

〔症例検討会〕

心不全、呼吸器感染、精神障害を来たして
死亡した弁膜症の1例

日 時 昭和37年1月26日
場 所 東京女子医科大学本部講堂
(発言者)
中山内科 : 斉藤 文子
精 神 科 : 赤田豊治講師・栗野竜講師
心 研 : 山田 辰一
病 理 : 松本武四郎教授・平山章講師
司 会 : 広沢弘七郎教授
受持医および文責 : 中村 久子

(受付 昭和37年6月6日)

広沢：プリントにありますように、Klappenfehler がありますが、どんな病状の Klappenfehler であつたか少し考えてみたいと思います。

まず病歴の概略はプリントにございます。最初の頃の資料が紛失しておりまして、レントゲン、心電図の実物がお目につけられませんが、途中からは約1年余にわたつた経過がスライドで出せますので、それを見ながら考えていただきます。

一番最初に、Sektion の時に受持だつた中村先生に病歴の概略を説明していただきます。

中村：患者は25才の女、入院は3回で、

第1回 3/X'59~25/Ⅲ'60 (約5カ月)中山内科初回入院

第2回 26/I'61~3/V'61 (約3カ月)中山内科再度入院

第3回 17/Ⅷ'61~3/XI'61 (約3カ月)心研

入院

3/XI'61 死亡致しました。

家族歴：母親分裂症(?)患者の幼時に死亡。その後義母。その他の事は別にございません。

既往歴：小学校4年の時高熱、関節ロイマ(一)中学校迄は健康でバレー、バスケットの選手をしていた。

現病歴：高校2年(17 Lj.'53)頃より運動時に動悸を感じるようになった。その後運動による動悸と浮腫(顔面、下肢)が増強し、高校卒業後('55)血痰あり、また坂道を登る時動悸と息切れのため、途中休息しないと登れなかつた。この頃心疾患を指摘されている。

'59, 7月肺結核といわれて、2カ月PAS, I NAH併用、同年9月頃より切切れ、動悸が強くなり、3/X'59, 心研受診、中山内科入院。

Clinico-pathological Conference (18) A fatal case of valvular heart disease complicated with heart failure, respiratory infection and psychic disturbance.

入院時現症:

脈, 110/分, 整, 血圧96~80mmHg.

聴診所見は心尖部に収縮期雑音 Levine 3度, 拡張期雑音 Levine 1~2度, 第Ⅱ肺動脈音亢進, 肺野に理学的異常を認めず. 肝は3横指径触知

EKG: 洞調律, 不完全右脚ブロック, 左心性P.

代償不全は一応軽快し, 約5カ月余の経過にて退院, 退院後しばしば顔や四肢に浮腫を見ましたが, それも Diamox 等の服用によつて良くなつております.

退院後 4/XI '60 に肺水腫様症状を一度経験, 12/I '61 風邪をひき発熱, 咳, 喀痰強く呼吸困難の発作あり.

'61, 26/I 再度代償不全の状態で中山内科入院, 当時心尖部に収縮期雑音 Levine 4度, 拡張期雑音(大きさ不明). その後軽快し, 約3カ月で退院.

'61, 5/VII に心研に來た時も代償不全はありませんでした.

当時現症, 心尖部で第1音亢進, 収縮期雑音 Levine 4度, 拡張期雑音(-), Opening Snap (-), 肺動脈弁口部で第2音亢進, Levine 2度の収縮期雑音を聴取しました. それから約1カ月余りの経過で再び熱が出て咳, 喀痰あり.

心研入院(17/VII, '61), 体温38.1°C, 入院後も数回呼吸困難をきたし, 頻脈, 肺野にラ音を聴く状態になっています. 入院以来, 9月中旬迄時々発熱あり. 肺野X-Pにて異常陰影を認める. これに対し Corton, Chloromycetin, Predonin を使用. 10月初旬より精神障害(妄想, 多弁など)がみられるようになり, そのため医師の指示にも従わず薬も服用しなくなり, Digitalis 維持も困難となりました. 脈搏促進, 呼吸困難を訴えるようになり, しばしば酸素吸入をしております. 食欲不振, 10月下旬頻脈となり, 始めて脈搏欠損をみております. 3/XI, '61 未明, 家族の知らぬまに死亡しております.

検査成績:

	29/X '59	27/I '60	2/II '61	18/VIII '61	13/X '61
CRP	—	卅	—	卅	—
ASLO	—	—	—	—	—
Rose	—	—	—	—	—

広沢: スライドをお願いします. 第2回目に中山内科に入院する1カ月位前の心電図(図1)です. さつと輪廓だけ申しあげます. リズムは御覧のように正常の洞調律で, 脈の数が一寸早いようですが, 特別リズムに関して問題はなさそうです. Pが非常に大きく, 殊に V₁ では後半の陰性

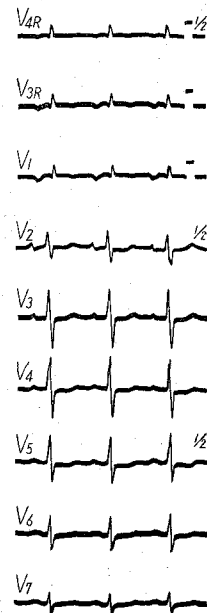


図1 10/XII '60

部分の大きい事が目立ちます. P-sinistro-cardiale と云われる所見です. それから心室群ですが, V_{4R} から V₁ にかけて, すなわち右側の胸部誘導で, QRS が rsR' か cR かはつきりわかりませんが, 恐らく rsR' 型だと思ひます. すなわち, 右脚ブロックの形が出ております. それから, 胸部誘導を V_{2,3,4,5,6,7} と辿つてみますと, ST-T の下降~平低がみられます. 心筋障害といつてよいと思ひます. 四肢誘導でも II, III, aV_F に ST-T の下降~陰転がみられます. I II III の組合せについてみると, ST-T が下を向いている III で R が



図2 27/I '61

一番高い。すなわち古典的な右肥大型の Pattern を示しております。以上が第2回目に中山内科に入る前の調子の良かった時代の心電図です。

次の心電図(図2)は入院して翌日のものだと思います。調子が悪くて入つて来た時のですが、このフィルムには変つた所見が認められます。第Ⅱ誘導の最初の2搏でPがQRSと重つて第3搏目からは、離れています。ここに書いておきました。が房室解離と呼ばれる不整脈が一寸顔を出している形になっています。他の誘導では全部正常の洞調律です。その他の点ではV₂₋₅あたりで1カ月前にくらべてST-Tが深くなっているのが目立



図4 25/VIII '61

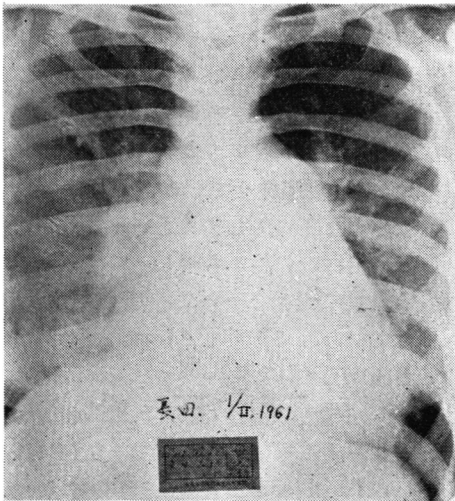


図 3

ちます。その他は本質的に変つておりません。数日後のレントゲン(図3)は御覧の如くです。肺の鬱血が見られます。

これは3度目に心研の病室に入った時の Bild です(図4)。大体似たような形です。初回に比べるとST-Tの降下が胸部誘導で目立っています。リズムは同じく正常の洞調律です。心房波は矢張り左心型Pです。これは同じ入院期間中で9月21日のレントゲン写真(図5)です。右下肺野に

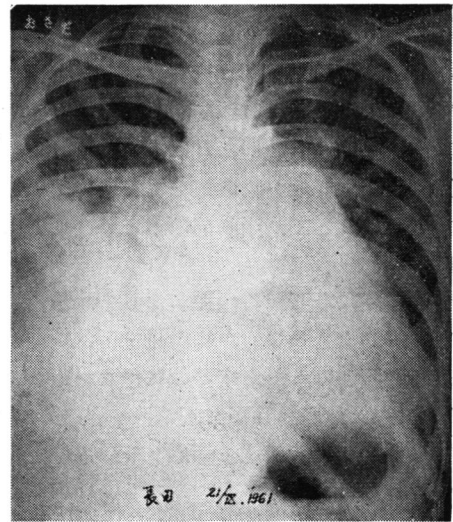


図 5



図6 27/X '61

広く濃い影が出ております。死亡前約1カ月です。その後死亡間際になりますと脈搏欠損が出て来たという表現であります。11月3日に死亡しておりますから大体1週間程前の10月27日の心電図(図6)は御覧の如くリズムが乱れております。

患者が静かにしていないため針が折れて全誘導は撮れませんでした。リズムはよくわかると思います。ST-T もかなり下つているのが見られます。スライドはそれまでです。

このような臨床経過で亡くなった方ありますが、要するに弁膜症であつた事は確からしいですが、割に若い方で17~18才の頃から症状が出て来て、リウマチの歴史はない。そういう弁膜症の方が数年の経過の間かなり頑固に代償不全といわれるような臨床症状を繰り返す、その間治療を続けているにもかかわらず、次第に思うようにコントロールができなくなり死亡に至る。その末期にはかなりの精神障害を起しておまして、治療するのに附添いの看護婦さんや、家族、受持の Arzt などが非常に苦労した。死亡前約1カ月の間相当ひどい心不全の状態と共に、精神障害がかなり強く出て、薬も飲まないであらぬ事を盛んに喋りまくつていたような現象が見られました。

そこで何か質問なり御意見なり、どんな形でも結構ですが……簡単に言つてしまえば、弁膜症である程度以上強いものがあれば代償不全になつて、治療したつてなかなか応じてこないで死亡に至つたということで、当り前の話ということになるのですが。

まず弁膜症にいろいろ種類がありますが、診断について端的なところで何か御意見を……

一般に弁膜症の診断をするのに色々材料があるわけですが、聴診器が診断の過半を占め、非常に有力な根拠になる。聴診器無しでは弁膜症の診断をつけるわけにはいかないですが、その聴診所見がプリントには2~3カ所書いてあります。例えば最初の頃の所見で心尖部で収縮期雑音 Levine 3度、拡張期雑音 Levine 1~2度と書いてあります。第Ⅱ肺動脈音は亢進しています。それから次の段になるとまん中頃に心尖部の第Ⅰ音亢進、収縮期雑音 Levine 4度、拡張期雑音(-)、Opening Snap(-)とあります。Opening Snapは Mitralstenose の時に心尖部から内側にかけて聴かれ、第Ⅱ音が割れたようにトン、トロンと聞える音ですが、これが聞えないと断つてありま

す。Levine の何度というのは、Levine という人が収縮期の雑音だけについて Original では言つていたのですが、1~6度迄、程度を分けて、1度というのは聴診器をあててもすぐにはわからない。良く聞いてみるとやつとわかる程度。6度は聴診器を胸壁に当てなくても聞こえる程度でかなり強いところ、2度は聴診器をあてればすぐわかるが、かなり弱い音、5度は胸壁に当てなければきこえないが非常に強い音、その間3、4度を適当に割るのですが、普通器質的な弁膜症がある時には3度以上の雑音が聞えるという事になっています。私共は収縮期だけでなく拡張期の雑音にも便利なものですから、それを援用させてもらつて Levine 何度とか言つています。拡張期雑音は一般に音が小さいのですが、そこにⅠ又はⅡ、又は全然聞えないと出ています。診断について何か御意見がございましたら……

結局この Kranke はどういう弁膜症でどういう状態を繰り返す、どういう経過をとつていったか、更に治療法としてどういう様にあるべきかという事をこれから考えてみたいと思うのですが。

私は Sektion 迄見せてもらい、中を知つていますのでみんな喋つてしまうといけませんので、ここに三神内科の先生いらつしやいませんか。中山内科の先生に聞きたいところですが、中山内科に入院していたので裏をよく知つているので面白くないと思いますので……

心尖部に収縮期雑音があれば Mitralinsuffizienz 僧帽弁閉鎖不全症という事である程度以上はつきりした Geräusch があれば疑問をさしはさむ必要はないわけですが、で、この方は最初は心研の外来に来られたのですが、入院は中山内科にお願いしました。弁膜症も最近手術してよくなるそうだから、私のもよくなるかという事で田舎から出て来られたのですが、Mitralinsuffizienz は Operation の Indikation として一般的ではないので、お帰り願う事になつたのですが、万一手術適応があるような病気だと残念ですから入院の上経過を見る事になりました。結局 Mitralinsuffizienz で代償不全の状態も繰り返すので薬を続

けなければいけないという事で田舎へ帰られたのです。臨床検査の中に、その点についていろいろ問題があると思うのですが……Sektion の Befund を途中で小出ししても宜しいでしょうか。…

Anamnese に 1959年の8月に肺結核といわれた事があります。その頃、2カ月ばかり薬を使っておりますが、Lunge の Befund として Tuberkulose の痕がみられたでしょうか。

平山：Tuberkulose のはつきりした Herd は見られませんでした。

広沢：病気の一般的な事ですが、弁膜症の患者さんの病歴を伺ってみますと、肺結核と診断されて薬を使われている患者さんが非常に多いのです。昔ですと薬ですまなくて左右両側の人工気胸でアップ、アップになってしまった患者さんを見かけることが非常に多かつたのですが、この方の場合は人工気胸の時期はもう過ぎてしまつて、P A S, I N A H の2者併用をやつているようです。Sektion してみると肺にはそういう変化は見当らないというお話です。意地が悪いんですが、これはレントゲン写真で鬱血像を結核病巣と間違えたのではないかと思います。過去の事につき、あまり突つこんだ事を想像して申し上げては悪いのですが、実はこの患者さんの弁膜症の種類について診断をつけるのにこれも又一つの大事な材料になると思うのです。

齊藤先生は受持つていた事ありませんか？

齊藤：受持つておりました。

広沢：それは何年頃でしょう。第1回の頃？

齊藤：第2回目の入院の時です。

広沢：そうすると去年（昭和36年）の1月から5月の入院ですね。

齊藤：え、。

広沢：死亡したのが11月ですが、死亡前1年未満ですね。拡張期雑音も聞かれましたか。？

齊藤：収縮期と拡張期と両方の雑音がきかれたと記憶しています。

中村：心尖部に syst. u. diast. Geräusch と一度書いてありまして、翌日には syst G が (+) diast. G. が unklar と記載してあります。

齊藤：その前にも syst. G. だけの時があつたかと思いますが…

中村：はい、一番最初の時は syst. G だけで、次に3日程して syst. G と diast. G., その次には diast. G. が unklar となつています。

広沢：中山教授の廻診の時の記事を。

中村：廻診の時にMSもありますね、ということをおつしやつています。

齊藤：MSの拡張期雑音は聞いても範囲がせまいこともありますから注意して聞かないといけません。この方はMS I と思つていましたが。

広沢：今略語が飛び出しましたが、MS だとか MS I だとかいう略語ですが、他の大学でMS というと Multiple Sklerose と訳します。こゝではMS は Mitralstenose ということになつています。I は Insuffizienz, Mitralstenoinsuffizienz はMS I。

今の齊藤先生の御意見は Mitralinsuffizienz だけでなく Mitralstenoinsuffizienz であるということですね。齊藤先生裏を知つておられるので、どうも本当のことを言つてしまいそうで。入院の時に調子の悪い状態を平たい言葉でいうと、どんな状態なんでしょうか。 Dekompensation という一つの言葉で言つてしまつたのですが、どんな顔つきをして、どんな苦しそうな様子をしてるか記憶にあれば…思い出せませんか。むくんでいましたか？

齊藤：むくみはそれ程ひどい様子ではなかつたと思います。呼吸はかなり苦しうでした。

広沢：主に呼吸困難ということですか、或は呼吸に関連しての障害（咳も含めて）が多かつたという意味ですか？

齊藤：起坐呼吸という程ではないんですが、話をしても一息には喋れません。時々咳払いをしていたかしら、風邪気味で治りにくい、治るとまたぶり返す、熱はないんですが…

広沢：熱は無いけれど何か風邪気味でと、そういうことですね。肝臓は腫れていましたか？

中村：Resistenz (+) と書いてあつて、何横

指ということは書いてありません。

広沢：カルテを見ても *Leber* の *Resistenz* が触れるということで、何横指ということは具体的に書き出されていない程です。圧痛はどうでしたか？

齊藤：肝臓が腫れて痛いということとはなかつたし、圧痛も特に記憶にありません。

広沢：その後にも起坐呼吸の時はありますか？

中村：呼吸はやゝ苦しそうという記載がありました。Orthopnoeの状態ではないようです。入院した時は肺にはラ音が聴えないと書いてありますが、しばらくしてから Pfeifen, Giemen を聴取と記載されています。

広沢：Mitralstenoinsuffizienz としても、わりに月並みな経過といつてしまえばそれまでかもしれないのですが、スライドでレントゲンの形をもう一度出していただきますか？

浮腫の程度はブクブクにむくんでいますか？

中村：この時には浮腫はありません。

広沢：死亡した三度目の入院の時はかなりひどい浮腫が出たようですが、前はあまりない？

中村：えゝ、二度目の入院の時は Ödem (一) です。

広沢：Harn には蛋白は出ていないのですね。

中村：えゝ、出ておりません。

広沢：三度目の入院の時もとことんのところまで浮腫はないそうです。これは入院する前1月一寸の Bild ですが、もう1枚だけ前のあるのですが、一昨年暮でしたか？あゝ2月ですか。この時期以後も一応内科的なコントロールは続けていった筈なのですが、同じ1961年内に死亡しております。死亡するというふうにはこのレントゲンでの心臓の大きさからは一寸見えないのですが…はい、どうもありがとう。心電図の1枚だけ最後のを除いてどれでも結構ですが出して下さい。

総括して先程いいましたように、左房の変化が非常に強いということ、右室に変化があるということ、左室についての変化は、第Ⅱ誘導、第Ⅲ誘導あたりの ST-T のいわゆる右肥大型という Pattern を後壁に結びつけて考えると何かあるの

かも知れませんが、それ以外には左室について異常所見はあまり出ておりません。何か Klappenfehler の診断、或は経過についての御意見おありの方、他にいらつしやいませんか。山田先生如何でしょうか。

山田(辰一)：いま来たばかりで…

広沢：それでは後でどうぞ。満場一致で Mitralstenoinsuffizienz でよろしいでしょうか。

それでは Herz については一応区切りと致しまして、この方の場合、臨床上非常に困つたことの一つとして、末期に約1カ月の間強度の精神障害があつた。兎に角現実の問題として内科的治療を施すのにさしさわつたという事実がございませう。それについて赤田先生何かおしやつていただけますか？どういう形にしましょうか。臨床症状は中村先生がやつたほうがよろしいですか。それではまず直接の受持であつた中村先生からどんなふうにご治療がやりにくかつたかということ素人の口から言わせていただきます。

中村：10月の始め頃から不眠を訴えるようになり、夜も非常に興奮して病棟中にひゞき渡るような大声で何やかやわめく状態になりました。多弁で夜中喋つておりました。それから処置室に母親が来ているからどうしても逢わせろといつてわめく、そして抱いてそこまで連れて行きますと、居ないという事を始めて認めて静かになつたり致しました。それから、薬や注射を非常に嫌がり一切受付けず、薬をのんだといゝながら枕の下から薬が2~3包出て来たこともありました。ただ Harn の量の少ないのを気にして、Harn の出る注射ならしてくれというような状態が長く続きました。喋る事に関連がなく、一つの事を喋ると又一つの事に飛んで行くというような状態です。睡眠障害がありますので、ウインタミンとか、レスタミン、フェノバル等致しましたがどれも全く効かないで夜は殆ど眠らず、朝になつて少しウトウトするというような状態が続きました。

広沢：中村先生の前の受持の先生と喧嘩してましたね。受持の先生の言うことを聞かなくなつたといつて困つていましたが、中村先生の言うこ

とは聞きましたか？

中村：やはり困ったこともありましたが、比較的よく聞いてくれたのではないかと思います。胸を開いて診察しておりますと、“寒い”といつて閉じてしまい、聴診器も当てさせなかつたこともありました。

広沢：強心剤をのませようとしても全然嫌がつて飲まなくなつたり、てこずつたようですが、その辺赤田先生如何ですか。

赤田：患者は幼時母に先き立たれ、継母に育てられた。しかもその継母と以前から折合いが悪いということです。性格としては、激しい気性で思いつめるとその事だけ考える。友人とも気の合う人とだけつき合うというやや偏狭なところがあるようです。この患者に数年前から心臓病が発病、しかも次第に重篤になり、絶望的になつていくと共に、周囲に対する不満が昂じてきたというわけで、10月初旬頃からの精神症状はすべてそのような強い絶望、死の不安、不満の現われとして理解できると思います。つまり、自分の痰気は治らないという気持、多分に主観的なものがありましようが、周囲、特に継母が不親切であるということ、看護婦がよく面倒をみてくれないという気持、すべての考えがそのような所に集中した一種の *Komplexbedingte Bewußtseinsverengung* (Birnbaum) の状態と考えられます。つまりそのような心中の葛藤によつて意識が占められ、他の事は考えられない。そこで廊下の話声は看護婦の自分に対する悪口だとか、又この患者は平素からクリスチャンで入院後神父さんが時々見舞いに来てくれています、外に車の音が聞えると、神父さんが来たというふうな錯聴乃至は幻聴が聞えるということになつたものと考えられます。そういう状態から自然に周囲に対して拒否的になつたものでしょう。

広沢：どうもありがとうございます。一般に入院を必要とするような重症の Herz の Kranke の中には…殊に松本先生のほうにお願いしなければならぬようなことになる例が多いのですが…精神的にもいろいろ問題が出て来ますが、そ

う云う症例のすべてがこの方のように激しい手こずるような症状を呈するとは限らない。例えば家の人とか、あの先生は信用できないとか、或は一番多いのは、家に帰るとか言い出して薬を飲むことを拒否したりするのがありますが、この方は少し偏りが強過ぎたように思いました。こういう点は病的な取り扱いをすべきですか？

赤田：絶望とか、不満が強くなれば人間の自然の情として、落ち着いた平静な気持では居られない。その意味ではこの患者の心理も理解できるわけですが、その程度が特に強くなつて意識狭窄ということになりますと、病的ということになります。

広沢：今おつしやつたような、そういう名前で整理する程度で、基礎疾患としてそれ以上どうこうという問題ではないのですか？

赤田：精神分裂症とか、内因性鬱病など特に考えなくてもいゝように思います。御質問に対してこんなところでよろしゅうございますか？

広沢：えゝ、将来に対する希望とか、治癒に対する望みとかいうことについて、余計なことかも知れませんが、この Kranke が第1～第2回目の退院の時に相談を受けたことが一つありました。美容師の勉強を一寸やつたらしいのですが、これからインターンに出てよろしいかというのです。内科医の立場からするならば、この Kranke が1年乃至2年インターンをするということは病気の性質から、とても無理だと思つたのですが、私はOKという返事をしておきました。ところが後で聞いてみると、結局インターンには入らなかつた。入れなかつたというほうがよいかもしれません。その他細かい事を詮索するのは止めましたが、こんな事が今のお話と関連あるかと思いません。

他に何か御意見でも、質問でも何でも結構ですが…どなたか？…心臓病のほうは剖検所見で大体大すじが出てしまうと思うのですが、今の赤田先生の続きで伺いたいのですが、こういう場合治療としてどうしたらよいのでしょうか。受持ちの医師としてとるべき態度はどうでしょうか。

赤田：患者の気持をよく理解してやることでしようね。そうかといって特に良い方法が出てくるわけでもありませんが、医者が必要以上に怒ることもなくなるし、扱い方が自然に変ってくると思います。その他ヒルナミンなど試みたらいいと思います。

中村：付き添いのお姉さんの話では、ヒルナミンを服用するようになってから気持が落ち着いてきたようだといっておりました。

広沢：今ヒルナミンが出て来ましたが、向精神剤といえますか、いろんな薬があるようですが、ヒルナミンあたりが一番良いのですか。こういう場合に？

赤田：特に良く効くかどうかわかりませんが、まあ試みるとすればそんなところでしょうね。

広沢：ムンテラ式などで何か内科医としては打てるような手があるでしょうか？

赤田：それをやれば直ちによく効くといったようなムンテラは一寸考えられません。先程言いましたように、患者の気持がわかれば扱い方が自然に変ってくるという他ありません。

広沢：割に常識的に取り扱えば何とかなるという意味ですね。

赤田：まあそうですね。

広沢：臨床家として *Kranke* を見ている場合、特に内科の場合ですが、精神的状態が病的と叫ばないまでもいろいろなレベルの患者さん達に相対しなければならぬので、専門的な知識も必要でしょうが、そこまでいかなないまでも許容力というか、一段上のオーダーから患者を処理していくことが必要だと思うのです。えてしてどこかで衝突を起してしまうのですが、この例の場合も衝突に近い状態がみられたようです。受持ちが来ると脊中を向けてしまう。この中村先生ではありませんが…他にもう少し何か…

なければ松本先生いかにでしょう。もう少し出した方がよろしいでしょうか。

松本：ステロイドホルモンの大量使用と精神症状の消長の間に何か関連があるというような場合がありますでしょうか？

赤田：コーチゾンなどあまり使い過ぎると精神障害を起すということで、一時大分問題になったことがあります。われわれのところでは、そういう例を経験したことはありませんし、最近はその話も聞きません。この例についてどうかということは一寸わかりません。

松本：形態学的に脳というものを考える場合 *milieu interne* の意義が色々な面で大きく感じられます。その意味から今のようなことをお伺いしたわけです。

広沢：この *Kranke* でそれではステロイドホルモンをどういうふうに使っておつたか、概略だけ紹介していただきます。

中村：入院後8月21日頃から約2カ月プレドニンを使用しております。最初は20mg、それから10mgと減らして4～5日止めてますが、又20mgを2週間位、それから10mg、5mgと減らし、2カ月間使っています。精神障害はそれを使用してから1カ半月頃から現われています。コートンは入院後1カ月目の9月11日から100mg、それから50mgに減らし約3週間使っております。

広沢：使用の目的は何だったのでしょうか？

中村：*Lunge* の *Befund* に対する *Therapie* として。

広沢：*Lunge* にあれだけ *Schatten* があつたのですが、抗生物質を使つても、いろいろ手当しても、吸収が思わしくないということで併用していたのだと記憶しています。

Herz の *Kranke* でステロイドホルモンを使う場合には、今のような場合は特殊であつて、最近よく行なわれるのは *Dekompenzation* があつて、型の如く強心剤、利尿剤を使つてもなかなか取れない場合にステロイドホルモンを使います…これはコーチゾンであつても、プレドニソロンであつてもかまわないわけですが…アルドステロンの分泌を抑えるというような意味になるのだそうですが、今まで効かなかつた利尿剤、強心剤が非常によく効いてくる症例があるということで併用することが行なわれております。われわれもこれをよく利用しております。全部が全部そうはい

かないのですが、中には非常によく効いたという例もあります。

それからこの方の病気は Anamnese に関節リウマチの歴史はありませんが、まあリウマチ性である。リウマチ性の Klappenfehler であれば、殊に若年者ではその原因疾患であるリウマチ性の病変がまだ心臓の中に、例えば Myocarditis というような形で潜んでいる。Endocarditis なんかもあるかもしれません。そういうものが活動しているという可能性がある。その活動性のために型の如き心不全対策では効かないと思われるような場合にも、原因を抑えて効かせるという意味で使う場合も少なくないのです。この症例の場合には一寸目標が違っております。

それでは、Sektion のお話をおねがいがしたいのですが、この症例の結論を出すにあたり、臨床のほうの材料として要点となるようなことについて蛇足をつけ加えさせていただきます。聴診所見では Spitze に Systol. G が主であつたということ、O.S. は聞かれなかつたということ。O.S. は Mitralstenose の特徴とされている所見であります。

それから臨床的な経過としては先程もお話がありましたように、Leber も腫れていないし、浮腫もそんなにひどくない。それなのに呼吸が苦しい、或は咳が多い。冬になると調子が悪い。血痰が出たことがあつたのですか？

中村：あります。

広沢：血痰が出たという心臓症状があり、病歴の上に繰り返し出て参ります。E.K.G の特徴はリズムとしては最後まで洞調律であつたのですが…今申しあげていることが (+) になるか (-) になるかは後で考えていただきます…最後まで洞調律で死亡の前何週間かになつて始めて脈搏欠損が出ております。あれはいつでしたか？

中村：10月27日です。

広沢：死亡の約1週間前に脈搏欠損 Pulsdefizit が出ております。すなわち心拍数と Radialpuls で触れた脈搏数に差が出ています。すなわち効率の悪い収縮が出てきた、要するに不整脈が出

てきたということですが、末期になつて始めてこれが出てきたということ。それから心室群の波形としては不完全右脚ブロックがあり、また胸部誘導の $V_2 \sim V_4$ あたりに ST-T の異常が1年の経過の間にも次第に加わつてきている。それから心房波としては P は左心型の P (P-sinistro-cardiale) で左房の変化をかなり強く表現しておつたということ。死亡した例としては当然ですが治療にかなり激しく抵抗しておつたということ。そんなことがあとで問題になるかと思しますので蛇足として付け加えさせていただきます。それでは平山先生お願いします。

平山：本例の剖検後の所見を要約しますと、心では高度の僧帽弁口の狭窄と、それに伴う心形態変化および肺の高度の鬱血性褐色硬化、其他全身臓器の強い鬱血性変化であります。先ず第一に問題となる心の様子を見ますと、心は著しく大きさを増し、重量も 430 g と高度の増加を示しております。そして外形からもお判りのようにこの心の大きさ、および目方の増加の大部分は右室および右房によつて占められております。

こゝで各房室の様子を見ますと、先ず左房ですが、高度の僧帽弁口狭窄が認められ、僧帽弁膜遊離部は黄白色に肥厚し、前後尖連合部は癒着し、魚口状の弁口狭窄を示しており、腱索は短縮して遊離縁と乳頭筋が直接連なつておるように見えます。そしてこの狭窄の状況を実際に計測してみますと、弁膜附着縁の周径 9.3cm に対して、弁口部の周径は 2.3cm と非常な狭窄でありまして、この結果左房から左室への血流は相当の抵抗を受けると共に、左房の Füllungsdruck も相当上昇することが考えられる訳で、現に左室を見ますと、左室心筋の萎縮および流出路の軽度延長および球状拡張傾向が認められ、円柱も扁平化を示しております。

一方先程の Slide の如く左室はこのような高度の僧帽弁狭窄にも拘わらず、中等度の拡張および肥大であり、左房後壁の心内膜は肥厚を示しております。この肥厚は左室からの心内血の逆流による影響の痕跡と考えられます。そこで僧帽弁膜

の状況を更に調べますと、この弁膜前後尖連合部の癒着は一部分は割に新しいもので、剖検後色々な心臓を扱っている間に一部剝離するという程度のもので、また僧帽弁膜を鏡検してみますと、現在でもなお活動性のリウマチ性変化が認められました。

さてここで、右室を見ますと、右室は心筋の高度の肥大と流入流出路の拡張を示しております。また、右房も肥大、拡張が高度に認められ、三尖弁遊離縁は黄色に肥厚し、鏡検してみると割に新しいリウマチ性変化が認められました。

以上、心臓の各房室の所見を総括しますと、この心臓は徐々に進行性に発達して来た僧帽弁膜症の結果、僧帽弁口の著しい狭窄と、左房の中等度肥大拡張、および左室の萎縮が起り、一方肺の鬱血の持続の結果、右心室の高度の肥大が起つたと考えられる訳であります。本例のような右心室の高度の肥大は肺鬱血、言い換えれば僧帽弁膜の変化に伴う左房内圧の上昇というものが、右室の肥大をうながす程度で済んでいた時期が可成りつづいたという証拠になる訳であります。

ところで肺を見ますと、肺は高度の褐色硬化を示し、肺胞壁の著しい肥厚と肺動脈の高度の肥大が認められる一方、肺循環の破綻の結果、肺胞内至る所に多数の Hämosiderin を有する細胞が見られ、又肉眼的にも新旧の肺硬塞の跡が見られ、肺動脈は一部では内膜硬化が可成り進んで来ていることが判ります。こうして高度に発達した僧帽弁口狭窄は、一方で cardiac output の減少を、一方では肺循環路の破綻、肺換気能の低下等を来し、その結果末期になると心機能も当然低下せざるを得なくなつて来たようで、このことは先程のスライドで示した如く、両心室、右房の強い拡張、また鏡検してみると、両心室共心筋間質の浮腫が高度に認められ、殊に右室では間質の線維化傾向が認められます。さて、このような心肺の状態に対して他臓器の変化を見ますと、肝、脾、腎等いずれも長期間繰り返された鬱血による変化が高度に認められ、肝では剖検時割を入れた際に流出する血流量が実重量に対して58.4%にも達しており、鏡検してみても年期のかゝつた鬱

血の結果良く発達した Blutstraße の形成、小葉中心部実質の萎縮乃至消失が認められる状態にあります。また臓器をみても何れも鬱血に対する適応が可成り進んで来ていることが判ります。なお、これ等各臓器の鬱血性変化に対して、剖検時認められたもう一つの特徴は、剖検の際、皮切時流血量が少なかったこと、胸部屍血量の増加も軽度であつたこと (19.7 g/kg)、また腔水量は心嚢腔 200cc に対して胸腔内左右それぞれ 100cc、200cc、腹腔内 200cc で、心嚢液は割に多いが他は余り強い増加ではなかつたことです。

最後に臨床的に問題とされた呼吸器感染および精神症候ですが、肺は前述の如くで気道の感染性変化の積極的な状態は認められず、また脳では軟膜の浮腫および軽度の線維性肥厚の他、中心回転皮質に顕微鏡的 Glia 増生と脳内各所の新しい顕微鏡的出血が認められるだけでした。

広沢：臨床的には Mitralinsuffizienz と思つて苦労して心不全対策をやつておつた患者さんが、いよいよ駄目になつてしまつて後、開けてみたら Mitralinsuffizienz でない Mitralstenose であつたということになりました。何か御意見のある方…

栗野：臨床のことでよろしくごさいますか？

広沢：はいどうぞ。

栗野：私、実はこの患者さんを見てないのですが、先程の問題について良い機会だと思つたので、一寸一言、松本先生がおつしやいましたように、ステロイドホルモンないし副腎皮質ホルモンをお使いになつて、精神症状が発現することもないではないですから、今度の例はそれに当たるかどうかよく分らないのですが、一応アメリカなどの使用基準には過去に精神異常になつたことがある者に対しては禁忌であるとか、そういう但し書きがついていると思つていますが……この方の場合、3つの場合が考えられます。一つは全く薬と関係なく起つたのか、或いは薬によつて誘発されたのか、先程赤田先生の言われた精神症状を発呈したのか、もう一つは、全く薬による症候性精神病、松本先生のいわれた Steroid-Psychose のいずれで

あるかということです。

広沢：あの誘発とおつしやつたのですが、誘発というものはどういう時でも誘発するというそういう意味なのですか？ Steroid-Psychose というものをそれと思つて見たことがないんで、どんな形をしているか全然知りませんが。

栗野：私も実例をみておりませんが、外国文献では manisch になるようですし、強度であれば外因反応型の Verwirrtheit を起すでしょう。

広沢：そしてこの方の場合などは先程の説明と合わせてその可能性があるということになるわけですね。

栗野：私、見ておりませんから今考えただけでそう断定は出来ませんが、そういう事も一応考慮に入れていただきたいと思います。

広沢：あの Herz の Kranke の場合は、先程も申し上げましたように、かなり Steroid を使うから Chance は多いのですが、注意していないので顔つきばかり注意して…この患者さんは Moon face になりました？ Moon face にはなっていたそうですが。

栗野：Moon face は精神的には大した副作用でもないし、メルグマールとするわけにいきません。

広沢：今言つたのは私共内科の医者は Moon faceばかり気にしていて、精神症状を意に介していないんで、気が付かないのかも知れないと、そういう意味なんです。

栗野：分りました。どういう人には使つていけないかを予め察知するのは不可能ですが、やはり既往に精神異常があつたとか、不眠があつとかいう人には注意する必要があります。

広沢：量はどれ位の場合問題になるのでしょうか。経験がないものですから。

栗野：本学では皆さんの使い方が上手なせいから Steroid-Psychose がこちらに回ってくる事はありませんので良く分りませんが、やはり大量を長期に使う時に起ると思いますが。

広沢：外国では可成り沢山使う。へたすると Prednisolon なんか 100mg近く使う人があるら

しいのですが、心研で使っているのは大体 1 日量 30~40mg位が限度です。そう沢山は使つてないつもりです。またそうだらだらと使う症例も実際にはないと思いますが。

栗野：結構だと思います。

広沢：まあ可能性としてですね。どうも有りがとうございました。他に何か、どなたか。

松本：先程の M.S. の件ですね。この場合形態的に考えると、最初から直線的に M.S が進行したとは必ずしも言えず、むしろ或程度 M I の要素がはたらいていた期間があつた可能性が考えられます。

広沢：唯今の問題について臨床経過の細かいことを申し上げます。この患者さんは最初に心研で榊原教授の診察を受けられ、その時の記載をみますと、診断は Mitralinsuffizienz. Befund から言つても問題のない M.I. です。患者さんとしては手術を希望して来られたわけですから、その適応がないならば田舎にお帰りなさいということになりました。その時私も一緒に診ましたところが、先程齊藤先生の話に有りましたように diastolisches Geräuschが聞える。もちろん強い Geräusch が聞えるのですが、従つて音だけからいえば M S I です。ところが M S の拡張期雑音というのはたゞ拡張期にきこえるというだけでなく、rumble とか rollend とかいわれているようなゴロゴロした音をもつていないと普通取らないんですが、そう云う点ではちよつと問題のある患者さんです。ところが心電図を繰り返して出しましたように、あるいはレントゲンのシルエットからわかりますように M.S. が非常に臭いということをおもつたのですがとても自信が持てない。そこで私共のところをよくやりますのは、或は M I とされるがどうも M S がくさい、そしてこれを手術迄もつて行けるのではないかと思われるような症例は、しばしば入院させまして 2 カ月位内科的に治療を施しておりますと、そのうちに Bild が整理されて M S がはつきりしてくることがよくあります。この患者さんもそういう意味で病室がないので中山内科にお願いしておつたわけであり

ます。ところが入院の状態で見ればいる程、MIになつていつちやつたわけです。要するに心雑音が収縮期に固まつていつちやつたのです。私も始めは一応可能性を考え漫然と寝ているような入院を第1回の時はさせたわけなのです。そういうふうに Stenose ということを全然考えないではなく、それを考えた根拠は先程蛇足として加えましたように心電図をみましても右室の変化が非常に強いということ、左室が全然出ていない、左心型Pとして左房の変化が非常に強いということ、それから呼吸器に関連して症状が非常に強いということ。そんなことで可成り Stenose を強く匂わせていたわけでありませう。臨床的にこういう非定型的な Stenose であることを確認する方法如何ということになると、実は手が無いというのが実情だと思います。カテーテルをやつて圧がどうのこうのということもありますが非常に危険であります。この症例ではありませんが昨年同じ頃にどうしても確認して Operation に持つていきたいということで、非定型的な Stenose と思われる例にカテーテルをやり、続けて2人失つた経験があります。そういうわけで非常に高度の Mitralstenose の場合には Mitralinsuffizienz まがいの聴診所見が出て来るということが、少数ではありますが有ること、それに対して何か臨床的に鑑別診断が欲しいということと鑑別診断ができた上ではもう一つ問題がありまして、この症例を Stenose として Commissurotomie をやつて果して救い得たかどうかということ。Klappen の性状からはいかががでしょうか。Sektionsbefund から……

平山：僧帽弁膜の癒着は先程も一寸ふれましたが割に新しい部分が相当あり、しかも弁膜の硬変は未だ遊離縁の $\frac{1}{3}$ 程度ですので Klappen だけについて言えば Commissurotomie を行なつた場合、或程度の機能の回復は起り得たかも知れません。

広沢：そうするとあと何年か命を長らえさせ得た可能性はあつたということ？

平山：Klappen だけからそこ迄はつきり言い

きる事はできませんが少なくとも Commissurotomie を行なつたとすれば、高度の M.S. の状態は取除かれることは確かですし、また M.S. に伴う鬱血状態は一応緩和されるだろうということは言えます。

広沢：常識的に考えましても、Klappen が非常に硬くなつてしまうと、型の如く交連切開をしてくつした Klappen を開いたつもりであつても、弾力性のある Klappen と違って丁度木の板にのこぎりをあてたみたいに切れ目は出来たけれど板は動かないという危険もあるわけなんで、この症例は今の話ですと、まだ弾力性も残つていたそうで残念だつたという事になります。実際問題としてはわれわれの経験ではそういう程度の M.S. らしい症例を手術迄もつていきますと risk は fifty-fifty であります。それでは fifty-fifty の (一) の方の fifty はどうやつて鑑別出来るか、これもよく判らないのであります。高度の M.S. と見当をつけて持つていつたとしても手術の段で又半分は割れてしまう。レントゲンで石灰沈着が解かれれば手術適応 (一) といわれていますが、それ程迄に verkalken した症例は私はあまり経験がありません。なかなかいい手が無いということでしめくくりにしたいと思います。他に何か、私ばかりしやべつていて悪いのですが。

山田：この患者さんは心房細動が極く末期になつてから始めて出ていますが、高度のMSとしては話が合わないのじゃないですか？

広沢：先程私が材料をならべた中で、どれが (一) になるかは後でと申し上げたのですが、その説明を忘れました。この症例が最後まで洞調律で死亡直前に心房細動になつたということは、今言われましたように、高度の Mitralstenose として一般的でなかつたように思います。何故そうなつたかよく分かりませんが、リウマチ活動性があると心房細動の頻度が少ないという報告もありますから、そんなことが条件になつているのかも知れません。その他に Stenose が発展するのを予防する内科的処置がないかということをしみじみと感じるのですが、松本先生何かヒントをいただけま

すか？

松本：治療に関して具体的なことを申しあげる資格はむろんございませんが、臓器形態の面から見ますと、弁膜自身の変化の外に、肺の器質的な偏倚がどの程度進んでいるかが大きな問題ではないかと思われま。いわゆる鬱血性硬化といわれるものの中でも、肺の基本構築がなお保たれているものは、心臓自身の改善によつて或る程度回復できると考えられます。またリウマチも心筋だけなら急性期を切抜ければ有効心筋量はかなり残る

といえそうです。その意味ではやはりなんといつても Collagen の動きを良く Control できる方法を臨床的に開発していただければ非常な福音といえるのではないでしょうか。

広沢：どうもありがとうございました。再狭窄の問題とか、今肺のお話が出ましたが、気道の問題としておっしゃつたようです。同じ肺でも肺循環の面にも又問題があると思いますが、赤ランプがつかまりましたので、今日はこの辺で。