



A



B



B'

今回の写真はフォア (Charles Foix ; 1882-1927) の「頭蓋内球部神経末梢性病変による片側延髄症候群」という論文からのものです。ご覧のとおり、いくつかの脳神経麻痺を一側性に認める症例ですが、写真からすべての麻痺を言い当てることができるでしょうか。

本症例は、72歳の女性で、前兆や痛みを伴わず、朝起きたら「顔が歪んでいた」という主訴です。脚や腕に異常はありませんでしたが、夕方仕事から帰ると後頭部から頸部にかけて激しい痛みを襲われます。この頭頸部痛には硬さが伴い、頭部を回すことはできませんでした。

さて、答えは出ましたか。フォアによる詳細な記述をみながら、確認していきましょう。

第VI脳神経麻痺—— 静止状態で左眼の内斜視を認める。

左眼の動きは、上方、下方、内方に正常である。外方へは眼はかろうじて正中線を越える。上外方、下外方へも同様である。

右眼の運動は正常である。左方注視の極限位で過度に緩徐な眼振様振動が少し観察される。

複視は1度もなかったが、患者は右眼の弱視を呈する。

この弱視はまた左方注視時に右眼で観察される眼振様振動の説明になる。したがって、対側の動眼神経に対する外転神経の制御能力に訴える余地がない。

補足すると、写真Aは患者に左方注視をさせているところです。左眼は不動で、外転神経麻痺を確認することができます。

なお、以降の引用部分の写真B~Dは原文がなく、キャプションに沿って該当する部分に筆者らが挿入しました。

第VII脳神経麻痺—— 顔面上部と下部を同時に動かす末梢型左顔面神経麻痺である。

静止状態で：

口は感嘆符！の形である。

口唇交連はほとんど下がっていない。

鼻唇溝は左側のほうが目立たない。

眼はやや大きく開いている。

額の皺は左側で消失している。

動的状態で：

患者が両眼を挙上すると額の皺

の相異が著明に増強する。

閉眼可能であるが、左側がはるかに不完全で、右眼が力強く閉じるのに対して、左は瞼裂が残る。

口は右側のほうがかなりよく開くため、卵円形となり、下口唇が右方に偏倚する。笑いは右側である。

患者は息を吹いたり、口笛を吹いたりできず空気が左の上下口唇から漏れてしまう。彼女は頬をうまく膨らませられない。

第IX、第XI脳神経麻痺—— 左側に咽頭の非常に明らかな麻痺と同時に、それよりは明らかなではない口蓋帆の麻痺を認める。

口蓋垂は軽度偏倚し、口蓋帆は弛緩しており、母音「auo」を発音させると、左側の挙上が悪いため、非対称性がみられ、口蓋弓の収縮は左でよくない。

同時に感覚障害があり、咽頭と口蓋帆の左半分に触覚と温覚の著明な低下を認める。

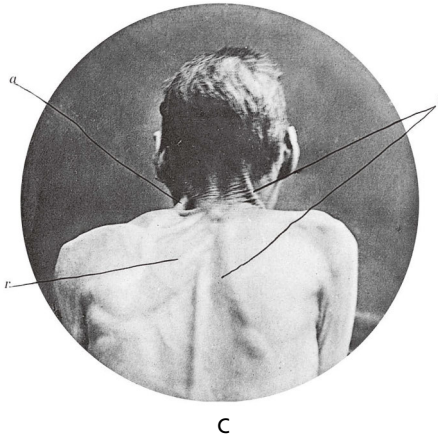
感覚は舌の左半分では保たれている。しかし後からわかるように、この部分に著明な筋萎縮がみられる。

副神経は内側枝と外側枝で障害

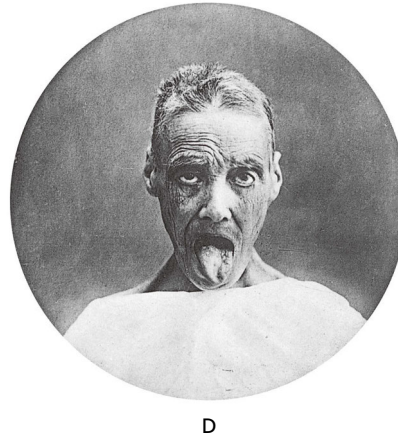
a) 奥沢病院名誉院長, b) 富坂診療所, c) 汐田総合病院神経内科

*[連絡先] river7941@gmail.com

今月の表紙

河村 満^{a)}*岡本 保^{b)}菊池雷太^{c)}

C



D

されている。

(中略) 僧帽筋 (写真Cのt) と胸鎖乳突筋の筋萎縮を伴った麻痺がみられる (訳注: 写真Cのtは左側を指すべきところ、右側を指しています)。

静止状態で、前方は: 胸鎖乳突筋のほぼ完全な消失に患者の極度の痩せが加わり、左鎖骨上窩が本当の穴のように凹む (写真B')。触診で筋肉は薄い帯のようである。

後方では、左肩甲骨が正中線から離れ、棘上窩が痩せているようにみえる。

動的状態では、変形は前方と、とりわけ後方で強調される。患者に両肩を後方に挙上するように指示すると、右肩甲骨が内側上方に持ち上がり、僧帽筋の上縁がはっきりと皮下に現われるのがわかる。反対に、左側では、肩甲骨は正中線から離れたままだ (写真C)。肩甲骨と脊柱の間で緊張を感じるのとは菱形筋の筋束である (写真Cのr)。僧帽筋の上縁は水平な薄板にまで縮小し、隆起が認められるのは肩甲挙筋である (写真Cのa)。

さらに、患者は顔を横に向けたリ、首を横に倒したりというすべての動きに大きな困難を感じるこ

に注意しなければならない。彼女は、脊柱を動かさず、頭部をひとまとめにして右または左に移動する。彼女は頭部の前屈は、はるかにうまくできるが、後屈はかなり下手である。脊柱の圧迫は、その点でおそらく少し痛みがある。

第XII脳神経麻痺— 舌の左片側の麻痺で片側萎縮を伴う (写真D)。この種の麻痺でバピンスキー氏によって明らかにされた現象を同時に認める。口の中で右側に偏倚している舌が、患者に提舌するよう指示すれば、今度は左に偏倚する。

片側萎縮が極めて著明で、舌の左側は弛緩し貧血様で正中溝が偏倚する。

舌粘膜の感覚は保たれている。

以上、計5つの脳神経麻痺から構成される片側球部症候群と結論づけられています。第IX神経麻痺は写真からはわかりませんが、4つ言い当てられた方は神経内科医として鋭い目をお持ちです。なお、球部 (bulbaire) という言葉が使われていますが、第VI、VII神経や第XI神経がおかされているとおり、延髄のみならず橋や脊髄も含んだ

上下に長い領域がおかされていることに注意が必要です。

この論文を読んでいて思わず唸ってしまった箇所があります。それは本症例の所見のまとめで、次の記載です。

1. 外転神経、顔面神経、舌咽神経、副神経 (内側枝と外側枝)、舌下神経の障害を特徴とする左片側延髄 (球部) 症候群。
聴神経は保たれている。
2. 錐体路、感覚路と小脳路の明らかな症状の欠如。
3. うっ血乳頭の欠如。
4. 脳脊髄液に変化なし。
5. ワッセルマン反応は血清で陽性、脳脊髄液で陰性

一見、普通のまとめにみえますが、2番目に「症状の欠如」とあります。つまり、症状がなかったことを2番目に挙げているのです。われわれはどうしても異常に目が向かってしまうものですが、神経学においては、異常のないことが非常に重要な所見となりえます。このような記述のスタイル (= 思考のスタイル) にも目を配りながら古典を読むのも、また意味のあることと思います。

文献

- 1) Foix C: Hémisindrome bulbaire par lésion périphérique intra-crânienne des nerfs bulbaires. Nouv Iconogr Salpêtrière 24: 303-312, 1911