
臨 牀

Adams-Stokes 氏症候例及び其の治療経験

岡山醫科大學柿沼内科教室（主任柿沼教授）

副手 醫學士 露 野 包 夫

Aus der Med. Universitätsklinik von Prof. Dr. K. Kakinuma, Okayama.

Über die therapeutischen Erfahrungen des Adams-Stokes Symptomen-Komplexes.

Von

Dr. med. Kaneo Tsuyuno.

Eingegangen am . Juni 1932.

Nachfolgend teile ich die therapeutischen Erfahrungen von zwei Fällen des Adam-Stokes Symptomen-Komplexes mit.

Eine kranke Frau, 56 Jahre alt, litt seit einigen Jahren an Schwindelanfall mit Bradykardie. Aus der Venen-Kurve und dem Elektrokardiogramm ergab sich, dass dieser Anfall ein Adams-Stokes Symptomen-Komplex war.

Als Ergebnis der Versuche mit verschiedenen Arzneimitteln, wie Atropin, Adrenalin, Adrenalin und Ephedrin, kann ich feststellen, dass das Ephedrin ein sehr wirksames Mittel ist.

Eine andere kranke Frau, 41 Jahre alt, klagte von Kindheit an über Schwindelanfall mit Bradykardie. Auch in diesem Fall hat Ephedrin gut gewirkt. (*Autoreferat.*)

第 1 章 緒 言

徐脈を伴ふ所の癇癇様失神発作は 1827 年 Adams 氏によつて報告され、1846 年 Stokes 氏はこれが心臓疾患に起因することを報告した。其の後佛人 Huchard はこの症狀を「アダムス・ストースク」氏病 *Maladie de Stokes Adams* と命名した²⁷⁾。併しながら斯様な持續的徐脈を有する患者が發作的に一層の徐脈を起して、同時に失神を來し輕度の痙攣を起すことは既に 1765 年に Morgagni 氏によつて記載せられた。よつて Pletnew 氏はこの症候群を Morgagni-

Adams-Stokes'scher Symptomen Komplex と呼んでゐる次第である²¹⁾。其の後この Adams-Stokes'scher Symptomen-Komplex に就いては Kennedy¹⁾, Pepper²⁾, Wulff³⁾, Plehn⁴⁾, Sperrk⁵⁾, Hume⁷⁾, Oppenheimer⁸⁾, Brodsky⁶⁾, Parkinson¹²⁾, Gerandel¹³⁾ 等の、猶ほ最近には Heimann¹⁵⁾, Grassberger¹⁸⁾ の諸氏の報告がある。本邦においても吳²¹⁾, 池口²²⁾, 稲田²³⁾ 其の他諸氏の追加報告がある。

余は最近1箇年間に於ける癲癇様失神發作を有する2例に遭遇して、之が検索をなす機會を得、いささかの治療經驗を得たが、先人の治療的報告尚ほ比較的寡きを以て特にここに發表する。

第2章 自家症例 其の1

患者名 小○キ○ 52j ♀ 農

1) 家族歴； 祖父母、兩親既に死亡、死因不明。同胞3人中患者は第1子で、他の2人は夫々胃癌及び心臓病で死亡した。舉子7人中第1子は早産で、末子は分娩後直に死亡したが他は皆健在である。

2) 既往症； 生來壯健、有熱性疾患にかかたことがない。特記すべきほどの心臓病其の他「ロイマチス」等の既往症がない。花柳病は否定してゐる。

3) 主訴； 眩暈、心悸亢進、徐脈。

4) 現病歴； 昭和5年春眩暈感を訴へたが間もなく恢復した。次いで同年夏再び眩暈、心悸亢進及び頭痛を訴へて一時意識が不明になつたことがあり約50日で治つたが、昭和6年2月同様な病症の下で失神發作に落ち入つたことがある。爾來1日2—3回の發作があつて、烈しいときは癲癇様な症狀を呈することがあつたと、平常一般に過勞興奮時には心臓部に重壓感、眩暈感を訴へたとのことである。發作時別に發熱がなく、猶ほ平素可成りの睡眠障礙を訴へてゐる。便通は1日1回規則正しくあつて、嗜好として酒、煙草は用ひてゐない。

5) 現症； 患者は體格強壯で、榮養の良い體長の中等大の一婦人で、皮膚の性状は全體が少し蒼白で併し何處にも「チアノーゼ」は認めない。精神狀態は別に異常がなく、時々眩暈、失神を訴へるのみで

あると。

頭部； 顔貌は尋常で別に顔面に浮腫を認めない。眼結膜は可成り充血して、眼球結膜は黄染して居らず、瞳孔は兩側同大正圓で對光反應は迅速である。視力は右側が少し弱い。耳は左側に時々耳鳴を訴へるが鼻には異常が無い。口唇がやや乾燥して軟口蓋粘膜及び齒は正常である。舌は濕ひて僅に灰白色の苔を被つてゐる。

頸部では淋巴腺、甲状腺に特別のことが無く脊柱には異常がない。

胸部； 肺は打診上兩側の肺尖部に短く、聽診上別狀を認めない。心臓の心尖搏動は左側の鎖骨中央線と前腋窩線との略ぼ中間にあつて、第5肋間腔の高さにある。其の性状は強盛で、心臓濁音界は右は胸骨右縁に、上界は第3肋骨に相當して、左側は弓狀を描いて心尖搏動部に達してゐる。即ち心臓は所謂 Aorten 型を示してゐる。心音は心尖の部で輕度の收縮性雜音を持つてゐるが他の聽診部では雜音を聞かない。肺肝境界は第5肋間腔の下縁に相當してゐる。

腹部； 平坦で腹壁は緩弛して、深呼吸の時右肋骨弓の下に纔に肝臓の遊離縁を觸れ、脾臓、腎臓は別に觸れない。其の他知覺異常、運動異常障礙、腿反射異常などを認めない。

尿所見； 淡黃色透明で比重は1014 反應は酸性

である。尿中に蛋白を軽度に認めたが別に糖を含まない。「デアゾ」反應、「グメリン」反應は陰性、其の他特別の所見が無い。

大便所見： 正常で消化は可良、粘液は無い。血液反應は陰性で寄生蟲卵を認めない。

血液所見： 血色素量は「ザーリー」で 118%，白血球は 9400，赤血球は 510 万である。「ワツセルマン」氏反應は陰性である。

「レントゲン」所見： 心臓には左側心室の強い肥大及び擴大を認めて所謂大動脈型を呈してゐる。心臓搏動は非常に緩やかで且深い。

血壓測定： 極大は 160，極小は 70 である。

6) 入院後の経過及び爾後實施した諸検査成績に就いて

6. 12. 入院する。

6. 14. 「アンナガ」の投薬で胸部の不快感、心悸亢進を訴へ、猶ほ睡眠障害を増してゐる。

6. 15. 「アンナガ」投薬のためか全身状態が悪いので遂に午後 3 時頃入院以來最初の失神發作を起した。ために「アンナガ」投薬を中止した。

6. 16. 全身に疲労を訴へて一般症状が悪い。第 1 回「エレクトロカルディオグラム」を撮つた。

6. 17. 今朝 8 時半頃「アトロピン」1 錠を與へた所が、30 分間後では既に脈搏数が 32 より 40 に増加して、心悸亢進、不安状態を訴へたが、其の後約 1 時間位して平靜となつて、脈搏数も 30 前後になつて心悸亢進も止んだ。

6. 19. 靜脈波及び橈骨動脈波圖を撮つた。1 回の失神發作があつた。

6. 20. 今朝隣の寢臺の病人が死亡した其の騒中に 1 度、又晝食後 1 回、午後 3 時頃 1 回の發作があつたが就中第 3 回目の發作はよくよく觀察した。大略次の通りである。即ち、

顔面は蒼白となり次いで「チアノーゼ」を呈して、約 30—40 秒失神の状態であつた。其の時手

は多少震へて、少量の泡を口より出した。この時脈搏は小さく、且 2 搏脈、3 搏脈性狀を呈した。

自覺的には心臓部の不安、心悸亢進を訴へて、次いで間もなく心臓の收縮の緩徐になるのを感じ、同時に失神に落入るのである。其の後 30 秒位して再び意識は鮮明になつて何等苦痛を訴へない。

6. 21. 午前 8 時頃硫酸「ヒュゼン」0.2 g 1 回與へた所が午前 9 時頃心臓部の不安感を覺えて同 10 時頃發作がおきた。

6. 24. 午後 2 時臨牀講義場に出る前に失神發作があつて、其の時の脈搏其の他の状態は次の通りである。

發作は約 40 秒位で、病人が胸内苦悶を訴へると、脈搏は緩徐となつて、發作の最中では脈搏は殆ど觸れない。約 40 秒後發作がおさまりかかると、脈搏は次第に發現する。

6. 25. 硫酸「ヒュゼン」0.2 を 2 回與へたが別が無い。

6. 27. 夕刻 5 時頃便所よりの歸途發作が起きたが其の持続時間が長く殆ど 1 分間であつた。

6. 28. 午前中軽い發作が 2 回あつた。

7. 1. 午後 3 時頃失神發作があつた。

7. 2. 「アドレナリン」試験を行つた。詳細は後で述べる。發作（一）

7. 3. 「アドレナリン」試験第 2 回目成績は後述する。大體に於て「アドレナリン」注射後の感じ良好である。

7. 7. 「アドレナリン」第 3 回試験 詳細は後述する。

7. 8. 「エフェドリン」注射を開始する。其の成績は後に示すこととする。

7. 9. 「エフェドリン」0.7 cc 注射。

7. 9.→7. 10. 發作（一）

7. 11. 脈搏數全體としてやや増加して 1 分間 30 位になつた。發作（一）

7. 13. 「エフェドリン」錠(0.025 含量)を1日3回1錠宛内服することにする。發作(一)脈搏數平均1分間34位になる。

7. 20. 1週間發作が無かつたが2—3日來の運動過多の爲めか、「エフェドリン」錠を飲んでゐないためか脈搏が頃に減少して1分間22位になり、自覺的に不快感を覺えて、爲に「エフェドリン」注射を行ひ直に回復した。

7. 25. ここ數日脈搏數30位で發作は起らない。一般症狀は良好である。

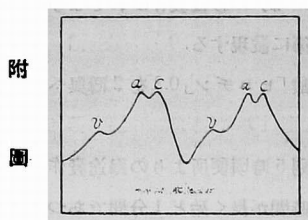
7. 31. 失神發作が全く無く、患者の一般狀態が大變よろしいので遂に8月4日退院して、暫く外來で経過を見ることとなつた。

外來経過：

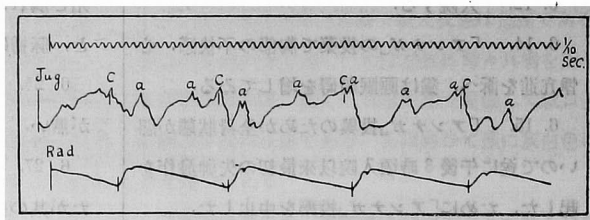
歸宅後は経過がよく6月29日以来全く失神發作を見ず、全身症狀が良好で、體重も増加して、全く見違へるほどの健康狀態で経過する中、9月26日頃2—3日來の家事の手傳、過勞のためか發作があつた。1日2—3回も起つたと。よつて再び暫く休んでゐた「エフェドリン」投薬を始めて、1日3回1回1錠づつ數日間服用させし所全身狀態が頃によくなつて、其の後12月末迄異常を認めなかつた。12月末來院の節最後の試みに「アドレナロン」試験を行つた所特別の變化を認めなかつた。

次に経過中行つた諸検査成績は下の通りである。

(I) 静脈波及び橈骨動脈波

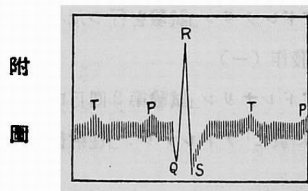


正 常

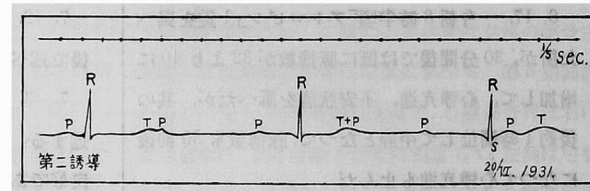


患 者

(II) 電氣心動圖



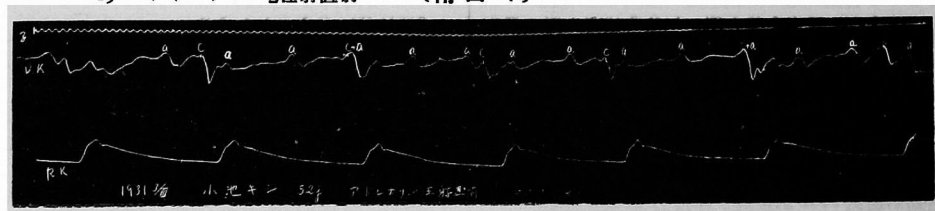
正 常



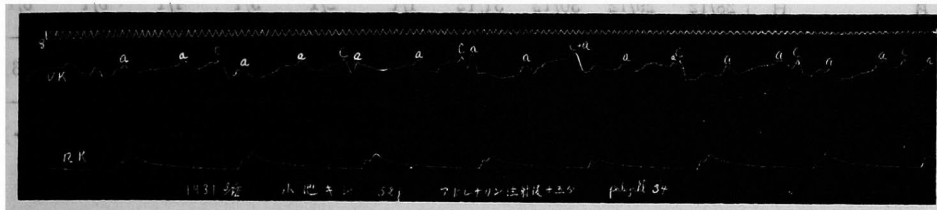
患 者

(III) 「アドレナリン」千倍溶液 0.3cc 注射後の脈搏及び静脈波に就いて

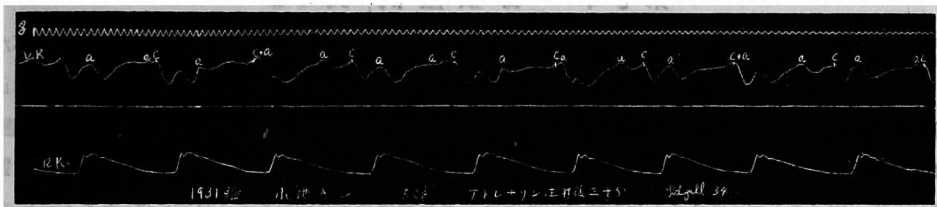
1) 「アドレナリン」注射直前 (附圖 1)



2) 「アドレナリン」注射後 15 分 (附圖 2)



3) 「アドレナリン」注射後 30 分 (附圖 3)



4) 「アドレナリン」注射後 60 分 (附圖 4)



以上の「アドレナリン」試験の示してある脈搏數、心房搏動數及び心室搏動數の關係は次の通りである

千倍「アドレナリン」0.3 cc	脈搏數	心房搏動數	心室搏動數
「アドレナリン」注射前	26	65	27
注射後 15 分	36	75	35
〃 30 分	38	74	39
〃 60 分	34	70	34

猶ほ「アドレナリン」注射後の脈搏數及び血壓の關係は次の通りである。

「アドレナリン」注射 0.5 cc	脈搏數	血 壓
「アドレナリン」注射直前	26	150—60
注射後 15 分	36	160—60
〃 30 分	36	160—60
〃 60 分	34	155—60
〃 120 分	30	150—60
〃 180 分	26	150—60

(IV) 「エフェドリン」0.5 cc 注射後の脈搏數と血壓の關係

「エフェドリン」注射 0.5 cc	脈搏數	血 壓
「エフェドリン」注射直前	26	150—60
注射後 15 分	30	185—60
〃 30 分	32	185—60
〃 60 分	32	200—60
〃 2 時間	30	190—60
〃 3 時間	30	160—60
〃 4 時間	30—29	155—60
〃 6 時間	26	150—60

(V) 最後に 12 月 28 日以後の脈搏と「エフェドリン」錠投與の有無との關係は次の通りである。

月	日	28/12	29/12	30/12	31/12	1/1	2/1	3/1	4/1	5/1	6/1
脈 搏 數		40	32	38	38	33	38	38	34	32	36
「エフェドリン」錠 投 與 有 無		(+)	(-)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)	(+)

第3章 自家症例 其の2

患者名 松〇し〇 47j ♀

1) 家族歴： 父方の祖父は肋膜炎で死亡し、祖母は胃穿孔で死亡した。母方祖父母は死亡して原因は不明である。両親健在。同胞は6人でこの中患者は長女で、末子のみ男子であるが現在精神病に罹つてゐる。他は總べて健在である。主人は肺結核で現在療養中で、子供は6人共に丈夫であると。

2) 既往歴： 9jのとき腸「チブス」に罹つて、17jのとき脚氣及び肺「チストマ」に罹つてゐる。

3) 現病歴： 患者は14j頃より3—4年間時々失神發作があつて、20j頃より最近4—5年前迄は其の發作を見なかつた。次いで約4年前十二指腸蟲驅除療法を受けたところ其の後一時身體の衰弱を訴へてゐたが、9月末遂に發作が起り就床した。1日2—3回の發作があつたが、約10日間養生したため發作回数が全く減少したと。其の後約半年して可成り烈しい發作があつて、一昨年夏約1箇月間發作のため休んだと。其の後は今日に至るも何等發作症狀が無い。猶ほ患者は常に頭痛を訴へ易くて、今日迄別に痲瘋質斯、微毒、「ヂフテリー」等の疾患は知らない。煙草、酒は嗜まない。

4) 主訴： 脈搏緩徐、心悸亢進。

5) 現症： 患者は體長中等大、體格強壯で榮養状態は佳良である。皮膚は温かく乾燥し別に蒼白でない。皮下脂肪組織は發育よく、脈搏は頃に緩徐で1分間30前後である。但し脈搏性狀は規則正しく緊張はよろしい。大さはやや小である。橈骨動脈に特

別の硬化を認めない。精神状態、知能には別狀がなく、體温は36.7°C前後である。顔色はよく顔貌は正常で、眼瞼結膜は軽度に貧血してゐるが、眼球結膜には黄染を認めない。瞳孔は兩側共同大、正圖で對光反應はやや遲鈍である。口唇には「チアノーゼ」を見ず、舌には僅に灰白色の苔を被つてゐる。軟口蓋粘膜には貧血、黄疽を認めない。咽喉、扁桃腺等には別狀は無い。頸部には右側頸部淋巴腺腫脹を觸れるが別に壓痛はない。甲状腺の腫脹を認めない。

胸部： 打診上右肺尖部がやや短で、肺肝境界は第5肋間腔の下縁に位してゐる。心尖搏動は坐位で左側鎖骨中央線外1横指の所にあつて、第5肋間腔の高さにある。心臓の濁音界は右は右側胸骨縁外1横指の所に相當して、上界は第3肋骨に位してゐる。聽診上右背部の上部で軽度の呼吸延長を認める外別に異常はない。唯々心音に於いて第1肺動脈音と第1大動脈音に雜音を聽いて、猶ほ肺動脈音の強盛を認める。

腹部： 平坦にして腹壁は弛緩して、深呼吸のとき右側肋骨弓下にわづかに肝臓の遊離縁を觸れる。其他脾臓、腎臓等も觸れず、膝腱反射は輕く亢進してゐる外知覺異常、運動障礙、下肢浮腫等の變化はない。

尿所見及び大便所見には別條はない。

「レントゲン」所見： 心臓は右側第2弓の彎出を認める。心臓縁では搏動が緩徐で且左右不整である。右側肺尖部及び右側鎖骨下に硬化してゐる結核性陰

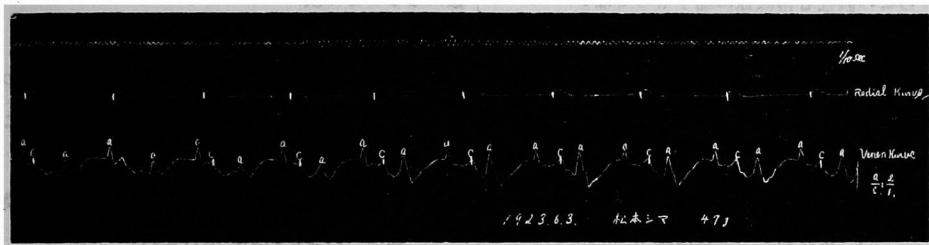
影を認め得る。

血液の「ワッセルマン」反応、村田反応共に陰性である。

6) 通院中行つた諸検査

この患者は家庭の都合で入院が出来ず、通院の形で諸検査並に追試を行つた。

(I) 6月3日静脈波を撮取する。 (附圖 5)



(II) 6月4日「エフェドリン」追試を行つて、この患者に於ける血圧と脈搏数増加の關係を見ると次の通りである。(「エフェドリン」注射 0.5cc)

時 間	血 圧	脈搏数	副 作 用
注 射 前	150—65	30—31	なし
注射後10分	160—65	33—34	なし
◇ 20分	175—65	35—36	なし
◇ 40分	180—65	35—36	少し心悸亢進
◇ 1時間	160—65	34—35	なし
◇ 1時間半	160—65	31—32	なし

時 間	血 圧	脈搏数	副 作 用
注射後2時間	150—65	31—32	なし
◇ 3時間	145—65	31—32	なし
◇ 4時間	145—65	31	なし
◇ 5時間	145—65	30—31	なし

(III) 6月6日「エフェドリン」1cc注射を追試した所が脈搏数は注射後同様に30分乃至60分頃最高になつて、血圧も同じく其の頃最大180に逆上昇した。脈搏数30が35に増したものが再び正常数30になるには5—6時間は是非必要である。

第 4 章 發生論竝に自家症例に對する考察

先づ第1症例について見るに、時々發作的にくる癲癇様症狀が眞正癲癇によるものであるか、又は所謂微候的癲癇に屬するものかは、患者の既往症其の他の諸検査により明かに所謂微候性癲癇であることが解る次第である。斯様な癲癇様症狀は幾多の疾患のとき來るもので、腦の器質性疾患の經過中や、老人の動脈硬化症のとき、其の他腦に直接病變が無くても急に循環障礙が起つたとき、例へば心臓の刺激傳達障礙によつて突發するものである。この發作が以上のいづれの場合に屬してゐるかを決定する前に、この患者において先づ注意しなければならぬことは脈搏が非常に緩徐であることである。

一般に徐脈を見たときに脈搏数が30前後の時には先づ心臓の刺激傳達障礙を疑ふのが普通である。扱て心搏緩徐を起す場合については次の場合を考へ見る必要がある²⁰⁾。

(I) 心臓性心搏緩徐の場合

a) 靜脈竇結節において起る刺激の減少する場合

b) 心臓の神経支配障礙のとき

i) 促進神経作用の廢絶したため

ii) 迷走神経刺激に基くもの

(II) 心室性心搏緩徐の場合

これは前房と心室との收縮数の異なつてゐる

ため、所謂房室分離と云ふてゐるものである。

(III) 假性心搏緩徐の場合

これは期外収縮で所謂無脈波性収縮を伴ふ場合である。この患者では脈搏不足のないことからこの假性心搏緩徐に屬するものでない。

猶ほ長興、Aschoff 兩氏は「アダムス・スノークス」氏症候群の發生原因に關して次の様な臨牀的分類を作つた。即ち²⁸⁾

(A) 心臟型(「アダムス・スノークス」氏型)

1) 刺戟傳導系型

a) 重症型： 完全分離

b) 輕症型 } 不完全分離
 } 心室収縮脱漏
 } 徐脈

2) 心筋型

(B) 神經型(「モルガグニー」型)

3) 中樞型： 徐脈 分離はない。

4) 末梢型： 徐脈 分離はない。

以上よりこの患者及び其の發作、徐脈は、現症並に靜脈波、「エレクトロカルディオグラム」などから、完全心臓「ブロック」のある患者で、而も其の經過中に起る所の一種の「アダムス・スノークス」氏の發作であつて、又この症候群は所謂心臟型のもので、心搏緩徐も亦心室性心搏緩徐であることも明かである。只第1症例の患者について其の病狀特に發作前後の狀を詳細に觀察すると、不完全性の「ブロック」から完全性「ブロック」に移行するときに急におこる所の所謂真正「アダムス・スノークス」氏症候群とは少し異なつてゐる様に思はれるのである。即ちこの患者では元々完全「ブロック」があつて、今迄傳つておらなかつた前房収縮が急に心室に傳達される様になるか、或は房室境界附近に期外収縮が突發するかして、爲めに急に心室の収縮數が増して、而も其の個々の

収縮が小さいために末梢に向つて充分なる量の血液を送ることが出来ない、其の爲に腦の血行も一時不良となつて、前述の様な發作が發生する様に思はれるのである。又斯くの如くに發作的に脈搏の寧ろ頻數になることは既に Heinecke, Müller und Hösslin, Volhard が報告してゐる²¹⁾。

擬完全心臓「ブロック」のある時の病理的變化については、既に長興、Aschoff 兩氏が病理解剖的見地より次の如く分類してゐる。即ち

1) a) 「ヒス」氏筋索の完全な破壊(硬結、護膜腫¹¹⁾、石灰化結節に因るもの)。

b) 「ヒス」氏筋索の障礙(炎症性浸潤⁹⁾、小硬結)。

2) 心筋の脂肪變性及び心筋の廣汎なる硬結等によるもの²⁴⁾。

3) 延髓領域²⁵⁾において發生した護膜腫瘍、出血、動脈硬化及び骨の壓迫によるもの。

4) 腫瘍其の他に因つて迷走神經の障礙を起せるもの。

第1症例の患者は從來特に傳染性疾患に罹つたことが無く、又花柳病も否定して、事實血液「ワ」氏反應は陰性である。従つて恐らく微毒は除外し得ると思はれる。この患者では血壓が相當高く、末梢動脈管が硬化してゐる點から推せば冠狀動脈にも硬化症があるものと想像される。従つて心筋の營養障礙を來して、延ひては「ヒス」氏筋索にも障礙を起したものと考へる。

第2例は極く短期の觀察の爲と、最近發作が無いため考察不十分であるが、既往歴其の他脈波検査から真正「アダムス・スノークス」氏症候群を有する完全心臓「ブロック」の患者であると考へる。

第5章 治療經驗

先づ心臓「ブロック」其のものの治療であるが、其の原因が小さい護膜腫である時は驅微療法で治り得

るものであるが、概して「ブロック」其のものに對しては、其の成因上から考へて治療的效果の殆ど無い

ものと考へられる状態である。併し其の發作自己に對して何か豫防的效果のあるものがあれば患者にとつても大なる福音と考へて、自分は此の發作が數種の藥物によつて如何に影響されるかを觀察した。勿論動脈硬化症が主因なればそれに向つて適當な療法を行つて、微毒が原因なるときは驅微療法をなさねばならぬ。更にたとへ血液「ワ」氏反應は陰性でも疑はしい時は一應微療法を試みなければならぬ¹⁴⁾。

先人の経験では「アダムス・ストークス」氏症候群に對しては「アドレナリン」が效を奏することがあるし (Parade¹⁷⁾, Korach¹⁸⁾), 又「アトロピン」が奏功することもあると (Felix. Guisböck¹⁰⁾), 又 2 Digifolin の極少量投與が發作及び脈搏性狀に良好な影響を及ぼすことを報告してある (吳)。自分は「アンナカ」, 硫酸「ヒュディン」, 「アトロピン」, 「アドレナロン」, 「アドレナリン」, 「エフェドリン」等について追試した所、最も「エフェドリン」が優秀であることを認めた。即ち「アンナカ」, 「ヒュディン」¹⁹⁾等は心悸亢進, 胸内苦悶等の副作用を訴へて、却つて病狀増悪を來たすことさへある。

「アトロピン」, 「アドレナロン」, 「アドレナリン」等は之等の副作用は少なく、特に「アドレナリン」が最もよい。

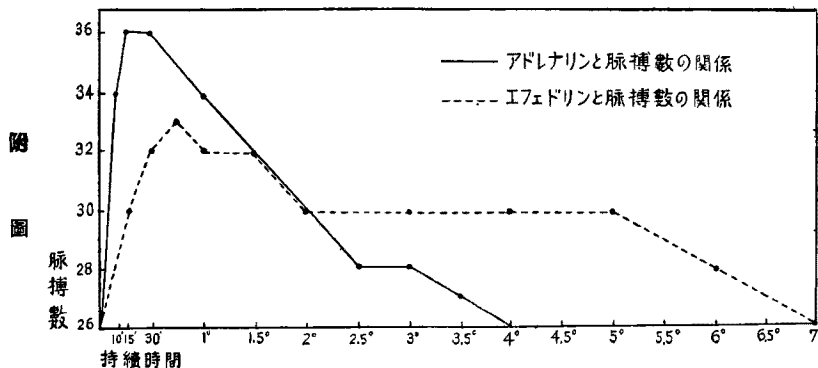
併し「アドレナリン」も注射量 1.0 cc になると猶ほ

多少の心悸亢進を訴へる。之等と比べて「エフェドリン」は最も良好で副作用を認めない、且其の作用状態も極めて良好である。例へば「アドレナリン」, 「エフェドリン」の「アダムス・ストークス」氏症候群に對する好影響機轉としての脈搏増加と持續時間關係を比較して見るに、注射後脈搏増加は「アドレナリン」の方「エフェドリン」よりも多數であるが、却つて心悸亢進を訴へて來ることがある。脈搏増加持續時間は「エフェドリン」の方が「アドレナリン」の約 2 倍である。

この點第 2 症例追試成績においても明である。以下参照までに次の 2 表を示すこととする。

藥物名	1回量	惹起症狀
「アンナカ」	0.5 cc	胸部不快感, 心悸亢進, 不安感
硫酸「ヒュディン」	0.2 g	胸部不快感, 不安感
(I) 「アトロピン」	1 錠	心悸亢進, 不安感, 脈搏少し増す
「アドレナロン」	0.5 cc ↓ 1.0 cc	心悸亢進, 脈搏増さず
「アドレナリン」	0.5 cc ↓ 1.0 cc	心悸亢進, 脈搏増加す
「エフェドリン」	0.5 cc ↓ 1.0 cc	副作用殆ど無し, 脈搏増加す

(II) 「アドレナリン」, 「エフェドリン」各々と脈搏數との關係



以上よりして、「アダムス・ストークス」氏発作治療乃至豫防には「エフェドリン」が最も適劑であることは明かであるが、其の最も有効的使用方法については最近 Edwin Wood が發表してゐる如く、皮下注射及び心臓内注射よりも経口的服用が最も効果ある方法で、特に發作の豫防には経口方法が最もよい。而して其の投藥量は 1 回量 24 mg Ephedrin を 1 日 1 回乃至 3 回與へる²⁰⁾。

猶ほ最近脈搏増加延いては「アダムス・ストークス」氏症候群豫防治療に甲状腺劑例へば「チレオイデン」を使用されてゐるが餘り効果を認めない²⁰⁾。

最後に治療上、特に發作豫防上大切なことは、肉體的並に精神的安靜を保つことである。我が第 1 症例の發作突發時期を見るに何事かによる興奮直後或は過勞後に最も多く發作突發を見た。

第 6 章 結 論

1) 比較的稀である「アダムス・ストークス」氏症候群を持つ心臓「ブロック」の 2 例について觀察報告する。

2) 1 分間 21—35 の徐脈を持つ患者の癲癇様發作は「レントゲン」、靜脈波、「エレクトロカルディオグラム」等の諸検査の結果「アダムス・ストークス」氏症候群で、而もこの症候群は所謂心臓型で、心搏緩徐も又心室性である。

3) 原因は全身動脈硬化特に冠狀動脈の硬化症で從つて心筋營養障礙を來して延いて「ヒス」氏筋索の障礙を起したものである。

4) 「アダムス・ストークス」氏症候群の治療經驗によると、安息香酸「ナトリウムカフェイン」、硫酸「ヒニディン」、「アトロピン」、「アドレナロン」、「アドレナリン」、「エフェドリン」等の中「エフェドリン」が最も特效のあることを諸種検査によつて經驗した次第である。

擧筆するに臨み、懇篤なる御指導と御校閲を忝うせる恩師柿沼教授に深く感謝の意を表し、併せて實驗上種々の御助力を與へられたる谷口、三谷兩先輩に深謝す。

文 獻

- 1) *Kennedy*, Glasgow med. jour. 77, 1912. 2) *Pepper, William and J. Harold Austin*, America, Journal of the med. Science. 1912. 3) *Wulff, Gottfried*, Diss Königsberg med.-univ. Klinik. 1913.
- 4) *Plehn*, Dtsch. med. Wochenschr. 1913. 5) *Sperk*, Mitteilg. d. Ges. f. inn. med. u. Kinderheilklinik. in Wien. 1913. 6) *Brodsky*, Norvveg Medizine. 1914. 7) *Hume, W. E.*, Heart, Bd. 5, Nr. 2, 1914. 8) *A. and B. S. Oppenheimer*, Arch. of internal med. 1914. 9) *Ruggeri, Echino*, Gazz. internaz di Med.-chirurg. Nr. 15. 10) *Felix Gaisböck u. L. Jurak*, Zentralblatt f. Herz u. Gefäss Krheiten. 1915. 11) *Major*, Arch. of internal med. Bd. 31, 1923. 12) *Parkinson, John*, Lancet Bd. 207, Nr. 7, 1924. 13) *Geraudel, Emile*, Bull. de L'acad. de Méd. Bd. 94, 1925. 14) *Bickel, Georges*, Arch. des Maladies du coeur. 18, 1, 1925. 15) *Heimann*, Lancet 1, 1929. 16) *Korach, S.*, Med. Klinik. 1, 1929. 17) *Parade*, Dtsch. med. Wochenschr. 1929. 18) *Grassberger*, Z. Klinik. Med. 112, 1930. 19) *Langeron et Bera*, Arch. mal coeur. 33, 1930. 20) 柿沼, 診断と治療, 18 卷, 10 號, 1932. 21) 吳, 日新醫學第 10 周年記念號, 309—351. 22) 池口, 臨床醫學, 第 16 年, 第 1 號. 23) 稻田, 第 19 回九州沖繩醫學會會誌. 24) 吳, 實驗醫報, 大正 14 年. 25) 馬杉, 中外醫事新報, 917. 26) 上小澤, 日本內科學會雜誌, 第 8 卷. 27) 千秋, 東京醫事新誌, 1825 號. 28) 加藤, 中央醫學會雜誌, 107 號. 29) *Edwin Wood*, Jour. of A. M. A. 98, 16, 1932.

