ニ基ツク急性脊髓炎)……………五

急性脊髓前角炎・ハイチ、メチン氏病・流行性小兒麻痺・急

性萎縮性脊髓麻痺……………五

症例……………六

慢性及ビ亞急性脊髓前角炎……………六

脊髓膿瘍(化膿性脊髓炎)……………六

脊髓ノ眞性微毒疾患(脊髓微毒・慢性微毒性脊髓膜炎).....	七〇
多發性脊髓硬化症.....	七六
脊髓膠様變質及ヒ脊髓空洞症.....	八八
症例.....	九五
脊髓出血(脊髓卒中).....	九七
症例.....	一〇一
潜水器病(潜水夫病・潜水夫麻痺・潜函病・壓搾空氣病).....	一〇四
脊髓癆.....	一〇七
症例.....	一二八
フリードライヒ氏病(脊髓性遺傳性共濟運動失調症).....	一三〇
小腦性遺傳性共濟運動失調症.....	一三四
症例(フリードライヒ氏病).....	一三五
進行性筋萎縮.....	一三六

脊髓性進行性筋萎縮(ギセン、アラン氏病).....	一三七
筋萎縮性側索硬化.....	一四三
痙性脊髓麻痺(側索硬化).....	一四九
リットル氏病.....	一五三
脊髓後索側索變質(聯合脊髓索疾患).....	一五五

日本内科全書 卷七

脊髓病篇

各論

醫學博士 鹽谷不二雄 述

脊椎カリエス(脊椎炎)ニ原因スル脊髓病

Rückenmarkserkrankungen durch Wirbelkaries (Spondylitis).

脊椎カリエスハ結核・腸窒扶斯菌・微毒・外傷・急性骨髓炎等ニヨリテ起レドモ、ソノ内、最多數ヲ占ムルハ結核性脊椎カリエスナリ。此等疾患ノタメ脊椎ハ主トシテ壓迫性脊髓炎ノ病像ヲ以テ罹患スレドモ、時ニ炎症ガ脊髓ニ蔓延スルコトアリ。又脊椎カリエスアリテモ脊椎ニ病變ヲ起サザル場合アルコトモ固ヨリコレアリトス。

(1) Fickler

(一) 結核性脊椎カリエス(結核性脊椎炎)ニヨル脊髓病

Rückenmarkserkrankungen durch tuberculöse

Wirbelkaries(Spondylitis tuberculosa), Malum Pottii

結核性脊椎カリエスハ脊椎カリエス中、最大多数ヲ占ムルヲ以テ、單ニ脊椎カリエスト稱スレバ本病ヲ指スヲ常トス。脊椎カリエスアルトキ、必ズシモ脊髓ヲ侵スモノニアラズ。フクレル氏ニ據レバ、脊髓ノ合併スル場合ハ二〇プロセントナリト云フ。

原因

單ニ脊椎ニノミ結核性病變ヲ認ムルコトアレドモ、多クハ淋巴腺・關節他ノ骨・肋膜等ニ結核性疾患ヲ合併ス。小兒ニ最、多キモ、何レノ年齢ニモ來タリ、老人ヲモ侵シ、又、乳兒ニモ來タル。誘因ナキコト多キモ、時ニ外傷(背部ノ打撲・顛倒ノ如キ)ノ後ニ發病ス。

病理解剖

本病ハ椎體、殊ニソノ椎間軟骨ニ近キ部分ニ始マルコト、最、多ク、次ギニ關節又ハ椎間軟骨ヨリ始マル場合ニシテ、椎弓又ハ椎骨ノ突起ヨリ發病スルコトハ最、稀ナリ。胸椎ト腰椎トハ略、同數ニ侵サルルモ、脊髓症狀ヲ惹起スル場合ハ中部胸椎ノカリエスが大多数ヲ占ム。

脊椎罹患部ニハ最初、海綿様ノ肉芽組織ガ新生シ、骨組織ハ破壊セラレ、コノ新生組織竝ニ骨組織ハ融合シテ乾酪性物質トナル。斯ノ如キ肉芽組織及ビ蓄溜セル膿ハ、脊髓硬膜ヲ隆起セシメ、タメニ脊髓管腔ハ狭小トナリ、又、罹

- (1) Pachymeningitis spinalis externa tuberculosa
- (2) Epidurale Tuberkulose
- (3) Tuberculöse transversale Myelitis

患セル椎骨ハ上下ノ壓迫ニヨリ壓潰セラレ、後方ニ向ヒ不全脱臼ヲナシ、脊椎ハ銳角ヲナシテ屈曲シ、或ハ又、腐骨片ノ發生ニヨリ一層、脊髓腔ヲ狭マカラシム。コレ等ノ變化ニヨリ脊髓ハ或ハ屈曲シ、或ハ壓迫セララルノミナラズ、脊髓膜モ壓迫ヲ受ケ、ソノ血管及ビ淋巴管ノ循環ガ障碍セラレ、ソノ分布領域ノ脊髓組織ニ鬱血性浮腫ヲ起シ、或ハ脊髓ガ毒作用ヲ蒙ルコトモ想像セラレ。此等ノ種種ノ原因ニヨリ臨牀上、壓迫性脊髓炎ノ症狀ガ起リ來タル。而シテ單純ナル機械的壓迫ノミガ、ソノ原因ニアラサルヲ以テ、重キ脊髓症狀ヲ呈セル場合ニ於テモ、脊髓ニハ肉眼上、殆、異狀ナキコトアリ。結核性新生組織ハ、脊髓硬膜ノ外面ニ達シ、コレニ同様ノ炎症、即、結核性外脊髓硬膜炎、或ハ硬膜間結核¹²⁾ヲ起ス。又、寒性膿瘍トシテ硬膜下ニ蓄溜セル膿ガ外部ニ出デ、所謂沈降性膿瘍トシテ他ノ身體部位ニ出現スルコトアリ。脊髓ハ多クノ場合、上述ノ種種ノ障碍作用ニヨリ、局所貧血、竝、鬱血性浮腫ノ状態トナリ、神經纖維ハ初メハ吸水的膨脹ニヨリ、軸索、髓鞘共ニ腫脹シ、後ニハ軟化シ、破壊シ、顆粒細胞ガ現ハレ、膠質組織ガ増殖ス。更ニ高度ナル場合ニハ結核性炎症ガ脊髓ニ波及スルコトアリ。コノ際、硬腦膜ノ炎症ガ、コレヲ通ジテ直接、脊髓ニ蔓延スルコトアリ。或ハ又、血管ニヨリ脊髓ニ傳播サル場合アリ、カクシテ脊髓ニ結核性横斷性脊髓炎¹³⁾ヲ起スニ至ル。

椎骨ハ一個、又ハ相隣接スル二、三個ガ侵サル場合多ク、普通、脊柱ノ一個所ニ來タリ、二個所以上ニ起ルコトハ甚、稀ナリ。脊髓ノ病變範圍モ亦、コレニ一致シ、通常、半センチメートル乃至二、三センチメートルニシテ、一個又ハ稀ニ相接続スル數個ノ脊髓節ガ罹患ス。コノ部分ヲ見ルトキ、脊髓ハ太サ普通ナルコトアレドモ、多クハ扁平トナリ、又ハ限局性凹所ヲ見ル。稀ニ浮腫ノタメ膨大ス。コノ部分ノ脊髓根モ亦、萎縮又ハ炎症性變化ヲ呈ス。

症状

本病ノ症状ハ椎骨ノ病變ニヨルモノト、ソノ結果トシテ來タルコトノ脊髓ノ症状及ビ結核症ニ基ツクトコロノ一般的症

狀ノ三種ニ區別スルコトヲ得。ソノ内、脊髓乃至脊髄根ノ症狀ハ必發的ニアラズ。然レドモ、脊椎ノ變化モ亦、常ニ顯著ナルモノニアラズシテ、既ニ高度ノ壓迫性脊髄炎ガ起レルニ拘ラズ、脊椎ノ症狀ハ輕微ニシテ、臨牀上不明ノ場合アリ。即、脊椎ノ症狀ト脊髓ノソレトハ併行スルモノニアラズ。又、脊髓ノ症狀ガ現ハルル場合ニ於テモ、コノ二ツノ症狀ガ相伴ナラテ發スル場合ト、脊椎ノ症狀ガ單獨ニ數ヶ月乃至一年以上モ存在セル後、徐徐ニ脊髄症狀ガ出現スル場合及ビ

ソノ反對ノ場合アリ。

脊椎ノ症狀ノ詳細ハ外科學ニ譲リテ、ココニハ簡單ニコレヲ記述スベシ。主ナル變化ハ第一ニ銳角性駝背¹⁾(銳角性脊柱後彎、ポット氏駝背²⁾)ニシテ、コレハ常在ニハアラズ、通常胸椎ノ場合ニ著明ニ現ハル。又、同時ニ側彎ヲ呈シ、

(1) Spitzwinkliger Gibbus
(2) Pottscher Buckel

第一圖
結核性脊椎椎カエリス因ル駝背
(著者實驗)
但、白點ハ炎點癢痕



或ハ罹患部、稍、陷沒セルコトアリ。次ニハ罹患セル脊椎ニ指壓ヲ加ヘ、又ハ拳或ハ打診槌ヲ以テ叩打スルトキ、疼痛ヲ訴フルモノニシテ、コノ疼痛ハ又、脊柱ノ運動、タトヘバ、起立位ニ於テ身體ヲ強ク前屈シ、又ハ側方ニ屈スルガ如キ場合ニ起ル。ソレガタメニ運動ハ制限セラレ、脊柱ハ患部ニ於テ強直シ、又、患部ノ運動ヲ妨ケンガタメニ、ソノ部ノ筋肉ハ反

射性攣縮ニ陥レルヲ見ル。頸椎ニカリエス來タルトキハ頭ノ運動著シク制限セラレ。

沈降性(流注性)膿瘍ヲ見ルコトハ多カラズ。若、來タルトキハ、上部頸椎ノトキハ、咽頭後壁ニ、下部頸椎、胸椎ノトキハ縦隔膜・腋窩、又ハ鼠蹊部・大腿ノ皮下等ニ現ハルルコト多シ。

神經性症狀ハ脊髓及ビ脊髄根ヨリナル。根ノ症狀ハ多クノ場合著明ニシテ、殊ニ後根症狀ヲ主トシ、胸椎カリエスニアリテハ、胸部又ハ腹部ノ一側又ハ兩側ニ帶狀ニ種種ノ程度ノ疼痛ヲ起ス。又、感覺過敏・感覺異常モ來タル。又、上部頸椎ニテハ後頭神經ニ、下部頸椎ナレバ上肢ニ、又、腰椎下部ナルトキハ坐骨神經領域ニ疼痛ヲ發スルコトアリ。尙、進ンデハ時ニコレ等ノ部位ニ感覺鈍麻ヲ證明ス。前根症狀ハ稀ナレドモ、タトヘバ、頸椎ナルトキ、ソノ高サニヨリ、或ハ上肢ノ筋、或ハ小手筋ノ萎縮性麻痺ヲ見ルコトアリ。

脊髓症狀ハ普通、癱瘓性下半身麻痺ニシテ、コレ脊髓症狀ヲ惹起スルハ中部胸椎ノカリエスニ最、多キニヨル。麻痺ハ普通、徐徐ニ發現スルモ、稀ニ急發シ、速カニ高度ニ達スルコトアリ。兩下肢、略、同様ニ侵サレ、始ハ不全麻痺ニシテ歩行困難ヲ訴ヘ、且、疲勞シ易シ。下肢腿反射ハ著シク亢進シ、屢、膝蓋及ビ足搖擗ヲ見ル。ババンスキー氏反射及ビメンデル氏反射ヲ證明シ、又、反射興奮性が著シク亢進シ、足蹠ヲ輕ク觸ルルノミニシテ下肢搖擗ヲ起シ、又、自發運動モ來タル。麻痺ガ漸次進行シテ完全麻痺ニ至ルコト稀ナラズ。感覺モ下半身ニ於テ鈍麻スレドモ、壓迫性脊髄炎ニアリテハ感覺障礙ハ運動障礙ニ比較シテ輕キヲ普通トス。從ツテ感覺障礙ハ不分明ノコトアリ、又、時ニハ總テノ感覺種類ニ互ラズシテ、分離的ニ侵サル。膀胱障礙モ普通、存スレドモ始ハ輕キコトアリ。麻痺ハ上述ノ如ク、通常癱瘓性ナレドモ、脊髓ノ障礙高度ナルトキハ弛緩性下半身完全麻痺ヲ見ルコトアリ。

下部胸椎又ハ上部腰椎ノカリエスニアリテハ、兩下肢ノ弛緩性萎縮性麻痺ヲ來タス。又、下部頸椎ニアルトキハ上肢

(1) Okulopupilläres Phaenomen

ニ萎縮麻痺、下肢ニ痙性麻痺ヲ發スベシ。

ソノ他、稀ナル症状トシテ下部頸椎又ハ上部胸椎ノカリエスノ際、眼。腫。孔。症。狀。ヲ見ル。又、ブローン・セカール氏半側截斷モ稀ニ來タル。又、延髓麻痺症状、殊ニ呼吸及ビ嚙下困難ガ第一頸椎ノカリエスニ起ルコトアリ。

一般症状トシテ屢、發熱アレドモ、常在ニアラズ。通常、不規則ニシテ、輕熱カ又ハ中等度ニ達スルノミ。ソノ他、食慾不進發汗・貧血・羸瘦ノ如キ結核疾患ニ見ルトコロノ症状ハ屢、缺如シ、タトヘコレアルモ輕ク、且、普通、末期ニ見ラル。尙、長ク高度ノ麻痺アルトキハ褥瘡・膀胱カタル、ソノ他、肺結核・肋膜炎・結核性腦膜炎等ヲ合併スルコトアリ。

経過及ビ豫後

上述ノ如キ脊髓症状ハ脊椎ノソレト同時ニ來タリ、又、相前後シテ現ハレ、數週・數ヶ月、或ハソレ以上ノ間、徐徐ニ進行ヲ繼續セル後、停止状態トナルコト多キモ、稀ニ重キ麻痺ガ急ニ發生スルコトアリ。

脊髓症状ノ豫後ハ本病タルカリエスノ經過ニヨリ左右セラルルモ、ソレガ輕快ニ赴クトキハ重症下半身麻痺ガ數ヶ月、或ハ一年以上ニ互リ繼續セシ場合ニ於テモ痕跡ヲ止メズシテ全治スルコトアリ。或ハ痙性状態、多少ノ不全麻痺、ババンスキー氏反射等ヲ殘留シテ治癒スルコトアリ。重キ麻痺ガ數年持續セル後、尙、歩行シ得ルマテ輕快セル例アリ。一般ニ患者ガ若クシテ、榮養状態不良ナラズ、他ニ重症ノ結核合併疾患ナク、脊椎罹患部位ガ廣汎ナラザル場合ハ、原病ガ治癒シ易キヲ以テ、脊髓症状ノ豫後モ、亦、佳良ナリ。又、胸椎カリエスハ他ノ部位ニ來タルモノニ比シテ良ナリ。頸椎ハ最、不良ナリトス。然レドモ、尙、治癒ノ希望アリ。又、痙性下半身麻痺ハ、弛緩性ノソレニ比シテ一般ニ良好ナリ。老年ニ起レルホド輕快困難ナリトス。又、脊髓症状ガ罹患部ニ蓄積セル膿瘍ノ移動、血液又ハ淋巴液ノ循環恢復ニヨリ脊椎症状ハ尙、著シキ輕快ヲ見ザルニ拘ラズ、急速ニ快癒スル場合アリ。

死亡率ハ約半数ニ見ラル。長ク重症麻痺ニアルガタメニ褥瘡・膀胱カタル・腎盂炎・敗血症等ヲ誘發シ、或ハ他ノ臟器ノ結核ガ合併セルタメ死シ、又、頸椎カリエスノ時ハ延髓麻痺ガ死因ヲナスコトアリ。本病ハ一旦全癒スルモ、數週乃至數年後、外傷・感冒・過勞・妊娠等ガ誘因トナリ、又ハ不明ノ原因ニヨリ再發スルコトアリ。

診斷及ビ鑑別

脊柱ノ病變ヲ證明スルコト最、肝要ニシテ、疾患ノ當初ニ於テハコレガ極メテ輕微ナルコトアルヲ以テ、十分ナル檢索ヲ必要トス。然レドモ、稀ニハ脊柱ノ症状ヲ缺如シ、脊髓症状ノミ著明ナルコトアリ。カカル場合ニ於テハ脊柱レントゲン撮影ニヨリ始メテ脊椎ノ異常ヲ見出し得ルコトアリ。コレントゲン検査ハ尙、骨變化ノ輕重・部位・深部ニ於ケル寒性膿瘍ノ有無ヲ確ムル上ニ重要ナリ。又、沈降性膿瘍ノ證明モカリエス診斷ノ一助トナリ、身體ニ結核ノ存在ヲ示スガ如キ徵候モ間接ニ本病ノ診斷ヲ確實ナラシム。然レドモ、結核性脊椎カリエスアルニ拘ラズ、既往及ビ現在ニ結核性疾患ヲ證明シ難キ場合アリ。

又、脊髄炎ノ症状ニヨリテ知ラルトコロノ脊髓病竈ノ高サト、脊椎患部ノ高サトガ、脊髓ノ局所診斷學上ヨリ觀察シテ一致スルコトヲ要ス。又、脊髄膜、若シクハ根ノ症状ガ存在スルコト、下半身麻痺ガ著シク痙性ニシテ、足又ハ膝蓋搗搦・自發痙攣ヲ呈スル如キ、或ハ又、麻痺ガ感覺障礙ニ比シ遙カニ重キガ如キハ、壓迫性脊髄炎ニ一致スルモノニシテ、ソレガ徐徐ニ始マリ、不定性輕熱ヲ伴ヒ、且、身體他部ニ結核ノ有無ヲ證明シ得レバ、脊椎ノ病變不確實ナルトキニ於テモ診斷ヲ下シ得ベシ。

腦脊髄液ハ、脊髓症状ヲ伴フトコロノ脊椎カリエスニアリテハ、多クノ場合、蛋白質増加ヲ證明シ、又、時トシテ壓ノ増

(1) Xanthochromie

加ラ見ル。稀ニ黄染症^{〇〇}ヲ見ルコトアリ。然レドモ、腦脊髄液ノカクノ如キ變化ハ、他ノ原因ニヨル壓迫性脊椎炎ニモ亦、見ルトコロナリ。

脊柱又ハ脊髄ノ肉腫又ハ轉移性癌腫モ、本病ニ見ル如キ脊椎ノ變化及ビ壓迫性脊椎炎ヲ招來スレドモ、腫瘍ニ於テハ一般ニ疼痛一層劇シク、又、脊柱ノ畸形・銳角性後彎症ノ如キハ脊髄症狀ヨリモ遙カニ遅クテ發スルヲ常トシ、常ニ進行性ナルコト、發熱ナキコト、當初ニ屢、ブローン・セカール氏半側截斷ノ症狀ヲ呈スルコト等ニヨリ鑑別スベシ。

神經衰弱又ハヒステリーノ如キ神經過敏ナル患者ガ、脊柱ノアル部分ニ運動時ノ鈍痛・壓痛ヲ訴ヘ、局部脊柱ノ強直・下肢ノ疲勞性又ハ脱力ヲ訴ヘ、腱反射亢進アリテ、本病ノ初期ヲ疑ハシムルコトアレドモ、脊柱ノ過敏ハ部位廣キコト多ク、又、時ニヨリ移動シ、不定性ニシテ、下肢ニモ筋粗大力ノ減少ヲ缺ギ、ババンスキー氏反射無キコト等ニヨリ區別シ得ベシ。

脊柱ノ急性骨髓炎・室扶斯性脊椎炎、ソノ他ノ脊椎炎ニ就キテハ、當該條下ヲ參照スベシ。

療法

原病タル結核性脊椎カリエスノ治療ヲ第一トス。ソレガタメニハ脊椎ノ罹患部ヲ絶對安靜ニ保チ、局所ノ治療ヲ計ルト共ニ、一般衛生的方法ニヨリ、身體ノ榮養・體力ノ増進ニ努メ、結核疾患ヲ治療スベク、カリエスノ療法ノ詳細ニ就キテハ外科學ニ讓ル。

脊髓障礙ニ向ヒテハ、先、重キ麻痺アルトキニ病床ノ下敷ヲ軟カク且、清潔トナシ、又、皮膚ヲ清潔ニ保チ、殊ニ脊柱・腸骨・薦骨部・大轉子・膝部・踵ノ如キ褥瘡ヲ生ジ易キ部位ハ、一日一、二回酒精綿、又ハ溫湯ヲ濕セル布ニテ清

(1) Kostotransversektomie nach Ménard
(2) Laminektomie

拭シ、下ニ綿ヲ當テ、褥瘡ヲ防ギ、場合ニヨリ空氣又ハ水ヲ滿セル護謨床ヲ用フ。又、尿閉アレバ嚴重ナル消毒ノモトニ一日二、三回カテーテルヲ使用スベシ。

麻痺部ノ電氣療法及ビマッサージハ發病ノ初期ニハ適セス、殊ニ痙性麻痺ナルトキハ使用ヲ避クベシ。既ニ輕快ニ向ヒ、尙、麻痺ヲ殘留シ、痙性狀態高度ナラザルカ、或ハ弛緩性ノ如何ニヨリテ適用シ、マッサージヲ併用スベシ。脊髓ノ平流電氣療法ハ禁忌ニアラザレドモ、著效アルコトハ少ナシ。脊柱ノ罹患部ノ狀態ガ既ニ身體ノ運動ヲ許スニ至レバ、麻痺ノ程度如何ニヨリテ、麻痺肢ノ自働運動練習ヲ進メ、起立歩行ヲモ徐徐ニ練習セシム。コノ時期ニ於テ尙、痙性狀態著シキトキ、溫浴療法ヲ施シテ可ナルコトアリ。

靜臥・ギブスベット又ハコルセット使用・伸展裝置等ノ防護療法ヲ長ク行フモ、尙、脊髓ノ壓迫作用ガ除去サレ難キトキ外科的手術モ考慮セラルベシ、殊ニメナール氏ノ肋骨橫突起切除術^{〇〇}ニヨリ、脊髓ヲ壓迫スルコロノ腐骨片・寒性膿瘍・結核性海綿様乾酪様組織等ヲ除去スルコトアリ。コノ方法ハ椎弓ノカリエスニ適スレドモ、カカル場合ハ稀有ニシテ、手術ノ成績モ常ニ佳良ナラズ。且、重キ壓迫性脊椎炎モ長キ忍耐、強キ防護療法ニヨリ遂ニ輕快スルコトアルヲ以テ、コレヲ行フコト稀ナリ。椎骨截除術^{〇〇}ハ危險多シ。

(二) 室扶斯性脊椎炎ニヨル脊髓病 Rückenmarkserkrankungen

durch Spondylitis typhosa.

室扶斯性脊椎炎ハ稀有ナル疾患ニシテ、通常、腸室扶斯ノ末期、又ハ恢復期ニ發病ス。罹患脊椎ハ指壓又ハ叩打ニ對シ疼痛アリ。屢、壓迫性脊椎炎ヲ併發シ、後根刺戟ニヨル疼痛・帶狀感覺・痙性下半身麻痺・膀胱障礙等ヲ見

- (1) Ponfick
- (2) E. Fraenkel
- (3) Lyon

ル。軽度ノ發熱ヲ伴ナフ。經過ハ普通、數週間ニシテ、身體絶對安靜、尙、場合ニヨリギブス床ニルセツト等ニヨリ速カニ輕快シ、全治スルヲ普通トシ、豫後多クハ佳良ナリ。ボンフ、ツク⁽¹⁾及ビフレンケル氏⁽²⁾ハ脊椎ノ罹患部ニ窒扶斯菌ヲ證明セリ。又、ゾフラン氏⁽³⁾ハバラ窒扶斯Aニヨル脊椎炎ヲ報告セリ。

(三) 脊椎骨髓炎ニヨル脊髓病 Rückenmarkserkrankungen
durch Osteomyelitis vertebralis.

急性扁桃腺炎・癩瘡シノ他ノ化膿性炎症ニ後續シ、又ハ不明ノ原因ニヨリ發病シ、多ク腰椎ニ來タル。高熱、重キ一般症狀ヲ以テ急性ノ經過ヲトルモノニシテ、男兒ニ多ク、椎骨ノ外、尙、他ノ骨ニモ骨髓炎ヲ證明スルコト多シ。罹患部ノ脊椎ハ壓迫・叩打ニ對シ疼痛アリ。又、屢、局所ノ浮腫・筋緊張ヲ見ル。脊髓ヲ侵ストキハ後根症狀トシテ疼痛・知覺過敏・帶狀感覺等アリ。種種ノ程度ノ痙性或ハ弛緩性下半身麻痺ヲ發ス。壓迫性脊髓炎ヨリ遂ニ化膿性脊髓炎ニ移行スルコトアリ。療法トシテ多クハ外科的手術ヲ要ス。

(四) 外傷性脊椎炎ニヨル壓迫性脊髓炎 Compressionsmyelitis
durch Spondylitis traumatica.

モンメル氏⁽⁴⁾等ニ據レバ、脊椎外傷ノ後、徐徐ニ單純性・非化膿性脊椎炎(又ハ外傷性椎骨軟化症⁽⁵⁾)ガ發生シ、コレガタメ壓迫性脊髓炎ノ症狀ガ現ハルコトアリト云フ。カカル脊椎炎ハ外傷後數ヶ月乃至一、二年ヲ經テ發スルコトアリ。局所ニハ軽度ノ限局性駝背・壓痛ヲ證明ス。

- (4) Kümmel
- (5) Spondylomalacia traumatica (Henle)

- (1) Aktinomykose
- (2) Dengue-Fieber

脊椎ニ護謨腫性微毒ノ來タルコトハ稀ナリ。泰西ノ報告例ニ據ルニ、頸椎ニ多ク、椎體ヨリモ椎弓又ハ棘狀突起ヲ侵スコト多シ。通常、大人ニ來タリ、脊椎局所ニ駝背又ハ不規則ナル隆起ヲ生ジ、屢、劇シキ疼痛アリ、殊ニ夜中甚ダシキコトアリ。無熱ニシテ、沈降性膿瘍ヲ生ゼズ。壓迫性頸髓炎ノ症狀ヲ呈スルコトアリ。血清ニワ、ツセルマン氏反應ヲ證明ス。驅微療法ニヨリ治ス。

(五) 脊椎ノ微毒性疾患ニヨル壓迫性脊髓炎
Compressionsmyelitis durch syphilitische
Erkrankungen der Wirbel.

上述ノ諸種脊椎炎ノ外、放線菌症⁽¹⁾ガ肺臟ヲ經テ稀ニ頸椎又ハ胸椎ヲ侵スコトアリ。慢性ニ經過シ、局所ノ皮膚ハ浸潤ニヨリ固ク且、隆起シ、瘻管ヲ生ジ、特有ノ膿汁ヲ洩スニ至ル。脊髓症狀ヲ起スコトナキモ、疼痛アルコトアリ。ソノ他、肺炎⁽²⁾・デング熱⁽³⁾ニヨリ脊椎炎ガ起リ、脊髓症狀ヲ呈スルコトアリ。

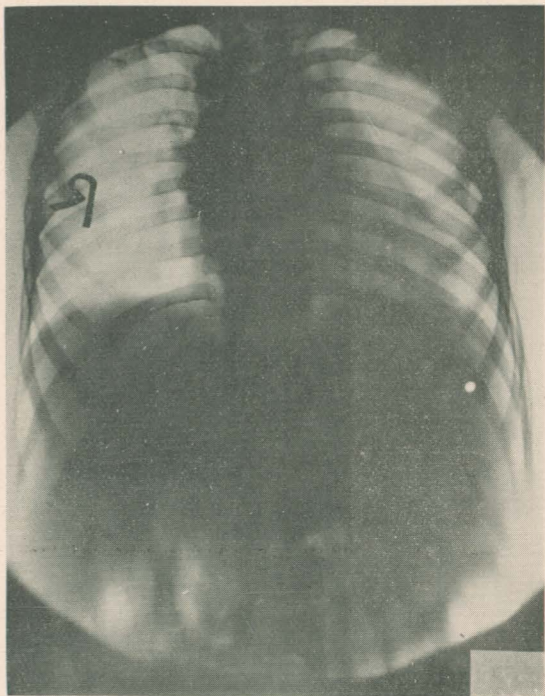
(六) 其他ノ脊椎炎ニヨル脊髓病

〔症例〕 結核性脊椎カリエスニヨル壓迫性脊髓炎 (著者實驗)

武〇 テ〇 六歳
兩親及ビ兄弟健康、結核性遺傳關係不明ナリ。
從來、鼠蹊ヘルニヤノ手術及ビ百日咳ヲ經過セル外記スベ

キナン。昭和三年八月中旬頃ヨリ歩行時跛行シ、又、脊柱ノ一部突出セルヲ發見ス。ソノ後、某病院ニテマツサチテ受ケタルニ急ニ下肢ノ麻痺起リ、起立、歩行不能トナリ、十月一日入院。當時兩下肢高度ノ麻痺アリ、筋緊張稍、増加。起立不能。下肢腱反射亢進シ、左右ニ足搖擲及ビババンスキー

圖 二 第
眞寫 ンゲト ンレノ 瘍膿ル 因ニ スエリカ 椎脊
(照 參 例 症)



反射、右側ニメンデル反射ヲ證明ス。感覺ハ異常ナキガ如キモ、検査困難ニテ詳細ハ不明。排尿、排便普通第四胸椎、稍突出シ、壓痛アリ。ソノ他、右頸部淋巴腺、指頭大ニ腫脹シ、時時三十七度一分乃至七分ノ輕熱アリ。レントゲン撮影ニヨリ胸椎上部ニ膿瘍ヲ認ム。ギプス床及ビ人工太陽燈療法ニヨリ十月下旬ヨリ下肢麻痺、稍、輕快ヲ始ムレントゲン寫眞參照、

脊椎腫瘍 Geschwülste der Wirbelsäule.

脊椎ノ腫瘍ハ、屢、續發的ニ脊髓膜・脊髓根又ハ脊髓ヲ侵害スルタメ、脊椎ノ病變ニ因スル症狀ノ外ニ、他ノ章ニ記述セル脊髓乃至脊髓膜腫瘍ト同様ノ病狀ヲ示スコトアリ。元來、脊髓又ハ脊髓膜ノ腫瘍ハコレニ原發スル場合ヨリモ、脊椎ヨリ續發的ニ來タル場合ヲ遙カニ多シトス。

病理解剖

- (1) Myelom
- (2) Periostale Exostose

脊柱ニ發生スル腫瘍ハ癌腫・肉腫ノ如キ惡性ノモノ、骨髓腫⁽¹⁾・内皮細胞腫・軟骨腫・骨膜性外骨腫⁽²⁾・血管腫ノ如キ良性ノモノ、及ビ微毒性外骨腫・護膜腫・エビノコックス・囊蟲ノ如キ傳染性ノモノアリ。コノ内、最、多キハ癌腫及ビ肉腫、殊ニ前者ニシテ、良性ノモノハ遙ニ少ナク、シュリーゾングル氏ニ據レバ惡性腫瘍ノ三十分ノ一二過ギズト云フ。

癌腫ハ常ニ二次的、又ハ轉移性ニシテ、乳腺・胃・食道・肺臟・氣管枝・子宮・腎臟等ヨリ直接ニ蔓延シ、或ハ淋巴道ヲ經、又ハ轉移性ニ脊柱ヲ侵ス。コレ等ノ内、乳癌、殊ニソノ硬性癌ヨリ轉移スルモノ最、多數ナリ。而シテ、此等ハ總テ臨牀的症狀ヲ呈スルモノニアラズ、殊ニ脊髓症狀ヲ來タスモノハソノ内ノ一部分ニ過ギズ。コレ等癌腫ハ通常、椎體ニ發シ、多クハ數個乃至多數ノ脊椎ヲ侵シ、ソレガタメ骨組織ノ新生・壞死及ビ軟化ガ起リ、甚ダシキトキハ椎骨ハ挫碎シテ脊柱ノ限局性後彎兼側彎ヲ招キ、脊髓根及ビ脊髓ハコレニヨリ壓迫セラレ、或ハ又、骨新生物ノ壓迫乃至局所的循環障礙ニヨリ侵害セラル。

肉腫及ビ骨肉腫ハ脊柱殊ニ骨膜ニ原發シ、或ハ身體他部ノ骨淋巴腺又ハソノ他ノ臟器ヨリ轉移性ニ來タリ、數個ノ脊椎ニ蔓延シ、筋肉ニ浸潤シ、皮下ニ現ハレ、外部ヨリ觸レ得ル腫瘍ヲ造ルコトアリ。

脊髓症狀ヲ惹起スルモノハ、主トシテ惡性腫瘍ナレドモ、良性ノ腫瘍ニ於テモ外骨腫・骨腫・エビノコックスノ如キトキニ脊髓又ハ根ヲ壓迫シテ、ソノ症狀ヲ呈スルコトアリ。

症狀

脊髓根、殊ニ後根ノ症狀ヲ主トシ、通常、兩側性ニ來タル。疼痛ハ障礙セラレタル後根領域ノ末梢神經部位、タトヘバ肋間神經・尺骨神經、若シクハ坐骨神經ノ走行ニ沿ヒ神經痛様ニ起リ、脊柱患部ノ運動又ハ壓迫ニヨリ増加スル

(1) Paraplegia dolorosa (Cruveilhier)

モ、シカシ壓痛ハ、缺如スルコトナキニアラズ。疼痛ノ強サハ、種種ナレドモ、一般ニ劇シク、時ニ非常ニ劇烈持續性ナルコトアリ。病症進行シ、既ニ下半身ニ運動麻痺又ハ感覺脫失アルニ拘ラズ、尙、ソノ部ニ疼痛アルアリテ、疼痛性下半身麻痺ノ名稱アリ。ソノ他、後根又ハ前根症狀トシテ感覺過敏、筋搐搦ヲ見、又時ニ兩側性帶狀ヘルペスガ來タル。腫瘍ガ更ニ進ンデ脊髓ヲ障碍スルトキ、運動麻痺ガ起ル。コレハ通常始メヨリ兩側性ニシテ、痙性下半身不全麻痺ガ起リ、麻痺漸次増加ス。下肢ノ腱反射ハ亢進シ、ババンスキー、メンデル等ノ病的反射ガ現ハル。膀胱障碍、下半身感覺鈍麻モ加ハリ、遂ニ重キ脊髓麻痺ノ状態ニ陥ル。

脊柱ノ症狀トシテハ、限局性後彎、又ハ後彎・側彎・壓痛、脊柱ノ運動時ニ於ケル局所的疼痛、稀ニ外部ヨリ觸知シ得ル脊椎ノ肥厚・脊椎ノ挫碎ニヨル身長ノ短縮等ヲ見ルモ、此等ハ多ク輕度ニシテ全ク缺如スルコトモ亦、稀有ニアラズ。又、根及ビ脊髓症狀ヨリ遅ク現ハルルコトアリ。

診断及ビ鑑別

脊柱ノレントゲン撮影ヲ行フトキ、通常、限局性陰影缺損、椎骨移動・椎骨形體異常等ヲ見、コノ像ニヨリ始メテ腫瘍ヲ發見スルコトアレドモ、腫瘍アリテレントゲン像ニ異常ナキコトアリ。又、レントゲン像ニヨリ腫瘍ノ性質ヲ確定スルコトハ殆、不可能ナリ。又、單發性及ビ轉移性ノ區別トシテ肉腫・骨髓腫ノ如キ原發腫瘍ニアリテハ、陰影ガ附近ノ軟部ニマテ擴大スト云フ。

腦脊髄液ハ、脊髓壓迫アルトキニ於テハ、蛋白質増加・名ツケンステツド氏症狀・黃染等ヲ見ルコトアリ(脊髓腫瘍ノ診斷參照)。

多發性骨髓腫・轉移癌等ニアリテハ、稀ニ尿ニベンンス・デヨー・チス氏蛋白質體ヲ證明ス。

惡性腫瘍、殊ニ癌ニアリテハ、迅速ナル進行・惡液質・原發癌ノ證明・淋巴腺、皮膚等ニ於ケル轉移・比較的老年ナルコト等ハ、診斷ノ補助トナルベシ。肉腫ハ、若年者ニモ亦、來タル。

鑑別トシテ注意ヲ要スルハ、脊椎カリエスニシテ、發熱、既往又ハ現在ニ於ケル結核性疾患・局所又ハ沈降性膿瘍等ヲ缺キ、烈シキ神經痛様疼痛(殊ニ兩側性)アリ。又、限局性駝背ガ銳角性ナラザルコト等ハ、腫瘍ヲ考ヘシム。脊椎症狀全然缺如シ、脊髓症狀著明ナルトキハ、脊髓炎又ハ脊髓微毒ノ如キ慢性脊髓疾患ト鑑別ヲ要ス。又、他ノ身體臟器ニ惡性腫瘍アリテ、タメニ惡液質ガ起リ、コレガ原因トナリテ脊髓炎又ハ脊髓ノ變質性疾患・多發神經炎ヲ起シ、脊髓ガ直接、腫瘍ノタメニ障碍サルル如ク見ユル場合アリ。

又、轉移腫瘍ガ末梢神經又ハ筋ニ來タリ、ソノ刺戟又ハ麻痺症狀ガ脊髓又ハ根症狀ニ類似スルコトアリ。

尙、脊髓又ハ脊髓ヨリ發生スル腫瘍トノ鑑別ニ就キテハ、ソノ章ニ就キ、局所診斷ノ項ヲ參照スベシ。

経過及ビ豫後

肉腫ハ、経過迅速ナルコトアレドモ、又、緩慢ニシテ、數年ニ亙ルコトアリ。癌腫ハ、通常速カニ進行シ、緩慢ナルコト稀ナリ。豫後ハ不良ニシテ、微毒性以外ノモノハ通常、外科的手術ニヨル外ハ、良キ経過ハ望ミ難シ。

療法

外科的手術ハ、脊髓膜腫瘍ニ比シ、コレニ適スル場合少ナク、且、遙カニ困難ナレドモ、近年手術ノ成績、稍、良好トナリ、從來、脊柱ノ軟骨腫・骨腫・骨髓腫・エビノコックス・肉腫等ハ、手術ニヨリコレヲ除去シ、好結果ヲ見タル報告例アリ。又、肉腫及ビ癌腫ニ向ヒテハ、レントゲン療法、又ハラヂウム療法ヲ試ムベシ。又、護膜腫ノ疑アルトキハ、驅微療法ヲナス。ソノ他ハ、脊柱ノ罹患セル脊椎ノ壓迫ヲ輕減スルタメ適當ナル臥位ヲ命ジ、或ハコルセットヲ著用シ、又、疼痛、尿閉等ニ

向ヒ對症の處置ヲナシ、膀胱カタル・褥瘡等ヲ極力防止スベシ。

脊髓及脊髄膜ノ腫瘍 Neubildungen des Rückenmarks und seiner Häute.

脊髓腫瘍ハ脊髓自己ヨリ發生スル脊髓内腫瘍⁽¹⁾及ビ脊髄膜ヨリ發生スル脊髄膜腫瘍⁽²⁾ニ分ツ。尙、此外、脊柱ヨリ發生スル腫瘍、即、脊椎腫瘍⁽³⁾モ屢、脊髄膜・脊髓又ハソノ根ヲ侵シ、臨牀上、脊髓腫瘍ト區別スルコト困難ナル場合アリ。故ニ著者ニヨリテハ、脊髓腫瘍ノ條下ニ加フル人アレドモ、脊椎疾患ノ章ニ讓レリ。右ノ如クナルヲ以テ、脊髓ニ直接又ハ間接ニ關係アル腫瘍ヲ發生部位ヨリ區別スルトキハ左ノ如シ。

- (一) 脊髓内腫瘍(即、脊髓ヨリ發生スルモノ)。
- (二) 脊髄外腫瘍(コレヲ更ニ二ツニ分ツ。

(イ) 脊髄膜腫瘍(コレニ二種アリ。

(甲) 硬膜内腫瘍⁽⁴⁾(脊髄硬膜ノ内面・蜘蛛膜・脊髄軟膜及ビ稀ニ脊髄根ヨリ發生スルモノ)

(乙) 硬膜外腫瘍⁽⁵⁾(脊髄硬膜ノ外面又ハ硬膜外組織ヨリ發生スルモノ)

(ロ) 脊椎腫瘍(即、脊柱ヨリ發生スルモノ)。

然レドモ、コレ等ノ區別ハ臨牀上ニアリテハ嚴密ニ分チ難キ場合少ナカラズ。又、脊髓腫瘍ヲ種類ニヨリ區分スルトキハ惡性腫瘍(癌腫・肉腫)・良性腫瘍(神經膠腫・纖維腫・血管腫・脂肪腫等)・微生物ニヨルモノ(微毒腫・孤立結核・

- (1) Intramedulläre Geschwülste
- (2) Meningeale Geschwülste
- (3) Vertebrale Geschwülste

- (4) Extramedulläre Geschwülste
- (5) Intradurale Geschwülste
- (6) Extradurale Geschwülste

- (1) Zystizerken
- (2) Gliosis
- (3) H. Schlesinger

- (4) Neuroepithelioma gliomatosum microcysticum
- (5) Melanom

囊蟲⁽⁶⁾等)ニ分ツコトヲ得。又、膠樣變質⁽⁷⁾ニ就キテハ、コレヲ脊髓空洞症ト共ニ記述スベシ。

脊髓腫瘍ハ一般ニ稀ニシテ、腦腫瘍ヨリモ稀ナリ、ソノ大部分ハ脊髄膜腫瘍ニシテ、脊髓内腫瘍ハ少數ナリ、兩者ノ比ハシュレージンゲル氏⁽⁸⁾ニ據レバ「1:3」或ハ「5:4」ナリト云フ。部位ニ就キテハ頸髓部ニ最、多ク來タル。又、脊髄膜腫瘍中、硬膜内ノモノハ硬膜外ノモノニ比シ遙カニ多シ。而シテコレ等脊髄腫瘍ハ、脊椎腫瘍ニ續發スル場合ヲ多シトシ、原發性ノモノハ甚、少シ。

病理解剖

硬膜外腫瘍ハ稀ニシテ、多クハ脂肪腫及ビ胞蟲ナレドモ、護謨腫・孤立結核・肉腫・内皮細胞腫等モ來タレル例アリ。硬膜内腫瘍ハ大部分、軟膜ヨリ發生シ、硬膜ヨリ發生スルモノハ稀ナリ。肉腫ヲ最、多シトシ、原發性ニモ亦、轉移性ニモ來タル。ソノ他、内皮細胞腫・腦砂腫・微毒腫・孤立結核・纖維腫及ビソノ混合腫、ソノ他、粘液腫・脂肪腫・血管脂肪腫及ビ他ノ混合腫瘍ヲ見ル。脊髄膜ヨリ發生スル腫瘍ハ多クハ小ニシテ、豌豆乃至榛實大ニ達シ、主トシテ脊髄長徑ニ併行シテ發育ス。時トシテ五センチメートル又ハソレ以上ノ長徑ヲ有スルコトアリ。

脊髓内腫瘍ハ神經膠腫及ビ孤立結核ヲ最トシ、稀ニハ轉移癌・肉腫・囊蟲又ハ微毒腫ヲ見ル。神經膠腫ハ多クハ瀰漫性ニ擴大シ、脊髓長徑ノ方向ニ進行ス。又脊髄ノ腫大ヲ來タシ、或ハ軟膜外ニ發育スルコトアリ。頸髓及ビ上部胸髓ニ來タルコト多キモ、稀ニ腰髓膨大部ニ來タル。コレ等ノ神經膠腫ハソノ内ニ出血・軟化等ガ起リ、破壊シ易キ傾向アリ。

肉腫ハ一個、或ハ多數、脊髄膜又ハ神經根ニ發生ス。同時ニ亦、脊髓内ニ來タルコトアリ。

ソノ外、稀ニ見ル腫瘍トシテハチリンδροーム・筋脂肪腫・小囊性膠樣神經上皮細胞腫⁽⁴⁾・黑色腫⁽⁵⁾・ゲルモイド囊腫・脈

- (1) Exostose
- (2) Multiple Neurofibrom

絡膜上皮細胞腫・脊髄動脈ノ動脈瘤・外骨腫⁽¹⁾・神經腫等ガ來タルコトアリ。又、多發性神經纖維腫⁽²⁾ガ脊髄根ヨリ發生スルコトアリ。囊蟲ハ稀ニ硬膜内ニ發生シ、脊椎管又ハ脊髄ヲ侵スコトアリ。胞蟲ハ多クハ硬膜ト骨トノ間ニ生ズ。

腫瘍大ナルトキ、脊髄ハ前方又ハ後方、或ハ又、屢、側方ヨリ壓迫セラレ、壓迫部ニ於テハ扁平トナリ、又ハ著シク細小トナル。又、脊髄ニ限局性凹所ガ生ジ、腫瘍ガ此内ニ介在スルコトアリ。然レドモ、時トシテ脊髄ノ太サハ比較的變化ナキカ、或ハ又、脊髄内腫瘍ノ場合ニ於テハ、ソノ部分ガ却、膨大セルコトアリ。

脊髄ノ組織學的變化ハ、單ニ壓迫ニヨル變化ニ過ギザルコト多ク、神經組織ノ變質・破壞・軟化・出血ノ如キハ常見ル變化ニアラズ。通常、腫瘍ナル側ガ強ク壓迫障得サルルモ、稀ニ反對側ガ却、強ク障得ヲ蒙ルコトアリ。

腫瘍ハ脊髄ノ何レノ場所ニモ來タリ、馬尾神經ニモ起レドモ、最、多數ヲ占ムルトコロノ硬膜内腫瘍ハ胸髓ニ來タルコト多ク、コレニ反シテ脊髄腫瘍ハ脊髄膨大部ニ來タルコト多シ。

症狀

脊髄膜腫瘍ト脊髄内腫瘍トニヨリ、症狀經過ニ多少ノ差違アリ。脊髄膜腫瘍(硬膜外或ハ硬膜内)ニシテ、經過定型的ナル場合ニ於テハ、最初、腫瘍ガ一側ノ脊髄根ヲ壓迫、或ハ破壞侵蝕スルタメニ一側ノ根症狀ヲ惹起シ、後ニ至リテ徐徐ニ、又ハ稀ニ急速ニ、脊髄半側ノ症狀ヲ併發シ、遂ニハ他側ヲモ侵シ、脊髄全部ノ壓迫症狀ヲ呈スルニ至ル。脊椎ニハ他覺的ニハ症狀ヲ缺クヲ常トス。根症狀ノミ現ハルル時期ガ數ヶ月乃至數年間ニ互ルコトアリ。然レドモ、コノ時期ガ短カク、或ハ脊髄外腫瘍ナルニ拘ハラズ、根症狀ガ全然缺如スルコトモ稀ニアラズ、殊ニ硬膜内腫瘍ヨリモ硬膜外ノ場合ニ於テ缺如スルコト多シ。脊髄症狀ハ徐徐ニ始マルヲ普通トスルモ、稀ニ急突ニ發スルコトアリ。

脊髄内腫瘍ニ於テハ根症狀ハ屢、缺如ス。若、コレガ來タル場合ニ於テハ脊髄症狀ト同時ニ始マリ、或ハ遅レテ現ハレ、後根刺戟ニヨル疼痛ノ如キモ、脊髄膜腫瘍ノ場合ニ比シ、概シテ輕度ナリトス。疼痛ハ又、脊髄内ノ感覺道ノ刺戟ニヨリ起リ、腫瘍部位ヨリモ遙カニ下方ニ現ハルルモ、時トシテ後根刺戟ニヨル疼痛ト區別シ得ズ。

脊髄内腫瘍ニヨルコロノ脊髄症狀ハ甚、多樣ナリ。殊ニ神經膠腫ノ場合ニ於テ然リ。即、脊髄膜腫瘍ノ場合ノ如ク、ブローン・セカール氏半側截斷症狀ヲ以テ始マルコトアリ。又ハ始メヨリ橫斷性脊髄炎ノ像ヲ呈シ、或ハ又、脊髄空洞症、或ハ多發硬化ノ如キ症狀ヲ示スコトアリ。而シテ下半身麻痺ハ脊髄内腫瘍ニ於テハ、概シテ早クヨリ高度ナリ。症狀ノ一般的進行ハ脊髄内腫瘍ヨリモ、脊髄外腫瘍ノ場合ニ於テ一層迅速ナリ。又、脊髄内腫瘍ニアリテハ感覺障得ガ漸次上方ニ蔓延進行スルコトアレドモ、脊髄膜腫瘍ニ於テハ普通カカルコトナシ。又、症狀經過ノ著シキ動搖モ、亦、脊髄内腫瘍、殊ニ膠腫ニ見ルトコロナリ。次ニ個々ノ症狀ニ就キ述ベシ。

脊髄根ノ症狀

後根ノ刺戟症狀ハ一側、又ハ兩側ニ、一定ノ脊髄節分布領域ニ互リ、放散性疼痛トシテ來タル。即、肋間神經、膊神經叢、或ハ坐骨神經等ノ領域ニ來タリ、時ニ感覺過敏ヲ伴ナフ。疼痛ノ程度ハ種種ニシテ、劇シキトキハ咳嗽・努責等ニヨリ増強ス。後根ノ壓迫増加スルトキ疼痛アリシ部位ニ感覺脱失ガ起リ來タル。

前根ノ症狀ハ稀ニシテ、一部ノ筋群ニ搖蕩・筋緊張ヲ見、更ニ進ミテ萎縮性麻痺ヲ見ルコトアリ。

末期ニ於テハ腫瘍ノ部位ニ相當セル脊椎ニ、指壓又ハ叩打ニ對シ過敏乃至疼痛アルコトアレドモ稀ナリ。

脊髄症狀

腫瘍ガ頸髓又ハ胸髓ニ在ルトキニ、下半身ノ痙性麻痺ガ起レドモ、ソノ初メニ於テハブローン・セカール氏半側截

- (1) Ischuria paradoxa
(2) Okulopupilläres Phaenomen

斷ノ症狀群ヲ呈シ、身體ノ一側、殊ニ多クノ場合、腫瘍ノ占位スル側ニ痙性運動性不全麻痺ヲ起シ、反對側ニ痛覺及ビ溫度覺ノ鈍麻ヲ見ルコト多シ。而シテ腫瘍ノ生長ト共ニ、漸次ニ、或ハ急速ニ、不全麻痺ノ程度増加スルノミナラス、他ノ身體側ニモ亦、痙性運動性不全麻痺ガ始マリ、遂ニ痙性下半身麻痺トナリ、兩側ニババンスキー、メンデル等ノ病的反射ヲ證明シ、感覺モ亦、スベテノ種類ガ下半身全體ニ互リ障礙セラルルニ至ル。斯クノ如ク、初期ニ半側截斷症狀ヲ見ルコトハ、脊髄外腫瘍ノ場合ニ多キモ、脊髄内腫瘍ニアリテモ稀有ニアラス。而シテ斯ノ如キ經過ヲ取リテ進行セル場合ハ、後ニ至ルモ尙、麻痺ノ程度左右不同ニシテ、初メニ半側截斷症狀群ノ存在セシラ想像セシムルコトアリ。此等ノ場合ニ於テ痙性狀態ハ普通高度ニシテ、筋強剛・下肢腱反射亢進著シク、足搖擗・膝搖擗・膝蓋搖擗ヲ證明シ、尙、股關節・膝關節ニ於ケル屈曲強直・下肢ノ自發性運動・發作性強直性痙攣ヲ見ルコトアリ。又、膀胱直腸障礙モ著明ニシテ、始メハ尿意頻數、又ハ輕度ノ排尿困難ガ起リ、後ニハ尿失禁、或ハ尿閉・珍奇性排尿障礙⁽¹⁾等トナリ、又、便秘或ハ糞失禁ガ來タル。又、陰莖勃起不能、又ハ持續勃起ヲ見ルコトアリ。ソノ他、脊髄内感覺道ノ刺戟ニヨル部位不定ノ疼痛ヲ見、又、共働運動失調ガ來タルコトアリ。腫瘍ガ上部頸髓ニ來タルトキ、四肢ノ痙性麻痺ヲ招來シ、稀ニ延髓ノ麻痺症狀ヲ合併ス。頸部膨大ニ來タルトキハ、上肢又ハ其筋群ノ一部ニ萎縮性麻痺ヲ起シ、又、眼瞳孔症狀⁽²⁾・橫隔膜神經麻痺ガ來タルコトアリ。

又、腫瘍ガ腰髓内部又ハ膜ニ來タルトキハ、下肢ニ弛緩性麻痺ガ來タリ、又、筋ニ萎縮ヲ見ルコトアリ。而シテ初期ニハ屢、一側ニ著明ナリ。感覺障礙ハ腰薦髓分布域ニ起リ、膀胱直腸障礙著シ。又、腰髓、薦髓ニ於テハ、脊髄根相密集スルヲ以テ、比較的小ナル腫瘍ニヨリ多數ノ根ガ侵サレ、從ツテ根症狀ガ著明ニ現ハル。就中、腰薦神經叢ノ領域ニ烈シキ疼痛アルコトアレドモ、場合ニヨリテハ輕度ナルカ又ハ缺如ス。

以上、述フルトコロノ脊髄症狀ハ脊髄膜腫瘍ノ場合ノミナラス、脊髄内腫瘍ノ場合ニモ見ルトコロノモノナレドモ、後者ニアリテハ、尙、腫瘍ノ位置ニヨリ種種ナル症狀ヲ呈スルアリテ、タトヘバ腫瘍ガ初メヨリ灰白質内ニ發育スルトキハ、萎縮性筋麻痺・分離性感覺障礙、即、痛覺・溫覺脫失ノ如キ脊髄空洞症ニ見ルトコロノ症狀群ガ現ハルコトアリ。然レドモ、カカル場合ニ於テモ同時ニ身體他部ニハ痙性不全麻痺・疼痛ノ如キヲ見ルコト多シ。

腫瘍ガ馬尾神經ヲ侵ストキハ、薦骨部・肛門會陰部・下肢ニ放散スル疼痛及ビ感覺脫失・重キ膀胱直腸麻痺・勃起不能、時トシテ尙、坐骨神經叢領域ニ於ケル萎縮性麻痺ガ來タレドモ、脊髄圓錐ノ腫瘍モ亦、類似ノ症狀ヲ呈シ、區別シ難キコトアリ。

經過及ビ豫後

腫瘍ガ多數ニ生ズルトキハ、諸所ニ病竈ノ存在スル如キ症狀ヲ呈シ、病像複雑トナル。

經過ハ一般ニ慢性進行性ニシテ、數週・數ヶ月乃至數年、稀レニ十年以上ニ互ルコトアリ。悪性腫瘍ハ經過迅速ナレドモ、良性腫瘍ニテモ速カニ發育シ、早ク重症麻痺ヲ起スコトアリ。又、脊髄膠腫ニアリテハソノ經過中、病勢ニ自然的弛緩ヲ見ルコト稀ナラス、タトヘバ長キ期間ニ互リ著シク輕快シ、或ハ又、腫瘍内出血等ノタメニ重キ麻痺ガ突然起ルコトアリ。

豫後ハ多クハ不良ナリ、唯、孤立結核・微毒腫・寄生蟲腫瘍・砂腫瘍・或ハ原因不明ノ限局性漿液性脊髄膜炎ガ腫瘍症狀ヲ呈セル場合等ニアリテハ内科的治療ニヨリ、又ハ自然的ニ治癒又ハ輕快スルコトアリ。然ラザレバ手術不可能ナル限リ治癒ハ望ミ難ク、腫瘍ノ漸次生長スルト共ニ重キ下半身、又ハ全身麻痺ニ陥リ、膀胱カタル・腎盂炎・梅毒・敗血症等ノタメニ死シ、或ハ頸髓ノ場合ニハ呼吸麻痺ニヨリ殞ルルコトアリ。若、幸ニ手術ニヨリ腫瘍ヲ摘出シ得

ルトキハ、壓迫性脊髄炎モ亦、漸次輕快シ、或ハ全治スルコトアレドモ、又、少シノ輕快ヲモ示ザル場合アリ。

診斷及ヒ鑑別

時トシテ症狀輕微ニシテ、本症ニ想到セザルガ如キコトアリ。又、症狀ガ他ノ慢性脊髄疾患ト同様ニシテ區別シ得ザルコトアリ。然レドモ、腫瘍ハ手術可能ノ場合アルヲ以テ注意シテ診斷スルヲ要ス。而シテ、コノ診斷ハ大要ニ三種ニ區別シテ考ヘザルベカラズ。即、第一、脊髄腫瘍有リヤ否ヤ。第二、腫瘍ノ位置。第三、腫瘍ノ種類ナリトス。

無熱ニ經過スル慢性進行性脊髄疾患ニシテ最初、根症狀(多クハ始メハ一側)ヲ呈シ、後、ブローン・セカール氏半側截斷症狀ガ現ハレ、遂ニ完全性壓迫性脊髄炎ニ移行スル場合ハ脊髄腫瘍ノ診斷容易ナレドモ、場合ニヨリ病像・經過種種ニシテ例外少ナカラズ、或ハ比較的急速ニ始マリ、又、病勢・症狀ニ弛張アリテ自然ニ輕快シ、又ハ麻痺症狀急ニ出現スル等ノコトアリ。或ハ根症狀缺如シ、或ハ半側截斷症狀ヲ缺ギ、始メヨリ兩側性脊髄麻痺ガ起ルコトアリ。又、殊ニ脊髄内腫瘍ノ場合ニ於テ腫瘍ノ如クナラザル病像ヲ見ルコトアリ。又、反對ニ脊髄腫瘍ノ症狀具備スルニ拘ラズ、限局性漿液性脊髄膜炎・陳舊性癱瘓等ニ過ギザル場合アリ。

尙、脊髄腫瘍ノ診斷ニ當リ腦脊髄液ノ検査モ亦、有力ナルコトアリ。即、ソノ黄染⁽¹⁾・蛋白質ノ著シキ増加、フキアリン増加ヲ見ルコトアリ。ノンチ氏ニ據レバ、細胞増加無クシテ單ニ蛋白質ノ増加アルハ(此際、液ノ黄染アルコト然ラザルコトアリ)脊髄壓迫アルノ徵候ナリト。此症狀ハ實際、脊髄外又ハ脊髄内ノ腫瘍ニ甚、屢、見ルモノナレドモ、脊髄カリエスニ因ル壓迫、ソノ他ノ場合ニモ亦、來タル。故ニ腫瘍ニ特有ノ症狀トナシ難シ。又、液壓高マルコトアリテ、コレガ液ノ流出ト共ニ速カニ下降スルコト多シ。又、久、ヅケンステツド氏⁽²⁾ハ脊髄腔内腫瘍ノ一徵候トシテ、腰椎穿刺ニ際シ頸部

- (1) Xanthochromie
- (2) Queckenstedt

- (1) Lindfleisch
- (2) Stadelmann

靜脈ヲ壓迫スルトキ、健體ニ於テハ一時、脊髄液壓ノ増加ヲ見ルモ、腫瘍ノ場合ニ於テハコレガ起ラザルカ、或ハ遅ク起ルト云フ。又、リンドフブライシ⁽¹⁾、スターゲルマン⁽²⁾等諸氏ニ據レバ、腦脊髄液ノ細胞検査ニヨリ、脊髄膜肉腫及ビ癌腫ヲ診斷シ得ト主張セリ。尙、茲ニ注意ヲ要スルハ腦腫瘍アルトキ、腰椎穿刺後、急死ヲ招ク場合アルコトニシテ、腦腫瘍合併ノ疑アルトキハ、脊髄液ノ流出ハ可及的ノ量ニ止ムベシ。

尙、レントゲン寫眞モ診斷ニ應用セラレ、又、腰椎穿刺ニヨリ脊椎管内ニ空氣ヲ注入セル後、レントゲン撮影ヲナスコトアレドモ危険ナシトセズ。又、近來リビラードル又ハヨチピンヲ對照物トシテ、脊椎腔内ニ注入シ、レントゲン撮影ヲナス方法アリ。之ニ就キテハ後述スベシ。

比較鑑別

脊髄又ハ脊髄膜。微毒ハ鑑別ヲ必要トス。殊ニ疼痛アル場合ニ然リ。然レドモ經過速カニシテ漸進的ナラズ、且、弛張動搖アルコト、病竈所所ニアル如キ症狀ヲ呈スルコト、驅微療法ノ效果等ニヨリ判別スレドモ、經過ノ弛張ハ脊髄腫瘍ニモアルコトアリ。又、微毒性ニアラザル脊髄腫瘍モ驅微療法ニヨリ多少ノ效果アル場合アリ。

多發硬化症ト、多發セル腫瘍ト類似スルコトアリ、前者ニ於テハ腦及ビ延髓ノ症狀ヲ伴フベク、若、後者ニシテコレアルトキハ、頭蓋内壓増加ノ徵候ヲ見ルベシ。尙、多發硬化ハ本邦ニハ通常見ルヲ得ズ。

脊髄膜腫瘍ハ脊髄硬膜炎、又ハ限局性漿液性脊髄膜炎ト混同セラレ易シ、殊ニ後者トハ區別、殆、不可能ナレドモ、經過ノ消長・根症狀ノ缺如、又、進行性乏シキコト、外傷又ハ急性或ハ慢性傳染病ガ前驅セルコト等ハ限局性漿液性脊髄膜炎ヲ考ヘシム。

大動脈瘤ガ脊柱ヲ侵蝕シ、更ニ脊髄ヲ侵シテ、ソノ壓迫症狀ヲ起スコトアルニ注意ヲ要ス。

脊髄内腫瘍が灰白質ニ限局スルトキ、脊髄空洞症ト鑑別ヲ要スレドモ、コノ疾患ニ比スレバ進行速カニシテ、且、早クヨリ症状兩側性ニシテ、多少ノ痙攣状態、ババンスキー氏反射等ヲ認ムベシ。根症状不明瞭ニシテ、且、早クヨリ壓迫性脊髄炎ノ症状ガ完備セルトキハ、横斷性脊髄炎ト鑑別ノ必要アレドモ、コノ疾患ハ急性又ハ亞急性ナル場合ニ於テハ發熱ヲ伴フベク、又、慢性ナルハ多クハ微毒性ニシテ、ソノ區別ハ上述セルトコナリ。又、腫瘍ガ薦髓又ハ馬尾神經ニ來タルトキ、一側又ハ兩側ノ頑固ナル坐骨神經痛ノ症状ヲ呈スルコトアリ。

ソノ他、稀ニ擬似腫瘍トモ稱スベキ場合アリ。即、臨牀上、脊髄外腫瘍ノ症状ヲ具備スルニ拘ラズ、手術又ハ解剖ノ際、腫瘍モ炎症モナク、又、他ノ著シキ脊髄疾患モ證明シ得ズシテ、單ニ限局セル輕微ノ變化ヲ見ルニ止マルコトアリ。

脊髄腫瘍ノ局的診斷

コレニニアリ、即、一ハ腫瘍ガ脊髄ヨリ發生セルカ、或ハ脊髄膜又ハ脊髓根又ハ脊椎ヨリ發生セルカ、又、此等ノ何レニ蔓延シ居ルカニシテ、一ハ腫瘍ガ脊髄ノドノ高サニ占居スルヤノ問題ナリトス。而シテ、最初ノ問題ハ屢、診斷甚、困難ニシテ確實ニハコレヲ爲シ得ザルコトアリ、コレニ就キ注意スベキ事實ハ、脊椎管内ニ發生スル腫瘍ハ數ニ於テ脊髄膜(殊ニ軟膜)ヨリ發スルモノヲ多シトシ、脊髄内ニ發生スルモノハ神經膠腫ハ稍、多シト雖、ソノ他ハ甚、稀レナリ。而シテ多クハ脊髄膨大部ニ來タル。コレニ反シ脊髄膜ヨリ發生スル硬膜内腫瘍ハ多ク胸髓ニ來タルコトナリトス。

脊髄内腫瘍ノ場合ニハ、根症状ハ缺如スルカ、或ハコレアルモ輕微ニシテ、脊髄症状ト伴ナヒ、又ハコレヨリ遲レテ現ハルルヲ常トシ、從ツテソノ症状、寧、慢性横斷性脊髄炎又ハ膠樣變質ニ類似ス。唯、例外トシテ、早クヨリ著シキ根症状(疼痛)ヲ起スコトアリ。又、脊髄外腫瘍ニ於テ通常著明ノ根症状ヲ以テ發病スレドモ、時ニコレヲ缺除スルコトアリ。又、脊

髓内ニ發生セル腫瘍ハ、屢、上行性脊髄炎ノ症状ヲ呈スレドモ、コレニ反シ脊髄外腫瘍ニアリテハ、症状ノ上界ハ移動セズ、一般ニ脊髄長徑ノ方向ニハ僅カニ進展スルノミ。換言スレバ、腫瘍ガ横ニ擴ガリ、縦ニハ生長セザルガ如クニ見ユ。サレド例外ナキニアラズ。又、經過及ビ症状ノ弛緩ハ普通、脊髄内腫瘍ニ見ラレ、脊髄外腫瘍ニハ例外トス。

脊椎ヨリ發生セル腫瘍(ソノ條下參照)、又ハ脊椎カリエスハ初期症状トシテ、屢、脊柱ノ限局性畸形、殊ニ駝背・側彎・軀幹運動時ノ背痛・運動ノ支障・罹患者ノ脊髄ノ壓痛過敏等ヲ呈スレドモ、輕度ノ脊柱側彎ハ脊髄膜ヨリ發生セル腫瘍・脊髄膠腫・又ハ神經纖維腫ノ如キニモ見ラル。然レドモ脊椎壓痛又ハ過敏ガ、脊柱ノ腫瘍又ハカリエスニ於テモ缺如シ、又ハ脊髄症状ニ遲レテ來タルコトナキニアラズ。脊髄膜腫瘍ニ於テハ、脊椎ノ症状ハ通常、初期ニハコレヲ見ズ。末期ニ於テモ缺如スルコトアリ。此症状ハ硬膜外腫瘍ニハ著シ、脊椎腫瘍ノ根及ビ脊髄症状ハ通常、初メヨリ兩側性トシテ來タル。又、多クハ悪性ノ腫瘍ナルヲ以テ患者ノ高齡・惡液質ノ存在・身體他部ニ於ケル悪性腫瘍ノ發見ハ脊椎腫瘍ヲ推知セシムベシ。又、脊椎カリエスニ向ヒテハ發熱・結核性體質・脊髄壓迫現象ガ始メヨリ兩側性ニ來タルコト、沈降性膿瘍等ハ之ニ一致スル症状ナリ、尙、脊柱ノレントゲン検査ハ脊椎ノ罹患者ヲ證明スル上ニ於テ重要ナリ。次ニ手術可能ノ希望アル場合ニ於テハ、脊髄ノドノ高サニ存在スルヤノ診斷、即、水平診斷⁽¹⁾ヲ下サザルベカラズ。此診斷ヲナスニ當リテハ、脊髄ノ局所症状ニ關スル知識ヲ以テ精確ナル検査ヲ行ハザルベカラズ。而シテ特ニ注意スベキ症状ヲ舉グレバ左ノ如シ。

第一、持續性ノ甚烈ナル疼痛アルトキハ、普通刺戟ニヨルモノナルヲ以テ、ソノ部位竝ニ範圍ヲ確定スル必要アリ。但、疼痛及ビ知覺異常ハ脊髄中ヲ走ルトコロノ感覺路ノ刺戟ニヨリ起ルコトアレドモ、此等ハ下半身ノ感覺及ビ運動障礙アル部位ニ存在シ、且、根性疼痛ノ如クニ甚シカラズ、尙、脊髄液鬱積等ニヨリ腫瘍ノ上界ニ相當シテ根性疼痛ヲ起スコ

(1) Sherington

トアルヲ注意スベシ。

第二、疼痛ト同一ノ脊髄根領域ニ相當スル感覺異常及び感覺消失ハ後根症狀ニヨルモノナルヲ以テ注意スベシ。右ニ述ベタル根症狀ヨリ水平診斷ヲ下スニ當リテ注意スベキハ、シリントン氏法則ト稱シ、少ナクトモ二ツノ隣接セル後根ガ相合シテ同一ノ皮膚ニ分布シ居ルコトニシテ、タトヘバ感覺脫失ノ上界ガ第七脊髄神經ノ領域ニアリトスルトキ、障碍ト第六ハ及ビ恐ラク第五脊髄根ニモ及ビ居ルコトヲ考ヘシム。故ニ腫瘍ノ上界ハ第五脊髄節ニ存在スベシ。此點ヲ等閑ニ附スルトキハ、脊髄腫瘍ヲ實際ヨリモ遙カニ下部ニ診定スル結果、手術ニ際シコレヲ發見シ得ザルカ、或ハ更ニ二三ノ椎弓ヲ切除セル後初メテ發見シ得ベシ。

オツペンハイム氏等ニ據レバ、此クノ如ク慎重ニ診斷スルモ尙、豫定ヨリモ深キ部位ニ發見スルコトアリテ、ソノ原因ハ腫瘍ノ上方ニ當リ脊髄液蓄積又ハ漿液纖維素性脊髄膜炎ガ存在シ、ソノ症狀合併セルタメナリト云フ。尙、神經ノ皮膚分布ト脊髄根トノ關係ニハ個人的差異モ存在ス。

ソノ外、上界ニ不定ノ持續性ナキ疼痛存在スル場合ハ、コレガ腫瘍ノ上部ニ於ケル循環障碍（浮腫）脊髄ヘノ中毒作用等ニヨルコトアリ。又、同様ノ原因ニヨリ知覺鈍麻・反射ノ變化等ヲ惹起スルコトアリテ、部位診斷ヲ誤ラシムルコトアリ、殊ニ頸髓腫瘍ニ然ルヲ見ル。

第三、皮膚又ハ腱反射消失セルトキ、之ニヨリ、ドノ脊髄根又ハ脊髄斷節ニ腫瘍アルカラ想像セシム。腫瘍ガ脊髄根又ハ脊髄ヲ侵害スルガタメニコレニ相當ス。

第四、變質性麻痺アルトキハ前根又ハソノ所屬ノ脊髄節ノ障碍ニヨルヲ以テ留意スベシ。但、シリントン氏法則ニヨレバ、一個ノ筋ハ少ナクトモ、二個ノ前根又ハ脊髄節ヨリ神經分布ヲ受クルト云フヲ以テ、後根症狀ニツキ述ベタルト

同様ノ注意ヲ要ス。

第五、脊髄ソノモノノ障碍ニヨリ起ルトコロノ症狀、即、痙性麻痺、又ハ感覺鈍麻ノ上界モ亦、部位診斷ノ補助トナルベシ。

尙、稀ニ水平診斷ヲ助クル症狀トシテ、下ノモノアリ。即、脊椎ノ疼痛及ビ脊椎ヲ打診スルトキ濁音ヲ呈スルコトアリ。又、レントゲン寫眞モ診斷ノ扶助トナルコトアリ、殊ニミエログラヒニヨリ下降リピラドール、ヨデル又ハヨヂンノ如キ透影質ヲ後頭部穿刺ニヨリ頸椎間ヨリ脊髄腔内ニ注入シ、或ハ上昇リピラドールノ如キ腰椎穿刺ニヨリ下方ヨリ注入シ、後レントゲン連續撮影ヲ行ヒ、此物質ガ何處ニ固著スルヤ、又、固著ノ状態ヲ觀察スルトキ腫瘍ノ高サ・種類等ヲ診斷スル助ケトナル。然レドモ、此ミエログラヒ（エンドミエログラヒニ對シベリミエログラヒトモ稱ス）ノ所見ハ常ニ確實ナリト云ヒ難ク、又、全ク無害トモ稱シ難キヲ以テ、腫瘍ノ診斷略、確定シ、又、手術ノ希望アル場合ニノミ行フヲ可トナス人アリ。

ソノ外、種種ノ根症狀及ビ脊髄症狀ノ發展スル順序ニヨリテ、腫瘍ガ後根或ハ前根ノ附近ニ在ルカ、又ハ脊髄ヲ後方、或ハ前方、或ハ側方ヨリ侵シツアルカラ診斷シ得ルコトアリ。然レドモ、多數ノ根ガ同一ノ壓迫ヲ受クルモ常ニ一樣ニ侵害サルモノニアラズ。又、ブローン・セカール氏症狀群ヲ見ル場合ニ於テモ、脊髄ハ腫瘍ニ直接セル側ヨリモ、ソノ反對側ガ、カヘツテ強ク壓縮セララルコトアルヲ以テ、此ノ如キ推定ヲナスニ當リテモ、亦、過誤ヲナスコトアリ。

又、脊髄節ノ診定ハ正當ナリシ場合ニ於テモ、ソレニ相當スル脊椎棘狀突起ノ診定ガ不正當ナルタメ、誤リヲ來タスコトアリ。

次に腫瘍ノ長サ（即、脊髄長徑ノ方向ヘノ擴ガリ）ヲ診斷スルタメニハ腫瘍ノ下界ヲ定メザルベカラザレドモ、コノ診定ハ精確ナル方法ナク、今日尙、殆、不可能ナル問題ナリトス。

腫瘍ガ唯一個ナリヤ、二個以上、或ハ多數ニ存在スルヤ、或ハ又、廣ク彌蔓性ニ發育シ居ルヤヲモ診定セザルベカラズ。コノ問題ハ時ニ困難ナレドモ、腫瘍多數ナルトキハ數個ノ病竈存在スル如キ病像ヲ呈スルヲ以テ想像シ得、殊ニカカル場合、腦ニモ、亦、腫瘍發生シ居ルコトアリテ、コレガ腦腫瘍ノ症狀ヲ示ストキハ、診斷ハ容易トナル、或ハ又、内臓・皮膚・淋巴腺等ニ同時ニ腫瘍ヲ發見スルコトアリ。

次ニ、腫瘍ノ種類ヲ診斷セザルベカラズ。コレニ就キテハ、最初、微毒性又ハ結核性、又ハ寄生蟲(囊蟲及ビ胞蟲)性ノモノニアザルカラ決定シ、然ラザル場合ニ於テハ、ソノ腫瘍ガ原發性ナリヤ、或ハ轉位性ナリヤヲ診定スベシ。此等ノ診斷ニハ、患者ノ年齢・身體他部ノ病變・經過ノ遲速及ビ腫瘍ノ位置等ガ重要ナル補助トナル。殊ニ惡性腫瘍ノ場合ニ於テハ他ノ臟器ニ原發腫瘍又ハ同種ト考フベキ轉位ナキヤニ注意スベシ。年齢ニ就キテハ、小兒ノ場合ニ於テハ脂肪腫・混合腫瘍等多ク、大人ニ於テハ脊髄内腫瘍トシテ神經膠腫、又、脊髄膜腫瘍トシテハ纖維腫・護膜腫等ヲ多シトス。神經膠腫及ビ護膜腫ハソノ經過ニ屢、自然的弛緩アリ。殊ニ膠腫ニアリテハ病狀突然増悪シ、又、自然ニ緩解スル如キコトアリ。ソノ他、病理解剖ノ條下ニ記述セルトコロヲ参照スベシ。

療法

内科的治療法トシテハ、先、微毒性ノ疑アル場合ニ於テハ、十分ナル驅微療法ヲ行フベシ。肉腫ソノ他ニ向ヒテハ元ヨリ著效アル藥劑ナキモ、沃度加里・多量ノ砒素劑等ヲ用フルコトアリ。ソノ他ノ場合ニ於テハ、疼痛ヲ除キ、又、榮養状態ヲ高メ、又、筋麻痺・膀胱炎等ニ向ヒテ對症の療法ヲ行フノミ。

外科的治療ハ、ホースレー氏ガ千八百八十九年ニ、手術ニヨリ除去シ得タルヲ始メトシ、殊ニ近年ニ至リ進歩セリ。脊髄腫瘍ノ手術ハ腦腫瘍ノソレニ比シテ效果比較的良好ニシテ、且、危險性少ナシ。手術ニ適スルハ主ニ脊髄膜腫

(1) Probelaminektomie

瘍ニシテ、脊髄内ニ發生セル腫瘍ハ、從來、手術不可能トセラレタルガ、近來、コノ種ノモノモ亦、手術ガ試ミラレ、就中、孤立性結核・肉腫ノ如キ一部脊髄膜ニ互リ、且、周圍ノ境界明瞭ニシテ剝除シ易キ腫瘍ハ、手術ニヨリ病勢ノ停止ヲ期待シ得ベシ。

硬膜内ノ腫瘍ハ徐徐ニ發育シ、屢、良性ニシテ、脊髄ト密ニ結合ヲナサザルタメニ多クハ手術ニ適ス。手術ニヨリ腫瘍ガ除去サルトキハ、手術後既ニ一兩日ニシテ刺戟竝ニ墜癱症狀ガ一部消失シ、ソノ後、追日輕快スルヲ見ル。然レドモ、手術ノ際、脊髄ヲ壓迫シ、或ハ根ヲ切斷スルコト等ノタメ、腫瘍切除後、麻痺症狀ハ却、増進シ、或ハ脊髄液ノ鬱積ニヨリ劇痛・高熱上昇ヲ來タスコトアリ。又、脊髄ガ腫瘍ノタメ長ク強ク壓縮サレ居リタル場合ニ於テハ、腫瘍ノ完全除去後ト雖、尙、麻痺症狀殘存スルコトアリ。然レドモ一年餘ニ互リ完全麻痺連續セル場合ニ於テモ、手術後完全ノ治癒ヲ見ルコトアリ。

尙、幸ニ手術ヲ經過スルモ、數日乃至數週ノ間ニシツク衰弱・腦膜炎・脊髄液ノ流出・肺炎等ニヨリ死スルコトアリ。然レドモ一方ニ於テ、手術ニヨリ完全又ハ不全治癒ヲ得ルコト少ナカラザルヲ以テ、少ナクモ腫瘍ノ高サノ診斷ヲナシ得タル場合ニハ、成ルベク之ヲ試ミ、ソノ種類及ビ脊髄内ナリヤ、脊髄外ナリヤノ診定不確實ナル場合ニ於テモ、試験的脊椎板切除術⁽¹⁾ヲ試ムベシ。脊椎弓ノ切除(四、五個サヘモ)ハ著シキ障礙ヲ殘スコトナシ。

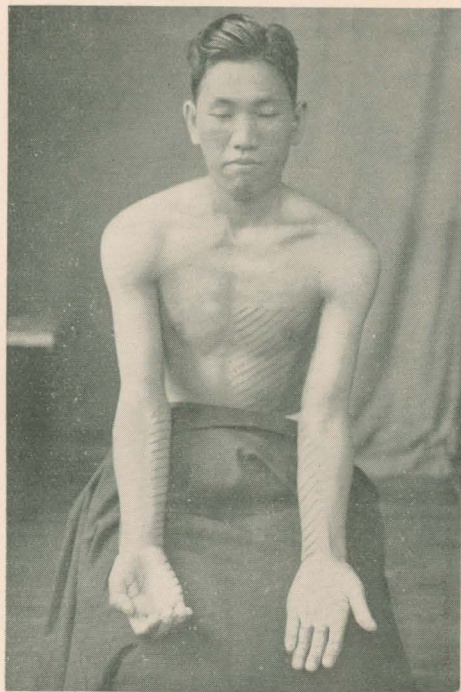
從來、手術ノ結果佳良ナリシハ胸髓部ノ腫瘍ニ最、多キモ、コレニ次ギテハ薦髓ヨリ馬尾神經ノ邊ノ腫瘍モ亦、可ナリ佳良ナリ。然レドモ上部頸髓ノ腫瘍ニテモ好結果ヲ以テ手術シ得タル數例アリ。良性腫瘍ハ元ヨリ經過ヨキモ、肉腫・内皮細胞腫ノ如キモ再發ナク、除去セル例アリ。轉位腫瘍ハ手術ニ適セズ。手術可能ナルトキハ出來得ルダケ早くコレヲ試ムベシ。然レドモ、唯、半身ノ麻痺ニシテ、コレガ尙、長ク存在セザル場合ニ

於テハ既ニ數年間繼續セル腫瘍ト雖、手術ノ效ヲ收メ得ベシ。
 最、ヨキ手術時期ハ尙、第二期(ブローン・セカール氏半身截斷症狀ノ時期)ヲ經過セザルトキナリトス。サレド第
 三期ニアリテモ尙、手術シ得ルコトアリ。
 ソノ他、肉腫ニ向ヒテハレントゲン線療法ニヨリ一時輕快スルコトアリ。

症例 ブローン・セカール氏半身截斷症狀ヲ呈スル脊
 髓腫瘍(著者實驗)

石〇小〇〇、二十四歳 商人

從來、麻疹及ビ淋疾ヲ經過セルモ、微毒感染ノ記憶ナシ。昭和



第三圖
 脊髄腫瘍(症例參照)

三年夏ヨリ頭部ヲ前屈スル際、時時、脊柱ニ沿ヒ電氣ヲ掛ケシ
 如キ感アリ。昭和四年六月末、球ナゲヲナセル以來、右前腕ノ
 尺骨側ニ鈍痛或ハ刺ス如キ疼痛起リ、且、該部ニ感覺鈍麻ア
 ルヲ氣付ク。ソノ後、左前腕ノ尺骨側及ビ左側乳ノ邊ヨリ左下
 肢ニ互リ、觸覺及ビ痛覺ノ鈍麻アルニ氣付
 ク。右腕ノ疼痛ハ漸次輕減セルモ、該部ノ筋
 肉ガ羸瘦セリ。又、右手ハ物ヲ握キ、指ヲ伸
 展スルコト漸次困難トナル、七月末ヨリ右下
 肢ノ運動モ不十分トナリ、遂ニ跛行スルニ至
 ル。八月始メヨリ排尿、稍、困難、且、便秘
 ス。十月始メ灸點療法ノ際、左側ハ熱感ナ
 キコトニ氣付ク。十月十九日、入院。當時右
 前腕尺骨側ハ筋萎縮シ、右手ハ鷲爪様手
 態ヲ呈シ、時時、震顫アリ。右手指ノ運動惡

(1) Peripachymeningitis

シク、殊ニ伸展不能、握力ハ右十五、左二十五ナリ(元來右キ
 キナリ)。右下肢ハ他動運動ニ際シ筋強剛ツヨク、粗大カハ減
 ジ、一般ニ不全麻痺アリ。歩行時跛行ス。又、右脛骨ニ少シ浮
 腫アリ。左下肢ハ稍、筋強剛アルモ麻痺ナシ。腱反射ハ左右上
 下肢共亢進シ、兩側ニ足搖擲アリ。ババンスキー反射ハ兩
 側ニ、メンデル反射ハ右ノミ陽性ナリ。感覺ハ兩側上肢ノ尺
 骨側ニ總テノ種類ノ感覺ノ脱失アリ。又、左側ニ於テ第三肋

骨ノ高サヨリ以下、左下肢全部ニ互リ痛覺、冷覺及ビ溫覺ノ
 脱失及ビ觸覺ノ輕度ノ鈍麻アリ。深部感覺ハ右下肢ニ減退
 ヲ認ム。腦脊髄液ハ壓及ビ性狀共ニ異常ナク、ワツセルマン
 反應ハ陰性、血液ワツセルマン 反應モ亦、陰性ナリ。脊柱
 ノレントゲン寫眞ニ異常ナシ。ソノ他、身體諸部ニ異常ヲ見ズ寫
 眞參照)

脊髓硬膜炎 Pachymeningitis spinalis.

(一) 外脊髄硬膜炎 Pachymeningitis spinalis externa.

結核性脊椎カリエスニ基因スル脊髄硬膜ノ炎症ニ就キテハソノ條下ニ述ベタリ。

脊髄硬膜ノ外面ニ於ケル脂肪及ビ靜脈豐富ノ疎鬆ナル細胞組織ニ起ル炎症、即、外硬膜炎又ハ硬膜周圍炎⁽¹⁾ハ
 稀有ナリ。通常、化膿性ニシテ、殆、常ニ續發性ナリ。即、脊椎外傷・脊柱周圍ノ化膿性炎症、タトヘバ深部ニ竄入セ
 ル癰瘡・脊椎ノ骨髄炎等ヨリ直接ニ外硬膜炎ヲ惹起シ、或ハ癰瘡・癰疽・化膿性氣管枝炎・血栓性靜脈炎・産
 褥熱等ヨリ轉移性ニ外硬膜炎ノ起レル例アリ。

コノ際、化膿性炎症ハ硬膜外ノ細胞組織内ニ、或ハ限局性ニ膿瘍トシテ來タリ、或ハ脊髄長徑ニ互リ彌蔓性ニ起ル。

(1) Laminektomie

(2) Charcot
(3) Joffroy

而シテ脊髓膜炎性症状及ビ壓迫性脊髓炎ノ症状ガ殊ニ下肢ニ著シク現ハレ、發熱ヲ伴ナヒ、急性又ハ亞急性ニ經過ス。腦脊髄液ハ化膿性ニシテ葡萄狀球菌ヲ證明シ得ルコトアリ。又、脊柱ノ一部分ガ限局性ニ壓痛アルコトアリ。早ク脊椎板截除術¹⁾ヲ行ヒ、或ハ又、トリパフリン²⁾ノ硬膜外及ビ硬膜内注射ニヨリ治癒セル例アリ。

(二) 肥厚性頸部硬腦膜炎 增生性内硬膜炎 Pachymeningitis

cervicalis hypertrophica, hyperplastische od. hypertrophische Pachymeningitis interna

本病ハ³⁾ルコー²⁾及ビジヨフロイ³⁾氏ニヨリ記載サレタル稀有ノ疾患ニシテ、硬膜ノ主トシテ内面ニ當リ、慢性炎症ガ起リ、ソノ結果、硬キ纖維性組織ガ恰カモ葱ノ如ク層ヲナシテ増殖シ、中ニ化骨部ヲ藏スルコトアリ。硬膜ノ厚サハ爲メニ通常ノ五倍乃至十倍ニ達ス。而シテ外部ニ於テハ骨膜ト癒著シ、又、内部ニ於テハ軟骨膜・脊髓根ト癒著シ、又、炎症ハ軟膜及ビ根自己ニモ波及ス。炎症ハ又、血管及ビ隔膜ヲ傳ヒテ脊髓實質内ニ侵入シ、又、肥厚セル硬軟膜ニヨリ壓迫セラレ、爲メニ脊髓硬化シ、或ハ軟化竈・囊腫形成ヲ示ス。此ノ如キ炎症ハ元來、硬膜内面ヨリ發スルモノト考ヘラレタレドモ、之ニツキテハ尙、疑問アリ。又、軟膜ヨリ發スル場合モアリトセラル。而シテ通常、脊髓ノ一部ニ限局シテ起リ、殊ニ下部頸髓ニ來タル。然レドモ、例外トシテ脊髓ノ全表面又ハソノ大部ヲ侵シ、或ハ尙、延髓・大腦ノ硬腦膜ニマデ傳播スルコトアリ。

本病ノ原因ハ種種ニシテ、微毒・酒精中毒・感冒・過勞・結核・外傷・痲麻質斯等ガ擧ゲラレ、殊ニ後天性又ハ先天性微毒ニ起因スル場合多ク、コレト微毒性脊髓膜炎トノ區別困難ナリトセラル。

症状

上述ノ病變ガ下部頸髓ニ起レル場合、即、肥厚性頸部硬腦膜ニアリテハ、最初、脊髓膜及ビ根ノ刺戟症状ヲ以テ發病シ、頸部・後頭部・肩及ビ上肢殊ニソノ尺骨神經及ビ正中神經部位ニ感覺異常及ビ疼痛ガ起リ、又、頸部及ビ肩部ノ疼痛性强直・上肢ノ筋ノ緊張・震顫ヲ見ルコトアリ。コノ時期ヲ疼痛期¹⁾ト云ヒ、數週乃至二、三ヶ月ニ互ル。次デ第二期、即、麻痺期ニ進ムトキハ上肢、殊ニソノ尺骨神經及ビ正中神經領域ニ於ケル筋肉ノ變質性麻痺・萎縮ガ起リ、電氣變質反應・纖維性搖擗ヲモ見ルコトアリ。又、此部ニ感覺鈍麻、次デ感覺脱失ガ起リ來タル。筋肉ハ殊ニ小手指筋・指竝ニ手ノ屈筋ガ侵サレ、橈骨神經ヨリ支配サル伸筋ハ多クハ侵サレザルタメ、コレニ筋強直ガ起リ、手關節及ビ指ノ第一指節ハ強ク伸展シ、第二及ビ末梢指節ハ屈曲スルタメニ所謂、説教師手²⁾ヲ呈ス。次デ、徐徐ニ第三期ニ進ミ脊髓症状ガ加ハル。即、下肢ノ痲性不全麻痺・感覺鈍麻・膀胱障碍等ガ現ハレ來タリ、上述ノ疼痛ハ却、輕減ス。

尙、本病ガ右ノ如キ定型的部位ニ來タラズシテ、或ハ中部、又ハ上部頸髓、又ハ胸髓、又ハ馬尾神經ニ來タリ、或ハ廣ク脊髓ノ長徑ニ從ヒテ蔓延シ、或ハ又、延髓・橋・大腦等ノ硬膜ニマデモ波及スルトキハ、ソレゾレノ部位ニ相當スル刺戟竝ニ麻痺症状ヲ呈ス。

経過

初メヨリ慢性ニシテ、第二期・第三期ハ數年ニ互リ、全経過ガ數年或ハ數十年ニ互ルコトアリ。豫後ハ重篤ニシテ、末期ニ至リ褥瘡・膀胱カタル、又ハ他ノ併發症、又ハ延髓ノ侵サルタメニ死ヲ招クコトアリ。然レドモ病勢停止シ、又ハ輕快スルコトアリ。

(1) Période douloureuse (Charcot)
(2) Predigerhand, Main de prédicateur

診断

容易ナラズ、殊ニ頸髓ノ腫瘍・頸椎カリエス・微毒性脊髓膜炎ト鑑別困難ナルコトアリ。ソノ他、脊髓性進行性筋萎縮性側索硬化・脊髓空洞症トモ比較鑑別ヲ要ス。本病ガ非定型的部位ニ來タルトキハ、診断更ニ困難ナル。

療法

微毒ニ基因スルコトアルヲ以テ、驅微療法ヲ試ムベシ。沃度加里及ビ水銀劑ハ微毒性ナラザル場合ニモ良キコトアリ。僕麻質斯性ノ疑アレバ撒里矢爾酸製劑ヲ用フ。ソノ他、下劑ニヨル腸誘導療法・第五乃至第七頸椎部ノ烙鐵又ハ灸點法・發汗及ビ溫浴療法・脊髓ノ平流電氣療法等ガ試ミラル。又、止ムヲ得ザル場合ニハ手術ヲナシ、癒著ヲ剝離シ、或ハ増生セル纖維性組織ノ切除ニヨリ輕快スルコトアレドモ、又、コレニヨリ却、惡結果アリシ場合アリ。

(三) 出血性脊髓内硬膜炎・腦膜出血 Pachymeningitis

haemorrhagica interna spinalis, Meningealoplexie.

本病ハ通常、軟膜ノ出血、又ハ出血性炎症ニ併發ス。又、腦膜出血ヨリ炎症ガ續發スル場合アリ。一般ニ硬膜ノ内面ニ於ケル出血ハ、脊髓ノ長徑ニ向ヒテ擴張スル傾向ヲ有ス。原因ハ一樣ナラズ。脊柱ノ打撲・骨折又ハ、脊髓膜ノ切傷・銃傷ノ如キ外傷ニヨルコト多ク、稀ニ脊髓血管ニ病的變化、タトヘバ動脈瘤・腫瘍・結核性病變ノ如キガアリテ、自發的ニ出血スルコトアリ。コノ際、時ニ身體過勞・全身痙攣ノ如キガ誘發ス。又、出血性素因・敗血症・慢性酒精中毒ノ如キガ原因ヲナス。

症狀

腦膜出血ノ症狀ハ、通常、突然發シ、始メニ主トシテ腦膜及ビ根ノ刺戟症狀ヲ呈シ、上肢又ハ下肢ニ於ケル感覺異常・疼痛又ハ感覺過敏・震顫・脊痛・脊柱強直・頸部強直・ケルニヒ氏症狀等ガ出血ノ場所及ビ廣サニ應ジテ現ハレ、意識障礙ハ少ナクトモ初メハ無く、發熱モ炎症起ラザレバ起ラズ。尙、出血高度ナルトキ、脊髓ノ壓迫性脊髓炎又ハブローン・セカール氏反側截斷ノ症狀ヲ呈スルコトアルモ稀ナリ。腰椎穿刺ヲナシ、腦脊髓液ガ濃キ血性ヲ呈スルトキハ、腦膜出血ノ證明ナレドモ、腦出血ニ於テモ強血性ノコトアリ。

經過

本病ノ經過ハ、出血ガ速カニ吸收サル場合ハ良好ナレドモ、數日乃至一、二週後再發スルコトアリ。出血大ナルトキハ延髓症狀ヲ併發シ、或ハ脊髓壓迫、麻痺ノタメニ膀胱カタル、又ハ褥瘡ヲ起シ死ヲ招クコトアリ。

療法

身體的及ビ精神的ノ絶對安靜ヲ命ジ、ナルベク努責・咳嗽ヲ禁ジ、脊柱ニ冰嚢ヲ貼用ス。初メハ食物ヲ禁ジ、唯、冷飲料ニ止ム。腰椎穿刺ニヨル液ノ排除ハ却、出血ヲ促ガスコトアリ、數日後、壓ヲ注意シツツ徐徐ニ穿刺スレバ佳良ナルコトアリ。疼痛アリテモ延髓症狀アルトキハ、モルヒチ劑ハ避ケ、寧、ルミナルノ如キ催眠劑ヲ用フベシ。

脊髓軟腦膜炎 Leptomeningitis spinalis.

(一) 急性脊髓軟腦膜炎 (急性脊髓膜炎) Leptomeningitis

spinalis acuta, Meningitis spinalis acuta.

(1) Randmyelitis

急性脊髓軟腦膜炎ハ、多ク續發性ニシテ、初發性ハ稀ナリ。即、流行性腦脊髓膜炎・結核性腦膜炎・急性傳染病・產褥等ニ基因スル腦膜炎・外傷ニ因ル化膿性腦膜炎等ニ際シ、脊髓軟膜ニ波及スル場合ヲ多シトス。然レドモ稀ニハコレ等ノ疾患ニ際シテ、炎症ガ脊髓ニ限局スル場合アリ。又、耳疾患ヨリ起ル腦膜炎モ亦、稀レニ脊髓部位ニノミ來タル。又、炎症ガ初メヨリ脊髓ノ軟膜ニ初發性ニ來ルコトアリ。即、コカインノ他ノ藥物ヲ以テスル腰椎麻醉ニヨリ、脊髓軟腦膜炎ガ起リ、或ハ化膿性脊髓炎・急性脊髓前角炎ニ際シ、又ハ褥瘡・脊椎外傷等ニヨリ軟膜傳染ニヨリ脊髓軟腦膜炎ガ起ルコトアリ。又、他ノ臟器ノ疾患ニ當リ、細菌ガ血流又ハ淋巴管ニヨリ脊髓軟膜ヲ侵スコトアリ。

病理解剖

軟腦膜ノ炎症ハ多クハ脊髓ノ大部分、又ハ全部ニ互リテ認メラレ、稀ニソノ一小部位ニ限局ス。腦ノ軟膜ニ併發セル場合ハ頸髓ノ下界ニ止マルコトアリ。一般ニ脊髓ノ後面ニ變化ガ強ク、脊髓根モ侵サレ、脊髓自己モ亦、殊ニソノ邊緣部ニ於テ侵サル(邊緣脊髓炎)。

症狀

腦ノ軟膜炎ニ併發スル場合ハ、腦症狀ノミ顯著ニシテ、脊髓症狀ハ分明ナラザルコトアリ。炎症ガ脊髓ノ軟膜ニ限局スル場合ニ於テハ、ソノ症狀左ノ如シ。

惡寒戰慄・不規則ナル高熱・頭痛・食慾缺損・背痛・頸部及ビ脊柱強直等ノ症狀ヲ以テ發病シ、四肢及ビ軀幹筋ノ強直性緊張・ケルニヒ氏症狀・筋肉及ビ皮膚ノ感覺過敏・壓痛又ハ自發疼痛・ババンスキー氏反射・皮膚及ビ腱反射ノ亢進・膀胱直腸障礙、殊ニ尿閉及ビ便秘等ガ起リ、尙、疾患ガ持續スルトキハ下半身ノ不全又ハ完全麻痺・感覺鈍麻ガ加ハリ、又、呼吸及ビ心機能ノ障礙・眼瞳孔症狀ガ來タリ得。腦脊髓液ハ、壓高ク、液ハ或ハ清澄

- (1) Meningitis spinalis serosa
- (2) Schlesinger
- (3) Oppenheim
- (4) Gerstmann

或ハ溷濁シ、膿性ヲ呈スルコトアリ。經過ハ急性ニシテ、數日乃至二、三週ノ間ニ死スルコト多キモ、外傷・耳疾・流行性腦脊髓膜炎等ニ因ル場合ハ平癒スルコトアリ。コノトキ下半身不全麻痺ノ如キ、多少ノ廢廢症狀ヲ殘スコト多シ。

療法

一般ノ腦膜炎ト同様ナリ。

(二) 慢性脊髓軟腦膜炎 Leptomeningitis chronica.

脊髓ノ急性軟腦膜炎、タトヘバ、流行性腦脊髓膜炎ノ如キガ慢性ニ移行シ、限局性或ハ稀ニ瀰蔓性ノ慢性軟腦膜炎ヲナスコトアリ。コレ等ハ軟膜ノ癒著・肥厚・充血等ノ變化ヲ起シ、臨牀上ニハ無症狀ニ經過スルコトアレドモ、又、背痛・四肢ニ放散スル疼痛・背部強直・輕キ萎縮麻痺ノ如キ症狀ヲ呈スルコトアリ。

又、初メヨリ慢性ニ經過スル漿液性軟腦膜炎アリ。コノ病型ハ、脊髓癆・進行性筋萎縮症ノ如キ慢性脊髓疾患ノ一合併症トシテ起リ、臨牀上ニハ症候ヲ呈セス、單ニ腦脊髓液ノ細胞及ビ蛋白質増加ヲ示シ、或ハ慢性ノ軟腦膜炎ノ刺戟症狀ヲ呈スルコトアリ。

尙、漿液性軟腦膜炎ガ限局性又ハ稍、廣汎性ノ炎症性水腫又ハ囊腫ノ状態ヲ以テ起ルコトアリ。カクノ如キ、限局性漿液性軟腦膜炎ハ、シレージングル⁽²⁾・フツペンハイム⁽³⁾・ゲルストマン⁽⁴⁾等諸氏ニヨリ記載セラレ、脊椎又ハ脊髓ノ疾患、殊ニ外傷性又ハ結核性脊椎炎・脊髓骨髄炎・脊髓腫瘍・脊柱又ハ脊髓ノ戰時外傷等ニ併發シ、或ハ脊髓腫瘍ノ切除手術・脊椎弓切除術ノ後等ニ附隨シテ起リ、又、稀ニハ全く不明ノ原因ニヨリ、初發性ニ發病スルコトアリ。

コノ際、軟腦膜ハ漿液性纖維性炎症ニヨリ癒著ガ起リ、個個ノ蜘蛛膜下腔ノ交通ガ遮斷セラレ、限局性炎症

性水腫、又ハ豆或ハソレヨリ大ナル一個又ハ數個ノ囊腫ヲ形成シ、中ニ透明ナル漿液ヲ包有シ、脊髓ニ對シ多少ノ壓迫ヲ與フルコトアリ。コレ等ノ限局性漿液性脊髓膜炎ハ、脊髓ノドノ高サニモ來タリ得レドモ、殊ニ屢、馬尾神經部位ニ起ル。

コノ疾患ハ亞急性又ハ慢性ニ發生シ、脊髓根ノ刺戟又ハ麻痺症狀・脊髓壓迫症狀ノ如キ症狀ヲ呈シ、脊髓外腫瘍ト類似シ、又ハ全く同様ニ見ユ、爲メニ手術セント欲シ、シカモ上述ノ變化ノ外、何等ノ腫瘍ヲモ發見シ得ザリシ例アリ。然レドモ、多クハコノ手術ニヨリ症狀ノ輕快又ハ治癒ヲ見ル。腫瘍トノ比較鑑別ハ時トシテ不可能ナリ。病竈部ノ試驗穿刺ニ際シテハ腫瘍ト雖、ソノ上部又ハ下部ニ腦脊髓液ノ限局性蓄溜ガ存スルコトアリテ、本病ト同様ノ所見ヲ呈シ、又、腰椎穿刺ニヨル液ノ壓増加・液ノ性状モ同様ナル場合アリ。

本病ハ自然的ニ、又ハ沃度劑ノ内服・誘導療法等ニヨリ治癒スルコトアリ。然ラズシテ脊髓腫瘍ノ如キ症狀ヲ呈スルトキハ手術ヲ必要トス。コレニヨリ輕快又ハ治癒シ得レドモ亦、成績不良ノコトアリ。

外傷ニ原因スル脊髓病 Traumatisches Affektionen des Rückenmarks.

外傷ニ原因スル脊髓障礙ハ脊柱ノ脱臼又ハ骨折ニヨル場合ヲ最、多シトシ、銃彈又ハ砲彈ニヨル創傷ハ稀レナレドモ、戰爭ノ如キ特殊ノ場合ニ於テ屢、見ラル。刺傷ハ極メテ稀レナリ。

尙、墜落・打撲等ニヨリテ脊柱ニ劇烈ナル震盪ガ起ルトキ、所謂、脊髓震盪症ナル症狀群ガ現ハル。

- (1) Railway-Spine
- (2) Shock

又、コレ等種種ノ外傷ハ互ニ合併シテ來タル場合アリ。

(一) 脊髓震盪症 Commotio spinalis.

本病ハ高所ヨリノ落下・背部殊ニ脊柱ニ受クル打撲・衝突又ハ自動車ノ顛覆・爆彈破裂ノ如キ原因ニヨリ脊柱ノ劇烈ナル震動ガ起ルトキ、明瞭ナル解剖的變化ナクシテ一過性ニ劇シキ脊髓墜廢症狀ヲ起ス場合ヲ云フモノナレドモ、コノ際果シテ脊髓ニ全然變化ナキヤ、若、アリトセバ如何ナル變化ナリヤニ就キテ學者ノ所論一定セズ。若、解剖的變化アリテ起ルトセバ本病ハ脊髓外傷ノ一種類ニ過ギズ。故ニ脊髓震盪症ナル一疾患ヲ認ムベキヤモ尙、問題ナリ。又、上述ノ如キ外傷後、徐徐ニ發生スル一種ノノイローゼ、所謂、鐵道脊髓ノ如キハ別種ノモノナリ。

上述ノ如ク、所謂、脊髓震盪ハ脊髓ニ明カニ證明シ得ベキ解剖的變化ナク、シカモ脊髓機能が突然抑制セラレ、ソノ一般の麻痺ガ起リ(腦ノ麻痺ヲ合併スルコトアリ)、劇シキトキハ數日ニシテ死スルモノニシテ、コノ現象ハ所謂、シツクト稱スル現象ニ屬ス。然レドモ脊髓震盪症ニ於テモ何等カ微細ナル解剖的變化アルベシト考フル人々ハ、コノ脊髓シツクナル現象ヲ認メズ。

症状

外傷ト共ニ高度ノ虚脱ニ陥リ、顔貌削衰シ、兩眼ハ陷没シテ光澤ヲ失ヒ、且、一方ヲ凝視ス。四肢厥冷シ、皮膚ハ蒼白トナリ、手足、顔面ニハチアノーゼヲ呈シ、體温ハ平温ヨリ攝氏一度乃至二、三度下降スレドモ、死ノ直前ニハ上昇スルコトアリ。脈ハ微弱、辛シテ觸知シ得、又ハ不規則ニシテ、血壓下降スルコトアリ。意識ハ通常尋常ナレドモ、昏睡状態ニ陥ルコトアリ、殊ニ頸髓ニ外傷ヲ受ケタルトキ然リ。隨意的運動ハナシ得ル場合ニ於テモ、不十分ニシテ無力、感覺

ハ減退シ、強キ刺戟ヲ感ジ得ルノミ。稀ニ脊髓麻痺ガ來タル。

(二) 脊柱ノ脱臼又ハ骨折ニヨル脊髓病
Traumatische
Rückenmarksaffektionen durch die Luxationen
und Frakturen der Wirbelsäule.

脊椎脱臼ハ頸椎ニ最、多ク來タリ、殊ニ第一及ビ第二頸椎ノ間、又ハ第五及ビ第六頸椎ノ間ニ起ル場合ヲ最、多シトナシ、稀ニ胸椎ニ來タリ、腰椎ハ極メテ稀ナリ。

骨折ハ第十二胸椎及ビ第一腰椎、殊ニ後者ニ多ク、又、中部頸椎、第一胸椎等ニモ屢、見ラレ、ソノ他、種種ノ脊椎ニ來タル、而シテ椎體ニ來タリ、或ハ唯、椎弓又ハ突起ガ骨折スルコトアリ。又、數個ノ椎骨ニ起ル場合アリ。

脊柱ノ脱臼又ハ骨折ノ際、脊髓、若シクハ、ソノ根ハ常ニ傷害ヲ受クルモノニアラズシテ、脊髓又ハ根症狀ガ現ハルル場合ハ寧、少ナシ。又、反對ニ脊柱ニ外傷ノ證明シ得ベキモノナクシテ、重キ脊髓疾患、殊ニ脊髓出血・外傷性脊髓軟化ガ起ルコトアリ。

脊柱ノ脱臼又ハ骨折ノ際、脊髓ノ受クル障碍ハ、場合ニヨリ種種ナリ。即、上述ノ脊髓震盪症・一過性又ハ持続性ニ起ルトコロノ椎骨ノ移動又ハ骨片・又ハ出血ニヨリ起ルトコロノ脊髓(乃至脊髓根)ノ壓迫又ハ挫碎・脊髓又ハ脊髓膜出血・外傷後起ルトコロノ骨疾患及ビ假骨質形成・脊髓膜ノ癰痕等ニヨル脊髓又ハ根障碍・後發性脊髓炎等ガ起リ得ベク、從ツテソノ症狀及ビ經過ハ甚、複雑ナリ。

【症狀】

脊柱ノ變化ノ詳細ニ就キテハ、外科學ニ譲リ、茲ニハ略述スベシ。脱臼ハ上述ノ如ク頸椎ニ最、多ク、兩側性脱臼ナレバ頭ハ普通前方ヘ傾キ、脱臼椎ハ前方ヘ移動シ、ソノ次ギノ頸椎ノ棘狀突起ガ突出ス。之ニヨリ起ル突出部ヲ側頸部・又ハ咽頭ヨリ觸レ得ルコトアリ。又、廻轉脱臼ニアリテハ頭ガ對側ノ肩ニ向ヒテ傾ク。而シテ頭部ノ運動ハ劇痛ヲ伴ナヒ、又、筋緊張ニヨリ制限セラレ。

骨折ニ於テハ骨片ノ移動・出血等ノタメ、上述ノ種種ノ部位ニ後彎・椎骨離開・隆起ノ如キ畸形ヲ現ハシ、又、觸診ニヨリ劇痛アリ。ソノ際、捻髮音ヲ聞キ、或ハ骨片ヲ觸知スルコトアレドモ、骨ノ變化ヲ詳シク知ラント欲セバ、レントゲン寫眞ニヨラザルベカラズ。

脊柱ノ脱臼又ハ骨折ノタメニ、脊髓ノ症狀ガ現ハレタル場合ニ於テモ、ソノ症狀ハ元ヨリ脊柱ノ部位ニヨリ相違アリ。一般ニ外傷部位ガ上方ニアルホド、生命ニ對スル危險多ク、第一及ビ第二頸椎ノ場合ニ於テハ多クハ直ニ死ス。然ラザルトキハ頸部以下四肢及ビ軀幹運動及ビ感覺麻痺・膀胱障碍・頸部筋拘攣・呼吸困難・後頭部ニ放散スル疼痛・延髓症狀等ガ現ハレ、若、脱臼ニシテソノ整復ガ成就スル場合ヲ外ニシテハ、數日乃至數週ノ間ニ死スルヲ普通トス。尚、第三及ビ第四頸椎ノ外傷ニ於テハ横隔膜神經麻痺ニヨル危險アリ。中部頸椎ノ傷害ニヨリ頸髓膨大部ガ侵サレルトキハ、脊髓ノ横斷性障碍ノ症狀トシテ胸部以下、下肢ニ互リ麻痺ガ起ルモ、上肢ニ於テハ病竈ノ高サニヨリ上肢ノ筋ノ一部分又ハ大部分ニ變質性萎縮性麻痺ガ起リ、上肢ノ腱反射ハ普通消失ス。コノ際、下肢ノ運動麻痺ハ痙性ナルコトアレドモ、麻痺完全ナルトキ、又ハ不全性ニテモ外傷ノ直後ニ於テハ弛緩性麻痺ガ起リ、腱反射ノ消失ヲ見ルコト少ナカラズ。コレハ脊髓ノ完全ナル傳導斷絶ガ起ルトキニ見ルモノニシテ、脊髓障碍部位ガ上部頸髓又ハ胸髓ニ存在スル場合ニ於テモ來タルモノトス。又、感覺ハ上肢ヨリ軀幹及ビ下肢ノ全體ニ互リテ脱失シ、膀胱・直腸麻痺ガ起リ、

又時ニ陰莖持續勃起・體溫上昇・脈搏ノ疾速又ハ緩徐・血管運動神經症狀・鬱血乳頭等ヲ見、又、根症狀トシテ上肢ニ脊髓根刺戟症狀トシテ疼痛・感覺異常・感覺過敏・筋搐搦・筋緊張等ヲ見ルコトアリ。下部頸椎ノ外傷ニヨリ、第八頸髓及ビ第一胸髓又ハソノ根ガ侵サルトキ、感覺脫失ハ上肢ニ於テハ、唯、ソノ一部分ニ證明スルノミ。又、コノ部ノ障礙ニヨリ眼瞳孔症狀¹⁾ガ來タル。

胸髓ガ傷害セラルトキ、ソノ高サニ相當スル部位以下、兩下肢ニ互リ運動及ビ感覺麻痺ガ起リ、膀胱直腸障礙ヲ伴ナフ。運動麻痺ハ頸髓ノ場合ニ述ベタル如ク、脊髓ノ障礙高度ナラザルトキ痙性ナレドモ、非常ニ高度ナルトキ、兩下肢ノ弛緩性完全麻痺ガ起ル。然レドモ、カクノ如キ場合ニ脊髓ガアル高サニ於テ、完全ニ破壞セラレタルコトヲ示スモノニアラス。即、單純ナル壓迫ニヨル場合アリテ實際、後ニ至リ輕快スルコトアリ。感覺脫失ノ上界ハ病竈ノ高サニ相當ス。而シテ上界ニ沿ヒ、所所、感覺過敏・感覺異常ヲ證明スルコトアリ。コノ感覺障礙ノ上界ハ通常、傷害脊椎ニ相當スル脊髓節、又ハ根ヨリ稍、低キ所ニアリ。ソノ理由ハ脊髓腫瘍ノ章ニモ述ベタル如ク、皮膚ニハ相隣接セル、少ナクトモ、二個ノ後根ガ分布シ、又、筋ノ前根分布モ同様ノ關係ヲ有スルコト、及ビ脊髓ハ侵サレ易キモ、抵抗強キ脊髓根ハ侵サルコト少ナキニヨル、從ツテ例之、第四胸椎ノ外傷ニ際シ、感覺及ビ運動麻痺ノ上界ハ第六肋間神經領域ニアルコト多シ。尙、稀ニハ右ニ述ベタル脊髓節及ビ根ノ分布法則ニ全ク無關係ニ麻痺ノ上界ガ異常ニ低ク、或ハ異常ニ高ク存スルコトアリ。コレ恐ラク脊髓障礙ノ不全性局所的循環障礙、又ハ出血・脊髓傷害部附近ニ於ケル外傷性壞疽性病竈等ニ基ツクモノナルベシ。胸髓傷害ノトキ、上述ノ症狀ノ外、尙屢、血管運動神經症狀・陰莖勃起ヲ見ル。第十乃至第十二胸椎ノ脫臼、又ハ外傷ノトキ、第一及ビ第二腰髓ガ侵サレ、腰薦骨神經叢ノ麻痺ガ起リ、第一腰椎ノ外傷ニ於テハ、脊髓圓錐ガ侵サレ、第三薦骨髓以下ガ麻痺シ、第三・第四薦骨神經領域ノ感覺脫失・膀胱直腸及ビ生殖機麻痺ヲ見ル。又、第二又ハ第三、或ハソレ以下ノ腰椎ニ外傷ガ起ルトキ、馬尾神經麻痺ノ症狀ヲ見ル。ソノ症狀ハ脊髓圓錐ノソレト區別困難ナルコトアレドモ、刺戟症狀トシテ坐骨神經・陰部神經部位ニ疼痛アレバ區別シ得。

診斷及ビ鑑別
脊柱ノレントゲン寫眞ハ骨ノ變化ヲ精確ニ知ル上ニ肝要ニシテ、コノ際、脊柱ヲ前後徑ノ方向ノミナラズ、側方ヨリモ撮影スルヲ可トス。レントゲン検査ニヨリ始メテ骨折ノ存在ヲ發見スル場合アリ。若、骨ニ變化ナク、シカモ局所ニ著シキ壓痛又ハ運動時ノ疼痛アルトキハ、椎間纖維軟骨ノ外傷ヲ考フベシ。

尙、脊柱ニ骨折又ハ脫臼ヲ證明スルコトナクシテ、シカモ重キ脊髓麻痺ガ起ルコトアリ。コレハ所謂、**脊髓震盪**ニヨルコト、又、外傷ノ瞬間ニ於テ脊椎ノ一過性移動・捻挫ニヨル脊髓ノ障礙ナルコトアリ。又、脊柱ノ外傷ニ起因スル外傷性脊椎炎ハ外傷後、徐徐ニ、又ハアル期間ノ後、發生スルモノナルヲ以テ區別シ得。

豫後
上部頸椎ノ外傷ハ最、危險性多ク、通常、早晚死スルコト既述ノ如シ。然レドモ脊髓症狀輕度ナルトキハ、骨折ノ治癒ト共ニ輕快シ、或ハ脫臼ノ整復ニヨリ治癒セル例アリ。ソノ他ノ部位ノ外傷ニ於テモ呼吸筋麻痺ニヨリ、高度ノ脊髓麻痺ガ長ク繼續スルトキ、褥瘡・膀胱カタル・腎孟炎・敗血症・肺炎等ヲ合併シテ死スルコト多シ。然レドモ、胸髓以下ノ病竈ナルトキ、膀胱カタル・褥瘡等ヲ防止スルコトニヨリ長ク生命ヲ保チ得。又、脊髓麻痺ノ症狀重カラザルトキハ、漸次輕快スルコトアレドモ、二、三週間ノ後、尙、殘存スル症狀ハ通常輕快セズ。又、脫臼ハ骨折ニ比シテ一般ニ豫後良ナリ、コレ

療法

(1) Probelaminektomie

外傷直後、數日間ハスベテノ運動ヲ嚴禁シ、絶對的安靜ヲ保タシム。外科的手術ノ時期ニ就キテハ學者ノ意見一様ナラザレドモ、第六週前ノ早期手術ヲ可トスルモノ多シ。

脱臼ノ整復ハ危險ナキニアザルヲ以テ、唯、脊髓壓迫症狀アルトキノミ試ムベシ。又、骨折ニ於テハ椎弓又ハ突起ニ骨折アリテ脊髓壓迫症狀ヲ伴フトキ、手術ニヨリ骨片ノ除去ヲ試ム。又、重キ脊髓壓迫症狀アリテ、二、三ヶ月ニ互リ尙、輕快ノ徵ナキトキ、試験的脊椎板截除術⁽¹⁾ニヨリ骨片ノ壓迫ヲ除去セント試ムルコトアレドモ、效果ナキ場合多シ。ソノ外、一般的看護法トシテハ膀胱カタル、褥瘡ノ豫防肝要ニシテ、尿閉アレバ一日二、三回、完全無菌ノモトニ導尿シ、又褥床ヲ軟カクシ、皮膚ハ一日一、二回酒精綿又ハ溫濕布等ニテ清拭シ、便秘アレバ隔日ニ灌腸スベシ。

(三) 脊髓ノ銃砲創及ヒ刺傷 Schuss- und Stichverletzungen des Rückenmarks.

脊髓ノ刺傷ハ一般ニ極メテ稀ナリ。然ルニ、砲彈又ハ銃彈ニヨル創傷ハ戰爭時ニ於テハ比較的、屢、見ラルノミナラズ、刺傷ニ比シテ遙カニ複雑ナリ。即、コノ場合、脊髓ノ蒙ムル作用ハ脊髓ガ直接受クル傷害、或ハ挫碎サレタル脊柱ニヨリ間接ニ受クル障礙・負傷時顛倒ニヨリ受クル外傷又、砲彈破裂時ニ於テハ所謂、脊髓震盪症モ加ハルコトアリ。又、銃彈乃至砲彈片ガ脊柱及ヒ脊髓ニ與フル創傷モ多ク複雑ニシテ、從ツテ症狀モ場合ニヨリ多種多様ナリ。

病理解剖

刺傷ハ頸椎又ハ上部胸椎ノ邊ニ來タル場合ヲ多シトシ、銳利ナル刃器ガ脊柱ヲ通過シ、直接脊髓ヲ刺傷スルヲ常トス。銃創又ハ砲彈片ニヨル創傷ハ種種ノ部位ニ來タリ、盲管銃創⁽²⁾及ヒ貫通銃創⁽³⁾ノ二種アリ。前者ニアリテハ銃丸又

(2) Steckschüsse
(3) Durchschüsse

ハ砲彈片ガ脊髓硬膜内ニアル場合ト硬膜外ニアルトキトアリ。又、後ニ至リ場所ヲ移動スルコトアリ。而シテコレ等創傷ニ當リテ脊柱ノ變化ト脊髓ノソレトハ一致スルモノニアラズ。脊柱ハ甚ダシク破碎サルルモ脊髓ハ健全ナルコトアリ。又、反對ノ場合アリ。又、榴彈破裂ノ如キ場合ニ於テハ脊柱、脊髓共ニ變状ナクシテ、所謂、脊髓震盪ニヨリ、或ハ潛函病ト同様ノ急劇ナル氣壓ノ變化ニヨリ重キ脊髓麻痺ノ症狀ガ現ハルコトアリ。又、外部ヨリ見タル銃創ノ位置ト脊髓傷害部トハ必シモ一致セズ。銃丸侵入口、又ハ侵入角又ハ逸出口ガ明瞭ナルトキニ於テモ、銃丸ハ體內ヲ曲リテ通過スルコトアルタメ、脊髓ノ罹患部ノ高サハ銃創ニヨリ想像スル位置ト異ナルコトアリ。盲管銃創ニ於テモ然リ。レントゲン検査ニヨリ銃丸又ハ骨折ノ狀況ヲ確メ得ルトモ、コレガ脊髓ノ状態ト或ハ一致シ、或ハ然ラズ。又、脊髓ハ或ハ銃丸ニヨリ、或ハ骨折片ノ爲メ傷害セラレ、或ハ又、血管・淋巴管又ハ脊髓膜ノ創傷又ハ負傷時ノ一過性ノ牽引・壓迫ニヨリ害セラレ、或ハ又、後ニ至リ脊髓膜又ハ骨ノ續發性炎症・増殖・癩痕癒著・囊腫形成・血管ノ血栓形成ニヨル脊髓組織ノ軟化等ニヨリ障礙ヲ受クルコトアリ。

症狀

脊髓症狀ノ程度及ビ病像ハ種種ナレドモ、普通、負傷ト共ニ不全性又ハ完全性橫斷性脊髓麻痺ノ症狀群ガ現ハレ、創傷部以下ニ相當スル身體部位ニ運動及ビ感覺麻痺、尿閉・便秘及ヒ血管運動神經症狀ガ起ル。コノ運動麻痺ハ高度ナルトキハ、病竈ノ高サニ關係ナク、常ニ弛緩性ニシテ、兩下肢又ハ四肢ノ腱反射ハ消失ス。脊髓傷害高度ナラザルトキハ、負傷ノ始メ數時間乃至數日間ハ弛緩性完全性下半身麻痺ヲ見ルモ、ソノ後ハ漸次、痙性不全性下半身麻痺ニ移行シ、或ハブロン・セカール氏半側截斷・兩下肢竝ニ一上肢ノ痙性不全麻痺等トナリ、感覺障礙・膀胱障礙等モ多少ニ拘ラズ輕快ス。又、疼痛・感覺過敏ノ如キ感覺刺戟症狀ヲ見ルコトアリ。尙、感覺脫失ノ上

(1) Meningitis serosa circumscripata traumatica

界ハ脊髓又ハ後根傷害部位ト通常一致スレドモ、ソレ以下又ハソレ以上ニ互ルコトアリ。
 脊髓損傷ノ位置ニヨリテ元ヨリ症状ニ差違アリ。頸髓上部ナルトキ、意識濁濁・脈搏緩徐・眼球震盪症・大腦神經
 麻痺等ガ合併シ、下部頸髓ナルトキハ、眼瞳孔症狀又ハ、橫隔膜神經麻痺ガ來タルコトアリ。又、上肢ノ筋ノ末梢性中
 樞ガ侵サルトキハ、更ニ萎縮性弛緩性麻痺ヲ見ルベシ。又、腰髓膨大部ニ罹患部アレバ下肢ノ筋ニ萎縮性麻痺ヲ見
 ル。脊髓圓錐又ハ馬尾神經ノ鈍創モ比較的屢、遭遇シ、兩者類似ノ症狀ヲ呈シ、區別容易ナラズ、脊髓圓錐ナルト
 キ感覺障礙ガ左右對稱性ニ現ハレ、膀胱直腸症狀重篤ナレドモ、疼痛ノ如キ刺戟症狀ヲ缺如ス。此ノ如ク鑑別ノ困
 難ナルコトハ、他ノ部位ノ損傷ニモ見ルトコロニシテ、例之、神經叢ニ損傷アリヤ、或ハ脊髓根ニアリヤ、或ハ脊髓自己ニア
 リヤ、區別シ難キ場合アリ。
 ソノ他、場合ニヨリ種種ノ病像ヲ呈ス。即、半身ノ痙性麻痺及ビ同側ノ感覺脫失又、一肢ノ痙性麻痺又、共同運
 動失調・血管運動神經ノ症狀タル下肢ノ高度ノ浮腫・發汗減少等ヲ見ルコトアリ。又、負傷後アル期間ヲ經タル後、
 脊髓傷害部ニ外傷性・限局性・漿液性・脊髓膜炎⁽¹⁾ガ起リ、ソレガタメニ、新タニ橫斷性脊髓炎ノ症狀群ガ現ハレ、或
 ハ又、限局性感覺性又ハ運動性刺戟症狀・發熱・腦又ハ延髓症狀等ヲ見ル場合アリ。又、稀レニ上行性脊髓炎又
 ハ腦脊髓炎ガ後發セル例アリ。
 脊柱ノ症狀トシテ形狀變化・壓痛・運動時ノ疼痛等アルコトアレドモ、時ニハ全ク缺如シ、或ハ負傷時ニ於テハ之ヲ精
 細ニ検査シ得ザルコトアリ。又、脊柱ノ變化ト脊髓症狀ト必ズシモ一致セザルコト上述ノ如シ。
 腦脊髓液ニハ脊髓罹患ニ特有ナル變化ヲ見ズ、唯、後ニ至リ漿液性脊髓膜炎ガ發生シ、又ハ脊髓壓迫ガ存在スルト
 キ壓ノ上昇・蛋白増加ヲ見ル。

經過及ビ豫後

脊髓症狀ノ豫後ハ脊髓損傷ノ程度及ビ部位ニ關係ス。負傷當時重キ脊髓麻痺アリテモ後、輕快スルコトアリ。一般ニ
 頸髓ノ場合ハ豫後、最、不良ニシテ、即死ニアラザレバ數日以内ニ死スルヲ常トス。生命ノ豫後ハ、傷害部ガ脊髓ノ下部
 ニ在ルホド比較的良好ナリ。然レドモ膀胱麻痺アルトキ、重症膀胱カタル・腎盂炎ヲ起シ、又、然ラズトモ褥瘡ニヨル敗
 血症等ニヨリテ死スルコトアリ。若、輕快スル場合ニ於テハ負傷後數日乃至一週以内ニ既ニ一旦消失セル腱反射ガ
 漸次再現シ、膀胱機能が恢復シ、ババンスキー氏反射陽性トナリ、下半身麻痺ガ弛緩性ヨリ痙性ニ移行シ、感覺
 性刺戟症狀等ガ現ハレ來タルモノニテ、此等ハ良キ徵候ナリ。ソノ後ノ經過ハ種種ニシテ、多少ノ廢落症狀又ハ刺戟症
 候ヲ殘シテ輕快停止シ、或ハ長ク恢復ノ徵候ナカリシモノガ急ニ諸症ノ輕快ヲ見ルコトアリ。或ハ反對ニ輕快ノ途次、漿
 液性脊髓膜炎・脊髓炎ノ發生・脊髓膜ノ癒著・骨組織増殖、ソノ他種種ノ後發症ノタメ急ニ増悪スルコトアリ。又、
 胸髓ヨリ以下ナルトキハ、重キ下半身麻痺ガ永續スルトモ、看護完全ナルトキハ數ヶ月・數年ニ互リ生命ヲ保持スルコトヲ
 得。

療法

手術ノ適應症ニツキテハ、從來、種種ノ議論アリ。初期手術、後期手術ノソレニツキテモ然リ。手術ノ利益ハ之ニヨリ骨折
 片・組織ノ斷片・銃丸ソノ他ノ異物ヲ除去スルニアリ。一般ニ盲管銃創ニシテ重キ恢復ノ望ナキ脊髓症狀アリテ、手術
 ノ危険ニ優サリ、損傷ノ場所ヲ診定スルコトヲ得タルトキハ手術ヲ試ム。又、漿液性脊髓膜炎ニヨリ劇痛アル場合モ手
 術ヲナスコトアリ。刺戟ニ於テハ刃器ノ折片ガ遺殘セルトキノミ、手術ガ問題トナル。内科的療法ハ前章、脊柱ノ脱臼及ビ
 骨折ノ場合ト同一ナリ。

脊髓炎 Myelitis.

外因的、炎症性病原ニヨリテ脊髓ニ原發スル瀰蔓性、若シクハ散在性(播種性)ノ炎症性乃至軟化性病變ヲ脊髓炎ナル名稱ノモトニ包含ス。炎症ガ血管ニ起原セル場合ニ於テハ容易ニ組織ノ軟化ヲ起コスヲ以テ、炎症性ト軟化性トノ二種ノ變化ハ臨牀上及ビ解剖學上精密ニ區別スルコト困難ナリ。然レドモ單ニ動脈管ノ閉塞ニヨリ急突ニ發セラル脊髓軟化症ノ如キハ本病ヨリ區別ス。ソノ他、本病ハ主トシテ非化膿性炎症ヲ稱シ、化膿性脊髓炎ハ脊髓膿瘍トシテ區別シ、又、脊髓前角炎ノ如ク常ニ一定ノ脊髓部位ヲ侵スモノモ亦、普通除外ス。尤、急性及ビ亞急性脊髓炎ニ於テハ右ノ如キ區別モ比較的容易ナレドモ、慢性脊髓炎ニ於テハ他ノ種類ノ慢性脊髓疾患、就中、脊髓微毒、脊髓索道ノ慢性聯合變質ノ如キト區別困難ナルコトアリテ、ソノ範圍ノ限定ニ就キ研究ノ餘地アリ。

病理解剖

病竈ノ形状ニヨリ散在性(撒布性)脊髓炎、⁽¹⁾ト横斷性脊髓炎、⁽²⁾ト二種ヲ區別ス。前者ハ殊ニ小兒ニ來タリ、脊髓ノ全長ニ互リ大小無數ノ病竈ガ散在シ、屢、延髓及ビ腦ヲモ侵シ居ル場合ヲ云ヒ、後者ハ脊髓ノアル高サニ於テ病竈ガ脊髓横斷面ノ全部又ハ大部分ヲ侵セルモノヲ云ヒ、病竈ガ上下ニ約六乃至一〇センチメートルニ互ルコトアリ。而シテ横斷面ノ全部ガ多少ニ拘ラズ侵サレ居ルコト、又、横斷面ヲ一部又ハ所所ニ大小不同ノ病竈散在スルコトアリ。コノ病竈ノ附近ニハ尙、多數ノ小炎症病竈ガ散在ス。コレ等ノ病竈、健康部ニ比シ柔軟ニシテ、ソノ軟膜血管ハ充血ス。然レドモ慢性經過ヲトレル場合ハ却、硬シ。病竈ニ相當セル脊髓切斷面ヲ見ルニ、白質ト灰白質トノ區別不明瞭トナリ、白質

- (1) Myelitis disseminata
- (2) Myelitis transversa oder Querschnittsmyelitis

(1) Abraumzellen

ハ多少膨隆シ、帯赤黄色乃至灰白黄色ヲ呈ス。顯微鏡的検査ヲナスニ、變化ハ主トシテ白質ニ存ス。ソノ軸索ハ著シク腫脹シ、髓鞘モ亦、膨大シ、泡狀トナル。此ノ如キ神經纖維ハ遂ニ破壊シ、ミエリン小球及ビ顆粒狀ノ脂肪性變生物トナリ、コレハ顆粒細胞ニヨリ採取セラレ排除セラル。此等ノ破壊產物及ビ顆粒細胞ハ殘存セル神經纖維ノ間ニアル間隙及ビ血管ノ周圍ニ充滿スルモ、後ニハ漸次消滅シ、瘢痕組織ノ形成ヲ見ル。コレハ主トシテ膠質組織ノ増殖ニ因レドモ、時ニ結締組織モ亦、著シクコレニ參與スル場合アリ。前述ノ顆粒細胞ハ掃除細胞⁽¹⁾トモ稱セラレ、一部ハ膠質細胞及ビ血管壁ノ遊走細胞ヨリ發生シ、又、多核白血球モ亦、小部分コレニ加ハルモノト考ヘラル。尙、血管ハ擴張充血シ、稀ニ出血ヲ見ル。膠質網眼ハ滲出液ノ浸潤ニヨリ擴大ス。又、圓形細胞浸潤著明ナルコトアリ、古キ病竈ニ於テハ類澱粉體ノ沈著ヲ見ル。尙、コレ等原發性ノ炎症病竈ノ外ニ上行及ビ下行脊髓路ノ二次的變質アリ。脊髓軟膜モ亦、脊髓炎症ニ隣接スル部位ニ於テハ炎症性變化ヲ示ス。又、病變ガ延髓・橋腦・視神經等ニ及ベルコトアリ。脊髓炎ニ際シ脊髓ニ見ルトコロノ變化ハ、場合ニヨリ頗、多樣ナリ。故ニヘンチベルグ氏ハ脊髓軟化ト特發性急性脊髓炎トヲ區別シ、後者ヲ又、浸潤性及ビ變質性ノ二種ニ分テリ。脊髓炎ノ多數ノ場合ニ於テハ破壊・變質・軟化・壞死ノ像ガ殊ニ著明ナリ。

原因

本病ハ種種ノ急性傳染病、殊ニ室扶斯・チフテリ・インフルエンザ・痘瘡・丹毒・麻疹・コレラ・百日咳・肺炎・流行性腦炎・猩紅熱・マテリヤ・淋病・急性扁桃腺炎等ノ際發スルコトアリ。ソノ他、細菌ニ基ツク種種ノ急性疾患、例之、盲腸周圍炎・肛門周圍膿瘍・ハイモル氏竇膿症等ノ經過中起ルコトアリ。故ニ細菌感染ハ本病ノ重要ナル原因タリ。然レドモ動物試驗ニ於テ細菌ノ毒性產物ヲ注入シ、急性脊髓炎ニ類似ノ變化ヲ脊髓ニ惹起シ得ルヲ以テ、本

病ハ細菌ノ直接作用ノ外、單ニソノ毒素ノミニテモ起ルコトアルベシ。
尙、微毒及ビ結核ニ際シ非特異性ノ急性脊髓炎ヲ發スルコトアリ。感冒・身體過勞・妊娠・產褥・精神興奮・外傷
等ガ本病ヲ誘發スルコトアレドモ、コレ等ガ主因ナリヤ單ニ誘因ナリヤ確實ナラザルコトアリ。

又、種種ノ化學的毒物、殊ニ一酸化炭素、硫化炭素、ベンゾール、クロホルム、燃火瓦斯、恐水病豫防注射等ノ中
毒ニヨリ起リ、又、悪性腫瘍・悪性貧血・慢性糖尿病・慢性腎臟炎等ニ於ケル惡液質ニ起因スルコトアレドモ、コレ等
ノ際起ル脊髓炎ハ通常、慢性乃至亞急性ニ經過ス。又、原因全ク不明ノ場合モ少ナカラズ。

細菌學的所見 從來、病竈タル脊髓組織・脊髓膜或ハ腦脊髄液ヨリ連鎖狀・葡萄狀又ハ肺炎球菌・脾脫疽桿
菌・室扶斯菌ヲ發見セル例アレドモ稀有ナリ。コレ一ニハ本病原菌ハ脊髓組織又ハ腦脊髄液ニ侵入セル後、速カニ死
滅スルニ因ルモノナルベク、又、一ニハ細菌毒素ノミニヨリテ發病スル場合モアルニ因ルトセラル。

症狀

本病ハ多クハ急性ニシテ亞急性コレニ次ギ、慢性ハ頗、稀有ナリ。急性脊髓炎ニ於テハ發病ト共ニ體温上昇シテ屢、
高熱ニ達シ、稽留性又ハ間歇性ニシテ、數日乃至二、三週間持續ス。コノ熱發ト共ニ、或ハ少シク遅レテ脊髓症狀現
ハレ、コレガ數日乃至一、二週ノ間ニソノ最頂點ニマデ増進スルコト多シ。然レドモ、時トシテ卒中發作様ニ俄然發病シ、
一日中ニ重症脊髓麻痺ニ陥ルコトアレドモ、此ノ如キハ稀有ナリ。

脊髓症狀ハ一側又ハ兩側下肢ノ知覺異常・筋衰弱感・背部、腰部等ノ疼痛ヲ以テ始マリ、速カニ下半身ノ運動
及ビ感覺麻痺・膀胱障礙ヲ呈スルニ至ル。疾患ノ最頂期ニ於ケル脊髓症狀ハ病竈ノ高サ及ビ脊髓橫斷面ニ於ケル
蔓延程度ニヨリ異ナル。

(1) Muskelcontractur

而シテ横斷性胸髓炎ハ本病ニ最、多ク見ル病型ナルヲ以テ、コレニ就キ症狀ヲ詳述スベシ。

運動障礙 兩下肢全然麻痺スル場合ト、或ハ兩下肢ノ或ル筋群ノ不全麻痺ヲ見ル場合トアリ。左右必ズシモ對稱
性ナラス。麻痺ハ通常痙性ニシテ、下肢腱反射亢進シ、屢、膝蓋搗搦ヲ見ル。又、筋強剛アリ。屢、ババンスキー
反射、オツペンハイム反射ヲ證明ス。自發運動起ルコトアリ。筋拘攣ハ稀ナリ。若、病竈ガ脊髓全橫斷面全部ヲ
強ク破壊スルトキハ弛緩麻痺ヲ呈ス。

感覺障礙 病竈ノ存在スル脊髓節ニ相當スル部位ヨリ以下、下肢ニ互リ現ハレ、ソノ上界ニハ帶狀疼痛・感覺過敏
ノ層アルコトアリ。眞ノ疼痛ハ稀ナリ。感覺障礙高度ナレバ瀰蔓性感覺脫失ヲ起シ、然ラザレバ上記ノ部位ニ、所所不
平等ニ、種種ノ程度ノ鈍麻乃至脫失ヲ證明シ、且、コレガ感覺ノ種類ニヨリ異ナル場合アリ。即、溫覺・痛覺ガ侵サレ、
觸覺ノ侵サレザルハ病竈後角ニアルヲ知り、觸覺・壓覺ノ主トシテ惡キハ主ニ後索ニ病竈ノ存スルヲ知ル。共同運動失
調ハ稀ナリ。

膀胱直腸・生殖器障礙 通常、高度ニシテ、尿閉又ハ尿失禁起リ、又、持續シテ尿ノ點滴排尿アルニ拘ラズ、膀胱

充滿セルコトアリ(奇異排尿障礙)。便秘又ハ不隨意排便・陰莖ノ勃起不能又ハ持續勃起ヲ見ルコトアリ。

榮養障礙 薦骨部・脊柱・大轉子・踵等ノ皮膚ニ褥瘡ヲ生ジ易ク、一旦生ズルトキハ容易ニ治シ難シ。ソノ他、疾病

長時ニ互ルトキハ下肢ニ輕度ノ浮腫・チアノーゼ・厥冷・皮膚萎縮等ヲ見ル。

若、横斷性脊髓炎ガ頸部ニ來タルトキハ、病竈ノ位置ニヨリ症狀異ナリ。頸部膨大ヨリモ上部ニ在レバ、四肢ノ痙性
麻痺ヲ呈シ、又、兩側ノ横隔膜神經麻痺ノタメ窒息スルコトアリ。又、最上方ニアレバ延髓症狀ニ合併スル場合アリ。
然ルニ頸部膨大ニ起レバ下肢ハ痙性麻痺ヲ呈スルモ、上肢ハ弛緩性萎縮性麻痺ニ陥リ、又、頸部交感神經ノ症狀

(2) Ischuria paradoxa

(1) Myelitis migrans

タル眼瞳孔症狀、即、患側ニ於ケル瞳孔及ビ眼裂ノ狭小ヲ見ルコトアリ。
 腰。髓。炎。又ハ。腰。髓。薦。髓。炎。ハ。頸。髓。炎。ニ。比。シ。テ。多。シ。コ。ノ。ト。キ。病。竈。上。部。ニ。ア。レ。バ。下。肢。ハ。弛。緩。性。變。質。性。麻。痺。ニ。陥。リ。下。肢
 ニ。於。ケ。ル。疼。痛。高。度。ノ。膀。胱。直。腸。障。碍。鼠。蹊。部。以。下。ノ。感。覺。脫。失。ヲ。見。ル。病。竈。若。薦。髓。ニ。ア。レ。バ。膝。蓋。反。射。ハ。消。失。セ
 ズ。運。動。麻。痺。ハ。坐。骨。神。經。域。ニ。占。在。シ。知。覺。障。碍。ハ。主。シ。テ。上。腿。ノ。後。側。下。腿。ノ。臀。部。及。ビ。外。生。殖。器。ニ。來。タ。ル。若。病
 竈。ガ。終。末。錐。體。ニ。限。局。ス。ル。ト。キ。ハ。膀。胱。直。腸。麻。痺。勃。起。不。能。ト。共。ニ。肛。門。會。陰。部。外。生。殖。器。大。腿。上。部。ノ。內。側。ニ。於
 ケ。ル。知。覺。脫。失。ヲ。見。又。時。ニ。坐。骨。神。經。領。域。ノ。變。質。性。麻。痺。ア。ル。コト。アリ。
 上。述。セ。ル。ハ。完。全。橫。斷。性。脊。髓。炎。ノ。像。ナ。レ。ド。モ。此。ノ。如。キ。ハ。寧。稀。ニ。シ。テ。橫。斷。面。ノ。所。所。ガ。不。平。等。ニ。侵。サ。レ。多。少。健。康。部
 フ。モ。殘。ス。ト。コ。ロ。ノ。不。全。橫。斷。性。脊。髓。炎。ヲ。寧。多。シ。ト。ス。コ。ノ。場。合。ニ。於。テ。ハ。前。述。ノ。諸。症。狀。モ。亦。不。完。全。ニ。シ。テ。且。ソ。ノ。分。布
 ハ。平。等。對。稱。的。ナ。ラ。ズ。カ。カ。ル。場。合。ニ。於。テ。ハ。感。覺。障。碍。ハ。運。動。障。碍。ニ。比。シ。通。常。輕。度。ナ。リ。ブ。ロ。ン。セ。カ。ル。氏。半。側
 截。斷。ノ。症。狀。ヲ。呈。ス。ル。コ。ト。ア。ル。モ。稀。ナ。リ。又。橫。斷。性。脊。髓。炎。ガ。或。ハ。上。行。性。ニ。或。ハ。下。行。性。ニ。漸。次。蔓。延。進。行。シ。或。ハ。又。附
 近。ニ。新。病。竈。ヲ。生。ジ。症。狀。増。加。ス。ル。コト。アリ。ビ。ン。グ。氏。ハ。コ。レ。ヲ。移。轉。性。脊。髓。炎。ト。稱。セ。リ。
 散。在。性。散。布。性。脊。髓。炎。ノ。場。合。ニ。於。テ。モ。多。數。ノ。病。竈。ガ。脊。髓。ノ。一。部。ニ。局。限。セ。ル。ト。キ。ハ。臨。牀。上。橫。斷。性。脊。髓。炎。ノ。像
 フ。呈。ス。然。レ。ド。モ。數。多。ノ。病。竈。廣。ク。脊。髓。ノ。所。所。ニ。散。在。セ。ル。ト。キ。ハ。瀰。蔓。性。脊。髓。炎。ノ。病。像。ヲ。呈。シ。且。脊。髓。ノ。ミ。ナ。ラ。ズ。延。髓。
 橋。若。シ。ク。ハ。腦。ノ。症。狀。ヲ。モ。合。併。ス。ル。コト。アリ。此。ノ。如。キ。脊。髓。炎。ニ。於。テ。ハ。腱。反。射。皮。膚。反。射。ハ。亢。進。消。失。一。定。ノ。規。則。ナ
 ク。運。動。感。覺。障。碍。ハ。廣。ク。全。身。ニ。現。ハ。レ。又。時。ト。シ。テ。視。神。經。炎。眼。筋。麻。痺。言。語。障。碍。嚔。下。困。難。震。顫。共。同。運。動
 失。調。精。神。又。ハ。意。識。障。碍。ヲ。呈。シ。或。ハ。尙。頭。痛。嘔。吐。失。語。症。痙。攣。等。モ。來。タ。ル。場。合。アリ。
 尙。病。竈。ノ。分。布。ニ。ヨ。リ。非。定。型。的。病。像。ヲ。呈。ス。ル。コト。アリ。例。之。感。覺。又。ハ。膀。胱。直。腸。ノ。障。碍。ヲ。缺。如。シ。或。ハ。コ。レ。等。ノ。ミ。現

(1) Akute funikuläre Myelitis

ハレ、或ハ腦脊髓膜刺激症狀或ハ急性共同運動失調ヲ呈スルアリ。急性共同運動失調ハ寧、急性索脊髓炎⁽¹⁾ニ
 屬シ、炎症ガ主トシテ後索ニ來タルモノナリ。從ツテ共同運動失調ノ外、觸覺・壓覺・膀胱障碍ヲ伴ヒ、又、多少ノ
 側索症狀、即、腱反射亢進・ババンスキー氏反射アルコトアリ。

經過

脊髓炎ハ多クハ急ニ始マリ、急性ニ經過ス。亞急性ニ發病スルハ稀ナリ。初メヨリ慢性ニ經過スルモノハ非常ニ稀有ニシ
 テ、殊ニ慢性橫斷性脊髓炎ハ普通、他ノ種類ノ慢性脊髓疾患ニ屬ス。急性脊髓炎ハ上述ノ如ク稀ニハ一日、多クハ
 數日乃至數週ノ間ニ脊髓症狀ノ最頂期ニ到達ス。コノ際、膀胱カタル腎盂炎・褥瘡ニヨル敗血症等ノ爲メ死亡ス
 ルコト多シ。時ニ一時輕快ニ赴クモ、又、時時新ナル發熱ト共ニ増悪シ、漸次輕快シテ墜廢症候ヲ殘シ、治癒スルコトア
 レドモ稀有ナリ。亞急性脊髓炎ニ於テハ數週乃至半ケ年位ノ間ニ最頂期ニ達シ、慢性ノモノニアリテハ二、三年ニ互リ
 緩慢ニ進行スルモノアリ。此ノ如キハ著明ノ外來的原因ニヨル慢性索變質又ハ慢性散布性脊髓炎ノ病像ヲ呈スルニ
 アラザレバ、慢性脊髓炎ノ診斷ハ注意スベク、微毒又ハ腫瘍ニヨルコトアリ。又、稀ニ亞急性ヨリ慢性ニ移行ス。

豫後

一般ニ不良ナリ、殊ニ完全ナル橫斷性脊髓炎ノ症狀ヲ呈スルモノハ高度ナル脊髓麻痺ノモトニ膀胱カタル腎盂炎・褥
 瘡・敗血症ヲ起シ、或ハ一般の衰弱ノ爲メニ死スルモノ多シ。始メヨリ亞急性又ハ慢性ニ初マリ、病勢絶エズ進行スル
 モノハ遂ニ完全橫斷性脊髓炎ニ陥ルコト多ク、豫後不良トス。又、頸部脊髓炎ハ橫隔膜麻痺ノ危險アリ。コレニ反シテ
 病勢進行性ニ乏シク、脊髓炎症狀不完全ナルモノ、脊髓膜症狀及ビ神經炎症狀ヲ呈スルモノ、急性傳染病、ソノ他
 淋疾・狂犬病豫防注射ニ原因スルモノ等ハ豫後佳良ナルコト多ク、病勢停止シ、又ハ多少ノ脊髓墜廢症狀ヲ殘留シ

テ治愈ス。

診断及鑑別

急性又ハ亞急性ニ發病シ、發熱ト共ニ數日乃至數週ノ間ニ脊髓麻痺ノ症狀ニマテ進行シテ停止スル場合ニ於テハ
診斷容易ナリ。殊ニ急性傳染病、ソノ他、本病ノ原因タル疾患ノ前驅セル場合ニ於テ殊ニ然リ。唯、明カナル原因ナク
シテ急劇ニ發病シ、一日中ニ重キ麻痺ヲ呈スル如キ場合ニ於テハ脊髓軟化症、脊髓出血、急性脊髓前角炎等ト鑑
別ヲ要スベク、出血軟化ニアリテハ症狀俄然トシテ來タリ、更ニ進行セザルコトニ注意スベシ。既ニ急性期ヲ經過シテ病勢
停止セルカ、又ハ慢性ニ發病セル場合ニ於テハ、脊髓カリエスニヨル壓迫性脊髓炎、脊髓腫瘍、脊髓微毒、脊髓後索
側索變質ト鑑別ヲ要スレドモ、カリエストハ脊柱ノ畸形、壓痛、後根刺戟症狀ニヨル疼痛、ブローン・セカール症狀
群、不斷の進行、無熱性經過ニ注意スベシ。唯、脊髓膠腫ノ如キハ時ニ病勢ニ自然的弛張ヲ見ル。脊髓微毒ト慢
性脊髓炎トハ區別最、困難ニシテ、血液及ビ脊髓液ノワツセルマン氏反應等ノ外、驅微療法ノ效果ニヨラザレバ
鑑別シ難キコト多シ。

療法

初期ニ於テハ身體ノ絶對安靜ヲ命ジ、刺戟少ナク消化シ易キ食物ヲ十分ニ與ヘ、内服藥トシテ撒里矢爾酸製劑及
ビ沃度加里ヲ投與ス。若、微毒ノ疑アルトキハ沃度加里・水銀劑及ビテオサルバルサンヲ試ム。唯、水銀劑ハ強ク罹患セル
組織ヲ障礙スルコトアルヲ以テ不良ノ影響アレバ中止スベシ。又、マリアニ起因スルトキハキニチ・亞砒酸ヲ試ミ、妊娠期
脊髓炎ノトキハ人工流産ヲ行ヒ、腰椎穿刺ヲ頻回行フコトアリ。便秘アレバ灌腸又ハ緩下劑ヲ用ヒ、少ナクトモ一日置
ニ便通ヲ計ルベシ。又、初期ニ於テハ脊髓患部ニ水囊ヲ當テ、或ハ發泡膏ヲ貼用シ、又、急性傳染病ニ併發セルトキハ

(1) Stoffel

物理學的方法ニヨリ發汗療法ヲ試ムルコトアリ。ソノ他、褥瘡豫防ノタメ病床ヲ清潔柔軟トナシ、壓力ヲ受クル身體部
位ノ皮膚ハ酒精或ハ樟腦精ヲ以テ一日一、二回清拭シテ亞鉛華澱粉ヲ撒布シ、尙、場合ニヨリ水床・空氣床ヲ用
フ。尿閉アレバ一日二回、完全無菌のニカテーテルヲ使用ス。

既ニ急性期ヲ經過セルトキハ、運動性麻痺ニ向ヒマツサーヂ電氣療法ヲ日行ハシム。後者ハ變質性弛緩性麻痺ア
ルトキ平流電氣ヲ用フ。又、脊髓ノ直接平流電氣療法ハ無害ナレドモ效果少ナシ。運動麻痺恢復後、尙、感覺障礙
殘存セルトキハ金屬刷子ヲ導子トナシ、感傳電氣ヲ通シ時ニ效アリ。又、膀胱麻痺ニハ平流電氣ヲ試用スベシ。又、恢
復期ニ於テハ溫浴療法(攝氏三十度乃至三十六度、十分乃至十五分間、初メ一週三、四回、後ニハ一時間以
上ニ延長シ得ベク、溫浴中、マツサーヂ他動運動ヲ試ム)、又ハ溫濕布纏包ヲ行フテ效アリ。痙攣狀態高度ナラザレバ
食鹽溫泉・炭酸溫泉療法モ可ナリ。長ク筋強直、腱短縮アルトキ、截腱術ヲ試ミ、又ハ高度ノ痙攣狀態ニハ神經鞘
酒精浸潤法・ストツヰエル¹⁾氏法等モ試ミラル。

症例 恐水病豫防注射ニ基ツク急性脊髓炎。

(著者實驗)

松〇 み〇、四十二歳 妻

兩系祖父母ハ不明ノ疾患ニヨリ死亡。父ハ六十歳、母ハ五十
五歳共ニ脚氣ニヨリ死亡セリト。兄弟五人、内一人、腦出血ニ
テ死亡。患者ハ從來、麻疹・子宮内膜炎・眩暈ニ罹レル外、著
患ヲ知ラズ。花柳病ノ既往症ナシ。然ルニ大正九年十月末ヨリ

疲勞シ易ク、毎日三十七度二、三分ノ微熱アリ。醫師ヨリ肺
尖カタルト診定セラレ。

當時同家ノ畜犬ガ狂犬病ニ罹リ、患者等ハコレニ咬傷ザルコ
トモ又、舐メラレシコトモナカリシモ、豫防ノ目的ニテ患者トソノ夫
及ビ娘ハ十一月二日以來、某所ニ於テ恐水病豫防注射ヲ肩
胛間部ニ、十一月十二日マテ二十回受リ。時ニ注射部位ガ腫
脹シ、約一日間三十八度代ノ發熱ヲシコトアリ。十一月十三

日ヨリ胸部苦悶・兩側手指ノ感覺異常・食慾減退・嘔氣・腹痛・睡眠不足起リ、體溫三十八度乃至三十九度三分ニ昇ル。十四日排尿困難・右手ノ運動困難起リ、十五日、下肢ノ不全麻痺ノ爲メ歩行ニ人手ヲ要ス。十六日歩行不能トナリ、尿閉、便秘アリ、腹痛ハ止ム。十二月十八日、入院時現症、自働的仰臥位。意識明瞭、稍、貧血、輕度ノ頸部強直、兩上肢ハ垂直位マテ舉ゲ得。右手指不全麻痺、兩下肢共屈曲・伸展可能ナレドモ高ク舉グルコトヲ得ズ。起立不能、右上肢兩手・左下肢・兩側等ニ感覺鈍麻、兩手ニ感覺異常アリ。四肢腱反射皆亢進、左側足搖擲、兩側ニババンスキー・及ビオツペンハイム反射陽性。尿閉・便秘・腹部壓痛アリ。血液、白血球一萬五百、輕度ノ淋巴球増加アリ。ソノ他、胸部

苦悶・嘔氣・食慾缺損ヲ訴ヘ、體溫最高三十八度五分、頭痛ナシ、輕度ノ膀胱カタルアリ。經過 體溫最高三十八度五分。血液ワツセルマン反應弱陽性、腦脊髄液ハ、壓百二十五、ワツセルマン反應陰性、ノンチ・アペルト陰性、ビルケ氏皮膚反應弱陽性、血液培養陰性。十一月二十日、感覺異常著シク輕快、二十日下肢運動回復シ、右脚ハ普通ニ舉ゲ得、隨意排尿可能トナル。二十三日下肢運動、殆、普通、右指伸展尙稍、惡シ、十一月二十九日起立可能、感覺障礙ナシ。下肢病的反射尙、陽性。十二月一日始メテ歩行ス。引續キ輕快シ、十二月十日退院ス。

急性脊髓前角炎・ハイチ・メヂン氏病・流行性小兒

麻痺・急性萎縮性脊髓麻痺 Poliomylitis anterior

acuta, Heine-Medinsche Krankheit, Epidemische Kinderlähmung, Acute atrophische Spinallähmung.

本病ヲ初メテ記載セルハアンダーウヅド氏⁽¹⁾ニシテ、ソノ後一千八百四十年、ハイチ氏⁽²⁾ハ本病ガ脊髓疾患ナルコトヲ確定シ、一千八百九十年、メヂン氏⁽³⁾ハ本病ノ本態ヲ闡明セリ。

原因

本病ノ原因ハ微生物ノ傳染ニヨルモノニシテ、ソノ研究ハ一千九百〇五年以後、廣ク歐・米諸國ニ互リテ蔓延セル大流行ニ際シテ詳細ニ行ハレタリ。即、一千九百〇九年、デンドスタイネル⁽⁴⁾及ビボツペル氏⁽⁵⁾ハ本病ノ屍體ヨリ得タル脊髓ヲ猿ニ移植シ、類似ノ疾患ヲ起サシメタルガ、コノ病猿ヨリ更ニ他ノ猿ニ移植感染セシムルコトヲ得タリ。病原體ハベルケフェルド氏陶土濾過器ヲ通過スルトコロノ微生物ニシテ、ゲリセリン中ニ長ク蓄フルモ容易ニ死滅セズ。又、低溫且、脊髓中ニアレバ長ク乾燥ニ堪ユルモ、攝氏五十五度ニ於テ既ニ毒力ヲ失フ。コノ病原體ハ尙、確實ニ證明セラレズ、一千九百十三年フシキシナー⁽⁶⁾及ビ野口英世兩氏ハ腹水寒天ヲ用ヒ培養シ得タルグラム氏及ビギムサ氏染色陽性ノ〇・一五乃至〇・三ミクロンノ圓形小體ヲ病原體トナシタレドモ、現今、尙、確定スルニ至ラズ。

本病原體ハ患者ノ神經中樞組織ノ外、鼻咽腔、腸内容物中ニモ證明セラレ、流行時ニ於テハ健康者ノ鼻咽腔ニモ亦、發見セラルルコトアリ。本病ハ人ヨリ人ニ接觸傳染ラナシ、鼻咽腔粘液・吐瀉物・糞又ハコレヨリ汚染セラレタル物體ノ媒介ニヨリ傳染ス。又、流行時ニ於テハ罹患セル動物、殊ニ犬、鶏等ニヨリ傳播サルコトアリト云フ。主トシテ上氣道ヨリ血管又ハ淋巴道ニヨリテ中樞神經ニ到達スルモノナレドモ、尙、胃腸壁モ亦、侵入門戸タルコトアルモノノ如シ。本病ヲ經過スルトキハ終身免疫トナリ、ソノ血清ニハ抗體ヲ證明スルコトヲ得。感冒及ビ頭部又ハ背部ノ外傷・麻疹・百日咳・種痘等ハ誘因タルコトアレドモ、誘因不明ノコト亦、多シ。

- (1) Underwood
- (2) Jakob von Heine
- (3) O. Medin
- (4) Landsteiner
- (5) Popper
- (6) Flexner

(1) Poliomyelitis anterior acuta adultorum

本病ハ既ニ前世紀ノ中頃ヨリ殊ニスカンチナピア地方ニ於テ流行セシガ、一千九百五年頃ヨリ數年ニ互リ歐洲各國ニ大流行ヲナシ、次テ北米ニ蔓延シ、東洋ニアラハレ、本邦ニ及ビテ小流行ヲ見タリ。爾後、歐米ニハ屢、小流行アリタトベバ一千九百十六年、紐育夏期流行ニ際シ三萬人以上ノ患者ヲ出シ、又、千九百二十二年、獨逸國ヘツセン・ナツソー地方ニ於テ稍、大ナル流行ヲ見タルガ如シ。ソノ他、散在性ノモノハ常ニ絶ユルコトナシ。本邦ニ於テハ二十年前ノ流行以來大ナル流行ヲ見ザレドモ、散在型ハ常ニコレヲ見ル。元來、本病ハ夏季及ビ秋季ニ多キモ、散在型ハ他ノ季節ニモ來タル。流行時ノ外ハ傳染力甚ダシカラザレドモ、散在型ニ於テモ、同一家族ニ同時ニ二、三人ノ患者ヲ見ル場合アリ。

本病ハ主トシテ小兒ニ來タリ、生後二乃至三年ノ間ニ最、多ク侵サル。五歳以後ハ次第ニ減少ス。幼兒ニ於テハ既ニ生後二、三ヶ月ニ來タルコトアリ。又、成人ニアリテモ例外トシテ本病ニ罹ルコトアリ(成人急性脊髓前角炎⁽¹⁾)、殊ニ本病ノ流行時ニ然リ。

【症狀】

潜伏期ハ普通五乃至十日トス。然レドモ例外トシテ、短キハ一兩日、長キハ三ヶ月ニ至レル例アリ。動物實驗ニ於テハ三日乃至十五日ト稱セラル。コノ期間ニ於テハ何等ノ症狀ヲ見ズ。

本病症狀ハ特有ナレドモ、流行時ニテハ種種ノ非定型デリ。以下、先、定型的ノ場合ヲ述ベシ。

本病ハ發熱及ビソレニ伴ナフ一般症狀ヲ以テ急劇ニ發病シ、次テ特異ノ運動麻痺ガ急ニ發呈ス。コノ時期ヲ急性期又初期⁽²⁾ト云フ。次テ麻痺ハ漸次恢復ニ向フ。コノ時期ヲ退行期又ハ恢復期⁽³⁾ト云ヒ、麻痺ガ多少ニ拘ラズ殘存シテ不變トナルトキ固定期又ハ末期⁽⁴⁾ト云フ。

- (2) Acutes Stadium oder Frühstadium
- (3) Stadium der Rückbildung oder Reparationsstadium
- (4) Stationäres Stadium oder Endstadium

(1) Praeparalytisches fieberhaftes Stadium

初期、稀ニ前驅症狀トシテ、一兩日間、食思缺損、倦怠、睡眠障碍アレドモ、通常全然コレヲ缺ギ、從來全ク健康ナリシ小兒ガ、突然、體溫上昇竝ニ一般症狀ヲ以テ發病スルコト多シ。體溫ハ三十八度五分乃至四十度ニ上リ、ソノ際全身痙攣、惡寒、嘔吐等ヲ伴ナフトアリ。斯カル高熱ハ數時間乃至二、三日繼續セル後、分利狀ニ又ハ漸次ニ下降ス。稀ニ一旦解熱シ、又一時上昇スルコトアリ。發熱期間中、脈搏及ビ呼吸數ハ著シク増加シ、又、種種ノ非特異性症狀ヲ見ル。即、上氣道加答兒、扁桃腺炎、氣管枝加答兒ノ如キ呼吸器症狀、腹痛、腸加答兒性又ハ赤痢様下痢、又ハ便秘、嘔氣、食慾缺損、流涎、口腔炎ノ如キ胃腸症狀、輕キ頭痛、背痛、下肢疼痛、不眠、譫妄又ハ嗜眠、昏瞢、尿閉、筋搖擗、頸部強直、背強直、筋感覺過敏、發汗ノ如キ神經症狀、又、皮膚發疹コレニ次ク。落屑、口唇ヘルペス、帶狀ヘルペス等ガ來タリ、場合ニヨリ一様ナラズ。尙、コノ時期ニ於テ血液ノ所見ハ一定セズ、或ハ白血球減少アリ或ハ却、輕度ノ白血球増加ヲ見ル。腦脊髓液ハ透明ナレドモ、壓増昇シ、中等度ノ淋巴球増加、蛋白質ノ輕度ノ増加ヲ見ル場合アリ。

右ニ述ベタル麻痺前發熱期⁽¹⁾ノ間ニ於テ、又ハソノ終リ頃ニ於テ、或ハコレガ一旦經過セル後、突然、麻痺ガ發現ス。而シテコノ麻痺ノ輕重ハ麻痺前症候ノ程度トハ全ク一致スルコトナシ。時トシテコレガ輕微ニシテ且、期間短カク、知ラザル間ニ過ギ、前夜異狀ナク就床セル小兒ガ、翌朝醒覺セルトキハ既ニ高度ノ麻痺ニ陥レルヲ發見スルガ如キ場合アリ。麻痺ハカクノ如ク俄然トシテ發現シ、コレニ氣ヅキタルトキハ既ニソノ頂上ニ達シ居ルコトアレドモ、又、發現後、數時間乃至一兩日間(稀レニ尙、長ク)進行シテ最高頂ニ達スル場合アリ。麻痺ハ最、多ク上肢又ハ下肢ニ來タル。殊ニ下肢ヲ侵スコト最多ク、半數以上ニ然リ。次ニ多キハ一上肢或ハ兩下肢ノ侵サル場合ニシテ、同側ノ上肢及ビ下肢、交叉性上下肢、兩上肢又ハ四肢全部又ハ胸筋、背筋、腹筋等ノ侵サル場合ハ遙ニ稀ナリ。

又、一肢中ノ一部又ハ一、二個ノ筋群ニ局限シテ來タルコトモ稀ナリ。麻痺ハ弛緩性變質性ニシテ、筋量ハ漸次減少シ、一、二週間ニシテ既ニ電氣變性反應著明トナル。麻痺肢ノ腱反射、骨膜反射ハ減弱又ハ消失スレドモ、麻痺ノ起レル初期ニ於テ、一過性ニ亢進シ、或ハ麻痺ガ肢ノ全部ニ互ラザルトキハ稀ニ麻痺完成後ト雖、健存シ、或ハ亢進シ居ルコトナリ。皮膚反射モ亦、麻痺部ニ於テハ多ク消失ス。次テ退行期(恢復期)ニ入り麻痺ハ漸次輕快ス。コノ恢復ハ初メ約一週間ハ迅速ニ行ハレ、ソノ後ハ緩慢トナレドモ、半年乃至一ケ年、例外トシテ一、三年間ハ繼續スルモノニシテ、ソノ間ニ正常ニ復歸セザル筋ニアリテハ麻痺及ビ筋萎縮、共ニ持久性トナリ固定期ニ移行ス。

コノ麻痺回復ハ罹患筋ノ麻痺程度ニヨリ異ナル。下肢ニ於テハ足及ビ足趾、又ハ下腿ノ伸筋ハ回復惡シキトキモ、ソノ内、前脛骨筋・腓腸筋ノ如キハ比較的良ナリ。又、上肢ニ於テハ三角筋・二頭膊筋・三頭筋・大胸筋ノ如キ回復比較的惡シク、ソノ外、一般ニ肢ノ附著端ニ近キ筋簇ハ末梢部ノ筋簇ニ比シ強ク侵サルモ、固ヨリテ各場合ニヨリテ相違アリ。而シテ自働的運動ノ回復ニ從ヒ減弱消失セル腱及ビ骨膜反射・皮膚反射並ニ筋緊張ハ一部、再、健態ニ復ス。コノ際、一時性ニ反射亢進ヲ見ルコトアリ。

麻痺セルママ所謂、固定期ニ移行セル筋ハ、筋量著シク減少シ(脂肪及ビ結締織又ハ内部浮腫ノ爲メ外觀上、筋量良好ニ見ユルコトアリ)、コレヲ觸ルルニ軟脆ナリ。腱反射・骨膜反射ハ減弱又ハ消失ス。又拮抗筋ハコレガ健在ナルカ、又ハ麻痺度比較的輕キ場合ニ於テハ二次的(麻痺性)強直ニ陥リ、後、筋組織ノ纖維樣變質ニヨリソノ收縮、持續性トナル。コレニヨリ麻痺肢ノ畸形ヲ招來ス。殊ニ多キハ内翻馬蹄足ニシテ、ソノ他、内翻足・麻痺性扁平足・鉤狀足ヲ見ルコトアリ。又、膝部ニ於ケル内彎膝・後彎膝ガ起リ、上肢ハ比較的稀ナレドモ、鷲爪手・猿手等ガ來タル。軀幹ニ於テモ脊柱ノ前彎・側彎・腹壁膨隆ガ起リ得。又、關節ヲ保持スル筋群麻痺ノタメニ、胯關節・肩胛關節等ノ動搖關

- | | |
|--|-----------------------------------|
| (4) Bulbäre oder pontine Form | (1) Wickmann |
| (5) Encephalitische Form | (2) Spinale poliomyelitische Form |
| (6) Unter dem Bilde einer Landry'schen Paralyse verlaufende Form | (3) Sporadische Form |
| (7) Ataktische Form | |
| (8) Neuritische (oder neuritisähnliche) Form | |
| (9) Abortive Form | |

節關節脫臼ヲ起スコトアリ。

ソノ他、麻痺肢ハ患兒ノ成長ト共ニ健側ニ比シテ發育遲延シ、肢ノ長徑ハ普通、短トナリ、骨組織ニモ萎縮ヲ證ス。又、麻痺部ノ皮膚ハ一般ニ萎縮シ、厥冷・チアノーゼ、發汗異常・輕度ノ浮腫ヲ見ルコト多シ。

尙、本病ニハ非定型的症狀トシテ、バンスキー氏反射ヲ證明スルコトアリ。コレハ上肢ノ麻痺セル場合ニ多ク、コノ際下肢ハ腱反射ノ通常、亢進ス。又、輕微ノ感覺鈍麻ガ來タルコトアリ。コレ等ハ炎症ガ脊髓白質ニ波及セルタメナリトス。以上記述セルハ定型的病像ニシテ、ウキヅクマン氏⁽¹⁾ノ所謂、脊髓灰白質性病型⁽²⁾ナリ。ソノ外、ハイチ・メヂン氏病ニハ種種ノ非定型的病型アリ。コレ等ハ散在型⁽³⁾ニハ非常ニ稀有ニシテ、主ニ流行時ニ見ラレ、脊髓以外ノ神經系ヲ侵セルモノナリ。即、左ノ如シ。

延髓型或ハ橋型⁽⁴⁾ニ於テハ脊髓症狀ノ外ニ、大脳神經、殊ニ一側又ハ時ニ兩側ノ顔面神經ガ侵サレ、尙、舌下神經・動眼神經・外旋神經、稀ニ舌咽神經・迷走神經等モ侵サルコトアリ。

腦炎型⁽⁵⁾ハ發熱・意識障礙・嘔吐等ニ次テ、偏癱又ハ稀ニ單癱ヲ起スモノニシテ、小兒性癱性半身麻痺又ハ腦性小兒麻痺ニ屬スルモノナリ。

尙、ウキヅクマン氏ハ右ニ型ノ外ニ、デンドリー氏麻痺ノ像ヲ以テ經過スル病型⁽⁶⁾ハ麻痺ガ進行性ヲ有シ、殊ニ屢下肢ニ始マリ、軀幹・上肢・頸部・大脳神經ノ順ニ上行スルモノニシテ、多クハ死亡ス。共同運動失調型⁽⁷⁾ハ共同運動失調ガ唯一カ又ハ主ナル症狀ヲナスモノ・神經炎型⁽⁸⁾ハ疼痛ガ著明ニシテ且、神經幹ニ壓痛アルモノ・腦膜炎型⁽⁹⁾ハ腦膜炎症狀ノ著明ニ現ルモノ・頓挫型⁽¹⁰⁾ハ發熱ソノ他ノ一般症狀ガ現ルモノニシテ麻痺ノ起ラザルモノヲ分チタリ。此等ハ本病ノ流行時カ然ラザレバ同一家族ニ同時ニ數人ノ患者ガ發生セル場合ニアラザレバ診斷シ得ザルコト多シ。

経過竝ニ豫後

生命ニ向ヒテハ一般ニ良ナリ。死亡ハ發病後四、五日後ニ來タルコト多ク、コノ際、昏睡状態ノモトニ殞ルルコトアリ。或ハ肋間筋乃至横隔膜麻痺・氣管枝肺炎ノ合併等モ亦、死因トナル。死亡率ハ散在型ニハ甚ダ小ニシテ流行時ニ多シ。即、ウキツクマン氏ニ據レバ、一二乃至一六プロセントニシテ、年長ノ小兒及ビ大人アリテハ二七・九プロセントニ達スト云フ。但、流行ニヨリテ多少ノ差違アリ。之ニ反シテ全癒率ハ散在型ニ少ナク、流行型ニ多シ。殊ニ頓挫型ハ良ナリ、ミルレル氏ハ全癒ハ少ナクトモ一五プロセントニ見、ソノ他ノ例中、多數ハ著シク回復スルモ、唯、ソノ約三分ノ一ハ重キ持續性麻痺ヲ殘スヲ見タリト云ヘリ。麻痺ガ唯、一部ノ筋群ニ來タリ、且、輕微ナルトキハ全治シ得ルモ、麻痺ガ一肢全體ニ互ルトキハ通常完全ナル恢復ハ望ミ難シ。發病後二、三週日ニ於テ感傳電氣ニ對スル反應消失セザルトキハ恢復シ得ルモ、一週間ニシテ既ニ完全性電氣變性反應ヲ呈スルモノハ持續性麻痺ニ陥ル筋ナリトス。ソノ他、固定期ニ在ル患者ハ、進行性筋萎縮症・慢性脊髓前角炎・瀰蔓性脊髓炎ノ如キ麻痺性疾患ニ對シテ素因アルモノノ如ク、後ニ至リコレ等疾患ニ罹レル例アリ。本病ニ再度罹患スルコトアリヤニ就キテハ尙、疑問ニシテ、少ナクトモ非常ニ稀有ナリトス。

病理解剖

本病ハ急性炎症性疾患ニシテ、ソノ主ナル罹患部ハ脊髓ノ前角ナリ。然レドモ炎症ノ最、盛ナル時期、即、發病ノ初期ニ於テ檢スルトキハ、炎症ガ前角ノノミ限局セズシテ、多少ニ拘ラズ、後角・隣接セル白質部及ビ軟膜ニマデ波及セルヲ見、又、場合ニヨリ脊髓根・延髓橋及ビ大脳ニモ變化ヲ見ルコトアリ。ウキツクマン氏ノ如ク、本病ヲ以テ間質性血管性機轉トナス學者ト、本病原ハ神經細胞竝ニ間質ヲ共ニ侵スト

(1) Neurophagie

考フル學者アリ。本病ノ初期、即、急性期ニ於テ脊髓ヲ檢スルトキハ、脊髓前角ハ變化著シク、高度ノ充血・血管増殖・水腫様腫脹、小出血及ビ圓形細胞浸潤アリ。コノ細胞浸潤ハ主トシテ淋巴球及ビンノ誘導細胞ヨリナルモ、少數ニハ多核白血球モ混在シ、血管周圍ニ最、多ク、尙、組織内ニモ散在ス。又、顆粒細胞ヲモ見ル。神經細胞ハ腫脹シテ核ノ像不鮮明トナリ、且、突起ヲ失ナヒ、遂ニ一部消失ス。コノ際、神經細胞喰現象¹⁾ヲ呈スルコト多シ。尙、後角及ビ隣接セル白質、ソノ部位ノ軟膜ニモ多少ニ拘ラズ、圓形細胞浸潤・充血・浮腫アリ。又、脊髓神經節・脊髓後根ニモ變化アルコトアリ。又、時トシテ延髓・橋或ハ小脳・大脳ニモ病變ヲ見ルコトアレドモ、コレ等ニ於テハ變化ガ特ニ神經核ニ優ル如キ傾向ナシ。又、脾臟竝ニ他ノ淋巴系諸組織ノ腫脹ヲ見ルコト稀ナラザレドモ、病原ノ侵入部位ニハ變化ヲ認メズ。

脊髓中、最、多ク侵サルルコト多キハ、頸髓又ハ腰髓膨大部ニシテ、一側又ハ兩側ニ來タリ、主ナル病變ハ一乃至二セシデメートルノ高サニ及フモ尙、多少ノ變化ハソノ上下若干距離ニ波及セリ。急性期ヲ經過シテ恢復期、即、退行期ニ於テハ前角ニ於ケル神經細胞ノ一部乃至全部、及ビ神經纖維ハ消失シ、充血及ビ浮腫去リ、細胞浸潤減少ス。更ニ固定期ニ於ケル陳舊ナル解剖例ニ於テハ、脊髓罹患部ノ前角ハ狭小トナリ、神經細胞及ビ神經纖維ハ消失シ、膠質組織竝ニ結締組織ニヨリ補充セラル。ソレガタメニ脊髓ノ罹患半側ハ他ノ健半側ニ比シ著明ニ小ナルヲ認メ得。患部ノ前根及ビ末梢運動神經モ亦、萎縮シ、コレニ屬スル筋肉ハ多少ニ拘ラズ細狭トナリ、或ハ又、殆、消失セルコトアリ。殘存セルトキハ帶紅灰白色乃至黃色ヲ呈ス。コレ結締組織乃至脂肪組織ノ多キニヨル。

診斷及ビ鑑別

初期ニ於ケル診斷ハ唯、本病流行時ニ於テノミナシ得。即、腦膜刺戟症狀・發汗過多・感覺過敏等ハ本病ヲ疑ハシム。特有ナル麻痺起レバ診斷確定スレドモ、非定型的ノ場合ニハ困難ナルコトアリ。

腦膜炎症狀アル場合ニ於テハ、腦膜炎殊ニ流行性腦脊髓膜炎又ハ續發性化膿性腦膜炎ト鑑別ヲ要スレドモ、腦脊髄液ノ所見ニヨリ通常區別シ得。又、筋ノ過敏・神經幹ノ壓痛・自發疼痛等アル場合ニ於テハ多發神經炎ト鑑別ヲ要スベク、殊ニ急性熱性傳染病ニ併發セル神經炎ハ注意ヲ要スレドモ、神經幹ノ壓痛又ハ腫大・感覺鈍麻ノ存在・又、麻痺ガ徐徐ニ數日ヲ費シテソノ頂點ニ達スルコト・麻痺ノ範圍ガ脊髓節或ハ根ニ一致セズシテ末梢神經分布ニ一致セルコト等ハ神經炎ニ一致ス。又、急性脊髓前角炎ノ神經炎型ハ通常流行時ニ見ラルノミ。又、同ジク流行時ニ見ラルル延髓型・橋型・腦炎型ノ如キハ流行性腦炎・ソノ他ノ腦炎・急性球麻痺等ト區別ヲ要スルコトアリ。流行性腦炎トノ區別ハ初期ニ於テハ困難ナルコトアレドモ、眼筋麻痺・運動性刺戟症狀・特有ナル嗜眠等ノ有無ニ注意スベシ。

尚、急性關節炎・骨髓炎・急性佝僂病等ガ小兒ニ來タルトキ、劇痛ノタメ當該肢ヲ動かサズ、ソレガタメニ本病ヲ疑ハシムル場合アリ。

脊髓出血モ亦、突然、弛緩性變質性麻痺ヲ起コスコトアリ。多ク分離性感覺脫失ヲ伴フモ、コレヲ缺如セル場合ニハ初期症狀ナキコト・外傷ノ直後突發セルコトニヨリ區別シ得。又、急性脊髓炎ハ小兒ニハ稀ナレドモ、散布性腦脊髄炎トシテ來タルコトアリ。若、弛緩性麻痺ノ外ニ、感覺障礙・膀胱麻痺・共同運動失調・錐體路症狀等ナキヤ、發熱竝ニ一般症狀ガ麻痺ノ後モ繼續スルコトナキヤニ注意スベシ。又、微毒ニ原由シテ本病類似ノ症狀ヲ呈スルコトアレドモ、普通大人ニ來タルモノニシテ、鑑別シ得ベシ。麻痺ガ肩部ヨリ上肢ニ來タルトキ、膊神經叢麻痺ヲ鑑別スベク、熱發

ヲ以テ始マルコト、感覺障礙ナキコトニ注意スベシ。進行性筋萎縮症・先天性筋缺損等ト鑑別ヲ要スレドモ、發病當時ノ狀況、竝ニ固定期ニ入り麻痺進行セザルコト等ニヨリ區別シ得。

豫防

最、注意ヲ要スルハ發病後四週間乃至八週間ノ間ニシテ、此間患者ヲ隔離シ、患者ノ兄弟モ亦、病原ヲ保持スルノ恐アルヲ以テ、登校ヲ禁ジ、健康兒ト遮斷スベシ。又、鼻汁・喀痰・嘔吐物・糞尿又ハ此等ノ附着セル虞アル物品モ消毒スベシ。又、患者ニ接近セルモノハ合嗽ヲ行ヒ、手指ヲ清潔ニスベシ。

此等ノ豫防法ハ流行時ニ於テ特ニ緊要ナレドモ、散發性ノ場合ト雖、怠ルベカラズ。

療法

原因的療法ハ目下、尙、確實ナルモノナシ。發病ノ始メニハ、精神的竝ニ身體的絕對安靜ヲトラセ、牀中ニ於テモ劇シキ運動ハ出來得ルダケ禁ズ。場合ニヨリ臭素劑・ルミナルナトリウム注射等ニヨリ精神ヲ鎮靜セシメ、又、甘汞下劑等ニヨリ腸誘導療法ヲ試ミ、背部罹患部位ニ吸角或ハ水蛭ヲ貼用シ、又、腦症狀或ハ腦膜症狀アレバ腰椎穿刺ヲ行フコトアレドモ、コレ等症狀ナキトキハ行ハサルヲ可トスル人アリ。又發汗療法ヲ賞揚スル人アリ。若、自然發汗多カラザレバ溫布ヲ包纏シ、熱キ飲料ヲ與ヘ、或ハ熱氣浴ヲ以テ發汗ヲ試ムルコトアリ。藥劑ハウロトロピンヲ内服又ハ靜脈注射トシテ與ヘ、又、撒里矢爾酸製劑・莨菪劑ノ内服・エルゴチン又ハアドレナリン注射ヲ賞揚スル人アリ。

發病後、通常、一、二週間ヲ經過スルトキ、麻痺筋ガ一部運動ノ回復ヲ示スニ至ルヲ以テ、ソレト共ニ徐徐ニマッサージ・電氣療法(感傳電氣ニヨリ反應シ得ル場合ニ於テハ之ヲ用ヒ、然ラザレバ平流電氣ヲ使用スベシ)、始メハ一回五分乃至三十分毎日行ヒ、後ニハ隔日トシ、五乃至八週間後ハ隔週一回トナス。竝ニ自働的運動練習ヲ開始スベク、又、溫

浴ヲ試ミ、コレ等ノ方法ヲ適宜持續シテ以テ、麻痺ノ回復ヲ助長シ、又、麻痺筋ノ萎縮・腱・關節ノ短縮・強直ヲ防ギ、又健康ナル筋ガ麻痺筋ノ作用ヲ代償シ得ル様勉ムベシ。又、コノ回復ヲ補助スルタメニストリキニーチ注射ヲ行フコトアリ。固定期ニ入り筋強剛・動搖關節等ニヨリ畸形ヲ起ストキ、截腱術・整復術・關節繃帶法・ソノ他ノ整形外科的療法ヲ試ム。

症例(著者實驗)

四〇靜 十歳 男子 學生

幼時、百日咳・麻疹・急性扁桃腺炎ヲ經過ス。兩親健存、姉十四歳健康。昭和四年八月二十七日以來輕キ鼻カタル・頭痛アリ。體溫ハ平常ナリシガ、三十一日夜、突然、體溫三十八度三分ニ上リ嘔氣アリ。翌九月一日朝、三十八度二分、扁桃腺腫脹アリ。午後便所ニ赴ク際始メテ左足ノ運動アシク、歩行不確實ナルニ氣付ク。夜三十九度、頭痛アリ、食慾無シ。九月二日、最高三十八度五分、頭痛アリ、左脚全ク麻痺ス。九月三日、左上肢モ麻痺ス、體溫三十八度前後、頭痛減少セルモ食慾ナシ。九月四日、體溫三十八度朝、右上肢倦怠感アリ。二、三時間後、右上肢モ亦、麻痺シ。九月五日、三十八度、右下肢亦、麻痺ス。九月六日體溫最高三十七度五分アリ。此日入院。意識明瞭、扁桃腺潮紅ス、左下肢及ビ左右上肢ハ

第四圖

急性性脊髄前角炎 兩手ヲ全力ヲ用ヒテ上舉セメシモ其間二撮影セルモノ(照參例症)



高度ノ麻痺ヲ示ス。筋ハ弛緩シ、他働運動ニ抵抗ナシ。右膝蓋及ビア・ピレス反射、右三頭筋腱反射弱陽性、他ハ消失ス。感覺障礙・膀胱障礙ナシ。九月七日ヨリ平溫、九月十三日ヨ

リ四肢ノ運動少シツツ回復ニ赴ク(寫眞參照)。本例ハ四肢共麻痺セルモ軀幹筋ニハ著變ナク、又、回復豫想外ニ佳良ナリキ。發熱ガ長ク持續セルハ急性扁桃腺炎ノ合併セルニヨル。

慢性及ビ亞急性脊髓前角炎 Poliomylitis anterior

chronica et subacuta.

本病ハ稀有ニシテ、原因不明ナリ。從來ノ例ニ於テハ脊髓震盪・慢性鉛中毒・微毒・糖尿病・小兒期ニ罹病セル急性脊髓性前角炎等ガ原因又ハ誘因トシテ舉ゲラル、又、家族的ニ發生セル場合アリ。

症狀

主ナル症狀ハ弛緩性變質性麻痺ニシテ、最初、下肢又ハ上肢ノ筋又ハ筋簇ニ筋力衰弱感ニ續キテ運動不全麻痺ガ起リ、數週ノ間ニ麻痺ガ漸次高度トナル。カカル運動障礙ハ漸次、他ノ下肢又ハ上肢ニ蔓延シ、數週乃至數ヶ月ノ間ニ、四肢ノ一、二、三又ハ全部ガ全ク麻痺スルニ至ル。コノ麻痺ハ筋又ハ筋簇ニヨリ、程度ニ相違アリ、從ツテ拮抗筋作用ニヨリ筋拘攣ガ起ルコトアリ。麻痺筋ハ萎縮羸瘦シ、殆、常ニ纖維性搖蕩アリ。又、電氣變質反應ヲ證明ス。麻痺部ノ腱反射・骨膜反射ハ通例、減弱乃至消失スレドモ、稀ニハ亢進スルコトアリ。又、患者ニ輕度ノ痲麻質斯性疼痛アルコトアリ。

經過

上述ノ如キ萎縮性筋麻痺ガ、漸次一肢乃至四肢ニ蔓延セル後、停止シ、或ハ漸次輕快シ、數ヶ月ノ後、完全又ハ不全治癒ニ至ル。或ハ麻痺ノ進行止マズシテ、數ヶ月乃至二、三年ノ間ニ、四肢ヨリ更ニ軀幹・頸部等ヲ侵シ、球麻痺症狀ヲ合併シ、窒息ニヨリ、又ハ氣管枝カタル・肺炎等ノ併發ニヨリテ死亡スルコトアリ。

病理解剖

罹患部ノ脊髄前角ハ萎縮シ、ソノ神經細胞及ビ神經纖維ハ消失ス。又、多クハ灰白質附近、殊ニ前側索ニ少數ノ神經纖維ノ消失又ハ膠質ノ斑點狀増殖ヲ見ル。前根末梢神經及ビ筋肉ニハ續發變性アリ。尙、運動性大脳神經核ニモ同様ノ萎縮アルコトアリ。又、時トシテ血管壁肥厚・血管周圍ノ細胞浸潤ヲ見ル。

鑑別

本病ハ脊髄性進行性筋萎縮症ニ極メテヨク類似ス。然レドモ、本病ニ於テハ筋麻痺ガ筋萎縮ニ先ダテテ現ハレ、又、個個ノ筋又ハ筋束ヲ順次ニ侵スコトナク、寧、二、三ノ筋又ハ多クノ筋簇ヲ同時ニ、且、時ニ發作的ニ侵ス傾向アリ。經過モ亦、カクノ如ク緩慢ナラズ。又、豫後ニモ相違アレドモ、兩疾患ノ鑑別ハ時トシテ困難ニシテ嚴密ニ區別シ難シ。尙、本病ハ末梢神經麻痺・脊髄空洞症・筋萎縮性側索硬化等ト類似スルコトアレドモ、感覺障礙・共働運動失調・ババンスキー又ハメンデル氏反射ノ缺如ニヨリ鑑別シ得。

療法

筋ノ過勞ヲ避ケ、電氣療法・マッサージ及ビ運動練習法ヲ注意シツツ緩和ニ施行スベシ。

脊髄膿瘍(化膿性脊髄炎)

Rückenmarkabszess (Purulente Rückenmarksentzündung)

本病ハ潰瘍性心臟内膜炎・腐敗性氣管枝炎・膀胱カタル・淋疾・化膿性攝護腺炎等ヨリ轉移性續發的ニ起リ、或ハ脊髄外傷ノ傳染、又ハ隣接組織ノ炎症ノ傳播等ニヨリ發シ、腦膿瘍ニ比シ遙カニ稀有ナル疾患ナリ。病竈ハ上部頸髓ニ來タルコト最、多ク、尙、胸髓・脊髄圓錐等ニ來タレル例アリ。通常、灰白質ヲ侵シ、好ンテ後角内ニ擴大ス。膿瘍ハ一個乃至多數ニシテ、屢、化膿性脊髄膜炎ヲ合併シ、又、腦膿瘍ヲ合併スルコトアリ。膿腔中ニハ連鎖狀球菌・葡萄狀球菌・雙球菌ノ如キ細菌ヲ證明シ得ルコトト、陰性ノ場合トアリ。

症狀

本病ノ症狀ハ原因タル他ノ臟器ノ炎症又ハ腦膿瘍ノ如キ合併症ノ症狀ガ重篤ナルタメニ被ハレ、不分明ニ終ルコト少ナカラス。若、脊髄病竈ノ症狀明白ニ現ハルル場合ニ於テハ、最初、脊痛・神經痛、又ハ脊柱強直ノ如キ脊髄膜刺戟症狀ガ數時間乃至數日間現ハレタル後、急劇ニ横斷性脊髄炎ノ症狀、即、下半身ノ運動性及ビ感覺麻痺・膀胱直腸障礙ガ起ル。尙、發熱・惡寒又ハ戰慄又ハ體溫下降・食慾缺損、ソノ他ノ一般障礙アリ。運動麻痺ハ通常、弛緩性ニシテ下肢ニ來タリ、腱反射ハ消失ス。ソノ外、眼球後外視神經炎ノ合併セル例アリ。

本病ハ進行ト共ニ症狀上部ニ向ヒ擴張シ、急性上行性脊髄炎ノ像ヲ呈スルコトアリ。通常、數日中ニ死亡スレドモ、稀ニ數週乃至一、二ヶ月ニ互レルコトアリ。豫後常ニ不良トス。

診断

他ノ臓器又ハ隣接組織ニ化膿病竈ヲ證明シ得レバナシ得レドモ、通常困難ナリ。急性脊髓炎・化膿性外脊髄硬腦膜炎トノ鑑別ハ殊ニ容易ナラズ。

療法

通常、對症的二過ギズ。

脊髓ノ眞性微毒疾患

脊髓微毒・慢性微毒性脊髄膜炎

Echt-syphilitische Erkrankungen des Rückenmarks.

Rückenmarkssyphilis (Lues spinalis), Meningitis

spinalis chronica syphilitica.

(1) Meta-oder Parasyphilis

中樞神經系統ノ微毒性疾患ハ大別シテ二トス。一ハ所謂、後期微毒、或ハ變形微毒ニヨルモノニシテ、脊髄ニハ脊髄癆トシテ現ハル。他ハスピロベータ・パリダノ直接ノ作用ニヨリ起リ、護膜腫性新生物ヲ生ズルモノニシテ、前者ニ對シテ眞性微毒性疾患トシテ區別ス。尙、脊髄ノ眞性微毒ハ屢、腦ノソレト合併シ、腦脊髄微毒トシテ來タル。又、後期微毒ト合併スルコトハ稀ナリ。

原因

スピロベータ・パリダニ因ルモノニシテ、通常、微毒ノ第二期ニ來タル。微毒ノ第一期並ニ第二期、殊ニ後者ニ於テ既ニ腦脊髄液ニ細胞及ビ蛋白質ノ増加ノ如キ病變ヲ過半數ニ於テ證明スレドモ、此變化ハ一般的傳染ニヨル腦脊髄膜炎ノ刺戟症狀ニシテ、他ニ神經症狀ヲ呈スルコトナシ。

脊髄微毒ハ微毒感染後、二年乃至五年位ノ後、發病スルコト最、多キモ、早キハ數ヶ月、遅キハ二十年以上ニ亙ル、從ツテ年齢モ二十歳代ヨリ四十歳代迄ノ間、殊ニ四十歳前後ニ最、多ク罹患ス。ソノ他、先天性微毒モ原因トナリ、生後間モナク、或ハ後年ニ至リ發病スルコトアリ。感冒・頭部又ハ背部ノ外傷・急性傳染病・精神過勞等ガ誘因ヲナスコトアリ。又、サルウルサン注射ニヨリ所謂、神經再發トシテ發病スルコトアリ。

病理解剖

脊髄微毒ハ微毒性護膜腫性脊髄膜炎トシテ來タルコト最、多ク、之ニ次グハ血管壁ヨリ發病スル場合ニシテ、單ニ限局性護膜腫ヲ形成スルコトハ甚、稀ナリ。此等ハ又、互ニ相合併シテ來タリ得レドモ、ソノ何レカガ主ナル變化ヲナスニヨリ病型ヲ分ツ。

微毒性(又ハ護膜腫性)脊髄膜炎ハ最、多キ病型ニシテ、脊髄軟膜又ハ稀ニ硬膜ノ内面ヨリ發生シ、脊髄根ヲ侵ス外、脊髄實質中ニモ侵入スルヲ以テ微毒性又ハ護膜腫性脊髄膜炎ノ像ヲ呈スルコト多シ。脊髄炎ハ血管ニ富メル肉芽組織ノ發生ニヨリ廣キ範圍ニ亙リ、所所不規則不平等ニ肥厚シ、甚シキハ數ミリメートルニ及フ。又、所ニヨリ限局性護膜腫ヲ形成セルコトアリ。變化ハ脊髄ノ後面ニ於テ殊ニ甚ダシク、脊髄膜ハ互ニ癒著シ、又脊髄根殊ニ後根ノ一部ヲ新生物中ニ包裹シ、タメニ根ハ浸潤セラレ萎縮ス。脊髄實質ノ病變ハ軟膜ニ接スル部分ニ著シク、或ル場所ハソノ邊緣部ニ僅微變化ヲ見ルモ、他ノ部位ニ於テハ新生組織ガ所楔形ヲナシテ脊髄邊緣部ヨリソノ内部ニ向

- (1) Neurorezidive
- (2) Meningomyelitis syphilitica

ヒ、或ハ深く、或ハ淺ク侵入シ、神經組織ヲ炎症・萎縮ニ陥ラシメ、或ハ一部破壊セラレテ膠質組織ノ増殖ヲ見ル。此ノ如キ變化ハ後索ニ殊ニ甚ダシ。脊髓及ビ脊髓膜ノ血管ニモ亦、通常變化アリ。コレハ微毒性動脈内膜炎ニシテ、肉芽組織ニヨリ、ソノ壁ハ肥厚シ、ソノ管腔ハ閉鎖シ、或ハ血栓形成セラレ、タメニ神經組織ニ軟化、稀ニ出血ヲ見ル。脊髓中、最、多ク侵サレ易キハ胸髓ニシテ、胸部・腰部・腰髓之レニ次ギ、頸髓ハ稀ナリ。尚、脊髓圓錐體又ハ馬尾神經ニ來タル場合アリ。病竈ノ脊髓縱軸ニ於ケル廣サハ種種ナレドモ、多クハ廣汎ナリ。新生物ノ所見ハ微毒ニ特異ノ變化ニシテスピロベータ・パリダラ證明ス。

右ニ記述セル脊髓膜炎性病型ノ外、稀ニハ汎發性播種性脊髓炎⁽¹⁾又ハ脊髓灰白質炎トシテ來タル。コレ等ハ脊髓小血管ノ微毒性動脈内膜炎ニ基ツクモノニシテ、脊髓實質ノ軟化ヲ招來ス。又、上述ノ諸變化ハ比較的輕度ニシテ多數ノ護膜腫形成ヲ見ルコトアリ。尚、又、孤在性護膜腫及ビ脊髓根ニ限局スル護膜腫性神經炎ガ來タルコトアレドモ甚、稀ナリ。

【症狀】

本病ノ病像ハ病變ノ廣狹及ビ場所ニヨリ大ナル相違アレドモ、微毒性脊髓膜炎(殊ニ頸髓)ノ像ヲ以テ來タルコト最、多キヲ以テ、ソノ症狀ヲ最初ニ述ベシ。然レドモ、此場合ニ於テモ病變ノ輕重・蔓延ノ大小・脊髓膜・脊髓及ビ根ノ侵サルル程度ニヨリ、症狀ニ著シキ差違アリ。

脊髓膜炎ニ殊ニ發病ノ初メニ來タル。項部・肩部・背部・薦骨部、稀ニ四肢ニ放散スル種種ノ程度ノ疼痛ニシテ、時トシテ夜中甚ダシ、時時、感覺過敏ヲ伴フ。

脊髓根ノ症狀モ亦、後根ノ障礙ニヨル疼痛ヲ多シトシ、ソノ分布域ニ相當シテ或ハ輕微ノ、或ハ劇烈ナル帶狀疼痛若

- (1) Meningitis cerebrospinalis syphilitica
- (2) Lues cerebrospinalis
- (3) Syphilitische spastische Spinalparalyse (Erb)

シクハ四肢ニ於ケル神經痛様疼痛、又ハ感覺異常・感覺過敏ガ來タレドモ、コレヲ缺如ニル場合アリ。前根ノ症候トシテ軀幹又ハ四肢ノ筋群ノ一部ニ弛緩性萎縮性麻痺ヲ見ルコトアリ。

脊髓實質ノ症狀ハ最初ヨリ來タルコト、後ニ至リ徐徐ニ始マル場合トアリ。多クハ下半身ニ不規則ニ蔓延セル感覺障礙竝ニ痙性下半身麻痺ニシテ、障礙ノ程度ハ通常、左右同様ナラズ。又、稀ニブロン・セカール氏半側截斷ノ像ヲ呈ス。又、頸部ニ病竈アレバ上肢モ侵サル。ババンスキ―・メンデル氏等ノ病的反射・膝又ハ足搖擗ハ通常、著明ナリ。膀胱・直腸障礙モ亦、多少ニ拘ラズ發呈ス。感覺障礙ハ、感覺異常又ハ鈍麻ニシテ、脫失ハ稀ナリ。共同運動失調モ亦、來タル。

急性・亞急性、又ハ慢性微毒性脊髓炎ノ像ヲ呈スルコトモ亦、稀有ニアラズ。コノ病型ニアリテハ脊髓膜竝ニ根ノ症狀著明ナラズ。初メヨリ脊髓麻痺ノ症狀ヲ以テ現ハルモノニシテ、コノ病型モ亦、胸髓ヲ侵スコト多シ。通常、徐徐ニ發病シ、二、三週乃至一、二ヶ月ノ間ニ下半身麻痺ヲ呈スレドモ、時トシテ急發シ、數日ノ間ニ重キ下半身麻痺ニマテ増進スルコトアリ。麻痺ハ通常、痙性ナレドモ、病狀ハ場合ニヨリ種種差違アリ。又、左右不均等ニ侵サルコト多シ。

腦微毒ノ症狀殊ニ眼筋麻痺・頭痛・腦性半身麻痺・瞳孔強直等ヲ合併スルコト甚、屢、ナリ。即、屢、微毒性腦脊髓膜炎⁽¹⁾又ハ腦脊髓微毒⁽²⁾トシテ來タル。腦微毒ノ合併ハ上記ノ諸病型ニ多キモ、後述ノ他ノ病型ニモ見ラル。又、腦ノ罹患ガ脊髓ノソレヨリモ高度ナル場合アルハ固ヨリナリトス。

脊髓微毒ノ稀有ナル病像ノ一トシテ、エルブ氏ノ記載セル微毒性痙性脊髓麻痺⁽³⁾アリ。コレハ若年男子ニ見ルコト多ク、兩下肢ノ不全麻痺ニシテ、下肢腱反射ハ強ク亢進シ、足搖擗・膝蓋搖擗アリ、ババンスキ―・メンデル氏等ノ病的反射ヲ證明シ、步行ハ痙性麻痺性ナリ。膀胱障礙及ビ感覺鈍麻モ通常存在スレドモ、比較的輕微ナリ。此等ノ

- (1) Kombinierte Systemerkrankung
- (2) Pseudotabes syphilitica (Oppenheim)
- (3) Dissoziierte Empfindungslähmung

症狀ハ徐徐ニ發シ、慢性ニ經過シ、數年、十數年ニ互ルコトアリ。又、加療ニヨリ停止シ、或ハ輕快スルコトアリ。コノ微毒性癱性脊髓麻痺ハ病變ガ胸髓、殊ニソノ側索ヲ侵セル場合ニ見ル。又、ノンチ氏等ニヨレバ、錐體路・小腦側索路及ビゴル氏索ノ聯合系統疾患⁽¹⁾ニ基ツクコトアリテ、コノ系統變質ハ所謂、後期微毒ノ如キ毒素作用ナリトノ説アリ。病變ガ後索及ビ後根ヲ主トシテ侵ストキ、ウエストプーニル氏症狀(膝蓋腱反射消失)・共同運動失調・感覺鈍麻・電擊様疼痛・膀胱障碍等ノ如キ脊髓癱ノ症狀ガ主要ノ症狀ヲナスコトハラツペンハイム氏ノ始メテ記載セルトコロニシテ、微毒性擬似脊髓癱⁽²⁾ト稱ス。此際、瞳孔強直・眼筋麻痺ノ如キ腦症狀ヲモ合併スルコトアリ。尙、注意スベキハ眞性ノ脊髓癱ガ脊髓微毒ト合併シテ來タル場合アルコトナリトス。

ソノ外、稀有ノ例トシテハ上述ノ如クブローン・セカール氏半側截斷ノ像ヲ呈シ、或ハ脊髓前角炎、或ハ多發硬化症、或ハ筋萎縮性側索硬化症、或ハ脊髓空洞症ニ類似ノ症狀ヲ呈スルコトアリ。又、病變ガ頸髓上部ニアルトキハ、四肢ノ痙性麻痺・副神經領域ニ於ケル萎縮性麻痺・三叉神經領域ノ分離性感覺麻痺⁽³⁾ノ如キ症狀ヲ以テ肥厚性頸部硬腦膜炎ノ病像ヲ呈スルコトアリ。

又、本病ガ馬尾神經ノ周圍ニ於ケル脊髓膜ヲ侵ストキハ、薦骨髓神經ノ領域、即、膀胱直腸・會陰部・生殖器等ニ放散スル疼痛、此等部位ノ感覺脫失及ビ膀胱直腸麻痺・勃起不能ヲ見ル。又、類似ノ症狀ヲ以テ脊髓圓錐ヲ侵スコトアリ。

經過

多クハ頗、慢性ニシテ、徐徐ニ發病シ、數ヶ月乃至年餘ニ互リ徐徐ニ進行シ、ソノ間、病勢ニ弛張アリテ、全經過ガ數年乃至稀二十年・二十年ニ互ル如キ慢性型ヲ多シトスレドモ、稀ニ一・三週間乃至一・二ヶ月ノ間ニ速カニ病勢進

行スルコトアリ。尙、突然發病シ、僅カニ數日ノ間ニ重キ脊髓症狀ヲ呈スル場合アレドモ、此ノ如キハ甚、稀ナリ。

本病ハ上述ノ如ク、ソノ經過中、屢、弛張アリテ、ソノ一・二ノ症狀、或ハ大部分ノ症狀ガ自然ニ輕快シ、又、増進スルコトアリ。タトヘバ下肢ノ麻痺ガ突然起リ、又、若干時日ノ後、再、消失シ、或ハ復、現ハルルコトアリ。ソノ他、感覺障碍・腱反射ノ如キモ動搖シ易シ。然レドモ、此ノ如キ症狀ノ弛張ハ常ニ顯著ナルニハアラズ。

豫後

成ルベク早く、十分ニ驅微療法ヲ施コスホド良好ナリ。然レドモ完全治癒ハ稀ニシテ、多クハ多少ニ拘ラズ、下肢ノ痙性麻痺・膀胱障碍ノ如キ墜廢症狀ヲ遺留ス。コレ破壊セラレタル神經實質ハ恢復セザルニヨルモノニシテ、殊ニ軟化竈アル場合ハ恢復、最、惡シ。コレニ反シテ脊髓膜又ハ根ノ症狀ガ主ニシテ、脊髓症狀ノ少ナキホド輕快ノ希望大ナリ。又、脊髓症狀著明ナル場合ニ於テモ發病後、經過、尙、短カキトキハ輕快シ得ルコトアレドモ、既ニ月餘ヲ經過シ、二次的變質ヲ起セル如キ場合ニ於テハ、ソノ望ミ少ナシ。又、稀ニ總テノ驅微療法ガ殆、無效ナル場合アリ。

一旦輕快又ハ治癒スルモ、再、増悪又ハ再發スルコト稀ナラズ。死ノ轉歸ハ膀胱炎・腎孟炎・褥瘡ニ基ツク敗血症ノ併發・腦軟化症ノ如キ腦症又ハ麻痺性癱呆・脊髓癱ノ合併等ニヨル。又、先天性微毒ニ因ル場合ハ後天性ノモノニ比シテ豫後不良ナリ。

診斷及ビ鑑別

本病患者ノ既往症ニ於テ、微毒感染ナキモノ少ナカラズ、殊ニ女子ニ然リ。又、身體ニソノ遺殘症ヲ證明シ得ル場合モ甚、少ナシ。此等ノ場合ニ於テ腦脊髓液ノ検査ハ疾患ノ微毒性ヲ決定スル補助トナル。殊ニノンチ氏四反應⁽⁴⁾ハ最重要ナリ。ソノ陽性率ハ人々ノ統計報告區々ナレドモ、ノンチ氏ニヨレバ腦脊髓微毒患者ニ於テ、腦脊髓液ノワツ

- (1) Phase I der Nonne-Apeltchen Reaktion
- (2) Langesche Goldreaktion
- (3) Pandysche Reaktion
- (4) Emanuelsche Mastixreaktion

セルマン氏反應ハ原法ニ於テ約一〇プロセント、稍、大量ノ液ヲ使用スルトキ殆、常ニ陽性、ノンチ・アペルト氏反應、第一相⁽¹⁾及ビ淋巴球増加ハ殆、常ニ陽性ニシテ、血清ノワツセルマン氏反應ハ八〇乃至九〇プロセント陽性ナリト。然レドモ、此陽性率ハ稍、多キニ過ク。ワツセルマン氏反應ハ急性ノ場合ノ方、慢性ノ場合ニ比シ陽性ナルコト多シ。此四反應ノ外、デング氏金膠様反應⁽²⁾、バンデー氏反應⁽³⁾、エマヌエル氏乳香反應⁽⁴⁾、ワイビプロート氏昇汞反應等モ亦、屢、陽性ニシテ、診斷ノ一助トナル。又、腦脊髓液ノ壓モ稍、高キコトアリ。

右ニ述ベタル諸徵候ノ外、症狀竝ニ經過ガ不安定ニシテ變化アリ、弛張アルコト、脊髓ノ諸所ニ病變ノ存在スル如キ症狀ヲ呈スルコト、個個ノ症狀多クハ不全性ナルコト等ニ特ニ注意ヲ要ス。疑ハシキ場合ニ於テ驅微療法ヲ開始スベク、奏效著明ナルトキハ微毒性ニ一致ス。

本病ガ定型のニシテ、屢、脊髓膜乃至根ノ症狀アリ。或ハ尙、腦症狀ヲ合併セル場合ニハ鑑別ノ必要ナキコト多シ。脊椎カリエスニヨル壓迫脊髓炎・脊髓腫瘍ノ如キハ通常、慢性横斷性脊髓炎ノ病型ヲ以テ來タリ、前者ニアリテハ尙、劇シキ疼痛、初期ニ於ケルブローン・セカール氏半側截斷症狀等ニヨリ區別シ得。多發硬化症ト類似スルコトアレドモ、此疾患ハ本邦ニ殆、無ク、又、脊髓膜及ビ根症狀ヲ缺ク。脊髓又ハ脊髓膜ノ汎發的肉腫形成又ハ癌轉移トハ症狀ノ弛張變動・驅微療法ノ效果ニヨリ區別スベシ。尙、種種ノ稀有ナル非定型性ノ場合モ亦、然リ。又、本病ガ比較的急發スルトキハ、急性又ハ亞急性性脊髓炎ト鑑別ヲ要スルコトアリ。脊髓微毒ニ於テハ合併症ニ因ラザル發熱ハ例外ナリ。

療法

出來ルダケ早く、驅微療法ヲ開始シ、之ヲ十分ニ遂行スベシ。最初、沃度加里ノ内服(一日一グラムヨリ始メ、漸次増量

シテ二グラム前後ニ至リ持續)・水銀軟膏ノ塗擦(一回二グラム半乃至三グラム)ニ鹽剝溶液、ソノ他ノ十分ナル含嗽ヲ併用シ、之ヲ十週間乃至十二週續行スルモノニシテ、之ニヨリ多クハ十分ノ效果ヲ得レドモ輕快ヲ促進シ、且、十分ナラシムルタメニ、**ネオサルゲルサン**又ハソノ誘導體ノ靜脈内注射ヲ併用ス。コノ注射ハ神經再發症ヲ避クルタメニ水銀療法ヲ一、二週間乃至三、四週間行ヒタル後、開始ヲ可トスルモ、**サルゲルサン**類ハ水銀劑ニ比シテ一般ニ副作用多キヲ忘ルベカラズ。又、本病ノ場合ニ於テハ特ニ缺クベカラザルモノニアラズ。然レドモ、若、之ヲ使用セントセバ、最初ソノ一號ヨリ始メ〇・六グラムニ至リテ續行シ、全量四乃至五グラムニ達スルヲ得。又、水銀劑モ效ナク、**サルゲルサン**モ亦、奏效セザルコト無キニアラズ、沃度劑ハ沃度ナトリウム、**サヨチン**、**ヨチピン**ノ類モ用ヒラルルモ、沃度加里ニ劣ル。又、水銀劑ハ注射ニヨルモ不可ナク、却、之ヲ優ルトナス人アレドモ、灰白軟膏塗擦ハ古來殊ニ賞用セラル。近來、銀サルゲルサン及ビ蒼鉛劑ノ注射モ應用セラル、殊ニ後者ハ水銀劑・砒素劑ノ適セザル場合ニ試用ノ價値アリ。

驅微療法ハ數ヶ月後、再、繰返シ行フベシ。若、ソレヨリ早く再發、又ハ増進ノ徵候アルトキハ、更ニ早く再始スベシ。カクシテ、全治、又、輕快シテ遂ニ病勢停止スルニ至ルトモ、爾後少ナクトモ、數年間ハ一年一回驅微療法ヲ行ヒ、再發ヲ防止スベシ。

尙、水銀劑・砒素劑等ガ驅微療法ニ奏效セザルトキハ微溫浴・溫浴・硫黃溫泉・南海地方ヘノ轉地等ヲ試ミ、驅微療法ヲ施コストキ始メテ效アルコトアリ。ソノ他、一般的注意トシテ、身體精神ヲ安靜ニシ、感冒・外傷・房事過度・飲酒ノ如キヲ避クベシ。尙、脊髓ノ平流電氣療法・麻痺筋ノマツサチ・感傳若シクハ平流電氣療法・輕快期ニ於ケル適度ノ運動練習等ヲ併用スベシ。

外科的療法ハ護膜腫ガ腫瘍ヲ作り、又ハ胼胝形成ニヨリ、或ハ脊髓膜ノ癒著ニヨリ壓迫作用ヲナセルトキ行ハレタル

例アレドモ、成績良好ナルコト少ナク、或ハ死亡セル例アリ。尙、一般ニ廣ク行ハルルニ至ラズ。

多發性脊髓硬化症 Sclerosis multiplex cerebrosplanialis (Multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks)

Disseminated Sclerosis, Sclerose en plaques.

原因

本病ノ原因ハ現今、尙、不明ナリ。然レドモ、近年コレヲ外的傳染毒、又ハ傳染性微生物ニ歸セントスルモノ、漸次多キヲ加フ。既ニ一千九百十三年、プロツク氏⁽¹⁾ハ患者ノ脊髓液ヲ家兔ニ皮下注射シ、四肢ノ麻痺ヲ起シ、且、本病類似ノ變化ヲ脊髓ニ見出セルコトヲ報告シ、その後、同様ノ動物試験ニ成功セルモノアリ。又、ジーマルザン⁽²⁾、スタイヤ⁽³⁾及、ビクーン⁽⁴⁾諸氏ハ病竈ノ染色標本ニヨリ、又ハ動物試験ニヨリテ一種ノスピロベータ⁽⁵⁾ヲ以テ本病ノ病原體ナリト報告セシモ、陰性ノ結果ニ終レルコトヲ報告セル學者モ少ナカラズ、尙、一般ニ認メラルルモノナシ。

從來、本病ノ原因ヲ以テ先天性異常素質ノ如キ内的原因トナセル學者等アリ。之ニ反シテ、又、外的原因ヲ考フル人アリ。即、マリ⁽⁶⁾、オツペン⁽⁶⁾、ハイム⁽⁶⁾諸氏等ハ腸室扶斯・猩紅熱・麻疹・インフルエンザノ如キ急性傳染病ガ原因トナルコトアリトセリ。然レドモ、本病ガ急性傳染病ニ併發スル場合ハ、決シテ多數ニアラズ。ソノ外、感冒・結核・種種ノ慢性中毒・外傷ヲ以テ原因ト做セル人アリ。然レドモコレ等ハ誘因タルニ過ギザルコトアルベシ。精神感動・身體過勞・妊娠・産褥ノ如キモ同様誘因トナリ、又ハ本病ノ經過ヲ増悪セシムルコトアリ。

- (1) Bullock
- (2) Siemerling
- (3) Steiner
- (4) Kuhn
- (5) Marie
- (6) Oppenheim

本病ハ稀ニ家族的又ハ遺傳的ニ來タレドモ、神經病性又ハ精神病性素因ハ本病ニ在リテハ重要ノ條件ナラズ。

本病ハ歐羅巴ニ於テハ、器質性腦脊髄疾患中、最、多數ニ見ルトコロノ疾病ノ一ナレドモ、本邦及ビ支那ニ於テハ非常ニ稀有ナリ。本邦ニ於テハ本病ノ有無ニ就キテ尙、疑惑ヲ抱ケル學者少ナカラズ。然レドモ、近年、村山浩一・藤尾良恭・朴聲行ノ諸氏ハ各一例、又、淺山忠愛氏ハ五例ヲ報告セリ。三浦謹之助氏ハ臨牀上類似ノ患者ヲ見タルコトアレドモ、剖見上、之ヲ證明セシ例ニ接セズト云ヘリ、著者モ亦、經驗ナシ。

本病ハ大多數ハ二十歳及ビ四十歳ノ間ニ見ル。四、五十歳又ハソレ以後ハ稀ナリ。幼年乃至十歳代ノ少年ニ見ルコトハ例外トセラル。

男女ニ差違ナク、職業トノ關係著明ナラズ。都會ニ多シトナス人、又、コレヲ否定スル人アリ。

症状

本病ハ極メテ徐徐ニ發病シ、多クハ慢性ノ經過ヲ取り、ソノ症状ハ頗、複雑多樣ナレドモ、疾患ノ最頂期ニ於テ最屢、遭遇スル症状ハ下半身痙性不全麻痺・特有ノ震顫・視力障碍・眼筋麻痺・眼球震盪症・輕キ頭痛・卒倒又ハ眩暈發作・下肢ノ疼痛、パレステジ⁽⁷⁾・特有ノ言語障碍・膀胱障碍等ナリ。

本病ハ脊髓症状、殊ニ一側又ハ兩側ノ下肢ニ於ケル痙性不全麻痺ヲ以テ始マルコト、最、多キモ、又、稀ニ視力障碍・頭痛・眩暈發作・癲癇様發作ノ如キ脳症状、又ハソノ一、二、例之、視神經萎縮、又ハ眩暈發作・震顫ノ如キ症状、又、甚、稀ニハ延髓症狀ヲ以テ發病ス。初期症状ノ持續期間ハ種種ニシテ、下肢不全麻痺ノミガ數ヶ月・數年ニ互ルコトアリ。

次ニ個個ノ症状ニツキ詳述スベシ。

- (1) Babinski
- (2) Oppenheim
- (3) Finkelnburg

- (4) Intentionzittern
- (5) Schutze
- (6) Bewegungszittern
- (7) Wackeln
- (8) Einstellungsnystagmus
- (9) Kunn

運動障礙。下肢ノ異常ナル疲勞、竝ニ筋衰弱感ヲ以テ始マリ、漸次、下肢ノ痙性運動麻痺ヲ起シ來タル。腱反射ハ亢進シ、屢、膝蓋及ビ足搖擗アリ。殆、常ニバ、バンスキー氏⁽¹⁾反射、時ニ尙、オツペンハイム氏⁽²⁾病的反射ヲ認ム。筋強直・受動運動ニ對スル抵抗著明ナリ。然レドモ、稀ニ弛緩麻痺ヲ呈スルコトアリ。兩下肢障礙ノ程度ハ必ズシモ同一ナラズ。初メハ一側ニ止マルコトスラアリ、多クハ不全麻痺ナレドモ、時時、一時的ニ完全麻痺ニ陥ルコトアリ。末期ニ至レバ持續的ニ全ク麻痺ス。又、時ニ筋拘攣ヲ見ル。歩行ハ多ク痙性麻痺性ナレドモ、小腦性又ハ脊髓性ヲタキシー、震顫ガ加ハルトキハ歩行不確實・運動失調性トナリ、蹣跚トシテ轉倒ノ虞アリ。

上肢ハ稀ニ痙性麻痺ヲ呈スレドモ、筋衰弱感ニ止マルコト多シ。尙、フォンケルンブルヒ氏⁽³⁾ハ腹筋ノ不全麻痺ヲ多ク見、診斷的價値アリトセリ。震顫ハ頭及ビ軀幹ニ自動的運動ニ際シテノミ現ハレ、靜止時ニハ現ハレズ、稀ニ反射運動及ビ共動運動ニ震顫ヲ伴ナフ。コノ震顫ハ震幅可ナリ大ニシテ、不規則・比較的徐徐ニ動ク(毎秒四乃至六回)。コノ震顫ハ殊ニ軀幹及ビ四肢ノ大ナル筋ニ現ハレ、タメニ四肢・頭部又ハ軀幹ノ全體ガ震顫ス。就中、上肢及ビ頭部ニ著明ナリ、稀ニ兩側又ハ一側ノ下肢ニ來タル。又、顏筋及ビ頸筋ニ見ルコトアリ。コレ等ノ震顫ハソノ性質上、企動震顫⁽⁴⁾ト稱スルハ不確實ニシテ、ハツツ氏⁽⁵⁾ハ運動震顫ト命名シ、オツペンハイム氏ハ動搖ト稱スベシト云ヘリ。コノ震顫ハ運動麻痺ト併行セズ、麻痺輕キモ震顫ハ高度ナルコトアリ、一般ニ固有ノ震顫ハ晚期ニ著明ナリ。

眼球震顫ハ屢、見ラル。主トシテ水平性又ハ廻轉性、稀ニ垂直性震顫ナリ。又、眼球ノ内轉ニ當リテ搖擗ヲ生ズルコト稀ニコレアリ。定位震顫⁽⁶⁾トハクン氏⁽⁷⁾ノ記載セルモノニシテ眼球固定時ニ起ル。

視神經症狀。本例ノ約半數ニ於テ眼底ノ乳頭ニ變化ヲ見ル。コレハ部分的視神經萎縮ニシテ、ソノ一部、殊ニ視神經乳頭ノ顫顫側半分ガ褪色セルヲ見ル。又、乳頭ハ時ニ白色ニ褪色スレドモ、通常、視神經ハ完全ナル萎縮ヲ來タサ

(1) Scandierende Sprache

ズ甚、稀ニ鬱血乳頭ヲ見ル。コレ等ノ變化ハ一側ノ眼球ニ起リ、又、兩側ニ來タルトキハ一側ニ著明ナリ。時ニ萎縮ニ先ダチ神經炎性變化ヲ見ル。視神經障礙ハ多クハ本病ノ初期ニ現ハレ、時トシテ數年乃至十數年、或ハソレ以上モ他ノ症狀ニ先發ス。ソノ障礙ハ普通、眼底ノ變化ニ一致スレドモ、然ラザル場合モアリ。而シテ或ハ中心視力ノ減退、又ハ一時性盲目ヲ起シ、或ハ視野ノ不規則ナル狹小、或ハ中心暗點ヲ生ジ、全クノ色盲ニ陥ルコトアリ。コレ等ノ視力障礙ハ長ク殘存スルコトアレドモ、又、輕快シ、或ハ再、増悪スルコトアリ、一側又ハ兩側ニ來タル。

言語障礙。初期ニ於テ既ニ屢、言語緩徐ヲ認ム。疾病ノ進行ト共ニ一層緩徐トナリ、言語ノ綴リハ間隔ヲ以テ相離ルルガ故ニ、コレヲ分節言語或ハ斷綴言語⁽⁸⁾ト云フ。

卒中樣及ビ癲癇樣發作。稀ニ本病ノ經過中、失神發作又ハ眩暈發作ヲ起シ、タメニ半身又ハ一肢ノ運動又ハ感覺麻痺ヲ殘スコトアリ。然レドモ、コノ麻痺ハ多クハ數日乃至數週中ニ消失ス。又、發熱ヲ伴フ癲癇發作・小癲癇ニ類似ノ發作・部分的痙攣發作等ノ起ルコトアリ。

一般的腦症狀。輕キ頭痛及ビ眩暈ハ屢、コレアリ。眩暈ハ廻轉性眩暈ニシテ、多ク發作性ニ來タリ、強烈ナルタメニ倒ルルコトアリ。劇シキ頭痛ハ稀ナリ。

精神及ビ智力モ屢、侵サレ、無關心・痴鈍トナリ、記憶力減退ス。然レドモ高度ノ精神障礙・錯覺・幻覺・妄想及ビ譫妄ハ甚、稀有ナリ。強迫失笑・強迫啼泣ハ屢、來タル。

眼筋・瞳孔及ビ延髓症狀。屢、眼筋麻痺起リ、一時的又ハ持續的トナリ、又、瞳孔縮小・左右瞳孔不同・瞳孔反射遲鈍モ來タル。然レドモ瞳孔強直ハ例外ニシテ、從來三例ノ報告アルノミ。延髓障礙トシテ嘔吐・下困難・舌下神經麻痺・顏面神經麻痺・重聽・味覺障礙ガ一時的ニ起リ、又、喉頭筋障礙ニヨル聲音ノ單調・嘔聲・震顫樣發音ガ來タ

ル。

感覺障礙。感覺異常、例之、無感覺ノ感・絞扼感・冷感・熱感・蟻走感、又、觸覺痛覺・溫覺・位置感覺等ノ鈍麻ガ身體ノ諸所、又ハ稀ニ半身ニ認メラルルモ、普通輕度ニシテ、然カモ數日乃至數週ニシテ消失シ、復、出現スルモ、稀ニ持續性ナリ。又、四肢關節ノ附近、肋間等ニ輕キ疼痛アルコトアリ。神經痛樣疼痛ハ稀ナリ。

膀胱直腸機能障礙。屢、來タルモ通常一時性ナリ。數日乃至數週ノ後消失シ、復、出現ス。稀ニ永續ス。排尿困難・尿閉・尿失禁・大便失禁ガ見ラル。

反射。皮膚反射ハ通常減弱ス。殊ニ兩側腹壁反射ノ消失ハ早期ヨリ來タリ、診斷上必要ノ症狀ナリ。提舉筋反射モ亦、早ク消失ス。

次ニ比較的稀有ナル症狀トシテ、手筋・腓骨筋・顔面筋等ニ變質性筋萎縮・不全性電氣變性反應ヲ認メ、下肢ニ痙性不全麻痺ノ外、脊髓性運動失調ヲ見ルコトアリ。又、時ニ上肢ニモ來タル。

經過

通常、慢性進行性ナレドモ、時トシテ經過中、症狀ニ消長アリ。單ニ進行性ナル場合ニ於テハ症狀徐徐ニ進行シ、漸次新症狀加入シ、約五年乃至二十年後ニ死ニ終ル。然レドモ稀ニ數ヶ月乃至數年靜止シ、又ハ輕快シ、後、自然的ニ又ハ何等カノ誘因ニヨリ再、増悪スルコトアリ。又、本病ハ稀ニ急速ニ進行シ、一年以内ニ死スルコトアリ。又、發病モ急劇ナルコトアルモ、此ノ如キハ通例、從來、有セシ輕症ガ看過セラレ、妊娠・外傷・過勞・傳染病等ニヨリ急ニ惡化セラルモノナリ。

異型。本病ハハルコー氏ノ所謂定型的症狀群ヲ呈スルコト寧、少ナク、不全型ヲ却、多シトス。又、種種ノ非定型

の經過ヲ示スコトアリ。即、或ハ唯、痙性下半身麻痺ト部分的視神經萎縮トガ本病ノ主症ヲナシ、或ハ麻痺又ハ震顫ガ半身ニ限局シ(半身麻痺型)、或ハ交遞性偏癱或ハブローン・セカール氏半側截斷ノ像ヲ呈シ、或ハ又、癡呆・言語障礙・震顫ノ如キ麻痺性癡呆樣症狀ヲ呈シ、或ハ筋萎縮性側索硬化症ニ類似シ、或ハ延髓症狀ガ主ナルコトアリ、或ハ薦骨髓又ハ終末圓錐體ノ症狀ヲ呈シ、或ハ脊髓樣症狀・脊髓空洞症樣症狀ヲ示スコトアリ。又、種種ノ症狀、殊ニ下半身麻痺・半身感覺脫失・運動性大腦神經麻痺・膀胱直腸麻痺・半身アタキシ等ガ急ニ出現シ數週乃至數ヶ月ノ後、再、消失スルコトアリ。

併發症

本病ハ屢、ヒステリート併發ス。ソノ他、脊髓癆・震顫麻痺・脊髓空洞症・特發性癲癇・小兒粘液浮腫等ト併發スルコトアリ。

診斷

本病ノ症狀・經過ハ多樣ナリ。從ツテ他ノ疾患ト鑑別屢、容易ナラズ。初期ニ於テ注意スベキ症狀ハ視神經障礙、殊ニ乳頭ノ顫顫側褪色・一時性弱視・一肢ノ運動時ノ震顫・腹壁反射消失・下肢痙性不全麻痺・バンスキー氏反射等ニシテ、進行期ニ於テハコノ外、眼球震盪症・分節言語(コノ二症狀ト運動時震顫トヲシルコー氏以來本病ノ三主症狀ト稱ス)等ニ着目スベシ。又、年齡ト原因ノ如何ニ注意スベシ。

鑑別

本病ノ異型又ハ不全型ハ種種ノ中樞性疾患ト類似ス。麻痺性癡呆トノ鑑別ハ震顫ガ意識運動ニ關聯スルコト、言語障礙ガ語呂蹉跌ニアラズシテ言語緩徐、即、分節言語ナルコト、竝ニ腦脊髓液所見ノ陰性ナルコトニ注意スベシ。然

(1) Trias

- (1) Westphal
- (2) Strümpell
- (3) Pseudosklerose

レドモ、ノンチ氏ハ本病ノ例外トシテ腦脊髄液ノ淋巴球増加、**グロブリン**反應ヲ見ルト云ヘリ。又血液ノフツセルマ
 ン反應ハ本病患者ニモ稀ナラズ陽性ナリ。本病ガ腦症狀ヲ以テ發病セル場合ニハ腦腫瘍、急性腦炎、癲癇等ト鑑別
 フ要ス。多發硬化症ニ於テモ腦壓増加ノ症狀ヲ呈スルコトアルモ、中心性又ハ副中心性暗點ノ存在、一側ノ鬱血乳
 頭ノ部分的萎縮ハ寧ろ、本病ニ一致シ、又、視力障礙、眼底所見ノ不安定ニシテ出沒變化スル場合ハ本病ナルコトヲ
 考フベシ。

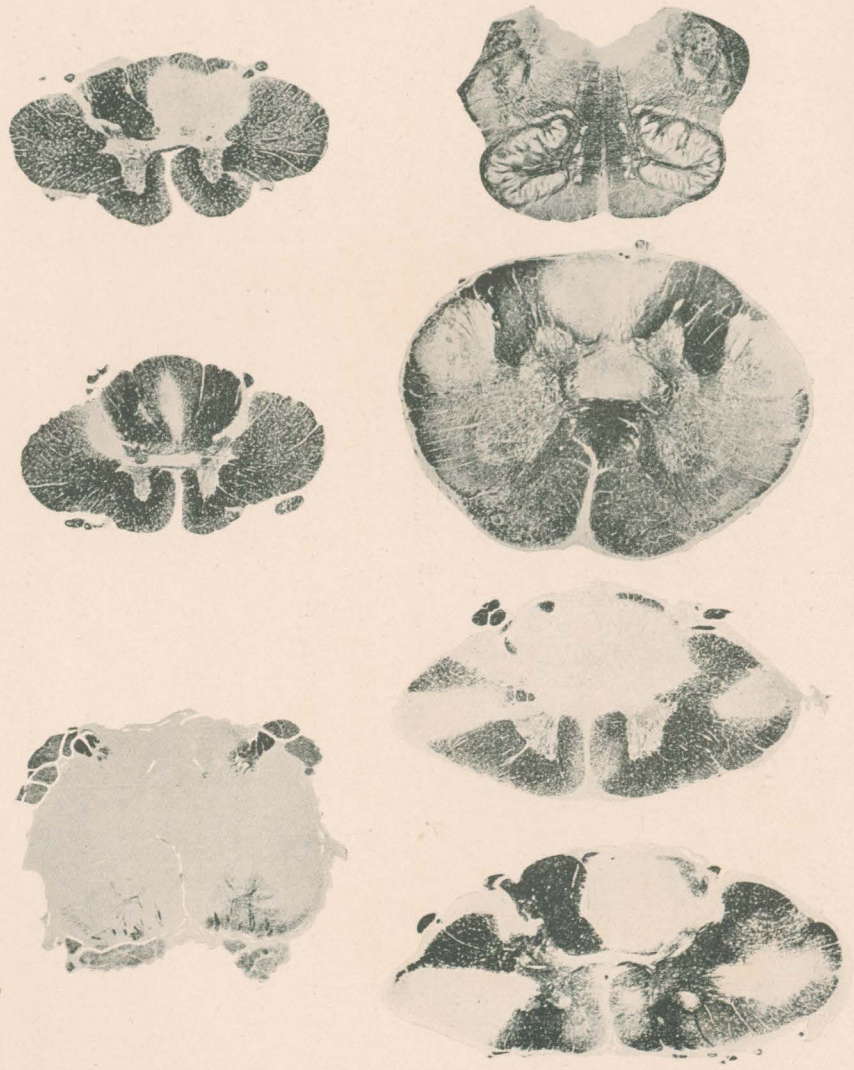
急性腦炎トハ發熱、傳染性疾患ノ前驅アレバ區別容易ナリ。又、震顫、麻痺トハ年齢、特有ノ顔面表情及ビ姿勢ニヨ
 リ區別シ、流行性腦炎ノ錐體外症狀群、滿掩中毒症トハ感覺障礙ナキコト、**ババンスキー**氏反射ノ存在等ニヨリ
 鑑別ス。又、ウエストワール⁽¹⁾及ビストルンペル氏⁽²⁾ハノイローゼニヨリ多發硬化症ノ最、普通ノ症狀及ビ經過ヲ
 示スコトアルヲ注意シ、コレヲ假性硬化⁽³⁾ト稱セリ。然シナガラ、コノ疾患ニハ視神經障礙、**ババンスキー**氏反射ハ來タラ
 ズ。本病ハ又、**ヒステリート**類似スルコトアレドモ同様ノ理由ニヨリ區別シ得。
 又、**フリードグライヒ**病、遺傳性小腦失調ト鑑別ヲ要ス。

病理解剖

本病ニ特有ナルハ中樞神經系統及ビ視神經ヲ通ジ、多數ノ大小不同ノ病竈ガ散在スルコトナリ。コレ等病竈ノ大多
 數ハ肉眼のニ認メ得。腦脊髄ハ陳舊ナル場合ニハ多少萎縮セリ。脊髓、腦幹等ニ於テハコノ病竈ガ軟膜ヲ通ジ灰青色
 フ帶ビテ見ユ。小ナル病竈ハ顯微鏡ニテ認メ得。大ナルモノハ脊髓、延髓等ノ横斷面ノ大部面、又ハ殆、全面積ヲ侵スモ
 ノアリ。最、大ナル病竈ハ大脳、小脳ノ髓質ニ來タリ、相融合シテ、直徑五、六センチメートルニ及ブモノアリ。腦皮質ニハ少ナ
 シ。一般ニ病竈ガ脊髓ニ著シク蔓延セルトキハ腦ニハ少ナク、又、稀ニ反對ノコトアリ。又、屢、視神經、視神經索及ビ交

第五圖

多發性脊髓硬化症ノ髓脊ノ種種ノ高ニサ於ケル變化
 (ル據ニ本標氏ルレルユミ) (變病ハ部ノ色無)



又ニモ認メラレ、尙、例外トシテ他ノ腦神經、脊髓神經ノ根及ビ末梢ニ發見セラル。病竈、灰白質ニモ來タル。
 病竈ハ通例、明瞭ニ限界セラレ、圓形、角形、ソノ他種種ノ不規則形ヲトル。又、病竈範圍外ノ腦脊髄組織ニモ屢、浸

(1) Corpora amylacea

- (9) Leyden
- (10) Marburg
- (11) Lindfleisch
- (12) Ribbert
- (13) Völsch
- (14) Lewy
- (2) Köppen
- (3) Herz
- (4) E. Müller
- (5) Ziegler
- (6) Probst
- (7) Rossolimo
- (8) Strümpell

潤アリ。病竈ノ組織學的檢査ニ據レバ、神經髓鞘ハ變質破壞シ、コレニ反シテ軸索ハ殆、總テ保有セラレ、變化ハ僅少ナリ。膠質組織ハ増殖シ硬變セリ。血管モ亦、屢、増殖ス。病竈中ニ血栓ヲ見ルコトアリ。灰白質中ノ病竈ヲ見ルニ神經細胞ハ大部分保有セラル。尙、髓鞘ノ急性破壞アル場所ニハ極メテ多數ノ脂肪顆粒細胞(掃除細胞)ヲ生ジ、主トシテ病竈ノ周圍及ビ血管ノ淋巴竇ニ沿ヒテ集合ス。又、類澱粉體ヲ見ル。髓鞘破壞ト共ニ膠質細胞、増加シ、又、豆大膠質細胞顯ハル。病竈ノ周邊ニハ強大ナル膠質壁ヲ生ズ。病竈中ノ軸索ハ、上述ノ如ク、大部分保有セラル。神經原纖維染色ヲナストキ、ソノ僅少ノモノニハ染色性ノ減少、膨脹、蜿蜒等アリ。時ニソノ破壞ヲ見ル。カカルトキハソノ續發性上行又ハ下行變質ヲ惹起スレドモ、普通ハ著明ナラズ。又、軸索ノ再生緣ヲ見ルモ生理的意義アリヤ不明ナリ。血管モ屢、變化ヲ呈シ、程度ハ神經髓質ノ破壞程度ニ關係アレドモ、必ズシモ竝行セズ。新病竈ニ於テハ血管外層ノ間隙ニ多數ノ淋巴球及ビプラスマ細胞ガ出現シ、血管周圍ニ外套性ニ群集ス。プラスマ細胞ハ尙、組織中ニモ見ラル。又、病竈及ビ軟膜ノ血管壁ニ硝子樣變性ヲ見ルコトアリ。軟膜ニモ炎症性變化ガ來タルコトアリ。上述ノ如ク軸索及ビ神經細胞ハ傷害セラレザラ以テ、神經系統各部ノ破壞變化高度ナルニ拘ラズ、臨牀的症狀ノ輕微ナルニ驚クコトアリ。コレ等病竈ノ本態、殊ニ硬化病竈ガ如何ニシテ發生スルカノ問題ニ就キテハ種種ノ說アリテ決定セズ。ケツペン⁽²⁾、ヘルツ⁽³⁾氏等ハ神經實質ノ原發性疾患トナシ、膠質増殖ヲ續發性トナシ、ミルレル⁽⁴⁾、チーグ⁽⁵⁾、プローブスト⁽⁶⁾、ロツゾリ⁽⁷⁾氏等ハ膠質組織ノ變化ヲ原發ト主張ス。ストルムン⁽⁸⁾、エルブ⁽⁹⁾氏等ハ本態ハ炎症ナリトシ、マールブルグ⁽¹⁰⁾氏モ實質性炎症トセリ。ザンドフ⁽¹¹⁾、ライデン⁽¹²⁾、リヅベルト⁽¹³⁾氏等ハ血管ニ起原スト論セリ。又、ヱル⁽¹⁴⁾氏ハ外的及ビ内的ノ二原因ヲ考ヘ、一ハ髓鞘ノ變質ヲ起シ、一ハ膠質ノ増殖ヲ促ガスモノトシ、又、レヴィ⁽¹⁵⁾氏

(1) Schmaus

(1) P. Marie

ハ二種ノ變化、即、病原作用ニヨル單純ノ變質及ビ血管ニ行ハルル炎症機轉ヲ必要トスト論セリ。又、シマウス氏⁽¹⁾ハ神經組織要素ノ素質ニ缺陷、殊ニ發育不全アルコトガ主ニシテ、血管周圍ノ淋巴裝置ニモ疾患アリトセリ。近年、研究者ノ多數ハ炎症說ヲ主張セリ。

豫後

本病ノ經過ハ慢性ニシテ消長アリ。數年或ハ稀ニ數十年ニ互ル。數週、數ヶ月乃至一年以内ニテ死スルコトアリ。通常不治ナレドモ、稀ニ數ヶ月又ハ年餘ニ互リ病勢停止シ、又ハ輕快スルコトアリ。サレド後、再、増悪スルヲ常トス。シ⁽¹⁾ル⁽²⁾コー⁽³⁾及ビマリー氏⁽⁴⁾ハ全治ヲ可能トスレドモ、多數學者ハコレヲ否定セリ。

死因ハ稀ニ延髓麻痺ニヨル場合ノ外、多クハ膀胱腎盂炎、褥瘡、敗血症、肺炎、一般衰弱、又ハ他ノ合併症ニ因ル。

療法

特殊療法ナシ。肉體的勞作ハ全然避クベシ。安靜臥床ハ進行セル時機ニ於テ尙、奏效スルコトアリ。又、原因條下ニ述ベタル種種ノ誘因ヲ遠ザクベシ。又、榮養狀態惡シキトキハソノ亢進ニ勉ム。溫浴ハ利アレドモ、冷浴、熱浴ハ不可ナリ。痙性麻痺ノ狀態ニアル筋ニハ電氣刺戟ハ不可トス。

藥劑ニ著效アルモノナキモ、レチン製劑、硝酸銀、沃度加里、麥角劑、アスピリン、亞砒酸等ヲ屢、内服セシムルモ效果疑ハシ。オツペン⁽¹⁾ハイム氏⁽²⁾ハクレ⁽³⁾デ氏銀軟膏療法ヲ試ミ數例ニ好結果ヲ得タリ。又、エレクトラル⁽⁴⁾ゴールノ靜脈注射、又ハコレト細菌毒トノ併用、水銀療法、ヒプロ⁽⁵⁾ヂンノ筋肉内注射、銀サル⁽⁶⁾ウルサン、亞砒酸劑、ヌクレ⁽⁷⁾イン酸曹達注射、抗毒素療法、マテ⁽⁸⁾リア療法等ヲソレゾレ賞揚スル人アレド、一般ノ認ムル所トナラズ。輕度ノ平流電氣ヲ背部又ハ頭部ニ通電シ、又、炭酸溫泉、半身溫浴、電氣浴モ好結果ヲ與フルコトアリ。可ナリ進行セル時期ニ於テハマツ⁽⁹⁾サー⁽¹⁰⁾テラ應

用シ、或ハ溫浴内ニテ自働的及ビ他働的運動ヲ試シ、步行障礙輕快スルコトアリ。若、反復性急性脊髓炎、又ハ腦
炎ノ病像ヲ以テ經過スルトキハ消炎的發汗療法ノ必要アリ。又コノ際、局所的採血(水蛭)ガ屢、一時奏效ス。

脊髓膠樣變質及ビ脊髓空洞症

Gliosis spinalis und Syringomyelie.

コノ兩種ノ病變ハ通常合併シテ同一ノ脊髓ニ現ハレ、臨牀上ヨリモ亦、兩者ヲ分離區別スルコトヲ得ズ。從ツテコノ兩
者ハ合シテ一種ノ疾患ト見做スベキモノナレドモ、ソノ基礎ヲ成セルハ膠樣變質ナリトス。本病ハ多ク見ル疾患ニハアラザレ
ドモ、ソノ症狀ハカーレル⁽¹⁾、シル⁽²⁾、(西曆一千八百八十二年)等諸氏ノ研究ニヨリ明白トナリ、一種特異ナル症
狀群ヲ呈ス。

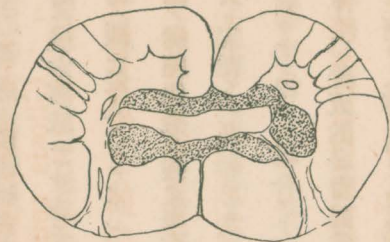
- (1) Fr. Kahler
- (2) Schultze
- (3) Gliom
- (4) Hydromyelia

膠樣變質トハ脊髓灰白質内ニ膠質樣新生物ヲ形成スルモノナレドモ、腫瘍ノ如ク脊髓ノ容積増大ヲ來タサズ。又、通
常、白質ヲ侵蝕セズ。コノ點ニ於テ膠腫⁽³⁾ト區別スベキモノトス(後述參照)。茲ニ稱スル脊髓空洞症ハコノ膠樣變質ガ破
壞シテ二次的ニ生ズルモノナリ。元來、脊髓内ノ空洞形成ハ種種ノ原因ニヨツテ起ルモノナレドモ、大別シテ二種トナス。
(一)正中管ノ單純ナル擴張ニシテ、コレヲ脊髓中心水腫⁽⁴⁾ト稱シ、先天性發育異常ニ依リ、臨牀上、意義ナシ。然レドモ
脊髓空洞症トノ間ニ移行ナキニアラズ。又、稀ニ兩者合併ス。(二)正中管ノ炎症・脊髓血管ノ病變、又ハ脊髓ノ壓迫
等ニ基ツクトコロノ組織軟化・出血等ニヨリテ生ズルモノ。(三)脊髓膠樣變質ニ續發スルモノニシテ、コレ茲ニ述ベントスル疾
患ナリトス。

病理解剖

頸部脊髓膜ニ稀ニ溷濁・肥厚、又ハ癒著ヲ見ルコトアレドモ、特有ノ變化ニアラス。脊髓ハ外觀上、變化ナキカ、或ハ頸
部膨大部等ニ僅カナル腫脹ヲ認ムルモ、陳舊ノ場合ニ於テハ反對ニ稍、狭小トナリ、又ハ扁平トナルコトアリ。空洞大
ルトキ、コレヲ外部ヨリ觸ルレバ波動ヲ感ジ、且、管狀ニ變化セルガ如ク感ズル場合アレドモ、反對ニ硬固ナルコトアリ。横斷
面ヲ肉眼的ニ検査スルトキハ、脊髓ノ中心部、又ハ灰白質中ニ空洞アリ。コレハ種種ノ大サ及ビ形狀ヲ呈シ、同一ノ脊
髓ニテモ高サニヨリ差アリ、時ニ結締織又ハ膠質ヨリ成レル隔壁ニヨリ分タル

第六圖
脊 髓 空 洞 症 於 脊 髓 横 斷 面
本標者著(寫描的型模)



ルコトアリ。大ナル空洞ハ小指頭ヲ插入シ得、然レドモ通常小サクシテ、中心
管ガ稍、後方ニ擴大セル如ク見ユ。而シテ、コノ空洞ノ邊緣ハ膠質樣組織ヨ
リナル。又、脊髓ノ他部ヲ見ルトキ、肉眼的ニハ空洞形成ヲ見ズシテ、單ニ脊
髓ノ中心又ハ灰白質ノ一部又ハ一側ノ後角ニ圓形或ハ橢圓形或ハ不
規則ナル形ヲナセル、稍、硬キ膠質樣組織ヨリナル腫瘍ヲ見ルニ過ギザルコト
アリ。コノ腫瘍ハ脊髓ノ長軸ニ沿ヒテ蔓延シ、頸髓ト胸髓トヲ侵シ、稀ニ腰
髓ニ及ビ、上方ハ延髓ニマテ伸延スルコトアリ。白質ニハ通常、變化ナシ。稀ニ

後索又ハ側索ニ上行又ハ下行變質ヲ見ルコトアレドモ特有ノ變化ニアラス。延髓ニモ右ノ如キ腫瘍又ハ裂目狀ノ空洞
形成ヲ生ジ、コレガ係蹄・迷走神經・副神經・舌下神經等ノ核・孤立束・聽神經ノ脊髓根・二又神經根等ヲ侵セル
コトアリ。然レドモ、通常、顔面神經核ヨリ上部ニ侵入スルコトナシ。正中管ノ擴張ハ延髓ニ終リ、或ハ第四腦室ニマテ
及フ。又、稀ニハコレガ橋ノ部分ニ及ビ、或ハ内部腦水腫ヲ兼スルコトアリ。

腫瘍ヲ顯微鏡のニ検査スルニ、膠質細胞及ビ膠質纖維ヨリナリ、纖維ハ膠質細胞ノ突起ト見做スベキ細胞原形質ヨリナル太キ纖維ト、細キ膠質纖維トガ錯綜シテ網狀體ヲ形成ス。腫瘍内ニ小出血ヲ見ルコトアリ。空洞壁ハ結締組織又ハ膠質組織ヨリ成ルトコロノ硬固ナル膜ヲ以テ被ハレ、尙、時時、エベンチム細胞ノ被膜ヲ認ム。又、血管ノ硝子樣變性・出血・血管外層結締組織ノ増殖等ヲ見ル。

腫瘍ハ脊髓ノ中心部、殊ニ後部縫合ト後中隔トノ遭遇點或ハ稀ニハ後角等ヨリ發シテ、後角或ハ前角ニマデ蔓延シ、又、灰白質ヲ越エ後索領域ニマデ達スルコトアリ。蔓延ノ状態ハ左右ニ互ルモ、對稱性ト限ラズ、空洞モ亦、後中隔ニ沿ヒテ左右ノ後索ノ間ニ侵入スルコトアレドモ、軟膜ニマデ到達スルコトナシ。

又、腫瘍ハ周圍ノ神經組織ヲ強ク壓排セル模様ナク、單ニ附近ノ灰白組織ガ膠質樣ニ變化セルカノ觀ヲ呈ス。コノ點モ亦、膠樣變質ト膠腫トノ區別ニシテ、膠腫ニアリテハ周圍ヲ壓排シ、從ツテ脊髓ノ腫大ヲ惹起ス。然レドモコノ兩者ノ間ニハ確タル區別ヲナシ得ザル場合アリ。組織學のニハ兩者ニ差違ナシ。尙、血管外層ノ結締組織ニ増殖ヲ見ル。カカル病變ノ基礎ヲナスモノハ、先天的發育異常ニシテ、正中管周圍又ハ後部縫合、或ハ後隔部位ニエベンチム細胞ノ小群ガ分裂シテ、胎生期ヨリ残り居リ、自然ニ、或ハイツレカノ原因(外傷等)ニヨリテ刺戟セラレ、増殖シ腫瘍ヲツクルモノト信ゼラル。

空洞ハ腫瘍ノ軟化、或ハ出血ニヨル崩壞ニヨリテ形成セラルルカ、或ハ正中管ガ先天性ニ初メヨリ擴張セルコトアリ。從ツテ空洞形成ニハ特發的、或ハ二次的發生ノ二種アリ。

コレ等ノ變化ハ先天性素因ニ基ツクモノナルヲ以テ、從ツテ他ノ先天性異常(脊椎破裂・脊髓中心水腫・腦膜脫出・異常頸部肋骨等)ヲ合併スルコト屢、コレアリ。

- (1) Schlesinger
- (2) Price
- (3) Partielle oder dissozielle Empfindungslähmung
- (4) Humero-scapular Typus
- (5) Krallenhand

原因

本病ハ青年期及ビ中年期ニ多ク、男子ハ女子ニ比シニ、三倍多ク罹患ス。又、筋肉労働者ニ多シ。ストムンベル氏ニ據レバ、小兒及ビ上流階級ニハコレヲ見ズト云フ。稀ニ少年又ハ老人ニ始マレル報告アリ。コノ疾病ハ屢、外傷(背側ニ轉倒シ、或ハ背側ニ打撲ヲ受クルガ如キ)ニ續發ス。又、シュリージンゲル ブリース 等諸氏ハ、本病ガ遺傳的・家族的ニ來タルコトアリトナスモ、多數學者ハコレヲ認メズ。

症状

本病ノ症状ハ前角ノ症状タル進行性變質性筋萎縮・纖維性搖蕩、又ハ後角ノ症状タル部分的感覺麻痺、殊ニ痛覺及ビ溫度覺ノ脱失・皮膚・皮下組織・骨及ビ關節裝置ニ於ケル營養障礙及ビ血管運動神經症狀ヲ主トス。本病ハ頸部膨大ヲ侵スコト最、多ク、從ツテ頸髓型ヲ最、多シトス。コノ場合、筋萎縮ハ最初、小手筋ニ現ハルモ、稀ニ肩胛部ノ筋群ニ始マル(上膊肩胛型)。通常一側ニ先、來タリ、後、他側ニ現ハレ、左右相共ニ徐徐ニ進行ス。稀ニ兩側略、同時ニ侵サル。

手ノ骨間隙ハ陥没シ、拇指球及ビ小指球ハ羸瘦シ、抓搔様手 又ハ猿手狀、又ハ骸骨手ヲ呈ス。コノ筋萎縮ハ徐徐ニ進ミテ前膊ノ筋、殊ニ屈筋ヲ侵シ、更ニ進ミテ上膊ヨリ漸次ニ肩胛部ノ筋群ニ及ベドモ、稀ニハ手筋ヨリ直ニ肩胛部ノ筋ニ移ル場合アリ。萎縮セル筋ニハ通常、纖維性搖蕩アリ。電氣的検査ニヨリ興奮性ノ量、或ハ性質ニ變化ヲ證明スレドモ、完全性電氣變性反應ヲ見ルコトハ稀ナリ。又、稀ニ高度ノ萎縮アルニ拘ラズ、電氣興奮性ニ著シキ變化ナキコトアリ。又、萎縮セル筋ハ不全麻痺ノ状態ニアレドモ、ソノ麻痺程度ハ必ズシモ萎縮ノ程度ト並行セズ。コレ筋全體ガ平等ニ侵サレズシテ、強ク罹患セル筋纖維又ハ筋纖維束ト、比較的健康ナルソレトガ相混在スルニ因ル。腱反射ハ通常

(1) Predigerhand

- (2) Krötenhaut
- (3) Glossy skin
- (4) Main succulente (Marinesco)
- (5) Panaris analgesique (Morvan)
- (6) Morvansche Form
- (7) Cheiromegalie

消失シ、又ハ減退スレドモ、時ニ亢進ス。
 前膊ニ於テハ伸筋ガ比較的變化少ナキタメ、筋強直ガ起リ、手ガ伸展位ニ固定セラレ、所謂説教師手⁽¹⁾ヲ呈スルコトアリ。
 軀幹及ビ下肢ノ筋ハ侵サルコト稀ナリ。頸部ニ於テハ胸鎖乳嘴筋・斜角筋・僧帽筋ガ侵サレ易シ。極メテ稀ニハ筋萎縮ガ下肢ニ始マル。コノトキ内翻馬足又ハ鉤足ヲ來タスコトアリ。
 右ニ述ベタル筋萎縮ト共ニ所謂部分的感覺障礙ガ起リ來タル。即、觸覺・壓覺及ビ四肢ノ筋神、即、位置及ビ運動感覺ハ侵サレズシテ、痛覺及ビ溫度覺(溫度覺・冷覺)ハ減退シ、脫失ス。コノ部分的感覺脫失ハ上肢・肩胛部・頸部等ニ多ク現ハレ、常ニ脊髓節又ハ脊髓根ノ分布領域ニ相當シテ擴大ス。ソノ外、稀ニ下肢・軀幹・顔面等ニ來タリ、或ハ半身ニ來タルコトアリ。又、痛覺・溫度覺ノ鈍麻スル始メニ當リ、屢、ソノ刺戟狀タル痲痺質斯様、又ハ電擊様疼痛ト冷感・熱感等ガ來タルコトアリ。
 榮養障礙及ビ血管運動神經障礙ハ感覺障礙アル部位ニ來タリ、極メテ多種多樣ナリ。輕キトキハ皮膚ガ乾燥落屑シ、蝦蟇皮膚⁽²⁾ヲ呈シ、或ハ皮膚萎縮シテ平滑トナリ(皮膚光澤症⁽³⁾)、或ハ發汗過多・水胞・尋麻疹様發疹・天疱瘡等ヲ生ジ、或ハ紫色・赤色ヲ呈シ、冷却シ、浮腫アリ(多液手⁽⁴⁾)。又、コノ部分ハ痛覺及ビ溫度覺ノ消失セルガタメ、識ラズ識ラズ、外傷又ハ火傷ヲ受ケ、ソノ他、無痛性瘰癧⁽⁵⁾・壞疽・潰瘍等ガ發生シ易シ。コレ等ガ度々繰返シ且、容易ニ治シ難キタメ、皮膚ノ肥厚・胼胝形成等ヲ見ル。爪及ビ毛生ノ異常ヲ招キ、進シテハ骨壞死或ハ末指節ノ肥厚・指關節ノ強直・指節又ハ全指ノ脫失等ガ起リテ、著シキ畸形ヲ呈シ(モルダウ⁽⁶⁾氏型)或ハ手指軟部ノ肥大ノタメ尖端肥大症ニ似タル手ノ外見ヲ見ルコトアリ。コレヲ肥大手⁽⁷⁾トイフモ、骨ノ肥厚ヲ起サズ。又、同様ノ變化ガ稀ニ足ニ來タル肥

- (1) Podomegalie
- (2) Pseudotabes gliomatose (Oppenheim)
- (3) Hornerscher Symptomenkomplex

大足⁽⁸⁾。又、屢、骨及ビ關節疾患ガ起リ、上肢・肩胛部ノ骨等ノ無痛性自然的骨折ヲ生ズルコトアリ。レントゲン線寫真ニヨリ瀰蔓性骨萎縮ヲ見ル。關節モ亦、榮養障礙ノタメ關節頭ノ肥大又ハ萎縮・靱帶裝置ノ弛緩・關節窩水腫・自然脫臼等ガ起リ、脊髓癆⁽⁹⁾トキノ如キ關節病ヲ呈スルコトアリ。
 又、屢、脊柱、殊ニ上部胸椎ノ側彎、又ハ後側彎ヲ見ル。胸廓モ從ツテ變形スルコトアリ。ソノ原因ハ尙、疑問トセラレ。以上ハ本病ノ定型の症狀ナレドモ、ソノ他場合ニヨリ種種ノ症狀ガ來タル。元來、本病ハ灰白質ニ限ラルルモ、若、病變ガ側索ニ及フトキハ、下肢ニ腱反射亢進・筋強剛ノ如キ痲痺性狀態、或ハ尙、ババンスキー氏反射ガ現ハレ、痲痺性脊髓不全痲痺ノ像ヲ呈シ、又、稀ニ後索ガ多少障礙サルコトニヨリ共同運動失調・膀胱障礙ガ起リ、脊髓癆ニ類似ノ症狀ヲ呈シ(膠樣變質性假性脊髓癆⁽¹⁰⁾)、又、痛覺及ビ溫度覺脫失ノ外、觸覺位置覺ノ障礙ヲ見ルコトアリ。又、頸髓下部又ハ胸髓上部ニ病竈アルトキ屢、眼瞳孔症狀、殊ニホルネル氏症狀群⁽¹¹⁾トシテ同側ノ眼險裂及ビ瞳孔ノ縮小・顔面ノ潮紅・發汗減少ヲ見ル。
 本病ハ又、時ニ腦水腫・頭蓋骨・脊柱又ハ顎骨等ノ畸形、頸部肋骨・指ノ遊泳膜形成・生殖器發育異常ノ如キ先天性發育異常ヲ伴フ。
 又、病變ガ上行シテ延髓ニ蔓延シ、延髓症狀ガ現ハルコトアリ。殊ニ三叉神經領域ノ皮膚及ビ粘膜ニ於ケル感覺脫失、舌軟口蓋・聲帶ノ痲痺・咀嚼筋・副神經領域ノ筋痲痺・味覺脫失・眼球震盪症・舌又ハ顔面ノ半側萎縮等ガ見ラル。

【經過及ビ豫後】

進行性ナレドモ、發病・經過共ニ非常ニ緩慢ニシテ、何時發病セルヤ不明ニシテ、著シキ筋萎縮・痛覺脫失又ハ頑固ナ

- (1) Lumbale Form
- (2) Syringobulbie
- (3) Hinterhorntypus

ル潰瘍等ノタメニ初メテ醫ヲ訪フコト多ク、又、數月・數年又ハ數十年ノ後、再診スルモ進行ノ跡ナキコトアリ。通常十年乃至二十年、又ハソレ以上ニ互ル。カカル經過中、病像ガ長ク同一ノ状態ニ停止シ、或ハ症状ノ一部ガ自然的ニ輕快シ、或ハ急ニ増悪スル如キコトアリ。

本病ハ上述ノ如ク、上肢、殊ニ一側、稀ニ兩側ノ手ニ始マリ、漸次、肩胛部ニ進行スルコト多キモ、稀ニ種種ノ經過ヲ取ル。即、肩胛部ニ始マリ、又ハ下肢ニ始マリ(腰髓型⁽¹⁾)、或ハ最初ヨリ一側又ハ兩側ノ延髓麻痺症状ヲ以テ急速ニ發病スルコトアリ(延髓空洞症⁽²⁾)。又、症状長ク身體半側ニ止マリ、或ハ一方ノ脚ニ來タリ、或ハ又、後角症状タル分離的感覚脱失及ヒ榮養竝ニ血管運動神經障ノミ現ハレ(後角型⁽³⁾)、或ハ前角症状タル筋萎縮・纖維性搐搦ノミヲ見ル場合アリ。

豫後

治癒ニツキテハ不良ナレドモ、生命ノ危険ハ少ナシ。球麻痺・呼吸麻痺・蜂窠織炎・敗血症等ガ死因トナリ、或ハ他ノ併發症ノタメ瘡ル。

診斷及ヒ鑑別

本病ニ特有ナル筋萎縮・纖維性搐搦・痛覺及ヒ溫度覺脱失ガ脊髓節又ハ根分布ニ相當シテ存在シ、緩慢ニ經過セルヲ見ルトキ、診斷ハ通常容易ナレドモ、頸椎カリエス脊髓内ニ發生セル腫瘍・脊髓出血・脊髓性進行性筋萎縮・筋萎縮性側索硬化・慢性脊髓前角炎・レーノー氏病・上膊神經叢ノ麻痺・多發末梢神經炎、殊ニ慢性鉛中毒・癩性神經炎等ハ本病類似ノ病像ヲ呈スルコトアルヲ以テ注意ヲ要ス。就中、癩ハ慢性ニ經過シ、手ノ筋萎縮・痛覺・溫度覺脱失・皮膚萎縮又ハ肥厚・潰瘍・水泡形成・指節ノ脱損等ガ起リ、脊髓空洞症ノモルザン氏型ト酷似シ、

- (1) Sirásek
- (2) Periarterielle Sympathektomie
- (3) Pussep

兩疾患互ニ誤診ノ恐アリ。コノ際、癩ニアリテハ大耳神經・尺骨神經・橈骨神經・腓骨神經ノ如キ表在神經幹ノ肥厚・身體他部ニ於ケル島嶼狀又ハ斑紋狀ノ感覺(殊ニ痛覺)脱失及ヒ色素沈著異常・顔面神經麻痺等アリ、或ハ特有ノ結節・眼疾患ニ注意シ、尙、疑ハシキトキハ鼻汁・皮膚切片等ニツキ癩菌ノ檢索ニヨリコレヲ決定シ得ベシ。尙、近年シラセク氏⁽¹⁾等ハ擴張セル脊髓中心管中ニリビドールノ如キ造影物質ヲ注入シテレントゲン檢査ヲ行ヒ中心管ノ状態ヲ知ル方法ニ成功セリ。

療法

沃度劑又ハ亞砒酸劑ノ内服・脊髓ノレントゲン療法、又ハラヂウム療法・平流電氣療法・腰椎穿刺(危險ナキニアラズ)ヲ行ナヒ、榮養竝ニ血管運動神經症狀ニ向ヒ動脈周圍交感神經切除術⁽²⁾等ヲ賞用スル人アレドモ、多クハ著效ナシ。近年、ブセツプ⁽³⁾氏ハ外科的手術ニヨリ脊髓空洞内ノ脊髓液ヲ除去シ、症状ノ輕快ヲ見タリト云フ。

ソノ他、羅患部ヲ安靜ニシ、又、強キ寒冷・熱キ物體・銳利ナル器物ニ觸ルルコトヲ避ケ、外傷・火傷ヲ極力防禦セシム。

症例 脊髓空洞症 (著者實驗)

佐〇〇ア〇 五十七歲 無職

約五年前ヨリ何等原因ナクシテ、兩手ノ指ノ運動徐徐ニ困難トナリ、冷感アリ。又、胸部・脊柱ニ疼痛、右脚ニ「ジビレ」感アルコトアリ。排尿ニ異常ナシ。大正十四年三月九日診察。兩手ハ麻痺シ、小手筋ハ萎縮シ、所ニ纖維性搐搦アリ。手掌ハ扁

平トナリ、手指ハ鷲爪手狀ニ屈曲ス。前膊筋ニモ萎縮及ヒ纖維性搐搦ヲ認ム。左右ノ上肢ノ腱及ヒ骨膜反射ハ消失、下肢腱反射ハ亢進ス。上肢及ヒ手ノ伸展側、左肩部・右背右乳房等ニ痛覺・冷覺及ヒ溫覺ノ脱失アリ。觸覺ハ普通、血液ワツセルマン反應陰性ナリ。(寫眞參照)

第七圖 脊髓空洞症病者

但斜線ハ感覺障礙部ヲ示ス



第八圖 脊髓空洞症病者ノ手指變狀

但斜線ハ感覺障礙部ヲ示ス



脊髓出血(脊髓卒中)

Haematomyelic, Apoplexia medullae spinalis.

脊髓内出血ニハ原發性ト續發性トヲ區別ス。後者ハ脊髓ニ既存ノ病的組織中ニ起ルモノニシテ、即、脊髓炎・急性脊髓前角炎・腫瘍・空洞形成及ビ動脈瘤ノ際見ラル。カカル二次性出血ノ症狀ガ非常ニ著明ニシテ、タメニソノ基礎タル疾患ノ存在ヲ觀過スルコトアリ。

茲ニ脊髓出血トシテ述フルハ原發性ノモノニシテ、腦出血ニ比シテ甚稀ナリ。

原因

脊髓出血ノ最、重要ナル原因ハ外傷ニシテ、オツペンハイム氏ニヨレバ全例ノ十分ノ九ニ達ス。然レドモ、コレヨリ少數トナス人アリ。但、脊柱及ビ脊髓ノ直接ノ損傷ニヨルトコロノ出血ハ本病ニ屬セズ。斯ノ如キ脊髓ノ直接外傷ニ在リテモ外傷部位ノミナラズ、ソノ上下ニ互リ中心性脊髓出血ガ起ルコトアレドモ、コノ場合ニ於テハ脊髓及ビソノ根ノ直接破碎ニヨル症狀ガ主タル點ニ於テ本病ト相違ス。

本病ハ脊柱ニ損傷ナクシテ、脊髓實質中ニ出血ガ起ルモノニシテ、即、背部又ハ臀部ヲ下ニ倒レ、又ハ墜落シ、或ハ背部ノ打撲・衝突・頭ヲ強ク前方ニ屈スル場合、タトヘバ頭部下ニ水中ニ墜落セルガ如キ場合ニ起リ、又、劇シキ筋肉過勞、タトヘバ重キ物體ノ舉上・相撲等ノ際起ルコトアリ。又、初生兒ニ於テハ難産又ハシルモ氏振動法ニヨリ出血スルコトアリ。

脊髓出血ハ又、著シキ出血素因ニ基ツクコトアリ。即、血友病紫斑病悪性貧血等ニ起ルコトアリ。又、腸チフスノ際ニ來タル例アリ。又、血管硬化症及ヒ粟粒性動脈瘤アリテ脊髓又ハ脊髓膜ノ出血ヲ起スコトアルモ、極メテ稀有ナリ。又、月經ノ缺如又ハ痔出血等ノ抑壓・酒精中毒モ本病ヲ促ストノ説アリ。尙、稀ニハ何等ノ原因ヲモ證明シ得ザルコトアリ。

右ニ述ベタル如ク、外傷ニ因ルコト多キヲ以テ、從ツテ本病ハ青年及ビ中年期ニ多ク、又、男子ニ多シ。コレ亦、腦出血ト異ナルトコロナリ。

病理解剖

出血ノ場所ハ必ズシモ外傷ノ部位ト一致セズ。而シテ殆、常ニ灰白質内ニ起リ、白質ハ通例侵サレズ。唯、稀ニハ後索中、正中管ニ隣接セル部位ニ見出サルルコトアリ。

灰白質ハ白質ヨリモ血管ニ富ミ、撓屈性ヲ有シ、殊ニ太キ動脈枝ノ供給ヲ受ク。コレ恐ラクハ出血ガ好ンテコノ部ニ來タル所以ナラン。

脊髓ノ何レノ部分ニモ來タルモノナルガ、膨大部、殊ニ頸部膨大ニ來タルコト最、多シ。出血ハ灰白質ノ全體ニ擴ガリ、或ハ片側ヲ侵シ、或ハ一側ノ前角或ハ後角ニ限局性ニ出血スルコトアリ。而シテ好ンテ脊髓ノ縱軸ニ沿フテ擴張シ、出血竈ガ延長セル棒狀又ハ紡錘狀ヲ呈ス。ミノル氏ノ所謂中心長軸性脊髓出血⁽¹⁾又ハ管狀出血⁽²⁾、甚シキハ殆、脊髓全長ニ互レル例アリ。然レドモ稀ニハ多數ノ出血竈ガ撒布性ニ蔓延セルコトアリ。

出血セル部分ノ組織ハ破壊シ、軟化シ、後、膠質性癍痕又ハ囊腫⁽³⁾ヲ形成スルコトハ腦出血ノ場合ト同様ナリ。或ハ又出血ニ相次テ脊髓炎ヲ發スルコトアリ。又、出血竈ガ蜘蛛膜下腔ニ破レ、コノ内ニ血液ヲ見ルコトアリ。

- (1) Haematomyelia centralis longitudinalis (Minor)
- (2) Haematomyelia tubularis oder Röhrenblutung
- (3) Haematomyelia annularis (Minor)

(1) Partielle oder dissozielle Empfindungslähmung

症状

症状ハ外傷ト同時ニ發ス。又、外傷ヲクシテ出血セル場合ニ於テハ、普通ハ突然發病シ、唯、稀ニ輕キ背痛ノ如キ前驅症ヲ見ルノミ。最初起ル症状ハ、通常、弛緩性截癱ニシテ、出血ガ頸髓ニアルトキニハ四肢ニ、又、胸髓ヨリ以下ニ在ルトキハ兩下肢ガ麻痺シ、腱反射ハ減弱又ハ消失シ、又、ソノ部分ノ感覺殊ニ痛覺及ビ溫度覺ガ障礙セラレ、且、尿閉・便秘ガ起ル。ソノ後ハコレ等麻痺症状ガ漸次増進シテ、一、二時間乃至數時間ノ間ニ頂點ニ達ス。ソノ後ハ再、漸次輕快ス。コノ際、若、病竈ガ頸髓膨大ニアルトキハ、上肢ノ麻痺ハ前角ノ障礙ニヨルタメニ弛緩性ノママニ止マリ、コレニ漸次ニ筋萎縮・電氣變性反應、或ハ場合ニヨリ纖維性搖擗ガ起リ來タレドモ、下肢ノ麻痺ハ普通、側索ノ障礙ニヨルタメニ痙性ニ變化シ、ババンスキー氏反射モ陽性トナリ、痙性脊髓麻痺ノ症状ヲ呈スルニ至ル。又、感覺障礙ハ上肢及ビ軀幹ノ上部ニ後角ノ症狀タル部分ノ感覺脫失⁽¹⁾、即、主トシテ痛覺及ビ溫度覺・溫覺及ビ冷覺ノ脫失ヲ見ルモ、下半身ニハ單ニ後索ガ出血ノ間接的影響ヲ受クルタメ起ルトコロノ一般性感覺鈍麻ヲ見ル。尙、出血竈ノ吸收縮小ト共ニコレ等、下半身ノ運動及ビ感覺障礙ハ漸次輕快スルモノニシテ、若、側索及ビ後索ノ障礙ガ灰白質ニ於ケル出血ノ間接的影響ニ過ギザルトキニハ全部消失スルコトアリ。尙、出血ガ頸髓下部ニ來タルトキ眼瞳孔症狀ガ合併スルコトアリ。又、腰髓膨大ニ出血セルトキハ兩下肢ニ弛緩性變質性運動麻痺・筋萎縮部分ノ感覺脫失ガ現ハルルモ、出血大ナルトキハ感覺ハ總テノ種類ニ互リ脫失シ、唯、ソノ上界ニミ部分ノ感覺障礙ヲ見ル。

ソノ他ノ症状ハ出血竈ノ高サ・脊髓橫徑ニ於ケル廣サ及ビ脊髓長徑ニ於ケル長サニヨリ種種ナリ。若、出血ガ一側ノ灰白質ニ限局シ、ソノ影響ガ同時ニ同側ノ白質ニ及ベル場合ニ於テハ、コレニ相當セル合併症狀ハ急性ニ發症セル一種ノブローン・セカール氏半身麻痺ヲ呈スレドモ、主トシテ灰白質ガ侵サルタメ一種特有ナリ。又、稀ニ脊髓出血

(1) Traumatische Spätblutung

ガ背側二位スルコトアリ。カカル場合ニハ白質ノ症狀ガ主要トナリ、從ツテ急性脊髄炎ニ類似スルコトアリ。上述ノ如ク、本病ノ症狀ハ多クハ數時間ニシテ頂點ニ達シ、ソノ際、死スルコトナキトキハ、數日乃至二、三週以內ニ漸次快方ニ向フヲ常トス。即、壓迫・循環障礙等ニヨリテ起レル症狀ハ輕快シ消失ス。從ツテコノ期間ニ於テ多クハ尿閉去リ、麻痺セル筋肉ノ一部ハ漸次恢復シテ運動可能トナリ、感覺障礙モ輕快スレドモ、斯ノ如キ輕快ハ或程度マテ進行シテ停止シ、脊髄實質ノ破壊ニヨル墜廢症狀ノ長ク殘留ス。コレハ主トシテ灰白質ノ症狀ニシテ、脊髄出血ガ頸髓或ハ腰薦髓ニ發生セル場合ニハ弛緩性變質性麻痺及ビ部分的感覺脫失ガ當該ノ上肢又ハ下肢ニ殘留ス。發病ノ數日乃至一、二週間ハ何等ノ合併症ナクシテ、輕度ノ體溫上昇ヲ見ルコトアリ(所謂吸收熱ナリトセラル)。後ニ始ニハ又、膀胱カタル腎盂炎等ノ併發ニヨリ發熱スルコトアリ。

又、出血小ナルトキハ症狀輕度ニシテ且、不全性ナルコトアリ。タトヘバ萎縮性・變質性麻痺ヲ三頭膊筋ノミ認メ、或ハコレヲ臂筋ニノミ見タル例アリ。又、輕度ノ萎縮性麻痺ヲ少數ノ筋ニ認メ、ソノ反對側ニ輕度ノ部分的感覺障礙ヲ見、或ハ部分的感覺障礙ノ外ハ單ニ筋ノ緊張消失・纖維性搐搦ヲ見ルニ過ギザル場合アリ。又、稀ニ延髓又ハワロ

グー氏橋ノ症狀ガ合併ス。コレ恐ラクコノ部分ニモ同時ニ小出血ガ起ルニ因ルモノトセラル。

豫後

生命ニ關スル豫後ハ不良ナラズ、内臟等他ニ重キ損傷ノ合併ナキ場合ニ於テハ、脊髄ノ高キ部位ニ發セル出血ト雖、

(1) Haemorrhachis

直ニ死スルガ如キコト通常コレナキモ、廣大ナル出血ナルトキハ、ソノ後ノ經過中ニ褥瘡・肺炎又ハ膀胱炎等ヲ併發シ、コレニヨリテ死ヲ招キ、又、頸髓出血ニテハ稀ニ呼吸麻痺ニヨルコトアリ。サレド多クハ多少ニ拘ラズ輕快ス。全治ハ極ク稀ナリ。六乃至九ヶ月ノ經過後、尙、持續殘留セル症狀ハ輕快ノ望ミナク、殊ニ電氣變質反應ヲ呈スル筋萎縮ハ通常永久的ニ殘ル。

診斷及ビ鑑別

本病ガ突然發生シ、高熱ヲ伴ナハズ、多クハ外傷ニ基ツクコト、短時日間進行セル後、漸次輕快スルコト等ニ注意スルトキハ診斷多クハ困難ニアラズ、然レドモ時トシテ類似ノ疾患ト鑑別ヲ必要トス。

脊髄膜出血^山ノトキハ通常著明ナル刺戟症狀、即、四肢背部等ニ於ケル疼痛・脊柱ノ強直・筋肉ノ壓痛等アリテ、然カモ脊髄麻痺症狀ハ比較的輕ク、皮膚・脊柱等ノ外傷ヲ伴フコト多シ。又、腰椎穿刺ニヨリ血性ノ液ヲ見ルモ、コレハ脊髄出血ニモ來タルコトアリ。

急性脊髄炎ガ發病後、數時間乃至一兩日中ニ急劇ニ進行シテ頂上ニ達スルコトアリ雖、脊髄炎ハ通常、前驅症ヲ以テ現ハレ、又、著シキ體溫上昇ヲ伴ヒ、通常、外傷ヲ缺キ、又、症狀ガ急速ニ輕快ニ赴クコトナシ。脊髄空洞症等ノ鑑別ハソノ發病及ビ經過ノ慢性ナルコトニヨリ容易ニナスコトヲ得。又、脊髄出血ニ於テハ脊髄空洞症ニ見ル如キ、甚シキ榮養障礙ヲ起スコトナシ。

急性脊髄炎ハ多クハ發熱ヲ以テ始マリ、墜廢症狀ハ純前角疾患ナルモ、流行性ノモノニテハ然ラザルコトアリ。又、一方脊髄出血ガ前部脊髄灰白質^山ニ限局スルコトアルヲ以テ互ニ類似スルコトアリ。ソノ他、脊椎ノ骨折又ハ脫臼ニヨリ、或ハ直接ノ外傷ニヨリ脊髄又ハソノ根ノ破碎セラレタル場合ト、單純ナル脊髄出血

(2) Haematomyelia anterior

ト區別ヲ必要トスル場合アリ。又、脊髓ト同時ニ腦ニ外傷アリテ、症狀ガ合併セルタメ診斷ヲ困難ナラシムルコトアリ。

療法

發病當時ハ身體的竝ビ精神的絕對安靜ヲ最、肝要トス。單ニ初メノ數日間ノミナラズ、第二乃至第四週ニ至ルマデモ靜臥ヲ必要トス。而シテ、臥床中、背位ヨリモ側位又ハ腹位ヲ可トスル人アリ。背部殊ニ出血部位ト考ヘラルル場所ニ氷嚢ヲ當テ、又、水蛭ヲ以テ採血スルコトアリ。又、強壯ナル患者ニハ瀉血ヲナスコトアリ。初期ニハ止血劑トシテゲテヂン・アドレナリン・濃厚食鹽水・エルゴニン等ノ注射モ推奨セラル。又、咳嗽・嘔及ビ腹壓ヲ加フルコトヲ避ケシム。又、褥瘡及ビ膀胱炎ノ豫防ニハ周知ノ規定の手當テヲ施コスベシ。又、二、三週間ヲ經過セルトキハ萎縮性麻痺ニ對シマツサチ電氣的治療ヲ行ヒ、或ハ微溫浴ヲ試ム。又、腰椎穿刺ハ脊髓膜出血ノ場合ニハ多量ノ血液ヲ採取シ、良結果ヲ得ルコトアレドモ、脊髓出血ニハ脊髓液壓ヲ下グル恐アリテ通常、禁忌トス。

症例 脊髓出血 (著者實驗)

木○芳○ 四十九歳、男子 商人

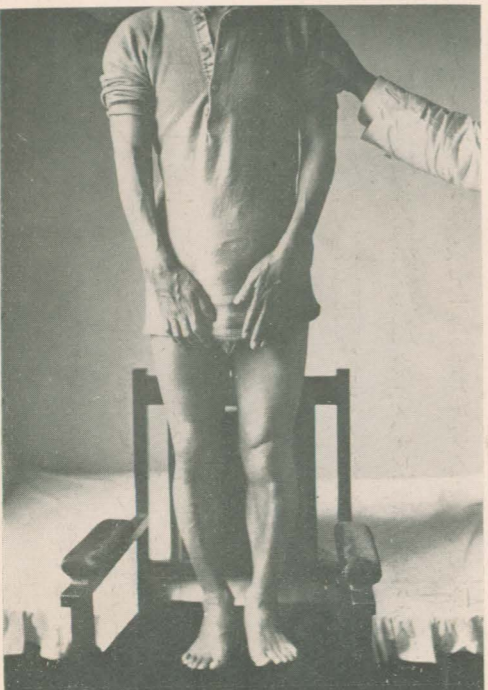
病前史。家族史ニ就キテハ特記スベキコトナシ、子女七人皆健存。患者生來健康、麻疹ヲ經過ス。酒・煙草ヲ好ム。花柳病ニ罹レルコトナシ。昭和四年五月五日朝何等ノ原因ナク、左上膊及ビ左肩胛部ニ感覺異常ガ起リ、不快ナルシビレ感及ビ「ダルク」感ジアリ。約一時間後ニハ右上膊及ビ右肩胛部ニ同様ノ感覺異常起リシガ、コレ等ハ二、三時間ノ後消失セリ。然ルニ午後

三時頃町ノ湯屋ニ赴キ入浴中、兩側殊ニ左側大腿次ニ左下ノ下腿ニシビレ感起リ、次テ兩手ノ運動急ニ不自由トナルタメ、他人ノ助ケヲ求メテ衣服ヲ着シ、急キ歸宅シ、醫師ノ注意ニ從ヒ絕對安靜ノモトニ臥牀セリ。上肢及ビ肩部ノ感覺異常ハソノ後二、三日繼續シ、漸次消失セリ。唯、兩手ノ運動麻痺・右下肢ノ重キ感ジ、輕度ノ排尿困難ハ持續シタリ。五月十五日偶然、左側腹部及ビ左下肢ニ於テ冷覺・痛覺ガ消失シ、右側下肢ノ痛覺モ稍、鈍麻セルヲ發見セリ。體溫ハ平常ニ

シテ經過中、發熱セルコトナク、意識一般的气分モ亦、終始異常ナシ。當時ワツセルマン「反應陰性、又、脊椎ノレントゲン撮影ニモ異常ナカリキ。

諸症ハ右記ノ如ク發病後一兩日ニシテ頂點ニ達シ、數日間

シテ拳ヲ作り得ズ。左手ハ拇指球・小指球扁平、且、軟握力甚、弱ク拳ヲ作り得ズ。左右前腕ノ筋肉ハ一般ニ羸瘦著明ナリ。下肢ハ著シキ麻痺ナク、唯歩行稍、緩慢ナルノミ。感覺ヲ檢スルニ、右手掌面ノ拇指球ノ邊及ビ左手ノ橈骨側ニ痛覺鈍麻アリ。又左側ニ於テ前面ハ約乳房ノ高



第九圖 脊 髓 出 血 病 者
右 手 鷲 爪 樣 手 呈 示 手 屈 曲 不 完 全 呈 示

同様ノ程度ヲ持續セル後、漸次自然ニ輕快ニ赴キ目下ノ狀態ニ至レリト云フ。

昭和五年二月二十日、現症。右手ハ鷲爪樣手ヲ呈シ、小手指ハ萎縮著シキモ、纖維性搐搦ヲ認メズ。手指屈曲不完全ニ

困難アルノミ。最高血壓百六十、脊柱レントゲン寫眞ニ異常ヲ見ズ(寫眞參照)。

リ。又左側ニ於テ前面ハ約乳房ノ高さ、背面モ略、同ジ高サヨリ以下、左側下肢全部ニ互リ溫度覺(冷覺及ビ暖覺)竝ニ痛覺ノ脱失アリ。觸覺ハ普通ナリ。腱反射・骨膜反射ハ上肢ニ於テ左右共亢進ス、下肢ハ腱反射左右共總テ亢進シ、且、左側ハ足及ビ膝蓋搐搦アリ。ババンスキー及ビメンデル氏反射ハ左右共陽性ナリ。排尿ハ稍、努責ヲ要スル程度ノ

潜水器病(潜水夫病・潜水夫麻痺・潛函病・壓榨空氣病)

Caisson- und Taucherkrankheit, Taucherialähmung,

Caisson disease, Presslufkrankung.

(1) Watelle
(2) Guérar

深海・深キ河底・又ハ深キ地底等ニ於テ、高氣壓中ニ久シク作業スル潜水夫及ビ潛函作業者ガ突然水面ニ出デ、氣壓ノ急減ニ逢フトキ、種種ノ腦脊髓症狀ヲ呈スルコトアリ。コレヲ潜水器(潛函)病又ハ潜水夫病ト云フ。ワテル⁽¹⁾及ビ⁽²⁾ゲラール兩氏ハ一千八百五十四年、始メテコレニツキ記述セリ。又、榴彈破裂・爆發等ニ際シテモ氣壓ノ濃厚ナル部分ト稀薄ナル部分トヲ生ズルガタメニ本病ノ起ルコトアリ。

病理及ビ病理解剖

本病ノ原因ニツキテハ、現今一般ニ瓦斯遊離説ガ信ゼラル。抑、潛函作業者又ハ潜水夫ガ深ク地底又ハ水中ニ沈下スルトキ、十メートル毎ニ約一氣壓ツツ氣壓ガ増加スルタメ、コレ等作業者ハ普通ニ乃至五氣壓ノ空氣内ニ作業スルモノニシテ、カカル高氣壓ノタメニ空氣ハ身體中ニ吸收セラル。コノ瓦斯吸收量ハダルトン⁽³⁾氏法則ニヨリ、ソノトキノ壓ニ併行スレドモ、十分吸收飽和セラルタメニハ一定時間ヲ必要トシ、ブレ⁽⁴⁾ツシ⁽⁵⁾氏⁽⁶⁾ニヨレバ七十キログラムノ體重アル人ガ周圍ノ高氣壓ニ相當スル瓦斯ヲ大部分身體へ吸收スルニハ約十六分ヲ要シ、完全ニ吸收スルニハ一時間ヲ要スト云フ。故ニ少時高氣壓内ニアルハソノ害、殆、コレナキト共ニ、一時間以上ハ最早、時間ニヨリテ吸收増加スルコトナシ。吸收セラレタル空氣ノ内、酸素ハ燃燒消費サレ、炭酸瓦斯ハ速カニ排出セラルルモ、窒素ハ體液及ビ組織中ニ吸收結合セラレ

テ殘存ス。而シテ前記作業者ガ俄カニ普通ノ大氣中ニ出デ、茲ニ急劇ナル壓力減少ガ起ルトキハ體液及ビ體組織中ニ結合サレ居リシ窒素ハ遊離シテ血液中ニ入り、漸次集合シテ小氣泡ヲ形成シ、コレガタメ毛細管竝ニ小血管ニ瓦斯エンボリーヲ生ジ、或ハ血管破裂ヲ起シ、ソノ結果、小出血或ハ組織ノ小軟化ヲ惹起シ、又、氣泡ガ毛細管中ヨリ組織中ニ出デ、直接コレヲ壓迫傷害シ、又ハ組織間ノ液循環ヲ妨グ。而シテ脂肪及ビ類脂肪ハ窒素結合力大ナルヲ以テコレ等ノ變化ハ中樞神經系統、殊ニ普通ハ脊髓ニ最、著シク、又、脊髓ニ於テハ胸髓殊ニ白質ニ甚ダシ、脊髓横斷面ヲ見ルトキハ小ナル圓形ノ病竈ガ散在ス。ソノ一部ハ空虚ニシテ、一部ハ變質セル組織及ビ破壊産物ヲ以テ滿サル。又、カカル病竈、數多生ズルトキハ上行性及ビ下行性續發變質ヲ起ス。

症狀

上述ノ理ニヨリ本病ノ症狀ハ神經系統、殊ニ脊髓ノ症狀ヲ主トス。

元來、周圍ノ氣壓ガ急ニ増加又ハ減少スル場合ニ於テ、聽障・鼓膜ノ出血又ハ穿孔・頭痛・眩暈・嘔吐等ヲ起スコトアレドモ、此ノ如キハ眞ノ潜水器病ニアラズ。

本病ハ高キ氣壓中ヨリ急ニ普通ノ大氣中ニ出テテ數分間乃至數時間、平均二十分ヲ經テ發病ス。發病ハ急劇ニシテ、輕症ナルトキハ皮膚搔痒・種種ノ筋痛・關節殊ニ下肢關節ニ於ケル疼痛・眩暈・聽障・嘔氣等ヲ發ス。重症ニ於テハ突然意識混亂シ、呼吸困難・チアノーゼ・嘔吐・鼓脹・粘膜出血・虛脫症狀・心臟麻痺症狀等ヲ發シ、急速ニ死スルコトアリ。然ラザルトキハ、種種ノ聽障及ビ神經症狀ヲ呈シ來タル。神經症狀ハ脊髓ノ麻痺及ビ刺戟症狀ヲ主トスレドモ、尙、腦及ビ末梢神經症狀モ加ハルコトアリ。多ク見ルハ痙性下半身麻痺ナレドモ、又、四肢麻痺・偏癱又ハ單癱ヲ起スコトアリ、カカル麻痺ハ稀ニ弛緩麻痺ナルコトアリ。バンスキー氏足趾現象モ來タル。感覺障

刺戟症狀ヲ主トシ、皮膚搔痒・種種ノ感覺異常アリ。又、劇痛アリテ、コレハ皮膚・筋肉又ハ關節ニ占居シ、殊ニ下肢ニ多シ。他覺的ニハ下肢ニ感覺鈍麻・感覺過敏ヲ見ルコトアレドモ、普通、高度ナラズ。又、膀胱直腸障礙殊ニ尿閉・陰莖勃起不能、又ハ自發勃起ガ來タル。ソノ他、腦症狀トシテ上述ノ意識障礙ノ外、稀ニ言語障礙・精神障礙・殊ニ精神錯亂、或ハ興奮、又ハ外傷性ノイローゼニ見ル如キ精神症狀、又ハヒステリー様症狀・大腦神經麻痺等ガ來タルコトアリ。

經過及ビ豫後

重症ニアリテハ病初ニ於テ窒息又ハ心臟麻痺ニヨリ死シ、或ハ重キ脊髓麻痺ニヨリ死ス。然ラザレバ醫療ニヨリ漸次輕快シ、全癒スレドモ、多少ノ墜廢症狀殊ニ脊髓後索側索變質ニ類似ノ症狀ヲ殘スコト多シ。

豫防

潜水夫又ハ潛函内作業者ヲ志望スルモノハ、豫、嚴密ナル身體檢査ヲ受クルヲ要ス。就中、心臟疾患・肺臟・腎臟病・貧血・動脈硬化症・中樞神經系統疾患・耳疾患アルモノ・脂肪過多ナルモノハ不適當ナリ。年齢二十五歳或ハ精精四十歳、約十八歳以上ニシテ精神身體共ニ健全、脂肪少ナク、身長大ナラザルモノヲ適當トス。次ニ高キ氣壓中ニアリタルトキハ急速ニ普通ノ大氣中ニ出ヅルコトナク、徐徐ニ行フベシ。減壓⁽¹⁾ガ緩徐ニ行ハルトキハ身體内ニ溶解セル窒素瓦斯ハ徐徐ニ分離シ、血液ニヨリ肺臟ヲ經テ、漸次排出セラル。コノ減壓ヲ徐徐ニ行フニハ特別ノ裝置、タトヘバ室内ノ空氣ヲ自由ニ加減シ得ル密閉室ヲ作り、高氣壓内ニアリシモノヲコノ内ニ入レ、徐徐ニ壓ヲ減ズル方法アリ。一・五氣壓ヨリモ高キ氣壓内ニ餘リ短カラザル時間アリシトキハ、常ニコノ緩徐ナル減壓ヲ必要トシ、〇・一氣壓ニ對シ、少ナクトモ一分半ノ割合ヲ以テ減壓スベシト云ハルルモ、減壓方法ニハ種種ノ說アリ。ソノ外、高氣壓内ニ

(1) Dekompression

- (1) Rekompresion
- (2) Rekompresionskasten

- (3) Fournier
- (4) Erb
- (5) Mendel
- (6) Tobias
- (7) Brissaud
- (8) Nonne

作業中ハ過勞ヲ避ケシム。

療法

本病ノ徵候現ハルトキハ壓ノ復舊⁽¹⁾ヲナス。即、直チニ以前ノ如キ高氣壓中ニ患者ヲ入ルルモノニシテ、コノトキ一旦、氣泡ヲ形成セル窒素瓦斯ガ再、吸收溶解セラルルガタメ、患者ハ通常速カニ輕快ス。コレガタメ金屬製ノ密閉函(復壓函⁽²⁾)ヲ作り、コノ中へ患者ヲ入ル。コノ復壓函中ニハヘリウム又ハ酸素瓦斯ヲ入レ用フルコトアリ。コレ此等ノ瓦斯ハ血液中ヨリ窒素瓦斯ヲ奪取スル一助トナルニヨル。患者ヲ復壓函内ニ入ルルトキハ略、始メノ高壓ニ相當スル程度ニ急速ニ壓ヲ高メ、一時間近クコノ高氣壓中ニ置き、後〇・一氣壓ニツキ約三分ノ割合ヲ以テ徐徐ニ減壓ヲ行フ。

脊髓癆 Tabes dorsalis.

本病ハ脊髓疾患中、最、多キモノノ一ニシテ、微毒經過後ニ發生シ、神經中樞、就中、脊髓ノ後根侵入部位ヨリ後索ニ互リテ發生スルトコロノ慢性進行性變質ヲ主トス。殆、不治ノ疾病ナリ。

原因

本病ガ微毒感染ニ起因スルコトハ既ニ二十餘年前、フールニエール⁽³⁾、エルブ⁽⁴⁾等諸氏ガ統計的觀察ニヨリテ證明セルトコナリ。然レドモ、當時ニ於テハ尙、本病ノ少數ハエルゴチン・ニコチン等ノ中毒ニヨリテモ起リ得ルモノト考ヘラレタリ。近年ニ至リテ、本病ハ總テ微毒ニ續發スルモノニシテ、微毒ノ先天的又ハ後天的感染無クシテハ本病ニ罹患セザルコト、メンデル⁽⁵⁾、トビアス⁽⁶⁾、プロツソー⁽⁷⁾、ノン子⁽⁸⁾等諸氏ノ研究ニヨリ決定セラレタリ。然レドモ本病ノ病理解

- (1) Meta-oder parasymphilitische Erkrankung
- (2) Strümpell
- (3) Charcot
- (4) Edinger
- (5) Ersatztheorie
- (6) Abnutzungstheorie

- (7) Anamnese
- (8) Roumont

剖學的變化ハ腦脊髓微毒及ビ内臟微毒ノ場合ト全然相違セリ。一千九百十三年、野口英世氏等ニヨリテ脊
髓癆ノ脊髓ニスピロベータバクテリヤガ證明セラレタルモ、コレヲ證明シタル場合ハ極メテ少數ニシテ、野口氏ニ據レバ約十例中
一例ノ比ニ過ギズト云フ。ソノ他、本病ニハ驅療療法ノ效果ガ普通微毒疾患ニ比シテ乏シキコト、ワツセルマン氏反
應ノ陽性率少ナキコト、ソノ他ノ點ニ於テモ亦、普通ノ微毒性疾患ト相異スルヲ以テ、本病ハ後期又ハ變形微毒疾
患⁽¹⁾トセラレ、ストルムンペル氏⁽²⁾ハ恐ラク微毒罹患ノタメニ、或ル不明ノ化學的毒素ガ身體内ニ發生シ、神經系統ノ
特殊ノ部分ヲ選擇的ニ侵スモノト想像セリ。コノ關係ハ麻痺性癡呆症ト微毒トノ關係ト同一ナリ。尙、本病ハ微毒
ニ感染セルモノノ一部分ニノミ來タルガタメニ、ヤルコー氏⁽³⁾ハ素因ノ存在ヲ主張セルモ、如何ナル素因ニヨルヤハ明カナラ
ズ
又、エチンゲル氏⁽⁴⁾ハ氏ノ補充理論⁽⁵⁾又、消耗説⁽⁶⁾ニヨリテ、本病ノ發生ヲ説明セリ。氏ニ據レバ感覺部位ハ運動
部位ト異ナリ、費消サレ易ク、從ツテ微毒ニ起因スル毒素ノ作用ヲ受ケ易キモノナリト説明セリ。
本病ガ微毒感染ニノミ原因スルコトハ確定セルトコナレドモ、本病患者ニ微毒感染ノ病前史⁽⁷⁾乃至身體的徵候ヲ證
明シ得ザルコト稀ナラズ。女子ノ場合ニ於テ殊ニ然リ。又、既往ニ於テ微毒感染ノ症狀アリトスルモ、コレガ極メテ輕微ナ
ル場合少ナカラズ。
又、患者身身ニハ微毒感染ヲ證明シ得ザルモ、兩親又ハソノ一方ニ認メ得ル場合アリ。
又ルーモン氏⁽⁸⁾ニ據レバ、微毒感染者中、本病ニ侵サルハ約一・一アロセントニ過ギズ。コノ比率ノ此クノ如ク少ナキコ
ト、竝ニ本病ノ病變ガ普通ノ微毒性變化ト異ナル理由ニ就キテ、スピロベータノ種類ニ相違アルモノト考フル學者アリ。
又、本病ノ發生以前ニ於テ十分ニ驅療療法ヲ行ハザリシ場合ニ罹患シ易シト云ヒ、又、コレヲ否定シ、或ハ水銀療法ハ

- (1) Tabes conjugalis
- (2) Tabes familiaris
- (3) Tabes infantilis resp. juvenilis
- (4) Tabes lumbalis
- (5) Graue Degeneration
- (6) Wurzeleintrittszone

本病ヲ誘致スト説クモノスラアレドモ、尙、一定ノ説アルコトナシ。
本病ハ男子ニ遙カニ多く、女子ニ少ナシ。又夫婦性脊髓癆⁽¹⁾ト云ヒ、夫婦共ニ侵サルルコトアリ。又、同一家族中、多
數ノ患者ヲ出ス場合アリテ、コレヲ家族性脊髓癆⁽²⁾ト云フ、共ニ稀有ナリ。年齢ハ中年(三十歳乃至四十歳)ニ發病ス
ルコト、最、多シ。稀ニ幼年者及ビ青年ニ來タル、コレヲ幼年性又ハ青年性脊髓癆⁽³⁾ト云フ。老人ニモ稀ナリ。本病ハ
又、都市生活者ニ多く、又、泰西ノ文獻ニ據レバ商人、美術家、軍人ニ多シト云ハル。
本病ノ發生ニハ遺傳性神經病性素因・精神的又ハ身體的過勞・感冒・外傷・急性傳染病・色荒・酒精中毒等ガ
誘因トナル。

病理解剖

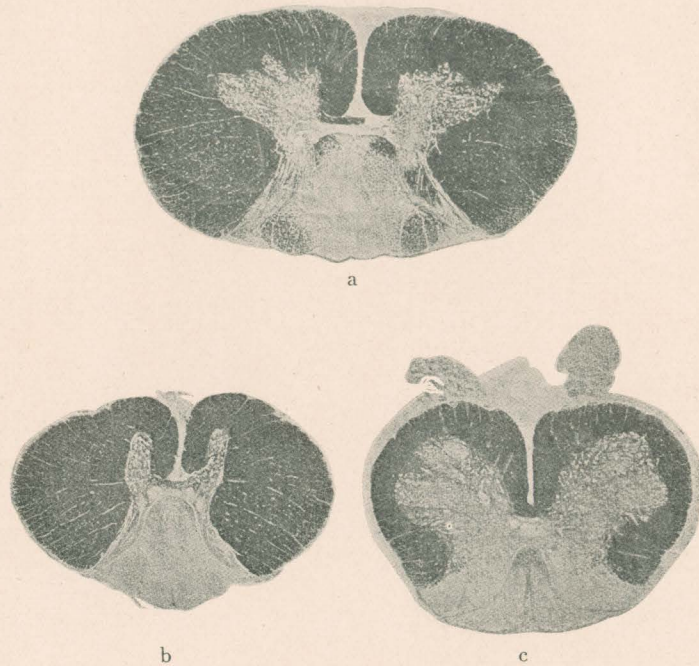
解剖的變化ハ脊髓内及ビ脊髓外ニ存ス。脊髓内ノ變化ハ腰髓殊ニ上部腰髓ニ始マルコト、最、多く、所謂腰髓癆⁽⁴⁾
コレナリ。ソノ主ナル變化ハ後索ノ單純ナル變質ニシテ、對稱性ニ現ハル。
先、肉眼的ニ脊髓橫斷面ヲ見ルニ、後索ハ灰白色ヲ呈シ(故ニ灰白色變質⁽⁵⁾ト稱セラル)、他ノ部ニ比シテ狭小ニシテ、
稍、陷凹ス。顯微鏡的検査ニ據ルニ、コノ變質ハ最初ブルダツバ氏索ノ後根侵入部⁽⁶⁾ニ左右對稱的ニ始マリ、次
デブルダツバ氏索ニ向ツテ擴大ス。

コノブルダツバ氏索變質ハ脊髓ノ上部ニ至ルニ從ヒ、漸次、正中線ニ近ヅキ、頸髓ニ於テハソノ連續タルゴル氏索ニ
變質ヲ見ル。

- (1) Dorsomedialbündel
- (2) Das ventrale Hinterstrangfeld
- (3) Tabes cervicalis
- (4) Tabes sacralis

末期ニ於テハ、腰髓及ヒ胸髓ニ於テハ、後索ノ殆、全部ガ變質ニ陥リ、唯、後縦裂ニ沿ヒテアルトコロノ背側正中纖維索⁽¹⁾及ビ後連合ト後角基部ノ内側ニ隣接シテアルトコロノ腹側後索野⁽²⁾ガ侵サレザルノミ。此クノ如ク、腰髓ヨリ始マ

第十圖
脊 髓 癆 ノ 後 索 變 質
髓 頭 (a) 髓 胸 (b) 髓 腰 (c)
(ル 據 ニ 氏 ル ベ ン ユ リ ト ス)



レル場合ニ於テハ、頸髓ニ於テハ初メハゴル氏索ニ變質ヲ見ルノミナレドモ、後ニハ頸髓ノブルダツツ⁽³⁾氏索ニモ變質ガ現ハルルニ至ル。

尚、稀ニハ頸髓ノブルダツツ⁽³⁾氏索殊ニソノ後根侵入部位ニ最初變質ガ起ルコトアリ。頸髓癆⁽⁴⁾コレナリ。尚、コレヨリモ稀ナレドモ薦骨髓癆⁽⁴⁾ト稱シ、薦骨髓部ニ最初變化ガ現ハルルコトアリ。

後索ノ外、尚、側索、殊ニ錐體路ニ輕度ノ變質ヲ見ルコト少ナカラズ。又、例外トシテ前索ニモ極メテ僅少ノ變質アルコトアリ。コレ等、索道ノ變化ハ神經纖維ノ變質ニシテ、纖維ハ漸次、髓鞘ヲ失ヒ、次デ軸索モ消失スルニ至ル。膠質組織

本病ガ進行セル場合ニ於テハ

ハ殘存シ、或ハ却、増殖ス。脂肪顆粒細胞ハ通常、唯、少數散在スルノミ。コレニ反シテ多數ノ澱粉様小體ヲ見ルコト多シ。尚、血管壁ノ肥厚、硝子様變質ヲ見ルコトアリ。

又、變化ハ白質ヲ主トスレドモ、尚、多少ノ變化ハ灰白質ニアリ。即、クラーク氏柱及ビ後角殊ニソノリツサウエル氏線帶ニ神經纖維ノ變質ヲ見ル。尚、前角ニ變化ヲ見タル例アレドモ、コレハ寧、併發症ニヨル。又、脊髓軟膜及ビソレニ接續スル結締組織ニハ輕微ノ炎症性變化、即、血管周圍ノ淋巴球及ビプラスマ細胞ノ蝟集ヲ見ル。稀ニ軟膜ノ肥厚癆著ヲ見ル。脊髓外ノ變化トシテハソノ後根ニ殆、萎縮乃至變質アリ。

又、脊髓神經節ノ神經纖維ニ變化アルノミナラズ、ソノ神經細胞ニモ變化ヲ證明シ得ベク、コレヲ原發性トナス人ト、續發性ト見做ス人トアリ。

病變ハ又、延髓ニモ波及ス。然ル場合ニ於テハ、後索核・孤立神經束⁽¹⁾・三叉神經脊髓根・後迷走神經核ガ萎縮シ、稀ニハ尚、舌下神經核・三叉神經感覺核及ビ運動核・聽神經核・眼筋神經核・迷走神經核等モ變質又ハ萎縮ニ陥ルコトアリ。又、大脳神經自己ニ病變ノ來タルコトアリ、殊ニ視神經ハ通常、多少ニ拘ラズ變質ス。又、動眼神經、ソノ他ノ眼筋神經・迷走神經・回歸神經・舌咽神經・稀ニハ聽神經ノ變質ヲ證明スルコトアリ。

末梢脊髓神經ニモ變質ヲ見ル。殊ニ下肢ノ皮膚感覺神經ニハ每常變質ヲ見ルモ、運動神經・交感神經ニモ亦、時トシテ變化アリ。

本病ニ於ケル病變ハ何レノ部位ニ原發スルヤ、又、ソノ變化ハ如何ナル理由ニヨリ起ルヤノ疑問ニ就キ、從來種種ノ議論アリ。(一)マリー⁽²⁾、オツペンハイム⁽³⁾等諸氏ニ據レバ、假定ノ毒素ガ最初、脊髓神經節(及ビ三叉神經核、頸靜脈神經節ノ如キノ類似核)ノ神經細胞ヲ侵シ、ソレガタメコレ等ヨリ出テテ脊髓乃至延髓及ビ末梢部ニ行クトコロノ

- (1) Solitärbündel

- (2) Marie
- (3) Oppenheim

- (1) Guillain
- (2) Obersteiner
- (3) Redlich

- (4) Leyden
- (5) Goldscheider
- (6) Oppenheim

感覺神經纖維、殊ニソノ終末部ノ變質ヲ招來スルモノニシテ、コノ變質ガ徐徐ニ脊髓神經核細胞ニ向ツテ進行スルモノナリト説明セリ。實際、コレ等ノ神經節細胞ニ變化ヲ認メ得レドモ、ソノ變化ハ必ズモ原發性ナリトノ確實ナル根據アルニアラズ。(二)ソノ後、マリー及ビジブレン氏⁽¹⁾ハ本病ハ脊髓後索及ビソノ部位ノ脊髓軟膜中ノ淋巴管裝置ノ微毒性ニ基ヅクト唱道セルニ、コノ說ニ贊同スルモノ少ナシ。(三)オーベルスタイナル⁽²⁾、及ビレードリツヒ⁽³⁾等諸氏ハ脊髓後根ノ變化ヲ原發ナリトセリ。即、脊髓後根ガ脊髓へ侵入スル部位ニ於テ、後根ハ軟膜及ビ膠質組織ニヨリ包圍セラ。故ニ若、コノ軟膜ニ病變ガ起ルトキハ後根ハコノ部位ニ於テ、或ハ炎症ノ直接ノ移行ニヨリ、或ハ軟膜ノ癒著・癩痕性萎縮等ニヨリ害セラレ、變質ニ陥ルモノトセリ。然レドモ、後根ノ變化ハ單純ナル變質ニシテ、炎症性變化ヲ認メ難ク、又軟膜ノ炎症程度及ビ場所の關係ハ脊髓後索ノ變化ノソレト一致セズ。又、前根モ後根ト同様ノ解剖的關係ニア。ルニ拘ラズ影響ヲ受ケザルコト等ハ、コノ說ノ根據ヲ薄弱ナラシムルモノナリ。(四)又デイデン⁽⁴⁾、ゴールドシイデル⁽⁵⁾、オツペンハイム⁽⁶⁾氏等ハ末梢感覺神經ノ病變ガ原發シ、コレヨリ脊髓神經核、後根及ビ後索ノ變質ヲ招致スルモノトセリ。(五)又、本病ハ一定ノ部位ノ病變ニ起因スルモノニアラズシテ、發生學上及ビ機能上、同種類ニ屬ストコロノ一個ノ神經纖維系統全體ヲ侵スモノナリトノ說アリ。此クノ如ク、種種ノ學說アリテ、今、尙、歸著スルトコロナシ。

症狀

脊髓癆ノ症狀ハ極メテ多數ニシテ、コレ等ガ相合シテ呈スル症狀像モ亦、多様ナリ。本病ハ凡、三期ニ分タルルモ、場合ニヨリ一樣ナラズ。各期ノ症狀相前後スルコトアリ。

多數ノ症狀中、殆、每常來タルモノト、稀有ノモノトアリ。前者ハ本病ノ主症狀ヲナシ、多ク既ニ初期ヨリ現ハレ、診斷

- (1) Argyll-Robertson
- (2) Westphal
- (3) Lanzinierende Schmerzen
- (4) Gürtelgefühl
- (5) Lichtstarre

上重要ナレドモ、コレ等症狀モ時ニソノ一、二ノモノガ缺如スル場合ナキニアラズ。

本病ノ症狀中、最、屢、來タリ、且、初期ヨリ現ハルルモノハ兩側性反射性瞳孔強直(アーガイル、ロバートソン⁽¹⁾氏症狀)・兩側性膝反射消失(ウストワール氏⁽²⁾症狀)及ビアピシス腱反射消失・電擊様疼痛⁽³⁾・下肢ニ於ケル感覺、殊ニ痛覺ノ鈍麻、及ビ軀幹ノ觸覺過敏・絞窄感覺⁽⁴⁾ナリ。コレ等ノ症狀ノ現ハルル順序ハ場合ニヨリ、同一ナラズ。又、コノ内アルモノハ漸ク第二期ニ至リテ來タル場合アリ。ココニ初期症狀ノ個々ニ就キテ詳述スベシ。

瞳孔ノ反射性強直 即、光線強直⁽⁵⁾ハ、通常、早期ニ現ハル。初メハ反射ガ單ニ減弱シ、瞳孔收縮ガ不全又ハ遲徐スルニ過ギザルコトアリ。又、本症狀ガ一側ノ眼ニノミ來タリ、或ハ兩側ニ於テ反射減弱スルモ、左右同程度ナラザル場合アリ。又、本症狀ガ間代性ニ來タリテ、時時消失シ、又、現ハルル場合アリ。

又、瞳孔ガ正圓形ヲ失ナヒ、不正形ヲ呈シ、又、大キサモ異常ニ小サク(脊髓性瞳孔縮小症)、又ハ異常ニ大(脊髓性瞳孔擴大症)ナルコトアリ。又、左右不同大ノコト(瞳孔不同症)アリ。

本症狀ハ上述ノ如ク初期ニ來タリ、十年乃至十數年ニ互リ唯一ノ症狀ヲナスコトアリ。然レドモ、又、コノ症狀ハ初期ニ缺ケルコトアルノミナラズ、全經過中、缺除スルコトアリ。

ウストワール氏症狀(膝蓋腱反射消失) モ亦、初期症狀ノ中、最、屢、見ラレ、稀ニ唯一ノ初期症狀ヲナス。又、普通兩側ニ來タルモ、初メニ於テハ、單ニ一側ニノミ來タリ、又ハ他側ニ於テハコノ反射ガ唯、減弱セルニ過ギザルコトアリ。

本症狀モ亦、缺如スルコトナキニアラズ。

アピシス腱反射 モ亦、左右共消失スルヲ常トス。而シテ膝蓋腱反射ト共ニ消失シ、或ハコレヨリ早く、或ハ遅レテ消失ス。

(1) Tabische Symptomtrias

電擊性疼痛。モ亦、上述ノアーガイル、ロバートソン氏症狀及ビヒストラー氏症狀ト同様、初期ニ頻發スルタメ、コノ二症狀ヲ昔時ハ脊髓癆ノ三症狀ト唱へ、診斷上重要ナルモノトセリ。他ノ二症狀ノ如ク、初期ニ於テハ、コノ症狀ノミ、數年十數年ニ互リ唯一ノ症狀タルコトアリ。本症狀ノ特徴トスルコロハ、疼痛劇烈ナルコト。發作的ニ來タルコト。竝ニ疼痛ガ電光ノ如クニ急速去來シ、恰カモ針又ハ錐ニテ強ク刺スガ如クナルコトナリ。カカル疼痛ガ相踵テ來タリ、持續スル時間ハ多クハ數分乃至數時間ニ互ルモ、又、數日乃至數週ニ互リテ持續スルコトアリ。發作ノ間隔モ種種ニシテ毎日來タリ、又ハ數日、數週、數月ヲ隔テ襲來ス。從ツテ稀ニ現ハルル場合ニハ、診察時ニ特ニ患者ニコレヲ尋ヌルニアラザレバ本症狀ノ存在ヲ忘レ居ル場合アリ。

疼痛ノ來タル場合ハ種種ナレドモ、腰髓竝ニ薦骨髓ノ分布領域ヲ最、多トス。殊ニ下肢ニ多ク來タルモ、又、上肢、軀幹、顔面、辜丸、膀胱、肛門領域等ニモ現ハル。患者ハ通常、疼痛ガ深部ノ筋肉層内又ハ骨部、稀ニ皮膚ニ存在スルモノノ如ク感ズ。通常、疼痛ノ皮膚ニハ感覺過敏アリ。尙、疾病ノ末期ニ於テハ電擊性疼痛ノ外ニ、鈍キ穿孔様疼痛ヲ發生スルコトアリ。又、電擊様疼痛ガ長ク持續シテ頻々襲來スルトキハ、發熱ヲ伴フコトアリ。電擊様疼痛ハ唯、稀ニ缺如ス。

又、屢、絞扼痛、又ハ絞扼感ガ胸部殊ニ乳房ノ高サニ來タル。又、同様ノ部位ニ帶狀ノ觸覺鈍麻、稀ニ痛覺ノ鈍麻ヲ見ル。

感覺障碍中、痛覺脫失乃至鈍麻ハ以上ノ症狀ニ次ギ、比較的早期ヨリ來タリ、通常初メハ下肢ニ認メラル。

又、震動感覺ノ減退ハ屢、既ニ初期ニ於テ下肢ニ認メ得。尙、比較的早クヨリ現ハルル症狀ノ一ツトシテロンベルグ症狀アリ。コレハ患者ヲ直立セシメ、兩足ヲ密接セシメタル後、兩眼ヲ閉目セシムルトキ、身體甚ダシク動搖シ、遂ニ倒レ

(2) Rombergsches Symptom

(1) Statische Ataxie
(2) Waschbaskenphaenomen

ントスルニ至ルモノニシテ、靜止的共働運動失調ニヨル。患者ガ朝起立ノママ洗面セントスル際ニ起ルタメニ自ラ氣付ク場合アリ(洗面盥現象)。

次ニ排尿困難、勃起力ノ減退、眼筋麻痺ニヨル複視、視神經萎縮ニヨル視力減退、關節又ハ骨病變等ハ早期症狀ニハアラザレドモ、後述ノ症狀ニ比シテ早クヨリ現ハレテ、且、自覺スルガ故ニ患者ノ注意ヲ惹クコトアリ。

共働運動失調ハ本病ノ重要ナル症狀ナレドモ、早期ニ來タルコトハ稀ニシテ、普通中期又ハ後期ニ至リ漸次顯著トナル。主トシテ動力の共働運動失調ナレドモ、靜止的ヲ交ユ。前述ノロンベルグ氏症狀ノ如キ、後者ニ屬ス。コレ等失調ハ閉目スルトキ一層度ヲ増シ、又ハ閉目ニ際シ始メテ現ハルル特徴トス。多クノ場合、最初、下肢ニ現ハレ、患者自ラ暗所ニ於ケル歩行、階段ノ下降ノ如キ場合ニ歩行不確實ナルニ氣付クコトアリ。試ミニ歩行ヲ命ズルニ足ノ方向一定セズ、一直線上ヲ進行スルコト難ク、又、股關節ニ於テ過度ニ屈折シ、且、外方ニ轉廻スルタメ、一步毎ニ足ハ著シク高ク外方ニ舉上セラレ、次イテ足ヲ下ロストキ、下肢ヲ過度ニ伸展シ、且、足尖ヲ扛舉スルタメヨリテ強ク床ヲ踏ミツク(共働運動失調性歩行)。若、閉目シテ歩行セシムルトキ、コノ状態ハ著シク増シ、蹣跚トシテ歩行ニ堪ヘザルコトアリ。

又、歩行障碍輕度ナルトキ、普通ノ歩行ニ於テハ故障ナキモ、方向轉換或ハ急ニ歩行ヲ止メシムルトキ、身體ガ動搖スルヲ見ル。下肢ノ共働運動失調ヲ檢スルニ種種ノ方法アリ。即、仰臥位ニ於テ閉目セシメ、一脚ヲ扛舉セシムルトキ、眞直ニ扛舉スルコトヲ得ズ。又、扛舉後モ動搖シテ靜止シ難シ。又、一脚ヲ以テ空中ニ正圓ヲ畫カシムルニ頗、拙劣ナリ。又、膝踵試驗ト稱シ、一側ノ踵ヲ以テ他側ノ膝蓋ニ正シク觸ルルコトヲ命ズルニ、拙劣ニシテ容易ニソノ目的ヲ達セズ。

共働運動失調ハ、後ニハ上肢ニモ來タレドモ、稀ニ上肢ニ最初來タリ、又ハ上肢ニ於テ下肢ヨリ高度ナルコトアリ。コノ場

(3) Kniehackenversuch

- (1) Fingerfingerversuch
- (2) Fingernasenversuch
- (3) Spontanbewegungen

- (4) Passive Bewegung
- (5) Pelzigseingefühl od. Taubheitsgefühl
- (6) Prickeln
- (7) Kribbeln
- (8) Krise

合ニ於テハ、腱反射ノ消失、感覺障碍等モ亦、上肢ニ著シキヲ普通トス。カカル場合ハ本病ノ變化ガ頸髓ニ初發スルモノニシテ、コレヲ頸髓性脊髓癆ト云フ。上肢ノ運動失調ニヨリ指又ハ手ヲ用フル纖細ナル運動ガ拙劣トナリ、試験的ニハ閉目セシメラ、兩手ノ示指ノ尖端ヲ正シク相觸レシメ(指指試驗⁽¹⁾)、又ハ一方ノ示指ノ尖端ニテ鼻尖ヲ正シク觸レシムルニ(指鼻試驗⁽²⁾)、容易ニソノ目的ヲ達シ難シ。末期ニ於テハ、四肢ノ運動失調高度トナリ、且、胴體ノ共働運動失調モ加リテ、起立・歩行不能トナリ、持續就褥スルニ至ル。尙、運動失調著シキ上肢、又ハ稀ニ下肢ニアテトーゼ様ノ不隨意運動ヲ見ルコトアリ。オツベン・ハイム氏ハ自發運動⁽³⁾ト命名セルモ、靜止的共働運動失調ニ起因ストナス人アリ。

コノ共働運動失調ト相提携シテ現ハルル症狀ハ、筋緊張力ノ減退乃至消失ニシテ、コレニ伴ヒテ腱膜及ビ關節囊裝置ノ弛緩ヲ起スタメ、該部ノ關節ニ於テ受働運動⁽⁴⁾ヲ試ミルトキハ、生理的ニ存在スル抵抗ハ全ク消失シ、且、過度ニ關節ヲ屈曲又ハ伸展スルコトヲ得ベシ。コノ緊張減退モ本疾患ノ初期ニ來タルコトアリ。

感覺障碍ハ本病ニ必發ノ症狀ニシテ、下肢ノ痛覺鈍麻・胸部ノ絞扼感・感覺過敏等、既ニ早期ニ來タルコトハ前述セルトコロナリ。尙、感覺障碍ハ病勢ノ進行ト共ニ漸次擴大ス。ソノ内、感覺異常ハ殆、常ニ各患者ノ訴フルトコロニシテ、好シテ下肢・胸部下方ニ現ハレ、稀ニ他ノ部位ニ來タル。即、足蹠ニ厚紙ノ附著シ居ル如キ感⁽⁵⁾、下肢ノ冷感又ハ蟻走感・胸部ニ於ケル帶狀ノ絞扼感等ハ殊ニ多ク來タル。ソノ他、「ビリビリ」スル感⁽⁶⁾、「ムツ痒キ」感⁽⁷⁾等ガ來タリ、コレ等ハ下肢・胸部稀ニ上肢、殊ニ尺骨神經領域・顔面等ニ感ゼラル。

感覺過敏ハ電擊様疼痛ノ部位又ハ後述ノ發症⁽⁸⁾ノ起レル場所ニ一時的ニ來タル外、又、持續的ニ現ハル。殊ニ屢、胸廓下部ヨリ下方ニ互リ冷感過敏アリ。又、觸覺痛覺モ過敏ナルコトアリ。ソノ外、本邦患者ニ於テ屢、經驗スルハ入

- (1) Zona hyperaesthetica tactilis (Hitzig-Laehr)
- (2) Doppelempfindung
- (3) Allochirie
- (4) Perversion
- (5) Pallaesthesia

浴ノ際、溫度感覺ノ過敏アルガタメ普通ノ熱サノ湯ニモ堪ヘ得ザラ訴フルコトナリ。

感覺ノ鈍麻乃至脱失ハ、上述ノ如ク、早期ヨリ來タリ、始メハ主トシテ痛覺、又ハコレト溫度覺障碍ヲ認メ、下肢・胸部等ニ所々非對稱性ニ且、限局性ニ現ハル。殊ニ上腿ノ外側・足ノ内側・足蹠等ニ現ハルモ、又、彌蔓性ニ廣ク來タルコトアリ。觸覺ハ普通始メハ痛覺・溫度覺ニ比シ輕度ニ侵サル。溫度覺モ亦、然ルコトアリテ、痛覺鈍麻乃至脱失ハ最、屢、證明セラルルトコロナリ。然レドモ胸部ニ帶狀ノ觸覺鈍麻⁽¹⁾(ヒ、ツチヒ、ジール氏ノ觸覺鈍麻帶)ヲ發スルトハ早期ニ於テ屢、認メラル。コノ部ノ痛覺モ亦、侵サルコトアリ。

感覺ハ右記ノ如ク量的ニ障碍ヲ來タスノミナラズ、又、質的ニ變化スルコトアリ。殊ニ痛覺傳導ノ遲滯ハ屢、早期ニ來タリ、痛刺戟ヲ與ヘテ二乃至五秒ノ後初メテ感受ス。又、二重感覺⁽²⁾ハ觸覺ガ侵サレザルトキニ見ラレ、針刺戟ヲ與フルニ初メ觸覺ヲ感ジ、更ニ數秒ヲ經テ痛覺ヲ感ズ。又、同ジク二重感覺ナレドモ、針刺戟ヲ與フルトキ皮膚ノ二個所ガ同時ニ或ハ相踵ヒテ刺戟サレシ如ク感ズルコトアリ。又、針ニテ刺スモ無痛ナル部分ヲ、針ニテ線ヲ引ク如ク搔クトキハ劇痛ヲ感ズルコトアリ。コレハ刺戟ノ蓄積ニヨル。ソノ他、刺戟ノ部位ヲ誤ツテ感覺シ、又ハ刺戟ヲ他側ノ對稱部ニ感ズルコトアリ(感覺轉側⁽³⁾)、又、針刺ヲ冷タク或ハ温カク感ズルコトアリ(感覺顛倒⁽⁴⁾)。

深部組織ノ感覺モ亦、侵サル。關節ノ痛覺、下肢ノ震動感覺等ハ早クヨリ鈍麻スルコトアレドモ、一般ニハ共齊運動失調ノ顯著トナル頃ヨリ明瞭トナル。震動感覺減退⁽⁵⁾ハ音又ヲ動カシ、コレヲ骨又ハ關節ニ立テテ検査スベシ。深部感覺ノ障碍高度トナレバ廣ク筋・骨膜・關節ニ及フガタメニ痛覺ノミナラズ、運動及ビ位置感覺モ消失シ、患者ハ自身ノ四肢ガ何レノ位置ニアルカラ分辨シ難キコトアリ。又、深部ニ存スル器官、即、氣道・胃・眼球・辜丸・膀胱・直腸等ニモ痛覺脱失起リ、例之、筋・辜丸・眼球等ヲ壓迫スルモ疼痛ヲ感ズルコトナシ。

(1) Reflexogene Zone

皮膚反射ノ變化ハ著シカラズ。腱反射既ニ消失セルニ拘ラス、尙、正常又ハ却、亢進セルコトアリ。然レドモ末期ニ至リ、皮膚反射ノ反射發生部位⁽¹⁾ニ感覺脫失起ルニ至レバ消失ス。

膀胱機能障礙ハ毎例ニ起ル症狀ニシテ、本病ノ種種ノ時期ニ來タルモ、初期ハ稀ナリ。初メハ單ニ尿意缺乏ニヨル排尿回数ノ減少、又ハ命令的尿失禁ト稱シ、尿意ヲ感ズルトキ直ニ放尿ヲ餘儀ナクセラルルコトアリ。著明ノ膀胱障礙ハ排尿ノ困難ニシテ、排尿ニ努責ヲ必要トス。稀ニ排尿ニ當リ切ルガ如キ疼痛ヲ訴フ。完全ナル尿失禁或ハ尿閉ハ末期ニ入リテ現ハルルヲ常トス。又、コレ等ノ症狀ガ後ニ至リ、再、輕快乃至消失スルコトアリ。糞便失禁ハ極メテ稀ニシテ、多クハ便秘ヲ見ル。

勃起力減退ハ時ニ既ニ初期ニ來タリ、初メ色慾ヲ有スルモ、末期ニ至レバ生殖能力・色慾及ビ勃起力皆消失ス。尙、初期ニハ男性色慾亢進或ハ持續性陰莖勃起症ガ來タルコトアリ。

腦神經ノ障礙中、最、多ク認メラルルハ眼筋麻痺、次テ視神經萎縮ナリ。視神經萎縮ハ大人ノ場合ニモ來タルモ、幼年型及ビ青年型ニ多シ。時トシテ發病ノ初期ニ來タリ、然カモ唯一ノ症狀トシテ、數年間他ノ症狀ニ先驅スルコトアリ。又、コノ症狀ガ早クヨリ起ルトキハ、既ニ存在セシ他ノ症狀ノ進行ガ中止スルコト多シ。視神經萎縮ハ單純ノ萎縮ニシテ通常兩側ニ來タルモ、左右對稱性トハ限ラス、視力ハコレト共ニ減退シ、視野ハ不規則ナル求心性又ハ楔狀性狹窄ヲ示シ、色神モ減弱ス。視力減退ハ徐徐ニ進行シ、數月乃至數年ニシテ遂ニ黒内障トナリ、盲目トナル。然レドモ稀ニハ萎縮中途ニシテ停止スルコトアリ。眼底ヲ検査スルニ乳頭ハ灰白色ヲ呈シ、境界鮮明ナリ。コノ變化ハ初期ニ於テハ鼻側ニ著シ。

著明ナル眼筋麻痺ハ脊髓癆患者ノ四分ノ一、又ハ五分ノ一二來タル。輕度ノモノヲ加フルトキハ遙ニ多シ。動眼神經ノ

- (1) Crises tabétique
- (2) Crises gastriques
- (3) E. Müller
- (4) Crises noires

一部、或ハ外轉神經ガ麻痺シ、複視ガ起ル。コノ複視ハ不安定ニシテ、或ハ現ハレ、或ハ消失スルコト多ク、持續的ナル場合ハ寧、末期ニ見ル。尙、滑車神經ハ侵サルコト稀ナリ。

三叉神經領域ノ障礙ハ稀有ナラザルモ、多ク後期ニ來タリ、單ナル疼痛及ビ感覺異常・痛覺脫失又ハ觸覺鈍麻ハ屢、見ラル。又、匍行疹ガ時時三叉神經領域ニ來タル。又、舌端ノ味覺消失・持續性落涙ガ稀ニ見ラル。

三叉神經ノ運動枝・聽神經・嗅神經・顏面神經・副神經・舌下神經ノ症狀ハ甚、稀ナリ。

又、迷走神經及ビ交感神經領域ノ症狀トシテ、持續性早脈・呼吸急速、又ハ呼吸遲徐・喉頭筋麻痺、殊ニ後麻痺・口蓋筋麻痺・嚥下筋麻痺・聲帶筋ノ共齊運動失調ニヨル言語障礙等ガ來タルモ、稀ナリ。

又、舌咽神經ノ症狀トシテ、一側又ハ兩側ノ味覺鈍麻或ハ脫失・味覺倒錯ヲ證明スルコトアリ。

脊髓癆ニハ脊。髓。癆。性。發。症。ト稱シ、種種ノ内臟ニ相當シ劇痛、又ハソレゾレノ臟器ニ特有ノ症狀ガ發作的ニ出現スルコトアリ。コレ等發症中、最、屢、來タルモノハ胃發症⁽²⁾ニシテ、ミルレル⁽³⁾氏ハ脊髓癆患者ノ三分ノ一以上ニ經驗セリ。

胃發症ハ稀ニ初發症狀トシテ來タル。而シテ總テノ發症ニ於ケル如ク、忽然トシテ起リ、胃部ニ劇烈ナル疼痛、或ハ絞縮スルガ如キ痛覺起リ、次テ劇シキ嘔氣・嘔吐ヲ呈シ、初、胃内内容物、後ニハ膽汁ヲ吐キ、甚ダシキトキ糞狀物ヲ吐出ス。又、吐血スルコトアリ。コレヲ黒色發症⁽⁴⁾ト云フ。カクシテ嘔吐ハ數分・數時間乃至數日、甚ダシキハ數週間持續シ、ソノ間、甚ダシキ腹痛或ハ背痛アリ。患者ハ顔面蒼白・顔貌無力ニシテ、脱力甚シク、冷汗ニ被ハレ、尿ハ少量、且、濃厚ニシテ、脈搏ハ細數、屢、不規則トナル。舌ハ多クハ正常ナリ。發作ノ止ムヤ、突然、嘔氣嘔吐ハ停止シ、直チニ平常ノ食物攝取ヲナスコトヲ得ルモ、時ニ漸次ニ恢復スルコトアリ。コノ胃發症ハ一旦起ルトキ、一度反復シテ起ルコト多ク、發作間ノ間隔ハ數日乃至數月又ハ一、二年ニシテ、一定セス。發作ガ相重ナリテ頻發スルコトアリ。シツスル⁽⁵⁾氏ノ發症重

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| (10) Oesophaguskrisen | (3) Crises intestinales | (1) Status criticus nach Schaffer |
| (11) Mammakrisen | (4) Crises rectalis | (2) Larynxkrise |
| (12) Vaguskrisen | (5) Nierenkrisen | |
| (13) Vaginalkrisen | (6) Blasenkrisen | |
| (14) Kriterionkrisen | (7) Crises febralis | |
| (15) Extremitätenkrisen | (8) Nasenkrisen | |
| (16) Muskelzuckung | (9) Pharynxkrisen | |

疊状態⁽¹⁾ト云フ。發作ハ通常、誘因ナク、又、前徴ナクシテ起レドモ、稀ニ酒精亂飲・食物不養生ニヨリ誘致セラレ、又、發作前輕度ノ消化不良症狀アルコトアリ。

以上ハ定型ノ場合ナレドモ、不全性胃發症トシテ、胃痛ノミニテ嘔吐ヲ伴ハザル場合、嘔吐ノミニテ疼痛ヲ伴ハザル場合、ソノ他、發作ガ徐徐ニ始マリ、又ハ徐徐ニ停止シ、或ハ下痢ヲ伴ナヒ、又ハ體溫上昇シ或ハ他ノ發症ト併發スルコトアリ。又、胃發症ハ稀ニ初發症狀トシテ、他ノ症狀ニ先ダチ發呈スルコトアリ。

ソノ他ノ症狀ハ胃發症ニ比シテ遙カニ稀ナレドモ、種種ノ臟器ニ來タル。喉頭發症⁽²⁾ト稱シ、突然、痙攣性咳嗽・吸氣性喘鳴・チアノーゼヲ發作性ニ起コスコトアリ。又、腸發症⁽³⁾ハ稀ナレドモ、下痢疝痛ヲ來タシ、屢、胃發症ニ伴ナフ。直腸發症⁽⁴⁾ニアリテハ、裏急後重ヲ伴ナヒ、直腸及ビ肛門疼痛アリ。又、腎臟發症⁽⁵⁾・膀胱發症⁽⁶⁾トシテハ、腎臟或ハ膀胱部位ニ烈シキ疼痛襲撃シ、同時ニ尿意頻數アリ。又、體溫發症⁽⁷⁾ト稱シ、原因ナクシテ發作性ニ體溫上騰ス。屢、電擊痛ヲ伴ナフ。

尙、稀有ナル發症トシテハ鼻發症⁽⁸⁾ト稱セラルル噴嚏發作、咽頭發症⁽⁹⁾ト稱シテ鳩鳴音ヲ伴ナヒ、急速ニ連續シテ起ルトコロ、嚥下運動ガ發作性ニ來タルモノ、食道發症⁽¹⁰⁾ト稱シ、疼痛性絞縮感ガ食道部ニ起ルモノアリ。ソノ他、乳房發症⁽¹¹⁾（乳房ノ劇痛又ハ乳分泌過多）・心臟發症（心臟部ヨリ右側肩胛部ニ波及スル劇痛・絞心感・脈搏頻數・不整アリテ狭心症ニ類似ス）・迷走神經發症⁽¹²⁾（發作性脈搏頻數又ハ徐脈・呼吸變狀）・橫隔膜發症（疼痛性吃逆）・腔發症⁽¹³⁾又ハ陰核發症⁽¹⁴⁾（性交性快感又ハ疼痛・腔分泌増加陰核勃起）・子宮發症（陣痛樣發作）・睾丸發症（劇痛）・陰莖發症（發作性ノ頑固ナル疼痛性勃起）・肢發症⁽¹⁵⁾（四肢ノ一部ニ來タルトコロノ不隨意性筋搐搦⁽¹⁶⁾・痙攣又ハ舞踏病樣運動）等アリ。

- | | |
|------------------|--|
| (3) Osteopathien | (1) Marantische Tabes (Oppenheim) |
| (4) Kallus | (2) Arthropathies tabétiques (Charcot) |

榮養障礙モ亦、本病ノ重要ノ症狀ニシテ、殊ニ關節・骨及ビ足蹠ノ軟組織ニ來タル。筋肉ハ脊髓癆ニ於テハ通常變化ナキモ、甚、稀ニハ末梢神經ト關係ナク、徐徐ニ筋萎縮ガ發生スルコトアリ。殊ニ小手筋或ハ小足筋・腓腸部ノ如キ筋群ヲ襲フ。電氣變質反應ヲ呈セズ。脂肪組織モ普通侵サレザレドモ、甚、稀ニ早クヨリ高度ノ一般の羸瘦ヲ起コスコトアリ。コレヲ惡液質性脊髓癆⁽¹⁾ト云フ。

コレニ反シテ關節及ビ骨ノ榮養障礙ハ稀有ニアラズ。關節ニ來タル場合ヲシルコー氏脊髓癆性關節疾患⁽²⁾ト稱シ、既ニ早期ニ共濟運動失調ニ先ダチテ發生ス。最、多ク侵サルハ膝關節（一側又ハ兩側）ニシテ、些細ナル外傷ニヨリ、又ハ殆、誘因ナク、急ニ關節ニ腫脹ヲ起シ、關節ノ周圍ニ擴大シ、甚ダシキトキハ尙、該肢ノ大部分ニ及フ。コノ腫脹ハ關節腔ノ滲漏、稀ニ出血及ビ周圍組織ノ浮腫ニ因ルモノニシテ、疼痛・發赤・發熱ヲ伴ナフコトナキヲ特徴トス。關節端ハ速カニ磨滅破壊シ、同時ニ關節囊及ビ關節ノ腱帶裝置ガ弛緩シ、又ハ破壊スルタメニ關節ハ脱臼或ハ亞脱臼ヲ起シ、内翻・外翻シ、種種ノ畸形ヲ呈ス。又、關節囊及ビ周圍ノ軟部組織ニ骨質増殖・石灰沈著等ヲ起シ、又、コレ等ガ遊離シテ浮游性關節體ヲナスコトアリ。

カクノ如キ關節疾患ハ、膝關節ニ來タル場合ヲ最、多シトシ、ソノ他ハ、頻度ノ順ニ述フレバ、股關節・肩胛關節・足關節・肘關節・腕關節ニシテ、指關節・下顎關節・脊椎等ハ最、稀ナリ。

又、骨疾患⁽³⁾ノタメニ、骨ハ異常ニ脆弱トナリ、僅少ナル外力ニヨリ、又ハ單ニ筋肉ノ收縮ニヨリ、容易ニ自發性骨折ニ陥ル。長キ骨ニ多ク、大腿骨ニ屢、見ラルルモ、ソノ他ノ長骨・肋骨・膝蓋・鎖骨等ニモ來タリ、同一ノ骨ニ繰返シ發呈スルコトアリ。又、骨端又ハ小ナル骨ニ起ルトキ、上述ノ關節疾患ト同一視セラルル場合アリ。骨折ハ普通ノ如ク治癒スレドモ、時ニ假骨質⁽⁴⁾ノ異常、殊ニ不足ヲ見ル。又、固定繃帶ニ際シ癒瘡發生シ易シ。ノンチ氏ニ據ルニ、骨ニハ強度ノ石

- (1) Malum perforans
- (2) Spontane Gangraen

灰缺乏アリト云フ
 腱ニ於テハアピシス腱、又ハ四頭股筋ノ腱ガ自發的ニ斷裂セル例アレドモ、稀有ナリ。ソノ他ノ軟部ノ榮養障礙トシテ稀ニ穿孔性潰瘍ヲ見ル。ソレハ通常、足趾ノ趾球部、稀ニハ足背ニ來タリ、尙、稀ニ他ノ部、例之、口腔粘膜ニ來タル。圓形ノ潰瘍ニシテ容易ニ治セズ、深部ニ侵入セントスル傾向ニ富ミ、骨部及ビ關節部ニマテ到達シ、コレヲ消耗セシム。然レドモコレ等ノ中ニハ良性ノモノモアリ。ソノ他ノ榮養障礙トシテハ、自然脱疽、爪ノ自然脱落、皮膚ノ匍行疹、紅疹、白癜風、多汗症、紫斑、色素沈著減退等ガ稀ニ見ラル

診斷

脊髓癆ノ診斷上、重要ナル補助ヲナスハノンチ氏四反應、即、血液及ビ腦脊髄液ノワツセルマン氏反應、腦脊髄液ノノンチ・アペルト氏グロブリン反應、淋巴球増加ナリトス。然レドモ、コレ等ガ陰性ナリトテ、脊髓癆ノ存在ヲ否定シ難ク、又、ソノ反應ノ強度ハ疾患ノ程度・豫後ト關係ヲ有セズ。又、ノンチ氏四反應ガ悉、陽性ナルトキ、又ハ然ラズトモ、淋巴球増加及ビノンチ・アペルト氏反應第一相ガ著明ニ陽性ナルトキハ、少數ノ例外ヲ除キ、中樞神經系統ニ微毒性疾患ノ存在スルコトヲ示スモ、ソレガ脊髓癆ノタメナリヤ、或ハ麻痺性癡呆症・脊髓微毒等ニヨルヤハ他ノ臨牀的症狀ニヨラザレバ決定シ得ザルハ固ヨリナリトス。而シテ、コレ等反應ノ脊髓癆ニ於ケル陽性率ハ人々ノ報告ニ多少ノ差違ヲ免レズ。ノンチ氏ニ據レバ血清ノワツセルマン反應ハ六〇乃至七〇プロセントニ於テ陽性、腦脊髄液ノ壓ハ屢、稍、高ク、ノンチ・アペルト氏グロブリン反應ノ第一相ハ九〇乃至九五プロセントニ於テ陽性、淋巴球増加ハ約九〇プロセント陽性、ワツセルマン氏反應ハソノ原法（〇ニ立方センチメートルヲ用フルモノ）ニ於テ約二〇プロセント、ソレヨリ多ク腦脊髄液ヲ用フル場合ニ於テ殆、一〇〇プロセントニ陽性ナリト云フ。

- (1) Pandysche Reaktion
- (2) Langesche Goldsolreaktion
- (3) Emaneluehe Mastixreaktion
- (4) Weichbrodtsche Sublimatreaktion

- (5) Pseudotabes diabetica
- (6) Taboparalyse

腦脊髄液ノソノ他ノ反應トシテバンチー氏反應⁽¹⁾、ランゲ氏金膠様液反應⁽²⁾、エマヌエル氏乳香反應⁽³⁾、ワイビブロート氏昇汞反應⁽⁴⁾等アリテ、コレ等ハ何レモ陽性ナルトキノミ本病ニ一致ス。即、右ニ述ベタル諸反應ハ畢竟、脊髓癆ノ診斷ノ一助タルニ過ギズ。診斷ノ重要點ハ臨牀的症狀ヲ精確ニ検査シ判定ヲ下スニアリテ、特有ノ諸症狀發呈スルトキハ診斷容易ナレドモ、非定型的ナルトキ、又、初期ニ於テ症狀一、二ニ止マルトキハ診斷困難ナル場合アリ。本病ト鑑別ヲ要スル疾患、少ナカラズ、種種ノ原因ニヨル多發性神經炎ニ於テ四肢ノ疼痛、感覺障礙、共働運動失調、ユストフール及ビロンベルグノ症狀、視力障礙、視神經炎等アリテ脊髓癆ト同様ノ病像ヲ呈スルコトアリト雖、通常、膀胱障礙、胸部ノ絞榨感、瞳孔強直ヲ見ズ。又、腦脊髄液ニ變化ナク、然カモ末梢神經幹ノ壓痛、筋萎縮ヲ見ル。

糖尿病ニ於テ多發性神經炎ヲ併發スルトキ、殊ニ本病ニ類似ス。コレヲ糖尿病性假性脊髓癆ト稱スレドモ、上述ノ諸點ニヨリ區別シ得ベシ。

脚氣トノ鑑別。通常、容易ナレドモ、ソノ恢復期ニ於テ長ク下肢ノ腱反射消失、輕度ノ感覺鈍麻ノミ存スルトキハ、脊髓癆ノ初期ト鑑別ヲ要ス。殊ニ弱視、感覺異常アレバ脊髓癆ニ類似スレドモ、脚氣ニアリテハ心臟ノ特有ノ症狀、腓腸筋頭ノ硬結又ハ壓痛、季節ニヨル病勢ノ變化ノ缺如スルコト等ニヨリ區別スベシ。

又、麻痺性癡呆症ノ初期ニ於テ、視神經萎縮、瞳孔強直及ビユストフール氏症狀ヲ呈スルトキ、精神障礙、言語障礙、發言スルトキ口唇ニ於ケル筋搐搦、麻痺性發作等ニ注意セザレバ診斷ヲ誤ルコトアリ。殊ニコノ疾患、脊髓癆ト同ジクメタ微毒ニ屬シ、且、脊髓癆ト合併スルコトアルヲ以テ（脊髓癆性麻痺）注意ヲ要ス。

脊髓微毒ニアリテモユストフール氏症狀、膀胱障礙、電擊様疼痛、感覺鈍麻、共働運動失調、膀胱障礙等ノ外、眼

筋麻痺・瞳孔強直等アリテ微毒・假性・脊髓癆ノ病像ヲ呈スル場合アリ。コノ際、鑑別ハ錐體行路症狀殊ニババ
ンスキー反射・筋粗大力ノ減退・驅微療法ノ效果等ニ注意スベシ。尙、コノツノ疾患ハ合併シテ來タル場合アリ。

【經過】及【豫後】

脊髓癆ノ經過ハ進行性ナレドモ、經過頗、緩慢ナリ。最初一、二ノ症狀現ハレタルノミニテ、數年乃至十數年又ハソレ
以上持續スルコトアリ。或ハ病勢進行セル場合ト雖、治療ニヨリ病勢、長年月間停止スルコトアリ。初發症狀トシテ視
神經萎縮、或ハ胃發症ガ來タル場合ハ、殊ニソノ他ノ症狀ノ發現遅ク、經過長キコト多シ。ニコル反シテ共働運動失
調・膀胱障得ガ早クヨリ高度ニ現ハルル場合ハ多クハ經過速ナリ。然レドモ時ニ例外無キニアラズ。

本病ノ全經過ハ平均二三十年乃至ソレ以下トセラレ、數年ノ經過ヲ以テ瘥ルルモノハ寧、稀ナリ。定型の場合ニ於
テハ初期、即、失調前期⁽²⁾ガ數年乃至十數年繼續シ、徐徐ニ第二期ノ失調期⁽³⁾ニ移行シ、遂ニ最後ノ麻痺期⁽⁴⁾或ハ
截癱期⁽⁵⁾入ル。コノ期ニ至ルトキハ高度ノ共働運動失調關節疾患、或ハ骨折及ビ惡液質・膀胱炎ニヨル衰弱等ノ
タメ歩行・起立不自由トナリ、絶ヘズ臥牀スルヲ以テ麻痺期ト稱スレドモ、眞ノ截癱ハ通常起ルコトナシ。遂ニハ膀胱炎・
腎盂炎・梅毒ニ基ツク敗血症・惡液質又ハ他ノ合併症、殊ニ肺結核等ニヨリ死スルニ至ル。

然レドモ、治療ニヨリ自覺症狀全ク消失シ、他覺症狀モ或ハ輕快シ、或ハ進行停止シ、外見上、治癒ノ如ク見ユル場
合全ク無キニアラズ。又、電擊様疼痛・胃發症ノ如キガ、尙、消失セザル場合ニ於テモ、ソレガ輕クシテ頻發セザルトキニ於
テハ、尙、患者ハ職業ヲ繼續シ、比較的苦痛ナク、略、健康者ニ近カキ生活ヲ十年乃至二三十年ニ亙リ長ク營ミ得ル
コトアリ。

療法

治療ノ效果ハ一般ニ微々タルモノナレドモ、屢、多少ノ輕快又ハ病勢ノ寛和・停止又ハ少ナクトモ苦痛アル症狀ノ減
少ヲ望ミ得。而シテ成ルベク早期ニ發見シテ完全ナル治療ヲ施スコトヲ必要トス。

治療ハ原因の療法、即、驅微療法ノ外、一般の療法、衛生的療法、症狀の療法等ノ要素ヨリナリ、コレ等ヲ個々
ノ場合ニ於テ適當ニ使用セザルベカラズ。

原因の療法トシテ、脊髓癆ニ驅微療法ヲ必要トスルヤ否ヤニ就キ、古クヨリ學者ノ間ニ意見ノ相違アリ。然レドモ現今
ニ於テハ本病モ亦、他ノ微毒性疾患ト同様、適當ナル驅微療法ヲ必要トストハ一般ニ一致セル意見ナリ。ソノ方法ニ
就キテ學者ニヨリ多少見解ヲ異ニス。例之、ノンチ氏ノ如キサルゲルサンハ水銀療法ニ比シ優ルコト無キノミナラズ、ソノ
大量ハ有害ナルコトアリ、又、經過良好ニシテ進行ノ傾向ナキ脊髓癆ニ於テハサルゲルサン類ハ病勢ヲ増進セシムルコトア
リト云ヒ、ミルレル氏モ亦、水銀塗擦ト沃度内服ノ併用ハ水銀劑ノ注射又ハサルゲルサンニ優ル。水銀軟膏ハ適當ニ
行ハバ最、危険少ナク、效力確實ニシテ且、持續的ナリト云ヘリ。コレニ反シテ水銀注射ヲ塗擦ニ優ルトナスモノ、又、サル
ゲルサンノ如キモ單ニ靜脈又ハ筋肉内注射ニ止ムルコトナク、ゲンチリヅビ氏⁽¹⁾ノ如ク腰椎穿刺ニヨリ、脊髓ノ蜘蛛膜
下腔ニ注射シ、直接、脊髓ニ作用セシメントナスモノ等アリ。然レドモ脊髓癆ニハ水銀軟膏塗擦ヲ以テ最、重要ナリトナ
ス人甚、多シ、但、カカル人々トテモ、水銀ノミニテ満足スルモノニアラズ。通常、サルゲルサンヲ併用ス。

コレヲ要スルニ、脊髓癆ノ診斷確定シ、然カモ發病以來尙、合理的ノ驅微療法行ハレザル場合ニ於テハ微毒ノ病前
史⁽²⁾、又ハ身體的徵候ノ有無ニ關セズ、下ノ如キ原因の療法ヲ施コス。但、本病甚シク進行セルタメ、若シハ併發病
ノタメ、一般衰弱甚シク、驅微療法ニ堪エザルトキハコレヲ行ハザルカ、或ハ出來得ベクンバ肥胖療法ヲ試ミ、稍、恢復スル
ヲ待チテ溫和ニ行フコトアリ。藥物トシテ沃度劑(通例、沃度加里一日一グラムヨリ始メ増量シテ一日二グラム前後ニ至

- (1) Gennerich
- (2) Anamnese

- (1) Pseudotabes syphilitica
- (2) Stadium praeatakticum
- (3) Stadium atakticum
- (4) Stadium paralyticum
- (5) Stadium paraplecticum

- (1) Swift-Ellis
- (2) Bingl
- (3) Boas

- (4) Wecker
- (5) Silex

ルノ内服。水銀軟膏ノ塗擦（一回二グラム半乃至三グラム）又ハ水銀劑ノ注射。含嗽ヲ併用シ、若、故障ナキトキハ、少ナクトモ七週間通、常十週間乃至十二週間續行ス。而シテコノ療法ヲ一、二週間續行セル後（或ハ三、四週間ノ後トナス人アリ）毎週一回塗擦休息日ヲ以テチオサルグルサン、又ハソノ誘導體ノ靜脈注射ヲ行ヒ、始メハソノ一號ヨリ漸次増量シテ〇・六ニ至リ、續行シ、全量四乃至五グラムニ達シテ止ム。尙、蒼鉛劑ノ注射ヲモ併用シ、サルグルサンノ間ニ二回宛、ソノ筋肉内注射ヲ行フコトアリ。コレハ殊ニ電擊様疼痛ニ效アリ。而シテコノ驅微療法ハ患者ノ一般榮養状態ニヨリ適當ニ加減スルヲ要シ、徒ラニ劇シキ驅微療法ヲ強行スルハ策ノ得タルモノニアラズ。カクノ如キ驅微療法ガ脊髓癆ニ對シ多少ニ拘ラズ奏效スルコトハ少ナカラザレドモ、腦脊髓ノ眞性微毒ニ比シ、效力乏シキヲ以テ、種種ノ方法ヲ案出セル人アリ。サルグルサンノ如キモ漸次増量シテ一回一グラムニ達シ全量八グラムニ至ルベシト云フ人アリ。又、上述ノサルグルサンノ脊髓蜘蛛膜下腔注入法ノ外、スキフト・エリス⁽¹⁾氏ハサルグルサンヲ患者ノ靜脈内ニ注射シ、後三十分乃至二時間後ソノ血清ヲ採リ、攝氏五十五度三十分間温メテ非働性トナシ、ソノ一五立方センチメートルヲ腰椎穿刺ニヨリ注入スル方法ヲ賞用シ、時ニ多少效力アルコトアリ。又、ビングル氏⁽²⁾ハ腰椎穿刺ニヨリ蜘蛛膜下腔ニ空氣ヲ注入セル後、サルグルサンヲ靜脈内ニ注射スルコトヲ勸メ、又、ボアス⁽³⁾氏等ハ銀サルグルサンヲ應用シ、又、サルグルサンヲ靜脈内ニ注射セル後、成ルベク多量ノ腦脊髓液ヲ排除スル方法ヲ賞揚スル人等、種種ノ方法アレドモ、特ニ卓效アリト見ルベキナシ。

又、視神經萎縮アル患者ニ驅微療法ヲ施コスコトノ可否ニ就キ、從來、議論アリ。オツペンハイム氏ノ外、眼科醫タルウヅケル⁽⁴⁾、シジツクス⁽⁵⁾等諸氏ハ行フベカラズトナシ、又、差支ヘナシト稱スル人々モ少ナカラズ。ノンチ氏ハ水銀塗擦四回毎ニ視野ヲ檢シ、ソノ狹小著シク進行セル場合ニハ療法ヲ中止スベシト云ヘリ。但、沃度劑ハ續行シテ可ナリ。

- (1) Fiebertherapie
- (2) Wagner von Jauregg

原因療法ノ補助療法トモ考フベキモノニ發熱療法⁽¹⁾アリ。コレハ臨牀經驗ニ由來セル非特異性療法ニシテ⁽²⁾ワグチル、フオン・ジウレツグ氏⁽³⁾ニ始マリ、始メハツベルクリン・ヌクレイン酸曹達等ノ蛋白質注射ヲ用ヒタレドモ、近年、マテリア、又ハ回歸熱療法等アリ。然レドモ、コレ等ハ同ジクメタ微毒タル進行性麻痺ニ於ケル如キ著效ヲ奏セズ。

一般の藥劑療法。沃度加里副作用アルトキハ沃度ナトリウム、サヨチン、ヨチピン、ヨダリン等ノ内服ヲ用フルモ、效力沃度加里ニ及バズ。又、沃度劑ハ驅微療法後ト雖、ソノ少量（一日一グラム前後）ヲ持續セシム。

ソノ他、古來、硝酸銀（一日〇・〇三グラム、全量十グラム以下ニ止ム）、プロタルゴール、コダールノ如キ銀劑ノ内服ガ賞用セラレシモ著效ナク、且、銀沈著症ヲ惹起スル憂アリ。又、亞砒酸劑ノ内服。又ハ注射。麥角劑ノ内用。フプロリジンノ注射等ガ用ヒラレシモ、效果ナク、現今、殆、コレヲ用フルモノ少ナシ。

一般の衛生的療法。ハ本病ニ頗、肝要ニシテ、患者ハ精神的竝ニ身體的過勞ヲ避ケ、運動ハ單ニ平地ノ散歩ニ止メ、過度ノ飲酒・喫煙・房事過度ヲ禁ジ、便通ヲ整へ、排尿ヲ怠ルコト無カラシメ、皮膚清潔ニ保チ、又、新鮮ナル空氣・日光ニ親シマシム。ソノ他、感冒・外傷・傳染病ヲ避ケシメ、食物ヲ十分ニ供給シテ身體榮養ヲ高ムルニ勉メ、若、貧血アレバコレヲ除クベシ。又、妊娠セルモノニシテ疾病増進スルコトアレバ人工流産ヲ行フ可トス。

理學的療法。平流電氣ヲ脊髓ニ向ヒ通電スル方法ハ賞用セララル。五十乃至七十平方センチメートルノ導子二個ヲ用ヒ、一ハ頸椎ノ上ニ、一ハ腰部正中線ニ當テ、三又ハ五、又ハ八ミリアンペアノ平流電氣ヲ上行性又ハ下行性ニ通ジ、又ハ上部ノ導子ヲ脊柱ニ沿ヒ移動セシム、ソノ他、種種ノ通電方法アリ。毎日又ハ隔日ニ一回、三分乃至十分行ヒ、一、二ヶ月持續シ、適當ノ間隔ヲ以テ再、繰返シ行フモノトス。又、感傳電氣ヲ金屬刷子、又ハ金屬筆ヲ用ヒテ感覺脱失ノ部位ニ導子ヲ移動シツツ通ジ（筋搐搦ヲ起サザル程度ニ於テ）毎日十分宛コノ法ヲ行フコトアリ。

- (1) Vibrationsmassage
- (2) Lange
- (3) Schlesinger
- (4) Perineurale Injektion
- (5) Foerster
- (6) Paravertebrale Anaesthesie
- (7) Frenkel

温浴療法。モ應用セラレ、餘リ高度ナラザル鹹水浴・炭酸温泉・單純ノ温浴等ヲ適度ニ行ハシメ、又マツサーヂ・冷水
 摩擦モ用ヒラル。
 症狀的療法。電擊様疼痛、ソノ他ノ疼痛ニハピラミドン(一日量〇・五乃至〇・七)ガ奏效スルコト多シ。ソノ外、**フナセ
 チン**、**アスピリン**、ソノ他、一般神經痛ニ使用セラルル藥劑ヲ試用ス。モルヒチ劑ノ注射ハ出來得ルダケ避クルヲ可トス。又、
 温又ハ冷濕布・温浴・震動マツサーヂ⁽¹⁾等ヲ試ム。又、ランゲ⁽²⁾又ハシュレージンゲル氏⁽³⁾ノ神經周圍注射、脊髓硬
 膜外麻醉⁽⁴⁾・腰髓麻醉・脊髓又ハ神經ノ非觀血の伸展⁽⁵⁾・**ルステル氏**⁽⁶⁾等ニヨル後根切斷法等ハ普通行ハレズ。
 胃發症。食物不養生・酒精飲料・喫煙ノ過度ヲ避クベシ。發作時ニハ普通、嘔吐ニ使用スル藥劑ヲ試ミ、尙、效ナキ
 トキハ**ルミナル**、**ナトリム**(二〇)**フロセント液**(二立方センチメートル)、**パントポン**、**アトロピン**等ノ皮下注射ヲ試ミ、傍、滋養灌
 腸・皮下注射等ニヨリ身體榮養ヲ保持スルニ勉ムベシ。尙、頑固ナル場合ニハ**ルステル氏**ノ後根切斷法・脊柱側
 麻痺⁽⁶⁾(第六ヨリ第十二至ル胸髓後根)ヲ試ムルモノアリ。然レドモ、前者ハ多少ノ危險アリ。
 共働運動失調。フレンケル氏⁽⁷⁾ノ練習療法ヲ最、可トス。又、確居龍太氏ハ高度ノ失調ニ對シ脚ノ器械裝置ヲ
 推奨セリ。

視神經萎縮。市川清氏ハサルゲルサンノ靜脈注射後、一時間以内ニ腰椎穿刺及ビ眼前房穿刺ヲナシ、且、沃度劑
 水銀劑ノ併用ヲ賞用セリ。ソノ他、**ストリキニチ**注射モ試用セラル。

症例 脊髓癆性關節疾患及ビ神經萎縮ヲ有スル脊髓癆
 (著者實驗)

高〇タ〇 五十三歲備人
 遺傳的關係ハ不明、患者ハ十四歲ニ麻疹ヲ經過シ、又、同

年兩側足關節ノ關節痠麻質斯ニ罹レルモ治療ニヨリ速カニ
 全治セリ。二十三歳ノトキ及ビ二十九歳ノトキ一回結婚セル
 モ、曾テ妊娠セス。又、花柳病ニ罹レル記憶ヲ有セズ。四十三歳
 子宮筋腫ノタメ手術ヲ受ク。二十三歳頃マテ飲酒セリ。喫煙セ

麻ガ始リタリ。大正十年十二月、左膝關節ニ疼痛及ビ腫脹ガ
 起リ、翌年二月ニハ右膝關節モ亦、腫大シ歩行困難トナル。同
 年十二月ヨリ膀胱障著明、排尿後、尙、尿遺ノ感アリ。排
 尿力弱ク下腹部ヲ手ヲ以テ壓迫スト云フ。又、便秘アリ。又
 入浴時、腰部ニ温覺過敏ヲ認ム。

大正十二年四月十二日入院。

主ナル現症左ノ如シ。

榮養・骨格普通・精神狀態稍、過敏、興
 奮シ易シ。瞳孔左甚、大、且、失圓、左右
 トモ光線反應ナシ。調節反應亦弱。左ハ
 黒内障、右ハ弱視。眼底檢査ニヨリ兩
 側乳頭ハ蒼白色ニテ扁平、邊縁銳利、
 血管ハ纖細ニシテ視神經萎縮ヲ認ム。内
 臟異常ナシ。兩下腿ハ膝關節ニ於テ外

第十圖
 左右膝關節ノ脊髓癆性關節炎



ズ。四十三歳以來月經ナシ。

本病ハ大正五年頃ヨリ左眼視力漸次衰エ、大正十年頃ヨリ
 右眼視力亦、減退ヲ始メ、左眼ハ全ク失明セリ。又、コノ頃ヨリ
 次第ニ頭痛・下腿ノ牽引性疼痛・蹣跚歩行・足部ノ感覺鈍

方ニ曲ガリ、タメニX脚狀ヲ呈ス。左右膝關節ハ共ニ著シク腫
 大シ殊ニ右一層大ナリ。膝蓋ハ外方ニ移動・波動及ビ膝蓋躍
 動アリ。疼痛及ビ潮紅全然無シ。穿刺ニヨリ血性ヲ帶ベル粘潤
 ノ液ヲ得タリ。膝關節ニテ他動運動ヲ行フトキ摩擦音アリ。又、

兩關節端ハ稍、離レ、自由ニ動カシ得、又、過度ニ伸展シ得。而カモ疼痛ナシ。歩行ハ匍匐スルカ、又ハ種木杖ニヨレバ可能ナリ。上肢ハ腱及ビ骨膜反射稍、弱キ外、異狀ナシ。下肢腱反射消失、共働運動失調アリ。兩側下腿及ビ上腿内側ニ感覺鈍麻・痛覺遲滯アリ。血壓百七十二。尿蛋白殆、陰性、少數ノ圓柱アリ。脊髓液ハ壓百三十五水柱。ワツセルマン反應

陰性。ノンチ・アベルト(十一)、淋巴球稍、増加(十個)アリ。血液ワツセルマン陰性。入院中、六月十五日寢臺ニ登ル際、左膝關節ヲ挫キ、關節頭ノ一部骨折シ、栗實大ノ骨片ヲ皮下ニ觸ルルモ、當時疼痛及ビ潮紅等ナシ。八月二十九日退院マテ他ニ著シキ變化ナシ(寫眞參照)。

フリードライヒ氏病(脊髄性遺傳性共齊運動失調症) Friedreichsche Krankheit,

Spinale hereditäre Ataxie.

- (1) Rüttimeyer
- (2) P. Marie
- (3) Hérédo-ataxie cérébelleuse

本病ハ一千八百六十一年ニハイデルベルグノフリードライヒ氏ガ始メテ記載シ、後、ルズマイヤー氏(1)ガソノ解剖的變化ニツキ詳述セルトコロノ稀有ナル疾患ニシテ、マリー氏(2)ノ記述セル小腦性遺傳性共齊運動失調症(3)ト共ニ運動失調ヲ主徵候トスルトコロノ遺傳的家族的疾患ノ一類ニ屬ス。

原因

本病ハ通常、家族的ニ來タリ、同一家族殊ニ同胞ノ數人ニ本病ヲ見ルコト多ク、單獨ニ來タルコトハ例外トス。各世代ニ患者ヲ見ルコトト、然ラザル場合トアリ。遺傳的原因ハ不明ニシテ、兩親ノ酒客・高齡・血族結婚等ガ關係アル如ク

見ユルコトアリ。男女ハ殆、同數ニ侵サル。

本病ハ六歳乃至十五歳ノ間ニ發病スルコト多ク、三、四歳又ハ十五歳乃至二十歳ノ間ニ始マルモノ之ニ次グ。三十臺ニ發病スルガ如キハ極メテ稀ナリ。誘因ナキ場合多キモ、時トシテ急性傳染病後、發病ス。

症狀

本病ノ最、主要ナル症狀ハ四肢、殊ニ兩下肢ノ共齊運動失調ニシテ、徐徐ニ初マリ、漸次進行シ、遂ニハ高度ニ達ス。最初、歩行ハ不確實トナリ、兩足ヲ擴ゲテ足音高ク歩行シ、容易ニヨロメク。コノ共齊運動失調ハ靜時ニモ亦、認めラ(靜的共齊運動失調)。即、起立時ニ身體動搖ス。然レドモ、ソノ際、閉目ニヨリ動搖ヲ増スコト著シカラズ。即、ロンベルグ氏症狀ヲ呈スルハ例外トス。甚ダシキハ坐位又ハ側臥時ニモ頸部或ハ軀幹ノ振動ヲ見ル。又、上肢モコレヲ伸展スルトキ動搖シ、或ハ震顫ヲ交フルコトアリ。屢、舞踏病様運動ヲ手・顔面・頸部等ノ筋肉ニ見ル。アテトーゼ様運動ハ稀有ナリ。輕度ノ運動麻痺ハ稀ニ四肢、殊ニ下肢ニ來タル。又、筋萎縮及ビ拘攣或ハ假性筋肥大ヲ二三ノ筋ニ見ル。又、甚、稀ニ眼筋麻痺ガ來タルコトアリ。然レドモ、コレ等ノ運動麻痺又ハ筋病變ハ併發症ニ基ヅクト考フル學者アリ。

腱反射竝ニ骨膜反射ハ早期ヨリ減弱シ、遂ニハ消失ス。コノ反射消失ハ先、下肢ニ起リ、次テ上肢ニ及ブ。皮膚反射ハ存在シ、或ハ亢進ス。通常、バンスキー氏反射ヲ認ム。感覺ハ多クハ異常ナキモ、時ニ觸覺鈍麻、或ハ位置覺・筋覺・振動覺ノ障碍ヲ見ル。殊ニ末期ニ然リトス。

大腦性症狀トシテ言語障碍及ビ眼球震盪症ハ運動失調ニ次グトコロノ本病ノ主要ノ症狀ナリ。前者ハ主トシテ動性、水平性眼球震盪症ニシテ、發病後、二、三年乃至數年後ニ現ハルコト多ク、コレヲ缺如スルコトハ甚、稀ナリ。言語

障碍モ亦、後期ニ著明ニシテ、言語ハ遲鈍緩徐トナリ、屢、一部斷裂性、一部爆發性トナル。智力ハ通常、變化無ク、ソノ障碍ヲ見ルコトハ稀ナリ。眩暈ハ時トシテ來タル。

脊柱ノ側彎、後彎及ビ足ノ畸形ガ屢、來タル。足ハ内翻馬足狀トナリ、足趾殊ニ跖趾ハソノ第一跖骨ニ於テ強ク伸展シ、終末趾骨ハ屈曲シ、足蹠ハ凹ム。尙、稀ニハ爪形手、指ノ畸形等ヲ見、又、他ノ身體部位ニ先天性畸形ヲ認ムルコトアリ。

榮養神經系統ノ症狀タル流涎、多尿、多汗症、浮腫、糖尿、呼吸困難、血管運動、神經症狀等ヲ稀ニ見ルコトアリ。

経過及ビ豫後

發病ハ至極徐徐ニシテ、下肢ノ共齊運動失調ヲ以テ始マリ、次テ膝蓋反射消失、足畸形、言語障碍等ヲ發シ、五、六年後ニハ本病ノ定型の病狀ヲ呈スルコト多シ。経過ハ非常ニ緩慢ニシテ、三、四十年ニ互ルコトアリ。末期ニ於テハ步行起立不能ノタメ持續臥牀シ、肺炎、褥瘡ニ基ツク敗血症、ソノ他ノ併發症ノタメ死スルヲ普通トシ、豫後ハ絶對不良ニシテ全治セシ例ナシ。経過中、一時的輕快ヲ見ルコト稀ナリ。

病理解剖

脊髓ハ全長ニ互リテ著シク細ク、ソノ後索及ビ側索ニ變性ヲ見ル。殊ニゴル氏索ノ全部、ブルダツバ氏索ノ大部分、小腦側索、側錐體束路及ビクラーク氏柱ノ變質アリ。クラーク氏柱ニ在リテハ神經髓鞘及ビ軸索ノ消失ノミナラス、神經細胞ニモ變質ヲ認ムルコトアリ。尙、ガワー氏索、前錐體束路ノ變質ヲ伴フコトアリ。コレ等變化ハ臨牀的症狀ト必ズシモ一致セズ。又、解剖所見ハ各例ニヨリテ少ナカラザル差違アリ。尙、稀ナル所見トシテ、脊髓後根末梢神經ノ萎縮、又、延髓・第四腦室底部・迷走神經核等ニ於ケル變化、小腦ノ先天性萎縮等ガ報告セラル。

鑑別

非定型のナル場合及ビ初期ニ於テハ類似疾患ト鑑別ヲ要ス。同一家族中ニ定型のノ患者ヲ見ル場合ニ於テハ不全型ノ場合ヲモ診斷シ得ルコトアリ。オツペンハイム氏ハ本病患者ノ兄弟中、一人ハ言語障碍及ビ眼球震盪症ヲ示シ、他ノ一人ハ唯、眼球震盪症ノミ呈スルヲ見タリト云フ。類似疾患トノ鑑別ニ就キテハ、脊髓癆トハ瞳孔症狀、脊髄液ノ變化ノ缺如、運動失調ノ異ナルコトニヨリ區別シ得。多發硬化症ガ少年期ニ發病スルトキ、本病ニ類似スレドモ、特有ナル共齊運動失調ノ缺如、又ハ痙性下半身麻痺ノ存在ニヨリ區別スベシ。又、本病ノ如ク側索及ビ後索ノ變性ヲ主トスル共同性脊髓索道疾患⁽¹⁾ニアリテハ痙性症狀著シク、共齊運動失調症ノ輕微ナルコトヲ以テ鑑別ス。又、先天性微毒ニヨルトコロノ腦脊髓微毒トハ、發病ノ比較的急性ナルコト、眼症狀、腱反射亢進等ニヨリ區別困難ナラズ。

次ニマリイ氏⁽²⁾ノ記載セル小腦性遺傳性運動失調症⁽³⁾トハ、コノ疾病ガ多クハ二十歳後ニ始マリ、眼筋麻痺・視神經萎縮・精神症狀ヲ發シ、腱反射ハ消失スルコトナク、又、足畸形、脊柱彎曲ヲ缺クコト等ニヨリテ區別シ得ルヲ常トスレドモ、ホツテスタタル及ビグラッドストーン氏⁽⁴⁾ニ據レバ、フリードライヒ氏病ニ於テモ腱反射ノ亢進ヲ見ルコトアリ。又、視神經萎縮モ稀ニ來タルコトアリ。ソノ他、コノ兩疾患ノ間ニハ臨牀ノミナラス、病理解剖的ニモ移行型アリテ劃然タル區別困難ナリトセラル。尙、コレニ就キテハ後章ニ記述スベシ。

療法

過勞ヲ禁ジ、身體ヲ安靜ニナシ、新鮮ナル空氣、十分ナル榮養ヲ與へ、四肢ハ注意シテマッサージヲ施シ、運動失調ニ向ヒテ、フレンケル・ブイデン氏補整療法⁽⁵⁾(脊髓癆參照)ヲ試ム。

- (1) Kombinierte Strangerkrankungen des Rückenmarks
- (2) Marie
- (3) Hérédoataxie cérébelleuse
- (4) Hodge, Starr und Gladstone
- (5) Fraenkel-Leydensch Kompensationstherapie

末期ニ於テハ褥瘡・肺炎、ソノ他ノ併發症ヲ豫防スベシ。

小脳性遺傳性共齊運動失調症

Héredotaxie cerebelleuse.

- (1) P. Marie
- (2) Senator
- (3) Nonne
- (4) Bauer-Gy
- (5) Thomas
- (6) Roux
- (7) Bing

一千八百九十三年、ビエール・マリイ氏⁽¹⁾ハフリードライイビ氏病ト種種ノ點ニ於テ相異スルトコロノ遺傳性共齊運動失調症ノ稀有ノ症例ヲバ、表題ノ名稱ヲ以テフリードライイビ氏病ヨリ別チ、コレヲ小脳ノ發育阻止ニヨリ起ル別種ノ疾患ナリトセリ。本症ハ先キセナートル氏⁽²⁾ノ注意セル如ク、フリードライイビ氏病ニ見ル如キ脊髓病變ノ外、小脳ニ著シキ先天性萎縮アリ。又、症狀ニ於テモフリードライイビ氏ト相異スルトコロアリ。即、マリイ氏ニ據レバ本症ハ二十歳以後ニ於テ起立竝ニ歩行ノ不確實ヲ以テ徐徐ニ發病シ、漸次進行シ、一、二年後ニハ運動失調ガ上肢ニ及ブ。ソノ他、言語障礙・眼球震盪症・視神經萎縮・視野狹小・屢、又、光線ニ對スル瞳孔強直ヲ來タスコトアリ。膝蓋反射ハ平常ナルカ、或ハ亢進シ、足搖擗・筋緊張亢進ノ如キ痙性症狀ヲ發呈スルコトアリ。又、時ニ薦骨部、或ハ下肢ニ於ケル疼痛・精神衰弱・感覺障礙・膀胱障礙・舞踏様運動ヲ見ルコトアリ。コレニ反シテフリードライイビ氏病ニ特有ナル足及ビ脊柱ノ畸形ヲ缺クト云フ。然レドモ、コノフリードライイビ氏病トマリイ氏ノ記述セル疾患トノ間ニハ臨牀上竝ニ病理解剖上、種種ノ移行型乃至混合型ヲ認メ、又、ノン子⁽³⁾及ビバウエル・ギー氏⁽⁴⁾ニ據レバ、同一家族中ニコノ兩疾患ノ發生ヲ見ルコトアリ。又トーマス⁽⁵⁾及ビルー氏⁽⁶⁾ハマリイ氏ノ記載セル症狀群ヲ有スル一患者ノ小脳ニ變化ヲ認メズシテ、唯、脊髓ニ變化ヲ認メ、又、ビング氏⁽⁷⁾ハマリイ氏ノ記セル如キ、小脳ノ變化ヲ著明ニ示スニ拘ラズ、生前ノ症狀ハコノ疾患ニ毫モ一致セザル一例ヲ報告セリ。要スルニ、フリードライイビ病トマリイ

氏ノ記載セル疾患トノ間ニハ明瞭ナル區別ヲ置ク能ハズ。從ツテ現今ニ於テハマリイ氏病型ヲ以テフリードライイビ氏病ノ一異型ト見做スニ至レリ。尙、ビングハ上述ノ實驗例ニ基ツキ、臨牀上ノ症狀ヲ以テ直ニ小脳ニ於ケル病變ノ有無ヲ判定セントスルハ誤ナルコトヲ注意セリ。

マリイ氏異型ノ原因、經過竝ニ療法ハフリードライイビ氏病ニ述ベタルト同ジ。

症例 フリードライイビ氏病ノ一例 (姉妹)

(東京帝大三浦内科ニ於テ著者見聞、)

荒〇リ〇(姉)十七歳、 荒〇ユ〇(妹)十二歳 (酒釀)

造業者ノ娘。

父系祖父母ハ老衰ニテ死亡、母系祖父ハ腸窒扶斯ニテ死亡、祖母ハ健存、兩親健存、兄弟四人、第一(男、健存)、第

二(患者、第三十五歳男、健存)、
 第四(患者)、流産ナシ。父系祖父ト母系祖父トハ兄弟ニシテ、母系ノ祖父母ハ又從弟ニ當ル。

姉(荒〇リ〇)。出産尋常、幼時健、麻疹經過、十五歳ノトキ月經初潮、五、六歳頃ヨリ歩行時ニ身體稍、動搖シ、下駄ガ脱ゲ易クナレリ。八歳ノトキ起立位ニテ撮影センガ故障ハナカリキ。ソノ後一、二、三年ノ後ニハ食事ノトキ箸ガ欲スル場所



第二十圖 例病氏ビイラドーリフ

ニ達セズ、不自由ヲ感ゼリ。又、言語が漸次ニ緩慢且、拙劣、爆發様トナレリ。大正六年二月二十日入院。現症中、異常ナルハ下ノ如シ。身長稍、小、智能稍、不良、顔面表情寡少、言語緩徐、爆發様ナリ。左方ヲ視ルトキ眼球震盪症アリ。左側瞳孔稍、不正圓。上肢左右共輕度ノ共働運動失調アリ。アデアドコキチジスアリ。手ノ運動時ニ震顫アルモ特ニ意思的震顫ナラバ、兩下肢ニモ共働運動失調アリ。膝蓋反射・アビ・レス・臆反射左右共消失、歩行蹣跚狀ニテツノ際、兩手ノ指ニアテト一ゼ運動現ハル。書字ハ拙劣且、震顫狀ナリ。血液ワツセルマシニ反應陰性、入院中數回、四肢・頸筋等ノ間代性痙攣(震顫)ヨリナル發作起レリ。意識ハ侵サレズ。七月十八日不變狀態ニテ退院ス(寫眞參照)。

荒〇ユ〇、妹 姉ト同時ニ入院退院ス。出生普通、幼時健

康、唯一、三歳頃屢、氣管支カタル及ビ眼疾ニ罹ル。五、六歳ノ頃ヨリ歩行時稍、蹣跚狀トナリ、漸次増進シ、九歳ノ頃ニハ朋友ト共ニ登校スルコト困難トナリ、二、三年後ニハ手ノ運動時動搖アリ。又、輕キ言語障得起レリ。入院時現症中、異常ノ點下ノ如シ。身長稍、小、記憶力稍、不良、言語緩徐、右方ヲ視ルトキ眼球震盪症アリ。手指及ビ足趾ニ輕キアテト一ゼ運動アリ。顔面ニ時々チック様痙攣ヲ見ル。左右上肢ニ共働運動失調及ビアデアドコキチジスアリ。又手ヲ伸バストキ震顫及ビアテト一ゼ運動アリ(意思的震顫ナシ)。兩下肢ニ共働運動失調アリ。左右膝蓋及ビアビ・レス・臆反射著シク減弱、ババンスキ一反射兩側ニ陽性、歩行蹣跚狀ニテ他人ノ助ケヲ要ス。ロンバルグ症狀陽性、書字震顫狀ナリ。血液ワツセルマン陰性(寫眞參照)。

進行性筋萎縮

Progressive Muskelatrophie.

脊髓性進行性筋萎縮・神經性進行性筋萎縮及ビ筋性進行性筋萎縮(進行性筋榮養異常)ノ三個ノ疾患ハ屢、遺傳的家族的關係ヲ證明シ得ルコト慢性進行性ナルコト原因不明ニシテ、神經系統ノ先天性素因ヲ考ヘシム

(1) Familiäre infantile Form von J. Hoffmann u. a.

ルコト竝ニ末梢性運動ノイロン及ビ隨意筋ノ一系統ニ互リテ三疾患各、ソノ一部分ヲ分擔スルコト。三疾患ノ間ニ移行型ト認メ得ルモノアリテ、相互密接ノ關係ニ在ルコト等ノ理由ニヨリ、コレ等疾患ヲ進行性筋萎縮ナル名稱ノモトニ包括ス。尙、單ニ病理解剖學的の見地ヨリ見ルトキハ、中樞性及ビ末梢性運動ノイロン全部ニ互リ、慢性進行性變質ヲ起ストコロノ筋萎縮性側索硬化モ亦、コノ部類ニ屬セシメテ可ナレドモ、コノ疾患ハ遺傳的家族的關係皆無ナルコトニ於テ上記三疾患トソノ趣ヲ異ニス。

上記ノ三疾患中、脊髓疾患トナスベキハ脊髓性進行性筋萎縮ノミニシテ、神經性進行性筋萎縮ハ、臨牀上、脊髓ノ症狀ヲ缺如シ、病理解剖上ニ於テハ、或ル例ニ於テハ、脊髓ニ變化ヲ見ズ。他ノ例ニ於テハ、側索・前角等ニ多少ノ變質性變化ヲ認メタレドモ、コレヲ以テ原發性トナスベキカ、或ハ續發性變化ナリヤ疑問トスベキモノニシテ、少ナクモ臨牀的の見ト一致セズ。又、筋性進行性筋萎縮ハ臨牀上ニ於テモ、又、病理解剖上ニ於テモ、脊髓ニ病變ヲ見ザラ以テ、コノ二疾患ハ脊髓疾患中ニ加フルハ妥當ナラズト考フルヲ以テ省略ス。

脊髓性進行性筋萎縮(ヂュセン・アラン氏型)

Spinale progressive Muskelatrophie (Typus Duchenne-Aran).

Amyotrophia spinalis progressiva.

本病ハアラン(一千八百五十五年)及ビヂュセン(一千八百五十四年)兩氏ガ詳細ナル臨牀的記載ヲシタル稀有ノ疾患ニシテ、中年期ニ始マルコト多ク、二十歳前又ハ小兒期(ホフマン氏等ノ家族的小兒型)ニ始マルコトアレドモ、稀

有ナリ。女子ヨリモ男子ニ多シ。

本病ハ家族的ニ現ハレ、兄弟中數人ノモノガ罹患スルコトアレドモ、單獨ニ來タル場合ヲ寧、多シトス。

原因

本病ノ原因ハ不明ニシテ、ストムンペル氏⁽¹⁾ハ運動神經系統ノ先天性薄弱ニ基ツクモノトセリ。外傷感冒筋肉過勞ガ誘因タルコトアリ。

症狀

本病ノ主症狀ハ緩徐ニ進行スル筋ノ萎縮性麻痺ニシテ、發病ガ極メテ徐徐ナルタメニ數ヶ月乃至一年ヲ經テ、初メテ罹患ヲ發見スルコトアリ。最初ニ筋萎縮ガ現ハレ、次デ麻痺ガ漸次著明トナル。此ノ如キ變化ハ、通常、右手ノ小手指筋ニ始マル。殊ニ、最初拇指球ノ諸筋ガ侵サレ、拇指球ハ扁平トナリ、拇指ハ第二掌骨ニ接近シ猿手狀ヲ呈ス。又、骨間筋ノ萎縮ヨリ骨間腔ハ竄入シ、又、ソノ拮抗筋タル總指伸筋ノ筋拘攣ヨリ鷲爪狀ヲ呈スルコトアリ。又、小指球ノ筋モ扁平トナル。コレ等、萎縮セル諸筋、始メ無力トナリ、遂ニ不全麻痺トナリ、後、完全ニ麻痺ス。後ニ至リ伸筋モ亦萎縮スルトキハ鷲爪手ハ止ミ、手筋ハすべて萎縮スルタメ骸骨手⁽²⁾トナル。萎縮セル筋肉ニハ早クヨリ纖維性搖擗アリ。又、電氣的檢査ニヨリ興奮性ノ減弱及ビ不全性電氣變質反應ヲ證明ス。又、萎縮部位ニ於ケル腱及ビ骨膜反射ハ減弱シ消失ス。コレ等ノ症狀ハ上述ノ如ク多ク右手ニ始マリ、次デ左手ニ來タレドモ、稀ニ左手ニ始マリ、或ハ兩手同時ニ侵サル。既ニ兩側ニ起レルトキト雖、一側ニ著シキヲ常トス。唯、時ニ長ク一側ニ止マルコトアリ。

此ノ如キ筋萎縮及ビ麻痺ハ極メテ徐徐ニ進行シ、前膊ノ諸筋ニ蔓延シ、更ニ他部ノ筋ニ移ルモ、蔓延ノ方法ハ順次ニソノ隣接スル筋ニ及ビニアラズ。即、接續的ニアラズシテ、飛ビ飛ビニ進行スルヲ特徴トス。從ツテ前腕ノ筋萎縮ヨリ直チニ

(1) Strümpell

(2) Skeletthand

(1) Lose Schulter

肩胛帶、殊ニ三角筋ガ侵サレ、又、コレニ次ギ僧帽筋中ノ下部(僧帽筋ノ鎖骨部ハ長ク保存サルコト多シ)・菱形筋・大胸筋・潤背筋・大前鋸筋等ガ萎縮スルコトアリ。或ハ手ヨリ前腕・上膊ヲ超テ、直チニ肩胛帶ニ蔓延スルコトアリ。肩胛帶ガ侵サルトキハ、弛緩⁽³⁾肩⁽⁴⁾ガ起リ、上肢ハ力ナク懸垂ス。

筋萎縮ハ更ニ背部ノ筋ニ及ビ、又、後ニ至レバ上膊ノ筋ニモ蔓延シ、最初ニ頭筋及ビ内膊筋ガ侵サレ、次デニ頭膊筋ニ及フ。カクシテ上體ハソノ筋ノ大部分ガ萎縮シ、瘦削シ、骸骨ノ如ク見ユルニ反シ、下肢ノ筋ハ尋常ニシテソノ對照甚、異様ナルコトアリ。下肢ノ筋ハ末期ニ至リ侵サルコトアレドモ、最後マテ正常ニ止マルコトアリ。頸筋ノ萎縮ハ稀ニ來タルノミニシテ、コレガ麻痺スルトキ頭ハ前方ニ傾ク。

筋ノ變化ハ一日侵サレタル筋ニ於テモ漸次高度トナル。從ツテ初メ侵サレタル部分ハ遲レテ罹患セルモノニ比シ、變化甚ダシキヲ常トス。

尙、筋變化ガ上述ノ如キ順序ヲ以テ三角筋・棘下筋・僧帽筋・大前鋸筋ノ如キ肩部及ビ背部ノ筋ニ始マリ、或ハ稀ニ下肢ニ最初現ハルルコトアリ。

末期ニ於テハ呼吸筋殊ニ横隔膜ノ麻痺及ビ延髓麻痺ノ症狀ヲ見ルコトアレドモ稀有ナリ。

感覺ハ常ニ侵サレズ、唯、輕微ノ疼痛・感覺異常・筋ノ壓痛等アルコトアレドモ、麻痺ノタメ上肢ガ絶エズ異常ナル位置ニ保持セラルルタメナリ。同様ノ意味ニ於テ、麻痺肢ノ皮膚ノ厥冷及ビチアノーゼヲ見ル。

經過及ビ豫後

經過ハ進行性ナレドモ、極メテ緩慢ニシテ、十年乃至二十年以上ニモ互ル。全治又ハ病勢ノ停止ハ望ミ難ク、他ノ併發症又ハ稀ニ呼吸筋麻痺或ハ球麻痺ノ結果、死ノ轉歸ヲトル。

鑑別

本病ト臨牀的竝ニ病理解剖的ニ極メテ類似セルハ慢性脊髓前角炎ニシテ、コノ疾患ノ特徴タル麻痺・電氣變質反應ガ筋萎縮ニ先ダテテ現ハルルコト、筋ノ變化ガ同時ニ筋ノ一群或ハ肢體ノ廣キ領域ニ互リテ現ハレ、始メヨリ著明ノ麻痺ヲ以テ來タルコト・多クハ下肢ニ始マリ、稀ニ肩胛帶ノ筋群ヨリ始マルコト、發病ガ進行性麻痺ニ比シテ迅速ナルコト・麻痺ノ進行ガ躍進的ニアラザルコト等ニヨリ鑑別ヲナセドモ、兩者ノ間ニハ移行型トモ見ルベキ場合アリテ、區別困難ナルコトアリ。

筋萎縮性側索硬化ハ痙性症狀ノ存在・ババンスキー氏反射等ニヨリテ進行性筋萎縮ト區別ス。

神經性進行性筋萎縮ニアリテハ纖維性搖擗ヲ缺ギ、又、筋萎縮ハ肢端ニ限ラレ、ソノ附著部位ニ來タルコトナシ。

職業性麻痺、殊ニ彫刻師・時計職等ニ見ル如キ手筋ノ萎縮無力ト區別ヲ要ス。コレ等ニアリテハ他ノ運動ニハ故障少ナク、又、手ノ休息ニヨリ速カニ輕快スルコト多キヲ以テ區別シ得。

又、慢性中毒、殊ニ鉛中毒モ類似ノ症狀ヲ呈スレドモ、原因及ビ慢性鉛中毒ノ他ノ症狀ニヨリ診斷シ得。

ソノ他、種種ノ原因ニヨル脊髓疾患ニ於テ一側又ハ兩側ノ手ノ萎縮性麻痺ヲ見ルコトアレドモ、通常、感覺鈍麻或ハ他ノ脊髓症狀ノ存在ニヨリ鑑別シ得。

病理解剖

脊髓ニ於テハ頸髓ニ最モ變化甚ダシク、ソノ前角ニ狭小トナリ、前角神經細胞ハ大部分消失シ、殘レルモノモ硬化性色素性萎縮ニ陥レルヲ見ル。膠質組織ハ稍、増殖セリ。コレ等ノ神經細胞ニ屬スル前根・末梢神經竝ニ筋モ變質ヲ示ス。筋ハ狭小ニシテ色薄ク、軟弱ナリ。顯微鏡下ニ檢スルトキ筋組織ハ減ジテ脂肪及ビ結締組織増殖シ、筋纖維ハ細

小トナリ、筋漿ハ屢、顆粒狀若シクハ脂肪性變質ヲ示シ、或ハ筋纖維ノ截裂アリ。筋纖維鞘ノ核ハ増加セリ。又、肥大セル筋纖維ヲ交ユ。

ソノ外、脊髓白質ニモ輕度ノ變化ヲ見ルコトアリ。コレハ、或ハ前角附近ニ散見スル神經纖維變質ニシテ二次的變化ト解スベキモノカ、或ハ又錐體路ノ變質ナルコトアリ。前角及ビ錐體路ニ變質アル場合ニ於テハ筋萎縮性側索硬化ニ一致スルモノナレドモ、臨牀的ニハ痙性症狀ヲ缺ギ、純粹ナル進行性筋萎縮ナルニ拘ハラズ、カカル解剖的變化ヲ見ルコトアリテ、タメニ本病ト筋萎縮性側索硬化トノ間ニ關係アリト思惟スル學者アリ。而シテ此ノ如キ場合ニ、痙性症狀ヲ呈セザルハ前角ノ罹患ガ高度ニ發展セル後、錐體路ノ變化ガ起レルタメナリト解釋セラル。

尙、延髓症狀ヲ呈セル場合ニハ、ソレニ相當セル延髓内ノ變化ヲ認ム。

療法

既ニ強ク萎縮セル筋ハ安靜ヲ以テ庇護シ、尙、比較的健康ナル筋ハ筋力ヲ保持シ、且、他ノ罹患セル筋ノ作用ヲ多少代償シウルタメニ注意シテマッサージ・自働的運動練習・電氣療法等ヲ行フ。然レドモ、コレ等ハ溫和ニシテ、強制的ナラザルヲ必要トシ、決シテソレガタメ筋ヲ過勞セシムベカラズ。從ツテ電氣療法モ感傳電氣ヨリモ寧、弱キ平流電氣ヲ可トス。平流電氣ハ尙、脊髓ニ向ヒ固定的ニ通電スルコトアリ(上行性又ハ下行性或ハ背腹又ハ腹背ノ方向ヲ以テ)。然レドモ、ソノ效果ハ疑ハシ。藥劑トシテストリキニチノ皮下注射(〇・〇〇〇五乃至〇・〇〇〇一五ヲ一日一回始メハ毎日、後ニハ一週三、四回)ガ稀ニ多少ノ效アルモノノ如シ。ソノ他、亞砒酸・硝酸銀・麥角・テレオイチン等アレドモ效果疑ハシ。尙、適當ノ酒精飲料ハ害ナキモ、喫煙ハ禁ズベシト云ハル。

筋萎縮性側索硬化 Amyotrophische Lateralsklerose, Sclérose latérale amyotrophique, Amyotrophic lateral sclerosis.

本病ハ運動神経系統ノ殆、全部ニ互ルトコロノ原發性變質ヲ主ナル變化トスル慢性進行性ノ純運動系統疾患ニシテ、シールコー氏⁽¹⁾ハ初メテ本病ニツキ詳細ナル臨牀的竝ニ解剖的研究ヲ發表シテ、且、コレニ命名セリ。

原因

眞因ハ尙、不明ナリ。ストルムンベル氏⁽²⁾ハ運動神経系統ニ先天的薄弱アリテ起ルモノト説明シ、贊成者多シ。オツペンハイム氏⁽³⁾ハ本病患者ガ下顎發育不全・拇指畸形・頸瘦ノ如キ先天的發育異常ヲ伴フコトヲ揚言シ、又、ステルン氏⁽⁴⁾ハ脊髓前側索ノ狭小ナルコトヲ指摘セルガ、コレ等ヲ以テ直ニ運動神経系統ニ先天的素因アルモノト云フコトヲ得ズ。

誘因トシテ、從來精神又ハ身體過勞・劇シキ感動・外傷・急性傳染病・微毒・中毒(鉛・酒精・ニコチンノ如キ)・感冒ノ如キガ舉ゲラルルモ、時ニハ何等ノ原因ヲ見出し得ザルコトモ少ナカラズ。

年齢ハ二十歳乃至五十歳、殊ニ四十歳乃至五十歳ニ發病セルモノ最、多數ナリ。本病ハ稀ニハ幼者及ビ高齢者ニモ來リ、何レノ年齢ニモ來タラザルコトナシ。

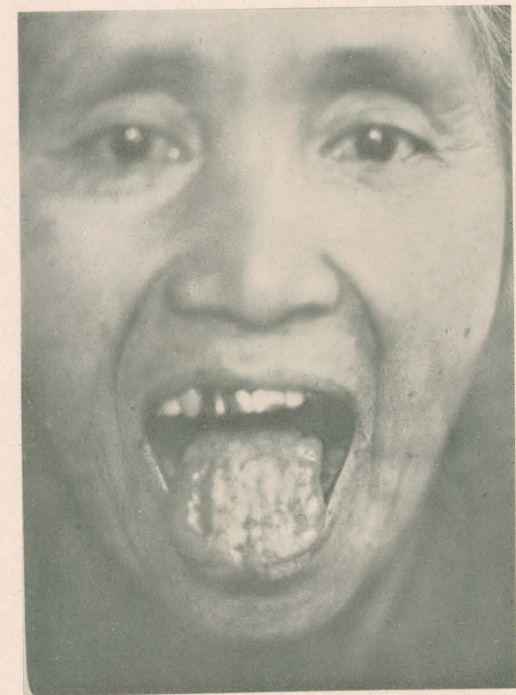
遺傳的關係ハ認め難シ。男女ノ比率ハ學者ノ報告一致セズ。男子ニ多シトナスモノ多シ。職業トノ關係不明ナリ。本病

- (1) Charcot
- (2) Strümpell
- (3) Oppenheim
- (4) Stern

ハ八種ニヨリ多少アリ、歐羅巴ニ於テハ稀有ニシテ、殊ニスラブ民族ニ然リ。猶太人ニモ多カラズ。米國ニテハ多發硬化及ビ脊髓空洞症ニ比シ多シト云フ。本邦ニテハ稀有ニアラズ、殊ニ三重縣及ビ和歌山縣下ニ比較的多ク見ラル。

症状

本病ノ症状ハ恰、癩性脊髓麻痺慢性脊髓前角炎及ビ慢性延髓麻痺ノ三疾患ガ合併シテ發呈セル如キ症状ヲ呈ス。發病ハ通常、極メテ慢性的ニシテ、多クハ上肢、殊ニソノ末梢部ニ於ケル筋肉ノ衰弱萎縮及ビ纖維性搖擗ヲ以テ始マル。然レドモ、稀ニ下肢ノ癩性不全麻痺又ハ筋萎縮ヲ以テ始マルコトアリ。通例、一方ノ上肢(又ハ下肢)ニ始マリ、他側ノ上肢(或ハ下肢)ニ移行スレドモ、稀ニ一側ノ上下ガ主トシテ侵サレ、半身麻痺型ヲ呈スルコトアリ。上肢ニ於テハ



第三十圖
筋萎縮性側索硬化症(舌筋萎縮)
(著者實驗)

最初、小手指ガ侵サレ、拇指球・小指球及ビ骨間筋ガ萎縮シ、纖維性又ハ纖維束性搖擗アリ、筋力ノ減弱ヲ見ル。又、萎縮セル筋ニハ電氣興奮性ノ減弱、不全或ハ完全變質反應ヲ認ム。コノ電氣興奮性ノ變化ハ筋全體ニ平等ナラズシテ、個々ノ筋束ニヨリ種種ナルヲ常トス。此ノ如ク萎縮性麻痺ヲ見ル際、上

(1) Handklonus
(2) Krallenhandtypus

肢ノ腱反射及ビ骨膜反射ハ既ニ著明ニ亢進シ、手搐搦ヲ見ルコトサヘアリ。
筋ノ萎縮性麻痺ハ手ヨリ漸次、前腕ニ向ヒ進行シ、前腕ノ伸筋ヲ侵シ、後ソノ屈筋ヲ侵ス。更ニ徐徐ニ上膊ノ三頭筋、肩胛部ノ三角筋ヲ侵シ、後ニハ他ノ筋ニモ蔓延ス。而シテ時ニ拘攣ガ起リ、上膊ハ強ク内轉シ、前腕ハ屈曲シ、手ハ廻前シ、且、強ク屈曲スルコトアリ。コノトキ、手ハ鷲爪状態ヲ呈スレドモ、拘攣ナキトキハ猿手態ヲ示ス。又、稀ニ手ニ

震顫ヲ見ル。

下肢ノ變化ハ最初ハ痙性麻痺ヲ普通トス。コレハ上肢ノ萎縮性麻痺ト同時又ハ稍、早ク始マルコトアレドモ、多クノ場合、コレヨリモ數ヶ月乃至一年遅レテ始マル。歩行ハ痙性麻痺性トナリ、步調ハ緩徐

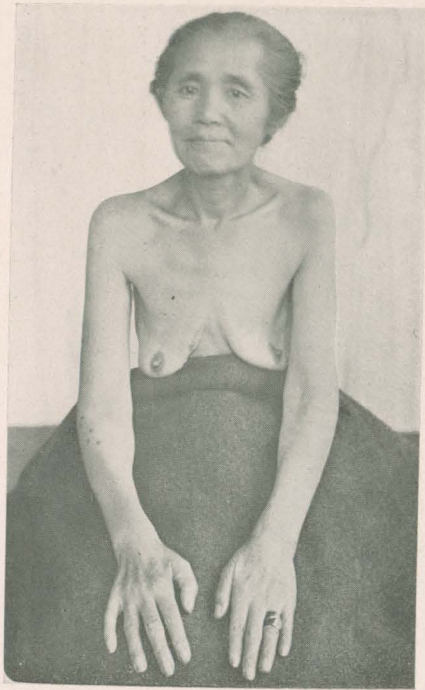


圖 四 十 第
症化硬索側性縮萎筋
(縮萎筋手小ニ並筋腕前)
(驗 實 者 著)

歩幅ハ小、脚ノ運動硬直ス。又、下肢ノ他働的運動ニ對シ強剛アリ。膝蓋及ビアヒンス腱反射ハ亢進シ、屢、膝蓋搐搦、足搐搦アリ。又、多クハババンスキー氏反射・メンデル氏反射ノ如キ病的反射・ストルムンペル氏脛骨筋現象ヲ證明スルモ、時ニハコレヲ缺如スルコト稀ナラズ。

疾病進行ト共ニ歩行ノ困難漸次甚シク、一、二年後ニハ麻痺又ハ拘攣ノタメ就牀スルニ至ル。後ニハ下肢、殊ニ下腿ニ筋萎縮・纖維性搐搦ガ現ハレ、漸次ニ他ノ部ニ蔓延スレドモ、通常、上肢ホドニ甚ダシカラズ。下肢ノ腱反射ハ筋萎縮

(1) Masseterenklonus

圖 五 十 第
症化硬索側性縮萎筋
(驗實者著)縮萎筋手小ニ並筋腕前



ノ進行スルト共ニ漸次減弱シ、遂ニ消失スルコトアリ。筋強剛モ亦、減ジ、弛緩ス。稀ニハ早期ヨリ下腿ニ著明ノ筋萎縮・纖維搐搦ガ現ハレ、初メヨリアヒンス腱反射亢進ヲ認メ難キコトアリ。

麻痺及ビ萎縮ハ更ニ頸部及ビ軀幹ノ筋ニ蔓延シ、遂ニハ頭部ノ廻轉直立困難トナリ、前方ニ下垂ス。呼吸筋モ不全

麻痺ニ陥リ、深呼吸・咳嗽運動ハ頗、困難トナル。又、延髓麻痺ノ症狀ハ普通病症ノ進行セル後、初メテ著明トナレドモ、稀ニハ早期ヨリ始マル。又、稀ニ延髓麻痺ヲ以テ發病スル場合アリ。ソノ症狀ハ初メハ咬筋反射ノ亢進或ハ咬筋搐搦(下顎骨ヲ咬筋附著點ニ近キ場所ニ於テ打ツトキニ起ル口閉鎖運動)・言語ノ不明瞭及ビ發聲ノ鼻聲等ナリ。後ニハ著明ノ構音障礙トナリ、遂ニ構音不能ヲ起ス。又、嚥下運動困難トナリ、且、液體ヲ嚥下スル際、コレガ鼻腔ニ出ヅルコトアリ。咀嚼筋モ麻痺シ、ソノ作用阻害サルコトアリ。口唇ハ薄ク、舌モ亦、薄ク細クナリ、柔軟ニシテ皺襞ヲ現ハ

シ、纖維性搐搦アリ。電氣變性反應ヲモ認ムルコトナリ。末期ニ於テハ顔面筋モ多少麻痺シ、又、喉頭内轉筋麻痺ノタメ失聲症ヲ來タスコトアリ。然レドモ、眼筋ハ通常侵サレズ。ソノ他、屢、強迫失笑・強迫啼泣アリ。感覺ハ侵サレザルモ、時トシテ輕度ノ疼痛又ハ感覺異常ガ、上肢ノ強制位置ノタメ、上肢、肩部等ニ來タルコトアリ。膀胱・直腸機能ハ障礙

セラルルコトナキモ、腹筋及ビ骨盤底筋ノ麻痺ノタメニ、排尿多少困難ヲ伴ヒ、又、屢、頑固ナル便秘ヲ呈スルコトアリ。又、尿ニハ屢、食餌性糖尿アリ、又ハ糖尿病ヲ併發スルコトアリ。又、蛋白質ノ痕跡ヲ證明スルコトアルモ、本病ニ關係アリヤ不明トス。

異常型 稀有ノ例トシテ本病ノ經過中、痙性症狀ガ現ハレズシテ、恰カモ延髓麻痺ヲ伴ヘル慢性脊髓前角炎ノ如キ症狀ヲ示スコトアレドモ、解剖的ニハ側索ニ硬變ヲ發見ス。又、反對ニ痙性脊髓麻痺ノ症狀ノミ著明ニシテ、筋萎縮・纖維性搖蕩ノ如キハ明瞭ナラザルコトアリ。又、症狀ガ長ク半身ニ限局スル半身麻痺型及ビ上述ノ如ク延髓麻痺症狀ガ最初ヨリ著明ナル球麻痺型アリ。又、經過ハ慢性ナルヲ常トスレドモ、稀ニ急劇ニ發病スルコトアリ。

經過及ビ豫後

經過ハ慢性進行性ナリ。全經過二年乃至三年ナレドモ、早キハ發病後一年内外、長キハ五、六年又ハ稀ニ十年餘ニ互ルコトアリ。末期ニ至レバ四肢共ニ麻痺シ、食事・歩行・咀嚼不能トナリ、顔面筋運動モ障礙セラレ、眼球ノミ動カシ得ベシ。

死因ハ併發症ニアラザレバ肺炎・饑餓ニシテ、コレ等ハ呼吸筋不全麻痺又ハ咀嚼嚥下ノ困難ニ基ツク。稀ニ延髓障礙ニヨル窒息ニヨリテ死スルコトアリ。

病理解剖

運動系統ニ限局スル非炎症性ノ變質ニシテ、錐體路ハ脊髓ノ全長ヲ通ジ平等ニ變質ニ陥ル。錐體前索路ヨリモ錐體側索路ニ著シ。髓鞘軸索共ニ破壊消滅シ、多數ノ脂肪顆粒細胞(掃除細胞)ガ神經纖維ノ間及ビ血管周圍ニ出現シ、膠質組織ハ増殖ス。尚、前側索ノ錐體路以外ノ部分ニモ散在性ニ少數ノ神經纖維ノ變質アリ。錐體路ノ

變化ハ脊髓ニ於テ最、高度ナレドモ、上方ハ延髓ヨリワロリー氏橋或ハ大脳脚ニ至ルマデモ變質ヲ認メ、多クノ場合

ニ於テ更ニソノ上方、即、内囊ヨリ大脳正中廻轉ノ邊ニ至ルマデモ少數ノ變質セル神經纖維ヲ證明シ得。

又、脊髓ノ灰白質ニテハ前角ニ變化アリ。コレハ脊髓ノ殆、全長ヲ通ジ認メ得レドモ、殊ニ頸部膨大部ニ最、高度ナリ。

前角細胞ハオーベルスタイテル氏⁽¹⁾ノ所謂脂肪性色素性變質ニ陥リ、遂ニハ大部分或ハ所ニヨリ全部消滅シ、

又、前角ノ神經纖維網ニハ纖維ノ減少ヲ見ル。前角ヨリ脊髓前根ニ向ヒ走ル纖維モ變質ス。然レドモ、反射副行經

路ト稱セラルル脊髓後根又ハ後角ヨリ來タルトコロノ纖維ハ侵サレズ。前根及ビ末梢運動神經・舌下神經等ノ運動性

大脳神經モ時トシテ變質ス。

又、延髓・ワロリー氏橋ニ於ケル舌下神經・顔面神經・迷走副神經及ビ第五神經ノ運動神經核ガ變質性萎縮

ス。又、疑核モ變質スルコトアリ。

大脳ノ變化トシテハ前正中廻轉及ビ副正中小葉ノ皮質ニ於ケルベーツ氏巨大錐體細胞及ビ中等大ノ錐體細胞

ハ萎縮シ、又ハ消失シ、又コノ部分ニアル固有纖維及ビ投射纖維⁽²⁾ノ萎縮ヲ見タル人アリ。マリチスコ氏ハコノ錐體

細胞ノ變化ヲ逆行性變質ニヨルト説明セリ。尚、後正中廻轉及ビ上前頭廻轉ノ正中廻轉ニ近キ部分ニ僅微ノ變

化ヲ見ルコトアリ。

尚、變質セル脊髓前角ノ分布領域ニ屬スル筋ハ萎縮ニ陥リ、筋纖維ハ横紋ヲ失ヒ細クナリ、或ハ消滅シ、筋纖維鞘核

ハ増加ス。間質脂肪組織ハ屢、増殖ス。

鑑別

本病ノ初期ニ於テハ主トシテ上肢、殊ニ手ニ筋萎縮・不全麻痺ヲ認メ、下肢ニハ輕度ノ痙性麻痺アルヲ以テ、頸髓ノ

慢性疾患、即、頸髓微毒・脊髓膠樣變質・脊髓空洞症・頸髓ノ腫瘍・肥厚性頸部硬腦膜炎・頸部脊椎カリエスト類似スレドモ、通常、感覺及ビ膀胱障碍ノ無キコトニヨリ鑑別シ得。又、筋強剛及ビ腱反射亢進ノ如キ痙攣性狀態著明ナラザルトキハ慢性又ハ亞急性脊髓前角炎ト鑑別ヲ要スレドモ、筋萎縮ノ部位及ビバンスキー氏反射ノ證明、病勢ニ弛張ナキコト等ニヨリ區別シ得。又、癩病神經炎・慢性鉛中毒ノ如キ末梢神經炎ニヨリ上肢、殊ニ小手指ノ萎縮性麻痺ヲ起シ、本病ニ類似スルコトアリ。癩ニアリテハ感覺障碍・末梢神經幹ノ肥大アリ。鉛中毒ハ原因ニヨリ區別困難ナラズ。又、脊髓性進行性筋萎縮ト類似スレドモ、コノ疾患ニハ痙攣性脊髓麻痺・ババンスキー氏反射等、無シ。

本病ガ早期ヨリ著明ノ延髓麻痺ヲ呈スルトキハ進行性球麻痺ト鑑別ヲ要スレドモ、コノ兩疾患ノ間ニハ臨牀的又ハ解剖學的ニ劃然タル區別ナク、三浦謹之助氏ニ據レバ進行性球麻痺ト稱スベキ疾患ハ筋萎縮性側索硬化ガ延髓ヨリ始マレルモノナリ。

療法

確實ニ有效ナル療法ナシ。身體ノ衰弱ヲ防グタメニ滋養ニ富メル食料ヲ十分供給スベク、若、咀嚼又ハ嚥下困難アルトキハ軟キ食物ヲユルユル噎セズ、疲レル様ニ食セシメ、又、嚥下不能ナレバ食道ゾンデヲ應用スベシ。ソノ他、比較的安靜ヲ保チ、劇シキ運動・疲勞ヲ避ケ、筋肉及ビ體力ヲ庇護スルコト必要ナリ。又新、鮮ナル空氣、日光等、衛生的生活ニ勉ム。理學的療法トシテ、侵サレタル筋ニハ注意シテマツサチ感傳又ハ平流電氣療法ヲ行ヒ、又、四肢・軀幹ノ筋肉ノミナラズ、舌・咽喉等ニモ感傳電氣ヲ手指ニヨリ、又ハ小ナル導子ニヨリ食事前ニ通電シ、又、嚥下困難ニ向ヒテハ小導子ヲ胸鎖乳頭筋ノ内部、即、喉頭ノ兩側ニ當テ平流電氣ヲ通ズ。又、延髓及ビ脊髓ニ向ヒ平流電氣療法ヲ行フコトアリ。

又、痙攣狀態ニ向ヒテハ溫浴中ニテ受働運動ヲナシ、ヨキコトアリ。

藥劑ハ著效アルモノナキモ、沃度劑・亞硫酸劑ノ内服、硝酸ストリキニチノ注射ヲ賞用スル人アリ。ストリキニチノ如キハ却、有害トナス人アリ。

末期ニ於テハ極力、感冒及ビ食事時誤嚥ヲ避ケ、氣管枝カタル肺炎・嚥下性肺炎ヲ豫防スベシ。

痙攣性脊髓麻痺(側索硬化)

Spastische Spinalparalyse (Lateralisclerose)

コノ疾患ハ一千八百七十五年ニエルプ氏⁽¹⁾ガ痙攣性脊髓麻痺ノ名稱ヲ以テ、又、翌年シルコー氏⁽²⁾ガ痙攣性脊髓⁽³⁾ノ名稱下ニ初メテ記載シ、脊髓ニ於ケル錐體行路ノ單獨ナル對稱性變性ニヨリ起ルモノト説明セルモノナレドモ、ソノ後ノ研究ニ據ルニ、一個ノ獨立セル疾患ニアラズシテ、種種ノ原因ニヨリ發スル一種ノ症狀群ト見ルベキモノトス。從ツテ類似ノ他ノ疾患、殊ニ筋萎縮性側索硬化症・脊髓微毒・中樞神經系ノ血管性疾患等トノ間ニ移行ヲ認メ得。

原因

本病ノ原因ハ一樣ナラズ。凡、三種類ニ分ツコトヲ得。第一ニ原因全ク不明ナル場合アリ。ストムンベル氏⁽⁴⁾ニ據レバ、カカル病型ハ殊ニ老年ニ始マルコト多ク、又、筋萎縮性側索硬化症トノ間ニ移行ヲ證明シ得ト云フ。第二ハストムンベル氏ノ始メテ記載セル家族性遺傳性病型⁽⁵⁾ニシテ、先天的素因ニ基ツク。男性ヲ主トシテ侵シ、二十歳代又ハ三十歳代ニ發病スルコト多キモ、稀ニ小兒期ニ來タル。第三ニ本病ハ外因ニヨリ發病メト考ヘラルル場合アリ、コレ錐

- (1) Erb
- (2) Charcot
- (3) Tabés dorsal spasmodique
- (4) Strümpell
- (5) Hereditäre bzw. familiäre spastische Spinalparalyse

體行路ハ他ノ神經行路ニ比シ、比較的抵抗弱キガタメナルベシ。即、微毒・重症貧血・惡性腫瘍ニ因ル惡液質産褥、又、種種ノ中毒、即、鉛中毒・豆科ニ屬スルアル豆類ノ慢性中毒⁽¹⁾所謂、玉蜀黍中毒或ハペテラ等モ原因トナル場合アリ。又、數年前ニ受ケタル外傷・感冒ヲ原因ト見ルベキ例アリ。

症狀

本病ハ極メテ徐徐ニ發病シ、徐徐ニ進行スル慢性疾患ニシテ、最初ノ症狀ハ兩下肢、殊ニソノ一側ニ著シキ痙性不全麻痺トス。然レドモ麻痺症狀ハ初メノ間ハ殆、無キカ、又ハ甚、輕微ニシテ、痙性症狀ヲ主トス。初メハ迅速ニ歩行スルトキ階段ノ昇降・跳躍等ノ際、下肢ニ筋ノ緊張感・運動ノ澁滯感アリ、且、容易ニ疲勞ス。コノ症狀稍、進行スルトキハ、歩行ハ外見上著明ニ痙性歩行トナリ、下肢ヲ曲ゲルコトナク、足ヲ地面ヨリ離スコト少ナク、小ナル歩幅ヲ以テ徐行シ、容易ニ躓ヅキ或ハ倒ル。又、下肢ニ筋緊張ノ亢進アリテ、下肢ヲ持テ他働運動ヲ試ムルニ著シキ抵抗アリ。即、著明ナル筋強剛ヲ證明ス。末期ニ於テ高度トナルトキハ、他働的ニ屈曲シ得ザルコトアリ(ストルムンペル氏筋關節強直⁽²⁾)。又、一脚ヲ持テ上ニ舉ゲ又ハ外轉セシムルトキ、他脚ガコレニ牽カレテ動キ、或ハ軀幹モ亦、共ニ動クコトアリ。筋ノ粗大力ハ始メハ殆、普通ナルコトアリ、カカルトキハ運動障礙ハ主トシテ筋緊張ノ亢進ニヨル(痙性假性麻痺)。後ニハ筋力漸次減弱スルニ至ルモ、筋強剛ニ比スレバ程度遙カニ輕キヲ常トス。

下肢ノ腱反射ハ早クヨリ著シク亢進シ、遂ニハ足搖擗・膝蓋搖擗ヲ證明スルニ至ル。膝蓋搖擗ヲモ見ルコトアリ。又、膝蓋腱ヲ打ツトキ四頭股筋ノミナラズ、他ノ大腿筋、殊ニ内轉筋モ亦、搖擗スルコトアリ。ババンスキー氏足趾反射ノ如キ病的反射ハ早クヨリ現ハル。オツペンハイム氏現象・ロツソゾモー氏反射・ベビテリム・メンデル氏反射モ亦、大多數ノ場合ニ於テ證明セラル。但、コレ等ハ初期ニ於テハ一側ノミ著明ノ場合アリ、又、下肢ヲ屈曲セシムルト

- (1) Maidismus
- (2) Strümpellsche muskuläre Gelenkankylose

- (1) Mills
- (2) Spiller

キ前脛骨筋ノ腱ガ緊張シテ突出ス(ストルムンペル氏脛骨筋現象)。皮膚反射ハ通常亢進ス。

筋ノ電氣的興奮性ニハ變化ナク、又、定型の場合ニ於テハ筋萎縮ヲ認メズ。唯、末期ニ於テ輕度ノ不働作性萎縮ヲ見ル。感覺及ビ膀胱竝ニ直腸機能・生殖器機能ハ普通異常無キモ、時ニ輕度ニ來タルコトアリ(後述)。

下肢ニ來タルト同様ノ痙性不全麻痺ハ、疾患ノ進行スルト共ニ、徐徐ニ上肢ニモ現ハル。即、上肢ノ腱竝ニ骨膜反射ハ亢進シ、高度ナルトキニハ肘搖擗・手搖擗ヲモ認ム。上肢ノ他働運動ヲ試ムレバ著シキ筋強剛ヲ證明スベク、又、自働運動ハ緩徐ニシテ困難ナルヲ見ル。上述ノ如キ四肢ノ症狀ハ左右ニ來タルヲ普通トスルモ、甚、稀ニハ偏側ニ來ル(ミルス⁽¹⁾、スピラー⁽²⁾諸氏)。

本病ガ定型の場合ニ於テハ、純粹ノ側索路硬化症、即チ眞ノ痙性脊髄麻痺ノ症狀ニ限ラルルモノナレドモ、カカル場合ハ寧、稀有ニシテ、本病ガ進行スルトキ延髓症狀、若シクハ脊髄ノ小腦側索路及ビ後索ノ症狀ヲ現ハシ來タル場合ヲ多シトス、コレニヨリ本病ニ左ノ如キ二種ノ病型ヲ認メ得。

第一病型ニアリテハ通常、老年期ニ發病シ、遺傳的關係無ク、疾病ノ進行ハ比較的急速ナリ。四肢及ビ軀幹筋ノ痙性不全麻痺ノ外ニ、時トシテ運動性球麻痺ノ症狀、即、構音障礙・嚥下困難・脅迫失笑・脅迫涕泣等ヲ合併スルトアリ。又、末期ニ至リ末梢性運動神經細胞ノ症狀トシテ筋萎縮・纖維性搖擗ヲモ見ル。コノ病型ハ即、筋萎縮性側索硬化症ニ類似シ、臨牀上竝ニ病理解剖上ニモコノ疾患トノ間ニ移行ヲ證明ス。

第二病型ハ原因條下ニ述ベタルストルムンペルノ家族性遺傳性病型ニシテ、コノ病型ニ於テモ時トシテ後期ニ至リ輕度ノ感覺及ビ膀胱障礙・輕度ノ共濟運動失調症ヲ併發シ、病理解剖的ニハコレニ相當シテ、脊髄コル氏索及ビ小腦側索路ノ變性ヲ認ム。然レドモ、コノ家族性遺傳性病型ノ患者ニモ痙性延髓症狀ヲ見タル例アリ。

經過及豫後

經過ハ極メテ慢性ニシテ、緩徐ニ進行ス。從ツテ發病後十年二十年ニシテ、尙、辛フツテ步行シ得ルモノアリ。普通二十年乃至四十年ニ互ル。不治ナレドモ直接本病ノタメニ死亡スルコトナシ。稀ニ病勢、中途ニシテ停止スルコトアリ。

病理解剖

本病ノ解剖的變化ハソノ臨牀的症狀ガ一樣ナラザル如ク、亦、劃一的ナラズ。即、ミンコースキ⁽¹⁾、デゼリオン⁽²⁾及ビソツタス⁽³⁾等諸氏ノ記載セル少數例ニ於テハ、左右ノ脊髓側索、就中、錐體側索路ノ單獨ナル初發性變化ヲ證明セルモ、マース氏⁽⁴⁾ノ如キハ脊髓ニ何等ノ變化ヲ認メザリキ。ソノ他ノ例ニ於テハ錐體側索路ノ外、ゴル氏索・小腦側索路、時トシテ尙、錐體側索路ノ變性、即、聯合性索路疾患⁽⁵⁾ノ像ヲ見ルモノ少ナカラズ。或ハ又、臨牀上本病ニ屬スベキモノニシテ、解剖ニヨリ慢性脊髓炎・腫瘍・筋萎縮性側索硬化症多發硬化等ニ相當スル變化ヲ發見セルコトアリ。ストルムンベル氏家族性遺傳性病型ニモ錐體側索路ノ變性ノ外、小腦側索路及ビゴル氏索ノ變性ヲ認ム。

診斷

本病ハ一ツノ症狀群ト見ルベク、從ツテ他ノ疾患トノ間ニ移行ヲ認ムルヲ以テ、他ノ類似疾患トノ鑑別ハ決シテ容易ニアラズ。殊ニ脊髓炎又ハ壓迫性脊髓炎又ハソノ殘留症狀・リツトル氏病・血管硬化ニ基ツクコロノ所謂老人麻痺⁽⁶⁾・筋萎縮性側索硬化症・聯合性系統疾患⁽⁷⁾・多發性硬化症等トハ殊ニ比較鑑別ヲ要ス。又、ヒステリー又ハ神經衰弱症ニヨル下肢ノ痙性不全麻痺様ノ状態ガ本病ニ類似スルコトアレドモ、發病ノ状態經過ニヨリ、又、病的反射ノ有無ニヨリ區別シ得。微毒性痙性脊髓麻痺症ハ眼症狀・腦脊髓液乃至血液ノ變化ノ有無ニヨリ鑑別スベシ。

療法

- (5) Greisenlähmung
- (6) Kombinierte Systemerkrankung

- (1) Minkowski
- (2) Dejerine und Sottas
- (3) Maas
- (4) Kombinierte Strangerkrankung

- (1) Förstersche Operation
- (2) Stoffelsche Operation

身體ヲ安靜ニシ過勞ヲ避クベシ。運動ノ練習ハ必要ナレドモ控ヘ目ニ行ハザルベカラズ。溫和ナルマツサヂ・他働的運動及ビ溫浴ハ筋強直ニ向ヒ緩和的ニ作用ス。感傳電氣療法ハ不可ナリ。筋強直ニ向ヒ臭素劑・スコボラミンノ内服・カルシウム注射ヲ施スコトハ多少奏效スルコトアリ。又、リツトル氏病ノ際行ハルルステル氏手術⁽¹⁾又ハストツスル氏手術及ビ整形外科の手術ノ如キハ多クハ效ナシ。

リツトル氏病

(小兒痙性兩側麻痺、先天性痙性四肢強直)

Litlische Krankheit (Diplegia spastica infantilis, Angeborene spastische Gliederstarre)

リツトル氏病トハ英國ノ産科醫リツトル氏ガ一千八百六十年ニ發表セル記載ニ基ツキ、一種ノ病像ニ對シテ命名セルモノニシテ、同一ノ原因ト、同一ノ病理解剖的變化トヲ有スル一個獨立ノ疾病ニアラズ。主ナル症狀ハ四肢、殊ニ兩下肢ノ痙性强直状態、若シクハ痙性不全麻痺ニシテ、ソノ原因ノ發生期ハ先天性ナルコトアレドモ、又、屢、出産時ニアリ、又、稀ニ出産後ナルコトアリ。病理解剖的變化ハ多クノ場合、大腦兩半球ノ運動中樞ニ存スルモ、稀ニ錐體

行路中ノ或ル部位ニ存在シ、殊ニ脊髓ニ存在スルコトアリ。コレ等ヲ總テリッツトル氏病ト稱スルヲ以テ、本病ノ多數ハ寧、腦疾患ニ屬ス。故ニ茲ニハ唯、少數ノ脊髓型ニ就キテ記載スベシ。但、臨牀上ニ於テハコノ脊髓型リッツトル氏病ト腦型ノソレヲ區別スルコト通常、不可能ナリ。

原因及ビ病理解剖

上述ノ如ク、本病ノ大多數ニ於テハソノ原因(主トシテ早産又ハ難産)ヨリ見、或ハ病理解剖的變化ヨリ見テ、大脳殊ニ、ソノ運動中樞ノ病變ニ基ツクモノナレドモ、本病ノ脊髓型、即、脊髓ニ於ケル運動傳導路ノ障礙ニヨリ起ルモノアルコトハエルブ、バンゲフ、テン、スークー等ノ諸學者ノ唱道スルコトコニシテ、デゼーリオン氏⁽¹⁾ハ定型的ノ二例ニ於テ、本病ガ胎兒期ニ起レル頸髓ノ限局性疾患竝ニ錐體路ノ續發變質ニ因ルコトヲ認メタリ。ソノ他、出産時ノ外傷ニヨル頸髓ノ牽裂又ハ出血モ原因トナルコトアルベク、殊ニ早産ノ場合ニ於テハ錐體路ノ神經髓鞘形成及ビ纖維發育ノ不全モ亦、關係アリ。

症狀

本病ガ高度ナルトキ、生後數ヶ月ニシテ既ニ異狀ヲ認ム。即、乳兒ノ入浴著衣等ニ當リ、下肢ヲ動かストキ抵抗アリ、或ハ兩側ノ大腿ガ内轉位ニ於テ相互ニ強ク近接シ、コレヲ開クニ固ク感ズルコトアリ。然レドモ、多クハ小兒ガ起立ヲ始メ、又ハ歩行スルニ至リ始メテ異常ヲ發見スルモノニシテ、コレ等ノ起立及ビ歩行ハ普通ヨリモ遙カニ遅ル。又、疾患高度ニシテ、歩行起立長ク不能ナルコトアリ。起立時ニ於テ觀察スルトキ、兩下肢ノ位置特異ニシテ、兩側大腿ハ内方ニ廻轉シ且、強ク内轉シテ左右相近接シ、左右ノ膝部ハ互ニ相壓シ、歩行時摩擦スルコトアリ。股關節及ビ膝關節ニ於テハ少シク屈曲シ、足ハ尖足位ヲ取り、踵ハ床上ヨリ高ク離レ、足趾又ハ足趾球ガ床上ヲ觸ルルノミ、歩行時、兩脚ハ運動惡

(1) Dejerine

シク、恰カモ棒ノ如ク撥バル、下肢ノ他動運動ヲ試ムルニ高度ナル筋強剛アリ。又、下肢腿反射ハ亢進シ、膝蓋搖擗及ビ足搖擗、殊ニ前者ヲ屢、見ル。又、ババンスキー反射ハ多クハ陽性ナレドモ、コレ等ハ乳兒ニアリテハ生理的ニ證明シ得ルモノナルコトニ注意スベシ。又、下肢ニ不全麻痺ヲ認ムルモ高度ナラズ。コノ不全麻痺ハ下肢ノ屈筋及ビ足ノ屈背屈折筋ガ他ノ筋ニ比シテ侵サル。足蹠反射・腹壁及ビ提辜筋反射ハ陽性ニ存ス。感覺障礙・膀胱直腸障礙ハ來タラズ。尙、腦損傷ニ原因スルリッツトル氏病ニ於テハ、上肢ノ痙性症狀、又ハ精神發育障礙・言語障礙・癲癇等ノ如キ腦症狀ヲ合併スルコトアレドモ、コノ脊髓型ニアリテハ通常コレ等ノ症狀ヲ缺ク。

經過及ビ豫後

前述ノ起立乃至歩行障礙ハ患兒ガ生長シ、筋力ガ増強スルト共ニ多少ニ拘ラズ、緩和輕減サルコト多ク、輕症ニテハ十歳前後ニ至レバ殆、治癒シ、唯、多少ノ筋強剛・腿反射亢進又ハババンスキー反射ノ如キ殘スニ過ギザルコトアリ。精神發育障礙アルトキハ恢復不良ナリ。

療法

治療ノ方針ハ主トシテ筋強剛狀態ヲ緩和シ、同時ニ筋力減退セル筋肉ノ恢復ヲ計リ、運動機能ヲ出來得ルダケ有利ニ導クニアリ。コノタメニ種種ノ物理學的及ビ外科的療法ガ行ハレ、第一ニ溫浴療法トシテ稍、低溫ノ入浴ヲ一回十分乃至十五分間ニ互リ毎日行ヒ、又ハ同様ノ天然溫泉入浴ヲ行フ(一年三、四回、四、五週間宛)。又、注意シテ緩和ナルマッサージヲ行ヒ、殊ニ外轉筋・伸筋ノ如キ比較的弱キ筋群ヲ按摩シ、又ハ徐徐ニ他覺運動ヲ行フ、コレ等ハ入浴中行フモ可ナリ。

電氣療法ハ感傳電氣ノ如キ刺戟強キハ避ケ、主トシテ平流電氣ヲ用フ。而シテ筋緊張強キ筋群ニハ大ナル平板導子

ヲ以テ三乃至五ミリアンペアノ陽極電氣ヲ電力ノ動搖ヲ成ルベク避ケツツ通電シ、不全麻痺アリテ筋強剛少ナキ筋ニハ注意シテ陰極導子ヲ貼用ス。

ソノ他、下肢ノ自動的運動・起立及ビ歩行練習ヲ規則正シク行ハシム。

整形外科の手術トシテハ、腱切斷法・腱移植法・腱短縮法・筋切斷法等ヲ以テ筋緊張増加ノ緩和・筋機能ノ調節ヲ計リ、又、高度ナル内轉筋緊張アリテ前述ノ方法效ナキトキ、ボルカルド⁽¹⁾、ストツェル⁽²⁾氏⁽³⁾等ハ閉鎖神經⁽⁴⁾ノ前枝又ハ後枝ノ切斷ヲ可トシ、又、最、難澁ナル場合ニ於テハ、ズルステル⁽⁴⁾氏ノ手術ガ行ハル。ソノ法高度ナル筋強剛状態ニアル筋肉ト關係スル脊髓後根ノ一部ヲ切斷シ、以テ筋緊張ヲ緩和セントスルモノニシテ、通常、第二・第三・第五腰椎及ビ第二薦骨髓ノ後根ヲ切除ス。

- (1) Borchardt
- (2) Stoffel
- (3) N. obturatorius
- (4) Förster

脊髓後索側索變質(聯合脊髓索疾患)

Kombinierte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge
des Rückenmarks. (Kombinierte Strangerkrankung des Rückenmarks)

本病ハ稀有ニシテ脊髓ノ索道、殊ニ側索及ビ後索中ノ二、三ノ索道ガ聯合シ、且、左右對稱的ニ變質ニ陥ル疾患ナリ。コレニハ發生上二種アリテハ、フリードライヒ氏⁽¹⁾、アタキシー、ストムンペル⁽²⁾氏遺傳性痙性脊髓麻痺ノ如ク、初發

性ニシテ内生的或ハ先天的原因ニヨリ、屢、家族の遺傳的ニ發生スルモノナレドモ、コノ章ニ述アルハ外因ニヨリ續發性ニ發生スルモノト見做スベキ種類ナリ。而シテ左右ノゴル氏索・ブルダツバ氏索・錐體側索路・小腦側索路ガ聯合シテ侵サルルコトト、或ハゴル氏索・錐體側索路及ビ小腦側索路ノ侵サルルコトアリ。又、甚、稀ニ錐體前索路及ビゴウ⁽³⁾ル氏索モ之ニ加ハルコトアリ、而シテソノ變化ハコレ等ノ索道ノ延長ノ殆、全部又ハ大部分ニ互リ現ハル。

原因

原因ハ種種アレドモ、主ナルハ貧血竝ニ惡液質ニシテ、惡性貧血・原因不明ノ慢性貧血・白血病・條蟲ノ如キ寄生蟲ニヨル貧血、又、惡性腫瘍・肺結核・敗血症等ニヨル惡液質ガ原因ヲナスコト多キモ、出血ニヨル續發貧血及ビ血友病ニ基ツク貧血ハ原因トナルコトナシ。ソノ外、心臟内膜炎・マテリア⁽⁴⁾腎臟病・糖尿病・微毒、又、酒精中毒・鉛中毒ノ如キ慢性中毒、長年月ノ過勞・榮養不給等ガ原因ヲナスコトアリ。

然レドモ、以上ノ諸原因ハ本病ノ眞因ニアラズシテ、恐ラク本病ノ發生ニ素質ヲ與フルモノナラントセラル。

病理解剖

本病ノ解剖的所見ハ一樣ニアラズ。上述ノ諸索道ニ於ケル病變ハ、凡、ソノ全延長ニ互ルモ精密ニコレニ一致セズ、種種ノ境界ヲ示シ、又、左右對稱的ニアラザルコトアリ。場合ニヨリテハ、無數ノ病竈ヲナシテ索道中ニ蔓延シ居ルコトスラアリ。又、胸髓ニ瀰蔓性脊髓炎ノ像ヲ見、而カモ他部ニ於テハ續發性變質ト見做シ得ザル聯合性索道疾患ヲ認メタル場合アリ。又、クレーク氏柱・脊髓前角・延髓等ニ同時ニ多少ノ病變ヲ見ルコトアリ。然レドモ、コレ等ハ本病ノ重要ナル病變ト關係ナキモノトス。

右ニ述ベタル如ク、本病ノ解剖的變化ハ一樣ナラズ、本病ニ對スル病理解剖的見解モ亦、學者ニヨリ様様ナリ、即、

- (1) Leyden
- (2) Henneberg
- (3) Myelitis funicularis
- (4) Kattwinkel

ライデン⁽¹⁾氏⁽²⁾等ハ脊髓炎ト見做シ、ヘンチベルグ氏⁽³⁾ハ脊髓炎ト見ルベキ變化ガ主トシテ種種ノ索道互リテ蔓延スルタメ本病ヲ索⁽⁴⁾脊髓炎⁽⁵⁾トナシ、系統的疾患ニアラズト云ヘリ。然レドモ、コレニ一致セザル場合アリ。又、白質ノ炎症ニ起因セス、白質内ノ血管ノ病變ニ基ツキ、後索及ビ側索ニ沿ヒ瀰蔓性脊髓炎ガ起リ、コレニ上行又ハ下行性續發變質ガ加ハリテ聯合性索道變質ヲ來タスコトアリ。又、カヅトウケンケル氏⁽⁶⁾等ハ淋巴管裝置ノ病變ニ起因スルコトアリトセリ。

症狀

本病ハ中年ノ男子ニ多シ。通常甚、徐徐ニ發病シ、最初ハ兩下肢ヲ侵シ、次ニ胴及ビ上肢ニ來タルヲ普通トスルモ、上肢ヨリ始マル場合アリ。

症狀ハ大體ニ於テ病變ガ主トシテ側索ニ在リヤ、又ハ後索ニ在リヤニヨリテ異ナル。側索ノ病變優サル場合ニ於テハ錐體路ノ障礙著明ニシテ、痙性脊髓痙攣ニ類似シ、又、後索ノ變化著シキトキハ知覺障礙・アタキシー・腱反射消失等著シク、脊髓癆又ハフリード⁽⁷⁾ライビ⁽⁸⁾氏病ニ類似ス。

初メハ單ニ知覺異常・輕痛ノ如キ自覺的症狀ニ止マル場合アリ。然レドモ多クハ早クヨリ側索或ハ後索ノ墜廢症狀ヲ呈ス。側索ガ主トシテ侵サル場合ニ於テハ下肢ノ不全麻痺・筋強剛・筋拘攣・腱反射亢進ノ如キ痙性症狀、又、ババンスキー⁽⁹⁾、メンデル⁽¹⁰⁾、オツペンハイム⁽¹¹⁾諸氏ノ如キ病的反射ヲ見ル。或ハ尙、アタキシーノ起ルガタメニ痙性アタキシー性步行ヲナスコトアリ。又、膀胱直腸障礙・知覺異常・電擊樣疼痛・下肢末梢部ノ感覺鈍麻等モ來タル、但、コレ等ノ症狀ハ初期ニ於テハ、ソノ一、ニガ現ハレ、後、漸次他ノ症狀ガ加ハルヲ常トス。又、後索症狀ハ場合ニヨリ輕微カ又ハ殆、缺如ス。

然ルニ後索變質ガ主ナル場合ニ於テハ、上述ノ後索症狀ガ著明ニシテ、コレニ反シテ、下半身ノ麻痺ハ比較的輕微ナリ。下肢ノ腱反射ハ亢進スルコトアレドモ、又、減弱スルコトアリ。此ノ如キトキハ筋弛緩ヲ見ルモ、ババンスキー反射ハ尙、之ヲ兩側ニ證明スルコト多シ。又、初メハ痙性麻痺ニシテ、後、漸次ニ弛緩性麻痺ニ移行スルコトアリ。以上述べタル脊髓症狀ノ外、甚、稀ナレドモ瞳孔強直・視神經消耗・球麻痺症狀・強迫失笑・強迫涕泣・眼球震盪症・眩暈等モ來タレル例アリ。

本病ガ惡性貧血又ハ惡液質患者ニ來タレル場合ニ於テハ、後索症狀ガ主ニシテ、感覺症狀・アタキシーガ優サリ、麻痺輕度ニシテ、痙性狀態ナキコトアリ。

豫後

通常不良ニシテ、橫隔膜麻痺・褥瘡・膀胱加答兒ニヨリ死シ、稀ニ球麻痺症狀等ニテ瘞ル。唯、貧血患者ニ起レル場合ハ輕微ノ症狀ヲ殘シ治癒スルコトアリ。又、經過中、一時輕快シ、復タ、増進スルコトアリ。

本病ハ無熱ナレドモ、末期ニ於テハ不規則ナル發熱ヲ見ル場合アリ。

經過

通常、徐徐ニ發病シ、慢性或ハ亞急性ヲ取り、漸次進行シ、半年乃至二年、稀レニソレ以上ニ互ル。

診斷及ビ鑑別

診斷ハ必ズシモ容易ナラズ、注意スベキハ脊髓灰白質症狀ノ缺如スルコトナリ。劇痛・電擊樣疼痛竝ニ瞳孔強直ハ本病ニ來タラズト云ヒ、又、稀ニ來タルトモ云ハル。コレアルトキハ脊髓癆ト區別ヲ要シ、脊髓癆ノ末期ニ於テハ側索症狀ノ加ハルコトアルヲ注意スベシ。又、本病ニ球麻痺症狀ノ合併セルトキハ、多發硬化症ト區別困難ナリ。經過進行性ニシテ

著シキ動搖ナク、感覺障碍ガ廣ク存在シ、腹壁反射ノ著明ナルコト等ハ本病ニ一致ス。ソノ他、脊。髓。微。毒。脊。髓。腫。瘍。亞。急。性。脊。髓。炎。脊。椎。カ。リ。エ。ス。脊。髓。膠。樣。變。質。等ト鑑別ヲ要ス。

療法

若、原因アラバ之ヲ除去スルニ努メ、貧血・悪液質ニハ鐵劑・亞砒酸劑ヲ用ヒ、又、一般榮養状態ノ恢復ヲ計ル。又、脊。髓。症。狀ニ向ヒテハ劇動ヲ避ケ、便通ヲ整ヘ、身體ヲ清潔ナラシム。麻痺・アタキシ！疼痛ニ對シテハ脊。髓。癆・脊。髓。炎等ノ場合ト同様ノ治療ヲ施スベシ。

昭和七年一月二十二日印刷
昭和七年一月二十五日發行

正價金貳圓五拾錢



日本内科全書
第七卷第一冊

編者 小田平義

東京市本郷區龍岡町三十二番地

發行者 田中けい

東京市本郷區駒込林町百七十二番地

印刷者 柴山則常

東京市本郷區駒込林町百七十二番地

印刷所 杏林舎

合資會社

電話小石川(七七九番)
四七二五番

發行所

東京市本郷區龍岡町三十二番地
振替口座東京四一八番
電話小石川七六八七番

吐鳳堂書店

