

補遺(4)再び手術出血量をめぐつて,手術,7:309,1953,
 ⑧Dripps: Clinical Studies on Morphine 2, Anesthesiology, 7: 44, 1946. ⑨岩月他: クロルプロマジンの臨床的研究, 胸部外科, 9: (4), 1956 掲載予定.
 ⑩四方: クロルプロマジンに就いて, 最新医学, 9: 1684, 1954. ⑪織田: 静脈麻酔剤と S. C. C. 併用による気管内挿管の経験, 麻酔, 4: 376, 1955. ⑫山村: 新静脈麻酔剤 Surital sodium の研究, 外科, 14: 570, 1952. ⑬Killian: Die Narkose, 184, 1954 Stuttgart より引用. ⑭仲田: 閉鎖循環式気管内麻酔法の研究, (V) 循環血液量に及ぼす影響, 麻酔, 2: 41, 1953. ⑮Cushey: Textbook of Pharmacology and Therapeutics 9th 1928 文献(4)より引用
 ⑯Lewis: Vascular Disorders of the Limbs, 1936 文献(4)より引用. ⑰Seales: J. A. M. A. 113: 906 1939 文献(14)より引用. ⑱Mc Allister: The Effect of Ether Anesthesia on the Volume of Plasma and Extracellular Fluid, Am. J. Physiol., 124: 390, 1938.
 ⑲Gruber u. Baskett: J. Laborat. Clin. Med., 10: 630, 1924 Killian: Die Narkose, 190, 1954 Stuttgart, より引用

The Influences of Surgical Operations upon the Digital Plethysmograph.

Part 2: The Influences of General Anesthesia

Shigeru Kobayashi

Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Shinshu University

(Director: Prof. N. Hoshiko &
Assist. Prof. K. Iwatsuki)

The changes of plethysmogram following general anesthesia were studied in clinical cases. The premedication as well as general anesthesia resulted

in some definite changes of plethysmogram with a special pattern according to the depth of anesthesia.

The results were summarized as follows:

1. After the ordinary premedication with morphine and atropine, the amplitude of pulse wave in the plethysmogram became large in patients with good condition, while it was rather small in patients of poor risk or in cases given a relatively large dose of morphine.

2. After the induction of anesthesia by using intravenous thiopentobarbital (Ravonal), the amplitude of pulse wave became small temporarily and the dicrotic wave became indistinct which was present before, but soon the amplitude became larger than that before the induction and the dicrotic wave was seen as before.

3. In the first plane of surgical anesthesia the pulse wave showed a dicrotic pattern, with a convexity in the descending curve.

4. In the second plane the dicrotic wave appeared most distinctly with a concavity in the descending curve. In the third plane, the amplitude of pulse wave became largest, while the dicrotic pattern became indistinct.

These changes show the peripheral circulatory changes following the general anesthesia, indicating that the general anesthesia and the premedication as well resulted in vasodilatation according to its depth and these changes may be of some help to determine the depth of general anesthesia in clinical practice.

腹部神経症の一例

昭和31年1月16日 受付

信州大学医学部戸塚内科教室 (指導: 戸塚忠政教授)

羽田 正彦

【緒言】

神経症と呼ばれる一群の疾患は, 内科と精神科との境界に横たはる問題であるが, 近年内科領域で, そのうち特に身体症状を主とする器官神経症について注目され, 又社会環境が複雑になるに従つて其の数も増加して来た。この中で腹部神経症と呼ばれるものは, 腹痛, 嘔吐, 下痢又は便秘, 鼓腸, 発熱等を主訴とし, 恰も腸結核, イレウス, 胃腸潰瘍, 胆石症, 虫垂炎,

移動性盲腸様諸症状を呈するが, 該当する臓器に, それを理解するに足る器質的变化及び病理解剖的变化を認め得ないものであり, その成因や本態については, 諸家の意見はまちまちである。

本症は以前は, ヒステリー性腹痛, 又は神経性腹痛と呼ばれたものであり, 腹部神経症なる語は, 近年京大荒木教授の命名になるものである。本症に関し, 和田, 小林, 前川, 古閑, 黒川, 庄子, 三村, 横井, 木

村、池見等の報告があり、又神経症による異常な高熱に就いては、Brequet, Kausch, Dippe, Meissen, 吉本、鶯沢、本間、大林等の報告がある。

私も発病当初、腸結核を思はせる所見があり、次いで42.5°Cに及び高熱を發したが、高熱を發すべき他覚的所見が無く、又時には激烈なる腹痛、頑固なる嘔吐、吐血等の反復を見た腹部神経症の一例を経験したので、茲に報告する。

〔症 例〕

一〇富〇子、女、23才、(紡績女工)

主 訴：腹痛、下痢、嘔吐及び高熱。

家族歴：両親健在、母は毎年1~2回、激烈なる心窩部疼痛を訴える。同胞6名、中兄1名は3年前突然悪寒戦慄と共に42°Cの高熱を發し、同時に心窩部疼痛、胸内苦悶、嘔吐等が約1ヶ月持続し、原因不明であつたことがある。

既往歴：幼時は時々腹痛を訴えたが、少年期以後は著患が無かつた。

ツベルクリン反応昭和27年12月陽転。

現病歴：昭和26年4月下旬、突然腹部全面に亘る疼痛あり。特に廻盲部圧痛過敏にして、同時に悪心を訴えた。医師を訪れ白血球増多あり。急性虫垂炎の診断の下に、直ちに虫垂切除術を受け、経過良好にして2週間で退院した。同年7月上旬に至り、臍下部に持続性疼痛を發し、食慾不振、微熱が持続したが、約1週間で恢復した。同年12月、咳嗽、軽度の呼吸促迫、喘鳴が1日1回、発作性に現はれ発熱は無く、気管支喘息と言はれたが、約2週間の後、発作は段々遠のき3ヶ月後には全く発作を見なくなつた。此の頃より、全身倦怠感強く、食慾不振、心悸亢進、頭痛等があり、此の時は腹痛は無く、便通は正常であつた。昭和27年8月に至り、便通は便秘に傾き、微熱が持続する様になつた。9月初旬、食慾は稍々良好となり、上記症状は一時緩解したが、10月初旬下痢を發し、1日3~7回、泥状にして、同時に臍周囲に腹痛を訴え、微熱の持続があり、検便を行ふも寄生虫卵を認めず、止瀉剤の投与を受けたが、下痢は軽快しなかつた。腸結核の診断の下に、ストレプトマイシン及びバスによる治療を行つた処、12月初旬に至り下痢は止つたが、時々腹痛を感じた。

昭和28年2月、外科医より、腹痛は虫垂切除後の腸癒着によるものと言はれ、癒着剝離術を受けた。術後、腹痛は消失し、下痢は止り、以後2ヶ月間は全く自覚症状が無かつた。同年4月下旬に至り、再び下痢を發し、水様性にして1日3~4回、同時に腹痛を訴え、特に廻盲部圧痛強く、食慾不振、全身倦怠感著明にして、37.2°C~37.4°Cの微熱が持続し、体重は約2斤減少した。此の様な状態が持続し、種々治療を受けた

が効無く、7月8日当科へ入院した。

入院時所見：体格中等、栄養良、体温37.6°C、脈搏74、整、緊張良、大きき正常、虚ならず。血圧118~70mmHg。眼瞼結膜に貧血無く、眼球結膜に黄疸無し。瞳孔大きき正常、正円形、対光反応敏速、輻輳良、視力正常。耳、鼻に異常無し。口唇稍々チアノーゼ様にして濕潤している。口腔内、舌、咽頭、喉頭に異常を認めない。甲状腺腫脹無し。各淋巴腺は触知せず。心濁音界正常、心音純、第2肺動脈音稍亢進、肺に理学的に異常所見無く、レ線に異常陰影無し。腹壁稍陥凹し、右下腹部に虫垂切除術創痕を見る。下腹部全体に圧痛あり。特に廻盲部圧痛過敏。正中線上に腹大動脈の搏動を触知し、圧痛あり。腫瘍は触知せず。腹水、蠕動不隠等は認めない。肝、脾、腎は触知せず。腱反射正常、病的反射無く、知覚異常、運動障害等を認めない。

血液所見：色素素81%、赤血球 352×10^4 、色素係数1.13、血小板203000、白血球7100、中性嗜好性白血球桿状核22.0%、分核39.5%、エオジン嗜好性白血球3.0%、淋巴球34.5%、単核球3.0%、血沈1時間値21耗、2時間値32耗、血清ワツセルマン反応陰性。尿に異常所見を認めず。尿は泥状、消化不良、粘液を混じ、潜血反応陰性。蛔虫卵(+)。トリプレー氏反応陽性。

胃液検査：空腹時量70cc、遊離塩酸-19、總酸度0。最高酸度：遊離塩酸5、總酸度22、1時間の分泌量52cc、乳酸(-)、色素(-)。胃腸バリウム検査：胃は鈎状胃、位置正常、緊張良、蠕動正常、陰影欠損及び壁癆なく、排泄時間正常、粘膜皺壁像正常、十二指腸球部正常、腸に狭窄、強直、萎縮、造影剤停滞等なく、結腸痕像正常。

入院後の経過：入院時体温午前中36.5°C、午後37.5°C、時に38°C。腹部全体に自発痛及び圧痛著明。頭痛、全身倦怠感著しく、泥状或は水様性下痢持続す。下痢に対し、各種止瀉剤を投与するも著効を認めず、腸結核を疑ひストレプトマイシン及びバスを使用するも効無し。8月中旬より常時悪心を感じ、食慾益々不振となる。8月下旬に至り、精神反応遲鈍となり、元氣なく、余り口もきかず、一見重篤なる如き様相を呈したが、他覚的には重篤なる所見を認め得ない。時々急激に、腹痛発作を起し、その疼痛は食事に関係無く、持続は数分から数日にわたり、頻度も、程度も不定であり触診に対して極めて過敏で、眼瞼の痙攣を認める。然し、自覺的に大げさの如く思はれる点があり、触診の為に手をさし出しただけで、未だ腹壁に達しないのに顔をしかめ、眼瞼の痙攣を見、鎮痛には麻薬以外効果が無かつた。

9月下旬以後には、時々38°Cを越す発熱を見る様になつた。

10月10日、頭痛甚しく、午後突然42°Cに及ぶ高熱を發し、翌々日も午前中37°C、午後42.2°Cの發熱があり、その持続はせいぜい30分乃至1時間位で、その際顔面紅潮を認めず、患者自身もさして高熱を苦痛と自覺せず、意識濁も無く、又左右の腋窩に於る検温差を認める。高熱時に脈搏及び呼吸数の著しい増加が無く、又心臓及び肺臓に理学的異常所見を認めず、器質的高熱疾患の患者に見られるような重篤な所見が無い。此の様な發熱発作は、解熱剤の投与によつて影響を受けず、高熱時血液像は、唯体温上昇による一過性のエオジン嗜好性白血球の消失を見たゞけで、各白血球百分率は正常範囲内にあり、又尿にも異常を認めなかつた。脳脊髄液を検査するに初圧120、7cc採液、終圧50、クエッケンステッド氏徴候(一)、外観水様透明。塵埃様浮游物及びフィブリン凝固物を認めない。細胞数 $25/a$ 、ノンネアペルト氏反応(一)、パンデイー氏反応(一)。蛋白含量ニッスルエスバツハ氏蛋白計 $1/2$ 分割。細菌を認めず、結核菌培養(一)にして、全く異常所見を認めない。10月13日、38°Cに下熱し、以後1週間は37.5°Cの微熱が継続したが、10月20日再び40°Cの高熱を發し、23日は41.1°C。以後29日迄午前中は37°C代、午後40°Cに及ぶ高熱を見る。この時も脳脊髄液に異常を認めなかつた。その後約10日の間隔を置いて3回、39°C~40°Cの高熱を見、3~4日持続して解熱した。此の間、頭重、悪心、嘔吐が続き、時々激烈なる下腹痛を訴えた。12月中旬に至り、高熱を見なくなり、微熱が持続するようになり、悪心嘔吐は全く消失したが、頭痛及び下痢は尙存した。

昭和29年1月上旬、激烈なる下腹痛を訴え、悪心、嘔吐頻回となり、吐物は食物及び胃液で、食餌は全く摂取出来なくなり、38°C~39°Cの發熱の持続を見る。1週間後に解熱し、激烈な腹痛は去つたが鈍痛があり、食慾全く不振、下痢が持続している。副交感神経遮断の目的にてテブロンの使用を開始した処、2月初旬より食慾少々良好となり、気分も良くなり、腹痛も軽減し、下痢の程度も軽くなり、体重は増加の傾向があつた。3月上旬に至り、再び悪心嘔吐を發し、急激に元気が無くなつた。吐物は最初は食物及び胃液であつたが、後には暗赤色の血液を混ざる様になり、同時に激烈なる心窩部疼痛を訴える。胸部皮膚に特有なる紅斑を發し、手指は冷却し、手掌に冷汗が多くなる。

尿に蛔虫卵、鞭虫卵、東様毛様線虫卵を認めた為、サントニンにより、驅虫し、蛔虫1条排出し、以後尿に蛔虫卵を見なくなつた。4月に入り、1~2日間気分良く、悪心も全く消失し、腹痛も無くなり、食慾も良好となり、廊下を歩行出来る様になつたが、1~2日後再び前の状態に戻る。副交感神経遮断剤ファイナリン投与を開始した。4月中旬に至り、胸痛、背部疼

痛、呼吸促迫、心悸亢進、咳嗽等が出現したが、胸部レ線撮影上全く異常所見を認めなかつた。此の頃より下痢と便秘が3日間隔位で交代に現はれる様になつた。尿中蛔虫卵は認めないが、鞭虫卵多き為ネマトリートにより驅虫し、虫卵は減少した。5月初旬腹痛は軽減したが、何処ということなく気分が悪く、息苦しいと言ひ、全く元気が無くなり、終日ぼんやりして居て応答するものも憂げである。5月中旬、再び嘔吐が1日2~3回あり、吐物に10~20ccの暗赤色の血液を混じ、次いで激烈なる腹痛を發し、鎮痛剤も効果が無かつた。6月初旬に至り、気分比較的良好となり、笑顔を見せる様になり、読書、書簡を書くこと、身の廻りの仕事等が出来る様になり、室内を歩行し、食慾も出て来た。6月中旬より、再び頭重、全身倦怠感著しく、嘔吐の反復を見、吐物に血液を混ぜず。以後1週間元氣全く無くなり、呼べば答えるが面倒くささうであり、食物は殆んど摂取しなくなつた。7月に入り、少しづつ元氣が出て来たが、食慾不振にして、流動食少量しか摂取出来ず、少し多く摂取すると悪心に続いて嘔吐がある。吐物につき胃液検査を行うに、量60cc、遊離塩酸-17、總酸度+5であり、又血清蛋白含量5.2%、血液残余窒素28mg/dlであつた。

インシュリン衝擊療法を行う目的にて、1日4單位より注射を始めたが、悪心嘔吐が甚しくなつた為中止した。8月に入り、ガスタミン投与を行つた処、食慾が出て来て、腹痛も軽くなつた。8月下旬再び激烈なる下腹痛を訴え、悪心に次いで嘔吐が数回あり、此の時は吐物に血液を混じなかつた。約2日間で諸症状は軽快したが、元気が無く、嘔声あり。次いで私語の状態となり、音声を發せなくなつたが、2日後突然笑聲が出る様になり、普通に音声を發する様になつた。以後元氣良くなり、腹部に圧痛はあるが、自発痛は殆んど消失し、下痢も軽快し、食慾も徐々に良好となり、食物摂取量が増加して来た。

9月4日退院。

〔総括並に考案〕

腹部神経症に関する文献的考察を試みると、和田氏は、十数年間に互り結核性腹膜炎として治療されて来た患者が、手術によつて何等器質的変化が認められず、神経症であることを知つた1例を報告し、又前川、小林、黒川、三村、木村、庄子の諸氏も腹痛を主体とする同様の症例を報告している。

古閉氏は、神経症による腹痛の7例を挙げ、症例は女に多いが、胃アトニー、胃下垂等の神経質性の症状を加えると男に多いといひ、又各症例について精神分析を行ひ、神経症で疼痛を主とする場合や、発作性の症状には、多くはヒステリー性の性格基調が濃厚に見られるが、中には神経質性の素質や、執着性素質に基

ずくものも混つて居り、又感情抑鬱性の場合に、メラソコリー迄発展してから見る症状に、心気妄想の型で来る胃腸障害もあると述べている。次に、神経症による異常高熱について始めて記載したのは、1859年 Brequet であり、その後 Dippe, Kausch, Meissen, 等の報告があり、本邦では吉本氏は、45°Cの高熱を示し、30分で解熱し、再び発熱を繰返したが、その高熱を発すべき他覚的所見を認めなかつた1例を報告し、他に鶴沢、本間、大林氏等の同様の報告がある。

腹部神経症の一般症状としては、腹痛を主体とし、悪心、嘔吐、吐血、頭痛、眩暈、下痢又は便秘等の反復、発熱発作、知覚、運動及び感覚障害、軀幹皮膚の紅斑、手足の冷却及び冷汗、及び他の器官神経症による症状例えば心悸亢進、呼吸困難等である。又精神的変調は主として精神々神経症に見られるものであるが、本症にも屢々認められる。要するに、その症状の特徴とするところは、①一般に病歴が長く、一進一退して対症療法も著効が無い。②その症状に重大な病気ではないかという患者自身の強い苦悩、不安が伴つて、その訴が非常に大ききである。③神経質、ヒステリーその他の性格異常を、直接それ等の表面に訴えられている症状と共に見出すことが多い。④その上しかも、あらゆる臨床的検査によつて、病状に該当する器質的变化が認められないものである。

本症の成因及び本態については、諸家の意見はまちまちであり、フロイド学派では、幼時に遡つた時期に於る性生活のつまづき、或はその停滞、未発達等を重要な因子としてとりあげている。之に対し古閑氏は、遺伝的因子が最も根本であり、生れつきの性格、素質こそ神経症の発病に主役を演ずるもので、此の様な性格所持者が神経症を発呈し易い環境にあるといふこと、例えば過労とか、嚴重過ぎる家庭生活、新しく踏み込んだ社会生活とかいふ条件の他に、自己の注意を現在患つている臓器に執着させる機会的原因を併せ持った結果であり、更に内分泌腺の機能が、之等の性格素質の構成に影響を与えるであろうことが考えられると言つている。

青山氏は、精神作用によつて神経症を起すばかりでなく、その精神作用なり情緒なりが、原因となり誘因となつて自律神経中枢に作用し、種々なる自覚症状を呈することが考えられるし、又或は内分泌系を介しての警告反応的な視方も用であらうし、自律神経或は知覚神経が正常とは何等か異つた形である故に自覚症状を発することもあり、又それ等の機序或は過程が大して異常無いのに、感覚を受け入れる中枢の異常過敏なる故に、特に自覚症状として意識される場合もあり、更に遺伝的關係並に後天的原因が、その成因となることが多いと述べている。細野氏は、自律神経の高

等中枢たる間脳の刺戟が、間脳の異常興奮となつて現はれ、諸症状を成立させるもので、此の様な間脳の異常興奮の起り得る場合は、①間脳自身が刺戟状態にある場合。②大脳皮質中枢から間脳への抑制作用が欠除する場合。③内分泌異常に基く場合の3つが考えられるといふ。

前川氏は、腹部神経症として一括される中に、精神分析上異常を認めるもの、他に、如何なる意味に於ても、その症状が患者の心理的葛藤や不安の象徴的な表現とは考えられないものがあることを指摘し、それ等成立の背後には、脊髄又は脳の蜘蛛膜の器質的变化、例えば炎症、癒着等が有力な原因となつていている。1950年、荒木氏は、前述の如き腹部諸症候群に、精神的要素の多分に含まれているものを、腹部神経症と命名し、その後之等の症状が、開腹術後に起る場合が多いことに着目して、これを特に術後性腹部神経症と名付けた。この発生機軸に関し、開腹術の結果、腹腔内に生じた異常刺戟が、脊髄後根を通過し自律中枢に達し、更に遠心経路を経て腹腔へ反射されて腸管運動障害となり、腹腔からの持続的刺戟は、或る場合には腹痛として、或る場合には情緒的異常として精神方面に影響して、その素因を助長すると言つている。木村氏は、開腹術後2〜3週間で再び開腹して見ると、腹膜及び内臓の至る所に線維性癒着があり、消化管は著しく浮腫性であることよりして、術後性腹部神経症は組織損傷の治癒過程に於る一般的な変化が、特異な体質や精神的要素と結び付いて発し、特に神経の過剰再生に基く過敏性の残存する間は、疼痛があるばかりでなく、屢々迷走神経反射、鼓腸、便秘又は下痢等が誘発されると云ひ、庄子氏は、開腹術後に起る高度の腸管麻痺に、性格的素因が加はつて生ずると言ひ、又春山氏は、癒着せる腸管にコリン物質の増加を認め、本症に屢々見られる通過障害を局所のアセチルコリン代謝の亢進即ち副交感神経刺戟症状と関係付けて説明しているが、然し美摩氏に依れば、消化管のコリン物質はアセチルコリンから生ずるものではなく、一般的物質代謝の産生物であると結論しているので、コリン物質と本症との関係は尙問題があるようである。池見氏は、腹部神経症で所謂 Splenic Flexure Syndrome を呈した1例を報告し、精神療法により治癒したが、之等のすべてが究極的に、心因性とは思はれなく、体質的因子特に植物神経不安状態、食餌性アレルギー等の因子があり、即ち一種の Vegetative Neurose と考えられると述べている。

以上述べた如く、その成因及び本態に関し、諸説があるが、要約して、体質及び遺伝的因子が可成り重大な役割を演じ、更に之に何等かの後天的変化が加はつて本症を発することが多く、又開腹術後に見られるこ

とが多いようである。

本症例について吟味して見ると、腹痛、悪心、嘔吐、吐血等が反復し、又異常高熱を發したが、それ等を理解するに足る器質的变化が認められず、諸家による腹部神経症の症候とよく一致していた。家族歴で、母が時々激烈なる腹痛を訴え、又兄が先年突如原因不明の42°Cに及ぶ発熱発作及び腹痛を繰返したことがあり、又過去の精神生活を調べると、幼時より内向性で、特に小学校時代は、學校に於ては誰に対しても殆んど口をきかず、學友と愉しく遊ぶことも無く過し、學業成績も不良であり、小学校卒業後自宅で農業を手伝っていたが、青年に達するに及んで郷里を離れ、都會で紡績女工として働く様になり、急激に環境や、生活様式も変り、更に近年、虫垂炎及び腸癒着剝離の為に2回の開腹術を受け、その結果、自律神経系統に異常を來たし、荒木氏の言ふ術後性腹部神経症を發したものである。

[結 論]

(1) 発病当初、腸結核を思はせる諸症状が持続し、次いで40°C以上に及ぶ高熱、或は激烈なる腹痛、頑固なる嘔吐、吐血等が反復したが、それ等の諸症状を理解するに足る器質的变化を認め得なかつた腹部神経症の一例について報告した。

(2) 腹部神経症の本態及び成因に関し、文献的考察を試みた。

撰筆するに当り、御懇篤なる御指導と御校閲を賜はつた恩師戸塚忠政教授に深謝致します。

[文 献]

①荒木千里：臨床外科，4，3，昭和24年。 ②和田寿郎：外科，13，3，246，昭和26年。 ③小林真：治療，34，6，593，昭和27年。 ④前川孫二郎：日本消化器病学会雑誌，50，4，26，昭和28年。 ⑤前川孫二郎：

日本臨床，10，2，117，昭和27年。 ⑥古川義之：臨床内科小児科，7，13，667，昭和27年。 ⑦黒川利雄：治療，30，10，850，昭和25年。 ⑧庄子文雄：福島医学雑誌，1，4，379，昭和26年。 ⑨木村忠司：診断と治療，41，10，31，昭和28年。 ⑩春山広臣：日本外科学会雑誌，53，6，昭和27年。 ⑪美摩重之：岡山医学雑誌，64，3，26，昭和27年。 ⑫三村光男：臨床と研究，26，8，529，昭和24年。 ⑬横井亘：名古屋市立大学雑誌，2，2，89，昭和26年。 ⑭池見西次郎：日本内科学会雑誌，43，4，44，昭和26年。 ⑮吉本清太郎：東京医学会雑誌，24，14，56，明治43年。 ⑯大林達三：倉敷中央病院年報，6，1，95，昭和7年。 ⑰細野史郎：日本東洋医学会雑誌，3，1，70，昭和28年。 ⑱伝田俊男：日本医事新報，1582，113，昭和29年。 ⑲Mohr, L., Staehelin, R.: Handbuch der Inneren Medizin. ⑳Donald, R, Smith, M. D.: Gastroenterology 21, 1, 119, 1952. ㉑Hoffman, H. F.: Klinisch Wocheschrift 12, 24, 961, 1932.

A Case of Abdominal Neurosis Masahiko Hata

Department of Internal Medicine, Faculty of
Medicine, Shinshu University
(Director: Prof. T. Tozuka)

A case of abdominal neurosis was reported. The patient, 23 years old, suffered from such symptoms as slight fever, abdominal pain, diarrhea etc., and later repeated attacks of high temperature (42.2°C), severe abdominal pain and obstinate vomiting. The author discussed abdominal neurosis in a review of the literatures.

Chlorpromazine の奏効した慢性重症下痢症の一例

昭和31年1月16日 受付

信州大学戸塚内科(指導:戸塚忠政教授)

西 田 哲 郎

1. 緒 言

Laborit^①が1951年Chlorpromazineを主体とした人工冬眠を始めて以来本剤は外科的に麻酔、術後ショック、悪心、嘔吐等に用ひられる様になつた。其の後Delay^②が精神科的疾患に本剤を使用してから本剤の多方面に亘る薬理作用が知られ、各科領域に於ても広く試みられ、その優れた効果が報ぜられる様になつた。内科的疾患に対する本剤の使用に関しSorel^③、Chedid^④、Veslot^⑤、Marquazy^⑥、海輪^⑦、は乳幼児の重

症中毒症に、C. Martin^⑧は重症敗血症に、Janbon^⑨は脳炎、脳膜炎に、Janbon、山口^⑩、岡崎^⑪は破傷風に、C. Perrière^⑫は喘息患者に、Perrault^⑬は甲状腺機能失調に、山口^⑭は急性肝臓炎に、田中^⑮は循環不全に用ひて夫々その効果を報じている。その他疼痛、不眠、悪心、嘔吐、顔潮紅、高血圧症に対する報告も多く、特にReilly氏現象に対して有効とされている。

著者は急性大腸炎が次第に慢性化し、抗生物質及び種々の薬剤を投与したが全く効なく便中糸状菌が増殖