

ては五十年代に約五〇%其前後には遙かに少なく、四十年代に二〇・八%、六十年代に一七・三%なり。我國に於ては藏光學士の東京醫科大學婦人科教室に於ける統計亦之れに一致す。(總計四〇八人)

| 種類     | 年齢 | 二〇—三〇 | 三〇—四〇 | 四〇—五〇 | 五〇以上  |
|--------|----|-------|-------|-------|-------|
| 頸部及體部痛 |    | 八・九七% | 三三・七% | 三八・四% | 一九・二% |
| 頸部痛    |    | 八・二〇% | 三五・三% | 三八・八% | 一六・七% |
| 體部痛    |    | 三・三〇% | 一三・三% | 三三・三% | 五〇・〇% |

鈴木(信義)學士の京都醫科大學婦人科教室に於ける成績(總計九四七人)は少しく異なり、體部痛も亦四十年代に多し。

| 種類     | 年齢 | 二一—三〇   | 三一—四〇    | 四一—五〇      | 五一—六〇     | 六一—七〇    | 七一—八〇    |
|--------|----|---------|----------|------------|-----------|----------|----------|
| 頸部及體部痛 |    | 五(五・九%) | 三〇(三・七%) | 三二(三・三%)   | 一八(一九・七%) | 二六(二・〇%) | 一〇(一・一%) |
| 頸部痛    |    | 五(六・一%) | 三〇(三・三%) | 三三(九・三・一%) | 一七(一九・三%) | 三三(三・六%) | 一〇(一・一%) |
| 體部痛    |    | 〇       | 五(七・九%)  | 三(四・三%)    | 六(三・四%)   | 四(四・五%)  | 〇        |

子宮癌(體部及頸部痛)患者の平均年齢。藏光四一・四年、鈴木四二・七年。以上の諸統計を通過するに子宮癌は一般に高年の疾患なること疑なきも、之れを胃癌及食道癌の主と

して五十年代に來る事實と比較する時は、子宮癌は比較的若年にも多數なり。と云ふことを得べし。即三十年代のものにも二〇乃至三〇%又はそれ以上を見るものなり。二十年代にも少數あり。然れども二十歳以下に純粹の子宮癌を見ることは極めて稀にして、弱年者に見るものは多く癌肉腫(Carcinosarcom)なり。エンゲルホルン Engelnorn (Hegar's Beitrag, Bd. 13) は二十三歳の未妊婦に生じたる體部癌を報告し、併せて弱年者の癌腫を論せり。而して以上の年齢を以て直ちに發病年齢と看做すこと能はずして、著明なる症候を發して醫治を請ふに至れる時と解するを至當とす。

二、既往分娩との關係 子宮癌患者の大多數は經産婦にして三回以上の多産婦比較的多し、こは諸家の統計の齊しく一致するところなり。

此關係は殊に體部痛よりも頸部痛に於て稍著明なり。

頸部癌患者の平均分娩數。 Casserow (一五四〇例)四・五回 Hofmeier (八一二例)五・〇二回 Karkenberg 五・八回 Hammer

四・九七回 Glocker 五・九回 藏光(四〇五例)四・三回 鈴木四・三七回

(但鈴木氏の數は流早産を除きたるものなれども、其他のものにては此關係不明なり)

未産婦數は一般に頸部痛に少數にして體部の癌に多數なり。例へば鈴木氏の蒐集せる多數の統計を見るに頸部痛にては最低〇最高一〇・八二%にして、四乃至八%を算するもの最多數なるに、體部痛にては最低三・二%、最高五六・二%にして二〇乃至三〇%なる報告最多し。

尙最後の分娩より癌腫徴候を現はし醫治を乞ふに至りたる迄の期間に就きての鈴木學士の統計によるに、一年以内に發生するもの著しく多數にして、次で多きは一年乃至二年なり。以下多少の例外あれど

も八年迄は大差なく八年以後は漸次減少す。最永きは三十八年六ヶ月なり。

三、遺傳的關係

癌に遺傳的關係ありとは一般の信するところなれども其頻度は發生臟器の異なるに従ひて一様ならざるなり。例へば胃癌と子宮癌との遺傳頻度は必ずしも相等しからざるなり。

山極博士(日本病理學會誌第五卷大正五年)は「癌素因の所在は全身に非らずして、臟器に在り」との主義のもとに同臟器間遺傳のみを眞の遺傳となし、尙同系臟器間・準同系臟器間・近接臟器間等の遺傳を區別せり。而して所謂異所的遺傳は除外すべきものとなせり。故に子宮癌に就きて例をとれば其遺傳的關係は親も子も子宮癌(同臟器間)なるを眞正とし、尙母は卵巢癌、娘は子宮癌(同系臟器間)、母は乳癌、娘は子宮癌(準同系臟器間)及母は直腸癌、子は子宮癌(近接臟器間)等の關係を觀察すべし、反之

一患者の子宮癌に對し母の胃癌又は皮膚癌の如きは遺傳的關係として除外すべきものとせり。

文獻によれば子宮癌の遺傳頻度はジフレー約六%、シュレーデル八・二%、グッセロー一〇%、スノー一五・七%、カレン一九%、ウィリアムス一九・七%なり。山極博士の統計は二百二十九例の子宮癌中、同臟器同一例(〇・四四%)、同系臟器間(卵巢癌)一例、準同系臟器間(乳癌)二例のみなり。然るに胃癌の同臟器遺傳は九・二%にして歐洲の平均八・三%と大差なし。

要するに子宮癌に遺傳的關係あるは事實なるも、絶対的のものならずして其頻度極めて少數なり。換言すれば大多數(約九〇%)に於ては遺傳的關係を證明すること能はず。

〔附記〕山極博士は癌の遺傳的素因を左の如く説明せり。

「癌に對する遺傳的素因とは上皮性臟器組織に於ける上皮細胞の諸癌發生的刺激に對する分子的反應の強弱に外ならず。其強きものは否らざるものよりは、多く癌に罹り易き傾向(「tendency」)を有す。」

四、原因論

癌腫の原因即上皮の遠型的増殖を促すべき原因は學界の重大問題なると共に今尙多數學者の苦心研究をなしつゝあるところにして茲に其詳細を述べ得ざるや勿論なり。唯其梗概を敘するに止

べし。

往時一部の學者間に唱導せられたる寄生説(Parasite Theoric)は今日に於ては其根據極めて薄弱なるものとなれり。即同説者が癌組織内に認めたる種々なる寄生體(例へば原蟲類の如き)は分裂期にある核・小核の退化變性物、種々なる變性産物の細胞内封入等を誤認せる結果なること其後の病理組織的研究によりて闡明せられたるなり。現今最有力なるは遠くウエルヒョウによりて唱導せられたる刺激説(Reiztheoric)なり。即局所に作用する慢性の化學的又は器械的刺激によりて上皮細胞の遠型的増殖を惹起す見做す説にして、多くの臨牀的實例と動物實驗的證明とにより益々其根柢を固くしつゝあるものなり。例へば喫煙家(煙管の壓及ニコチン)の口唇癌・膈癌・膽囊癌との合併(石の器械的刺激及恐らく膽汁の化學的刺激)・「アニリン」職工の膀胱及手足の癌・上下三狹隘部に於ける食道癌・慢性胃潰瘍・胃癌・包莖・陰莖癌等と觀察し來れば、癌腫の發生に對する化學的又は器械的刺激の如何に重大なるかを推知し得べし。

尙癌の刺激説に對し極めて有力なる實驗的證明はフィッセル E. Fischer によりて初めて成功せられたる「遠型的上皮増殖の實驗的發生」(Die experimentelle Erzeugung atypischer Epithelwucherung)なり。即家兎耳の皮下に「シャルラ・ハロート」を含有する「オレーフ」油を反復注射することにより組織的に「カンクroid」に一致せる上皮の遠型的増殖を惹起せしめ得たるなり。其他多くの人のにより「シャルラ・ハロート」以外の物質に就きて陽性の成績を擧げられたり。然れども人工的増殖組織の移植試験に成功せるものなく且一定時日後には増殖せる上皮も變性吸收の運命に陥れり云ふ。

最近我國に於ては東京大學病理學教室より慢性刺激によりて人工的癌發生に成功せる多數の業績發表せられり。始め山極及市川兩博士は「タール」の持續的塗擦によりて兎耳翼に表皮癌を發生せしめ、次で山極、大野兩氏は「シャルラ・ハ」赤「オレーフ」油を雌鷄輸卵管壁内に注射することにより輸卵管腺細胞癌の發生に成功し、尙山極、市川

子宮癌腫

兩氏は「ラノリン」及「タール」を雌性家兎の乳腺部に注射し腺扁平上皮癌及硬性癌を發生せしめ得たり。又筒井（秀次郎）博士は山極氏法により「タール」を二十日鼠脊部皮膚に塗布し表皮癌を發生せしめたり云ふ。

子宮癌殊に頸部癌の經産婦（殊に多産婦）に多數なるの理も亦刺戟説を物語る好資料なり。

ブルーメンフェルド（Blumenfeld）は難産と癌腫との關係を認め、子宮癌患者の約三分の一は難産をなしたるものにして約四分の一は深き頸管裂傷を有するものなり云へり。又婦人身體中殊に子宮に癌發生の多きも、同臓器が生理的に各種の器械的及化學的刺戟に遭遇すること多きに基因するものなり。而して分娩によりて發生する裂傷と癌發生との關係を如何に説明するかは尙不明に屬するなり。

唯刺戟に反證を與ふる一事實は殊に諸種の刺戟に曝露せる脱出子宮に癌腫發生の極めて稀有なることなり。之れをコプランタの云へるが如く脱出粘膜炎の角化肥厚による自然的防禦装置による説明すべきものなるや否や不明なり。

#### 第四項 頸部癌腫

##### 一 頸部癌の分類

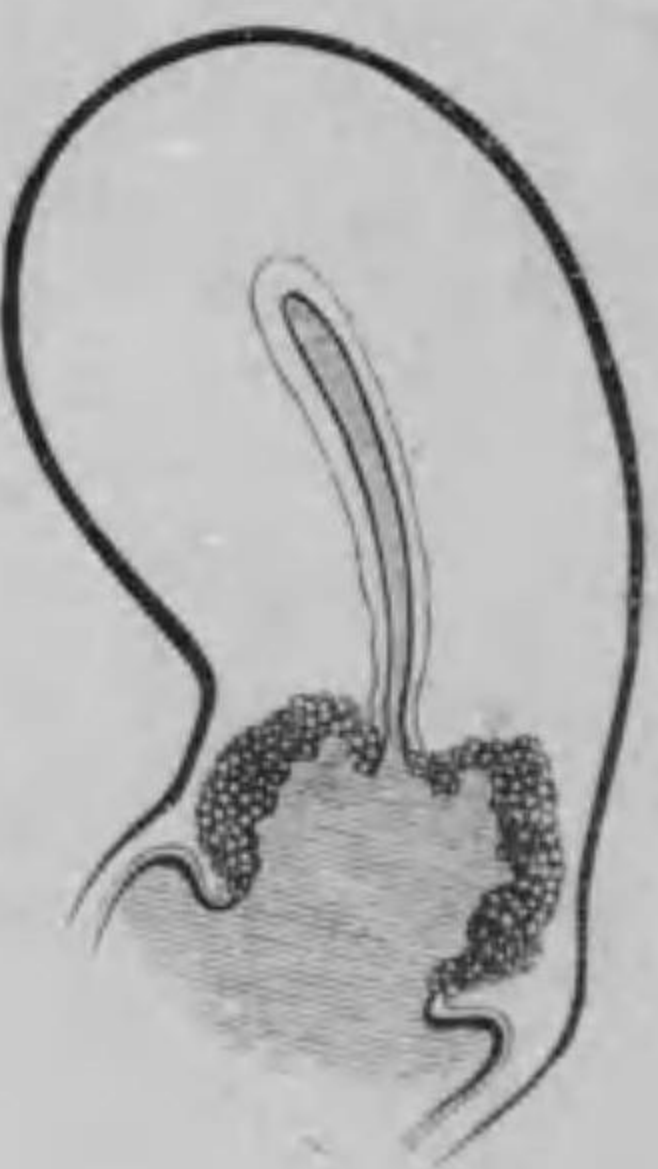
最普通に見る子宮癌は粘膜炎に於ける上皮組織より發生するものなり。而して子宮頸部に屬する粘膜炎は頸管及子宮腔部の二部に區別せらる。従つて之れより發生する癌腫を頸管癌（*Cervix-Karzinom*）著者は寧ろ *Zervikanal-Karzinom* と呼ぶを至當と信ず（及子宮腔部癌（*Portio-Karzinom*）に二分することを得べし。然れども此區別は常に容易なるものにあらず。元來頸管粘膜炎は圓柱上皮を有し子宮腔部は多層扁平上皮を以て被はること雖、頸管にも化生によりて扁平上皮を生じ、子宮腔部にも圓柱上皮を有する

假性糜爛あり。従つて上皮の性質によりて發生母地を究むること極めて困難なり。又肉眼的にも一程度以上に進行せるものに於ては相互の移行によりて局所關係を不明にするものなり。

圖九十八第 (癌狀花翻)癌部腔子宮



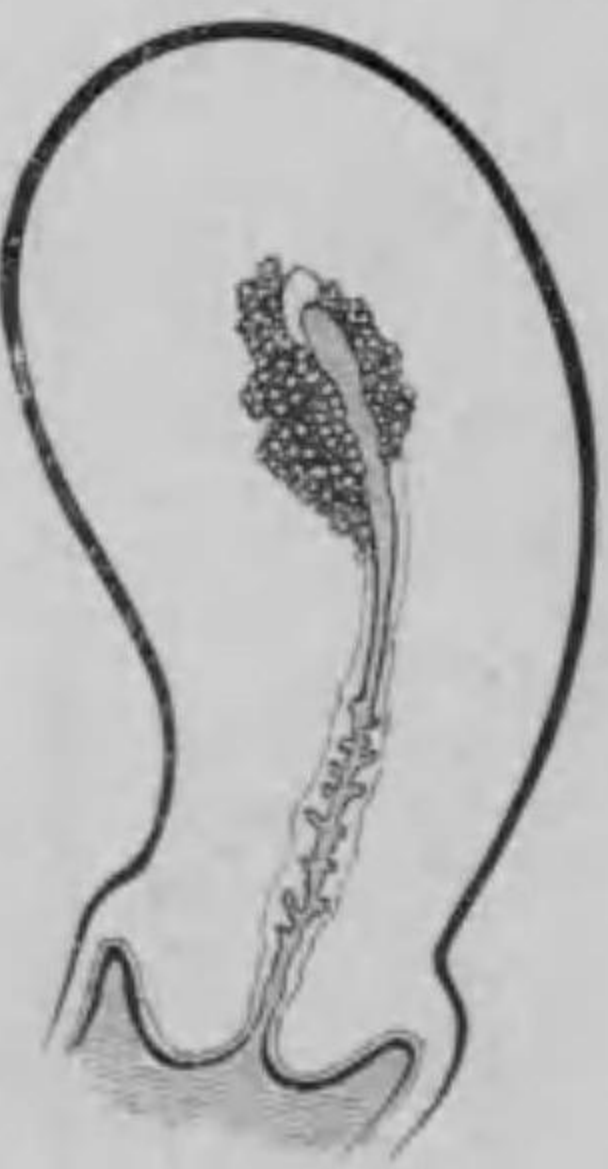
圖一十九第 癌管頸るせ壊破に狀口火噴



圖十九第 癌管頸子宮



圖二十九第 癌部體子宮



要之するに頸管癌と子宮腔部癌との區別は、局所解剖的關係を破壊せざる程度にある比較的初期なる癌腫に就きての肉眼的分類にして、外子宮を其目標となす。即ち子宮腔部癌とは外子宮口より穹窿部粘膜炎附著部に至る全子宮腔部粘膜炎より發生する癌腫を云ひ、頸管癌とは内外子宮口間に介在する粘膜炎より

發生する癌腫を云ふ。

(假性糜爛は元來頸管粘膜に屬す。雖、之れより發生する癌は尙子宮腔部癌に屬せしむるなり。但粘膜と關係なく頸部筋層内に發生する癌、例へばガルトキル氏管より發生するもの、所屬は不明なり)。

レオポルド其他一派の臨牀家は鑑別困難を主なる理由とし、單に頸部癌と總稱すべを唱道せりと雖、子宮腔部癌と頸管癌とは徵候及蔓延状態を異にし、従つて豫後も亦一樣ならざるが故に可及的兩者の區別を明かにするは臨牀上甚だ緊要なり。

二 頸部癌の肉眼的所見

圖 三 十 九 第  
(痛 狀 花 翻) 癌 部 腔 子 宮  
(ゲ ン ル)



(甲) 子宮腔部癌  
子宮腔部に發生する癌の形態は種々なりと雖、主として上皮増殖の方向によりて左の三型を區別することを得。  
一、上皮の増殖子宮腔部の外面に向ひ、同時に結締織の増殖を伴ふ者(所謂翻花狀癌)。

圖 四 十 九 第  
(花 翻) 菜 椰 花



二、上皮の増殖子宮腔部の深層に向ふ者(浸潤癌)。  
三、上皮の増殖子宮腔部の表層に於て行はるる者(扁平潰瘍を形成する癌)。

一 翻花狀癌 (Blumenkohl-Karzinom) 上皮深部に向つて増殖する傾向少なく、常に結締織を伴ひて子宮腔部の表面外に

制限なく増殖を續行するが爲め、凹凸不正の息肉狀・乳嘴狀の腫瘤を發生し、健康なる子宮腔部と廣き基底を以て連結するか又は多少明かなる莖を形成するなり。腫瘤の大きさは一定せずと雖、終には手拳大にも達し腔腔を充滿するに至るものなり。如斯き大きに達せる者の外觀は翻花に酷似するが故に翻花狀癌と呼ぶを普通とす。翻花増殖 (Blumenkohl-gewächse) とも云ふ。

翻花とは花椰菜の變名なるも、その出所不明なり。花椰菜 (Brassica oleracea, Blumenkohl, Cauliflower) は花葉牡丹・花甘藍とも稱せられ、十字花科に屬する甘藍の一變種にして第九十四圖に示すが如く、小兒頭大又は大人頭大に達する球狀の花蕾を

子宮癌腫

生じ數枚の葉にて圍繞せらる。腔部癌に似るは花蕾にして、無数の花軸の先端に發生せる白色又は淡黄色なる小花の集團なり。西洋料理に用ひられ頗る美味なり。

如斯き腫瘤の表面は早晚榮養障礙又は器械的損傷により破壊せられて潰瘍となり、壞死又は傳染化膿を併發するに至るものなり。

翻花狀増殖は前後孰れかの一唇のみに發生すること最普通にして其好發部位は後唇なり。一側の口唇連合部を越えて他に移行すること稀有ならず。然れども全子宮腔部が平等に侵さるゝことは甚だ稀なり。

而して口唇中にも其初發部位は外口の直接部なるを常とし、穹窿部に近く初發すること殆どなし。

二、浸潤癌 (Infiltrierendes Karzinom) 上皮の増殖は第一型と正反對に子宮腔部筋層の深部に向ひ、

浸潤性腫瘤を形成す。初期に於ては腔部表面に變化なく唯口唇は著しき腫大を來たし表面は平滑なるか

又は少しく凹凸なり。剖面に於ける肉眼的境界は比較的著明にして、髓様の外觀を呈し灰白色なり。浸

潤型の癌組織は比較的早期に於て其表層(時として中心部)より破壊せらるゝものとす。破壊は常に平等

に行はれざるが故に其初期に於ては處々に息肉狀に懸垂せる部を残すも、終には全部破壊して茲に所

謂噴火口形潰瘍 (Kratertformige Geschwür) 又は噴火口 (Kater) を形成するに至るなり。

浸潤癌の發生も翻花型と同様多くは一唇又は一側の連合部にして全子宮腔部の侵さるゝこと稀有なり

三、扁平なる潰瘍を形成する者 子宮腔部の前唇又は後唇、時として兩唇に淺き扁平なる潰瘍を形成

し、恰も皮膚癌たる蠶蝕性潰瘍 (Ulcus rodans) と同様深部に増殖する傾向少なく、唯徐々として表層に擴

大するのみなり。

以上の三型中最普通なるは翻花型にして浸潤型之れに次ぎ扁平潰瘍型は極めて稀有なり。

(乙) 頸管癌

頸管癌は或は管腔に向ひ息肉狀増殖をなし或は扁平なる潰瘍を形成し又は主として深層に向ひて浸潤性に増殖し癌腫結節を形成す。

頸管癌の破壊は早期に始まり容易に潰瘍を形成し、進んでは頸管の全部大なる噴火口と變化し且化膿を併發すること多し。又子宮腔に膿を滯溜せしめ子宮膿腫 (Pyometra) を見ること稀ならず。

中心性壁癌腫

向子宮腔部癌又は頸管癌の孰れに所屬するや確實ならざる一異型に中心性壁癌腫 (Zentrale Wandkarzinom) 中心性癌結節 (Zentrale Karzinomknoten) なるものあり。頸部側壁(時として前壁又は後壁)の筋層内に卵圓形の結節を形成するものなり。多くの人はウォルフ氏管の遺残より發すと解釋せり。

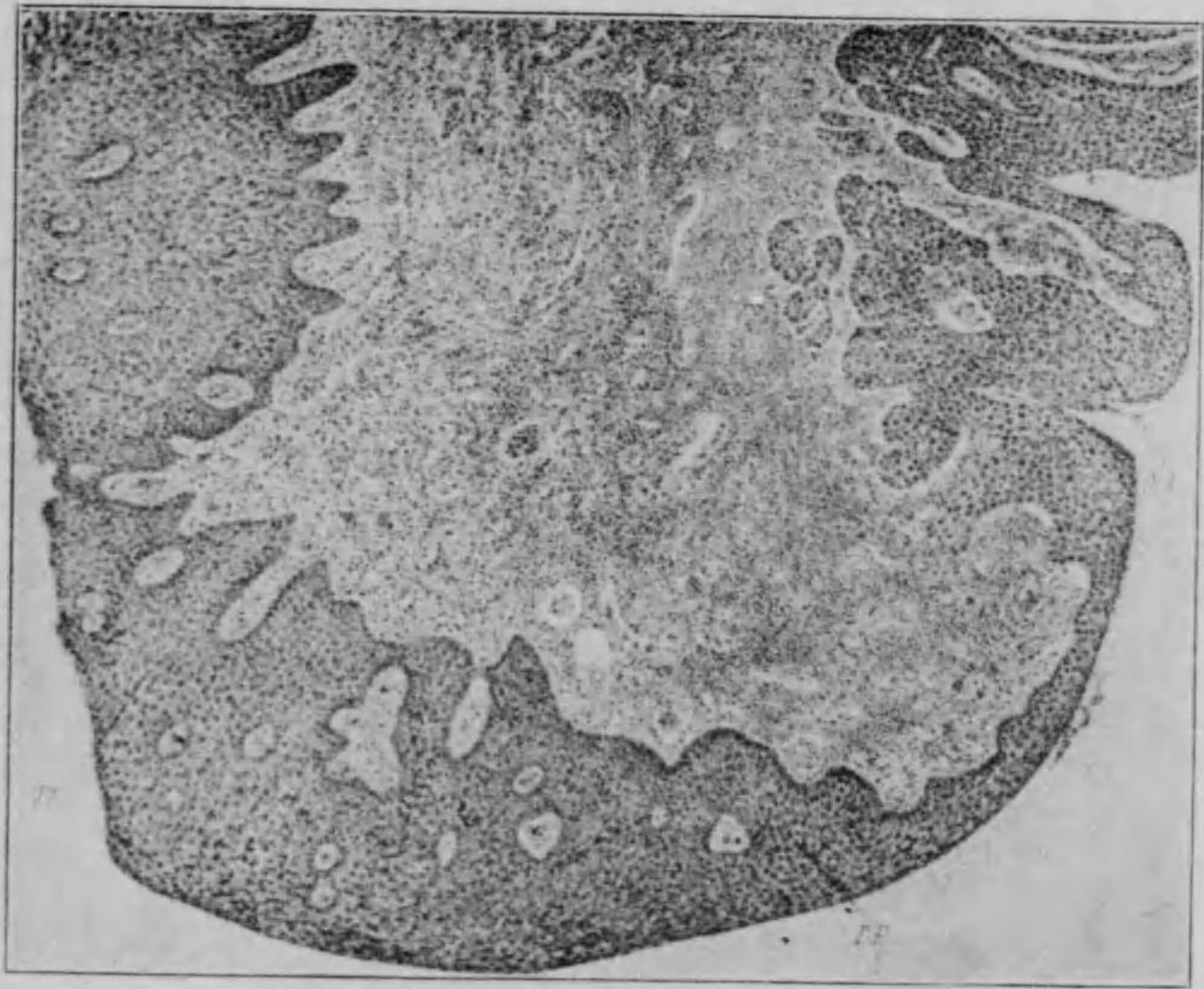
三 頸部癌の組織的所見

頸部癌に原發性充實癌多く體部癌に原發性腺樣癌多きは周知の事實なり。尾畑(政一)氏 (Mishima, F. 1914) が百十四例の頸部癌(全別出標本)に就きて調査せる成績左の如し。

- 原發性充實癌 百十例(八七・七%)
- 原發性腺樣癌 十四例(一〇・三%)
- 純腺樣癌 七例(六・二%)
- 一部分的續發性充實癌 七例(六・一%)

子宮癌腫

第九十五圖 癌性變化を開始する子宮腔部



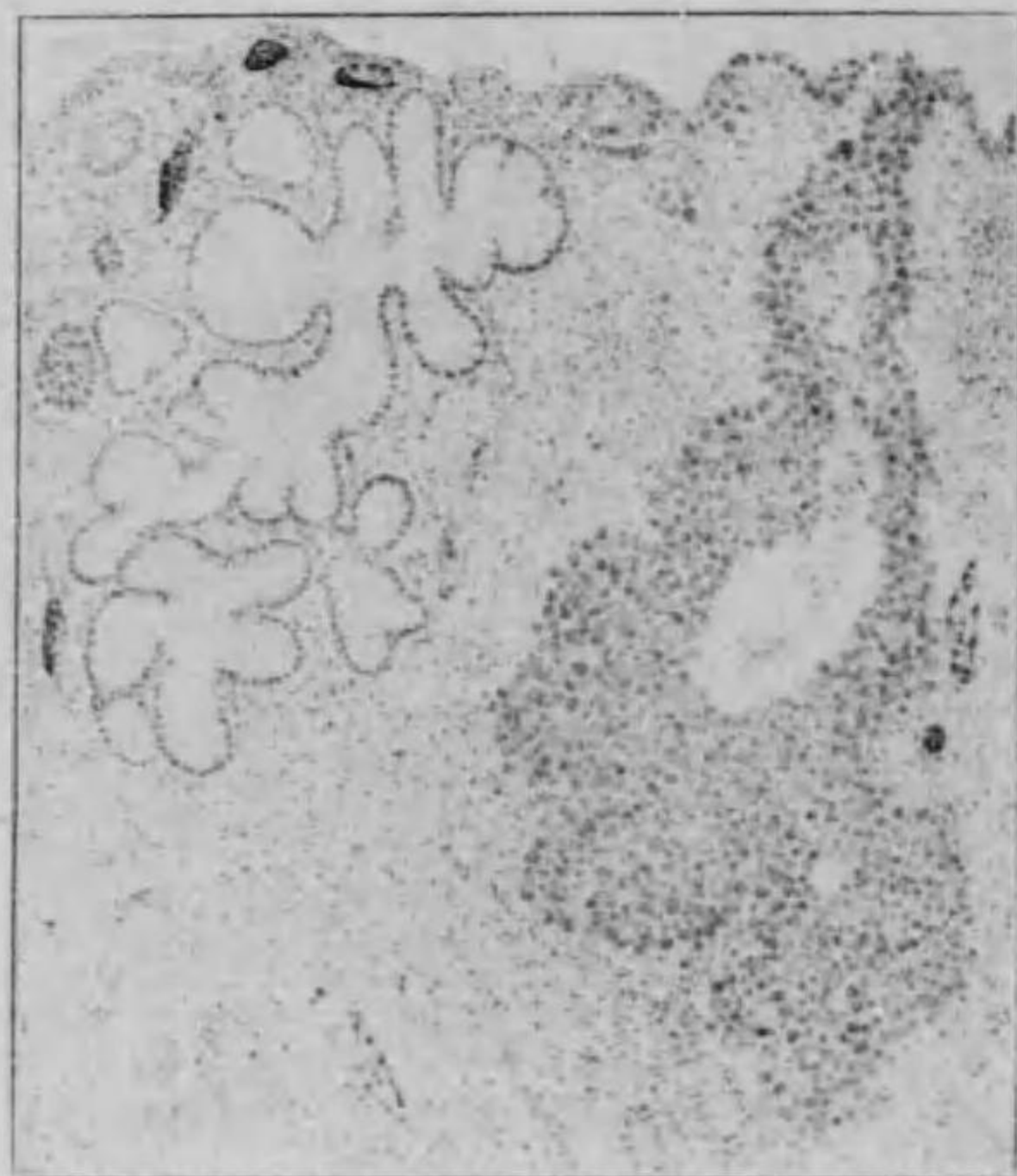
向つて左半部の上皮は正常にして三層の區別明瞭、乳嘴の形亦規則正し。右半部は癌性變化開始せる部に於て上皮は三層の區別なく、乳嘴甚だ不規則なり。

又全別出・搔爬・切除等によりて得たる二百四十四例中に於て百三十四例の原發性充實癌を見、其中頸部癌一二〇例(八九・六%)、體部癌一一例(八・二%)、なりきと云ふ。

上皮の違型的増殖の初期を見ることは極めて稀有なり。今左に二ツの定型的所見を以て例示すべし。

第九十五圖は子宮腔部に於ける初期扁平上皮癌の邊緣部に於て、健康部と癌性部との上皮に著明なる差異あり。健康部の多層上皮は規則正しく分布し明かに上中下の三層に分

第九十六圖 初期の癌性腺腫(ルグンラフ)



左方に眞性の腺腫あり右方に變性せる癌性腺あり

この混在せる状態なり。腺腫の癌性變化は表面上皮又は腺上皮(又はナボット氏卵上皮)より發起し、單層上皮は多層となり、終には周圍に向ひて分岐増殖す。而して圓柱細胞は變化して方形又は扁平細胞様となる。腺腫腺上皮より發生する場合は、多く腺の頸部より増殖を始め、腺を形成し、漸次下方腔腔に向ひて延長發育するものなりと云ふ。初めは腺腔を保存するも終には充實性となる。

總ての腺腫は平等に癌性變化をなさざるが故に、殊に初期にありては定型的の癌性腺腫を有する腺腫と混在するものなり。

癌巢の角化は比較的少數にして尾畑氏は百三十四例の原發性充實癌(體部癌をも含む)中二十三例(七・二%)に見たるのみなりと云ふ。

面形細胞浸潤の意義

間質の變化 間質の變化中最著明なるは小圓形細胞浸潤なり。即癌巢間殊に癌性増殖の周圍に於て甚しき浸潤を認め、淋巴球・「エオジン」嗜好細胞及「プラズマ」細胞等を含有す。如斯き浸潤の意義に關しては異説あり。一派の學者は腫瘍細胞の襲來に對する防禦作用をなす云ひ、又他の一派の學者は癌腫の進行を誘導する作用を有す云へり。然れども今日多くの人は如斯き特殊意義を認めずして一つの反應現象と看做すもの多し。

翻花狀癌に於ては上皮と共に結締織の増殖を隨伴するや勿論なり。又間質に變性殊に硝子樣變性を見ること稀ならず。悪性腺腫は頸管癌に於て時として見ることあるも腔部癌には極めて稀有なり。腺性癌も亦頸部には比較的多數なるも、腔部には少數なり。

#### 四 頸部癌の發育及蔓延

悪性腫瘍たる子宮癌は決して發生せる部位のみに限局するものにあらずして、早晚子宮自己及其他臟器(又は組織)に向ひて發育蔓延するものなり。而して頸部癌の蔓延は體部癌よりも遙かに迅速なり。

第九十七圖 (ルクンラフ) ドイロクンカ部頸子宮



る見を殊痛るな明著に數多の集胞

頸部癌の蔓延に次の二種を區別することを得。

#### (一) 連続性蔓延 (Kontinuierliche Ausbreitung)

連続性蔓延とは其語の表示せるが如く、原發電の邊緣より連續を保ちつゝ周圍の組織内に次第に蔓延するを云ひ、轉移とは原發電と何等の連續的關係を證明し得ざる部に續發電を發生するを云ふ。而して此際蔓延道となるは殆ど常に淋巴道なり。然れども靜脈内に癌細胞集團を有すること稀有ならざるを以て見れば血管道によりても亦蔓延し得るものなるべし。藤浪(鑑)博士は「癌腫細胞が血行によりて轉移することは淋巴道に於けるが如く頻數ならずと雖、然かも稀有なりと稱するに足らず」と云へり。

初期に於ける蔓延の種類及方法は子宮腔部癌と頸管癌とに於て比較的著明なる差異あり。其一般的特性左の如し。

子宮腔部癌は主として下方腔粘膜に連續性蔓延をなし、頸管癌は上方子宮體・周圍骨盤結締織に連續性蔓延をなすと共に淋巴系統に轉移をなす性あり。

尙少しく蔓延の狀況を詳述すべし。

(甲) 子宮腔部癌 子宮腔部を被包せる腔粘膜より發生する腔部癌は恰も腔癌に於けると同様腔粘膜に連續性蔓延をなす傾向大なり。即先づ穹窿部粘膜に蔓延し進みては本來の腔壁に波及す。而して翻花狀癌に於ては多く粘膜其者を侵すに雖、浸潤癌にありては時として粘膜下を傳ひて蔓延することあり。此場合は健全なる粘膜下に硬き板狀の抵抗を觸るゝか又は腔を包圍する環狀の浸潤の生ずるなり。時として表皮下に浸潤することあり云ふ(Henkel)。是等は間もなく破壊するなり。

稀に腔粘膜に結節状の轉移竈を形成することあり。其好發部位は後壁及尿道隆起なり。初期に於ては粘膜に變化なきも終には破壊して潰瘍を形成するに至る。

腔及頸部周囲骨盤結締織への連続性蔓延は癌腫が穹窿部粘膜又は粘膜下組織を侵したる後に於て行はるゝものなり。而して骨盤結締織中にも最屢、侵さるゝは側後方部なり。

子宮腔部癌の子宮内に於ける蔓延力は比較的微弱なり。下方腔粘膜に向ひて蔓延する傾向大なるに反し、上方外子宮口に越えて表面的に頸管粘膜を侵すこと甚だ稀有なり。頸管及腔部粘膜(扁平上皮なる場合)の兩者同時に癌性變化をなせる場合は蔓延と見るよりも寧ろ併發と解すべきなり。然れども頸部筋層が漸次連續性に侵さるゝは勿論なり。此際と雖内子宮口以上に蔓延することなしと云ふ。

頸部組織に非連續性の轉移竈を形成すること甚だ稀有なり。尙一層稀有なるは子宮腔部癌の體部粘膜の轉移なり。體部及腔部粘膜の兩者に癌變性を證明する場合ありと雖、此際の體部癌を以て確實に腔部癌の轉移なりと證明し得るものなしと云ふ。(Winter)

前唇癌にして穹窿部に蔓延するか又は腔上部に進行して頸部膀胱障壁を侵すに至りたる場合は膀胱に影響を及ぼすものなり。其詳細は頸部癌に就きて述べべし。

(乙)頸部癌 一般に頸部癌の蔓延力は腔部癌よりも遙かに強大なり。早期に骨盤結締織に蔓延し次で限制性淋巴腺に轉移を形成す。頸部筋層内に髓癌結節を形成するものに於て殊に然り。時として骨盤結締織に何等の變化なきに既に淋巴腺轉移を見ることあり。

骨盤結締織中にも最早期に最屢、侵さるゝは側後方なる薦骨子宮韧带に相當する部なり。癌性に浸潤せる結締織は索條となり終には結節状に肥厚す。初期に於ては單に頸部に直接せる部分な

るも、終には骨盤の骨膜又は骨質に至るまで浸潤す。最後には骨盤腔の大部を充たし、凹凸不平の硬き腫瘤を形成するに至るなり。

淋巴腺轉移は所謂限制性轉位(Regionäre Metastase)にして、子宮腔部癌及頸管癌に於ては是等の部より出づる淋巴管を傳はりて一定の部位にある淋巴腺に順序に従つて轉移するものなり。

婦人生殖器の淋巴装置

限制性轉移

婦人生殖器に分布せる淋巴管及淋巴腺は之れを左の三系統に區別することを得べし。  
一 外陰部及腔の下部より發する多數の淋巴管はすべて鼠蹊部に集まり其表在性及深在性淋巴腺に注ぐ。  
二 腔の上部及頸部より出づる淋巴管は兩側骨盤結締織中を走る五乃至六本の主幹となり、骨盤の後壁及後壁を走行せる血管の大主幹に沿ふて薦骨岬に向ひて集まる。其途中順次左の如き淋巴腺あり。

婦人生殖器の淋巴系統

- (i) 子宮周圍腺(Gland. parametras) 輸尿管と子宮動脈との交叉部にあり。
  - (ii) 下腹腺(Gland. hypogastricae) 下腹動脈の周圍に位す。
  - (iii) 上及下腸骨腺(Gland. iliac sup. et inf.) 外腸骨動脈の外側に位するものにして上腸骨腺は凡そ輸尿管との交叉部の近くにあり。
  - (iv) 下腰腺(Gl. lumbal. inf.) 下腹大動脈の下端分岐部上方の周圍にあるものなり。
- 向腔及頸部の後壁より發する少數の副行管は薦骨子宮韧带に沿ひて走り薦骨窩面にある中及側薦骨腺(Gland. sacrales med. et later.)に注ぐ。

三 子宮體部より出づる淋巴管は子宮角に於て數本の主幹となり廣韧带の上縁に沿ひて走り、喇叭管及卵巣よりの淋巴管を收容して漏斗骨盤韧带を上り、腎靜脈分岐部の下方にて下腹大動脈の周圍にある上腰腺(Gland. iliac sup.)に注ぐ。而して上下兩腰腺間には連絡あり。

子宮癌腫



限剝性轉移は一定の順序を追ふて進行するを普通とす。例へば頸部癌に於ては先づ子宮周圍腺に轉移し、次で下腹腺・腸骨腺、最後に腰腺を侵す。されど時として途中に變化なく遠隔の腺に轉移することあり。頸管癌の子宮内に於ける蔓延は、腔部癌と正反對なり。即頸管癌は上方體部粘膜に蔓延する傾向を有するも下方子宮腔部粘膜に蔓延すること極めて稀有なり。故に頸部筋層の噴火口形破壊を見るに至るも尚子宮腔部表面は全く健全なること少なからず。

要するに頸管癌に於ける腔部粘膜の破壊は癌腫の粘膜蔓延に因るにあらずして、頸部筋層深部よりの破壊に續發するものなり。

體部粘膜への蔓延は主として粘膜面に沿ふて行はるゝ、連續性蔓延にして、非連續性の轉移に就きては學者間に異議あり。然れども子宮腔部癌と異なり頸管癌の體部粘膜轉移に就きては確實に證明せられたるものあり。

膀胱の變化

膀胱への蔓延は腔部癌に於けるよりも容易に且早期に行はる。

子宮腔部及頸管癌の蔓延の際に起る膀胱の變化(膀胱鏡所見)に就きては多くの報告あるも左に最も了解し易きツワンゲンマイステル W. Zangenmeister (Archiv f. Gyn.) の所見を摘録すべし。

氏は膀胱鏡所見を左の三類に區別せり。

第一類 膀胱底又は一側壁の偏位、充血及旺盛なる血管新生、出血。

第二類 粘膜の皺襞形成、囊胞狀浮腫 (Pallioses Oelen)、輸尿管開口部の甚しき隆起。

第三類 乳嘴・結節・扁平隆起形成及其破壊(潰瘍形成)並びに瘻管形成。

囊胞狀浮腫とはコロリセル Kolischer (Centralbl. f. Gyn.) の命名せるものに於ては粘膜に無數の圓形囊胞を

輸尿管の變化

發生したる状態を云ふ。囊胞は透明にして稍、赤色を帯ぶ。皺襞形成は囊胞狀浮腫よりも早期に發するものにして膀胱底粘膜に半圓形にして互に平行せる多數の横行隆起を生じ其間は深く陷凹す。

以上の中第一類の變化は癌腫の蔓延尙膀胱壁に達せざるを示すものなれども第二類の變化は甚しく接近し癌腫と膀胱壁の結合密なるの徴なり。第三類の變化は膀胱壁の癌腫性に變化せるを證明するなり。

輸尿管は癌腫襲撃に對して比較的強大なる抵抗を有すとは今日まで多數臨床家の認むる事實なり。從つて骨盤結締織の堅き浸潤中に埋没せられたる場合と雖、尙輸尿管壁に癌腫細胞の侵入を見ざるは屢、吾人の證明し得る所見なり。其原因に就きては確實なる説明なしと雖、淋巴管分布の特性によるか又は生理的蠕動運動により自然に蔓延を防禦するによるものならむか。然れども輸尿管の癌腫に對する抵抗力は絶對的のものにあらず。例へばデーグーライン及ウエルトハイム等は輸尿管壁に定型的浸潤を證明せる各一例を報告せり。假令癌性浸潤を免るゝことも次第に周圍の組織浸潤によりて狭窄せられ尿の疏通を妨げ、狭窄部以上の甚しき擴大及腎水腫を起すに至る。尙傳染により腎膿腫を發すること稀ならず。

腹膜面への蔓延は頸管癌に於て屢、見らるゝものなり。卵巣への轉移も報告せられたりと雖、體部癌に比すれば極めて稀有なるものなり。

甚しく進行せる者に於ては時として血管道により遠隔臓器に轉移することあり。Haudt及DybowitzはVaginalの三氏が高度の子宮癌(頸部癌及體部癌を包含す)にて斃れたる二百五十五例の剖檢によりて證明し得たる結果は左の如し。

肝(二十四例)、肺(十八例)、腎(九例)、胃(四例)、腸(四例)、甲狀腺(五例)

其他腦・副腎・皮膚・膽囊・心臟・乳房・筋肉及骨等に轉移竈を見たるものありと云ふ。

五 頸部癌の症候

一般に子宮癌は初期に於ては何等の症候を現はさざるものなり。初發微候の遲速は病竈の部位及癌の組織的性状によりて一様ならず。或種にては稍進行せる者に於ても尙特別の微候を見ざることも少なからず。著明なる症候を發し患者の自覺を障礙するに至るは、病勢比較的高度に進行せる場合なること甚だ多し。之れ子宮癌の悪性にして豫後の不良なるを立證する一侧面とも見るべきものなり。ブナムが「癌にして初期に苦惱を發せしむること齟齬に於けるが如きものなり」とせば、尙多數の婦人を救済し得べきものなるに、この嘆聲を洩らしたるは吾人婦人科醫の齊しく同感とすることあり。

頸部癌によりて發現し得る微候は甚しく夥多なり。其主要なるものを左の如く分類することを得べし。

- 一 純局所症候。出血及帶下。
- 二 周圍臟器への連續的蔓延によりて起る症候。疼痛・膀胱及直腸障礙。
- 三 一般症候。食思缺乏・體溫上昇・所謂惡液質。

是等の分類は亦病勢の進行の程度をも表示するものにして、疾患の初期にありては單に局所症候を發するのみにして、一般症候を現はすは既に其末期に於てなり。

一 純局所症候

頸部癌が其原發竈たる子宮に限局せる以上は臨牀的徵候は全く局所的にして出血及帶下の外何等の障礙をも發せざるものなり。而して其強弱は部位及種類によりて一様ならず。

初發微候の出血なるか帶下なるかに就きては異議ありと雖少くとも患者の注意を喚起するは出血なること甚だ多く、且癌に特有なる帶下は出血より稍遅れて發するものなり。故に吾人は出血を以て初發微

候と看做すことを得べし。

出血 多數報告者の統計を通覽するに初めて醫の門を叩きたる子宮癌患者の約八〇乃至九〇%は出血を主訴とするものなり。

頸部癌の出血は所謂不正出血にして、體部癌に於けるが如く月經過多症なる場合尙り稀有なり。而して出血の起因を内因及外因の二種に區別することを得べし。

内因的出血は癌細胞の血管破壊によりて起る出血にして主として靜脈性出血なり。

癌腫の血管に對する態度 フロイド F. Feind の研究によれば癌腫によりて破壊せらるゝは主として毛細管及靜脈にして動脈の侵襲すること極めて稀有なりと云ふ。菊池武熊氏(東京醫學雜誌第二十卷第一號大正三年)の精細なる研究も亦殆ど同様にして次の如く結論せり。動脈管は靜脈管に比して破壊せらるゝこと比較的稀にして、小動脈管に於ては特に其差著明なりとす。尙毛細管と認むべきものに於ては肉腫中に包含せらるゝものは往々其壁に彈力纖維を存するに反し癌腫中に包含せらるゝものには殆ど之れを認めず。動脈管に於ける侵襲状態に著明の差異あるは主として彈力纖維の多寡に基因すと雖、其他尙營養血管の分布及結構纖維及平滑筋纖維の状態の差異に因ること多く、加ふるに血管腔内壓即血壓の差異も亦關係するもの、如し。

癌腫によりては致死的大出血を來たすこと極めて稀有なり。甚だ進行せるものにては一度出血の後には自然に止血するものとす。又出血の強弱は癌の組織的構造によりて差異あり。彼の硬性癌にては出血一般に輕弱にして時として全く之れを缺如することあり。

尙出血と組織的構造との關係に就き菊池氏の研究成績左の如し。

- 一、腫瘍細胞の細胞核「クロマチン」含有量の多寡及細胞形體の大小に關係す。例へば「クロマチン」富有にして細胞小なるものは、「クロマチン」に乏しく形大なるものよりも侵襲力強大なり。
- 二、壞死に陥り易き腫瘍細胞は否らざるものに比すれば破壊力強大なり。

外因的出血  
接觸出血

三、胞葉形成の有無及大小に關す。胞葉を形成せるものは然らざるものよりも侵蝕力微弱なり。又胞葉を形成せるものに就きては其大なるものは小なるものより侵蝕力微弱なるを常とす。  
外因的出血は即外傷性出血にして直接又は間接に行はる、接觸による腫瘍の破壊を主因とす。例へば内診・性交此際接觸の外充血を考へざる可らず及便通殊に硬固なる糞塊による等によりて誘發せらるゝが如し。而して如斯き接觸出血(Kon-takblutung)は子宮腔部癌殊に翻花狀癌に於て最著明にして最早期に發現するものなること説明の要なし。

上皮細胞に富む癌腫が之れに乏しき癌より破壊され易きも亦自明の理なり。  
以上諸種の出血中實地上甚必要なるは接觸出血にして既往症による診斷上最有力なるものなり。然れども子宮腔部糜爛によりても亦發來するものなるが故に子宮癌に特異なるものとは云ひ難し。

帶下 疾患の初期に分泌する帶下は癌組織による頸管腺の刺激に因るものなるが故に、單に増量するのみにて性質上何等特別な點なし。然れども細胞増殖により血管壁を侵し其浸蝕性を大ならしむるに至り、帶下は血漿を混するが故に甚しく漿液性となる。且出血間歇時に於ては少しく赤褐色を帯び肉汁様となる。末期に至り癌組織に腐敗性分解を起し壞疽を發するに至れば、帶下の色は汚穢なる灰白褐色となり、甚しき惡臭を放つに至る。

此惡臭は癌腫に比較的特異なるものなるが故に、一度經驗せる醫師なれば患者と相對し此惡臭を嗅ぎたるのみにて既に子宮癌の疑ひをおき得るものなり。

二 周圍組織への連續性蔓延によりて起る徵候

疼痛は癌腫が骨盤結締織に蔓延し其中を走行せる神経を侵したる後始めて發するものにして、癌性變化的に子宮に限局せる間は疼痛を發すること極めて稀有なり。是れ骨盤結締織内には多數の知覺神経を有するも、子宮其者は疼痛の極めて鈍なるものなればなり。子宮體の疼痛に關しては拙著婦人科手術學を参照すべし而して疼痛の強弱は結締織内浸潤の程度に關すること勿論なり。然れども比較的高度の浸潤を有すと雖、些の疼痛をも訴えざるもの少なからず。一般に尙手術可能性後に説明を保有する癌腫にては疼痛を發するもの甚だ少なく、甚しき神経痛を訴ふる者には既に手術不可能の状態に進行せるもの多し。

膀胱・腎臓・腎臓炎等を來たし又は腎水腫の徵候を呈す。尿瘻を續發するに至れば不隨意排尿を起す。

直腸・腸胃は多くは輕微にして、甚しく進行せる者に於て狭窄症狀を見るのみなり。

尙腹膜に蔓延せるものありては腹膜炎性の疼痛を發し、骨盤靜脈の壓迫により血塞・下肢の浮腫・靜脈瘤等を見ることあり。

三 一般症候

初期の子宮癌患者にありては一般状態に何等の異常なく、却つて頑強なる體格と良好なる營養を有するもの多きは多數統計者の認むる事實なり。

一般状態に障礙を發するは疾患の末期なること最普通なり。即食思缺乏は惡臭ある帶下によりて誘發せらるゝこと多く、既に手術不可能性癌腫なりとも姑息的療法にて惡臭帶下を止むる時は食欲の恢復を見るものなり。

熱發も亦多くは進行例に於て見るものにして、主として潰瘍面より淋巴系統に進入せる連鎖狀球菌によりて起るものなり。

悪液質(Kachexie)は高度の癌腫に於てのみ見る状態なり、先づ全身の脂肪消失し次では筋肉萎縮し、皮膚乾燥して一種不快なる灰白黄色を呈す。患者自ら身體の甚しき衰弱を感ず。其原因に關しては諸説一致するところなし。  
放置せられたる子宮癌患者の運命

病症の進行と共に初め不定且輕微なりし徵候は愈々著明且強大となる。僅かの誘因によりて發する出血は益々體力を消耗せしめ、甚しき悪臭ある帶下は患者の食欲を奪ふのみならず、使用せる衣類・器具にも臭氣を傳へ、其始末に苦しましめ且看護人の最不快とするところなり。下腹部及下肢に放散する疼痛は次第に強度となり、坐骨神經痛様の劇痛は患者苦痛の最大原因となる。尿瘻・糞瘻等を發するに及びては尿及大便は晝夜の別なく不隨意に漏出するに至る。

要するに婦人科的疾患中子宮癌患者の最後ほど悲惨なるものなし。而かも精神状態は終焉に至るまで明確なること多きが故に其苦惱を感受すること甚大なるものなり。愈々死の轉歸をさるに至れば嗜眠状態となること少なからず。

子宮癌患者の死因は一樣ならざるも、慢性の尿毒症なること甚だ多し。是れ骨盤結締織浸潤による輸尿管の漸進的狭窄又は閉塞に因るなり。然れども次第に加はる衰弱又は敗血症其他の合併症によりて斃るることあり。  
疾患の持續期間

頸部癌の發生より死の轉歸をさるに至るまでの期間は癌の種類・發生部位・患者の年齢・一般營養状態・合併症及治療的處置の有無等によりて一定せず。且其初發を見ること甚だ稀なるが故に確實なる持續を

知ること能はざるも、先づ一乃至二年と看做すを普通とす。然れども多くの例外あるや勿論なり。

一般に細胞に富む髓様癌は細胞に乏しき硬性癌より早く、頸管癌は腔部癌より早く、比較的弱年婦人にては老人よりも早く、合併症を發し全然放置せられたるものは、合併症なく適宜の姑息的療法を試みられたるものより早く經過すること勿論なり。

### 六 頸部癌の診斷及類症鑑別

頸部癌の診斷を論ずるに先だち實地上極めて肝要なる注意を切言せざる可らず。

「子宮癌腫の確實なる診斷は唯内診所見によりて得らるゝのみなり。既往症は唯其疑微たる外特別の價值なし。故に患者の主訴によりて癌の存在を推定するは實地上不都合なく寧ろ望まじきところなり」と雖、一回の内診をも行はずして其存在を否定するは吾人の極力排斥せんとする謬見なり。

子宮癌の如き悪性腫瘍に對し最必要なるは早期診斷(Frühdiagnose)なり。而して既往症(患者の主訴)によりて殆ど確實に癌腫の存在を推斷し得るは既に病機の甚しく進行せる例に於てなり。

既述の如く早期に於ける癌の徵候は極めて輕微にして何等特異なる點なし。子宮癌は常に經閉期以後の高年婦人に來たり、且直ちに悪液質を惹起するものと信ずるは甚しき謬見なり。

要するに僅微の疑徵(例之接觸出血)を認めたる場合と雖、直に内診をなして癌腫の存在を判定すべし。癌腫診斷上最必要なるは子宮鏡・消息子及「キョーレット」検査法にして、觸診は特殊なる場合の外價值少なし。而して又一面に於て吾人の肉眼は癌腫(殊に初期癌)に對する絶對的診斷能力を有せざるが故に最後の斷定は必ずや顯微鏡の力を藉らざる可らず。換言すれば早期診斷に於ては内診と共に缺く可

らざるものは組織學的診斷法なり。

其他の血清學的又は生物的診斷法は子宮癌に就きては實際上の價値を有せず。

一般に子宮頸部癌の内診的特徴は左の如し。

(一) 子宮腔部又は頸部の表面に腫瘤又は潰瘍を形成せるものに於ては

(a) 組織の脆弱 (spröde, morsch) なり。

(b) 接觸により容易に出血すること。

(二) 頸部筋層内に浸潤し表面に露出せざる者にありては、腫瘤の硬度異様に硬き事(先づ軟骨樣硬度とし云ふべき)。

以上の特徴殊に第一は癌なる診定を與ふるに最有力なる根據となるものなるが故に、癌腫診斷に際しては常に此點に留意すべし。

(甲) 子宮腔部癌

一 翻花狀癌

既に鶏卵大以上に達せるものありては初心者と雖、誤診に陥ること稀なり。既述の如き特異の形態を有し表面乳嘴狀にて潰瘍を有し、且増殖組織脆くして大なる抵抗を感ずることなく消息子を穿入し得又は鉤、ピンセットを以て組織の一片を容易に撮取することを得、同時に比較的強き出血を伴ふ場合は癌腫と斷定するも誤ることなし。

尙小なるものか又は遠型的の形態を有する場合には、子宮腔部に發生する「ポリープ」又は乳嘴狀増殖と鑑別せざる可らず。

粘膜「ポリープ」及「ポリープ」狀筋腫は表面平滑にして頸管又は子宮腔と細き莖を以て連續し、時として潰瘍を有し接觸により出血することあるも癌腫に於けるが如く甚しからず。鑑別上最必要なるは組織

脆弱ならざることなり。然れども腫瘤大にして莖の關係不明加ふるに壞疽性に破壊せられたる筋腫に於ては往々誤診することあるが故に、顯微鏡に判斷を仰がざる可らず。

時として増殖旺盛なる尖性「コンヂローム」と誤まることあり。然れども「コンヂローム」の表面は厚き上皮を以て被はれ潰瘍を形成することなく質亦脆からず且色多くは淡赤色なり。一般に「コンヂローム」は多發性のものなるが故に腔及外陰部等に同種の腫瘤を認むる時は鑑別一層容易なり。

二 扁平癌性潰瘍 子宮腔部癌中診斷の最困難なるは初期の癌性潰瘍なり。之れと腔部に發生する諸種の潰瘍(結核・軟性下疳・梅毒等)との鑑別は毎常容易ならずして、經驗ある者と雖、顯微鏡検査を餘儀なくせらるゝこと甚だ多し。今左に癌性潰瘍の必要なる所見を列擧すべし。

(a) 部位及形 前唇又は後唇或は兩唇に發生し、形不正にして糜爛に見るが如く子宮口を圍みて環狀に生ずることなし。

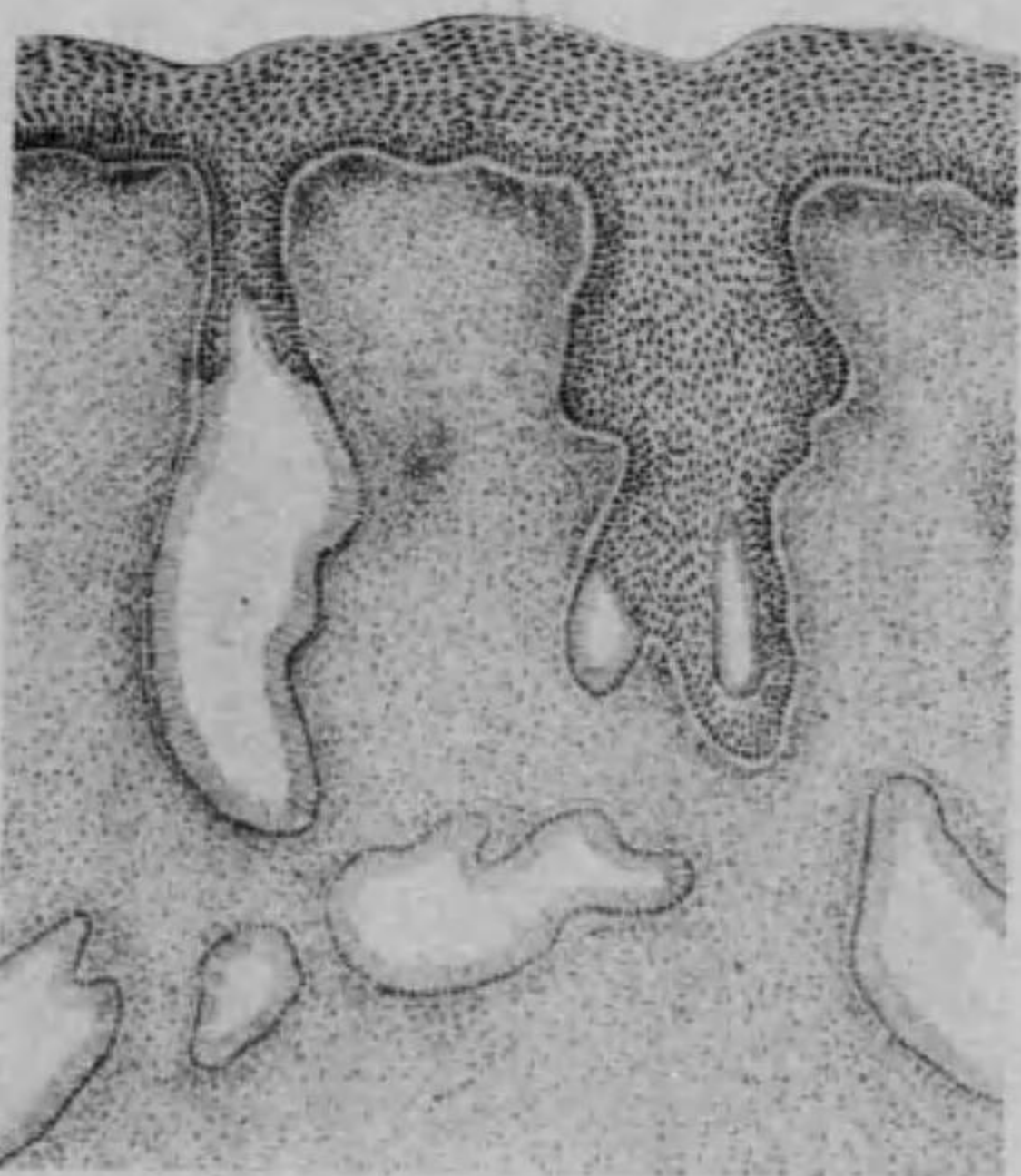
(b) 周囲との境界 直線狀ならずして常に不正鋸齒狀なり。又邊緣は結核性潰瘍に見るが如く著明に穿掘することなし。

(c) 潰瘍面の外觀 粗大顆粒狀にして光輝なく帶黃赤色なり。接觸によりて容易に出血す。

(d) 「キューレット」を以て中等度に潰瘍面を搔爬する時は、潰瘍面の組織は約麻實大の小片として多數に採取することを得べし。

扁平癌性潰瘍との鑑別最困難なるは結核性潰瘍なり。結核性なる特異點は邊緣の明かに穿掘せること及潰瘍周圍に黄色の粟粒大結節を認むることなりと雖、是等の性質も毎常證明し得るものならず。又一

面に於て上記癌性潰瘍の諸性質を具備すること少なからざるが故に、單に潰瘍のみに就きて肉眼的に兩者を鑑別すること不可能なる場合多く必ずや顕微鏡の力を藉らざる可らず。唯上記(d)及(e)の特徴殊に組織の脆弱性は癌腫に於けるが如く大ならざるは經驗ある臨牀家の鑑別上唯一の根據とするところなり。其他年齢若く三十歳未満して、しかも呼吸器又は腸管に結核を證明し得たる場合は一層結核性の疑ひを眞ならしむるものなり。



第九十八圖  
第二期(期二第)状態癒治の爛糜

假性糜爛との鑑別は變化の著しきものにありては左程困難ならず。吾人が最普通に見る糜爛は所謂假性にして眞の潰瘍ならざるが故に其表面は周囲の表面よりも少しく高く、且光澤を有す。又多く子宮口を圍みて環狀に發生するか或は一層に限局するも其形正しく半月狀をなし、色多くは深紅なり。境界線は癌腫に於けるが如く明瞭ならずして、しかも凡そ直線狀なり。組織脆弱ならずしてナポット氏卵を伴ふ多し。接觸により出血する性あるも癌腫に於けるが如く甚しからず。

假性糜爛との鑑別

糜爛と糜爛性癌との鑑別

如斯き注意を以てすれば兩者を誤診すること極めて稀有なり。唯一ツ極めて困難なるは糜爛と糜爛性癌との鑑別なり。此鑑別は組織的検査によらざる可らず。而して假性糜爛即フランクルの糜爛の第一期治癒と糜爛性癌との組織的鑑別は容易なるも、第二及第三治癒期にある糜爛と糜爛性癌との鑑別は顯微鏡的にも甚だ困難なることあり。左に其鑑別に關する要項を敘述すべし。

糜爛性癌の第二期又は第三期の糜爛治癒現象との鑑別。糜爛性癌發生の初期に於ける組織的所見は第二期又は第三期の糜爛治癒所見と甚だ酷似す。其主なる類似點を對照すれば左の如し。

治癒期の糜爛

(a) 細胞増殖の形態 既述(第二九七頁參照)の如く假性糜爛の治癒に向ふや、主として周縁の健康部より多層扁平上皮の増殖を始め、常に糜爛表面に擴大するのみならず、第二期治癒にては腺頸部の上皮下に蔓延し終には頸部上皮は多層上皮に變化せるが如く見え、第三期治癒にては表層に近き腺の上皮は其全長に互りて多層扁平上皮と交換せらる。初期には多層上皮の内面に腺上皮を見ることを得るも、次第に扁平となり内被細胞様に變化し終に消失す。

子宮癌腫

初期の糜爛性癌

腺上皮の癌性變化は多くの場合腺頸部に始まり次第に下方腺腔に向ひて増殖延長し終に腺の全長に及ぶ。而して初期にては腺の外形保存せらるゝが故に癌性變化の極初期は糜爛の第二期治癒所見に類似し、腺の全長に及びたるものは第三期治癒所見と同様なり。而して上皮の癌性變化は頸部にては自動的なるも腺體の上皮は受動的に壓排せらるゝものなるが故に、或時期にては多層上皮の内面に尙單層の腺上皮を認め得るこゝあり。

(b) 多層上皮の細胞形 治癒の初期に増殖せる多層上皮は正常粘膜に於けるが如き三層の配列をなす。各層の細胞すべて寧ろ基底細胞様の形態を有す。即小なる方形又は圓柱形の細胞にして色素に濃染す(マイエル)。

要之するに糜爛性病と糜爛治癒との鑑別は癌の初期なるものほど困難、寧ろ不可能なり。其鑑別上に於て着目せらるゝ點左の如し。

- (a) 細胞の配列 増殖層積せる細胞の配列一般に規則正し。治癒の進みたるものには多層扁平上皮に特異なる三層を區別し得。
- (b) 細胞の性状 すべての細胞殆ど同様の形態(後には多層上皮の定型的配列をこるも)を有し核の染色性亦同様なり。
- (c) 多層上皮増殖の限界 多層上皮交換は第二期治癒にては腺頸部及其接近部のみに限局し深く腺體に及ぶことなし。第三期にては腺の全長に互り多層上皮を生ずるも如斯き變化をなし得るは單に表層に近き腺のみにて深部に於る腺は變化するこ

圓柱上皮の増殖よりなるも、寧ろ扁平上皮に近き形態を有す。

糜爛性病

細胞の集合状態一般に甚しく不規則なり。

細胞及核の形態、大き及染色性を異にする細胞雜然、散在し、且「ミトーゼ」甚しく多數にして、しかも或者は定型的像を有し又他の者は違型的分裂像を有す。癌性變化をなす腺は常に表層に於けるもの、みに限らず、遠く深部に進入せる腺にまで及ぶものなり。

ウインテル (Gyn. Diagnostik. III. Auf. S.

381) は正常上皮の厚さ以上に及ばず云へり。

尙比較的進行せるものにて既に腺の外形を破壊し不規則に子宮腔部間質中に分岐増殖し、種々雜多の形を有する胞巢を形成するに至りたるものにては最早鑑別を要せずして癌の診断を下すことを得。

上述の理由により試験的切除による癌の早期診断に對しては極めて慎重の態度を持せざる可らず。極端に早期診断説其必要なるやの實行に傾くの結果、良性の糜爛を癌の初期と誤診するは了解し易き理なり。(Ulesco-Stroganova (Centralbl. f. G.) 参照)。

故に糜爛性病又は潰瘍性病の早期診断に對しては左の如き注意を必要とす。

- (一) 切片は表面より深層に互る縦断面を選ぶべし。何となれば横断面にては悪性増殖も良性増殖も共に充實性又は腺癌様胞巢を形成し鑑別所見を現はさざるが故なり。
- (二) 第一回の切除にて良性悪性の區別疑はしき場合は、一定期(凡そ三乃至四週)の後第二回の切除をなすべし。

尙此間糜爛の治療法を行ふべし。

三 浸潤癌 腔部表面に破壊せざる浸潤癌と子宮腔部の所謂濾胞性肥大との鑑別は甚だ困難なること多し。此鑑別上の根據となる點は、癌性肥厚は多く部分性に發し且軟骨様硬度を有し、炎症性肥厚は多く腔部全體に平等に起り、硬度鞏韌なるも軟骨様ならず且多數の濾胞を透見するにあり。然れども確實なる斷定を與ふるものは試験的切除による組織的検査法なり。

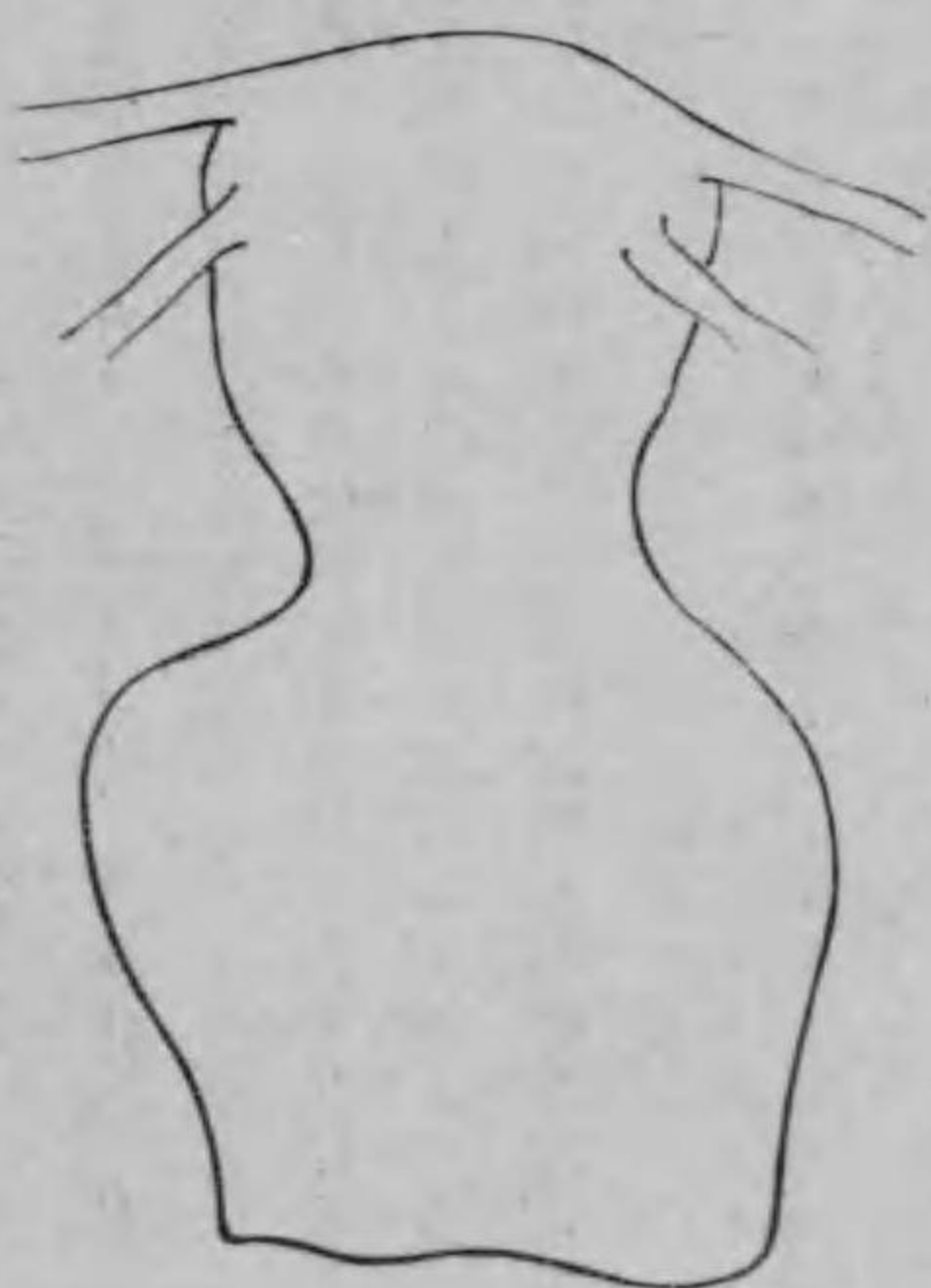
糜爛性病又は潰瘍性病の早期診断に對する注意

癌性潰瘍の進行又は浸潤癌の破壊によりて子宮腔部に大なる噴火口を形成するに至りたるものに於ては診断極めて容易にして、殆ど他に鑑別を要すべき疾患なし。

(乙) 頸管癌

頸管粘膜に癌腫性變化ありて而かも外子宮口哆開し、子宮鏡検査によりて直接視診し得る場合は診断敢て困難ならざるも、外子宮口全く閉鎖するか或は腔部粘膜に何等の變化なき場合は癌腫の存在を發見すること困難なり。

第九十圖 進行せる頸部癌に於ける子宮の特殊なる外形



破壊せざる「ポリープ」様癌腫と良性粘膜「ポリープ」とは組織的検査をなすにあらざれば鑑別すること能はず、反之し既に破壊せるもの又は潰瘍性のものに於ては腔部に於けると同様にして診断することを得べし。

視診し得ざる頸部癌は先づ頸管を擴大するか又は寧ろ試験的搔爬をなすを簡便なりとす。癌性組織は搔爬によりて粒状の小片としか又は寧ろ試験的搔爬をなすを簡便なりとす。癌性組織は搔爬によりて粒状の小片としか出血を伴ふこと亦同様なり。消息子検査は頸管面の不平、潰瘍の存在等を知り得べしと雖、良性悪性を鑑別する能力なし。

粘膜に變化なき浸潤癌の診断は最困難なり。此際は單に雙合診によりて頸部の甚しき肥大第九十圖 參照を鑑別する能力なし。

軟骨様硬度によりて推定し得るのみなり。濾胞性肥大との鑑別は腔部癌に於けると同様なり、頸部筋腫との鑑別は主として硬度によるものなり。然れども是非試験的切除によりて断定すべきものなるや勿論なり。粘膜面に破壊せるもの、診断は容易なり。

以上の如くして癌なる診断を確定し得たる上は進みて其蔓延状態を観察せざる可からず。

七 癌腫蔓延の診断及手術可能性の判定

癌腫が單に子宮に限局せるか又は既に周圍組織に蔓延せるか、蔓延せりとせば其程度如何等を診断するは子宮癌の治療方針を決定する上に於て、將又豫後を判定する上に於て極めて緊要なるものなり。

單に子宮に癌の存在を證明せるを以て癌腫診断を終れりとするは大なる誤謬にして、必ずや其蔓延状態を究めざる可らず。

放射線療法著しく發達しつゝある今日に於ても、尙悪性腫瘍殊に子宮癌の根本的治療は先づ手術的療法に俟たざる可らず。而して悪性腫瘍根治手術の最重大なる責任は再發の豫防にあり。再發の豫防は原發竈のみならず蔓延組織又は臓器を完全に剔出するにあり。而して屍體にあらざる生活體に於ては如斯き剔出の目的を無制限に遂行すること能はず。換言すれば一程度以上に蔓延せるものにありては既に手術不可能の状態に移行するや勿論なり。癌腫蔓延の診断は此手術可能性(Operability)の有無を決定するなり。

手術可能性の語義 之に對する學者の見解は區々たれども、手術可能(operable)とは根治的手術の可能なるを示し、手術不可能(inoperable)とは既に根治的手術の不可能なることを意味するや勿論なり。然らば如何なるものが根治手術可能なりやと云ふに、之れを理論上と實際上の二方面より觀察せざる可らず。即ち理論上よりすれば、癌性變化が全剔出し得べき組織部又は臓器



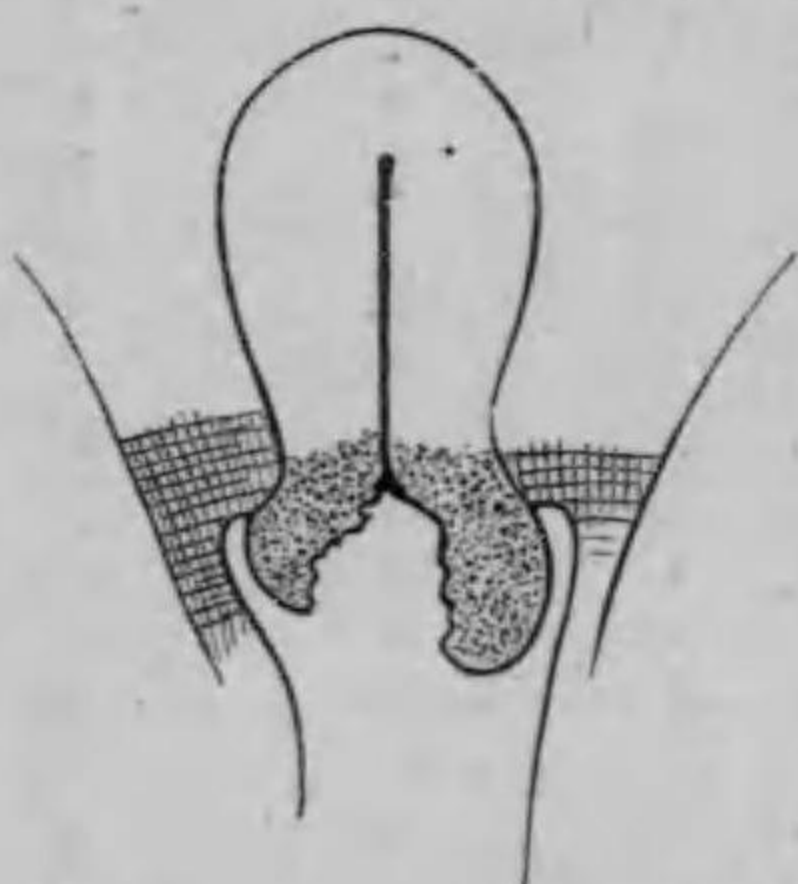
に限局せる場合を云ふなり。換言すれば子宮は勿論、時には輸尿管の下部或は膀胱直腸の一部又は全部或は骨盤結締織の全部(淋巴装置を含む)の別出をも敢てする必要ある状態にまで進行せるものも亦手術可能と解せざる可らず。然れども之れは生體を死體の如く見たる極論にして實際上に於ては上記の解釋に尙、且生命の安全を期し得べき見込ある者なる條件の附加を要す。左に順次蔓延の診断に就きて論及すべし。

一 骨盤結締織に於ける蔓延

骨盤結締織に於ける蔓延状況は雙合診殊に直腸診によりて診断せらる。加ふるに鉤鉗子を以て子宮腔部を下方に牽引する時は一層明瞭となる。

蔓延の有無及強弱は抵抗の有無及浸潤の形態によりて判断す。全く浸潤を缺如せる骨盤結締織は殆ど何等の抵抗をも有せざるものなり。然るに浸潤をうくるに従ひ、最初は單に形態不明なる抵抗として感ずるも終には索條進みては結節又は腫瘤を形成するに至るものなり。又是等浸潤物の大きさも種々にして

第百圖 腫痛の骨盤結締織に於ける蔓延の程度を異なる寫像に鑑別する



網目線の濃淡を以て浸潤の程度を表す。

或は子宮壁に接したる部に於て觸れ或は既に骨盤壁に達し、或は骨盤腔の大部を充たすに至るものあり。

茲に最問題となり得るは子宮癌に於て吾人が臨牀上觸知せる抵抗又は浸潤のすべてが癌性のものなりや否やの疑問なり。此解決は根治手術決行上極めて重要な意義を有するものなり。

本問題は従來多數の學者によりて研究せられたり、就中主要なるものはランドラット Landrat (Archiv f. Gyn., v. n. o. Par. Bd. 69, 1903)

Kow (Archiv f. Gyn.) ケルマウチル及ラメリー Kernauer u. Lauter (Hegar's Belle, Age Bd. 5) 等の研究なり。

組織的検査を行はざりし往時は骨盤結締織の浸潤をすべて痛性と認めたりと雖、根治的手術によりて得たる標本の顕微鏡的検査をなすに至りて多くの矛盾せる事實を發見せられたり。

子宮癌手術に關し最有名なるケルマウチル Werdnig は此問題に關し左の如き結論を下せり。

「骨盤結締織の浸潤を以て直ちに癌性と認め得ざると共に、此の抵抗なき場合必ずしも癌性變化を否定すること能はず」と。

擴汎性全別出によりて得たる標本の組織的検査をなしたる多數研究者の成績は齊しく此ケルマウチルの言を實踐せり。換言すれば一面に於て臨牀上甚しき結節状浸潤を認めたるものにして鏡檢上全く痛浸潤を見ざるものと共に、他面に於て臨牀上何等の抵抗をも證明し得ざるに組織的に著明なる癌の蔓延を見るものあり。例へば左の如き關係なり。(同一例に就き兩側各別に検査せるが故に一例は二例となれり)

ケルマウチル及ラメリーは三十三例中二十四例に於て骨盤結締織癌性浸潤(兩側十六例、一側八例)を認め其中

臨牀的診断と鏡檢所見と一致せるもの 兩側十二回 一側六回

臨牀的に陽性にして鏡檢的に陰性なりしもの 兩側 六例 一側三例

臨牀的に陰性にして鏡檢的に陽性なりしもの 一側 六例

ランドラットは八十例に就き四十四例に於て骨盤結締織の癌性浸潤(兩側十九例、一側二十五例)を認め、就中

臨牀上陽性にして鏡檢上陰性なりし者 十一例

臨牀上陰性にして鏡檢上陽性なりし者 十八例

臨牀上陰性なる一側に鏡檢上陽性にして、臨牀上陽性なる他側に鏡檢上陰性なりし者 五例

パンコウは六十七例の頸部癌中四十六例に於て骨盤結締織の癌性浸潤(兩側二十四例、一側二十二例)を認め、左の如き結果を得たりと云ふ。

(臨牀的診断)

(組織學的所見)

(例 數)

|         |       |       |       |    |
|---------|-------|-------|-------|----|
| 一、兩側(一) | ..... | 兩側(+) | ..... | 三  |
| .....   | ..... | 一側(+) | ..... | 七  |
| .....   | ..... | 兩側(-) | ..... | 九  |
| .....   | ..... | 全く一致  | ..... | 三  |
| .....   | ..... | 兩側(-) | ..... | 四  |
| .....   | ..... | 兩側(+) | ..... | 三  |
| .....   | ..... | 左右反對  | ..... | 一  |
| .....   | ..... | 一致    | ..... | 一  |
| .....   | ..... | 兩側(-) | ..... | 二  |
| .....   | ..... | 兩側(+) | ..... | 三  |
| .....   | ..... | 左右反對  | ..... | 一  |
| .....   | ..... | 一致    | ..... | 一  |
| .....   | ..... | 一側(-) | ..... | 一五 |
| .....   | ..... | 一側(+) | ..... | 九  |
| .....   | ..... | 兩側(-) | ..... | 六  |

故に臨牀的所見と鏡檢的所見と全く一致せるは百三十四例(六十七例の二倍)の骨盤結締織に就き此二十八回(二〇・九%)に過ぎず。

著者の助手藤澤澤記(岡山醫學會雜誌第三百七號大正四年)の研究も亦殆ど同様の結果を得たり。

要之、臨牀的所見と組織的所見とは寧ろ一致せざるに甚だ多し。故に觸診所見のみを以て骨盤

結締織に於ける癌腫蔓延の状態を確實に診斷し、之れによりて豫後を決定することは甚だ困難なるものなり。

非癌腫性浸潤の本態に關しては異説あり。

多くの者は單に炎症性變化なりと云ふも、ウエルトハイムは浮腫説を唱へ、クンドラートは血管の變化を證明せり。臨牀上生體に於て太き索條を證明せるものにては別出標本にては極めて非薄に觸る、ことあるの理は浮腫を以て説明し得べし。然れども別出標本に於ても尙甚だ硬韌なる索條又は結節を有するものあるは浮腫を以て説明すること能はず、如斯き場合クンドラートは骨盤結締織中を走る血管に特殊の變化(内膜の肥厚、時として内腔を全く閉塞するに至る)及血栓形成等を證明し、如斯く肥厚せる血管の集束によりて硬固なる索條を形成するものなるべしと云へり。

既に述べたるが如く癌腫性浸潤と非癌腫性浸潤とを臨牀上區別することは殆ど不可能なり。以前は彈力性を有し伸展し得べき移動性の索條様浸潤は炎症性にして、硬くして伸展性を有せざる不動性の浸潤は癌性なりと信せられしも、鏡檢上反對の事實をも證明せられたり。

以上述べ來りたる事實は吾人に左の如き結論を與ふるなり。

- (一) パンコウの云へるが如く臨牀上證明し得る骨盤結締織の甚しき浸潤は、必要なる手術的操作用の困難又は不可能を指示するものなりと雖、必ずしも疾患の重症、從つて豫後の不良なるを教ふるものにあらず。
- (二) 骨盤結締織に於ける浸潤はすべて之れを癌性のものと認めて治療の方針を決定するを安全なりとす。
- (三) 臨牀上結締織浸潤全く陰性なるものと雖、骨盤結締織を廣汎に別出するは再發の豫防上甚だ重要なり。

骨盤結締織浸潤に對する臨牀的方針

## 二 膀胱及輸尿管に於ける蔓延

是等臓器に於ける癌腫蔓延の状況は膀胱鏡によるを最確實なりとす。觸診及消息子検査は膀胱鏡發見以前に行はれたる不確實なる法なり。而してツァンゲンマイステルは膀胱鏡所見を以て手術可能性を判定し得となし、自己の分類<sup>第四〇</sup>を標準として第一類は尙手術可能性のもの、第二類は多く手術可能なるも膀胱剝離困難にして輸尿管損傷を起し易く、第三類は常に手術不可能のものなりと云へり。

如斯く膀胱鏡検査によりて手術の難易を推定し得と雖、其所見陰性なるもの必ずしも手術可能の者のみにあらず。何となれば疾患進行の強弱と膀胱鏡所見とは必ずしも相平行せざるが故なり。即ち子宮腔部全く破壊し兩側骨盤結締織に甚しき浸潤を有し、強き膀胱障得を有するものにして膀胱鏡所見は比較的軽度なる場合あり。又他の所見は尙手術可能なるを表示せるに膀胱粘膜に既に癌腫を見るが如き場合あり。又ウインテル Winter によれば、膀胱鏡所見は癌腫が頸部の前壁又は側壁より膀胱に接近せざるに於て發起し、頸部後壁の破壊如何に甚しく、後部骨盤結締織の浸潤如何に大なるも、全く膀胱鏡所見を缺如する場合ありと云ふ。

## 三 腔に於ける蔓延

腔に潰瘍を形成せるものは觸診及子宮鏡検査によりて診斷し得べく、粘膜下に浸潤せるものは觸診によりて知ることを得べし。

腔壁に限局せる蔓延は手術可能性の判定に對し甚しき意義なし。何となれば假令癌性變化腔の全部に及ぶとも之れを全剔出し得るが故なり。然れども深部臓器たる膀胱又は直腸に強く進入せるものは一程度を越ゆれば手術不可能となるべし。

## 四 直腸に於ける蔓延

此診斷は直腸診によりて粘膜の移動性を檢し又は直腸鏡を以て直接視診すべし。

### 八 頸部癌の豫後並びに子宮癌患者治療に對する根本問題

子宮癌は之れを放任する時は比較的短時日の後必ず致死の轉歸をこるべき疾患なりと雖、適當の時期に適當の療法をなせば必ず根治せしめ得べきものなり。子宮癌を不治の疾患と看做したるは治療法の發達せざる遠き往古に於ける事實なり。

最確實にして最迅速なる子宮癌根治法は手術的療法なり。<sup>最近此斷定に著しき影響を興へつゝある「ラツワ」</sup>而して子宮癌に對する根治手術の成績及豫後は病機の進行程度に關すること大なり。換言すれば周圍臓器に著しく蔓延せる者にありては根治の目的を達すること甚だ困難なるか又は手術の豫後多く不良なるに、子宮にのみ限局せる者にありては根治の目的を達すること容易にして、しかも手術の豫後良好なるを當とす。

又他面に於て子宮癌の手術的處置は、他の一般子宮に發生する良性腫瘍のそれとは全然趣きを異にす。即ち良性腫瘍例へば子宮筋腫の如きは之れが手術的處置をなすに先づ時間の束縛をうくる事なく、之れを發見してより一年を経るも數年を過すも、將また拾餘年の後に於ても尙手術的療法を施し得るも、子宮癌に於ては之れと全く異りて吾人が根治の望みを有して手術し得るは疾患の初期に於てのみなり、換言すれば子宮癌は短時日の後に至りて手術不可能となるものなり。故に子宮癌患者を救済し此恐るべき疾患を根治せしむる爲めには、之れを早期に診斷し早期に手術する事を絶對に必要とす。

要するに子宮癌の確實にして安全なる根治は早期手術(Fitrioperation) <sup>尙周圍臓器に蔓延せざる</sup>をなすにあ

り。而して早期手術は早期診断を前提とし、早期診断は患者の早期來訪を前提とす。以上の諸關係に於ける子宮癌は他臓器の癌(例へば胃癌・食道癌・喉頭癌・肝癌等)に比し遙かに幸福なる位置にあり。其主なる理由は左の二なり。

一 子宮頸部は外部より甚だ容易に診察し得る部位にして、癌診斷上最確實なる組織的検査を甚簡單に行ひ得るものなり。従つて極めて早期に診断を確定することを得。然るに他臓器癌の早期診断は極めて困難なり。

二 子宮は生命及健康に直接關係を有せざる臓器なるが故に、之れを全剔出するも何等の障礙を見ることがなし、且又其剔出甚簡單なり。然るに他臓器にありては假令早期に診断し得たりとするも該臓器の剔出又は切除さへも健康の障礙を來たし、時として死因となり、且手術其者も亦子宮に於けるが如く簡單なるものにあらず。

畢竟、患者の早期來訪、従つて早期診断の實を擧げ得る以上、子宮癌の豫後は極めて良好にして、殆ど常に根治の目的を達し悲惨なる最後に赴くべき運命を免れ得べきものなり。要するに子宮癌は總ての癌腫中根治の最容易なるものなり。

然らば事實は如何? 從來我國及歐洲に於ける子宮癌患者の状態を觀察するに轉た慨嘆に堪えざるものあり。

左の二項は子宮癌患者の現今に於ける實情なり。

- 一、子宮癌患者の多數は何等の治療的處置をうけざるか又は全く治療の方向を誤りたる結果悲惨なる轉歸をとること。
- 二、醫師に診察を求むる子宮癌患者の多數は手術不可能性にして救済の途なき者なり。

現今に於ける子宮癌患者の實情

ウインテル氏の統計によるに一九〇〇年獨逸プロイセンに於て三百五十人の子宮癌患者ありたり。此内幾人が醫師の門を叩きたるやを知る爲め各醫師に問合せたる結果僅かに六十人なることを知りたり。即ち約八十三%の患者は何等の治療をうくることなく死の手に奪ひ去られたるなり。

又ヘガール氏の調査によれば獨逸バーテン大公國に於ては子宮癌に斃る、者毎年平均百五十人なり。而して其内醫の診察を求めたる者は僅かに三%なりと云ふ。我國に於ては未だ此種の統計なしと雖、之れに優るとも劣らなき數を示すならんと信ぜらるゝなり。

手術可能性の診断は一程度まで醫師の主観により又手術的手腕に關するものなるが故に其百分率に甚しき差異ありと雖、多數統計の結果を見るに平均五〇乃至六〇%なり。換言すれば四〇乃至五〇%の患者は既に手術不可能性にして、數年ならずして斃るべき運命を有するものなり。

如斯く多數の者が根治手術の好期を失するに至りし原因如何を探究するに、其主要なるものは左の二點に歸着す。

- 一 患者の子宮癌に對する知識の缺乏。
- 二 醫師の不注意又は不徳或は子宮癌に對する知識の缺乏。

一般婦人に子宮癌の初發徵候及早期診断の必要に關する知識の缺乏せる結果は醫師の門を叩くべき時期を遅延せしむ。醫師は子宮癌に疑はしき徵候を訴ふる患者に接しながら全く内診を行はず單に對症療法をなしつゝ時を移すか、甚しきに至りては診察によりて子宮癌なることを知りながら手術的處置を講ずることなく内服・腔洗滌によりて永く患者を自己の手に留めむとす。或は又内診をなせるにも拘はらず良性疾患と誤診するものあり。

子宮癌患者の等閑に附せられし理由

今左に以上の諸關係を京都大學醫學部婦人科教室に於ける岡林(秀二)博士(醫學中央雜誌第二百八十四號大正七年)の統計に就きて例示すべし。

初微發現後外來臨牀に來るまで經過せし時日

| 初微發現後來院するまでに經過せし時日 | 根治手術可能 | 骨盤結構内に於ける痛浸潤 |          |          |          | 根治手術不可能  | 合計 |
|--------------------|--------|--------------|----------|----------|----------|----------|----|
|                    |        | 一            | +        | ++       | +++      |          |    |
| 即刻                 | 一二     | —            | +        | ++       | —        | 一二       |    |
| 三ヶ月以内              | 五五     | (一〇・三三%)     | (二六・六六%) | (三三・一九%) | (一八・五八%) | (五九・五九%) |    |
| 六ヶ月以内              | 五七     | (二・六六%)      | (八・六六%)  | (二二・三三%) | (一三・七四%) | (五九・五九%) |    |
| 九ヶ月以内              | 二五     | (二・四四%)      | (一四・〇〇%) | (二二・二二%) | (一三・七四%) | (五九・五九%) |    |
| 一ヶ年以内              | 二二     | (二・四四%)      | (五・七二%)  | (一〇・一〇%) | (五・七九%)  | (三五・三五%) |    |
| 一ヶ年以後              | 一四     | (三・七一%)      | (三・〇〇%)  | (三・三三%)  | (一・〇〇%)  | (二七・二七%) |    |
| 合計                 | 一八六    | 三〇           | 三七       | 六一       | 五八       | 一三六      |    |

上表の示すが如く初微發現後、我が外來臨牀に來る迄に四乃至六ヶ月を経過せる者最も多く、即刻來院せし者は僅に二十分の一に過ぎず。

尙來院の遲速と骨盤結構内に於ける痛腫浸潤の程度及び手術可能率と略相一致せるを見る。之を以てするも早期診断の必要なるを適切に感ずるなり。

今更に入院の上根治的手術を受けたるもの、みに就きて同様に發病後入院するに至るまでに經過せし時日を調査せしに即刻來院せし者

- 一ヶ月以内に來院せし者 七
- 二ヶ月以内に來院せし者 七
- 三ヶ月以内に來院せし者 二四
- 四ヶ月以内に來院せし者 一〇
- 五ヶ月以内に來院せし者 一七
- 六ヶ月以内に來院せし者 三〇
- 七ヶ月以内に來院せし者 一〇
- 八ヶ月以内に來院せし者 九
- 九ヶ月以内に來院せし者 三
- 十ヶ月以内に來院せし者 四
- 十一ヶ月以内に來院せし者 二
- 一ヶ年以内に來院せし者 六
- 一ヶ年後に來院せし者 二

即ち即刻入院せるもの極めて少なく初微發現後七乃至九ヶ月を経て入院せるもの同期間に來院せし者に比して著しく増加せるを見る。是に由りて之を觀れば受診するも直ちに入院手術を受けるを肯せず數ヶ月間躊躇するを常とし、此間にいやが上に手術の好機を失するなり。

- 出血帶下等の初微を有する患婦が如何なる考へより受診(從て根治手術)を遷延せしかを入院患者に就て一々尋問せしに、
- 即刻醫師の診察を仰ぎたる者 一三
- 醫師の誤診の爲め遷延せし者 八
- 醫師の診断決定せざりし爲に遷延せる者 九

子宮の疾患

- 月經不順と考へて遷延せる者
- 更年期出血と考へし爲に遷延せる者
- 出血一時消失せし爲に遷延せる者
- 自然に止血するものと考へ遷延せる者
- 流産なりと考へ放置せし者
- 糜爛による出血となし放置せし者
- 感冒による出血となし放置せし者
- 妊娠中の異常なりと考へ遷延せし者
- 悪露と考へ遷延せし者
- 單純頸管加答兒による白帶下と考へ放置せし者
- 新聞雜誌記事に由り内膜炎なりと考へ遷延せし者
- 症狀輕微なる爲重症疾患と考へざりし爲に遷延せる者
- 自覺的症狀殊に全身症狀を缺きし爲に遷延せる者
- 別段氣にかけずして遷延せる者
- 費藥にて治するものと思ひ遂に遷延せる者
- 家事の爲に遷延せる者
- 羞恥心により遷延せる者
- 手術に對する恐怖心より遷延せる者
- 以上

本表の示す所によれば出血の多くは月經不順と看做され更年期に近き年齢の婦人は之を更年期出血と誤認し手術の時期を遷延す。尚出血が持續的ならずして一時止血するが爲に遷延する者少なからず、又多量の出血を有するものにして流産と誤られたるものあり。

九 六 五 三 二 一 一 一 一 一 二 四 九 七 〇 八 九 二 三

されども初微が輕微なる爲に重症疾患と考へずして不知の間に手術の好機を失するもの大多數を占む。又費藥に信賴せしが爲に同様の結果に立至りしものも少なからず。其外看過すべからざるは患婦が無頓着にして微候に別段氣を留めざりし爲め手術の時期を失ひしもの及び恥羞の感故に手術に對する恐怖心より不慮の災害を招けるものなりとす。家事の爲に遷延せるもの、如きは同情に値す。

子宮癌患者に對する醫師の態度  
先づ初めに癌腫患者が最初醫師を訪ひし時目を觀察するに

- 即刻
- (初微發現後最初醫師を訪ふまでに經過せし時日)
- 一ヶ月以内
- 二ヶ月以内
- 三ヶ月以内
- 四ヶ月以内
- 五ヶ月以内
- 六ヶ月以内
- 七ヶ月以内
- 八ヶ月以内
- 九ヶ月以内
- 十ヶ月以内
- 十一ヶ月以内
- 一ヶ年以内

子宮癌腫

二五 九 九 一 一 一 一 一 二 四 九 七 〇 八 九 二 三

子宮の疾患

一ヶ年以後

之を第四二四及四二五頁に於ける表と比較するに時間的推移の存するを見る。即ち患婦が来院し根治手術を求むるは初微發現後四一六―九ヶ月間に最も多し、患婦が癌の初微の訴を以て最初醫師を訪ふは三ヶ月以内に最も多し。茲を以て見れば初め醫師を訪ひたる後根治手術を求むる迄に數ヶ月以上の時日を空費せるを知る。

この間に採りし醫師の處置(態度)は吾人に興味ある問題なりとす。

|                      | (専門醫) | (非専門醫) |
|----------------------|-------|--------|
| 受診患者數                | 六七    | 三三     |
| 内診を行はざる者             | 一     | 一七     |
| 内診を行ひし者              | 一〇〇・〇 | 一六     |
| 子宮癌と診定せる者            | 四七    | 四      |
| 子宮癌の疑を有せる者           | 一     | 三      |
| 悪性腫瘍と診断せし者           | 一     | 一      |
| 子宮腫瘍と診断せる者           | 一     | 一      |
| 診断を誤りし者              | 四     | 九      |
| 診断不明なりし者             | 四     | 一五     |
| 診断を申渡さざりし者           | 六     | 一      |
| 直ちに根治手術を薦めし者         | 三三    | 二      |
| 單に手術(姑息的手術?)を薦めし者    | 二     | 一      |
| 姑息的處置を施せる後に根治手術を薦めし者 | 一     | 一      |
| 姑息的處置を行ひし者           | 四     | 一      |

子宮癌患者救濟刻下の急務

即ち

故に子宮癌患者救濟の刻下の急務は此「等閑視せらるゝ二大原因」に向つて改善の方法を講ずるにあり

(一)一般公衆に對し子宮癌を等閑に附する結果の恐るべき事、早期療法が必要、初發微候の如何等の知識を普及する事。

子宮癌腫

|                                 |    |    |
|---------------------------------|----|----|
| 洗滌を行ひし者                         | 七  | 二  |
| 内服薬のみを與へし者                      | 一  | 一三 |
| 洗滌し且つ内服薬を與へし者                   | 五  | 二  |
| 根治手術不可能なりとなして之を薦めざる者            | 六  | 一  |
| 誤診又は診断不明の爲に之を薦めざりし者             | 六  | 一五 |
| 他の専門醫に紹介するを以て手術を薦めざりし者          | 一  | 一  |
| 理由なくして(根治手術成績の不良等を云々して)之を薦めざりし者 | 四  | 一  |
| 最初より本院を訪ひし者                     | 三  | 一  |
| 他の専門醫又は本院に患婦を紹介せし者              | 三四 | 一五 |
| 姑息的處置を施したる後に他の専門醫又は本院を紹介せし者     | 七  | 二  |
| 他の専門醫又は本院を絶対に紹介せざりし者            | 二三 | 一六 |
| 其内                              |    |    |
| 自ら根治手術を行はんが爲に他の醫師を紹介せざりし者       | 六  | 一  |
| 自ら姑息的手術を行はんが爲に他の醫師を紹介せざりし者      | 三  | 一  |

(註)本邦と歐米諸國とは四圍の事情を全然異にするを以て彼我兩者を比較することを避け、専ら吾教室にて得たる成績のみにつきて論ぜんとす、讀者之を諒せよ。

(二) 一般開業醫師に子宮癌に關する知識を與へ細心の注意を喚起せしむる事。

此二點にして改善せらるゝなれば、子宮癌患者をして早期に醫師の許に來らしめ早期に手術する事を得、以て人世の福祉を増進し、人道の爲め慶賀すべき好結果を現はすに至るべきなり。實際獨逸に於てはケーニスベルヒのウキンテル氏早くも此點に着眼し、一九〇二年頃以來熱心なる努力を以て此改善方法を鼓吹し實行したる結果、子宮癌患者の救済は着々として數字の上に現れつゝあるなり。

今や子宮癌の根治的手術は著しき發達をなし其持續的治癒率は愈々増加せられつゝあり。即婦人科的手術式の研究改良に對する努力は子宮癌全剔出の術式に集注せられつゝあるの觀ありたり。然れども吾人は信ず、術式の改良よりも「早期診断」を可能ならしむる、あらゆる方法を講ずるを以て先決問題なりと。子宮癌腫に對する知識の缺乏は延いて一般公衆をして「子宮癌」なる名に對し甚しき恐怖の念を起さしめ、其診断は畢竟「死の宣告」なるかの如き思ひを懐かしむ。従つて醫師は患者に「癌」なる名を知らしめざるに努め、家族も亦醫師をして患者に告げしめざるを願ふは平素吾人の經驗するところなり。之れ醫師及家族の患者に對する誤りたる温情なり。唯病勢既に進行して如何なる方法も之れを救ふべき途なき者に對しては此温情は全く正當のものなり。

現今に於ては子宮癌は治癒すべき疾患なることを知る。詳言すれば之れを早期に發見すれば必ず根治し得べきものなり。吾人は此信念を一般婦人の腦裡に刻み込み早期に來訪せしむべく努力せざる可らず。即子宮癌腫の初發徵候を普く知らしむるを要す。

然らば如何にして此目的を遂行し得るか。或は各地に講演會を催すも可なり、或は汎く廣告文を配布するも可なり。我國に於ては未だ曾つて此種の企あるを聞かざるも歐洲殊に獨逸に於てはウインテル氏

の熱誠なる唱道以來、種々の方法を以て此方法實行せられ、著しき好結果を現はしつゝあるなり。

今茲に一二の廣告文例を示すべし。

(一) フリッチ、ミニーレルと云ふケーニスベルヒの一婦人科醫は其病院を訪ふ患者の悉く左の如き印刷文を渡しつゝありと云ふ。

注 意

次の如き病的症候を有する者は子宮癌に疑はしき故に直ちに醫師の診察を乞はるべし。

- 一、不規則なる出血、殊に閉經期中及其後に於ける出血。
  - 二、交接後の出血。
  - 三、肉汁様帶下、血樣膿性にして腐敗様の惡臭ある帶下。
  - 四、子宮癌にては疼痛は初期に於ては全く缺如するか又は極めて輕微なるものなり。
- 子宮癌は根治し得べきものなり。尤も唯患者が時期を失せず可及的早期に醫藥を受けたる時のみ然りとす。

(二) マックス、ルンゲ氏の起草にかゝりて、獨逸ゲッチンゲン醫師會が一般公衆に配布せし注意廣告文左の如し。

子宮癌は何等の疼痛なく、また何等の罹病感覺もなくして始まるものなり。出血及帶下は其初發徵候なり。而して出血は月經過多として現はれ、また月經時以外にも起り、又年餘月經閉止せる後に於て現はる。

子宮癌は之れを放置して顧みざれば常に死の轉歸をとるものなり。併しながら手術によりて治癒すべきものなり。而して手術は疾患の初期に於て行はざる可らず。手術なしに



治癒は望み得べからず。  
吾人はいかにせば子宮癌患者を救済し得るや？  
婦人もし出血・帯下の徴候を現はしたる時は時を失せず、假令出血中と雖、醫師の診を乞ふべし。  
醫師の勧告による手術は直に承諾せざる可らず、一日の延期は一倍の危険を婦人に與ふるものなり。  
故に自己の生命を愛するの婦人は醫師に往け！  
既往の疑はしき徴候を現はしたる時は、只醫師に往け！  
且之を處決するに寸刻を惜むべし。

岡林博士の統計に於て知るが如く、我國に於て子宮癌患者が最初訪ふ醫師の三分の一は非専門醫なり。故に非専門醫と雖、子宮癌に對する一定の知識を要するや言を俟たず。  
而して子宮癌は前述せる如く決して患婦の口述、外診によりて診斷し得らるゝものに非ず。之を診定せんと欲する時は是非内診を行はざるべからず。然るに非専門醫にして内診を行ひし者は半數に充たず。かくの如くんば診斷を誤り、治療の時期を失するは當然の事なりと云ふべし。  
ウインテルによれば醫師の紹介による子宮癌患者中醫師が直ちに内診的検査を行ひし者にては五四%だけ根治手術可能なるも、直ちに内診を行はざりし醫師の紹介にかゝる患婦にては僅かに三八%のみ根治手術を行ふを得たりと云へり。  
故に醫師たる者は其専門醫たるを非専門醫たるを問はず、子宮癌に疑はしき徴候を有する患者に遭

遇せば義務として左の二項の遂行に努力すべし。

- 一、直ちに内診を行ふべし。
  - 二、内診に對する知識なきか、設備なきか或は他の事情のため内診困難なる時は直に他の専門醫に送るべし。
- 「先づ検査して診斷を下し、然る後治療すべし」とは特に子宮癌に對して緊要なる格言なり。一回の内診をも怠り、唯對症的に投薬するは良心なき行爲と云ふべし。尙自ら診斷し得べき能力なきにも拘はらず、診斷不明の中に徒らに患者を引き留むるは利己に過ぎたる不徳義の誹を免れざるべし。  
又専門醫にして子宮癌と診定せるにも拘はらず直ちに根治手術を勧告することなく、先づ姑息的療法を行はんとするもの少なからず。自ら根治手術を行ひ得ざる者に於て殊に然り。吾人の大に遺憾とするところなり。  
子宮癌患者の豫後を良好にし、之れが救済の途を講ずるには早期診断・早期手術の實現を第一條件とするを反覆高唱せざる可らず。

### 九 頸部癌の療法

- 子宮癌治療上の原則は左の二項なり。
- 一、手術可能性の者に對しては可及的迅速に根治的手術をなす。
  - 二、手術不可能の者に對しては對症療法をなす。
- 最近に至り此原則に一大變動を來たしたるは「ラヂウム」療法の影響なり。其詳細は後に譲り先づ根治

手術及對症療法の概要を述べし。

(甲) 根治的手術 (Radikale Operation)  
 頸部癌に對する根治的手術は所謂擴汎性手術 (Die erweiterte Operation) にして其大眼目とするところは左の如し。

子宮及附屬器のみならず、之れと連続せる骨盤結締織及附屬淋巴腺等を可及的擴汎性 („erweitert“) に剔出し以て再發を豫防し根本的治癒を得んとすること、恰も外陰部癌又は乳房癌を其周圍の健康組織と共に剔出するのみならず、鼠蹊部淋巴腺又は腋窩腺の剔出をも必要とするが如し。

此目的を達するに二途あり。一つはフロイニド W. A. Freund によりて創意せられ、ウエルトハイム Wertheim 及ブナム Bumm によりて完成せられたる腹式擴汎性子宮全剔出術 (Die erweiterte abdominale Totalexstirpation des Uterus) にして、他はチェルニー Cherny によりて創意せられ、シャッター Schauta によりて完成せられたる擴汎性腔式子宮全剔出術 (Die erweiterte vaginale Totalexstirpation des Uterus) なり。其術式、優劣等に關しては拙著婦人科手術學を參照すべし。

(乙) 姑息的療法 (Palliative Behandlung)

姑息的療法の目的とするところは、癌によりて發する各障礙を除去又は軽減し、以て苦惱を少くすると共に幾分にも患者の生命を永からしめむとするにあり。

姑息的療法の種類は夥しく多様なりと雖、之れを手術的療法と非手術的療法とに二大別することを得べし。茲には其重要なものに限りにて敘述すべし。

出血及惡臭帶下に對し最有效にして最普通に行はるゝは搔爬及燒灼法 (Exkochelation und Thermo-

kauterisation) なり。即銳匙・剪刀等を以て肉眼的に見得る癌組織を充分に除去したる後、烙鐵 (Glühreisen od. Ferrum candens) を以て、可及的充分に創面を燒灼するにあり。本法の効果は破壊組織の除去によりて出血及帶下を止むると共に熱作用によりて出血を止め且癌細胞を死滅せしむるにあり。

病勢進行の程度を考慮し手術による穿孔を豫防する以上、本法は殆ど危険なき有效の姑息的手術療法なり。之れにより出血及帶下消失し従つて患者の食欲増進し、體重増加し時に疾患の治癒せるが如く思はるゝことあり、然れども其效果の全く一時的にして數回反復する間に終に死の轉歸を免れ得ざるものなるや勿論なり。尤も從來の報告を見るに同法によりて數年間健康状態を持續し又時に根本的治癒を得たるを報せる者あり。例ばローメルの文獻的統計調査は燒灼療法によりて少くとも二ケ年間再發を見ざりし二百十三例を得、五ケ年以上治癒せるもの百四十九例を集め得たりと云ふ。然れども一般に手術成績の報告は適應とせる病狀に關すること大なり。而して往時手術不可能と看做されたるものの中には全く手術可能性のものもあるべし。輕症なる者の成績良好なるや勿論なり。「手術可能性」を決定する標準にして一定せざる以上其成績を比較し能はざるや當然なり。

其他烙鐵に代ふるに種々の腐蝕劑を以てする法あり。就中重要なものは沃度丁幾 (Olsausen) 酒精 (六〇%乃至七〇%)・アセトン (Gellhorn)・「クロール」亞鉛 (Sims) 等なり。是等はすべて搔爬後腔内に灌注し一定時間創面に應用せらるゝものにして、其主作用は脫水及組織硬化にあり。著者は主として「クロール」亞鉛を用ひ、而かも軟膏の形を賞用す。

「クロール」亞鉛硬膏 (Chlorzink-pasta) の應用法。

「クロール」亞鉛

1.0.0

亞鉛華

1.5.0

澱粉

1.5.0

子宮癌腫

一四三五一

「グリセリン」 四乃至五滴

「コカイン」 〇・二

調製の當初は粉末様なるも後軟膏様に變化す。病竈の大きに應じたる量を「ガーゼ」に包み、綿にて括りて挿入し、「オレーフ」油に浸したる綿花を以て腔を充填し腐蝕を防ぐ。疼痛の程度に應じて十二乃至二十四時間後放置す。

本療法にして奏效する時は腐蝕部の剝脱後創面清淨となり、次第に癍痕様萎縮を見るに至るものなり。搔爬焼灼(又は腐蝕)後に於ける創面の處置として最良好なるは乾燥療法なり。殊に白陶土療法最有效なり。

一般に惡臭ある帶下に對しては先づ過「マンガン」酸加里液又は過酸化水素液等を以て洗滌したる後乾燥療法をなすべし。

其他姑息的手術療法としては子宮腔部の焼灼切除法・ベルシーの加熱療法・ブリオール、クレーニッヒの輸入血管結紮法・キュストナル氏直腸腔開通陰門閉鎖法等あり。

又非手術的療法として有名なりし二三を紹介すれば左の如し。

一、腫瘍又は其周圍組織内の注射療法。

種々なる薬剤を腫瘍又は其周圍に注射し以て腫瘍細胞を破壊し其蔓延を阻止せんと試みられたり。注射劑として最著名なりしは「メチレン」青・ピオクタニン (Pyoktamin)・純酒精・「サセチル」酸等なり。

二、「ツクチン」療法。就中最有名なりしはシュニット Schmidt (Wiener med. Wochenschr. 1908, No. 27 u. 28) の「アンチメリスチウム」(Antimeristen) 又は「カンクロイチン」(Kancroidin) にして、同氏が原因寄生體として癌腫組織中に發見せる一種の原蟲の「ツクチン」なり。今日に於ては僅かに歴史を物語るの一材料たるにすぎず。

三、酵素療法 (Fermentherapie)。「マルト」Heard (一九〇八)の「トリプシン」・ホッフマン Hoffmann (一九〇七)の「パンクレ

アチン」(Pancreatin)「アミロプチン」(Amylopsin)等の皮下注射。

四、硫酸療法。本療法はチエレル Zelzer (Munch. med. Wochenschr. 1912) によりて唱道せられたるものにして、硫酸の費達及加里鹽を内服せしむるなり。氏は同時に局所療法として亜硫酸水銀「バスター」を任用せり。

疼痛に對しては先づ溫熱療法(ブリースニッツ器法・坐浴・熱氣浴等)を試み、藥物としては「アスピリン」・「ピラミドン」・「ヘロイン」・「コデイン」等を用ゆべし。阿片劑は最後の手段となすを可とす。尙「コカイン」の肛門坐薬も亦有效なり。

其他便通を整理し、食慾の増進を謀る等個人的に適宜の處置をなすこと勿論なり。

(丙)放射線療法

放射線療法中子宮癌療法に對し特に必要なるは「ラヂウム」及「メゾトリウム」療法なり。

輓近婦人科治療界に突入し來り日と共に愈、其勢力を選ふせんとしつゝあるものは子宮筋腫に對す「レントゲン」放射線と子宮癌に對する「ラヂウム」放射線との二なり。手術的療法の根柢に甚大なる動搖を惹起せるは兩者同様なりと雖、殊に著しきは後者に於てなり。今日の狀況にありては子宮筋腫に對して「レントゲン」放射線の必要を感じる場合比較的少なしと雖、子宮癌に對する「ラヂウム」放射線は必要缺く可らざるものなり。然れども一部渴仰論者の説けるが如き「ラヂウム」の萬能を認むること能はず。又子宮癌治療界より全く手術刀を驅逐し得るものとは信すること能はず。

一 適應。「ラヂウム」放射線が殊に發育旺盛なる癌細胞に選擇作用して之れを破壊し得るは須知の事實なれども、此事實を實際に應用して如何なる程度迄の醫療的效果を收め得るものなるやは尙全く解決せられざる疑問なり。従つて本法の適應に關しては臨牀家の間に異議あるも、之れを左の如く分類する

ことを得べし。

(甲) 手術可能性癌

- 一、根治を目的とする場合
- 二、周囲組織への蔓延を軽減し、根治手術を容易ならしむ
- 三、根治を目的とする場合

(乙) 手術不可能性癌

- 一、放射によりて手術可能性に變化せしむる目的
- 二、對症的療法とする場合

(丙) 根治手術後の再發豫防

(丁) 根治手術後の再發療法

是等の適應はすべて今日まで、夥多の臨牀家によりて試みられたるものなり。

以上の中最異議あるは尙手術可能なる子宮癌に手術を避けて「ラヂウム」療法をなすの可否如何の問題なり。本問題は「ラヂウム」放射による治癒が根治的なるや否やの闡明を俟ちて初めて解決せらるべきものなり。「ラヂウム」療法の應用日尙淺き今日此點に關する報告を見ること極めて少なし。我國に於ては川添(正道)博士(日本婦人科學會雜誌第)が臭化「ラヂウム」百疋又は四十疋を用る治療後一年半乃至二ケ年の經過に於て觀察したる成績左の如し。

| 手術可能      | 再發(死亡)  | 持續治癒    |
|-----------|---------|---------|
| 九例        | 二例(二二%) | 七例(七八%) |
| 手術不可能二十一例 | 九例(八六%) | 三例(一四%) |

放射線の深達

「ラヂウム」の正當なる適應

是等の例に就き二ケ年以後に於ける再發を絶対に否定し難しと雖、此實驗により少くとも「ラヂウム」放射の根治力は手術可能性癌に於て甚しく大なるは明白なる事實なり。之れ一つに放射線深達力の比較的微弱なるに歸因するものなり。

長期の放射後剔出せる標本又は剖檢所見等よりして組織的に検査せる結果によれば、放射線の深達力換言すれば放射によりて約四乃至五種なり「云々」(Wamickros (Monatschr. f. Geln. u.) 従つて遠く淋巴腺轉移を有する者に對し根治作用を及ぼすこと困難なるや明白なり。

單に治療の効果のみより論ずる時は、手術可能性癌に「ラヂウム」療法を施すも敢て不合理ならざるべきも、今日日本療法に隨伴する各種の事情は尙其時期にあらざるを教ふるなり。況んや持續的治癒の絶對なるや否やは今後長年月の觀察を俟つにあらざれば不明なるに於てをや。

多數臨牀家の意見を参照し本療法の適應を左の如く定むることを得べし。

一、手術不可能性癌及手術後の再發

二、根治手術後の再發豫防

此適應に對する「ラヂウム」療法は従來行はれたる如何なる方法たりとも企及し得ざる偉效を奏し得るものにして、正に本療法の獨占的範圍と見るべきものなり。

手術可能殊に子宮に限局せる癌腫は躊躇することなく手術を施行すべきものなり。但此場合と雖一般状態にして到底大手術に堪え得ざる者は「ラヂウム」療法の適應となること勿論なり。

二 臨牀的所見 腫瘍(例へば翻花状癌)は次第に收縮し終に消失するに至る。甚しく崩壊せる潰瘍面は壊死片の剝脱によりて平滑となり且萎縮し、出血及分泌は減少又は消失す。又周圍骨盤結締織に於け

る浸潤は一定程度まで吸収せらる。如斯き局所の治癒に伴ひて一般状態漸次良好となり疼痛軽減す。

三 組織的所見 多数の實驗報告より「ラヂウム」放射によりて起る組織的所見の主要なるもの綜合すれば左の如し。

(一) 癌細胞の變性及破壊消失

廣大なる癌細胞は次第に狭小となり終に消失するに至る。而して細胞其者に於ける變化の主なるものは先づ細胞體の膨大、原形質内の空胞形成なり。次で往々角化を見ることがあり。且核分裂像消失し好んで巨大細胞を形成す。核は「ピクノーゼ」・「カリオリーゼ」によりて終に消失す。

(二) 結締織の増殖及變性

間質の結締織は次第に増殖して胞巢中に侵入し、以て癌細胞の消失によりて生ずる缺損を償ふ。而して放射量一定程度に達する時は結締織は萎縮硬化し硝子様變性に陥る。

かくの如くして腫瘤は終に全く上皮細胞を缺如せる硬き癩痕様組織に變化す。

(三) 血管壁の變性

血管の外層及中層は硝子様變性に陥り且内膜の増殖肥厚により内腔閉塞せらるゝに至る。(之れ止血の主因たり)。

四、副作用

「ラヂウム」貼用によりて起る副作用は使用法・用量・時間等により一定せざるは勿論なりと雖、其主なるものは左の如し。

全身障礙 發熱(四〇度又はそれ以上に及ぶことあり)・全身倦怠・食慾不振・種々なる胃腸障礙・高度の貧血・羸瘦等。

局所障礙 尿意頻數・腔粘膜の潰瘍・進みては膀胱及直腸穿孔。

五 手術的療法と「ラヂウム」療法との優劣

左に其主要なる點を比較對照すべし。

- |  |   |
|--|---|
| <p>「ラヂウム」療法</p> <p>(a) 生命に對し殆ど全く安全なり。</p> <p>(b) 確實に持續的治癒を得るや尙疑問なり。</p> <p>(c) 手術可能性に對し他法の企及し得ざる偉效(多くは對症的、極めて稀れに根治的)を奏す。</p> <p>(d) 「ラヂウム」を得ること極めて困難なり。従つて治療に多額の費用を要す。</p> | <p>手術療法(腹式根治手術)</p> <p>手術による直接死亡率甚だ大なり。(多数手術家の報告を總覽するに一〇乃至二〇%多きは三〇%の多數に達す)。早期手術によりて確實に持續的治癒を望むことを得。何等の力なし。</p> <p>一定の熟練を経たる手術家により隨處に於て施行することを得且多額の費用を要せず。</p> |
|--|---|

### 第五項 子宮體部癌腫

子宮體部癌と頸部癌とは其頻度・發生年齢・既往分娩との關係等に於て稍、著明なる差異あることは既に述べたるが如く、其他の諸關係に就きて亦同様なり。

#### 一 體部癌の病理解剖

(甲) 肉眼的所見 子宮體部の癌腫は或は瀰漫性に又は限局性に發生す。一般に後者は前者よりも多數なり。ゲスネル Gesner は三十六例の體部癌中十四例の瀰漫性癌、二十二例の限局性癌を見たりと云ふ。瀰漫性體部癌(Carcinoma corporis diffusum)は全内膜面に癌性變化を惹起するものにして、多くの場合

内腔は乳嘴様・絨毛様又は細結節様増殖を以て充滿せらる。又如斯き腫瘤を形成せずして瀰蔓性の浸潤又は潰瘍となることあり。

限局性體部癌 (Carcinoma corporis circumscripti) は癌性變化が子宮内膜の一部分に限局するものにして、多くは凹凸不平なる結節狀腫瘤を形成す。

瀰蔓性癌に比し純浸潤型を占めること甚だ稀なり。時として細き莖を有する「ボリープ」様癌を見ることがあり。此種のもの良性的の粘

膜「ボリープ」の癌性變化をなしたるか又は甚しく限局性に發生せる原發癌なり。

(乙)組織的所見 體部癌は内膜の表面上皮又は腺上皮より發生するものなり。

體部癌の多くはシットレンデル及ケルマウチルの分類による原發性腺様癌なることは既に述べたるが如し。第三九三頁參照 尾畑氏が全剔出に



圖 一 百 第 (ルグンラフ)癌性腺部體

より得たる五十二例の體部癌に就きて調査せる成績左の如し。

- 原發性充實癌 六例(一一・五%)
- 原發性腺様癌 四十六例(八八・五%)
- 純腺様癌 十八例(三四・六%)

部分的續發性充實癌 二八例(五三・九%)

又全剔出・搔爬・切除等により得たる總數百十二例の原發性腺様癌中、

- 體部癌 八十八例(七八・五%)
- 頸管癌 十六例(一四・三%)
- 子宮腔部癌 一例(〇・九%)



圖 二 百 第 (ルグンラフ)癌部體

子宮癌腫

原發性腺様續發性充實癌 (Aは數層の上皮を有する腺、Bは充實せる胞葉)

此中惡性腺腫十二例(體部癌九例・頸管癌三例)腺癌三十五例(體部癌二十九例・頸管癌五例、腔部癌一例)なりき云ふ。要するに體部癌の大部は腺様に、しかも腺性癌なること多し。

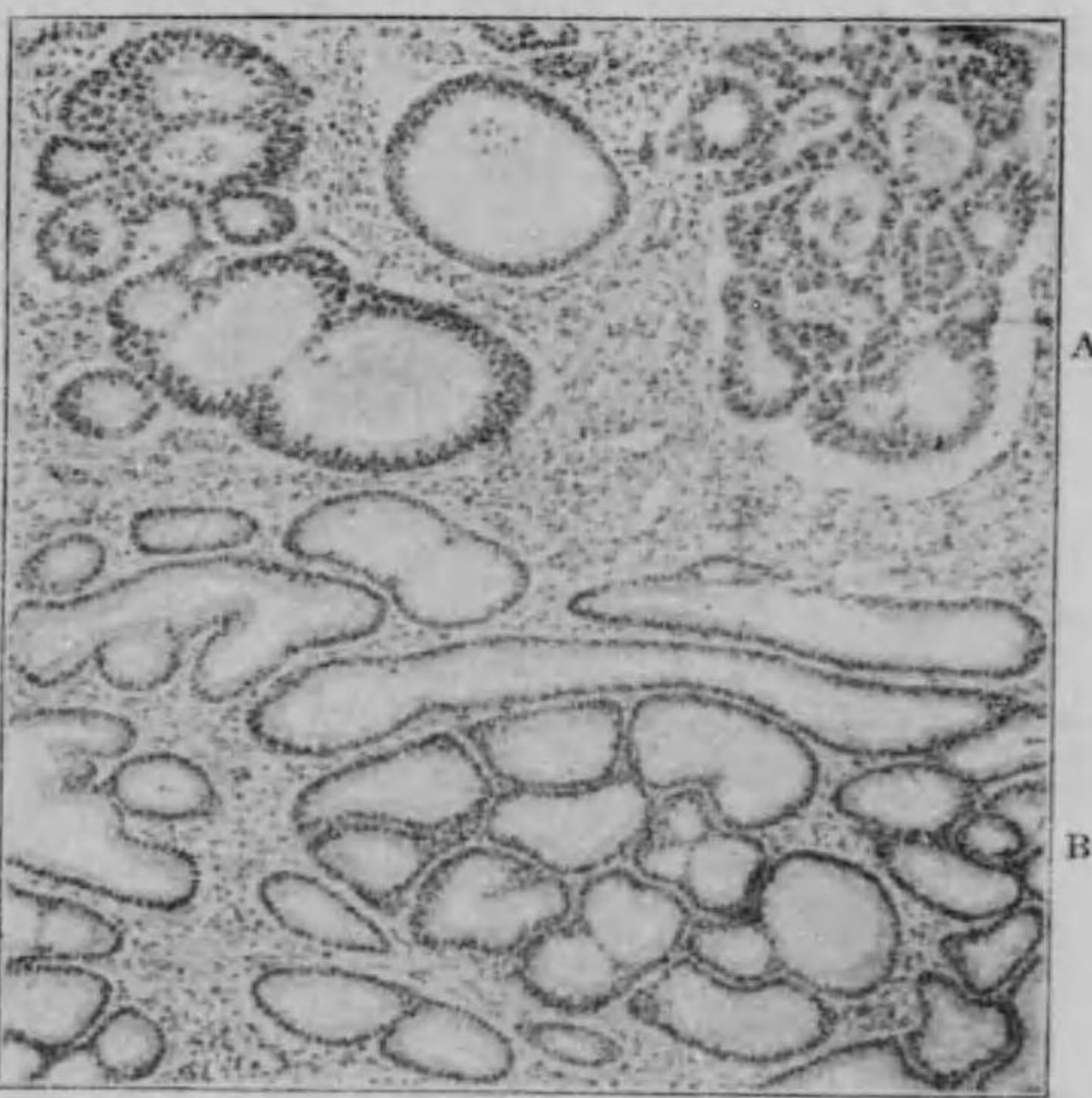
惡性腫瘍の組織的所見は既に述べたるが如し(第三八二頁參照)而してリッペルト及フランク

ル等の研究によれば、子宮に於ては純粹の惡性腺腫を見ること甚だ稀にして、一部の

腺性癌

腺は数層となり腺性癌の形態をなすもの多しと云ふ(第百三)。  
 腺性癌に於ける上皮の多層は腺の全周に互り平等に起ることあり又一局部に於て特に甚しく多層となり内腔に隆起することあり。尙進んでは腺腔を充たすに至るものなり(第百二)。  
 組織学上最興味あるは體部に發生する扁平上皮癌にして凡そ左の三種に區別することを得べし。

第三百三圖 (ルグンラフ)腺性癌



A 腺腔の像を有する部にして其傍りに数層となる腺を有す(A)

- 一、糖皮様癌 (Zuckerkrust, Karzinom von Rege) 粘膜の全面又は一局部に、健康部と明かに區別し得べき硬き白色の板状組織を生じ、其外観恰も糖皮の如くなるより命名せるなり。扁平上皮癌にして深部に増殖する傾向を有す。
- 二、「カंकクロイド」(類癌) 子宮腔部及頸管部に見るものと同様の所見を有し、癌珠を形成する定型的扁平上皮癌なり。
- 三、所謂重複癌 (sog. Doppelkarzinom)

腺癌の一部扁平上皮に變化せるものなり。時として「カंकクロイド」癌珠をも有するものあり。

二 化生癌發生の

生理的に扁平上皮を缺如する體部粘膜より、如何にして扁平上皮癌を發生するかの問題に就きては異論あれども、今日に於ては圓柱上皮の化生 (Metaplasie) を解釋する者多し (Hirschmann (Archiv. f. Gyn., 1903) 参照)。

而して化生による扁平上皮癌は左の二様の形を以て發生す。  
 (a) 豫め化生せる表面の扁平上皮より原發性に發生す。  
 (b) 腺癌に於ける腺上皮細胞の化生によりて續發性に發生す。

二 體部癌の發育及蔓延

一般に體部癌の發育及蔓延は頸部癌に比し著しく緩徐なり。  
 蔓延の方向は主として子宮筋層内に向ふ。徐々に筋層を侵して終には漿膜面に達し、尙表面に隆起せる結節を形成し、小腸・大網膜・膀胱等と癒着し、時として穿孔するに至ることあり。表面を傳ひて子宮を越え頸管に擴大することあるも多くは疾患の末期なり。連續的に腔壁に蔓延するは尙末期なり。時として頸部・子宮腔部等に轉移結節を見ることあり。腔壁に轉移することは頸部癌よりも屢なり。  
 骨盤結締織の侵さるゝは多く疾患の末期なり。即癌腫が頸管に蔓延するに及びて初めて侵さるゝか又は次第に筋層を浸潤して廣帯結締織の子宮側壁附着部又は鬆粗なる腹膜附着部に達したる後に於て

子宮癌腫

體部癌と卵巣癌

蔓延するものなり。腺、轉移も亦比較的末期に起り主として腰腺を侵す。時として圓靱帯を通じて深部の鼠蹊腺を侵すことあり。

學者間の議題となりしは體部癌、卵巣癌と合併せる場合なり。兩者の合併が單に偶然なるべきは勿論なれども、殊に組織的構造、頸部癌よりも特に體部癌に於て此合併遙かに多數なるの事實は兩者の因果關係を物語るところなり。此際體部癌よりの連續的蔓延を證明し得る場合は異議なきも、然らざる場合孰れを原發とし孰れを續發とするかは遽かに斷定し得ざるものなり。單に大きさによりて其年齢を知ること能はず。ウイルテルは子宮内膜に於ける癌腫發生の程度によりて判定し得ざらざらし「瀰漫性癌又は内膜の大部に癌性變化ある者は原發にして、著明なる限局性癌腫は寧ろ續發なり」と云へるも尙研究の餘地あるべし。一般に卵巣が原發竈なること多きは疑ひなきところなり。要するに體部癌は頸部よりも屢々卵巣に轉移するものなり。

### 三 體部癌の症候

體部癌の三主徴も亦出血・帶下及疼痛なれども、之れを頸部癌と比較するに各著しき差異あり。出血は經閉後數年にして發現するを最典型的とし、頸部癌殊に腔部癌に於けるが如き接觸性出血を見ることなし。而して強出血を見ること比較的になく單に鮮紅色又は暗赤色に着色せる粘液を排出することに止まることあり。

帶下は當初に於ては何等特徴なしと雖、終には稀薄血漿様となり、或は膿を含み或は血液を混す。彼の惡臭ある特異の帶下は多く末期に至りて發現するものなり。之れ位置の關係上頸部癌に於けるが如く

シンプソン氏  
徴候

早期に破壊せらるゝことなく且傳染をうけ難きが故なり。

疼痛に關し特に著明なるはシンプソン(Simpson)によりて體部癌の特徴と見做されたる發作性子宮痛(Paroxysmale Uteruskolik)なり。本疼痛は多く末期に發現するものにして、毎日一定時に反復する陣痛様發作にして、異物たる腫瘍を排出せんとして起る子宮筋の收縮に基因するなり。故に狭小なる子宮と擴大性に乏しき頸部を有する未産婦に於ては、腎疝痛に見るが如き劇甚なる強度に達することありと云ふ。然れども體部癌に必發の徴候にあらず。

尙末期に及び漿膜面に浸潤するに至れば腹膜炎性疼痛を發す。されど頸部癌に見るが如き神経痛を發すること極めて稀有なり。

終に惡液質を免ること能はずと雖、一般に頸部癌に於けるが如く高度ならず。且甚しく徐々に發現す。又膀胱直腸を侵すこと稀有なるも、帶下の惡臭缺如し又は輕度なる爲め、放置せられたる體部癌患者の最後は頸部癌患者の如く悲惨なるものならず。

疾患の持續 體部癌の發育は頸部癌に比し甚しく緩徐にして數年間も子宮體に限局することあり。例へばシューライン(Schülein)は診斷確定後四年九ヶ月を經過せるも尙根治的手術を行ひ得たる一例を報告し、オデブレヒト(Odebrecht)は五ヶ年半年後に於ける同様の一例を経験せりと云ふ。従つて疾患の持續は頸部癌に比し遙かに大なるものなり。

### 四 體部癌の診斷

經閉後の不正出血及所謂更年期性出血は體部癌を疑はしむる有名なる徴候なり。シンプソン氏の發作性子宮痛・血清漿様帶下等は尙一層有力なる診斷の補助となる。而して初期に於ては觸診所見甚だ

子宮癌腫



僅少にして子宮體に何等の異常なきこと少なからず。然れども亦子宮體の平等なる増大を見ること多し。時として手拳大に達することあり。硬度は多く強靱なれども時として妊娠子宮の如く軟なることあり。子宮膿腫を形成せる者に於て殊に然り。末期に及び漿膜面に蔓延するに至れば恰も間質性筋腫に於けるが如き結節を證明し、尙進みて周圍臓器と癒着を形成せるものありては子宮體の境界不明となる。最確實なる診断は子宮腔の觸診よりも試験的搔爬なり。此際健康なる粘膜は「キューレット」の幅を有する細長き連続片となるも、癌腫にありては小塊となりて採取せらる。顯微鏡検査を要するや勿論なり。

### 五 體部癌の豫後及療法

體部癌の豫後は頸部癌に比して遙かに良好なり。其發育緩徐なる爲め手術可能性も亦甚だ大にして、手術後の再發も比較的稀なり。

最確實なる根治は早期手術にあること、頸部癌と同様なり。骨盤結締織全く健康にして子宮體小なる時は腔式手術をなし、周圍臓器に蔓延せるか又は子宮體大なる時は腹式手術によるべし。

手術不可能性のものに對する姑息療法は頸部癌に於けると大差なし。出血・帶下及子宮痛に對して最有效なるは頸管擴張時に切開を要すに次で子宮内腫瘍の搔爬を行ひ、沃度丁幾又は五・〇%石炭酸酒精を以て腐蝕する法なり。此際穿孔に對して特に細心の注意を拂ふべし。尙「ラヂウム」又は「メゾトリウム」の子宮内挿入の有効なるや勿論なり。

### 〔附〕續發性子宮癌

續發性子宮癌は原發性子宮癌に比すれば甚だ稀有なるものなりと雖、今日まで報告せられたるもの比

較的多數なり。其發生狀態を左の如く分類することを得べし。

- 一、近接臓器癌の連續性蔓延によりて發生する場合。  
膀胱・直腸・喇叭管・腔等に於ける癌腫が次第に蔓延して子宮體に及ぶなり。
- 二、他臓器癌との癒着によりて傳播する場合。  
例へば卵巣癌又は小腸管と子宮體と癒着し、此癒着部より子宮筋に癌性浸潤を發生するは今日まで實見せられたる事實なり。
- 三、轉移によりて發生する場合。  
原發癌中最屢なるは卵巣癌なり。其他今日まで報告せられたる主なるものは膽囊癌(Müller, Tipf)・氣管枝癌(Kaufmann)・乳癌(Kantorowicz, Chiari, Ziegler, Bender, Schmorl, Hallauer)・胃癌(Convelaire)等なり。從つて續發性癌は漿膜・筋層及粘膜の孰れにも發生す。内膜は全く健全なること多し。

### 第三節 子宮肉腫

子宮肉腫(Sarcoma uteri)とは結締織性細胞より成立する腫瘍にして、健康なる子宮組織を破壊して増殖し臨牀上悪性の態度をとるものなり。

#### 一 頻度及發生部位

子宮肉腫は子宮癌腫に比し遙かに稀有なる疾患なりと見做さる。例へばグヌメル(Gussner)の綜合的統計

によれば其比一と四〇なりと云ふ。然れども肉腫の多くは肉眼的(時として顕微鏡的)著明なる外觀を有せざるものなるが故に、之れを發見すること癌腫の如く容易ならず。従つて未知の間に看過せられたるもの多數なるべきは疑なきところなり。換言すれば一面に於て子宮に發生する總ての腫瘤(殊に筋腫)の精細なる顕微鏡的検査をなし、他面に於て組織的所見に關する研究を尙完全なるものとなすに至れば、肉腫の頻度は從來より増大せらるべきや明白なり。例へばフランケー V. Franque の統計は著しき増加を示し、肉腫と癌腫との比一と二〇なりと云へり。

子宮肉腫を其發生部位によりて體部肉腫(Korpusarkom)及頸部肉腫(Zervixarkom)に區別すること癌腫に於けると同様なり。然れども兩者の割合は癌腫と正反對、筋腫と同様に頸部よりも體部に遙かに多數なり。其比凡そ一と八なりと云ふ。

又原發部位の如何によりて粘膜炎(Schleimhaut sarkom)及壁肉腫(Wandungs- od. Wand-Sarkom)に區別す。此區別は常に明瞭ならずして時として其孰れに屬するやを判定し難きことあり。從來一部の學者(Gessner, Hertel, Williams)は壁肉腫よりも粘膜炎の頻數なるを唱へたりと雖、これ粘膜炎に達し之れを膨隆又は一部破壊せる壁肉腫を粘膜炎と誤認せる結果にして、近來の研究によれば以上と全く正反對にして壁肉腫の數遙かに大なりと云ふ。

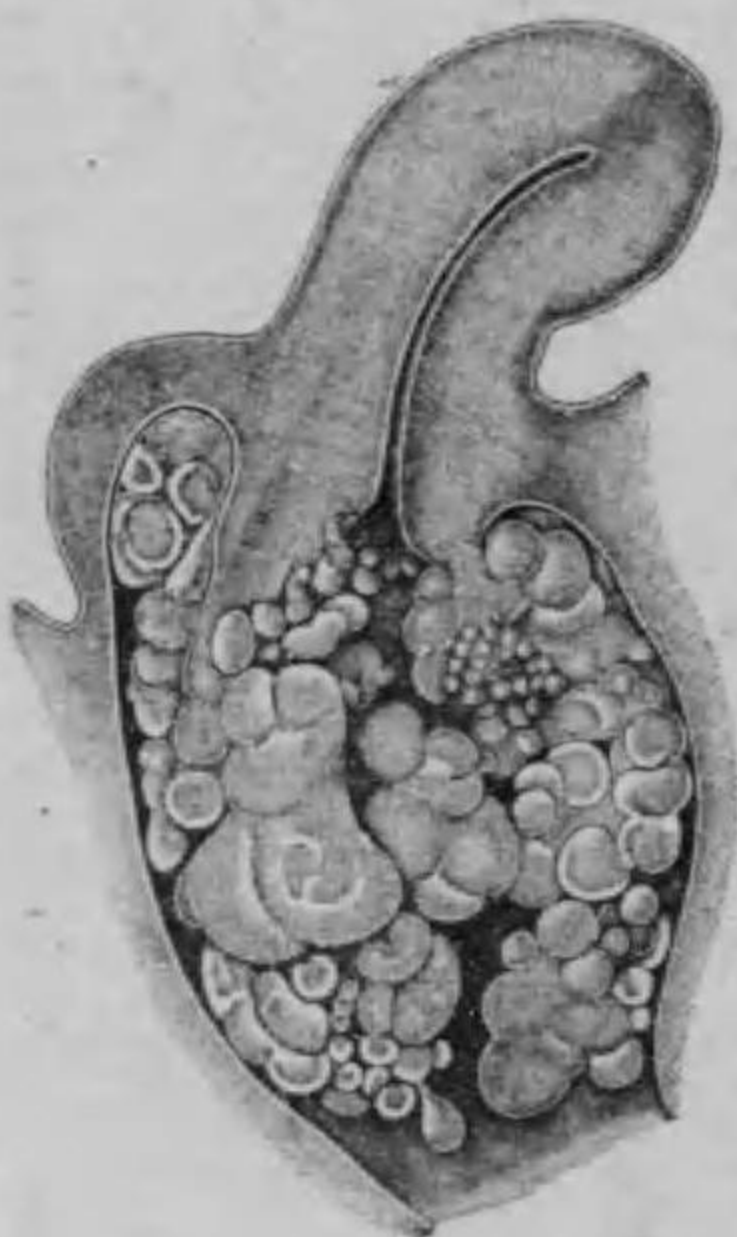
壁肉腫と粘膜炎との比 V. Franque 1:3.2, K. Meyer 27:3, Schottlander 40:7, O. Kistner 一倍半なりと云へり。如斯く壁肉腫の著しく多數なるは、頻度大なる子宮腫瘍たる筋腫の肉腫様變性に陥るもの少なからざるに基因するものなり。頸部肉腫よりも體部肉腫の多數なるも亦同様の理に基づくなり。

二 肉眼的所見

粘膜炎及壁肉腫共に或は限局性に發生するあり又は瀰漫性に發生するあり。

(甲) 粘膜炎 瀰漫性粘膜炎は主として體部に來り、全内面に扁平なる隆起を生ず。反之限局性粘膜炎は主として頸管に發生し好んで「ポリプ」状をなし、子宮腔部に發生する翻花状瘤に類似せる像をなす。其最典型的なるは所謂葡萄状肉腫(Traubiges Sarkom)にして、細き莖を有する多くの胞状體の集合よりなり、其狀恰も葡萄状胎胎(Klasmole)を見るが如く子宮口より腔内に懸垂す。是れ「ポリプ」様肉腫の水腫性腫脹又は粘液變性によりて發するものにして、硬度軟甚だ破壊し易し。色は元來灰白又は淡紅灰白なれども出血及變性の有無によりて一様ならず。時として同様の腫瘤を體部内面に見ることあり。

第百四圖 葡萄状肉腫 (nach Rein)



(乙) 壁肉腫 瀰漫性壁肉腫は極めて稀有にして、壁肉腫の多くは限局性のものなり。而して限局性壁肉腫には原發性のものと肉腫様變性をなしたる筋腫との二種あり。最普通に見るものは後者なり。

筋腫の肉腫様變性は常に平等に行はるゝものにあらずして、或は中心の一小部に生じ又は處々散在性に生ず。終には殆ど全部變性し顕微鏡的に筋組織の痕跡のみを證明するに至る(第百六圖参照)。如斯く進行せる者に於ても尙本來の筋腫被囊は保有せらるゝこと少からず。従つて單に外觀上には良性の筋腫にして剖面に於て初めて悪性變化を知り得ること稀ならず。多くの學者(Winter, Gessner, Franque,

Garkisch) は肉腫様變性をなすは粘膜炎性筋腫に最多數、間質性筋腫に少數にして、漿膜下性筋腫は極めて稀有なりと云ふ。

肉腫様變性筋腫の頻度 肉腫様變化をなすべき筋腫の頻度に就きては諸家の報告一様ならず。

- Olshausen 一・二%
- Miller 一%
- Eskler 一%
- Hofmeier 一%
- Frankl 一・三%
- Hertel 二・八%
- Doderlein 三・二%
- Winter 三・六%
- Schottlander 三・三%
- Sarweg 四・四%
- Garkisch 三・二%
- (漿膜下性筋腫) 四・六%
- (粘膜炎性筋腫) 五・三%
- Basso 五・七%
- Warnekros-Ramm 一〇%

要之するに約三乃至四%と見るべきものなり。

壁肉腫剖面の所見は常に一樣ならず。時として普通の筋腫と全く同様なることあれども、其典型的なるものは髓様白色・灰白色・淡紅色にして全部平等に見ゆ。出血(其新舊)變性の有無にて種々の外觀を呈すること勿論なり。

子宮内に肉腫と癌腫を各別に見ることは屢々報告せられたる事實なり。(Franqué, Zetschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 40, Nebesky, Arch. f. Gyn. Bd. 73)。

### 三 組織的所見及續發變性

肉腫は實質たる結締織性細胞と間質たる纖維様若くは顆粒狀細胞より成立すれども、多くの場合間質細胞は僅微にして癌腫に於けるが如き獨立の價値を有せず。従つて實質細胞密に配列し平等漏蔓性構造を有するものなり。甚だ稀れに腫瘍細胞群團を形成し結締織によりて分割せられ、癌に於けるが如き像を呈することあり。之れを蜂窠狀肉腫(Alveolarsarkom)と云ふ。

腫瘍細胞には多くの種類あり。最普通なるは胎生の未熟の状態にあるものにして、圓形細胞・紡錘形細

胞・多形細胞及巨態細胞等は其主要なるものなり。其他稀れに正常の滑平筋纖維又は結締織細胞と區別し難き成熟細胞よりなることあり。就中主要なるものは所謂惡性筋腫(Myoma malignum od. Sarcoma myomatoides)第三〇頁參照なり。要するに子宮肉腫の最普通なる種類は左の如し。

(a) 小圓形細胞肉腫 (Kleinzelliges Rundzellensarkom)

殆ど原形質を認むること能はざる小なる圓形の細胞にして、五乃至六「ミクロン」の直徑を有し核は染色質に富む。間質甚だ少量なり。

(b) 大圓形細胞肉腫 (Grosszelliges Rundzellensarkom) 直徑一二乃至一五「ミクロン」の大なる圓形細胞よりなり、核も亦比較的大にして染色性少なし。

(c) 紡錘形細胞肉腫 (Spindelzellen Sarkom)。

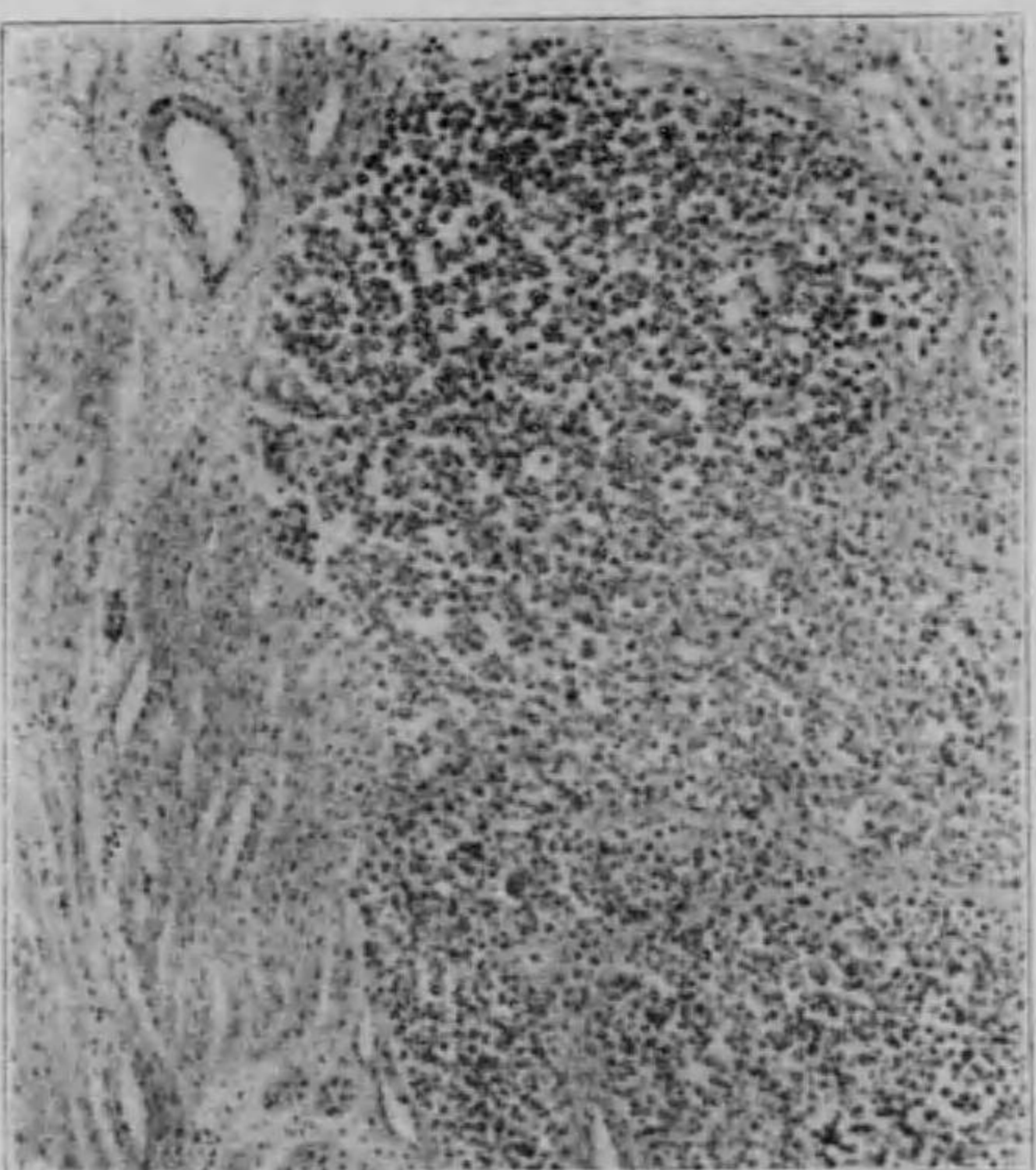


圖 五 百 第 (ルクラフ腫肉胞細形圓)

部層筋は方左 部腫肉は方右

(d) 比較的大にして同形の核を有する紡錘狀細胞よりなるものなり。

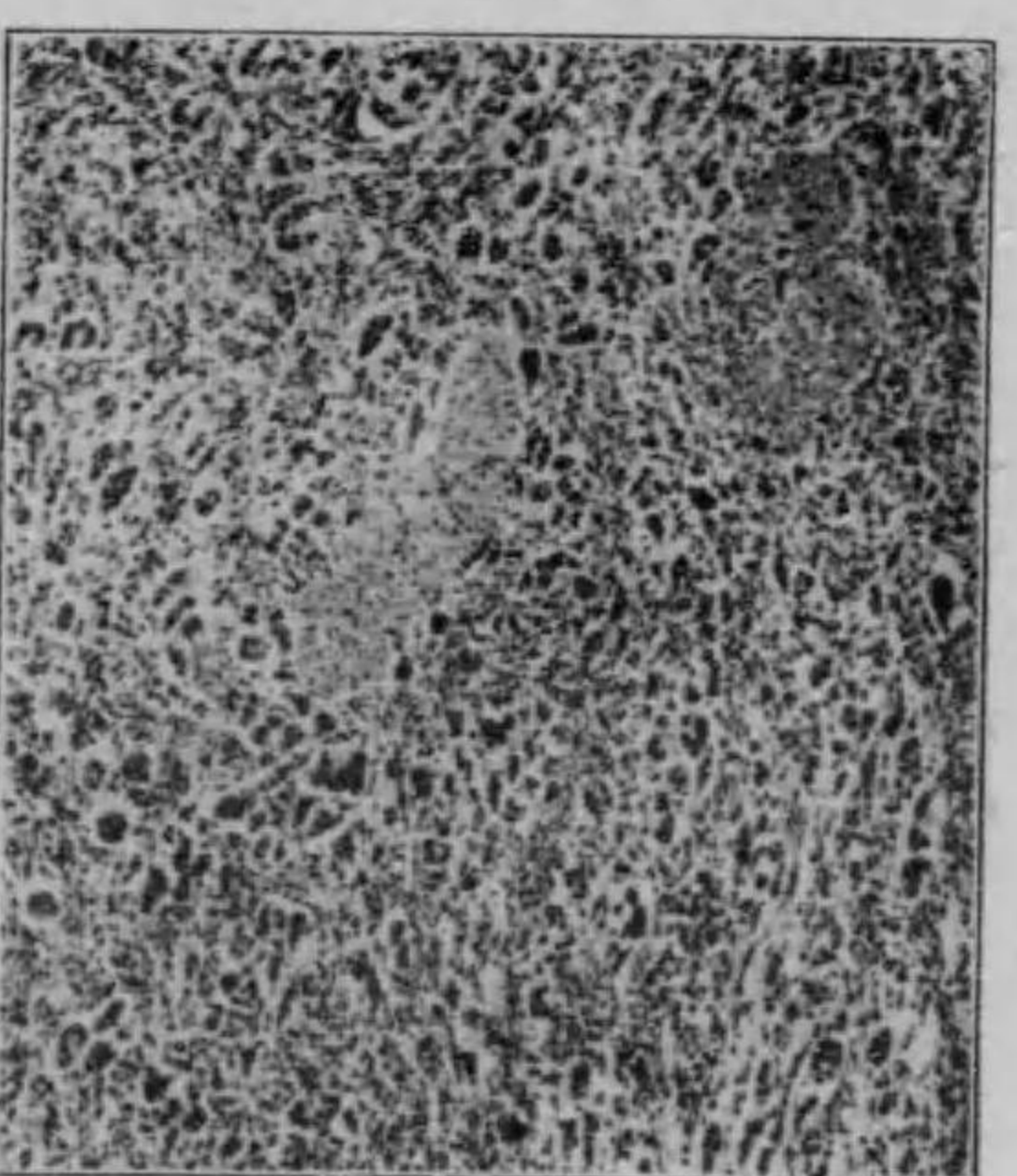
巨態細胞肉腫 (Riesenzellensarkom)。

子宮肉腫

前者は圓形若くは紡錘形細胞肉腫組織中に散在性に、多少の多核にして巨態なる細胞を含有するものを云ふ。

一般に子宮肉腫にありては純粹に一種の細胞よりなること稀れにして多くは數種の細胞混在するものなり。

圖六 百 第 (ルタンラフ) 腫肉壁



圓形細胞 紡錘形細胞 細胞及巨態なる腫瘍中の三ヶ所へ一つは中央に圓柱狀に二つは右上方に圓形に筋纖維群の保存せられたる部あり

故に特に多數に含有せらるゝ細胞の種類によりて命名するなり。就中紡錘形細胞及圓形殊に大圓形細胞肉腫多く、巨態細胞肉腫は稀有なり。

時として肉腫と癌腫との合併混在を見ることがあり。之れを子宮癌肉腫 (Carcinoma-sarcoma uteri) とす。

變性は肉腫に於て甚屢に證明せらるゝ現象なり。其主なるものは硝子樣變性、

水腫・脂肪變性・出血・壊死等なり。腫瘍の迅速なる發育により其中を走行する血管を屈曲するに由るのみならず、腫瘍細胞血管内に進入して之れを閉塞し血栓を形成し、爲めに壊死及出血を起すに至るなり。

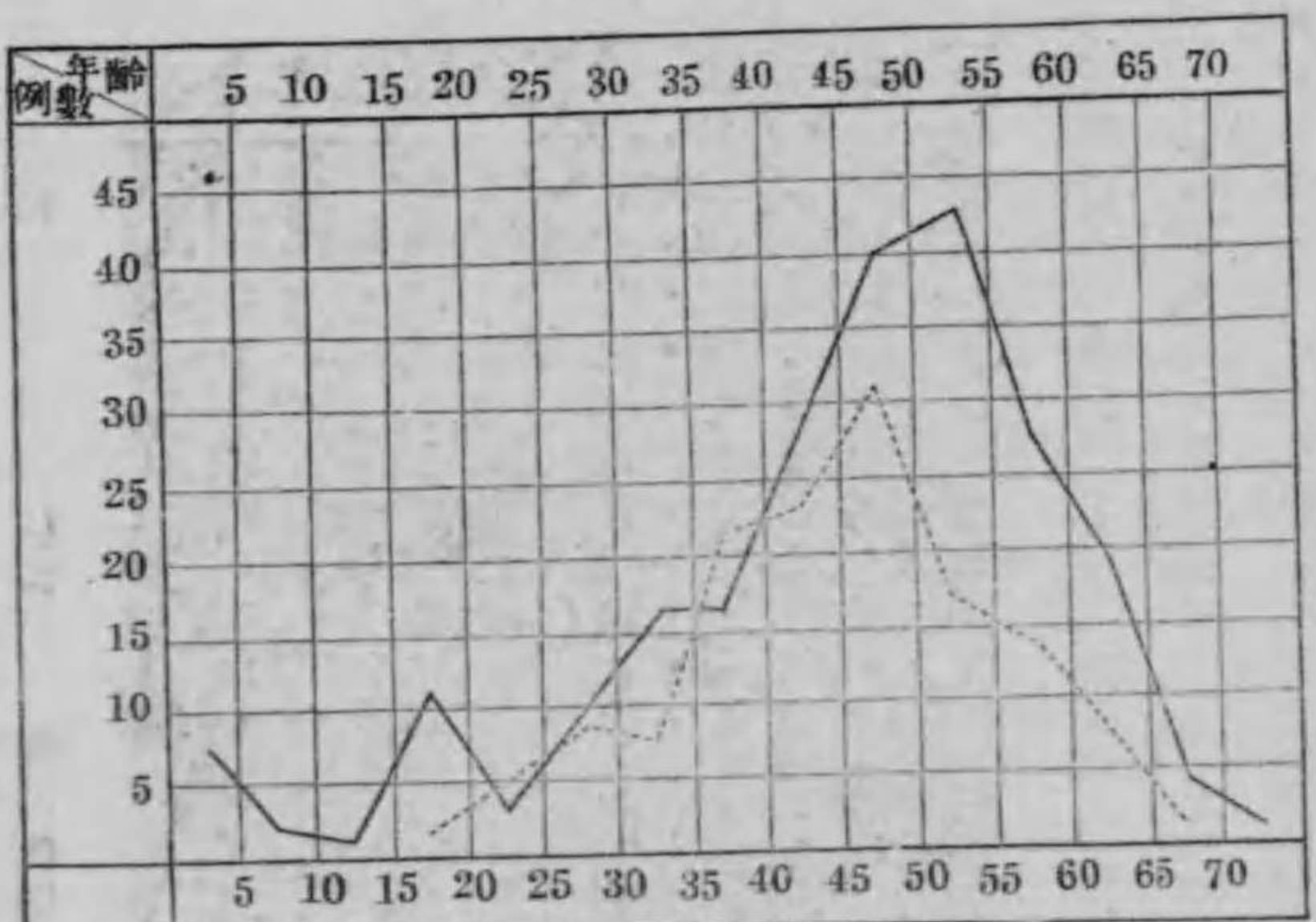
四 發育及蔓延

子宮肉腫の蔓延は癌腫に於けると同様にして連続性蔓延及轉移の二種なり。

體部粘膜炎肉腫は次第に筋層に浸潤して終に漿膜面に達し、時として之れを破壊して腹腔臓器に蔓延することあり。又體部内膜より頸管粘膜炎に蔓延すること稀有ならず。然れども頸管粘膜炎の體部内膜を侵すは比較的末期なり。腔粘膜炎も亦末期に侵さる。反之し頸部壁及骨盤結締織に蔓延するは敢て稀ならず。然れども高度の浸潤にても子宮癌の如く膀胱及直腸に穿孔して瘻管を形成し又輸尿管を閉塞するに至ることは甚だ稀なりと云ふ。

限局性壁肉腫の發育は一般に緩徐なれども後には周圍組織に破壊浸潤するものなり。轉移は血管道及淋巴道によりて行はるゝも、癌腫と反對に主として血行によること須知の事實なり。轉移竈の最主なるものは肺なり。其他肝・腸・大網膜・腎・後腹膜及鼠蹊淋巴腺・卵巣・肋膜及肋骨等なり。

圖七 百 第 (ルチスゲ) 係關のと齡年と生發腫肉宮子



黒線(粘膜炎) 點線(壁肉腫)

五 症候

子宮肉腫と年齢との關係は壁肉腫と粘膜炎肉腫とに於て著明の差あり。壁肉腫の發生年齢が筋腫發生年齢と殆ど相一致するは壁肉腫の多くが筋腫の變性によりて發生するを證明するものなり。

粘膜炎腫も亦一般に高年者(五十歳前後)に多数なるは壁肉腫と同様なれども、殊に著明なるは若年者にも亦比較的多数なることなり。第七七圖は是等の關係を證明するものにして、グスマルは五歳までの小兒に七例の粘膜炎腫を見たるなり。

子宮肉腫の症候は出血・帶下・疼痛及壓迫症候を主要とするも肉腫に特有なる點なく、癌腫及筋腫に於けるに殆ど全く同様なり。粘膜炎腫にてはシンブソンが體部癌に特有なりとせる子宮痛痛を見ること稀有ならず。

又惡液質及貧血等に陥ること癌腫と同様なり。

六 診 斷

臨牀的症候にして特異なるものなき以上單に既往症にて診斷し得ざるや勿論なり。唯小兒期に於ける出血及帶下等は本症の疑をおき得べき點なり。

觸診によるも亦癌腫及筋腫と鑑別すること困難なるを普通とす。唯次の如き場合は肉腫の診斷比較的容易なり。

肉腫に疑はしき場合

(一) 頸管より腔内に懸垂せる葡萄狀腫瘍。

(二) 所謂再發性纖維腫 (recurrent fibroids)。

即子宮口より産出せる筋腫性「ポリープ」の如き腫瘍ありて、之れを剔出したる後反復同様の腫瘤を發見する場合なり。如斯きは初め英醫 (Hutchinson, Callender, Paget, West) によりて發見せられたる多くの臨牀家によりて確證せられたるなり。

(三) 春機發動期以前の少女の子宮に悪性の性質を有する腫瘍を認めたる時。

壁肉腫と筋腫との鑑別

肉腫と癌腫との鑑別

(四) 腫瘍肉眼的に悪性にして、而かも甚しき大きさに達せる時も亦肉腫の疑をおくことを得べし。癌腫又は癌性子宮は少くとも手拳大を越ゆることなし。

壁肉腫と筋腫との鑑別は必ずしも容易ならず。肉腫に疑はしき徵候左の如し。

(a) 筋腫の存在によりては説明し得ざるが如き著明なる惡液質を認むるか又は甚しき出血なきに拘はらず高度の貧血を見る場合。

(b) 其他腫瘍の迅速なる増大・甚しき緊張疼痛腫瘍の増大・腫瘍の増大に因する・經閉後の不正出血及漿液性血樣帶下・時に見る腹水及硬度軟弱なること。

試験的搔爬又は子宮内觸診によりて組織の脆弱なること及出血し易きこと等により、子宮内膜に悪性腫瘍の發生を診斷するは必ずしも難事ならずと雖、肉腫と癌腫とを鑑別することは甚だ困難なり。然れども甚だ軟弱なる髓様の組織増殖を見たる時は肉腫の疑をおくことを得べし、何となれば癌腫組織は脆弱なるも軟性なることは極めて稀有なればなり。

要するに確實なる診斷は顯微鏡の力を藉らざる可らず。然れども顯微鏡による肉腫の診斷は癌腫に於けるが如く簡單容易なるものにあらず。熟練せる病理學者が剔出標本に於てするも困難なることあり。

況んや搔爬材料に就きてのみ判定することは一層困難なり。例へば圓形細胞肉腫と高度にして擴汎性なる炎症性圓形細胞浸潤とは殆ど全く同様の所見を呈するものなり。故に子宮組織に發現すべき諸種の病理を知悉し、一面臨牀上の性質を參酌せざる可らず。時に亦一定の經過を觀察して始めて決定し得る場合あり。

實際問題としては發見せる腫瘍に就き單に悪性なることを診斷し得るを以て足れりとす。治療上には

必ずしも其本態の闡明を要せざるなり。

七 豫後及療法

子宮肉腫の経過は甚しく多様なり。是れ一つに其組織的性質と發生部位及組織發生に關するものなり。組織的には實質細胞に豊富なる小圓形細胞肉腫最悪性にして進行迅速なり。又筋腫の變性によりて發生する限局性壁肉腫は最良性にして蔓延遅く経過一般に緩徐なり。反之し漏蔓性粘膜炎肉腫は其悪性なり。従つて疾患の持続を定むること甚だ困難なり。

癌腫との比較は尙統計的に確定せられざるも少くとも壁肉腫の多くは癌よりも緩漫なる経過をこるや明白なり。一般に粘膜炎肉腫の持続は二乃至三年なりと云ふ。

豫後は絶対に不良なり。放置せられたる子宮肉腫は必ず死の轉歸をこるものなり。而して死因は約半数に於ては悪液質及生命に貴重なる臓器の轉移なり。一部は腫瘍の化膿及腐敗に續發する敗血症なり。癌腫に於けるが如く尿毒症によりて斃ること甚稀有なり。

療法に對するすべての關係は子宮癌と全く同様なり。即最確實なる根治は早期診断による早期手術(ウエルトハイムの見解による擴汎性手術)によりて得らる。此點に於て早期に診断し難き壁肉腫は粘膜炎肉腫よりも豫後不良なり。手術不能性症に對する姑息療法も亦癌腫と同様なり。

放射線療法との諸關係も癌腫に於けると異なるどころなし。但し肉腫は癌腫よりも放射線療法に對して良好なる位置にありと云ふ。

第六章 悪性脈絡膜上皮腫

悪性脈絡膜上皮腫(Chorioepithelioma malignum)とは其名の示すが如く胎兒性外胚葉に屬すべき脈絡膜絨毛上皮(Chorion-Zotten-Epithelien)の遠型的増殖によりて發生し、轉移を形成し、臨牀上悪性の態度を現はす腫瘍なり。故に組織的本態よりすれば上皮性腫瘍にして肉腫よりも癌腫に屬すべきものなり。

一八八九年ゼンゲル Saenger によりて發見せられし以來今日に至るまで、人體病理學中最興味ある問題となり、幾多の學者が競ふて其研究に従事せる結果、當に本腫瘍の知見を開拓せるのみならず、之れに附隨して産科學上重大なる諸問題の闡明せられたるもの少なからざるなり。本腫瘍研究者中特筆大書すべき功勞者はマルシャン Marchand にして其學説は現今に於ける諸問題探究の根柢をなせるものなり。

マルシャンによりて組織本態闡明せられ悪性脈絡膜上皮腫と命名せらるゝに至る迄に於ける學説の變遷は甚複雑なる経過をこりたるなり。組織發生に關する學説の異なるに従つて多數の名稱を産みたり。左に其主要なる二三を紹介すべし。

種々なる異名

悪性脱落膜腫(Decidua maligna)・脱落膜肉腫(Deciduosarcoma)・脱落膜細胞性肉腫(Sarcoma decidua cellulare)・シムチ・ウム性癌腫(Carcinoma sytiatale)・悪性「シムチ・オーム」(Syncytionia malignum)・悪性脈絡膜腫(「ヒョリオーム」)(Chorionia malignum)

是等の中其呼稱の簡單なる爲め悪性「シムチ・オーム」なる名稱を使用するもの多しと雖、聊妥當を缺けるものにして、理論上最適切なるは悪性脈絡膜上皮腫なり。而して特に悪性なる二字を冠するは、組織的に全く同様にして、而も良性なるものあるが故なり。其詳細は後述すべし。

悪性脈絡膜上皮腫

一 肉眼的所見附變位性脈絡膜上皮腫

胎兒性外胚葉より發生すべき脈絡膜上皮腫は卵の附着すべき子宮體部粘膜炎に占居するを最普通とするや勿論なり。

多く子宮粘膜炎に限局性の結節狀腫瘍を形成すれども時として彌蔓性の浸潤型をなすことあり。限局性腫瘍は多く球形にして廣き基底を以て馒头形に隆起するか又は多少著明なる莖を有し「ポリープ」狀となることあり。大さは種々にして豌豆大のものより手拳大又はそれ以上に達することあり。表面常に粗造なり。發生の初期にて續發性變化を起さざる腫瘍は灰白紅色にして硬度軟なり。然れども本腫瘍は甚だ出血し易き特性を有す。従つて吾人が臨牀上又は剔出標本に就きて見るものは、殆どすべて出血を合併せるものにして、其新舊により深紅色・暗赤色又は暗褐色なり。故に最普通に遭遇すべき陳舊性腫瘍は一見凝血又は遺殘胎盤片と同様の外觀を有し、且硬度脆弱にして搔爬又は指壓によりて容易に小粒に破壊せらる。胎盤片は一定の強韌性を有し如斯く脆弱ならず。其他又壞死及腐敗に陥り易し。腫瘍と周圍健康組織との境界は多くは明瞭なり。殊に出血に因する着色により一層著明となる。

子宮粘膜炎に於ける原發性腫瘍は單發性なるを普通とす。

發生學上甚だ興味あるはツルゲル Dünner によりて命名せられたる所謂變位性脈絡膜上皮腫 (Ektopisches Choroidepithelium) なり。此名稱は從來往々子宮外脈絡膜上皮腫 (Extruterines Choroidepithelium) 同意義に誤用せられたり。脈絡膜上皮腫は卵外胚葉より發生するものなる以上、卵着牀部に發生せるものは變位 (Ektopisch) と見ること能はず。故に喇叭管及卵巢妊娠後に於て喇叭管粘膜炎及卵巢組織に發生せるものは子宮外脈絡膜上皮腫なれども變位性脈絡膜上皮腫にあらず。然れども子宮内妊娠後喇叭管又は卵

變位性脈絡膜上皮腫

子宮外脈絡膜上皮腫

巢に發生せるものは變位性症に屬すべきこと勿論なり。輸卵管妊娠後輸卵管以外に原發せる腫瘍も亦同様に變位性なり。換言すれば變位なる本來の意義よりすれば左の如き定義を下さざる可らず。

「變位性脈絡膜上皮腫とは卵着牀部と隔離せる部位に原發せる脈絡膜上皮腫を云ふ。」

而して卵着牀部に本腫瘍を原發するは何等珍奇とするところなきが故に、發生學上甚だ興味あるは子宮外脈絡膜上皮腫にあらずして變位性脈絡膜上皮腫なり。

今日まで報告せられたる多數の變位腫瘍を通覽するに其好發部位は腔壁なり。

原發性腔壁脈絡膜上皮腫を初めて實見せるはバック Pich (一八九七) 及シュモール Schmorl によつて、其後 Schlagenhauer, Schmidt, Lindfors, Peters, Risch, Zagorjinski-Kissel (Archiv f. Gyn. Bd. 67 1902), Walther (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 59. 1907) 其他多くの報告あり、著者も亦其一例を實見せり。

而して腔のみに單發せるものあり、又同時に肺・肝・腎等に多發せるものあり。子宮及喇叭管粘膜炎常に健全なり。

腔に次ぎて多きは肺なり。其他肝・腎・心・腦・硬腦膜・大陰唇等に原發せる場合あり。

原發性喇叭管脈絡膜上皮腫のものは變位性の報告は敢て僅少なからず。

其主なるものは Marchand-Ahlfeld, Thorn, Kosner, Gebhard, Kleinhaus (Centralbl. f. Gyn. 1902 S. 1148), Kissel (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 56 1905), Kossler (Arch. f. Gyn. Bd. 97 1912)。

卵巢の原發性脈絡膜上皮腫は極めて稀有にして、今日まで報告せられたるはクラインハウス Kleinhaus (Centralbl. f. Gyn. 1902) 及磐瀨 (Arch. f. Gyn. No. 43. S. 1148) の二例なり。

尙變位性腫瘍の一種とも見るべきものは内膜に何等の變化なくして明かに隔離せる子宮筋層内に原發するものなり。例へばホルツァツェル Holzapfel (Mitsch. med. W. o. F. No. 10) フォードナル Fiedler (Pestab-

悪性脈絡膜上皮腫

Lozza 等の報告せるものなり。著者も亦其一例を経験せり。

二 組織的所見

マルシャンによりて闡明せられたる組織發生の數ふるが如く、本腫瘍の實質組織は胎兒絨毛上皮なり而して絨毛間質たる結締織は腫瘍發生に干與せざるを常とす。最普通に見る續發現象たる出血を顧慮して本腫瘍の組織成分を列擧すれば左の如し。

- 一、脈絡膜上皮細胞及圓形單核巨大細胞並に多核巨態細胞
- 二、血液成分
- 三、脱落膜細胞及絨毛結締織

而して第一及第二は殆ど常に證明し得べき成分なれども、第三は稀れに見るものにして組織的成分として重大なる意義を有するものにあらず。

脈絡膜上皮 絨毛を被包せる上皮は内外の二層よりなる。外層を「ジンチ、ウム」(Zyncium) (融合せる細胞の意)と云ひ、其名の示すが如く各細胞の境界全く不明にして相連續したる原形質帯中に多數の核の並列せる像をなす。而して細胞體及核は色素に濃染する特性を有す。内層をラングハンス氏細胞層(Langhansche Zellschicht)と云ひ一列の境界鮮明なる多角形細胞よりなり。染色性強からざる大なる圓形の核を有す。原形質も亦染色性に乏しく透明に見え且特殊染色法により「ジンチ、ウム」になき「ゲリコグリン」顆粒を證明す。

本腫瘍の主要成分たる「ジンチ、ウム」とラングハンス氏細胞との數量的關係及配列は常に一樣ならず。マルシャンは正型的所見と違型的所見とを區別せり。

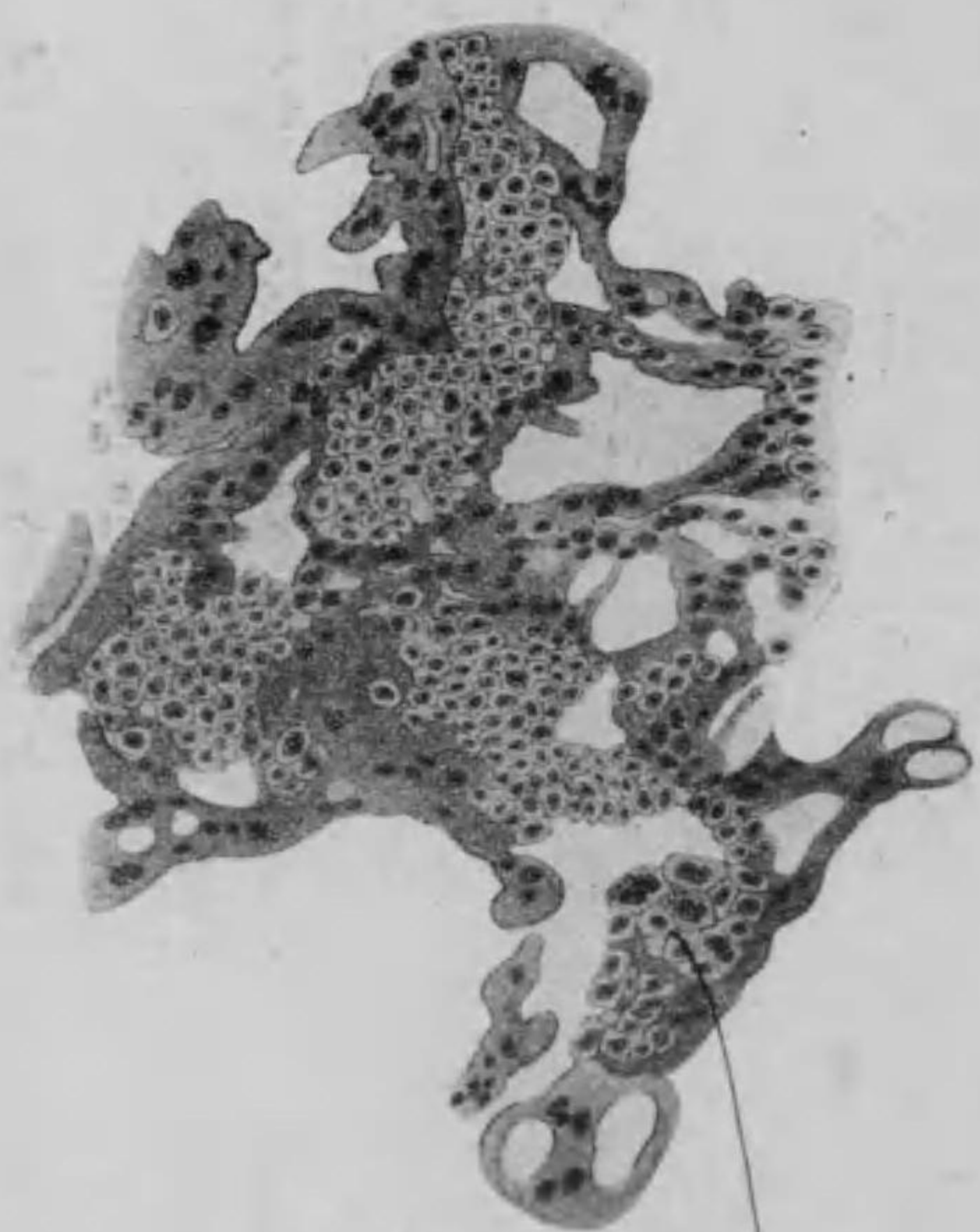
マルシャンの二型

正型的脈絡膜上皮腫(Typische Form)とは「ジンチ、ウム」と「ラングハンス」氏細胞との配列が妊娠初期

期の絨毛上皮に於けると略同様の關係にあるを云ふ。即「ジンチ、ウム」は多數の核を並列せる原形質桿を形成し、多く分枝を出して互に連續し、其間に層狀又は集團狀に配列せるラングハンス氏細胞を見るなり。

違型的脈絡膜上皮腫(Atypische Form)は絨毛上皮は全く正常の連續的配列を失ひて寧ろ遊離性配列をなし、癌腫又は肉腫に似たる像を以て浸潤性に進行する傾向を有し、且主として「ジンチ、ウム」よりなるものなり。尙兩者の移行型を見ることがあるや勿論なり。

第百八圖 正型的惡性脈絡膜上皮腫



細胞形態の明瞭なるはラングハンス氏細胞の強悪性の細胞桿をなせるは「ジンチ、ウム」(其中に多數の空胞を有す)

就れにするも「ジンチ、ウム」は其原形質内に大小種々の空胞を形成するの特性を有し、ラングハンス氏細胞には核の分裂像(ミトーゼ)を特徴とす。以上二種の組織成分中殊に重大なる意義を有するものは「ジンチ

惡性脈絡膜上皮腫



チウム」なり云ふ。時として純粹に「ジンチ、ウム」のみによりて成立せる腫瘍を見たる例あり。(Butz, Krebs, L. Fränkel, W. Freund)。

其他單核巨大細胞又は多核巨細胞を見ること稀有ならず。

單核巨大細胞に關しては文獻上正確なる記載を知ること能はざるも著者の所見を以てすれば其形家兎の妊娠子宮に見るモノト氏巨大細胞 (Minot'sche Riesenzelle) に酷似す。其本態は不明なり。恐らく「ジンチ、ウム」細胞の變形なるべし。多核巨細胞は巨細胞肉腫に見ると同様のものにして或は遊離せる絨毛「ジンチ、ウム」なるあり、又は絨毛上皮と全く無關係なるものあり。一般に妊娠時に於ては諸種の細胞に融合の傾向を認むるは既知の事實なり。

尙一つの主要成分たる血液は或部にては明瞭に赤血球及白血球の形を存し其液状なりしことを示し、又他の部にては全く無定形の物質中に纖維網の走行せるを認め既に凝固せることを表はす。其分量も亦一樣ならずして血液成分以外殆ど全く腫瘍細胞を認め得ざる部分あること勿論なり。最普通には血液成分と腫瘍細胞と不規則に混在する像を呈す。

腫瘍の子宮壁に對する關係は卵着牀の初期に於ける所見と略同様に於ける筋組織及血管に對し明かなる蠶蝕的態度を示す。

### 三 發育及蔓延

悪性脈絡膜上皮腫の蔓延を他の悪性腫瘍に於けると同様連続性及轉移の二種に區別することを得。腫瘍の子宮壁に對する強大なる蠶蝕的態度は肉眼的にも極めて明瞭なり。即腫瘍は次第に筋層を菲薄ならしめて終に漿膜面に達し終に之れを穿孔し又は周圍の骨盤結締織内に進入するに至るなり。本腫瘍は著しき轉移性傾向を有し、癌腫肉腫等に比し遙かに早期に擴汎性の轉移を起すものなり。而

して其轉移は殆ど常に血管道によりて行はる。其關係は顯微鏡所見に於て明かに認むることを得。即靜脈壁が腫瘍細胞によりて穿孔せられ又は血管内腔が腫瘍細胞により充填せられたる像は毎常實見し得べき所見なり。

甚だ興味ある事實は腫瘍細胞と血液凝固との關係なり。即脈絡膜上皮は血液凝固を阻止する性質を有し、其進行によりて血管内に穿孔する血液を凝固せしむることなく、腫瘍片は循環血中に浮遊すと云ふ (Heitz, Veit, Hinzmann u. Christofery) 反之しシムニット M. B. Schmidt の研究によれば癌細胞の血管破壊によりては凝血を發生すと云ふ。

第一の轉移は小循環(子宮靜脈—下大靜脈—右心室—肺動脈)によりて肺に達するか又は逆行性游走(Retrograder Verschleppung) (傍子宮靜脈—傍腔靜脈—痔靜脈—門靜脈)により腔壁及肝臓に達す。又進んで大循環系フアイトーヴェーは開通せる明瞭孔又は肺血管の毛細管連絡によるにより腎臓及腦等に轉移す。

ミューンツェル M. Münzer (Centralbl. f. allg. Pathol. u. Pathol. Anatomie, Bd. 13) の纂録によれば最屢、見る轉移部は腔・肺及腦にして、腎・脾・肝・腸・膵・心・副腎等之れに次ぎ、稀れには甲状腺・膀胱・皮膚等に轉移を見ることありと云ふ。

著者の經驗よりすれば子宮筋層内に原發竈を全く分離して多數の腫瘍結節を見ること少なからず。之れも亦一種の轉移と看做すことを

第九百 肺に轉移せる悪性脈絡膜上皮腫 (nach Jellett)



臟器表面の結節は腫瘍轉移なり

悪性脈絡膜上皮腫

得べし。又膀胱轉移は尿道隆起部に起ることも多し。

淋巴道による轉移は極めて稀有なるものなり。時に淋巴腺轉移を見ることありと雖、此場合も亦寧ろ血管道によりて行はれたりと解すべきものなりと云ふ。又稀れに卵巣に轉移す。ショットレンデルは其數例を實驗せりと云ふ。

要するに轉移は變位性腫瘤と殆ど相一致したる好發部位を示すものなり。而して原發性喇叭管脈絡膜上皮及變位性脈絡膜上皮腫等も亦子宮腫瘍と同様に轉移し得るや勿論なり。

轉移腫瘍の組織的所見及一般的性質は原發竈に於けると殆ど全く同様なり。常に結節狀腫瘤を形成し、甚だ出血し易き傾向を有し且周圍健康組織に對する破壊的態度大なり。

#### 四 原因的關係

原因的關係に於て統計上殆ど確定せられたる事實は次の如し。

- 一、脈絡膜上皮腫は常に妊娠に關聯して發生す。
- 二、妊娠中本腫瘍發生と最親密なる關係を有するは葡萄狀鬼胎なり。正規妊娠にありては殊に初期の妊娠と關聯し、末期に達せる妊娠との關係は極めて小なり。
- 三、腫瘍の發生は妊娠中絶又は分娩後に起るを最普通とす。

要之するに本腫瘍は葡萄狀鬼胎分娩後に發生すること最多く、正規妊娠の流産後之れに次ぎ、正規分娩後なることは甚だ稀有なり。

故に脈絡膜上皮腫は女子にのみ特有の腫瘍にして、然かも春機發動期以後の年代に於てのみ見る者なり。然れども稀れに男子及少女に、又は成熟期婦人に妊娠と全く無關係に脈絡膜上皮腫又は之れに酷似

男子の脈絡膜  
上皮腫

所謂假性脈絡  
膜上皮腫

せる腫瘍の發育を來すことあるは文獻によりて明かなる事實なり。

男子に於ける本腫瘍の存在はシュラーゲンハウフェル Schlegelbauer (Wien, Klin. Wo) の發表を以て嚆矢となす。即氏は睾丸嚢形腫 (Hodentertum) を有する四十三歳の男子に就きて右肺申狀腺・右腎等に轉移を認め、原發腫瘍及轉移竈に於て脈絡膜上皮腫と同一性状の腫瘍組織を證明せり。

其後 Wlassow, Schmorl, Steinhans, Riesel, Bornow, Frank-Rohbert 其他は、シュラーゲンハウフェルと同様睾丸嚢形腫中に、シムチ、ウム 組織を證明せり。其他卵巢嚢形腫中に「シムチ、ウム」を發見せるものあり (Riesl)。又 Lohmann は十三年の少女の子宮に脈絡膜上皮腫と認むべき腫瘍を發見せり。中山茂樹氏 (二冊明治四十三年) は三十二年の男子に於ける手掌大の後腹膜腫瘍を鏡檢しマルジャンの正型的脈絡膜上皮腫に酷似する像を認めたりと云ふ。三胚葉を有する真正の嚢形腫より脈絡膜上皮腫を發生するの理を説明するは敢て困難ならず。例へばシュラーゲンハウフェルは卵膜又は其痕跡を以て説明し、リセルは嚢形腫中の胎兒成分に基因すと説く。然れども其他の組織に發生せるものに對する見解は學者によりて一様ならず。されど是等のものは一般に脈絡膜上皮腫嚢腫瘍 (Chorioepitheliomatische Geschwulst) と云ひ、婦人に來る真正の脈絡膜上皮腫と區別すべきものなりとせらる。ホルストは假性脈絡膜上皮腫 (Pseudo-Chorioepitheliom) と命名し、肉腫・癌腫又は内被細胞腫が「シムチ、ウム」様所見を呈するものなりと云へり。中山氏の例は確實に血管内被細胞腫なりと云ふ。

眞正の脈絡膜上皮腫は妊娠の先行によりて發生したるものなりと見做すもの多し。

#### 葡萄狀鬼胎と脈絡膜上皮腫との關係

一、頻度。脈絡膜上皮腫の約五〇％は葡萄狀鬼胎分娩後に發生するものなり。

Ladinski 三九％、Kehrer 三三乃至四〇％、Eiermann 五〇％、Teicher 三六％、Hirschmann u. Cristofolini 四四％。

フアイトは「ジンチ、オーム」の發生には恐らく常に完全胞狀鬼胎 (totale Blasenmole) 又は部分性胞狀鬼胎 (Partielle Blasenmole) の先行を見るべしと説き、ヅングェルロー、ゼンスタインは正規妊娠流産又は正

悪性脈絡膜上皮腫

規分娩後に發生する「ジンチ、オーム」は其胎盤中に形成せらるゝ部分性胎狀鬼胎に基因するものなるべしと云へり。而して Küstner, Dunger, Kroemer, Voit 等は多數の流産卵に就て此事實を實見せりと云ふ。クレーメルは葡萄狀鬼胎の三三%は脈絡膜上皮腫に變化すと云へるも、ヒッチマン及クリストフオレッチーは約七・五%なりと云へり。一般臨牀家の經驗は寧ろ後者に近し。

二、潜伏期 鬼胎又は卵排出後より「ジンチ、オーム」の臨牀的發現之れに因する第一回を見るに至るまでの所謂潜伏期は通常數週より數ヶ月なり。稀れに數年又は十數年に及ぶことあり。

ボラーノ O. Polano (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75 1914) が文獻により蒐集し得たる三十五例(内五例は變位性發育をなせるものなり)に就きての統計は左の如し。

|        |        |        |        |         |
|--------|--------|--------|--------|---------|
| 二年(八例) | 三年(五例) | 四年(一例) | 五年(一例) | 六年(二例)  |
| 七年(三例) | 八年(一例) | 九年(二例) | 十年(一例) | 十三年(一例) |

而して是等の多數の者は四十年代の終りより五十年代の初め即更年期にある婦人なりと云ふ。ボラーノ自身は五十二歳の婦人にて最終分娩(正規)十年後、陰壁に造型的脈絡膜上皮腫を發生せる一例を報告せり。

稀れに妊娠持續中に於て既に本腫瘍の發生を見たる報告あり。

Pick (Berlin. Klin. Wochenschr. 1897) Neumann (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 6) Palen-Vassner (Arch. f. Gyn. Bd. 6) は子宮内に葡萄狀鬼胎ありて、同時に陰壁に「ジンチ、オーム」の發生せるを報告せり。余も亦其一例を有す。Wallard (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 50) は生兒を有する妊娠八ヶ月にて多發轉移性「ジンチ、オーム」の爲めに死亡したる一例を報告せり。

特に葡萄狀鬼胎が脈絡膜上皮腫の發生に親密なる關係を有するの理由は其組織的所見を比較することによりて容易に了解することを得べし。葡萄狀鬼胎の組織的所見中殊に意義あるは絨毛上皮の著明なる増殖現象なり。而して其増殖狀態は彼の定型的脈絡膜上皮腫に於けるに根本的に何等の差異なし。換言

すれば組織的所見上に於ける兩者の差異は上皮増殖の性狀に於て、唯其程度に於てなり。

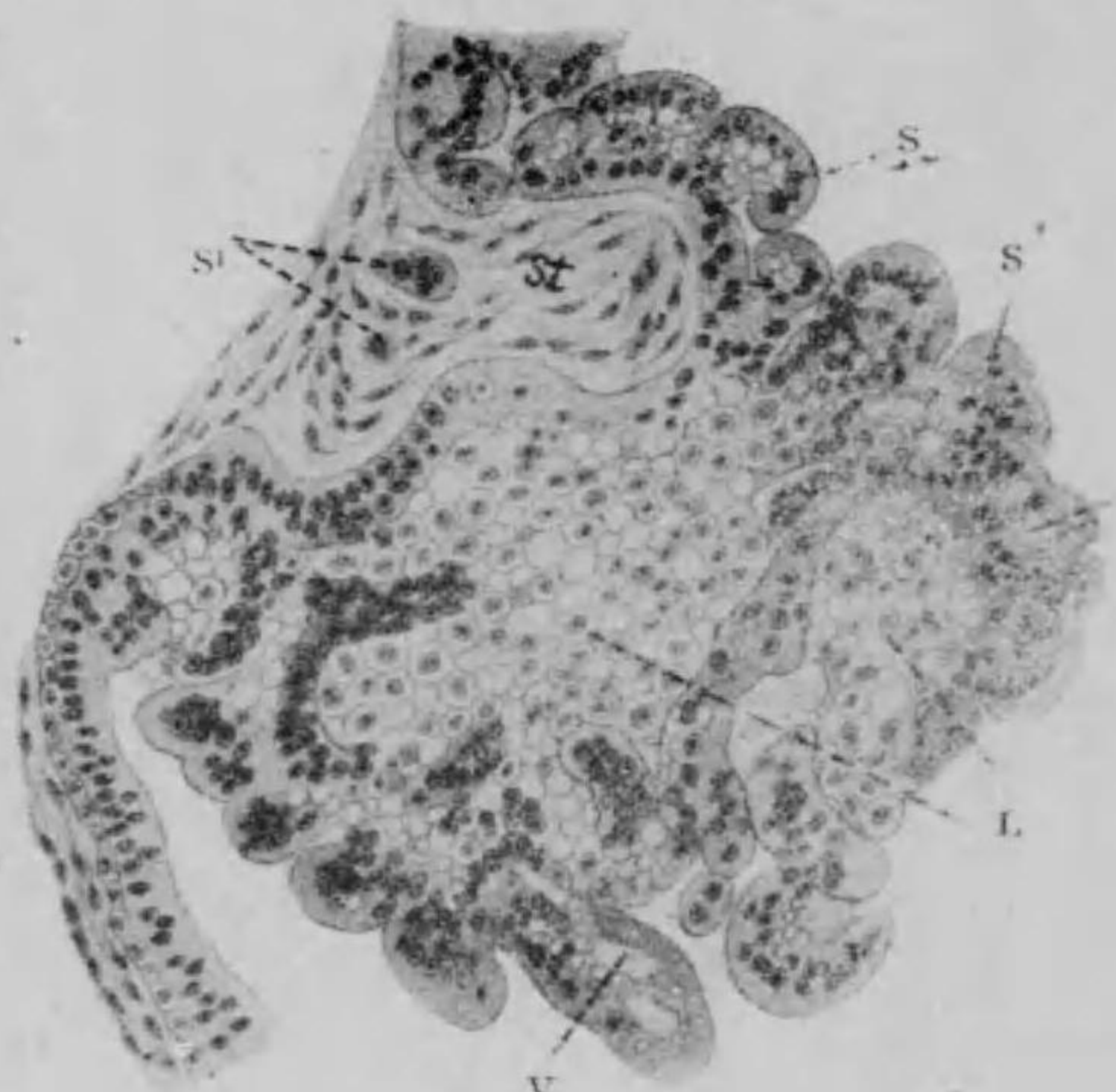
腫瘍の變位發育は絨毛又は絨毛上皮或は胎狀鬼胎の血管游走 (Verschleppung, Deportation) によりて説明せらる。

三、腫瘍の發生原因

絨毛上皮に限りなき増殖能力を附與し以て悪性脈絡膜上皮腫を形成せしむるに至る原因に就きては古來多くの假説ありと雖、尙全く確定せるものなきは他の腫瘍に於けると同様なり。或は卵(又は絨毛上皮)其者の特殊性を考へ或は卵巢の變化による間接作用に歸し又或者は母體防禦力の變化によりて説明せんごせり。

脈絡膜上皮腫又は胎狀鬼胎、卵巢變化との關係は一時多くの學者によりて重視せられたるものなり。殊に卵巢の小濾胞性變性(ルテイン)濾胞形成及間質に於ける「ルテイン」細胞増殖を以て特異となせり。ピックは「ルテイン」性卵巢多濾胞性變性(Degeneratio poly-

第十百圖 (ツイザ) 組織の胎狀鬼胎



I, ランゲハ  
ンス氏細胞  
S, 「ジンチ  
チウム」細  
胞  
St, 同上  
V, 「ジンチ  
チウム」内  
の空胞  
St, 絨毛間質

悪性脈絡膜上皮腫

cystica ovarialis (Mucinosis) と命名せり。而してホルン、フレンケル氏説を根據として「ルテイン」物質が絨毛上皮の發育を支配すべきを説き、且卵巣變化によりて起る同物質の過剰生成は上皮の異常増殖を促すものなりと説明せり。然れども其後多數研究者の統計的調査により卵巣變化と脈絡膜上皮腫又は胎狀鬼胎との合併は寧ろ偶發の現象にして其間に何等因果的關係を認めざることを證明せられ今日此説を信するものなし。

絨毛上皮の増殖力變化を度外視し、寧ろこれに對する身體の防禦力 (Abwehrfähigkeit des Organismus) の變化を認めんとするの説は尙確立せられざるものなりと雖、極めて興味深き見解なりと云ふべし。

Kraus, Graff, Ishiura, Winterhitz, Kosenhal, Frankl 等の研究によれば正常血清及妊婦血清は成人の細胞を溶解する力なきも胎兒性細胞 (胎盤・肝及腎) を試験管内にて溶解する性質あり。即人體血は進入せる胎兒細胞を溶解して自ら防禦する能力を有す。又フランクは「ジンチ、オーム」患者の血清は此防禦力を缺如することを實驗せり。換言すれば普通健康血清の有すべき胎盤細胞破壊力の消失によりて「ジンチ、オーム」の發生を促すものなりと云ふなり。

### 五 症候 (附) 良性脈絡膜上皮腫

子宮内膜に發生せる悪性脈絡膜上皮腫の初發徵候は出血なり。而かも其出血は甚だ頑固なるを常とす。出血に續發して高度の貧血を起し時に血色量二〇%にまで降下することあり。

尙腫瘍の續發性變化 (壞死・腐敗) により惡臭ある帶下を發し惡寒・熱發を見るに至る。

一般状態は比較的早期に障礙せられ惡液質に陥る。又蛋白質を發すること屢なり。過量の胎兒性蛋白質吸收とするも、終に轉移を起すに至れば臨牀上種々複雑なる症候を添加し來るものなり。例へば肺轉移に於ては咯血を起し、腦轉移に於ては腦腫瘍又は腦溢血の症候を現はす。而して子宮内膜に變化なき變位性發育にありては終に子宮出血を起すことなく、肺結核又は腦腫瘍と誤診せられ、剖檢によりて始めて「ジンチ、オーム」の存在を知り得たる例少なからず。又漿膜面に達せる腫瘍結節の自然的破壊によりて、恰も喇叭管妊娠破裂に於けるが如き腹腔内出血を起し、時に死の轉歸をこるに至ることあり (Hörmann, Beilage 14, 8 其他 König, Huguenin, Garkisch, Doran 等)。

初期に於ては子宮體に何等の變化を起さずと雖、腫瘤發育すれば子宮體も亦從つて増大し、筋層内に多發性結節を生ずるに至れば恰も筋腫と同様の觸診所見を呈するなり。

腔轉移竈は始め粘膜炎に豌豆大又は鳩卵大までの結節狀腫瘤を生じ、紫紅色を呈し被包粘膜炎は移動性ならず。終には其表面破壊して潰瘍を生じ出血す。

要するに吾人が最普通に遭遇する脈絡膜上皮腫は癌腫及肉腫よりも遙かに悪性の者にして、之れを放置する時は急速に死の轉歸をこるものなり。

然るに極めて珍奇なる事實は、同じく脈絡膜上皮腫なるに拘らず臨牀上良性の態度を持つる者を見ることなり。是等を良性脈絡膜上皮腫と呼ぶ。

### 良性脈絡膜上皮腫 (Benignes Chorionepithelion)

良性脈絡膜上皮腫はツァゴルヤンスキー及キッセル Zagorjanski-Kissel (Arch. f. Gyn. (1902) フライシュマン Fleischmann (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 17 1903) フランケー v. Franqué (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49 1903) 等の報告に始まり、其後比較的多数に觀察せられたり。

文獻上良性腫瘍と見做されたる主なる場合をあぐれば左の如し。

- 一、子宮内腫瘍を不完全に掻爬せるに拘らず、其後「ジンチ、オーム」に因する諸種の病變自然に全治し、再び正常なる生殖機能 (月經又は妊娠) を現はしたる場合。(Fleischmann, v. Franqué, Blumenreich)。

悪性脈絡膜上皮腫

- 一、腔轉移結節を切除し、子宮腫瘍を不完全に掻爬して、第一、同様の、自然的治癒をなしたる場合 (Hirshman, Berlage, 1904.)
- 二、原發腫瘍を切除し、肺轉移の自然に治癒せる場合 (Zagorjanskij, Kissel, Chrobak, Ladinski, v. Franque, Kwozostan-sky, Lomberg u. Mannheimer, Pestlozaj.)
- 三、周圍臓器に蔓延せる子宮腫瘍に就きて、單に子宮のみを剔出し、蔓延を遺残せしめたるにも拘はらず、再發なく全治せる場合 (Noble, Amer. Journ. of Marchand-Everke.)
- 四、周圍臓器に蔓延せる子宮腫瘍に就きて、單に子宮のみを剔出し、蔓延を遺残せしめたるにも拘はらず、再發なく全治せる場合 (Noble, Amer. Journ. of Marchand-Everke.)

而して如斯き良性経過の判定に就きては極めて慎重ならざる可らず。報告例を冷靜に觀察する時は中には根本問題たる脈絡膜上皮腫の診断に疑はしきものあり。此點に關しては診斷の條下に詳述すべし。又肺轉移の診断は單に臨牀的症候は咯血、又のみにては確實ならざるものなり。換言すれば從來の報告の悉くを自然治癒と認むることは能はざるなり。然れども信憑すべき確實なる自然的治癒例あるは疑なし。文獻上フライシマン (第一の場合) 及ヘルマン (第二の場合) の二例は其最確實なるものなりと云ふ (Klein)。

例 眞性腫瘍の適

今左に最興味ある経過をとりたるヘルマンの報告を摘録すべし。

一九〇一年三月四日ミュンヘン大學婦人科を訪問せる三十六歳の四回經産婦  
 既往症 最終月經一九〇〇年七月十五日。同九月十五日より強出血起り十八日流産。流産後止血せざる爲め十一月十二日掻爬し顯微鏡的に流産後内膜炎と診斷せり。掻爬後永く止血せしむ。再び少量不正に現出せしが翌年二月過ぎより持續的となり且薦骨痛並びに呼吸困難及咳嗽(咯痰なし)を訴へ三月四日入院せり。

現症 栄養甚、稍、高度の貧血、心尖に收縮性雜音、肺に異常なし。恥骨縫際上二横指の部に隆起せる抵抗あり。内診上(クイックル)教授)前腔壁の下部(稍、右方)に林檎大の二個の結節ありて表面壊死し肉腫様に見ゆ。子宮體は大人拳大以上に腫脹し、前腔穹窿部に於て外診上の抵抗に一致して硬き結節を觸れ、麻酔診斷の結果顯著せるが如し。

以上の所見にて子宮の悪性腫瘍にして既に周圍組織に蔓延し、腔に轉移せるものと診斷せり。故に根治手術を不可能とし腔結節をバクレン氏烙白金にて切除し、子宮内膜の搔爬を行へり。

轉移結節及搔爬材料の鏡檢を行ひマルシヤンの正型的脈絡膜上皮腫にして周圍に破壊性に進行せることを證明せり。仍つて從來の經驗により豫後の絕對に不良なることを家族に告げ経過を觀察せるに、甚しき呼吸困難(肺部の疼痛、咯痰を伴はざる頑固なる咳嗽、胸内苦悶、呼吸困難、顔面の甚しきチアノーゼ等)を現はし來り肺轉移を思はしめたり。然れども他覺的に證明すること能はず。術後四、九及十四日に烈しき戰慄を以て四十度まで熱發せり。既に術後第五日より血性粘液性の帶下あり。三月十六日退院。其後次第に惡液質の状態に移りし終に血痰を出すに至る。

四月二十九日他病院に入院。其診斷 (Dr. Krausmann) によりて尿道隆起部に再び林檎大の結節(再發)を認め、子宮は著しく増大し上界は臍と恥骨縫際との中央に達す。血性粘液性膿様の分泌物ありて戰慄を以て四十一度に發熱す。

五月四日内膜搔爬、腔結節の切除。鏡檢上 (Dr. Albrecht) 脈絡膜上皮腫なることを確證せり。此第二回手術により戰慄は止みしも、病狀少しも輕快せず。發熱四乃至五週日繼續し、血性膿様の帶下中止せず。呼吸障礙も亦同様。其後處置としては單に子宮内洗滌のみ。

然るに其後極めて徐々に輕快し來り、帶下減少、食慾及一般狀態良好となり、凡そ八週後に至り多く離床することを得。同時に子宮縮少し子宮口閉鎖。體温上昇止む。三ヶ月後(七月二十九日)に至り比較的治癒の状態にて退院。其時子宮體約梨子大、移動性後風、骨盤結締織及附屬器に何等異常なし。帶下は膿性、出血全くなく、轉移瘤をも認めず。

同年(一九〇一)八月より翌年八月十一日まで四週間の間歇を以て正調の月經を現はす。爾後無月經妊娠となり、何等の異常なく経過して一九〇三年の五月二十二日に成熟胎兒を自然に分娩せり。單に稍著しき羊水過多症ありしのみにて、胎兒及附屬物に異常なし。

同年七月二十一日の診斷所見 栄養狀態甚佳良、肺心等に異常なし。腔全く平滑、瘻瘻以外腫瘍を觸れず。子宮前傾し約鵝卵大、前腔穹窿部に三乃至四の豌豆大強なる結節(筋腫小結節)を觸る。附屬器に炎症なく、子宮全く移動性なり。

檢括 以上の経過を總括するに妊娠二ヶ月流産後約五ヶ月半にして子宮の正型的脈絡膜上皮腫を發生し腔及恐らく肺に轉移悪性脈絡膜上皮腫

し、手術不可能となり、持続的出血、高度の貧血、悪液質、脱力、熱発等の重篤なる状態に陥り、豫後絶對に不良と思はれたるものが、内臓腫脹及腫瘍の切除を行ひたるのみにて自然に全治し、半年後に正調の月經を現はし、一年後に妊娠し健康なる愛兒を擧げ、其後(二ヶ年半)引き續き健全なり。尙其後の記載(Monatschr. f. Gyn. u. Gyn. Bd. 29, 1906)によれば六年後に於ても尙全く健在なりと云ふ。

六 診 断

凡そ人體に發生する腫瘍中、診断困難なる諸種の關係を有するもの脈絡膜上皮の如く甚しきものあらざるべし。

他種の腫瘍にありては多くの場合顯微鏡は最終審判者として絶對の權威を有し、極めて初期にありても單に一小片に於ける組織的所見の正當なる判定によりて確實に腫瘍の本態を明かにすることを得。少くとも其惡性的態度の有無を決し以て治療上の示針となすことを得るものなり。

然るに脈絡膜上皮腫の診断に對しては顯微鏡も亦絶對の權威を有せず。早期診断に於て殊に然り。他覺的徴候の著明となれる疾患の末期に於ても亦組織的に腫瘍の性状(良性惡性)を知ること極めて困難なり。従つて豫後の決定に苦慮せざる可らず。

種々の困難なる關係を論外として本腫瘍の主要なる診断方針を述べれば左の如し。

一、早期診断。葡萄狀胎又は正規妊娠の流産後新たに頑固なる子宮出血を訴ふる時は先づ「ジンチチオーム」の發生に疑をおき試験的搔爬を行ふべし。而して全内膜面を遺漏なく検査する必要あるが故に單に數ヶ所の搔爬に止まらず、寧ろ治療的搔爬を行ひ以て全粘膜を爬出すべし。尙確實ならむとせば子宮腔の觸診をなして其平滑なるや否や腫瘍存在の有無を検すべし。故に必要に應じ前子宮切開を行ふ

べし。此際血塊様の粒狀破片を得たる時は「ジンチチオーム」の疑大なり。遺殘胎盤片は通常太くして肉塊様に見え且硬度鞏韌にして脆弱ならず。然れども確實なる診断は組織的検査によりて絨毛上皮の異型の増殖及出血並びに子宮粘膜又は筋肉組織に對する破壊的態度を證明することによりて決定せらる。

二、進行症の診断。頑固なる出血を訴ふる患者に於て子宮體の増大、又は多發性結節を觸れ且子宮腔に脆弱なる組織を有する腫瘍を證明し、高度の貧血、悪液質を認め、加ふるに蛋白尿及惡寒戰慄、發熱等を有する時は先づ進行せる脈絡膜上皮腫に疑をおき、試験的搔爬により鏡檢し前記の所見を得れば診断決定せらる。

尙腔壁・肺・腦の轉移を證明すれば診断一層確實となる。腔の轉移は觸診・視診及試験的切除片の組織的検査によりて確定せられ、肺轉移は血痰・咯血等によりて疑はれ、血液中に「ジンチチオーム」所見を有する組織を證明すれば確定せらる。而して腦轉移は腦腫瘍又は腦出血の徴候によりて推定す。

フアイトは再發性胎盤「ポリープ」(Rechtwieder Placentarpolyp)の診断的價値を高唱せり。即胎狀鬼胎流産又は正規分娩後、出血を現はし胎盤遺殘又は胎盤「ポリープ」の發生を認め、之れを完全に排除し内膜全く平滑となりたるを知りたるにも拘はらず、其後に至り再び出血を現はし、觸診其他にて子宮腔に腫瘤を證明し得たる時は惡性「ジンチチオーム」なること殆ど確實なりと云ふ。(但第一回の排除完全なることを前提とするや明かなり。故に同一の醫師によりて取扱はれたるものにあらずれば確實ならず)。以上の如き診断法により脈絡膜上皮腫の多くは診断し得べしと雖、精細に考慮する時は左の如き困難に遭遇するものなり。

甲 早期診断に於ては單純なる絨毛上皮増殖現象と眞正なる脈絡膜上皮腫との鑑別。

悪性脈絡膜上皮腫

再發性胎盤「ポリープ」

診断の困難なる場合

乙 診断確定せる脈絡膜上皮腫に就きては悪性と良性とを鑑別すること。

(甲) 良性絨毛細胞侵入と悪性絨毛細胞侵入との鑑別  
卵着牀部に於ては胎児性外胚葉細胞は常に脱落膜中のみならず、尚深く筋層内に増殖侵入するものなり。之れを絨毛細胞侵入 (Chorionic Zellinvasion) と稱す。

此現象は妊娠初期に於ては著明に且毎常證明し得るものなるが、次第に減退し分娩期に於ては多く消失又は不明となる。然れども Kworostinsky の研究によれば時として分娩十四日後まで證明し得ることありと云ふ。而して葡萄状鬼胎に於ては此細胞侵入現象一層強く發生するものなり。故に妊娠初期の流産殊に葡萄状鬼胎流産後には深部に侵入せる絨毛細胞は一定時期の間遺残し時として引續き増殖するものなり。如斯き現象は生理的現象に屬し全く良性にして何等の病的意義を有せず。

然るに脈絡膜上皮腫の初期に於ても亦全く同様の絨毛細胞侵入現象を見るものなり。故に早期診断として、試験的搔爬材料の組織的所見を以て脈絡膜上皮腫を診断せんとするには、單に絨毛上皮の増殖及侵入現象を認めたるのみにて満足すること能はず。進みて其良性なるか悪性なるかを鑑別せざる可らず。此鑑別に對しては多くの研究ありと雖、尙一般の承認を得たる確實なる説なし。

其方法に凡そ二種あり。一つは組織的所見にして一つは時期的關係なり。

(a) 本問題の研究に於て最有名なるマイエル (Mayer) は絨毛結締織の存否に重きを置き、同時に絨毛を證明し得るものは良性なりとせり。

此鑑別法に就きては反對の事實を證明せるものあり。又絨毛の缺如必ずしも悪性症を表示するものならざるも、少くとも今日に於ては實地上有力なる方法なり。

結論

(b) 良性絨毛細胞侵入は一定時期の後自然に消失するが故に、其時期以外に於て尙著明に同現象を認め得る時は脈絡膜上皮腫と看做すことを得べし。其時期に對する見解は一定せざるもマイエル、ウヨルムセル、Wunder の研究によれば三週日なり。要するに三週日又は尙永き後(例へば數ヶ月後)に於て著明なる絨毛細胞増殖及侵入を證明し、加ふるに絨毛を缺如せる時は脈絡膜上皮腫なること殆ど確實なり。而して子宮内に隆起せる腫瘍を認め其切片に於て同様の組織的所見を得たる時は診断容易なること勿論なり。

(乙) 悪性脈絡膜上皮腫と良性脈絡膜上皮腫との鑑別  
幸にして組織學上脈絡膜上皮腫なることを決定し得たりと雖、之れを以て直ちに診断の目的を達し得たりとなす可らず。尙一步を進めて果して悪性なるや否やを決定せざれば治療上の方針を定むること能はず。是れ他の悪性腫瘍例へば癌腫肉腫等と全く趣を異するところなり。

此鑑別法に就きては今日まで多數學者の苦心を経たるものなれども未だ解決せざるものなり。肉眼的性状によりて鑑別すること全く不可能なるが故に必ずや組織的所見又は臨牀徴候を根據とせざる可らず。

(a) 組織的鑑別法は研究者の最努力せるところにして従つて多數の學説あり。其二、三を紹介すべし。

フランケール (Frankel) はマルシアンによる造型的腫瘍は自然的治癒をなし得と雖、正型的腫瘍は確實に悪性なりと云ふ。

フリット (V. Veit) はラングハンス氏細胞の生活力に重きをおき、自然治癒をなす腫瘍に於ては同細胞の生活力減退し「ミトゼ」像稀有なるか或は全く缺如し又は全く同細胞を認めずと云へり。

尙種々の説ありと雖、總て其後の追試によりて正當ならざることを證明せられ、畢竟組織的検査によりて悪性良悪性脈絡膜上皮腫

性を鑑別すること不可能なりとの結論に達せるなり。

(b) 臨牀的徴候によりて悪性なることを確證するの不可能なるは良性経過をこりたる既記ヘールマンの例を見るも明白なり。即頑固なる出血・高度の貧血・悪液質・悪寒戰慄・發熱等の一般的悪性症候を呈する者も雖、自然治癒を望み得るものなり。

又一面に於て臨牀上些の悪性徴候なくして而かも悪性の経過をこりたる例あり。

例へばブツツ Hutz (一九〇二)の報告せる一例は葡萄状鬼胎流産後の出血に就きて二回の掻爬を行ひしも何等疑はしき點なく全く止血し、其後一ヶ年間正調の月經を現はしたるに、突然嚔血にて死亡せり。(死亡少し前子宮出血を發せり)。剖檢により子宮内に浸潤性の「ジンチ、ウム」増殖を認め且肺轉移を見たりと云ふ。

又クレブス *Monatschr. f. Geb.* (一九〇二)は出血其他の臨牀徴候全く缺如し、反對に無月經を來たし子宮の平等増大により妊娠と誤診せしに、死後「ジンチ、ウム」を證明せる一例を報告せり。

要之するに現今にありては脈絡膜上皮腫に對する悪性良性の鑑別法として確實なるものなし。組織的所見も臨牀的徴候も共に絶對的價値を有するものにあらず。

所謂悪性葡萄状鬼胎の組織的表徴

一部の學者は葡萄状鬼胎の組織的所見を以て、將來「ジンチ、オーム」を發生すべきや否やを鑑別せんことを志せり。就中ノイマン *Monatschr. f. Geb.* (u. Gyn. 1897)の所説最有名なり。同氏が所謂悪性葡萄状鬼胎の表徴とせる點左の如し。

一、絨毛間質内に「ジンチ、ウム」に由來する巨大細胞(多くは單核)を見ること。

二、絨毛上皮の間質の境界不明にて、「ジンチ、ウム」層より間質に向ひ棘狀の原形質突起を出す事。

ノイマンは以上の表徴を認むるときは子宮全剔出を行ふべしと説けり。然れども其後 *Hick, Marchand, Ruge* 等の研究は此説を否定せり。著者も亦之れを追試しノイマン説と矛盾せる事實を認めたり。

### 七 豫後・豫防及療法

既に反復敘述せるが如く、本症の豫後は癌腫肉腫に於けるが如く、毎常絶對に不良なるものにあらず。假令少數なりと雖、自然的治癒をなすものあるは確實なるが故に豫後の判定に對しては輕卒なるを許さず。テイチャー *Teacher* の調査によれば手術的療法による時は六三・六%の治癒率を得るも放置する時は僅かに二・三%の治癒を見ること云ふ。又ポラノー *Polano* (一九〇二)の蒐集統計によれば根治手術をなしたる者の五〇%は持續的に全癒し得るものなりと云ふ。されど其一部の者は自然的治癒をなし得べきものも考ふべきなり。

然れども脈絡膜上皮腫の大部分は之れを放置すれば終に不幸の轉歸をこり、而かも癌腫肉腫よりも經過迅速にして早期に轉移し、從つて手術的療法をして無効ならしむること多きは疑ひなき事實なり。此點に於ては子宮腫瘍中最悪性なるものと云ふことを得べし。而して最確實なる根治療法は早期手術によること勿論なり。

妥當なる治療方針

診斷困難の結果は治療上左の如き二つの相反する誤謬に陥ることあるべし。

(a) 甚しく早期手術を尊重せるの餘り、確實なる根據なくして不必要に子宮の全剔出を行ふ場合。

(b) 自然的治癒の期待に傾き過ぎたるの結果、手術の好機を失し終に不幸の轉歸をこる場合。

以上論じ來りたるところにより左の如き治療方針を定むるを最妥當なりと信ず。

一、疾患の初期にて絨毛細胞侵入につき悪性良性の診斷疑はしき場合は寧ろ悪性と看做して早期手術をなすべし。多産婦にして妊孕の希望なき者に於て殊に然り。躊躇して手術の好機を逸するよりも

悪性脈絡膜上皮腫



寧ろ不必要に子宮全剥出を行ふを優れり。但し流産後凡そ三週日以内にて殊に尙妊娠を望む者に於ては暫時経過を観察し數回の試験的搔爬を反復し、少くとも一ヶ月後に達するも尙同様疑はしき所見を得るに至りて始めて手術を決行すべし。

二、既に著明なる腫瘍を形成し、脈絡膜上皮腫なること確定せる以上は直ちに根治的手術を決定すべし。鑑別不可能なる限りは稀有なる自然治癒を豫期して手術の時機を失はざること甚だ肝要なり。

三、子宮周囲又は遠隔臓器に蔓延轉移を證明する場合と雖、尙他に不良の關係を有せざる限りは手術を斷念す可らず。換言すれば事情の許す限り單純なる子宮全剥出を試みるべし。何となれば假令少數なりとも原發竈の剔出によりて遺殘せられたる蔓延竈・轉移竈の自然的治癒を望み得るが故なり。

此點に於て脈絡膜上皮腫の手術可能性は癌腫及肉腫等よりも遙かに大なるものなり。

豫防法

悪性脈絡膜上皮腫の豫防法は左の如き二様の意味に分つことを得。

第一 根本的豫防法

腫瘍發生の原基を除去すること。

第二 待期的豫防法

早期診斷。

第一は本來の根本的豫防法にして其方法としては左の二種あり。

(a) 葡萄狀鬼胎分娩後適當の復古時期を俟ちて子宮の腔式全剥出をなす。

(b) 葡萄狀鬼胎の診斷確定せば其流産に先だちて腹式子宮腔上部切斷又は全剥出をなす。

其方法に於ては幾分の差異ありと雖、其主義に於ては如斯き意見を發表せる臨床家少數にありたり。然れども多くの學者は其餘りに根本的なる理由として之れに反對せり。著者は久しき以前より後法を唱道しつゝあるものなり。其主要なる理由とせる點は左の如し。

(一) 鬼胎分娩は正規分娩(又は流産)よりも出血及傳染等の危険を惹起し易きこと。(細心の注意によりて豫防し得るは勿論なるも)及處置上手又は器械を以て内容排除、殊に危険なる破壊性鬼胎の診斷不可能なること等は時として不幸の轉歸をとらしめ、少くとも甚しき健康障礙に陥ること多し。

(二) 鬼胎分娩後は長日月の間醫師の監視を要す。従つて場合によりては數回の手術(搔爬・子宮内觸診)を受けざる可らず。かくするも尙「ジンチ、オーム」の發生の絕對に免るゝこと能はず。時に豫後疑はしき危険を冒して、開腹手術を受け又は悪性腫瘍の犠牲とならざる可らず。

(三) 手術の進歩せる今日子宮の腔上部切斷は殆ど絕對に安全に行はれること、且同時に甚だ屢合併せる病的卵巣に對して適當の處置を行ひ得。

著者は如斯き三つの根據を以て事情の許す限り此根本的豫防法を實行し常に良好の成績を得たり。又正に破裂に瀕せる破壊性葡萄狀鬼胎の二例に遭遇せり。但し本法の唯一の缺點とするところは爾後の妊娠を不可能ならしむることなり。従つて此根本的豫防方針をすべての症例に強行せんとするは餘りに極端なり。故に著者は其必要條件として左の項を附加するなり。

「但將來妊娠を望まざるか又は欲せざるものなることを要す。」  
 即尙弱年にして一兒なきが如き者は第二の待期的豫防法の適應となすなり。然れども幸ひ葡萄狀鬼胎は經産婦殊に多産婦に多き異常なるが故に、此主義を實行し易きものなり。

フアイトは所謂再發性胎盤「ポリープ」を認むるに至れば直に子宮剥出を行ふべしと説けり。

第二の待期的豫防法は鬼胎又は正規妊娠の流産後次回の妊娠に至るまでの間(少くとも數ヶ月間)は常に醫師の監視をうけ、異常の子宮出血を見るに至れば直ちに充分の内服搔爬又は子宮内觸診を行ひ細心の検査をなし以て腫瘍發生を早期に發見し早期に手術を行ふなり。

療法 療法の主體は手術にあり。而して本腫瘍に對する手術的關係は他の悪性腫瘍たる癌腫及肉腫

悪性脈絡膜上皮腫

に於ける多少しく趣を異にし手術可能性の範圍遙かに大なるは既述せるが如し。状態の許す限り子宮癌の根治的手術の主旨に従ひて擴汎性全別出をなし可及的蔓延癌の切除を行ふべし。稀有に見る自然治癒をたのみて無益に之れを遺残す可からず。子宮に限局し且子宮體の増大甚しからざるものは腔式全別出によるべし。

癌腫と同様の意味に於て手術不可能の状態に陥れるものにして尙技術上可能なる場合は單純なる腹式子宮全別出をなすべし。

變位性脈絡膜上皮腫にして手術刀の達し得べきものは根本的に切除を行ふべし。此際子宮の處置に就きて異議あるも、寧ろ同時に別出するを安全なりとす。これ時として證明し得ざる痕跡を存し將來悪性増殖を起し得べきが故なり。

全く手術不可能なるものに對する療法は癌腫に於けると同様なり。

シャイデンマンデル Scheidenmandel は砒素又は「アトキシール」療法により體力を昂進し肺轉移の著しく輕快せるを實驗せりと云ふ。

## 第二編 輸卵管の疾患

### 第一章 輸卵管の發育及解剖

發育 輸卵管 (Eileiter, Tuba Fallopii) は發育史上兩側ミュレル氏管の癒合せざる部なり。フロイन्द W. A. Freund (Volkmann's Sammlung Klin.) の研究によれば、胎生初期に於ける輸卵管は腰部より子宮に向つて走行せる直線狀管なるも、後に至り卵巢と共に小骨盤内に下降するに及びて特異の螺旋狀走行をこるものなり。迂曲の最著明に發育せるは胎生第三十二週(八ヶ月)にして、此時期に於ける廻轉數は子宮側より數へて通常六、五稀れに七、五回なり。輸卵管組織の總ては此廻轉に關與すと雖、縦走筋及血管を主とし、腹膜最弱し。妊娠最終の二ヶ月に於ては輸卵管の旺盛なる發育によりて廻轉は子宮角より外方に向ひ徐々として消失し始む。初生兒にありては輸卵管の子宮に近き部は僅かに波形に迂曲し、末梢部に於て凡そ四、五回の廻轉を有するのみとなる。爾後春機發動期に至るまで益々伸展し終に廻轉の癍痕を止むるのみとなる。

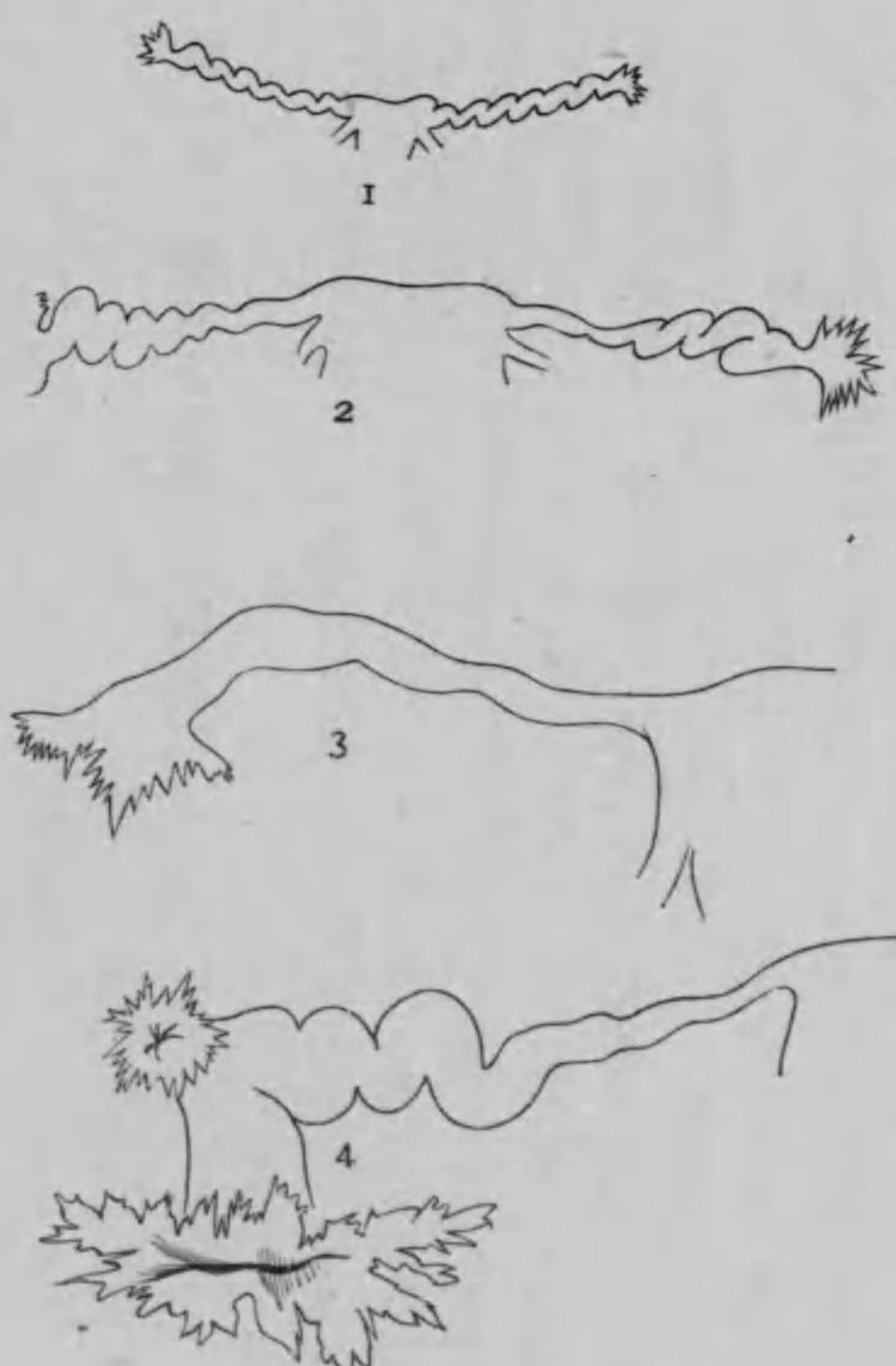
伸展現象が如斯く規則正しく行はれざる時又は彼の小兒性症に於けるが如く成人に於ても尙著しく廻轉せるが如きは輸卵管疾患の發生に意義を有するものなり。

成熟期に於ける輸卵管の解剖 輸卵管は輸卵管子宮口より腹口に至るに従ひ次第に擴大し恰も喇叭

形をなせる全長十乃至十六種の管狀臟器なり。周圍組織の異なるにより左の三部に區別するを得べし。是等の各部は各異なる組織的構造を有す。

一 輸卵管子宮部又は間質部 (Pars uterina s. interstitialis tubae) 輸卵管が子宮筋層内を通過する部分

第百一十圖 各種發育期に於ける輸卵管の形態及形勢 (フォンイロフ)



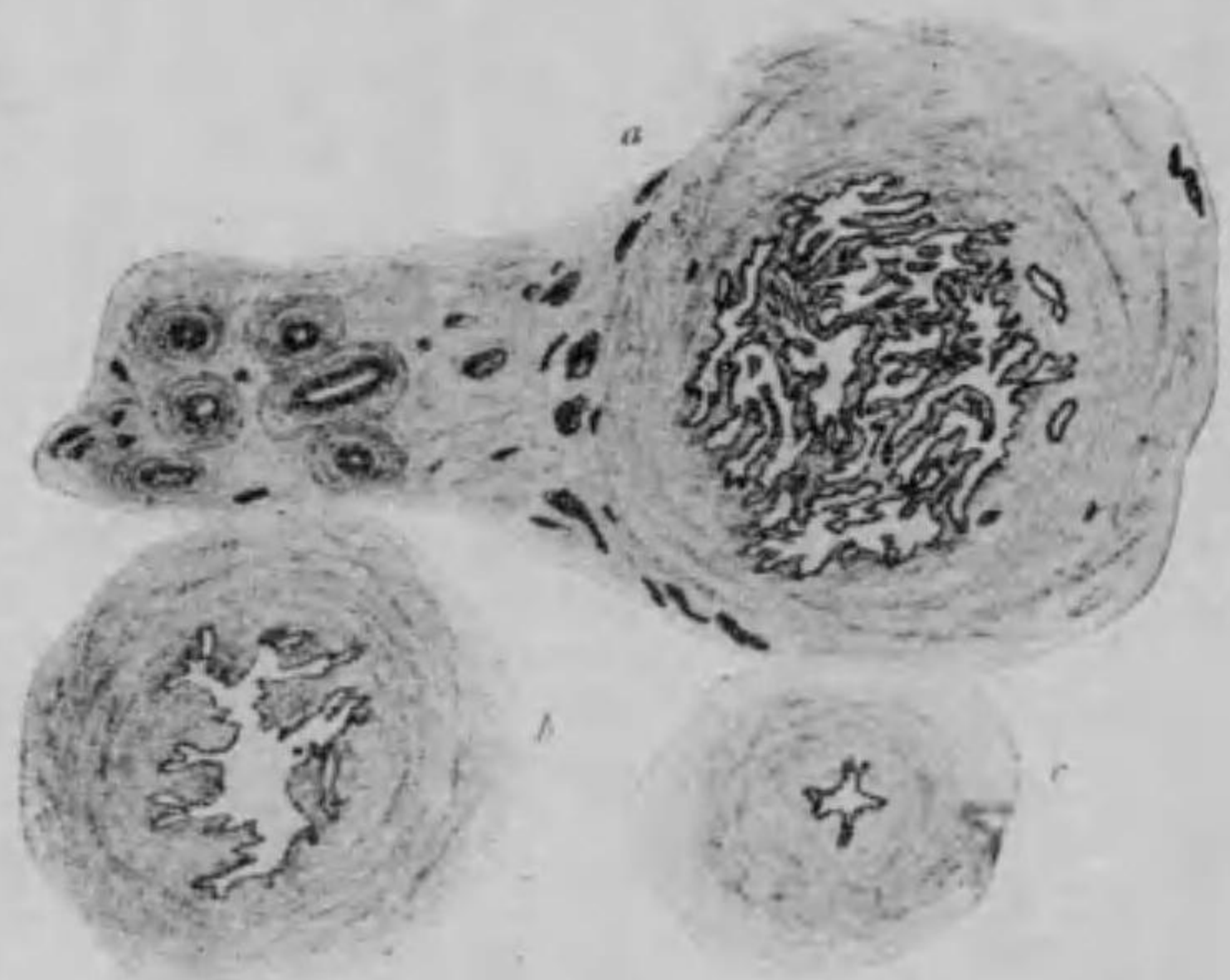
1. 第五ヶ月胎兒  
2. 初生兒  
3. 十三歳少女  
4. 三十歳婦人(副腹口を有す)

にして管腔最狹隘なり。管は筋層及粘膜より成り、筋層(外方縦走、内方輪狀)は子宮筋によりて圍繞せらる

る、も兩者の區別は明瞭なり。粘膜は少數の扁平なる縦走皺襞を有するのみにて横断面は僅かに星芒狀を呈す(第百十圖)。

二 輸卵管靱帶部 (Pars ligamentaria tubae) 廣靱帶(輸卵管間膜 Mesosalpinx)の兩葉間に被包せらる、

第百二十圖 喇叭管各部の横断面 (nach Winter)



a 輪狀部  
b 峽部  
c 間質部

多數の縦走皺襞を形成す。而して其度は外方に行くに従ひ愈、甚し。峽部に於ては主として縦走皺襞にして其高さ尙低く其横断面は著明なる星芒狀をなすも(第百十圖)輪狀部にては各縦走皺襞の高さ甚しく延長す

輸卵管の發育及解剖

ると共に多数の副縦走皺襞を生じ、之れに又第二の副皺襞を生ずるが故に横断面は甚しく分岐せる樹枝状をなす(第百十圖)。

三 輸卵管漏斗部 (Infundibulum tubae) 又は剪綫部 纏状部に次ぎ輸卵管間膜を缺如せる遊離部に於て漏斗状に開く。其邊緣は尖端を有する多数の狭き總に分る。之れを輸卵管剪綫 (Fimbriae tubae) と稱す。其一部にして特に延長し廣靱帯の遊離縁に沿ひて卵巢の外端に達するを卵巢剪綫 (Fimbria ovarica) と云ふ。此部の内腔は腹腔に開口し輸卵管腹口 (Ostium abdominale tubae) と云ふ。

壁の組織的成分は靱帯部に於けると同様なれども、此部に於ける腹膜と筋層とは固く結合して移動せしむること能はず。内膜に於ける皺襞は一層旺盛に分岐延長し、管腔は皺襞を以て全く充實せらる。粘膜上皮は主として氈毛を有する圓柱細胞と分泌現象を有する分泌細胞とよりなる。而して其分布は部位によりて一様ならず。分泌細胞は主として峽部に存し外方に至るに従ひ減少し漏斗部にありては殆ど全く氈毛細胞より成る。此區別は家兎・海猿殊に猿等の動物にては明瞭なるも人類にては不明なりと云ふ。輸卵管粘膜には真正の腺を缺如し分泌細胞は本來の腺細胞にあらずして機能變化の結果氈毛細胞より發生するものなり。以上二種の細胞の外一見核のみより成れるが如き甚だ狭小なる所謂小桿細胞 (Stift chenelle) あり。上皮は單に氈毛細胞のみよりなれるものと信じたる往時にありては輸卵管は生理的に何等の分泌物を産出せずと信せられしも、實は上記の分泌細胞より粘液様の分泌物を排泄するなり。殊に月經前期に於て多量なり。

種上皮細胞の二

## 第二章 輸卵管の發育異常

輸卵管發育異常の主なるものを列挙すれば左の如し。

(一) 輸卵管の缺損 (Agenesis) 子宮の痕跡的發育の場合は兩側輸卵管缺如し、單角子宮の時は一側缺損す。

(二) 重複輸卵管 唯一側(卵巢一個)に於ける輸卵管の重複は屢々實見せられたり (Bab, G. J. 77; Voigt, Mon. f. G., u. G. Bd. 8)。

(三) 副輸卵管 (Akkessorische Tuben) 主輸卵管の一部に一乃至數個の充實性又は内腔を有する小さな副管を附屬し著明なる剪綫を有す (Voigt)。兩管腔交通することあり、又せざることもあり (Kossmann, Zeitsch. f. G., u. G. Bd. 29)。

(四) 副輸卵管口 (Akkessorische Tubenostien) 本來の腹口に近く、しかも多く輸卵管間膜附着の反對側に於て一個乃至數個の腹口を發生することあり。此副口には剪綫を有するものと有せざるものあり (第百十一圖参照)。

(五) 管腔憩室 (Divertikel des Tubenkanals) 憩室とは管腔の筋層内への「ヘルニア」状突出にして、時として漿膜面に達することあり。其經路は先づ管腔に直角に出で筋層に至りて屈折し管腔に平行す。其長さは種々なり。

(六) 小兒性又は胎兒性輸尿管 小兒性症に見るものにして廻轉伸展現象の阻止せらるゝに至りて生ずるなり。

以上の中病的價値を有するものは盲端に終れる副輸卵管・副輸卵管口及憩室にして時として輸卵管妊娠の原因となるものなり。

### 第三章 輸卵管の炎症(輸卵管炎)

「輸卵管炎」か「喇叭管炎」か ミュルレル氏管の癒合せざる末梢部は、邦語にては喇叭管又は輸卵管と稱す。喇叭管は羅匈名の *tuba uterina* (子宮喇叭管) に相當し、輸卵管は獨逸語の *Eileiter* に相當す。而して「喇叭管」は唯其外観(耳にある喇叭管 *Tuba auris*、*hiva* を通常オイスタヒ氏管 *Tuba Eustachii* と云ふに對し、子宮喇叭管をフロッピー氏管 *Tuba Fallopii* と云ふ)によりて命名せられたるものなるが故に、同じく三字よりなり且語呂も大差なき邦語にありては、其主要なる生理的機能(卵輸送)により命名せられたる輸卵管を優れりとなす。故に炎症に於ても輸卵管炎と云ふを至當となす。然れども本疾患の學名 *Salpingitis* は喇叭管炎の意なり。蓋し連用語として常に *Salpinx* *vel* *Salpingis* を使用するが故なり。要するに邦語としては輸卵管炎と呼ぶを可とす。

#### 一 輸卵管炎の原因

一 原因の本態。輸卵管炎は輸卵管の細菌傳染によりて發生するものなり。

「化學的・溫度的又は器械的刺戟も亦輸卵管炎の原因たることあり」この舊説は發生に對する見解を誤りたる皮想説にして今日に於ては之れを信するものなし。

子宮腔内に注入せられ輸卵管に移行せる藥液の化學的刺戟・拙劣なる婦人科的「マッサージ」・診察又は手術時に加へられたる器械的刺戟(壓挫)又は感冒(殊に月經時)又は熱性冷性陰洗滌による溫度的刺戟等は從來例示せられたる主要なるものなり。是等の刺戟によりて既に成立せる輸卵管炎の増悪せらるゝや勿論なり。此際既存の炎症輕度にして

炎症の本態は常に傳染なり

認識し得ざる場合は、恰も化學的・器械的刺戟其者が急性炎症を惹起せるが如き結果を生ずるなり。

要するに化學的・溫度的・器械的刺戟は輸卵管の營養障礙(循環障礙、壞疽等の如き)を起し得るものなりと雖、炎症の原因となること能はず。眞の炎症は細菌によりてのみ發生するものなり。

二 原因菌。輸卵管炎の原因菌として第一位を占むるものは淋菌なり。之れに次ぐものは化膿菌(殊に連鎖球菌)及結核菌なり。其他稀れに證明せられたるものはフレンケル、ワイクスルバウムの肺炎球菌、普通大腸菌、放線状菌、フリードレンデルの肺炎桿菌、「チフス」菌、腐敗菌等なり。

主要原因菌の頻度。輸卵管炎原因としての淋菌、化膿菌及結核菌の頻度は研究者によりて一様ならず。

Krönig 及 Aschoff は凡そ八五乃至九〇%は淋菌なるべしと云ひ、Heymann は全例の三分の二を淋菌四分の一を化膿菌とせり。Tankow は四三%を淋菌、二二%を結核菌、一三%を産褥性化膿菌とせり。又 Wertheim は百十四例中約半数に細菌を證明し、中三十九例は純淋菌、十一例は純連鎖球菌なりと云ひ、Menge は百二十二例中二十八例淋菌、四例連鎖球菌、Whiteside 及 Walton は二〇%淋菌、一〇%連鎖球菌なりとし、Theilhaber は八〇%を淋菌性なり云へり。

如斯く統計上の百分率に著しき差異あるは左の如き理由に基づくものなり。

元來輸卵管炎の病原菌探究は分泌物又は輸卵管壁に就きて菌體を證明(培養又は單に顯微鏡標本として)するか又は輸卵管の組織的變化に據らざる可らず。而して此探究法は次の二つの事實によりて甚だ困難となるものなり。

(一)炎症性分泌液に於ける細菌證明(培養)は急性症にありては比較的容易なるも、炎症の慢性變化として密閉せられたる化膿(即輸卵管膿腫)を形成するに至れば甚だ困難又は不可能なり。之れ如斯き被包膿中に於ては細菌は自己の新陳代謝産物の爲めに比較的迅速に死滅すること陳舊性の人工培養基に於けると同様なり。換言すれば輸卵管膿腫の多くは其内容全く無菌なり。其無菌の頻度は種々にして Wertheim は百十六例中七十二例、Martin は百九例中六十三例、Geilhard 五五%、Frankl 百例中三十二例、Menge は百六例中六十八例、緒方(十)は七八%の無菌者を見たり。培養よりも鏡檢によりては尙多數證明すべき輸卵管の炎症(輸卵管炎)

は勿論なり、例へば、 $\times 200$  によれば四十例中培養上には四〇%有菌なりしも鏡檢上には六一・五%陽性なりきと云ふ。  
(二)結核性輸卵管炎は殆ど誤りなく組織的所見によりて診斷し得べしと雖、淋毒性及連鎖球菌性炎症を確實に區別し得べき方法なし(後項参照)

三 傳染經路

輸卵管炎を發起すべき細菌の傳染經路を左の如く分類することを得。

一、下方子宮内膜より輸卵管の子宮口を通じて先づ輸卵管粘膜に達す。所謂上行性傳染(ascending Infection)。

二、上方腹腔より輸卵管の腹口を通じて先づ輸卵管粘膜に達す。所謂下行性傳染(descending Infection)。

三、淋巴道。

四、血管道。

五、先づ漿膜面より傳染す。(多くは輸卵管と癒着せる腸管より傳染するなり)

同一種の細菌が如斯く種々の經路によりて傳染することは寧ろ稀有にして、或種の細菌は主として一定の傳染經路をざるものなり。例へば淋菌は主として上行性に傳染し、結核菌は多く血管道又は下行性に傳染す。連鎖球菌は主として淋巴道(産褥性)により或は下行性(化膿性腹膜炎の場合)又は血管道(膿毒症の場合)による。肺炎菌・チフス菌・放線菌等は血管道による。

單に癒着せる腸管又は蟲様突起炎症膿瘍より輸卵管に移行すべき細菌の經路に關しては尙不明なり。癒着により交通孔を生じたる場合は直接移行なること勿論なり。

四 傳染に對する素因及誘因

屢、傳染に對する素因となり、傳染に機會を與ふるは月經及産褥なり。

之れ月經及産褥時に於ける生殖器の解剖的變化が傳染に好都合の状態にあるが故なり。尙手術及臨牀的操作消息子檢査・風切・試も亦傳染の誘因となることあり。

二 輸卵管炎の肉眼的所見

輸卵管炎の肉眼的所見は病變の初期と末期とによりて著しき差あり。又同一時期にありても疾患の程度によりて一樣ならず。一般に初期に於ては輸卵管腫脹(Tubenschwellung)の像をとり、末期に至りては輸卵管腫瘍(Tubentumor)を形成す。

輸卵管炎の病理學的分類法は種々なれども「カタル」性輸卵管炎(Salpingitis katarhalis)と膿性輸卵管炎(Salpingitis purulenta)との二種に區別するを最普通とす。

從來「カタル」性炎症は非傳染性的のものにして化學的・器械的・溫熱的刺戟によりて發生し、化膿性炎症は即傳染性輸卵管炎にして細菌によりて起るものと看做されしも、其誤謬なるや既述の如く、今日の見解を以てすれば前者は毒力弱き細菌によりて起る軽度の炎症にして、後者は毒力強き細菌によりて起る高度の炎症なり。

(甲)輸卵管腫脹の像を呈する者

炎症の初期に於ける肉眼的所見は「カタル」性炎症も膿性炎症も殆ど同様なり。輸卵管腫脹し少しく迂曲すると共に硬度を増し血管怒張す。剪綫は發赤伸展し恰も勃起せるが如し。且壓によりて腹口より多少の透明なる粘液を排出す。管壁を切開する時は發赤腫脹せる粘膜は斷面より膨隆す。

以上は病變粘膜にのみ限局せる所謂輸卵管内膜炎(Endosalpingitis)の場合なり。

「カタル」性炎症は多くの場合此程度の變化に止まり、從つて幸に治癒に向へば正常の所見に恢復し

後に炎症の痕跡を止むることなし。反之し膿性炎症にありては多くの場合病變は内膜のみに止まらず、進みて筋層を侵し輸卵管筋層炎(Myosalpingitis)又は間質性輸卵管炎(Salpingitis interstitialis)を起し、尙進みては漿膜に蔓延して輸卵管周囲炎(Perisalpingitis)を發するが故に肉眼的所見も一層著明となり、腫脹・硬化・迂曲の度益々甚しく、手指大の硬き索條となり周圍臓器と癒着を營むに至る。剖面に於ては筋層の肥厚著しく内容は膿様となる。一度膿性炎症に陥りたるものは正常の状態に恢復すること能はず、殆どすべて慢性症に移行し、次に述ぶる腫瘤形を發生するに至るものなり。

(乙) 輸卵管腫瘤を形成する者

炎症性輸卵管腫瘍は寧ろ疾患の末期に屬するものにして、輸卵管の子宮口及腹口の閉鎖に因する内容の滯溜によりて起る一つの滯溜囊腫(Retentionszyste)と見るべきものなり。輸卵管囊腫(Sactosalpinx)を總稱し、内容の如何によりて輸卵管水腫と輸卵管膿腫とに區別す。

輸卵管囊腫

輸卵管子宮口及腹口の閉鎖機構 (Verschlussmechanismus)

輸卵管子宮口の閉鎖 ○五乃至一耗直径の管腔を有する輸卵管間質部は單純なる粘膜の腫脹又は峽部の屈曲によりて容易に閉鎖せらるゝものなり。又時として上皮の剝脱によりて真正の癒着閉鎖を見ることあり。

輸卵管腹口の閉鎖

甚だ廣き直径を有し、多數の剪線を有する腹口が如何にして閉鎖せらるゝかの疑問は多數の學者によりて研究せられたるものなり。

閉鎖は常に一樣の状態を以て成立するものにあらずや勿論なり。今左に其主なるものを述べべし。

一 間接的閉鎖 剪線端が卵巣又は腹膜面と癒着し又は炎症性被膜によりて全剪線の被包せらるゝことによりて起る閉鎖なり。此場合は腹口其者は開通せるが故に癒着の剝離又は膜の除去によりて内容の漏出を見るなり。

如斯き間接的閉鎖は輸卵管囊腫に於て最屢見るところのものなり。

二 直接的閉鎖 腹口其者の閉鎖する場合を云ふ。腹口部粘膜皺襞の癒着によりて閉鎖を形成するや勿論なるも、如斯きは寧ろ稀れに行はるゝ現象なり。

輸卵管水腫に於て最屢遭遇する所見は所謂輸卵管腹口内翻(Inversio ostii tubarum abdominalis)なり。即腫瘤の末端(剪線のあるべき部)は全く平滑にして球面をなし一つの剪線をも認むること能はず、然るに腫瘤を切開して其内面を窺ふ時は腹口部に相當すべき部に恰も薔薇花形(Rosettenform)をなして剪線の突出を見る。如斯き像は全剪線が正常と反對に管腔に向ひて内翻し漏斗部腹膜面の癒着によりて發生せること疑ひなし。

如斯き特異なる剪線内翻の成立に就きても亦二・三の假説あり。就中最有名なるはオピッツ E. Oltz (Zeltsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 53)の說明なり。即ち剪線内翻の發生機構を剪線基部に於ける堅き腹膜輪によりて説明せんとするなり。「元來輸卵管の韧带部に於ては腹膜と筋層とは極めて堅粗に結合せるのみなるが故に輸卵管は一程度まで著しく擴大し得るものなり。然るに剪線基部には伸展性に乏しき堅き腹膜輪あるが故に内容の滯溜による嚢状部の擴張に伴ふこと能はず。先づ反對に壓縮せられ腹口粘膜は密接し液の漏出を防止す。尙漸次内容滯溜するに従ひ腹膜輪上部の管壁は各方面に益々擴大す。此際此起る縱徑延長力は單に粘膜面の接觸によりて腹膜輪の外方に移動せる剪線に作用して、次第に之れを管腔内に牽引す。かくして全剪線内翻するに至れば其外面腹膜は相密接し終に癒着するに至るなり」と。

然れども剪線内翻症を有せざるものは他種の機構によりて閉鎖すべく、要するに例によりて常に同一ならず。

輸卵管囊腫の發生上に於ては腹口閉鎖を最重要なる條件とし、子宮口閉鎖は寧ろ從屬的關係にあり。

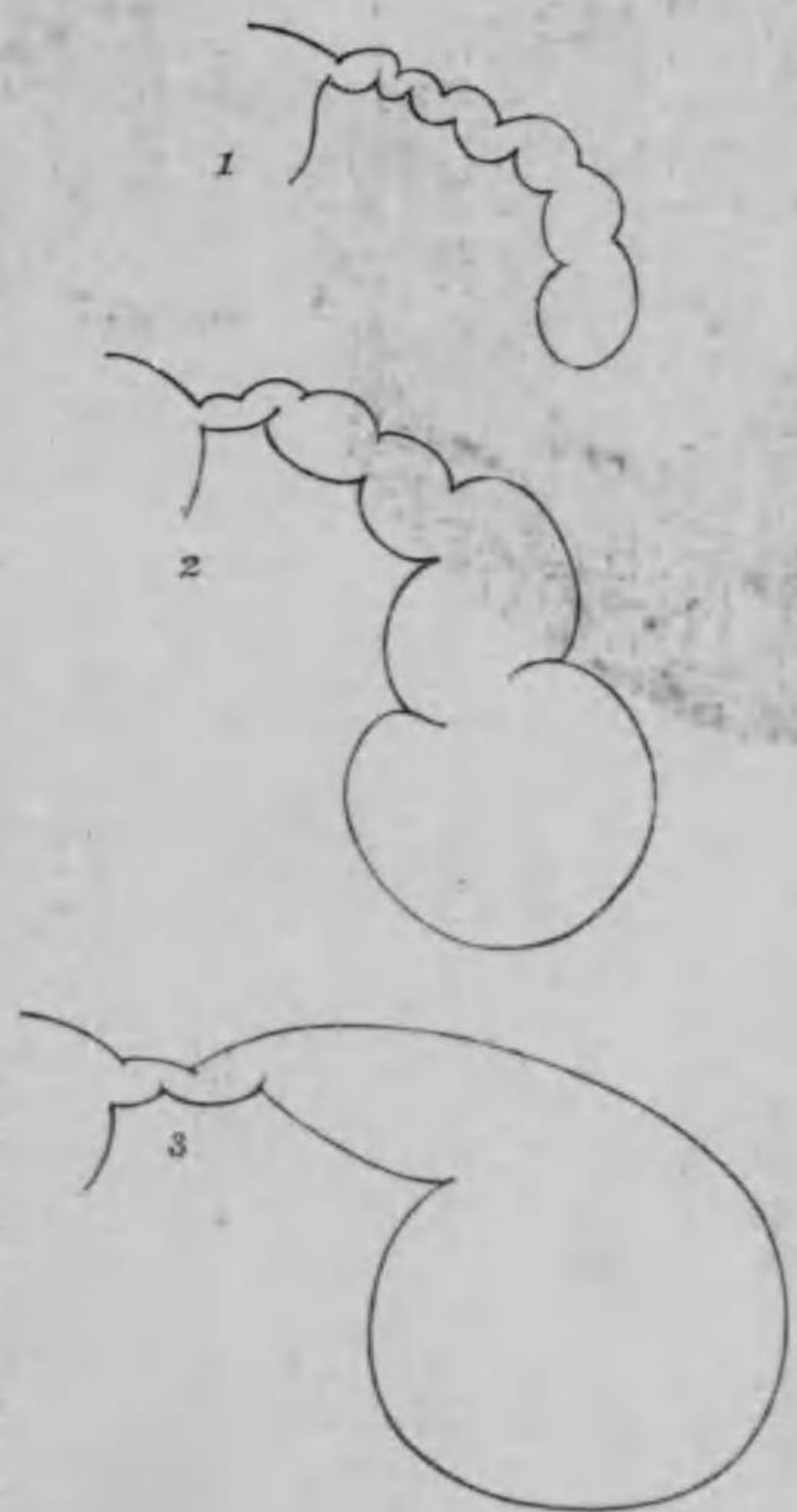
此事實は動物實驗によりても證明せられたり。而して腹口の閉鎖は輸卵管囊腫を必發するものにあらず。肉眼的に何等の變化なき輸卵管又は單に索條様に肥大せる膿性炎症にして、強き腹口閉鎖を有する者あることは手術時に甚だ屢々實見するところなり。

輸卵管囊腫の一般的形態

内容の滯溜によりて最甚しき囊様腫脹をなすは輸卵管嚢腫部にして之れ

より狭部に至るに従ひ次第に狭小となる。之れ筋層は輸卵管の中心部より末梢部に向ひ次第に菲薄となり、反對に粘膜皺襞は次第に豊富になるが爲め、液溜溜による伸展擴張能力は末梢部ほど大なるが故なり。而して輸卵管の大部分を固定せる輸卵管間膜は管の甚しき伸展に伴ふこと能はず。従つて管は増大すると共に數ヶ所に於て屈折せられ且凸面を外方に向け、恰も卵巢を抱けるが如く彎曲せらるゝなり。屈折は狭部に於て殊に著明なり。尙内容の増加するに至れば内壓により殊に外半部に於ける

第百三十三圖 輸卵管の腫脹の定型的形態を示すに過ぐるに至る成形を形ト



屈折皺襞も消失し、茲に特異の「レトルト」形 (Retortiform)・根棒形又は馬車喇叭形 (Posthornform) を形成し、尙進みては球形となるものなり第百十三圖 参照。次に水腫及膿腫の各に就き其肉眼的性状を述べし。

一 輸卵管水腫 (Hydrosalpinx od. Hydrops tubarum) 又は漿液性輸卵管囊腫 (Saccosalpinx serosa)。

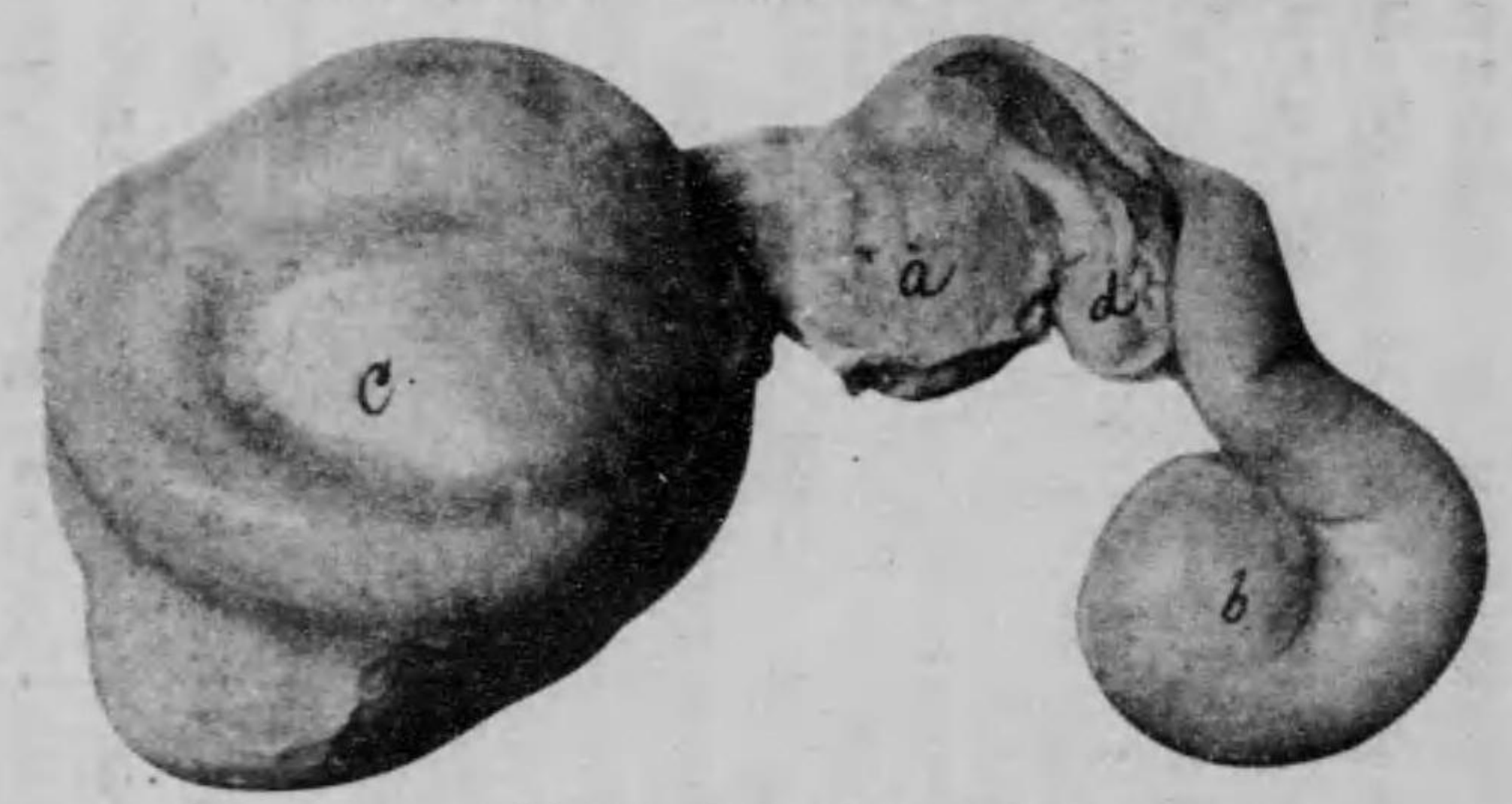
輸卵管水腫の特長は一般に輸卵管囊腫に特異なる「レトルト」形を著明に形成し、壁菲薄にして内容漿液性なること及單房性にして表面滑澤甚しき癒着を缺如せることなり。

囊腫壁は菲薄にして紙の如く常に内容を透見し得べし。内容は多く透明にして血清様黄色又は帶緑黄色なり。中性又は「アルカリ」性にして蛋白含有量多く比重一〇〇五乃至一〇一〇なり。顯微鏡的には少量の變性白血球・赤血球・上皮細胞、時として「ヒュレステアリン」結晶之れにより弱き緑色を興ふるなり等を證明す。且常に無菌なり。

單房性なるが故に一部の穿孔によりて全内容を漏出せしむることを得。囊腫内面を窺へば其屈曲に應じたる部に半月狀に隆起せる多數の皺襞腫瘍大なる者ほどを見る外全く平滑なり。而して既述の如く腹口に相當する部に内翻せる剪縁を見ること少ならず。

輸卵管水腫は多少の薄弱なる癒着を伴ふことあるも一般に移動性を普通とす。然れども時として廣韧带内に發育し全く不動性なることあり。輸卵管水腫の發生に關しては多くの異議あり。本症が「カタル」性炎症の續發症として發生するは一般の認むるところなれども、尙解決せられざ

子宮 右側 卵巢 (尙兩側に結節狀間質部輸卵管炎を發生す尙第百十五圖と對照すべし)



第百四十四圖 (c) 腫囊漿卵管卵輸及 (b) 腫水管卵輸るす有な態形的型定

輸卵管の炎症 (輸卵管炎) 發生



るは次の二問なり。

- 一 全く炎症なき輸卵管の腹口及子宮口の閉鎖によりて水腫を発生し得るや。
- 二 輸卵管膿腫より輸卵管水腫を発生し得るや。

第一の疑問に關しては多くの動物實驗あり。或者は單に正常輸卵管の兩開口部を結紮することによりて水腫を発生せしめ得たり云ひ、或は之れを否定して水腫の發生には結紮に加ふるに細菌の移植をなし「カタル」性炎症を惹起せしむるを要す云へり。

然れども正常の輸卵管は全く腺を缺如せざるが故に何等の變化なき輸卵管の單純なる結紮によりて水腫を發生するは聊不合理なり。少くとも内膜上皮の分泌細胞を刺戟して其分泌亢進を惹起すべき原因なかる可らず。

第二の輸卵管膿腫が輸卵管水腫に變化し得るや否やの問題も尙全く解決せられず。一部の者は「水腫は膿腫の末期なり」と看做すものあり、雖、多くの學者は之れを否定せり。純然たる膿汁が漿液に變化し得ざるに及甚しき變化をなせる膿腫壁の構造より考ふるも、著明なる輸卵管膿腫が水腫に變化すべしとは信じ得ざるに似たり。然れども「カタル」性炎症の輕度の膿性炎症は單に程度の差異なるが故に、一時一局部に輕度の膿性炎症を惹起し少量の膿を發生するも、後には主として「カタル」性炎症に變化し腹口閉鎖により膿腫を形成せずして水腫となり得べきや疑なし。

純粹の輸卵管水腫の大きさは通常約手拳大を極度となす。但卵巢膿腫と融合し後述すべき輸卵管卵巢膿腫を形成するに至れば尙甚しき大きさに達すべし。

既述の如く輸卵管水腫に於ては其子宮口は單に粘膜腫脹又は管の屈曲によりて閉塞するのみにて眞の癒着によりて癒着性に閉鎖すること稀有なり。依つてフロロップ・フレイプは開通性輸卵管水腫 (Hydroids tubae apertaе) と閉鎖性輸卵管水腫 (Hydroids tubae occulatae) とに區別せり。

開通性及閉鎖性輸卵管水腫

漏出性輸卵管水腫

開通性水腫にありては内容の増加一程度以上に及び内壓甚しく亢進するに至れば、開通性の子宮口より液の一部を壓出することを得べし。而して内容の漏出は單に少量に止まり、減量により内壓下降し最早子宮口を開通せしめ得ざるに至れば停止す。一定時の後同様に内壓亢進せば又再び或量を壓出す。如斯くして反復性に子宮より外方に水様液を漏出することあり。之れを漏出性又は間歇性輸卵管水腫 (Hydroids tubae profluens s. intermittens) と云ふ。稀有に見る現象なり。

著者は左側の約鶏卵大輸卵管水腫にて毎月中間期に於て二三日繼續する輕度の漿液漏出を反復する一例を経験せり。且漏出前は觸診上腫瘤を明瞭に觸れ、漏出後は境界不明となすことを證明せり。(三十九歳の脂肪質の婦人なり)。

二 輸卵管膿腫 (Pyosalpinx) 又は膿性輸卵管囊腫 (Sactosalpinx purulenta)。

輸卵管膿腫の特長は壁厚くして膿を藏し、殆ど常に周圍臓器と甚しき癒着を有することなり。「レトルト」形は水腫に於けるが如く定型的ならず。

壁の肥厚は内膜及筋層の變化によりて起り、處々に殊に硬き結節を形成すること多し。内容たる膿の性状は原因菌及疾患の新舊によりて一樣ならず。一般に淋菌性膿は稀薄流動性なるか又は「クリーム」色・帶黄綠色なり。結核性膿の特徴は粘稠にして乾酪様物質を有することなり。剖面を窺ふに管の内面は不正壞疽様にして管腔廣き末梢部は多くは單房なれども狭き部は粘膜皺襞の癒着により多數の小膿房に分る。従つて一箇所を穿刺によりて内容の悉くを漏出せしむること能はず。

不正に肥厚せる管壁は黄色又は灰白色を呈し、處々に小なる膿瘍を有す。一般に膿性輸卵管炎はすべて周圍炎を併發して近接臓器と癒着する傾向大なり。炎症性輸卵管が卵巢

輸卵管の炎症(輸卵管炎)

廣韌帶等と固く癒着し、加ふるに纖維性被膜を以て包まれ、分離し難き一腫瘤を形成するに至りたるものを通常炎症性附屬器腫瘍 (entzündlicher Adnextumor) と稱す。此種の腫瘍は多く子宮の後面又は深くブーグラス氏窩腹膜に固定せらるゝものなり。

輸卵管膿腫の大きさも通常手拳大までなり。然れども時として尙増大することあり。

三 輸卵管膿腫と卵巢膿腫との融合 輸卵管水腫と卵巢滯溜膿腫又は破裂せるグラーフ氏濾胞との融合によりて輸卵管卵巢膿腫 (Tuboovarian cyste) を發生し、輸卵管膿腫と卵巢膿瘍との融合により輸卵管卵巢膿瘍 (Tuboovarian abscess) を形成す。

兩腫瘤の融合は多く輸卵管外端に於て行はるゝものなるが故に、切開して内面を窺ふ時は兩者の境界部に尙剪縁を認むるか又は堤狀隆起を見るなり。

交通孔の發生機轉に關しては異論あり、一部の者は兩者の直接癒着後内壓の亢進により隔壁の消失するによりて生ずるものと云ひ、又一部のものば直接癒着によらずして兩者間に中間囊腫を形成すと説けり。

稀れに開通性の輸卵管卵巢膿腫よりして、漏出性水腫 (Hydrops ovarii profusus) nach Blasius) 又は間歇的卵巢性漏水症 (Hydrorhoea ovarialis intermittens) を發生することあり。

一般に輸卵管炎症 (殊に膿性症) は兩側に發生するを普通とす。而して兩側に於て程度の差異あるや勿論なり。稀れに炎症により出血を起し輸卵管血腫 (Haematosalpinx) を發生することあり。

三 輸卵管炎の組織的所見

粘膜の炎症を輸卵管内膜炎 (Endosalpinx) と云ひ、筋層の炎症を輸卵管筋層炎 (Myosalpinx) 又は

間質性輸卵管炎 (Salpingitis interstitialis) と稱す。

毒性弱き細菌によりて發する「カタル」性炎症に於ては組織的變化は殆ど常に粘膜にのみ限局するも、毒力強き細菌によりて起る膿性炎症は常に粘膜のみならず筋層及漿膜にも著しき變化を起す。

而して膿性炎症に於ける内膜炎と筋層炎とは同時に發起するものにあらずして、傳染經路の異なるに從ひて其孰れかを先行す。例へば主として粘膜に沿ひて傳染する淋菌性症に於ては先づ内膜炎を發し次で筋層に及ぶも、主として淋巴道によりて傳染すべき連鎖狀球菌性症に於ては先づ筋層炎を起し後内膜を侵す。故に末期に於ては全く同様の所見を呈するに至るなり。

一、輸卵管内膜炎 膿性炎症の多くは先づ「カタル」性炎症を以て始まるなり。

最初に於ける最著明の變化は粘膜皺襞の腫脹肥厚なり。此肥厚は血管の怒張・浮腫及圓形細胞の浸潤等に基因するなり。上皮其者には著變なしと雖、分泌細胞は次第に増加し、漿液性又は白色硝子様の分泌物を排泄す。上皮の剝離を見ること稀なり。

以上は急性「カタル」性炎症及膿性炎症の初期に於ける所見にして、「カタル」性炎症にては多く此變化に止まり治癒して正態に復するか又は輸卵管水腫を續發するなり。

然るに膿性炎症にありては尙組織的變化の度を進め粘膜間質の圓形細胞浸潤増加し、皺襞の腫脹一層甚しくなること共に多くの分岐を生じ、其先端は強き細胞浸潤によりて膨大す。かくして多數の皺襞は其先端を以て相接觸し、接觸面に於ける上皮の剝脱によりて終に癒着するに至る。皺襞深部の上皮細胞は久しく健全なり。其結果管の横断面に於ては一層の圓柱細胞を有する腺様像を呈するに至る。此密閉せられたる腺様腔に分泌物滯溜するに至れば、小囊胞狀に擴大し上皮細胞は壓により短圓柱狀又は骰子形とな

假性濾胞性輸卵管炎

る。如斯き状態をマルチン及オルトマンは假性濾胞性輸卵管炎(Salpingitis pseudofollicularis)と命名せり。分泌物は始めは漿液性なるも次第に濁濁し急速に純膿様に變化し、屢、赤血球を混じ赤褐色となる。  
二、輸卵管筋層炎(間質性輸卵管炎) 初期に於ては壁内血管は強く怒張し、筋層間及結締織間の處々に於て腺状に集合せる圓形細胞浸潤を見る。後には所々に小膿瘍を形成し筋層は甚しく肥厚するに至る。此肥厚は多く筋纖維消失の代償として結締織の甚しき増殖を來すに因るものなり。然れどもギーンソン氏染色によりて筋纖維其者の肥厚を見ることが敢て稀有ならずと云ふ。(カルテンバッハは作業性肥大と看做せり)。

以上は輸卵管炎の一般的所見なり。次に特種なる輸卵管水腫及輸卵管膿腫の所見の概要を敘述すべし。  
輸卵管水腫の壁は甚だ菲薄にして外方に腹膜、内方に粘膜を認め、筋層は多くの場合消失して見ることも能はず。然れどもギーンソン氏染色法により筋纖維を證明し得ること稀有ならず。内膜も亦殆ど上皮のみなり。然も其細胞は甚しく壓平せられ散子形又は、細胞様に見ゆることあり。時として屈曲部に於て少數の皺襞を認め其深部に氈毛を存する上皮を認め得ることありと云ふ(Martin)。

輸卵管膿腫の所見として最著明なるは甚しき壁の肥厚及細胞浸潤なり。結締織の旺盛なる増殖と共に壁の各所に圓形細胞浸潤及小膿瘍を形成す。粘膜上皮は陳舊性症にても比較的久しく保存せらる。皺襞の癒着によりて形成せる濾胞に於て殊に然り。然れども大なる膿腫をなせる部にては終に全く消失して内面は全く癍痕様組織に變化するなり。

特殊なる組織的所見

既に述べたる組織的所見は原因菌の如何に拘らず、殆ど共通的に發現するものなれども、尙原因菌の

異なるにより特殊の所見を加ふるものあり。其主なるもの左の如し。

(一) 結核症及放射線菌症

(二) 淋菌性症

第一の輸卵管結核及輸卵管放射線菌病等が組織的に特異の像を呈することは既定の事實なり。即結核症にては粘膜又は筋層或は其兩者に特異の結節を認め其中に多數の特異なる巨態細胞及乾酪様變性部を認むることを得べし。

極めて稀有なる「アクチノミコーゼ」は他臓器に於けると同様の像を發するなり (Hamm u. Keller, Heger's Beitrag, Bd. 14 p. 10 參照)。

第二の淋菌性輸卵管炎の特殊所見はシュリッデー H. Schridde (一九〇八)によりて唱道せられたるものにして、今日尙全く解決せられざる疑問なり。

シュリッデーは二百八十例に就きての精細なる研究により左の如き結論を得たり。

「淋菌によりて發生せる輸卵管炎は極めて特異の組織的所見を呈するが故に、假令病原菌を證明し得ずとも單に組織的檢索によりて確實に淋菌性膿性輸卵管炎(Salpingitis purulenta gonococcica)なる診斷を下すことを得」と。

左に同氏が他菌殊に連鎖球菌によりて發生する膿性輸卵管炎と區別し得べしとなせる淋菌性膿性輸卵管炎の特徴を摘記すべし。

淋菌性膿性輸卵管炎

一、管腔に排泄せる膿汁。既に初期に於て白血球

連鎖球菌性膿性輸卵管炎

殆ど全く白血球のみより成る。

輸卵管の炎症(輸卵管炎)

淋菌性輸卵管炎に對するシュリッデー氏説

の外に多数の淋巴球及「プラスマ」細胞を混す。  
 二、輸卵管粘膜。既に甚だ早期に於て上皮剥脱によりて潰瘍を發生し、其結果として皺襞の癒着を來す。  
 皺襞は間質に於ける細胞浸潤によりて棍棒狀に肥厚す。而して浸潤は甚だ初期には主として白血球なれども間もなく大部は淋巴球及「プラスマ」細胞となる。後には皺襞間質の細胞浸潤に代ふるに結締織の増殖を來たし、「プラスマ」細胞は次第に減少するも尙多量に證明するを得。  
 三、輸卵管筋層。初期には淋巴球及「プラスマ」細胞の浸潤を認む。後に至れば結締織増殖を來たし膿瘍を形成す。

粘膜上皮健全にして、潰瘍を形成せず。皺襞狭小にして細胞浸潤少なし。而して主として白血球にして少数の淋巴球を有す。  
 後に至れば極めて少数の「プラスマ」細胞を見る。皺襞の癒着を見ることなし。

著變を起さず。

以上シュリッデーの説くところを参照すれば、既に述べたる膿性輸卵管炎の組織的變化は浸潤細胞の性状以外の點は淋菌性變化と見るべきものなり。

シュリッデーの所説はアメルシュバッハ、Amersbach によりて再び承認せられしも、先づミルレル Miller によりて反對せられし以來 Grelow, Menge, Ploeger, Walhard, 緒方(十)の諸氏によりて精細に研究せられシュリッデーの説の根據甚しく薄弱となりたり。

「プラスマ」細胞の鑑別的價値に就きては殊に諸學者間の問題となりたるなり。今日までの多数研究者の成績を總括すれば、先づ左の如き結論となし得べきが如し。

- 一、淋菌傳染なること確實なる場合 膿汁より淋菌を證明せる時は 殆ど常にシュリッデーの説の所見を呈するも、確實に淋菌傳染を除外し得る場合にも亦同様の所見を見ることを得。
- 二、淋菌性炎症には常に多数の「プラスマ」細胞を證明し得るも、他種の膿性輸卵管炎にも亦認むることを得。

要するにシュリッデーが淋菌性輸卵管炎に固有なりとせる組織的所見は、必ずしも淋菌性炎に特殊のものにあらずして、寧ろ細菌の如何を問はず炎症經過の一定時期に於て普遍的に現出すべき所見なりと解釋すべきものなり。換言すれば單に組織的所見を以て淋菌傳染を確定すること能はず。然れども定型的のシュリッデー氏所見を呈し然かも何等の病原菌をも認めざる時は淋菌性なる疑診を下すことを得べし。豊富なる「プラスマ」細胞浸潤を認めたる時に於て殊に然り。又「プラスマ」細胞の甚だ少数なるか又は全く之れを認めざる時は淋菌感染を稍、確實に否定し得べきものならむ。

〔附〕 結節狀峽部輸卵管炎及結節狀筋間部輸卵管炎

結節狀輸卵管炎 (Salpingitis nodosa) とは輸卵管走行の一部に限局性の結節狀腫瘤を形成し、組織的に筋層及結締織の肥大増殖並びに腺様及囊胞様組織より成立するものを云ふ。従つて假令結節狀腫瘤を形成すとも單純なる輸卵管壁膿瘍とは區別すべきものなり。

本症は一八八七年ギアリー Chari が屍體解剖上の研究により、初めて科學的に觀察發表せる以來多

命名に就きて

數學者の興味を喚起し輸卵管病理中最甚しく論議せられたるものなり。

キアリーは發生に對する自己の見解及外形並びに常に輸卵管峽部に占居するの故を以て結節性峽部輸卵管炎(Salpingitis isthmica nodosa)と命名せるも、其後に至リレックリングハウセンは子宮腺性筋腫と同一の發生を唱へ「輸卵管の腺性筋腫」と稱へたり。其後或者はキアリーの名を用ひ又或者はレックリングハウセンの命名に従ふ等一定せず。其他單に輸卵管腺腫と呼び又は輸卵管腺性筋腫(Adenomyosis tubae)又は腺性筋腫輸卵管炎(Adenomyo-salpingitis)等々唱ふるものあり。

然れどもケールは「本腫瘍に於ける筋纖維の配列は凡そ正常の輸卵管と同様に、内方輪狀層外方縱走層に分る、且普通とし筋腫に見るが如き不規則なる配列を見ること少なきを以て、腺性筋腫なる命名は妥當ならず」と云へり。又炎(Inflammation)なる語尾を附するは尙發生本態の不明なる今日正當なりとも云ふこと能はず。

最一般にはキアリーの命名を用ゆるもの多し。病理組織的所見よりすれば「腺性筋腫輸卵管炎」なる命名を至當とするも、結節性峽部輸卵管炎は其特有の形を表はせる點に於て實際上最優れりとなす。

尙本腫瘍は必ずしも峽部のみに来らずして、同様の組織的構造を有する腫瘍を輸卵管の間質部に見ること少なからず。ケールは之れを結節性筋間部輸卵管炎(Salpingitis intramuralis nodosa)と命名せり。而して結節性筋間部輸卵管炎(Salpingitis interstitialis nodosa)は間質性輸卵管炎即筋層の炎症と誤る虞れあるが故に不可なりと云へり(但原語に就きて)。

本症に對する興味は臨牀的關係よりも寧ろ病理の組織的關係にあるものなるが故に、茲には詳細の記述を避け單に其梗概に止めむとす。

一、腫瘍の部位。輸卵管峽部に於ては子宮に直接せる部より嚙狀部迄の境界に至るまでの孰れの部にも發生す。然れども子宮角に近きこと最多し。輸卵管間質部又は峽部と間質部との境界部に發生することあり。されど嚙狀部に見ることなし。

一側又は兩側に生じ時として同側の峽部及間質部に見ることあり。

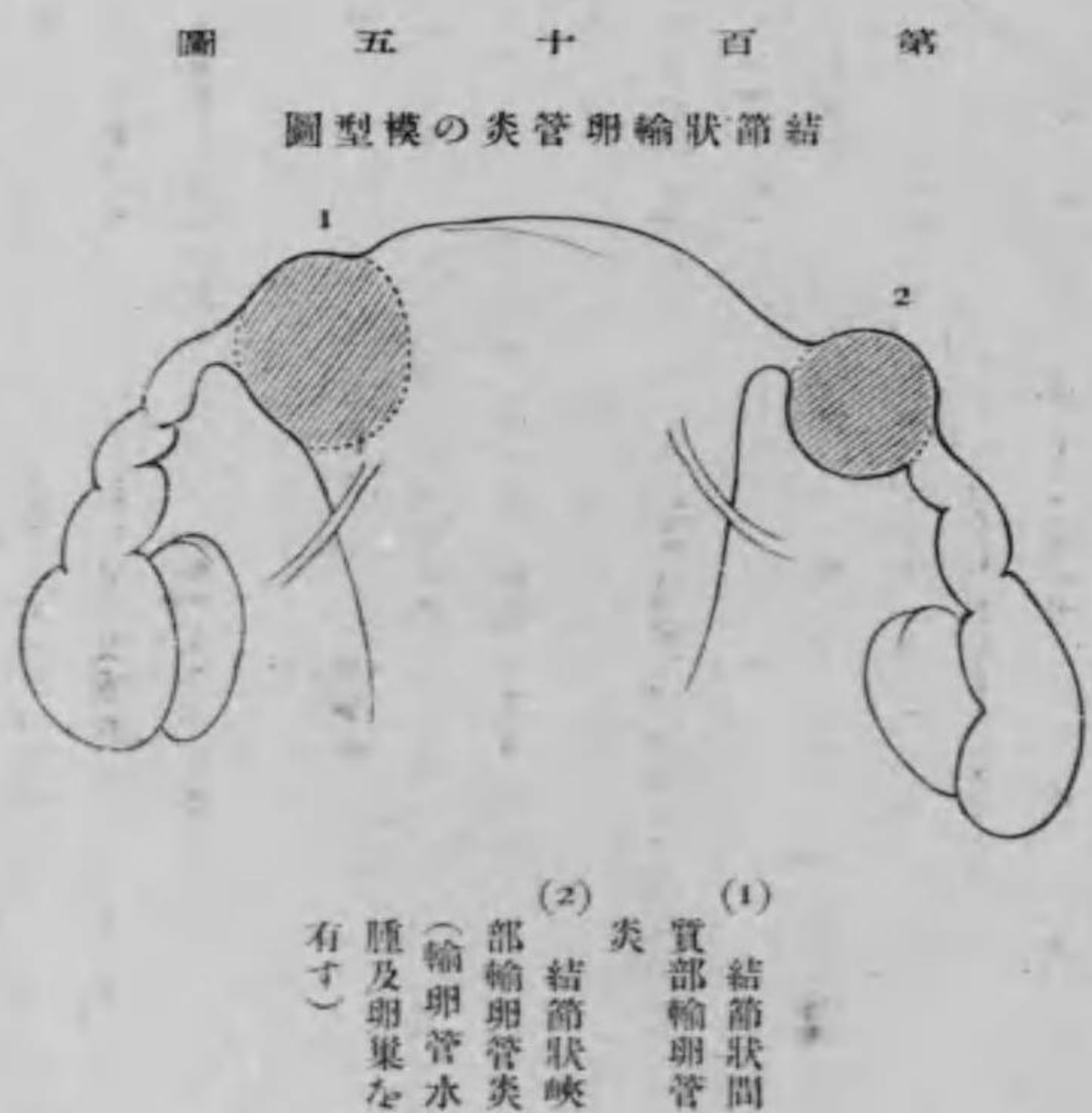
二、大きさ形及硬度。大きさは豌豆大より極大又は櫻實大を普通とす。形は多く球狀なり。輸卵管間質部に發生せる場合には子宮角は上方に向ひて紡錘狀に突出し、觸診によりて球狀の腫瘤を觸る。硬度は鞏韌にして筋腫の如く堅からず。周圍に對する境界一般に明目なり。

三、腫瘤部以外の輸卵管變化。時として何等の變化なく寧ろ發育不全の徴候を有することあり。雖、最多くの場合には多少の慢性炎症徴候を有す。太さ及形に著變なきも軽度の癒着を有するか又は明かに輸卵管水腫又は輸卵管膿腫を形成す。少くも腹口の閉鎖又は狹窄を見ること甚だ多し。

四、組織的所見。腫瘤の横断面を見るに本來の輸卵管腔は狹窄して多く一方に偏在し、且粘膜に炎症を見ること多し。即粘膜腫脹して低き皺襞を有し氈毛なき圓柱上皮を以て被はれ、間質に圓形細胞浸潤を有するか又癒着組織を見、血管肥厚す。輸卵管間質部内膜は正常は殆ど平滑なるも本症にありては皺襞を形成す。

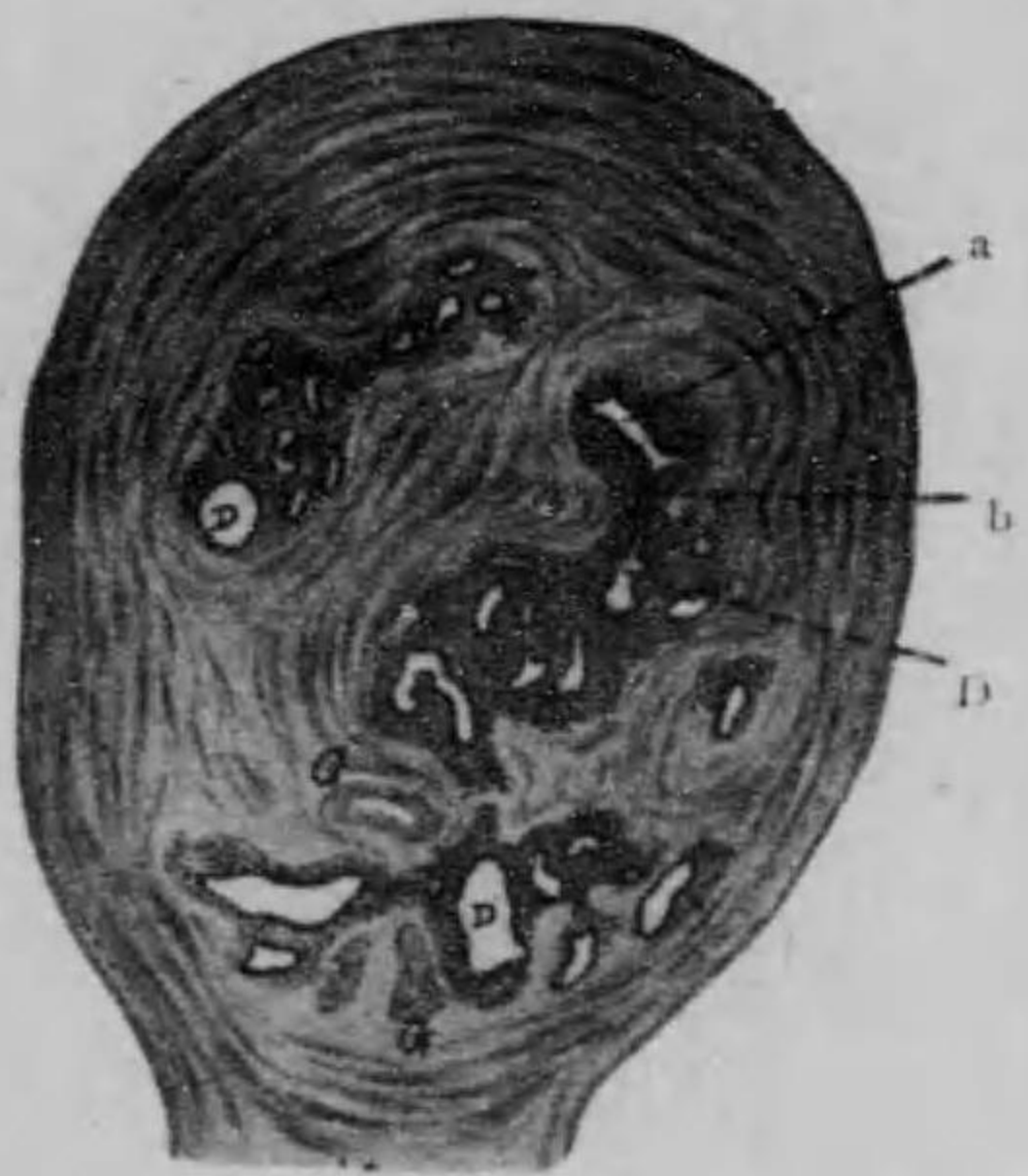
筋層の肥厚は主として輪狀層にして縱走層の肥厚は著明ならざること多し。單に筋纖維の肥大増殖のみならず、結締織も亦増殖す。圓形細胞浸潤を見ること多く、血管亦肥厚す。時として明かなる結核性變化を認むることあり。

輸卵管の炎症(輸卵管炎)



筋層に於て最顯著なる所見は處々に腺様又は囊胞様組織の散在することなり。其分布形・大き及数は常に一樣ならざれども、主として淋巴管の走行に一致し、輪狀筋層のみならず遠く漿膜下又は輸卵管間膜中にも認むることあり。一層の圓柱狀 凡そ輸卵管上皮と 又は散子形 囊狀に擴 張せる腔 の氈毛なき上皮 時として氈毛を見 以て被はれ固有膜 (Tunica propria) を有す。漿液様・膿様又は乾酪様の内容を有することあり。而して如斯き腺組織は數個集合して其周圍

第百六十六圖 結節狀輪卵管部管炎の模型圖



(a) 本來の輸卵管腔  
(b) 筋層内腺管との連絡部  
D 筋層内に新生せる腺 (其周圍の暗黒なる部は淋巴様組織)

より圓形細胞・紡錘細胞又は「チトゲン」組織 (Cohæne Bindegewebe) を以て被せらるること多し。筋層に腺管と直接することは寧ろ少數なり。其關係腺性筋腫に於けると同様なり。多くの組織的切片に於ては筋層内の腺管と本來の輸卵管腔とは全く關係なきが如き像を呈すこと雖、之を連續切片とし又は管腔内の注射試験を行ふ時は或部に於ては兩者の間に直接の連絡

あることを證明し得るものなり。

五、腺様組織の組織發生

結節狀腫瘍中に散在する腺様上皮は孰れの組織より發生するものなるかの疑問は學者論争の焦點なり。従つて多數の學說あり。之を先天性なる原腎説と後天性なる炎症説とに二大別することを得。

(甲) 原腎説は炎症説よりも後れて一八九六年レックリングハウゼン (Kochlinghausen) によりて唱道せられたるものなり。即同

氏が子宮腺性筋腫に就きて主張せるが如く、結節性輸卵管腫瘍中の腺様組織は先天性に迷入せるウオルフ氏體及ウオルフ氏管より發生すと云ふなり。

本説の根據とするところは多々ありと雖、茲には之れを略す。

(乙) 炎症性は既にキアリーによりて唱道せられたるものにして、輸卵管炎に續發して輸卵管内膜が筋層内に侵入増殖するに因ると解釋するなり。而して筋纖維の肥大増殖と粘膜上皮の侵入増殖との因果的關係は不明なるも、恐らく相反する二つの場合、即上皮侵入の結果として筋の肥大増殖(キアリーは收縮に因する作業性肥大と解釋)を來すべき場合と、筋増殖の結果として上皮の侵入を促す場合あるべしと云ふ。尚ヘーチ (Heine) は特種の炎症性發生機構として管壁膿瘍 (Wandabscess) の先行を唱へたり。即膿瘍の管腔内破壊後、其穿孔部より輸卵管粘膜が膿瘍腔内に外翻し、終に其内面を被包するによりて起る一つの治療現象とも見るべきものなりと云へり。

次に結節狀輸卵管炎の原因となる炎症の性質に關して異議あり。或者は結核性炎症を主とし、又他の者は淋菌性炎症に重きをおけり。又ケーレルの如きは筋間部腫瘍は主として結核性にして、峽部腫瘍は主として淋菌性なるべしと説けり。

原腎説と炎症説との孰れが正當なるやは尙未決の問題にして各、確乎たる根據を以て自説を主張す。雖、炎症説を證明すべき場合甚だ多きは疑なき事實なり。

慢性炎症性刺激によりて上皮組織の腺腫様増殖を惹起し得ることは、皮膚・肺・胃等に於ても證明せられ且結節狀腫瘍を形成せざる普通の膿性輸卵管炎に於ても屢、實見し得るものなり。(Stein, Gyn. Bd. 17 1903. 參照)

又結節狀輸卵管炎發生の後天性なることを確實に證明し、レックリングハウゼンの先天説に有力なる反證を與へたるはフランケーの實見例なり。

フランケー (Frank) は二十一歳の癒着性後屈を有する婦人に前腔切開によりて癒着剝離及腔壁固定術を施せり。其際兩個輸卵管に著變を認めざりき。其後一年九ヶ月再發の爲め腹壁固定をなす爲めに開腹せしに、右側に榛實大の結節狀輸卵管峽部炎を發見せり。

輸卵管の炎症(輸卵管炎)



治癒せるものと雖、薦骨痛又は大腿に放散する牽引痛を訴ふるもの多し。之れ子宮變化の癒着症状なり。尚疼痛に關し特異なることは、假令慢性症にありても種々の誘因例へば身體の動搖・歩行・性交・高度の便秘等によりて容易に増悪せらるゝことなり。又平素は殆ど治癒せるが如く見ゆる慢性症にても月經と關聯し、月經時又は同時に其前後一定期間陣痛様疼痛を反復するもの少からず。發熱は慢性症となるに従ひ下降するも、尙夕刻に於ける軽度の上昇は比較的永く持續するものなり。而して輸卵管膿腫を形成せるものは高熱久しきに亙ること多し。然れども細菌全く死滅するに至れば平熱となるものなり。

其他腫瘍の壓迫症状として頑固なる便秘を見ることあり。又胃腸障礙として下痢・悪心・嘔吐起時起すものあり。月經障礙は常に現はるゝものならざるも時として月經過多症・不正出血を見ることあり。就中最屢なるは月經困難なり。

尙輸卵管炎の續發症候として最重要なるものは不妊症なり。不妊症の最多くが本症に基因するものなることは既定の事實なり。而して管に膿性炎症のみならず、「カタル」性炎症も亦原因となること少なからず。之れ炎症性變化は完全に治癒するも喇叭管腹口の閉鎖を遺すこと多きが故なり。又膿性症にては卵巣機能障礙に因る場合もあるべし。

然れども一般に輸卵管病變の程度と不妊症とは必ずしも一致せず。時として臨牀上高度の膿性炎症を證明し得たるものにして意外にも正規妊娠を見ることあるは吾人の經驗せるところなり。之れ不妊症に對する診斷に就きて考慮を要すべき點なり。而して又輸卵管炎は輸卵管妊娠の主要なる成因をなすものなり。

### 五 輸卵管炎の經過及轉歸

膿性輸卵管炎經過の一般的特徴は左の二點なり。

- (一) 經過の甚しく緩慢なること。
- (二) 種々の誘因によりて再發を反復すること。

此性質は殊に淋菌性症に於て著し。假令外觀上治癒し自由の行動をとり得る身となるも、劇しき勞働・月經時の不攝生・過度の性交・醫師の不適當なる診斷及處置粗暴なる觸診・消息挿入・内服挿入等によりて、尙生存し靜止状態に潜在せる細菌を刺戟して再び急性炎症を突發せしむるなり。此性質は益々本症の經過を延長せしめ數年又は尙以上の永きに亙りて患者を苦しましむるなり。

「カタル」性炎症は適當の攝生と治療とによりて全治し得るものなれども、一旦膿性炎症を起したる輸卵管は正常の状態に恢復すること能はず。故に膿性症の治癒は絕對にあらずして比較的なり。

大なる輸卵管膿腫の轉歸は比較的治癒に向ふか又は穿孔を續發するかの二途なり。

膿腫治癒の轉歸を観察するに、先づ細菌の死滅によりて膿の新生止み、次で水分の吸収によりて膿汁の濃縮・有形成分の破壊を來たし、血管は閉塞し壁の肉芽組織は次第に纖維素性結締組織に變化す。かくして腫瘍は甚しく萎縮し、終には強靱にして壓痛を有する索條癥痕となる。

膿腫の穿孔は左程稀有なる現象にあらず。穿孔部位は多くの場合癒着臓器内に起る。故に普通直腸又は腔にして時として膀胱・腹壁又は小腸等なることあり。腹腔内に自發的に穿孔すること甚だ稀なり。

他種の膿瘍は穿孔によりて治癒すること多きも輸卵管膿腫に於ては大に趣を異にす。多くの場合内容



全部の流出を見るに至らずして、穿孔閉鎖するか又は甚しく狭窄して久しきに互り瘻管を残す。一定時期の後膿の滯溜によりて再び穿孔排膿す。如斯きことを反復する間に腐敗傳染を加へ又は新たな部に穿孔し自然的に治癒することなし。

六 輸卵管炎の診断

輸卵管炎の診断を左の如く分類することを得べし。

- (一) 急性期の診断
- (二) 亞急性又は慢性期の診断
- (三) 原因の診断
- (四) 類症鑑別

(a) 輸卵管腫脹の診断  
 (b) 輸卵管囊腫の診断

輸卵管炎は臨牀上特異の徴候を缺如するが故に、其診断は既往症よりも觸診によりて輸卵管の腫大を證明せざる可らず。

一 急性期の診断 急性期の觸診所見は極めて不明瞭なるを常とす。之れ腫脹せる輸卵管の硬度軟なること及腹膜の反應性炎症によりて境界の不明なるに因るも、主として劇しき壓痛の爲めに充分なる觸診を不可能ならしむるによるなり。従つて急性期に於ては子宮兩側の著しき壓痛と多少の抵抗とを證明し得るのみなり。全身麻酔のもとに觸診殊に直腸診を行へば稍精密なる所見を知り得べしと雖、一般に急性期の觸診は種々なる危険を伴ふものなることに留意せざる可らず。例へば尙薄弱なる腹口の閉鎖を破壊し又は器械的刺戟によりて病症を増悪せしむ。而して急性輸卵管炎の唯一の處置法は全く對症療法

い、か、が、故、に、敢、て、早、期、診、断、の、必、要、な、し、故、に、急、性、期、に、於、て、は、單、に、「骨盤臓器炎症」なる診断を以て満足し、強いて精細なる觸診をなし又之れを反復せざる様注意すべし。かくして體温下降し壓痛減退するを俟ちて觸診所見を明かにすべし。

二 亞急性又は慢性期の診断 觸診容易に行はるゝ時期に達するとも一般に炎症を起せる輸卵管の觸診は甚だ困難なるを普通とす。之れ多くの場合近接臓器と癒着を伴ふが故なり。而して癒着は殆ど常に子宮の後面又は側面或は深くツーグラス氏窩に起るものなるが故に、炎症性輸卵管を子宮の前方又は高く大骨盤腔に觸るゝこと極めて稀有なり。

單純なる輸卵管腫脹の診断は癒着弱きか又は之れを缺如する時容易なり。即正常の輸卵管は觸診上證明し得ざるを常とするも、炎症變化を起せるものは明かに太き迂曲せる索條として觸れ且硬度多くは堅し。結節狀峽部炎にては峽部に著明なる結節を證明す。既に囊腫を形成せるものは子宮角と連続し、外半部に至りて急に甚しく膨大せる、凡そ「レットルト」形腫瘍をツーグラス氏窩に觸るゝなり。水腫と膿腫との鑑別は多くの場合困難ならず。左に其主要なる點を對照すべし。

輸卵管水腫と鑑別

輸卵管水腫

(a) 形及表面の性状及移動性 固有の「レットルト」形をなし、表面滑澤にして境界明瞭、移動性なり。

輸卵管膿腫

殆どすべての場合周囲の臓器と癒着し、合同して所謂炎症性附屬器腫瘍を形成するが故に、特有の形を證明し得ざるのみならず、表面凹凸不平且下界は稍明瞭なるも上界は不明なること多し。全く移動性なし。壁厚くして波動を觸ることなし。比較的新鮮なるものは

(b) 壁の性状及硬度 内容充實せる時は軟骨様硬、輸卵管の炎症(輸卵管炎)

然らざる時は腫瘍壁極めて菲薄なるが爲め囊腫様軟、又は波動を證明するこゝを得。  
(c) 症候 一般に症候甚軽微なるか又は全く之れを缺如し、壓痛なし。

軟なるも陳舊性症は強靱なり。  
臨牀上の諸徴候著明にして、甚しく陳舊性ならざる限り多少の壓痛を有せざることなし。

以上の標準により殆ど常に診断し得と雖、最確實なる鑑別は腫瘍の試験的穿刺なり。然れども不注意に之れを行ふ時は危険を伴ふものなるが故に濫りに行ふべきものにあらず。

其他血液検査 白血球の数の量的検査の診断的價値に關しては總論第一四二頁を参照すべし。

三 原因の探究

膿性炎症の診断明かとなりたる後は如何なる細菌によりて發起せられたるものなりやを探究せざる可らず。此鑑別は常に容易なるものにあらず。而して多くの場合觸診所見によりて原因に對する知見を得ること不可能なるが故に、諸種の臨牀的事實を綜合して單に推斷するに止まるものごとす。唯腫瘍面又體壁腹膜に無數の粟粒結節を觸知することを得たる場合には結核なることは殆ど確實なり。試験的穿刺により膿汁より細菌を證明し得れば診断確定するも之亦常に容易なるものにあらず。左に最主要なる淋菌・結核菌・化膿菌の三者に就き各臨牀上必要なる注意事項を略述すべし。

(甲) 淋菌傳染

配偶者又は患者自身に淋疾の既往症あるか又は現在尿道・バルトリニ氏腺に淋疾を證明し、膿様帶下を有する頸管・カナルを認めたる時は先づ淋菌性炎の疑をおくべし。帶下中に淋菌を證明し得たる時は診断稍確實となる。尙劇甚なる上行症候を有する場合、又は結婚後間もなく突發せる場合又は淋菌傳染の可能性大なる職業にある者等は先に診断の補助となるものなり。屢、再發を反復せる者も亦淋菌性なるを普通とす。  
以上の如き臨牀的根據の外尙有力なるは「ワクチン」診断法なり。

「ワクチン」診断法

淋菌「ワクチン」の注射によりて淋菌性炎症の存在を證明せんとする法なり。

一體に吾人有機體が自然に、または人工的に或傳染を受ける時は、體內に「アレルギー」(Allergie)と稱する反應を起す。即人體は其病原菌に對し特殊に或は免疫性となり、或は反對に過敏となるものなり、而して吾人が「アレルギー」の反應を診断の目的に應用せんとするは第二の過敏性反應(Amphipathische Reaktion)なり。即吾人が淋菌の感染を受ける時は、吾人有機體は特殊に淋菌の注射に對してのみ過敏性となる。故に淋菌「ワクチン」を注射して過敏性反應の起るや否やを検し、之によりて診斷を下し得るものなり。

然らば過敏性反應は如何なる形を以て表はる、かと云ふに、(第一)血清學上にはライトの云ふ陰性期(Negative Phase)としてあらはれ、血清中の「オプソニン」量の減少即「オプソニン」係數の下降を來す。(第二)之と共に、或は之に引續きて臨牀上にも種々の徴候を發す。此臨牀上の諸反應をライテルに従ひ左の如く區別するを便とす。

- 一、局所反應
- 二、病竈反應
- 三、一般反應

局所反應とは、一言にして云へば皮下又は筋肉内の注射部位に於ける總ての刺戟現象にして、例之腫脹・發赤・自發痛又は壓痛等の如き者を云ひ、病竈反應とは傳染せる部位何れ之輸卵管に起る自覺的及他覺的の變化即自發痛・壓痛の増加・腫脹の増進等の如き者を云ふ。一般反應とは注射後に起る一般狀態の障礙にして、體温の上昇・頭痛・眩暈・悪心・全身倦怠等の如き者を云ふ。而して是等の各反應の強弱、其出現するまでの時間及反應の持續等は注射せる「ワクチン」の種類及量、疾患の新舊又は各個人の感受性の強弱等諸種の原因によりて一定せざる事勿論なり。且又是等の反應は毎時悉く現はる、ものならずして、其乃至二を缺く事往々なり。又二反應以上現はる、も其強弱に差異あり。従つて各反應の臨牀的價値に關しては人によりて見解を異にす。或人は病竈反應に殊に重きをおき、或人は局所反應を最肝要なりとし、又他の人は唯體温上昇のみを以て反應の陰陽を決し得べしとせり。要之するに多數臨牀上の實驗報告を綜合するに、此「ワクチン」診断法を以てライテル一派の云ふが如く、輸卵管の炎症(輸卵管炎)

全く特殊性にして絶對的證明力ありと信すること能はざれども、診断上の補助法としては從來の方法より遙かに優秀なるものなるや疑なし。されど假令此反應陰性なりとて直ちに以て淋菌傳染を否定すること能はず。

一般に「ワクチン」診断及療法に使用せらるるものに自家「ワクチン」(Autovaccine)と多價「ワクチン」(Polyvalente Vaccine)との二種あり。前者は接種せらるべき患者其者より分離培養せる菌よりなり、後者は病原菌と同種なれども他の患者より分離培養せる菌よりなる。自家「ワクチン」を使用するは理想的にして又自家「ワクチン」ならざる可らざる場合あり。例ば普通大腸菌疾患に於けるが如し。然るに淋毒性疾患に於て實際上便利とせるところは敢て自家「ワクチン」を必要とせざる點なり。併し一般學者の主張せるところによるに淋菌「ワクチン」を製造するには唯一種の菌株なる可らず、成る可く多數、少くとも六種の淋菌株より分離せる者の混合物ならざる可らずと。即今日吾人の使用せる淋菌「ワクチン」はすべて多價の者なり。

診断上に使用する「ワクチン」として最常用せらるるはブルック「アルチゴン」(Arthigon)なり。尚ライテル氏「ワクチン」も有效なりと云ふ。

左に「アルチゴン」注射の診断的價値の例證として著者が大正三年京都大學在勤中に九十三例に就きて實驗せる成績を摘録すべし。(日本婦人科學會雜誌第九卷三號)

本診断に先ち、其配偶者に淋疾の有無患者の既往症、子宮附屬器以外の生殖器系に淋疾の存否等を細心検査せるなり。且悉くの場合試験的「タンボン」を施して子宮分泌物を採取し、其細菌染色を行ひ以て淋菌の有無を検せり。然れども假令淋菌性附屬器炎の悉くが上行性の者なりとするも、子宮分泌物中に淋菌の證明が直に以て附屬器炎の淋毒性たることを示し得る者とは信ぜず、吾人は此證明に重きを置かざるなり。

(甲) 皮下又は筋内注射 「アルチゴン」〇・五珄を上腭内面に注射したる後、病處・局所及一般反應を注意して検査せり。現はれ来る反應は區々にして一定せず。局所反應は多少ながら常に現はるる、雖、對照注射と比較し、之が果して「ワクチン」注射に特殊的の者なりと認むる能はず。病處反應にありても同様甚だ不定の者なり。一般反應殊に體温の上昇は左程多からず。且左程著明ならず。要するに此種の注射に於ては其孰れの反應も不定にして、以て診断上の助けとなし得る者なし。従つて全く反應を豫期せざる者に可なり著明に現はれ、又必ず淋毒性を期せし者にして何等の反應をも見ざる者あり、約言すれば皮下又は

は筋内注射による類症鑑別の價値は餘程疑しきものなりと信ず。

(乙) 靜脈内注射 ブルック及ソツメルによるに〇・一珄を靜脈内に注入し、之によりて體温上昇一度五分以上に及ぶ者な以て反應の陽性となせり。余が二〇人の婦人に就き對照試驗を行ひたる結果によると、配偶者に淋疾なく自らも之に罹りたることなしと云ひ、且臨牀上之を證明すること能はざる者、即淋疾に對しては全く健康なりと思はるる者に於ては〇・一珄の「アルチゴン」注射によりては屢々強き發熱を起すも、〇・〇三乃至〇・〇五珄の注射によりては其多くの者は全く發熱なきが、發熱するも其度微弱なり。即〇・一珄の注射量は大に過ぎ健康者に於ても反應陽性なること多きを示せるなり。依つて余は〇・〇二五乃至〇・〇三珄を以て診断用の注射量と規定せり。稀釋法は一瓦を百分せる滅菌「ピベット」にて「アルチゴン」の或量を取りて之を小なる「ペッヘルグラス」に入れ、同じく他の「ピベット」を以て殺菌食鹽水の一定量を取りて前の「グラス」の中に入れ、プラワーツの注射器を以て吸引、射出を反復して兩液をよく混合せしめ、此混合液の一定量を靜脈内に注入するなり。注入すべき混合液の全量は通常〇・五珄多くとも一〇珄とす。例之〇・一珄の「アルチゴン」に一九珄の食鹽水を加へ其混合液の〇・五を注入するが如し。此場合の「アルチゴン」注入量は〇・〇二五珄なり。

注射の部位は肘關節部靜脈なること一般の靜脈内注射と異なることなし。

注射後に起る臨牀的所見は、凡そ半時間にして通常惡寒又は戰慄を發し、次で體温上昇を始め、發熱は割合に急劇にして凡そ四乃至五時にして其極度に達し、五乃至一〇時間位にして常溫に復すを常とす。而してブルックの云ふ重複弧線 (repeated) を熱型に認めたるは五九例中僅に六例にすぎずして之を以て特異の者と認むること能はず。發熱の間、頭痛・眩暈・熱感・全身倦怠・腰痛・時に悪心・解熱時の發汗等を訴ふるも、患者は是等の症狀の爲めに甚しく苦しむ事なく數時にして全く平常の氣分に復する者なり。時に頭痛のみは翌朝まで續くことあり。而して一般に是等の症候は注射の回を重ねるに従ひて其度弱くなり終には發熱ありながら何等一般狀態の變化なきに至る者なり。發熱も漸次其度弱くなること往々なるも、幾回注射を反復するも其程度強き發熱を伴ふことも亦屢なり。而して注射はすべて午前中殊に朝を以て適當となす。是れ熱發其他症狀の全經過を検するに便なるが故なり。檢温は注射前數時間に始め少くとも一時間毎に之を行ひ、且注射當日は臥牀安靜を守らしむべきなり。注射後凡そ三乃至四時間頃より時々病處反應を検せしも大多數の例に於て之を證明すること能はず。

要するに余の経験によるに〇・〇二五註「アルチゴン」の静脈内注射によりて體温上昇が常温より一度五分以上に及ぶ時は淋菌性と看做して大多数の場合誤りなきことを確信す。併しながら若し〇・〇二五の注射によりて其反應疑はしき場合には尙ほ〇・〇三乃至〇・〇五註の注射を反復すべきことツベルクリン「診断に於けると同様なり。此静脈内注射診断の確實なるを證するの實例に遭遇せる場合ありたり。例之臨牀上子宮筋腫又は輸卵管妊娠に最も近似せる例に於て、試みに此診断法を行ひて陽性の效果を得開腹術によりて之を確證せるが如き數例を有す。即「アルチゴン」の静脈内注射法と「アプアルハルテン」氏血清診断法とは相俟ちて子宮附屬器腫瘍の類症鑑別に有力なる根據を與ふるものなりと云ふを得べし。

結 論

一、子宮附屬器炎症の診断に對する「アルチゴン」の皮下又は筋肉内注射の價値は不確實なるものなるが、静脈内注射による時は頗る確實なり。尤も此診断法を以て全く特殊の證得力ある者とは信する能はざるも、少くとも診断上の根據、補助法としては大なる價値あるものなり。

二、「アルチゴン」の静脈内注射による診断は〇・〇二五乃至〇・〇三を適當量とし、其反應としては體温上昇に重きをおき、其上昇一度乃至一度五分以上に及ぶ者を以て陽性となす。此他に臨牀上に起る所見に特異の者なく、病體反應亦不定なり。

(乙) 結核傳染

淋菌傳染に疑はしき點を全然缺如し又炎症の發起にして産褥と關係なき場合は、先づ結核性原因を疑はざる可らず。此際患者の體質腺病質にして、呼吸器結核を證明せる場合は尙疑を深うし得べし。腸及腹膜に結核症を有する場合は組織的に子宮内膜・子宮腔部の結核を證明し得たる場合は診斷殆ど確實となる。然れども時として輸卵管に原發する結核傳染あることを忘る可らず。峽部に結節狀腫瘤を有するものは多く結核性なりとは、多くの人の唱ふるところなれども必ずしも然らざることは既に述べたるところなり。

病勢の經過甚しく緩徐にして種々の治療法を盡すも尙輕快すべき傾向を認め得ざるものは、多くの場合結核性なり。

「ツベルクリン」診断法は幾分の補助たり得べきも淋菌に於けるが如き價値を有せず。

(丙) 化膿菌傳染

化膿菌殊に連鎖狀球菌傳染を疑ふべき唯一の根據は産褥に續發することなり。然れども此場合にては淋菌傳染なることも亦少なからざるが故に、孰れにするも淋菌及結核傳染に疑はしき徵候を認めざる時に於て始めて化膿菌傳染を考ふべきものなり。

四 類症鑑別

輸卵管炎中類症鑑別を要すべきは唯囊腫を形成せるもののみなり。而して鑑別すべき主なる疾患は卵巣及副卵巣囊腫、種々なる炎症性腫瘤(滲出性骨盤腹膜炎又は骨盤結締織炎、蟲様突起炎等)、漿膜下性筋腫、輸卵管妊娠等なり。鑑別上最重要なる目標となるは「輸卵管炎は多くの場合兩側に發生す」と云ふ事實なり。

(一) 卵巣及副卵巣囊腫と輸卵管水腫との鑑別

手拵大までの卵巣囊腫(殊に壁の菲薄なる漿液性囊腫)及同大の副卵巣囊腫との鑑別は甚だ困難なること多し。尤も固有なる「レトルト」形を明かに觸知し得る場合は確實なるも、腹壁厚きか緊張強くして精細の雙合診を行ふこと難く、單に外半部の膨大部のみを觸れ得る場合は區別困難なり。然れども腫瘤の移動性甚しくして、遠く大骨盤以上までも舉上し得る時は卵巣囊腫なること殆ど確實なり。子宮體の前方にある腫瘍も亦殆ど常に卵巣腫瘍(皮様囊腫)なり。

鑑別の殊に困難なるは副卵巣囊腫にして開腹時直接之を窺ふも直に區別し難きことあり。

輸卵管卵巣腫瘍と輸卵管水腫との鑑別は臨牀上に於ては全く不可能なり。剔出標本にありても別に卵

巢を認むるや否やによりて始めて判定し得るものなり。

(二) 骨盤結締織炎及骨盤腹膜炎による滲出性腫瘤と炎症性附屬器腫瘍との鑑別

是等の鑑別は甚だ困難なる場合ありと雖、多くは誤謬に陥ることなし。其主要なる鑑別標準は腫瘤の境界なり。如何に廣汎なる癒着を伴ふ場合と雖、附屬器腫瘍は不正ながら凡そ球形・橢圓形の境界を觸知し得べく、滲出性腫瘤に見るが如く骨盤側壁又は前壁と甚しく廣汎なる基底を以て瀰蔓性に癒着すること極めて稀れなり。但例外あること勿論なり。兩者の合併を見る場合も亦稀有ならず。

(三) 蟲様突起炎と膿性輸卵管炎との鑑別

蟲様突起炎と膿性輸卵管炎殊に淋菌上行とは其臨牀上症候及癒着性腫瘤形成等、甚酷似せる點を有するものなると同時に、兩臓器は局所解剖的に極めて親密なる關係を有するが故に兩炎症は最誤診され易き傾向あり。此弊は殊に内科醫に於て甚しく明かなる輸卵管炎にして蟲様突起炎と診断せらるゝ場合は吾人の屢々經驗するところなり。時として鑑別全く不可能なる場合あるや勿論なり。且婦人にありては蟲様突起の位置男子よりも低きこと多く、寧ろ一ツの骨盤臓器となりて其一部又は全部を骨盤無名線以下に見ることあるは吾人が開腹術に際して度々遭遇する所見なり。従つて兩炎症は互に相移行し易く合併すること少なからず。此際は其鑑別全く不可能なり。

然れども兩炎症の處置は根本的に正反對の方針によりて行はるゝものなるが故に發病當時に於て兩者の鑑定を可及的嚴正になす必要あり。何となれば蟲様突起炎は極端なる早期手術の適應なるに急性輸卵管炎は急性手術の禁忌なるが故なり。

左に最定型的なる症例を標準として鑑別上必要な點を對照すべし。

蟲様突起炎

(a) 羅患側 右側

(b) 部位 初期に於ては特異の壓痛點(マックバーチー)を有す。少くも硬結の部位は小骨盤以上

にあり。

輸卵管炎

多くの場合兩側

子宮の側後方又はツィーグラス氏窩なり。少くも小骨盤内にあり。

然れども輸卵管炎にして稀れに右側のみに限局することあると共に左側に蟲様突起を有することあり。又骨盤腔に下降せる蟲様突起少なからざると共に大骨盤に癒着する輸卵管炎あり。尙定型的位置にある蟲様突起炎にして續發せる膿瘍は骨盤腔に占居すること稀有ならず。如斯き除外例は兩者の鑑別を甚だ困難ならしむるものなり。

單に右側に限局せる場合にては尿道・バルトリー氏腺・頸管部等に淋疾を證明し、深く骨盤腔に腫瘤を觸知したる時は先づ輸卵管炎を疑ふべし。

(四) 輸卵管妊娠と輸卵管水腫又は炎症性附屬器腫瘍との鑑別

尙中絶せざる輸卵管妊娠は輸卵管水腫と區別せざる可らず。然れども前者は常に一側にして同時に腔及子宮腔部に妊娠徵候を有し初乳を證明し且球形狀にして「レット」形をなす事なし。中絶せる輸卵管妊娠と炎症性附屬器腫瘍との鑑別は後述すべし。

七 輸卵管炎の豫後及療法

豫後 生活菌を有する輸卵管膿腫の腹腔内穿孔によりては急速なる死の轉歸をこり又は膿毒症に斃るゝ

輸卵管の炎症(輸卵管炎)

ことあり。雖、如斯きは極めて稀有なるものにして、生命に對する豫後は良好なるを普通とす。然れども治癒の遅きこと、全治の困難なること及再發し易きこと等は、健康及生殖機能に對する豫後を甚しく不良ならしむるものなり。「カタル」性炎症の豫後佳良なるは屢、既述せるが如し。

療法 輸卵管炎の急性期に於ける療法は専ら姑息療法にして手術的療法は全く禁忌なり。

(甲) 姑息的療法 急性期又は再發に於ける療法の主旨は身體及性的安靜を第一とし、すべての有害作用を遠ざけ靜かに急性現象の消散するを俟つにあり。換言すれば急性期の處置は主として消極的にして特殊の積極的方法なし。

即絶對安靜を守らしめ、可及的病院へ收容し以て身體及性的安靜の實行を確實ならしめ、下腹部に冰嚢を貼すべし。疼痛甚しき時は麻酔薬を投與すべくも先づ微温濕布又は酒精濕布を試みるべし。

滋養ある流動食を與へ大便の通利に注意すべし。一回の診斷後は外診及内診を禁じ且局所療法を行ふ可らず。

發熱甚しきものには電氣性膠様銀の效果頗る大なり。

以上の如き要領を以て處置し急性症状去り、體温殆ど平常に復し自發痛消失するに至れば、此時期に達するまで通常數週乃至月餘々として穩和なる吸收療法に移行すべし。即温濕布、熱性腔洗滌、沃度加里・「イヒチオール」を混せる「グリセリン」腔「タンボン」又は腔球を挿入し、腹壁に一〇%「イヒチオール」・エーテル・アルコールを塗布す。尙此期間は臥牀安靜を守らしむべし。

全く平熱に復してより約二週後に至り、初發時より約二ヶ月を要す一歩進みたる吸收療法たる熱氣療法・坐浴・全身浴・壓迫療法を行ふべし。

すべて吸收療法を行ふに當りては常に體温を測りて標準となし、爲めに一度以上の上昇を來す時は同療法を中止すべし。輸卵管炎に對して「マッサージ」の禁忌なるや勿論なり。

輕快の運速は病勢の程度及治療法の當否に因ること勿論なり。

以上の如き姑息的療法を嚴守する事によりて凡そ六五%は自覺的に全治の状態となり勞働にも堪ゆるに至り、二〇乃至二五%は幾分の障礙を残すも尙自由の身となる。一〇乃至一五%は治癒する事能はず尙有效なる姑息療法として一般の稱用する方法は「ワクチン」療法なり。左に其大要を記載すべし。

ワクチン療法

「ワクチン」療法は一般淋菌性疾患に對する從來の成績を通過するに、本療法は限局性の「被包せられたる病體」を有する者、例之淋菌性關節炎・淋菌性副睾丸炎又は淋菌性輸卵管膿腫等の如きに最適するも、被包せる病體をなすして其分泌物が絶えず外方に向つて漏出し得るが如き者、例之淋菌性尿道炎・頸管・カタル・子宮内膜炎並びに小兒の淋菌性肺炎の如きには無効なるか又は其效果頗る微弱なりといふ。併しながら如斯き疾患に對しても亦同じく有效なりとの報告少なからず。要するに淋菌性の婦人科疾患中、淋菌性輸卵管炎殊に輸卵管膿腫が「ワクチン」療法に最も適應したるものなること確實なり。

而して淋菌性輸卵管膿腫が「ワクチン」療法に最も適應するの時期は、疾患の比較的新鮮なる時即急性期にて其發熱期を経過せる時なり。全く慢性症に移行せる者は本療法の影響を蒙ること弱きか又は全く奏效を見ずと云ひ、又慢性症にても同様有效なりと報する者あり。要するに本療法が從來の諸療法に比し遙かに優秀なることは確實にして、本療法が無効に終るは其罪を適應を誤りたるか又は診斷の誤謬に歸すべきものなりと云ふ。

用法及用量 「ワクチン」接種法は從來専ら皮下及筋肉内の注射にして靜脈内注射は過敏性「ショック」を惹起すべきを杞憂して嚴禁せられたるものなるが、ゾルック及ゾンメルによりて靜脈内注射の危険なき事を證明せられたり。

接種法の如何を問はず、一般に特殊の「ワクチン」注射後に於ては一旦血清中の「オプソニン」量は減少す。即「オプソニン」係數

下降す。之を陰性期(Negative Phase)と稱す。併し或る時間の経過後陽性期(Positive Phase)に移行して漸次「オプソニン」係数の上昇を來す。而して少量を注射したる時は陰性期は極めて短時間にして速に陽性期に移るも其度弱し。中等量注射にては一日間位持續する陰性期の後四乃至六日間位持續すべき陽性期を表はす。大量の注射にありては陰性期數日間持續し、次いで陽性期となるも中等量注射の時よりも其度微弱なり。故に療法に最適なる注射量は中等量なり。

注射すべき「ワクチン」量に關し、獨逸に於てはライテル派とブルック派とに分れ、前者は反應を可成弱くし少量より始むべしとなし、後者は強き反應は大なる效果を得べしとの見解より大量を以て始むるなり。事實上其孰れが一層優れるや未だ解決せられず。而してライテルの「ワクチン」は其一託中五百萬の淋菌を含み、ブルックの「アルゴチン」は同量中二千萬の菌を有すと云ふ。併しながら細菌の毒力は一定不變のものならざるを以て、注射すべき菌の數によりて直に奏效の強弱を豫想し能はざること勿論なり。

要するに注射の用量は常に一定の規約を以て律すべきにあらざりて各個人に就きて臨機に定むべきもの即個人化すべきものなり。次に次回の注射を反復すべき時期に關しては、一般の法則として未だ陽性期にあるの時なるか、又は陽性期經過後にするべきものなり。反之若し未だ陰性期にある時、引續き注射を反復する時は所謂堆積的陰性現象に陥り、「オプソニン」量は益々減少し病勢却つて増悪するに至ると云ふ。

陰性期及陽性期を知る爲めには「オプソニン」係數を檢するを以て最確實なりとするも、此検査法を實地上に應用するは甚だ困難なり。故に臨牀上之を知らざる可らず。ライト及其門人等が數千の患者に就きて研究したる結果によると、血清學上に「オプソニン」量の減少を見る時は臨牀上病勢増悪し、「オプソニン」量増加すれば輕快に向ふ。換言すれば血清學上の陰性及陽性現象と臨牀上の所見とは常に平行するものなることを確定せり。従つて困難なる「オプソニン」係數を檢せずとも單に既述の如き臨牀的反應のみを根據とし、此反應の全く消失したるを俟ちて注射を繰り返すを以て足れりとする(少くとも輸卵管膿腫の如き場合に於ては)。是れ實地上本療法の甚だ便利なる點なりとす。

左に九十三例に對する著者の經驗を摘記し以て參考とすべし。

著者の使用せる「ワクチン」は専らブルックの「アルゴチン」なり。接種法は初め皮下又は筋肉内注射なりしが後年は一に靜脈内注射なり。今其症例の概略を表示すれば左の如し。

- 皮下又は筋肉内注射を施せる者 三四例
- 第一種 附屬器膿瘍を形成せる者 四例
- 第二種 單純なる輸卵管炎にして腫瘍狀に膨大せざる者 三〇例
- 靜脈内注射を施せる者 五九例
- 第一種 附屬器膿瘍を形成せる者 二六例
- 第二種 單純なる輸卵管炎にして腫瘍狀に膨大せざる者 三三例

同じ附屬器炎を上如く二種に類別せしは、單純なる輸卵管炎と、既に輸卵管膿腫・輸卵管卵巢膿腫又は輸卵管或は卵巢周圍炎又は骨盤結締織炎を合併して所謂附屬器膿瘍を形成せる者とは、診斷又は療法の經過及奏效に著しき差異あることを認めたるが故なり。

患者の殆ど總ては、必ず一旦入院せしめ周到なる注意のもとに處置し、以て診斷を可及的確實ならしめむと期せり。「アルゴチン」注射療法を受けたる九三例の患者の悉くが、全く同様の状態のもとに處置せられず。或は全く入院中にせられたるあり又大部分を外來患者として取扱はれたるあり。又治療の持續日數にも大差ありて少きは唯二回の注射に止まり多きは十數回に互るあり。又病症に急性なるあり極めて慢性なるあり。如斯く種々異りたる状況のもとに處置せられたる者を一括して其治療的効果を論ずるは不當の謬りを免れ得ざるも、是等を一々區別して述べるの頗る繁雜なると困難なることにより、先づ概括的に記述するの止むを得ざるなり。尤も本療法の成績をして成る可く確實ならしめんとすため、他種の療法を全く施さず専ら「ワクチン」療法のみに止めたるなり。

(甲) 皮下又は筋肉内注射による者

三四例

輸卵管の炎症(輸卵管炎)

輸卵管の疾患

第一種疾患に屬する者

自覺的治癒、他覺的輕快  
殆ど何等效果なき者

二例  
一例

第二種疾患に屬する者

自覺的及他覺的治癒  
自覺的治癒、他覺的輕快  
自覺的治癒、他覺的無效  
何等の效果なき者

一三例  
五例  
三例

先づ診断の目的に〇・五珽を注射し、爾後二乃至四日の間歇を以て〇・五珽宛を増量して二〇珽に達し、之より以後は同量を續けたり。

(乙) 靜脈内注射による者

五九例  
二例

自覺的及他覺的治癒

自覺的治癒、他覺的輕快

自覺的及他覺的輕快

自覺的治癒、他覺的無效

自覺的無效、他覺的輕快

何等の效果なき者

自覺的及他覺的治癒

自覺的治癒、他覺的輕快

自覺的及他覺的輕快

自覺的治癒、他覺的無效

四例  
四例  
一例  
五例  
四例  
四例  
九例  
六例

第二種疾患に屬する者

何等の效果なき者  
不明の者

八例  
二例

先づ診断の目的に〇・二五乃至〇・三珽を注射したる後其反應の強弱に應じて、少くとも二日永くとも五日の間歇をおきて次回の注射を反復す。回を重ねるに従ひて増加すべき分量は、反應の強弱・體質の差異等により各患者に就き一定の法則を定むること能はざるも、凡そ〇・二乃至〇・一珽を以て増量となし〇・五珽に達し、之れ以上は増量せず。

治癒的經過の一般を述べれば次の如し。  
他覺的輕快とは形成せる附屬器腫瘍の縮小を意味する者にして、勿論其度は一樣ならず。手拳大・鷄卵大の腫瘍が其中分以下に縮小せるあり、又は鷄卵大のものが殆ど拇指大に縮小せるものあり。而して兩側に於ける腫瘍は其縮小の速度を同せず、一側は明かに日を追ふて其腫瘍を減するに他側は其度甚だ遅々たるあり又變化せざるあり。又吾人の屢々經驗せるところは、周圍炎又は骨盤腹膜炎を合併して附屬器腫瘍の境界全く不明なる者が、第一回乃至第二回の注射後周圍に於ける炎性浸出物の吸收消失により頓に其境界明瞭となり、數回にして輸卵管及卵巢の像を區別し得るに至ることなり。同時に壓痛の如きも多くの場合數回の注射により輕快又は消失す。而して表示せるが如く他覺的に腫瘍の全く消失せる者は極めて少數なり。吾人が手術的に剔出せる輸卵管腫瘍に就きて見るが如く、甚しき組織的變化を起せる者が、再び全く正常の状態に復し得るやは頗る疑しき者にて、吾人は自覺的に治癒し他覺的に腫瘍の減退するを以て満足すべき者なりと信ず。下腹痛・腰痛の如き自覺的主訴症候は大多數の例に於て割合に急速に輕快又は消失し、甚しく苦惱し歩行し能はざる患者が既に一回の注射によりて、著しき輕快を覺え一般状態の恢復を見ること往々なり。從來熱氣療法其他の保存的療法にて永き間處置せられ、自覺症狀に何等の變化をも覺えざりし者が本療法によりて、初めて愁眉を開き、患者自ら注射の反復を要求するが如き場合甚だ多し。

皮下又は筋肉内注射と靜脈内注射との治療上の效果を比較するに、一般に前者の奏效は徐々にして稍、不確實なるに反し、後者の奏效は頗る迅速にして且より確實なりと信ず。次に疾患の種類に就きては、第一種のものに第二種に屬する者よりも奏效頗る著明なり。單純の輸卵管炎に對しては本療法の影響すること少數なるか微弱なるが如し。疾患新舊の關係如何と云ふに、

輸卵管の炎症(輸卵管炎)



其間大なる差違を認むること能はざるも一般に新らしき者ほど奏效迅速なるが如く思はる。之れ周囲組織中に於ける反應的炎症浸出物の割合に急速に消失するの性質を有するに因る者ならむか。然れども全く慢性の状態に陥れる者にして腫脹の著しき減退を見たる者亦稀ならず。

次に多数の例に就き反應の強弱と奏效の強弱との關係如何を觀察するに、除外例亦少なからざれども一般に反應の強き者ほど其效果顯著なるが如し。此點に於てはブルック一派の説に贊する者なり。

最後に本療法に對する禁忌に就きて一言せん。從來禁忌として擧げられたる者は妊娠・月經・發熱時なり。妊娠に對して全く經験を缺くも月經及發熱時の注射は注意しつゝ少量を以てせば何等の害なき事を證し得たり。妊娠に對して全く經験を缺くも月經及發熱時の注射は注意しつゝ少量を以てせば何等の害なき事を證し得たり。

結論

一、「アルチゴン」注射の治療上效果は意外に良好なり。之により少くとも自覺症狀は頗る急速に消失し、他覺的にも亦其治療を望み得べし。而して靜脈内注射は皮下又は筋肉内注射に比し奏效一層確實にして迅速なり。且「アルチゴン」は可なり高價の者なるが（六珪入四圓五十錢位）靜脈内の注射によりては極めて少量に皮下注射より遙かに安價に效果を收むることを得。

二、附屬器炎中「アルチゴン」療法に最も適應せる者は輸卵管腫脹を形成せる者にして單純なる輸卵管炎に對しては奏效餘々たるか、または著しからず。

三、疾患の新舊は大なる關係を有せざるも新らしき者ほど奏效速かなるが如し。

四、ブルック一派の云ふが如く、反應の強さは治療上價値の大なるを示すが如し。

五、治療上に増加すべき「アルチゴン」の量は一定の法則を以て律すべき者にあらすして各個人の状態によりて加減すべき者なり。

六、本療法は人體に對し全く無害にして何等の危險症狀を惹起せず。靜脈内に注入するも過敏性「ショック」を發せず。

從來臨牀家により最見解を異にするは慢性輸卵管腫脹の療法なり。療法の方針を左の三つに分類することを得べし。

- 一、全く姑息的療法によるべし。
  - 二、總て手術的に剔出すべし。
  - 三、先づ姑息的療法を試み、其無効なるに及び手術的療法を行ふべし。
- 保存説を主張する者の論據は「姑息的療法は最穩和にして最危險なき方法にして、多數は之れによりて持續的治癒を得るものなり」と云ひ、手術説を持するものゝ意見は「姑息的療法によりて得る治癒はすべて自覺的にして、單に障礙去り身體の自由を得たりと云ふに過ぎず。甚しき解剖的變化に陥りたる輸卵管は姑息的療法によりて正常状態に復すること能はず。故に後來再發を免れず、寧ろ根本的に剔出手術をなすべし」と云ふにあり。

根治の目的は單に手術によりてのみ達し得るや勿論なれども、手術的療法は其技術の宜しきを得ざるか時期の選擇を誤る時は往々危險を招き死亡率も亦決して僅少なからず。故に吾人は寧ろ第三の折衷説を採り、先づ嚴重なる姑息的療法を試み、總ての待期的方法を盡しても尙症狀に變化なきか又は却つて疼痛を加へ或は發熱持續し又は腫脹増大するが如き場合始めて手術的處置に移行すべし。而して姑息的療法は甚しく長時日を要する故に患者の社會的關係をも顧慮せざる可らず。即貧困にして永き待期的處置に堪ゆる資なく又一日も早く勞働し得ることを冀ふ者に對しては状態の許す限り早期に手術をなすべきなり。

(乙) 手術的療法 癒着なき輸卵管水腫の手術は單純に輸卵管剔出術 (Salpingectomy) を行ふべきは異議

なきところなれども、既に附屬器腫瘍を形成せる輸卵管膿腫に對しては左の如き問題を生ずるなり。

- 一、腹式にすべきか腔式にすべきか。
- 二、保存的にすべきか根本的にすべきか。

一般に腔式手術は腹式よりも危険の度少なきものなれども、輸卵管膿腫に於ては稍、趣を異にし寧ろ腹式を安全なりとす。是れ腹式開腹術にては廣く手術野を展望し得ること及附屬器炎手術中最大敵とする癒着を安全に剝離し得るが故なり。腔式手術にては膿腫壁又は癒着せる腸管を穿孔する虞れあり。

保存的手術とは唯羅患輸卵管（屢、同側の卵巣と共に）のみを剔出し他の内生殖器を保存する法にして、根本的手術とは兩側附屬器のみならず子宮（全別出又を）も共に剔出する法なり。

保存的手術と根本的手術の孰れを選むべきかに關しては人によりて各意見を異にせるを以て茲に斷定的に述ぶること能はざるも、病的變化甚しきものに對しては事情の許す限り根本的に手術するを至當なりと信す。是れ保存的手術によりては自覺症狀（又は他覺症狀）の消失せざることを屢、なればなり。

而して輸卵管炎症は通常兩側を襲ふものにして、従つて兩側輸卵管の剔出を必要とする場合多し。兩側輸卵管にして失はれたる以上、子宮を遺殘せしむるは全く無意味にして、寧ろ禍根を後に貽すものと云ふべし。結核性輸卵管炎は常に根本的手術によるを可とす。

但若年の婦人にして尙妊孕を熱望し、しかも一側の輸卵管比較的健康なるが如き場合は保存的に手術せざる可らず。

又手術を保存的になすか將又根本的になすかは癒着の有無及び強弱によりて左右せらるゝこと多し。喇叭管炎にして多少の癒着を伴はざるもの少なし。殊に化膿性のものには常に強き癒着を有す。此癒着

にして容易に剝離し得るが如き場合は保存的手術に據るを得べしと雖、周圍臟器との癒着甚しき時は、輸卵管のみを分離切除することは殆ど不可能にして、根本的剔出術を餘儀なくせらるゝものなり。

#### 第四章 輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

輸卵管妊娠とは妊卵が輸卵管粘膜に着牀し發育する状態を云ふ。子宮外妊娠の一種なり。

子宮外妊娠 (Die Extrametrienschwangerschaft) は妊卵の正常着牀部位なる子宮内膜以外の部に着牀發育する場合を云ふ。故に變位性妊娠 (Die ektopische Schwangerschaft) とも云ふ。

理論上よりすれば卵の着牀は卵の通路となるべき孰れの部位にも行はれ得べきものなり。

元來卵はグラッフ氏濾胞より一旦腹腔の一部に出で、次で輸卵管腹口より其管腔を過ぎ輸卵管子宮口より子宮腔に進入す。如斯き通過は正常妊娠に於て每常行はるゝものなり。時として骨盤腹膜面を通過して一側より他側輸卵管に進入することも(卵の外遊走)亦一部の研究者によりて確證せられたり。

故に左の如き三種の子宮外妊娠を發生すべき理なり。

- 一、腹腔妊娠 (Graviditas abdominalis)
- 二、卵巢妊娠 (Graviditas ovarica)
- 三、輸卵管妊娠 (Graviditas tubaria)

腹腔妊娠は前置胎盤とは卵着牀の上下に於ける兩極端なり。

以上三種の中腹腔妊娠及卵巢妊娠は甚だ稀有なる異常なり。殊に真正の原發性腹腔妊娠の存在は最近に至るまで疑

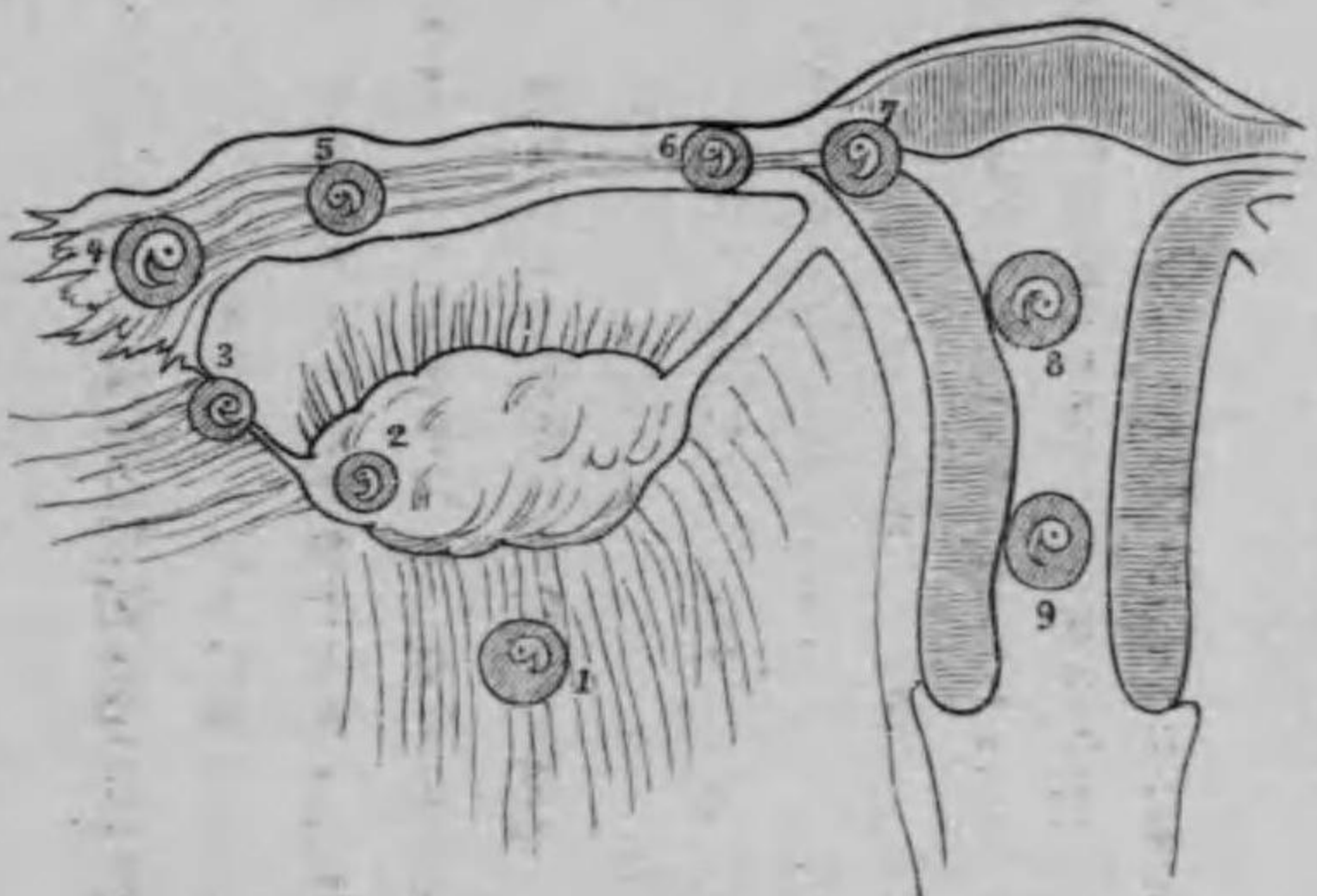
子宮外妊娠の  
種類

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

はれたるものなり。

要之するに子宮外妊娠の大多數は輸卵管妊娠なり。従つて子宮外妊娠とは輸卵管妊娠の異名、輸卵管妊娠とは狭義の子宮外妊娠なるが如き感あるなり。

第七百十位部 諸卵著床の部位



- 1、腹腔妊娠
- 2、卵巣妊娠
- 3、卵管前縁部妊娠
- 4、漏斗部輸卵管妊娠
- 5、線状部輸卵管妊娠
- 6、峽部輸卵管妊娠
- 7、間質部輸卵管妊娠
- 8、子宮内妊娠(正常)
- 9、子宮内妊娠(前置胎盤)

輸卵管は妊卵の最生理的なる通路なること、輸卵管と子宮とは胎生學上同一なるミユルセル氏管に屬すること、並びに卵と精子との生理的會合部も亦輸卵管なること等は輸卵管妊娠の最多數なるの理を説明する事實なり。

前記三主要の外隣接部との間に跨れる移行型又は混合型をも云ふべきものあり。

輸卵管腹腔妊娠 (Cravid. tubo-abdominalis)

輸卵管子宮妊娠 (Cravid. tubo-uterina)

卵巣腹腔妊娠 (Cravid. ovario-abdominalis)

卵巣輸卵管妊娠 (Cravid. ovario-tubaris)

是等に原發性及續發性を區別することを得べし。前者は妊卵が最初より移行部に着床せるを

云ひ、後者は一臓器に着床せる卵が其後の經過に於て他部に向ひ發育するによりて發生するものなり。

元來子宮外妊娠は其本態に於ては産科學の領域に屬すべき疾患なれども、其徵候及療法等の臨牀的諸關係は通常の産科的異常と甚しく趣を異にし、寧ろ輸卵管腫瘍・卵巣腫瘍又は腹腔腫瘍に屬すべきもの

なり。又類症鑑別上より論ずるも婦人科學に於て本症の詳細を知悉するの要あり、之れ茲に敘述をなさむとする所以なり。而して最多數に遭遇すべき輸卵管妊娠(殊に線状部及峽部妊娠)を主とし、他は特殊例として其概要を述ぶるに止めむとす。

一 輸卵管妊娠の分類及頻度

子宮外妊娠は今より十數年前に於ては甚だ珍奇なる疾患と信せられたるものなりしが、其後次第に増加し今日に於ては其單純なる數例報告の如きは顧るものなき状態となれり。之れを主として診斷法の進歩と開腹術の發達とにより從來の如く他疾患と誤診せらるゝこと減少せるに因るべきも、亦本症發生の主因たる淋疾の蔓延により實際に其頻度を増加せるものなるべし。

頻度 遠き往時一八八九年ウィンケルは二萬の分娩中十三回、バンドル Bandl は六萬の分娩中三回、アルト Arndt は三千五百四十二の分娩中一回の割合に子宮外妊娠を見たりと云へり。

フロムメル産婦人科年報 (Frommel's Jahresbericht über Geb. u. Gyn.) に就きて子宮外妊娠報告例を調査するに一八八七年至一八八九年に於ては僅かに七十五例なるに六年後の一八九三年に於ては二百七十例に上れり。

幹瀨博士によれば東京大學婦人科に於ては明治三十八年より同四十四年までの七年間に於ける分娩總數四千三百〇例中六十回の子宮外妊娠(即七十回の分娩に一回の割合を見たりと云ふ。又酒井(正吾)學士は京都大學婦人科に於て一三五例の輸卵管妊娠を蒐集し得たりと云ふ。一年間に約二千五百乃至三千の外來患者を取扱へる著者の如きも尙ほ毎年十數人の本患者を診察せり。

輸卵管に於ける妊卵の着床は卵巣剪線より子宮口に至るまで孰れの部に於ても行はる。従つて輸卵管妊娠に左の如き種類を區別することを得。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

- 一、卵巣剪綫部妊娠 (Gravid. fimbriae ovaricae)
- 二、漏斗部輸卵管妊娠 (Gravid. infundibularis od. tubaria fimbriacae)
- 三、纒狀部輸卵管妊娠 (Gravid. ampullaris)
- 四、峽部輸卵管妊娠 (Gravid. isthmica)
- 五、間質部輸卵管妊娠 (Gravid. interstitialis)

輸卵管間質部の妊娠は從來邦語に於て間質性輸卵管(喇叭管)妊娠と呼ばれたり。之れ恐らく Gravid. interstitialis を誤譯せるによるものなるべく妥當を缺ける名稱なり。宜しく間質部(筋間部又は子宮部)輸卵管妊娠とすべきものなり。

以上五種の中普通に見るものは第三乃至第五にして第一及第二は甚だ稀有なり。而して第三乃至第五中最多きは纒狀部妊娠にして峽部妊娠之れに次ぎ間質部妊娠は比較的稀有なり。要するに輸卵管妊娠中最普通なるものは纒狀部妊娠なり。

異例なる輸卵管妊娠

輸卵管妊娠にても亦子宮内妊娠と同様雙胎妊娠の發生し得るや勿論なり。而して一卵性雙胎に於ては常に同一の輸卵管に着床すべきも二卵性にては必ずしも然らず。或は兩個又は一個のみ子宮内に着床することあるべし左にフレンケル V. Franke (Leip. Frauenklinik, Bd. III, 1914) の記載を主なる根據として、文獻上に現はれたる種々なる場合に分類し、同時に報告者名を附記すべし。尙文獻名はウヘルト (Winkel's Handbuch der Gynäkologie, Bd. II.) の記載を参照すべし。

- (甲) 雙胎輸卵管妊娠。
  - 一 兩胎兒の發育同様なる場合。
    - (a) 一個輸卵管に兩胎兒を有せる場合。
      - Bahner, Ferroni, Schauta, Sauter, Le Dentu, Brolier, Fenger, v. Otto, Streckler, Michard, Folel.

- (b) 兩側輸卵管に一個宛の胎兒を有せる場合。
  - Noble, Frederick, Robins, Kristinus, Allan Doran, Walter Werth (1 例), Weinlechner, Lalhardt (Hegar's Beitrage) Unterberger (Monatschr. f. Geb. Belgaw, Wilson, Slessmann, Findley, Lannay, Gruslew (以上六報告の抄録 Centralbl. f. Gyn. 1913) Vautrin, Ward, Mc Donald u. Krieger (Journal of Amer. Med. Assoc. 1913) Baldrin.
- 二 兩胎兒の發育不同なる場合。
  - (a) 一個輸卵管に兩胎兒を有せる場合。
    - Coe, Heinrichs, Kolster, Taylor, Prewitt.
  - (b) 兩側輸卵管に一個宛の胎兒を有せる場合。
    - Martin, Boissard u. Candert, Psaloff, Werth, Walter, Noler, Varrier u. Mangin, Oulwont, Winkler, Muckenroth, Byford, Parelani, v. Olt, Forstroem, Duff, Giglio, Ferguson, Edgar, Weil, Barzynowski, Gaylen, Naudrait, L. Fraenkel, Machold u. Krieger.
- (c) 子宮内妊娠と子宮外妊娠との合併。
  - フレンケルによれば此種の報告は約二百五十例ありと云ふ。
    - V. Milner, Neugebauer (Gyn. Rundschau), Greiner, Desgouttes, Baldrin (Journal of Amer. Med. Assoc. 1913 s. 392)
    - デアフント Diamant (Centralbl. f. Gyn.) は同側輸卵管に發生せる胎兒妊娠を報告せし。 Singer, Krusen, Lannay u. Seguinot 等も亦種々なる状態にありし胎兒例を實驗せりと云ふ。

二 輸卵管妊娠の原因

輸卵管妊娠成立の一般的原因は腹口より子宮口に至る輸卵管腔の全経路中に於て起るべき妊卵の前進障礙なり。而して如斯き前進障礙を誘發すべき特殊原因を左の三種に大別することを得べし。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

(甲) 輸卵管腔の疏通障碍

(乙) 妊卵の前進運動を司るべき生理的動力の機能不全又は消失

(丙) 妊卵自己の變化

輸卵管腔の疏通障碍は内膜又は筋層の肥厚・皺襞の癒着・膿様又は「カタル」様分泌物・管壁の屈折又は捻轉・盲端に終れる副管腔並びに子宮又は卵巣腫瘍の壓迫等によりて惹起せらる。而して此疏通障碍は「妊卵の通過を防止するも精子の進入を許す」程度ならざる可らず。精子の通過をも阻止する時は妊娠の成立すべき理なし。且又受胎は通常總狀部にて行はるゝも精子は腹腔内にまで進入し得るものなり。

精子に於けるが如く活潑なる自己運動を有せざる卵子は全く他動的に前進を營むなり。而して卵子の前進運動の主なる動力は上皮の氈毛運動<sup>主として</sup>及管壁筋肉の蠕動なり。故に假令何等の通過障碍なくとも氈毛上皮及筋繊維の破壊により此二動力の機能不全となるか又は全く消失するに至れば卵子の前進障碍せらるゝや勿論なり。妊卵自己の變化にして前進障碍の主なる原因となるべきは、卵の増大及組織侵蝕力の増進なり。前者は通過障碍の原因をなし後者は早期着牀を可能ならしむ。

以上三種の原因中最必要なるは第一及第二にして第三は寧ろ附隨的關係にあり。而して是等の各が單獨に發現すること甚だ少なく、多くの場合二―三相合併するものなり。此點に於て最重大なる意義を有するは輸卵管炎なり。何となれば炎症に續發して内膜及筋層に起る解剖的變化は前記の疏通障碍及前進動力の不全又は消失を來たし、妊卵の進行遅々たる間に其發育増大を起し終に或部位に停止着牀するに至るなり。從來輸卵管妊娠は淋疾の既往症を有する者に多きことは一般臨牀家の齊しく認むる事實なり。又世の進むに従ひ本症の頻度を増加すること及都會開港地等に多數なること等も亦淋疾の蔓延によ

輸卵管妊娠發生と輸卵管炎との關係

りて説明すべきものなり。然れども本症と淋疾との關係は淋菌と本症發生との間に特殊の關係あるに、よるものならずして輸卵管炎の大多數が淋菌性なるに基づくなり。故に結核及産褥傳染等も亦親密の關係を有せり。而して假令輸卵管粘膜炎及筋層健全なりとも漿膜の炎症によりて癒着を惹起するも亦本症の原因となるなり。

要之するに輸卵管炎は輸卵管妊娠の最主要なる原因なり。而して其炎症たるや寧ろ軽度又は中等度に止まれるもの、少くとも腹口閉鎖を起さざるものなること既述の如し。

尙盲端に終れる副輸卵管・副輸卵管口及先天性憩室等が、此部に入りたる妊卵の前進を阻止するや勿論にして、多數研究者の熱心なる連續切片検査によりて確實に證明せられたる事實なり。ハッファマン(Huffmann, Amer. Journ. of Obst. 1913)は六十八例の子宮外妊娠中約五四%に於て畸形<sup>主としてミセル</sup>を證明せりと云ふ。

其他特殊的原因として敘述すべきは輸卵管發育不全及卵の外遊走なり。

(一) 輸卵管發育不全(胎兒型又は小兒型に止まるもの)を重大視せるはフロイユド W. A. Freund (Volkmann's Klin. Vorträge, Bd. 23, 1888)にして、輸卵管の異常なる長さ及甚しき迂曲を其原因とせり。

(二) 卵の外遊走(Aussere Uterwanderung des Eies)を本症の原因と見做せるはシッペル(Sippel, u. Gyn. Jb. V. H. 5)なり。

外遊走とは一側の卵巣より排出せられたる卵が骨盤腹膜面を通過して他側輸卵管に進入するを云ふ。フレンケルは腹膜遊走(Peritoneale Uterwanderung)と呼ぶに至當とす(註)。

是等の原因によりて輸卵管妊娠を發生するの理は、卵子通過経路の延長・進行速度の緩徐(筋の發育不全は其蠕動力を減弱す)に基づくものなり。而して通路延長・進行緩慢は左の二つの結果をもたらし、之れによりて輸卵管腔内に停止せらる。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

輸卵管發育不全及卵の外遊走との關係

(a) 器械的障碍、子宮腔に達する以前に於て次第に發育増大し、終に通過すること能はざるに至る。  
 (b) 組織侵蝕力の發現、卵子は既に輸卵管腔通過中に於て周圍に附着せる放線状冠の剝脱を來たし、爲めに強き組織侵蝕力を有する卵子外胚葉を露出せしめ、遂に早期着床を起すものなり。(生理的には卵巢より子宮に達するに約八日を要し、子宮腔に達したる後に於て始めて放線状冠の剝脱を見るものなり。故に尙八日以上も輸卵管腔にある時は其部に着床する理なり)。前記第一及第二の理由により卵の通過遲延する場合も亦此理によりて着床するなり。  
 フロインド説は其後多くの研究者によりて否定せられ、今日之れに重きをおくものなし。雖、ジッペル説は卵子外遊走の事實が或は手術上又は動物實驗上に於て確實にせらるゝと共に、Gotschalk, Hofmeier, Martin, Schenek 等によりて承認せられたるなり。然れども單に少數の原因なるのみにして炎症に於けるが如く甚だ重大なる意義を有するものにあらず。

(附) 動物に於ける子宮外妊娠

フレンケルの記載によれば家兎にては輸卵管妊娠を見ることあるも豚・牛及馬には稀有なりと云ふ。ワルダイエル及Tauturierは各猿に於て原發性腹腔妊娠を見たりと云ふ。從來一部の學者によりて實驗的子宮外妊娠の動物實驗行はれたりと雖、尙豫期の成績を収めたるものなし。

三 輸卵管に於ける卵の着床状態並に管壁及子宮の變化

茲には最普通なる變状部及峽部妊娠に就きて敘述し、間質部妊娠に就きては別に記載すべし。  
 輸卵管に於ける妊卵の着床(Implantation)に關しては多數學者の精細なる研究あり。就中フュートFüth (Arch. f. Gyn. 1893, 722) 及ウハルト Werth (Winkel's Handbuch der Geburtshilfe Bd. II, 2) を以て其雄なるものとす。茲にはウハルトの記載を主なる根據として其概要を敘述すべし。

輸卵管粘膜に於ける卵子の着床機構は子宮内膜に於けるものと全く同様にして、所謂沈降説(Einsenkungstheorie)に従ふものなり。即有名なるベルテルの卵に見るが如く卵子は自己の力によりて管壁内に侵入す。而して多くは二皺襞間に着床するものなり。ウハルトの所謂皺襞着床(Kolunnae Einbettung)は極めて稀有なるが如し。  
 如斯く着床機構は子宮妊娠と同様なれども、其後に於て發現する内膜及筋層の變化・卵膜の發育等には著明なる差異あり。之れ全く兩臓器の解剖的差異に基づくものなり。  
 子宮に輸卵管とは同じくミルル氏管に起源を有す。雖、其發育には極端なる差異あり。前者は甚だ厚き筋層を強く増殖肥大し得べき生理的能力を有する粘膜並びに廣大なる管腔を有するに、後者の筋層及粘膜は甚だ菲薄にして管腔亦狭小なり。従つて妊卵の旺盛なる發育増大に順應して變化し得べき能力は子宮に於ては強大なるも輸卵管にありては甚だ微弱なるや勿論なり。

詳細なる組織的變化的經過を省略し子宮内妊娠と輸卵管妊娠との主要なる差異を對照すべし。

子宮内妊娠

(a) 着床部に於ける卵と壁との關係、外胚葉の發育増殖は常に粘膜内に限局し筋層に及ぶもの少なし。卵成分と子宮筋層との間には常に多少の粘膜成分を保有す。従つて卵と筋層内の血管とは直接の關係なし。

(b) 被包脱落膜、常に被包(翻轉)脱落膜を形成し、卵の増大と共に終に眞脱落膜と癒着す。

輸卵管妊娠

外胚葉の發育が粘膜内に止まるは極めて初期(約二乃至三週)のみにして間もなく粘膜を破壊して直接筋層内に侵入し、其部にある血管の主幹と密接す。而して筋層侵入の度は部位によりて一様ならず。一般に峽部に於て甚だしく、皺状部に於て輕度な(尙第五四五頁参照)  
 少くとも皺状部妊娠にありては被包脱落膜様の被囊(粘膜及筋纖維よりなり。子宮内妊娠の被包脱落膜と全く同一性質のものにあらず)を形成するも間もなく破壊消失し、卵外胚葉は着床部の反對側粘膜に直接侵入す。

(C) 眞脱膜の分布及組織的所見 着床部以外の體部精膜は全面甚だ厚き眞脱膜に變化し、鏡檢上、上方緻密層下方海綿層に明かに區別せらる。

(d) 筋層の變化 筋纖維は卵の發育増大に伴ひて驚くべき肥大を起し甚き内壓に堪へつゝ、非常なる面積に擴張することを得

主として筋層内に於て卵の發育をなし管腔内に膨脹せざる映部妊娠にては通常被包脱膜を缺如す。全く脱膜變化を起さざるもの甚だ多し。Tayler は二十例中二例、Kernhauser は四十一例中六例、Frank は全例の五%にのみ同變化を認めたりと云ふ。

假令脱膜變化を起すも變化充分ならざるを常とす。即全面に互りて變化すること極めて稀有にして、多くは處々小部分宛散在性に生じ又は單に粘膜囊の突起部のみに限局す。

而して子宮内妊娠に於ける脱膜とは甚だしく異なる組織的所見を有す。即全然海綿層を缺如し(之れ輸卵管内膜に腺を有せざるが爲めなり)單に緻密層のみなり。又脱膜細胞の配列子宮内脱膜に於けるが如く緻密ならずして大きき亦一般に小なり。

要するに輸卵管妊娠にては子宮内に於けると同様の脱膜を發生することなし。

筋層の發達不完全なる爲め、筋纖維の増大卵の發育に伴ふこと能はずして、甚だしく伸展せられ菲薄となり、終に内壓に堪えずして破裂すること多し。卵の増大に伴ひて肥大し以て妊娠中期又は末期まで達し得るは寧ろ例外に屬す。且既述の如く卵の外胚葉は既に早期に於て筋層内に進み次第に之を侵蝕して漿膜に達し終に穿孔するに至ること多し。

發育を繼續せる妊娠輸卵管は球形又は紡錘形をなし、強く發赤し、卵占居部は弾力性柔軟にして多少緊張せり。大きき發育の程度に應じて異なること勿論なり。如斯基初期の健全なる妊娠輸卵管を見ること極めて稀有にして最普通に實見するは既に妊娠の中絶したるものなり。

他側輸卵管には何等の影響を及ぼさざるを常とす。稀れに其一小部にも亦脱膜様變化を見たるものあり(Sänger, Webster, Petersen)。

**子宮の變化** 子宮は輸卵管妊娠に於ても亦子宮内妊娠と同様の變化を起し、筋層は肥大軟化し、内膜は脱膜となる。之れ發育する卵よりの内分泌作用によるものなりと解釋せらる。然れども如斯基變化は約三ヶ月まで繼續するのみなり。又胎兒早期に死亡し流産又は破裂を起すに至れば脱膜を排出し筋層も亦舊態に復す。中絶せざる患部を手術的に剔出するも亦術後二十四時間乃至四十八時間後に脱膜を排出す。如斯基脱膜排出は卵より發起せらるゝ反射性子宮收縮によるものなり。而して子宮收縮を促すものは卵の化學的物質なるか又は神經的刺戟なるか不明なり。脱膜の組織的構造は子宮内妊娠に於けると根本的の差異なし。唯各成分の發育微弱なるのみなり。

四 輸卵管妊娠の一般的經過及其解剖的所見

輸卵管妊娠の經過は子宮内妊娠に於けると甚しき差異ありて、頻度に關する統計的觀察より論ずれば凡そ左の如き規定を設け得べし。

子宮内妊娠は末期まで繼續するを正規とし、早期に中絶するを異常とすも、輸卵管妊娠にては早期中絶を正規其字義に就きては即ち末期まで繼續するを甚しき異常とす。

輸卵管妊娠の末期まで繼續するは敢て絶無ならずと雖、尙今日に於ては珍奇の例として報告に値する

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

子宮の變化

脱膜の排出

なり。管に末期のみならず後半期に達し得るものも亦同様に甚だ稀有なり。大多數(其頻度は未定なるも少くとも八〇%)は前半期、しかも胎盤完成期前の二乃至三ヶ月に於て中絶す。故に輸卵管妊娠の實際的意義は其中絶に關する知見を得るにあり。婦人科學に於て敘述すべき要ある所以亦茲に存するなり。妊娠後半期に達せる輸卵管妊娠は純然たる産科學的知識を要すべきものなり。

甲 中絶せる輸卵管妊娠

一 中絶の種類

輸卵管妊娠の早期中絶は子宮内妊娠と大に趣を異にし左の二様の経過に分たる。

- 一 輸卵管破裂 (Tuben- od. Tubar-ruptur)
- 二 輸卵管流産 (Tuben- od. Tubar-abort)

前者は輸卵管壁の破裂によりて中絶するを云ひ、後者は輸卵管壁に損傷を起さずして中絶するを云ふ。

ウエルトは輸卵管妊娠の中絶機構は妊卵を被包せる胎囊 (Fruchtkapsel) の破裂にありとの見解よりして、輸卵管破裂を外胎囊破裂 (Äusserer Fruchtkapselaufruch) 輸卵管流産を内胎囊破裂 (Innerer Fruchtkapselaufruch) と命名せり。甚だ嚴正なる意味に於ては此ウエルトの命名或は至當ならむ、肉眼的解剖所見よりすれば輸卵管流産は必ずしも胎囊の破裂を起さず、恰かも子宮内妊娠に於ける所謂完全流産と同様の機構をとりて中絶すること稀有ならざるが故に、寧ろ輸卵管流産と稱するを優れりとなす。

理論に過ぐるの疑あるも子宮内妊娠に於ても亦内外の胎囊破裂あり。然るに子宮破裂又は流産の命名を以て極めて明瞭に表示せらる。同様に輸卵管妊娠にありても亦破裂及流産の名を以て最簡明となす。敢て複雑なる名稱を用ゆるの要なし。

中絶の原因及其詳細なる機轉を論ずるに當り、先づ統計上に表はれたる事實を知るを便とす。

二 統計に表はれたる事實

左に其主要なるものを列挙すべし。

(a) 中絶は妊娠二、三ヶ月頃までに於て發起すること最も多し。

(幸に此危険期を無事経過し得たるものは尙發育を繼續し得るもの比較的多きが如し)。

磐瀬氏は百三十七例中前半期に屬するもの八四・七%、後半期に屬するもの一五・三%なりと云へり。

(b) 一般に流産は破裂よりも多數なり。

其比はキヌストチル Küster 「七五と十六」、リンデンタール Lindenthal 「八十一と十八」、デーデルライン A. Döderlein 「五十二と二」、酒井 「六十九と二十三」なりと云へり。

流産の徴候は輕きこと多きが故に臨牀上發見せられざるもの少なからざるべし。

(c) 初期には流産多く妊娠月數の進むに従ひ次第に破裂の數を増加す。

胎盤完全後(三ヶ月以後)は主として破裂にして流産を見ること甚だ稀有なり。

(d) 破裂は峽部妊娠に多く流産は纒狀部妊娠に多し。

酒井氏によれば纒狀部妊娠(流産八五・七%破裂一四・三%)峽部妊娠(破裂八一・八%流産一八・二%) (而して輸卵管妊娠は纒狀部に多し。之れ(b)の事實を物語る一つの理由なるべし)。

(e) 中絶は各單獨に且、一回のみ發するを普通とするも時として或は合併し或は時を異にして反復することあり。

流産と破裂との合併・流産後の晩發性破裂 (Spätruptur) 及數ヶ所に起れる破裂等は今日まで報告せられたる事實なり。



以上の事實の多くは組織的性質によりて説明し得るものにして、以後適宜の條に於て之れを述べ

### 三 中絶の原因

中絶の内因

輸卵管妊娠中絶の主因として考ふべきものは左の二なり

一、卵外胚葉發育による胎囊壁の侵蝕。

二、卵の發育増大による輸卵管の過度なる伸展及内壓の充進。

第二の原因は從來重要視せられたるものなり。雖、少くも初期<sup>三ヶ月</sup>の中絶原因としては意義なきものなり。換言すれば初期の中絶は殆どすべて卵の侵蝕作用によりて發起するものなり。

既に卵着牀状態に就きて述べたるが如く、輸卵管妊娠に於ける外胚葉細胞は直接筋層内に侵入し次第に母體組織を侵し、軟化・變性を誘發するのみならず、大なる血管を破壊して急劇に強出血を起し、之れに續發して或は外方に穿孔し又は内方に穿孔するなり。

かくして破裂又は流産は何等の誘因なく自然に突發するものなり。

然れども又外傷(衝突・墜落・打撲・性交・内診)努責・入浴・階段昇降等の誘因によりて惹起する場合あり。併し此場合、雖、穿孔に對する準備なかる可らず。

其準備又は素因をなす變化は左の二なり。

(a) 侵入する外胚葉細胞は筋層を破壊して次第に深き潰瘍(ulcus)を形成し、終には極めて菲薄なる筋層を漿膜を殘すのみなる。

(b) アシロップの潛伏性破裂(Verborgene Ruptur)。既に腹膜面をも破壊せんに至るに至れる時、漿膜の炎症性滲出物

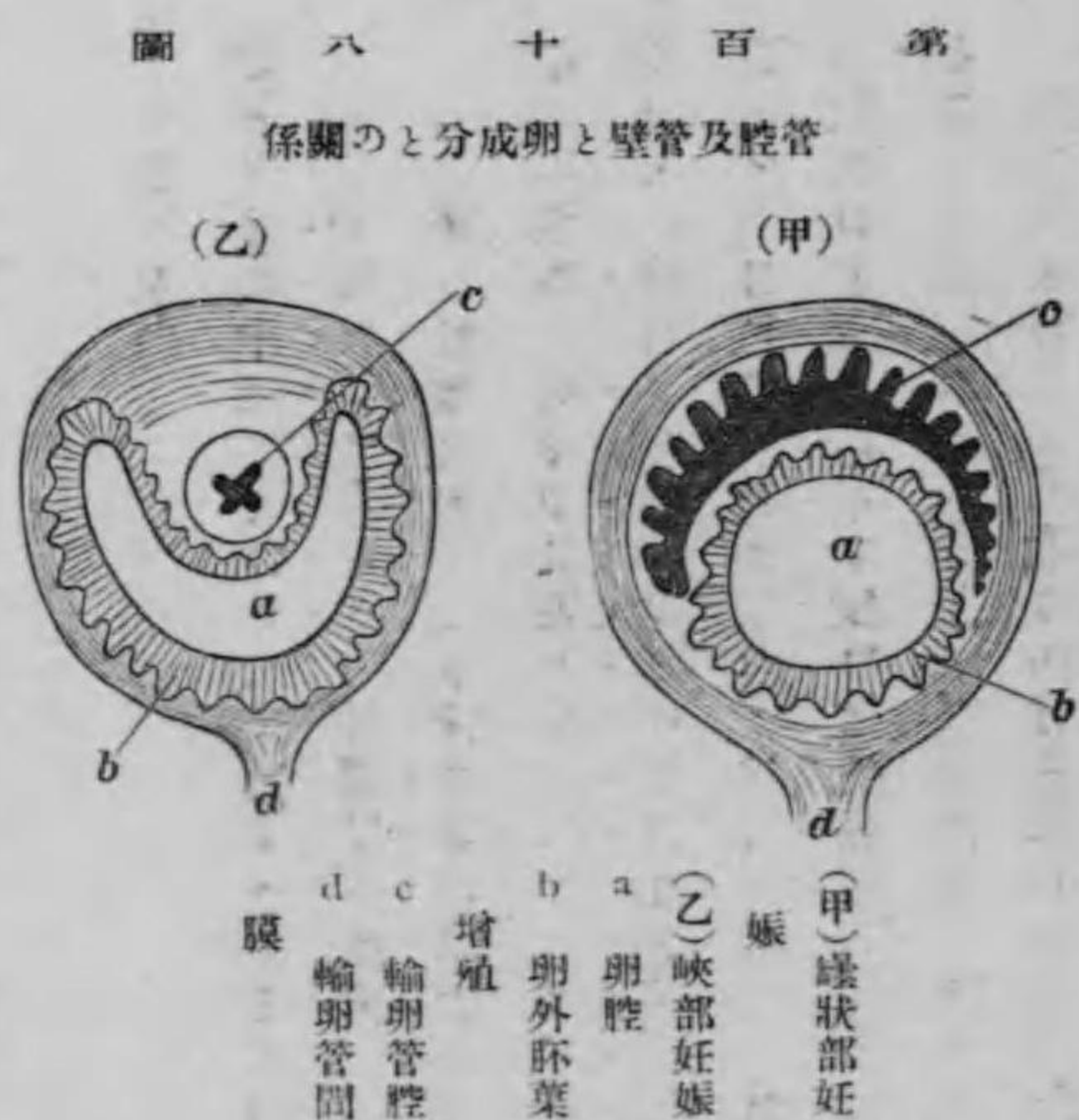
中絶の外因

潛伏性破裂

にて危険部を被包し眞の穿孔を防止し、其有機化により強き保護板(Peritoneum)を形成す。フイトは有機化せる血液によりても亦如斯き保護板を生ず云へり。

如斯き二種の變化が僅微の誘因によりて破裂を續發し得るや説明の要なし。要之するに誘因の有無に拘らず初期に於ける中絶の眞因は卵の侵蝕作用にあり。従つて壁内出血・穿孔等は常に卵着牀部に發起するものなり。

峡部妊娠に破裂多く纒狀部妊娠に流産多き理は左の如き解剖的關係に基づくものなり。



第百十八圖 輸卵管及壁管と卵の形成との關係

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

峡部にては粘膜炎にして内腔狭く、加ふるに筋層鞏固にして伸展性に乏しき爲め、着牀せる卵は極めて早期に深く筋層内に陥入し、主として筋層内に於て發育増大し所謂(Paratubal Tube)をとり、横斷面を窺ふに粘膜炎を有する管腔は一個に壓排せられ反對側の壁内に半月形の卵腔を生じ、終には管腔を包圍するに至る(第百十)纒狀部にては粘膜炎の發育比較的佳良にして内腔廣く、加ふるに筋層の伸展性甚大なるが爲め、此部に着牀せる卵は寧ろ粘膜炎に發育し管腔に向ひ球狀に膨隆し被包脱落様様の破囊を形成す。其外胚葉は直接筋層内に侵入するも峡部に於けるが如く甚だしからず。要するに子宮内妊娠に近似せる局所解剖的關係にあり(同上)。

近時木内(幹)博士(Archiv f. Gyn.)は峡部妊娠破裂に就きての精細なる組織的研究よりして、一つの新説を發表せり。其大要左の如し。

「妊娠輸卵管の破裂は胎兒細胞の侵蝕作用に因るにあらすして、絨毛間腔内壓の亢進により發するものなり。其原發現象は絨毛間腔より外方に血液を輸出すべき大靜脈に起る絨毛栓塞(Zottenverstopfung)なり。之れによりて絨毛間腔に鬱血を續發し内壓を亢進せしむ。此絨毛間腔内壓の亢進は先づ栓塞部と間腔との間に介在せる輸出靜脈壁を破壊し、次で胎囊壁を破壊するに至るなり。」

其後谷口博士(Arch. f. Gyn.)も亦同様の見解を發表せり。

四 中絶後の肉眼的所見

初期に於ける中絶の隨伴現象としては出血を第一とし卵の剝離排出を第二とす。

出血は主として動脈性なり。輸卵管動脈は強大なる卵巢動脈及子宮動脈と吻合せるが故に出血の程度も亦從つて大なり。殊に破裂にありては甚しく多量にして時として急速に死に導くことあり。然れども流産にては致死的轉歸をさること極めて稀にして一般に穩和なるを常とす。

續發所見は破裂と流産とによりて著しき差異あり。

(甲)輸卵管破裂 破裂によりて管壁の動脈より噴出する血液は直接腹腔に灌ぎ、腹腔臓器は血液中に浮遊するの狀態となる。而して此際血液は凝固性に乏しが故に時日の経過と共に次第に低位なるツーグラス氏窩に集合し徐々に凝固し終には纖維様膜を以て被包せられ、限局性の球形又は橢圓形腫瘍を形成するに至る。如斯き腫瘍をネラトロン Nilton は子宮後血囊腫(Haematocoele retrouterina)と命名せり。もし骨盤腹膜炎症癒着又は他の腫瘍によりてツーグラス氏窩閉塞せられたる場合は前方膀胱子宮窩又は子宮の側方に血瘤を形成す。従つて子宮前血囊腫(Haematocoele anterierina)又は側方血囊腫(Haematocoele lateralis)と命名すべきものあり。

中絶の續發所見

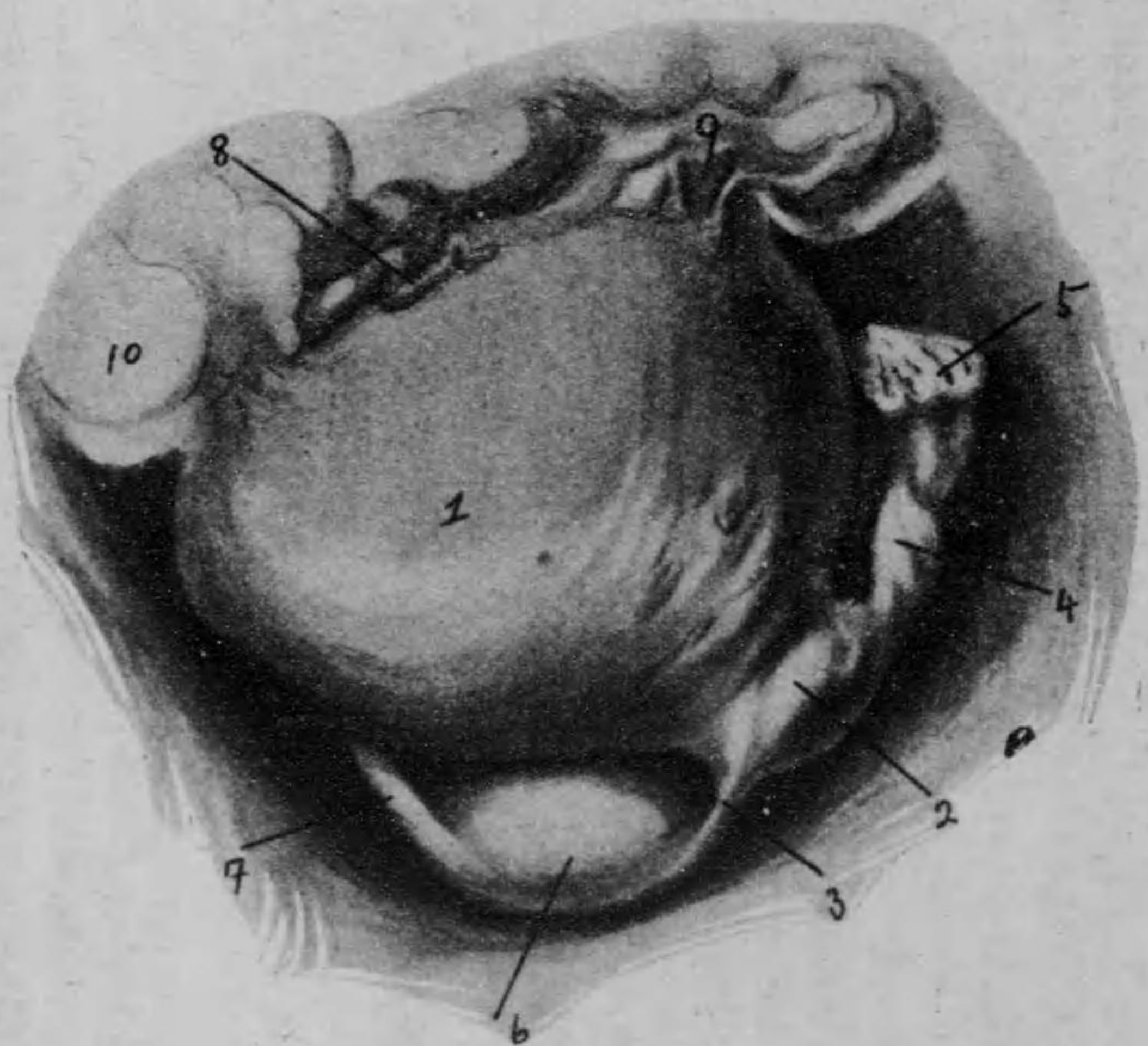
子宮後血囊腫

瀰漫性血囊腫  
孤在性血囊腫

第九百九十九圖

(ムンプ)腫囊血後子宮るよに裂破娠妊管卵輸部峽側左

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)



- 1 血囊腫
- 2 輸卵管胎
- 3 輸卵管峽部の子宮端
- 4 輸卵管蟻
- 5 卵線
- 6 子宮底
- 7 右側輸卵管
- 8 蟲様突起
- 9 結腸S字

ゼンゲルは血囊腫に瀰漫性血囊腫(Diffuse H.)と孤在性血囊腫(Solitare H.)との二種を區別せり。前者は血液が腸管其他の腹腔臓器間に形成せられたる膜様又は索狀の癒着網内に注ぎ、爲めに限局したる腫瘍を形成せずして多數の小部分に分離し、寧ろ瀰漫性分布をなせるものを云ひ、後者は明かに限局せる腫瘍を形成し、手術によりて周圍より核出し得るものを云ふ。而して前者は速かに吸收せら

る、も後者は長時期に亘りて吸収せらるゝことなし。吾人の最普通に見るものは孤立性血腫なり。動物の腹腔内に多量の血液を注ぐも極めて短時日(二十四時間又は三十六時間)の間に完全に吸収せらるゝことは多くの實驗者の證明せるところなり (Erich, Stuehn, F. A.). 人體に就きては脾・腎又は肝の損傷によりて大量の内出血を起すも亦急速に吸収せらるゝことは外科醫の認むるところなり。

然るに輸卵管妊娠中絶によりて流出せる血液は永く吸収せらるゝことなくして、血腫又は血囊腫を形成するに至るの理由は如何。此疑問は尙今日解決せられず、或は骨盤腹膜の吸収力減退に歸し、或は骨盤腔の局所解剖的關係を考へ、又は血液其者の特殊性を以て説明せんとせり (Maennel, Zeitschr. f. G. u. G. Bd. 60, 1907 参照)。

又輸卵管間膜附着部に穿孔し、間膜の兩葉間に出血する時は**靱帯内血腫 (Intrafagamentäre Haematom)**を形成し腹腔内に變化を起さず。

卵の排出状態は一樣ならず。全卵其儘腹腔内に脱落することあり、或は全く輸卵管内に止まることあり。又胎兒のみ排出せられ卵膜遺残する場合あり。従つて穿孔の大きさも種々にして時として肉眼的に認めざるものあり。

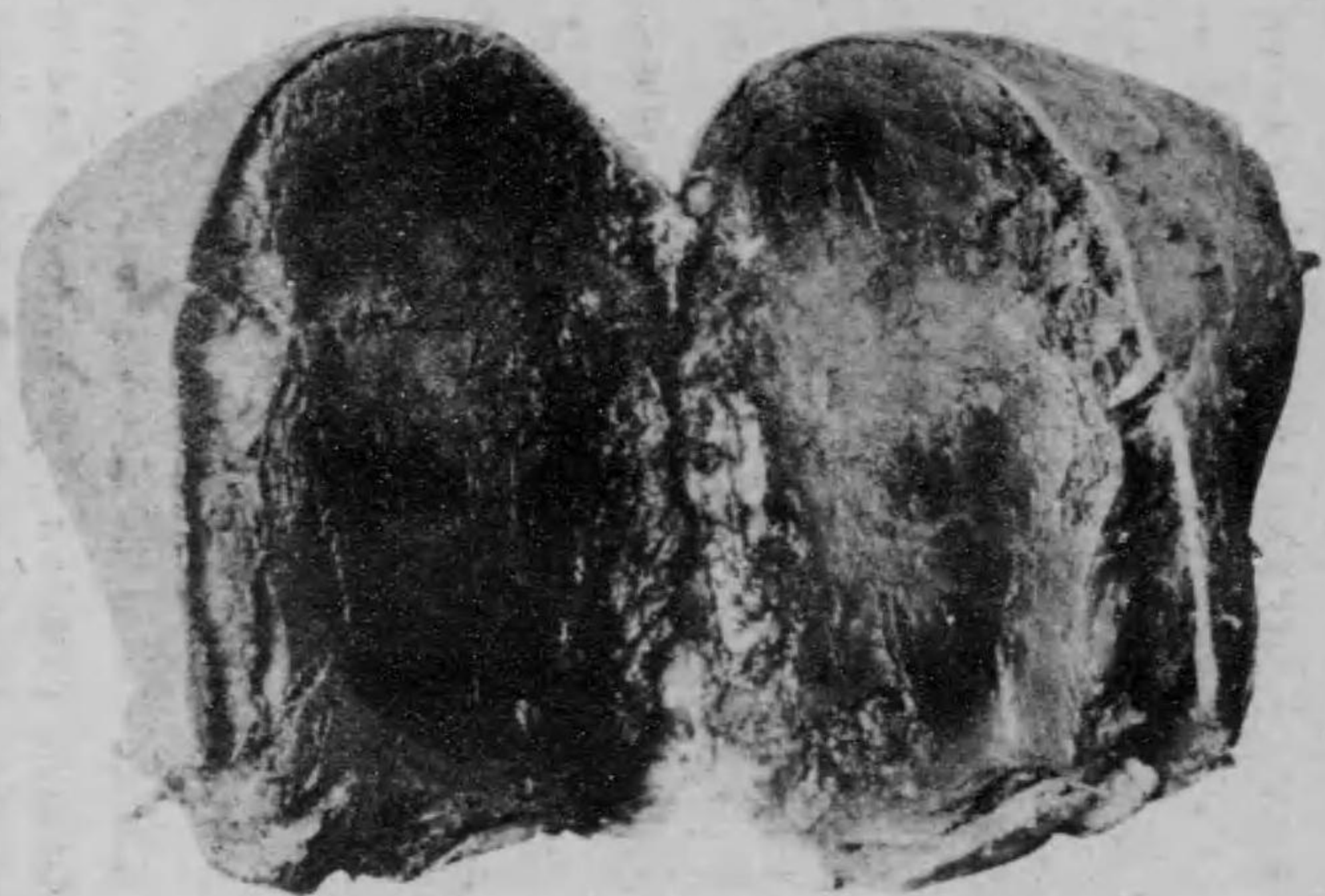
血囊腫は引き續き反復する出血により著しく増大すること稀ならず。

(一) 腹腔に灌注せる血液の凝固は甚だ緩慢なり。終には凝固して堅き血囊腫を形成するものなれども、凝血の量著しく少くして骨盤腔は尙流動性の血液を以て満ざる、が如き所見は比較的新鮮なる中絶例を問腹せる場合常に経験せるところなり。

著者は約九ヶ月の間歇を以て他側に再發せし輸卵管妊娠破裂の一例に就きて、第二回手術の際(破裂後約十二日)骨盤腔より暗紅色濃厚なる流動性血液約二百珥を得、之れをコルペンに貯へ「トルオール」を以て被ひ冷所に放置し、時々其凝固状態を検せるに、久しく凝固する傾向を認めず、二ヶ月後に於ても尙流動せり。但し數個の凝結塊の發生するを見たり。全部の凝固を認めしは凡そ三ヶ月の後なりき。

第 百 二 十 一 圖

全別出せる子宮後血腫凡種三其厚さの被膜有る者(著)



輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

如斯く凝固の緩慢なるは腹腔の組織的性状によるか又は妊娠輸卵管より出でたる血液其者の特殊性に因るか不明なり (Eis, Archiv f. G. u. G. Bd. 59, 1913 参照)。然れども著者の實驗例を以てすれば少くとも血液其者に凝固を妨害する物質を有すべきことを推斷し得べし。

(二) 血囊腫被膜の組織及成因。血囊腫被膜 (Haematococ-membran) の發育は腫瘤の新舊度によりて一樣ならず。陳舊性のものにおいては被膜の厚さ數倍に達し、白色にして纖維様外見を呈す。内方血塊との境界は極めて明瞭にし剝離し得るも、網状をなせる纖維素様索條を以て連結す。被膜と周圍(子宮・骨盤壁等)との間には比較的粗なる纖維様組織あるが故に腫瘤全部を剝離し得るものとす。陳舊性のものに於て殊に然り。被膜の厚さは新らしきものほど非薄なること勿論なり。

被膜の發生に關しては異説あり。ヤンゲル Stanger (Centralbl. f. Gyn. 1893, S. 586) は血液其者より發生する纖維素膜なりと云ひ、メンナ Maennel (Zeitschr. f. G. u. G. Bd. 60, 1907) は、ムアール Muret の所見を確めて被膜中に結締織を證明し、血液の有機化に加ふるに瘀着臓器の漿膜面より結締織の増殖を起すものなりと解せり。

陳舊性の厚き被膜中には血管の新生を見るに至るなり。

被膜内の血塊の性状も亦時期によりて一様ならず。時日を経るに従ひ周邊部より中心部に向ひて次第に硬化し同時に褪色す。甚だしく陳腐なるものにも中心部には尙漆黒にして稍、赤色を帯びたる柔軟部を認め得べし。

(乙) 輸卵管流産 流産に於ける出血及卵排出の經過は子宮内妊娠と殆ど同様なり。卵着牀部に發起する出血は或は單に管腔に破壊し又は同時に卵膜腔に穿孔し、且常に卵の剝離を來たす。孰れにするも灌流せる血液は主として管腔に滯溜して輸卵管血腫 (Haematosalpinx) を形成するか、又は同時に腹口を通過して腹腔内に注ぐ。出血多量なる時は破裂の場合と同様ツングラス氏窩に集り子宮後血囊腫を形成し甚だ少量なる時は徐々に剪綫周圍にて凝固し約手拳大の血瘤を發生す。之れを輸卵管周圍血腫 (Peritubares Haematom) 又は輸卵管周圍血囊腫 (Haematocoele peritubaria) と云ふ。多くは腹腔内血腫を伴ひ、單に管腔内のみ限局すること比較的少數なり。

輸卵管周圍血腫

輸卵管鬼胎

第一百二十二圖  
輸卵管流産 (nach Bumm)



デーテルラインの記載によれば五十二例の流産中三十四例(六三%)は血囊腫を伴ひ十八例のみ單に輸卵管血腫のみなりきと云ふ。フアイトは腹口の開通せることは妊娠によりて發生せる輸卵管血腫を他の原因にて發生せる輸卵管血腫と鑑別すべき特徴なりと云へり。  
輸卵管内に滯溜せる血液は次第に凝固して終に輸卵管鬼胎 (Tubermole) と變化すること、子宮内妊娠に於ける血狀鬼胎 (Blutnole) と同様なり。而して輸卵管鬼胎は全部血塊よりなるを普通となすも、時としては中心に卵腔を保有し之れに胎兒を藏することあり。

輸卵管鬼胎の運命は妊娠部位によりて一様ならず峽部又は之れに近き部の妊娠にては多く其部に止まるも、纒狀部妊娠にては漸次に腹口に向ひて壓出せられ、終に全く腹腔内に排出せらるることあり。  
五 中絶後に於ける胎兒の運命

破裂又は流産によりて輸卵管壁より剝離せる胎兒の大多數は直に死亡す。初期の中絶に於て殊に然り。而して幼弱なる一乃至二ヶ月に屬する胎兒は多くの場合消失吸収せらるること多し。故に中絶直後に手術するにあらざれば胎兒を發見することなし。されど時として輸卵管鬼胎内の破壊せられざる卵腔中に完全なる形を存する胎兒を見ることあり。

ウエルトが「卵は輸卵管に於て自己の着牀のみならず自己の墓をも掘る」(„Das Ei gräbt sich in der Tube nicht nur sein Bett, sondern auch sein Grab“)と云ひしは、卵の着牀状態と卵の運命とを表示せる巧妙なる名句なり。

三乃至四ヶ月以後の中絶によりて腹腔に排出せられたる胎兒は或は發育を繼續して續發性腹腔妊娠となり。或は直ちに死亡す。而して假令死亡すとも全く消失することなく腹腔内に於て種々の變化をなす。寧ろ良性の轉歸をこるものは木乃伊化 (Mummifikation)・石棺 (Steinsarg, Lithokelyphos)・石兒 (Steinkind, Lithopation) 等にして、特別の障礙を發することなきが故に數年十數年の永きに亙り放置せらるること少なからず。反之し不良の轉歸をこる時は腐敗化膿を續發して直腸・膀胱・座等に穿孔し、膿及腐敗物と共に骨片を排出するに至るものなり。

乙 中絶せざる輸卵管妊娠

輸卵管妊娠にて中絶することなく發育を繼續するものは多く纒狀部妊娠なり。而して恰も卵巢囊腫に

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

見るが如く有莖の移動性腫瘍となるか又時に廣靱帯内に發育して不動性の腫瘍を形成す。胎囊の局所解剖的關係は正常妊娠と大差なく胎盤を形成することは勿論なり。後半期に達せる妊娠が、元來の着床部に於て輸卵管壁に被包せられたるまゝの状態に於て發生し得るや否やは疑問にして、或は腹腔に向ひて發育し、輸卵管腹腔妊娠となるか又は破裂によりて續發性腹腔妊娠となりて發育を繼續するものあり。

### 五 輸卵管妊娠患者に就きての統計的事實

輸卵管妊娠に罹れる患者に就き各種の關係を統計的に調査する時は略一致したる事實を發見す。亦以て診斷上有力なる根據となし得べし。本邦に於ける報告としては専ら磐瀨博士<sup>近畿婦人科學會雜誌第四號</sup>及酒井<sup>新醫學第一卷第七號</sup>(正吾)學士<sup>近畿婦人科學會雜誌第四號</sup>を參考とせり。

一 年齢との關係 二十五歳乃至三十五歳の婦人に最多し(約六〇乃至七〇%)。

磐瀨 二十五歳乃至三十歳(三一・九%)、三十歳乃至三十五歳(二九・三%)

酒井 二十六歳乃至三十歳(一九・七%)、三十一歳乃至三十五歳(三五・一%)

而して之れに次ぎては二十歳乃至二十五歳よりも三十六歳乃至四十歳に多數なり。

泰西の統計にては Martin, Kistner, Jaberhah 等は三十一歳乃至三十五歳に最多と云ひ、Klinge, Doldern は二十五歳乃至三十歳に最多と云へり。

二分のこの關係 本症の大多數(約八五%)は經産婦にして未産婦には甚だ少數なり。經産婦にても一乃至二回經産婦殊に多數なり。

經産婦の頻度。磐瀨(八一・四%)、酒井(八三・五%)、Klinge(八五・五%)、Mochilus u. Zinner(八七・一%)、Kistner(八九・二%)、

Martin(八九・九%)、Doldern(九三・一%)

三 最終分娩又は結婚就きてより發病までの時間的關係 本症は最終分娩又は結婚後永く不妊なり、婦人に多し。

最終分娩より發病までの時日。Kistner(四年八月)、Klinge(四年)、Mochilus u. Zinner(六年十月)、Doldern(五年六月)、

Martin(同上)、Dihssen(四年三月)、磐瀨(五年六月)

不妊持續の最永きは磐瀨(二十二年三月)、Kistner(二十二年)、酒井(十九年四月)。然れども酒井氏は分娩後僅か四ヶ月にて發病せるを見たりと云ふ。

結婚後不妊にして第一回妊娠として輸卵管妊娠を發するに至れる時日は磐瀨氏の統計にては平均八年九月なり。酒井氏によれば最短一年以内最長十四年なり。

四 妊娠側の關係 統計の多數は左右に大差なきを示せるも、亦左側に著しく多數なりと云ふものあり。

磐瀨氏が同氏及外十三氏の統計を總括せる結果によれば右側五百七十七例に對し左側五百八十一例なり。酒井氏によれば右側五十四例左側五十七例なり。

### 六 輸卵管妊娠の徴候

輸卵管妊娠は其經過の異なるに従ひて一樣ならず。而して本症の特異徴候は中絶によりて發起するものなるが故に、先づ最定型的なる妊娠二乃至三ヶ月までの中絶例に就きて之れを論ずべし。

早期中絶を経過する者に於ては凡そ次の三期を區別し得べし。  
第一期 發育期。何等の障礙なく發育を繼續する時期を云ふ。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

第二期 中絶期。流産又は破裂を起したる時期を云ふ。

第三期 治癒期又は末期。中絶後の變化次第に治癒に向ふか又は他の異なる轉歸をこる時期を云ふ。是等の時期の長短は症例によりて各、差異あるや勿論なり。

第一期 發育期の徴候

尙中絶せざる早期輸卵管妊娠の徴候は子宮内妊娠に於けると殆ど同様なり。即自覺徴候としては悪心・嘔吐・食慾不振・無月經を訴え、他覺的徴候としては初乳分泌・膈及子宮腔部粘膜の軟化並びに着色を見、且子宮體は約三ヶ月大まで増大することを得。故に此期に於ては患者も醫師も正常妊娠と區別し得ざるを常とす。

然れども一乃至二ヶ月の者にありては自覺的及他覺的徴候共に不明なること少なからず。殊に月經の關係は甚だ不定にして經閉を見ざるもの稀ならず。

第二期 中絶期の徴候

早期中絶によりて流産又は破裂を起す時は比較的異なる徴候を發す。疼痛發作・内出血徴候・子宮出血・脱落膜排出及腫瘤形成等は其主徴なり。以下是等の各、に就きて敘述すべし。

ツワイフェル Zweifel (Z. S. 208) は中絶を總稱して「カタストロフ」(Katastrophe)に譬へたり。其後獨逸人中には此術語を襲用せるもの多し。

(一) 疼痛發作 疼痛の性質及成因は破裂と流産とに於て大に趣きを異にす。破裂にありては何等の誘因なきか又は上廁・入浴等の後突然劇烈なる下腹痛を發し失神すること多し。

之れ一時に大量に流出せる血液による腹膜の刺戟症狀なり。

「カタストロフ」

遅延性輸卵管流産

流産によりて起る疼痛は破裂に於けるが如く急劇ならずして、多く失神するに至らざる中等度の陣痛様疼痛なり。之れ主として内容排出に努力する輸卵管の收縮(所謂輸卵管陣痛)又は管の急速なる擴張によりて發するが故なり。時として甚だ軽度にして殆ど患者の注意を喚起せざることあり。

疼痛の部位は下腹部にして而かも患側に限局すること多く、持續は通常一時間内外なり。破裂にては單に一回の疼痛にて終ること多きも、流産殊に峽部又は其接近部に於ける妊娠にては一週、時に數週に亙りて數回の發作を反復することあり。如斯きを遅延性輸卵管流産(Protrahierter Tubenabort)と云ふ。

破裂にありても劇甚なる第一回發作後軽度の疼痛を反復すること少なからず。第一回發作は夜間よりも晝間に突發すること多し。之れ晝間は身體働作・外傷・内壓亢進等の誘因を發し易きが故なり。

酒井學士の統計によるに晝間(自午前六時至午後六時)に起れるもの六七%、夜間(自午後六時至午前六時)に起れるもの二五%なり。

疼痛初發と最終月經との關係 疼痛初發と最終月經との間隔は妊娠持續を示すものなるが故に、少なくとも一ヶ月の間隔を有するものなるが如しと雖、事實は之れに反し月經に變化なき場合比較的多數なり。

酒井學士の統計によれば百一例中十七例は全く無月經を伴はず。就中最終月經より疼痛初發に至る日數一週以内なるもの六、二週以内なるもの五、三週以内なるもの四、四週以内なるもの二なり。而して五週以内のもの十、六週以内のもの十五あり。換言すれば期待せる月經期より少しく遅れて疼痛を發するもの甚だ多し。

(二) 内出血 内出血徴候は主として破裂に起り流産に見ること少なきは自明の理なり。腹膜の刺戟徴候

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

候たる劇痛・悪心・嘔吐等と共に急性増進性貧血徴候を現はす。即俄然虚脱の状態に陥り、顔面蒼白となり四肢厥冷、冷汗を發す。脈搏は甚だしく細小頻數、時に觸知し得ざるに至る。如斯くして急速に死に致ることあり。

然れども多くは自然的に止血し、適當なる處置によりて漸次恢復するものなり。

自然的止血は、急速なる出血によりて循環系統の血壓次第に下降し終に穿孔部を閉塞する凝血絨毛組織片等を壓排し得ざるに因るものなり。

一般に貧血徴候は長期に亙りて繼續するものなり。又同時に多少の黄疸を併發すること少なからず。其本態は不明なり。

内出血と共に時として一過性に體溫上昇<sup>三十八</sup>を見ることがあるも、寧ろ稀有なる現象にして、一般に炎症性合併症を起さざる輸卵管妊娠中絶は殆ど無熱に經過するを常とす。

(三)子宮出血 中絶にして子宮出血を伴はざるものは極めて稀有なり。而して不正出血は中絶後に發するものにして妊娠の尙繼續せる間に來ることなし。

輸卵管妊娠中絶によりて發する子宮出血は子宮内妊娠流産に見るが如く大量なること少なし。假令最初に於ては稍多量にして凝血を混ざることありとも其後は少量となるものなり。又初期に於ては鮮紅色を呈するも後には暗赤色にして少しく粘性性を帯び月經血の如き性状を有す。末期には少しく漿液性となり、時に「テール」色又は錆色となることあり。

輸卵管妊娠中絶に極めて定型的なるは暗黒色少量の出血長期に亙りて持續するにあり。經過中多少の増減を見る者もあり。又時として短時日に亙る間歇を以て經過するものあり。

中絶に定型的なる出血經過

出血の起源

酒井學士の統計によれば出血關係明確なる七十一例中定型的出血を見たるもの六十二例にして、就中持續一ヶ月なるもの十六、二ヶ月なるもの五、三ヶ月以上のもの五、日數不明のもの三十六なり。尙子宮出血を缺如せるもの五例ありたりと云ふ。

出血は必ずしも子宮粘膜炎より起るものにあらずして、妊娠輸卵管より發し(Fitzinger)又は骨盤内血腫の血液が輸卵管を通過して子宮より排出せらるることありと云ふ(McWinn)。ウェルトは輸卵管流産後八ヶ月間持續せる出血例に就きて、腹腔内の血腫を壓することにより、平素と同様なる「テール」様褐色の血液を子宮口より、人口的に排出せしめ得たりと云ふ。

子宮出血と初發疼痛發作との時間的關係 一般に子宮出血は疼痛發作後に現はるること最多く、同時に來るもの之れに次ぎ、疼痛に先んずる場合比較的少數なり。

然れども酒井學士の統計には出血先行せる者四四・三%、疼痛發作後に出血せしもの三二%、同日に發せるもの二二%なりと云ふ。

而して其差は數日より三乃至四週に及ぶことあり。

最終月經と初發子宮出血と時間的關係 兩者の關係は疼痛發作に於けると同様にして、全く無月經を伴はざるのみか、往々最終月經後數日又は十數日にして子宮出血を起すことあり。又豫定の月經期より稍遅れて發すること甚だ多し。

酒井學士によれば九十五例中最終月經より一ヶ月以内に出血せるもの十八例なり。就中一週及二週以内のもの各四例、三週及四週以内のもの各五例なり。

而して五週以内のもの十五、六週以内のもの十一なり。

(四)脱落膜の排出 理論上よりすれば妊娠中絶後には毎常子宮内脱落膜を排出すべきものなれども臨牀上之れを證明し得る場合比較的少なし。例へば酒井學士の統計にては約二五・二%にすぎずと云ふ。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

之れ患者の不注意によるか又は腔内にて浸軟破壊して認め難きに至るか又は小断片となりて排出するに  
よるものなるべし。

而して中絶後数時間又は一週間に排出せらるゝこと多し。

(五) 腫瘤形成。腹腔内に注げる血液大量なる時は腹壁より打診し得べく、又患者の體位により濁音の  
變化を證明し得ることあり。子宮後血囊腫・輸卵管周囲血腫等を形成し恥骨縫際に膨隆するに至れば  
患者自ら之れを自覺するに至るものなり。且之れに隨伴して壓痛其他種々なる壓迫障礙を發し得る雖、  
炎症性腫瘤に於けるが如く甚しきことなし。

〔附〕 腹腔内に注ぎし血液の毒性に就きて

輸卵管妊娠の中絶によりて腹腔内に注ぎたる血液は人體に對し有害なるか無害なるか久しく議論せられたるものなり。此間  
題の解決は實際上重大なる意義を有するものなり。

往時一部の手術家は灌注血液の毒性を否定し、従つて手術に際して之れを除去する必要なしとせり。甚しきは急速に吸收せら  
るべきを豫期して(動物實驗を根據として)却つて遺殘せしむるを可と見做すものあり(一種の自家輸血法と解せるなり)。  
然るに其後多くの手術家は腹腔に血液を放置するの有害なることを説き可及的充分に除去すべきことを高唱せり。其論據とせ  
るところは左の二なり。

- (一) 遺殘せる血液は細菌の培養基となり傳染を誘發す。
- (二) 中絶によりて注ぎし血液は毒性を有す。

第一の可能性に就きては之れを疑ふの餘地なしと雖、第二の毒性説は尙未決の問題なり。毒性説はワエルトによりて唱道せら  
れ其後多くの賛成論者を見たり(Brose, Centralbl. f. G. Fik. Arch. f. G., 其根據とせる臨牀的事實の主なるもの左の如し。  
(a) 中絶後一時的に三十七度乃至三十八度の體温上昇を見、而かも他に何等の炎症性徴候を見ざること多し。

(b) 著明なる中絶後徴候退散せるにも拘らず、脈搏頻數細小不正を持續し而かも出血量に相當せざることあり。又は中絶後  
候恢復後數日を経て新たに脈搏状態不良となることあり。

(c) 新鮮なる破裂例に就きて早期開腹をなし腹腔内の血液を排除する時は既に破裂部よりの出血停止せる者に於ても、脈  
搏及一般状態の急速なる恢復を見ること多し。  
如斯き事實は中毒徴候と見做すべきものなりと雖、每常必發の徴候ならざるは一般臨牀家の經驗するところなり。換言すれば  
腹腔に注ぎし血液は常に毒性を有するものにあらざるべし。  
毒性の本態に關しては多くの説ありて一致するところなし。或は單に血液の分解産物の吸收を以てし又は母血と見血との生物  
學的相互關係、恐らく「アナフィラキシー」の一種なるべしと説く者あり。

第三期 治癒期又は末期の徴候

中絶後の轉歸を凡そ左の三様に分つことを得べし。

- 一、血腫の自然的吸收により治癒す。
- 二、出血を反復して血腫の増大を來し一般状態漸次増悪す。
- 三、血腫の腐敗化膿を起し直腸膀胱又は腹腔内に穿孔破壊す。

七 輸卵管妊娠の診断及類症鑑別

輸卵管妊娠は初期なるほど困難にして末期なるほど容易なり。診断の至難なるは二乃至三ヶ月までの  
中絶せざる者、最容易なるは後半期に達し中絶せざる者なり。後の場合に於ては胎兒を有せる囊腫の外  
に子宮體を觸知することによりて診断は既に確定せられども、前の場合にありては胎兒より來る徴候を  
缺如せる爲め子宮内妊娠に於けるよりも一層困難なり。但此時期と雖、中絶を起す時は比較的確實に診



断し得るに至るものなり。

上述の理により茲には單に初期の診断及類症鑑別にのみ止めんとす。

甲 中絶せざる初期の輸卵管妊娠の診断

輸卵管妊娠と雖、中絶せざる場合は自覺に於て何等異常を有せざるが故に、患者自らは子宮内妊娠と信するを普通とす。従つて中絶せざる例を殊に其初期に於て診察することは極めて稀有にして寧ろ偶然のことなりと云ふべし。觸診所見上の目標は左の二點なり。

- 一、子宮の一侧に輸卵管腫瘍を觸るゝこと。
- 二、子宮の腫大を證明すること。

一、健全なる妊娠輸卵管は一見輸卵管水腫と同様の觸診所見を呈するも一般に境界甚だ明瞭ならずして硬度著しく柔軟なり。然れども兩者を確實に鑑別すること不可能なるが故に次の子宮體に就きての所見によりて決定せざる可らず。

二、既述の如く輸卵管妊娠の場合と雖、子宮體は約手拳大<sup>妊娠三ヶ月</sup>まで腫大し、しかも他覺的徵候<sup>硬度・腔部の着色・軟化等</sup>に差異なきが故に假令一側に輸卵管腫瘍を觸知すども、之れを妊娠と診断するよりも寧ろ子宮内妊娠と輸卵管水腫との合併と解するを普通とす。

子宮内妊娠を確實に除外せんことを消息子検査によりて子宮腔の空虚なることを證明せざる可らず。然れども如斯き場合の消息子検査は輸卵管妊娠なる診断に對して大なる自信を有する場合の外濫用すべからざるは勿論なり。但し不正出血ありて子宮内妊娠の疑はしき場合又は假令子宮内妊娠なりとも寧ろ卵の排出を望む場合は此限りにあらず。

子宮腔の空虚なることを知り得るも尙輸卵管腫瘍の妊娠なることを證明すること能はず。之れを確定せんと欲せば試験的搔爬によりて脱落膜の存在を證明せざる可らず。而して輸卵管妊娠時の試験的搔爬は消息子検査よりも遙かに多く危険を伴ふものなり。其危険の主なるものは子宮體の牽引・搔爬等の器械的刺戟によりて妊娠輸卵管の破裂又は流産を誘發すること及び傳染なり。

元來輸卵管妊娠時の試験的搔爬はコトンスタイン Cohnstein (Arch. f. Gyn.) によりて唱道せられ、Wyder, Carsten, v. Ott 等によりて賛成せられたるものにして、甚だ合理的診断法なりと雖、上記の如き危険を伴ふが故に無用意に濫用すべきものにあらず。是非其必要を感じたる場合は危険の突發に對して直に開腹術を執行し得べき準備のもとに行はれざる可らず。

胎兒を藏せざる輸卵管妊娠の子宮と胎兒を藏する子宮内妊娠の子宮とは、其形態に於て鑑別的差異を有せざるかとの疑問は既に先人の着眼せるところなり。一部の臨牀家は輸卵管妊娠時の子宮腫大は球形ならずと云ひ、フレンケル Fränkel は殊に縦徑の延長を特徴とすと云へり。又ブラウン、フルンワルド v. Braun-Fernwald は「兩子宮角の大きさ硬度に差異ありて、而かも其間に縦走の溝を觸るゝ<sup>換言すればピスカザック氏徵候を意味せる</sup>」を以て子宮内妊娠の特徴とし、以て鑑別に資せんとせり。然れどもウエルトは多數の經驗よりして「輸卵管妊娠にても亦子宮の腫大平等ならずして、妊娠側の半部殊に腫大せるを見ることあり」と云へり。

要するに子宮の形態によりて鑑別せんとする方法は時に參考となり得べしと雖、確實なるものにあらずるなり。其他アブデルハルデンの血清診断法又は木内氏尿診断法の價値は絶對的ならずと雖、補助診断法として有力なる指針を得べきものなり。

乙 中絶したる初期の輸卵管妊娠の診断

吾人臨牀家の日常遭遇すべき輸卵管妊娠の殆ど總ては初期の中絶例なり。而して中絶診断の主なる根據は左の二項なり。

一、既往症(中絶徴候)

二、觸診所見(腹腔内血液又は血腫の證明)

一 既往症

兩者の中實地上重要な意義を有するものは寧ろ既往症なり。輸卵管妊娠研究の大家たるウエルトは此間の關係を左の如く揚言せり。

「女子生殖器系の全病理に於て既往症の診断的價値の大なる、子宮外妊娠に於けるが如くなるもの他にあらざるべし。他覺的所見によりて診断を確定し得る場合は寧ろ除外例に屬するものなり。疑はしき觸診所見は既往症によりて始めて正當なる指示を得又時に既往症によりてのみ鑑別し得ることあり」と。

既述の如く中絶によりて種々の著しき徴候を惹起す。而して夫等の徴候は獨立的の價値少なきも一つの症候群 (Symptomenkomplex) として發現せる場合は甚だ重大なる價値を有し大多數に於て誤診することなし。然れども其既往症の正確なることを前提とするや勿論なり。故に患者の記憶力及び注意力の如何、醫師の問診の巧拙等は大きな關係を有するなり。輸卵管妊娠に疑はしき觸診所見ありて其既往症不十分なる場合、問診を新たにし患者の記憶を喚起するに及び定型的の中絶既往症を知り得るが如きは吾人の屢々經驗するところなり。

定型的既往症

既往症の診断的價値

生熟期の健全なる婦人に於て一乃至二ヶ月の經閉後、又は正調なる月經の遲延後突然に劇烈なる下腹

痛を起し加ふるに内出血の徴候を以てし。之れと相前後又は同時に子宮出血を發し、爾後貧血徴候を呈し暗赤少量の出血を持續す」と云ふが如きは輸卵管妊娠中絶の定型的既往症にして、觸診によりて子宮後血囊腫を證明するか又は出血と共に子宮脱落膜を排出せる場合は診断は既に確定せりと云ふことを得べし。既往に於ける淋菌傳染も亦診断の一助となし得べし。

如斯き場合は他に鑑別すべき疾患なしと雖、しかく定型的ならざる場合には、劇痛・虚脱・出血等を主徴とする蟲様突起炎・穿孔性腹膜炎・膽石症・卵巢腫瘍の莖捻轉・子宮内妊娠の流産等と鑑別せざる可らず。其鑑別法に關しては詳述せずと雖、既往症及他覺的検査によりて殆ど其誤診を避くることを得べし。而して是等疾患を輸卵管妊娠中絶と誤診すること稀有にして寧ろ反對の關係を見ること少なからず。産婦人科疾患の度外視せられたる場合に於て殊に然り。

第百二十二圖 (トルマウ) 膜脱落子宮



七ヶ月の輸卵管妊娠にて胎兒死亡後に排出せるもの。左側輸卵管角は明瞭なるし右側は不明なり。

唯一言注意すべきは合併症なき輸卵管妊娠中絶は多くの場合殆ど無熱に経過することなり。假令破裂の時又は數日後に發熱することありと雖、唯一過性にして高くとも三十八度を越ゆることなし。

輸卵管妊娠の破裂と流産との鑑別は必ずしも容易ならず。一般に破裂は極

の破裂と流産との鑑別

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

めて急劇にして重篤なる徴候を表はし、流産は遷延性の経過を以て比較的穏和なる徴候を現はすも絶対的のものにあらざるなり。且又流産及破裂の合併を見ること稀有ならず。

高山博士は長時間の後に於ても尙疼痛發作の時間を明答するが如きは破裂患者に特異なりと云へり。之れ亦参考となし得べし。

脱落膜排出の診断的價値

脱落膜の排出は中絶の診断に對し重要な根據を與ふるものなり。排出せらるゝ脱落膜は子宮内腔の鑄型として三角形をなすこと多く(第百二十、二圖参照)、少くとも内腔の半部で見らるゝものなり。

脱落膜排出は唯患者の訴へのみに信をおくこと能はず、醫師自ら之れを検査せざれば確實ならず。但特有なる三角形を有したること確かなる場合は大に参考となし得べし。單に不正形の膜様物を排泄せるのみの訴にては價値なし。

醫師自ら検査する場合にても果して子宮外妊娠時の子宮脱落膜なるや否やを確めざる可らず。従つて膜様月經困難症に附隨して排出せらるゝ膜様物及子宮内妊娠流産による子宮脱落膜と鑑別するを要す。

此三者は其外觀に於ては全く同様なること多きが故に他の目標によりて鑑別せざる可らず。

一、月經困難性膜様物と子宮脱落膜との鑑別は多くの場合左様困難ならず。先づ既往症に大なる差あり。月經困難にありては月經は多く平素と同様の型を繼續し且假令毎月ならずとも屢々膜様物の排出を反復す。然るに子宮脱落膜の排出は單に一回のみにて既往症にも著しき差あり。

又肉眼的に月經困難性膜は子宮脱落膜の如く厚く且肉様に見えずして菲薄なるを常とす。組織的には凡そ月經前期粘膜の上層に於ける所見と同様にして、骰子形の表面上皮に次で多少膨大せる間質細胞あり。最著しき變化は滲透性の圓形細胞浸潤を有することなり。而して「プラスマ」細胞を有することなし云ふ(Muschmann u. Adler)。尙上

皮下出血を見ること稀ならず。又間質の間に腺の排泄管を認め得ること少なからず。

二、初期子宮内妊娠の完全流産に於ける脱落膜と子宮外妊娠に於ける脱落膜とは外觀上及組織的所見上に著明なる差異を有せず。唯後者に於ては間質細胞膨大の程度幾分軽度なりと雖、以て確實なる鑑別は難し。故に單に其一斷片を以てしては兩者を區別すること難く、既往症に鑑別點を求めざるべからず。

然れども特異なる三角形脱落膜を排泄せる場合は、内面に於ける胎兒成分の存否によりて鑑別することを得べし。子宮外妊娠にありては純粹の脱落膜にして其孰れの部にも胎兒成分を見ることなきも、子宮内妊娠にては既に肉眼的に胎兒又は卵膜を見るか、少くとも卵着牀部粗穢にして組織的検査により胎兒細胞を證明することを得べし。

二 觸診所見

既往症は中絶の診断上極めて重要なものなりと雖、絶対的價値を有せざるや勿論なり。時として疑はしき既往症も觸診所見によりて始めて判明となる場合あり。

觸診の目的は腹腔中に血腫を證明するにあり。

破裂又は流産により腹腔内に流注せる血液の證明は新鮮なるほど困難にして陳舊なるほど容易なり。

新鮮なる場合は腹部は鼓腸のため稍膨滿し壓痛あり。内診上後脛穹窿部に緊張と抵抗とを觸れ、時として波動を證明し得る場合あり。ウェルトによれば出血量一乃至一・五立に達すれば打診上液體の存在を認め得と云ふ。

既に陳舊性となり血囊腫を形成せるものゝ觸診は容易なり。

子宮後血囊腫。外診上恥骨縫線上數横指徑の部、時として臍窩に達する腫瘤を觸れ、尙比較的新鮮な

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

新鮮なる血液

陳舊性の血液

る時は境界稍不明にして壓痛あり。雙合診をなせば子宮は強く前上方恥骨縫際に近く壓排せられ且多くは孰れか一側に偏在す。

外診上觸知せる腫瘤は全くツীগラス氏窩を充填し後腔穹隆部は半球狀に強く膨脹し境界明瞭なり。硬度は時期の長短により粘土様軟又は筋腫様硬なり。舊きものにては全く壓痛を缺如す。

輸卵管周囲血腫。其所見は炎症性附屬器腫瘍と全く同様なり。

子宮體は中絶後に於て萎縮するが故に其腫大を證明し得ることなし。

以上の如き腫瘤(殊にツীগラス氏窩腫瘍)を觸れ、しかも既往症に於て中絶徴候を認め得る時は輸卵管妊娠中絶の疑極めて大なり。然れども炎症性腫瘤(例へば附屬器腫瘍・蟲様突起炎症性腫瘍)・炎症性滲出物(例へば滲出性骨盤腹膜炎)又は莖捻轉を起せる附屬器腫瘍(例へば卵巢腫瘍・輸卵管水腫)等と鑑別せざる可らず。

是等は既往症及部位によりて鑑別せざる可らず。例へば輸卵管妊娠にありては多くの場合一側附屬器は臨牀上健全なること多きに反し、炎症性附屬器腫瘍は程度の差異ありとも兩側に來るを普通とす。又蟲様突起炎は左側に發生することなし。尙是等の炎症は稍特異の熱型を有するものとす。

又輕卒なる診断によりては稀有なる妊娠子宮後屈を子宮後血囊腫と誤認することあり。然れども確實に類症鑑別をなさむとせば觸知せる腫瘤につき左の二項を證明せざる可らず。

- (一) 腫瘤内の血液なることを診断するに二法あり。
  - ① Dick (Arch. f. Gyn.) は尿中「ウロピリン」
  - ② 同時に妊娠性變化を合併すること。
- (二) 腫瘤内の血液なることを得べきが故に、之れを「ガーゼ」の上に壓出して検査すべし。鮮紅色の血液は血腫以外より來るものなることを注意すべし。著者はかくの如き要領を以て常に診断を確定することを得たり。試験的穿刺の危険は傳染の誘發するにあるが故に常に消毒を嚴重にすべし。而して子宮後血囊腫は後腔穹隆部に於て穿孔し、輸卵管周囲血腫は腔又は腹壁の孰れか達し易き部を選ぶべし。

血囊腫の確實なる診断法

(Trobin)を證明し、皮膚に黃疸を認むることによりて本態不明の腫瘍の血液性なるを診断し得べしと説けり。恰もベルグマン Bergmann が腦出血診断に應用せると同様なり。然れども如斯尿反應及皮膚現象は必ずしも毎常認め得るものにあらざるが故に診断的價値少なし。

最も確實なる法は試験的穿刺によりて血液を採取するにあり。然れども流動性血液を容易に吸引し得るは唯比較的新鮮なるものに於てのみなり。甚だ陳腐症にありては一滴の血液をも採取すること能はざる場合多し。然れども腫瘤中央部にまで深く注射針を穿入し強力を以て吸子を牽く時は少くとも針管内には漆黒赤色の血液を吸入することを得べきが故に、之れを「ガーゼ」の上に壓出して検査すべし。鮮紅色の血液は血腫以外より來るものなることを注意すべし。著者はかくの如き要領を以て常に診断を確定することを得たり。試験的穿刺の危険は傳染の誘發するにあるが故に常に消毒を嚴重にすべし。而して子宮後血囊腫は後腔穹隆部に於て穿孔し、輸卵管周囲血腫は腔又は腹壁の孰れか達し易き部を選ぶべし。

腹腔内血腫の診断的價値

尙一步を進めて攻究を要するは血腫の診断的價値如何の問題なり。換言すれば血腫のすべては子宮外妊娠の中絶によりて發生するものなりやの疑問なり。もし血腫はすべて子宮外妊娠の中絶によりて發生するものせば、中絶の診断は血腫の證明を以て終了すべきものなり。

「子宮後血囊腫は即子宮外妊娠中絶なり」は今日大多數臨牀家の有する信念なるが如し。然れども此信條の必ずしも正常ならざるは多數研究家の證明せるところなり。甚しきに至りては血囊腫にして子宮外妊娠に因するものは僅かに5%なりと云へる者あり(Beret) 其他11% (Weiss) 11.8・5% (Thorn)等と云へるものあり。

子宮外妊娠以外にして腹腔内血腫の原因となるものは卵巢出血なり。開腹術により著明なる子宮後血囊腫を證明し、輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

卵巣健康又は其起因を認むべきものにして妊娠性變化卵巣を確實に除外し得たる例は今日まで屢報告せられたり。  
(Gabriel, Arch. f. Gyn. Engström, Arch. f. Gyn. Winewarter, G. Bl. 68, 1911 等参照) 而して臨牀徴候は妊娠中絶と區別し難きものあるなり。

要するに從來一般臨牀家が單純に輸卵管妊娠中絶例と看做して報告せる例の中には、妊娠と關係なき卵巣出血によりて起れるものあるべし。故に臨牀上腹腔内に血腫の存在を證明したり、直に以つて子宮外妊娠と確定し得ざるに共に、手術例にても胎兒を認むるか又は輸卵管に著明なる變化を認めざる場合は、孰れかの部に妊娠性變化を證明するにあらざれば子宮外妊娠と斷定するに能はず。換言すれば全く組織的検査を怠りたる子宮外妊娠の報告は學術的價値なきものなり。

(二) 觸知せる腫瘤の妊娠性なることを診斷するには、試験的搔爬によりて子宮脱落膜を證明するか又は生物學的診斷を行ふなり。然れども脱落膜は中絶後に尙遺残すること甚稀有にして、アブデルハルデン氏反應亦中絶後陰性なること多し。而して亦反對に輸卵管の炎症性腫瘍にして妊娠血清反應陽性なること少なからずと云ふ。

要之するに輸卵管妊娠の中絶は多くの場合正確なる既往症によりて誤りなく診斷せられ、尙血腫又は脱落膜の證明によりて一層確實ならしむるなり。

### 八 輸卵管妊娠の豫後及療法

輸卵管妊娠の豫後は一般に良好なりと云ふことを得べし。中絶によりて急速に死亡するは唯稀れに見る不幸なり。處置法の宜しきを得れば大多數は救済し得るものなり。

本症の療法は妊娠の時期及中絶の有無並びに合併症の有無によりて一樣ならず。一般に本症を待期的

に處置すべきか又手術的療法を施すべきかは諸家の見解大に分るゝところなり。左に場合を分ちて總括的に敘述すべし。

(甲) 妊娠前半期(殊に初期)の輸卵管妊娠

- 一、妊娠尙繼續せる者
  - (a) 中絶しつゝある者又は中絶直後の者
  - (b) 陳舊性にして既に血囊腫を形成せる者
- 二、妊娠既に中絶せる者

(乙) 妊娠後半期の輸卵管妊娠

前半期殊に初期に於ける輸卵管妊娠にして尙中絶せざる者に對しては診斷の確定と共に直ちに手術的に剔出すべしとは諸家意見の一致せるところなり。

内出血を起しつゝある者又は中絶後間もなき者に對しても亦手術的處置をなすべしとすもの多しと雖、其手術は時を移さず可及的迅速に施行すべきか又は一般状態の恢復を俟つてなすべきかは人により意見を異にす。然れども恢復を俟つは出血を反復する虞れあり。而して第一回の出血は危険なく經過し第二回の出血にて死の轉歸をさることは屢實驗せられたる事實なるが故に可及的迅速に手術すべきものなり。多くの手術家の經驗によれば破裂により重篤なる虚脱に陥り脈搏觸れ難きに至れる者にも八〇乃至九〇%は手術により救済し得るなり。脈搏の險惡なるは出血に因る腹膜刺戟の爲めなるが故に血液の排除によりて恢復すべきものなり。而して手術は極めて簡單にして短時間に終了し得べし。従つて手術の危険よりも手を拱きて經過を傍觀する危険の方遙かに大なるものなり。

状態甚しく重篤にして患者の運搬危険なる時は患者に於て手術すべし。事情上此緊急手術を許さざる

新鮮なる中絶の處置

場合はモンブル氏止血帯を装置し後出血を豫防したる後速かに病院に運ぶべし。  
臨牀家の見解に甚しき差異あるは無事申絶に堪え、陳舊性となり血囊腫を形成せる者に對する處置なり。諸家の意見を左の二つに大別することを得べし。

一、診断確定せば直に手術を執行すべし。

ウエルトは本説の急先鋒にして、血囊腫を悪性腫瘍と看做して處置すべきことを高唱せり。血囊腫形成後と雖、新たに出血を反復し得ること及血囊腫の續發變化腐敗によりて不幸の轉歸を占むる場合少なからざること等は其主要なる論據なり。

二、血囊腫は吸収により治癒し得るものなるが故に、醫師監督のもとに先づ待期的療法を施すべし。つ経過を観察し、吸収甚しく遅るゝか又は増大・化膿・腐敗の徴候を見るに至りて手術すべし。以上兩説の孰れに従ふべきかは症例により個人的關係を顧慮して決定せざる可らず。

手術的療法の優秀なるは(a)療法根治的にして同時に内生殖器系に於ける他の合併症を處置し得ること(b)場合により術後の正常妊娠を望み得ること(c)治療に長時日を要せざること等なり。而して其缺點とするところは單に手術に關する生命の危険のみなり。然れども危険は術式の改良進歩により深く顧慮するに足らざるものなり。但著者の經驗を以てすれば血囊腫根治手術後は局所の傳染化膿を見ること少なからず。敢て生命に危険ならずと雖、大に遺憾とするところなり。

今日にありては「血囊腫は手術すべきものなり」との積極説に賛同するもの次第に増加するの傾向を認むることを得。腫瘍甚しく大にして壓迫障礙著しきもの又は迅速に身體の自由を欲するものに對しては手術的療法を躊躇すべきものにあらず。唯甚しく手術を恐るゝ者、一般状態開腹術に堪えざるもの及血

腫小にして兒頭大を越ざる者等に對しては待期的療法を行ふべし。

血囊腫にして既に化膿腐敗を續發せる者は根治手術の禁忌にして一般の傳染電と同様單純なる切開によりて排膿すべきこと勿論なり。

後半期に達せる輸卵管妊娠に對しては胎兒の生死に關せずして直ちに手術すべしとは諸家の見解殆ど一致せるところなり。胎兒の生命を尊重する一部の臨牀家は體外生活を營み得るの時期まで手術を猶豫すべしと説けるも、斯の如きは恰も爆彈を抱けると同様母體に對し極めて危険なる方法なり。

根治手術

未だ中絶せざる者に對する手術式は普通の喇叭管切除術と同様なり。初期にして全く移動性のものは腔式に剔出することを得るも、進行せるもの又は癒着せるものは腹式によらざる可らず。

新鮮なる中絶例にては腹式開腹術により先づ漏斗骨盤韧带及輸卵管の子宮端を鉗子にて挟み以て新たな出血を止めたる後血液を排除し患側輸卵管を切除す。術後食鹽水の皮下注射を行ふべし。術前に於て之を行ふ可め出血を喚起する虞あるが故なり。血囊腫を形成せるものは罹患輸卵管と共に可及的完全に之れを核出し、核出し得ざるものは血塊を排除し腔へ「ドレナージ」を施すべし。

待期的療法

新鮮なるものにて手術を行ひ得ざる間は絶対安静を命じ、下腹部に氷嚢を置き阿片劑を投與し、且血壓を亢進せしむべき總ての原因を避け、靜かに出血管の栓塞形成を待つべし。

血囊腫を形成せる者に對しては慢性炎症性附屬器腫瘍に於けると同様の種々なる吸收療法を行ふ。

姑息的手術療法として腔切開(Elytrotomie)によりて單に血塊の排除を推奨するものあり。即後穹窿部に廣き切開を加へ徐々にツングラス氏窩内の血塊を爬出するなり。スカンツォニー Scanzoni は本法に左の如き適應を擧げたり。

- (一) 發熱せる者
- (二) 長期の待期的療法にて縮少の傾向なき者
- (三) 腫瘍甚大にして吸收の望み少なき者
- (四) 著者も亦第一の適應及手術的療法を恐るゝものにて第二乃至第四の適應に相當する約十例に對し、本法を試みすべて良好の成績を收むることを得たり。

附 特殊なる子宮外妊娠

比較的稀れに見る特殊の子宮外妊娠としては輸卵管間質部妊娠・卵巣妊娠及腹腔妊娠あり。是等に就きては既述の輸卵管妊娠に於けるよりも尙一層論議すべき點あるも茲には單に緊要なる事項の概略を述ぶるに止めむ。

(一) 間質部輸卵管妊娠

間質部輸卵管妊娠の發生及轉歸は他部の輸卵管妊娠に述べたるに大差なし。本症に就きて最問題となるは雙角子宮の跡痕の一角に於ける妊娠及子宮角に接近せる峽部輸卵管妊娠との鑑別なり。是等を臨牀上に鑑別することは殆ど不可能にして別出標本に於ても亦屢誤診せらるゝものなり。従つて今日まで多くの學者によりて其鑑別法發表せられたり。左に間質部妊娠に特有なる要點を列舉すべし。而して本問題に關し最正常なる研究をなしたるグレスメル (Gressner Arch. f. Gyn. Bd. 93, 1911) の記載を根據せり。

- 一、圓韧带と胎囊との關係。圓韧带は多く胎囊の側面又は前面に附着す。時として内面に附着するこゝあり此時雖、多く胎囊の前面を走行す。圓韧带の側方附着はクスマウル (Kasmanul) が雙角子宮の變形的一角妊娠の特徴なりと看做せるものなり。
- 二、子宮と胎囊との關係。胎囊は子宮體と廣き基底を以て連絡し、雙角子宮妊娠に於けるが如く兩者の間に多少

間質部妊娠に特有なる要點

(室科人婦大京) 妊娠管卵部質間の月々三約娠妊  
す有な候徴氏 | ゲル、ンモジるな型的定  
(す斜傾てし行並線底宮子兩の外内)



子宮及胎囊を中央より縦断せるなり  
a 卵巣  
b 子宮腔  
c 胎兒  
d 卵巣

こも絞挫せられたる蕈様の部を見ることなし (Bart de la Falie 1868)。

三、健康輸卵管と胎囊との關係。變化なき輸卵管は胎囊の下面に附着す (Resch- al. 1896)。

四、輸卵管子宮端の證明。ウルトは輸卵管子宮端の證明を重要視し毎常認め得べきものこそせるも、グレスメルは必ずしも證明し得るものにあらずと云へり。

五、ジモン・ルーゲー氏徴候 (Simon-Roger'sche Zeichen 1885)。ジモンが其師ルーゲーの注意せるところを發表せる徴候にして、子宮底の傾斜 (Steilstellung des Fundus) を云ふ。即正常の子宮底は水平になるも間質部妊娠にては胎囊に向ひて急傾斜をなすに至るなり。此徴候は間質部妊娠に必要な特徴なり。ミせられ多くの人も亦之れを重大視せり。然れどもグレスメルは傾斜の意義を確實ならしむる爲め外子宮底線 (Äussere Fundus-

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

innere) の子宮底線 (innere Fundushnie) を區別し、此兩者共に平行して胎嚢に向ひ上昇せるものを真正傾斜 (Wirkliche Steilstellung) かし、單に外線のみ傾斜し内線は變化なきか又却つて下向せるが如きものを外観的傾斜 (Scheinbare Steilstellung) 云へり。而して外線の傾斜は間質部妊娠のすべてに見るものなれども真正傾斜を見るものは寧ろ稀有なり云へり。

六、脱落膜の有無

始めポッペル Poppel (1868) は間質部妊娠には脱落膜を缺如するも副角妊娠には子宮内妊娠と同様の脱落膜を有す云へり。其後間質部妊娠に於ける脱落膜の有無は多くの人により論議せられしも、今日に於ては全然其存在を否定するものなく凡そ左の如き結論に達せり。

(a) 一般に輸卵管妊娠にては管腔全面に互る脱落膜形成を見ること極めて稀有にして、大多数に於ては島嶼状を呈し局限性に散在するか或は單に一部に集合す。

(b) 初期に於ては脱落膜様細胞を見ること少なく進捗せるものには多し。

(c) 脱落膜様細胞は多く胎盤附着部に存在し、遠隔の部分に見ること少なし。間質部に於ける卵の發育は或は上方子宮底に向ひ、或は前後壁に向ひ、又は外方峽部・内方子宮腔に向ふ。之れによりて各解剖的關係を異にするに或は峽部に於て破裂し又は子宮腔に向ひて破裂し自然産道より胎兒を排泄し得るものなり。

間質部妊娠は從來極めて稀有なるものを見做されしも今日まで内外の文獻に發表せられたる例甚だ多數にして最早一例報告は價値なきものになれり。

(二) 卵巢妊娠

從來卵巢妊娠として報告せられたる例決して僅少なからざるも、中には其解釋を誤りたるもの多かりしを以て、真正卵巢妊娠の存在は一時疑問と看做されたり。然れども其後に於ける精細なる研究によりて確認せらるゝに至れり。

元來卵巢は何等かの原因によりて囊腫性又は充實性の巨大なる腫瘍に變化し得る臓器なり。故に妊娠の着牀によりて囊腫に變化し發育を持続して妊娠末期にまで達すべき可能性あるは疑ひなきことなり。

即卵巢は卵の發育地として輸卵管よりも遙かに好都合の臓器なり云ふことを得べし。従つて卵巢妊娠は輸卵管妊娠の如くに中絶するもの少なし。

原因は不明なり。卵着牀部に關しては異議あるも、多くはグラーフ氏濾胞内に殘留せる卵子と輸卵管より進入せる精絲と受胎し黄體の内面に着牀するものなり。之れを濾胞内着牀 (Uterofollikulare Insertion) 云ふ。稀れに卵巢の表面即内膜の皺襞に著牀することあり。之れを卵巢面着牀 (Epooophorale Insertion) 云ふ。胎嚢發生の經過及脱落膜形成の有無に就きては議論あり。

卵巢妊娠の經過は卵着牀部によりて一様ならず。一般に卵巢面着牀並に濾胞内着牀にても表面に近きものは破裂を起し易し。濾胞の深部に着牀せるものには偉大なる増殖力を有する卵巢組織は卵の發育に伴ひて甚しく増大し妊娠末期に達し得るものなり。

別出標本に於ける卵巢妊娠の鑑別は唯初期に於てのみ確實にして、明かに判別し得べき卵巢實質内又は卵巢表面に卵腔の存在を證明し得るなり。

然るに卵の増大と共に卵巢の特異組織は次第に消失し、遂に全く證明し得ざるに至るが故に、着牀の原發部位が卵巢なることを組織的に證明すること不可能なること多し。故に發育進捗せるものに於ては主として子宮及他の附屬器との局所解剖的關係より診斷せざる可らず。ウエルトは左の如き目標を挙げたり。

(a) 胎嚢と子宮及爾餘附屬器との連絡状態が卵巢腫瘍と同様なること。

(b) 輸卵管を剪採端に至るまで證明すること。

(c) 副輸卵管妊娠を確實に除外すること。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)



レオポルド及フニート等は卵巣固有韧带が胎盤に直接移行することに重きをおけり。又一部の者は妊娠卵巣に筋纖維の缺如せることを揚言せり。然れども輸卵管妊娠にありても消失することあると共に卵巣妊娠にありても固有韧带附着部には筋纖維を證明し得ることあるが故に鑑別上の目標となすこと能はず。

大なる胎囊に於ては卵巣實質の證明甚困難なるは既に述べたるが如し。卵巣の深部に着床し中心性發育をなしたる場合に於て殊に然り。唯表面又は之れに近く着床し偏心性に増大せるものにおいて胎囊の一端に大部の卵巣組織を證明し得ることあり(Wentz)。

(三) 腹腔妊娠

腹腔妊娠に左の二種を區別す。

一、原發性腹腔妊娠 (Primäre Bauchhöhlen-schwangerschaft)

二、續發性腹腔妊娠 (Sekundäre Bauchhöhlen-schwangerschaft)

腹腔妊娠の多くは續發性にして輸卵管妊娠の破裂又は流産によりて腹腔内に排出せられたる胎兒の發育せるものなり。而して此場合は胎盤も共に腹腔内に脱出することあり又胎盤のみ原發部位に留まるあり。一般に胎盤完成以後の輸卵管破裂は胎盤附着部以外の管壁に於て、内壓亢進のために起るものなるが故に、出血其他重篤なる臨床徴候を伴はざること多し。

原發性腹腔妊娠は極めて稀有なるものなり。一部の學者は其存在を疑ふに雖、信じ得べき報告をなせるもの亦二三に止まらざるなり。

第五章 輸卵管腫瘍

輸卵管の腫瘍は他の生殖器系腫瘍に比し遙かに稀有なるものなり。今日まで報告せられたる種類を列挙すれば左の如し。

(甲) 良性腫瘍。

乳嘴腫 囊腫 纖維腫 筋腫 腺性筋腫 淋巴管腫 (Lymphangiom) 畸形腫 皮膚囊腫。

(乙) 悪性腫瘍。

癌腫 肉腫 悪性脈絡膜上皮腫。

是等の腫瘍は殆どすべて子宮又は卵巣の疾患の手術に際して偶然発見せらるゝか又は輸卵管炎の診断のもとに剔出せらるゝものにして、臨牀上診断し得ること極めて稀有なり。

就中最多數にして意義あるものは癌腫なり。輸卵管癌には原發性のものと續發性のものとあり。

今日まで報告せられたる原發性輸卵管癌の數は比較的多數にしてフランク(一九一四)の記載には凡そ百五十例なりとあり。我國に於ても屢々報告せられたるものにして輸卵管炎のすべてを精細に検査する時は尙多數に発見し得べきものならむ。約三分の一の例に於ては兩側に發生し時として手拳大に達するものあり。多くの場合腹口閉鎖し輸卵管囊腫の形態を備え、壁甚だ菲薄なるを常とす。剖面を見るに柔軟にして灰白色なる隨様又は乳嘴様物を有し一見胎兒の腦断面の如き觀を有すること多し。顯微鏡的には乳嘴様増殖をなす傾向大にして、腺性癌又は化生による扁平上皮癌を見ることあり。原因に關しては不明なるも一部の學者は慢性炎症殊に結核に續發すること多しと云ふ。一般に發育緩慢にして永く輸卵管に限局す。然れども連續性又は非連續性に卵巣又は子宮を侵し又諸所の淋巴腺に轉移することあり。從つて剔出後再發するもの少なからず。

續發性輸卵管癌

續發性輸卵管癌は子宮癌又は卵巣癌に續發するものを云ふ。而して後者は前者よりも遙に多數なり。肉腫は粘膜炎腫又は壁肉腫として現はる。フランク(一九一四)によれば今日まで報告せられたるもの僅かに十例にすぎすと云ふ。悪性脈絡膜上皮腫は輸卵管妊娠に續發するものにしてフランクは文獻

上十八例を求め得たりと云へり。

輸卵管妊娠(子宮外妊娠)

原發性輸卵管癌

### 第三編 卵巣疾患

#### 第一章 卵巣の解剖及發育異常

成人卵巣の断面を見るに既に肉眼的に内外の兩層に區別することを得。内方は髓層(Markschicht)にして主として卵巣門より入れる血管及神経を有す。外方は皮層(Rindenschicht)にして卵巣の實質なり。皮層中に外方より内方に左の四層を區別することを得。

- 一、胚上皮(Keimepithel) 一層の短圓柱狀又は骰子形細胞よりなる。
- 二、白膜又は纖維膜(Tunica albuginea s. fibrosa) 殊に強靱なる結締組織纖維よりなる。
- 三、原始濾胞(Primordialfollikel)を有する間質層。
- 四、種々の階級にある發育濾胞・成熟濾胞・黄体等を有する間質層。

卵巣發育異常の主なるもの左の如し。  
一、卵巣缺如及發育不全 卵巣組織の全然缺如することは極めて稀有なり。第二性徴の發達せる成人に於ける兩側卵巣の缺如は、假令手術又は剖検によりて證明せられし場合と雖、之れを以て直ちに先天的の缺如と看做すこと能はず。寧ろ炎症又は捻轉により胎生時又は出産後に莖の絞榨離断を起し、次で消失するに至りたるものなり(Kernauer, Ziegler's Beitr., 1894, 54) 而して離断極めて早期に行はるれば全く消失して痕跡をも止めざるも、後期に起れば全く消失することなく萎縮變性せる卵巣を遠隔の部に證明し得るなり。

一側卵巣の自然離断は Seals (Mon. f. G. u.) Hauser (Arch. f. Gyn.) Herzl (Wien. Klin.) により觀察せられたり。著者も亦四十一歳の子宮腔部癌患者の手術に際し、右側卵巣の缺如せるを認め、精査の結果、大網膜に附着せるを發見せり。卵巣に著しき組織的變化を認めざりき。

子宮の畸形を伴ふ場合例へば單角子宮にては一側卵巣を缺如すること多し。

卵巣發育不全は一般生殖器の發育不全症(小兒性症)に隨伴するものなり。而して此際却つて大なる卵巣を見ることあり。然れども是れ結締組織増殖に因するものにて濾胞組織の發育は不完全なりと云ふ。

二、分葉卵巣・附屬卵巣 自然離断と同様の機轉により卵巣實質の絞榨を來たし、數個に區割又は分離せられたるものを分葉卵巣(Ovarium lobatum)又は分割卵巣(Ovarium partitum)と云ふ。單に一小部のみ絞榨せられて發生せるものを附屬卵巣(Ovarium accessorium)と云ふ。即附屬卵巣は過剰發生によるにあらすして、元來一個なりし臓器より續發性に分離して形成せらるゝなり。故にシットレンデル Schottlander は分葉卵巣(Ovarium disjunctum)と命名せり。附屬卵巣は麻實大より豌豆大の結節をなし、主卵巣と莖を以て連絡することあり或は分離して單に接觸せることあり。又卵巣靱帯に附着し或は遠く離れて大網膜・膀胱後壁等に附着せることあり。フランクフルは如斯きものを迷走卵巣(Ovarium aberrans)と云へり。附屬卵巣の頻度を比較的大にして Mandare u. Eisenberg-Paparin は其五十一例を蒐集し得たりと云ひ、ウインケルは五百例の剖検中十八例を見たりと云ふ。

附屬卵巣より發生せる腫瘍を報告せるものあり。(Herrmann, G. Bd. 44, Zeitschr. f. Stolz, Heger's Beitr.)

三、過剰又は第三卵巣(Ovarium supernumerarium s. tertium) 卵巣の分離によりて續發性に發生せるにあらすして原發性に第三の卵巣を形成せるを云ふ。従つて單獨に第三固有靱帯及第三喇叭管を具備す

ものなり。今日まで報告せられたるものにて確定なるはウインケルの一例のみなりと云ふ。而して典型的の卵巣腫瘍を剔出せるに尙正常の卵巣・喇叭管を認め得るが如き場合は、副卵巣又は第三卵巣に發生せる腫瘍と看做すべきものなり。

### 第二章 卵巣の位置異常

一 卵巣「ヘルニア」(Ovarialhernie, Ophorocele) 「ヘルニア」囊内に卵巣を藏するものを云ふ。最普通なるは鼠蹊「ヘルニア」にして股「ヘルニア」は甚稀有なり。卵巣と共に輸卵管又は子宮を有することあり。主として先天性のものにして時として兩側なることあり。後天性のものは多く産褥時に發生するものなり。而して先天性「ヘルニア」の殆どすべては陰嚢内の睾丸と同様整復すること能はず。脱出せる卵巣炎症を起すこと稀ならず、時として腫瘍の發生を見ることがあり。従つて著しく大なる腫瘍を形成するなり。形・硬度・壓痛性及子宮體との連結によりて診断す。又月經時に於て腫脹し過敏性を増加すること多し。

療法 後天性「ヘルニア」は手術によりて整復し得るも、先天性のものは整復不可能なり。特別の障礙なき時は凸面を有する「ペロッター」を以て被ひ外傷打撲等を防ぎ、炎症を起せる時は消炎療法を行ふ。膿瘍・腫瘍等を續發し甚しき障礙を發生せるものは剔出す。

二 卵巣下垂 (Descensus ovarii) 卵巣が其生理的位置たる卵巣窩 (Fovus ovarii) を離れて下降し、終にツィグラス氏窩の基底まで達するものを云ふ。多くは後天性にして漏斗骨盤靱帯の弛緩を其主要なる起

因とす。又腫脹による自己の重量によりて下降することあり。子宮後轉を伴ふこと少なからず。

續發性變化を起さるる下垂にては便秘殊に硬便に際し及性交に際して著しき疼痛を發することあり。又位置異常の卵巣は鬱血により腫脹すること多し。

療法としては便秘を軟くし性交を慎み又は適當の「ベッサリウム」を應用す。障礙甚しき時は腔式に剔出するか又は腹式開腹術をなして漏斗骨盤靱帯を短縮す。

### 第三章 卵巣の循環障礙及出血

卵巣の循環障礙は一般の骨盤充血又は卵巣の位置異常に發し、間質内に浮腫を起し甚しく腫脹すること多し。

卵巣出血を其部位により限局性(實質性)出血 (Zircumschriebte od. parenchymatöse Blutung) と瀰漫性又は間質出血 (diffuse od. Stroma-Blutung) とに區別す。

就中最普通なるは實質性出血にして未熟濾胞殊に黃體に起ること最多し。間質出血は甚稀有なり。出血によりて卵巣内に血腫を形成し尙進んでは腹腔内に破壊し内出血となり、輸卵管妊娠中絶に於けるが如く子宮後血嚢腫を形成するに至ることあり第五六七頁参照

出血の原因は卵巣に於ける生理的殊に月經前期性充血の亢進にありて、月經時の性交・性交過度・骨盤の鬱血を誘起する全身又は骨盤臓器疾患によりて起るものなり。又急性傳染病・諸種の中毒症・血液疾患・

火傷等によりても見るごとありと云ふ。又リーデル Reich は初生児にて分娩外傷によりて起れる卵巣血腫を見たりと云ふ。

### 第四章 卵巣の炎症

卵巣炎 (Oophoritis) の語義は子宮内膜炎・筋層炎又は輸卵管炎に於けると同様近時甚しく變化せられたり。従来多くの人は左の如き分類を承認せり。

#### 一、傳染性卵巣炎

急性卵巣炎

#### 二、非傳染性卵巣炎 (慢性症) — 特發性卵巣炎 (Idiopathische Oophoritis)

傳染性卵巣炎の存在するや疑ひなしと雖、所謂非傳染性卵巣炎に關しては大に論議すべきものあり。従来月經障碍・薦骨痛及下腹部牽引痛等を訴へ、外診又は雙合診によりて卵巣部に著しき壓痛ある場合にて、而かも骨盤臓器に炎症性變化を認め得ざる場合は、直ちに特發性卵巣炎・非傳染性卵巣炎と診斷せられしこと、慢性子宮内膜炎又は筋層炎に於けると全く同様の關係にして今日に於ては全く廢棄すべき皮想説なり。従つて卵巣炎の定義は左の如く規定せらるべきものなり。卵巣炎とは細菌の傳染によりてのみ發起するものなり。病原菌の種類及其傳染経路は輸卵管炎に於けると同様なり。従つて最主要なるものは淋菌にして之れ

卵巣周囲炎

卵巣膿瘍

黄体膿瘍

假性「ルテイン」細胞

に次ぐは連鎖球菌なり。而して多くの場合多少の輸卵管炎を合併するものとす。

又傳染をうくる部位によりて間質性炎症と實質性又は濾胞性炎症とに區別す。充血・漿液浸潤・出血又は濾胞組織の破壊を來たし臓器著しく腫大す。又多くは卵巣周囲炎 (Perioophoritis) を起し周圍臓器と癒着す。而して淋菌傳染にありては「プラスマ」細胞の浸潤特に著明なること輸卵管炎に於けると同様なり。

解剖上及臨牀上に最甚しき變化は卵巣膿瘍又は膿腫 (Variababszess s. Pyovarium) なり。卵巣膿瘍は間質・濾胞・黄体内に起り又は黄体囊腫に續發することあり。間質膿瘍は血管及淋巴道傳染によりて起り、黄体膿瘍はグラフ氏濾胞の裂孔より侵入する細菌によりて發す。

黄体膿瘍 (Corpus-luteum-abszess) はランゲル Langer (Arch. f. G.,) によりて初めて觀察せられたるものにして卵巣膿瘍中最多數を占む。オルトマン Orthmann は三十例の卵巣膿瘍中二十一例の黄体膿瘍を見たりと云ふ。Martin, Menge, Pitha (Mon. f. G.,) 等も亦凡そ同様の觀察をなせり。

黄体膿瘍の肉眼的特徴は膿瘍壁に無數の皺襞を有し且「ルテイン」細胞の爲め黄色を呈することなり。然れども Wajen (Hegar's Beitrage Bd. 16 1911) は膿瘍膜の黄色なるを以て直ちに黄体膿瘍なりと診斷し得ざることを證明せり。即膿瘍膜の黄色は常に「ルテイン」細胞のみならず、アシヨフの所謂假性黄色腫細胞 (Pseudoxanthomzelle) によりても起るものなり。本細胞は慢性膿瘍壁に屢認めらるゝものにして、破壊遊離せる重屈折性脂肪を攝取せる結締織細胞なり。ケールは「ルテイン」細胞 (Pseudoluteinzelle) と呼ぶ。故に「ルテイン」膿瘍なる診斷は常に精細なる組織的検査によらざる可らず。

「ルテイン」細胞は褐色の色素を藏し且連續的膜様の細胞層をなし上皮性なることを示すに、假性黄色腫細胞は「マン」染色によりて多量の光輝ある紅色物質を認め且細胞の排列極めて不規則なり。

眞の黄体膿瘍は大きくとも鶏卵大を越へざるものとす。甚だしく大なるものは黄体囊腫の化膿により

卵巣の炎症