＝外國文獻抄＝

1. 狹心症の發生及び治療

狹心症に於て如何なる刺戟が心臟痛を生ずるかと云ふことは問題である．我々の健康人の肉體勞働時に於ける觀察から考へるならば，此の心臟痛は不充分なる心臟循環卽ち冠狀血行不全に歸すべきものと思はれる．

心臟の血行は單に大動脈壓の如何によるばかりではない，冠狀動脈の血液供給を左右するが如き要因，例へば大動脈壁の彈力性，脈搏數，動脈血流速度等がやはり重要な關係を有する．

冠狀血管系統に於ける抵抗は機械的，化學的，內分泌的並に神經的要約によつて左右される．心臟血行障碍として機械的には冠狀動脈口の狹窄，冠狀動脈硬化等がある，又之等の器質的變化の外に血管運動神經障碍が考へられる，之は殊に肉體的運動によつて起り易くなり，Arbeits-Angina-pectoris と呼ばれてゐる．尙その他冠狀血管系の痙攣がある．

內分泌的には「アドレナリン亢進症が重要な役割を占めてゐると思はれる．又50～60歲の年齡期に於て狹心症が多いのは生殖腺の機能脫落が重要なる要因であると考へられる．併し一方，血行關係に障碍が無くとも心筋の代謝障碍が起るとき例へば血液が不充分なる組成となるとき或は心筋細胞の酸素交換が障碍されるとき冠狀血行不全が現れることを忘れてはならぬ．

玆に注目すべきは冠狀動脈硬化或は狹窄を有する人が必ずしも狹心症を起さないことである．又狹心症を有する患者はすべて多少神經的亢奮性の症狀を持つてゐる，殊に植物神經障碍を伴ふことが著しい．

爰に於て狹心症の發生機轉は冠狀血行不全の外に更に一つ神經的障碍を考へなければならぬ．此の點に關しては我々の知識は不充分であるが，經驗的に體質的要因が重要なりと思はれる．狹心症が家庭的に集つて發生する例が多いこと，又迷走神經緊張症が多く認められ，殊に更年期に於て然りであること等である．Werley は狹心症發作の發生に食餌性の「アレルゲン」が關係すると云つてゐる．又「ニコチン」や「コフエイン」が不良なる影響を及ぼすことがある．

實地に於て狹心症が冠狀血行不全によるや，神經的過敏性によるやの區別，又その冠狀血行不全が器質的なりや血管運動障碍によるやといふ區別は重要であるが，併し極めて困難である．

冠狀血行不全は早期に於て電流心動描寫圖で硏索し得る，但し此の場合，負荷試驗に於て價値があるので安靜時の試驗は意味がない．

狹心症の治療としては第一に原因的の障碍を探すことである．若し心臟の仕事とその血行

との間に懸隔が存することが狹心症の實質的要因なりと認めたならば次の見地より治療を行ふ.

(1) a. 心臟の負荷は生活方法の調整によつて最低限度に低下せしめることである. 即ち肉體的勞作や精神的負荷を減ずる.

b. 心臟血行は改良されなければならぬ. 從來, 第一に亞硝酸鹽が考へられたが斯の如き場合多くは後作用が起るし又本劑によつて冠狀血管疾患が完全に治癒した例は甚だ少い. 多くは發作は更に重篤となり且頻繁となる. 冠狀血管擴張劑として先づ「アドレナリン」が考へられるが併し殊に器質性の場合は全く不適當である, 大動脈壓の亢進によつて心臟の仕事は高まり血液需要は著しく增大する. 我々は冠狀血管擴張劑として心臟の仕事を增さないで單に冠狀動脈のみを擴張するが如きものを用ひる. 此の意味に於て輕度の障碍に於ては「コフエイン」「バルビツール酸劑を用ふ.

狹心症的症狀には葡萄糖 (30% 1日10～20cc) 又は臟器エキス (Embran, Lucarnol 1cc 宛) を與へて頻々良効がある. 又4～5%炭酸 (Karbogengas) の吸入又は短時間の輕度の炭酸浴又は超短波デアテルミー」の心臟放射が良い.

(2) 精神的治療として刺戟に對する抵抗力を强める或は鎭靜に努める.

その他外科的手術として左側頸部交感神經の疼痛傳達系路を除去する方法が述べてある.

(Max Hochrein : Med. Klinik. Nr. 42, 1937)

2. 糖尿病昏睡に「コラミン」の使用

多數の動物實驗で「コラミン」が中樞神經系に作用するといふことは確證されてゐる. 即ち呼吸中樞及び血管運動中樞に强力なる亢奮作用を認められる. 之は所謂, 腦亢奮劑に屬する, Gremels 及び Letjko は「コラミン」は心臟に直接に作用を及ぼすものに非ざる旨を述べてゐる.

我々は從來「コラミン」の靜注を總ての生命に危險あらしめる樣な呼吸, 血管運動中樞の衰弱に用ひて來た. 殊に催眠劑中毒の際には最も重篤な中毒すら生命をとりとめたことがある. 次に糖尿病昏睡時に「コラミン」を大量に用ひると昏睡狀態は速かに除かれる, 尠くとも直接その繼續時間は短縮される.

糖尿病昏睡の際の中毒の種類や狀態は酸毒症の文獻にも充分說明されてゐないが, 之は酸中毒の結果組織の「アルカリ性減少及び新陳代謝終末產物の特殊性中毒作用が中樞神經系の總ての中樞(生命に必要なる)の緊張性に大なる抑壓を及ぼすことが假定される. 故に中樞神經系への「コラミン」の作用が卓効を示すことゝなる.

(Josef Skursky : Wien. klin. Wschr. Nr. 47, 1937)

3. Protamin zink Insulin に就て

普通の「インシュリン」はその使用直後に於て最も血糖の低下を來せしめ，その後漸次再び血糖の上昇を生ずるも，Protamin zink Insulin はその奏効は遙に繼續的で且平均されてゐるのを特長とする．從つて1日1回の注射を以て足り，且翌朝飢餓時に於て血糖は最低を示す．重篤な場合で Insulin が多量に必要なときは此の Protamin zink Insulin と普通の Insulin との併用を行ふ．此の時は後者を晝食前に用ひる．

此の Protamin zink Insulin を用ひて翌早朝に於て寡血糖の危險ある場合には就寢前に少量の食事を行はしめる．

Insulin に過敏な場合でも本劑の治療の結果は實質的の相違を示さない．

又血糖が全く急突に而も原因不明にして變動する人がある．之は多くは神經的に亢奮しやすい人であるが斯る場合 protamin zink Insulin が良いと云はれてゐる，併し余の經驗では含水炭素を多量に與へる場合は然らざる樣に思ふ．

(W. Falta : klin. Wrchr. Nr. 47, 1937)

内國文獻抄

1. 婦人科開腹手術後の鼓腸の療法 特に「ワゴスチグミン」の効果に就て

婦人科開腹手術後に於ても一定期間は腸管麻痺の結果一定度の鼓腸を呈するのは止むを得ない．その過半數(著者例にては70%)は何等の處置を加へざるも自然に排氣せるものなり．自然排氣71例中46例は手術後第2日に排氣して居る．更に14例にては「グリセリン，高張食鹽水の灌腸或は「ゴム管を挿入することによつて排氣して居る．卽ち85例(80.18%±3.87)は何等腸管蠕動亢進劑の注射を要せずして排氣して居る．腦下垂體後葉ホルモン(「アトニン，ヒポフイジン，ピツイトリン」を使用せり)は一般に良く腸管の收縮を促し排氣の作用を有して居るが血壓に一定の影響を及ぼすこと姙婦に應用し得ざる爲め總ての場合に用ひられぬを遺憾とす．

ワゴスチグミン (Dimethylcarbaminsäure-ester des monoxyphcnyl-trimethylammonium-methyloutfats) は撰擇的に腸管の蠕動を亢進せしむる作用あり且つ何等忌むべき副作用を認めず，從つて總ての腸管麻痺に用ひて効果あり．尙子宮筋に對する作用を缺如する故に姙娠中にも使用し得らる．

(田北鎭吉．產科と婦人科，第5卷，第12號，6頁)

2. 癲癇發作誘發法と其の診斷的價値

癲癇診斷の補助法として人爲的に發作を誘發するといふ事は古くから研究せられ今日までに色々の方法がある．その色々の方法の中で最も優秀なものは Mc. Quarrie の水分代謝試驗法である．著者は此の原法に對し更に多少の修正を加へてその臨床的價値を更に推進せしむる事が出來た．水分代謝試驗法とは患者に多量の水分を與へ，その排泄を腦下垂體後葉ホルモンの注射によりて阻止し發作を誘發せしむる方法である．Mc. Quarrie, R. Engel 等は癲癇患者で水分排泄が增加する時は發作減少し，水分排泄が阻止せられる場合は發作が屢々起る事，又此の場合腦下垂體後葉ホルモンによりて水分排泄を阻止すれば發作は更に起り易くなる事を實驗的に證明せり．著者は此の根據の上に更に癲癇發作時の重要なる徵候と考へられる「アルカロージス」の狀態を加味して次の如き實施方法を考案せり．實施方法．本檢査の前2日間は每日 6.0 瓦の重曹及び水 3000竓を飲用せしめる．本檢査日には午前9時，11時，午後2時に「ネオゲブルチン」5 單位の皮下注射をなす．然して第1回注射後直ちに水 200 竓を飲用せしめ，爾後1時間每に1000竓前後の水を飲用せしむ．かくの如くして癲癇發作の起るまで出來る丈長時間に亘りて體內水分の瀦溜狀態を高度に維持する樣に努力する．

著者は此の方法を9例の癲癇患者及び10例の早發性痴呆に應用した所癲癇患者は全例に於て發作を起したるも，早發性痴呆に於ては1例も發作を起さなかつた．尙此の早發性痴呆患者は「カルヂアツオール」の2—3竓注射によりて容易に發作を起す事が出來た．然して癲癇患者の此の誘發試驗に於て起せる發作は自然に起る發作の症狀と全く同一のものであつた．故に著者の方法による誘發試驗法は癲癇に特異なものとして診斷上極めて重要なものであると云へる．尙古來より施行せられたる癲癇誘發試驗法を述べると次の如きものがある．

1．頸動脈壓迫試驗．指壓により3秒間兩側の頸動脈を壓迫する方法である．此の方法は時として意識喪失を起したり，又肥滿せる人には實施が困難な事などありて現今は用ひられない．

2．電氣誘導による檢査法．電極の一つを胸部に他方を頭蓋部又は乳嘴突起部に當てゝ數秒間電流を通す．此の方法も殆んど無効であつたと著者は云つて居る．

3．「コカイン」注射法．著者は此の方法を人體に應用する事は考慮すべきであると云つて居る．

4．「アドレナリン」注射法．1000倍の「アドレナリン」1—1.5竓注射する．著者は10瓩につき 0.15竓を注射したるも發作を起せるもの殆んどなしと云ふ．

その他に5．火酒を飲用せしむる法．6．「サラマンドリン」注射試驗．7．腦室內空氣送入法．8．「クロールエチール」による橈骨動脈冷却法等の方法あるも何れも良結果を得ずと云ふ．

9．「カルヂアツオール」注射試驗法．之は早發性痴呆患者の痙攣ショック療法に應用したものである．著者は10%「カルヂアツオール」を2竓靜脈內に注射し發作のない時は，3竓又

は4瓩，5瓩と増量して注射し發作の有無を檢せり．此の方法は癲癇患者に對しても早發性痴呆に對しても屢々發作を起すが然し癲癇患者の診斷に特有など云ふ程でない．

（宮川九平太(熊本醫大助教授)．大阪醫事新誌，第8卷，第9號）

3.「プロントジル中毒に就て

Domagk 氏が「プロントジル」は連鎖狀球菌性敗血症に選擇的に著効ある事を認めて以來「プロントジン」は丹毒症，產褥敗血症等に用ひられて卓効あり．更に連鎖狀球菌のみならず葡萄狀球菌性疾患，大腸菌性尿路疾患，腦脊髓膜炎球菌性疾患，淋菌性疾患等に對しても効果ある事が認められるに至つた．「プロントジル」の中毒作用に就ては一般に注意せられて居ないが，外國の報告によると全身倦怠，食慾不振，嘔吐を起し，時として注射後數分にして便意窘迫，尿刺戟症狀を起す事がある．最も重要なる症狀として「ズルフヘモグロビン」血がある．時として「メトヘモグロビン」血，溶血性貧血，「アグラヌロチトーゼ」，亞硝酸鹽中毒症狀を起すとの報告もある．「ズルフヘモグロビン」血とは硫化物又は硫酸鹽と「ヘログロビン」とが結合して血液中に形成せられるものであつて，高度の「チアノーゼ」を特徴として居るも多くの場合には呼吸障碍なく，頭痛と便秘とを伴つて居る．著者は「プロンドジル」の服用と同時に硫苦を使用して居た患者に「ズルフヘログロビン」血の起つた1例を報告して居る．

「ズルフヘモグロビン」血を診斷する上に重要なる事は，

1．肺臟，心臟には著明なる變化なくして，顯著なる「チアノーゼ」を起して居り，此の「チアノーゼ」は血液中の異常色素によるものである事．

2．「チアノーゼ」が「ズルフヘモグロビン」血によるか「メトヘモグロビン」血によるかを區別する事

である．此の區別をするにはスペクトルム檢査が最も確實であるが，症狀の上より區別するとすれば次の點である．

1．「ズルフヘモグロビン」血(以下「ズ」血)の場合の「チアノーゼ」は艶紫色或は青藍色であり，「メトヘモグロビン」血の時は「チョコレート」色又は褐色を加味して居る．

2．「ズ」血の時は藥を中止しても長時間に亘りて存在するが，「メ」血の時には大抵48時間以内に消失する．「ズ」血の起るのは「プロントジン」使用量の多少に關係しない．服用後割合に急速に見られ7時間後既に現はれた例もあると云ふ．「ズ」血の分解，排泄は非常に緩慢である．「ズ」血の症狀．上記の如く著明なる「チアノーゼ」の外に頭痛，心窩部壓迫感，食慾不振，嘔氣，心音の減弱，殊に精神徴候が現はれる事があると云ふ．一般には著明な心臟，肺臟の障碍は無いと云はれて居るが，著者の例では血壓の著明なる下降，脈壓の狹小，心尖搏動部に於て著明なる收縮期雜音を聽取せりと云ふ．

豫後．一般に良効にて外國でも死亡せるものは僅かに1例である．

治療法.「プロントジル」投與の中止により快癒するが，重症の場合には輸血が最も良好である．酸素吸入はチアノーゼ」著明にあるも無効である．「リンゲル」「葡萄糖液の靜脈內注射は一時的ではあるが有効である．

豫防法.「プロントジル」使用中は決して硫化物及び硫酸鹽（例へば硫苦，硫酸ナトリユーム等)を使用せざる樣注意すべきものなり．

(安宅辰之助.「グレンツゲビート」第11年，第9號)

4. 腎石症の內科的治療

腎石症の主なる障碍は疼痛と二次的感染である．結石が大にして，殊に感染ある場合には外科的手術を要するが結石小なれば自然の路を通りて排出せらるゝこともある．劇しき疼痛に際しては鎭痛劑を充分使用する．

「モルヒネ」(0.015—0.02)又は「パントポン」(0.04)を皮下に注射するが，「アトロピン」($\frac{1}{4}$—$\frac{3}{4}$mg) 又は「パパベリン」を併用すれば更に効果が多い．

他の種類の鎭痛劑，例へば「アスピリン」，「ピラミドン」の內服又は「ノヴアルギン」，「アトファニール」等の注射或は「バルビツール 酸製劑の睡眠劑を加ふれば「モルヒネ類の効果を助ける．

次に阿片末(0.03)又は「パントポン」(0.02)と「ベラドンナ」(0.03)又は「パパベリン」(0.06)等の合劑の肛門坐藥も用ひられる．その外「ノボカイン」の脊椎側注射（胸椎第12，腰椎第1及びその上下)が屢々奏効する．

溫熱も鎭痙的に作用するので，强く患側又は全身を暖める．疝痛發作時に飲料を多くする事は不利である．尿量增加して結石を器械的に動かして疼痛を增强せしめ，又は發作を誘發する恐れがあり，殊に結石大にして自然排出の見込なき場合には益なき事である．唯結石が小なる場合には鎭痛，鎭痙劑を充分に使用したる後に尿量を多くする事は結石の下降排出を促す．

疝痛發作が緩解して患者の不安が去つた場合，その後の處置方針を決するには先づ結石の大さと合併症卽感染の有無を診斷しなければならない．結石小にして殊に數週の間隔を置いて「レントゲン寫眞を撮りその下降を知つたやうな場合には每日多量の水を飲まして洗ひ出すやうにするのである．同時に又最純グリセリン」の1—3食匙宛1日數回，2—300瓩の溫き牛乳又は水に混じて矯味劑を加へて服用せしむる．

3日間位連用して2—3週間後に繰り返すがよいといふ人もある．又輸尿管マツサージ」又は腦下垂體後葉エキス」の注射を推奬する人もあるが，此の注射後には疝痛發作を誘發する事があると言ふ．その下降を容易ならしむる爲の藥劑としては「アトロピン」，「ベラドンナ」，「パパベリン」等が用ひらる．

その他側腹部局所又は全身を暖めるが，特別の裝置による直腸溫浴法が効果ありとも言は

れる．近時使用せらるゝ超短波熱療法も同様の作用を有するであらう．

自然排出の不可能なる場合には外科的操作による摘出を考慮する．長年月無害に經過する事もあるが，二次的感染の恐れがあり又他方手術は感染なき場合に遙かに安全である．

結石の增大又は再發を防ぐ對策は主として食餌並に飲料に關する．食餌療法は嚴格には結石の種類によりて異るも，一般には蛋白質を制限し香味類を禁ずる．結石の如何に拘らず最も大切なるは水分攝取を多くする事で尿を稀薄ならしめ結石物質の析出を豫防する事にならう．次に食鹽の制限も必要である．その外に便通をよくする事も心掛けねばならぬ．

尿酸結石症に對しては肉類を少くし殊に尿酸の原料たる「ヌクレオプロテイド」の多い臟器食を禁ずる．蛋白質として牛乳，卵はよい．

植物性食品，野菜果物を多く攝取せしむる．

必要であれば重曹の少量を服用せしむるもよい．藥劑としては「ウロトロピン」が用ひらる．

蓚酸鹽結石症に於ては蓚酸含量の多い「ホーレン草を避け，茶，「ココア」も珈琲を制限する．肉類も多くてはいかぬ．「假性マグネシア」を與へると，胃鹽酸の酸度を減じ，蓚酸鹽の消化吸收を少くし，又尿中に出た「マグネシウム」は蓚酸石灰の析出を防ぐと云ふ．

燐酸鹽結石症に於ては尿の「アルカリ性なるを酸性にするため，鹽酸又は燐酸リモナーデ」を與へる．

(楠五郎雄．醫界展望，第158號)

5. 直腸癌に對する新鎭痛法

直腸癌には頑固なる疼痛が起り，屢々鎭痛劑の注射を要し，さなきだに進む衰弱を一層促すことゝなり，甚だ處置に迷ふものなり．著者は最近3例の直腸癌患者の治療に關係し，その激烈な疼痛に對し Journ. Americ. Med. Assoc. 1935, No. 6, P. 105 に記載せられたる Greenhill and Schmitz の方法を試みて良き効果を得たり．その方法を說明するに，無水アルコール」に蒸餾水を加へて95%の「アルコール」液を作り，此の 0.5瓩を「ツベルクリン」注射器に入れ，注射針には半粍の筋肉注射針(原法では腰髓注射針)を用ふ．普通の腰髓麻醉の如く注射部は第2—3或は第3—4腰髓間を選ぶ．注射針が蜘蛛膜下腔に入り，脊髓液が注射筒に入り來るや「アルコール」液を出來る丈混ぜざるやうに注入を始める．注入に要する時間は約2分間とす．此の際の體位は右側臥位とし注入後尙2—3時間此の體位を保たしめる．之により脊髓液より比重小なる「アルコール」液をして左側半身に餘計効果を發揮せしめ從つて左側に偏在せる直腸の疼痛に對し幾分撰擇的に作用する理なり．此の操作による鎭痛作用は3ヶ月乃至半年なり．著者の1例は1年半効を奏せり．但し副作用として注射直後肛門及び左側下肢の「シビレ」感，1—2時間にして右下肢にも輕度の「シビレ」感現はる．而して後者は一兩日にして完全に消失するも左下肢の「シビレ」は約1週間續く．排尿困難に陷ることあるも約10日間にして完全に治る．比較的長く殘るのは肛門及び左下肢の輕度の知覺鈍麻殊に

痛覺の鈍麻である．併し此の操作は終日患者を苦しめる激烈なる下腹痛，肛門痛を消散せしめ且つその効果持續的なるを以て，例令輕度の副作用ありと雖も直腸癌の鎮痛法として推奬するに足るものなりと思惟す．　(早坂得奈治．實驗醫報，第24年，278號，223頁)

6. 腎臓結核の早期診斷

腎結核は大部分がその腎結核自身の症狀よりも寧ろ膀胱結核症狀で氣付くのである．卽ち尿意頻數や排尿時不快感，排尿時疼痛，排尿終末痛等がそれであるが，之等の症狀が無く尿溷濁や稀に血尿から腎結核が發見されることも少くないので此の尿溷濁の檢査こそ腎結核早期診斷の鍵である．

此の場合の尿溷濁は屢々蒼白乃至蒼白黃色を呈し尿鹽類の樣に醋酸液注加でも加溫でも透明にならず反應は酸性な事が多く鏡査すると膿球があつて而も無菌である．(結核による膿尿では他の細菌は普通見られない)

結核菌染色で叮嚀に繰返し鏡査しなければ結核菌の發見は困難である．

次で尿中結核菌の排泄が腎臓からであるか否かを決定せねばならない．腎臓の觸診や輸尿管の直腸內觸診も腎結核の早期診斷には意義が薄い．結核菌の染色法は種々擧げられて居るが石炭酸フクシン」による方法で十分である．

男子は尿道口から女子は膀胱から「カテーテル」で採取すれば脂垢菌との鑑別も不必要な程である．更に罹患側を決定するには膀胱鏡檢査逆行性 ピエログラフイー」經靜脈性ピエログラフイー」等があり，手術の適否を決めるには愼重なる腎機能檢査を必要とする．

(北川正惇．臨床醫學，12月號)

月　報

學　會

金澤醫學會第144回例會

12月24日(金曜日)午後2時より金澤醫科大學醫化學講義室に於て開會，其の演說次の如し.

故石川昇教授の特志解剖　(附標本供覽)

金澤醫科大學病理學教室
中　村　八　太　郎

內容は十全會雜誌纂說欄に揭載の筈.

了つて總會に入り庶務會計の報告ありたり.

雜　報

學位授與

金澤醫科大學に於て昭和12年12月8日附石川縣岡部保，香川縣三好爲一，福井縣大月五に醫學博士の學位を孰れも授與せり.

名譽教授逝去

金澤醫科大學名譽教授金子治郎殿ニハ昭和12年12月28日逝去セラレタリ.

叙任・辭令

●內　閣

12月1日

金澤醫科大學助教授　宮　田　榮

陞敍高等官四等

●宮內省

11月15日

正七位　渡　邊　四　郎

(各　通)　正七位　三　木　錄　三

正七位　神　戶　恒　夫

敍從六位

12月15日

敍正六位　從六位　宮　田　榮

●金澤醫科大學

11月20日

學校醫囑託ヲ解ク　助手　佐々木一男

副手　加　登　周　一

金澤醫科大學學校醫ヲ囑託ス

月手當金參拾圓給與

副手　盛　永　五　作

附屬醫院檢査部檢査員ヲ委囑ス

11月30日

附屬藥學專門部講師　坂　野　博　暉

願ニ依リ講師囑託ヲ解ク

學生事務囑託　坂　野　博　暉

願ニ依リ囑託ヲ解ク

吉　村　友　尙

金澤醫科大學附屬藥學專門部講師ヲ囑託ス

吉　村　友　尙