

進行麻痺症状の発現と体質

佐藤玄一 高橋 順 磯 浜子

札幌医科大学神経科学教室 (主任 中川教授)

Relationship Between Disposition and Symptom of General Paresis

By

GEN-ICHI SATO, JUN TAKAHASHI and HAMAKO ISO

Department of Neurology, Sapporo University of Medicine
(Chief: Prof. H. NAKAGAWA)

精神医学はこの10年余りの間に非常な進歩を遂げた。これまで難治とされた多くの精神障害も、その本態の闡明や、治療の方面で一脈の曙光が与えられてきた。しかしながら、一方では精神医学の濫觴当時、その成因や、臨牀像治療の点で活潑に論議された進行麻痺の問題が漸時等閑視されつつある憾があつた。

これは本疾患が、定型的器質性の疾患として周知され、生物学的見地から容易に診断されることによるのであろうが、なおすべての検索が解決された訳ではない。例えば疾患の成因機制においても、いわゆる Ohne Lues Keine Paralyse の域から多くを出ていない。夥しい梅毒罹患患者の中から少数の本疾患の発現する過程はむかしながらに推測の域を脱していない。かつて Hauptmann¹⁾ は生物学的見地から Spirochaeta の局所作用と毒作用とを分ち、その随伴作用と交互作用とから、本疾患の臨牀像の解明をこころみた。Hoche²⁾ は解剖学的因子による Achsen symptome と中毒作用による Rand symptome を記載した。変型梅毒 (Metalues) 後発梅毒 (Paralues) 説は今日全く顧みられないが、梅毒学的検索のみで臨牀病態像を理解することに難点があり、精神病的遺伝負因・後天的原因などの精査が要望される。たまたま、私どもは感染源を異にして発病した3家系7例の進行麻痺を観察する機会を得た。これらの

症例の発現過程を検討し、従来の知見への補遺たらしめたいと思う。

症 例

第1例：前〇喜〇九 77歳 男

家族歴：父母は高齢で老衰死。同胞は4名で患者は第3子である。長兄は48歳、次兄は90歳で老衰死した。先系や近親者に精神神経病の遺伝負因を認めない。

入院までの経過。患者は生来健康で著患を知らない。小学校を卒業し、土方、道路人夫などを経て某地で旅館を経営して現在に至っている。常に、村会議員、PTA会長、消防団長、組合理事などを兼ね、円満な人格をしたわれてきた。梅毒には日露戦争に従軍当時(35~36歳)満洲で罹患したという。その前後において他に罹患の機会はなかつた。発病は昭和24年の春で、落付きなく、激怒し易いことが家人の注意を惹いた。柱に釘を打ち、その上をカンナで削つたり、ガラス戸を叩いて破るという所作があり、制止すれば非常な反抗を示した。

多弁多動多飲多食の状態でもなく北大精神科に入院した。

入院時の所見。細長闘士型体格、神経学的には、両側腱反射の減弱、対光反応の消失があり、言語蹉跎症はかなり著明に認められた。血清、脳脊髄液所見は第1表に示した。精神症状としては、多弁多動で極めて不穩であり、顔貌は多幸性。意志の発揚、感情の発揚性、観念連合の急速、意想奔逸などが前景を占めていた。一見躁病様の臨牀像であるが、その陰には高度の記録記憶障害と計算判断能力の低下遲鈍が指摘された。なお病前性格は、快活社交的で、

1) Hauptmann, A.: Bumke's Handbuch. 8, (1930).

2) Hoche: Dtsch. Z. Nervenhek. 68/69, 99 (1921).

第 1 第

No.	Name	Date	Cells	Pandy	Nonne	Taka- ta- Ara	Colloid reaction	S.G.R.	Murata	WaR.	
1	K.M	9/IV'49	35/3	##	++	++	XII XI XXX VIII VII V III II-II	++ ++ ++	++		
		3/IX'49	18/3	##	##	++		+ + +			
	Y.M	28/VII'46	194/3	###	##	##	XII XII XII XII XI X V-V	## ## ##	##		
		3/IX'49	49/3	##	++	++		+ + +	+		
	N.M	28/XI'35	109/3	##	##	##	XII XII XII XI V III II-II				## ## ##
		25/VII'49	46/3	++	+	+	VII VI VI V V III II-II	+ + +	+		
20/VI'53		5/3	+	±	±			+		+ + +	
2	T.M	27/ I '49	48/3	##	++	++	VIII VIII VII VII V IV II-II	+ + +	##	## ## ##	
	H.M	29/ V '49	91/3	##	##	##	XII XII XI VIII V III II-II	+ + +	++		

あたたかみがあり朗かであつた。

入院後の経過：型の如く発熱療法が行われ一時激越誇大型の病像を呈したが3箇月余で軽快退院した。その後全く社会寛解の状態にあつたが、一昨年老衰死した。

第2例：前○義○ 45歳 男

入院までの経過、患者は第1例の長男で生来健康。自動車学校を卒業し、旅館の手伝いと運転手をしていた。梅毒には東京で(26~27歳)接客婦より罹患した。発病は昭和20年秋で、不穩多動行為心迫の傾向と発音障害があり、激怒し易くなつた。同年7月北大精神科に入院した。

入院時所見とその後の経過。闘士型体格、言語蹉跎、腱反射の亢進、手指振顫が著明で、対光調節反応の消失があつた。精神症状には、意志発動性の減弱、思考の渋滞、迂遠。記銘、記憶障害と領解の遅鈍が指摘された。入院後、発熱療法で軽快退院したが、その後3回に亘り再発入院した。昭和24年春には、濫買易怒手指振顫、シビレ感があり入院したが、痴呆状態は一層高度となり、昭和26年春鬼籍に入つた。

第3例：前○成○ 42歳 男

発病までの経過、患者は第1例の4男で、生来著患を知らない。性格は明朗極めて積極的、社交的であつた。27歳で酌婦を内妻とし、旅館と自動車の運転手をしていた。梅毒には20歳の頃、村の接客婦より罹患したという。発病は29歳の春で、誤字脱字が多く、多弁、多動、濫買の傾向が著明となつた。昭和10年北大精神科に入院、未治退院した。

退院後の経過。退院後患者は無為、内閉する傾向が顕著となり、間もなく幻聴独語が加つてきた。終日、室の一隅に坐したまま、低声に呟き、全く無為に日を送つてきた。昭和

27年2月当科に入院した。仮面様の顔貌、無為寡黙、独語もみられる。辛じて問診するに高度の痴呆が指摘される。

第4例：宮○竹○ 44歳 男

入院までの経過。患者の父は72歳の老衰死、母は67歳で健康。家族歴、既往歴に特記事項はない。性格は孤独、内閉的で口数が少なく、極めて非社交的であつた。自動車の運転手を職とし、梅毒には25~26歳頃に接客婦より罹患した。発病は昭和22年8月で、不眠、頭痛が前駆し、次第に感情鈍麻、意志発動性の減弱があり、記銘、記憶障害も高度となり、当科に入院した。

入院後の経過。発熱療法が反覆されたが、病像不変で未治のまま約1年で退院した。

第5例：宮○八○ 41歳 女

第4例の妹で生来健康であつた。性格は内閉的孤独で口数も少なく非社交的である。20歳で接客婦になり、間もなく梅毒に罹患した。

発病は40歳の夏で不眠が続き、言語障害、記銘、記憶障害が現われてきた。次第に行動が緩徐単調になり、遂には全く呆然無為のまま日を送るようになった。昭和26年5月当科外来を訪れ、精査の結果は定型的進行麻痺(痲鈍型)であることが明かになつた。ある事情から入院治療が出来ずに帰宅し、その後音信を絶つた。

第6例：副○秀○ 30歳 鉄道員

家族歴。父は60歳で脳溢血死、母は健在するが血液の梅毒反応が強陽性であつた。患者は第1子で同胞は8人。その中4人は生後間もなく死亡し、妹と第8子は潜伏梅毒で第3子のはのちに述べる幼年性進行麻痺である。

入院までの経過。患者は小学校高等科を卒業、鉄道の夫大仕事を担当して現在に至つてい。26歳で結婚し第1

子を得た。発病は26歳の夏で仕事の能率低下と不眠、神経衰弱様の症状が前駆したのちに、空笑、被害的幻聴が現われてきた。関係被害妄想も現われて昭和24年2月当科に入院した。

入院後の経過。入院時、表情運動に乏しく、思考内容は迂遠、空虚、理解は著しく不良で病識を欠く。被害的幻聴と関係、被害、追跡妄想が前景に現われ、疎通性なく、一見して分裂病、破瓜病型を推測せしめた。しかしながら脳脊髄液所見は全たく進行麻痺の所見を示し、言語蹉跎、対光反応消失、腱反射の消失を指摘し、明かに幼年性進行麻痺と診断し得た。直ちに発熱療法を実施し、四箇月で軽快退院した。翌年秋、再び前記症状で再発入院したが同時に発熱療法軽快、退院して現在に至っている。

第7例：副〇善〇 25歳 男 会社員

入院までの経過。患者は第6例の弟、生来明朗活潑な性格で高等科卒業ののち某会社に勤務し、将来を嘱望されていた。発病は16歳で睡眠障害、抑うつ、不安等神経衰弱症状が前駆し、衝動的行為がこれに加った。当時某医に精神分裂病と診断され、数箇月入院電気痙攣療法を受けた。22歳の春頃よりは頭痛、不安、抑うつ状態を繰り返していたという。

入院時所見。闘士、細長型体格。身体的には瞳孔の対光反応の遅鈍、眼瞼、指尖に軽度の振顫が存在した。精神症状としては抑うつ、不安、頭重、頭痛を主訴とし刺戟性亢進、注意の転動性、領解不良を指摘し得る。脳脊髄液は細胞10/3、グロブリン反応陽性でワ氏反応も弱陽性であった。

入院後の経過。入院後は発熱駆痙療法が実施されたが、その頃から発作的に緊張病性の興奮状態が発呈した。即ち多弁、多動、反抗的で目的不明の行動多く、関係、被害、誇大妄想がこれに附加された。そのため強力に電気痙攣療法が実施されさらに前頭葉白質切開療法も2度行われた。しかしながら、概ね三箇月前後の間隔で緊張病様の興奮状態が現在なお発来しており、それ以外の期間は茫然、無為の状態が持続している。

転帰。第一回の前頭葉白質切開療法後軽快状態にあり退院したが旬日ならずして再発。再び入院を継続して現在に至っている。

総括と考按

以上の症例を要約すると次の如くである。

即ち第1の家系では、主として闘士型体格を基盤とした極めて活勃的、社交的、明朗な循環性気質をもち、誇大、

発揚型と見做される共通の病型で発病した。第2の家系は細長型の体格と孤独、ひかえ目で非社交的な分裂性性格であることが注目され、単一癡呆型で発病した。第3の家系は闘士、細長型体格と、定型的分裂病性格をもつ同胞の幼年性進行麻痺で、緊張病様の興奮状態を前景とした非定型的病型で発病した。これらの所見は、体質と症状発現の関連性や、同一家系内発現例の症候像の類似性をうかがう意味で甚だ興味深い。しかも、第3家系を除いては、同一家系内に全たく感染源を異にして発病した非常に稀有な症例であつた。

さて本症の発現については Spirochaeta¹⁾ の毒作用や、生物学的見地に立脚した Hauptmann, Hoche²⁾ 等の見解が広く、支持されてきたが、これによつて總てが理解されてきた訳ではない。当然症候形成に与る個人的因子の意義が重視され、内因性精神病との関連性も問題とされねばならない。次にこの点を先人の見解について検討して見たい。Bleuler¹⁾ は家族的又は個人的素因の如何を重視し、その著しくない場合のみが純粋な器質的疾患像を示すという。Pernet¹⁾ は家族歴と既往歴から変質傾向に注目し、本症が情緒生活を量的に強調せしめるものと考えた。即ち抑うつ性格者は一層抑うつに、多幸性のものは誇大型に傾くことを指摘している。Oeschey, Bumke³⁾ は本症状が最も親密に各個人の発病前性格で決定されると述べているが、同一の見解であろう。循環性格者が誇大型或いは抑うつ型傾向を示すことは、他にも Birnbaum, Klages, Kretschmer 等⁴⁾ 多くの記載がある。さらにはまた Kretschmer 等が類癲癇病性性格者が本症発現に抑止的であるに反し、分裂性または循環性性格者が症候形成上有意義であると強調している。これらはいずれも辺縁症状の解析(Hoche)を主として個人的因子に求めたものとして注目される。さて再び私共の場合を考察すると、第1家系は循環性性格者から誇大発揚型、第2家系は分裂性性格者から単一癡呆型の発現した症例である。第3家系では分裂性性格者から非定型的病型で発病したが、全たく緊張病性興奮状態と見做される点が注目される。いずれも発病初期の器質的過程が、病前性格の粗大化、病的化の具現として考察されるのである。即ち個人的因子をもつてする心的反応、殊に病前性格要素の病的顕現としこれを理解することが可能であつた。なお Riebeling, Kalb 等は同一家族患者は多少なりと同一特徴を有すると述べているが、私共が症例では全たく同一様相であるといつていい。

次に体型学的観点から若干附加したい。これについて、Karpoff, Kirschner⁵⁾ 等は誇大型や抑うつ型の者は肥満

3) Bumke: Lehrbuch der Geistes Kth. 3, Aufl. (1935).

4) Kretschmer: Körperbau u. Charakter (1938).

5) Kirschner, J.: Zbl. Neurol. 63, 372 (1932).

型体格に多く細長型は非定型像を示すという。Gründler⁶⁾は本病の発病に親和性をもつ体型は否定するが、その発呈した症状には体型との関連が指摘されると述べた。彼によれば、63 例の細長型体格者は 44 例が分裂病様症状を、17 例の肥満型体格者は 13 例までが躁うつ病様の病像を示していた。私共の経験例からも Gründler⁶⁾の見解は強く支持したいと思う。

以上考按したところから、進行麻痺辺縁症状は遺伝法則で重視する個人素因の抑制除去、或いは傾向増強であろうと結論する。

なお幼年性進行麻痺の発現機制について Grütter, Jenning, わが国では西, 志賀の詳細な記載がある。本論文の目的から若干異なるので後日稿を改め第 3 家系を中心にこの点の考察を進めて見たいと思う。

む す び

- 1) 感染源を異にして発病した 3 家系 7 例の進

行麻痺について、症状発現の過程を観察した。

2) 第 1 家系は闘士型体格、循環性性格者の基盤の上に、誇大発揚型の病像で発病し、第 2 家系は、細長型、分裂性性格者が単一痴呆型で発病した。第 3 家系は細長型、分裂性性格者が非定型的病型で発病した。

3) 生物学的立場から理解しがたい症候形成の点を、個人的素因を重視して考察した。

4) 本症の辺縁症状は個人素因の抑制除去、または傾向増強と推測したい。

症例の一部は佐藤が北大精神病学教室在籍中に観察した。同教室員諸氏の御援助を得たことを記し感謝の意を表したい。

(昭和 29. 12. 22 受付)

Summary

We cannot speak with certainty in regards to the factors which may be added to syphilis in order to produce general paresis. In reference to the above, a study on 7 cases (3 families) of general paresis was conducted and the following results were obtained.

1) A clear biological affinity was noted between the psychic disposition and clinical picture on general paresis.

2) Athletic bodily type and extroverted personality indicated the the expansive form. Asthenic bodily type and introverted personality indicated the simple dementing form.

3) There is a possibility that "Rand symptome" (Hoche) was a discharge of repression on biological disposition.

A careful perusal of previous literature has revealed the lack of reports pertaining to the above factors, and it is pointed out by the author as a matter of considerable significance.

(Received Dec. 22, 1954)

6) Gründler, W.: Mschr. Psychiatr. 61, 283 (1926).
7) Bostroem, A.: Die Lues psychosen. Bumke's

Handbuch der Geistes Krh. Bd. VIII (1930).
8) Storckes: Modern Clinical Syphilology (1949).