

# 原病學各論

—— 亞爾蔑聯斯の講義録 —— 第10編

## On Particular Pathology —— A Lecture on Ermerins —— (10)

松陰 宏\*<sup>1</sup> 近藤 陽一\*<sup>2</sup> 松陰 崇\*<sup>3</sup> 松陰 金子\*<sup>4</sup>

**【要約】** 明治9 (1876) 年1月に、大阪で発行された、オランダ医師エルメレンス (Christian Jacob Ermerins: 亞爾蔑聯斯または越爾蔑噠斯と記す, 1841-1879) による講義録、『原病學各論 卷四』の原文を紹介し、その現代語訳文と解説を加え、現代医学と比較検討した。本編では、循環器病編の心臓諸病のうちの最初の部分の、「心臓肥大」および「心臓萎縮」について記載した。症状、病態生理、診断法、病理解剖所見などの部分はかなり詳しく記されているが、原因についての記載はあまり多くない。また、梗塞の定義や炎症の概念が確立されていない。治療法では、内科的対症療法がその主流である。この書物は、わが国、近代医学のあけぼのの時代の、医学の教科書である。

**【キーワード】** 明治初期医学書、蘭醫エルメレンス、心臓肥大、心臓萎縮

### 第14章 原病學各論卷四の概要

『原病學各論 卷四』には、循環器病編が記されていて、心臓諸病として、「心臓肥大」、「心臓萎縮」、「心内膜炎」、「心筋炎」、「心臓瓣膜病」および「神経性心臓病」の記載があり、心臓疾患以外の疾患としては、「心嚢炎」および「大動脈跳血囊」について述べられている (図1)。

この中で、心臓肥大は、その形態によって、『エキセントリス肥大 (eccentric hypertrophy: 遠心性肥大)』、『單純肥大 (simple hypertrophy)』、『コンセントリス肥大 (concentric hypertrophy: 求心性肥大)』の3種に分類されていて、それぞれを起こす原因についての記載がある。心臓萎縮についても同様で、形態によって、3種類に分けられているが、それは脂肪変性によって起こるものが多いとしている。ここで使用されている『脂肪変性』の語句は、その内容から、現在使用されている『脂肪沈着』の意味だけで

はなく、『壊死』の状態の意味をも含まれ、融解壊死や凝固壊死の意味をも含んで使用されていると考えられる<sup>1)</sup>。しかし、本文では、『壊死』や『梗塞』の文字は認められない。

心内膜炎では、形態学的に、『線維化を伴うもの』と『潰瘍を形成するもの』との2種に分類していて、その原因には、リウマチ熱や種々の化膿性炎症などがあって、弁膜異常を伴うものもあるとしている。

また、心筋炎は、心内外膜の炎症に続発するものが多く、心臓瘤 (心室瘤) を形成したり、心破裂を来す例があると述べている。

そして、心臓弁膜病では、『瓣膜の閉鎖不全症』と『瓣孔狭窄症』との2種類をあげ、『大動脈瓣』、『僧帽瓣』、『肺動脈瓣』および『三尖瓣』の異常をそれぞれ記している (第11編参照)。

神経性心臓病としては、『神経性心臓痛』および『バアセドウ (Basedow) 病』の2疾患をあげているが、バセドウ病の本体である、甲状腺ホルモン異常

\*1 Hiroshi MATSUKAGE: 三重県立看護大学  
\*3 Takashi MATSUKAGE: 日本大学循環器内科

\*2 Yoichi KONDO: 山野美容芸術短期大学  
\*4 Kinko MATSUKAGE: 東京女子医科大学

についての記載は無く、原因不明としていて、甲状腺機能亢進症であることが、未だ分かっていない。

最後に、心臓以外の疾患として、『心嚢炎』と『大動脈跳血嚢』を取り上げている。

心嚢炎は、『乾性』と『湿性』とに分類されていて、それらは、原発性ではなく、他の炎症が波及する続発性のものが多いと述べている。また、ここでは、心嚢穿刺の効用をあげている。

大動脈跳血嚢は『大動脈瘤』のことを指していて、これは、動脈硬化によって起こるものが多いとしていて、破裂による死亡例もあることを指摘している（第12編参照）。

### 第15章 原病學各論卷四 循環器病編

本編では、『原病學各論 卷四』の最初の部分、即ち、「循環器病編」のうち、「心臓諸病」を取り上げ、その中で、「心臓肥大」および「心臓萎縮」の部分を記載した。ここに、その全原文と現代語訳文とを記し、解説と現代医学との比較を追加した（図2, 3）。

### (イ) 心臓肥大

「此病ハ心臓壁ノ筋束増殖スルカ為ニ肥大變厚スル者ニノ、之レヲ三種ニ區別ス。第一其壁肥厚スルニ從テ、内腔ノ潤大ト為ル者ヲ、『エキセントリス』（外方ニ増大スル義）肥大ト名ケ、第二其壁變厚シテ内腔ノ肥大セサル者ヲ、單純肥大トシ、第三其壁變厚スルニ從テ内腔狭小ト為ル者ヲ、『コンセントリス』（内方ニ増大スル義）肥大ト名ク。第一種、第二種ハ尋常多ク見ル所ニノ、第三種ハ甚タ罕レナリ。總テ此等ノ症ハ、心臓ノ全形甚タ増大スル者ニノ、時トノハ、平素ノ二倍半ニ至ル」有ルカ故ニ、一ニ之レヲ牛心ト稱ス。」

「この疾患は、心臓壁の筋線維束が増生するために、肥大・肥厚するもので、これを3種に分類する。

第1種は、壁が肥厚するに從って、内腔が拡大するもので、これを『エキセントリス (eccentric：外方に拡大する意味：遠心性)』肥大と名付け、第2種は、

|                  |         |               |         |
|------------------|---------|---------------|---------|
| 記日講<br>原病學各論卷四目錄 | 循環器病篇   | 記日講 原病學各論卷四目錄 |         |
|                  | 心臓肥大    | 心臓肥厚          |         |
|                  | 心臓萎縮    | 心臓縮小          |         |
|                  | 心内膜炎    | 心内膜炎          |         |
|                  | 心筋炎     | 心筋炎           |         |
|                  | 心臓瓣膜病   | 心臓瓣膜病         |         |
|                  | 大動脈弁不全症 | 大動脈弁閉鎖不全症     | 大動脈弁不全症 |
|                  | 僧帽瓣不全症  | 僧帽瓣閉鎖不全症      | 僧帽瓣不全症  |
|                  | 肺動脈弁不全症 | 肺動脈弁閉鎖不全症     | 肺動脈弁不全症 |
|                  | 三尖瓣不全症  | 三尖瓣閉鎖不全症      | 三尖瓣不全症  |
|                  | 神經性心臓病  | 神經性心臓病        |         |
|                  | 心嚢炎     | 心嚢炎           |         |

図1 原病學各論 卷四 目錄

壁が肥厚しても、内腔が拡大しないものを『単純性 (simple)』肥大とし、第3種は、壁が肥厚するに従って、内腔が狭小化するもの、これを『コンセントリス (concentric: 内方に増大する意味: 求心性)』肥大と名付ける。第1種および第2種は普通に多く認められるもので、第3種は非常にまれである。一般に、これらの疾患は、心臓全体が非常に大きくなるもので、時には、正常の2.5倍になることもあるので、一名『牛心 (Cor bovinum)』という。」

「『原因』

心臓機能ノ亢盛スルニ由ル者ニシテ、猶他部ノ諸筋モ其運動過剰ナレハ、愈々肥大スルカ如シ。即チ大動脈口狭小トナレハ、心臓非常ニ収縮シテ、血液ヲ搾出セサル能ハサルカ故ニ、漸々肥大シテ、遂ニ所謂牛心ヲ発シ、又動脈壁ノ弾力ヲ失フ者。喩ヘハ、老人ニ於テ動脈ヲ硬化スルカ如キハ、心臓ノ収縮力其度ヲ超ヘサルヲ得サルヲ以テ、肥大症ヲ誘発スル」有リ。又内膜炎ニ罹テ、心筋軟弱ト為リ、血液ノ壓ニ由テ漸々

膨大スレハ、内膜炎既ニ治スルモ、其増大ハ復スル」無ク、収縮毎ニ搾出スル血量尋常ヨリモ多キカ故ニ、其機能モ亦自ラ亢盛セサルヲ得ス。之レニ由テ『エキセントリス』肥大ヲ発スル」有リ。又心臓右室ノ肥大ハ、肺臓病殊ニ其病久シテ、持續シテ肺臓中ノ血行困難ナル者ニ發ス。喩ヘハ、胸膜炎ノ滲出液偏胸ニ瀦留スレハ、心臓ノ右室力ヲ極テ収縮スルカ故ニ、自ラ肥大ヲ發スルカ如シ。其他勞瘵ニ於テ肺組織ノ壞崩スル者、或ハ肺氣腫ニノ氣泡大ニ膨脹シ、毛細管ノ萎縮スル者ニ於テモ、右室ノ収縮力亢盛セサルヲ得サルカ故ニ、遂ニ肥大ヲ発セシム。聰テ大循環ニ障碍アレハ、左室ノ肥大ヲ発シ、小循環ニ障碍アレハ、右室ノ肥大ヲ發スルヲ常トス。而ノ右室若クハ左室ヲ撰ハス、一方ノ肥大甚ケレハ、全心臓ノ肥大ヲ來タス。然ル所以ノ者ハ、一室ノ収縮常ニ倍スレハ、他室モ亦之レニ從テ其力ヲ逞フセサルヲ得ス。且ツ兩室ノ滋養ハ、齊シク冠動脈ヨリ受クレハナリ。又神經ノ感動ニ由テ、心ノ機能自ラ亢盛シ、之レカ為ニ肥大

|   |  |
|---|--|
| <p>日講 原病學各論卷四<br/>         大阪府病院教師 蘭醫 越尔茂唎斯 / 著<br/>         三瀬 諸君 譯<br/>         岡澤貞一郎 校</p>   |  |
| <p>循環器病篇<br/>         心臓諸病<br/>         心臓肥大</p>  |  |
| <p>此病ハ心臓壁ノ筋束増殖スルカ為ニ肥大變厚スル者ニメ之レヲ三種ニ區別ス第一其壁肥厚スルニ從テ内腔ノ濶大ト為ル者ヲ「エキセントリス」ト名ケ、第二其壁變厚シテ内腔ノ増大セサル者ヲ「單純肥大」トシ、第三其壁變厚スルニ從テ内腔狭小ト為ル者ヲ「コンセントリス」ト名ケ、第一種第二種ハ尋常多ク見ル所ニメ、第三種ハ甚々罕レナリ、總テ此等ノ症ハ心臓ノ全形甚々増大スル者ニシテ、時トメハ平素ノ二倍半ニ至ル」有ルカ故ニ「一二之レヲ牛心ト稱ス」</p> |  |
| <p>原因 心臓機能ノ亢盛スルニ由ル者ニシテ、猶他部ノ諸筋モ其運動過剰ナレハ愈々肥大スルカ如シ。</p>  |  |

図2 原病學各論 卷四 本文 (心臓肥大)

ヲ発スルヲ有リ。喩ヘハ、瓣膜ニ毫モ缺損ナク  
ノ、心ノ肥大ヲ発スル者ノ如キ是レナリ。」

#### 「『原因』

心臓機能が亢進することによって起こるもので、他の部分の筋肉も、運動が過剰になればなるほど肥大するのと同様である。即ち、大動脈弁口が狭くなれば、心臓が大きく収縮しても、血液の拍出する能力は低下するので、だんだん肥大して、ついにはいわゆる牛心となり、また、動脈壁の弾力が失われた者、例えば老人において、動脈硬化のある場合には、心臓の収縮力は、正常の限度を越えなければならないので、肥大症を誘発する。また、内膜炎に罹って心筋が弱くなり、血圧によってだんだん心臓が拡張すれば、内膜炎が治っても、その拡張はもとへ戻らず、収縮ごとに拍出される血液量は正常よりも多くなる為に、その機能も自ずから亢進せざるを得ない。これによって、『エキセントリス』肥大を起こすことがある。また、右心室の肥大は、肺疾患、特に、その疾患が長期に持続して、肺内の循環障害を来たしたものに起こる。例えば、胸膜炎の浸出液が一方の胸膜腔に偏在すれば、右心室は力を極めて収縮するので、自ずから肥大してくる。その他、労瘵で肺組織が崩壊した時にも、あるいは肺気腫で肺泡が膨張して毛細血管が萎縮するものでも、右心室の収縮力が高まらなければならないので、ついには肥大を起こしてくる。一般に、大（全身）循環に障害があれば、左心室の肥大を来たし、小（肺）循環の障害があれば、右心室の肥大を来たするのが普通である。この様にして、右心室あるいは左心室を問わず、一方の肥大が著明であれば、心臓全体の肥大を来たす。その様な状態のものでは、ひとつの心室の収縮力が正常の2倍になれば、他の心室の力もまた追随せざるを得ないものである。それは、両室の栄養は、同じように冠状動脈から受けるからである。また、神経の刺激によって心臓の機能は亢進して、その為に肥大を来たすことがある。例えば、弁膜に少しも欠陥がないのに、心臓が肥大するものなどである。」

この項では、心肥大には、左室肥大、右室肥大および両室肥大があり、それらは、心室に負荷がかかって起こることを述べている。そして、その負荷の原因として、心臓の弁膜異常、全身循環や肺循環の循環異常、支配神経の異常などをあげている。

現在、心臓肥大を起こす代表的疾患としては、各種の感染症、心臓弁膜症、慢性腎炎や本態性高血圧症、動脈硬化症、肺線維症などによる肺高血圧症、遷延する貧血、各種の代謝・内分泌異常、膠原病などがあげられるが、近年、原因不明の心筋症（Cardiomyopathy）が注目されてきた<sup>10</sup>。この疾患は、病理学的に、大小不規則な心筋細胞の存在、心筋束の錯綜配列、筋層内線維化などの所見があって、心臓が求心性あるいは遠心性に肥大したもので、原因が明らかでないものを指している<sup>11,12</sup>。しかし、最近の研究では、遺伝子異常を合併した心筋症の症例が多数報告され、また、ウイルス感染との関係も示唆されていて、単一の原因によるものでないことが想定されている<sup>13,14</sup>。

また、ここで、「化硬」は『硬化』、「壊崩」は『崩壊』のことであり、「労瘵（ロウサイ）」は慢性肺疾患を指している<sup>15</sup>。

#### 「『症候』

心左室ノ肥大ニ於テハ、其搏動部必ス下降スルヲ以テ徴シ易シ。蓋シ尋常ノ搏動ハ必ス第五六肋間ニ有テ、乳線ノ内側ニ偏倚スレトモ、左室ニ肥大ヲ発スレハ、稍降テ第六七肋間ニ及ヒ、乳線ヨリ少シク外方ニ偏倚シ、甚キハ腋下线ニ於テ之レニ觸ルムヲ有リ。又健體ノ心搏動ヲ觸ル可キ部ハ甚タ狭小ニシテ、一指頭大ニ過キスト雖モ、左室若シ肥大スレハ、其搏動部甚タ増大シ、極テ劇キ症ニ於テハ、全胸盡ク跳動スルニ至ル。又健體ノ心臓部ヲ敲檢スルニ、其濁音僅ニ第四五ノ二肋間ヲ出テス。心尖ハ胸骨縁ヲ距ルニ二拇指横徑ノ部ニ在レトモ、左室ノ肥大ニ在テハ、其形著シク増大シテ、濁音ヲ発スルノ地モ亦從テ大ナリ。」

#### 「『症候』

左室肥大の場合には、その拍動部は必ず下降するので、分かりやすい。一般に、正常の心拍動部は、必ず第5・6肋骨間あたりにあって、乳線の内側に位置するが、左室肥大を来たせば、やや下降して第6・7肋骨間になり、乳線より少し外側に寄って、甚だしい時には、腋窩線でそれに触れることがある。また、健康体の心拍動を触れることの出来る部分は非常に狭いところで、1指頭大以内であるが、もし左心室が肥大す

れば、その拍動部は大きく広がって、極めて激しい場合には、胸部全体が躍動する様になる。また、健康体の心臓部を打診すれば、その濁音部は小さく、第4・5の2肋骨間から出ることはない。また、心尖部は胸骨縁から2指横指にあるが、左室肥大の場合には、その形は著明に大きくなって、濁音を認める部分も大きくなる。」

「右室ノ肥大ハ心尖下方ニ降ル」無ク、尋常ニ比スレハ稍外方ニ轉移シ、敲檢スレハ、胸骨ノ右側ニ濁音ヲ発ス。是レ健體ニ於テハ絶ヘテ無キ所ニシテ、其肥大尤モ甚キ者ハ、全胸骨ヲ跳動スル」有リ。又聞診法ヲ施スニ、左室肥大ニ於テハ、左室瓣膜（即チ僧帽瓣及ヒ大動脈口ノ半月瓣）音亢盛シ、右室肥大ニ於テハ、右室瓣膜（即チ三尖瓣及ヒ肺動脈口ノ半月瓣）音亢盛ス。而シテ、患者ノ症状ハ種々ニシテ、一定セス。人ニ由テハ甚キ心肥大ニ罹レテ、毫モ患苦ヲ覺ヘサル者アリ。或ハ眩暈、耳鳴、眼花閃爍等ノ如キ脳充血ノ諸徴ヲ呈スル者アリ。或ハ衄血或ハ脳出血（即チ卒中）等ヲ発スル者アリ。其肥大尤モ甚シク、所謂牛心ヲ発スル者ニ於テハ、肺臓ヲ壓迫シテ、呼吸困難ヲ発スル」有リ。但シ、心臓肥大ハ、其患苦皆之レヲ誘起スル所ノ原因ニ関涉スル者ニシテ、肥大ハ反テ大幸福ト為ル」多シ。喩ヘハ、大動脈口狭窄ノ如キハ、尋常ノ心臓、能ク之レニ勝テ、血液ヲ搾出スル能ハスト雖モ、肥大スルニ及テハ、容易ク血液ヲ輸出シ得ル者トス。唯此肥大症ニ於テ危険ナルハ、脳充血ヲ発スルニ在リ。又老人ニ於テハ、心臓假令ヒ肥大スルモ、十分ニ其收縮機ヲ營ム能ハスノ、血行妨碍ヲ起ス」有リ。是レ老人ハ、心筋ニ脂肪變性ヲ來タスニ由ル。又少年ニ在テモ、劇甚ナル肥大ニ罹レハ、屢々危険ヲ招ク」有リ。而シテ其危険ナルハ、肥大ニ由ラスノ、脂肪變性ヲ起スニ在リ。」

「右心室の肥大は、心尖部が下方に下がることはなく、正常に比べればやや外方に移動し、打診により、胸骨の右縁に濁音を認める。これは、健康体では、決して起こらないことで、その肥大が最も著しい場合には、胸骨全体が躍動することがある。また、聴診すれば、

左室肥大の場合には、左心室の弁膜（即ち僧帽弁および大動脈の半月弁）の音が大きくなり、右室肥大では、右心室の弁膜（即ち三尖弁および肺動脈の半月弁）の音が大きくなる。そして、患者の症状はいろいろで、一定しない。人によっては、甚だしい心肥大に罹っても、少しも患苦を感じない場合がある。また、めまい、耳鳴り、光視症などの脳うっ血の諸症状を呈する者もある。また、鼻出血や脳出血（即ち卒中）などを発症する者もある。心肥大が最も著しく、いわゆる牛心を来たした者では、肺を圧迫して、呼吸困難を来たすことがある。ただし、心肥大では、その症状はみなそれを誘発する原因に関係するもので、肥大はかえって大幸運であることが多い。例えば、大動脈弁口狭窄の場合には、普通の大きさの心臓はその狭窄に勝って、血液を充分拍出することは出来ないが、肥大すれば容易に血液を拍出することが出来るのである。ただ、この肥大症の場合に危険なのは、脳うっ血を来たすことである。また、老人の場合には、心臓がたとえ肥大したとしても、十分にその収縮機能を営むことが出来ないで、循環障害を起こすことがある。これは、老人では、心筋に脂肪変性を来たすためである。また、若年者でも、非常に高度の肥大になれば、しばしば危険をまねくことがある。そして、その危険なのは肥大によるものでなく、脂肪変性を起こすためである。」

この項のはじめでは、心臓肥大の診断法として、打診法と聴診法による所見について記載しており、つづいて心臓機能不全になると、循環障害、呼吸障害、脳うっ血などが起こり、それによって起こる諸症状を述べている。

ここでは、「心筋の脂肪変性」の語句を使用している。現在の病理学用語では、これは、『心筋細胞に脂肪沈着』を来たした状態であり、これには、びまん性沈着と斑状沈着がある。このような状態は、高度の貧血、糖尿病、各種の中毒症などの心筋細胞や、新鮮な梗塞部位の周辺細胞などに認められるものである。しかしながら、『原病學通論 卷之七』で記されている「脂肪變性」の解説では、現在の病理学用語の定義と多少趣を異にしていて、梗塞（壊死）の意味を含んでいるものと理解される。本書のシリーズでは、一貫して、循環障害による局所壊死を意味する『梗塞』の文字は見当たらない<sup>1,8)</sup>。

また、「眩暈（ゲンウン）」は『めまい（Vertigo）』

のことで、外界が回転する感覚（回転性めまい）を指している。「眼花閃爍」は『眼華閃爍(Ophthalmosp-  
intherism)』のことで、多くは、眼の硝子体中に種々の結晶（コレステリン、脂肪酸カルシウムなど）が出現し、それらが光るために、目の前に火花が見えるような感覚を呈する状態を指している。これは、外傷、炎症、循環障害などの種々の原因で起こり、光がないのに光を感じる（Photopsia：光視症）ことである<sup>2)</sup>。

(口) 心藏萎縮

「此病ノ肥大症ニ繼発スルヤ、心筋ノ脂肪變性ヲ受クルニ由ル者ニシテ、已ニ脂肪變性ヲ受クレハ、心藏固有ノ赤色ヲ失テ灰白色ト為リ、顕微鏡ヲ以テ照檢スルニ、其筋纖維ノ横紋消去シテ、恰モ他ノ不隨意筋ノ如ク、（心筋ハ元來横紋ヲ有セル一種ノ不隨意筋纖維ニシテ、他ノ不隨意筋ノ横紋ヲ有セサル者ト同カラス）粒状ノ脂肪球、之レニ代テ以テ充填ス。盖シ、此脂肪變性ハ、心藏機能ノ不全ナルニ由テ発スル者トス。此屍

體ヲ解視スルニ、心藏弛緩シテ健體ニ於ルカ如ク緊張セス。其上房ヲ剖開スレハ、直ニ萎閉スル、氣胞ヲ破開スルカ如シ。但シ、之レヲ檢スルニハ、必ス屍體ノ新ナルヲ要ス。若シ久キヲ經ル者ハ、全心藏盡ク軟化シテ、之レヲ檢スル能ハス。凡ソ心藏ノ肥大愈々甚ケレハ、脂肪變性ヲ発スル、愈々速ナル者ニシテ、高齢ノ人ニ於テハ殊ニ然リトス。又肥胖家ニ於テハ、冠動脈ノ下底ニ多量ノ脂肪ヲ凝著シ、心藏表面ノ筋纖維モ亦遂ニ脂肪變性ヲ受クト雖モ、深部ノ筋纖維ハ猶健全ニシテ、唯其筋束間ニ脂肪ノ沈著スル、有リ。此ノ如クナレハ、心藏ノ機能ニ障碍ヲ生シ、脂肪ノ沈著セル筋束ハ、漸々ニ萎縮スル者トス。殊ニ肥胖家ノ肺氣腫ニ罹レル者ニハ、此變性ヲ発スル、多シ。」

「この疾患は、肥大症に続発するものや、心筋が脂肪變性に陥ったことに起因するものであり、脂肪變性になれば、心臓固有の赤色を失って灰白色となり、顕微鏡で観察すると、その筋線維の横紋は消失して、あた

|                      |                      |                      |                        |                       |                       |                         |         |      |                       |                         |                       |                        |                        |                        |                       |                       |                       |                       |                      |                       |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------|------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 血液ヲ輸出シ得ル者トス唯此肥大症ニ於テ危 | 險ナルハ腦充血ヲ発スルニ在リ又老人ニ於テ | ハ心藏假令ヒ肥大スルモ十分ニ其收縮機ヲ營 | ム能ハスメ、血行妨碍ヲ起ス、有リ、是レ老人ハ | 心筋ニ脂肪變性ヲ來タスニ由ル、又少年ニ在テ | モ劇甚ナル肥大ニ罹レハ、屢々危険ヲ招ク、有 | リ、而メ其危険ナルハ、肥大ニ由ラスメ、脂肪變性 | ヲ起スニ在リ、 | 心藏萎縮 | 此病ノ肥大症ニ繼発スルヤ、心筋ノ脂肪變性ヲ | 受クルニ由ル者ニシテ、已ニ脂肪變性ヲ受クレハ、 | 心藏固有ノ赤色ヲ失テ灰白色ト為リ、顕微鏡ヲ | 以テ照檢スルニ、其筋纖維ノ横紋消去シテ、恰モ | 他ノ不隨意筋ノ如ク、（心筋ハ元來横紋ヲ有セル | 他ノ不隨意筋ノ横紋ヲ有セサル者ト同カラス）粒 | 有セサレ者ト同カラス）粒状ノ脂肪球之レニ代 | テ以テ充填ス、盖シ此脂肪變性ハ心藏機能ノ不 | 全ナルニ由テ発スル者トス、此屍體ヲ解視スル | ニ心藏弛緩シテ健體ニ於ルカ如ク緊張セス、其 | 上房ヲ剖開スレハ直ニ萎閉スル、氣胞ヲ破開 | スルカ如シ、但シ之レヲ檢スルニハ必ス屍體ノ |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------|------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|

図3 原病學各論 卷四 本文（心藏萎縮）

かも他の不随意筋（平滑筋）の様になり（心筋は元来横紋を持つ一種の不随意筋線維で、他の不随意筋で横紋を持たないものと同じではない）、その代わり、粒状の脂肪球が充填されている。一般に、この脂肪変性は心臓機能不全によって起こるものである。この死体を解剖してみると、心臓は弛緩していて、健康体で見られるような緊張はしていない。その上、心房を切開すると、直ちにそれが収縮するのは、肺胞を切開した時と同じ様である。ただし、これを認めるのは、必ず死体が新鮮である必要がある。もし、死後長時間を経過したものであれば、心臓全体が軟化して、これを観察することは出来ない。一般に、心臓の肥大が甚だしい程、脂肪変性を起こす速さも速いものであって、高齢者では、ことにそうである。また、肥満者では、冠状動脈の末梢部に多量の脂肪沈着があって、心臓表面の筋線維も又、最終的には脂肪変性を受けるが、深層の筋線維はなお健全であって、ただその筋束間に脂肪が沈着することがある。この様になれば、心臓の機能に障害を来し、脂肪が沈着した筋束は、徐々に萎縮するものである。殊に肥満者で肺気腫にかかっている者では、この変性を受けることが多い。」

この項では、心臓萎縮の起こる原因と、萎縮した心臓の肉眼的、顕微鏡的所見を記載している。その中で、『心筋細胞の横紋の消失』をあげているが、これは横紋を形成する蛋白質（アクチン、ミオシンなど）の変性であり、『心筋細胞凝固壊死』の初期所見である。しかし、本文では、壊死の文字は認められない。また、心筋細胞への酸素・栄養素の供給は、原則として冠状動脈から行われるが、内膜面に位置する数層の心筋細胞では、心臓内血液から直接受けるものである。

心臓の大きさは、加齢、消耗性疾患などによって、小さくなることがある。その際には、心筋の色調が褐色を帯びてくることが多く、これを組織学的に観察すると、心筋細胞はやや細く、核も小さくなり、核周辺の細胞質内に褐色色素が多量に認められる。このため、心臓の『褐色萎縮』と呼ばれている。この褐色色素は、複合蛋白脂質のリポフスチン（Lipofuscin）であり、消耗性疾患で増加することから、消耗性色素とも呼ばれることがあるが、加齢と共に増加するものでもあり、代謝障害の結果と考えられている。

また、心臓の外膜などの膜性部分には、もともと構成細胞としての脂肪細胞があり、肥満者などでは、そ

の脂肪細胞が腫大して、多量の脂質を含んでいる。これが心筋線維間に入り込んで、周囲の心筋細胞を圧迫して萎縮させることがあり、これが高度の場合には、脂肪心（Fatty heart）と呼ばれている。

「又心臓炎及ヒ内膜炎ノ經過中ニ之レヲ発ス。是レ急性痲質私ニ於テ多ク実験スル所ナリ。盖シ急性痲質私ニ在テハ、心臓ノ内膜及ヒ其筋纖維ニ發炎スルカ故ニ、筋纖維中ニ滲出物ヲ生シ、或ハ腫瘍ヲ発シテ、之レカ為ニ心臓破裂ヲ來タス」有り。或ハ其心臓軟化弛緩スルニ由テ、血壓ノ為ニ膨大シ、其壁極テ菲薄ト為ル」有り。但シ、多クハ左室ニ発シテ、右室ニ発スル」殆ト稀ナリ。此症若シ幸ニ治癒スレハ、『エキセントリス』肥大ヲ貽シ、高齢ノ人ニ在テハ、此肥大ニ繼テ脂肪變性ヲ発シ、遂ニ萎縮症ニ陥ル」有り。又滲出物ヲ生スル所ノ心嚢炎ニ繼発スル」有り。此萎縮ハ、滲出物ノ壓迫ヲ受ケ、心臓ノ滋養自ラ不足シテ、脂肪變性ヲ起スニ由ル。之レニ在テハ、其心臓膨大セス。却テ縮小スルヲ常トス。或ハ急性熱病即チ窒扶斯、膿熱、若クハ蕁熱等ノ經過中ニ、心臓萎縮ヲ発スル」有り。病體解剖ニ由テ、其心臓ヲ檢スルニ、稍弛緩シテ緊張セサル而已。且ツ顕微鏡下ニ照視スルモ、解剖的ノ變化ヲ見ス。是レ恐クハ、劇熱ノ為ニ其機能非常ニ亢盛シ、遂ニ神経力ニ衰弱ヲ來タセシニ由ル。」

「また、心筋炎および心内膜炎の経過中に、この変性が起こる。これはリウマチ熱において多く認められるものである。一般に、リウマチ熱では、心臓の内膜および筋線維に炎症が起こるので、筋線維中に浸出物が出来たり、心臓瘤が形成されたりする為に、心臓破裂を来すことがある。また、心臓は軟化弛緩するので、血圧のために拡張し、その壁が極めて薄くなることもある。ただし、多くの場合は、それは左心室に発症して、右心室に起こることはほとんどまれである。本症は、もし幸いに治癒すれば、『エキセントリス（遠心性）』肥大を後に遺し、高齢者では、この肥大に続いて脂肪変性を来し、ついには、萎縮症に陥ることがある。また、浸出物をつくり出す心嚢炎に続発する場合がある。この萎縮は、浸出物の圧迫を受けて、心臓

の栄養が不足して、脂肪変性を起こすことによる。この場合には、心臓は肥大せず、かえって縮小するのが普通である。あるいは、急性熱性疾患、即ち、腸チフス、敗血症の経過中に、心臓萎縮を来すことがある。病理解剖によって、その心臓を観察すると、やや弛緩して緊張していないだけの所見である。その上、顕微鏡下に観察しても、解剖学的変化を認めない。これは、おそらく高熱の為にその機能が非常に高まって、遂に神経の力に衰弱を来たしたからであろう。」

ここで、「偻麻質私」は『リウマチ』の当て字であり、「急性偻麻質私」は『リウマチ熱 (Rheumatic fever)』を指している。リウマチ熱は、溶血性連鎖球菌などの細菌感染後に起こる、アレルギー性疾患と考えられ、心炎 (心筋炎や心内膜炎)、多関節炎、皮膚輪状紅斑、舞蹈病などを主症状とする、全身性の非化膿性炎症が認められるものである。このうち心炎では、組織学的に、心筋間質とくに小血管周囲に、アショフ (Aschoff) 結節が見られるのが特徴である。この結節は一種の肉芽腫で、線維芽細胞、白血球と大型のアショフ細胞などから成り、時間が経つと線維化して硬い癍痕組織を形成してくる。この為に、その部分は、心臓本来の収縮拡張機能を失うことになる。なお、Aschoff (Karl Albert Ludwig, ドイツ医：1866—1942) は、心臓病理学、心臓刺激伝導系の研究、細網内皮系の研究などの多数の業績を残し、20世紀前半を代表する病理学者の一人である<sup>3)</sup>。

この項の最後の部分では、全身性熱性疾患後の心臓の病理解剖学的変化について記載していて、顕微鏡的に異常を認めないとしている。しかし、多くの症例では、種々の程度の心筋細胞の変性 (脂肪沈着、空胞変性、臘様変性など) や萎縮 (褐色萎縮)、横紋の消失、核異常などが認められるのが普通であり、高度の場合には、心筋細胞壊死・消失および線維化を認めるものもある<sup>3)</sup>。

「心臓萎縮モ亦其形状ニ隨テ、三種ニ區別スル」  
猶肥大症ニ於ルカ如シ。第一其壁菲薄ト為テ、  
内腔増大スル者ヲ、『エキセントリス』萎縮ト  
称ス。喩ヘハ、心臓炎若クハ内膜炎ノ後ニ発ス  
ル者ノ如シ。第二其壁菲薄ト為リ、内腔モ亦從  
テ狭小ナル者ヲ、『コンセントリス』萎縮トス。  
喩ヘハ、滲出液ヲ生スル心嚢炎ニ繼発セル者ノ

如シ。第三ハ其壁菲薄ト為レド、内腔ノ廣狭ハ  
變スル」無シ。之レヲ單純萎縮トス。急性熱病  
ノ後ニ多ク発スル所ノ症ナリ。」

「心臓萎縮もまた、その形状によって3種に分類されるのは、肥大症の時と同じである。第1種は、その壁が薄くなって内腔が拡大するものを、『エキセントリス (遠心性)』萎縮という。例えば、心臓炎あるいは心内膜炎の後に起こるものなどである。第2種は、その壁が薄くなって内腔も又狭くなるものを、『コンセントリス (求心性)』萎縮という。例えば、浸出液を生み出す心嚢炎に続発するものなどである。第3種は、その壁は薄くなるが、内腔の大きさは正常と変わらないものである。これを『単純』萎縮という。急性熱性疾患の後になることが多いものである。」

#### 「『症候』

萎縮症ニ於テハ、患者ノ困苦、肥大症ニ比スレ  
ハ、頗ル多シ。總テ心臓病ニ罹レル者、始メハ  
違和ヲ覺ヘスト雖モ、一旦萎縮ヲ発スレハ、忽  
チ苦悶ヲ覺フ。是レ其収縮機不全ナルヲ以テ、  
血行ニ妨碍ヲ生スルニ由ル。但シ、其苦悶ハ小  
循環ノ障碍ニ歸スル者有リ。或ハ大循環ノ障碍  
ニ歸スル者有リ。即チ右室ノ萎縮ハ小循環ノ障  
碍ヲ來タシ、左室ノ萎縮ハ大循環ノ障碍ヲ來タ  
ス。而ノ、若シ小循環ニ障碍アレハ、血液肺藏  
中ニ充積シテ、輕キハ加答流諸症ヲ発シ、甚キ  
ハ其血液自己ノ重力ニ由テ、肺藏ノ一部、殊ニ  
下部ニ沈降シ、所謂『ヒポスタシス』性肺炎ヲ  
発ス。急性熱病即チ窒扶斯、膿熱等ノ末期ニ、  
之レヲ発スル」尤モ多ク、就中老人ハ之レニ罹  
リ易シ。又肺充血ニ由テ、心臓右室ノ膨大ヲ発  
スル」有リ。喩ヘハ、肺氣腫、慢性肺炎、濕性  
胸膜炎、及ヒ左室瓣膜ノ缺損ニ於ケルカ如シ。  
之レニ在テハ、先ツ肥大ヲ発シテ遂ニ變性シ、  
尔後漸々膨大ス。然ル所以ノ者ハ、収縮スル毎  
ニ、盡ク右室内ノ血液ヲ搾出スル能ハスノ、多  
少必ス残留シ、加之静脈ヨリ歸流スル所ノ血液  
モ亦相合スルカ故ニ、尋常ヨリモ多量ヲ含マサ  
ルヲ得サルニ由ル。而ノ、右室内既ニ血液ヲ受  
容スル能ハサルニ至レハ、右房モ亦從テ膨大ス。  
盖シ此虚性膨大ハ、特ニ多ク右室ニ發シ、左室



ニ發スル極メテ罕レナリトス。是レ右室ノ壁ハ左室ニ比スルニ菲薄ナルニ歸ス。此心臓膨大ノ現症ニ最モ確著ナル者二候アリ。即チ呼吸困難ト心悸亢盛是レナリ。其呼吸困難ハ肺臓ノ血行障碍セラレテ、瓦斯ヲ交換スル能ハサルニ由テ發ス。心悸亢盛ハ患者ヲノ、苦悶セシムル尤モ甚シ。但シ、肥大ヲ發スルノ際ハ、著シク心悸亢盛ヲ觸知スレトモ、患者自ラ意ト為サス。甚シキハ、左胸全ク震動スルモ猶困苦ヲ覺ヘサル有リ。然レトモ、心臓衰弱シテ、其血液ヲ排出スル能ハサルニ至レハ、患者忽チ心悸亢盛ノ為ニ、苦悶ヲ訴フ者トス。心臓ノ收縮機不整モ亦此症ノ一主徴ニシテ、其脈搏時トノハ疾數ト為リ、又時トノハ緩徐ト為リ、或ハ全ク間歇ス。所謂結代ノ脈是レナリ。此症ニ於テ、聞診法ヲ施セハ、右室ノ收縮甚タ微弱ニシテ、殆ト聴取シ難キ有リ。又敲檢法ヲ施セハ、右室膨大シテ、其濁音胸骨ノ右側ニ延長スル、一二拇指横徑ニ及フヲ徵シ得ヘシ。而シテ、若シ右房ノ膨大ヲ兼發スレハ、上下大静脈ノ血液、其中ニ還流スル能ハス。盡ク静脈系統ニ充盈シテ、顔面帶青灰白色、口唇藍色ト為リ、時トノハ、顔面若クハ手背ニ水腫ヲ發ス。加之門脈系統ニモ亦血液ノ充盈スルカ為ニ、下肢静脈ノ怒張、痔疾、足跗水腫若クハ腹水ヲ發シ、或ハ胸水或ハ心嚢炎ヲ發スル有リ。以上ハ右室ノ機能障碍ニ由テ發スル所ノ主徴トス。」

#### 「『症候』

萎縮症に於いては、患者の苦しみは、肥大症に比べれば非常に多い。一般に、心臓病に罹った者は、初めは違和感を自覚しないが、心臓が萎縮を来たせば、すぐに苦悶を訴える。これは、心臓の収縮機能不全症状であって、血液循環障害を起こすことによる。ただし、その苦悶には、肺循環障害によるものがあり、また大循環障害によるものもある。即ち、右心室の萎縮は肺循環の障害を来たし、左心室の萎縮は大循環の障害を来たす。従って、もし肺循環に障害があれば、血液は肺内にうっ積して、軽い場合には、カタルの諸症状を出し、重い場合には、血液は自己の重さによって、肺の一部、特に下部に沈降し、いわゆる『ヒポスタシス(Hypostasis)』性肺炎(沈下性肺炎)を起こす。急

性熱性疾患すなわちチフス、敗血症などの末期に、この状態に陥ることが最も多く、なかでも、老人はこれに罹りやすい。また、肺うっ血によって、右心室の拡張を来たすことがある。例えば、肺気腫、慢性肺炎、湿性胸膜炎および左心室弁膜の欠損などである。この場合には、先ず肥大を来たし、続いて変性し、以後だんだん拡張する。その様な状態のものでは、収縮する度に、右心室内血液の全てを拍出することは出来ず、必ず多少残留し、その上、静脈から還流する血液も又合流するので、普通よりも血液が多量に溜まらなければならないことによる。そして、右心室内に、もう血液を容れられない状態になれば、右心房も又それに続いて拡張する。一般に、このうっ血性心拡大は、特に右心室に起こり、左心室に起こることは極めてまれである。これは、右心室の壁は左心室に比べると薄いからである。この心臓拡張の現症で、最も確実な症候は二つある。即ち、呼吸困難と心悸亢進とがそれである。呼吸困難は、肺の循環が障害され、ガス交換をすることが出来ないことによって発症する。心悸亢進は、最もはなはだしく患者を苦悶させる。ただし、肥大を起こす場合には、著明な心悸亢進を触知するが、患者は意に介さない。はなはだしい場合には、左の胸全体が振動していても、なお苦痛を自覚しないことがある。しかしながら、心臓が衰弱して、血液の拍出が困難になれば、患者はたちまち心悸亢進による苦悶を訴えるものである。心臓の収縮機能不全もまた、本症の一主徴であり、脈拍は、時には頻数となり、又時には緩徐となり、あるいは全く間歇する。いわゆる結代の脈がこれである。本症では、聴診上、右心室の収縮が非常に微弱で、ほとんど音が聴取出来ないことがある。また、打診上、右心室は拡大して、その濁音は胸骨の右側1~2横指に及ぶのを認めることがある。そして、もし右房の拡大を伴う場合には、上下大静脈の血液がその中に還流することが出来ず、ことごとく静脈系統内に充満して、顔面は青色を帯びた灰白色、口唇は藍色となり(チアノーゼ)、時には、顔面あるいは手背に水腫を来す。その上、門脈系統にも又血液が充満するので、下肢の静脈の怒張、痔疾、足背の水腫あるいは腹水を来たし、あるいは胸水、心嚢炎を発症することもある。以上のものは、右室の機能障害によって起こる主な徴候である。」

この項では、心臓萎縮の症候について述べているが、

ここで、「ヒポスタシス (Hypostasis)」とは、『血液沈下』と呼ばれる状態で、重力の関係により、血液（特に赤血球）が肺の下部にうっ滞した状態（慢性肺うっ血）を指す。これは、老人や、消耗性疾患、悪液質の患者などでしばしば遭遇する循環障害で、肺炎を合併してくることが多い。この場合の肺炎を、『沈下性肺炎 (hypostatic pneumonia)』と呼んでいて、肺の循環障害により肺実質細胞の壊死が起こる。このあたりに、前述の、『炎症は循環障害の結果起こるのであろう』という病態生理の理論が生まれてきた根拠があるのかも知れない<sup>1)</sup>。また、この項の後半では、肺性心の病態生理について述べていて、これは、右心系の拡張を来たして、機能不全に至るものとしている。右心室の機能不全では、肺でのガス交換不全によるチアノーゼ〔Zyanose(独), Cyanosis(英), 紫藍症(日)]や静脈内圧の亢進による水腫などを来たすことが多い。

ここで、「加答流」は『カタル (catarrh) : 粘膜の炎症』の意味の当て字である。また、「結代 (ケッタイ)」は不整脈の一種を指し、脈拍が時々途切れる状態 (intermittence) である (結滞ともいう)。

「左室ノ機能障碍ハ、容易ク診知スル」ヲ得ヘシ。即チ脉搏微弱ニモ、且ツ心臓ノ搏動ト一致セス。喩ヘハ、心動ハ極テ劇甚ナレトモ、脉搏ハ反テ弱小ナルカ如シ。是レ動脈ノ血圧減却スルノ症ニノ、之レヲ發スレハ、尿ノ分泌直ニ減少シ、速ニ水腫ヲ發ス。又肺ニ充血ヲ發スル、右室ノ機能障碍ニ於ケルカ如シ。即チ左室ノ收縮不全ナレハ、盡ク其血液ヲ大動脈ニ擲出スル能ハス。左室漸々膨大シテ、血液ノ留滯愈々甚ケレハ、左房モ亦從テ膨大シ、四個ノ肺静脈、毛細管、肺動脈、及ヒ右室モ亦血液ヲ以テ充盈セラレ。是レ心臓ノ機能衰憊スレハ、動脈系統ノ血液減少シテ、静脈系統ニハ充盈スル所以ナリ。之レニ在テハ、全身ノ營養不給ト為テ、貧血諸症ヲ發シ、冠動脈モ亦心臓ヲ營養セサルカ故ニ、其機能愈々衰弊ス。」

「左心室の機能障害は、たやすく診断することが出来る。即ち、脈拍は微弱となり、その上、それは心臓の拍動と一致しない。例えば、心臓の動きは極めて激しくても、脈拍はかえって弱小であるなどである。これ

は、動脈の血圧が低下した所見で、これが起これば、尿量は減少し、速やかに水腫を来たす。また、肺にうっ血を来たすことも、右心室の機能障害の場合と同様である。即ち、左心室の収縮不全があれば、血液の全てを大動脈に拍出することが出来ない。左心室はだんだん拡大して、血液の滞留が甚だしければ甚だしいほど、左心房も又拡大し、4本の肺静脈、肺の毛細血管、肺動脈および右心室も、血液で満たされる。これが、心臓の機能が衰退した場合に、動脈系統で血液が減少して、静脈系統で充満する理由である。この場合には、全身が栄養供給不足となって、貧血の諸症状を発現し、冠動脈も又心臓に栄養を送らないので、その機能はますます衰退する。」

この項では、左心室機能不全による循環動態異常について述べていて、いわゆる『心原性ショック状態』を解説している。

#### 「『心臓肥大及ヒ萎縮ノ治法』

肥大症ハ藥物ヲ以テ治スル極メテ難ク、且ツ往昔ノ如ク之レニ刺絡ヲ施セハ、愈々危険ナリ。何トナレハ、多量ノ血液ヲ奪フカ為ニ、貧血ヲ將來シテ、心悸亢盛シ、全身ノ營養不給ト為ルニ從フテ、愈々心臓ノ脂肪變性ヲ促セハナリ。故ニ肥大ニ由テ頭部ノ血液灌漑甚シキ者ニハ、局処瀉血、即チ項窩若クハ耳後ニ血角蝟鍼等ヲ貼シ、膏梁ノ食物、鋭烈ノ飲料、及ヒ運動ヲ禁シ、時々硫酸曹達、硫酸麻痺涅失亞ノ如キ下劑ヲ與フ可キ而已。

萎縮症ニハ、衝動強壯ノ療法ヲ施シ、滋養保固ノ食物、即チ鶏卵牛肉乳汁等ヲ與ヘ、運動ヲ禁シ、若シ心臓ノ收縮不整ニモ、水腫ヲ發スル者ニハ、實芟答里斯、綠藜蘆ノ類ヲ與ヘ、心悸亢盛ノ者ニハ、老利尔水ニ越的兒ヲ加ヘ用ヒ、心悸ノ鎮靜スルニ至ラハ、鎮劑ヲ與フルニ宜シ。」

#### 「『心臓肥大および萎縮の治療法』

心臓肥大症は、薬物で治すことは極めて困難で、その上、かつての様に刺絡を施行すれば、ますます危険である。何故ならば、多量の血液を取り去るために、貧血を来たして心悸亢進し、だんだん全身の栄養不足に陥ってくると、ますます心臓の脂肪変性を促進するからである。従って、肥大によって頭部の循環血液が

多くなった者には、局所の瀉血、すなわち項窩又は耳後に血角などを施して、うまい食べ物や刺激のある飲み物の摂取および運動を禁止し、時々硫酸ナトリウム、硫酸マグネシウムの様な緩下剤を投与するだけである。

心臓萎縮症には、衝動薬（アルコールなどを指している）投与や強壯療法を行う。即ち、栄養保持の為の食物、即ち鶏卵、牛肉、乳汁などを与え、運動を禁止し、もし心臓の収縮が不整で、水腫を来たすものには、ジギタリス、緑藜蘆などを投与し、心悸亢進を来たすものには、ロウレル水にエーテルを加えたものを使用して、心悸が鎮静したならば、鉄剤を投与するのがよい。」

この項では、心肥大・心萎縮の治療を記載しているが、基本的には有効なものは少なく、わずかに、うっ血性心不全や頻脈に対して、ジギタリスの使用が効果的であったと考えられる。ここで、「刺絡（シラク）」は『全身性瀉血』を指す。瀉血は古くから行われた治療法で、血圧上昇（静脈系圧亢進を含む）、心悸亢進などの患者に、肘静脈などから血液を排出させるものである。1回に400ml程度まで行ったようであるが、貧血を助長して、全身状態を悪化させることが多いので、この時代以降は実施されなくなった<sup>4,7)</sup>。また、「硫酸曹達」は『硫酸ナトリウム（芒硝）』、「硫酸麻痺涅失亞」は『硫酸マグネシウム（硫苦）』の当て字である。両者とも、塩類下剤の代表的なもので、現在でも一般的に使用されている。また、「實芫荽里斯」は『ジギタリス』の当て字であり、他に『實芫荽里斯』などの当て字もある。また、「緑藜蘆（リョクリロ）」は毛茛科植物の『*Veratrum viride* (green hellebore) : ヘレボルス、緑シュロソウ』のことで、根茎にヘレボレイン (helleborein :  $C_{37}H_{56}O_{18}$ ) をはじめとする種々の配糖体を含み、強心剤、鎮痛剤、速効性下剤などとして使用された<sup>5)</sup>。また、「老利尔水」は『ロウレル水 (Aqua laurocerasi)』の当て字で、これは、欧州原産バラ科植物の『*Prunus laurocerasa* : セイヨウバクチノキ』の葉から作られる水薬で、配糖体のプルラウシン (prulaursin :  $C_{14}H_{17}NO_6$ ) が含まれていて、鎮静剤、鎮咳剤などに用いられた。また、「越的児」は『エーテル』の当て字であり、他に『依的児』などの当て字もある<sup>6)</sup>。

## 【参考文献】

- 1) 村治重厚, 他: 原病學通論 卷之七, p 5-12, 三友社, 大阪, 1874.
- 2) 石原 忍, 他: 小眼科学, p 33, 金原出版, 東京, 1965.
- 3) 赤崎兼義: 病理学各論 I, p 26-30, 南山堂, 東京, 1986.
- 4) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第 6 編, 三重県立看護大学紀要, 第 2 巻, p 55-65, 1998.
- 5) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第 9 編, 三重県立看護大学紀要, 第 3 巻, p 65-80, 1999.
- 6) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第 1 編, 三重県立看護大学紀要, 第 1 巻, p 59-70, 1997.
- 7) 松陰 宏: 原病學通論—亞爾蔑聯斯の講義録—第 1 編, 三重県立看護短期大学紀要, 第 15 巻, p 73-96, 1994.
- 8) 松陰 宏: 原病學通論—亞爾蔑聯斯の講義録—第 7 編, 三重県立看護短期大学紀要, 第 17 巻, p 125-143, 1996.
- 9) 櫻村清徳: 新纂藥物學, 卷之五, p 34, 37, 39, 英蘭堂, 東京, 1877.
- 10) 河合忠一: 心筋症の概念, 病理と臨床, 1 (4), 528-531, 1983.
- 11) 松森 昭, 他: 特発性心筋症の成因, 日本臨床, 58, 2-5, 2000.
- 12) 松森 昭, 他: 特発性心筋症 成因論・概論, 日本臨床, 58, 12-17, 2000.
- 13) 木村彰方: 心筋症の遺伝子異常, 病理と臨床, 18 (6), 541-547, 2000.
- 14) 松森 昭: ウイルス感染と心筋症, 病理と臨床, 18 (6), 548-554, 2000.
- 15) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第 8 編, 三重県立看護大学紀要, 第 3 巻, p 47-63, 1999.