

## “てんかんの経過と予後”

Gowers, W. R. :

てんかんと他の慢性痙攣性疾患 :

その原因、症状、治療

第9章 てんかんの経過

第12章 予後

William R. Gowers : Chapter IX. Course of epilepsy.

Chapter XII. Prognosis.

In : Epilepsy and other chronic convulsive diseases : their causes, symptoms & treatment. William Wood and Company, 1885.

訳 : 山鼻 康弘 (十和田済成会病院副院長)

イギリスの神経学者William R. Gowers (1845~1915)の著書“Epilepsy and other chronic convulsive diseases : their causes, symptoms & treatment”(1885)の復刻版によって、てんかんの経過(第9章)と予後(第12章)の2章を特に選んだ。

佐藤教授と福島は、現代精神医学体系(1977)に「てんかんの経過と予後」について執筆しているが、その執筆にあたって目を通しえた著書、文献のうら、この著書がとくに目を引いた。それは、単に、100年も以前の文献であるということだけではなく、その内容において、今日なお新しいものがあるという点である。実際、上述の「てんかんの経過と予後」の執筆にあたっては、その記述項目の一部はこの著書からヒントを得ている。このような訳で、佐藤教授退官記念として、誠にふさわしい著述であると考え、この2章の訳出を山鼻博士にお願いした訳である。

(福島)

### 第9章

#### てんかんの経過

てんかんの始り方には、3通りがあるようである。第一の型は小型発作(minor seizure)によるもので、大発作が起る前の数ヵ月か数年間、それだけがみられる。小発作(petit mal)は、しばしば始めは軽く殆ど気付かぬうちに起るが、突然激しいけいれん発作が出現するまで、さらに発作頻度が増加する。患者や知人達は、この異なった二つのけいれんを関係づけないので、患者が始めてのてんかん発作が起きたと考えるもの以前に、小型発作が生じていないか、必ず充分、注意して調べる必要がある。例えば、ある患者に小型発作が何年間も生じていても、数ヵ月間発作があったなどと述べたりすることも、よくあることである。

第二の型は、小発作の先行が全く認められず、短い間隔で大発作が繰り返し生ずるものであ

る。二回目の発作は最初の発作後、数日あるいは数週間以内に生じ、短い間隔で発作を繰り返す。

第三の発作起始の型は、単発の大発作によるもので、数ヵ月あるいは数年間も他の発作やてんかんの徴候がみられず、一旦次の発作が起きると、通常その後、発作頻度を増す。第二と第三の型の間には、初回と二回目の発作の間に様々な発作間隔の場合が認められる。

**初回と二回目との発作間隔**——もし、初めて、突然に、てんかん性けいれんが起り、しかも中枢神経や末梢神経に何も原因が見出せなかったとしたら、恐らくそれは、てんかんの始まりである。それがてんかんであるか否かは、二回目の発作が起って始めて最終的に決定される。患者と医師の双方にとって、気掛りな問題は次のことである。「もし、これがてんかんであるならば、次の発作は何時生ずるのであろうか?」「発作抑制期間がどれ程続くと、もう発作は生じないものと期待してよいのか?」こうした疑問に対して、的確な回答を与え得ない現状である。というのも、初回と二回目との発作間隔には、あまりにも変動がありすぎること、また二回目の発作を先に延ばしたり予防したりする治療効果の違い、さらには後発発作をみない単発てんかんの頻度について、はっきりしたところが確かめられている訳ではないためである。

表 1. 大発作をもつ160例のてんかんにおける初回と二回目との発作間隔

1 週以下	18	55 例 (1 ヶ月以下)
1 週 乃至 1 ヶ月	37	
1 ヶ月 " 3 ヶ月	13	52 例 (1 ヶ月以上 1 年以下)
3 ヶ月 " 6 ヶ月	21	
6 ヶ月 " 1 年	18	
1 年 " 2 年	18	53 例 (1 年以上)
2 年 " 3 年	6	
3 年 " 5 年	7	
5 年以上	22	

すなわち、

6 年以上	3 例
7 年 "	9 例
8 年 "	1 例
10 年 "	3 例
11 年 "	1 例
14 年 "	1 例
16 年 "	1 例
18 年 "	2 例
20 年 "	1 例

こうした判断を下すうえに幾許が寄与するものがあるとすれば、症例経過における初回と二回目との大発作の発作間隔の相対的な頻度を比較することによって得られるかも知れない。僅か160例についてではあるが、この点に関する正確な実態は確かめられた。その結果は、以下の表に示される通りである。

これらの数値によれば、症例の 1/3 が1ヵ月以内に二回目の発作を生ずる。さらに 1/3 では、二回目の発作は1ヵ月以上1年未満に延長され、残りの 1/3 は二回目の発作が生ずるまでに1年以上もかかる。[……]ともあれ、こうした数値は最初の発作が生じてから少なくとも12ヵ月以内に二回目の発作が起る危険性を示唆しており、また、こうした危険性は2年目以降急速に低下するが、実際には10年たってもなくなり、14年、16年、18年、あるいは20年といった、より一層長い経過の中で、二回目の発作が起る場合があることを示している。

**続発発作間の発作間隔**—— てんかんという病名が確定されると、大発作の発作間隔は大いに変動し、治療効果によって、その変動はなお一層大きくなる。

発作間隔の長短について、その割合を確かめるために、755 例の患者群について、初診時の発作間隔を比較検討した。大多数の患者は、それまでに全く治療を受けていなかった。いくつかの症例では、発作間隔は分類不能なほど不規則であったが、680例では、発作間隔は概ね一定であり、次表〔略〕の分類におさまる範囲にあった。多くの患者では、発作が続いた後で間隔をおくというように、発作は群発していた。今回の評価では、発作間または群発発作間の発作間隔が検討され、群発発作のなかの発作間隔は考慮されていない。

こうしてみると、症例の 3/4 以上（80%）では、発作がない期間は1ヵ月以内である。発作間隔が2週間を超えなかったものが57%あり、それが1週間以内であったものが40%を占めていた。一方、発作間隔が1日以内というものが、12%あった。わずかに8%の症例のみが、発作間隔が2ヵ月以上に及び、それが4ヵ月以上に達したものは僅か3%であった。こうした比率は、Reynolds の結果と殆ど違わない。つまり、Reynolds は64症例を分析し、発作間隔が1ヵ月以内のもの51例（80%）、1日以内のもの11例（15%）であり、一方、2ヵ月以上のものは5例（7.8%）という結果をみている。

きわめて多くの患者が、発作は1週間の間隔（93例）、2週間の間隔（72例）、1ヵ月の間隔（97例）で生じたと述べている。しかしながら、このような陳述には、確実に規則的な周期性の証拠としては殆ど信頼性に欠けていた。これらの患者達が発作の日付を記録するとか、病院に入院している場合に、そうした発作間隔は正確に1週間を表すものではないことがわかった。これらの陳述は、ただ単におおよそのものである[……]。きわだった月1回の周期性は、時にみられるような、月経時にのみ発作が生ずるという婦人患者の場合を除いては、稀にしかみられるものではない。

多くの患者は、上記の表〔略〕に記載された範囲を超える種々様々な間隔で発作を起す。そのような症例は75名であったが、その全症例の11%に発作頻度を確認しえた。これら不規則症例では、最も長い発作間隔は、最も短い間隔の5倍から40倍であった。後者の場合、その発作間隔は1日から3週間までと多様であったが、一方、長い発作間隔を持つ症例の場合も、症例によって、その間隔は2週間から2ヵ月であった。半数以上の症例（45例）では最短の間隔は1週間以内であり、略々 3/4 の症例（51例）では最長の発作間隔は1ヵ月以上であった。

**群発発作**——既に述べたごとく、発作には単発のものと群発するものがある。前者は通常よくみられるが、後者も稀ならず認められる。発作の期間は1週間から数ヵ月まで様々であるが、ほんの数時間、時には1日程度の間を置いて、発作が群発する。発作回数は2～3回から20回、あるいはそれ以上にも及ぶ。たとえば、ある患者は5日ごとに15回ないし17回の連続する発作を認め、また、ある患者では、1, 2日間にわたって7, 8回の発作が起り、その後1週間は発作がみられなかった。それぞれのシリーズ（連続）中に起る発作の回数は、同一患者において多くの場合かなり多様である。従って、ある患者は、1週間の間隔で、時には2回だけ、時には16回もの発作が起る。また別の患者では、4週に5回から6回の発作があったが、その1/3は、5日間の発作間隔で17回のシリーズ発作を認めた。1/4の症例では、2週間にわたって連日数回の発作を生じ、次の群発発作が起るまでに数ヵ月を要した。

**発作重延状態**——上述の症例では、患者は大抵の場合、発作と発作の合間に意識を回復する。稀な例としては、シリーズ発作の合間に意識を回復せず、発作後の睡眠中に次の発作を起すこともある。このような場合は、発作重延状態（フランス語では、てんかん発作状態）と命名されており、容易ならぬ状態でもある。Bourneville が極めて慎重に検討した最も重篤な例では、発作間隔は一層狭まり、昏睡も深くなり脈搏や呼吸も激しくなる。体温は上昇し、104°（40℃）から105°、さらには107°にまで上昇することがある。こうした状態が数日間続いた後、時に片麻痺がみられる。患者は虚脱状態に陥り死に至ることもある。死は明らかに殆ど間断なき激しいけいれんに由来するものである。また、発作が治った後、せん妄状態とか、褥瘡が急速に形成され髄膜炎の症状を現わし、この段階で死ぬこともある。どの段階においても、症状が改善し、患者が回復することがある。しかしながら大部分の症例は、最終的には死亡する。幸いにも、重篤度の高い発作重延状態は極めて稀であり、ともあれ精神病患者の収容施設とは無縁のものである。筆者の場合は多くの軽症例をみてきているのであるが、これまでに診察してきた限りで、死亡例は皆無であり、患者は回復している。

**小型発作**——大発作を伴っていようといまいと、小型発作に罹っている患者は、大発作だけの患者よりも数は少ない。この点に関する筆者の知見は、検討した症例群の数値としてこれを示すことは出来ないのであるが、小型発作を有する症例は全体例の半数以下であるとのReynoldsの所説を支持するものである。小型発作はそれのみでおきるし、それは独自の病気〔てんかん〕を構成している。また、小型発作は大発作と共に発症しうるし、時折ヒステリー性けいれん発作と併発することもある。小型発作を有する250例における、このような組合せの発作頻度は以下のごとくである。

表 2

小発作と大発作の合併例	174例または70%
小発作のみ	53例    “    21%
小発作と偶発的ヒステリー生発作との合併例	23例    “    9%

**小型発作の発作間隔**—— 小型発作は一般的に再発がきわめて多い。発作間隔が厳密に確かめられている100症例の再発に関し、次表に示すごとく症例の半数以上に連日発作をみる。

〔略〕

同一症例については、大方の症例で小型発作の方が大発作よりも、かなり高頻度に再発する。軽い発作の頻度は、時には非常に高いことがある。筆者は1日に200回も起す例を経験している。よりしばしば、〔小型発作は〕1日2～3回起り、大発作は1～2週間の間隔で起る。時折、小型発作は連日起るが、大発作の発作間隔はかなり長く、2～3ヵ月にも及ぶ。小型発作を伴う16例（16％）についてみると、小型発作が連日生じてても大発作はいつでも起るとは限らないのである。

◎これに反して、1日以上の間隔で小型発作を起す48例のうち、1例を除く全例に大発作も生じた。ただ一つの除外例は、3日間の発作間隔で小型発作を起す症例であったが、患者自身は他に大発作を持っていることに気付かなかった。つまり、小型発作だけが生ずる場合には、通常、頻度が高く、連日発作が生ずる一方、小型発作の頻度が少なければ、殆ど必ず大発作を合併する。

小型発作が大発作よりも頻度が高いという規律性は、発作間隔が2週間以下の小型発作の症例全例についていえることである。しかし、いくつかの症例では、時に大発作の方が高頻度で、例えば2日、3日、4日、または7日といった間隔で発作が起り、小型発作は遙かに長い間隔でしか起らないという例もある。しかしながら、このような症例は稀であり、小型発作を有する症例の7％を越えることはない。

◎時に、軽い発作と大発作との間には関係がみられることがある。軽い発作が大発作の前、数日間に限って起るとか、遙かに少ない例ではあるが、大発作の後、数日間にこれが生ずるといった例である。このような症例では、大発作の発作間隔は通常、数週間である。既に述べたように、てんかんの発病期には小型発作だけが起り、数ヵ月か数年間、軽い発作が続いた後に大発作が起ることがある。同様に、大発作が治療によって抑制されて、軽い発作が続くことも度々ある。

**昼と夜の発作頻度**—— 注意すべきもう一つの問題点は、発作が日中に生ずるのか夜間に生ずるのか、いうなれば、睡眠中に起るのか覚醒中に起るのかといった、相対的な頻度である。840例のこうした問題点の研究から、以下の結論を得た。すなわち、発作は夜間だけ、または殆ど夜間だけに限られるものが1/5（21％）；日中のみ、または殆ど日中のみのものが2/5強（43％）。日中おみび夜間の双方に生ずるものが2/5弱（37％）。発作は部分的にせよ夜間のみにせよ、全症例のうちの半数よりはやや多い数で（57％）夜間に発作が起っている；部分的にせよ、そのみにせよ、全症例の4/5（80％）で日中に発作が生じている。1％のもので発作が入眠時にのみ起り、睡眠からの起きがけにのみ発作を生じたものは1/2％であった。5％のもので、発作は早朝にのみ発生した。初回発作が早朝に起ったものは、さらに多数にみられたが、これらの患者の多くは早起きの習慣があった。てんかんの素因のあるものにとっては、早起きの習慣は注意を要するものである。〔……〕

初回の発作が日中に生じた時、その半数では、次の発作も日中にだけ生ずる。そして、1/7は

夜間にのみ、1/3 は夜間も日中も生ずる。初回の発作が夜間に生じた時は、症例の約 2/5 は、その後の発作が夜間に限ってみられ、症例の約 2/5 では昼も夜も、そして、昼のみの発作は 1/6 の例で認められる。[……]

しばらくの間、睡眠時とか覚醒時とか、あるいはその両者といったように、一定の状況下で繰り返す高頻度の発作も、しばしばその時間帯を変えるものである。このような発作に対する結論は、次のごとくである。

- (1) 夜間に限って起していた発作が日中にも発作を認めるようになった場合、通常は夜間の発作も引き続き起る。
- (2) 日中だけに起していた発作が、夜間にも発作をみるようになった時は、一般に日中の発作はみられなくなる。
- (3) 昼でも夜でも起る発作は、しばしば日中ではみられなくなり、夜間に発作が続く。しかし、極めて稀には、夜の発作はやみ、日中の発作が続くことがある。

**発作と月経との関係**——女性における月経と発作との関係は、諸説紛々たる主題の一つである。筆者が提供すべき事実は狭い分野に限られ、問題点は82例についてのみ詳細に充分な検討がなされている。その 1/12 (7例) では、月経時に発作は全く起らなかった。1/3 (29例) では、発作頻度は月経時にも変りはなかった。半数以上 (46例) については、月に1回の月経時に発作の増悪がみられた。月経時が始まる前に発作が増悪したものが最も多かった(17例)。次に多かったのは、月経期を通じて発作が増悪したもの(15例)で、比較的少なかったのは、月経期の後に発作増悪をみたケースである(4例)。10例については、発作増悪の時期がまちまちであり、月経期の前に発作を起したり、月経期間内に起したり、あるいは月経が終ってから発作を生じたりした。2例では、発作が起ったすぐ後の月経時に発作が増悪するということがみられたが、過去数年間にはそのようなことはなかった。他の2例では、月経が規則的に起っている間は発作は全くみられず、不規則になった時に発作が認められた。

## 第12章

### てんかんの予後

てんかんの予後には、いくつかの異なった問題点が含まれる。(1)生命への危険；(2)てんかんの自然治癒への見込；(3)治療によりてんかんが、(a)直るのか、あるいは(b)発作が抑制されるのか、といった将来の問題も挙げられよう。

(1)生命への危険はてんかんでは大きくはない。患者が意識を失い、土気色で、はれぼったくゆがんだ顔貌を呈して倒れている時には、重症なてんかん発作と思われ——また、生命への危機が差し迫っているようにみえる。発作により殆ど窒息しかけている患者は“あたかも目に見えぬ暗殺者の手にかかって絞められている(ラドクリフ：英国の小説家)”ようにも見えるが、実際に発作中に患者が死の転帰をとるのは極めて稀である。発作で死ぬ危険の主なもの、偶発的な窒息を起しやすい傾向であり、食事中に発作が生じて、食物が気道を塞ぐとか、発作後の嘔吐により同じ結果が生じた場合、またベッド上の患者が発作後にうつ伏せになり、無意識のうちに窒息してしまう場合である。このような訳で、生命への危機は、身体他の部分に比して顔面に集約される傾向はるかに高い。

また、発作が様々な種類の事故を呼び、患者を死の危険にさらす場合もある。下層階級のてんかん者では、前触れもなしに発作を起す場合、時には火の上に倒れ火傷するものがあり、その火傷は時に重篤で危険な状態に至る。しかし、てんかんによる不慮の死で最も一般的なものは溺死である。発作で水中に倒れ込むということだけでなく、発作のため、うまく脱出することが出来ず、また、しばしば、発作が救助の企てを妨げてしまう。このために、てんかん者は場合によっては、排水溝のような非常に水の浅いところでも溺れてしまう。

疑う余地もなく、このような事故死の危険は、発作の重篤度そのものからくる死の危険よりも大きい。後者は極めて稀であり、大発作の頻度ということを考えに入れた場合は特にその事が言える。しかしながら、非常に稀ではあるが、てんかん者が“てんかん発作重延状態”といわれる状態に陥ることがある。その場合、大発作は高頻度で繰り返して生じ、前の発作からすっかり回復しないうちに、また次の発作が起ってくる。この状態は、かなり危険なものの一つであるが、はなはだ稀であり、発作重延状態に陥る傾向はむしろ少ないので、この疾病によって死の危険が明らかに増大するとみなすことは出来ない。

(2)てんかんの自然治癒への見込とはどんなことか？——てんかんそれ自体の傾向もまた、自己維持に他ならない。それぞれの発作は、神経要素の不安定性を増幅することによって、容易に次の発作を惹起させる。それ故に、てんかんの自然治癒は偶発的な出来事であり、あまりにも稀なため、どの症例についても多くを期待するわけにはいかない。しかしながら、時には幼時期のけいれん発作が、発作の原因が消滅したあとにも続き、4～5才頃に自然に終熄することがある。時には、その後、発作が再発しないこともあるが、永久歯の発生期または思春期の頃に発来することも極めて多い。以前からの発作が、思春期まで続いた場合には、その時期で発作が終るということは稀である。堅く一般社会に信じられていることであるが、月経が始まる前に生じた発作が月経開始とともに治ってしまうといった期待は、事実と照合すると道理にあわないのである。この点に関する私自身の観察は、Herpinの所説に完全に一致するものであ

る。かような場合、月経によって何らかの差があるということは極めて稀である。20才を過ぎると、時に自然治癒がみられ、年長になるほどその頻度を増す。このことは、通常てんかんに関する執筆者が認めている以上に多いと思われるが、予後を定める目安とするには、十分に普遍的であるとは云い難い。

結婚は、概して、どのてんかん者にとっても変りはない。発作頻度は結婚後も以前と変わらず、重篤度も同様である。ある患者には、妊娠中に発作がみられなくなるが、通常は妊娠期間が終ると、発作は再燃する。

(3)治療による治癒、または抑制の可能性—— てんかんの自然抑制の可能性は非常に少ないが、次の質問は極めて重要である。治療によるてんかんの治癒の見込とか、発作の抑制とはどんなことか？ てんかんの“治癒”に関する事実は、自信をもって治癒したといえるほど長期間観察されている症例が非常に僅かであるが故に、極めて乏しいといえよう。しかしながら知る限りでは、治癒への唯一の方法は、かなりの期間、発作を抑制することである。それ故、第二の疑問点への答が、事実上全体に対する答となる。

どのような症例でも、治療により発作を抑制する見通しがあるとすれば、それは何なのか？

予後の指標は、抗てんかん薬としてプロマイド（臭化物）が導入されるにおよび、著しい変革をみた。プロマイドは従前薬に比べて、はるかに高率に発作を抑制するばかりか、この種の抗てんかん薬が導入される以前の経験によれば、全く期待されていなかった多くの症例に対しても、大いに効果をもたらしたのである。従って、プロマイドの使用により、予後の条件が本質的に変ってしまった。個々の症例にとって、てんかんの多彩な症状が、どこまで治療に対する効果的な指標として採択できるかを確かめるために、筆者は、その後の再発例は除き、筆者自身の観察下にあった期間中に発作が抑制されていた100症例と、如何なる治療法によっても改善が認められなかった43症例とを比較してみた。症例の数こそ多くはないが、結論は個々の症例の観察で得ていた印象と一致するものであった。

予後に関する問題点としては、①性；②初発年齢；③発病期間；④遺伝傾向；⑤発生因；⑥発作頻度；⑦発作時の患者の状態；⑧前兆の有無；⑨精神症状；⑩発作の性状、が挙げられる。

性—— 非改善例には、女性例が多かった（てんかん全症例で分析されたように）。治療で発作が消失した例では、性差はなかった。このため、全体例との比較で、発作消失例は男性例に多く、女性に少なかった。つまり、予後は女性よりも男性の方がやや良好と云えよう。

年齢—— 次の表は、年齢が予後に著しい影響を及ぼすことを示す。全体に対する非改善例の百分率は30%である(43:143: : 30:100)。発作消失と非改善両群について、発作初発年齢の百分率を示したが、括弧内には発作消失群、非改善群について、各年齢群での、全体群にたいする割合の超過分を示してある。全体ではそれぞれ30%と70%である。

このように、20才以下で発病した症例のうち発作抑制が得られたものの割合は、20才以上で発病した症例のそれよりもかなり少ない。両者の相違は実質上およそ13%である。てんかんが発症する人生の最初の20年間には殆ど影響はないが、予後に関しては10才から20才までに発病した症例よりも、10才以下で発病した症例の方が僅かながら良好であり、発作抑制も、より多い。女性で第二の厄年〔14才〕に生ずる発作は、特別にというほどではないが、なおりにくい。



表 1

	症 例		百 分 率 (%)	
	非改善	抑 制	非改善	抑 制
10才以下	14	29	32.5 (+2.5)	67.5
10～19才	23	45	34 (+4 )	66
20才以上	6	26	19	81 (+11)
	43	100	30	70

発病期間 —— 同様に検討された罹病期間については、次表に示す。

表 2

発病期間	症 例		百 分 率 (%)	
	非改善	抑 制	非改善	抑 制
1 年未満	4	19	17	83 (+13)
1 ～ 4 年	14	37	27	73 (+ 3)
5 ～ 9 年	9	20	31 (+ 1)	69
10年以上	16	24	40 (+10)	60
	43	100	30	70

この結果はこの問題について報告している全ての著者の結論と一致しており、予後の良否は罹病期間に反比例する。発作が抑制されている症例の百分率をみると、発作期間が1年未満の症例（平均より13%上廻っている）では83%で、以下次第に減少し、10年以上発作が持続した症例では60%に低下し、平均値を10%も下廻っている。それ故、予後は発病して1年未満の症例においては断然良好といえよう。治療が、てんかん発作を果して抑制するのか、あるいは全く効果をもたらさないのかといった可能性に限って言及すれば、もしも発作の持続が5年以内にとどまったとすれば、発作抑制の可能性はあるが、発作が5年以上持続すると、完全な発作抑制はおろか、全く効果が期待されない可能性が大きい。[……]

遺伝負因は、発作抑制の可能性を低下させ、予後にとって好ましくない影響があると考えられるのは無理からぬことであろう。ところが、Herpin が最初に指摘したごとく、実際はそのよ

うなものではない。個々の症例の観察から得たところによると、遺伝負因を認める症例では、治療による効果が極めてよく、その頻度も高いことが強く印象づけられたのである。こうした事実は症例の比較検討によって明らかにされている。治療によって改善のみられない33症例のうち、遺伝負因を有するのは僅か10例で30%にすぎない。他方、治療により発作抑制の得られた100症例のうち、遺伝負因を有するものは45例で、他群〔非改善群〕よりも15%も多い。このように、遺伝傾向はかえって発作の抑制を、一層容易にしているかにみえる。こうした遺伝負因を有する症例には、軽度の刺激がかえって効果的であり、また拮抗作用をもたらしやすいという説明がなされよう。こうした症例に、恒久的な治癒が、いとも容易に獲得されるとは勿論考えられない。発作の抑制が迅速であればあるほど、再発傾向も促進され、拮抗を保つかも知れない。似たような事実が、精神障害者にも観察されている；遺伝は、ある発作からの回復の可能性を減じない。

〔略〕

**発生因**—— てんかんの発生因を知ること、すなわち初発発作の原因は、ほとんど予後には影響を与えない。このような原因は、発作が抑制される症例と、治療によって効果のみられない症例とに、ほぼ同じ比率で見出される。追跡調査をした症例では、発生因の特徴を捉えるまでには至らなかった。

**発作頻度**—— 治療開始前の発作頻度は、100症例で構成される次表に示すように、期待される効果に関して重要な情報を提供してくれる。

これによれば、もしも大発作が連日生じると、発作完全抑制の見込は極めて乏しくなる。また、発作が1ヵ月以上の長い間隔で生じた場合には、見通しは最も明るくなる。しかしながら、1ヵ月間に規則的な間隔で起る発作は、より短い間隔で生ずる発作よりも抑制されにくい一面があり、発作間隔と予後との関連は単純ではない。

**発作の発生条件**として、覚醒時であるか、睡眠時であるか、またその両方であるかということも、重要な意義をもつ。残念ながら、発作改善のみられなかった症例については、この点について検討されたのは19例にすぎなかったが、それでも、その数字を見る限り大変唆に富むものがあつた。発作は睡眠時にのみ生ずるのが4例、覚醒時に限るのが4例、さらに睡眠および覚醒時の両方に発作を生ずるのが11例認められた。すなわち、覚醒と睡眠の両方に生ずるものが、いずれか一方のものよりも多く見られ、その比率はおよそ3対2である。他方、発作が抑制された100例では、発作が覚醒時にのみ生ずるものは45例、睡眠時に限って生ずるものは31例であり、覚醒、睡眠いずれでも発作が生ずるものは24例にすぎなかった。つまり、覚醒と睡眠の何れの状態でも発作を生ずる例にくらべ、何れか一方の状態だけで発作を生ずるものは3倍多かった訳である。それ故、この結果から見る限り、睡眠および覚醒の双方に発作が生ずるよりも、どちらか一方の状態に生ずる方が、予後は良好である。

**前兆**—— 明らかな前兆の発生は、予後をやや良好にする。難治な症例では、前兆が見られるもの13例、みられなかったものは28例であつた。つまり、前兆のみられない場合がみられるものの2倍となる。発作抑制例では、53例に前兆がみられず、前兆が出現したのは49例であつた。このように、前兆の出現と欠如は、ほぼ同じ頻度であつた。前兆の内容は若干の例外を除いて

は、予後にほとんど影響を与えない。つまり、めまいとか視覚症状とか一側末梢性の前兆では、むしろ、やや予後に良い傾向があった。

**知能障害**—— 明らかな知能障害の存在は、予後を不良にする。しかしながら、一寸した記憶の障害程度では、殆ど有意性はみられない。発作が治療により抑制されるならば、それ「記憶障害」は回復の可能性があろう。

**発作の性状**—— 発作の性状の予後に対する影響に関して、大発作(major attack)は小型発作よりも遙かによく、治療に反応することに注目すべきである。前者は、後者が著しく減少する前に、しばしば発作が抑制されてしまう。さらに、大発作は完全に抑制されるが、小型発作は治療にもかかわらず、なお存続しつづける場合が稀ならず認められる。

特発性てんかんにおいて、予後指標を要約してみよう。患者が女性なら幾分予後は良好であり、また10才から20才までに発病するものよりも、20才を過ぎて発病するものの方が、明らかに予後は良好である。罹病期間の短いものの方が予後は良いし、遺伝が存在する場合は遺伝負因の認められないものよりも予後は良い。大発作では発作間隔が長いものほど予後は良好であり、発作が毎日生ずるような症例では最も悪い。発作が睡眠時か覚醒時に限られている場合は、その両方で生ずるものよりも予後は良好である。また、著しい知能障害がみられない方が予後が良く、小型発作よりも、様々な程度の強い発作の方が予後は良い。前兆なしに発作が生ずる場合よりも、前兆が発作に先行する場合の方が、予後は良好である。

**片麻痺後てんかん**—— てんかん発作が片麻痺後に生ずる症例では、特発性てんかんよりも予後は芳しくない。片麻痺後てんかんも、正に特発性てんかん型にみられるごとく、罹病期間と発作間隔によって影響を受けるが、期待されるほど治療上の成果はあがらず、治療を行っても、最も治癒しがたい症例となってゆく。

**類ヒステリー発作**—— 類ヒステリー発作の予後は、純粋なてんかん発作よりも概してよい。しかしながら、類ヒステリー発作が単独で生じたのか、小型のてんかん発作に連続して起ったものなのかを確かめることが大変重要である。たとえ前者の方が抑制されたとしても、後者の方は持続する可能性がある。純粋な類ヒステリー発作の予後については、一部には、脳における深遠な感情を示唆するごとく、直接、予後をいささか台無しにする明白なヒステリーの特徴が存在していることにもよるであろうし、また一部には、患者が不健全な家庭環境から離脱できるかどうかにもよるであろう。患者が病院で生活している間、全く発作がみられなくなることが、しばしば認められるが、家庭で不快感にかられたり、気分を妨げられたりすると、たちまち発作を繰り返す。ヒステリーの予後は、一見軽くみえる発作よりも、重篤にみえる発作の方が予後は良く、[……]、発作がヒステリーとてんかんの混合型、あるいは両者の中間型の症例では、殆ど予後不良であり、治療はヒステリーやてんかんに対して直接的なものであろうとなかろうと、しばしば無効である。

純粋な類ヒステリー発作の症例における根本的な予後は、殆ど常に良好である。通常、発作はある期間で終焉する。