

た脳梁切断により種々の神経心理学的異常が出現する事を明らかにし、左右大脳半球の機能解明に多大の貢献をなしている。その症例の大部分は脳神経外科から提供されるが、一方私達脳神経外科医は脳梁損傷、分離脳と聞いただけで碌々患者も診察せずに神経内科或いは精神科へ廻す事が多い。こうした場合は二重の意味で残念至極である。第1は Penfield を出す迄もなく、私達だけが脳を操作する事が許されており、それが故に直接的に神経科学に寄与しうる事、第2に神経内科医、精神科医といえども神経心理学はそれほど一般的では無いという事である。確かに脳梁症候群の検査には高価な機械、大仰な装置が必要なものもあるが、簡便に bedside で行なえるものも多々あり、臨床的意義も劣らない。それらの検査法の幾つかを紹介する。

D-5-2) 脳幹部海綿状血管腫の術後におこった one and a half 症候群と幻覚症

藤井登志春・小出謙一郎 (福井県済生会病院)
宇野 英一・土屋 良武 (脳神経外科)

今回我々は、第四脳室底部の左顔面神経丘付近に局限した海綿状血管腫の全摘出後、一過性に ocular bobbing, one and a half 症候群, skew deviation などの特異な眼症状を呈し、さらに「いも虫が見える」、「ダンプカーがベッドの横に置いてある」、「ベッドが上から落ちてくる」と言って手で払いのけるといった幻視を中心とした幻覚症をおこした1例を経験した。one and a half 症候群は、下部脳橋被蓋正中部の障害によりおこる特異な眼症状として従来より報告されている。しかし最近になって、この症候群には病変部位別にいくつかのバリエーションがあることが知られるようになってきた。また、中脳ないし橋被蓋部の障害でいわゆる peduncular hallucination が発症することが知られているが、これも睡眠と覚醒に関連してその病巣部位が研究されている。我々は、今回の手術部位から one and a half 症候群および幻覚症の病巣部位を検討したので報告する。

D-5-3) 血腫吸引除去により症状改善をみた One and a half 症候群を呈した橋血腫の1例

尾金 一民・大熊 洋揮 (弘前大学脳神経)
関谷 徹治・鈴木 重晴 (外科)

症例は23歳男性。突発するめまいにて発症。CTにて

橋左側被蓋部に血腫を認め、意識レベルが低下傾向にあったために、神経内科より当科紹介転科した。高血圧の既往無し。入院時、意識はやや混濁、左方注視麻痺と左核間性眼筋麻痺、左末梢性顔面神経麻痺、軽度の右軀幹失調、顔面を除く右知覚低下を認めた。椎骨動脈撮影では圧排所見以外に異常像無く、血腫の減圧を目的に緊急手術を施行した。後頭下開頭より第四脳室底に至り、脳室壁の変色部位を 22G の翼状針にて穿刺し、血腫を約 3 ml 吸引して手術を終了した。術後より意識障害と眼球運動障害の改善を認めた。左 MLF の圧排除去により左眼内転障害は改善したが、左 PPRF そのものは直接損傷を受けたものと思われた。術後 MRI では脳幹部海綿状血管腫が最も疑われた。文献上、one and a half 症候群の原因としての脳幹部海綿状血管腫は、過去1例の報告があるのみであるため、若干の文献的考察を加えて報告した。

D-5-4) いわゆる “Top of the basilar” syndrome の2症例

須賀 俊博・香川 茂樹 (市立酒田病院)
奥平 欣伸 (脳神経外科)

症例1は、55歳の男性で、発作性心房細動の既往あり、突然の約4時間におよぶ意識混濁 (Japan coma scale 200) にて発症した。覚醒後は、垂直注視麻痺、右同名半盲、一過性幻覚、記名力障害、左側知覚異常などを認めた。CT, MRI 上では、両側視床内側部、中脳被蓋、左後頭葉に梗塞巣があり、脳血管写では右の P1 の低形成と視床穿通枝の閉塞を認めた。症例2は、60歳の男性で、心房細動あり、突然の意識混濁 (Japan coma scale 100) にて発症、持続し、約1ヶ月後には、中程度の痴呆状態に移行した。垂直注視麻痺、右動眼神経不全麻痺、左不全麻痺を認め、CT, MRI 上では、両側視床内側部、中脳上部に梗塞巣を認めたが、脳血管写上では異常所見はなかった。以上、典型的な2症例を示したが、今後増加する老人性痴呆の鑑別上で、いわゆる “Top of the basilar” syndrome をも考慮すべきものと思われたので、その MRI 所見を中心に報告する。