

れない程活性顕著なものまであり、胎状奇胎と絨毛上皮腫の中間的存在であることを裏付けている。臨床像は破壊奇胎と絨毛上皮腫の間にはほとんど差異がみられず、その転移頻度が前者は32%、後者は91%と特に後者が高率であり、転移にもとづく症状の軽重、多様性が差異を示す。また放置期間を観察すると破壊奇胎では放置期間が短いものが多く6カ月以内のもの74%で、絨毛上皮腫ではそれに反して、7カ月以上のものが80%で奇胎後経過の長いものに多くみられた。2年治療率は絨毛上皮腫は17%にすぎないが、破壊奇胎ではたとえ転移があつても、化学療法が奏効することが多く、治癒率92%で、両者の間には特徴的と云える程の差異がみられる。しかも破壊奇胎の治癒したものの中の4例は早期例で腫瘍のみの剔出で、子宮を温存し、その後の妊娠、分娩に成功している。また死亡した4例の中の3例は剖見により転移巣は絨毛上皮腫の組織像を示していた。また絨毛性腫瘍は内分泌活性腫瘍であり、このため、従来HCG値は腫瘍診断の、予後判定に応用されて来た。われわれの症例もHCG値が腫瘍の活性度と密接な関連があることを認めたが1方尿中 pregnanediol 値についても破壊奇胎では術前より術後への下降がみられ、また、絨毛上皮腫も病巣の改善の見られる場合、pregnanediol 値の低値化を認める。しかもHCGの低値化とはある程度の相関関係をもつて変動した。以上のことより破壊奇胎と絨毛上皮腫とは連続した疾患であり、絨毛上皮腫はより進行した病変と考える。

#### 79. 破壊性奇胎を中心とした絨毛性腫瘍の連続性非連続性に関する研究

(慈恵医大)

細川 勉, 伊藤 治英, 有広 忠雅  
大須賀啓暢, 保坂 孝二, 池田 健郎

近年 Hertz らは、胎状奇胎、破壊性奇胎及び絨毛性上皮腫を“Spectrum of disease”と呼び、本邦でもこれらを連続性と考えものが少くない。そこでこの問題につき、まず破奇65例及び絨腫99例の腫瘍の占居型、形状及び数などの肉眼的所見を比較し、また Trophoblast の Pattern や周辺筋層に対する態度などの組織学的立場、あるいは R.N.A. や D.N.A. などの細胞学的立場などから、いろいろ観察を行つた。その結果正常絨毛も加え、これらの変化の間には程度の差はあるが、形態学的差異が認められ、とくに後2者の間に移行型の少ないことを確めた。すなわち少なくとも絨毛の有無という立場からは、絨毛を全腫瘍中にごく少数だけ認め、絨腫との鑑

別に困難を感じるような例は、むしろまれであると思われる。破奇と絨腫との間に移行型をおくことは困難であると思われた。また内分泌の立場からは、破奇が奇胎より最初から H.C.G. 値が高いとは言えないようで、またその程度に問題はあるが、破奇にも絨腫のばあい似た H.C.G. 値の上昇の認められた例が13例存在し、破奇が奇胎あるいは時に正常妊娠から、続発性に発生し得ることが考えられた。また臨床的立場から先行妊娠の種類をみると、奇胎先行例は51例で、非奇胎先行例は14例であり、臨床上一らかな奇胎を先行しなかつたにも拘らず、組織学的に奇胎様絨毛が全例に認められたことはきわめて興味深い。さらにいわゆる潜伏期、その間の症状の有無、再掻爬との関係、転移の様相などを検討し、とくに予後不良の破奇8例に注意してみた。これらの結果、破奇はその後絨腫を続発し得るが、本来は異質的な疾患であり、また一方奇胎にきわめて近接するものの、より腫瘍性をおびたものと認め得ると思われた。しかも正常妊娠、奇胎、破奇及び絨腫の間には、非連続性が認められるのみならず、後2者の発生過程にかなりの多様性が存在し得ると思われた。

#### 80. 破壊性胎状奇胎より分泌される Gonadotropin の生化学的性状並びに流血中動態について (神戸大)

望月 真人, 吉岡 厳, 都倉 康正  
土倉 惇, 東条 伸平

我々は各種絨毛性 gonadotropin の生化学的性状及び流血中の動態についていろいろ報告してきたが、今回は破奇を中心として、それらについて検討し興味ある成績を得たので報告する。

研究方法：同一患者（正常妊娠、奇胎、破奇、絨腫）の尿及び血液から、カオリン吸着法、Mc. schan 法で粗 HCG を抽出した後、抽出液は up ward-flow gelfiltration にて精製した。各溶出分画毎の生物学的活性は FSH, LH 活性に分けて測定、さらに生物学的活性分画は Cyanogam electrophoresis で検討した。また各種 HCG を流血中の動態により近い状態で分析するため、血清を濃縮後、molecular sieving method により分画し、各分画の生物学的活性を検討し、その活性分画は gelelectrophoresis 後 gel を 3mm 巾に cut し各 segment の FSH, LH 活性を測定した。

bioassay は幼若マウス子宮重量法、O A A D 法 Steelman Powley 法を使用し、また全段階で bioassay と同時に H A I R により免疫学的活性を測定した。

(研究成績) 1) 血中HCGでは悪性度の高い絨毛性腫瘍(破奇, 絨腫)ほど正常妊娠や奇胎に比して遅れて溶出されるが, 尿中HCGについては逆の様相を示す.

2) 同一個体においては, 尿中, 血中HCGいずれを問わず妊娠初期, 奇胎ではF SH優位であり, 破奇ではおおむねF SH優位であるが一定の傾向を認めず, 妊娠後期, 絨腫ではLH優位であつた.

3) 流血中HCGの生物学的活性は, 絨毛性腫瘍ではその分布の巾は広く分子量はおおむね  $7 \times 10^4$  から  $1.3 \times 10^4$  の範囲内にあると考えられ, きわめて遅れて溶出される分画, すなわち分子量  $1.5 \times 10^4$  前後のものにも生物活性は認められるが, 一方正常妊娠では一般にその生物活性は分子量  $4 \times 10^4$  以上の分画に認められる. 免疫学的活性はいずれの場合も, 主として分子量の比較的大きな分画にのみ認める. electrophoresis 後の生物活性は特定な血清蛋白分画とは関係せず, AI-分画附近に認められる場合に異常に高く, 免疫活性は  $\beta$ -gl 分画附近に認められる.

#### 81. 子宮保存手術により拳児に成功した破奇の1例

(神奈川・大口病院) 緒方 俊弘

29才, 家婦, 家族歴に異常なく, 月経も整順, 26才で結婚. 最終月経, 昭和39年3月4日より3日間, 6月7日より性器出血が持続し, 同18日自然流産の診断で子宮内容除去術を行つたところ奇胎であつた(病理組織診でも同様). 以後少量の性器出血が持続し, 6月26日再掻爬

術を行つた. フリードマン(F)反応は, 200 K.E. 陽性, 基礎体温も高温相が継続したので, エンドキサン 2,400mg投与. 8月6日にいたりF反応2万K.E. 陽性, 4万K.E. 陰性.

胸部レ線像正常. 子宮卵管造影で子宮底より右下方に不鮮明な陰影を認める. 8月7日開腹し子宮底部に近く約拇指頭大の暗赤色の腫瘍を認め境界は鮮明で限局している. 拳児を切望しているので腫瘍のみを核出し, 子宮体は保存することにした. 摘出物は, 組織学的に破壊性胞状奇胎であつた. エンドキサン 3,000mgを投与した. 術後12日目F反応 200 K.E. 陽性, 1万 K.E. 陰性であつたが, 19日目 200K.E. 陰性, 9月2日より 100K.E. 陰性となつた. 基礎体温も2相性となり, 9月11日より4日間正常月経が来潮した. その後経過を観察していたが, 昭和41年12月17日より3日間を最終月経として再妊娠し, 翌年8月30日, 2,990gの健康な女児を娩出した.

従来破壊性胞状奇胎の治療は, 原則として子宮単純全剔出術である. これが不可能な場合には, 膈上部切断術が行なわれている. しかし未だ児に恵まれていない婦人にとつて, 子宮を保存し, 妊娠の可能性を残すことはきわめて望ましいことである. 幸に本症例は, 腫瘍が限局性であつたので, 腫瘍の部分のみを切除することにより生殖機能を残し, 生児を得ることに成功した.

## 第7群 新生児仮死の病態分析とその管理

### 82. 胎児・新生児仮死の病態生理とその早期診断に関する基礎的ならびに臨床的研究 第1報: 胎児心拍数と胎児血の分析による新生児仮死の予知

(大阪大)

竹村 晃, 倉智 敬一, 足高 善雄

(Dept. of Obst. & Gynec. Yale Univ. School of Medicine) Edward H. Hon, (Frauenklinik, Univ. Frankfurt) Edward J. Quilligan, Fred Kubli,

われわれは, 新生児仮死につながる胎児切迫仮死を, できるだけ早期に, しかもより確実に診断することを目的として, 胎児心拍数と胎児血酸塩基平衡にみられる次の8つのパラメータを中心に, その診断的意義を検討した. まず, 分娩経過を第I期の前, 中, 後期, 第II期を

前期, 後期の計5期に分け, 各期20分間のデータをサンプルして, UPI, CORDは20分間の陣痛発作回数に対する遅発性胎児徐脈, 及び乱発性徐脈の発現頻度とし, BFHR,  $pO_2$ ,  $pCO_2$ , pH, BE (curved Nomogram) BE' (alignment Nomogram) は各20分間の平均値で以つて代表させた.

各パラメータについての仮死, 非仮死児弁別の最適限界値は, 正診率および仮死児発見適中率について求められ, 各分娩時期によつて推移するが, 5期を通じての平均値では, pHが例外的に両率共, 7.19未満を仮死児とする時に最大となり, それぞれ82.5%, 27.0%である. 他のパラメータで5期平均正診率に関して最適弁別限界値のピークを示すものは,  $pO_2 < 12 \text{ mmHg}$  (77.2%),  $BE' \leq$