

急性散在性脳脊髄炎について

金沢大学医学部石川病理学教室(指導 石川教授)

清水 幸 郎

Yukio Shimizu

坂 井 秀 夫

Hideo Sakai

田 中 豊 一

Toyoichi Tanaka

緒 言

脳脊髄の炎症疾患中急性に脊髄症候を発現し、末梢神経炎の症候なくして、数週又は数日間にして急性に現われ、而も病竈が散在性に来る急性散在性脳脊髄炎 (akute dissemierte Encephalomyelitis) が一独立疾患として近来記録せらるるに至れり。

本症の特色はこの他運動失調症候が上下肢に著明にして、脊髄後索症候を急性に示し、又屢々眼症状を伴い、球後視神経炎を呈し、或る人

はこれを急性眼性脊髄炎と名付けたり、故に眼科学領域における報告少なしとせざるも、その全身症状の詳細なる報告、特に病理解剖学並びに組織学的検索は内外共に全く稀有に属す。

本症は予後必ずしも悪からず、完全或いは不完全治癒の状を呈するもの少なからず。これ本症検索の不充分なる一因たらん。

我々は本症に該当せる1例を得てここに報告す。

臨 床 所 見

旅行途中雨にぬれた他は原因らしきものはなく、悪寒発熱を以て発病し、以後急性に背部疼痛、激頭痛、眼痛を覚え、発病後30時間にして右眼失明す。第3病日に右下肢運動困難並びに知覚異常、第4病日に両下肢運動不能、右上肢弛緩麻痺、左上肢深部知覚障害並びに尿閉現わる。第7病日に右上下肢弛緩麻痺、左下肢軽度弛緩麻痺、左上肢意識運動可能を呈し、上肢の腱反射亢進し、膝蓋腱反射は右消失、左低下、項部強直を来し、両側第XII胸髄以下痛覚脱失、右上肢に第V頸髄より第III胸髄帯部に痛覚脱失を認め、これより中枢部並びに左上肢全

部に痛覚過敏を認む。第8病日に両側四肢全く弛緩麻痺となり、第V頸髄帯以下に知覚脱失、第IV胸髄帯に知覚過敏を認め、夜に至り呼吸困難を来せり。第9病日に更に麻痺は進行し、第III頸髄帯以下知覚脱失、それより中枢側に知覚過敏を認む。呼吸困難増強し四肢口唇に「チアノーゼ」現われ、遂に同夕不帰の転帰をとる。この間第8病日における尿、血液、脳脊髄液検査の異常所見として尿中、赤血球並びに白血球陽性、蛋白疑陽性、脳脊髄液中細胞数 $250/\text{mm}^3$ 、纖維素陽性、「パンジー氏反応」陽性等を示せり。

剖検並びに組織学的所見

26歳男子、身長 154cm 体重 32kg

腹腔概観：腸間膜淋巴腺の蚕豆大のもの数個、剖

面、髄様、淡紅なる他、特に異常所見を認めず。

胸腔概観： 淋巴腺の肥大せるものなし。胸腺は殆んど脂肪化すれど、髄質僅かに残存し、検鏡するに、血管充盈著明にして、皮質は萎縮、髄質はかなり残存せるも浮腫状、網状細胞かなり腫大し、且つ増加の傾向を示せり。

脾： 脾材並びに濾胞認め難く、精査するに濾胞萎縮し、靜脈竈の充盈強く、所謂血海の状をなし大単核球を主とする細胞を内に藏せり。

腎： 割面平滑、暗血に稍々潤い、髄質は特に暗赤なり。腎盂腔内面に赤色粟粒大斑数個認め。

検鏡するに糸絨体腫大し充盈著明。間質は浮腫存し大血管周囲に少数の小円形細胞浸潤あり。血管系統は一般に充盈著明なり。又被膜に近い一部に、ボーマン氏囊、結締織増殖せる糸絨体数個を認め、周囲に小円形細胞の浸潤あり。

副腎： 被膜は腫大鬆粗化し、皮質は一般に溼潤、腫大、配列乱る。糸状層細胞稍々増加、索状層細胞腫大、網状層細胞萎縮す。網状層並びに皮髄境界部の充盈特に著明にして、毛細血管全く麻痺状に拡大す。皮髄境界部より髄質に及ぶ全域に出血著明にして、ために実質細胞に変性をみる。

肝： 外面平滑、割面平滑、小葉の像分明。実質の充血強く特に小葉周辺部に著明、肝細胞は大小ありて軽度溼潤、胞体腫大し、配列稍々乱る。間質結締織浮腫強く、淋巴球を主とする細胞の血管を圍繞せるを認む。

膵： 割面小葉の像認めらる。検鏡するに、腺細胞溼潤腫大、限界不明瞭となり、腺管間毛細血管拡大、腺管上皮拡大す。間質又浮腫状に腫大「ラ」氏島細胞も同様腫大す。

胃： 粘膜一般に腫脹の感あり。幽門部に粟粒大灰白黄色の病竈大湾に粟粒大灰白色斑を認む。検鏡所見としては、粘膜下層の充盈著明にして、血管壁鬆粗化せる他著変なし。

腸： 小腸孤在濾胞分明にして、特に下部に著明。廻盲部、大腸粘膜腫脹し下行結腸部、細血管充盈著明、検鏡すれば、共に淋巴装置の發育高度なる他、著変を認めず。

心： 左心室内柱に仮性腱索を認め大動脈起始部内面並びに冠狀動脈起始部に粟粒大肥厚斑を認む。検鏡すれば、充血並びに部分的貧血及び心筋断裂の状を認む。

肺： 肉眼的には左右共に大で辺縁円味を帯び、含

気泡沫液を圧出し得ること多量なり。顕微鏡下にこれを見るに、強度に浮腫状を呈し、所々に出血ありて、一部代償性に肺氣腫の像を呈す。又間質結締織は膨化し、浮腫強く、一部に淋巴球を主とする細胞集簇多数認め、間質性肺炎と思惟さる。

気管及び喉頭： 着皮あるは、左扁桃腺にして、割面平滑、髄様暗赤色呈し、検鏡所見として淋巴濾胞の肥大、その中心部に芽中心の出現を認め、その内に多数の大型円形細胞及び淋巴球存在す。芽中心は浮腫を思わしむ如く鬆粗化す。

食道： 噴門に近く半米粒大の物質欠損あり。

甲状腺： 血管充盈し濾胞上皮扁平にしてコロイドの大部分は嗜酸性なり。間質鬆粗化し、一部小出血あり。実質一般に萎縮性なり。

嚔丸： 細精管の太さ稍々縮小し、前精子細胞以後は減少、以前は正常なり。間質結締織腫大、粗化す。一般に実質の変性はかなり高度なり。

脳： 脳膜下充盈著明にして、脳膜は腫大、浮腫状を呈す。腦溝並びに腦廻転、脳底血管は異常なし。一部割を入れるに著明な出血を認めず。視神経は高度に腫脹特に右側に著明なり。

脊髓： 全長を通じ、一般に膨大し、脊髄膜は溼潤腫脹強く、第Ⅰ胸髓部を中心とし、上下1cmに、脊髄硬膜との癒着を認む。同部を中心として上下の脊髄膜は特に肥厚腫大し、豚脂様を呈せり。同部に割を入れるに、実質の破壊高度にして白質灰白質の境界不分明。上下に第Ⅵ頸髓、第Ⅴ胸髓に亘り、漸くはその境界を認め得る。脊髓の腫大著明にして、出血を疑わしむ所見を認む。

脳下垂体： 肉眼的に腫大し検鏡下にて、前葉は被膜浮腫状、実質内小血管充盈し、各細胞に軽度の溼潤を認め、中葉又同じく、後葉は大血管稍々充盈し、浮腫状を呈するのみ。中後葉境界部の小動脈周囲に淋巴球集簇す。

脳及び脊髓の顕微鏡所見：

(1) 大脳皮質部： 左右中心廻転部において、蜘蛛膜の腫脹強く、鬆粗化し蜘蛛膜下腔血管充盈す。神経細胞は一般に水腫様皮性強く腫大し、中心性 Tigrolyse 空泡変性を認める層あり。神経膠細胞は、髄質において血管周囲に集簇し、所謂 Giiastern の像を呈せるもの若干あり。又層により神経喚作用を認む。血管の充盈強度にして、血管周囲淋巴腔は拡大し、少数の小円形細胞の出現を認む。又髄質において血管周囲淋巴腔内出血を認めしむ。

他の大脳皮質部においては、変化は略々同様なるも軽度なり。一般に小出血は右側に著明なり。

(2) 脳幹部 (i) 漏斗部：視神経索は左右共に、特に左側に著明に腫大し、細血管の充盈、血管内皮細胞の腫大、血管周囲淋巴腔に小出血あり。且つ多数の淋巴球嗜好細胞並びに少数の形質細胞集簇し、所謂「マント状細胞浸潤」の像を呈す。神経膠細胞は Gliastern を形成し、一般に増加す。視丘下部は充盈強度にして、第3脳室底稍々左を中心に、第3脳室底、同左右側壁にあたり、広範な炎性病竈あり。この部にては血管充盈、新旧の血管淋巴腔内出血、毛細血管出血、その間に神経膠細胞の増殖があり、神経繊維は全く破壊せられ置換せらる。かかる組織変化中にマント状細胞浸潤が島状に散見せらる。病変は上は右で、傍脳室核の下縁迄、左は更にその上部迄達し、下は両側視神経索に連なる。出血は小静脈又は毛細血管周囲に、マント状細胞浸潤は小動脈周囲に、多発する傾向を有す。傍脳室核は、上記変化の軽度なるものを認む。神経細胞は腫大、水腫様にして、中心性 Tigrolyse、核の膨大溶解、且つ神経喚作用の状多数認む。視神経上皮及び視丘諸核は神経細胞水腫様に腫大し、中心性 Tigrolyse 等を認む。

(ii) 乳頭体部：乳頭体核にては、神経節細胞、腫大核の膨大、中心性 Tigrolyse 軽度なり。毛細血管の充盈は認められ、右側に小出血多発し、神経細胞の変性、神経繊維の荒廃、神経膠細胞の限局性増加(所謂膠質結節)を認む。左側レンズ核は稍々かなりの小出血あり。

(iii) 動眼神経発部顔面断：神経繊維は腫大す。

(iv) 大脳導水管周囲：一般に血管充盈著明にして、内皮細胞の腫大、壁の粗化を認む。血管周囲淋巴腔は拡大し、出血を認む。赤核に近き部にかなり大なる新鮮な軟化竈を認めしむ。一般に神経膠細胞増加す。導水管周囲灰白質内、黒質、赤核における神経節細胞は腫大す。又導水管周囲の一部は荒廃し、小軟化竈ありて Gliastern を形成す。その他動眼神経核、四疊体核にも、神経節細胞の軽度の腫大を認む。

(v) 橋脳上部：一般に血管の充盈著明にして、左側背側縫線核並びに三叉神経下降根核附近に出血を認む。ために該部の神経節細胞は、種々の退行性変性強度なり。その他の諸核並びに錐体路間の神経節細胞は、浮腫状に腫大す。又右錐体路外側寄の部に、神経繊維の荒廃を広範に認む。以上の病竈に一致して、神経膠細胞は増殖、血管周囲淋巴腔は拡大し、内に「マ

ント状細胞浸潤」を形成す。該部の神経細胞は、退行性変化を高度に示す。マント状細胞浸潤に特異なことは、嗜好細胞の集簇せることの多きことにして、周囲に集簇せる膠質結節中にも、多数点在せり。かかる病竈は上は大脳脚下部より、下は橋脳中央部に迄及び、組織像の性格は視丘下部の病変の同一傾向なり。

(vi) 橋脳下部：右側は橋脳上部より連続せる病変あり。その部は凡そ上橄欖核並びに三叉神経脊髄道に一致す。他の部においても、充盈著明にして神経節細胞の腫大を認めらる。

(vii) 延髄上部：脳膜腫大し、蜘蛛膜下腔拡大し、浮腫を呈す。一般に血管充盈し、内皮細胞腫大、壁の鬆粗化、血管周囲淋巴腔の拡大を認む。左側灰白網様核上部疑核寄りの部に小出血あり。

(viii) 延髄中部：脳膜著しく腫大し、稍々肥厚す。蜘蛛膜下腔拡大し、該部の血管充盈著明なり。実質内血管一般に充盈著明にして、血管周囲淋巴腔の拡大所々に腔内出血、大なる実質内出血、血管周囲淋巴腔に所謂「マント状細胞浸潤」等の所見を認む。細胞浸潤を囲む実質は荒廃し、神経膠細胞は集簇し所謂膠質結節を形成し、その間淋巴球、嗜好細胞等散在す。病竈の範囲は、中心管を中心とし両側迷走神経背核、灰白翼核、右側灰白網様体の全部、更に右に内弓状繊維、三叉神経脊髄道核、下橄欖核、内側副橄欖核の右全部、並びに左側灰白網様体の一部に及ぶが、楔状束核、薄索核並びに左側錐体は殆んど健全なり。

(ix) 延髄下部：変化は前部位と同じ。範囲は中心管周囲灰白質より右前角、右三叉神経脊髄道核、並びに錐体交叉部の血管周囲等なり。

(3) 脊髓 (i) 頸髓：脊髓膜特に蜘蛛膜の肥厚、鬆粗化著明にして、血管は充盈す。血管周囲には多数の小円形細胞、嗜好白血球、少数の多核白血球、並びに大円形細胞の浸潤を認む。血管内皮細胞の腫大、壁の鬆粗化等著明なり。以上の病変は、頸髓被膜全域に亘る。しかれどもこの浸潤は脊髓実質内への連絡は直接認めず、細動脈に沿つて連絡す。実質内に新旧の毛細血管出血、更に大なる出血、血管の著明なる充盈、内皮細胞壁の変性、血管壁血管周囲淋巴腔、更に実質に亘り、淋巴球、嗜好白血球の浸潤、又それによる荒廃像が見られ、脱ミエリン像強く、周囲に広く軟化竈を作り、該部に神経膠細胞集簇す。かかる変性は、左右全く全域を侵し、上部にて右側に著明なり。唯中心管のみ健全なり。前角の運動神経節細胞は、僅かに保たれど変性を認む。病変は頸髓を下るに随ひ強

く、頸髄 VII, VIII, 胸髄 I において最高に達し、浸潤の前根に迄及ぶを認む。

(ii) 胸髄：胸髄にては病変更に高度にして、灰白、白質の区別も困難なり。しかれども胸髄 III, IV を超ゆるや病変は稍々軽度となる。しかし神経膠細胞の増殖は、全域に及び、特に右側前索、前角に著明にして、病竈の古きを思わしむ。かかる変化は胸髄 VII まで達して止む。

(iii) 腰髄：腰髄 IV より V にかけて、再び炎症性変化を認め、脊髄膜腫大し、充血強く細胞浸潤を認む。右前角、前索、後角の軟化竈並びに膠質結節、血管周囲淋巴球浸潤並びに神経膠細胞集簇を認め、左側後核底、後柱頭、後柱頭に出血並びに神経膠細胞集簇並びに「マント状細胞浸潤」を認めたり。病変は右側

に限局し、対側に比し膨大す。

(iv) 薦髄：中部は全般に浮腫状に腫大、神経細胞の水腫様変性を認む。

(v) 尾髄：健全なり。

(4) 小脳 脳膜腫大、蜘蛛膜下腔拡大、血管壁鬆粗化す。一般に血管の充盈著明にして、神経細胞水腫様に膨大す。

(5) 視神経 太さ左右不同にして、右は左の2倍大、略々鉛筆大の太さなり。右側視神経被膜肥厚、被膜下血管充盈、血管周囲淋巴球浸潤を認む。実質内血管も充盈強く、白血球の浸潤を認め、全域に亘り崩壊し、神経膠細胞の増殖を認む。左側の病変軽度にして、実質の変化は被膜に近き部分に明らかなり。

総 括

以上を総括すれば、臨床所見として原因らしきものなく発病し、1週余の短時日を以て、神経の急性炎症症候より、麻痺の経過をとり死亡せり。

剖検並びに組織学的所見として要項下記の如し。

(1) 心 著変なし。

(2) 肺 出血、浮腫、代償性肺気腫並びに一部に間質性肺炎の像あり。又陳旧性肋膜炎あり。

(3) 肝、腎、脾 鬱血強く、小血管麻痺状に拡大す。間質における浮腫著明、動脈周囲の細胞浸潤あり。腎は軽度の「ネフローゼ」一部に古い糸球体腎炎の痕跡を認む。

(4) 扁桃腺 慢性扁桃腺炎を認む。

(5) 腸管系 鬱血、浮腫を認め、淋巴装置肥大す。

(6) 諸内分泌臓器 脳下垂体は鬱血、浮腫、小動脈周囲細胞浸潤、甲状腺、胸腺は萎縮型、睾丸は強く萎縮す。副腎は浮腫、鬱血、強度の出血並びに細胞浸潤を認めたり。

(7) 中枢神経 肉眼的には充血、浮腫、就中脳幹部脊髄並びに視神経の腫大著明にして、第1胸髄を中心としてその上下は、硬脊髄膜に癒着あり。

顕微鏡的所見によれば、一般に浮腫、充血著明にして、神経節細胞の水腫様変性、神経膠細胞の反応等を認め、全中枢神経系に少なくとも5個の孤立病竈を認む。即ち下記の如し。

1. 第 III 脳室底稍々 右側を中心とし、前は両側特に右側視神経より、後は乳頭体に及ぶ視丘下病変
2. 大脳導水管後部周辺より、橋脳下部に及ぶ病竈
3. 延髄の中部以下第 VIII 胸髄に亘る最も大なる病竈
4. 腰髄第 III 及び第 IV の病竈
5. 薦髄中部の軽度病竈

而してその組織像は、出血性炎に一致せるものにして、血管系は高度に犯され、実質内並びに血管周囲淋巴腔内出血あり。該部には淋巴球、嗜好白血球、形質細胞、大単核球等の細胞浸潤あり。又出血炎症等により軟化せる脳脊髄実質中には、神経膠細胞が集簇し、膠質結節を形成す。なお病変軽度なる部には、変化せる毛細血管周囲に神経膠細胞集簇し所謂 Gliastern を形成す。

一般に病変は右側に強いが、頸髄中部以下は両側共全く犯される。斯る部では神経節細胞は、全く破壊され且つ神経繊維も全く崩壊す。

以上の臨床的、病理的所見を総括して、本症を考察するに、本症は微毒性脊髄炎、脊髄前角麻痺、ランドリー氏麻痺、脊髄腫瘍、脊柱疾患、脊髄癆、脊髄出血多発性神経炎、多発性硬化症等を否定し得る。麻痺は初期に不完全乍らブラウン・セカール氏半側麻痺を示し、病理所見もこれに相応す。而も病変は拡大し、所々に多発し、病理的に中枢神経系に5個の孤立病竈を認め且つ、間脳、副腎を中心とする内分泌系に、出血に由来せる失調を来し、特に自律神経、内分泌調節中枢たる間脳部に強い侵害を見、更に病変は延髄呼吸中枢部位に及び、遂に呼吸麻痺の状況下に死亡せしものと推せらる。かくて本例の診断は、臨床的並びに病理的に「急性散在性脳脊髄膜炎」に該当せるものと判せらる。

本症は本例の如く、何ら特記原因なく特発する原発性のものと、種々急性伝染病に続発する続発性のものあり。原発性のものについて Westphal (1874) 始めて記載せり。Spiller. W (1921)は Virus による神経性疾患群中 Marinesco の所謂 ophthalmoneuromyelitische Form が特に言及さるべきで、multiplex sklerose, Postinfektiösen diffuse Encephalomyelitis 等が本疾患に隣り合うものなりとし、その後 Pette (1927) 等が本症の流行を報告し一種の伝染性疾患で、その病原体は Redlich 一派による一種のウイルスであろうと推察しいるも、病原体分離までには至らず。最近には Austregesils (1936) は神経眼性感染の新濾過性病原体を提唱せり。本症は本例に見る如く、屢々眼症状を伴うものにして、眼症状と脳脊髄症状の併発せる特徴に注目したるは Albutt (1870) なり。更に Frb (1879) は、その併発せるを一独立疾患として始めて neuromyelitis optica と名付く。その他 neuromyelite optique aiguë (Gault), Opticomyelitis (Henneberg), Herdförmiger optico-spinaler Erweichung (Merkel) 等同一疾患なり。

思うに脳脊髄炎は、これを別つて病理学的單位をなし、経過並びに転帰を明らかにし得る。

例えば、嗜眠性脳膜炎、急性脊髄前角炎、種痘脳炎、狂犬病、ヘルペス等の一群と。独立せる意義なく、全身感染の一分症として、例えば各種伝染疾患における脳脊髄病変といえる一群の、二群に別ち得て、本症は前者に属するものにして、病原体は未確定なれど、恐らく濾過性病原体なることは病理的に推定さるること困難ならず。

次に文献に現われし本症臨床症状と本例を比較するに、本症は通例前駆症状として頭痛、全身倦怠、悪心、嘔吐、四肢重感、身体諸部の痛覚過敏或いは異常知覚、発熱等がある。次いで運動並びに知覚障碍、眼症状、膀胱、直腸障碍或いは脳症状、脳脊髄膜症状が現わる。而して眼症状の先行する多数例もあり。本例はこれに一致す。本症に而も病竈散在性にして、新病竈の生成或いは散在性病竈の拡大癒合のため、症状複雑多岐にして、刻々変化し、診断必ずしも容易ならず。本例においても、経過急にして、病勢進行の度を良く跡づけ得たり。眼症状は臨床的並びに病理的に、急性球後視神経炎なることは確かなり。本症の経過は急性亞急性時に慢性で、予後必ずしも不良ならず。死亡率50%で急性例に属し、本症は Austregesils (1936) の病期分類によれば、第1期は全身感染を来し、特に神経系侵害の結果、運動性並びに知覚性障碍の徴を呈し病変延髄に及べば、第2期に入り運動並びに感覚異常更に強度となり、排尿、排便障碍、褥瘡これに加わり、急激に第3期に入り死亡するか、慢性となり、球性脊髄性後遺症を残す。しかし本例の如く視神経に關聯せる視丘下部の実質障碍に言及せるは未だ見られず。病理解剖学的並びに組織学的報告は少なく、内外を通じ五指に満たず。Dolgotopol (1938) は2年半に亘る慢性例を報告せしが、その組織病変像は全く癩痕性で、本例と対比し難し。彼の例では胸髓部において脊髄が薄くなり、錐体路、ゴル氏索のミエリン消失あり。軸索の障碍は認めざるも、髓鞘の或るものは肥厚且つ空泡変性を認め、或るものは、正常か或いは逆に薄く、

側索，後角特に胸髄側索並びに後角に血管増加を認め，血管周囲に喰細胞並びに淋巴球の少数の附加を認めたりといえり．更に延髄，右側内囊視丘下部において，同様な血管周囲細胞浸潤あり．この所見は本例において既述の如く著明で，血管周囲に止まらず，実質内に高度の変性破壊を認めたり．又彼は小膠細胞を脳中に認め，その他視神経で血管周囲に細胞浸潤を認め，以上の所見より，退行性病変は炎症性変化に由来する二次的なるものと結論せるは我も賛成なり．

更に Austregesilo (1936) は，急性例に延髄に点状出血を認め，組織学的に血管周囲の強い炎症性反応を認めるが本例にも亦著明なり．

翻つて我々の例における病機を考察するに，本例は特記原因なく眼症状を發し，次いで脳脊髄症状を現わし，脳脊髄に散在性且つ急性進行性病変を現わし，不帰の転帰をとりたるものなり．この本例を臨床的並びに病理的検索より推察するに恐らくは右視神経に原發し，次いで或いは同時に血行性に脳脊髄に轉移し，先ず頸髄下部，右側を侵し，病竈拡大すると共に，右間脳脊髄，橋腦等に多発且つ拡大し，頸髄病竈は拡大し右半全部に及び，一時は「ブラウン・セカール」氏様症状を呈せるものと思せらる．且つ錐体路症状及び知覚障害は，主として側索における錐体側索路並びに側索固有索の侵されしによる．腹壁反射の消失せるは，前角或いは後角，後根の侵されしを推定せしめ，病理組織学的にそれを裏づけしむ．末期には，第 III 頸髄帯以下全く知覚麻痺となり運動障害も作えり．又一時上肢に反射亢進を認めしは橋腦部における病変の錐体路に及びしを推せしめ，脳膜における小出血並びに小細胞浸潤は項部強直と暗合す．かくて血行性に，亦血管周囲淋巴腔を介しての拡大は，視丘下部，植物中枢侵害に至

りて，更に延髄呼吸中枢に及んで仆れしと推断し得．又植物中枢部位の侵害並びに副腎の出血等による血管緊張作用脱落に因して，脳脊髄その他の血管充鬱血並びに病変の加速度的侵犯を説明し得と信ず．さらばそは悪循環というべく，病変高度に至るも亦尤もなり．而も本例に特異とせるは，脳脊髄血管周囲淋巴腔におけるマント状細胞浸潤にして，嗜眠性脳炎に見られるそれより遙かに高度且つ多数の嗜好白血球の参与せるは，従来の文献に記載を未だ見ざる所なり．

その他の臓器においては，副腎の著明なる出血は恐らく原因体直接の作用並びに自律神経高次中枢侵害等に由来し，副腎髓質ホルモン脱落は，更にこの機転に拍車をかけしならん．

肺は水腫状にして呼吸困難を呈せる臨床所見に合致す．間質の淋巴管系に由来する間質性肺炎は，水腫等の原因以外に直接原因体の作用によるものならんか．

その他，心，脾，腎その他各種臓器における充血浮腫，又それによりし変性は，間脳副腎系に由来する血管麻痺により説明し得る．

又年齢経過発熱に比し，高度なる睾丸実質萎縮，甲状腺退行変性，副腎出血等と間脳における病変を合せ考えうれば或いは先に教室同人の提唱せし間脳，脳下垂体，睾丸系自律神経内分泌異常の存在を考慮し得．

更に肺，肝，腎，脾，胃，脳下垂体，副腎等の小動脈周囲に淋巴球，形質細胞，嗜好白血球等集簇し Aschoff の所謂 Periarteritis nodosa を形成し，胸における出血性炎症「マント状細胞浸潤」並びに副腎出血，諸臓器の鬱血並びに浮腫等を合せ考按すれば，Gerlach，馬杉等のいふ所見に一致するを以て本症又或いは「アレルギー性格」を有するに非ずやを疑わしむ．

結 論

1. 本篇は急性散在性脳脊髄炎の臨床的並びに病理学的研究の記載なり．

2. 臨床的には先ず右眼視力障害を以て始まり，次いで右下肢，右上肢，左下肢，左上肢の

順序に、運動性弛緩麻痺を来せり。頭痛強く尿閉を来せり。遂に呼吸麻痺の状況下に死亡す。

3. 病理解剖学的には脳脊髄の著明なる浮腫、出血性炎症、肺水腫等を認む。

4. 病理組織学的には、肺水腫並びに代償性肺気腫、左扁桃腺、慢性肥大性炎症、副腎出血、甲状腺萎縮、睾丸精系形成停止、鬱血脾並びに全身血管拡大鬱血、肺における古き結核竈、古き腎炎像等を認めしむ。

5. 中枢神経系には少なくとも大なる5個の病竈ありて出血性炎症にして、各種出血、細胞浸潤、軟化、膠質結節「マント状細胞浸潤」神

経節細胞の変化、崩壊、神経繊維の破壊等著明にして、特に延髄呼吸中枢への出血並びに炎症の波及は直接の死因ならん。

6. 視神経における病変は、視丘下部の病変に連続し、特に右側において著明なり。

7. 各種臓器の小血管周囲に淋巴球、嗜好白血球、形質細胞等集簇せるを認めたり。

8. 組織中に細菌を認めず。その組織反応像より、濾過性病原体その原因体たらんと推察せらる。

稿を終るに当り、終始御懇切なる御指導、御校閲を辱らした恩師石川教授に満腔の感謝を捧げる。

文

- 1) **Adie, W. J** : Tr. ophth. Soc. u. Kingdom. 50, 262 (1930).
 2) **Albutt, T. C.** : Lancet 1, 76 (1870).
 3) 新沼 : 東京医事新誌, (昭11).
 4) **Austregesilo, A** : Dent, med. Wschrft 62, 48 (1936).
 5) **Beck, G. M.** : Brain, 50, 687 (1927).
 6) **Berliner, M. L.** : Arch. ophth. 13, 83 (1935).
 7) **Brain, W. R** : Quast. J. med. 23 ; 343 (1930).
 8) **Dajgopol V. B.** : Arch. Neurol. Psychiat. 39, 561 (1938).
 9) **Erb, W.** : Arch. f. Psychiat 10, 146 (1879).
 10) **Fettermann, J. L. u. W. P. chamberlain** : Arch. ophth. 23, 577 (1940).
 11) **Fralich, F. B. u. R. V. De Jong** : Amer. J. ophth. 20, 119 (1937).
 12) **Gault, F.** : Thèse de Lyon, no. 981. (1894).
 13) **Gouldon, C.** : Tr. ophth. Soc. u Kingdom 34, 229 (1914).
 14) 堀見・江川・和田 : 大阪医学会雑誌, 39巻, 435頁。
 15) 池田 : 眼科臨牀医報, 33巻, 4号, 337 (昭13).
 16) 河原 : 診療, 8年, 5号, 449 (昭11).
 17) 吳 : 内科書, 上巻, 458 (昭18).
 18) **Lanche-Bonn, A** : Handb. d. Sp. Path. Anat. u. Hist. III/ I 796

献

- (1928).
 19) **Mc. Alpine, D** : Lancet. 1, 846 (1931).
 20) **Mc. Keil, S. H. a. Mc Naughton F. L.** : Am. J. ophth. 21, 130 (1938).
 21) **Molnar, Stephan** : Kjiu Wschr 1, 533 (1935).
 22) 中川・杉山 : 診断ト治療, 34巻, 1号, 8, (昭21).
 23) 萩野 : 精神神経学雑誌, 39巻, 134頁。
 24) **Salvati, G** : Arch. di ophthal. 28, 310 (1931).
 25) **Strauss, I. Robiner, A. M., Ginsburg, S. M.** : A, Research Nerv. & Ment. Dis. Proc. 12; 262 (1932).
 26) 高村 : 海軍々医会雑誌, 29巻, 5号, 376 (昭15).
 27) 田丸・高橋 : 総合眼科雑誌, 37巻, 2号, 309 (昭17).
 28) **Th, Fahr** : Handb. d. sp. path. Anat. Henke-Lubarsch. IV/ I, 288 (1925).
 29) 植松・塩入 : 日本医事新報, 951号, 4309.
 30) 臼杵 : 医事公論, 1287号, 7 (昭12).
 31) **Walsh, F. B** : Bull, Johns Hopkins Hosp. 56, 183 (1935).
 32) 横田 : 眼科臨牀医報, 31巻, 7号, 729 (和11).
 33) 吉岡 : 日本医学及健康保険, 3249巻, 2271 (16).
 34) 湯川 : 中央眼科医報, 30巻, 4号, 465 (昭13).