値では、40 才未満 2.01%，40 才以上 15.63%あり、共に全被検員の高血圧百分率より、僅かに小である。

e. 雑 務

正常値では、40 才未満 93.10%，分布度は 50 mm～79 mm が大で、40 才以上では 79.17%で 60 mm～89 mm の分布度が大きい。高血圧値では 40 才未満 6.90%，40 才以上 19.58%で全被検員に比し百分率の大を認める。

考 按

以上の成績より次の事が考えられる。即ち乗務員殊に運転手に於ては、精神的に緊張し、肉体的に過労の程度が他の職種に比し甚しく、高血圧者が多い事が予想されていたが、却つて少い傾向にある事が認められ、又肉体的に仕事量が略等量と考えられる技工と比較しても、高血圧百分率は小である事から、運転手、車掌等の乗務が血圧に及ぼす影響は殆ど留意する程ではないと考えられる。

IV 結 論

- 1) 東京都交通局従事員 11,941 名中 4,069 名に就き血圧を測定した。
- 2) 最高血圧年令別分布に於ては、110 mm～139 mm に最大の分布を示した。
- 3) 最低血圧年令別分布に於ては、60 mm～79 mm に最大の分布を示した。
- 4) 年令別血圧値は、最高、最低血圧共に年令の増大と共に漸増する傾向を認めた。
- 5) 職種別血圧分布に於ては、机上事務者に高血圧百分率大で、以下技工、車掌と漸減し、運転手では最小を示した。

稿を終るに当り御指導を戴いた保健科平川勇医長並びに医員諸氏に深謝する。

引 用 文 献

- 1) M.D. Robinson : Arch. Int. Med. (1939)
- 2) 一色嗣式 : 保健医学雑誌 43, (2), 11 (1944)
- 3) 渡辺定 : 実験医報 28, (328), 406 (1942)

連続した新産児奇形の一例

日本医科大学解剖学教室 (金子丑之助教授)

杉 本 元 祐

Motosuke Sugimoto

緒 言

新産児奇形のうち、無脳児・兎唇・口蓋破裂の各疾患は比較的多いものとされているが、第 1 (回分娩) 児は無脳児、第 2 (回分娩) 児は兎唇と口蓋破裂の連続分娩した興味ある 1 症例を経験したので、ここに報告する。

症 例

患者：宮〇と〇子、24 才、未妊婦 生来肥満型体質で学令期頃より肥満して、時々不整脈があつたが当時は著明な心疾患はなかつた。23 才時健康なる男子と結婚。

第 1 回妊娠歴：—

最終月経は昭和 30 年 12 月 26 日から 4 日間であつた。妊娠 5 カ月頃に軽度の下肢浮腫、第 II 肺動脈音やや亢進のほかには血圧、尿蛋白などには異常なく、妊娠 8 カ月になると下肢浮腫は著明、尿蛋白弱陽性、羊水過多をともない、児心音はごく微弱に聴取し得るのみであつた。

分娩経過：妊娠 9 カ月に入り、急に陣痛様疼痛発来とともに早期破水を起し入院。内診時児頭は軽く骨盤入口部に下降し羊水流出す。骨盤計測値は棘間径 23 cm、楕間径 28 cm、大転子間径 32 cm、外結合線 20 cm で、子宮底 36 cm、腹囲 105 cm にもかゝらず、容易に胎児を娩出し得た。

胎児所見：体重 2,750 g、身長 48 cm の男児で無脳児であつた。

第 1 図

第2回妊娠歴：—

最終月経は昭和31年12月12日より4日間、妊娠経過には羊水過多症のほかに著変はなかつた。

分娩経過：分娩予定日を12日超過し陣痛発来し入院す。入院時、子宮底35cm、腹囲98cm、尿蛋白弱陽性、血圧149mmHg～100mmHg、下腹部に軽度の浮腫あり。骨盤出口部にて児心音急に悪化せるため鉗子分娩せしむ。

胎児所見：身長53cm、体重3,650gの男児で、兎唇と口蓋破裂を認めるほかに奇型を認めない。

第2図
考 按

新産児頭部奇形は種々起り得るものであるが、兎唇或は口蓋破裂の奇形が最もしばしば現われるもので、筒井¹⁾らは10,361の分娩中0.2%、R. Ivy²⁾は0.13%の発見率、原³⁾は新産児外表奇形を調査し総分娩8,268例中兎唇及び口蓋破裂0.25%と述べ、さらに詳しい報告では、森本⁴⁾は兎唇のみ23.1%、兎唇及び口蓋破裂45.2%、口蓋破裂のみ31.7%、川島⁵⁾が兎唇のみ51.1%、兎唇及び口蓋破裂36.6%、口蓋破裂のみ12.3%と、兎唇及び口蓋破裂の合併頻度の高いことを示している。これは胎生期における发育過程の障碍によることを示すものである。破裂発生部位における左右の頻度は筒井54%対25%、川島59%対28%と、両報告ともに左側が右側の2倍となつている。この点に関し、井上は口蓋破裂と舌の相互位置の推移について、人は右利が多いために舌もこの傾向を示し、右側の筋が左側のものよりも早く動くので右側転移期が多く、延いては左側破裂がよりしばしば現われるものなるべしと推論している。

しかるに、無脳児は頭蓋上部と脳実質とが欠除し、頭蓋基底面を露出し、顔面のみ良く发育し、容貌は特異で頸部の過短、肩甲部及び軀幹の发育良好などの特徴としている。無脳児の発生は比較的稀で総分娩数に対

する本奇形の発生頻度は、Beckhanによれば1/2,000、Martiusは1/3,000、De Lee, Greenhillは1/5,000、Kehrerは1/1,000～1,500、安藤は1/3,000、原及び兼森は1/8,043と報じている。木下⁶⁾は26才の初妊婦で妊娠9カ月、無脳児の男児を分娩し、次回は女児正常分娩、2年後の3回目の妊娠は、分娩予定日よりも2日早く男児無脳児分娩の反覆無脳児の1例を、石原⁷⁾は男子無脳児で身長48cm、体重3,780gまで发育し分娩した例、駒井⁸⁾は過去30年間の文献に見られた無脳児60例の統計的観察で頻度は欧米よりもやや高く、男女の性別に有意差はなく、流産、梅毒、遺伝との間に原因関係がないようで、羊水過多症を合併する場合が高いと述べ、さらに37週女児単胎無脳児の早産例を報告し、小平⁹⁾は24才初妊婦及び26才経産婦に2,510g 2,835gの、ともに男児無脳児で前者は延髄以上の脳髓の欠如、下垂体の欠如、副腎の欠如を認め、後者は他に異常のない例を報告し、この2例は分娩前に確診し得たと述べ、小笠原¹⁰⁾も妊娠時に診断の確認せる無脳児例を報告している。

無脳児の発生原因に関しては種々の説があるが、胎生初期における脳水腫が脳の发育を阻害し、菲薄な頭蓋が破裂して脳膜の損傷を来たして起るものと云われており、誘因とし妊娠初期におけるビールス性疾患に罹患した場合や梅毒・母体栄養障碍・外傷・放射能・血族関係などが挙げられている。

著者の例では第1児無脳児、第2児は兎唇及び口蓋破裂と頭部外表奇形が連続したので遺伝的關係或は誘因が大きな原因になると思われるが、患児の父母、祖父母など、考えられる家系中ではなく、父母の身体検査上では心電図正常、血液梅毒反応検査は正常で、妊娠中に発熱、母体栄養障碍などはなかつたので、本例は胎生期中に何等かの发育障碍が起り連続奇形が惹起されたものとしか考えられない。

合併症としては羊水過多症が奇形児妊娠のさいには多いといわれ、頭部奇形のほかに他部の身体奇形は少ないといわれている。本例も2回とも、妊娠7カ月～8カ月頃より羊水過多症を合併しており、両児とも頸部外表奇形のほかに異常は認められなかつた。無脳児分娩のさいには顔面位、低在横定位をとることが多く、肩甲娩出困難な場合が多いといわれているが、著者の例では第1児は非常に容易に娩出し得た。

Fraser & Baxter¹¹⁾は両親が健全で子に奇形の連続発生の出現率は5%内外と述べていることから考えて、本例は珍らしいものと思われる。

結 論

1. 連続2回頭部奇形分娩の1症例を経験した。
2. 第1回分娩は無脳児、第2回分娩は兔唇及び口蓋破裂をともなえるもので、いずれも男児であつた。
3. 第2児は右側完全兔唇、並びに口蓋破裂児であつた。
4. 両者とも妊娠経過中に羊水過多症を合併した。

文 献

- 1) 筒井, 片岡, 柏井: 歯科学雑誌 **8**, (昭 26)
- 2) R. Ivy: 日本耳鼻咽喉科全書 **3**

- 3) 原, 兼森: 岡山婦人科会報 **2**, 83 (昭 29)
 - 4) 森本: 日本耳鼻咽喉科全書 **3**
 - 5) 川島: 日本外科全書 **13**
 - 6) 木下: 産婦人科の進歩 **7**, 285 (昭 30)
 - 7) 石原: 産科と婦人科 **23**, 61 (昭 31)
 - 8) 駒井, 有吉: 久留米医学会雑誌 **20**, 606 (昭 32)
 - 9) 小平, 岩崎, 須藤: 北関東医学 **7**, 410 (昭 32)
 - 10) 小笠原, 渡辺, 成田: 産婦人科の実験 **7**, 71 (昭 33)
 - 11) Fraser, F. C. and Baxter H.: Am. J. Surg. **87**, 656 (1954)
- その他

深膿痂疹の一例検例

日本医科大学附属医院小児科

柏 木 金 三 郎

Kinzaburō Kasiwagi

生 化 学 教 室

宇 野 甫

Hazime Uno

緒 言

私は最近一例の深膿痂疹(尋常性膿瘡)に相遇した。不幸死の転帰をとり剖検したので報告する。

症 例

9才11ヶ月の男子

家族歴: 特記すべきものなし。

既往歴: 満期安産 正常分娩 出生時体重は不明
混合栄養 2才の時中耳炎 昭和30年10月腎炎で都
内K病院に入院, 6ヶ月後治癒退院した。

現病歴: 31年6月急に発熱し39°前後となり, 左手
背に数箇の発疹を認めた。同病院で外来治療を3ヶ月
受けたが発疹は膿疱となり更に潰瘍を形成し全身に拡
つた。31年9月T病院に入院し Penicillin Ilotycin
等の抗生物質の投与を受け約2ヶ月で治癒退院した。
32年4月再び高熱を発生しT病院外来で治療を受けた。
7月3日同病院に又入院し24日に退院したが, 翌日
顔面浮腫状となり膿疱は顔面, 四肢に多数発生した。
Achromycin を3日間内服したが無効なので8月1日
本院皮膚科に入院した。

皮膚科入院時 体温は正常で胸部打聴診に異常な
い。膿疱は痂皮と共に左頬部に一箇他に四肢, 軀幹,
耳介にあるが特に両下腿に多い。軽度のかゆみと熱

感があつた。癰痕治癒したものが全身に20~30箇所
あつた。塗抹により膿疱からブドウ球菌を証明した。
血液は血色素65% 赤血球325万 白血球5400 白
血球百分率異常なかつた。尿は蛋白弱陽性で沈渣に
僅に赤血球と白血球を認めた。8月中旬までに膿疱
はGramycin 軟膏, マーキュロチン油塗布で殆ど治
癒したが8月14日より高熱が弛張し敗血症の疑ひで
小児科へ転科した。

小児科転科 8月22日 診断は深膿痂疹と敗血症
体格中等度で栄養はやゝ悪く, 高熱が弛張する割に一
般状態は良つた。胸部は異常なく腹部はやゝ膨隆し肝
臓は4横指, 脾臓は4.5横指硬く触れた。全身に多
数の癰痕を認めたが新しい膿疱, 潰瘍はなかつた。

尿は黄色透明, 蛋白, ウロビリノーゲン陰性沈渣に
異常なし。便は1日1行有形便 寄生虫卵認めず。

血沈 血色素70% 赤血球342万 白血球8500
中性多核39.5% 中性杆状9.5% エオジン1.5%
塩基性0% リンパ球49.5% 大単核球0%

血沈 30分9 1時間30 2時間57

胸部X線写真とEKGは正常 ツ反応, ワッセルマン
反応共に陰性である。

血液からの菌培養は8月22日及びそれ以後3回皆