

側子宮より第1児が全足位にて分娩、その47分後左側子宮より第2児も全足位にて娩出。第1児分娩時の内診で子宮下部の隔壁に裂傷を確認したが、胎盤娩出状況など異常なく無事分娩を終了す。第1児2200gr、第2児2600grの女児で特別な異常なく、産褥経過良好で母児共に無事退院。分娩後の検査では泌尿器系の奇型認めず、子宮卵管造影では分娩時の隔壁裂傷の為両子宮間に交通が認められたが双頸双角子宮を確認。

又最近10年間の教室での奇型子宮例の分娩は10例(帝切1, 経腔分娩9例)で、その妊娠経過、分娩状況の一端を報告し、最近の文献上の重複妊娠分娩例についても言及した。

170. 帝王切開児の頭蓋陥没骨折

(東京・日本赤十字社産院)

○鈴木 孝二, 柄沢 和雄, 中嶋 唯夫

近代産科学の特徴の一つに、帝王切開による胎児適応、社会的適応範囲の著しい拡大がある。一方鉗子手術、骨盤位娩出術などの価値観の変化のみならず、産婦或はその家族すらこれらの産科手術に対し、時には強い拒否反応を示し、胎児を安全かつ確実に生産せしめる唯一の娩出手段が帝王切開かの如き錯角に陥っている場合も少なくない。既に帝切児症候群の如く、帝王切開に伴う児側の不利な点のあることなども知られているが、われわれは今回全く陥没骨折などの予測し得ない症例に表題の如き児を経験したので報告する。

本症児の母は既往妊娠歴に満期産でかつ生下時体重3kg以上の3児を自然分娩、3児共に健在であるが、その後再婚12才年下の男性との間に懐妊したが、妊娠第35週第3日に、突如前期破水が発生し、自然陣痛発来なきまま3日間を経過し、現夫との児を生産せんがため、所謂広義の社会的適応により本女児(2240g)を娩出せしめたが、吐乳と体重減少の主訴で当院未熟児センターに生後6日目に収容された。側頭部左側に3.0cm×3.5cmの陥没骨折を認め、特発性高ビリルビン血症の加療後、眼底など眼科所見に異常なく、一般状態を監視しつつ、脳外科医の来診、協力の下に陥没骨折部の整復術を試み、その後吐乳は退院時まで消失しなかつたが、1回の輸血、対症療法の結果、症状の緩解をみ、生後第102日目、2950gにて無事退院せしめ得た。

質問 (日本医大) 鈴木 正勝

頭蓋陥没骨折は帝王切開前の陣痛などによつておこつたものか、あるいは帝王切開時におこつたものか、どうお考えですか。

解答 (東京・日本赤十字社産院) 鈴木 孝二

最近、鈴木はじめ、諸報告を見ますと、すでに分娩開始に先立つて相当強い、かつ分娩陣痛と識別し得ない子宮収縮が月余にわたり証明されるとありますから、妊娠中に起つた陥没骨折とも考えられますが、当院での手術例でない為不明でございます。

Ⅲ 群 妊婦と非産科的合併症

171. 妊娠合併消化器疾患——逆吐の様相を中心として——

(東京医大・大月市立市民病院) 宮野 誠

胃内容を食道・口腔を経て外に吐出する現象を一般に「嘔吐」というが、「嘔」には悪心・むかつきという意味があり、悪心を伴わない場合もあるので、吐出現象そのものは「逆吐」と呼ぶ方がよい。

妊娠の逆吐はつわり・妊娠悪阻等の妊娠性嘔吐が主であるが、悪心、逆吐・食欲不振のほか種々の症状が挙げられるし、また逆吐を来す疾患も極めて多いので、逆吐の様相をよく見究めて慎重に診断されねばならぬ。

逆吐の様相としては、1. 悪心：時期・誘因、伴わない(食道疾患・胃神経症・脳腫瘍)。2. 食欲：空腹感の

有無、食べたくないのか、食べられないのか。3. 食事：空腹時殊に早朝、食事中、食後(時間的關係)、週期的逆吐(夜間大量悪臭：幽門狭窄)、食餌の温度(温食・冷食)。4. 自発痛(胃痛・腹痛)：種類と時期(疝痛発作に伴つて：胆石、腎石)。5. 腹部視・触・聴診：蠕動不安、圧痛・抵抗、金属音(イレウス)。6. 吐物：消化状況、胃液・胆汁・血液の存否、臭気(酸臭、糞臭：イレウス、尿臭：尿毒症)。等につき詳細に問診・観察する。

逆吐の様相を中心として、消化器疾患と妊娠、殊に胃癌(無症候例)・食道拡張症(Achalasia)・イレウス(索條性、真性)を例示し、重症悪阻例と対比した。またその鑑別にX-Pをどしどし行なうべきことを主張した。