

【昭和16年7月31日受付】

パーキンソン症候群疾患の臨床的及び統計的研究

第1編 運動減少筋強剛症候群

千葉醫科大學堂野前内科教室(指導佐々前教授)

醫學士 鎗田 衡 平

目	次
第1章 緒 言	
第2章 運動減少症(運動缺乏症, 運動緩慢症, 錐体外路性麻痺症)	第4章 補足症状(異常顔貌, 異常体姿, 複雑運動障碍, 運動變換障碍及び突進症状, 震顫)
第3章 筋強剛(筋伸展抵抗, 部位的差異, 諸影響, 性状)	第5章 總 括

第1章 緒 言

佐々内科教室過去13年餘間に於て診療せるパー症候群疾患は既に192例を算す。而して此等は長期間に亘りあらゆる角度より臨床的統計的に觀察し來れるを以て、茲に教室同人は夫々分擔に従ひ其の得たる成績を發表せんとするに當り、余は其の神經症状に關して報告すべき義務を負擔したのである。

抑々パー症候群は別名の示す如く其の主体をなす病状は運動減少筋強剛症候群であつて、之に加ふるに、主要症状として(1)植物神經症状、(2)一定の精神症状、(3)運動増多症状を隨伴するが、其の中(1)及び(2)はパー症候群疾患には殆ど不可缺であり、學者によりては本症候群に包括して考ふるものさへある。又運動増多症は隨伴する事少しと雖も錐体外路症状として其の病態を甚だ特異ならしめる。尙勿論此等疾患に於ては必ずしも常に錐体外路系のみが侵されるものでないから、夫以外の腦部位其の他の神經症状をも加味することが稀でない。

佐々教授は第35回日本内科學會總會宿題報告に際し、其の理解に便ならしむる爲パー症候群症状をⅠ)運動減少症、Ⅱ)筋強剛、Ⅲ)補足症状即ち(1)異常顔貌、(2)異常体姿、(3)複雑運動障碍、(4)拮抗震顫、(5)眼症状、(6)運動増多症状、(7)植物神經症状、(8)精神症状とに分析し、夫々を簡潔に記載された。よつて余は大體同教授の分類に従ひ、之等症状の中Ⅰ及びⅡ並にⅢの中主体症状と最も密接なる關係にある1, 2, 4, 5及び3の一部症状を第1編に、Ⅲの3の大部分をなす各種検査事項に屬するものを第2編に收め、Ⅲの6, 7, 8は夫々其の症状

の重要性及び複雑性に鑑み夫々第3, 第4, 第5編に纏め報告せんと思ふのである。而して此の際疾患の種類及び軽重を考慮に入れて観察しようと思ふ。

余は先づ本編に於て報告せんとする成績を展望すべく其の要旨を第1表に掲ぐ。本表に於ける疾患の軽重, 並に症状の強弱を指示する符號は勿論主觀的判定によるもので, 教室に於て定めたる規準に従ひたるものである。強度(卅)なるものと輕度(十)なるものとの間に中等度(廿)のものを設け, 症状缺如するものを(一)とし, 陽陰何れか明ならぬものを(±)とす。尙各症状の強弱判定の具体的内容は夫々の項に記述する。

第1表 主要要素症状の強度(192例)

症 狀 程 度 疾患輕重	運 動 軟 乏					運 動 緩 慢					錐体外路性麻痺				
	卅	廿	十	±	一	卅	廿	十	±	一	卅	廿	十	±	一
最 重 症	8	1				9					8	1			
重 症	5	30	5			2	30	8			2	35	3		
中 等 症		24	21	1			18	26	2			18	24	4	
輕 症		6	41	1	1		4	31	6	8	1	3	32	3	10
最 輕 症		1	8	6	33			17	11	20		1	23	4	20
	158 (82.3%)					164 (85.4%)					162 (84.4%)				
症 狀 輕 重	筋 強 剛				假 面 顔 貌				屈 曲 体 姿						
	卅	廿	十	±	卅	廿	十	±	卅	廿	十	±	一		
最 重 症	9				7	2			2	6	1				
重 症	7	26	7		6	29	5		1	24	14	1			
中 等 症	2	25	19			18	22	6		9	30	3	4		
輕 症		7	37	7		8	36	2	3	1	21	3	24		
最 輕 症		3	23	3	19	3	32	9	5		20	2	26		
	175 (90.1%)				184 (95.8%)				138 (71.9%)						

第2章 運 動 減 少 症

狹義に於けるハ症候群は, 多くの諸家の見る如く, 運動減少症 Hypokinesie 乃至運動消失症 Akinesie と筋強剛 Muskelrigidität (錐体外路性筋強剛 extrapyramidale Muskelstarre) とよりなり, 前者は後者より引離して考へることが出来る。運動減少症は佐々教授に従ひ運動缺乏症 Bewegungsarmut, 運動緩慢症 Bewegungsverlangsamung, Bradykinesie 及び錐体外路性麻痺 extrapyramidale Lähmung に分析せらる。著者は之等に就て個々に觀察を遂げたのである。

1. 運動缺乏症 は佐々教授に従ひ更に 1. 隨意的自發運動缺乏, 2. 表情運動缺乏, 3. 隨伴乃至協同運動缺乏及び 4. 反應運動減退とに細分される。此等は相關性あり通常平行的關係

を示す。其の中自發運動減退は「パ」症候群の主要症候をなすもので、自ら進んで事に當らんとする意志發動力が減退乃至消失することを意味する。其の高度なるものにては凝然として終日自らなす所なく一塊の生体たるの感をなす者あり(卅)、輕症者なりとも發病以前の活潑さの減退が認められる(十)。

表情運動の減退は勿論顔面筋強剛とも密接なる關係にあるが、精神自發性の減退も重要因子をなすもので、特に F. Stern は此の點を重要視してゐる。Schilder は球麻痺例及び全身性多發性神經炎にも表情運動が減退し所謂假面様顔貌をなすこともあるを認めてゐる。而して之を顔面筋の變化に由來するとなし、Economo も流腦後「パ」にてもかゝる機轉に準ずる症例もあるも、情緒減退に由來するものも多しとなす。隨伴乃至協同運動減退の筋強剛に對する關係は表情運動の筋強剛に對する關係と概ね同様であるが一部症例では筋強剛は殆どなきか、又は甚だ輕度なるに拘らず著明なる隨伴運動減退を認める場合もある(筋強剛なき不撓性 rigorfrie Starre)。本邦にても磯川(昭 14) は CO 中毒後「パ」に於てかゝる症例を報告してゐる。余等症例に於ても斯ゝる例は少くない(第 1 表参照)。日常隨伴運動乃至協同運動障礙として歩行時に於ける上肢の振り運動の減退又は消失、上方瞥視時の頭部後屈、眼瞼舉上、前額皺襞形成等を缺き、手の把握運動時の背屈缺如等が擧げられる。反應運動減退も亦他の運動缺乏症狀と同様に、一面筋強剛と他の一面精神症候とに密接なる關係を有するものであつて、日常生活に於ては「パ」患者が不快なる刺戟を被りながら敢て之より逃避せんと試みないのが目立つことである。

余等症例に於ける運動缺乏症の程度は第 1 表に見るが如くであるが、其の要素症候に分析して觀ることは困難なる故に全般的に一括表示してある。本表に於て運動缺乏症が運動緩慢症、錐体外路性麻痺との間には勿論、上述の如く筋強剛との間には可なり正比例的關係もあるも、亦多少の例外的所見あるを免れない。更に後述するが如く、屈曲体姿、假面様顔貌とも明かに並行的關係はあるが、其の程度は弱い。

尙疾患の輕重と各症候の強弱とも可なり並行するを見るが、原因的疾患別による差異は明かでない。曾て Gamper は流腦後「パ」の震顫麻痺に對する類症鑑別として運動減少症の顯著なる點、精神症候の深刻なる點等を以てした。余等症例に於て斯かる關係あるが如きも、震顫麻痺症例は甚だ少く、本關係あるを明言し難い。寧ろ疾患別を問はず、其の重き者程一般に「パ」症候がより高度である。唯余等の觀たる流腦後「パ」及び同推定「パ」に於ける運動減少症は動脈硬化性「パ」の夫よりも疾患の輕重の割合に顯著なる者が多い。其の他原因によるものに於ても同様で、余等の症例では先天性「パ」と目されたる Nr. 98 と外傷性「パ」の Nr. 137 に於ては比較的本症候の著明なるものを證明し得た。

2. 運動緩慢症 は運動開始緩慢と経過緩慢とに別けて考へられるが、運動範囲縮小も亦之に算入して観るのが便と思ふ。開始緩慢なる症状は所謂ブラヂフレニー Bradyphrenie なる語を以て表現されてゐる。本來ブラヂフレニーとは全精神作用の緩如なるの意義であるが、最近では専ら運動開始緩慢症の意味に使用せられてゐる。「バ」症例に於て日常運動なる歩行、書字、發言等に際して意志發動ありても之を直に運動として表現されることなく、數秒乃至數十秒経過して始めて遂行され、高度なる場合には遂に運動し得ざるに至るものもある。運動開始緩慢と一旦運動が起つてからの経過緩慢とは必ずしも並行しない。又運動範囲縮小も同様である。

以上の關係は第2表に於て明かである。即ち一般的に云へば運動経過緩慢症が最も著明に、最も屢々運動範囲縮小症が之に次ぎ所謂ブラヂフレニー症状は最も輕度なるを常とし、他「バ」症状の重症なる者に於ても之を證明せざるものがある。然しながら時として最輕症者の中にも之を證明し得ることのあるは第2表に見る如くである。原因的疾患別による差異は明かにすることが出來ないが、動脈硬化性「バ」に於ては運動緩慢症の重きもの概して少く、殊にブラヂフレニー症状の顯著なるものは見られなかつた。

第2表 運動緩慢症の強度(192例)

症 狀 程 度 疾患輕重	開 始 緩 慢					經 過 緩 慢					運 動 範 圍 縮 小				
	卅	卅	+	±	—	卅	卅	+	±	—	卅	卅	+	±	—
最 重 症	5	4				9					6	3			
重 症		12	21	1	5	2	31	7			2	27	11		
中 等 症		6	16	11	8		17	27	2			12	29	4	
輕 症		2	11	5	30		4	30	6	9		1	17	8	30
最 輕 症			16	13	16			17	13	18			2	3	28
	123 (67.6%)					165 (84.9%)					125 (67.7%)				

3. 錐体外路性麻痺症狀 は錐体路性麻痺と異り、筋力が比較的よく保存しおるに拘らず疲勞性が顯著となる結果、筋作業能力は低下し隨意運動時の粗大力も低下することを意味する。進んでは運動が目的遂行に至らずして中途廢滅し、ために運動間隙を來し、運動變換不能症が顯著なる事等も總括加味せらる。従つて錐体外路性麻痺なる語は甚だ漠然たるものあり、前述運動缺乏症、運動緩慢症等と甚だ緊密なる關係にありて之を別個に取扱ふには多少の無理はある。第1表には錐体外路性麻痺として作業能力低下のみより判定せる程度を表示し、其の細部に就ては次編に譲るが、本症も大略他の症状と並行し、疾患の重きものに強く、又一般に流腦後「バ」に著明である。

第 3 章 筋 強 剛

筋強剛は錐体外路系中特に黒質等の病變によって起る甚だ特異なる筋トームス亢進状態である。之は錐体路性筋トームス亢進状態なる筋痙縮 Spasmus と全く趣を異にし、其の鑑別點は成書に色々挙げられてゐる。Gerstmann und Schilder は筋強剛を4型、(1) 成形性 Typus plasticus, (2) 自己反應型 Typus proprioaktivus, (3) 反應性型 Typus reaktivus, (4) 反射性型 Typus reflectorius に分類してゐるが、余等が平生の診療の経験により個々「バ」の症例を直に以てこの何れかの一型に屬せしめることは概ね不可能であり、本分類法には賛せざるものである。以下余は次の諸點より筋強剛を検討し、其の結果を記載する。

1. 筋伸展抵抗 臨床上筋強剛の程度を現すに最も大切なるは被檢筋を被動的に伸展して檢者の感ずる抵抗を以て判定されてゐるが、茲には主として之を以て判定す。「バ」症例に於ては假令ひ其の症状に輕重の差こそあれ、大多數の症例に於て筋抵抗が證明される。中川の報告せるが如き不全型「バ」は大體に於て余等症例の最輕症「バ」に一致するものであるが、其の多くは極めて輕度ながらも之を認め(+), 又通常状態にては之なきも体位變換を行ふか或は又外來刺激を加ふる時には伸展抵抗の増強しおるものがある。筋強剛の高度なる症例に於ては暴力を用ひざれば被檢關節の伸屈し得ざる程度(++)のものもある。其の性状は一般に所謂蠟樣抵抗 Wachsartiger Widerstand であつて運動の全経過に沿ふて一樣なる抵抗を感じることの特異とし、最初に於てのみ著明なる抵抗を呈する筋痙縮と明かに區別される。この點に關しては教室深澤、平本等は夫々筋強剛及び筋痙縮症例に就て描寫測定的見地より明確ならしめたる所である。

余等の症例に就て臨床上證明し得たる筋抵抗の強弱と疾病輕重との關係を第3表に示す。先づ其の陽性率は90%にして約10%は筋強剛を證明し得ない。即ち本症状は運動減少症が殆ど全症例に證明されるに比較して出現率は幾分小である。斯く筋強剛の陰性率大なるは、一般には「バ」とは診定せられざる程度の不全型「バ」をも算入せるためである。筋抵抗の強度と疾病の輕重とは可なり程度に正比例しており、例外的所見は甚だ僅少である。之に對し原因的疾患如何によつても著明なる差異を認められないが、震顫麻痺(以後震麻と略稱)、及び動脈硬化性「バ」に於ては疾病の重い場合にも筋強剛が比較的弱いものが多い。又動脈硬化性「バ」には多く錐体路症状を加味し、筋抵抗の見地より臨床的にスバスムスの要素があるを證明さることが屢々である。尙筋抵抗の増大陽性率より云へば流腦後「バ」に於ては86.3%、同推定「バ」にては83.3%、動脈硬化性「バ」にては100%、震麻100%となる。流腦後「バ」の率小なるは最輕症のものが加算されたるためであり、尙又動脈硬化に基き極めて輕度に「バ」症状を供ふるものは可なり多きものと思惟せられるが、本病名を附したるものは筋強剛を證明したる

第 3 表 疾 患 輕 重 と 筋 強 剛

	疾 患 輕 重	症 例 數	筋 強 剛 の 強 度						疾 患 輕 重	症 例 數	筋 強 剛 の 強 度				
			卅	廿	十	士	一				卅	廿	十	士	一
流「バ」 腦(91例後)	最 重 症	5	5					動 脈 硬 化 性 (22例)	最 重 症	1	1				
	重 症	19	4	15					重 症	9	1	3	5		
	中 等 症	13	1	7	5				中 等 症	9		6	3		
	輕 症	20		1	20	5			輕 症	1			1		
	最 輕 症	28		1	12	2	13		最 輕 症	2		1	1		
推 定 流「バ」 腦(59例後)	最 重 症	3	3					震 麻 (11例)	重 症	2	1	1			
	重 症	7	1	4	2				中 等 症	8		3	5		
	中 等 症	13	1	8	4				輕 症	1			1		
	輕 症	19		5	12	2									
	最 輕 症	17		1	9	1	6								

ものみに限られてゐるからである。

2. 部位的差異 筋強剛は spasms と異なり通常全身筋を侵すことを特有とするが、決して平等に分布せざるは諸家の認むる所である。Stern 其他によると、流腦後「バ」に於ては顔面筋、頂筋に筋強剛が初發すると述べてゐる。又 Spatz 等は末梢筋よりも驅幹に近き部位筋に於て筋強剛が最も著明であるとなす。Foerster 等に從へば動脈硬化性筋強剛に於ては下肢筋(腓腸筋、四頭股筋、前脛骨筋)に先づ初發し、漸次全身諸筋に擴がると云ふ。

余等の症例に於ても大凡此等諸家の云ふ所に一致する所見がある。余はこの間の消息をより詳細に知らんとして 56 例に就て身体各部位に於て精査し其の強度を判定せる成績を第 4 表に示す。此によれば、大体に於て各部位の筋強剛の強度は平行してゐるが、頭部筋に於ける筋強剛が他部位に増して強かりしものは最も其の頻度が大である。然るに四肢に於ては必ずしも

第 4 表 身 体 各 部 位 に 於 け る 筋 強 剛 の 強 度 (50 例)

	頭 部		肩 胛		肘		手 腕		腕		膝		足			
	前 後	左 右	廻 轉	上 舉	廻 轉	屈 曲	伸 展	掌 屈	背 屈	屈 曲	伸 展	廻 轉	屈 曲	伸 展	背 屈	趾 屈
			(左 右)	(左 右)	(左 右)	(左 右)	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右
卅	18	17	14	7	13	10	11	10	10	10	8	8	11	12	9	8
廿	30	23	20	30	27	28	25	28	29	25	27	28	28	30	24	21
十	35	30	35	36	36	51	56	38	37	38	31	26	30	32	40	42
士	9	10	10	1	4	8	7	11	10	9	6	9	6	3	6	5
一	22	31	35	40	35	18	16	25	26	25	34	21	31	31	30	16

第 5 表 筋強剛の最も高度なる部位 (56 例)

	頭 部	肩 胛	肘 關 節	手 關 節	股 關 節	膝 關 節	足 關 節
例 數	26	5	11	3	1	4	6
(%)	46.4		19.6				

第 6 表 筋 強 剛 の 左 右 差 (56 例)

頭 部		肩 胛		肘 關 節		手 關 節		股 關 節		膝 關 節		足 關 節	
右 √ 左	右 ∧ 左	右 √ 左	右 ∧ 左	右 √ 左	右 ∧ 左	右 √ 左	右 ∧ 左	右 √ 左	右 ∧ 左	右 √ 左	右 ∧ 左	右 √ 左	右 ∧ 左
7	8	10	9	20	17	16	11	11	12	11	14	10	10

軀幹に近き大關節に大なりと限らず手關節，足關節に於て最も強き筋強剛を證明するのが少くない。今筋強剛の最も強度なる部位を示すに第5表の如くである。又肘關節に於ても前膊の屈伸に際して其の強度が概ね異り，伸展時の方が抵抗大であるものが多い。左右差異は多少共認められ，同強なる場合は甚だ少い。少數例(3例)にては殆ど一側のみ之を證明し，所謂半身「バ」の像をなす。一般に同一例に於ける兩側の差異は相一致するも，稀に筋強剛の強き側が部位により左右異なるものがある(第6表参照)。疾患別より見るに，Foersterの言ふが如き動脈硬化性「バ」に於ては一部症例に於てのみ下肢に於て筋強剛が他部位より強きものがあるが，多くは流腦後「バ」又其れに準ずるものに較べて明かなる差異が認められない。

3. 筋強剛に及ぼす諸影響

a. 伸展速度との關係 多くの成書に筋強剛が伸展速度の如何によって影響せられざるを以て特異なりと記載されてゐるが，一部學者(Weizsäcker, Leibowitz, Schaltenbrand等)は多少伸展速度によって其の値を異にすると云ふ。佐々教授及び深澤，泉川等は教室創業の装置を以て筋伸展抵抗を測定し伸展速度と一定の關係をなして増大するを明かにした。但しこの關係はスパズムス筋に於けると比較して全く異なるものである(平本論文参照)。余等は強剛筋の伸展抵抗が單なる臨床的検査によつても伸展速度と共に増大することを注意しており，余の調査によれば少くとも半数例に之を認めてゐる。即ち流腦後「バ」に於ては68例中43例(63.2%)，同推定「バ」36例中19例(52.8%)，震麻8例中4例(50%)，動脈硬化性「バ」19例中18例(94.7%)の如くである。動脈硬化性筋強剛に於て其の率大なるは錐体路障害を伴ふを常とする

からである。

b. 外來刺戟其の他による影響 筋抵抗値が外來刺戟により將又精神的影響によつて其の値を異にする點及び被檢筋以外の肢体運動をなさしめる時に於て之を増強せしめ得られることは既に教室河野(昭和9年)が測定的見地より報告せられた所である。この間の事實は所謂不全型「バ」の如き症例にて筋強剛の有無の判定には時として診斷に對して著明なる役目を演ずることがある。即ち健康者に於ては通常の處置を講ずるとも筋抵抗の増大を證明し得ないが、「バ」症候群疾患にありては不全型「バ」の如き者に於ても外來刺戟又精神的作用によつて容易に著明なる伸展抵抗の増大又發現を證明するに至ることが少くない。即ち余等の症例に於ては流腦後「バ」58例中43例(74.1%)、同推定「バ」36例中19例(66.78%)、震麻8例全部に、動脈硬化症「バ」にては100%にこの現象を確認してゐる。

c. 時日的又時間的動搖 筋強剛が検査日より又は同一日に於ても検査時刻により多少の動搖性のあることは忘却し得べからざる事實である。K. Leonhard は腦炎後「バ」に於て睡眠後一過性に「バ」症狀が輕減されるを、又精神緊張により同一結果を招來し得ることを經驗した。余等の症例に於ても臨床的に最重症「バ」以外殆ど全部早朝起床後數時間は運動減少筋強剛症狀の輕減するを自覺してゐる。又一般「バ」に於て筋強剛が睡眠時に於て低下しあることは今更説明を要せざるものである。又は1年を通じ寒冷季に於ては溫暖季よりも筋強剛が増大するを證明し得るものもある(石出論文参照)。一部症例に於ては其の他の時間的又時日的動搖が著明であつて、中には所謂移動性強剛 Spasmus mobile に比すべきものすらある。余等症例にはて4例(動硬「バ」Nr. 46, 48, 154, 先天性「バ」Nr. 98)に之を證明した。此等の關係は筋抵抗測定によつて最も明瞭に證明される(深澤, 泉川其の他)。

d. 体位による動搖 一般の筋伸展抵抗が其の体位により動搖性にして、しかも一定体位をとる時は常に他体位に於けるよりも筋抵抗の減退乃至増強を證明し得るものである。余等は此の關係を觀る爲に「バ」症例を座位、立位、背臥位、腹臥位に於て夫々各伸展抵抗を臨床的に檢索せる所、臥位に於ては立体位乃至座位に於けるよりも筋強剛自体が全般的に低下し、又腹臥位に於ては背臥位に於けるよりも屢々増強するが如くである。

4. 筋強剛の性状 の特異なる點は云ふ迄もなく其の

a. 筋成形性 にあるから筋を被動的にか又は自動的に新なる位置に齎す時は、外力を除くとも舊位に復らず、又多少復るも充分ならず、其の儘の位置に保持せられんとする傾向が大である。これ所謂筋成形性 Plastisität にして筋強剛は屢々 Sherrington 以來成形性トナス plastischer Tonus と云はるゝ所以にして、又 Gerstmann und Schilder が Typus peasticus を分類せるも本現象に基く爲である。臨床的に本症狀を證明するには肢節に一定の体姿を與ふる時、例へば肘、膝、手、足等を屈曲又は伸展して之を檢することが出来る。顔面筋に於ても

本症状の爲に笑顔をなす時又は啼泣する時、其の後に特異なる顔貌異常を長時間貽すのが見られる。本症状は一般に「バ」症状の高度なる者に於てより著明で、軽症例では臨床上之を明かに證明するには困難であるが、余等の経験に徴するに、周到なる注意を以て觀察するならば、軽度ながらも之を證明することが稀でない。余等症例中本症状を著明に證明せるものは流脳後「バ」65例中41例(63.1%)、同推定「バ」36例中21例(58.3%)、動硬「バ」19例中8例(42.1%)、震麻9例中5例(55.6%)である。尙

b. 齒車現象 Zahradphaenomen も夙に Negro により注目せられておる。これは強剛筋を被動的に屈伸する時、個々の反衝として筋抵抗を感ずる症状であり、拮抗筋の圓滑を缺く弛緩による現象である。本症状は筋強剛ある多數例に就て之を證明するが、必ずしも筋強剛と比例せず、其の高度なる症例でも之を缺如する者がある。余等の症例にては流脳後「バ」72例中42例(58.3%)、同推定「バ」36例中7例(19.4%)、動硬「バ」19例中4例(21.0%)、震麻にては9例の全例に之を證明した。

c. カタレプシー様症状 「バ」疾患に見られたる本症状は通常カタトニー病に見られる眞性カタレプシーと異り、主として筋強剛に於ける前述筋成形性と精神自發性減退に由來するもので、所謂假性カタレプシー Pseudokatalepsie に屬するものである。従つて本症状は概して筋強剛の高度なる者に於て顯著であるが、其の程度は症例により著しく異なる。余等の場合 Nr. 92 (推定流脳後「バ」最重症)の如きは体位又は体姿が極めて不自然なる位置に齎らされても其の位置を長時間に亘つて維持するのが認められた。又 Nr. 103 (推定流脳後「バ」)は筋強剛が左程高度ならざるに著明なるカタレプシー症状を證明した。其の他多少とも本症状を見たるもの少くなく、之を數量的に示せば流脳後「バ」に於ては70例中25例(35.7%)、同推定「バ」36例中7例(19.4%)、動硬「バ」にては19例中8例(42.1%)、震麻9例中2例(22.2%)である。

d. 筋硬度増加 佐々教授が主張する如く、強剛筋は主として筋緊張準備 Spannungsbereitschaft の亢進で、負荷せられざる状態にては筋硬度の増大なきを特徴とする。この問題は教室加藤、杉山等が筋硬度測定により觀察せる所で、多くの場合筋が負荷せられざる時は筋硬度正常又却つて低下することあるも、一旦負荷伸展せられると健筋と較べて著しく硬度を増大するを特異とする。臨床的検査によつてもこの關係はある程度まで明かにし得るが、一般に重症にして筋強剛の強きものでは負荷せられざるものでも、己に筋強度を増大せるものが少ない。余等の症例では重症にては何れかの筋に多少とも之を認めており、中等症以外のもでは筋硬度増大なきもの多く、軽症にては通常之を證明し得ない。之を數字にて表せば、流脳後「バ」に於ては72例中30例(41.7%)、全推定「バ」36例中7例(19.4%)、動硬「バ」19例中4例(21%)、震麻にては大部分の症例に之を證明し得てゐる。

第 4 章 補 足 症 状

第 1 異 常 顔 貌

「バ」に特有なる異常顔貌は假面様顔貌として知られてゐる。之は顔面筋強剛と精神自發性の減退に由來せられるものである。特に F. Stern は精神自發性の減退を重要視してゐる。Schilder は球麻痺例、全身性多發性神經炎に見られる假面顔貌は、顔面筋の變化によって招來せられると云ふ。Economo は又流腦後「バ」の一部症例にてはかゝるものあるを認めてゐるが、多くは情緒減退が其の主因をなすものとしてゐる。余等を以て云はしむれば、字義通りに解する假面様顔貌は重症の者に於て之を認めるのであるが、不關顔貌との間にはあらゆる移行型あり、之等も廣義に於ては假面顔貌である。斯る廣義に於ける假面顔貌は全症例に不可欠にして最輕症乃至不全型「バ」に於ては本症狀を唯一の運動減少筋強剛に屬する症狀をなすものである。本症狀は特に流腦後「バ」に於て著明にして、顔面及び項筋の筋強剛が他筋の夫より先行すること多きに一致して「バ」の初發症狀となることが決して稀ではない。流腦後「バ」に次いで震麻にも本症狀は概して著明なるも、動硬「バ」には高度なるものが少い。「バ」顔貌を更に細部に亘って檢索すると或る症例特に輕症にありては筋強剛は著明ならず、筋トーマスは却つて低下せるが如く、主として顔筋のヒポキネーゼに由來して筋萎縮性顔貌 Myopathischer Gesicht に類するものがある。最も輕度なる變化にては不關顔貌にまで至らず所謂單調程度のものであるが、又表情筋の攣縮が著明となり異常なる表情亢進によって、或は啼泣様顔貌或は驚愕様顔貌となり、特に動硬「バ」にては顔面の上半と下半により表情を異にし所謂泣き笑ひ狀即ち Steck の *Adiachokinèse de la mimique* に相當するものがみられ、更に又精神症狀が増進して痴呆狀顔貌となるものもある。

尙流腦後「バ」に於ては大多數例眼瞼下垂し眼裂が小となるのが認められてゐるが、一部症例では或は發作性に或は常に却つて眼裂が開大し、眼球光輝あり前述驚愕様顔貌となる。又眼球位置異常も顔貌に異彩をそへる。其他顔面筋の緊張状態は筋強剛其の他の左右に於て同一でない爲に顔貌の不對稱となり、之は半數以上の症例に認められ、其の程度は個々の場合に種々であるが、一般に重症には頻度も高く、不對稱もより高度である。原因的疾患別には流腦後「バ」に多い。

扱て余等症例に於て前述諸種顔貌異常の頻度を示すに、假面様顔貌は流腦後「バ」72例中68例(94.4%)に陽性、同推定「バ」にては49例中36例(73.5%)、動硬「バ」17例中5例(29.4%)、震麻7例中6例(85.7%)に陽性であり、其の他は不關性又は單調程度であり、顔貌に全く異常を認めざるものは殆ど認められない。筋萎縮性顔貌狀を帯びたるものは流腦後「バ」の8例と同推定「バ」3例あるに過ぎない。不對稱の著明なりしものは流腦後「バ」48例(66.7%)、同推定「バ」28例(57.1%)、動硬「バ」7例(41.2%)、震麻4例(57.1%)、眼裂狭小なるもの流腦後「バ」19例(26.4%)、同推定「バ」12例(24.5%)、動硬「バ」

1例(5.9%), 震麻2例(28.6%)であり, 啼泣様顔貌は1例(Nr. 55), 驚愕様顔貌を呈せるは2例(Nr. 19, 163)を経験す。

第2 異常体姿

「バ」に於ける特異なる体姿異常は屈曲体姿即ち各關節に於て屈曲する姿勢をとることである。本症状は流腦後「バ」, 同推定「バ」, 震麻を問はず何れにも觀られるが, 唯動脈硬化「バ」に於ては種々なる點に於て趣を異にする點がある。屈曲体姿の成因に就ては主として筋強剛の發生が密接なる關係にある。Zingel und Foerster は震麻に於て本症状は其の基礎的症狀をなすと述べてゐる。

一般に云へば頭部に於ては多くの場合前屈し, 其の程度は種々である。頸部は單に前傾す

第7表 各部位の屈曲体姿 (47例)

部位	方 向		程 度		
			卅	廿	十
頭 部	前 後 屈	前 後	1	5	6
		傾 斜		4	12
	廻 轉	右 左		1	8
		右 左		11	11
	下顎前方突出		9	10	
軀 幹	傾 斜	右 左		2	11
		右 左		2	5
	彎 曲	前 後	1	6	4
		前 後		1	1
肩 腕	廻 轉	右 左		3	9
		右 左		3	5
	肩 舉 上	右 左	1	7	12
四 肢 關 節	肘 關 節	右 左	1	13	13
		右 左	2	12	8
	手 指 關 節	右 左		10	3
		右 左		7	6
膝 屈 曲	右 左		11	12	
			7	8	

るのみでなく同時に前方に移動し, 爲に頭部は前方に突出又は前胸部に没入する。尚頭部は左右に傾斜し又左右何れかに廻轉されてゐるものが多い。この際一側に傾斜する時は同時に反対側に廻轉するを常とする。軀幹も亦多くは前傾し屢々同時に左右何れかに傾くと共に又左右何れかに廻轉されてゐる。従つて肩は左右何れかに舉上され反対側の肩は異常低下してゐる。この關係より脊柱の異常彎曲を示す。上肢にては多くは前膊は内轉し, 軀幹より少しく離れ, 肘關節に於ては多少共屈曲位をとり, 症状進みたる時は終に銳角位をとるものすらある。同時に前膊は多少共廻前せらる。腕關節は正常に於ては少しく背屈位をとるも「バ」にては異り中位をとるか又は屈曲位をとる。手指にても屈曲位が著明にして特異なるは助産婦手位 Pfötchenstellung である。即ち第1指關節にて強く屈曲し第2, 第3指關節にては伸展し各指は相接し, 拇指は之に對向し伸展位をとるか又は屈曲する。下肢にては上肢は内轉し且つ屈

曲、膝關節にても屈曲位をとる。足部は側方に傾き、時として趾も側方に轉位し慢性關節ロイマチスムスの夫れを想はしむるものがある。

余等症例に於て各部位の体姿を第7表に表示す。本表により各關節位の變化の程度は種々であり、各部位に依り異なるも其の間或程度まで並行的關係あり、例外的所見も少くないが個々例に於て著しき差異がある。特に或る關節に於てのみ異常伸展位をとるものがある。此等の所見より屈曲体姿は筋強剛、少くともバ症候群より誘導せらるゝ症狀には違ひないが、之のみを以て凡てを解決し得ない様である。動脈硬「バ」に於ても勿論屈曲位が大部分であるが、特に腰關節に於て高度の屈曲位をとることが少くない。これ老耄性現象にして關節、筋の變化によるものである。下肢は底面を廣くして立つものあり、膝關節にても屈曲位が強いものがある。手指は所謂握掌手位 Fakirhand の如きものも少くない。余等症例中著明なる Pfötchenstellung を呈せるものは4例 (Nr. 9, 51, 92, 133), 握掌手位を呈せるは Nr. 102 に於て高度であった。又手指關節に於て異常なる伸展位をとりたるものは5例 (Nr. 9, 51, 58, 143, 154) である。

第3 複雑運動障礙

バ症候群疾患にみられる下記各種複雑運動障礙は主として運動減少症及び筋強剛に由來されるものであるが、他の成因要素も加るものである。

2. 歩行起立障礙 歩行障礙の最も輕度なるものは隨伴運動特に上肢の振子運動が減退し、所謂單調程度で主觀的症狀はないが、稍々著明なるものは歩行障礙を自覺し、重感又は容易に疲労を訴へ、歩幅は短縮され、歩行開始緩慢、歩行緩慢となり、足蹠を地上に接して運ぶ。運動は緩慢且つ廻轉拙劣となり、更に高度となると起立も障礙せらるゝに至る。又運歩に際して上体を前傾させ、著明なる開始緩慢と共に歩行愈々緩慢となり、時には歩行進行と共に突進症狀明かとなり、却つて速歩にて又は駈足にて進み、急速に止り得ず、衝壁に衝突するに至るが如き者がある。更に高度となると歩行も起立も獨りでなし得ず、人の助に倚りてのみ可能、又は夫れすらも不能となる。

動硬「バ」の歩行障礙に就ては P. Marie 並に其の門下によつて精細なる研究がなされてゐるが、本症に於ては幾分他種「バ」と趣を異にする。即ち多くは初めには下肢に重感を訴へ、やがて衰弱感乃至強直感を訴へ、起立運歩が拙劣となり、起立時基底は廣く、徐々に足を運び、突進症は輕度にして、極めて稀に急速に進行する。Critchley は本症疾患の歩行は彈力性がなく、短歩にして基底の廣きを以て特徴となし、平衡障礙も少くないが、前方若くは後方突進症狀は運歩に充分なる關心を拂ふことにより之を制御し得ると云ふ。又小腦其他腦部に障礙を來せる時には其の症狀がみられる。動脈硬化性痴呆となる時には衝動減退し、中には全く歩き方を失念するものもある。Petrén も本症に於ける特異なる歩行障礙として衝動減退が著明であり、運動缺乏症が高度にして同時に歩行緩慢 Brachybasie の像を呈することあるを記

載してゐる。

余等の症例に於ける歩行起立障礙に就き個々の點より觀察せる成績を第8表に表示する。本表に於て個々障礙は或る程度迄並行的であるが、殊に速歩は緩歩と同一例に見ることあるも通常別個の存在である。起立、歩行の不能なりし者は最重症「バ」Nr. 9, 16, 20, 51, 92, 102である、殊にNr. 92は他の助力を以て漸くにして起立するや上体を鋭角をなすが如くに屈曲し、上肢を腰上に組合せ、高度なるブラデフレニー症候と共に一度運歩を開始するや、高度なる突進症候を以て駈足にて進行し目的物に衝突して始めて停止する。本症は所謂 metadrome Progression (Tilney) であり、奇異運動 Parakinese ではない。猶ほ下肢に麻痺症候を呈せる症例では麻痺側をひきずるが如く跛行するのが認められる (Nr. 105, 151, 153)。又重症「バ」Nr. 71にては筋強剛高度なる側に於て屈曲位高度にして全く協同運動を認めざるも、他側の上肢にては著明なる振子運動をなすは、宛も運動増多症の如き觀がある。余等動硬「バ」に於ける本症候は概ね前述記載の範圍を脱せざるものである。特に下肢重感、強直感により運歩に際して些々たる高低に躓倒し、更に重症となる時は基底を甚だしく廣くして補助物の助力によって漸く歩行してゐる。斯くの如き動硬「バ」に於ける歩行障礙は、バ症候群にのみ因るに非ず、同時に他腦部位(錐体路、小腦等)の傷害の爲と解せられる。

2. 言語障礙 も主として發言に關與する諸筋の筋強剛の爲に構音障礙を招來し、爲に發言は不分明となり、甚しきは理解されざるに至る。之に運動減少症が加味されると單調、低音、

第 8 表 歩 行 障 碍

病因	症 状	例 数	歩 幅 小			緩 歩			速 歩		廻 轉 拙 劣			協 同 運 動 障 碍		
			卅	廿	十	卅	廿	十	卅	十	卅	廿	十	卅	廿	十
流 腦 後 「バ」	最 重 症	7		1						1		1		1		
	重 症	22	1	19	2	1	16	3	3	1	1	20	1	6	13	3
	中 等 症	20		8	6		4	9	4	10		6	10		10	9
	輕 症	20			7			7		5			7			14
	最 輕 症	40			2			9		1						1
	(陽 性 率)		46 (4.2%)			49 (45.0%)			25 (22.9%)		46 (42.2%)			57 (52.3%)		
動 硬 「バ」	全 症 例	20	1	9	8	4	11	3			5	11	4	4	9	7
	(陽 性 率)		18 (90%)			18 (90%)					20 (100%)			20		
震 麻	全 症 例	9	1	1	6		1	5		1		2	4	2		7
	(陽 性 率)		8 (88.9%)			6 (66.7%)			1 (11.1%)		6 (66.7%)			9 (100%)		

(備 考: 流腦後「バ」最重症6例は歩行不能)

ブラヂフレニー、緩如等を來し、之も言語を不明瞭ならしめ、甚しきは言葉が口中にて消失する。時として爆發性發聲其他種々言語障礙を呈する者もあるが、これは單なるバ症候群のみに由來するとは考へられない。尙言語反復症 Palilalie, 最後の語をクロス様に反復するロゴクロニー、言語模倣症 Echolalie 等がある。更に一部症例では不明瞭にして所謂舌がもつれ、詢語 lallende Sprache をなす者がある。CO 中毒「バ」、マンガン中毒「バ」に於ても概ね前述範圍内の障礙であるが、特にマンガン中毒にはロゴクロニー様吃音 Manganstottern, Psellismus manganalis が特徴であると云ふ。(O. Bumke u. E. Krapf)。

余等症例に於ける言語障礙を個々の點より觀察せる成績は第9表に示す。本表により各個障礙の頻度を知ることが出来るから説明を省略する。尙表示せざるものにロゴクロニーを呈せるもの12例、言語反復症11例(流腦後6例、同推定3例、動硬「バ」1例、震麻1例)詢語をなすもの8例(動硬、6例、流腦後並に同推定「バ」各1例)あり、微毒「バ」Nr. 106 には蹉跎言語をなし、又小腦症狀を伴ひ斷續性言語を示す1例(Nr. 161)がある。

第9表 言語障礙 (138例)

原因的疾患	摘 要	検査例數	不明瞭	低音單調	ブラヂフレニー	緩 如	エコーリ	爆發性發聲
流腦後「バ」 及び推定流 腦後「バ」	最 重 症	8	8	8	8	7	2	1
	重 症	23	21	22	20	23	3	6
	中 等 症	19	11	11	10	3	1	3
	輕 症	20	7	11	7	6	2	2
	最 輕 症	40	9	19	17	0	2	0
	計	110	56	71	62	39	10	12
動 硬 「バ」	全 症 例	19	15	15	8	0	1	1
震 麻	全 症 例	9	3	3	2	1	1	1

3. 書字障礙 も亦運動減少症と筋強剛に由來するものである。特異なるは小字症、開始緩慢、經過緩慢、拙劣等である。又震顫が之に加重する時は一般に障礙に異彩を添へる。特に流腦後「バ」に於ける小字症に關して Petitpierre は44%, Schneyder は100%, 龜谷は45例中19例に著明なる本症を見、塩路は57例の「バ」中2例に高度なるものを認めたと云ふ。

余等症例に於て特異なる書字障礙を拾ふ時は先づ第1に書字、運筆の拙劣なる點で、最輕度「バ」の一部を除外する時には100%に之を證明すると稱して可なりである。何れの症例も「バ」症狀の出現以前に比較する時甚しく拙劣となり、其の多くは患者が自覺してゐる。今書字障礙の特異點を第10表に掲ぐ。本表によれば小字症は輕度なるものを見逃すことなくば完全「バ」に於ては大多數例に於て之を證明するも、「バ」症狀の比較的高度なる者にてても本症狀を缺如するものがある。即ち余等の症例に於ては流腦後「バ」63.5%, 同推定「バ」42.0%, 動硬

「バ」50%、震麻は僅か6例であるが全例に之を認めてゐる。此の他注目すべき症状は縦書或は横書をなさしむる時に末端の傾斜、或は上昇又は下降を來すことである。即ち余等が之を検索せる範囲内では傾斜は流脳後「バ」81.6%、同推定「バ」88.2%、動硬「バ」61.5%、震麻66.7%に、横書にては末端の上昇せるもの92.1%、88.2%、84.6%、83.3%等の割合である。この際「バ」症状の著明なる者に於て高度なる變化あるは勿論である。又一部症例では紙面の中央に書く様命じても其の隅にのみ之をなすのが見られる。猶特異なるは始め明に寫字しおるものが暫くにして1本の線の如くになり、遂に字劃をなし得ざる者もある (Nr. 9)。

第10表 書 字 障 碍

症 状	病 因	輕 重 症 例	小 字 症			緩 如			震 顫			アラザフ レニエ			
			程 度	卅	廿	十	卅	廿	十	卅	廿	十	卅	廿	十
流推 腦定 後流 腦後 「バ」 及「バ」	最 重 症	8		7	1	6	2			4	4	3	4	1	
	重 症	23	1	9	10	2	11	9	1	6	15		8	13	
	中 等 症	15		3	8		5	8	1	3	7			9	
	輕 症	18		1	4			11		1	5			4	
	最 輕 症	23			4			5			3			6	
	計	87		48 (55.2%)			59 (67.8%)			50 (57.5%)			48 (55.2%)		
動 硬 「バ」	全 症 例	14		1	6	1	1	7			2			4	
				7 (50%)			9 (64.3%)			2 (5.2%)			4 (30.8%)		
震 麻	全 症 例	6		4	2		3	2		1	3		1	4	
				6 (100%)			5 (83.3%)			4 (66.7%)			5 (83.3%)		

4. 咀嚼、嚥下障碍 は他運動障碍に比較すれば證明が比較的容易でない。之も亦主として咀嚼、嚥下筋の強剛並に運動減少症の爲に招來せられるものであつて、咀嚼運動は一般に緩如、拙劣となり、障碍高度なるものは舌、頬筋の運動圓滑ならず、従つて口内食物も齒列上にて咀嚼するに困難を感じ、嚥下も亦緩如不充分となり甚しきは不能となる。

余等症例に於て本障碍の強度を第11表に表示す。其の頻度は流脳後「バ」と同推定「バ」との合計せるものに於ては39.1%、動硬「バ」55%、震麻にては28.6%等で、一般に「バ」症状の高度なる者に於て著明なるは當然である。

第4 運動變換障害及び突進症状

運動變換不能症 パ症候群疾患に見られる本症状は小脳疾患に見られる本來の運動變換不能症と其の成因を全く異にする。即ち前者に於ては運動減少症、筋強剛の結果、特に錐体外路性筋疲勞性の亢進によるものである。教室石出は小脳性のものと「バ」に由來する本症状との間に明確なる差異を認め、この方面より本症状の分析を進めてゐる。著者の得たる临床上に於ける成績は第12表の如くである。即ち「バ」

第 11 表 咀 嚼 嚥 下 障 碍

病因	程度		症 例	卅	卅	+	-
	輕	重					
流 腦 後 「 バ 」 及 び 「 パ 」	最 重 症	重 症	8	1	7		
	最 重 症	重 症	23	1	9	11	2
	中 等 症	重 症	19		1	9	9
	輕 症	重 症	20			4	16
	最 輕 症	重 症	40			0	40
			110	43 (39.1%)			
動 硬 「 バ 」	全 症 例		20		2	9	9
				11 (55%)			
震 麻	全 症 例		9		2		7
				(28.6%)			

症 狀 の 高 度 なる 物 に 於 て 一 般 に 著 明 である が、 必 ず し も そ の 輕 重 と 並 行 的 と は 云 へ ない。 筋 強 剛 と の 關 係 も 之 と 概 れ 同 様 である。 病 因 的 差 異 は 明 確 に し 難 き も、 差 異 有 る 様 である。 一 部 症 例 で は 中 等 症 又 は 輕 症 例 に 於 て 高 度 なる 本 症 狀 を 證 明 し た が、 之 等 は 何 れ も 流 腦 後 「**バ**」 又 は 同 推 定 「**バ**」 である 事 は 注 目 に 値 す る。 動 硬 「**バ**」 に 於 て は 高 率 を 示 す も 老 衰 狀 態 に 於 ける 筋 疲 勞 性 の 亢 進、 運 動 緩 慢 症 に 由 來 す る 他 に、 診 定 さ れ た る 症 例 が 中 等 症 以 上 の も の である を 忘 却 す る こ と が 出 來 ない。 但 し 其 の 出 現 頻 度 大 なる に 比 し、 其 の 程 度 は 流 腦 後 「**バ**」 並 に 同 推 定

「**バ**」 の 重 症 の 一 部 症 例 に 見 ら る る が 如 き 高 度 なる 物 は なく、 比 較 的 輕 度 の 物 である。

突 進 症 狀 も 亦 一 般 に 運 動 減 少、 筋 強 剛 症 狀 に 比 例 す る 物 である が、 一 部 症 例 で は 筋 強 剛 が 輕 度 であり ながら 著 明 なる 本 症 狀 を 呈 す る 物 が 有 る と 云 ふ。 蟻 川 (昭 14) は CO 中 毒 「**バ**」 に 於 て か る 症 例 を 報 告 し て 有 る。 余 等 症 例 に 於 て は 特 に か る 高 度 なる 物 は 勿 論 證 明 し 得 な かつ た が、 筋 強 剛 又 は 他 「**バ**」 症 狀 と 嚴 密 なる 並 行 的 關 係 に 非 り し は 第 13 表 を 參 照 す れ ば 明 である。 重 症 例 に 於 て も 之 を 證 明 し 得 ざ り し も の が 稀 ながら に 存 し、 輕 症 「**バ**」 に て も 比 較 的 著 明 なる 本 症 狀 を 呈 す る こ と が 有 る。 原 因 的 疾 患 別 に 於

第 12 表 運 動 變 換 不 能 症

病因	症 狀		運 動 變 換 不 能 症						筋 強 剛						
	右	左	左			右			右			左			
			卅	卅	+	卅	卅	+	卅	卅	+	卅	卅	+	
流 腦 後 「 バ 」 及 び 「 パ 」	最 重 症	重 症	7	6	1	6	1		7			7			
	最 重 症	重 症	22	3	15	4	2	15	4	5	13	4	3	13	5
	中 等 症	重 症	18	3	3	8	1	5	6	1	6	11		9	8
	輕 症	重 症	20		1	11		1	11		1	12		1	11
	最 輕 症	重 症	40			18			21			16			16
			107	73 (67.1%)			73			76 (71.0%)			73 (67.1%)		
動 硬 「 バ 」	全 症 例		20	3	8	8	4	5	10	1	11	8	1	10	8
				19 (95%)			19			20			19		
震 麻	全 症 例		9	1	3	3	1	3	3	1	2	5	1	2	5
				7 (77.7%)			7			8 (88.9%)			2		

ては流脳後「パ」又は同推定「パ」に於て、高度なる本症 状を呈するものがみられる。動硬「パ」に於ては後方突進症 状が他突進症 状に比較して著しく其の出現頻度が大であるが、之の點 Critchley の報告と一致する。又本症疾患に於ては側方突進症 状の少いのは主として起立に際して基底を廣くしてある爲である。他原因に基く「パ」に於ても全般的に前方突進が他突進に比較して軽度である。然して後方突進の頻度が大であり、流脳後「パ」(44%)、同推定「パ」(41.2%)、動硬「パ」(88.2%)、震麻(66.7%)を示す。

第 13 表 突 進 症 状

病 因	程 度	前 方				後 方				右 方				左 方			
		卅	卅	+	-	卅	卅	+	-	卅	卅	+	-	卅	卅	+	-
流脳後並 推定流脳 後「パ」	最 重 症	2	5			7				3	4			3	4		
	重 症		7	9	6	6	12	2	2	2	9	8	3	3	4		
	中 等 症			6	15		5	9	6		2	8	10		3	4	13
	輕 症			2	18		1	3	16			3	17			2	18
	最 輕 症				40				40				40				40
	陽 性 率	31(98.4%)				45(41.3%)				39(35.8%)				33(30.3%)			
動硬「パ」			1	7	9	1	3	11	2		1	4	12		1	4	12
震 麻			2	1	1		2	1	1			3	1			3	1

第 5 震 顫

拮抗震顫 は其の表現から云ふと明かに運動增多症に屬すべきものであるが、近來 Runge (1924), Lotmar (1936) 等の學者により運動減少症候群の一分症として考へられてゐる。事實特有なる拮抗震顫は殆どパ症候群にのみ合体し、通常の運動增多症疾患には發現しない。猶余等は震顫が本症候群に屬すると云ふ種々の根據を持つてゐるが、この問題を論ずるのは本觀察の目的でない。本來震顫は生理的現象として發現するのみならず病的現象として甚だ種々なる疾患にみられ、其の性状も自ら雑多である。古くは Pelnar (1913) が其の著書に於て原因的分類を試みてゐるが、それは今日に於ける錐体外路系疾患の知られざる時代の見方である。其の後多くの諸家 (Cassirer, Runge, De Jong, Lewy, Kleist, Bostroem 等) により分類的觀察が試みられたが、最近 Herz (1931) は氏の筋失調性不安現象 Die amyostatischen Uuruheerscheinungen のフィルム分析に際し(1)拮抗震顫 Antagonistenzittern, (2)企圖震顫 Intentionszittern, (3) 靜位震顫 statische Zittern とを分類觀察した。教室堀 (昭 15) は拮抗震顫の描寫的研究を行ひ其の強度及び頻度並に之に對する諸影響を觀察し、其の得たる成績を報告してゐるが、余は茲に主としてパ症候群疾患に出現する震顫、就中特有なる拮抗震顫に就き臨床的統計的觀察を試みる。

拮抗震顫の名稱は Strümpell, Lewy, Kleist 等により用ひられ、他の學者 (Bostroem 等) によつて所謂安靜震顫 Ruhetremor とも稱せられるものである。其の性状に就ては多くの諸家により記載せられてゐるが、其の特徴は拮抗筋、催動筋の中樞支配の障碍により兩筋間に起る律動的變化により招來せられ、安靜時に出現し、比較的緩如 (頻数は1秒4~6)、且つ多くは粗大にして目的運動遂行時に鎮靜し、殊に睡眠時には消失する。又精神興奮により増強し來るのが常である。その表現各部位により夫々多様であるが、上肢に於ける特異なる形として丸藥丸め様運動 Pillendrehen、貨幣計算様運動 Münzenzählen がある。これは震顫麻痺に特有とされ、之を以て流腦後「バ」との鑑別診断に資するものもあるが、他種「バ」にも同様の震顫を來すこと稀ならず、O. Foerster は震麻と流腦後「バ」の震顫には差異が認められずとなす。

震顫の出現頻度に關し、先人諸家の報告をみるに、流腦後「バ」に於ては Stern は47%、Sougues は $\frac{1}{3}$ 症例に、龜谷は42% (主として流腦後「バ」)、塩路は63.1%なりと云ひ、Gamper は震顫を缺くものも屢々なりと記載してゐる。震麻に於ては Erb und Wollenberg は67%、E. H. Lewy は85例中3例にのみ之を缺きたりと云ひ、又特異症例として Graeffler は60%まで咽頭筋に震顫を認めたりと云ふ。従つて全体として震顫なき震麻 Paralysis agitans sine agitasione は稀である。又本症の震顫に關し Gowbers は $\frac{1}{3}$ 症例は筋力減退の後に出現すると報告してゐる。動硬「バ」に於ては一般に震顫の出現率は小さいが (Hiller, Critchley, Foerster, 歌室渡邊), Hiller によると頭部、下顎、口唇の不安状態として觀られると云ふ。而して之等諸家は何れも其の震顫の性状に關しては明示してゐないが、其の大部分は拮抗震顫であることは想像に難くない。次に拮抗震顫の余等症例に於ける出現頻度は之を第14表に表示した。即ち流腦後「バ」に於ては36例 (51.3%)、同推定「バ」にては21例 (55.3%)、震麻にては少數例ではあるが全例に、動脈硬化性「バ」にては3例 (13.6%) であり、著明なるは動硬「バ」に於ける震顫の出現頻度が小であるのみでなく、強度のものでない。

震顫の發現部位に關して Stern は流腦後「バ」に於ては四肢特に上肢に頻發するも、頭部震顫、顔面各部位にも之を認め特に咀嚼筋に於ける震顫に注目してゐる。又 Barré und Reys, Pierre Marie und Lewy 等は口唇にも屢々之を認むとなす。余等症例に身体各部位に於ける出現頻度を見るに眼瞼にては流腦後「バ」10例、同推定「バ」4例、口唇に於ては流腦後「バ」7例、同推定「バ」2例、震麻1例、舌に於ては流腦後「バ」20例、同推定「バ」7例、震麻3例、咽頭部に於ける明なる震顫としては流腦後「バ」14例、同推定「バ」8例、震麻3例、下顎に於ては流腦後「バ」3例と震麻の1例のみである。頭部に於ては粗大なる震顫として流腦後「バ」のみに於て4例に之を證明してゐる。上肢に於ては流腦後「バ」34例 (44.8%)、同推定「バ」17例 (44.7%)、動硬「バ」2例 (9%)、震麻6例 (66.7%) であり、特に丸藥丸め様運動としては流腦後「バ」の4例 (Nr. 1, 78, 133, 151)、震麻2例 (Nr. 44, 148) に之を認めたるに過ぎない。尙1例 (流腦後「バ」Nr. 3) にては上肢の震顫が頭位及体位如何により著しく増強又は鎮靜的影響を受けた點を特異とす。本例に就ては既に佐々教授 (昭3) により報告せられてゐる所であるが、H. De Gong も震麻に於て斯かる症例を報告してゐる。下肢に於ては流腦後「バ」21例 (27.6%)、同推定「バ」7例、動硬「バ」2例、震麻7例に證明す。之等症例の中に震顫が甚しく粗大にして所謂粗大動搖 Grobe Wackeln を示すものが、流腦後「バ」3例 (Nr. 78, 116, 163)、同推定「バ」2例 (Nr. 112, 190)、震麻2例 (Nr. 149, 168) にみられてゐる。上述の如く上下肢に於て拮抗震顫の出現頻度が最も大である。一部症例 (Nr. 20, 32, 61, 143, 170) では眼瞼、口唇、舌下顎にのみ之を認め、身体他部には全く震顫を證明せざるものもある。尙今震顫と「バ」症狀の輕重による差異をみるに、一般に重症者に於て頻度高く又顯著であ

第 14 表 拮抗震顫出現頻度及び部位

病 因	適 要 檢總 例 查數	所例 在者數	眼 瞼	口 唇	舌	咽 頭	下 顎	頭 部	上 肢		下 肢	
									右	左	右	左
流 腦 後「パ」	76	39 (51.3)	10 (13.2)	7 (9.2)	20 (26.3)	14 (18.4)	3 (3.9)	4 (5.3)	34 (44.8)		21 (27.6)	
									31	28	18	17
推定流腦後「パ」	38	21 (55.3)	4 (10.5)	2 (5.3)	7 (18.4)	8 (21.1)	0	0	17 (44.8)		9 (28.7)	
									17	15	7	7
動 硬「パ」	22	3 (13.6)	0	0	0	0	0	0	2 (9.1)		2 (9.1)	
									0	2	1	1
震 顫 麻 痺	9	9 (100)	0	1 (11.1)	3 (33.3)	3	1	0	6 (66.7)		7 (77.8)	
									4	3	6	4

(備 考: 括弧内は出現率%)

るが、最重症又は重症にても全く之を缺か又は軽度にしか認めぬものもある。

不規則震顫 パ症候群疾患に於ては如上拮抗震顫と區別すべきものにして、身体一部位を随意的にある位置を保持する時に著明なる不規則震顫の出現するものが少くない。即ち安靜時の舌、眼瞼には全く之を認めざりしものが、之を挺出又は閉鎖せしむる時始めて粗大なる震顫の出現するをみる。凡そ閉鎖眼瞼、挺出舌に於ける細微なる震顫は神経衰弱、バセドウ氏病其の他各種疾患に觀られるが、其の甚だ粗大且つ比較的緩如なる點より之等疾患に於けるものと明かに鑑別し得るものである。余等は斯かる震顫にも注目し、其の頻度をみるに、流腦後「パ」にては 38 例 (50%)、同推定「パ」21 例 (55.3%)、震麻 4 例、動硬「パ」の 2 例を數ふ。

Herz の云ふが如き靜位震顫と目されたるものは Nr. 165 (流腦後中等症「パ」) あるに過ぎない。唯 Nr. 180 は拮抗震顫なるも靜位震顫の性状を多分に有す。Herz も其の著書中に斯かる症例を記載してゐる。先天性「パ」Nr. 98 にては運動時にのみ兩上肢に甚だ粗大なる震顫の現れることを經驗したが、これは運動震顫 Bewegungszittern と見るべきもので、企圖震顫に近き關係ありと考へらる。

第 5 章 總 括

本篇に於てはパ症候群疾患 192 例に就て其の運動減少筋強剛症候群を分析するに當り、各要素症状の強弱を臨床的に分類し、此等の相互關係並に此等の疾患の輕重及び種類との關係を主として統計的に探索せるものである。其の得たる結果を總括すれば次の如し。

運動減少症は、佐々教授に従ひ、便宜上運動缺乏症、運動緩慢症及び錐体外路性麻痺に分析せられ、更に其の各は各要素症状に細分して考へらる。此等各要素症状は疾患の輕重と略々一致して消長し、又相互間に可なり並行的關係を示すが、多少の例外的所見がある。疾患の種類に就ては重症例は流腦後「バ」に多く、此の際特に運動減少症著明、之に對し運動緩慢症は動脈硬化性「バ」に於て疾患輕症なる割合に強きものが少くない。

筋強剛は、之を臨床的に筋の被動的伸展抵抗より判定するに、不全型「バ」に屬する少數例に認められざるのみにして、其の陽性率 90% である。本症状は運動減少症と略々並行し、又疾患の輕重とも正比例し、例外は甚だ僅少である。又原因的疾患による差異は少きも、其の強度なるものは流腦後「バ」に多い。筋強剛の分布は全身筋に及ぶも、輕症なるものは或は部位には證明されない。最強なる筋抵抗を示すのは頸部筋に多く、肘關節之に次ぎ、膝、足、手腕關節等に筋強剛最も顯著なるものも少くない。其の他同一關節にても屈伸差あり、殊に左右差は大多數症例に證明せられ、56 例中 3 例は半身「バ」の像を呈す。疾患別による筋強剛分布の差異は明かでない。筋強剛に及ぼす諸影響として、筋抵抗が大多數症例に於て臨床的検査によりても被動的伸展速度と共に増強し、又外來刺戟、精神的刺戟、体位變換により變化し、更に時日的時間的動搖あるを示す。進んで筋強剛の性状を檢討し、著明なる筋成形性、齒車現象、カタレブシー様症状、筋硬度増加を示す陽性率は夫々 58.1%、68.4%、30.6%、68.4% を提示した。其の中無負荷時に筋硬度増大を證明し得るもの少く、主として重症に於てのみ之を認め得ることは注目に値す。

バ症候群患者に於ける顔貌の異常は主として顔面筋強剛と精神自發性の減退によるもので、不關顔貌より定型的假面顔貌迄種々の程度のもの、更に之より偏異するものあり、余等の症例には多少とも顔貌の異常を認めないものはない。疾患別には流腦後「バ」に著明なるもの多く、動硬「バ」には高度なるものが少い。異常体姿に就ても各關節に於て精査せる結果を記載し、多くは屈曲部位をとるも異例あり、又各種疾患に於て差異あるに言及す。進んで起立、歩行障礙、言語障礙、運動變換不能症、突進現象に關しても同様なる觀察を遂げ其の得たる成績を表示す。

バ症候群に出現せる特異なる震顫は所謂拮抗震顫である。余等症例に於て特に本震顫の頻度を調査せるに、疾患別により異り流腦後及び同推定「バ」に於ては約半数例に、震麻にては 9 例中全例、動硬「バ」にては 22 例中 3 例に之を認め、疾患輕重別には重症者に多きも、例外が少くない。出現部位は上肢に最も頻度高く、下肢之に次ぎ、其の他舌、咽頭、口唇、下顎、頭部等にも認める。尙拮抗震顫に準ずるも特異なる性状を示す震顫の二、三症例にも言及す。其の他拮抗震顫と區別すべきものにして隨意的に、或る身体部位（特に舌挺出、眼瞼閉鎖）を一定位に保持する時、不規則且つ比較的緩和なる粗大震顫の發現するもの可なり多きに注目

し、特に流脳後及び同推定「バ」の約半数例に之を證明す。更に Herz の所謂靜位震顫及び運動震顫症例を記載す。

稿を終るに臨み、終始御懇篤なる御指導と嚴正なる御校閲を賜りたる恩師佐々教授に對し衷心感謝の誠意を捧ぐると共に、平素御懇篤なる御指導を賜りたる恩師堂野前教授に深謝し、併せて種々御援助下されたる教室員御一同に感謝す。

(文献は第 2 編に同じ)
