

誤トモ認ム可ラザレバ、恐クハ偶然ナルベキカ。  
 Ulesko Stroganowa (23) ハ「マルジャンカ」シンチチューム塊ヨリ分裂シ來ルト  
 認定セシ一核若クハ數核ヲ有スル游離巨能細胞ヲ以テ、半バ、シンチチ  
 ユームヨリ、半バラングハンス層ヨリ生ズルモノトナシ、普通状態ニ於ケ  
 ルガ如ク、病的ノ場合ニ於テモ、シンチチューム及ラングハンス細胞層ハ  
 發生的同一ナルヲ舉揚セリ。氏ハ又、定型種ニ於テハ、腫瘍ノ形態的成  
 分ヲ三種ニ區別シ得ト説キタリ。其ノ一ハ多核ナル「シンチチューム」塊ニ  
 ノ普通胎盤ニ來レル「シンチチューム」ト同一ナリ。其二ハラングハンス層  
 ノ鋭ク限界セル細胞、其三ハ普通胎盤ニ固有ナラザル單一ノ一核、稀ニ  
 ハ數核ヲ有スル同質性「ブラスマ」塊ニシテ、其大ナルト巨核ヲ有スルト  
 ヲ以テ特點トスト云フ。然レモ余ノ研究ニヨレバ此最後ノ細胞ハラン  
 グハンス細胞ト「シンチチューム」細胞トノ移行状態ヲ呈スルモノニシテ、決  
 シテ特異ナル一種ノ細胞ト看做スベカラザルナリ。其他前記ノ著者が  
 腫瘍ノ常成分トシテ血液ヲ擧ゲタルハ最モ至當ニシテ、何レノ例ニ於  
 テモ之ヲ見ザルコトナシ。是レ諸學者ガ一般ニ見タル所、而カモ未ダ道破

セラレザリシ所ナリ。然レモ余ノ意見ニヨレバ單ニ血液トノミニテハ十  
 分ナラズ。余ハ之レヲ多少變化セル凝血ト改メント欲ス此點ハ全ク異  
 論ナキコトシテ、腫瘍ハ「シンチチューム」及ラングハンス層ノ細胞ヨリ成  
 ルモノトシ、此ノ二者ハ「エクトプラステン」ノ産物ナリトスレバ、マルシャ  
 シノ撰ミタル悪性脈絡膜腫ナル名稱ハ適當ナリトス。然トモI. Fraenkel  
 ガ検索セシ十一例ノ鬼胎ニ於テハ脈絡膜絨毛ノ「シンチチューム」及其下  
 ニ存スル細胞層ノ著シク増殖セルニ關ラズ、悪性腫瘍ニ在リテハ其原  
 腫瘍ニモ、亦其轉移ニモラングハンス層ニ歸スベキ細胞ヲ發見セザリ  
 シト云ヘリ。故ヲ以テ氏ハ外觀上、游離細胞ノ存スル場合ニハ、之ヲ「シ  
 ンチチューム」性細胞ノ溶崩シ、或ハ斷裂シタルモノトナセリ。但シ氏ハラン  
 グハンス細胞ノ腫瘍ニ參與スルヲ絕對的ニ非認スルニアラス。唯腫  
 瘍中ニ若キ絨毛ノラングハンス細胞ト全ク同一ナル細胞ノ存スル時  
 ニノミ、彼レガ腫瘍ニ參加スルヲ認メタルナリ。  
 E. Fraenkel (24) モ亦略同一意見ニシテ、氏ハ脈絡膜游走細胞ノミ存在ス  
 ル遠型種ニ於テハ、定型性腫瘍結節ハ剝除自然若クハ人工或ハ壞死ニ



由テ消失シタルモノトナセリ。余ハ實ニ此論ニ賛成ス。余ガ實驗例ニ於テ違型種ノモノ多シト雖モ、而カモ腫瘍ノ大部分ハ、出血ニ伴フテ排除セラレタルヲ信ゼシムベキモノ比々皆是レナリ。

之ヲ要スルニマルジャンノ所謂定型種ニ於テ見ル所ノ「シンチチウム」間ニ存在スル多形ノ限局細胞ノ起原ニ就テハ尙爭論アリ。マルジャンハ之ヲ以テラングハンス層ノ細胞ヨリ由來スルモノト認め、核分裂像及「グリコーゲン」含有ヲ以テ證トナシ、C. Ruge, Schmidt, L. Fraenkel 等ハ未ダ全ク此意見ニ賛成セザルナリ。

其他全然ラングハンス細胞ノミヨリ成レル腫瘍ハ、Einノ人(Hirschmann, F. Kleinhaus)ヨリ報告セラレタルモ價值少シ。van der Hoeven (25)ハ腫瘍ヲ(一)シンチチウム「ノミヨリ成ル者」(二)シンチチウム「及ラングハンス細胞ヨリナル者」(三)ラングハンス細胞ノミヨリナル者(四)シンチチウム「ラングハンス細胞及絨毛」ストローム「ヨリ成ル者」ノ四種ニ區別セリト雖モ探ルニ足ラズ。

終リニ Gottschalk (26)ノ全絨毛ヨリ發生ストノ說ニモ亦多少ノ賛成家アリ。氏ハ初メ腫瘍ハ絨毛結締細胞ヨリ發生ス。故ニ肉腫ト看做スベシト說キタレモ、後ニハ絨毛「エクトデルム」ノ増殖ヲモ是認シ、純粹ナル「シンチチウム」細胞ヨリ成ルモノハ、「シンチチアール」癌腫ナリト論ゼリ。Kaltenbach, Aschoff, Apfelstedt, Hartmann, Toupet 等之ヲ贊シ、Aczel (27)モ亦絨毛ヨリ成ルヲ認メタレモ、此絨毛類似組織内ニハ脱落膜細胞類似ノ細胞ヲ存スト云ヘリ。故ニ氏ハ或ル意味ニ於テハ、「ゴットシャルク」及「ゼンダ」ルノ意見ヲ綜合シタルモノト云ヒ得ベシ。

(第三) 先天性原基ヨリ發生ストノ說ハ、最近時ニ至リ唱道セラレタリ。蓋シ從來惡性脈絡膜上皮腫ハ直接若クハ間接ニ妊娠ト關係アリ。即チ此腫瘍ハ婦人ニ限リテ來ルモノト認めラレ、從テ此點ヨリ其發生ニ就テ立說セラレタルモ、西曆千九百〇二年 F. Schlangenhauer (28)ノ甚ダ價値アル業績出ヅルニ及ビ、此腫瘍ノ發生論ニ就テ一紀元ヲ生ジタルガ如シ。氏ハ四十三年ノ一男子ニ來レル睪丸腫瘍及其肺轉移ヲ検査セシニ、睪丸腫瘍ニハ畸形腫ニ特異ナル成分ノ外ニ、定型性脈絡膜上皮腫ト同一ナル組織アリ。其肺轉移モ亦脈絡膜上皮腫ト毫モ異ナラザリキ。氏



ノ記述ニヨレバ、是レヨリ先キ脈絡膜上皮腫問題研究ノ爲メ設ケラレタル英國委員會ニ於テモ、亦等丸腫瘍ノ肝及淋巴腺轉移ニ脈絡膜上皮腫様造構ノ存在ヲ認メ、彼ノ組織ガ必ズシモ所謂惡性脱落膜腫ニ特異ナラザルヲ報告シ、Lubarschハ十三歳ノ未ダ月經ヲ來サバル一處女ノ腹腔腫瘍ニ、脈絡膜上皮腫ノ定型的造構ヲ發見シ、此例ハ脈絡膜上皮腫ノ組織ハ妊娠ニ關ラズ、生殖器ノ組織ヨリ新生物的増殖ニ由テ産出セラル、ヲ示ス者ナリト説キ、ラングハンスモ亦類似ノ造構ヲ有スル等丸腫瘍ヲ記述シ、Malassetz u. Monodモ類例ヲ報告セリト云フ。此研究ニ基キ Schlangenhauterハ次ノ如ク論斷セリ。曰ク縦令ヒ妊娠ノ影響ヲ受ケザルモ、脈絡膜上皮腫ト同一ナル増殖及轉移ヲ呈スル腫瘍アリ。此腫瘍ハ腫瘍學ノ普通ノ意味ニ於ケル肉腫若クハ癌腫ニアラズ、脈絡膜上皮被膜ヨリ産出セラル、モノナリ。如此キ腫瘍已ニ等丸ノ畸形腫ニ於テ確定セラレタリ。卵巢畸形腫ニ於テモ亦恐クハ來ルモノナラン。加之畸形腫ニモ亦來リ得ベシ。如此ク妊娠ノ影響ナクシテ來レル畸形腫内ノ脈絡膜上皮腫ヲ以テ、胎兒性卵膜ノ上皮膜ヨリ發生スルモノト假定ス

レバ、女子ニ來レル脈絡膜上皮腫ノ特異ナル發生モ亦推定スルニ難カラズト。

氏ハ尙此研究ニ基キ鬼胎様増殖モ亦畸形腫ニ來リ得ベキヲ推定シタルガ、氏ハ「リテラツール」ヨリ畸形腫鬼胎様増殖ヲ記述セラレタル五例ヲ搜索シタリ。即チ Waldeyer, Breus, Kanthack u. Pigg, Silberstein 并ニ Mac Collumノ例是レナリ。氏ハ之ヲ卵膜若クハ其遺殘ヨリ發生スルモノトナシ、之ヲ女子ノ鬼胎ト同一視セリ。

氏ノ所論ヲ以テ確實ナリトスレバ、脈絡膜上皮腫ハ妊娠ニ由テ變化シタル肉腫ニアラザルコト勿論ナリ。シンチチュームハ血管内皮細胞或ハ母體子宮上皮ヨリ發生ストノ説モ維持スベカラズ。反之「シンチチューム」ガ胎兒性ナルキハ確實ニシテ、彼レガラングハンス細胞ヨリ變化シ來ルヲモ亦爭フ可ラザルガ如シ。

又氏ハ妊娠ト腫瘍發生トノ間ニ、長年月ヲ經過セシ脈絡膜上皮腫ヲ説明センガ爲メニ次ノ臆説ヲ出セリ。曰ク此惡性腫瘍ノ發生點ハ通常完成シテ有機的關係ヲ保持スル絨毛ニアラズ。却テ爾他卵膜ノ構成ニ用



ヒラルベキ胎兒的物質ノ早期ニ除却セラレタル胎芽ナルベシ。從テ脈絡膜上皮腫ハ一種ノ畸形腫様物質ヨリ發生ス。勿論胎芽ノ除却ハ時トノ妊娠中ニ成就スト。

之ニ次テ L. Pick (29) ハ卵巢皮様囊腫ニ於ケル鬼胎様増殖ヲ報告シ。Boström (30) ノ興味アル一例モ亦出ツ。後者ハ小ナル腦ノ一腫瘍ヲ鏡檢セシニ、脈絡膜上皮腫ト同一ナル構造ヲ認メタリ。此患者ハ三十年ノ男子ナリシガ、暫時ニシテ死亡セリ。剖檢上腹膜後淋巴腺ニ巨大ナル腫瘍アリ、且ツ肺、肝及腎ニ無數ノ轉移ヲ存セリ。此等ノ腫瘍ハ肉眼的及顯微鏡的ニ、大ニ脈絡膜上皮腫ニ一致シ、腫瘍中ニハ他ノ組織ヲ存セザリシト云フ。爾來妊娠ト關係ナキ脈絡膜上皮腫ノ報告續出スルニ至レリ。今其主要ナルモノヲ擧グレバ次ノ如シ

Zagorjanski-Kissel (31) ハ妊娠占居部以外ニ於ケル原發性脈絡膜上皮腫ニ就テ論ジ、其十七例ヲ報告シ。Riscel (32) ハ惡性脈絡膜上皮腫及卵丸畸形腫内ニ於ケル同一ノ増殖ヲ説キ、J. Ritchie (33) ハ縱隔ニ發生セル胎兒腫ノ一例ト題シ、廿四歳ノ男子ニ於テ前縱隔ニ皮膚様囊腫ノ傍ヲ、固體性出

余モ亦最近一例ヲ發見セリ

血性定型脈絡膜上皮腫様部ヲ發見シ、兩肺、肝及脾ニ同一ノ轉移ヲ認メタルヲ報告シ。W. St. Djewitzki (34) ハ七十五歳ノ婦人ニ來レル膀胱後壁ノ潰瘍性脈絡膜上皮腫ニシテ、肺、氣管支腺、脾及腸ニ轉移ヲ來セシ一例ヲ公ニシ。Fritz Michel (35) ガ脈絡膜上皮腫様構造ヲ有スル卵巢ノ癌腫ヲ報告スルヤ、L. Pick (36) トノ間ニ數回ノ論難アリ。其他 Schmauch, Westenhoefer, Emanuel, v. Hansemann, Ribbert, Teacher, Otto Busse 等モ、或ハ卵丸或ハ卵巢ノ畸形腫内ニ脈絡膜上皮腫様増殖ヲ認メタルヲ報告セリ。之ヲ要スルニ、卵丸若クハ卵巢ノ畸形腫ニシテ、三胚葉產物ノ外ニ、時トシテ形態學的定型性脈絡膜上皮腫様組織及鬼胎様増殖物ヲ含有スルコトアルハ確實ナリトス。而シテ其發生ハ何レモ先天性元基ニ歸セラレタリ。此點ヨリ推考シテ二ノ論者ハ子宮ニ來レル惡性脈絡膜上皮腫ノ發生ヲ解決セント試ミタルナリ。

尙茲ニ一言ヲ要スルハ、子宮ニ原發性腫瘍ノ痕跡ガモ之レナクシテ、腔或ハ腔及他ノ器臟ニ發生セル脈絡膜上皮腫ナリ。如此キ例ヲ報告シタル人少カラズ。Pick (鬼胎排出後) Schmorl (正規分娩後) Schlangenhauter (鬼胎



後) Schmidt I. (鬼胎後) Lindfors (正規分娩後) Schmidt II. (鬼胎後) Cueraud u. Fiedler (正規分娩後) Petalazza IV. (此例ニ於テハ腫瘍ハ筋層ニヨリ) William, Peters (鬼胎後) H. Huebl, Poten Vasmer, Zagorjanski-Kisiel. (七回ノ報告ヲ見ル) v. Rosthorn, G. Schmauch 等ノ如キ是レナリ。此發生ヲ説明スルニ二説アリ。一ハ悪性胎盤腫瘍ハ子宮ヲ侵襲スルコトナク、分娩ノ際全ク排泄セラレ次デ腔ニ轉移ヲ來セシ者ナリト唱ヘ (Neumann, Schmori. u. a.)<sup>1)</sup> 一ハ鬼胎絨毛ノ「デボルタチオン」ニ由テ腔ニ原發性腫瘍ヲ來セシモノナリト (Schmidt, L. Pick u. a.)<sup>2)</sup> ニ在リ。又同ジク鬼胎絨毛ノ「デボルタチオン」ヲ信ズルモ、而カモ鬼胎ニハ良性及ヒ悪性ノ二種ヲ區別シ得ベシト云フ人アリ。最近時 Schmauch<sup>(37)</sup> ハ詳細ナル研究ヲ遂ゲ、嘗テ「エールリッヒ」ノ研究ニ據リ「フアイト」ノ論ゼシト同一ノ意見ヲ出ダセリ。曰ク胎兒ノ產物タル「シンチチューム」細胞ハ離斷シテ母體血行内ニ「デボルチーレン」<sup>(輸送)</sup> セラル、モノナリ。然ル通常ハ形成セラル、<sup>(ノ意)</sup> 「シンチチヨリシ、チ」 Syncytolysine ニ由テ溶解セラル、モ、若シ然ラザルトキハ増殖スト。是レヨリ先 Peters<sup>(38)</sup> モ亦腔ノ脈絡膜上皮腫ヲ全絨毛ノ「デボルタチオン」ニ由テ

説明シテ曰ク、胎盤ノ絨毛及其上皮ハ終リマデ悪性ニ増殖セザルモノ、如シ。但シ「シンチチューム」及「シンチチューム」性游走細胞ハ多數ニ存在シ、恐クハ此時期ニ於テモ尙増殖機能ヲ有シ、遠型的脈絡膜上皮腫ヲ形成スルニ至ルモノナリト。氏ノ意見ハ Schmori<sup>(39)</sup> ノ「エムボルス」的ニ移動セラレタル胎盤細胞ノ運命」ト題スル業績ニ於テ正當ナルコトヲ證明セラレタルガ如シ。J. Veit<sup>(40)</sup> モ亦絨毛ノ移動及其結果ニ就テ研究セシガ、氏ハ論ズラク悪性脈絡膜上皮腫ノ特異ナル點ハ靜脈内ニ於テ絨毛部分ノ非常ニ増殖シ、靜脈外ニ於テ母體結締織中ニ巨大ナル多形細胞ノ存スルニアルモノニシテ此細胞ノ價值ハ未ダ全ク明亮ナラザレバ、マルシャン<sup>(41)</sup> ハ之ヲ母體組織内ニ増殖セシ悪性胎兒性組織ト認メタルガ、余モ亦悪性疾惡ノ發生ハ茲ニ一原因ヲ存スルモノト看做セリ。故ヲ以テ余ガ從來主張セシ子宮肉腫説ハ益々廢棄セザル可ラザルヲ悟レリ。然ル普通妊娠ニ於テモ子宮壁内ノ結締織中ニ床脱落膜性巨態細胞<sup>(シンチチューム)</sup> 性游走細胞ト命名セラレタル類似ノ細胞アリ、而カモ悪性價值ヲ有スルコトナシト。



最近時 Kueb (41) ハ「シンチチヲリシーネ」ヲ次ノ如ク駁撃セリ。曰ク經妊婦ノ子癩ニ侵サル、フ少キハ、既往ノ妊娠ニヨリ對毒質即チ「シンチチヲリシーネ」ノ貯蓄セララル、ニ由ル。即チ經妊婦ノ體液ハ「シンチチヲリシーネ」ニ富ムト認メザル可ラズ。然ルニ脈絡膜上皮腫ハ經妊婦ニ多シ、且ツ子癩ノ後ニハ絨毛ノ「デボルタチラン」最モ多キニ關ラズ、未ダ嘗テ彼ノ腫瘍ノ發生スルヲ見ズト。此等諸説ノ是非ハ未ダ容易ニ判斷スベカラズ。

以上ノ研究ニ由レバ子宮ニ原發性腫瘍ナクシテ腔ニ脈絡膜上皮腫ヲ來セシ場合ハ、先ヅ以テ絨毛若クハ其上皮被膜ノ「デボルタチラン」ニ由テ説明スルヲ適當トスベキモ、余ハ原腫瘍ノ排除セラレタル場合モ亦之レアルヲ信ズ。此如キ絨毛「デボルタチラン」ハ普通妊娠ニモ之ナキニアラザレモ殊ニ屢々鬼胎ニ於テ見ル所ニシテ、惡性脈絡膜上皮腫ハ又屢々鬼胎ニ續發ス(約五十%)而カモ必發スルモノニアラズ。故ニ鬼胎ニハ良性ト惡性トノ二種アルヲ確實ナルガ如シ。此二種ハ組織的ニ鑑識シ得ベキカ、是亦吾人ノ研究ヲ要スル問題ナレモ、余ハ現今ニ於テハ組

織的ニハ鑑別シ得ザルモノト認ム。Neumann (42) ノ論ズル所ニヨレバ、良性鬼胎ニ於ケル「シンチチウム」増發ハ絨毛ノ表面上皮ニ於ケル些少ノ増殖ニ過ギザルモ、惡性鬼胎ニ於テハ「シンチチウム」細胞ハ遠型増發ヲ呈シテ絨毛體內ニ侵入スト云フ。Schmoll モ亦絨毛上皮就中「シンチチウム」ノ産物ハ絨毛結締織内ニ入りテ茲ニ多少ノ索狀ヲナス。如此キ場合ニ於テハ前記絨毛ノ變化ト惡性脈絡膜上皮腫トハ密接ノ關係アル者ナリト云ヘリ。又 Durante (43) ノ如キハ此ノイマン細胞ヲ以テ全鬼胎ノ惡性ヲ決定シ得ベシトマデ論ゼリ。反之マルジャンハ前記ノ細胞ヲ以テ圓形ニ腫脹セル結締織細胞ニ他ナラズ、從テ早期ニ良惡二性ヲ區別シ得ベキ徵候トナラズト説キ、Lick ハ彼ノ絨毛ハ「シンチチウム」ノ遠型性増發ナルヲハ認ムルモ、是レ決シテ鬼胎ノ惡性ヲ表明スル者ニアラズト論ジ、寧ロ上皮ヲ有スル細胞ガ早期ニ母體血管ト連續シ、且ツ速カニ深ク子宮壁内ニ侵入スルヲ以テ惡性ノ特徴トナセリ。Gottschalk 曰クノイマン細胞ハ游走機能ヲ有スルヲ以テ、已ニ通常ノ場合ニ於テ前存セル空隙殊ニ靜脈内及胎盤部ノ子宮筋組織内ニ竄入スルモノナリ。此



等若シ無限ニ増殖シ且ツ血管壁ヲ穿破スレバ、茲ニ初メテ悪性トナルト。其他 C. Ruge, Segall, Solowij 等モノイマン説ニ反對セリ。而カモ此等ノ諸家ハ皆鬼胎ニ良悪二種アルヲ認ムルモノニシテ、悪性ヲ表示スル組織的區別點ニ就テ異論アルノミ。其他鬼胎ニ於テハ已ニ一定ノ悪性アルヲ説ク人アリ。即チ van der Hoeven, Kworostansky 等ノ如キ是レナリ。然モ鬼胎ノ必ズシモ悪性ナラザルハ吾人ノ已ニ認ムル所ニシテ、此等諸氏ノ悪性論ハ今日ニ於テ最早維持スベカラサルヲ信ズ。余ハ余ノ結論ヲナスニ先チ、余ガ研究ノ對照トシテ組織的鏡檢ヲ施シ得タル、妊娠約三ヶ月及産褥第六日ニ於ケル子宮胎盤部ニ就テノ所見ヲ述ベント欲ス。

妊娠約三ヶ月ノ子宮標本ハ腔部癌ノ爲メ全別出術ヲ行フテ得タルモノナリ。此子宮ハ胎兒ヲ除去シタル後「フォルマリン」亞爾箇保兒ニテ硬化シ、其胎盤部ヨリ切片ヲ製出セリ。

其鏡像ハ余ガ第二回報告ニ於テ子宮實質間筋腫ニ妊娠約三ヶ月ヲ兼ネタル子宮胎盤部ノ標本ト略ニ一致ス。即チ余ハ此標本ニ就テモ所謂脈

絡膜性游走細胞「シンチチウム」巨態細胞「ガ深ク筋纖維間ニ侵入スルヲ認メ得タリ。然レ比較的小ニシテ嘗テ増贅ノ狀況ヲ呈スルコトナク、殊ニ悪性腫瘍ニ於ケルガ如キ血管トノ親密ナル關係ヲ認メ得ルコトナシ。勿論普通ノ胎盤組織ハ子宮筋纖維上ニ存在セリ。

次ニ産褥第六日ニ於ケル子宮ハ、分娩後第六日ニ突然發生セシ全内翻症ノ整復シ難キ者ヲ頸部ヨリ切除シ得タルナリ。胎盤部ハ僅カニ隆起シ、恰モ嚙チラレタルガ如ク粗糙ノ觀ヲ呈シ、爵血ノ爲メ少シク腫脹セリ。鏡檢スルニ筋纖維間ニハ極テ稀少ノ「シンチチウム」性巨態細胞ヲ存スルモ、却テ萎縮ノ状態ニ在ルヲ認ム。但シ絨毛結締織及「ラングハンス」細胞ハ全ク缺如ス。反之表面ノ一部ニハ尙大小數種ノ脱落膜細胞併ニ凝血及纖維素線ヲ存シ、更ニ深部ニ於テハ不完全ナル子宮腺ヲ有セリ。胎盤剝離後如此キ巨態細胞ノ多少存スルコトハ、嘗テ已ニ先輩ニ由テ論セラレタル所ナリ。即チ Leopold (44) ニヨレバ胎盤剝離後巨態細胞ハ唯僅カニ存在シ、Ries (45) ハ數多ノ檢査ニ於テ僅カニ一回床脫落膜細胞ヲ發見シ、Heuch (46) ハ分娩後月餘ヲ過グルモ尙ホ巨態細胞細ヲ認メ、Pels



Leusden (47) ハ分娩後三日乃至十日間ハ、常ニ巨態細胞ヲ脱落膜及最上筋層内ニ發見シ、加之一例ニ於テハ十四日ヲ過ぎ無數ノ巨態細胞ヲ存シ、殆ド悪性腫瘍ヲ推測セシメ、又タ格外ノ一例ニ於テハ分娩後二十四日ヲ經テ筋組織内ニ巨態細胞ヲ存セリト云フ。Wormser (48) モ亦分娩後彼ノ細胞ヲ認メタルヲ數回之レアリ、而カモ第四週後ニハ嘗テ之レナシト論ゼリ。

依是觀之普通妊娠ニ於テモ亦、脱落膜併ニ筋組織内ニ脈絡膜性游走細胞ハ妊娠后久シキ間已ニ快復セル粘膜中ニ證明セラレ得ルモノナリ。而シテ此組織的鏡像ハマルジャンノ意義ニ於ケル悪性脈絡膜上皮腫ノ遠型種ニ酷似ス。此兩者ハ何ニ由テ區別セラル可キカ。余ガ見ル所ニ據レバ、普通妊娠子宮ノ胎盤部ニ於ケル脈絡膜性細胞ハ比較的小ニシテ、其形狀甚ダ不正ナラズ、多クハ各個游離シテ存在シ、從テ増殖機轉ヲ呈セザルモ、悪性脈絡膜上皮腫ニ於テハ彼ノ細胞ハ不正形ヲ呈シ、大ニシテ屢々數核ヲ有シ、其核ハ往々分裂像ヲ呈シ、之ヲ換言スレバ、著シキ増殖機轉ヲ示シ、深ク筋纖維間ニ入り、殊ニ血管周圍ヲ占領スルガ如シ、Co

tschalk, Kworostansky (46) 等モ亦嘗テ此說ヲ唱ヘタリ。然ルモ單純ナル組織的検査ノミニ由テ此鑑別ヲ下スノ困難ナルコトハ、余モ亦 Blumreich (50) Ruge (前出) 等ニ同意セザルヲ得ザルナリ。後者ハ筋組織内ニ「シンチチウム」及「ラングハンス細胞」ノ存スルヲ以テ悪性機轉ノ徵トナシ、又 Grein (51) ハ絨毛結締組織ノ存留ヲ舉テ悪性ノ徵候トナシタレ、何レモ信ズ可ラズ。何トナレバ余ガ實驗例中ニハ單ニ「シンチチウム」性細胞ノミ存在シ、而カモ臨床的ニ悪性脈絡膜上皮腫ノ特異ナル症狀ヲ呈セシモノアリ、且絨毛結締組織ノ存スルニ關ラズ、比較的良性ノ者アリタレバナリ。Zöve Tossrand (52) ハ嘗テ產褥子宮ニ於ケル普通ノ巨態細胞ト、脱落膜腫ニ於ケルソレトヲ區別シ、思ヘラク脱落膜腫ニ於ケル巨態細胞ハ、若シ一核ナル時ハ巨大ナル核ヲ有シ、クロマチンニ富ム。若シ數核ナル時ハ產褥子宮ニ於ケル巨態細胞ヨリ核數少シト。然ルモ余ガ研究ニヨレバ如此キ區別アルナク、要ハ増殖機能ヲ呈スルト然ラザルトニアルノミ。思フニ「シンチチウム」ハ自己ノ發生地ヲ離ル、モ、普通狀態ニ於テ尙又病的狀態ニ於テ、周圍組織ヲ費シテ自ラ養ヒ且ツ増育スルノ機能ヲ有スル



ハ已ニ人ノ知ル所ナリ。而シテ此機能ハ普通產褥子宮ニ於テハ殆ド全ク缺如シ、反之惡性鬼胎ニ於テハ最モ著明ナリ。茲ニ於テカ惡性鬼胎ト惡性脈絡膜上皮腫トノ親密ナル關係生ズ此ノ兩者ハ同一新生物ト看做シテ可ナラン。是レ余ガ已ニ少シク上文ニ於テ論ジタル所ナリ。

前記ノ研究ニ基キ惡性脈絡膜上皮腫ノ組織的發生ニ關スル余ガ意見ヲ綜合括約スレバ左ノ如シ

(第一) 惡性脈絡膜上皮腫ニハマルシャン説ノ如ク、定型及遠型ノ二種併ニ其中間種ノ鏡像ヲ與フルモノアルハ事實ナリ。然レ此等ハ果シテ各別種ナルヤ否ニ就テハ疑フベキモノアリ。余ノ研究ニ據レバ、本種ハ恐クハ唯一種ニシテ必ズ、シンチチウム<sup>チチウム</sup>及ラングハンスノ兩細胞ヨリ成ルモノナリ。余ガ實驗例ニ於テモ單ニシンチチウム細胞ノミヨリ成レルガ如キ腫瘍、即チマルシャンノ所謂遠型種ナル者尠ナカラズト雖モ、是レ等ノ例ニ於テハ、特異ナル腫瘍部分ハ營養缺損ノ爲メ早ク已ニ壞死ニ陥リテ、自然ニ或ハ人工的ニ排除セラレ、通常深ク筋纖維間ニ進入シツ、アル所ノシンチチウム細胞ノミ遺殘シテ、尙ホ増殖機能ヲ逞フシ

ツ、アルモノト認ムルヲ得ベシ。故ニ一定ノ場合ニ於テハラングハンス細胞モ亦遺殘シ得ルコトハ勿論ナリトス。此點ヨリ推斷スルニ定型遠型ノ區別ハ必ズシモ設クルヲ要セズ。又所謂中間種ニ於テハ脱落膜細胞ノ變化セルモノヲ混合スルナラン。加之余ハ實ニ最初ノ研究ニ於テハ、脱落膜細胞ヨリ腫瘍細胞ヲ發生スルナラント信ジタリ。今回ノ研究ニ在テモ亦脱落膜細胞ガシンチチウム細胞ニ移行スルガ如キ標本ヲ見タリ。然レ細カニ研究スレバ此兩細胞ハ全然區別シ得ベク、唯腫瘍細胞ノ脱落膜細胞ニ混在スルニ當テ、後者ハ前者ノ刺戟ニヨリテ多少變化シ、所謂中間細胞ト略ボ同一ノ形態ヲ呈スルモノアルニ至ルベシ。是レ余ガ前段ニ於テ本腫瘍細胞ハ恰モ脱落膜細胞ヨリ發生スルノ狀況アリテ、脱落膜細胞ハ本腫瘍ノ發生ニ幾分參加スル場合アルヘシト論ゼシ所以ナリ。

絨毛、ストローマハ比較的多數ノ例、殊ニ鬼胎ニ續發セシ腫瘍ニ於テ之ヲ認メタリ。然レ多クハ退行變性ノ状態ニ在リ。加フルニ絨毛其者ノ靜脈内、デボルタチオンヲ除ケバ、深ク子宮組織内ニ入ルコトナク、殊ニ増殖



スルヲナシ。故ニ腫瘍發生ニ參加スルモノト認メ難シ。  
 變化セル血液即チ凝血及其半バ纖維化セルモノハ、何レノ場合ニ於テ  
 モ之ヲ缺クヲナシ。是レ腫瘍細胞ガ血管ヲ穿破シテ出血ヲ來スニ基キ、  
 畢竟積發狀態ニ過ギズト雖モ、此狀態タル甚ダ特異ニシテ、吾人ハ之レ  
 ノミニ由テ已ニ肉眼的ニ本腫瘍タルヲ推定シ得ルヲ多シ。從テ之レヲ  
 本腫瘍ノ組織的一要素ト看做スモ強テ不當ナラザルヘシ。  
 腫瘍細胞ノ周圍ニ及ボセル影響ハ甚ダ一定セス。即チ之レニ接スル子  
 宮筋纖維ハ腫瘍細胞ノ浸潤ニ由リ緩疎トナリ、膨大シ、其核ヲ失ヒ崩溶  
 スルアリ、或ハ却テ萎縮ニ陥リ細長トナルヲアリ。腫瘍細胞ノ浸潤著シ  
 カラサル部ニ於テハ、筋纖維間結締織内及血管周圍ニ殊ニ著明ノ炎性  
 小細胞浸潤ヲ見ル。是レ腫瘍細胞ノ侵襲ニ對スル反抗機能ナルベシ。此  
 浸潤ノ極度ニ達スル場合ニハ、臨床的ニ多少發熱アルヲ常トス。  
 (第二) 惡性脈絡膜上皮腫ノ二要素即チ「シンチチウム」及「ラングハンス  
 細胞」ガ通常健體ニ於テ絨毛ヲ被ヘル同一細胞層ノ増殖繁殖ニ由テ  
 形成セラル、トハ確實也。其狀況ハ鬼胎後ニ發生セシ腫瘍殊ニ絨毛、ス

ト、ローマヲ存スル場合ニ於テ最モ克ク追跡スルヲ得ヘシ。此二要素内  
 ニハ自家ノ營養血管ヲ缺クガ故ニ増殖迅速ナル時ハ、速カニ殊ニ退行  
 變性ニ陥ル。此場合ニ於テハ通常同質狀若クハ稍々顆粒狀ヲ呈セル「シ  
 ンチチウム」ノ「プロトプラスマ」ハ、纖維維狀ニ變シ互ニ交叉錯綜シテ、或  
 ハ網狀ヲ呈シ或ハ星芒狀ヲナシ彼此ノ部ニハ稀少ノ尙ホ遺殘セル核  
 ヲ見ル。ラングハンス細胞モ亦恐クハ此變化ニ參加スルヲアルベシ。此  
 狀態ハ何レノ例ニ於テモ多少存在セシガ、第十二例即チ余ガ實驗セル  
 最大ニシテ已ニ著シク進行シタル腫瘍細胞ニ於テ、最モ明カニ認ムル  
 ヲ得タリ。

(第三) 「シンチチウム」ト「ラングハンス細胞」トハ、既ニ普通ノ狀態ニ於テ  
 密接ノ發生的關係アリ。此關係ハ兩者ガ細胞ニ變化スル後ニ至テモ亦  
 存在ス。余ハ「シンチチウム」ト「ラングハンス細胞」ト相接スル部ニ於テ、二  
 者何レニ屬スベキカヲ明カニシ難キ一種ノ細胞ヲ認メシト屢々之レ  
 アリ。其狀變化膨大セル脱落膜細胞ニ類似スルモ、其「プロトプラスマ」ハ  
 稍々濃厚ニ染色シ、核モ亦著大ナリ。是レ所謂中間(移行)細胞ニシテ、此等



ハ細腫及恐クハ又ラングハンス細胞ハ漸次膨大シ其容積増加スルニ從テ相互ノ壓迫ニヨリ細胞ノ境界ノミ消失シテ多核ヲ有スル「プロトプラスマ」ノ集塊トナリ茲ニ「シンチチューム」集簇ヲ形成スル者ナラント信ズ。故ニ余ノ意見ハ二三ノ先輩殊ニブルヂンスキーガ「シンチチューム」ヨリラングハンス細胞ヲ生成ストノ議論ニハ全ク反對ニシテ却テ「ムメルシュラーグ」(註)「シュランゲンハウワエル」等ノ說ニ一致ス。

(第四) 既ニ「シンチチューム」ヲ以テラングハンス細胞層ヨリ發生スルモノト認定スレバ、悪性脈絡膜上皮腫ノ根元ハ絨毛ノ被膜ニ在リト斷言シ得ベク。從テ本腫瘍ノ胎兒性タルヲハ論ズルマデモナカルベシ。況ンヤ最近時ニ於テ報告セラレタル男子殊ニ其睾丸畸形腫内ニ發見セラレタル同一腫瘍組織ハ、遺殘セル胎兒卵膜ヨリ發生スルモノト認めラルハ、ヨリ外ニ道ナク、子宮内ニ發生セシ脈絡膜上皮腫ヲ同一起原ニ歸スルハ甚ダ適理ナルニ於テオヤ。唯余ハ未ダ自ラ畸形腫内ニ於テ脈絡膜上皮腫様組織ヲ發見シタルヲナク、從テ我論據トシテ之ヲ引用シ克ハザルヲ遺憾トスルノミ。

母體血管ノ内皮細胞ヨリ「シンチチューム」ヲ形成スルノ狀況ハ、何レノ標本ニ於テモ認め難シ。故ニ余ハ斷然此說ヲ排斥セントス。

(第五) 轉移竈ハ殊ニ鬼胎後ノ腫瘍ニ於テハ、全絨毛ノ「デボルタチラン」ニ由テ發生シ得ルコト勿論ナリト雖、單ニ「シンチチューム」ノ一片ノミ血流ニ入りテ他部ニ轉ジ、其小血管ニ固着シ、茲ニ増殖機能ヲ呈スルヲアルハ毫モ疑ヒヲ容レズ。彼ノ「シンチチューム」ガ血管ニ添フテ「ヘモタキシス」ニ由ルカ? 侵入シ、初メ其内皮下ニ達シ、之ヲ挺起シ、次デ之ヲ穿破シテ管腔ニ突出スルノ狀況ハ、屢々鏡檢的ニ證明セラレタリ。如此ク血管腔ニ挺出スル「シンチチューム」ガ斷裂シテ「エムボリー」トナリ、他所ニ轉移シ得ルハ別ニ熟考スルヲ要セザルナリ(此狀況ハ Hammschlag(53) 論文附得。即チ「エムボリー」ハ已ニ一般ニ認めラル、ガ如ク、最初右心ニ達シ、是レヨリ動脈管ニ移リ肺、腦、腎、肝、脾等及屢々腔壁併ニ稀レニハ腸、脾、心臟、副腎、甲狀腺(Hitschmann) 膀胱及外皮(マルシャン) 及余ノ例(大陰唇(Welle) 腎部(Mueller) 子宮壁ノ他部(Zondeck) 及余ノ例(脊髓?) 余ノ例)ニ入り轉移竈ヲ發生ス(註參))



轉移ノ外連續的ニ子宮周圍ニ蔓延シ得ルヲハ、マルジャンノ例ニ於テ證明セラレタリ。

惡性脈絡膜上皮腫ノ組織的發生ニ關スル余ガ研究ノ成績ハ前記ノ如シ、而シテ其發生ノ原因的動機如何ニ至テハ今日未ダ確說ナシ。血中ニ於ケル不明ノ細胞、或ハ血液ヨリ發生セル化學的酸酵素、若クハ「トキシ」ニ歸スルガ如キハ畢竟臆說ニ過ギズ。マルジャン、フレンケル、パウムガルト、ベルスケ、ポーター、其他數氏ガ、鬼胎ニ於テ認メタル卵巢ノ小囊狀或ハ他ノ病的變化ヲ以テ一誘因トナセシニ就テハ、尙將來ノ研究ヲ要ス。余ハ脱落膜ノ不時的剝離ヲ以テ原因的一動機トナサント欲ス。抑モ本腫瘍ノ最モ多ク續發スル鬼胎排出及流産ニ於テハ、脱落膜ハ所謂脱落期即チ妊娠滿月ニ達セズノ剝離スル者ニシテ、之ヲ換言スレバ自然ノ機能ニアラズ、從テ妊卵ハ已ニ排泄セラル、モ尙生活機能ノ盛ナル脱落膜ハ遺殘スルガ故ニ、異物トナリテ一定ノ刺激ヲ遺殘セル脈絡膜絨毛被膜ニ與ヘ茲ニ増贅ノ一原因トナルナカランカ。余ガ實驗第九例ノ如キ、殆ド不全人工流産術ヲ施シタルト同一ノ場合ニ發生セシ本

腫瘍ハ、克ク余ガ臆說ヲ證明スルモノアリ。而シテ他ノ原因ニヨレル流産及鬼胎排出ニ於テモ亦、殆ド同一ノ關係ナクン、バアラザルナリ。終リニ尙鬼胎及脈絡膜上皮腫ハ、良惡兩性ハ組織的ニ區別シ得ベキヤ、ノ問題ニ就テ一言セン。蓋シ是レ已ニ屢々討論ニ出デタル所ニシテ、余モ亦前段彼此ノ部ニ於テ之レヲ論ゼシガ、此ノ組織的區別ハ諸家ノ說キシガ如ク全ク不可能ニ屬ス、先ツ鬼胎ニ就テ論ゼンニ、余ガ實驗第十一例ノ如キ「シンチチューム」及「ラングハンス」細胞ノ特異ナル増殖アルニ關ラズ、一回ノ搔爬術ニシテ全治ノ目的ヲ達シタル場合アリ。反之第一例ノ如キハ「シンチチューム」及「ラングハンス」細胞ノ増殖ハ甚ダ著明ナラザルニ、子宮全部ハ鬼胎其物ノ爲メニ殆ド全ク侵蝕セラレ、終ニ全剔出ヲ要スルニ至レリ。此關係ハ脈絡膜上皮腫ニ於テモ亦同一ニシテ、定型違型ニ由テ決シテ良惡二性ヲ區別シ得ルモノニアラズ。况ンヤ余ガ所見ニヨレバ所謂違型種ナル者モ、其ノ初メハ定型種ニシテ、唯腫瘍ノ定型的部分ハ排除セラレタルニ過ギザルニ於テオヤ。サレバ臨床的治療ノ方針トシテハ、縱令ヒ脈絡膜上皮腫ヲ診定スルモ直ニ患婦生命ノ危險



ナキ限リハ先ツ搔爬術ヲ試ミ治癒ノ目的ヲ達セザレバ茲ニ初テ子宮  
 全剔出術ニ進ムヲ以テ正當ト看做スベキハ勿論ナリトス。何ゾ况ンヤ  
 從來ヨリ本腫瘍ノ自然治癒ヲ見タル人少ナカラズ Desiderius v. Velits,  
 Reeb, Litaue, Grein, Hammerschlag, Krukenberg, Hörmann (以上)  
 此治癒ノ研究モ亦最近時著シク進歩シタルニ於テオヤ。是レ余ガ茲ニ  
 余ノ研究ニ附隨シテ敢テ臨床家ノ顧慮ヲ煩ハサント欲スル所ナリ(明  
 治三十九年一月廿日脱稿)。

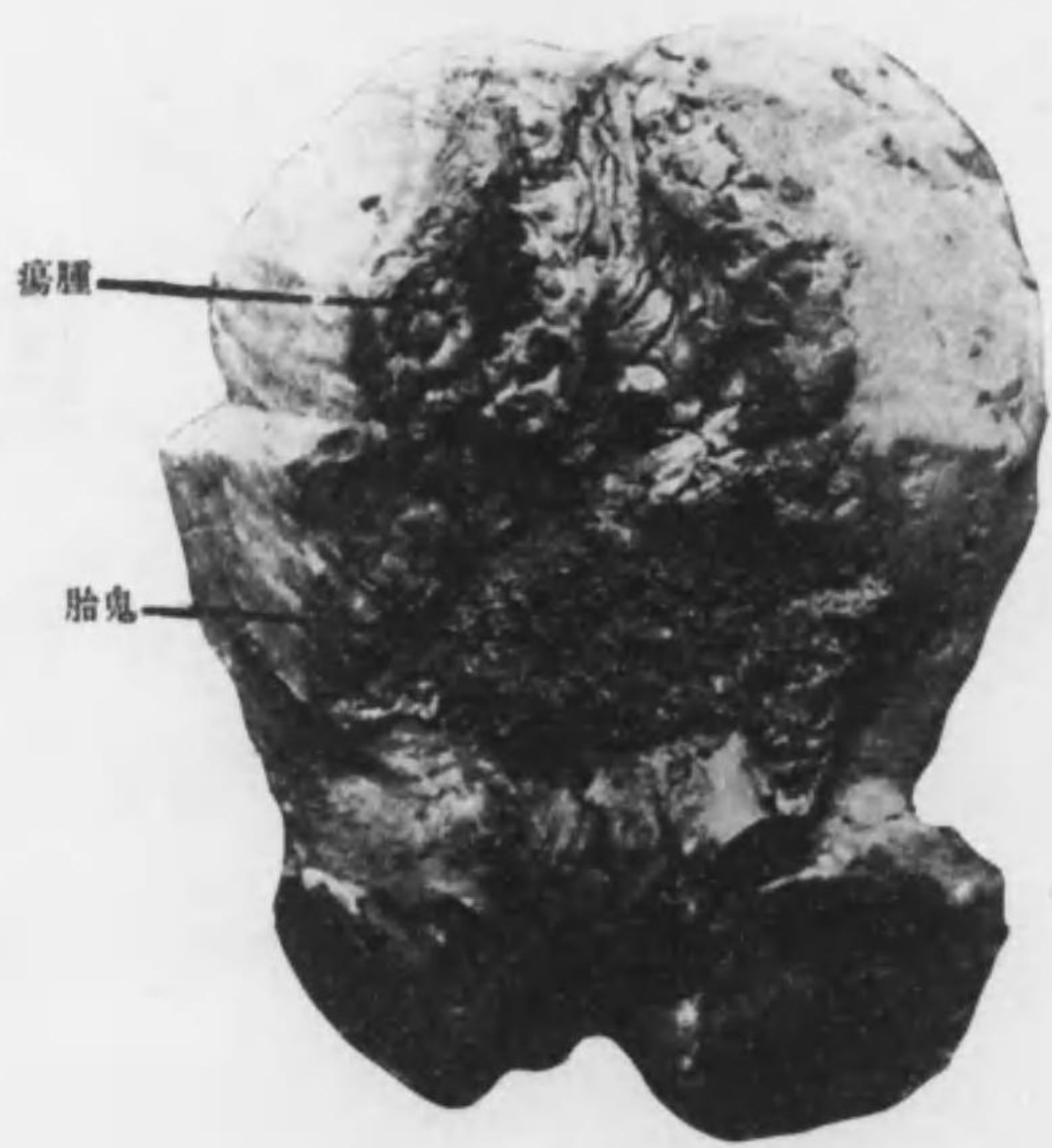
因ニ云フ余ガ用ヒタル組織硬化法ハ「フタルマリン」亞爾爾保兒或ハカ  
 イゼルリング液ニシテ「ツエルロイヂン」ニ埋メ、切片ヲ製シ、染色ハ「ヘマ  
 トキシリン」トピクリン「ヴァンギーソン」ヘマトキシリン「エオジン」ナ  
 リ。りてらつゝるハ略ス。

圖六十六百二第

腫皮上膜絡脈ルタシ發續ニレ之及胎鬼

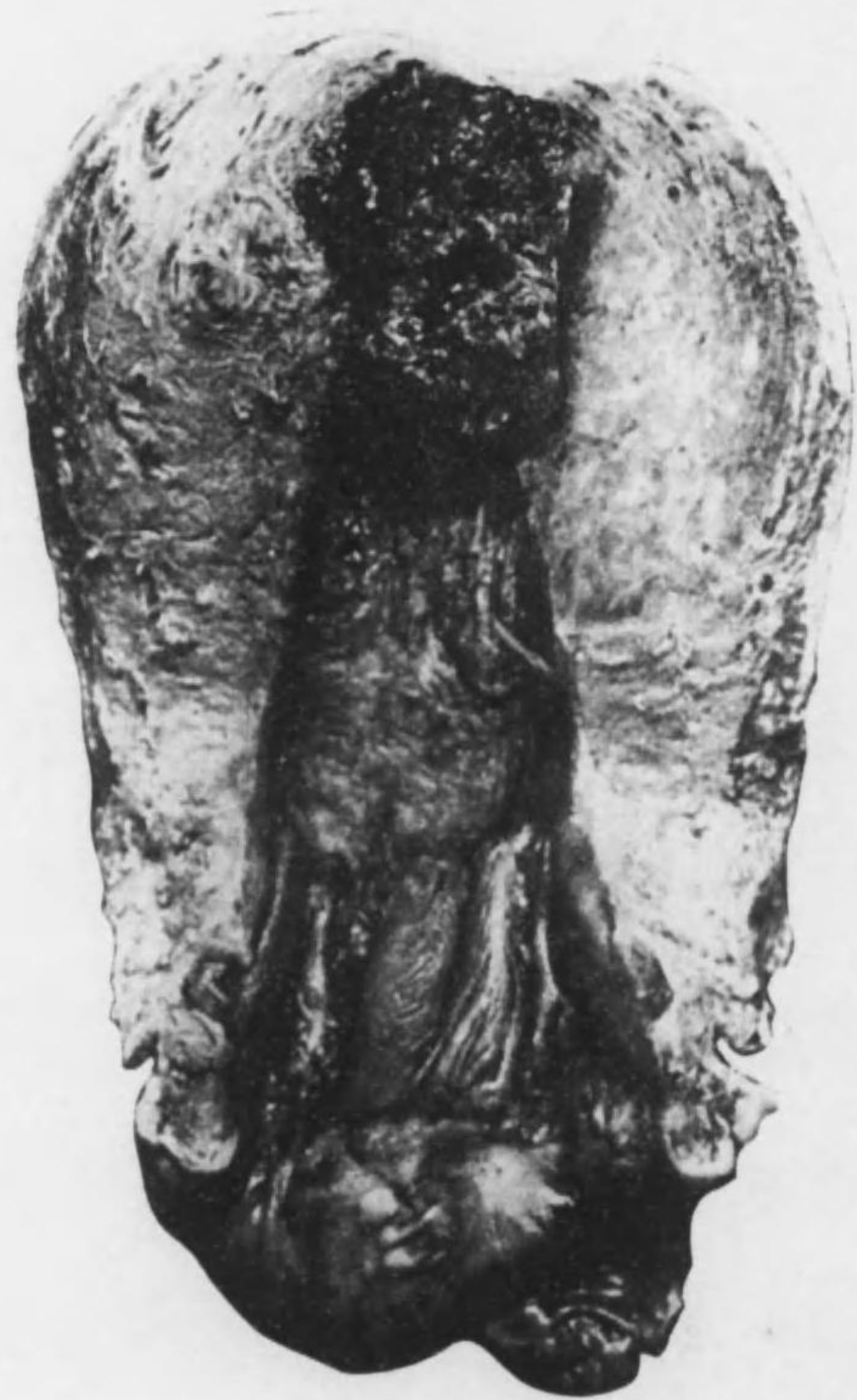
(大然自)宮子女某曾木小

(撰原者著)





圖七十六百二第  
腫皮上膜絡脈性惡  
(大然自)宮子女某崎岩  
(撰原者著)





圖八十六百二第

腫皮上膜絡脈性惡

(大然自)宮子女某藤近

(撰原者著)

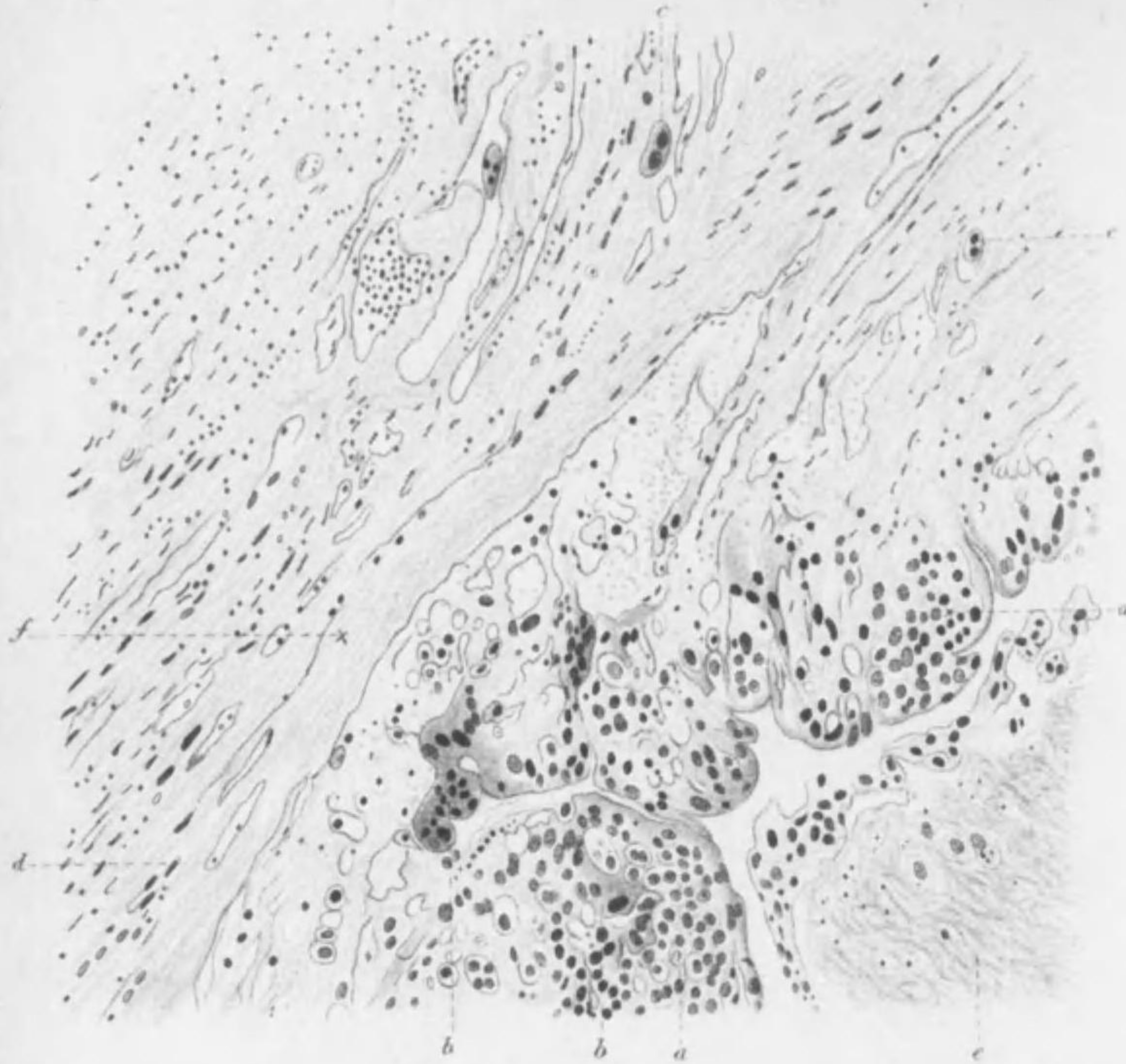


轉移腫瘍

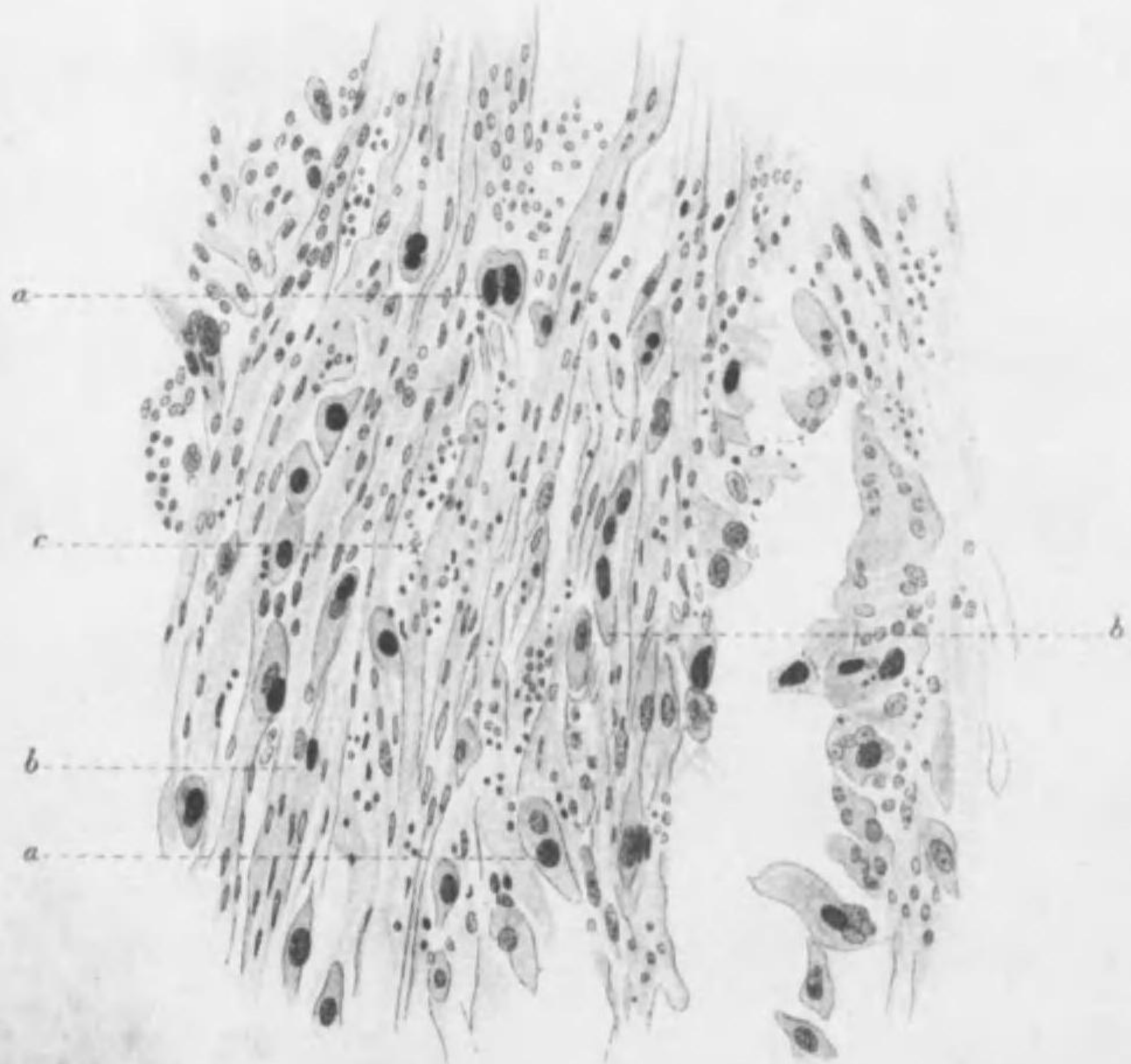




甲



乙



甲  
 a 子宮頸部腺體(子宮頸腺)之管狀腺體  
 b 子宮頸部腺體之管狀腺體  
 c 子宮頸部腺體之管狀腺體  
 d 子宮頸部腺體之管狀腺體  
 x 子宮頸部腺體之管狀腺體

乙  
 a 子宮頸部腺體(子宮頸腺)之管狀腺體  
 b 子宮頸部腺體之管狀腺體  
 c 子宮頸部腺體之管狀腺體

K. Hoermann, Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1904, VIII, Bd. 1



第八編 子宮ニ於ケル手術

(第一) 子宮外口ノ截割 *Discisio orificii uteri*

*externi.*

適應症

本術ハ子宮外口ヲ截割シテ其狭窄ヲ擴張スルヲ以テ目的トス。

適應症ハ子宮外口狭窄ヲ主トシ、又諸種ノ頸管閉塞ニ應用セラレ、多少ノ變式ヲ以テ内口ノ狭窄ニモ施サル。然レ已ニ頸部延長ヲ併發スル者ハ之レヨリ組織ノ一部ヲ截除スルニ非ラザレバ奏効ヲ見ズ故ニ慢性加答兒ニ起因スル單純ノ狭窄ニ於テノミ、初メテ此術ヲ試ムベキナリ。又月經困難ニ於テ頸管ヲ開張センガ爲メ之レヲ行フコアリ。然レ粘膜炎ノ急性炎症及子宮周圍ノ慢性刺戟症狀ヲ呈スル者ハ先ツ其障害ヲ治愈シテ、然後、本手術ニ進ムベシ。

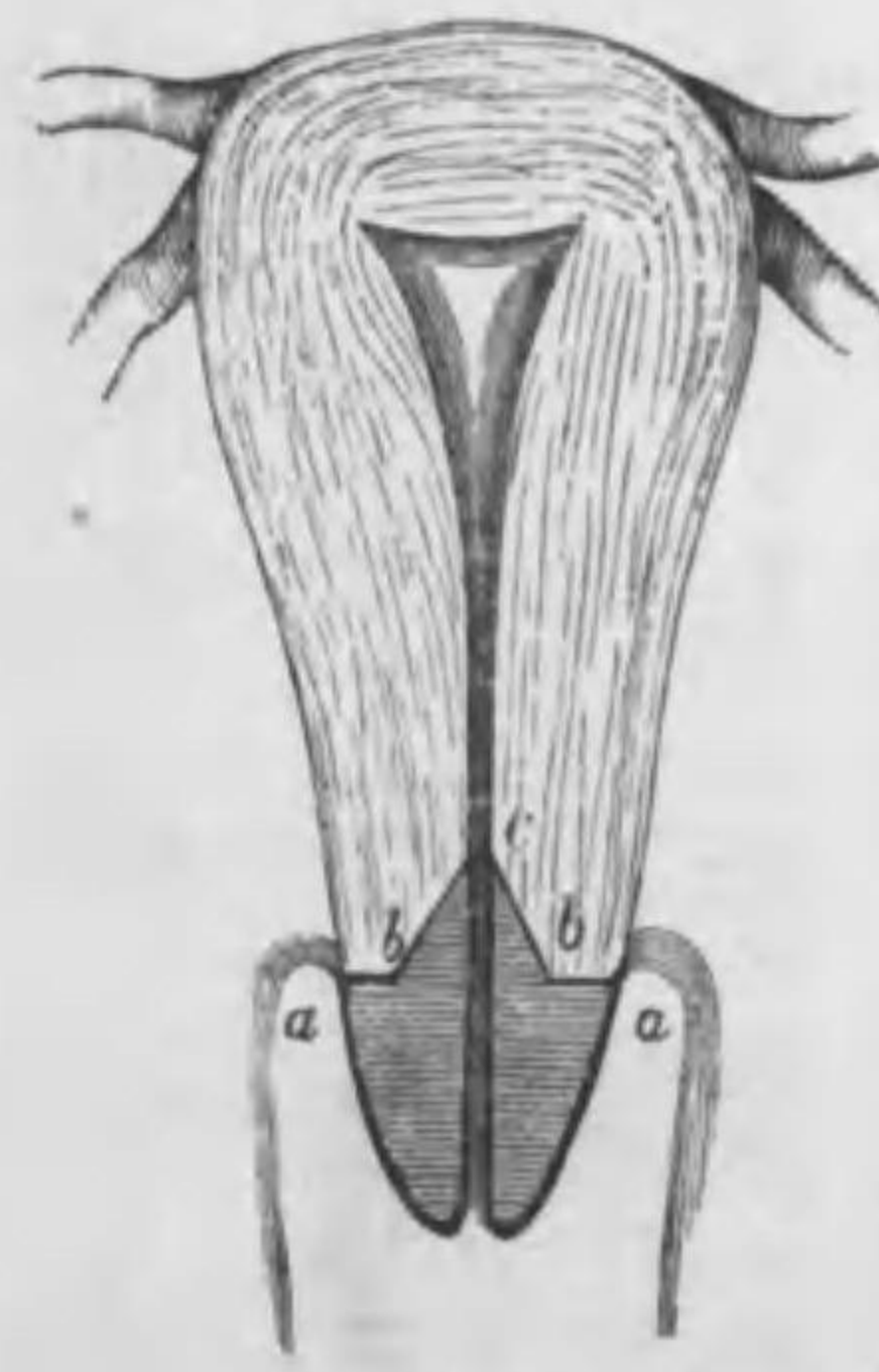
截割ヲ行フニ從來諸種ノ器械(例之バ麻氏ノ被蓋兩刃刀)ヲ用ヒシモ、複雑ニシテ消毒シ易カラザルヲ以テ、寧ロ普通ノ刀及鉗ヲ以テスルヲ可

用ユベキ器械類



トス。此術ヲ行フニハ豫メ子宮粘膜炎ヲ搔爬スルヲ要ス。是レ狭窄症ニ於テハ粘膜炎モ亦罹患スルヲ常トスレバナリ。先ツ下劑ヲ投ジテ腸管ヲ空虚ニシ坐浴ヲ取ラシメ外陰部及腔ヲ洗滌消毒シ次デ麻醉ヲ施シ膀胱採石術ノ位置ニ於テシモン氏保腔器ヲ送入シテ會陰ヲ壓下シ球鉗子ヲ以テ子宮腔部ヲ挟ミ強力ヲ用ヒズシテ牽引スル時ハ全腔穹窿ヲ曝露スルガ故ニ更ニ強消毒液ヲ以テ洗滌シ次デ球鉗子ヲ以テ後唇ヲ挟ミ然ル後きれつてヲ送入ノ子宮體及頸ノ粘膜炎ヲ搔爬ス。次デ持續灌注ヲ行ヒツ、刀或ハ鉗ヲ用テ兩唇ノ側結合ヲ截割ノ腔穹窿ノ附着部ニ

圖二十七百二第  
子宮外口ノ截割  
(ル據ニ學科人婦氏麻)



達ス(第二百七十二圖 a) 次ニ頸管ノ此截割間ニ移行セル部ヲ兩側共ニ切開シ(b c)之ニ由テ其邊緣ヲ廣ク哆開セシム。終リニ子宮腔ヲ洗滌ス。若シ甚ク出血スル

後療法

時ハ二三瓦ノ格魯兒鐵液ヲ注射スベシ。然ルキハ其過剩ナル者ハ創面ニ流泄シ茲ニモ亦止血ノ効ヲ奏ス。或ハ此液ヲ蘸セル薄キ綿花板ヲ創面間ニ挿ムモ可也。次ニ球鉗子ヲ除キ腔ヲ洗滌シ稍大ナルたむぼんヲ腔部ニ壓抵挿置シテ保腔器ヲ除去ス。此際完全ニ止血シタルヲ認定セザル可ラズ。若シ尙出血スル時ハ頸部ヲ穿通シテ結紮ス。

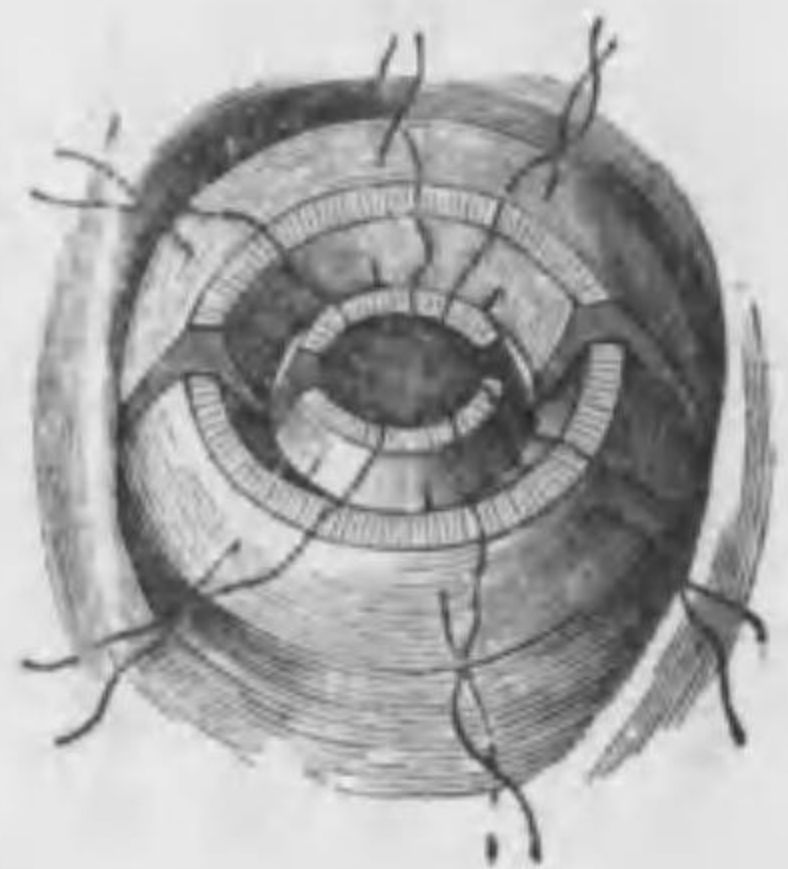
後療法 患婦ハ二日間仰位ニ靜臥セシメ自然ニ利尿スルニ至ラザレバかてして用ヒ第三日ニ至テ腔たむぼん及格魯兒鐵液綿ヲ除ク。若シ已ニ全ク止血シ居レハ腔ヲ洗滌シたむぼんヲ廢シ更ニ二十四時間靜臥セシム。之ニ反シテ尙ホ出血スル狀況アラハ更ニ格魯兒鐵液綿ヲ挿置シ二十四時間ヲ經テ除クキハ大抵止血ス。茲ニ於テ腔ヲ洗滌シ創緣間ニ柯々阿酪ノ坐藥ヲ狭ミ其癒着ヲ妨ク。如此クシテ十乃至十四個ノ坐藥ヲ用ヒ盡スニ至レバ創緣治癒シテ癍痕收縮ヲ起シ廣潤ナル子宮口ヲ形成ス。



(第二) 環形圓錐狀截除 Die kegelmantelförmige Excision. [シモン氏]

環形圓錐狀截除ノ目的ハ前法ニ異ナラズ。然レ粘膜ノ爬除ヲ併施セサルヲ以テ、手術的療法ニ由テ子宮ノ改造ヲ興奮スルヲ要スベキ疾患併ニ頸粘膜炎ヲ存スル者ニ於テハ適應セズ。從テ前法ニ比スレバ之レヲ行フベキ區域狹シ。此術ノ最モ適應スルハ、子宮口狹窄ニシテ其加答兒症狀ハ已ニ消失シ、漸ク頸部延長ヲ來サントスル者ナリ。消毒、麻醉及患者ノ位置ハ、前術ニ同ジ。保障器ヲ用テ會陰ヲ壓下シ、球鉗子ヲ鉤シテ子宮頸部ヲ牽引シ、且ツ持續灌注ヲ施シツ、他ノ球鉗子ヲ以テ後唇ノ最モ突隆セル部ヲ緊張シ、狹刀ヲ以テ子宮口唇ノ兩側ヲ截割シ腔穹窿ニ達ス。次ニ頸粘膜ヨリ適宜ノ距離ヲ隔テ、後唇ヲ下ノ如クニ切開ス。即チ頸部ノ發育ニ準シ一、二乃至數瓏迷ノ深サニ達シツ、一側ノ結合ヨリ他側ノ結合ニ向テ、子宮口ヲ繞リテ切開ス。終リニ外方ヨリ腔部ノ下面ト、後面トノ經界ニ於テ、第二截割—此切線ハ深部ニ於

第百二十七圖 環形圓錐狀截除 (シモン氏)



テ、斜ニ第一截割面ニ撞着ス—ヲ施ス時ハ、環形ノ圓錐組織ハ脫離ス(第二百七十三圖)因テ此全創底ヲ通過シテ縫絲ヲ置ク。此縫合ハ通常頸管ノ粘膜ニ達スト雖モ、出來得ベクハ扁平上皮ト圓柱上皮ノ經界前ニ在ルヲ要ス。—前唇ヨリ環形圓錐ヲ截除スル方法モ亦同ジ。術終レハ沃土仿が—セヲ挿置ス。此手術ハ頗ル行ヒ易ク且ツ止血モ亦確實ニシテ、多クハ第一期癒合ヲ營ムモノトス。術後ハ七日乃至八日間靜臥セシム、而シテ自ラ排尿シ能ハザル者ニハ、かて—てるヲ用ヒ、第四日ニ至レバ蓖麻子油ヲ服セシム。挿置セル沃土仿が—せハ三、四日間交換セザルモ亦可ナリ。縫絲ハ第九日ヨリ除去ス。是レヨリ癍痕ヲ鞏固ナラシメンガ爲メ、洗滌液ニ再留木醋(水一利篤兒ニ付三食匙)或ハ沃土丁幾二五〇、沃土加里五〇、水一七〇〇、(水一利篤兒ニ



付此液ノ一食匙ヲ加フノ溶液ヲ加フルヲ可トス。如此クシテ二三週間ヲ經バ、上皮完成シ、廣ク哆開シタル子宮口ヨリ、其頸粘膜ヲ挺出セシム。

(第三) エムメット氏手術 Emmet'sche Operation

一 子宮頸破裂ノ手術 Die Operat. d. Cervixisses.

子宮頸ノ破裂ハ必ズシモ障害ヲ起サズト雖モ、亦常ニ無害ニ經過スルモノニアラズ。時ニ或ハ著明ナル症狀ヲ發來ス。エムメット氏曰ク子宮頸ノ側破裂ハ慢性子宮内膜炎及實質炎、月經困難、不孕、子宮ノ強度ナル知覺過敏ノ原因トナル。故ニ必ズ其治術ヲ試ミザル可ラズト。實ニ他ノ原因ニ由テ粘膜加答兒或ハ慢性子宮實質炎ヲ發シ、同時ニ子宮頸ノ破裂ヲ存スル時ハ、腔部ノ變形ヲ容易ナラシムルノミナラズ、其癍痕ハ甚シキ疼痛ヲ起シ、爲メニ受孕ヲ妨害スルモノナリ。又吾人ハ頸破裂ノ外縁ヨリ癌腫ノ續生ヲ認メタルヲ稀レナラズ、サレバ頸破裂ハ炎性刺戟ノ蔓延ヲ迅速且ツ容易ナラシメ、其周圍ノ癍痕收縮ニヨリ絶ヘザル刺

戟ノ根原トナリ、其障害ヲ持續セシムル者ト云フベシ。故ニ生殖器ノ他部健全ナル時ハ價值少ク、且ツ施術スルノ必要ナシト雖モ、已ニ子宮周圍ノ疾患ヲ誘發スレハ、直ニ治術ニ着手シ、永久障害ノ原因ヲ除カザル可ラズ。

子宮頸ノ破裂ハ多ク、側方ニ發シ、或ハ一側ヲ限リ、或ハ兩側ニ來リ、爲メニ腔部ハ屢著ク哆開シ、其附着部ニハ硬クシテ大ナル知覺過敏ノ癍痕ヲ形成ス。破裂ハ或ハ子宮唇ヲ限リ、或ハ腔穹窿ヲ越ヘテ腔上頸部ニ達ス。後ノ場合ニ於テハ常ニ子宮周圍ノ癍痕ニ移行ス。甚シキニ至テハ骨盤壁ニ達シ、之ガ爲メ頸部ヲ側方、前方若クハ後方ニ牽引固定ス。若シ側方ニ牽引スル時ハ、子宮頸ノ廻轉ヲ續發シ、視診ニヨリ往、子宮腔部ヲ認メ難ク、破裂ハ却テ前方若クハ、後方ニ來ル。破裂若シ兩側ニ來リ、子宮移動シ得ル時ハ、半バハ子宮粘膜、半バハ其實質ノ變化ニ由リ、子宮頸ハ奇異ノ變形ヲ呈シ、子宮唇ハ粘膜附着部ノ牽引ニ由リ外翻シ、其粘膜ハ腔内ニ挺出シテ菜花狀ヲナシ、小ニシテ前屈或ハ後屈セル子宮體ハ哆開シタル頸上ニアリ。破裂ハ子宮體ノ下端ニ達ス。



症候

**症候** ハ専ラ併發疾患ヨリ來ル、殊ニ頸部ト共ニ腔穹窿部ノ斷裂スル時ハ、頸ノ著シキ哆開ヲ起スハ勿論尙此部或ハ寧ロ骨盤底ノ癍痕ハ、子宮壁ヲ固定スルガ爲メ、骨盤内ノ營養ヲ障害シ、所謂萎縮性骨盤蜂窩織炎(後條ニ論ス)ヲ發生ス、同時ニ頸部ノ甚シキ癍痕收縮ニ由テ持續性ノ疼痛ヲ起シ、各種ノ動作及二便ノ排泄ニ伴ヘル困難ハ、患婦ヲ衰憊セシメ、甚シキ惡液質ノ症狀ヲ呈スルニ至リ、若シ通常見ルガ如ク同時ニ粘膜炎ノ病メル時バ、哆開セル頸管ヨリ多量ノ帶下ヲ漏泄シ、且ツ甚ダ出血シ易ク、其狀恰モ惡性變性ニ似タリ、吾人ハ僅ニ顯微鏡ヲ借リテ、此變化ハ劇甚ナル子宮内膜炎タルヲ知ルノミ、又兩側破裂ハ骨盤器臟ノ移動性、從テ其營養ヲ障害シ、患婦ノ動作ヲ不能ナラシメ、疼痛ニ由リ排便及利尿ヲ難カラシム、月經モ亦多少變常ス、受孕ハ頸管ノ哆開ヨリハ、寧ロ合併セル内膜炎ノ爲メニ妨害セラレ、或ハ稀レニ受孕シ得ルモ、頸部ノ癍痕硬固ニシテ、胎兒ノ受容器トナル能ハザルヲ以テ、妊娠ノ早期中絶ヲ來シ易シ。

診斷

**診斷**

ハ容易ナリ、是レ指若クハ消息子ヲ以テ、破裂ノ深淺及部位ヲ

療法

確認シ得レバナリ、然レ外翻セル頸部粘膜炎ノ著明ナル慢性症狀ヲ呈スル者ニ於テハ、其變化ハ尙ホ良性ナルヤ、或ハ癍腫ノ初期ニアラサルカ、之ヲ鑑別スルハ頗ル困難ナルモ、而カモ最モ緊要ナリ、之ニ關スル要點ハ已ニ癍腫ノ章ニ論ゼリ。

**療法** ハ固ヨリ新鮮ナル症ト已ニ癍痕治癒ヲ營ミタル者トニ從テ同ジカラス、巨大ナル新破裂ニシテ、殆ド腔附着部ニ達シ、分娩後子宮收縮ニ由テ止血セザルモノハ、直ニ創縁ヲ縫合セザル可ラズ、然レ已ニ癍痕癒着ヲ起シ、子宮ノ内膜炎、實質炎及骨盤蜂窩織炎ノ合併症ナク、受孕、妊娠、分娩ヲ妨グザルモノハ、手術スルヲ要セズ、之ニ反シテ破裂ノ近隣發炎症、絶ヘズ骨盤蜂窩織炎、子宮内膜炎若クハ實質炎ノ發生ヲ催ス者ハ、此等諸症療法ノ一部分トシテ、破裂ヲ治療セザル可ラス、蓋シ如斯キ場合ニ於テハ罹患セル粘膜炎、頸部ノ變形ヲ復故スルニアラザルヨリハ、絶ヘズ腔内ヨリ新刺戟ヲ受クルヲ以テ、決メ全治セザルモノナリ、又慢性子宮實質炎ハ頸部破裂ノ縫合ニ由テ治スル克ハスト雖モ、而カモ彼レノ療法ハ、頸部截除ニヨリ破裂ヲ除ク時ハ、甚ダ施シ易キニ至ルモノ



ナリ。殊ニ癍痕收縮ニ起因スル慢性骨盤蜂窩織炎ニ向テハ、此癍痕ノ除却ハ著明ナル良影響ヲ及スモノトス。是故ニ頸部破裂ニノ知覺過敏ナル癍痕性牽縮ヲ子宮ニ存スル者慢性加答兒ヲ併發セル者及腔穹窿ニ破裂及癍痕ヲ有スル者ハ常ニ手術ヲ適示スト云フテ可ナリ。

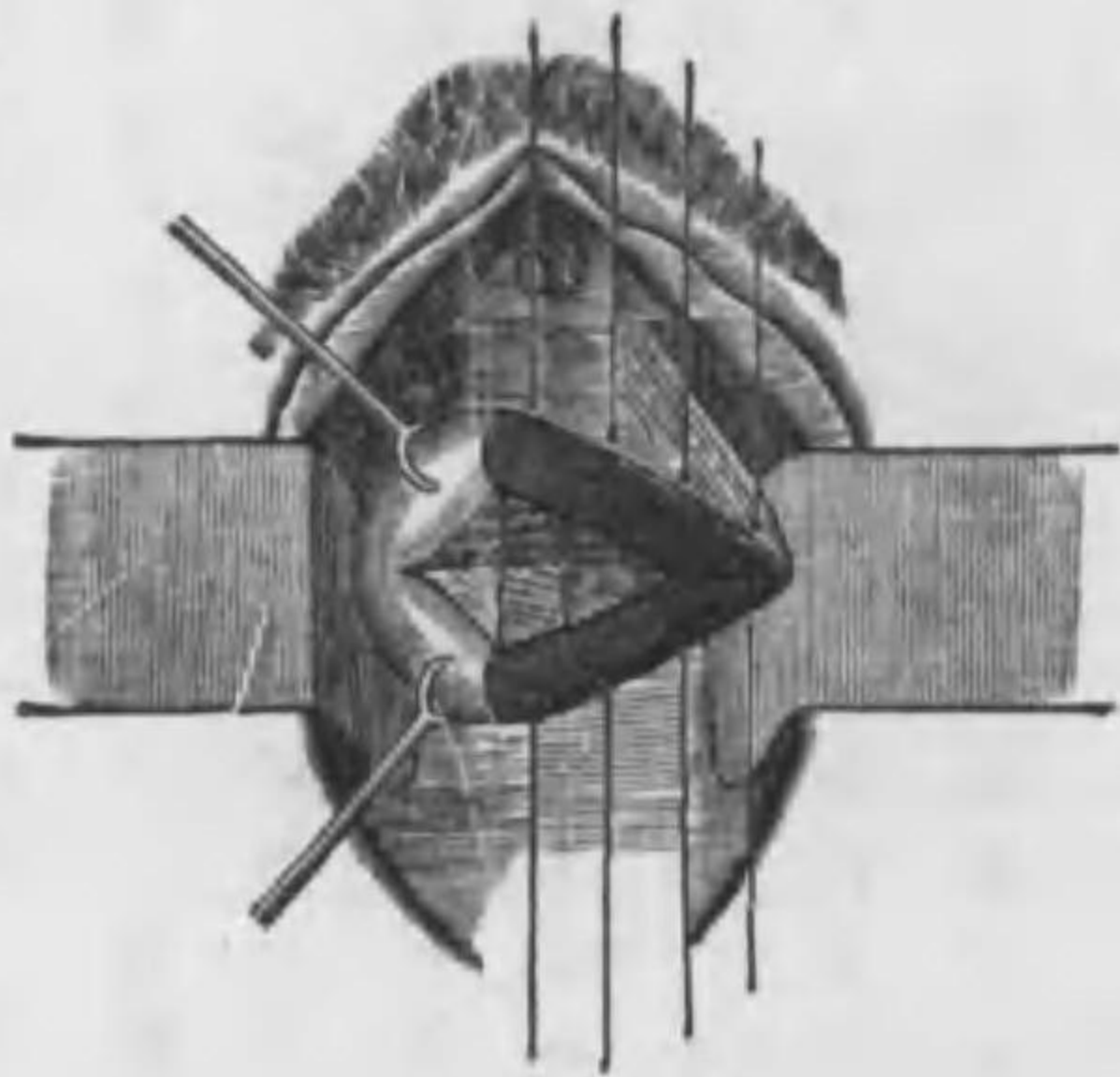
破裂及合併症ノ狀況ニ從ヒ、手術ヲ區別スル左ノ如シ。

- (一) 破裂ノ單純ナル縫合(エムメット氏手術)
- (二) 頸部及破裂部ニ於ケル截除
- (三) 頸部及腔穹窿部ニ於ケル手術

頸部ノ手術

(一) 頸部ノ手術 消毒及麻醉式ノ如ク、患婦ヲシテ尾骶背位ヲ取ラシメ、曝露セル頸部ニ就テ前後唇ヲ各個ニ球鉗子ヲ以テ挾ミ、長挾刀ヲ以テ破裂縁ヲ連續的ニ截除ス。而シテ破裂ノ上角ニハ時トシテ甚ダ硬固ナル癍痕ヲ存スルコトアレバ、如此キ連續的剝除法ニヨレバ、能ク新創面成立ノ結果如何ヲ觀察シ得ベシ。出血ハ通常著シカラズ。次デ創面ヲ平滑ニシ、下ノ如ク縫合ス。即チ其最上ノ縫絲ハ腔穹窿ヨリ新創縁ニ添ヒ、子宮頸管ニ穿通シ、次デ頸管ノ之ニ對持スル縁ヨリ再ビ外方腔穹窿ニ

第二百七十四圖  
エムメット氏手術



戻ル(第二百七十四圖)此縫絲ハ各個直ニ結縛ノ、新創面ヲ有スル結膜縁ノ密着スルヤ否ヲ觀察スルヲ要ス。如此ク四個乃至五個ノ深縫合ヲ施シ、其中間更ニ淺縫合ヲ置ク時ハ最モ可ナリ。而シテ深縫合ニハ絹絲ヲ用ヒ、淺縫合ニハ腸線ヲ選ム。

此手術ニ於テモ豫メ子宮體頸部ノ粘膜炎ヲ搔爬シ置クヲ例トス。若シ腔穹窿已ニ慢性加答兒性變化ヲ受ケ癍痕ヲ呈スル時ハ、又爰ニ新創縁ヲ延長セザル可ラス。縫合後ニハ尙一回いるりガ―とる嚙管ノ尖端ヲ子宮管ニ送入シ、其廣ヲ檢シ、且ツ洗滌スベシ。

兩側ノ破裂ニ在テハ一側ノ新創縁ヲ造リ、其上角ニ於テ第一縫合ヲ施シ、以テ時トメ強劇ナル出血ヲ制シ、進デ他側ノ新創縁ヲ爲シ、茲ニ第一



截除

子宮周圍ノ癥痕截除

縫合ヲ行ヒ、以下交互ニ縫合シ、以テ子宮唇ノ連合ヲ完成ス。然レ此術ニ於テハ頸管屢過狹トナリ、腔部著シク尖銳トナルヲ以テ注意セサル可ラズ。後療法ハ他ノ成形手術後ニ於ケルガ如ク安靜ヲ主トシ、腔洗滌ハ成ルベク長ク用ヒズ。縫絲ハ第八日乃至第九日ヨリ漸次拔去ス。

(二)破裂ニ慢性子宮内膜炎及實質炎ヲ合併スル者ニ於テハ羅患セル子宮實質ノ改造ヲ興奮スルノ目的ヲ兼テ、唇部ノ截除ヲ行フ。其法先ツ後唇ヲ牽引シ、若シ牽引ニ從ハザルカ、或ハ一側ノ破裂ニ於テハ、他側ノ結合ヲ切開ス。破裂ノ上端ニ於テ、其兩側ヨリ頸管ヲ形成スルニ必要ナル粘膜炎ヲ剝離シ、次ニ子宮口ヲ形成スベキ頸部下端ニ於テ、刀ヲ其後壁ニ入レ、ヘガル氏ノ切斷法ニ於ケルガ如ク、適宜ノ組織片ヲ截除シ、次テ直ニ粘膜炎ヲ縫合ス。今ヤ前唇ヲ牽引シ、先ツ破裂ノ癥痕ヲ截除シ、茲ニ於テモ亦頸管ヲ形成スルニ必要ナル粘膜炎ヲ剝離シ、次デ截除ヲ行ヒ、粘膜炎ヲ縫合ス。終リニ哆開セル空隙ヲ兩側ヨリ縫合スルヲ猶(一)ノ條下ニ記載スルガ如クスベシ。

(三)子宮周圍ノ癥痕ヲ存スル者ハ、管ニ可及的之レヲ除去セザル

第二百七十五圖

(甲) 子宮頸癥痕截除 (乙) 同上縫合  
(ル 據ニ 學科人 婦氏 麻)



可カラザルノミナラズ、(第二百七十五圖甲)又子宮ノ固着ヲ游離スルヲ要ス。曝露セル子宮腔部ニ鉤シ、癥痕ノ反對側ニ向テ強ク牽引シ、頸ノ外方ニ於テ兩刃刀ヲ半月形ニ廻轉ノ成ルベク深ク且ツ廣ク切開スレハ、創面著シク哆開シ、子宮ハ明カニ骨盤ノ中央ニ沈ム、今ヤ全癥痕ヲ腔穹窿ヨリ容易ニ截除シ得ベク、終テ缺損部ヲ縫着ス、但シ頸部ノ切開ハ前後ニ走ルベシ。

此創縁ハ子宮ヲ強ク外轉スレバ、腔穹窿ヲ横走セル癥痕ニ由テ容易ニ密接シ(第二百七十五圖乙)之レニ由テ腔穹窿ノ短縮ヲ起スヲナシ、後



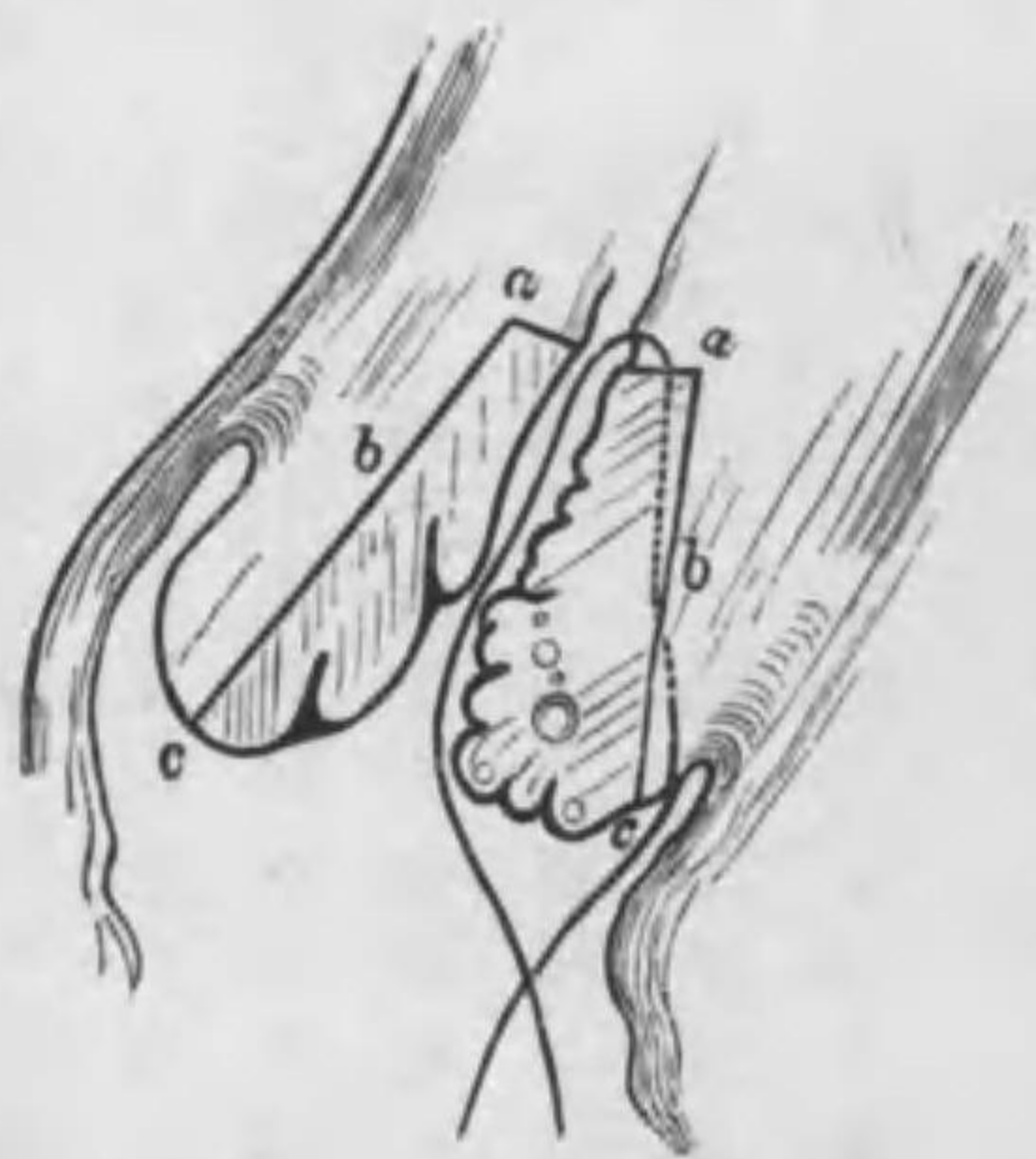
療法ハ症候的ノミ麻氏ハ此術後直ニ氷器法ヲ用ユルモ毫モ不利益ヲ見ズト云ヘリ。即チ由之疼痛ハ緩解シ、癍痕ハ甚ダ平滑ニ形成シ、子宮モ亦頗ル移動シ易キニ至ルモノニ、唯稀レニ按摩法ニヨリ癍痕ヲ延長セシムルヲ要スト云フ。

(第四) 子宮頸切斷 Amputatio colli uteri (下腔切斷)

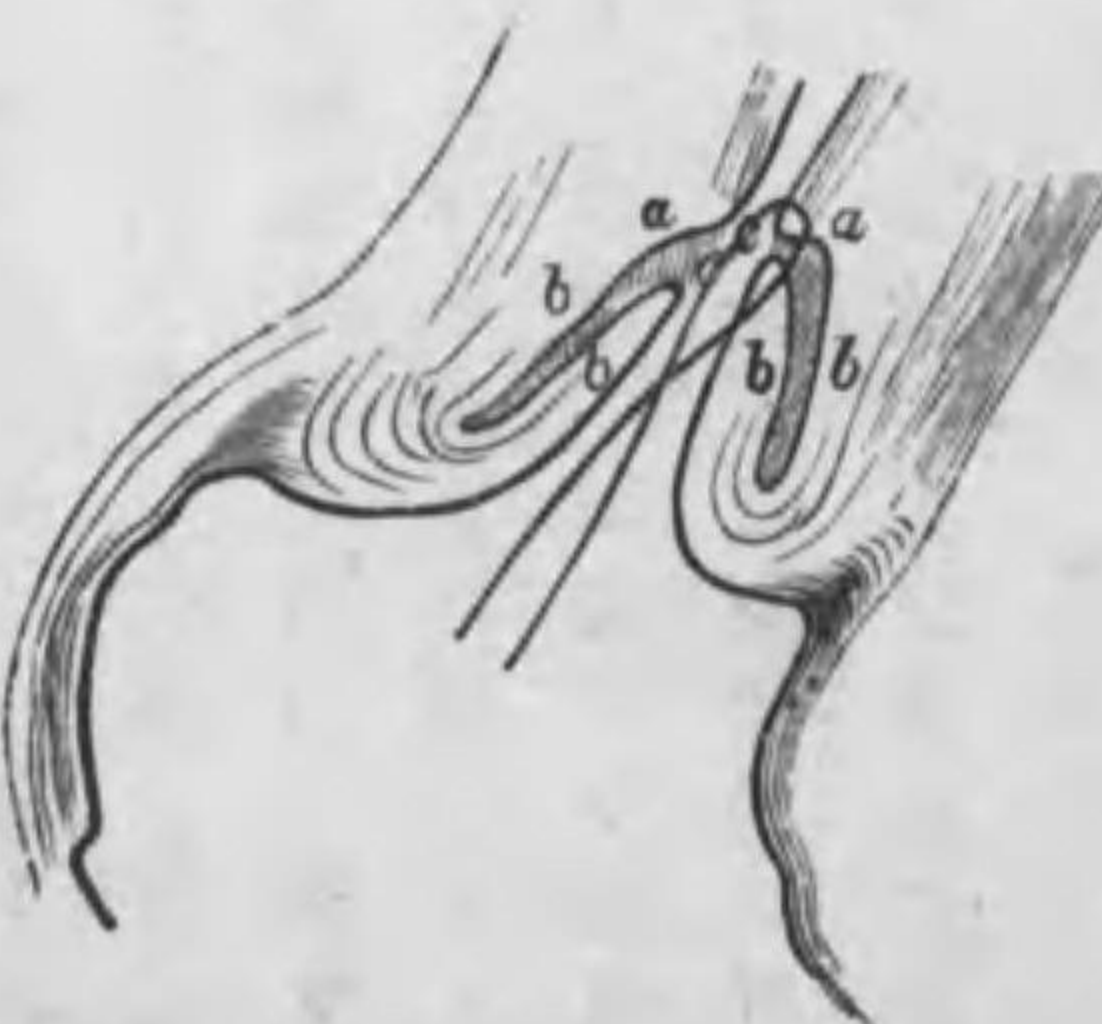
子宮頸ノ切斷ハ往時屢殊ニ癌腫ニ於テ、單ニ刀ヲ以テ腔穹窿部ノ頂點ニ於テ行ハレタレ、此際殆ド常ニ避クベカラザル出血ハ、屢、危險ナリシガ故ニ、遂ニ全ク廢棄セラレタリ。次デ、ルラセ、るノ應用ヲ試ミタル人アレ、此應用ハ第一、膀胱及ヅグラス氏腔ヲ損傷スルノ虞アリ。(此損傷ハ)設令ヒ其タ危險ナラサルモ、決ノ無害ト看做スヘカラス第二、完全ニ止血シ、ハザルノ、不利アリ。加フルニ、脈、フ、ベ、キ、癍、痕、ヲ、殘、シ、牽、縮、狹、窄、若、ク、ハ、閉、塞、ヲ、來、ス、ヲ、以、テ、一、般、ノ稱賛ヲ得ルニ至ラザリキ。電氣係蹄ノ不利モ亦略相同シ。爾後シムス氏ハ刀ヲ以テ子宮頸ヲ截除スルコト、尙ホ外科醫ガ切斷術ニ於テスル環狀切法ト同一ナル方法ヲ案出シ、今日ニ至ルモエムメット氏ノ如キハ之

朱氏法

圖六十七百二第 (法開切)法氏ルデエロユシ



圖七十七百二第 (法合縫)上同



ヲ施シツ、アリト雖モ、是亦多數ノ贊成者ヲ得ズ、降テヘガル氏ニ至リ殆ド完全ナル切斷法ヲ得シモ、朱氏ガ之レヲ改良スルニ及デ、益々完備スルニ至レリ。蓋シヘガル氏ノ法ハ、先ツ子宮口唇ノ兩側ヲ切開シテ、腔穹窿ニ達シ、次デ子宮頸粘膜ノ境界ヨリ必要ナルベキ多少ノ圓錐形組織ヲ截除スル者ニシテ、若シ其切開ヲシテ、子宮頸管ノ粘膜ニ達セシメシナラハ、頗ル完全ナル法ナリシナリ。  
シユロ、ニ、テ、ル、氏、法、子宮頸ノ左右兩側ヲ腔穹窿ニ至ルマテ切開シ、兩







患婦ハ七日乃至八日間静臥シ、一日二回弱石炭酸水若クハ昇汞水ノ洗  
 腔ヲ受ケ、自然ニ利尿セザレバかてーるヲ應用シ、第三日ニ至レハ便通  
 ヲ調整ス。患婦若シ疼痛或ハ他ノ不快ヲ訴フルキハ、莫兒比涅ノ内服ヲ  
 與フ。嘔囉叻ノ後作用全ク消失スレハ、消化シ易キ流動性滋養物ヲ採ラ  
 シム。縫絲ハ第七日乃至第十日ヨリ拔去ス。然ルニ創縁ノ狀況ニヨリ、之レ  
 ヨリ長ク放置スルモ害ナシ。如此キ場合ニ於テハ盡ク縫絲ヲ除クニ至  
 ルマデ、木醋或ハ前條記載セシ沃土液ヲ加ヘタル灌注ヲナスベシ。此  
 術ヲ施シタル後ノ瘻痕形成ハ通常甚ダ佳良ナレトモ、唯稀レニ不正ナル  
 瘻痕萎縮或ハ狹窄ヲ來スヲ見ル。

不熟練者ハ唇ヲ切開シ、組織ヲ截除スルニ當テ、已ニ出血ハ爲メニ避、易  
 スルヲナキニアラズ。之レヲ豫防セント欲セバ麻氏ノ勸告ニ從ヒ、手術  
 ニ先チ直針ヲ腔穹窿ヨリ横ニ頸管ニ穿テ、護謨管ヲ以テ、此針上ニ於テ  
 子宮頸ノ最高部ヲ結紮スベシ。然ルニ此手術ハ老練トナルニ隨ヒ僅ニ六  
 乃至十分間ニ終結シ得ルヲ以テ、豫備的結紮ノ必要ヲ感ズルヲ益々減  
 少スルニ至ルベシ。此手術ニ於テモ亦後出血ノ恐レアルヲ非難スル

人アリト雖モ、全創底ヲ穿テ縫合シ、且ツ其縫合ニシテ綿密ナル時ハ  
 決シテ危険アラザルナリ。然ルニ若シ甚シキ後出血ヲ來サバ、患婦ヲ直ニ  
 手術臺ニ上ラシメ、適當ナル消毒乃至嘔囉叻麻醉ヲ施シ、出血部ヲ曝露  
 シテ再ビ縫合スルヲ可トス。

其他、尙數多ノ手術法アレトモ、實地上價值少キヲ以テ略ス。

### (第五) 子宮頸ノ高位截除 Die hohe Excision

des Collum. (上腔部切斷)

以上論述セシ諸手術ハ子宮頸下端ノ疾患ニ適應ス。然ルニ其疾患ニヨリ、  
 稀レニハ子宮體ニ達スルマデ全頸部ノ除去ヲ要スルヲアリ。例令バ頸  
 若クハ唇ノ惡性新生物ノ初期ニ於ケルガ如ク、此場合ニ於テハ、子宮頸  
 ノ高位截除ヲ行フ。然ルニ麻氏ハ之ヲ癌腫ノ根治法トシテ應用シ、常ニ良  
 成績ヲ得ザリシヲ以テ、漸次其應用ヲ廢棄スルニ至レリト云フ(子宮癌  
 ヲ参照セヨ)。

此術ヲ施サント欲セバ豫メ廣韌帶ヲ大ナル動脈即チ殊ニ子宮動脈ノ



圖六十七百二第  
除截位高ノ頸宮子  
(ル據ニ氏朱)



牽引シ。二重ノ絹絲ヲ有セル強大ナル彎針ヲ可及的子宮體ニ接近シテ  
腔穹窿ニ穿入シ、強ク廻轉シテ再ビ穿入部ノ近隣ヨリ穿出スル時ハ、之  
ニ由テ廣韌帶ノ基礎ヲ結紮シ得ベシ。但シ結紮ニ先テ腔部ヲ中央ニ來  
ラシムルヲ要ス。―他側ノ結紮モ亦同法ニ由ル。―次ニ頸ノ兩側ヲ切開  
シ、上方切斷ヲ要スル部ニ達ス。今頸ノ後半ヲ截除スルニハ、下方後腔穹  
窿ノ附着部ヨリス。此際著シキ出血ヲ見ズト雖モ、尙ホ速ニ深縫合ヲ施

分○枝○ヲ○包○有○ス○ル○部○ニ  
於○テ○結○紮○ス○ル○ヲ○可○ト  
ス。  
固○有○ハ○手○術○式○ニ○至○テ  
ハ○殆○ド○子○宮○頸○ハ○切○斷  
ニ○於○ケ○ル○ト○同○ジ○。即チ  
麻○醉○ヲ○施○シ、尾○骶○背○位  
ニ○於○テ○腔○部○ヲ○露○出○シ、  
能○ク○消○毒○シ○テ○一○側○ニ

圖十八百二第  
法合縫上同  
上同



ス時ハ、儘ニ之ヲ避ケ得ベシ。頸ノ  
前半モ亦同法ニヨリ、腔壁ノ前附  
着部ヨリ、截除シ、注意シテ膀胱ヨ  
リ剝離ス。爰ニ於テモ亦深縫合ニ  
由テ腔縁ト子宮頸粘膜炎縁トヲ密  
着スルヲ要ス。終リニ兩側ノ結合  
部ヲ縫着ス(第二百八十圖)。  
此手術ハ甚ダ單簡ナルガ如シト  
雖モ合併症殊ニ腔穹窿ニ於ケル  
癒痕ノ爲メ非常ニ困難トナリ、此際腹膜ヲ損傷シ、或ハヅ、クラ、ス、氏腔ヲ  
切開スルノ危険アリ。後者ノ損傷ハ單ニ縫合ニ由テ閉鎖スベシ。

(第六) 腔式子宮全別出 Exstirpatio uteri vaginalis.

全子宮ノ別出ハ老ランゲンベック Langenbeck (一八一三年) サウテル Sauer (一八  
二二年) レカミール Lecamiere (一八二九年) ケンニッコ Hennig (一八七六年) 等ノ諸



氏ヨリ、一定ノ目的ヲ以テ行ハレシガ、幾何モナク廢棄セラレタリ、降テ一八七八年ニ至リフロインド氏ハ新手術法ヲ案出セシモ、完全ニシテ根據アル考案ヲ報セシハ實ニツヅエルニ〇〇氏ナリトス。次テビルロート Billroth シエーテ Schude ヤルチン氏等ハ殆ド同一ノ方法ニ由テ手術シ其結果ヲ得タリ。一八八〇年五月朱氏モ亦如斯キ手術ヲ行ヒ、同年ダンチツヒ萬有學會ニ於テ、己ニ其八例ヲ報告シ、爾來リヘロート Kistner 氏、アーン Papan 氏等ノ改良ニヨリ遂ニ今日ノ手術式ヲ見ルニ至レリ。

適應症

**適應症** 其主ナルモノハ子宮ノ惡性疾患即チ殊ニ癌腫及肉腫ナリ。就中腔部及頸ノ癌腫ニテ、其蔓延甚シク、局部截除殊ニ上腔部切斷ニ由テ好結果ヲ得ベキ目的ナキ者及子宮體ノ癌腫或ハ肉腫ニモ、甚ダ巨大ニ至ラザルモノ茲ニ屬ス。但シ腔部ノ類癌ニ於テハ、現今尙ホ其見ル所ヲ異ニスル人少カラス。麻氏弗氏、オレホルド氏、ブレンネケ *Brenneke* 氏等ハ子宮癌ニ於テハ何レノ場合ヲ問ハズ、施シ得ル限リハ、直ニ全子宮ヲ截除スベシト主張シ。朱氏、ホーフマイエル氏、オルスハウゼン氏、キンル氏等ハ子宮頸癌殊ニ其初期ニ於テハ子宮頸切斷殊ニ高位截除ヲ以テ足レリトセリ、現今ニ至テモ此爭論未ダ全ク已マズト雖モ、防腐的手

第二百八十一圖

子宮頸癌兼妊娠二、三ヶ月ホーフマイエル氏ガ摘出シタル者(自然大)



術法ノ進歩ニ伴ヒ、全剔出術ノ危険次第ニ減少スルノ今日ニ於テ著者ハ出來得ル限リ早期ノ剔出ヲ賛成スルモノナリ。



圖二百八十二第 子宮頸癌  
 圖三百八十二第 子宮體癌  
 共ニ全別出ヲ示セシ者 (ホイマフイル氏)



次ニ本手術ヲ適示スルハ子宮ノ纖維筋腫ナリ、但シ其大ヅハ腔内ヨリ全子宮ヲ除去シ得ベキ程度ヲ超ユベカラズ。即多數ノ學者ハ大人拳大ヲ以テ其境界トスレモ、一二人ハ初

禁忌症

生兒頭大ノ者ハ、優ニ腔内ヨリ摘出シ得ト論ゼリ。其他尙ホ茲ニ適應症トノ擧グベキハ、臨床上ニハ、解剖的變化ヲ證明シ、難キ而カモ、停ムベカラザル子宮出血、治スベカラザル月經困難性障害、悪性腺腫、悪性脈絡膜上皮腫(一ニ悪性しんちをいむ)他法ニヨリ治スベカラザル子宮脱垂及後屈等ナリ之ヲ要スルニ患婦ノ働作ヲ妨グ、生活ノ娛樂ヲ奪ヒ、遂ニハ生命ヲ危険ナラシムル所ノ子宮障害ニシテ、唯全子宮ノ剔出ニヨリ、治療ノ目的ヲ達シ得ベキモノハ、盡ク本術ヲ適示スト云フヲ得ベシ。

禁忌症

癌腫ニ就テハ、子宮周圍ノ已ニ著シキ浸潤ヲ蒙リタル者、併ニ他ノ腫瘍ニ於テモ、子宮ト其近隣トノ甚シキ癒着アル者又子宮容積ハ巨大ナル者ハ、禁忌症ニ屬ス。蓋シ近隣トノ癒着ハ、縦令ヒ癌腫性ナラザルニモセヨ、非常ニ剔出術ヲ困難ナラシムル者ニシテ、強テ癒着面ヲ剝除スレハ、管ニ出血ノ危険アルノミナラス、術後甚シキ滲出物ヲ生ジ、從テ其分解ヲ起シ、遂ニハ炎症ヲ腹膜ニ及スノ危険ナキニアラズ。從來行ハレタル截除術ノ死亡者ハ、多クハ此不幸ニ遭ヒタル者ナリ。子宮ノ容



積ニ就テハ之ヲ概述シ難シ、是レ其硬度ニ由テ同ジカラザルノミナラズ、又腔腔ノ廣狹ニ從テ大小ノ程度ヲ異ニスレバナリ。然レ前述セシ如ク一般ニ數多ノ學者ハ大人拳大ニ至ル迄ノ子宮ハ、腔内ヨリ摘出シ得ルト云ヘリ。但シ腔腔頗ル狭キ者ニ在テハ、腔ノ側壁ヲ切開シ、或ハ會陰ヲ切開シ直腸腔中隔ニ達スレハ、大ニ手術面ヲ廣メ得、又已ムヲ得ザレバ、後ニ論ズベキ薦骨ヲ截除スルノ法ヲ代用スルモ可ナリ。

麻氏手術式

麻氏手術式ハ左ノ如シ。充分ニ腸管ヲ排泄シ精密ニ腔腔ヲ消毒スルノ二事ハ此手術ノ豫備トシ其面ヲ焼灼シ、完全ニ止血セシムルヲ要ス。若シ之レヲ本手術ノ前日ニ行ヒ、手術直前ノ消毒ニ至ルマデ沃土防ガ！セヲ以テ壓抵シ置ケバ最モ佳ナリ。サテ患婦ニハ尾骶背位ヲ取ラシメ、嚼囉防ノ深麻醉ヲ施ス。次ニ半溝鏡及保腔器ヲ送入シ、腔穹窿ヲ露出シ、球鉗子ヲ頸ノ後圍ニ鉤シ、前方恥骨縫合ニ向ケ牽引スレバ、後腔穹窿ハ緊張スルヲ以テ、子宮ニ對スル腔ノ附着部ヲ見ルヲ得ベシ茲ニ於テ其部粘膜ノ全幅ヲ横ニ切

出血著シカラザレバ此括約ヲ施サザルモ亦可也

開シ、粘膜下組織ハ鈍力ニテ分割シ、以テツッグラス氏腔ニ進入ス。是レ多クハ容易ナリト雖モ、腔穹窿ト頸部トノ結合廣濶ナル時ハ、ツッグラス氏腔ニ達スルニ多少ノ困難アリト知ルベシ。殊ニ深部ニ到ルニ從ヒ益々然リ。已ニツッグラス氏腔ヲ開放スレバ、左示指ヲ通ズベキ程ニ創口ヲ切り廣メ、小彎針ヲ以テ腔創縁ノ全徑ヲ括約ス(第二、百八十四、五圖)此縫針ハ腹膜面ヨリ舉上セル示指ニ對シ、腔穹窿ヲ穿通シ、腔壁及腹膜ヲ通過シ、是ヨリ凡ソ一珊瑚迷ヲ隔テ、再ビ腔内ニ出ヅ。如此キ括約ハ通常四個乃至五個ニツッグラス氏腔ノ腹膜ト粘膜ヲ密着シ、此部ノ出血ヲ制止得ベシ。又子宮ノ創面出血スル時ハ動脈鉗子ニテ挿ミ、或ハ一大針ヲ穿通ノ結紮ス。之ニ由テ全ク止血スルヲ伺ヒ手術ヲ續行ス。若シツッグラス氏腔ニ達スルヲ困難ニシ、出血甚シキハ、之ヲ開放スルニ先チ前記ノ如クニ結紮ヲ施シ、以テ完全ニ止血セシメ、次テ鉗子ヲ用ヒ、組織ヲ子宮頸ノ後壁ニ添フテ分離シツ、深部ニ達スルヲ可トス。然ルキハ腹膜ハ透明柔軟ナル菲膜トナリテ現出シ、時トシテ其後方ニ少量ノ液アリ。今ヤ之ヲ切開シ、骨盤底ノ全廣ニ亘リテ腔管及腹膜ヲ縫合ス。其法前記

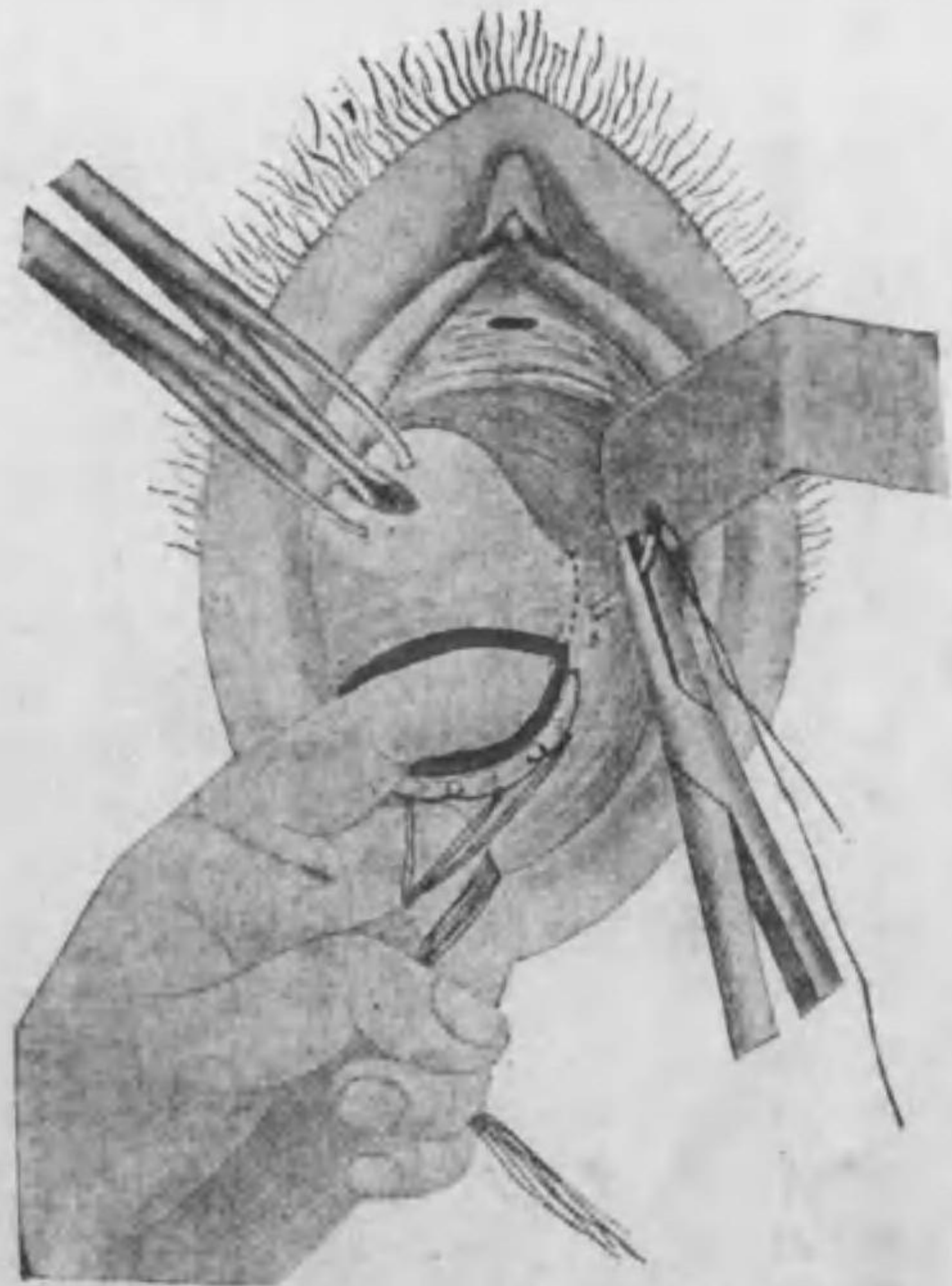


第二百八十四圖

子宮式別出

(n. Doederlein.)

開放シタル腹腔内  
ニ示指ヲ送入シテ  
左膈穹窿部ヲ結紮  
ス1、膈部ハ強ク  
右上方ニ牽引セラ  
ルツウグラス腔ヲ  
開放セル前創縁、  
3、4、膈部環狀切  
開ノ方向5、6、  
7、後膈穹窿部ニ  
於テ膈粘膜炎及會陰  
縁ヲ結合セル結紮  
絲8、左膈穹窿部  
結紮ニ於ケル針ノ  
送入



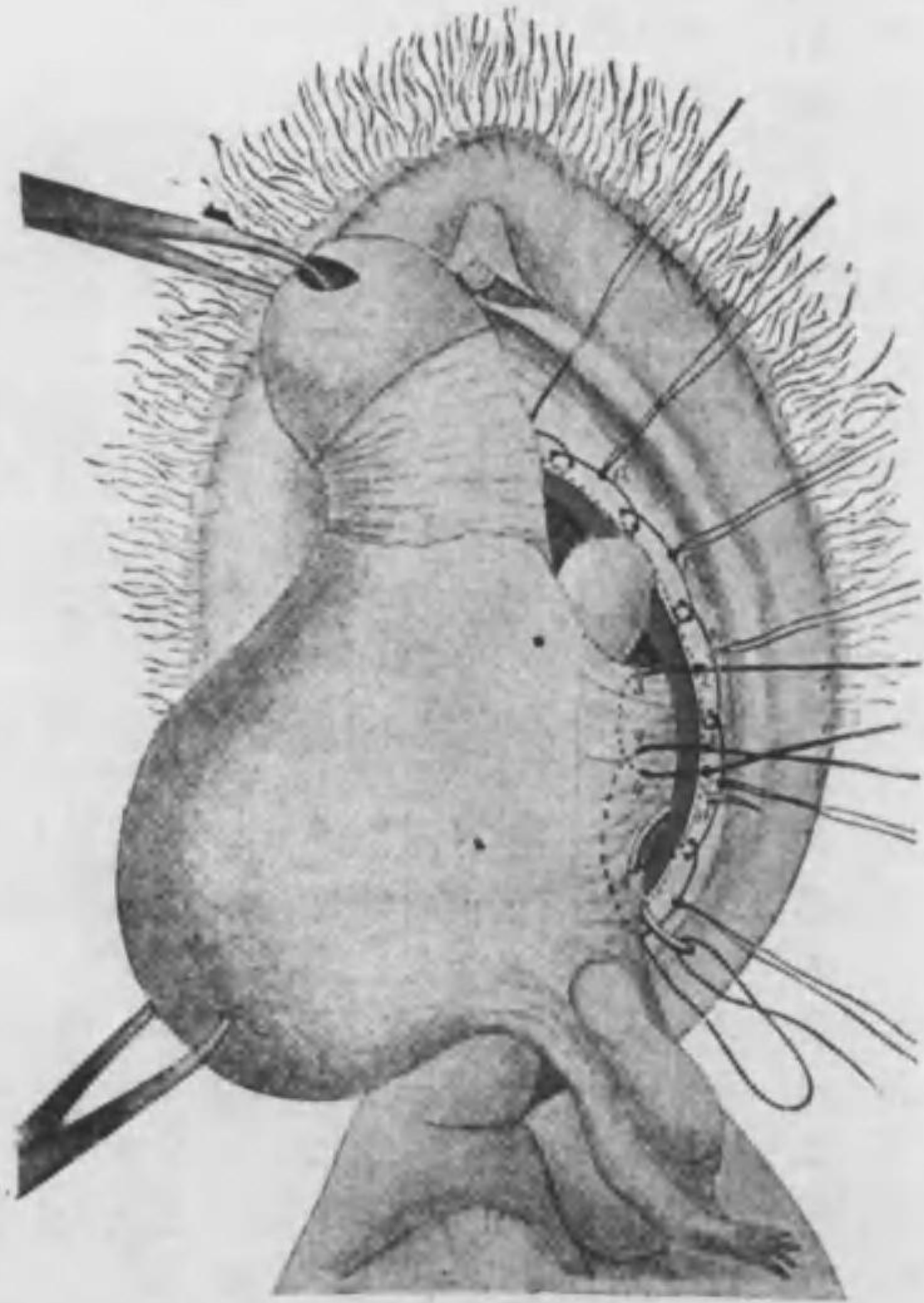
ノ者ニ異ナラズ。  
次ニ進テ廣〇〇〇底〇〇部通常先ツ其左側ヲ結締ス其法、二重ノ縫絲ヲ有  
セル大彎針或ハデシヤム氏針(著者ハ此針ヲ)ヲ腔穹窿ヨリツウグラス氏

第二百八十五圖

子宮式全別出

(u Doederlein)

子宮ハ後腹膜開放  
孔ヨリ翻出セラ  
ル。左側靱帶ノ結  
紮及縫合1、2、  
3、4、5、6、同上  
膈縁縫合7、8、9  
10、11、ニ於ケル靱  
帶半部ノ縫合12、  
13、14、左膈穹窿ニ  
於ケル結紮絲

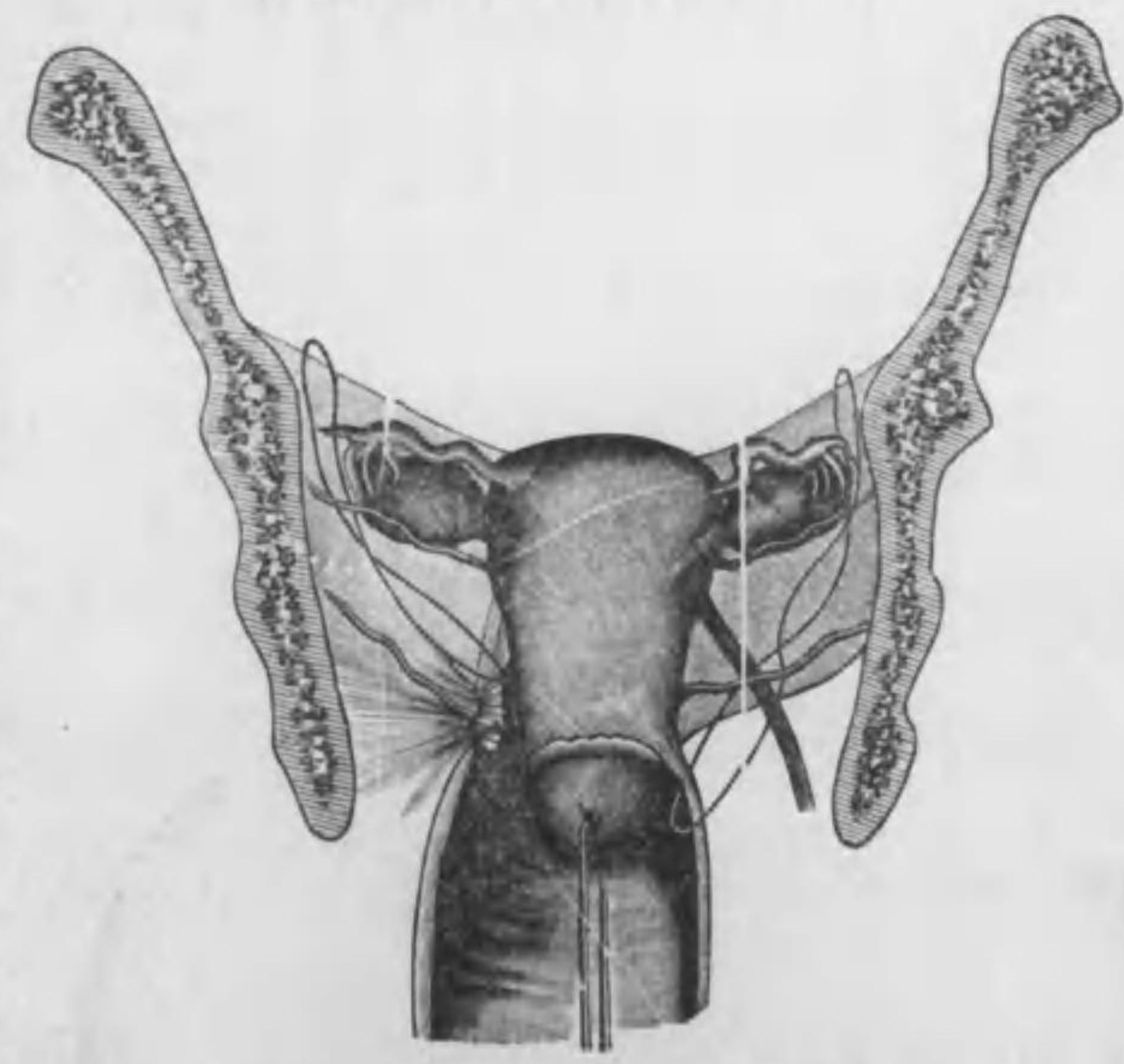


腔ノ側方ニ於テ、腹腔面ヨリ舉上セル示指ニ對シテ穿入シ(第二百八十  
四圖)腹腔ヲ通過セシメ、此點ヨリ一珊瑚ヲ隔テ、腔内ニ穿出ス。此縫絲  
ハ強力ヲ以テ結紮スルヲ要シ、而シテ各側ニ於テ三個ノ括約ヲ施スルハ、  
髓ニ輸入血管殊ニ子宮動脈ヲ結紮シ得ベク(第二百八十六圖)且ツ之ニ



第二百八十六圖

子宮ノ各種全式別出結紮模型圖  
(ル據ニ學科人婦氏マウヤシ)



スレバ頸ニ至ルマデ切離シテ露出シ、全ク止血スルヲ認メ子宮ヲ後方ニ牽引シ、且ツ之ニ反對シテ前腹部ヲ前方ニ緊張シ、頸ノ全周圍ヲ切離

由テ腔ト骨盤底ヲ固定シ、是ヨリ子宮頸前面ノ手術ニ進ムベシ。  
次○デ○骨○盤○底○  
ヨ○リ○子○宮○頸○  
ヲ○切○離○ス○即○  
置○テ○示○ス○  
(バルテ  
イ Baddy  
氏)  
密接シテ穿入シ、其兩側ノ全幅換言

此彎曲消息子ハ子  
宮後壁ヲ穿通スル  
ノ危險アリ成ルベ  
ク用ヒザルヲ可ト

シ、指先ヲ以テ腔ト膀胱トノ結合ヲ剝離ス。此結合ノ廣狹ハ後腔穹窿ニ於ケルト同ジク、一樣ナラズ。狭キハ一珊瑚迷ニ過ギザルモ、廣キハ六珊瑚迷及其以上ニ達シ、之ヲ剝離スルニ頗ル困難ヲ極メ、時トシテ刀ヲ要ス。茲ニ於テモ亦小針ヲ膀胱側ニ存スル創面直下ニ於テ全組織ニ穿通シ、以テ剝離面ト腔壁トヲ括約セザル可ラス。此目的ニハ通常四個ノ縫合ヲ要シ、之ニ由テ腔穹窿ニ於ケル創孔ノ括約ヲ連續スルニ足ル。  
如此クノ全ク止血スルヲ認メ、再ビ子宮ノ後剝離部ヲ觸診シ由テ子宮ノ大小及動否ヲ検査シ、ミューゾー氏鉗子ヲ以テ其後唇ヲ挾ミ、強ク前方ニ牽引スルト同時ニ、ヅウグラス氏腔ニシモン氏保腔器ヲ送入シ以テ脱出セル子宮底ガ後創縁ヲ超ヘテ稍頓スルヲ妨グ。茲ニ於テ鉗子ヲ進メ漸々深部ヲ挾ミ、子宮體ノ後壁及底部ヲ創縁間ニ牽出ス。此働作ハ子宮小ニシテ移動スル時ハ甚ダ容易ナルモ、容積巨大ナレバ、頗ル困難ナリ。宜シク子宮頸ヲ耻骨縫合後ニ舉上スルカ、否ラザレバ麻氏ノ考案ニナレル彎曲消息子ヲ子宮腔内ニ送入シ、之レヲ引下センコトヲ試ムベキナリ。思フニ側方ノ剝離愈々深ク且ツ完全ナルニ從ヒ、子宮體ノ牽下モ亦益々

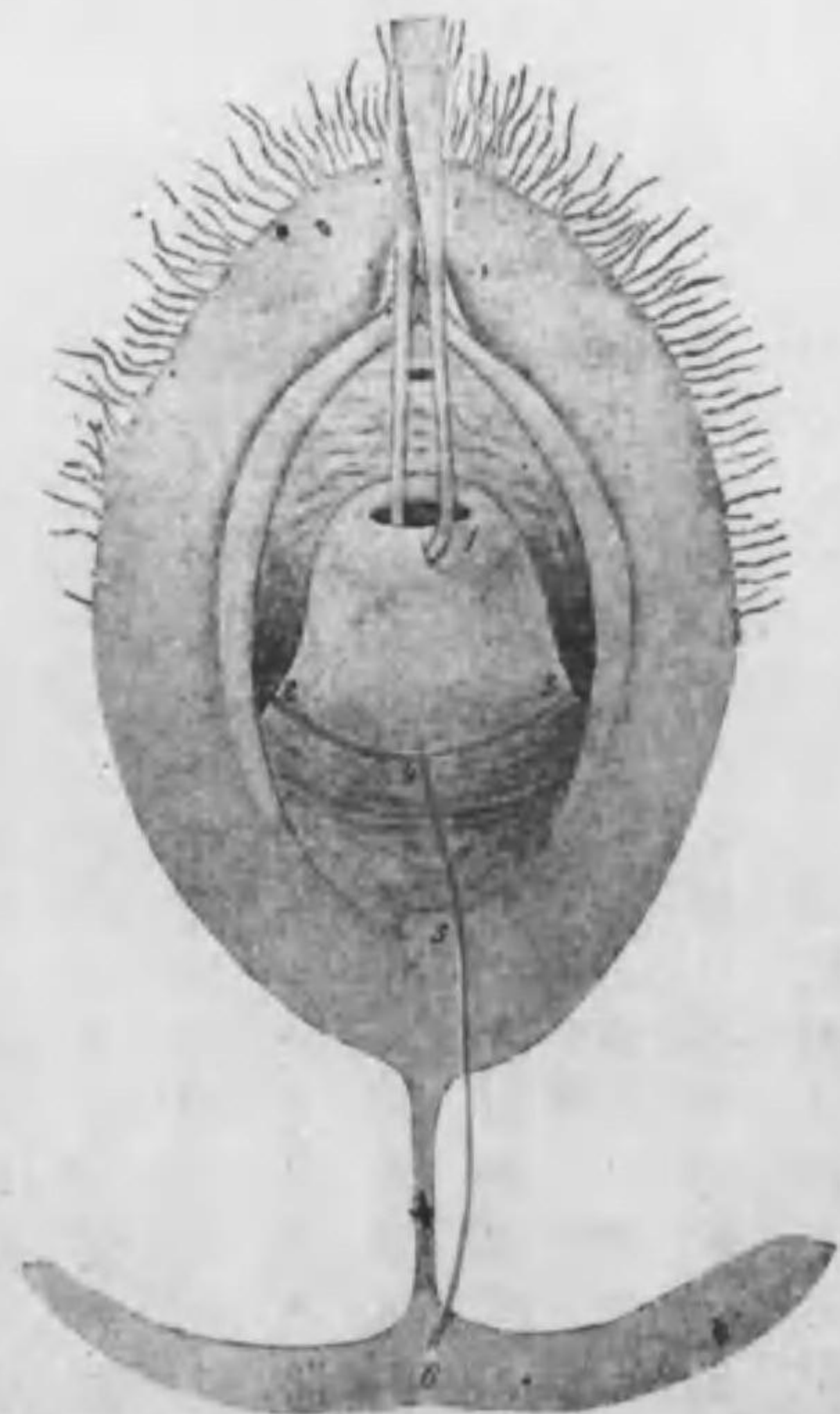


第二百八十七圖

氏ドレハツシュルケ於ニ術出摘全宮子式腔

法開切圍周腸直

- 1、腫部ハ
- 強ク上ニ牽
- 引セラル2
- 3、腹膜腔
- 開放ノ横斷
- 4、5、6直
- 腸周圍ノ切
- 開方向



容易トナルベシ。  
 腔腔狭キ時、或ハ増大セル子宮ニ在テハ第二百八十七圖ニ示セルシュツ  
 ハルド Schuchardt 氏切開法ヲ可トス、此法ニ於ケル第一切開ハ後腔穹窿  
 ノ頂點ヨリ、腔粘膜炎ヲ經テ弓狀ニ直腸周圍ヲ繞リ尾骶骨尖端ニ達ス(4、  
 5、6)次デ2、3、ナル横切開ヲ施シ、是レヨリ子宮ヲ翻出セシム。以下結紮  
 ハ前法ニ同ジキヲ以テ略ス。

子宮體ハ前創口ヨリ、翻出スベキヤ、若クハ後創口ヨリ、脱轉セシムベキ  
 ヤハ、主トシテ其場合ニヨル者ニシテ、多クハ前記ノ如ク後方ヨリ脱出セシ  
 ムルヲ便益トス。然レ亦ホーフマイエル氏ノ法ニ從ヒ、前方ヨリ脱轉セ  
 シムルノ佳ナルコトアリ。又已ムヲ得ザレバ子宮ヲ切開シテ却テ其脱出  
 ヲ容易ナラシムルヲ得ベシ。子宮體已ニ現出スレバ骨盤底ノ剝離完  
 全ナルヲ假定シテ、之ヲ陰隙間ヨリ牽出スルコト多クハ困難ナラズ。今  
 ヤ牽出セラレタル子宮ニ於テ、先ツ一側廣韌帶ノ附着部ヲ游離シ、喇叭  
 管及卵巢ヲ腔内ニ露出シ、之ヲ耻骨漏斗韌帶上ニ於テ二、三部ニ分チテ  
 結紮ス、次デ之ヲ腔創ニ縫合シ、然ル後子宮ヨリ切離ス。又膀胱子宮間ノ  
 剝離ハ、鑷子柄或ハ指尖ヲ用ヒ子宮體ニ密接シテ行フ。但シ全ク剝離ヲ  
 終ルニ先チ、腹膜ヲ腔創ニ縫合シ其退縮ヲ防グヲ可トス。終リニ他側  
 ノ廣韌帶及喇叭管モ亦同法ニ由テ切離ス。斯クシテ全子宮ヲ摘出シ得レ  
 バ、縫合縫合ヲ用ヒ、腔穹窿ノ創縁ヲ閉鎖シ、沃土防ガセテ挿置ス。場合  
 ニヨリテハ此創縁ハ開放ノ儘ニテ、直ニ茲ニガセテ挿入スルコトアリ。  
 時トシテハ創縁間ヨリ網膜或ハ腸管ノ脱出スルヲ認ム。宜シクこむぶれ



セテ以テ被覆壓抵シテ、其損傷ヲ避ケ腹腔ニ還納スベシ。  
 此手術ノ難易ハ適應症ニ從ヒ、又同一適應症ニテモ場合ニヨリ同ジカ  
 ラズ、容易ナルハ僅ニ二十分時ニシテ終ルベク、困難ナルハ二時間前後  
 ヲ要ス。出血ノ多少ハ不定ナリ。子宮ニ癒着ナク、克ク移動シ、腹膜ノ位置  
 比較的良好ナル時ハ、極テ少シト雖モ、子宮周圍ニ炎症浸潤ヲ存スル時  
 ハ全ク之ニ反シ、非常ナル出血ヲ來シ、屢々危険ナルノレ有リ。宜シク注  
 意シテ括約結紮ヲ施シ、完全ニ止血スベシ

脱垂症ノ子宮全截除ニ於テハ從來子宮ヲ結締シテ、豫備的止血ヲ行ヒ  
 シカ、近時之ヲ廢止セリ。切開ハ横ニツヅグラス腔ヨリシ、或ハ後腔附着部  
 ヨリ子宮ニ對シ縱切開ヲナス。縫合ハ後側ノ周圍ヨリ始メ、前周圍ニ終  
 ル。爾他前記ノ手術ニ異ナラズ。

### 後療法

ハ全ク症候的ニ屬ス。術後ハ勿論靜臥ヲ要シ、場合ニヨリ下  
 腹ニ冷罨法ヲ施シ、甚シキ疼痛アルモノニハ莫兒比涅ヲ投シ、自ラ排尿  
 シ克ハザレバ、一日約三回かけて用ヒ、麻酔後ノ嘔氣去ル時ハ牛  
 乳粥汁、すゝぶ、葡萄酒等ヲ與ヘ、第三乃至第四日ニ至レハ、灌腸ヲ施シ若

クハ蓖麻子油ヲ投シ便通ヲ促シ、是レヨリ消化シ易キ食餌ヲ採ラシム。  
 此時期ニ至レバ臍部ニ牽引性疼痛ヲ訴フルヲ常トス。尙四五日間即チ  
 術後第九乃至第十日マデハ、身體ノ安靜ヲ命シ、第十二日ニハ床上ニ起  
 坐シ得ベク、第十四日ニ至レバ、創縁ハ大抵全ク癒合閉鎖スルヲ以テ、沃  
 土叻がーセラ交換シ、漸次縫絲ヲ除キ、若シ針孔ニ肉芽ヲ發生シタルヲ  
 認メハ、格魯兒亞鉛、格魯兒鐵液或ハ沃土丁幾ヲ塗布シ、以テ其生皮ヲ促  
 スベシ。又快復期ニ於テ殊ニ強劇ナル嘔吐ノ爲メ、出血ヲ來ス時ハ、冷水  
 若シクハ攝氏五十度ノ温湯ヲ腔内ニ灌注シ、尙ホ止血セザレハ、更ニ縫  
 合ヲ反覆ス。

術後ノ危険ハ、分解シタル潰瘍面及是レヨリ全骨盤腔ニ蔓延セルすこ  
 れぶどこっけんノ腐敗性傳染ナリ。此傳染ハ吾人が屢々實驗スル所ニシテ、  
 彼ノ手術前ニ於テ、潰瘍面ノ消毒ヲ嚴行セザル可ラザルハ之ガ爲メナ  
 リ。縫絲ヲ拔去シタル後、多少ノ熱發ヲ來スト稀レナラズ。然モ多クハ兩  
 三日ニシテ平温ニ復ス。

手術ニ當テ吾人が往、不快ヲ感ズルハ、腔ノ老人性狹窄及子宮ノ過大ナ



リ。已ニ前述シタル腸管ノ、脱出ト、時ト、ノ、膀胱ヲ、損傷スルノ二事モ亦頗ル注意ヲ要ス若シ子宮巨大ニノ腔ヨリ摘出シ得ザレハ、勿論腹腔ヨリ之ヲ切除スルノ策アルノミ

手術ノ成績

手術ノ成績 ニ就テハ嚴ニ直接及永久ノ結果ヲ區別スルヲ要ス。蓋シ此二者ノ甚ダ同ジカラザル所以ノ者ハ、全剔出ヲ適應セシ疾患ノ性質ニ基クモノニシテ、直接結果ハ防腐法及手術式ノ進歩ニ伴ヒ、年々佳良トナリシニ拘ラズ、永久結果、語ヲ換ユレバ此手術ハ主トシテ子宮癌ニ施サル、ガ故ニ、後者ノ全治ニ至テハ、尙吾人ノ希望ヲ空クスルモノ多シ。次ニ掲ゲタル表ハ終リノ二十年間ニ於テ、此術ノ死亡數ガ如何ニ遞減セシカラ示スニ足ルベシ

ハイドレル Heidler	1880	52 例	36.5%	死亡
チルスハウゼン	1881	41 "	29 "	"
ハアン Helm	1882	48 "	29.1 "	"
ツエルニイ	1882	81 "	32 "	"
ゼンゲル	1883	133 "	28.6 "	"
エンゲストレー	1883	157 "	29 "	"

カルテンパッホ	1883	257 "	23 "	"
グッセロウ	1885	253 "	23.3 "	"
サラア、ポスト S. Post	1887	722 "	24 "	"
シャウタ	1891	724 "	11.6 "	"
ホーフマイエル	1892	749 "	9.2 "	"
ヒルシホマン Hirschmann	1895	1241 "	8.8 "	"
井ッセリング Wesseling	1897	1740 "	8.0 "	"

尙各手術家ノ得タル成績ヲ見ルニ甚ダ不同アリ。次ニ表示スルモノ是レナリ。

伯林婦人科クリニツク	子宮頸癌	197 例	12.7 死亡
子宮體癌	30 "	10 "	"
チルテハウゼン (一八八九年マヨ)	100 "	1 "	"
マルチン	232 "	14.6 "	"
レナホルト	190 "	5.3 "	"
カルテンパッホ	159 "	3.7 "	"
フリツチユ	03 "	9.7 "	"
グッセロウ	67 "	10.4 "	"
ホーフマイエル	130 "	9.2 "	"



シヤウタ  
 キュスト子レ  
 フェリク Felling  
 トナルン Thorn  
 ツツイフェル  
 ストエケル Stöckel

140  
 55  
 100  
 62  
 77  
 95  
 85  
 18  
 20  
 0  
 55  
 74

次ニ永久結果ニ關スル成績ハ左表ノ如シ。

手術者	術後治癒比例		術後一年		術後二年		術後三年		術後五年以上	
	手術數	治癒數	手術數	治癒數	手術數	治癒數	手術數	治癒數	手術數	治癒數
ヲルスハウゼン	188	58.5%	141	44.7%	112	37.5%	51	17.6%		
	26	69.2%	16	81.2%	13	69.2%	6	66.7%		
フリッチョ	65	57%	49	47%	39	48.7%	11	36%		
レヲボルド	—	—	104	49%	84	46.6%	47	53.2%		
マルチン	—	—	44	70%	—	—	—	—		
シヤウタ	—	—	19	47.3%	—	—	—	—		

欠



# 欠

ルマデ切開シ、此兩骨ヲ露出シ、尾骶骨及薦骨ノ最下部ヲ切除シ、茲ニ後方ヨリ骨盤腔ニ達ス。此法ハホッフ氏ガ初テ子宮剔出ニ用ヒタルモノニシテ、氏ハ露出セル直腸ヲ側方ニ牽引シ、後方ヨリ腹膜腔ヲ開キ、是レヨリ内生殖器ニ達セリ。此法ハ數多ノ人（ヘガル氏、ツェルニ―氏等）ヨリ是認セラレタリ。

又ウエルフレル氏ハ第二百八十八圖Wノ如キ切開法ヲ行ヒタリ。前法ト大同小異ナルヲ以テ略ス。

## （第七）フロインド氏手術 Freund'sche Operation

フロインド氏手術即チ腹壁切開ニヨル全子宮剔出術ハ十分ニ腹腔ヲ開放シ、子宮ト其近隣トノ結合ヲ剝離シ、血管ヲ結紮シ、次デ全子宮ヲ切除シタル後、切離及結紮シタル靱帶ヲ、腔腔ニ向テ翻轉シ、子宮ノ存セシ處ニ腹膜ヨリ被ハレタル漏斗ヲ形成スルノ術ナリ。此手術ニ於テ最モ困難ヲ感スルハ、子宮頸ノ剝離ナリ、故ニリヂギール Rydgyier 氏ハ腹膜ヲ開クニ先チ、腔内ヨリ豫メ子宮頸ヲ剝離スベキヲ勸告セリ、又上方ヨ



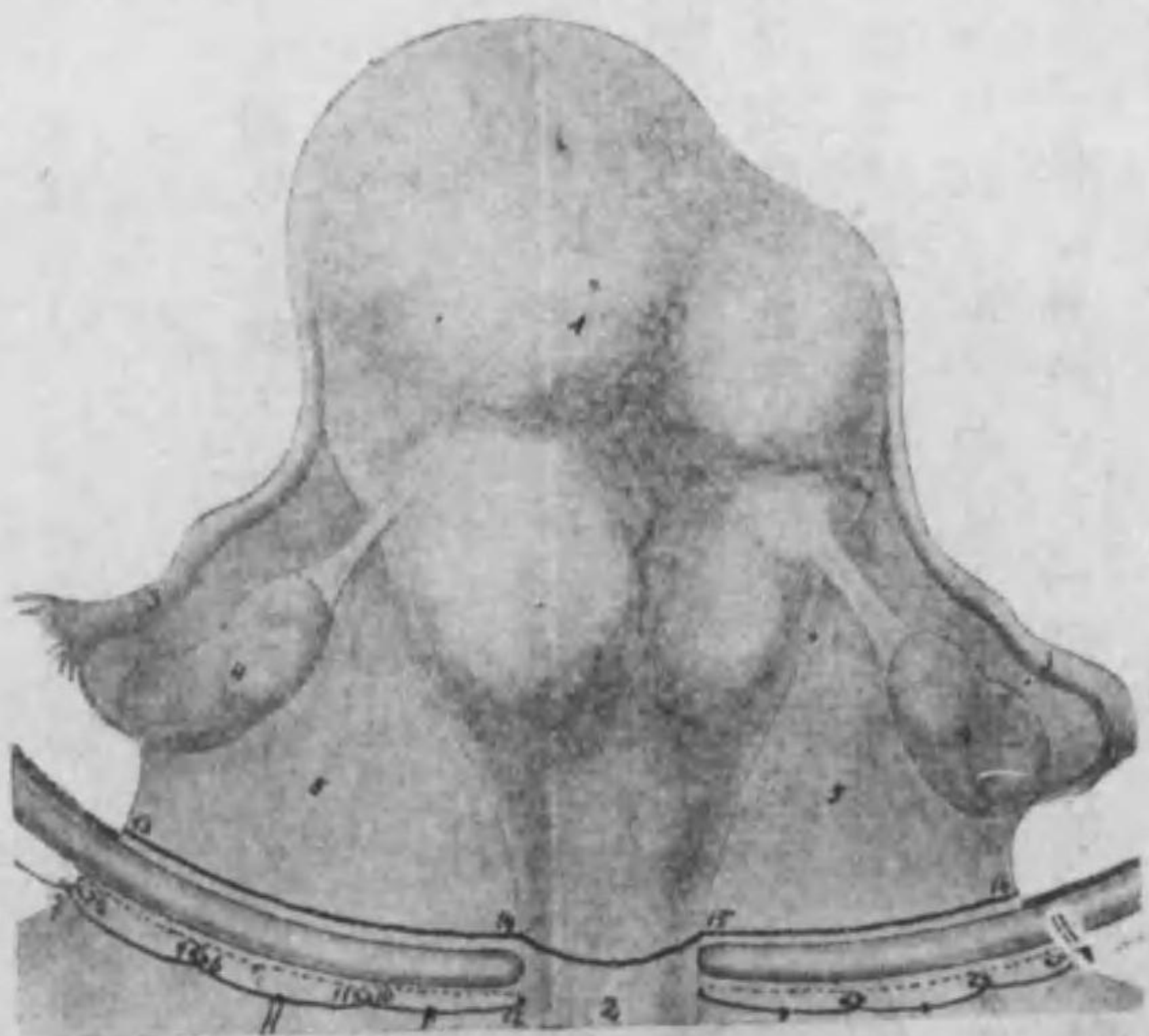
第 二 百 八 十 九 圖

腹式子宮全別出

(マールン氏)

後方ヨリ見ルタ

- 1、筋腫ニ侵サレタル子宮
- 2、子宮頸
- 3、喇叭管
- 4、卵巢
- 5、廣靱帶
- 6、ヨリ12、マ
- 7、結紮
- 8、ヨリ16、マ
- 9、廣靱帶ノ切斷

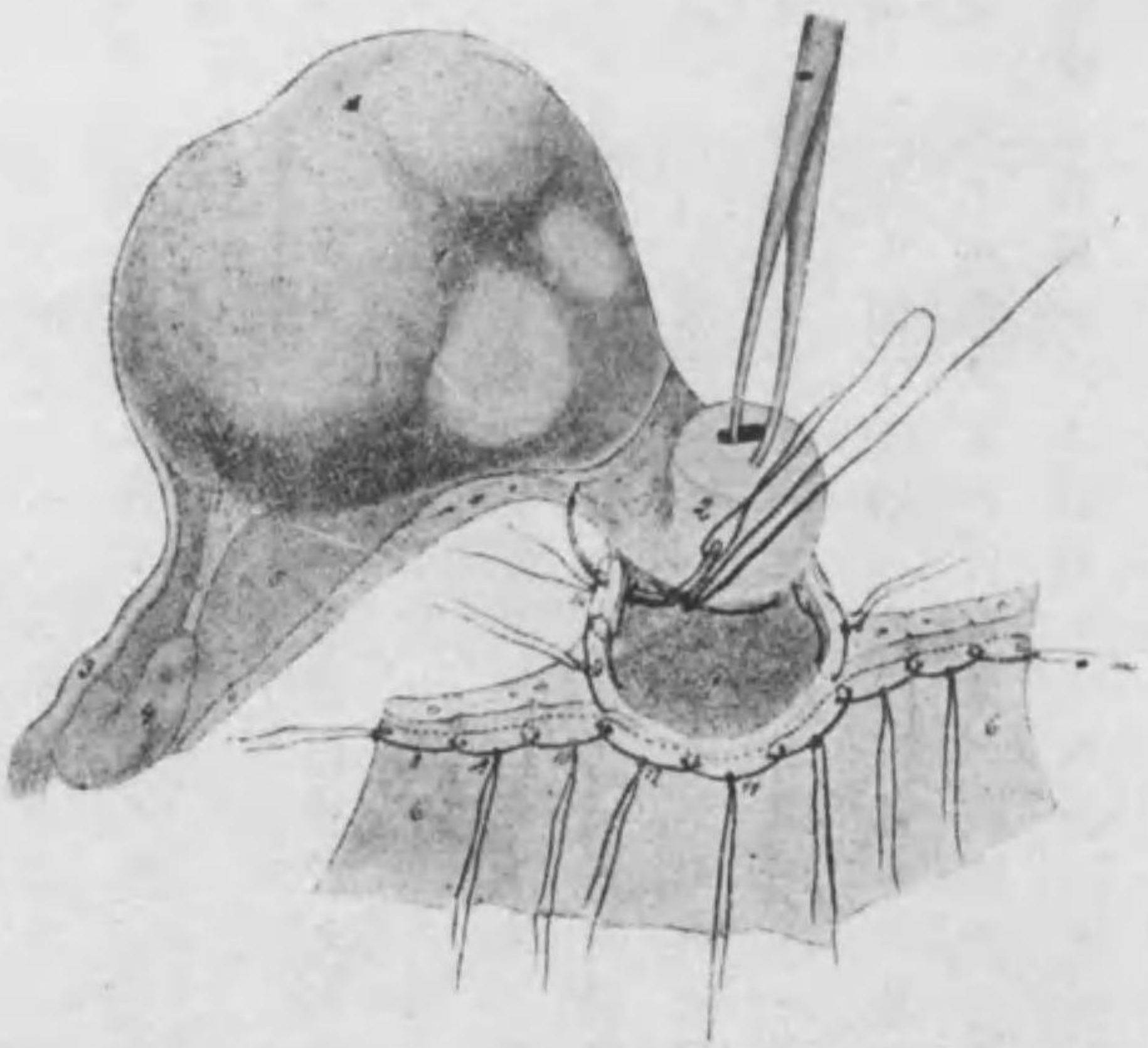


リ無障礙ニ小骨盤内ニ達シ得ンニハ、成ルベク完全ニ腸管ヲ空虚ニセザル可ラス、同一ノ目的ニテ耻骨縫際ノ直上ニ於テ、直腹筋ノ附着部ヲ

第 二 百 九 十 圖

同上

後方ヨリ見ルタ



- 1、子宮
  - 2、子宮頸
  - 3、喇叭管
  - 4、卵巢
  - 5、廣靱帶
  - 6、卵巢
  - 7、耻骨靱帶
  - 8、腔腔
  - 9、10、左廣靱帶ノ結紮
  - 11、12、後腹筋ノ結紮
  - 13、14、左前腹筋ノ結紮
  - 15、前腹筋ノ中央結紮
- 此結紮ハ前腹筋ノ縫合ニ連續ス

横ニ離斷スルヲ可トスル人アリ(所謂耻骨縫際上横切開法)其他、手術ニ當リ腹腔ヨリ全ク小腸ヲ取り出し、温布ヲ以テ被フヲ要スルコトアリ。



癌腫ニ於テ此手術ヲ行ハント欲セハ、先ツ腔内ヨリ癌變性ノ部ヲ搔爬  
 熾灼シ、次テ子宮口ヲ鉤或ハ縫合絲ヲ穿通シテ密鎖シ、以テ子宮腔分泌  
 物ノ漏洩セザランヤウ注意スベシ。又筋腫ニ於テハ、手術數日前ヨリ數  
 回子宮腔ヲ消毒洗滌シ置クヲ可トシ、手術ノ際ニハ可成腔部ニ於テ子  
 宮口ヲ壓抵閉塞セシムベシ。

患婦ハ尾骶背位ヲトラシメ、以テ小骨盤内ニ於ケル手術ヲ容易ナラシ  
 ムルヲ緊要トス。已ニ腹腔ヲ開キ子宮ニ達スルヲ得バ、フロインド氏ノ  
 有窓鉗子或ハミニューズー氏鉗子ヲ用ヒテ、之ヲ上方ニ牽引シ、其附屬器ノ  
 露出スルニ至ル。子宮ノ露出十分ナラザレバ、兩側圓靱帶ノ發起部ニ強  
 キ絲系蹄ヲ穿テ上方ニ牽引ス。茲ニ於テ之ヲ(1)喇叭管ヨリ卵巢靱帶ニ  
 至ル。(2)是レヨリ圓靱帶ニ及ブ。(3)是レヨリ腔穹窿ニ達スルノ三部ニ分  
 チ、二重ニ結紮シテ其中間ヲ離斷ス。此第三部ニハ恰モ子宮動脈ヲ含ム  
 ヲ以テ、其結紮ハ最モ注意ヲ要ス、若シ豫メ腔腔ヨリ子宮頸ヲ剝離シ置  
 クキハ、子宮動脈ヲ發見スルヲ容易ナリ。次ニフロインド氏針ヲ以テ固  
 ク腔穹窿ノ結紮ヲ施シ、此際、腔粘膜炎モ共ニ結紮中ニアルヲ要ス、之

第 二 百 九 十 一 圖

子宮卵巢及喇叭管ト共ニ摘出シタル  
 (著者原撰) 多發子宮筋腫



下方ニ懸垂  
 スルハ子宮  
 頸部ニ其  
 上方ニアル  
 大部ハ筋腫  
 左右ニ緊張  
 スルハ喇叭  
 管ナリ

レヲ切開シテ先ツ前  
 腔穹窿ニ於テ膀胱及  
 子宮頸ヲ剝離シ、次デ  
 後腔穹窿ニ及ヒ、最後  
 ニ子宮隅角ニ於テ廣  
 靱帶ヲ離斷スレハ、子  
 宮ハ全ク脫離ス。  
 創面ノ縫合ハ前方  
 ヲリ後方ニ向ヒ、密  
 ニ腹膜ヲ接着セン  
 ヲ要ス。  
 如此クシテ全ク腹膜  
 ヲ以テ創面ヲ被覆ス  
 レハ、腸ヲ還納シ腹腔  
 ヲ閉鎖ス。



第二百九十九圖

妊七ヶ月子宮頸痛ノ爲メ  
全摘出術ヲ行フ(著者原撰)



子宮前壁  
ヲ開ク子  
宮收縮ス  
ルヲ以テ  
胎兒ハ著  
シク屈曲  
シ且ツ排  
除セラレ  
ントスル  
ヲ認ム

此手術ハ癌腫ニ向テハ稀レニ用ヒラル、ニ過キズト雖モ、筋腫ニ對シテハ最近時麻氏及クローバック *Chrobach* 氏カ熱心ニ勸告スル所ナリ。吾人モ亦其一實驗ヲ好生館ニ於テナセリ。第二百九十一圖ニ示スモノ是レナリ。吾人ハ此患者ニ於テ、最モ佳良ノ成績ヲ得タリ。又第二百九十二圖ニ示シタルモ好生館ニ於ケル實驗ニ、妊娠七ヶ月ノ子宮ヲ、本手

術ニヨリ摘出シタルモノニシテ、子宮頸ハ全然癌變性ヲ受ケ、陣痛若リニ起ルモ子宮口毫モ開張セザリシガ爲メ、手術セシモノナリ。是レ亦成績ハ佳良ナリキ。



### 第九編 喇叭管ノ疾患

喇叭管ノ疾患ハ婦人病中比較的多數ヲ占ムル者ニシテ、維氏カ剖觀セシ五百人ノ死體ニ於テ、三百人ハ喇叭管ノ病的變化ヲ存セシト云フ。麻氏ノくりりに一ニ於ケル婦人科患者一萬人中二百八十七人ノ喇叭管疾患ヲ發見セリト云ヘル報告ハ、其數少キニ過ク。思フニ是レ活體ナルガ故ニ、診斷ヲ下シ難キモノアリシニ因ルナルベシ。著者ハ好生館ニ於テ已ニ數百回ノ剖腹術ヲ實驗セシガ、又喇叭管疾患ノ比較的多キヲ認ムルモノナリ。

#### 喇叭管ノ炎症

喇叭管炎 Ssplingitis (喇叭管水腫 Hydrosalpinx 喇叭管血腫 Hämatosalpinx 喇叭管膿腫 Pyosalpinx.)

喇叭管ノ單純ナル充血ハ生殖器充血ヲ伴ヘル諸種ノ傳染病、卵巢囊腫

ノ軸旋、子宮附屬物ノ脱腸内ニ於ケル嵌頓等ニ於テ、往々之ヲ來スト雖、臨床上著シキ價值ヲ有セス。

原發性喇叭管炎ハ一般ニ甚ダ稀レニ、通常同時ニ他部即チ子宮、腹腔或ハ腸管ノ疾患ヲ現存ス。否ラザレバ多ク之レヲ既往症ニ於テ證明シ得。就中最モ屢々他ノ生殖器粘膜炎ノ慢性加答兒ニ繼發シ、產褥傳染ノ先驅之レニ次グ、即チ殆ド三分ノ二ハ子宮ノ内膜炎、慢性實質炎、偏轉及ヒ屈曲ニ續發シ、二分ノ一ハ子宮外膜炎若シクハ骨盤蜂窩織炎ニ起因シ、殘餘ハ腹膜炎、卵巢囊腫、卵巢炎、淋疾、梅毒性潰瘍、バルトリオン腺炎、鼠蹊腺炎ニ續發スルモノニ、多クハすたふろこっけん及すどれぶごこっけん傳染ナリ。但シ此等ノ疾患ニ於テハ他ノ細菌、殊ニ大腸菌ノ參與スルアルハ論ヲ俟タズ。之ニ由テ見レバ喇叭管ノ炎症疾患ハ殆ント原發セズト云フモ、謬言ニアラザルヘシ。又輓近ヘガル氏ガ報告セシ「結核ハ比較的屢々喇叭管ニ原發ス」トノ論ハ未ダ全ク確定セズト雖、最近時ノ學者ハ大ニ之ヲ注目スルニ至レリ。反之淋疾性子宮内膜炎ニ續發スル喇叭管疾患ノ多數ナルハ確實ニシテ喇叭管ハ含有物中ニ「ごこっけん」ヲ



認ムルハ必ラスシモ稀有ナラズ。其他ぢぶろこくすらんつをらいつ  
す(フレンケル氏)のいもにーこっけん放線状菌腐敗菌等モ亦發見セラ  
レタリ。然ル喇叭管疾患ノ少クモ半數以上ニ於テハ毫モ細菌ヲ存セザ  
ルノ一事ハ又記臆スルヲ要ス。是レ蓋シ膿竈ノ被囊ヲ造リタル後ハ有  
機么體ノ盡ク死滅スルガ故ナラン。

喇叭管炎ハ殆ド半數ハ兩側ニ發ス。又左右ニ關シテハ左側ヲ多シトス。  
其理未ダ説明スルヲ得ズ。

病理解剖

病理解剖 喇叭管炎ノ病理解剖的現狀ニ種々アリ。先ツ他部ノ粘膜  
ニ於ケルガ如キ急性加答兒ニ在テハ粘膜殊ニ其皺襞ノ腫脹ヲ起スモ、  
上皮ハ多ク保存セラレ、一般ニ鮮赤色トナリ、上皮下及深ク筋層中ニ大  
小ノ溢血ヲ發シ、殊ニ細胞浸潤ヲ來スルハ、粘膜肥厚シ、皺襞ハ特異ニ腫  
脹ス。之レヲ加答兒性喇叭管炎 Salpingitis catarrhalis (I)ト云フ。此刺戟  
狀態ニ由リ、喇叭管皺襞ノ凹部ニ小腔洞ヲ生ズル時ハ、其横斷面ハ恰モ  
腺質ノ拮入セシガ如キ觀ヲ呈シ、鏡檢上、腔部糜爛ニ類似ス。所謂增殖  
性加答兒喇叭管炎 S. catharh. proliferans(1) 麻氏ノ所謂假性濾胞性喇

管炎

間質性喇叭管炎

喇叭管炎是レナリ。然ル此狀態ノ價值ヲ判斷スルニハ甚ダ注意ヲ要ス。何  
者喇叭管粘膜ノ疾患ハ同時ニ本管ノ延長及迂曲ヲ來シ、其斷面ハ殊ニ  
屈曲部ニ於テ宛然數多ノ管腔ヲ示セバナリ。此等ノ加答兒性疾患ニ於  
テハ分泌甚ダ増量シ、粘稠ニシテ多クハ透明ナレモ、稀レニ血色ヲ帶ブ。  
化膿ヲ起スヘキ發炎體例之バこのこつけん等の竄入ニ因スル粘膜ノ  
變化ハ特異ニ殊ニ著シキハ速カニ高度ノ小細胞浸潤ヲ來スニアリ。  
(第二百九十三圖)此浸潤ハ忽チ粘膜ヲ超ヘテ筋層ニ達シ、茲ニ筋束ヲ壓  
排シ、其處々ヲシテ往々脂肪變性ヲ受ケシメ、且ツ血管ハ甚ダシク充盈  
シ處々溢血ヲ發ス。此症ヲ間質性喇叭管炎 S. interstitiales (II)ト名ケ、  
粘膜ノ上皮ハ常ニ破潰セラレ、皺襞ハ蠶食セラレタルガ如ク、屢潰瘍ニ  
陥リテ全ク消失ス。然ルキハ管中ノ處々ニ閉塞、及其結果トシテ腔洞ヲ形  
成シ、管壁ハ浸淫セラレテ硬固ナル癥痕塊トナリ、且ツ著シク肥厚シ、筋  
層ハ全ク消失ス。時トメハ壁中ニ多數ノ腔洞ヲ生シ、一層ノ上皮ヲ備ヘ。  
或ハ之ヲ有セズシテ、膿様若クハ粘液様ノ内容ヲ含ム。是レ濾胞性喇  
叭管炎 S. follicularis (四)ト稱スル者ニシテ、此等ノ腔洞ハ微細ナル間隙

濾胞性喇叭管炎



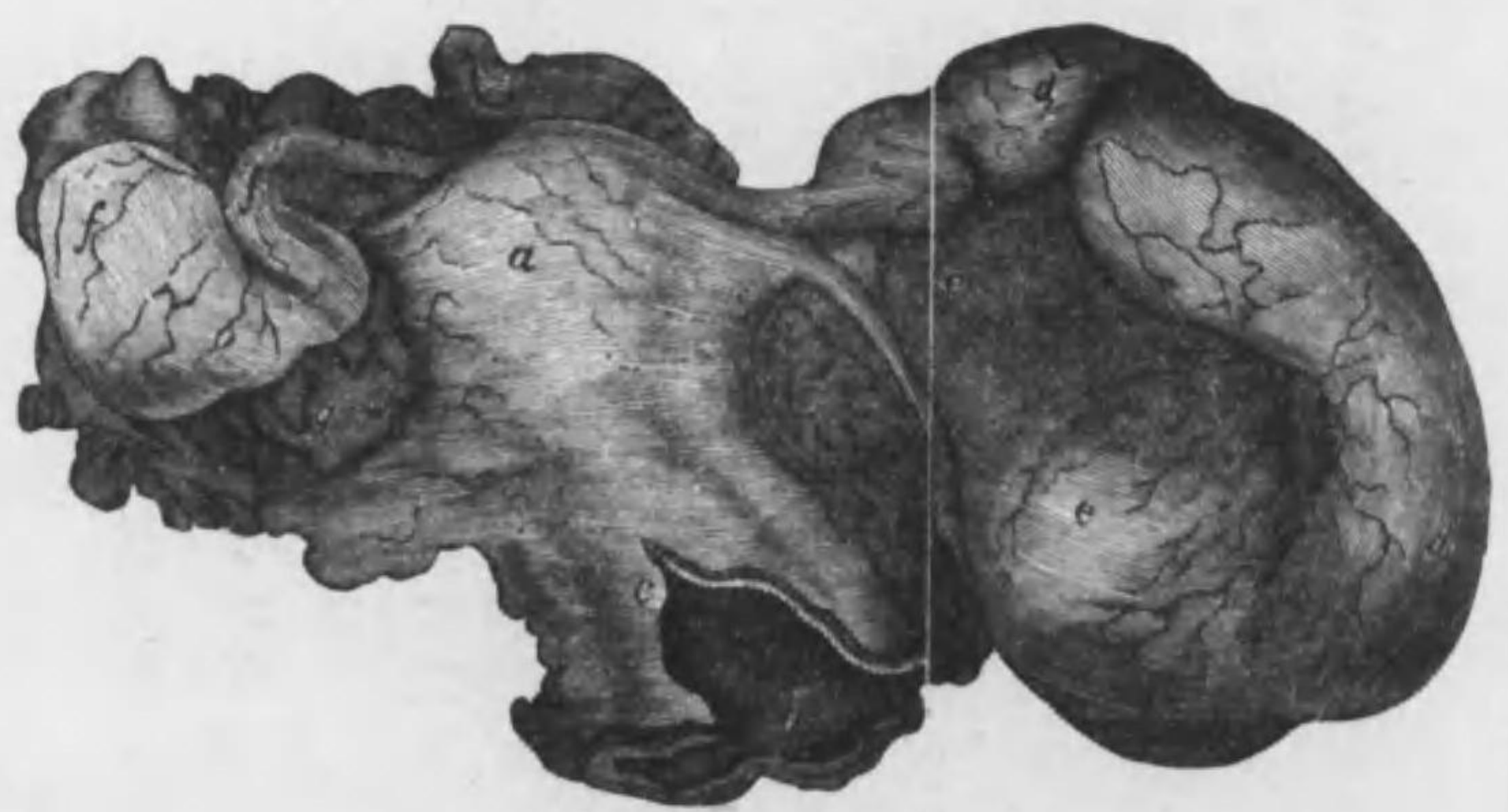
圖三十九百二第  
面斷横ノ管喇叭ルケ於ニ炎管喇叭性毒淋



粘膜炎變  
ハ癒着シ  
小細胞浸  
潤アリ  
(キユスト  
子ル氏婦  
人科學ヨ  
リ撰出  
ス)

ニ由テ互ニ交通シ、時トノハ全ク溶合ス。此腔洞ヲ充盈スル所ノ膿塊ハ  
稀薄液様ナルアリ、或ハ濃厚乾酪様ナルアリ。若シ固形質管壁ニ沈着ス  
ルキハ、滲濁シ屢、惡臭ヲ放タル液體ヲ遺殘シ、碎脆ナル管壁ハ僅ニ近隣

圖四十九百二第  
患疾ノ管喇叭  
(氏シチルマ)



a 子宮  
b 腔  
c 子宮腔部  
d 喇叭管  
dd 右側喇叭管  
卵巣腫瘍  
f 右側喇叭管  
水腫  
g 左側卵巣



器官トノ癒着ニヨリ腹腔ニ穿通セサルヲ得。此内容ハ患婦熱發シテ其液惡臭ヲ有スル時ト雖モ、多クハ無菌性ナリ。然レモ稀レニハ著シキ傳染性ヲ呈ス。又稀レナル例外ニ於テハ、筋層ノ遠心性肥大ヲ起スヲ見ル

(カルテンバハ氏)

喇叭管ノ漿膜ハ屢早期ニ侵サル。通常適度ノ滲出ヲ起シ、肥厚シ、其迂廻部ハ相互ニ癒着シ易キノミナラズ、子宮及卵巢ヲ包羅シ、殆ト區別シ得ベカラザル一團塊ヲ形成スルニ至ル。第二九十四圖參照。罹患セル喇叭管ノ形狀、大小、位置及關係ハ管腔、其内容ノ状態及特異ナル發炎體、若クハ分解質竄入ノ關係ニ由リ甚ダ同シカラス。管腔ニ高度ナル狹窄、若クハ全閉鎖ヲ起シ、其中間ニ内容瀦溜スレハ、或ハ橙實大ノ囊腫ヲ形成シ、念珠狀トナリ、就中一二ノ部ニ於テハ甚シク増大シ、人頭大ニ至ルコトアリ、殊ニ特異ナルハ剪糸ノ腹膜面癒着ニヨリ、若クハ之レト近隣トノ癒着ニヨリ、喇叭管口ノ閉塞ヲ來シタルモノニシテ、此部ハ臍狀ニ陥凹シテ、甚シク緊滿セセル喇叭管ニ附着ス。其他管口ハ滲出物中ニ沈没シ閉塞シ、卵巢或ハ近隣器臟ト癒着スルコトアリ。

第 二 百 九 十 五 圖

結核性喇叭管ニ於ケル喇叭管ノ斷面



粘膜ハ荒蕪シ  
其内部ニハ巨  
態細胞ヲ有ス  
ル結核體アリ  
(キユスト子ル  
氏婦人科學  
リ撰出ス)

罹患シタル喇叭管ト卵巢トノ關係モマター様ナラズ、即チ喇叭管ノ疾患ニ關ラズ、卵巢ハ獨立シテ普通ノ状態ニ在ルアリ。或ハ喇叭管ニ癒着



シ兩者ノ内部ニ發シタル腔洞ハ、其中隔ノ消失ニ由テ互ニ交通スルモノアリ、這種ノ癒着ハ時トノ先天性ナルガ如シ。此場合ニ於テハ剪綵ハ卵巢ノ濾胞腔ニ沈降ス。之ヲ卵巢喇叭管 Ovarial tube ト云フ。ブルニール *Burnier* 氏ニ從ヘハ此癒着及交通ニ向テハ、主トシテグラーフ氏胞ノ參與スル者ニシテ、喇叭管腹腔端ノ剪綵ハ成熟シタル卵胞ニ癒着シ、二者ノ交通ヲ媒介スト云フ。是レヨリ所謂喇叭管卵巢囊腫ヲ發生シ得。又喇叭管及卵巢ノ化膿性炎ハ兩者ニ膿腔ヲ發生セシメ、若シ中隔消失スル時ハ、小骨盤ヲ填充セル大膿腫トナル。

喇叭管ノ内容ハ恐クハ各月經時ニ於テ血色ニ變ズルナラン、但シ純血ノ滲出ハ例外トス。如此キ血性滲出ハ、子宮ヨリ外方ニ排泄シ得ベシト雖トモ、時ニ或ハ滯溜シテ囊腫ヲ形成シ、往々巨大トナリ、遂ニ破裂スルヲナキニアラズ、而シテ腹腔ニ排泄セル液ハ漸次吸收セラレ至ク消失スルヲアリ。然レ若シ傳染質ヲ含ム時ハ、恐ルベキ腹膜炎ノ症狀ヲ繼發シ速ニ死ニ終ル。

内容ハ喇叭管口閉塞ノ爲メ、漸次增多シ、而カモ漿液性ニ止ル時ハ之レ

ヲ喇叭管水腫 *Hydrosalpinx* (第二百九十四圖 b 參照) ト云ヒ、若シ血液

ヨリナリ、或ハ血性ヲ帶ブル時ハ、之レヲ喇叭管血腫 *Hämatosalpinx* ト

稱ス。本症ハ最モ屢々喇叭管妊娠ヨリ發生ス。又喇叭管膿腫 *Pyosalpinx* ト

ハ特異ナル發炎物、殊ニこのこけん、膿腫こけん、結核菌及放線狀菌ノ

竄入ニヨリ、内容ノ膿狀ニ變ジタル者ヲ云フ。此症ニ於テハ囊壁屢々穿孔

シ、膿液ヲ腹腔ニ洩スト雖モ、亦局部ニ腹膜炎性ノ肥厚ヲ起シ、破裂ヲ豫

防スルヲ少カラズ。其他結核ノ茲ニ發生スルモ亦甚ダ稀レナラズ。尙後

章ニ論ズベシ。

症候 臨床上喇叭管ノ炎性疾患ニ特異ナルハ、症狀アルナシ。是レ一ハ

其原因ノ多般ナルガ爲メナルモ、一ハ疾患多クハ喇叭管ノミニ限局セ

ズ。一面ニハ子宮及腔、一面ニハ卵巢及殊ニ骨盤腹膜ノ著シク侵サル、

ニ由ル。實ニ骨盤腹膜炎ノ症狀ハ常ニ最モ著明ナリ。疾患ノ初期ニ於テ

-5 300 30 845" data-label="Text">

ハ外陰部、尿道若クハ子宮ノ炎性症狀ニ續キテ、下腹ノ一側若クハ兩側

-45 300 70 845" data-label="Text">

ニ於テ純痛ノ感覺ヲ起シ、其性初メハ時々間歇スルモ、漸次陣痛様トナ

-85 300 110 845" data-label="Text">

リテ増劇シ、殊ニ月經、交接、勞働等ノ際最モ甚シク、往々熱發シテ腹膜ノ刺



過激性喇叭管炎

戟症狀ヲ併發シ、消化不良、便秘、貧血、羸瘦等ヲ來シ、頑然トシテ諸般ノ治療ニ抵抗ス。如斯キ喇叭管疾患ヲ有スル婦人ハ屢、歇斯帝里性症狀ヲ呈シ、持續スレバ一種ノ惡液狀態ニ陥ル。通常喇叭管囊腫ノ爲メ骨盤器臟或ハ下腹神經ヲ壓迫シテ現ル、所ノ症狀最モ著明ナリト雖モ、時トモハ子宮外膜炎ノ症候却テ頗ル劇甚ナリ。若シ突然危險ナル急性腹膜炎ノ症候ヲ來セバ、是レ囊腫破裂セルノ徵ニシテ、往、徐ロニ治療ニ赴クモ、多クハ生命ヲ危害ス、又月經ハ不正多量ニシテ、且ツ疼痛ヲ伴フ。以上ノ症候ハ恐ク喇叭管ノ炎性疾患ノ常徴ト認メテ可ナラン。

子宮腔ニ向テ喇叭管ノ内容ヲ漏泄スル、所謂過激性喇叭管炎 *Septic pingitis profuens* ニ在テハ、疼痛即チ所謂喇叭管陣痛、久シク持續シタル後、腔ヨリ突然多量ノ液ヲ排泄ス。然モ多數ノ場合ニ於テハ子宮内腔ノ加答兒ヲ合併スルヲ以テ、此ノ如キ漏物ハ半バ加答兒ニ基クト看做ス方可ナラン。本症ハ患婦一時劇痛ヲ感ジ、液ノ排泄後、子宮側ノ囊腫ハ忽チ消失シ、俄然輕快ヲ覺ユルニ徵シテ知ルヲ得ルト云フ。又喇叭管内出血即チ喇叭管血腫 ハ喇叭管妊娠ニ續發シタルモノニアラザレバ、小

診斷

量ナルヲ常トスレモ、時トモハ些少ノ出血ニ由テモ亦急性貧血ヲ來シ、次テ徐ロニ快復ス。其症狀ハ多ク内容ノ壓迫増加ニ起因シ、從來ノ鈍痛ハ變ジテ強烈ナル疼痛性緊迫ヲ發シ、若シ又喇叭管囊腫穿破スル時ハ、腹膜炎ノ症狀ヲ續發ス、幸ニシテ止血スレバ、患者ハ漸次快復スルヲ得ベキモ、他ノ場合ニ於テハ貧血進行シテ、腹腔出血ヲ來シ、死ニ終ル。喇叭管内容ハ化膿即チ喇叭管膿腫 ハ劇痛ヲ來シ、惡寒熱發ヲ伴ヒ、患婦ヲシテ速ニ羸瘦衰弱セシム。殊ニ内容ノ増加迅速ニシテ、破裂ヲ來セシ時ニ然リ。然モ慢性ノ經過ヲ取ル時ハ、膿液漸次退行變性ヲ受ケ、全ク吸收セラレ、多クハ喇叭管壁及之レニ觸接セル近隣部ノ癒着ヲ來シテ治療スト雖モ、稀レニハ腸管或ハ膀胱ニ穿通シ、若クハ腔内或ハ外方ニ向テ膿液ヲ排泄スル者アリ。之レニ由テ患婦ハ衰弱シ、多ク鬼籍ニ上ル。若シ兩側喇叭管發炎スル時ハ、不妊症ヲ來スヤ論ヲ俟タズト雖モ、一側ノ喇叭管炎ニ於テモ亦多クハ然リ。

**診斷** 良好ナル場合ニ於テハ腫脹セル喇叭管ヲ觸レ、其子宮端ヲ以テ子宮ト連繫スルヲ觸診シ得ルヲ以テ、診斷確實ナルヲ得、殊ニ下腹ノ

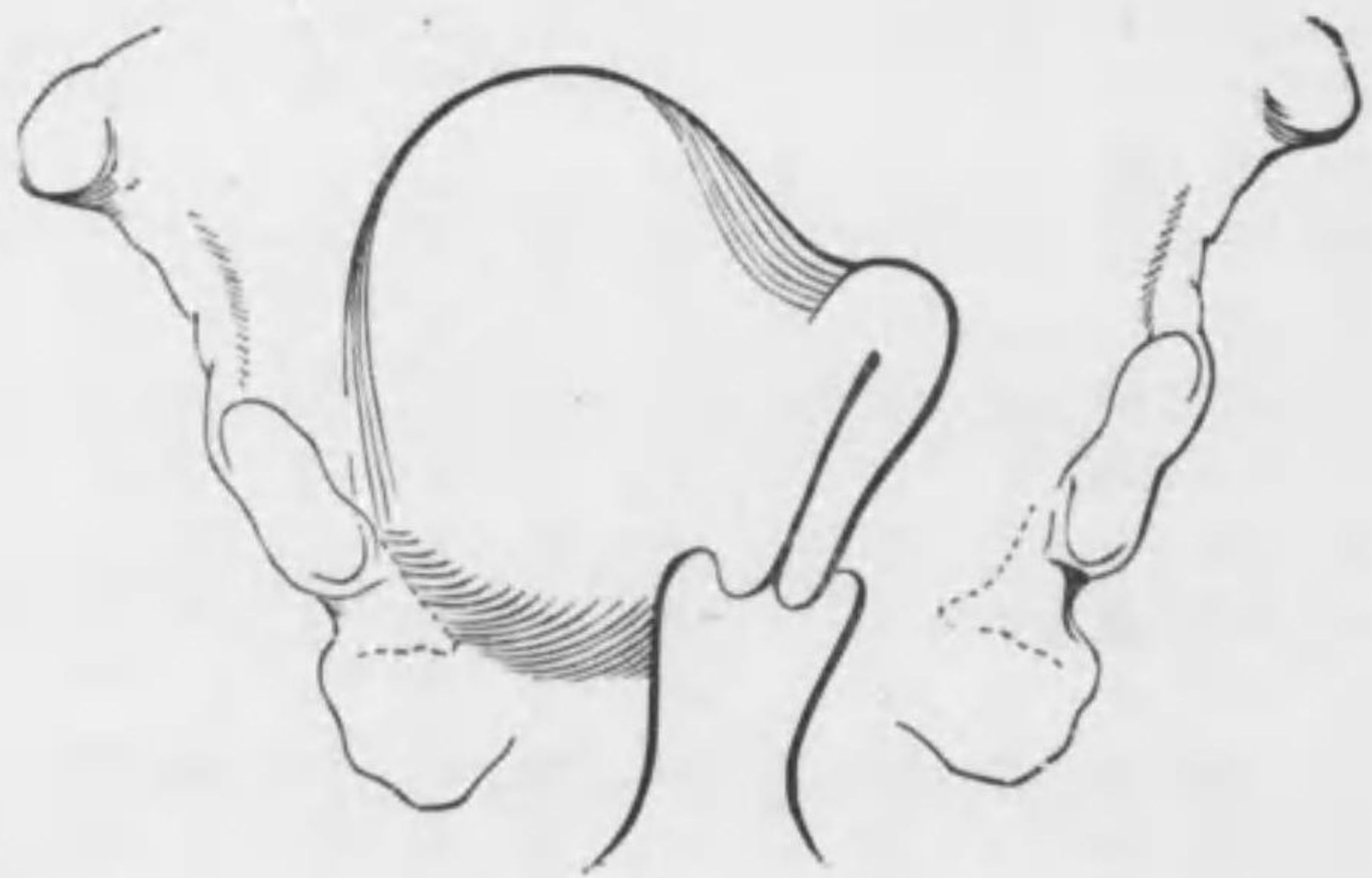


兩側ニ於テ、時ニ其部位ヲ交代セル壓痛アリ、且ツ腔若クハ子宮ノ炎症ヲ存シ、就中淋毒ノ感染ヲ證明シ得レバ益々然リ。然ルニ數多ノ場合ニ於テハ廣汎ナル癒着ヲ來スヲ以テ、各部ヲ遊離シテ觸診スルコト甚ク難ク、若シ強力ヲ以テ觸診スレハ、屢々囊腫ノ破裂ヲ起シ危險ナル症狀(出血、腹膜炎、虛脱)ヲ發スルノ恐レアリ。又喇叭管疾患ハ、通常卵巢疾患ヲ合併シ、卵巢ノ新生物ニ於テモ、亦喇叭管ハ其表面上ニ著シク延長迂曲シ、同時ニ擴張スルコト多キヲ以テ、喇叭管ノ子宮端ヲ明ニ觸定スルハ容易ニアラズ。之ニ反シテ卵巢炎ニ起因スル卵巢ノ變形ハ、多ク喇叭管炎ヲ合併スルモノニシテ、此際ニハ硬クシテ索狀ニ肥厚セル喇叭管ト、卵巢ニ柔軟ナル罹患卵巢ヲ區別シ得ルヲアリ。球狀ニ腫脹セル喇叭管端ハ深クヅグダラス氏腔ニ入ル。若シ廣靱帶健全ナルキハ、喇叭管囊ハ卵巢囊腫ノ如ク、骨盤入口及其上ニ舉揚スルヲ得ルモ、浸潤或ハ癥痕ノ爲メ擴張スル克ハザレバ、卵巢ハ硬固ナル圓靱帶ニ由テ、子宮ニ固定セラレ、喇叭管囊ハ毫モ移動セザルナリ。結核性炎症ニ於テハ腔内及腹壁上ヨリ擴張セル喇叭管ヲ觸レ、以テ正當ナル診斷ヲ下シ得ルヲ稀レナラズ。

第 二 百 九 十 六 圖

右側廣靱帶內喇叭管水腫

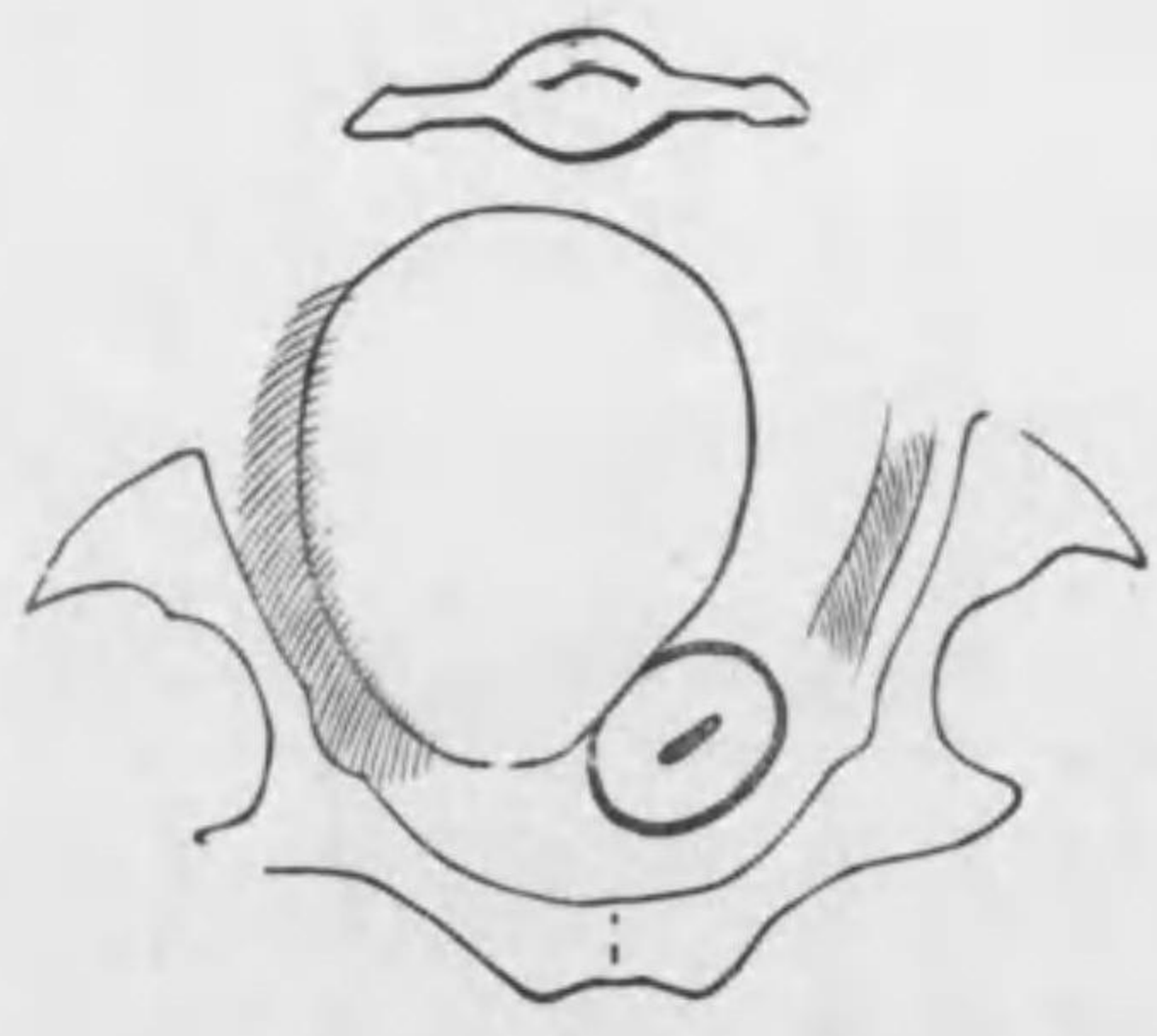
(三分一ノ大ニイテ氏婦科人斷學ニ據ル)



腫瘍ハ子宮ト  
限界スルヲ得  
ズ其基礎ハ滲  
出物ニ由テ固  
定ス但シ肥厚  
セル喇叭管ノ  
子宮端ハ明ニ  
觸診スルヲ得



第 二 百 九 十 七 圖  
同 上 橫 斷  
(上 同)



腫瘍ノ右側ハ周圍  
炎性索狀ニ由テ骨  
盤ニ固定セラレ此  
索ハ廣靱帶ノ後板  
ヲ攀揚シテ後子宮  
面ニ接着セリ右側  
ニ於テハ弛緩セル  
喇叭管ノ一部ヲ明  
ニ觸診スルヲ得

漿膜、下筋腫トノ誤診ハ稀有ニ屬ス。是レ此筋腫ガ恰モ子宮角ニ當テ發  
生スルガ如キハ甚タ少キニ由ル。骨盤蜂窩織炎ノ滲出物ハ迥ニ廣靱帶  
ノ下部ニアリテ、腔穹窿ヲ壓抵シ、且ツタトヒ濃厚トナルモ喇叭管腫瘍  
ノ如キ子宮トノ結合ヲ認定セシムルコトナシ。且ツ喇叭管腫瘍ハ通常

骨盤ノ上方ニアリテ、其位置及形狀ハ銳ク限界スルヲ以テ骨盤蜂窩織  
炎ト異ナリ。然レ此二症ハ屢々誤診セラル。是レ兩症ハ屢々同一ノ傳染ニ  
起因シ、且ツ觸診上ノ區別困難ナルニ由ルナリ。カ、ル場合ニ於テモ喇  
叭管ノ子宮端ヲ觸ル、ヲ以テ鑑別ノ材料トナスベシ。腹膜、外血腫モ亦  
滲出物ト殆ト同一ノ症候ヲ呈ス。

蓋シ喇叭管疾患ノ初期ニ於テハ、腫脹セル喇叭管ヲ觸ル、ヲ得サルヲ  
多キヲ以テ、其區域近隣トノ結合及知覺性ハ不明ニシテ、診斷モ亦容易  
ナラズ。吾人ハ既往難産、淋疾、不孕、月經障害、羸瘦、衰弱等ノ諸症ニ憑テ臆  
測スルニ止ルノミ。其他卵巢疾患、骨盤腹膜炎及蜂窩織炎性滲出物、廣汎  
ナル癒着等ヲ合併スレバ、診斷モ亦益々困難トナル。

**豫後** 診斷已ニ難シ、豫後ノ良カラザルモ亦之レニ匹ス。然レ單純ナ  
ル加答兒及子宮ト喇叭管ノ交通スル者(過泄性喇叭管炎)ハ治療スルヲ  
得ベシ。化膿性炎モ亦時トノ然ルヲ得。然ラバ豫後ヲ凶惡ナラシムル者  
ハ何ゾ、本症ノ再發シ、易キニアリ。其速ニ腹膜ヲ侵シテ骨盤腹膜炎ヲ發  
スルニ在リ。殊ニ本症ニ起因スル不孕ハ、吾人ノ最モ屢々實驗スル所ノ不

豫後

僅カニ一子ヲ産シ  
爾後不孕ナルハ本  
症ニ多シ



快症ナリ。加之慢性喇叭管炎ハ、屢、全身障害ノ根原トナル。然ルモ生命ニ關シテハ、若シ腐敗性及結核性炎症ヲ除去スレバ、先ツ佳良ナリト云フヲ得ベシ。反之喇叭管囊ト腸管ト交通スル場合ハ、最モ危険ナリト認ムベシ。

療法

療法

豫防法ハ最モ價値アリ。何トナレバ新鮮ナル淋疾ヲ有スル婦

人ニ於テハ、吾人ハ克ク其病機ノ上行ヲ制止シ得レバナリ。此目的ヲ達スルニハ、都テ子宮内療法(消息子挿入、注射等)ヲ禁忌スルヲ要ス。夫ニシテ淋疾ニ病ムアラバ、決メ其療法ヲ等閑ニ附スベカラズ。其他喇叭管疾患ニ在テハ、凡テ子宮ニ於ケル手術ヲ行ハザルヲ可トス。療法ハ病機ノ新舊ニ由テ異ナレリ。新鮮ナル炎症ニ於テハ、常ニ破裂ヲ恐ル、ヲ以テ、強劇ナル攻撃療法ヲ加フルヲ得ス。單ニ身體及生殖器ヲ安靜ニシ、交接ヲ嚴禁スレバ足レリ。已ニ多少慢性期ニ移行スレバ、腔洗滌ヲ行ヒ、沃土虞利斯林或ハ、いひちをーるノたむぼんヲ挿置シ、疼痛甚シキ者ニハ、子宮腔部ノ瀉血及下腹ノブリースニツ氏器法ヲ施シ、阿片ノ如キ麻醉劑ヲ與ヘ、或ハ下劑ニヨリ腸管ニ誘導シ、時ニ攝氏卅五度ノ温坐浴或ハ全

身浴ヲ試マシムル等、及有力ナル食餌ニ由リ、凡テ全身攝生法ニ注意スルヲ以テ主トス。弗氏ハ負荷療法、Belastingmethodeノ有効ナルヲ説ク。先ツ洗腔シ、次デこるばいりんてる或ハ砂粒ヲ充シタルこんどーむヲ腔内ニ挿入ス。こるばいりんてるハ水、空氣或ハ五百乃至一千瓦ノ水銀ヲ以テ充盈シ、患婦ノ不快ナル壓感ヲ訴フルニ至ルベシ。然ル後少シシ其内容ヲ漏スヲ可トス。こんどーむモ亦適宜ニ充盈シ、腔鏡ノ媒介ニヨリ若クハ指ヲ以テ送入ス。此處置ヲ施スニハ、患婦ノ骨盤ヲ少シク高ムルヲ要ス。次デ稍、兩脚ヲ屈曲セシメ、約二基瓦ノ砂粒ヲ充シタル囊ヲ腹壁上ニ置ク。此療法ハ晝夜持續スルモ不可ナシト雖モ、或ハ毎日三四時間施スモ亦効アリト云フ。由之自覺症ハ著シク緩解シ、疼痛漸ク減ジ、稍、大ナル囊腫ト雖モ、徐ロニ萎縮シ、喇叭管ノ形狀復舊シ、他ノ障害モ亦著シク軽減シ、或ハ全ク治癒スルニ至ルヲ少カラスト云フ。又此等ノ療法、毫モ奏効セズ患婦ノ漸次羸瘦セントスル時ハ、シムブソン、ランダウ、ウヰリーWylie等諸氏ニ從ヒ、彎曲セル長套管針ヲ子宮頸直後ニ於テ、喇叭管囊ニ穿刺シ其内容ヲ排泄ス。但シ此穿刺法ハ囊壁ノ直ニ腔穹窿ニ接着スル



時ニ限ル可シ。若シ夫レ根治法ニ至テハ喇叭管ヲ截除スルノ一法アル  
ノミ。而カモ之ヲ施シテ患婦尙ホ全ク健康ニ復セズ。疼痛遺ルヲアリ。帶  
下止マザルヲアリ。喇叭管及卵巢ノ缺損ヨリ來ル症狀存スルヲアリ。之  
レヲ注意スベキ一事トス。

喇叭管截除術

喇叭管截除術 Salpingotomy ハ最初ヘガール氏(一八七八年)ニ由テ施サ  
レロ。ソントン、テイト Lawson Tait (一八七七年)及麻氏(同上)之ニ次ギ、爾來數  
多ノ人ヨリ行ハレタリ。

適應症 ハ喇叭管ノ疾患ノミニ由テハ定メ難シ。是レ同時ニ卵巢ノ病  
メルアリテ此手術ノ眼目トナルヲ甚ダシナルノミナラズ、已ニ喇叭管  
ヲ切除スレバ、残留セル卵巢ハ其官能ヲ營ムクハズ、却テ將來ノ障害  
ヲ起スベキ根原トナルガ故ニ、吾人ハローション、テイト氏ノ方針ニ從ヒ、  
喇叭管及卵巢ヲ同時ニ截除スルノ必要ヲ見ルヲ多ケレバナリ。所謂喇叭  
管兼卵巢截除術 Salpingo-oophorectomie 是レナリ。然レ已ニ喇叭管  
及卵巢ヲ截除スレハ、子宮ノ官能ハ廢絶スルヲ尙子宮ヲ截除シテ、喇叭  
管及卵巢ハ其官能ヲ營ムクハザルニ同ジ。故ニ病的狀態ニ應ジテハ、喇叭

喇叭管兼卵巢截除術

喇叭管及卵巢ノ截除ニ兼テ子宮頸切斷ヲ行フ。凡テ此等ノ手術ニ向テハ  
所謂**附屬器手術** Adnexoperation ノ名ヲ用ユ。而シテ之ヲ適應スルト否ト  
ハ喇叭管疾患ニ起因スル症候ノ如何ヲ顧ミルハ外據ルベキナシ。況ン  
ヤ手術後ニ於テモ、患婦ノ苦痛往々ニ全ク消失セザルハ前ニ述べタル  
ガ如クナルヲ以テ、附屬器ニ疼痛、炎症產物ヲ認ムレバトテ、直ニ手術ヲ  
勸ムベキニアラザルオヤ。此ノ如キ場合ニハ、須ク傍觀的ニ治療シテ、經  
過ヲ觀察シ、諸法無効ナルニ及テ初メテ手術ニ進ムベシ。若シ夫レ明カ  
ニ附屬器ノ腫瘍ヲ觸レ、其腫瘍ハ過敏ニ管ニ對症療法ニ抵抗スルノ  
ミナラズ、却テ増劇シテ疼痛ヲ呈スルモノハ、固ヨリ速カニ手術ヲ斷行  
シテ可ナリ。其他近時ノ學說ニ從ヘバ、早期ニ診斷シ得タル喇叭管妊娠  
ハ、必ズ直ニ此手術ヲ適示スルモノトス。

罹患セル喇叭管ヲ截除スルニハ、或ハ腹壁ヲ切開シ、或ハ腔腔ヨリ切開  
ス。腹壁ヨリスル方法ハ、器ボ卵巢截除術ニ同ジ。本術ハ喇叭管ノ上面ト  
腸トノ炎症癒着及囊腫破裂ノ危険ニヨリ困難トナル。若シ癒着ヲ勿離  
シ得ザレバ、麻氏ニ從ヒ喇叭管ヲ切開シテ、其管壁ノ一部ヲ腹腔内ニ遺



スモ可ナリ。然ル兩者ノ互ニ交通セザル限リハ、鈍ク之ヲ剝離シ得ザルニアラズ。已ニ之ヲ剝離シ得レハ、同側ノ卵巢ヲ露出シ廣靱帶ニ莖ヲ形成シ、結紮シ、切離シ、若シ能フベクンバ子宮斷端ハ勿論、凡テノ創面ヲ腹膜ヲ以テ被フヲ可トス。好生館ニ於ケル吾人ノ實驗ニヨレハ、創面廣ク盡ク腹膜ヲ以テ被ヒ、難キ場合ニ於テハ、創部ニ施シタル結紮絲ヲ集メテ一束或ハ二束トナシ、翻轉シテ腔腔ニ挿入スルヲ可トス。

喇叭管囊ト膀胱及腸トノ癒着ハ通常深部ニ在リテ、著シク浸潤セララル、ヲ常トス。然ル多クハ器臟ヲ傷ケズシテ鈍ク剝離シ得、若シ誤テ膀胱或ハ腸ヲ穿通スルアラシカ、其綿密ナル縫合ノ必要ハ論ズルマデモナシ。喇叭管囊ノ破裂モ亦癒着ニ由テ防禦セラル、ヲ多シ。グツセロー氏ニ從ヘバ、縱合ヒ囊壁破裂スルモ、一年以上ヲ經過セシ膿ハ無毒ナリト云フ。然ル必ズシモ皆然リト言フ可ラザルヲ以テ、囊壁甚ダ菲薄ナル時ハ、穿刺術ヲ施シ、豫メ内容ヲ吸引シ後、創口ヲ清拭シ之ヲ閉鎖シテ剝離ヲ行フモ不可ナシ。但シ助手ヲシテ常ニ管囊ノ破裂ニ注目セシメ、若シ之ヲ來セバ、直ニこむぶれつせニテ膿ヲ吸收セシムルヲ要ス。剖腹術ニ

先ンジ、危險ナル内出血ノ症狀ヲ呈スル時ハ、キデル氏ニ從ヒ術前併ニ術後ニ生理的食鹽溶液約五百立方瓩ヲ注入スルヲ可トス。

腔式喇叭管卵巢截除術 Vaginale Salpingoophorectomie ハジュルセン氏ガ數多ノ喇叭管膿腫ニ施シ、好結果ヲ得タル所ニシテ、氏ハ子宮附屬器ノ疾患ニ於テハ主トシテ前腔穹窿切開法ヲ施シ、吾人ノ實驗ニヨレハ、後腔穹窿ヨリ切開スルヲ便益トス。然ル喇叭管囊、腸ノ癒着併ニ凡テ炎症産物ノ状態ヲ詳知セント欲セバ、腹式切開法ヲ優レリトス。但シ此兩法ノ可否ニ就テハ現今尙爭論アリ。諸大家各好ム所ヲ異ニスルモノト知ルベシ。

此手術ノ危險及現今ニ於ケル其豫後ノ概畧ヲ知ランガ爲メ今日ニ至ルマデニリてらつゝるニ報告セラレタル成績ヲ擧グベシ、

手術者	手術數	死亡數
ヘガアル氏	一九	三
マルチン氏	四七三	四八
グツセロー氏	三一	一
マイ子ルト氏	一五	一
フォン、ヒストホルン氏	四〇	二



ツワイフェル氏	七一
ボルド氏	一一二
ランゲウ	五二
ウヨリー氏	六六
テリレロン氏	三一
ボッチー氏	三五
ファイト	二五
合計	九七〇
即チ死亡數	七〇%

又受術者ノ爾後ノ經過ニ關スル報告ニ就テスロストホレン *Roshorn* 氏が四十人ニ於テ全治二十、輕快十三、其他ノモノハ多少ノ障害ヲ殘シ、*ゴルト* *Roldt* 氏が百十二人ニ於テ全治五十八、輕快二十四、不治十ナリ。*ジュルセン* 氏ノ前症切開術ノ死亡數ハ三%ナリ

喇叭管妊娠 Graviditas tubaria

喇叭管腫瘍ノ手術的切除ニ由リ、解剖的及顯微鏡的檢査材料増加セシ以來、喇叭管妊娠ハ從來吾人ガ假定セシヨリ甚ダ多ク且ツ三四月頃ニ於テ必ズシモ常ニ恐ルベキ破裂ヲ來サ、*バル*、*フ*、*分*、*明*、*ト*、*ナ*、*レ*、*リ*、實ニ多數

解剖的變化  
喇叭管妊娠

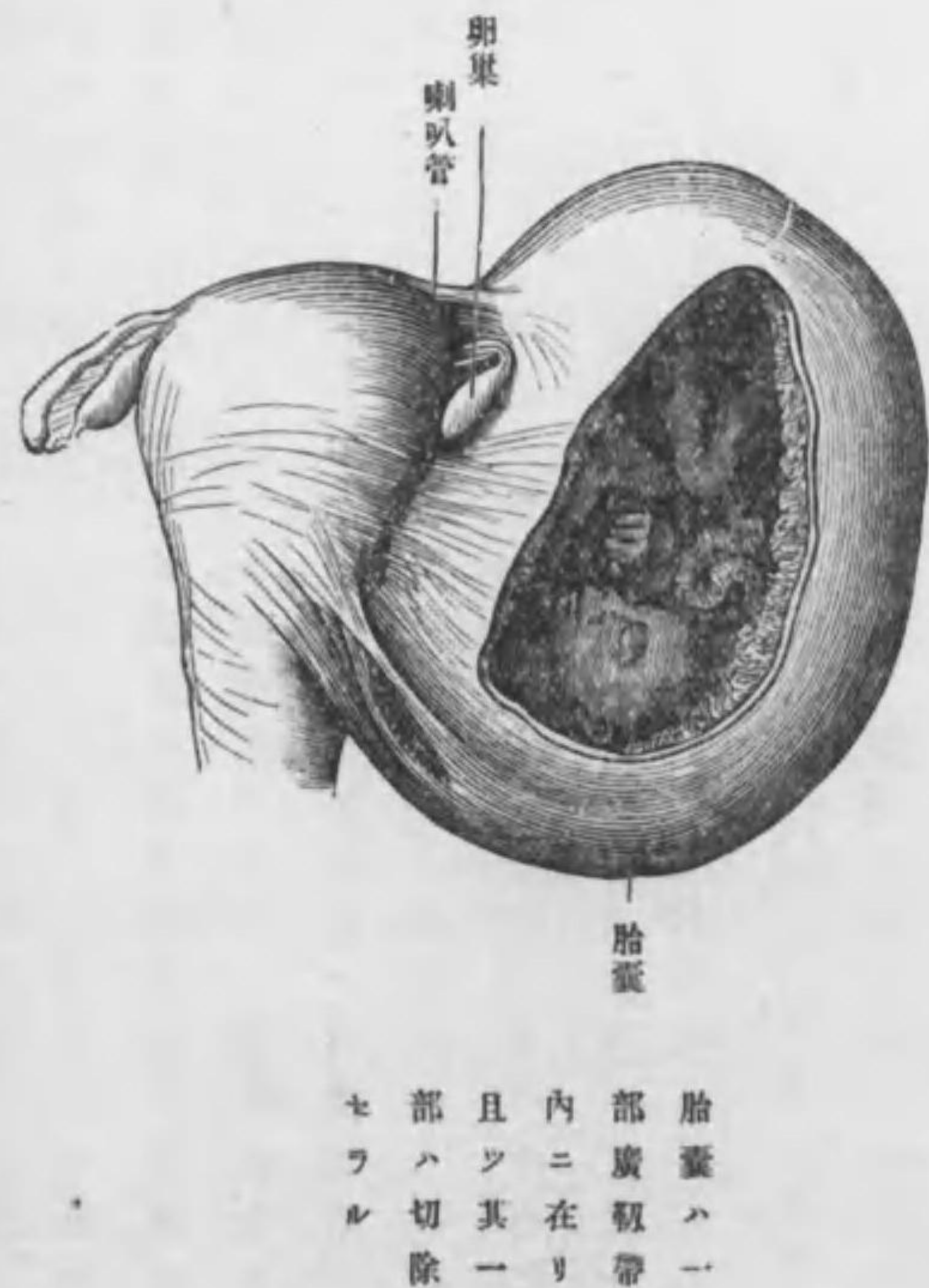
ノ喇叭管妊娠ハ已ニ早期ニ中絶セラレ、所謂喇叭管血腫ニ變ズル者ナリ。此事實ヲ吾人ニ教ヘタルハヨット<sup>ト</sup>ファイト氏ナリ。如此キ喇叭管妊娠ニ因スル喇叭管血腫ト普通血腫トノ區別ハ、後者ニ於テハ多クハ流動性血液アリ、是レ恐クハ已ニ存在セシ血漿或ハ膿ト血液ト混合セシニ由ル。反之前者ニ於テハ血液ハ多ク凝固シテ、血塊若クハ肉塊狀ヲ呈ス。又後者ニ於テハ喇叭管ノ腹腔端全ク閉鎖スルモ、前者ニ在テハ全ク閉鎖セズ或ハ多クトモ半バ閉鎖スルニ過ギズ。是レ注意スベキ要點ナリ。

喇叭管妊娠ハ子宮外妊娠中最モ多キ者ニシテ、其妊卵ノ位置ニ從ヒイ）喇叭管、腹腔妊娠、Grav. tuboabdominalis (ロ)喇叭管子宮妊娠、即チ間質性妊娠、Grav. tubouterina seu interstitialis 及(ハ)固有喇叭管妊娠、Die eigentliche Grav. tubaria ノ三種ヲ區別ス。此三種ニ於ケル解剖的變化ハ、皆同一ニシテ喇叭管ノ粘膜炎、脱落膜ニ變ズルヲ猶子宮内膜ニ於ケルガ如シ。即チ床膜脱落膜ハ粘膜炎ノ間質細胞ノ増殖ニ由テ形成セラレ、翻轉脱落膜ハ管ニ喇叭管粘膜炎ノ皺襞ノミナラズ、又眞成ナル隆起ノ發生ニ由テ成ル、其他眞脱落膜ニ相當スヘキ粘膜炎ノ變化ハ、概ノ卵ノ喇叭管ニ接着スル部ヲ限



リトシ之ヲ超ユルヲ數密迷ニ過ギス終リニ卵ノ近傍ニ於ケル腹膜上  
皮ハ又變化ノ其性質ハ脱落膜細胞ニ類似スルニ至ル。(イ)喇叭管腹腔  
妊娠即チ剪線端ニ於ケル妊娠ハ其周圍盡ク喇叭管壁ヨリ被ハレスシ

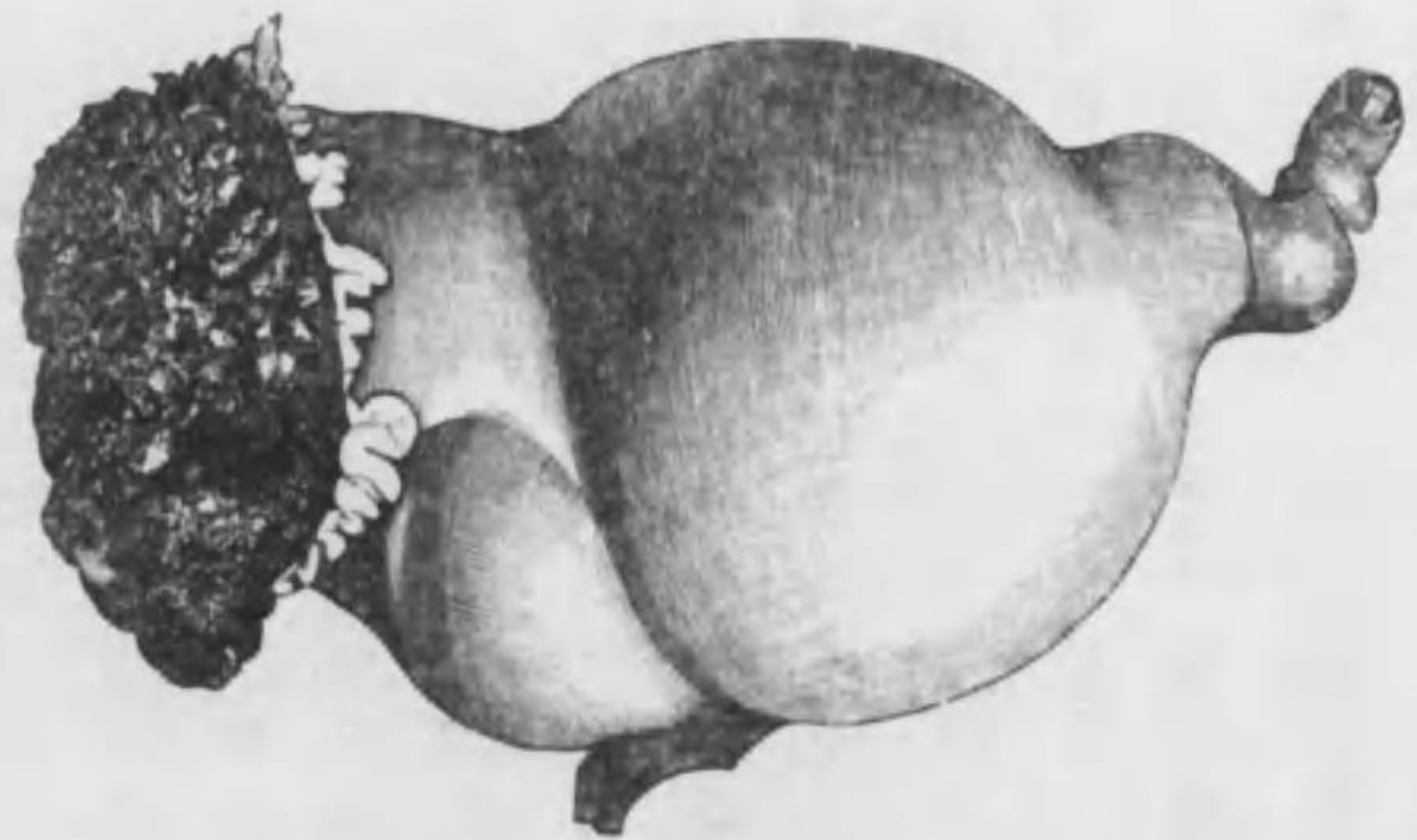
第 二 百 九 十 八 圖  
右 側 喇 叭 管 妊 娠  
(氏ルケン#)



テ大部分ハ腹腔ニ突出スルヲ以テ特異トス(ロ)喇叭管子宮妊娠ニ於テ  
ハ卵ハ子宮ノ組織間ニ増殖スルヲ以テ子宮ハ胎囊ノ壁ヲ成ス而メ單  
純ナル喇叭管妊娠トハ圓靱帶ノ胎囊ニ對スル關係ニ由テ區別ス即チ  
甲ニ於テハ圓靱帶ハ胎囊ヨリ外方ニ向テ發生スルモ乙ニ在リテハ胎  
囊ト子宮ノ間ヨリ起ル。(ハ)固有喇叭管妊娠ハ最モ屢見ル所ニ其卵  
ハ囊狀ニ膨脹セル喇叭管内ニ發育シ其粘膜ハ強ク増殖ノ子宮粘膜ニ  
於ケルガ如ク脈絡膜ノ絨毛ヲ受容シ漸次發育スルニ從ヒ腹膜刺戟ノ  
症候ヲ顯スヲ常トス今外方ヨリ胎兒ノ被囊ヲ舉グルキハ(一)腹膜(二)喇  
叭管筋組織(三)同上眞脱落膜(四)同上飄轉脱落膜(五)脈絡膜(六)羊膜是レナ  
リ而メ胎囊増育ノ方向ニ從ヒ解剖的現象ヲ異ニス即チ喇叭管ノ擴張  
主トメ上方ニ向フキハ其筋組織ハ壁ノ擴張スルガ爲メ離開メ胎囊ハ  
多少有莖ノ外貌ヲ呈ス之ニ反メ專ラ下方ニ増育スレハ廣靱帶ハ離開  
シ胎囊ハ其組織間ニ入ル所謂靱帶内發育是レナリ  
以上ノ子宮外妊娠ハ初メ無症狀ニテ經過ス而メ喇叭管筋ノ發育不全  
ナルガ爲メニ來ル所ノ彼ノ恐ルヘキ破裂ハ外傷殊ニ交接ノ誘因ニヨ



第 二 百 九 十 九 圖  
喇 叭 管 流 產 初 期



リ、第二乃至第四月稀レ  
ニ第五月ニ來ル。此際ニ  
ハ多少ノ腹痛前驅シ、次  
テ突然猛烈ナル腹痛ヲ  
發シ、夥シク腹腔内ニ出  
血スルガ爲メ、内乏血ノ  
徵候ヲ呈シ、著シキ貧血  
ニ陥リ、脈搏消失シ、卒倒  
ヲ來シ、暫時ニシテ虚脱  
ニ由テ斃ル。此破裂ヨリ  
屢ナルハ喇叭管流產ト  
ibenabort ナリ。即チ卵ハ  
半バ或ハ一部、喇叭管ノ  
剪線端ヨリ排出セラレ  
其大半ハ尙管内ニ停マ

ルモノ是ナリ(第二百九十九圖)此機轉ハ通常卵ノ死後ニ來ルモノニ、  
妊娠二―三ヶ月ニ當リ、突然流產ノ前徵カト疑ハシムル所ノ子宮出血  
アリ。此出血ハ安靜ヲ守ラシメテ治療ヲ施スニ關ラズ持續シ、數日乃至  
一週後ニ、屢劇甚ナル陣痛ヲ起シ、肉様塊ヲ排泄シ、妊卵タルヲ想ハシム。  
而カモ完全ナル流產後ニ於ケルガ如ク止血セズ。却テ依然トシテ出血  
ス。是レ喇叭管内及子宮周圍ニ集積セル血塊アリテ、器械的若クハ反射  
的ニ子宮出血ヲ起スニ由ル。喇叭管ヨリノ出血モ亦一分之レニ加ハル  
ナラン。幾何モナクシテ前記外出血ノ症狀ニ兼テ内出血ノ徵候ヲ發シ、  
患婦ハ貧血トナリ、大ニ衰弱ヲ呈スルニ至ル。其他極メテ僥倖ナル場合  
ニ於テハ胎兒死亡シテ吸收セラレ、全ク治癒ニ赴クコトアリ。尙本症ノ原  
因、症候、診斷、豫後及療法ノ詳細ニ就テハ、余ガ實用產科學ヲ參照セン  
ヲ希望シ、茲ニ畧ス。但シ喇叭管血腫ノ截除術ハ已ニ前段ニ述ベタリ、

喇叭管ノ轉位 *Lagenveränderungen der Tuben.*

喇叭管ノ位置ハ生理的已ニ甚ダ變換シ易シ。病理的ノ轉位モ亦極メテ屢見  
ル所ナレド、多クハ繼發性ナリ。例之ハ子宮ノ偏轉、屈曲、下垂、脫垂等若クハ腹



腔器腫、殊ニ子宮及卵巣ノ腫瘍ニ由テ來ルカ如シ。就中最モ多キハ子宮外膜  
炎ノ癒着ニ由テ發スル者ニシテ、喇叭管ヲ前方或ハ後方ニ牽引シ、其管腔ヲ  
狭窄セシメ、爲メニ生理的作用(受精卵)ヲ妨害ス。又生殖器ノ歇兒仁亞ニ於テハ  
卵巣喇叭管ハ原發性ニ轉位シ、子宮之レニ次ケアリ。

喇叭管ノ新生物 Neubildungen der Tuben.

喇叭管ノ原發性新生物ハ甚ダ稀有ニシテ、從來各家ノ報告シタル諸種  
ノ腫瘍ハ、各一ニ例ニ過キス。余ハ簡畧ニ順ヲ追テ記載セン。  
纖維腫(維氏、シムブソン氏、フーリング氏)若クハ筋腫ハ稀レニノ巨大ナ  
ルニ至ラズ、管壁若クハ剪線ニ發生ス。腺腫性筋腫及囊性腺腫ノ報告モ  
亦之レアリ。

肉腫(ドラン、Dorvan 氏、ゼンゲル氏、ランダウ氏等)ノ報告五例アリ。其四例  
ハ喇叭管粘膜炎ヨリ、一例ハ喇叭管壁ヨリ發生セリ。

癌腫(麻氏)ハ朱氏ニ從ヘハ決シテ喇叭管ニ原發セズト云フ。然レ麻氏ガ  
嘗テ喇叭管截除術ニ由テ得タル一標本ハ、疑ヒモナク喇叭管ニ原發シ  
テ卵巣ニ蔓延シタルモノナリシ。之ニ類スル例ハカルテン、パッホ、ドラン

纖維腫

癌腫

癌腫

ゼルゲル氏等ノ報告ニ見ユ。繼發性ニハ子宮癌ノ約四分ノ一ニ於テ、此  
部ニ癌腫ヲ發見スト云フ。

囊腫ハ腹膜筋層及粘膜炎ニ發來ス。就中腹膜上ニ約豌豆大ノ水泡ヲ形成  
スルコト最モ屢ナリ。其内容ハ多ク漿液性ナレトモ、時トノハ膠狀ナルコト  
アリ。此等ノ囊腫ハ著明ノ大サニ達セサルヲ以テ價値少シ。

其他、脂肪腫(朱氏)水泡狀體(モルガンニール氏)乳嘴腫等モ亦りてらつゝる  
ニ散見ス。

凡テ此等ノ患者ハ經期ノ年齡ニ在リ。經過ハ多ク潜伏性ナレトモ、早期  
ニ生殖器ヨリ漿液血性ノ排泄ヲ來スニ似タリ。但シ子宮ハ健全ナリ。  
診斷ハ殆ド下シ難キヲ以テ、療法モ亦適當ナルヲ得難シ。若シ僥倖ニシ  
テ確實ニ診定スルヲ得ハ、剖腹術ヲ施シ、喇叭管ヲ截除スヘシ。

喇叭管ノ畸形 Bildungsfehler.

トシテ論スベキハ其全缺、一側管形成ノ不全、其長サノ不同、副喇叭管口、  
副剪線等ナリ。多クハ生殖器系統ノ他ノ畸形ト合併シ來ル。故ニ甚ダ緊



要ナラサルヲ以テ、茲ニ其名ノミヲ舉グ、

第十編

卵巢ノ疾患

卵巢疾患ハ生殖器成熟期間ニ多シト雖、胎兒生活期ヨリ老衰期ニ至ルマデ終始其患ヲ免レズ、就中或ル傳染病殊ニ腐敗性傳染病ニハ最も侵サレ易ク、他ノ疾患例之バ結核モ亦比較的屢、此器臟ニ發ス。腹膜ノ病メルヤ、其特發性ナルト近隣器官殊ニ生殖器ノ疾患ニ續發シタルトヲ問ハズ卵巢モ、亦之レニ參與スルヲ常トス。又往々不當ノ姪慾遂行ニ由テ發病ス。新生物ニ對スル素因ハ子宮ニ異ナラズ。此新生物ハ臨床的併ニ組織的已ニ惡性タルヲ推測セシム。

卵巢ノ或ル發育機ハ分娩後幾何モナク終止スルヲ以テ其病理的狀態ハタトヒ晚ク發生スルモ、已ニ胎兒生活ニ基クモノタルヲ臆想スルニ足ルベシ、

卵巢ノ單囊腫ト雖、亦再發ノ素因アリ、其惡性新生物ハ早期ニ近隣殊ニ腹膜ヲ侵スヲ以テ特性トス。







卵巢 歌兒仁亞ハ多ク鼠蹊輪並ニ大陰唇ニ當テ、一側若クハ屢ニ兩側ニ來リ、普通ノ脱腸ニ於ケルガ如キ被囊ヲ備ヘ、多クハ剖觀ニ由テ偶然發見ス。甚ダ稀レニハ股坐骨孔腹歌兒仁亞ヲ來スヲアリ。

卵巢ノ歌兒仁亞囊ニ達スルハ多ク先天性(七十八例中ビエツホ氏ハ五十四例ハ先天性ナルヲ發見セリ)ナレトモ、時トノ後天性(屢々産褥ニ於テ)ナリ、其ニ能ク茲ニ生理的ニ發育ス。若シ轉位ニノ單ニ場所ヲ變ジタルニ止リ、卵巢ノ周圍或ハ其内ニ炎症ヲ發セザル時ハ、固有ノ病的變狀ヲ起サズ、且ツ惡性變化ニ傾向セズ。故ニ排卵機ハ常ノ如ク存在シ、卵ハ延長セル剪綵若クハ轉位シタル喇叭管ノ媒介ニ因リ子宮腔ニ達スルヲ得ベク、從テ受孕モ亦妨害セラレザルハ、歌兒仁亞囊中ニ存スル卵巢ニ於ケル眞黃體ニ由テ證スルニ足ルベシ。然レモカ、ル卵巢ハ通常整復シ難キヲ以テ反覆セル創傷慢性刺戟狀態或ハ他ノ誘因ニ由テ、罹患若クハ變性ニ傾キ得、若シ轉位シタル卵巢ニ炎症ヲ來ス時ハ、漸次腫脹メ劇痛ヲ發シ、宛然箱頓ノ顯象ヲ呈シ、次テ溢血、化膿、分解等ヲ惹起シ、外方若クハ内方ニ穿破ス、殊ニ深部ニアリテ、周圍ノ強硬ナルガ爲メ、歌兒仁亞囊ノ發生ヲ妨害スル時ニ然リ。此

症ハ鼠蹊、淋、巴、腺、炎、ト誤診スルコトアリ。然レモ歌兒仁亞囊頸ノ存在ニ由テ鑑別シ得。加之變位セル卵巢ハ特異ノ形狀ヲ呈シ、硬固ニシテ緊張シ、子宮トノ連接ヲ觸診セシメ、多クハ月經時ニ腫脹シ、其間歌時ニ縮小スルモノナリ。

療法

療法 ハ一定ノ障害ヲ起セシ時ニノミ、整復術ヲ施シテ、歌兒仁亞帶ヲ用ヒ以テ再發ヲ豫防ス。若シ定期性ニ反覆セル著明ノ障害ヲ來シ、或ハ炎症ノ爲メ劇甚ナル反應顯象ヲ發セハ、卵巢ヲ截除シ、脱出門ヲ閉鎖ス。其手術ハ特別ナル困難ヲ伴ハス。

(1) 卵巢下垂及脱垂 Descensus et Prolapsus ovarii.

卵巢ノ異常ニ低位ヲ占ムルノ症ハ、主トシテ米國史籍ニ於テ卵巢截除術ノ適應症トシテ説明セラレタレトモ、獨逸併ニ佛蘭西及英國ノ學者ハ、骨盤底ニ於ケル斯ノ如キ轉位ハ、其多數ニ於テ毫モ症狀ヲ誘起セザルヲ主張セリ。然レモ卵巢若シ變性或ハ罹患シ、殊ニ其容積増大スルキハ、當ニ知覺過敏トナルノミナラス、時トシテハ筋頓症狀ヲ伴フヲ以テ直ニ切



除スルヲ要ス。此症狀ハ恐クハ轉位ニ關スル障礙子宮及腸ノ壓迫、交接ノ刺戟、ベツさり。一むノ挿入ニ基クテアラント雖モ、屢子宮及卵巢ニ屬スル腹膜炎ヲ併發スルニ憑ラズンバアラズ。一本症ハ雙合診ヲ用ヒテ後腔穹窿ノ側方ニ知覺過敏ナル特異ノ形狀ヲ有スル小腫瘍ヲ觸診スルニ由テ診斷ヲ下シ得。一下垂セル卵巢ハ通常容易ニ舉揚シテ子宮ヲ其ノ下ニ來ラシムルヲ得ベシ。交接時ニ疼痛ヲ覺ユルモノハ、先ヅ腔ベツさり。一むヲ挿入シ、之ヲ治セント試ム。反之卵巢周圍ノ炎症甚シク且ツ骨盤腹膜炎ヲ併發シ、屢障害ノ發作ヲ來シ、生活及生殖慾ヲ妨ゲ、諸般ノ療法無効ニ屬スルモノハ、腹壁切開術ニヨリ、或ハ後腔穹窿ヲ切開シテ卵巢ヲ摘出スルヲ要ス。就中、方今甲法ヲ可トスル人多シ。是レ腔内ヨリノ摘出ハ、良好ナル場合ニ於テハ、頗ル單簡ニシテ嘉スベキモ、時トシテハ恐ルベキ出血及他ノ合併症ヲ來スコトアレバナリ。

附錄 卵巢血腫 Haematoma ovarii.

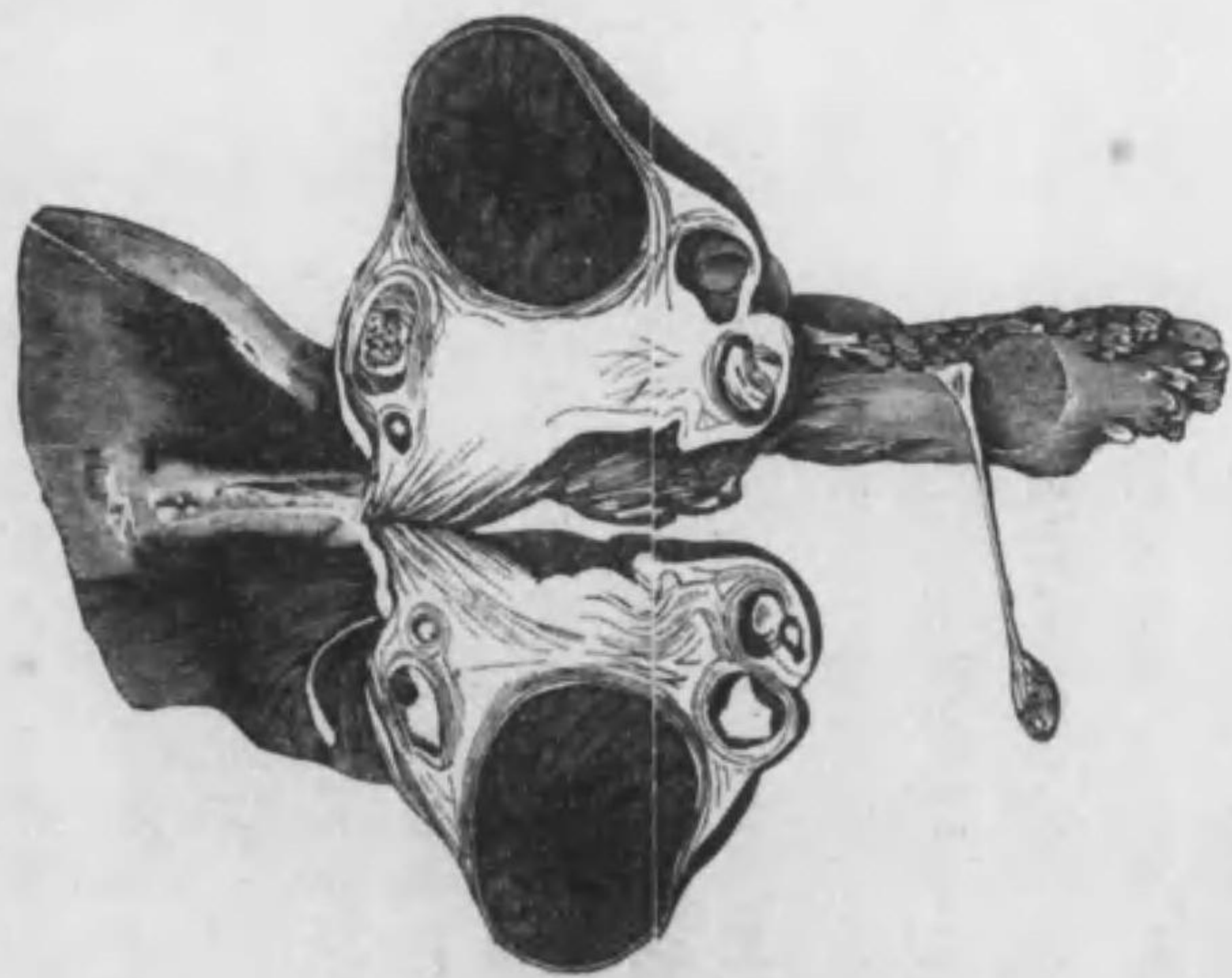
卵巢ハ月經毎ニ腫脹シ、且ツ著シク充血スルガ故ニ、時トシテ一分ハ其濾胞一分ハ腺間組織ニ、出血ヲ來シ、得ルハ、考フベカラサルニアラス。一ニノ場合ニ於テハ、之カ爲メ各個ノ濾胞ハ豆大乃至榛實大ニ腫脹シ、溶合スレハ一大血竈(第三百圖)ヲ形成シ甚ダシキハ手拳大ヲ超ユルモノアリ。余ガ近時ノ實驗ニ羅レル卵巢血腫ノ二例ニ於テハ、一ハ密柑大ニ達シ流動性血液ヲ包有シ、一ハ手拳大ヲ超ヘ其壁菲薄トナリ、將ニ破裂セントシ、内ニ凝血ノ多量ヲ藏シタリキ。蓋シ濾胞性血囊内ノ血液ハ或ハ凝固シテ吸收セラレ、全ク萎縮シテ僅ニ着色癍痕ヲ殘スアリ。或ハ濾胞破裂シテ血液ヲ腹腔ニ排泄シ、是レヨリ血囊腫ヲ形成スルアリ。或ハ長ク不變ノ狀態ニ有リ。機ヲ得テ分解ヲ起スアリ。此症ニ比スレハ線間組織ニ出血ヲ來スハ、甚タ稀有ナレモ、小出血ハ產褥性疾患及失荷爾陪篤(敗血病)ニ於テ往見ル所ニシテ腎臟炎、窒扶斯、磷毒併ニ殊ニ血友病ニ於テハ、屢之ヲ來スト云フ。シユルツエ氏ハ此出血ヲ尾骶位ニ方テ分娩セル小質ニ證明セリ。此溢血ノ價值ハ固ヨリ其大小及之ニ要約セラル、卵巢間質分解ノ度ニ關ス。若シ其量少ク且ツ局限スレハ、無害ニ吸收セラルト雖モ、稍大ナル者ハ血液ノ吸收後癍痕收縮ヲ起シテ、全卵巢ヲ破潰



第三百圖  
右卵巢ノ將ニ破裂セシメタル

(自然白) 濾胞出血大

(#ケンル氏婦人科學ニ據ル)



スルヲ猶濾胞性出血ニ異ナラス。以上二症ハ屢々合併シ、往々甚シク卵巢ノ官能ヲ障害ス。

診断

**診断** ハ生活體ニ於テハ殆ト難シ。是レ卵巢ノ腫脹ハ月經ニ續テ、或

ハ此出血ヲ誘起スベキ外傷後ニ來ルノミナレバナリ。若シ此増大適當ナル療法ニヨリ、縮小スルニ至レハ、茲ニ出血タリシヲ推測シ得。斯ク診断ノ困難ナル所以ハ、一ハ周圍ノ炎症ニ由テ、或ハ癒着シ、或ハ轉位シ、或ハ滲出物ノ爲メニ全ク被覆セラレ、一ハ多キト、一ハ本症ガ著シキ全身障害ノ隨伴者トメ來ルニ由ル。若シ破裂ヲ起シ、血液ヲ腹腔ニ排泄スル時ハ喇叭管妊娠ノ同一ナル經過ニ於ケルガ如ク、全ク吸收ニ赴クヲ得。故ニ**豫後**ハ必スシモ不良ト云フ可ラス。之ニ反シテ出血多量ニメ停止セズ。貧血症漸ク強度ニ達スルカ、或ハ病的物質アリテ腹腔ニ達スル時ハ、豫後頗ル不良ナリ。茲ニ至レバ剖腹術ヲ行フベキヤノ問題起ル。若シ剖腹術ヲ行ヘバ、卵巢出血ノ爲メ、破潰シタル部分ノミヲ截除スベキヤ。或ハ全卵巢ヲ除クベキヤヲ考ヘサル可ラズ。此區別ハ一般ニ患婦ノ全身症ニ由テ定ムルヲ要ス。然ルニ朱氏ニ從ヘハ一部ヲ殘留セシムル

豫後



ヲ可トスト云フ

### 卵巢肥大及萎縮 Hypertrophie und Atrophie

卵巢肥大ハ小兒及大人ニ來ル。小兒ニ來ル時ハ生殖器ハ早期ニ成熟シ  
交接及受孕ノ能力完備ス。大人期ニ於テハ特ニ卵巢機能ニ影響スル  
ナシ。此肥大ハ間質ノ細胞富有ナルト、成熟濾胞ノ多數ナルニ基クト云  
フ。

卵巢萎縮ハ其生理的模範ヲ老衰期ニ見ル。其原因ハ尿管ノ疾患ニ存ス  
ルナラン。卵巢若シ腫瘍ノ爲メ骨盤壁ニ壓迫セラレ、時ハ所謂壓迫萎  
縮ヲ來ス。其他體質ノ異常ニ由テ來レル萎縮アリ。

### 第三章 卵巢ノ炎症

卵巢ノ炎症ニハ其濾胞或ハ間質ノ罹患スルニ從テ、實質炎及間質炎ノ  
名稱アリ。然レ此兩症ハ鋭ク區別シ得ルモノニアラス。是レ此各組織ノ  
獨立シテ發病シ得ルコトハ、殆ド考フベカラサレバナリ。

#### (一)急性卵巢炎 Oophoritis acuta. 卵巢周圍炎

##### Perioophoritis

急性濾胞性卵巢炎ハ產褥或ハ其以外ニ於ケル腐敗性傳染ニ基クモノ  
最モ多シ。就中諸般ノ急性熱性全身病例之ハ室扶斯、猩紅熱等及局處病  
併ニ砒石及磷中毒ニ於テハ他ノ下腹腺ト共ニ發炎ス。漿膜ノ炎症即チ  
骨盤腹膜炎及腹膜炎モ亦屢々卵巢炎ヲ續發セシム。

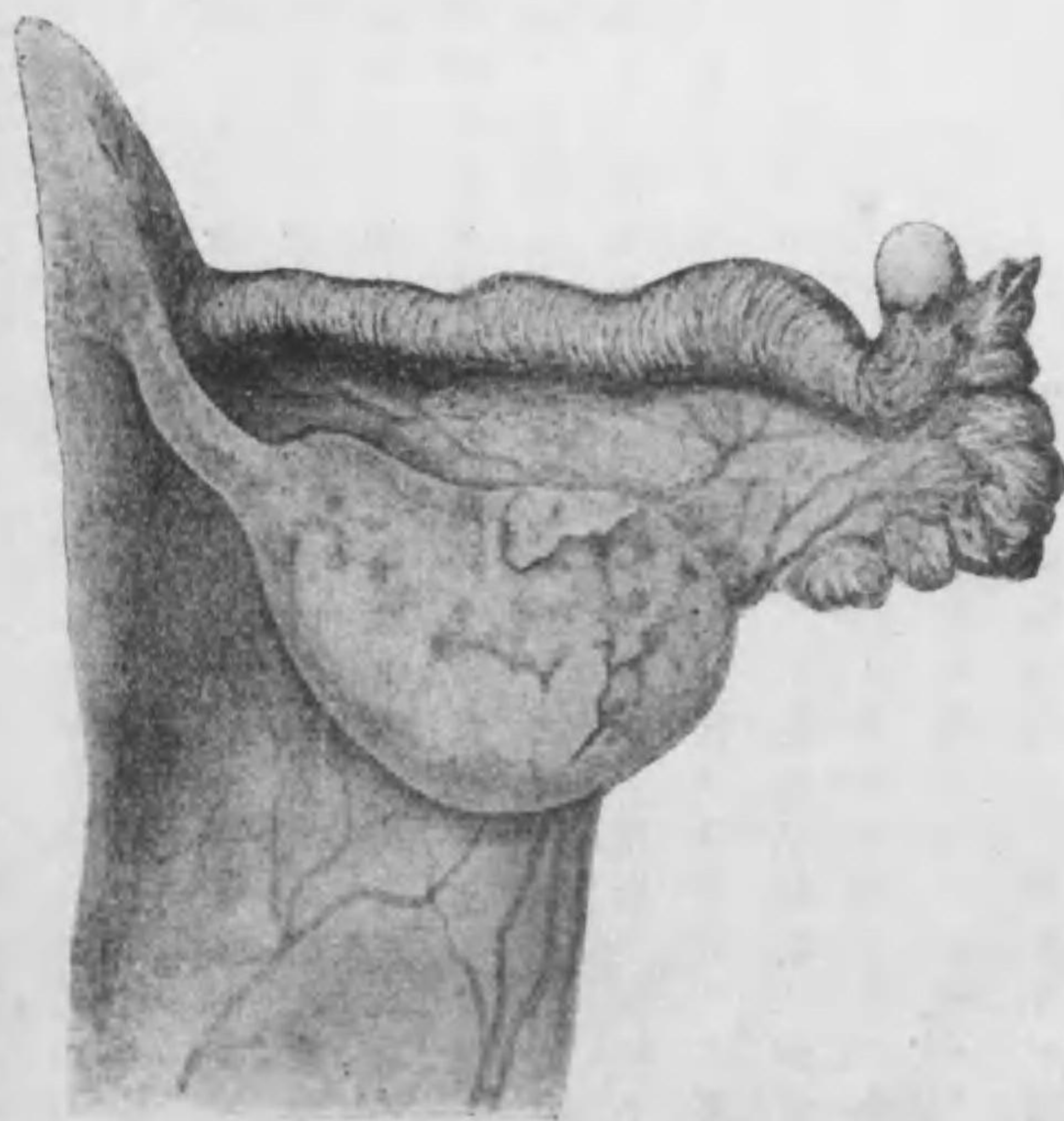
腐敗性急性卵巢炎

(二)腐敗性急性卵巢炎 ハ侵襲セラレタル組織ノ迅速ナル分解ヲ  
起ス者ニノ、卵巢ノ濾胞及其間質ヲ膿様血性ノ粥糜ニ溶解セシムルヲ  
以テ、其最多ノ原因タル產褥性疾患ト共ニ甚シク生命ヲ危害ス。然レ患  
組織ノ排泄及吸收ニヨリ、未ダ荒蕪セザル組織ヲ癥痕ニ變ゼシメ、以テ  
一時ノ治療ヲ來スコトナキニアラズ。本病ハ、症候ハ重キ他ノ全身症候ヨ  
リ覆ハル、コト多シ。從テ疼痛ノ幾分ハ常ニ卵巢炎ニ合併セル腹膜炎ヨ  
リ來ルヤ、將タ卵巢ヨリ起ルヤヲ詳ニスル克ハス。此際喇叭管モ亦罹患  
スルヲ常トス。本症ニノミ施スベキ特別ノ療法アルナシ。豫後極テ不良

此分解ニ關スルハ  
微有機體ノ研究ハ  
未タ完全ナラス



第三一〇一圖  
產褥性急性卵巢炎  
(ルヨニ氏トイハフ)



トス。患婦幸ニメ死ヲ免ル、モ、卵巢ノ破滅ニヨリ全ク不妊トナル。

**(三)産褥外ニ發生セル急性卵巢炎**

ハ過度及異常ノ生殖器刺戟、生殖器ノ粘膜炎(すたふろこけん)及すこれぶごこけん傳染及淋毒傳染(チーグラート氏潜伏淋疾)ニ起因スルヲ常トス。蓋シ此等ノ機轉反覆發作スレハ、克ク卵巢ノ刺戟症狀及炎症ヲ起サシム。卵巢ト腸ト癒着スル時、大腸菌ハ前者ノ内ニ侵入シ、茲ニ膿腫ヲ形成スルヲアリ。結核菌、肺炎菌、窒扶斯菌、放線狀菌等モ亦卵巢ニ發見セラレタリ。此等細菌ノ卵巢ニ達スルハ、(一)上行性機轉(殊ニ淋疾)、(二)淋巴管、(三)子宮靜脈及周圍組織、(四)罹患セル腹膜或ハ腸(五)を介シ、性ニ血液ニ由ル。

病理解剖

**病理解剖** 實質炎、殊ニ腹膜ヨリ波及セル炎症ニ於テハ、卵巢ノ表面

ニ近キ部、就中英膜、卵巢周圍炎、及其下ニ存在スル濾胞ニ炎症ヲ起スモ、急性傳染病ニ原因セシ時ハ、専ラ未熟ノ原卵胞ニ於テ、先ツ發炎ノ徵ヲ呈ス。然ル時ハ顆粒狀膜ノ細胞ハ混濁シテ分解ヲ起シ、卵子モ亦變性シ、濾胞液ハ不透明トナリ、外莖膜ノ結締織層及血管ニハ著シキ充血ヲ起シ、且ツ甚シキ小細胞浸潤ヲ認メシム。



間質炎ハ純然タル結締織炎ニシテ、此組織ノ腫脹、小細胞浸潤及充血ヲ起シ、其周圍ハ漿液性ニ浸淫セラル。而シテ炎症盛ナル時ハ、膿腫ヲ形成シテ、遂ニ卵胞ヲ侵襲スルニ至リ、卵巢ノ全滅ヲ來ス。若シ治療ニ赴ク時ハ、瘢痕收縮ニ由テ、大ニ卵巢ヲ荒蕪ス。

卵巢ノ單純ナル浮腫ハ、屢ニ子宮筋腫ニ合併シ來ルト云フ。

**症候**

此急性症ニ於ケル症候モ亦甚ダ著明ナラス。劇痛ハ屢見ル所ニシテ、若シ大小ノ溢血或ハ化膿ヲ來セバ、全身症ヲ起スト雖モ、多クハ併發セル腹膜炎及子宮外膜炎ノ症狀却テ著明ナルヲ以テ、卵巢ニ起因スル症候ヲ區分シ難シ。而シテ茲ニ發生シ、時トシテ巨大ニ達スル膿腫ハ萎縮シ、其内容ハ濃厚トナリ、之ニ由テ全ク瘢痕ヲ形成シ、且ツ近隣器臟ト癒着スルコトアルモ、時トシテ又腹腔ニ穿通シ茲ニ内容ヲ漏ス。或說ニヨレバ此膿腫ハ屢ニ膀胱ニ穿破スルノ素因アリト云フ。然レ殊ニ廣靱帶ヲ通過シテ膀胱ニ達スルコトハ信ヲ措キ難シ、其他、卵胞盡ク潰滅シテ再生セザル時ハ、不孕ヲ來スヤ論ヲ俟タズ。

**診断**

ハ腹膜炎及子宮外膜炎ノ症狀ニ兼テ、増大腫脹シテ知覺過敏

症候

診断

ナル卵巢ヲ觸診シ得ル時ニノミ確實ナリ。然レ卵巢若シツウグラス氏腔ニアル時ハ、硬固ナル塊ヲ觸レテ、却テ彼レノ炎症ト認ムルコト稀レナラズ。又喇叭管膿腫骨盤滲出物等ト鑑別シ難キコト屢之レアリ。或人ハ迅速ナル發育及劇甚ナル痛覺ニ伴ヒ、熱性全身症ヲ發スル者ハ、已ニ膿腫ヲ發生シタルヲ診定シテ可ナリト唱フルモ、其果シテ卵巢ニアルヤ、或ハ他部ニ存スルヤハ容易ニ鑑識スルヲ得ズ。

**療法**

卵巢ノ近隣殊ニ子宮腔部ニ瀉血ヲ施シ有力ナル消炎法、殊ニ腹部氷罨法ヲ行ヒ、虞里斯林たひぼんヲ挿入シ、且ツ安靜ニ平臥セシム。若シ確實ニ膿腫タルヲ診断シ、且ツ容易ニ其部位ニ達シ得ヘキ時ハ、腔内ヨリ套管針或ハあすびらゝごるニテ排膿スベク、若シ又生命ニ危険ナル症狀ヲ發スレバ、剖腹術ヲ行ヒ、凡テ疾患部ヲ除去ス。此術ノ成績ハ、同時ニ存在セル腹膜炎ノ爲メ不良トナラス、却テ往之ヲ治療ニ傾向セシム。是レ果ノ單ニ制腐藥ノ効績ニ歸スベキカ、或ハ他ノ關係ニ由テ然ルカ、此問題ハ現今尙ホ未定ニ屬ス。

療法



井ノテルニツツ氏  
ハ血管ノ閉塞スル  
ヲ主張ス

### (一)慢性卵巢炎 Oophoritis chronica.

數多ノ學者ニ從ヘバ「慢性卵巢炎」トハ、卵巢濾胞ノ小囊腫性變化ニシテ、  
間質ノ増殖及硬化ヲ起シ、鞏膜ノ癒着ヲ來シ、實質ヲ萎縮荒蕪セシメ、血  
管ノ擴張ヲ伴ヒ、小出血或ハ小膿腫ヲ形成スルノ状態ヲ云フ。然レ一二  
ノ學者殊ニヘガル氏ハ此状態ニ慢性卵巢炎ナル名ヲ附スルヲ疑ヒナ  
ーゲル *Neigel* 氏ハ此病機ヲ炎症ト認定セズ。却テ尋常濾胞内ニ液體ノ  
蓄積シタルモノト看做シ、且ツ慢性卵巢炎ハ一種ノ間質性炎症ニシテ  
繼發的ニ濾胞ヲ侵シ、遂ニ之ヲ滅亡シタルモノナリト解釋セリ。  
然レ此小囊性濾胞變性ハ眞ニ局處炎症ノ產物タルヲ稀レナラザルノ  
他、一面ニハ卵巢ニ於ケル此状態ハ屢々炎症ヲ發作シ、一面ニハ之ト周圍  
ニ於ケル炎症機轉(骨盤蜂窩織炎或ハ腹膜炎)トハ、甚ダ屢々合併スルヲ以  
テ、此變化ハ炎症機轉ト認ムルヲ正當トス。

原因

#### 原因

甚ダ一定セズ。急性卵巢炎ノ轉歸トシテ來ルハ比較的稀有ナ  
リ。屢々營養不給ナル少婦ノ快復不全ナル第一產褥ニ續發ス。然ルキハ全  
骨盤内臟ハ異常ニ弛緩シ、其下垂ヲ起シ易ク、同時ニ卵巢下垂ヲ發ス。次

ニ生殖器過度ノ刺激ニ起因スルモノアリ。是レ營ニ正規ノ交接ノミナ  
ラズ、却テ屢々自然ニ背戾セル情慾遂行ニ由ルモノニシテ、本症ガ女教師及  
之ニ類スル處女併ニ婦人ニ多キ所以ナリ。其他甚ダ屢々生殖器粘膜炎、淋  
毒性疾患ヨリ來ル。チルト *Tillot* 氏ニヨレバ、本症ハ多ク梅毒性原因ニ歸  
スベク、急性發疹及感冒性或ハ癩麻質私性熱發ニ繼發スルヲ少カラズ。  
ダンカン氏ハ云フ。經期及淋疾後ニ最も多ク、流産ノ快復期及子宮頸  
部手術後ニモ亦往々之ヲ見ルト。子宮ノ腫瘍及其粘膜炎ノ疾患ハ炎症ノ  
原因トナルヤ否ハ、未定ノ問題ニ屬ス。

此症ハ或ハ偏側ニ來リ、或ハ兩側ニ發スルモ通常後者ヲ多シトシ、唯其  
強度ヲ異ニスルノミ。時トシテハ先ヅ一側ニ發シ、其治癒シタル後更ニ  
他側ニ來ル。或ハ一側ニ於テ已ニ久シク慢性卵巢炎ヲ存スルニ關ラズ、  
他側ハ毫モ侵サレザルヲアリ。而シテ未婚及既婚ニ論ナク、且ツ經期ヲ  
超ユルモ罹患ス。

病理解剖

#### 病理解剖

卵巢ハ多ク稍増大シ、其表面ハ凹凸不平ニシテ、鞏膜ハ肝  
臟狀ニ肥厚シ、處々緊滿セル濾胞或ハ囊狀體及纖維狀結節ノ隆起スル

慢性卵巢炎



卵巢周圍炎

ヲ認ム。之ヲ割斷スルニ硬クシテ濾胞ハ潤濁シタル膠様或ハ血様ノ内容ヲ含ミ、間質ハ許多ノ結節狀組織ヨリナリ、濾胞ノ一部ハ全ク潰滅シ、血管著シク擴張スルアリ、或ハ間質網ノ小細胞浸潤ニ由テ却テ壓迫セラレテ閉塞スルアリ。而テ早期ニ破裂セシ濾胞ハ瘢痕收縮ヲ起スヲ以テ、不整ニシテ殆ド葉狀ノ造構ヲ呈ス。此變化ハ卵巢ノ一部ニ止リ、他部ハ全ク健康ナルコアリ。或ハ全部盡ク侵サル、コアリ。此變化ニ伴ヘル卵巢ノ鬱血ハ又廣韌帶ノ靜脈ヲシテ怒張セシムルノミナラズ、通常周圍ハ腹膜モ亦之ガ爲メ發炎ス。(卵巢周圍炎 Perioophoritis)之ニ由テ卵巢表面ノ上皮ハ剝脫シテ、近隣ト廣汎ナル癒着ヲ起シ、遂ニ瘢痕性ニ萎縮スレバ、全卵巢ハ厚キ肝膜ニ由テ被ハレ、其實質モ亦少カラザル影響ヲ受ク。慢性卵巢炎ハ結締織ニ於ケル浸潤ノ瘢痕形成及絞斷、荒蕪、小囊狀濾胞ノ退行ヲ來スコト多シト雖モ、或ハ他ノ場合ニ於テハ囊狀發育靜止セズシテ早晚甚シキ囊狀變化ヲ來ス者アリ。反之治療頗ル完全ニシテ卵巢ノ斷面ハ殆ド復舊スル者アリ。如此キ症ニ於テハ受孕機能モ亦快復シ得。他ノ場合ニ於テハ、肝膜ノ形成ニ隨伴セル營養障害ニ由テ

症候

第三百二圖  
慢性卵巢炎及卵巢周圍炎  
(ルヨニ氏トイハフ)大然白



卵巢ヲ萎縮セシメ(老人性變化ニ同ジク)初テ治療ス。本症ニ罹リシ婦人ノ早期ニ經竭スル所以ハ之ニ由テ説明シ得ベシ。

症候

ハ甚ダ一定セズ、屢々下腹ノ偏側若シクハ兩側ニ變痛ヲ起シ、些少ノ動作交接或ハ排便ノ困難ニ由テ發作シ、或ハ月經前或ハ之ニ伴フテ増劇シ、若シ多量ノ經血ヲ排泄スル時ハ、一時大



第三百三圖  
(氏ルゲーナ) 慢性卵巣炎  
ス示ヲ面斷割ノ



ニ輕快ス。而カモ月經息ムニ至テ全ク消滅  
セス。爾後多少時ヲ經テ再ビ劇痛ヲ來ス。或  
ハ單ニ不快ヲ訴フルニ止リ、或ハ經過彌久  
益々疼痛ノ感覺ヲ増ス者アリ。此疼痛ハ薦骨  
及上腿ニ放線シテ運動ヲ妨グ、睡眠ヲ奪ヒ、  
生殖器領外ニ於ケル神經痛ヲ起シ、之ガ爲  
メ婦人ヲ神經性ニ陥ラシム。是レヘガール氏

ノ腰髓症候ト唱ヘシ症狀ニシテ、下腹ノ疼痛、嘔氣、嘔心、食慾不良、脚ノ放  
線狀疼痛、利尿及排便障礙ヨリナル。他ノ場合ニ於テハ所謂脊髓刺衝ノ  
症候ヲ發ス。語ヲ詳ニスレバ、半頭痛、諸他ノ神經痛等ヲ來シ、若シ久シク  
持續シ、殊ニ精神的攝生ヲ缺クキハ、感情ノ變化ヲ來シ、殆ド歇斯帝里症  
狀ヲ疑ハシムルニ至ルモ、而カモ所謂歇斯帝里性婦人ニ於ケル狀態ト  
同ジカラズ。此神經性障害及之ヨリ發生シテ痙攣ノ發作ヲ伴ヘル神經  
官能病ハ、將來大ニ吾人ノ研究ヲ要スベキ者トス。何トナレバ其臨床的  
症狀ハ屢々同一ナルニ拘ハラズ、吾人ガ解剖的ニ發見スル卵巢變化ノ種

類及多少ハ、決メ一定セザルヲ以テナリ。況ンヤ神經官能病ノ強度ナル  
場合ニ於テ、其根元ヲ除カンガ爲メ、卵巢ヲ摘出シテ檢スルモ、茲ニハ多  
ク唯僅カノ變化ヲ認ムルノミナルニ於テオヤ。

慢性卵巣炎ノ月經ニ及ボセル影響ハ同一ナラズ、經血ハ往々過多トナリ、  
或ハ屢々之レニ反シテ全缺ス。而シテ月經ニ伴ヘル疼痛ハ、每常發作性ニ反  
覆シ、漸次卵巢ノ變化ト共ニ増劇スルアリ。或ハ其快癒ニ伴ヒ次第ニ輕  
減シ、或ハ一時疼痛ヲ起サ、ルニ至リ、次テ甚ダ屢々ナル本症ノ再發ハ、又  
疼痛ヲ月經ニ伴ハシム。

本病ノ症候ニ就テハ、卵巢ノ變化、其物ニ關聯スルモノト、月經ト共ニ定  
期性ニ現ハルハ、モノト之レ有リ。甲ハ平等ニシテ劇烈ナラザルモ、乙ハ  
殆ド定型的ニ發作ス。然レ症候ノ幾分ハ卵巢ノ變化ニ基キ、他ノ幾分ハ  
合併症ヨリ來ルヤニ至テハ多ク判別シ難シ。ローライン *Löhlein* 氏ハ腹  
膜健全ナルニ拘ハラズ、毎夕熱發セシ患婦ニ遭遇シ、慢性炎ニ由テ變化  
セシ卵巢ヲ切除シ、初テ治癒セシメタル一例ヲ報告セリ。  
又本症ハ初メ多ク獨立シテ來リ、屢々卵巢外膜炎及喇叭管ノ疾患ヲ合併



スルハ、其原因ニヨリテ説明シ得ヘク、其症狀ノ複雑ナルモ亦之ニ由ラ  
 スンバアラス。稀レニハ突然トシテ卵巢ニ於ケル化膿ノ症狀ヲ呈シ、  
 熱發、衰弱及劇痛ヲ來スコトアリ。此症ハ時トノ荏苒、久シキニ亘リテ漸  
 ク治癒ニ赴キ、時トノ膿ヲ排泄シテ瘻管ヲ殘ス。  
 シヤルコー氏ハ慢性卵巢炎ノ特異ナル症候トシテ、一種ノ歇斯帝里症狀  
 ヲ記述シ、之ニをばい、Ovarian name稱ヲ附セリ、然レ朱氏ハ此症ヲ以  
 テ腦性傳達ノ障害ニ基クモノトナシ、傳達ハ時ニ緩慢トナリ制止セラ  
 レ、時ニ急速トナルヲ論ゼリ。

診断

**診断** 精密ナル兩手觸診ヲ施シテ卵巢ノ腫脹及痛覺ヲ檢知スルニ  
 非ラザルヨリハ診断確實ナラズ、殊ニ此際卵巢ニ連繫セル喇叭管及子  
 宮ノ位置ヲモ觸定スルヲ必要トス、然レ奈何セン、本症ハ大抵其周圍ノ  
 炎症ヲ併發シテ、多量ノ滲出ヲ來スヲ以テ、觸診頗ル困難ナルヲ。如此キ  
 場合ニ於テハ滲出漸ク吸收セラレ、ニ及ビ、反覆檢診ノ其要徴ヲ探ラ  
 ザル可ラス、彼ノシヤルコー氏をばい、著明ナルガ如キハ、固ヨリ以テ  
 本症ノ特徴ト認メ難シ。滲出寡少、癒着亦多カラザル者ニ於テハ、明ニ

増大腫脹セル圓形或ハ長圓形ノ卵巢ヲ觸レ、其痛覺ヲ識リ、又直接ニ或  
 ハ其前上方ニ存スル喇叭管ノ媒介ニヨリ子宮ト連繫シ、其角若クハ其  
 上下ニ存スルヲ認ム、又他ノ場合ニ於テハ増大シタル卵巢ハ下垂シテ、  
 深クツグラス氏腔底ヲ占ムルヲ認メ得ルヲ以テ、一二ノ學者ハ本症ノ  
 障害ヲ卵巢ノ轉位ニ歸セリ、滲出物漸次吸收セラレ、或ハ萎縮ニ赴キ、卵  
 巢復故スルニ從ヒ、漸ク硬變ス、卵巢將ニ囊腫ニ變性セントスル時ハ細  
 小ナル突兀點ヲ觸レ、且ツ緊滿弾力性ヲ呈スル隆起ヲ感得セシム、此際  
 疼痛ハ往々全ク缺如ス。

豫後

**豫後** 官能ノ全快復ニ關シテハ不良ナリ、然レ、本病ノ症狀ニ就テハ、  
 不孕及經閉ヲ除ケハ、他ノ障害ハ敢テ不治ナルニ非ズ、又生命ニ關シテ  
 ハ直接ノ危害之レナシ、然レ時トシテハ頑然トシテハ治療ニ抵抗シ、卵  
 巢ヲ除去スルニ非ラザレバ快復セザルモノアリ。

療法

**療法** 腔部或ハ腹壁ヨリ瀉血シ、時ニ或ハ氷嚢ヲ貼シ、或ハ坐藥ヲ挿  
 ミ、若クハ發泡ニ由テ皮膚刺戟ヲ施シ、下劑ヲ投ジ、排尿ヲ整ヘ、同時ニ子  
 宮ノ加答兒若クハ他ノ疾患ヲ治療ス、若シ次急期去ル時ハ攝氏五十度



麻氏カ施術セシニ  
百三十三回ノ手術  
ニ於テ九十三回ハ  
兩側ナリシト云フ  
又此手術ハ獨逸ヨ  
リハ英米兩國ニ於  
テ行ハルハ屢々

ノ腔灌注、ヘガル氏ノ直腸冷水灌注、沃土製劑ノ全身及局處應用、温巻法、灰白軟膏ノ塗擦ヲ處ス。已ニ退行期ニ赴ケバ、按摩法及温泉療法ヲ試ム。但シ初メヨリ交接ヲ禁ジ、身體ヲ安靜ニシ、勉テ爾他ノ攝生ニ注意シ、漸次ニ常業ニ就クヲ可トス。要スルニ此等ノ療法ハ常ニ確實ナラザルヲ以テ、荏苒彌久スル者、殊ニ全身症ノ著明ナル時或ハ卵巢神經痛ノ劇烈ナル時(ヘガル氏)ハ卵巢ヲ摘出スベシ。然レ通常廣汎ナル炎症及癒着ニヨリ、多少ノ困難アルノミナラズ、卵巢ハ屢々完全ニ游離シ難シ。是レ同時ニ屢々喇叭管炎ヲ存スルニ由ル。若シ膿腫ヲ形成シタル時ハ、卵巢ノ剝除ニ先チ膿ヲ吸引スルヲ可トス。本病ハ往々同時ニ兩側ノ卵巢ヲ侵スヲ以テ、ローソン、テイト氏ハ必ス同時ニ兩側ノ卵巢ヲ剝除スベシト唱フルモ。麻氏ガ云ヘル如ク一側ノ卵巢ハ健全ナルコトモ亦尠ナカラズ。此場合ニ於テハ勿論此健全ナル卵巢ヲ剝除セザルヲ以テ正當トス。一卵巢血腫ハ甚ダ薄キ膜ヲ有スルヲ以テ、之ヲ剝除セント試ムルニ當リ、多クハ破裂ス。卵巢ノ膿腫モ亦然リ。卵巢ノ一部ハ多少健全ニシテ、排卵機及月經ヲ營ミ得ルコトアリ、此場合

ニ於テモ亦疾患部ノミヲ剝除スルヲ正當トス。尙ホ卵巢ヲ剝除シタル婦人ノ運命ハ後ニ論ズベシ。

### 第四章 卵巢新生物

凡ソ人體ノ器官中、腫瘍殊ニ囊腫ヲ發生スルコト多キハ卵巢ニ如クモノナシ。其原因未ダ全ク説明スルヲ得ザレバ、一ハ卵巢ノ非常ニ移動シ易キ位置ヲ有スルト、一ハ彼レガ產生及増殖力ニ富ムガ故ナラン。此囊腫ノ大サハ其内容ヲ產生スル組織ノ停止性状態ニ在ルト。此組織ガ管ニ產生スルノミナラズ又増殖スルトニ關ス。甲ニ於テハ單ニ滯溜囊腫ヲ生ジ、其内容壓ト分泌機力ノ平均スルニ至レバ、發育ハ靜止ス。反之他ノ場合ニ於テハ、產生組織ハ絶ヘズ増殖シテ巨大ナル腫瘍ヲ形成スルニ至ル。然レ増殖性及非増殖性腫瘍ノ區別ハ判然タルモノニアラズ。單胞性囊腫ニシテ確實ニ濾胞ヨリ發生セシヲ證明シ難キモノアリ。或ハ初期ノ増殖性囊腫ニシテ所謂小囊腫性變性ト區別シ難キモノアリ。



(天)非増殖性腫瘍

濾胞水腫 Hydrops follicularis. 黄体囊腫 Corpus-

Luteum-cyste

濾胞水腫ハ多ク巨大ナルニ至ラズ。蓋シ初生兒ニ於テハ、寧ロ中央ニ存  
 スル水腫囊ハ、漸次ニ卵巣ノ表面ニ接近シ、茲ニ結節トナリテ隆起スル  
 者ニテ、若シ數多ノ卵胞同時ニ水腫ヲ發スル時ハ、多房性腫瘍ノ觀ヲ呈  
 スルヲ得。故ニ此症ハ常ニ卵胞ノ破裂ヲ妨グル者、例之ハ腹膜炎性癒着  
 或ハ卵巣ニ密着セル近隣器臟アルガ爲メニ、過多ノ液體集積シテ發生  
 スル滯溜囊腫ナレトモ、一ニノ實驗ニ從ヘハ已ニ破裂シタル卵胞即チ黃  
 體ヨリ、斯ル滯溜囊腫ヲ形成スルコトナキニアラズ。所謂黃體囊腫是レ  
 ナリ。又胞液ノ過早及過度ノ形成ニヨルモノアリ。而シテ單純ナル多胞水  
 腫ノ囊壁ハ、許多ノ網狀結締織ヨリナリ、其内面ハ、上皮ヲ有セズ、外面ハ  
 初メ卵巣ノ上皮ニ由テ被ハル、モ、卵胞ノ擴張スルニ從テ、低キ圓柱上  
 皮ニ變ズ。其壁中ニハ無數ノ大血管アリト雖モ、腺組織ノ陥入及乳嘴性

第三百四圖

(大拳) 濾胞水腫



(ルヨニ氏トイハフ)

増殖ハ之ヲ存セズ。以テ濾胞ノ退行變性シタルモノナルヲ知ル可シ。ロ  
 キタンスキール氏及爾來一、二ノ人ハ此濾胞内ニ克ク保存セラレタル、或  
 ハ已ニ萎縮セル卵ノ痕跡ヲ發見セリ。ナーゲル氏ハ斯クノ如キ卵ヲ有

濾胞水腫

八百三十五



スル場合ニハ、之ヲ巨大ナル濾胞ト看做シ、卵及濾胞上皮ノ衰滅セシ時  
ニノミ濾胞水腫ノ名ヲ下セリ。  
水腫性グラトフ氏胞ノ多數ハ拳大ニ止マレ、又人頭大ニ至ルモノア  
リ。而シテ其原基ハ單房性ナルヲ以テ特異トス。其漿液性ナル内容ハ僅ニ  
蛋白ヲ含ミ、毫モぼるあるふみんヲ有セス。且ツ一回排泄スレハ、自ラ退  
行或ハ治癒スルノ傾向ヲ有ス。

(地)増殖性腫瘍

分類 ● 古昔卵巢腫瘍ヲ分テ囊腫性及實體性ノ二種トナセシモ、甚ダ  
適當ナラズ。ツルグアイエル氏ハ上皮性及結締織性ノ二種ニ區別シ、皮膚  
様囊腫ハ卵巢ノ上皮ヨリ發生スルモノト認め、之ヲ上皮性腫瘍ニ算入  
セリ。然レ皮膚様囊腫及畸形腫ハ卵ヨリ發生スルモノニ、卵ハ濾胞及  
胚胎上皮ト共ニ卵巢實質ヲ形成スルガ故ニ、卵巢腫瘍ヲ區別シテ  
(第一)實質ヨリ發生スル者  
(第二)間質ヨリ發生スル者

ノ二種トナシ、之レニ此兩種ノ混合シタル

(第三)混成腫瘍

ヲ加フルヲ可トス。而シテ實質ヨリ發生スルモノニ、二大屬アリ。

(甲)上皮ヨリ發生スル者

(乙)卵ヨリ發生スル者 皮膚様囊腫、畸形腫

是レナリ

(第一)實質性新生物 Die parenchymatösen Neubildg.

(甲)上皮性新生物 Die epithelialen Neubildg.

上皮性新生物ハ臨床的及組織的全然不同ノ二種ニ分ル。此區別ハ上皮  
細胞排列ノ状態ニ基クモノニ、彼レ若シ圓柱上皮ノ定型ニ從ヒ、表面  
的ニ廣ガル時ハ腺腫ヲ形成シ、扁平上皮ノ定型ニ則リ、實體的ニ増殖ス  
レバ、癌腫ヲ發生ス。

(一)囊腫性腺腫



(一)單漿液性囊腫 Das Kystoma serosum simplex.

是レ嘗テ濾胞水腫ト混同一視セラレタル囊腫ナレド、其囊壁ノ内面ニハ上皮ヲ有ス。此上皮ハ普通卵巢上皮ト異ナリ、且ツ常ニ増殖シ、其細胞分泌ニ由テ限リナク増大スルヲ以テ、之ヲ増殖性腫瘍ト看做サザル可ラズ。又其ノ囊腫性腺腫ト異ナルハ管ニ腺狀組織ノ増殖ヲ缺クノミナラズ、又上皮細胞ノ形狀及官能ヲ異ニスルニ在リ。本腫瘍ノ發生ニ就テハ、未ダ確言スルヲ得ズト雖モ、恐クハ副卵巢囊腫ト同一ノ關係ヲ有スルナラン。此囊腫ハ時トシテ其壁ノ内面ニ乳嘴性増殖ヲ呈スルコトアレド、臨床的ニハ良性ニシテ、轉移若クハ再發ヲ來スコトナシ。

(二)固有ノ囊腫性腺腫 Kystadenom.

病理解剖

病理解剖 本腫瘍ハ一種ノ腺腫ニシテ、其小腺管ヨリ繼發性ニ囊腫ヲ形成シタルモノト看做スヲ正當トス。蓋シ卵巢ハ二部分即チ結締織

性間質及腺實質ヨリナルモノニシテ、後者ハ卵巢ヲ被ヘル胎芽上皮ガ結締織間ニ圓錐狀ニ増殖シ、以テ腺管ヲ形成スルニ至リタルモノナリ。此腺管即チブリューゲル氏管ヨリ上皮ノ絞窄及區分ニヨリ、卵ヲ有スルグラトフ氏胞ヲ形成ス。而シテ囊腫ハワルダイエル氏ノ意見ニ從ヘバ、完成セルグラトフ氏胞ヨリセズ、其前階級タル小腺管ヨリ發生ス。是レ卵巢囊腫ハ先天性、或ハ少クモ小兒時ノ早期ヨリ發生スト論ゼラル、所以ナリ。然レ一、二學者ノ主張スルガ如ク、小腺管ハ晩年ニ至ルマデ、普通ノ形狀ヲ維持シ、或ハ僅ニ囊腫性變化ヲ受ケテ存在シ、或ハ増殖セル卵巢上皮ノ陥入ニ由テ新生シ、是レヨリ各種ノ年齢ニ於テ、囊腫ヲ形成スルニ至ルコトアルヤ疑ヒテ容レズ。此第一基礎ヨリ囊腫ヲ形成スルニハ、初メ中心ニ存スル細胞軟化溶解シテ囊腫ノ内容ヲ形成シ、同時ニ此小囊腫ノ壁ヨリ、腺質陥入ヲ誘發及増贅セシムルノ機轉ヲ要ス。此單純ナル模型ヨリ諸他ノ複雑ナル卵巢囊腫ヲ形成ス。故ニ最初ノ囊腫ハ(一)卵巢間質ノ肥厚シタルニ他ナラザル、一被膜(二)其内面ヲ被ヘル上皮即チ昔時ノ腺管上皮及(三)腺細胞ノ分泌物タル液狀内容ヨリ成ル者ナリ、ワ







腺質及乳頭増殖性  
嚢腫

第三百七圖  
葡萄狀卵巣嚢腫  
(氏ドルハブゲ)



adenoma pseudomuci-  
nosumト名ケリ之ニ  
反ノ結締織ノミ増  
殖分岐シ其系締狀  
突起ハ上皮ヲ被リ  
テ嚢腫ノ内部或ハ  
外方ニ向テ發育ス  
ル時ハ乳頭増殖  
性嚢腫 Cystoma pro-  
liferum papillareヲ形  
成ス而ノ其内容ハ  
稀薄水様ナルヲ以  
テ一ニ漿液性嚢腺  
腫 Das Kystadenom  
erosumノ名アリ甲

ニ於テハ嚢壁中ニ新生セル腺管ノ排泄口ハ嚢腫内ニ在テ閉塞或ハ絞  
窄スルヲ以テ其盲端ノ擴大ニヨリ嚢狀ニ變性ス此嚢狀ニ變ジタル腺  
管ノ壁ヨリ更ニ新腺管ヲ生ジコレモ亦嚢腫ニ變ズ如此ク嚢壁中ニハ  
無數ノ腺管及嚢腫ノ新生セル者ヲ有スルガ故ニ吾人ハ稍大ナル嚢腫  
ノ旁ラ諸般ノ發育期ニ於ケル多數ノ小嚢腫ニ遭遇スルヲ常トス爾後  
ノ經過ニ於テ小嚢腫ハ其壁ノ破裂ニヨリ溶合シテ較モ大ナル嚢腫ヲ  
形成スルコト多シ甚ダ稀レニハ許多ノ薄壁ナル嚢腫互ニ緩ク或ハ莖ヲ  
以テ連結セラレ恰モ葡萄房ニ似タルコトアリ所謂葡萄狀嚢腫 Trauben-  
förmiges Cystadenom (第三百七圖)是レナリ。  
乳頭増殖性嚢腫ハ通常頗ル硬固ニシテ其血管富有ナル結締織増殖ハ嚢  
腫ノ丙面或ハ表面ヨリ乳頭狀ニ隆起シ各個分離シテ存スルアリ或ハ  
無數相集リテ一大乳頭ヲ形成シ一面ニハ殆ド嚢腔ヲ填塞シ一面ニハ  
腹腔ニ向テ菜花狀ニ突出スルアリマルチヤンド Marchandi 氏ニ從ヘハ此  
乳頭ハ惡性變化ヲ受ケ易キ素因ヲ有スト云フ概スルニ此種ノ嚢腫ハ  
腹水及腹膜ノ乳頭増殖ヲ合併スルコト屢ニシテ惡性變性ヲ受ケ易キ素



因ヲ有スト言フヨリハ、寧ロ其物が已ニ悪性ナリト認ムルヲ可トス。  
 以上二種ノ囊腫ハ屢併發ス故ニ同一ノ卵巢ニ於テ往々兩種ノ變化ヲ認  
 ム、或ハ初メ腺質性ニシテ、後乳頭性トナルヲアリ。此等及腫瘍ノ一部ニ  
 悪性變化ヲ受クルモノハ所謂混合囊腫ニ屬ス。

キュスト子ル氏ハ前記ノ區別法ヲ以テ正當ナラズト認メ、自家ノ分類法ヲ稱  
 揚セリ。氏ノ論ズル所左ノ如シ。  
 凡テ一層性圓柱上皮ヲ以テ被ハレタル、閉鎖セル囊腫内ニ於テ、上皮増殖ス  
 ル時ハ一層性上皮ハ一層性ニ停ルト看做セバ、新生細胞ノ要スル場所ハ囊腫  
 壁、内方或ハ外方ニ突隆スルニ由テ得ラレザル可ラズ第一ノ場合ニ於テ  
 周圍ニ向ヘル囊腫ハ膨隆ヲ生ジ、終リノ場合ニ於テハ腺腔内ニ質性ノ突起  
 即チ乳頭ヲ生ズ。甲チ外増殖性定型 Keratocystic Type 乙チ内増殖性定型 Inverted  
 cular Type ト名クベシ。此兩増殖方向ノ何レガ強盛トナルヤハ囊腫内壓及周  
 圍ニ於ケル間質壓ノ如何ニ關ス。甲ハ主トシテ上皮細胞ノ產生スル液量及細  
 胞増殖ノ度ニ由テ、乙ハ血液充盈ノ度、間質ニ於ケル細胞増殖ノ多小併ニ卵  
 巢乃至腫瘍ノ位置ニ因テ差アリ。故ニ細胞ノ分泌ニシテ細胞増殖ヨリ強盛ナ  
 ル時ハ外増殖性タル腺腫ノ定型ナリ。成シ之ニ反スル時ハ内増殖性定型ナ  
 發生ス。

腫瘍ノ形状容積及硬度ノ甚ダ一定セザルハ囊腫ノ特異ナル性質ナリ。

第三百八十八圖  
 卵巢囊腫ノ最モ單純  
 ナル莖帯形成

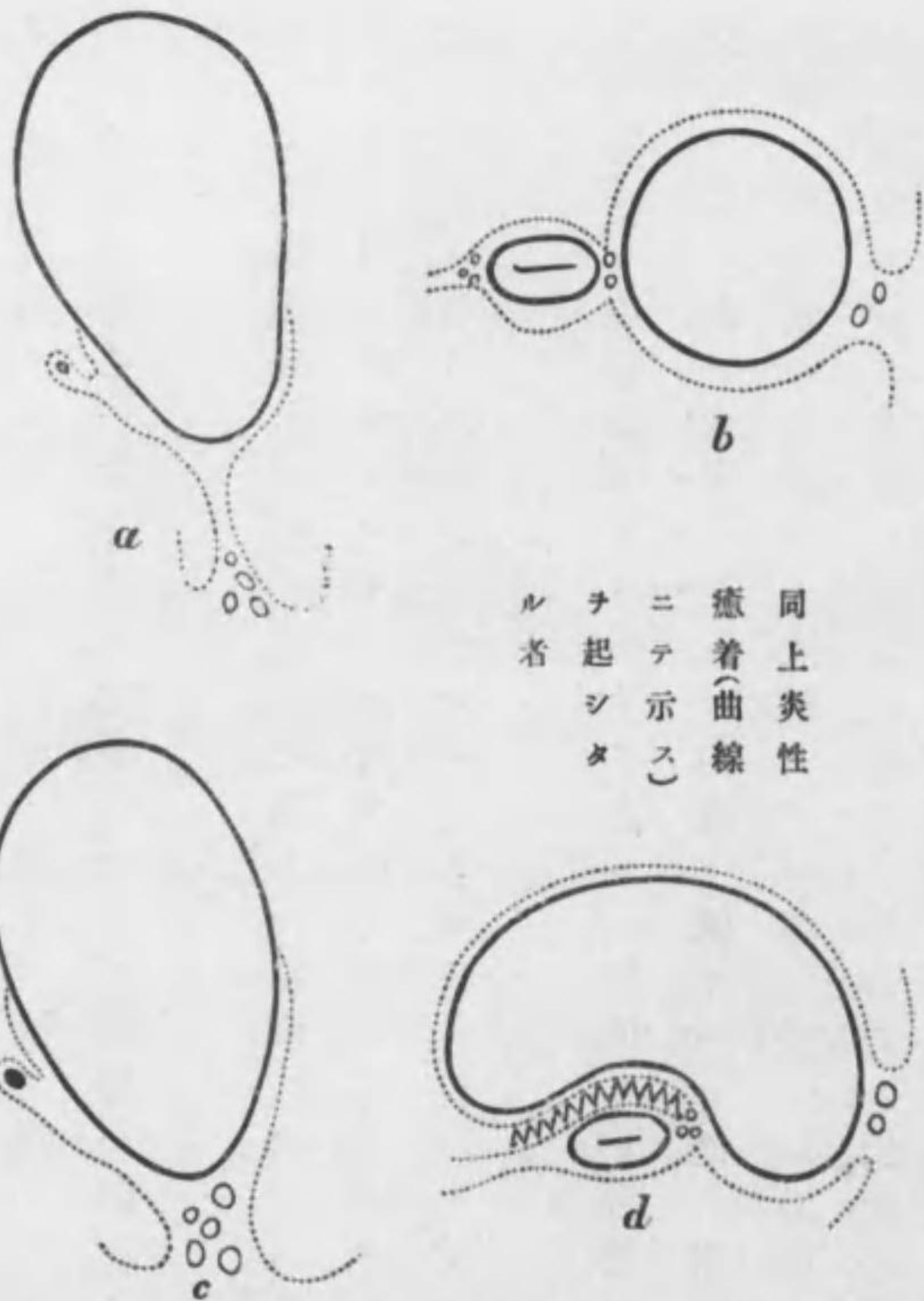


殊ニ形状ハ甚ダ多般ニ亘リ一々枚  
 舉シ難シ。容積モ亦然リ。若シ増大ス  
 ル時ハ通常多ク腹腔内ニ上昇シ、廣  
 靱帯ハ常ニ其莖帯ヲ形成シテ諸種  
 ノ變形ヲ呈ス。唯稀レニ巨大ナル腫  
 瘍ニ於テモ、血管増殖ノ他ニ廣靱帶

ノ變化ナキ者アリ。廣靱帶ト共ニ卵巢靱帶及喇叭管モ亦多クハ腫瘍ノ  
 發生ニ參與ス而シテ腫瘍ノ基礎ノミニ由テ廣靱帶ニ附着スルコトナキ  
 ニアラスト雖モ、通常廣靱帶ハ著シク擴張シ、彼ハ茲ニ發育シ、屢廣靱帶  
 ノ兩葉ヲ離開シテ喇叭管ノ直下ニ達ス。加之喇叭管モ亦平素ノ數倍ニ  
 擴大及延長シ、剪線ハ平カニ腫瘍表面ニ附着シ、之ニ由テ喇叭管及卵巢  
 囊腫ハ一塊トナル。此場合ニ於テ兩腔ノ内容増加スル時ハ、中隔穿破シ  
 テ兩腔ハ互ニ交通ス。所謂喇叭管卵巢囊腫 Tuboovarian cyste 是レナリ。  
 著者ハ如此キ囊腫ノ發生ニ就テ一業蹟ヲ公ニセリ、後段附録ニ詳述ス  
 ベシ。



第三百十圖  
漿膜下發生ニ於ケル莖蒂ノ狀態  
(氏ルエイマフーホ)  
(aヨリニ至ル)



第三百九圖  
喇叭管卵巣腫ニ於ケル  
喇叭管ノ剪線附着部ヲ示ス  
(氏ドルハブゲ)



莖根ニ於テ明ニ限界セル二個ノ皺襞アリテ、囊腫ヨリ子宮ニ向ヘルヲ見ルコトアリ、其一ハ喇叭管ニシテ、他ハ卵巣靱帯ヨリ形成セラレ、其側方



ニハ漏斗耻骨粉帶アリテ銳縁ヲナス。莖根ノ發育ハ頗ル不同ナル者ニシテ或ハ長クシテ細ク或ハ太クシテ短シ然ル亦腫瘍ノ表面ト近隣器臟ノ癒着ニヨリ或ハ自己ノ軸旋ニヨリ諸種ノ變化ヲ受ク而ノ單純ナル腫瘍ニ在テハ精系動脈ノ一大分枝ヲ包有ス此分枝動脈ハ卵巢ノ基礎ヨリ腫瘍中ニ入ル。

腫瘍ニ癒着ナク其莖根細長ナル時ハ彼レハ著シキ移動性ヲ呈ス殊ニ上方ニ向テ廣キ腹腔内ニ増大シタル時ニ於テ然リ然レヅウグラス腔ニ存スル囊腫ト雖モ癒着スルニアラザレバ克ク舉揚シ得ラルモノトス。

腫瘍ノ壁ハ多少肥厚セル結締織層ヨリナリ之レニ分佈セル血管ハ其多少及發育同ジカラズ而ノ腺質性囊腫ノ内面ハ低キ一層性ノ圓柱上皮ヲ備ヘ其外面ハ腹膜或ハ滲出物ノ被覆セザル部ニ於テハ孱弱ナル低キ上皮ヲ有シ處々ニ於テ内腔ニ向ヘル隆起ヲ呈ス若シ此隆起著シク増大スルトキハ漸ク内腔ヲ填塞セントス又乳頭性囊腫ノ内面ヨリハ乳頭狀體ヲ發生増育セシメ之ヲ被ヘル上皮ハ時トシテ毳毛ヲ備ヘ

腫瘍壁

囊腫ノ内容

第三百一十圖  
腺質性増殖性卵巣囊腫  
(弗氏ニ據ル)



其基礎ハ血管富有ナル結締織ヨリ成ル乳頭ハ樹枝狀ニ増殖シテ囊腔ヲ填塞スルト同時ニ腫瘍ノ外表下ニモ亦發生シテ諸種ノ陷凹及結節ヲ形成ス。

囊腫内容物ノ量ハ甚ダ一定セズ時トシテ僅ニ數立方珊迷ノ游離液ヲ含ミ時

トノ數利篤兒ヲ計ルニ至ル其性状ハ腫瘍ノ漿液性ナルト假性むちん性ナルトニ從テ同ジカラズ即チ已ニ前段ニ論ゼシガ如ク漿液性囊腫ハ液狀内容ヲ有シ假性むちん性囊腫ハ膠狀内容ヲ有ス液狀内容ハ比較的稀薄透明ナレモ稍々粘稠ニシテ排泄ノ際泡沫ヲ生シ淡臭ヲ放チ中性或ハ弱亞加里性ニ反應シ異重低ク一〇一〇乃至一〇三〇白色灰白色黄色綠色褐赤色(是レ血液ノ混)ヲ呈シ許多ノ脂化シタル上



皮ヲ含ム。若シ凝固物ノ多量ヲ存スルキハ、或ハ混濁ノ雲翳狀ヲナシ、或ハ多量ノ沈澱ヲ生ズ。而シテ固形分ノ全量ハ、五乃至一〇%トス(此成分ニ就テ精細ナル検査ハアイヒロルド)膠狀内容ハ腺上皮ヨリ分泌セラレ、甚ダ粘稠ニシテ、之ヲ動搖スレバ震顛シ、觸ル、所ノ物體ニ粘着ス。如此ク内容ノ性

圖 二 十 百 三 第

腫 囊 性 質 腺 巢 卵  
(撰 士 博 極 山)



イ、間質  
ロ、腺腔  
ハ、腺細胞

圖 三 十 百 三 第

腫 囊 性 殖 増 性 嚢 乳  
(ル ヨ ニ 氏 弗)



狀ハ甚ダ不同ナリト雖凡テノ内容ニ通有ナル一物質アリ。プアンチンステール氏ガ詳細ニ検査セシ假性むちーん、Pseudomucin是レナリ。此物質ハ囊狀腺腫ニ特有ニシテ、嘗テ濾胞水腫ニ存スルコトナシ。ハムメルス

レン氏ニ從ヘハ此物質ハ往時蛋白質ニ算入セシめたあるふみんと同ナリト云フ。假性むちーんハ其名ノ示スガ如ク甚ダむちーんニ似テ粘稠ナル硬度ヲ有シ、窒素ヲ含ムコト少ク、且ツ酸ト共ニ煮沸スレバ還元性物質ヲ生ズ。然レ醋酸ニ逢フテ變化セザルヲ以テむちーんと異ナレリ。プアンチンステール氏ニ從ヘハ此假性むちーんニモ亦三種アリト云



顯微鏡検査

第三百四十四圖 卵巣囊腫ノ液沈澱物



- 1、コレステアリン結晶
- 2、赤血球
- 3、變化セル顆粒狀圓柱上皮
- 4、脂肪顆粒細胞
- 5、ロイコチーテ
- 6、内皮

顯微鏡ヲ以テ液狀内容ヲ検査スレバ多クハ多少ノ毘毛上皮細胞ヲ發見ス。此細胞ハ或ハ脂化シ或ハ分解シ或ハ膠樣變性ヲ受ク。其他組織斷片、顆粒細胞、血球、色素塊これすてありんノ菱形板等ヲ認ム。

テ可ナルガ如シ。然ルニ少數ノ例外ニ於テハ、確カニ晩年ニ至テ發育期ヲ呈ス。已ニ増大シテ小骨盤ヲ充盈スルニ至レバ、多クハ直ニ是レヨリ腹腔内ニ上昇スト雖モ、腫瘍ノ基底若シ先天性ニ廣靱帶内ニ發育スル時ハ、腹腔及廣靱帶ノ兩葉間ヲ同時ニ填充ス。然ル時ハ、茲ニ於テ腹膜ヲ舉上シ、全骨盤腔ヲ充滿シ、殊ニ盲腸下或ハ又S字狀部下ニ向テ増大ス。又

囊腫ノ發生ニ關シテハ、已ニ論ゼシ如ク。其多數ハ先天性ト認定シ

腫瘍ト近隣器臟ノ癒着

前方ニ向テ膀胱ニ達シ、或ハ後方、ツウグラス氏腔底ニ増大沈降スルモノ(ヲルスハウゼン氏ノ例)アリ。其他同時ニ靱帶間及游離シテ腹腔内ニ發育スル腫瘍ハ最モ少シ。

腫瘍ノ腹腔ニ向テ發育増大スルヤ、茲ニ存スル諸器臟ト觸接ス。斯クテ腫瘍ト器臟トハ久シク游離シテ存在スルヲ得ベシト雖モ、年月ヲ經レバ多ク兩者間ノ癒着ヲ來ス。就中、腸管或ハ腸間膜漿膜ノ如キ腹膜内臟葉ト腫瘍ト癒着スルコト最モ多ク、腹壁葉ハ稀レニ之レニ與カル。又屢々喇叭管表面及大網ノ癒着ヲ來スコトアリ。癒着ハ或ハ單ニ表面ヲ被ヘル液層ノ粘着ニ止リ、或ハ鞏硬ナル炎症癒着ヲ發シ、往々著大ナル無數ノ血管ヲ腫瘍ニ分佈セシムルヲ以テ、若シ或ル原因ニ由テ囊腫莖根ノ血行障害セラレ、キハ、此癒着部ヨリ腫瘍ノ營養分ヲ供給ス。之ニ由テ其營養過剩トナリ、其發育及増大停止セズ。遂ニ肝臟若クハ他ノ腹腔内ニ於ケル遠隔内臟ト密着シ、其結合ハ頗ル親密ニシテ、往々兩器臟ノ境界ヲ區別シ難キニ至ル。終リニ癒着ハ腫瘍ノ全表面ニ蔓延シテ、腹腔内ニ於ケル殆ド凡テノ器臟間ニ親密ナル血管交通ヲ來スヲ得。



出血

如斯キ表面ノ癒着ハ復タ内容ニ影響スルモノニシテ其變化ハ管ニ前條記載セシ液體ノ退行機能ニ止マラズ屢々囊腫内ニ出血ヲ來スモノナリ。然ルキハ血液ハ各個ニ小腔洞ニ流注スト雖モ間々全囊腫ヲ填充ス。如此キ出血ハ已ニ些少ナル身體ノ震盪及之レニ基ケル莖根ノ離斷及軸旋ニ由テ發シ或ハ腫瘍壁ノ糜爛シテ血管ノ斷裂ヲ起シ易キニ據リ或ハ直接ノ創傷試穿等ニ起因ス此際患婦ハ内乏血及危險ナル貧血ノ諸症ヲ呈シ直ニ死地ニ陥ルモノナリ或ハ内容ノ染毒性分解ノ影響ニ由テ鬼籍ニ上ルモノナリ。

破裂

又卵巢囊腫外壁ノ腹腔内穿破ハ吾人ガ想像スルヨリハ頗ル多キモノナリ。近時剖腹術ノ盛ニ行ハルニ從ヒ此破裂ヲ認定シタル場合少カラス。チブライ Nippen 氏ガチルト Tylt 共ニ蒐集セシ百五十五例ノ卵巢囊腫破裂ニ就テ腹腔内ニ破裂セシハ百二十八回即チ八十二・五%ニ當ル。爾他十一回ハ膈ニ穿破シ其他ノ者ハ腹壁、膈、膀胱及子宮ニ穿破セリ。蓋シ腫瘍ノ外壁ハ彼レノ發育増大ト共ニ肥厚シテ硬韌トナリ、克ク保存セラレ、ヲ常トシ殊ニ膠様腫ニ在テハ其壁非常ニ肥厚シ其破裂ヲ

豫思シ得ザルヲ多シト雖モ、グラーフ氏胞ノ擴張ヨリ發生スル囊腫及廣韌帶内ノ囊腫ハ、多クハ薄壁ニシテ、五珊迷ノ厚サニ達スルモノハ格外ニ屬スルガ故ニ、頗ル破裂シ易キモノトス。又他ノ腫瘍殊ニ増殖性ノモノニ於テハ、壁ノ厚薄甚ダ一定セズ。或ハ頗ル肥厚シタル部アリ、或ハ菲薄透明ニシテ將ニ破裂セントスル部アリ、其他外壁一般ニ薄クシテ、些少ノ外襲力ニ由リ破裂ヲ來ス所ノ腫瘍アリ。

故ニ囊腫内容ノ増進性壓迫或ハ外襲力ニ由リ腫瘍壁ノ破裂ヲ發スルノ標準ハ甚ダ一定セズ。試ミニ之ヲ列舉スレバ左ノ如シ。  
 (一) 外壁ハ内容ノ壓迫ニヨリ、漸々薄弱トナリ、遂ニ其最弱部ニ於テ穿破ス。是レ増殖性囊腫ニ屢見ル所トス。スピゲルベルヒ氏ハ嘗テ剖腹術ノ際、巨大ナル囊腫ニ、其内壓甚ク増進セシ者ニ於テ、豌豆大乃至手掌大ノ穿通部三十箇所以上ヲ認メシヲアリト云フ。是レ載籍上稀有ナル一例トス、但シ此原因ニ歸スベキ一箇乃至數箇ノ穿通部ハ吾人ノ往々認ムル所ナリ。又主壁ノ内面ニ於テ既往穿通ノ癍痕ヲ呈スルハ屢々之レアリ。此破裂ハ膠様内容ヲ有スル囊腫ニ多シ。

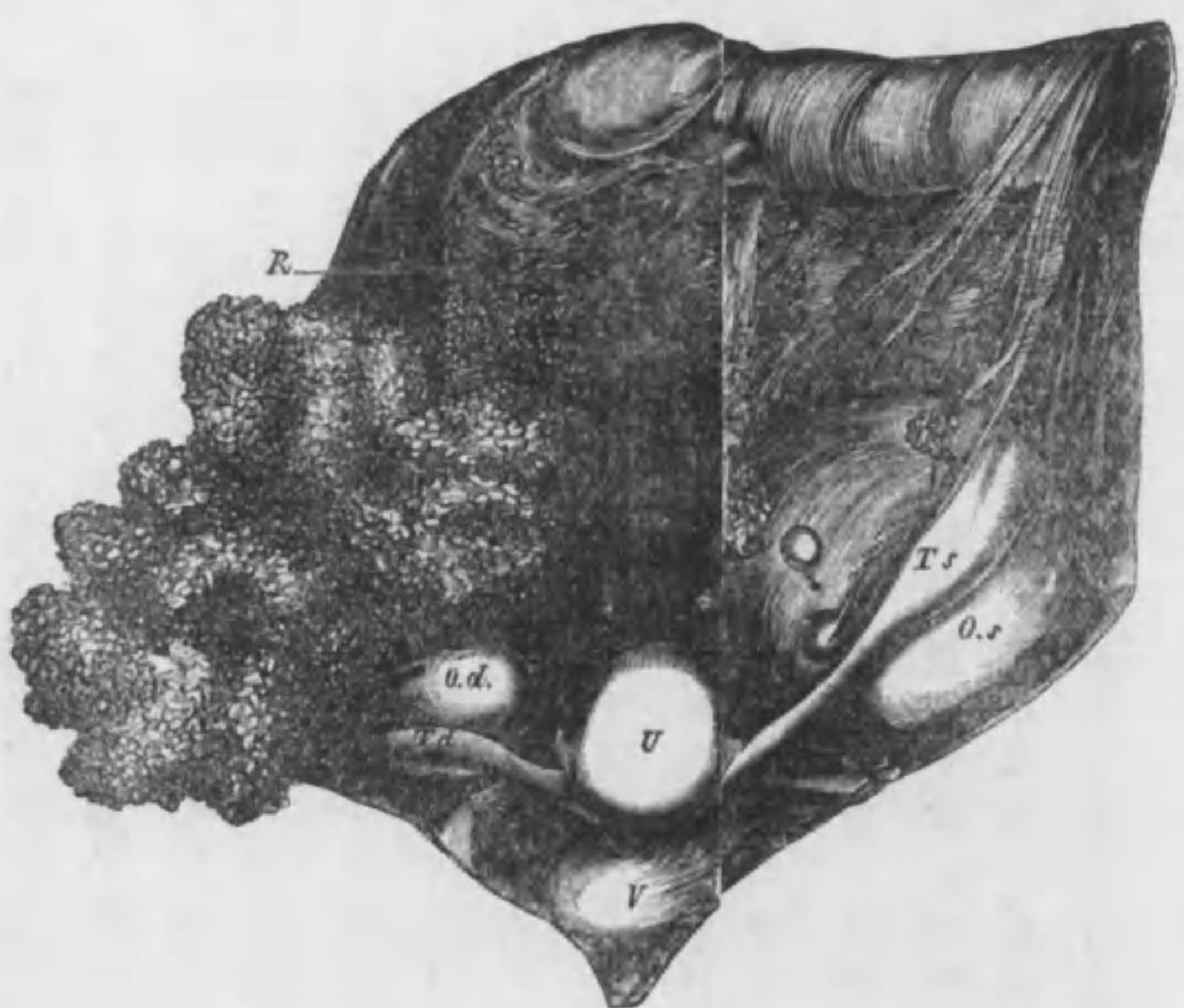


(二)腫瘍壁ノ病的變化ニ由テ、破裂ヲ來ス。就中壁中ノ血管ニ血栓ヲ生ジ。其結果トシテ壁ノ軟化、脂變及壞疽ヲ發シ穿通スルニ至リシハスペンサー、ウエルス及マイネ子 *Mayne* 氏ノ報告ニ見ヘタリ。又囊腫内ニ出血スルト同時ニ、其壁ノ血液性浸潤ヲ發シ、遂ニ破裂ヲ來シタル例ハスビーゲルベルヒ氏ノ實驗セシ所ナリ。

(三)囊腫腔内ニ於ケル諸種ノ化膿ハ屢々壁ノ穿破ヲ來ス。然レ此場合ニ於テハ已ニ早期ニ近隣器臟例之バ腸管ト癒着スルヲ以テ、腹腔内ニ破裂スルハ稀有ニ屬ス。但シ腫瘍軸ノ廻轉ニ由テ突然營養障害、出血及化膿性炎ヲ起シタルモノハ此限ニアラス。

(四)或ル囊腫ニ於テハ、囊ノ乳頭腫非常ニ増殖シ、破裂ヲ來ス。アリ。(第三百十五圖)是レ已ニロキタンスキー氏ノ報ゼシ所ニシテ、スビーゲルベルヒ氏ハ猶詳シク之ガ説明ヲナセリ。蓋シ乳頭性増殖ハ初メ小ナル囊腫腔ヲ充盈シ、次デ内方ヨリ其壁ヲ壓迫消失セシメ、遂ニ外方ニ穿破スモノナリ。此破裂ハ甚ダ屢々見ル所ニシテ、乳頭腫ハ往々腹膜上ニ蔓延シ、甚シキニ至テハ近隣器臟例之バ直腸ヲ穿通スルコトアリ。而シテ這般ノ穿破

第三百五十五圖  
右卵巢ノ乳頭腫(朱氏ニ據ル)



左卵巢及腹膜モ亦將ニ侵サレント  
 V 膀胱  
 U 子宮  
 O.d 右卵巢  
 T.d 右喇叭管  
 O.s 左卵巢  
 T.s 左喇叭管  
 R 直腸  
 屍體標本



穿破ノ結果

ハ極テ小ナル孔ヨリ緩慢ニ發生スルヲ常トシ、從テ著シキ病候ヲ呈セズ、吾人ハ乳嘴腫ノ巨大ナル者ニ於テハ、這般ノ穿破ヲ見ルコト最モ多シ。余ガ實驗ニカ、ル其著明ノ一例ヲ後條ニ述ブベシ。

(五)外傷例之ハ、衝突、墜落等ハ、又破裂ノ原因トナル、彼ノ分娩ニ際シ、遂ニ遂ニ作用ヲ營ム所ノ子宮ノ壓迫ニ由リ、或ハ鉗子ノ壓迫ニ由テ來ル所ノ破裂モ亦茲ニ算フヘシ。又醫士ノ檢診ニ際シテ破裂シタルモノアリ。或ハ骨盤緣ノ壓迫ニヨリ、外壁消耗シテ穿破スル者アリ。

穿破ノ結果ハ、固ヨリ、内容ノ性質ニ從テ同ジカラズ。最モ無害ナルハ漿液性透明ノ内容ナリ。斯ル内容ハ解剖的單房性囊腫(クラトフ氏或ハワオルフ氏道ヨリ發生セシニ)ニ存スルモノニシテ、嘗テ腹膜ノ刺戟ヲ起スコトナク、(ポイチート論ナク) Point 氏意見ニ反シ、多量ノ利尿ヲ來シテ速ニ吸收セラレ、破裂部ハ全ク閉鎖シテ、再ヒ囊腫ヲ形成シ、往、反覆シテ腹腔ニ内容ヲ漏ス。或ハ破裂部ハ閉鎖スルコトナク、囊腫ノ分泌ハ漸々停止シ、囊ハ萎縮シテ根治ニ就ク者アリ。此ノ如キ治療ノ例ハ、ホワイト、Wilks 氏、ピースレー、Peeble 氏、カームス、Cammis 氏、ウケルキンス、Wilkins 氏等ノ報告スル所ニシテ、余モ亦往

年如此キ一實驗ヲナセリ。即チ二十六歳ノ卵巣囊腫ト診定セシ患者ニ於テ其内容ヲ檢センガ爲メ、少ナル探針ヲ以テ穿刺術ヲ行ヒシニ翌日ヨリ囊腫全ク消失シテ、爾後七ケ年餘ヲ經ルモ再發ノ兆ナカリキ。之ニ反シ、ゴードル Goodell 氏ハ、副卵巣囊腫ノ破裂ニ由テ死亡ヲ來セシ二例ヲ報告セリ。

漿液性ニ次デ無害ナルハ膠様内容ナリ(スピーゲルベルヒ氏)。然モ其吸收ハ甚ダ緩慢ニシテ、漿液性ノモノニ比スレハ腹膜ヲ刺戟スルコト稍著シ。殊ニ血性ヲ帶ビタル内容ニ於テハ最モ然リ、此場合ニ於テ囊腫ノ分泌盛ナルキハ全腹腔内ニ多量ノ膠様塊ヲ充盈スルニ至ル。余ガ後ニ記述セントスル第二患者ハ、實ニ此種ノ變化ヲ來セシモノナリ。

又内容ハ膿性、或ハ腐敗性ナルキハ、劇甚ナル腹膜刺戟ヲ來シ、速ニ不幸ノ轉歸ヲ來スベシ。乳頭性囊腫ノ穿破シテ其内容ヲ腹腔ニ漏スルハ、腹膜ニ轉移性腫瘍ヲ形成シテ速ニ其全面ニ蔓延スルコトアルベシ。近時トールントン氏ハ、普通囊腫ノ内容ト雖モ、如此キ腹膜傳染ノ危険甚ダ少カラザルニ注意セリ。氏ガ統計ニ據ルニ四百回ノ卵巣囊腫摘出術ニ於



腹膜粘液腫

テ、囊腫ノ内容ヲ腹腔内ニ漏スヲ四十回ナリシニ、三人ハ手術ノ爲メニ死亡シ、爾餘ノ三十七人中、一二年ノ後三人ハ癌腫ニ由テ、一人ハ全身性肉腫ニ由テ、一人ハ腦腫瘍(轉移性?)ニ由テ死亡シ、其他癌腫ニ罹リシモノ三人アリシト云フ之ニ由テ見レハ普通ノ内容ト雖モ、腹腔ニ漏出スレバ必スシモ無害ニアラザルヤ明矣。

余ハ猶ホ卵巢囊腫轉移ノ形成即チ腹膜粘液腫 Myxoma peritoneiニ就テ一言セントス、但シ乳頭腫ノ轉移ニ就テハ、已ニ前段ニ略述セシヲ以テ之ヲ省ク、抑モ卵巢癌腫及前記ノ乳頭腫ガ腹膜ニ轉移スルヲアリ、又甚ダ轉移シ易キハ已ニ久シク吾人ノ識ル所ナリト雖モ、茲ニ一種特異ナルモノアリ、卵巢囊腫截除術後或ハ卵巢ノ腹腔内穿破後ニ腹膜ノ全面ニ膠様塊ハ發生ヲ來ス、是レナリ、是レ屢々腹膜粘液腫トシテ記述セラレタル症ニシテ、這般ノ報告ヲナセシハアトレー Allee、マインリッヒ Benlich、メンニング Menning、ゲーハイエル G. Mayer、チツヘル Netzel、ウエルト、オルスハウゼン、フリッチュ、等ノ諸氏ナリ、而シテ余ハ實ニ之ガ一例ヲ加ヘ得ルナリ、凡テ此等ノ場合ニ於テ原發性卵巢囊腫ガ主トシテ或ハ全ク粘稠膠

様ノ内容ヲ有スルハ、諸大家ノ説ク所盡ク一致セリ、余モ亦余ノ實驗ニ徴シテ之ヲ證明セリ、但シ諸家ノ報告セシ例ハ、多クハ卵巢囊腫截除術ノ際ニ、内容ノ一分腹腔ニ漏レ、術後ニ多少ノ時日ヲ經テ此變化ヲ來セシモノナレモ、余ノ例ニ在テハ囊腫自然ノ穿破ニ起因セシモノハ、認めザル可ラザルモノナリ、ネッツェル氏ハ如此キ卵巢ノ疾患ヲ以テ全然腺腫性囊腫ト不同ナルモノト看做シ、卵巢粘液腫 Ovarialmyxomナル名稱ヲ下セリ、彼ノ腹膜粘液腫ナル語ハ實ニ此説ニ基クト、併ニ腹膜腔ニ發見セル塊物ガ著明ナル膠様外觀ヲ呈シ、而カモ屢々、むちーんヲ含有スルトニ據ルナリ、然レウエルト、オルスハウゼン、アッケルマンノ三氏ニ從ヘハ前記ノ卵巢及腹膜ノ腫瘍ハ粘液腫ノ性質ヲ備フルヲ甚ダ少ク、且ツ卵巢粘液腫ハ從來未ダ嘗テ確實ニ證明セラレズ、加之アッケルマン氏ノ檢査ニ據レバ、決シテ粘液腫ノ組織學的構造ヲ有セザルカ故ニ、寧ろ腹膜假性粘液腫 Pseudomyxomノ名稱ヲ附スルヲ穩當ナリト云フ、如斯ク腹膜粘液腫ナル名稱ハ猶疑問ニ屬スルノミナラズ、ウエルト氏ハ前記腫瘍ノ截除術後、二十二日ヲ經テ肺動脈栓塞ノ爲メ死亡セシ一婦人(リッツ



マン氏ヲ剖観シタルニ。膠様塊ノ附着スルニ關ラズ、腹膜及其内皮ハ完ク健全ナルヲ發見シ、遂ニ腹膜粘液腫ナル名稱ヲ全廢スルニ至レリ。其他、皮膚様囊腫ガ腹膜ニ多發性ニ轉移セシ實驗例ハ乏シキニアラズ。其著明ナル一例ヲ擧グレバ、アー、ブレンケル氏ハ嘗テビルロート氏ガ施術セシ二人ノ患者ニ於テ、腹膜ノ多發性囊腫ヲ發見シ、同時ニ存在セシ慢性腹膜炎ニ據リ其原因ヲ卵巣皮膚様囊腫ノ破裂ニ歸セルガ如キ是レナリ。近時山極醫學博士ハ卵巣皮膚様囊腫ニシテ、其壁ニ癌組織ヲ發生シ、癌ノ轉移ヲ起シタル二例ヲ報告セラレタリ（東京醫事新誌第八七五―八一八八八〇號）氏ハ之ニ附記シテ桂田氏モ亦同様ノ一實驗ヲナセシコアルヲ述べテレタリ。然レモ純然タル漿液性内容ヲ有スル卵巣囊腫ガ破裂シテ、腹膜ニ轉移シタルノ報告ハ甚ダ少シ、而シテ余ハ其一例ヲ好生館ニ於テ實驗シタリ、後段ニ記載シタル第三患者是レナリ。之ヲ要スルニ諸種ノ卵巣腫瘍ノ一部分ハ其破裂セシト手術後トヲ間ハス、克ク腹膜ニ轉移シテ茲ニ増育スルニ足ルヤ疑ヒヲ容レズ、而シテ是レ殊ニ惡性腫瘍ニ於ケルノミナラズ、單純囊腫性ノモノニ在テモ亦然

リトス。

穿破ニ關スル余ノ實驗例

（第一）乳頭性卵巣囊腫ノ穿破シテ腹膜轉移ヲ汎發シタル一例

加藤某二十六歳ノ婦人、血族中遺傳病ヲ存セス。唯云フ祖母ハ腹滿ニ由テ死セリト。患婦生來強健ニシテ記スベキノ疾患ニ罹ラス。十六歳ニシテ天癸初テ至リ、爾來整調ナリ。十九歳ノ時婚嫁ス。然モ琴瑟ノ和合僅ニ一年ノミニシテ、妊娠セズ、破鏡ノ不幸ニ達セ、爾後今日ニ至ルマテ寡居ス。

一ヶ年前ヨリ食物停滯ノ症アリ。六ヶ月前ニ至リ増悪シ、胃部膨滿、消化不其、大便秘結等ヲ起シ、之ニ加フルニ下腹漸次膨滿シ緊張ニ堪ヘス。月經モ亦此時ヨリ停止シ、白帶下ハ存セス。又全經過中熱發、腹痛等ヲ起セシコトナシト云フ。

現症、體格榮養共ニ中等、眼球結膜及口唇ハ稍貧血ス。皮膚ハ少シク乾燥シ皮下脂肪層ハ適度ニ發育シ、筋肉モ亦普通ナリ。其他、顔面及胸部ニ異常ヲ認メス、呼吸少シク困難ヲ覺ユルニ似タリ。腹部ハ著シク膨滿シ、波動明亮ニシテ打診音ハ濁、肝臟ノ上界及心臓ノ濁音界ニ異常ナシ、患者云フ發病ノ際右

下腹部ニ一ノ硬結物ヲ覺ヘシト。腹圍最大部九十瓏迷。依テ先ツ患婦ノ苦悶ヲ除カンガ爲メ、臍下白線ニ於テ穿腹術ヲ施シ、七千五百立方瓏迷ノ液ヲ漏ラス。此液ハ一〇一六ノ比重ヲ有シ、舍利別樣ノ稠度ニ



シテ稀赤色ヲ呈シ、且稍混濁ス。之レヲ煮沸スルキハ全ク凝固シ、放置スレハ  
 許多ノ沈澱物ヲ生シ、上層ノ液ハ透明淡黄色トナル。沈澱物ヲ鏡檢スルニ許  
 多ノ赤血球、變性上皮様細胞ヲ見ル。就中顆粒或ハ粘液變性セル者其多數ヲ  
 占ム。其他不定ノ顆粒無數ヲ認ム。

穿刺後腹部ヲ診スルニ、肝臟ノ下界ハ普通位置ニアリ。腹腔内ニ數多ノ硬結  
 存在セル者ノ如クナルモ、多少ノ液尙殘留スルヲ以テ、精密ニ觸定シ難シ。

其後酒石英、沃刺、醋刺等ヲ投ズルニ更ニ効ナク、一週日ヲ經テ患者事故アリ  
 退院ス。當時復々已ニ腹痛ノ感アリ、凡ソ一ヶ月ヲ經テ再ヒ入院。則チ初メ穿  
 腹術ヲ施シ、未タ六週日ヲ經ザルニ腹圍ハ再ヒ九十二珊迷ヲ計リ、呼吸促進  
 シテ患者大ニ苦悶ヲ訴フルヲ以テ、第二回ノ穿腹術ヲ施スニ、前回ト同一ノ  
 性状ヲ具フル粘稠液八千立方珊迷ヲ漏セリ。未タ幾許ナラスシテ又前日ノ  
 如ク然リ。而シテ患者ハ第三回ノ穿腹術ヲ希望セリ。然レモ姑息法ハ到底無  
 益ナルヲ以テ寧ロ一回剖腹術ヲ試ミ、同時ニ病原ヲ詳カニセンコトヲ諭シタ  
 ルニ、患者モ亦速ニ意ヲ決セリ。

腹部測定、胸骨劍狀突起ヨリ臍ニ至ル十三珊迷。臍ヨリ耻骨結合ニ至ル二十  
 三珊迷。臍ヨリ膈骨前上棘突起ニ至ル左右共ニ十九珊迷。臍部腹圍八十五珊  
 迷。手術、麻醉、消毒、法ノ如ク臍下白線ニ於テ腹壁ヲ切開シ、臍ニ穿刺ニ由テ得  
 タルト同一ノ粘稠液約一立方珊迷ヲ漏シ、腹腔ヲ探ルニ、恰モ花菜樣ノ外  
 面粗糙ナル軟カキ瘤塊壘々トシテ後腹壁、腸管並ニ腸間膜ヲ覆フ。骨盤腔モ

亦之レニヨリ填充セラリ、殊ニ右側ニ於テ恰モ卵巣ノ一部ニ一大塊ヲ爲ス、依  
 テ其一部ヲ牽引スルニ容易ニ腹膜ニ於ケル一塊ヲ剝除スルヲ得タリ。然レ  
 固ヨリ悉ク摘出シ得ヘキ目的ナキヲ以テ、直ニ腹腔ヲ閉鎖ス。手術時間十五  
 分ナリ。術後ハ時々腹痛ヲ訴フルヲ以テ阿片丸ヲ投シ、又口渴アルヲ以テ氷  
 片ヲ喫セシム。然レモ熱發等ノ異常ヲ認メス。第八日ニ於テ腸管ヲ交換ス  
 ルニ、創口ハ第一期癒合ヲ營メリ、而シテ已ニ再ヒ幾分ノ腹水ヲ認ム、然レ前  
 回穿刺術後ニ於ケルカ如ク甚シカラス。全身營養並ニ體力ハ依然トシテ著  
 シク進スルコトナシ。患婦ハ十四日ノ後故アツテ退院セリ。其頃腹圍七十七珊  
 迷ヲ計ル。

腹腔内ヨリ摘出セル新生物ノ小片ハ、其表面覆盆子樣ノ觀ヲナシ。之ヲミユ  
 ルレル氏液ニ浸シタル後、切片標本ヲ製シ檢スルニ肉眼ヲ以テ明ニ見得ヘ  
 キ分岐ヲ呈シ、顯微鏡下ニ觀フニ其實ハ纖維組織ヨリナリ、其乳頭狀ニ分岐  
 セル各突起ハ、數層ノ上皮細胞ヲ被ムル要スル。ニ肉眼的並ニ顯微鏡的ノ性  
 狀ハ其大體ニ於テ乳頭性卵巣囊腫内ニ來ル花菜樣發生物ト相均シ。唯少シ  
 ク異ナル點ハ、甲ハ乙ニ比スレハ乳頭ヲ形成セル結構著シク小圓形細胞  
 ヲ以テ浸潤セララル、ニアルノミ(余ハ又最近時殆ト同一ノ實驗ヲナセリ)。

**第二卵巣囊腫腹腔内ニ穿破シテ、茲ニ多量ノ膠樣塊ヲ漏シ併セテ所謂  
 腹膜粘液腫ヲ發生シタル一例。**

高場某四十九歳ノ農婦、父ハ六十三歳ニテ、母ハ五十三歳ニテ易養ス。其死因



及遺傳症ノ有無分明ナラズ、兄弟四人アリ、皆健存ス。  
 患婦ハ稟賦強健ニシテ嘗テ記スベキノ疾患ニ罹ラス。十六歳ニシテ月華開  
 キ甚ダ不調ナリシモ、二十二歳ノ時婚嫁シテヨリ整調トナリ、爾來二男三女  
 ナルヲ。然レ一女子除ク外ハ皆死亡セリ(其原因不詳)。今去ルテ二年前、下  
 腹部ノ左側ニ偏シ一硬塊ヲ觸知シ、歲月ヲ經ルニ從ヒ漸ク増大セシモ、未ダ  
 嘗テ熱發疼痛等ノ著シキ自覺症ヲ起シタルヲナシ。而シテ腹部ハ益々増大シテ  
 爲メニ食糧不振、便秘、尿意頻數呼吸困難動作不能等ヲ起スニ至リシヲ以テ  
 治チ乞フト云フ。

現症、體格中等營養不賈ナル一婦人、皮膚ハ一般ニ瘦削ニ陥リ、腹部ヲ除ク  
 ノ外ハ著シク皺裂ヲ呈シ、皮下脂肪モ亦極度ニ減少シ、筋肉大ニ弛緩ス。然レ  
 顔貌ハ甚シク病苦ノ狀ヲ呈セズ。又惡液性ノ觀ナシ。呼吸少シク困難ナルカ  
 爲メ、言語促迫スルモ、肺音ニ異常ヲ認メス。心臓濁音界ハ稍々壓上セラル、  
 モ、心音又變化ヲ呈セス。

腹部ハ第二百九十七圖ニ示スガ如ク極度ニ膨滿シ、腹壁ノ皮膚大ニ緊張シ  
 テ菲薄トナリ、將ニ破裂セントスルガ如シ。之ヲ觸診スルニ緊滿彈性性ニシ  
 テ豫期シタル波動ヲ感セス。打診音ハ固ヨリ全部濁ナリ。最大腹圍百十八珊  
 迷劍狀突起ヨリ臍高ニ至ル二十九珊迷、是レヨリ趾骨縫際ニ達スル二十七  
 珊迷。

雙合診ハ腹壁緊滿ノ爲メニ參照スベキ成績ヲ與ヘス。

第三百六十六圖

乳性卵巢腫患者 (撰原著)

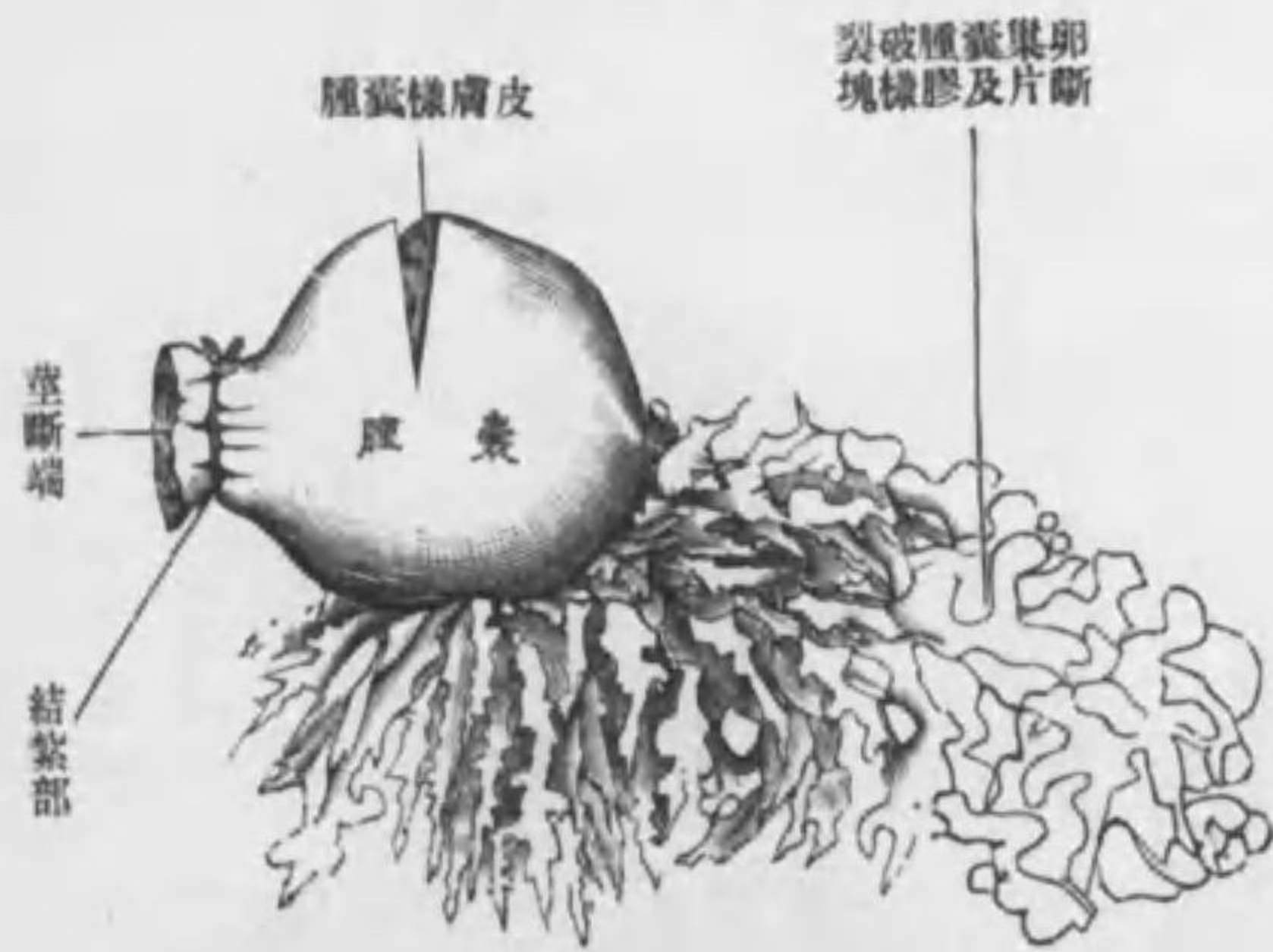


體溫五十七度二分。脈搏七十至、稍弱ナレトモ整然。體重十七貫六百目。  
 試ニ臍下白線ニ於テ探針スルニ毫モ液體ヲ漏サス。猶他ノ腹部數所ニ於ケ  
 ルモ亦然リ。依テ更ニ稍大ナルミロハかるヲ以テ穿腹スルニ僅ニ膠樣ノ粘  
 稠液數滴ヲ漏セリ。  
 之ニ由テ推測スルニ本患婦ハ恐クハ多房性卵巢囊腫ニ罹ルモノニ、其内  
 容ハ非常ニ粘稠ナルモノナラン。



第三百七十七圖

(撰原者著)



茲ニ於テ患婦目前ノ呼吸困難ヲ救ハンガ爲メ、菲薄ナル腹壁ノ一部ヲ切開シ其内容ヲ漏ラスニ決シ、之ヲ患婦ニ諭スニ容易ニ承諾ヲ得タリ。依テ完密ナル防衛的原則ニ據リ、先ツ臍下白線ノ皮下ニ一%箇加因溶液ヲ注射スル。二箇(窒息ノ危険ヲ思ヒ、其知覺消(痛)失スルヲ待テ、注意シテ長サ約五センチノ切開ヲナセシニ粘稠ナル膠様塊膨出シテ容易ニ滴落セス、試ミニ指先ヲ挿入シテ之ヲ排出スレハ從テ又膨出シ、如斯クスルヲ少時ニシテ、排物稍々流動狀ニ變シ混々トシテ漏出シ、漸ク將ニ終ラントス。依テ尙深ク指端ヲ送入シテ骨盤腔ヲ探ルニ、右側ニ偏シテ殆ド小兒頭大ノ腫瘍アリ、細莖ニ連リ自由ニ移動シ其一面ニハ粘

滑異様ノ塊物アリテ附着スル者ノ如ク然リ。因テ少シク腹壁創ヲ開大シ、試ミニ全體腫瘍ヲ牽引スルニ些少ノ困難ヲ以テ之ヲ腹腔外ニ出スヲ得タリ(此際患婦少シク疼痛ヲ訴フ)。

茲ニ於テ其莖ヲ兩半ニ分割結紮シテ之ヲ切斷シ、斷端ヲ腹腔ニ還納シ、一層注意シテ腹膜ヲ檢スルニ、其ノ大部分ハ膠様ノ小結節ヲ附着シ、其大サ粟粒大ヨリ跨豆大ニ至リ。且ツ一般ニ稍々流動性ノ膠様物ヲ以テ被ハレタリ。固ヨリ之ヲ除去シ克ハサルヲ以テ、茲ニ腹創ヲ縫合シテ防衛帶ヲ施ス。

蓋シ此患婦ニ於テ腹壁ヲ切開セシ最初ノ目的ハ、唯其内容ヲ漏シ、以テ眼前ハ呼吸困難ヲ救フニ在リシガ、偶然ニモ前記ノ如ク患婦ニ特別ノ苦痛ヲ與ヘス。シテ箇加因局處麻酔ノミニ由リ、卵巣腫瘍ヲ切除シ得タルハ實ニ饒幸ト云フベシ。

排出セシ膠様液ノ全量六貫目。腫瘍ノ全量四百目ニシテ、其形狀ハ第三百十七圖ニ示スガ如ク外観恰モ鯨魚ニ似タリ。即チ其頭ニ適スルハ多房性囊腫ノ完全ナル部ニシテ、其足ノ如ク廣ガリ、胚卵ノ葡萄狀塊ニ髣髴タルハ、囊腫破裂シテ其壁ノ斷片ニ多量ノ膠様塊ヲ附着セルナリ。

尙完全ナル囊腫ヲ割斷シテ其内容ヲ檢スルニ、帶黄色ノ粘土様塊ヲ充盈シ、毫モ不潔物ヲ混セス。仔細ニ檢査シテ長サ一センチ、乃至三センチノ細毛些少ヲ發見セリ。依テ内容ノ一部ヲ採リ、依的兒ヲ和シテ震盪セシニ盡ク溶解シ、僅ニ塵埃様ノ残渣ヲ生ゼリ。之ヲ鏡檢スルニ全ク表皮ノ類敗セシ者、所謂皮垢



ナルヲ識レリ。尙ホ囊壁ノ一部ヨリ乾燥標本ヲ製シテ鏡檢シ、全ク皮膚、囊腫、タルヲ斷定セリ。然ルニ茲ニ一奇特スヘキハ前記ノ囊腫ニ隣接セル一房ヲ切開セシニ其内容ハ全ク同シカラス。無色ノ膠狀物ニシテ毛髮及皮垢ヲ存スルヲナク、其囊壁モ亦皮膚様造構ヲ有セス。單純ノ囊腫タルヲ示セシレナリ。

此患婦ニ就テハ更ニ追記スヘキアリ。患婦ハ本手術ノ後、健全ナル生活ヲ娛ム。三ヶ年、明治三十三年七月再ビ好生館ニ來ル。其訴フル所ヲ聽ケハ、數年前手術ヲ受ケタル癥痕部ニ數月以來、硬結ヲ生ジ、諸藥効ナキノミナラス、次第ニ増大スト云フニ在リ。依テ之ヲ診スルニ腹壁ノ癥痕ハ、約半手拳大ノ硬結ニ變ジ、殆ド全壁ノ厚サニ亘リテ、腹腔ニ達スルカヲ疑ハシム。癥痕ノ表面ニハ異常ナシ。痛腫ノ疑診ヲ下シ、入院ヲ命ジ、硬結ヲ切除シテ、之ヲ鏡檢セシニ果ノ表皮痛ナリキ。蓋シ此痛腫ハ膠様物ノ刺戟ニヨリ發生セシヤ否固ヨリ僅ニ一例ヲ以テ、確言シ得ヘキニアラスト雖モ、多少ノ興味アリト信シ茲ニ附記ス。

(第三)卵巢囊腫破裂シテ僅ニ痕跡ヲ殘シ腹壁ニ轉移性囊腫ヲ發生シ併セテ腹水ヲ來シタル一例

是レ余ガ實驗セシ最モ奇絶妙絶ノ一例ナリ。是レ嘗ニ囊腫ノ破裂及轉移ニ就テ興味アルノミナラス、讀者ガ第三百十八圖ニ於テ見ラル、ガ如ク、肝臟ノ甚シキ轉位ハ、大ニ吾人ノ注目ヲ牽クナリ。

第三百八十八圖  
卵巢囊腫腹壁移植  
(撰原者著)



イ、轉移性囊腫  
ロ、胃鼓音  
ハ、腸鼓音  
ニ、比較的胃鼓音

角竹某五十五歳ノ婦人、父母共ニ死亡セシモ其疾病ヲ詳ニセス。患婦ハ天賦强健、嘗テ大患ニ罹リシヲナシ。十五歳ニシテ月華ヲ見、二十歳ノ時嫁ス。然ル未ダ一兒ヲ擧ゲズト云フ。但シ月經ハ四十歳ニ至ルマテ整然トシテ期ヲ誤ルヲナカリシガ、此歳一回經血多量トナリ、一ヶ月ニ亘リシヲ有リ、翌月ヨリ舊ニ復シ、爾來漸々減少シ、四十七歳ノ時全ク閉止セリ。而シテ此歳ノ十月始メテ下腹部(臍下)ニ當リ、一腫瘍ノ存スルヲ發見シ、治テ諸方ノ醫ニ乞ヒシモ、在再トシテ治セザルノミナラス、腹部ハ年月ヲ逐テ増大シ、呼吸及動作ヲ妨害スルニ至リシヲ以テ、一昨年五月(五十三歳ノ時)某醫ノ穿腹術ヲ乞ヒ、凡ソ八



升五合ノ液ヲ漏セリ。其性粘稠ニシテ汚紫色ヲ呈シ、赤豆ノ煮汁ニ類セリト云フ。然ルニ腹部ハ再ビ漸々膨大スルヲ以テ、昨年九月再ビ穿腹術ヲ受ケ、約九升ノ液ヲ漏セリ。其性ハ前年ノ液ニ比シテ稍々淡ナリシト云フ。而シテ同年十月ニ至リ又々腹部膨大スルニ至リシヲ以テ遂ニ好生館ニ來リ根治法ヲ乞フ。現症、體格營養共ニ中等度ナル一老婦。身體中腹部ヲ除ケハ特記スベキ異常ヲ見ス。僅ニ呼吸困難ノ狀ヲ呈スルノミ。食思常ノ如ク、尿利異常ナク大便ハ秘結ス。體温三十七度、脈搏七十。

腹部ハ一般ニ膨滿シ、坐位ニ於テ計ルニ臍部ノ周徑九十五瓊達。之ヲ按スレバ著明ナル波動ヲ呈シ、打診的濁音ハ殆ト全腹部ニ亘ル。右側季肋部ヨリ膈骨高ニ亘リ一大腫瘍アリ。其表面滑澤ニシテ第三百十八圖ニ示スカ如キ形狀ヲ呈シ、少シク移動性ヲ備フ。而シテ肝臟部ノ濁音ハ全ク缺損シ、胸部肺音ト腹部濁音ノ間ニハ一帯ノ鼓音部アルヲ以テ見レバ、肝臟ガ茲ニ轉位シタルヲ疑ヒテ容レズ。又左季肋部ニ當リ約手拳大ノ豌豆形ナル一塊アリ。其周圍ハ全濁ナルヲ以テ果ノ脾臟ナルヲ否テ確ムル克ハスト雖モ、恰モ腹壁ト癒着スルモノ、如シ。其他、胃部近隣打診音ノ關係ハ圖ニ示スカ如シ。臍下白線ニ於テ試穿スルニ排液スル液體ハ定型的ノ卵巢囊腫内容ナルヲ以テ、遂ニ剖腹術ヲ行フニ決ス。

手術、準備ハ法式ノ如クシ、臍部ヨリ耻骨縫際ニ至ルマテ切開シテ腹腔ニ達スレバ、直ニ(別ニ囊腫ヲ見ルナク)試穿ニ由テ得タルト同性ノ液ヲ漏ス。數千立方瓊達(其量ヲ計シ)其漸ク終ルヲ待チ、一手ヲ腹腔ニ送入シテ先ヅ右側ヲ探ルニ、肝臟ハ全ク茲ニ轉位シタルヲ確實ニセリ。更ニ左季肋部ノ腫瘍ヲ搜ルニ、其表面突兀タル約手拳大ノ硬塊アリ。廣基底ニ由テ腹壁ト癒着スルモ、其何物タルヲ識ル克ハズ。依テ之ヲ確診セシメ、腹創ヲ延長シテ創狀突起ニ達セシメ、左側腹壁ヲ外翻シテ精査スルニ、何ノ計ラノ數個ノ蜜柑大房室ヨリ成レル囊腫ハ正ニ腹壁ヨリ發生セントハ。余ハ已ニ腹腔内ニ豫期シタル卵巢囊腫ノ存セザルヲ疑ヒシガ、茲ニ至テ一層奇異ノ感ヲ増セリ。即チ轉ジテ骨盤腔ヲ探ルニ、左側ニ於テハ明ニ精萎縮シタル卵巢ヲ認メ得タルモ、右側ニハ僅ニ粗糙ナル指頭大ノ破裂面ヲ觸ル、ノミ之ニ由テ見レハ右側ニ原發セシ卵巢囊腫ハ破裂シテ腹壁膜ニ轉移性囊腫ヲ發生シタルモノト斷定スルニ足ルベシ。而シテ其腹壁ニ發生セシ囊腫ハ、或ハ已ニ惡性ニ變ジタルヲ疑念ナキニアラザルヲ以テ、遂ニ囊腫ト共ニ腹壁ノ一部ヲモ切除シ、形成セシ不正ナル創縁ヲ縫合シテ防腐繃帯ヲ施セリ。

術後ノ經過ニ異常ナク、縫絲ハ第七日ニ半バ、第九日ニ殘餘ヲ除キ、第一期癒合ヲ達スルヲ得タリ。又切除セシ腫瘍ハ、多房性囊腫ニシテ全ク腹壁ト癒着シ、其中間ニ腹膜ノ存在ヲ證明シ得ズ。其内容ハ粘稠ニシテ透明無色ノ液ナリ。其ノ顯微鏡的及化學的檢査ハ施サレリシ。







退行變性

力ナル觸診ニ基ケル(妊娠分娩及産褥等ナリ。  
 軸旋若シ緩徐ニ發生スル時ハ主トシテ靜脈ノ壓迫ヲ來シ腫瘍ハ靜脈性  
 ニ充血シ速カニ増大シ各囊腔ニ出血ヲ發ス。此際外表ニ炎症性症狀ヲ呈  
 シ近隣器臟下癒着シ是レヨリ營養ヲ供給セラレ腫瘍ハ故障ナク發育  
 ス。反之突然發生スル時ハ劇烈ナル嵌頓症狀ヲ呈ス。腫瘍ハ非常ナル鬱  
 血ニ由テ俄然腫脹シ(第三百二十圖)囊腔及組織内ニ出血シ囊腔破裂シ  
 テ腹腔内ニ血液ヲ漏シ或ハ全腫瘍ノ壞疽狀ヲ呈スルニ至ル。是レ頗ル  
 危険ナリトス。其他軸旋ノ爲メ莖根ノ血管ヲ閉塞シ由テ腫瘍ハ自然萎  
 縮ヲ來ス好轉歸アリ。或ハ軸旋ノ爲メ腫瘍全ク離斷シテ腹腔内ニ存ス  
 ルアリ。此際多クハ他器例之ハ網膜ニ癒着ス。其他軸旋ニ關セスシテ  
 囊腫發炎シ化膿シ或ハ全ク分解スルガ如キハ(朱氏)破格ノ例外ニ屬ス。  
 之ト同ジク軸旋ノ自然復舊スルコトモ亦頗ル稀有ナリ。  
 腫瘍ノ發育停止スルキハ退行變性ヲ受ク言ヲ換ユレバ腫瘍ハ増大セ  
 ザルノミナラス其内容モ亦變性シテ固形分ハ沈澱スルヲ以テ厚キ被  
 膜ヲ形成シテ囊壁ノ内面ニ附着ス。如此キ腫瘍ハ内容ノ一半吸收セラ

圖 十二百三第

莖ノ捻轉シタル卵巣腫瘍(ハルト氏)





悪性變化

ル、ガ爲メ縮小スルヲ得。又時トシテハ囊腫ノ脂肪、變性ヲ來ス。即チ上皮細胞ハ脂化シテ其再生完全ナラズ。剝脱セル上皮ハ分解ス。此機轉ハ復タ囊壁ノ結締織層ニ發ス。殊ニ内壓ノ増加セル時ニ然リ。稀レニハ囊腫壁ニ石灰沈着ヲ見ル。

囊腫ハ豫メ乳頭性増殖ノ存スルト否トニ拘ハラズ。時トシテハ癌腫様ニ變性スル者ニシテ、多クハ原發スレモ、稀レニ他ノ癌腫ニ繼發ス。原發性變性ノ原因ハ未タ分明ナラサルモ、要スルニ或ル人ノ説クカ如ク、妊娠ハ之ニ向テ特別ナル影響ヲ有スルモノニアラス。此變性ハ常ニ迅速ナル蔓延ヲ來スモノニシテ、腹膜、腸、腸間膜等ヲ侵シ、腫瘍自ラ分解ヲ來スニ先チ、速ニ患婦ノ生命ヲ奪フモノトス。

原因

原因

卵巢新生物ノ原因ニ就テハ、現今未タ確説ナシ。グラード氏胞

ヨリ發生スル某種ノ新生物ハ、淋溜囊腫ト認メテ可ナルモ、卵巢ニ於テ著名ノ素因ヲ有スル固有新生物ノ原因ハ甚タ疑ハシ。殊ニ吾人ノ最モ屢目撃セル囊腫性變化ノ初徴ハ、往已ニ初生兒或ハ幼年ニ於テ顯ル、ノ一事ハ、益吾人ノ疑團ヲ結バシム。然リ現今ノ學説ニヨレハ腫瘍發生



第三百二十一圖

初生兒ニ於ケル左卵巢ノ先天性囊腫



モノナラン。フライシユレン *Falischlen* 氏ハ皮膚様囊腫ノ扁平上皮及其他ノ部位ハブリュエゲル氏管ノ腺細胞ニ基クテ説キ、ワルダイユル *Waldayer*

ノ初期ハ、ブリュエゲル氏管及卵胞ノ發育時ト一致スルモノ、如シ。故ヲ以テ卵巢新生物ハ或ル意味ヲ以テスレハ先天性トナシテ可ナランカ。而シテ *His* 氏ノ説ク所ニヨレバ。上胚葉モ亦生殖器原基ノ形成ニ與カラザルヲ必セザレバ、生理的卵巢其物ノ形成ニ費消セラレザリシ上胚葉ノ産物、即チ外皮ノ形成及他方ニハ中胚葉ノ一部ハ大ニ新生物ノ發生ニ關係アル

氏及ナーゲル氏(最近此領ニ於ケルハ屢々發見セラレタル上皮陥入ヲ以テ、炎症機轉ニ由來スル表面上皮ノ絞斷シタルモノニテ、是レヨリ上皮性腫瘍ヲ發生スト認メリ。) スカンツォニー氏ガ卵巢腫瘍ヲ曾テ萎黃病ニ罹リタル婦人ニ發見シ、之ヲ以テ萎黃病ノ無月經及卵胞ノ不全破裂ニ基クモノト論ゼシハ、少クモグラーフ氏胞ノ水腫ニ對シテ適切ナルモ、以テ他ノ囊腫ヲ説明スルニ足ラズ。ブアンチンスチール氏ハ證明スラク、卵巢ノ生理的表面上皮ハ病的纖毛上皮ニ變化シ、後者ハ深部ニ竄入シ、茲ニ囊腫ヲ形成スト、ニコスマン氏思ヘラク、囊腫ハミュレル氏線ヨリ分裂迷走セル纖毛上皮即チミュレル氏上皮ヨリ發生スト、要スルニ未ダ確説ナシ。

腫瘍ヲ起スベキ年齢ニ關シテオルスハウゼン氏ノ統計ニヨレバ、卵巢腫瘍患婦一千五百十三人中、六十人ハ二十歳以下、四百四十人ハ二十歳乃至二十九歳、四百九十九人ハ三十歳乃至三十九歳、三百七十一人ハ四十歳乃至四十九歳、三百四十二人ハ五十歳以上ニシテ、破瓜期前ニ在テハ甚ダ稀レナリト云フ。而シテ麻氏ニヨレハ最モ幼ナルハ十五ヶ月ノ處女



ニ於テ、最モ老ヒタルハ八十歳以上ノ老婦ニ於テ發生セリ。キヌステル氏カ施術セシ最幼者ハ二ケ年未滿ノ小兒、ウインケル氏ハ初生兒ニ於テ定型性囊腫ヲ實驗シ、ドーラン氏ハ七ヶ月ニテ流産セシ胎兒ニ於テ兩側卵巢肉腫ヲ發見セリ。故ニ年齡ニハ特別ナル關係ヲ有セザルニ似タリ。又配偶ノ有、無ニ關シ、ワルズハウゼン氏ノ報告ニヨレバ、有配偶千〇二十五人ニ對スル未配偶六百六十一人ナリ。囊腫ハ或ハ一側ニ或ハ兩側ニ發生ス。然レ後者ハ稀有ニシテ六乃至十%ニ過ギス。此兩側囊腫ハ乳嘴性ノモノニ多ク、皮膚様囊腫之レニ次グ。妊娠及不孕ニ對スル關係ハ明亮ナラザレバ、一側ノ卵巢囊腫ニ於テハ、妊娠シ得ルヲ勿論ナリ。或ル場合ニ於テハ、數多姉妹相並デ囊腫ヲ有シ、吾人ヲシテ先天性素因ヲ推考セシムルヲアリ。

症候

**症候** 腫瘍一定ノ大サニ達スルマデハ、甚ダ不同ナリ。通常久シク潜伏シ、腫瘍ノ増大シテ、稍下腹部ヲ膨滿セシムルニ至テ、偶然之レヲ發見シ、若クハ他人ヨリ妊娠ト認メラレテ、初テ患婦ノ注意ヲ牽キ、醫治ヲ乞フヲ以テ、此際ニハ固ヨリ特異ナル病徴ナシ。之ニ反メ極テ初期ヨリ、即チ腫瘍小ニシテ移動スルニ關ラズ、腹部ノ不快、緊張及充滿ノ感覺ヲ發スルモノアリ。如此クシテ一時ヲ經過シ、此諸症及些少ナル膀胱及直腸ノ障害ハ、屢々突然消失ス。是レ腫瘍ハ今ヤ小骨盤ヲ出デ、腹腔ニ達シ、自在ニ増大シ得ルノ微ナリ。又他ノ場合殊ニ腫瘍靱帶内ニ發育シ、或ハ著明ノ癒着ヲ存スル時ハ、發育ノ初期ヨリ劇烈ナル放線狀疼痛、強度ナル壓感等ヲ起シ、腫瘍ノ増大ニ應ジ一時輕快スルヲアルモ、幾何モナク更ニ甚シキ壓迫及ヒ充滿ノ感覺、呼吸困難等ヲ誘起スルモノアリ。

子宮附屬器ノ病ム時、子宮モ亦屢々之レニ參與ス。故ニ卵巢囊腫ニ於テハ往々慢性子宮、内膜炎及實質炎ノ症候ヲ呈ス。月經障害ハ時トシテ囊腫性變化ノ前ニ來レバ、多クハ其發生後ニ現ハル。例之バ兩卵巢ノ疾患ニ於テ無月經ヲ見ルガ如シ。但シ一卵巢ノ病メル時ト雖モ、月經ノ性量共ニ往々變化ス。又各月經七―八日ヲ經テ下腹ノ劇痛、熱感及炎症ヲ訴フルヲアリ。反之月經ニ異常ナキ場合モ亦多シ。月經ノ過多ナル時（是レ靱帶多シ）其間歇時ニ多量ノ帶下アリ、患婦ハ劇烈ナル子宮、内膜炎ノ症狀ヲ訴フ。月經ハ無痛ナルヲ例規トスレバ、増大セル腫瘍ニ由テ、子宮ノ嵌頓症



第三百二十二圖

子宮後ニ於テ骨盤内ニ存スル小卵巣腫瘍ノ位置

(ウイテン氏婦科診斷學)



狀ヲ發スル時ハ嘗テ存セザリシ疼痛ヲ伴フニ至ル終リニ小兒ニ於テハ囊腫ノ爲メ過早ニ月經ヲ來スコアリト云フ。膀胱ニ對スル壓迫ハ時ニ尿意頻數ヲ起スト雖モ膀胱ハ妊娠時ニ於ケ

ルト同シク、囊腫ノ増大ニ準シテ、之ニ適合スルノ性ヲ有スルガ故ニ、必ズシモ其官能ノ障害ヲ來サズ。腫瘍若シ巨大トナリ、全腹腔ヲ填充スレバ、其主徴トシテ往々不隨意ノ排尿(淋瀝)ヲ發ス。時トノハ尿量ノ減少及蛋白尿ヲ來ス。是レ腎靜脈ノ壓迫ニ依ルナラン。

卵巢ノ變性ハ殆ド常ニ腸管ニ影響シ、其官能ハ著シク怠慢トナリ、且ツ腸腔ノ轉位ト共ニ消化不良ヲ來スヲ以テ、甚ダシク全身ノ營養ヲ障害ス。但シ屢々見ル所ノ便秘ハ單ニ壓迫ニ起因スルニアラズ。彼ノ腫瘍ノ知覺過敏ナルガ爲メ、排便ヲ厭フガ如キ、肛門收閉筋ノ反射的收縮ノ如キ、屢々存在スル骨盤腹膜炎ノ如キ、又患婦ノ常ニ安靜ナルカ如キ、等モ亦之ガ原因タラスンバアラズ。

卵巢囊腫ニ病メル患婦ハ、末期ニ於テ殊ニ其顔面ノ羸瘦ヲ呈スルハ、人ノ知ル所ナリ(卵巢顔面、Facies ovarica)。然レ是レ卵巢腫瘍ノ身體營養物ヲ奪フニ由ルヤ、將タ胃ノ壓迫ニ因スル消化障害ノ結果ニ出ヅルヤ明亮ナラズ。此羸瘦ハ腫瘍發炎スレバ甚タ速カニ來ルモノニシテ、著シキ腹部ノ増大ヲ伴ヒ、腹壁表面ニ怒張セル靜脈叢ヲ發生シ、加フルニ下肢

卵巢顔面

卵巢囊腫



ノ水腫、心悸亢進及全身惡液質ノ症狀ヲ現ハシ來ル。  
 爾他ノ障害ハ腫瘍表面若クハ内容ノ變化ニ由テ起ルヲ常トス。即チ表面ノ癒着ハ些少ナル運動ニ由テ劇シキ腸ノ障害、痙攣様疼痛、鼓張屢、又嘔吐ヲ起シ、腹膜ノ持續性疼痛ニ由テ、呼吸及血行系ノ妨碍ヲ伴フ。殊ニ腫瘍巨大トナリ横隔膜ヲ壓上スル時ニ然リ。此等ノ症狀ハ或ハ極メテ緩慢ニ經過シ、或ハ之レニ反シ若シ腹膜ノ刺戟状態ヲ來ス時ハ、頗ル急劇ニ顯ル。

囊腫ノ穿破ハ時トモ毫モ症狀ヲ呈セズ。剖腹術ヲ施シテ初テ之ヲ知ルヲアリ。反之俄然虚脱症狀ヲ來スコトアリ。然ルモ多クハ甚シキ危險ニ陥ラズ。又内容ノ出血、膿及分解ヲ來セバ危險ナル貧血ニ陥リ、消耗性熱ヲ發シ、速ニ衰弱ス。此際疾患ノ經過ハ或ハ緩慢ニシテ數年ニ亘ルアリ、或ハ呼吸及血行系ノ著シキ障害ニ由リ甚ク急速ナルアリ。其他從來緩慢ナリシ發育ノ卒然急速トナリタルハ、腫瘍ノ異常殊ニ惡性變化ヲ來シタル徵トス。

以上ノ諸變化ニ由テ發スル症狀ハ措テ間ハ單純ナル、卵巢囊腫ト雖

第三百二十三圖

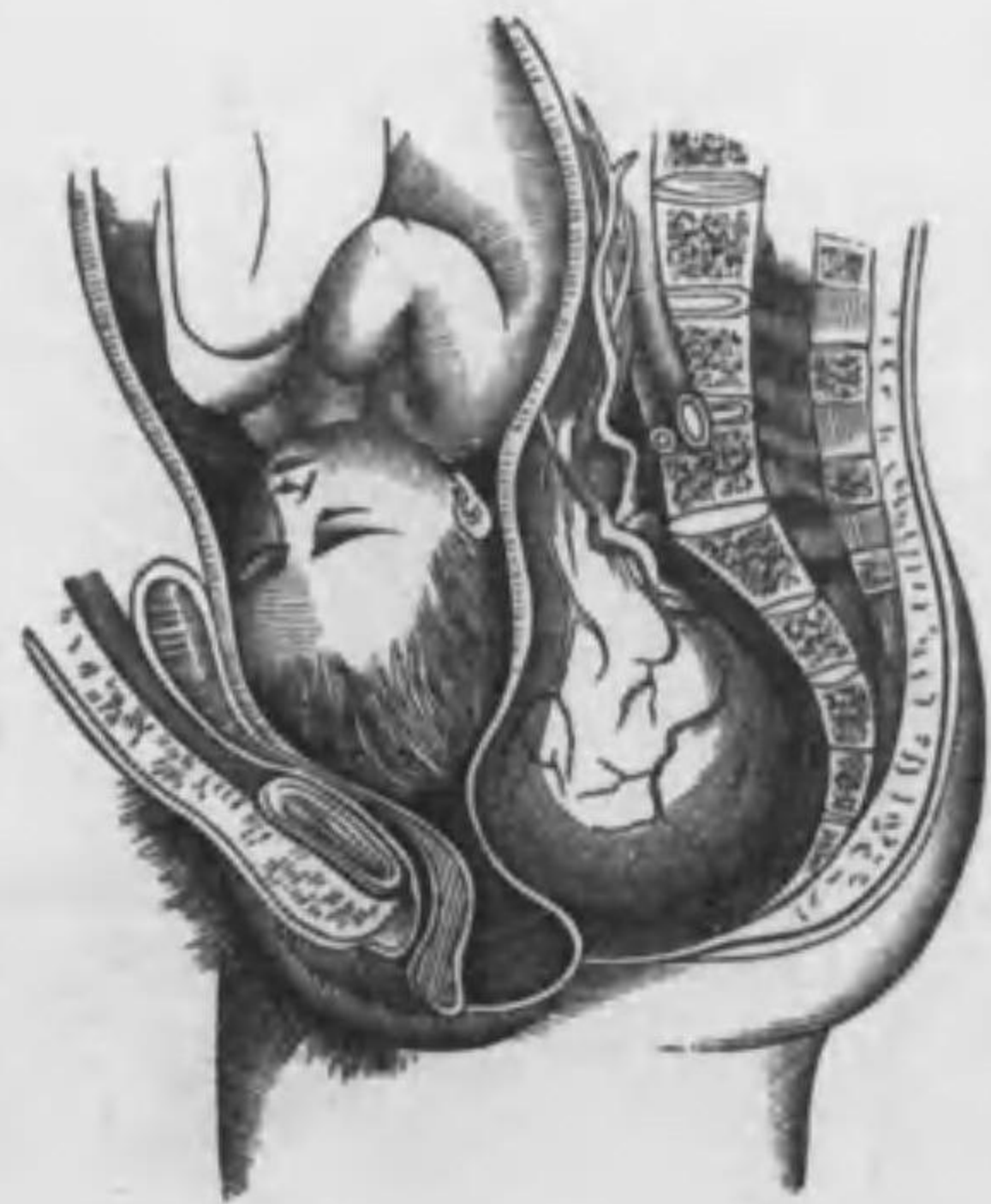
子宮前ニ於テ腹腔内ニ存スル大卵巣腫瘍ノ位置





第三百二十四圖

卵巣腫瘍ノ分娩妨害者  
(朱氏ニヨル)



スル障害、血栓、脱疽、痔瘡、肺水腫、胸腹腔ノ滲出等ヲ發シテ速ニ死地ニ陥ルアリ。

生殖機能ニ關スル影響ハ一定セズ、縱令ヒ屢、一時性ノ不孕ヲ起スモ、而カモ妊娠機能ハ決シテ全ク除却セラル、モノニアラズ、又腫瘍小ニシテ小骨盤内ニ符頓セザル時ハ、妊娠ノ經過ヲ障害セズ、且ツ其產褥モ亦普通ニ異ナラズ、然レ腫瘍ノ容積巨大トナリタル者、其小骨盤ニ嵌頓セ

死、時トハ猶ホ能ク、生命ヲ奪フニ足ルモノニシテ、或ハ偶發性腹膜炎ニヨリ、或ハ漸進性惡液質ニ基ク、又初メハ輕症ノ氣管枝若クハ膈加答兒アリテ衰弱ニ陥リ、或ハ腫瘍ト親密ナル關係ヲ有

シ者、(第三百二十四圖)或ハ變性ヲ起シタル者ニ於テ妊娠ヲ來ス時ハ、腫瘍速ニ増育シ、屢、軸旋ヲ起シテ、出血或ハ分解ヲ來シ、殊ニ產褥ニ於テ熱性病ヲ發シ易シ。

近時ノ經驗ニヨレバ、嘗テ良性ナリシ腫瘍、癌腫、性變化ヲ受クルハ屢之レアルニ似タリト雖モ、未タ容易ニ之ガ判斷ヲ下スヲ得ズ、而シテ恐クハ管ニ乳頭性囊腫ガ之レヲ起シ易キノミナラズ、腺質性囊腫モ亦再發シテ惡性變化ニ傾クモノナラン。

發育ノ自然、的停止ハ稀有ニ屬ス、而シテ多クハ軸旋ノ結果トシテ來ル。吸收ニ因スル腫瘍ノ縮小乃至消滅ハ、軸旋後ニ於ケル萎縮ヲ除却スレバ又頗ル破格ト看做スベキナリ。

診斷

非常ニ困難ナル場合アリト雖モ、一面ニハ腫瘍單一ニノ拳大ヲ超ヘズ、且ツ骨盤内ノ常位ニアリ、一面ニハ患婦ノ腹壁弛緩シ、且ツ膀胱及直腸空虚ナル時ハ、完全ニ精密ナル雙合診ヲ施シ得ルヲ以テ、殆ド毎常確診スルニ足ル。特ニ其形狀、位置、彈性、硬度并ニ廣韌帶及ピ子宮トノ關係ヲ探知シ得ルキハ、他ノ腫瘍ト誤認スルコトナシ。即チ卵巣腫瘍

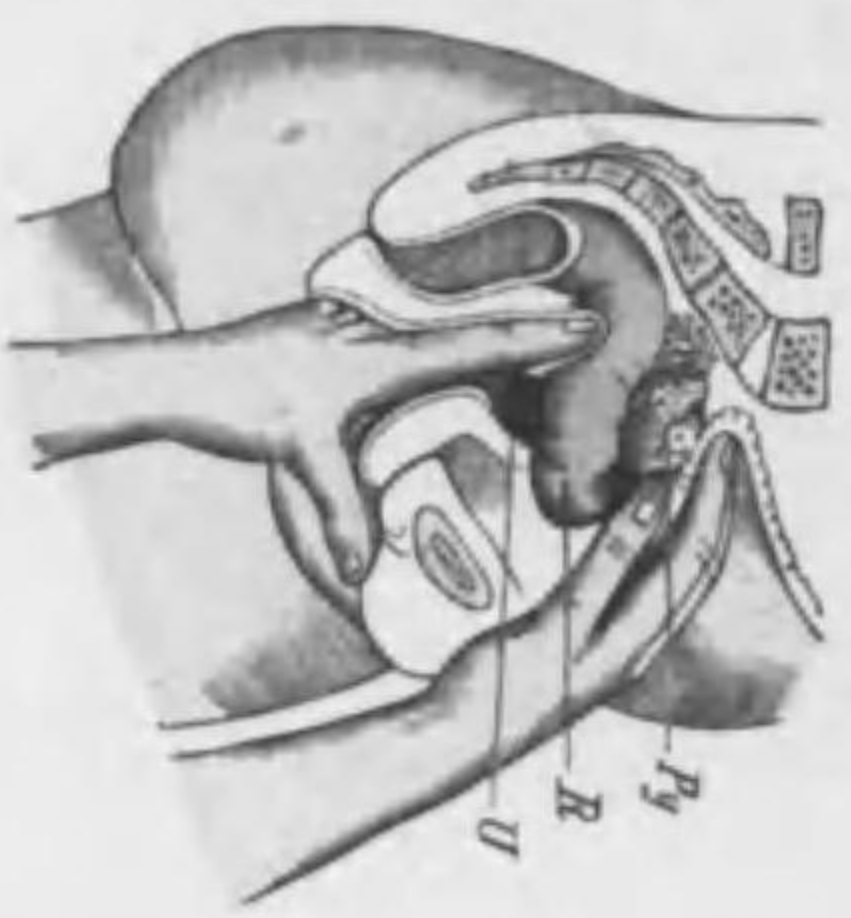
診斷



ハ近隣部殊ニ子宮ニ對シテ移動且限界シ得ベク、卵巢ノ正ニ有リヌベ  
 キ部位ヨリ發生シタルヲ認メシメ、其周圍ニハ健全ナル卵巢ヲ證明シ  
 難シ。又人頭大ノ腫瘍ニ於テハ、渠レガ大骨盤内ニ上昇シ、一條ノ索ヲ以  
 テ子宮ニ連接スルヲ觸診ス(第三百二十五圖)如此キ場合ニ於テハ又打  
 診及聽診ヲ應用ス。打診ニ就テハ囊腫ト腹水トノ類症鑑別ノ條ヲ見ル  
 ベシ。又聽診ニ由テハ血管雜音ヲ聽取セシムルコト子宮筋腫ニ比スレバ、  
 迥ニ稀有ナリ。囊腫若シ廣汎ナル癒着ニ由テ毫モ移動セズ、加フルニ子  
 宮ヲ其常位ヨリ驅逐シタル時、或ハ軸旋ヲ起シタル者ニ在テハ、診斷頗  
 ル難シ。宜シク麻醉ヲ施シ、消息子ヲ用ヒテ子宮ノ状態ヲ詳ニスベシ。或  
 ハヘガアル氏ニ從ヒ球鉗子ヲ以テ子宮ヲ引下シ、且ツシュルツニ從ヒ腫  
 瘍ヲ舉上スベシ。然ル時ハ、腫瘍ノ位置、其表面、其硬度、其大小及ヒ其莖根  
 ノ狀況ヲ認メ得。若シ尙診斷ヲ完全ナラシメント欲セバ試、穿、ス。吾人ハ  
 之レニ由テ特異ナル卵巢囊腫ノ液ヲ得ベシ。其他、直腸ヨリ檢診シテ頗  
 ル明亮ナル成績ヲ得ルコトアリ。フロインド氏ハ莖根ノ有無ヲ判定ス  
 ルニ患婦ヲ懸垂骨盤高位シテ診察センコトヲ勸告セリ。又實地上ニハ癒

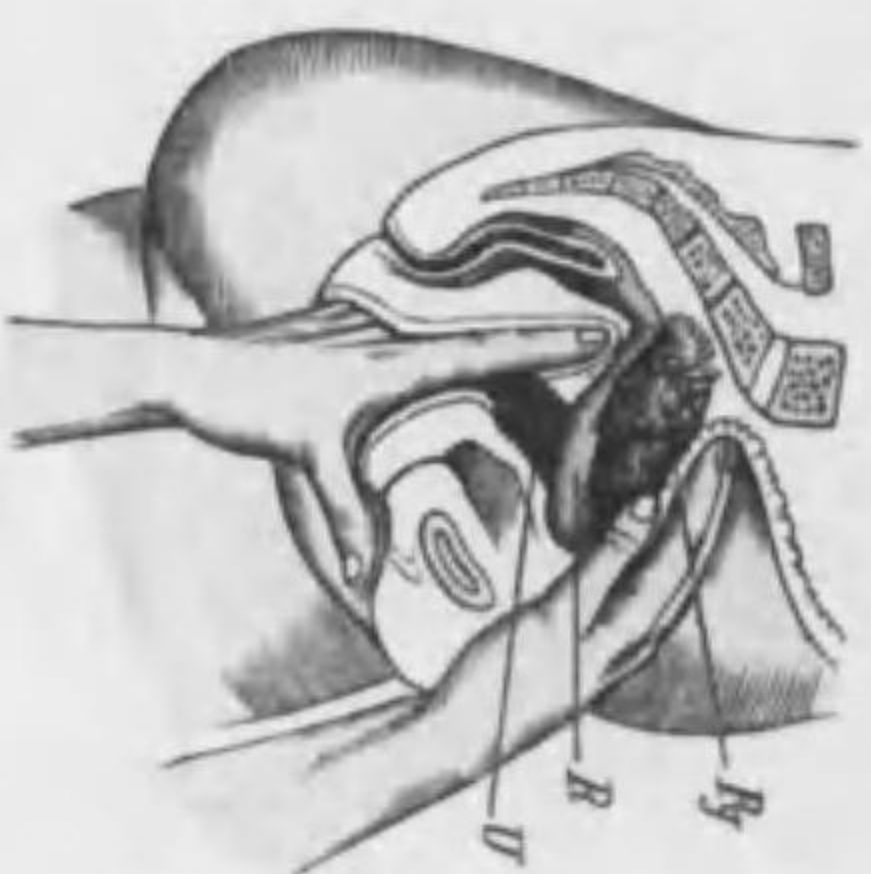
圖七廿百三第

上  
同說明前



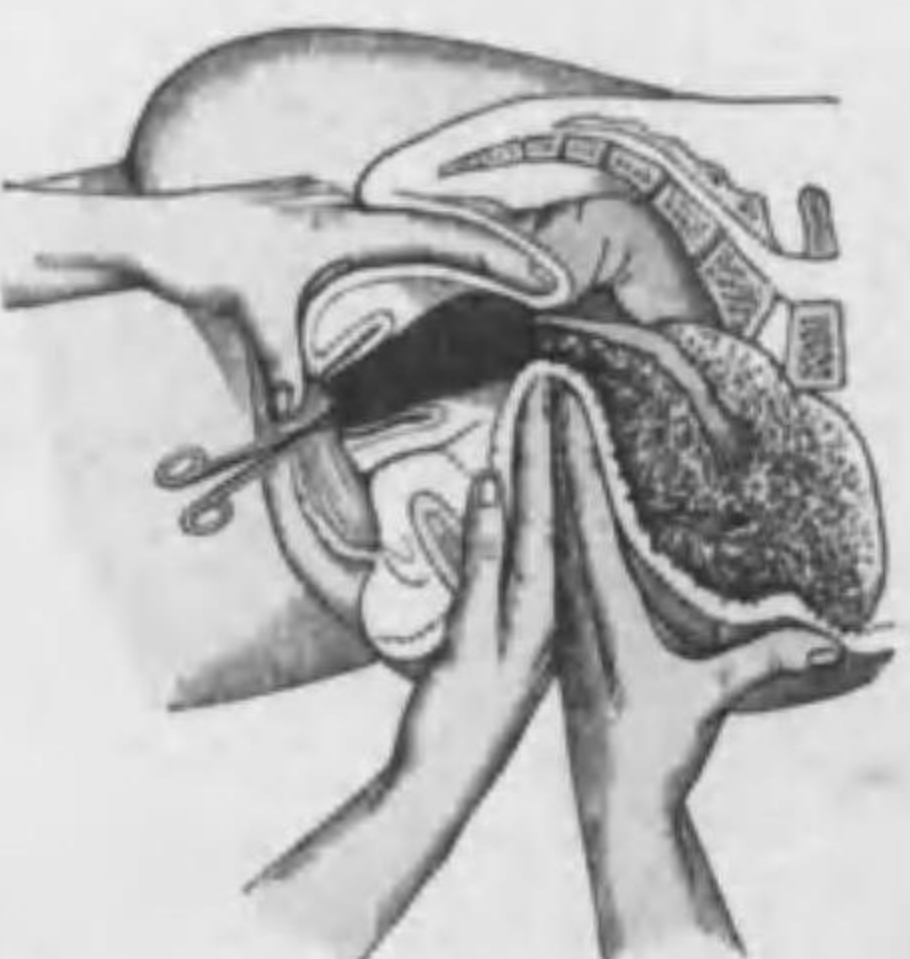
圖六廿百三第

診合雙ノ腫膿管叭喇  
U, R, P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, 直腸, 膿腫, 子宮



圖五廿百三第

診合雙ノ腫囊巢卵  
(ニ共ト手助)



子宮ハ球鉗子ヲ以テ引  
 下セラル。囊腫ハ腹壁ヨ  
 リ舉上セラル。直腸ヨリ  
 觸診ス。此法ニ由テ囊腫  
 ノ莖ハ發見セラル

雙合診ニ於テハ必ず直  
 腸及膀胱ヲ空虛ニスル  
 シ終ラザレハ圖ニ示ス  
 ガ如ク腫瘍ノ大サニ就  
 テ誤診シ易シ

(n. O. Schaeffer's Orig.)

子宮ハ球鉗子ヲ以テ引  
 下セラル。囊腫ハ腹壁ヨ  
 リ舉上セラル。直腸ヨリ  
 觸診ス。此法ニ由テ囊腫  
 ノ莖ハ發見セラル



類症鑑別

妊娠ノ初期ト

着ハ存否及多少ヲ確認スルヲ緊要トス。是レ殊ニ既往腹膜炎性症狀ノ有無、發育ノ經過及腫瘍ノ移動性ニ據テ推測シ得ベキモ、亦往々困難ナル者トス。一余ハマルチン氏ノ觀ニ倣ヒ、初學者ニ注意スベキ事アリ、何ゾヤ。檢診繁ニ過ギ且ツ餘リニ強力ヲ用ユル時ハ屢、柔軟ナル癒着ノ挫裂或ハ離斷、莖蒂ノ軸旋、表在腫瘍若クハ子宮近傍ニ存スル喇叭管或ハ喇叭管卵巢囊腫ノ穿破ヲ誘起スルノ危険アル是レナリ。

卵巢囊腫ノ類症鑑別ニ關シテ細ナル腫瘍ト巨大ニシテ小骨盤ヨリ上昇セシ者トハ注意スベキ點ヲ異ニス。

小ニシテ猶骨盤内ニ存スル卵巢腫瘍ハ先ヅ妊娠ノ初期ト鑑別セザル可ラズ。蓋シ妊娠ニ於テ特異ナル子宮頸部延長ヲ起シ之レニ對シテ子宮體ノ移動シ易キ時ハ頸體兩部ノ境界ハ迥ニ後方ニアリテ觸診シ難キガ故ニ吾人ハ延長シタル頸部ヲ以テ全子宮ト認メ、移動スベキ腫瘍即チ子宮體ヲ以テ卵巢ノ新生物トナスコト少ナカラズ。殊ニ此腫瘍ハ分離シテ存在シ、子宮ハ恰モ側方ニ驅逐セラレタルガ如ク、其移動性ハ著明ニ其硬度及表面ハ纖維腫ノ硬性ニ似ズ、且ツ月經往々不正ニシテ、生



漿膜下纖維筋腫ト

殖器殊ニ子宮腔部ノ變化及弛緩ハ未ダ以テ鑑別ノ資トナラザル場合ニ於テハ最モ然リ。況ンヤ妊娠早期ナルガ故ニ其確徵タル胎兒心音ヲ聽取シ、或ハ胎動ヲ觸ル、能ハザルニ於テオヤ。余ハ切ニ勸告ス。若シ不明ナル場合ニ際會セバ、速カニ診斷セント勉メンヨリハ寧ロ暫ク其經過ヲ觀察シ、以テ檢診ヲ反覆スベキヲ。

漿膜下纖維筋腫ハ短莖ニ由テ子宮ト連リ、自在ニ移動シ得ベク、且ツ其側壁或ハ前後壁ニ位シ、多クハ尙ホ他ニ數多ノ突兀タル結節ヲ觸診セシム。其遠ク子宮ヨリ隔離スル時、即チ比較的長莖ヲ有スル場合ニ於テハ、明カニ健全ナル卵巢ヲ觸知シ、加フルニ筋腫ノ硬度ハ單純卵巢囊腫ノ如ク柔軟ナラザルヲ以テ區別シ得ルヲ常トス。然レ卵巢囊腫ノ多房性ナルモノハ著シキ硬度ヲ呈シ、往々筋腫ヲ疑ハシムルヲアリ。又纖維筋腫ノ發育ハ卵巢囊腫ニ比スレバ一般ニ迥ニ遅ク、且ツ臨床的往、子宮出血ヲ伴フ者ト知ルベシ。其他筋腫ニ在テハ往、不孕ナルヲ考フベシ。終リニ腫瘍巨大ニノ腹腔ヲ充盈シ、就中筋腫ノ内部退行變性ヲ受ケタル者、即チ所謂囊狀筋腫ニ在テハ、鑑別最モ困難ナリ(余ガ筋腫ノ條ニ掲ゲタル例ノ如キ是レナリ)

廣靱帶ノ囊腫

廣靱帶囊腫トノ誤診ハ屢々難シ、唯夫レ良好ナル場合ニ於テノミ新生物ノ側方ニ健全ナル卵巢ノ性狀ヲ有スル小體ヲ觸診スルヲ得。然レ此小體ハ腫瘍ニ密接スルヲ以テ眞ノ卵巢ヨリ克ク限界シ得ベキ卵巢囊腫ナルヲアリ。又卵巢ノ外端ヨリ囊腫ヲ發生シ、該器臟ヨリ絞窄スル時ハ、腫瘍及其近傍ニ一溝ヲ隔テ、卵巢ヲ觸診スルヲアリ。故ニ此鑑別ニ就テハ望ムラクハ試穿ヲ施スヲ要ス。蓋シ廣靱帶囊腫ハ單房性ニシテ、其壁薄ク内溶液ハ全ク透明、其異重低ク且ツ蛋白ニ乏シキモノナリ。而シテ顯微鏡的ニハ往、頰毛上皮及少計ノ血球ヲ認ムルヲ以テ特異トス。然レ其性狀大ニ卵巢囊腫液ニ近似シ、蛋白、ばるあるふみん、顆粒狀血球等ヲ含ミ、頰毛上皮ヲ缺クアルヲ以テ注意セサル可ラズ。

喇叭管ノ腫瘍ト

喇叭管水腫ハ觸診ニ際シ破裂シ易キヲ以テ注意ヲ要ス

(第三百廿六、七圖參考)ニ於テ然リ。然レ喇叭管水腫ハ結節狀ニ隆起スルヲ常トシ、若シ腔或ハ直腸ト外方トヨリ精密ナル雙合診ヲ施セバ、子宮ニ向テ尖銳形ノ索條ヲ以テ連續シ、或ハ喇叭管ノ位置ニ當テ處々屈曲或ハ膨隆シ、恰モ念珠狀ヲナセル塊物ヲ認ム(喇叭管疾患ヲ見ヨ)但シ水



骨盤蜂窩織及腹膜炎ノ滲出物ト

腫一局部ニ來リ、甚ダ増大シテ全骨盤腔ヲ充填スルニ至レバ、稍圓形ニ變ズルガ故ニ、剖腹術ヲ施スニアラザレバ、全ク卵巢囊腫ト區別スル能ハズ。

骨盤蜂窩織炎及腹膜炎性ノ滲出物(第三百四十一圖及第三百四十六圖ヲ見ヨ)トノ區別ハ甚ダ困難ナラス。甲ハ產褥流産後或ハ手術的攻撃ニ續發シ廣靱帶ノ深部ニ在リテ、稀レニ全ク限極シ、且ツ殆ト常ニ毫モ移動セズ、其廣底ハ骨盤壁ニ、其鈍端ハ子宮ニ向フ、稀レナル破格ニ於テ滲出物ハ腔穹窿ノ直上ニアリテ密ニ其下層ト癒着ス。故ニ卵巢及喇叭管腫瘍ハ多少厚キ組織層ヲ壓排スルニ非ラザレハ腔穹窿ヨリ觸レ難シ。又滲出物ハ子宮ヲ後方及側方ヨリ圍繞シ、之ヲ被覆固定スト雖モ、卵巢囊腫ハ多クハ卵圓形ニシテ判然子宮ト區別ス。但シ滲出液萎縮シテ廣靱帶内ニ被囊ヲ形成スルカ、或ハ卵巢囊腫ニ廣靱帶若クハ腹膜炎ノ滲出物ヲ併發スレバ、診斷最モ難シ。又子宮外膜炎性ノ滲出物ニ對シテハ、此滲出物ノゾググラス氏腔ニ於ケル特異ナル形狀ニ由テ、卵巢腫瘍ノ圓形ト區別ス。然モ滲出物ノ卵巢囊腫ヲ圍擁スル時即チ小卵巢腫瘍ニ骨盤

子宮外膜炎性ノ滲出物ト

糞塊ト

腹膜炎及結締組織炎ヲ併發スル時ハ、鑑別容易ナラス。此際既往症、骨盤内臓ノ知覺過敏ノ存否及病機ノ經過ヲ顧慮スル時ハ、少カラサル補助ヲ得ベシ。時トシテハ小ナル卵巢腫瘍、卵巢炎等ニ喇叭管疾患ヲ兼テ、同時ニ骨盤腹膜炎及蜂窩織炎性滲出物ヲ發生ス。然ルモ、其滲出物吸收セララル、ニ從ヒ、新生物ハ著明トナル。

糞塊ト誤診スルコトアルハ、爭フ可ラザルノ事實トス。然モ其捏粉狀ノ性質ハ常ニ之レヲ鑑別セシム。況ンヤ一回充分ナル排便ヲ行ヘハ、糞塊ハ大抵消失スルニ於テオヤ。

妊娠子宮後屈或ハ嵌頓纖維筋腫或ハ廣靱帶血腫ハ既往症ニ由リ、及殊ニ麻醉ヲ施シテ子宮ノ形狀ヲ認知シ、若クハ腫瘍ノ近隣ニ増大セザル子宮ヲ觸診スルヲ以テ鑑別ス。然モ實地上困難ナル場合甚ダ多シ。

已ニ腹腔ニ上昇セル巨大ナル卵巢腫瘍ノ鑑別ハ時トシテ甚ダ困難ナリ。殊ニ腫瘍ノ益々増大スルニ從ヒ、愈々困難トナル。彼ノ膈内ニ於ケル瓦斯ノ鬱積或ハ腹壁ノ脂肪過剰ニ由テ、診斷ヲ迷ハシムル場合ノ如キハ、深麻醉ヲ施セバ多クハ、自然ニ判明ス。故ニ吾人ハ茲ニ之レヲ論セズ、爾他

妊娠子宮後屈或ハ嵌頓纖維筋腫