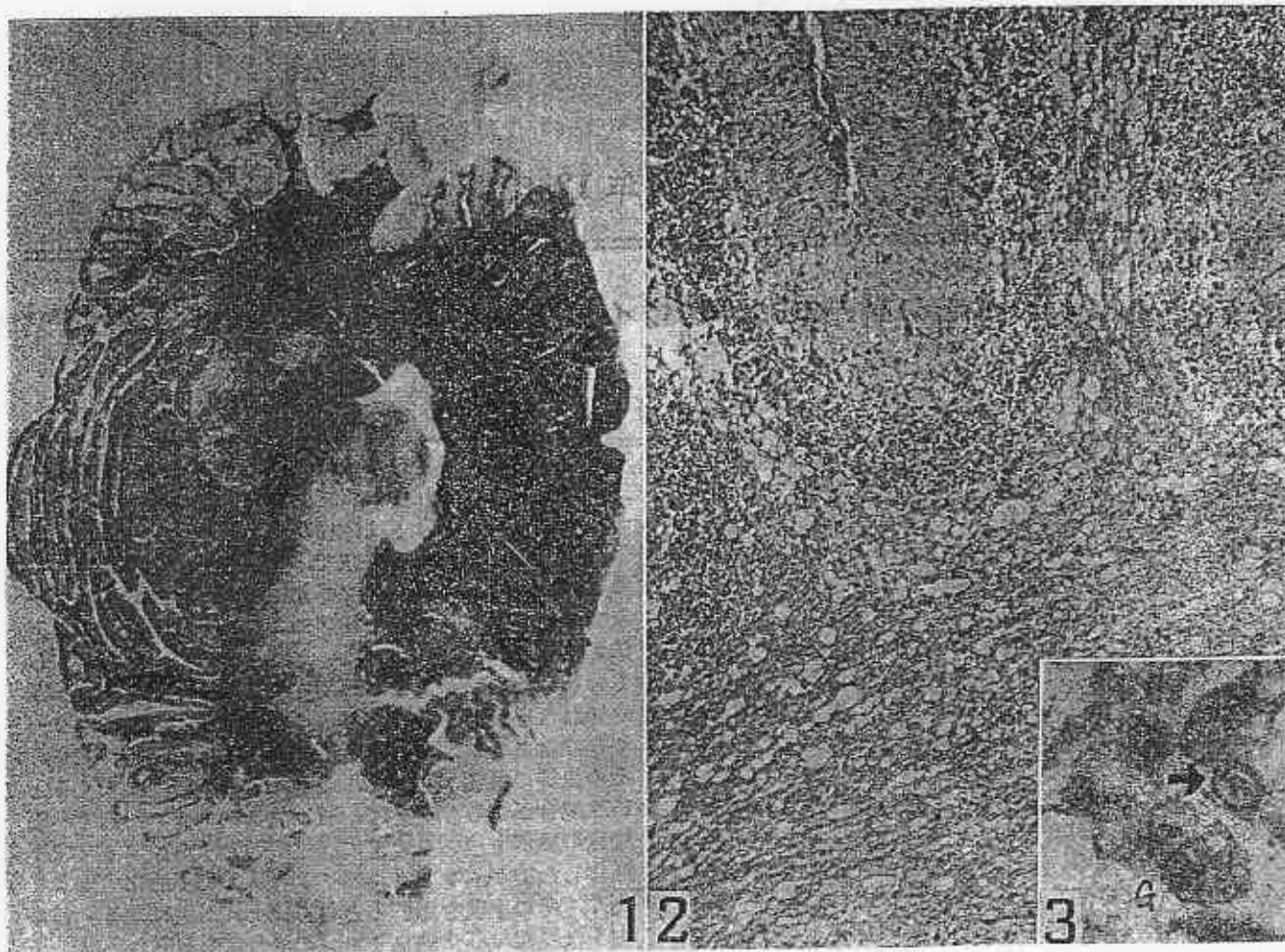


## ジステンパーによる脳軟化

東京大学家畜病理学教室出題・第6回獣医病理学研修会標本 No. 81



約10ヵ月令の種（♀）。はげしい下痢に続いて起立不能に陥り、体の左方回転をみとめ歩行不能。食欲は異常に亢進しているように思われるが頭部が動揺するために自から採食できない。ジステンパー血清とアリナミンを主体とする治療を約1週間続けたが症状は増悪し、尿失禁、特発性垂直性眼球振盪が出現。放置すれば頭頸部を左後方に曲げ鼻端は尾に向け（頭頸位）、右前肢は外側方に伸ばして支柱の役をなす（強迫姿勢）。四肢の協調運動失調。補助起立を行なうと振幅5cm以上の前後の体動揺が現われ、横方向の体動揺も共存し、頭頸部が左上方に回転し、遂に左方に転倒する。耳介反射は左弱く、右は正常。屈筋反射は前肢で鈍。交叉性伸筋反射は前後肢とも陰性。背盤吊位にすると閉眼では頭を脊柱延長線より挙上するが、体長軸は尾方向からみて時計針と逆に旋回、閉眼しても変わらない。眼瞼反射は Subcortical は左右（+）、Cortical は左右（-）で視力はない。肛門反射陰性、皮膚痛覚正常、右肩関節以下で全体に筋の萎縮がみられる。筋電図所見では臥位で M. gastrocnemius に自発性放電なく、伸長反射により放電の誘発は可能。補助起立時、同筋からの放電波形は正常で、体動揺が発現するとき、Brust-clischage が強張する。結局、反射所見からの左右差は判然としないが、聴力、左側頭頸偏位、左側への転倒、眼球下方偏位は左側に強いなど、左側に異常所見が強い。以上の所見から小脳迷路性脳炎が強く疑がわれた。

ジステンパー脳炎の疑いで予後不良と診断、電殺直後に剖検した。写真1は研修会に提出した標本と同部位、延髄前部と小脳前葉を含む横断面の切片に Weil-Weigert 髄鞘染色を施したもので、脱髄の強い場所は白く抜けており、病変の分布を知ることができる。脱髄性変化あるいは軟化の強い部位は、小脳髄質、小脳脚、室頂核および栓状核付近、蝸牛殻神経腹核、前庭根、第4脳室周囲菱形体など広範囲に拡がっている。脱髄の著明な部分は写真2（H. E. ×100、小脳脚付近）に示すように、いわゆる Status spongiosa の所見が明瞭である。脱髄あるいは軟化病巣には髄所に写真3（H. E. ×1,000）矢印で示すような好酸性の核内封入体を有する細胞（いわゆる Gemistocyte）が認められる他、多数の Gitter cell (G) の出現を認める。その他の部位では迷走神経根、視神経交叉部の脱髄、視神経の脱髄、Myelin 球の出現および血管増生、大脳皮質に限局性の軽度の血管増生、血管周囲に多核巨細胞出現と核内封入体を有する細胞の散在などがみられた。従来、Distemper の脳の変化として血管増生が強調されている場合もあるが、やや多数例の検索によれば小脳、延髄を含む横断面における脱髄性の変化が神経型 Distemper の特徴的病変と考えられ、文献の示すところと一致する。