考 按

子宮破裂の頻度は、統計上 0.2 乃至 0.4% で、即ち 250 人乃至 500 人に一人の割合である。吾々の頻度は 2.5% になるが、吾々の所では難産患者が多く、正常分娩が少いたためであつて、7 例共に外よりかつぎ込まれたものである。予後では小林は 45.3% の死亡率を記載しているが、抗生物質の発達や輸血、輸液の便利な現在においては、死亡率は大いに減少したといつても過言ではない。吾々の 7 例は全部助かつているのである。

次にこれ等に共通した事実を記載して見ると、

- (1) 各症例共に 3 回あるいは 3 回以上の経産婦である。
- (2) 破裂部位は帝王切開の瘢痕部位破裂以外は皆一側、あるいは両側から前面に亘る所の子宮頸部の破裂である。
- (3) 各症例共に破裂を起したのが分娩第 2 期である。

(4) 帝王切開例を除いては、過去の分娩において今度の破裂の因子となる様な原因を認め得ない。

(5) この度の妊娠は殆んど正常であつた。

(6) 骨産道及軟産道は皆正常であつた。

(7) 前回の妊娠と、今度の妊娠との間には特異的な産科婦人科の疾病を認めない。

(8) 一例の骨盤位以外は皆頭位であつた。

(9) 一例の脳水腫以外は皆正常胎児であつた。

(10) 全例において皆何等かの誘発的補助原因を認め得る。

結 語

吾々は過去 3 年間に於いて 7 例の子宮破裂に遭遇しその各症例について表示し、以て参考に供したものである。

恩師真柄教授の御校閲を深謝す。

本要旨は 1955 年 11 月台湾医学会総会に於て発表した。

帝王切開 86 例に就ての觀察

台湾省立高雄医院産婦人科

楊 炳 煌

Heiko Yō

緒 論

消毒法の進歩、化学療法の発達、手術法の改良、輸血輸液の完備等によつて、帝王切開の要約と適応とに大なる変化を起してきたことは当然である。過去における術後不妊、乏血死、麻酔死等も著しく改善せられたことは誰もが是認する所である。1951 年より 1956 年 3 月までに吾々の所で施行された帝王切開 86 例について、統計的觀察を行い、既に発表された先人のそれと比較し論ずる次第である。

統計的觀察

(A) 適応症に就いて

第 1 表に示すが如く 1951 年より 1956 年 3 月まで分娩総数 509 例中帝王切開術を施行したものは 86 例である。即ち帝王切開は 16% に施行されたものである。もつとも病院で分娩することになれていないため、その数も少く、吾々の所を訪れる者は主に難産が多いためでもある。1953 年までの帝王切開は、全分娩数に対

第 1 表 (1) 帝王切開の適応症

年 度	例 数	前置胎盤	胎盤早期剝離	子宮頸部癌	子宮中隔	巨大児	子宮腔部癌	分娩総数	帝王切開比率
1951	6	3	2				1	97	6%
1952	8	3	2	1				114	7%
1953	15	5	3	2	1	1	1	103	14%
1954	24	8	2	10			1	76	31%
1955	25	12	2	6	1	3		89	28%
1956 3月	8	3	2	1		1	1	30	26%
計	86	34	9	24	4	8	1	509	16%

し 14% 以下であつたが 1954 年以後、漸次その数を増加して 31% に達している。消毒法の進歩殊に逆性石鹼の登場により、感染の予防が容易になり、頻回の内診を行つても産道感染が少くなり、又化学療法の発

第1表の(2) 主要適応症の比較

報告者 適応症	小 畑	八 木	安 井	Richard D. Bryant	著 者	
骨 盤 異 常	104	8	18	166	4	27.9%
前 置 胎 盤	69	11	22	36	34	
高 年 初 産	67	10	18	32	8	
子 癇	39	9	8	8	24	
胎盤早期剝離	6	7	3	24	9	
筋 腫	4	3	—	10	—	
卵 巢 嚢 腫	4	3	4	3	1	
子 宮 瘢 痕	7	4	—	70	—	
そ の 他	28	8	19	58	6	
計	328	63	92 (15年)	407 (5年)	86 (5年3月)	

達により破水後相当時間が経過しても手術が可能であること、あるいは頸部切開の結果腹膜炎発生が少い事等の諸点から、帝王切開の要約が緩かになり、且つ適応症が拡大された結果であると思う。参考的に今までの先人の報告を見ると別表(第1表の2)の通り、前置胎盤、骨盤異常、子癇、高年初産等が主なる適応症であることが判る。

(B) 破水と帝王切開との関係。

第2表、を見ると1952年までは全部破水前に手術を施行している。これに反し1953年以後72例中11例は破水後に手術している。しかも破水後7時間以上経

第2表 破水と帝切との関係

年 度	例 数	破水前の 手術数	破水後の 手術数	破水後手術 迄の時間
1951	6	6	0	2時間以内 5時間 4時間 2例 7時間 3例 13時間
1952	8	8	0	
1953	15	13	2	
1954	24	21	3	
1955	25	20	5	
1956 3月	8	7	1	
計	86	75	11	

過したもの3例、13時間経過したものが1例あることは、化学療法の恩恵に基づくものである。破水後長時間を経たものは、術後発熱を伴う傾向があり、1例の如きものは、40°Cに及ぶ高熱を出したが、化学療法により3日間で下熱し何の障害も残さなかつた。手術後発熱の原因は、感染は勿論であるが、その他子宮収縮不全のため、悪露蓄積による吸収熱も無視することは出きない。過去において理想的な子宮収縮薬の無かつた憾みがあるが、近年硫酸スパルティン、エルメトリン、の如き優秀なる子宮収縮剤が現われた。その結果、悪

露蓄積は完全に予防することが可能となり、ここに発熱の原因は著しく除去せられたので、吾々の帝王切開例において破水前のものは勿論、破水後も発熱例は少かつたのである。

(C) 母児の死亡。

帝王切開の本来の目的は母児の救命にある。従つて手術で死亡の原因を作つたのでは意味がないことになる。第3表を見ると母6例の死亡を出している。即ち7%である。母死亡の原因は、子癇5例、中心性前置胎盤1例である。児の死亡率は13例

ある。即ち15%である。手術前に死亡したもの6例、出生後に死亡したものの中3例は2疋以下の未熟児である。母児の死亡率は、先人の報告と比較すると大きな差がない様である。但し安井修博士は、子癇に帝王切開を行うことが少いために母の死亡率は1.08%である。吾々の場合は殆んど子癇で死亡したのである。

(D) 帝王切開時の麻酔の種類と術式。

麻酔は母児に対して安全であることが最大の条件であり、次に手術が容易であること及び麻酔が容易であることが必要である。吾々は殆んど局所麻酔及びエーテル吸入全身麻酔である。僅か3例の腰麻とトリエチレンによる全身麻酔11例がある。腰麻ヌベルカイン0.7ccを使用しているが母児に対して何等の後障害もなかつた。又ショックも起らなかつた。

第3表 母 児 死 亡 率

年 度	手術数	母死亡	児 死 亡	
			手術前死亡	出生後死亡
1951	6			
1952	8			1(1.5疋)
1953	15	1		1(1.8疋)
1954	24	2		1(2 疋)
1955	25	3	5	4(2疋以上)
1956 3月	8		1	
計	86	6 子癇 5 前胎 1	6	7
死亡率		7.2%		15%
" 小 畑		3.7%		7.2%
" 八 木		6.3%		13.7%
" 安 井		1.08%		13%

第 4 表 麻酔の種類と術式

年 度	手術数	腰 麻 ヌペルカ イン	局 麻 兼 エーテル	全 麻 トリレン	術 式	
					体 部	深 部
1951	6	2(0.7 cc)	6		2	4
1952	8		6		1	7
1953	15		15		3	12
1954	24		15	9	1	23
1955	25	1(0.7 cc)	23	2	8	17
1956 3月	8		7		2	6
計	86		72	11	17	69
比 率		3.48%	82.7%	12.8%	20% (不妊術)	80%

安井博士は腰麻時ショック発生の原因が下腹部内臓支配神経の強き麻痺にあることを考え、腰麻薬量を減量して然も効果が充分發揮出きることを発表している。手術 15 分前に 4%エフエドリン 1cc を皮下注射し、腰髄液 5cc を注射筒に吸入して、ヌペルカインと混合して後静かに注入する方法を取っている。又局麻の方法は、局所浸潤麻酔後開腹し、胎児を取り出してから全麻に移す方式を取っている。これは母児に対して最も危険性が少ないと思つたからである。(第 4 表)

が可能であつた。

3) 母の死亡率は殆んど子癇患者であつた。待期療法が良いか、あるいは帝切が良いか未だ定説が無いので吾々は帝切を主として行つてきた。以上の成績から見ると、子癇にはむしろ帝切を避ける方がよいようである。

恩師真柄教授の御校閲に深謝す。

本要旨は 1956 年 6 月台湾医学会嘉義地方会に於て発表した。

(E) 術式。

古典的子宫体部切開は 20% であり、全部不妊術を施行している。

80%は頸部(子宮下部)横切開術を施行している。(第 4 表)

結 語

帝王切開86例についての適応症、麻酔、母児死亡等を中心にして統計的観察を行つた。

1) 帝切の麻酔は殆んど局麻及びエーテルであつた。

2) 破水後相当時間を経ても帝切

最近 6 カ年間に於ける悪性絨毛上皮腫の臨床経験

台湾省立高雄医院産婦人科

楊 炳 煌

Heiko Yō

緒 言

悪性絨毛上皮腫(以下悪絨腫と略記)については、1895 年 Marchand 氏が本症の病理組織について発表して以来、既に幾多の学者の研究業績が現われた。その後 1930 年 Aschheim-Zondeck 氏が尿中のホルモンと密接な関係があると宣明し、それ以来本症の早期診断、及予後判定に偉大なる貢献をもたらしたものである。

吾々は過去 6 年間即ち 1950 年より 1955 年の 6 年間に経験せる悪絨腫が 11 例あつた。この中比較的記載の明瞭なる 9 例について検討したものである。

症 例

第 1 例、頼○、24 才。1 回経産

23 才 4 カ月、胞状奇胎自然産、以来不正出血あり。24 才 2 カ月より性器出血加わり、全身衰弱し、同年 9 月には血痰を訴えるようになった。9 月 26 日入院、診察所見、血性粘液性分泌物を証明し、子宮腔部紫藍色強度。子宮は前傾前屈、超驚卵大、稍々硬、可動。両側子宮付属器に抵抗を触れ、全身状態は極度に衰弱し悪液質の如き様子で、歩行困難、尿は 10 萬単位陽性(Frogtest)。X-Ray では肺転移を証明。診断は悪性絨毛上皮腫及肺転移。輸血、輸液、強心剤投与等で一般状態の好転を計り、手術を行つたものである。術式は単純性子宮全剝出術を行つたが、術後 4 日目に死亡した。

剝出子宮の左卵管角より後壁にかけて約鳩卵大の腫瘍