

脈の怒張, 下肢の浮腫等の症状が現われた時期には, 手術成績は悉く不良であつたことを報告している。従つて本症において早期診断が特に望ましい訳であるが, 上述の如く本症には特異な症状が少いから実際には手術適応の時期を失する症例が極めて多い。現在のところ肝臓の悪性腫瘍の手術成績は良好とは云い得ないが, 悪性腫瘍の疑わしいものには試験開腹を行つて早期発見を期し, 正しい手術適応のもとに, 術前及び術後の十分な対策がとられたならば, 手術成績は一層向上するものと思ふ。

結 語

51才の男性の原発性肝臓肉腫の手術例を報告し, 主としてその発生, 診断について考按を試み, 更に手術に関する二, 三の事項について述べた。

附記 本例は昭和30年11月に手術を施行したものであるが, 昭和32年10月現在なお健康で家業に従事している。

組織学的所見について御教示下された, 本学病理学教室矢川助教授に感謝する。

文 献

- ①Arnold: N. D. Chir., Bb. 7, 140, Stuttgart, 1913.
 ②Prodrowczek: N. D. Chir., Bd. 7, 141, Stuttgart, 1913.
 ③柏村: 伊藤より引用. 北海道医学会雑誌, 14; 9, 昭11.
 ④Herxheimer: 中西より引用. 日本医科大学雑誌, 16; 200, 昭24.
 ⑤中西: 日本医科大学雑誌, 16; 200, 昭24.
 ⑥藤巻: グレンツゲビート,

- 11; 1667, 昭12. ⑦村谷: Japan Jour. Med. Scie. V Path., 6; 175, 1941. ⑧岡田: 長崎医学会雑誌, 2; 5, 大13. ⑨木村: 十全会雑誌, 38; 2, 昭8.
 ⑩大野: 東京医事新誌, 301号, 8, 昭12. ⑪大野: 日本外科宝函, 14; 1004, 昭12. ⑫三上: 日外会誌, 57; 898, 昭31. ⑬三上: 臨外, 10; 569, 昭30.
 ⑭荒川・他: 小樽市医事研究会誌, 2; 46, 昭28.
 ⑮木下・他: 日本臨牀, 6; 225, 昭23. ⑯伊藤: 北海道医学会雑誌, 14; 1947, 昭11. ⑰馬場: 台湾医学会雑誌, 32; 540, 昭8.

Primary Hepatic Sarcoma

Akira Urano and Shintaro Kiuchi

Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Shinshu University

A case of primary hepatic sarcoma in a 51 year old man was reported.

The sarcoma, which was located in the left lobe of the liver, was removed successfully by the surgical operation. The tumor was cystic with a size over a child-head. The patient suffered from a severe shock immediately following the operation, but he was recovered successfully from it by adequate treatments and he has been in good health for two years since then.

糖尿病患者に及ぼす Prednisolone の影響について

昭和32年11月1日受付

信州大学医学部戸塚内科教室 (指導: 戸塚忠政教授)

小 川 原 辰 雄

緒 論

Cushing 氏症候群が屢々糖尿病を合併する事実は, 糖尿病と副腎皮質ホルモンとが決して無関係の存在でないことを物語るに充分であつたが, 1934年 Hartman & Brownell^①が猫の糖尿病が副腎別出により軽快することを認め, 更に1941年 Ingle^②が動物実験に於て副腎皮質ホルモンの連続投与が糖尿病を発生させることを実証して以来, 両者の関係は推論の域を脱して新たな脚光を浴びるに至つたのである。Banting 時代を凡庸したこの問題に関する研究も, その後相次いで発表されたおびただしい業績によつて最早古典的なものとなつたかに見えたが, ACTH, Cortisone の発見に

次ぐ合成 Steroid の出現は, 近年長足の進歩を遂げた下垂体副腎機能検査法と相まつて両者の関係を再び興味ある課題へと發展させたのである。

Cortisone, Hydrocortisone 等を健康人に投与すれば, 一過性の空腹時高血糖, 葡萄糖忍容力の低下, 糖尿等を起すことが既に Persky^③, Burns^④, Conn^⑤等の諸家により報告されているが, これ等の知見を以てしても副腎皮質ホルモンを糖尿病患者に投与するならば, 症状の増悪を来すであろうことは想像に難くない。Boland^⑥, Brown^⑦等も, ついに此の点を指摘している。従つて多くの意見がこれを禁忌とすることに傾いているのも亦無理からぬ事と云わねばなるまい。

然しながら最近糖尿病に併発せる神経痛に脂肪代謝の異常が認められ、その調整には副腎皮質ホルモンが有効なことが明らかとなるに及んで、斯かる症例に対する副腎皮質ホルモンの治療効果が当然期待されるようになったのである。著者は神経痛を伴へる二例の糖尿病患者に Prednisolone を授与して神経痛の速やかな消褪を認めたが、それに先立ち血糖値の上昇、尿糖量の増加、並びに糖排出閾値の低下等を観察し更にこのような変化が授与中止によつて漸次旧に復することから、必ずしも禁忌ではないとの見解に達したので若干の文献的考察を添えて報告する。

症 例

症例 1. S. K. 57才 ♂

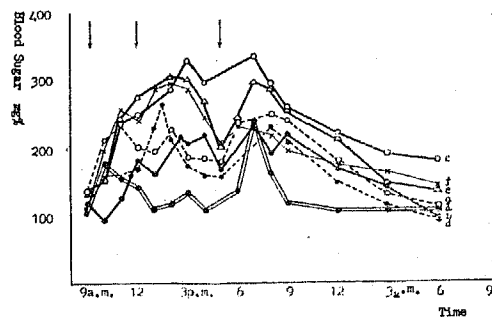
主 訴: 上腕の神経痛様疼痛。

現病歴: 昭和28年頃、全身倦怠感、煩渴、多尿あり、某医より糖尿病と診断され以後食餌の制限を行うと共に普通インシュリン朝15単位、夕刻10単位の注射を続けて今日に及んでいる。その後上述の愁訴は軽快したが、昭和31年3月頃から上腕殊に右側の神経痛様疼痛に悩まされるようになった。疼痛は夜間特に甚しく時として右偏頭痛を伴い、種々なる鎮痛剤の使用にも拘らず軽快の徴なく同年9月6日当科に入院した。

主要検査成績: 尿は淡黄色透明酸性にして比重1018, 糖陰性, 蛋白陰性, アセトン, アセト酢酸共陰性, 他にも著変を認めない。坂口食による糖質負荷試験に於ては食前血糖値122mg/dl, 3時間後最高値214mg/dl, に達したが尿糖は常に陰性で、葡萄糖二重負荷試験は Staub 効果陰性を示した。

治療並びに経過: 一日食餌量を含水炭素 200g, 蛋白質 75g, 脂肪 30g, 総カロリー約 1400Cal に制限し9月4日血糖検査を行うと、食前血糖値 104mg/dl, 最高血糖値 236mg/dl 一日尿糖量 0 であつた。9月15日より Prednisolone 15mg 一日三回分服を開始した処、神経痛は9月17日頃から漸次軽快に向つたが、以後随意尿に糖を証明するようになった。よつて Prednisolone の内服を続ける一方9月20日からレンテ・インシュリン16単位を使用し9月22日の血糖曲線を見ると食前値 122mg/dl, 最高値 231mg/dl で前回と著変なかつたが、一日尿糖量はインシュリンの使用にも拘わらず 15g を示した。又尿糖出現前血糖値は 217mg/dl, 尿糖出現時血糖値は 209mg/dl で、明らかに糖排出閾値の低下を認めた。9月27日 Prednisolone は従前通りとしレンテ・インシュリンを中止して血糖曲線を見ると、食前値 139mg/dl, 最高値 334mg/dl となり一日尿糖量は 22g に増加した。尿糖出現前血糖値 151mg/dl 尿糖出現時血糖値 175mg/dl で糖排出閾値は一層の低

第 1 図 (症例 1)



- a) ●—● 食餌制限のみ.
 - b) ●—● Prednisolone 15mg + Lente Insulin 16 u.
 - c) ○—○ Prednisolone 15mg.
 - d) ●—● Lente Insulin 16 u.
 - e) △—△ Prednisolone 15mg + Lente Insulin 16 u.
 - f) ×—× Prednisolone 10mg + Lente Insulin 16 u.
 - g) ○—○ Lente Insulin 16 u.
- ↓ 食事

下を示した。10月1日今回は Prednisolone を中止しレンテ・インシュリン16単位にて血糖検査を行うと、食前値 114mg/dl, 最高値 262mg/dl となり、一日尿糖量も 2.7g と著しく減少した。尿糖出現前血糖値は 232mg/dl, 尿糖出現時血糖値は 262mg/dl となつた。その後レンテ・インシュリン16単位使用のまま Prednisolone 15mg の授与を再開した処10月12日の血糖曲線は食前値 140mg/dl, 最高値 304mg/dl と前回より高い値を示し、一日尿糖量も亦 39.8g に増加した。尿糖出現前血糖値 138mg/dl, 尿糖出現時血糖値 152mg/dl となり前回 Prednisolone を使用しなかつた時に較べ糖排出閾値の低下が認められた。10月22日 Prednisolone を 10mg に減量しレンテ・インシュリンは16単位のまま血糖検査を行うと食前値は 112mg/dl, 最高値 298mg/dl と低下し、一日尿糖量も 12.9g に減少した。尿糖出現前血糖値 199mg/dl, 尿糖出現時血糖値は 230mg/dl であつた。その後 Prednisolone を10月24日より 5mg に減量し10月26日に至つて中止した。同日レンテ・インシュリン16単位のみにて血糖検査を行うと、食前値 140mg/dl, 最高値 250mg/dl となり一日尿糖量は 8.4g に減少した。又尿糖出現前血糖値 219mg/dl, 尿糖出現時血糖値 233mg/dl となり Prednisolone 使用時に比して糖排出閾値は上昇の傾向を示した。此の間に上腕の神経痛は急速に軽快し10月2日には跡形もなく消失した。尚、Prednisolone 使用中血液像に於ては好酸球が 8.0% から 2.0% へと減少したが血圧その他には著変なく、自覚的にも何等副作用を認めなかつた。

症例 2・ F. K. 58才 ♀

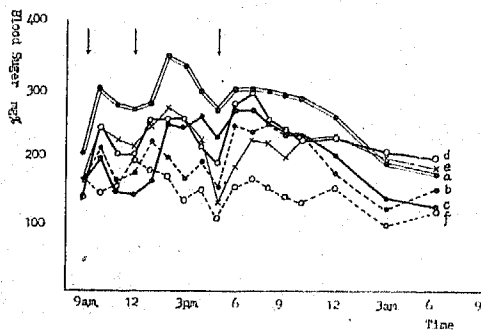
主 訴：痒痒感・腰痛。

現病歴：昭和25年頃より外陰の痒痒感に悩まされ、多食・多尿・煩渴を伴つた。某医を訪つて糖尿を指摘され、以後毎日インシュリンの注射を続けているが単位は不詳である。その後上述の愁訴は一時快方に向つたが、最近又しても痒痒感・煩渴が現われ、食思常に良好なるにも拘らず羸瘦著しく而も腰痛を訴へるようになったので昭和31年10月15日入院した。

主要検査成績：尿は淡黄色透明弱酸性にして比重1040、糖陽性、蛋白陰性、アセトン・アセト酢酸共陰性、他にも著変ない。坂口食による糖質負荷試験に於ては食前血糖値216mg/dl、2時間後に最高値394mg/dlに達し、3時間後に至るも尙346mg/dlを示した。尿糖も常に陽性で3時間の尿糖量は9.1gであつた。

治療並びに経過：一日食餌量を含水炭素200g、蛋白質60g、脂肪40g、総カロリー約1440Calに制限して10月27日血糖検査を行うと、食前値208mg/dl、最高値346mg/dlであつた。尿糖は食前から常に陽性を示し、一日尿糖量は20gであつた。10月29日よりレント・インシュリン20単位の注射を開始し、11月2日の血糖曲線を見ると食前値168mg/dl、最高値245mg/dlとなり一日尿糖量も0と好転した。11月9日より腰痛に対してPrednisolone 10mg 一日二回分服を実施せる処11月12日の血糖曲線は食前値168mg/dl、最高値266mg/dlとなり全般的に前回よりも多少上昇の傾向を示し、一日尿糖量も10.3gに増加した。尿糖出現前血糖値は162mg/dl、尿糖出現時血糖値は248mg/dlで

第 2 図 (症例 2)



- a) —●— 食餌制限のみ。
 b) - - - ● - - - Lente Insulin 20 u.
 c) —●— Prednisolone 10mg + Lente Insulin 20 u.
 d) —○— Prednisolone 10mg + Lente Insulin 28 u.
 e) —×— Prednisolone 10mg + Lente Insulin 36 u.
 f) - - - ○ - - - Lente Insulin 28 u.
 ↓ 食 事

あつた。依つて血糖・尿糖値の低下を計るべくレント・インシュリンを4単位づつ漸時増量し11月19日には28単位とし、Prednisoloneは従来通り10mgを投与して血糖検査を行うと、食前値139mg/dl、最高値292mg/dl、一日尿糖量は9.8gで、インシュリンの増量にも拘らず血糖、尿糖値の低下は認められなかつた。尿糖出現前血糖値は207mg/dl、尿糖出現時血糖値は251mg/dlであつた。その後レント・インシュリンを更に36単位に増量したが11月25日の血糖曲線は食前値168mg/dl、最高値273mg/dl、一日尿糖量は7.5gで何れも改善したとは云い難い。尿糖出現前血糖値は168mg/dl、尿糖出現時血糖値は243mg/dlで糖排出閾値に著変はなかつた。此の間腰痛は全く消失したので11月25日Prednisoloneの投与を中止し、レント・インシュリンも28単位に減量して12月2日血糖検査を行うと食前値170mg/dl、最高値199mg/dlとなり血糖曲線は全般に低下、一日尿糖量も亦0となつた。その後レント・インシュリンを24単位と更に減量したが、12月6日の検査では食前値132mg/dl、最高値212mg/dlで一日尿糖量も依然として0であつた。尙Prednisolone使用中症例1に於けると同様好酸球が6.0%から3.0%へと減少したが、血圧その他に著変なく自覚的にも特に思むべき副作用を認めなかつた。

総 括

症例1に於ては第1表に示す如くPrednisoloneの投与が、高血糖、尿糖量の著明な増加、糖排出閾値の低下等をもたらすが、投与を中止すれば血糖尿糖値は次第に低下し、糖排出閾値は上昇する。要するにこれ等の変化は可逆的のものと考えられる。

症例2に於ても第2表に示す通り軽度の高血糖と尿糖量の増加、インシュリン必要量の増加を来すが矢張投与中止によつてこれ等の変化は旧に復する。本症例に於ては糖排出閾値に著変は認められなかつた。Prednisoloneの糖排出閾値に及ぼす影響を追求する目的でPrednisolone、レント・インシュリン併用時の血糖曲線を、レント・インシュリン単独使用時のそれよりも全般的に低下せしめ、而も尙尿糖陽性となるか否かを確かめんとしたが、レント・インシュリンを相当に増量しても血糖曲線の低下は左程でないため、此の試みを中止した。二例共自覚的には特記すべき副作用を認めなかつた。

考 按

ACTH, Corticosteroidの糖質代謝に及ぼす作用としては、アミノ酸からの糖新生を促進すること、並びに糖質からの脂質の合成を阻止することが認められているが、Conn[®]等は糖忍容力の低下を、尿中Nの増量

第1表 (症例1)

Prednisolone mg	レンテ・インシュリン 単位	食前血糖値 mg/dl	最高血糖値 mg/dl	尿糖出現前血糖値～尿 糖出現時血糖値mg/dl	一日尿糖量 g
		104	236		0
15	16	122	231	217 ~ 209	15.0
15		139	334	151 ~ 175	22.0
	16	114	262	232 ~ 262	2.7
15	16	140	304	138 ~ 152	39.8
10	16	112	298	199 ~ 230	12.9
	16	140	250	219 ~ 233	8.4

第2表 (症例2)

Prednisolone mg	レンテ・インシュリン 単位	食前血糖値 mg/dl	最高血糖値 mg/dl	尿糖出現前血糖値～尿 糖出現時血糖値mg/dl	一日尿糖量 g
		208	346		20.0
	20	168	245		0
10	20	168	266	162 ~ 248	10.3
10	28	139	292	207 ~ 251	9.8
10	36	168	273	168 ~ 243	7.5
	28	170	199		0
	24	132	212		0

のみをもつて蛋白よりの糖新生に帰せしめることは早計であつて、その他に体細胞による糖質利用の障害をも重視しなければならぬと主張している。何れにしても ACTH, Corticosteroid が β 細胞に直接作用して糖尿病を発症させると云う確かな証拠は現在のところまだ得られていない。むしろ ACTH, Cortisone 等は潜在的に存在せる糖尿病を顕現させるものであるとする意見が有力である。Sprague^④は Cortisone を長期間投与して著明な糖耐容力の低下を来した4名中2名は家族に糖尿病があり、Bookman^⑤も同様に ACTH, Cortisone の投与により高血糖、糖尿をみた5名中4名は家族歴に糖尿病を有したと報じている。又 Fajans^⑥等も家族に糖尿病のある者の方が無い者に比して ACTH, Cortisone による一過性糖尿病を起す率が多いことを指摘している。これ等の事実から ACTH, Cortisone 等を投与することによつて潜在性の糖尿病を発見し得る可能性が充分予測されるのであるが、既に Berger^⑦, Fajans も夫々 ACTH, Cortisone を負荷する方法に依りこの問題を検討している。症例1が入院当初尿糖常に陰性でありながら Prednisolone の投与と共に陽性化したことは、上述の知見を念頭に置く時一層興味深い。

Prednisolone は、Prednisone と共に1954年新たに合

成された副腎皮質ホルモン剤であつて、Glucocorticoid の作用が Hydrocortisone の3倍以上であるにも拘らず、電解質代謝には殆んど影響なく従つて Na 及び水分の貯溜、K 及び N の損失、浮腫等の副作用が一般治療量では殆んど見られない点に於て従来の天然副腎皮質ホルモン剤よりも優れていると云われる。その糖質代謝に及ぼす影響に関しては、尙検討を要すると思はれるが、現在迄の処 Cortisone, Hydrocortisone 等と本質的な差異を認め難いようである。即ち Pestel^⑧は Prednisolone の投与が N 排出増加をもたらすことを報じたが、徳山等^⑨はこの事は蛋白の異化作用を促進することを示唆し Cortisone と同様既存の糖尿病を悪化させることを支持するものであると論じ、Demartini^⑩等も略同じ意見を述べている。又 Nabarro & Steward^⑪は白血病患者に Prednisolone を投与して糖尿病を併発した一例と、使用前糖尿病を伴へる白血病患者で使用後インシュリン必要量の増加を来した一例とを併せて報告している。

著者は糖尿病患者に対する Prednisolone の投与によつて高血糖、尿糖量の増加、インシュリン必要量の増加等を認めたが、特に一例に於ては明らかに糖排出閾値の低下を見た。此の点に関して Dustan 等^⑫は ACTH, Cortisone の投与により尿細管葡萄糖再吸収

極量 TmG の低下を来すことを証明し、又 Weintraub 等^⑮は糸球体濾過値 GFR の上昇を来すと報じているが、副腎皮質ホルモンの糖排出閾値に及ぼす影響について言及した者は比較的少く僅かに Sprague^⑩, Conn^⑪等がこの点に触れたに過ぎない。

さて糖尿病に伴発せる神経痛は、糖尿病それ自体の適切な治療と共に漸次軽快するのが常であるが、よく調整された状態に於てさえ尚頑固な疼痛を訴へることも決して稀ではない。このような場合従来は補足的にグレン等の鎮痛剤やイルガピリン等が使用されて来たのであるが、その効果は不定であつた。これに対して著者は Prednisolone を使用して疼痛を速やかに消失せしめたが、近年 Klemperer u Umber は糖尿病に伴発せる神経痛に於て脂肪代謝の異常を重視し、神経に及ぼすある種の障碍によつてレチチン及びコレステリンが神経組織から溶出され、血中にコレステリンが増加してくると述べている。一方副腎皮質切除後には血中コレステリンの増加が知られており又 Kyle 等^⑫は ACTH, Cortisone の投与に際してコレステリンの減少を認めている。これ等の事実から館石教授^⑬は、副腎皮質ホルモンが神経痛を伴う糖尿病患者の脂肪代謝を調整し、ひいては神経痛をも治癒せしめるであろうと論じている。斯かる観点よりすれば、糖尿病に伴発せる神経痛に対しては Prednisolone も当然有効に作用すると考へられるが、糖尿病状態の増悪を恐れて一応は禁忌と見做されている。然しながら糖代謝に及ぼす Prednisolone の作用は諸家の報告を待つ迄もなく著者の経験に於ても可逆的のものと考へられるので、血糖、尿糖値の変動を監視しつつインシュリンを増量するならば、短期間の衝療療法は必ずしも禁忌ではなく、症例によつては疼痛を速やかに消失せしめて劇的な効果をも期待出来るものと考へられる。

結 語

神経痛を伴へる二例の糖尿病患者に Prednisolone を投与してその影響を観察し、次の如き結果を得た。

- 1) 神経痛は二例共速やかに消失した。
- 2) 血糖曲線は二例共全般に上昇を示した。
- 3) 尿糖量は二例共著明に増加し インシュリン必要量も増加した。
- 4) 糖排出閾値は一例が明らかに低下を示したが他の一例では著変がなかつた。
- 5) 上述の変化は、服薬を中止することにより漸時に復するので、可逆的なものと考へられる。
- 6) 投与期間中二例共血液像に好酸球の減少を認めしたが、血圧等に著変は見られなかつた。
- 7) 自覚的には特に忌むべき副作用を認めなかつ

た。

終りに臨み終始御懇篤なる御指導を賜わり、御校閲を頂いた戸塚忠政教授に謹んで感謝の意を表します。

参 考 文 献

- ①Hartman, F. A., & Brownell, K. A.: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 31: 834; 1934.
- ②Ingle et al: Am. J. Physiol., 133: 676, 1941.
- ③Persky, M., Linsk, J., Isaacs, M., Jenkins, T.P., Rosenbluth, M. & Kupperman, H. S.: J. Clin. Endocrinol., 15: 1247, 1955.
- ④Burns, T. W., Engel, F. L., Viau, A., Scott, J. L., Jr., Hollingworth, D. R. & Werk, E.: J. Clin. Invest., 32: 781, 1953.
- ⑤Conn, J. W., Louis, L. H. & Wheeler, C. E.: J. Lab. & Clin. Med., 33: 651, 1948.
- ⑥Boland, E. W. & Headley, N. E.: J. A. M. A., 141: 301, 1949.
- ⑦Brown, E. M., Jr., Lukens, F. D. W., Elkinton, J. R. De Moor, P.: J. Clin. Endocrinol., 10: 1363, 1950.
- ⑧Conn, S. W. & Fajans, S. S.: Metabolism, 5: 114, 1956.
- ⑨Sprague, R. G. Power, M. H., Masn, H. L., Albert, A., Mathieson, D. R., Hench, P. S., Kendall, E. C., Slocum, C. H., & Polley, H. F.: Arch. Int. Med., 85: 199, 1950.
- ⑩Bookman, J. J., Drachman, S. R., Schaefer, L. E. & Adlersberg, D.: Diabetes, 2: 100, 1952.
- ⑪Fajans, S. S., & Conn, J. W.: Diabetes, 3: 296, 1954.
- ⑫Berger, H.: J. A. M. A., 148: 364, 1952.
- ⑬Pestel, M.: J. A. M. A., 159: 1418, 1955.
- ⑭徳山一郎, 他: 最新医学, 11: 2215, 1956.
- ⑮Dermatini, F., Boots, R. H., Snyder, A. I., Sandson, J. & Ragan, C.: J. A. M. A., 158: 1505, 1955.
- ⑯Nabarro, J. D. N. Steward, J.: Lancet, Nov. 12, 993, 1955.
- ⑰Dustan, H., Corcoran, A. C., Taylor, R. D. & Page, I. H.: Arch. Int. Med., 87: 627, 1951.
- ⑱Weintraub, D. H., Calcagno, P. L., Kelleher, M. K. & Rubin, M. I.: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 81: 542, 1952.
- ⑲Sprague, R. G., Power, M. H. & Mason, H. L.: J. A. M. A., 144: 1341, 1950.
- ⑳Conn, J. W.: Ciba Foundation Colloquia on Endocrinol., 4, 1952.
- ㉑Kyle, L. H., Hess, W. C., & Walsh, W. P.: J. Lab. & Clin. Med., 39: 605, 1952.
- ㉒館石叔: 日本医事新報, 1609: 963, 1955.

Effect of Prednisolone on Diabetics

Tatsuo Ogawara

Department of Internal Medicine, Faculty of
Medicine Shinshu University

The effect of Prednisolone on diabetes has been

observed in 2 cases with neuralgia and following results were obtained.

1) Neuralgia was disappeared soon after the administration of Prednisolone.

2) The blood sugar level was elevated in both cases.

3) The amount of sugar in the urine increased considerably.

4) In one case the renal threshold value for sugar became lower, while in another case the value showed no marked change.

5) The above mentioned changes disappeared gradually when the medication of Prednisolone was discontinued. Therefore the changes seemed to be reversible.

6) The decrease of eosinophile leukocyte count in blood picture was seen, but no other changes such as the elevation of blood pressure were observed.

7) No special side-effect as recognized subjectively. Recently an favorable effect of suprarenal cortex hormone has been observed for diabetes mellitus accompanied with neuralgia and abnormal metabolism of fat. The use of Prednisolone for diabetics with neuralgia in a short period is not always contraindicated, if the additional use of insulin is premised, because in some cases it lessens pains rapidly, and an excellent favorable effect can be expected.

慢性羊水過多症に於ける先天性食道閉鎖症の1例

昭和32年11月18日 受付

信州大学医学部産婦人科教室 (主任: 岩井正二教授)

齊藤長士 宮田紀

信州大学医学部病理学教室 (指導: 石井善一郎教授
那須教教授)

奈倉道治

緒言

従来より羊水過多症に屢々胎児奇形の合併する事が知られているが、我々も慢性羊水過多症に於ける先天性食道閉鎖症及び食道気管瘻の奇形を有する女児娩出例を経験したので報告する。

症例

患者: 池〇み〇子, 31才, 10ヶ月, 1回経産婦。

家族歴: 特記すべき事なく, 奇形その他の遺伝的關係も認められない。

既往歴: 生来健康で, 初経16才, 以後月経は順調で持続5日間, 量は中等量で経時障害はない。22才で結婚, 夫は健康で性病を否定する。血縁關係は特にない。

結婚後約7年間不妊にて, 其の間に子宮内膜掻爬及びホルモン治療を受けた。第1回分娩は昭和29年9月に妊娠経過に異常なく女児を満期娩出している。

現病歴: 最終月経昭和30年10月20日より3日間。悪阻症状は12月初旬より約3週間軽度に続き, 昭和31年3月中旬より胎動自覚があつた。妊娠前半期は特別異常は感じられなかつたが後半期に入つて, 腹部の増大

度が前回妊娠時より著明なのに気付いている。

5月21日初診, 以来々診時所見の概要は表の如くである。

以上の如く妊娠末期には子宮底は月数に較べて高く, 児心音は微弱で胎動はやゝ不著明であつた。併し排尿障碍, 呼吸困難, 妊娠中毒症等の症状はなかつた。分娩予定日前5日の7月22日, 自然に陣痛発来し, 翌23日, 午前1時入院した。

入院時所見並に分娩経過: 下肢に浮腫を認めず, 胸部その他にも異常はなかつた。腹部は著しく半球状をなし, 妊娠線は著明で, 子宮底は劍状突起下1横指にあり, 児心音は右臍棘線上にて極めて微弱に聴取, 児頭は未だ骨盤入口上に浮動す。入院時陣痛は発作10秒, 間歇約20分。内診するに子宮口は3指開大し, 卵膜を通して移動性大である児頭を触れる。レントゲン写真撮影を行うに, 第2頭位で, 胎児には特に奇形は認められなかつた。入院以来陣痛は比較的弱かつたが, 同日午後10時30分に到り, 自然破水し, 羊水約300cc流出す。破水後は陣痛発作30秒, 間歇2分となり, 児心音にも異常なく, 午後11時10分, 第2前方後頭位に