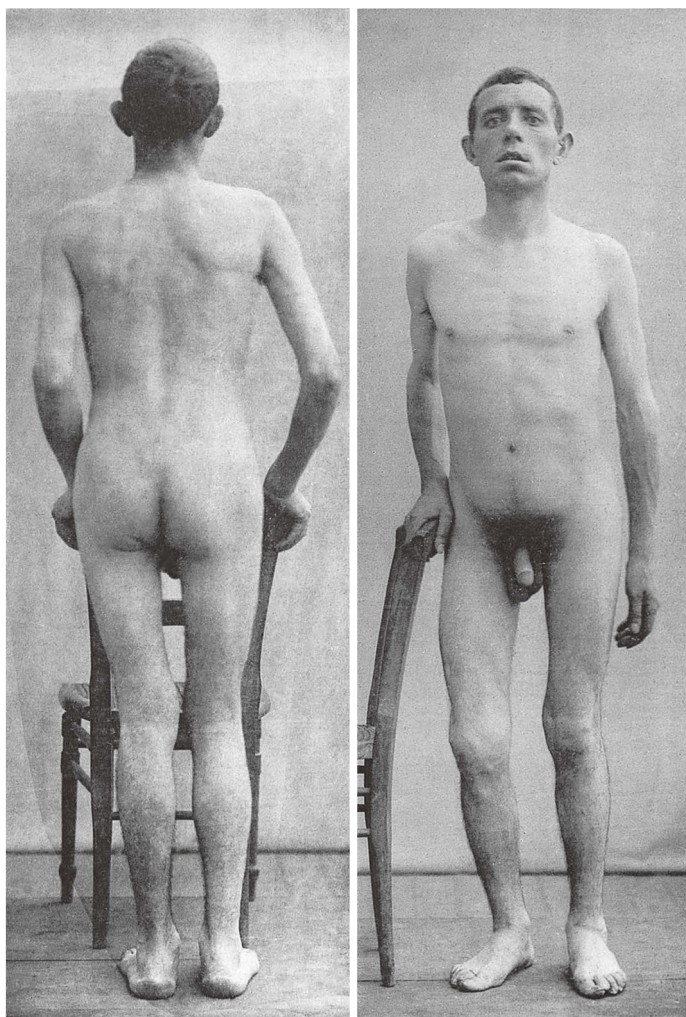




A

BRAIN and NERVE 70 (9) : 1040-1041, 2018

今月の表紙

河村 満^{a)}*

岡本 保^{b)}

菊池雷太^{c)}

今回取り上げた写真は、「多発神経炎と脊髄灰白質炎」と題された講義録¹⁾からのものです。サルペトリエール病院の講義録と言えば、シャルコー (Jean Martin Charcot ; 1825-1893) による

いわゆる「金曜講義」と「火曜講義」が有名ですが、シャルコー亡き後、次代の教授レイモン (Fulgence Raymond ; 1844-1910) がそれらの講義を引き継いでいたことはあまり知られていないかもしれません。ライブ感に溢れる臨床講義はシャルコーの才能だけに許されたものだったのか、「火曜講義」はシャルコーの死後6カ月ほどしか続かなかったようですが²⁾、神経疾患についてのスタンダードな講義である「金曜講義」は1903年までに6巻の講義録が発行されています³⁾。

レイモンの教授就任後、『Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière』にも「金曜講義」の講義録が頻繁に掲載されるようになります。「多発神経炎と脊髄灰白質炎」もその中の1つです。

写真に写る患者は38歳、左官業。数日間にわたる嘔吐と下痢の後、下肢の脱力が始まりました。続いて、下肢、腰、こめかみ、顎に痛みを伴う蟻走感が出現します。唇と頬が腫れ、両眼は眠るときも大きく見開いたまま。患者は時々、物が二重にみえると訴えます。四肢、体幹、顔面の麻痺により臥床状態を余儀なくされ、全身の筋肉に強烈な圧痛が生じるようになります。1本の神経幹を少し引っ張るだけで大声で叫び、レーザー徴候が最も顕著にみられます。自発痛はありません。次第に痩せ始めますが、両手以外には筋萎縮はみられません。

入院時の所見として、まず顔貌の動きのなさが挙げられており、眼だけが生氣を残しているとあります(写真A)。さらに、口は半開きで、唇は外側に大きく反転し、鼻唇溝が消失、眼は大きく見開き、瞬きがみられず、前額の皺が消失しています(写真B)。足底反射は底屈を示し、腱反射は全体で消失しています。呼吸困難を訴えることはありませんでした。

入院後、電気療法とマッサージによる治療が行われ、下肢は大腿、下腿、足の順に、上肢も体幹に近い部位から末梢に向かって動かせるようになっていきました。しかしながら、下腿と大腿は痩せたままで、特に前-外側筋群に萎縮がみられます。また、顔面はなかなか改善がみられず、息を吹きかけたり、口笛を吹いたり、眼を閉じたりすることは難しいままです。ただ、写真Cのように左側の額には皺が寄り

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

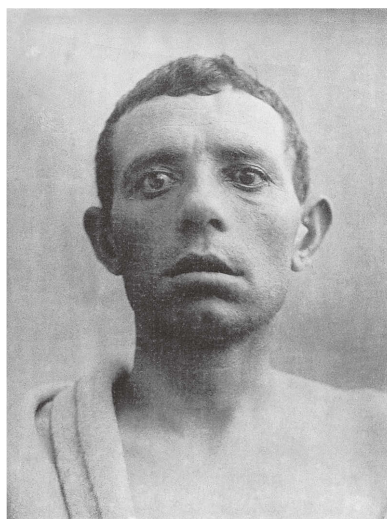
始めています。

レイモンがこの症例を取り上げている理由は、講義録のタイトルのとおり、多発神経炎と脊髄灰白質炎を正しく鑑別することの重要性を主張するためです。レイモンは次のように述べています。

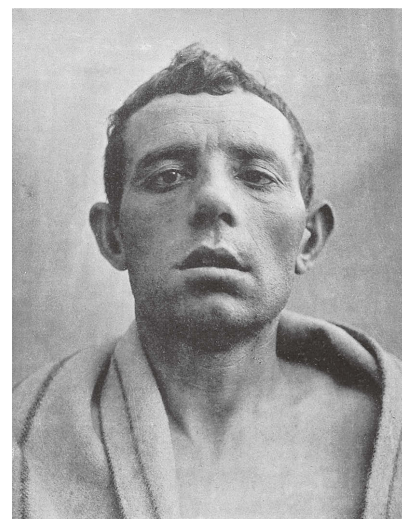
みなさん、

本日の講義で対象となる症例は、金曜講義で長い間、繰り返し検討されてきた鑑別診断の問題に関係します。(中略) 典型例や医師の考え方に依然としてさほど浸透していない見解をあなた方に示したい。私は次のように表現します、つまり、それは、急性もしくは亜急性の全身性の重度の麻痺で、自発性あるいは誘発性のしばしば激痛やそれ以外の苦痛で不安な症状を伴い、少なからず明らかな筋萎縮、矯正不可能な腱の短縮がみられ、その原因は単一の末梢神経炎で根本的に治癒する神経炎とされています。しかし、たかが十数年ほど前、同様な症候全体をみて、当時は脊髄炎の診断を下すことに躊躇しませんでした。さらに同様の誤診が、多発性の神経炎の概念の進展に精通しない医師によってしばしばなされました。今回は、私たちに患者を紹介した医師により誤診がなされ、それをみなさんに提示したいと思います。その医師が下した診断は、迅速に死に到る全身性脊髄炎でした。

さらに、本講義録の核となる診断についてのくだりは、非常に熱のこもった、かつ丹念な解説がなされています。紙幅の関係で大部分を割愛せざるを得



B



C

ませんが、その饒舌ぶりが少しでも伝わるでしょうか。

みなさん、本症例の呈する診断の問題はとても容易に解決されると思われま

す。本症例にみられる運動麻痺の進行と分布の様式は脊髄病変もしくはびまん性の末梢神経病変に依存します。したがって、この症例が提起する問題は、脊髄炎あるいは急性全身性多発神経炎という用語で示すことができます。

(中略) 急性脊髄前角炎の症例では、運動麻痺は急速に進行し、3~4日間で最高に達します。麻痺は全体として四肢、または、同側や他側の二肢、単肢、あるいは単節や複数の体節、そして好んで上下肢の体幹に近い部分を侵します。

(中略) 少なからず全身性の多発神経炎の症例では物事がまったく別の形で進行するのです。この場合、麻痺は比較的ゆっくり進行し、

その進み方の様子が明らかです。麻痺はほぼ常に下肢から始まり、末梢から体幹に近い部分へ、対称的に拡がります。

(中略) しばらくそのままの状態が続いた後に麻痺の出現と逆の順番で改善がみられました。われわれの患者の経過は以上です。

レイモンが熱弁を振るう理由は急性多発神経炎がタイミングよく適切に治療されれば後遺症なく根本的に治癒することを知っているからです(この講義の前2回は多発神経炎の治療に充てられています)。脊髄灰白質炎はワクチンが開発されたことで本邦では根絶されており、この熱弁の意味を正面から受け止めづらくしていますが、「脊髄灰白質炎」と「多発神経炎」にはさまざまな疾患が代入可能であると思います。そこで気がつくのは、医学の行動哲学というのは非常にシンプルで、それゆえ不変で普遍であるということです。

文献

- 1) Raymond F: Polynévrite et poliomyélite. Clinique des Maladies du Systeme Nerveux (Hospice de la Salpêtrière). Nouv Iconogr Salpêtrière 12: 1-14, 1899
- 2) 伊藤直樹, 岩崎祐三, 田代邦雄 (監訳): 臨床神経学辞典. 医学書院, 東京, 1999, p942
- 3) Raymond F: Leçons sur les Maladies du Systeme Nerveux. Octave Doin, Paris, 1896, 1897, 1898, 1900, 1901, 1903 (1894~1901年の講義が収載されている)