

612.14

徐脈性低血壓症 (Bradycardia hypotonica) ノ 2 例

岡山醫科大學北山内科教室 (主任北山加一郎教授)

副手 醫學士 平・木 潔

[昭和 16 年 5 月 6 日受稿]

緒 言

徐脈性低血壓症 (Bradycardia hypotonica) ハ古ク 1910 年 Max Herz¹⁾ = 依リ初メテ記載サレ、其ノ動機ハ何等ノ器質的變化ヲ認メザル=著明ナ低血壓症竝=徐脈ヲ呈スル 2 名ノ患者=引續キ遭遇シ而モ何レモ相似タル自覺症狀ヲ訴フルヲ見タル=ヨリ、ココ=初メテ注意ヲ喚起サレシモノナリ。

其ノ他諸國=於テハ低血壓症=就テハ屢々論ゼザレ居ルモ本症狀群=關シ特別ノ關心ヲ持タル學者少ク、余ノ調査セル範圍=於テハ昭和 12 年慈惠會醫科大學加藤義夫教授¹⁴⁾ ノ 28 歳ノ醫師=關スル徐脈ヲ伴フ低血壓症ナル報告ヲ以テ本邦=於ケル最初ノモノナルガ如シ。

余モ又最近 2 例ノ同症ト信ズルモノヲ經驗セシヲ以テ茲=報告セントス。

文獻的考察

G. Klemperer⁴⁾ = 依レバ慢性低血壓症ノ症候群=就キ記述セル最初ノ人ハ Ferranini (1903) ナリト言フ。次イデ 1910 年=ハ前記 Herz¹⁾ ノ "Über Bradykardie, Hypotonie und hypotonischer Bradikardie" ナル論文ノ發表アリ。即チ氏ハ更=心臟病トシテ來院セル患者 1000 名=就キ既往=溯リテ調査シ、中低血壓ヲ呈スルモノ 73 名 (7.3%)、徐脈ヲ呈スルモノ 55 名 (5.5%)、徐脈ト低血壓ヲ同時=伴フモノ 29 名 (2.9%) =シ

テ其ノ中、心臟=器質的疾患アル患者 9 名及ビ 1 名ノ性的神經性心臟障碍=屬スル者ヲ除外シ殘リ 19 名、即チ心臟病患者 1000 名中 1.9% ノ割=徐脈性低血壓症ヲ見タリト言フ。

次デ 1923 年 Müller²⁾ ハ「急性及ビ慢性傳染病ノ重症例=來ルガ如キ通例ノ低血壓症ハ除外シ、神經質ナ若年乃至中年ノ人々=於テ血壓ノ異常低下ヲ持續性=見ルコトアリ。而シテ之等ノ低血壓ハ屢々持續的=存スル衰弱感、肉體的ノミナラズ精神的ノ作業不能感ヲ伴フ。患者ノ外貌ハ常=元氣ナク注意集中ノ困難或ハ思考力ノ減退ヲ訴ヘ衰弱狀態、甚シキハ失神狀態=陥ルモノサヘアリ。顔色蒼白=見ユルコト多ク麻痺性體質ヲ示ス。治療ハ非常=困難=シテ「デギタリス」ノ使用モ效果ヲ期待出來ズ又「コフエイン」、³⁾「カンフル」モ又一時的=作用スル=止ル。最有效ナルハ轉地靜養シ注意深ク運動ヲナシ寒冷刺激=慣レルコト=アル」ト記セリ。1926 年=ハ Martini⁵⁾ 及ビ Pierach⁶⁾ ノ共同發表=ナル 18 例ノ眞性低血壓症=關スル研究アリ。其ノ冒頭=記シテ曰ク「比較的屢々存スル=不拘低血壓症位注意サレザリシモノ無カルベシ」ト、更= Herz ノ徐脈性低血症=言及シ「我々モ又 18 例中 9 例=於テ徐脈ヲ呈スルヲ見タルモ元來低血壓症者ノ脈搏ハ不安定=シテ徐脈ハ恒常性ノモノ=非ズ。而シテ僅微ナル興奮=依リテモ直=頻脈ヲ呈スルモノ=シテ Herz ノ如ク徐脈ト低血壓症ノ間=特種密接ナル關係ヲ置キ論ズ

ルガ如キ「我々ノ養成セザル處ナリ」ト。

G. Klemperer⁸⁾ モ總括的ニ詳細ニ低血壓症ニ就キ記載シ從來諸學者ニ依ル低血壓症ノ分類法即チ a) 一過性又ハ急性低血壓症, b) 慢性疾患ニ伴フ持續的低血壓症, c) 眞性低血壓症ヲ排シ新ニ

ニ a) 器質的疾患ニ來ル症候性低血壓症
b) 健康者ノ體質性低血壓症
c) 眞性低血壓症

ナル分類至當ナリト提唱シ且低血壓症ト脈搏トノ關係ニ於テ比較的徐脈ヲ呈スルコト多キヲ認メ氏自身1分間36ト言フガ如キ極端ナル徐脈ヲ經驗セリト言フ。

其ノ後モ諸外國ニ於テ低血壓ニ關スル研究ノ發表アルモ彼上ノ如ク低血壓症ト脈搏特ニ徐脈トノ關係ニ詳細論及セルモノ僅少ナリ。

本邦ニテハ昭和3年奥⁹⁾ハ“所謂眞性低血壓症ノ本態”ナル標題ノ下ニ何等器質的疾患ナクシテ輕度ノ徐脈ト慢性低血壓症ヲ呈セル2例ニ就キ生物學的藥物的ノ詳細ナル檢索ヲ行ヒ特ニ植物神經系統方面ヨリ其ノ本態ニ論及セリ。

次イデ昭和11年鹽澤¹³⁾ハ低血壓ト脈搏トノ關係ニ論及シ「低血壓ハ脈ノ多イ人ニ澤山見ルト言フ人ト脈ノ少イ人ニ多ク見ルト言フ人トガアルガ統計カヲ見ルト兩者ハ16.5% 對 18.2% ト言フ様ナ殆ド同ジ數字ヲ擧グラレテ居リマス。寧ろ脈搏ノ普通ノ人ガ多イ様デス」ト述べ、低血壓ニ徐脈ヲ伴フモノ可成リ存スル點ヲ記述サレ居ルモ Herz ノ“Bradycardia hypotonica”ニハ全ク論及サレ居ラズ。

更ニ昭和12年ニ松岡¹⁰⁾ハ「低血壓症ハ症候トシテハ無力性體質、胃腸障礙、脈搏緩徐症、胃酸過多症、磷酸尿、白血球增多症等デアル」ト記シ僅ニ一言徐脈ニ觸レ居ラルヲ見ル。

而シテ緒言ニ於テ述ベシガ如ク、同年加藤¹⁴⁾ノ“徐脈ヲ伴フ低血壓症”ナル論文ニ次イデ同教授門下ノ詳細ナル發表出デタリ。殊ニ昭和15年末ニハ久留宮、伊藤、佐藤²²⁾ノ共同研究ニナル治療

法ヲ主トセル詳細ナル研究發表アリ、副腎皮質ホルモン、性ホルモン、ビタミン B₁、ビタミン C ノ併用療法最有效ナリト。

臨 牀 例

第 1 例

診斷 滿洲「チフス」兼徐脈性低血壓症

患者 小林某 16 歳 男子 商業學校生徒
兵庫縣赤穂郡上郡町在住

初診 昭和 16 年 1 月 8 日、即日入院。

主訴 全身倦怠感、胃部膨滿感、發熱、羸瘦

家族歴 兩親共ニ健全、患者ハ3人兄弟中ノ末子ニシテ他ノ2人ハ共ニ健全ナリ。結核、癌及ビ腦溢血ノ遺傳關係ヲ認メズ。

既往症 特記スベキモノナシ。

現病歴 昨年(昭和 15 年) 9 月初旬頃ヨリ何等ノ誘因無クシテ食後ニ胃部膨滿感アリ且便秘ヲナシ。但シ吞酸嗜雜、嗝氣、嘔吐等ナシ。多少下肢ニ「シビレ」感アリ、且全身倦怠感強ク身體的精神的ニ疲勞シ易クナル。其ノ頃ヨリ顔色又蒼白トナリ 10 月末頃ヨリハ時ニ腹部ニ「ゲル」音ヲ聞クコトアリ。12 月下旬ニ胃部ニ鈍痛ヲ訴ヘシモ 3 日位ニシテ治ス。其ノ他僅ノ運動ニ際シテモ心悸亢進シ時々眩暈アリ且右側耳鳴ヲ訴フルコトアリ。3 日位前ヨリ 38°C ニ及フ熱發アリ、睡眠不良トナルト言フ。頭痛、齒齦出血、鼻出血、下腹部緊張感等ナク咳嗽、喀痰、肩凝、盜汗等ノ呼吸器系統ノ症狀モ訴ヘシコトナシ。食慾可成良好、患者ハ飲酒喫煙セズ。

現症 身長中等大、骨格稍々軟弱、脂肪筋肉ノ發達稍々悪ク無力性體質ノ若年者ナリ。脈搏中等大、緊張良好時ニ不整ナリ。顔色ハ蒼白、皮膚ニ異常發疹ヲ認メズ。眼瞼結膜正常、眼球結膜ニ黃疸色ヲ見ズ。瞳孔正圓、左右同大、對光反應並ニ調節反應共ニ尋常、眼球運動ニモ異常ナシ。舌ハ濕潤舌苔殆ド無ク咽頭部異常所見ヲ認メズ、頸部淋巴腺腫脹ヲ觸レズ。意識明瞭、呼吸安靜、胸腹

型ナリ。

胸部所見： 心臓濁音界正常，打聽診上第2肺動脈音稍々充進ス。肺臓ニ於テハ兩側肺尖部並ニ右背上部僅ニ呼吸延長ス。

腹部所見： 胃部稍々膨滿シ振水音ヲ閉クモ壓痛ナシ。肝臓ヲ右肋弓下1横指半徑觸知スルモ壓痛無ク表面平滑，硬度異常ナシ。脾臓モ左側肋弓下ニ僅ニ觸知ス。腎臓ハ觸レズ。

四肢： 膝蓋腱反射兩側共ニ僅ニ弱シ。腓腸筋ノ握痛ナク運動並ニ感覺障碍ヲ證明セズ。直ニ次ノ諸種検査ヲ施行セリ。

1) 尿，尿： 尿ハ淡黄色稍々混濁，比重ハ1030，反應酸性，蛋白，糖ヲ證明セズ。「チアゾ」反應，「インヂカン」，「グメリン」，「ウロピリン」等總テ陰性，「ウロピリノーゲン」弱陽性ナリキ。沈渣中稍々多數ノ大腸菌ヲ見ル外赤血球，白血球等ヲ見ズ。尿ハ黄褐色普通便ニシテ消化良好，膿，血液，粘液等ヲ證明セズ。「ベンチデン」反應弱陽性ナルモ「グアヤク」反應陰性，鏡檢セルモ蟲卵ヲ見ズ。

2) 胃液検査(1月13日)： 總酸48，鹽酸38，乳酸(-)，「ペプシン」(+)，「ラーブ」酵素(卍)，血液(-)，消化良好，粘液(-)，即チ全ク正常ナリキ。

3) 其ノ他： マントー氏反應陰性，尿トリプレー反應又陰性ナリキ。

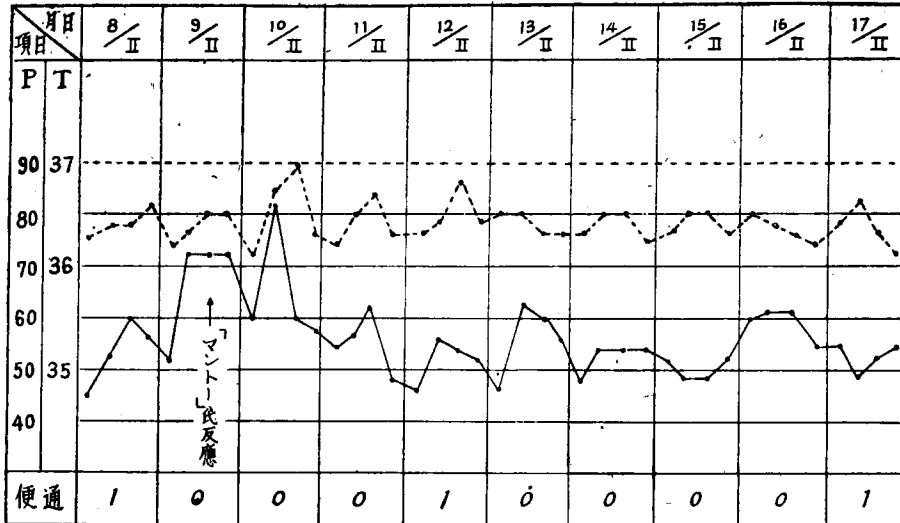
其ノ後ノ經過： 入院當日最高39.3°Cニ及ブ發熱アリ，當時ヨリ發熱ニ比シ著明ナル徐脈ヲ示セリ。翌日ハ體溫最高39.1°C，翌々日ハ最高37.8°C，順次斯クシテ解熱，入院後6日目ニハ體溫最高37.2°Cニ下降，其ノ後ハ全ク平熱ニ復シ2月20日退院マデ概シテ36.2°C乃至36.6°C位ノ間ニアリ，低血壓並ニ徐脈ハ第1表ノ如ク依然存續セリ。而シテ入院當初ノ發熱，白血球減少，脾腫等ヨリ2月8日ワイルフエリツクス氏反應ヲ檢セシニ2時間200倍，24時間，1000倍陽性ノ結果ヲ得技ニ入院前約3日ヨリ入院後數日ニ互タル發熱ノ因ハ滿洲「チフス」ニ依リシモノナル可シ。而シテ下熱後約1箇月經過，入院觀察セシモ顔色蒼白ハ依然變化無ク，全身倦怠感，注意力集中幾分困難ニシテ胃部膨滿感去ラズ。昨年9月以來ノ狀態ニ變化ナシ。就中客觀的ニ殊ニ著明ナル症狀ハ血壓及ビ脈搏ノ狀態ニシテ，血壓ハ第1表ニ示セン如ク常ニ最高84 mmHg乃至90 mmHgノ間ニ在リ，最低ハ48 mmHg乃至52 mmHg，脈搏ハ著明ナル徐脈ヲ呈シ安靜時ニハ常ニ1分間50前後ヲ示ス。但シ運動，精神興奮ニ依リ脈搏數増加シ例ヘバ第2表ニ於テ9/I，10/Iニハ多シ。

第 1 表

検査月日 項 目	8/I	25/I	6/II	12/II	18/II
體 温	37.0°—39.2°	36.4°—36.5°	36.5°—36.8°	36.2°—36.8°	36.3°—36.5°
脈 搏 數 (1分間)	54—84	52—68	48—65	46—56	48—52
血 壓 (mmHg)	90—52	90—50	84—50	86—48	84—48
マントー氏反應	(-)	/	(-)(9/II)	/	/
赤 沈	1 時 間	10	7	4	4
	2 時 間	25	21	15	14
	24 時 間	105	88	70	68

第 2 表 温度表ノ一部

(1月8日入院, 2月20日退院ス)



其ノ間諸種検査セル結果次ノ如シ。

1) 血液ニ關スル諸検査

1) 血液像: 赤血球數ハ第3表ニ示セルガ如

第3表 血液像

検査月日	8/I	25/I	6/II
血色素量 (%)	52	66	76
赤血球數 (萬)	403	390	393
色素係數	0.64	0.85	0.97
白血球數	4100	5200	4800
白血球種類	中性嗜好性	/	64
	淋巴球	48	28
	大單核移行型	5	7
	「エオジン」嗜好性	1	1
血小板數	/	/	197,200

ク常ニ400萬前後ニシテ先ツ正常, 血色素量ハ入院當時ハ稍々貧血ヲ呈シ居リシモ其ノ後次第ニ正常ニ復セリ。即チ2月6日検査時ニハ76%ヲ示セリ。白血球數ハ常ニ稍々少ク5000前後ヲ示ス。白血球ノ種類ハ入院時滿洲「チフス」ニ特有ナル「比較的淋巴球增多ヲ伴フ白血球減少症」ノ像ヲ呈シ居リシモ順次淋巴球ノ百分率減少セリ。然レ共2月6日検査時ニ於テモ尙ホ28%ニシテ依然僅少

クラ淋巴球增多ノ傾向ヲ示ス。

ロ) 赤血球沈降速度 (ウエステルグレン氏法):

第1表ニ示スガ如ク入院時稍々速カナル傾向アルモ第2回測定時以後ハ全ク正常範囲内ニアリ。

ハ) 血清ワ氏反應: 村田氏反應ト共ニ陰性。

ニ) 血清高田氏反應: 弱陽性。

ホ) 赤血球抵抗力測定 (リビエール氏法): 最小ハ0.46%, 最大ハ0.32%ニシテ正常。

ヘ) 血液凝固時間測定 (ビュルケル氏法): 凝固開始ハ8分, 凝固完成ハ14分ニシテ正常。

ト) 出血時間測定 (ヂューク氏法): 5分ニシテ全ク異常ナシ。

チ) 血糖量測定 (ハーゲドルン-エンゼン氏法) 空腹時0.162%ニシテ幾分増加ノ傾向アリ。

リ) 基礎新陳代謝測定: 10.2%減退, 即チ幾分低下シ居レリ。

2) フライ氏「アドレナリン」試験

次表ノ如ク注射後20分位ニシテ顔面蒼白度稍々増加, 軽度ノ心悸尤進ヲ訴フ。脈搏ノ増加ハ30分後ニ最高ニシテ16, 即チ著明ニハ非ザルモ可成リノ反應ヲ示セリ。

第 4 表 フライ氏「アドレナリン」試験

(1000 倍「鹽化アドレナリン液」0.5 cc 皮下注射)

項 目	前	30'	60'	90'	120'	
脈 搏	50	60	53	50	53	
白 血 球 數	5000	7600	8000	8100	7400	
白血球% 球種別	中性嗜好性	65	62	51	57	66
	淋 巴 球	28	32	41	37	25
	大單核移行型 「エネジン」嗜好性	6	5	6	6	8
心 悸 亢 進	ナ シ	注射後 20'—40' ノ間輕度ナルモ訴フ				
顔 面 蒼 白	稍々蒼白	注射後 20'—30' 稍々程度ヲ増ス.				

3) レ線検査

表ノ如ク稍々小心臟ニシテ且傾斜角大ナリ。即チ

イ) 胸部： 肺臟ニ於テハ異常ナシ。心臟ハ本邦人男子ニ於ケル統計(田宮²³)ニ比較スルニ第 5

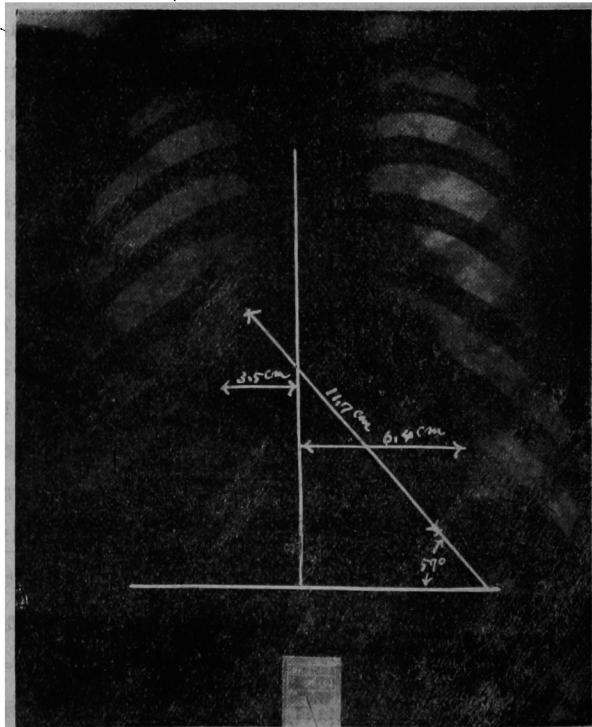
Wenckebach ノ所謂筒狀心ニ近キ像ヲ示ス。

(レ線胸部寫眞參照)

第 5 表

	身 長	右正中間隔	左正中間隔	横 徑	縱 徑	傾 斜 角
標 準	155—164 cm	4.2 cm	8.1 cm	12.3 cm	12.9 cm	36°
患 者	159.7	3.5	6.4	9.9	11.7	57°

ロ) 胃竝ニ腸： 蠕動運動弱ク胃下垂竝ニ「アトニー」ノ狀ヲ呈ス。腸ニハ異常ヲ認メズ。



第 2 例

診断 徐脈性低血壓症

患者 和氣某 56 歳 男子 花菱製造業

岡山縣都窪郡庄村在住

初診 昭和 15 年 12 月 10 日

主訴 胸内苦悶感

家族歴 既往症 特記スベキモノナシ。

現病歴 約 1 箇月位前ヨリ身體運動例ヘバ長途ノ步行或ハ自轉車ニ乗ルガ如キ際胸内苦悶感、心臟部壓重感アリ。生來睡氣強キ方ニシテ殊ニ最近ニ於テハ毎日 1 乃至 2 時間ノ晝寢ヲナス。僅ノ仕事ニモ疲勞シ易ク 2, 3 年來精神的、肉體的ノ仕事ニ從事スルコト非常ニ億劫ニシテ商賣ニ積極的活動ヲナス氣力少ク、性的方面ニ於テモ 1 年位前ヨリ極度ニ減退シ、食慾不良ニ非ザルモ少量ノ食餌ニテモ直ニ胃部膨滿感起リ近來ハ小サキ茶碗ニ 2 杯宛ト定メ居レリト言フ。尙ホ元來寒ガリノ方ニシテ初冬ヨリ炬燵ヲ離セシコトナク朝起キ出スマヤ火鉢ノ傍ニテ球ノ守ヲナシ晝ニハ孫ト共ニ晝寢ヲナスヲ日課トナシ居レリト。昨年 12 月上旬輕度ノ失神發作ヲ起セシコトアルモ其ノ後該發作ヲ見ズ。乗物ニ酔ヒ易キコトナク、耳鳴、眩暈、嘔吐、頭痛、肩凝、咳嗽、喀痰、盜汗、發熱等ナク睡眠良好、幾分便秘ノ傾向アルモ輕度ナリ。尿ノ回数稍々多シ。

現症 身長中等大、體格頑健ニシテ筋肉、皮下脂肪組織ノ發達ハ普通ニシテ麻痺性體質ニ非ズ。脈搏整調ナルモアシュネル、チエルマーク症狀共ニ陽性ナリ。著シキ徐脈ヲ呈シ安靜時 1 分間 50 前後ナリ。顔色蒼白、皮膚ニ異常發疹ヲ認メズ。眼瞼、眼球結膜ニ貧血、黃疸色ナシ。瞳孔ハ正圓、左右同大、對光反應、調節反應異常ナク眼球運動又正常、舌ハ濕潤ニシテ舌苔菲薄ニテ咽頭部尋常、頸部淋巴腺腫脹ヲ見ズ。意識明瞭ニシテ呼吸安靜胸膈型ナリ。

胸部所見 心臟濁音界正常、心音總テ清純ナルモ稍々弱シ。第 2 肺動脈音稍々亢進セルモ心臟

ニ器質的疾患アルヲ思ハスガ如キ所見ナシ。肺臟ハ打聽診上全ク正常ナリ。

腹部所見 腹部ハ平坦ニシテ柔軟、肝臟、脾臟、腎臟ヲ觸レズ異常ヲ認メズ。

四肢 運動及ビ知覺障礙ナク、膝蓋腱反射尋常ナリ。腓腸筋ノ握痛ナシ。

血壓 當日外來診察室ニテ最高 85、最低 55。

尿 淡黃色稍々濁濁、比重 1024、弱酸性。蛋白質「ズルホ」(+), 「コッホ」, 「ヘルレル」共ニ弱 (+), 糖陰性。沈渣ニ異常ナシ。

尿 黃褐色普通便ニシテ消化良好、膿、血液反應、蟲卵ヲ認メズ。

外來ニテ北山教授ニ依リ徐脈性低血壓症ノ診斷ヲ下サレ直ニ入院、詳細ナル検査ヲ獎メシモ應ゼズ。其ノ後來院セザリシモ昭和 16 年 3 月 15 日再度來院、諸検査ヲ施行セリ。患者ノ主訴前回ニ同ジ。

1) 尿、尿 尿ハ淡黃色濁濁、比重 1022、反應ハ酸性、蛋白ハ「ズルホ」(+), 「コッホ」, 「ヘルレル」共ニ(-), 糖(-), 「デアゾ」反應、「インヂカン」, 「グメリン」, 「ウロビリ」等總テ陰性、「ウロビリノーゲン」弱陽性、沈渣中異常ヲ認メズ。尿モ尋常ナリ。

2) 血液ニ關スル諸検査

イ) 血液像: 血色素量 (「ザーリー」%) 88, 赤血球數 425 萬, 白血球數 6500, 白血球ノ種類ハ中性嗜好性 65%, 淋巴球 31%, 大單核 1%, 「エオジン」嗜好性 2% ナリキ。即チ輕度ノ淋巴球增多アリ。

ロ) 赤血球沈降速度 (ウエステルグレン氏法): 1 時間 6, 2 時間 24, 24 時間 78。

ハ) 血壓並ニ脈搏: 血壓ハ最高 82, 最低 50 位ニシテ脈搏ハ安靜時 1 分間 52 前後ナリ。整調ニシテ、アシュネル、チエルマーク現象共ニ陽性ナリ。

ニ) 血清ワ氏反應: 村田氏反應ト共ニ陰性。

ホ) 出血時間 (デューク): 4 分ニシテ異常ナ

シ.

へ) 血液凝固時間(ビュルケル): 凝固開始 8

分, 凝固完成 13 分 = シテ正常ナリ.

ト) 血糖測定: 空腹時 0.112% = シテ普通.

3) 基礎新陳代謝 1.1% 亢進, 即チ殆ド正常

= シテ低下シ居ラズ.

4) 自律神経系統ノ藥物學的検査

イ) 「アドレナリン」試験

第 6 表 「アドレナリン」試験

(1000 倍「鹽化アドレナリン液」0.5 cc 皮下注射)

項目	前	5'	10'	15'	20'	25'	30'	35'	40'	45'	50'	55'	60'
血 壓	82 50	84 50	86 48	90 40	96 42	98 44	102 44	108 42	104 40	100 44	94 40	86 40	86 46
脈 搏	52	58	58	59	60	62	62	65	64	60	57	55	56
心悸亢進	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
皮膚蒼白	(-)	(-)	(-)	(±)	(±)	(±)	(±)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
手指振顫	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

ロ) 「ピロカルピン」試験

第 7 表 「ピロカルピン」試験

(1000 倍「硫酸ピロカルピン液」0.5 cc 皮下注射)

項目	前	5'	10'	15'	20'	25'	30'	35'	40'	45'	50'	55'	60'
血 壓	82 44	84 50	88 48	90 50	106 56	104 58	102 52	102 52	98 50	94 52	92 52	88 44	88 48
脈 搏	52	55	54	58	60	57	58	56	58	56	54	52	48
心悸亢進	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
熱 感	(-)	(-)	(±)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(±)	(-)	(-)	(-)
發 汗	(-)	(-)	(-)	(±)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(±)	(-)	(-)	(-)
尿 意	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)
流 涎	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
腹 痛	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

「ワイトニ」= 偏ス.

5) 「エレクトロカルデオグラム」

單ニ徐脈ヲ呈スルノ他別ニ著明ナ變化ヲ認メズ.

引續キ來院或ハ入院ヲ獎メシモ應ゼズ.

總括竝ニ考按

慢性低血壓症ノ原因トシテ今日考ヘ得ル器質的疾患トシテハ次ノ 4 ツノモノヲ擧ゲ得ル.

1) 結核. 第 1 例ニ於テ胸部「レントゲン」検査ニ依リ結核性變化ヲ認メズ, 且「マントー」氏反應陰

性, 爾他症狀就中ワイルーフエリツクス反應顯著ナリシ點ヨリ入院當初ノ發熱ハ結核ト斷ズルヲ得ズ. 第 2 例ニ於テモ聽診上, 打診上何等ノ變化ヲ認メズ. 且兩例共ニ遺傳關係或ハ既往症ニ結核性疾患ナシ. 殊ニ第 1 例ニ於テハ 2 回ニ互リ施行セシ「マントー」氏反應ハ共ニ陰性ナリキ. 又何レモ赤血球沈降速度正常ナリキ.

尙ホ鈴木氏ノ研究ニ依レバ肺結核ニ基ク低血壓症ハ最高血壓ガ 80 mmHg 乃至 90 mmHg ト言フガ如ギ極度ノ低値ヲ示スコトハ極メテ稀ニシテ且斯ル場合ハ頗ル重篤ナル際ナリト言フ. 從ツテ

本 2 例ガ共ニ結核ノタメニ低血壓ヲ示スモノニ非ザル事ハ明白ナリ。況ンヤ著明ナル低血壓ノ合併スルニ於テオヤ。

2) 悪性腫瘍、血液病、心臓及ビ血管系統ノ疾病、之等モ又慢性低血壓ノ原因トナルコトアルモ余ノ 2 例ニ於テハ何レモ之等ニ相當スル徴候ヲ認メズ。

3) 瘧毒。瘧毒モ慢性低血壓ノ原因ヲナスコトアリ。即チ該毒素ガ主トシテ心臓又ハ大血管ヲ胃シテ血液ノ循環能力ヲ障碍セル場合ナルモ比較的稀ナリ。本 2 例ハ共ニ心臓ニ器質的疾患ヲ思ハスガ如キ變化ナク、且既往症、現症ニ於テ瘧毒性疾患ヲ認メズ、而モ何レモ血液ワ氏反應陰性ナリ。從ツテ瘧毒ニ依ル低血壓ニ非ザルコト又明瞭ナリ。

4) 諸種内分泌性疾患。慢性低血壓ヲ呈スルモノニ諸種内分泌性疾患アリ。即チアヂソン氏病、粘液水腫、甲状腺機能低下及ビ多腺性機能障碍等ナリ。勿論後述スルガ如ク徐脈性低血壓症ノ本態の原因トシテ内分泌腺ノ異常モ或程度關與セルモノナルハ想像ニ難カラザルモ、少ク共本 2 例ニ於テ臨牀的ニ之等疾病ニ相當スル所見ヲ認メ得ズ。

コレヲ要スルニ本 2 例ノ低血壓ハ以上 4 項目ニ互ル何レノ原因ニモ相當スルモノニ非ズシテ眞性低血壓症ニ屬スルモノト看做スヲ妥當トセン。而シテ眞性低血壓症ニシテ同時ニ著明ナル徐脈ヲ伴フ場合ヲ以テ初メテ Herz ハ徐脈性低血壓症ト名付ケシモノナレバ余ノ 2 症例ガ共ニコレニ相當スベキモノナルハ明カナリ。

症候論：

1) 性。Herz¹⁾ニ依レバ徐脈性低血壓症 19 例中男子 14 例、女子 5 例ニシテ男子ニ多シト言フ。加藤教授ノ 12 例中男女各 6 例ニシテ其ノ間ニ差違ナシ。而シテ奥⁹⁾ノ 2 例ハ共ニ男子、余ノ 2 例モ又共ニ男子ニシテ幾分男子ニ多キ傾向アルモノノ間ノ消息ハ更ニ多數例ノ統計ニ依ラザルベカラズ。

2) 年齢。加藤²⁰⁾ニ依レバ「本症ノ本態未ダ不明ナルモ一般ニ體質異常(内分泌腺機能障碍、植物神経系統障碍)ト考ヘラレ居ル關係上年齡ニハ餘リ關係ナキモノノ如シ」ト。Martini 及ビ Pierach⁶⁾ガ詳細ニ調査研究セル本態的低血壓症 18 例中ノ年齢ノ關係ヲ見ルニ、17—29 歳ノモノ 5 例、30—39 歳ノモノ 6 例、40—49 歳ノモノ 6 例、50 歳以上ノモノ 1 例ニシテ加藤教授ノ言ヲ裏書キセリ。併シ乍ラ文献的考察ノ項目ニ引用セシ如ク Müller²⁾ハ眞性低血壓症ハ中年乃至若年ノ者ニ見ルト記シ居レリ。余ノ第 2 例ハ 56 歳ニシテコノ點 Müller ノ言ニ反ス。

3) 循環系

a) 血壓：徐脈性低血壓症ト言フ以上低血壓ヲ呈スルハ勿論ナルモ普通血壓ト低血壓ノ境界ニ關シテハ學者ニヨリ多少ノ相違アリ。例ヘバ Munk ハ 35 歳以下ハ男子 100、女子 95、35 歳以上ハ男子 115、女子 105 以下ヲ以テ低血壓トナシ、Martini 及ビ Pierach⁶⁾ハ男子 105、女子 100 以下ヲ低血壓トナス。Joachim⁷⁾、Barach⁵⁾ハ共ニ 110 ヲ以テ境界トナセリ。我國ノ學者ノ態度ヲ見ルニ境界點一般ニ諸外國ニ比シ低値ナリ。即チ佐々¹¹⁾ハ男子 100、女子 95 ヲ以テ境界トナシ、大森¹²⁾、加藤²⁰⁾ハ男女共ニ 100 以下ヲ低血壓トナシ余ノ症例モ亦コレニ相當ス。

b) 脈搏：徐脈性低血壓症ノ脈搏ハ一定シ居ラザルモ大體ニ於テ 50 乃至 60 位ナリ。Klemperer⁸⁾ハ 1 分間 38 ノ例ヲ經驗セリト言フ。余ノ例ハ共ニ 1 分間 50 前後ニシテ勿論安靜時測定セシモノナリ。肉體の運動或ハ精神の興奮ニ依リ一時的ニ頻脈ヲ呈ストセラル。徐脈ノ他ニ往々不整脈及ビ期外收縮ヲ呈スルコトアリト言フモ多クハ一時的ノモノナリト言フ。

次ニ徐脈性低血壓症或ハコレノ屬スベキ眞性低血壓症ノ頻度ニ關シ調査セルニ次ノ如シ。

Herz¹⁾ノ統計ハ緒言ニ記述セリ。Martini 及ビ Pierach⁶⁾兩氏ノ統計ニ依レバ患者 9000 人中眞性

低血圧症者 220 名 (2.4%) = シテ, Joachim⁷⁾ = 依レバ 3000 名ノ患者中 = 148 名 (5%) ノ眞性低血圧症ヲ見タリト言フ. Barach⁵⁾ ハ軍人及ビ學生ノ如キ健康人ニテ統計ヲトリ 3.5% ナリト言フ. 我國 = 於ケル統計ヲ見ル = 佐々¹¹⁾ = 依レバ 14366 名ノ患者中低血圧ヲ呈スルモノ 330 名 (2.3%), 大森¹²⁾ = 依レバ 3567 名ノ慶應病院入院患者中 12.8% = 低血圧ヲ見タリト言フモ何レモ何等カノ疾病ヲ有スル患者 = 就テノ統計ナリ. 加藤²⁰⁾ ガ病院看護婦, 工場従業員, 放送局事務員等 1806 名 = 就キ健康診断ノ際發見セシ徐脈性低血圧症者 12 名ナリキト言フ.

c) 心臓: 打診上往々濁音界ノ縮小セルヲ見, レ線検査 = ヨリ滴狀心ヲ認メルコト多シト言フ. 第 1 例 = 於テハ前記ノ如ク滴狀心ト迄ハ行カズトモ稍々夫レ = 近キ狀ヲ呈セリ. 第 2 例ハ心臓濁音界正常ナリキ.

d) 末梢血管: 徐脈性低血圧症ノ患者ハ概シテ顔色蒼白, 手指末端部ノ冷感等ヲ見, 冷 = 症ノモノ多ク尙ホ往々發汗シ易キモノアリト. (加藤) 余ノ第 1 例ハ顔色蒼白ナルモ其ノ他上記ノ如キ訴ヘナシ. 第 2 例ハ同ジク顔色蒼白 = シテ手指末端部 = 冷キ感アリ且患者ノ言 = 依レバ非常 = 寒ガリ = シテ早くコリ炬燵ヲ離セシコトナク毎日火鉢ノ守ヲナシ居レリト言フ. 尙ホコノ患者ハ僅ノ事ニテ發汗シ易シト. 注意スベキハ徐脈性低血圧症ノ顔色蒼白ガ貧血ト誤リ易キ點ナリ. 第 1 例第 2 例共 = 眼瞼結膜ノ充血可良 = シテ血液像 = 於テモ何レモ貧血ヲ呈シ居ラズ. 即チ之等患者ノ呈セル顔色蒼白ハ所謂 "Pseudoanämie" = シテ徐脈ノタメ或ハ末梢血管系統發育不全ノタメト考ヘラル. 尙ホ本症患者 = 於テハ皮膚一般 = 光澤ナク緊張度弱ク皺ノ見ユル者アリ. 中 = ハ加藤教授ノ言ヲ借リテ言ヘバ唐美人様ノ感ヲ起サスモノアリト言フ. 余ノ第 1 例ヨリ受ケル感ハ正ニコレ = 該當スルモノナリキ.

e) 血液: 赤血球數ハ 2 例共 = 先ヅ正常範圍

乃至僅 = 減少ノ傾向アルモ高度 = 非ズ, コレ亦先人ノ記載 = 一致セリ. 白血球數ハ第 1 例 = 於テハ稍々減少, 第 2 例ハ正常ナリキ. 血色素量モ先ヅ大體 = 於テ正常範圍内 = アリ. 白血球種別 = 於テ兩例共 = 淋巴球ノ増加ヲ輕度 = 認ム. 加藤²⁰⁾ ノ 12 例ノ本症患者 = 於テハ最高 40.5% ヨリ最低 30% = シテ著明ナリ淋巴球增多症ヲ認ムルモノ可成多シトノ發表 = 一致セリ. 次 = 學者 = 依リテハ「エオジン」嗜好性白血球ノ著明ナル増加ヲ見ルコト多シトナスモ余ノ 2 例 = 於テハ何レモ増加ヲ認メザリキ. 血糖ハ Martini 及ビ Pierach⁶⁾ ノ症例中 13 例 = 於テ最低 57 mg% ヨリ最高 112 mg% = シテ 80 mg% 以下ノ低血糖ヲ示セルモノ 4 例, 13 例ノ平均値 90 mg% = シテ稍々低血糖ノ傾向 = アリト言フ. 加藤²⁰⁾ ノ例 = テモ正常ノモノ或ハ稍々低血糖ノモノアリ一定セザリキ. 余ノ第 1 例ハ 162 mg% = シテ第 2 例ハ 112 mg%, 共 = 低血糖ヲ證明セザリキ.

尙ホ血液凝固時間, 出血時間, 赤血球沈降速度等ヲ檢セシモ何レモ正常ナリ. 勿論ワ氏反應ハ共 = 陰性ナリキ.

f) 神經系統: 加藤等 = ヨレバ著明ナ機能減退ヲ示ス. 患者ハ注意力ヲ集中スルコト困難 = シテ熱考力無ク精神活動ヲ迴避スル = 至ル. 而モ時 = ハ失神, 眩暈發作ヲ起スコトアリ, 激シキ時ハ之等ノ不安 = 堪ヘズ長途ノ旅行モ不能 = ナルコトサヘアリト言フ. 余ノ 2 例共 = 程度ノ差コソアレ何レモ之等ノ神經症狀 = 惱ミ居レリ. 尙ホ本症ノ患者 = ハ乗物 = 弱キモノ多シト言フモ余ノ 2 例何レモ斯ル訴ヘナシ.

g) 消化器系統: 惡心, 嘔吐, 或ハ胃痛等ヲ訴ヘ時 = 胃部膨滿感 = 惱ムモノアリ. 便秘 = 苦シムモノ又可成存ストセラル. 余ノ第 1 例 = 於テハ胃液ノ狀態正常ナリシモレ線検査ノ結果胃下垂, 胃「アト = 」ノ狀ヲ呈シ, 且收縮力ノ減退ヲ示セリ. 而モ便秘ノ傾向強ク便通ハ 3 日 = 1 行位ナリ. 第 2 例 = 於テハ遺憾ヲレ線検査ノ施行セザリシ

モ患者ノ言ニ依レバ食慾餘リ旺盛ナラズ、元來少食ノ方ニシテ1回ニ小サキ茶碗ニ2杯位、而モ晝食ハ食シテモ食サズトモヨシト言フ程度ニシテ惡心、嘔吐等コソ訴ヘザルモ或程度ノ機能減退アリト言ヒ得ベシ。

h) 泌尿器系統：膀胱痙攣、排尿困難、多尿症、夜尿症、磷酸尿、起立性蛋白尿ヲ見ルコトアリト言フ。第1例ニ於テハ之等ノ障礙ヲ見ザリシモ第2例ニ於テハ患者ノ言ニ依レバ、輕度ノ多尿症、夜尿症アリ。次ニ本症ノ患者ニ往々蛋白尿ヲ來スコトアリ或ハ足背ノ浮腫等ノ鬱血症狀ヲ一過性ニ訴フルコトアルハ Herzノ例ニ於テモ然リ。余ノ第2例ニ於テ初診時ニハ尿蛋白陽性、而モ鏡檢上赤、白血球乃至圓壩等ヲ認メズ、第2回診察時ニハ尿蛋白既ニ「ズルホサリチール」酸ノミ陽性ナリキ。斯ル患者ニ於テハ心臟部壓重感或ハ胸内苦悶感ヲ訴フルモノ多シト言フ、余ノ第2例ニ於テモ亦然リ、次ニ性機能ノ減退ヲ訴フルモノ多シト言フ。Martini 及ビ Pierach⁶⁾ノ統計ヲ見ルニ中12例ニ於テ性機能ノ減退ヲ示シ居レリ。余ノ第2例ニ於テモ又約1年前ヨリ顯著ナ機能減退ヲ認ム。

i) 新陳代謝：概シテ機能低下シ居レリト言フ。Martini 及ビ Pierach⁶⁾兩氏ハ18例中17例ニ於テ基礎新陳代謝ヲ測定、中亢進セルモノ4例其ノ平均 $+5.2\%$ 、減退セルモノ13例、其ノ平均 -13.6% ニシテ甚シキハ正常人ニ比シ 26.5% ノ減退ヲ示セルモノアリ。余ノ第1例ニ於テハ 10.2% ノ減退、第2例ニ於テハ略ボ正常ナルヲ認メタリ (1.1% 亢進)。

體温又概シテ低ク第1例ニ於テハ安靜時 36.3°C 乃至 36.6°C ノ間ヲ示シ、第2例ニ於テハ初診時(午前10時頃) 36.2°C ヲ、再來院セシ際測定セシニ(午前11時頃) 35.8°C ナリキ。

本態論：

本症ノ本態ニ關シテハ確タル定説ナキモ眞性低血壓症ノ多數ガ麻痺性體質ヲ示ス點ヨリ本症ノ本

態ヲ體質異常ニ求メントスル學者多シ。而シテ更ニ體質異常ト至大ナ關係ヲ有スルモノトシテ内分泌系統、植物神經系統アリ。低血壓症ニ關シ前者ノ重要性ヲ強調スル者ニハ Zondeck³⁾、Friedlaender⁴⁾等アリ、後者ニ重點ヲ置カントスルモノニ Herz¹⁾、Müller²⁾等ノ學者アリ。而モ兩者ハ不可分ノ關係ニ樹ツテ以テ加藤教授ハ兩者ノ綜合的見解ニ與セリ。真⁹⁾ハ氏ノ2例ニ於テ血液像ニ「エオジン」嗜好性白血球ノ増加ヲ證明シ更ニ藥物學的檢査ニ際シ何レモ「ピロカルピン」ニ鋭敏ニ反應スルモ「アドレナリン」ニ鈍感ナルヲ見、尙ホ胃ノ狀態、耐糖量ノ檢査等ヨリ次ノ如ク結論セリ。即チ「眞性低血壓症ハ一種ノ迷走神經緊張症 (Vagotonie) ニシテ低血壓ト言ヒ徐脈ト言フモ共ニ其ノ一分症ニ過ギズ」ト。

元來眞性低血壓症ナルモノガ獨立疾患ナルヤ否ヤニ關シテハ斯ノ如ク今尙ホ相當ノ議論ノ存スル處ニシテ、或學者ハ獨立性疾患トナシ又他ノ學者ハ單ナル一症候群ニ過ギズトナシ居レリ。併シテ其ノ何レニシロスル眞性低血壓症ニ更ニ加フルニ著シキ徐脈ヲ示スガ如キハ特異ナル症例ト言ハザルベカラズ。

扱テ余ノ第1例ニ於テハアシュネル氏眼球壓迫現象陰性、「ピロカルピン」試驗ハ行ハザリシモ「アドレナリン」ニモ可成ノ反應ヲ示シ更ニ血液像ニ於テ「エオジン」嗜好性白血球ノ増加ヲ見ズ反ツテ輕度ナルモ淋巴球増加ヲ見タル點等ヨリ考察シ「ワゴトニ」ト言ハンヨリ寧ろ交感神經緊張症 (Sympathicotonia) ノ狀ニアリト言フ得ベシ。第2例ニ於テハアシュネル氏現象、チエルマツク氏試驗共ニ陽性、藥物學的檢査ニ於テ「アドレナリン」ヨリモ斷然「ピロカルピン」ニ鋭感ニ反應セシ點等ヨリ本患者ハ寧ろ「ワゴトニ」ノ狀強シト言フ得。併シテ尙ホ仔細ニ調査スレバ多尿、血液像ニ於テ「エオジン」嗜好性白血球ノ増多ナク反ツテ淋巴球ニ輕微ニ増加ノ傾向アリテ「ジンバチコトニ」ニ相當スル點モ多少存ス。サレド

Eppinger, Hess 兩氏 = コリ初メテ唱導サレシ「ジンパチコト = 」, 「ワゴト = 」ナル概念ハ其ノ後一箇體中ニアリテモ或臟器ハ「ジンパチコト = 」ヲ示シ他ノ臟器ハ「ワゴト = 」ヲ示ス = コリ非常ニ改變セラレ, Bergmann ノ如キハ一般ニ人類ニハ植物神經ノ不安定狀態存スルコトヲ強調シコノ狀態ヲ“Vegetative Stigmatisierung”ト呼ベリ。而シテ氏ノVegetative Stigmatisierungノ狀ヲ呈スル者ハ「體格ハ無力性麻痺性體質ノモノ多ク長身ニシテ皮膚ハ濕潤, 發赤シ易ク又蒼白トナリ易シ。手足ハ異常ニ冷ク又ハ温度高ク皮膚粘膜ハ分泌一般ニ盛ニシテ從ツテ汗, 淚, 唾液等ノ分泌尤進シ, 脈搏少ク呼吸性不整脈ヲ著明ニ示ス。遲脈ノ反對ニ速脈ヲ呈スルコトモアリテ兎ニ角循環系ニ於ケル不安定ナル狀態ヲ示ス。血壓モ又變動シ易ク消化器方面ニ於テハ嘔吐ヲ催シ易ク胃ハ一般ニ刺戟狀態ニアル事多シ。腸ハ屢々痙攣性便秘ヲ起シ或ハ逆ニ下痢ヲ起ス。要スルニ「ワゴト = 」ト「ジンパチコト = 」ノ兩狀態ヲ示スモノニシテ兩者ノ平衡狀態ノ破レ居ルガ如キ狀態ナリト言フ。而シテ余ノ症例モ寧ロVegetative Stigmatisierungノ狀態ニアルモノト言フ可トスベシ。

而シテ性腺, 副腎, 甲狀腺, 或ハ腦下垂體等ノ内分泌腺ノ機能障礙モ又重要ナ役割ヲ演ジ居ルモノノ如クコノ點加藤教授門下ヨリ發表サレシ副腎製劑, 性腺製劑ノ有效例ヨリモ又首肯シ得ル處ナリ。

治療:

最後ニ治療法ニ就キ述ベンニ奧⁹⁾ハ氏ノ2例ニ於テ甲狀腺並ニ副腎製劑投與ハ無效ナリト言ヒ, 加藤ハ副腎製劑タル「インテレン」ノ著效ヲ奏セルヲ報ゼリ。更ニ引續キ同教授門下ヨリ副腎皮質「ホルモン」耳ナラズ腦下垂體「ホルモン」, 性「ホルモン」, 「グイタミン」B₁, 「グイタミン」C等ノ單獨或ハ併用療法ガ本症ニ對シ良效ナル影響ヲ與フルヲ見タリトノ報告アリ。

結 言

1) 余ハMax. HerzノBradycardia hypotoniaニ該當スル2症例ヲ經驗セルヲ以テコレヲ諸家ノ例ト比較シ症狀ニ就テ一般ノ記述ヲナセリ。

2) 第1例ハ16歳ノ麻痺性體質ノ男性ニシテ, 第2例ハ56歳ノ強健ナル體質ノ男子ナリ。而シテ何レモ顔色蒼白ニシテ肉體の並ニ精神の機能減退ヲ訴ヘ, 何等器質の疾患ヲ認メザルニ著明ナル徐脈及ビ低血壓症ヲ認メタリ。

第1例者ハ滿洲「チフス」ニ罹患シテ入院シ他ノ1例ハ胸内苦悶ヲ主訴トシテ外來ヲ訪レタリ。

血液像ニ於テ血色素量, 赤血球數ハ共ニ正常。白血球ノ種別ニ於テ共ニ輕度ノ淋巴球增多症アリ。「エオジン」嗜好性細胞ノ增多ハ共ニ認メズ。赤血球沈降速度, 出血時間, 血液凝固時間等檢セルモ何レモ異常ナシ。血糖量ハ前者ニ於テ稍々増加ノ傾向アリシモ後者ニ於テハ全ク正常ナリキ。基礎新陳代謝ハ前者稍々減退(-10.2%), 後者略ボ正常(+1.1%充進)。心臟ハ前者ニ於テレ線檢査ニヨリ滴狀心ニ近キ像ヲ呈スルモ後者ニ於テハ打診上心臟濁音界全ク正常ナリキ。

尙ホ前者ハアシュネル氏現象陰性, 「アドレナリン」ニ可成リノ反應ヲ示セルモ, 後者ハアシュネル氏現象, チェルマーク氏試驗共ニ陽性且「アドレナリン」ニ鈍感ニシテ「ピロカルピン」ニ斷然鋭敏ニ反應セリ。

而シテ以上ノ所見ヲ綜合シ本症ハBergmannノ所謂Vegetative Stigmatisierungノ狀ニアリト言フヲ至當ト考フルモノナリ。

撰筆スルニ當リ, 終始御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ賜リシ恩師北山加一郎教授ニ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

文 獻

- 1) Herz, Wien. klin. Wochenschr. Jg. 23, S. 7 68, 1910. 2) Müller, Münch. med. Wochenschr. Jg. 70, S. 1, 1923. 3) Zondeck, Die Krankheiten der endokrinen Drüsen. Berlin. 1923. 4) Friedländer, Journ. of the Americ. med. Assoc., Vol. 83, p. 167, 1924. 5) Barach, Arch. of internal med. Vol. 35, p. 151. 1925. 6) Martini u. Pierach, Klin. Wochenschr. Jg. 5, S. 1809 u. 1857, 1926. 7) Joachim, Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, S. 648, 1926. 8) Klemperer, Neue Deutsche Klinik. Bd. 12, S. 560. 1934. 9) 奥岩吉, 治療及ヒ處方 第9巻, 1098頁, 昭和3年. 10) 櫻澤富士雄, 日本内科学會雜誌, 第22巻, 139頁, 昭和9年. 11) 佐々藤平, 日本内科学會雜誌, 第22巻, 132頁, 昭和9年. 12) 大森憲太, 日本内科学會雜誌, 第22巻, 195頁, 昭和9年. 13) 鹽澤總一, 實驗醫報, 第22年, 1735頁, 昭和11年. 14) 加藤義夫, 臨牀醫學, 第25巻, 1426頁, 昭和12年. 15) 沖中重雄, 臨牀醫學, 第25巻, 1447頁, 昭和12年. 16) 松岡文七, 樋口成正, 臨牀内科, 第3巻, 1054頁, 昭和12年. 17) 久留宮晋一, 高田靖信, 治療學雜誌, 第8巻, 360頁, 昭和13年. 18) 西松見, 上田泰, 成醫會雜誌, 第58巻, 1636頁, 昭和14年. 19) 久留宮晋一, 上田泰, 東京醫事新誌, 第3153號, 2426頁, 昭和15年. 20) 加藤義夫, 日本醫學及ヒ健康保險, 第3203號, 27頁, 昭和15年. 21) 久留宮晋一, 西松見, 上田泰, 猿田春彦, 臨牀醫學, 第28巻, 1412頁, 昭和15年. 22) 久留宮晋一, 伊藤正徳, 佐藤毅, 臨牀醫學, 第28巻, 1534頁, 昭和15年. 23) 田宮知耻夫, 内科レントゲン診断學, 第1巻, 158頁, 昭和15年版.

Aus der Inneren Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama
(Vorstand: Prof. Dr. K. Kitayama).

Klinische Beobachtungen über 2 Fälle von „Bradycardia hypotonica“

Von

Dr. Kiyosi Hiraki.

Eingegangen am 6. Mai 1941.

Der Verf. beobachtete in der letzten Zeit 2 Patienten, die der von Max Herz so bezeichneten Bradycardia hypotonica entsprechen.

In allgemeiner Darstellung berichtet der Verf. über die Symptome dieser Krankheit in Berücksichtigung aller von anderen Autoren angegebenen Fälle.

Im I. Fall handelte es sich um einen 16 jährigen Jungling von asthenischem Habitus; im II. kam ein 56 jähriger Mann von piknotischem Körperbau in Betracht. Die Beiden sahen ganz blass aus und klagten über Hypofunktionen sowohl geistig als auch Körperlich. Durch Untersuchungen wurden die Bradykardie (beide zeigten 50 pro min.) und Hypotonie (höchstens 90 mm Hg beim beiden Fälle) ermittelt, obwohl organisch sich keine Veränderungen feststellen liessen.

Der I. Fall litt an dem Typhus mandschuricus und wurde in die Klinik aufgenommen. Der II. klagte hauptsächlich über ein Beklemmungsgefühl auf der Brust und wurde ambulatorisch behandelt.

Bezüglich des Blutbildes wurde in den beiden Fällen festgestellt, dass der Hämoglobingehalt und die Erythrozytenzahl normal waren, während in Hinsicht auf die Arten der Leukozyten sich eine leichte Lymphozytose herausstellte. Die Eosinophilie war nicht vorhanden.

An der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, ferner an der Blutungszeit sowie Blutgerinnungszeit wurde keine Abnormalität beobachtet.

Der Blutzuckergehalt zeigte im I. Fall leichte Hyperglykaemie, während im II. völlig normal war.

An Grundumsatz war der I. Fall etwas herabgesetzt, der II. dagegen beinahe normal.

Röntgenologisch untersucht, ergab der I. Fall ein an das Tropfenherz heranreichendes Bild. Im II. Fall wurde perkussorisch eine vollständig normale Herzdämpfungsfigur festgestellt.

Der I. Fall zeigte beim Aschnerschen Versuch einen negativen Ausfall und war gegen das Adrenalin ziemlich empfindlich. Im II. Fall verlief nicht nur der Aschnersche, sondern auch der Tschermaksche Versuch negativ und ergab sich eine Uterempfindlichkeit gegen das Adrenalin und eine Überempfindlichkeit gegen das Pilocarpin.

Aus der Summe dieser Beobachtungen schliesst der Verf., dass es sich hier um eine von Bergmann angeführte vegetative Stigmatisierung handelt.

(Autoreferat)