内臓の所見等より娩出直前の死亡であることは明らかである。

奇形の原因乃至成立機転に関しては諸説あり、合足体に就いても種々論議されているが、結局確実なことは解らないと云うのが現状であるから、本症例に於て之等を追及することは省略する。

結 語

娩出直前死亡せる、性不明、在胎 10 ヶ月、成熟徴

候を有する *Sympus dipus* の 1 例を報告した。

御校閲を賜った日本医科大学真柄教授、賛育会病院河田院長、竹岡部長に感謝します。

文 献

- 1) 里見、尾島：産と婦，**21**，71 (1954)
- 2) 高橋：日医大誌，**20**，485 (1953)
- 3) 国分：産婦紀要，**25**，621 (1942)
- 4) 庄司：日婦誌，**29**，1099 (1934)

副胎盤の前置胎盤の 1 例

賛育会病院 (院長 河田 茂博士)

谷 山 清 司

Seiji Taniyama

緒 言

副胎盤は必ずしも稀ではなく、障害を認め場合も多いが、時には子宮内に残置して出血の原因となり又感染の誘因となるとされている。しかし副胎盤が前置胎盤であつて重篤な症状を呈し或は帝王切開を要する程のものは稀有で、私の調べた範囲では酒向、並木の 1 例、O.W. Hess の 1 例をみるのみである。最近私は妊娠 9 ヶ月で帝王切開によりことなきを得た症例を経験したので報告する。

症 例

34 才，7 回経産婦，会社員の妻。

既往歴：幼時より著患なく，初潮 14 才 6 ヶ月，近年の月経整調，27 日型，持続 7 日，量中等，月経障害なし。24 才健康なる現夫と結婚し，10 年間に 8 回妊娠，最初の 3 回は 10 ヶ月正常産，次の 2 回は 3 ヶ月自然流産，第 6 回目は 3 ヶ月人工流産，第 7 回目は 2 年前 3 ヶ月自然流産である。家族歴に特記すべきことはない。

妊娠経過：終経昭和 29 年 3 月 2 日より 5 日間，つわりを自覚せず，7 月初旬より胎動自覚，7 月 19 日（妊娠 5 ヶ月末）小量の出血あるも安静により間もなく止血し，その後出血なく妊娠経過は順調であつたと云う。

入院時所見並にその後の経過：10 月 28 日より小量の出血並に軽度の陣痛様疼痛ありとて 10 月 31 日午前 9 時来院，骨格栄養中等，貧血，浮腫なく，尿，血液の諸検査，骨盤計測，胸部に異常を認めず，腹囲

85 cm，子宮底長 29.5 cm，心音臍附近にて正常，陣痛なく，外診により骨盤位と診断，他に特殊の徴候を認めず，子宮口殆ど閉鎖，子宮腔部残存，小量の血性分泌を認め，下降部不明，妊娠 9 ヶ月骨盤位切迫早産の診断のもとに入院安静を命じ Progenin 10 mg を注射した。同日午前 11 時頃軽度の陣痛様発作とともに凝血を混えた小量の出血あるも間もなく止血し，同日午後 10 時頃より陣痛様子宮収縮が 10 分間歇に発来，3 時間後には間歇 5 分発作 40 秒となりこの状態が持続し，翌日午前 6 時再び凝血を混えたやゝ多量の出血あり小量ながら持続したが，同 9 時頃子宮収縮が休止すると前後して自然に止血した。その後殆ど子宮収縮及び出血なく毎日 Progenin 5 mg 注射し絶対安静を保たせた。入院後 5 日，11 月 5 日午後 4 時 40 分何の誘因もなく自然破水し同時にやゝ多量の出血あり，外診上異常を認めず陣痛なく心音正常，内診するに子宮腔部展退し子宮口約 2 cm 開大，後方やゝ左側に偏し子宮口の半分位の面積の部に胎盤を触れ，血液を混えた羊水の流出を認め，下降部として臀部らしきものを触れ，妊娠 9 ヶ月 1 部性前置胎盤前期破水骨盤位の診断のもとに帝王切開を行う事に決定した。尚入院時の梅毒血清反応は陰性であつた。術前血圧 110/70 妊娠中毒症の症状なく，血液の諸性状は軽度の貧血以外に著変を認めない。

手術所見：腰麻，Percamin S 2.0 cc，執刀午後 9 時 42 分，娩出 45 分，終了 10 時 5 分，輸血 200 cc Ephedrin 1 cc，一般状態良好，出血少量，娩出後

Ermetrin 1 cc, Ergoton 2 cc 注射す。子宮は右捻し
付属器正常、子宮壁に異常を認めず、胎児は第1胎向
第1分類單臂位、主胎盤は後壁中央やゝ左に偏して附
着、副胎盤は1箇で後壁下方に附着、下端は子宮口に
かゝっていた。

新生児所見並に経過：男性、身長 46.5 cm、体重
2370 g。身体各部の諸計測値は 9 ヶ月早産児として略
々標準値で、娩出後元気に啼泣し、直ちにクベースに
収容その後順調に發育した。

胎盤及び付属物所見：総重量 550 g、胎盤の形状及
び計測値は図の如くて、主胎盤に数箇の拇指頭大の白

色梗塞を認める外、主副胎盤共に著変なく、主胎盤と
副胎盤間の卵膜の巾は 4~6 cm で数本の太い血管が
走り、臍帯長さ 34 cm、太さ約 1.5 cm、主胎盤の略
々中央やゝ副胎盤よりに附着、左捻、結節なし。卵膜
の各部に著変なく副胎盤に接した部に裂口を認める。

産褥経過：術後 3 日目より 3 日間 37 度代の発熱を
みたが治療により下熱し、子宮復古良好、術後 11 日
目に退院した。

考 按

前置胎盤が発生する直接の原因は妊卵が異常に下方
に着床することであつて、之に 2 つの場合がある。第
1 は原発前置胎盤で妊卵が始めから子宮峽に着床する
もので、之には子宮膜炎、過度の搔爬による内膜の欠
損瘢痕、子宮筋腫、子宮の奇形等のために妊卵が正常

位置に着床し得ない場合と、妊卵の着床に適する状態
に達するのが異常に遅れた為子宮峽に至つて始めて着
床する場合とが考えられる。第 2 は続発前置胎盤で先
づ卵は子宮体の下方に着床し、この胎盤の 1 部が子宮
峽に侵入するもので、この形成機転として 2 つの説が
ある。第 1 は卵の床脱落膜が周囲の全方向に拡大しそ
の下端が継続的に子宮峽粘膜に及ぶもので、かゝる場
合子宮峽に附着する胎盤の部は舌状突起の形を示し、
子宮口を越えて胎盤の拡大が進む時は、馬蹄鉄形胎
盤、有窓胎盤となることがある。第 2 は Hofmeier の
唱えるもので、滑絨毛膜となる筈の部位の絨毛が退化
せずに却つて被包脱落膜中で益々増殖してこゝに胎盤
を形成し、卵腔の増大によつて圧迫せられて反対側の
壁脱落膜に癒着して子宮峽に附着すると共に内子宮口
を覆うに至ると云う説でかゝるものも稀ではあるが
あり得るとされている。しかしこの続発前置胎盤の原因
は、原発前置胎盤の場合と同様の原因によつて妊卵が
体部粘膜の著しく下方に着床する場合と、子宮体粘膜
に軽度ではあるが広い部位に亘る病変がある場合この
部に生じた胎盤は十分發育することが出来ず、その結
果胎盤の面積を拡大せんとして種々の方向に伸展する
こととなり結局下端が子宮峽にまで及ぶ場合、又子宮
粘膜の面積が相対的に小さい場合等が考えられる。そ
して前置胎盤は経産婦特に流産を経過した者、胎盤の
用手剝離を施された者、又は短期間に頻回の分娩を
反復した者に多いとされている。

副胎盤の成立機転としては、之は滑絨毛膜中の絨毛
から発したものか、又は主胎盤から白色梗塞により区
切られて生じたものであると考えられ、この程度の軽
いものが有窓胎盤であるとされている。従つて前述し
た続発前置胎盤で子宮峽に附着する胎盤の部が舌状突
起の形を示す場合、又は有窓胎盤或は馬蹄鉄胎盤等で
中間の胎盤実質部が消失すれば、或は Hofmeier の唱
える被包脱落膜胎盤の場合には、副胎盤が前置胎盤で
ある事は容易に納得がゆくのである。本症例及び酒
向、並木の例は主副胎盤共子宮の同側壁附着であるか
ら舌状突起の中間が消失したものと考えられる。本症
例では帝王切開時子宮壁に肉眼的な異常は認められな
かつたが、10 年間に 8 回妊娠し、しかもその内 3 回
自然流産 1 回人工流産で、この既往歴は前置胎盤が多
いとされている状態と一致し、酒向、並木の例も 6 年
間に 6 回妊娠し内 4 回流産で同一傾向を示し、結局か
ゝる既往歴の者は子宮粘膜に何等かの病変があり得る
と思われるから、先づ体部粘膜の病変により前置胎盤

となり、子宮体部下部又は子宮峡部の粘膜の病変によりその部の胎盤が發育せず遂に消失して、結局副胎盤の前置胎盤が成立すると考える事が出来る。O.W.Hess の例は副胎盤が主胎盤側より子宮口を越えて附着しており、之は有窓胎盤又は馬蹄鉄形胎盤の程度がひどくなつて主胎盤と完全に分離したものと考えられ、既往歴として 1 回経産でそれは高年初産前期破水早産であるが、頸管ポリープ摘出及び頸管整形術を受けているので、内子宮口部に皺痕があるとすればこの部の胎盤は發育せず結局副胎盤となつたと想像し得る。又始めから被包脱落膜胎盤として主胎盤より分離して出来たものが子宮口を覆うに至る場合もあり得ると考えられる。以上 3 つの場合につき副胎盤の前置胎盤の原因乃至成立機転を考察したが、前置胎盤と診断されたもののうちに胎盤を精査すればかかる症例が稀ならず見出されるのではないかとも思うのである。

診断及び処置に就いては、娩出前の診断は困難で、

又たとえ診断し得たとしても一般の前置胎盤と同様に取扱う外に方法はないと思われるので、之等の点は省略する。

結 語

妊娠 9 ヶ月、1 部性前置胎盤、前期破水、骨盤位の診断のもとに帝王切開を行い、副胎盤が前置胎盤である事を見出した症例を報告し、併せてその原因乃至成立機転を考察した。

御校閲を賜つた日本医科大学真柄教授、賛育会病院河田院長、竹岡部長に感謝します。

文 献

- 1) 酒向、並木：産と婦，**15**，318 (1948)
- 2) Hess, O.W. : Am. J. Obst. & Gynec., **64**，213 (1952)
- 3) 真柄：最新産科学異常編 (1949) 文光堂
- 4) 松本、山本：産婦世界，**6**，461 (1954)
- 5) 八木：産と婦，**16**，145 (1949)

開腹手術の門脈血血液ガスに及ぼす影響

日本医科大学 齊藤外科教室 (主任 齊藤 漢教授)

吉 尾 幹 生

Mikio Yoshio

緒 言

近来、外科侵襲殊に開腹手術による侵襲に関する病態の推移に関する知識が深められ、従つて術前に止まらず、術中、術後に於ける適格な補助的治療が積極的に要望されて来た。この中に於て新しく注目されて来たものの一つとして肝臓があげられよう。

一般に麻酔と手術によつて招来される酸素欠乏は肝臓にも必然的に酸素欠乏を招く理であるが、1943 年、McIrer, Winter は酸素欠乏は肝機能を障礙し肝に病理学的変化を惹起することを実験的に証明している。その他多くの研究は同様な事実を認めている。開腹手術によつて惹起される腸管運動の低下、鼓腸、内臓の鬱血など此等はすべて門脈血の酸素欠乏の原因である。

肝動脈によつて送られる血液は全肝流入量の 12~13% に達する (Huggins, C. and Post, J.)。これに反し門脈の血液輸送量は全体の 45~75% に達し (Cameron G.R. and Mages, B.T.)、かつ又、肝臓に供給される血液の 80% 以上は静脈性で、臓肝で消費され

る血液酸素の 3 分の 2 は、静脈血に仰いでいる (Mc Michael, Bialock)。又外科侵襲後の門脈血の流血量は減少し、その減少度は他の何れの部位に於けるよりも高度であると言われ (Opdyle)、更に酸素欠乏時に於て肝臓の循環血量の減少は、一般循環量よりも遙かに高度で而もその恢復は速かでないとも言われている (Engel)。

要するに肝臓の酸素欠乏の原因に関しては門脈系の前に、その中に肝内に、肝後に広範にわたるものである。肝臓は生命保持の宝庫であり、その点に於て肝臓に対する治療及び予防は緊急問題である。

Fine は 1944 年動脈血の門注をショック時に行うことを提唱してをり、又佐藤は動脈血輸血は効果的なものらしいと言っている。又最近静脈カテーテル法の発達により、肝動静脈の研究が盛んに行はれて来た。Groff は肝疾患と肝動脈と肝静脈の酸素含有量の差に関する研究結果を発表し、又 Mgers & Hickham は心不全の肝血流量と内臓酸素消費量は減少すると発表