

原病學各論

—— 亞爾蔑聯斯の講義録 —— 第12編

On Particular Pathology
—— A Lecture on Ermerins —— (12)

松陰 宏*¹ 近藤 陽一*² 松陰 崇*³ 松陰 金子*⁴

【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尔蔑噠斯と記す, 1841-1879)による講義録、『原病學各論 卷四』の原文を紹介し、その全現代語訳文と解説を加え、現代医学と比較検討し、また、歴史的変遷にも言及した。本編は第11編の続きで、循環器病編のうちの終わりの部分の、「神経性心臓病」、「心嚢炎」、「大動脈跳血嚢」についての記載である。診断方法の部分は、かなり詳細に記されているが、炎症や腫瘍の概念が確立されていず、ホルモンについては未解明である。治療法では、内科的対症療法がその主流である。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, 神経性心臓病, 心嚢炎, 大動脈跳血嚢

第17章 原病學各論卷四 循環器病篇(つづき)

本編では、『原病學各論 卷四』の終わりの部分、即ち、循環器病編の心臓諸病のうち、「神経性心臓病」、「心嚢炎」および「大動脈跳血嚢」の部分を取り上げ、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1~4)。

『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、はじめの部分には「心臓肥大」、「心臓萎縮」、「心内膜炎」、「心筋炎」、「心臓瓣膜病」についての記載があり、本編はそのつづきである(第10, 11編参照)。

(へ) 神経性心臓病

「茲ニ神経性ト称スレト、神経性心悸動ハ、此中ニ算入セスノ、唯心臓機能ノ神経性妨碍而已ヲ論ス可シ。之レニ属スル者二種アリ。

第一『心臓神経痛』

此症ハ心臓運動ノ間歇性妨碍ニシテ、発作スレハ、心部頓ニ疼痛ヲ発シテ、左側ノ上膊ニ波及シ、心臓ノ運動迅速ニシ、大ニ心悸亢盛ヲ覺ヘ、煩悶極テ甚シ。或症ニ於テハ、顔面藍色ヲ呈シ、或ハ蒼白色ニ變ス。然レトモ、此発作ハ暫時ニ止ミ、且ツ初メハ発作輕微ニシ、間歇ノ時間長シト雖モ、漸次ニ頻発シテ、其発作劇烈ト為リ、遂ニ之レニ由テ死スル者アリ。喩ヘハ、初メハ一年ニ一回発作スル者モ、後ニハ日々一回発作スルカ如シ。而シテ此症多クハ萎黄病ニ併発シテ、殊ニ婦人ニ多ク、總テ子宮病ニ罹レル婦人ハ、大抵萎黄病ヲ兼有スルカ故ニ、之レヲ発シ易シトス。又肺結核、心臓病、大動脈跳血嚢、或ハ多房家ノ衰弱セル者ニ発スルヲ有リ。但シ、何等ノ神経ヲ侵シテ、之レヲ発スルカ未ダ詳カナラス。」

*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

「ここに、神経性と名付けてはいるが、神経性の心悸亢進症は、この中に入れないで、ただ心臓機能が神経性に障害されたものだけを述べる。これに属するものには2種類がある。

第一『心臓神経症』

本症は、心臓運動の間欠性障害であって、発作が起これば、心臓部に突然の疼痛が発生し、それは左側の上膊部に放散し、心臓の動きは速くなり、心悸亢進を強く自覚して、苦悶（呼吸困難）は著しくなる。ある症例では、顔面は藍色を呈するか蒼白色に変わる。しかし、この発作はしばらくして止むもので、その上、初めのうちは、発作は軽微で間欠の時間が長い、徐々に頻発して、発作も激烈となり、ついには、これによって死亡するものがある。例えば、初めは1年に1回発作が起こる者でも、後になると、毎日1回発作が起こるなどである。そして、本症の多くは萎黄病に併発して、特に女性に多く、一般に、子宮疾患に罹ったものでは、大抵、萎黄病を伴う為に、本症が起りやすいものである。また、肺結核、心臓病、大動脈瘤、あるいは房事過多で衰弱した人に起こることがある。ただ

し、何処の神経がおかされて、本症を起こしてくるかについては、まだよく解明されていない。」

ここでは、いわゆる心臓神経症 (Cardiac neurosis) について述べているが、本疾患には、①精神神経症に属するもの、②心臓血管系神経の機能不全に基づくものがあり、心悸亢進、心臓部痛、呼吸困難などの症状を来してくるものを指している。本文では、この中で、「萎黄病 (イオウビョウ: Chlorosis)」を取り上げているが、これは、主として若い女性に起こる低色素性貧血 (鉄欠乏性貧血) である。貧血症は長期間続くと、心悸亢進、息切れなどの症状を呈し、心臓は肥大してくるので、この項に入れられたのかも知れないが、現在では、『萎黄病』は血液・造血管系疾患の項に、『心臓神経症』は循環器系疾患の項に分類され、その成因および病態生理は明らかに異なっていることが知られている¹⁾。

「『治法』

之レヲ治スル」甚タ難シ。然レモ、萎黄病ニ併発スル者ニハ、鉄劑ヲ用テ偉功ヲ奏スル」有り。

<p>自 言 訓 詁 考 ニ ス ル</p>	<p>ク是レ大静脈中ニ血液ノ充盈スルニ由ル但シ此症ハ最モ希有ニ属ス</p>	<p>治法 亢室ノ諸症ニ異ナラサルカ故ニ爰ニ贅セ</p>	<p>神經性心臓病</p>	<p>茲ニ神經性ト称スレモ神經性心悸動ハ此中ニ算入セスモ唯心臓機能ノ神經性妨碍而已ヲ論ス可シ之レニ属スル者二種アリ</p>	<p>第一 心臓神経痛 此症ハ心臓運動ノ間歇性妨碍ニメ発作スレハ心部頓ニ疼痛ヲ発シテ尤側ノ</p>	<p>上膊ニ波及シ心臓ノ運動迅速ニメ大ニ心悸亢盛ヲ覚ヘ煩悶極テ甚シ或症ニ於テハ顔面藍色ヲ呈シ或ハ蒼白色ニ變ス然レモ此発作ハ暫時ニメ止ミ且ツ初メハ發作輕微ニメ間歇ノ時間長シト雖モ漸次ニ頻発シテ其發作劇烈ト為リ遂ニ之レニ由テ死スル者アリ喻ヘハ初メハ一年ニ一回發作スル者モ後ニハ日々一回發作スルカ如シ而モ此症多クハ萎黄病ニ併發シテ殊ニ婦人ニ多ク總テ子宮病ニ罹レル婦人ハ大抵萎黄病ヲ兼有スルカ故ニ之レヲ發シ易シトス</p>
--	---------------------------------------	------------------------------	---------------	---	---	---

図1 原病學各論 卷四 本文 (神經性心臓病)

又子宮病ニシテ、子宮口ノ粘膜剝脱スル者ニハ、硝酸銀ヲ貼シ、又神経質ノ者ニハ、鎮痙劑即チ葛私篤僕謨、阿魏、纈草等ヲ與フ可シ。但シ諸種ノ療法ヲ施スモ、多クハ寸功ナキ者ニノ、曾テ實芟答里斯ヲ試用セシ「アレト、亦功ヲ見ス。唯患者ヲ静居セシメテ、憤怒等ヲ起ス「無ラシムルヲ要ス。是レ此症ハ、情意ノ感動ニ由テ、忽チ発作スレハナリ。而ノ其発作時ニハ、心部ニ寒電法ヲ施シ、莫ル非涅ヲ與フ可シ。」

「『治療法』

本症を治療することは非常に難しい。しかしながら、萎黄病に併発する場合には、鉄剤を使用して著効を認めることがある。また、子宮疾患で、子宮口部の粘膜がはがれてくるものには、そこに硝酸銀を貼り、また、神経質のものには、鎮痙劑、即ち、カストリアム、阿魏、吉草などを投与しなさい。ただし、種々の治療法を行っても、多くの場合は、少しも効果が上がらず、かつて、試みにジギタリスを使ったこともあったが、これも効果が無かった。ただ、患者を安静にしておき、憤怒などを起こすことのないようにする必要がある。これは、本症が、感情刺激によって、たちまち発作を起こすからである。そして、発作時には、心臓部に冷電法を施行し、モルヒネを投与しなさい。」

この項では、心臓部痛、心悸亢進、呼吸困難などに対する対症療法が記されている。この中で、『葛私篤僕謨』は『カストリアム (Castoreum 又は Castor)』の当て字で、これは、海狸 (ビーバー) の腺囊を乾燥したもので海狸香 (カイリコウ) という。これには、麝香 (ジャコウ) に近い香りがある、ヒステリー治療薬や鎮痙劑として使用された。海狸はげっ歯目海狸科の小動物であり、北アメリカや北ヨーロッパに多く住む。腺囊の他に、毛皮が珍重されて、多数捕獲されたため、その数は大きく減少したと言われている。

また、『阿魏 (アギ)』は、『Asafoetida』のことで、これは、繖形科植物の『Ferula foetida (カラカサバナ)』から採取される油性ゴム樹脂で、フェルラ酸 (ferulic acid: $C_9H_9O_2COOH$)、ウンベル酸 (umbellic acid: $C_8H_7O_2COOH$) などを含み、鎮静劑として使用された。また、『纈草 (キッソウ、ケッソウ)』はオミナエシ科植物のカノコソウのことで、根茎に吉草酸 [valerianic acid: $CH_3(CH_2)_3COOH$]

を含み、鎮静・鎮痙劑として使用された²⁻⁴⁾。

「第二『バァセドウ病』

此症モ亦一種ノ神経病ニノ、必ス心悸亢盛ヲ発シ、甚キハ其脉搏一密扱篤間ニ、百四十次ニ至ル「有リ。又此症ニ於テハ、眼球必ス挺出シ、時トノハ上下ノ眼瞼、之レヲ蓋ヒ難キ者アリ。其他多少甲状腺ノ腫脹ヲ発スルヲ常トス。然ル所以ノ者ハ、其血管膨大シ、且ツ血中ノ漿液、其腺實質内ニ滲出スル故ナリ。而ノ此血管膨大ハ、恐クハ交感神経ノ麻痺ニ由ル者ナラン。又眼球ノ挺出スル所以ハ、眼窩内ノ血管モ亦膨大シテ、漿液ヲ滲出シ、之レヲ以テ眼球ヲ前方ニ壓出スルニ在リ。又眼瞼ノ之レヲ蓋ヒ難キカ故ニ、屢々角膜潰瘍ヲ生シ、時トノハ此潰瘍破開シテ、遂ニ眼球ヲ失フニ至ル「有リ。而ノ此患者多クハ貧血ト為リ、男子ニ比スレハ婦人ニ多ク、全治スル「甚タ罕レナリ。且ツ此症ハ大抵心臓肥大ヲ発ス。是レ其運動強盛ナルニ由ル者ニノ、遂ニハ萎縮ヲ來タシ、之レカ為ニ全身水腫、或ハ肺水腫ヲ発シテ斃ルム者アリ。此病ノ原因モ亦未タ詳カナラス。」

日 講 已 用	卷 之 四	天	者ヲ静居セシメテ、憤怒等ヲ起ス「魚ラシムルヲ要ス。是レ此症ハ情意ノ感動ニ由テ、忽チ発作スレハナリ、而メ其発作時ニハ、心部ニ寒電法ヲ施シ、莫ル非涅ヲ與フ可シ。
			第二『バァセドウ病』此症モ亦一種ノ神経病ニノ、必ス心悸亢盛ヲ発シ、甚キハ其脉搏一密扱篤間ニ、百四十次ニ至ル「有リ。又此症ニ於テハ、眼球必ス挺出シ、時トメハ上下ノ眼瞼、之レヲ蓋ヒ難キ者アリ、其他多少甲状腺ノ腫脹ヲ発スルヲ常トス。然ル所以ノ者ハ、其血管膨大シ、且ツ血中ノ漿

図2 原病學各論 卷四 本文 (バァセドウ病)

「第二『バセドウ病』

この疾患も又、一種の神経病であって、心悸亢進は必発で、はなはだしい時には、脈拍が1分間に140回になることがある。また、本症に於いては、眼球が必ず突出し、時には、上下の眼瞼が眼球をおおえなくなるものもある。その他には、多少、甲状腺の腫脹を来たすのが普通である。この様な状態が起こるのは、その血管が拡張し、血液中の液性成分が、甲状腺実質内に浸出するからである。これは、おそらく、交感神経の麻痺によるものであろう。また、眼球が突出する理由は、眼窩内の血管も拡張して、血液の液性成分が浸出し、それによって、眼球を前方に押し出すからである。また、眼瞼が眼球をおおえなくなる為に、しばしば、角膜潰瘍を起こし、時には、この潰瘍が破れて、ついに眼球を失ってしまうことがある。そして、本症の患者の多くは貧血となり、また、男性に比べると女性に多くて、全治することは非常にまれである。その上、本症では、大抵、心臓肥大を起こす。これは心臓の運動が激しいためであって、最後には心臓萎縮を来たしてきて、その為に、全身水腫あるいは肺水腫を来たして死亡するものがある。この病気の原因もよく解らない。」

バセドウ (Basedow) 病は、甲状腺機能亢進症で、原因は、甲状腺ホルモン (サイロキシン、トリヨードサイロニン) の分泌過多による諸症状を来たす疾患である。即ち、メルゼブルグの3主徴としての甲状腺腫、心悸亢進、眼球突出があり、その他に、多汗、手指のふるえ、るいそうなどがある。病理組織学的には、甲状腺濾胞上皮細胞の腫大と増生が高度に認められる。最近では、抗甲状腺剤投与などにより、コントロールは比較的容易になっている^{5,6)}。

本疾患は、Robert James Graves (アイルランド内科医、1797-1853) が、1835年に、眼球突出性甲状腺腫の症例を発表し、その後、Karl Adolph von Basedow (ドイツ医、Merseburg在住、1799-1854) が、1840年に、同様の症例を記載し、心悸亢進、眼球突出、甲状腺腫をドイツの一都市のメルゼブルグ (ライプツィヒの近くにある) の名前をとって、本疾患の3主徴候とした。その後、1886年に、Paul Julius Moebius (ドイツ神経科医、1853-1907) が、本疾患が甲状腺の機能亢進症であることを発表している。これは、本書が発行されてから7年の後のことである⁵⁾。

ここで、「密扱篤」は『ミニット (minute:分)』の当て字である。

「『治法』

鉄剤及ヒ滋養食餌ヲ用ヒ、且ツ山中ニ移住セシムルニ宜シ。其心悸亢盛ヲ防ク為ニハ、老利ル水、或ハ實芩答里斯ヲ撰用ス可シ。但シ實芩答里斯ハ少量ヲ以テ足レリトス。喩ヘハ十氏ヲ浸劑トシテ、一日ニ分服セシムルカ如シ。」

「『治療法』

鉄剤および栄養のある食餌を与え、その上、山の中に移住させるのがよい。心悸亢進を防ぐためには、ロウレル水、あるいはジギタリスを選んで使用しなさい。ただし、ジギタリスは少量で足りるものである。例えば、10グレーンを浸剤として、1日に分服させるなどである。」

ここで、「實芩答里斯」は『ジギタリス』の当て字である。ジギタリスは、ゴマノハグサ科の多年草で、当時は、キツネノテブクロ (*Digitalis purpurea*) などの葉を乾燥したものを、浸剤として (煎じて) 使用していたようである。明治10 (1877) 年に発刊された『新纂薬物學』の巻之五 (榎村清徳、纂輯) では、有効成分はジギタリンであると記載しているが、精製品はないとしている。1913年に、Schmiedeburg (ドイツ薬理学者、1838-1921) が、*Digitalinum verum* (真性ジギタリン) について記載し、ジギタリスの細かい分析をしている。現在、ジギタリス製剤は、比較的速効性であるジゴキシン (*Digoxin*) と、遅効性のジギトキシン (*Digitoxin*) とに大別され、前者は静注と内服で、後者は内服で、主として、うっ血性心不全、上室性頻脈性不整脈などに使用されている^{7,8)}。

(ト) 心嚢炎

「此炎ヲ、乾性、濕性ノ二種ニ區別ス。

第一『乾性心嚢炎』ハ、其内面ニ肉芽ヲ生シテ、後ニ結締織ニ變スル、胸膜炎ニ於ルカ如ク、遂ニ一部ニ肥厚ヲ生シテ、白色ノ斑状ヲ呈ス。之レヲ腱斑ト名ク。病體解剖上ニ於テ、多ク實驗スル所ナリ。又生活間毫モ患苦ヲ覚ヘスト雖モ、死後ニ之レヲ解剖スレハ、此腱斑ヲ見

ル」有り。是レ生活間ニ、此病ノ有無ヲ診断シ得ル」甚タ難キ故ナリ。但シ、此肥厚ノ甚シキ者ハ、摩擦音ヲ聽クヲ以テ、之レヲ徵ス可シ。

第二『濕性心囊炎』ハ、最モ劇烈ナル者ニノ、其滲出液ハ全ク漿液様ノ者アリ。或ハ漿液中ニ纖維質ヲ混セル者、或ハ膿ヲ混スル者アリ。若シ此滲出液少ケレハ、上部ニ滯留シテ、心臓ヲ下方ニ壓シ（是レ心臓ノ重キ故ナリ）、増加スルニ從テ前部ニ滯留シ、心臓ヲ後方ニ壓ス。然ルレハ、心囊大ニ緊張シテ、三角状ト為リ、其基礎下方ニ在テ、尖端ハ上方ニ向ヒ、第一肋若クハ鎖骨部ヨリ第七肋ノ間ニ於テ、乳線外ニ延展シ、右方ニ於テハ、胸骨ノ右側ニ拇指横徑ニ及ヒ、之レヲ敲檢スレハ、濁音ヲ發スル部、宛然トノ三角状ヲ呈スルヲ徵ス可シ。而ノ此滲出液全ク吸收セラルレハ、心囊ノ兩面互ニ癒合シテ、心囊腔内殆ト失区スル」有り。若シ然ラスノ、其液久シク存在スレハ、心筋軟化シテ、心臓ノ運動微弱及ヒ困難ト為ルヲ常トス。」

「『心囊炎』

この炎症を、乾性心囊炎と湿性心囊炎の2種に分類する。

第一『乾性心囊炎』は、心囊壁内面に肉芽が発生して、それが後に結合織に変わって行くのは、胸膜炎の場合と同様である。最後には、一部が肥厚して白色斑状となる。これを腱斑と名付ける。これは、病理解剖の際には、よく目にするものである。生きている間に、少しも患苦を自覚していない場合でも、死後に解剖すれば、この腱斑が認められることがある。これは、生きている間に、この疾患の有無の診断をするのが非常に難しいという理由である。ただし、この肥厚が著しい場合には、摩擦音が聴かれるので、それを診断のあかしとすべきである。

第二『湿性心囊炎』は、最も激烈なものであって、その浸出液は、血液の液性成分（漿液）と全く同じ様であることがある。また、漿液にフィブリン等が混じたものや、膿が混じたもの場合もある。もし、この浸出液が少なければ、それは心囊の上方部に貯留して、心臓を下方に押しやり（これは心臓が重いからで

ハ萎縮ヲ來タシ、之レカ為ニ全身水腫、或ハ肺水腫ヲ發シテ斃ル、者アリ、此病ノ原因モ亦未タ詳カナラス、	治法 錢劑及ヒ滋養食餌ヲ用ヒ、且ツ山中ニ移住セシムルニ宜シ、其心悸亢盛ヲ防ク為ニハ、老利尔水、或ハ實艾答里斯ヲ撰用ス可シ、但シ實艾答里斯ハ少量ヲ以テ足レリトス、喻ヘハ十氏ヲ浸劑トシテ、一日ニ分服セシムルカ如シ、	心囊炎	此炎ヲ乾性濕性ノ二種ニ區別ス、第一乾性心囊炎ハ其内面ニ肉芽ヲ生シテ、後ニ結締織ニ變スルヲ胸膜炎ニ於ケルカ如ク、遂ニ一部ニ肥厚ヲ生シテ、白色ノ斑状ヲ呈ス、之レヲ腱斑ト名ク、病體解剖上ニ於テ、多ク實驗スル所ナリ、又生活間モ患苦ヲ覺ヘスト、雖モ死後ニ之レヲ解剖スレハ、此腱斑ヲ見ル」有り、是レ生活間ニ此病ノ有無ヲ診断シ得ル」甚タ難キ故ナリ、但シ此肥厚ノ甚シキ者ハ、摩擦音ヲ聽クヲ以テ、之レヲ徵ス可シ、第二濕性心囊炎ハ最モ劇烈ナル者ニノ、其滲出液ハ全ク漿液様ノ者アリ、或ハ漿液中ニ
---	---	-----	--

図3 原病學各論 卷四 本文 (心囊炎)

ある)、増加するに従って、心囊の前方部に貯留して、心臓を後方に圧迫する。その様な場合には、心囊は大きく伸展して三角状となつて、心基部は下方に、心尖部は上方に向き、第一肋骨または鎖骨部から第七肋間で、左は乳線外方に広がり、右は胸骨の右側へ2 拇指横指に及び、これを打診すると、濁音を呈する部分は、さながら三角形様を呈する所見が認められる。そして、この浸出液が完全に吸収されれば、心囊と心臓の両面が相互に癒着し、心囊内腔がほとんど消失することがある。もし、そうでない場合には、浸出液が長期間貯留して、心筋は軟弱化して、心臓の活動は微弱となるか停止するのが普通である。」

ここで、「纖維質」は『線維素 (フィブリン)』と『線維素原 (フィブリノーゲン)』を指している²⁾。

「『症候』

心部ニ疼痛ヲ発シ、心悸亢盛、呼吸困難ト為リ、其脉通常疾數ナリ。然レモ、此等ノ症ハ、未タ憑據スルニ足ラス。宜シク敲檢聞診ノ二法ヲ以テ之レヲ確定ス可シ。即チ敲檢法ヲ施スニ、濁音ヲ発スルノ部、常ヨリモ廣クシテ、心尖ハ下向シ、滲出液愈々増加スレハ、其跳動ヲ觸知シ難キニ至ル。此ノ如ク濁音ヲ発スルノ部廣クシテ、且ツ跳動ヲ觸知ス可カラサルニ至レハ、確乎トノ心囊炎タルヲ察スルニ足レリ。心臓肥大ノ如キハ、其跳動甚シク亢盛スルノ別アル而已ナラス、濁音ヲ発スルノ部、下方ハ狭小ニシテ、上方ハ廣大ナレモ、此症ニ在テハ、之レニ反シ、兼テ胸壁ノ凸隆ヲ呈ス。聞診法ヲ施スニ、滲出液ノ猶存スル際ハ、著シキ變常無ク、時トノハ、低微ナル心音ヲ聽ク而已。然レモ、其滲出液吸收セラレムニ及テハ、直ニ摩擦音ヲ聞ク可シ。此摩擦音ハ心臓ノ運動ニ一致セス。是レヲ以テ瓣膜病ノ騒鳴ニ異ナリトス。然レモ、時トノハ、心臓ノ運動中、全ク此音ヲ発シ、甚シキハ、手掌ヲ以テ能ク觸知ス可キ者アリ。若シ滲出液極テ多量ナレハ、左肺之レカ為ニ壓迫セラレ、吸氣ノ時ニ擴張スルニ能ハスノ、右肺ニ充血ヲ発ス。是レ、其血液左肺ニ流通シ難キ故ニシテ、遂ニ肺水腫ヲ發シ、斃ルムアリ。」

「『症候』

心臓部に疼痛が起こり、心悸亢進、呼吸困難となり、脈拍は一般に頻数となる。しかし、これらの症状は、まだ、診断に充分なよりどころではない。打診、聴診の二法によって、確定診断を行うべきである。即ち、打診を行うと、濁音界は正常より拡大し、心尖部は下降し、浸出液が増加すればするほど、その運動を觸知出来なくなる。この様に、濁音を呈する部分が広がって、その上、心運動を觸知出来なくなっていれば、心囊炎の確定診断には十分である。心臓肥大の場合には、運動が著しく盛んになるだけでなく、濁音を認める部分は、下方では狭くなり、上方では広がる。しかしながら本症では、これに反して、また胸壁の膨隆も伴う。聴診を行うと、浸出液がまだ存在する場合には、著しい変化はなく、時に、低いかすかな心音を聴取するだけである。しかし、その浸出液が吸収されてくると、じかに摩擦音を聴くことが出来る。この摩擦音は心臓の運動に一致しない。これが、弁膜症の雑音とは違うところである。しかし時には、心臓の運動全期(収縮期および拡張期)にこの雑音が発生し、はなはだしい時には、手掌で觸知することができる場合がある。もし、浸出液が極めて多量であれば、左肺がその為に圧迫されて、吸氣の時に拡張することが出来ず、右肺にうっ血を來たす。これは、血液が左肺に流入しにくい状態になる為であつて、ついには、肺水腫を來たして死亡することがある。」

「凡ソ心囊炎ハ特發スル」稀レニシテ、多クハ急性 癩麻質私ニ併發シ、殊ニ多量ノ漿液ヲ滲出スル 症ニ於テ發シ易シ。又貌麗篤病、大動脈跳血囊、 其他肺藏ノ血行妨碍症、喩ヘハ心臓瓣膜病、肺 氣腫、勞瘵ノ如キ者等ニ併發シ、又膿熱毒熱ニ 於テハ、膿膿性心囊炎ヲ發シテ、死ヲ致サシム ル」有リ。或ハ腫瘍ノ心囊内ニ破潰スルニ由テ 發ス。喩ヘハ肺腫瘍ニ於ケルカ如シ。之レニ在 テハ、空氣其膿ニ混シテ、心囊内ニ竄入シ、心 藏ノ運動スルニ從テ、膿ト空氣ト互ニ振盪シテ、 一種ノ音ヲ發シ、其音ノ尤モ甚キハ、患者ニ近 接セサルモ、明ニ聽取ス可シ。又胃管腫瘍、及 ヒ胃癌ノ心囊内ニ破潰シ、或ハ胸壁ノ貫通創、 心囊ニ達スルニ由テ、之レヲ發スル」有リ。」

「一般に、心嚢炎は、それだけが起ることはまれであつて、多くの場合には、リウマチ熱に続発し、特に多量の浸出液を認める症例に発生しやすい。また、ブライト病、大動脈瘤、その他肺の血流障害、例えば心臓弁膜症、肺気腫、慢性肺炎などに併発し、また、敗血症の場合には、化膿性心嚢炎を来たして死に至ることがある。また、膿瘍が心嚢へ穿破して起る時がある。例えば、肺膿瘍の場合などである。その場合には、空気が膿に混じって心嚢内に流入し、心臓が拍動するに伴つて、膿と空気とが互にかき混ぜられて、一種の雑音を発生し、その音が最もはなはだしい場合には、患者に近づかなくても、明らかに聞き取ることが出来る。また、胃管膿瘍や胃癌が心嚢内に穿破したり、胸壁の貫通創が心嚢に達することで、本症を起こすことがある。」

ここで、「僂麻質私」は『リウマチ』の当て字で、「急性僂麻質私」は『リウマチ熱 (Rheumatic fever)』を指している。「貌麗篤病」は、『ブライト病』の当て字である。Richard Bright (イギリス医、1789-1858) は、1827年に、慢性腎不全と浮腫についての論文を発表し、以後、慢性糸球体腎炎を『ブライト病』と呼ぶようになった²⁻⁴⁾。また、「大動脈跳血嚢」は『大動脈瘤 (Aortic aneurysm)』である。また、「腫瘍」は『かたまり』特に『膿瘍』を指している。もともと「腫」は『ふくれる』の意味であり、「瘍」は『皮膚の化膿した吹出物』を意味して、「腫瘍」は『はれもの、できもの一般』を指す言葉であった。従つて、ここでの「腫瘍 (Tumor)」は、『化膿性病変によるかたまり (膿瘍)』と解するのが妥当である。しかし、近年では、『がん』などの疾患が増加したため、『新生物 (Neoplasm)』を意味する場合が少なくない (第11編参照)。

「『預後』

急性僂麻質私ニ由テ発スル者ハ、其經過大抵幸ヒニシテ、假令ヒ瀰久スルモ、遂ニ治スルヲ常トス。曾テ一人ノ此症ニ罹リ、鎖骨部ニ濁音を發セシ者、幸ヒニ治ニ就キシヲ實驗セリ。然レトモ、他病ニ繼発スル心嚢炎ハ、其預後多ク不幸トス。喩ヘハ貌麗篤病、膿熱、及ヒ腫瘍ノ破潰ニ由ル者ノ如キハ、本病ヲ治スル、固ヨリ難キカ故ニ、必ス不幸ヲ免カレス。」

「『予後』

リウマチ熱によつて起る場合には、その経過は、大抵、良好であつて、たとえ長引いたとしても、最後には、治癒するのが普通である。かつて、一人が本疾患に罹り、鎖骨部に濁音を認めたが、幸いにも治癒した例を経験したことがある。しかし、その他の疾患に続発する心嚢炎では、その予後は多くの場合不良である。例えば、ブライト病、敗血症、および膿瘍の穿破によるものなどでは、もともと、原疾患を治癒させることが難しいので、不幸の転帰をまぬがれない。」

「『治法』

疼痛ヲ発スル者ニハ、局部ニ蝟鍼ヲ貼シ、尔後水銀莢若越幾斯膏ヲ擦入スルヲ良トス。急性僂麻質私ニ由テ、濕性心嚢炎ヲ発スル者ニハ、少量ノ實芟答里斯、即チ十氏ヲ浸出シテ、六弓ノ液ヲ取り、醋酸加里 (二弓)、或ハ酒石英 (半弓)、或ハ硝石 (一弓) ヲ加ヘテ、一日ノ量トシ用ユ可シ。又強壯治法ヲ施シテ、心臓ノ虚脱ヲ防カサル可カラズ。故ニ上好葡萄酒、私巴尼酒、伯尔多 (ポルト) 酒、設里 (セリ) 酒、肉羹汁若クハ牛肉、鶏卵等ヲ與フ可シ。通常此治法ニ由テ、滲出液自ラ消散スル者トス。然レトモ、其全治ニ至ルヤ、二三月ノ久シキヲ、費ヤサムルヲ得ス。若シ滲出液過多ニシテ、肺出血ヲ起シ、遂ニ肺水腫ニ陥テ、呼吸短促、水様ノ痰ヲ咯出シ、時々血液ヲ混出スル、有ル者ニハ、已ムヲ得ス刺絡ヲ施ス可シ。之レニ由テ其諸症速ニ緩解スル、有リ。又此ノ如キ症ニハ、稍々多量ノ實芟答里斯ヲ用ユ可シ。即チ一匁乃至半弓ヲ一日量トシ、二三日間連用スルニ宜シ。又肺水腫ヲ発スルノ畏レ有ル者ニ於テ、心嚢ヲ刺スノ術アリ。之レヲ施スノ部ハ、左乳線ノ内方第五第六肋骨ノ間ニ於テス可シ。敢テ危険ナル術ニ非ラスノ、且ツ之レヲ施セハ、多少ノ輕快ヲ得セシムルニ足レリ (曾テ五人ノ患者ニ此法ヲ施セシニ、盡ク死セリト雖トモ、術ノ為ニ死スルニ非スノ、病勢ノ險悪ナルニ由ル而已)。然レトモ、術後再ヒ滲出液ノ生スルヲ免レス。又膿熱、貌麗篤病、大動脈跳血嚢等ニ由テ発スル所ノ心嚢炎ハ、治ニ就ク、難シ。是レ既ニ論スル如ク、其本病ノ治ス可カラサルヲ以テナリ。」

「『治療法』

疼痛を訴える者には、胸部局所に鍼針を貼り、その後、水銀ロートエキス軟膏を擦り込むのが良い。リウマチ熱によって湿性心嚢炎を来した者には、少量のジギタリス、即ち10グレーンを浸出して、6オンスの液を採取し、これに酢酸カリウム（2オンス）あるいは酒石英（1/2オンス）あるいは硝石（1ドラム）を加えて、1日量として用いなさい。また、強壯治療（栄養補給など）を行って、心臓衰弱を防止しなければならない。従って、上等のぶどう酒、スペイン酒、ポルト酒、シェリー酒、肉羹汁または牛肉、鶏卵などを与えなさい。一般に、この治療法によって、浸出液は消退するものである。しかし、全治するまでは、2、3ヵ月の長さを経過しなければならない。もし、浸出液が過多であって、肺出血を起こし、ついには肺水腫に陥って、呼吸困難を来し、水様の痰を喀出して、時々それに血液が混じることがある者では、やむを得ず刺絡を実施しなさい。これによって、その諸症状が速やかに緩解する場合がある。また、この様な症状には、やや多量のジギタリスを使用しなさい。即ち、1匁から1/2ドラムを1日量として、2、3日間、連用するのがよい。また、肺水腫を起こす恐れのある者に対しては、心嚢穿刺術を行う手段がある。これを行う部位は、左乳線の内方で、第5と第6肋骨の間で実施しなさい。少しも危険な方法ではない。その上、これを行えば、多少の軽快を得ることができるのである（かつて、5人の患者にこの方法を実施して、全て死亡したが、穿刺術の為に死亡したのではなく、ただ病気の状態が悪かったからである）。しかし、術後、再び浸出液が発生するのはまぬがれない。また、敗血症、ブライト病、大動脈瘤などによって発生した心嚢炎は、治癒に向かうことは難しい。これは、既に述べたように、その原疾患を治すことが出来ないからである。」

この項では、心嚢炎の対症的治療について述べている。「薬物療法」では、ロートエキス軟膏の胸部塗布を行っていて、これは、局所の鎮痛を目的としている。「莨菪越幾斯」は『ロートエキス』の当て字である。これは、トルコ原産のナス科の植物、ペラドンナの葉および根から抽出されるアルカロイドで、その主成分はアトロピン、スコポラミンおよびヒオスチアミンである。これらには、抗コリン作用があり、鎮痙・鎮痛・鎮静剤として使用されている。また、「刺絡」

は、全身瀉血のことで、肘静脈などから、血液を排出するものである。これは、中世ヨーロッパで、循環障害患者に汎用された治療法で、1回に50~400ml程度行ったと言われる。しかし、貧血などを来たして、全身状態が悪化することが多いので、近代以後は施行されなくなった²⁻⁴⁾。

また、この当時より、「心嚢穿刺法」が試みられて、炎症による貯留心嚢液の排出が施行されるようになっていく。現代では、心嚢液貯留の有無は、CT（コンピュータ断層法）、MRI（磁気共鳴画像法）などの画像診断法によって、比較的容易に判定できる。しかし、貯留液の性状（漿液性、膿性、血性など）の判定については、心嚢穿刺が必要不可欠であり、また、排液により、一時的な症状軽快を認めるなど、現在でも、原因診断と治療を兼ねた重要な手技である。

ここで、「私巴尼酒」はスペイン酒の当て字であり、「伯尔多酒」はポルト酒（ポートワイン：port wine）の当て字である。これはポルトガルの港町のオポルト（Oporto）から積み出されたぶどう酒の総称である。また、『不尔多酒』の当て字もある。「設里酒」はシェリー（Sherry）酒のことで、これは、南部スペインの山ぶどうから作られるぶどう酒を指す。また、「肉羹汁（ニコウジュウ）」は肉の煮汁のことである⁹⁾。

ここでは、質量に関する文字が使用されている。即ち、「氏」はヤード・ポンド法の『グレーン（grain）又はケレイン（傑列印）』の当て字で、1グレーンは約0.0648グラムである。「弓」は『ドラム（dram）又はタラクマ（drachm；達刺屈末）』の当て字で、1ドラムは60グレーン（約3.888グラム）である。「弓」は『オンス（ounce）』の当て字で、1オンスは1/16ポンド（pound）で、約28.35グラムに相当する。また、「匁（モンメ）」は、日本の尺貫法の単位で、1匁は3.75グラムである²⁻⁴⁾。

（子）大動脈跳血嚢

「大動脈ハ何レノ部ニ拘ハラス、皆跳血嚢ヲ発ス。即チ胸部若クハ腹部ニ於ケルカ如シ。胸部ニ於テハ、就中上行部ニ發スル」多シトス。而ノ此嚢ハ甚シク増大シテ、児頭大ニ至リ、殊ニ腹部ニ發スル者ハ、間々大人ノ頭額大ニ及フ者アリ。蓋シ、腹部ハ壓迫ノ少ナキニ由ル。」

「大動脈は、どこの部位でも、みな動脈瘤を起こして
くる。即ち、胸部大動脈あるいは腹部大動脈にできる。
胸部に於いては、その中で、上行部にできることが多
いものである。そして、この動脈瘤は非常に大きくなっ
て、小児頭大にもなり、ことに腹部にできるものは、
時々大人の頭部大に達するものがある。一般に、腹部
は、周囲からの圧迫が少ない場所だからである。」

大動脈瘤は、大動脈壁に、変性、壊死を来たして弱
くなって、内圧に抵抗できなくなった為に、一部が拡
張したものであり、形態学的には、①囊状、②紡錘状、
③解離状などに分けられる。原因には、大動脈の粥状
硬化症 (Atheroma)、栄養血管の傷害、動脈炎、創
傷、などがあげられ、動脈硬化による囊状のものが最
も多い。かつては、梅毒性大動脈中膜炎による紡錘状
のものが多かったといわれるが、近年は、栄養血管の
傷害による大動脈中膜の壊死につづいて、剝離を認め
る解離性大動脈瘤も増加傾向であるという^{13,14)}。

「『症候』

近傍ノ諸器ヲ壓スルニ由テ、諸種ノ症状ヲ発ス。

即チ氣管ヲ壓スレハ、呼吸甚タ困難ニシ、空氣
ノ出入スル毎ニ、笛様ノ音ヲ発シ、大動脈弓ニ
生スル者ニ於テ殊ニ然リ。又後部ニ膨大スレハ、
胃管ヲ遍壓シテ、必ス嚥下困難ヲ來タシ、迷走
神經及ヒ副行神經ヲ壓スレハ、聲帶ヲ麻痺セシ
メテ時々大煩悶ヲ起シ、且ツ發聲スルニ能ハス。
又脊髄神經根ヲ壓スルハ、肩胛及ヒ上膊ニ射出
状ノ疼痛ヲ発シ、或ハ其部ニ麻痺ヲ覺ヘシメ、
又大靜脈ヲ壓スレハ、身體ノ上部ニ水腫ヲ発シ、
又大動脈上行部ニ跳血囊ヲ生ノ、無名動脈ヲ壓
スレハ、無名動脈ノ支別、即チ右側頸動脈、及
ヒ同側上肢ノ諸動脈ニ搏動ヲ絶シ、若シ全ク壓
閉スルニ至ラサレハ、右側ノ脈搏、左側ニ比ス
レハ、微弱ナル而已。又骨ノ近接部ニ生スレハ、
其骨漸次ニ消滅ス。喩ヘハ脊椎體ノ全ク消滅ス
ルカ如シ。但シ、其骨ノ化膿ニ由ルニ非ラスノ、
唯跳血囊ノ摩擦ニ由テ然ル者トス。其他肋骨或
ハ胸骨モ亦此摩擦ノ為ニ、消滅スルニ有リ。而
シテ此等ノ骨全ク消滅スレハ、其囊速ニ外部ニ増
大シテ、帶青赤色ヲ呈シ、手掌ヲ以テ之レニ接

脊 髓 神 經 根 ヲ 壓 ス ル ハ 肩 胛 及 ヒ 上 膊 ニ 射 出 状	時 々 大 煩 悶 ヲ 起 シ 且 ツ 發 聲 ス ル ニ 能 ハ ス 又	經 及 ヒ 副 行 神 經 ヲ 壓 ス レ ハ 聲 帶 ヲ 麻 痺 セ シ メ	胃 管 ヲ 遍 壓 シ テ 必 ス 嚥 下 困 難 ヲ 來 タ シ 迷 走 神	生 ス ル 者 ニ 於 テ 殊 ニ 然 リ 又 後 部 ニ 膨 大 ス レ ハ	氣 ノ 出 入 ス ル 毎 ニ 笛 様 ノ 音 ヲ 發 シ 大 動 脈 ヲ ニ	發 ス 即 チ 氣 管 ヲ 壓 ス レ ハ 呼 吸 甚 タ 困 難 ニ メ 空	症 候 近 傍 ノ 諸 器 ヲ 壓 ス ル ニ 由 テ 諸 種 ノ 症 状 ヲ	腹 部 ハ 壓 迫 ノ 少 キ ニ 由 ル	ス ル 者 ハ 間 々 大 人 ノ 頭 顱 大 ニ 及 ブ 者 アリ 蓋 シ	大 動 脈 ハ 何 レ ノ 部 ニ 拘 ハ ラ ス 皆 跳 血 囊 ヲ 發 ス	即 チ 胸 部 若 ク ハ 腹 部 ニ 於 ケ ル カ 如 シ 胸 部 ニ 於	テ ハ 就 中 上 行 部 ニ 發 ス ル ト 多 シ ト ス 而 シ テ 此 囊	ハ 甚 シ ク 増 大 シ テ 兎 頭 大 ニ 至 リ 殊 ニ 腹 部 ニ 發	大 動 脈 跳 血 囊	病 ノ 治 ス 可 カ ラ サ ル ヲ 以 テ ナ リ	廉 篤 病 大 動 脈 跳 血 囊 等 ニ 由 テ 發 ス ル 牙 ノ 心 囊	炎 ハ 治 ニ 就 ク テ 難 シ 是 レ 既 ニ 論 ス ル 如 ク 其 本	凡 術 後 再 ヒ 滲 出 液 ノ 生 ス ル ヲ 免 レ ス 又 膿 熱 貌	ス ル ニ 非 ス メ 病 勢 ノ 險 惡 ナ ル ニ 由 ル 而 シ 然 レ
--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	----------------------------	--	--	--	--	--

図4 原病學各論 卷四 本文 (大動脈跳血囊)

スレハ、全面盡ク搏動ヲ覺へ、其壁漸次ニ菲薄ト為テ、時々出血シ易ク、之レニ由テ患者逐次ニ衰弱シ、遂ニ虚脱ヲ以テ死スルヲ有リ。或ハ卒然破裂シテ、多量ニ出血シ、忽チ斃ルム者アリ。然レトモ、外部ニ破裂スル者ハ、甚タ鮮ナク、多クハ内部ニ破裂スル者トス。喩ヘハ胸腔内若クハ肺臓中ニ穿潰シテ、多量ニ咯血シ、或ハ心嚢、大静脈、若クハ肺動脈内ニ破潰シ、頓ニ貧血ト為テ斃ルムカ如シ。」

「『症候』

近くの諸臓器を圧迫するので、種々の症状を来たす。即ち、気管を圧迫すれば、呼吸は非常に困難になり、空気が入り出すたびに笛様の音が出る。大動脈弓にできたものでは特にそうである。また、後部に膨大すれば、胃を圧迫して、必ず嚥下困難を引き起こし、迷走神経および副神経を圧迫すれば、声帯を麻痺させて、時々大苦悶を起し、その上発声できなくなる。また、脊髄神経根を圧迫すれば、肩甲部および上膊部に放散する痛みを来し、あるいはその部に麻痺を感じさせ、また、上大静脈を圧迫すれば、身体の上部に水腫を起す。また、大動脈上部に動脈瘤ができて、無名動脈を圧迫すれば、無名動脈の分枝、即ち右側頸動脈および同側上肢の諸動脈の拍動を途絶えさせる。もし完全に閉塞しなければ、右側の脈拍が左側に比べて微弱となるだけである。また、骨の近接部にできれば、その骨は次第に消滅して行く。例えば、脊椎骨の椎体部が全く消滅してしまふなどである。ただし、その骨の消滅は化膿によるものではなく、動脈瘤との摩擦によるものである。その他、肋骨あるいは胸骨も又、この摩擦の為に消滅することがある。そして、これらの骨が全く消滅すれば、その瘤は速やかに外部にふくれて、青味をおびた赤色を呈し、手掌で触れば、全面に拍動を認め、その壁がだんだん薄くなって、時々出血しやすく、それで患者はだんだん衰弱し、ついにはショックで死亡することがある。場合によっては、突然破裂して大量の出血を起し、たちまち死亡することがある。しかし、身体外部に破裂するものは非常に少なく、多くの場合は、内部に破裂するものである。例えば、胸腔内あるいは肺内に破れて、多量の咯血があったり、心嚢内や、大静脈あるいは肺動脈内に破れて、突然、貧血となって、死亡するなどである。」

ここで、「副行神経」としてあるのは、現在では、『副神経 (Nervus accessorius : 第11脳神経)』と呼んでいる¹⁰⁾。

「蓋シ此跳血嚢ノ猶小ナル際ハ、毫モ患苦ヲ覺ヘスト雖モ、増大スルニ至レハ、必ス疼痛ヲ發ス。喩ヘハ其嚢脊椎ニ抵觸スレハ、背部ニ劇痛ヲ覺ヘ、神経ヲ壓迫スレハ、肩胛及ヒ上膊ニ射出状ノ疼痛ヲ發スルカ如シ。或ハ甚シキ煩悶、乾咳、或ハ心悸亢盛ヲ發シ、若シ其嚢増大スレハ、全胸壁ニ顫動ヲ生スルニ至ル。但シ此等ノ諸症ヲ發スルモ、未タ跳血嚢タルヲ確證スル能ハス。何トナレハ、他病ニ於テモ亦之レヲ發スレハナリ。唯聞診法ニ由テ憑據ス可キ徵候ヲ得ハ、始テ之レヲ診定ス可シ。即チ其部ニ於テ一種ノ騒鳴ヲ聽ク者トス。此騒鳴ハ大動脈ノ壁ト、跳血嚢ノ壁ト一様ニ擴張セサルニ由テ發スルナリ。又手掌ヲ嚢上ニ接スレハ、異常ノ顫動ヲ觸知ス可シ。又敲檢法ヲ施スニ、嚢ヲ生スルノ部ニ於テ、廣ク濁音ヲ發ス。其他諸動脈搏動ノ差異ヲ比較シテ、診断ノ一助ト為ス可シ。即チ撓骨動脈ニ於テハ、著シキ搏動アレトモ、股動脈ニ於テハ、殆ソト觸知シ難キヲ有リ。又左側ノ撓骨動脈ハ、右側ノ撓骨動脈ニ比スルニ、其搏動甚タ疾ナルヲ有リ。喩ヘハ無名動脈ヲ壓スル者ニ於ケルカ如シ。但シ其嚢既ニ増大スルニ及テハ、容易ク診知スルヲ得ヘシ。即チ大動脈ノ上行部ニ生スル者ハ、胸骨右側ノ第二三肋骨邊ニ發見シ、大動脈弓ニ生スレハ、右側ノ胸鎖関節部ニ發見シ、或ハ胸骨部ニ脹出スルヲ有リ。又下行部ニ生スレハ、胸骨ノ左側ニ發見シ、猶下部ニ生スレハ、脊椎ノ左側ニ發見ス。而シテ胸腔内ノ癌腫ハ大ニ此症ニ疑似スルヲ有リ。蓋シ癌腫モ亦跳血嚢ノ如ク、肋骨ヲ消滅スル而已ナラス、猶且ツ其癌腫中ニ許多ノ動脈ヲ含有スレハ、著シク搏動ス。然レトモ、跳血嚢ハ動脈ノ搏動スル毎ニ、其全腫盡ク筑動スレトモ、癌腫ノ動脈ヲ富有スル者ハ、唯其一部ノミ筑動スルノ別アリ。又癌腫ノ後部ニ大動脈ノ存在シテ、其搏動ヲ傳フル者ハ、筑動セスノ、唯前方ニ衝突スル而已。其他癌腫ニ罹レル患者ハ、跳血嚢ヲ發セシ患者ヨリモ速ニ衰弱シテ、悪液質ト為ルヲ常トス。」

「一般に、この動脈瘤が小さいときには、患者は少しも苦しみを自覚しないが、大きくなってくると、必ず疼痛が表れる。例えば、その瘤が脊椎に触れば、背部に劇痛を自覚し、神経を圧迫すれば、肩甲部および上膊部に放散する痛みを来すなどである。あるいは、強い苦悶、空咳や心悸亢進を来し、もし、その動脈瘤が大きくなれば、胸壁全体に振動を起こすようになる。ただし、これらの諸症状が認められても、まだ大動脈瘤であることの確証とすることはできない。何故ならば、他の疾患でも、これらの症状を来すからである。ただ、聴診によってよりどころに出来る所見が得られれば、初めて診断確定すべきである。即ち、その部分で、一種の雑音を聴取するものである。この雑音は、大動脈の壁と動脈瘤の壁とが同じ様に拡張しない為に発生するものである。また、手掌を動脈瘤があると思われる部分の上に当てれば、異常な振動を触知できる。また、打診によって、動脈瘤を形成する部分に、広く濁音を認める。その他に、いろいろな動脈の拍動の差異を比較して、診断の一助としなさい。即ち、撓骨動脈では著しい拍動が認められても、股動脈ではほとんど触知できないことがある。また、左側の撓骨動脈は、右側の撓骨動脈に比べて、その拍動がはなはだ強い場合がある。例えば、無名動脈を圧迫するものの場合などである。ただし、その動脈瘤が既に大きくなっている場合には、簡単に診断ができる。即ち、大動脈の上行部にできたものは胸骨右側の第2、第3肋骨あたりで見つかり、大動脈弓にできたものは右側の胸鎖関節部で見つかるか、胸骨部に突出してくることがある。また、下行部にできたものは胸骨の左側で見つかり、やや下部にできたものは脊椎の左側で見つかる。そして、胸腔内にできた癌腫は、本症に非常に類似する場合がある。一般に、癌腫もまた、動脈瘤のように、肋骨を消滅させるだけでなく、その癌腫中に多くの動脈を含んでいるので、強く拍動する。しかし、動脈瘤は、動脈が拍動するたびに、そのかたまり全体がすべて筑動するが、動脈を多く含んでいる癌腫では、その一部のみが筑動するという違いがある。また、癌腫の後ろ側に大動脈が存在して、その拍動を伝える場合には、筑動しないで、ただ前方に衝突するだけである。その他に、癌腫に罹った患者は、動脈瘤の患者より、はやく衰弱して、悪液質となるのが普通である。」

ここで、「筑動（チクドウ）」という表現が出てきて

いる。『筑』とは、現在は廃絶しているが、古代中国の、周代末期から漢代初期にかけて使用されたといわれる、楽器の一種である。これは、十三絃があって、『箏（ソウ）』に類似したものであるが、その形は、箏とは異なっていて、細い頸と丸い肩があって、竹尺で奏でるものであったという。従って、「筑動」とは、『琴の絃が揺れ動く様に振動する』状態を表現したものである^{11,12)}。また、「悪液質（アクエキシツ：Cachexia）」とは、衰弱して、全身状態が極めて悪くなった状態を指し、高度の貧血や痩せを伴う。これは、悪性腫瘍、慢性消耗性疾患の末期などに認められる状態である。

「『預後』

經過甚タ不幸ニノ、其囊ノ増大スルヲ愈々甚ケレハ、死期愈々近キニ在リ。

『治法』

患者ニ懇諭シテ、可及的安静ヲ守ラシメ、疼痛アル者ハ、麻醉薬ヲ與フ可シ。莫ル非涅ノ皮下注射ヲ尤モ良トス。若シ外部ニ出血セハ、壓定法ヲ施シ、出血部ニハ塩酸鉄液ヲ撒糸ニ蘸シテ、之レヲ貼ス可シ。然レモ、外部ニ破裂スルヲ甚タ罕レニノ、多クハ内部ニ破裂スル者トス。近世跳血囊ニ細鍼ヲ刺スノ法アリ。小動脈ニ発スル者ニハ、間々功ヲ奏スレモ、大動脈ニ於テハ、其益アルヲ無シ。

日講記聞

原病學各論 卷四 終」

「『予後』

經過は非常に不幸であって、その動脈瘤の増大が激しければ激しいほど、死期は近くなる。

『治療法』

患者を根気よく説得して、なるべく安静を守らせ、疼痛がある場合には、麻醉薬を投与しなさい。モルヒネの皮下注射が最もよいものである。もし、身体外部に出血すれば圧迫固定（止血）法を行い、出血部には、糸をほぐして塩酸鉄液に浸したものを貼りなさい。しかし、身体外部に破裂するのは、非常にまれであって、多くの場合は、内部に破裂するものである。近年、動脈瘤に細針を刺す治療法がある。この方法は、小動脈にできたものには、時に効を奏するが、大動脈にできたものには、効き目はない。

日講記聞 原病学各論 卷四 終」

この項では、大動脈瘤の対症療法について述べている。本疾患の治療法は、1960年代に導入された、『レントゲン血管造影法』と『人工心肺による人工血管置換術』によって、大きく変化した。それまでは、対症療法のみであったが、血管造影により、大動脈瘤の正確な位置と大きさが診断され、罹患部位に人工大動脈を設置（置換）することにより、大きく延命されるようになったからである。ちなみに、1965年発行の、内科書（沖中重雄，著）に記載されている、大動脈瘤の治療法は、本書とほとんど同じ内容である^{13,14)}。

【参考文献】

- 1) 沖中重雄：内科書 上巻，p272，南山堂，東京，1965.
- 2) 松陰 宏，他：原病学各論—亞爾茂聯斯の講義録—第1編，三重県立看護大学紀要 第1巻，p 59—70，1997.
- 3) 松陰 宏，他：原病学各論—亞爾茂聯斯の講義録—第2編，三重県立看護大学紀要 第1巻，p 71—82，1997.
- 4) 松陰 宏，他：原病学各論—亞爾茂聯斯の講義録—第3編，三重県立看護大学紀要 第1巻，p 83—92，1997.
- 5) 赤崎兼義：病理学各論II，p 273，南山堂，東京，1986.
- 6) 沖中重雄：内科書 中巻，p 607，南山堂，東京，1965.
- 7) 櫻村清徳：新纂薬物學 卷之五，p 34—37，英蘭堂，東京，1877.
- 8) 水島 裕，他：今日の治療薬92，p 353，南江堂，東京，1992.
- 9) 宛字外来語辞典編集委員会，編：宛字外来語辞典，p 36，109，柏書房，東京，1998.
- 10) 約瑟列第：解剖訓蒙，卷之十七，神經論（副島之純譯），p 20，文海堂，敦賀，1872.
- 11) 簡野道明：字源，p 15（附図），北辰館，東京，1923.
- 12) 新村 出，編：言林，p 1400，全国書房，京都，1953.
- 13) 沖中重雄：内科書 上巻，p 255，南山堂，東京，1965.
- 14) 水島 裕，他：今日の治療と看護，p 197，南江堂，東京，1997.