最も低いのは 11 月の 0.26% である。

14) 年次別, 年令別に梅毒死亡の推移をみると, 25~29, 30~34, 55~59 歳では 26 年を最低として再び増加の傾向を示すが, 其他の年令では何れも年と共に減少している。

15) 梅毒の死亡時刻をみると, 午前中が午後より多く, 特に午前 6 時から 12 時迄は一日中の最高 26.97% が死亡し, 最も少ないのは午後 6 時から 12 時迄の 18.26% である。又最も多いのは午後 1~2 時迄で最も少ないのは午後 8~9, 10~11, 11~12 時である。

稿を終るに臨み塩田学長先生に敬意を表し, 御指導

御校閲を頂いた恩師八田貞義教授に満腔の謝意を捧げ, 資料を快よく提供下さった東京都衛生局普及課長山本貞雄, 班長柳沼安雄両氏に深謝する。

参 考 文 献

- 1) 宮入正人: 衛生統計, 4, 12 (昭26)
- 2) 井之川孝雄外: 梅毒治療中絶の理由とその限界, 未発表
- 3) 鈴木康弘: 人類死亡時刻の研究, 東京都衛生局学会講演 (昭29)
- 4) 三宅鉦一外: 精神神経誌, 41, 771 (昭10)
- 5) 井之川孝雄外: 今次大戦よりみた死因, 未発表

小児特発性食道拡張症の1例

日本医科大学小児科学教室 (指導 木田文夫教授)

日本医科大学栄養学教室 (主任 島田敏夫教授)

山 下 徹 行

Tetuyuki Yamasita

従来噴門痙攣症と云はれていた本症に就いては, 小児に於ては比較的稀と云はれているが, 年々 2, 3 の報告例が見られている。

最近私は 2 年 4 月の幼児に起つた本症に遭遇し, 種々薬剤投与によるも軽快せず, 最後に投与せる Avacian により軽快したと思はれる症例を経験したので報告する。

症 例

患児 2 年 4 月 女

家族歴 祖父母, 父母とも健在, 同胸 2 人中 1 人は赤痢にて死亡した。他に遺伝的疾患は認めない。

既往歴 満期安産, 生下時体重 2.8 kg, 母乳栄養で麻疹を経過した他特記す可き疾患に罹つた事はない。

現病歴 約 1 年前発熱, 咳嗽, 呼吸困難あり某医より肺炎と診断され, 此の肺炎が軽快する頃より毎食事後に嘔吐するやうになつた。此の際自覚症状はなかつた。

その後現在迄毎月の様に気管支炎を起し体温は 39 度前後に上昇し, 同時に嘔吐を頻発した。約 6 ヶ月前某病院を訪れ幽門狭窄, 腸狭窄, 腸腫瘍の中何れかと云はれアトロピン等の投与を受けたが軽快せず, 依然として嘔吐, 気管支炎を繰返し起し, 当院小児科外来を訪れ即日入院した。

入院時所見: 体格小, 栄養状態極めて不良, 体重 6.4 gk (同年平均体重 11.3 kg), 皮膚乾燥し, 顔貌無欲状, 意識障碍なく, 体温 36.5 度, 脉膊, 呼吸共に正常, 口唇及び舌は乾燥し白苔著明, 歯牙はカリエス状, であつた。心音は清純, 胸部聴診上全面に乾性ラ音を聴取し, 腹部陥没するも肝, 脾を触れず, 咽頭, 発赤は強度であつた。

検査事項: 血液像は赤血球数 496 万, 白血球数 12000, 血色素 80% (Sahli), 白血球百分率正常, 尿, 糞便には特初の所見なく, ツベルクリン反応, ワ氏反応共に陰性, 自律神経機能検査はピロカルピン試験陽性, アトロピン, アドレナリン試験は共に陰性であつた。

X線検査: バリウムを鼻腔ゾンデにより齒列より 15 嚢搜入し注入したが写真 I の如く, 第 3 狭窄部にて 1 時停滞し, 徐々に胃中に溶下した。然し食道は拡張し, 蠕動は全くなく第 3 狭窄部にバリウムの充満像は見られなかつた。

気管支鏡的検査 (当院耳鼻咽喉科に依頼) 食道入口部通過後, 齒列より 18 嚢迄は食道はその壁を見られぬ程拡張し, 此の辺より壁は見えるようになるも, その性状に著変なく又運動は殆ど見られず, 25 嚢の辺で最も狭い感じであつたが気管支鏡管 (外径 0.5 嚢)

写真 I

は比較的円滑に通過し胃に達した。猶ほ此際麻薬は、使用しなかつた。

入院後の経過及び治療

入院直後試みに食餌を与へて様子を見たところ、嘔吐は食後直ちに或は3乃至4時間後にも起り、吐物は食べた儘の状態、胆汁、胃液等を混じていず、ネラトン氏カテーテルを胃中迄挿入し鼻腔栄養を行つたところ嘔吐はなかつた。そこで栄養不良状態をも併せて改善させる目的として、濃厚食餌の鼻腔栄養を行ひ、併せて水分補給の為に5%葡萄糖液、50 cc 皮下注液1日2回を行つた。濃厚餌は全乳100 cc に小麦粉、バター、砂糖、卵黄を調理して混入したものを1日4回与へ、体重対症120 kal の熱量を補給した。

投与薬剤としては0.1% 硫酸アトロピン5滴を1日3回分服、又別にバンサイン 40 mg を1日3回分服として与へた。

入院後15日目に体重は7.8 kg となり一般状態も良好となつて来たので、経口的に食餌を与へたところ依然として嘔吐を来し、同時にマグロール静注を併用したが効果は見られなかつた。その後屢試験的に経口的に食餌を与へたが一時的に

嘔吐も見られぬ時もあつたが、又激しく嘔吐することもあり、症状は不定であつたが、入院後28日に始めて相当量の食餌を与へても嘔吐をせぬようになつたが、又翌日には嘔吐を繰返した。この当時体重は8.6 g と増加していた。

以上の様な状態で、アトロピン液、バンサインの投与も余り効果があるように思へなかつたので入院後32日にAvacanを使用した。即ちAvacan 1日40 mg を3回に分服投与したところ、直ちに嘔吐は減少し、1週間後には普通食餌を与えるも嘔吐なく、入院後40日に体重9.1 kg となり退院した。その後現在に至る迄嘔吐発作の再発を聴いていない。退院時のX線所見は写真Ⅱの如くである。

考 按

特発性食道拡張症は青年期に始発することが多く、成人には左程稀有の疾患ないと云はれているが、幼少児に於ける例は比較的稀であるとされている。

本症の原因に就いては今日迄種々の説がある。即ち、

1. 食道の先天性異常説

写真 Ⅱ

2. 食道炎説
3. 食道壁のアトニー説
4. 原発性噴門痙攣より遂に食道拡張を来すといふ説
5. 迷走神経異常説

等であるが、現在迷走神経異常説が最も有力とされている。而して迷走神経異常説としては、器質的に迷走神経の変化があり、食道壁の緊張亢進に噴門哆開反射の加はつたものと、機能的に迷走神経緊張の為噴門痙攣により食餌の通過障害を来すものとに分たれている。(田宮氏)迷走神経の器質的变化としてその剖検例に於て、迷走神経或はその中枢に退行性変性を認め、又動物実験に於て迷走神経切断により本症の惹起せられるのを認めている。(Krans, 松村, 田宮氏等)一方本症の藥物療法として臭素剤、アトロピン、アドレナリン、ピロカルピン、パパベリン、バンサイン等の投与が行はれ、治癒した報告もあり、間接的にはあるが本症の迷走神経異常に或る解明を与へているものと思はれる。猶本症例に於ては副交感神経緊張性を示していたので、アトロピン、バンサイン等を投与したが、著効なく、Avacanを使用して始めて効果があつた様に思はれる。Avacanに就いては今更説明する迄もないが、その概要を述べると、AvacanはCholin作働性薬物に拮抗する作用はアトロピンの1/7の強さを有し、平滑筋痙攣抑制作用はパパベリンと同程度と云はれている。而して皆川等はAvacanを小児の感冒、消化不良症、幽門狭窄症等の嘔吐を伴つた症例に使用し、器質的变化の余り伴はぬ嘔吐症の場合に満

足すべき効果を認め、又Avacanは抗Cholin作働性に関してはアトロピンの1/7と称されるに拘はらず、嘔吐の様に副交感神経系の興奮状態に対するAvacanの臨床効果は決して少くないとし、アトロピンの1/7の抗Cholin作働性といふことに對し疑問を述べている。

以上の如き薬理学的特性と、本症例に於ける良結果を考へる時Avacanは1度は試みるべき薬劑と思はれる。

その他の療法としては、精神的、身体的安静、胃洗滌、絶食療法、栄養補給、外科的療法等が行はれている。

・本症の予後は軽度のものは一般的に良好とされ、又症状は一進、一退しながら生命を保持するものが大多数である。然し小児に於ては嘔吐頻回になれば栄養失調状態となり、又合併症を起して死亡するものもある。

結 論

私は最近2年4月の幼児に起つた特発性食道拡張症の一例に就いて、その概要を述べ、更に本症の治療に於てAvacanを使用し著明な効果を経験し此処に報告した。

擧筆に當り、種々御指導を賜つた本学小児科学教室木田教授、御援助を賜つた本学栄養学教室、島田教授に深く謝意を表し、又種々御協力された小児科学教室木内学士に感謝致します。

文献 省略。