A CASE OF ATAXIA OF THE WALLENBERG'S SYNDROM OWING TO THROMBOANGIITIS OBLITERANS

By
T. MUKASA

*From the Department of Otorhinolaryngology Nagasaki University School of Medicine
(Director: Prof. T. Goto)*

A case of the Wallenberg's syndrom owing to thromboangiitis obliterans, A male aged 48 years, was reported and the author studied particularly on disturbances of equilibrium by functional test, from which could not find the findings of cerebellar lesion and could suspect vestibular disturbances.

Concerning the obliterated vessels, A. vertebralis and A. cerebellaris inferior posterior were confirmed by angiography.

閉鎖性血栓血管炎による平衡障害（ワレンベルヒ氏 症候群）の一例

長崎大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：後藤敏郎教授）

向 笠 朝 彦
ム カサ トモ ヒコ

緒 言

延髄並に脳橋は椎骨動脈、脳底動脈、前脊髄動脈及びその分枝により血行をうけている。これらの血管に血栓又は血栓をきたして血管腔が閉鎖すると、それによつて栄養されている範囲において乏血性壊死をきたし、軟化巣を生ずる。Wallenberg (1895) は血栓は後下小脳動脈に起ることが多く、これによつて突発的に一側の V, VI, VII, VIII, IX, X, XII 脳神経の麻痺、ホルネル氏症候群、小脳性運動失調並に他側の半身知覚麻痺などの症候群を呈することを報告した。その後 Merrit, Finland, Andre, Thomas, Hamet, Bars, 柳原, 高柳 (1949), 会田 (1951) 等も同様の症候群について報告し、これが一般に Wallenberg 症候群と呼ばれるにいたつた。

血管の X 線造影の普及とともに本疾患の発見も増加してくるものと考えられる。この症候群は耳鼻咽喉科領域においては注意をひくことは少なかったが、眩暈感及び平衡障害を伴うためにこの領域においても本症は検討を要する問題と思うが最近 Wallenberg 症候群と見做される一症例を観察したので報告する。

症 例

患者：久○政○ 48才♂ 会社員

主訴：眩暈，頭重感，運動失調

既往歴：28才のとき右急性中耳炎。38才のとき自発脱疽のため右第Ⅱ指及び第Ⅲ指，左拇趾及び第Ⅱ趾の切断を受けた。

家族歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和34年10月25日，自転車にて通行中，眩暈感あり右側に倒れそうになつたので直ちに降車したが，眩暈感はますます激しくなり悪心を伴い嘔吐をきたし，路傍に一時間程休んでいた。その間に嘔吐は約10回あつたが吐物は唾液と食物のみであつた。立ち上がったが身体が自由がきかないのに気付いた。丁度ひどく酒に酔つた時のようであつた。次第に頭痛を覚えるに至つたが意識は明瞭であつた。通行人を呼ぼうとしたが声がでなかつた。家に運ばれて寝ていたが頭重感，眩暈感が激しく，周囲がぐるぐる回転する眩暈感を訴え，また複視があり，右眼瞼は下垂してものがよく見えなかつた。食欲は全くなかつた。聴力には異常は感じなかつた。耳鳴は30才頃より時々両耳にあつたが特に変つたように思えなかつたという。

某病院に入院して2カ月余の治療をうけたがよくなりないので退院した。昭和35年1月12日，当科を訪れ入院した。

現症：栄養良好。意識は明瞭。脊位に臥床。起立し

ようとすると右側に倒れる。閉眼では身体の動揺が更に激しい。激しい回転性の眩暈感を訴える。前方凝視で左に向う自発性眼振あり、頭を右傾したり、右下側位にやすむと眩暈感はひどくなり眼振は更に頻発する。右眼瞼は軽度下垂、右角膜反射消失、眼底は両眼ともに異常はない。複視があつて殊に右方を向いた時に強い。右眼よりの流涙あり、結膜、角膜は正常。右瞳孔はやゝ小さい。右鼻唇溝は浅く、右側前額部に皺をよせることができない。頬をふくらませることも口笛を吹くこともできない。右側口角より流涎をみる。口唇閉鎖が不完全である。右顔面は左に較べ痛覚、温覚、触覚ともに鈍。両耳の鼓膜は正常。鼻腔にも著変を認められない。嗅覚も正常。舌を提出させると右に傾き、線維性収縮をみる。右側舌は前後ともに味覚鈍。硬口蓋、軟口蓋、咽頭後壁は右側が痛覚減弱。声帯の運動は左側は正常、右側は正位に固定。軀幹及び四肢における皮膚の知覚（痛、温、触覚）は左半身特に左上下肢にて鈍か殆んど欠除。深部知覚は正常。橈骨反射、尺骨反射ともに正常。膝蓋腱反射、アキレス腱反射は左右ともに減弱。右側上肢、下肢に軽度の運動失調をみる。右上肢は指指試験、指鼻試験は軽度に拙劣、また右下肢では膝腫試験は拙劣である。アヂアドコキネーゼは認められない。握力右 13、左 30、但し右第Ⅱ指、第Ⅲ指は欠損している。

ピロカルピンテストでは発汗は右顔面にみられず、左顔面に著明に現れ、軀幹四肢では発汗は著明でなく、左右差も認められない。流涎は注射後一時間の総量約 120 cc であつた。アドレナリンテストは陰性。

脈搏は右橈骨動脈の脈搏は減弱し殆んど測定できない。左橈骨動脈の脈搏は緊張、大きさ、調律、数ともに正常である。血圧は左側 144～88mmHg 右側は測定できない。呼吸は正常で心臓所見、胸部所見、腹部所見にはいづれも異常は認められない。

血液梅毒反応陰性、赤血球数 454 万、白血球数 1 万、血色素量 98%，血液像は著変ない。

脳脊髄液は圧 160mmH₂O（坐位）、ノンネアベルト 1（－）、パンチー氏反応（－）、細胞数 2/3（淋巴球）、糖 55mg/100cc、ワ氏反応陰性。尿検査は蛋白（－）、糖定性 0.1%。

経過：1 月中旬（発病後約 2 カ月半）、激しい眩暈感あり、自発性眼振は前方凝視で左に向い水平性である。右下側臥位をとると左に向う眼振は頻発する。寝台の上に手を支えなくては起立できない。聴力障害は訴えない。食欲はあるが嚥下障害を訴える。

2 月上旬、両側に松葉杖をついてゆつくり歩けるようになる。眩暈感は少し軽くなったが、左に向う水平性の自発性眼振は未だ認められる。難聴の訴えはないが平均聴力損失にて気導右耳 18.7db、左耳 16.2db の低下をみた。骨導では殆んど異常がない（第 1 図）。右側耳鳴を訴えた。指示検査では右上肢で右方に 10cm 程偏屈する。アヂアドコキネーゼは認められない。閉眼で両足を開けば立てるが動揺あり、両足をそろえると更に動揺は激しくなり、閉眼では右後方に倒れる（ロンベルグ現象陽性）。血圧は左 140～80mmHg、右測定できない。

第 1 図 オージオグラム

温度刺激検査はフレンツェル氏鏡による肉眼的な観察法で行い、左耳注入 30°C の冷水 20cc 潜伏時間 11 秒中等大の右に向う水平性眼振起り、持続時間 146 秒、10 秒間に 4 数えられる。次で 40 秒間自発性眼振は消失し、眼球は一時静止するが再び左に向う自発性眼振が現れる。

2 月下旬、右側顔面麻痺は軽度になる。前額部に皺をよせうようになり、右頬部に食物もたまらなくなつてきた。左側軀幹上下肢の皮膚知覚も回復し、自発性眼振は左に向い水平性で辛うじて認められる程度となる。閉眼で起立可能となつたが、閉眼では未だ右方に倒れる。歩行は跛行し、両側に松葉杖を使つて歩く。単脚直立、足踏検査はできない。書字検査は開眼では正常、遮眼では右側に 15° 偏倚するが字劃は比較的正確でゆがみはみられない。指示検査では著変は認められない。

3 月上旬、回転後眼振検査（Bárány）20 秒 10 回転は第 1 表の如くである。自発性眼振は未だ左に向う水平性眼振を辛うじて認められる。温度刺激検査。左耳 30°C

冷水並に右耳 44°C 温水各 20cc (8~10 秒間) 注入の成績は第2表の如くである。血圧は左 125~80mmHg, 右側では測定できない。脈搏は左橈骨動脈では正常, 右橈骨動脈では触れない。

3月中旬, 右眼瞼下垂はみられなくなり, 右手に杖をつけて歩行しうるに至る。右声帯も多少動き, 言葉も明瞭となる。退院。

第1表 回転後眼振

回転方向	方向	性質	持続時間	打数
右	→	中等大	左に向う眼振が頻発する	
左	←	中等大	28秒, 10秒間に1回23秒, 40秒間眼球は静止する	

第2表 温度性眼振

	方向	性質	潜伏時間	持続時間	打数	その後
冷水左	←	中等大	10秒	125秒	4/10秒	38秒間眼球は静止
温水右	←	非常小さい	21秒	35秒	2/10秒	15秒間眼球は静止

考 按

(1) 病巣部位並に本症と神経核との関係

延髄にある脳神経核からでる神経線維は延髄内または脳橋内を通過して末梢に達する。大脳から脳神経核に達する神経々路は途中において左右交叉している。本症では右顔面の知覚麻痺, 左側半身の知覚麻痺があるから病巣は錐体交叉より上方で, 三叉神経核附近にあると推定される。この核より上方であれば, 三叉神経は交叉するから病巣は延髄の三叉神経核附近 (右側) と考えられる。

本症の症状と神経核並に神経々路の関係を考えると, 前庭神経核一眼振, 眩暈感

索状体 (髄小脳脚) 一指々試験, 指鼻試験, 膝踵試験の拙劣, 上下肢の運動失調

迷走神経核並に舌咽神経核一声帯の運動麻痺, 嚥下障害, 舌の後 1/3 の味覚障害

三叉神経核一知覚異常, 咀嚼筋麻痺, 舌の前 2/3 の味覚障害

脊髓視床路一脳幹の知覚麻痺

舌下神経核一舌の運動障害

顔面神経一顔面神経麻痺症状

交感神経一ホルネル氏症候群

などの症候がおこつてきたものと考えられる。

迷路性平衡反射の伝導路の末梢枝は前庭の感覚上皮に

はじまり内耳道底にある前庭神経節にて第2 Neuron として前庭神経となり延髄に入つて菱形窩にある同側の終止核に終る。更にこの終止核から髄小脳脚を経て小脳に到る。本症では約6カ月間持続した回転性の眩暈, 健側に向う水平性の大きな自発性眼振が認められた。また右下側臥位にやすむと健側に向う水平性の眼振は頻発持続した。発病時には悪心, 嘔吐を伴つたがその後はおこらなくなった。起立検査は初めは閉眼でも起立できなかった。閉眼では身体の動揺が激しく, 右後方に傾倒した。単脚直立, 足踏検査はできなかった。

右上肢で指指試験, 指鼻試験は軽度に拙劣, 右下肢で膝踵試験の拙劣なことは運動失調の存在を意味し小脳症状と考えられる。しかし発病後約4カ月目に行つた遮眼書字検査では右側への偏倚がみられたが, 文字の乱れは認められなかった。

延髄の前庭神経核, 髄小脳脚の病変によつておこつてきた中枢迷路性眼振及び運動失調であるが, 病勢の軽減とともに平衡障害も軽快してきている。

聴力検査の結果伝音性難聴を示し, また30才頃より時々両耳で耳鳴があると訴えているが, 鼓膜に著変がなく難聴及び耳鳴はともに軽度であつた点から耳管中耳カタルが考えられるが, 三叉神経の運動枝は咀嚼筋並に口蓋帆張筋には翼口蓋神経節を介して, 鼓膜張筋には耳神経節を介して支配しているので鼓膜張筋麻痺も加つていると思われる。

(2) 血管腔閉鎖の原因

延髄に栄養を与える動脈に塞栓または血栓を生じる原因としては, 心内膜炎, 心弁膜症, 動脈硬化症, 梅毒などが考えられる。会田氏は慢性骨髓炎患者に本症が出現したと報告した。本例では1月下旬脳動脈撮影を行い, 右

第2図 椎骨動脈, 脳底動脈

脳椎骨動脈並に後下小脳動脈の閉鎖を見出した。また指趾切断の既往歴があり、右橈骨動脈の脈搏が非常に減弱していたことなどから閉鎖性血栓血管炎(Bürger病)が考えられる。更にこのことは(イ)血圧は正常であるから出血は考えられない。(ロ)外傷がないので脂肪栓塞は考えられない。(ハ)心臓に所見がみられない(ニ)ワツセルマン反応陰性。(ホ)リコールに異常がない。(ヘ)疾患は一挙卒中型に急激におこつたことなどからも推定できる。

閉鎖性血栓血管炎の原因は不明であるが中毒、感染、体質、寒冷など挙げられ、動脈の内膜細胞の増殖と血栓が認められている。

(3) 経過について

脳底の動脈は第2図の如くであるが橋の下端で左右の椎骨動脈が合して脳底動脈となつている。本例が慢性の経過をとり、また症状が軽減したのは副行動脈枝の新生によると考えられる。

結 語

右側椎骨動脈、後下小脳動脈の閉塞によりおこつてきた症状、経過、病巣部位及び原因などを観察した。

文 献

- 1) Bumke u. O. Foerster: Handbuch d. Neurolog II, 1937.
- 2) Wallenberg: Arch. f. Psychiatr. 27: 504, 1895.
- 3) 柳原亮一・高柳日出臣: ワレンベルヒ症候群の一例, 耳鼻臨, 43, 3, 117, (25.3).
- 4) 会田勘二: 慢性骨髄炎患者に発生せる Wallenberg 症候群(会), 日耳会, 55, 5, 341, (27.5).
- 5) 沖中重雄: 内科書上巻, 南山堂。

本症は一部村上(大村市民)により臨床神経病学会第1回(福岡), 本保(長大放)により日医放射線学会九州地方会に発表した。

(原稿到着＝昭和35.8.10日)

—— 営 業 品 目 ——

英国製めがね補聴器在庫豊富

英・米・独製各種新型補聴器
補聴器用米国製水銀電池各種
内 外 補 聴 器 修 理 改 造

補聴器の御用はどうぞ日本補聴器へ

補聴器輸入販売専用の店

カ タ ロ グ 贈 呈

日本補聴器販売株式会社

東京都千代田区神田駿河台三ノ十一

電話 (291) 0080 振替 東京 77872