

51221

5651



近世婦人科全書

明治
40 1. 17
内交

近世婦人科全書中卷

目次

第十二章	子宮內膜炎、實質炎、特殊性	一頁
	內膜實質炎及其結果	一頁
	剝脫性內膜炎	一頁
	分離性內膜炎	三頁
	子宮ノ閉鎖	五頁
	子宮ノ穿孔	八頁
	子宮ノ萎縮	一〇頁
	慢性實質炎	一四頁
	肥大增生	一六頁
	腔部肥大	一九頁
第十三章	子宮ノ纖維樣腫瘍	二一頁
第一節	筋腫、纖維腫、纖維筋腫	二一頁

目次

發生率	二一
解剖的構造	二三
變性	三六
臨床的症狀	四二
診斷	五三
對症療法	五七
手術	六三
腔式	六七
版式	七七
第二節 肉腫	八二
葡萄狀肉腫	八七
壁內肉腫、腺腫性肉腫、血管肉腫	八八
診斷	九〇
經過	九二
療法	九二

第十四章 子宮ノ上皮様腫瘍

第一節 腺腫	九五
第二節 癌腫	九七
統計發生率、發生	九七
解剖的變化	一〇一
體部癌腫	一〇二
顯微鏡的構造	一〇二
頸管癌腫	一〇五
腔部癌腫	一〇七
多發性癌腫	一一〇
症候	一一五
療法	一二四
癌腫ニ於ケル膀胱所見	一二六
姑息療法	一二八
根治療法	一三六

腔式全摘出術……………一四三

腹式全摘出術……………一五一

擴張腹式手術……………一五二

マツケンロート式全摘出術……………一五三

薦骨式全摘出術……………一五五

第三節 悪性脈絡上皮細胞腫、悪性「シンナ、オーム」、脱落膜癌……………一六七

第四編 喇叭管、卵巢及隣接組織ノ疾患……………一七五

第十五章 喇叭管疾患(形成異常及炎症)……………一七五

第一節 形成異常……………一七五

第二節 喇叭管ノ炎症、喇叭管炎、化膿性喇叭管炎、喇叭管水腫、喇叭管血腫……………一七九

原因……………一七九

病理解剖……………一八五

症候及診斷……………一九六

經過及豫後……………二〇二

療法……………二〇八

第十六章 喇叭管ノ疾患(喇叭管妊娠、喇叭管新生物)……………二一四

第一節 喇叭管妊娠(血腫)……………二一四

第二節 喇叭管ノ新生物……………二四六

第十七章 卵巢ノ疾患(畸形、變位、血行障碍、營養異常及炎症)……………二四九

第一節 卵巢ノ畸形……………二四九

卵巢欠如及先天性矮小卵巢……………二四九

過剩卵巢……………二五〇

第二節 卵巢變位……………二五〇

第三節 血行障碍及脈管疾患……………二五一

第四節 卵巢肥大及萎縮……………二五二

第五節 卵巢ノ炎症……………二五四

定義	二五四
原因	二五四
病理解剖	二五六
臨床的症候	二六〇
經過及豫後	二六五
療法	二六九
第十八章 卵巢ノ疾患(新生物)	二七五
病理解剖	二七五
概論	二七五
非增生性腫瘍	二七七
增生性腫瘍	二七九
局處解剖總論 莖蒂構成論	二七九
各論	二八二
第一節 實質性新生物(腺腫性囊腫、癌腫、皮樣囊腫及畸形腫)	二八二

第一 上皮性新生物	二八三
腺腫性囊腫	二八三
假性ムチン性腺腫性囊腫	二八七
肉眼的構造	二八七
顯微鏡的構造	二九四
漿液性腺腫性囊腫	二九八
癌腫	三〇四
第二 卵性新生物	三一〇
皮樣囊腫	三一〇
畸形腫	三一七
第二節 間質性新生物	三一八
纖維腫	三一九
肉腫	三二〇
外皮細胞肉腫、內皮細胞腫	三二二
臨床的症候、卵巢腫瘍ノ經過及轉機	三二三

卵巢腫瘍ノ診断……………三二六

診断總論……………三二六

卵巢腫瘍ノ診断各論……………三三八

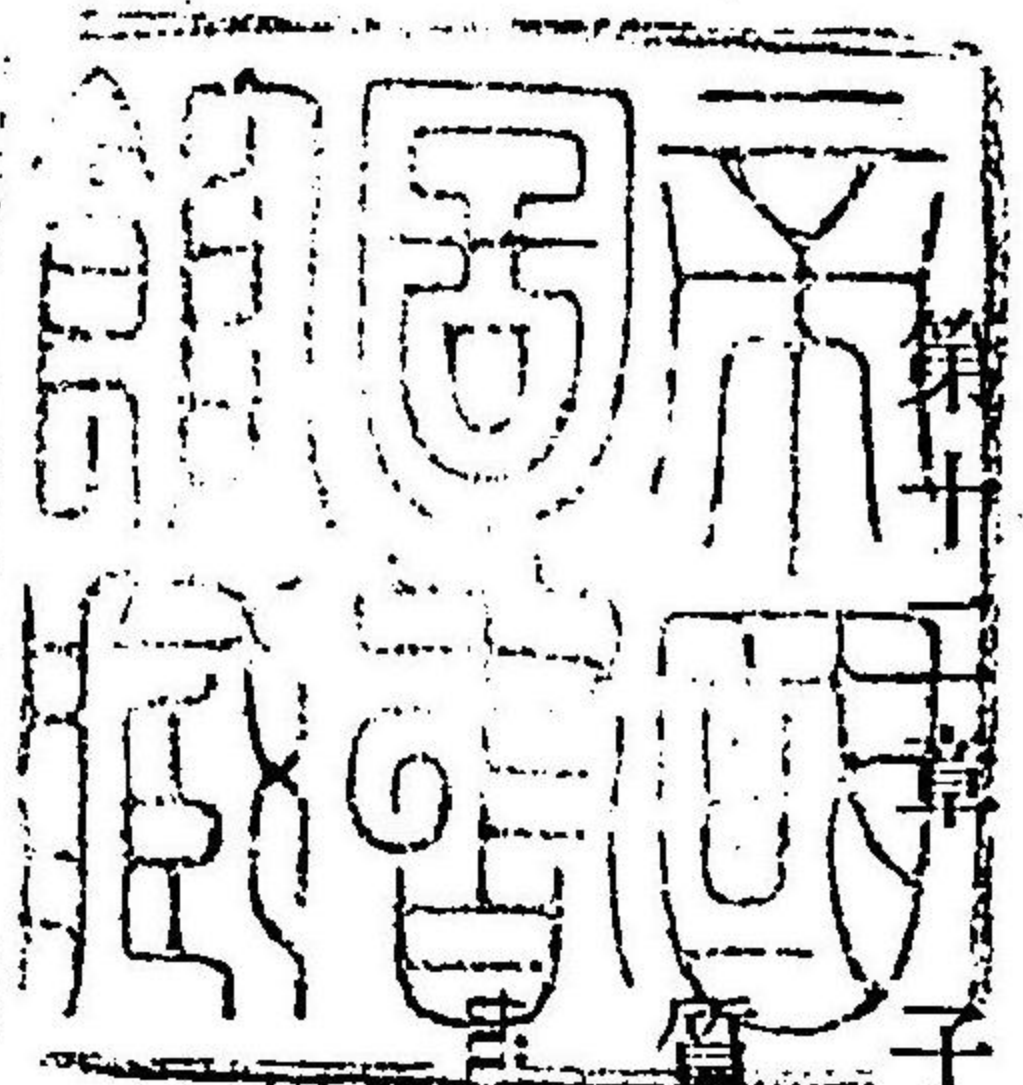
卵巢腫瘍ノ合併症……………三四一

卵巢腫瘍ノ療法……………三四六

副卵巢囊腫……………三六〇

近世婦人科全書中卷目次終

近世婦人科全書中卷



第十
章
子宮内膜炎、子宮實質炎、特殊性内膜實質炎及其結果 Endometritis, Metritis, eigen-
bunliche Formen und Folgezustände.

ドクトル オット・キュストネル 著
醫學士 竹中 鑑之助 譯

内膜實質炎性作用ニシテ特殊性症狀ヲ呈スルモノヲ剝脱性内膜炎、
dometritis exfoliativaト稱ス、此症ニアリテハ月經時ニ於テ、管ニ極メテ少量ニ
シテ經血中ニ消失スル子宮粘膜ノ細胞層ノミナラズ、全子宮粘膜層ハ剝
離シテ大小種々ノ膜トナリテ排出ス、子宮ノ内面ハ剝離シテ膜ヲ生ジ以
テ子宮内部ノ鑄型ヲ造リ、一ノ三尖角ヲ有セル囊ヲナシ、其三隅角ニ各一
孔ヲ具備ス、其二孔ハ喇叭管ニ他ノ一孔ハ頸管ニ恰當セリ、此膜ハ剝離若

シクハ排出ノ際、多クハ破碎分裂シ、僅ニ斷片トナリ、凝血中ニ混合セルヲ目撃ス。

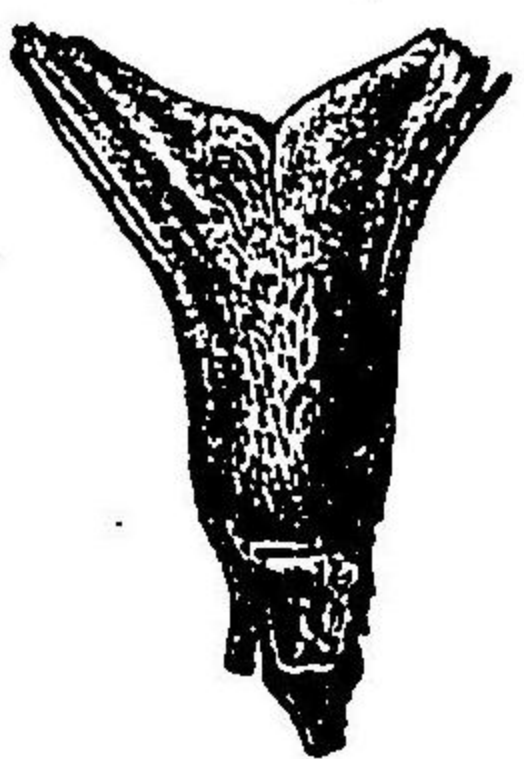
膜ノ排出ニ際シテハ、強盛ナル子宮ノ收縮ヲ要ス。此際子宮ハ殆ド重症ノ炎症症狀ヲ呈シ、屢劇痛ヲ伴フコトアリ、故ニ嘗テ此作用ニ對症的名稱ヲ附シ、**性月經困難** *Dysmenorrhoea membranacea* ト名ケタリ。

此膜ニハ上皮ヲ具備セル腺アリテ、時ニ表面上皮ノ存在ヲ認ムルコトアリ、腺間組織ハ多クハ増加シ、間質細胞ノ増大セルコト稀レナリトセズ、**グプハルド氏**該組織ハ多クハ染色シ難シ。

過度ノ月經ノ際、殊ニ主トシテ內膜炎ノ際、亦類似ノ三角形膜片ヲ排出ス、然レモ是レ凝血タルニ過ギス、之ヲ排出スル際ニモ亦月經性脫落膜排出ノ際ニ於ケルガ如ク、是レニ類似セル陳痛様ノ疼痛アリ。

月經性脫落膜 *Decidua menstrualis* ト極メテ初期ニ於ケル流産トノ誤診ハ、檢鏡的試驗ニヨリテ之レヲ避クルヲ得ベシ、妊娠ニ於ケル脫落膜ニハ極メテ早期ニ於テ既ニ特殊性大脫落膜細胞アリ、殊ニ太破片ヲナシ續出スルハ內膜炎ノ際個々排出スルニ比シ、區別上必要ノ點ナリトス、**グ**

第百五十八圖



月經性脫落膜ノ極メテ鮮明ナル一例、喇叭管隅角ノ一部分ハ斷裂セリ、下方ニ於テ此標本ノ下端ヨリ一仙迷突ヲ距ツルトコロニ明カナル絞扼痕アリ、是レ子宮内口ニ恰當セルトコロナリ、子宮體部ノ脫落膜ハ擴張シ、絞扼痕ノ下方ニ懸垂セルニ辨ハ頸部脫落膜ナリ(自然大三分ノ二)。

グハルド氏此疾患ハ時トシテ有力ナル療法ヲ施スモ奏効セ

ズ、又根本的搔爬ヲ行ヒ且、腐蝕法ヲ併用スルモ毫モ奏効セザルコト屢之レアリ、斯ル際ニアリテハ寧ろ蒸氣燒灼法ヲ試ムベキナリ。

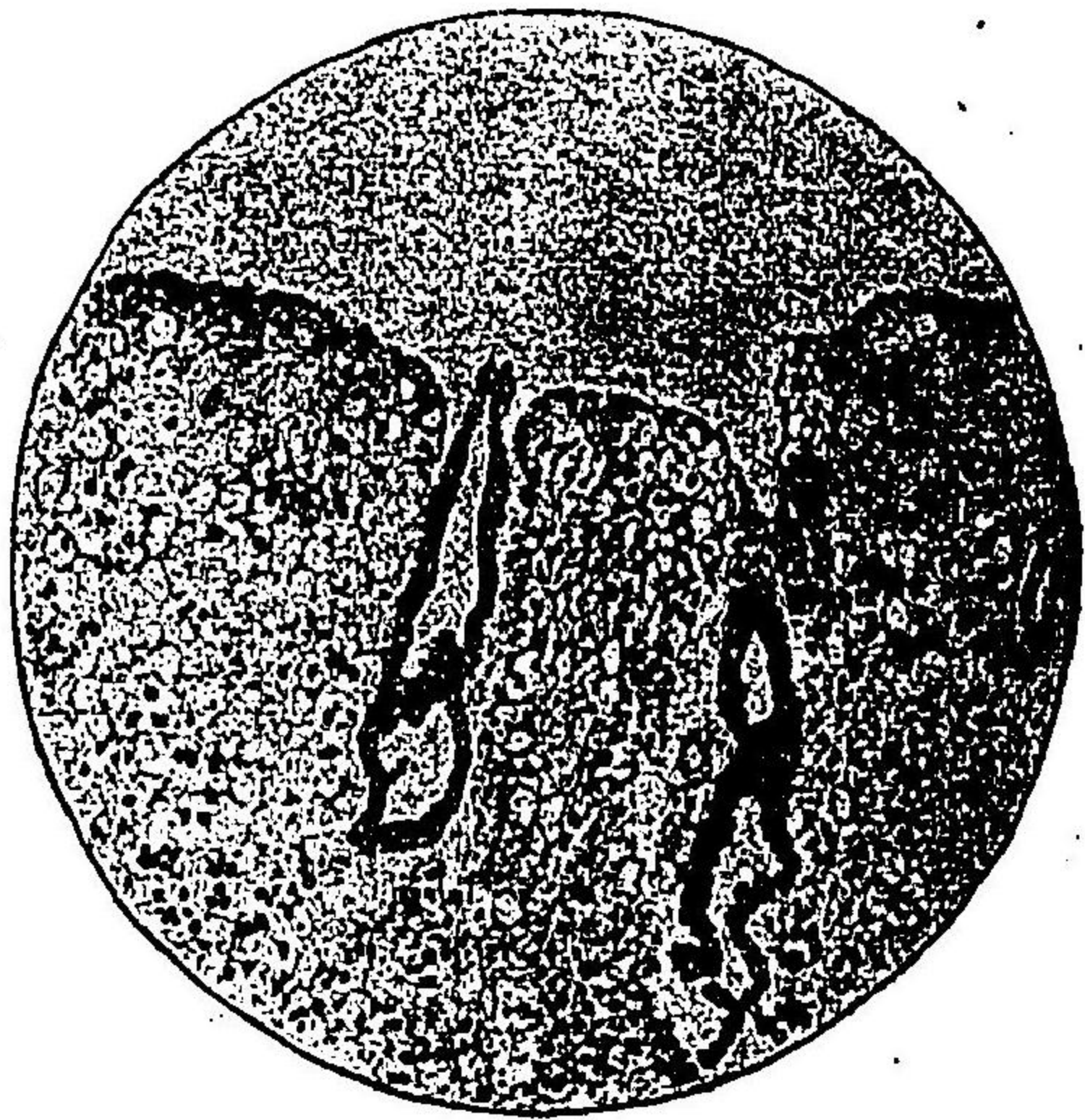
化膿性急性內膜炎ニアリテハ、時トシテ子宮内面ニ穿掘ヲ生ジ、且、膿瘍ヲ生ジ、爲メニ組織ノ大部分ハ腐片トナリテ剝離シ、以テ排出セラル、コ

トハ既ニ記述セルトコロナリ、曩時シロミアトニコッフ氏 *Syromiatnikoff* ガ産褥ニ於テ發スル特殊ノ疾病ニシテ分離性實質炎 *Meritis dissecans* ト

名ケタルモノアリ、化膿性內膜炎ニアリテモ亦子宮内部ニ於テ殆ド全ク組織壞疽及ビ排出ヲ來スガ故ニ、廣大ナル組織破片ヲ排出スルノ故ヲ以テ特別ノモノナリトナスニ足ラズ、寧ろ特殊疾患トナシ特別ナル名稱ヲ附

スルノ價値ナキナリ、デーデルライン氏ハ、從來分離性實質炎トナセル類例ヲ精密ニ研究シ、以テ以上ト同一ノ結果ヲ得、且ツ分離性內膜炎ナル名

稱ヲ全然廢棄スベキヲ唱道セリ、フオン、フランク、氏、Frankeモ亦唱フルガ如ク如何ナル場合ニ於テモ、只化膿性血栓靜脈炎ニ基因セル子宮組織ノ壞疽ノ場合ニ於テノミ此名稱ヲ附スベキモノナリ。



第五百九十九圖

リ成ルヲ見タリ、一例ニ於テハ眞脱落膜全部ノ緻密層ニシテ非常ニ肥厚セルモノナルヲ知レリ、此例ニ於テハ通常絨毛膜ニ附着シ、後産ト共

全ク異種ノモノヲ以テ、從來分離性實質炎ト名ケタルコトハ次ノ記述ニヨリテ知ルヲ得ベシ、余ハ産褥末期ニ於テ産褥性子宮ヨリ排出セル廣大ナル組織ノ破片ヲ取り、二枚ノ標本ヲ製シテ之レヲ檢シタルニ、何レモ專ラ脱落膜要素ヨ

月經性脱落膜、間質ハ固有ノ變化ヲナシ、尙ニ二個ノ腺管アリテ其上皮モ稍、完全ニ存在セルヲ見ル。

ニ排出セララルベキ脱落膜ノ大部ハ尙子宮内ニ數日殘留シタリ、蓋シ此場合ニ於テハ強テ名稱ヲ下セハ二期排出機械的作用ト謂ツベキ作用ヲ營メルモノニシテ是レ早期流産ニ於テ極メテ屢、遭遇スルトコロナリ、慢性炎症狀ノ爲メニ脱落膜ノ非常ナル肥厚ヲ來タシ且、多クハ排出作用ノ異常ヲ招クコトハ疑ナキトコロナリ、分離性實質炎トシテ記載セラレタル他ノ例ニ於テモ亦只脱落膜組織ノミナルヲ見タリ。

子宮ノ深部ヲ侵蝕セル炎症作用ハ固有ノ結果ヲ生シ遂ニ閉鎖ヲ來タス、多數ノ畸形中ニ算スベキ先天性閉鎖ハ等シク胎生時ニ於ケル炎症作用ニ基因セルコト殆ド確實ナリ、殊ニ老人期退行狀態ニシテ且、遂ニ老人性子宮水腫ヲ誘發セル頸管閉鎖ノ種類ニアリテモ、亦好ンデ、數年間罹患セシ頸管加管兒其原因トナリテ發生ス。産褥性作用モ亦頸管閉鎖ヲ誘起ス、分娩ノ經過長時ニ亘ルトキハ壓迫壞疽ヲ生シ、或ハ産褥經過中ニ壞疽ト共ニ敗血性炎症ヲ生ズ、壓迫壞疽ハ主トシテ瘻孔ヲ生ズルコト多ク若シクハ腔ノ癰痕性狹窄ヲ來タス(第六章參照)管テ化膿性産褥性作用ノ頸管閉鎖ヲ誘起セルコトアリ。

類例

二十六歳ノ婦人M、B、十二歳以來月經アリ、千八百八十九年三月十二日一回分娩セリ、其際分娩經過三日間ニ亘リ、遂ニ鉗子手術ニヨリ死胎分娩産褥ハ無熱ニ經過セリト雖、褥婦ハ四週間後ニ至リ初メテ離褥セリト云フ。

分娩後尙未ダ月經不潮然レドモ患者ハ腹部左側ニ持続性疼痛ヲ感ジ、且近時下腹部ニ於テ四週間毎ニ反復シ且三日間持續セル痙攣性疼痛ヲ訴フ。

子宮ハ正常位置ヲトリ、其大サ尋常ニシテ壓痛アリ、腔部ハ扁平毬果狀ヲナシ、子宮外口ノ部位ニ於テ僅ニ淺キ凹窩アルノミ、頸管ハ絲狀消息子ヲ以テスルモ尙且挿入スル能ハズ。

千八百八十九年九月二十七日小刀ヲ以テ癒着セル頸下部分ヲ切開ス、癒着ノ厚サハ殆ド一仙迷突アリ、三十乃至三十五立方仙迷突ノ濃厚ナル萎兒色血液徐々ニ流出セリ、コヽニ於テバクエリン氏燒灼器ヲ以テ創面ヲ腐蝕セリ、十月七日患者退院ノ際頸部著シク哆開セリ又

余(フオン、クルツアノースキイ氏、Chizanowski)ト共ニハ粘膜炎ノ際、局部子宮内腔壅塞ヲ實驗セリ、腫瘍ノ壓ノ爲メニ、兩對側壁部分ノ表面上皮消失シ、且癒着セリ、一例ニ於テハ(著者)子宮腔ノ大人頭大粘膜炎下筋腫ニシテ、非常ニ擴張セル頸部ト全ク癒着シ、爲メニ鬱滯子宮血腫ヲ誘起セルヲ實驗セリ、由テ腹式全摘出ヲ行ヒ以テ治愈セシメタリ(第八十九圖參照)。

強力ナル化學的試藥ヲ以テ深部ニ達スル腐蝕ヲ行フトキハ頸部及ビ體腔ノ癒着ヲ來タスモノナリ、内膜炎ニ於ケル格魯兒亞鉛療法ハ殊ニ癒着ヲ誘起スルコト多シ。

又搔爬後ニ局部(フایت氏及ビ余)及ビ全子宮壅塞(フリッチ氏)ヲ實驗セリ、此等ノ場合ニ於テハ搔爬若シクハ其後ニ行ヘル腐蝕劑ガ其主要ノ原因タルヤ否ヤハ未決ノ問題タリ、蒸氣燒灼法モ亦等シク子宮内腔壅塞ヲ來タスコト屢ナルモ、コレハ壅塞ヲ目的トシテ行フコト多シ。

閉鎖ニヨリテ生ズル主要ノ症候ハ子宮分泌物ノ滯溜ナリ、若シ尙ホ月經潮來セル婦人ニアリテハ經血ノ滯溜ナリトス、亦同時ニ腔大部分ノ閉鎖

ヲ伴ヘルトキハ交接障碍アリ。

療法 先天性閉鎖ニ於ケルト同一ナリ、短小閉鎖區域ヲ剝離、切開セバ容易ニ閉鎖ヲ除去シ得ベシ、且腐蝕或ハ適宜縫合ニヨリテ上皮邊緣ヲ縫合シ以テ再ビ閉鎖セザラシム、他ノ場合ニ於テハ複雑ナル成形手術著者ヲ要ス(第六章参照)。

炎症作用ノ際子宮内療法ヲ施シ動モスレハ子宮穿孔ヲ招クコトアリ、消息子ノ爲メニ穿孔スルハ稀ナルモ蹄係狀搔爬器ニヨリテ生ズルコト屢之レアリ、多クハ不注意ノ爲メニ生ズルト雖モ、或ル場合ニ於テハ子宮ノ高度ノ軟化、壁菲薄或ハ體部癌腫ニヨリテ起ルモノナリ、時トシテハ出血致死ヲ招クコトアリ、或ハ直ニ全摘出ヲ行ヒ以テ救命セラル、アリ、若シクハ特別ノ症候ヲ呈セズシテ治癒スルコトアリ。

余ハ蹄係狀搔爬器ヲ以テ檢スルニ子宮穿孔ヲ通過シテ之ヲ他手ニ觸レ而シテ同時ニ一片ノ網膜子宮内ニ箝入シ以テ子宮内部分ト癒著セルヲ見、全子宮摘出ニ依テ持続性出血及疼痛ヲ除クヲ得タリシニ二例ヲ有セリ。

之レヲ豫防スルニハ手指ヲ軟ニ用キ且消息診並ニ搔爬術ノ如キハ何レモ徐ニ之ヲ行ヒ急劇ナル手技ヲ施サルニアリ、而シテ刻度セル消息子ヲ以テ豫メ子宮内腔ノ深サヲ知ルニアラザレバ決シテ搔爬ヲ行フベカラス、又蹄係狀搔爬器ニ尺度ヲ刻シ、而シテ子宮ヲ充分擴張セズシテ且既知ノ子宮ノ長サ以上ニ深ク之ヲ子宮組織内ニ壓入スベカラス。

若シ不幸ニシテ穿孔ヲ生ズルトキ、經過ノ良否ハ出血ノ多少強弱ノ如何ニ關ス、出血甚シク強度ナルトキハ腹腔切開ヲ行フベシ、最モ佳ナルハ前腔穹窿部ヨリ(前腔開腹術)スルニアリ、而シテ穿孔創面ノ縫合ヲ施スベシ、該創面ハ多クハ甚ダ小ナルモノナリ、體部癌腫ノ疑アルカ、若シクハ搔爬ニヨリテ其疑ヒ愈深キトキハ全摘出ヲ行フベシ、出血甚シカラズ且無菌

第百六十六圖



六十歳ノ婦人A、P、ノ老人性子宮膿腫。Pyometra senilis 三ヶ月以來惡臭ヲ衝クノ排泄物アリ、千八百九十六年四月二十四日腔式全摘出ヲ行ヒテ治癒セリ、體部ハ球狀ニ膨脹シ、頭上部分ハ手術前ニ、極メテ細キ消息子モ尙ホ且ツ稍、力ヲ用ヒテ僅ニ通過スルヲ得タリ。

ナルトキハ、小剖面ハ異狀ヲ呈セズシテ治癒スルモノナリ。
 子宮萎縮 Atrophie des Uterus トハ營養障礙ヲ來シ其結果子宮ノ縮小スル
 ヲ云フ、萎縮ヲ別チテ求^{コンチネンツリツシユ}心性萎縮及ビ遠^{エチエントリツシユ}心性萎縮ノ二種トス、後者ニ
 アリテハ、子宮内腔縮小セズ、唯其壁、通常ヨリ菲薄トナルノミ、求心性萎縮
 ハ短縮シテ、子宮内腔ノ長サ通常ノモノ即チ七乃至八仙迷ノ半バトナル。
 胎生或ハ嬰兒發育階級ニ止レル小子宮ヲ目シテ萎縮ナル名稱ヲ附ス
 ルハ穩當ヲ缺ケルモノニシテ是レ寧^ニ不全^ニ增生^ニ Hypoplasie ト稱スルヲ以
 テ可ナリトス、然レドモ疾病殊ニ急性傳染病猩紅熱、麻疹、痘瘡、質扶瑗里
 等ノ爲メニ外陰部ニ變化ヲ來タシ往時低度ノ發育階級ニ停止セルモ
 ノト思考セシ狀態ヲ呈スルニ至ルコト稀レナラズトノ見解ヲ證スル
 ニ足ル實例ノ増加スルヲ見ル、屢スル狀態ノ子宮及腔閉鎖ト合併スル
 コトアリ、斯ル際ニハ以上ノ疾病ニヨリテ來レル陰部炎症ノ結果ト稱
 スルヲ得ベク、而シテ萎縮ト不全增生ト合併セルモノナリ。
 此他生理的萎縮及ビ病的萎縮アリ。
 老人期萎縮及ビ授乳期萎縮ハ生理的萎縮ニ屬スルモノナリ。

老人期萎縮 senile Atrophie (第二章參照)ハ時トシテ早期即三十歲代ノ年輩
 ニ來ルコトアリ。
 授乳期萎縮ハ何レノ授乳婦人ニモ生理的ニ目撃スルトコロナリ、是レ多
 クハ遠心性ニシテ多少高度ノ壁菲薄ヲ來タス、吾人ハゼンゲル氏ノ發見
 ニヨリ、產褥ニ於テ生理的子宮復故作用ガ筋層ノ崩壞及ビ補缺ニヨルニ
 アラズシテ主トシテ唯各筋纖維ノ縮小ニヨリテ生ズルモノナルコトヲ
 知リシ以來、授乳期萎縮モ亦同一ノ作用ニ基ケルモノト觀察スルナリ、授
 乳終ルト同時ニ子宮ハ治療ヲ加ヘズシテ、其正常ノ大サヲ恢復ス。
 授乳期萎縮ハ授乳過度ニ長時持續シ、而シテ全身營養ノ障礙ヲ招ケルト
 キニ於テノミ、乳房ノ分泌期ヲ過グルモ尙^ホ持續ス、斯ル際ニ於テハ病的狀
 態ノ持續セルモノト見做スヲ得ベシ、是レ癆瘵性疾病ニ罹レル可憐ノ婦
 人ニ多ク、殊ニ肺患者ニ來ルコト多シ、授乳ハ九ヶ月以上持續スルコトヲ
 諫止スベシ。
 病的萎縮ハ授乳ノ爲メニ營養ヲ障礙セラル、ニアラズシテ、高度ノ全身
 營養障礙ヲ招ケルトキ、即チ肺結核慢性腎臟炎、糖尿病ノ際多ク目撃セラ

ル、又往々關節痲痺、質斯、脊髓病、莫兒比涅中毒、甲狀腺腫性惡液質、強烈ナル精神興奮後ニ於テモ亦之レヲ實驗ス。

病的萎縮ノ第二ノ種類ハ、殊ニ産褥ニ於ケル子宮炎症後ニ來ル、此場合ニ於テハ真正ナル組織缺損ヲ生ジ、子宮ノ大部ハ敗血作用ニヨリ壞疽ニ陥リテ消失シ、子宮ヲ構成セル筋細胞ハ減少ス。

病的萎縮ノ第三種類ハ、卵巢缺損後ニ發ス、是レ卵巢摘出ノ確實ナル治驗ヲ示スモノニシテ實ニ該手術ノ資賜ニシテ且ツ又目的トスルトコロナリ(先期月經閉止期 *antecipiente Klimax*)。

症候 中殆_ド常ニ來ルモノハ月經不潮 *Amenorrhoe* ナリ、月經不潮ノ訴ヘニヨリ初メテ婦人科的診察ヲ行フニ至ル、雙合診ニヨリ非常ニ屈撓性ヲ有セル纖弱菲薄ノ小子宮ヲ觸知シ得ベシ、然レドモ著シク損傷シ易キヲ以テ殊ニ注意ヲ加ヘテ消息子ヲ以テ檢診セバ、求心性萎縮ナルカ或ハ遠心性萎縮ナルカヲ識別スルヲ得ベシ。

月經不潮ハ卵巢機能ノ脫失ニヨリテ生ズ、卵巢ハ産褥中著シキ變化ヲ受ケスト雖_モ *トームソン*氏其間ハ排卵作用休止スルモノナリ、然レドモ高

度ナル子宮授乳期萎縮ニアリテハ、卵巢ハ觸診上其大サ尋常ナリ、反之老人期萎縮併ニ癆瘵性疾病ニ基因セル種類ニアリテハ、卵巢ノ大サ著シク縮小ス、若シ内生殖器ノ重症敗血性炎症ノ結果、子宮萎縮ヲ來セルトキハ、皮質_{コルチカリス}卵巢組織ハ此炎症ノ爲メニ重大ナル永久的變化ヲ蒙リ、以テ卵巢ノ機能消失ヲ來タスモノナリトノ説眞ニ似タリ。

療法 授乳ヲ長時持續セシ爲メ生ジタル萎縮ハ之レヲ醫スルコト易ク、營養療法最モ必要ナリ、即チ適宜ノ營養ヲ與ヘ、適宜ノ運動ヲ取ラシメ、劇烈ナル處局療法ハ何レモ之レヲ廢シテ山地或ハ海濱ニ滞在セシムベシ。化膿性局處作用ノ後ニ來レル生殖器萎縮ハ豫後概ネ不良ナリ、此場合ニハ局部海水浴及ビ泥浴療法ヲ行ヒ按摩術ヲ併用シ且ツ全身強壯療法ヲモ行フベシ、斯クスレハ敢テ全ク恢復ノ望ミナキニアラズ、電氣ノ局部應用モ亦適當ナリトス。

一般症候ニ對シテハ「オバリン」_{「甲狀腺腫性惡液質」}ニアリテハ「チレオイデ」_{「シ」}ノ服用ヲ以テ有効ナリトス。癆瘵性疾病ニ結果セル萎縮症ニアリテハ其原因タル疾病ノ療法ヲナス

コトニ注意スベシ。

吾人ハデーデルライン氏ノ說ニ從ヒ、炎性作用ニ於ケル現今ノ解說ハ、內膜炎ト實質炎トノ間ニ其區別ヲ見ザルコトヲ、前章ノ初メニ於テ記述シタルヲ以テ、コ、ニ實質炎ナル陳腐ノ見解ニ對セル吾人ノ見地ニ就キ、一言簡單ナル批評ノ言語ヲ費サルベカラズ。

月經潮來ノ少時前ニ於テ子宮急性炎症ノ真正症狀ヲ呈シ種々ノ主要症候ヲ發スルコト屢之レアリ、即チ強度ノ鬱積充血、發赤、腫脹、高温及ビ輕微ノ疼痛等ナリ、而カモ此疼痛ハ普通ト見做シ得ベク敢テ高度ニ達セズ、骨盤内ノ重感モ過度ニ高カラズ、故ニ是レ生理的炎症ナリ、然レトモ此症狀ハ不良ノ影響ヲ蒙ルトキハ直ニ其性質ヲ失フモノニシテ、月經前或ハ月經時ニ際シ身體、腹部、下肢ニ於ケル強度ノ冷却、並ニ月經時前後ニ於ケル熱性及冷腔洗滌ハ月經ノ停止ヲ來シ(月經停止 *Suppressio mensium*)、且ツ月經前充血ノ持續ヲ招來スルコトアリ。

慢性實質炎。 *chronische Metritis* ハスカンツォニ氏 *Scanzoni* ノ說ニ從ヘバ子宮ノ平等性増大殊ニ横徑増大ニシテ臨床的症候ヲ具備スルモノヲ言フ、其

症候中主要ノモノハ骨盤ニ於ケル壓感及ビ重感、下腹部及ビ腰部ニ於ケル疼痛、其他白帶下及ビ過剩ノ傾向ヲ有セル異常月經等ナリ。

獨逸婦人科大家ノ初メテ唱道シタル此慢性子宮炎症ノ症狀ハ屢、目撃スルトコロナリ、其後臨床的及ビ解剖的研究ノ結果、此主要ナル臨床的所見ハ一定ノ解剖所見ト一致セザルコトヲ明白ニ確定シタリ、故ニ慢性實質炎ハ他ノ疾患中ニ加ヘテ説明セザルベカラズ。

解剖上ノ所見ハ甚ダ區々ニシテ隨テ其作用モ亦著シク差異ヲ呈ス、此等炎性作用中ノ一ハ續發性ノ性質ヲ有シ、他種ノ子宮疾病ノ結果タル狀態ヲ呈シ、原子宮疾病ニ對シテ殆ト枝葉ノ觀アリ、故ニ原疾病ヲ除去スレバ從テ自然ニ治癒ス。

甚ダ屢、遭遇スル平等性子宮増大ハ慢性硬性水腫 *chronisches hartes Oedem* ニヨリテ生ズ、是レ韌帶ノ牽引及ビ捻轉ノ爲メニ起レル持續性血行障礙ニヨリテ生ゼルナリ、後轉、後屈、及ビ脫出モ亦之レヲ誘起ス、後轉ノ際ハ水腫ノ爲メニ生ゼル子宮體部ノ増大中等度ナルモ、脫出ノ際ニ於ケル子宮頸部ノ腫脹ハ非常ノ高度ニ達シ、頸部ハ延長シテ其長サ三倍ニ達シ、其肥厚

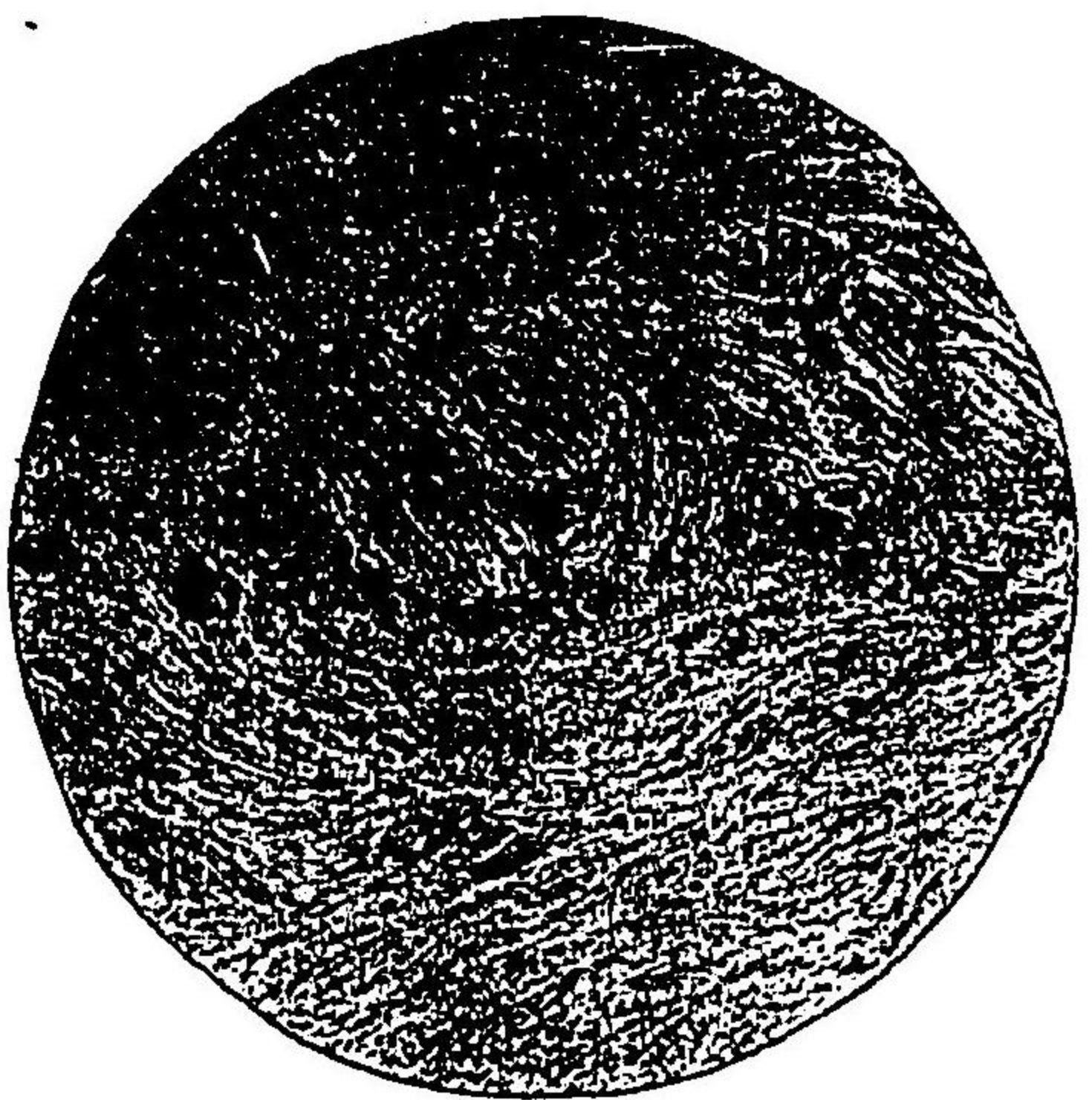
ノ度モ亦同一ナルコトアリ。
 平等性子宮増大ノ他ノ種類ハ筋細胞ノ増加及其増大ニヨリテ生ズ、斯ル症ハ求心性肥大。konzenitische Hypertrophieト稱スルヲ以テ穩當トスルモノナリ。正規分娩及流産産褥後ノ不全子宮復故作用ハ該疾患ノ原因ヲナス。然レドモ吾人ハ内膜或ハ其附近筋層ノ新生物若シクハ炎症疾患ノ際、求心性肥大ヲ實驗スルコト甚ダ多シ。

粘膜ニ於ケル強度ノ持續性分泌ハ子宮體部及ビ其筋層ニ大ナル影響ヲ與フルモノニシテ、子宮ハ血液循環系統ニ於ケル多血ノ際、心臟筋層ニ起ルト同一ノ法則ニヨリ肥大ス、子宮内腔ヲ閉塞セル息肉狀腫瘍、筋腫、粘膜茸腫、全粘膜ノ水腫様肥大モ亦子宮筋層ニ同一ノ影響ヲ與フルモノナリ、壁内筋腫ヲ包裹セル子宮筋層ノ非常肥大モ亦同一理ニヨルモノニシテ是レ作業性肥大ト謂ツベキモノナリ。

「慢性實質炎」ノ症候ナリトセシ前述ノ腰痛、下腹部ニ於ケル疼痛、骨盤内重感及ビ壓感、膈排泄物、月經過多ハ以上ノ何レノ状態ニモ總テ恰當セリ、サレバ此種ノ症候ハ毫モ一定固有ノ解剖的變化ヲ有セス、蓋シ此等ノ症候

ハ一婦人病ノ特徴トナスニ足ラザルナリ。

第百六十一圖



癩毒性實質炎。Menitis
 gonorrhoeica. 平滑筋
 層間ニ饒多ノ炎症浸潤
 アリ、此標本ハ左喇叭
 管角ニ於ケル子宮ノ一
 片ヲ取リテ製シタルモ
 ノニシテ、兩側ノ化膿性
 喇叭管炎アリタリ、婦
 人ハM、ト呼ビ千九百
 年七月二十四日手術ヲ
 受ケ治癒セリ。

吾人ガ「慢性實質炎」
 ヲ以テ、子宮或ハ其
 體部ノミノ平等性
 増大ニシテ、主トシ
 テ結締織ノ強度ノ
 發育ノ爲メニ起レ
 ル症ナリト解スル
 トキハ、是レ實ニ原
 因的ニ内膜ヨリ發

セル炎症ト同一ノ疾患タリ、此等ハ内膜及筋層ノ急性炎症ノ後チニ於ケル筋層ノ持續状態ニシテ殊ニ麻毒性及敗血性傳染ニ基ケルモノナリ。初メヨリ慢性症狀ヲ呈セル内膜炎ニアリテ、亦屢子宮ノ粘膜下筋層ノ炎症浸潤アリ、是ニ由リテ之ヲ觀レバ現今吾人ガスカンツォー氏ノ所謂慢性實質炎ノ多數ノ場合ヲ以テ慢性内膜炎ト稱スルモ敢テ不可ナラザル

ガ如シ。

類症鑑別 子宮ノ平等性増大ヲ誘起セル種々ノ疾患ヲ鑑識シ、慢性水腫ナルカ或ハ求心性肥大ナルカ若シクハ結締織發育ナルカヲ鑑別スルヲ得ベシト雖モ必ズシモ常ニ容易ナリトセズ、強度ノ帶下、月經過多或ハ子宮出血ハ是レ子宮ニ於ケル新生物或ハ内膜炎性作用ニヨレル症候ナリ、産褥殊ニ流産産褥後ノ子宮不全復故ニ於テハ既往症ニヨリテ之ヲ知ルヲ得ベク、子宮組織ノ急性傳染ノ殘留タル慢性炎性作用ニアリテモ亦然リ、子宮變位ヲ伴ヘル増大ハ硬性水腫ト思考シテ可ナリ、硬性水腫ノ場合ニ於テハ子宮變位ノ矯正的療法ヲ以テ足レリトス、加答兒及ヒ子宮内腫瘍ノ際ニ於ケル作業性肥大モ亦原因的疾患ノ治療ニヨリテ之レヲ除去スルヲ得ベシ、特別ナル療法ヲ要スルモノハ唯持續性トナリタル月經性鬱積充血、子宮ノ不全復故及ビ急性炎症ノ慢性トナリタル場合ナリ、此際ハ吸收療法ヲ施スヲ以テ適當トス、海水浴及ビ泥浴療法ハ顯著ナル効驗アルモノナリ、サレド貧血性ノモノニアリテハ海水浴ヲ避クベク宜シク慢性子宮近傍

炎、子宮周圍炎、喇叭管卵巢炎ノ際ニ於ケルガ如ク之レヲ處置スベシ、此等ノ療法ニ就テハ該章ヲ參照スベシ、腔部ニ於テ時々子宮ノ瀉血ヲ行フハ缺クベカラザル要件ナリ、假令ヒ煩雜ニ堪エズト雖モ最モ卓効ヲ奏スル方法ハ水蛭ヲ腔部ニ貼付スルニアリ、其方法ハ、マイエル氏子宮鏡ヲ以テ腔部ヲ固定シ、清潔ニ拭ヒ、而シテ小綿花栓ヲ以テ子宮外口ヲ閉鎖セル後、子宮鏡内ニ二三條ノ水蛭ヲ送入シ、子宮鏡ノ前端孔口ヲ堅固ナル綿花栓ヲ以テ閉鎖スレバ水蛭ハ遂ニ咬着スルニ至ルナリ、又簡單ニシテ且、便利ナルハ尖銳ナル長キ柳葉刀ヲ以テ腔部ヲ穿刺シ或ハ深く截切スルニアリ、此方法ヲ以テスレバ二三食匙ノ血液ヲ瀉出スルニ五乃至十切創若シクハ穿刺ヲ施セバ足レリトス、此小手術ハ必要ノ場合ニハ、數日ノ間歇ヲ置キ反復之レヲ行フベシ、腔部ノ慢性炎症及ビ肥大ハ、脫出、腔部深裂傷及ビ續發性頸管加答兒ノ際ニ於テ之レヲ實驗ス、脫出ノ場合ニハ慢性水腫ニシテ其療法ハ脫出ノ療法ト同ジキナリ、眞ノ炎性浸潤ノ場合ニ於テハ既述ノ療法ヲ參照スベシ、又先天性腔部肥大ナルモノアリ、是レハ中等度ノモノモ甚ダ稀有ナリト

ス、該症ハ腔部延長シテ其長サ腔ニ比スルニ至リ、子宮體部ハ骨盤内ニ於テ其正常ノ高サニ存在シ、子宮外口ハ陰門ニ露出シ、或ハ陰門外ニ挺出スルコトアリ(先天性脱出)。

此肥大ハ外見上ノミナラズ、病的見地ヨリシテ亦頗ル注意ヲ要ス、腔部ノ長キ爲メ、交接ノ障礙ヲ來スコトハ患者ノ主訴ニ徴シテ明ラカナリトス、又腔部ノ長キハ子宮ノ自由ナル運動ヲ妨グルモノニシテ腔部ハ恰カモ腔内ニ填入セル栓ノ如ク作用シ之ガ爲メニ子宮ハ腔ニ固定セラレ、爲メニ子宮ノ筋肉装置ノ運動正シキヲ得ズ、子宮ハ壓迫セラレテ後轉位ヲトリ、遂ニ腹壓ニヨリ轉倒シテ後屈トナル、腔括約筋ハ長キ腔部ノ爲メニ、普通ノモノニ比シ早ク其力ヲ失フヲ以テ、從テ後屈ヨリ轉ジテ脱出ヲ來スコトモ亦早シトス。

療法 續發性後轉或ハ脱出ノ既ニ存在セルト否トニ拘ラズ、手術的ニ腔部ヲ短縮スルニアリ、先ヅ腔部短縮ヲ以テ其治療ヲ始メ、必要ナル場合ニハ次テ矯正的療法ヲ行フカ若シクハ適當セル後屈或ハ脱出手術ヲ併用スベシ(第八及第九章參照)。

第十三章 子宮ノ纖維樣腫瘍

Die desmouden Geschwülste des Uterus.

ドクトル アルベルト、デーデルライン 著

醫學士 竹 中 銓 之 助 譯

第一節 筋腫 Myom. 纖維腫 Fibrom. 纖維筋腫

Fibromyom.

女子生殖器ニ來ル腫瘍中最モ多キハ子宮壁筋層殊ニ結締織竝ニ子宮筋層ヨリ發生セル纖維腫瘍 Fibrogeschwülste ナリ。

バイル氏 Bayle ハ三十五歳以上ノ婦人ノ二十五「プロセント」ニ筋腫ヲ實驗シ、クローブ氏ハ五十歳以上ノ婦人中四十「プロセント」ハ筋腫ニ罹レルヲ信ゼリ。

筋腫患者ノ百分率ハ勿論以上ニ比シ少數ヲ以テ算スベキナリ、ホーフマ イエル氏 Hofmeier ハ一萬一千七十三人ノ患者中筋腫患者ハ四三「プロセ

ント「メルレル氏 Moller」ハエンングストルム氏教室ノ患者一萬一千二百三人中四七「プロセント」クラインウエヒテル氏 Kleinwachter ハ四四「プロセント」ザルラチン氏 Sarazin ハチュービンゲン教室ノ患者三千五百人中六四二「プロセント」ヲ算セリ、チュービンゲン教室ニ於テハ其後即チ最近六ケ年内ニ婦人科病室ニアリタル婦人四千四百人中、四百人ハ筋腫ノ手術的除去ノ爲メニ入院シ、而シテ手術ヲ受ケタルモノナリ故ニ全患者ノ殆ント十「プロセント」ハ子宮筋腫ノ爲メニ手術ヲ受ケタルナリ。

筋腫ノ爲メニ生ズル局處障礙並ニ其間接作用及ビ是レニヨリテ來レル全身障礙ハ多クハ常ニ顯著ニシテ解剖上此等ノ子宮腫瘍ハ良性ナルニモ拘ラズ、高度ノ病的價値ヲ負ハシムルニ足ルモノアリ。

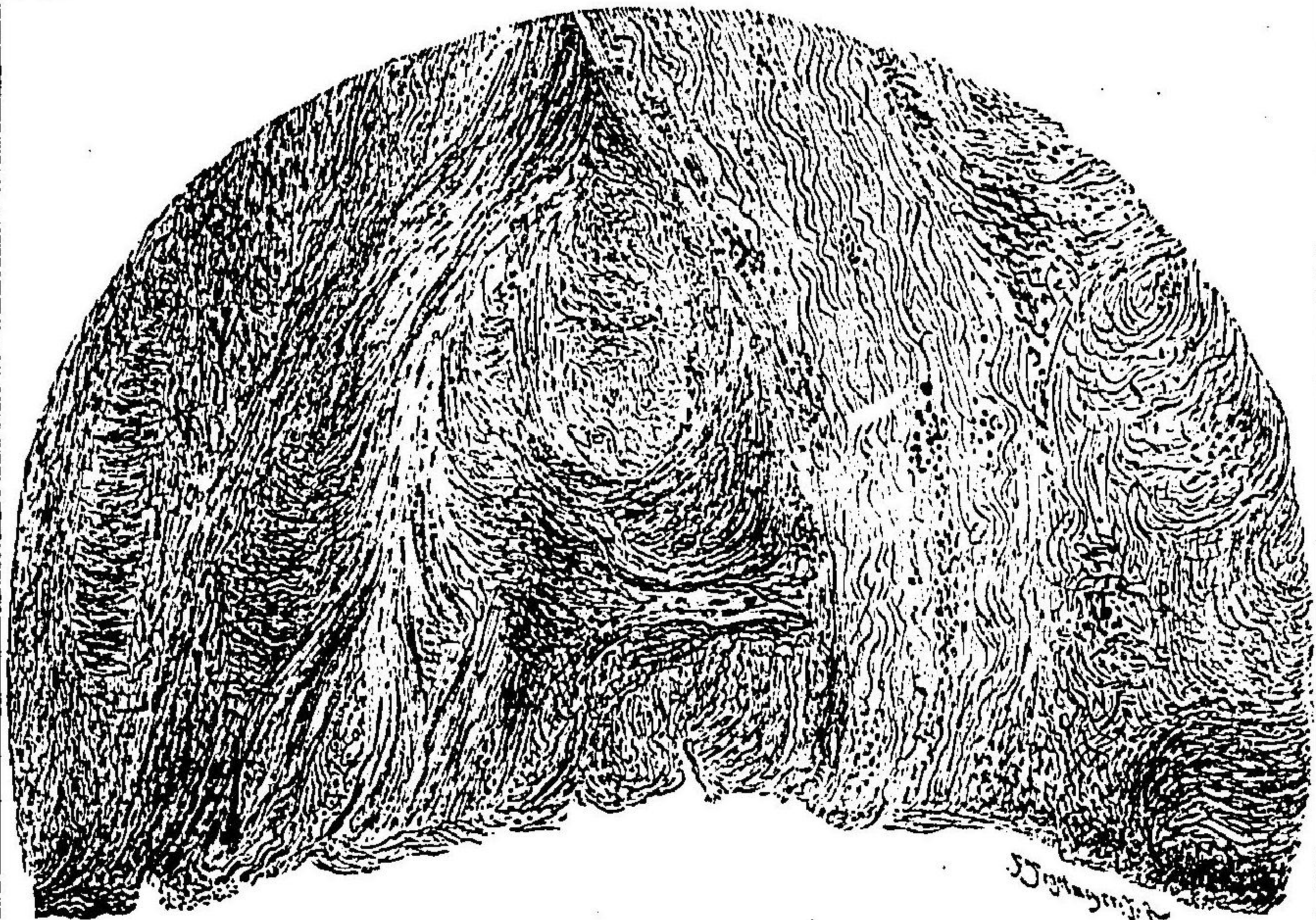
形狀ハ甚ダ多樣ニシテ一定セズ、數百例中全然相等シキモノハ僅ニ二例ニ過ギズ。

普通ノ形狀ハ種々ノ大サヲ呈シ球形ヲナセル、硬固ノ結節數多子宮筋層中ニ包裹セラレ、爲メニ多少増大セル硬固ノ子宮ハ形體及ビ大サノ變化ヲ來シ、双合診ニヨリテ容易ニ其變化ヲ觸知シ得ベシ。

纖維筋腫ノ解剖的構造。此等ノ腫瘍ハ常ニ只結締織及ビ筋纖維ヨリ組成セラル、ヲ以テ單純ナリ、種々ノ方向ニ錯綜セル結締織多キカ、或ハ整然秩序ヲナシテ排列セル筋層ガ主要部分ヲナセルカニ從ヒ、纖維腫或ハ筋腫ニ區別ス、然レモ臨床上見地ヨリシテ此兩腫瘍ノ區別ハ之レヲ要セザルモノトス、多クノ場合ニ於テハ兩腫瘍ノ組織要素常ニ存在ス(纖維筋腫)而シテ發育經過尙進ムモ組織學上主要ノ差異ヲ見ズ、故ニ多クハ種々ノ名稱ヲ附シ、筋腫、纖維腫、類纖維腫、纖維筋腫ヲ同義ニ使用セリ。

反之組織學的及ビ臨床的特別ノ位置ヲトレルハ腺管ヲ包藏セルフォン、レックリングハウゼン氏 Recklinghausen ノ腺腫性筋腫 Adenomyom ト名ケタル腫瘍ナリ、通常ノ筋腫ニアリテハ鬆疎ナル結締織ノ變ニヨリテ子宮壁ト截然區劃セラレ且、子宮壁ヨリ容易ニ別出シ得ベキ結節球狀筋腫 (Nodulomyom)ヲナスモ、此腺腫性筋腫ニアリテハ多クハ其隣接部ト判然タル經界ヲナスコト能ハズ、此際子宮ハ往々全然著シク増大シ平等ニ筋腫樣變性ヲナセリ、腺腫性筋腫ノ固有ノ發生部位ハ子宮ノ後壁ニシテ殊ニ喇叭管角ニ來ルヲ多シトス、フォン、レックリングハウゼン氏ハ子宮粘膜炎或ハウォルフ氏

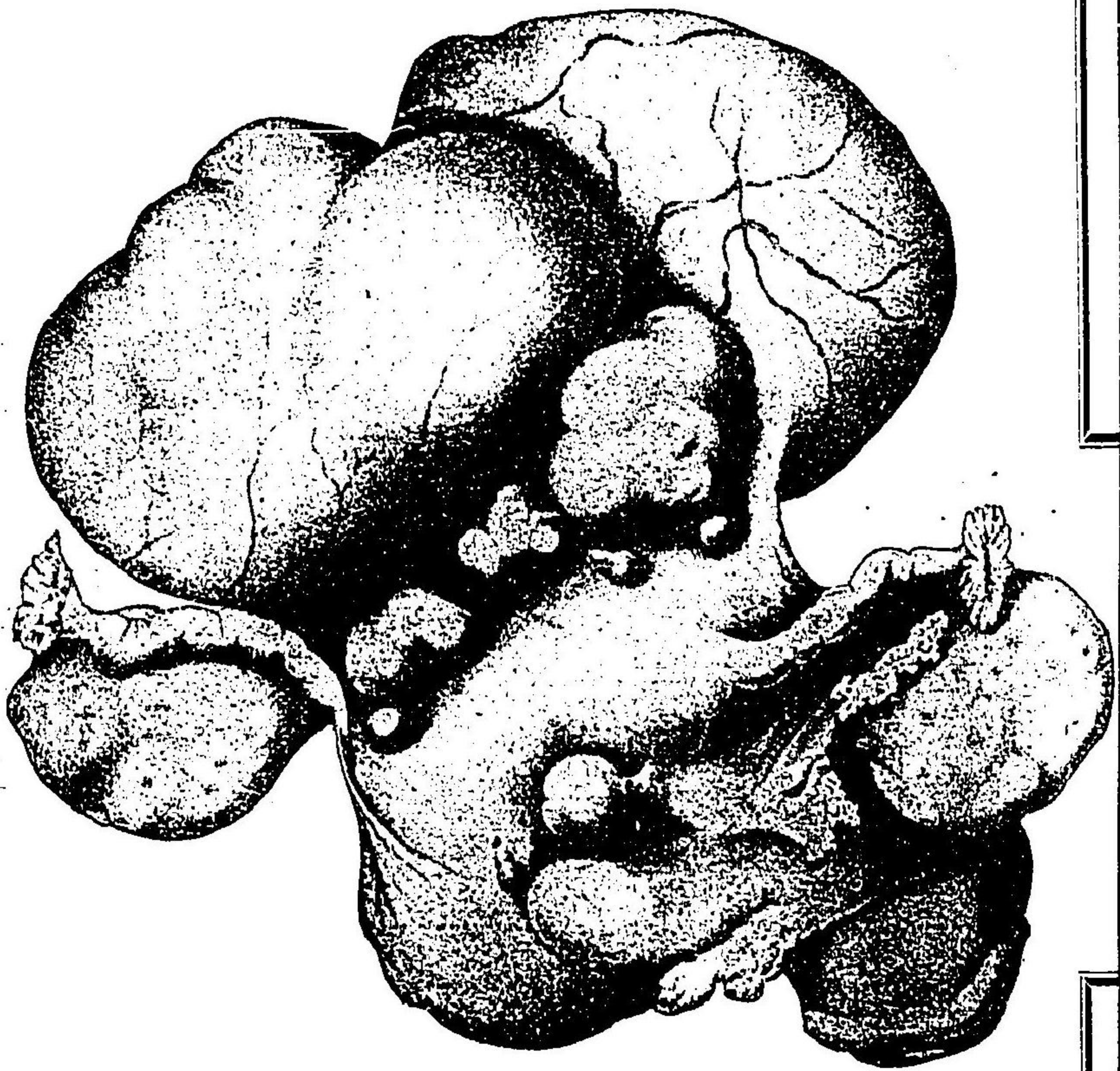
圖 二 十 六 百 第



子宮筋腫
Myoma
uteri. 子
宮ノ腔上
部切斷。

體ノ遺殘ヲ以テ
其發生點トナス。
通常ノ球狀筋腫
ニ於テハ、組織上
ノ區別ヲナサン
ヨリハ專。其發生
部位ニ從ヒ、該腫
ガ子宮體部或ハ
頸部ニ存在セル
カ或ハ腹腔腔内
ニ游離發生セル
カ、若シクハ骨盤
結締織中ニ包裹
セラル、カニ從
ヒ、特別ナル分類

圖 三 十 六 百 第



多發性漿膜
下類纖維腫
multiple,
subseröse
Fibroide.
(腹式子宮
摘出)。

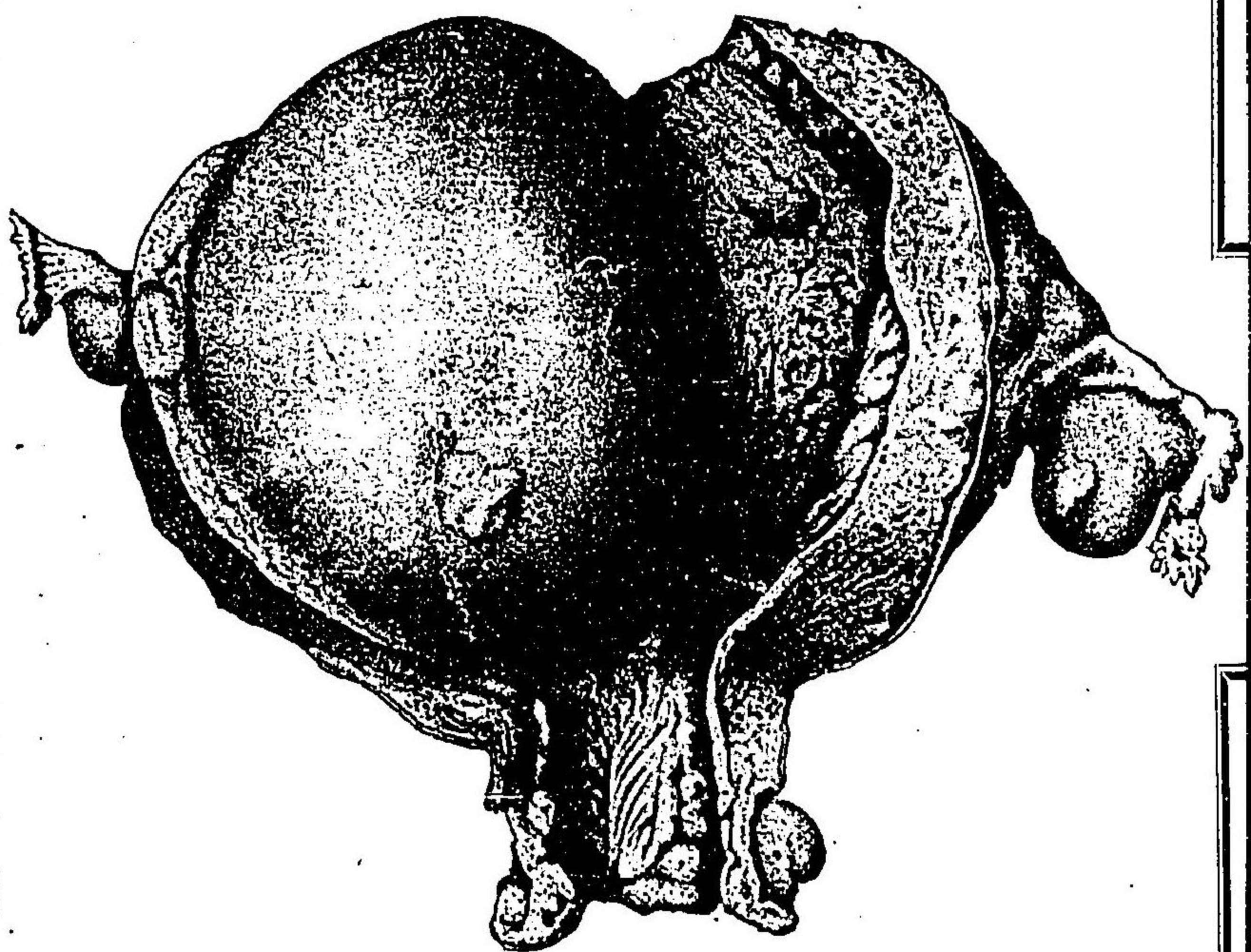
ヲナシ之レヲ區別スルヲ以テ遙ニ必要ナリトス、又從來慣用セル筋腫ノ原發部位ニヨリテ分テル分類モ亦必要ナルガ如シ、然レバ此法ニ從ヒ吾人ハ必ズシモ常ニ判然區別シ得ベキニアラザルモ臨床上識別シ得ル左ノ三類ニ分ツヲ得ベシ。

一、漿膜下類纖維腫 *subserosus Fibroid* ハ腹膜ニ接シテ其下方ニ位シ腹腔内ニ凸隆シ、加之往々一條ノ莖蒂ヲ有シ、以テ子宮ノ腹膜面ニ占居セル腫瘍ナリ(第百六十三圖)。

二、粘膜下筋腫 *submucosus Fibroid* ハ子宮粘膜下ニ位シ子宮内腔ニ向ヒ凸隆發育セル腫瘍ナリ、該腫ニシテ莖蒂ヲナシ著シク子宮内腔ニ挺出進入スルトキハ、此粘膜下類纖維腫ハ纖維腫樣茸腫或ハ息肉狀類纖維腫トナリ、遂ニ恰カモ分娩ニ於ケルガ如ク、屢、甚ダ長時ニ亘リ且、疼痛多キ排出作用ニヨリテ子宮内腔ヨリ子宮口ヲ通過シテ腔内ニ排出セラレ、且、遂ニ自然ニ除去セラル(第百六十四圖及ビ第百六十五圖)此兩部位ノ間ニ吾人ノ遭遇スルハ

三、間質性或ハ壁内類纖維腫 *interstitiales oder intramurales Fibroid* ナリ、該

第百六十四圖



大粘膜下類纖維腫ニシテ極メテ強度ノ内膜炎ヲ併發セルモノ(腹式全摘出)。

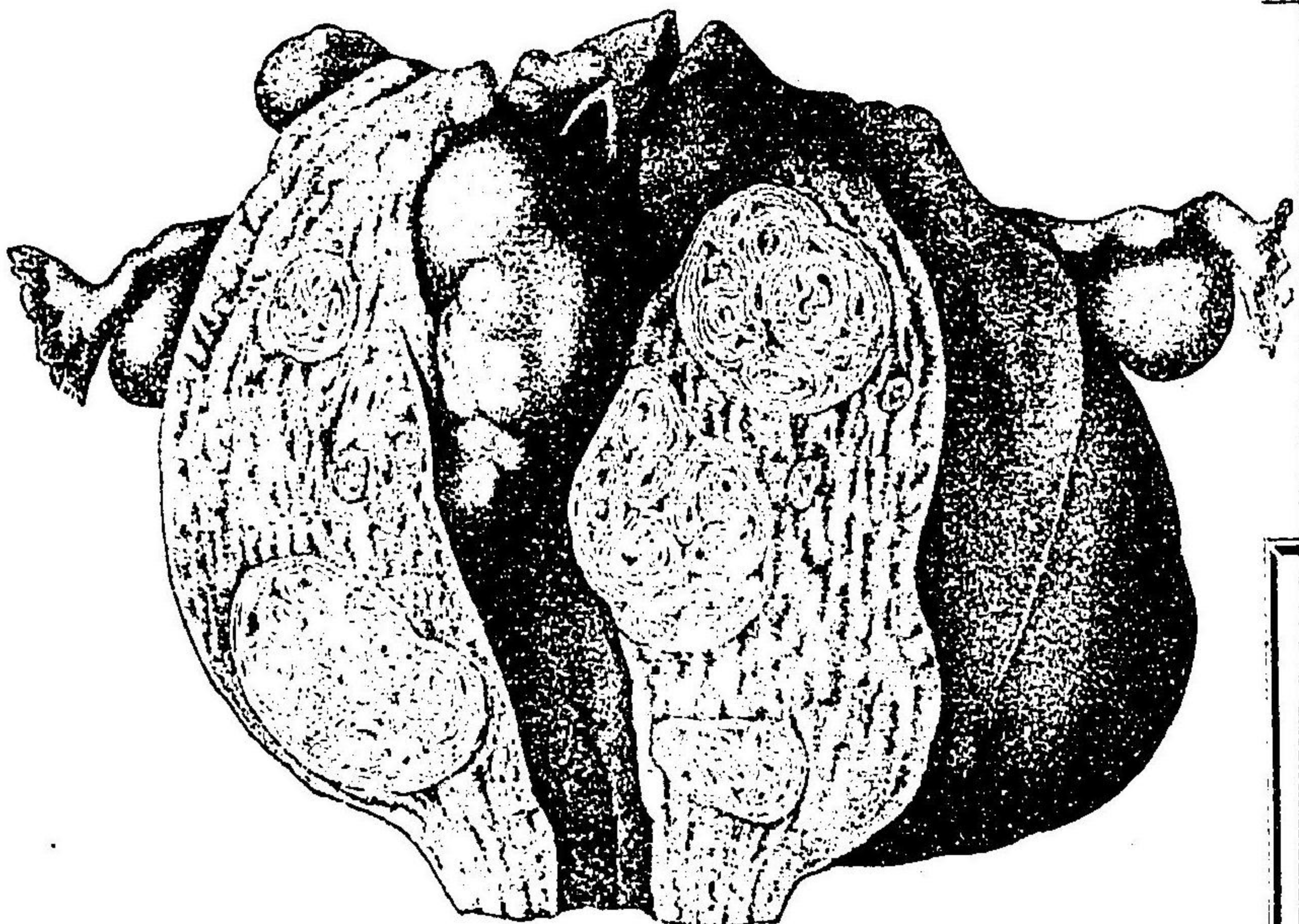
腫ハ子宮筋層中ニ包裹セラレ、其周圍ハ全然子宮筋層ヲ以テ圍繞セラ(第百六十六圖)。
フオン、ウインケル氏ノ說ニ據レバ、間質性筋腫、漿膜下筋腫及ビ粘膜下筋腫ノ比例

ハ六十五對二十四三對十七ニ於ケルガ如シ。
 腹膜ノ側方反轉皺襞ノ下方ニテ、子宮頸部ノ側壁ニ於テ發生スル腫瘍ヲ
 子宮近傍部筋腫 Parametran 及ビ腹膜下筋腫 sub-oder infraperitonealト稱ス、此
 等ノ腫瘍ハ發育増進スルカ或ハ初メヨリ高位ヲ占メ體部ニ存在スルト
 キハ廣靱帶ノ兩葉ヲ披開シテ其間隙ニ進入發育シ、靱帶内筋腫 intraliga-
 mentaires トナル。

筋腫ノ發生部位ニヨリ其生ズル病症ヲ異ニシ、且ツ又此腫瘍ノ臨床上價
 値ハ殆ト全ク其病症ニ關スルヲ以テ、何レノ場合ニ於テモ發生部位ニ於
 ケル此局處的差異ヲ知得スルコト必要ナリ。

吾人ハ生殖器ニ於ケル他ノ新生物、例之バ卵巢囊腫ノ際ニ於テモ亦發生
 部位ヲ異ニセルヲ見ル、然レモ此差異タルヤ此場合ニ於テハ全體ヨリ觀
 察スレバ敢テ重キヲ置クニ足ラズ、只手術的療法上一定ノ着眼點ヲ與フ
 ルニ過キズ、癌腫ガ頸部ニ於テ或ハ腔部ニ於テ若シクハ體部ニ於テ發生
 セルモ、卵巢囊腫ガ靱帶内ニ存スルモ、莖帶ヲ有シテ腹腔内ニ發育セルモ、
 是レ何レノ場合ニ於テモ患者竝ニ療法上ノ原則ニ對スル新生物ノ價値

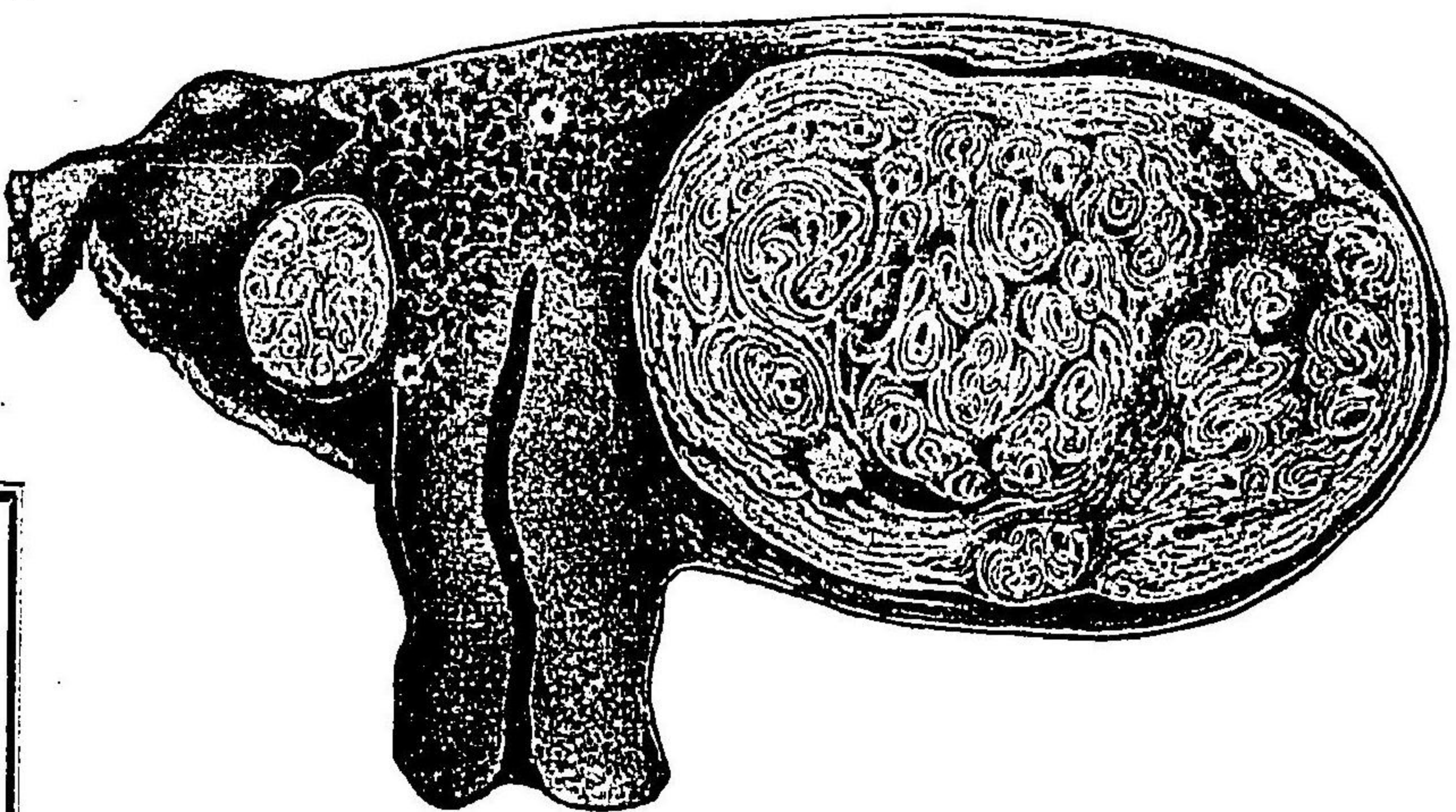
第百六十五圖



間質性及ビ粘膜
 下類纖維腫ニシ
 テ其中ノ一ハ子
 宮腔内ニ横リ且
 ツ細キ莖帶ヲ以
 テ僅ニ子宮壁ト
 連續セリ(子宮
 腔上部切斷)。

ハ同一ナリ、反
 之筋腫ニアリ
 テハ其症候ニ
 ヨリテ明白ナ
 ルガ如ク頸部
 或ハ體部、粘膜
 下或ハ漿膜下
 ニ占位スルニ
 從ヒ大ニ苦痛
 ヲ異ニシ或ハ
 摘出斷行上ニ
 大影響ヲ及ボ
 スモノナリ。
 纖維筋腫ノ發
 生原因ハ尙不

第百六十六圖



問質性類纖維
腫ニシテ鮮明
ナル被蓋ヲ有
スルモノ(腹
式全摘出)。

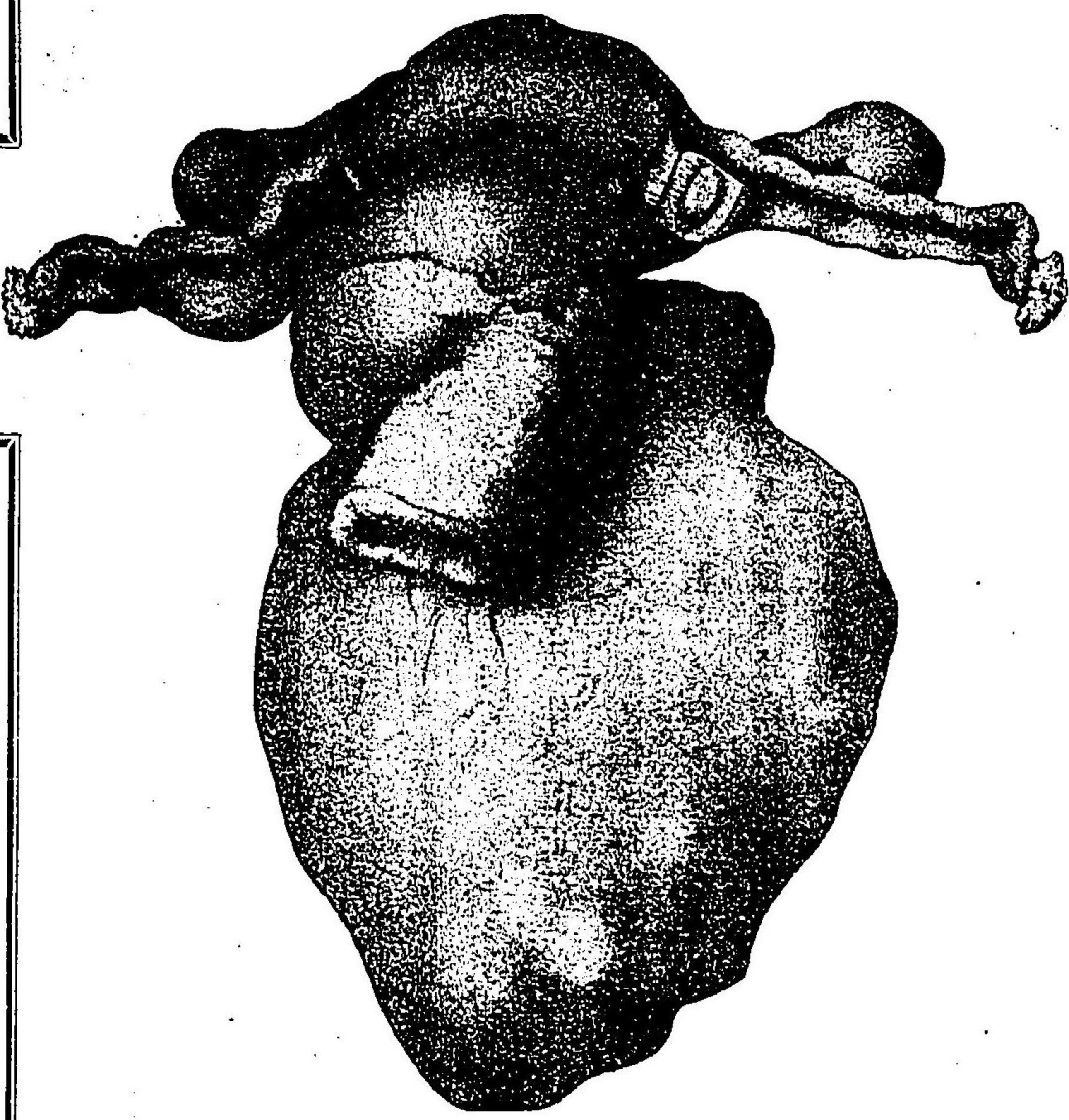
明ニシテ全ク冥々裏ニ
葬ラルル此點ニ就テハ該
腫モ亦發生ニ關スル新
說常ニ簇出スト雖凡而
モ事實ヲ證明スル能ハ
ザル他ノ新生物ト同列
ニ配スベキモノナリ。
類纖維腫ノ年齡即チ生
殖營爲の生活ニ於ケル
關係ハ稍其發生原因ヲ
説明スルニ足ル。
類纖維腫ハ主トシテ婦
人ノ生殖器成熟時代ノ
後半期ニ於テ發見セラ
レ、或ハ發生スルモノナ

リ、故ニ子宮ハ勿論其發育ノ度完全ノ域ニ達セルヤ必セリ、又子宮ハ完全
ニ其能クベキ生理的諸力ヲ發展スルニ足ルコト論ヲ俟タズ、但シ子宮ハ
此諸力ニヨリ受胎ノ後發育シテ其大サ數倍ニ達スルヲ得ベク、且、子宮壁
ハ自由ニ頻回ノ擴張及收縮ヲ營ミ、遂ニ月經閉止期靜止ニ於テ復タ機能
ヲ營マザル萎縮ノ状態ニ陥ルモノナリ。

春機發動後ノ生活ニ於ケル此暴風時期ニ於テ類纖維腫發生ス、該腫ハ子
宮ノ生理的生活力ニ甚ダシキ影響ヲ受クルモノニシテ、終ニハ類纖維腫
モ亦子宮ト同時ニ老人期靜止ニ進ミ、且、月經閉止期ニ達スルト共ニ、其成
長停止シ、後來注意スルニ足ラザル状態ノ儘ニ持續シテ、症候ヲ呈セザル
附屬物ト化シ了ルヲ常トスルハ吾人ノ知ルトコロナリ。

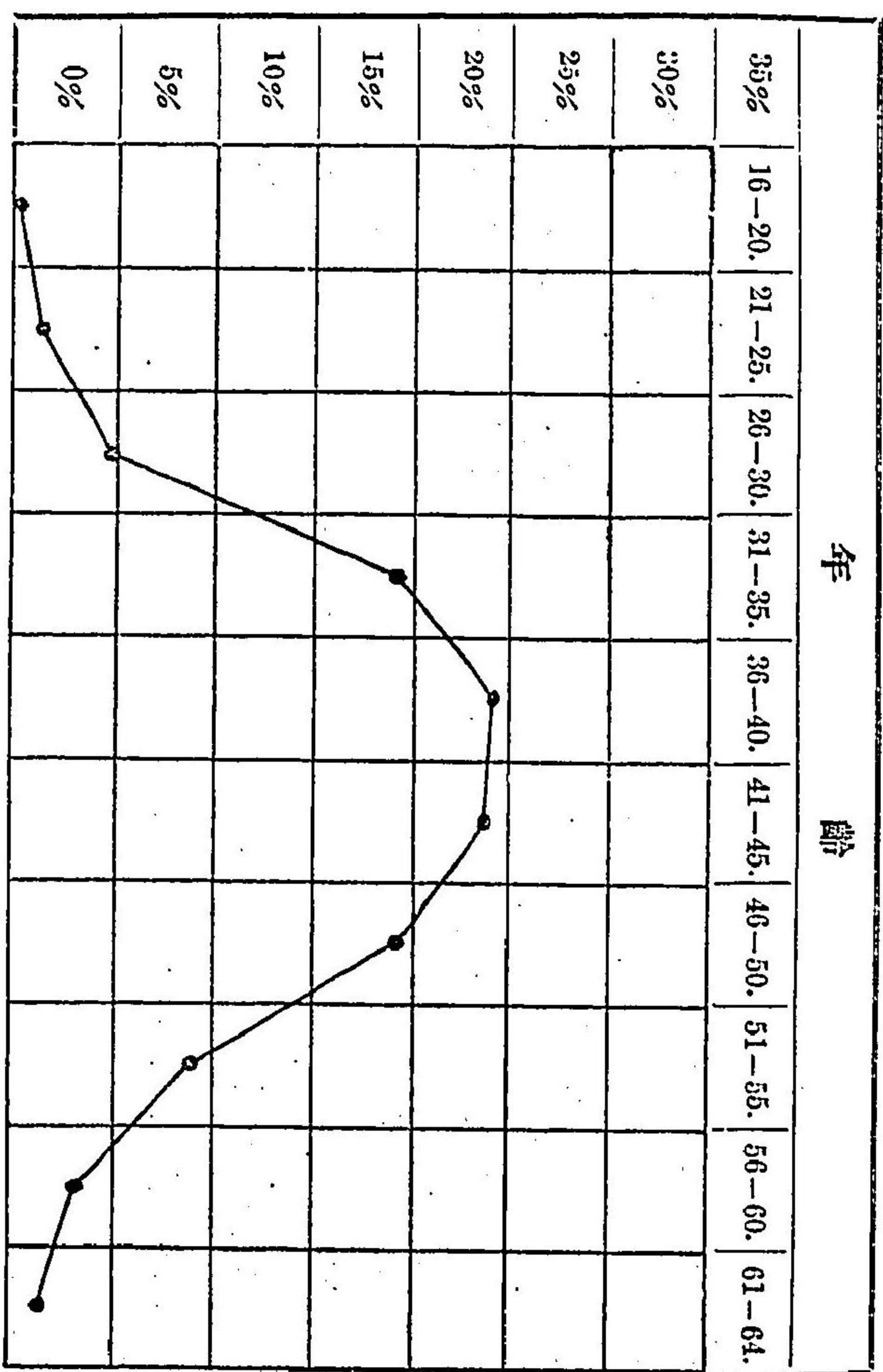
グッセロウ氏 Gussenow ノ調製セル類纖維腫ノ年齡統計ニヨリ其發生ト年
齡トノ關係ヲ知り得ベシ、即チ九百五十三例中

- 二十歳以下ノ婦人ニ來ルモノ……………一六「プロセント」。
- 二十歳乃至三十歳ノ婦人ニ來ルモノ……………十七「プロセント」。
- 三十歳乃至四十歳ノ婦人ニ來ルモノ……………三十八「プロセント」。



腹。後。部。腹。膜。筋。腫。全。式。裝。出。

第 百 六 十 七 圖



種々ノ年齡ニ於
 クル筋腫發生率
 ノ表。是ハハ
 カジノクフオ
 婦人科教室入
 院患者五百三十
 一人ニ就テ調査
 セルモノナリ。
 (教授エクス
 プレミアム
 Ström)

第 百 六 十 八 圖

四十歳乃至五十歳ノ婦人ニ來ルモノ……三十七七「プロセント」、
 五十歳乃至六十歳ノ婦人ニ來ルモノ……三九「プロセント」、
 六十歳以上ノ婦人ニ來ルモノ……一八「プロセント」。

初診ニ於テ類纖維腫ノ診斷ヲ得タル五百三十一人ノ婦人ニ就キ類纖維腫發生年齢ノ表ヲ調製シ前頁ノ曲線ヲ得タリ。

例之ハ卵巢囊腫ハ年齢ニ全ク關係ヲ有セズシテ初生兒並ニ幼女ニアリテモ、妙齡ノ女子ニアリテモ、若シクハ如何ナル高齡ノ婦人ニ於テモ發生スルコトヲ考フルトキハ、吾人ヲシテ成熟子宮ノ發育^{エンタウイケルンクストリフ}力ト筋腫發生トノ間ニハ、少ナクモ該腫發生ノ原因ノ一部ガ成熟子宮ノ發育力ニアルコトヲ想像セシムル或ル關係ノ存在セルコトヲ思考セシム、子宮ニシテ若シ内部ニ潜伏セル發育力ヲ妊娠肥大ニヨリテ逸散スルノ機會ヲ有セザルトキハ、筋腫發生ノ不幸ヲ來シ爲メニ患者ノ危險ヲ招ク事アルハ屢々實驗スルトコロニシテ是レ實ニ以上ノ說ヲシテ愈々強固ナラシムルモノナリ、フエーリング氏ハパーゼル教室ノ筋腫患者百八十九人ニ就キ、既婚婦ト未婚婦トノ關係ヲ檢シ二ト一トノ比例ヲ得而シテ婦人科病室ノ

爾餘ノ患者ニアリテハ五對一ノ比例ヲ得タリ、エングストレーム氏ノ調査ハ患者一萬千人中結婚者五人ニ對シ處女一人ノ割合ニシテ、筋腫患者五百三十人ニアリテハ結婚者二人ニ對シ處女一人ノ割合ナリ、チービンゲン教室ニ於ケル余ノ經驗ハ手術ヲ行ヘル筋腫患者三百人中未産婦ノ經産婦ニ對スル比例ハ一對二ナリ。

以上ノ觀察ハ縱令ヒ眞ニ似タリト雖モ、吾人ハ此説明ニ對シ過度ニ重キヲ置カザルコトヲ注意セザルベカラズ、何トナレバ該説明ハ類纖維腫ノ發生ニ就テノ各見解ニ於テ、吾人ヲ満足セシムルコト能ハザルヲ以テナリ、學者ノ多數ハ遺傳、生殖器ニ及ボス各種ノ刺激ヲ以テ原因ナリトシ、或ハ情慾抑制ニ歸シ壯年マデ獨身ノ生活ヲナセシ者ニ多キヲ唱ヘリ。之ヲ要スルニ數多ノ原因的觀察モ遂ニ一ツノ信憑スベキ假說ヲ得ズ且ツ又吾人ハ病原若シクハ發生ニ就キ、全然一定ノモノヲ聞カズ、母組織^{マトリックス}ヲ與フルモノハ子宮筋層ナルカ、或ハ如斯變性ヲ誘發セルモノハ血管筋層ナルカハ近時種々ニ解説セラル、モノ、一ニシテ多種ノ研究モ未ダ一定ノ結果ヲ得ザルナリ。

筋腫自己ニ於ケルヨリハ該腫ニ基因セル子宮殊ニ爾餘ノ筋層竝ニ其粘膜ノ續發性變化ヲ以テ尙ホ必要ナル症[○]狀ナリトス、又主トシテ腫瘍ノ存在ノ初徴トシテ甚ダ屢々内膜炎性變性ヲ來タスコトアリ、筋層ハ肥大シ、時トシテ數倍大ニ達シ、粘膜ハ増殖シ肥大性及ビ増生性腺性内膜炎ノ狀態ヲ呈ス、反之純粹ノ粘膜下類纖維腫ニアリテハ筋腫ニ直接觸接セザル即チ相對向シテ位スル粘膜部分ハ肥大シ、而シテ類纖維腫ヲ被ヘル、粘膜ハ益、菲薄トナリ、遂ニ腺ハ全然消失シ、終ニハ僅ニ間質粘膜組織ノ一菲薄層ノ存スルアリテ表面上皮ト腫瘍トヲ分テルノミ、此等ノ粘膜部分ハ壓迫ノ爲メニ全然萎縮シ、類纖維腫ハ裸出スルニ至ル。

同時ニ來ル喇叭管及ビ卵巢ノ變化ハ寧ロ枝葉ニ屬スルモノニシテ是レ恐ラクハ唯筋腫ノ爲メニ生ジ、此等臟器ノ腫脹及ビ増大ヲ誘起セル血液鬱積ノ結果ニ過ギザルベシ。

純粹ノ纖維筋腫ハ解剖的構造上良性ト思考スベシト雖モ、變^メ性^カ或ハ合併症ヲ發スルトキハ暫時ニシテ甚ダシク其性質ヲ變化スルコトアリ、斯ク變化ヲ來タスモノヲ列舉スレバ左ノ如シ。

一、惡性變性[○] malignant Degeneration ハ筋腫中ノ「三プロセント」ニ來ル、此場合ニハ、腫瘍ハ時日經過中ニ變化シテ紡錘形細胞肉腫トナル、而シテ該肉腫ノ惡性タルコトハ、轉移^メヲ生ゼルト再發力ノ強キトニヨリ十分之ヲ知ルヲ得ベシ、余ハ卵巢摘出ヲ行ヒ好果ヲ得タル後チ、數年ヲ經テ、類纖維腫ハ惡性ニ變性シ、從來成長停止ノ有様ニ止マレル腫瘍カ俄然急速ニ成長セルニ例ヲ實驗セリ。

又腺腫性筋腫變性シ惡性腺腫ノ形態ヲナセルヲ目撃セリ、腫瘍ハ著シク孔ヲ生ジテ篩狀ヲ呈シ、到ル處上皮管増殖シ、且ツ腺腔洞ヲ具備ス、筋軟骨腫^{ドロム}筋腫^{イオスム}ノ如キ雜腫瘍ハ其發生スルコト、極メテ稀有ニシテ且ツ緊要ナラザルモノナリ。

二、炎症傳染壞疽[○]モ亦恐ルベキ合併症ニシテ爲メニ從來症候ヲ呈セズ、且ツ障礙ヲ來タサズシテ經過セル腫瘍モ直ニ生命ヲ危フスルガ如キ極メテ危篤ノ狀態ヲ呈スルニ至ル。

纖維腫瘍^{フハセルグシユウユルス}ノ細菌侵入ノ危險ニ遭遇スル傾向及ビ機會ノ少キハ全ク該腫瘍ノ性狀ニ基因シ且ツ其ノ存在スルヤ深ク潛匿シテ保護セラル、ニ因

ルモノニシテ粘膜下類纖維腫ガ其被覆ヲ破リ、子宮内腔ニ游離突出シ或ハ加之既ニ頸管又ハ腔内ニ突出セルトキニ至リ初メテ細菌ノ進入ヲ招ク、蓋シ此時ニ當リテハ腫瘍ハ必ズ細菌ノ進入ヲ容易ナラシムルノ状態ニアリ、此状態タルヤ實ニ細菌進入ヲ招來スルモノニシテ、細菌進入ハ全ク續發性ナルモ、而カモ其害毒ノ及ボストコロ鮮少ナラズ、即チ此等ノ纖維腫樣茸腫ボウチイゼンハ一部或ハ大部分離シ容易ニ局部或ハ全部壞疽ニ陥リ、而シテ此營養ヲ失ヘル死組織ハ腐敗細菌ノ作用ヲ受ケテ崩壞シ、非常ノ膿敗、出血發熱、敗血症ヲ起ス、余ハ嘗テ類纖維腫ノ電氣刺鍼術ヲ行ヒシ後チ、該腫及ビ其患者ノ是レト同ジキ危害ニ陥リシヲ實驗セリ、又筋腫手術ノ効果ヲ得ズシテ、遺留セル腫瘍部分ガ外界ト觸接セシ場合並ニ管テ内膜ヨリ行ヘル腫瘍被囊ノ切開ハ、前記ノ如キ嫌惡スベキ結果状態ヲ誘發スルモノナリ。

筋腫ガ外界ト觸接セザルカ或ハ觸接シ得ル状態ニアラズシテ營養ヲ失フトキハ、全ク以上ト關係ヲ異ニス、如ストキハ其大サ著シク減少シテ乾性壞死ニ陥ル、是レ猶ナカ子宮外胎兒或ハ子宮内胎兒ニアリテモ其ノ流産セ

ルモノニ於テ時トシテ目撃スルガ如シ、余ハ嘗テ開腹術ヲ行ヒドウグラ
ス氏腔内ニ箝頓セル筋腫ヲ手術セリ、該腫ハ全ク腹腔内ニ游離シテ何レノ臟器トモ連絡ヲ有セズ、只接觸セル腹膜ト僅ニ弛ク粘着セルノミニシテ、此部分ハ血液ニ乏シク、割斷面ハ乾燥貧血、暗赤色ノ筋腫組織ヲ呈シテ、崩壞或ハ炎症ノ痕跡ヲ認メザリシ、又余ハ漿膜下類纖維腫ノ完全莖蒂捻轉ノ際、類似ノ状態ヲ實驗セリ。

卵巢囊腫ニアリテハ莖蒂捻轉ノ爲メニ完全ナル營養障礙ヲ來タストキハ其内容流動性ニシテ且ツ滋養ニ富メルノ故ヲ以テ化膿或ハ膿敗ヲ招キ易キモ、反之類纖維腫ハ腹腔内ニ存在スルトキハ細菌ノ感染ヲ受クルコト少キガ如シ、腸ノ細菌ニ對シテモ亦然リトス。

三、囊。筋。腫。Cystomyomaノ特徴トスルトコロハ、液體ヲ以テ充實セル大小無數ノ腔洞ヲ以テ腫瘍ヲ組成スルニアリ、是レ世人ノ信ズル如ク血管或ハ淋巴管ノ變性ノ爲メニ生ズルナリ、毛細管擴張性筋腫 Myoma telangiectodes 淋巴管擴張性筋腫 Myoma lymphangiectodes 然レモ如斯場合ニハ分泌性細胞ノ異常沈着モ、亦腺腫性筋腫ノ場合ニ於ケルト等シク、恐ラクハ與リテ力

アルナラン。

然リト雖モ囊筋腫ノ發生ヲ最モ屢誘起セシムルモノハ粘液性變性ナリトス、此變性ハ組織ヲ全然軟化セシメ以テ大腔洞生成ヲ誘起ス。

四、脂肪及ビ澱粉樣變性。ハ類纖維腫ニ來ル、然レモ是レ類纖維腫ガ時トシテ子宮ト共同營爲セル變化ナリ、產褥子宮復故ノ際類纖維腫ガ恰モ妊娠中ニ肥大セル子宮ガ產褥時ニ縮小スルト等シク其大サノ減少ヲ來スコトアリト雖モ、尙腫瘍ノ完全消失ヲ招キタル類例ノ記載ノ如キニ至リテハ寧ロ偶然ノ結果ト謂ツベキナリ。

五、石灰化。Verkalung ノ來ルコト亦稀レナラズ、該症ハ殊ニ老婦ニ來ルモノニシテ、是レニヨリテ類纖維腫ハ恰カモ石兒生成ヲ生ズルト同法ニヨリ、變ジテ石灰石即チ子宮石。Uterussteinヲ生成スルニ至ルコトアリ、腫瘍ハ如何ナル狀態ノ下ニ、炭酸石灰及ビ磷酸石灰ヲ以テ被ハル、カハ未知ニ屬スト雖モ、恐クハ是レ亦營養障礙ニ基因スルガ如シ、腫瘍ハ爲メニ其硬度恰カモ岩石ノ如クナリ、試ニ雙合診ヲ施セバ是ヨリ以上如何ナル成長ヲモ遂ゲ得ザル全ク善良ノ變性タルヲ診斷シ得ベシ。

此等ノ一部ハ原發性ニシテ、他一部ハ續發性ナル種々ノ組織變化ノ及ホス影響ハ既述ノ説明ニ於ケルガ如ク、變化ノ性質ニ從テ全ク種々ナリ、一方ニ於テハ脂肪變性、石灰化及ビ萎縮ハ腫瘍ヲ縮小セシメ、且ツ極メテ稀ナリト雖モ、遂ニ之ヲ消失セシムルコトアリ、他方ニ於テハ囊腫樣粘液腫樣變性ヲ誘起シ、又漿液性浸潤ヲ招キ、之ガ爲メニ屢、急速ナル且、無限ノ増大ヲ來タスコトアリ、敗血性壞疽及ビ肉腫樣或ハ腺腫樣癌腫樣變性ニヨリテ生スル危害モ亦甚タ劇烈ナリ。

子宮筋腫ニ際シ、生殖器ニ於ケル他種疾病ノ合併症ヲ偶然目撃スルコトアリ、種々ノ卵巢囊腫ノ併發ハ全ク稀有ナリトセズ、手術セル二百例中合併症ヲ有スルモノ實ニ三十七回ヲ見タリ、其内二回ハ卵巢ノ胎兒腫Embryonナリ、此等ノ腫瘍發生間ニ或ル隱密ノ關係ノ確ニ存在スルヤ否ヤハ未詳ナラズ、余ハ子宮筋腫ト子宮癌腫殊ニ體部並ニ頸部癌腫トヲ同時ニ發見セシコト七回ニ及ベリ、筋腫手術ニ際シ、余ハ十六回喇叭管水腫及ビ化膿性喇叭管炎ニ遭遇セリ、又一回ハ動物試驗ニヨリテ實驗的ニ確定セシ、尙發病性ヲ有セル喇叭管及ビ腹膜結核症ヲ見タリ。

此他特異ノ例トシテ、手術ノ際四回ノ腹水、三回ノ腹腔内游離出血ヲ見
タリ、殊ニ其血液ハ、一回ハ腫瘍ノ後壁ニ亘リテ走レル指頭大ノ靜脈ニ
於ケル恰カモ鑿鑽ヲ以テ穿テル如キ孔ヨリ出テタリ、患者ハ月經過多
ニ罹リタルコトナキニ拘ハラズ、著シク貧血ナリシコトハ腹腔内ニ於
ケル多量ノ血液ニヨリテ首肯スルヲ得タリ、第二回ハドーグラス氏腔
ニ於テ出所不明ノ膠樣凝血ヲ發見セリ、第三回ノ例ニ於テハ、血液ハ喇
叭管ヨリ出テタルモノ、如ク而カモ喇叭管ニモ亦血液ヲ含有セリ、此
患者ニハ劇烈ナル子宮出血アリテ時々之ガ鬱積ヲ致シ、且ツ流通佳良
ノ喇叭管ニアリテハ余ガ實驗的ニ子宮内注射ニヨリテ確實ニ證明シ
得シガ如ク亦喇叭管ヲ通過シテ腹膜腔内ニ注キシナリ。
吾人ハ二百例中、一部ハ筋腫、一部ハ筋腫以外ノモノニ於テ都テ百二回即
チ殆ンド患者ノ半數ニ於テ多少重篤ノ合併症ヲ實驗セリ
筋腫ノ臨床的症狀ハ、主トシテ、此際來タレル出血ニヨリテ左右セラル患
者ノ大多數ハ之ガ爲メニ醫療ヲ求ムルニ至ル、血液損失ノ量ハ高度ニ達
シ、患者ハ全ク出血シ盡セルガ如キ觀ヲ呈シ、健康ヲ害シ加之生命ヲモ危

篤ナラシメ、且ツ重篤ナル續發症狀即チ心臟變性ヲ誘起スルニ至ル、出血
ハ子宮粘膜炎ヨリ生ジ、常ニ先ツ來ルハ月經過多即チ強度ノ月經ナリ、粘膜炎
變化ハ主トシテ筋腫發生部位ニ關係スルヲ以テ、腫瘍ガ粘膜炎ニ愈、接近シ
テ位スルニ從ヒ、或ハ腫瘍ガ愈、純粹ニ粘膜炎ニ發育スルニ從ヒ、内膜炎及
ビ其症候ノ益、顯著ナルハ明ナリトス、若シ類纖維腫ニシテ息肉狀ヲナセ
ルトキハ出血殊ニ甚タシ、漿膜下筋腫及ビ間質性筋腫ニテモ粘膜炎ニ遠ク
隔タリタルモノハ、月經性血液ノ變性ヲ來ササルヲ常トス。
筋腫ノ爲メニ起レル出血ノ存在セル初期ノ年月ニ於テハ、出血ハ、莖狀内
膜炎 fungöse Endometritis ノ際主トシテ實驗セララル、モノト全ク等シキモ、
癌腫ノ爲メニ來ル出血トハ甚ダシク趣ヲ異ニシ、強度ニシテ且ツ荏苒長
時ニ亘ルト雖モ、而カモ尙常ニ順調ナル月經ノ状態ニ於テ來ル、然レモ腫
瘍尙發育シ且ツ粘膜炎變化ノ進メルモノニアリテハ此出血ノ状態ハ全ク
消滅シ每出血ノ期間愈、接近ス、是レ一部ハ出血益、長時持續セル爲メ、一部
ハ又間歇時ノ短縮セルニヨルナリ、粘膜炎下類纖維腫ノ排出作用數年以上
ニ亘レルモノハ、終ニ出血連續性トナリ、少クトモ漿液性血液樣排泄物持

續シテ其間時々多量ノ不調出血アリ、加之尙腫瘍ノ濕性壞疽ヲ來シ嫌惡スベキ臭氣ヲ放テル排泄物ヲ有スルトキハ、其症候排泄疼痛ヲ伴フコト勿論ナルヲ以テ、患者ノ既往症及ビ其容貌ニヨレバ、纖維腫ト診センヨリハ病勢ノ著シク進捗シタル癌腫或ハ肉腫タルヲ信スルヲ以テ遙ニ當ヲ得タリトナス、然レモ斯ノ如キ場合ニハ只慎重ナル検査ニヨリテノミ、若シクハ時宜ニヨリテハ顯微鏡ニヨリ其錯誤ヲ正スヲ得ベク、是レニヨリ亦患者ノ治療ヲ圖リ得ベシ。

若シ出血セル筋腫患者ニシテ月經閉止期ニ達スルトキハ出血停止ス、是レ此出血ハ只變性セル月經ニシテ、排卵ノ生理的作用ニ關スルノ證タリ、然レモ筋腫ノ爲メニ、此時ニ方リ殊ニ渴望シ且、長時疾ク其ノ來タランコトヲ期待セシ生殖器機能ノ停止ヲシテ著シク遲延セシメラル、コトアルハ常ニ經驗セル事實ニシテ、是レ即チ筋腫ノ此等生理的生活現象上ニモ亦一大影響ヲ與フルノ標徴タリ、健全ナル婦人ニアリテハ、四十歲代ノ後半期ニ於テ、月經閉止期ノ來ルヲ常トスレモ筋腫患者ニアリテハ、五十歲代ノ前半期ニ至リ經閉期初メテ來ルモノニシテ、尙更ニ高年ニ及ビ來

ルコト亦稀ナラズ、甚ダシク貧血セル三十歲或ハ四十歲代ノ婦人ニ於テハ此經驗上ノ事實ハ、豫後及ビ療法上大ニ憂慮スベキモノナリトス。筋腫ノ際ニ發スル疼痛ハ、腫瘍ノ爲メニ起ルコト稀ニシテ多クハ、合併症ノ結果タルヲ常トス、息肉狀粘膜炎下筋腫ノ娩出ヲ伴ヒ且、數月間ニ亘リ時々強弱ヲ異ニセル、彼ノ子宮收縮ノ爲メニ來ル陣痛樣疼痛ハ、前章ニ於テ既ニ屢、記述セルトコロナリ、其他ノ疼痛ヲ起ス原因ハ長莖ヲ有セル漿膜下筋腫ノ莖蒂捻轉ナリ、然レドモ、此捻轉ハ顯著ナル有莖卵巢囊腫ニ於ケルヨリハ甚ダ稀レニ起ルモノナリ、骨盤内ニ箝頓セル筋腫ハ、該腫ノ子宮近傍部、頸部ニ發育セル爲メニ逸出シ能ハザルニセヨ、或ハ後屈子宮ニ發育セルニセヨ、此處ニ存在スル大神經幹ヲ直接壓迫シ管ニ壓痛ヲ起スノミナラズ、恰モ特殊性尿閉ヲ起シ、劇甚ナル疼痛發作ヲ生ズル後屈子宮妊娠箝頓ニ於ケルガ如ク、屢、腫瘍ノ箝頓ノ爲メニ發セル複雜症候ヲ呈ス。腹腔内ニ游離發育セル漿膜下或ハ間質性類纖維腫ノ合併症ヲ有セザルモノニアリテハ、毫モ症候ヲ呈セズ、只該腫ガ相應ノ大サニ達スルトキ、初メテ注意セララル、モノナリ、腫瘍ニシテ久ク存在シ、少クトモ數年ヲ費シ

發育ノ大サ其極ニ達スルモノハ、患者常ニ之ヲ知ラズ、其際ニ初メテ近時發生シタルモノト思惟シテ訴フルモノニシテ、是レ毫モ症候ヲ呈セザル筋腫ヲ有スル婦人ノ微恙ダモ感ゼザル固有ノ標徴ナリトス。

反之骨盤内ニ符頓セル類纖維腫ニアリテハ其大サ成熟兒頭大ニ達スルトキハ既ニ壓迫症狀ヲ呈ス、而モ寛濶ナル腹腔内ニアリテハ殆ト妊娠八ヶ月ノ子宮大ニ達スルコトアルモ腹腔ノ狹隘ヲ來タスコト著シカラズ之ガ爲メニ壓迫症狀ヲ招クコトナシ、發育尙進ミ殊ニ囊腫性筋腫迅速ニ成長セルモノニアリテハ、恰カモ大囊腫或ハ他ノ腹腔大腫瘍ニ於ケルガ如ク胃腸ノ苦痛ヲ起シ且殊ニ胸部ノ臟器ヲ壓迫シ、呼吸困難及ビ血行障礙ヲ來シ下肢ニ水腫及ビ靜脈瘤ヲ生ズ、此等ノ場合ニ於テハ、筋腫ノ月經的腫脹ハ、著シク一般症狀ノ増悪ヲ誘起スルコトアリ。

子宮前壁ノ下部ニ位スル腹膜下或ハ腹膜内筋腫ノ定型的症候ハ、膀胱機能ノ障礙ニシテ、利尿疼痛症Dysuria、有痛性尿淋瀝Stranguria、尿閉或ハ尿失禁ナリ、此等ノ場合及ビ殊ニ韌帶内ニ發生セル筋腫ニ於ケル恐ルベキ症候ハ輸尿管合併症ニシテ、輸尿管ノ壓排高度ノ擴張、續發性腎盂水腫、腎膿

腫等ナリ、是レ局處解剖上甚シク不良ノ位置ヲ占ムル此等腫瘍ノ手術ニ際シ重大ノ關係ヲ有スルモノナリ。

硬固ニシテ著シク大ナラズ、且甚ダ移動シ易キ有莖漿膜下腫瘍ニアリテハ、婦人ハ體位變更ノ際、腹腔内ニ於テ腫瘍ノ彼此轉々スルヲ感ズ。

筋腫ニ原因セル子宮機能障礙ハ其發生ノ部位ニヨリ甚ダ顯著ナルコトアリ、或ハ全ク缺如セルコトアリ、主トシテ月經ノ強弱、持續及ビ反復ニ影響ヲ及ボシ月經過多ヲ來スノ外又月經困難ヲ誘起ス、蓋シ之ヲ生スルノ理ハ數個ノ筋腫ヨリナレル子宮ヲ摘出シ、之レヲ檢スルニ子宮内腔ハ延長シ且種々ノ狹隘ヲ來タシ屢、奇形ヲ呈スルニ徴シテモ自ラ明瞭ナリトス。

又疼痛ヲ發スルハ子宮ガ其經血性平等濕潤ヲ妨ダラレ殊ニ狹窄及ビ角形成ノ爲メニ血液流通ヲ妨害セラル、ニ由ル同一理由ニヨリ筋腫ト甚タ屢、合併セル不妊症モ亦機械的障礙ノ爲メ類纖維腫ノ直接結果トシテ來ルモノナリ、通常婦人ノ不妊症ハ八「プロセント」乃至十五「プロセント」ナルモ、筋腫患者ニアリテハ、二十五「プロセント」乃至三十「プロセント」ノ不妊

症ヲ算ス、他ノ症候ノ如ク不妊症モ亦腫瘍ノ爲メニ誘起セラレズシテ唯時トシテ發育特異性ニヨリテ來ル、習慣性流産ノ現象モ亦或ル場合ニ於テハ生殖不能 *Infertilität* ヲ來タスガ如キ即チ是レナリ、生殖機能 *Fertilität* ハ既婚婦人ノ普通妊娠數四五ニ對シ筋腫患者ノ妊娠數ハ僅ニ二七乃至三四ナリ、反之他種ノ筋腫子宮ニ於テハ、受胎並ニ生殖機能毫モ障礙セラズ、妊娠、分娩及ビ産褥等何レモ筋腫ノ存在ニ拘ラズ全然正常ニ經過スルコトアリ

筋腫ノ爲メニ繁殖官能ノ甚シク障礙セラル、コトアルハ其解剖的關係ノ區々タルニ徴シテ明ナルトコロニシテ、頸部或ハ子宮近傍部、靱帶内筋腫ガ完全ナル分娩障礙ヲ惹起シ、爲メニ腹式或ハ腔式帝王切開術ヲ行ヒ、次デ腫瘍或ハ子宮全部ヲ除去スルヲ要スルコトアリ。

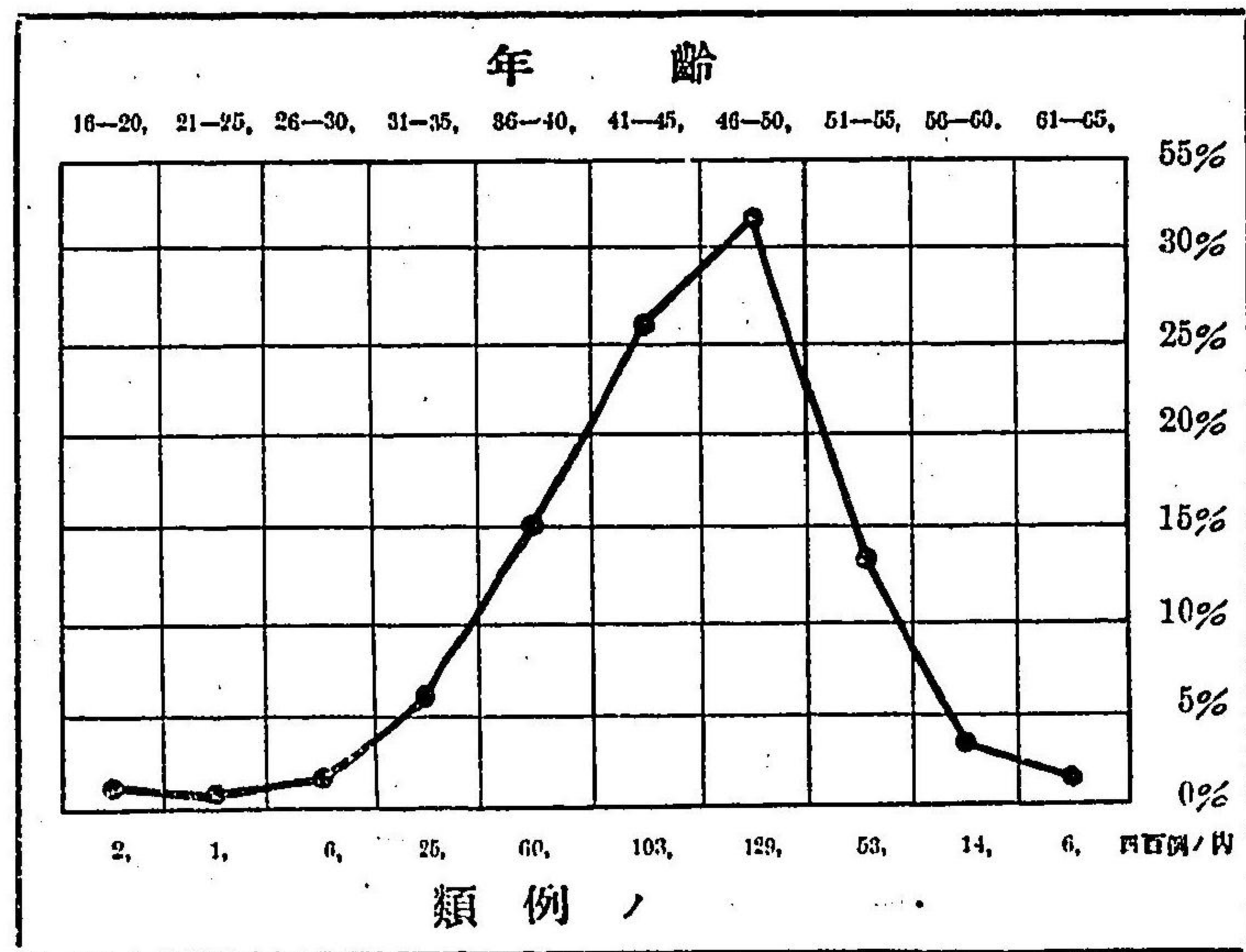
受胎障礙ニヨレル完全不妊症、習慣性流産ニヨレル生殖不能完全分娩障礙、産褥ニ於ケル壞疽或ハ膿敗ハ、一方ニ於テハ正ニ是レ筋腫ト繁殖官能トノ間ニ來ル關係ナリ、而シテ他方ニ於テハ受胎、妊娠、分娩能力及ビ産褥ハ毫モ障礙セラレザルヲ常トス、子宮筋腫ハ其性状著シク多様ニシテ單

純ナル構造ヲ有スル者ニアリテモ尙其性状及ビ發生部位ニ從ヒ非常ニ種々ノ作用ヲ呈シ毫モ特徵ヲ有セズ、筋腫ノ經過及ビ豫後ニ於ケル一定ノ概則ヲ定ムル能ハザル事ハ以上ノ理由并ニ前記症候ニ徴シ十分之ヲ了解スルヲ得ベシ、經過及ビ豫後ハ何レモ腫瘍自己ヨリハ寧ろ其場合ニ於ケル筋腫ノ爲メニ起レル症狀ニ關係スル者ナリ、患者ノ將來ヲトスルニ最モ確實ニシテ有力ナル根據ハ腫瘍ノ發生部位ヲ知ルニアリ、是レ主トシテ疾病症候ハ發生部位ニ關係セルヲ以テナリ、此他患者ノ年齢モ亦與リテ大ニ力アル者ナリ、サレバ月經閉止期ノ來ルト同時ニ、多クハ一定ノ症狀即チ出血及ビ筋腫成長ノ停止スルコトヲ特ニ、年輩五十歲代ニ於テ經閉期ノ來ルベシト思ハル、患者ニアリテモ其年輩ニ近キトキハ重症ノ場合ニ於テモ亦對症のニ治療シ以テ經閉期ノ來ルヲ期待シ得ベシ、概シテ類纖維腫症狀ハ患者ノ若年ナルニ從ヒ愈々重篤ニ赴クヲ常トス。

余ハ施術セル筋腫ノ四百例ニ就キ調製セル種々ノ年齢ニ於ケル發生率曲線ヲ示スベシ、是レニヨリテ年齢四十歲代ノ後半期ニ於テハ曲線最頂上ニ達スルヲ知ルベシ、余ハ症狀ノ最モ重篤ナル者ノミヲ手術セルヲ以

テ是レニ由リ五十歳ニ至ル迄ハ危篤症狀ノ常ニ増進スルヲ知ル、五十歳

圖九十六百第



後ハ曲線急峻ニ下降ス、五十歳後ハ手術ヲ要セル場合實ニ僅少ナリシモ、要スルニ五十歳ヲ超エタル婦人ニ手術ヲ要シタルハ四百例ノ患

上圖ハ種々ノ年輩ニ於ケル子宮筋腫ノ發生率ノ曲線表ニシテ、チニユービンゲン婦人科教室ニ於テ著者ガ手術セシ筋腫婦人四百人ニ就テ調製セシモノナリ。

者中尙ホ七十三人有タリ、是レ此年齡限界ニ達セル後ハ類纖維腫ハ略ボ無害ナリト云フ説ト一致セザル著明ノ點ナリトス。

五十五歳以上ノ婦人ニ於ケ

ル手術ノ適應症ヲ洞察スルハ頗ル興味アルコトタリ、是レ同時ニ老婦ニ於ケル筋腫ノ適切ナル症候ヲ知ルヲ得ベケレバナリ。

六十三歳ノ婦人ニ劇烈ナル胃腸ノ苦痛アリタリ、是レ大腫瘍ト著シク癒着セル爲メニ誘起セラレタルモノニシテ全ク腫瘍摘出、ハ適應セルヲ見之ガ手術ヲ行ヘリ。

六十二歳ノ二婦人モ亦手術ヲ受ケタリ、其一人ハ著シキ大腫瘍ノ囊腫様變性ノ爲メニ、他ノ一人ハ尿閉及ビ膀胱加答兒ノ爲メニ手術セルナリ。余ノ材料中ニ三人ノ六十一歳ノ婦人アリタリ、一人ハ筋腫ノ肉腫様變性ニシテ筋腫ノ爲メニ卵巢摘出術ヲ行ヒシ後チ實ニ十七年ヲ經タルモノナリ、他ノ二人ハ筋腫ニ併發スルニ體部癌腫ヲ以テシ出血ヲ再發セルモノナリ。

二患者ハ六十歳ニシテ其一人ハ尿閉ヲ患ヒ、他ノ一人ハ筋腫ト兩側ノ癌腫様卵巢囊腫ト合併セルモノナリ。

五十九歳ノ三婦人中、一人ハ常ニ強度ノ出血アリ、一人ハ子宮底ニ於テ類纖維腫ト共ニ肉腫様息肉アリタリ、他ノ一人ハ卵巢囊腫ノ併發アル

ガ爲メニ開腹術ヲ行ヒタリ。
五十七歳ノ一婦人劇烈ナル疼痛ヲ患ヘ間質性筋腫ハ脂肪變性ヲナシ且ツ其一部分石灰化セリ。
又患者七人ハ五十六歳ナリ、適應症ハ二回ハ出血、二回ハ尿閉、一回ハ肉腫樣變性、一回ハ壞疽、一回ハ疼痛ナリ。
五十五歳ノ婦人六人中、二人ハ大出血アリ、二人ハ利尿困難アリテ利尿疼痛症及ビ尿失禁ヲ訴ヘタリ、一人ハ全脫出ニシテ同時ニ右側卵巢胎兒腫ヲ合併セリ、又一人ハ殆ド兒頭大ニ達セル粘膜炎下類纖維腫ノ大部分腔内ニ娩出セルアリ。
要スルニ筋腫ノ經過及ビ豫後ハ症候ノ外月經閉止期ニヨリ亦左右セラ、モノナリ、是レ此腫瘍ノ特異ノ點ニシテ他ノ生殖器腫瘍殊ニ卵巢腫及ビ癌腫ト大ニ其趣ヲ異ニスルトコロナリ、然レドモ又筋腫ノ爲メニ月經閉止期ノ遲延セル場合アルヲ忘ルベカラズ、サレバ年齢三十歳代ノ筋腫患者ニシテ出血、疼痛及ビ壓迫症狀アルトキハ此懋籍スベキ佳良ノ状態モ待ムニ足ラザルニ至リ凡ソ二十年ノ後ニ於テ健康ヲ恢復スルナ

ラントノ特ミ難キ期望ヲ以テ僅ニ患者ヲ慰諭スルニ過ギズ。
筋腫ノ診斷 多クハ困難ナラズ、大ナル筋腫ハ腹腔内ニ横ハリテ堅塊ヲナセルヲ外部ヨリ腹壁ヲ隔テ、觸知スルヲ得ベシ、雙合診ニヨリテ子宮トノ連絡ヲ確診シ得ルトキハ診斷實ニ明確ナリ、尙ホ骨盤内ニ横ハレル小腫瘍ニアリテモ亦不等ノ増大ヲナセル子宮ノ硬度及ビ其結節狀ヲナセル性狀ハ固有ノ觸診所見ヲ呈シ、未熟ノ診察者ニアリテモ診斷ヲ與フルニ毫モ困難ヲ感ゼザルナリ。
小ニシテ殆ンド櫻實大ナル粘膜炎下或ハ間質性類纖維腫ハ全ク之ヲ觸知スルコト能ハズ、殊ニ腫瘍ノ爲メニ致セシ平等性子宮増大ハ著シカラズシテ各人ニヨリテ子宮ノ大サヲ異ニセルモノト區別スルトコロナシ、斯ル際ニハ場合ニヨリ既往症或ハ既往ノ病症經過ヲ考一考シ是ニ由リテ鑑定ヲ下サバ大ニ診斷ノ便宜ヲ得ベシ。
余ハ甚ダシキ月經過多ノ四十歳代ナル一婦人ニ、子宮粘膜炎ノ搔爬ヲ種々ノ方面ヨリ行ヒ、而カモ僅カナル一時的効果ヲモ奏スルコト能ハザリシ一例ヲ想起ス、コハ豫メ刺密那利亞開大ヲ行ヒシ後チ、子宮内腔ノ觸知ニ

ヨリ榛實大粘膜下筋腫ヲ認識スルヲ得タリ、而シテ容易ニ之レヲ剝離剔出セル後チハ全ク止血シテ患者ハ其後絶エズ出血ノ憂ヲ免ル、ヲ得タリ、子宮出血ニ用キシ藥劑及ビ局處的並ニ子宮內膜ノ手術的療法ノ無効ナルトキハ他ニ原因ノ徵スベキモノナキニ於テハ發見シ難キ子宮筋腫ノ潜伏セルニハ非ザルヤノ疑ヲ置キ直ニ子宮內腔及ビ子宮壁ノ指診ヲ行ハザルベカラズ。

間質性體部筋腫ハ腺腫性筋腫ノ如ク亦子宮ノ平等性増大ヲ誘起シ其硬度著シク硬堅ナラザルトキハ妊娠ト筋腫トノ識別甚ダ困難ニシテ全然不能ナル事アリ、余ハ長時日ニ亘ル觀察ヲ遂ゲ且ツ時期ノ至ルヲ待チ初メテ斷定ヲ下シ得タル數例ヲ有セリ、未婚婦女ニ妊娠ノ診斷ヲ宣言シ爲メニ不快ノ事情ヲ生セシメ且、不幸ノ結果ヲ招カシムル事アリ、又コレト反對ノ例即チ妊娠ヲ以テ筋腫ト誤診シ、其結果腹壁及ビ妊娠子宮ノ切開ヲ行フニ至ルハ極メテ稀レナリトセズ、此等ノ狀態ヲ考フレバ、如斯場合ニハ以上兩方面ニ對シ慎重ノ注意ヲ要ス、疑ハシキ場合ニハ必ズ妊娠ニアラザルヤ否ヤノ考ヲ懷キ、時日經過シ診斷明晰ナルニ至ル迄ノ間、ヨク

其經過ヲ監視シ且、手術ヲ猶豫セザルベカラズ、實ニ如斯場合ニ於テハ、手術ヲ要スルガ如キ危急ニ迫レル適應症ノ存スル事決シテ之レ無キヲ以テ假令ヒ手術ヲ猶豫スルモ毫モ障礙ヲ見ザルナリ、子宮筋腫ト誤診セラレタル妊娠ニ際シ開腹術ヲ行フガ如キハ現今其跡ヲ絶タザルベカラズ、時トシテハ子宮腫瘍ト他臟器腫瘍トノ鑑別頗ル困難ニシテ殆ド不能ナルコトアリ、如斯診斷困難ハ屢、遭遇スルモノニシテ腹壁切開後初メテ判明シ得ルモノナリ、蓋シ患者ニ傷害ヲ來ササル限リハ尙ホ之ヲ恕スベキナリ。

囊腫性大筋腫ト卵巢囊腫トノ識別モ時トシテ不能ナルコトアリ、然レドモ實地上重キヲ置クニ足ラズト雖此ノ誤診ヲ避クル爲メ、多クハ囊腫性腹部腫瘍ノ各場合ニ於テ子宮ヲ牽出觸診センコトヲ試ミ、必要ニ應ジ麻醉或ハ確實ナル方法ノ助ヲ籍リ、腔部ニ鈎ケタル鉗子ニヨリ子宮ヲ移動セシメ、殊ニ之ヲ低ク牽引セシメ、同時ニ双合診ヲ行ヒテ子宮體部及ビ腫瘍莖蒂ヲ觸知スルコトヲ試ムベシ、有莖漿膜下類纖維腫ハ全ク子宮ニ關係ヲ有セザルガ如キノ觀ヲ呈シ此際ニモ實性卵巢腫瘍或ハ有莖子宮

類纖維腫トノ區別不能ナルコトアリ。
固着セル靱帶内骨盤筋腫ハ屢骨盤滲出物ト同一ノ内診所見ヲ呈ス然レドモ骨盤滲出物ニアリテハ全ク彌蔓性ニ骨盤結締織ヲ充滿シテ骨ニ及ブモノアリ加之疾病經過ヲ異ニセルヲ以テ此點ニ着眼セバ多クハ之ヲ認識スルヲ得ベシ。
子宮後方ニ存スル腫瘍陳久ニシテ全ク硬固トナレル血腫、炎性腫瘍、堅キ炎性産物中ニ包裹セラレタル化膿性喇叭管及ビ化膿性卵巢モ亦類纖維腫ト誤診セラル、コトアリ。
斯クシテ固有ノ内診所見及ビ普通行ハル、手技例之バミューゾー氏針子 *Muzen'sche Zange* ヲ以テ子宮ノ移動ヲ試ミ、或ハ腫瘍ノ移動ニ伴ヒ腔部モ亦直接或ハ間接ニ移動スルヤ否ヲ注意シ、又硬度ヲ觸知シ若クハ子宮内腔ノ消息子診腫瘍ト子宮トノ經界ノ有無、子宮内觸診、直腸診、既往症及ビ疾病經過ノ鑑定等ノ如キハ診斷上根據タルベキ重要ナル事項タリト雖尙ホ殊ニ筋腫ノ續發性變化及合併症ヲ來タセル場合ニアリテハ診斷極メテ困難ニシテ紛糾錯雜、百方誤診ヲ避ケンコトヲ努ムルモ是レ全ク能

ハザルトコロナリ、サレバ疑ハシキ場合ニアリテハ尙_ホ經過ヲ觀察スルヲ以テ最モ賞揚スベキ方法ナリトス。
筋腫ノ療法 ハ強度ノ出血、壓迫、膀胱苦痛或ハ其他ノ合併症ノ如キ重篤ナル症狀ヲ呈セザル間ハ之ヲ要セズ、オルスハウゼン氏ノ如キハ若シ甚ダシキ危険ナキ場合ニハ、危惧ノ念ヲ懷カンコトヲ慮リ婦人ニ腫瘍ノ存在ヲ知ラシメザルナリ、若シ子宮腫瘍ノ存在ヲ知ラシムルニ於テハ、婦人ハ腹腔内ニ於ケル瑣少ノ症候ヲモ懸念スルニ至リ、將ニ手術ノ必要ヲ見ルニ至ランコトヲ慮リ偏ラ手術ヲノミ是レ恐レ憂慮措ク能ハズ爲メニ憔悴スルコト筋腫自己ノ爲メニ誘起セラル、モノニ比シ更ニ甚シキヲ見ル、故ニ症狀ヲ呈セザル類纖維腫ハ寧_ロ治療ヲ加ヘズ且_ツ患者ニ知ラシメザルヲ可トス。
對症療法 種々ノ症候ヲ呈スルヲ以テ從テ極メテ種々ノ療法ヲ要ス、最モ必要ナルハ先ツ恐ルベキ月經性出血ノ變性ニ對スル療法ナリ、然レドモ出血ヲ誘起スル子宮粘膜炎ノ固有ノ解剖的變化アルトキハ、其結果常ニ甚ダ微少ニシテ只一時的タルニ過ギズ、然レドモ吾人ハ是レニ満足シ反

復之ヲ行ハザルベカラズ何トナレハ恐クハ是レニ由リテ經閉期ニ至ル迄患者ノ苦痛ヲ救フヲ得ベケレバナリ。

今賞用セラル、内服止血藥ヲ舉グレバ左ノ如シ。

麥角及ビ其製劑
麥角ノ主要ナル作用ハ平滑筋殊ニ血管ノ平滑筋竝ニ子宮ノ平滑筋ヲ興奮シテ收縮セシムルニアリ、麥角並ニ其越幾斯即チ「エルゴチン」ノ主成分ハ「エルゴチン」酸、「スフハチエリン」酸ニシテ鹽基性成分ハ「コルヌチン」ナリ、近來ハ殊ニ「スフハチエリン」酸、「コルヌチン」ノ兩者及ビ其含量ニ重キヲ置ケリ、而シテ「エルゴチン」酸、若シクハ「スクレロチン」酸ノミヲ含有セル製劑獨逸藥局方麥角越幾斯及ビボンジュアン氏「エルゴチン」ハ其効稍少ナシ。

賞用スルニ足り且ツ内服竝ニ皮下注射用ニ適スルハボンベロン及ビ「デンチエル」氏麥角越幾斯 Extract. secal. cornu. Bombelon und Denzel (デンチエル氏止血丁幾)ニシテ製劑ハ古キニ過グベカラズ、即チ八、九月ノ新收穫ノ時期ヨリ一年ヲ經ザルモノヲ以テ有効ナリトス、又此收穫時期ニ於テ

ハ麥角ヲ粉末トナシ其ノ〇・五乃至一、〇ヲ一日數回適宜服用スルコトヲ賞揚ス。

新藥中「ヒドラスチス、カナデンジス」及ビ其誘導藥「ヒドラスチニン」、「スチプチ、ン」等ハ賞用セラル、モノニシテ、通常用ユル處方左ノ如シ。

亞米利加製「ヒドラスチス、カナデンジス」越幾斯 每二時、十五乃至二十滴宛。

「スチプチ、ン」錠劑 一日五乃至六個服用、一個ノ含量〇・〇五グラム

或ハ「スチプチ、ン」〇・〇五 白糖〇・五

右與十五包一日四乃至五回一包宛。

或ハ「スチプチ、ン」二、五 甘草末及ビ甘草羹適宜

右爲三十九一日四乃至五回一粒宛 (ヘフテル氏 Heffter, 産科婦人科

月報第一卷百三十一頁)。

總テ此等ノ藥劑ハ、長時日間ニ亘リ出血ノ持續スル間ハ之ヲ與ヘザルベカラズ、若シ能フベクンバ患者ハ毎回出血ノ始マル前數日服藥スベシ、エルゴチン「皮下注射療法」ハ若干ノ患者ニアリテハ既ニ一ケ年間持續シ千

筒以上ニ達セルコトアリ。
 此等ノ内服止血藥ト共ニ又局處的藥劑ヲ以テ熱性腔洗滌(列氏四十度即チ攝氏五十度)ヲ行ヒ或ハ撒矢爾酸綿花填塞或ハ沃度仿謨綿紗ヲ以テ腔填塞ヲ施スコトアリ。
 茸狀內膜炎ニ際シテ吾人ノ最モ重キヲ置ケル粘膜炎搔爬術ニヨリ或ハ又腐蝕劑ニヨリ粘膜炎ノ腐蝕ヲ行フガ如キ子宮粘膜炎ノ局處療法例之十%格魯兒化亞鉛溶液純一半格魯兒化鐵液沃度丁幾及ビ類似溶液ノ注射等ハ何レモ之ヲ諫止スベキモノナリ此等ノ場合ニ於テハ筋腫ハ粘膜炎下即チ粘膜炎ニ甚シク接近シテ占居スルヲ以テ筋腫モ亦腐蝕劑ニヨリ或ハ搔爬器ニヨリテ侵害セラレ以テ其營養ヲ障礙セラレ爲メニ壞疽ニ陥レル腫瘍ノ崩壞膿敗ノ危險ヲ招來スルノ虞レアリ筋腫患者ニスネギレフ氏(egiret) 蒸氣燒灼法ヲ施ストキハ同一ノ危害ヲ生ズ此法ハ筋腫ニ際シテハ實ニ禁忌ナリトス。

クロイツナッハ Kreuznach テルツツolz 奧國ハル Hall 鑛泉ヨリトレル含沃度及ビ含臭素液或ハフランチェンス(Branzen)泉、エルステル(Ester)アイブリ

ング Albiner 等ノ鐵泥浴ノ整正ナル使用ハ佳良ノ効驗アルコト疑ナシ然レトモ誤テ迷信ニ陥リ之ヲ以テ筋腫ニ特效アルモノト信ズルモノアリト雖トモ其作用ノ爲メニ生ズルモノハ寧ロ全身強壯血液性狀ノ改良、食慾亢進等ナリ然レドモ筋腫ニアリテハ假令ヒ僅ニ一時性輕快タリト雖トモ以テ満足セザルベカラズ蓋シ吾人ハ常ニ經閉期ニ望ヲ屬シ得ルヲ以テ時日ハ終ニ全勝ヲ博シ得ベケレバナリ。

局處療法ニ於テネラトン氏(Nelaton)ノ獎勵セル頸部或ハ筋腫被囊ノ切開ハ之ヲ行ハザルヲ可トス此法タルヤ既ニ應用セラレザルモノナリ。

又一時非常ニ賞揚セシニアポストリー(Apostoli)氏電氣分析(Elektrolyse)モ應用セラル、コト甚ダ少シ此法ハ數多ノ試驗ノ結果遂ニ無効タルヲ證セリ、余ハ嘗テ筋腫患者ニ種々ノ法ヲ以テ殊ニ數例ニ於テハ長時持續シテ電氣療法ヲ行ヒタルモ多大ノ勞力ヲ費セシノミニテ毫モ効果ヲ見ザリシ、其方法ハ電極殊ニ積極即チ陽極ヲ金屬製子宮消息子ノ形チニナシ、或ハ一種固有ノ木炭電極トナシ之ヲ子宮內腔ニ送入シ而シテ消極ハ毛布、陶土、苔枕等ノ濕潤セル廣壓抵板トナシテ全腹部ヲ被ヒ以テ外部

ヨリ應用ス、平流電流ハ閉鎖シ且ツ電氣調節器ニヨリテ徐々二百乃至二百五十密アンヘエーアノ強度ニナス、使用ノ際ハ毎回三乃至五分鐘持續ス、是レ婦人ノ最モ苦痛多キ時間ナリ、而シテ一週二回反復シ、尙ホ長時日ニ亘リテ隨意持續ス。

其作用ハ此電流強度ニ於ケル乾性積極ガ組織ヲ結痂セシメ、爲メニ子宮粘膜炎ハ崩壊セラル、ニアリ、然レドモ其他腫瘍ノ電氣分析的分解モ亦起サレ、腫瘍ノ縮小或ハ吸收ヲ誘起ス。

此法ハ屢反復セザルベカラザルモノニシテ其煩雜、長時ノ持續劇痛並ニ無効ナルトニヨリ益、其應用者ヲ減ゼリ、サレドモ既述ノ方法ニヨリテ行ヘバ少クトモ危害ナキコトヲ得ベシ、又嘗テ賞揚セラレタル電氣刺鍼法 Elektroponktur ノ方法ハ其消極ヲ長キ鋭尖針ノ形チニナシ、腔ヨリ腫瘍ヲ刺衝シ、積極ハ腹壁或ハ薦骨部ニ置キ以テ腫瘍ヲ燒灼スルニアリ、然レドモ此法ハ甚ダ醜惡スベキ化膿性瘻管ヲ腫瘍ニ生ズルヲ以テ切ニ之ヲ戒止セザルベカラズ。

余ハ如斯治療ヲ受ケタル一患者ニシテ劇烈ナル惡臭ヲ放テル腫瘍ノ壞疽ヲ來シ、全身敗血症ヲ起シ、遂ニ可憐ノ状態ノ下ニ死セシモノヲ見タリ、筋腫ノ手術的除去ハ其場合ニヨリ種々ノ方法及ビ術式ニヨリテ行ハルルモノナリ。

吾人ハ先ヅ之ヲ二法ニ區別スルヲ得ベシ、一ハ即チ筋腫及ビ筋腫子宮ヲ下方即チ腔ヨリ施術スルカ或ハ摘出スルモノニシテ他ハ上方ヨリシ開腹術ヲ行ヒ以テ次ノ進路ヲ求ムルニアリ、開腹術ニヨル方法ハ嘗テ殆ンド専用セラレタリシモ、今ヤ恰カモ手術的婦人科學ノ他ノ範圍ニ於ケルガ如ク、腔式手術法モ亦長足ノ進歩ヲナシ種々ノ方法競技簇出シ且ツ腔式筋腫摘出術ノ適應症ノ範圍ノ廣大ナルハ實ニ想像以上ニシテ、嘗テ該法ニヨリテハ到底行ヒ難キト推想セラレシ大腫瘍サヘモ技術ノ進歩ニヨリ容易ニ行フヲ得ルニ至レリ、吾人ハ此等ノ手術即チ筋腫ノ腔式除去法ヲ以テ、輒近十五年間ニ於テ腔式手術大ニ進歩シ隨テ婦人科の手術ノ一大隆盛ヲ極メタルヲ證スベキ光輝赫々タル一例トシテ之ヲ推サザルベカラズ。

叙上ノ如ク腔式手術ノ進歩ヲ見ルニ至リタルハ是レ全ク單ニ一個ノ發

明ノ力ニヨルニアラズ寧ロ數多ノ學者ノ苦心ニナレル筋腫子宮ノ腔式手術ニ要スル技術ノ綜合ニヨリ、即チ取捨長短宜シキヲ得テ初メテ成効ヲ見ルニ至リタルモノナリ。

吾人ノ最モ感謝スベキハペアン氏 Pagan 及ビ其門下生ノ筋腫ノ破碎即チ扶別切除法 Paus Morcellementヲ行ヒ及ビ止血鉗子ヲ以テ結紮ニ代ヘ或ハ之ヲ容易ナラシメタルニアリ。

其他ペーテル、ミルレル(Peter Miller)氏全部或ハ局部子宮切開法モ亦與リテ大ニカアリ。

茲ニ逐一詳説スル能ハザル如キ手術上ノ疑問ハ姑ク之ヲ措キ筋腫ノ手術的療法上看過スベカラザル主要ノ點ニ着眼スルニ至レリ、蓋シ往時ハコレニ留意スル者ナク且ツ枝葉ノ觀ヲ呈セシモノナリ、例令バ子宮筋腫ノ爲メニ手術ヲ施セシ患者ニ就キ爾後ノ健康如何ヲ追跡探究スルニ他ノ女子生殖器破碎手術ニ於ケルト等シク此場合ニアリテモ亦殊ニ經閉期ニ接近セザル婦人ニアリテハ卵巢摘出ノ爲メニ極メテ不快ノ症狀ヲ發セルヲ知レリ、筋腫苦患ノ除去ハ以テ患者ノ苦痛ヲ醫スルニ足ラズ却テ

日々厭フヘキ脱衰症候 Anfallserscheinungノ襲撃ヲ見ル、即チ眩暈、充血、灼熱及心痛ノ感ヲ來シ、患者ハ日夜コレニ惱サレ、幸ニシテ一度恢復セル健康モ之カ爲メニ其快樂ヲ妨ゲラル、ニ至ル、サレバ吾人ハ此理ニヨリ爾來年齡三十歲代ノ婦人ニ於ケル子宮摘出ニ際シ可成的卵巢組織ヲ保存スルコトヲ試ミ且ツ其技術ヲシテ愈精巧ナラシメンコトニ努力セリ、若シ行ヒ得ベクンバ吾人ハ斯ル婦人或ハ若年ノ婦人ニアリテハ機能ヲ營メル子宮ヲ保存シ以テ筋腫ノ除去ヲ達スルコトヲ試ントス、若シ單純ナル球形筋腫ニ於テハ後腔壁或ハ前腔壁切開術ニヨリ腔式若シクハ腹式ヲ以テスルモ腫瘍ヲ剝離剔出スルコトニヨリ此目的ヲ達シ得ルモノナリ。子宮切斷端ヲ處スル最良ノ方法ニ就キ行ハル、爭議及ビ筋腫子宮ノ腔上部切斷ト全摘出トノ優劣ノ如キニ至リテハ以上ノ問題ニ比シ遙ニ重要視スルニ足ラザルモノトス、進歩セル技術ハ此場合ニ於テモ亦種々ノ方法ニ於テ同ジク好結果ヲ奏スルコトヲ得セシム、腹膜外莖帶處置ハ全ク廢棄セラレ唯僅ニ特異ノ場合ニ於テノミ用キラル、是レ蓋シ膿敗セル大腫瘍ニシテ根本的ニ除去シ能ハザル觀アルモノニ應用セラル、方法

ナリ、子宮ノ腔上部切斷後、切斷端ノ腹膜内埋没ニ就キ、子宮近傍部大血管ノ出入セル子宮内口上ノ部分ノ上方ニ於テ、子宮切斷ヲ行フベキカ、或ハ同一部分ノ下方即チ子宮外口ニ接近シテ切斷スベキカハ、是レ余ノツイエル氏ト共ニ重大視スルトコロナリ。

第一ノ場合ニ於テハ、子宮ノ殘部ハ大ニシテ且甚シク血液ヲ以テ充實セラル、反之第二ノ場合ニアリテハ、遺留セル切斷端ハ小ニシテ血液少ク而モ此切斷端ハ子宮全摘出ニ於ケル腔壁ノ如ク容易ニ且ツ簡單ニ之ヲ縫合スルヲ得ベシ、然レモツイエル氏ハ力メテ多ク子宮組織ヲ保存センコトヲ賞揚シ、部分結紮ヲ行ヒ以テ出來得ルダケ高處ニ於テ切斷スト雖モ余ハ切斷端ヲ力メテ小ナラシメ且ツ常ニ子宮近傍部血管ノ結紮ヲ行フコトヲ賞用セリ、筋腫子宮ヲ子宮外口上部ニ於テ切斷スベキカ或ハ腔ニ於テ切斷スベキカノ點ニ至リテハ毫モ重視スルノ價値ナキガ如シ、蓋シ此場合ニアリテハ全摘出ト切斷トハ兩者ノ間著シキ優劣ヲ見ザレバナリ。余ハ豫メ此等ノ主要ナル一般注意ヲ與ヘ以テ各手術方法ヲ簡單ニ述ント欲ス。

腔式摘出法。 *vaginale Methode* 子宮筋腫ノ腔式除去ハ若シ筋腫ガ全部若シクハ一部腔内ニ娩出セルトキ即チ纖維腫性息肉ヲナセルカ或ハ腔部ニ横ハリ下方ヨリ容易ニ達シ得ベキトキハ最モ簡單ナリ、自然脫離機轉ハ此際其作用ヲ逞クシ腫瘍ハ甚シク懸垂シ、大腫瘍ニアリテモ亦屢一度剪刀ヲ加フレバ以テ牽出セラレタル莖蒂ヲ切斷スルニ足リ、敢テ他力ヲ要セズ、莖蒂細小ナルトキハ結紮セズシテ可ナリ、多クハ通常全ク出血セズ、又何レノ場合ニ於テモ出血ハ填塞ニヨリテ容易ニ止ムルヲ得ベシ、莖蒂太キトキハ之レヲ全ク切斷セズシテ小刀或ハ剪刀ヲ以テ莖蒂中ニ只一截削ヲ加ヘ、手指ヲ以テ此截削ヨリ腫瘍ヲ剔出スルコトヲ賞揚ス、此場合ニモ亦其關係多クハ複雑ナラズト雖トモ陳舊子宮内反ヲ以テ茸狀纖維腫ト誤診セルコトアルヲ以テ何レノ場合ニアリテモ豫メ慎重ニ診査セザルベカラズ、誤テ陽ニ腫瘍ノ觀ヲ呈セル内反子宮ヲ切斷セシ後初メテ毫モ止血ノ豫防ヲモ施サズシテ子宮ヲ切斷シタルノ大失策ヲ演シタルヲ覺ルニ至ルコトアリ、局部内反モ亦有莖粘膜下纖維腫ニアリテハ注意セザルベカラズ、是レ子宮ノ廣大ナル穿孔ノ爲メ厭フベキ副損傷ヲ招ク

ノ虞アレバナリ。
腫瘍尙ホ子宮内腔内ニ存シ、子宮口容易ニ手指ヲ通過シ得ル場合ニハ、術者ハ直ニ手術方法ノ撰擇上一難問ニ遭遇ス、即チ纖維腫ノ子宮内腔内ニ存シ、
ヲ撰ブベキカ或ハ子宮ノ腔式全摘出ヲ行フベキカノ取捨是レナリ。
若シ剔出スベキ腫瘍小ナラズ、且ツ頸管ヨリ手指及ビ器械ヲ通過シ難キトキハ頸部ノ十分ナル切開場合ニヨリテハ纖維腫ノ位置ニ從ヒ前壁或ハ後壁ニ於テ子宮體部ノ切開ヲ行フヲ要ス、斯ク切開セル子宮ヲ再ビ縫合シ以テ之ヲ保存セザルベカラザルカハ主トシテ將來該患者ニ對シ子宮ヲ保存スルノ價値アリヤ否ヤニヨリテ決ス、子宮全摘出ハ、殊ニ腫瘍ノ既ニ分解ヲ始メタルトキニ於テハ、技術上竝ニ豫後上、結果佳良ナルコト稀レナリトセズ。
類纖維腫ノ剝離剔出 Enucleation, Auskernung ハ甚ダ容易ナリ、是レ該腫ハ結締織被囊中ニ埋没セルヲ以テ被囊ヲ切開シ、鉗子或ハ拔栓子樣器械ヲ以テ牽引スルトキハ、腫瘍ハ容易ニ被囊ヲ脱出スルヲ以テナリ、此際原則トナスベキコトハ常ニ精密ニ筋腫被囊内ニ働作シ、以テ施術ヲ容易ナラシメ

且ツ能ク副損傷ヲ避クルヲ得ルニアリ。
子宮内腔ヨリ筋腫被囊ニ單純ナル截削ヲ與ヘ、筋腫ノ壞疽分離ヲ亢進シ以テ自然脫離ヲ圖ルノ法ハ、現時ハ既ニ是認セザルトコロニシテ、是レ適致死ノ因タル腫瘍膿敗ノ危險ヲ招キ易カラシムル所以ナルノミ。
筋腫子宮ノ腔式全摘出術 *vaginale Totalexstirpation*。技術ノ進歩セル爲メ、殆ンド成功セザルコトナキ手術ナリ、熟練ノ技ヲ有スルモノハ兒頭大以上ノ大サヲ有セル腫瘍及ヒ子宮ヲ腔式ニヨリテ摘出スルヲ得ベシ、筋腫ノ此術式ニ對スルニ一定ノ限界ハ之ヲ定ムルコト能ハズ。
此手術ニ適應セル場合ハ自ラ經驗ヲ重ネ初メテ正確ニ之ヲ撰擇スルヲ得ベシ、手術者ノ資性ニヨリテハ或ハ談話及ビ報告ニ鼓舞セラレ其難キヲ計ラズ進ンデ之ヲ行ヒ、此等ノ談話報告ノ如ク行ハン事ヲ力メ、過大ナル腫瘍ヲ腔式ニテ摘出セントシ或ハ反之容易ニ腔式摘出ヲ行ヒ得ベキモノヲモ之ヲ避ケテ行ハザルモノアリ、抑、開腹術ニヨリテ腹腔切開ヲ要スルコトナク、腔式ヲ以テ摘出術ヲ遂行シ得ルトキハ、患者ニトリ利益ナルコト恐ラク何レノ手術家ト雖モ經驗アルモノ、贊同スルトコロナリ、

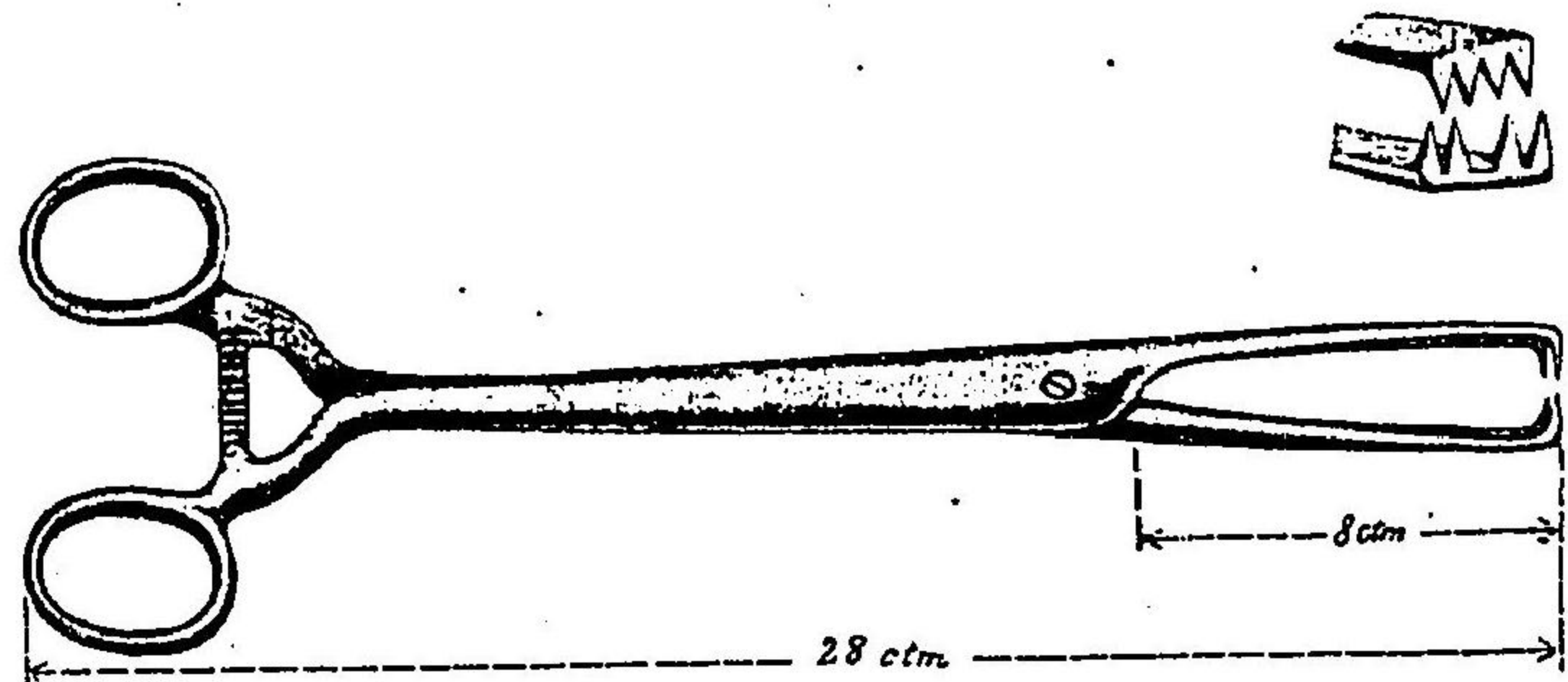
然レドモ強テ困難ヲ忍ビ之ヲ行フガ如キコトヲ敢テスベカラズ何トナレバ此術式ノ危険ハ遙カニ開腹ノ危害ニ優レルモノアルヲ以テナリ。腔式或ハ腹式二者何レノ方法ニヨルベキカヲ撰擇スルニハ次記ノ事項ニヨリ之ヲ決ス即チ

- 一、腫瘍或ハ子宮ノ大小。
- 二、腔ノ廣狹及ビ伸張ノ良否。

通常腫瘍或ハ子宮ノ大小如何ヲ知ラバ是レニ由リテ既ニ小骨盤内ニ壓出スルヲ得ザル大サニ達シ到底抉剔^{モルチユル}切除或ハ腔式摘出ヲ行フ能ハザルヲ知ルヲ得ベシ然レドモ假令ヒ腫瘍ハ小ナリト雖モ腔殊ニ腔穹窿部狹小且ツ硬靱ニシテ腔部ニ達シ難キトキハ大ニ困難ナリ未ダ分娩セザル婦人ニシテ腔狹小且ツ伸張不良ノモノニアリテハ腔式ニヨリ手術ヲ試ミザルヲ可トス腔式ヲ以テ始メタル手術ハ常ニ何時ニテモ之ヲ中止シ直ニ腹式ニヨリ手術ヲ繼續シ得ルヲ以テ假令ヒ疑ハシキ場合ニ於テモ自信シテ下方ヨリ始ムルヲ得ベシ而カモ腔式ヲ中止シ腹式ヲ以テスルモ腔式ヲ行ヘル個處ハ腹式ニ多少ノ便ヲ與フルノ利益アリ。

第七百七十七圖

ドヤン氏有鉤鉗子 Krallenzangen nach Doyen.



筋腫子宮ノ抉剔^{クラレンツァンゲン}切除法併用腔式全摘出術其術式次ノ如シ即チ腔部ニ有鉤鉗子^{クラレンツァンゲン}第七十圖ヲ掛ケ甚ダシク下方ニ牽引シ以テ腔部ノ輪狀切開ヲ行フ余ハ之ヲ行フニ電氣燒灼器ヲ用ユ之ヲ用ユレバ全ク出血ヲ見ズシテ手術ヲ行フヲ得ベシ。腔穹窿部及ビ膀胱ノ切除ヲ行ヒ次チ子宮膀胱皺襞及ビドウグラス氏腔ノ切開ヲ行フ若シ腹膜ノ前反轉部ヲ發見シ難キトキハ之ヲ探索スルコトヲ斷念シ膀胱ヲ高ク移動セル後チ只剪刀ヲ以テ達シ得ベキ極度ノ高處ニ於テ子宮外口ヨリ進ミ以テ子宮ヲ縱經ニ切開スベシ。有鉤鉗子ヲ以テ頸管ヲ強ク相離開シ今ヤ容易ニ達シ得ベキ子宮内腔ヲ手指ニテ觸

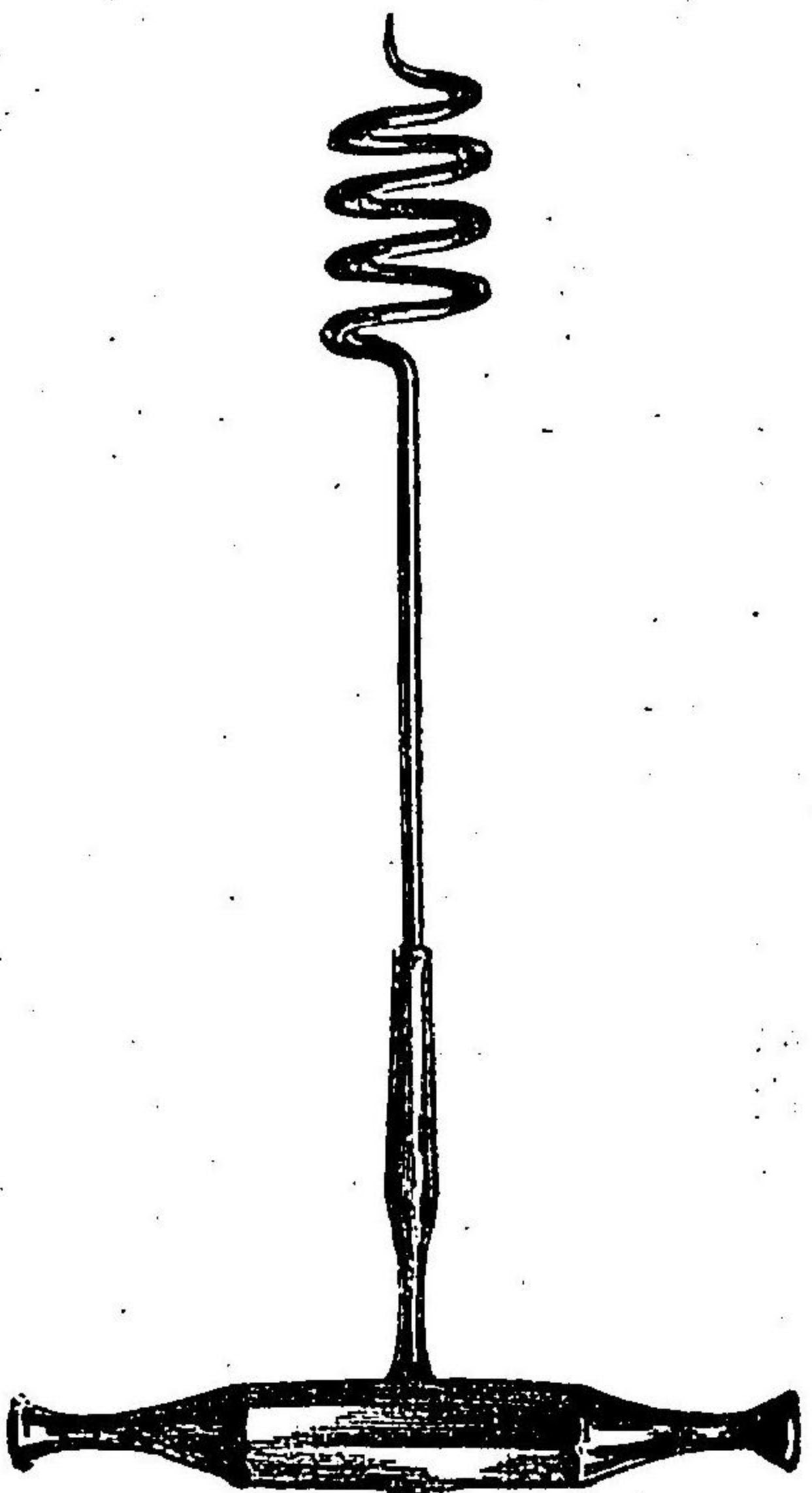
診スヘシ、觸知シ得ベキ筋腫ハ今ヤ個々ニ除去セラル、即チ小結節ハ單ニ手指ヲ以テ搔爬シ、大結節ハ拔栓子狀螺旋錐コルクスチ第百七十一圖ヲ以テ穿貫セラル、茲ニ於テ最モ賞用スベキセゴン氏筋腫刀ゴウジ第百七十二圖ヲ以テ圓柱狀片ヲ抉剔切除ス、此切除ノ際、前記螺旋錐ヲ以テ凹面ノ變曲ヲ有スルセゴン氏刀ヲ指導ス。

時トシテハ子宮ノ縱徑截創ヲ延長シ、常ニ創面ニ有鈎鉗子ヲ置キ截切歩ヲ進ムルニ從ヒ漸ヲ逐フテ之ヲ掛ケ創面ノ注視ニ便シ以テ截切ヲ導ク、子宮次第ニ縮小スルニ從ヒ、益之ヲ前方ニ翻轉シ遂ニ前方切開口ヨリ露出セシム、茲ニ至レハ爾餘ノ施術實ニ易々タルノミ、乃チ子宮ヲ全然兩斷シ、兩偏側ヲ強ク左右ニ牽引スル時ハ骨盤腔ノ中央及此處ヨリ兩側ニ向ヒ即チ子宮及ビ其附屬器ノ韌帶的附着ニ向ヒ自由ニ透見スルヲ得ベシ。余ガ久シキ以前ヨリ行ヘル腔式子宮摘出法ハ、此ノ普通行ハル、定型の術式ト稍、其方法ヲ異ニシ腔部ノ輪狀切開及ビ膀胱ノ削除ヲ以テ始メズ、寧ロ先ヅ子宮後唇ニ鈎ケタル二個ノドヤン氏鉗子ヲ以テ子宮ヲ前且下方向ニ牽引シ是レニヨリテ後腔穹窿部ヲ緊張セシメ且ツ子宮ト直腸トヲ

相離開セシメ刀或ハ剪刀ヲ以テ頸及ビ腔後壁ニ縱徑切開ヲ置キ、ドウグラス氏腔ヲ開キ剪刀ヲ以テ此切創ニ十字形ヲナシテ後腔穹窿部ヲ左右ニ切開シ、以テ切開セル腹腔ニ長キベアン氏子宮鏡ヲ鈎ケ子宮後壁ヲ露出セシメドヤン氏有鈎鉗子ヲ以テ漸ヲ逐フテ其高處ヲ鈎シ漸次ニ子宮後壁ヲ切開シ、必要ノ場合ニハ縮小シ以テ子宮ヲ後方ニ牽出シ終ニ子宮底ヲ滑轉シテ後屈ノ形ニ於テ子宮ヲ露出セシム、子宮全ク露出セルトキハ子宮底ヨリ及ボシ以テ其前壁モ亦中央ニ於テ切開シ最後ニ頸管ヨリ子宮前唇ヲ切開ス、此際頸部前且膀胱後部腔ヲ切開ス、コ、ニ於テカ有鈎鉗子ヲ以テ兩子宮偏側ヲ離開スルトキハ膀胱ハ多クハ自然移動スト雖モ亦必要ニ際シ、容易ニ之ヲ高處ニ移動スルヲ得ベシ、今ヤ子宮ハ僅ニ其兩側ノ韌帶ニ附着スルノミ、此韌帶ハ、ランドウ氏ランドウ發的止血原則ヲ嚴ニ遵守シ、鉗子ヲ以テ壓搾スルカ或ハ結紮ヲ施シ切斷ス(詳細ノ記載ハ婦人科寶函第六十三號ニ在リ)。

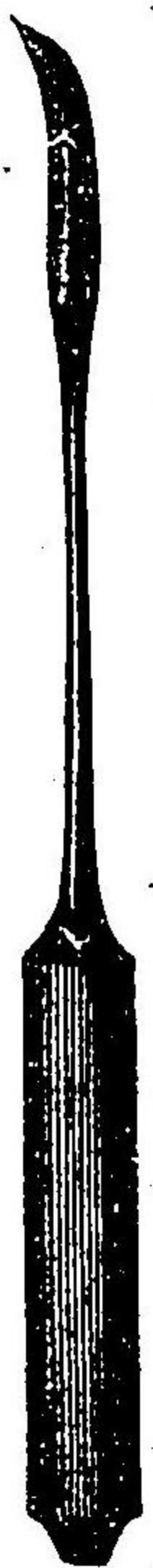
韌帶ヲ鉗撮スルニハ、余ハ短嘴ニシテ且ツ安全閉鎖器ヲ有スル摸範鉗子(第百七十三圖)ヲ用ユ、鉗子ヲ鈎ケシ儘放置スルトキハ腹腔腔ヲ開放シ置

圖一十七百第



筋腫固定及ビ牽引用
フリン、シムス氏
螺旋錐 Myomboleter
von Marion Sims.

圖二十七百第



筋腫抜別切除用セ
ン氏銀狀兩刃刀ニシ
テ螺旋錐ヲ以テ捕捉
セル組織ヲ切斷スル
ニ用ユ。

カザルベカラズ手術臺ヲ後方ニ廻轉倒下シ以テ患者ヲ急峻ナル骨盤高位ニナス腸管ハ腹腔内ニ深ク下降シ骨盤全部及ビ韌帶切斷端ハ小電氣燈ヲ備ヘタル子宮鏡ノ幫助ヲ籍リ明カニ望見スルヲ得ベシ斯クシテ出血ノ箇處及ヒ所屬以外ノ部分ヲ鉗撮セザルヤ等ヲ監視シ而シテ多様ニ

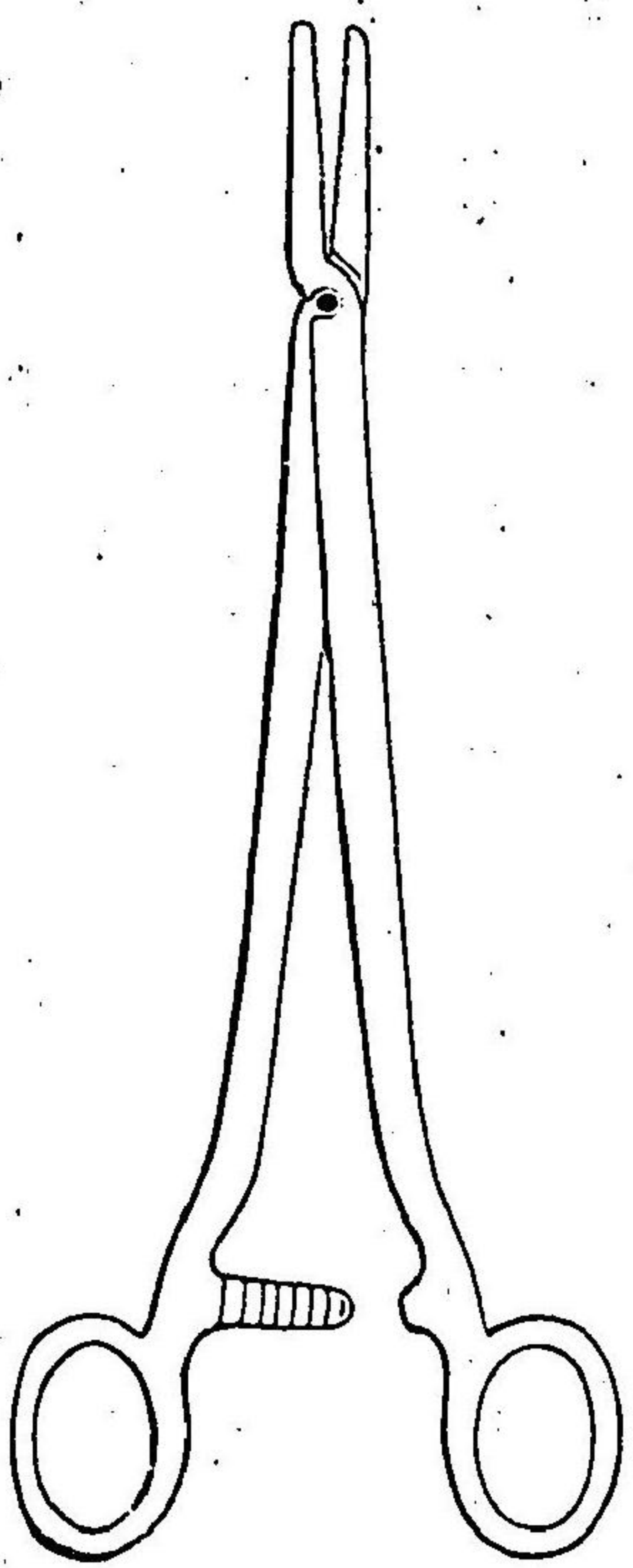
重疊セル沃度仿謨綿紗ヲ以テ軟キ枕ヲ造リ之レヲ骨盤腔内ニ入レ鉗子尖端ヲヨク被覆シ手術臺ヲ復ビ下方ニ回轉セル後チハ腸管沃度仿謨綿紗上ニ靜止セシメ以テ此沃度仿謨綿紗ニヨリ鉗子尖端ノ爲メニ腸管ヲ傷ケザラシメ且ツ其腔内ニ脱出スルヲ防グ。

韌帶切斷端ノ伸張性ニ富メルト且ツ手術域ノ炳然明瞭タルトニヨリ行ヒ得ルトキハ余ハ鉗子ニ代ユルニ結紮ヲ以テシ腹膜腔及ビ腔創面ヲ完全ニ閉鎖ス此法ハ前法ニ比シ更ニ完全タルモノナルヲ疑ハズ。

ドヤン氏及ビツッフェール氏ノ行ヘル血管破碎。Angiohrypsieハ甚ダシキ強壓ヲ加ヘ得ル大鉗子ヲ以テ組織ニ壓迫ヲ加ヘ以テ大血管ヲモ完全ニ閉鎖セシムルヲ目的トスルモノナルモ余ハ結紮ヲ行ハズシテ決シテ此法ヲ試ムルコトナシ而モ種々ノ法ヲ以テ試ミタルニ拘ハラズ結紮スルモ尙ホ殆ンド奏効セザルモノト思考セリ蓋シ壓迫溝ニ結紮ヲ行フトキハ壓迫ヲ受ケ血液空虛トナリタル組織ヲ結紮スルノ利アリ而モ尙ホ後出血ノ爲メニ生命ヲ危篤ナラシメタル二例ヲ有セリサレバ此方法ヲ行フニ當リテハ最モ注意ヲ加ヘ且ツ何レノ場合ニ於テモ必ズ次テ血管ノ結紮ヲ施

スコトヲ賞揚ス。
 後療法。切斷端結紮ノ後チ腹膜及ビ腔ノ創面完全ニ縫合スルヲ得タル
 場合ニ於テ、體溫及ビ脈搏ヲ慎重ニ注意スルニ止マリ、他ニ療法ヲ要セザ
 ル限リハ最モ簡單ナリトス、若シ鉗子ヲ其儘存留シ置クトキハ四十八時
 間經過後臥床上ニ於テ之ヲ除去スベシ、又挿入シタル沃度仿膜綿紗填塞

圖三十七百第



マン氏止血鉗子 Dauer-
 Klemme zur Blutstillung
 nach Pean.

ハ牽出セズ、若シ格段ナル餘病例之分泌物潴留ノ爲メニ發熱ヲ來タシ或
 ハ腸合併症ヲ發スルトキハ八日間經過以內ニ、沃度仿膜綿紗條ヲ連續的
 ニ毎日少許ツ、牽出シ且、切斷シテ除去シ、最後ノ斷片ハ手術臺ニ於テ截
 石位ヲ取ラシメ溝狀子宮鏡ノ幫助ヲ籍リ瞰視シツ、除去スベシ、何トナ

レバ特別ノ注意ヲ缺クトキハ、固ク粘着セル腸ヲ共ニ牽出スルノ恐レア
 ルヲ以テナリ、若シ腸ノ共ニ出ヅルトキハ直ニ殺菌綿紗ヲ以テ復ビ之ヲ
 送入スベシ、殘留セル腹膜創口ハ十四日、以內ニ肉芽發生ス、

腹式摘出術 *Ventrale Methode*. 開腹術ニヨレル筋腫腹式摘出ハ腔式摘出術
 ニ於ケルガ如ク亦有莖漿膜下類纖維腫ナルカ或ハ間質性類纖維腫タル
 カニ從ヒ其方法ヲ異ニス。

有莖漿膜下類纖維腫ハ茸腫ノ如ク容易ニ之ヲ切除シ得ベシ、切除ハ無論
 莖蒂ヲ結紮セル後チニ行ハザルベカラズ孤立性間質性筋腫ハ之ヲ剝離
 剔出シ得ベシ、數層ノ列次縫合ヲ以テ腫瘍床ヲ慎重ニ縫合セル後チ子宮
 ヲ原位ニ復ス。

此場合ニモ亦剝離剔出スベキカ、子宮全摘出或ハ切斷ヲ行フベキカノ撰
 擇ハ主トシテ一ノ大類纖維腫ノミナルカ或ハ之レト共ニ尙數個ノ小結
 節ヲ認ムルカ或ハ觸ル、カニ從ヒ之ヲ決スベシ、數個ノ小結節ヲ有スル
 子宮ヲ殘留シ置クハ、他ニ子宮摘出ヲ非トスベキ特別ノ論據ナキニ於テ
 ハ、余ハ之ヲ以テ正當ト思考セズ、老婦ニアリテハ遺留セル筋腫ノ成長ヲ

妨グル爲メニ、剔出ト同時ニ卵巢^{カストラチオン}剔出ヲナスコトヲ稱揚ス。
 上記ノ場合ニ於テ、余ハ若キ患者ニアリテハ全剔出ヲ行フニ比シ、勿論卵
 巢剔出ヲ行ハズシテ、只剔出ヲ行フヲ以テ優レリトナス、何トナレバ單ニ
 剔出ニ止ムレバ遺留セル子宮ハ將來妊娠ヲ遂グルノ望ミアルヲ以テナ
 リ。
 筋腫子宮ノ腹式全剔出術 abdominal Totalexcirpation. ハ余ハ次記ノ如キドヤ
 ーン氏ノ創始セル方法ニヨリ主トシテ之ヲ行フ。
 腹壁切開殊ニ著シク大ナラザル腫瘍ニアリテハキヌストネル及バンネン
 スチール氏耻骨縫際上部横徑切開法ニヨリ開腹シ、且大筋腫中ニ深ク貫
 穿セル螺旋狀錐ヲ以テ結節性子宮ヲ前方ニ廻轉シ先ヅ兩側精系脈管ヲ
 結紮シ且廣韌帶ヲ切開シテ子宮内口部位ニ達セシム、前方ニ於テハ腹膜
 ノ癒着セル部ト移動セル部トノ經界ニ沿ヒテ横徑切開ヲ置キ廣韌帶切
 開ノ最モ深キ點ト會セシメ、以テ膀胱ト子宮トヲ分離シ而シテ膀胱ヲ壓
 排スベシ、若シ頸部著シク狭小ナルトキハ、側方子宮動脈ヲ結紮セル後チ、
 頸部ヲ横徑ニ切斷シ以テ二乃至三縫合ヲ行ヒ之ヲ癒合セシム、^{ズインラキナレ}腹上部切

斷術 ^{フタナリ}supravaginale Amputation ナルモノ即チ是レナリ、若シ全剔出ヲ行ハント
 欲セバ膀胱ヲ剝離セル後チ先ヅ腫瘍ヲ前方ニ強ク牽引シ腔ヨリ挿入セ
 ル彎曲麥粒鉗子ヲ以テ後腔穹窿部ノ最深部ヲ上方ニ壓シ以テ之ヲ上方
 ヨリ切開スベシ、又腹腔ヨリ手指ヲ腔後壁ノ切開口ヨリ送入シ、腔部ノ下
 方ヲ過ギ前腔穹窿部ニ達セシメ、斯ク手指ノ指導ニヨリ前腔穹窿部ヲ切
 開ス、今ヤ子宮ハ僅ニ兩側ノ骨盤内結締織ニ繋連スルノミ、此結締織ハ下
 方ヨリ或ハ上方ヨリ之ヲ鉗搾シ或ハ結紮シ得ベシ。
 若シ類纖維腫ノ發生ノ爲メニ頸部増大シ且側方ヨリ骨盤内結締織ニ達
 シ難キトキハ腔式剔出術ニ於ケルガ如ククル^{ホーニ}氏 Kroeningノ考案ニ
 從ヒ子宮正中切開ヲ行ヘバ容易ニ手術ヲ行フコトヲ得ベシ。
 何レノ場合ニ於テモ、余ハ腔内ニ於テ或ハ子宮外口ニ密接セル上方ニ於
 テ切斷スルノ目的ヲ以テ子宮大血管ノ下方ニ於テ切斷ス、腔壁及ビ頸部
 壁ヲ縫合シ且最後ニ腹膜邊緣ヲ側方及ビ中央ニ亘リテ連次或ハ結節腸
 線縫合ヲ以テ結合スベシ、但シ結紮ハ總テ腹膜下ニ存在セシメ且腹腔ニ
 向ヒ只一條ノ線狀腹膜創面ヲ生ズル如クナスベシ。

若シ下方ヨリ手術ヲ開始スルトキハ、其場合ニ於テハ腔式ノ優レルヲ認メ先ツ之ヲ試ント欲スルニセヨ、又行ヒ得ベクンバ制規ノ如ク腔ヲ腔部ヨリ剝離シ、且、下方ヨリ骨盤内結締織ヲ處置セントスルニセヨ、是レニ由リテ腹部ヨリスル手術ハ大ニ簡單トナリ只廣靱帶ノ上半部ヲ處置スレバ足レリ、斯ル場合ニ於テハ、余ハ兩側骨盤内結締織ニ於テ各一個ノ留置鉗子ヲ置キ、而シテ該結締織ヲ越エテ腹腔腔ヲ完全ニ閉鎖ス。

筋腫子宮ノ腔上部切斷ニ際シ、莖蒂ノ處置方法多シト雖モ其主要ノ點ニ就テハ何レモ相同ジク、莖蒂ヲ腹膜下或ハ腹膜後部ニ於テ處置シ、腹腔内ニハ決シテ些少ナリトモ血液或ハ創傷分泌物ヲ生ズベキ大切断面ヲ遺殘セザラシム、全摘出術ハ極メテ僅少ナル切斷端ヲ遺留スルニ止マルガ故ニ、余ノ見解ニヨレハ、全摘出術ノ技術ヲ大ニ簡單ニ行ヒシ場合ニハ創面治療ハ最モ佳良ノ結果ヲ有スルガ如シ、切斷端結紮ノ埋沒、護謨結紮法等ガ益、信用ヲ失スルニ至リタルハ亦宜ベナリト謂フベシ。

終リニ臨ンデ尙ホ一手術即チ筋腫ノ場合ニ於ケル、卵巢摘出術ヲ想起セザルヲ得ズ、此法タルヤ、ヘガール氏ノ創意ニ出デタルモノニシテ卵巢組織

ヲ根本的ニ除去スレバ如何ナル年輩ニ於テモ自由ニ月經閉止ヲ來タサシメ、全ク其時期ヲ早メシムルコトヲ得ルトノ正確ナル認識ニ基ケルモノナリ、月經閉止期ノ來ルト同時ニ、類纖維腫ニアリテハ出血及ビ發育停止スルヲ以テ、患者ハ時トシテ危險ヲ來タスベキ筋腫除去ヲ行ハズシテ、筋腫ノ危篤症候ヲ全ク確實ニ免カル、ヲ得ベシ、卵巢ノ除去即チ腹式卵巢摘出術モ亦筋腫摘出ニ比シ、其危害少ナキコトハ汎ク認ムルトコロナリ、然レドモ筋腫ノ際進ンデ卵巢摘出ヲ行フモノ少シ、何トナレバ殘留セル腫瘍ハ而カモ尙ホ苦痛ヲ來タスコトアリ又惡性ニ變性スルコトアリ且ツ筋腫ノ摘出ハ常ニ卓効アルヲ以テナリ。

ウインテルニッツ氏 Winternitz ハチービンケンニ於テセキシングル氏、Sixinger ノ卵巢摘出ヲ行ヒタル五十一人ノ筋腫患者ニ就キ其永久ノ結果ヲ研究シ、以テ發見セルトコロ次ノ如シ、即チ手術患者三十六人ハ檢査ノ際、卵巢摘出後既ニ三ケ年乃至十六ケ年ヲ經過セルモノニシテ、其内三十二人即チ八十八、八%ハ卵巢摘出後出血ノ持續的停止ヲ證シタルモ、四人即チ十一%ニ於テハ出血持續セリ、此四婦人ノ内二人ハ筋腫

ノ肉腫樣變性ヲ來タセシモノニシテ、而カモ其内ノ一人ハ卵巢摘出後八ケ年ヲ經タリ、第三回目ノ場合ニハ囊腫樣ニ變性セル卵巢殘部ノ存在ヲ見タリ、而シテ第四回目ノ場合ニ於テハ卵巢摘出ノ後チ、筋腫發育シテ囊腫變性ノ狀ヲ呈シタリ。

手術患者八十三、三%ニ於テ筋腫著シク萎縮シ且、二三ノ場合ニ於テハ萎縮高度ニ達セルヲ證セリ。

第二節 肉腫 Sarkom.

子宮ノ惡性結締織新生物即チ肉腫ノ發生率ハ上皮性癌腫即チ癌腫 Carcinomニ比シ遙ニ少ナキモノナリ、其比例ハ子宮癌腫四十二對シ子宮肉腫ハ凡ソ一ニ於ケルガ如シ、然レドモ其發生ハ從來信ゼラレシトコロヨリ確ニ多シトス、肉眼的ニ著シカラザル特殊ノ外觀ヲ呈セザル子宮肉腫ニ於テ屢、腫瘍片ニ精密ナル顯微鏡検査ヲ施シ初メテ腫瘍ノ真正ナル性狀ヲ知ルヲ得ルコトアリ、顯微鏡的研究ノ益、蔓延スルニ從ヒ、一方ニ於テ解剖上ノ智識愈、明カトナリ、隨テ子宮肉腫ノ例證益、増加スルニ至リタリト

雖モ尙ホ子宮肉腫ノ構造及發生ニ就キ、吾人ノ最モ研究ヲ要スベキ者多シ、ゲスネル氏 Gessnerノ監查ノ下ニ種々且、慎重ニ研究ヲ行ヒタル結果子宮肉腫ノ種類甚ダ多ク其分類ノ根據煩雜ニシテ殆、ド區別シ難キヲ知レリ、第一肉腫モ亦癌腫ニ於ケルト同ジク、體部肉腫 Corpuscarinom及ビ頸部肉腫 Cervixcarinomノ區別ヲナスハ至當ナルガ如シ、是レニヨリテ注意スベキ次記ノ事實ヲ生ス、即チ體部肉腫ノ頸部肉腫ニ於ケル比例ハゲスネル氏ニ據レバ八對一ナリ、而シテ癌腫ニアリテハ、子宮體部ニ比シ頸部ノ侵サルルコト遙カニ多シトス。

肉腫發生點ハ常ニ結締織ニシテ殊ニ粘膜並ニ筋層ノ結締織ナリ、筋層ニ發生セル場合ニ於ケル肉腫ハ一般ノ說ニ從ヘバ(必ズシモ然ルニアラザルモ)二三學者ノ信ズル如ク既ニ存在セル纖維筋腫間ニ發生ス。

此二種即チ粘。膜。肉。腫。 Schleimhautsarkom 及ビ壁。内。肉。腫。 Wandungsarkom 或ハ纖維肉腫 Fibrosarkomノ内、粘。膜。肉。腫ハ壁内或ハ纖維肉腫ニ比シ其多キコト一倍半ナリ、是レ子宮纖維腫ノ甚ダ多キニ拘ラズ概シテ惡性肉腫樣變性ノ傾向ヲ生ズルコト稀レナルノ證ナリ。

原因的研究。ハ子宮肉腫ニ於テモ亦他ノ腫瘍殊ニ轉移腫瘍、癌腫等ニ於ケルト等ク從來全ク失敗ニ歸セリ、^{フラスチヂム}分芽菌 Blastomyces 或ハ裸出細胞體 Plasmodien ガ癌腫並ニ肉腫ノ原因ナリトセル傳染說ノ賛成者ハ、動物ニ於テ試験的ニ肉腫樣腫瘍ヲ發生セシムルハ敢テ困難ナラズ而カモ腫瘍分子或ハ該分子ヲ以テ培養セル微菌ノ傳搬ニヨリテ生シ得ベシトノ理由ヲ以テ自說ヲ固持ス、此場合ニ於テモ筋腫ノ顯微鏡的性状ハ毫モ判然明瞭ナル固有ノ形象ヲ呈セズシテ只慢性炎性腫瘍ノ稍、肉腫樣構造ニ似タル形跡ヲ存セルニ過ギズ、要スルニ癌腫ノ寄生蟲ニヨリテ生スル性質ヲ有スルモノナルコトハ現今尙確證ヲ得ルコト能ハズ。

類纖維腫及ビ癌腫ニ於テハ、其發生上生殖器ノ生殖官能ト或ル關係ヲ有スルコト明カナリ、蓋シ分娩及ビ産褥ニヨリテ殘留セル癩痕及ビ炎衝産物ノ爲メニ容易ニ癌腫ノ發生ヲ來タシ、或ハ不妊性生殖器ノ機能ヲ營マザル爲メニ、筋腫發生ヲ容易ナラシムベケレバナリ、然レドモ肉腫ニ於テハ毫モ如斯關係ヲ見ズ、種々ノ年輩ニ於ケル發生ノ有様ヲ考フルトキハ肉腫モ亦特別ノ地位ヲ要スルモノニシテ、此際注意スベキ事實ヲ生ズ、即

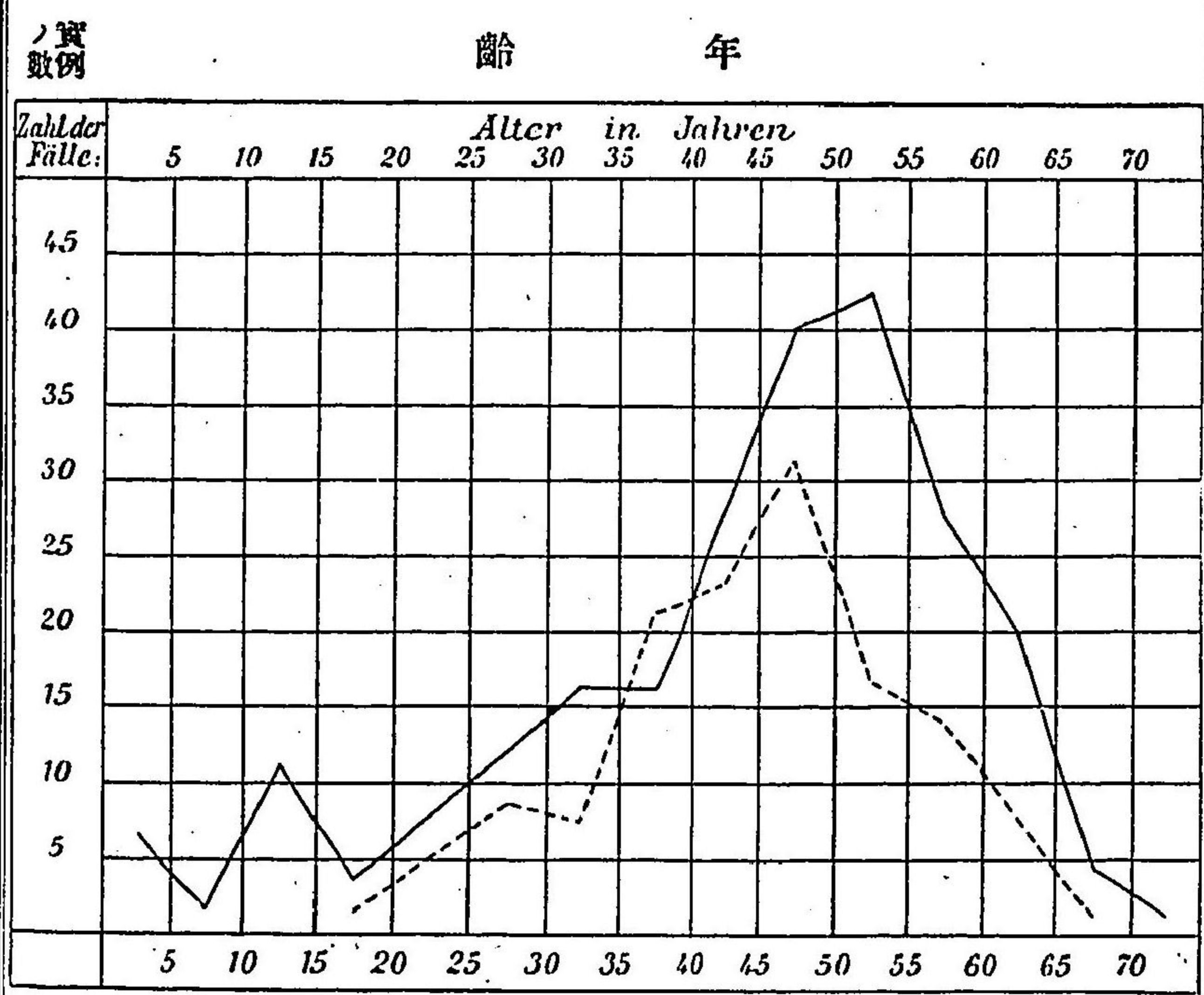
チ粘膜炎腫ハ殊ニ妙齡ノ婦人ニ來ルモノニシテ、此ハ全ク癌腫ト相反スルトコロナリ、而シテ壁内肉腫ニアリテハ類纖維腫ト殆ド平行ノ曲線(第百六十八圖參照)ヲ得ベシ、是レ兩者相酷似スルヲ證スルモノナリ。

第七十四圖ニ掲ゲタルグスネル氏子宮肉腫ノ年齡曲線ハ此比例ヲ明示シ且粘膜炎腫ノ七例ハ五歳以下ノ小兒ノ罹リシモノナリ、而シテ筋肉腫ヲ生ゼシ最若年ノ患者(クロバク氏 Chrobak)ハ二十歳ナリシコトヲ示セリ。

長時存在セシ良性類纖維腫ガ如何ナル原因ニヨリ俄然肉腫樣變性ヲ來タスヤハ未ダ判明セズ、然レモ營養障礙ガ其一原因タルコトハ嘗テマルチン氏ガ長時日ニ亘リテ「エルゴチン」療法ヲ持續セル後チ筋腫ノ肉腫樣變性ヲ來セルモノ、六例ヲ實驗セシコトニ徵スレバ、全然否認スベカラザルナリ、余ハチュービンゲンニ於ケル余ノ先輩ゼキシンゲル氏ノ卵巢摘出ヲ行ヒタル筋腫患者四十五人中、後ニ至リ肉腫樣變性ヲ來タセル爲メ手術ヲ施スベキ機會ニ遭遇セシコト三回アリタリ。

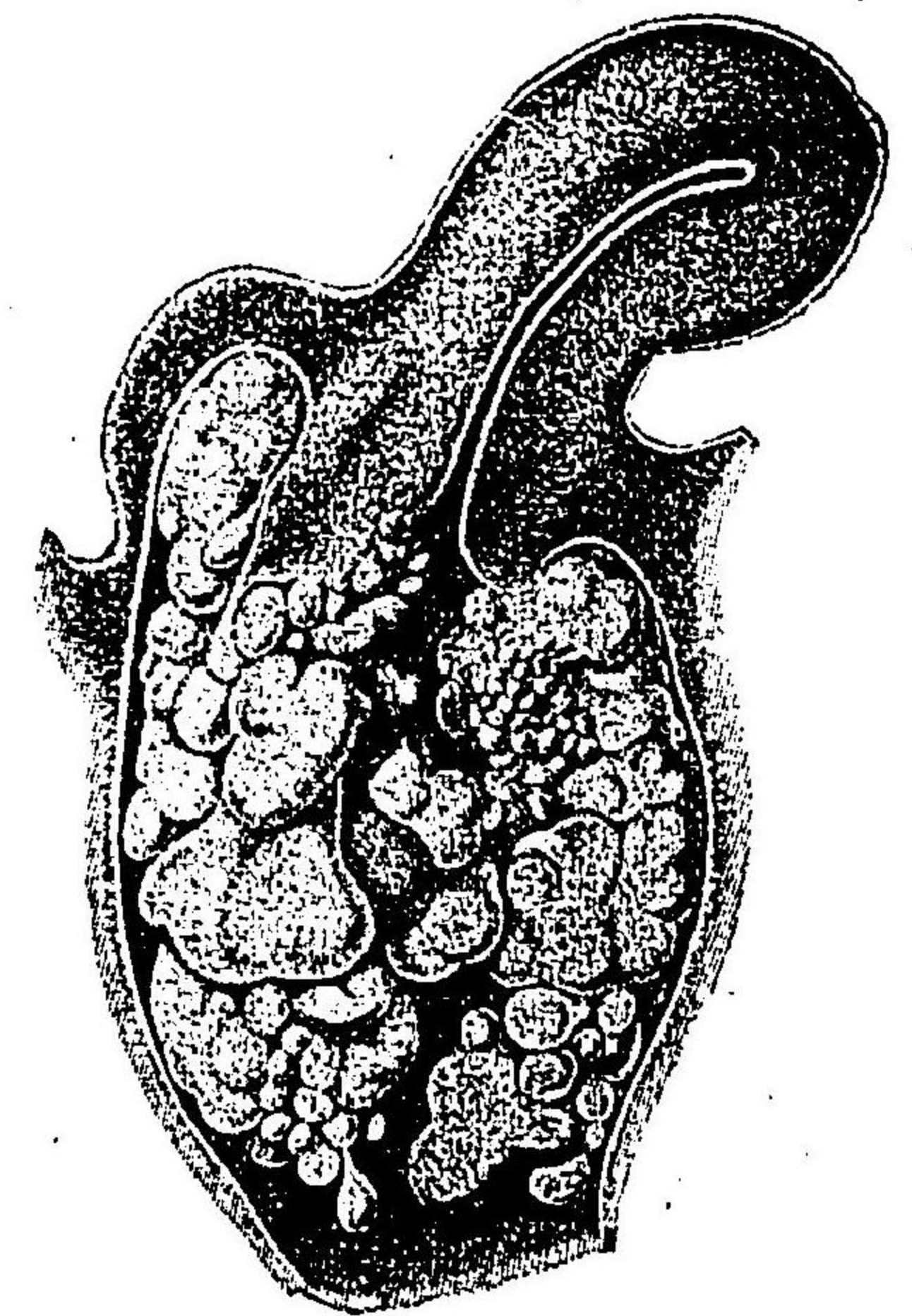
粘膜炎腫 Schleimhautsarcom. ハ肉腫的解剖的ニ之ヲ二種ニ別テ得ベシ、汎發

圖 四 十 七 百 第



種々ノ年齢ニ於ケル子宮肉腫發生率ノ曲線表。グスネル氏ノ調製ニ係ル(フハイ)氏婦人科學第三卷第八百八十九頁及第八百九十五頁。ハ粘膜肉腫、……ハ壁内肉腫(筋肉腫)ヲ示ス。

圖 五 十 七 百 第



葡萄狀頸管粘膜肉腫。ライン氏ニ據ル(婦人科寶函第十五卷)。

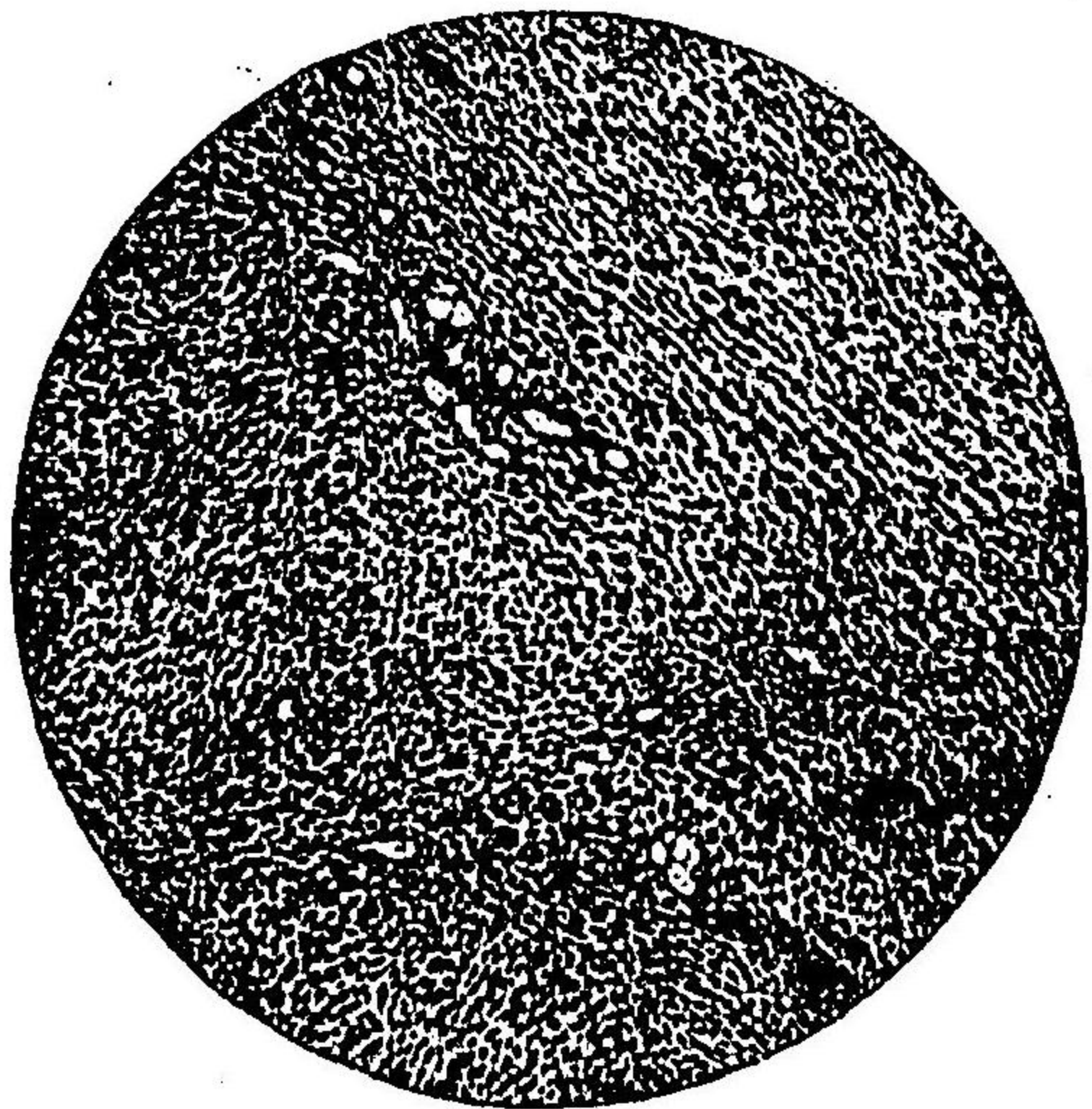
ナル顯微鏡的検査ニヨリテ避ケザルヲ得ザル誤謬タリ。頸部ノ粘膜ハ其外貌ニ從ヒ全ク頸

性及ビ茸腫性即チ是レナリ、茸腫性ハ著ク肥厚セル隆起ヲ生ズル傾向アルヲ以テ特徴トス、而テ子宮體並ニ頸部ニ於ケル發生率ハ汎發性ノモノニ比シ其多キコト二倍以上ナリ。

肉腫性大茸腫ハ茸腫性體部筋腫ニ於ケルカ如ク、茸腫ノ爲メニ起レル子宮ノ陣痛作用ノ結果、頸管ヨリ娩出シ以テ自然或ハ人工的ニ排除セラル、此作用タルヤ種々ニ反復シ來ルモノナリ、此等腫瘍ノ真正性狀ヲ誤解シ、**「回歸性類纖維腫」**、recurrent fibroidsト名ケタリ、是レ將來何レノ場合ニモ精密ナル顯微鏡的検査ニヨリテ避ケザルヲ得ザル誤謬タリ。

管ニノミ固有ナル特殊ノ肉腫ヲ發生ス、是レ即チ葡萄狀頸管粘膜炎
 traubenförmiges Sarkom der Cervikalschleimhautニシテ子宮口ヨリ挺出シ、腔内ニ
 於テ發育シ全ク著明ノ葡萄狀鬼胎^{トラウマシモノ} Fraubennoleノ外觀ヲ呈セル顯著ナル
 腫瘍ヲナセルモノナリ。
 壁内肉腫 Wandungssarkom. ハ筋層中ニ結節ヲナシ、結締組織ヲ以テ包マレ、
 其周圍部ト截然經界セラル、トキハ特ニ變性類纖維腫ヲ以テ目セラル、
 汎發性壁内肉腫ハ著シク廣ク増殖セル纖維肉腫^{フヒボサレル}或ハ筋層ノ實質ヨリ直
 接ニ發生セル肉腫ナリ、纖維肉腫ハ類纖維腫ニ於ケルガ如ク、其發生ノ部
 位ニ從ヒ漿膜下、間質性及ビ粘膜下纖維肉腫ノ三種ニ區別セラル、粘膜下
 肉腫ハ他ノ二種ニ比シ非常ニ夥多ナリ。
 子宮肉腫ハ檢鏡上ニ於テハ身體ノ他ノ部位ニ發生セル肉腫ト毫モ異ル
 トコロナシ、此場合ニモ或ハ圓形細胞アリ或ハ紡錘形細胞ノ多キコトア
 リ、然レモ常ニ此兩種ノ細胞アリテ、單ニ顯微鏡的特徵ニヨリ明晰ナル區
 別ヲ附スルコト能ハザルアリ、粘膜肉腫ニ於テハ圓形細胞肉腫多ク、壁内
 肉腫ニアリテハ紡錘形肉腫ノ多キコト殆ド四倍ニ達ス、他ノ部位ニ於ケ

第百七十六圖



子宮體部筋
 肉腫ノ顯微
 鏡的構造
 (紡錘形細
 胞肉腫)。

ルガ如ク、此處ニ於テモ亦巨大細胞アリト雖モ概シテ稀有ニ屬ス、顯微鏡
 的特徵ヲ呈スルモノニシテ二三ノ特記スベキモノハ粘膜腺増殖即チ腺
 腫性肉腫 Adenosarcom、饒多ノ脈管發育殊ニ血管ノ發育セルモノ即チ血管
 擴張性肉腫^{アンギオサローム}或ハ血管肉腫 Angiosarcom、或ハ淋巴管ノ發育セルモノ即チ淋
 巴肉腫^{リンパサローム} Lymphosarcom、ナリ、子宮ノ黑色肉腫 Melanosarcomモ亦算セラル、肉腫
 ノ軟化竈ヲ生セシモノ
 ハ囊腫性肉腫^{チストザローム} Cystosarcom
 ノ名稱ヲ附セラル。
 又上皮及ビ結締組織要
 素ヲ以テ構成セラル、
 腫瘍即チ癌^{カルチノーム} 肉腫 Carci-
 nomasarkomノ發生ハ確實
 ニ認識セラレズ、腔部癌
 腫ト子宮體部粘膜炎肉腫
 ト併發セルコトヲ主張

スルモノ少キガ如ク亦之ガ發生ヲ唱フルモノ鮮シ各種ノ腫瘍間ニ於ケル或ル隱密ノ關係ヲ考ヘズシテ子宮ノ種々ノ部位ニ於テ癌腫ト肉腫トガ嘗テ併發スルコトナキヲ言フヲ得ザルト等シク又生殖器ノ他ノ腫瘍ト癌腫卵巢囊腫ト筋腫體部癌腫ト腔部癌腫等併發スルコトアリト言フ能ハザルハ勿論ナリトス。

子宮肉腫ノ診斷 腫瘍ノ解剖的性質ノ終極ノ決定ハ假令ヒ顯微鏡ノ力ヲ籍ラザルベカラズト雖モ多クノ場合ニ於テ既往症並ニ經過ヲ觀察スレバ腫瘍ノ惡性タルヲ知ルニ足ルベキ緊要ナル數多ノ特徴ヲ發見ス他ノ場合ニ於テハ臨床上診斷全ク困難ニシテ殆ト斷定ヲ下ダス能ハズ手術或ハ剖檢ニ際シ初メテ惡性ノ腫瘍タリシコトヲ知ルコトアリ。

既往症ニ於テ主要ノ徵候ハ生殖器出血ナリ是レ實ニ老年即チ月經閉止期後ニ於テ新生物ノ惡性ナルコトヲ判スルノ特徴タリ月經閉止後久シキヲ經テ出血ノ反復スルハ最モ恐レザルベカラザルナリ幼年即チ春機發動期前ニ於テモ稀有ナル幼女の月經ノ場合ヲ除キ生殖器ノ出血ハ惡性タルヲ表スルモノナリ斯ルトキハ多クハ纖維性癌腫(硬性癌)ナリトス。

既ニ生殖器成熟セル婦人ニ於テ真正ノ子宮出血ニ加フルニ水樣又ハ血液樣漿液性ニシテ且惡臭ヲ有スル持續性流出物多量ニ存スルトキハ直ニ殆ト癌腫ノ診斷ヲ下スヲ得ベシ鑑別ヲ要スベキ類症ハ只壞疽ニ陥リタル纖維腫或ハ過度ニ長時間滯留シ且腐敗シタル卵遺殘物ナリ上皮癌ナルカ或ハ纖維性癌ナルカノ決定ハ常ニ顯微鏡ニヨラザルベカラズ數多ノ大腫瘍存在セルトキニハ肉腫ナルコト略確實ナルベシ。

內診所見 粘膜炎腫ニアリテハ疑ハシキ場合ニ於テ決シテ缺クベカラザル子宮內指診ヲ行フトキハ子宮內或ハ腔內ニ於テ髓樣柔軟性ニシテ破碎シ易キ腫瘍破塊ヲ認ムベシ外觀上疑ハシキ或ハ時トシテ搔爬ニヨリテ得タル組織殊ニ總テノ粘液茸腫ハ如何ナル場合ニ於テモ慎重ニ且緻密ニ顯微鏡的検査ヲ施スヲ要ス。

壁內肉腫即チ纖維肉腫ニアリテハ觸診手指是レニ達セズ爲メニ必須ノ標徴ナル破碎シ易キ性ヲ知ル能ハザルヲ以テ之ヲ診斷スルコト甚ダ難シ筋腫ト纖維肉腫トノ識別ハ全ク爲シ能ハザルコトアリ今爰ニ筋腫ノ肉腫樣變性ノ特徴ヲ擧クレバ次ノ如シ即チ腫瘍ノ發育急劇ニシテ腹水

ヲ生シ、既ニ消失セル出血ノ再發アリテ血液樣水樣流泄物ヲ混ジ、癌惡液質トナリ、管テ存在セザリシ苦痛起リ殊ニ利尿困難ヲ來タス、纖維性茸腫即チ回歸性纖維腫ノ再發ハ殆ド常ニ肉腫再發ト見做シテ可ナリ。

肉腫ノ經過 肉腫ハ其性質癌腫ニ似タルヲ以テ常ニ危篤ノ經過ヲトル。早期ニ於テ腫瘍ノ根本的除去ヲ行ヒ、以テ治癒セザルトキハ、出血及ビ流泄物ノ爲メニ體液^{ガットラブル、ストロウレン}缺亡、膿敗^{セプシス}及ビ敗血症或ハ遂ニ生命上必須ノ臟器ニ轉移ヲ來タシ死ヲ免ル能ハズ。

病症持續ハゲスネル氏ニ據レバ凡平均二ケ年ナリ、壁内肉腫ハ經過稍佳良ニシテ且、最終ニ至リ初メテ轉移ヲ來タスヲ常トシ、又崩壞ノ傾向少シ、故ニ粘膜炎腫ノ如ク容易ニ壞疽ニ陥ルコトナク且、敗血症ヲ起サズ、若シ被囊ニヨリテ其周圍ノ組織ト經界セラル、トキハ終リニ至リ初メテ轉移ヲ來タスヲ常トス、最モ不良ナルハ汎發性粘膜炎腫ナリ、茸腫性肉腫ニアリテハ其結果寧ロ佳良ナル壁内肉腫ニ類似セリ。

子宮肉腫ノ療法 子宮肉腫ノ診斷若シ觸診所見及ビ顯微鏡的検査ニヨリテ確定セラル、トキハ、患者ノ九死一生ヲ救フハ只子宮全摘出ヲ直ニ

行フニアルノミ、局部手術ハ此場合ニ於テモ亦癌腫ノ際ニ於ケルト等シク僅ニ行ハル、ノミ、外見上莖蒂ヲ有シ且、周圍ト經界セラレタル茸腫性肉腫ノ除去モ亦根本的手術ニ依ラザルベカラズ、蓋シ「回歸性纖維腫」ヲ招來スルヲ避ケ且、全摘出ノ好機ヲ逸セザランコトヲ欲スレバナリ。

腔式或ハ腹式全摘出ヲ行フベキカハ、類纖維腫ニ於ケルガ如ク、先ヅ子宮ノ大小如何ニ關ス、類纖維腫ニアリテハ初メハ扶別^{モルチ}切除法ヲ施シ、腔式手術ノ爲メニ大ナル子宮ヲ縮小シテ該手術ニ適應セシムルノ法アリト雖、凡肉腫ニ於テハ之ヲ禁ズベシ、何トナレバ吾人ハ常ニ移植^{インプラント}肉腫生成ヲ來タスコトアルヲ忘ルベカラズ、且、肉腫結節ノ根本的除去ヲ行フニハ恰モ大腫瘍ニ際シ只開腹術ニヨリテノミ得ラル、如キ手術區域全面ノ一大瞰望ヲ要スルヲ以テナリ。

肉腫モ亦癌腫ニ於ケルガ如ク骨盤結締織及ビ增大セル淋巴腺ヲ共ニ力メテ完全ニ除去スベシ(ウエルトハイム氏手術 Vertheims Operation)。

扶別切除法ヲ行ハズシテ肉腫樣子宮ノ大サ尙腔式根本的手術ヲ行フコトヲ得ルモノニアリテハ、ゲスネル氏統計ニヨレバ根治的治癒ニ關シテ

ハ其豫後甚ダ不良ナラズ、然レドモ腫瘍既ニ増大シテ腔式摘出ヲ行フ能ハズ、爲メニ開腹術ヲ要スルモノハ根治的治癒ニ對スル豫後極メテ不良ニシテ再發及ビ轉移ヲ來シ、手術後直チニ致死スルヲ常トス。

葡萄狀頸部肉腫ノ既知ノ類例中、一モ根治セシモノヲ實驗セズ、肉腫モ亦子宮癌腫ニ於ケルガ如ク其初期ニ於テ診斷ヲ確定スルト同時ニ根本的手術ヲ行ヒシモノニアリテハ根治上佳良ノ期望ヲ懷クヲ得タリ。

第十四章 子宮上皮樣腫瘍

Die epitheloiden Geschwülste des Uterus.

ドクトル オット、キュストネル 著

醫學士 竹中 銓之助 譯

第一節 腺腫 Adenom.

子宮ノ良性上皮樣腫瘍即チ腺腫ニハ二三ノ種類アリ。増生性内膜炎中腺質性内膜炎ニ屬スルモノヲ、吾人ハ子宮粘膜ノ汎發性腺腫。diffuses Adenomト稱スルヲ得ベシ。

稍増大セル粘膜茸腫ハ茸腫性腺腫中最モ屢來ルモノナリ、粘膜茸腫ハ主トシテ頸管ニ占居シ其一部ハ鮮紅色ヲ呈シ桑實狀ヲナシテ子宮外口ニ突隆ス、而シテ多クハ酷似セル一乃至二個ノ茸腫ヲ供フコト稀レナラズ、然レドモ此等ハ多發性タルコト甚ダ稀レナリ、余ハ數年前四十歳ノ婦人ノ頸管ニ生ゼル凡三十個ノ粘膜茸腫ヲ切除シタリ、其内ノ若干ハ櫻實大

ナリキ、
 稀レニハ腺腫ノ尙大ナルコトアリ、此場合ニ於テハ腺腫ハ粘膜茸腫ノ粘
 液性ニシテ、溶解スベキ性状ヲ有セズ、強韌ニシテ且、分岐セル結締組織基質
 ヲ具備ス、表面ハ平滑ナラズ、非常ニ凸凹アリテ疣狀ヲナシ、且、多孔ニシテ
 隆起アリ、該腫ハ往時單ニ腺茸腫。Dissepimentumト稱セラレタルモノニシテ、
 多クハ頸管ノ何レノ部位ヨリモ發生スレドモ、時トシテ外翻セル子宮口
 唇ノ外側ヨリ發生ス。

此等腺腫ノ顯微鏡的構造ハ兩種何レモ殆ト同一ナルモ腺茸腫ニアリテ
 ハ寧、堅固ナル結締組織基質多ク、粘膜茸腫ニ於テハ寧、腺割斷面多シ、兩者ト
 モ高キ圓柱上皮ヲ以テ被ハレタル球形ニシテ粘液ヲ流通スル空洞ヲ有
 ス。

頸部茸腫ノ小ナルモノハ非常ニ粘液分泌ヲ高メ、時トシテ又多クハ著シ
 カラザル異型出血アリ、其大ナルモノニアリテハ其他機械的ニ苦惱ヲ生
 ズ、而シテ長キ莖蒂ヲ以テ陰門ニ達シ又ハ陰門外ニ突隆ス、好發年齢ハ月
 經閉止期ノ年輩ナリ。

粘膜茸腫ノ小ナルモノハ單ニ剪刀ヲ以テ艾除シ得ベシト雖、大ナル腺
 腫ニアリテハ屢、甚シク血管ノ新生セル莖蒂アルヲ以テ束結紮ヲ施シ或
 ハ手術後烙鐵ヲ以テ燒灼スルヲ至當トナス。

第二節 癌腫 Carcinom.

統計發生率發生。子宮癌ハ甚ダ屢、實驗セラル、總癌腫ノ二三ノ統計ニヨ
 リテ其發生率ヲ見ルニ最多數ヲ占ムルモノハ胃癌ナリ然ルニクルレン
 氏 Cullen ハ癌腫三萬一千例ノ統計ヲ掲ゲ、胃癌二十一%、子宮癌二十九%
 タルヲ表セリ、假令ヒ胃癌ハ子宮癌ニ比シ其發生全ク多シト云フト雖、
 而カモ子宮ハ胃ト相併ンデ癌腫ノ好發部位タルガ如シ、何トナレバ人間
 ノ總テハ悉ク胃ヲ有スト雖、子宮ヲ有スルモノハ只其半數ニ過ギザル
 モノナレバナリ、數多ノ統計ノ示ストコロ區々タリト雖、癌腫ニ罹レル
 總テノ婦人中其三分ノ一ハ子宮癌ヲ患ヘリ。
 晩近統計學ノ進步ニ從ヒ、癌腫ノ發生率驚クベク増加セルガ如シ、一般死
 亡率ノ減少セルニ際シ却テ癌腫ノ増加ヲ來タセリ、サレバ此際主トシテ

等閑ニ附スベカラザルハ診断及ビ治療法ヲ改良シ、衛生上ノ規律ヲ改革シ、病院ヲ増設シ、全國民ニ整然タル療法ヲ普及シ、且、速ニ癌腫發生ノ頻繁タルコトヲ弘ク知ラシムルニアリ、是レ往時或ハ看過セラレタリシ多數ノ癌腫ヲモ認識セシムルニ至ル有力ノ動機トナルモノナリ。

子宮癌ノ好發部位ハ頸部及ビ腔部ニシテ體部ハ比較的稀レナリ(余ノ實驗ニヨレバ八十九對十一ノ比ナリ)、腔部及ビ頸部癌腫ノ多ク發生スル年齡ハ四十乃至五十歳(余ノ實驗ニヨレバ三十八%)ニシテ體部癌腫ハ五十乃至六十歳(五十%)ナリ、三十歳前ニハ子宮癌ハ稀レナリ(二%)、二十歳前ハ極メテ稀有ニシテ七十歳後ニハ實見セルコト亦稀レナリ。

腔部及ビ頸部ノ癌腫ハ經産婦ニ來ルコト多ク、殊ニ數回分娩シタル婦人ニ見ルコト稀レナラズ、未産婦ニハ體部癌腫ノ來ルコト比較的多少シトス。素因中遺傳ノ與テカアルコトハ、少許ノ實驗ニ徵スレバ稍、真ナルガ如シト雖、癌腫疾患ノ多キニ拘ラズ、現時尙未決ノ問題タリ、然レドモ素因中或ル點ニ於テハ癌腫ノ素因タルベキモノハ亦子宮癌ノ素因タルハ臨床及ビ解剖上實驗ノ結果ニ徵シ爭フベカラザル事實ナルガ如シ、蓋シ子

宮癌モ亦嘗テ久シク炎衝的組織變化ノ存在セシ部位ニ最モ多ク發生ス、是レ久シキニ亘ル子宮加答兒頸管加答兒殊ニ破裂外翻ノ粘膜炎症ガ癌腫ノ前驅症ヲナセルニ徵シ明ナリトス。

多數ノ花椰菜様癌腫 Blumenkohlkrebs ハ破裂外翻ノ爲メニ生ゼル腔部ノ醜狀ヲ益、甚ダシカラシム、又臨床長時持續セル炎性作用ハ癌腫發生ノ前驅症ナルコトヲ證スル場合比較的多キモ、只頑固ナル内膜炎ヲ認メ、之レガ療法ヲ施スニ過ギザルコト多シ、子宮癌ガ數回ノ經産婦グスセロウ氏 Gruseow 統計ニ據レバ平均五、一回ノ分娩ニ多キ事實ニ對シテハ、只分娩及ビ産褥障礙ノ蓄積スルトキハ爲メニ容易ニ慢性ニ炎衝作用ヲ誘起スルモノナリトノ説明ヲ與フルニ止マルノミ。

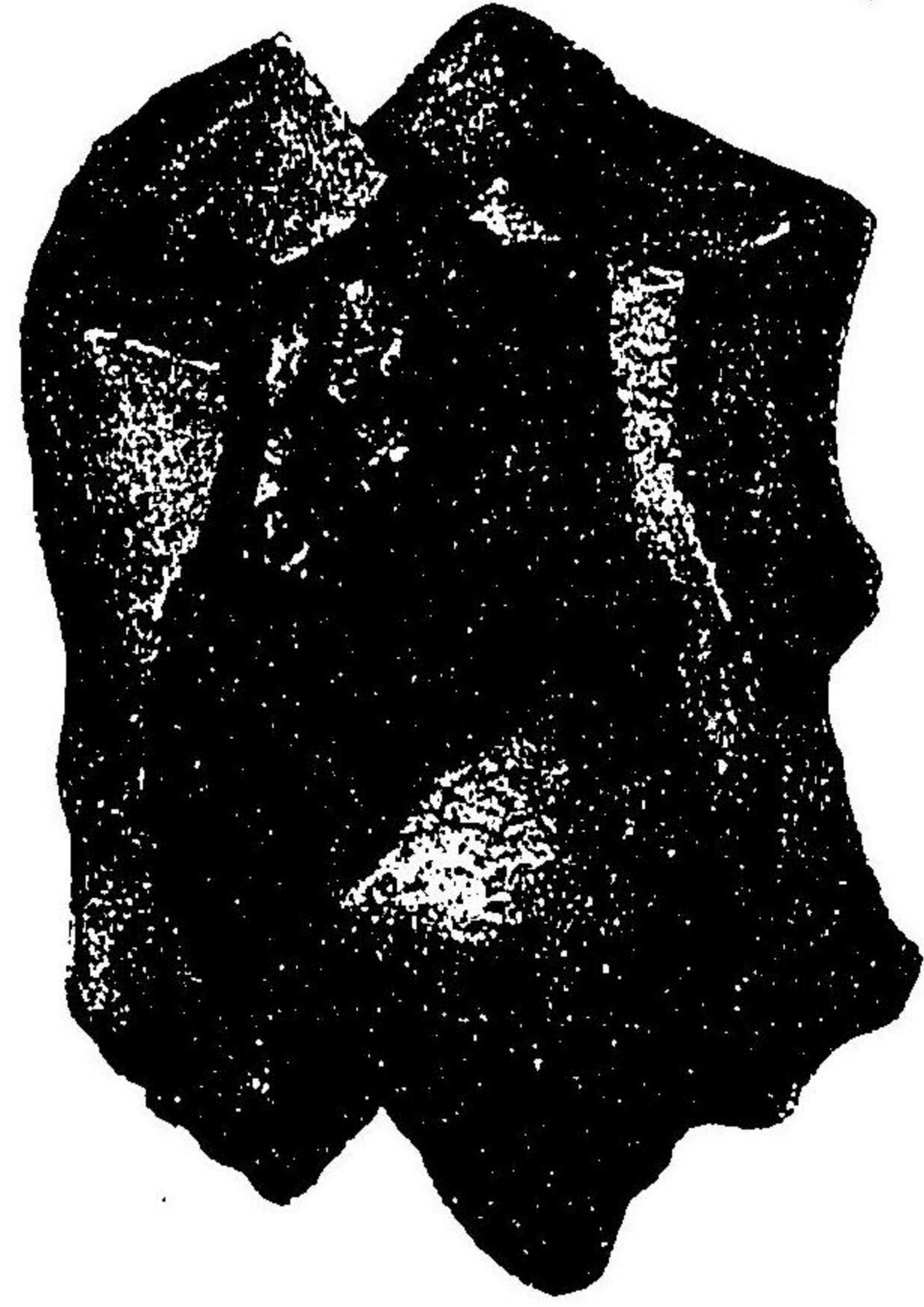
遺留セル脱落膜島嶼ノ尙營養ヲ持續セルモノ(脱落膜腫)ガ癌腫ノ基礎ヲナセル數例ニ遭遇シ之レガ證明ヲ與ヘ且、之ヲ公ニセルハ、既ニ千八百八十年代ノ初メニシテ是レ大ニ興味アル事ナリトス。

子宮癌ノ發生ニ就テモ亦病理總論ニ於テ説ケルモノト同一ナリ、癌腫ハ上皮ヨリ發生ス、特發性ニ上皮又ハ其下部ニ位セル増殖ニヨリテ上皮分

裂ヲナセル結締織(リッペルト氏 Ribbert)ニ自動的大變化ヲ生ズルカ、或ハ胎生時迷入上皮ノ後チニ發生シテ癌腫トナレルカ(コーンハイム氏 Cornheim)若シクハ其際尙ホ上皮細胞ガ固有ノ組織的變化ヲナシテ癌腫細胞トナルカ(ハンゼマン氏 Hansmann)且何ニヨリテ此變化ヲ來タスヤハ今尙ホ未決ノ問題タリ。

十數年前マラゼツツ氏 Malassez トーマ氏 Thoma 等ハ癌腫中ニ細胞包括チキルアイレンチリキヤ即チ強ク光線ヲ屈折セシムル小顆粒ヲ發見セリ、兩氏等ハ之ヲ以テ寄生蟲原蟲(Protozoen) 胚胞形成原生蟲(Sporozoen「コクチイヂェン」蟲(Coccidien))ナリトシ且又癌腫ノ原因ナリトセリ、近時ザンフリリス氏 Sanfelice フッセ氏 Busseノ諸氏殊ニレオボルド氏ハ子宮癌ニ於テ此細胞包括ヲ精密ニ研究シ以テ醱酵素ノ種類タルヲ説ケリ、而カモチュールゲン氏 Jürgenハ「ザルコスポリヂェン」Sarcosporidien トセリ、レオボルド氏ハ其純粹培養ヲ行ヒテ成功セズ、而シテ醱酵ヲ誘起スル一種ノ性狀ヲ有スルヲ發見シ、之レヲ家蟻ニ移植スルニ忽チ腫瘍ヲ生ゼリ、該腫瘍ハ解剖上及ビ轉移ヲ生ズル固有ノ點ニ於テ癌腫ニ似タリ、ペーテルセン氏 Petersen及ビエ

圖八十七百第

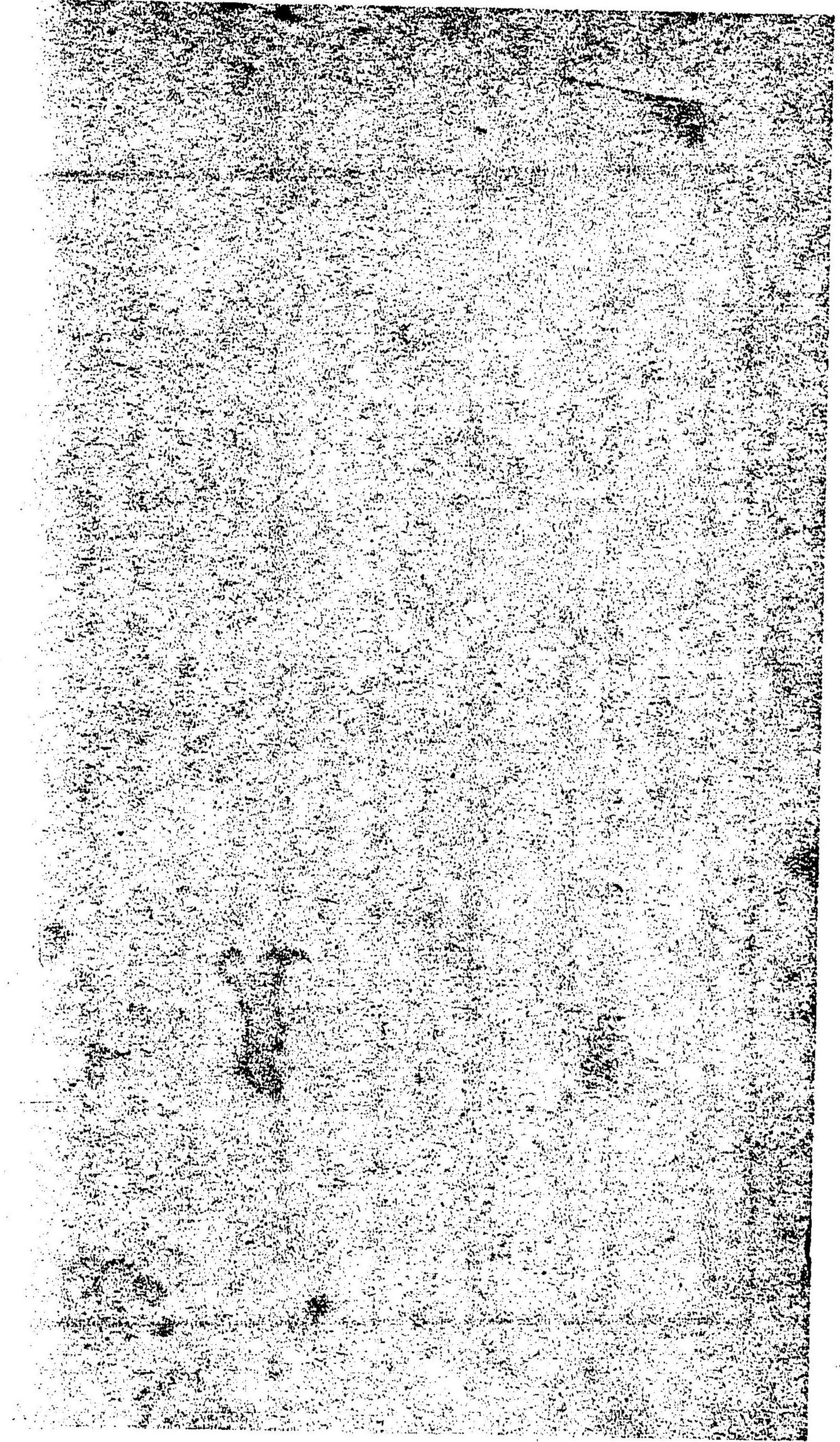


子宮體部癌腫。自然大四分
ノ三、五十七歳ノ婦人。千
九百〇三年五月十七日手術
ヲ行ヒ全治セリ。

圖七十七百第



子宮體部癌腫。Carcinoma corporis
uteri。自然大四分ノ三、六十一歳ノ
婦人。晩婚婦ニシテ未ダ分娩セズ
又流産セシコトナシ、十年前月經閉
止シ、一年前ヨリ時トシテ甚ダ多カ
ラザルモ、血液ヲ混セル陰部流泄物
アリ、千九百〇三年五月十五日全摘
出ヲ行ヒテ治癒セリ。



第百七十九圖



子宮體部癌腫。四十二歳ノ婦人P.三回ノ經産婦ニシテ最終分娩ハ十三年前ナリ、一年前ヨリ血液樣漿液性排泄物アリ、千八百八十九年六月七日腔式子宮全摘出チ行ヒ(ドクトル、トームソン氏)治療セリ、子宮體部ノ内面ハ癌潰瘍ニ變ジ、壁ハ肥厚、浸潤セリ。

テ原發體部
癌腫ハ頸上
部分ニ廣リ
頸部癌腫ハ
體下部分ノ
粘膜ヲ侵シ

或ル腔部癌腫ハ頸管粘膜ニ移行シテ之ヲ侵蝕ス子宮ニ於テモ亦原發部

キスネル氏 Kerner ハ如斯方法ニヨリ只炎性腫瘍ヲ生ゼルヲ見タリ、サレド此腫瘍ハ組織學上ニ於テ原發腫瘍ト相一致セザルヲ以テ兩氏ハ癌寄生蟲ヲ以テ癌腫ノ原因トナサズシテ只癌腫ノ寄生蟲ト思考セリ、解剖的變化 子宮癌ハ子宮ノ上皮ヲ有セル表面ニ於テハ何レノ部位ヨリモ發生ス、即チ體部頸部及ビ腔部ノ粘膜ヨリ發生ス、故ニ吾人ハ別チテ三主要種トナス、體部癌腫、頸部癌腫及ビ腔部癌腫、即チ是レナリ、初期ニ於テハ癌腫ハ其臟器ノ原發部位ニ限局スレドモ、新生物ノ發育スルニ從ヒ漸次ニ原發局部ノ經界以外ニ蔓延シテ附近ノ表面ヲ侵スニ至ル、如斯シ

位ハ常ニ最モ甚シク侵サレタル部タルヲ以テ病勢ノ著シク進ミタル癌腫ニアリテモ尙ホ其原發部位ヲ識別スルヲ得ベシ子宮癌腫ハ其發生部位ノ異レルニ從ヒ其經過隣接臟器殊ニ淋巴裝置ニ對スル關係及ビ蔓延經路ノ固有ナル點ニ於テ各其關係ヲ異ニセリ臨床上述候モ亦各異レリ如斯ナルヲ以テ以上掲ゲタル三種ニ區別スルヲ至當ナリトス。

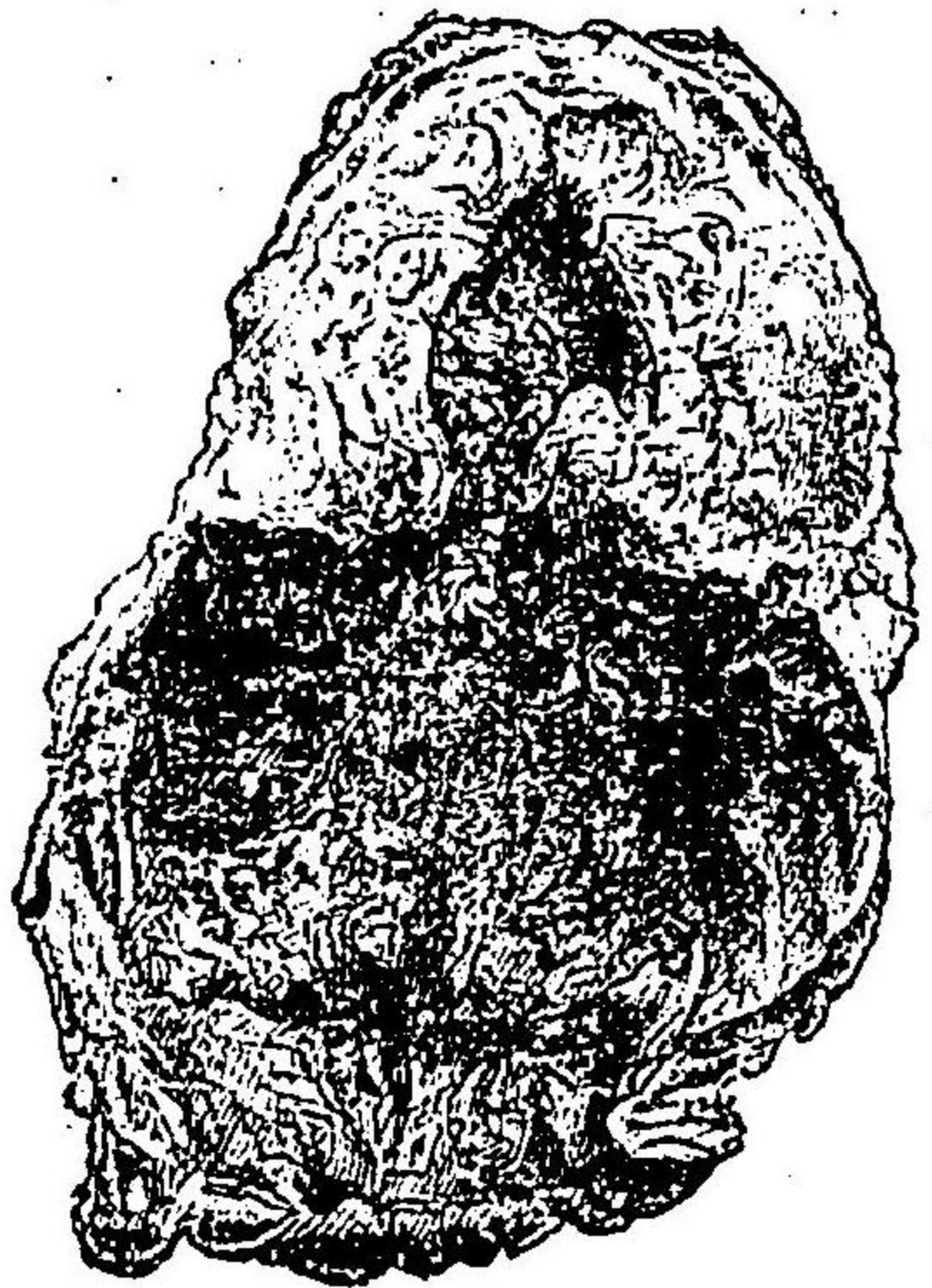
體部癌腫 *Corpuscarcinom* ハ表面上皮或ハ腺上皮ヨリ發生ス表面上皮ヨリ發生セル場合ニハ多角散子狀上皮細胞ノ實性椎狀突起ガ結締織中ニ陷沒スルヲ見ル然レドモ腺腔ヲ缺ケリ此場合ニ於テハ先ヅ病的化生的變化起リテ多層扁平上皮ヲ生ジ以テ癌増殖ヲ來セルガ如シ時トシテ椎狀突起ノ深部ニ於テ強ク扁平セラレタル化角セル上皮細胞ノ球葱根穀ノ如キ排列ヲナセルコトアリ(角質癌 *Hornkrebs*)腺上皮ヨリ發生セル癌腫モ亦實性無腔ノ細胞突起ノ顯微鏡的構造ヲ呈スルコトアリ(腺癌腫 *Adenocarcinom*)又著ク腺腫様性狀ヲ有セル癌腫ガ體部粘膜炎ニ甚ダ屢發生スルヲ見ル(増殖性腺腫様圓柱細胞癌 *hochentwickelter adenomäser Zylinderzellenkrebs*)該腫ハ腺増殖實ニ旺盛ニシテ腺ハ其腔ヲ消失セズ上皮モ亦單層ノ儘存

在シ盛ニ分岐シテ甚ダ多數ノ枝極ヲ生シ結締織ヲ壓排シテ極メテ僅少ナラシメ腺各部ノ上皮ハ密接シテ相摩スルニ至リ其基底部分ノ如キハ全ク觸接スルノ觀ヲ呈ス是レ純然タル腺腫様構造(惡性子宮體部腺腫 *Adenoma malignum corporis uteri*)ナルニモ拘ハラズ而カモ癌腫中ニ算入セシメザルベカラズ何トナレバ其性狀惡性ニシテ破壊ノ傾向ヲ有シ轉移形成ヲ來シ且後來實性無腔ノ上皮細胞椎狀突起形成ノ決シテ止ムコトナキヲ以テナリ此癌腫ハ腸管、膀胱ノ或ル種ノ癌腫ト同ジキモノナリ。

カウフマン氏 *E. Kaufmann* ガ惡性腺腫 *Adenoma malignum* ナル名稱ヲ以テ錯亂誤謬ニ出ヅルトナシ熱心ニ論議セルハ甚ダ有益ナリト謂フベシ氏ハ未ダ嘗テ惡性腺腫ニ遭遇セシコトナキヲ唱ヘ且此等類似腺ト共ニ種々ノ部位ヲ精密ニ檢スルトキハ常ニ顯著ナル癌性即チ多層多形細胞性或ハ全ク實性部位ヲ發見シ腺癌腫ノ診斷ヲ確定シ得ベキヲ説ケリ余ハ講筵ニ於テ惡性腺腫ナル名稱ヲ避ケ之ニ代ユルニ以上使用セシ増殖性腺腫様圓柱細胞癌ナル名稱ヲ以テス。

此癌瘍タルヤ肉眼的ニ或ハ體部内面ニ於テ扁平隆起狀ヲナシ平坦ニ蔓

延セルカ(第七十九圖)若クハ稍、茸狀ヲナシ以テ子宮腔内ニ挺出ス(第百



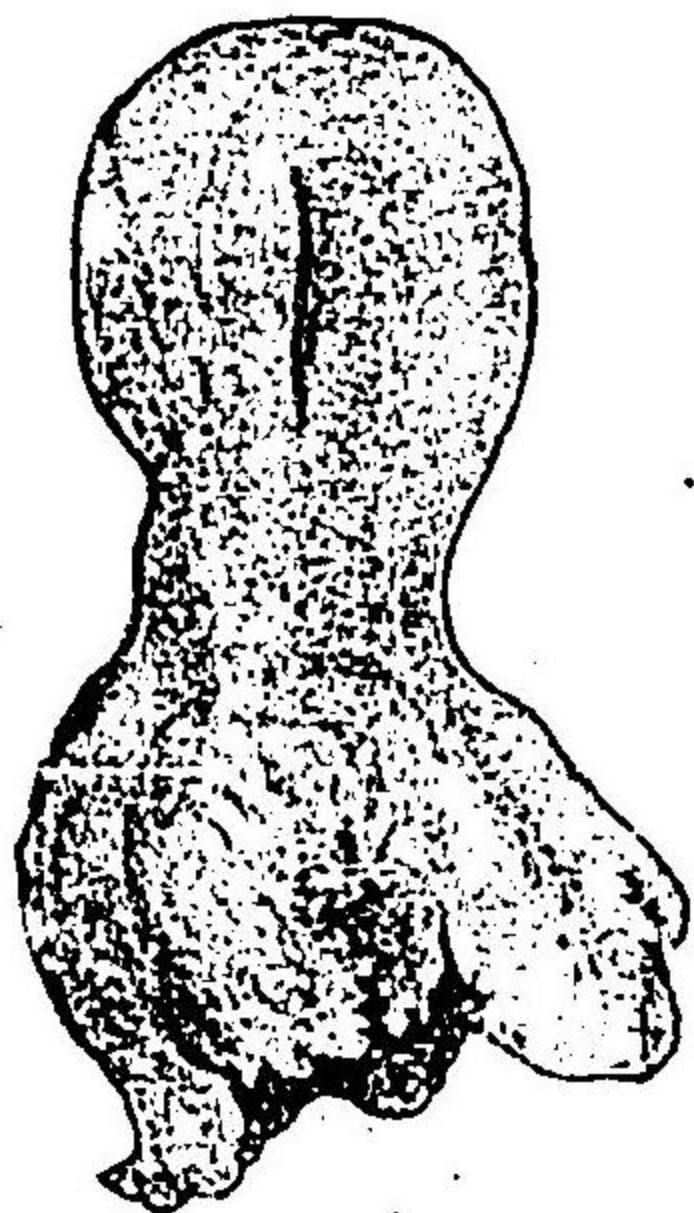
第百十八圖

頭管癌腫 Carcinoma canalis cervicalis. 四十七
歳ノ婦人A.K.三回ノ經産婦ニシテ最終分娩ハ二
十年前ナリ、九ヶ月以來絶エズ出血アリ、千八
百九十年五月二十九日全摘出テ行ヒ全治セリ、
此圖ハ下半部ニ於テ頭管甚ダシク擴張シ且ツ非
薄トナレルヲ示セルモノニシテ、手術前此頭管
ヨリ多量ノ癌塊ヲ擧げシ、以テ除去シタリ、此
圖ノ下方邊緣ハ子宮外口ナリ、頭管ノ筋層ハ何
處モ癌腫ノ爲メニ未ダ穿孔セラレズ、圖ノ上半
部ハ肥厚セル筋性子宮體部ナリ、體部ノ内腔ニ
於テ少許ノ非癌性粘膜炎増殖アリ、非常ニ廣大ナ
ル癌増殖ハ子宮内口ヨリ上方ニ蔓延セズ。

七十七及ビ第百七十八圖)茸狀ヲナセル場合ニ於テハ以前良性タリシ腺
腫ノ癌性變性ヲ來スコトアリ、子宮ノ筋壁ハ消失シ或ハ菲薄トナリ癌増
殖ハ表面ニ達ス、又子宮壁ハ破壊シテ腹膜或ハ子宮ト續發的ニ癒着セル
臟器(膀胱腸)ノ腔内ニ穿孔ス、他ノ場合ニ於テハ子宮壁ハ癌腫瘍ヲ圍繞セ
ル小細胞侵潤ノ爲メ或ハ以前存在セル結締織或ハ筋層ノ新生物ノ爲メ
ニ肥厚ス、故ニ子宮體ハ著シク増大シテ手拳大ニ達スルコトアリ、時トシ

テ下方ニ向ヒ癌ノ發育セルニヨリテ頸管腔ノ閉鎖ヲ來タシ、次テ子宮内
ニ分泌物鬱積(子宮血腫、子宮膿腫)ヲ生ズ、尙モ癌腫ハ經過進行中頸管粘膜炎ノ
上部ニ沿ヒテ其表面ニ蔓延侵蝕スルコトアリ。

體部癌腫ハ比較的轉移ヲ來タスコト遅ク、且ツ稍、長時期間子宮體部ニ限局
セリ、サレド遂ニ淋巴腺且、最終ニ至リテ他臟器何レモ癌腫様疾患ニ陥ル。
頸管癌腫 Carcinom des Cervixkanals モ亦表面上皮或ハ腺上皮ヨリ發生ス、最
モ多クノ種類ハ病的化生シテ扁平上皮トナレル表面上皮ヨリ實性椎狀
突起ノ形成ヲ招來スルモノナリ、頸管癌腫ニアリテハ腺型ノ完全ニ維持
セラル、増殖性腺腫様圓柱細胞癌ハ甚ダ稀有ナリ。

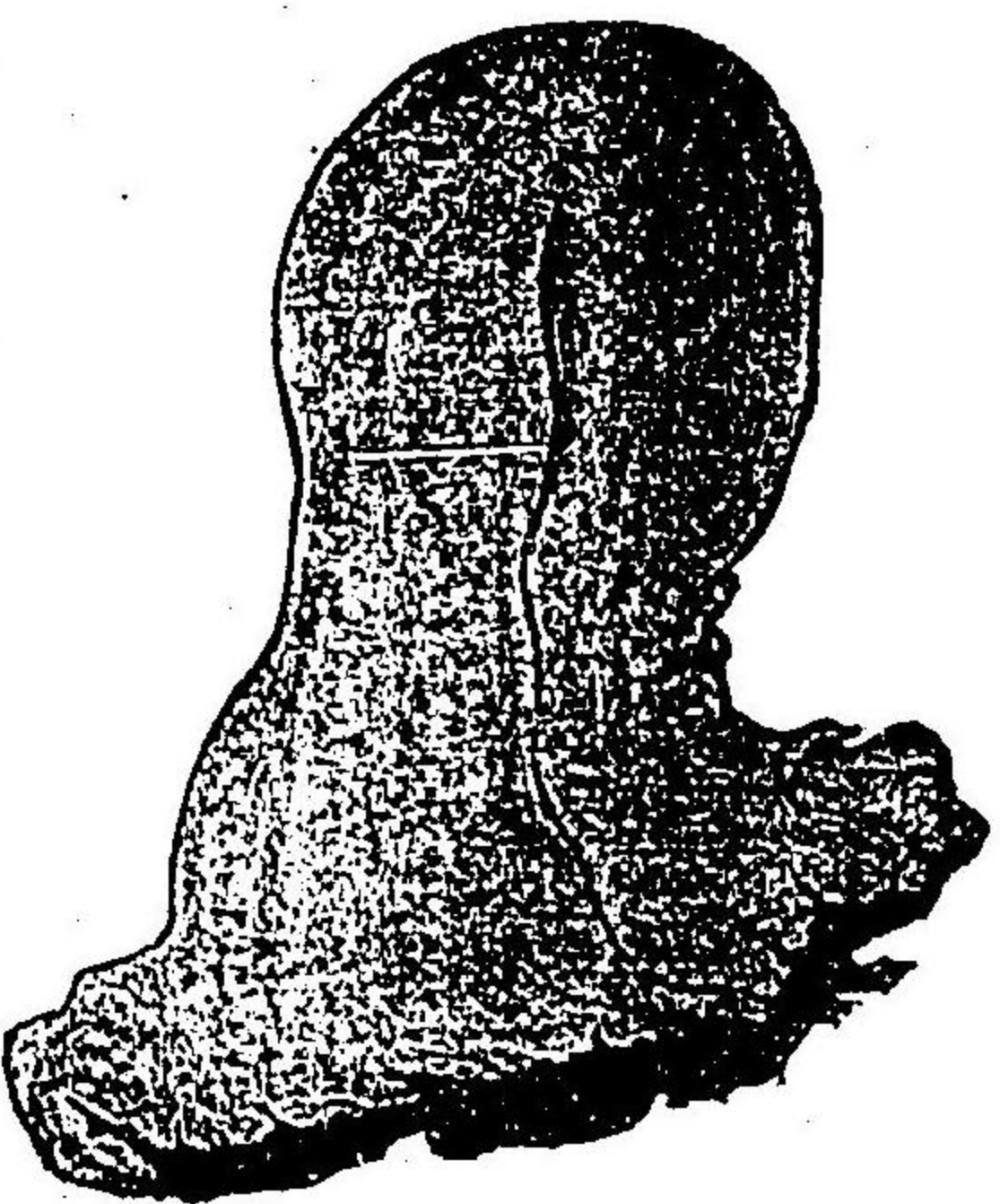


第百八十一圖

髓様頸部癌 medulläres
Carcinom der Cervix.
癌結節ハ明ニ健全ナル頸
部筋層ニヨリテ區別セラ
ル、コハ腔式全摘出ヲ行
ヒ治癒セリ。

發生シ或ハ頸部ノ粘
膜及ビ筋層ノ平等性
浸潤ヲ來シ、若クハ頸
部内面ヨリ發生シテ
扁平新生物ヲ生ズ、新

圖二十八百第



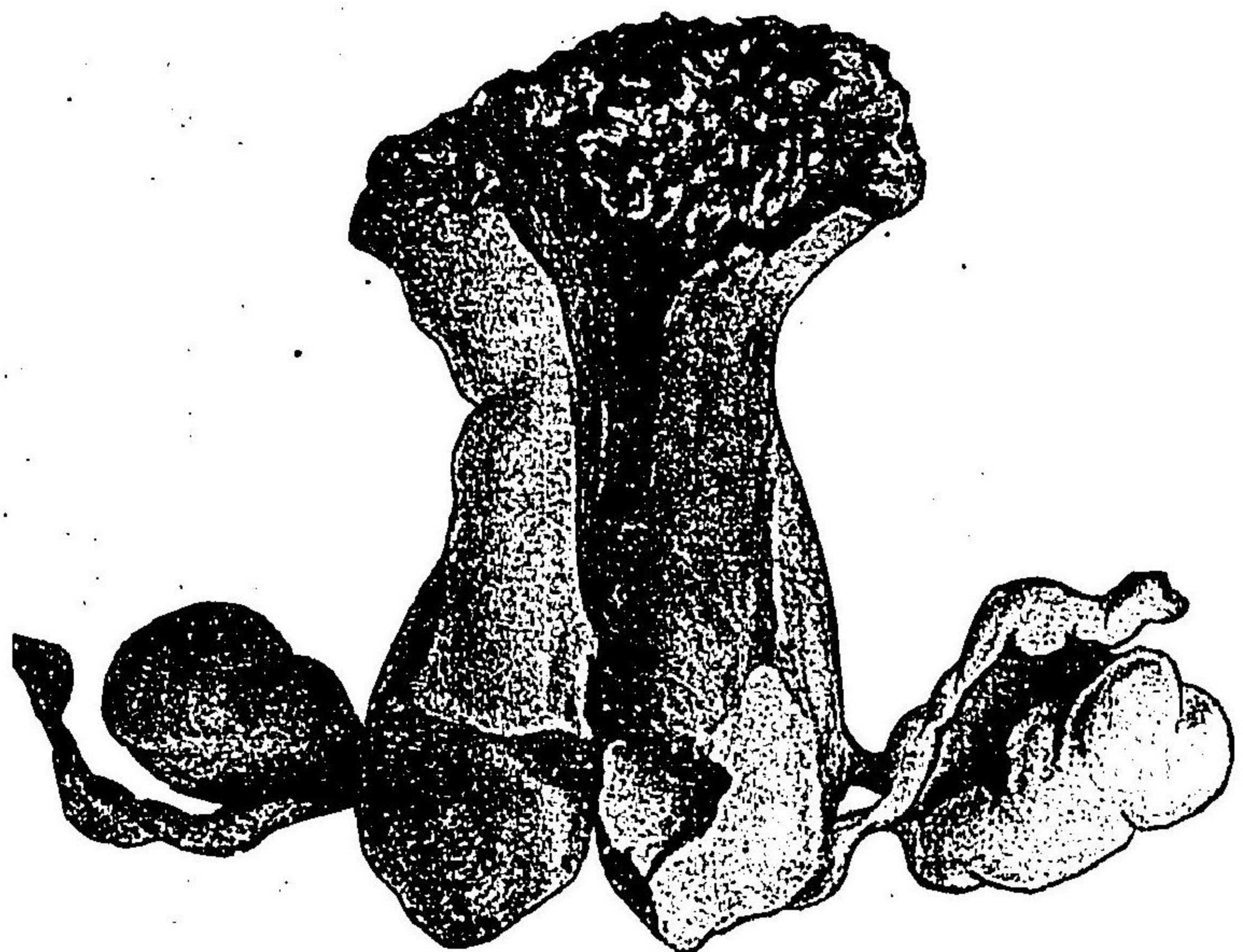
扁平腔部癌 Carcinoma der Portio vaginalis 腔式全摘出ヲ行ヒ治療セリ。

生物ハ早期ニ於テ壞疽性崩壞ヲ招キ表面ハ潰瘍トナリ膿膜分裂菌ノ移植スルコト早ク尙本周ニ増殖シ上方ニ向ヒテハ子宮内口ヲ越エテ蔓延シ下部ニ向ヒテハ腔部ノ部分ニ癌形成ヲ

來タスコトアリ。

該腫ハ體部癌腫ニ比シ周圍ニ蔓延スルコト速カナリ菲薄ナル頸部筋壁ハ忽チ其侵ストコロトナリ癌増殖ニヨリテ破壊セラル又何等ノ障礙ナク進ンデ頸部近傍ノ組織中ニ増殖シ頸部ノ側ヲ走レル輸尿管ハ早期ニ於テ癌形成ノ爲メニ圍繞セラレ淋巴管モ早期癌増殖ノ爲メニ侵サル又近接セル淋巴腺(腸骨腺)稀ニ癌性疾患ヲ來タシ前方ニ於テハ膀胱後方ニ於テハドーグラス氏腹膜部分ノ開放セル部或ハ該部分ノ炎

圖三十八百第



腔部癌 Carcinoma der portio vaginalis 或ハ頸下部癌(蕁花癌 Carcinoma) 腔式全摘出ヲ行ヒ治療セリ。

症ノ爲メニ閉鎖セル部ニ比較的早期穿孔ス。腔部癌 Carcinoma der Portio 真正扁平上皮癌ニアリテハ腔部外面ヨリ發生ス又子宮外口周圍ノ腺様増殖ヨリ若シクハ破裂後外翻ノ爲メニ腔部表面ニ

牽引セラレタル頸管最下部ヨリ發生スルアリ、腺様増殖或ハ破裂外翻ヨリ生ゼル癌腫ニアリテハ其顯微鏡的構造頸管癌腫ニ同ジク、多角散子形細胞ノ實性椎狀突起ハ多クハ病的化生ヒル扁平上皮ヲ以テ被ハレタル

頸部及ビ腔部ノ腺癌腫。
Adenocarcinoma cervicis
et portionis. 婦人 E. K. 千
九百年四月十日、變式フ
ロイソド氏手術ヲ行ヒ治
癒スルヲ得タリ、腺性構
造ハ尙ホ一部分存在シ、
其他實性上皮椎狀突起アリ。



圖四十八百第

延セル扁平新生物(上皮癌侵蝕性潰瘍)ノ性質ヲ有スルコト多キモ、外翻ヨリ發生スル癌ハ屢蕁狀或ハ花椰菜様大腫瘍(蕁花腫 Cauliflower tumor)トナ

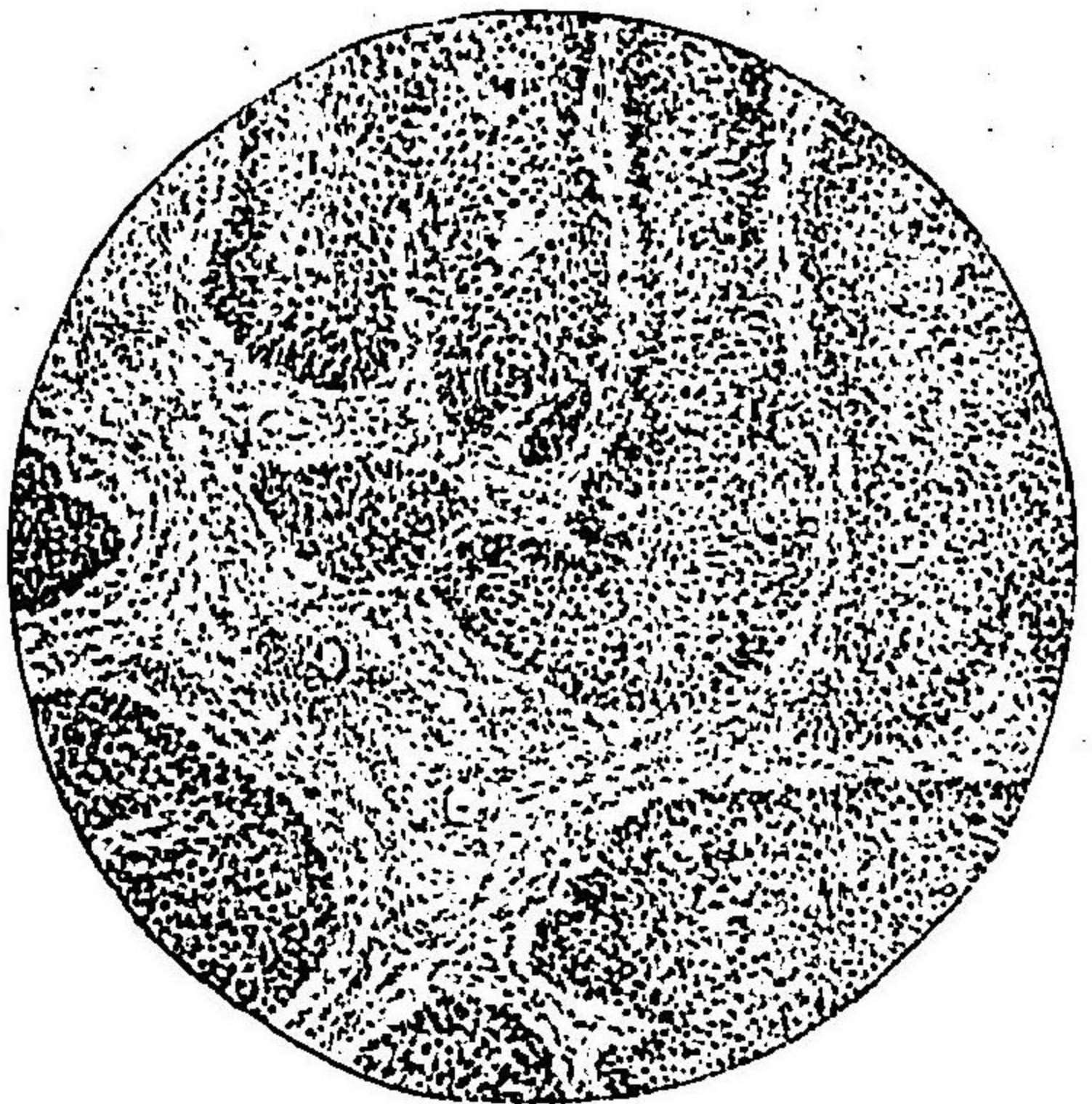
表面ヨリ陷沒
スルモノナリ、
極メテ稀レナ
リト雖モ時ト
シテ増殖性腺
腫様癌ヲ實驗
スルコトアリ、
腔部ノ外側ヨ
リ發生セル癌
腫ハ周圍ニ蔓

リテ腔内ニ突出ス、又一子宮口唇ノミ侵サル、コト往々ニシテ殊ニ最モ多キハ後子宮口唇ナリ、子宮外口ハ腫起閉鎖シテ觸診並ニ視診ヲ以テスルモ識別シ難キコトアリ、該腫瘍ノ表面ハ多クハ濃厚青赤色ニシテ疣狀ヲナシ汚穢ナル壞疽斷片ノ附着セルアリ且、膿菌ノ移植スルコト屢之

レアリ。

時トシテ新生物
ノ爲メニ頸管下
部ノ閉鎖ヲ來タ
シ其結果子宮分
泌物ノ鬱積ヲ生
ズ、故ニ此種類ニ
於テモ亦動モスレ
バ子宮膿腫ヲ生
ズルコトアリ。

單純性腔部癌 Carci-
noma simplex por-
tionis vaginalis. (腺
花癌) 婦人 J. S. 腔
式全摘出ヲ行ヒ治愈
ス。



圖五十八百第

表面ニ於ケル發育尙進ンデ腔ニ達シ直ニ腔粘膜ノ經界部ヲ侵シ、續發作

用ノ爲メニ致死スル前、腔ノ一大部分ノ癌腫トナルコトアリ、又時トシテ膀胱ニ穿孔スルコトアリ。此癌腫ハ長時存在セル場合ニ於テモ子宮ノ方向ニ頸上部分ヨリ以上ニ蔓延セザルヲ常トス。

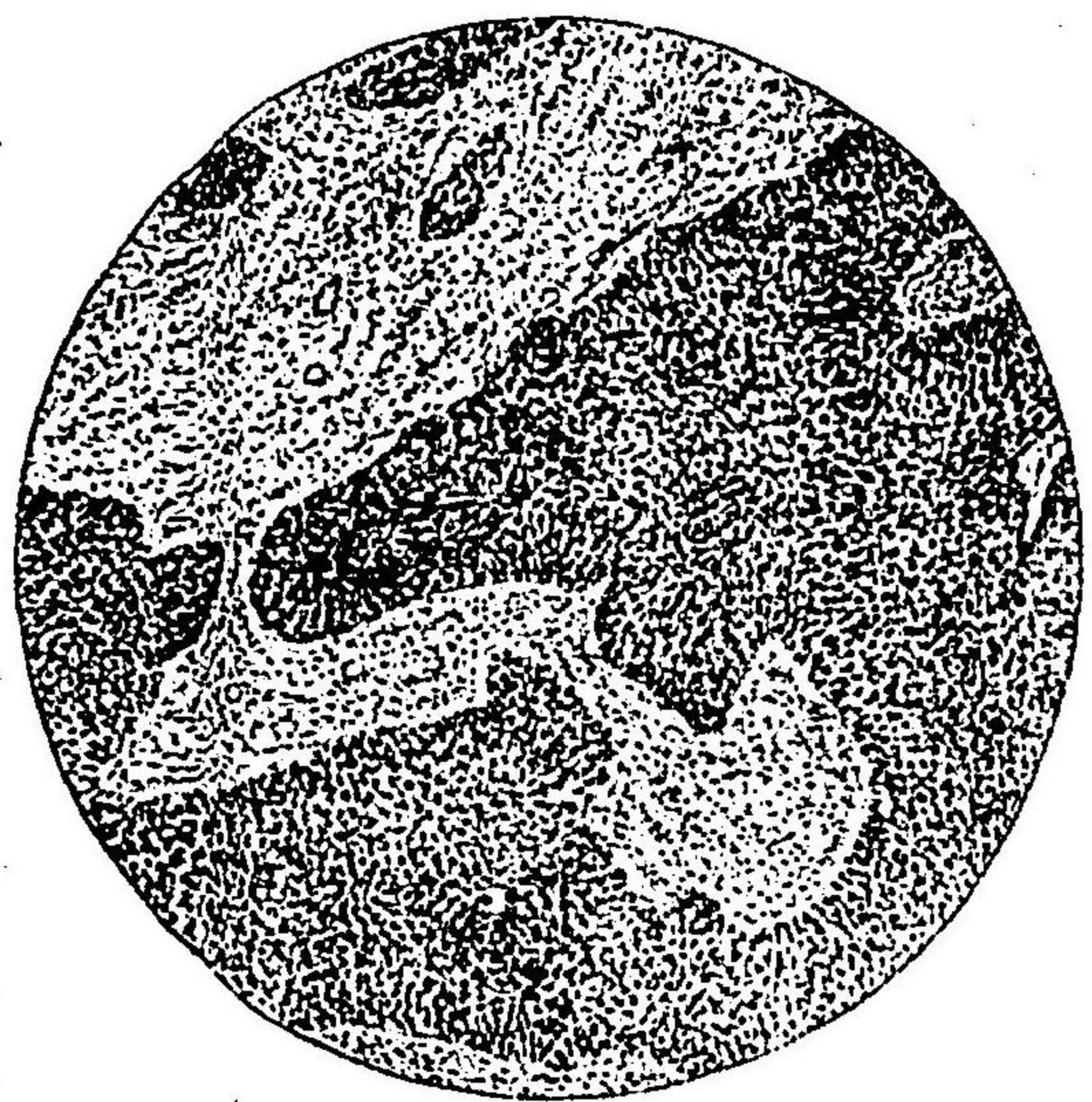
骨盤結締織、其淋巴管及ビ腸骨脈ハ比較的早期ニ癌腫ノ侵ストコロトナル殊ニ外翻ヨリ發生スル癌腫ハ此點ニ於テ頸管癌腫ニ酷似セリ、反之腔部外面ノ癌腫ハ長ク其發生部位ニ限局ス。

此癌腫モ亦頸管癌腫ニ於ケルガ如ク早期ニ於テ輸尿管ノ周圍ニ増殖シ以テ之ヲ侵害ス。

癌腫稍、蔓延シテ腔及ビ子宮體部ヲ侵セル時期ニ方リテハ、多クハ既ニ久シク骨盤内結締織ニ増殖シ骨盤ヲモ侵蝕シ且、遠隔セル淋巴腺ニ轉移ヲ生ゼルヲ見ル、患者若シ癌性全身症候即チ惡液質ノ爲メニ致死セシトキニ於テモ子宮上半部ハ尙健全ナルヲ常トス。

三種何レノ癌腫ニ際シテモ癌腫ニ侵サレザル爾餘ノ子宮粘膜炎ニ來ル疾患殊ニ頸管及ビ腔部癌腫ノ際ニ於ケル體部粘膜炎ノ疾患ハ甚ダ固有

圖六十八百第



腔部癌 Carcinoma portiois vaginalis 三十二歳ノ婦人S.變式フロインド氏手術ヲ行ヒテ治癒セリ。

ナリトス、是レ小細胞浸潤ノ蔓延ニ外ナラズ、蓋シ此浸潤ハ癌腫發生時及ビ其前後ニ於テ起レル炎症性症狀ナリ、ランドウ氏ガ之ヲ以テ同時ニ肉腫形成ヲ來セルモノト信ゼシハ誤レリト謂フベシ。時トシテ子宮及ビ腔ニ於ケル多發性癌腫 Doppelten Carcinomen 即チ體部、頸部

腔部、腔ニ於テ數多ノ孤立性癌結節ヲ目撃ス、是レ多數ノ場合ニ於テ移植性轉移ヲ來セシモノニシテ生活力ヲ有セル癌小部分ノ破碎シテ移植セラレ

以テ子宮腔或ハ腔管ノ他ノ部位ニ於テ發生スルニヨリテ生スルモノニ

シテ手術ノ爲

メニ斯ル場合

ヲ生スベキ好

機アルトキニ

於テ殊ニ然リ

トス、如斯作用

ハ腹膜腔ニ於

テ屢見ルトコ

ロナリ、然レド

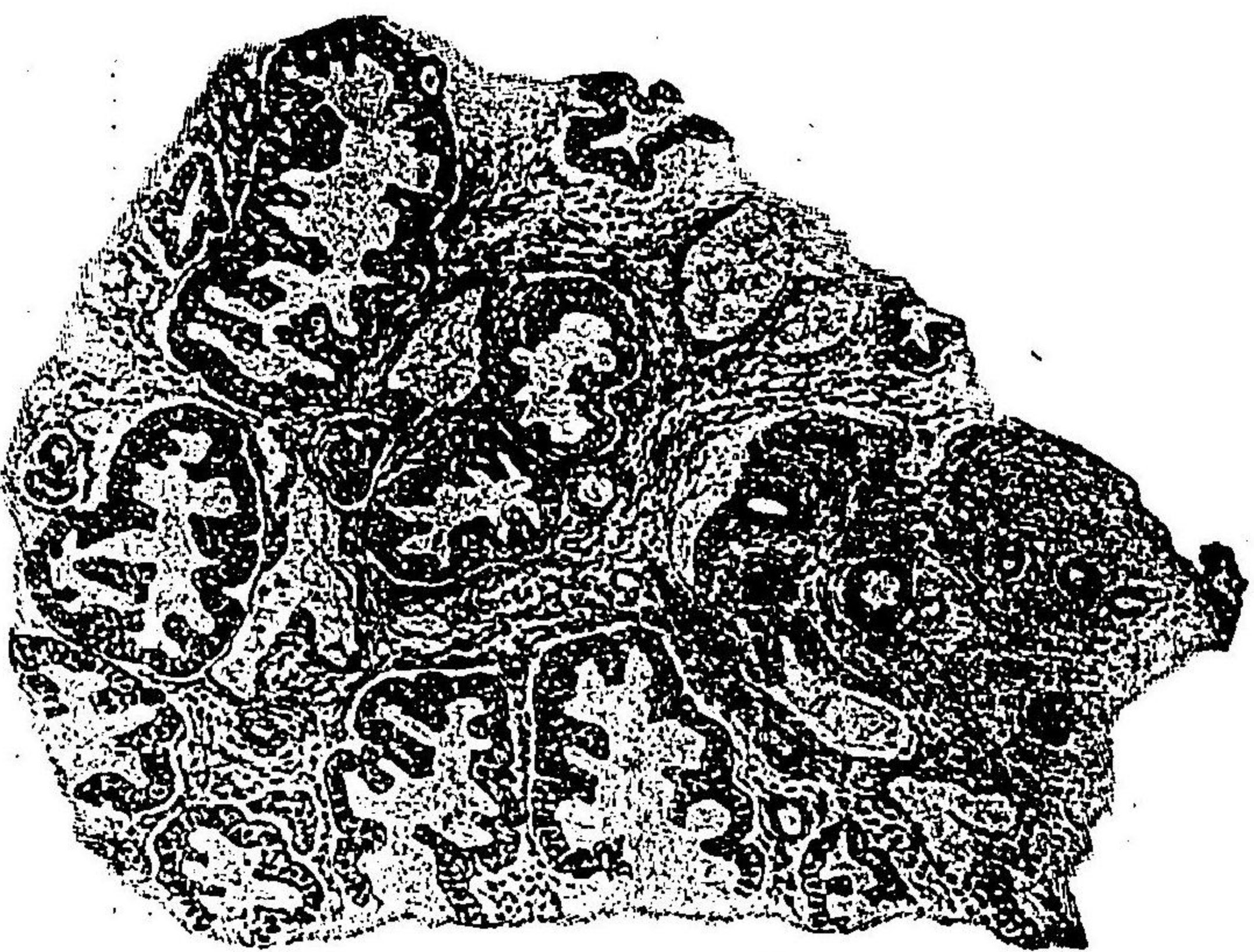
モ間々淋巴經

路ニヨリテ來

レル單純性轉

移ナルコトア

第百八十七圖



Endo-
metritis post abortu.
III. 婦人K. 腔間組
織ニ乏シク、腺ハ擴
張シ、多數ノ上皮
芽ハ腔腔中ニ突
出セリ、右方ハ脱落
膜遺殘ナリ。

リ、此ハ粘膜炎下ニ發シ、轉移ノ増殖漸次表面ニ及ブ(第六章腔癌ノ條下參照)

ゼーリヒ氏 Zeiler ハ筋層間ニ蔓延セル淋巴管網アリテ子宮體部ト頸
部トノ最モ隔リタル部分ヲ連結シ、以テ癌腫蔓延ノ媒介ヲナスコトアル
ヲ證セリ。

又遠隔セル轉移ハ殆ト専ラ淋巴經路ニヨリ或ハ稀ニ血液循環ニヨリテ
來ル、體下部、頸部及ビ腔部ニ最モ近キ淋巴腺停滯地ハ外腸骨動脈ト下腹
動脈トノ分岐點ニ於テ横ハレル腺(一乃至三)ナリ、淋巴流ハ此處ヨリ總腸
骨動脈及ビ大動脈ノ下部ニ沿ヒ此處ニ横ハレル下腰腺ニ至リ、是レヨリ
上腰腺ニ入り、次テ門脈幹ノ周圍ニシテ十二指腸ノ後方ニ存在スル内臟
軸腺ニ注ク、余ハ頸部癌腫ニ際シ、内臟軸腺著シク癌性腫脹ヲナシ、以テ輸
膽管ヲ壓迫シ且、重症ノ鬱積黃疸ヲ誘起セシヲ實驗セリ、最上薦椎體ノ左
右兩側ニ存在セル薦骨腺ガ第一淋巴腺停滯地ヲナスコトハ稀有ナリト
ス(バイゼル氏 Peiser) (第百九十圖參照) ウィンテル氏 Winter ノ所說ニ反シ
殊ニ頸管及ビ外臟ヨリ發生セル癌腫アル際、腸骨腺ガ比較的早期ニ且、屢
癌腫ニ侵サル、コトヲ注意セザルベカラズ。
他臟器中子宮癌ニ相續テ轉移性ニ侵サル、ハ肝臟ヲ以テ最モ多シトス、

稍、屢、來ルハ肺臟血行ニヨリテ、栓塞性^{エンボリッシュ}ニシテ稀レニ腎臟、腸管ノ一部、又ハ遠隔セル淋巴腺ヲ侵スコトアリ、體部癌腫ニアリテハ續發性卵巢癌腫ハ極メテ稀レナリトス。

子宮癌ト他ノ子宮腫瘍ト併發スルコト屢、コレアリ、時トシテ余ハ頸部癌

及ビ腔部癌ト

同時ニ良性體

部粘膜炎腫ヲ

實驗セリ、又茸

腫ト同一發生

率ヲ以テ屢、子

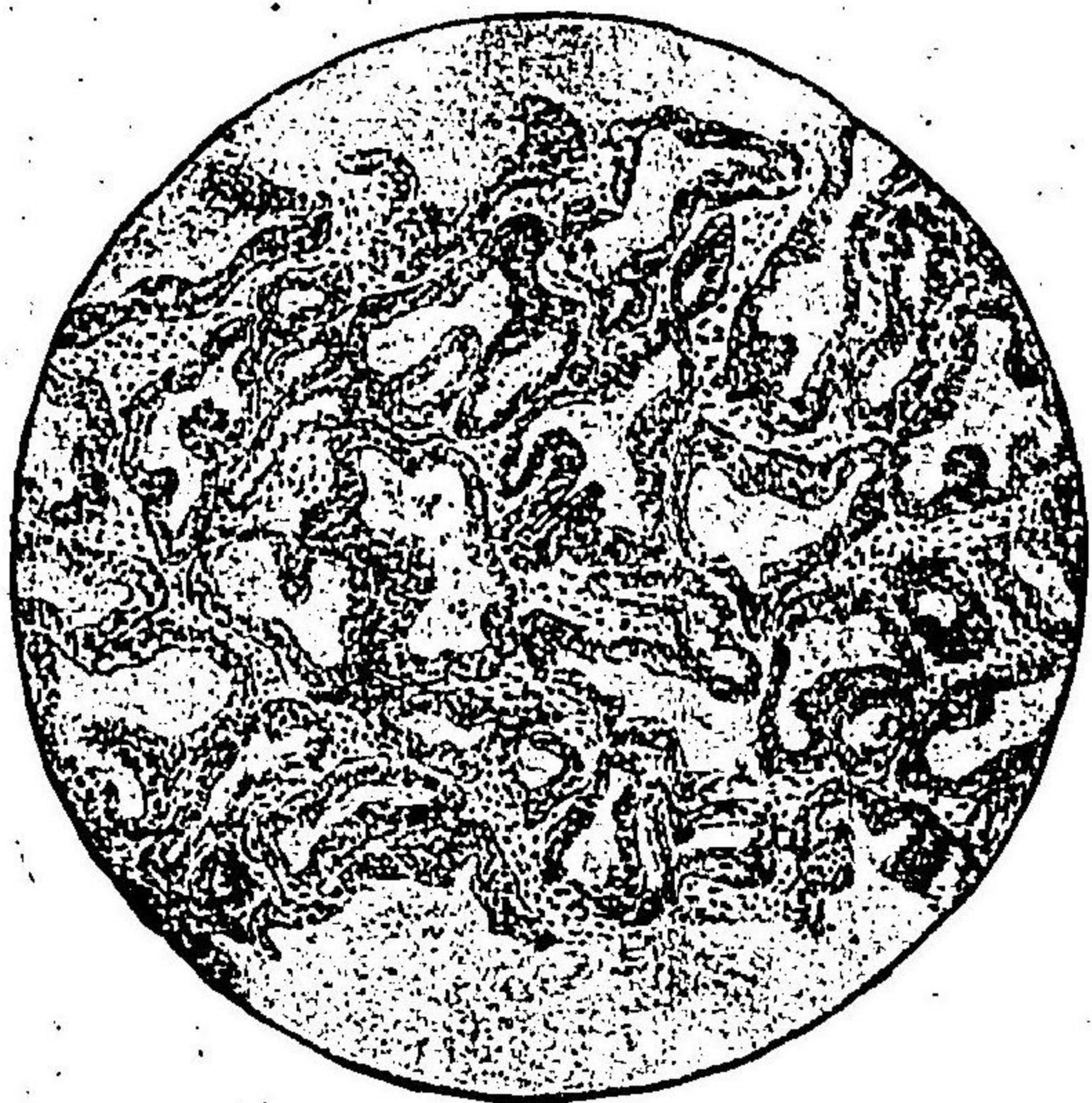
宮ニ於テ筋腫

ト癌腫ト併發

セルヲ見ル、體

部壁ノ筋腫ハ

圖八十八百第



體部癌腫ニ際シ其癌腫ノ深部ニ増殖スルヲ防遏スルノ利アリ。

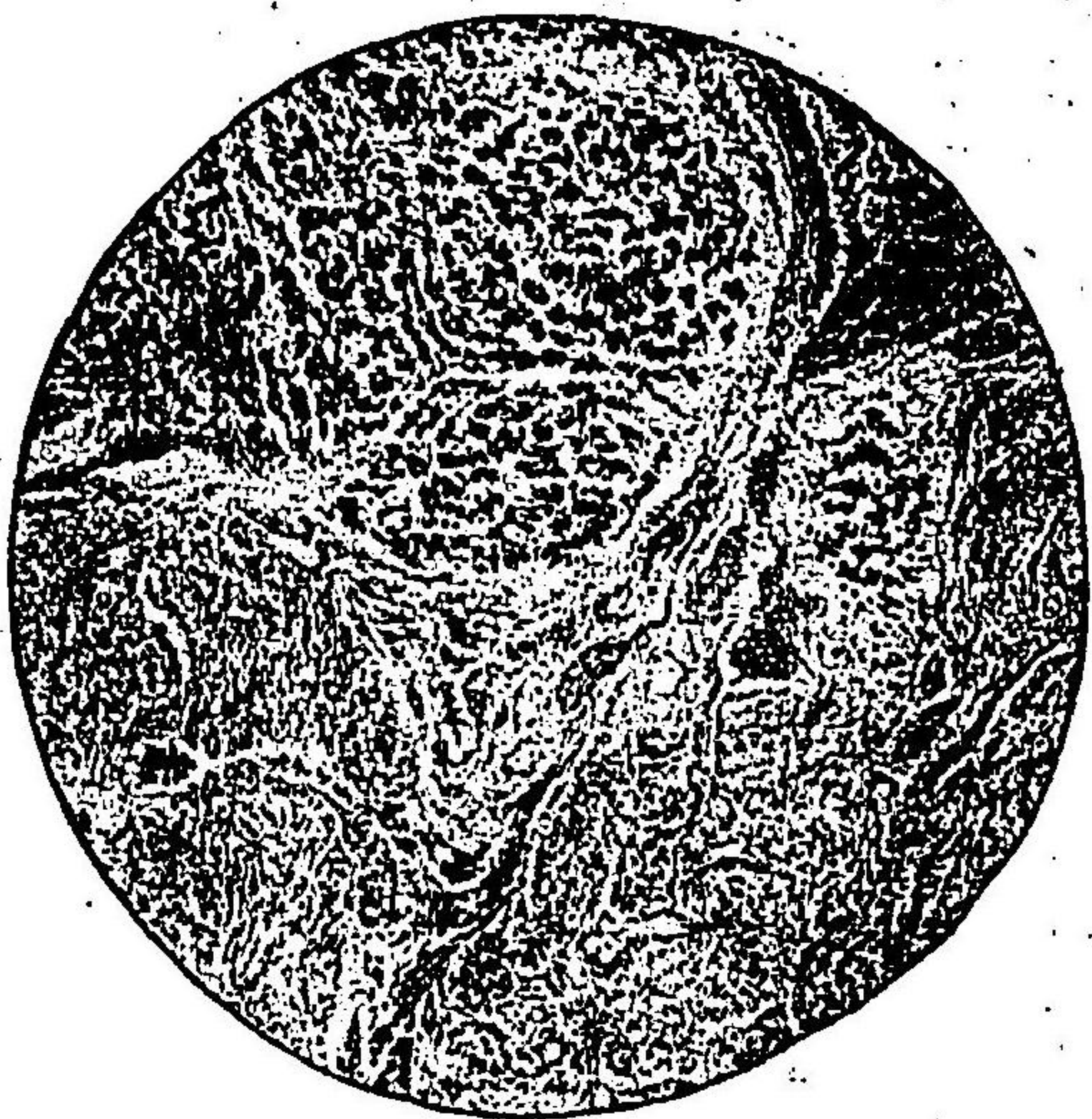
子宮體部ニ於ケル増殖性腺腫樣圓柱細胞癌(惡性腺腫)。婦人M. 腔式全摘出手行ヒ治療セリ、全視野内ニ於テ單層上皮ヲ有セル多數ノ腺アリ、サレドモ甚ク腺間組織ニ乏シ。

症候 腔部及ビ下頸部癌腫ノ症候ハ總テノ癌腫ニ於ケルモノト同ジク、先ヅ原發腫瘍ヨリシ、後チニハ轉移ヨリ發ス、初メテ患者ノ注意ヲ惹起シ心痛セシムルモノハ通常出血ナリ、若シ患者ニシテ生殖管爲ノ年齢ナルカ或ハ未ダ此年齢ヲ去ルコト遠カラザルトキハ、出血ハ月經過多ノ如キ症候トナリテ現ハル、月經過多ハ其度非常ニ著シカラズ、月經時ノ外ハ僅ニ稍強キ水様粘液性分泌ノ存在セルノミ、爾他ノ機能モ亦變化ヲ呈スルコト著シカラズ、故ニ受胎機能ハ傷害セラレザルヲ常トス。

然レドモ又此等分泌異常ノ生ズルコト甚ダ遅キコトアリテ患者未ダ粘液或ハ血液流出ノ稍、亢進セルヲ認知セザル内、早クモ癌腫ノ非常ニ蔓延セルコトアリ、月經閉止後ニ生ズル出血ハ、タトヒ多量ナラザルトモ頗ル疑ヲ存スベキナリ、殊ニ腔部及ビ頸部癌腫ノ發スル年齢ヨリ尙高年ノ婦人ニ來ル體部癌腫ハ常ニ如斯出血ヲ以テ其徴トナス。

月經性充血ニ基因スルコトナク、此ノ損傷シ易キ腫瘍ノ小ナル、稀レニハ大ナル表面損傷ノ爲メニ出血ヲ來タスコトアリ、斯カル損傷ヲ來タスモノハ生理的子宫移動、腔部ト後腔壁トノ摩擦ナリ、此他ハ其側ヲ通過スル

糞塊ノ侵害又ハ交接ナリトス、癌腫尙未ダ初期ニ於ケルモノニアリテハ如斯最小ノ表面損傷ハ治癒スト雖モ、其期ヲ過ギタルモノニアリテハ殆ド治癒ノ望ナシ、嘗テ生ゼシ損傷ハ上皮ヲ亡失シ且潰瘍トナリ、此處ヨリ



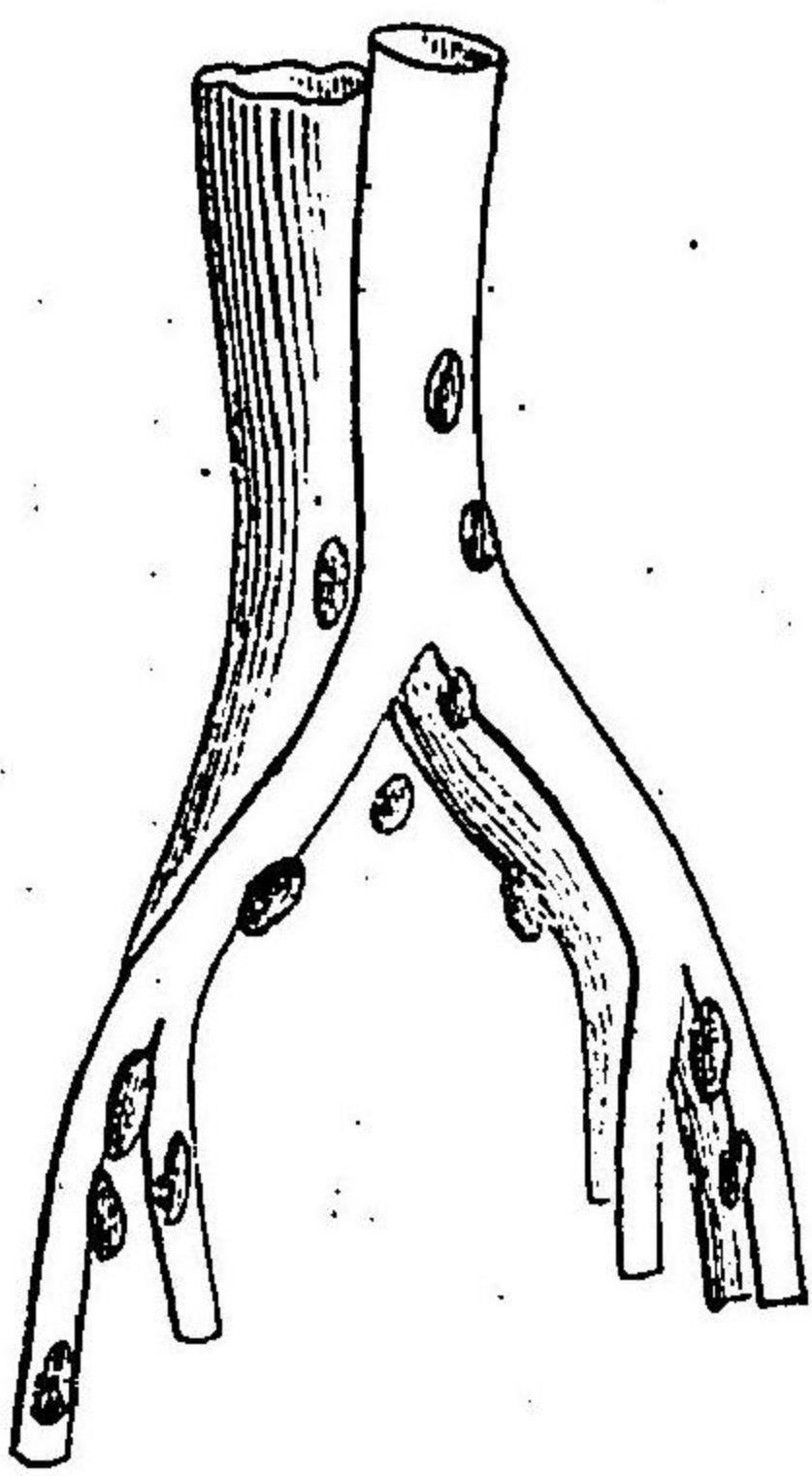
圖九十八百第

廣大ナル壁内筋腫ニ體部癌腫ノ併發セルモノ。四十八歳ノ婦人J.J.結婚セルモ不妊ニシテ、二年前ヨリ強度ノ出血及ビ帶下アリ、千八百九十六年十月二十九日腹式全摘出チ行ヒ以テ治癒スルヲ得タリ、子宮ノ大サ途ニ兒頭大以上ニ達シ、其全内腔ニハ破碎シ易キ線隙アル且ツ崩壞シ易キ柔軟ナル物質ヲ有セリ、此圖ニ於テハ上方ハ癌腫、下方左右ハ筋腫様組織ヲ見ルベシ。

持続性ニ出血アリテ僅ニ間々其中絶ヲ見ルコトアルモ其間膿様液ノ分泌アリ。

腔部癌腫ニシテ腔部ニ限局セル間ハ輕微ノ疼痛サヘナシ、然レドモ骨盤結締織ニ其轉移ヲ生ズルヤ直ニ嫌惡スベキ腰部ノ感覺及ビ厭惡スベキ骨盤壓感ヲ來タス、此等ノ感覺ハ假令ヒ患者初メハ疼痛トシテ訴ヘザルヲ常トスレドモ、持続性ナルヲ以テ非常ニ苦痛ヲ感ジ、日常ノ快樂ヲ奪ヒ且睡眠ヲ妨グルニ至ル、又出血化膿、惡臭ヲ放テル排泄物ヲ來タス、患者ハ

圖十九百第



下腹腔ノ淋巴腺。下行大動脈及ビ下行大靜脈ニシテ各、總腸骨動脈及ビ同靜脈ニ分岐シ、又内(下腹)外腸骨動脈及ビ腸骨靜脈ニ岐ル、内外腸骨動脈及ビ靜脈ノ各分枝ニ於テ右三個左二個ノ腸骨腺アリ、是レ即チ頸部及ビ腔部ヨリ發セル淋巴管ノ第一腺停滯地ナリ、下行大動脈ニ於テ三個、下行大靜脈ニ於テ一個ノ下腰腺ヲ認ム、(第二腺停滯地)、右總腸骨動脈及ビ左總腸骨靜脈ニ於テ各、一箇ノ腸骨腺アリ、是レ頸部及ビ腔部ヨリノ第一腺停滯地ニ屬セルモノナリ。

貧血トナリ、且不幸ナル患者ノ顔貌ハ一見直ニ疼痛ニ惱サレ憂慮措ク能ハザルヲ知ルニ足ル、是レ病勢ノ進メル癌腫特有ノ症狀ナリトス、病勢尙

進メバ骨盤内結締織ノ強固ナル浸潤ノ爲メニ、輸尿管ハ其下部ニ於テ壓迫セラレ、尿分泌ハ著シク障礙ヲ蒙リテ腎盂水腫ヲ招ク、但シ腎盂水腫ハ多ク高度ニ達セズト雖モ一方ニハ尿管ヲベキ背痛アリ、他方ニハ水血症ヲ亢進セシム、然レモ時トシテ腎臟機能ノ障礙高度ニ達シ、重篤ナル尿毒症候ヲ呈シ、昏睡及ビ痙攣發作ヲ來スコトアリ、又骨盤結締織浸潤ノ爲メニ嫌厭スベキ便秘ヲ招クヲ常トス。

當該部位ニ於テ崩壊作用盛ニ行ハレ其部位ノ破壊セラレ、コト甚タシキトキハ憂フベキ現象ヲ呈ス、即チ子宮或ハ腔上部分ト膀胱トノ間ニ於ケル癌浸潤ノ壞疽ニ陥レル爲メ、膀胱腔瘻ヲ生ジ又同作用ニヨリテ後方ニ直腸トノ交通ヲ造ルコトアリ、然レモ癌性直腸腔瘻ハ膀胱腔瘻ニ比スレバ稀レニシテ、癌腫ノ崩壊ノ爲メニ組織ノ破壊ヲ來タシ、ドウグラス氏腔ニ穿孔スルコトハ極メテ稀レナリトス、如斯場合ニ於テハ余ハ腔内ニ小腸管脱出シ且腔内ヨリ突出セルヲ實驗セリ、此小腸管ハ患者ノ入院セシトキ既ニ壞疽ニ陥リ、患者ハ數時間後遂ニ死亡セリ。

多クノ場合ニ於テハ甚ダシク破壊ヲ來タサバ、腔内、癌腫ノ作用ノ爲メニ

疾ク死ヲ招ク、而シテ衰弱ノ爲メニ致死スルモノ最モ多ク、又隔リタル臟器ニ於テ轉移ノ未ダ蔓延セザル時期ニ於テ諸機能ノ廢頽セル爲メ死ヲ招クモノナリ、稀レニハ末期ニ至リ尿毒症候ヲ呈シ或ハ腎臟炎若シクハ化膿性腹膜炎ヲ生ズルコトアリ、又肺臟及ビ肋膜ニ轉移ヲ來シ末期ニ於テ急性呼吸器疾患ノ性状ヲ呈ス、下腹動脈或ハ股動脈ノ血栓ヨリ發スル栓塞ヲ來タシ直ニ致死スルコトハ稀レニ見ルトコロノモノナリ。

患者ハ通常、致死ノ前既ニ久シク枯瘦羸瘠シ恰カモ骸骨ヲ見ルガ如シ、蓋シ癌腫中斯ノ如ク患者ヲ慘憺タル状態ニ陥ラシメ、畏怖スベキ症狀ヲ生ゼシムルモノハ子宮癌ヲ措キテハ恐クハ他ニ類例ヲ見ズ。

體部癌腫ノ主ナル症候ハ持續性出血ナリ、而シテ晚時表面性腫瘍物質ノ崩壊ヲ始ムルトキニ至リ、初メテ膿敗性流泄物ヲ生ジ、其期間時々出血ヲ來タス、此種ノ癌腫ニアリテハ組織崩壊ニヨレル破壊腔部癌腫ニ於ケルガ如ク甚ダシカラズ、又經過ノ進行セルトキニ於テ一條或ハ數條ノ瘻着セル腸管へ穿孔スルコトヲ極メテ稀レニ見ルコトアリ、既述ノ如ク轉移ヲ生ズルコトモ亦比較的遲シ、然レモ腫瘍ノ子宮ニ限局セル間ニ既ニ患

者ノ失血ヲ招キ惡液質ニ陥ルコト屢ナリ。
診斷 子宮癌ノ如ク、初期ニ於テ認知セラル、トキ、手術ニヨリ殆ド確實ニ根治スルコトヲ得ル疾患ニアリテハ、早期ニ於テ診斷ヲ確定スルコト最モ必要ナリトス、然ルニ現今ニ於テハ、多數ノ子宮癌患者ハ既ニ手術シ能ハザル状態ニ及ンデ初メテ専門醫ヲ訪フニ至ル、是レ畢竟早期ニ於ケル癌腫診斷ノ困難ナル爲メナラズ、寧多クノ場合ニ於テハ診斷試ミラレズ換言スレバ患者受診セザルニヨル、若シ生殖器症候ノ存在スルトキハ、如何ナル場合ニ於テモ醫士若シ生殖器ノ内診ヲ行フニ於テハ、既ニ發育シ手術ヲ行フコト能ハザルニ至ルガ如キ癌腫モ、早期ニ發見スルヲ得ベキナリ、内診ノ必要ヲ招クノ初期徵候ハ血液性及ビ粘液性排泄ノ順調ナラザルニアリ、抑、内診ノ要ハ必ズシモ月經過多或ハ子宮出血ノ過度ナル場合ノミヲ要セズ又排泄物ノ過剰ナルカ、化膿性ナルカ或ハ膿敗性ナルカ若シクハ惡臭ヲ有スルノ際ヲ要スルニアラズ、要スルニ患者自ラ排泄不順ヲ來セシヲ知ラハ既ニ瑣々タル内診ノ煩ヲ厭フノ迫ナク、醫士患者共ニ實ニ内診ノ必須タルヲ知ラザルベカラズ、殊ニ患者ノ年齢三十乃至

四十歳代即チ癌腫ノ發シ易キ年輩ニ於テ然リトス、斯クシテ容易ニ診斷ヲ下シ得ベキ腔部癌ノ多クハ早期ニ於テ發見セラル、トナリ、若シ双合併ニ鏡診ニヨリテ奏効セザルトキハ、檢鏡的ニ診斷ヲ確定スルカ或ハ癌腫タラザルヲ認ムベキ方法ヲ採リ、場合ニヨリテハ専門醫ニ之レヲ托スベシ。

子宮癌ニシテ既ニ不治ノ時期ニ達セルトキニ於テ先ヅ前記ノ如キ分泌異常ヲ來タスコトハ常ニ吾人ノ認ムルトコロナリ、此恐ルベキ疾患ハ間間顯著ノ症候ヲ呈セズ、潛匿性ニ來ルコトアルヲ世人ニ教ヘ又産婆ニ知ラシムルハ甚ダ必要ナリトス。

ウインテル氏ハ近來普魯士國ノ爲メニ公衆、産婆及ビ醫士ノ注意ヲ喚起センガ爲メニ左ノ印刷物ヲ公ニセリ。

「抑、癌腫手術時機ノ逸スベカラザルハ固ヨリ言ヲ俟タザルナリ、サレバ事ノ到ルヲ待チ會、手術ヲ行フヲ以テ足レリトセズ、進デ此恐ルベキ疾患ヲ發見スルコトヲ努メザルベカラズ」

爾來從前ニ比シ早期ニ發見セラレ且適切ナル時期ニ於テ施術セラル

ルコト多キニ至レリ。
腔部癌腫ノ診斷ハ多クハ困難ナラズ、熟練者ハ觸診ニヨリ、未熟ノモノハ鏡診ニヨリテ之ヲ遂グルコトヲ得ベシ、然レモ初期ノモノニアリテハ頗ル困難ナルコトアリ、破裂外翻ニシテ外翻頸管粘膜ノ著シク炎症性肥大ヲナセルモノト癌腫トヲ識別スルコトハ殊ニ困難ナリ。
時トシテ子宮分泌過多ノ爲メニ來レル腔部ノ炎症腫脹、腔部筋腫、及ビ平素脫出セルモ而モ當時整復セル子宮ノ腔部肥大ハ癌腫ト誤診セラル、コトアリ、若シ組織固有ノ硬度ヲ有シ、輕ク觸ル、モ出血ヲ來タスノ傾向アルトキハ姑ク疑フ癌腫ニ置キテ可ナリ。
如斯疑ハシキ場合ニハ切除ヲ行ヒ、殊ニ疑ハシキ一片ヲ取り、小創面ハ縫合ヲ施シテ之ヲ閉鎖スルカ或ハバクエリン氏燒灼器ヲ以テ灼キ、而シテ顯微鏡試驗ニヨリテ其疑問ヲ解スルヲ可トス。
頸管癌腫モ、頸管哆開シ、且、手指ヲ通過シ得ルトキ、屢、觸診ヲ行ヒ不整ニシテ凹凸ヲナシ、且、硬堅ニシテ、觸接ノ際、強度ノ出血ヲ來タスノ隆起ヲ認ムルトキハ之ヲ知ルヲ得ベシ。

子宮外口若シ未産婦ニ於ケルガ如ク閉鎖セルモノニ於テ、血液樣或ハ時トシテ膿敗性分泌アルトキハ豫メ癌腫ノ前兆タルヲ知ルニ足ル、子宮頸管部ノ腫脹ヲ觸知シ得ルトキニ於テモ亦然リトス、斯ル場合ニハ只搔爬ニヨリテ得タル組織片ノ檢鏡ニヨリテ診斷ヲ確定スルヲ得ベシ。
體部癌腫ニ於テモ亦相似タリ、多クノ場合殊ニ癌増殖ガ頸部ニ達シ且、既往ノ分娩以來頸下部ノ擴張シ居ルトキハ、手指ハ子宮內腔ニ達シ、而シテ凹凸硬固ニシテ時トシテ壞疽ニ陥リ且、破碎セル物質ヲ觸知シ得ベシ、若シ頸管ニ手指ヲ通過スルコト能ハザルトキハ、多クハ中等度ノ體部増大出血ノ異常、強弱及ビ膿敗性排泄物ハ間々癌腫ノ疑ヲ起サシム、此疑ノ存スルトキハ亦搔爬ヲ行ヒ、組織ノ小部分ヲ採取シ顯微鏡的検査ヲ行フヲ以テ最良ノ診斷法トナス、然レドモ此場合ニ於ケル搔爬ニ際シテハ殊ニ穿孔ヲ來タスノ大危険アルヲ以テ特ニ慎重ナル注意ノ下ニ之ヲ行フヲ要ス、頸管ヲ指頭大ニ擴張シ子宮內部ヲ觸診スルコトハ原則上之ヲ避クルヲ可トス、只桿狀擴張器ヲ以テ容易ニ一回ニ行ヒ得ル場合ニ限り或ハ此法ヲ試ムルヲ得ベシ、膨脹機器ヲ應用スルトキハ癌腫樣組織ノ挫傷ヲ

招キ且傳染物質ノ吸收ヲ來タシ易シトス、但シ體部癌腫ニアリテ手指ヲ通過スルノ大サニ達セズト雖モ頸部著シク廣大ナルコト屢之レアリ、顯微鏡的検査ニ就テハ前述解剖條下及ビ第二十七章ノ記述ニヨリテ之レヲ知ルヲ得ベシ、腔部及ビ頸下部ノ扁平上皮層ノ斜断面ハ癌腫ノ異型上皮増殖ト誤リ易キヲ以テコレニ注意セザルベカラズ、緊要ナルハマルビギイ氏層ノ棘狀突起ノ消失スルコトナリ、尙間接的核分裂ノ不規則ニ行ハル、コトモ亦肝要ノ事項タリ(アマン氏 Amanh)、増殖性腺腫様圓柱細胞癌ト腺腫トヲ區別スルコトハ大ニ困難ナルコトアリ、該腺腫様圓柱細胞癌ニアリテハ極メテ慎重ニ検査ヲ行フトキハ實性蜂巢構造ヲ發見スルコト甚ダ多シ、

時トシテ體部并ニ頸部癌腫ノ肉眼的臨床的形態ノ内ニ内被細胞腫(Endothelium) (フアンロストルン氏 F. Rosthorn) クルエーネル氏 (Kroner) 即チ肉腫ノ種類ニ屬スル腫瘍アリ、此腫瘍ハ稀レニ見ルトコロノモノニシテ惡性タルヲ以テ特徴トス、

療法 子宮癌療法ノ主眼ハ骨盤内結締織ガ尙柔軟ニシテ健全ナルカ、或

ハ其一側又ハ兩側共ニ浸潤セルヤ否ヤヲ知ルヲ要ス、此疑問ヲ解決スルニハ往々麻醉ヲ施サズシテ直腸診ヲ行フヲ以テ足レリトス、浸潤ノ高處ニ達セル體部癌腫ニアリテハ此方法ニ藉ルコト多シトス、骨盤内結締織ノ健全ナルトキハ根本的手術必ズ適應シ且之ヲ實行シ得ベシ、若シ既ニ該結締織ノ侵サル、トキハ該浸潤ハ新生物ナルヤ或ハ結締織肝臓ニシテ數年前ニ發病シ既ニ治癒セル子宮近傍部蜂窠織炎ノ遺殘ナルヤヲ臨床的診斷法ニヨリテ確定スルコト甚ダ困難ナルコトアリ、浸潤ノ結節及ビ隆起ヲ呈セルトキ、之ヲ以テ癌腫性ナリト考フルモ大差ナキニ似タリ、直腸診ヲ行ヒ平滑ニ觸知スルトキハ疑惑依然トシテ存ス、既往症ハ時トシテ診斷ノ根據ヲ與フルコトアリ、然レドモ此場合ニ於テ吾人ハ陳舊結締織肝臓ハ屢擴張血管及ビ淋巴管ヲ包藏スルヲ以テ健全ナル骨盤内結締織ニ比シ癌腫ノ蔓延シ易キコトヲ念頭ニ置カザルヘカラズ、故ニ既往症ヲ根據トスレバ子宮近傍部浸潤ヲ以テ嘗テ罹レル炎症ニ歸スルヲ得ベキ時ト雖モ、同時ニ腔部或ハ子宮ニ癌腫ノ存在スルトキハ大ナル疑ヲ浸潤ニ置カザルベカラズ、

骨盤腹膜炎性及ビ喇叭管卵巢炎性炎衝ノ結果モ亦子宮近傍部癌腫性浸潤ト誤ルコトアリ余ハ肥厚セル膀胱中ニ包裹セラレドウグラス氏皺襞上ニ癒着セル即チ轉位セル卵巢ヲ甚ダ屢實見セリ而カモ腹膜ヲ切開セル後チ初メテ其卵巢タルヲ知レリ。

既ニ癌新生物ニ侵サレテ腫脹セル腸骨腺ニシテ腫脹甚ダシキトキハ腹壁枯瘦セルモノニアリテハ腹壁ノ後方ニ當リ骨盤入口平面上ノ後半輪ノ起始點ニ於テ之ヲ觸知シ得ベシ薦骨岬ノ中央ヨリプーバルト氏靱帶ノ下方外腸骨動脈ノ貫通部ニ引ケル線ノ中央ニ於テ垂直ニ一線ヲ引クトキハ此線ノ無名線ト交叉スルトコロニ此腺ヲ發見ス(バイゼル氏Pezzer)。

腹壁ノ肥厚セルモノニアリテハ麻酔ヲ施シ該側ノ脚ヲ強ク屈折スルトキハ觸診ヲ容易ナラシム斯クシテ腹部大動脈上或ハ其側ニ間々腫脹セル淋巴腺ヲ觸知シ得ベク又遠隔セル例之ハ肝臓ニ於ケル轉移等ヲ觸知スルヲ得ベシ。

ウインテル氏及ビツァンゲマイステル氏 Zangemeister ガ腔部及ビ頸部癌腫ニ際シ手術シ得ベキヤ否ヤノ疑問ニ對シ膀胱鏡的所見ヲ應用スベ

キ問題ヲ提出セルハ多トスベキナリ膀胱鏡ニヨリテ認識シ得ベキ變化ハ次ノ如シ即チ三角部ノ膨出下方膀胱底ニ於ケル粘膜ノ肥厚セル横行隆起及ビ皺襞膀胱括約筋ノ不整ナル外觀膀胱粘膜ノ血管充血ノ旺盛及ビ出血輸尿管開口部ノ變化膀胱ノ泡狀水腫膀胱粘膜ノ乳嘴狀息肉扁平結節狀隆起潰瘍等はレナリウインテル氏ハ此等ノ變化ヲ以テ膀胱近傍部ノ炎症ノ際來ルモノト殆ド同一ニシテ且血液循環障害ノ結果ナリト思考セリ。

此等ノ變化ハ余ノ教室ニ於テ多數ノ材料ニヨリセルト氏 W. Hilt ガ行ヒタル試験ニヨリ炎症ニヨリテ誘起セラル、モノト同一ノモノナルコトヲ證セラレタリ且ツ氏ハ慎重ナル注意ヲ以テスルニアラザレハ此等ノ變化ヲ以テ直ニ子宮癌ト原因的關係アリトナスヲ得ズト結論セリ。

若シニ絶望ノ域ニアリテ骨盤内結締織浸潤セルトキハ吾人ノ施スベキハ只對症療法アルノミ、新生物ニシテ毫モ局處症候ヲ呈セザルトキハ對症療法ヲ行フノ要ナシ、堅硬ニシテ出血ナク又膿敗セザル癌腫ニシテ

既ニ根本的手術ヲ行フ能ハザルモノニ搔爬及ビ切除ヲ行フハ實ニ不當ナリトス何トナレバ從來未ダ潰瘍ナカリシ癌腫ニ潰瘍ヲ生セシムルモノナレバナリ慎重ニ行ヘル收斂性洗滌ハ能ク粘液流出ヲ減少セシムベシ故ニ此場合ニ於テハ吾人ハ之ヲ措キテ他ニ施スベキ術ナシ。

「ピオクタニン」モ「ゼチヒ」及「ビモールホー」氏「二對二〇〇」或ハ「メチール」青或ハ純アルコールヲ「ラフ」ラフ「ワーツ」氏注射器ヲ以テ癌腫組織中ニ注射スルコトヲ試ムベシ是レニヨリテ注射部位ノ周圍ニ於ケル組織萎縮シ出血減少ス然レドモ余ハ此方法ノ有害ナルヲ認メザルト共ニ亦卓効ヲ認メズ故ニ其特効ナキヲ確信スルモノナリ又注射ニ際シテハ疼痛アリ。

姑息的局處療法ハ出血シ易キ凸隆セル大腫瘍塊ノ存在スルトキニ於テ之ヲ行フヲ至當トスコハ殊ニ腔部ノ翻花癌及ビ頸下部ノ増殖セル癌腫ニ對シ行フベキナリ即チ剪刀ヲ以テ除去シ得ベキ主要ナル部分ヲ切除シ球形燒灼器ヲ把リ以テ強ク壓迫シ努メテ深部ヲ燒灼シテ癌腫性組織ヲ全ク破壊スベシ若シ隆起ノ度僅少ナルカ或ハ全ク隆起セザルモ腫瘍

ノ崩壞既ニ進捗セルトキハ銳匙ヲ應用スレバ足レリ是レニヨリ稍強ク壓迫シテ此器械ノ達セル部ヲ除去シ出血面ハ烙鐵ヲ以テ燒灼スベシ烙鐵ヲ用ユル際腔ノ深部ニ於テ溝狀子宮鏡ノ熱スルヲ避クル爲メ石炭酸溶液ヲ以テ浸漬セル厚キ綿塊ヲ子宮鏡ト腔壁トノ間ニ壓迫挿入シ或ハ内部ハ金屬ヲ以テ被ヘル木製腔固定器（シヤンハルナル）ヲ使用ス燒灼セル面ハ組織碎片ヲ全ク洗去シ而シテ創面ヲ善ク清拭乾燥セル後チ沃度仿護或ハ「デルマトール」或ハ「アイロール」若シクハ「硼酸單寧酸」ヲ撒布シ一日乃至二日間沃度仿護綿紗（ガリセ）ヲ以テ固ク填塞スベシ。

填塞ノ除去後患部ハ通常醜惡ナル外觀アルモ而カモ格段ノ惡臭ヲ放タザル排泄物アリ然レドモコハ後ニ至リ復タ惡臭ヲ有スルニ至ル此惡臭ヲ除去スルコトハ破壞セル子宮癌ノ療法中最モ困難ノ問題タリタトヒ完全ナル方法ニアラズト雖モ此臭氣ヲ除去スルニハ只消毒的洗滌ヲ行フアルノミ惡臭ヲ放テル潰瘍面ニ液體ヲ接觸スルコト愈多ケレハ愈液體ノ分解ヲ來タスコト甚ダシ消毒藥ハ吾人ノ使用スル濃度ニ於テハ屢破壊セル腔部癌ニ見ル如キ惡臭ヲ有スル凸凹ノ潰瘍面ヲシテ暫時間ニ

無臭タラシムルヲ得ルガ如キ持續的作用ヲ有スルモノニアラズ、然レドモ一時タリトモ患者ヲシテ醫士ノ許ヲ離ル、ヲ得セシメント欲セバ宜シク洗滌ヲ行フベシ、斯ルトキハ洗滌ハ多量ニ且一日數回行フヲ要ス。洗滌液トシテ余ハ常ニ單仁ヲ用ユ、即チ單仁ニ同量ノ「グリセリン」ヲ加ヘ、其二乃至五食匙ヲ半「リーテル」ノ水ニ加フ、勿論此場合ニ於テモ亦其他ノ消毒液即チ石炭酸「チモール」、撒里矢爾酸、過滿俺酸加里、硼酸、酒精、「フォルマリ」等モ汎ク用キラル、實地上便利ナルハ香水或ハ微細ニシテ而カモ強力ナル香料ニ浸漬セル填塞ヲ時々使用スルニアリ。又場合ニヨリ余ハカメテ乾燥療法ヲ撰用ス、搔爬ハ暫時膿分泌ヲ防遏ス、若シ再ビ膿分泌ヲ始ムルトキハ余ハ二日毎ニ沃度仿謨「デルマトール」單仁、單仁ニ同量ノ撒里矢兒酸ヲ加ヘタルモノ或ハ安息香酸曹達ニ同量ノ單仁ヲ加ヘタルモノヲ癌潰瘍ニ撒布シ、或ハ時々沃度丁幾ヲ以テ浸漬セル填塞ヲ挿入シ、又ハ子宮鏡ヲ用キ増殖セル癌物質ヲ濃厚ナル石炭酸或ハ發煙硝酸或ハ「テルペンチン」油ヲ以テ腐蝕シ、若シクハ時々烙鐵ヲ以テ燒灼ス。

搔爬ハ常ニ暫時ヲ經テ反復スルヲ要ス。

深部ニ於テ組織ヲ破壊スル濃厚ナル格魯兒化亞鉛ノ如キ腐蝕劑ハ、余ハ癌腫ニ際シ之ヲ使用セズ、此藥劑ハ深部ヲ侵蝕スルノ作用アルガ故ニ癌腫ニ對シ甚ダ適當セルモノ、如ク、癌性組織ハ腐蝕作用ニヨリテ破壊セラル、モ健全ナル結締組織基礎ノ侵サル、コト少ナシトノ說ハ眞ニ似タリ、サレバ數年前マデ格魯兒化亞鉛ハ破壊セル子宮癌ノ療法上特別ノ注意ヲ惹ケリ、其ハ搔爬後ニ對一乃至一對五ノ濃度ニ於ケル強キ溶液ヲ綿花填塞ニ浸シ以テ癌潰瘍ニ使用シ而シテ二十四時間放置スルナリ、余ハ之ヲ多様ニ應用シ又使用セシメタルニ、此際破壊作用ハ主トシテ癌組織ニ對シ動作セリト云フ臆說ノ誤謬タルコトヲ見タリ、此藥劑ハ劇痛ヲ來タスノミナラズ、其効力ハ外科的療法ニ比シ敢テ優ルトコロナク且、腐蝕ヲ要スベキ深部ヲ測定スル能ハザルヲ以テ其危險モ亦外科的療法ニ比シテ少ナカラズ、故ニ余ハ癌腫ニ際シ格魯兒化亞鉛泥劑ヲ應用スルヲ避クルナリ。貌魯謨亞爾簡保兒ハ往時ハ多ク用キラレタリト雖、其作用極メテ弱

キヲ以テ格魯兒化亞鉛ト同ジク、癌腫ニ對シテハ特效鮮シトス。
 癌腫ノ病勢愈増悪スルニ從ヒ、愈慎重ナル搔爬ヲ行フヲ要ス、抑搔爬タル
 ヤ常ニ固有組織ノ一部ヲ亡失スルヲ以テ施術ノ際膀胱瘻或ハ直腸瘻ヲ
 生ゼシメザルコトニ注意セザルベカラズ、烙鐵ヲ使用スル際ニモ亦同一
 ノ注意ヲ要ス。

如斯療法ニヨリテ化膿ヲ減退シ得ルノミナラズ、亦癌腫ノ際間々實ニ驚
 クベキ強度ニ達セル出血ヲモ止ムルコトヲ得ベシ。

以上ハ吾人ガ局部的ニ行フコトヲ得ルノ療法ヲ悉ク羅列セルモノナリ、
 然レモ病勢ノ非常ニ増悪セル癌腫ニアリテハ遂ニ其運命ヲ支持スル能
 ハザルナリ、吾人ハ力メテ癌腫ノ大部分ヲ除去スルヲ得ベシト雖モ而カ
 モ悉ク之ヲ除去スルコト能ハズ、然レモ其除去愈多ケレバ從テ其結果愈
 良好ナリ、故ニ既ニ子宮全摘出ヲ行フ能ハザルモノモ尙局部的手術ヲ行
 ヒ癌組織ヲ健全組織ヨリ區分スルヲ得ルガ如キ場合ニハ力メテ根本的
 ニ之ヲ行フベシ、之ヲ行フニハ頸部焼灼切除法 *Thermocauterectomy Cervicis*
 (ゼンゲル氏)ヲ最モ佳トス、即チバクエリン氏燒灼器ヲ以テ刀ニ代ヘ、健全組

織ニ於テ脛窩隆部ヲ周匝燒灼シ、手技ノ及ブ限り、健全脛窩隆部ト共ニ力
 メテ多クノ癌腫ヲ其周圍ヨリ分離スベシ、出血セル血管ハ止血鉗子ヲ以
 テ處置スルヲ要ス、輸尿管ハ危險ニ暴露セラル、コト甚ダシ、時トシテ患
 者ハ術者ノ勞苦ニ酬ユルニ輸尿管瘻ヲ以テス、後療法ハ既述ノ如シ。

如斯姑息療法ハ多クハ長時日間膿敗及ビ惡臭ヲ除クヲ得ルト雖モ惜
 ムラクハ必ズシモ然ルニハアラザルナリ、極メテ増悪セル癌腫ニアリ
 テハ其効果ノ持續多クハ短時日ニシテ且顯著ナラズ、余ハ如斯場合ニ
 於テハ、癌腫ノ分泌物ヲ人工直腸瘻ニヨリテ直腸ニ導キ且成形術ヲ
 施シ外陰部ヲ尿道ノ後方ニテ閉鎖シタリ(外陰部閉鎖兼脛直腸切開術
Colpoproctostomie 或ハ直腸的脛閉鎖術 *Colpocleisis rectalis*) 然ルトキハ膿敗セ
 ル物質ハ肛門括約筋ノ意ニ從テ排出セラレ、患者ハ惡臭ヲ去リ且同時に
 ニ外陰部ヲ通過セル膿敗分泌物ノ疼痛性腐蝕作用ヲ免カル、サレド新
 生物ハ閉鎖ノ後方ニ於テ絶エズ、尙成長スルハ勿論ナルモ此姑息療法
 ノ利益ハ顯著ナリ、即チ患者ノ容體著シク佳良トナレルノミナラズ、食
 慾振起シ睡眠ヲ恢復シ、患者ノ多數ハ體量ヲ増加シ、元氣再ビ旺盛トナ

リ、患者ノ親戚及ビ看護婦ヲシテ容易ニ患者ニ近侍セシムルヲ得ルニ至レリ、蓋シ斯ク手術ニヨリテ看護婦ヲシテ不快ノ感ナク大ニ看護ノ勞ヲ執ルヲ得セシムルハ極メテ必要ニシテ實ニ不幸ナル子宮癌患者ニトリ最大幸福ナリトス。

此等ノ療法ハ之ヲ「リテラツール」ニ徵スルニ、所々ニ甚ダシク非難セル批評ヲ蒙リタリ、此等ハ勿論主トシテ未ダ此療法ヲ試ミザルモノヨリ起レルノ言ノミ。

癌腫ノ傷害ヲ全身ニ及ボスヤ他臟器ニ於ケル癌腫ノ其種類ニヨリ非常ニ遲速アルガ如ク子宮癌ニ於テモ亦其遲速ヲ異ニセリ、多クノ子宮癌ハ其發生後一乃至二年ヲ經テ死ヲ招ク、他ノ癌腫即チ硬性癌(Sclerous)ト名ヅクルモノハ上皮新生物比較的少ナキヲ以テ崩壊スルコト少ナシト雖モ而カモ高度ノ結締織萎縮ヲ來タスヲ以テ特徴トス、此種ニアリテハ以上ノモノニ比シニ二倍若シクハ數倍ノ時期間保持スルヲ得ベシ故ニ豫後ヲ定ムルニハ決シテ急速ニナスベカラズ、又確實ナル轉機ヲ定ムルニ早キニ失スベカラズ。

嘗テ一回分娩セシ五十六歳ノ婦人P. 惡臭ナキ水様腔排泄物アリ且、屢血液ノ混合セルコトアリト雖モ未ダ強度ノ出血ナシ、乃チ診斷的切除ヲ行ヒ頸部癌腫タルヲ知レリ、余ハ其後五年間相識ルノ間、腫瘍ノ著シキ増悪ヲ知ラザリシト雖モ、而カモ是レ初診ノ際、癌腫ハ骨盤結締織ノ兩側ヲ侵シ既ニ手術ノ望ミナカリシモノナリ。

サレバ癌腫患者ニシテ間々醫士ノ監督ヲ離レズ、幸ニ長ク餘命ヲ繼クアリ、醫士タルモノ初メヨリコ、ニ注意セザルベカラズ、適當ナル時期ニ於テハ服藥及ビ局處療法ヲ交、行フベシ、又患者ノ周圍ヲ整頓シ殊ニ周圍空氣ノ防臭ニ特別ノ注意ヲ拂フベシ、患者ハ自ら發スル惡臭ニ對シ其嗅官遲鈍トナルモ看護婦及ビ近侍者ノ該官ハ然ラズ、故ニ患者ノ衣服、裙褲等ハ屢消毒シ且清潔ニセザルベカラズ。

室内ノ空氣ニ就テハ、余ハ臭素ヲ措キテ他ノ之ニ優ルノ良防臭藥アルヲ知ラズ、セーリング工場ニ於テ製造スル有名ナル臭素砒石ノ一桿ヲトリ、琢磨セル硝子活栓子ヲ供フル小硝子管中ニ入レ而シテ一條ノ紙片ヲ以テ硝子ト活栓子トノ間ヲ填實スベシ、但シ室内ノ金屬性物品

ハ之ヲ除去シ、若シ除去シ能ハザルモノハ「ワゼリン」ヲ薄層ニ塗布シタル後チ、此小硝子管ヲ戸棚或ハ暖爐上ニテ劇シク爆裂セシメバ重ク且、呼吸シ難キ瓦斯室内ニ滿ツ、然リト雖モ其量實ニ少量ニシテ爲メニ呼吸器、器物共ニ侵害セラル、コトナシ、如斯少量ナルモ充分惡臭ヲ除去シ且、清爽ノ空氣ヲ保持スルニ足ル、如斯シテ患者ニ近侍スルモノヲシテ患者ヲ厭フノ念ヲ薄カラシメ、且、患者ノ面前ニ於テ嘔氣ヲ催ス如キコトナカラシメ、忠實ナル看護者トシテ臨終マデ侍セシムルヲ得ベシ。若シ癌腫ニシテ膀胱ニ穿孔スルトキハ、淋瀝スル尿ヲ受クル爲メ受尿器ヲ纏着スベシ。

手術シ得ベキ子宮癌ノ療法。

癌性子宮ノ全摘出術ハ既ニ前世紀ノ初メニ於テランゲンベック氏(千八百十三年)ザウテル氏 Sauter (千八百二十二年)ニヨリテ行ハレ、其後チブルンデル氏 Brundell シーホルド氏 Siebold ルカミール氏 Reamier キーテル氏 Kieter カゼリ氏 Caselli ニヨリ、又千八百七十年代ノ半バニヘンニヒ氏 Hennig (千八百七十六年報告)ニヨリテ行ハレタル一例アル以來、千八百七

十八年ニ至リ、ウーアー、フロインド氏 W. A. Freund 次テ直ニチエルニー氏 Czerny 及ビシユルニーデル氏 Schröder 出デ、全子宮摘出法ヲ行ヒタリ、創意者タルノ名譽ハフロインド氏ニ歸スベキモノナレドモ、氏ノ腹式子宮摘出法ハ直ニチエルニー氏手術ニヨリテ壓倒セラレタリ、此チエルニー氏手術ハ子宮癌ノ根治療法ニ對シテ模範的手術トナリタリ、或ル場合例之バ子宮腔部ニ於ケル癌腫ノ發育尙初期ナルトキハ全摘出術ノ外、子宮頸部ノ高位(腔上部)切斷術ナルモノアリテ互ニ其優劣ヲ争ヘリ、最近六七年間ニ於テ殊ニ獨逸手術家ハ刻苦勵精種々ノ方法ヲ研究シ遂ニ腹式手術ハ確ニ合理的術式タルノミナラズ、子宮癌ノ多數ノ場合ニ於テ根本的ニ施術シ以テ根治ヲ期望シ得ベキ術式ハ腹式ヲ措キテ又他ニ求ムベカラザルヲ證セリ。

經驗上腔部癌腫ハ其蔓延粘膜ノ經路ニヨルコト少ナク、主トシテ靱帶中ニ侵入發育スルヲ以テ腔部高位切斷術ハ學理上正當ノ手術タルガ如シ、頸部癌腫ニ際シ體部粘膜ニ孤立性轉移ヲ來スコトノ稀有ナルハ確實ナリ、ホーフマイエル氏ハ九年前リテラツールニ於テ僅ニ信用スベキ三例

ヲ發見セルニ過ギス而シテ此場合ニ於テモ亦通常ノ定型腔部癌腫ニ於ケル轉移ナラズシテ頸管癌腫ノ轉移ナリキ又其後ノ研究ニヨリ知り得タルハ僅ニ數例ニ過ギズ故ニ轉移ノ占位セルトコロトナレリトノ杞憂ヨリシテ頸部癌ニ際シ急劇體部摘出ヲ決定スルハ早計タルベシ。

部域的再發 Regionaire Recidive ヲ來サル方向ニ向ヒ健全組織中ニ非常ニ深く手術ヲ行フハ誤謬タラズヤトノ問題ハ其當ヲ得タルモノト謂フベキガ如シ卓越ナル手術家(殊ニ米國ニ於ケル)ハ他ノモノ殊ニ獨逸人ノ全摘出ヲ撰擇スルニ拘ハラズ當時尙腔部高位切斷術ヲ行フハ是レ實ニ此問題ノ起ル所以ナリ。

ゼーリッヒ氏ノ研究ハ此疑問ヲ解クニ足り且注目ノ價值アルノミナラズ、余ノ探レル證據ニ非常ノ利益ヲ與ヘタリ。

此等未決ノ問題ニ對スル余ノ證據ハ十數年前ヨリ既ニ確定セリ余ハ如何ナル子宮癌ニ際シテモ新生物未ダ子宮以外ニ蔓延セザルトキハ全子宮ヲ摘出スルヲ以テ原則トス全摘出ヲ施セル後チト雖モ遺留セル骨盤結締織ニ於テ再發ヲ來タスコト甚ダ多キハ實驗ニ徴シテ明カナリトス、

詳言スレバ吾人ハ此等ノ場合ニ於テ吾人ノ希望ノ如ク骨盤結締織ノ健全部位ニ手術セシニアラズシテ假令ヒ臨床上證シ得ズト雖モ實ニ病的組織ニ行ヒタルナリ骨盤結締織ニ手術シ病的組織ヲ清淨スルハ只恰好ナル場合ニ於テノミ行ハル、モノナリ然レドモ手術的癌腫療法ノ最良ナル法則ハ次記ノ如シ即チ手術限界ヲ力メテ新生物ヨリ遠隔スルヲ要スベシ然ルニ子宮癌ニ於テハ骨盤結締織ニ向ヒ手術ヲ施セルモ此限界ハ既ニ病的組織ニ甚ダシク接近セリ斯ル場合ニ於テハ吾人ハ健全組織内ニ手術セルカ或ハ手術セル部位ハ病的組織ナルヤヲ臨床上證スル能ハズ將來ニ於テモ亦恐クハ然ルチラン然レドモ上方へ體部ニ向ヒテハ手術シ得ラル、部分ヲ全然除去スルトキハ殆ド何レノ場合ニ於テモ健全組織内ニ於テ手術シ得ベシ然レバ腔部癌腫ニ際シテモ亦子宮體部ヲ必ズ併セ除去スルヲ要ス何トナレバ斯ク手術セバ少クモ此方面ニ於テハ健全部内ニ手術セラル、ヲ以テナリ同一理ニヨリ體部癌腫ニアリテモ頸部ヲ共ニ切除スベシ。

扁平限局性ニシテ腔部外面ニ限局セル稍大ナル癌腫ニ於テハ場合ニヨ

リ先、高位切斷術ヲ試ムベシ、然リト雖モ多クハ根本的手術ヲ行フヲ以テ吾教室ニ於テ癌腫ノ爲メニ全摘出術ヲ行ヒシモノ數百例ニ達スト雖モ腔部高位切斷術ヲ行ヒシハ極メテ少數ニ過ギズ。

ホーフマイエル氏及ビベルリン教室ノ經驗ニヨレバ、高位切斷術ハ全摘出術ニ比シ或ル點ニ於テ其效果ノ優越ナルヲ認ム、然レモ是レ恐クハ高位切斷ヲ施セシ場合ノ輕症ニシテ病勢未タ甚シク増悪セザリシニ基因セズンハアラザルナリ。

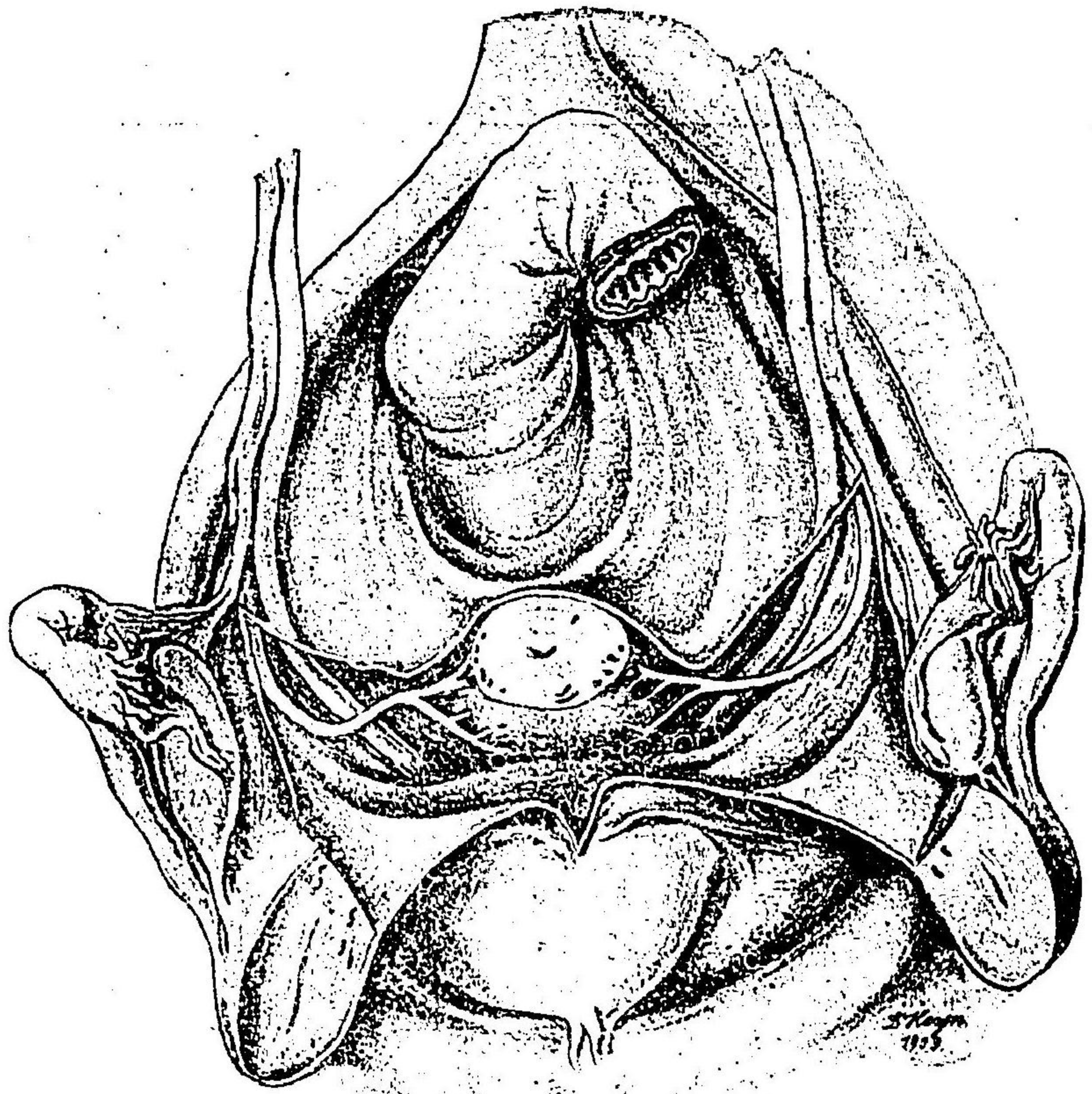
高位切斷ノ術式(シユルニーデル氏法)ハ次記ノ如シ、即チ腔部ニ輪狀切開ヲ施シ、膀胱ヲ剝離壓排シ靱帶ヲ結紮シ、ドウグラス氏腔ヲ切開セザルカ或ハ切開シ而シテ腔部ヲ腔上部ニ於テ切斷セル後、頸部粘膜ヲ以テ前後共ニ腔粘膜ニ縫合シ、場合ニヨリ切開セルドウグラス氏腔ヲ縫合ス。往時ヘーガル氏ノ行ヒタル漏斗狀腔上部切除術及ビ電氣燒灼蹄係ニヨレル單純腔部切斷ハ現今殆ド行ハレズ。

根本的手術ハ尙廣靱帶ノ健全組織ニ於テ行ヒ得ル機會ノ存スル場合ニノミ正當ニ適用シ得ルモノニシテ、コハ直腸診ヲ行ヒ精密ニ該靱帶ヲ觸

診シ以テ之ヲ決定スルヲ得ベシ、然レモ必ズシモ是レニ由リテ決定シ得ベキニアラザルヲ思ハサルベカラズ、何トナレバ間々一抵抗ヲ觸レ之ヲ以テ骨盤結締織ノ癌性浸潤ト思考シドウグラス氏腔ノ切開後初メテ腹膜炎性義膜中ニ包藏セラル、深在性卵巢タルヲ發見スルコト稀レナラサレバナリ、診査ノ際下方ニ移動セザリシ多數ノ癌腫モ腔部ノ輪狀切開後或ハドーグラス氏腔ノ切開後移動スルヲ見ル、殊ニ以上ノ切開タルヤ技術上全摘出ヲ行ヒ得ルヤ否ヤニ就キ斷定ヲ與フルモノニシテ、是レ實ニ吾人ガ診査ニ方リ未ダ決定スル能ハザリシトコロナリ、余ハ此切開ヲ以テ腔部癌腫ニ於ケル診斷的切開ト名ケント欲ス、余ハ往々此法ヲ試ミ而モ之ニ續キテ全摘出ヲ行フ能ハザリシコト稀ナラズ、然レモ之レガ爲メニ患者ノ生命ヲ危フセシコト毫モ之レナシ。

癌腫ノ療法トシテ外科的療法モ亦瀾縫策タルヲ免レズ、實ニ患者ノ運命如何ハ殘存セル手術創面ノ近接部ニ於テ顯微鏡的癌物質ノ存在セザルヤ否ヤニ關係スト雖モ臨床上之ヲ發見スルコト能ハザルナリ、該癌物質ハ甚シク廣大ナル病竈ニ於テハ時トシテ之ヲ欲クコトアルモ而カモ微

圖 一 十 九 百 第



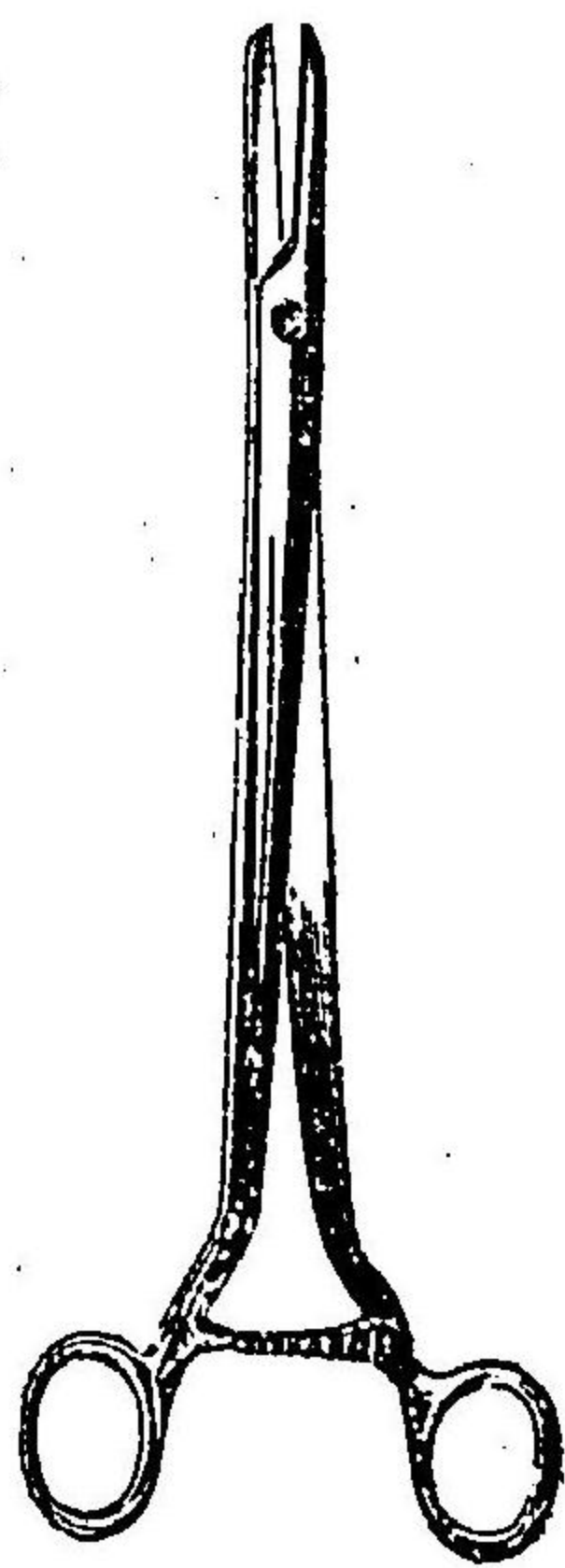
輸尿管ト子宮動脈トノ局處的關係。下方ニ膀胱、上方ニ直腸アリ、其間ニハ腔上部ニテ切斷セル子宮アリ、切斷シタル其兩側側ハ附屬器ト共ニ左右側方ニ反轉セラレ膀胱ノ傍ニアリ、骨盤結構線ハ兩側共ニ廣ク切開セラレ、兩側ニハ輸尿管アリ子宮動脈其上ヲ越エ子宮ノ方ニ走リテ分岐スルヲ見ル(タンテール Tinter 及ビハルバン氏ニ據ル)。

小ナル局部病竈ニ於テ發見スルコトアリ、原發病竈ノ小ナルガ爲メニ、無論健全組織ニ於テ手術スルヲ得タリト信ゼシニ拘ラズ而カモ其隣接部位ニ於テ再發ヲ來タセルコトアルハ何レノ實地家モ皆實驗スルトコロナリ、一大癌腫ヲ臨床上證明シ得タル病的組織ノ經界ニ密接シテ抽出シタル患者ニシテ再發ヲ免レタルモノアリ、故ニ子宮癌ヲ手術スルニ當リテハ臨床上全ク再發ヲ來タサルコトヲ期望シ得ラル、部位ニ於テスルノミナラズ子宮癌モ猶^ホ他ノ癌腫ニ於ケルガ如ク臨床上截切ヲ健全部位ニ加フルコトヲ得ルノ望ミアル場合ニ於テ行フヲ要ス、殊ニ全摘出術ヲ以テスベシ蓋シ斯ノ如ク施術セバ療法上遺策ナシトス。

術式。チエルニー氏手術ハ次記ノ如シ、即チ有鉤鉗子ヲ以テ腔部ヲ把持シ以テ子宮ヲ下方ニ牽引シ、腔部ノ輪狀切開ヲ行ヒ膀胱ヲ剝離排除シ、前後ドーグラス氏腔ヲ切開シ、凡ソ三個ノ束結紮ヲ以テ側方韌帶ヲ結紮シ、結紮ノ順序ニ從ヒ韌帶ヨリ順次子宮ヲ離解シ、次テ卵巢摘出ヲ行フ、腹膜腔創面ハ之ヲ開放シ、結紮絲ハ總テ之ヲ腔内ニ導キ、然カル後チ沃度仿謨綿紗ノ填塞ヲ行フニアリ。

其後幾多ノ星霜ヲ經ルニ從ヒ案出セラレタル、必須ノ改良術式ニ至リテハ請フ以下之ヲ述ベシ。

- 一 腔部ノ周圍ニ於テ、後腔壁ノ大部分ヲ包圍セル長卵圓形切開ヲ施シ(ランドウ氏)或ハ前後ニ於テ廣大ナル腔瓣ヲ造リ、以テ癌腫ヲ越エテ豫防的ニ兩瓣ヲ相縫合ス(マッケンロード氏 Mackenrodt)。
- 二 兩側ニ於テ稍、充分ナル腔壁切開ヲ行ヒ(デュールセン氏)腔口ニ達セシメ、而シテ坐骨直腸窩ヲ廣ク切開シ、以テカメテ廣大ナル切除ヲ廣靱帶ニ行フヲ得セシム(シュツカルド氏 Schuchardt)。
- 三 腹膜ノ切開後、ドーグラス氏腔ヨリナスニ比シ、尙佳ナルハ前ド



圖二十九百第

ーグラス氏腔ヨリ子宮體部ヲ反轉牽出シ、先ヅ靱帶殘余ノ結紮ヲ行ヒ而シテ之ヲ切離ス。

腔式全摘出術ニ用ユル廣靱帶
壓搾用メアソフ及ビリフエロー
ト氏鉗子。 Pan-Richelotische
Dauerklemme.

四 接種^{インフルエナ}再發ヲ避クル爲メ、烙鐵ヲ以テ子宮ノ大部或ハ全部摘出ヲ行フ(マッケンロード氏)。

五 廣靱帶ノ最モ延長シ易キ側方ニ於テ一部子宮ヲ離解シ次テ既ニ靱帶ノ癌腫ニヨリ侵サレタル他側方ニ於テ之ヲ離解ス(オルスハウゼン氏)。

六 兩側ノ靱帶結紮ヲ容易ナラシメンガ爲メニ後壁ヨリ子宮ノ矢狀徑切開^{サグイタル} sagittale Spaltung ヲ行フ(デーデルライン氏)此法ハ全摘出術ヲシテ大ニ容易ナラシムルモノナリ、靱帶ノ結紮ハ子宮ヲ腔内ニ牽出セル後先、喇叭管ヨリ之ヲ始ムベシ、膀胱ニ至リテハ殆ド補助ヲ要セズシテ子宮ト分離ス、余ハ癌腫ニ際シ此法ヲ行フヲ欲セズト雖モ他ノ疾患ニシテ全摘出術ノ適應セルモノニ之ヲ應用センコトヲ稱揚ス。

七 腹膜下子宮離解。

八 摘出終了後ニ於ケル腹膜創面ノ縫合。

九 結紮ヲ避ケ之ニ代ユルニ壓搾鉗子ノ存置ヲ以テス(リフエロート

氏ペアン氏

十 何レノ場合ニ於テモ子宮附屬器ヲ共ニ除去スベキカ或ハ存在セシムベキカニ就テハ其説ヲ異ニセリ。

余ノ行ヘル腔式全摘出術ハ、一部ハ余ノ創意ニ係ハリ一部ハ日々ノ雜誌報告ニヨリ得タル智識ニヨリ成レルモノニシテ其間手術ノ數實ニ數百ニ及ベリ、今術式ヲ述ブレバ次ノ如シ。

手術前消毒ヲ施セル後チ、銳匙ヲ以テ新生物ヲ全然搔爬シ或ハ大塊ヲナセル醜花瘡ヲ切斷シ其創面ヲ清潔ニナシ且、バクエリン氏燒灼器ヲ以テ深ク之ヲ燒灼シ以テ結痂ヲ生ゼシム、但シ全摘出ヲ行フノ數日前之ヲ行フハ適當ナラズ寧ろ手術ニ際シテ之ヲ行フヲ可トス、而シテ此際使用セシ器械ハ連續使用スベカラズ。

次テ數多ノ有鈎鉗子ヲ把リ腔部或ハ切斷端ヲ把持シ、力メテ之ヲ下方ニ牽引シ、而シテ大圓圓或ハ卵圓形ヲ畫キテ其周圍ヲ切開シ、尙必要ニ際シテハ直ニ稍深ク下方ニ達スル二個ノ側方切開ヲ腔ニ施シ以テ前方ニ於テ編紗片ヲ以テ膀胱及ビ輸尿管ヲ全ク腔上部ヨリ剝離排斥スベシ、子宮元來移動シ易ク腔部ヲ下方ニ牽引シ腔口ニ達セシムルヲ得ルガ如キ場合ニハ之ヲ行フコト容易ナリト雖モ、若シ老年ノ爲メニ腔ノ硬靱ヲ來シ又ハ骨盤結締織ノ萎縮セルモノ、爲メ或ハ子宮周圍炎性癒着ノ爲メ子宮全ク移動セザルカ或ハ僅少ノ移動ニ止マルトキ或ハ癌性頸部組織脆弱ニシテ破碎シ易キトキハ實ニ困難ナリ。

次テドーグラス氏腔ヲ切開セル後チ、強ク屈曲セル圓形鈍針ヲ以テ廣靱帶ヲ漸次ニ深ク貫通シ、而シテ各結紮スルニ從ヒ剪刀ヲ以テ其一片ヲ切斷シ、手術經過中結紮ノ牽引セラル、恐ナカラシメンガ爲メ、結紮絲ヲ短小ニ切斷ス、各側ニ於テ二乃至三結紮ヲ行ヘル後チハ、子宮ハ主トシテ僅ニ喇叭管及ビ卵巢靱帶ニ連繫セルノミ、此兩者ハ最後ニ結紮シ而シテ結紮ノ内側ニ於テ子宮ヲ切斷ス。

手技ヲ容易ナラシメント欲セバ豫メ切開セル前ドーグラス氏腔ヨリ靱帶ノ下部分ヲ結紮シ且、切斷セル後チ、有鈎鉗子ヲ以テ子宮體部ヲ把持シ、且、漸次高處ヲ把握シ、以テ腔内ニ之ヲ翻出セシムベシ、如斯セバ靱帶ノ高キ部分ヲ結紮スルコト容易ナリ、余ハ靱帶ヲ極メテ多ク切除センガ爲メ、

之ヲ結紮スルニ當リテハ、成ルベク骨盤縁ニ接迫シテ結紮ヲ施スコトヲ重視セリ。

若シ子宮ヲ前方へ牽引スルコト難キトキハ、深キ一條ノシツカルド氏補助切開ヲ左側ニ行ヒ(第二術式)次テオルスハウゼン氏(第五術式)ヲ行フベシ、子宮矢狀徑切開ハ之ヲ避クルヲ佳トス。

子宮切除後ハ再ビ創面ヲ査見シ、若シ必要アラバ下方腹膜部分ヲ清淨シ、凝血ヲ除去ス、一切斷端或ハ他切斷端ノ出血セルモノハ之ヲ結紮スベシ、余ハ時トシテ終極止血ニ必要ナル止血鉗子ヲ四十八時間放置セリ、然レドモ余ハ原則上、專ラ留置セル止血鉗子ヲ以テ止血セシムルヲ欲セズ、只技術上結紮ヲ行フ能ハザル場合ニ之ヲ用キルノミ。

手術終了後膀胱若シ損傷セルトキハ之ヲ縫合シ、又輸尿管ノ切斷セルトキハ之ヲ膀胱ニ移植スベシ、縫合絲ノ長ク懸垂セル喇叭管切斷端ヲ遠ク腔内ニ牽引シ、若シ腹膜創面ヲ縫合セザルトキハ大ナル沃度仿謨綿紗ヲ腔内ニ填塞シ、其上端ヲシテ恰カモ開放セラレタル腹膜漏斗中ニ箝入セシム。

輸尿管ヲ膀胱へ接合スルニハ、麥粒鉗子ヲ膀胱中ニ挿入シ、ガメテ小孔ヲ其上ニ穿チ、此孔ヲ通過シテ麥粒鉗子ヲ前方ニ出シ、而シテ此鉗子ニヨリ輸尿管ヲ捕捉シ、以テ遠ク膀胱内ニ牽入シ、然ル後チ、慎重ニ縫合スベシ、手術ノ際膀胱切開セラレタルトキハ此切開口ニ於テ輸尿管ヲ縫合スベシ、留置カテーテルノ應用ヲ可トス。

余ハ原則上、腹膜ヲ下方ニ縫合スルヲ常トシ、只異例ノ場合ニ於テ之ヲ行ハザルノミ、余ハ手術困難ニシテ且、不潔ナルトキ或ハ癌腫ノ膿敗セル場合ニハ曾テ之ヲ行ハザリキ。

若シ腹膜創面ヲ下方ニ閉鎖セントスルトキハ喇叭管ノ切斷端ヲ下方ニ牽引シ以テ腹膜外ニアラシメ、腹膜ハ一方ノ喇叭管切斷端ヨリ横徑ニ他方ノ切斷端ニ至ルマデ五乃至六縫合或ハ連次縫合ニヨリテ縫合スベシ、其下方ノ腔創面ニ至リテハ、縫合ヲ以テ接合セザルヲ可トス、蓋シ切斷端ヲ腹膜内ニアラシムルハ過誤タルヲ免レザルナリ。

原則上ヨリ言ヘバ頸部癌腫及ヒ腔部癌腫ニ於テハ子宮附屬器ヲ共ニ摘出セザルヲ常トスルモ、體部癌腫ニ於テハ共ニ摘出スルヲ以テ利アリト

ス、若シ化膿性喇叭管ノ存在スルカ或ハ喇叭管及ビ卵巢ノ侵サル、トキニ於テハ殊ニ其必要ヲ感ズ、コハ子宮摘出ト同時ニ行フカ或ハ其手術後直ニ行フベシ。

腔填塞ハ六日間腔内ニ存置セシメ然ル後チ之ヲ除去スベシ、此間留置カテールヲ挿入シ置クヲ可トス、然ラザレバ規則正シク導尿スベシ、若シ縫合ニヨリ腹膜下方ニ閉鎖セラル、トキハ患者ヲシテ自然排尿セシムルモ可ナリ。

フロインド氏手術ハ千八百七十七年初メテ氏ノ行ヒシモノニシテ其術式次記ノ如シ、即チ軽度ノ骨盤高位ヲトラシメ、腹壁切開ヲ臍窩ニ達セシメ、子宮底ニ絲係蹄ヲカケ、三部分ニ於テ逐次廣靱帶ヲ結紮シ、膀胱ヲ離開シドウグラス氏腔ヲ切開セル後、子宮ヲ切除ス、而シテ腔腹膜創面ノ縫鎖ヲ行ヒ、卵巢及ビ喇叭管ハ遺留セシム。

必要ナル變式アリ即チ豫メ腔式腔部周圍切開法ヲ施シ是レニヨリテ腹式ニヨレル靱帶ノ深部結紮ヲ容易ナラシム(ルイデギール氏 Bridgier) 或ハ初メ腹式ヲ以テ全ク子宮ヲ離解シ、腔ハ閉鎖セルマ、放置シ次テ下

方ヨリ手術ヲ終ル(フアイト氏)蓋シ此方法ノ特異ナル點ハ廣靱帶ヲ廣大ニ切除シ、隣接若シクハ遠隔セル淋巴腺(腸骨腺、腰腺)ヲ共ニ除去スルニアリ(ルプ氏 Rumpf、リイス氏 Ries、テリール氏 Terrier 及ビ余)當時此方法ヲ擴張腹式子宮摘出術 *die erweiterte abdominale Exstirpation des Uterus* ト名クルハ至當ナリトス。

余ハ久シク次記ノ方法ヲ以テ手術ヲ行ヒタリ、即チ腹壁切開ヲ臍窩ニ達セシメ、剪線端及ビ卵巢ヨリ正中線外ニ精系脈管索條ノ結紮及ビ切除ヲ行ヒ、此等ノ切斷端ヨリ子宮ノ前方ニ於テハ廣靱帶ノ前部分ヲ越エテ圓靱帶ヲ過ギ、膀胱頂ヲ越エ、子宮ノ後方ニ於テハ、ドウグラス氏腔ノ深處ニ至ルマデノ腹膜切開ヲ行ヒ而シテ此切創ヨリ腹膜ヲ後方ニ壓排シ、膀胱ヲ前腔壁ニ驅逐シ、子宮血管束ヨリ輸尿管ヲ切除分離セシム、然ル後チ切除或ハ削除ヲ行ヒ腸骨腺ヲ外腸骨動脈或ハ總腸骨動脈ヨリ解除シ、子宮動脈ハカメテ下腹動脈ニ接近シテ結紮スルナリ。

此時ニ當リテヤ子宮ハ只僅カニ腔穹窿部ト其連絡ヲ保テルノミナルヲ以テ如何ナル方法ニヨリテ手術ヲ終了スルモ可ナリ、即チ

第一、腹式

第二、腔式

何レヲ應用スルモ終リニ骨盤腹膜創面ノ縫鎖ヲ行フカ(其下方ニ排膿綿紗ヲ置ク)若シクハ創面ヲ開放シ以テ排膿ヲ行フ。

排膿ハ上方或ハ下方若クハ上方及ビ下方ニ導キテ可ナリ。

手術若シ故障ナク行ハレ且傳染ノ憂ナキトキハ上下何レノ創口モ全ク閉鎖シテ可ナリ、然レモ若シ手術斯ノ如ク完全ニ行ハレザリシトキ、或ハ

膿敗セル癌腫ガ手術前ニ全ク清淨セラレザリシトキハ余ハ常ニ腔ヨリ

手術ヲ施シ且場合ニヨリテハ下方ニ開放セシム。

以上ノ方法ニ據リ、余ハ千九百〇一年ニ至ルマデ五十六回ノ癌腫手術ヲ

行ヒ十七ノ死亡ヲ見タリ(三〇%)。

本年(千九百〇一年)ニ至リ二三ノ手術家輩出シテ技術上一新機軸ヲ案出

シ、改良セル術式ヲ行ヒタリ。

ウエルトハイム氏 Wertheim ハ主トシテ余ノ法ノ如ク行ヘリ、只其異ナル

トコロハ次記ノ諸點ニアリ、即チ氏ハ子宮ノ後方各側ニ於テ輸尿管皺襞

ニ施セル縦徑切創ヨリ、並ニ頸部ヲ剝離セル膀胱創面ヨリ、膀胱ニ於ケル

開口部ニ沿ヒ輸尿管ヲ分離シテ瞭然之ヲ明視スルコトヲ得ルニ至ラシ

メ、以テ子宮血管叢ノ結紮ニ當リ、輸尿管ヲ共ニ結紮シ或ハ共ニ切斷スル

ノ危険ヲ避ケタリ、又ウエルトハイム氏ハ子宮ヨリ子宮血管ヲ切斷セル

後チハ前方及ビ側方ニ膀胱及ビ腔近傍部組織ヲ除去シ屈曲セル腸鉗子

ヲ以テ腔ノ上部分ヲ壓搾シ、其下方ニ於テ腔ヲ横徑ニ切斷セリ、腹膜切開

後ノ腸骨腺或ハ腰腺ノ離解法ニ至リテハ余ノ行ヒシモノニ同ジク、腔ノ

方ニ腹膜ノ閉鎖ヲ行ヒ其下方ニ排膿綿紗ヲ置キ、之レヲシテ淋巴腺ノ離

解セラレタルトコロノ腸骨窩ニ達セシム。

マツケンロート氏法ハ舌狀切創ヲ置キ、耻骨縫際上ニ於テ直腹筋ヲ横斷

シ、兩直腹筋ノ外縁ニ沿フテ上方臍窩ノ中央ニ達セシメ而シテ切創ヲ腹

膜上ニ達セシメ以テ舌狀軟部襞ヲ腹膜ヨリ離解ス、次テ膀胱ノ上方ニテ

腹膜ヲ横徑ニ切斷シ、子宮ヲ前方ニ牽引シ、コレト子宮附屬器該附屬器ハ

殘留ストノ間ニ結紮ヲ施シ以テ子宮ト附屬器トヲ切離シ、又次テ舌狀腹

膜襞ヲ子宮ノ後方ニテ一方ノ附屬器切斷端ヨリ他方ノ切斷端ニ至ルマ

デ骨盤後壁ノ腹膜ニ縫合ス、如斯閉鎖ヲ行フトキハ以後ノ手術ヲシテ腹膜外ニ行フヲ得セシム、次テ膀胱ト子宮トノ間ニ横徑切創ヲ施シ、而シテ此切創ヲ兩側ニ延長シ且、深カラシメ、子宮ヨリ膀胱ヲ除去セル後チ、右方ニテ輸尿管及ビ子宮動脈ヲ探求シ、下腹動脈ヨリ分岐スル部ニ接シテ子宮動脈ヲ結紮ス、次テドウグラス氏腔ニ横徑切開、直腸、膀胱及ビ廣靱帯ノ壓排、廣靱帯ノ後方及ビ側方部分ノ壓搾ヲ行ヒ又右方ニ於テ施セル如キ方法ニテ左方子宮血管ヲ處置シ、二個ノ有角鉗子ヲ以テ、囊ニ分離セシ上方腔部分ヲ壓搾シ以テ其兩鉗子間ヲ切斷シ、然カル後チ壓搾鉗子ヲ以テ處セシ廣靱帯ノ部分ヲ結紮シ、膀胱腹膜ノ後方創縁ヲ舌狀腹膜瓣ノ縫合ノ後方ニ接シテ後骨盤腹膜ニ縫合シ、其下方ニ綿紗填塞ヲ置キテ之ヲ腔内ニ導クベシ而シテ後チ再ビ先ヅ右方、次テ左方ニ於テ腹膜ヲ腹壁ノ殘餘及ビ骨盤ヨリ排除シ、圓靱帯ハ腹膜外ニ切斷シ且、淋巴腺裝置ヲ其周圍ノ脂肪組織ト共ニ股血管、下腹血管及ビ其周圍ヨリ削除シ、側方ニ於テ腹壁ニ一個ノ孔ヲ穿チ、以テ排膿管ヲ導ク、腺ヲ除去セシ腔窩ニハ綿紗ヲ挿入シテ寬カニ之ヲ填塞ス。

次テ創面縫鎖ヲ行フ、直腹筋ハ耻骨縫際上ニ於テ再ビ縫合シ其上ニ外皮ヲ縫合ス、又兩側ニ於テ腹膜ト腹壁トノ間ニ尙ホ一個ノ排膿管ヲ挿入シ而シテ側方腹壁ノ殘餘ヲ縫合ス。
後療法。分泌物多キヲ以テ繃帶ヲ頻回交換シ、三乃至四日後ヨリ側方排膿管ヲ徐々短縮ス、腔直腸填塞ハ尙ホ長時之ヲ保存セシム。
アママン氏 Ammann ハ已上ト類似セル方法ヲ以テ腹膜外ニ手術セリ。
其他腔ヨリ漸ク子宮ニ達シ得ベキモノニ於テ尙ホ他ノ方法ヲ創始セリ、其方法ハクラスケ氏 Krasko ガ高位ニシテ且、稍、移動シ得ベキ直腸癌ニ對シテ撰用セシモノニシテ後方ヨリ腹膜下組織中ニ進入スルニアリ、(薦骨近傍式 Parasacrale Methode) 卽チ肛門ノ後方ニテ其中央ニ切開ヲ置キ尾間骨及ビ最終薦骨椎ノ下半部ヲ切除シ或ハ尾間骨ヲ鋸截シテ一定ノ深サニ達シ以テ尾間骨ヲ外方ニ反轉ス(ヘーガル氏)但シ後チ復々之ヲ縫合ス(薦骨成形的切除術)場合ニヨリテハ薦坐結節靱帯及ビ薦坐棘靱帯ヲ切斷シ、以テ、コ、ヨリ深部ニ進入ス、次テ直腸ヲ側方ニ排除シ、ドウグラス氏腔ヲ横徑ニ切開シ、子宮體部ヲ牽出シ結紮ヲ施シ漸次ニ

子宮ヲ靱帶ヨリ切除スルモノナリ、此法ハ後チホッフエネグ及ビヘルツ
 フエルド氏ニヨリ改良セラレタリ、而シテヘルツフエルド氏ハ切開セルド
 ーグラス氏腔ヨリ子宮ノ露出スルヤ直ニ縫合ニヨリテ腹膜ヲ閉鎖ス、
 但シ氏ハ直腸前壁ノ腹膜ヲ以テ前ドウグラス氏腔ト結合セシム、蓋シ
 爾後改良セラレタル點ハ骨切除ノ益、減少セラレタルニアリ、ツケルカ
 ンドル氏ハ全然骨切除ヲ避ケント欲セリ、而シテ氏ハ下方薦骨部分ヨ
 リ左方ニ向ヒ弧ヲ畫キテ以テ深部ニ進入セシム、シールド氏ハ此方法ニ
 對シ大ニ賛同セリ、殊ニ氏ハ其方法ガ、病的組織ヨリ遙カニ隔リテ靱帶
 ヲ結紮シ得ルノ故ヲ以テ非常ノ賞讃ヲ與ヘタリ、ペー、ミルレル氏P. Mill
 ーノ見解モ此點ニ於テ相一致セリ、薦骨式ハ、腹式切開術大ニ進歩シ完
 全ノ域ニ達スルニ及ンデ益、劣敗ノ位置ニ陥リ、如何ナル熟練ナル手術
 家ノ手腕ニヨルモ其死亡率稍、高キヲ示セリ(シールド氏二十八%)、サレド
 此方法ヲ行ヒシハ殊ニ重症ノ場合ナリシカ或ハ手術ノ際ハ既ニ腔式
 ニテ行フコト能ハザリシモノニシテ、此際若シ腔式ヲ以テスルモ亦統
 計上不良ノ成績ヲ得タルヤモ知ルベカラザリシコトヲ看過スベカラ

ザルナリ。

手術上腔式及ビ腹式何レガ優劣ナルヤハ其施術ニ當リ危険ノ大小如
 何ニヨリ決定セラレ、且、又根本的ニ實行セラル、ヤ否ヤ、即チ是ニヨリ
 テ再發ヲ豫防シ得ルヤ否ヤニヨリテ決定セラル、モノナリ。
 腔式全摘出術ノ一時的効果ニ就テハ現時ハ手術家中殆ド非難スルモノ
 ナシ、多數ノ手術ヲ施セン結果、死者ヲ生セシコト全ク皆無ナルカ或ハ實
 ニ僅少ニ過ギズトノ報告ハ甚ダ多シ(オルスハウゼン氏、フエーリング氏
 フォン、オット氏及ビ余等)、腔内ニ切斷端ヲ縫合シ其上ニ腹膜ヲ縫合ニヨリ
 閉鎖スルヲ得ル如キ場合ニハ治愈率ハ最モ佳良ナリ、若シ腹膜ノ腔方ニ
 開放セララル、トキハ、腹膜ノ續發的傳染ヲ來タス憂アルコト疑ナシ、然レ
 モ此危険ハ實驗上深ク恐ル、ニ足ラザルナリ、何ントナレバ開放療法モ
 亦著シキ效果ヲ呈スルコトアレバナリ、吾人ハ又腹膜ノ續發的傳染ヲ來
 タス憂アルノ故ヲ以テ開放療法ヲ必要ナラシムル場合ヲ看過セザルヲ
 常トス、殊ニ間々子宮高度ノ不動ニ際シ又靱帶ノ局部ヲ侵害セルノ際、僅
 ニ技術上腔式全摘出ヲ行ヒ得ル鉗子應用手術 *Klappenbehandlung* ニ於テ

然リトス。

薦骨術式ニ就テ既ニ述ベタルトコロノモノハ近來マデ腹式手術ニ於テモ大ニ應用シ得ベキモノタリシナリ。腹式手術ニ於テハ腹膜部分ガ或ル癌潰瘍ニ存在セル病的膿菌ニ觸接シ且傳染スルノ憂アルヲ以テ、爲メニ此手術後大ニ死亡率ニ其影響ヲ及ボシ極メテ不良ノ成績ヲ來タスニ至ル。然リト雖モ手術家ノ多クハ數年來主トシテ佳良ノ結果ヲ得タリ、癌腫ト腹膜トノ觸接ガ生命ヲ危険ナラシムルコトヲ殆ト確實ナリト熟慮スルトキハ手術ノ危険ハ縱令之ヲ全ク除去スルコト能ハズト雖モ甚シク微弱ナラシムルヲ得ベシ。腹式ヲ以テ離解セル子宮ヲ腔ヨリ完全ニ切除シ以テ此處ヨリ除去スルフ、ハイト氏變式、有角鉗子ヲ以テ腹膜ヨリ腔ノ壓搾、マッケンロード氏及ピアマン氏腹膜外手術ハ此危険ヲ避クルコトヲカメタル手術ニシテ且適當ノ術式ト謂フベキナリ。

然レモ根本的ニ手術シ得ル點ヨリ言ヘハ此等ノ方法ヲ以テ他ノ術式ニ優レリトナス能ハザルナリ。

腔式全摘出術ノ初メテ行ハレシ後チ數年間ハ其効果ヲ認メ極メテ満足

シタリト雖モ其後忽チニシテ再發ノ來タルコト甚ダ頻回ナルヲ知レリ、現時ニ於テハ手術後既ニ二ケ年以内ニ於テ大部ニ再發ヲ來タスコトノ確實ナルヲ認ム、此等身體部位ニ於テ癌腫手術後ニ來ル再發ガ身體ノ他ノ部分ニ來タルモノト全ク異ナラズシテ再發ハ手術ノ際遺留セル、而カモ是レ認識シ難キノ故ヲ以テ注意セラレザリシ癌組織部分ノ發生セルモノニ過ギザルコトノ殆ト事實ナルハ豫期セシトコロナリシガ實際子宮癌ノ手術ニ際會シ深ク之ガ觀察ヲ下スニ至リ愈、接腫癌寧、移植、癌 Impf-besser Transplantationscarinom. 發生ノ見解ノ誤ラザルヲ知ルニ至レリ、手指或ハ器械ニヨリ、破碎セラレタル、尙ホ生活能力ヲ有セル癌腫片ガ偶然何レカノ部位ニ移植セラレ、コ、ニ發育シ而カモ營養ヲ受ケテ益、發育シ、肉眼ヲ以テ明視シ得ルノ癌腫ヲ現出スルニ至ルコトハ時トシテ實驗スルトコロナリ、然レモ如斯方法ニテ生ズル再發ハ稀有ナルコト確實ナルノミナラズ且、通常ノ方法ニヨリ發生スルモノニ比スレハ極メテ稀レナリトス、再發ヲ避クルニ必要ナルハ子宮ニアリテモ亦力メテ病的組織ヨリ遠カリテ切除ヲ行フニアリ、サレバ吾人ガ腔上部切斷術ヲ適用スベキ

場合モ既ニ全摘出術ニ比シ甚タ少数タラザルヲ得ス、隨テ全摘出術ヲ行フニ當リテモ、手術ノ際健全ナリト認メシ廣韌帶ヲモカメテ多ク除去スルノ法則ハ實ニ其當ヲ得タルモノナリ、此點ヨリ見ルモ二三ノ變式腔式全摘出術ハ改良法ト稱スルヲ得ベシ、是レヂェールセン氏シユツカルド氏ガ腔ニ於テ行ヘル廣大ナル擴張切開法並ニマッケンロード氏燒灼摘出術ニシテ、後者ハ時トシテ切断面ノ周圍ニ存在スル少許ノ癌腫ヲ破壊スル爲メ烙鐵ヲ以テ全子宮ヲ切除スルモノナリ、余ハ全摘出術ニ際シ結紮ヲナスニ當リテハ、此原則ニ從ヒ束結紮ヲナシ且結紮端ヲシテ確ニ壞疽ニ陥ラシムルノ物質即チ絹絲或ハ麻絲ヲ以テ之ヲ行ヒ決シテ腸線ヲ用キズ、然レドモ腔式ニヨリテ共ニ切除シ得ルノ廣韌帶ハ僅ニ其一小部分ニ過ギズ、是レ此方式ニハ限界アリテ施術區域狭小ナルヲ以テナリ、種々ナル方式ニ多クノ經驗アル手術家ハ、薦骨術式ハ韌帶ノ範圍内ニ於テ骨盤方向ニ遠ク進入シ得ルノ利アルヲ稱揚セリ、然レモ腹式手術ニアリテハ手術區域ノ限界ヲシテ癌腫ヨリ最モ遠隔セシムルコトヲ得ベシ、是レ何人モ異議ヲ挾マザルトコロニシテ且腹式ヲ

以テスレバ、假令ヒ腔式或ハ薦骨式ヲ以テスルモ遠シ能ハザル部位ニ進入シ得ベク加之遠隔セル淋巴腺ヲ其周圍ノ脂肪組織ト共ニ除去スルヲ得ベシ、然リト雖モ此法モ亦瑕瑾ナキニアラザルヲ思ヘバ余ハ實ニ厭世ノ念ヲ禁ズル能ハズ、何ントナレバマッケンロード氏手術ノ如キ最モ根本的ニ施術セラル、方法ト雖モ尙且弱點ヲ有ス、而カモ此弱點タルヤ何レノ子宮癌手術ニアリテモ常ニ纏捲離ル、コトナケレバナリ、即チ猶乳癌ニ際シ組織ヲ除去シテ腋窩腺ニ及ボシ又外陰部癌腫ニ際シテ鼠蹊腺ニ及ボセルガ如キ原發病竈ト連續セル其周圍部、腺及ビ脂肪ヲ除去スルノ方法ニ至リテハ毫モ之ヲ認メザルナリ、連續ヲ絶タル、部位ハ只輸尿管ノ子宮血管ト交叉スルトコロノミナリ、然レモ輸尿管ヲ傷クルノ虞アルヲ以テ假令ヒ根本的ニ行フヲ要スト雖モ不注意ニ深ク進入スル能ハズ且此部位タルヤ血管及ビ淋巴管ノ頸部ヨリ骨盤ニ走レルトコロニシテ、廣キニ亘リテ組織則滅ヲ行フ能ハザル部位ナリトス、之ヲ要スルニ兩式ノ優劣左ノ如シ、

腔式全摘出術ハ危險少ナク殆ド危險ナシト言フモ可ナリト雖モ再發

ヲ豫防スルノ點ニ於テハ確カニ劣者ノ位置ニアリ、反之腹式摘出術ハ最モ危険ノ方法ナルモ子宮ノ近接部ヲ充分切除シ得ルハ多トスベキトコロニシテ且是ニヨリ再發ヲ豫防スルハ確實ナリトス。最良ノ方法即チ腹式手術ノ危険ヲ益減少セシムルハ是レ吾人手術家ノ義務タルコト固ヨリ言ヲ俟タザルナリ。

腹式手術ニ於ケル危険ハ余等フオン、ロストホルン氏並ニウエルトハイム、マッケンロート、アマンズ三氏ノ改良法ニヨリテ著シク減少セリ、又輓近學者ノ勉勵ニヨリ癌腫ノ手術率著シク増加セリ(マッケンロート氏ハ今ヤ既ニ氏ガ實驗セシ癌腫患者ニシテ手術ヲ施セシモノ九〇%ニ及ベリ)此比例ヲシテ更ニ佳良ナラシムルハ、近キ將來ニ於テ癌腫ガ其初期ニ於テ專門手術家ノ手腕ニ俟ツコト愈多キニ從ヒ益之ヲ期待シ得ベシ。吾人ハ原則上子宮癌ハ總テ腹式ニヨリ手術スルノ方針ヲ取ラザルベカラズト雖モ二三ノ手術家殊ニオルスハウゼン氏ノ腔式手術ヲ以テ持續的卓効ヲ奏セルコトヲ忘ルベカラズ、故ニ原則トシテ腔式手術ガ腹式手術ニ劣レリトナス能ハズ。

頸部及ビ腔部癌腫ノ稍増悪セルモノニアリテハ、先ヅ腔式摘出ヲ試ムベキナリ、此等ノ癌腫ニアリテハ腔ヨリ手術シ得ル限リ遠ク骨盤結締織内ニ進入シ、以テ該結締織ノ大部分ヲ共ニ除去スルヲカムベシ、如何トナレバ體部癌腫ハ總テ最後ニ至リ初メテ骨盤結締織組織ノ淋巴腺ニ進入スト雖モ此等癌腫ハ其進入早キニアルヲ以テナリ、又頸管及ビ腔部癌腫ノ進行セルモノニアリテハ擴張腹式手術ヲ行フベシ、若シ著シク増悪セル頸管癌腫ニシテ殊ニ癌増殖ノ爲メニ頸管筋層ノ骨盤結締織ノ方へ穿孔セラレ、モノニアリテハ多クハ骨盤結締織及ビ腸骨腺モ既ニ癌新生物ニヨリ侵サル、此等ハ宜シク腹式手術ヲ行フベキモノナリ、何トナレバ只此術式ニヨリテノミ遠ク其周圍ニ進入シ得ルヲ以テナリ、如斯場合ニ於テ再發ヲ斷タントスルモ是レ殆ド能ハザルトコロナリ、輸尿管ヲ剝離シ癌性骨盤結締織組織ト分離スルヲ要スルニヨリ癌小部分ノ遺留スルハ確實トス、輸尿管ノ下部ヲ切除シ以テ膀胱ニ腹式腹膜下移植ヲ行フハ重症併發症ニシテ殆ド腎盂炎ヲ起スヲ常トス、又移動性ニ乏シク且癌性組織ノ破碎シ易キ爲メ、腔式手術ニヨリ好果ヲ奏シ得ルノ望ミナキガ如キ

癌腫ニアリテハ腹式ニヨリ之ヲ摘出スルヲ要ス、頸管癌腫ノ甚ダシク進行セルモノニ於テモ亦屢、腹式手術ヲ要ス、サレド頸管癌腫モ亦再發ヲ來サハル様手術シ得ルノ希望ハ少シトス、病勢ノ進捗セル癌腫ニシテ初メヨリ腹式ニヨリカメテ廣ク施術スルヲ以テ合理的ト思惟セシモノニ腹式手術ヲ施シ再發ノ危険ヲ少カラシムルモ遂ニ根治ヲ望ムベカラザルヤ否ヤハ將來ノ觀察及研究ニ待テ之ヲ決セザルベカラズ、斯ノ如キ場合ニ於テハ何レノ手術モ姑息的方法タルニ過キザルヲ知リテ腹式根本的方法ヲ捨テ腔式ヲ以テ之ヲ手術スルハ蓋シ此理ニ由ルナリ。

合併症ナキモ尙且、恐ルベキ癌腫ハ妊娠ノ合併ニヨリ危篤ノ状態ヲ呈スルコトアリ、然レドモ癌腫ハ月經閉止期ノ婦人ニ來タルコト最モ多キヲ以テ、生殖營爲時期ニアル婦人ニハ極メテ少ナク、從テ受胎障害ヲ來タスコト比較的稀レナリトス、フオン、ウキンゲン氏ハ二萬ノ分娩中ニ於テ如斯合併症ヲ實驗スルコト僅ニ十回ニ過ギズ、余モ亦一萬二千ノ妊婦ニ於テ斯ル患者ニ遭遇スルコト同ジク凡ソ十回ニシテ而カモ患者ハ殆ド皆經産婦ナリ而シテ何レモ頸管癌腫或ハ腔部癌腫ニシテ一ッ

モ體部癌腫ヲ認メザルナリ、蓋シ癌發生ノ初期ハ殆ド常ニ妊娠ノ起ル前ニアリ。

妊娠ニヨリ血管饒多トナリ爲メニ新生物ノ發育著シク旺盛ナリ、妊娠ハ新生物ノ爲メニ障碍ヲ蒙ラザルヲ常トスレモ早期ニ於テ流産ヲ致スコト稀レナリトセズ、是レ多クハ續發性内膜炎ニ基因スルナリ、又前置胎盤ノ生ズルコト稀レナラズ且、稀レニ特發子宮破裂及ビ新生物ノ硬靱及ビ子宮筋層ノ不全作用ニ因スル分娩不能、及ビ屢、癌性頸部ニ於ケル大ナル挫創並ニ裂傷實驗セラレ。

症候。出血及ビ膿敗ヲ來セル癌腫ハ妊娠ニヨリ著シク其亢進スルヲ見ル。

癌腫ノ診斷。癌腫ハ子宮ノ頸部分ニ存スルヲ以テ敢テ困難ナラズ、又妊娠ノ進行セルモノニ於テモ難カラザルノミナラズ、妊娠初期ノ診斷モ症狀等ヲ填重ニ注意スルトキハ毫モ困難ナラズ。

手術スルコトヲ得ル癌腫ノ療法ハ、遲滯ナク子宮摘出ヲ行フニアリ此際實ニ胎兒ノ生活能力ヲ有スルニ至ルヲ待ツノ暇ナキナリ、腔式摘出

ハ妊娠第五ヶ月ニ至ルマデハ胎兒排出ヲ要セズ、第六ヶ月及ビ第七ヶ月ニ於テハ胎兒ノ排出ヲ行ヘバ之ヲ施シ得ベシ、第八ヶ月以後ハ胎兒若シ生存セルトキハ胎兒保護上ヨリシテ腹式帝王切開術ヲ行ヒ次デ腹式子宮摘出ヲ行フベシ、又出來得ベクンバ深キ切創ヲ置キ胎兒ヲ自然産道ヨリ挽出シ次テ腔式摘出ヲ行フニアリ(チュールセン氏腔式帝王切開術 Dührsen'scher vaginaler Kaiserschnitt.)

産婦ニ於テ此合併症ヲ發見ノ際若シ頸管ノ擴張性佳良ナルトキ、若シ癌腫ニシテ頸管全部ヲ侵サバルトキハ自然分娩ヲ待ツカ或ハ適切ナル挽出法ニヨリテ分娩ヲ遂ゲシメ、然ル後チ直ニ子宮摘出ヲ試ムベシ。腹式ト腔式子宮全摘出術トノ優劣ニ就キテハ非妊娠子宮ニ對シテ述ベタルモノト同シ。

若シ摘出シ能ハザル癌腫ナルトキハ前述ノ如キ姑息療法ヲ行ヒ、重キヲ胎兒生活ニ置キ常ニコレニ注意スベシ、若シ癌腫ノ硬韌ノ爲メ自然産道ヨリ分娩ヲ遂グル能ハザルトキハポロ氏帝王切開術 Porroscher Kaiserschnitt ヲ行ヒ切斷端ヲ腹膜外ニ處置スルヲ以テ適法ナリトス。

第三節 悪性脈絡上皮細胞腫、脱落膜癌、シン

ケ、ツム「腫」悪性「シンケ、オーム」脱

落膜肉腫、悪性脱落膜腫

Chorioepithelioma malignum, serotinales Carcinom, Syncytiuntumor.

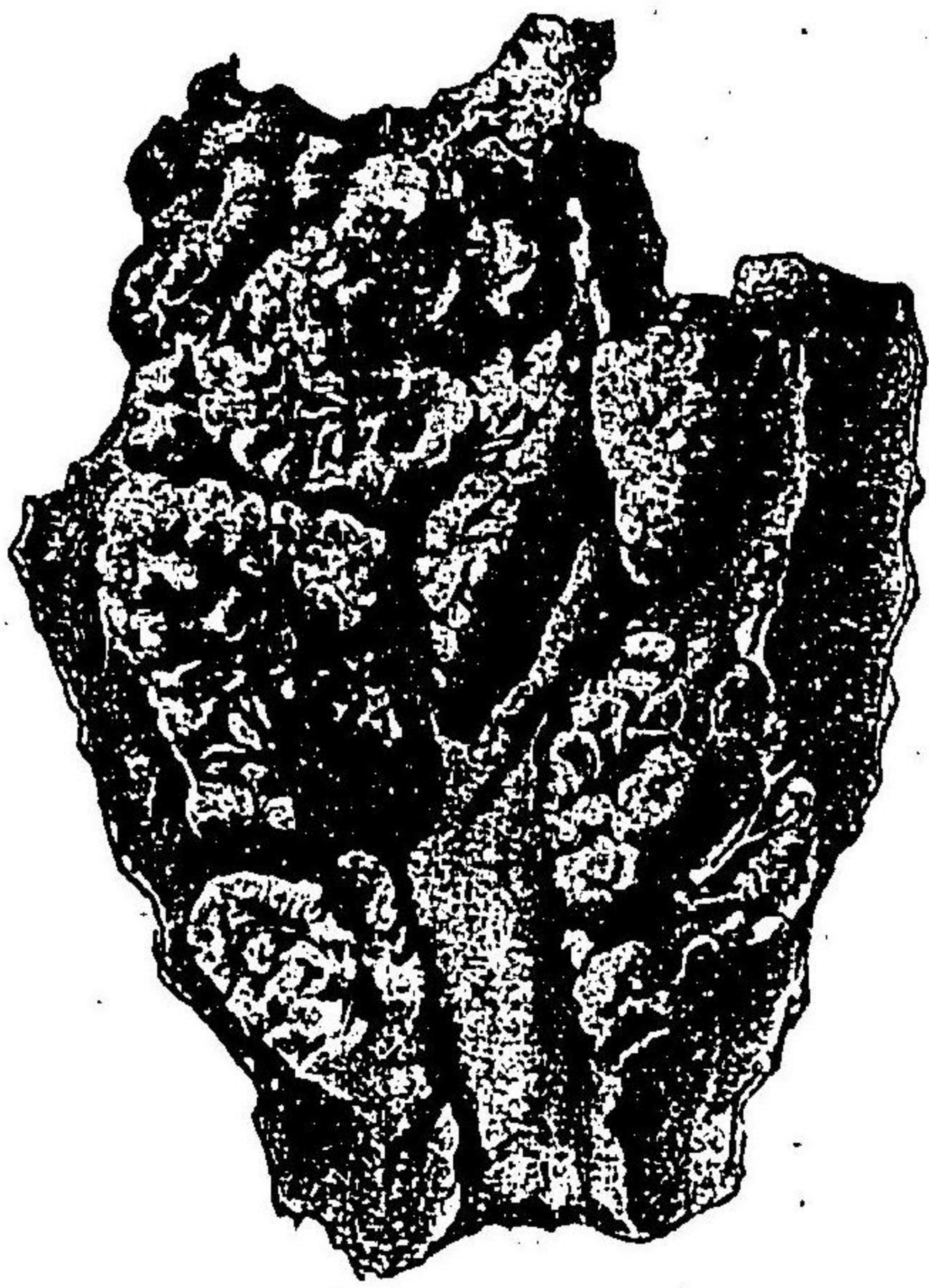
悪性脈絡上皮細胞腫ハ其發生スルヤ初メハ子宮粘膜炎ニ花壇狀或ハ嶋嶼狀ノ結節トナリテ現ハル、而シテ子宮實質中ニ侵入發育シ屢著シク出血スルノ性状アリ、故ニ其結節ノ割斷面ハ恰カモ血橙ノ狀ヲ呈シ、表面ノ方ニ崩壊シ且濃敗スルノ傾向ヲ有ス、又轉移ヲ致スノ性アリ即チ血行ニヨリ其密接セル周圍(腔)其他身體ノ各部殊ニ肺臟ニ轉移ヲ來シ、コ、ニ廣大ニシテ且群簇セル轉移ヲ生ズ、其發育ハ迅速ニシテ急劇致死スルコト屢之レアリ。

此腫瘍ハ鬼胎妊娠後ニ來ルコト多シ、鏡檢上多クハ多種ノ細胞即チ「シン

チ、ウム様組織、ラングハンス氏細胞層ヨリ發生セルモノト思ハル、如キ細胞及ビ少数ノ場合ニ於テ脈絡膜結締織ヨリ成ル、其他屢、夥多ノ血液腔、實性出血及ビ壞疽性組織部分ヨリナルコトアリ。

此等種々ノ細胞ハ腫瘍又ハ轉移ニ於テ具備スルコト屢ナリ、二三ノ腫瘍

圖三十九百第



悪性脈絡上皮細胞腫 malignant Chorionepitheliom. 摘出子宮腫瘍ト共ニ割斷セルモノ、患者ハ五回ノ正規分娩ヲ遂ゲタル三十四歳ノ婦人ニシテ、一年年前或ル醫士ニヨリテ第四ヶ月ニ於ケル葡萄狀鬼胎ヲ除去セラレ、其後一ケ年ナ經、出血アリシヲ以テ挿臍術ヲ受ケ此際既ニ正鵠ノ診斷ヲ附セラレタリ(ナウウエロク教授)、其後中々年ヲ經テ強出血ヲ來シ余ノ教室ニ入院シ腫式全摘出チ行ヘリ(ドクトル、ハーン氏 Dr. Hahn)、ドクトル、エル、スチツハルト氏 Dr. R. Steiner ハ組織的ニ之ヲ研究シ且ツ詳細ノ報告ヲナセリ、患者ハ二年後ニ至ルモ尙ホ健全ニ生活セリ。

ニ於テハラングハンス氏層ノ細胞並ニ脈絡膜結締織ノ缺如セルコトアリ。

第百九十四及ビ第百九十五圖ヲ見バ自カラ理解スルヲ得ベシ、第百九十四圖ハ妊娠第四ヶ月ニ於ケルモノヨリ取レル胎盤絨毛ヲ示ス、中心ニハ結締織アリテ、ラングハンス氏細胞層ヲ以テ被覆セラル、其上層ヲナセルハ「シンチ、ウム」組織ナリ、是レニ對シ第百五十九圖ニ示セルハ第百九十三圖ニ掲ケタル脈絡上皮細胞腫ヨリ製シタル標本ナリ、若シ之ヲ第百九十四圖ト比較セバラングハンス氏細胞ト「シンチ、ウム」組織トヲ知ルコト容易ナルベシ。

マルシヤン氏 Marchand ノ研究ニヨレバ此等ノ腫瘍ハ癌腫様腫瘍ニ屬シ其組成中ニ「シンチ、ウム」組織及ヒラングハンス氏層ヲ有セルモノナリ、ナルシヤン氏ハ「シンチ、ウム」ヲ以テ子宮ノ組織「シンチ、ウム」細胞ハ變形子宮上皮ヨリ發ス(トナシ)ラングハンス氏細胞層ヲ以テ脈絡膜ノ外胚板(該細胞層ハ或ハ脈絡膜上皮ト稱シ胎生時外胚板ヨリ生ズ)ナリト認ム、若シ此說ニシテ誤ナカリセバ此腫瘍ヲ以テ癌腫ニ算入スルヲ得ベシ、他

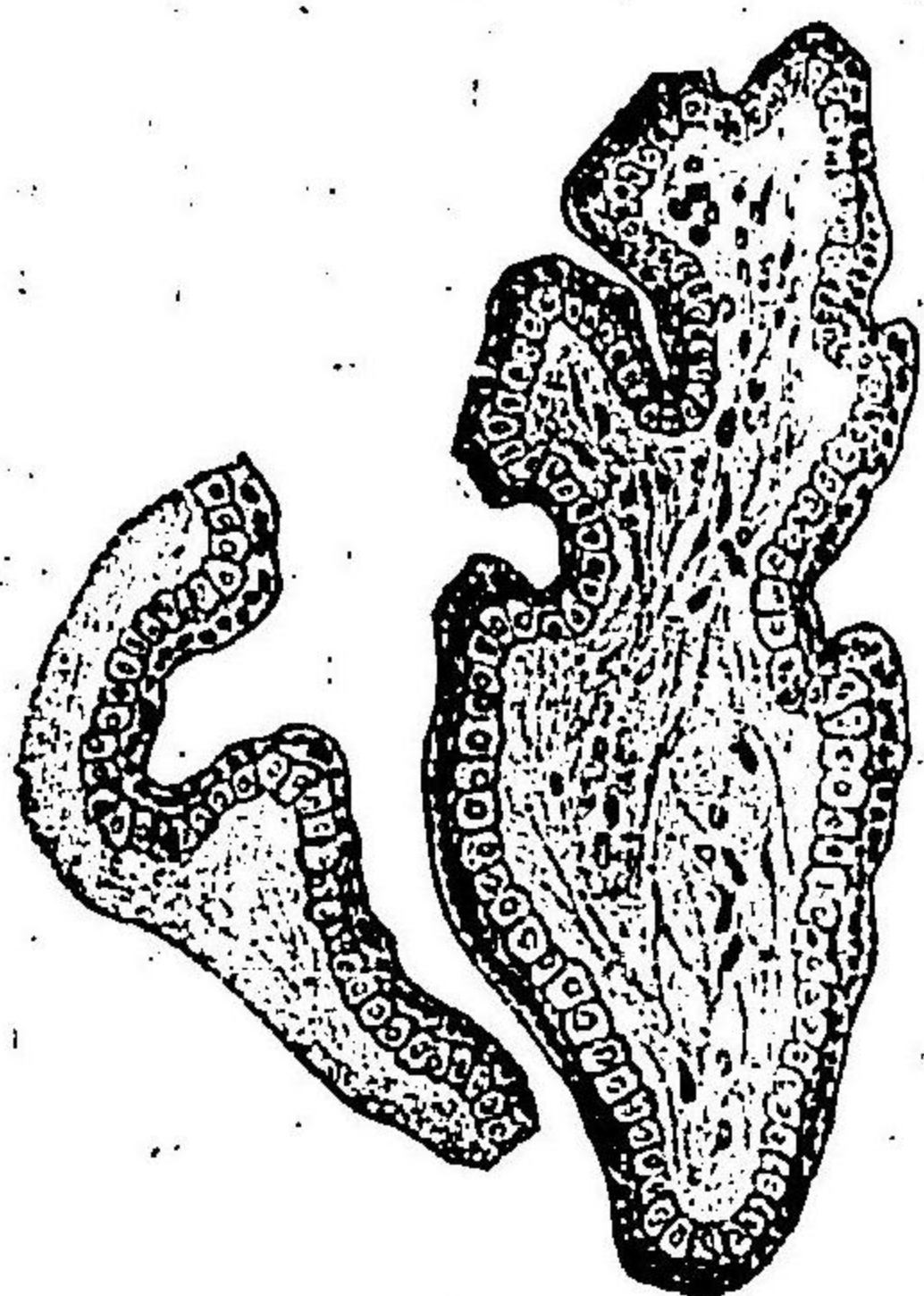
ノ特質殊ニ血行ニヨレル轉移性傳播ハ肉腫ト同一ナリ、鬼胎妊娠ハ該腫
ノ發生ヲ助クルモノナリ、是レ鬼胎妊娠ニアリテハ正規妊娠ニ於ケルモ
ノニ比シ床狀脱落膜中ニ上皮要素ノ進入増殖スルコト更ニ旺盛ヲ極メ、
且ツマルシヤン氏ノ說ニ從ヘバ葡萄狀鬼胎ノ特種ノ増殖モ亦上皮性絨毛
被覆ノ増殖セルモノニシテ、反之絨毛結締織ノ腫脹ハ副作用ヲ營ムニ過
ギザルヲ以テナリ、マルシヤン氏ハ今日ニ至ルマデ脈落膜結締織ノコレ
ガ組成中ニ加ハルヲ認メズ。

マルシヤン氏ノ精細ナル説明ハ後進學者就中ノイマン氏 Neumann 及
ビ余ノ確認セルトコロナリ、然レ他ノ學者ハ此說ヲ否認シ殊ニ該腫
ノ發生原因ニ就キテ其說ヲ異ニセリ、バイフル氏 Pfeiffer ハ嘗テゼンゲ
ル氏 Singer ガ初メ此腫瘍ヲ以テ脱落膜肉腫ナリト唱ヘタルガ如ク、自
己實驗ノ腫瘍ニ於テ主トシテ脱落膜要素ノ増殖ヲ認メタリ、フایت氏
ハ信ズラク如斯腫瘍ハ該鬼胎妊娠前既ニ存在セル腫瘍(纖維肉腫)ニシ
テ鬼胎妊娠ニヨリ初メテ該腫ノ特質現ハレ、殊ニ細胞群變化シテ、シ
チ、ウム或ハシンチ、ウム様組織トナルモノナリト、バンネンステー

ル氏ハ「シンチ、ウム」ヲ以テ母體ニ屬セル血管内被ナリトシ、從テ「シン
チ、ウム」腫ヲ以テ内被細胞腫ナリト認メタリ。

シュランゲンハウフル氏 Schlangenhauter ノ轉移性畸形腫瘍率九腫瘍ニ於
テ脈絡上皮細胞腫様及ビ葡萄狀鬼胎様増殖ヲ發見シタルハ發生及ビ
組織學の見解上大ニ注目スベキモノナリ、フオン、ル、エ、クリング、ハウ、ゼン
氏 v. Recklinghausen ハ此例ニ就テノ討論ニ於テ脈絡上皮細胞腫ノ固有
ナル細胞排列ハ上皮ノ病的化生の増殖ニヨリ生ジ得ベク、而カモ必ズ
シモ脱落膜或ハ生殖腺ノ如何ナル脈絡膜細胞ヨリモ發生スルモノニ
アラザルヲ得ベキヲ論ゼリ、ビック氏 Schmorl シュランゲンハウフル
ル氏及シムミット氏 Schmitz 等ハ葡萄狀鬼胎或ハ流産後腫ニ於テ腫瘍ノ
發生セルヲ實驗セリ、該腫ハ組織學上全ク脈絡上皮細胞腫後ニ來ル轉
移ト同一ニシテ此際子宮ニハ腫瘍形成ナク且ツ摘出後再發ヲ來タサズ
シテ該腫ノ著シク良性タルヲ示セリ、又ビック及シムモル氏ハ葡萄狀鬼胎
後、子宮ニハ異狀ヲ認メズシテ組織學上同一ノ腫瘍ヲ肝臟、肺臟、腔及ビ
腸ニ於テ發見セリ、此腫瘍ハ非常ニ悪性ニシテ患者ハ爲メニ致死セリ。

圖四十九百第

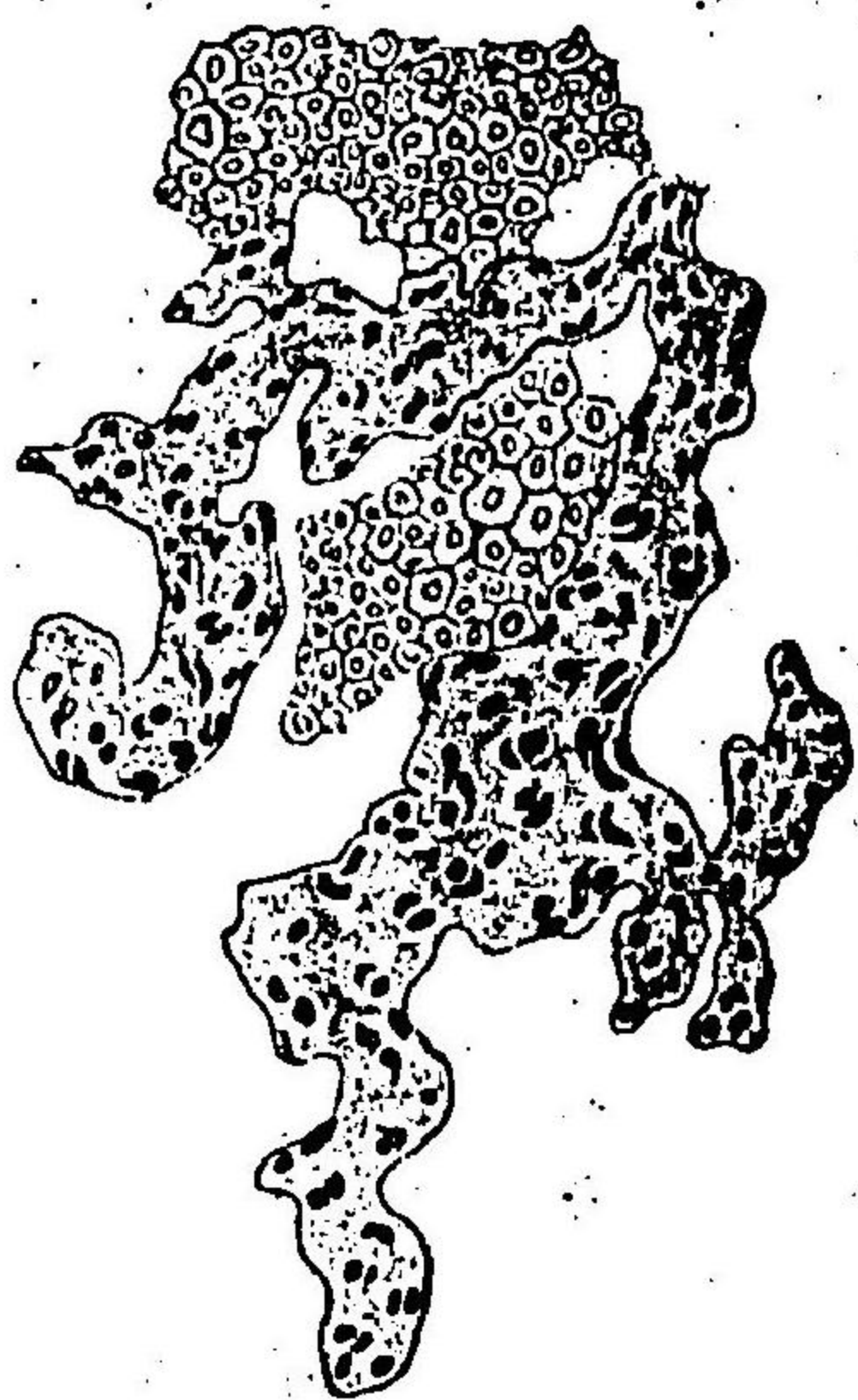


妊娠早期ニ於ケル脈絡膜
絨毛ノ断面。絨毛ハ重
複セル被覆ヲ有ス、内面
ハラングハンス氏細胞層
ニシテ外方ハ「シンチ、
ウム」層ナリ。

オン氏ノ腔式全摘出ヲ行ヘルモノナリ、手術前患者ノ訴ヘタル出血ハ

余ハ今日ニ至ル
マデ脈絡上皮細
胞腫ノ五例ヲ實
驗セリ、其中ノ一
例即チ、爰ニ摸寫
セルモノハ余ノ
助手ドクトル、ハ

圖五十九百第



悪性脈絡上皮細胞腫(第百
九十三圖)ヨリ調製セル顯
微鏡的標本。兩種ノ主要組
織即チラングハンス氏層ノ
散子狀大細胞及ビ多數ノ核
ヲ有スル、細胞境界ナキ組
織ヲナセル「シンチ、ウム」
ヲ識別スルヲ得ベシ。

速ニ全治シ、
體重ハ忽チ
増加シ、二ケ
年後ニ尙ホ健
康タルヲ得
タリ、他ノ一
例ハ六年前

余ノ腔式全摘出ヲ行ヒタルモノニシテ、是レ亦佳良ノ効果ヲ得テ全治
セリ。

其他ノ三例ハ何レモ余ノ診察セシ際ハ其腫瘍ノ摘出既ニ難キモノタ
リ、其中ノ一例ハ腹式ヲ以テ手術ヲ試ミタルモ奏効セズ、此等ノ三患者
ハ何レモ膿敗及ビ廣大ナル轉移ノ爲メ遂ニ死亡セリ。

診斷 非常ニ悪性ナル該腫瘍ヲ力メテ早期ニ發見スルヲ以テ緊要トス、
早期ニ於テ診斷ヲ確定スルニハ、如何ナル場合ニ於テモ子宮内部ヨリ出
デタルモノ若シクハ搔爬ニヨリテ得タル組織ノ碎片ヲ巧ニ硬化セシメ
而シテ慎重ニ鏡檢スルノ外、實ニ途ナキナリ、何レノ場合ニモ早期診斷ヲ
等閑ニ附セザルヲ要スト雖モ、殊ニ搔爬ヲ反復スルニ拘ハラズ出血スル
ノ場合、或ハ管テ葡萄狀胎分娩ヲ遂ゲシ既往症アルトキ若クハ假令ヒ
顯著ナラザルモ子宮増大ヲ認メシ際ニアリテハ前記ノ手段ヲ施スハ、必
須缺クベカラザルノ要件ナリ。

療法 初メヨリ、轉移形成或ハ腹膜炎ノ爲メニ根治療法ヲ行フモ到底其
効ナキト思ハレザル際、若シ尙子宮摘出ヲ行ヒ得ベクシバ宜シク之ヲ行

フベシ、技術及ビ術式ノ撰擇ニ至リテハ子宮癌ノ場合ト敢テ異ルトコロナシ。

第四編

喇叭管、卵巢及ビ隣接組織ノ疾患

Die Krankheiten der Tuben, Ovarien und benachbarten Gewebsabschnitte.

第十五章 喇叭管疾患 Die Krankheiten der Tuben.

成形異常、炎症 Bildungsanomalien, Entzündungen.

ドクトル、ア、デーデルライン 著

醫學士 望月 寛一 譯

一、成形異常

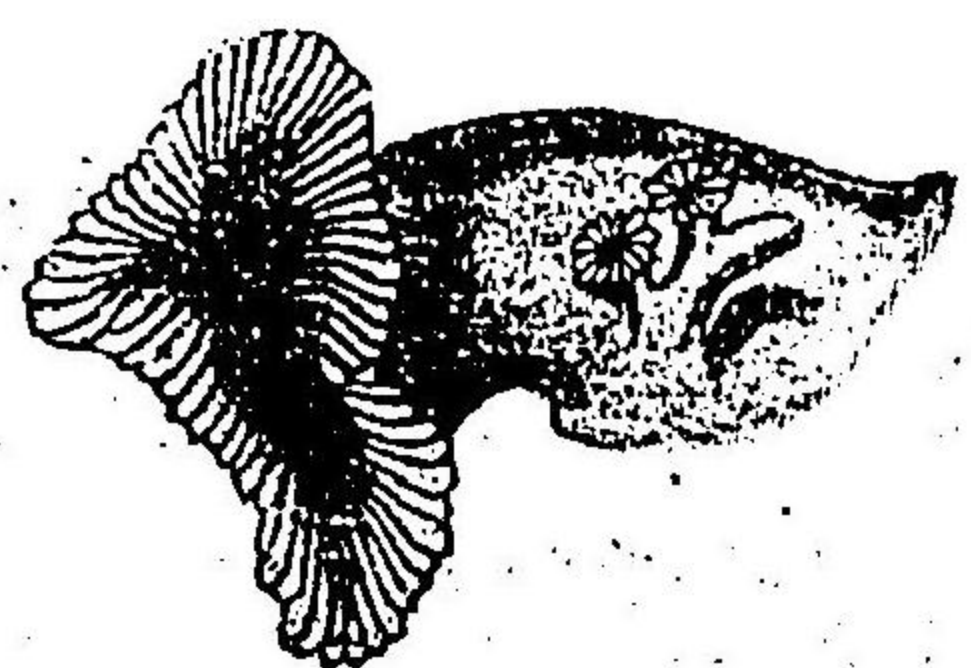
喇叭管ノ成形異常ハ其發生ノ狀態及ビ子宮並ニ腔トノ胎生學的關係ヲ明カニ察知スルコトヲ得バ自カラ之ヲ理解スルヲ得ベシ。
女性内生殖器即チ腔(交接部)子宮及ビ喇叭管(受胎部)ハミユルレル氏絲ヨリ

發育ス、此ノ腎臟竇ヨリ發セル二條ノ細胞索ハ漸ク相近接シ下方ニ向ヒテ走り生殖器ノ部位ニ至リテ腔洞ヲ生シ管腔即チミユルレル氏管トナル、胎生期ノ初期ニ於テハ其區別明ラカナラザルモ、後期ニ及ビテハ三部分即チ喇叭管、子宮及ビ腔ヲ明カニ區別スルヲ得ルニ至ル、子宮及ビ腔ノ部分ニ於テハ、ミユルレル氏管相平行シテ位スルヲ以テ互ニ癒着ヲ起シ、終ニハ其相合セル二管ノ間ノ隔壁消滅シ、一大管腔ヲ形成シ其上端ハ分離シテ別ニ喇叭管ヲ形成ス。

腔及ビ子宮ノ重複畸形ニシテ其隔壁僅カニ存スルモ尙兩者ノ區別明ラカニシテ而カモ其生理的機能完全ナルモノニアリテハ、兩側共ニミユルレル氏管ノ上端部分トシテ喇叭管ノ占居セル間ハ以上腔及ビ子宮ニ畸形存在スルニ關ラズ輸卵管ノ構造ニ於テ必ズシモ異常ヲ認ムルモノニアラズ、反之生殖器ノ缺損構成例之發育缺如、發育不全ヲ起シ、而シテミユルレル氏管ノ發育ニ障害ヲ來タス場合ニハ、多クハ該片側全部ニ亘リテ其影響ヲ蒙リ從テ喇叭管モ種々ナル状態ヲ現ハスニ至ルモノナリ、喇叭管ノ全缺損及ビ片側ノ發育不全ハ常ニ他生殖器ノ缺損ト伴フモノ

ニシテ特別ノ趣味ヲ有セザルナリ、反之他ノ場合即チ喇叭管ノ過剩發育ヲ認ムルコトアリ、是レハ全ク他ノ生殖器ニハ異常ナキモノニシテ喇叭管ニノミ屬シ實地上特種ノ意味ヲ顯ハスモノナリ、斯ル場合ニハ之ヲ副喇叭管 *accessorische Tuben* 或ハ副 *accessorische Ostien* ト稱ス、又吾人ノ往々遭遇スルトコロノモノニシテ通常ノ喇叭管腹腔口ヲ有スル健全ナル喇叭管ガ其ノ腹腔口ノ近クニ於テ喇叭管膜韌帶ニ對シ一個或ハ數個ノ歇兒尼亞性ノ凸隆ヲ生ジ恰カモ副喇叭管ノ如キ觀ヲ呈ス、然レモ別ニ外口ヲ有セズシテ盲囊ニ終ルヲ常トス、時トシテハ完全ナル外口ヲ有シ且剪線ヲ有スルモノアリ。

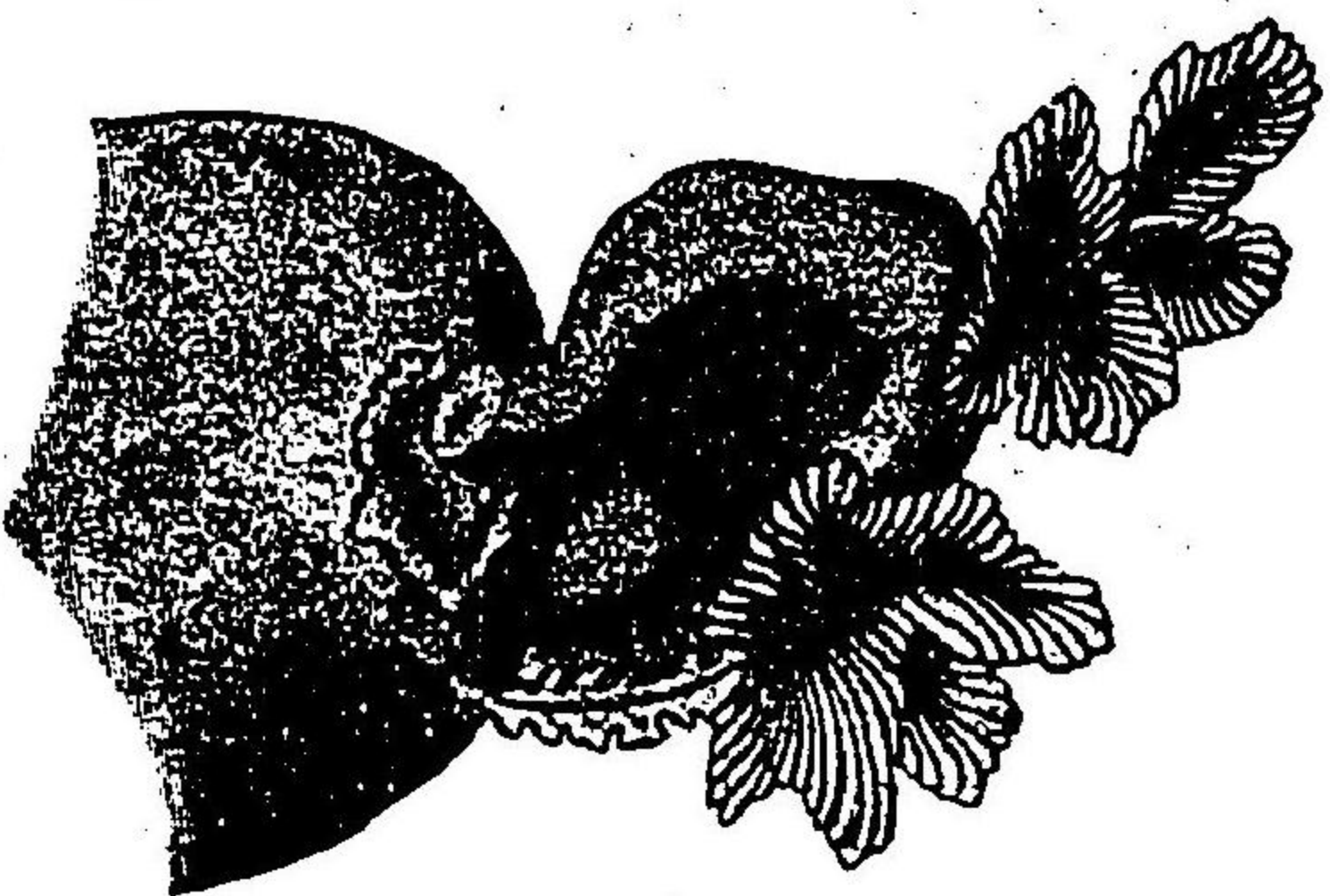
第百九十六圖



喇叭管ニ副喇叭管ヲ有スルモノ(コックスマン氏)産婦人科中央雜誌第二十九卷第二圖。

斯ル盲囊ニ終レル副喇叭管ハ、現今ニ於テハ喇叭管妊娠ヲ起スノ重ナル原因タルコトヲ認メラル、ニ至リ、而カモ檢鏡上連續切片ノ試験ニヨリ、コトニ受胎セル卵子ヲ包圍シテ發育セシムルコトヲ確定セラル、ニ至レリ。

第九百七十七圖



喇叭管ニ副口ヲ有スルモノ。(ロックスマン氏)。産婦人科中央雜誌第二十卷第一圖。

ヲ病變セシメザル限りハ其受胎的機能ハ上記喇叭管副口ヲ經テ營爲シ得ルモノナリ。
其他多少輸卵管ノ遺殘性重複造構ヲナスモノアリ、或ルモノハ喇叭管ノ明カニ重複セルモノアリテ、子宮縁ヨリ二條ノ長輸卵管ヲ存シ、コレト相一致シテ二個ノ卵巢ヲ具備ス、又或ル場合ニハ一側ニアル一個ノ卵巢ニ

又喇叭管壁ニ於テ別ニ副口ヲ造リ、固有ノ喇叭管壁ト副口トノ間ニ長短何レノ導管ヲモ有セザルトキハ之ヲ副喇叭管口ト稱ス、此ハ實用的意味ヲ有シ其存在スル場合ニ於テハ喇叭管ト腹腔トノ交通ヲ司ドル固有ノ外口ノ閉塞セル場合ニ於テモ卵巢ヲシ

二個ノ喇叭管ヲ有スルモノアリ、

二、喇叭管ノ炎症、喇叭管炎、喇叭管膿腫、喇叭管水腫、喇叭管血腫

喇叭管ノ單純性充血ハ、多クハ血管ノ分布多岐ニシテ富有ナル粘膜ノ腫脹ヲ伴ヒ、腹腔内多血ニ因スル生殖器充血及ビ其他生殖器充血ヲ來タス多クノ傳染性疾患ノ際ニ之ヲ目撃ス、其他卵巢囊腫ノ莖蒂捻轉子宮附屬器ノ鼠蹊部捻頓等ニヨリテ血行障礙ヲ起シ、喇叭管ハ爲メニ著シキ腫脹ヲ起スコト屢之レアリ、是レニヨリ喇叭管ハ初メハ帶青黑色ヲ呈シ、粘膜ハ著シク腫脹シ、剪線ハ憤起シ、總テノ臟器ハ血管充實ヲ來シ溢血ヲ起スニ至ル、然レモ此等局部症候ハ其他ノ主要疾患ノ爲メニ其形跡ヲ認メザルナリ。

原因 輸卵管ノ炎症疾患ヲ起ストコロノ主要ノ原因ハ他ノ機官ニ於ケルガ如ク、分裂菌 Spaltrize ニ起因スルコトハ爭フベカラザルトコロナリ、抑喇叭管ハ腔及ビ子宮ト異リ、其存在ノ位置及ビ角狀ニシテ狹窄セル管

腔ニヨリ子宮ト交通スルヲ以テ細菌ノ移植ニ就テハ實ニ屈強ノ保護ヲ受クルコトヲ得ベキガ如シ然レモ實際喇叭管ノ病的分泌物及ビ病的變化ヲ蒙レル喇叭管壁ノ細菌的検査ニ依リ吾人ハ彼ノ有機性么微體ガ炎症ノ原因ヲナシ而シテ此等么體ハ種々ナル徑路ヲ經テ喇叭管ニ達シ茲ニ占座シテ以テ深ク其ノ侵蝕ヲ逞フスルコトヲ學ベリ

健康ナル頸管腔及ビ子宮腔ハ原來器械的及ビ化學的保護構造ヲ有ス即チ子宮口ハ狹隘ニシテ殺菌性粘液ヲ保持シ以テ病的菌ヲ保有セシメザラシム從テ喇叭管ノ前庭ヲ爲セル子宮腔ノ無菌ナル爲メニ健康ナル喇叭管ハ分裂菌ヲ有セザルヤ勿論ナリトス然レモ一度病的有機性么微體就中痲疾球菌及ビ結核菌ノ進入シ來ルトキハ生殖器ニ上行シ子宮口ノ防禦壘ハ破壊セラレ該細菌ハ進ンデ分泌物ニ於テセズシテ其組織ニ寄生ス殊ニ粘膜ニ其侵蝕ヲ及ボシ順次上行シテ患部ヲ擴張ス後チニハ細菌ヲ保持セル子宮分泌物ノ直接流入ニヨリ其播殖ヲ強盛ニシ或ハ進ンテ組織ヲ侵シテ其腔間ニ進ミ或ハ淋巴管ヲ介シテ侵入ス而シテ喇叭管ハ子宮ト密接スルノ故ヲ以テ直ニ其侵入ヲ蒙ル抑喇叭管ハ淋巴且血液

ニ富ムガ故ニ其屯營最モ便利ニシテ先ヅ柔軟ナル圓柱上皮ヲ侵シ遂ニ原形質ニ富ムトコロノ組織間ニ永ク其居所ヲ占ムルニ至ル

痲疾球菌ハ以上述べシ如ク上行性經路ヲ以テノミ喇叭管ニ進入スルモ結核菌ハ反之其侵蝕ヲ起スコト下行性ナルコトハ明カナル事實ナリトス故ニ該菌ハ例之結核性疾患アル腹腔腔ヨリ是レニ開口セル喇叭管口ヲ經テ進入ス而シテ其管口ニ於テハ剪綫ノ頸毛圓柱上皮ノ渦狀運動ニヨリテ之ヲ採取ス總テ此剪綫ノ作用ハ腹腔内ニ游泳セル物質ノ何タルヲ論セズ悉ク自體ニ採集スルノ働アリ故ニ腹腔内ニ結核性疾患アル場合ニハ其結核菌ハ剪綫ノ働キニヨリテ喇叭管内ニ吸收セラレ粘膜皺襞中ニ被包セラレコトニ破壞的行爲ヲ營ムニ至ル

結核菌ハ腦腔及ビ關節腔ニ於ケルガ如ク喇叭管腔ニ於テモ血液及ビ淋巴管傳染ヲ起スコトアルハ明カナル事實ナリ其上行性或ハ下行性タルニ論ナク生殖器内ニ於テ行ハルコトハ動カスベカラザル所論ナリトス

喇叭管炎症ハ以上ノ病的有機么微體ノ侵蝕ノ外又タ化膿性外傷傳染菌

即チ連鎖球菌。Streptokokken。葡萄球菌。Staphylokokken。ニ因ルモノニシテ此等ノ細菌ハ子宮ノ産褥疾患竝ニ腹腔内部ノ膿瘍或ハ特ニ盲腸周圍炎等ノ場合ニ際シ其ノ侵路ヲ喇叭管ニ求ムルコト多キニ原因ス。其他種々ノ細菌特ニ大腸菌。Bacterium coli。及ビ腐敗菌等モ亦之ニ與カル。

腹腔ヨリノ傳染ハ敗血性^{ゼンナツセ}或ハ化膿性^{ザンロクネ}腹膜炎ノ場合ニ於テ行ハルルモノナリ。其他包囊性化膿及ビ腐敗病竈ニシテ喇叭管ニ直接穿孔ヲ起シテ交通シ而シテ其ノ腐敗セル内容物ヲ喇叭管内ニ導キシ場合ニ於テハ、コトニ炎症浸潤ヲ起スハ明カナリトス。然レモ斯ル動機ナクシテ單ニ喇叭管ガ病竈部ニ接近シテ癒着ヲ起セシ場合或ハ病的腸管ヲ通ジテ糞菌。Kollakterienノ進入セルトキハ其ノ化膿竈及ビ腸管ヨリモ傳染ヲ起シ且、卵巢囊腫ノ莖蒂捻轉ヲ起シ著シク腸管ト癒着ヲ起セシ場合ニ於テモ喇叭管ノ傳染ヲ起スコトハ疑ナキガ如シ。又炎症喇叭管ノ膿性分泌物中ニ肺炎菌。Pneumoniekokkenノ現出スルコトアリ、コトハ如何ニシテ、コトニ移行セシヤヲ解説スルコト甚ダ困難ナリ。吾人ハ只之ヲ血液傳染ニヨルモノト想像スベク或ハ其細菌ガ偶然生殖器ニ近接シ上行性ニ其侵入ヲ來

タセシモノト考フルナリ。

又壞死ニ陥リシ組織ノ喇叭管内ニ存在セル場合ニ於テ腐敗菌ヲ發見スルコトアリ。又稀有ナルモ放線狀ヲ有スル所謂放線菌。Aktinomyces。ヲ認ムルコトアリ。如斯喇叭管ハ種々ノ細菌ノ侵入ノ爲メ、炎症ヲ起スモノナリ。斯ク細菌ノ種類多ク喇叭管ヘノ通路多ク且、組織ノ此等細菌ヲ受容シ易キコトヲ知ラバ喇叭管炎症ノ多キコト自ラ明瞭ナリトス。細菌ノ性質上竝ニ傳染徑路及ビ傳染ノ條件上淋球菌。及ビ結核菌ハ屢、喇叭管炎症ノ原因トナルモノナリ。

吾人ノ屢、子宮疾患ニ應用スル化學的腐蝕藥モ亦喇叭管炎症ヲ起ス所ノ原因中ニ加ヘザルベカラザルヲ聞カバ一見奇異ノ感ナクンバアラズ。何トナレバ吾人ノ應用スル化學的腐蝕藥ハ斯ク隱匿セル臟器ニ達スルコト能ハザルノ觀アレバナリ。然レモ是レ余ガ實驗ノ證スル所ナリ。現今盛ニ「クロール」^{亜鉛}、^{一半}「クロール」^{鐵液}、硝酸銀、沃士加里、石炭酸水等ノ加答兒性及ビ出血性實質内膜炎其他子宮筋腫及ビ爾他子宮疾患ノ場合ニ於テ好シテ應用セラル、ヲ見ルトキハ此等腐蝕藥ヲ原因中ニ加フベシトノ

見解モ其論據ヲ失フニ似タリ、然リ而シテ是等ノ藥品ハ子宮體腔ニ注入或ハ應用セラレシ際ニ喇叭管内ニ輸送セラレ、ヤ否ヤハ從來永ク疑義ニ屬セシト雖、余ノ實驗ハ全ク其解決ヲ確定セシメタリ、即チ健全ナル子宮及ビ喇叭管ヲ有スルモノ、子宮腔内ニ染色液ヲ注入シ其結果ヲ監視セシニ、獨リ喇叭管粘膜炎ガ染色セルノミナラズ、喇叭管及ビ腹腔モ亦着色セシコトヲ目撃セリ、又吾人ガ子宮内注射及ビ腐蝕ヲ試ミタル後チ恰モ子宮痛ノ如キ甚ダシキ疼痛ヲ伴ヒ來ルコトアリ、此場合ニ於テハ其用キシ藥液ガ喇叭管ヲ傳ハリテ腹腔内ニ入り爲メニ劇痛ヲ起シタルモノニシテ斯ル治療ノ結果急劇ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアルヲ見テモ使用セル藥液ガ深部ニ迄其ノ効力ヲ及ボスコトヲ知ルベシ。

子宮疾患ニ用キシ藥液ノ爲メニ起ル喇叭管炎症ノ傳染性炎症ニ比シ少キコトハ次記ノ理由ニヨリテ自ラ氷釋スベシ、一ハ人工的ニ起レル厭フベキ副産物ニ過ギズ、反之細菌性疾患ハ是レ自然ニ來ルモノニシテ之ヲ豫防スルコト殆ド不可能ニ屬シ、僅ニ患者自身ノ注意ニヨリ之ヲ避クルヲ得ベキノミナレバナリ。

又温熱の原因例之ハ寒胃熱性及ビ冷腔洗滌或ハ器械的働作即チ「マッサージ」、過劇交接墜落打衝或ハ子宮ノ變位等ノ爲メニ健康ナル喇叭管ヲシテ炎症浸潤ニ陥ラシム、即チ以上ノ動機ニヨリテ既ニ存在セシ化膿竈ノ破開及ビ膿漏溢等ヲ腹腔ニ及ボシ、爲メニ炎症喇叭管ヲシテ重症ニ陥ラシムルコトハ爭フベカラザル事實ナリトス、斯ノ如キ場合ニ於テ喇叭管ノ原發疾患不明ナルトキハ以上ノ諸因ヲ以テ急性炎症ノ原因ト假定スルヲ得ベシ。

病理解剖 喇叭管ノ病理解剖的所見ニ於テハ、之ヲ起スベキ病菌ノ性質ニヨリ或ハ侵蝕ノ状態種々異ナルヲ以テ從テ其ノ局處的解剖所見ニ於テモ其變化一樣ナラズ、而シテ先ツ第一ニ區別スベキハ喇叭管内膜炎、*Endosalpingitis*、及ビ間質性喇叭管炎、*Salpingitis interstitialis*トス。

喇叭管内膜炎ハ喇叭管腔内ニ分裂菌ノ竄入スルコトニヨリ惹起セラレルモノニシテ、主ナルモノハ「ゴノコッケン」ノ侵蝕ニ因ス、該菌ハ變化ヲ粘膜炎ノ表面ニ及ボシ、氈毛上皮内ニ侵入スルカ或ハ間質組織ノ間隙中ニ竄入ス、氈毛上皮ハ其氈毛ヲ失ヒ自滅スルニ至ル、急性炎症ノ場合ニ於テハ粘