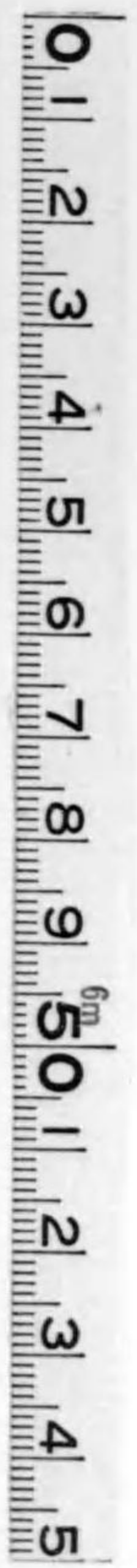


56
80□



始



7.8.11

醫學博士緒方十右衛門著

增訂第三版

婦人科診斷及治療學

東京 南山堂書店發行

編後
天正
6. 10. 5
内交

新訂 婦人科診斷及治療學 後編

目次

第四節 子宮筋腫ノ診斷及治療法……………一

筋腫ニ關スル局所解剖……………一

子宮筋腫ニ於ケル心臟ノ障礙……………九

筋腫ト妊娠……………一〇

筋腫ノ診斷……………一〇

筋腫變性ノ診斷……………二〇

筋腫ニ合併セル妊娠ノ診斷……………二二

筋腫ニ合併セル炎症性疾患……………二三

筋腫莖ノ捻轉……………二四

膀胱ノ障礙……………二四

腺性筋腫ノ診斷……………二五

筋腫ノ療法……………二六

一、腹式筋腫截除術……………二七

目次

二、剝離摘出術……………三〇

三、レントゲン療法……………三四

四、ラヂウム及メソトリウム療法……………三七

第五節 子宮轉位……………三九

子宮前位……………四三

子宮後位……………四四

子宮ノ側位……………四六

子宮ノ上昇……………四七

子宮ノ前轉……………四八

子宮ノ側轉……………四九

子宮ノ前屈……………五〇

子宮ノ後轉……………五一

子宮及ピ腔ノ下垂並ニ脱出……………八一

第六節

子宮内膜炎ノ診斷及ピ療法……………九二

實質炎及ピ宮體内膜炎……………九二

急性淋毒性子宮内膜炎……………九三

敗血性内膜炎……………九四

第二章

卵巢ノ疾患

第一節

卵巢腫瘍ノ診斷及ピ療法……………一一八

滯溜囊腫……………一二一

黃體囊腫……………一二三

囊狀腺腫……………一二三

漿液性腺性囊腫……………一二七

卵巢癌……………一三一

卵巢皮様囊腫……………一三五

類畸形腫……………一三九

卵巢纖維腫卵巢纖維筋腫……………一四〇

卵巢肉腫……………一四二

卵巢内皮細胞腫……………一四五

副卵巢囊腫……………一四五

卵巢腫瘍ノ診斷……………一四七

卵巢腫瘍種類ノ診斷……………一六七

卵巢腫瘍ノ療法……………一七一

一、腹式卵巢切除術……………一七二

二、腔式卵巢摘出術……………一七六

卵巢截除術ノ持續的治療……………一七七

脱落症狀……………一八一

卵巢及ヒ子宮摘出後ノ生體ニ及ボス影響……………一九一

卵巢ノ移植……………一九五

子宮摘出ノ卵巢ニ及ボス影響……………一九七

急性慢性卵巢炎ノ診斷竝ニ療法……………二〇〇

急性卵巢炎……………二〇〇

所謂慢性卵巢炎……………二〇四

第三章 輸卵管ノ疾患……………二〇六

第一節 輸卵管ノ炎症……………二〇六

生殖時期ニ於ケル輸卵管……………二〇六

年齢ニヨル輸卵管ノ變化……………二〇九

月經時ニ於ケル變化……………二一〇

妊娠産褥中ニ於ケル變化……………二一一

炎症論……………二一二

單純性加答兒性輸卵管炎……………二一二

輸卵管水腫……………二一四

化膿性輸卵管炎……………二一五

輸卵管結核……………二四七

子宮ノ惡性竝ニ良性腫瘍ノ輸卵管ニ及ボス影響……………二五五

一、子宮癌腫ノ輸卵管ニ及ボス影響……………二五五

二、子宮筋腫ノ輸卵管ニ及ボス影響……………二五九

結節性輸卵管峽部炎……………二六八

輸卵管炎ノ診斷……………二六九

喇叭管炎ノ豫防法.....二七九

輸卵管炎ノ療法.....二七九

第二節 子宮外妊娠.....二八三

第四章 骨盤腹膜炎ニ骨盤結締織ノ疾患.....三〇二

第一節 骨盤腹膜炎.....三〇二

第二節 骨盤結締織炎.....三一四

第六編

第一章 淋疾.....三二八

淋毒性膾炎.....三三一

淋毒性尿道炎.....三三二

子宮淋.....三三五

淋毒性喇叭管疾患.....三三七

淋菌性卵巣炎並ニ骨盤腹膜炎.....三三九

肛門及ビ直腸淋毒症.....三四一

淋毒性疾患ノ豫後.....三四三

淋毒性疾患ノ診斷並ニ一般療法.....三四三

婦人淋疾ニ於ケル淋菌ワクチンノ診斷上並ニ治療上ニ

於ケル價值.....三四六

第二章 生殖器結核症.....三五八

生殖器結核ノ蔓延.....三五九

喇叭管結核.....三六一

子宮結核.....三六三

卵巣結核.....三六五

腹膜炎結核.....三六五

膾及ビ外陰部結核.....三六六

第三章 腐敗性疾病.....三六六

腐敗性中毒.....三六八

吸收熱.....三六八

傳染病.....三七〇

外陰部並ニ膾ノ限局性敗血傳染.....三七〇

子宮内傳染……………三七〇

骨盤結締織炎……………三七三

子宮外膜炎・腹膜炎……………三七六

創傷傳染ノ重症……………三七七

潰瘍性心内膜炎……………三八二

第七編

第一章 生殖器出血ノ原因竝ニ療法……………三八七

無因ノ子宮出血及ビ子宮粘膜炎及ビ筋層肥厚症……………四〇一

所謂慢性子宮實質炎又子宮内膜ノ增生筋肥厚……………四一四

第二章 無月經及ビ月經過少……………四一八

第三章 月經困難……………四二八

第四章 不妊症……………四四〇

小兒性症(兒態)……………四五二

内分泌……………四六一

内分泌線……………四六五

内分泌線ノ婦人生殖機能ニ對スル影響……………四六五

上皮體ノ分泌……………四七三

第八編 泌尿器疾患ノ診斷及ビ療法……………四七五

第一章 解剖及ビ生理概要……………四七五

第二章 尿道ノ疾患……………四七八

第三章 膀胱疾患……………四八三

第一節 膀胱炎……………四九〇

第二節 膀胱結核……………四九二

第三節 膀胱腫瘍……………四九三

第四節 膀胱結石……………四九四

第五節 尿ノ失禁症……………四九五

第六節 尿 瘻……………四九六

第七節 夜尿症……………五〇三

第八節 尿 閉……………五〇三

第四章 腎臟ノ検査法……………五〇四

腎臟機能ノ検査法……………五〇五

第五章 腎盂炎……………五〇七

腎盂炎ノ診断及治療……………五〇八

第六章 婦人細菌尿……………五一七

膀胱炎ニ因スル細菌傳染ノ經路……………五二〇

補助的原因……………五二一

自家ワクチン製法……………五四八

結論……………五五五

新訂 婦人科診断及治療學 後編目次終

新訂 婦人科診断及治療學 後編

醫學博士 緒方十右衛門 著

第四節 子宮筋腫ノ診断及治療法

筋腫ニ關スル局所解剖 Topographie der Myome.

子宮筋腫 Die Uterusmyome ハ子宮ニ於ケル平滑筋纖維ノ限制的新生ニシテ、多クハ初メ多數ノ萌芽アリ、其内少數ノモノノミ増大シ他ハ單ニ其周圍ヲ包擁スルニ止マルモ、時トシテ數多ノ筋腫集合シ不規則ナル塊狀物ヲ形成スルコトアリ、而シテ初メハ間質内ニ其萌芽ヲ有スルモノ最モ多キガ如シ、從來唱導セラレタルガ如ク、初メ間質内ニ發生シ其後發育ノ状態ニヨリ種々ノ位置ヲ執ルモノナラントノ說ハ、近時眞ヲ措キ難キニ至レリ、其大サ亦甚ダ種々ニシテ小ナルハ顯微鏡ニ依リテ僅カニ發見シ得ルニ過ギザルモ、大ナルハ五十キログラム以上ヲ算セシモノアリ、我國ニ於テ最大ノモノトシテ知ラルルハ小川氏

ノ實驗セル粘液纖維筋腫ニシテ、其重量實ニ三萬二千六百瓦ヲ算セリト云フ。
筋腫若シ子宮體ニ生ズレバ之ヲ子宮體筋腫(Corpusmyom)ト云ヒ、頸部ニ生ズルヲ頸部筋腫(Cervixmyom)ト稱ス。子宮體筋腫ハ其存在ノ部位ニヨリテ更ニ漿膜下筋腫、間質性又ハ壁内筋腫、粘膜炎下筋腫等ニ分タル。

(一)漿膜下筋腫 Subseröse Myome ハ子宮ノ外壁ヨリ外方ニ向ツテ發育シ漿膜之ヲ包被ス。小ナルモノハ僅カニ子宮ノ外面ニ結節ヲナシ、大ナルハ漸次子宮壁ヨリ離レテ固有ノ腫瘍ヲ形成スルモ必ズ莖ヲ以テ子宮ト連絡ス。莖ハ大小種々ニシテ其大ナルハ筋腫ノ一部ヨリ成リ、小ナルハ單ニ纖維維ト腹膜及ビ血管トニヨリ構成セラル、稀レニ全然子宮ヨリ離斷セラルルコトアリ。筋腫若シ子宮側方ヨリ發生スルトキハ、廣靱帶ノ兩葉間ニ侵入發育ス之ヲ靱帶内筋腫 Intra-ligamentäre Myomeト稱シ、時ニ子宮トノ連絡全ク杜絶シ、遂ニ遊離スルニ至ルコトアリ。又子宮體ノ下部ヨリ發生シ腹膜下ニ發育スルコトアリ、之ヲ腹膜下筋腫 Subperitoneale Myomeト稱ス。

小莖ヲ有セル筋腫ニアリテハ子宮固有ノ形狀ニ變化ヲ來タサズト雖モ、子宮腔ハ少シク延長セラレ、纖維維ノ肥厚ニヨリテ宮體僅カニ増大ス。然レドモ子宮體中ニ筋腫ノ一部分存在セルトキハ、其形狀ニ變化ヲ及ボスモノナリ。

(二)間質性筋腫 Die interstiellen (intraparietae n. intramuralen) Myome 又ハ壁内筋腫ハ子宮壁内ニ存在シ、周圍ハ子宮筋層ニ圍繞セラル。故ニ子宮壁ハ筋腫ノ存スル側方ニ於テ増大シ、健側ハ長、幅共ニ延長セラレ、從テ其壁ノ菲薄トナルヲ免レズ。一般ニ間質性筋腫ノ場合ハ子宮増大シテ妊娠子宮ノ如キ状態ヲ呈シ、子宮腔モ亦タ其長サ及ビ幅ニ變化ヲ來タシ、時ニ側方ニ偏在スルニ至ル。若シ筋腫ノ子宮腔ニ向ツテ膨隆スルアラバ腔ハ爲メニ弓形ヲ呈ス。

(三)粘膜炎下筋腫 Die submukösen Myome ハ子宮腔ニ向テ發育スルモノニシテ、腫瘍ノ一半ハ子宮腔内ニ一半ハ筋層内ニアリ、内方ハ粘膜炎下筋腫ニヨリ被覆セラル。更ニ發育スルニ從ヒ子宮腔内ニ向テ次第ニ膨隆シ、全子宮體ハ球形ヲ呈シ、從テ子宮壁菲薄トナル。子宮壁ト筋腫トノ結合ハ甚ダ多様ニシテ、或ハ大ナル或ハ細長ナル莖ヲ以テ子宮内壁ト連絡ス。其大ナルモノハ筋腫自己ヨリ構成セラルルモ、小ナルハ僅カニ纖維維ノミヨリ成ル。此際子宮腔ハ種々ノ變化ヲ蒙ルモノナルモ、一般ニ延長擴張セラレ、小ナル茸腫狀筋腫ニアリテハ全ク其腔内ニ包藏セラルルコトアリ。

粘膜炎下筋腫ハ子宮内面及ビ子宮内口ニ壓ヲ與フルガ故ニ、反射的ニ子宮ノ收縮ヲ起シ爲メニ腫瘍ノ轉位ヲ來ス。長莖ヲ有スル腫瘍ハ子宮内口ヲ擴張シ、内口ヨリ外口ニ出デ遂ニ腔内ニ垂下ス。時ニ腹壓ニヨリ外陰部ニ表ハルコトアリ之ヲ筋腫ノ分婉ト呼ビ、斯カル筋腫ヲ纖維性茸腫 Fibrose Polypenト稱ス。此際莖ハ非常ニ緊張セラルルニヨリ、爰ニ貧血性壞疽ヲ來タシ、次デ腔内細菌ノ爲メニ膿敗ニ陥ルコトアリ。

Waller 氏ノ注意スル處トナリ、カン

Y. v. Campe 氏ハ屢々子宮粘膜炎増生シテ所謂茸狀子宮内膜炎 Endometritis fungosa ト同様ノ變化ヲ見タリト云フ。尙ホ同氏ハ彼ノ慢性子宮實質炎ニ於ケルト同様粘膜炎ノ組織的變化ヲ以テ出血ヲ説明シ得ルモノトセリ。然レドモ近時ノ研究ニヨリテ出血ノ度ハ粘膜炎ノ組織的變化ニ一致セザルモノナルコトヲ知レリ。Zemb 氏ハ出血ノ度ハ寧ろ子宮壁ノ肥厚及ビ之ニ隨伴セル血管ノ増殖ニヨルモノトセリ。

要スルニ子宮粘膜炎ノ變化ニ就テハ次説アリ。ハカンベ Campe フロイन्द Freund ランダー Landau ノ諸氏ハ内膜炎ヲ又ウキデル Wjlder ゼンブ Semb ウキンテル Winter ノ諸氏ハ粘膜炎ノ増生ヲ認め、次デ壓迫ニヨリ萎縮ニ陥ルモノトセリ。

リーブマン Liepmann 氏ハ筋腫ヲ被覆セル粘膜炎及ビ對側ノ粘膜炎ハ共ニ増生スルコトナク、唯ダ多數ノ筋腫結節ノ子宮腔ニ膨隆セル間隙ノ粘膜炎ノ増生ヲ來スモノナリトシ、尙ホ肉眼的ニ肥厚セル粘膜炎ハ組織的ニハ單ニ浮腫ナルカ、或ハ眞ノ生理的月經前ノ腫脹ナリト認め、又浮腫性腫脹ハ漿膜下筋腫ニハ決シテ之ヲ見ルコトナク、間質性筋腫ニハ輕度ノ粘膜炎浮腫ヲ伴フコトアリトセリ。之ニ反シ間質性筋腫又ハ子宮腔内ニ少シモ隆起セザル粘膜炎下筋腫ニテハ其粘膜炎何等萎縮ノ微ナク、殊ニ壁内筋腫ニテハ粘膜炎ノ萎縮ヲ來スコトナシト。

間質性筋腫ニテ遠心性増殖ヲナセル者ニアリテハ、子宮粘膜炎ハ全ク之ニ關與スルコトナク、粘膜炎自己モ亦浮腫ヲ來スコトナシ。之ニ反シ求心性ニ發育セル間質性筋腫ニ於テハ腫瘍ヲ被覆セル粘膜炎及ビ否ラザル粘膜炎ノ全般ニ亘リ、比較的屢々浮腫ヲ呈スルモノナリ。筋腫ガ粘膜炎ニ接近スルニ從テ粘膜炎ハ菲薄トナリ、腺モ亦其數ヲ減少ス。牽引・壓迫ノ平等ナル時ハ腺間ノ距離隔離セラルルノミナルモ、若シ不平均ナルニ於テハ、腺ノ方向ハ傾斜シテ粘膜炎表面ニ平行シ、遂ニハ消滅スルニ至ル。又腫瘍ニシテ求心性増殖ヲナスモ時ニ粘膜炎ノ萎縮ニ陥ラザルコトアリ。

粘膜炎下筋腫ニテハ粘膜炎ニ萎縮ヲ來スコト最モ甚ダシク、從テ其大ナルモノニアリテハ單ニ上皮ノ被覆ヲ有スルニ過ギズ。或ハ又時ニ上皮ノ全然缺損スルコトアリ、然レドモ筋腫附近ノ粘膜炎尙ホ浮腫ヲ呈シ外見上肥厚セルガ如キ觀アルモノトス。之レヲ要スルニ大多數ノ場合、粘膜炎ニ炎症ヲ見ルコトナキモ、漿膜又ハ附屬器ノ炎症ヲ合併セル際ニ於テハ之ヲ見ルコトアリ。

子宮筋腫ニテハ其粘膜炎ニ於ケル血管ノ關係ニ特異ノ點アリ。リーブマン Liepmann 氏ハ健康ナル子宮ニ蛋白墨汁ヲ注入セシニ深部ヨリ表面ニ向ヘル粘膜炎血管ノ屈曲點ニ當リ小墨點ヲ示セルニ反シ、粘膜炎下筋腫ニテハ上皮ノ直下ニ當リ表面ニ平行ニ走り、且ツ比較的大ナル血管ノ網狀ニ交叉スルヲ見タリ。此血管ノ徑路ハ腺ノ方向ト同様、斜ニ表面ニ平行スルモノニシテ、是レ筋腫ノ發育ニ一定ノ關係ヲ示セルモノトセリ。

粘膜炎下筋腫ニテハ此網狀血管ハ極メテ初期ニ表ハル、是レ腫瘍基底部ニ於ケル血管ノ屈曲ニヨリ靜脈壓迫セラレ著ルシク擴張セラルルニヨルナルベシ。

間質性筋腫ニ於テハ筋腫ガ表面ニ近接スルニ從テ粘膜伸展セラレ、血管ハ其方向ヲ變ジ、求心性増殖ノモノニ於テハ、血管ハ非常ニ擴張セラレ、上皮下ニ於テ靜脈竇ヲ形成シテ充血ヲ起シ以テ浮腫ヲ由來セシムベキモノナルモ、又何等充血ノ徵候ナクシテ浮腫ノミヲ見ルコトアリ。

余ハ以上兩説ノ何レガ真ナルカ未ダ判定スルコトヲ得ザルモ、從來ノ研究ニ依レバ粘膜ニ近ク存スル間質性筋腫或ハ粘膜下筋腫ニ於テハ之ヲ被覆スル部分ニ上記ノ萎縮状態ヲ示シ、出血ノ傾向アルモノニテハ筋腫ヲ被覆セザル部分ハ浮腫ノ状態ニアリ、腺ハ月經前期ノ状態ニアルモノ甚ダ多キガ如ク、彼ノ眞ノ炎症ト見ルベキ圓形細胞ノ浸潤、プラスマ細胞ノ群簇等ヲ發見スルコト甚ダ稀レナリ、然レドモ當時尙ホ調査中ニ屬シ未ダ確言スルヲ得ズ、何レ他日ヲ期シテ發表セント欲ス。

頸部筋腫 Cervixmyoma ハ甚ダ稀レニシテ其多クハ同時ニ體頸兩部ニ起リ、或ハ體部ヨリ起リテ頸部ノ壁ニ及ブモノナリ、頸部筋腫モ亦更ニ三種ニ區別ス(一)漿膜下頸部筋腫 Subserosa Cervixmyome (二)間質性頸部筋腫 Interstitielle Cervixmyome (三)粘膜下頸部筋腫 Submucöse Cervixmyome 即チ是レナリ。

筋腫發生ト年齢 筋腫ハ屢々遭遇スル腫瘍ニシテクロブ Klob 氏ハ四十歳以上ノ婦人ニ於テ其四〇%ニ之ヲ發見セリ、一般婦人科疾患ノ四一〇%ニ當ルト云フ、三十歳ヨリ經歇期ニ至ル間ニ多ク、二十五歳以前ニアリテハ甚ダ稀ニ見ルモノニシテ我國ニテ最モ吾

人ノ遭遇スル年齢ハ三十五歳—五十歳ノ間ニアルモノノ如シ。

筋腫ハ其形一般ニ球狀ニシテ稀レニ卵圓形ヲ呈シ、求心性ニ發育スルヲ以テ常ニ該形ヲ維持スルモノトス、漿膜下筋腫ニアリテハ完全ナル球形ヲナシ、表面平滑ナリ、然レドモ時ニ卵圓形又ハ分葉狀ヲナシ、結節狀ノ表面ヲ呈スルコトアリ、粘膜下筋腫ハ子宮腔内ニアル間ハ同ジク球形ヲナスモ、子宮收縮ニヨリテ娩出セララルニ際シ變形ス、例之バ子宮頸管ヲ通過スルノ際引キ延バサルルカ、若シクハ子宮口ノ絞窄ニヨリ息肉狀ヲ呈スルコトアリ、又漿膜下筋腫ニアリテモ妊娠ニ際シテ著ルシク變形スルコトアリ。

筋腫ノ硬度如何ハ診斷上最モ必須ノ要件ニシテ、一ニ之ヲ構成セル元素筋組織並ニ結締組織ノ配合ノ如何ニ關ス、結締組織多クレバ硬度愈々強ク、筋纖維ノ多キニ從ヒ其質柔軟トナル、純纖維腫ニシテ漿膜下ニアルモノハ石様ノ硬度ヲ呈スルコトアリ、純筋腫ハ其質柔軟ニシテ妊娠子宮ノ硬度ノ如ク壓迫シ得ラレ、且ツ假性波動ヲ呈シ囊腫様ノ感ヲ呈スルコトアリ、其他筋腫ヲ包圍スル子宮壁ノ厚キモノニ於テハ、其質柔軟ナリ、然レドモ一般ニ筋腫ノ多クハ健康子宮ニ比シテ遙カニ硬ク、之ニヨリ筋腫ノ發生ヲ想像セシム、其他筋腫ハ間質ニアル結締組織ノ萎縮ニヨリ又ハ石灰化ニヨリ、石様ノ硬度ヲ呈スルコトアリ、斯カル變化ハ最モ多ク漿膜下筋腫ニ起リ、間質性筋腫ニハ甚ダ尠ナク、且ツ其多クハ中心ニ或ハ稀レニ周圍ヨリ起ルモノナリ、尙ホ診斷上注意ヲ要スルハ筋腫ノ軟化ナリ軟化ハ殆ンド常ニ妊娠中ニ起ルモノニシテ此際著ルシク増大シ且ツ柔軟トナリ、妊娠經過後再

ビ舊態ニ復スルモノナリ。

筋腫ハ脂肪變性ヲナシ糜爛破壊スルコトアリ、此變性ハ妊娠又ハ產褥其他營養障礙ニ基
因スルモノナリ、即チ產褥中又ハ子宮粘膜炎ノ搔爬後筋腫全體ノ壞疽ヲ來シ、固有ノ硬度ヲ
變ジテ柔軟トナルコトアリ。

筋腫ノ炎衝又ハ化膿ハ傳染ニヨリ或ハ粘膜炎下筋腫排出ノ際ニ起ルモノニシテ、何レモ其
硬度ヲ柔軟ナラシム。又筋腫ノ組織中ニ液體ノ充盈シタルモノハ其質最モ軟弱ナリ、斯カ
ル變化ハ筋腫ノ變性ナルカ、或ハ結締組織ノ淋巴間隙若シクハ擴張セル淋巴管中ニ於ケ
ル淋巴液ノ滯溜ニ因ル。其硬度ハ甚ダ種々ニシテ、筋腫全部ニ亘リ同時ニ液體ノ浸潤アル
場合ハ稍々妊娠子宮ニ於ケル硬度ニ類シ、肉腫樣變性ヲ來セル際ニハ軟化スルニ至ルコ
トアリ。

筋腫ノ可動性ハ子宮ニ對スル關係ニヨリテ異ナルモノニシテ、粘膜炎下筋腫及ビ間質性筋
腫ニ於テハ子宮自己ノ移動ニ因ス。漿膜下筋腫ニテハ筋腫自己ノ可動性如何ニ因ルモノ
ニシテ、子宮ト連絡ノ狀態如何ニ關ス。若シ其莖太キ時ハ子宮ニ對シテ僅カニ移動スルニ
過ギザルモ、小ナル時ハ移動比較的容易ナリ。

漿膜下筋腫ガ其可動性ヲ失スルハ特別ノ場合ニアリ、即チ廣靱帶内若シクハ腹膜下筋腫
ニテハ之ヲ被ヘル腹膜ニヨリテ骨盤底ニ固定セララルガ故ニ可動性ナラザルモ、僅微ノ
移動ハ無論之ヲ許スモノナリ。

骨盤結締織炎ノ滲出液若シクハ子宮外膜炎ニ基因スル瘰癧著ニ於テハ全然其移動性ヲ失
ヒ、又漿膜下筋腫ノ骨盤内ニ嵌入セル場合、若シクハ間質性筋腫ニ子宮後屈合併シ、且ツ骨
盤内ニ嵌入セル時ニハ全然其移動性ヲ失フモノナリ。

子宮筋腫ニ於ケル心臟ノ障礙 Herzkörungen beim Uterusmyom.

子宮筋腫ノ場合ニ屢々心臟ノ障礙ヲ實驗スルコトアリ、之ヲ筋腫心臟 Myomherzト總稱ス。
一般ニ筋腫患者ノ四〇%ニハ臨牀上心臟ニ於ケル變化ヲ見ルモノニシテ、多クハ貧血性
雜音ナルモ大ナル筋腫ニ於テハ出血ノ有無ニ關セズ、特ニ心臟筋肉ノ褐色性萎縮ヲ見ル
コトアリ。又屢々心臟腔洞ノ擴張、心筋ノ脂肪變性アリ、是レ多クハ出血ノ結果ナルベシ。又
心臟房心室ノ擴張ニヨリテ瓣膜ノ不全閉鎖ヲ來スコトアリ、或ハバセドウ氏病ノ症候ヲ
呈シ容易ニ興奮シ手指ノ震戰、發汗、頸動脈ノ搏動眼球突出、申狀腺腫ヲ見ルコトアリ。尙ホ
筋腫患者ニハ出血ナクシテ動脈硬化症ヲ伴フコト尠ナカラズ、此際ハ普通血壓ノ上昇ヲ
見ザルモノナリ。

是等心臟ニ於ケル變化ハ粘膜炎下筋腫ニ著明ニシテ、漿膜下筋腫ニハ殆ンド之ヲ缺如ス。其
他小ナル間質性筋腫ニシテ出血ナキ場合ニ尙ホ心臟ニ於ケル變化ヲ見ルコトアリ。

筋腫ト妊娠

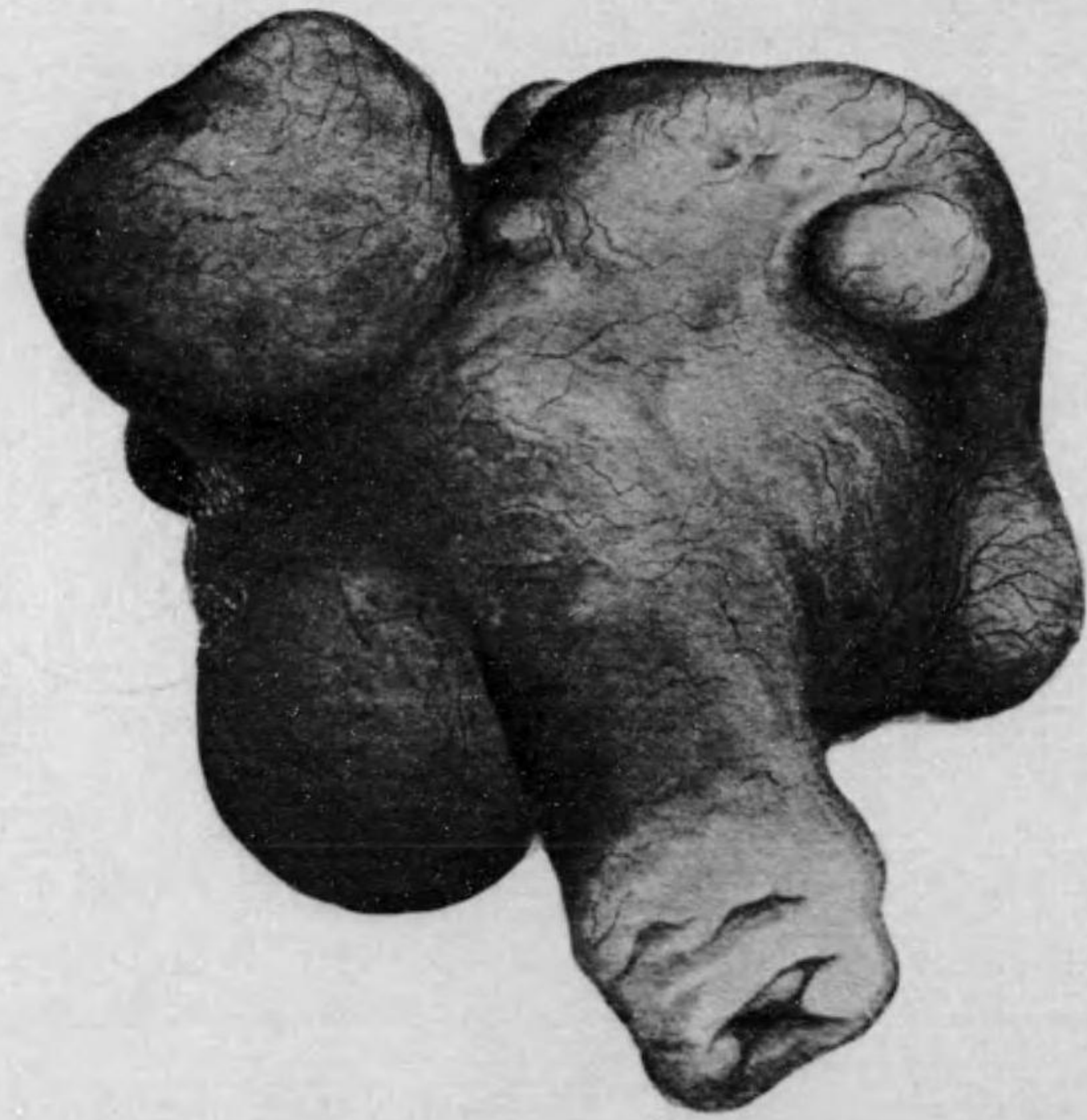
一般ニ筋腫患者ニハ不妊者多シ。獨逸ニ於ケル一般不妊率ハ約十一%ニシテ、當科ノ調査ニテハ外來患者壹萬六千二百六十七人中、結婚後三年以上妊娠セザルモノ十六・五%ニ當レリ。獨逸ニテハ既婚ノ筋腫患者中ノ不妊率ハ二〇—二五%ヲ示シ、京都大學ノ統計ニテハ筋腫患者中附屬器ノ合併症者ヲ除キテ尙且ツ五十五%以上ニ不妊者ヲ見タリト云フ。

筋腫ノ診斷 Diagnose der Myome.

筋腫ノ診斷ハ子宮腔内、又ハ子宮壁、或ハ子宮壁外ニ存在スル硬剛ナル腫瘍ヲ觸知スルニアリ、之ヲ行フニ當リテハ吾人ハ腫瘍ノ直接觸知、子宮附屬器ノ觸診及ビ消息子使用ヲ要ス。最モ必要ナルハ腫瘍ヲ直接ニ觸知シ、且ツ此腫瘍ハ子宮ト直接ノ連絡ヲ有スルコトヲ知ルニアリ。

間質性筋腫ハ直接之ヲ觸ルルヲ得ズ、唯ダ肥厚且ツ増大セル子宮ヲ觸知スルニ過ギズ、殊ニ其小ナルモノニ至リテハ其診斷困難ナリ。本症ハ子宮増大シ且ツ其硬度ノ變化スルニ及ビ甫メテ筋腫ノ存スルコトヲ疑ハシム。又子宮甚ダ柔軟ニシテ一部分ニ於テ限局性ノ固キ硬度ヲ呈スルカ、或ハ子宮壁ノ一部分膨隆セバ亦疑ヲ筋腫ニ措クニ足ルベシ。腫瘍ノ大サ手拳大ニ至ルトキハ腫瘍若シクハ子宮ヲ識別シ難キコトアリ、此場合ニハ子宮腔部

第 一 表



漿膜下兼間質性筋腫ニテ子宮全摘出ヲ施セルモノ

ガ直接腫瘍ニ移行スルヤ否ヤヲ探知シ以テ診定スベシ。
間質性頸部筋腫ノ診斷ハ比較的容易ナリ。本腫瘍ハ壁ノ一側ニ同様ナル結節様隆起ヲナシ、對側ノ子宮頸部壁ハ菲薄トナリ半月狀ヲ呈ス。而シテ頸部ノ下部ニアル時ハ腔内ニ腫瘍下垂シ、子宮外口ノ開哆セルトキハ頸管内ニ隆起セル部分ヲ透視スルヲ得ルコトアリ。粘膜炎下筋腫ニテハ子宮ハ平等球形ニ増大シ腔部ハ腫瘍ノ中央ニ位ス、然レドモ確實ナル診斷ハ頸管ノ哆開セル時直接ニ之ヲ觸知スルカ又ハ腔内ニ娩出セラレタルノ際ニアリ。尙ホ粘膜炎下筋腫ハ月經時ニ於テ腫脹シ陣痛ヲ起シ頸管ヲ開張セシメ、月經終レバ筋腫ハ再ビ頸管中ニ入り頸管閉鎖ス。又高度ノ月經過多ノ場合ニハ粘膜炎下筋腫ニ疑ヲ存シ月經時ニ檢スルノ要アリ、即チ子宮内ニ指尖ヲ插入スレバ硬キ腫瘍ヲ觸知シ、且ツ其腫瘍ハ子宮壁ト多少ノ連絡アルコトヲ發見スルカ、又ハ壁ノ一部ノ隆起ヲ認ムベシ。莖ノ大小ヲ知ルニハ直接之ヲ觸知スベク若シ觸知シ難キトキハミゾー氏鉗子ヲ筋腫ニ掛ケ注意ノ下ニ之ヲ回轉セシム。其莖小ナレバ回轉容易ナルモ太キトキハ困難ナリ。時ニ筋腫其莖ヲ失シテ獨リ頸管中ニ止マリ、頸部ヲ球狀ニ膨隆セシムルコトアリ。漿膜下筋腫ハ觸診ニヨリテ最モ容易ニ之ヲ診斷スルコトヲ得ベシ、之ガ小ナル間ハ子宮外面ニ於テ一ノ結節又ハ有莖ノ硬キ腫瘍トシテ之ヲ觸知シ得ベシ。大ナルモノハ子宮トノ連絡如何ニヨリテ、其所見ヲ異ニスルモノニシテ、連絡大ナル時ハ子宮ト合同シテ一大腫瘍ヲ構成シ、只其一部ニ子宮ノ殘部ヲ觸知スルニ過ギザルコトアリ。腫瘍ト子宮トノ連

絡ハ其狭小ナルニ從ヒ、益々其診斷ヲ困難ナラシム、是レ筋腫ハ近在子宮ト同様ノ硬度ヲ表ハスニ至ルガ故ナリ。莖ニシテ長ケレバ子宮ト筋腫トヲ各別ニ觸知シ得ベシ。一般ニ筋腫ノ莖ハ太クシテ短カク且ツ肉様ナリトス。

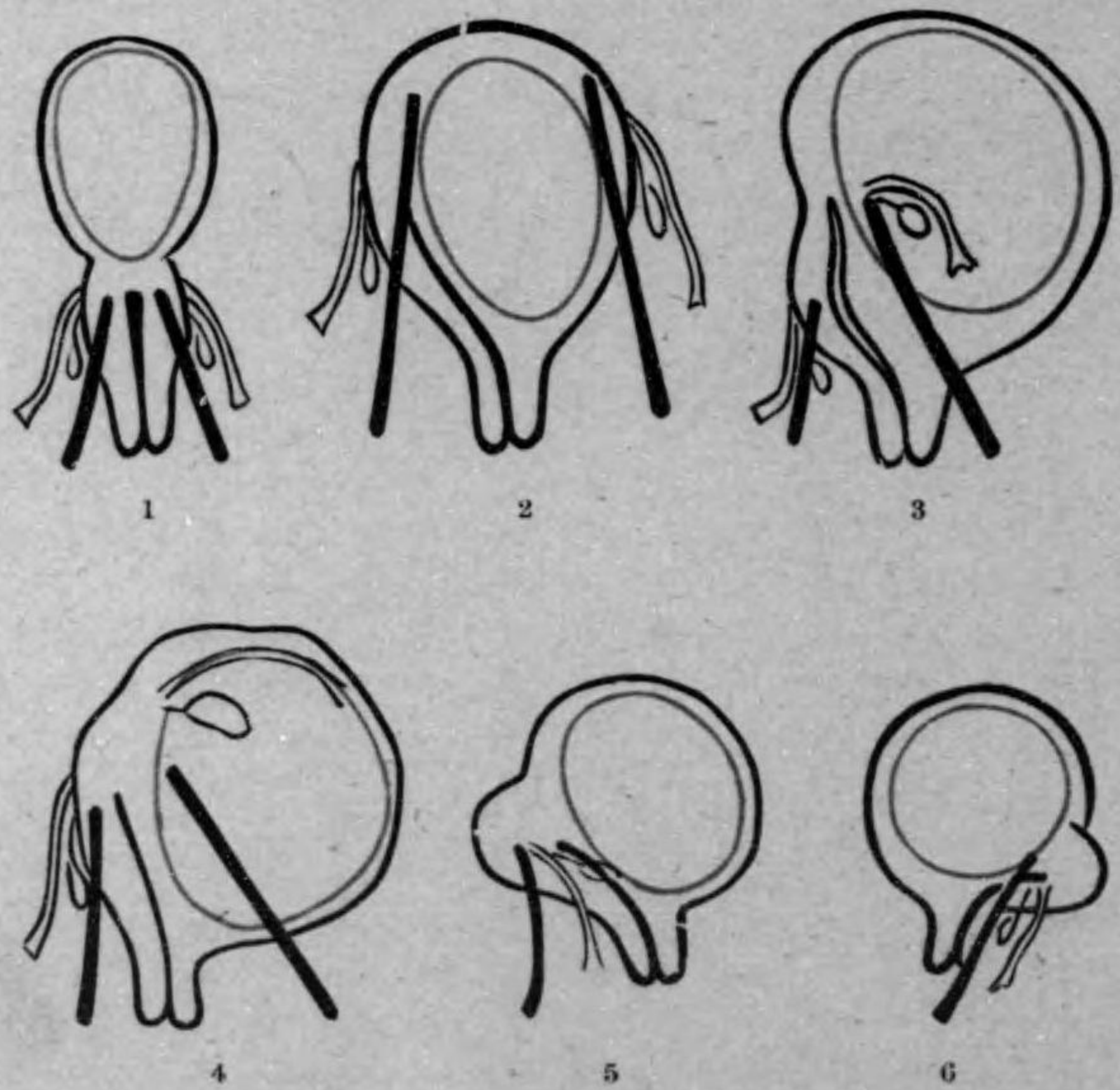
廣靱帶内ニ發育セル筋腫ハ子宮ノ側縁ト腫瘍トハ連絡ハ存在ニヨリテ之ヲ診斷シ得ベシ。子宮ハ他方ニ壓迫セラレ骨盤結締織内又ハ腔周圍ノ結締織内ニ深入ス。其他腫瘍可動性ノ減少附屬器ノ關係モ亦診斷上ノ一助トナリ得ベキモノナリ。

附屬器ノ觸診ハ筋腫ノ診斷上甚ダ必要ニシテ、若シ附屬器ヲ觸知シ得ザル時ハ筋腫ノ位置發生ノ状態ヲ知り難シ、殊ニ圓靱帶ノ徑路ハ以上ノ關係ヲ知ルニ最モ必要ナリ。即チ先ヅ耻骨水平枝ノ直上ニ外手ヲ以テ強ク壓迫ヲ加フル時ハ、強キ索狀體トシテ圓靱帶ヲ觸知シ得ベク、之ニヨリテ其徑路殊ニ其索狀體ノ腫瘍上ニ於ケル附著部ヲ想像シ得ベシ。然レドモ腹壁厚キカ又ハ腹壁ノ緊張セル場合ニハ其觸診不可能ノコトアリ。

附屬器中卵巢ハ筋腫ノ際其位置ヲ變ズルモノナリ、蓋シ卵巢靱帶ナルモノハ短且ツ鞏固ニシテ、子宮底ノ近クニ於テ其左右ニ卵巢ヲ連結セルヲ以テ、子宮ト共ニ其位置ヲ轉ズルニ至ルナルベシ。

筋腫ノ位置及ビ發育ノ方向ハ圓靱帶ノ徑路ニヨリテ略々想像スルコトヲ得ベシ。漿膜下筋腫ニテ子宮底ヨリ發シモノハ圓靱帶ハ何等關係ナケレバ其位置ヲ變ズルコトナク卵巢モ亦同ジ(第一圖ノ一)筋腫若シ子宮内ニテ、殊ニ圓靱帶附著部ノ下ニアル時ハ、圓靱帶

第一圖

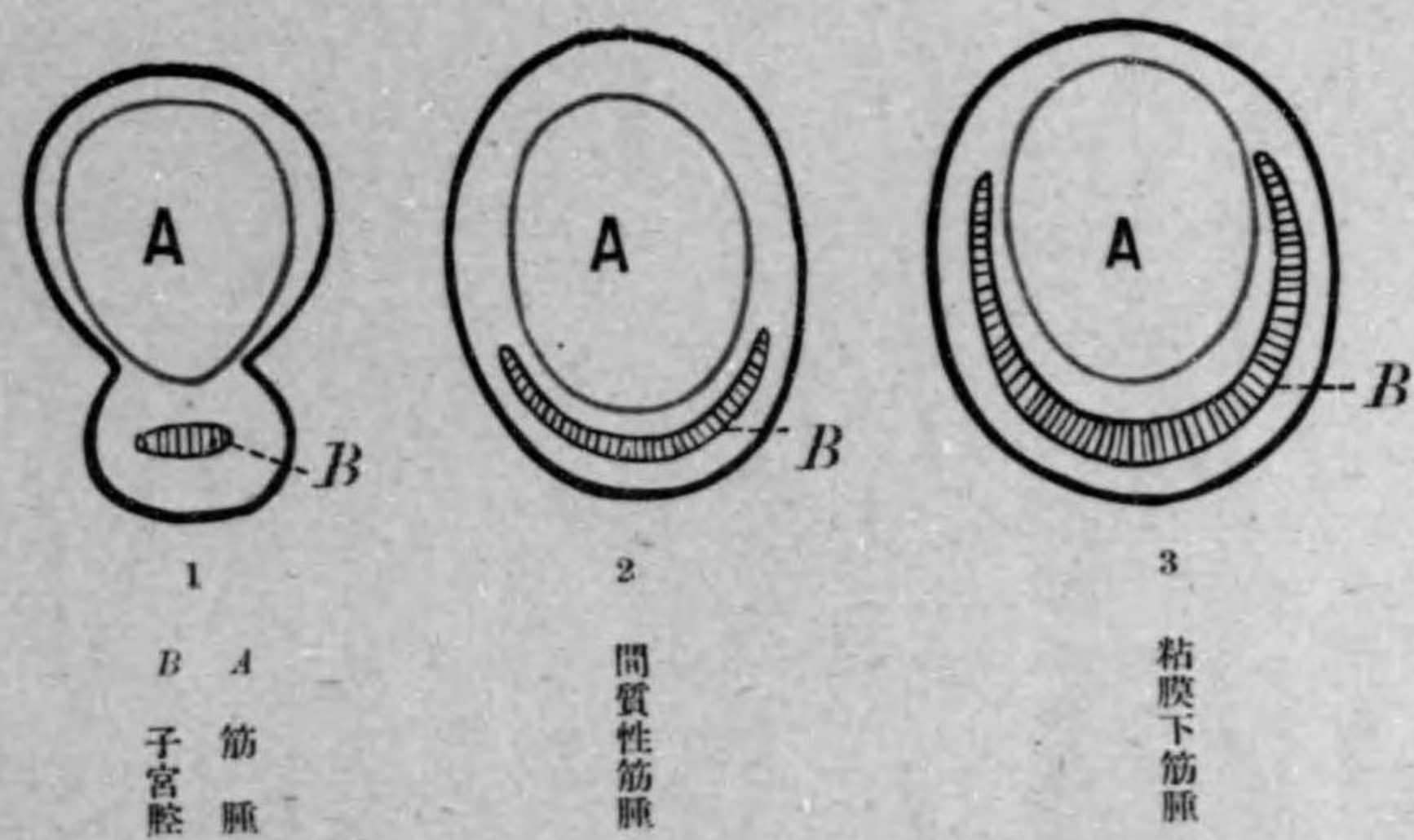


Nach Winter.

ハ上方ニ延長セラレ、卵巢モ左右共ニ提舉セララルニ至ル(第一圖2)若シ子宮ノ一壁ニアリテ上方ニ向ツテ發育スル時ハ、子宮ハ斜位ヲ取り一側ノ圓靱帶ハ低ク他ノ一側ハ高位ヲ取りテ腫瘍ノ上ヲ斜走シ卵巢モ亦一側ハ低ク、他側ハ高位ヲ取ル(第一圖ノ3)廣靱帶内ニ發育セル時ハ一側ノ附屬器ハ子宮ト共ニ異常ナキモ、他側ニ於テハ卵巢及ビ圓靱帶ハ互

圖 二 第

Nach Winter.



ニ隔離セラレ、圓靱帶ハ腫瘍ノ前面ヲ走り、
 卵巢ハ腫瘍後面ニ、喇叭管ハ腫瘍ノ頂上ニ
 位スルニ至ル(第一圖ノ1)。又腫瘍ガ子宮ノ
 後面ヨリ發スルトキハ圓靱帶及ビ卵巢ハ
 腫瘍ノ前面ニ來ル(第一圖ノ5)。之ニ反シ前
 面ニ發生セル時ハ、圓靱帶ハ後面ニ來リ、卵
 巢モ亦後面ニテドウグラス氏窩中ニ入ル
 ニ至ル。
 子宮頸部ノ筋腫ニ於テハ附屬器ノ位置ニ
 變化ヲ來サズ、其大ナルニ及ビ子宮底ト共
 ニ僅カニ上方ニ提擧セララルルニ過ギズ。
 消息子ハ筋腫診斷上ニ必要ナルモ、之ニ伴
 フ危險アルヲ以テ使用ニ際シテハ必ラズ
 一定ノ制限ヲ設クベキモノナリ。第一ノ危
 險ハ之ガ使用ニヨリテ腔及ビ頸管内ノ細
 菌ヲ子宮内ニ深ク送入セシムルコトニシ
 テ、第二ハ子宮壁ノ穿孔ニアリ、殊ニ筋腫ニ

アリテハ子宮壁ニ菲薄ナル部分アルヲ以テ屢々穿孔ノ危險ニ遭遇スルコトアリ、其他筋
 腫發生部ノ如何ニヨリテハ、消息子使用ノ全ク不可能ナルコトアリ。

吾人ハ消息子ノ使用ニヨリテハ、消息子使用ノ全ク不可能ナルコトアリ。
 腔ヲ探知シ得ベク、更ニ腫瘍中ニ消息子ヲ入ルルコトヲ得バ腫瘍ハ子宮ニ屬スルモノナ
 ルコトヲ知ル。又間質性筋腫ニテハ、消息子ノ使用ニヨリ子宮壁ノ何レニ筋腫アルヤヲ知
 リ得ベク、漿膜下筋腫ニテハ未ダ筋腫ニ犯カサレザル子宮ノ部分ヲ探知スルコトヲ得ベ
 シ。(二)子宮腔ノ長サヲ計測シ得ベシ、凡テノ筋腫ニ於テハ子宮腔多少延長セラルルモ、漿膜
 下筋腫ニシテ其莖小ナルモノハ之ヲ延長セシムルコトナシ。(三)子宮腔ノ形狀ヲ探知スル
 コトヲ得、生理的健康ノ子宮腔ハ消息子ノ運動ニ餘地ナキモ、間質性筋腫ニアリテハ子宮
 腔擴張セラレ、殊ニ粘膜炎下筋腫ニ於テ其關係甚ダシク、且ツ直接ニ消息子ヲ以テ筋腫ノ隆
 起ニ觸ルルコトヲ得ベシ。

粘膜炎下筋腫ノ小ナルモノハ時ニ消息子ニ觸レザルコトアリ、又大ナルモノモ時ニ消息子
 ガ腫瘍ノ周邊ヲ通過シテ之ガ存在ヲ看過スルコトアリ。

類症鑑別 漿膜下筋腫ハ、子宮ノ外部又ハ子宮ノ側方ヨリ發生セル腫瘍ナレバ、附屬器及
 ビ骨盤結締織ノ腫瘍ト誤診スルコトアリ。

卵巢腫瘍トノ鑑別 漿膜下筋腫ト卵巣腫瘍トノ鑑別ハ困難ナル場合尠ナシトセズ、大ナ
 ラザル多房性卵巣囊腫ニアリテハ、未ダ其質硬ク筋腫ノ硬度ニ類似スルコトアリ、又大ナ

ル筋腫ニアリテハ、囊腫變性ヲ起シテ卵巢囊腫ニ酷似シ鑑別甚ダ難シ。只小ナル卵巢囊腫ニアリテハ、雙合診ニヨリテ子宮ト腫瘍トノ間ニ硬キ索狀體ヲ觸知スルモ、小ナル漿膜下筋腫ニ於テハ之ヲ觸知セザルコト多シ、疑ハシキ際ニ兩者ノ鑑別上必要止ムヲ得ザル場合ニハ、試驗的穿刺ヲ行フベシ。卵巢囊腫ハ抵抗少ナク、殆ンド常ニ圓錐上皮ヲ含有スル粘稠液ヲ得ルモ、筋腫ニ於テハ著ルシキ抵抗アリ、且ツ僅少ノ血液ヲ抽出スルニ過ギズ。然レドモ筋腫ニシテ水腫ヲ伴フカ、又ハ囊腫様變性ヲ來セシトキハ、穿刺ハ鑑別ノ用ヲナサズ。只鏡檢的及ビ化學的檢査ニヨルノ他途ナキコトアリ。

子宮後部血腫及ビ廣靱帶内血腫ト漿膜下筋腫トノ鑑別 血腫ハ多クノ場合、子宮外妊娠ノ破裂若シクハ流産ニヨリテ成立スルモノニシテ、血液凝固シ、周圍ニ反應性炎症ヲ起シ、硬固トナル時ハ漿膜下筋腫ト誤診セララルコトアリ。然レドモ其既往症ニ注意セバ之ガ誤診ヲ避ケ得ベク、且ツ血腫ハ筋腫ノ如ク硬度均等ナルコト少ナク、又周圍殊ニ骨盤壁ニ廣ク癒著スルモ、筋腫ハ合併症ナクンバ骨盤壁ト癒著スルコトナシ。鑑別ノ困難ナルハ廣靱帶内ノ血腫ニシテ、之ヲ被ヘル腹膜及ビ結締織内ニ於ケル反應ニヨリテ兩腫瘍ノ特性ヲ失シタル場合ニアリ、此際ハ其經過ニ注意スルノ外ナク、只血腫ハ漸次萎縮ヲ來スヲ以テ之ニ由リ鑑別シ得ルコトアリ。

其他時トシテ滲出物又ハ化膿性喇叭管炎ト誤ラル。若シ滲出性骨盤結締織炎ニシテ其滲出物ノ水分ヲ失フ時ハ、凝固シテ球形ヲナシ廣ク子宮ト癒著シ、漿膜下筋腫ト類似スルコトアリ。之ヲ鑑別スルニハ腫瘍ノ限界ニ注意セザルベカラズ、筋腫ニ於テハ莖ヲ除クノ外ハ凡テ球形ヲ呈スルモ、骨盤結締織炎ノ滲出物ナレバ上方ハ廣靱帶ノ兩葉ニ由リテ被ハルルヲ以テ縱令球形ヲ呈スルモ、下方ハ結締織ノ擴張ニ伴ヒ次第ニ擴大シ、且ツ骨盤壁ニ癒著ス。其他滲出物ハ筋腫ニ比シ子宮ニ癒著スルコト一層緻密ナリ。疑ハシキ時ニハ肛門ヨリ觸診スベシ。筋腫ニテハ下方モ亦球形ヲ呈シ骨盤壁トノ限界著明ナルモ、滲出物ニテハ骨盤壁トノ癒著廣汎ニシテ其限界不明ナリ。然レドモ筋腫ト滲出物ト合併セバ一層診斷ヲ困難ナラシム。

化膿性喇叭管炎ノ陳舊ナルモノハ其壁厚クシテ稍々モスレバ實質性腫瘍殊ニ漿膜下筋腫ト誤ラル。然レドモ詳ニ觸診スル時ハ、筋腫ニ於テハ合併症ナキ限り必ズ球形ヲ呈シ、移動シ、且ツ疼痛ナシ、反之喇叭管炎症ニ於テハ周圍ニ滲出物アルガ故ニ其限界不明ニシテ疼痛アリ、且ツ周圍ニ癒著アルモノトス。尙ホ左右兩側ニアル場合ノ如キハ喇叭管ノ炎症ニ一致ス。其他既往症ニ注意セバ兩者ノ鑑別上便ナルコト少ナカラズ。近時アルチゴンノ靜脈内注入法アリ、本法ニ依レバ化膿性喇叭管炎ニアリテハ三十九度以上ノ發熱ヲ見ルコト多ク、兩者鑑別ノ資ニ供シ得ルコトアリ。

漿膜下筋腫ハ往々子宮體ト誤ルモノニシテ、筋腫ニテハ其質子宮體ヨリ硬シト云フニ過ギズ。其他雙角子宮ニテ一側ノ角ヲ漿膜下筋腫ト誤ルコトアリ、此際ニハ消息子ヲ用フルヲ可トス。

間質性筋腫ハ子宮全體ノ増大ヲ來スヲ以テ妊娠子宮ノ如キ觀アリ、殊ニ妊娠一ヶ月頃ニ於テハ組織ノ粗開未ダ充分ナラザルガ故ニ、筋腫ト誤ラルルコトアルモ、注意シテ診スレバ、妊娠ニ於テハ何レカノ部分ニ組織ノ粗開セル部分アリ、之ニ反シテ筋腫ハ平等ノ硬度ヲ有シ、普通子宮ニ比シテ其緊張亦少ナシ、又子宮體ノ上部ニアル間質性筋腫ニアリテハ稍々ヘガール氏ノ症候ヲ呈スルコトアリ、最モ困難ナルハ妊娠初期ニ於ケル胎兒死亡トノ鑑別ナリ、此際ハ只既往症及ビ以後ノ觀察ニヨルノ外途ナキコトアリ、筋腫ハ其大ナル程妊娠子宮トノ區別容易ナリ、蓋シ大ナル筋腫ニ一致スル程度ノ妊娠子宮ニ於テハ相當ノ他覺的所見アルヲ以テナリ、筋腫ニシテ水腫ヲ起スカ又ハ變性セル時ハ其質柔軟恰カモ妊娠子宮ノ硬度ニ類似スレドモ、子宮腔部及ビ腔壁組織ノ粗開ヲ來スコトナク、妊娠子宮ノ如キ硬度ノ變化ヲ有セズ、若シ夫レ臍部ニモ達スベキ大ナル筋腫ニテハ絕對的ニ妊娠ト誤ラザルベシ、是レ此時期ニ應スベキ妊娠子宮ニ於テハ既ニ胎兒ヲ觸レ且ツ胎兒ノ心音ヲ聽取シ得レバナリ、其他葡萄狀鬼胎又ハ死胎ヲ有スル妊娠子宮トノ鑑別ハ、腫瘍ガ月經閉止ノ日數ニ相當スベキ妊娠子宮ノ大サヲ有スルヤ否ヤヲ對照セバ、之ヲ區別シ得ルコト多シトス、若シ月經正調ナルカ或ハ月經過多ナルモノニ腫瘍ヲ觸知セル時ハ、當ニ是レ筋腫ト見做スベキモノナリ、診斷困難ノ場合ニハ亞氏妊娠反應ハ判定ノ一助トナルコトアリ。

間質性筋腫ト慢性子宮實質炎トノ鑑別ハ、時ニ甚ダ困難ニシテ長時ノ觀察ニヨリ甫メテ之ヲ確定シ得ルコトアリ、精密ナル雙合診ヲ行フトキハ、實質炎ニ於テハ前後左右總テノ方向ニ平等ニ増大シ頸部亦肥厚シ、其質硬固ナルモ、筋腫ニアリテハ其發生部分ニ多クノ隆起ヲ來タシ、頸部ハ柔軟ニシテ肥厚セズ、又實質炎ニテハ消息子ハ子宮ノ中央ニ挿入セラルルモ、筋腫ニアリテハ側方ニ偏スルモノナリ、其他尙ホ筋腫ニテハ子宮壁ノ不平等ナルコトヲ知ルベシ。

粘膜炎下筋腫ニシテ子宮頸管全ク閉鎖セララルル時ハ往々間質性筋腫妊娠實質炎ト誤ラル然レドモ若シ子宮口開大シ手指ノ挿入ヲ許シ、之ヲ觸ルルコトヲ得バ其診斷容易ナリ、最モ誤診シ易キハ子宮頸管流産ナルモ、此場合ニハ子宮外口ハ閉鎖シ頸管ハ球形ニ膨脹セリ、又妊娠トノ鑑別ハ他覺的妊娠ノ症候殊ニ腔部ノ軟化及ビ腔壁組織ノ粗開ニヨリテ之ヲ爲シ得ベク、殊ニ息肉狀ノ腫瘍ヲ子宮内ニ觸レ又ハ之ヲ見ルコトヲ得バ其診斷確實ナリ、粘膜炎下筋腫ハ表面滑澤ニシテ、之ガ壞疽ニ陥ラザレバ健康粘膜炎ノ色ヲ呈シ、其質亦甚ダ硬シ。

死胎ノ長ク子宮内ニ止マリシモノト粘膜炎下筋腫トノ區別ハ甚ダ困難ニシテ、其組織容易ニ破壊シ且ツ子宮壁ヨリ容易ニ剝離シ得ベキコトニヨリ、纒カニ妊娠タルコトヲ知ル。癌腫性茸腫モ粘膜炎下筋腫ト誤診シ易シ、唯ダ癌腫性茸腫ハ筋腫ト異ナリ、其組織甚ダ脆弱ナリ、然レドモ顯微鏡的検査ヲ行フニアラザレバ其鑑別明カナラズ。

粘膜炎下筋腫トノ區別ハ、筋腫ハ球形硬固ニシテ表面滑澤ナルモ、粘膜炎下筋腫ニアリテハ長卵形

ヲナシ分葉アリ。表面不規則ニシテ未ダ破レザル濾胞ヲ有シ、粘膜ハ深紅色ニシテ容易ニ出血スベキ傾向アリ。若シ此茸腫ヲ被ヘル上皮ニ變化ヲ來サバ腔壁ト同ジク遂ニ紫色ヲ呈シ、其莖モ筋腫ニ比シ遙カニ薄弱ナリ。

筋腫變性ノ診斷 Diagnose der Degenerationen

der Myome.

筋腫ノ肉腫變性ハ比較的屢々遭遇スルモノニシテ、漿膜下筋腫ノ二%、間質性筋腫ノ四・五%、粘膜下筋腫ノ九%ノ割合ヲ示セリ。
粘膜下筋腫ノ肉腫變性ハ其症狀常ニ筋腫自己ノ爲メニ隱蔽セラレ、只頸管ノ哆開セル場合ニノミ之ヲ觸知シ得テ診斷シ得ルニ過ギズ。其質柔脆、形狀不規則且ツ葉狀ヲ呈スル時ハ、須ラク疑ヲ肉腫變性ニ置カザルベカラズ。然レドモ臨牀上之ヲ診斷シ得ル場合甚ダ少ナク、多クハ粘膜下筋腫トシテ切除シ、之ガ組織的検査ニヨリ甫メテ變性ヲ發見シ得ルニ過ギズ。

間質性筋腫ノ肉腫變性ハ腫瘍常ニ子宮筋層内ニ存在スルヲ以テ、粘膜下ノモノニ比シ其診斷困難ナルヲ免レズ。

經歇期ニ於ケル出血不規則ナル子宮出血月經ニ關セザル腫瘍ノ疼痛、羸瘦、脫力等ハ、以テ肉腫變性ヲ想起セシムルニ足ルモ、而カモ是等ヲ以テ特殊症候ト見做スベカラズ。急速ナ

ル腫瘍ノ増大ハ却テ囊腫變性ヲ意味スベシ。若シ轉位ヲ起セバ是レ肉腫變性ノ徵ニシテ多クハ鼠蹊腺ヲ犯スモノトス。腹膜下筋腫ノ惡性變性ハ腹膜ノ炎症ヲ起シテ腹水及ビ周圍ノ瘀著ヲ來スベキモ、是等ノ症候ハ漿膜下筋腫ニ於テモ亦合併シ得ルモノナリ。

良性變性ノモノト雖モ間質性筋腫ノ全壞疽ニ陥リシモノハ、時ニ患者ヲ致死セシムルコトアリ。而シテ其壞疽ニ陥ルヤ固有ノ臨牀的症狀ヲ呈ス、即チ子宮壁ニ壞死物アルヲ以テ反射的ニ陣痛ヲ、間歇性ニ子宮ニ限局性劇痛ヲ起シ、數週乃至數月ニ互ルコトアリ。又同時ニ全ク月經ニ關係ナキ不規則ノ出血ヲ來タシ、數日乃至數週ニ及ブコトアリ。或ハ子宮腔ヨリ傳染シテ腐敗作用起リ、高熱ヲ以テ敗血症ヲ起スコトアリ。其他壞疽ニ陥レル筋腫内ニ於ケル蛋白ノ分解產物ノ吸收ニヨリ、中毒症トシテ顔面穢灰色トナリ、舌ハ苔ヲ被リ、頭痛、嘔氣、嘔吐ヲ來シ、筋肉弛緩シ、時ニ尿中「アツェト」ヲ證明スルニ至ルコトアリ。

全壞疽ハ最モ屢々分娩產褥ノ影響ニヨルヲ以テ、是等ハ診斷上ノ基礎ヲ與フルモノナリ。他覺的所見トシテハ、壞疽ニ陥レル筋腫ヲ子宮内ニ觸ルルノ外、何等ノ所見ヲ呈セズ。最モ屢々遭遇スルハ、筋腫組織中ニ液體滯溜シ以テ筋腫ノ軟化ヲ來スモノナリ、コハ主トシテ淋巴腔中ニ淋巴液ノ滯溜ニ因スルモノニシテ、稀レニハ淋巴管擴張ノ爲メナルコトアリ、或ハ又變性作用ニヨリテ生ゼル淋巴液ノ蓄積ニ由ルコトアリ、初メハ液量少ナキヲ以テ臨牀上之ヲ探知スルコトヲ得ズ、從テ筋腫中ニ多數小腔洞ノ形成セララルトモ未ダ以テ其硬度ヲ變スルニ至ラズ。大ナル腔洞ヲ生ズルカ或ハ筋腫全部ガ粘液様物質ニテ充

填セラレルニ到リテ硬度甫メテ柔軟トナリ、手指ノ壓痕ヲ印シ、遂ニ波動ヲ呈スルガ如キ感アラシム。又個々ノ腔洞ニ液體蓄積セラレルモ、若シ腔洞ノ外層ガ或ル一定ノ厚サヲ有スルモノニアリテハ、敢テ波動ヲ呈スルニ至ラズ、反之腔洞ニシテ周圍ニ近ク存スルカ、或ハ其被層菲薄ナルモノハ明カニ波動ヲ呈スルモノナリ。

結締織ノ少ナキ筋腫或ハ血液豊饒ナル筋腫ハ時ニ囊腫變性ト誤ルコトアリ、注意セザルベカラズ。

筋腫ニ合併セル妊娠ノ診斷 Diagnose der Komplikation von Schwangerschaft.

筋腫内ニ液體ノ滯溜セラレルヤ多クハ急速ニ増大ス、然レドモ例外トシテ緩令變性ヲ來スモ大サニ變化ナキモノアリ、或ハ徐々ニ増大スルモノアリ。故ニ急速ノ發育ハ必ズシモ軟化ヲ意味スルモノニアラザルナリ。

既述セル如ク筋腫ハ妊娠分娩產褥中ニ種々ノ變性ヲ來スコトアルヲ以テ、筋腫ヲ有スル子宮ニ妊娠ノ合併セシヤ否ヤヲ知ルコト極メテ必要ナルモ、之ガ診斷甚ダ困難ナリ。蓋シ妊娠初期ノ診斷ハ、子宮ノ均等ニ増大スルコト及ビ組織ノ軟化ニヨリテ之ヲ下シ得ルモ、筋腫ノ存スル際ハ、筋腫ノ存在セザル部分ノミ軟化シ、他ハ依然トシテ硬ク、爲メニ所見ヲ不明ナラシムルガ故ナリ。

筋腫ニ合併セル炎症性疾患 Diagnose der Komplikation mit entzündlichen Erkrankungen.

附屬器ノ炎症ハ筋腫直接其因ヲナスコトアリ、或ハ全ク關係ナクシテ合併スルコトアリ。筋腫ニシテ疼痛ヲ訴フル際精密ニ之ヲ檢スレバ、屢々骨盤結締織内ニ索狀體及ビ硬結ヲ探知シ得ベシ。此索狀體ハ頸部ヨリ骨盤壁ニ互リ頸部ヲ固定シ、之ヲ壓迫スルカ或ハ頸部ヲ他側ニ牽引セントスルニ當リ疼痛ヲ感ゼシムルモノナリ。一般ニ筋腫ヲ有スル子宮ノ固著セルカ或ハ筋腫ヲ被覆スル漿膜ノ固著ハ、當ニ陳舊性子宮周圍炎ヲ意味セルモノナリ。最モ屢々筋腫ニ合併スルモノハ喇叭管ノ炎症ニシテ、單純性喇叭管炎ヨリ膿汁又ハ漿液ノ滯溜ヲナスコトアリ。小ナル膿腫ノ筋腫結節中ニ潜在スルトキハ硬剛ニシテ筋腫ト誤ラレ、若シクハ卵巢腫瘍ト誤診セラレル等、其診斷實ニ容易ナラザルコトアリ。

メタルトキハ、疑ヲ喇叭管疾患ニ置カザルベカラズ。而シテ該所見ノ兩側ニ存スルトキハ、診斷上更ニ一層ノ價值アルモノアリ。又患者ノ自訴トシテ從來下腹部ニ反復性疼痛或ハ殊ニ身體過勞等ニ基因セル疼痛等アラバ、原因ヲ筋腫自己ヨリ、寧ロ附屬器ノ炎症ニ求メザルベカラズ。

筋腫莖ノ捻轉 Stieltorsionen bei Myomen.

筋腫ノ莖ハ比較的短大ナルニヨリ、卵巢腫瘍ニ比シ莖ノ捻轉ヲ見ルコト比較的稀レナリ。外傷或ハ何等原因ノ微スベキモノナクシテ、筋腫ノ位置ニ當リ突然劇痛ヲ來タシ、數日乃至數週ニ及ブコトアリ。然レドモ莖ノ大ナルヲ以テ卵巢腫瘍ニ於ケルガ如ク血行ノ全然杜絶セラルルコトナク、又腹膜炎ヲ起シ、瘀著ヲ來スガ如キコト稀レニシテ、捻轉ハ自然ニ整復スルモノ多シ。

膀胱ノ障礙

泌尿器ノ障礙ハ筋腫ニ合併セル膀胱ノ疾病ニ因シテ起ルモノアリ、或ハ筋腫ガ直接若シクハ間接ニ原因タルコトアリ、就中尿閉症ハ筋腫ニヨル機械的障礙トシテ來ルコトアリ、又尿意頻數利尿尿疼痛症ハ筋腫ニ合併セル膀胱炎、若シクハ筋腫發生部位トノ關係ニヨリ、或ハ又膀胱機能ノ障礙ニヨリテ起ルコトアリ。以上ノ原因的障礙ハ導尿ニヨリテ得タル

尿ヲ檢シ若シ膀胱炎ニ相當スベキ所見アラバ直チニ之ガ處置ヲ加フベシ、又縱令尿ニ異常成分ヲ見ザルニ當リテモ直チニ以テ原因ヲ筋腫ニ歸スルガ如キコトナク、爾他ノ尿意頻數ヲ來シ得ベキ婦人科諸疾患ヲ考慮セザルベカラズ。斯カル場合行フベキ精確ナル鑑査法ヲ膀胱鏡檢査法トス。

傳染性膀胱炎ニアラザルトキハ粘膜炎ハ所謂加答兒性ニシテ膀胱底ニ於ケル血管充血ス、殊ニ靜脈ノ鬱血著明ナルモ、全粘膜炎ノ色ニハ何等ノ變化ヲ認メズ。其他粘膜炎ノ分泌増加シ、粘液ハ小片トナリテ浮游シ、或ハ粘膜炎ニ浮游性息肉狀ヲ呈スルコトアリ。

膀胱ハ筋腫ノ爲メ上方ヨリ下方ニ、或ハ後方ヨリ前方ニ向テ壓迫セラレ、空間ノ狹窄ヲ來シテ破裂狀ヲ呈スルコトアリ、或ハ變位ヲ來スコトアリ。然レドモ是等變化ノミヲ以テ膀胱障礙ノ原因ト認ムル能ハズ。上方ヨリ下方ニ向ツテ膀胱間腔ノ狹小セララルルガ如キハ、何等ノ障礙ヲ來スモノニアラズ、要ハ膀胱底ニ於ケル變化ニ歸スベキモノナリ。

腺性筋腫ノ診斷 Diagnose der Adenomyome

腺性筋腫ノ發生ニ二様アリ、即チ一ハ粘膜炎ヨリシ一ハウオルフ氏體ノ遺殘ヨリス。前者ハ粘膜炎深ク筋層内ニ侵入増殖シ、腺間ニハ圓形細胞、プラスマ細胞ノ増殖ヲ見ル、是レ炎症性ニ屬スルモノナリ。後者ヨリ起レルモノハ、子宮側壁ニ於ケル喇叭管附著部ノ附近ニアリ、子宮及ビ腔ハ幼婦性ニシテ其發育極メテ不良ナリ、即チ子宮ハ小ニシテ前屈シ、頸部及

ビ腔腔ノ狹小ナルモノ多シ。兩者中、吾人が屢々遭遇スルハ前者ノ所見ニ一致スルモノ多キガ如シ。腺性筋腫患者ハ、既往症トシテ遺傳結核者多ク、初經ノ晚期ニ來リ月經困難ヲ伴ヒ、疼痛・出血等著ルシク多クハ不妊ナリ。ボラノ氏ニ據レバ、腺性筋腫ニハ子宮周圍ノ癒著ヲ見ルコト多シト。要スルニ腺性筋腫ノ診斷ハ、單ニ疑診ニ過ギズシテ、鏡檢ノ結果甫メテ之ヲ確診シ得ルモノナリ。

筋腫ノ療法

筋腫ノ療法ニ就テハ古來學者間ニ諸説アリテ、或ハ症候ヲ呈セザルモノハ加療セザルモ可ナリトシ、或ハ反之可成の速カニ根治手術ヲ施スベシトセリ。然レドモ腫瘍ニ因スル既述ノ症狀・殊ニ出血・其他月經困難・月經過多・膀胱障礙等ノ症狀アルモノニハ事情ノ許ス限リ根治法ヲ施スコト最良ノ法ナラン。根治法即チ手術的療法ハ大別シテ二種トス、即チ腔式及ビ腹式ニヨル筋腫截除法及ビ腹式子宮全摘出術是レナリ。腔式ハ主トシテ粘膜下筋腫ノ截除ニ用ヒ、其他又頸部ノ小ナル筋腫ニ應用セラル。近來間質性筋腫モ亦之ヲ破潰シテ腔式ニ截除スルノ法アルモ、腔式截除法ハ比較的困難ノ手術ナレバ、漿膜下及ビ體部間質性ノモノニハ總テ腹式ヲ用キ、粘膜下筋腫ニテ茸腫狀ヲ呈シ既ニ腔内ニ一部下垂スルモノニ於テハ、腔式ニ球鉗子ニテ挾ミ之ヲ捻轉スレバ莖根ヲ離斷シ得ベシ、術後ハ多クノ場合出血多量ナラズ、單ニ沃度仿謨ガルーゼノ填塞ヲ施セバ足レリ。其他腔式ニヨル腫瘍剔

出術アルモ、腔腔ノ狹隘ナルモノニアリテハ手術屢々困難ニシテ、却テ腹式ニ依ルノ容易ナルニ如カズ。

(一) 腹式筋腫截除術 Die abdominale Myotomie.

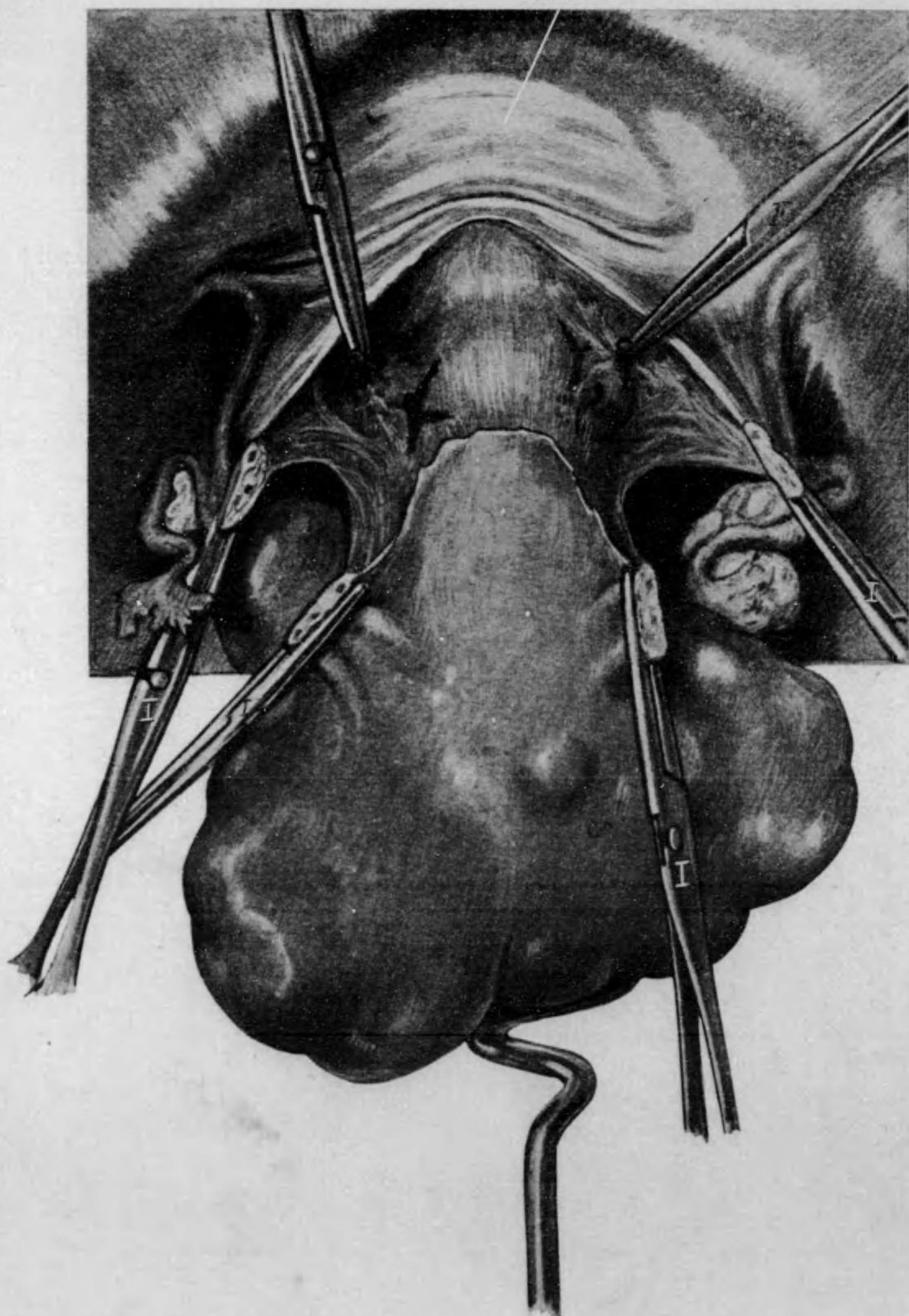
本法ハ嚴格ナル防腐的ノ下ニ行ハザル可カラズ、事情ノ許ストキハ患婦ニハ數日間鹽類下劑ヲ投ジテ便通ヲ整調シ、手術前日ニハ晝食ヨリ食事ヲ止メ蓖麻子油ヲ與ヘ、手術ノ朝ニハ更ニ灌腸ヲ行ヒテ腸管ヲ空虚トナシ、時ニ次硝酸蒼鉛二〇ヲ頓服セシムルコトアリ。手術二時間前ニシユナイデルリン氏スコボラミン液一筒或ハスコボラミン・パントホン(ロッシュ)若シクハナルコホン・パントホン液ノ半筒ヲ注射シ、手術三十分前ニ第二回ノ注射ヲ施ス、之ニテ充分ナル睡眠ヲ得ザル時ハ、更ニ半筒或ハ四分ノ一筒ヲ試ミ全ク睡眠ニ陥ラシムベシ。爰ニ於テ患者ヲ手術室ニ運ビテ背部ヲ消毒シ、脊髓麻醉ヲ施シ、腹壁ノ消毒ヲ行ヒ同時ニ剃毛シ、次ニ千倍ノ昇汞水ニテ充分ニ洗滌シ、更ニ五〇%アルコホルヲ濕シタル「ガルーゼ」ヲ以テ腹壁ヲ摩擦シ、乾燥殺菌ガルーゼニテ水分ヲ拭去シ、更ニ沃度丁幾ヲ塗布シテ廣キ殺菌布片ニテ覆フ。次テ排尿ヲ行ヒ以テ手術ノ準備ヲ終ルモノトス。患婦ノ位置ハ初メハ水平位トナシ、腹壁切開後ハ骨盤高位ヲ選ムコト便ナリ。脊髓麻醉後ノ骨盤高位ハ危險ナリトノ説アルモ、余ハ未ダ嘗テ危險ニ遭遇セル實例ヲ有セズ。漿膜下筋腫ニシテ、後來妊娠ノ望ミアルモノニハ腹壁ヘルニヤ「ヲ防ガンガ爲メ、或ハ又此

際妊娠ヲ合併セルモノニハ、腹壁切開ヲキユストネル氏法式ニ從フテ行フヲ便トス、即チ先ヅ臍ト耻骨上縁トノ中間ニ皮膚及ビ淺在筋膜ニ互ル横切開ヲ行ヒ、淺在筋膜ヲ直腹筋及ビ外斜腹筋ヨリ充分ニ剝離シ、之ヲ上下ニ縫合絲ヲ以テ假ニ固定シ置キ、左右直腹筋ノ中間ニ縱切開ヲ加ヘテ深在脂肪組織ヲ分離シ、最後ニ腹膜ヲ切開シテ腹腔内ニ入ル。次ニ腹壁固定器ニテ腹壁ヲ充分擴開シ、セゴン氏鉗子ニテ腫瘍ヲ固定シ之ヲ腹腔外ニ出シ、莖ヲ嚴密ニコッヘル氏鉗子ニテ壓搾シテ腫瘍ヲ截除シ、而シテ莖ヲ充分ニ結紮シ、其斷端ヲ腹膜ニテ被ヒ、腸線ニヨル連字縫合ヲ施スベシ。若シ腫瘍大ニシテ腹腔外ニ牽出シ能ハザル時ハ、筋腫細切刀ヲ以テ之ヲ細切シ、然ル後腹腔外ニ出シ莖ヲ結紮スベシ。筋腫ヲ細切スル時ハ出血甚ダシキガ如キモ、其外被ノ部分ニノミ血管多ク筋腫自己ニハ少ナキガ故ニ、外圍截切ノ際注意スル時ハ恐ルベキ出血ナキモノトス。

莖甚ダ短カクシテ以上ノ方法ヲ行ヒ難キ際ニハ、子宮體壁ヨリ楔狀ニ切除シ、深部ヨリ次第二淺部ニ縫合ヲ施シ、創面ヲ次第二近接セシメテ腹膜創ノ縫合ヲ施スベシ。腹壁ハ白線ニ沿フテ開キシモノナレバ、余ハ初メ細キ絹絲ニテ結節縫合ヲ腹膜ニ施シ、筋ニハ其長サニ應ジ絹絲ノ結節縫合ヲナシ、筋膜ハ更ニ細キ絹絲ニテ結節縫合ヲ行ヒ、テグスヲ以テ皮膚ヲ縫合ス。若シ横字切開ナレバ初メ腹膜ヲ、次ニ筋層ヲ縫合シ、次デ横ニ筋膜ニ連字縫合ヲ施シ、終リニ皮膚ノ縫合ヲ行フ。筋腫ノ子宮體ニアルモノニハ、縦線ニ腹壁ヲ切開スルコト便ナルガ如シ。余ハ可及的卵巣ヲ殘シ、腔上部切斷術 Supravaginale Amputation, Hysteromyo-

表 二 第

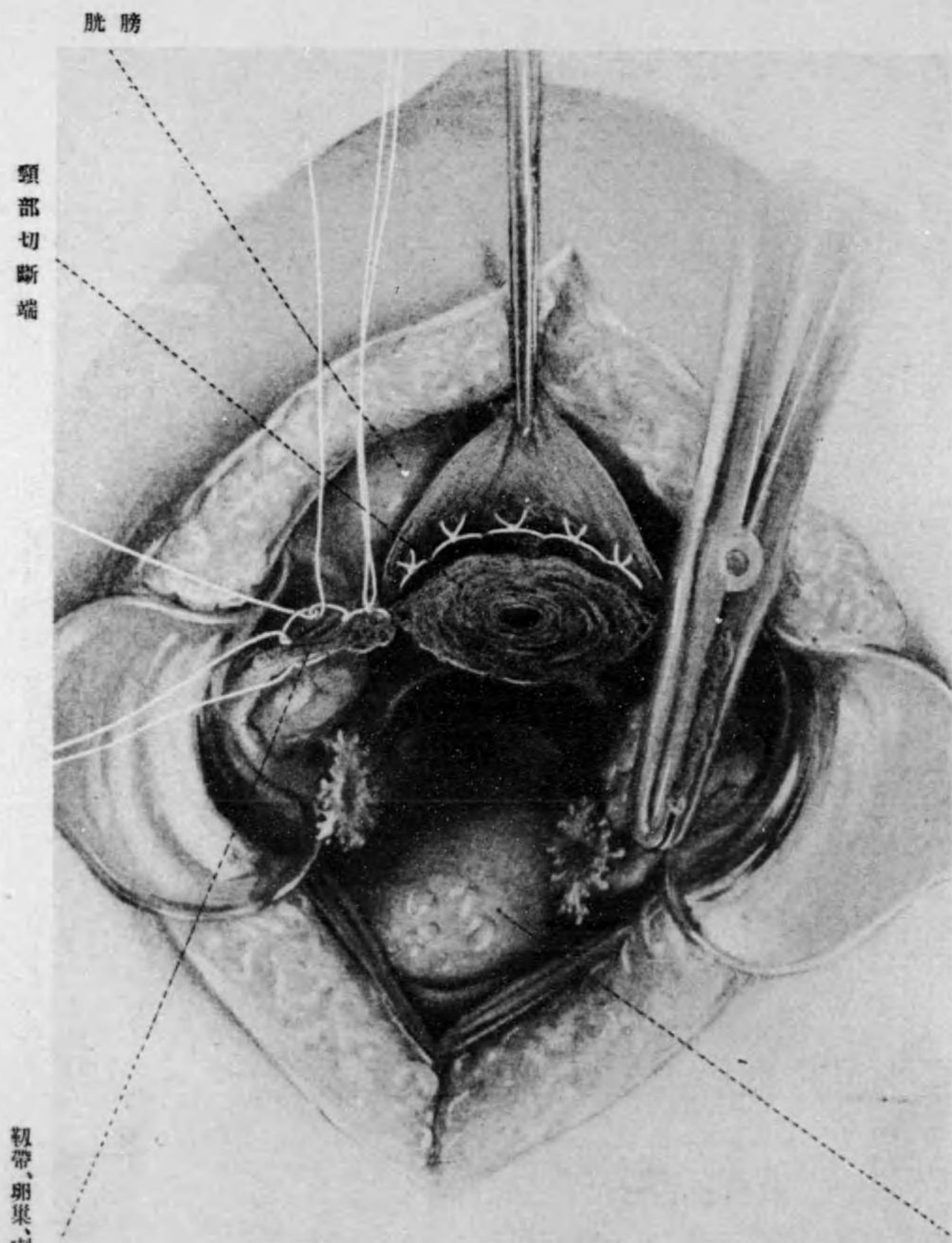
膀胱



子宮筋腫ニ於ケル腹式腔上部切斷術又ハ全剔出術
先ヅ筋腫被控器ヲ腫瘍ニ掛ケ後上方ニ牽引シ、兩個ノ附屬器及ビ喇叭管ヲ鉗子ニテ絞窄切斷シ、前方腹膜ノ子宮頸部ニ絹絲ニ縫合セル部分ニ於テ横切開ヲ施シ、兩個子宮動脈ヲ鉗子ニテ絞窄切斷シ以テ膀胱ヲ子宮頸部ヨリ十分ニ剝離ス

(Nach. Liepmann)

表 四 第



頸部切斷端

臍膀

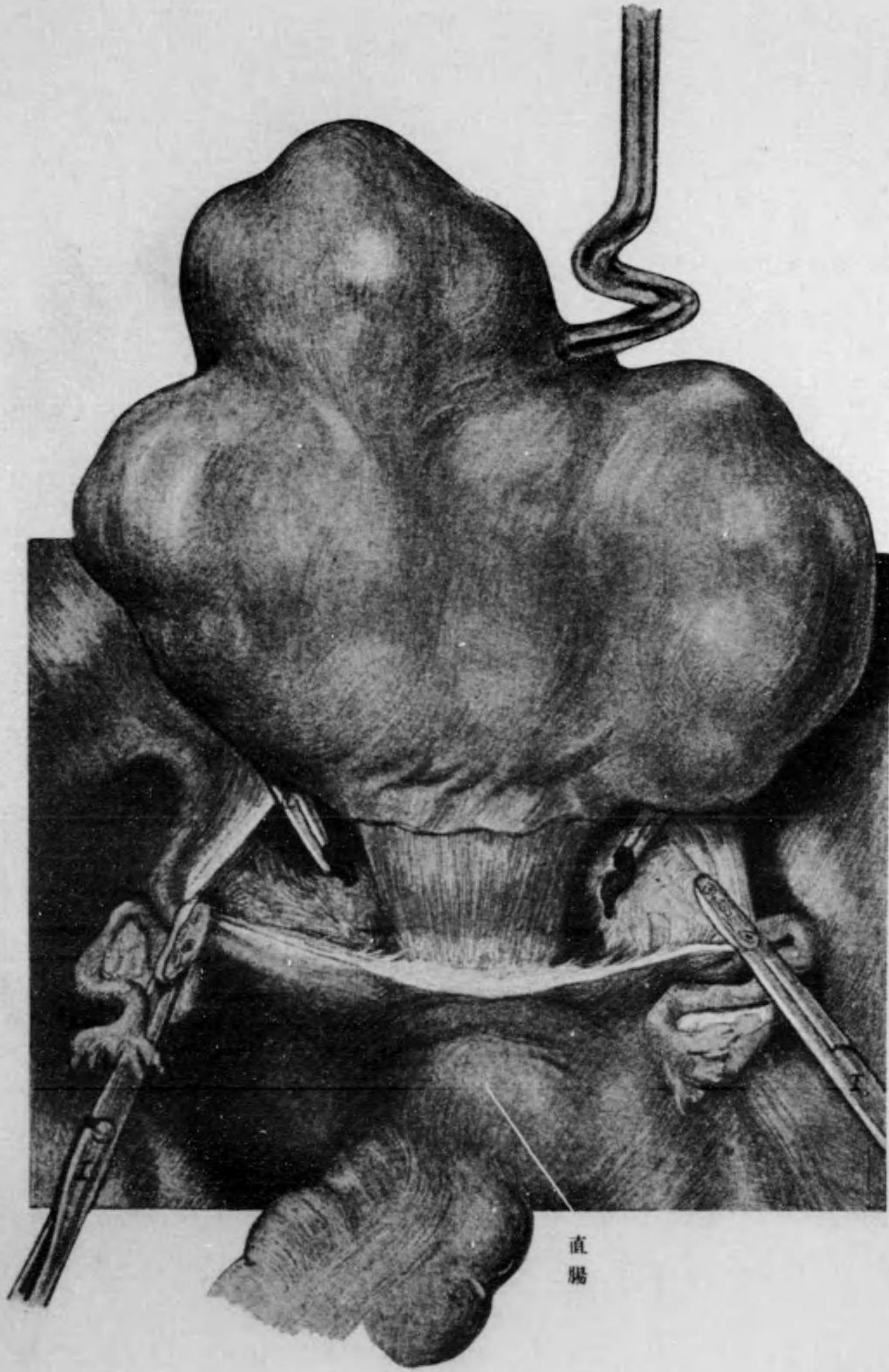
靱帶、卵巣、喇叭管

(Nach Döderlein)

筋腫ニ腹式腔上部切斷術ヲ施スハ筋腫ノ際ニ抽出スルト大差ナシ、但シ子宮動脈結紮後腔上部ニ於テ子宮ヲ切斷シ莖ヲ前腹膜ニテ被覆ス、本圖ハ卵巣及喇叭管ハ殘サレタルモノナリ

直腸

表 三 第



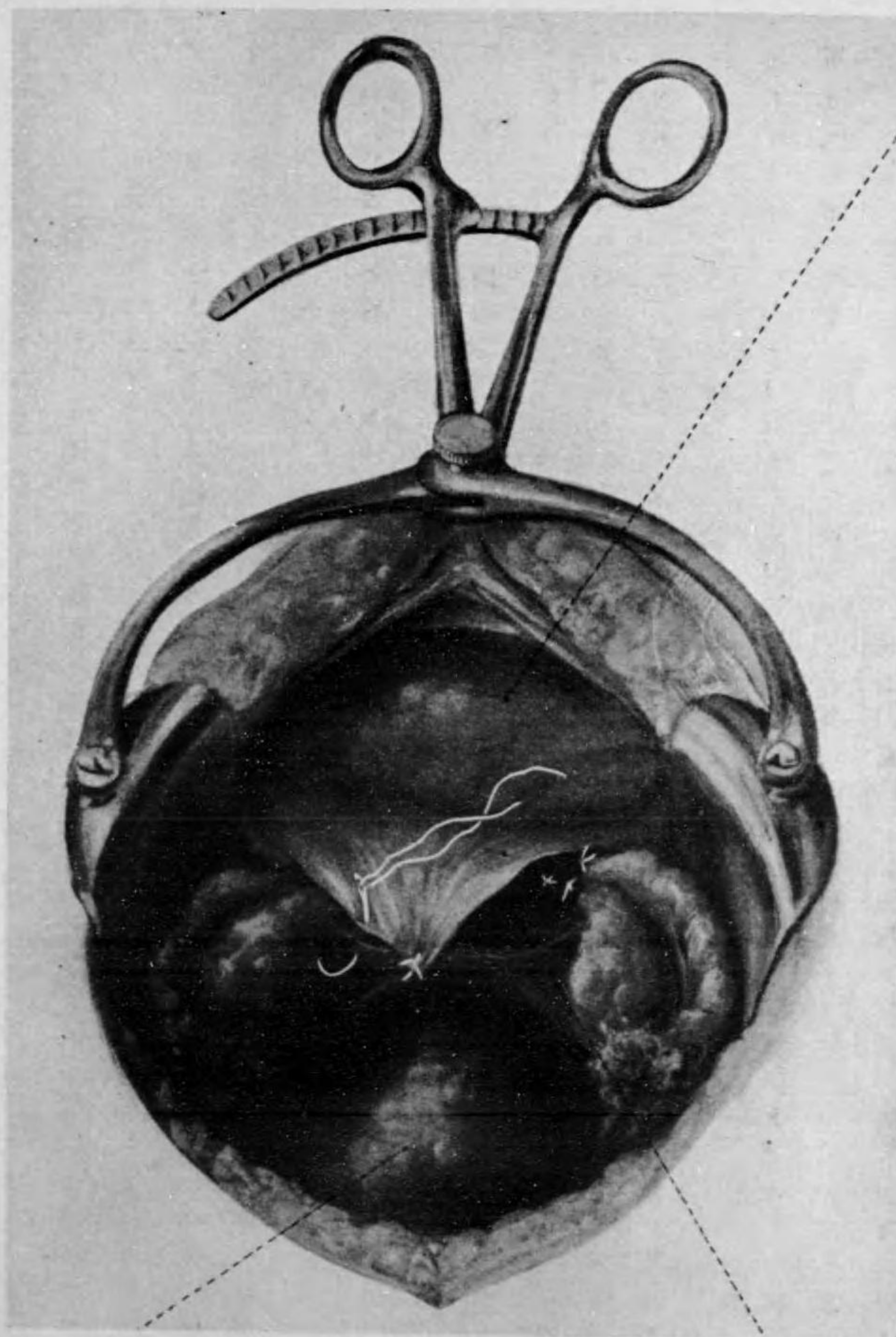
次ギニ腫瘍ヲ前方ニ牽引シ、後方ニテ子宮頸部ノ腹膜ヲ横ニ切開シ、頸部ヨリ腹膜ヲ剝離ス

直腸

(Nach Liepmann)

表 五 第

頸部切斷端ヲ腹膜ニテ被覆ス
膀胱



腸直

端斷切ノ部頸

(Nach Döderlein)

mekromia partialisヲ行フコトトシ、場合ニヨリツワイフェル氏ノ筋腫兼子宮全摘出術 Abdominale totale Exstirpation, Panhysteromyomektomieヲ行ヘリ。

腔上部切斷術ハ腹壁ヲ保持器ニテ固定シ、腫瘍ニセゴン氏鉗子又ハ栓板狀筋腫把持器ヲ掛ケテ一側ニ牽引セシメ、初メ他側ノ喇叭管ヲ次ニ圓靱帶ヲ結紮シ、子宮ノ方ニ接スル部分ハコッヘル氏鉗子ニテ挾ミ、其中間ヲ切斷シテ腫瘍ヲ此側ニ牽引セシメ、他側ヲ同様ニ結紮シ、次ニ子宮ノ前壁ニ於テ腹膜ノ子宮壁ト粗鬆ニ附着セル部ニ於テ、左右廣靱帶切斷部ニ及ブノ横切開ヲ腹膜ニ加ヘテ子宮壁ヨリ剝離シ、之ヲ前方ニ假ニ固定シ、而シテ子宮左右ノ骨盤結締織ヲ剝離シ、子宮動脈ヲ結紮シ、子宮壁ノ方ハ同ジクコッヘル氏鉗子ニテ挾ミ之ヲ切斷ス。次テ子宮頸部ニ於テ前壁ヲ横ニ切開シ、セゴン氏鉗子ニテ子宮頸部ノ殘端ヲ固持シ、此切開口ヨリ切開ヲ後方ニ進メ子宮ヲ腔上部ニテ切斷ス。而シテ別圖表ノ如ク縫合シ、頸管ヲ通ジテ沃度防護ガ―ゼヲ以テ腔腔内ニ出シ、先ニ剝離シ置キタル腹膜ヲ以テ切斷端ヲ覆ヒ、之ヲ子宮後壁ノ腹膜ニ縫合ス。既ニ經歇期ニ入り或ハ經歇期ニ近ヅキ居ル者ニアリテハ次ノ手術式ニ從ヒ、子宮附屬器ト共ニ腔上部切斷術ヲ行ヒ、若シ惡性變性ノ疑アルトキハ附屬器竝ニ子宮ノ全摘出術ヲ施セリ、即チ腹壁ハ白線ニ沿フテ縱切開ヲ行ヒ、腹腔ヲ開キ、腹膜ノ兩緣ハ假リニ絹絲ヲ以テ左右ノ腹壁皮膚ニ縫合固定シ、腹壁把持器ヲ以テ充分ニ腹壁ヲ哆開シ、同時ニ骨盤高位ヲ取ラシメ、次ギニセゴン氏鉗子ヲ腫瘍又ハ子宮ニ掛ケ、成ベク腹腔外ニ牽出シ且ツ左側ニ牽引スル

時ハ、右側ノ圓靱帶及ビ骨盤漏斗靱帶、緊張ス、先ヅ骨盤漏斗靱帶及ビ圓靱帶ヲ結紮シ、喇叭管側ハコッヘル氏鉗子ヲ掛ケ、或ハ子宮縁ヲ長鉗子ヲ以テ挾ミ、結紮點ノ内側ニテ圓靱帶及ビ骨盤漏斗靱帶ヲ切斷シ、此切開口ヨリ手指ヲ入レテ廣靱帶ノ兩葉ヲ剝離シ、輸尿管ヲ分離ス。次デ他側モ亦同様ニ結紮切斷シ、之ヨリ前方ニテ腹膜ノ子宮前壁ト弛ク結合セル部ノ上縁ニ於テ、腹膜ニ淺キ横切開ヲ施シ、左右ハ先キノ廣靱帶ノ切斷部ニ至ラシメ、ガidezラ卷キタル手指ヲ以テ子宮ヨリ剝離シ、膀胱ノ上部モ亦子宮頸部ヨリ剝離シ、此腹膜ハ一時耻骨縫際上ニ牽引シテ假ニ縫合固定スルヲ便ナリトス。次テ子宮ノ兩側骨盤結締織ヲ排シ、子宮動脈ヲ探リテ之ヲ結紮シ、子宮側ハ鉗子ニテ挾ミ以テ中央ヲ切斷シ、輸尿管ヲ子宮頸部ヨリ右側ニ押シ寄セ、左側モ同様ニ結紮切斷シ、最後ニ上記ノ方式ニヨリ膈上部切斷術ヲ行フベシ。爾後ノ處置ハ上記膈上部切斷術ト同様ナリ。

二) 剝離摘出術 Abdominelle Enukleation intramuraler Myome.

開腹後、先ヅ腫瘍ノ最高部ニ於テ腹膜及ビ腫瘍ヲ覆ヘル子宮筋壁ヲ切開シテ腫瘍ノ被膜ニ達シ、腫瘍ニセゴン氏鉗子ヲ掛ケ之ヲ固定シ、手指ヲ以テ腫瘍ヲ筋腫包莖ヨリ剝離スベシ、若シ之ヲ行ヒ難キ時ハ、鉗子ヲ以テ切斷剝離ス。普通出血ハ包莖ヨリ來ルモノナルヲ以テ、此部分ニ注意セバ一般ニ大出血ヲ來サザルモノナリ。然レドモ腫瘍除去後ニ於ケル空洞内ノ止血ハ充分ナラザルベカラズ、時ニ後出血ノ虞アリ。空洞ハ深部ヨリ腸線ヲ以テ連字

縫合ヲ施シ、創面ハ腹膜ヲ以テ被ヒ、最後ニ腹壁ノ縫合ヲ行フベシ。以上述べタル方法ハ切斷端ヲ腹膜内ニ沈降セシムルノ法ニシテ之ヲ腹膜内處置法 Intraperitoneale Stielbehandlungト名ヅク。其他腫瘍ノ切斷端ヲ腹膜創ノ下角ニ縫合スルノ法即チ腹膜外處置法 Extraperitoneale Stielbehandlungアルモ、消毒防腐法ヲ嚴施スル時ハ腹膜内處置法ニテ充分ナリ。全摘出術又ハ全別出術ハ、癌腫ノ場合ニ於ケルフロインド氏手術ト大差ナケレバ之ヲ略ス。腔式子宮別出術ニハ種々ノ法アルモ、就中次記デーデルライン氏ノ子宮分割別出術ハ最モ便ナルモノナリ。

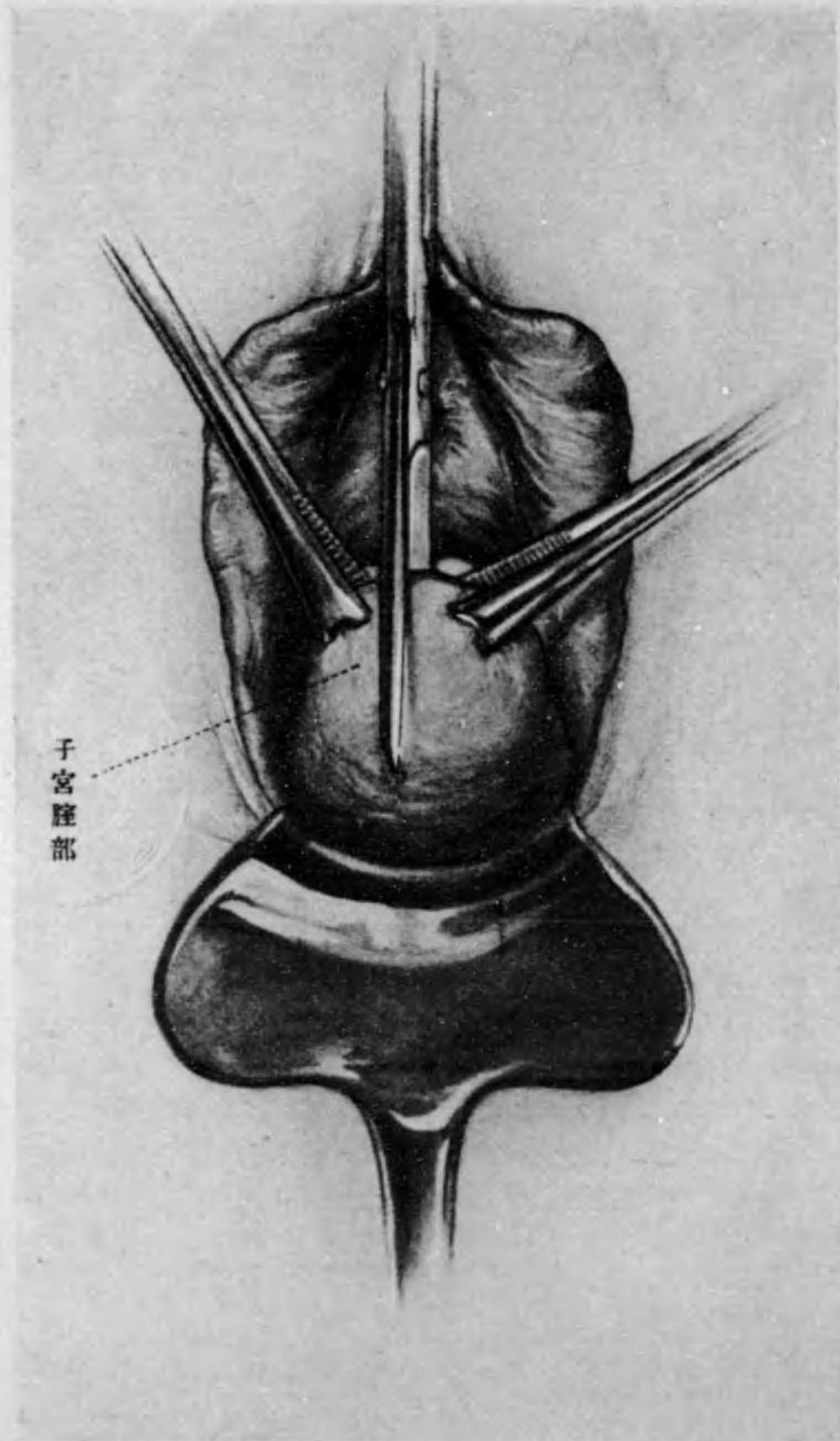
先ヅ子宮腔部後唇ノ左右ニ二個ノセゴン氏鉗子ヲ掛ケ、子宮ヲ下前方ニ牽引シ、直鉗ヲ以テ子宮頸管後壁ノ中央ニ縱切開ヲ行フトキハ、自然ドウグラス氏窩ヲ切開スルコトナルベシ。而シテ此腹膜孔ヨリ左右兩側ニ腔穹窿部ヲ切開シテ腹膜口ヲ擴ゲ、左右ノ鉗子ノ上方ニ更ニ第二ノ鉗子ヲ掛ケ、子宮ヲ牽引シツツ子宮後壁ノ中央ヲ上方ニ縱切シ、次第二ノ鉗子ヲ上方ニ移シ、遂ニ子宮底ニ至ル。次テ子宮底ヲ兩分シ進ンデ子宮前壁ヲ同様ニ縱切シ、以テ子宮頸部ニ達ス。乃チ子宮ヲ強ク兩側ニ牽引シツツ、刀ヲ以テ子宮ノ粘膜炎ヨリ層ヲ逐ヒテ縱切開ヲ行フトキハ、子宮頸部ハ膀胱ヨリ自然ニ剝離セラレ膀胱ハ上方ニ退縮ス、爰ニ於テ前腔穹窿部ヲ切斷スレバ、子宮ノ兩半ハ各々廣靱帶ニテ懸垂セラルルノミ。次に左右ノ靱帶ヲ鉗子ニテ挾ミ、子宮ヲ切除シ、子宮動脈、喇叭管、卵巢固有靱帶ニ注意シテ結紮ヲ施スベシ。而シテ是等ノ切斷端ハ腹腔内ニ復納シ、腔ノ斷端ハ別圖表ノ如ク縫合シ沃

度仿談ガ一ゼヲ以テ排膿ス。

余ハ初メ前腔穹窿部ニ當リ淺キ横切開ヲ加ヘテ膀胱ヲ頸部ヨリ剝離シ、子宮腔部ノ前唇ニ左右二個ノ鉗子ヲ掛ケテ縱切開ヲ行ヒ、子宮ヲ前腔穹窿部ノ切口ヨリ出スコトトセリ。デーデルライン氏法ハ膀胱剝離ニ手數ヲ要セザルノ利アリ、孰レモ熟練セバ大差ナカラシモ余ハ後者ノ方手術ノ容易ナラザルヤノ感ヲ有ス。

後療法トシテハ創面ニハ防腐綑帶ヲ施スベシ。術後普通ハクロロフォルム麻酔ニ於ケルガ如ク嘔氣嘔吐起ラザルヲ以テ、早期ニ食ヲ取ラシムルヲ得ベク、又栄養障礙ヲ來スコト少ナキヲ以テ創面ノ恢復速ナリ。初メ二三日間流動食ヲ攝ラシムレバ可ナリ。他ニ障礙ナキ時ハ早期ニ離牀シ得ルモ、若シ術後腹部膨滿シ所謂腸麻痺ノ症候發現スルトキハ、成ルベク初期ニ生理的食鹽水ノ腸洗滌ヲ行ヒ、傍ラザリチル酸フ井ゾステグミン〇〇〇一ヲ皮下ニ注射ス。斯ノ如クセバ一二時ノ後放屁ヲ起シ症狀輕快スルヲ常トス。若シ一回ニテ奏效セズンバ再ビ四五時間後更ニ一回反復シ、尙ホ其效ナキトキハベリスタルチン一筒ヲ注射シテ效アルコトアリ。而シテ第十日ニ縫絲ヲ去リ三週ニシテ退院セシメ得ベシ。手術ノ成績ハウキンテル氏統計ニテハ五七五%、余ノ教室ニテハ八五%ノ死亡率ヲ示セリ。近來クロロフォルム麻酔ヲ避ケスコボラミン・パントホン竝ニ腰髓麻酔ヲ併用スルニ至リ、其成績著ルシク佳良トナリ、大正六年度ノ如キハ死亡率僅ニ四二%トナルニ至レリ。筋腫截除術ノ適應症ニ就テハ筋腫其物ハ直接生命ノ危險ヲ脅カスモノニアラズ、而シ

第六表



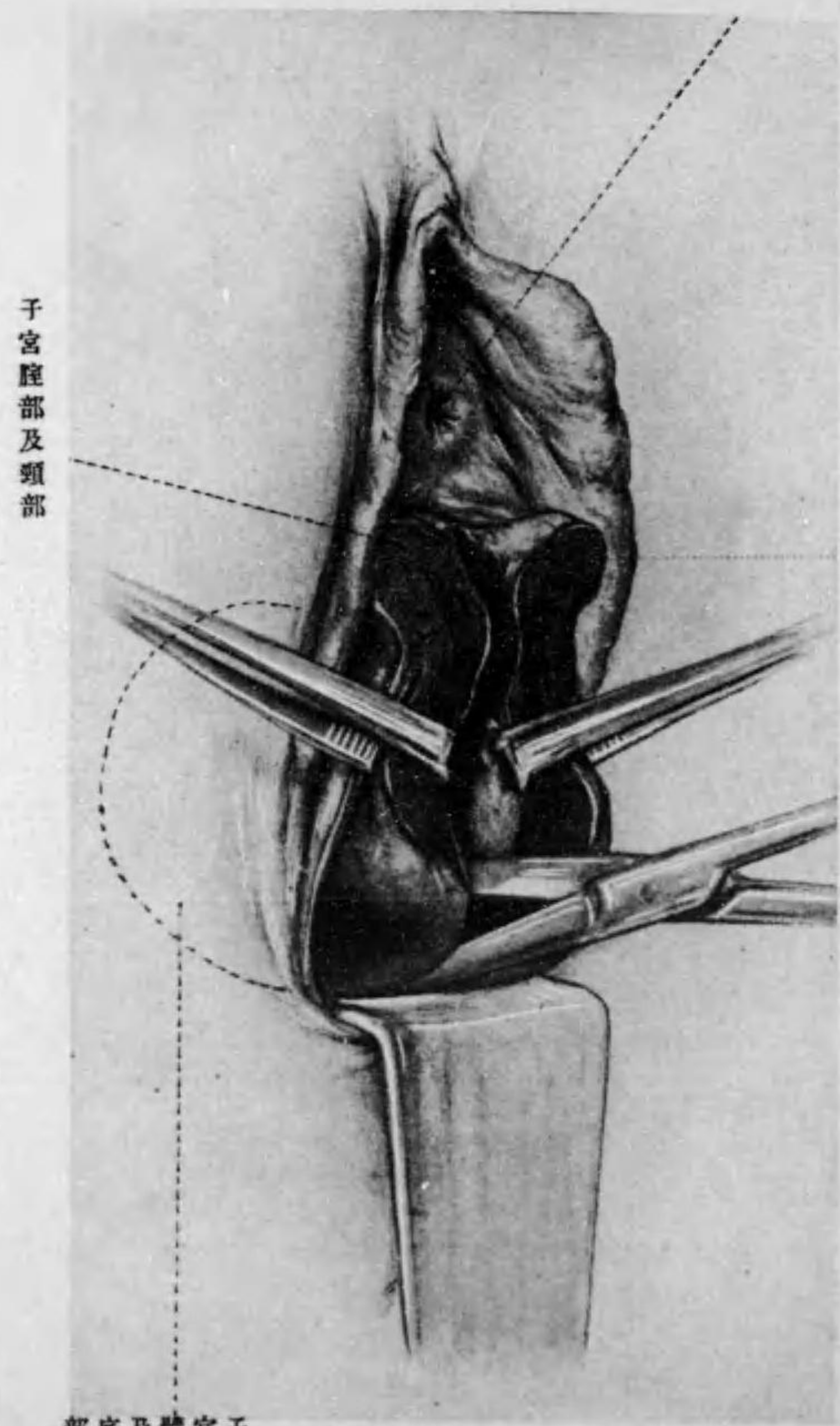
子宮腔部

デーデルライン氏腔式子宮全摘出術
セゴン氏鉗子ニテ子宮腔部ノ後唇ヲ挾ミテ前上方ニ牽引シ、直剪ノ一枝ヲ子宮頸管内ニ挿入シ縱徑ニ沿フテ腔部ヲ切開ス

(Nach Döderlein)

表 八 第

尿道口

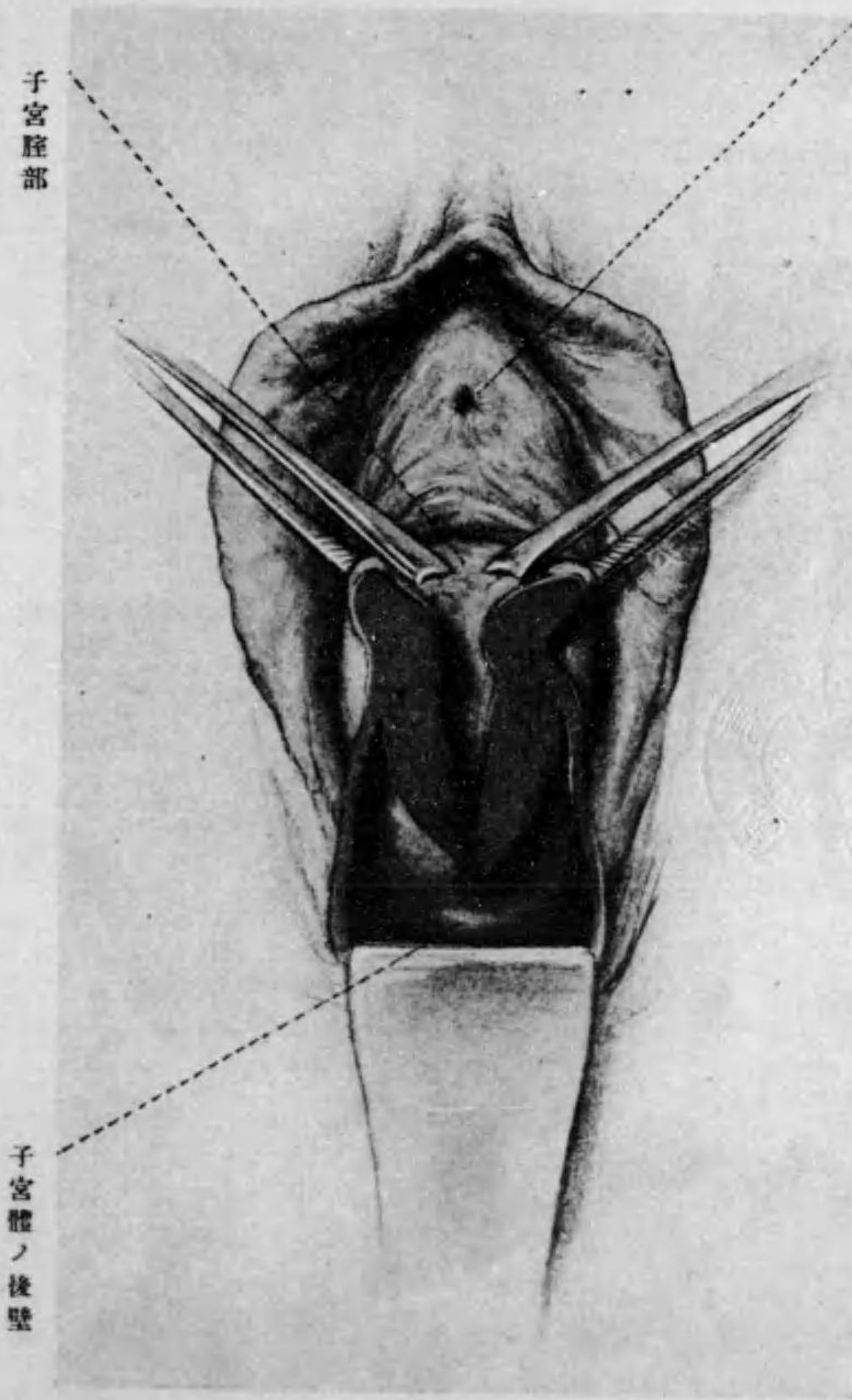


子宮底及體子宮

(Nach Döderlein)

前ノ切開線ニ沿フテセゴン氏鉗子ヲ掛ケテ子宮體ヲ牽引スルトキハ、子宮體ハドウケラス氏
高ヨリ懸轉シテ外陰部外ニ現ハル、之ヨリ直剪チ以テ縱徑ニ沿フテ子宮底部ヲ切截シ、次ニ
頸部ニ鉗子ヲ掛ケテ十分ニ牽引シテ、A部ヨリ刀ヲ以テ靜カニ縱切開チ施シ子宮ヲ全ク左右
ニ分斷スルトキハ膀胱ハ特別ノ注意スルコトナク自然ニ剝離セラル、モノナリ

表 七 第



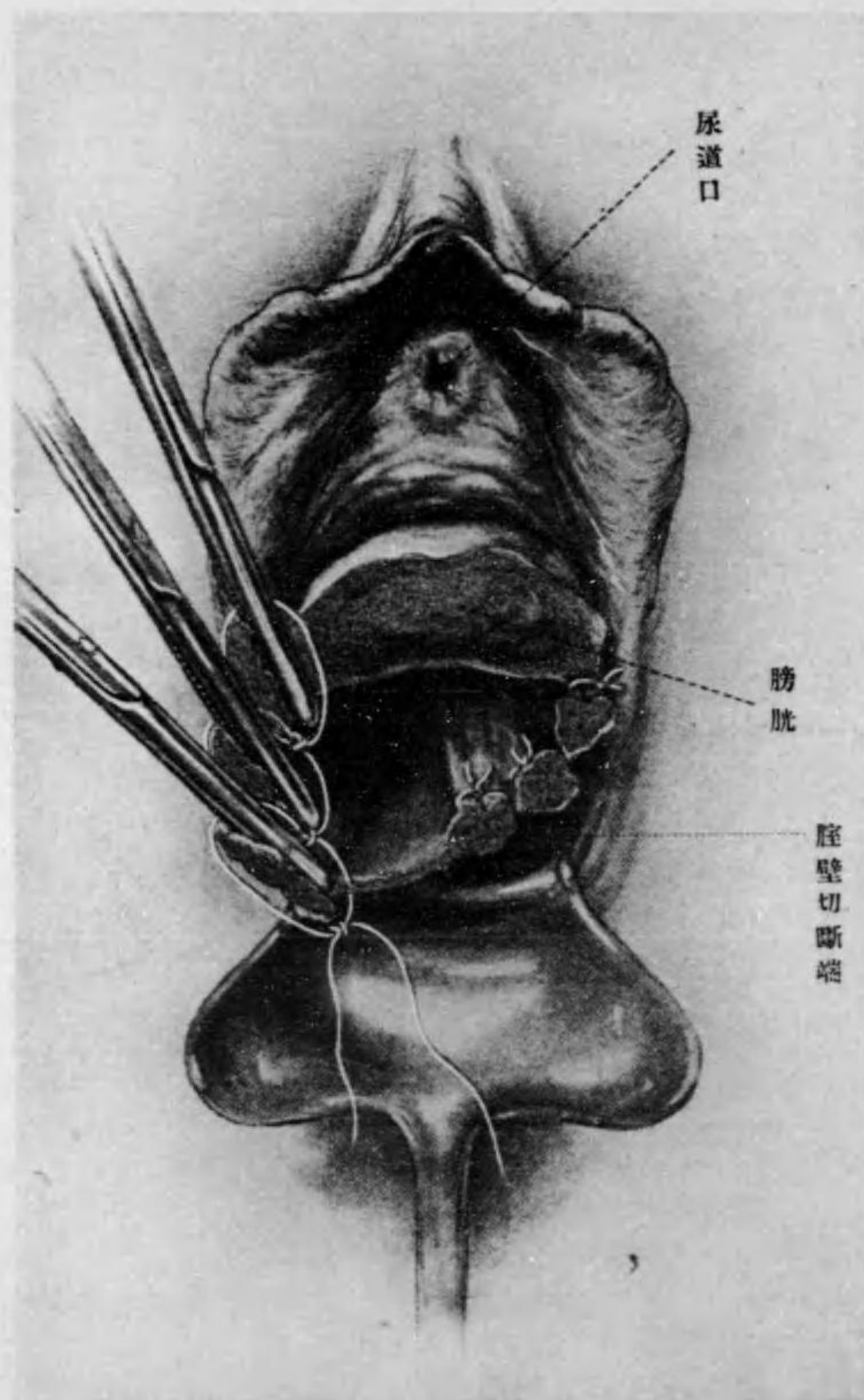
子宮腔部

子宮體ノ後壁

子宮腔部ヨリ頸部ヲ後方ニ於テ縱徑ニ沿フテ切開スルトキハ、後ドウケラス氏
高ニ達シ子宮體後壁現ハレ來ルモノトス
尿道口

(Nach Döderlein)

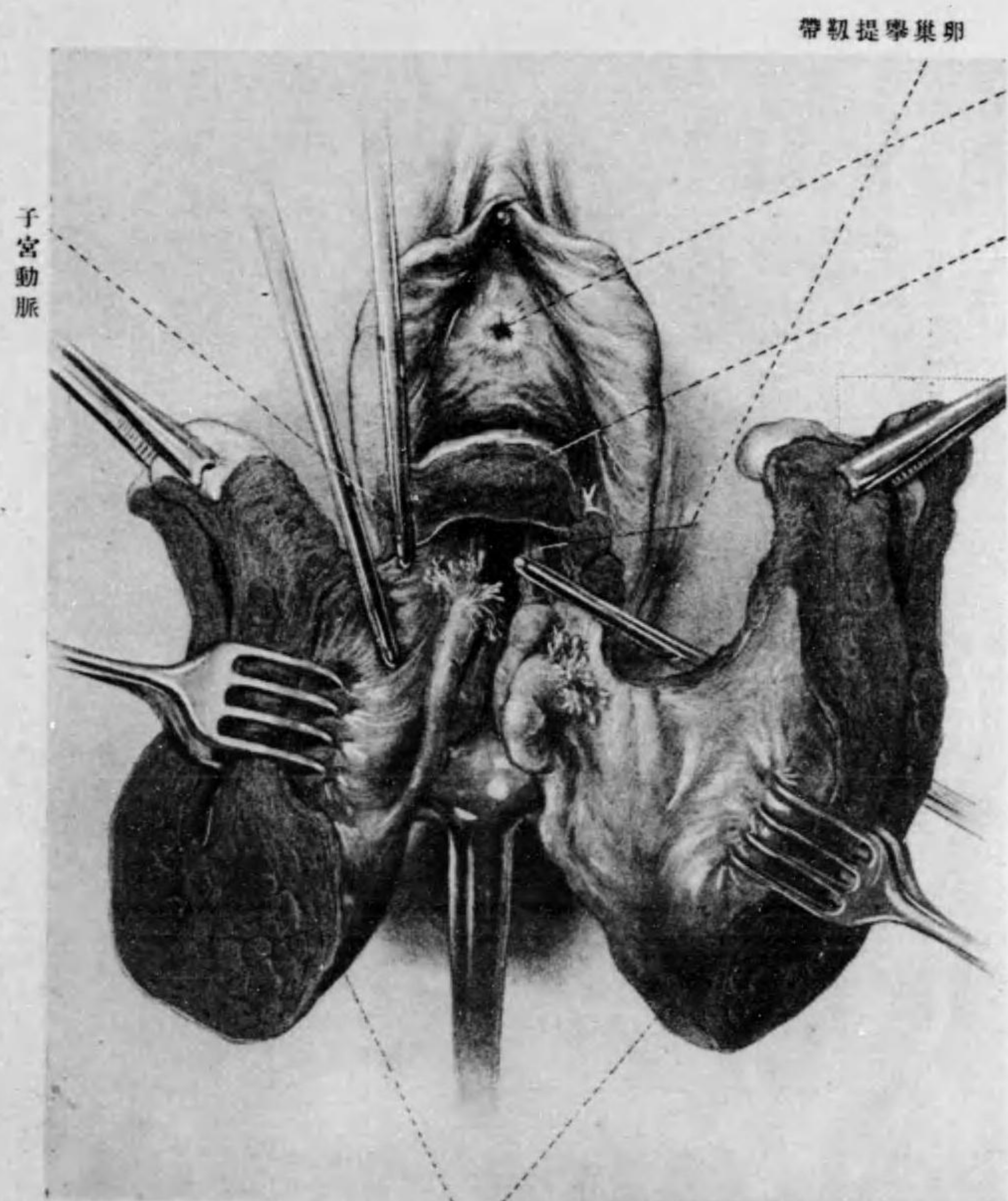
第十表



以上ノ如クシテ子宮及ビ附屬器ヲ摘出シ腔壁ノ切斷端ヲ結紮ス

(Nach Döderlein)

第九表



之ヨリ左右兩側ノ靱帶及ビ血管ヲ結紮ス

子宮體

(Nach Döderlein)

テ昔時ハ其手術ノ成績佳良ナラザリシ爲メ、之ヲ截除スルモノト保存的ニ對症の療法ヲ行フ者トノ二派ニ別レ、議論頗ル紛々タリシモ、手術成績ノ著ルシク佳良ニナレル今日ニ於テハ、事情ノ許ス限リ根治の手術ヲ行フベキモノトス。殊ニ頑固ナル出血月經困難腹膜炎等ニヨリ身體ヲ虛弱ナラシメ、其他腫瘍ノ壞疽又ハ腐敗等ノ危險アルモノハ、根治の手術ヲ行フベキハ論ヲ待タズ。唯ダ老年ニシテ出血其他ノ障礙ナク、腫瘍モ速カニ増大スルノ傾向ナキ時ハ手術セザルモ可ナランカ。又手術ヲ施シ得ザル場合ニハ已ムナク對症療法ヲ行ハザルベカラズ。ヒルデブランド *Hilbrand* 氏(一八七二年)ハエルゴチンヲ以テ子宮血管ヲ收縮セシメ、以テ局部ノ貧血及ビ榮養障礙ヲ起サシムルトキハ、筋腫ハ脂肪變性ヲ來シ遂ニ萎縮セシメ得ベシトノ見解ノ下ニ、一〇%ノ純精エルゴチン水溶液ニ一二滴ノ石炭酸ヲ加ヘ、半筒乃至一筒(〇・〇五—〇・二)ヲ腹壁ノ皮下深ク注射シ之ヲ一日又ハ二日ヲ隔テテ長時持續的ニ行ヒ、之ニ由リ以テ腫瘍ノ發育ヲ停止シ或ハ縮小セシメ得ベシト稱セシモ、長時日ヲ要スルヲ以テ患者多クハ之ニ堪ヘズ、其療法ヲ中止スルニ至ルコト少ナシトセズ、又他方ニハ確實ニ檢鏡上筋組織ニ於ケル筋腫細胞ノ萎縮ヲ來スヤ疑ナキ能ハズ。其他用ヒラルル藥品ハ流動ヒドラステスカナデンジス越幾斯ニシテ一〇・〇ヲ一日量トシテ用ユ。其他又ステブチン或ハステブトール一日四錠乃至(〇・二)六錠(〇・三)ヲ用ユ。又平流電氣ヲ用ヒテ筋腫ノ縮小セリト稱スルノ人アリ。或ハ卵巢摘出術ヲ施ス人アリ、然レドモ是等ハ動物試驗ニ據レバ一定時ノ後ニアリテハ、子宮筋纖維ノ「ミオフィブリーレン」ハ

其數及ビ各個ノ長サヲ減少シ、遂ニ筋纖維自己ハ僅カニ核ノミヲ殘スニ至ルモ、是レ生理的ノ子宮筋纖維ニ及ボス關係ナレバ、彼ノ病的タル筋腫ノ筋纖維ニ同様ノ影響ヲ及ボスベキモノナルヤ疑ナキ能ハズ。

三 レントゲン療法

「レントゲン放射線ヲ筋腫治療ニ應用セシハ、西曆一千九百〇三年米醫ウイリアム、ジェームス William James 氏ナリ、然レドモ其當時ハ未ダ世ノ學者ノ注意ヲ喚起スルニ至ラズ、其後アルベルス、シエーンベルグ Albers-Schönberg 氏ノ獻身の努力ニヨリ千九百九年ニ至リ「レントゲン學ノ基礎ヲナスニ至レリ。

アルベルス、シエーンベルグ氏ノ緩徐放射術式 患者ヲ水平仰臥位トシ、非照射部ハ鉛板ヲ以テ被覆シ、照射部ハ一mmノ厚サヲ有スル山羊ノ皮ヲ四層トナシ軟線ノ濾過ニ供シ、以テ皮膚ノ炎症ヲ避ケ、圓筒ハ直徑一三乃至二〇仙迷ノモノヲ用キ、三乃至五MAノ感應電流ヲ使用ス。燒點距離ハ三十八仙迷トシ、各照射部ノ表面配量ハ一〇キンベック氏單位或ハ五ホルツクネヒト氏單位トス(即チ皮膚炎ヲ起スベキ最小限ナリ)而シテ毎日六分間宛放射シ、三日乃至四日間持續ノ後二週間休止シ、更ニ同上ノ放射ヲ三日間持續シ亦二週間之ヲ休止ス。以上ノ方法ヲ反復施行シテ筋腫ノ出血ヲ遏止セシムルニハ約三四ヶ月ヲ要スト。

最近ノ研究ニヨリ種々ノ使用法改良セラレ、治療日數著ルシク短縮セラルルニ至レリ、殊ニフライブルグ大學ガウス氏ノ研究實驗ニヨリ、千九百十二年、レントゲン深達療法ナル改良法發表セラレ治療日數モ一ヶ月トナリ、世人ノ想像シ得ザル短時日ヲ以テ止血ノ目的ヲ達スルニ至レリ。フライブルグ術式ハ分野濾過放射術式ニシテ、濾過用トシテ三mmノアルミニウム板ヲ使用セリ、是レニ由リ軟線ハ充分ニ濾過セシムルノミナラズ、硬線ノ深達力ヲ強カラシメ、以テ治療ノ目的ヲ達スルコトヲ得ベシ。十三whノ硬度ヲ有スル球管ヲ用ヒ、燒點距離ハ二十仙迷以內ニ短縮シ、腹壁ノミナラズ側方脊部腔ヨリモ放射シ一日六時間ニ及ブ。而シテ八日間休止シ、之ヲ反復シテ約三回ニ及ビ、放射量モ千四百八十キンベック即チ在來ノ約百五十倍量ヲ使用スルニ至レリ。

「レントゲン放射療法施行成績」アルベルス、シエーンベルグ氏ノ舊式ニヨル四十二例中、三十三例ハ治療四例ハ輕快、五例ハ無効ナリキ。

「ハイデルベルグ教室ニテハ三十四名ノ子宮出血患者、八十一名ノ筋腫患者ニ應用シ、前者ハ二十七名後者ハ六十名ニ效果ヲ認メタリ。

「ベルリン、シヤリターニテハ九十六名ノ筋腫患者中八十一例即チ八四・四%ニ效果ヲ見、十五・六%ハ無効ニ終レリ。經期出血ノ八〇%ニ有效ナリキ。

「プレスラウ教室ニテハ小兒頭乃至大人頭大ノ筋腫ヲ長時照射シ止血ノ效ヲ奏セリ。其他十七名ノ子宮出血患者ニ應用セシニ、年齢四十年以內ノモノニアリテハ單ニ止血ヲ來シ、

四十年以上ノ者ニアリテハ止血ニ兼テ月經閉止ヲ來セリ。
ガウス氏ハ二百〇五例ノ實驗ニヨリ左ノ成績ヲ得タリ

内百例ハ分野放射法ヲ用ヒ尙ホ其内一〇例ニハ分野強力放射法ヲ用キタリ、而シテ此百例ニハ殆ン
ド無効ニ終リシモノナシト云フ。而シテ放射療法ヲ行ヒシ時日ハ平均二ヶ月四分一ナリシモ、分野
強力放射法ニヨリシモノニアリテハ一ヶ月四分一ニテ止血ノ目的ヲ達セリト云フ。

諸國ニ於ケル筋腫ノ成績放射療法ハ六百六十九例中止血セルモノ三百六十五例即チ約五六%ニシ
テ、輕快セシモノ一七.九%ニ當レリ。
筋腫ノ全ク消失セシ例ハ僅カニ五%ニ過ギズト。

筋腫ノレントゲン放射線療法

「レントゲン放射線療法ハ千九百十三年中ニ多數ノ
實驗的統計ノ發表ヲ見タリ、止血並ニ腫瘍縮小ニ關スル說ハガウス (Guss) 氏ヲ初メ多數
ノ學者之ヲ同フシ、何レモ共ニ效果ヲ認メタリ。然レドモフアイト W. Veit 氏ハ其一例ニ於
テ却テ腫瘍ノ増大ヲ認メタリト云フ。

出血止ミ、月經ハ普通ノ状態トナリ時ニ無月經ヲ來タスコトハ多數研究者ノ一致スル所
ナリ。然レドモ本療法ヲ行フモ其效ナク、却テ出血ヲ増スガ如キコトアラバ手術ニ訴フベ
キヤ勿論ナリ。獨リルンゲ Runge 氏ハ常ニ本療法ノ效果ヲ認メザリシト。Desjardis 氏ハ脂
肪多キ榮養不良ノ患者ニアリテハ、腹壁皮膚ノ潰瘍ヲ起シ易ク且ツ潰瘍ハ治療シ難キヲ
以テ頗ル注意ヲ要スベシトセリ。クライン Klein 氏ハ現存セル慢性腹膜炎ノ増悪ヲ來シ、

急性腹膜炎ニ變ゼシ者ヲ實驗シ、ブナム氏ハ下痢ヲ起シテ衰弱ニ陥リシ患者ヲ實驗セリ。
其他膀胱腸ノ障礙ヲ見タル學者モ亦尠ナカラズ。ウエツテレル Welterer 氏ノ如キハ屢胃
腸障礙ヲ來タスヲ見、二百X以上ノ放射量ヲ用キザルコトトセリ。

マッケンロート Mackenroth 氏ハ動物試驗ニ於テ同ジク腸障礙ヲ來タスヲ見タリ。

(四) ラヂウム及メソトリウム療法

Clayton 氏ハ研究ノ結果、ラヂウム療法ノレントゲン線療法ニ比シ優越セルヲ唱ヘ、其副作
用モラヂウムノ遙カニ輕度ナルヲ唱ヘリ、即チ反復之ヲ行フモ皮膚ノ炎症ヲ來スコト稀
レニシテ縱令之ヲ來スコトアルモ輕度ナリ。其他卵巢組織殊ニ濾胞ニ影響スルコト亦稀
レナリ。是ニ由リテ觀レバ月經閉止作用ハ、主トシテ卵巢組織ノ變化ニ基因スベキモノニ
アラザルベシト。ラヂウム療法ハ更ニ之ヲレントゲン療法ト併用セバ其效果一層著ルシ
カルベシ。同氏ハ猶ホ月經間及ビ月經時ニ於ケル出血量ヲ減ゼシメ、腫瘍ノ萎縮ヲ來シ、若
シ之ヲ持續スルトキハ遂ニ月經閉止ヲ來スニ至ルベキヲ稱ヘ、且ツ曰ク卵巢ニ及ボス作
用ハレントゲン放射線ト異ナリ、グラীব氏濾胞ノ發育ヲ妨グルコトナキヲ以テ、本療法
後妊娠スルモノ尠ナカラズ。其他内分泌ニモ亦影響セザルモノノ如ク、且ツ筋腫ノ小ナル
モノニアリテハ三日毎ニ六乃至八時間頸管内ニ插置スルコト十二回ニ及ベバ、筋腫ハ消
失シ出血亦止ミ、粘膜ノ壞疽ヲ來スコトナクシテ血管ノ閉鎖ヲ來スベシト。

猶ホ Cheron, Bonehacourt 兩氏ノラチウム應用成績ノ報告ヲ略記スレバ左ノ如シ。

小筋腫ヲ有セル百二十名ノ患者中百十七名ハ無月經トナレリ、而カモ其中七十九名ハ從來出血高度ナリキ、且ツ百〇八名ハ筋腫著ルシク縮小シ九名ハ變化ヲ呈セズ、三名ハ反之増大セリ。

ラチウムハX放射線ニ比シ其奏效速カナルノミナラズ、子宮内ニ使用シ得ルヲ以テ皮膚ノ炎症ヲ起スコト稀レナリ。

ラチウムトX放射線ヲ併用セシ小筋腫ノ十二例中十一例及ビ大筋腫ノ五例中三例ハ三週乃至六ヶ月内ニ於テ無月經トナレリ。

「レントゲン放射線ノ筋腫ニ及ボス作用ノ概要ハ次ノ如シ。

卵巢ニ於ケル作用、筋腫組織ニ及ボス直接作用、筋腫發育ノ中心タルベキ血管ニ於ケル作用等ニシテ其他亦子宮粘膜ノ腺深部ニ於ケル細胞ヲ破壊スルノ作用アリ。

ラチウム療法ノ有利ナル點ハ

- (一)ラチウムハ周圍ノ非纖維組織ニ何等ノ障害ヲモ及ボサザルコト。
- (二)周圍ノ放射作用微力ナルガ故ニ、早期ニ月經閉止ヲ來タスコトナクシテ止血ノ效アルコト。
- (三)レントゲン放射線ノ如ク皮膚ニ損傷ヲ起スコトノ少ナキコト。
- (四)卵巢ニ作用シテ而カモ卵巢ノ組織及ビグラーフ氏濾胞ヲ害セザルコト。
- (五)短時日ニテ效果ヲ奏シ得ルコト。
- (六)レントゲン放射線ト併用スルトキハ各別ニ使用スルニ比シ遙ニ效果ヲ收メ得ルコト。

エッセン・メルレル Esser-Moller 氏ハ六例ノ筋腫ト、二例ノ經歇期子宮出血ニラチウム療法ヲ行ヒ、總テノ場合ニ止血ヲ來タシ著ルシク筋腫ノ萎縮セルヲ見、フリードレンデル Friedla-

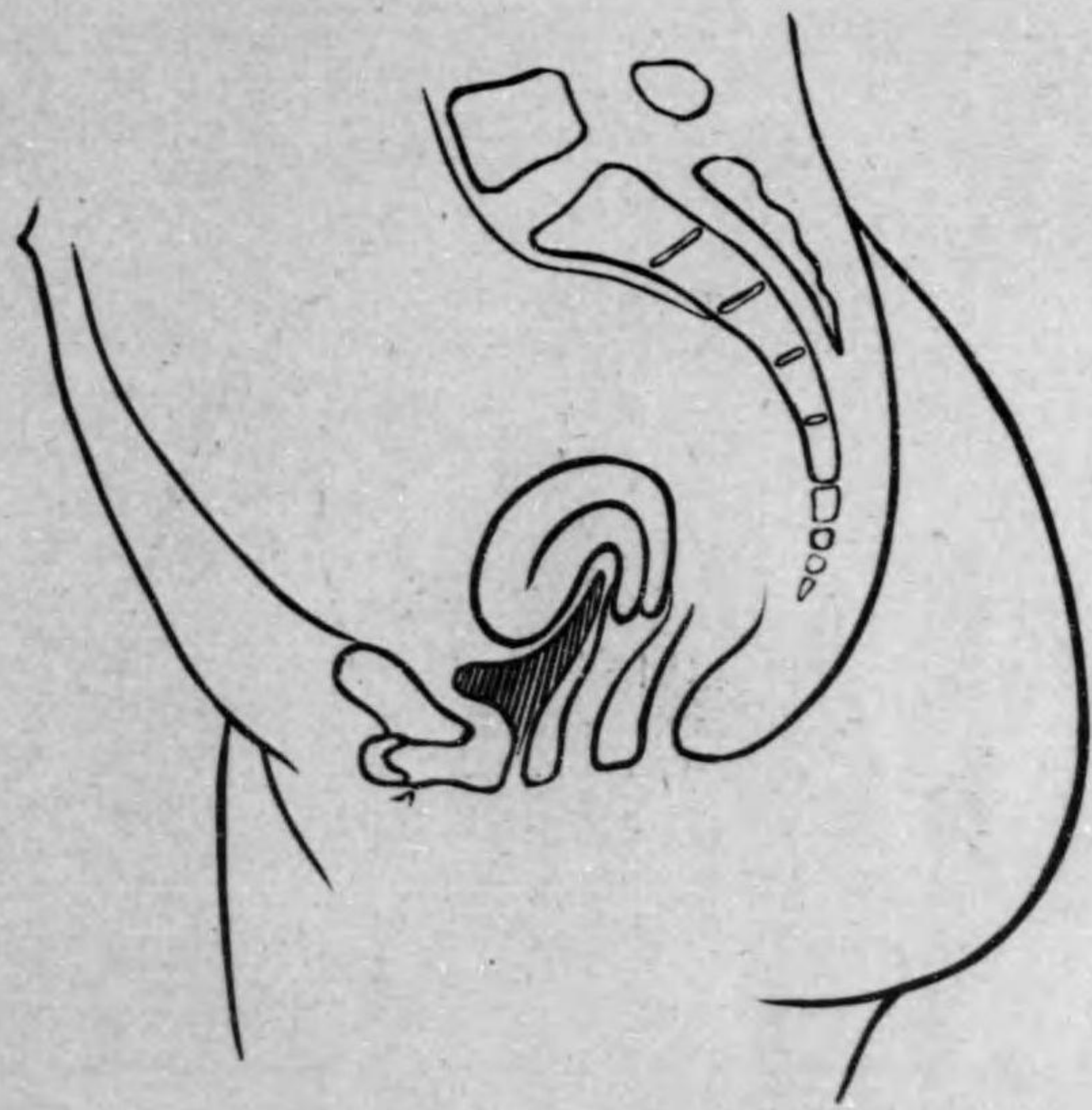
ender 氏ハ「レントゲン放射線ノ代リニメソトリウム Mesothorium ヲ銀筒ニ入レ、軟線ヲ濾過シ、成ルベク卵巢ニ近接セシメンガ爲メ之ヲ腔内ニ挿入シ、粘膜ニハアドレナリンヲ塗布シテ貧血ヲ起サシメ、以テ放射線ノ作用ヲ避ケシメタルニ、同ジク子宮出血ニ著效アルヲ認メタリ要スルニ Cheron 氏ハラチウム療法ニヨリ小筋腫ニ於ケル止血ノ目的ヲ達シ傍ラ無月經ヲ來シ、且ツ腫瘍ノ縮小ヲ認メタルコトニヨリ極力本法ヲ賞揚セリ。

第五節 子宮轉位 Die Lageveränderungen des Uterus.

定義 子宮ハ人體中ニ於ケル可動器官ノ一ニ屬シ、種々ナル條件ノ下ニ其位置ヲ變ズルモノニシテ、生理的ニハ移動性ナリ、例之バ腹壓及ビ周圍臟器ノ充滿ニヨリテ自己ノ位置ヲ變ズルガ如シ。然レドモ病的ナラザル限りハ、原因ノ除去セララルト共ニ直チニ原位置ニ復スルモノニシテ、之ヲ生理的變位ト稱ス。病的原因ガ持續的ニ子宮ニ作用シ、以テ子宮ヲ非生理的ノ位置ニ固定セシムルモ、一朝原因ノ除去セララルヤ再ビ生理的變位ニ復スルコトアリ、例之バドウグラス氏窩中ニアル卵巢腫瘍ハ子宮ヲシテ前位ナラシムルモ、腫瘍ヲ除去セバ子宮ハ再ビ生理的ノ位置ニ復スルガ如シ。尙ホ此際子宮位置ノ變化ト共ニ喇叭管竝ニ卵巢モ亦其位置ヲ變ズルモノナリ。

今子宮ノ位置ヲ精密ニ知得センガ爲メニ、吾人ハ次ノ定義ヲ理解スルヲ以テ最モ便ナリトス。若シ子宮縱軸ノ儘其前方ニ傾キタル時ハ之ヲ前傾又ハ前轉 Anteversio 則チト言ヒ、之

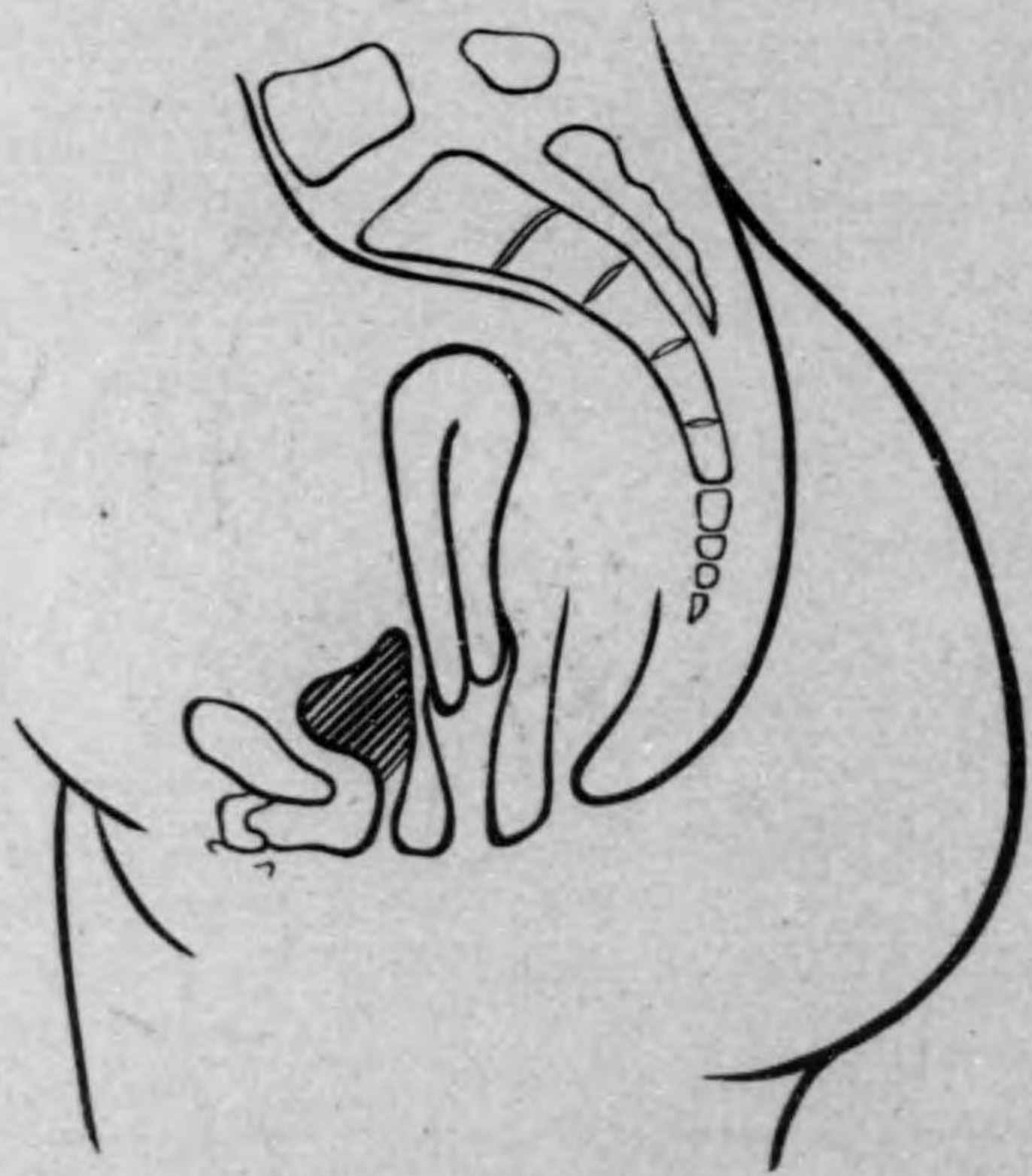
圖 三 第
Nach Winter.



屈 前 宮 子

四〇
ニ反シテ其ノ儘後
方ニ傾キタル時ハ
之ヲ後傾又ハ後轉
Retroversio uteriト稱
ス。
子宮縱軸ガ子宮頸
部ニ於テ或ル角度
ヲナシ、前方ニ屈セ
シ時ハ之ヲ前屈
Anteflexio uteriト云
ヒ、之ニ反シテ或ル
角度ヲ以テ後方ニ
屈セシ時ハ之ヲ後
屈 Retroflexio uteriト
稱ス。
生理的固有ノ位置
トシテハ、子宮ハ前

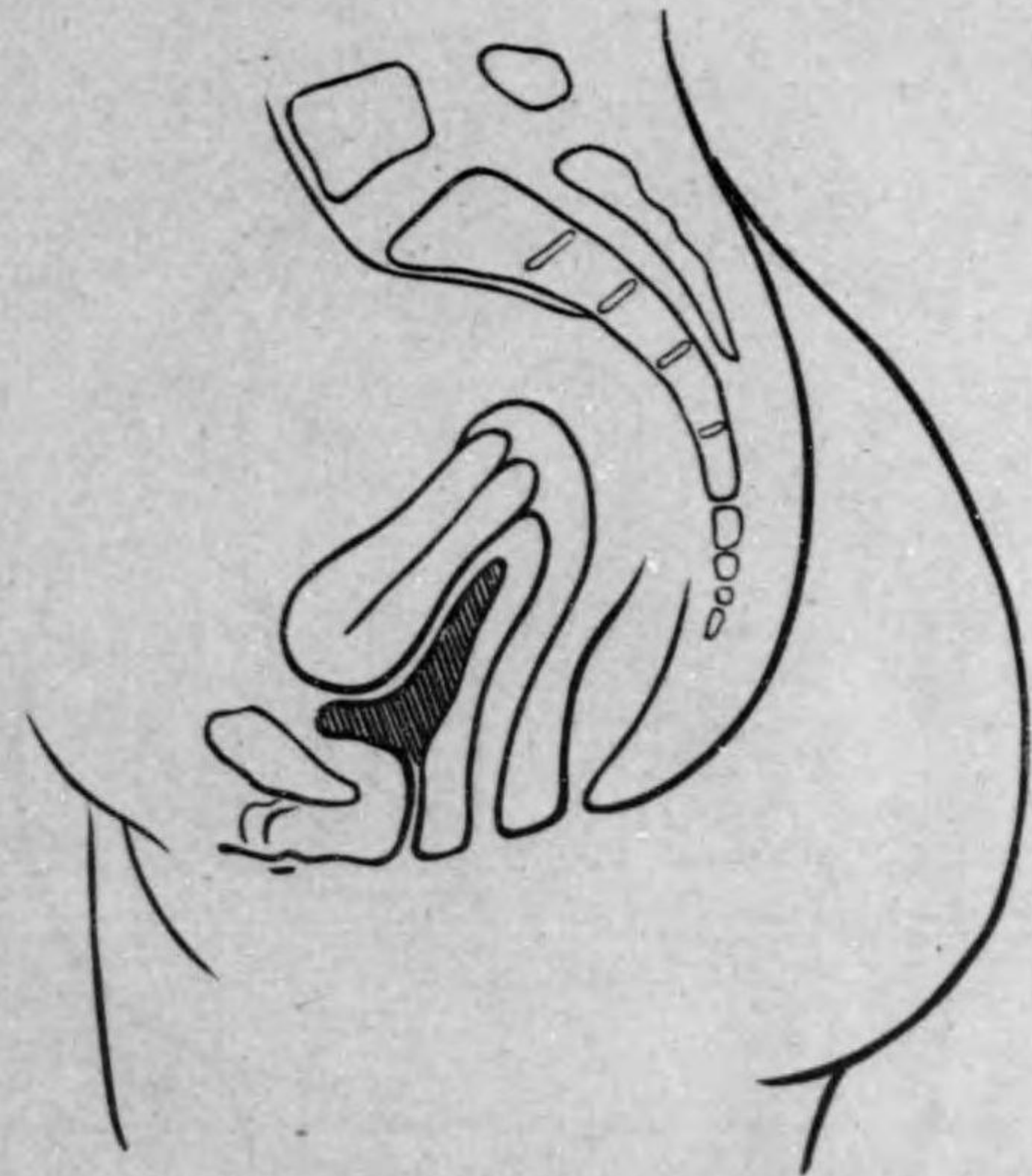
圖 四 第
Nach Winter.



傾 後 宮 子

傾前屈シ、小骨盤内
ニアリテ其外口ハ
約坐骨棘線ノ中央
ニアリ。此生理的ノ
位置ハ獨リ胎兒及
ビ健康ノ婦人ニ於
テノミ見ルニ過ギ
ザルモノナリ。
子宮ガ全ク生理的
状態ヲ變化セズシ
テ前方ニ變位スル
場合之ヲ子宮前位
Antepositio uteriト稱
シ、反對ニ後方ニ轉
位シタル時之ヲ後
位 Retropositio uteri
ト稱ス。
四一

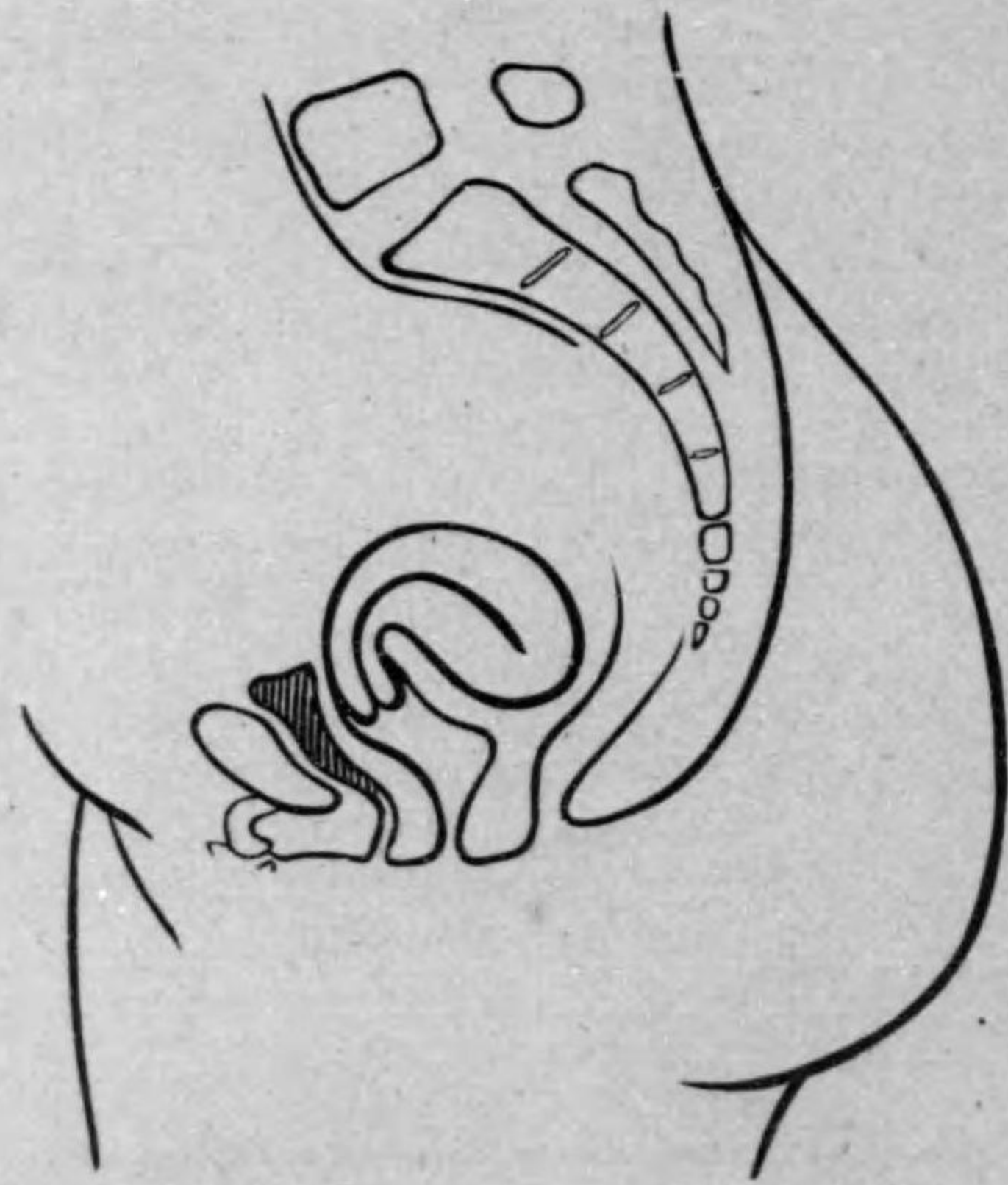
第五圖 Nach Winter.



子宮前傾

四二
子宮ガ全ク生理的ノ位置ヲ變ゼズシテ右方ニ轉ジタル時之ヲ右位 Dextro-positio uteri ト稱シ、若シ左方ニ轉ジタル時ハ之ヲ左位 Sinistro positio ト稱ス。
子宮ガ生理的位置ヲ變ジ下垂セル場合之ヲ子宮ノ下垂 Descensus uteri ト稱シ、下垂ノ度甚ダシクシテ膈口外ニ露出セルモノヲ子宮脱 Prolapsus uteri ト

第六圖 Nach Winter.



子宮後屈

稱ス、子宮若シ其縱軸ノ周圍ニ廻轉セル時ハ子宮ノ捻轉 Torsionem ト謂フ。

子宮前位
Antepositio
uteri

子宮ハ多ク直立ノ状態ニテ前方ニ近接スルモノニシテ、子宮底ハ前腹壁ノ直後ニ、子宮腔部ハ耻骨縫際ノ直後ニ位ス。

原因 多クハ骨盤内ニ於ケル子宮ノ

後部ヲ充實スル腫瘍ニヨルモノナリ、例之ハ卵巢又ハ喇叭管腫瘍ノドウグラス氏腔ニ入リタル時、又ハ大ナル子宮後部血腫或ハ漿液性若シクハ膿性骨盤腹膜炎ノ滲出液ニヨリテ前方ニ壓迫セラレタル場合ノ如シ。滲出物ノ際ハ子宮ハ其前面ニ接近スルヲ以テ之ヲ觸知シ難キコトアリ。稀レニハ膀胱子宮窩ニ於ケル滲出物吸收後ノ瘢痕ノ爲メ前腹壁ニ接近シ、以テ前位ヲ取ルコトアリ。其他骨盤結締織炎ニヨル滲出液ノ爲メ前位ヲ來スコトアリ、又腫瘍ノ位置ニヨリテハ子宮ハ前位ト側位ヲ取り、或ハ子宮頸部ニ生ジタル腫瘍ノ爲メ上昇前位ヲ取ルコトアリ。

診斷 外指ヲ以テ子宮ヲ觸知スルコトヲ得ズ、且ツ内指ニテ子宮後部ノ腫瘍ヨリ子宮自己ノ限界ヲ認メ得ザル場合ニハ、前位ノ診斷甚ダ困難ナルモ、此他ノ際ハ雙合診ニヨリテ之ヲ確診シ得ベシ。

子宮後位 Retropositio uteri

子宮自己ハ生理的ノ屈曲ヲ維持スルモ、體ハ薦骨ノ前面ニ接觸シ底ハ薦骨岬ノ直下ニ位シ、腔部ハ後方ニ推移シテ外口ガ後下方ニ向ヘルモノヲ謂フ。

原因 子宮固定靱帶ノ弛緩セル場合ハ仰臥ニヨリ後位ヲ執ルコトアリ、又膀胱充滿セル場合ニハ同ジク此位置ヲ取ルモノニシテ、是等ハ勿論凡テ病的ノ位置ニアラザルヲ以テ、診察ノ際ニハ必ラズ膀胱ヲ空虚トナサザルベカラズ。

病的トシテハ、子宮ノ後部ニ行ハルル萎縮性炎症ノ結果トシテ起ルコト多ク、即チドウグラス氏窩中ニ於ケル血腫ノ排除、又ハ穿孔セル後、或ハ血腫ノ凝固、其他化膿性骨盤腹膜炎ノ初期ニ子宮ヲシテ前位ヲ取ラシメシ者ガ後ニ至リ瘢痕萎縮ヲ來タシ、爲メニ子宮ヲ骨盤後壁ニ接近セシム。其他萎縮性骨盤結締織炎モ、亦後位ノ原因トナルモノニシテ、上頸部ハ後上方ニ提舉セラレ、子宮ハ後位ヲ取ルト同時ニ、前屈且ツ上昇ヲ伴フモノトス。稀レニ子宮ノ前方ニアル腫瘍ニヨリ子宮壓迫セラレテ後位ヲ取ルモノアリ、例之ハ卵巢腫瘍又ハ可動性喇叭管腫瘍又時トシテハ子宮ノ前方ニ於ケル腹膜炎性滲出物等ノ如シ。其他屢々一側ノドウグラス氏皺襞萎縮シテ子宮ハ後位ト同時ニ側位ヲ取ルコトアリ。又子宮體ノ牽引ヲ受ケタル場合ニ於テハ後位後轉ノ位置ヲ取ルモノナリ。

診斷 雙合診ニヨリテ其位置ヲ知ルヲ得ベシ、即チ子宮腔部ハ後方骨盤ノ後壁ニ近接シ、子宮外口ハ下方ニ向フモノナリ。若シ腹壁厚キカ又ハ緊張強キ場合ハ、外指ニテ後方ニ寄レル子宮ヲ觸知スルコト困難ナリ。此際ニハ内手指ヲ以テ前腔穹窿部ヨリ深く進入セシメ、子宮屈曲ノ状態ヲ子宮前壁ノ屈曲ニヨリテ察知シ以テ診斷スベシ。前方ニ子宮體ヲ觸知シ得ザル場合、直チニ子宮後屈ト想像セバ時ニ誤診ニ陥ルコトアリ。

其他尙ホ原因ヲ探究スルコト必要ナリ、内診又ハ雙合診ニヨリ子宮後壁ニ指ヲ當テ、前方ニ移動セシメントスル際著ルシキ抵抗ヲ感ゼバ是レ正シク子宮ノ後方ニ固著セルノ證ナリ。此際疼痛アラハ炎症性ノモノナルヲ想像スベシ。若シ炎症性ノモノトセバ子宮周圍

炎ナルカ、後部骨盤結締織炎ナルカヲ識別セザルベカラズ、子宮體ノ上方ニ當リ癒著ヲ發見セバ是レ子宮周圍炎ノ結果ナルベク、又外手ヲ以テ子宮後方ドウグラス氏窩中ニ深く入ルコトヲ得、而カモ何等ノ抵抗ヲ認メズ、之ニ反シ内手ニ於テ後腔穹窿部ヲ少シク壓上シテ直チニ強キ抵抗又ハ索狀體ニ觸ルルトキハ、骨盤結締織炎ノ想像ヲ下スベキモノナリ。

子宮ノ側位 Lateropositio uteri.

生理的ノ屈曲ヲ以テ側方ニ變位セルモノニシテ、偏位側ノ腔穹窿部ハ非常ニ狹隘トナリ、僅カニ狹キ間隙ヲ留ムルニ過ギズ、之ニ反シテ他側ニ於ケル腔穹窿部ハ擴大シ且ツ其深サヲ減ゼリ。又子宮附屬器ハ其偏位セル側方ニ於テハ之ヲ觸知スルコト困難ナルモ、他側ニテハ殆ンド骨盤ノ中央ニ位スルニ至レリ。

原因 稀レニ先天性ニ一側ノ廣靱帶短ク、子宮ハ爲メニ側位ヲ取ルニ至ルコトアリ。其他後天的ニ來ルモノニ於テハ、子宮ト骨盤壁トノ間ニ發育セル腫瘍ハ、子宮ヲ側位タラシムルノ一大原因ナリトス。然レドモ是等腫瘍ノ有莖ナルトキハ、腫瘍ハ自己ノ増大ニ伴ヒテドウグラス氏窩中ニ入ルカ、又ハ小骨盤ヲ出デテ發育スルヲ以テ子宮ノ位置ニ影響ヲ及ボスコト少ナシ。反之一朝腫瘍ノ廣靱帶内ニ發育スルアラバ子宮ノ位置ニ影響ヲ與フルコト甚ダ大ナリ、殊ニ廣靱帶内ノ血腫又ハ廣靱帶内ノ滲出物ハ定型性ノ側位ヲ子宮ニ與

フルモノナリ。腫瘍ニシテ廣靱帶ノ上部ニアル時ハ主トシテ其影響ヲ子宮體ニ及ボヌヲ以テ、宮體ハ反側ニ傾キ爰ニ所謂側轉ノ位置ニ變ズ。腫瘍若シ深部ニ存スル時ハ子宮ハ反對側ニ押シ寄せラレ且ツ少シク上昇スルノ傾向ヲ示ス。其他嵌衝ノ遺留物タル瘢痕又ハ膀胱ハ子宮ヲ同名側ニ牽引シ、尙ホ一側ノドウグラス氏皺襞ノ萎縮ハ其結果トシテ側位竝ニ後位ヲ子宮ニ與フ。

要スルニ新ラシキ廣靱帶内ノ滲出液ハ反對側ニ子宮ヲ壓迫スルモ、之ガ萎縮スル時ハ同名側ニ子宮ヲ牽引スルモノナリ。

診斷 中指及ビ示指ヲ揃へ、他指ハ之ヲ屈シテ腔内ニ入レ、薦骨岬ニ中指ヲ達セシムベキ方向ヲ取ル時ハ、骨盤ノ中央ヲ觸覺スルコトヲ得テ、子宮ガ左方又ハ右方ニ偏位スルコトヲ知り得ベキモ、側位ノ度僅微ナル時ハ之ヲ看過スルコトアリ。又子宮ヲ左右ニ移動セシムルニ當リ何レニカ抵抗ヲ感ズベシ。腫瘍ノ大ナルモノ骨盤内ニ存スルトキハ子宮ヲ觸知スルコト困難ナル場合多シ。

子宮ノ上昇 Elevatio uteri.

子宮ガ骨盤軸ノ方向ニ於テ骨盤上口ヨリ上昇シ、前腹壁ニ接近セシモノヲ稱ス。此際子宮腔部ハ耻骨縫際ノ上部ニ位シ、子宮底ハ増大セザル子宮ニ於テモ尙ホ且ツ臍部ニ達スルコトアリ。

原因 子宮ノ下方ニ發育セル腫瘍ニ依リテ擡舉セラレタル場合多ク、例之ハ腔ノ閉鎖ニヨリ腔内ニ滯溜セル血液ガ子宮ヲ上方ニ舉上セシムルカ、或ハ頸管ノ癌腫腔ノ肉腫其他腔内ニ排出セラレタル粘膜炎下筋腫等ニヨリテ、或ハ稀レニ短莖ナル卵巢腫瘍ノ爲メニ上昇セラルルガ如シ。又子宮ガ前腹壁ニ癒著シテ上昇ノ位置ヲ取ルコトアリ、其他人工的ニ腹著ヲナセシ時ノ如キ其上昇ヲ見ルモノナリ。

診斷 通常容易ナルモ、腔部過高ニシテ内手指ノ腔部ニ達セザル場合ハ困難ナリ。又腫瘍ニヨリテ癒著ヲ起セシトキハ腫瘍ヨリ子宮ヲ分離シテ觸知スルコト難ク、從テ其診斷亦困難ナルコトアリ。

子宮ノ前轉 Anteversio uteri.

子宮ノ前轉ハ或ル程度迄生理的ノ位置ト稱スベキモ、之レガ範圍ヲ越ヘテ遙カニ下行シ膀胱ノ上方ニ來リ、腔部ハ上行シ子宮外口全ク後方ニ向フカ、又ハ後上方ニ向フガ如キ場合ハ之ヲ病的ト見做スコトヲ得ベシ。多クハ所謂慢性子宮實質炎ノ結果ニシテ宮體ハ増大肥厚シ頸部ハ鞏固トナリ生理的ノ屈曲ヲ失シ、宮體及ビ頸部ハ直線軸ヲ取ルニ至ルモノトス。

診斷 雙合診ニヨリテ容易ナリ。腔部ハ上方ニ位シ子宮口ハ内指ノ達シ得ザル所ニアルコトアリ。子宮體ハ前腔穹窿部ノ直上ニアリテ該部ヲ下方ニ膨隆セシム。

原因 多クハ宮體肥厚シ且ツ増大シテ其重量ヲ増加シ、所謂慢性實質炎ノ状態ニアリ。時トシテハ子宮體又ハ附屬器ガ前骨盤壁ニ癒著シ、其他亦頸部ガ後骨盤壁ト癒著シテ子宮ヲ前轉セシムルコトアリ。

子宮ノ側轉 Lateroversio uteri

普通ノ子宮ニテ其位置少シク傾斜セルコトアリ、例之ハ宮體ハ一側ニ腔部ハ他側ニ位シ、且ツ一側縁ハ少シク前方ニ向フガ如キ位置ヲ取ルガ如キ是レナリ。此度ヲ越ヘテ激シク且ツ其状態ニ固定セララルトキ之ヲ病的トス、甚ダシキハ子宮ノ全ク其長軸ヲ横タフルコトアリ。

診斷 腔部ハ側方ニアリ、子宮外口ハ側方ニ向ヒ、子宮底ハ他側ノ骨盤腔中ニアルコト等ニヨリテ診斷ヲ下シ得ベシ。

原因 之ヲ知ルニ難キコトアリ。胎生時ニ於テ兩側ノミユルレル氏管癒合シテ子宮ヲ形成スルニ當リ、一側ノ管ガ痕跡ノミノコトアリテ、子宮ハ爲メニ側轉ノ状態ヲ呈ス。後天的ニ此位置ヲ取ルハ結締組織ノ萎縮ニ因スルモノトス。今骨盤結締組織ノ深部ニ於テ萎縮ノ行ハルルコトアラシカ、腔部ハ其側方ニ牽引セラレ宮體ハ他側ニ傾キ側轉ヲナスモノナリ。斯カル際ニハ腔部ハ一側ニ固定セララルモ、宮體ハ容易ニ移動スルヲ以テ其診斷容易ナリ。又廣靱帶或ハ喇叭管ノ附近ニ於ケル炎症性萎縮ニヨリテ宮體ヲ一側ニ牽引シ、此

處ニ固定セシムルコトアリ。其他附屬器ノ腫瘍或ハ廣靱帶内ノ腫瘍ハ宮體ヲ他側ニ壓迫シテ側轉セシムルコトアリ。

子宮ノ前屈 Anteflexio uteri.

或ル度迄凡ソ百三十五度ハ生理的ナルモ、此度ヲ越ヘ子宮ノ縱軸角ヲナシテ前方ニ屈スル場合之ヲ病的トス。多クハ他ノ疾病ノ結果起レルモノニシテ、之レガ位置變常ハ必ラズシモ固有ノ疾病ヲ惹起スルニアラズ。

診斷 雙合診ニヨリテ容易ナリ、然レドモ子宮腔部ハ普通腔ノ方向ニ一致スルヲ以テ、從テ子宮外口ハ前下方ニ向ヒ宮體ハ頸部ニ全ク接近シ、頸部ト宮體トニヨリテ成レル角ハ甚ダ狭キヲ以テ、其間ニ手指ノ挿入ヲ許サザルコトアリ。診斷若シ困難ナル時ハ消息子ヲ用ユレバ、後轉ノ場合ニハ腔ノ方向ニ眞直ニ之ヲ挿入シ得ルモ、前屈ニ於テハ内口ニ於テ抵抗アリ、之ヨリ消息子ノ柄ヲ下グルカ又ハ腔部ニ球鉗子ヲ懸ケテ下方ニ牽引シ子宮腔ヲ眞直ナラシメ、甫メテ消息子ヲ挿入シ得ルモノナリ。

鑑別 子宮ノ前方ニ存在スル腫瘍例之ハ骨盤結締織炎ニヨル滲出物又ハ筋腫ガ子宮内口ノ上ニ位スルトキハ、腫瘍ト頸部トノ間ニ角ヲ構成スルヲ以テ宮體ト誤認スルコトアリ。然レドモ腫瘍ハ前屈子宮體ト其形ト大サニ於テ全然一致スルモノニアラズ、且ツ滲出物ナレバ其境界必ズ瀰漫性ナルヲ以テ、注意シテ診スル時ハ其後方ニ於テ眞ノ宮體ヲ發

見シ得ベシ、診斷疑ハシキトキハ消息子ヲ以テ檢スレバ、疑點自ラ氷解セララルベキモノナリ。

子宮前屈ノ診斷ハ比較的容易ナルモ、此位置ノ變化ガ果シテ症狀ヲ誘起スルヤ否ヤノ問題ヲ解決スルハ甚ダ難事ナリ、一般ニ前屈ニハ月經困難及ビ不妊症ヲ屢々伴フモノトス。其他前屈セル子宮ノ可動性ナルヤ固著セルヤヲ決定スルコト亦必要ナリ。是等ノ關係ハ雙合診ニヨリテ定メ得ベシ。子宮若シ移動性ノ前屈ヲナセル場合ハ、多クハ先天的ナルヲ以テ膀胱ノ充滿ハ何等影響ヲ受ケザルモノナリ。尙ホ先天性ノモノニテハ頸部狹長ニシテ宮體小且ツ柔軟ニシテ、容易ニ前屈ヨリ後屈ニ變位セシメ得ルガ如キコトアリ。又ハ後天的ニ子宮壁ノ榮養不良ノ爲メ其壁弛緩シテ前屈スルコトアリ。固定セル前屈ハ多ク後位ヲ兼ネ且ツ少シク上昇シ、骨盤後壁ニ固著シ腔ハ延長セラレ、腔部モ亦高位ニアリ。斯カル子宮ハ前腹壁ニ近ヅケントセバ、其力ニ抵抗シ且ツ疼痛ヲ訴フ。原因トシテハ兩側ドウグラス氏窩中ニ於ケル皺襞ノ短縮ナリ、即チ萎縮性後骨盤結締織炎ノ結果ニシテ、此際ニハ子宮體自己ハ尙ホ其可動性ヲ維持セリ、如斯ハ炎症ノ結果ナルヲ以テ前屈ハ續發性ノモノナリトス。

子宮ノ後轉 Retroversio uteri. 後屈 Retroflexio uteri.

後轉ハ宮體薦骨ニ近ヅキ腔部ハ略、骨盤軸ニ位シ子宮ノ縱軸ハ伸長ス。後屈ニアリテハ子

宮腔部ガ耻骨縫際ニ接近シ、宮體ハ深ク薦骨窩中ニ陷入シ、頸部ニテ後方ニ開ケル角ヲナセリ。後轉後屈共ニ其原因ハ同様ニシテ後轉ハ後屈ノ移行状態ニアリ。後轉ニシテ若シ子宮内口部ニ於テ組織柔弱ナルトキハ爰ニ後屈ノ位置ヲ取ルニ至ル、例之ハ慢性炎症ニテ子宮壁ノ硬化セル時若シクハ處女ニテ、其頸部ノ鞏固ナル者ニテハ後屈ノ代リニ後轉ノ状態ヲ維持シ、經産婦ニテハ子宮實質炎ヲ兼ヌルニアラザレバ多クノ場合後屈トナルガ如シ。尙ホ後傾ノ場合ニハ下垂ヲ兼ヌルコト多シ。

後轉及ビ後屈ノ原因ハ多クハ不明ナルモ其主ナル者ヲ左ニ示サン。

(一) 發育上ノ障礙ニヨリ子宮腔部ノ延長、加フルニ腔ノ短縮及ビ腔上部ノ骨盤前壁ニ癒著セシ時又ハ前腔壁ガ癒痕ノ爲メ萎縮セシ時

(二) 甚ダ稀ナルモ子宮頸部ガ子宮外膜炎ノ爲メニ後方ニ癒著セシ時

(三) 後腔壁ノ短縮ト前腔壁ノ延長トヲ兼ネシ場合

(四) 子宮ヲ固定セル靱帶及ビ筋肉ノ弛緩セル場合

筋及ビ靱帶ノ弛緩ハ子宮ヲシテ後轉且ツ下垂セシム、加フルニ腹壓ノ爲メ一度後轉セバ更ニ後屈ニ陥ラシムルコトアリ。然レドモ靱帶弛緩ハ其原因不明ナルコト多ク、靱帶自己ノ炎症或ハ周圍炎症ノ結果ニ歸ス可キカハ不明ナリ。

時トシテ例之ハ產褥熱ノ爲メ若シクハ骨盤結締組織炎後ニ於テ筋及ビ靱帶ヲ弛緩セシムルコトアリ。然レドモ處女ニ於テ屢々見ル所ノ後轉及ビ後屈ハ其原因ヲ何レニ求ムベキ

カヲ知ルニ難シ、是レ畢竟先天性ニ筋肉及ビ靱帶ノ發育弱キカ或ハ單ニ其力虛弱ナルニヨリテ後轉後屈セシメシモノナランカ。又骨盤腹膜炎ノ結果トシテ癒著ヲ起シ子宮ニ變位ヲ來スコトモ尠ナカラズ、斯カル場合ニハ一度其癒痕ヲ剝離セバ子宮ハ自然ニ生理的位置ニ復歸スルモノナリ。又淋毒性喇叭管炎ニシテ子宮ヲ後方ニ癒著セシムルコトアリ、殊ニ產褥中ニ上行セル淋毒ニテハ子宮ニ位置變狀ヲ起サシムルコト最も多ク、加フルニ此際癒著ヲ起スノミナラズ、其他尙ホ筋肉及ビ靱帶ノ消失ヲモ來スモノトス。

以上ノ原因ヲ討究セバ、後轉及ビ後屈ノ非常ニ多キ所以モ亦自ラ明ナルコト多カルベシ。又產褥中ニ長ク仰臥ノ位置ニアルコトモ亦後轉及ビ後屈ノ原因タリ。病理解剖上ニ於ケル主ナル變化ハ、位置ノ變狀ニヨル結果竝ニ骨盤腹膜炎等ナリ。

後轉後屈ニ伴フモノハ子宮ノ下垂ニシテ子宮腔部ハ延長ス。又從來分娩ヲナセシモノニテ頸部ニ破裂アル場合ハ、腔壁ノ緊張ニヨリ前後兩唇ハ互ニ相開峙シ、頸部ノ粘膜炎ハ癒轉シ遂ニ頸部ノ炎症ヲ起スニ至ル、是レ所謂頸管粘膜炎ノ癒轉(Ectropium)ナリ。

又後轉後屈高度ニ達シ且ツ持續スルトキハ潰瘍ヲ生ジ癒痕性ノ癒著ヲ來スコトアリ。此際ハ位置ノ變狀ニ伴フテ廣靱帶ハ牽引又ハ捻轉セラレ、靜脈性鬱血ヲ來シ子宮全部粘膜炎及ビ實質共ニ浮腫ヲ起スベシ。若シ此變狀持續セバ浮腫ハ慢性トナリ、遂ニ子宮粘膜炎肥厚症ヲ惹起シ所謂實質炎之ニ伴ヒ、腹膜炎性癒著ヲ來タスモノナリ。此癒著ハ時ニヨリ薄弱ナル纖維性ノ癒著ニシテ大小多數ノ空隙ヲ存シ其剝離ノ容易ナルコトアリ、又子宮

ト後骨盤壁トノ間即チドウグラス氏窩ノ上ニ橋様ニ亘リ、或ハ喇叭管卵巢ニ及ブコト亦
 尠ナカラズ時ニハ癒著ノ部域非常ニ廣ク且ツ膜様トナルコトアリ、之ヲ肥厚性腹膜炎ト
 云ヒ、子宮及ビ卵巢間ニ行ハルルノミナラズ蟲様突起又ハ小腸網膜トノ間ニ波及スルコ
 トアリ、此際往々喇叭管水腫ヲ伴フモノナリ。

症候 之ヲ局所的ト一般のトニ區別ス、然レドモ子宮ノ可動性或ハ固著性ナルカニヨリ
 テ多少其症候ヲ異ニス。

(一)局所的症候ノ主ナル者ハ月經ニ及ボス影響ニシテ、鬱血ノ爲メ子宮ノ血量増加シ月經
 過多 Menorrhage ト爲ル、此ハ殆ンド必發ノ症候ニシテ、且ツ最モ初期ニ現ハルルモノナリ、
 處女ニ於テハ此出血ガ子宮後轉後屈症ニ於ケル唯一ノ症候トナルコトアリ、此レガ結果
 トシテ月經長時ニ亘リ且ツ經期ヲ延長セシメ、爲メニ補血ノ暇ナクシテ遂ニ高度ノ貧血
 ニ陥ルコト敢テ尠ナカラズ、其他高年ニ及ビ月經閉止セザルハ多クノ場合子宮後屈ニヨ
 ル鬱血ノ結果ナリ、又授乳婦ニテモ後屈ヲ有スルモノハ經血ヲ見ルコトアリ、子宮後屈ノ
 産褥中ニ起來スルトキハ著ルシク乳汁ノ量ヲ減ジ之ヲ整復シテ増量シタル例アリ、子宮
 ノ後轉後屈ニハ屢々妊娠ノ中絶ヲ來タスコトアリ、即チ三四ヶ月頃ニハ妊娠子宮ハ兒頭
 大トナリ、骨盤腔ヲ充タシ、子宮ハ壓迫ヲ蒙リテ陣痛發作ヲ起シ遂ニ卵ヲ排泄スルニ至ル。
 然レドモ妊娠二ヶ月又ハ三ヶ月ノ初メ子宮未ダ骨盤内ヲ充スニ至ラザルニ先ダチ妊娠
 中絶ヲ來タスモノ多シ、是レ單ニ已上ノ機械的作用ニノミ歸シ難ク、要スルニ子宮後屈後

轉ニ伴フ子宮内鬱血ノ結果トシテ血管破裂シ、脱落膜ニ出血シ重要ナル卵ノ障礙ヲ來タ
 スニ由ルモノナルカ、若シクハ子宮後屈後轉ニ常ニ隨伴スル實質炎竝ニ内膜ノ肥厚症ガ
 其原因トナルベキモノナランカ。

其他鬱血ノ爲メ一時的又ハ持續的ニ子宮粘膜炎變化ヲ起シ、同時ニ白帶下ヲ來タシ初メ
 ハ無菌性分泌物ナルモ、腔ヨリ來ル細菌ノ爲メニ有菌トナリ、細菌性粘膜炎ヲ起スコトア
 リ、然レドモ子宮體部ノ粘膜炎多クハ尙ホ無菌ニシテ單ニ粘膜炎ノ肥厚ヲ來タスニ過ギス、
 其他膀胱及ビ直腸ノ症狀ヲ併發スルコト亦尠ナシトセズ。

子宮位置ノ變狀ハ屢、膀胱障礙ヲ惹起スルコトアリ、多クハ尿意頻數トナリ遂ニ子宮ノ増
 大ニ伴フテ失禁 Ischuria Paradoxa ニ陥ルモノニシテ、妊娠又ハ筋腫或ハ鬱血ニ伴ヘル子宮
 實質炎ヲ起セシ場合ニ見ルモノナリ、又之ニ伴フ腹膜炎及ビ腐敗性傳染ニヨリテ膀胱ノ
 壞疽ヲ起スコトアリ、甚ダシキハ尿毒症ノ爲メニ致命スルコトナキヲ保セズ、大腸ノ障礙
 トシテハ便秘アリ殊ニ男子ニ比シテ甚ダシ、是レ一ハ運動不足ニ基ヅクモノナランモ、子
 宮增大ノ爲メニ腸壁ノ壓迫セラレルガ如キ場合ハ稀レニシテ、多クハ脱糞ニ際シ腹壓利
 用ヲ少ナカラシムル結果ニ由ルモノナリ、蓋シ腹壓ハ後屈ヲ益々高度ナラシメ一種ノ不
 快感ヲ起サシムルヲ以テナリ、又後屈後轉セル子宮ハ大腸ノ下部ニアル靜脈ヲ壓迫シテ
 痔核ヲ起サシメ、又ハ既存ノ痔核ヲ増悪セシム、

疼痛ハ初メハ骨盤内ニ局限スルカ又ハ其周圍ニ放散スルコトアリ、或ハ局所ノ疼痛トシ

テ腰脊部ニ又ハ深ク薦骨部ニ來ルコトアリ之ヲ稱シテ薦骨痛 Coccygodynie ト云フ。其他肩胛部又ハ頸部ニ及ブコトアリ。是等ハ單ニ子宮位置ノ變狀ニ因スルカ、或ハ附屬器或ハ腹膜ノ炎症ニ歸スベキモノニシテ、殊ニ後者ニ因ルコト多キガ如シ。

下腹部ニ不快感ヲ訴ヘ且ツ壓痛ヲ伴フモノヲ、シャルコー Charcot 氏ハ卵巢痛 Ovarie ト稱セリ、此際蟲様垂炎 Appendicitis ト誤ルコトアリ。又下肢ノ一方ニ或ハ稀レニ兩肢ニ疼痛ヲ覺ヘ或ハ時ニ運動障礙ヲ起シ甚シキハ下肢ノ全運動麻痺ヲ來スコトアリ。然レドモ斯カル障礙ハ轉位セル子宮、一側ノ坐骨神經叢ヲ壓スルニ因ルモノナルガ故ニ、多數ノ場合一肢ニ限局セリ。又時トシテハ轉位セル子宮ノ爲メニ壓迫セララルニアラズシテ、轉位ニ伴フ附屬器ノ鬱血腫脹ノ結果タルコトアリ、卵巢周圍炎又ハ喇叭管周圍炎等ノ坐骨神經叢ニ刺戟ヲ及ボスコト亦推考シ得ベキモノナリ。

以上ノ他多數ノ場合ニ見ルモノヲ「ヒステリー」症候トナス、而シテ是等總テガ必ズシモ眞性「ヒステリー」ナラザルモ官能性神經症ヲ來スモノナリ。頭痛後頭痛、偏頭痛、頭重、頭内腔洞ヲ生ゼシガ如キ感、頭部冷感、「ヒステリー」球胃壓ノ感、胃痛、神經性消化不良、常習性食慾不振等、此症候ガ果シテ子宮後屈後轉ト何等關係ノ存スルヤ否ヤハ今日未ダ確説ナキモ、一ハ神經學上ヨリ一ハ婦人科學上ヨリ研究セラレツツアル問題タリ、サレバ以下聊カ卑見ヲ述ベテ諸士ノ教ヲ乞ハントス。

官能性神經諸症中、麥斯帝里又ハ神經衰弱症ノ如キハ婦人ニ非常ニ多ク、殆ンド通有ノ傾向アリト云フモ不

可ナキ程ナリ、而シテ此兩疾病ノ定義ハ之ヲ廣義ニ又ハ狹義ニ解釋ヲ下ス人アリテ、或ハ婦人ニ官能的神經症狀ノ現ハルル時ハ直チニ之ヲ「ヒステリー」トセルモノアルモ、生理的ニ起リ得ベカラザル症候、例之ハ運動麻痺、尿局性知覺脫失、半側知覺ノ異常、視野縮小ノ如キ所謂「ヒステリー」症候 hysterical Stigmata ノ現ハレシモノノミニ「ヒステリー」ノ定義ヲ下ストキハ、兩者ノ間ニ自ラ區別アリテ混同スベキモノニアラザルナリ。往時ヒボクラテス時代ニテハ是等ノ區別亦不明ニシテ、一般ニ婦人ニ官能的神經症狀ノ現ハレシ場合之レニ子宮痛即チ「ヒステリー」ノ名ヲ附セリ。近時ニ至リ婦人科學ト神經學トノ關係ヲ綜合シテ研究セルハ蓋シクインドシヤイド Windelschid 氏ヲ以テ嚆矢トス。

ウインドシヤイド氏ハ研究ノ結果婦人生殖器ノ疾病ハ局部ニ限局セズ、廣ク遠隔ノ神經中樞ニ作用シテ反射的ニ神經症狀ヲ起シ得ベキモノナルヲ唱ヘ、カール、メンダ、グ氏 Karl Menge 及ヒロンベルグ Romberg 氏ノ研究ニヨリテ確乎不拔ノ實説トナリタルガ如キ觀アリシモ、一千八百八十七年頃ヨリ此學說ニ多少ノ疑義ヲ生ジ、殊ニブリック Brique シヤルコー Charcot リーベル、ワイステル Liebermeister 氏等ニ依リ、殆ンド其根據ヲ失フニ至レリ。其他グエテール Fudler、サリン Sahn、タイル、ハーヴェル Theilhaber、クレイニロ Kraus、フカイロタル、ワシゲル Feuchtmann、フロイノド Freund ノ諸氏モ是等ノ關係ニ就テ攻究セリ。初メグエテール氏ハ子宮腔部子宮内口、子宮腔部粘膜炎ニ知覺過敏ノ部位アルコトヲ知リ、又廣靱帶ノ強直性痙攣ヲ見テ總テ「ヒステリー」ノ部分的症候ナリトシ、一般子宮ニ關スル自覺症ノ大多數ハ「ヒステリー」ノ部分的症候ナリト論セリ。グエテールハ「ヒステリー」モ此說ニ贊同シ、精神病ノ初期ニ於テ屢、月經閉止 Amenorrhoe ヲ見ルコトアルモ、神經症狀ノ恢復ニ伴ヒテ之ガ再潮スルヲ述ベ、又月經困難ノ如キモ、麥斯帝里ノ部分症候ナリトシ、子宮内口ノ近方ニアル輪狀筋ニ收縮ヲ來タシ、爲メニ經血ヲ充分頸管部ニ排泄セシムルヲ得ズシテ疼痛ヲ感ズルモノナリトセリ。メンダ氏ハ月經時ニ經血ヲ子宮腔ヨリ頸管内ニ排泄スルニ當リ、多少ノ抵抗ニ打勝ツベク、子宮ノ收縮ヲ促スモノニシテ、此際健者ニアリテハ敢テ疼痛トシテ自覺セザルモ、神經衰弱症又ハ「ヒステリー」患者ハ過度ニ之ヲ感ジ、疼痛ヲ覺ヘ、甚ダシキハ痙攣ヲ起スニ至ルベシト論セリ。要スルニ「ヒステリー」ヲ以テ主病トナシ、子宮ニ起レル症狀ヲ之ガ部分的症候ト見做セリ。クレニヒ氏ノ如キハ此說ニ贊同シ且ツ之ヲ主張ス

ルモノノ一人ニシテ、同氏ハ卵巢炎ト診斷セシ場合ニ、卵巢ハ全ク健康ナリシコトヲ實驗シ、又月經過多症ニ於テ子宮内膜ヲ搔爬シ檢鏡セシモ何等ノ異常ナク、且ツ精神狀態ノ増悪ニ伴ヒテ月經過多ノ症候モ亦増悪シ、精神狀態ノ恢復ト共ニ症狀ノ輕減シタル場合ヲ見タリ。尙ホ同氏ハ子宮及ビ卵巢ノ重大ナル疾患例之ハ子宮癌及ビ卵巢癌ノ如キガ却テ局所及ビ一般自覺的症候比較的少ナキハ、全ク精神障礙ニヨリテ生殖器ニ自覺的症候ヲ起スモノニシテ、生殖器自己ノ變化ニ基クテモニアラズ、又子宮内膜炎、子宮腔部ノ糜爛、頸管裂傷、子宮口狭窄ノ如キハ假令局所ニ障礙ヲ惹起シ得ルモノト雖モ、一般神經症候ヲ惹起シ得ベキモノニアラズトシ、若シ夫レ一般神經症狀子宮疾病ト同時ニ起ルコトアルガ如キハ、是レ偶然ノ合併症ニシテ何等ノ原因の關係ヲ有スルモノニアラズトテ、彼ノ所謂反射性官能性神經疾患ナルモノノ存在ヲ否認シ、猶ホ通テ惡阻ノ如キモ「ヒステリー」ノ一症候ト考フルヲ以テ適當ナリト論セリ。然レドモフロイド氏ハ解剖的所見ト臨牀的觀察トニ基キテ、婦人骨盤内ニ於ケル一定ノ解剖的變化ニ對シテハ、必ず反射的ニ神經症狀ヲ惹起スルモノアリトシ、斯カル場合神經病ノ素因ヲ有スルモノニ於テハ眞ニ「ヒステリー」ヲ起シ得ベキモノトセリ。殊ニ氏ハ慢性萎縮性骨盤結締織炎ノ際ハ子宮頸部周圍ノ結締織中ニアル神經細胞ノ萎縮ニヨリテ反射的ニ神經症狀ヲ惹起スルモノナリト論シ、今總テノ場合ニ萎縮性骨盤結締織炎セ「ヒステリー」ノ原因ト見做シ難シトスルモ、多數ノ場合之ニ基クテモアルヲ述ベ、エルシエフエル H. Schaffer 氏モ此說ニ賛シテ慢性後側骨盤結締織炎ハ確カニ全身神經症狀ヲ起シ、又之ヲ増進セシメ得ベキモノナリトシ、根本的婦人科治療ハ亦「ヒステリー」ニ對スル一治療法ニシテ、該患婦ニ於テ生殖器ノ他覺的變化ヲ認メ得ベキトキニハ、局所療法ニヨリテ「ヒステリー」ヲ治療セシムル望ミアリトセリ。シュルチエ Schultze 氏ハ英國精神病院ニ於ケル調査ニ依リ、一千名ノ婦人精神病患者中百五十三名ニ對シ、必要ニ應ジテ手術的療法ヲ行ヒ其六〇%ハ治療又ハ佳良ノ經過ヲ執リタリト言ヘリ。又ストラスマン Strassmann 氏ガ米國精神病院ノ調査成績ヲ記述シタル所ニ據レバ、子宮及ビ其附屬器ノ炎症ヲ認メタリシ場合ニハ之ヲ治療シ、其精神症狀ノ佳良ニ趣キタルヲ見ルモ、子宮脫、子宮下垂、卵巢腫痛ニハ何等ノ效ヲ認メザリキ。故ニ子宮疾病ハ原因上精神障礙ニハ何等ノ關係ナク、多クハ初メ精神ニ異常ヲ來タシ、次ニ生殖器ノ部域ニ其障礙ヲ覺知スルモノナリト論シ、其說クレニヒ氏

ニ近似セリ。其他リープマン Lipmann 氏ハ「ヒステリー」患者ニ開腹術ヲ施シ、卵巢類胎兒腫瘍ヲ發見シテ之ヲ摘除シ、頓ニ「ヒステリー」發作ノ絶止セルヲ實驗セリ。以上ノ諸氏ニ反シ獨リブアンゴ Bangoo 氏ハ「ヒステリー」ノ原因ヲ生殖器ニ求メズ、腹膜ノ慢性刺激ヲ以テ之レガ主ナルモノトシ、生殖器ノ炎症腹膜ニ波及スルニ及ンテ甫メテ「ヒステリー」症狀ヲ來スモノトセリ。ゴットシヤルグ Gutschalk 氏ハ手術ニヨリテ内生殖器ヲ除去セシ場合ニモ亦「ヒステリー」發作ノ起リタルヲ見テ其間ニ何等ノ原因の關係ノ存スルモノニアラズトセリ。次デ一千九百〇三年ニ至リクレーニヒ氏ハ再ビ婦人科的疾患ニテ激シキ出血ノ長時持續セシ場合、又ハ子宮附屬器ノ淋毒性疾病ニテ而カモ其炎症ノ永續シタル時ハ、直接神經系統ヲ衰弱セシメ、爲メニ神經衰弱症ヲ起スモノニシテ、彼ノ生殖器ノ生理的能作例之ハ妊娠又ハ分娩ノ如キモ神經衰弱症ノ誘因トナリ得ベキコトヲ説キ、若シピンズランゲル Pinzinger 氏ノ「ヒステリー」ハ大腸皮質ノ病的興奮ナリト説ニ從フ時ハ、精神ノ變化及ビ身體各部ニ於ケル異常ハ反射的ニ大腸皮質ノ興奮性ヲ増サシメ、爰ニ「ヒステリー」ヲ起スモノナリト論セリ。一千九百〇四年ナツケ Yocke 氏ハ可動性子宮後屈患者二百六十五名ニ就テ調査セルニ、後屈子宮ノ大サニ變化ナキ限リハ何等ノ症狀ヲ呈スルコトナク、唯ダ生理的又ハ病的ニ増大ヲ來スヤ直チニ障礙ヲ起スモノナリトシ、尙ホ氏ノ實驗ニテハ後屈ヲ整復シテ突然自覺症狀ノ消散セル例ハ僅カニ全員中ノ八名ニ過ギズ、故ニ後屈ハ「ヒステリー」ヲ起ス根本的原因ニアラズシテ、單ニ合併症ニ過ギストセリ。

以上述べタル諸說ハ何レヲ眞トナスベキカ、又孰レガ事實ニ近キヤノ判定ハ甚ダ困難ナレドモ、要スルニ官能的神經疾患ハ全然生殖器疾病ニ原因セル反射性ノモノニアラザルガ如シ。然レドモ今假ニ子宮位置ノ異常ヲ伴フ惡阻患者アリテ、位置ノ整復術ニヨリ惡阻ノ症候頓ニ消失セル場合アリトスルモ、甲者ハ子宮位置ノ整復ニヨリ症候頓ニ去リシヲ以テ證據トシ、之ヲ反射的的神經疾患トナシ、乙者ハ惡阻ハ一種ノ官能的神經疾患ノ部分症候ナリトシ、位置ノ整復ニヨリテ治セシハ、是レ一種ノ暗示療法ガ不識ノ間ニ行ハレタルモノナルベシト立論シ得ルガ如ク、其見解ノ異ナルニ從テ種々ノ說明ヲ試ムルヲ得ベク、其據ルベキ點ニ惑ハザルニアラズ。而シテ惡阻ヲ「ヒステリー」ノ部分的症候ト見做ス時ハ何故ニ妊娠時ニノミ限リテ來ルヤ、又妊娠ヲ以テ誘因ナリトモバ、妊娠ニ際シテハ必ず之ヲ起スベキ筈ナルニ實驗上子宮外妊娠ノ場合ニハ之ヲ起ス

第五節 子宮轉位

モノ甚ダ稀ナリトノ説ニ從ハバ總テノ子宮疾患ノ場合ニ必ズ反射性神經症狀ヲ起スモノナリトハ論斷シ難カルベシ。其他彼ノ月經困難ノ如キモ、メンダ氏ノ説ノ如ク子宮及ビ其附屬器ニ何等異常ヲ認メザルニ、而カモ激シキ痙攣性又ハ陣痛様疼痛ヲ訴フルコトアリ。氏ハ之ヲ「ヒステリー」ノ局所症候ト見做シ得ベシト言ヘルモ、斯カル婦人ガ一度分娩ヲ經過シタル後ニ「ヒステリー」症候ノ尙ホ殘存スルニ拘ハラズ月經困難ノ全ク消失シタルコトアリ、本例ニ對スル説明ハメンダ氏等ノ説ヲ以テ解シ能ハザル所ナリ、從テ「ヒステリー」ノ一部症候ナルカ將タ子宮及ビ其附屬器ヨリ反射的ニ起ル官能の症候ナルカヲ判定シ難シ、況ンヤ其他ノ輕度ナル神經性ノ障礙ニ於テオヤ。

是等諸説紛糾タル問題ノ解釋ハ到底余輩淺學ノ企及シ得ザル所ナルモ、子宮及ビ其附屬器疾病ト官能の神經病トノ間ニ何等カ關係ノ有無ヲ探知セントセバ、官能の神經病ノ主徵候タルモノト生殖器ノ如何ナル種類ノ疾病ト同時ニ存在スルヤヲ調査シ、若シ或種ノ生殖器疾病ニ限リ一定ノ神經症狀ヲ伴フコト甚ダ多ク、且ツ此疾病ヲ治療シ神經症狀ヲ輕快セシメ得タリトセバ其兩者間ニ何等カノ關係アルベキモノナルヲ以テ、更ニ進ンテ之ヲ攻究セバ既ニ研鑽セラレタル諸説ノ根據ヲ證シ得ルニ至ルコト亦期シ難キニアラザルベシ。然ルニ今日ニ至ルマテ是等ニ就テ精細ニ調査シ其關係ヲ綜合研究シタルモノナシ、只ナツク氏(一千九百〇四年)ガ子宮後屈ノ症候ニ就テ統計的報告ヲナシタルモ單ニ吾部ノ疼痛ノミヲ注意セシニ止マレリ。余ハ人員百五十二名ニ就テ一方ニハ子宮位置、骨盤結構、炎症ヲ調査シ、他方ニハ患者ノ睡眠狀態、機嫌ノ變化、知覺ノ異常、運動障礙、殊ニ運動痙攣、痙攣、頭痛及ビ頭重、視野ノ縮小、膝蓋腱反射「アヒリス」腱反射、足現象、足趾反射、腹壁皮膚ノ反射、二頭及ビ三頭筋ノ反射、眼瞼手指舌ノ震顫、夢幻「ヒステリー」發作「ヒステリー」球等ノ有無ヲ調査シタリ、尙ホ其後當科増本氏ハ婦人科の治療ニヨリテ子宮及ビ其附屬器疾病ノ治療ト共ニ「ヒステリー」又ハ神經衰弱性ノ症候ガ如何ナル程度ニ於テ輕減セラルルカヲ調査セリ、今余輩ノ調査シタル成績ヲ總括シテ左表ニ示サン。

後屈ノ種類	調査セル人数	知覺ノ異常又ハ視野縮小セシ者	知覺ノ異常アリシ者	視野ノ縮小アリシ者
後屈	八十二名	六十一名	二十五名	五十三名
		七四%	三〇%	六四%

後	轉	合
三十九名	二十九名	六十八名
六〇%	九〇%	六六%
九	二三名	二二名
三十四名	七十四名	一〇八名
四九%	六八%	六七%
計	計	計
百五十二名	百二十一	百五十二名
	名	
	三十一名	
	二五名	
	八〇%	
	十	
	四五%	
	四	
	七十四名	
	六七%	
	計	
	百五十二名	
	生理的ノ位置	
	三十一名	
	二五名	
	八〇%	
	十	
	四五%	
	四	
	七十四名	
	六七%	
	計	
	百五十二名	

而シテ頭痛眩暈腰痛不眠ノ如キハ生殖器疾患ヲ有スル婦人ノ大多數ニ見ル症候ナレドモ、知覺異常例之ハ半例知覺ノ鈍麻又ハ限局性知覺亡失又ハ視野縮小等ノ如キハ單ニ神經衰弱症トノミハ認メ難ク強度ノ神經衰弱症又ハ「ヒステリー」ト見做スベキモノナラン。

今余ノ調査セル百五十二名中ノ子宮後屈症八十二名中、知覺異常又ハ視野縮小アルモノ六十一名ニシテ、即チ七四%ニ於テ歇斯の里症候ヲ有スル割合ヲ示セリ、依テ子宮疾病ト官能の神經症狀トノ間ニ原因的關係ノ存スルヤ又ハ偶然ノ合併症ナルヤヲ知ランニハ更ニ精細ノ研究ヲ要スルモノナレドモ、若シ是等ノ症狀ガ既ニ唱導セラレタルガ如ク子宮後屈症ニ起因セル反射性ノモノトセバ、後屈症ニハ他ノ疾患ニ比シ著ルシク官能の障礙ヲ伴フ場合多カラザルベカラズ、余ノ表ニテハ後屈症ニ所謂官能の神經症狀例之ハ知覺異常又ハ視野縮小ヲ伴フモノ七四%ニシテ、生理的位置ニ近キ彼ノ後屈症ニテモ其六〇%ニ、殊ニ生理的ノ前傾前屈ニ於テ其八〇%ニ是等ノ症狀殊ニ「ヒステリー」「ステグマタ」ヲ發見セリ、故ニ官能の神經病殊ニ「ヒステリー」ハ、子宮位置ノ異常ニヨリテ反射性ニ起ルベキモノナリトノ論據ヲ確實ナラシメ得ルコトハ甚ダ困難ナリ。

當教室増本誠一郎氏ハ知覺異常視野縮小、其他官能性神經症狀ヲ有シ且ツ子宮後屈症ヲ兼ホタル者百名ニ就キ豫メ余ガ調査方法ニ從ヒ、知覺異常ノ部域、視野ノ關係、其他睡眠狀態、機嫌ノ變化、運動障礙、殊ニ運動痙攣、痙攣、頭痛、頭重、眩暈、反射、眼瞼、手指舌ノ震顫、夢幻「ヒステリー」發作、ヒステリー球ノ有無ヲ表ニヨリテ調査シ、次テアレキサンダー氏手術ヲ行ヒ、二週間ノ後位置ノ整復完全ナリシモノニ同様ノ検査ヲ行ヒタリシニ、頭痛及ビ頭重眩暈腰痛等消失シ、睡眠佳良トナリシ者四十名即チ四〇%ニ及ビシモ、視野知覺運動痙攣等ノ快復セシ

第一章 子宮疾患

モノハ一名モ之ヲ發見スルコトヲ得ザリキ。先年沖津氏ノ二十九名ニ就キテノ統計的報告ニテハ術後神經症狀ノ去リシモノ五〇名位置ハ整復シ症狀消去セザリシモノ六名位置ノ整復不成功ナルモ症狀ノ去リシモノ三名位置神經症狀執レモ不成功ニ終リシモノ五名ナリシト云フ。此報告ト増本氏ノ調査トハ相近似セル點アリ。同氏ノ五〇名神經症狀ノ去リシト云フハ頭痛、頭重ノ如キ症狀ニシテ彼ノ「ヒスリテ」スチグマタトシテノ症狀タル生理的ニ起リ得ベカラザル視野ノ縮小知覺ノ異常等ノ調査記載ナキヲ見レバ、神經衰弱症ト見ルベキ一部症狀ノ去リシモノニシテ増本氏ノ四〇名ト大差ナキモノノ如シ。之ヲ要スルニ検査ノ比較的確實ナル「スチグマタ」ニ就テハ何等影響ヲ見ザルコト明カナリトス。

是ニ由テ之ヲ觀レバ比較的容易ニ變化スベキ且ツ暗示ニヨリ容易ニ變化スベキ頭痛、眩暈ノ如キ症狀ノ輕快セリトテ其原因ヲ後屈ニ求ムベキニアラズ。彼ノ比較的容易ニシテ且ツ後來比較ノ容易ナル「スチグマタ」ニ何等ノ影響ナキ間ハ官能性神經症ニ「ヒスリテ」症ノ如キハ子宮後屈ニ偶發セル合併症ナリトノ見解ヲ下ス。以テ其當チ得ルモノナリト信ズルモノナリ。

後屈ハ時ニ不妊症ノ原因トナルコトアリ。是レ恐ラク單ニ位置異常ニ起因セルニアラズ。シテ轉位ノ結果トシテ來レル實質及ビ内膜ノ變化、若シクハ子宮位置變更ニ因スル喇叭管等ノ屈曲ニ原因セルモノナルベク、後屈ヲ整復シテ甫メテ妊娠シ而カモ其急速ナルニ驚クガ如キコトアルハ、蓋シ上記變常ノ除去セラレシニ由ルナルベシ。余ハ更ニ一言セントス。子宮ノ後屈ハ世人ノ信ズルガ如ク不妊症ニ對シ、サノミ大關係ヲ有スルモノニアラザルコトヲ。

後轉後屈ニ對スル觸診上ハ所見 第一腔ノ徑路ニ變化ヲ來スモノナリ。元來腔ノ徑路ハ後方ニ傾ケルモノナルニ後轉後屈ニアリテハ寧ろ垂直ノ位置ヲ取り爲メニ前腔壁弛緩ヲ來シ、殊ニ經産婦ニテハ腔脫ノ状態ヲナス。然レドモ斯カル場合腔脫ガ原因ナラザル限リハ、子宮位置ノ整復ニヨリテ腔脫モ亦自ラ整復セラレルモノナリ。

子宮腔部ハ關係 子宮後轉ハ子宮腔部ノ位置ニ於テハ大差ナシト雖モ、後屈ニテハ子宮

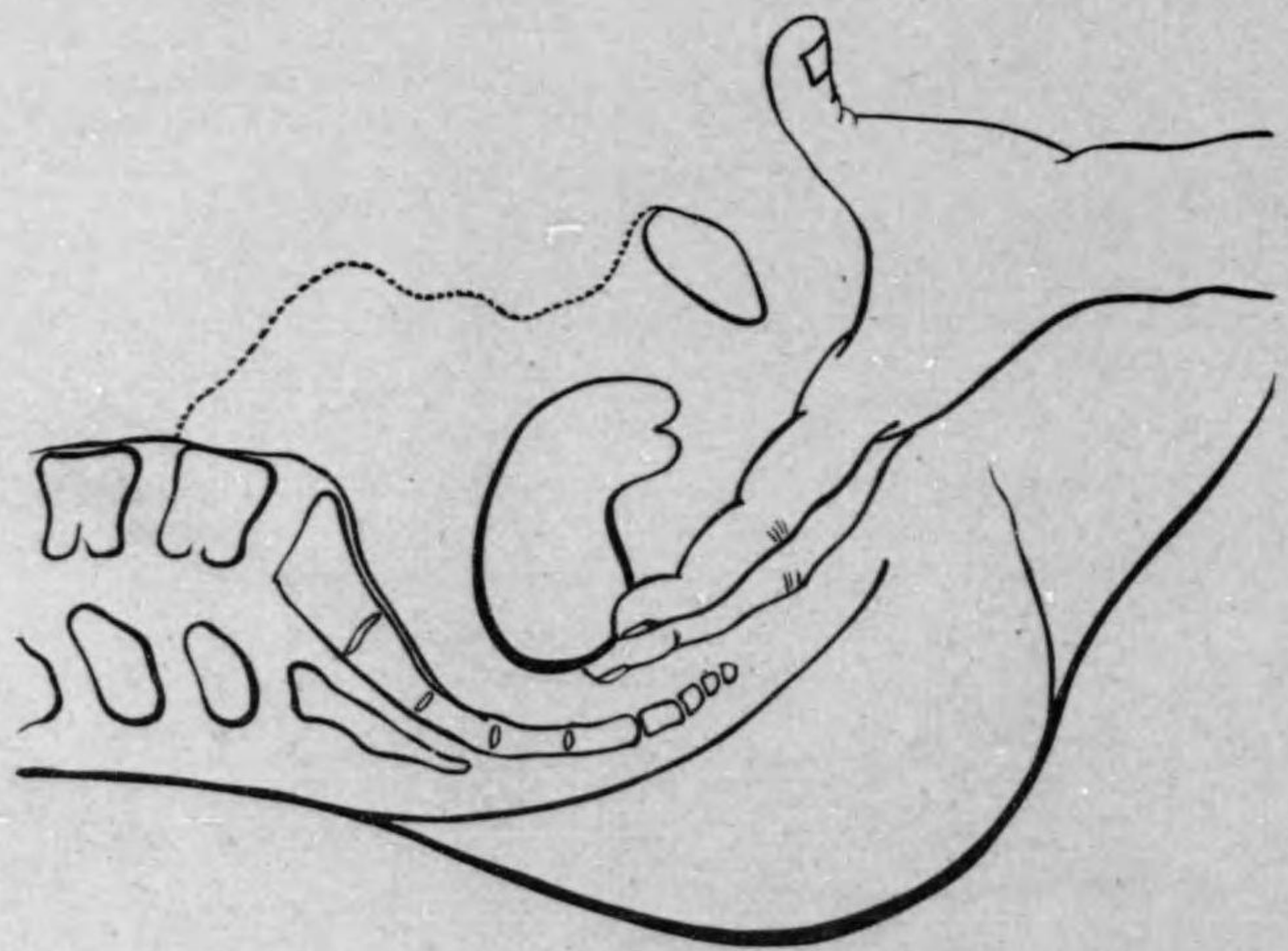
體ハドウグラス氏窩中ニアリテ、子宮腔部ヲ前方ニ壓迫シ腔部ヲシテ稍、前方ニ位置セシム。殊ニ妊娠子宮後屈ノ如キハ腔部ハ益、前方ニ壓迫セラレ遂ニ耻骨縫際ノ直後ニ位スルニ至ルコトアリ。斯カル轉位ニヨリテ前腔穹窿部ハ次第ニ淺ク遂ニハ消失シテ前腔壁ハ直接前唇ニ移行スルニ至リ、後腔穹窿部ハ之ニ反シテ其深サヲ増加シ子宮頸管粘膜炎ノ轉ヲ見ルモ、之ハ容易ニ整復セラレルモノナリ。子宮腔ノ方向ハ後轉ニ於テハ垂直ノ徑路ニ近ヅキ、子宮外口ハ前下方ニ向フモ、子宮下垂ニ隨伴シテ次第ニ前方ニ向フ。中等度ノ後屈ニ於テハ子宮外口ハ前下方ニ向フモ、銳角ノ下ニ後屈ヲナセルトキハ後方ニ向フベシ。子宮腔部ガ前骨盤壁ニ近接スルトキハ陰門ニ近ヅクヲ以テ子宮ノ下垂ト誤解セラレルコトアルモ、普通骨盤狹部ノ中央ニ位スベク、之ヨリ下行スルニ及ンデ眞ニ下垂ト見做スヲ得ベシ。子宮體ハ後轉ニ於テハ骨盤軸ニ相當スルモ、時ニ薦骨岬ニ近ヅキ次第ニ下降シテ、ドウグラス氏窩中ニ或ハ更ニ進ンデ下行スルコトアリ。而シテ後屈セル子宮ハ其位置中央ニアルコト稀レニシテ、多クハ左側ニ變位シ又時ニ右位ヲ取ルコトアリ。後轉ニテハ子宮ノ後面ハ垂直ナル平面ニアルモ稀レニハ少シク前屈シ所謂後轉前屈ノ位置ヲ取ルコトアリ。

卵巢ハ中等度ノ後轉後屈ニ於テハ其位置ヲ變ズルコトナシト雖モ、後屈其度ヲ加フルニ至レバ卵巢靱帶ノ牽引ニ從ヒ遂ニ其位置ヲ變ズルモノニシテ、從來内前方ヨリ外後方ニ向ヒタル長軸ハ反對ニ内後方ヨリ外前方ニ向フニ至リ、卵巢モ多クハ下降シテドウグラス

喇叭管ハ其子宮部ニ於テ子宮體ト共ニ後方ニ牽引セラレルモ、腹腔開口部ハ舊位ニ停マ
ルコトアリ後轉後屈ノ度強ケレバ喇叭管ハ全ク後方ヨリ前方ニ走レル徑路ヲ取ルニ至
ル。後屈ヲ診斷スルニ當リテハ先ヅ子宮位置ノ變化ノミナラズ附屬器ノ關與如何ヲモ檢
シ、次ニ子宮ノ移動如何ニ及ビ、若シ固定セバ其ノ種類ヲ追及セザルベカラズ、且ツ亦子宮
後屈症ニ合併症アルヤ否ヤ若シアリトセバ後屈ニ原因的關係ヲ有スルヤ否ヤヲ確定セ
ザルベカラズ。

位置ノ變化ハ觸診ニヨリテ得タル所見ニヨリテ之ヲ知ルヲ得ベシ、尙ホ診斷ノ補助タル
モノハ子宮腔部ノ位置ニシテ、若シ腔部ガ骨盤軸線ニアリテ子宮外口ガ前下方ニ向フ時
ハ子宮ノ位置ハ後轉ナルモ、腔部ノ位置ノミニテハ勿論其診斷確實ナラザルコトアリ、即
チ以上ノ所見ニ於テモ子宮ハ尙ホ前屈ノ位置ヲ取ルコトアレバナリ。
腔部ハ前方ニアリ子宮外口下方ニ向ヘルモノハ子宮後屈又ハ子宮前位ノ場合ニ多シ、而
シテ兩者ヲ區別スルニハ子宮體ノ位置ヲ確ムルノ要アリ、此ハ雙合診ニヨリテ知ルコト
ヲ得ベキモ、後屈ニアリテハ大多數ノ場合、腹壁厚ク且ツ腸ニ妨ゲラレ外手ヲ深ク薦骨窩
ニ入ルルコト難ク、爲メニ外手ヲ以テ子宮體ヲ觸知スル能ハズ唯僅カニ内指ニヨリテ其位
置ヲ想像スルニ過ギザルコトアリ。内指ニテハ子宮大且ツ子宮形ヲナセル限局性ノ抵抗
ヲ觸レ、之ガ頸部ニ鈍角ヲ以テ連結セル状態ヲ觸知スルニアリ。若シ腔壁鞏固ニシテ内診

第七圖

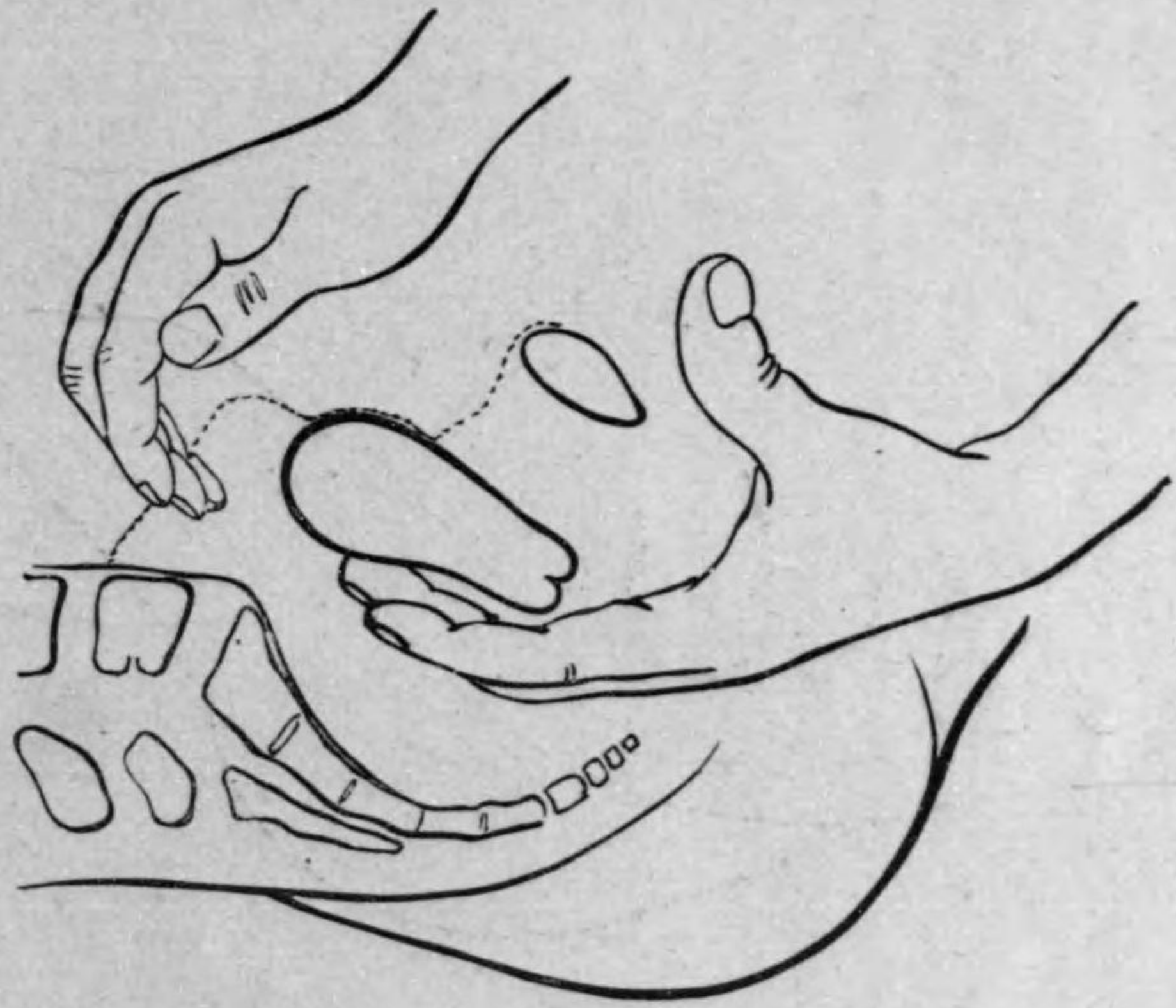


Nach Schultze 1

ノ所見不充ナルトキハ、直
腸診ニヨリテ容易ニ子宮體
ヲ觸知シ得ルモノナリ。以上
ノ方法ヲ以テスルモ位置ノ
診斷尙ホ不可能ナルトキハ、
消息子ヲ子宮腔ニ插入シ、其
方向ニヨリテ之ヲ推定スル
ヲ要ス。

子宮後屈ノ診斷確定セバ、次
ギニ子宮ノ移動性或ハ固著
性ナルカヲ確メザルベカラ
ズ、若シ移動性ナルトキハ左
右上下又ハ全ク前轉ノ位置
ニ齎シ得ルモ、之ニ反シ種々
ノ炎症性産物ニヨリテ骨盤
壁ト癒著セルトキハ、全然移
動セザルカ、或ハ僅カニ垂直

圖 八 第



N. ch. Schultze
2

ノ位置ニ齎シ得ルニ過
ギザルカ、若シクハ全ク
前轉セシメ得ルモ其彈
力ヲ以テ直チニ復歸ス
ルモノナリ。是等ノ關係
ヲ知ランニハ整復術ヲ
試ムベシ。

整復ヲ試ムルニハ患者
ノ膀胱、直腸ヲ空虚ニナ
シ、薦骨仰臥ノ位置ニア
ラシメ、二指ヲ腔穹窿部
ニ插入シ子宮ヲ薦骨岬
ニ近ク提舉シ、外手ヲ以
テ深ク骨盤内ニ入レ子
宮ヲ後ヨリ支ヘテ子宮
底ヲ握リ、次ニ後腔穹窿
部ニアル手指ヲ去リテ

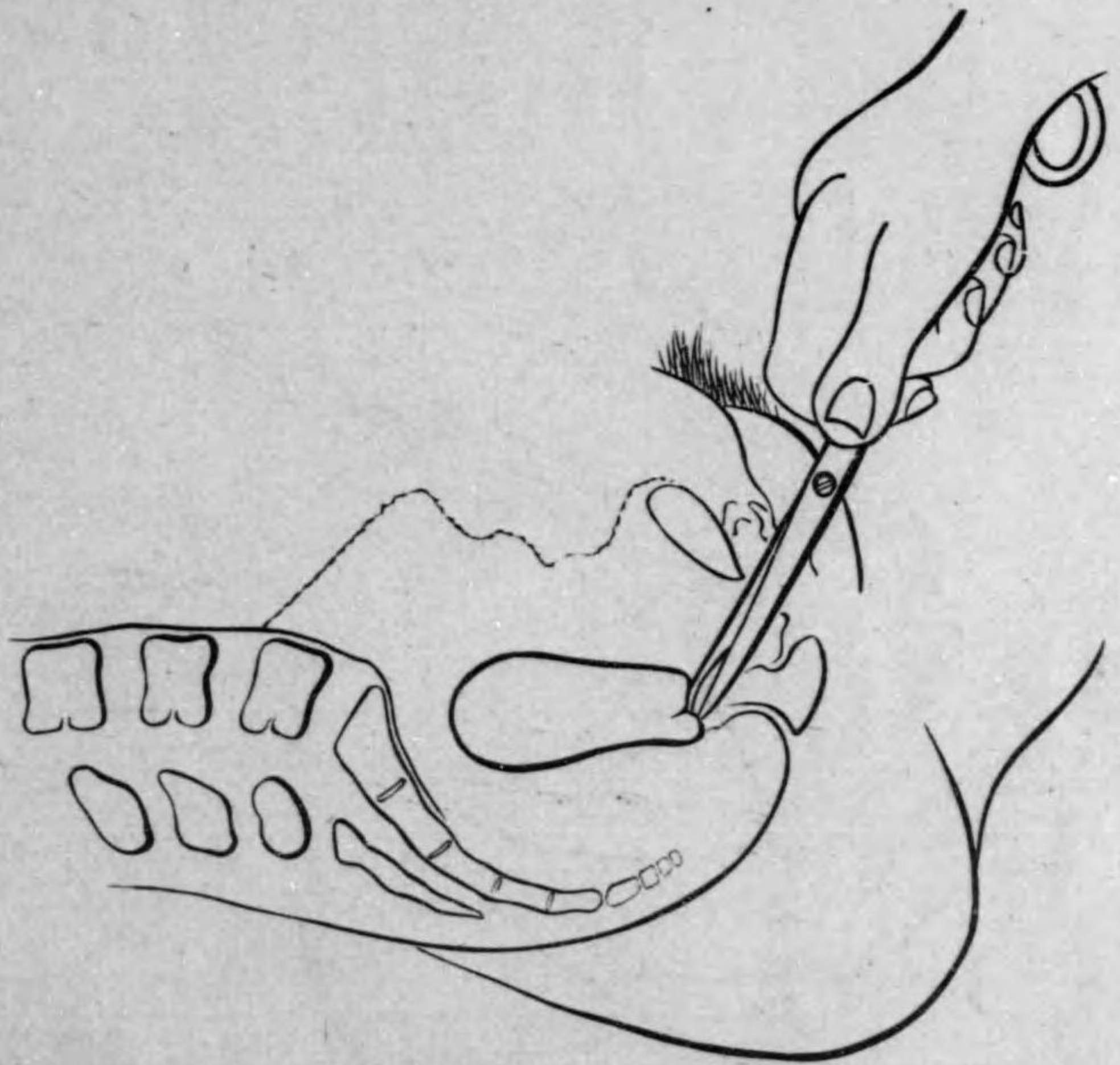
圖 九 第



Nach Schultze
3

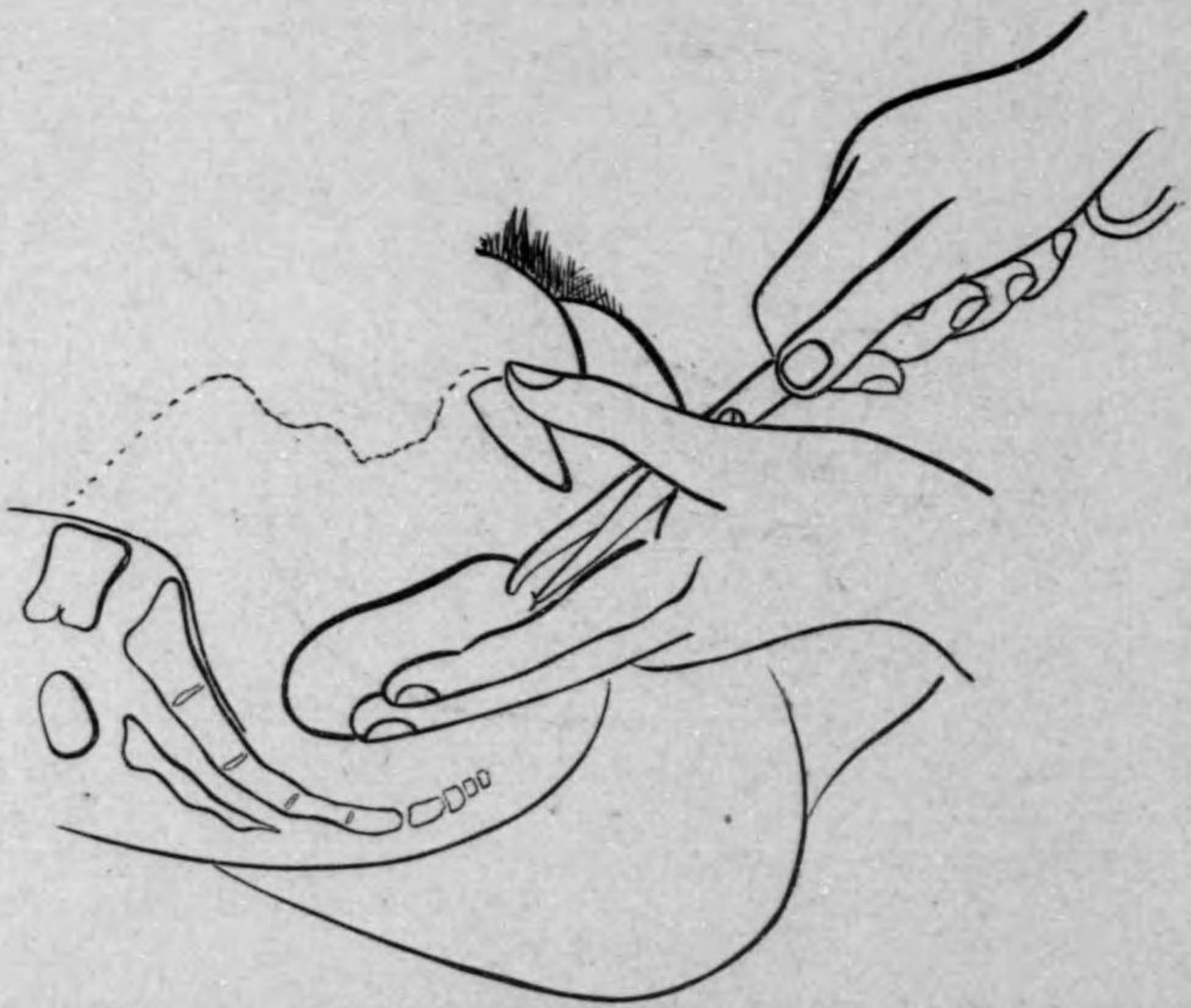
前腔穹窿部
ヨリ子宮腔
部ヲ後方ニ
押シ上ゲ、同
時ニ外手ニ
テ握レル子
宮底ヲ前腹
壁ニ接近セ
シムベシ。然
レドモ腹壁
厚キ者、若シ
クハ過敏性
婦人ニハ之
ヲ施行シ得
ザル場合少
ナシトセズ。
腔ヨリ提舉

第十圖



六八
シ得ザル場合ニ、直腸ヨリ之ヲ行フテ好成績ヲ得ルコトアリ、而シテ此整復術不成功ノ場合子宮ハ固定セルモノト認メ得ルヤ否ヤハ是レ亦疑問ナレドモ、凡テノ整復術不能ニシテ且ツ固著ヲ直接ニ觸知シ得タルトキニハ固著ノ診斷ヲ下シ得ベシ。上述セル方法ニヨリテ整復ヲ試ムルモ奏效セザルトキハ更ニ子宮消息子ニヨル整復術ヲ試ムベシ。

第十圖



消息子整復術ハ周到ナル注意ノ下ニ行ハザレバ、子宮實質ニ疾病アル場合ノ如キ稍モスレバ穿孔スルコトナキヲ保シ難シ。故ニ扁平ニ彎曲セル且ツ比較的大ナル頭ヲ有セル消息子ヲ用ヒ、決シテ暴力ヲ用フルコトナク子宮腔内ニ挿入シ、彎曲面ヲ前方ニ向フ様ニ消息子ヲ廻轉シツツ、柄ヲ會陰ノ方ニ下グベシ、之レニヨリテ容易ニ整復ヲ行ヒ得ルコトアリ。斯クシテ子宮ガ前方ニ向ヒシ時ニハ内

指ヲ以テ臏部ヲ後上方ニ押シ上ゲ、次テ消息子ヲ抽出スベシ。若シ子宮ニシテ固定シ居レ

バ、全然上方ニ提擧シ得ザルノミナ
ラズ、施術ニ際シテ疼痛ヲ訴ヘ且ツ
消息子整復ニ抵抗ヲ與フ、是レ癒著
ノ牽引セララルルニ由ルナリ。

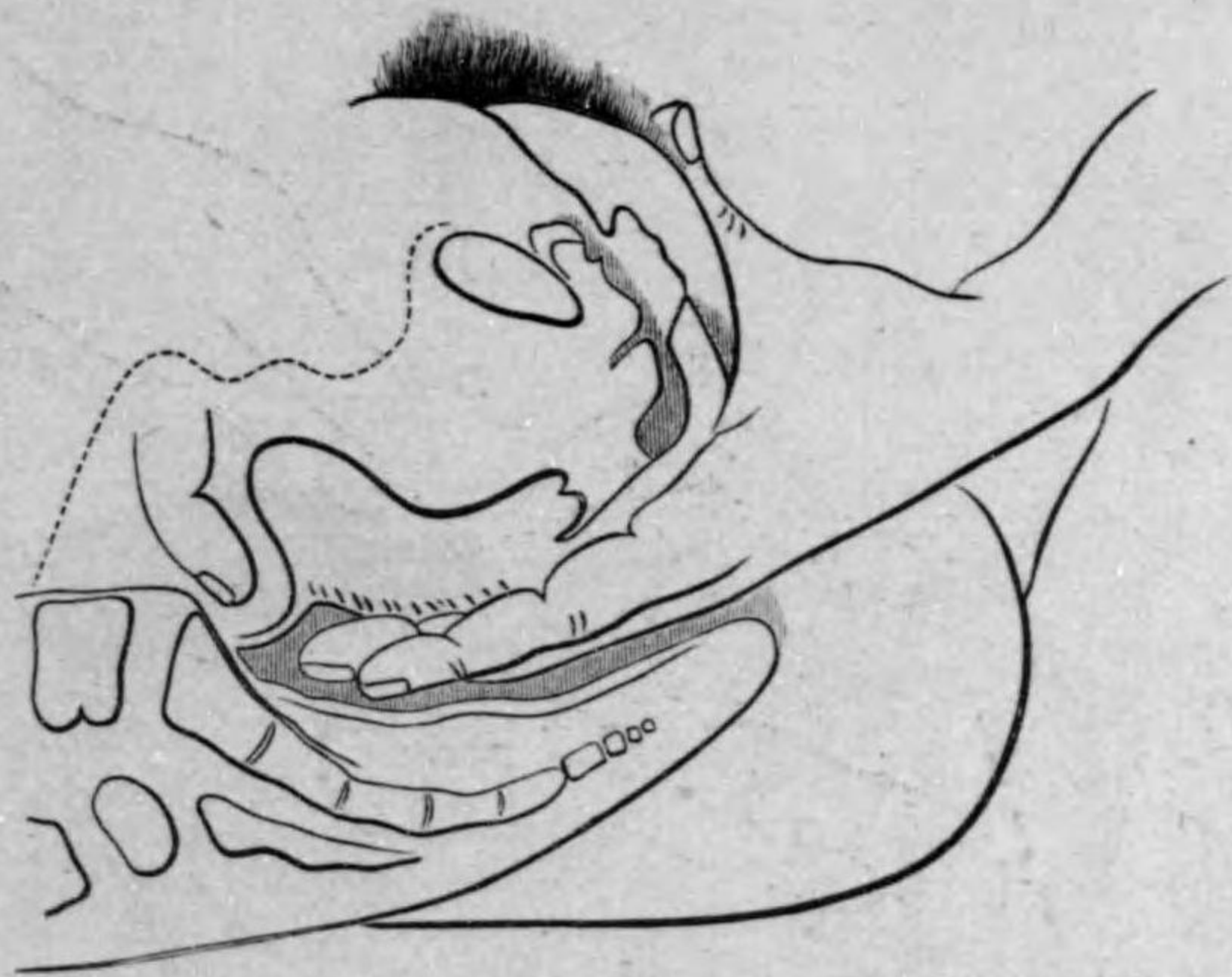
消息子整復法ノ代リニ子宮口ノ前
唇ニミゾー氏鉗子ヲ掛ケ、前下方ニ
強ク牽引シ、次ニ直腸ニ二指ヲ入レ
子宮後壁ニアテ臏部ヲ後上方ニ押
シ上グルノ法アリ、之ニヨリテ容易
ニ子宮ヲ整復シ得ルコトアリ。

今左ニ固著ノ種類及ビ其一般ヲ記
サントス。

(一) 腹膜炎又ハ子宮外膜炎ニ基因ス
ル固著。此種ノモノハ子宮後壁ヨ

リ子宮底ニ、側方ハ附屬器ノ近方ニ
互レル癒著ニシテ、個々索條體トナリ或ハ種々ノ長サヲ有スル廣漠ナル膜様物ヲ形成ス。

圖二十第



本症ハ子宮外膜炎後ニ於ケル腹膜炎ノ萎縮ト、腹膜相互ノ癒著又ハ血腫ノ凝固或ハ滲出物
ノ殘留ノ爲メ、子宮ハ骨盤壁ニ固著セラレ全ク其可動性ヲ失フモノナルモ、此種ノ固著ハ
矯正器ヲ掛ケ正位ニ固定セルモノ

多クハ比較的容
易ニ剝離スルコ
トヲ得ベシ。

(二) 骨盤結締織炎
ニ因スル固著

前骨盤結締織炎
ノ結果、臏部ヲ前
骨盤壁ニ瘢痕ヲ
以テ牽引シ、又場
合ニヨリ後骨盤
壁ニ癒著セシム
ルコトアリ。殊ニ

圖三十第



廣靱帶ノ後葉ニ行ハレタル滲出物ノ萎縮ハ子宮ヲ後轉ノ位置ニ固定セシムルコトアリ。
若シ既存セル後轉子宮ノ周圍ニ大ナル骨盤結締織炎ノ滲出物浸潤セルトキハ子宮ヲシ
テ後轉固著セシム、是レハ滲出物又ハ骨盤結締織ニ於ケル個々ノ索條體ヲ觸知スルニヨ

リテ知ルベシ。尙ホドウグラス氏窩モ亦癒著ニ與カルモノナリ。元來骨盤結締織ニ於ケル癒著ハ子宮外膜炎ニ於ケル癒著ニ比シ大ニシテ且ツ強固ナリトス。

(三)子宮附屬器ノ炎症ニヨリ子宮ノ間接的固著ヲ見ルコトアリ、此場合ニハ子宮體自己ノ固著ニアラズシテ、附屬器先ヅ後骨盤壁ニ固著シ、從テ子宮ハ續發的固定ノ状態トナルモノニシテ、此際附屬器固著性炎症性腫瘍ヲ見出スベキモノナルモ子宮固有ノ癒著ヲナセルモノナルカ、又ハ斯カル腫瘍ノ爲メニ自ラ固定セラレルモノナルヤノ判定ハ、時ニ甚ダ難シトス。

稀レニ先天性ニ前腔壁短カクシテ腔部ハ前骨盤壁ニ近ヅキ、從テ子宮ハ後轉ノ位置ヲ取ルコトアリ。是等ニ於テハ腔部ヲ後上方ニ提舉スレバ不完全ナル前轉ノ位置ヲ取ルモ、此力ヲ去ル時ハ忽チ舊位ニ復歸スルモノナリ。斯カル前腔壁ノ短縮ハ先天性ノミナラズ、老年ニ至リ後天的ニ前腔壁萎縮ノ爲メ起ルコトアリ。然レドモ時ニ後轉其原因トナリ、其結果前腔壁ノ短縮スルコトアルヲ以テ、其何レガ原因ナルカヲ確メザルベカラズ。

其他尙ホ後轉後屈ニ合併セル疾病ヲ診斷スルコトヲ要ス、殊ニ後屈子宮ニ妊娠ノ合併セル場合ニ於テハ、妊娠初期ニ既ニ生理的子宮ノ位置ト異ナルガ故ニ、妊娠ノ診斷困難ニシテ而カモ三四ヶ月ニ互リテ其位置恢復セザル時ハ嵌頓ヲ來スコトアリ。腔及ビ子宮腔部ニハ妊娠ノ徵候現ハレ、子宮腔部ハ耻骨縫際ノ直後ニ觸レ、且ツ其位置非常ニ高ク、子宮口ハ下向シ、後腔穹窿部ハ下方ニ膨隆シ、全骨盤ヲ充タスベキ腫瘍ヲ後腔穹窿部ノ上ニ觸知

ス。其硬度ハ軟ナルモ骨盤壁ノ壓迫ヲ受ケ弾力性ノ緊張ヲ呈ス。形狀及ビ其硬度ニヨリテ妊娠ナルコトヲ想像スベシ。之ヲ確ムルニハ雙合診ニヨリテ腫瘍ト子宮腔部ト直接ノ連絡アルヲ觸知スルコトヲ要ス。然レドモ兩者ノ連絡若シ子宮頸部ニ於テ軟化甚ダシキトキハ之ヲ確定スルニ困難ナルコトアリ。

鑑別 後轉ト後屈トハ相錯誤スルノ虞レアリ、一般ニ腔部ガ骨盤腔ノ後半ニアル時ハ多クハ後轉ニアラズシテ後屈ナリ。後轉ト前屈トハ何レモ子宮腔部ノ位置同様ナルヲ以テ其鑑別困難ナルモ、後腔穹窿部ヨリ子宮體ヲ觸知シ得バ後轉ナルヲ知ルベク、萎縮セル子宮ニ於テハ宮體ヲ觸知セザルコト多シ。斯ル場合ニハ側方ヨリ指ヲ挿入シテ前屈セルヤヲ檢スベク、且ツ消息子ヲ用ユル時ハ最モ明カナリトス。

子宮後部ノ腫瘍ト後屈トハ誤診シ易キモノニシテ、例之バ漿膜下筋腫骨盤結締織ノ滲出物・血腫ノ遺殘・ドウグラス氏窩ニ於ケル滲出物遺殘等ニ於ケルガ如シ。斯ル際ニハ腫瘍ノ前方ニ子宮ヲ觸知スルコト必要ナルガ故ニ、周到ナル觸診ニヨルカ又ハ注意深キ消息子檢診法ヲ行フベク、其他形狀及ビ腫瘍トノ連絡如何ニヨリテ判定ス、時トシテ肛門ヨリ觸診シテ診斷ノ確定スルコトアリ。

療法 後轉後屈症ニ於テ何等ノ自覺症狀ナク又他ノ障礙ナキ場合ハ、之ニ對スル療法ヲ要セザルモ、以上記セシガ如キ諸症狀ノ來ルアリテ、子宮後轉及ビ後屈ニ絶對的又ハ間接的ニ關係ヲ有スルコトアルヲ知ラバ、速カニ治療ヲ要スルコト明カナリ。而シテ後轉後屈

症ニ於テハ子宮ヲ常位ニ復シ、且ツ之ヲ其位置ニ保持セシムベシ、之ニ二法アリ一ヲ整形療法 Die orthopädische Behandlung ト稱シ、一ヲ手術的療法 Die operative Behandlung ト謂フ。

(一) 整形療法 子宮ヲ常位ニ整復シ適當ナル矯正器ニテ正位ニ保持スルニアリ。常位整復ハ時ニヨリ容易ナルコトアリ、或ハ癒著甚ダシキ爲メニ全ク不可能ノコトアリ。シユルツエ氏ハ癒著アリテ整復術困難ノ際ニハ、深麻酔ノ下ニ兩手ヲ以テ整復術ヲ施シ常位ニ復セシムルコトヲ推奨セリ。常位ニ復セル子宮ヲ固定スルニハ、矯正器ハ甚ダ便利ナルガ如キモ、産褥中ニ起レル後轉後屈以外ノモノハ一朝一夕ニシテ子宮ノ固定ヲ見ルコト難ク、六ヶ月乃至一年ヲ經テ矯正器ヲ去ルヤ、再ビ舊位ニ復歸スルコト少ナカラズ、且ツヤ矯正器ノ長期使用ニヨリ組織ノ壞疽ヲ來タシ、續發的ニ惡性腫瘍ノ發セシ例モ亦少ナシトセズ。要スルニ本法ハ非常ナル忍耐ト注意トヲ要スルモノナレバ確實ノ方法トハ言ヒ難シ。

(二) 手術的療法 現今行ハルルハ (一) 腔壁固定法 (二) 腹壁固定法 (三) 膀胱固定法 (四) 腹腔内圓靱帶短縮法 (五) アレキササンダー氏圓靱帶固定法ニシテ就中最モ行ハルルヲアレキササンダー氏圓靱帶固定法トス。本法ハ W. Alexander, Behandlung von Retroflexio und Prolapsus uteri durch die neue Methode der Verkürzung der Ligamenta rotunda, London 1884, Churchill.ノ報告ヲ以テ嚆矢トス。之レヨリ先キ一千八百四十年アルク Alqui 氏ハ圓靱帶ノ短縮ニヨリテ子宮ノ後轉後屈ヲ整復固定セシムルノ理想ヲ有セシモ、實際本法ヲ行ヒシハ米人アレキササンダー氏ナリトス。而シテ本法ハ一千八百八十六年甫メテ獨乙婦人科學會ノ討議ニ上リシモ、其當

時ハ賛否ノ議論喧騒トシテ決セズ、是レ一ハ圓靱帶發見ノ困難ナリシガ故ナリ。其後一千八百九十八年セルハイム Sellheim 氏ノ精細ナル局所解剖ノ報告アリシヨリ、其手術ハ容易トナリ之ヲ行フノ人モ亦増加セリ。

Genauere anatomische Studien über das Verhalten der Lig. rotunda im Leisten-Kanal und topographisch-anatomischen Verhältnisse. Hegarsche Beiträge Bd IV 2. Heft

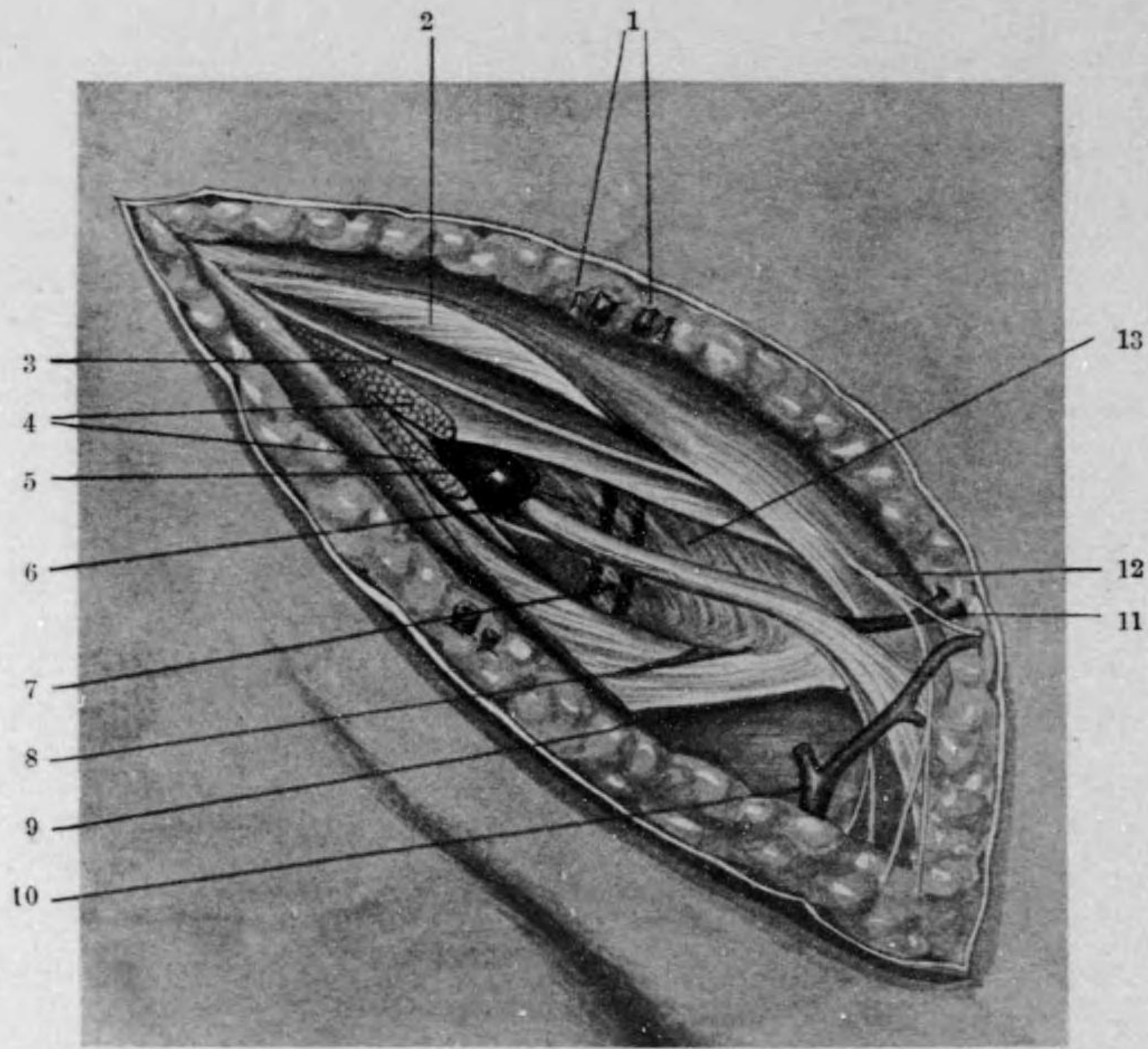
此手術ヲ行フニ當リテハ先ヅ鼠蹊管及ビ鼠蹊部ノ局所解剖ヲ明ニセザルベカラズ、故ニ之ヲ略述スベシ。元來圓靱帶ハ大人ニ於テハ其長サ一二乃至一五センチメートル、直徑三乃至五ミリメートルヲ算スルモノニシテ、ポイルネル Beurner 氏ハ其力克ク六〇〇瓦ノ重量ヲ提擧スルニ足ルト言ヒ、ダンツ Danz 氏ハ八・五乃至五・五キログラムノ重量ニ堪ユルト稱セリ、要スルニ其携耐力ハ一定セザルモノノ如ク其太サモ亦甚ダ種々ニシテ一度妊娠ヲ經過セシモノハ概シテ太ク、未産婦ニアリテハ細小纖弱ナリトス。

圓靱帶ハ前述ノ如ク人ニヨリテ強弱種々アリ、殊ニ榮養不良ノ婦人ニアリテハ概シテ薄弱ナルヲ免レザルガ如シ。而シテ此靱帶ハ子宮ノ上側方ヨリ起リテ鼠蹊管中ニ入り、延イテ皮下外腹輪ニ出デ扇狀ニ擴ガリ、各個ノ筋纖維ニ別レテ大陰唇ノ結締組織及ビ真皮ニ進入シ、又耻骨結節ノ骨膜及ビ外腹輪ノ纖維壁ニ終ルモノニシテ、之ヲ腹膜内部 Pars intra-Pevina 及ビ腹膜外部 Pars extrapelvina ニ別チ、腹膜内部ヲ更ニ子宮部 Pars uterina 腸骨部 Pars ilica トニ分テリ。

今耻骨結節ヨリ腸骨前上棘ニ向ツテ鼠蹊韌帶上方二仙迷ノ個處ニ此鼠蹊韌帶ニ平行シテ長サ五乃至六仙迷ニ亘リ皮膚 Haut 皮下脂肪組織 Panniculus adiposus 表在筋膜 Fascia superficialis ヲ切開スル時ハ外腹輪ヨリ起リ極メテ菲薄ナル提辜筋膜 Fascia Cremasterica 下ニ當リ外斜腹筋腱膜 Aponeurose des M. Obliquus abdominis externus ノ上下兩脚ノ間ヲ走リ此部ノ皮下ニ分布スル圓韌帶 Ligamentum teres uteri ヲ透見シ此部ハ前鼠蹊部ニテ其側方ハ彼ノ上下兩脚ノ間ヲ走レル中間纖維 Fibrae intercrurales ニヨリテ境セララルヲ見ル。此部分ニ於テ外陰部靜脈 Vena Pudenda externa ハ肉又狀ニ分枝シ腸骨鼠蹊神經 Nervus Iliohumialis ノ分枝ハ此靜脈ノ分枝點ニテ之レト交叉シ圓韌帶ノ上ヲ斜走シテ此部分ノ皮膚及ビ陰阜ノ皮膚ニ分布セリ而シテ該靜脈ト神經トノ交叉點ハ十一表中赤點ヲ附セル所ニシテ恰カモ耻骨結節ノ部ニ一致スルモノナリ。尙ホ腸骨鼠蹊神經ノ後方ニハ外精系靜脈 Vena spermatica externa ノ分枝ヲ透見セシムルモノナリ。其他外鼠蹊輪ヲ出ヅル部分ニ當リ此圓韌帶ト共ニ鼠蹊管内ヲ走レル外精系神經 Nervus spermaticus externus ハ再ビ圓韌帶ヨリ分離シテ此部分ニ分岐ス。

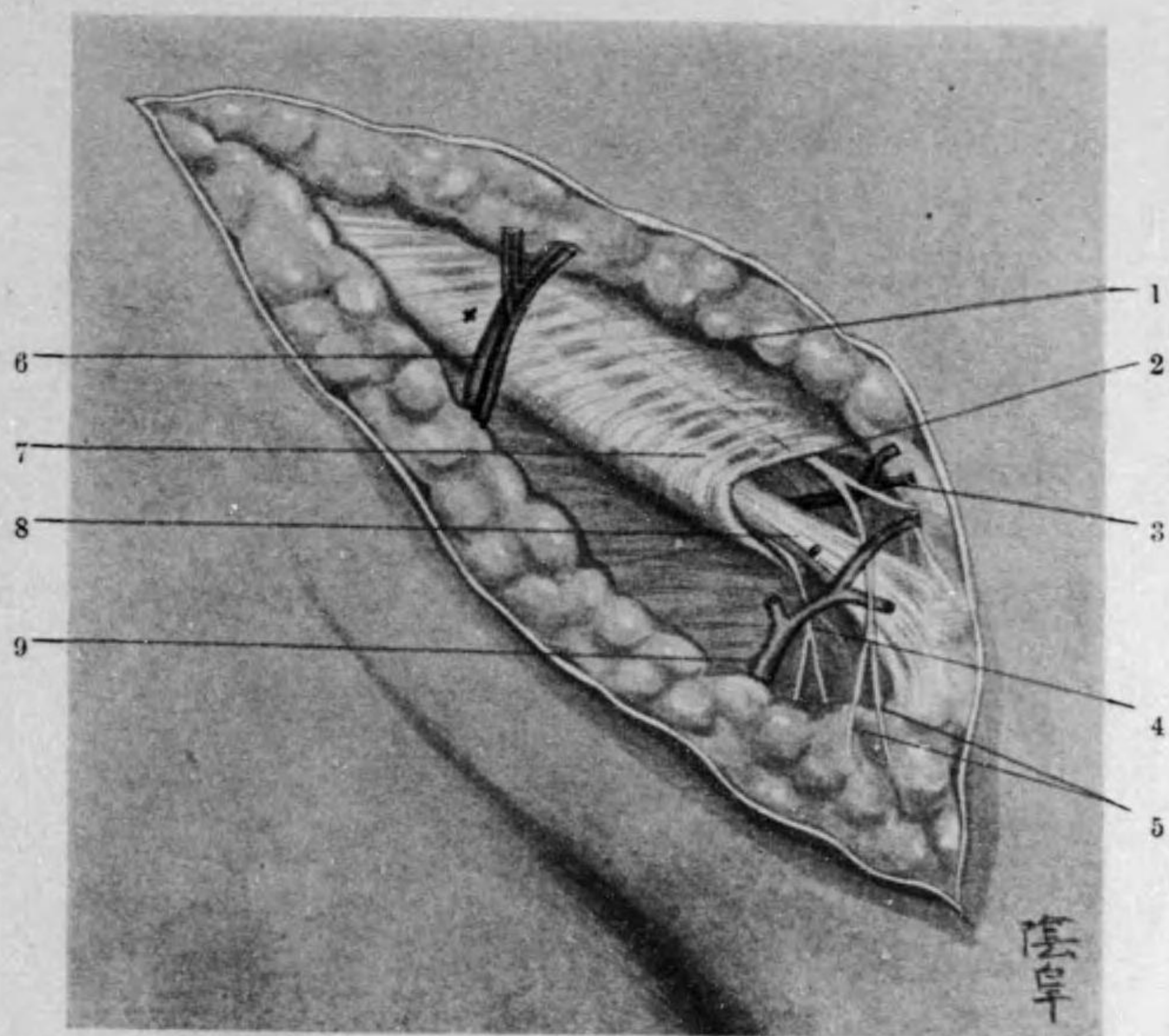
第十一表ニ於ケル切開面ノ側上方ニ當リ殆ンド垂直ニ走レル淺在上腹動靜脈 Vasa epigastrica superficialia アリテ切開面ト交叉セリ而シテ此部分ハ又彼ノ鼠蹊管ノ内腹輪(X)ニ一致スル所ナリトス。次ニ鼠蹊管ノ前壁ヲ切開スル時ハ第十二表ノ如ク初メ外斜腹筋腱膜 Aponeurose des Obliquus externus 次ニ内斜腹筋 Musculus obliquus internus 及ビ横腹筋 Musculus

第二十表



- 1. 淺在下腹動靜脈
- 2. 外斜腹筋腱膜
- 3. 腸骨鼠蹊神經
- 4. 内腹筋及ビ横腹筋
- 5. 腹膜鞘狀突起
- 6. 横筋膜ノ半月狀襞
- 7. 深部下上腹動靜脈
- 8. 鼠蹊韌帶翻轉部
- 9. 外精系神經
- 10. 外陰部靜脈
- 11. 精系靜脈分枝
- 12. 外精系神經
- 13. 横筋膜

表 一 十 第



1. 表在筋膜
2. 掌筋々膜ノ切縁
3. 精系静脈ノ分枝
4. 外腸精系神經
5. 外腸骨鼠蹊神經
6. 淺在上腹動静脈
7. 中間纖維
8. 圓靱帶
9. 外陰部静脈

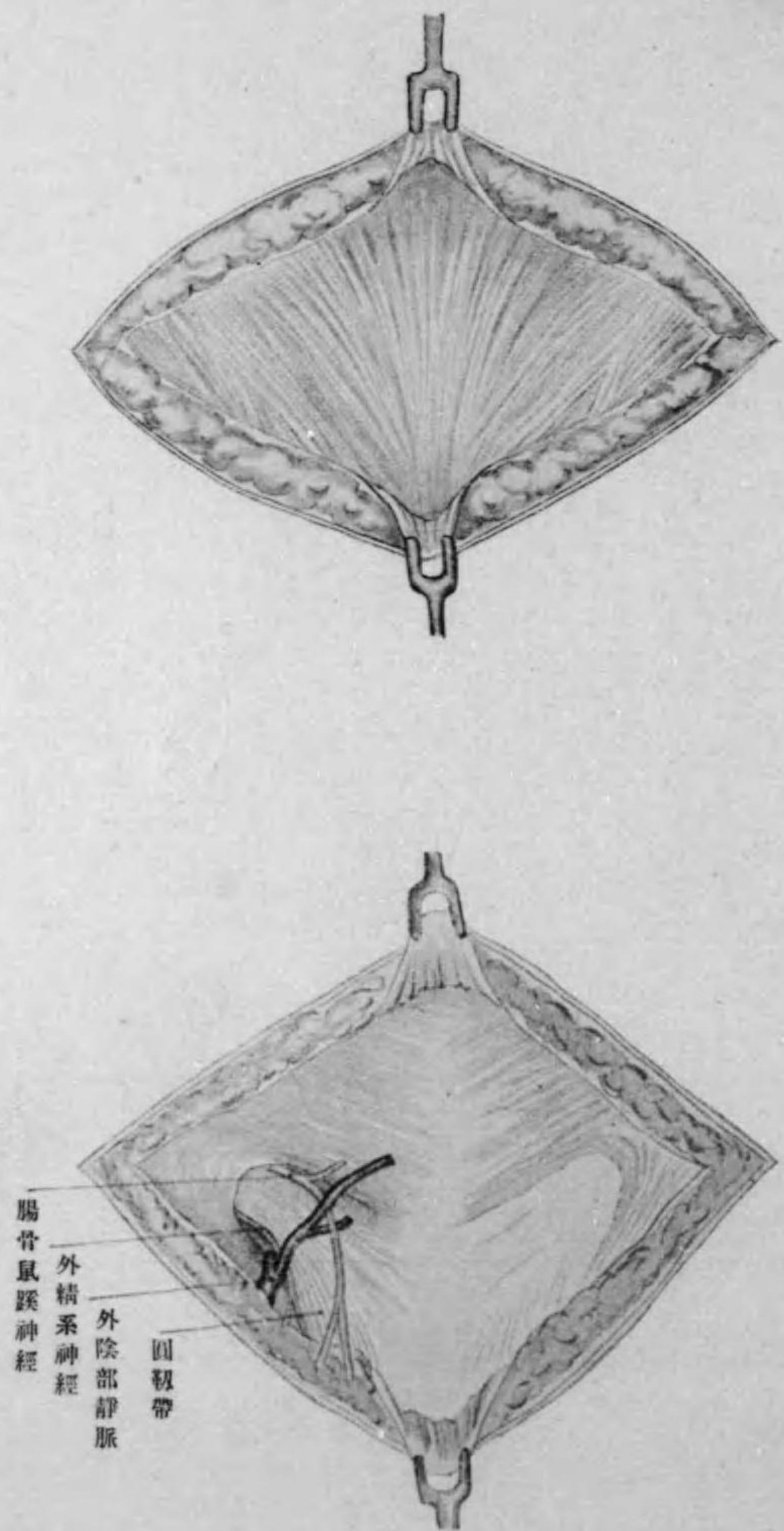
transversusヲ見ルベシ、即チ圓靱帶ハ是等ノ筋膜及ビ筋ニテ前方ヲ被ハルモノナリ。是等ノ筋ノ一部分ヲ切開スル時ハ同十二表ノ如ク鼠蹊管内ニ於ケル圓靱帶ノ大部分ヲ見ルコトヲ得ベシ。而シテ此鼠蹊管ノ後壁ハ横筋膜 Fascia transversalis 及ビ鼠蹊轉靱帶 Ligamentum inguinale reflexum ニシテ、其ノ裏面ニ當リ深部下上腹動静脈 Vasa epigastrica inferiora ノ圓靱帶ト交ヌスルヲ透見セシム。腸骨鼠蹊神經ハ内斜腹筋及ビ横腹筋ト外斜腹筋腱膜トノ間ヲ走ルヲ以テ、圓靱帶トハ横腹筋ト内斜腹筋トニヨリテ隔テラル。圓靱帶ノ鼠蹊管中ニアル上部分ニ於テハ腹膜ノ突出アリ、之ヲ腹膜鞘狀突起 Processus vaginalis peritonei ト稱ス。之ハ小囊狀トナリ圓靱帶ヲ上前方ヨリ被覆スルモ之ト密著セズ從テ容易ニ圓靱帶ヨリ剝離スルコトヲ得。尙ホ腹膜鞘狀突起ノ下ニテ圓靱帶ノ後方ニ上側方ニ向フテ凹狀ニ横腹筋膜ノ侵入アリ、之ヲ横筋膜ノ半月狀皺 Plica semilunaris fasciae transversalis Henle ト稱ス。圓靱帶ハ此皺ノ側方ヨリ之ヲ越ヘテ鼠蹊管内ニ入り脂肪組織ニヨリテ血管神經ヲ伴フモノトス。此脂肪ハ大陰唇ノ脂肪組織ニ連リ皮下ノ外腹輪ヨリ外方ニ表ハル、之ヲイムラック Imhock 氏ノ脂肪體ト謂フ。

圓靱帶ハ纖維性結締組織ヨリ成リ、之ニ混ズルニ彈力纖維網ヲ以テシ、尙ホ子宮ヨリ起ル滑平筋纖維アリ之ニ挈筋ノ有紋筋纖維ヲ交ユ、該筋纖維ハ子宮ノ近方マデ之ヲ追跡スルコトヲ得。外精絲靜脈ハ此靱帶ニ沿フテ靜脈叢ヲナセリ。

局所解剖ノ梗概ハ既ニ述ベタリ。故ニ今余ノアレキサンダー氏變式手術ヲ左ニ記述セン。

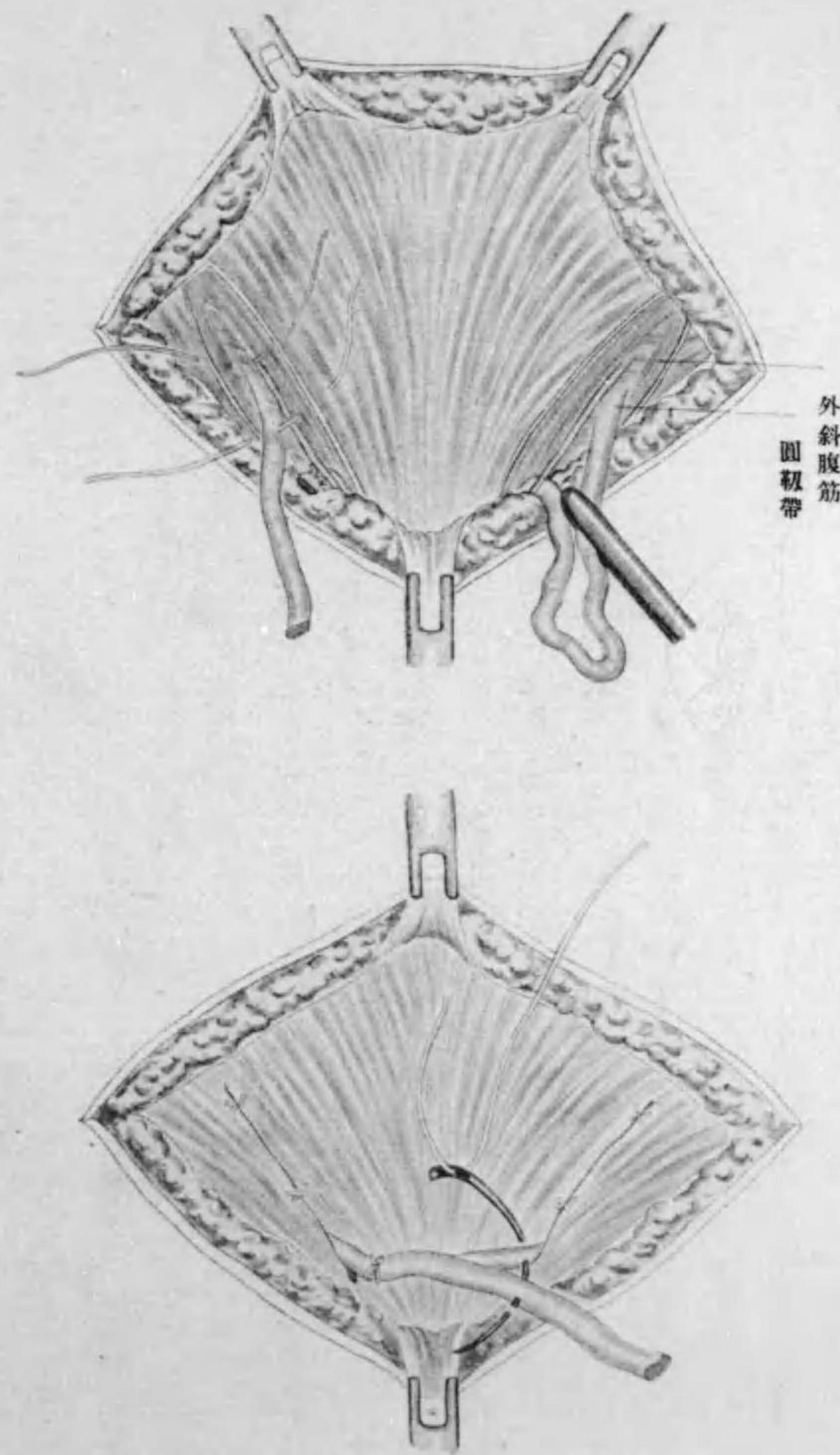
表 三 十 第

アレキサンダ氏手術式



準備トシテ患者ニ手術三時間前シユナイデルリン氏ノ第一回注射ヲ行ヒ、次ニ手術一時
 間前ニ第二回注射ヲ行ヒ、室ヲ可成的靜肅ニナストキハ患者直ニ睡眠ニ陥ルベシ。
 次テ手術室ニ於テ腰髓麻醉ヲ行ヒ、直チニ手術臺上ニ於テ下腹部ヲ先ヅ温水石鹼刷毛ニ
 テ充分ニ洗滌シ、次ギニ耻骨縫際上部ニ當リ陰阜部ノ皮膚ニ沃度丁幾或ハ沃度エーテル
 ヲ塗布シ、耻骨縫際ノ處ヨリ少シク上方ニ當リ約三乃至四仙米突ニ亘リ横ニ皮膚及ビ皮
 下脂肪組織竝ニ淺在夾膜ヲ切開シ、之レヨリ坐骨結節ヲ探リ、更ニ筋鉤ヲ以テ上下ニ皮膚
 及ビ淺在夾膜ノ切開線ヲ開クトキハ、外斜腹筋腱膜ノ纖維外側方ヨリ内下方ニ走ルヲ見
 ル、尙ホ熟視スレバ外斜腹筋腱膜ノ上下脚ノ間ニ腱膜菲薄ノ部分ヲ認ムベシ。此部ハ鼠蹊
 管ニ一致スル部位ナルヲ以テ此部分ヲ纖維ノ方向ニ沿フテ切開シ、外斜腹筋腱膜ノ切斷
 線ノ外縁ノ内部ヲ探ル時ハ容易ニ圓靱帶ヲ發見スベシ。爰ニ於テ先ヅ右側ノ圓靱帶ヲ外
 精系神經及ビ外腸骨鼠蹊神經ヨリ分離セシメ、次デ同ジク左側ニ行ヒ、而シテ兩圓靱帶ヲ
 コッヘル氏鉗子ニテ支持シ、助手ヲシテ子宮ヲ整復セシメ、左右ノ圓靱帶ヲ牽引シ子宮位置
 ノ充分整復セルヲ待チ、更ニ内腹輪ノ部ニ於テ移動セザル様コッヘル氏鉗子ニテ靱帶ヲ固
 定シ、絹絲ヲ以テ先ヅ外斜腹筋腱膜及ビ内斜腹筋ヲ貫キ、次ニ圓靱帶他側ノ内斜筋及ビ外
 斜腹筋腱膜ニ互リテ絹絲ヲ通ジテ結紮シ、凡ソ第二第三ノ縫合ヲ行ヒタル後更ニ圓靱帶ノ
 末端ニモ結紮ヲ行ヒ、之ヲ切斷シテ左右同様ニナシ、而シテ兩側ノ圓靱帶ヲ圖ノ如ク交叉
 シニケ所ニ縫合ス(第十三、十四表)。

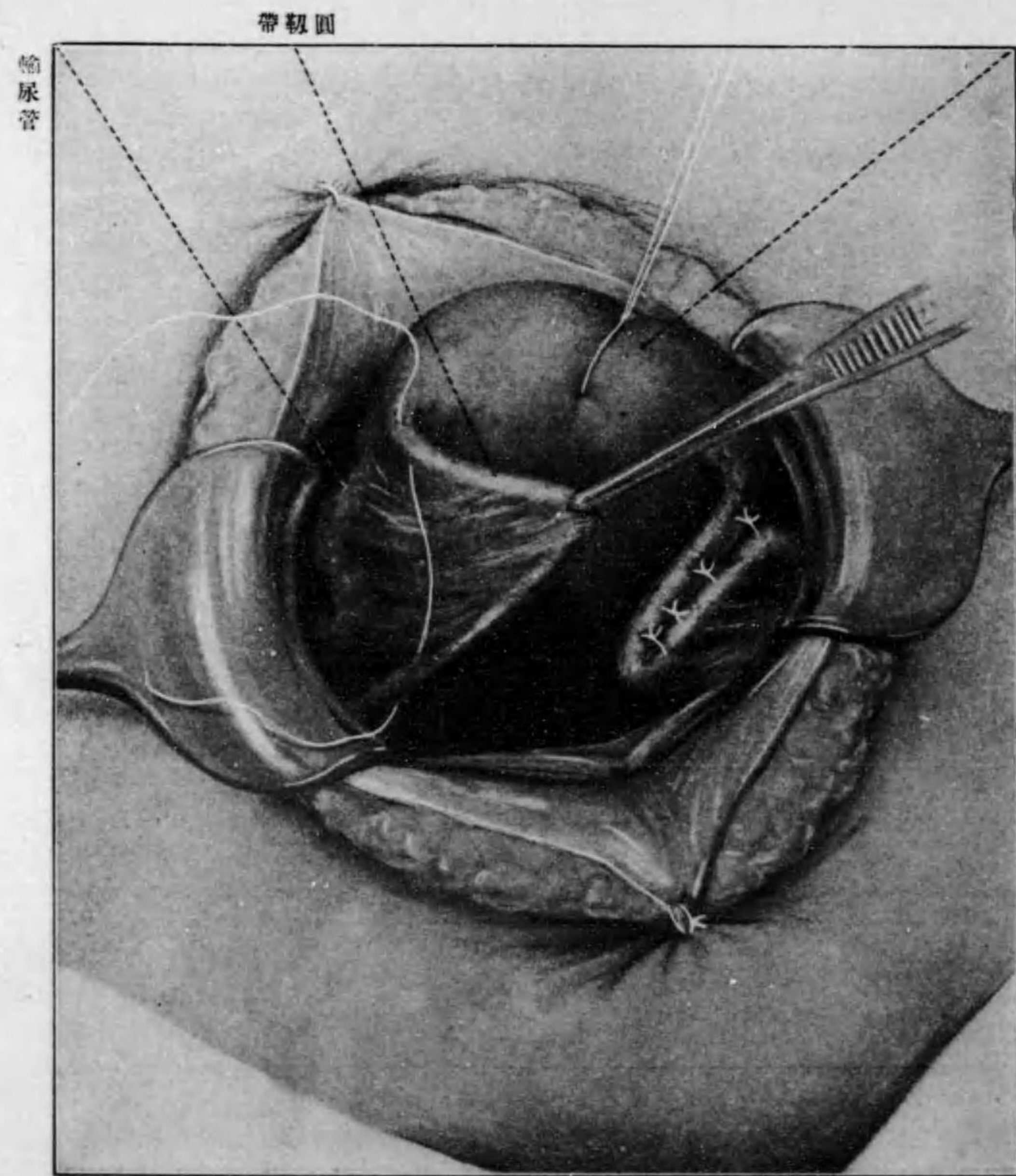
表 四 十 第



アレキサンダー手術式

外斜腹筋
圓靱帯

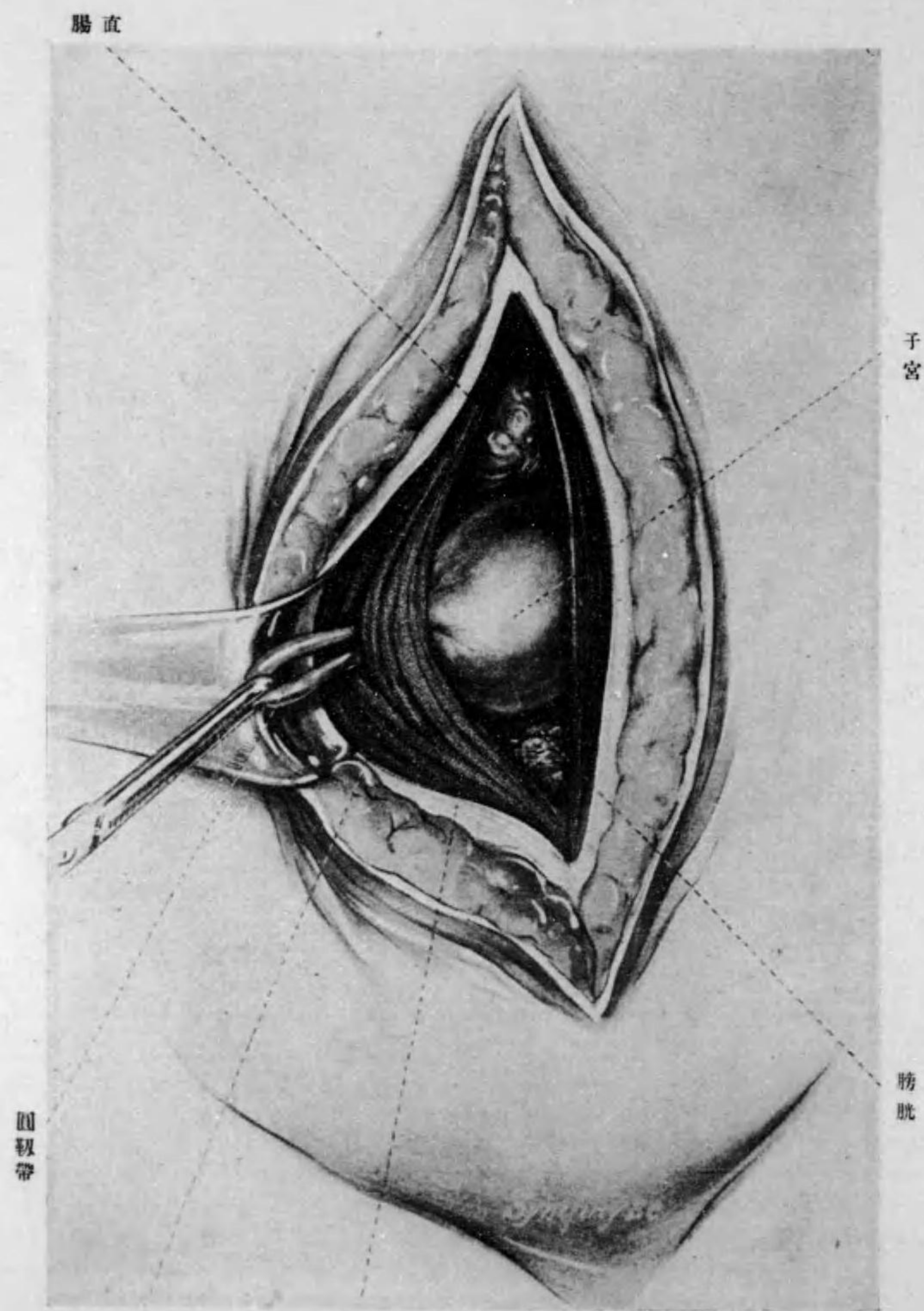
表 五 十 第



子宮
腹腔内圓靱帯短縮法

(Nach Menge)

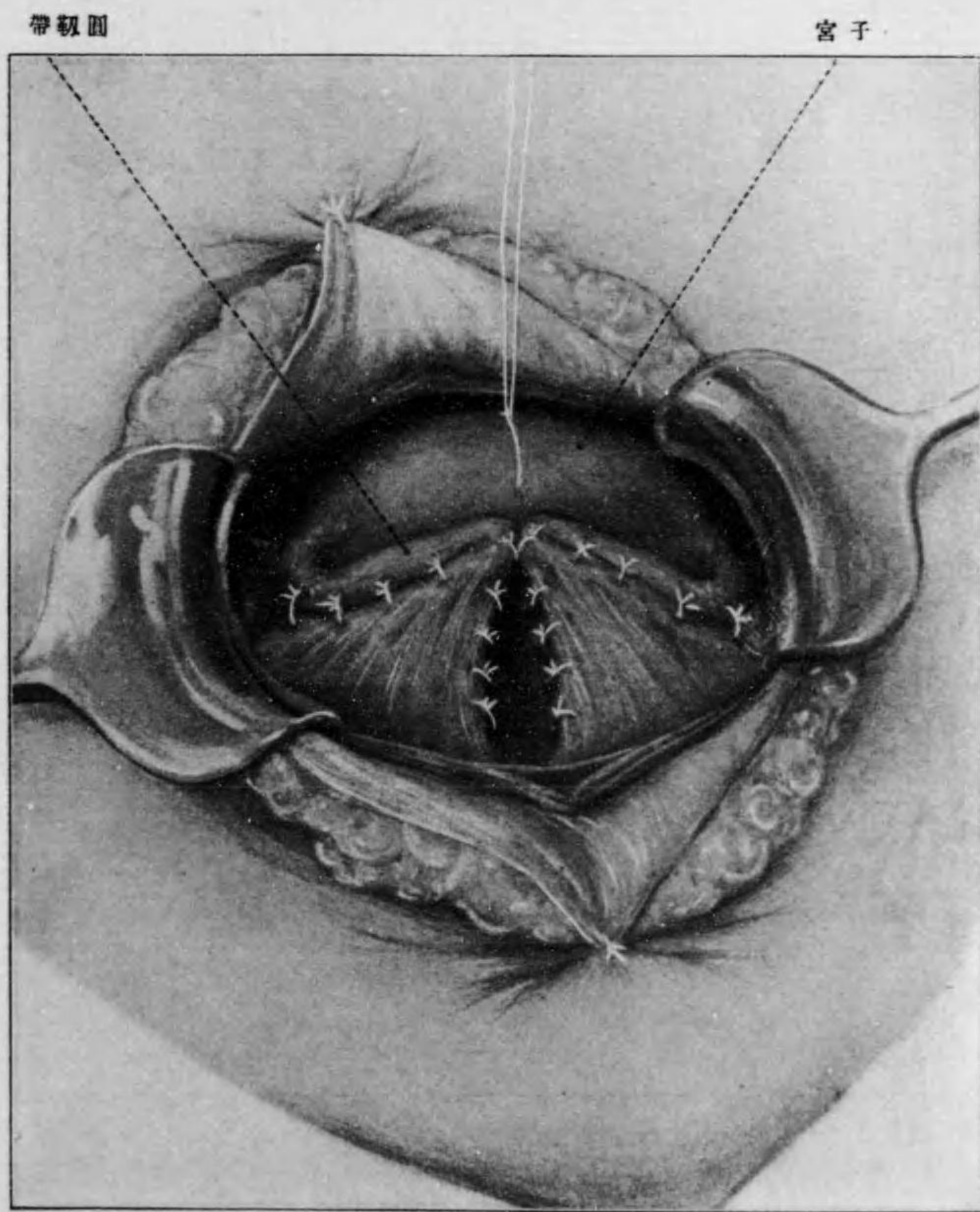
表七十第



ドレリー氏圓靱帶固定法

部腸直 膜筋 (Nach Döderlein)

表六十第



腹腔内圓靱帶短縮法

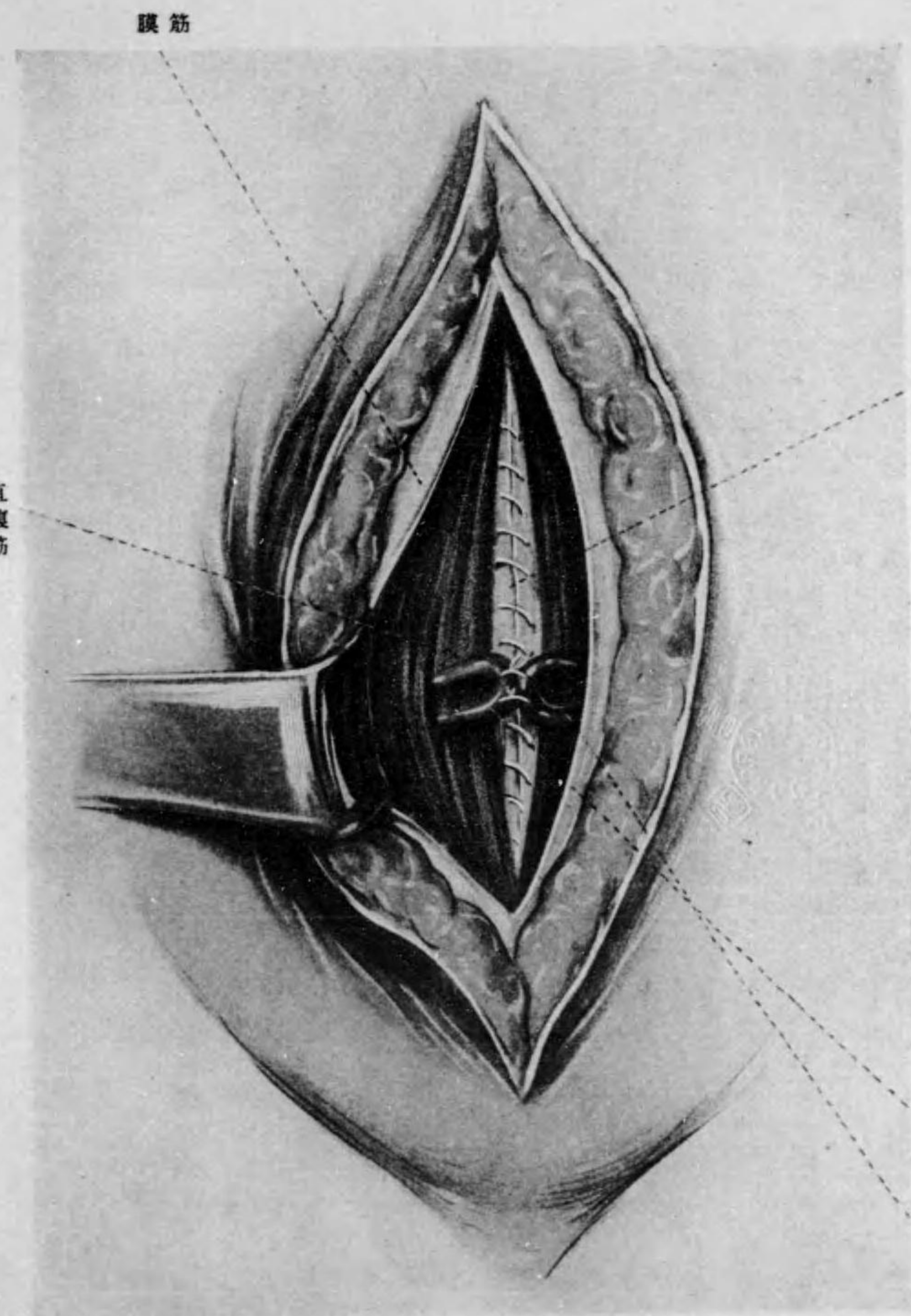
(Nach Menge)

表 八 十 第

ドレリー氏手術式

兩側圓靱帶ヲ腹膜及ビ直腸筋ヲ通シテ腹腔外ニ出シ互ニ縫合セリ

圓靱帶



(Nach Döderlein)

注イオトノ 皮膚縫合ノ際ハ更ニ皮膚ニ沃度丁幾ヲ塗布シ「テグス」ニテ縫合シ其上一殺菌ガーゼヲ置キ充分ニ繃帯固定シ一週間後抜糸シテ十日若シクハ十二三日ニテ退院セシムルコトヲ得ベシ。瘡著甚シクシテ本手術不可能ノ際ハ同ジ切開創ヨリ直腹筋前面ノ筋膜ヲ横ニ切開シ腱膜ヲ上下ニ筋ヨリ剝離シ之ヲ上下ニ腹壁ノ皮膚ニ縫合シ次デ直腹筋ノ間ヨリ縦ニ腹壁腔内ニテ充分子宮ノ瘡著ヲ剝離シ然ル後前同様ニアレキサンダー氏手術ヲ施スカ或ハ絹絲ヲ以テ子宮ヲ腹壁ニ固定シ三重縫合ヲ施シテ手術ヲ終ルモノトス。

近時余ハ單ニシユナイデルリン氏注射法ヲ行ヒ、腰髓麻醉ヲ用キルコトナク、局所麻醉ニ依リテ圓靱帶固定法ヲ行ヘリ。

腹腔内圓靱帶短縮法 開腹ヲ行ヒ瘡著等ヲ認ムルトキハ之ヲ剝離シ、左右ノ圓靱帶ヲ二ツ折リニ皺襞ヲ造リ、豫メ之ヲ「カットグート」ニテ固定シ、左右ノ圓靱帶ノ折目ニ相當スル所ヲ更ニ腸線ヲ以テ子宮外膜ニ固定シ、最後ニ左右腹膜皺襞ヲ子宮前面ノ子宮外膜ニ縫合ス(第十五、十六表)。

ドレリー氏圓靱帶固定法 Technik der Fixation der Ligamenta rotunda nach Doléris 法ノ如ク開腹シ、若シ瘡著等ノ存スルアラバ之ヲ剝離シ、直腹筋及ビ腹膜ヲ穿チ第十七表ニ示セル如ク圓靱帶ヲ牽出シ、左右同様ノ方法ヲ行ヒ、而テ第十八表ノ如ク先ヅ腹膜ヲ縫合シ、次デ筋ヲ三、四箇所ニテ縫合シ筋ノ上面ニテ二、三ノ絹絲ヲ以テ左右ノ圓

靱帶ヲ固定シ、次テ筋膜ヲ以テ被ヒ之ガ縫合ヲ行ヒ、最後ニ腹壁皮膚ニ縫合ス。
 以上記載ノ外、子宮位置ノ整復固定法ハ尙ホ甚ダ多數ニシテ、何レガ最も適當ナルヤヲ斷
 ズルハ甚ダ難事タリ。而シテ今ヤ消毒防腐ノ方法著ルシク進歩シ手術ニ對スル危險ハ極
 微ニ減少セリト雖モ、醫ノ技能ニヨルモノ而カモ一人ノ所作ニアラザル限リハ如何ナル
 缺點ノ存スルヤ知ルベカラズ、且ツ亦精密ニ注意セバ附屬器ニ於ケル疾病ノ有無ハ或ル
 程度迄之ヲ知り得ルガ故ニ、若シ子宮移動シ癒著ヲ認メズ且ツ附屬器ノ疾病ヲ認メザル
 ニ當リテハ、出來得ベクンバ開腹ヲ避ケ、アレキサンダー氏手術ヲ行フヲ以テ適當ノ處置
 ナリト信ズルモノナリ。之ニ反シテ癒著アリ且ツ附屬器ニ異常アラバ、開腹シテ癒著ヲ剝
 離シ、附屬器ノ狀況ヲ檢スベク、爾
 後ノ方法ハ孰レヲ用ユルモ大差
 ナカルベシ。余ハ從來木下博士ノ
 法式ニ從ヒ開腹後アレキサンダ
 ー氏手術ヲ行ヘルモ、近來亦時ニ
 ドレリー氏ノ法式ヲモ行ヘリ、ド
 レリー氏手術式ハ大正二年四月
 ノ婦人科學會ニ於テ多少ノ議論
 アリシガ如ク、往々十四圖ニ示セ

圖 四 十 第



圖 五 十 第



ニ從ヒ鼠蹊管ヲ開キ圓靱帶ヲ牽出シ、而シテアレキサンダー氏法ニヨリ左右圓靱帶ヲ筋
 及ビ腱膜ニ固定シ、次ニ余ノアレキサンダー氏變法ノ如ク左右圓靱帶ヲ交叉結紮シ、或ハ
 ドレリー氏考案ノ方法ニヨリ左右ノ圓靱帶ニ二三ノ縫合絲ヲ掛ケ之ヲ固定シ、最後ニ皮
 膚ヲ縫合スルノ法アリ。

子宮及ビ腔ノ下垂並ニ脱出 Descensus und Prolapsus

uteri et vaginae

子宮及ビ腔ノ位置下行シ外陰部ノ平面ニ至ルヲ下垂ト謂ヒ、更ニ進ンデ腔口外ニ表ハル
 ルモノヲ子宮及ビ腔ノ脱出ト稱ス。而シテ之レガ診斷ノ際ハ仰臥位ニテハ其輕度ナルモ
 ノハ自然整復セラルルコトアルガ故ニ、成ルベク直立ノ位置ヲ取ラシムベシ、然レドモ吾
 人ハ通常内診臺上ニ仰臥位ヲ取ラシメ腹壓ヲ加ヘシメ以テ之ヲ檢シ、傍ラ鉗子ヲ懸ケテ

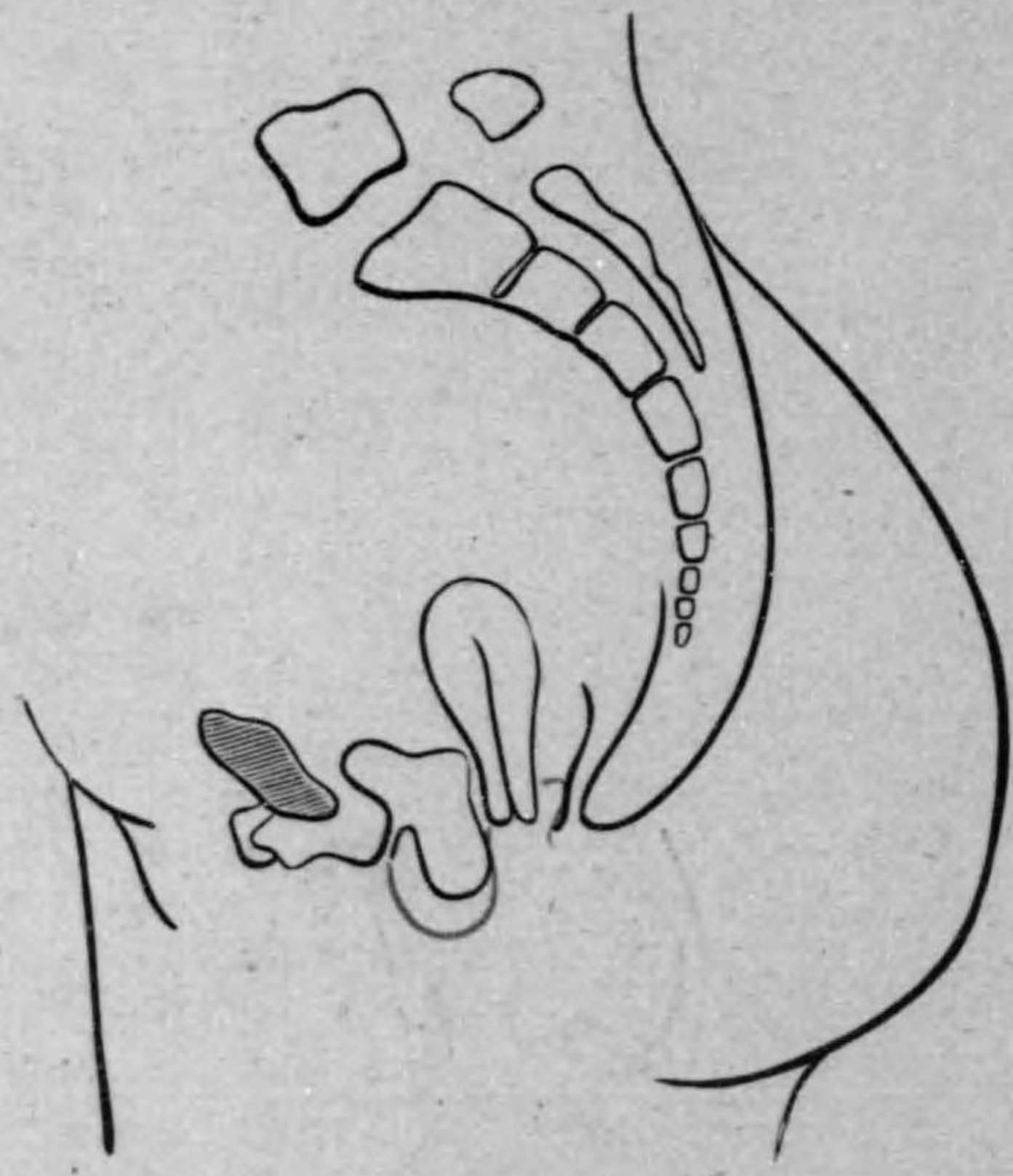
弛緩ノ度ヲ測リ以テ診斷ス。
 視診上下垂ノ輕度ナル者ハ腔口尙ホ閉鎖セルモ、腹壓ヲ加フレバ哆開シ下垂セル部分ハ腔口ニ表ハル。本症ニ於テハ最モ屢々會陰裂傷ニ因スル瘻痕ヲ認ムルモノニシテ、縱令損傷ナキ場合ニアリテモ會陰ハ著ルシク短縮セリ、此場合ニアリテハ會陰繫帶及ビ舟狀窩ハ尙ホ存在セリ。吾人ハ又中等度ノ會陰裂傷及ビ舟狀窩破壞セラレテ會陰ノ皮膚ハ脫出セル後腔壁ニ移行スルモノ多キヲ見ル。又尿道及ビ直腸粘膜ノ翻出或ハ鼠蹊ヘルニヤレノ合併セルコト稀レナラズ。

兩腔壁ノ下垂。 Descensus der beiden Scheidenwände. 兩腔壁ハ腹壓ニヨリ著ルシク膨隆ス、而シテ前腔壁ハ後腔壁ニ比シ脱出強度ナリ、腔壁ノ輪狀ニ脱出スルコトハ比較的稀レナリ。前腔壁脱出。 Prolapsus vaginae anterior. 前腔壁ノ下部膨隆シ、種々ナル大サヲ有スル腫瘍トシテ腔口外ニ現ハルルモノニシテ、弛緩セル腔壁内ニハ膀胱モ共ニ押出サレ所謂膀胱脱 Cystocele ヲ兼スルニ至ル(第十六圖)。
 後腔壁脱出。 Prolapsus vagina posterior. 後腔壁ノ下部ハ正常位ニ止マリ、上部三分ノ一及ビドウグラス氏窩中ノ腹膜其膨隆ニ關與ス。腹水ノ高度ナル場合ニ屢々後壁ノ脱出ヲ見ルコトアリ、又ドウグラス氏窩中ニ於ケル腸管ノ壓力ニヨリテ腔壁ヲ來スコトアリ。後腔腸脱 Enterocoele vaginalis posterior. 其他後腔壁ノ腔壁ハ後壁ノ下半部ニ行ハルルコト多ク、弛緩セル囊腫狀又ハ横徑ノ皺襞或ハ球形ノ腫瘍トシテ腔口中ニ表ハル。

直腸脱 Rectocele. 前直腸壁ノ膨隆ニシテ、大ナル腔壁ノ際ハ必ズ之ヲ兼ネ且ツ屢々會陰ノ破裂ヲ合併ス。
 全腔脱 Prolaps der ganzen Scheide. 全腔管ハ全ク腔口ノ直後ニ翻轉セル皺襞ヲ見ル。

腔ノ翻轉 Inversion der Vagina. 腔壁ハ最初腔ノ最下部ニ變位ヲ來タスモ、之レニ反シ翻轉ニアリテハ腔穹窿部ニ始マリ、輪狀ニ翻轉シ次第ニ下方ニ及ブモノナリ、是レ即チ原發的子宫下垂ノ結果ニシテ最初子宫ノ下垂スルヤ、腔穹窿部モ亦之レニ伴フモノニシテ、腔ノ下部ハ全ク關與セザルカ或ハ僅カニ弛緩スルニ過ギズ、子宫

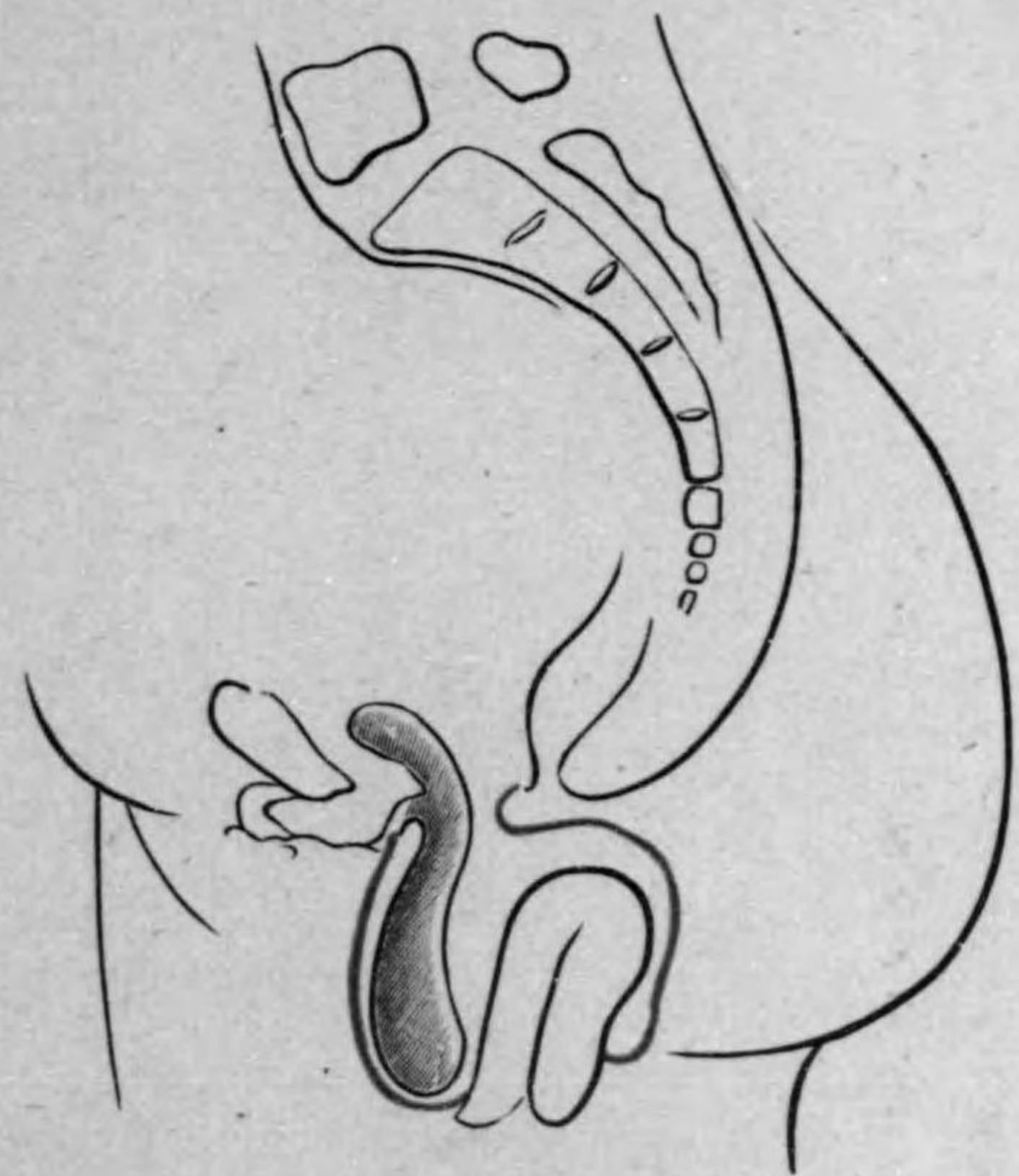
圖六十第



Nach Winter. 1

弛緩スルニ過ギズ、子宮

圖七十第



Nach Winter.

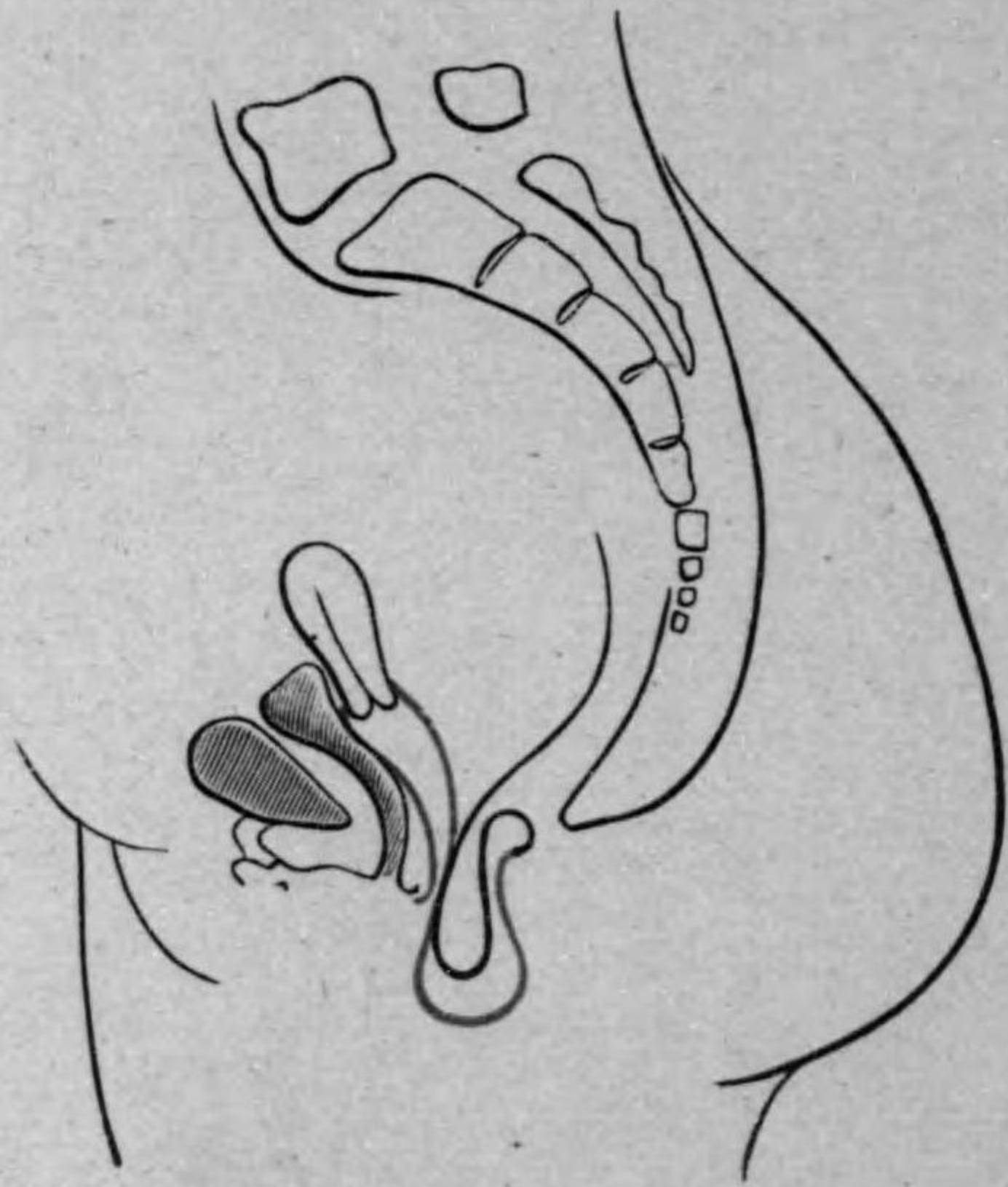
II

腔及子宮全脫膀胱

又皮脂腺缺乏ノ爲メ脆弱トナリ、弾力性ヲ失シテ裂傷ヲ來シ、時ニ色素沈著シ、脱出部分殊ニ子宮腔部ニハ外陰部ノ刺戟ニヨリ壓迫性潰瘍ヲ生ズルニ至ル。斯カル潰瘍ハ多ク圓形ナルモ時ニ不規則形ナルコトアリ、峻鋭ナル且ツ屢々浸潤セル邊緣ヲ有シ、瘢痕ヲ形成ス

腔部ノ腔口ニ現ハルルニ至レバ腔ハ著ルシク其ノ長サヲ短縮ス、然レドモ腔ニシテ全ク翻轉セバ全腔脱ト同様腔口外ニ表ハルルニ至ル、即チ屢々翻轉ト下垂トヲ合併スルコトアリ。腔口外ニ翻出セル腔ノ部分ハ腔口又ハ大陰唇ノ粘膜被覆ヲ缺クテ以テ自己粘膜ノ性質ヲ失シテ乾燥シ、角質ニ變化シテ上皮様ノ外觀ヲ呈ス

圖八十第



Nach Winter.

III

前後兩腔壁ノ脱出ナルヤ否ヤハ、腔口ノ位置及ビ脱出部ガ前後何レノ連合ニ移行スルヤヲ検査シ以テ診斷スベシ。腔脱ノ初期ハ主トシテ近隣臓器トノ結合ノ弛緩及ビ軟化ニア

ルノ傾向ナク潰瘍面ハ黄色ノ苔ヲ有セリ、質ハ柔軟ナルヲ以テ痛腫トノ鑑別容易ナリ。脱出セル部分ハ腔口ニヨリ絞窄セラレテ浮腫ヲ來シ、遂ニ一種ノ光澤ヲ呈スルニ至ル。腔ノ變位ニ關スル診斷先ヅ大陰唇ヲ哆開シ、患者ヲシテ腹壓ヲ加ヘシムルトキハ腫瘍ハ腔口中ニ表ハル、之レニハ横走ノ粘膜皺襞アリ。

シ且ツ皺襞ヲ形成セシメ得ベシ。陰嚕轉ノ初期ニアリテハ初メ陰窩隆部ノ下行ノミナルモ、全部腔口外ニ表ハルルニ及ビテハ、陰ノ嚕轉或ハ陰脫ナルヤヲ判定スルコト困難ナリ。原發性後陰壁ノ陰脫ニシテ打診上濁音ヲ呈セバ腹水存在ノ徵ニシテ、鼓音ヲ呈セバ後陰壁直腸脫(第十八圖) Enterocoele vaginalis posterior ノ證ナリ。而シテ之ニ由リ陰ノ關係ヲ定メ、然ル後子宮ガ之ニ關與スルヤ否ヤヲ檢セザルベカラズ、此際子宮ハ全ク生理的位置ニ留マルコトアルモ、屢々子宮ノ下垂ヲ合併スルモノナリ。

原發性子宮ノ下垂及ビ脫垂 Der primäre Descensus und Prolapsus uteri 腹膜及ビ骨盤結締織ノ弛緩ニヨリテ起ルモノニシテ、常ニ子宮ノ後傾ヲ伴フ。子宮腔部ハ骨盤軸上ニ於テ坐骨棘線下ニアリ、腔ノ上部ハ内嚕下行シ、腔口及ビ腔ノ下部ハ其位置依然タリ。高度ナルモノハ子宮腔部ハ腔口ニ來リ、全脫出ニアリテハ子宮ハ全部内嚕セル腔管ニヨリ被覆セララルニ至ル。

頸部ノ延長ヲ伴ヒタル續發性子宮下垂 Der sekundäre Descensus uteri mit Elongatio cervicis 腹膜及ビ骨盤結締織ノ弛緩ニヨリ子宮ハ幾分カ下垂且ツ後傾シ同時ニ腔壁ノ弛緩ヲ伴フ。而シテ前腔壁ト頸部トノ間ニ膀胱進入シ來リ、益々子宮ヲ下垂セシメ子宮腔部ハ遂ニ腔口ニ達スルニ至ル、是レ原發性前腔壁脫出ノ結果トシテ續發的ニ子宮ヲ下垂セシメシモノナレドモ、斯カル場合腹膜及ビ骨盤結締織ノ抵抗ニヨリ子宮全體ノ下垂ヲ許サザルヲ以テ遂ニ子宮頸部ノ延長ヲ來スニ至ルナリ。何レノ場合ニアリ

テモ腔口外ニ脫出セル部分ハ血行障礙ニヨリテ浮腫ヲ來シ、之レガ持續セバ肥大硬剛シ且ツ甚ダシク延長セララル。經産婦ニ於テハ脫出セル子宮腔部ハ頸管裂傷セルガ爲メ、腔壁ノ牽引ニヨリ前後兩唇哆開セラレ、粘膜ノ嚕轉ヲ來シ Ectropium 腔口外ニ脫出セル子宮部モ亦肥大スルニ至ルベシ。

一般ニ生殖器ノ脫出ニ子宮自己ノ關與セルヤ否ヤノ診斷ハ容易ナリトス。子宮ガ尙ホ未ダ骨盤内ニアル間ハ雙合診ニヨリテ子宮腔部ガ坐骨棘線上ニアルヤ否ヤヲ定メ得ベシト雖モ、一朝腔口ニ來ルニ及ンデハ内診ニヨリテ認知シ難ク、勢ヒ直腸診ヲ以テ之ヲ推知セザルベカラズ。子宮腔部ガ腔口外ニ表ハルニ於テハ吾人ハ子宮ノ完全脫出ナルヤ或ハ單ニ腔部ノ延長ナルヤヲ鑑別セザルベカラズ、即チ觸診ニヨリ脫出セル腔管中ニ子宮存在ノ有無ヲ檢スベシ。腔管中ニ子宮ノ部分ヲ觸知シ、尙ホ子宮ニ相當スベキ抵抗ガ骨盤内ニ移行スベキ状態ニアリテハ、直腸診ヲ行ヒ以テ其ノ診斷ヲ下サザルベカラズ、是レハ又ハ消息子ニヨリテモ之ヲ知ルコトヲ得ベシ。子宮全脫出ナル場合ニハ子宮腔ハ普通ノ長サヲ有スルモ、頸部ノ延長セル際ニハ頸管ノ延長セルヲ認ムベシ。

膀胱ノ下部ハ前腔壁ノ上部及ビ子宮頸部ノ前壁ト密著セルガ故ニ、陰脫ノ多クノ場合必ズ之ニ關與シ、從テ膀胱ニ變形ヲ來スモノナリ。又原發的性子宮下垂ノ場合ニモ膀胱ハ之ニ伴フテ下垂スベシ、頸部延長ニ際シテモ亦然リ。然レドモ膀胱脫ノ大小如何ニヨリテ兩者ノ區別ヲナシ得ベカラズ、只ダ頸部前壁ノ延長セル場合ハ膀胱ノ頸部ニ附著セル部分モ

亦從テ擴張セラレ、時ニ十二cmニ及ブコトアリ、此際膀胱脱ハ長クシテ且ツ其ノ幅廣シ之ニ反シテ子宮脱出ニアリテハ膀胱附著部ノ延長ヲ來スコトナク從テ膀胱脱ハ小ナリ。尿道ノ後半部モ膀胱ト共ニ下方ニ轉位シ、尿道ハ膀胱内ヲ下方ニ向フノ角ヲ以テ走ルニ至ル、是レハ尿道カテーテルヲ插入シテ其徑路ノ如何ヲ見レバ推定ニ難カラズ。膀胱ノ變形モ亦「カテーテル」ニヨリテ推知シ得ベシ。膀胱脱診斷上最モ至便ナルハ膀胱鏡ノ使用ニアリ、之レニ由リ輕度ノ膀胱脱ニテハ粘膜ノ小皺襞ヲ表スカ或ハ三角部ニ當リ囊狀ヲ呈スルヲ見ル。高度ノモノニ於テハ輸尿管間韌帶ハ膀胱頸部ニ牽引セラレ、遂ニ弓形又ハ銳角ヲ爲スニ至ルベシ。

又直腸ノ前壁ト後腔壁ノ下部トノ結合ハ甚ダ粗鬆ナルヲ以テ、後腔壁ハ直腸前壁ヲシテ共ニ脱垂セシムルコト無ク自己全脱出ヲ來シ得ベシ、之ニ反シテ直腸前壁進入又ハ膨隆原發ニシテ續發的ニ腔ノ脱出ヲ促スコトアリ、斯カル場合ニアリテハ直腸診ヲ行ヒ以テ直腸關與ノ有無ヲ知ルヲ得ベシ。

以上ノ方法ニヨリ下垂竝ニ脱出ヲ知ラバ治療上必要ナル問題ハ整復ノ可、不可能ノ如何ヲ知ルニアリ。腔壁浮腫シ且ツ疼痛甚ダシケレバ麻醉ノ下ニ整復術ヲ試ムベシ、即チ先ヅ兩手ノ拇指ヲ脱出セル腔壁ノ前面ニ、他指ヲ後方ニ當テ之ヲ保持シ、靜カニ腔口ニ最モ近接セル腔壁ヨリ順次ニ腔口内ニ押入スベシ、斯クテ最後ニ子宮腔部ヲ整復シ子宮ガ生理的ノ位置ニ復セシヤ否ヤヲ檢シ、若シ後傾又ハ後屈ノ狀態ニアルトキハ又之レニ對スル

處置ヲ施サザルベカラズ、其他腔口ノ擴張如何及ビ骨盤底弛緩ノ有無ヲモ調査スベシ。下垂竝ニ脱出ヲ診斷スルニ當リテハ單ニ患者ノ自訴ノミニヨラズ、必ズヤ他覺的ニ之ガ診斷ヲ下サザルベカラズ、是レ患者ハ單ニ子宮外陰部及ビ腔ノ炎症附屬器炎症並ニ種々ノ腫瘍ニテモ下方ニ壓迫ノ感腔口ニ於ケル腫脹ノ感ヲ訴フコトアレハナリ。本症ハ他覺的診査上時ニ腔ノ囊腫ニ近似セルコトアリ、然レドモ腔囊腫ハ其位置多クハ中央ヲ避ケテ少シク側方ニアリ、且ツ粘膜ハ菲薄トナリ内容ハ青色ニ透視セラレ、且ツ限局シ波動アリ。診斷ノ困難ナルハ全腔壁脱出シ且ツ子宮外口ノ閉鎖セル場合ニシテ、此際排出セラレタル筋腫又ハ内臓子宮ト誤ルコトアリ。

其他時ニ子宮腔部延長シテ子宮外口ハ腔ノ入口ニ達シ、一見恰カモ下垂ノ如キ感アルコトアリ。然レドモ腔穹窿部ハ普通ノ位置ニアルヲ以テ其關係ヲ推知シ得ベシ。

療法 先ヅ脱垂ノ豫防ニ注意セザルベカラズ、分娩時ニ於ケル骨盤底筋肉ノ損傷ハ之レガ原因トナルヲ以テ、胎兒ガ骨盤口ヲ出ヅルニ當リ可成の靜カニ娩出スルコトニ力メ、若シ裂傷ヲ來セシ如キコトアラバ精確ニ之レガ縫合ヲ行フベシ。又腔壁弛緩ノ傾向ヲ發見セバ直チニ豫防的ニ矯正器ヲ使用シ、以テ後來ノ脱垂ヲ防止シ得ルコトアリ。

既ニ脱垂ヲ來セシトキハ手術ニ二法アリ、即チ一ハ保守的療法ニシテ一ハ手術的療法ナリ。保守的療法ハ長時ヲ要シ且ツ不確實ノ點アリ。一般ニ手術的療法ハ所謂根治的療法ナレドモ、患者既ニ老年ナルカ或ハ高度ノ心臟及ビ肺疾患等アリテ、手術ニ對スル直接ノ危

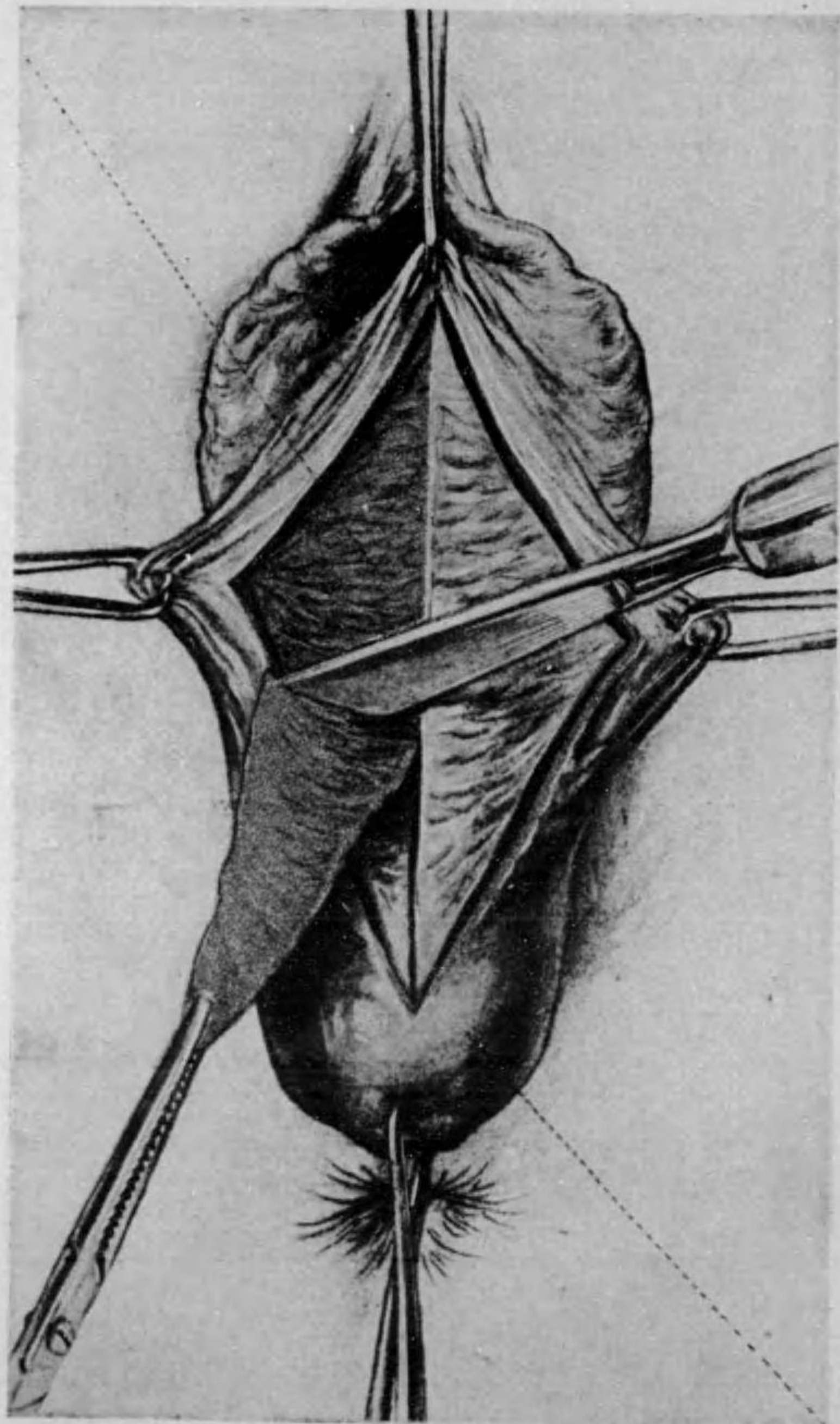
險アル場合ニハ保守的療法ニヨラザルベカラズ。
 手術的療法ニ多法アリ、下垂竝ニ脱出ノ程度如何ニヨリ種々ノ術式ヲ撰ミ、又術者ニヨリ
 テ種々異ナル方式ヲ用ユルモ何レガ最モ適切ナルヤハ斷言シ難シ。依テ今爰ニハ普通
 用キラルル簡單ナル術式ヲ舉ゲン、然レドモ此術式ニヨリテ一時整復セシ子宮竝ニ腔壁
 モ歲月ヲ經ルニ從ヒ再發ノ患ヲ免レズ、故ニ余ハ老年者ニアリテハ腔式子宮摘出法ヲ施
 セリ。

手術前豫メ腔内ヲ消毒シ腔鏡ヲ以テ子宮腔部ヲ表ハシ、單鈎鉗子ヲ子宮腔部ノ前唇ニ掛
 ケ出來得ル限リ牽引シテ第十九表ノ如クナシ、A、B、C、ノ三點ヲ單鈎鉗子ニテ固定シ、次ニ
 圖ノ如ク粘膜ニ切割ヲ加ヘテ之ヲ剝離スベシ、或ハ第二十表ノ如ク剝離スルモ亦可ナリ、
 但シ成ルベク鏡刀ヲ用キザレバ剝離困難ナリ。次ニ第二十一表ノ如ク腸線ヲ以テ連字縫
 合ヲ行ヒ創面ヲ小ナラシメ、之レヨリ縱線ニ沿テ更ニ連字縫合ヲナシ創面ヲ更ニ狭小セ
 シメ、最後ニ「テグス」ヲ以テ結節縫合ヲ行フ(第二十二表)。
 後腔壁直腸脱ノ場合ニハヘーガル氏ノ方法ニ從ヒテ腔會陰縫合術 Kolpoperineoplastikヲ行
 フベシ、即チ會陰ノ腔壁トノ移行部ニ底ヲ向ケ腔口上四—七cmノ高ニ頂角ヲ有スル三角
 形ノ粘膜片ヲ切除シ後腔壁ノ中線ニ縫合ス、但シ粘膜縁ニハ腸線ヲ用ヒ皮膚縁ニハ絹絲
 ヲ用ユ、創面大ナレバベンデル・ケルスニー (Van der Gersmy) 氏ノ方位ニヨリ豫メ沈降縫合
 ヲ置クヲ便トス。

表 九 十 第

腔脱及ビ子宮下垂ノ手術

前腔壁ヨリ粘膜ヲ菱形ニ切除シ之レヲ縱線ニ沿テ縫合シ腔管ヲ狭小トナシ以テ
 腔脱及ビ子宮下垂ヲ防ケモノナリ

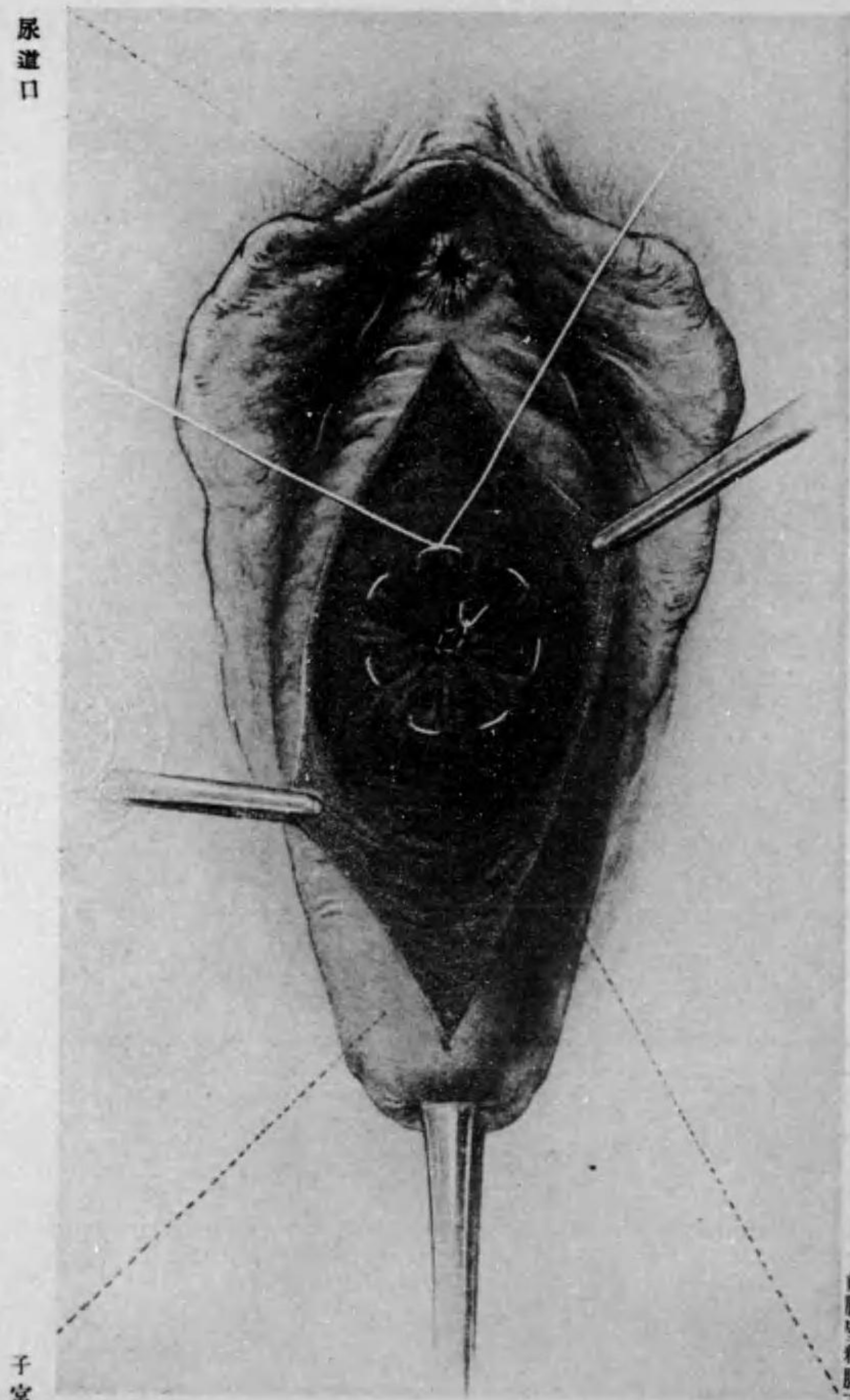


前腔壁ノ粘膜下結締織

部腔宮子

(Nach Döderlein)

表 一 十 二 第



尿道口

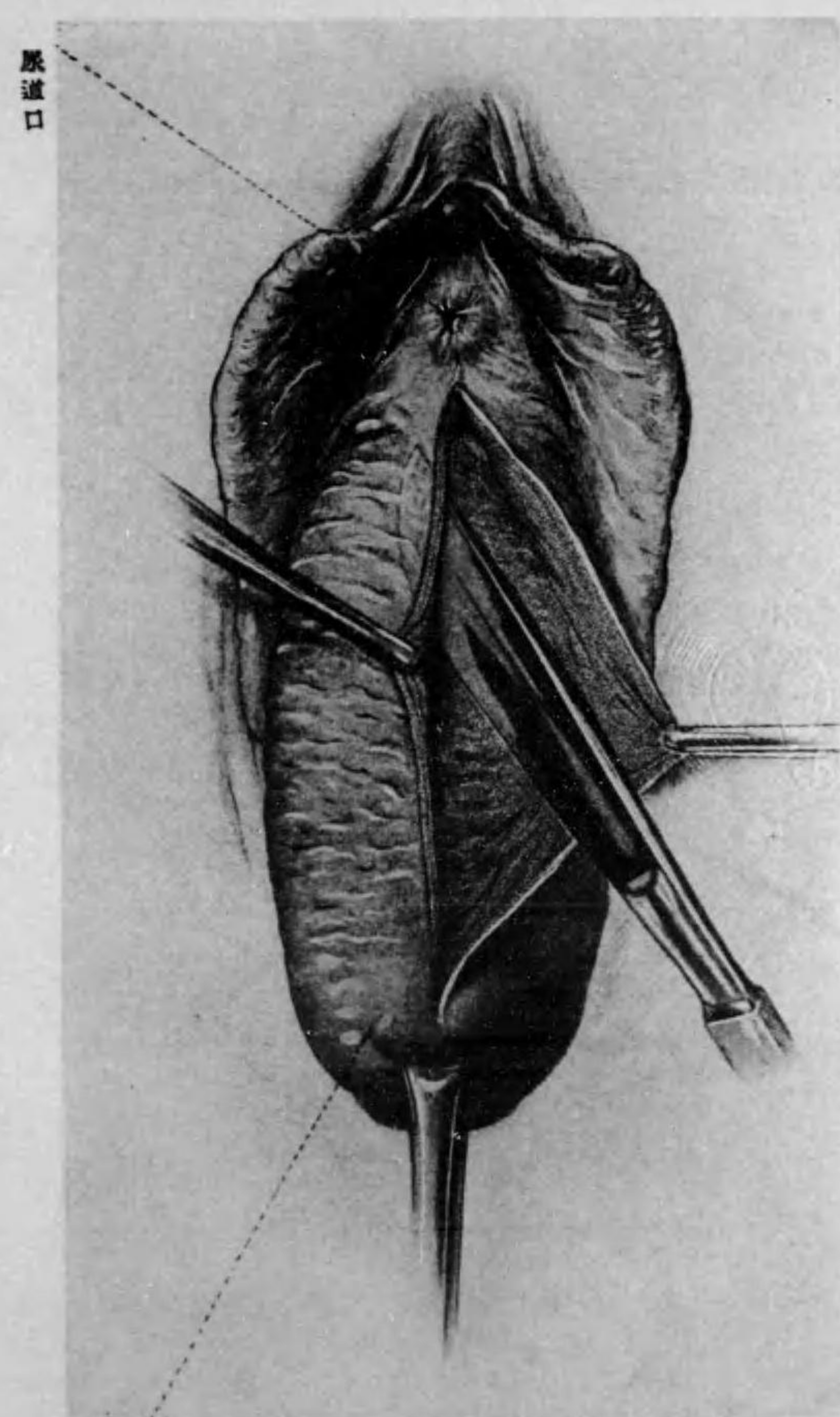
同上

同上

前脛壁粘膜下結締織

(Nach Döderlein)

表 十 二 第



尿道口

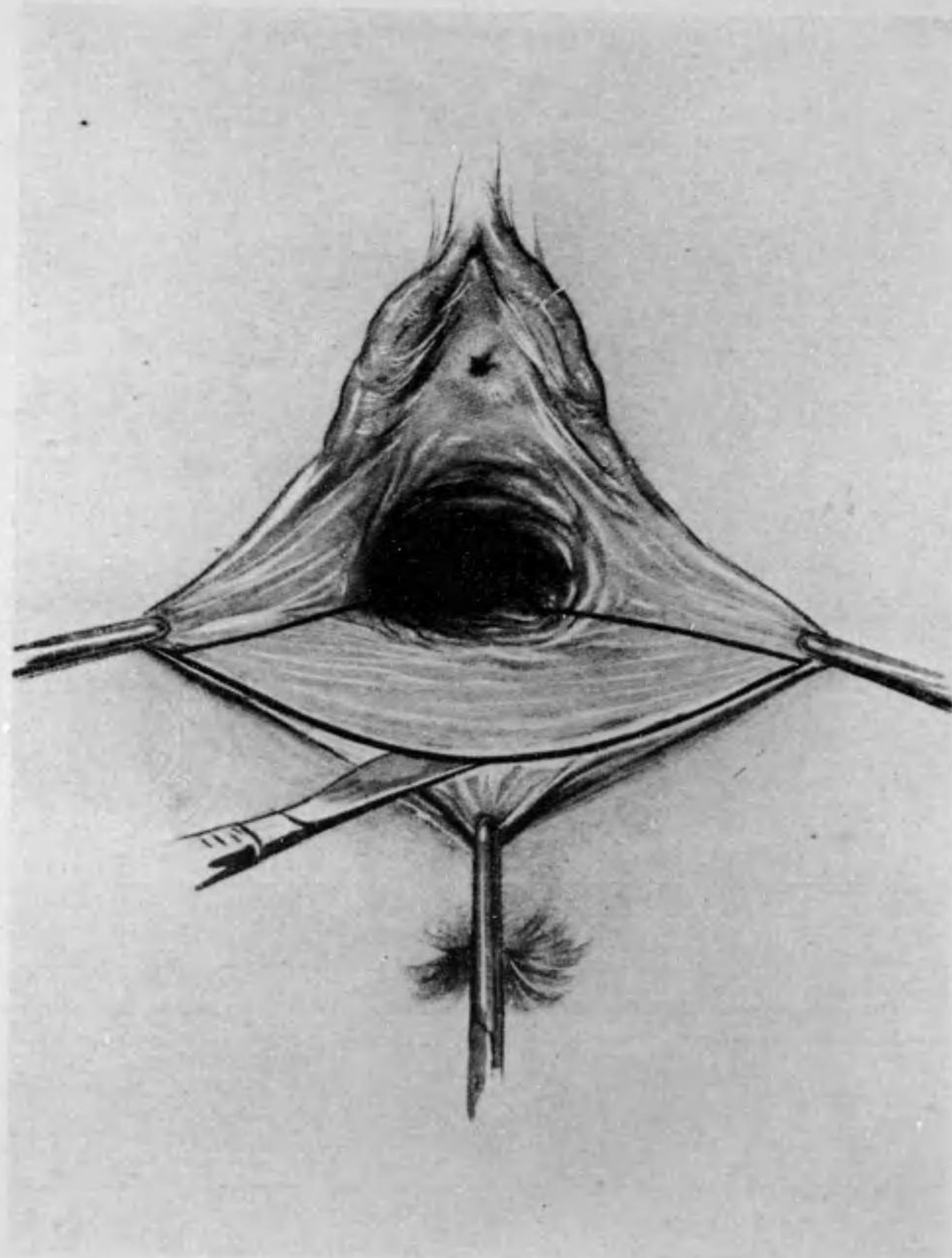
同上

同上

前脛壁粘膜下結締織

(Nach Döderlein)

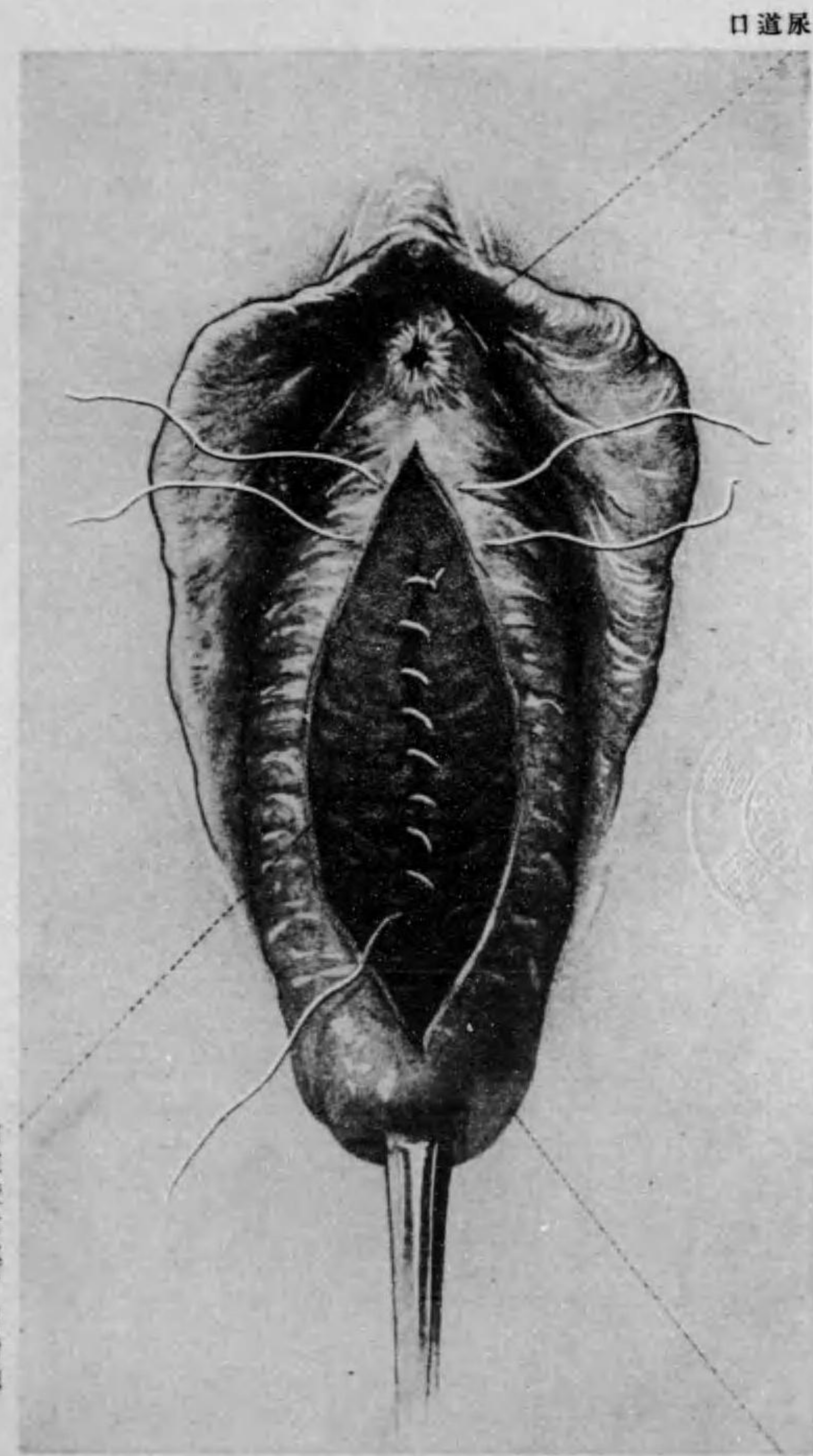
表 三 十 二 第



(Nach Döderlein)

横筋舉筋縫合術
 腔ト會陰トノ境ニ於テ舟狀ノ切開ヲ加ヘ
 此ノ切開部域ノ皮膚及ビ腔粘膜ヲ下方ヨリ上方ニ向テ剝離ス

表 二 十 二 第



尿道口

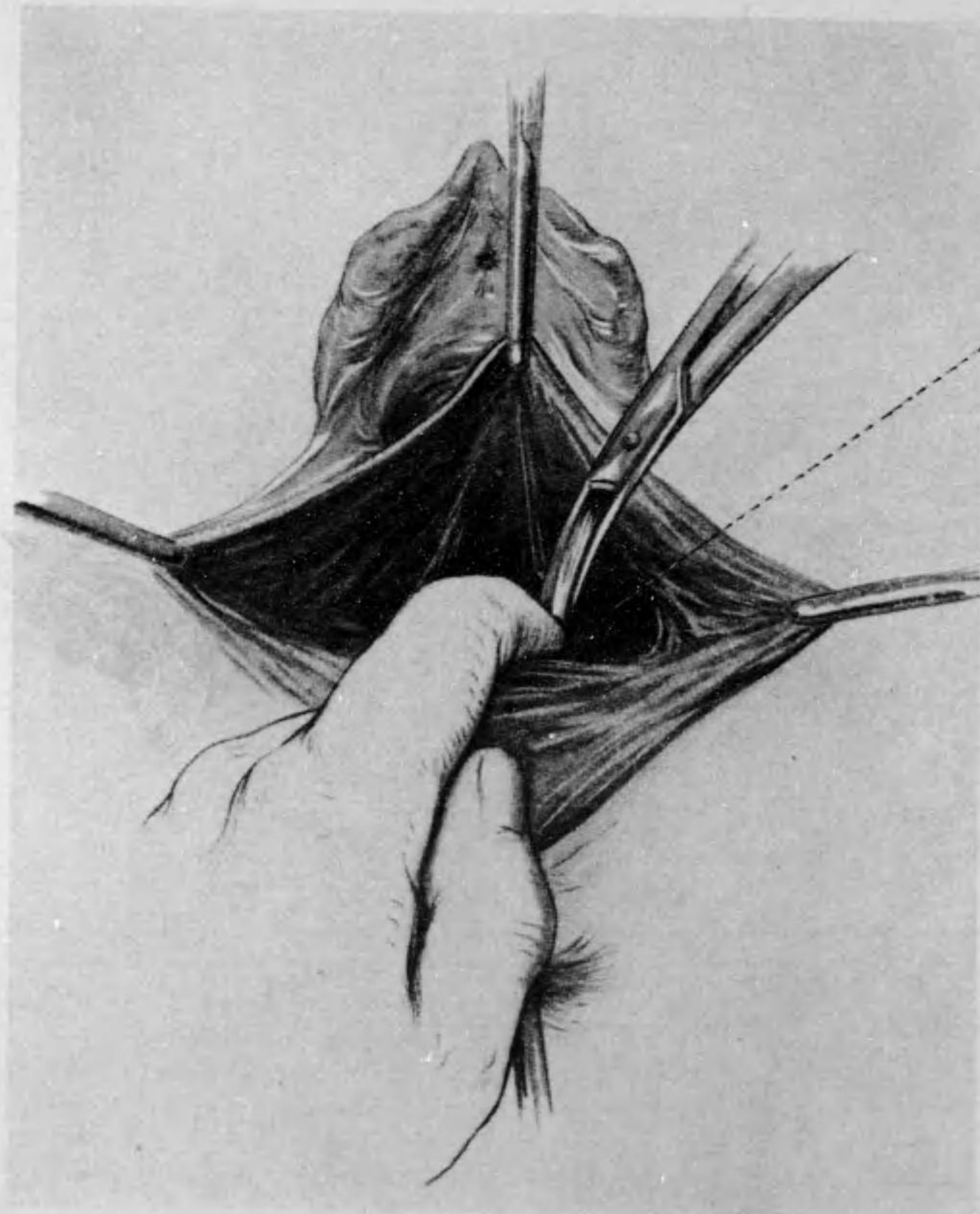
同
上

前腔壁粘膜下結締織

子宮種部

(Nach Döderlein)

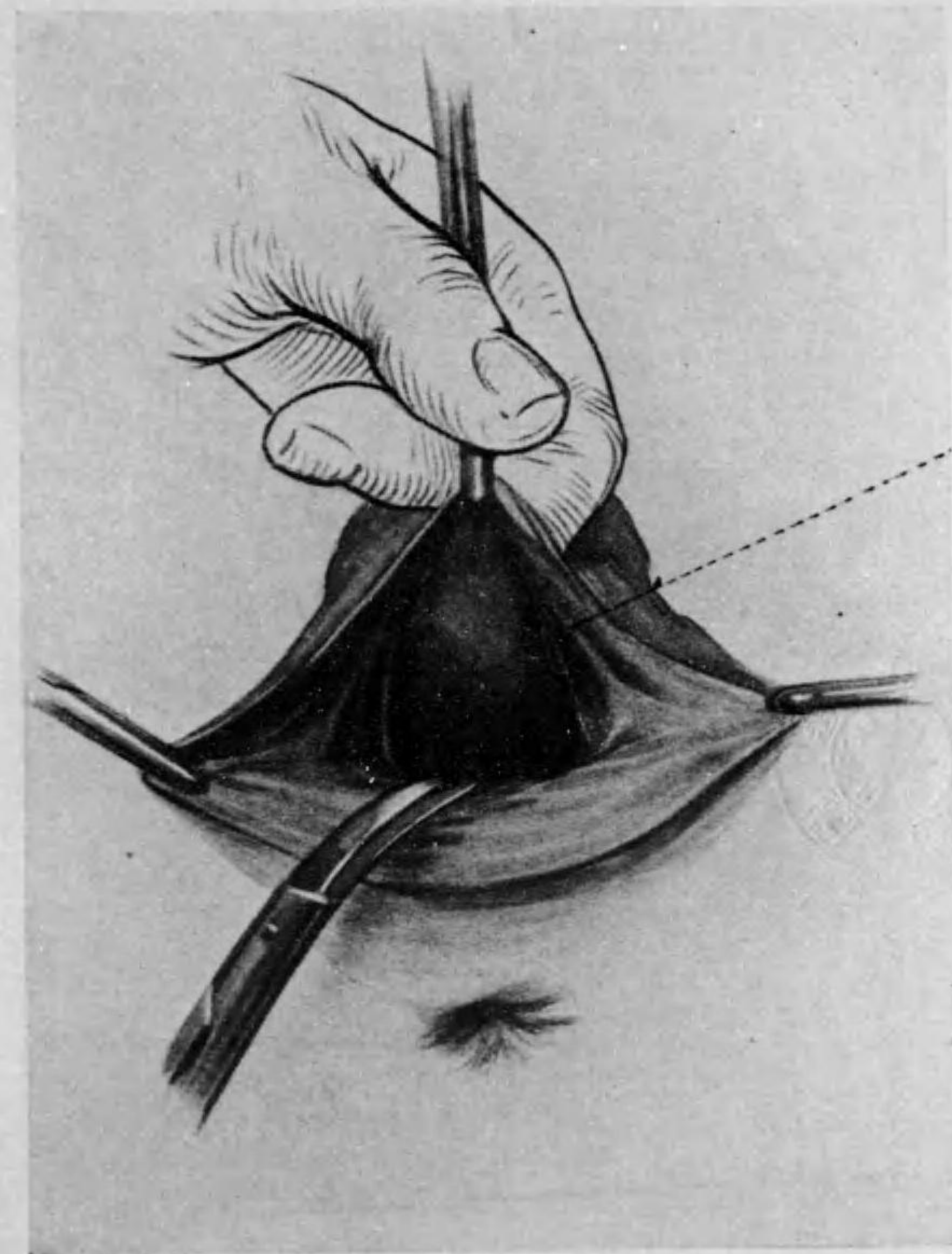
表 五 十 二 第



傷面ノ深部ニ當リ坐骨枝ヨリ起リ横走セル深會陰横筋ヲ見ル

(Nach Döderlein)

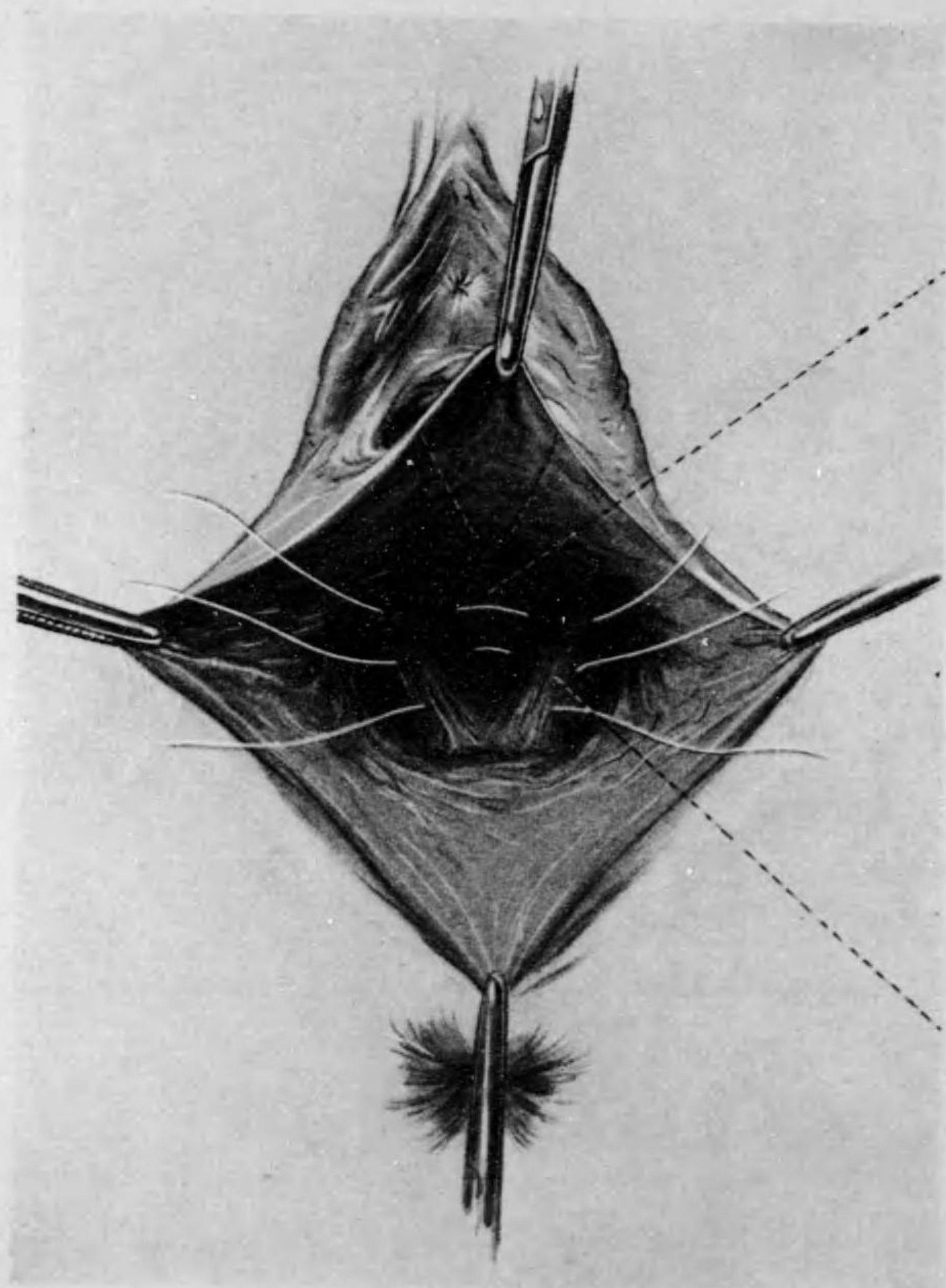
表 四 十 二 第



以上ノ方法ニヨリ腔粘膜炎ヲ漸次上方ニ剥離シ遂ニドウグラス氏高ニ達ス

(Nach Döderlein)

表 七 十 二 第



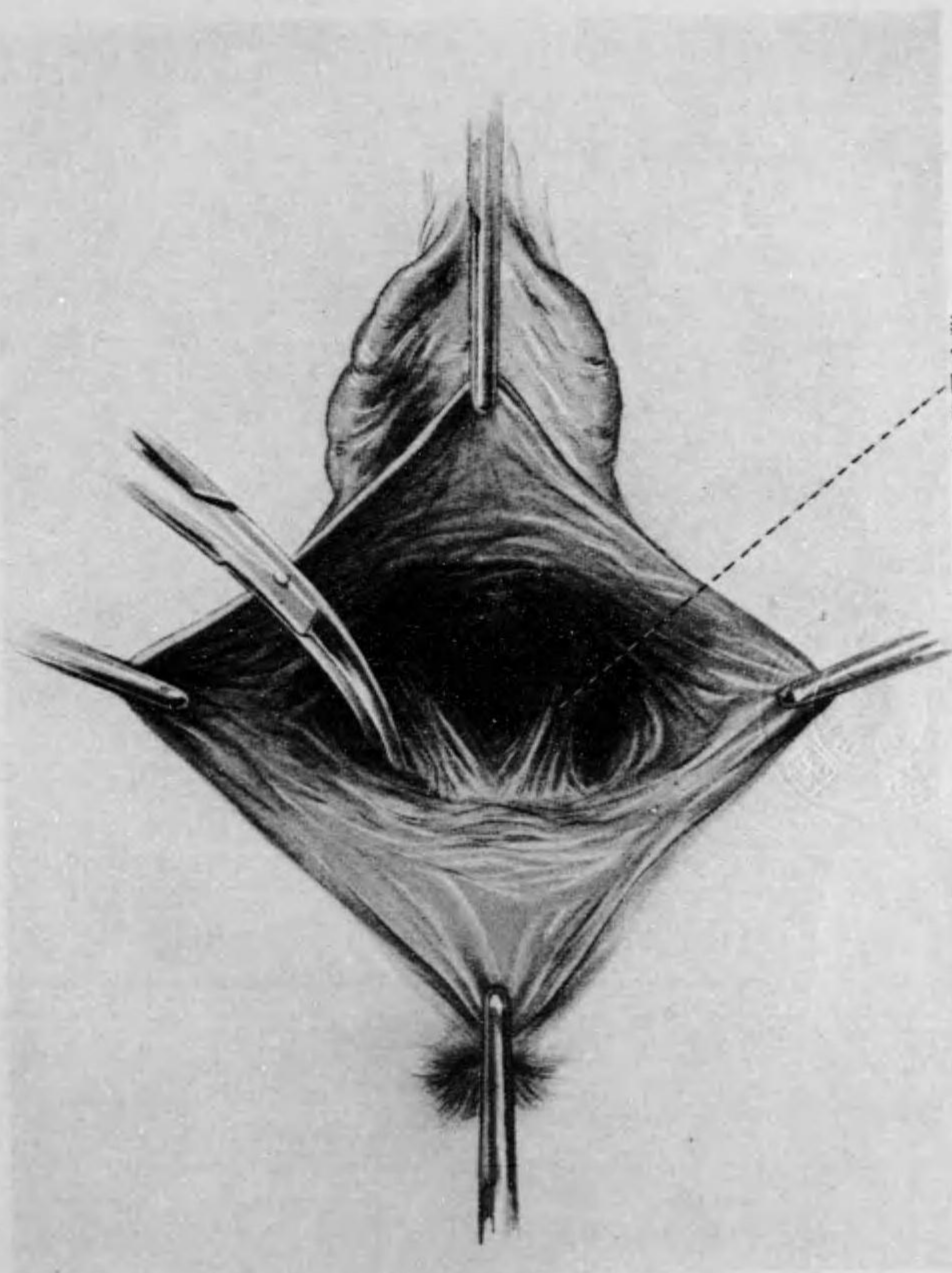
之レヨリ比較的吸収ノ晚キ沃度腸線ヲ以テ左右ノ横筋ト同時ニ深部ノ肛門舉筋ヲ貫キ二三ノ結節縫合ヲ行フベシ、高度ノ下垂ニテハ深會陰横筋ノ發育弱キヲ以テ必ズ深ク肛門舉筋ト共ニ縫合セザルベカラズ (點線ハ後ニ切除スベキ部域)

後壁

深部會陰ノ横行

(Nach Döderlein)

表 六 十 二 第

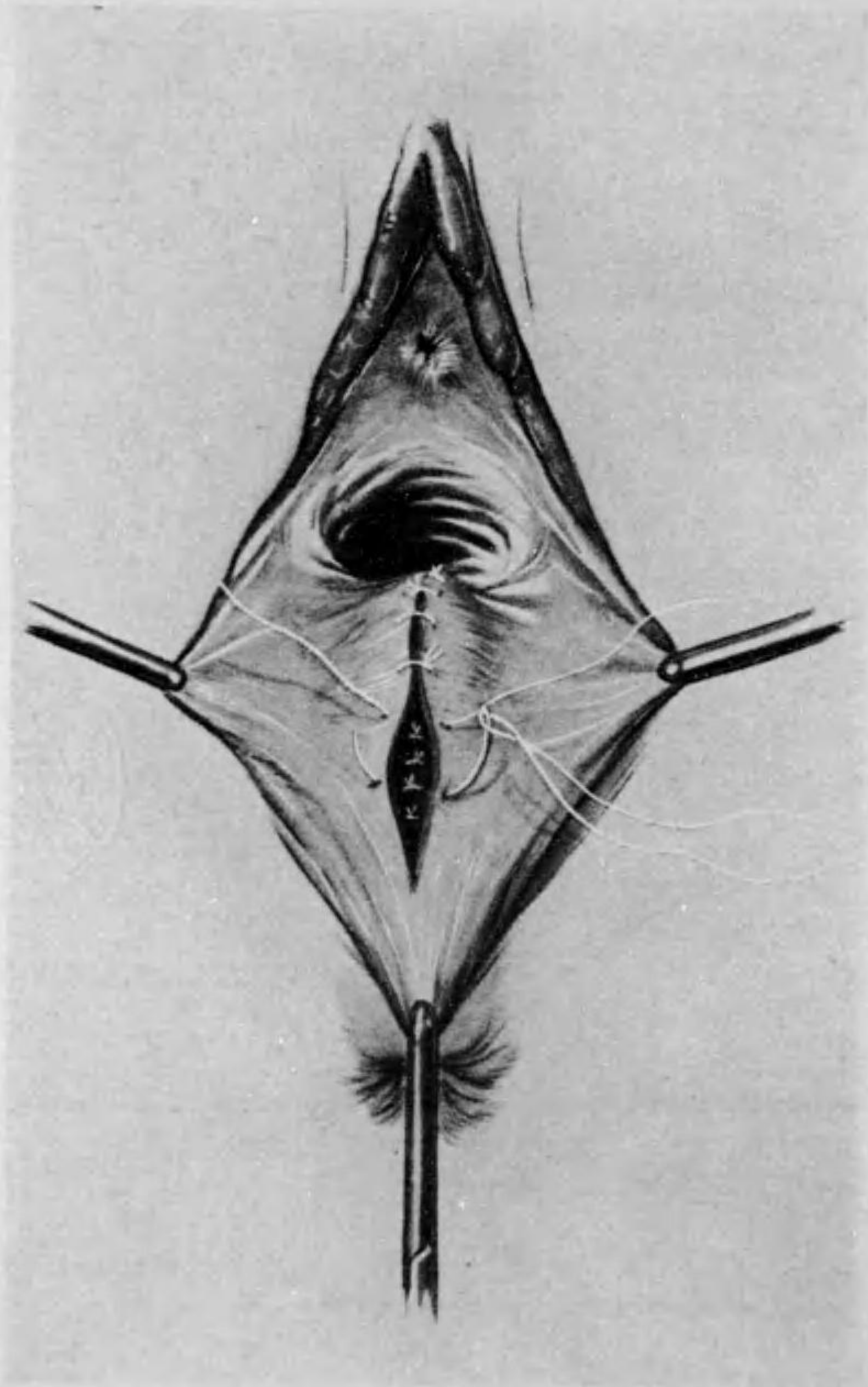


是レヨリ會陰ノ皮膚ヲ鉗子ニテ缺ミ後方尾骶骨ニ向テ牽引スルトキハ左右ノ深會陰横筋ハ次第ニ相接近シ遂ニ耻骨直腸筋ト並行スルニ至ル 但シ耻骨直腸筋ハ耻骨ニ向テ耻骨縫隙ニ走り、深會陰横筋ハ坐骨結節ニ向テ走り、以テ兩者ヲ鑑別スルコトヲ得ベシ尙筋腹ノ緊張ヲ弛メンガ爲メ、筋側線ヲ遊離セシム

深部會陰横筋

(Nach Döderlein)

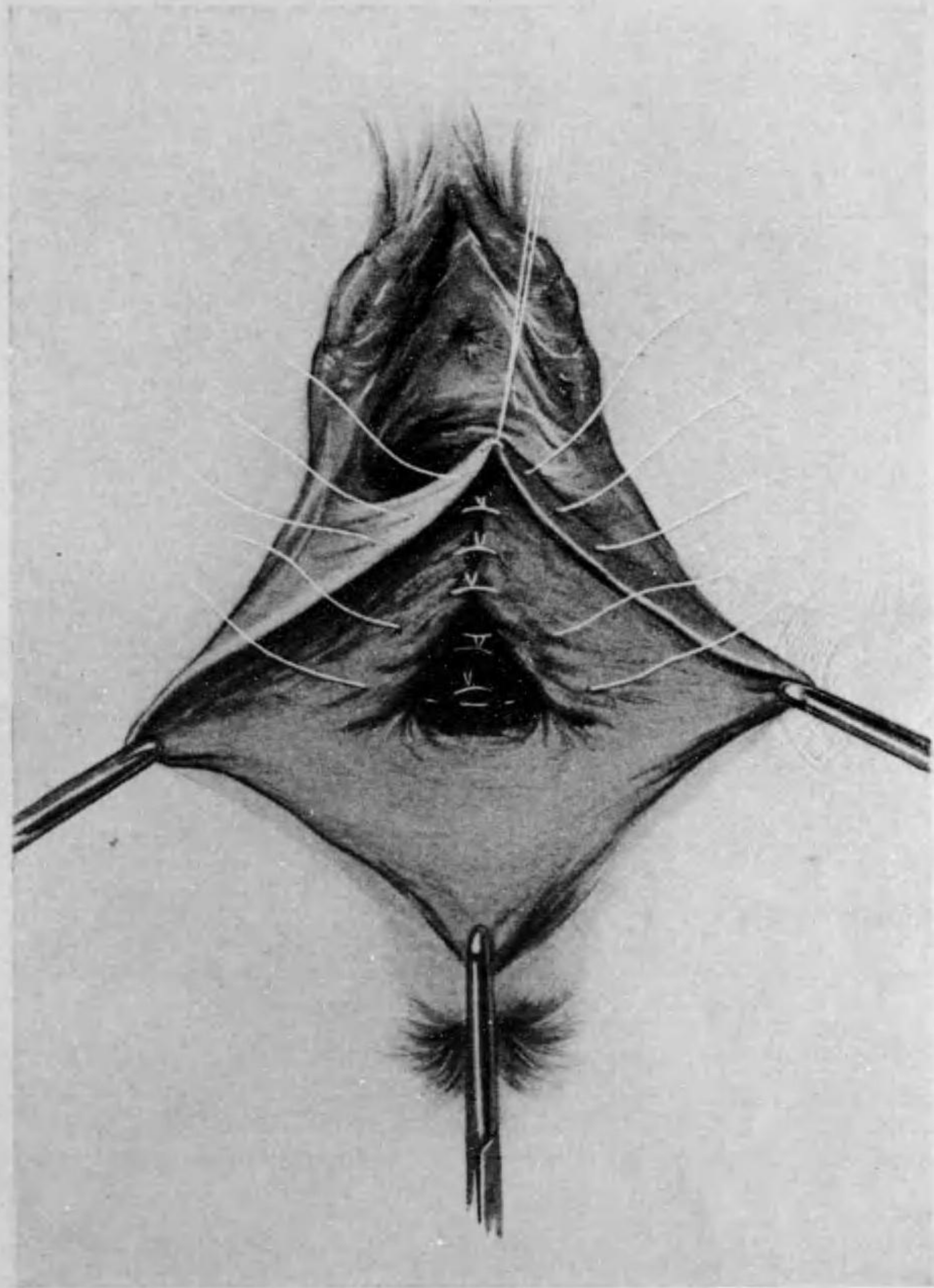
表 九 十 二 第



最後ニ「テグス」ヲ以テ皮膚ニ結節縫合ヲナシ術ヲ終ル

(Nach Döderlein)

表 八 十 二 第



筋ノ縫合終リシ後腔膜割離辨ハ上方第二十七表ノ點線ニ從テ之レヲ切除シ、之レヨリ、後腔壁ニ縫合ヲ置キ、腔膜傷面ヲ縫合シタル後淺在會陰橫筋ノ殘部ト淺在腔膜ト共ニ、沈降縫合ヲナシ死腔ヲ殘サザルコトニ勉ム

(Nach Döderlein)

腔脱ニシテ子宮脱ヲ兼ネタルモノハ以上ノ方法ノミニテハ其目的ヲ達シ難シ、斯カル場
合子宮ハ後傾ノ位置ニアルヲ以テ之ヲ前屈前傾ノ位置ニ固定セザル可カラズ、即チ腹著
固定術、アレキサンダー氏法、腹腔内圓靱帶短縮法等ヲ撰ムベシ。前後兩腔壁ノ縫合術ヲ行
ヒ子宮ヲシテ腹著セシムルモ亦可ナリ。又ウエルトハイム・シヤウタ Werheim, Schauta 氏ノ
方法ニヨリ腔固著術ヲ行フモ不可ナシ。高度ナルモノニハ全摘出ヲ行フ。其他腔直腸壁ヲ
剝離シ、肛門舉筋ヲ現ハシ之ヲ縫合シ以テ脱出口ヲ閉鎖スルノ方法アリ。
横筋舉筋縫合術 Transversus-Levatornahl.

腔口ノ哆開甚ダシク以上ノ方法ニテハ固定不全ナル時ニ行フベキモノニシテ、即チ左右
ノ深會陰横筋 M. Transversus perinei profundus 氏及ビ肛門舉筋 M. Levator ani ヲ其ノ後端ニテ
縫合シ以テ筋性保護ヲナサシムルモノナリ。
術式ハ第二十三表ノ如ク先ヅ腔ト會陰トノ間ニテ大ナル舟狀ノ横切開ヲ加ヘ、腔粘膜ヲ
上方ニ剝離シ以テドウグラス氏窩ニ及ベバ(第二十四表)創面ノ深部ニ横走セル深會陰横
筋ヲ見ル(第二十五表)爰ニ於テ會陰ノ皮膚ヲ後方ニ牽引スルトキハ深會陰横筋ハ次第ニ
接近シ遂ニ耻骨直腸筋ト平行スルニ至ルベシ(第二十六表)乃チ左右横筋ト同時ニ深部ニ
位スル肛門舉筋トヲ合セテ三乃至四個ノ結節縫合ヲナシ(第二十七表)次テ腔粘膜ヲ三角
形ニ切除シ之ヲ縦線ニ沿フテ縫合スベシ(第二十八、第二十九表)。

第六節 子宮内膜炎ノ診断及治療法 Diagnose und Therapie der Endometritiden.

實質炎及ビ宮体内膜炎 Myometritis und Endometritis corporis.

筋層及ビ粘膜ニ於ケル真正炎症ハ總テ細菌ニヨリテ惹起セラルルモノニシテ、ルーゲ Ruge 氏ハ内膜炎ヲ腺性内膜炎 Endometritis glandularis 間質性内膜炎 Endometritis interstitialis ニ分チ、腺性内膜炎ヲ更ニ増生性 Endometritis glandularis hypertrophica ト肥厚性 Endometritis glandularis hypertrophica ニ區別セシガ、近時ヒ、チャマン・ブドネル Hirschmann und Adler 氏ハ自己ノ研究ニヨリ腺性内膜炎ノ存在ヲ否定シ、敗血性淋毒性其他特種ノ炎症ハ常ニ間質性内膜炎ヲ起スモノニシテ、從來腺性内膜炎ト稱セシハ傳染性ノモノニアラズ、從テ内膜炎ト稱スベキモノニアラズト主張セリ。

内膜炎ハ主トシテ分娩時又ハ産褥中ニ微生物ノ侵入スルコトニヨリテ起ルモノニシテ、連鎖状球菌 Streptokokken. 葡萄状球菌 Staphylokokken. 肺炎菌 Pneumokokken. 淋菌 Gonokokken. 大腸菌 Kolibakterien. 嫌気性被囊菌 Bacillus anaerogens capsulatus. ノリド・ド・レンデル氏肺炎桿菌 Bacillus pneumoniae Friedländer. オフテリー菌 Bacillus diphtheriae. 綠膿菌 Pyocyaneus. 心臟内膜炎菌 Micrococcus endocarditis rugatus 等ハ其主ナルモノニシテ、産褥以外ニアリテハ淋毒性ヲ以テ最も

多數ナリトス。其他結核菌梅毒螺旋菌等ハ特異ノ症候ヲ起スベク、病原菌殊ニ連鎖菌淋毒菌ノ一度筋層ニ侵入スルヤ子宮筋層炎 Myometritis 一名實質炎 Metritis ヲ起スモノナリ。從來慢性子宮内膜炎ノ組織的變化トシテ知らレタル粘膜ノ増生及ビ肥厚ハ主トシテ月經前ノ所見ニ外ナラズ、真ノ子宮粘膜ノ炎症ハ間質ノ炎症ニシテ、次デ腺ノ進行性變化ヲ伴フコトアリ。フランクル Frankl 氏ハ多數ノ材料ニ就キ、生理的月經前ノ充血ヲ參酌シテ之ヲ精査シ、肥厚且ツ腺ノ増加セル粘膜ハ常ニ月經前ノモノナルカ、若シクハ非炎症性ノ増生ニシテ、是等ノ既ニ變化セル粘膜モ亦續發的ニ炎症ニ參與スルコトアルモ、炎症ト腺ノ増殖トハ直接ノ關係ヲ有スルモノニアラザルガ如ク、即チ從來慢性内膜炎ト稱セシ組織的所見ハ、當ニ生理的月經前期ノ粘膜又ハ粘膜ノ進行性肥厚ニ外ナラザルベシト。

急性淋毒性子宮内膜炎 Endometritis acuta gonorrhoeica.

淋毒性子宮内膜炎ノ組織的檢索ハ、初メウエルトハイム Wertheim 氏次デメンゲ Menge 氏ニ由リテ行ハレ、ウエルトハイム氏ハ之レガ粘膜間質ニ膿球及ビ圓形細胞ノ瀰漫性或ハ群集的ニ浸潤シ、且ツ間質ノ充血浮腫ヲ伴ヒ、表面上皮ノ所々剝脫セルヲ認メ、尙ホ同氏ハ八例ニ就テ腺ノ増殖ヲ見、筋層ニモ亦真ノ淋毒性實質炎ノ像トシテ淋毒性浸潤アルヲ認メタリト云フ。

淋疾性內膜炎ハ淋菌ノ傳染ニ由來シ、急性ニ起始シ慢性ニ經過スルモノニシテ、多量ノ膿汁分泌アリ、臨牀診斷上宮體ヨリ膿汁ノ分泌及ビ淋菌ヲ證明ス。淋菌ハ縱令膿汁中ニ認めザルトモ、他ノ生殖器中ニ之ヲ證明セバ、本症ノ想像ヲ下スニ難カラズ。急性症ニハ出血アルモ慢性症ニアリテハ之ヲ缺如ス。若シ同時ニ喇叭管炎症ヲ伴フトキハ之ガ診斷頗ル容易ナリ。

淋菌ハ好ンデ膿球内ニ存在シ、其對面稍々凹ミヲ呈スル重複菌ニシテ、レフレル氏液ニ染色ス。又ナイセル氏法ニ從テエオチンアルコホル飽和液ニテ數分時加温シ、剩液ヲ吸取紙ニテ吸取セシメ、次ニアルコホルメチレン青飽和液ニテ十五秒間染色シ、後水洗スルトキハ、細胞體ハ赤色ニ菌及ビ核ハ青色ニ著色ス。

メチールグリユンピロニンノ少量ヲ水五〇瓦ニ溶シ青紫色トナシ、之ニテ染色シ、水洗スルトキハ淋疾菌ハ赤色ニ核ハ青色トナリ、グラム氏法ニテ脱色ス。本菌ハ普通寒天培養基ニ發育セズ、故ニ馬又ハ牛ノ血液ヲ取り、五十度ノ三%寒天培養基ノ溶解セルモノニ等分其ノ血液ヲ混ジテ斜面トナシ、以テ培養ヲ試ムベシ。然ルトキハ帽針頭大ノ半透明圓形ノ「コロニー」ヲ生ズ、若シ之ヲ兎又ハ「マウス」ノ腹腔ニ注入セバ腹膜炎ヲ起ス。

敗血性內膜炎 Endometritis septica.

分娩及ビ流産後ニ遺殘セル脱落膜ノ海綿層ニ於ケル炎症ニシテ、初メ上層ニ細菌附著シ、

次デ淋巴間隙ヲ通ジテ筋層ニ及ビ、更ニ進ンデ漿膜ニ達シ、爰ニ重症ノ炎症ヲ惹起スルモノナリ。内膜ハ肉眼上灰白色ヲ呈シ、其重症ナルモノハ黄色菲薄ノ被膜ニ掩ハルルヲ觀ル。コハ纖維膿性ノ被苔ニシテ初メハ容易ニ剝離シ得ルモ、炎症持續セバ被膜ハ黄灰白色ヲ呈シ、遂ニ剝離シ難キニ至リ、壞疽ニ陥レル下層ノ組織ト膠著ス。而シテ更ニ腐敗性細菌ノ侵入ヲ蒙リ、被膜ハ汚穢黑色ヲ呈シ、毛細管或ハ比較的大ナル血管ヨリ出血シ、紫黑色ノ斑點ヲ示シ、分泌物ハ遂ニ一種ノ惡臭ヲ放ツ。組織的所見トシテ海綿層ノ深部ニ圓形細胞厚ク浸潤シ且ツ筋層ノ殘部ニ及ブ。炎症ノ新ラシキモノハ少數ノ「プラスマ細胞」ヲ散見スルニ過ギザルモ、陳舊ノモノニアリテハ甚ダ多數ヲ認ム。若シ圓形細胞ノ浸潤層ガ細菌ノ深部侵入ヲ防止シ得ザル時ハ、更ニ筋層内ニ瀰漫性或ハ群簇的ニ圓形細胞浸潤シテ第二ノ防禦層ヲ形成ス。而シテ粘膜炎ト第二防禦層トノ間ニ於ケル筋層ハ、壞疽ニ陥リテ分界線ヲ生ジ、大小種々ナル筋ノ壞疽片ヲ分離排泄ス、是レ即チ壞疽性實質炎 Metritis dissecans ニシテ、必竟組織ノ限局性壞疽ニ外ナラズ。潰疽セシ組織ノ周圍ハ圓形細胞ノ滲潤、浮腫、充血等ヨリ成ル。子宮實質ハ膠様海綿様ノ外觀ヲ呈シ、壞疽部ノ周圍ニ於ケル血管ハ血栓ヲナシ、血栓性炎症ヲ起ス。又淋巴腔中ニ連鎖菌侵入シテ筋層間ニ膿竈ヲ形成シ、種々ノ方向ニ破潰スルニ至ル。

實布埜里性子宮內膜炎 Endometritis diphtherica.

内膜ノ壞疽性炎症ニシテ、粘膜ハ壞疽ニ陥レル組織ヨリ成レル剝離シ難キ被膜ニ由リテ包被セラル。

慢性子宮内膜炎 Die chronische Endometritis.

本症ハ間質ノ變化ニシテ、腺ノ進行性變化ハ著明ナラズ、寧ロ退行性變化ヲ認ム。アルブレヒト Albrecht 氏ハ本症ヲ間質ノ變化ヲ以テ診斷シ得ベキモノトセリ、即チ間質ハ個所ニヨリテ核ノ少ナキ結締織ナルコト、或ハ又細胞及ビ血管ニ富ミ且ツ又血管周圍ニ於ケル纖維形成細胞ヲ有スル結締織ナルコトアリ、是レ實ニ慢性内膜炎ニ於ケル組織固有ノ像ニシテ、之ニ由リ單純ナル纖維性萎縮ト區別シ得ベキモノナリト唱ヘリ。而シテ此鑑別ハ時ニ非常ニ困難ナルコトアルモ、血管ノ豊富及ビ不規則ノ配布等ハ之ガ診斷ノ補助タルモノナリ。其他又索狀ニ配列セラレタル血管周圍ノ淋巴間隙ニ於ケル圓形細胞索ハ、月經前期ノ終リ及ビ月經ヲ確實ニ除外シ得ル場合ニアリテハ、診斷上價値アルモノナリ。元來月經期及ビ月經直前ニ於ケル圓形細胞ノ瀰漫性又ハ索狀様ノ浸潤ハ生理的ノモノト見做サザル可カラザルモ、多數ナル圓形細胞ノ厚キ浸潤及ビ群簇ハ、正ニ炎症ノ徵證ニシテ、プラスマ細胞ノ現存モヒツチユマン・アドレル氏ノ說ノ如ク亦慢性炎症ノ確證タリ。然リト雖モ多數ノ視野ニ僅々一二個ヅツ位ノ「プラスマ細胞ヲ散見スルニ過ギザルガ如キハ生理的範圍ナリトセザルベカラズ。又淋毒性ノ時ニ「プラスマ細胞ハ多數ニ現ハルル

ガ如キモ、之ヲ以テ特異ノ診斷法トハナシ難キモノナリ。

從來腺性子宮内膜炎ト稱セシモノハ、近時ヒツチユマン・アドレル氏ノ研究ヨリ、炎症ニアラズシテ月經前期ノ粘膜腫脹ニ外ナラザルコトヲ知ルニ到レリ。

慢性筋層炎又ハ實質炎 Myometritis chronica.

慢性筋層炎ハ敗血症ノ後、陳舊性化膿ノ經過後ニ來ルモノニシテ、大小種々ノ瘻痕ヲ形成シ、初期ニ於テハ「プラスマ細胞發現スルモ日ヲ經ルニ從テ次第ニ消失スルモノナリ。

表面上皮ハ炎症ノ結果トシテ廣ク剝離セラルルモ、時トシテ高度ノ間質性炎症ノ長時持續セルニ拘ハラズ、表面上皮殊ニ腺上皮ノ存在スルコトアリ、是レ分泌物ハ上皮ヲ防禦スルニ因ルカ、或ハ分泌ニヨリテ微生體ノ大部分ガ排泄セラルルモノナルベシ。腺上皮ノ變化ハ分泌停滞シ子宮蓄膿症ヲ來セシ場合ニ甫メテ表ハルルモノニシテ、此際腺上皮ハ蒼白色ヲ呈シ、核ハ著色力ヲ失ヒ、細胞ノ境界不明トナリテ剝脫セラレ、腺腔内ハ遂ニ膿汁ヲ以テ満たサレ爰ニ全上皮層ノ壞疽ヲ招クニ至ル。粘膜ノ間質ニハ圓形細胞及ビ「プラスマ細胞密集シ此間隙ニ充血セル毛細管ノ網狀ヲナセルアリ、粘膜ハ遂ニ無腺ノ膜トナリ子宮腔ハ一ツノ膿腔ト變化スルニ至ル。而シテ此無腺ノ被膜モ尙ホ時ニ上皮細胞ノ嶋嶼狀ニ遺存スルヲ見ルコトアリ、組織的ニハ完全ノ多層扁平上皮細胞層ニシテウエルトハイム Wertheim アマン・アンヌ・メンゲール氏等ハ之レヲ子宮乾癬 Psoriasis uteri ト稱セリ。是

等扁平上皮ハ無論先天的ニ存スルモノアルモ、炎症ト一定ノ關係アルモノナリ。斯カル多層扁平上皮ノ存在ハ癌腫ト誤診スルコトアリ、然レドモ細胞ノ形規則正シク且ツ細胞ハ静止ノ状態ヲ示シ普通扁平上皮ト全ク相類似セリ。

剝膜性内膜炎 Endometritis exfoliativa 又剝膜性月經困難

Dysmenorrhoea membranacea.

慢性ニ經過スル一種ノ疾病ニシテ、臨牀上月經時ニ於ケル劇シキ月經困難ヲ伴ヒ、月經ノ第二乃至第五日ニ於テ一部若シクハ連續セル膜様物トシテ子宮粘膜炎ノ排泄セララルヲ觀ル。此症狀ハ毎月經時ニ反復シ來リ、或ハ又一時治療セル如キモ時ヲ經テ再ビ現ハルルコトアリ。

診斷ハ月經時ニ於ケル膜様物ノ排泄ニヨリテ之ヲ知ルコトヲ得ベシ。鑑別ヲ要スルモノハ膜様ノ凝血又ハクループ性膜ナルモ、是ハ水中ニ入ルルトキハ極メテ脆弱且ツ破壊シ易シ、之ニ反シテ剝膜性内膜炎ニ於ケルモノハ、眞ノ生物的粘膜炎ニシテ一定ノ強靱性ヲ有ス。此剝膜ハ妊娠時若シクハ子宮外妊娠時ノ脱落膜ニ酷似シテ其區別甚ダ困難ナルモ、本症ニアリテハ正規月經時ニノミ反復性ニ排泄セララルニヨリテ之ヲ想像シ得ベシ。

子宮ヨリ排泄セララル膜様物ノ診斷 一般ニ子宮ヨリ排泄セララル膜様物及ビ斷片ヲ大別シテ二種トス、一ハ纖維性膜ニシテ月經困難ノ症狀ノ下ニ排泄セラレ、鏡檢上纖弱又

ハ肥大セル纖維網狀ヲナシ、網眼ハ赤白血球ニ充タサレ、稀レニ石灰ノ沈著スルモノアリ。第二ハ即チ剝膜性内膜炎ノ際排泄セララルルニ乃至五ミリメートル厚ノ灰白色膜様物ニシテ、子宮粘膜炎層ノ排泄セララルモノナリ。場合ニヨリテハ排泄セララル膜ニ於テ子宮内口及ビ喇叭管開口部ノ形狀ヲ明視シ得ルコトアリ、而シテ此膜様物ノ内面ハ子宮内腔ニ一致シ、滑カニシテ且ツ子宮腺ノ開口アリ、外面ハ子宮筋層ニ相當スルヲ以テ凸凹不平棘狀ヲ呈ス。精密ニ鏡檢スルニ、膜様物ハ新鮮ナラズ且ツ破壊セラレタル組織ニシテ、被膜ハ排泄一乃至三日前既ニ其下層ヨリ剝脱セラレ、時ニ矩形ノ表面上皮ヲ有シ、此下ニ緻密ニ集合セル間質細胞ノ厚層アリ、間質細胞ハ多少腫脹ヲ呈シ形狀甚ダ多様ナリ。其間質ニハ時ニ出血ナキコト或ハ廣ク溢血スルコトアリ。圓形細胞ハ瀰漫性ニ滲潤スルモ、プラスマ細胞ヲ見ズ。Frank氏ハ常ニ間質細胞ノ間ニ狭少ナル或ハ分泌物ヲ以テ充實セル排泄管アリテ、管腔ニ上皮ノ存在ヲ認メ或ハ剝脱セララルコトアリ、尙ホ其間ニ種々ノ階級ヲ示セル上皮ノ變化ヲ見タリト云フ。而シテ此所見ハ月經前期ニ於テ剝脱セル粘膜炎層ニ一致スルモノナリ、即チ排泄管ニ於ケル分泌物ハ月經ノ徵候ヲ現スモノニシテ屢、間質細胞管ニ出血ヲ見ル、之ヲ内月經 *Imnere Menstruation* ト稱ス。

腫脹セル間質細胞ハ妊娠初期ニ於ケル脱落膜細胞ニ酷似ス、而シテ妊娠ノ稍進ミシモノトハ其鑑別明瞭ナルモ、初期ニアリテハ甚ダ困難ナリ。此際胎兒性元質ノ有無ヲ檢シ、以テ鑑別ノ資料トナス。其他又子宮外妊娠ニ於ケル子宮粘膜炎ノ變化ト相類似セリ。

剥膜性月経困難ハ昔往剥膜性内膜炎ト稱セラレシモ、眞性炎症ニアラザルモノナリ。フランク氏ハ月経後二週ニシテ内膜ヲ搔爬シ之ガ鏡檢ヲ試ミ、何等炎症ノ徵候ヲ發見シ得ズ、全ク月経間期ノ粘膜ト何等撰ム所ナク、僅カニ上皮下ニ於テ管壁ノ肥厚セル血管ヲ認メタルニ過ギズト謂ヘリ。其他膜形成ノ原因ハ不明ナレドモ、鬱血及ビ比較的内口ノ狭小ナルトニヨリ、子宮收縮ヲ促進セシムルコト殊ニ卵巢ホルモンニヨル子宮粘膜ノ高度ナル反應粘膜ノ自家消化作用等ヲ以テ、其主因ト見做サレタリ。

脱落膜性子宮内膜炎 Endometritis decidua 分娩又ハ流産後ノ慢性子宮内膜炎 Endometritis chronica post partum, bzw. post abortum ハ眞性炎症ニアラズシテ、脱落膜排泄不完全ナルガ爲メ子宮ノ恢復機能妨害セララルノ状態ヲ謂フモノナリ。

分娩後脱落膜ノ大部分殊ニ緻密層及ビ海綿層ハ、普通ノ粘膜ニ變化スルモノニシテ、脱落膜細胞ハ再ビ紡錘形ヲ呈シ、海綿様ニ擴張セル腺腔モ亦普通ノ形状ヲ取ルニ至ルモノナリ。最も複雑ナル關係ヲ有スル脱落膜ノ遺存モ何等異常ヲ呈スベキモノニアラザルモ、若シ遺残セル脱落膜ニシテ、其退行機能ノ不充分ナルニ當リテハ之ヲ異常ト見做サザルベカラズ。妊娠終了後三四週後ニ當リテ普通粘膜間ニ何等炎症ノ徵候ヲ伴フコトナク、脱落膜ノ遺残ヲ發見セバ是レ脱落膜性子宮内膜炎ナルベキモ、素ヨリ眞ノ炎症ニアラザルヤ明カニシテ、脱落膜遺残ノ不全恢復ト見ルベキモノナリ。

又時ニ炎症ノ結果トシテ既存セル炎症ノ増悪セシコトアリ、又流産後又ハ分娩後ニ粘膜

ノ炎症ヲ招キシコトアリ。此場合ニハ退行變性ヲナシツツアル粘膜或ハ脱落膜ニ嶋嶼狀ヲナシテ圓形細胞、プラスマ細胞ノ浸潤スルヲ見ルベシ。

頸管内膜炎 Endometritis cervicis ハ組織的内口ヨリ子宮外口ニ至ル粘膜ノ炎症ニシテ、延イテ子宮腔部ニ波及スルコトアリ。頸部粘膜ノ炎症ニテハ、分泌物其性質ヲ變ジ且ツ増量スルモ、炎症ニアラザル純粘膜ノ増生モ亦同様ノ症狀ヲ呈スルヲ以テ、兩者ノ鑑別ヲ要スルモノナリ。頸部粘膜腺ノ進行性變化ハ主トシテ妊娠時ニ起ルモノニシテ腺腔ハ擴大セララルノミナラズ、延長シ且ツ分岐スルモノナリ。病的ニハ産褥中ニ於ケル恢復不全ノ場合又ハ長時ニ互レル充血ノ際ニ頸管腺ハ進行性變化ヲ來スモノナリ。彼ノ息肉發生ハ頸管炎症ノ結果ト稱セラレシモ眞ナラザルガ如ク、主トシテ限局性粘膜ノ増生ニヨルモノニシテ、炎症アルハ續發的ニ來リシモノトセザル可カラズ。頸部内膜炎ニテハ充血高度ニシテ分泌物ハ増加スルモ、腺ハ其性質ヲ變セズ、炎症甚ダシケレバ表面上皮ハ所々ニ剝脱セラルルモ腺ノ大多數ハ尙ホ健存シ、炎症ノ行ハルルハ主ニ間質ニシテ、充血甚ダシク、圓形細胞ハ群簇シ或ハ瀰漫性ニ滲潤ス。炎症ノ一定時間持續スルモノ、殊ニ淋毒性頸管加答兒ニテハ多數ノプラスマ細胞浸潤ス。

診斷。ハ子宮體内膜炎ニ比シ容易ナリ、ジモン氏子宮鏡 Simon'sche Spekula ニテ腔部ヲ現ハシ、其兩唇ニミゾー氏有鉤鉗子 Muzuzschle Hakenzange ヲ掛ケ之ヲ牽引スル時ハ、頸管粘膜ノ一部ヲ視診スルコトヲ得ベシ。

頸管加答兒ニテハ其粘膜ハ深紅色天鵞絨様ノ外見ヲ表ハシ、腔部粘膜モ亦共ニ屢々罹患スルモノニシテ、腔部ニハ糜爛ナボチー氏小卵 *Ovula Nabothi* 粘膜息肉 *Cervixpolypen* 頸部ノ肥厚 *Hypertrophie der Cervix* 等ヲ見ル、殊ニ頸管粘膜ノ外翻アレバ其診断更ニ容易ナリ。單純ナル粘液分泌ノ増加ハ其度ノ全ク多量ナラザルト輸入血液ノ多量ナルノ外他ニ特異ノ所見ナク又組織的ノ變化ヲ見ズ。

高度ノ頸管加答兒ニアリテハ肉眼上腔部粘膜ハ青赤色ヲ呈ス、是レ血液ノ輸入多量ナルヲ示スモノニシテ、屢々頸管ノ裂傷及ビ頸管粘膜ノ翻轉ヲ合併シ、深紅色天鵞絨様ノ外觀ヲ呈セリ。處女ニ於テハ子宮外口ノ周圍ニ深紅色ノ容易ニ出血スベキ量即チ所謂糜爛 *zogenannte Erosion oder adenoider Wucherungshof* ヲ生ジ、多クハ膿様ノ粘液ヲ以テ被覆セラレ拭去セントスレバ容易ニ出血ス、其表面ハ往々顆粒狀ノ外觀ヲ呈シ、周圍ハ淡赤色ノ暈ヲ以テ圍繞セラレ、之レヨリ滑澤ニシテ帶青色ノ腔部粘膜ニ移行ス、此糜爛ハ子宮外口ノ周圍ニ平等ニ存スルカ或ハ一局部ニ限局スルコトアリ、表面ハ僅カニ凹没スルコトアルモ、多クハ隆起シテ天鵞絨様ノ外見ヲ呈シ、發赤部及ビ多クハ其周圍組織内ニテ扁平上皮ノ下ニ當リ、大小種々ノ濾胞即チナボチー氏小卵 *Ovula Nabothi* ヲ透見ス、是レ絞窄セラレタル頸管腺ニシテ、之ヲ穿刺セバ硝子様又ハ灰白色ノ粘液ヲ出ス、此濾胞ハ時ニ甚ダ多數ニシテ腔部ノ全組織ニ浸潤シ、腔部ハ爲メニ肥大シ不規則ノ形狀ヲ呈スルニ至ル、之ヲ腔部ノ濾胞性肥大 *follikuläre Hypertrophie* ト稱ス、頸管加答兒ニ屢々合併スルハ頸管ノ息肉ニ

シテ、時ニハ多數發生シ、其大サ亦非常ニ大ナルコトアルモ、多クハ豌豆大ニ過ギザルモノナリ。又甚ダ稀ニ子宮腔部ノ粘膜ヨリ息肉ノ發生スルコトアリ、此場合必ズ子宮腔部及ビ頸管癌腫トノ鑑別ヲ要ス、頸管加答兒ニテハ子宮腔部及ビ頸管粘膜ニ著變ヲ呈セズ且ツ血管豐繞ニシテ充血シ、時ニ浮腫ヲ伴ヒ、稀レニ白血球ノ浸潤アルニ過ギズ。

糜爛 Erosion

糜爛トハ子宮外口ノ周圍ニテ、子宮口唇ノ腔ニ面スル部分ニ於ケル上皮ノ缺損ヲ謂フモノニシテ、常ニ頸管粘膜ノ炎症ノ結果ナリ。

糜爛ノ組織的構造ニ關シテハ近來其學說ニ大變動ヲ來スニ至レリ。元來糜爛面ハ甚ダ屢々圓柱上皮ヲ以テ被覆セララル、而シテ此圓柱上皮ノ起原ニ就キル *Ruge* ワイト *Veit* 氏ハ初メ腔部ニ於ケル扁平上皮除去セラレ、爾後其基底部分ニ遺殘セル頸管上皮ニ類似セル圓柱上皮ヨリ來ルモノトシ、*Mayer* 氏ハ糜爛ハ常ニ炎症ニ起因スルモノトセリ、即チ炎症性滲潤又分泌物ニヨリ、組織ハ浸漬作用 *Maceration* ヲ受ケ、扁平上皮ハ盡ク剝脫セラレ、腔部ノ間質ハ圓形細胞及ビ *Plasma* 細胞浸潤シ遂ニ外部ニ露出セララルニ至ルト。*Amann* 及ビ *Mayer* 氏ハ此時期ヲ糜爛ト稱シ、既ニ頸管上皮ニ屬スベキ圓柱上皮ニヨリ被覆セララルニ至レバ、之ヲ治療第一期ノ糜爛 *Erosion im ersten Heilungsstadium* ト稱セリ。先天性糜爛 *Erosio congenita* ニ相當スベキモノハ、從來假性糜爛 *Pseudoerosion*

ト稱セラレシモノニシテ、マイエル R. Meyer 氏ニヨリテ研究セラレタリ、即チ腔部ノ扁平上皮ハ胎生第六ヶ月ノ頃ニテハ頸管内ニ達シ、胎生末期ニ至レバ頸管ニヨリ驅逐セラレ殆ンド子宮外口ニ至ル總テノ場合ノ一ニ於テハ子宮外口ヲ越ヘ更ニ進ンデ腔部ノ表面ニ達スルヲ見ルベシ、是レ即チ先天性糜爛ニ相當スルモノニシテ、成人ニ於ケル先天性糜爛ハ甚ダ稀ナルモノナリ、成人ニ於ケル糜爛ハ炎症ニヨリテ子宮外口周圍ノ多層扁平上皮ハ剝脱セラレ、上皮缺損ノ部域ハ露出セラレ、次デ頸管上皮ニ類似セル丈ケ高キ圓柱上皮ヲ以テ被覆セララル。此上皮ノ起原ニ就テハ上述セシガ如ク種々ノ説アルモ、恐ラクハ其場合ト竝ニ發生ノ場所ニヨリ多様ナルベシ、即チ先ヅ頸管上皮ヨリ來ルコトアリ、其他頸管腺ガ腔部ノ表面下ニ存スルヲ見レバ、此上皮ガ糜爛ノ表面ニ達スルコト敢テ想像スルニ難カラザルベシ、又糜爛ノ治療第一期ト共ニ、腔部ノ表面ニ定型的頸管腺ノ多少存在スルヲ見ル、此腺ノ起原モ亦種々ニ推考スルコトヲ得ベシ、シヨットレンデル Schottlander 氏ハ該腺ハ一部頸管腺ヨリ起原スルモノトシ、初メ腔部ノ實質ハ該腺ニヨリテ滲潤セラレ、遂ニ口唇ノ表面ニ開口スルニ至ルコトアリ或ハ頸管上皮ハ腔部表面ニ於テモ本來ノ性質ヲ維持シ腺狀ノ陥入ヲナスモノナリトセリ。

間質ノ炎症性變化ニヨリ腺ノ排泄管閉鎖セララルカ、又ハ此上ニ多層上皮ノ被覆ヲ受ケタルトキハ、腺内ニ分泌物滯溜シ濾胞 Follicel 又ハ囊腫 Cysten ヲ形成ス、之ヲ濾胞性又ハ囊腫性糜爛 Erosio follicularis, cystica ト稱ス、囊腫ハ豌豆大ヨリ嚢實大ニ至リ、濾胞ハ單層ノ丈

高キ纖毛ヲ有セザル上皮ニヨリテ被覆セララル、而シテ上皮ハ内壓ノ増加ニヨリテ次第ニ壓平セラレ、遂ニ扁平上皮ノ外見ヲ呈スルニ至ル。

乳嘴性糜爛 Erosio papillaris

腺間ノ狹隘ナル間質結締織ハ炎症性糜爛ノ下ニ結締織ノ増加ニヨリテ隆起シ、爲メニ乳嘴様ノ外見ヲ呈スルニ至ル。

糜爛ガ圓柱上皮ヲ以テ被ハレタル場合之ヲ第一期治療ト言ヒ、扁平上皮ノ被覆ヲ受クルニ至リタルトキ之ヲ第二期治療 Zweites Stadium der Heilung ト稱ス、實際上第一期ト第二期トノ間ニハ移行期ノ存スルヲ見ルベシ、多層扁平上皮ハ腺ノ開口ヲ越ヘテ對側ニ及ブノミナラズ、更ニ進ンデ腺ノ頸部ニ侵入スルモ、未ダ以テ腺體ニ於ケル圓柱上皮ヲ驅除スルニ至ラズシテ、マイエル氏ガ認識セルガ如ク炎症反復シ滲潤浮腫出血ニヨリ上皮ハ遂ニ提舉セララル、又腺ノ開口ニ架橋セラレタル扁平上皮下ニ腺ノ分泌滯溜セラレ、爲ニ再び扁平上皮ヲ剝離セシムルコトアリ、而シテ斯カル扁平上皮ノ再生ハ、糜爛ノ周圍又ハ糜爛内ニ残留セル舊キ扁平上皮ヨリ恢復セララルモノニシテ、即チ該上皮ハ圓柱上皮ノ下ニ侵入シテ之ヲ提舉ス、此際扁平上皮ハ一層ニ或ハ同時ニ多層ニ圓柱上皮下ニ侵入シ、腺體ノ部分ニテハ全ク圓柱上皮ニ代リテ、腺腔ヲ充タシ、次デ完全治療ニ至ルモノニシテ、此時期ヲ治療ノ第三期 Dritte Stadium der Heilung ト稱ス、此期ニ於テハ扁平上皮ヲ以テ充實セ

ラレタル回没部尙ホ遺残スルモ、早晚均等トナリ爰ニ完全治癒ヲ遂グルモノナリ。
從來ハ廣ク慢性子宮内膜炎ノ主徴候ヲ分泌障礙 *Sekretionsstörungen* ニ歸セリ、即チ健康ナル子宮體粘膜ハ僅ニ少量ノ漿液性分泌液ヲ出スニ過ギズシテ、主トシテ經血ニ與カルモノナリ、又頸管ノ粘膜ハ粘液分泌ヲ司宰シ、普通子宮外口ハ硝子様粘液ヲ以テ閉鎖セラレ、次デ腔壁ヲシテ滑脱ナラシムルモ、未ダ以テ外陰部ヲ潤スニ至ラズ、然ルニ時ニ屢々分泌物増量シ遂ニ腔ヨリ漏出シテ外陰部ヲ潤ホシ、惹イテ下衣ヲ汚染スルニ至ルコトアリ、此状態ヲ白帶下 *Fluor albus* ト稱シ、婦人ヲシテ醫家ヲ訪問セシムルノ主徴候タリト。

斯カル症狀ハ從來慢性子宮内膜炎ト稱セシ疾病ノ主症候ト見做サレシガ、近來ヒッチユマン・アドレル氏ノ研究以來、其ノ根底動搖シ從テ慢性子宮内膜炎ノ定義ニ變化ヲ來スニ至レリ、即チ白帶下ヲ訴フルモノノ九五%ハ、其分泌物ハ子宮ヨリ來ルモノニシテ、腔加答兒ニ因スルモノハ成人ニアリテハ稀レナルベシ。又既述ノ如ク子宮分泌ハ經時ニ於テ増量スルモ、未ダ下衣ヲ汚染スルニ至ラズ、所謂白帶下ノ徴候ヲ來スニ及ンデ分泌物増量シ、外陰部ヲ潤ホシ下衣ヲ汚シ、乾燥セバ斑點ヲ殘スニ至ルモノナリト。

分泌物ノ種類ハ甚ダ多様ニシテ、純硝子様ノ粘稠性液ナルアリ、或ハ帶黃粘液様膿汁ナルアリ、或ハ殆ンド全ク膿性ヲ示スコトアリ、而シテ排泄ノ状態モ絶ヘズ行ハルルモノト、或ハ一時ニ多量排泄セララルルモノアリ、是等分泌物ハ大多數ノ場合ニ頸管ヨリ來ルモノニシテ、甚ダ稀レニ子宮體ヨリ分泌セララルル漿液性ノコトアリ、患者ハ外陰部ノ濕潤スルガ

爲メ不快ノ感ヲ訴フ、脂肪多キ人ニアリテハ、分泌物ノ刺戟ニヨリ外陰部及ビ大腿内側ノ皮膚ニ發赤腫脹、時ニ糜爛ヲ來シ、灼熱或ハ癢痒感ヲ訴フルコトアリ、又ハ遂ニ外陰部ノ炎症ヲ起シ次デ陰門癢痒症ヲ合併シテ苦惱スルコトアリ、本症ハ經過甚ダ緩慢ニシテ、患者ハ精神過敏トナリ神經衰弱症ニ陥ルコト稀レナラズ、又年齡ノ如何ニ關セズ發生スルモ、年少者ニハ稀レニシテ春機發動期ニ多ク、殊ニ分娩經過後ニ最も多ク、經歇期ニ至レバ其數ヲ減ズルモノナリ、然レドモ此時期ニアリテハ眞ノ腔加答兒ニヨル分泌増加ヲ見ルコトアリ。

主要ナル原因ハ傳染ニシテ就中、淋毒ヲ主トシ其他又結核敗血症等ニ因ス、病原菌ハ既ニ消滅セルニ拘ハラズ、頸管上皮ノ分泌長時持續スルコトアリ、分泌物ノ種類ニテハ多クハ傳染性或非傳染ナルヤヲ鑑別シ難シ、要スルニ普通頸管加答兒ト稱スルモノハ傳染性ナルコト少ナク、多クハ一般全身性又ハ局所ノ障礙ニ起因スルモノニシテ、分泌増加ハ主トシテ生殖時期ニ起ルヲ以テ、生殖器ノ機能ト之ヲ主配スル卵巢機能トノ間ニ於ケル機能失調ニ歸スベキ場合取テ少ナカラズ。

總テ分泌細胞ノ分泌作用タルヤ、神經性刺戟及ビ化學的物質ノ刺戟竝ニ血液量トニ一定ノ關係ヲ有スルモノニシテ、彼ノ「卵巢ホルモン」モ亦化學的物質ナリト想像スルコトヲ得ベシ。

卵巢分泌ニ障礙ヲ來スベキ原因ハ、頸管分泌ニモ亦影響アルモノナリ、又局所ニ於ケル充

血モ分泌増加ヲ促スコト想像スルニ難カラズ、其他神經性刺戟モ亦之ガ一原因タリ、以上記載ノ一般全身性原因ノ外、局所的原因トシテ、分娩ニヨル頸管裂傷ノ結果、腔部ハ前後兩唇ニ分裂シ、時ニ頸部粘膜ノ翻轉ヲ來シ、頸管粘膜ハ強固ナル腔壁ニ直接接觸シ、腔内細菌ニヨリ變化セル腔ノ分泌物ニテ潤ホサレ、屢々強キ異常ノ刺戟ヲ受ケ、以テ頸管加答兒ヲ來スモノアリ。

子宮脱ニ於テハ腔ノ反壓ナキヲ以テ鬱血浮腫ヲ來シ、又下垂ナキモ高度ノ會陰裂傷アルトキハ、不潔物ノ頸管ニ達スルコト容易ニシテ、爲メニ化學的或ハ機械的刺戟ヲ受ケ、以テ本症ノ原因ヲナス、其他又異物ノ機械的刺戟ニヨルコトアリ、即チ矯正器ヲ使用セシ場合ニ於ケルガ如シ。

慢性頸管加答兒ニ於テハ、頸部粘膜ニ限局性ノ增生ヲ來シ、之ガ下部ニ位スル時ハ外口ヨリ外部ニ表ハレ所謂粘膜息肉 *Schleimpolypen* ヲ生ズ、其大サ種々ニシテ、小ナルハ豌豆大ヨリ鶏卵大ニ達シ長短種々ノ莖ヲ有シ、其表面ハ稀レニ平滑多クハ分葉狀ヲ呈シ、大小數多ノ部分ニ分レ、硬度柔軟大小ノ溜溜囊ヲ有シ、此部分ハ光輝アル深紅色ヲ呈シ出血シ易ク、表面ハ分泌セル粘液ヲ以テ被ハル、而シテ長時腔内ニアル時ハ扁平上皮ヲ以テ被覆セラ

ルルニ至ルコトアリ。
外翻症 *Ectropium* ハ頸部實質ノ慢性增生性作用ニ因シ、全腔部ハ硬キ纖維様トナリ腔部ハ肥厚短縮ス、若シ子宮外口ニ裂傷アル時ハ增生肥厚セル粘膜ハ子宮外口ヨリ翻轉スルニ

至ル、子宮鏡ヲ以テ檢スレバ容易ニ子宮口ノ裂傷竝ニ頸部粘膜ノ加答兒ヲ呈スルコトヲ發見シ得ベシ。

尙ホ診断ノ補助トナルハ子宮鏡ヲ以テ子宮外口ヨリ出ヅル分泌物又ハ腔部ヲ壓迫シテ分泌物ヲ採取シ之ヲ精査スルニアリ。

分泌物ガ頸管、子宮體何レヨリ來ルヤヲ檢センニハ、シユルチユ氏試驗充填法 *Schulze'scher Probelampfen* アリ、即チ成ルベク幅廣ク且ツ厚キ棉花ヲ取り之ニ十字形ニ絲ヲ附シ中央部ニテ結び、一方ヲ長クシ以テ牽出時ノ用ニ供ス、今ジモン氏又ハ藤村氏子宮鏡ヲ用ヒ腔部ヲ露出シ之ヲ清淨シ、前記充填物ヲ腔部ノ前面ニ當リ子宮外口ニ絲ノ結紮部ノ相當スル様ニ置キ、殘部分ニテ腔穹窿部ヲ固定シ二十四時間ノ後、更ニ子宮鏡ヲ插入シ之ヲ除去スベシ、本法ニヨル時ハ健康ノ場合ニハ子宮外口ノ部ニ相當シ、硝子様透明ノ粘液ニテ黄色ノ斑點ヲ示スニ止ルモ、一朝加答兒ヲ起スヤ其量増加シ腔中ニ溜溜シテ遂ニ下衣ヲ潤ホスニ至ル、即チ診斷上ノ價値アルモノハ此分泌物ノ性質ナリ、元來頸部ハ生殖器中ニテ粘液ヲ分泌スル唯一ノ場所ニシテ、粘液ハ水様透明ニシテ潤濁ナキモ、上皮及ビ白血球ノ混合ニヨリ輕度ニ灰色ヲ呈スルコトアリ、傳染性加答兒ノ場合ニ於テハ分泌液ニ膿ヲ混ジ膿ハ黄色ヨリ遂ニ黄綠色ヲ呈スルニ至ル、時トシテハ血液ヲ混ズルコトアリ、診斷ノ困難ナルハ外口ノ狭小ナル處ニ於ケル場合ナリトス。

鑑別 頸管ヨリ多量ニ排泄セラレタル分泌物ガ果シテ炎症ノ症候ニシテ、實際ニ粘膜ニ

變化アルカ、或ハ單ニ官能性過度ノ分泌ナルカヲ鑑別スルノ要アリ。若シ粘膜炎ノ炎症ナレバ、糜爛ナボチー氏胞、其他外腫症等ヲ見、分泌物ニ膿ヲ混ゼリ。唯水様液ノ多量ニ分泌セル場合ニハ炎症ナルヤ否ヤノ識別甚ダ困難ナリ。如何トナレバ、單純ナル過度ノ分泌ハ妊娠時及ビ頸部ノ腫瘍又ハ附屬器炎症其他下腹部ノ充血或ハ強度ノ貧血患者ニモ亦同様ニ之ヲ見ルコトアレバナリ。

糜爛ト外腫トノ鑑別。外腫ニテハ變化セル粘膜炎ノ最外部ニ子宮外口アリテ、頸管ト腔トノ境界ヲ示シ、糜爛ニテハ子宮外口ハ赤色ヲ呈セル部分ノ最内部ニ占位ス、外口ヨリ外ニアル者ハ總テ糜爛ニ屬ス。外口ノ位置ヲ確ムルニハ各唇ヲ球鉗子ニテ挟ミ、兩唇ヲ合セテ子宮腔部ノ形ヲ造ラ、腔部ハ自己ノ形ヲ取り頸部粘膜炎ハ内ニ折リ込マルルニ至ル、一般ニ糜爛ノ場合ニハ外口ハ普通小ナルモノナリ、尙ホ糜爛ト鑑別ヲ要スルモノハ癌腫性、結核性、微毒性潰瘍ナリトス。

診斷上最モ必要ナルハ單純性糜爛或ハ癌腫性潰瘍 *Karzinomatöse Uleation* ナルヤヲ知ルニアリ。癌腫性ノモノハ容易ニ腔洞ヲ作り壁ハ不規則凸凹不平粗糙ニシテ周圍ノ組織甚ダ硬ク、子宮鏡ヲ以テ檢スレバ初期ニ於テハ平滑ナルベキ腔部ノ表面或ハ斷裂シ或ハ龜裂シ、屢々黃色乾酪様ノ邊緣ヲ有シ子宮外口ノ代リニ星芒狀ノ潰瘍時ニ深ク侵入セル潰瘍ヲ見ル、而シテ組織ノ容易ニ破壊スルガ如キ場合ニハ癌腫ニ疑ヲ存スベシ。平面潰瘍ノ場合ハ其診斷最モ困難ナリ。一般ニ癌腫ニテハ限局性所々不規則ナル邊緣ヲ有シ、黃灰色輕

度ノ凸凹不平面ヲ示シ頗ル深キ組織ノ缺損アリテ基底ハ浸潤セリ。尙ホ確診ヲナスニハ子宮鏡ヲ以テ腔部ヲ表ハシ球鉗子ヲ健康組織ニ掛ケ腔部ヲ固定シ、組織ノ一片ヲ腔部ヨリ切除シ、前述セル方法ニ依リ顯微鏡標本ヲ製シテ詳細ナル檢査ヲ行フ。側面ハ腸線ヲ以テ縫合シ、沃度仿謨綿紗填塞ヲ行フベシ。

子宮腔部癌腫ノ顯微鏡的所見。癌腫ハ本來腔部ニ存在セル數層ノ扁平上皮細胞ヨリ起ルモノニシテ、先ヅ癌腫性變性ヲ起ストキハ上皮層肥厚シ初メ扁平後ニ棘狀ヲナセル上皮椎體ハ次第ニ深ク組織中ニ侵入ス。斯ノ如ク上皮ノ侵入セルモノハ表面ノ上皮トハ厚ク或ハ小ナル上皮層ヲ以テ互ニ連絡シ、而シテ深部ニ侵入スルノミナラズ總テノ方向ニ擴張蔓延スルニ到ル。

腔部癌腫中此種ニ屬スルモノ最モ多ク、又初期ニ侵入セル上皮ハ健康ナル組織ニ對シ小圓形細胞ノ浸潤ヲ見ルコトアリ。癌腫上皮棘ハ多クノ場合重疊ノ層ヲナシ、所謂癌珠ヲ形成シ、上皮ニハ續發性ノ變性ヲ來タスコトアリ、即チ初メハ各個細胞體ノ限界ヲ失シ核ハ消失シ遂ニ其染色力ヲ失フ、又其中央ノ溶解スルニ反シテ常ニ周圍ニ増殖スルモノニシテ、時ニ中央部ノ壞疽ニ陥ルコトアリ。

糜爛性癌腫。之ハ糜爛ヨリ起ル腔部ノ癌腫ニシテ初メ腔部ニ糜爛ヲ生ズ。糜爛ノ組織タル圓錐上皮細胞ハ其初メ基底部ニ核ヲ有スルモノナルモ、此際單層ノ圓錐上皮細胞ハ多層トナリ次第ニ其形ヲ變ジテ多角形トナリ核ハ中央ニ位スルニ至ル。糜爛腺ニ於テモ其

上皮ハ數層トナリ、唯ダ元來ノ腺形ノミ永ク其形ヲ維持シ、細胞ハ腺外組織ニ増殖シテ遂ニ腺ノ固有膜ヲ破壊スルニ至リ、腺腔ハ上皮細胞ヲ以テ充タサレ所謂腺癌ノ状態トナル、且ツ癌腫變性ハ糜爛ノ上層ヨリ起始スルヲ常トス。

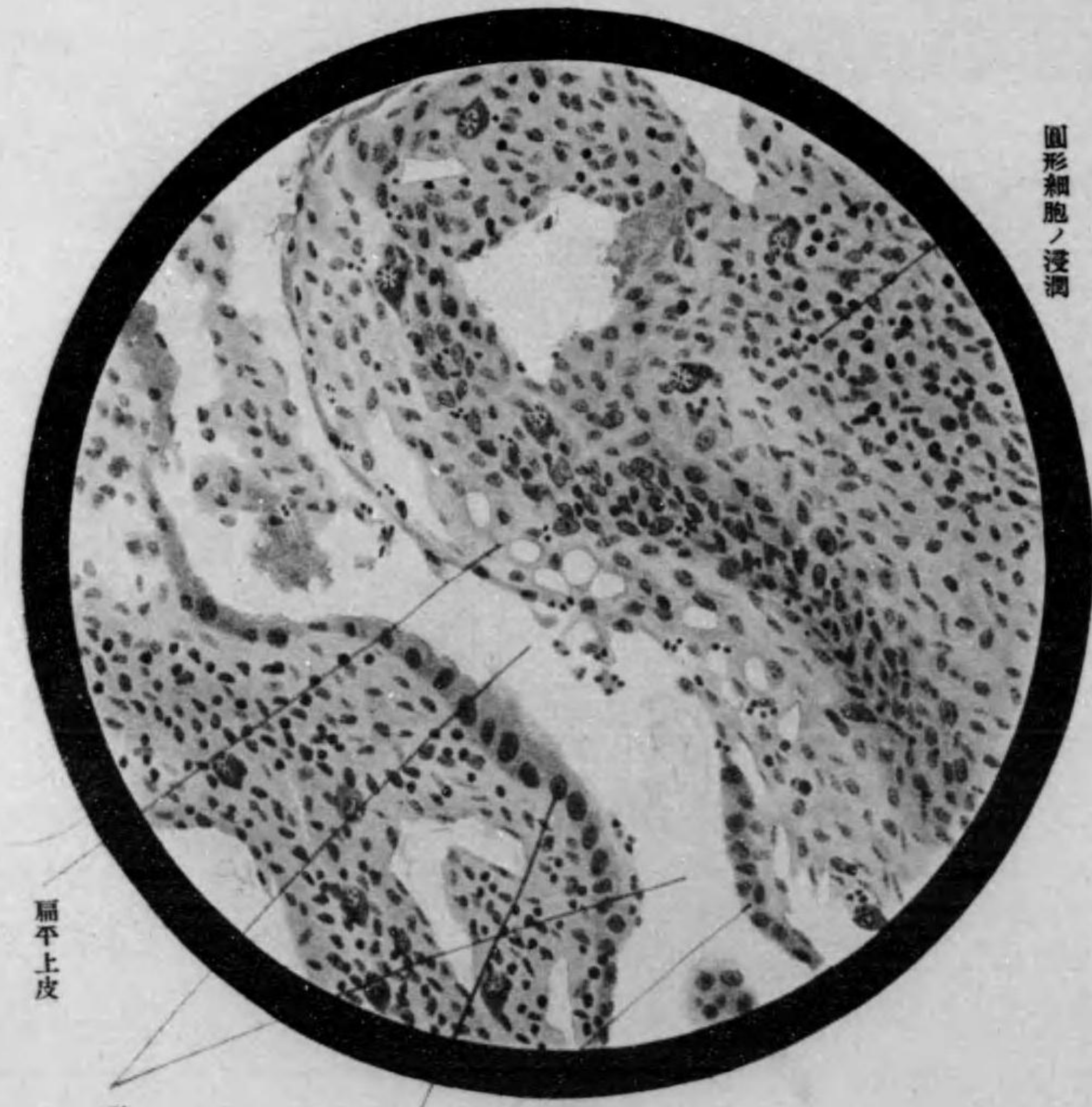
腔部ニ於ケル結核潰瘍 Tuberkulöses Geschwür der Portio vaginalis ハ比較的稀レニシテ、其肉眼的所見ハ子宮外口ノ周圍ニ於テ潰瘍ヲ生ジ、腔部ニ於ケル、癌腫ト甚ダ酷似シ、其邊緣ハ銳ク屢々下層ニ侵入スルノ狀ヲ示シ、恰カモ腸結核ノ潰瘍ニ髣髴タリ、潰瘍面ハ黃色ニシテ少シク顆粒狀且ツ凸凹ヲ示シ、尙ホ其周圍ニ粟粒結核ノ發生ヲ見ル、他ニ結核病竈アルカ結核特異反應ノ陽性ナルカニ於テハ、診斷ノ一助トナスコトヲ得若シ疑ハシキ時ハ組織ノ一片ヲ採リテ鏡檢スレバ容易ニ結核固有ノ組織ヲ見ルコトヲ得ベシ、其他結核菌染色法ニヨリテ結核菌ヲ發見セバ其診斷確實ナリトス。

軟性下疳 *Ulcera molli* ハ其潰瘍多クハ小ナルモ時ニ癒合シテ大ナルコトアリ、邊緣ハ不規則ノ形狀ヲ呈シ且少シク隆起シ、潰瘍面ハ豚脂様又ハ實扶垤里狀ニシテ浸潤セズ、潰瘍ハ單發性ナラズシテ多發性ナリ、例之ハ同時ニ腔又ハ外陰部ニ同様ノ潰瘍ヲ發見ス。

腔部ニ於ケル微毒性潰瘍ハ別チテ三種トス、初期ノ潰瘍丘疹及ビ護膜腫即チ是レナリ。

(一) 初期潰瘍 *Syphilitischer Primäraffekt* ハ概シテ腔部ニ多ク、單獨性ニ來リ且ツ底部硬固ニシテ不規則ノ邊緣ヲ有シ、緊ク固著セル不潔ノ灰白色被覆ヲ有ス、子宮口ニ裂創アルトキハ潰瘍ハ進ンデ子宮頸管内ニ及ブコトアリ。

表 十 三 第



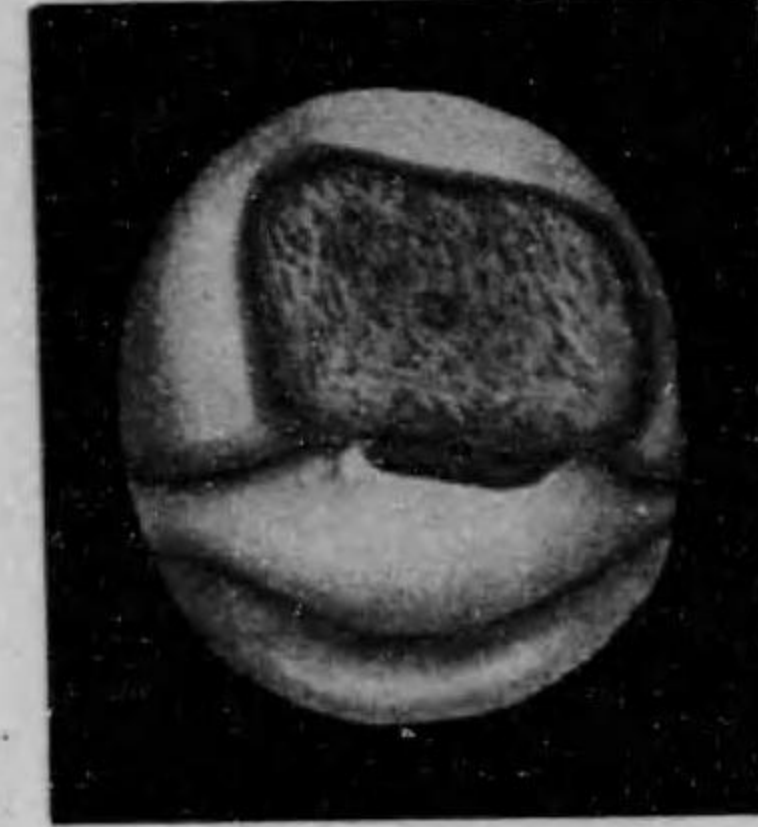
糜爛腺腔内ニ扁平上皮侵入シ、癌癥變性ノ初期ヲ示ス
圓形細胞ノ浸潤

扁平上皮

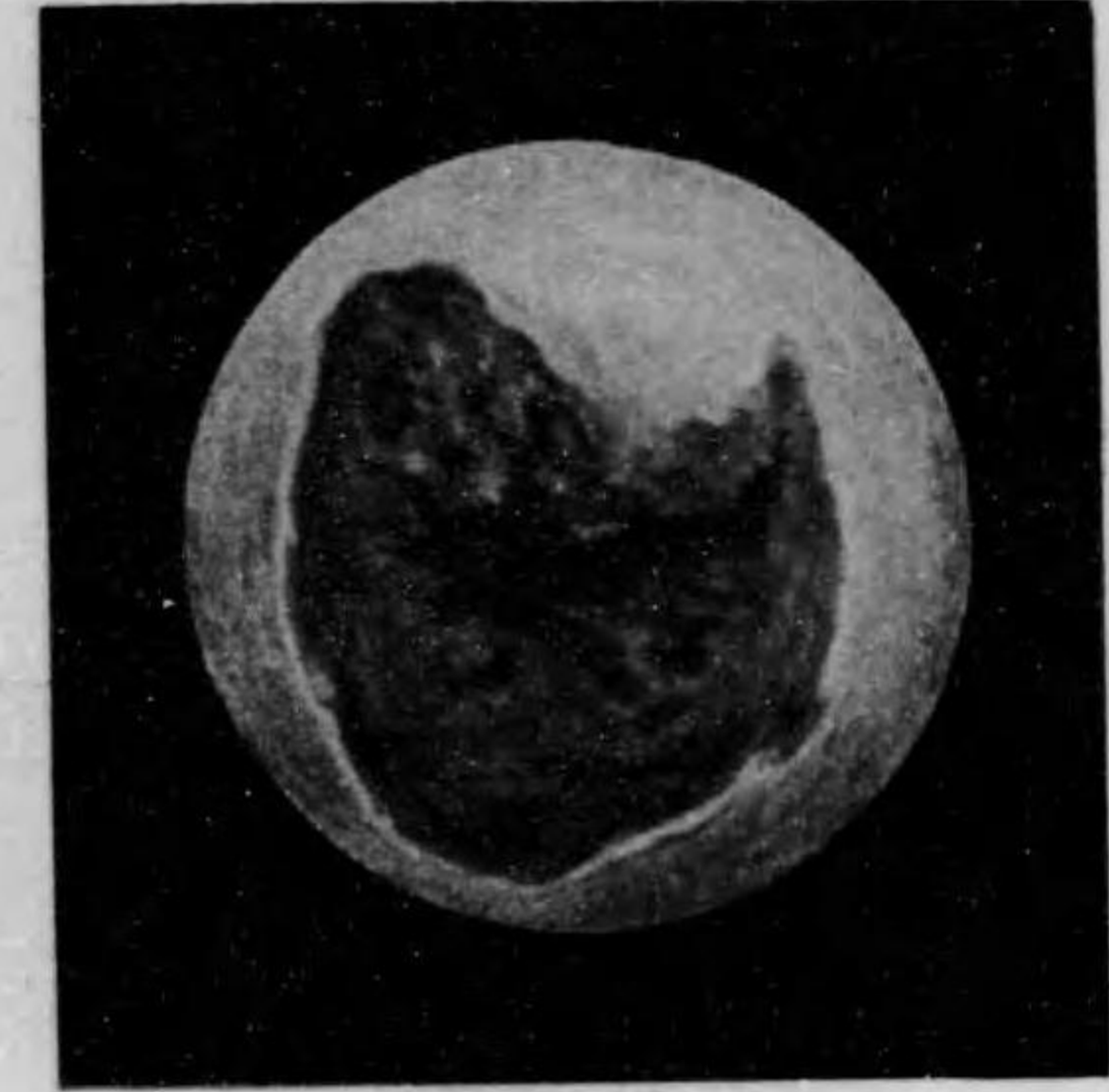
腺腔

圓柱上皮

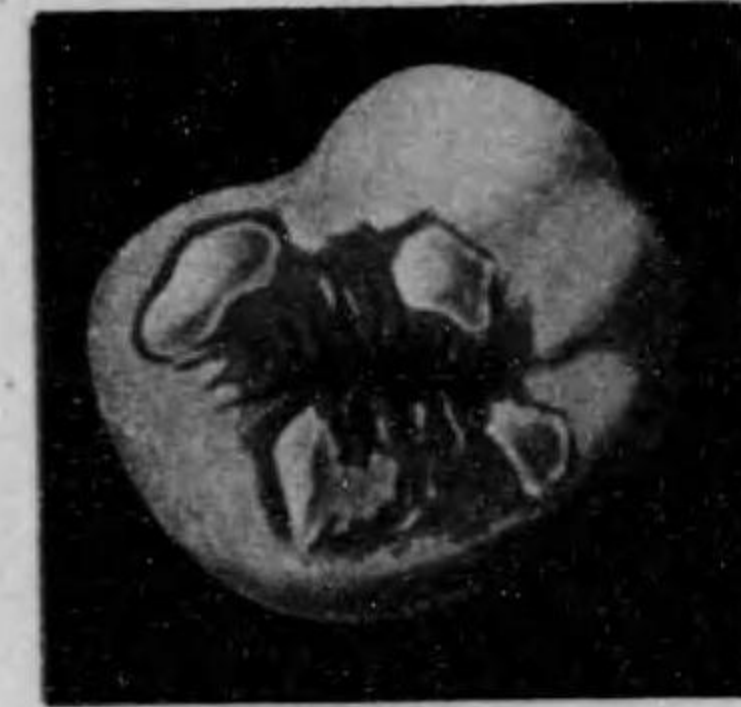
表 一 十 三 第



潰瘍ノ期初



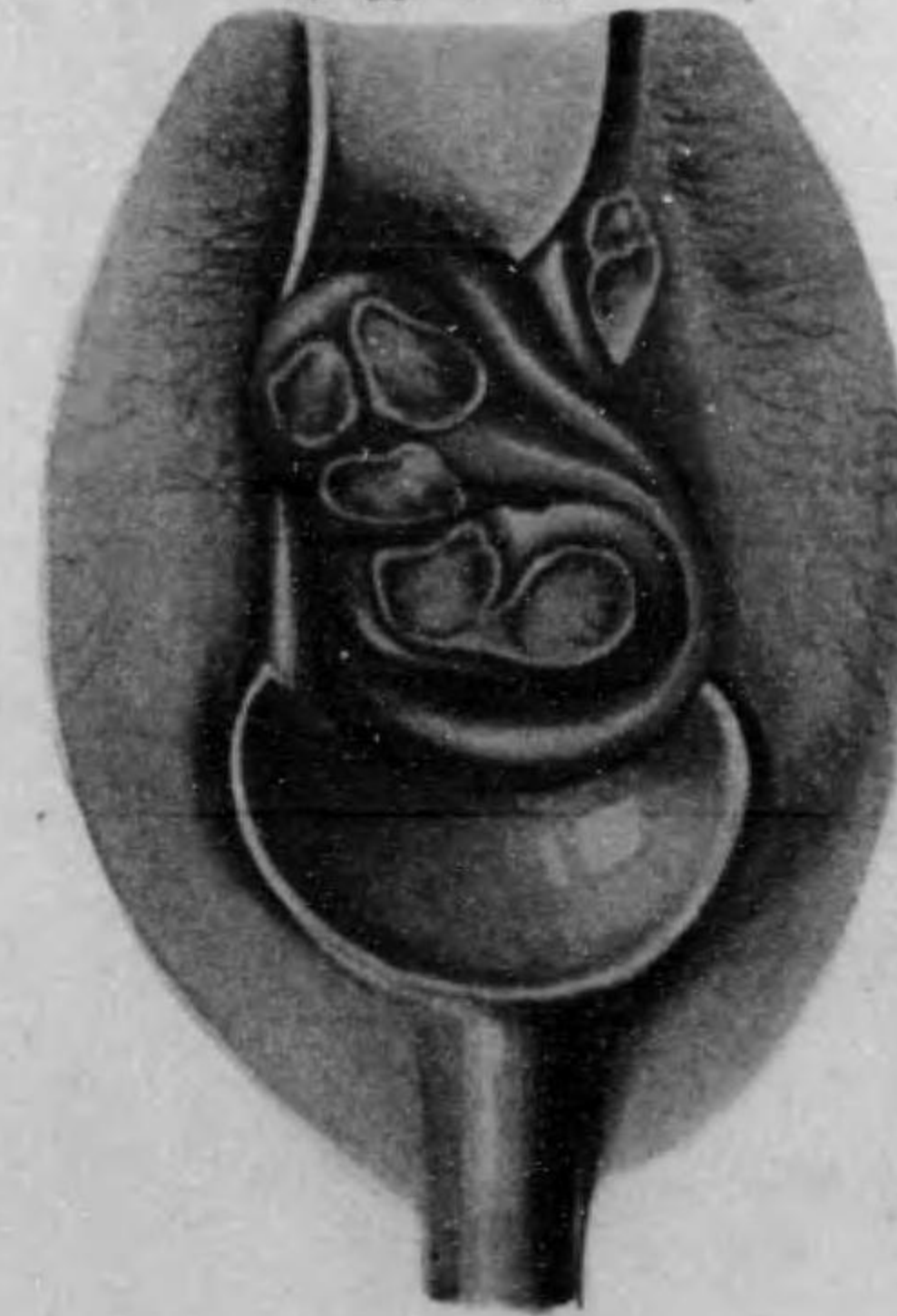
(N. Winter) 潰瘍性腫瘍



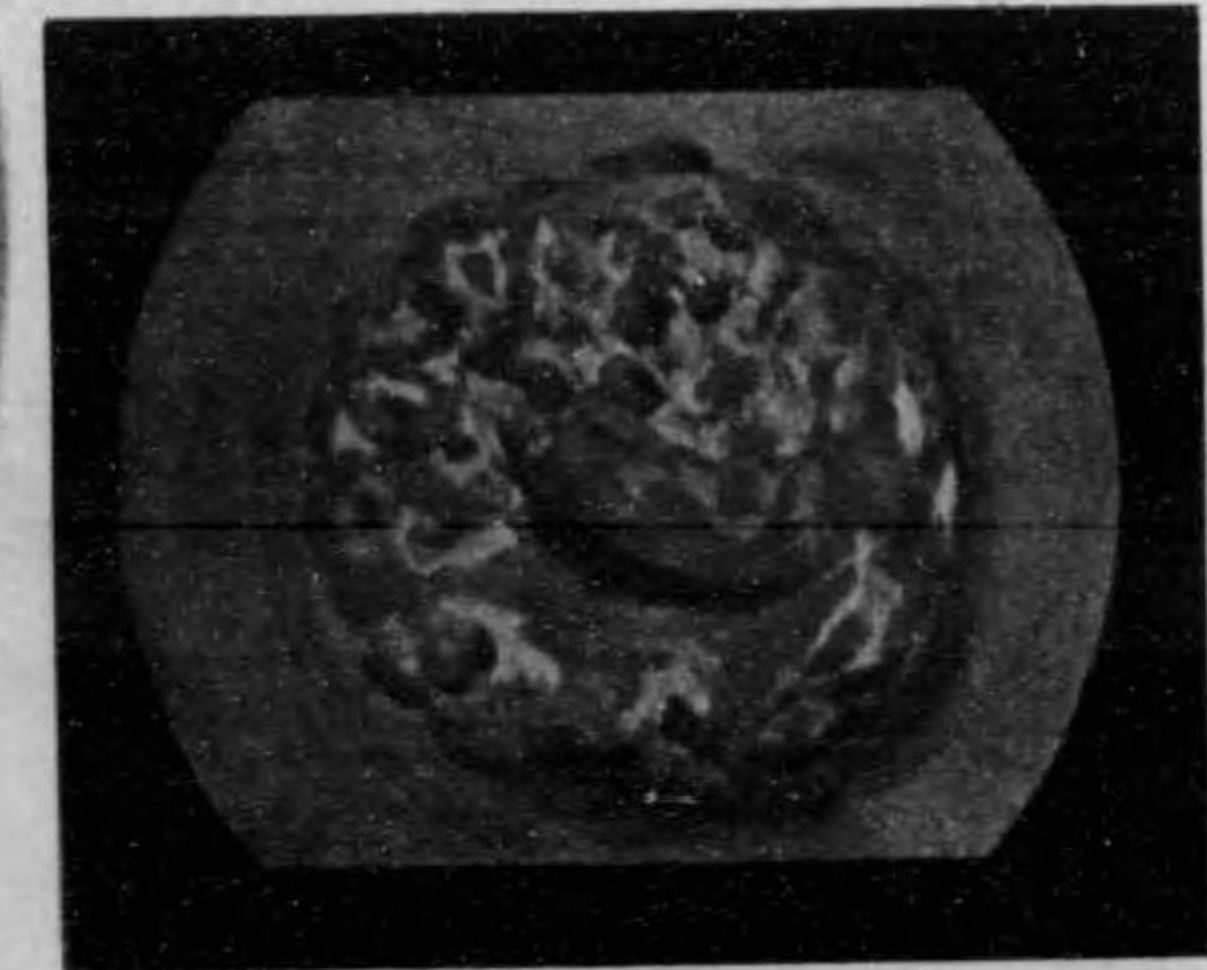
肉贅平扁



癌性潰瘍



潰瘍性軟



(N. Winter) 核結部腫瘍

(二) 丘疹樣潰瘍 Condylomata lata ハ腔部ノ水平面ヨリ隆起シ、而シテ白色又ハ黃色ノ壞疽ニ陥レル表面ヲ有スルモノ多數アリ、尙ホ潰瘍ニ陥ラザル「パール」腔及ビ外陰部ニ發見ス。

(三) 護腫 Gumma ハ腔部ニハ甚ダ稀レニシテ主ニ外口ノ周圍ニ當レル前後兩唇ノ何レニカ來リ又ハ同時ニ來ルコトアリ、潰瘍ハ橢圓形ヲ呈シ其邊緣峻銳ニシテ淺在性ナルモ稀レニ少シク深キコトアリ、且ツ黃色ノ被苔アリテ之ヲ除去スレバ海綿狀ノ肉芽ヲ現シ激シク出血ス、是レハ他ニ微毒ノ微候アルカ、或ハ驅微療法ニヨリテ治癒ニ趣クヲ以テ、癌腫トノ區別ヲナシ得ベシ、其他又ワッセルマン氏微毒血清反應ニヨリテ鑑別スルコトヲ得。

豫防法及ビ一般療法 月經時妊娠分娩及ビ產褥中ノ攝生ヲ以テ最トシ、淋毒ヲ有スル男子ト交接ヲ避クルハ勿論、其他認ムベキ原因アルトキハ之ヲ除去セザルベカラズ、「ベッサリウム」ノ如キ、尙ホ一般ノ病症殊ニ他所ノ結核病竈ノ有無ヲ檢シ、若シ之ヲ發見セバ結核ニ對スル治療ヲ加ヘザルベカラズ、縱令白帶下自己ノ原因ハ結核性ナラザルモ、結核患者ノ如キ榮養不良ノモノニ於テハ、如何ニ局所ノ療法ニノミ努力スルモ敢テ效ナキモノナリ、其他心臟及ビ腎臟ニ障礙アルモノハ內生殖器ニ鬱血ヲ來タシ易ク、從テ白帶下ニ罹リ易シ、而シテ一度之ニ犯サルルヤ、容易ニ治癒ニ趣カザルガ故ニ、是等ノ患者ニ對シテハ其原病ニ對シテモ亦充分ナル處置ヲ施スベキナリ、其他便通ヲ整調ナラシムルコトハ、本病ノ豫防若シクハ治療上缺クベカラザル要件ナリトス。

子宮内膜炎ノ療法

本症ハ急性若シクハ慢性ナルトニヨリ、各々其療法ヲ異ニスルモノナリ。急性敗血症性子宮内膜炎ハ通常分娩又ハ手術ニ基因スルモノナリ。療法トシテハ臥床、絶對的安靜ヲ命ジ、滋養ニ富メル流動物ノ攝取、下腹部ニ氷嚢又ハ濕布ヲ施スガ如キハ、從來一般ニ行ハレツツアル方法ナルモ、氷嚢ノ使用長時ニ互リ、皮膚ヲ壞疽ニ陥ラシムルガ如キハ、是レ水治療法ノ原理ヲ誤リタルモノナリ。氷嚢ハ、症ノ初期ニ效果アルハ勿論ナルモ、二三日貼用スレバ皮膚紫赤色或ハ紫暗色ヲ呈スルニ至ル、斯ノ如キハ既ニ局所血管ノ麻痺ヲ來タシ、鬱血凍傷ヲ起スノ微ナレバ、速カニ之ガ使用ヲ止メ、溫濕布ヲ施スベキモノナリ。

特種療法ニ關シテハ後章更ニ詳述スベシ。

前項記セルガ如ク慢性子宮内膜炎ノ主訴トスル白帶下ハ、大多數ノ場合ニ頸管加答兒ノ主症候タリ。又從來白帶下ニ伴フ官能性神經症狀ノ原因ヲ白帶下ニ歸セシモ、近來ノ研究ニヨリ白帶下ハ却テ神經障礙ノ結果ニ外ナラザルヲ知ルニ至リ、從テ療法ノ如キモ亦自ラ一變セザルベカラザルノ現況トナレリ。

頸管加答兒ノ原因トシテ全身病又ハ官能性神經系統疾患ヲ發見セバ、之ニ對スル治療ヲ講ゼザルベカラズ、即チ全身療法、神經系統ニ對スル療法ヲ主トシ、局所の療法ノ如キハ之

ヲ避クルモ可ナリ。從來屢々行ハレタル腐蝕法ノ如キハ、嘗ニ治療ノ目的ヲ達セザルノミナラズ、寧ロ増悪セシムルコトナシトセズ。

一般療法トシテ、虛弱者殊ニ貧血又ハ肺炎加答兒等ノ合併症アルモノニハ嚴格ニ之レガ治療ヲ行フベシ。海濱轉地或ハ鹽類ノ溫泉療法ノ如キハ殊ニ賞用スベキモノナリ、而シテ之ヲ兼ヌルニ成ルベク食餌ニヨリ便通ノ整調ヲ圖リ、貧血者ハ勿論否ラザルモノニモ鐵劑及ビ亞砒酸劑等ヲ使用スベシ。長時ノ醫治ニ倦ミ、遂ニ治療ヲ廢シ何等局所ニ處置ヲ施サザル本症患者ガ、單ニ轉地療養ニヨリ治癒セル例ハ、吾人ノ屢々聞知セル所ニシテ頗ル參考ニ資スルニ足ル。

局所療法トシテハ、縱令頸管ノ裂傷、離轉等ヲ合併セル場合ニアリテモ、直チニ手術的療法ヲ施スヲ避ケ、初メハ先ヅ腔洗滌ヲ以テ第一著ノ療法トス、即チ三十二度乃至三十五度ノ淨水一—二リ—テ「ル」ヲ以テ一日一回宛洗滌ス。若シ加答兒症狀甚ダシク白帶下多量ナルトキハ數回反復シ病勢ノ減退ニ從テ其度ヲ減ズベシ。普通洗滌用トシテハ、

五%明礬水。四%硫酸銅水。四%硫酸亞鉛水。

アルゾール一食匙ヲ一リ—テ「ル」ノ水ニ溶解セシモノ

二—三%過酸化水素水

等ヲ用ヒ、粘稠ナル粘液ヲ混ゼルモノニハ四—五%重曹水、又ハアランチホルミンヲ用ユ。又初メ重曹水ニテ粘液ヲ去リ、次デ一〇%プロタルコール水ヲ塗布スルモ可ナリ。

又酸酵素ヲ用ユルコトアリ、初メハ淋毒症ニ限ラレシガ、近時ハ非傳染性ノモノニモ亦效
果アリト稱セラレ、廣ク使用セララルニ至レリ。余ハ久シク麥酒酸酵素ヲ使用セシモ、不幸
ニシテ著效ヲ見ルニ至ラザリシヲ以テ、現時之ガ使用ヲ廢止セリ。

近來新鮮ナル酸酵素ノ代用トシテ酸酵素ノ製劑タルフロールアルビンレール等ヲ用ユル
人アリ。是等ハ杆狀又ハ球狀ノ腔坐藥又ハ頸管插入用トナセリ、之ヲ插入シ次デ綿栓ヲ施
シ二十四時間ヲ經、淨水ヲ以テ洗滌ス、一週二三回反復ス。

洗滌ノ代リニ乾燥療法ヲ行フノ人アリ、之ニハ白陶土最モ廣ク用ヒラル。又硅酸礬土ハ水
分ヲ吸取シテ更ニ有效ナリ。其他沃度イヒチヨール過酸化水素等ヲ配合シテ其效力ヲ増進
セシムルノ要アルコトアリ。

余ハ重曹水洗滌ニヨリテ充分ニ粘液ヲ除キ、然ル後白陶土ヲ以テ腔内ヲ充填シ單保ヲ施
シ、二十四時間ノ後之ヲ除去セシムルノ法ヲ反復セリ時ニ著效ヲ見ルコトアリ。

普通廣ク應用セララルハ單保療法ナリ、即チ豫メ洗滌ノ後、單保ニ左記藥劑ヲ濕ホシ腔部
前面ニ插入シ、六時間ノ後之ヲ除去ス、時ニ腔上皮ノ剝脫ヲ來タシ、腔ノ炎症ヲ招クコトア
ルガ故ニ注意スベシ。

(一) グリセリン

(二) 一〇%イヒチヨールグリセリン

(三) 一〇%チゲノールグリセリン

(四) 一〇%沃度加里グリセリン

腐蝕療法ハ反復其度ニ過グベカラズ、即チ二三回充分腐蝕シ治癒セザレバ更ニ之ヲ反復
スベキモノニアラズ。本法ヲ行フニハ先ヅ腔鏡ヲ以テ腔部ヲ露出シ、球鉗子ヲ掛ケ充分之
ヲ牽引シテ粘液ヲ除去シ、次デ腐蝕藥ヲ以テ子宮内口ニ至ルマデ頸管粘膜炎ヲ充分ニ腐蝕
スベシ、決シテ健康組織ヲ腐蝕スベカラズ。

沃度丁幾

一〇%硝酸銀水ハ銀棒

一〇-二〇%フォルマリン 一〇-三〇%クロール亞鉛水

之ヲ要スルニ分泌物消滅セバ眞性又ハ假性糜爛ハ自然治癒ニ趣クモノナリ、頸管裂傷ア

リテ治癒ノ歸轉遷延セバ、エンメット氏式

Fennesche Operation ニヨリテ頸管裂傷ヲ縫

合スベク、高度ノ翻轉又ハ多數ノ囊腫アル

トキハシユレーデル *Schriber* 氏式ニヨリ

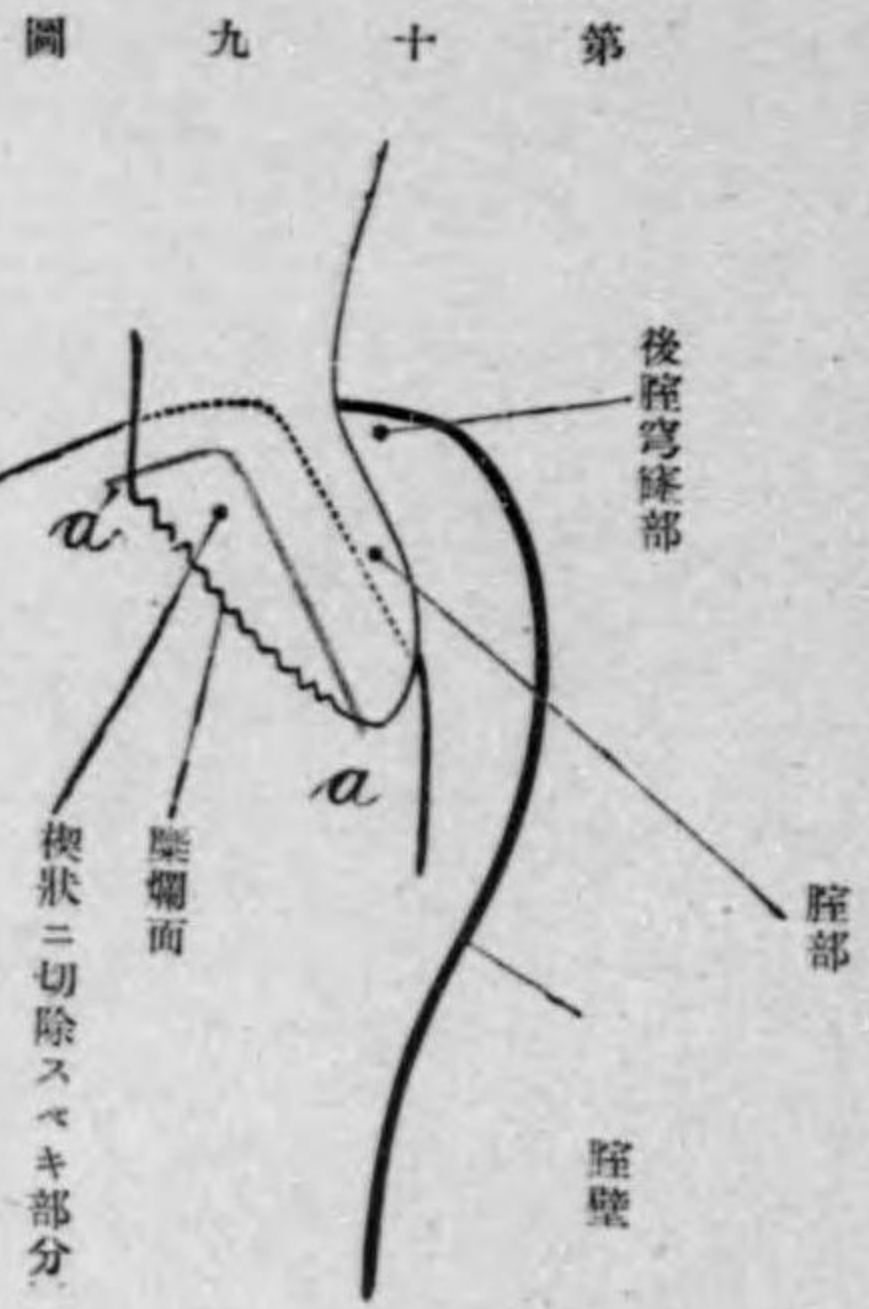
第十九圖ノ如ク粘膜炎ヲ楔狀ニ切除シ、ト

ルトヲ縫合ス。世上行ハルル搔爬ハ、流産後

ニ於ケル脱落膜性内膜炎ニヨル出血ノ外

ハ其效果甚ダ疑ハシ、是レ殊ニ頸管ノ粘膜炎

ノ疾病タルコト甚ダ稀レナルガ故ナリ。



第十圖

ハ之ヲ除去シ難ク、且ツ白帶下ノ原因ハ宮體粘膜炎ノ疾病タルコト甚ダ稀レナルガ故ナリ。

頸管加答兒ニテ膿汁分泌多ケレバトリプシン(Trypsische Ferment)ヲ使用ス、即チ豫メ粘液ヲ去リロイコフェルマチン(Leukoferratin)ヲ「ガーゼ」ニ濕ホシ頸管内ニ成ルベク子宮内口マデ挿入シ、二十四時間後之ヲ除去ス、但シ二三回反復スベシ。余ハ屢々此療法ヲ試ミシモ未ダ其效果ヲ認ムルニ至ラザリキ。

ナボチー氏小卵ニ對シテハ特別ナル療法ヲ行フノ要ナキモ、爲メニ分泌物ヲ増加セシムルノ傾向アルトキハ、尖刀穿刺、又ハ烙白金燒灼ニヨリテ其内容ヲ除去スベシ。濾胞過多ニシテ腔部ハ爲メニ不規則ノ形狀ヲ呈シ、骨盤内ニ鈍痛ヲ起スガ如キニ際シテハ腔上部ヨリ子宮腔部ヲ切除スルモ可ナリ。息肉ハ鉗子ニテ挾ミ捻轉除去スベク、莖ノ殘端ハ腐蝕又ハ燒灼ス。出血アルトキハ強閉鎖ヲ行フベシ。

第二章 卵巢ノ疾患 Die Krankheiten der Ovarien.

第一節 卵巢腫瘍ノ診斷及治療法 Diagnose und Therapie der Ovarialtumoren.

卵巢腫瘍トハ卵巢ノ變性狀態 Degenerationszustände 及び卵巢ノ新生物 Ovarialneubildungenヲ總稱ス。

卵巢腫瘍ハ生理的ニモ亦發生シ得ベク、例之バグラフイー氏濾胞ニ分泌液ノ滯溜セシトキ、又ハ黃體ノ形成セラレタル場合其他急性慢性卵巢炎ニ於テモ、亦卵巢ノ腫瘤ヲ形成スベキモ、是等ノ場合ニ於テハ其大サ鶏卵大以上ニ達スルコト稀レナリ。故ニ鶏卵大以上ノ増大ヲ假ニ新生物ノ見做スコトトナセリ。卵巢腫瘍ノ種類ハ甚ダ多ク、從テ其分類亦複雑タルヲ免レズ、故ニ之ヲ理解シ易カラシメンガ爲メ、一ハ病理解剖ノ所見ヲ主トシ、一ハ臨牀上ノ意義ヨリシテ左ノ二分類法ニ從フヲ便トス。

第一分類法

A 非増生性囊腫 Die nicht proliferierenden Cysten.

1 濾胞性囊腫 Follikulärkysten

2 黃體囊腫 Cysten des Corpus luteum

滯溜囊腫 Retentionscystenト總稱ス。

B 新生物 Die Neubildungen

I 實質性腫瘍 Parenchymatogene Geschwülste.

(胚種上皮、濾胞上皮卵自己ヨリ發生スルモノ)

1 上皮性新生物 Epitheliale Neubildungen.

單純性漿液性囊腫 Cystoma serosum simplex.

囊狀腺腫 Cystadenom.

偽粘液素性嚢狀腺腫 Cystadenom pseudomucinosum
漿液性又ハ乳嚢性嚢腫 Cystadenoma serosum oder Cystadenoma papillare.

癌腫 Karzinome.

2, 卵性新生物 Ovirigene Neubildungen

皮様腫 Dermatoide } 胎兒腫 Embryome.

類畸形腫 Teratome }

II 間質性腫瘍 Stromatorigene Geschwülste.

纖維腫 Fibrome

肉腫 Sarkome

外皮—内皮細胞腫 Peri und Endotheliome

第二分類法

上皮性腫瘍 Epitheliale Geschwülste.

1, 良性ノモノ Gutartiger Natur. 腺腫 Adenome.

偽粘液素性嚢腫 Cystadenoma pseudomucinosum.

漿液性嚢腫 Cystadenoma serosum

乳嚢性嚢腫 Cystadenoma papillare.

2, 悪性ノモノ Bösartige Geschwülste.

癌腫 Karzinome

結締織性腫瘍 Bindegewebige Geschwülste, Desmoide.

1, 良性ノ者 纖維腫 Fibroma 纖維筋腫 Fibromyome

2, 悪性ノ者 肉腫 Sarkome 内皮又ハ外皮細胞腫 Endotheliome oder Peritheliome.

各胚葉ノ産物ヲ有スル腫瘍 Produkte mehrerer Keimblatterenthaltende Geschwülste

胎兒腫 Embryome.

1, 良性ノ者 皮様腫 Dermioide

2, 悪性ノ者 類畸形腫 Teratome im engeren Sinne. (Blasentumöröse Teratome)

A 滯溜嚢腫 Die Retentionscysten

嚢狀ノ腫瘍ニシテ從來ハ炎症ニ起因セルモノトノミ思考セラレシガ、近時ノ研究ニヨリ
單ニ炎症ノ結果ニノミアラザルコトヲ知り、寧ろ腫瘍ニ屬スベキモノトセララルニ到レ
リ。然レドモ真正嚢腫トノ區別ハ嚢腫ニアリテハ腺ノ新生物ナルニ反シテ、滯溜嚢腫ノ多
クハ濾胞ノ破綻妨ゲラレ液ノ滯溜ニヨリ増大セルモノナルヲ以テ、濾胞水腫 Hydrops des
Graf'schen Follikels oder Hydrops folliculi Graffiiト見做スベキモノナリ。

滯溜嚢腫ハ多クハ單房性ニシテ、其大サ手拳大ヲ越ユルコト稀レナルモ時ニ兒頭大ニ達
セルモノノ例アリ、然レドモ液ノ滯溜反復スルトキハ、非常ノ大サニ達シ、剖面ハ多房性嚢

腫ノ外見ヲ呈ス。小ナル滯溜囊腫ノ内面ハ單層ノ圓錐上皮ヲ以テ被ハルルモ、内壓ノ増加ニ從ヒテ壓平セラレ、或ハ全ク消失ス。内容ハ透明ナル液ニシテ蛋白質ヲ含有ス。

滯溜囊腫ノ大多數ハ濾胞破裂ノ妨ゲララルニ基因スルコト前述ノ如シ、而シテ元來濾胞液増加シテ濾胞ノ將ニ破裂セントスルヤ、卵巣周圍ニ移行セララルモノナルモ、之ニ反シテ廣靱帶ノ間ニテ卵巣ノ基底部ニ進ミシトキ若シクハ先キニ炎症ニヨリテ形成セラレタル被膜ガ卵巣周圍ニ存在シ、爲メニ破綻ノ妨ゲラレタル場合ニハ、濾胞ハ多クハ自然消滅スベキモノナリ、然レドモ此際分泌作用ノ持續スルトキハ遂ニ囊腫ヲ形成スルニ至ルベシ。

爰ニ小囊腫變性 Die klein ystische Degeneration des Ovariums ナル作用アリ、即チ卵巣内ニ多數ノ麻實大ヨリ豌豆大乃至榛實大ノ囊腫ヲ形成スルノ謂ニシテ、表面ハ所々膨隆シ透明ノ液ヲ透視セシム。此作用ハ往時ハ炎症ノ結果ト見做セルモ、近時慢性鬱血ノ結果ナリトスル人アリ。

該卵巣ハ非常ニ硬ク且ツ結締織ニ富ム、是レ充血ノ結果トシテ結締織増加ヲ來セシモノナリ。尙ホ小兒殊ニ初生兒ニモ亦滯溜囊腫ヲ發見スルコトアルニ由リテ觀レバ、炎症ノ結果ニアラザルヤ明カニシテ、幼兒卵巣ニモ亦濾胞萎縮殊ニ囊腫變性ノアルコトヲ知ラシム。

殊ニ吾人ノ注意ヲ要スベキハ、葡萄狀鬼胎及ビ惡性絨毛膜腫ニ際シ、卵巣ニ滯溜囊腫

ヲ見ルコト多キコトナリ、而シテ時ニハ黃體ノ囊腫狀ニ擴大セルコトアリ、或ハ單ニ囊腫ナルコトアリ、リープマン氏ノ教室ニテハ、惡性絨毛膜腫ノ約半數ニ於テ卵巣ニ於ケル囊腫形成ヲ見、ルンゲ氏ハ六十三例ノ惡性絨毛膜腫ニ二十四回、クレイメル Kroemer 氏ハ葡萄狀鬼胎ノ五〇%ニ卵巣ノ囊腫變性ヲ實驗セリト云フ。

黃體囊腫 Corpus-Luteum-Cysten

初メロキタンスキー Rokhansky 氏ニヨリ精細ニ記載セラレタルモノニシテ、破裂セルグラフイー氏濾胞ノ裂傷閉鎖シ、黃體形成セラレ、其中心ニ液ノ滯溜セシモノ即チ菲薄ノ壁ヲ有スル單房性腫瘍ヲ稱ス、時ニ非常ニ大ナルモノアリ。内容ニ黃色ナル舍利別様ノ濃液ヲ有シ、壁ハ黃褐色ノ容易ニ剝離シ得ベキ内膜ヲ以テ覆セラル。此囊腫ハ傳染ニヨリ化膿スルコトアリ、又時ニ破綻スルコトアリ或ハ囊腔内ニ出血ヲ來スコトアリ、其他本腫瘍ヨリ惡性腫瘍發生セシトノ報告アリ。

囊狀腺腫 Cystadenom

偽○粘○液○素○性○囊○腫○性○腺○腫 Cystadenom Pseudomucinosum ハ卵巣腫瘍中最多數ヲ占ムルモノニシテ、内ニ粘稠ナル液ヲ容ル。リップベルト Lippert 氏ノ統計ニ據レバ、卵巣腫瘍六百三十八例中其五三六%ニ當ルト云フ、以テ本症ノ如何ニ多數ナルカヲ想像スルニ足ル。而シテ多ク

ハ偏側ニ生ジ兩側ニ來ルモノハ總テノ場合ノ四分ノ三ニ過ギズ。外面ハ結締織ノ被覆ニシテ單純ナル球形ヲ呈スルコトアリ、或ハ數多ノ絞窄アリテ爲メニ種々ノ子房ニ區分セラルルコトアリ。各個子房ノ大サハ種々ニシテ時ニ一ツノ單房性ノ主囊腫アリテ、其ノ壁ニ多數ノ小囊腫存在スルコトアリ、或ハ多數ノ小囊腫集合シ實性腫瘍ノ如キ外見ヲ呈スルコトアリ。

多房性囊腫ニテハ、外見上實質性腺腫様ノ小囊腫ヨリ眞ノ囊腫ニ至ル種々ノ階級ヲ見ルコトヲ得ベシ。小囊腫ノ内容ハ無色或ハ黃色又屢々雪白ノ粘稠液ニシテ、膠質ノ如キ状態ナルコトアリ。大囊腫ニテハ其内容多クハ稀薄漿液様トナリ、其間ニ種々ノ階級ヲ存シ、時ニ非常ノ大サニ達スルコトアリ、フアイ¹、²氏ニ據レバ重量六七五キログラムヲ算セシモノアリト云フ。

囊腫ノ内面ハ普通平滑ナルモ屢々娘子囊腫ニヨリ膨隆スルコトアリ、又隣接セル囊腫ノ隔壁一部消失シ、遺殘トシテ皺襞ヲ形成スルコトアリ、又時ニ天鷲絨様ノ外見ヲ呈スルコトアリ、是レ皺襞及ビ乳嘴ノ存在ヲ意味スルモノナリ。然レドモ偽粘液素囊腫ニテハ單ニ低キ上皮ノ皺襞形成ハ敢テ稀有ナラザルモ、眞ノ乳嘴發生ハ甚ダ稀レナルモノナリ。

偽粘液素ハ粘液素ニ反シテ醋酸ヲ以テ煮沸スルモ沈澱セズ、ハンマルステン氏ニ據レバ偽粘液素ハ一種ノ「グリコプロテイド」(Glykoprotein)ニシテ水ニ溶解スト。然レドモ膠樣質性ノ内容ニアリテハ、水ニ溶解セズ單ニ腫脹スベキ所謂偽粘液素ヲ有スルモノナリ。偽粘液

素ニ稀薄ナル礦物性酸類ヲ加ヘ、煮沸スルトキハ強キ還元性物質ヲ分解スベシ。

囊腫ノ表面ハ各個囊腫ノ壁ニ應ジテ凹溝ヲ呈スルモノニシテ、時ニ凹沒甚ダ深クシテ、各個囊腫ハ莖ニヨリ連絡セル葡萄狀「モト¹」ノ外見ヲ示スニ至ルコトアリ。斯カル状態ハ一般ニ漿液性囊腫ニ屢々見ル所ナルモ、偽粘液素腫瘍ニモ亦時ニ之ヲ見ルコトアリ。

偽粘液素性卵巣腫瘍ノ鏡檢上所見ハ、種々ノ大サヲ有スル腺管ヨリ成リ、囊腫腔ハ規則正シキ一層ノ丈高キ上皮ニテ被ハル。此上皮ノ原形質ハ硝子様透明ニシテ「ムチカルミン」ニテノ著色性ヲ有シ、時ニ美麗ナル杯狀細胞ヲ形成スルコトアリ、核ハ強ク著色シ小杆狀形ヲ呈シテ基底部分ニアリ。囊腫壁ノ結締織ハ粗糙ニシテ細胞ニ乏シク、上皮ハ低キ皺襞ヲナシ、時ニ眞正乳嘴ノ形成ヲ見ルベシ。

膠樣質ノ内容ヲ有セル腫瘍、蜜様ノ内容ヲ有スル大囊腫ニテハ上皮ノ扁平ナルコトアリ、是レ内容ノ増加ニ基因スルモノナリ。偽粘液素性囊腫ニテハ上皮ノ大部域ニテ剝脱セララルハ、莖ノ捻轉ニ因ルカ又ハ進行性變性ナルモノナルモ、標本ノ貯藏其宜シキヲ得ザル場合ニアルコトモ亦想像ニ難カラズ。

偽粘液素性囊腫ハ一般ニ良性腫瘍ナルモ時トシテ組織學上尙ホ良性ヲ表示スルニ係ハラズ、而カモ惡性新生物ノ或ル性質ヲ具ヘ、臨牀上良性腫瘍ノ性質ヲ全然失フコトアリ、即チ偽粘液素性囊腫ノ破壊スルヤ其内容腹腔内ニ出デ、腹膜ニ腫瘍ノ播殖(Peritoneal Implantation)ヲナスコト稀レナラズ、此際腹膜ニ多發性ニ小囊腫ノ發生ヲ見ル。而シテ此播殖腫

瘍ニシテ、大ナル容積ヲ占メンニハ數年ヲ要スルモノナリ。又主囊腫ノ除去セラレルヤ、播殖性腫瘍ハ屢々萎縮シ次第ニ消失スルニ至ルコト敢テ稀レナラズ。又開腹術ニヨリ腫瘍除去ノ後長時日ヲ經過シテ開腹切開創ニ於テ同様囊腫ノ發生ヲ實見セルノ例アリ、是レ創面ニ内容及ビ上皮ノ移植セラレタルモノナリ。是レガ好例トシテ、*Bertino* 氏ガ十三年後ニ創面ニ於テ移植性腫瘍ノ發生ヲ見、又 *クレイメル* *Kryemir* 氏ガ卵巢腫瘍剝出後二年ニシテ卵巢ノ殘部ヨリ囊腫性腺腫ノ發生ヲ見タルノ例アリ。要スルニ本腫瘍ガ解剖上良性腫瘍タルニ拘ハラズ、眞ノ轉移或ハ破壊性性質ヲ具有スルモノナルコトハ、以上及ビ次記ノ事實ニヨリテ之ヲ證スルヲ得ベシ。即チ偽粘液素性物質ヲ含ム卵巢腫瘍ガ子宮ヲ破壊シ、遂ニ血管ヲ介シテ多發性ニ轉位ヲナセシコトアリ、又時ニ偽粘液素性囊腫ノ癌腫變性ヲ起スコトアリ。リイプマン *Liepmann* 氏ハ左側ノ偽粘液素性囊腫ヲ摘出シ、二年ノ後更ニ右側卵巢ヨリ發生セシ同囊腫ヲ摘出シ、而カモ此腫瘍ニ癌腫性ノ變化ヲ實見セリ。是等ノ變化ハ肉眼上ニテハ確實ナラズ、癌腫變性ノ部域若シ廣カラシカ實性ノ部ヲ示シ、色ハ灰白色トナリ髓様ノ外見ヲ呈ス。鏡檢上變性ヲ示セル部分ハ上皮ノ染色種々ニシテ、細胞ハ多様形トナリ、核モ基底ニ存セズシテ其位置不規則トナリ、時ニ「クロマチン」増加シ、上皮層ハ多層トナリ、其配列不規則トナリテ時ニハ集合シ時ニハ窓口ヲ殘スコトアリ、又時ニ深部ニ増殖侵入ノ傾向ヲ示セリ。

漿液性腺性囊腫 *Cystadenoma serosum*.

單純性漿液性囊腫 *Cystoma serosum simplex*. ハ多クハ單房性ノ腫瘍ニシテ、内壁ハ單層ノ低キ纖毛上皮ニヨリテ被ハレ漿液性ノ内容ヲ有ス。此腫瘍ハ濾胞上皮ヨリ來リシモノナルモ時ニ潑溜囊腫モ亦混入シ居ルコトヲ知ラザルベカラズ、又時ニ漿液性囊腫或ハ腺性囊腫ヨリ發生シ兩者ノ移行型ト見ルベキモノアリ、即チ單純性漿液性囊腫ノ名稱ノ下ニハ兩者ノ區別ハ上皮ニアリ、若シ囊腫ノ壁ヲ緊張シ上皮ヲ搔爬シ生理的食鹽水ヲ加ヘテ檢鏡シ、明カニ纖毛上皮ノ像ヲ認ムルトキハ、是レ囊腫トシテ腫瘍ニ算入スベキモノナリ。

漿液性腺性囊腫ハ外見上屢々單房性囊腫ノ觀ヲナスモ、注意細視スルトキハ囊腫壁ニ小ナル副囊腫ノ存在ヲ見ルモノナリ、又時ニ非常ニ多數ノ囊腫集合シ蜂巢狀ヲ呈スルモノアリ。又兩者ノ間ニハ種々ノ移行狀態アルコトヲ考量セザルベカラズ。囊腫ノ内容ハ常ニ蛋白質ニ富ミ、彼ノ偽粘液素ヲ有セズ、且ツ全ク透明水様ナレドモ、時ニハ剝脫セル上皮又ハ白血球ノ混入ニヨリ濁濁セルコトアリ。内壁ニハ偽粘液素性囊腫ニ反シテ、屢々棘狀又ハ廣キ乳嘴樣突起ノ發生ヲ見ル。解剖上良性ナルモ尙ホ外見上ニ實性ノ部分ヲ認ムルコトアリ、之ハ無數ノ小囊腫集合シテ相互ノ壓迫ニヨリ腺腔消失セシモノ、或ハ乳嘴又ハ乳嘴樣突起ノ壓迫セラレタルモノナリ。

葡萄狀囊腫性腺腫 *Traubige Cystadenome* ハ千八百八十六年オルスハウゼン氏ニヨリ甫メテ記載セラレシモノニシテ、其内容ハ粘液性ノモノ少ク漿液性ノモノ多シ、且ツ大小種々ノ大キサヲ有スル無數ノ囊腫ガ莖ヲ以テ連結セラレ、葡萄房ノ如キ外見ヲ示セリ。鏡檢上漿液性囊腫ニ屬スベキモノニシテ内ニ上皮ノ被覆アリ、マイエル氏ハ斯クノ如キ形狀ヲ呈スルハ發育上一定ノ要約ノ存スルモノナルコトヲ認メタリ。此腫瘍ハ元來ノ性質ト發生トニ關シテ漿液性囊腫ト何等異ナルコトナシ。

囊腫性腺腫ニ於ケル内壁ノ乳嘴ハ形狀種々ニシテ、絨毛ノ如ク纖弱ナルアリ、又ハ鞏固ニシテ基底ノ廣キモノアリ、或ハ硝子様ニ腫脹セル砂殻ノ如キ外見ヲ呈スルモノアリ、而シテ乳嘴ハ時ニ囊腫ノ表面ニ限局性ニ表ハルルコトアリ、然レドモ之ヲ以テ直チニ惡性腫瘍ト見做スベキニアラズ、即チ表面乳嘴腫ト同様ナレバナリ。フランクル氏ハ此腫瘍ハ乳嘴性卵巣囊腫ノ破潰ニヨリ成立セシモノナリトシ、マイエル氏ハ破壞セル囊腫壁ノ遺存スルヲ見タリト。然レドモフアンネンスチール *Fjansen*、ヒットシヤルク *Gotschall* 氏等ハ表面乳嘴ヲ以テ胚種上皮ノ原發性增生ナリトシ、尙ホ氏ハ喇叭管ヨリ來レル淋毒性刺戟ハ當ニ乳嘴ノ發生ヲ促スモノトセリ。ヒンゼルマン *Hinselman* 氏ハ乳嘴塊中ニ小囊腫ノ遺存スル材料ヲ得テ、之ニヨリ氏ハ表面乳嘴ハ破壞セル囊腫ヨリ誘導シ來ルモノナリト推考シ、尙ホ表面乳嘴ノ浮腫性腫脹ハ以テ葡萄腫形成ヲ想像セシム、即チ葡萄狀腺性囊腫ハ表面乳嘴ノ浮腫セルモノニ外ナラズ、只葡萄腫ニテハ上皮ハ表面ニ存シ、乳嘴性囊腫ニ

アリテハ其内面ニ存スト。

漿液性囊腫性腺腫ノ空洞内壁ニハ規則正シク配列セラレタル矩形纖毛上皮ノ被覆アリ、細胞ノ原形質ハ平等ニ顆粒狀ヲ呈シ著色力ニ富ミ、核ハ比較的大ニシテ、クロマチン多ク、細胞ノ大部分ヲ占有ス。平時ニアリテハ短カキ纖毛ハ細胞ノ表面ヲ被ヘリ。囊腫壁ハ細胞ノ少ナキ結締織ヨリ成リ、乳嘴ハ時ニ纖弱ナルコトアリ、或ハ粗糙ニシテ屢々其基質ノ浮腫セルモノアリ。乳嘴上ノ上皮ハ規則正シク一列ニ配列セラル、之ヲ搔癢シテ食鹽水ニテ檢スルニ、明カニ纖毛ノ存在ヲ認ムルモノトス。同様ノ上皮ハ娘子囊腫ノ内面及ビ表面乳嘴ノ上皮ニモ亦存在シ、且ツ乳嘴ノ間質ニハ屢々砂瘤ヲ發見スルコトアリ。

以上組織的所見ハ正ニ良性腫瘍ノ性質ヲ示スモノナルモ、時ニ惡性新生物ノ性質ヲ表ハスコトアリ、殊ニ乳嘴性腫瘍ニ見ルモノニシテ、或ハ自然ニ或ハ手術ノ際囊腫破裂セシトキハ、續發性ニ腹膜上ニ腫瘍ノ播殖スルコトアリ。實際上主腫瘍ノ除去セララルトキハ播種ハ自然ニ消滅スベキモノナルモ、時ニ却テ非常ナル増殖ノ傾向ヲ示シ、解剖的惡性腫瘍ノ移行ヲ表スニ至ルコトアリ。稀レニ腹水合併ス、殊ニ表面ニ乳嘴ノ發生セシ場合ニ多シ。斯カル播種性腫瘍ハ非常ニ長キ歲月ヲ經テ初メテ再發スルコトアリ、オーデブレヒト

Odebrecht 氏ノ如キハ卵巣乳嘴腫ノ除去後十年ニシテ之ガ再發ヲ實見セリト云フ。マンズ *Mansfeld* 氏ハ漿液性乳嘴腫ハ組織的ニ良性腫瘍ノ所見ヲ示スモ、播種ヲ起スノミナラズ、更ニ轉移ヲ來スコト敢テ稀ナラズトセリ。之ヲ要スルニ組織的ニ良性ナルベ

キ腫瘍モ、亦時ニ臨牀上惡性腫瘍ノ性質ヲ表ハスコトアルハ不可争ノ事實ナリトス。漿液性卵巢囊腫ノ真正癌腫變性ハ、偽粘液素性囊腫ニ比シ遙カニ多ク、病變進捗セルモノニアリテハ、囊腫壁ニ外見上實性ノ部分アリテ腔内ニ隆起シ、時ニ大ナル囊腫ノ腔洞ヲ充實スルニ至ルコトアリ。若シ其實質部ヲ切割スレバ髓様灰白色ヲ呈シ内ニ赤色柔軟ノ部分アリ、組織ハ屢々血液ノ浸潤ヲ受ケ、之ヲ壓迫スレバ所謂癌性乳汁 *Krebsmilch* ヲ壓出ス。而シテ一度乳嘴ノ囊腫壁ヲ穿孔スルコトアラバ遊離面ニ増殖シ繸花狀ヲ呈ス、其剖面ノ状態ハ實質部ト所見ヲ同フス。良性ナル表面乳嘴腫ハ乳嘴腫ノ破壊ニヨリテ來ルモノナルモ、惡性囊腫性腺腫ニアリテハ上皮ハ積極的ニ囊腫壁ヲ破潰シ表面ニ癌病竈ヲ構成スルモノナリ。又良性表面乳嘴又ハ乳嘴性播種ノ基礎部ニ癌腫病竈ヲ起スコトアリ。惡性囊腫性腺腫ノ組織的所見トシテ、囊腫壁ニ於ケル上皮ハ單層ノ配列ヲ失シテ不規則ノ増殖ヲナシ、時ニ腺様、時ニ實質性ニ細胞群集シ以テ胞巢ヲナシ、僅カニ空隙ヲ殘スニ過ギザルコトアリ。尙ホ囊腫壁内ニハ不規則ナル細胞索侵入シ、矩形ノ纖毛上皮細胞ノ代リニ非常ナル多形細胞ヲ見ルニ至リ、核モ同ジク不定型ヲ示シ且ツ、クロマチンニ富メリ。乳嘴ニ於テモ亦上皮ハ不規則ニ増殖シ、乳嘴ノ基質ハ尙ホ遺殘シ時ニ却テ増殖スルコトアリ。而シテ上皮ハ無限ニ増殖シテ隣接セル乳嘴ノ上皮ト癒合シテ細胞ノ群簇トナリ、遂ニ囊腫腔ヲ充實スルニ至ル。

囊腫ノ内容ハ剝脱セル上皮ノ混入ニヨリ高度ニ潤濁シ、囊腫壁内ニハ上皮侵入シテ或ハ腺ノ状態ニ、或ハ實質性索狀體ヲ形成ス。腫瘍表面ノ乳嘴モ亦囊腫内乳嘴ト同様、不規則ノ構造ヲ示シ、増殖セル上皮間ニハ砂瘤ノ存スルコトアリ。

卵巢癌 Carcinoma ovarii.

卵巢癌ハリッペルト *Lipperts* 氏ノ統計ニ據レバ總テノ卵巢腫瘍ノ一〇・六六%ヲ占メ、ホーフマイエール *Hofmeister* 氏ハ卵巢腫瘍四百五十八例中九十四例即チ二二%ノ癌腫肉腫ヲ實驗セリト云フ。本腫瘍ハ或ハ卵巢囊腫ノ變性ニヨリ或ハ皮様囊腫ノ癌腫性變性トシテ來ルコトアリ、又ハ原發性ニ若シクハ原發性胃癌ニ續發スルモノ等種々アリ。

(一) 原發性卵巢癌 Primäres Ovarialcarcinom

原發性ノモノハ年齢ニ關セザルモノノ如ク、小兒期ニ於テモ之レガ發生ヲ見ルコトアリ。ロザノフ *Rosenoff* 氏ハ五歳ノ幼女ニ一部ハ癌腫、一部ハ肉腫ノ發生ヲ實見シ、モリオン *Morion* 氏ハ七歳ノ幼女ニ巨大ノ卵巢癌ヲウキグナルド *Vignard* 氏ハ八歳ノ幼女ニ、リンデマン *Lindemann* 氏ハ十三歳ノ幼女ニ兩側卵巢扁平上皮癌ヲ、ロジンスキー *Rosinsky* 氏ハ十五歳ノ幼女ニ髓様癌ヲ、グルーネルト *Gruenert* 氏ハ十六歳ノ幼女ニ卵巢癌ヲ見タリト云フ。肉眼的所見 卵巢癌ノ多數ハ先ヅ一側ニ起リ、初メハ實性ナルモ後ニ退行變性ニヨリ空洞ヲ生ズルニ至ル、稀ニ巨大ナル腫瘍ヲ形成スルモ、多クハ人頭大ヲ越ヘザルモノノ如シ。小腫瘍ノ表面ハ常ニ強韌ナル結締組織ノ被膜ヲ有シ、其表面平滑ニシテ光輝アリ、且ツ多

數ノ膨隆部ヲ有ス。晚期ニ至レバ被囊ハ破潰セラレ、腫瘍ノ實質表面ニ表ハルルニ至ル腫瘍若シ結締織多ケレバ硬度愈々固ク、硬性癌ノ性質ヲ呈ス。髓樣性ノモノニアリテハ柔軟脆弱ニシテ實質内ニ出血シ、經過ノ長短ニヨリ紫色、褐色、黃色等ヲ呈シ、壞疽セル部分ハ透明黃色白色豚脂樣島嶼狀ノ外見ヲ示シ、剖面ハ髓樣ニシテ腦質狀ヲナス、表面ヲ摩擦スルトキハ膏乳ヲ搾出ス。彼ノ葡萄狀惡性卵巢腫瘍ハ葡萄狀卵巢囊腫ノ變性セルモノナリ。原發性卵巢癌ノ組織的造構ハ甚ダ多樣ニシテ、或ハ細胞ニ富ミ、或ハ結締織多クシテ細胞少ナク硬性ヲ示セリ。癌細胞ハ時ニ全ク閉鎖セラレ、或ハ變々トシテ長キ索狀體ヲナセリ。多クノ場合初メハ腺樣ナルモ、後ニハ上皮ノ増殖ニヨリテ腺腔消失ス。腺腔ハ稀レニ一層ノ上皮細胞ノ被覆アリテ、惡性腺腫ノ構造ヲ示スコトアルモ、多クハ上皮ハ多層トナリ多形且ツ著ルシク腫脹シ、胞狀トナリ僅カニ顆粒狀ヲ呈セル原形質ヲ殘シ、屢々砂瘤ノ存在ヲ認ム。リッヘルト Ribbert 氏ハ圓柱腫樣ノ卵巢癌腫ヲ實見セリト云フ。

播種 Propagation 眞性卵巢癌ノ一度其被囊ヲ破壞スルヤ、屢々腹膜ニ播種シ又淋巴系統ヲ經テ或ハ逆行性ニ靜脈ニヨリ子宮喇叭管等ニ轉移スルコトアリ。尙ホ精系淋巴系統ニヨリ廣ク轉移ヲナスモノナルモ、腰部淋巴系統ハ之ニ與カラザルガ如シ。シヨットレンデル Schottlander 氏ハ六十五例ノ剖見中ニ五十八例即チ約九〇%ノ轉移ヲ見、内三十九例ハ腹膜竝ニ淋巴腺轉移、十九例ハ他臟器ニ於ケル轉移ナリシト。

(1) 續發性卵巢癌 Sekundäres Ovarialcarcinom

從來比較的稀有ナリトセラレタルモ、現時ノ研究ニヨリ其謬說タルコトヲ知り、他臟器ノ癌腫ハ容易ニ卵巢ニ轉移スベキ傾向ヲ有シ、卵巢ハ亦侵入セル癌腫ニ對シ好良ノ培養地タルコトヲ認メラルルニ至レリ。

卵巢癌腫ハ子宮喇叭管癌腫ニ續發スルコトアリ、故ニ卵巢癌ガ恰カモ子宮喇叭管ニ蔓延セシガ如キ觀アル際ニ於テモ、尙ホ且ツ卵巢癌ニ續發性ノ疑ヲ置カザルベカラザルノ場合アリ。而シテ卵巢癌腫ハ子宮頸部癌ヨリ轉移スルコト比較的少ナキモ、子宮體癌ハ甚ダ屢々卵巢ニ轉移ヲ來スモノニシテ、多クハ喇叭管腔ニ由ルト雖モ、淋巴系ニ由ルコト亦少ナカラズ。若シ子宮癌ニシテ子宮外膜ヲ破壞スルハ卵巢ニ播種ヲナスコト稀有ナラズ。

卵巢癌腫ハ乳癌ヨリ轉移セシ例甚ダ多ク、テーレック Török ウィッセル Witzelschöfer 氏等ハ三百六十六名ノ乳癌屍體中二十六例ニ卵巢轉移ヲ見タリ、リッヘルト Ribbert 氏ハ之ヲ血管性轉移ト見做セリ。又氣管枝腺ニ於ケル原發性癌腫ノ卵巢ニ轉移セルノ例アリ。其他胃腸脾臟大網膜肝囊癌等ノ後ニ、又ハ原發性蟲樣垂瘤及ビ、S 狀部癌ノ後ニ續發性卵巢癌ヲ見ルコトアリ、特ニ胃癌ノ後ニ之ヲ見ルコト多キヲ以テ、胃癌ハ甚ダ屢々卵巢ニ轉移スルモノナルヲ想像シ得ベシ、殊ニクルーケンベルグ氏腫瘍 Krukenbergtumoren ノ大多數ハ之ニ屬スベキモノナリ。

續發性卵巢癌腫ノ肉眼的所見ハ甚ダ多樣ニシテ、其大サノ如キモ顯微鏡ニヨリテ僅カニ認メ得ベキモノアリ、又巨大ナルモノアリテ甚ダシキハ妊娠子宮ノ二倍大ナルモノアリ

シト云フ腫瘍ハ多クハ硬固ニシテ表面滑澤ナルカ、或ノ結節様ニシテ結締織ノ被膜アリ、
 割面ハ灰白黄色屢々光澤ヲ有シ所々蠟様ノ外觀アリ、場合ニヨリ間質ノ浮腫セルモノアリ、
 而シテ續發性卵巢癌ノ約半數ハ兩側ニ來ルモノニシテ、其年齡ハシヤウタ氏教室ノ調
 査ニ據レバ二十九歳乃至四十二歳ノ間ニ亘レリ。

卵巢轉移ノ徑路ハ直接ニ卵巢表面ニ移植轉移ヲナスコトアリ、殊ニ其表面上皮ノ健全ナ
 ラザル場合即チ例之バ濾胞破綻後ニ於ケル傷面ニ癌腫破片ノ附著ニヨリ、其他又淋巴系
 ヨリ逆行性ニ、又ハ血管ニヨリ輸送轉移セラルルモノナリ。
 鏡檢上、殊ニ胃腸ヨリ轉移續發セルモノニアリテハ、間質結締組織ハ甚シク増殖シ且ツ高
 度ノ浮腫ヲ伴ヒ其内ニ或ハ淋巴管内ニモ多形細胞索狀ヲナシ、之ト共ニ硝子様透明ノ分
 泌細胞ヲ有セル腺巢アリ、分泌旺盛ナルガ爲メ腺腔擴張セラレ、小囊腫ヲ形成スルコトア
 リ、又場所ニヨリ腺ハ固有ノ造構ヲ失ヒ、上記セル上皮ハ實質性ニ横簇スルニ至ルコトア
 リ、細胞ハ大量ニ粘液ヲ産出シ、細胞體ハ球形ニ膨大シ、粘液ハ遂ニ細胞膜内ニ集積シ、核ハ
 細胞壁ニ壓迫セラレテ半月狀ヲ呈シ、所謂「ヂーゲルリング」細胞 Siegelringzellen ノ形狀ヲ取
 リ、粘液ハ遂ニ被膜ヲ破リテ間質中ニ遊離ス、該腫瘍ハ一般ニ間質ニ富ミ、結締織ハ屢々不
 定ノ元質ヲ示シ、肥大セル「クロマチン」ニ富ミタル多形細胞散在シ肉腫様ノ觀ヲナシ、且ツ
 「ヂーゲルリング」細胞及ビ未ダ粘液變性ニ陥ラザル上皮混在シ、結締織ハ廣ク浮腫狀ヲ呈
 シ、且ツ壞疽セル部分アリ、以上ノ所見ハクルトケンベルグ氏腫瘍ノ組織的造構ニ一致セ

ルモノナリ、マルシヤン Marchand 氏ハ該腫瘍ヲ Fibrosarcoma mucocellulare carcinomatoides トシ
 テ記載シ、クルトケンベルグ Krusenbergs 氏ハ肉腫ト推考セルモ、現時ニ於テハ續發セル癌
 腫ニ其間質ノ肉腫變性ヲナセルモノナリトセラレ、然レドモ時ニ全ク肉腫様ノ原質ヲ缺
 キ、單ニ癌腫ノ状態ヲ呈スルコトアリ、又ハ硬性癌ノ如ク間質ニ富ミ、且ツ其間質ハ浮腫ノ
 状態ニアリテ之ニ上記ノ上皮ノ混在スルコトアリ、又場合ニヨリテハ粘液變性ノナキコ
 トアリ、尙ホ從來卵巢内皮細胞腫トシテ記載セラレタルモノノ多クハ此腫瘍ニ屬スルモ
 ノトス、クルトケンベルグ腫瘍ハ前述ノ如ク多クハ續發性ナリト雖モ、亦時ニ原發性ナル
 コトアリ、然レドモ剖見ニヨリ他ニ癌竈ナキコトヲ確定スルニアラザレバ、之ヲ確認シ得
 ザルモノナリ。

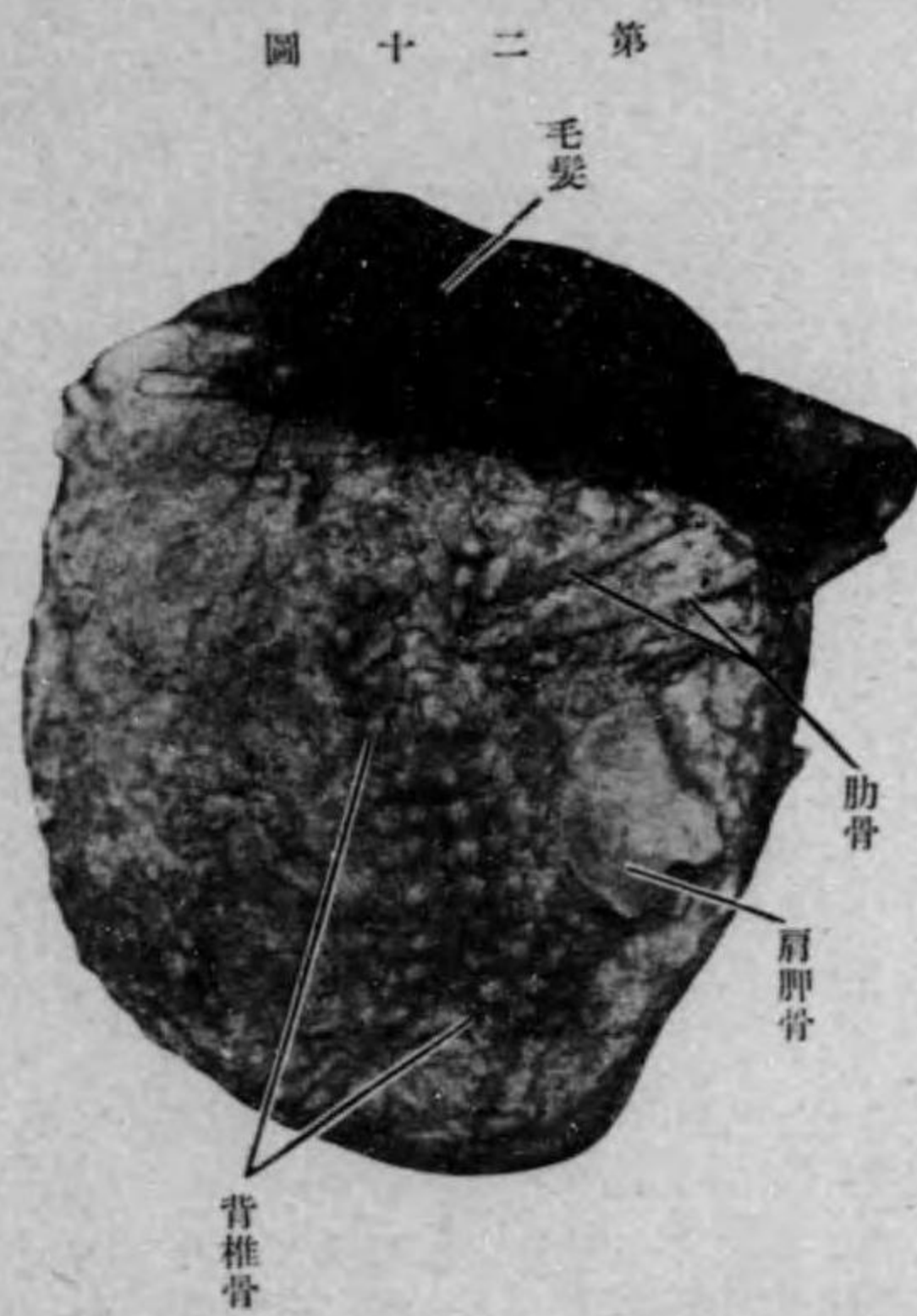
續發性卵巢癌モ亦他ニ轉移シ得ルモノナレドモ、該部ニ彼ノ印附キ指輪狀ノ細胞ヲ見ズ、
 粘液性變性ハ轉移部ニ於ケル局所的榮養ノ如何ニ關スルモノナリ。

卵巢皮様囊腫 Das Dermoid des Ovarium.

卵巢皮様囊腫ハ多クハ球形ナルモ、往々幾分壓平セラレタルガ如キ形狀ヲ呈スルモノアリ、
 表面ハ滑澤ナル被覆ヲ被リ、大サハ豌豆大ヨリ時ニ巨大ナルコトアリ、ハミストン Hincks-
 ton 氏ハ英重量三十一ポンドヲ有セルモノヲ報告セリ、被囊ハ菲薄ニシテ白色乃至灰白
 色ヲ呈シ時ニ卵巢ノ殘遺ヲ見ル、囊腫ヲ切開スルニ、體温ニテハ脂肪性ノ糜狀ノ液體ナル

モ體外ニテハ直ニ凝固ス。尙ホ剝脱セル上皮ト共ニ、ヒヨレステアリン結晶壞敗物等ヲ含有ス。囊腫壁ニ錐狀體ノ部分アリテ此處ヨリ毛髮簇生スルヲ常規トス。

以上ノ記載ハ吾人ノ普通實見スルモノナレドモ、此他尙ホ種々ノ變態ノ存スルコトヲ知ラザルベカラズ、即チ壁ノ厚サ一仙迷以上ニ及ビ、壁ニ石灰沈著スルコトアリ又ハ囊腫ノ内腔ハ原發性皮様囊腫腔ト濾胞囊腫黃體囊腫或ハ偽粘液素性囊腫ノ癒合ニヨルコトアリ。莖ノ捻轉ニヨリ榮養障礙セラレ被囊ハ壞疽ニ陥ルコトアリ、然レドモ時ニ莖ノ捻轉ニヨリ一時榮養ヲ障礙セラルルモ次デ腸大網膜等ヨリ續發的ニ血行ヲ受クルコトアリ。而シテ自然ニ或ハ外傷ニヨリ又ハ莖ノ捻轉ニヨリテ破裂スルコトアリ、又内容化膿シ隣接臟器腸管膀胱等ニ破潰シ、茲ニ毛髮齒牙ヲ發見セシムルコトアリ。



皮囊腫ニ於ケル傳染ハ或ハ外部ヨリ或ハ血行ニ由ル、而シテ細菌モ亦其種類多ク、窒扶斯菌ニヨル傳染ハ屢々其報告ニ接ス、大腸菌ニヨルモノモ亦少ナカラズ。又皮様囊腫錐體ニ發生セル毛髮ハ黑色又ハ赤色、純白ニシテ時ニハ疎鬆ニ時ニハ緻密ニ毛叢ヲナセリ、尙ホ錐體中ニハ

毛囊、肝腺、皮脂腺等ヲ備フ。錐體ヲ精査スルニ錐體ハウキルムス *Williams* 氏ニヨリテ頭突起 *Kopfhöcker* ト稱セラレシ如ク、表面ハ頭部ノ皮膚ニ相當シ、毛髮ハ正ニ頭毛ト考フベク、其ノ下部ニハ頭蓋ノ基質及ビ腦質ノ存スルコトアリ、其近方ニハ殆ンド常ニ齒牙アリテ時ニハ顎骨様物中ニ發生スルヲ見ル。其下層ニハ肋骨指骨骨盤等ノ形態ヲ發見スルコトアリ、尙ホ時ニ腸管ノ一部ヲモ發見セラレタルノ例アリ。又人體内ニ存スル胚胎腺以外ノ各種ノ組織ヲ埋藏セルモノアリ、第二十圖ハ當教室ニ保存セル標本ニシテ脊椎骨、肩胛骨、肋骨等ノ見事ニ配列セルモノナリ。

其他腸片、腦ノ部分、甲状腺等ヲ發見セルノ例アルモ、獨リ胚胎腺ノ發見ハ未ダ其報告ヲ見ズ。

脂肪地皮様腫 *Fettkugeldermoid* ハ皮膚様囊腫ノ内容ガ常ニ糜狀ノ液様脂肪ナルニ反シ、内ニ白色又ハ黃色ノ脂肪塊ノ多數ニ存スルモノトス。

皮様囊腫ハ小兒及ビ老者ニ於テ亦之ヲ發見ス。エッゲンベルグ *Eggenberger* 氏ハ八歳ノ幼女ニ、レスレ *Rissle* 氏ハ十ヶ月ノ幼兒ニ之ヲ實驗セリト云フ。又一卵巣ニ多發スルコト稀レナラズ、兩側ニ來ルコトモ甚ダ多ク、同時ニ妊娠ノ合併亦少ナシトセズ。

組織的造構 囊壁ハ結締組織ヨリ成リ、其内ニ多クハ尙ホ機能アル卵巣組織遺殘セリ。壁ノ内面ハ一般ニ平滑ナルモ、其内ノ一ヶ所ニ皮様突起アリテ毛髮ヲ生ゼリ、之ヲ皮様囊腫突起或ハ皮様囊腫錐體 *Dermoidzapfen* ト稱ス。錐體ノ表面ハ低キ多層扁平上皮ニテ被覆セラ

ル。小囊腫ノ内面ハ總テ扁平上皮ナルモ、大囊腫ニアリテハ時ニ圓柱上皮ナルコトアリ。非常ニ大ナル囊腫ニアリテハ廣ク上皮ノ缺損アリ、且ツ炎症性ノ浸潤及ビ、プラスマ細胞等ヲ發見スルコト稀ナラズ。又血色素毛髮異物性巨大細胞等ヲ見ルコトアリ。腫瘍ニ於ケル遺殘卵巢ニハ擴大セル淋巴腔ヲ見ルベシ、又淋巴管内被細胞ハ時ニ増生シ、ジynchウム様ノ巨大細胞トナリ、近隣組織内ニ侵入スルコトアリ。

皮様囊腫錐體ノ表面上皮ハ角質著明ニシテ顆粒層基底層ヲ伴ヒ、多數ノ皮脂腺ハ時ニハ大ナル或ハ小ナル排泄管ヲ有スルモノアリ。毛髮ハ明カニ立毛筋纖維 Arrectores pilorum ヲ有シ、定型的齒牙ノ基礎ヲ包藏ス。

眞皮下ニ皮下脂肪アリ、内ニ屢々滑平筋纖維軟骨骨片等ヲ有ス、又腦ノ大部分ト共ニ中樞又ハ末梢神經ノ基原ヲ存シ、多數ノ神經細胞ヲ伴フコトアリ、或ハ網膜ノ一部神經纖維間質及ビ内耳ノ基原等ノ發見セラレタルノ例アリ。其他甲状腺組織ハ屢々皮様囊腫錐體中ニ發見セラレタリト云フ。淋巴管發見ノ報告ハ多キモ、横紋筋纖維ハ稀ナリ。血管ノ發見ハ多クハ痕跡ニシテ甚ダ稀レナリトス。

皮様囊腫ハ續發的ニ惡性變性ヲナシ、轉位又ハ再發スルコトアリ、而シテ此變性ハ或ハ皮様囊腫自己ノ組織ヨリ起リ或ハ遺殘セル卵巢部ヨリ起ルモノナリ。

癌腫ハ多クハ扁平上皮癌ナルモ、時ニ屢々内皮細胞腫ノ發生ヲ見タルノ例アリ、又時ニ肉腫變性ノ例アリ。轉移ハ血管又ハ淋巴系ニヨル眞ノ轉移、及ビ腹膜ニ於ケル播種、又ハ内容

腹腔ニ出テ炎症性結締織ニヨリテ被包セラレタル場合トヲ區別スベシ。

眞ノ轉移播種被囊等何レモ實驗セラレタルモノニシテ、眞ノ轉移ハ時ニ惡性變性ノ確徵タリ。

類畸形腫 Die blastomatösen Teratome.

皮様囊腫ニ比シ遙カニ少ナシ。多クハ球形ヲ呈シ、平滑ナル被覆ヲ有シ、其質鞏固大サ種々ニシテ時ニ巨大ナル腫瘍ヲ形成スルコトアリ。硬度ハ平等ナラズ、組織ハ多ク實性ナルモ、時ニ多數ノ囊腫ヲ有スルコトアリ。軟骨及ビ骨片等ハ屢々發見セララルモ、毛髮ハ稀レニシテ殊ニ毛叢ヲナスコトナシ。腫瘍ノ色ハ之ヲ構成セル組織ノ種類又ハ出血ノ有無ニヨリ異ナルモノニシテ、大ナル皮脂ヲ容レタル腔洞ヲ見ズ、組織ハ主トシテ胎生期ノモノニ屬シ、横紋筋纖維ノ發見セラレタルコトアリ。殊ニ注意スベキハ組織ノ排列不規則ニシテ其調和ヲ缺キ且ツ惡性ノ増生ヲ示シ、各胚葉ノ誘導組織中ニ屢々不成熟肉腫、不成熟癌ノ部分ヲ存スルノ點ナリ。以上ハ組織的ニ既ニ惡性タルヲ想像シ得ベキモ、反之組織的ニ何等惡性ヲ具備スルコトナクシテ而カモ臨牀上甚ダ惡性ナルモノアリ。轉移ハ殊ニ肉腫様又ハ癌腫様造構ヲ示スモノナルモ、時ニ定型的造構アル轉移ヲ見ルコトアリ。

卵巢甲狀腺腫 Ovarialstruma, Teratoma ovarii strumosum 腫瘍ハ多クハ腎臟形ニシテ結締織ノ被囊ヲ有シ、内ニ多數ノ囊腫アリ、内容ハ蜂蜜様ニシテ蜂巢ノ外見アリ、クレッツチユマー

ル Kreschmar 氏ハ之ヲ頸部甲狀腺腫ニ一致セルモノトセリ。マイエル Meyer 氏ハ之ニ沃度ヲ證明シ、Pich 氏ハ此腫瘍ヲ以テ類畸形腫ニ屬スルモノトセリ、即チ三胚葉ノ誘導體ニ屬スベキ軟骨骨片、筋肉竝ニ汗腺等ヲ發見シ、尙ホ敷石上皮、皮脂腺、汗腺、毛髮、皮膚消化痰ノ部分等ノ存在ヲ認メタリ、其他皮様囊腫ト合併セシ例アリ、組織學上良性ナルガ如キモノモ臨牀上惡性腫瘍ノ性質ヲ示スモノアリ、若シ夫レ組織學上甲狀腺腫組織ト共ニ他ノ惡性腫瘍ノ組織ノ合併スルモノハ惡性ニシテ、又甲狀腺組織自己ガ惡性増殖ヲナセル場合亦同ジ

卵巣ノ惡性絨毛上皮腫 Chorionepithelium des Ovarium ハ子宮内妊娠、喇叭管卵巣妊娠ガ除外セラレタル場合ニ診斷シ得ルモノニシテ、稀レニ類畸形腫ニ屬スベキ卵巣惡性絨毛上皮腫ヲ見ルモノナリ。

卵巣纖維腫 Fibroma ovarii 卵巣纖維筋腫 Fibromyoma ovarii

鞏固ナル腫瘍ニシテ、小ナルハ豌豆大ヨリ大ナルモノハ重量實ニ四十基瓦ヲ算セシモノアリト云フ。其際卵巣ハ殘遺セラルルコトアリ、或ハ全ク腫瘍ノ犯ス所トナリ、肉眼上ノミナラズ檢鏡上亦卵巣組織ヲ認メ得ザルコトアリ、時ニ卵巣ノ表面ニ扁平平滑ナル或ハ結節様ヲナセル茸狀小腫瘍ノ發生スルコトアリ、是レ卵巣皮質ノ間質ヨリ發生セシモノニシテ、人ニヨリテハ之ヲ纖維腫ト見做サズ、卵巣皮質ニ於ケル間質ノ肥厚セシモノナリト

言フ者アリ。

纖維腫ハ其表面多クハ結節様ノ隆起ヲ有スルモ、時ニ卵巣自己ノ原形ヲ保持セルモノアリ、多クハ有莖而カモ一側ニシテレオポルド Leopold 氏ハ十九例中僅カニ三例ノ兩側卵巣纖維腫ヲ見タリト云フ。而シテ時ニハ浮腫ニヨリ其質柔軟トナリ、或ハ硝子様變性ニヨリテ軟骨様ノ外見ヲ呈シ、若シクハ壞疽ニ陥リ粗糲ナル灰白色糜狀物ヲ充タセル腔洞ヲ生ズルコトアリ、剖面ハ白色ニシテ内ニ肥厚セル纖維ノ縱横ニ錯走セルヲ見ル。硝子様變性ヲナセルモノニアリテハ、組織ハ僅カニ透明ニシテ、鏡檢上結締細胞ト纖維トヨリ成リ其配合甚ダ多様ナリ、結締細胞ハ時ニ甚ダ短キ紡錘形ヲ呈シ原形質甚ダ少ク、爲メニ肉腫トノ區別ヲ困難ナラシムルコトアリ、浮腫セル部域ハ纖維隔離セラレ、其間隙ニハアルコホルニテ凝固スベキ液體ヲ證明ス、壞疽ハ大ナル纖維腫ニハ比較的屢々之ヲ實驗ス、組織的ニハ壞疽ニ陥レル部分ハ總テ固有ノ造構ヲ失シ、部分ニヨリ破潰セラレタル核ヲ有スル細胞ノ僅カニ其陰影ヲ殘スニ過ギザルコトアリ、或ハ核ノ全ク消失セルモノアリ、遂ニ壞敗物ノミヲ殘スニ至ル、其他粘液變性ノ記載アルモ、是レ單ニ浮腫ニシテ粘液染色ニヨルトキハ常ニ陰性ナリトス。

石灰ノ沈著ハ大腫瘍ガ退行變性ヲナセルガ如キ場合ニ屢々之ヲ發見ス、腫瘍ハ時ニ莖ノ捻轉ニヨリ組織内ニ出血又ハ血液ノ浸潤ヲ起スコトアリ、斯カル場合腫瘍ハ赤褐色ヲ呈シ高度ニ緊張シ剖面ハ凝血ノ外觀ヲ呈ス、然レドモ莖ノ捻轉ノ度激シカラザルモノニア

リテハ單ニ浮腫及ビ限局セル出血竈ヲ表ハスニ過ギズ。又卵巣纖維腫ノ石灰變性ヨリ次
 デ骨片ノ生ズルコトアルモ、類畸形腫ト異ナリテ骨膜及ビ骨髓腔ノ存在ヲ認ムルヲ得、然
 レドモクレイメル *Kroemer* 氏ハ此際骨ノ新生細胞ヲ缺如スト謂ヘリ。
 卵巣纖維筋腫 *Fibromyoma ovarii* ハ纖維間ニ多少ノ滑平筋纖維ヲ混在セルモノニシテ、屢々
 遭遇スト稱スルノ人アルモ、余ハ嘗テ確實ニ多數ノ筋纖維ヲ有シ、結締織ノ僅微ナリシ一
 例ヲ實驗セルノミ。

卵巣肉腫 *Sarkoma ovarii*.

卵巣肉腫發生ノ頻度ニ關スル統計ハ概ネ左ノ如シ。

シュレーデル <i>Schriider</i> 氏	ハ	總テノ卵巣腫瘍中ノ	一・六%
フキッキン <i>Fitzgibbon</i> 氏	ハ	同	一・七%
リッペルト <i>Lippert</i> 氏	ハ	同	二・五%
ファンネンスチール <i>Fanzenstiel</i> 氏	ハ	同	五・三%
ホーフマイエル <i>Hofmeister</i> 氏	ハ	同	七・五%

而シテ約其三分ノ一ハ兩側ニ發生シ、多クハ幼者ニ來リ三歳四歳十四歳以下ノ者ニ多ク、
 且ツ假性男女二性體ノモノニ比較的屢々之ヲ實驗スト云フ。

卵巣肉腫ハ多クハ實質性ニシテ稀レニ囊腫ヲ形成ス。表面ノ結締織被囊ハ菲薄黃色ヲ呈

シ硬度ハ多様ナリ、即チ圓形細胞組織及ビ粘液組織ヲ有スルモノニアリテハ柔軟ナルモ、
 紡錘形細胞肉腫ニアリテハ其質硬固ニシテ割面モ亦甚ダ種々ナリ。而シテ紡錘形細胞肉
 腫ハ其色白色ヲ呈シ、圓形細胞肉腫ニ於テハ恰カモ腦質ノ如ク、粘液細胞組織ヨリ成ルモ
 ノハ透明ニシテ時ニ膠質ノ狀態ヲ呈ス。屢々組織内ニ出血アリ。經過ノ如何ニヨリ其色モ
 亦變化スルモノニシテ、楔狀出血及ビ壞疽等ハ屢々實驗スル所ナリ。且ツ組織ハ乾燥脆弱、
 灰白色ヲ呈シ、出血ノ部域ハ褐色ヲ示セリ。尙ホ組織ノ破潰又ハ液化スルヤ、洞濁セル糜狀
 物ヲ容レタル腔洞ヲ生ズ。而シテ肉腫ハ纖維腫ニ比シ莖ノ捻轉ヲ來スコト稀レナリトス。
 組織的ニハ腫瘍ヲ未熟性ト成熟性トニ區別スルヲ便トス、即チ圓形細胞肉腫多形細胞肉
 腫巨大細胞肉腫若シクハ粘液様性ヲ有スルモノヲ未熟性腫瘍トシ、紡錘形細胞肉腫及ビ
 筋纖維軟骨等ヲ有スルモノヲ成熟性ノモノトナスモ其頻度ハ少數ナリトス。

又組織的ニ細胞自己ノ形態ヨリ紡錘形細胞肉腫 *Spindelzellsarkome* 巨大細胞肉腫 *Riesenzell-*
sarkome 色素性肉腫 *Melanotische Sarkome* 多形細胞肉腫 *Polymorphzellige Sarkome* 筋纖維ヲ有ス

ル肉腫、粘液細胞肉腫 *Schleimzellsarkome* 等ニ分類スルモノアリ。
 紡錘形細胞肉腫ト纖維腫トノ區別ハ困難ナリ、然レドモ多少兩者鑑別ノ資ニ供スベキ點
 アリ、即チ肉腫細胞ハ肥豐且ツ密ニ配列セラレ、細胞自己ハ靜止ノ狀態ニアラズ、常ニ分列
 シ全ク不規則ニ間質中ニ混在ス。而シテ間質ノ發育不良ニシテ無構造ノ狀態ヲ示シ、細胞
 ハ其著色性一樣ナラズ、核ハ「クロマチン」ニ富ミ不規則ノ分列法ヲ見ルベシ。多核細胞ノ存