

て起るものなり。

黄体膿腫と輸卵管膿腫との結合によりて輸卵管卵巣膿腫 (Tuboovarialabszess) を形成す。

徴候 卵巣炎の徴候は急性及慢性共に輸卵管炎に於けると全く同様にして卵巣炎に特異なるものなし。しかも多くの場合は輸卵管炎を合併し、甚しきに至りては所謂炎症性附屬器腫瘍を形成するなり。

診断 卵巣を分離的に觸診する場合に於てのみ其腫脹と壓痛とによりて卵巣炎なる診断を下すことを得。然れども如斯きは寧ろ小數にして附屬器炎症の診断をなし得るにすぎざること多し。唯腫瘍明かに球状にして輸卵管峽部に著變を認めざる時は寧ろ卵巣炎・卵巣膿瘍と診断すべきものなり。診断法の一般は輸卵管炎に於けると同様なり。

療法 輸卵管炎又は骨盤腹膜炎と同様なり。

第五章 卵巣の滯溜膿腫 (Retentionscyste)

滯溜膿腫とは卵巣内の既存腔内に液體を滯溜せしめ之れを他に排出せざるものを云ふ。所謂非増殖性腫瘍 (Nicht-proliferierende Geschwulst) にして真正の腫瘍即新生物にあらざるなり。

卵巣滯溜膿腫には左の三種あり。

- 一、小囊性變性 (Kleincystische Degeneration)
- 二、濾胞囊腫 (Follikelcyste)

小囊性變性

三、黄体囊腫 (Corpus-luteum-Cyste)
甚だ稀れに白體囊腫 (Corpus-albicans-Cyste) (Kroebner)・淋巴囊腫 (Lymphcyste) (Kossic) を見ることもありと云ふ。

一、小囊性變性とは卵巣に麻實大・豌豆大より榛實大に至る多數の小囊腫を生じたる状態を云ふ。小囊腫は幾分表面より隆起し其中央特に菲薄となり透明なる内容を透見することを得。囊胞以外の卵巣實質は帶青白色に見ゆ。卵巣全體は幾分増大するも、少くとも鶏卵大以上に及ぶことなし。

從來本變性は常に慢性卵巣炎に續發するものと信せられ、白膜の炎症性肥厚により成熟濾胞破綻すること能はざるに起因するものと説明せられたるなり。然れども今日にありては其原因の本態は卵巣の充血にありと看做さるゝなり。即充血の爲め一時に多數の濾胞の増大を來たすも、或一濾胞に起る排卵作用の影響をうけて爾餘多數の發育抑止せられ卵子は死滅するに至るものなり。而して充血は常に炎症によりて起るのみならず傳染性ならざる諸種の原因によりても亦發するものなり。従つて少女又は初生兒に於ても亦同變化を見ることありと云ふ。

以前は本變性と子宮葡萄胎或は悪性脈絡膜上皮腫との間に原因的關係ありと誤認せられたるものなり。

囊腫の組織的所見は一樣ならざるも、すべて卵を失ひ濾胞膜の變性を來たし、濾胞上皮も亦次第に萎縮す。

二、濾胞囊腫は殊に一濾胞の囊腫變性甚しくなりたるものにして、時として手拳大又は小兒頭大に達することあり。囊腫壁は甚菲薄にして透明の漿液を有し、内面には一層の扁平なる上皮細胞を有す。時と

濾胞囊腫

卵巣の滯溜膿腫

して顆粒膜「ルテイン」細胞 (Granulosaluteinzelte) の一部残存することあり。大なるものには全く上皮細胞を認むること能はず。

黄体囊腫

濾胞囊腫と輸卵管水腫との融合によりては輸卵管卵巣囊腫を發生す。

三 黄体囊腫は黄體の囊腫様擴大によりて發生するものにして、先づロキタンスキー Rokitsansky によりて精査せられたり。

大きさは濾胞囊腫と同様なるも壁は厚くして二層よりなる。内層は「ルテイン」細胞層にして多くの皺襞を有し黄色を呈す。外層は結締織にして黄體の纖維膜に相當するなり。内容は多く透明漿液性なるも時として赤褐色・黄色にして少しく濃厚なることあり。

徴候 一般に濾胞囊腫は臨牀的に著しき障礙を發するものにあらずして、多くは偶然發見せらるゝものなり。時として月經異常又は壓感^{經の時}の原因となることあり。

診斷 大なる濾胞囊腫又は黄体囊腫と後述すべき新生物たる卵巣囊腫との臨牀的鑑別は殆ど不可能なり。唯長時日の経過によりて發育の極めて緩徐なること又は殆ど増大せざることによりて區別し得るものなり。

療法 濾胞囊腫は真正の腫瘍と異なり全く増殖性發育をなさざるものなるが故に特別の障礙なきものは別出する必要なし。然れども既述の如く卵巣新生物との鑑別困難なる以上寧ろ真正腫瘍として直ちに剔出するを安全なりとす。濾胞囊腫の疑甚しく大なる時は一定期間の吸收療法を施しつゝ發育状態を観察し殆ど變化なき者か又は却つて縮小するが如き場合は放置するも妨げなし。又雙合診により破裂し内容流出することにより自然に治癒することあり。小囊性變性は殆ど皆開腹術の際偶然發見せらるゝ

ものにして烙針穿刺 (Igneipunctur) によりて治癒するなり。

第六章 卵巣の腫瘍

一 分類及一般解剖的性質

卵巣は人體臓器中最多種の腫瘍を發生する臓器なり。従つて其分類法も亦甚しく多様なり。而して腫瘍組織の起原に關しては未だ全く闡明せられざるもの多きが故に、一部の學者のなせるが如き組織發生的分類は全く正確なりと云ふこと能はず。最穩當にして實際上便宜なる分類法は腫瘍の組織的性質を主とし之れに臨牀的關係を顧慮したるものなり。

上叙の主旨に従ひて最普通に見る卵巣腫瘍を左の如く分類することを得。

- (甲) 上皮性腫瘍
 - 一、良性—囊狀腺腫 (a) 假性「ムチン」性囊腫
 - 二、悪性—癌腫 (b) 漿液性囊腫
- (乙) 結締織性腫瘍
 - 一、良性—纖維腫・纖維筋腫
 - 二、悪性—肉腫・内被細胞腫
- (丙) 數胚葉の生成物を有する腫瘍
 - 一、良性—皮膚様囊腫
 - 二、悪性—畸形腫

卵巣の腫瘍

是等諸種の腫瘍は各其構造・組成・發育及臨牀的關係を異にす。雖、之れを概括的に通覽するときは稍一致せる性状を認むることを得べし。左に其主要なるものを敘述すべし。

一 腫瘍の構造・形態及大きさ。卵巣腫瘍は之れを肉眼的構造よりする時は囊腫性と充實性との二種に區別することを得。就中最多數なるは前者なり。囊腫形成の傾向大なるは卵巣腫瘍の特性とも云ふべきなり。而して充實性腫瘍中には原發性なるも、囊腫の變性による續發性なるもの二種あり。

孰れにせよ好んで球形又は橢圓形をなす。而して囊腫性腫瘍は多くは多房性(multilocular)にして大小多數の囊腫の群簇より成立す。假令單房性(unilocular)に見ゆるものにては精細に觀察する時は多數の小囊腫を認め得るなり。多房性囊腫に於て特に大なるを主要囊腫(Hauptcyste)と云ひ、附屬せる小囊腫を娘子囊腫(Tochtercyste)と稱す。然れども種類により眞に單房性なるものあり。例へば皮膚様囊腫の如し。

囊腫表面の色は壁の厚さ及内容の種類によりて一様ならず。一般に厚き壁を有するものは青白色にして眞珠様の光澤を呈し、壁菲薄なるものは内容を透見して全く黄金色を呈すること多し。然れども出血其他の續發性變化によりて赤色褐色又は白色となることあり。

大さは種類及發育の時期によりて一様ならざるや勿論なるも、一般に卵巣腫瘍は巨大なる發育をなす性質あり。一部の囊腫に於ては殊に甚だしく他臟器腫瘍の全く企及し得ざる大きさに達するものあり。

二 腫瘍の附着状態。卵巣腫瘍の附着状態は有莖にして移動性なるも、無莖にして不動性なるもの二種あり。無莖なるは所謂廣韧带内發育(Intra ligamentäre Entwicklung)をなせるものなり。而して有莖なるも無莖なるとは凡そ腫瘍の種類によりて一定し、或者は好んで莖を形成し他の者は好んで廣韧带内發育をなす。是れ一つに其發育方向の差異に基づくものなり。

先づ正常附屬器の腹膜關係を觀察するに、卵巣の腹腔内に遊離せる全面は胚上皮を以て被はれ腹膜被包を缺如す。此胚上皮と腹膜、即卵巣間膜の内皮細胞との境界線をファルロー又はファルロー、ワルダイエル氏線(Farre-Walkeyer'sche Linie)と稱し普通白線として明かに認め得るなり。此境界線は卵巣の基底を圍繞し、其形状も洋服の「ボタン」を嵌めたるが如し。即ち「ボタン」は卵巣にして洋服地は腹膜、「ボタン」孔はファルロー氏線に相當するなり。反之、輸卵管・副卵巣及び子宮等は全く腹膜を以て被包せらる。故に是等より發生せる腫瘍はすべて腹膜にて被はるれども、卵巣腫瘍にありては必ずしも然らず。發生の方向によりて二様の状態をなす。若し腫瘍がファルロー氏線の外方に向ひて發達する時は腹膜被包を有せずして腹腔中に遊離す(遊離性發育 Freie Entwicklung)。若しファルロー氏線の内方に向ひ卵巣間膜中に發育し、尙進んで廣韧带即子宮間膜兩葉内に増大する時は腫瘍は全く腹膜内に包まれるなり。之れを廣韧带内發育(Intra ligamentäre od. mesometrische Entwicklung)と云ふ。故に嚴密に云へば卵巣間膜内發育(Mesovarielle Entwicklung)と輸卵管間膜内發育(Mesosalpinge Entwicklung)を廣韧带内發育と區別せざる可らず。又下部は廣韧带内に發達し上部は遊離する場合あり。

又元來は遊離性發育なるものが、ゾーグラス氏窩の基底部に癒着する時は、増大するに従ひて前面の廣韧带に接觸し之を上方に壓迫す。故に腫瘍の後面及上面は腹腔内に遊離するも前面は廣韧带の兩葉に被包せらる。之を偽廣韧带内(Pseudointra ligamentäre)又は後廣韧带發育(Retro ligamentäre Entwicklung)と云ふ。此際韧带と腫瘍とは癒着する事あり又せざる事あり。

莖の形成に干與すべきものは卵巣の正常關係と異なること少なく、内側より卵巣固有韧带及輸卵管、外側より漏斗骨盤韧带、其中間に卵巣間膜を有す。別出標本に就きて見るに莖の離断面は種々なる三角形をなす。其頂點に當るものは卵巣固有韧带・輸卵管及漏斗骨盤韧带なり。

莖の長さは甚しく不同にして、或は腫瘍と子宮との間を僅かに挟み得べき位に短きものあり。或は腫瘍を肋骨弓の高さまで移動せしめ得る程長きものあり。莖の幅は即卵巣間膜の幅にして、是れ亦種々なり。莖の長きものほど卵巣固有韧带・漏斗骨盤韧带等は一層甚しく延長せらるれども、輸卵管の長さは

腫瘍の輸卵管間膜に對する關係によりて差異あり。腫瘍が其間に發育するときは延長せられ、且輸卵管は腫瘍表面に密接す。反之し輸卵管間膜に關係なく發育する時は何等の變化をも起さず。

三 骨盤腔又は腹腔内に於ける腫瘍の擴大状態。有莖なると無莖なるとにより腫瘍の骨盤腔又は腹腔内に於ける擴大状態に差異あり。

有莖腫瘍は先づ骨盤腔に於て發育するも一程度の大きに達すれば上方腹腔内に移動するなり。

有莖腫瘍の移動機構 (Wanderungs-mechanismus) は殊にフロインズ H. W. Freund によりて精細に觀察せられたり。氏は左の二期を區別せり。

第一期。發育増大する腫瘍は中央ツークラス氏高に下降し、子宮を上方及反對側に壓排す。莖は腫瘍の前面にありて輸卵管は其上方を横走し且卵巣固有韧带に捻轉を見す。子宮頸部と結合せる膀胱頂點は反對側に壓排せられ少しく上昇す。

子宮後轉して癒着し腫瘍の下降を妨ぐる時に於てのみ子宮の前方に腫瘍を見るなり。

第二期。發育増大により腹腔内に移動せる腫瘍は各部の局所解剖的關係に著しき變化を來たす。第一期に於ける腫瘍の上面は前腹壁に向ひ子宮は後方に壓排せらる。莖は腫瘍の後面にありて子宮に近き三分の一の部に於て約九十度の捻轉を認む。

卵巣固有韧带は寧ろ矢狀方向に走り、膀胱は後下方に壓縮せらる。

即第一期より第二期に移行する場合に腫瘍は前及側方に向ひて迴轉運動を營むなり。

然れども未産婦、腹壁筋の發達強きもの又は脂肪過多なるもの等にては、腫瘍の迴轉運動妨害せられ第一期の位置其儘に上昇する爲め子宮體は腫瘍の前方にて多く舉上せられ且強く前腹壁に接近するなり。莖も亦腫瘍の前方にありて膀胱は上方に牽引せらる。フロインズによれば如斯き關係は小兒性症の婦人に於て特に著明なりと云ふ。

韧带内發育をなせるものは腹腔内に移動すること能はずして原位置に固定せられたるまゝ増大し、全く骨盤腔を充滿したる後腹腔に出現す。従つて腫瘍の下極は深く骨盤底を膨隆せしむ。子宮は遙かに側

上方に壓排せられ子宮腔部は腫瘍の下極よりも高位を占むるに至る。尙進んでは後腹膜腔の各方向に擴大し、右方は結腸腸間膜 (Mesocolicum) 内に入り左方はS字狀彎曲を舉上し、後方は腸間膜根部に達することを得。

二 各卵巣腫瘍の發生・解剖及臨牀的性質

一 卵巣囊狀腺腫 (Cystadenoma ovarii) 又は卵巣囊腫 (Cystoma ovarii)

囊狀腺腫とは上皮の増殖によりて先づ腺管を形成し、分泌物の滯溜・頸部の閉鎖によりて囊腫様になせるものを云ふ。換言すれば腺腫の續發性變化とも云ふべきものなり。

卵巣に純粹の腺腫即充實性腺腫 (Solides Adenom) を見ることは極めて稀有にして、殆どすべては囊狀に變化せる腺腫なり。故に理論上囊狀腺腫と命名すべきものなれども、簡單に囊腫と呼ぶを最普通とす。

腺管を形成すべき上皮細胞の組織發生は尙全く解決せられず。

初めツルグダイエルは胎生状態に止まれるアリユール氏卵管より發生すと唱道せしも、其後の研究により濾胞殊に原始濾胞上皮及卵巣表面の胚上皮より發生すと看做すもの多し。漿液性囊腫の胚上皮より發生することは多數學者の賛成するところなれども假性「ムチン」性囊腫の發生起源を濾胞上皮に求めむとする説には多數の反對者を有するなり。

一部の學者は胎生的發育に際して卵巣内(其表面又は深部)に迷入せし異常組織より發生すと説くものあり。而して實際に於て鹿毛上皮又は杯狀細胞 (Beckereelle) の集團を卵巣内に證明せるものあり。

上皮の腺性増殖力は囊腫の種類によりて様ならざれども一般に甚だ旺盛にして殆ど無限に反復せらるゝものなり。即瀦溜囊腫に對して増殖性囊腫 (Proliferierendes Kystom) の名ある所以なり。

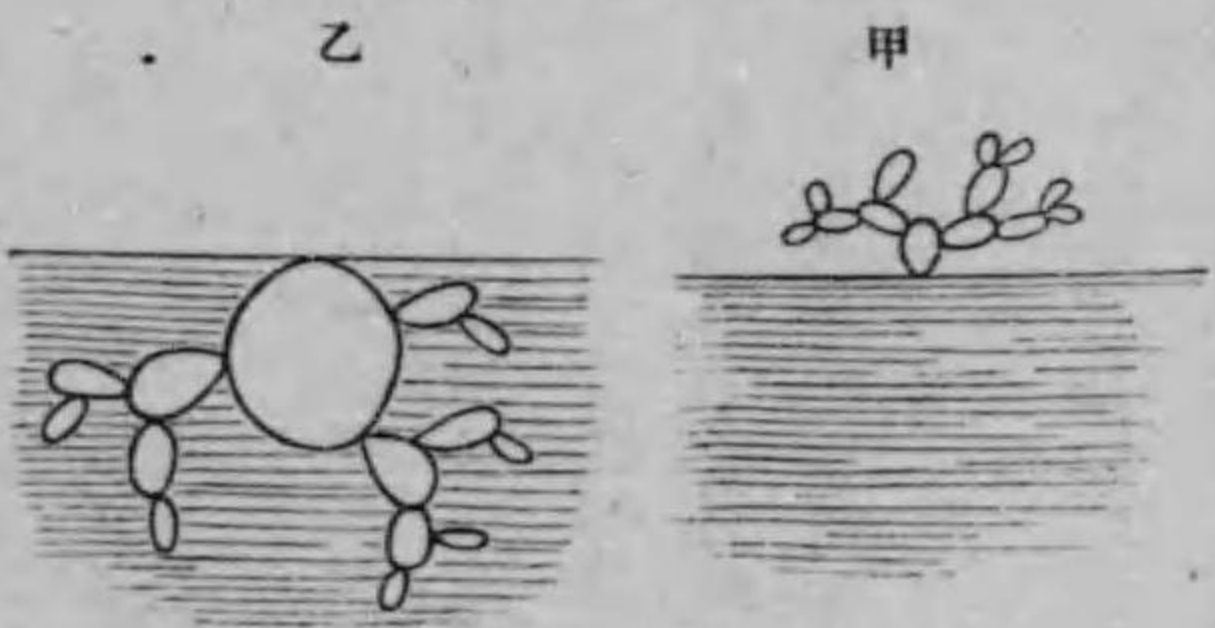
左に上皮増殖によりて囊狀腺腫を發生する經過の概要を説明すべし。

上皮増殖の經過

先づ卵巣の一部に於て實質内に上皮の増殖を開始して腺管を形成し、細胞機能によりて分泌物を瀦溜す。分泌物の急速なる瀦溜ニ腺頸部の閉鎖ニは相俟ちて茲に腺管は囊狀に變化す。次で囊腫壁の各所より再び上皮の腺様突起を出し亦同様に囊狀に變形す。かくして發生せる多數の小囊腫の各よりは三度び上皮突起を生じ同じく囊腫に變形す。

如斯き現象を殆ど無限に反復し以て大小無數の囊腫群を形成するなり。而して上皮増殖は單に卵巣の一部のみより發起するものにあらずして、恐らく多數の原發部より各、獨立的に増殖を回復するものならむ。

第百二十四圖 卵巣囊腫に於ける上皮増殖の二型



(甲) 内翻性増殖
(乙) 外翻性増殖

かくして甚しく多房性となれる囊腫は其後の經過に於て漸次融合現象を起す。

即内容の増量と共に各囊腫は次第に其大を増し、隣接囊腫の障壁は益々菲薄となり、終に其破壊を來たし數個の囊腫は融合して一個

となるなり。如斯き融合現象は腫瘍の發育と共に愈々其數を増加す。故に腫瘍の小なるものほゞ多房性甚しく、大なるに従ひて房數を減少し、其極度に於ては終に外觀上單房性となる。元來囊腫の内面は全く滑澤なるものなれども、融合によりて生ぜる主要囊腫の内面は滑澤ならずして障壁の痕跡を

上皮の外翻性發育
上皮の内翻性發育

乳嘴狀組織の發生

永く遺殘す。而して融合の初期に屬するものは尙半月形の皺襞をなし明かに障壁たりしことを認め得るも、次第に伸展萎縮して心臟内膜の肉柱を見る如くなり、終には全く認め難きに至るなり。障壁組織中にて最抵抗強く最永く遺殘するは血管なり (Virchow)。

以上の如き上皮の増殖型は囊狀腺腫に特有なるものにして之れを外翻性發育 (evertierendes Wachstum) と稱す。而して卵巣囊腫に於ける上皮増殖は單に外翻型のみにあらずして尙他に内翻性發育 (invertierende Wachstum) をも營むなり。

兩者の差異は上皮増殖の方向に關し、外翻性發育にては外方囊腫壁中に向つて増殖し、内翻性發育にては内方囊腫腔に向つて増殖す。而して前者にありては好んで囊腫變性をなすも、後者にありては實質性の乳嘴狀組織を發生す。

乳嘴 (Papillen) の性質及量に腫瘍の種類及例によりて一様ならず。

或は細き樹枝狀をなし幼弱なる妊卵に見る絨毛の如きことあり、或は太くして廣き基底を有し翻花狀をなすものあり。又水腫様に膨大して「ザコ」粒 (Zakorn) 又は米粒を見るが如きことあり。色も亦種々にして紅色なるものあり灰白色なるものあり。

囊腫内面に於ける乳嘴の分布も亦種々にして處々散在性に少數發生することあり又甚しきに至りては囊腫は殆ど乳嘴増殖を以て充塞せらるゝに至ることあり。一般に卵巣門 (腫瘍莖) に相當する側に於て最旺盛に増殖し、反對側に於ては全く發育せざるか又は極めて軽度なり。

乳嘴組織の發育は管に囊腫の内面に起るのみならず、屢々腫瘍の表面にも見るものなり。所謂表面乳嘴 (Oberflächenpapillome) 之れなり。

表面乳嘴の發生機轉に關しては異義あり。一部の學者 (Frankl, Meyer, Mackenrodt) は内面に發生せる乳嘴が囊腫壁を穿孔して表面に露出するに至りたるものなりと云ふ、他の一部の學者 (Plannenstein, Gotschalk, Emrys-Robert, Hirschmann) は胚上皮の卵巣の腫瘍

表面乳嘴腫

増殖により表面に原發するものなりと云へり。

上皮の内翻性發育の強弱は囊腫の種類によりて著しき差異あり。

尙上皮の分泌によりて生じたる囊腫の内容も亦種類によりて全く同一様ならず。

上述の如き上皮の増殖型及内容の差異によりて卵巣囊腫に左の二種を大別することを得。

(甲) 殊に甚しき外翻性の腺性増殖をなし且内容假性「ムチン」なる者。

其命名の主なるものに左の二種あり。

(腺性) 假性「ムチン」性囊狀腺腫 (Cystadenoma pseudomucinosum (glandulare))

腺性増殖性囊腫 (Cystoma proliferans glandulare)

(乙) 多くの場合乳嘴性増殖を有し、且内容漿液なる者。

其命名の主なるものに左の二種あり。

(乳嘴性) 漿液性囊狀腺腫 (Cystadenoma serosum (papillare))

乳嘴性増殖性囊腫 (Cystoma proliferans papillare)

而して假令程度に差異ありと雖、腺性増殖及乳嘴様増殖は全く特異の者ならずして兩者に共通なり。

然るに内容のみは全く特異にして明瞭に區別し得べきものなるが故に、命名としては内容に重きをおく

を妥當とす。従つて最簡明なる名稱として、假性「ムチン」性囊腫 (Pseudomucin-Kystom) 及漿液性囊腫

(Serous Kystom) と呼ぶを最便利とす。

此二種は組織的にも臨牀上にも著しき差異を有するものなり。

甲 假性「ムチン」性囊腫

第 二 百 二 十 五 圖

假性「ムチン」性卵巣囊腫(東京大婦科人蔵)

卵巣の腫瘍



直徑約
〇・五米
なる一腫
瘍を切半
し、甚し
く多房性
なること
を示す。
向つて左
半部は囊
房に内容
を有し、
右半部に
ては之れ
を除去せ
り。

假性「ムチン」性囊腫は最多數に見る卵巣腫瘍にして、全腫瘍の約三分の二を占むるものなり。

リップルト (Lippelt) は六萬三十八例の卵巣腫瘍中に於て約五三・六%を見たりと云ふ。

一 肉眼的所見及發育 本腫瘍は最定型的なる多房性囊腫なり。

一般に外觀上小なる者ほど多房性にして大なるものほど單房性に近づく。各囊房の大きは種々にして多くの場合一個乃至數個の主要囊腫の周圍又は一極に無數の娘子囊腫の群簇を附着するなり。腫瘍の断面は恰も蜂巢の如き觀を呈す(第百二十圖參照)。表面は一般に平滑なるも各囊

腫の境界に應じたる多数の淺溝を有す。發育の極度に達し腹腔を充たすに至れる巨大囊腫に於ては、腫瘍の殆ど全部は單房よりなる。従つて表面全く平滑なる球形又は橢圓形をなす。然れども如斯きものに於ても其一部に無数の小囊胞の存在するを認むることを得。時として巨大腫瘍にしてしかも全部凡そ同大の小囊腫より成立せるものあり(第百二圖)

本腫瘍に於ては上皮の内翻性發育即乳嘴の發生を見るは甚だ稀有なり。假令證明することを得るも囊腫の内面に少数の小乳嘴の附着を見る位なり。然れども稀れに比較的著明に發生して乳嘴性假性「ムチン」性囊腫 (papilläre Pseudomucinkystom) とも云ふべきものあり。又時に表面乳嘴を見ることあり (Plannensitz)。而して上皮の外翻性増殖相密接して竝列し爲めに天鷲絨様の外觀を呈し、乳嘴と誤る事少ならず。假性「ムチン」性囊腫の大多数は、一側に發生し且有莖なり。兩側に發生し又は靱帶内に發育するものは甚だ少数なり。

パンチンストール (Pannestiel) の統計によれば、一側にして有莖なるもの八八・九%、兩側なるもの一七・七%、靱帶内(少くとも部分的)に發育をなせるもの九・六%なりと云ふ。

本腫瘍に於ける上皮の増殖は殆ど無限に反復せらるゝが故に驚くべき大きさに達し得る能力を有す。如何なる臓器の腫瘍なりとも如斯き巨大發育をなし得るもの他になし。

重量五疋までの腫瘍は屢報告せられたり。(Zwelow 四六・四疋、Andrew 三三疋、Schlize 二七・九疋、Marian は百十七疋の體重を有せる患者より八十疋の囊腫を剔出せりと云ふ、Bullhat が巨大腫瘍 (Mammulgeschwulst) を蒐集せる中にて最大なるものは二百四十五磅なりと云ふ(一九〇〇)。今日まで最大なるものは Nardina の百三十二疋(三五・二貫)なり。手術的療法の進歩せる現今に於ては如斯き巨大腫瘍を見ること甚稀有なり。

二 内容の性状

内容は囊房の大小によりて甚しき差異あり。小囊房の内容は純粹なる上皮の分泌物なれども大囊腫の内容は不純にして種々の異物を混入す。是れ

囊房の増大と共に上皮及障隔の破壊を起すが故に、此際壞死性又は脂肪化する細胞組織絮片等を脱落分離せしめ或は血管の破壊によりて出血を起す。又囊腫上皮の消失によりて本来の分泌停止し之れに代ふるに腫瘍壁毛細管より漿液の滲出を來たす。従つて小房の内容

容は甚しく粘稠膠樣 (gelatin) にして所謂牽絲性 (Fadenziehend) 指頭を浸し兩指を分離する時絲を來くの意なり。時に剪刀を以て截斷し得るものあり。固定標本にては全く寒天と同様の性状を有す。

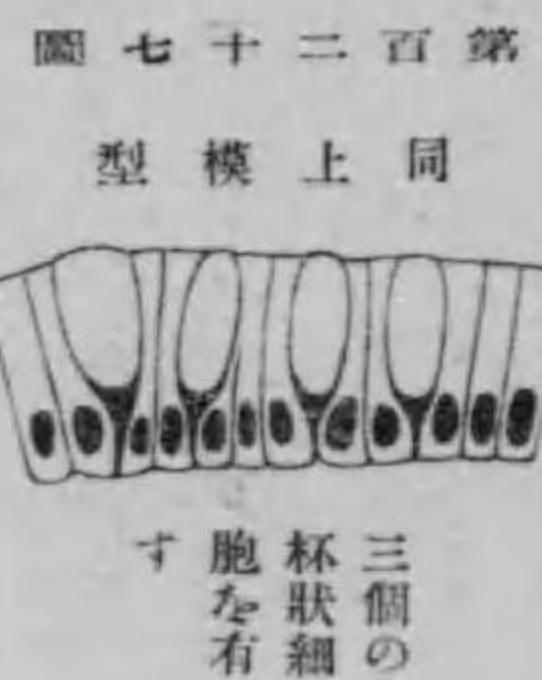
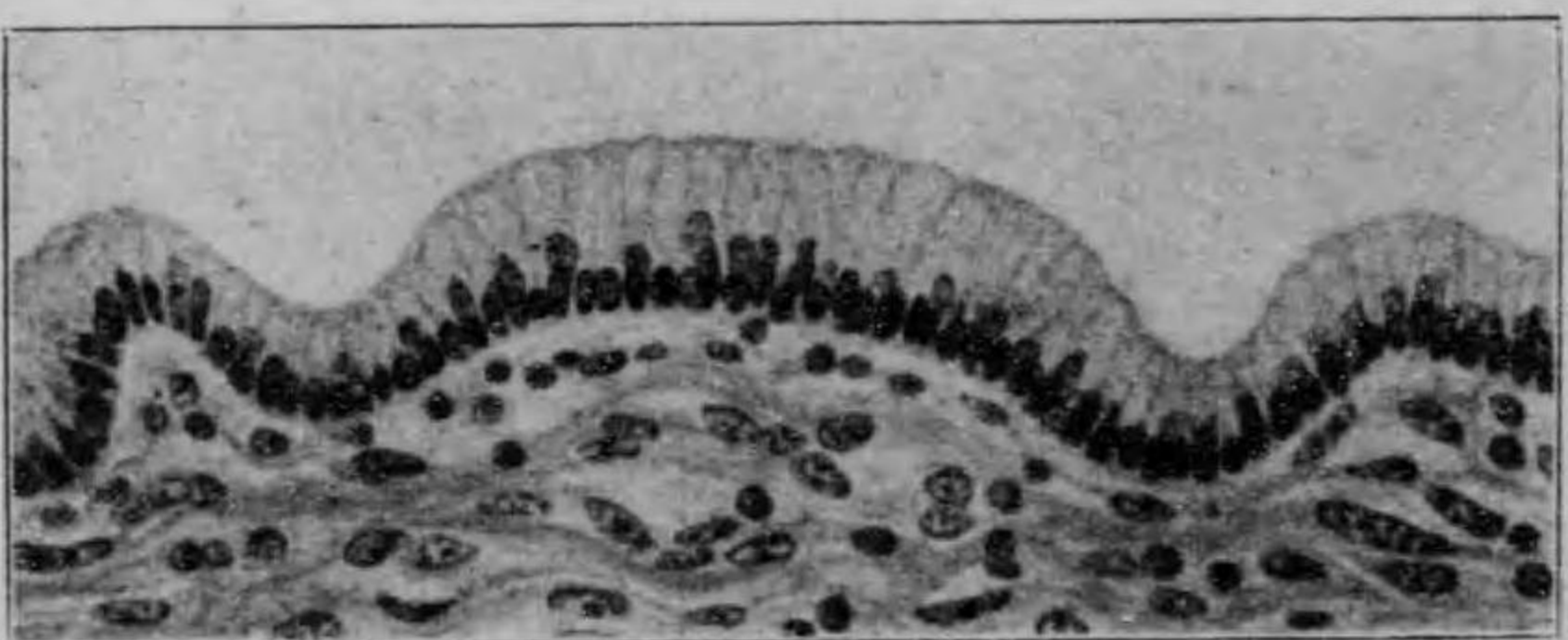
囊房の大なるに従ひて次第に粘稠性を失ひ終には全く漿液性となることあり。

着色状態も亦變化す。純粹なる分泌物は硝子様透明又は白色琥珀色なるも、大囊房にあるものは白色、黄色、脂肪の混綠色、ヒヨレスデアリ赤色又は褐色等に混濁し多くの沈澱絮片を起す。反應は「アルカリ」性なり。

Souligoux は二年間に總量六八三「リター」の内容を發生せる一例を報告せり。

純粹なる分泌物の化學的性質は殊にパンチンストール (Arch. f. Gyn. Bd. 33) によりて精細に研究せられたり。即

第百二十二圖 (ルタンラフ) 皮上の腫囊性「ムチン」性假



假性「ムチン」

所謂「グリコプロテイド」(Glykoproteide)に屬し「ムチン」(Mucin)に類似せる物質にしてハンマルステンにより假性「ムチン」(Pseudomucin)と命名せられたるものなり。本来の「ムチン」と異なる主なる性質は醋酸を以て煮沸するも沈澱せざるることなり。

三 組織的所見 囊腫の内面はすべて規則正しき一層の圓柱上皮を以て被はる。上皮細胞の形及染色状態は分泌の時期によりて一様ならざること胃粘膜に於けると同様なり。静止状態にある細胞は比較的低き圓柱状をなし、基底部に沈降せる染色性に富む小核を有し原形質は全部一様に微細顆粒状なり。然るに分泌状態にある細胞は甚しく丈高くなり、核上方の原形質内に硝子様にして普通染色法にて着色せざる物質を有し杯状細胞(Becherzelle)の外観を呈す^{第百二、十七圖}。一般に大囊房の上皮は小囊房の上皮よりも丈低し。是れ内壓によりて扁平せらるゝが爲めなり。時に見る乳嘴を被ふ上皮も亦全く同様の構造を有す。

卵巣假性粘液腫

假性「ムチン」性囊腫の一種に卵巣假性粘液腫(Pseudomyxoma ovarii)なるものあり。

同じく多房性の腫瘍にして囊腫壁極めて菲薄なるを特徴とす。其内容は膠様にして、主として「ペーダ」假性「ムチン」(Pseudomucin)よりなる。囊腫内面上皮の組織的所見は假性「ムチン」性囊腫と同様なり。壁甚だ菲薄なるが爲め、或は自然的に又は手術の際に其内容を漏出すること多し。

腹膜假性粘液腫

かくして腹膜面に漏出せる内容は吸収せらるゝことなく、或は異物腹膜炎(Fremdkörperperitonitis)として薄き結締織膜を以て包被せらるゝか又は同時に剝脱せる上皮細胞の増殖により茲に播種轉移を形成することあり。かくして體壁腹膜は勿論腹腔諸臓器及大網膜等に廣汎なる粘液腫様の腫瘤を形成す。是等を總稱して腹膜假性粘液腫(Pseudomyxoma peritonei)と稱す。而して前者は全く良性にして終に

は吸収によりて全癒するものなれども、腹膜假性粘液腫は寧ろ悪性的態度を有し、無限に増殖を反復して腹腔の機能に甚しき障碍を與へ數年の経過に於て次第に悪液質に陥り終に死の轉歸をこるに至ること稀ならずと云ふ。

本腫瘍は多くは高年者に來るものなり。

乙 漿液性囊腫

一 肉眼的所見及發育 漿液性囊腫も亦本来は多房性囊腫に屬するものなれども囊房の数は假性「ムチン」性囊腫に於けるが如く多數なること極めて稀れなり。

約三分の一は外觀上單房性なり。然れども精細に検査する時は多數の娘子囊腫を認むることを得。假令肉眼上認め難き場合にも顕微鏡的には之れを證明することを得べし。

本腫瘍の大多數に於ては囊房内面に乳嘴性増殖を認むることを得。表面乳嘴を

第百二十八圖 (右著) 腫瘍性液漿るせなを殖増様嘴乳きし甚に面内



卵巣の腫瘍

有するものも亦少なからず。是れ一つに乳嚢性囊腫の名あるところなり。然れども全く乳嚢を有せず、

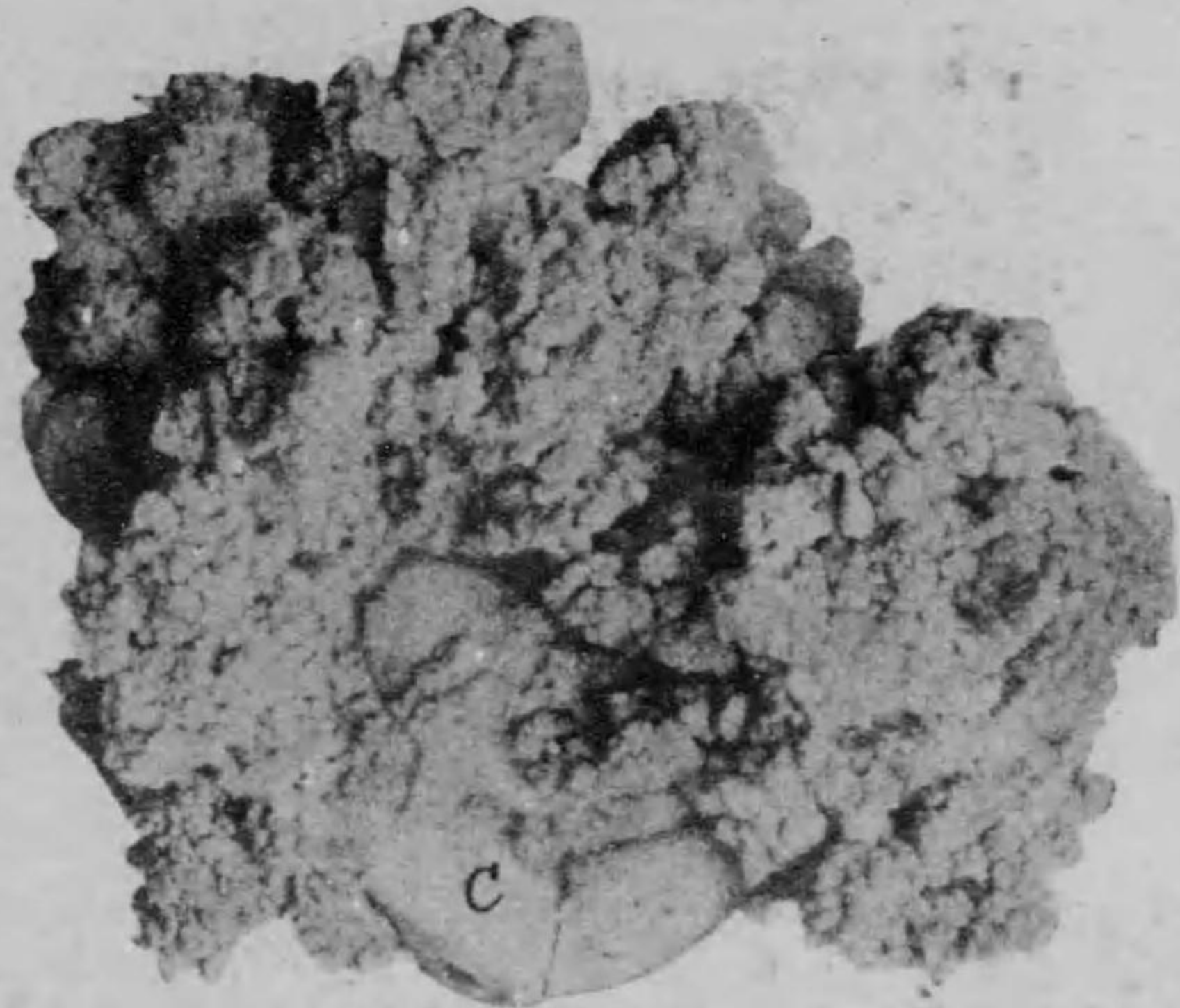
而かも多房性なるものを見ること全く稀有ならず。

發育の程度に差異あるも兩側に發生すること多く且、韌帶内發育をなすもの少なからず。又假性「ムチン」性囊腫の如き巨大なる腫瘍に達すること極めて稀れなり。多くは大人頭大までなり。

二 内容の性状 内容は其名の示すが如く漿液性にして蛋白質に富み少しも膠様の性質を有せず。小囊腫の内容は透明黄色にして血清の如きか又は少しく綠色を帯ぶ。大囊腫にては屢、漏濁し破壊碎片を有するものあり。

三 組織的所見 囊腫の内面又は乳嚢の表面を被へるは一層の規則正しき圓柱上皮なり。細胞は假性「ムチン」性囊腫に於けるが如く丈高からず。寧ろ骰子形にして、平等顆粒状なる原形質の凡そ中央部に

第百二十九圖 表面に甚しき乳嚢様増殖をなす (漿液性囊腫表面乳嚢腫)



は囊腫壁なり

「クロマチン」に富む比較的大なる核を有す。而して本腫瘍細胞に特有なるは短かき胚毛を有することなり。故に一名胚毛上皮囊腫 (Follicular Epithelial Cyst) 云ふ。

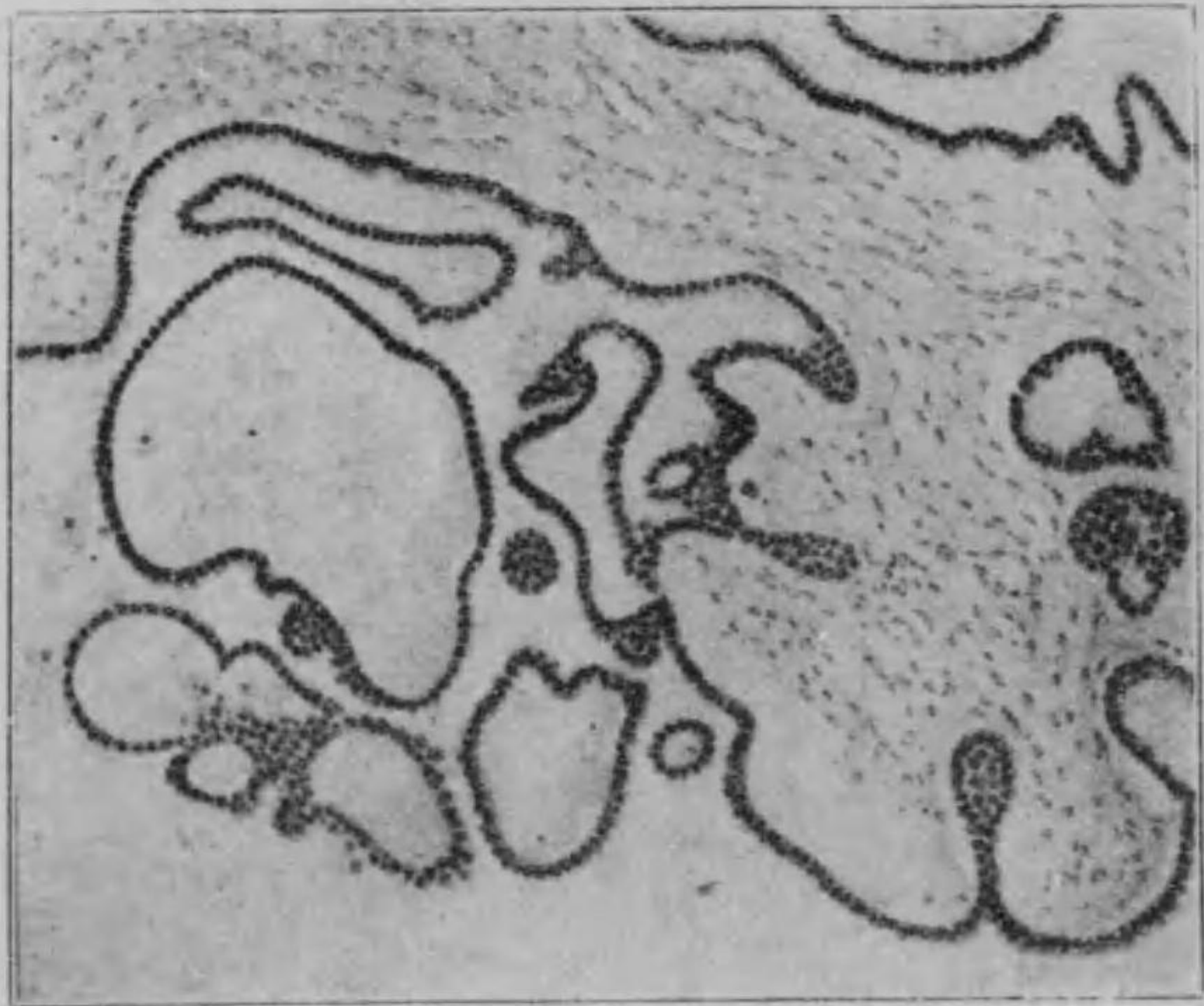
第百三十三圖 (ルクラフ) 漿液性卵巣囊胞 (上皮に有する囊腫壁)



第百三十三圖 漿液性胚毛上皮



第百三十三圖 胚毛上皮 (胚毛層) 性乳嚢性卵巣囊腫 (胚毛層) (りな層單ては胚毛層)



胚毛の存在は新鮮なる標本に就きて最明瞭に認め得べし。即ち囊腫壁の一部を「コルク」上に緊張したる後刀を以て上皮を撫脱し

漿液性囊腫の
臨牀的態度

葡萄狀囊腫

卵巣疾患

生理的食鹽水を加へて其儘顯微鏡下に窺ふべし。固定標本に就きて證明すること甚困難なり。

乳嘴の間質に砂狀體 (Psammonekörper) を見ることも少なからず。

解剖的には良性なる腫瘍なるも臨牀上には悪性の態度を示すこと假性「ムチン」性囊腫よりも一層著明なり。腫瘍表面に乳嘴の發育を有するものは多く腹水を伴ひ又腹膜上に移植増殖すること少なからず。又囊腫の自然的破壊又は手術時の破壊によりて腹腔に内容を漏出し、之れによりて腹膜面の播種増殖を見ることあり。此移植乳嘴は卵巣腫瘍の剔出後には自然に消失するものなれども、時に年餘の潜伏の後再發して甚しく増殖し、其後に於て癌腫變性をなすものあり。

〔附〕 葡萄狀卵巣囊腫 (Traubenförmiges Ovarialkystom)

葡萄狀囊腫とは大小種々の囊腫が或は廣き基底又は細き莖を以て互に連結して一つの集簇を形成し、其狀恰も葡萄の房又は廓大せる葡萄狀鬼胎の如き觀を呈するものを云ふ。而して各囊腫壁は多く菲薄にして破損し易し。内容は漿液性なること最多く時に假性「ムチン」性なることあり。

本腫瘍はオルスハウゼン (Olshausen 一八八四年) によりて始めて詳細に記載せられしものにして、其後比較的多数に報告せられたりと雖、一般卵巣囊腫に比較すれば甚珍奇のものなり。

オルスハウゼンは約三百例の卵巣腫瘍中唯二例を認めたりと云ふ。我國に於ては多田學三郎、淺羽春之及楠田彰司 (日本婦人科學會雜誌第十二卷第七號大正六年) 等の諸氏によりて報告せられたり。楠田學士は卵巣腫瘍九百六十餘例中に本症の三例を發見せりと云へり。

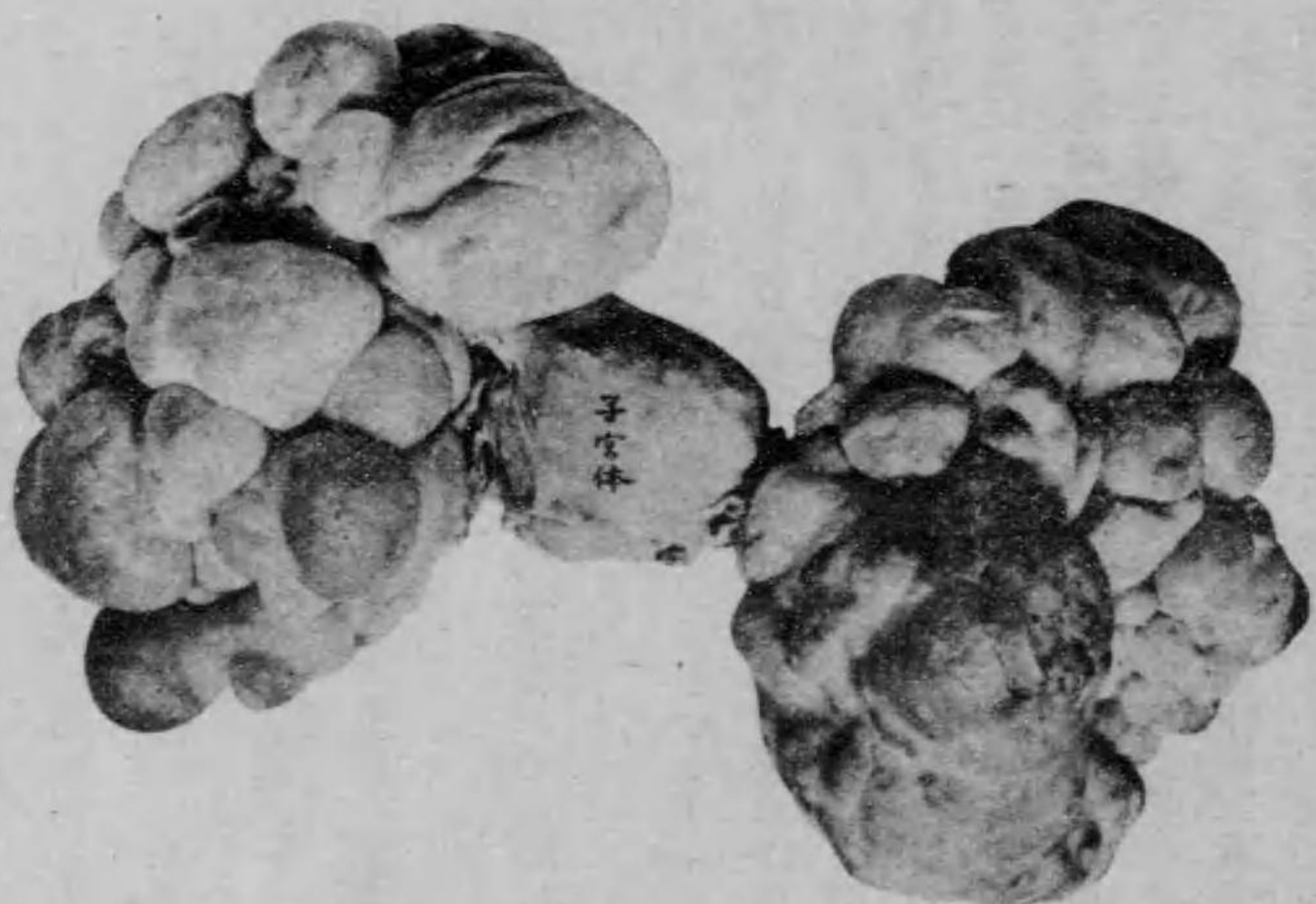
本腫瘍の或者に於ては同側に尙一個の健全なる卵巣を認むることを得たるが爲め、一部の人よりは所謂卵巢外葡萄狀囊腫 (Extraovarianles Kystom) として、ウォルフ氏體の遺殘なる副卵巢 (Parovarium) より

水腫狀乳嘴腫

第 百 三 十 三 圖

兩側葡萄狀卵巣囊腫 (東京大婦科所藏)

卵巣の腫瘍



發生すと考へられたり。

然れども多数の學者は卵巣腫瘍なることを信じ、別に健全なる卵巣を證明し得たる例は附屬卵巣又は分葉卵巣・分割卵巣より發生せるものなりと解釋せり。

要するに葡萄狀囊腫は卵巣囊腫の別種に外ならず。従つて組織的所見は毳毛上皮囊腫又は假性「ムチン」性囊腫と全く同様なり。彼の表面乳嘴腫の結締織基質が水腫様又は粘液様變性に陥ることによりても亦葡萄狀形態を呈することありと雖、如斯きは本來の葡萄狀囊腫にあらずして水腫狀乳嘴腫 (Odematous Papillom) と稱すべきものなり。其組織的所見にも著しき差異あり。即本來の葡萄狀囊腫にありては一般囊腫壁と同様内面に一層の圓柱上皮層を認むるに、水腫様乳嘴腫にては囊腫の外面にのみ上皮細胞層を認むるものなり。

二 卵巣癌腫

卵巣癌を其發生に従ひ左の如く分類することを得べし。

- 一、原發性卵巣癌 (a) 眞正(特發性)癌 (Genuine s. idiopathisches Karzinom)
- (b) 合併腫瘍 (Kombinationsgeschwulst)

二、續發性卵巣癌—轉移性癌

肉眼的所見よりして充實性癌・嚢狀癌及移行型の三種に分類することを得。

一 眞正又は特發性卵巣癌

眞正癌とは何等の變化なき健康卵巣に原發せる癌腫にして胚上皮又は濾胞上皮より發生すと云ふ。最も稀なるものなり。

本腫瘍は思春期以前の者又は小兒に於ても發生することあり。

肉眼的所見

殆ど常に實質性腫瘍をなし、全形は球狀又は橢圓形なるも表面凸凹不正なり。然れども初期に於ては強靱なる白膜様被膜を有するが故に平滑にして光輝あり。末期に至れば被膜破れ腫瘍の實質を露出す。白色又は帶黃白色なり。

剖面の所見は一般に同質性に見ゆるも仔細に觀察する時は結締織網ありて、其間に柔軟にして白色なる髓様物質の膨隆せるを見る。是れ腫瘍實質にして壓迫擦過により乳汁様に壓出せらる。故に癌腫乳 (Krebsmilch) と稱せらる。尙續發變性(脂肪化・壊死)及出血を起すに及びて剖面は種々不規則なる着色斑を現はし恰も大理石様觀を呈す。尙處々囊腫を形成することあり。殆ど常に有莖なり。硬度は髓様癌に於ては柔軟にして破壊し易く、硬性癌にては比較的強靱なり。

大。さは普通大人頭大を超ゆること少なし。

組織的所見

多くは髓様癌なれども、硬性癌なることも亦少なからず。胞巢の形態は常に一樣ならざるも、先づ腺性癌として現はれ後に腺腔の充填によりて充實性の細胞桿となる。

砂粒體 (Psammomkörpern) を有するものも稀有ならず (砂粒癌 Psammomcarcinom)。稀れに扁平上皮癌を見ることあり。

又胞巢を形成せずして所謂瀰蔓性癌の像となり一見肉腫の如くなることあり。

二 卵巣合併癌

合併癌とは良性の卵巣囊腫と癌腫との合併せるものを云ふ。其本態に關して二様の見解あり。最多數の者は良性囊腫の癌腫變性なりと信ずるも、一部の者は如斯基良性腫瘍の先行なく初より單獨に合併して發生せるものなりと云ふ。今日後説を信ずるもの少なし。

卵巣囊腫の癌性變化は漿液性囊腫に最多く假性「ムチン」性囊腫に見ること少なし。稀れには皮様囊腫に發することあり。

發生の初期に於ては囊腫壁並びに隔壁の一部に充實性の板狀又は結節狀部ありて髓様の觀を呈す。晚期に至れば終に囊腔消失し特發型と同様の所見を呈するに至る。組織的には多く腺性癌なり。表面乳嘴腫の悪性變化にありては乳嘴上皮は單層ならずして數層となる。第十四圖。

三 續發性卵巣癌

本腫瘍は從來稀有なりと信せられしものなれども今日に於ては比較的多數に實見せらるゝに至れり。元來卵巣は輸送せられし癌胚種に對し特に良好なる培養地となるものにして、身體諸部の臓器癌より

轉移を享くるものなり。換言すれば卵巣は轉移癌の好發部位なり。

原發癌の最主なるものは子宮體部癌及胃癌にして、其他腸・乳房・輸卵管・膽囊・大網膜等の癌腫に續發することあり。

第三百四十四圖
悪性乳性卵巣腫瘍(ルグランラフ)



- (a) 大なる囊腫壁の結核線
- (b) 乳嘴の間質其上皮は遠型的増殖をなさんとす
- (c) 剥脱せる細胞を有する漿液性内容
- (d) 囊壁内の細胞増殖

轉移は或は腹腔内に脱落せる腫瘍細胞の接種により或は淋巴道又は血管道によりて行はるゝものなり。

續發癌は多くは充實性にして稀れに囊状を呈することあり。組織的には胞巢を形成するものあり、又は瀰蔓性像を呈するものあり。

續發性卵巣癌として特に敘述すべきは所謂クルーケンベルヒ氏腫瘍なり。

クルーケンベルヒ氏卵巣腫瘍 (Krukenberg'scher Ovarialtumor)

一八九六年クルーケンベルヒ (Arch. f. Gyn.) は臨牀上竝に腫瘍の肉眼的殊に其組織的造構に於て一種特異なる像を呈せる五例の卵巣腫瘍を報告して以來、同様の顯微鏡所見を有する腫瘍をクルーケンベルヒ氏卵巣腫瘍と呼ぶに至れり。今左に其性状を摘録すべし。

一、臨牀的性質

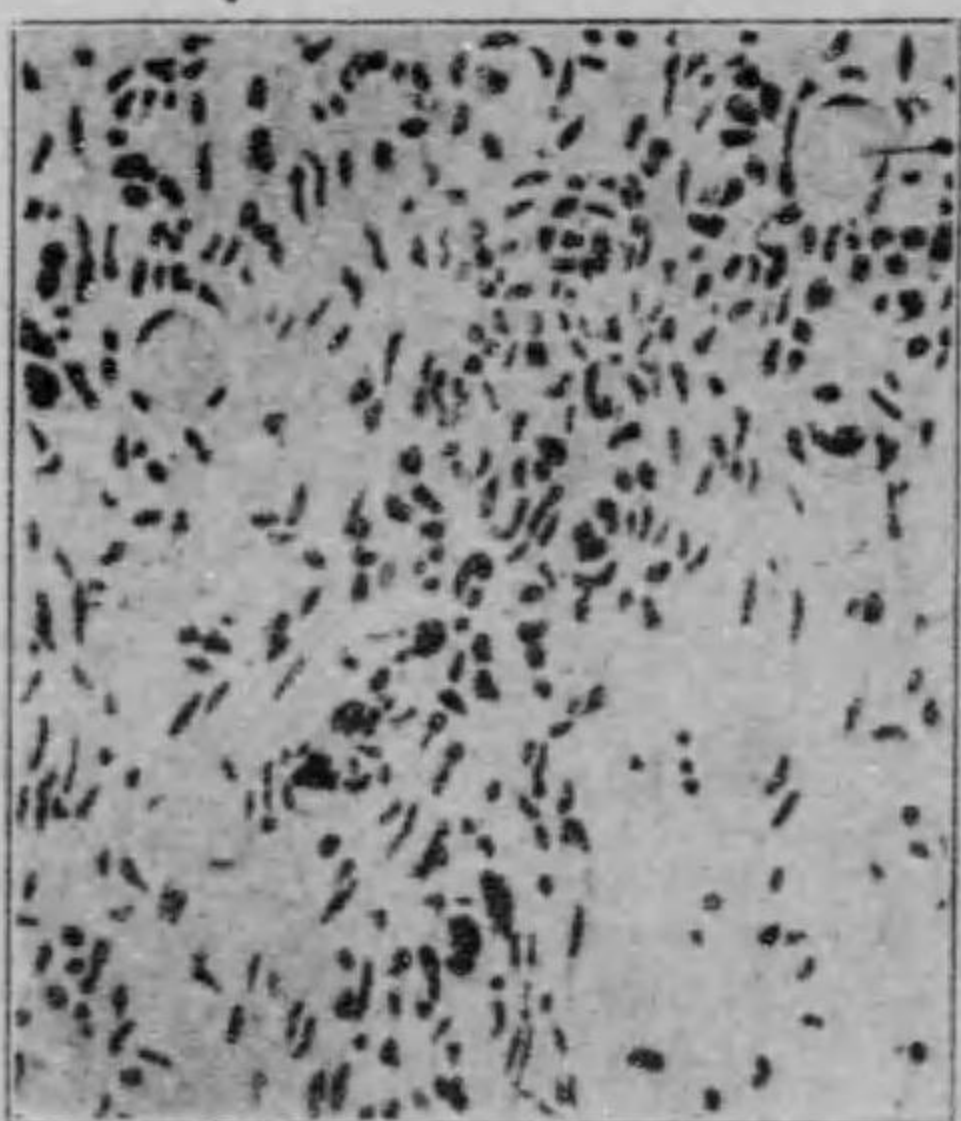
普通兩側卵巢に來り、其發育多くは緩徐なり。雖、常に悪性腫瘍の態度を示し腹水を伴ひ淋巴管系を経て廣範囲・喇叭管壁及遂には全身に轉移蔓延するの傾向を有す。従つて腫瘍別出の効果は多くは一時的にして再發するもの多し。

二、肉眼的所見

常に充實性腫瘍にして、全卵巢の増大を來すも尙概ね卵巢の原形を保有するが故に、略、卵圓形若くは腎臟形をなす。外面は一般に平滑なり。雖、表面は大小結節状をなし凹凸不平なり。剖面は一般に纖維腫を見るが如き觀を呈し、

表面に近き部は組織強靱なれども、内部に於ては所々粘液變性を呈せる部あり。而して時に滑壁を有せる大小の空洞を埋藏することあり。是れ粘液組織の軟化崩壞により生じたものなり。尙卵巢濾胞の増大により成れる小囊胞を有することあり。

第三百五十五圖
クルーケンベルヒ氏卵巣腫瘍(ルグランラフ)癌腫



- S 印環細胞(同様の細胞二個あり)
- 間質細胞は肉腫様に増殖せず

卵巣疾患

三、組織的所見。本腫瘍の最特異するところは組織的構造にあり。腫瘍の大部は卵巣基質の強き増殖よりなる結締組織の間質より成る。其纖維たるや表面に於ては細胞に富める緻密結締織なり。内部の軟なる部にありては粘液様變性を呈し甚だ鬆粗なり。

此纖維性基質の間に本腫瘍に特異なる腫瘍細胞あり。細胞原形質の全部は同質性硝子様透明にして空胞を見るが如し。核は細胞の邊緣に壓排せられて半月状をなす。従つて細胞の全形は恰も刻印を有する指環に髣髴たり。依つてクルーケンベルヒ氏は之を印環細胞 (Siegelring-Zelle) と命名せり。此種の腫瘍細胞は腫瘍の基質をなせる纖維性結締織間に或は單獨に、或は數個相集りて散在し、或は一列乃至數列に並び、若くは比較的大なる胞巢を形成す。而して此膨大せる印環細胞の外、尙腫瘍細胞として普通腺性癌に見る小なる圓形細胞あり。

又膨大細胞にして「エオジン」に染色する微細顆粒状の原形質を有するものあり。

クルーケンベルヒ氏は「本腫瘍の主要成分をなすものは卵巣基質結締織の強き増殖によりて發生せる細胞に富める纖維性組織なり」と考へ、之れを多細胞性纖維肉腫 (Zellreiches Fibrosarcoma) ならん看做せり。

而して「彼大なる印環細胞は其像甚だ上皮細胞に類似するを以て一見上皮細胞性なるが如し」雖、卵巣中何れの上皮性細胞又は内被細胞に於ても増殖の迹をも認めずして、是等より發生せりとする何等の根據を發見するこゝ能はざる。及印環細胞の基質を成す紡錘狀結締織細胞との間に幾多漸次の移行像を認め得たる二事よりして、該細胞を間質結締織細胞より移行生成せるもの之信じ、遂に本腫瘍を纖維肉腫なりと看做せり。而して彼印環細胞體の粘液様を呈せる特異の性状に對しマルシヤン Marchand の提言に従ひ粘液細胞性 (mucocellular) なる語を附し、更に上皮細胞に酷似せるの點及腫瘍の淋巴管系を經て他に轉移するの性状に對し癌性 (cancer-nomatodes) なる語を加へ、かくして本腫瘍に癌性粘液細胞性卵巣纖維肉腫 (Fibrosarcoma ovarii mucocellulare cancer-nomatodes) なる語を加へ、かくして本腫瘍に癌性粘液細胞性卵巣纖維肉腫 (Fibrosarcoma ovarii mucocellulare cancer-nomatodes) なる語を加へ、かくして本腫瘍に癌性粘液細胞性卵巣纖維肉腫 (Fibrosarcoma ovarii mucocellulare cancer-nomatodes) なる語を附與せり。

クルーケンベルヒ氏の腫瘍の本態

一九〇二年ワグネル Wagner は大網膜・腹膜等に轉移を有せる胃癌の一例を検索し、同時に存せる兩側卵巣腫瘍は肉眼的に組織學的造構に於てクルーケンベルヒの像を呈したりと。氏は此卵巣腫瘍の胃癌より轉移し來りたるものたるを確認し、而して其原發腫瘍は腺細胞癌にして實に膠性癌とすべきものなりしを以て、所謂クルーケンベルヒ氏卵巣腫瘍は實に胃膠性癌より續發的轉移性に來るものにして、而して彼膨大印環細胞は癌細胞の粘液變性により生ぜしものに外ならずとせり。

一九一〇年ウレスコ、ストロガノフ Uresko Stroganoff は三例の同腫瘍を報告せり。氏の例に於ては或る部に於て尙明かに圓柱上皮細胞よりなる腺管を認め得たり。而して斯かる腺管は間質結締織の強き増殖により漸次小なる部に分割せられて腺管の狀を失ひ、單に細胞索若くは細胞群となり、終に腫瘍細胞は分離せられて單獨散在性となり、以てクルーケンベルヒ氏腫瘍に特有なる像を呈するに至るなりとせり。斯くて氏はクルーケンベルヒ氏腫瘍は確かに上皮細胞性腫瘍即癌腫にして、且硬性癌とすべきものなることを主張せり。

其後學者の興味を喚起し多數の報告續出せり。而して組織的所見及其他的臨牀的諸關係に對しては齊しくクルーケンベルヒ氏の觀察を承認せり。雖、議論の燒點となりたるは腫瘍の組織本態なり。

今日に於ては本腫瘍をクルーケンベルヒの說けるが如く肉腫と看做すものなく大多數は癌腫と結論せり。諸家の所説を總括すれば大要左の如き項目となるべし。

- (一) クルーケンベルヒ氏腫瘍は續發性轉移癌にして最普通に胃及腸の癌腫を原發竈とす。
- (二) クルーケンベルヒ氏腫瘍は硬性癌にして而かも膠様癌なり。
- (三) クルーケンベルヒ氏腫瘍は本來間質的肉腫様變性を起せる續發性卵巣癌即一つの癌肉腫 (Carcinosarcoma) なり。

本腫瘍に特異なりとせらるゝ印環細胞は小窩腫細胞の粘液様變性によりて發生するものなり。従つて普通染色法に卵巣の腫瘍

ては透明なる原形質は、「チオニン」及「ムチンカルミン」を以て着色せしむることを得るなり。而して其變性の原因に關して西岡(道雄)學士中外醫事新報 第八百四號の研究せるところによれば「一部は栄養障礙による退行變性なり」と雖、主として原發腫瘍細胞の有せる粘液化すべき性質を此轉移瘤に於て發揮せるに因るものなり」と云ふ。又同學士は腫瘍細胞の散在性・浸潤性配列の成因に關しては既記ウレスコ、ストコガノフの所説を承認せり。從來本腫瘍は甚だ珍奇なりと看做されしも、實は然らずして比較的屢遭するものなり。著者も亦其數例を経験せり。

上述の如くク氏腫瘍の大多數は續發性なるも稀れに原發性なることありと云ふ(Kraukenberg, Schenk, Glockner, Salkowlander, Frankl)。

卵巣癌の臨牀的一般性質

卵巣癌の大多數は兩側に發生す。(バンチンスタールは其頻度を九〇・九%なりと云へり)而して假令他側は健康に見ゆるも組織的には癌發生を證明し得るものなり。

發生年齢は三十年代乃至五十年代に最多しと雖、思春期前に見ること少なからず。多數のものは(Liberti, Weiland 七八%)早期に腹水を發生す。但靱帯内に發生せるものにては之れを缺如す。

發育は常に破壊性にして急速に蔓延す。即連續性に周圍の腹膜面に及び、終には廣汎なる腹膜癌を發生す。又骨盤結締織・輸卵管・子宮體・直腸・後腹膜淋巴腺(時に鼠蹊腺)等に蔓延す。

稀れに血管によりて肝・胃・腸・骨・乳腺・腎等に轉移することあり。而して二つ以上の臓器に同時に癌腫を證明せる時、其孰れが原發なるかを決定するは甚だ困難なるものにして大に慎重ならざる可らず。

三 卵巣纖維腫及纖維筋腫

卵巣纖維腫(Fibroma ovarii)は卵巣の間質結締織より發生する甚だ稀有なる腫瘍なり。瀰蔓性纖維腫(Diffuses Fibrom)と限局性纖維腫(Zirkumskriptes Fibrom)の二種あり。

最普通なるは瀰蔓性腫瘍にして卵巣全部腫瘍に變化す。多くは卵巣の原形を保有し、表面滑澤にして大小種々の結節隆起あり。表面殊に割面の色は雪白なり。且一側にして有莖なるを普通とす。手拳大より大人頭大に達することあり。限局性腫瘍は多く表面腫瘍にして卵巣の表面に小なる結節狀・乳頭狀の隆起を形成す。時として有莖なることあり。

組織的には結締織細胞と纖維とよりなる。其混合割合は一様ならず。時として結締織細胞甚短かく紡錘形をなし、肉腫との鑑別甚困難なるものあり。

硝子様變性・水腫・石灰化・出血等の續發性變化を起すこと少なからず。又囊腫と合併することあり。

纖維筋腫(Fibromyom)は一層稀有なる腫瘍にして纖維腫の結締織纖維間に多少の筋纖維を有するものなり。極めて稀れに筋纖維の量結締織より多量となり、子宮筋腫の如くなることあり。

卵巣腫瘍に於ける筋細胞の由來に就きては血管の筋層を考ふるもの多し。然れども卵巣には血管の外尙正常に筋纖維を有すと云ふものあり。

卵巣纖維腫は極めて徐々に發育する良性腫瘍なるも多くの場合腹水を伴ふものなり。之れ腹膜の器械的刺戟に因るなり。

四 卵巣肉腫 [附] 外被及内被細胞腫

卵巣肉腫は左程度、見る腫瘍にあらず。其頻度は報告者によりて一様ならず。

頻度

發生年齢

全卵巣腫瘍に對する卵巣肉腫の頻度に關して Schröder 一・六%、Friggihon 一・七%、Lippert 二・五%、Franzenstiel 五・三%、Hofmeier u. Vilis 七・五%。

本腫瘍は孰れの年代にも見られることを得るも、殊に若年者に發生する傾向あり。従つて小兒甚しきは胎兒に於ても見たりと云ふものあり。

Savariend u. Cuihal は三歳、Marchand は四歳の小兒に、Leopold, Flatau は共に十四歳以下の少女に實見せりと云ふ。又假性牛陰陽(Pseudohermaphroditie)に屢、本腫瘍の發生を見たる報告少なからず。(Wolf, Margan u. Pizzi, Mikulavick, Walkowitsch, Kozel u. v. a.)

兩側に發生すること比較的多數なるも、其頻度癌腫の如く屢ならず。スタウデル Stauder は三三%にウエルムート Wernuth は二六・九%に兩側發生を見たりと云ふ。

本腫瘍の臨牀的性質は特發性卵巣癌腫と同様にして、急速なる發育をなし腹膜面に蔓延し轉移を發生す。又肉眼的所見(外形・剖面・退行變性)等も亦殆ど差異なし。従つて手術前は勿論、別出標本に就きても亦兩者を確實に區別すること困難なり。

又纖維腫・囊腫・癌腫と合併すること比較的多數なり。

組織的には圓形細胞・紡錘形細胞等にして巨大細胞肉腫は稀有なり。甚だ稀れに黒色肉腫(Melanosarcom)を見ることあり(Bab, Arch. f. Gyn., 79)

卵巣肉腫の多くは原發性なるも時として續發性として子宮其他の内臓肉腫よりの轉移なることあり。

卵巣肉腫の一特異型とも見るべきものに外被細胞腫(Peritheliom)及内被細胞腫(Endotheliom)の二種名せり。

あり。普通の肉腫は卵巣基質の増殖によりて發生するものなるに、外被細胞腫は血管周囲の結締織より發生し、内被細胞腫は血管及淋巴管の内被細胞より發生するものなり。其組織的構造は屢、癌腫と酷似せる胞巢を形成す。内被腫に於て殊に然り。

五 皮膚様囊腫及畸形腫

皮膚様(皮様)囊腫(Dermoidcyste)は畸形腫(Teratom)と共に内中外三胚葉の生成物を有する腫瘍にして、兩者を總括して胎兒腫(Embryom)と稱す。胎兒形成の不成功に終りたるものと見做すべきなり。ウィルムス Wilms は皮様囊腫を囊狀胎兒腫(Cystisches E.)と云ひ畸形腫を充實性胎兒腫(Solides E.)と命名せり。

甲 皮様囊腫

本腫瘍の頻度は人種に於て差異あるものゝ如し。全卵巣腫瘍に對する本腫瘍の百分率は歐洲人にては平均一〇%なるも、日本人にては平均約二〇%なり。ストラスマン Strassmann は一般に胎兒腫は白哲人よりも他の人種に多數なりと云へり。

歐洲] Zweifel 五・七%、Schaua 九・六%、Fehling 七・一%、Martin 九・九%、Fritsch 八・九九%、Lippert 一〇・三五%、Franzenstiel 一一%、Mihlenhein 一一・〇%、Segalowitz 一一・六七%。

日本] 吉田(一一%)、山田(一一・六%)、北川(一〇・三%)、芳賀(三〇%)、池田(二五%)、緒方(二七・四五%)、佐藤(動(二三・三七%)、佐藤(松)(二三〇%)、山崎(三四・九七%)。

一 肉眼的所見 典型的皮様囊腫は球形にして常に單房性なり。櫻實大より大人頭大に達し得る腫瘍なりと雖、最普通に見るものは手拳大・小兒頭大なりとす。多くの場合卵巣の全部腫瘍に變化するも、

卵巣の腫瘍

胎兒腫

頻度

壁の一部に卵巣實質を止むること稀有ならず。時として莖を以て腫瘍と結合することあり。
一側卵巣に一個の囊腫の發生するを常規とするも、時として同一卵巣に數個又は其以上見ることあり
云ふ。

Hofmeier は一側に四個、他側に七個の分離せる皮様囊腫を見たりと云ふ。又 Franquie の記載によれば一側十一個、兩側に二十
一個發生せるものありたりと云ふ。

又附屬卵巣等に發生せる例を報告せるものあり。

巨大なる皮様
囊腫

囊狀腺腫と皮様囊腫との合併を見ること敢て稀有ならず。殆ど常に多房性の假性「ムチン」性囊腫にし
て乳嘴狀毛上皮囊腫と合併することは極めて稀なり。此場合兩腫瘍間の隔壁破壊し外觀上單房性囊腫
と變化せること少なからず。かくして巨大なる皮様囊腫を形成するなり。

表面滑澤にして多く青白色を呈す。硬度は腫瘍の部位及生體に於けると剔出標本とによりて一様なら
ず。一般に生體にては硬固なるも、剔出標本にては寧ろ粘土様軟にして水腫皮膚の場合に於けるが如く
指壓によりて陷凹を残す。之れ内容の特性によるものなり。一局部に特に硬固なる部ありて時に骨様
硬度を觸るゝことあり。

壁は多く厚くして假性「ムチン」性囊腫に近似す。

本腫瘍に最獨特にして而かも毎常認め得らるゝものは特異なる内容と特異なる組織成分なり。

(一)皮様囊腫の内容は體温にては半流動性にして濃厚なる油狀又は粥狀（皮様囊腫、Dermoid）と稱ぶものありなれども、手術
的に剔出する時は通常の室温に於て直ちに凝固して黄色「バター」と酷似せる固形體に變する性あり。其
主成分は囊腫内に存する實質組織たる皮膚より分泌せられたる脂肪（皮脂）なり。其他剥脱せる上皮細胞・

特異なる内容

細胞破壊物、時として「ヒヨレスチアリン」結晶を見ることあり。

又他腫の卵巣囊狀腺腫と合併せるものにては隔壁の破壊によりて兩内容の混合を起す場合あるや勿論
なり。

脂肪塊皮様囊
腫

稀れに流動性粥狀の内容を有せずして、豌豆大・榛實大位の白色又は黄色なる無數の脂肪塊を容るゝ
ことあり。如斯き者を脂肪塊皮様囊腫（Ettkeugeldermoid）と稱す。而して脂肪塊の發生に關しては多く
の異議あり。一部の學者は莖捻轉に關係ありと云へるも確實ならず（Latzko, Gyn. Rundschau, 1910 S. 456 参照）。

毛髮

内容中に殆ど毎常見出し得るものは毛髮なり。これは腫瘍實質に發生せる毛髮の脱落せるものにして頭
髮に屬す。甚だ稀れに陰毛なることありと云ふ（Axel Key u. Askanaazy）。

毛髮は通常甚だしき長さを有し時に「メートル」に及ぶことあり。内容中に少數に混在することある
も、甚だ多量にして脂肪にて固着し鶏卵大・手拳大の毛「タバ」又は毛毬（Hanknuel）を形成すること少
なからず（第百三十圖参照）。Askanaazy は毛髮の長さ及量は腫瘍攜帶者及腫瘍自己の年齢に關係すと
主張せしも謬説なるが如し。

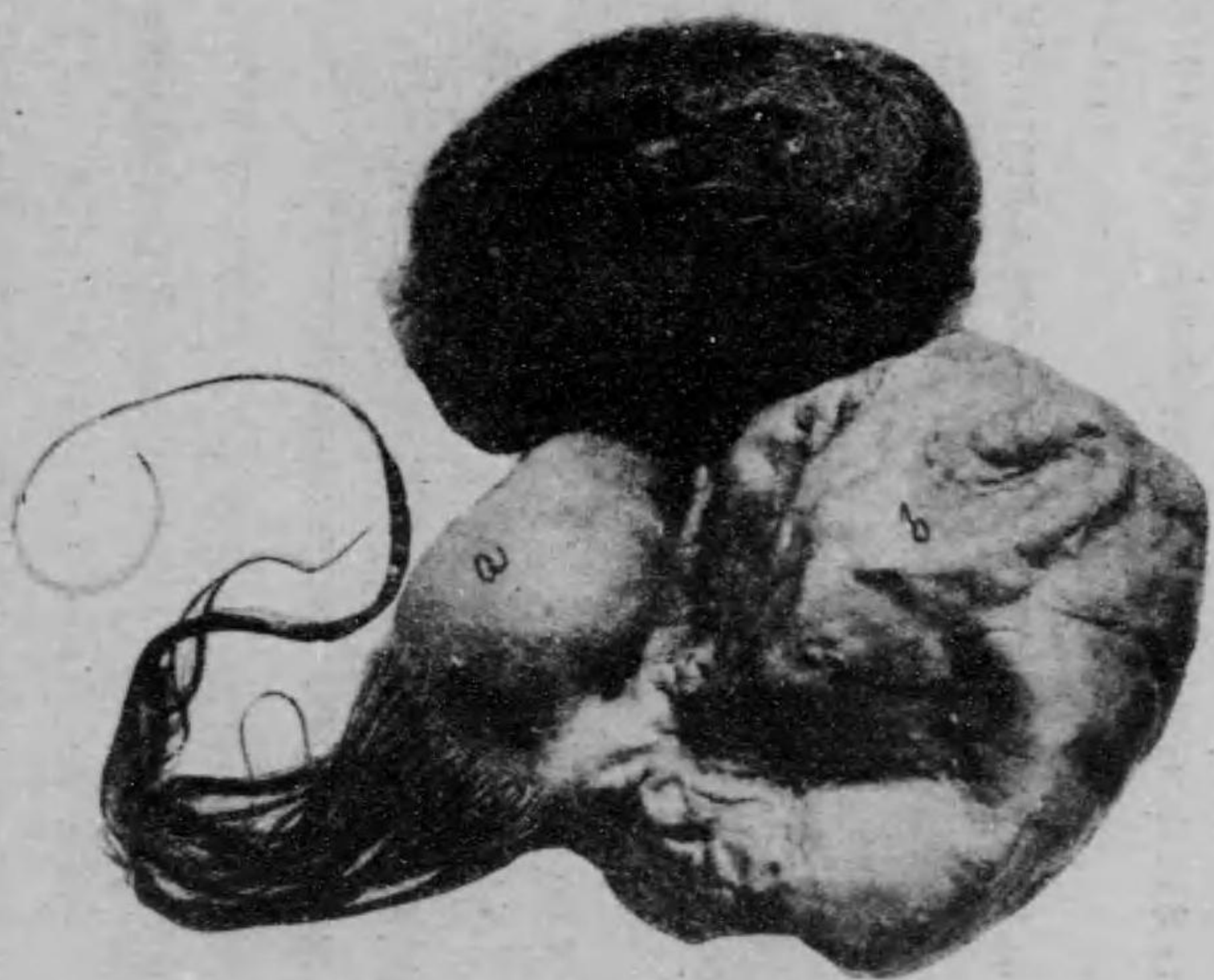
毛髮の色調は歐人にては麻色（Blond）・赤色・褐色乃至黒色にして、稀れに灰白色或は白色なることあり
と云ふ。而して白髮は必ずしも患者及腫瘍の老年を意味するものにあらず。又同一腫瘍にても幾多の色
調を混在することあり。

山崎（正董）博士の日本人八十四例に就きての調査によれば、黒色より白色に至る各階級を有じ、内四例は混色にして他の八十
例は單色なり。中黒色十七例、暗褐色乃至褐色五十四例、褐赤色二例、麻色及銀白色各一例なり。而して當該患者の頭髮は六

卵巣の腫瘍

皮様囊腫體
實質突起

第三百七十七圖
皮膚様囊腫體(大京婦人科所藏)



特異の内容を去り、囊腫壁を翻轉し内面を露出せる状態
(a) 實質突起(長き毛髮發生す)
(b) 囊腫内面上方の黒塊は囊腫内に在りたる毛種なり。

例に於て僅に白髪を混ぜる外、他は悉く黒色なりきと云ふ。
尙腫瘍内に銀白色の毛髮を有せし十九歳九ヶ月の女子を實驗せりと云ふ。

(二) 内容を取除きて腫瘍の内面を窺ふに大部分は全く滑澤なれども、孰れかの部位に常に毛髮を發生せる皮膚様の隆起部あり。之れを皮様囊腫體(突起) (Dermoidzapfen) 又は實質突起 (Parenchymzapfen) と稱し本来の腫瘍實質なり。實質突起の常在組織が皮膚なるは本腫瘍名の由來するところなり。

組織成分の如何によりて一様ならざるも多くは不恰好なる指頭形にして約拇指頭大より鶏卵大までなり。

實質突起の成分

第三百八十八圖
皮膚様囊腫體の實質突起(ルクラフ)



組織成分
上方より
數ふれば
皮膚上
皮・無數
の皮脂
腺・起毛
筋・唾腺・
甲狀腺及
軟骨等な
り。

稀れに著明なる突起を形成せずして平板状なることあり。
腫瘍實質たる實質突起は殆ど生理的配列をなせる三胚葉の成生物を含有す。然れども最普通に見るは外胚葉に屬する皮膚・毛髮及齒牙なり。尙中胚葉に屬する硬骨・軟骨及結締織を見ること少なからず。然れども内胚葉成生物は寧ろ稀有なり。
皮膚は頭蓋皮膚に相當し毛は頭髮なり。齒牙は單に結締織内に埋没するか又は顎骨内にあり。其數は多

く一乃至數個なるも時として甚しく多數なることあり。シムナーベル Schnabel は百個、ブルケー Plouquet は實に三百個を實見せりと云ふ。稀れに齒牙更換 (Zahnwechsel) を見る、リツあり (Rokitansky)。突起斷面を見るに皮膚の直下にありて突起腫瘍の大部をなすものは脂肪織なり。

其他肉眼的に實見せられたる成分としては喉頭・氣管・爪を有する手指・肋骨・肩胛骨・鎖骨・脊椎骨等あり。尙腺組織として甲狀腺・乳腺・胃・腸・尿道・神經組織として廻轉 (Gyrus) を有する腦髓あり。甚だ稀

れに實質突起全部が既に不完全に發達せる一胎兒なることあり。

例へば *Repan* は全骨格系統を有する完全なる胎兒基質を見たりと云ふ。

(三) 組織的所見 實質突起の最普通なる組織的所見は頭皮に於ける所見と殆ど同様なり。殊に著明なるは皮脂腺の旺盛なる發育なり。毛髪には明かに立毛筋を有す。皮下の厚き脂肪層は脂肪膜 (*Panniculus adiposus*) に相當す。又歯牙の原基を見ること少なからず。

其他發見せられたる顯微鏡的成分としては甲状腺・多くの神経節細胞を有する神経組織・眼原基・内耳原基・軟骨等なり。横紋筋を見ること稀なり。淋巴管に乏しからざるも血管は少くして且稀れに見るものなり。

要するに今日まで人體組織の大部を發見し得たりと雖、尙生殖腺を見たる者なし。卵膜も亦同様なり。

實質突起以外の囊腫内面は一層の骰子形又は扁平上皮を以て被はる。甚だ大なる囊腫にては一部の上皮を失ふものあり。壁内に炎症性浸潤・「プラズマ」細胞等を見ること稀ならず。

(四) 臨牀的性質 皮様囊腫の大多數は一側に發生し且他種の腫瘍よりも長き莖を有す。兩側に發生するもの約一〇%、廣帯内なるもの六% (リッペルト) なりと云ふ。妊娠と合併すること比較的多數なるも其理由は不明なり。

一般に小兒頭大までの卵巢有莖腫瘍は自然的には子宮の後方ゾーグラス氏窩に在るを常とするも、皮様囊腫は子宮の前方膀胱子宮窩の中央に位するもの甚だ多し。其詳細は後述診断の條下を参照すべし。

本腫瘍は孰れの年代に於ても見るものなるが、三十歳乃至四十歳 (*Scholl*) 又は二十歳乃至四十歳 (*O'Phaughsen*, *山崎*) に最多し。思春期前又は十歳以下の少女に見ることあるも甚だ少數なり。初生兒及胎兒に見

皮様囊腫の特
異なる位置

ること極めて稀有なり。

山崎博士の七十七例に就きての統計によれば十歳以下 (一・四%)、十一歳乃至十五歳 (二・八%)、十六歳乃至二十歳 (九・八%) にして二十歳乃至四十歳 (六一・九%) なりと云ふ。

Eskendervar は八歳の少女に大人頭大の腫瘍を實見し、*Repan* は十ヶ月の小兒に葡萄房大の腫瘍を見たりと云ふ。

皮様囊腫は囊狀腺腫に於けるが如く増殖性腫瘍にあらずして寧ろ滲溜囊腫の一種とも見るべきものなり。従つて皮膚分泌物の滲溜と共に極めて徐々に増大す。手術前又は剖検前二十年又は尙以上の長年に亘りて腫瘍の存在を證明し得たるもの稀有ならず。解剖上にも亦破壊的増殖を見ることなし。

要するに續發變性を起さざる皮様囊腫は臨牀上にも解剖上にも全く良性の腫瘍なり。然れども時として破壊によりて腹膜面に移植轉移 (*Implantations-metastase*) を起すことありと云ふ。

又癌腫^{主として扁平上皮癌}に變性するものあり^{リッペルトは約三%なりと云へり}。極めて稀れには肉腫變性をなすことあり。

乙 畸形腫

畸形腫は皮様囊腫の違型的變形とも見るべきものにして、同じく三胚葉生成組織を有するも、皮様囊腫に於けるが如く一定の配列をなすことなく全然不規則に散在し、且多くは完成せる組織にあらずして胎生的状態にあるものなり。

本腫瘍は極めて稀有なるものにしてフランケー *Franque* の記載によれば、今日まで報告せられたるもの約四十例なりと云ふ。

通常充實性腫瘍なるも時に多數の囊腫を有することあり。表面滑澤且凹凸不平にして球形又は橢圓形

卵巣の腫瘍

なり。且多く有莖なり。剖面を見るに大小・色・形及硬度を異にせる無数の部分が結締織により区割せられ、處々に囊腫を見ること多し。時として毛髪を見ることあるも毛毬を形成することなし。又皮脂を藏する大なる空洞を見ることなし。

組織的には悪性的態度明瞭ならざるも、臨牀上には甚しく悪性にして移植轉移をなし、血管・淋巴道によりて轉移を形成す。而して轉移の多くは肉腫様なるも亦癌腫様なること稀有ならず。

時として單に或一種の組織のみ特に旺盛なる發育をなせる畸形腫あり。其好適例は卵巣甲状腺腫(Stroma ovarii)にして、頸部甲状腺腫と同一の構造を有する悪性腫瘍なり。

三 卵巣腫瘍の續發症及合併症

卵巣腫瘍は發育の經過中に於て種々なる續發症を起すものなり。其主なるものは莖捻轉・破裂・傳染及化膿・癒着等なり。又各腫瘍の條下にて述べたる悪性變化も亦其重要なものなり。尙治療上屢、問題となるものは妊娠との合併なり。左に各に就きて其概要を敘述すべし。

一 莖捻轉 (Stieltorsion)

移動性腹腔臓器又は腫瘍中最屢、軸捻轉 (Achsendrehung) を起すものは有莖卵巣腫瘍にして、之れに次ぐは腸管・輸卵管囊腫、最稀れなるは子宮體なり。

茲に莖捻轉と稱するは其結果として腫瘍の血行障礙を續發するに至りたる場合を云ふ。僅か九十度内外の莖捻轉は卵巣腫瘍が小骨盤より腹腔内に上昇するに當りて殆ど常に發するものにして、第五九〇頁參照何等の障礙をも起さざるものなり。血行障礙を起すには少くとも百八十度の捻轉を要するなり。故に「莖捻

卵巣甲状腺腫

莖捻轉の意義

捻轉方向の定義

キュストチル氏法則

定型的捻轉

轉とは二直角以上の軸捻轉なり」と云ふ定義を下すことを得。
頻度。莖捻轉を起すべき有莖腫瘍の頻度は報告者によりて一様ならざるも、約一〇乃至二〇%なりと云ふことを得べし。

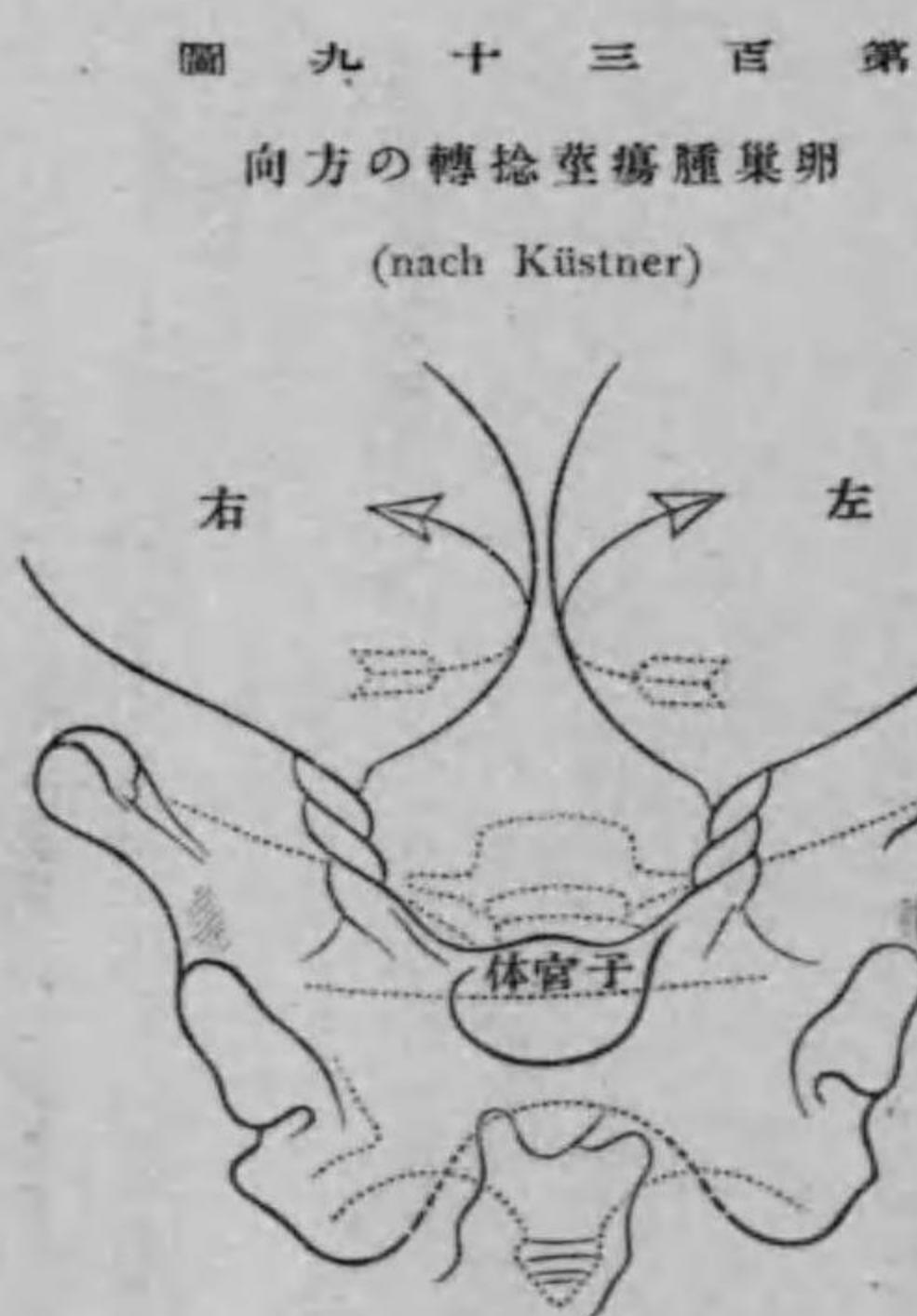
山崎(二二・六二%)、本多(九%)、Plammenstaël(二五%)、Kistner(一五%)。

捻轉の方向。莖捻轉の方向により右捻轉及左捻轉を區別するは各臨牀家の一致するところなれども、捻轉方向の定義に就きては報告者の見解一様ならず。従つて或者の右捻轉と信せる方向は、他の者は左捻轉なりと解釋す。故に定義を確立するは學術報告をなす上に於て甚だ重要なり。本問題に關し最有名なるはキュストチル氏法則(Das Kistner'sche Gesetz)にして、之れに對し正當なる批評と簡便なる判定法を案出せるは本多(操)學士なり。左に同氏の調査報告を摘録すべし。日本婦人科學會雜誌第七卷第三號大正三年

法を案出せるは本多(操)學士なり。左に同氏の調査報告を摘録すべし。日本婦人科學會雜誌第七卷第三號大正三年

「一八九一年オット、キュストチル Oit Kistner は卵巣腫瘍の捻轉に關する規定を公にせり。其以前にありては卵巣腫瘍は何れの方向にも捻轉し得るものなり、乃ち内より外に、外より内へも捻轉し得ると信ぜられたり。(W. Freund, Thom, Ols-hansen)然るにキュストチルは自己の確實なる記録より「卵巣腫瘍の捻轉は右側腫瘍は左捻轉し左側腫瘍は右捻轉を營むを常とす。斯くの如く捻轉せるを定型的捻轉と云ひ、然らざるを違型的捻轉とす」と云へり。之れをキュストチルの法則と云ふ。而して同氏の所謂左捻轉・右捻轉と云へるは「物理的數學的の概念

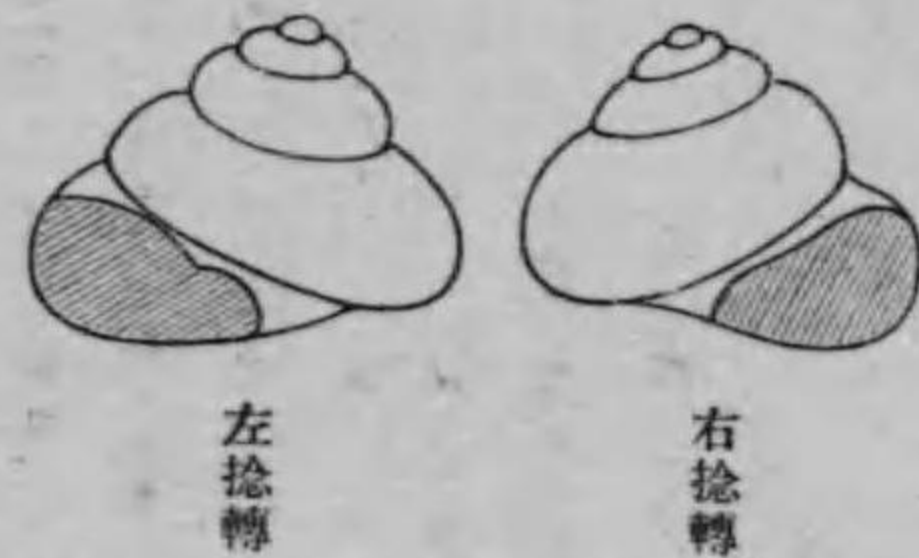
卵巣の腫瘍



より吾人が旋階段を上昇するに當り、常に右より左に進む時は其腫瘍は右捻轉なりとし、此階段の中軸は常に吾人の左側に在り、之れに反する時は左捻轉なり。乃ち莖の捻轉も亦同様の意義なり」と。Pranzenstel, Velt, Kunge 等皆之れを信じて此規約に従へり。

然るにシウター、Schmitt 氏は全く之に反する意味に於て左右捻轉を解釋せり。乃ち「旋階段を上昇する時其中軸が常に右側にある時を右捻轉と云ひ之に反する時は左捻轉とす」と。乃ち同氏の師たるマルチンの流を唱道せるなり。Schmitt 氏は其著書に於て吾人が手術に當り捻轉せる卵巣腫瘍を發見するや「其捻轉が腫瘍の右角が患者の恥骨結合上を越えて左側に回轉し居る時は左捻轉とし、左角が右側へ捻轉し居るときは右捻轉とす」と。Schmitt 氏は乃ち之に従へるものにして同氏は更に臍帯の捻轉を定むるも亦之に従ふべしと論ぜり。

第四百十圖 殻螺に於ける轉向方



は其れを左捻轉とし向つて右側にある時は右捻轉とす」と。之れキュストチル氏の名稱に一致せるなり。解剖學上吾人の内耳中に位する蝸牛殻も同様の意味に於て左側のもは左捻轉を營み右側のもは右捻轉を營むる事實の證明する處なり。物理的器械學上如何を京都理工科大學教授永博士に問ふ。氏曰く「物の捻轉又は回轉の方向に就て何れを陽(Dorsal)とし何れを陰(Ventral)とすべきかは目下萬國諸學者の議論ある處なるも通常用ひらるる「テヂ」は右螺旋なりと云ふことは一般に用ひらるる規約なり。建築學上螺旋階段の如きも吾人が上昇せんとする時吾人の右側になるべき部分が常に左より高くなり行く時は

右捻轉と云ひ之れに反し左側の高くなり行く時は左捻轉と云ふ」と。之れ亦キュストチル氏の名稱に一致す。更に解剖學上吾人の頭髮の渦状を呈する時其捻轉の名稱如何をエシュリヒト Eschricht の原著に就て見るに、確實なる記載を缺くと雖、左側より前方に次で右側に向つて流るる渦状毛髮流は最も普通に見る處のものにして、之れを「左り巻」と爲すと。之れ亦キュストチル氏の規約と一致す。

以上各方面より之れを総合し見るに Kistner, Pranzenstel の用ゆる捻轉の名稱を以て最も廣き意味の規約と爲し得ることを信ず。乃ち最も簡略に Pranzenstel の所謂「ロルクスキ」の如き螺旋を右捻轉とすと云ふを以て盡し得るなり。然りと雖、時に此簡單なる例證さへ何れに捻轉せるか事實に當り思ひ惑ふこと往々聞く處なるを以て、余は手術に際し腫瘍の捻轉を認むるや「先づ兩手を以て其腫瘍を持ち捻轉せる方向に回轉を試み、若し吾人の右手が前に回り、左手が自己に近づくが如き捻轉なる時は之れを右捻轉とし、若し左手が前に進む時は左捻轉とす」と記憶するを以て簡明なりと考ふるなり。此捻轉の名稱は産科に於て臍帯の捻轉を記載するに當り亦用ひ得べし。Schmitt 氏は吾人と反對の記載を用ゆるも Winkel, Kunge 等に從ふ時は吾人の一致するを悦ぶなり。余は數人の産婆諸姉に就て其捻轉を試問せるに各答ふる處異なるを知りたり。故に茲に附加し以て臍帯の捻轉を定むることの冗言に非ざるを信するなり」と。

今文獻をたづぬるに莖捻轉の方向は多數に於て此キュストチル氏法則に従ふものなり。例へば定型的捻轉を營みしもの Lippert 八〇・九五%、Bücher 七八%、Wedekind 八五・七%、山崎七・九五九%、本多七〇%なり。而して本多氏によれば「定型的捻轉は腹腔内に他の腫瘍なき場合に見るものにして、もし他側卵巣腫瘍又は他の内臓器腫瘍の存在する時及過大なる腫瘍にありては不定型捻轉を營むこと多し」と云ふ。

捻轉の度(回数) 其頻度は必ずしも一樣ならざるも百八十度乃至三百六十度に互るもの最多し。六回(二直角を一回とす)の捻轉を見たるものあり。時として捻轉數回に及び終に莖の離斷を起すに至ること

敢て稀有ならず。著者も亦其二例を経験せり。

捻轉の發生は或は急速に行はれ或は徐々に行はるゝなり。

捻轉を起す腫瘍の種類。有莖腫瘍なれば如何なるものと雖、捻轉を起し得るものなり。

然れども最普通に見るものは囊腫にして殊に皮様囊腫は捻轉を起し易き素因を有す。充實性腫瘍は比較的少數なり。而して一般に莖の短かき肉腫・癌腫等よりも莖の長き纖維腫に屢なり。一般に腫瘍の移動性大なるほど、莖の長きほど捻轉を起し易し。且甚しく小又は甚しく大なるものよりも中等大の腫瘍に最屢、見るものなり。而して巨大腫瘍は捻轉を起すこと稀なり。

捻轉の原因。學者によりて意見を異にす。雖、實際上單一のものにあらずして個人的に差異あるべきものなり。

今左に原因の主なるものを列挙すべし。

(甲) 主として腫瘍自己の力に由りて捻轉する場合。

一、腫瘍が骨盤内より腹腔内へ上昇するに際して腸管の蠕動及其種々なる程度の緊満状態の影響を受け、正規的捻轉(第五九〇)が病的捻轉に變化す(Kirchner)。

二、腫瘍の不平等なる發育増大・不平等なる密度(部位的重量の差・自然破裂による急速なる容積減少等)。

(乙) 主として腫瘍以外の力に由りて捻轉する場合。

一、急速なる腹内壓の變化。例へば急速なる運動(舞踊・墜落・屈伸)・過度の努責・咳嗽・嘔吐等なり。又分娩及産褥に於ける子宮容積の變化も亦同一の意義を有す。

二、同時に發育増大する子宮・他側卵巣又は他内臓の腫瘍を合併する時。妊娠も亦同様の意義を有す。

三、腹壁の弛緩も亦有力なる誘因となる。従つて莖捻轉は經産婦に多く未産婦に少ない。

(山崎氏によれば五十例中經産婦六四%、未産婦三六%。本多氏によれば三十三例中經産婦七五・七%、未産婦二四・三%なり)。

四、又時に診察によりて捻轉を起すことあり(Olshausen, Plannschel, 本多等)。

捻轉による解剖的變化。捻轉の結果として起る解剖的變化は捻轉の程度殊に其發起の急激なるか又は緩徐なるかによりて一様ならず。

急激に起れる莖捻轉によりては、莖中を走る菲薄なる靜脈は容易に壓迫閉鎖せらるゝも、厚くして強靱なる動脈管の血行は中斷せられざる爲め、茲に甚しき鬱血を突發す。其結果充實性腫瘍にありては實質内に滲透性の血液浸潤を起し、囊腫にありては壁及内容中に出血す。腫瘍表面は全部又は斑紋狀に暗赤色を呈し、陳舊性となれば暗褐色となる。内容も亦出血の新舊により、暗赤色より「チョコレート」様となる。

囊腫にありては捻轉と共に著しく容積を増大し時に短時間内に二倍大なることあり。其結果或は自然に破裂し又は壓によりて破壊し易くなり、時として乏血死に至ることあり。然れども多くの場合は出血中止し陳舊性となり種々の續發變化に陥る。每常必發の變化は癒着なり。其他壊死・化膿・腐敗に陥り稀れに萎縮することあり。強度の捻轉により莖の離斷を起すも多くは癒着せる大網膜より血液の供給をうけ榮養障礙に陥ることなく發育を繼續し得るを常とす。Chalot はかくして生じたる新舊莖の再び捻轉せるを實見せりと云ふ。

捻轉軽度なるか又は極めて徐々に發起する時は出血を起すことなくして、却つて浮腫に陥るものとす。此場合は捻轉部より腫瘍に至る莖は數倍の大きに膨大するものなり。

腫瘍莖の捻轉と共に子宮の軸捻轉を伴ふことあり。

二 囊腫壁の破裂

囊状腫瘍の破裂は或は腫瘍自己の力(内容増加による内圧の亢進・又は増殖細胞の侵蝕作用)により或外力(衝突・打撲・診察・分娩・性交)により、又時として壁の壊死・脂肪化等の退行變性に續發することあり。莖捻轉に起因して破裂することあるは既述の如し。又往時は穿刺によりて屢、破裂を誘發せりこと云ふ。破裂の結果は常に一樣ならず。不幸にして血管の破壊を來せば内出血を起し、時に死の轉歸を齎ることあり。又最普通に見る内容の腹腔漏出に於ては、單純なる滯溜囊腫の内容は何等の障礙なく吸収せらるゝも、其他の眞正腫瘍内容の運命は必ずしも吸収のみならずして、時に腫瘍の腹膜移植を續發すべきことは各條下に敘述せるところなり。

三 傳染及化膿

卵巣腫瘍殊に囊腫は傳染及化膿を續發すること稀ならず。就中最屢なるは皮様囊腫なり。

傳染の原因は卵巣炎に於けると同様なるも特に重大なる意義を有するものは腫瘍の癒着と腸管及不潔なる穿刺なり。

皮様囊腫の傳染傾向大なるの理由に關しては多くの異説あり。然れども同腫瘍は甚だ莖捻轉(從つて癒着)を起し易きこと、並びに其特種なる内容は殊に細菌の繁殖に好都合なること等は主要なる原因と見るべきものならむ。

化膿せる卵巣囊腫の運命は輸卵管膿腫・卵巣膿腫と全く同一にして、癒着せる近接臓器に破壊穿孔するなり。

四 癒着

腫瘍が表面上皮を以て被包せらるゝ限りは如何に大なる者なりと雖、他の臓器と癒着することなし。

反し、上皮を失ひたる腫瘍は極めて容易に癒着を形成す。換言すれば癒着はすべて表面上皮の消失によりて發生するものなり。而して上皮消失の原因中最屢にして最強度の癒着を起すものは莖捻轉による榮養障礙なり。

其他傳染・外傷・穿刺も亦其原因となる。又悪性腫瘍はすべて其晩期に於て表面を破壊し高度の癒着を營むものなり。

五 悪性變化

卵巣腫瘍の悪性變化は比較的屢、見るものにして多く癌腫變性なり。肉腫變性は寧ろ稀有なり。

卵巣腫瘍中最多く癌腫變性に陥るものは漿液性乳嚢性囊腫及皮膚様囊腫なり。假性「ムチン」性囊腫に見ること少なし。

如斯き悪性變化は孰れの年代にも見るものなれども、多くは經閉期を過ぎたる老年期なり。この點は良性卵巣腫瘍(殊に囊腫)の取扱上注意すべきところなり。

六 妊娠との合併

假令卵巣の兩側共に腫瘍に變化せりとも、尙排卵機能を有する健康部を殘存せる以上は妊娠し得べきものなり。従つて卵巣腫瘍と妊娠との合併例に遭遇すること敢て稀有ならざるなり。

妊娠と合併する腫瘍中最多きは皮様囊腫にして、囊状腺腫之れに次ぎ、實質性又は悪性腫瘍は甚だ稀有なり。

通常一側にして兩側なること少なし。

四 卵巣腫瘍の症候

卵巣腫瘍の臨牀的症候は續發症の有無によりて著しき差異あり。故に之れを區別して論せざる可らず。

甲 續發變化を起さざる卵巣腫瘍

卵巣腫瘍にして何等の續發症を起さざる間は自覺障礙は比較的僅微なるものなり。而して障礙の強弱は莖の有無及囊腫なる否充實性なる否、良性なる否悪性なる否によりて著しき差異あり。手拳大までの有莖囊腫は殆ど何等の障礙を起さず。従つて多くの場合偶然に發見せらるゝなり。小兒頭大以上となり小骨盤より腹腔内を上昇し腹壁上より觸知するに及び細心なる患者の注意を喚起するに至るなり。大人頭大以上となれば多くの婦人は單に「腹腔腫瘍」の主訴を以て醫を訪問するに至る。

全然醫療を等閑に附し腫瘍の發育増大するに任せ、極度に腹腔を充たすに至れば遂に壓迫障礙の發起を免るゝこと能はず。即胃腸機能に影響を及ぼし、食物の攝取及消化を害し、横隔膜を壓上して呼吸困難を來たし、大靜脈を壓迫して腹壓・外陰部に浮腫を發す。斯如きに至りても一般状態は長き間著しき障礙を受くることなし。殊に疼痛を發せざる爲め尙醫治を躊躇するもの少なからず。かくして終には卵巣惡液質(Kachexia ovarica)の状態に陥り、腫瘍の重量は患者の體重よりも遙かに大となり第五九六頁マルチン氏の例參照甚しく羸瘦せる軀幹及四肢は恰も腫瘍の附屬物の如き奇觀となり、稍、特異の顔貌(所謂卵巣顔貌 Facies ovarica)を呈するに至る。結局衰耗状態(Marasmus)にて死の轉歸をこる。如斯きは多く頑迷無智の婦人に見るものにして、疾患に對する一般の知識増進し適當の時期に手術を決意する者次第に多きを加ふるに從ひ漸次減少すべきものなり。

廣韧带内に發育するか又は或原因により小骨盤内に固定せらるゝ腫瘍に於ては、比較的早期に骨盤内

壓迫症候

卵巣惡液質

壓迫症候(下腹部膨滿の感・腰痛又は薦痛・利尿及排便困難・大腿に放散する疼痛・浮腫及靜脈瘤等の鬱血徵候等)を現出す。従つて醫の門を叩くもの多く且早期なり。

以上の諸關係は充實性腫瘍に於て一層著明且強度なり。此場合は假令有莖のものに雖、早期に諸種の障礙を來するものなり。高度の腹水を發するものに於て殊に然り。

又悪性腫瘍又は悪性的態度を有する腫瘍例へば表面乳頭腫に於ては症状一層著しく、壓迫障礙に加ふるに甚しき一般状態の變化(惡液質)を以てし、轉移殊に貴重なる臓器にを起すに及びては尙重篤なる症候を呈すること一般悪性腫瘍と同様なり。

月經障礙 一般に卵巣腫瘍に於ては月經障礙を起すもの少なし。

月經の全く正調なりし者。A. Martin 四分の三、Ippert 四二・五八%、Wedekind 三八・一%、山崎四八・二八%。

卵巣腫瘍患者にして種々の月經障礙を有するものは、腫瘍の存在と直接關係なき生殖器疾患殊に子宮又は生殖器以外の疾患に基因すること多し。兩側其腫瘍に變化するも尙正調なるもの稀有ならず。唯早期に濾胞組織の消失を來たすべき癌腫・肉腫等にして兩側に發生せる場合は既に初期に於て無月經となるものなり。

思春期前の少女に於ては時に早期月經を起し、同時に生殖器の早期發育を見ることあり、第八十三頁參照成人にありても乳房の肥大・初乳分泌・乳量の着色等を發するものあり。

乙 續發變化を起せる卵巣腫瘍

一、莖捻轉 軸捻轉の徵候は捻轉の度及發起の急性なると緩慢なるとにより一様ならず。腫瘍の種類には何等の關係なし。

卵巣の腫瘍

月經障礙

徐々に發せる捻轉にありては、著明なる症候は現はさざることあるも、急劇に起れる捻轉にては先づ強き腹膜刺戟症状を現はし、劇甚なる下腹痛の突發・鼓腸・腹部壓痛・悪心及嘔吐・脈搏細小並びに體温上昇時として四十度又はそれ以上を來す。又高度の出血によりては虚脱に陥ること稀ならず。尚著明なる變化は腫瘍の増大なり。それまで腹壁上より觸知し得ざりし腫瘍を觸れ、小なる腫瘍の急に膨大するを自覺するなり。

斯如き症候は數日にして退散し、其後癒着又は傳染を起し之れに伴ふ徵候を現はす。

尙捻轉と共に子宮出血を發起し、時として頑固に持續することあり。

要之するに莖捻轉の徵候は輸卵管妊娠の中絶に甚だ類似す。

二、破裂。 囊腫破裂を起すも何等の症候なきことあり。又内容の吸収による中毒症候として脈搏頻數・嘔吐・下痢及發熱等を起し、又時に虚脱に陥ることあり。傳染性内容の漏出により腹膜炎を發し死の轉歸をとり得るや勿論なり。

三、傳染及化膿。 最著明なる徵候は發熱なり。而して其強弱及性質は原因菌によりて一様ならず。腹膜炎を併發するにあらざれば甚しき疼痛を發することなし。然れども一般症候は甚しく障礙せらるゝものなり。

四、癒着。 本來無痛なる腫瘍は癒着によりて疼痛を訴ふるに至る。其他種々の壓迫徵候も一層著明に發現す。

五、悪性變化。 良性腫瘍が悪性變化を起せば腫瘤は急速に増大し癒着及腹水を形成し、急に惡液質に陥るなり。

五 卵巣腫瘍の診斷及類症鑑別

卵巣腫瘍の診斷は主として正確なる觸診所見に據らざる可らず。自覺症候にして診斷の助けとなるものなし。而して卵巣腫瘍の觸診所見は其大さ、囊腫なるか充實性なるか、有莖なるか靱帯内に發育せるか等により一様ならず。之れに従つて診斷の難易を異にす。

「球形にして移動性に富み、囊腫様硬度を有し、表面滑澤且莖を以て子宮角に附着せる腫瘍」は卵巣囊腫の定型的所見なり。

診斷法及鑑別を要すべき疾患は腫瘍の大きさによりて一様ならず。故に大中小の三種に分ちて之れを敘述すべし。

(甲) 小腫瘍の診察法及類症鑑別

約小兒頭大までの尙小骨盤内に占居し得べき小腫瘍に對しては特殊の診察法なく、單に雙合診により凡そ球形の腫瘍を多く子宮の側後方又はツーグラス氏窩内に觸知す。もし有莖腫瘍なれば莖を證明せざる可らず。

莖の觸知は必ずしも容易ならず。従つて腫瘍の發生側を決定することは往々困難なるものなり。雙合的に腫瘍を一侧に舉上し、同時に子宮腔部を鉗子にて牽引する時(「ガール氏法」は莖を觸知し得ること多し)。

靱帯内に發育せるか又は子宮體と癒着する時は、腫瘍と子宮體とは一つの腫瘤となり之れを區別すること困難なり。此場合は子宮腔部・子宮底又は子宮體等の側縁と腫瘍との間に截痕又は淺溝の存することによりて兩者を區別すべし。

類症鑑別 有莖腫瘍にありては漿膜下性筋腫及輸卵管水腫と鑑別すべし。其要點は各條下に記載せるところを参照すべし。

廣韧带内發育又は癒着によりて骨盤内に固定せるものは、炎症性附屬器腫瘍・子宮後血囊腫・骨盤腹膜炎又は骨盤結締織炎による滲出物・妊娠後屈子宮等と鑑別すべし。

續發症を有せざる卵巣腫瘍は假令固定せらるゝとも、球狀の境界常に明瞭にして壓痛なく、且多少たりとも骨盤壁より移動せしめ得る感あり。

又韧带内發育と癒着固定との區別は子宮の位置及薦骨子宮韧带の附着部によりて鑑別す。即前者にては子宮體は腫瘍の側方に壓排せられ薦骨子宮韧带は腫瘍の後内方にあるも、後者にては子宮體及薦骨子宮韧带は腫瘍の前側方に位す。

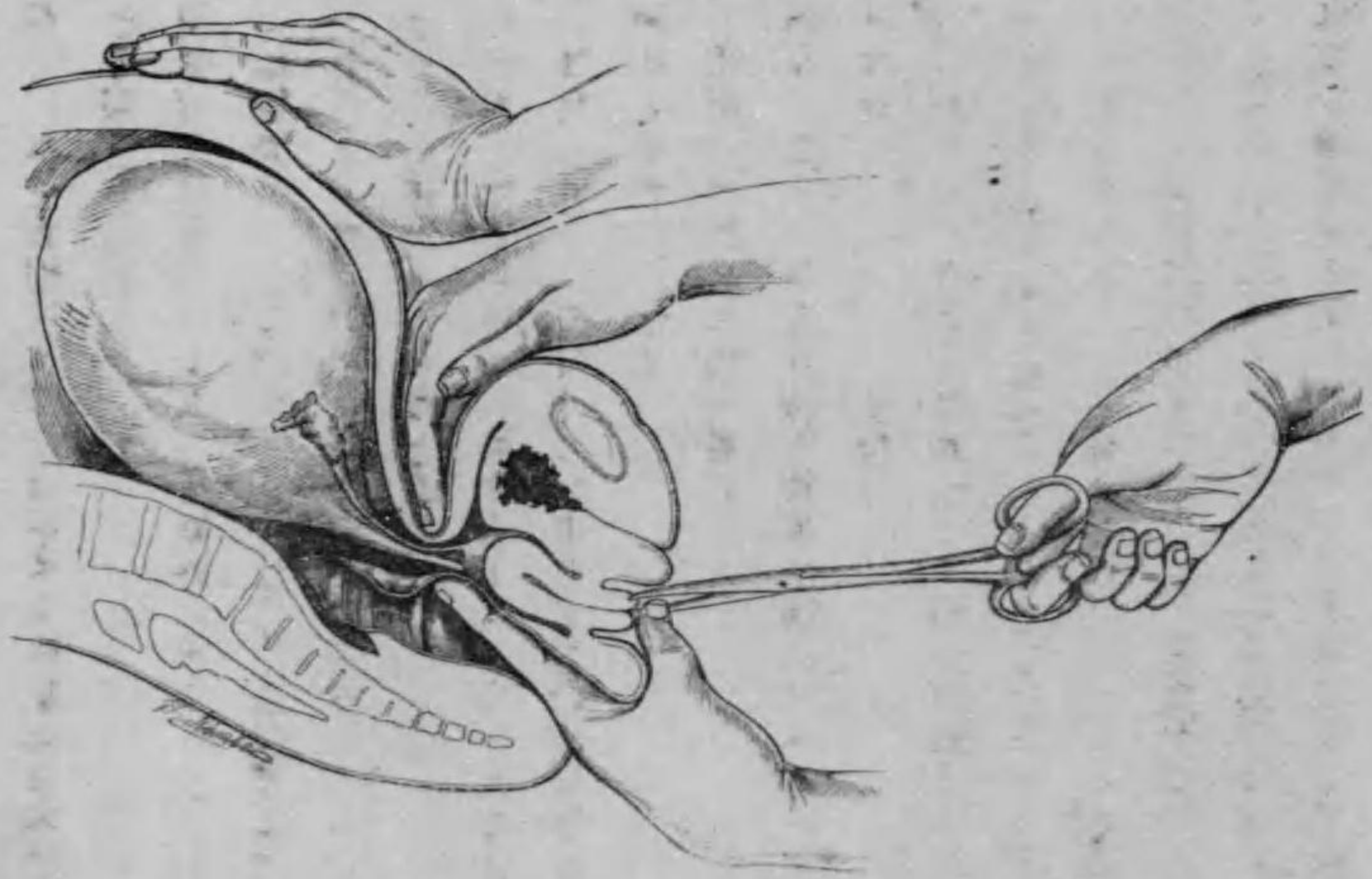
(乙)中等大腫瘍の診察法及類症鑑別

其頂點臍高に達すべき大人頭大腫瘍は既に外診上に之れを觸知することを得。有莖腫瘍なる時は各方面に之れを移動せしむることを得。

有莖腫瘍にありては内診上容易に子宮體を觸知する事を得るも、腫瘍は僅に其下極を前腔穹窿部に於て觸るゝのみなり。故に卵巣腫瘍なる事を確實ならしめむとせば子宮體との連結を證明せざる可からず。而して多くの場合莖は甚しく弛緩し且遙か上方にあるが故に容易に之れを觸知する事能はず。故にヘガール及シュルチエー氏法により人工的に莖を緊張し且之れを牽き下げざる可らず。即第百四十二圖に示すが如く、一人の助手をして鉗子を以て子宮腔部を強く下方に牽引せしめ(ヘガール氏法)尙他の助手をして腹壁上より腫瘍を舉上せしめ(シュルチエー氏法)たる後、檢者は二指を深く直腸に入れ恥骨縫際上部より腹

ヘガール、シュルチエー氏莖検査法

第百四十一圖 ヘガール、シュルチエー氏莖検査法



卵巣の腫瘍

壁に壓入せる外手との間に雙合的に莖を觸知するなり。必要に應じて全身麻酔を施すべし。

骨盤腔に固定せる腫瘍にありては子宮體を別に觸るゝこと甚だ困難なり。腫瘍の後方にある子宮體は直腸診によりて腫瘍と硬度を異にせる梨子狀體として觸れ、腫瘍の前方にある子宮は内手を以て子宮腔部に衝突を與へ、恥骨縫際上部より雙合診的に腹壁を陥入せしめたる外手に其運動を感ずることによりて證明すべし。尙不明なる時は注意して消息子検査を行ふべし。

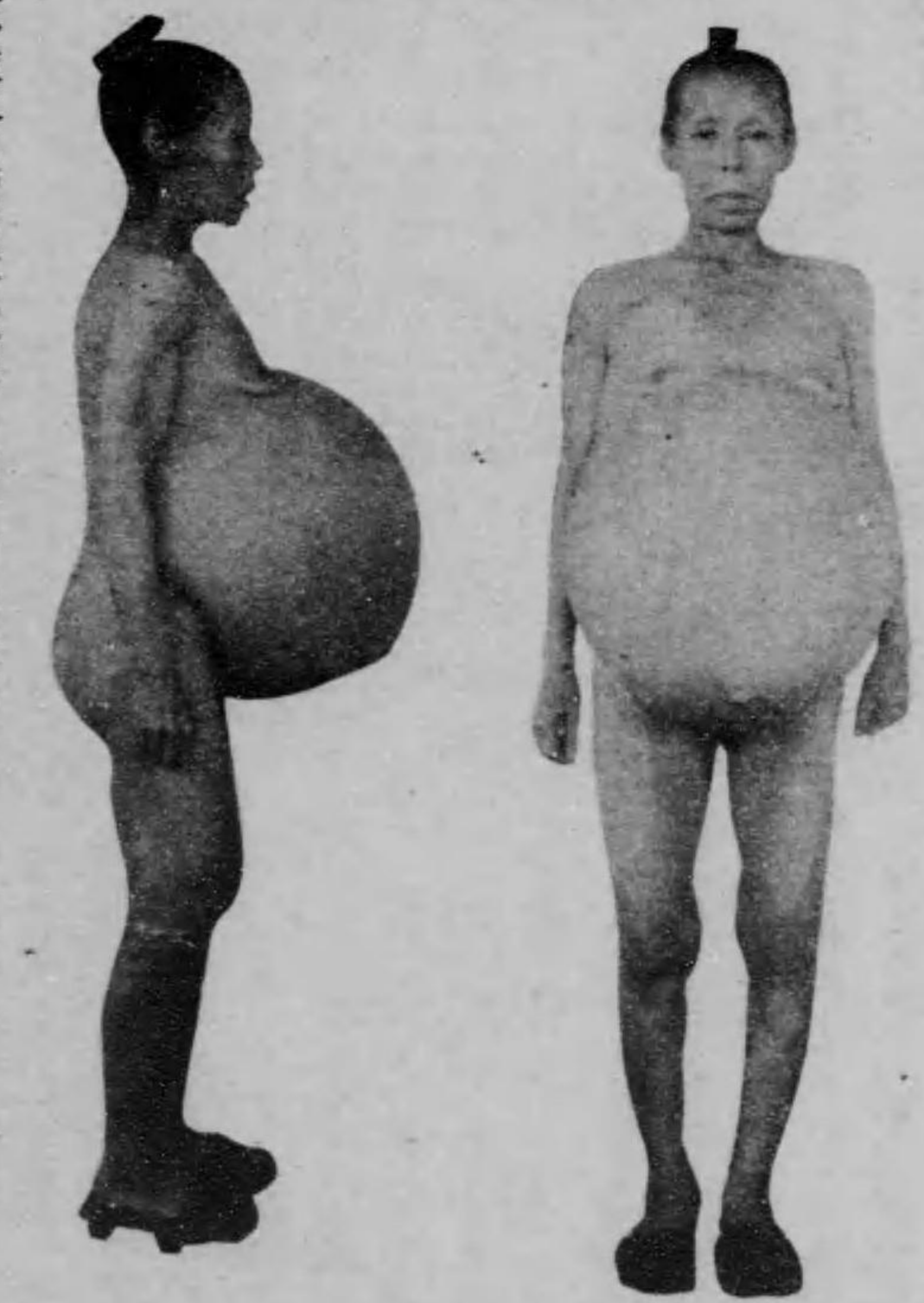
鑑別すべき疾患は移動性腫瘍にては腎臓水腫・大網膜腫瘍・腸間膜腫瘍・發育進捗せる輸卵管妊娠・固定せる腫瘍にては妊娠・子宮後血囊腫・子宮筋腫等なり。

之等は既往症・臨牀的徴候・子宮との連結状態等により鑑別左程困難ならず。

(丙)巨大卵巣腫瘍の診察法及類症鑑別

一六三三

腹腔の大部を充たすか又は肋骨弓にまで達せる巨大腫瘍は觸診所見のみによりて診断すること難く、尙視診と打診とによらざる可らず。内診上子宮體を證明すること乙の場合と同様なりと雖、腹壁の緊張甚しき爲め其觸知不可能なること多し。



第百四十二圖
巨大卵巣腫瘍患者の腹部の形態を示す

唯羊水過多症又は葡萄狀鬼胎等の如く胎兒徵候不明なる場合は、輕卒なる診察によりて囊腫と誤ることあり。然れども少しく注意を拂へば其鑑別は極めて容易なり。遊離腹水の鑑別は必ずしも簡單ならず。時として單に普通診察法にては確定し得ざる場合稀有ならず。

鑑別を要すべきものは主として妊娠及遊離腹水とを對したる語なり。而して斯如き大きに達せる正常妊娠にては既に胎兒より起る徵候著明なるが故に誤診に陥ることなし。

す。今左に定型的なるものを例として鑑別點を對照すべし。

腹水

- (a) 腹部の外形 仰臥位に於ては腹部は横徑に廣く所謂蛙腹(Frog-hunch)をなす。即兩側腰部特に膨隆し中央部は寧ろ平坦なり。且膨大は常に平等なり。
- (b) 外診及内診所見 常に平等の抵抗を觸れ特に腫瘤様の限局性抵抗を觸るゝことなし。
- (c) 波動 常に著明なる波動を證明す。
- (d) 打診所見 仰臥位にては腹部の中央鼓音を呈し兩側腰部濁音を呈す。且體位變換によりて濁音界を變化す。

囊腫

腹部は前後徑に廣く中央部特に膨隆す。又膨大必ずしも平等ならずして處々に淺き溝を備え多房性を示す場合あり。熟練せるものにありては多くの場合腫瘤様の限局性抵抗を觸知することを得。且部分により硬度及抵抗を異なる場合あり。尙劍突突起は前方に屈曲せること少なからず。内容充實し囊腫壁強く緊張せる時は波動を證明することなし。唯兩側腰部のみ鼓音を呈し、他部はすべて濁音なり。且濁音界は常に一定し體位變換によりて變化することなし。

然れども卵巣囊腫と雖、内容減少し自然の吸收又壁の甚しき弛緩を來たしたる者にありては其所見は益、腹水に酷似し鑑別不可能となる。此際既往症によりて中等大の腫瘍の漸次増大せることを知り得たる場合は診断の助けとなり得るも全く確實なるものにあらず。確實なる鑑別法として試験的穿刺及試験的切開法あり。

(一) 試験的穿刺 (Probe-punktion) によりて液の内容を採取し其性状により鑑別する法なり。
 腹水は多く稀薄透明血清様にして比重一〇一〇乃至一〇一五、多量の蛋白質を含有し、顕微鏡的には僅かに白血球を見るのみ。囊腫の内容は稍濃厚粘稠にして屢褐色又は緑色を呈し、比重一〇二〇乃至一〇四〇にして蛋白質を含有せず。顕微鏡的に上皮細胞又は「ヒヨレスターリン」結晶を見ること少なからず。尙化學的に假性「ムチン」を證明す。

(二) 試験的切開 (Probe-Inzision) は正中線にて腹壁を數回切開して腹腔を窺ふ法にして、試験的穿刺よりも寧ろ危険少なく且絶対に確實なる方法なり。
 穿刺によりては傳染の危険のみならず内容の漏出により腹腔面への移植發育を誘起し、又は甚しき出血を起す危険あり。之れに反し試験的開腹術は内容を漏らすことなく、且視診によりて腫瘍の存在を確め得たる時は直ちに必要なる手術に移行することを得べし。要するに吾人は簡單なれども危険なる穿刺を排斥し、試験的開腹を推奨せんとするものなり。

以上の如くして腹腔内に囊狀腫瘍の存在を確め得たる時は、假令子宮との連結を證明せずとも、卵巣、囊腫、殊に假性「ムチン」性囊腫なること確實なり。何となれば他臓器より如斯く巨大なる囊腫を發生することなければなり。

(丁) 卵巣腫瘍種類の診断

上述の如くして卵巣腫瘍なることを診断し得たる後、如何なる種類に屬すべきものなるかを識別するは豫後及治療を判定する上に於て甚だ緊要なるものなり。然れども此鑑別は毎容易ならずして單に推定に止まること多し。直接別出標本を實見するも尙確實なる診断に苦み、終に顕微鏡の力を藉りて初め

て解決し得ること少なからず。臨牀的診断の困難なる以て察すべきなり。

左に鑑別上の標準となるべき各腫瘍の特徴を列挙すべし。

- 一、假性「ムチン」性囊腫 觸診上多房性の著明なること及巨大發育をなすこと。腹腔を充滿するに至る巨大なる囊腫は殆ど悉く本腫瘍なり。尙囊腫壁一般に厚きを常とす。
- 二、漿液性囊腫 外觀上單房性にして大人頭大を越ゆることなく、且多く兩側にて靱帯内發育をなすこと少なからず。尙壁菲薄なるを常とす。
- 三、皮様囊腫 多く一側にして鴛卵大より兒頭大の正しく球形なる腫瘍をなし、硬度甚だ硬固にして移動性極めて大なり。且發育増大極めて緩徐にして屢、若年者及少女に發生す。

キユステル氏徴候 (Kistler'sche Zeichen)

本徴候はキユステルによりて初めて觀察せられアルフレド・F. Albrecht (Centralbl. f. G. No. 12, 1892) によりて世に發表せられ急に世の注意を喚起するに至りたるものなり。主要なる特徴は左の二點なり。

- (一) 位置。皮様囊腫の位置は子宮の前方(膀胱子宮窩)凡そ中央にて前腹壁に接近す。
- (二) 移動現象 (Lokomotionsphänomen)。遠く上方に壓排するも直ちに原位置に復帰す。

其後多數臨牀家の興味は「本現象は皮様囊腫に特有なりや」類症鑑別上價值あるものなりや」等の疑問に集中せられ、大に論議せられたるなり (Latzko, Freund, Schenmann, Mandelstamm u. A.)。小兒頭大以上の腫瘍にて小骨盤より腹腔に上昇したるものは、すべて子宮の前方に占居すべきこと既述の如し。故にキユステル氏徴候は小兒頭大までの腫瘍に就きて論ぜざる可らず。小兒頭大以下鴛卵大までの卵巣腫瘍はツィ格拉斯氏高にて子宮の後側方にあるを常とするが故に、同大の皮様囊腫にして常に子宮前位にありとせば鑑別診断上極めて重要なものなり。然れども本徴候を否定する臨牀家は其不定なるを證明し且又皮様囊腫の腫瘍

腫以外の腫瘍にて子宮前位をとるものありと云へり。又第二の移動現象はすべての腫瘍に共通にして如何なる腫瘍と雖、他に移動せしむれば常に原位置に復帰するものなりと反駁せり。

著者は自己の経験よりして本徴候に對し左の如き見解を有す。

(a) キュステル氏徴候を有せしむるには是非共「小兒頭大以下の腫瘍」なる條件を必要とす。

(b) キュステル氏徴候は、皮様囊腫に特有且必發ならざるも、皮様囊腫に最屢見れる徴候なり。従つて皮様囊腫の類症鑑別上有力なる根據を與ふるものなり。小なる腫瘍に於て殊に然り。

皮様囊腫が子宮前位置を占むる原因に對しては尙的確なる説明なしと雖、フロインド W. Freund (C. F. G. Nr. 31, 1892) は先天的状態なりと云ひ、マンテルスタム Mandelstamm (C. F. G. No. 47, 1893) は皮様囊腫内容(脂肪)の比重が他の骨盤臓器よりも輕きを以て説明せり。

四、纖維腫 凡そ卵巢の形を備へたる強靱なる腫瘍にして表面に小なる凹凸を觸知す。尙大人頭大に

達し腹水を合併せるにも拘はらず一般状態佳良にして浮腫を伴はず、悪液質を認めざることを。

五、悪性腫瘍 卵巢の悪性腫瘍は甚多種なるが故に、是等を一々鑑別することは殆ど全く不可能にして、單に悪性腫瘍なる診断に満足せざる可らず。悪性に疑はしき徴候を列舉すれば左の如し。

- (a) 凡そ同大の腫瘍が兩側に發生し、而かも充實性にして表面凹凸不平なること。
- (b) 腹水を合併せること。
- (c) 腫瘍小なるにも拘はらず著明なる悪液質を有すること。
- (d) 甚しき癒着を伴ふこと。
- (e) 腫瘍の發育迅速なること。

(f) 早期に於て腹壁及下肢に水腫を發生すること。

(g) ブーグラス氏窩に著明なる無數の結節を觸知すること(腫瘍移植)。

是等の徴候殊に(a)-(d)は悪性腫瘍に特有のものならずして、全く良性の腫瘍に於ても亦認め得るものなるが故に單獨して診断的價値少なく、多くの徴候相合併して始めて有力なる根據となるものなり。

殊に發育の迅速なること確實なる時は多く診断を誤ることなし。

續發變化の診断は既述の如き臨牀徴候によりて比較的容易なるものなり。唯莖の捻轉は輸卵管妊娠中絶・附屬器炎症・蟲様突起炎・穿孔性腹膜炎等と鑑別するを要す。是等の鑑別は各特異の既往症と卵巣腫瘍の觸知とによりて左程困難なるものにあらず。

六 卵巣腫瘍の豫後及療法

卵巣悪性腫瘍の豫後は子宮悪性腫瘍に於けると全く同様にして茲に再び反復するの要なきも、所謂良性腫瘍の豫後も亦甚だ疑はしく致死的轉歸に導くこと敢て稀有ならず。其理由は既に述べたるどころなれども尙其要點を摘記すれば左の如し。

- 一、囊狀腺腫殊に假性「ムチン」性囊腫は無限に増殖を續行し患者の生命を奪ふに至りて止む。
- 二、發育の經過中莖捻轉・化膿・破裂・殊に悪性變化をなし、重篤なる症状を發起し終に死の轉歸を招來す。

要するに卵巣腫瘍は假令組織的に良性なりとも之れを放置する時は多くの場合不良の轉歸を齎るものなり。故に治療法としては單に腫瘍の剔出あるのみにして對症療法又は非手術的療法にして有效なるも

のなし。而して續發變性の發起は之れを豫期すること能はざるが故に腫瘍發見の時を以て手術の時期となさざる可らず。或る障礙を現はし來るまで手術を待つべしと云ふが如き消極的方法是甚だ危険なり。手術的療法 卵巢腫瘍の手術は種々なる解剖的關係の異なるに従ひて甚だ簡單なるものより極めて複雑なるものに至るまで多くの階級あり。而して手術的操作に影響を及ぼすべき主要なる項目は左の如し。

(一) 腫瘍と腹膜との關係、(有莖なるか又は靱帯内發育をなせるか)。
(二) 腫瘍の病理組織的關係、(囊狀なるか又は充實性なるか、單房性なるか多房性なるか、良性なるか悪性なるか)。

(三) 合併症の有無、(癒着及傳染、殊に癒着の強弱及分佈は最重大の關係を有す)。
是等の關係を顧慮して卵巢腫瘍剔出の手術的操作を分類すれば左の如し。

一、腫瘍を縮小し、小なる腹壁切開によりて、單純なる卵巢剔出術をなすもの。

(癒着なき有莖卵巢腫瘍にして單房なる漿液性囊腫なるか、又は多房なる假性「ムチン」性囊腫にても、融合により大なる囊房を形成せるもの及び皮膚囊腫?)。

二、腔式に剔出し得るもの(同前)。

三、腫瘍の大きさに相當する腹壁切開をなして單純なる卵巢剔出術をなすもの。

(良性實質性腫瘍・多房性囊腫にして囊房のすべて小なるもの・皮膚様囊腫)。

四、廣靱帯切開を要するもの。

(廣靱帯内に發育せるすべての腫瘍)。

五、腫瘍と共に内生殖器全部の剔出(單純性又は廣汎性)を要するもの。

(癌腫・肉腫・内被細胞腫等の如き悪性腫瘍又は悪性態度を有する乳嚢腫・畸形腫)。

六、腫瘍の剔出不可能にして、止むなく二次的手術をなすか又は所謂開放療法をなすもの。

(化膿性囊腫・擴汎性に強き癒着を伴ふ囊腫)。

第四編 副卵巣腫瘍

副卵巣腫瘍

副卵巣 (Parovarium od. Epoochoron) とは胎生學上ウルフ氏體の生殖部の遺殘にして、男子の副精丸に相當するものなり。輸卵管間膜の兩葉間にありて肉眼的には櫛形の白條をなす。一本の主要管は輸卵管に接して之れと平行し、之れより卵巣に向ひて十乃至十八個の副管を出せり。顯微鏡的には二層外方の筋肉の内方に一層の氈毛圓柱上皮ありて極めて細小なる管腔を有す。

副卵巣に發生する腫瘍は殆ど常に囊腫にして副卵巣囊腫 (Parovarialcystic) と稱し、一般に分泌滯溜による副管の擴張によりて發生すと云はる。即ち一種の滯溜囊腫なり。

頻度。全卵巣腫瘍に對する頻度は統計者によりて幾分の差異あり。Olshausen 11%、Martin 14.04%、Wichmann 8.63%、Zweifel 6.7%なり。先づ平均10%となし得べし。

本腫瘍は常に單房性にして全部腹膜を以て被包せらる。而して此被包腹膜は腫瘍壁と極めて鬆粗に結合し移動性大なり。且廣韌帶と同様に多數の血管網を有す。

腫瘍壁は極めて菲薄にして常に内容を透見し且固有の血管網を有す。故に兩層の血管は相互に關係なく錯雜交叉して本腫瘍に固有の外觀を呈す。

大きさは豌豆大より大人頭大に至るを普通とす。時として甚だしき大きさに達することあり。Greenは五十三肝の腫瘍を見たりと云ふ。又韌帶内に多發すること稀ならず、假令韌帶内發育をなすと雖、輸卵管間膜なるが故に通常移動性にして少くとも腫瘍を牽引する時は蒂莖を形成す。其解剖的關係は殆ど卵巣

腫瘍と同様なり。輸卵管は甚しく延長し腫瘍に密接して殆ど之れを包圍し、卵巣は其外部を以て腫瘍と接するのみなり。兩側に發生すること稀ならず。

腫瘍内面は充實状態にては全く平滑なるも内容を排除せば收縮して皺襞を形成す。大囊腫にては時として結締織様の低き乳嘴増殖を見ることがあり。

内容は通常稀薄透明水様なり。比重約一〇〇五にして「ムチン」・假性「ムチン」を缺如し蛋白質に甚だ乏しきか又はこれを缺如す。大なる囊腫にては稍、濁濁し黄色又は褐色を呈す。

組織的に内面は一層の圓柱狀又は散子形の氈毛上皮にして、増殖的傾向を全く缺如し、孰れの部にも腺の形成を認むること能はず。又氈毛を失ひ甚だしく扁平となり内被細胞様となることあり。

外層は細胞に乏しき結締織よりなり。稍、多量の彈力纖維を有す。ベンネッケ Bennecke は之れを以て組織的特徴とせり。時として滑平筋纖維を見ることがあり。

臨牀的關係は全く良性の卵巣腫瘍と同様にして、殆ど症狀を呈せず、發育極めて緩慢にして悪性變化を起すことなし。但莖捻轉を見ることが稀ならず。

診斷上鑑別すべきは卵巣囊腫(殊に漿液性囊腫)及輸卵管水腫の二なり。漿液性囊腫は諸種の點に於て類似せるが故に明かに卵巣を觸知するにあらざれば鑑別殆ど不可能なり。唯副卵巣囊腫壁の著しく菲薄にして弛緩せるを診斷上の目標とす。輸卵管水腫との鑑別は唯其特異なる形態による外確實なる方法なし。

本腫瘍は寧ろ滯溜囊腫と見るべきものにして單に内容の排除によりて治癒することありと雖、根治は剔出手術によりて望み得るものなり。

囊腫の外副卵巢腫瘍として報告せられたるものには、**纖維腺腫**(Fibroadenome) (Pick u. Brunet)・**皮様囊腫**(Zacharias)・**癌腫**(Langer, Werth, Meyer)・**肉腫**(Werth, Goldschmidt) 等あり。極めて稀有なるものなり。

第五編 骨盤結締組織及骨盤腹膜の疾患

骨盤結締組織及骨盤腹膜の疾患中最重要なものは炎症にして稀れに見るものは腫瘍(血腫又は新生物)なり。

第一章 骨盤結締組織及骨盤腹膜の局所解剖

腹腔の一部としての小骨盤は全腹腔内面を被包せる腹膜の一部たる**骨盤腹膜**(Beckenperitoneum)を以て境せられ所謂**骨盤腹膜腔**(Cavum pelvis peritoneae)を形成し、子宮の前方に膀胱子宮窩、後方にブーラグス氏窩を區別す。此骨盤腹膜腔は最普通の意味に於ける小骨盤なるも、腹膜外に尙二つの腔あり。**骨盤腹膜下腔**(Cavum pelvis subperitoneae) 及 **骨盤皮下腔**(Cavum pelvis subcutaneum) なり。此兩腔は骨盤腹膜と會陰及外陰部皮膚との間に介在し肛門挙筋板を以て境せらる第百四十三圖。就中婦人科的に最意義あるは骨盤腹膜下腔なり。此腔内の大部は子宮・腔・膀胱・輸尿管及直腸の三臓器によりて占められ、其間隙は多量の結締組織を以て充填せらる。之れを**骨盤結締組織**(Beckenbindgewebe)と稱す。

骨盤結締組織の大部は極めて鬆粗なるが故に、之れによりて結合せらるる骨盤臓器は、生理的(例へば妊娠及分娩時)にも病的(例へば腫瘤發生)にも容易に離間、變位し得るものなり。

一部の結締組織は特に緻密となりて韌帯を形成し諸臓器の支持装置・懸垂装置となる。

第百四十三圖 女子骨盤の前面断面

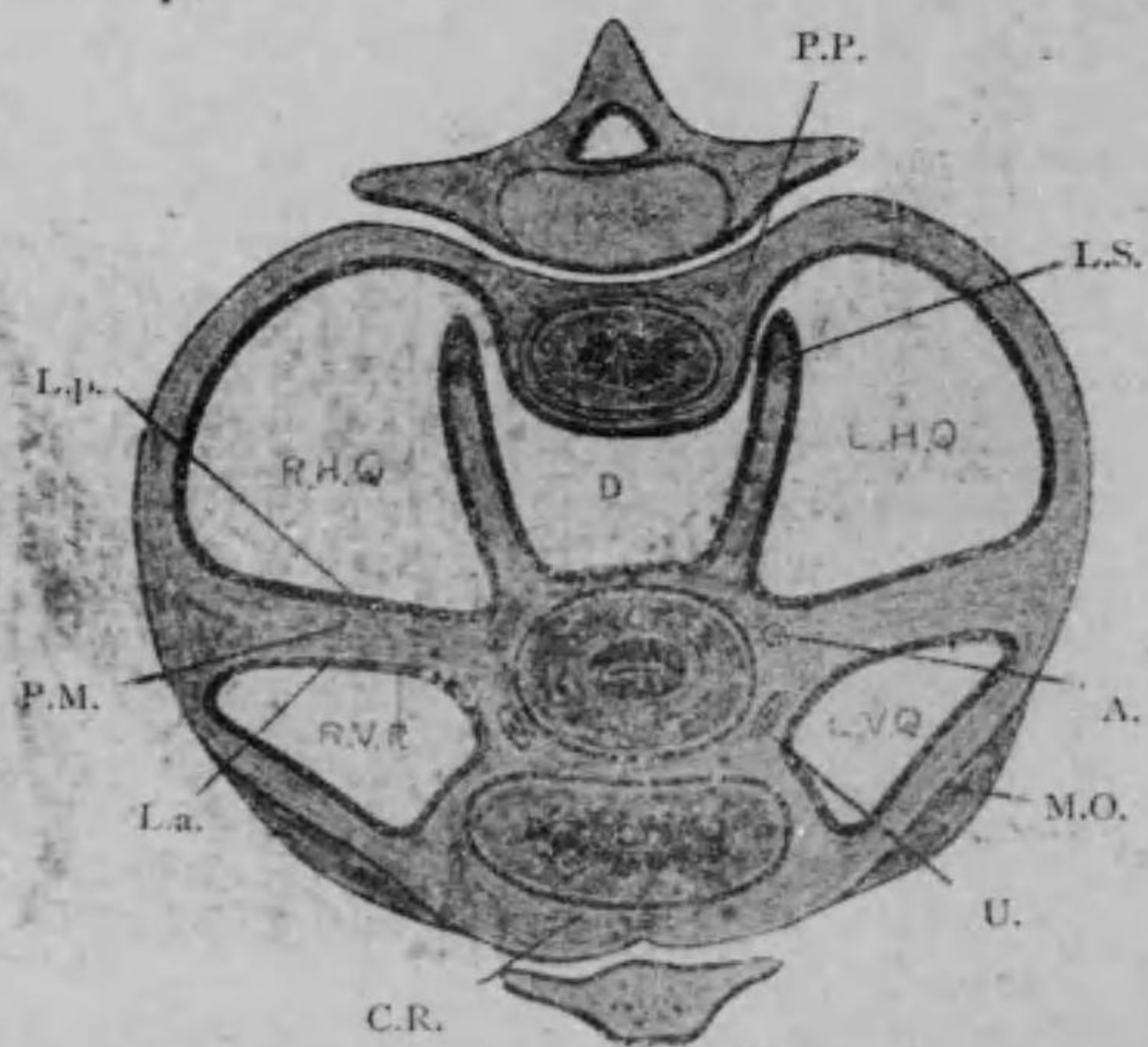


(C.P.) 骨盤
腹膜腔
(C.P.P.) 骨
盤腹膜下腔
(C.S.C.) 骨
盤皮下腔

一六四六一
鬆粗なる骨盤結締織内には多数の血管・淋巴管・淋巴腺・神経組織及脂肪を包含す。

以上の如くして骨盤結締織の局所解剖的關係は極めて複雑なる。其大略は第百四十四圖に示せる横断面によりて了解することを得べし。而して骨盤結締織は管に小骨盤内の諸臓器周囲にのみ限局せずして、遠く他の身體部分と相連絡す。即後方は後腹膜腔より腎臓周囲の結締織に、前方は膀胱と恥骨縫際との間(即レツチウス氏腹膜前腔(Cavum praeparitoneale Retzii)よりゾーグラス氏半環狀線に至るまでの前腹壁の腹膜下結締織に、側方は骨盤終腺を越えて腸骨窩

第百四十四圖 女子骨盤の横断面に於ける子宮口の平水に於ける結締織の分布を示す(ルエイマ、スンハ)圖



P.P. 直腸周囲結締織
L.S. 薦骨子宮韧带
L.H.Q. 子宮周囲結締織
D. レツチウス氏腹膜前腔
R.H.Q. 子宮動脈
L.V.Q. 子宮動脈
A. 輸尿管
M.O. 子宮動脈
U. 輸尿管
C.R. 子宮動脈
L.a. 廣韧带前葉
L.P. 廣韧带後葉
P.M. 子宮動脈
U. 輸尿管

を被へる腸腰筋上の結締織に、下方は直腸と後腹壁との間の直腸腔中隔(Septum rectovaginalis)に連絡す。尚子宮圓韧带に沿ひて鼠蹊管より鼠蹊部に、坐骨截痕を通じて臀筋下に、グーバルト氏韧带下を過ぎて大腿の結締織に連絡す。如斯き廣汎なる連絡は骨盤結締織に於ける傳染の蔓延と密接の關係を有するものなり。

第二章 骨盤結締織炎 Parametritis

一 原因。骨盤結締織の炎症は常に傳染によりて發するものなり。原因菌として最主要なるものは連鎖球菌なり。其他葡萄球菌・普通大腸菌・淋菌・結核菌・「デフテリ」菌・放線状菌によりても起るこ

ごあり。

傳染の誘因をなすものは多く正規分娩及流早産なり。之れ妊娠によりて起れる解剖的變化が傳染に甚だ好都合なるが故なり。之れを産褥性骨盤結締織炎 (Parametr. puerperalis) と云ふ。

其他拙劣にして消毒不完全なる小手術 (試験的搔爬又は切除・子宮口擴大・消息子検査) 又は大手術 (腹式又は腔式) によりて發する手術性骨盤結締織炎 (Parametr. operativa) あり。

要するに一種の創傷傳染病にして、細菌は主として淋巴道によりて進行蔓延するものなり。

二 炎症の分佈及分類 炎症の分佈は侵入せる細菌の種類・毒力及進入門戸によりて一様ならずして或は限局性骨盤結締織炎 (Parametr. circumscripta) となり又は汎發性骨盤結締織炎 (Parametr. diffusa) となる。

ウイルヒョウは炎症の限局せる部位に従ひて、子宮周圍炎 (Parametritis)・腔周圍炎 (Paravaginitis)・膀胱周圍炎 (Paracystitis)・直腸周圍炎 (Paraproctitis) 等を區別せり。

元來 Parametrium とは子宮を圍繞せる部の骨盤結締織 (子宮周圍結締織) の意なれども、之れを廣義に解釋して骨盤結締織と同意味に使用せらるゝを普通とす。

従つて Parametritis とは狹義にては子宮周圍炎なるも、一般には骨盤結締織炎の別名として通用す。

三 炎症の臨牀解剖的所見 重症の産褥傳染に於けるが如く毒力の強大なる細菌の傳染をうけたる時は、淋巴道及血管は細菌を以て充滿せられ血栓を形成し、更に之れを破壊し急速に敗血症を起して死の轉歸をこる。如斯き場合は局所の變化甚輕度なるも、幸にして傳染限局する場合は先づ炎症性水腫を發し鬆粗なる結締織間に漿液性又は膠様の滲出物を發生し茲に滲出性骨盤結締織炎 (Parametr. exsuda-

滲出性骨盤結締織炎

tion) となり明かなる腫瘤を形成す。此滲出物は時として數日間に退散して痕跡を止めざることありと雖、多くは一定期間存在し細菌の悉くが死滅するに至るまで漸次周圍に蔓延増大す。左に滲出物の主なる性状に就きて敘述すべし。

滲出物の性状

(一) 滲出物の位置 炎症の分佈によりて一様ならず。ロストホルン Rosthorn 及フロイインド Freund は左の如き種々の型を區別せり。

(a) 骨盤結締織の基底部の側方水平位に發生する滲出物。此者は骨盤の後側方及頭部後方の結締織に蔓延する傾向を有す。

(b) 高く廣く兩葉間に發生する滲出物。此者は上方腸骨窩に向ひて進行する傾向あり。

(c) 頭部後方の結締織に發生する滲出物。此者は上方ゾーグラス氏皺襞、下方直腸腔中隔に進行する傾向あり。

(d) 頭部前方の結締織に發生する滲出物。此者は側方膀胱周圍に蔓延する傾向あり。

(e) レッチウス氏腔 (膀胱前結締織) に發生する滲出物。此者は前腹壁の腹膜下に蔓延する傾向を有す。

(二) 滲出物の形態 一般に炎症の初期に於ては滲出物の境界不明なるも、周圍に於ける反應性浮腫吸收せられ且滲出液凝集するに至りて明かに限局性の腫瘍となる。腫瘍の形態は滲出物の部位及新舊により、球形・橢圓形・結節狀・板狀等種々なり。而して稍大なる球狀滲出物に特有なる點は周圍組織に對する境界なり。即一般に骨盤結締織滲出物の上界は極めて明確且弓狀面をなし、下界は甚だ不明にして寧ろ彌漫性なり。之れ上方は壓上せられたる腹膜によりて境せられ下方は炎症浸潤を有する結締織によりて境せらるゝが故なり。

(三) 滲出物の硬度 新鮮なる間は水腫様軟なるも、吸収によりて治癒するに従ひ次第に硬度を増し、終には軟骨様又は硬骨様となる。

四 炎症滲出物の轉歸 炎症によりて發生せる滲出物の運命は幸にして吸收せらるゝか、又は不幸に骨盤結締織炎

して化膿するかにあり。吸収によりても全く健康状態に恢復し得るは寧ろ稀有にして多くは癥痕性肥厚を貽し、之れによりて子宮の位置異常を續發するものなり。化膿は全部に亘りて一齊に起ることなく、先づ無数の小なる點狀膿窩を形成し、次第に相癒合して終に大なる膿瘍と變化し、以て近接部に破壊穿孔するに至る。

膿瘍の破壊部

膿瘍の穿孔部位は種々なり。高位の滲出物にありては好んでプーバルト氏帯の上方に於てす。其他直腸・腔及膀胱に破壊すること少なからず。時としてプーバルト氏帯の下又は閉鎖孔を通りて大腿の前面に穿孔し、又大坐骨截痕を過ぎて臀部膿瘍を形成することあり。腹腔内に破壊するは甚だ稀有なり。

五 症候。 臨牀的徴候は細菌の種類・蔓延の度及合併症の有無によりて一様ならず。最重篤なるは産褥性骨盤結締織炎にして産褥熱の所見を呈す。主なる徴候は發熱及疼痛なり。

發熱惡寒を以て突發し最初は稽留するも多く短時日にして降下し尙一定期間内に於ては午後の上昇を繼續す。終に常溫に復するも些少の不攝生にて影響せられ再び新たに上昇すること多し。又化膿するに至れば特有の弛張熱を現はし穿孔により充分に排膿せらるれば頓に解熱す。

疼痛は下腹部罹患側に發し薦骨部及大腿に放散す。然れども一般に腹膜炎に於けるが如く劇甚ならず時として殆ど之れを缺如することあり。多くは安靜によりて緩解し動搖及觸診によりて増悪す。

化膿及腹膜炎の合併によりて劇痛を發すること多し。

尙滲出物の壓迫症狀として膀胱直腸障碍及下腹の浮腫等を發す。又腸骨窩面の滲出物にありては腸腰筋の伸展によりて疼痛を發するが故に、患者は常に股關節を屈して之れを豫防す。

滲出物の化膿穿孔は時として疾患の急速なる治癒を來たす場合ありと雖、多くは完全なる排膿をなす

能はずして甚しく長期に亘りて瘻管を貽し、又は閉鎖によりて再び腫瘍を増大す。かくして患者の一般状態は次第に不良となり甚しき營養障碍又は重要臓器の澱粉様變性の爲めに終に死の轉歸をこるることあり。若し腹腔内に穿孔すれば致死的腹膜炎を續發す。

六 診断及類症鑑別。 骨盤結締織炎の診断は雙合診殊に直腸雙合診によりて骨盤腹膜と肛門舉筋板との間に滲出性腫瘤を證明するを主とし、既往症(分娩又は手術後の發病)を以て補助となす。

類症鑑別上骨盤結締織炎性滲出物に特有なる徴候を列舉すれば左の如し。

- (a) 腫瘤の上界甚だ明瞭にして下界不明なること。
- (b) 腫瘍は其廣き周圍を以て骨盤壁に固着し全く移動性を缺如すること。
- (但し骨盤壁と連結せず多少の移動性を有することあるも甚だ稀有なり)。
- (c) 滲出物に直接せる腔粘膜又は直腸粘膜の移動性を缺如すること。(之れ粘膜下結締織の浸潤によりて腫瘤と癒着するが故なり)。

(d) 骨盤底に發生せる滲出物は直腸を輪狀に圍繞して之れを狹窄するか又は側方に於て半環狀をなす。

鑑別すべき疾患は骨盤腹膜と癒着し又は廣靱帶内に發育せる内生殖器腫瘍・炎症性腫瘤又は滲出物・腹腔内血腫及他種の骨盤結締織内腫瘤等なり。是等の鑑別は前記の本症滲出物の特徴及各疾患の特徴並びに既往症の差異等によりて左程困難なるものにあらず。但同时に骨盤結締織炎を合併する時は鑑別甚だ困難なり。

七 豫後及療法。 局所に著しき變化を起さざる重症産褥傳染の豫後は頗る疑はしと雖、幸に危険期を過ぎ既に明かなる滲出物を形成するに至りたる者に於ては生命に對する危険大ならず。然れども一般に

經過頗る緩慢にして全治に長年月を要し時として榮養障礙又は化膿に續發する敗血症の爲め不幸の轉歸をこるものあり。尙治愈後と雖、子宮の位置異常其他の障礙を貽し生殖機能に對する豫後不良なること多し。

治療法の要領

治療法の要領左の如し。

- (a) 高熱ある急性期に於ては絶對安靜を嚴守せしめ、下腹部に冰嚢を置き心臓機能に注意を拂ひつゝ、靜かに體温の下降するを俟つべし。疼痛に對しては燐酸「コデイン」を使用し阿片劑を禁すべし。局所療法は勿論局所の觸診をも可及的避くべし。
又電氣製膠様銀の筋肉内注射は屢、著效を奏するものなり。
- (b) 體温中等度(三十八度以下)に下降し、滲出物硬化し吸收の傾向を現はすに至りたる時は、此吸收を促進すべき方法を講ずべし。即下腹部にブリースニッツ捲法又は一〇%「イヒチオール・エーテル・アルコール」塗布をなすべし。且消化し易き食物を與へ大便の通利に注意し、便秘あれば灌腸を行ふべし、而して尙可及的安靜を守らせ、局所の觸診を制限すべし。
- (c) 全く常温に復し、滲出物甚だ硬く且壓痛全く消失するに至れば初めて患者の離牀を許し、一層強力なる吸收療法を行ふべし。然れども歩行其他骨盤底筋肉を働かせしむべきすべての運動を可及的制限すべし。先づ短時間(十乃至二十分)全身浴を試み、浴後數時間就牀安臥せしむ。此際體温を測り入浴により一度以上の上昇を認めざる時は毎日之れを反復し且時間を延長すべし。窮屈なる體位を強ふべき坐浴は却つて有害なり。其他毎日一乃至二回熱性腔洗滌を行ひ、沃度加里又は「イヒチオール」ミ「グリセリン」ミの混合劑の腔「タンボン」を挿入すべし。又内服藥として沃度加里を投與すべし。
- (d) 種々の吸收療法をなすも全く體温の變化を起さざるに至れば熱氣療法及壓迫療法を施行すべし。
- (e) 若し滲出物の深部に化膿竈あるを認むるか又は膿液表面に接近し著明なる波動を呈するに至れば直ちに切開排膿すべし。高位膿瘍はブーバルト氏帶の上部に於て、腔に近き膿瘍は腔壁に於て切開すべし。切開法及後療法の詳細は「手術學」を参照すべし。
膿瘍自開穿孔せる場合は暫く待期的に經過を観察し、若し充分の排膿を見ずして再び閉鎖の傾向を認めたる時は腹壁及腔壁にては單に之れを擴大し「ドレナージ」を施すか又は對側切開を行ふべし。反之し直腸又は膀胱に穿孔せる場合は之れを擴大することなく腔壁又は腹壁を切開排膿すべし。

膿すべし。高位膿瘍はブーバルト氏帶の上部に於て、腔に近き膿瘍は腔壁に於て切開すべし。切開法及後療法の詳細は「手術學」を参照すべし。
膿瘍自開穿孔せる場合は暫く待期的に經過を観察し、若し充分の排膿を見ずして再び閉鎖の傾向を認めたる時は腹壁及腔壁にては單に之れを擴大し「ドレナージ」を施すか又は對側切開を行ふべし。反之し直腸又は膀胱に穿孔せる場合は之れを擴大することなく腔壁又は腹壁を切開排膿すべし。

〔附〕所謂萎縮性慢性骨盤結締織炎 (Parametritis chronica atrophicans)

萎縮性慢性骨盤結締織炎とは其名の示すが如く、急性期を缺き慢性状態を以て始まり、滲出物を發生せずして骨盤結締織の萎縮を主徴とする疾患なり。

從來一般に原因と看做されたるものは慢性便秘・過度の性的刺激・長時の授乳・分娩による頸管裂傷等なり。尙未婚婦又は思春期以前の處女に於て子宮發育不全症に「三症合致」として發生することは既に述べたるが如し第二四七頁参照。

以上の關係を通覽すれば其原因は必ずしも傳染と密接の關係を有せざるが如し。従つて本症を細菌による眞の炎症と認めべきや否やは疑問なり。フランクフルは炎症性萎縮を否定し、骨盤結締織の榮養障礙による萎縮なりと解釋し寧ろ慢性骨盤結締織萎縮症 (Atrophia parametriti chronica) と稱すべきものなりと云へり。

骨盤結締織の萎縮は多く一小部に限局し強靱なる索條を形成す。殊に薦骨子宮靱帶は其好發部位なり。之れによりて子宮頸部は一側に牽引偏位せられ、頸部後右方癒着症 (Retrodextrorfixatio cervicis) 又は頸部後左方癒着症 (Retrosinistrorfixatio cervicis) を形成す。又病的前屈症を續發すること少なからず。如斯

きを特に後骨盤結締織炎 (Parametritis posterior) と稱す。

臨牀的症候として排便時及性交時の疼痛・月經困難等を主となす。軽度のものは何等の障礙をも與へず。療法として最有效なるは壓迫療法なり。

第三章 骨盤腹膜炎 Perimetritis

骨盤腹膜炎とは小骨盤を被包せる腹膜の炎症を云ふ。

Perimetritis なる名稱の本來の字義は子宮を被包せる腹膜即子宮外膜 (Perimetrium) の炎症なるも、恰も骨盤結締織炎を單に Parametritis と呼ぶと同様に、普通骨盤腹膜炎の別名に使用せらるるなり。Pelvoperitonitis は最正當なる名稱なり。

一 原因 骨盤腹膜炎は常に傳染によりて起るものなり。原因菌の最主なるものは連鎖狀球菌にして、尙葡萄狀球菌・普通大腸菌・淋菌等あり。

傳染の誘因は産褥に起ること最多く、其他消毒不完全なる婦人科的手術殊に開腹術・傳染性内容を有する腹腔腫瘤の破壊・子宮穿孔等なり。又内生生殖器・骨盤結締織又は蟲様突起等に於ける炎症は多く腹膜面に傳播するものなり。

二 炎症の分佈及病理解剖 炎症強度なる時は骨盤腹膜全部を侵し、尙進んでは汎發性腹膜炎を續發す。細菌の毒力弱き時は一部に限局して起る狹義の子宮周圍炎 (Perimetritis)・輸卵管周圍炎 (Perisalpingitis)・卵巢周圍炎 (Perioophoritis) 等も亦骨盤腹膜炎の一種と見るべきものなり。

炎症を起したる腹膜は先づ高度の充血を來し骨盤臟器相互又は臟器と體壁腹膜とは纖維性乃至纖維性

欠

欠

癒着性骨盤腹膜炎とは流動性滲出物を發生せずして單に漿膜面に纖維様義膜を生じ臓器の癒着を主徴とするものなり。

本症が假令軽度なりとも細菌の傳染によりて發生する時は腹膜炎と呼ぶに何等の不都合なしと雖、一部論者の唱ふるが如く其一部を非傳染性骨盤腹膜炎と看做し、器械的又は化學的刺戟によりて發生するものと解するは謬説なり。非傳染性刺戟例之卵巢腫瘍の莖捻轉・腹腔内に流入したる藥液又は囊腫内容・卵巢悪性腫瘍等によりて腹膜上皮の營養障礙又は剝脱を來たし、以て癒着を發し得べきや勿論なれども、如斯きはフランクルの云へるが如く「腹膜炎の非傳染性型にあらずして非傳染性腹膜炎癒着」と稱すべきものなり。

要するに眞の癒着性骨盤腹膜炎は傳染によりて發するものなり。而して其傳染を起したるものは毒力の微弱なる少數の細菌なり。従つて臨牀的症候も極めて軽度にして發熱低く一過性なり。時に全く之れを缺如す。疼痛に於ても亦同様なり。

第四章 骨盤結締織の腫瘍

骨盤結締織内に發生する腫瘍としては血腫及新生物の二種あり。

血腫は極めて稀れに外力の影響なく原發することありと雖、多くは輸卵管妊娠・子宮破裂又は婦人科的手術に續發するものなり。

子宮・輸卵管及卵巣に發生せる腫瘍が廣韧带内に進入し續發性の骨盤結締織内腫瘍を形成するは屢見の現象なれども骨盤結締織に原發する新生物は甚だ稀有なるものなり。其中最多數に發見せられたるものは纖維腫及纖維筋腫にして多くは廣韧带又は圓韧带に發生す。其他稀有なるものとしては皮様囊腫・脂肪腫・肉腫等あり。又「エヒノコックス」(Echinokokus)を見たるものあり。

〔附〕所謂腹膜後方腫瘍 (Retroperitonealer Tumor)

腹膜後方腫瘍とは横隔膜より骨盤無名線に至る間の後腹壁を被包せる腹膜の後方に發生せる腫瘍の義なり。而して此部に占居せる臓器としては腎・副腎及睪腺の三あり。従つて是等臓器に發生せる腫瘍も亦腹膜後方腫瘍と云ひ得べきものなり。又稀れに内生生殖器系に發生せる腫瘍にして發育増大して腹膜後方に進入することあり。然れども吾人が腹膜後方腫瘍と呼ぶは狹義のものにして如斯き腫瘍と關係なきものを云ふ。故に此の如き定義を下すべきものなり。

腹膜後方腫瘍とは後腹壁腹膜下に發生し腎・副腎及生殖器と關係なき腫瘍を云ふ。

腹膜後方に發育増大せる腸間膜腫瘍との鑑別は困難なり。

狹義の腹膜後方腫瘍には充實性なると囊腫性なるとあり。

充實性腫瘍としては脂肪腫・肉腫・癌腫・内皮細胞腫・纖維腫・畸形腫・粘液腫又は是等の混合腫瘍なり。

腹膜後方腫瘍の種類も亦甚多し。副島(豫四郎)博士(日本外科學會雜誌第11回明治四十四年)は文献より五十有餘例を蒐集し左の如く分類せり。

第一類。淋巴又は乳糜囊腫 (Lymphocyste od. Chyluscyste)

第二類。血囊腫 (Blutcyste)

第三類。皮様囊腫 (Dermoidcyste)

第四類。漿液囊腫 (Seröse Cyste)

第五類。氈毛上皮細胞を以て被はれたる囊腫

第六類。遺殘せるウオルフ氏體より發生せりを看做したる囊腫

第七類。包蟲囊腫 (Echinocoelus-cyste)

腹膜後方腫瘍と腹内腫瘍との鑑別診斷は甚だ困難なり。腸管と癒着せる所見なくしてしかも上腹部後方に固定せる時は其疑をおき得べし。

狹義の腹膜後方腫瘍と區別すべきものは子宮後方腹膜下腫瘍 (Der retrouterine subperitoneale Tumor)

にして子宮・輸卵管及卵巣等と關係なきものなり。ウインターニッツ及ヘンケ(Winternitz u. Henke (gart's Beitrage Bl.) 1901)は第三卵巣より發生せる同種例を報告せり。

子宮後方腹膜下腫瘍

第六編 腔及處女膜の疾患

第一章 腔及處女膜の發育解剖及發育異常

腔は兩側ミューレル氏管の融合によりて發生し處女膜は腔粘膜の隆起によりて形成せらる(第三ヶ月)。初め全く平滑なりし腔粘膜は旺盛なる發育によりて横走又は縱走せる多數の皺襞を發生す。此皺襞は分娩を重ぬるに従ひ消失し老人期にありては再び平滑となる。

腔壁は上皮・上皮下結締織及筋肉の三層よりなり腔周圍結締織と連続す。

腔上皮は少女に於て最厚く、年と共に菲薄となり老人に至りて甚しく萎縮す。而して上皮の厚さは平等ならずして皺襞即腔柱の頂點に於て最薄く兩皺襞間に於て最厚し。外皮と同様多層扁平上皮なれども上層に於て角化細胞を缺如し、但腔壁に際しては之れを發生す且腺及毛髮を有せず。時として單層圓柱上皮を有する管狀腺を見ることありと云ふ(v. Preuschen)。

上皮下結締織には多數の血管を有し少數の小淋巴濾胞を認むることを得。筋層は多く縱走し唯内方に於て少數の輪狀筋纖維を有す。

腔及處女膜の發育異常の主なるもの左の如し。

一 腔の全缺損又は痕跡的發育 果して腔の缺損なるか又は痕跡狀發育なるかを區別することは極めて困難なり。單に結締織索條が腔の方向に走行せることを明かに認め得たる場合のみ痕跡的發育と云ふことを得べし。本異常は同時に子宮の痕跡的發育を伴ふこと多きも時として正常子宮に併發することあり。

二 一側腔 (Vagina unilateralis) 單に一側のミューレル氏管のみ發育して他側は缺損するか又は痕跡的に發育せるものを云ふ。多くの場合單角子宮に伴ふものなり。然れども果して一側のみ發育なるか否かは子宮に於けるが如く容易に證明すること能はず。多くの場合は腔異常に狭小にして單角子宮を有する場合に於て推測するに止まるなり。フロインドは腔囊腫の或者は痕跡的に發育せる一側腔に發するものなりと云へり。

三 雙腔又は中隔腔 (Vagina duplex od. septa) 腔の重複は比較的多數に見る異常にして、多くは重複子宮に伴ふものなれども時として正常子宮と合併することあり。中隔は全く完全なることあり、又は一部なることあり。一部分なる時は多くの場合下方にのみ存在す。之れミューレル氏管の融合は上方に始まるが故なり。稀に上方にのみ存することあり。又前壁或は後壁の中央に縱走する突起となること少なからず。又一部に橋を架せるが如き狀となることあり。(如斯きは中隔にあらずして多くは胎生時の癒着によりて發生するものなりと云ふ)。

雙腔の一方は他方より廣大なるを常とす。而して胎兒の左方捻轉の結果として左方は右方よりも少しく前方に位するものなり(Dohn, Archiv. f. Gyn., p. 21)。

處女膜の異常としては種々の形態的異常あれども實地上必要なるは處女膜閉鎖及處女膜の強直又は延長性缺如 (Rigiditas) なり。處女膜閉鎖によりては次項に述ぶるが如き血腫を形成し、處女膜強直は性交

障碍を來たし又腔癌の原因となることあり。後者は處女膜の切除によりて治癒す。

第二章 生殖管閉鎖症 Gynatresie

生殖管閉鎖症とは處女膜より内子宮口に至る間の生殖管に起る閉鎖を云ふ。従つて最普通に見る閉鎖症は左の三種なり。

- 一、處女膜閉鎖症 (Atresia hymenalis)
- 二、腔閉鎖症 (Atresia vaginalis)
- 三、頸管閉鎖症 (Atresia cervicalis)

而して腔閉鎖にありては或は單に一部の膜様閉鎖なることあり、或は大部又は全部に互る閉鎖なることあり。又閉鎖は單一生殖管に發生するのみならず重複生殖管にも屢々實見せられたり。本症は初生兒より老年に至る孰れの年代にも來るものなり。

一原因 生殖管閉鎖の原因に關しては諸説紛々として歸着するところなく、尙全く解決せられざるものなり。茲に其詳細を論ずること能はずと雖、理論上考へ得べき原因の總てを分類すれば左の如し。

- (甲) 先天性原因
 - 一、發育障碍(部分的又は全部の先天性の缺如)——原發性閉鎖
 - 二、胎生時癒着
- (乙) 後天性原因
 - 一、續發性閉鎖
 - 二、生後癒着

成熟期に達し既に生殖機能(月經・妊娠・分娩等)を営みたる者に起れる閉鎖症の後天性なるや明瞭なるも、春機發動期に至りて初めて注意せられたる場合又は既に小兒に於て發見せる場合等に於て先天性なるか後天性なるかを判断するは至難の業なり。從來如斯き場合の癒着症はすべて先天性の發育障碍又は所謂胎兒性炎症(Fötale Entzündung)を以て説明せられたりと雖、ナーゲル Nagel、フアイト Voit、マイエル Meyer 其他により精細に研究せられし以來、夫等の大多數は生後に於て發生せる炎症性癒着なりと看做すもの多し。

麻疹・猩紅熱・チフテリイ等の小兒疾患に於ては同時に腔に潰瘍を發生し、之れにより腔の閉鎖を續發するなり。而して熱性病による一般症狀の劇甚なる爲め生殖器疾患は全く看過せらるゝを常とす。又小兒の淋菌性腔炎によりても閉鎖することあり。

重複生殖管の一方に發生する閉鎖にありては先天性なるもの少なからずと云ふ。

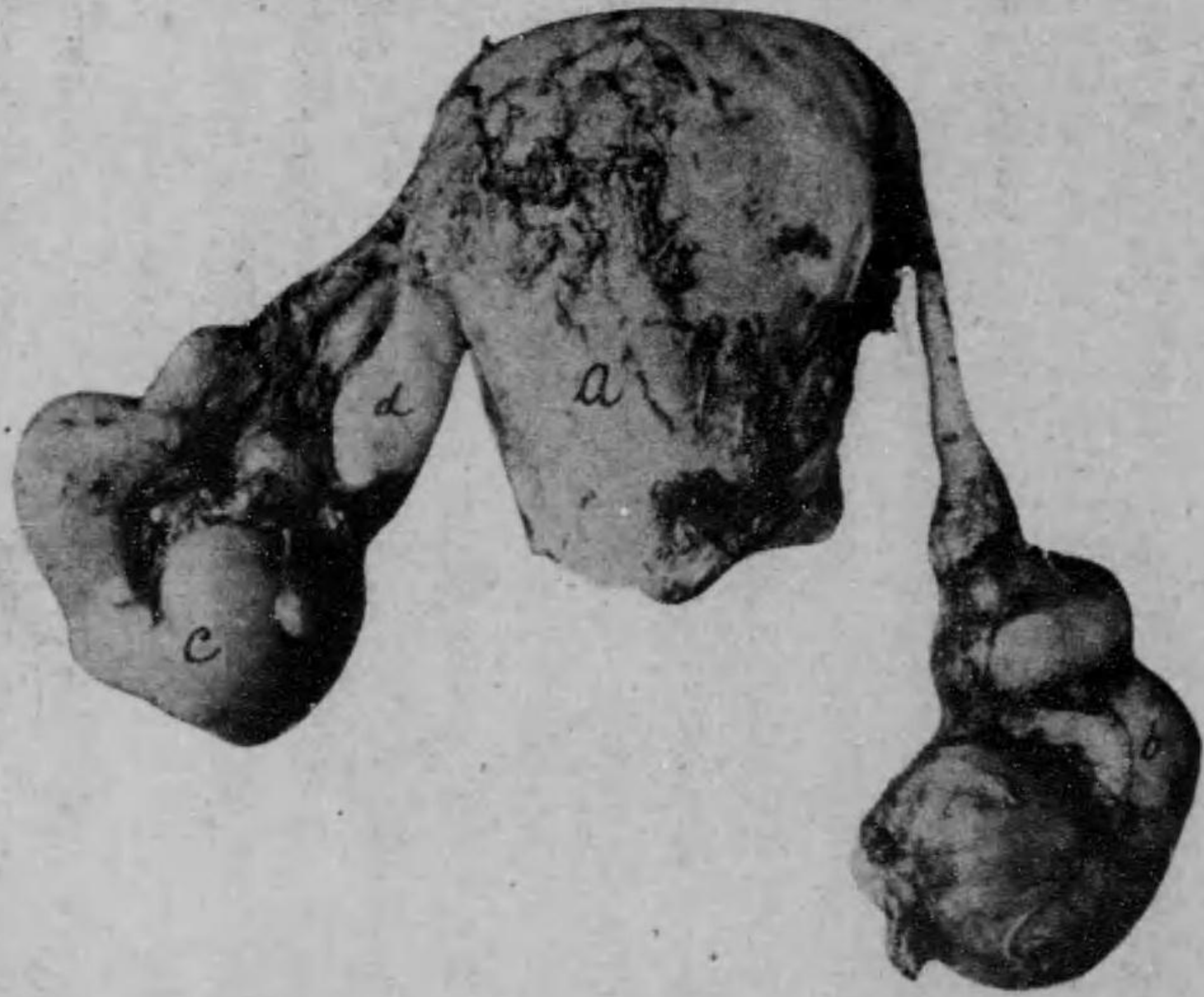
成熟婦人に起る閉鎖の多數は産褥性にして亂暴なる遂婉手術又は産褥熱に續發するものなり。其他腐蝕・燒灼又は手術等の治療的處置或は頸部癌等によりて發生することあり。又老人性變化として頸管の閉鎖を來すことあり。

二閉鎖の續發症 閉鎖によりて起る續發症は其部位及年代によりて一樣ならず。孰れにするも閉鎖部より以上に分泌物の滯溜を來すは勿論なり。

所謂先天性の處女膜又は腔閉鎖症にて分娩後既に分泌物の滯溜を見ることあるも、如斯きは極めて稀有の現象なり。殆ど全部は春機發動機に至るまで何等の續發性變化を起さず、月經の來潮と共に血液の滯溜を來し血腫を形成するものなり。血腫形成の部位は閉鎖の高さによりて異なり、處女膜閉鎖にありては先づ腔に滯溜して腔血腫(Haematokolpos)を形成し、尙進んでは頸部血腫(Haematocervix)、終には

第 四 十 六 圖

先天性處女膜閉鎖に於て各管血腫の發生(著者見)
(上腹部切標本九十歳)



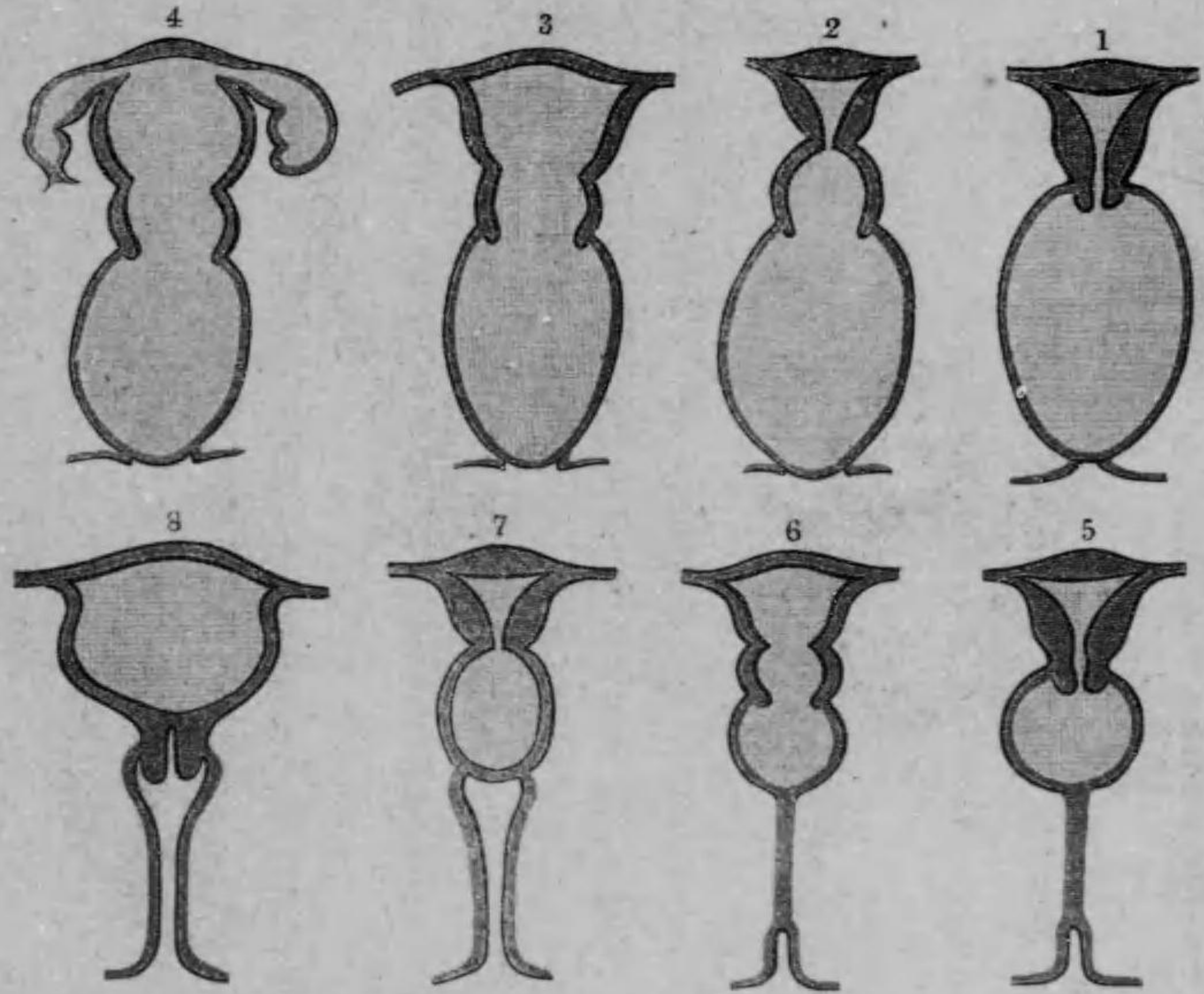
- (a) 子宮血腫(内容の流出により甚しく縮小せり)
- (b) 右側輸卵管血腫
- (c) 左側輸卵管血腫
- (d) 左側卵巣

閉鎖せるこゝ稀有ならず。之れを以て見れば輸卵管血腫内の血液を常に單純なる子宮血の流入に見るこゝ能はざる

生殖管閉鎖の場合に見る輸卵管血腫の發生に關しては異説あり。
先づ輸卵管腹口の閉鎖原因に對して、一部の學者は生殖管閉鎖と同様炎症性の癒着を考へ、又他の者は凝血の有機化によりて閉鎖す云ふ。
次に血液の起源に就きては或は子宮血腫の流入なり云ひ或は輸卵管粘膜炎の出血なり云ふ。而して輸卵管内に於ける血液の滯溜は輸卵管水腫又は輸卵管囊腫に於けると同様、主として嚙狀部にして峽部には少しの擴大のみならず、輸卵管子宮口は全く

第 四 十 五 圖

生殖管閉鎖に於て種々な血腫



- (1) 腔血腫
- (2) 頸管血腫
- (3) 腔血腫及子宮血腫
- (4) 腔血腫・子宮血腫及輸卵管血腫
- (5) 部分性腔血腫
- (6) 部分性腔血腫及子宮血腫
- (7) 頸管血腫(外口閉鎖)
- (8) 子宮血腫(内口閉鎖)

腔及處女膜の疾患

子宮血腫 (Haematometra) といふ。
腔血腫及子宮血腫共に著しき大さに達し時に大人頭大に及ぶことあり。此際子宮壁は多く肥厚して妊娠子宮に近似せる状態となるものなり。時として單に受動的に伸展せられ甚しく菲薄なることあり。
殊に興味あるは輸卵管の状態なり。同臓器には全く變化なきこと少なからざるも、亦著明なる輸卵管血腫 (Haematosalpinx) を一側又は兩側に發生することあり。

重複生殖管の側閉鎖によりては側腔血腫 (Haematokolpos lateralis) 又は側子宮血腫 (Haematometra lateralis) を形成するも、次第に膨大するに従ひ健康側を壓排して中央に位し單一管の場合と同様の所見を呈し誤診に陥ることあり。

血腫内の血液は特有の變化をなす。即血清は一部吸収せられ、赤血球は萎縮又は破壊せられ、且子宮腺分泌物を混入して濃厚且多少粘稠暗褐色となり、恰も「テール」又は「チョコレート」の如き觀を呈す。

經閉後の婦人に起れる頸管閉鎖によりては子宮水腫 (Hydrometra) を發生し、内容は或は漿液性或は粘性の液體にして透明なることあり、帶褐色なることあり。子宮壁は肥厚すること稀にして多くは甚しく菲薄となる。子宮水腫は子宮血腫の如き大きさに達することなし。

各種血腫の化膿によりては子宮膿腫 (Pyometra) 腔膿腫 (Pyokolpos) 等を發生す。頸管癌に於て癌組織によりて頸管を閉塞し子宮膿腫を續發することあるは既に述べたるが如し。

三 症候。春機發動機に達するまでは何等の症狀を發することなし。月經來潮の時期に至ると共に毎月反復する陣痛様下腹痛を起し、月と共に増悪し時に悪心嘔吐を發することあり。又血腫一定の大きに達し壓迫症狀として排尿及排便障礙を現はすに至るまで何等の症候を起さざるものあり。而して著明なる子宮及輸卵管血腫を形成せる者には持続性に疼痛を發し殊に月經時に増悪するを常とす。

四 診斷。單一管閉鎖の診斷は通常容易なり。既往症に於て「春機發動期に至りて開始し、一定の間歇を以て反復する下腹痛を訴へ、月と共に其強度を増し、しかも一回の經血をも見ざる場合」は先づ本症の血腫が傳染化膿するに至れば發熱し一般狀態甚しく障礙せらるること勿論なり。

疑をおくべし。而して觸診上生殖管に疏通障礙ありて其上部に球形の弾力性軟なる腫瘤を觸れたる場合は診斷殆ど確定せらる。處女膜及腔下部の閉鎖にては直腸診によらざる可らず。

一般に診斷は閉鎖の下部なるほど容易なり。處女膜閉鎖又は腔下部の膜様閉鎖にては、暗赤青色の内容を透見し得べく且腹壁上より腫瘤に壓を加ふる時は腔入口部閉鎖膜の膨隆することを認め得べし。單に腔血腫のみなる腫瘤上に恰も頸部間質性筋腫に於けるが如き狀態に於て子宮體を觸れ得ることありと雖、必ずしも容易ならず。殊に輸卵管血腫の診斷は困難なること少なからず。

頸管閉鎖の診斷は子宮腫瘤の觸知と消息子検査によりて決定すべし。此際血腫・水腫・膿腫等の鑑別は既往症と消毒を嚴重にせる試験的穿刺によりて決定さるべし。

五 豫後及療法。腔血腫及子宮血腫の豫後は一般に良好なり。處女膜及腔の膜様閉鎖は破裂によりて自然に治癒することあり。然れども輸卵管血腫の豫後は未定なり。其破裂によりて起る轉歸は輸卵管妊娠に於けるよりも遙かに不良なり。これ生殖管閉鎖に於て輸卵管血腫は傳染せること比較的多數なるに由るものなり。

療法としては手術あるのみなり。膜様閉鎖は單純に切開するか又は膜組織の切除を行ひ、腔の全部又は大部閉鎖は直腸腔中隔を鈍性に離開す。術後の癭痕様狹窄は腔球の挿入によりて豫防するか又は皮膚移植を行ふべし。輸卵管血腫は開腹術によりて剔出し且内容を漏出せざる様注意すべし。

第三章 膣の炎症(膣炎)

膣炎 (Kolpitis od. Vaginitis) は稀れに見る疾患にして婦人科學的意義比較的小なるものなるが故に茲には其梗概を敘するに止むべし。

一 原因 膣炎はすべて傳染によりて發生するものなり。原因菌中最主なるものは淋菌及膿菌(殊に連鎖球菌)なり。

又結核・微毒の如き特殊の細菌によるものあり。

成人の膣粘膜は甚だ強靱にして傳染に對する抵抗甚だ大なるが故に傳染の發生には素因をなすべき一定の變化なかる可らず。其主要なるもの左の如し。

- (a) 生理的變化 例へば妊娠及分娩による組織の軟化又は裂傷を有する場合。
- (b) 化學的刺戟 尿瘻・子宮頸部癌・頸管「カタル」等にて、分解せる尿又は腐蝕性分泌物の刺戟によりて膣粘膜の軟化・浸軟を起せる場合。
- (c) 器械的刺戟 不適當なる「ベッサリウム」・忘却せられたる膣「タンボン」・主として手淫の目的に使用せられたる膣内異物等の器械的刺戟又は手術。

如斯き原因は細菌の繁殖の誘因となり膣炎を發生するなり。

但し少女に於けるが如く組織極めて柔軟なるものに於ては、一般の圓柱上皮と同様全く健康なる粘膜にも甚しき淋菌の傳染を惹起するものなり。

二 病理解剖

最重篤なる解剖的變化を呈するは産褥傳染によりて起るものにして、敗血性子宮内膜

炎症の素因

炎と同様の所謂産褥性潰瘍 (Puerperale Geschwür) を發生す。

最普通に見るものは「カタル」性膣炎 (Kolpitis katarhalis) なり。これに瀰蔓性と限局性とを區別す。瀰蔓性炎症は多くは急性期又は少女に於て見るものにして其他の場合は限局するを普通とす。

急性期に於ては粘膜の腫脹・發赤・分泌亢進を主徴とす。慢性期に於ては粘膜一般に充血と光澤を失ひ多數の紅色斑紋を残すものなり。又寧ろ初めより慢性經過をこる一種に顆粒性膣炎 (Kolpitis granulata) なるものあり。即粘膜に無數の赤色の顆粒狀結節を發生し、接觸により容易に出血す。多くは妊婦に見るものにして産褥に至れば治癒すること多し。

組織的所見としては主として粘膜下結締織に於ける小圓形細胞浸潤にして或は瀰蔓性に或は限局性に發生す。而して顆粒性膣炎にては緻密なる浸潤結節上の上皮は甚しく菲薄となり、或部には全く上皮を缺如せる部あり。

又主として經閉期以後の老人に於て見る一種の膣炎に老人性癒着性膣炎 (Kolpitis vetularum adhaesiva) なるものあり。殊に膣の上部に於て表面より少しく隆起せる虎斑狀の粘膜發赤部を發生す。此赤斑は顆粒性炎と同様の組織的所見を呈し屢、上皮を缺如する爲め、對側の粘膜は接觸によりて癒着するに至るなり。此癒着は初めは極めて鬆粗なるも後には強靱となり剝離すること能はざるに至る。

三 症候 各種の膣炎其主訴とするところは帶下にして疾患の輕重により乳汁様乃至膿様なり。急性期に於ては局所に灼熱・壓感又は創傷感を訴ふるも慢性症には全く疼痛を缺如す。

又接觸によりて輕度の出血を發するが故に殊に經閉期後の婦人にありては子宮癌の發生を疑はしむること少なからず。

膣の炎症(膣炎)

四 療法 原因明かなる時は原因療法をなすべし。

急性期には安静を守らせ微温湯又は過「マンガ」酸加里溶液・過酸化水素液・「プロタルゴール」液（〇・五％）にて洗滌し、外陰部に丁字帯を施すべし。慢性症にありては消毒薬又は收斂劑を以て洗滌し、「デルマトール」・「タンニングリセリン」・明礬「グリセリン」等の「タンボン」を挿入す。小兒の淋毒性炎にては「チラトン」尿道「カテーテル」又は「ボーズマシ」氏子宮「カテーテル」を以て洗滌すべし。洗滌薬としては硝酸銀を先づ五千倍位とし漸次濃厚として千倍位に至らしむ。

第四章 腔の腫瘍

腔に發生する腫瘍の主なるものは囊腫・纖維腫又は筋腫・肉腫及癌腫等なり。

一 腔囊腫 (Vaginalcyste)

腔囊腫は粘膜下に發生する、良性の腫瘍にして、寧ろ、溜溜囊腫とも見るべきものなり。發生部位は前壁及側壁なること多く後壁なること少なし。豌豆大より櫻實大なるを普通とす。鶏卵大以上に達するは稀なるも時として兒頭大に及ぶことありと云ふ(Hogström)。多くは單發性なるも多發すること亦稀有ならず。殆ど常に單房性なるも極めて稀れに多房性なるものあり(Kleinwächter, Ponpnel, Kalenbach)。内容は漿液性又は稍、粘性にして透明なり。時として血様赤色又は赤褐色にして混濁す。囊腫壁は通常菲薄なる結締織よりなり、時として腔壁より來る滑平筋を有す。内面は殆ど常に平滑な

る上皮を以て被包せらる。多くは單層の圓柱又は骰子形上皮なるも稀れに扁平上皮、甚だ稀れに多層扁平上皮なることあり。

腔囊腫の本態は一樣ならずして種々なる發生原因を有す。左に其主なるものを列挙すべし。

- (a) ガルトホルム氏管より發生す(G. Vot. R. Meyer)。此種の囊腫に特有なる發生部位は側方腔管嚢部又は側腔壁なり。
- (b) 上皮の陥没により發生せる腔腺より發生す(Prauschen, Herff, Widner, Meyer)。時として外傷性上皮囊腫(Traumatische Epithelcyste) 又は移植囊腫(Implantationscyste)を稱し、手術により腔壁の深部に陥入せる上皮より發生することありと云ふ(Stokes, Kisch)。
- (c) 遠所的(heterotop)に腔壁内に延長せる頸管腺より發見す(Tonney, Bryden-Glending)。
- (d) 痕跡狀に發育せる一側ミューレル氏管より發生す(Freund, Kleinwächter, Bonni)。此場合は一側痕跡的に發育せる重複形なるが故に腔は甚だ狭小なるを常とす。完全に發育せる子宮及腔に於ては此原因を考ふることは能はず。本囊腫は孰れの年代にも發生するものなり。ワスマル Vassmer(Arch f. G.)は一例の初生兒に於てウォルフ氏管囊腫を見たりと云ふ。

小囊腫は何等の障碍をも起さざるなり。唯大なるものに於て性交又は分娩障礙を發することあり。診断は觸診又は視診によりて容易なり。唯氣腫性腔炎の氣泡又は限局性の淋巴管擴張症と區別せざる可らず。

治療法は手術的に囊腫を核出するにあり。單純なる切開は多く再發を來たすものなり。

二 筋腫及纖維腫

腔の腫瘍

脛筋腫は今日まで多数に報告せられたるものなり。多くは單發性にして前壁よりも後壁に發生すること多く、粘膜直下にあり。時として「ポリープ」状になることあり。大なるものは兒頭大に達することあり。周圍に對する境界は多く明瞭なるも時として腺性筋腫として漸蔓性發育をなすものあり。

腺性筋腫に於ける腺の起源に關しては異議あるも、或は陰囊腫に於けると同様にして發生せる腫上皮腺なるか又はガルトキル氏管なり、殊に側方に發生せるものに於ては第一に後者を考へざる可らず。

組織的所見は子宮筋腫又は腺性筋腫と同様なり。

稀れに全く筋纖維を缺如する纖維腫なることあり。殊に後脛穹窿部に發生せるものに於ては骨盤結締織の纖維腫と區別せざる可らず。

小なる腫瘍は何等の障礙を起さずと雖、大なるものに於て膀胱又は直腸を壓迫し、又分娩障礙を發するものなり。又時として悪性變化及壞疽に陥ることあり。

治療は剔出の他なし。

三 脛・癌腫

脛癌腫には原發性なること續發性なることあり。續發性脛癌は屢見するものなれども、原發性脛癌は比較的稀有なるものなり。

原發性脛癌の頻度は報告者によりて一様ならず。中には續發性癌を誤診せるもの少なからず。Schottlander は二萬四千四百四十六人の婦人科的患者中に唯六例を見、婦人生殖器癌の一・六乃至二・五%に相當すと云へり。多くの人は〇・四乃至〇・五%なりと云へり。

多くは限局性にして好んで後脛穹窿部に發生す。肉眼的所見は扁平・乳嘴狀・翻花狀等種々なり、一般に急速に破壊する傾向ありて硬き邊緣を有する噴火口狀をなす。時として表面に擴大する傾向を有し、全脛壁は凹凸不平の硬き腫瘤に變化し甚しく狹窄せらるゝに至るなり。

限局性癌は比較的速かに深部骨盤結締織に蔓延し、直腸を侵すこと甚だ多し。

又上方子宮腔部に移行すること多し。其他子宮頸部癌と同様の轉移を形成するなり。

組織的には多く原發性充實癌なり。然れども時に原發性腺様癌を報告せるものあり。其腺の起源は腺腺又はガルトキル氏管の遺殘なり。

續發性脛癌は殊に頸部癌の連續性蔓延又は轉移によるを最普通とす。ショットレンデル及ケルマウチルは百三十四例の頸部癌に就きて四五%の脛癌を見たりと云ふ。

稀れに直腸癌に續發することあり (Eiselsberg, Lauenstein)。

子宮頸部と脛との兩者に癌の發生を見たる場合は、兩者の間に肉眼的及顯微鏡的に健康なる組織の介在する時に於ても其孰れが原發なるかを鑑別するは必ずしも容易ならず。唯子宮頸部の變化甚だ僅微なるに脛壁の腫瘍は甚しく進行せるが如き場合に於て、恐らく原發性脛癌なるべしと推定し得るのみなり。症候は子宮癌腫と同様なり。

診斷上微毒性潰瘍又は「ベッサリウム」壓迫によりて起る肉芽組織等と鑑別すべし。

根治的療法として腹式又は腔式に脛及子宮の全剔出を行はざる可らず。此際特に脛周圍の骨盤結締織に注意すべし。單に腫瘍の剔出のみは根治を望むこと能はず。擴汎なる全剔出の成績も亦一般に不良なること多く、再發を免るゝこと少なし。故に「ラヂウム」療法に適するや勿論なり。

四 腔肉腫

腔肉腫は癌腫よりも遙かに稀有なり。而して成人に發生するものと小兒に發生するものとは其本態に於て異なるものなり。

成人の腔肉腫は多く限局性の結節を形成し、強靱なる硬度と平滑なる表面を有し一見筋腫の如き觀を呈し往々誤診せらるゝものなり。稀れに「ポリープ」状又は瀰蔓性に發生す。腔壁の孰れの部位に於ても發生す。初めは粘膜を以て被包せらるゝも容易に破壊して潰瘍となり、壊死・腐敗・出血等を續發す。

小兒に生成するものは好んで葡萄状となり多く前壁に來たる。一種の混合腫瘍にして横紋筋纖維を有すること稀ならず。

本腫瘍の手術的成績は癌腫と同様甚だ良好ならず。

第五章 腔の損傷

腔の損傷中最多數にして治療上最必要なるは腔と泌尿器及腸管との異常交通たる尿管及糞瘻なり。

甲 尿管 Harnstiel

一種類。泌尿器と腔との異常交通は尿道より輸尿管に至る孰れの部に於ても形成せらる。尿管の主なるものは左の如し。

一、尿道腔瘻 (Harnröhrenscheidenfistel)

二、膀胱腔瘻 (Blasenscheidenfistel)

膀胱腔瘻の上縁子宮口唇に達せるものを淺在膀胱子宮腔瘻 (Oberflächliche Blasengehärmutter-scheidenfistel) と云ひ、子宮腔部前壁の一部を破壊して子宮頸管にも交通せるものを深在膀胱子宮腔瘻 (Tiefe Blasengehärmutter-scheidenfistel) と云ふ。

三、輸尿管腔瘻 (Harnleiterscheidenfistel)

甚稀れに輸尿管子宮頸瘻 (Harnleitercervixfistel) を形成することあり。

四、膀胱子宮頸瘻 (Blasencervixfistel)

以上の中最普通に見るものは膀胱腔瘻にして、輸尿管腔瘻及尿道腔瘻之れに次ぎ、膀胱子宮頸瘻は甚稀有なり。

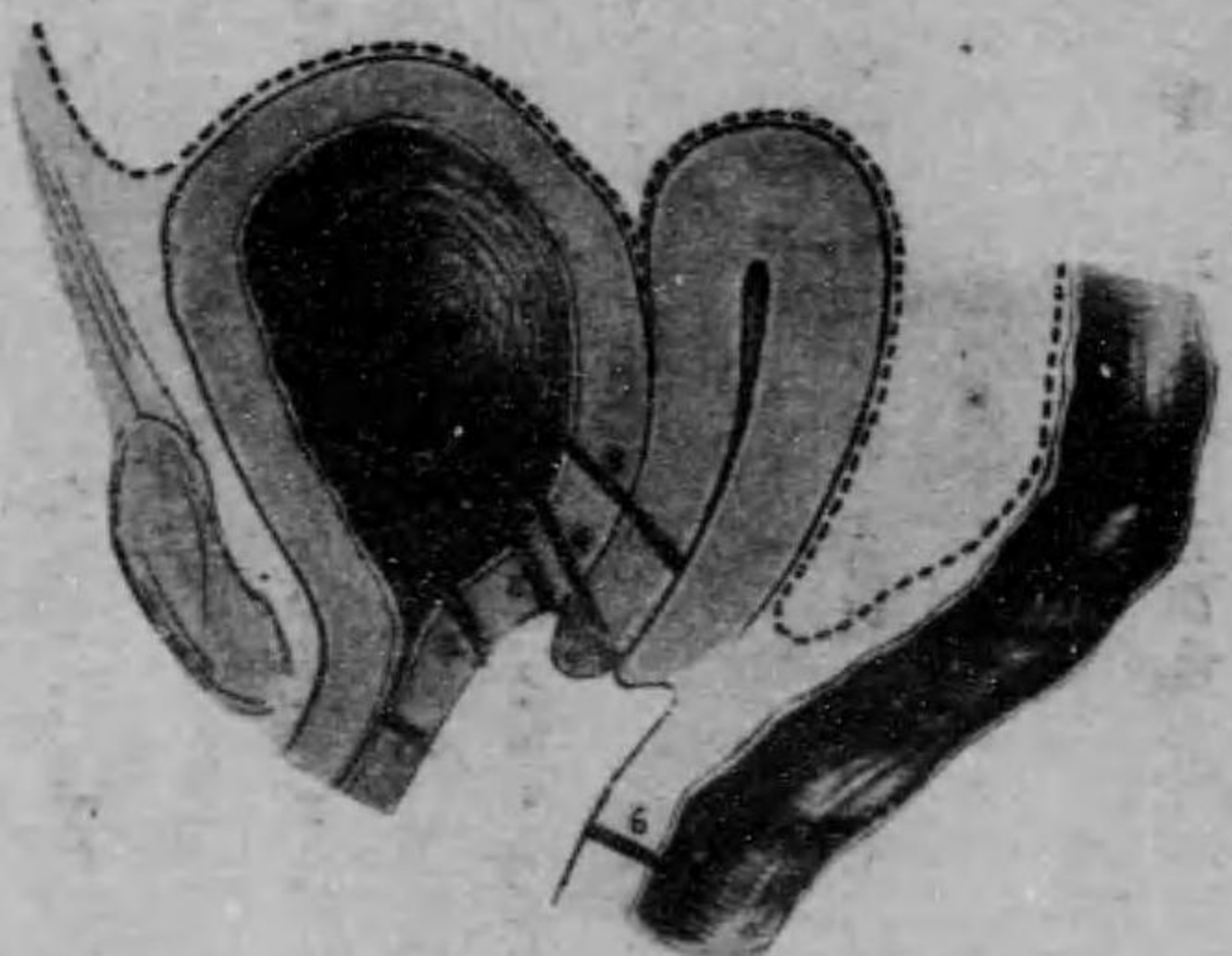
二 成因。尿管の成因は種類によりて一様ならず。左に其主なるものを列挙すべし。

(一) 分娩創傷。分娩創傷は尿管の最重要なる成因にして、之を亦左

の二つの場合に區別する事を得。

(a) 壓迫壊死。分娩第二期の遲延によりて腔壁の一部は硬き兒頭と骨盤壁との間に長時間に互

第百四十七圖 各種尿管及糞瘻



- 1、尿道腔瘻
- 2、膀胱腔瘻
- 3、淺在膀胱子宮腔瘻
- 4、深在膀胱子宮腔瘻
- 5、膀胱子宮頸瘻
- 6、直腸腔瘻

腔の損傷

り過度に壓迫せられ、終に壊死し、壊死部の脱落によりて瘻管を形成するなり。故に狹窄骨盤・兒頭の過大又は胎勢異常等に見ること多し。

(b) 遂婉手術 産科鉗子・碎頭器・穿顱器等を亂暴に使用することによりて起る直接創傷なり。

分娩創傷によりて生ずるものは主として膀胱瘻及尿道瘻なり。

(二) 手術による創傷 不注意に行はれたる腔式又は腹式の子宮全剥出術又は腔整形術に際する損傷によるもの。之れによりて生ずるものは膀胱瘻又は輸尿管瘻なり。

(三) 炎症又は腫瘍による組織の破壊 就中最普通に見るものは子宮頸部痛の穿孔による膀胱子宮頸瘻及廣汎性腹式子宮全剥出後に續發せる骨盤結締織炎による輸尿管瘻なり。

三 肉眼的所見 瘻孔の大きさは種々にして肉眼的に認識し得ざる細小なるものより、一乃至二指を通じ又は腔前壁の殆ど全部消失するに至るものあり。大なるものにては眞紅の膀胱粘膜内翻して陰裂間に膨隆するに至ることあり(膀胱内翻症)。輸尿管瘻は多く細小なり。瘻孔の形は甚だ小なるものは單に間隙をなすに過ぎざるも大なるものは圓形又は不正稜形をなす。瘻孔縁の性状は疾患の新舊によりて同じからず。尙新鮮なるものに於ては炎症性腫脹を有するも陳舊性となるに従ひて癢痕性に菲薄となり、膀胱及腔の粘膜は相接觸するに至る。大なるものによりては瘻孔縁の一部は恥骨枝又は恥骨縫際に癒着するに至る(癒着性尿瘻)。

四 症候 尿瘻は排尿障害を主徴とし、續發症候として外陰部炎・全身障碍及月經障碍等を現はす。

排尿障碍は瘻孔の部位によりて一様ならず。尿道瘻にて膀胱括約筋の破壊せられたる場合は尿失禁(不随意排尿)を訴ふるも其他の場合は随意に排尿することを得。唯其尿の一部又は全部は腔に流出す

るの不快を生ずるのみなり。膀胱瘻はすべて尿失禁を來たし、大なる瘻孔よりは絶えず尿を漏出す。然れども瘻孔の大き及部位によりては一程度の随意排尿を得ることあり。例へば左の如き場合なり。

(一) 上方腔穹隆部邊にある餘り大ならざる瘻孔にては直立位に於て一程度まで尿を漏出せしめ之れを随意に排尿することを得。然れども臥位にては悉く不随意に漏出す。

(二) 下垂又は内翻して頸狀をなせる膀胱結膜と瘻孔縁と密接するか又は子宮腔部の下降によりて瘻孔を閉鎖するが如き場合に或る體位に於ては尿の漏出を防止し随意排尿をなし得ることあり。

膀胱子宮頸瘻も亦尿失禁を有す。輸尿管瘻は單に一側のみなる場合は尿失禁と不随意排尿とを併有す。

一般に尿瘻が直接外傷によりて發生する時は排尿障碍は其直後に現はるゝも、壓迫壊死によりて發生するものは數日後組織の脱落と共に現はるゝものなり。

不随意に漏出せる尿は絶えず外陰部及大腿内側等を濕潤して濕疹・膿疹又は炎症を誘發し、皮膚の腫脹糜爛等を引き甚しき疼痛を訴ふるに至る。外陰部の清淨に不注意なりし場合に於て殊に甚し。

患者は尿失禁に不快を感ずるのみならず、尿の分解によりて發する「アンモニア」臭は甚しく食欲を障碍し、榮養次第に衰ふ。自然人との交際を避け、仕事を嫌ひ、漸次憂鬱状態となるものなり。

尿瘻患者の多くは無月經となる。少くとも月經過少となり數ヶ月中止し甚しく不正となる。而して瘻孔治癒するに至れば再び正調となる。其原因は不明なり。

尿瘻患者の無月經は毎常必ずしも尿瘻と關係するものにあらず。中には分娩時の出血・産褥傳染による敗血性子宮内膜炎又は授乳性子宮萎縮による無月經も亦少なからず。水口學士は四十五例の尿瘻患者中授乳せずして無月經なるもの十五例なりと

膀胱瘻の隨
意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

膀胱瘻の隨意排尿

排卵機能には障碍なきが如く妊娠するもの稀有ならず。唯性交を避くる傾向を生ずるが故に妊娠するもの少なきなり。

五 診断 尿瘻の診断は部位によりて必ずしも容易ならず。

尿道瘻の診断は視診又は消息子検査にて容易なり。膀胱瘻の大なるものは既に内診によりて認むることを得るも、小なるものは子宮鏡の助けにより視診又は消息子検査をなし前腔壁に尿を漏出する孔を證明せざる可らず。而して瘻孔が果して膀胱壁にあるや否やを確定するには消息子を使用すべし。即尿道より膀胱内に挿入せる消息子の先端を瘻孔より腔中に出すことを得るか又は尿道及瘻孔の二箇所より各一本宛の消息子を挿入し、両者が膀胱内にて衝突することを知れば膀胱瘻なること確實なり。極めて細小なる瘻孔は膀胱内に着色液(例へば減菌硼酸水にて適宜に稀釋したる牛乳又は過「マンガン」酸加里溶液)を注入し、以て漏出せる瘻孔の所在を明瞭ならしむべし。

輸尿管瘻は尿失禁と随意排尿とを併有することにより疑を抱き得べしと雖、既述の如く膀胱瘻にても亦同様の徴候を有すること稀有ならざるが故に、唯之れによりてのみ診断すること能はざるや勿論なり。

輸尿管瘻の診断

輸尿管瘻の診断法は甚しく多種なり、左に其主要なるものを紹介すべし。

(甲)間接診断法 腔に開通せる尿瘻ある場合膀胱瘻又は尿道瘻の存在を否定し間接に輸尿管瘻を推定せんとする法にして、膀胱瘻瘻診断法は總て此目的に應用せらる。例へば既述の色素液を以て膀胱を充滿する法又は

瘻孔及尿道の兩者より消息子を通ずる法等なり。

(乙)直接診断法 輸尿管の損傷により瘻管を形成せることを直接診断する法にして種々あり。就中最必要なるは膀胱鏡検査又は染尿膀胱鏡検査(Chromocystoscopy)なり。即膀胱鏡検査により輸尿管開口部を観察するに、健側よりは間歇的に尿を噴出するも、損傷側よりは全く排尿を見ることなし。試験前〇・四%の「インヂコ・カルミン」を腎筋内に注射する時は輸尿管より噴出する尿は、約四分乃至八分後に於て青く着色するが故に観察一層容易なる。尙此他輸尿管「カテーテル」挿入法あるも確實なる方法ならず。

(丙)合併診断法 即間接法と直接法とを併有する方法にして就中最確實優秀にして實地上便利なりとせらるゝはアドリアン C. Adian の色素試験法(Farbstoffprobe)なり。

アドリアンは腎臓より排泄せられ液の反應によりて變色し、人體に無害なる色素として「ノイトラロート」(Neutralrot)「フェニールズルフォンタレーン」(Phenolsulfonphthalein)を選べり。其變色状態は左の如し。

水溶液	「ノイトラロート」	「フェニールズルフォンタレーン」
酸性液	暗赤色	赤色
「アルカリ」性液	肉汁色・葡萄酒色・櫻實色	黄色又ハ澄黄色
	黄色又ハ澄黄色	濃厚ナル赤色

一、「ノイトラル」赤使用法。

一、殺菌生理的食鹽水一〇瓦中に「ノイトラル」赤〇・一を即一%の割合に溶解せしむ(此の溶液は用に臨んで製すべし)。該液一瓦を腎部筋内に注射す。而して局所には反應を見ず、注射後十五分にて尿中に色素の分泌を始む。

腔の損傷

アドリアン氏色素試験法

腔及處女膜の疾患

膀胱を空虚となし、消毒せる二%の微温重曹水二百瓦にて満たす。而して清潔にしたる瘻孔部即ち腔に〇・五%の醋酸水或は一%の酸性燐酸曹達水に浸せる栓子を挿入す。若し此の瘻管が膀胱瘻なるときは弱き消毒薬例之ば硼酸水に浸せる栓子を挿入す。

瘻孔より尿の排泄多き時は試験成績早く判明すべきも、尿排泄量少き時は患者を散歩せしめ一二時間の後栓子を抜き、試験成績を著明ならしむべし。

生理的に腔の分泌物は酸性なるを以て栓子を酸性となすも「ノイトラル」赤の試験成績には影響なし。

「ノイトラル」赤の筋肉内注射後赤色となすは酸性尿の幾何量が、膀胱に容るべき弱アルカリ性の液體を中和し、尙進みて再び赤色となるやの試験を確め行はざる可らず。而して二%重曹水二百瓦は一%「ノイトラル」赤二瓦の筋肉内注射後十五分乃至七十五分間に排出する全尿量を混するも、赤色とならずして矢張り黄色を呈するを以て、此試験に際し二%重曹水二百瓦にて膀胱を充填せば試験成績確實なり。而かも輸尿管瘻患者にありては膀胱に入る尿は單に一個の輸尿管より来るものなるが故に層確實なり。

二、膀胱を「アルカリ」性液體にて充填する代りに患者に重曹水を飲用せしめ、人為的に尿を「アルカリ」性となす。其目的に試験時の半時間前に重曹の五乃至十瓦を水に溶して飲用せしむる時は數時間尿を「アルカリ」性となすことを得るものなり。右の如くしたる患者に「ノイトラル」赤を注射し、膀胱を排尿し空虚となし、腔に酸性液にて浸せる栓子を挿入し置く時は膀胱に出する尿は黄色にして、栓子に附きし尿は赤色を呈するも、瘻管より排泄する尿量多き時は栓子に浸み込める酸を中和し試験成績を誤らしむること有るを以て此方法は用ゐらるゝこと少なし。

二、「フェノールズルフォンフタレイン」使用法。

米國バルチモアのビンソン、ウエストコット會社にて製造せる食鹽水一瓦中に〇・〇〇六の「フェノールズルフォンフタレイン」を含むものを「アンブル」中に封固せるものを用ふ。

一、該液を筋肉内に注射するに十分ならずして尿中に表はるゝものとす。同色素は酸性尿中には黄色を呈し「アルカリ」性尿中には濃厚なる赤色を呈す。

試験に先きだち人為的に尿を「アルカリ」性ならしめ、該液一瓦を腎部筋肉内に注射す。膀胱を消毒せる〇・五%の醋酸水或は一%酸性燐酸曹達液二百瓦にて充す。腔には重曹水を浸せる栓子を挿入す。然るときは膀胱内に排泄されし尿は黄色に變ずるも腔に瘻孔より来る尿は腔内の栓子に附き赤色となる。此際膀胱内に充されたる酸性液が「アルカリ」性の尿にて中和されざることは上述の試験方法と同様に試験管にて證明し得るなり。又腔内栓子が酸性尿分泌液にて中和され試験を不確實になすことを避くるため栓子を早く除去するか又は腔を先づ「アルカリ」性液體にて洗滌し置くを宜しとす。

二、上記の試験と反對に患者の尿を酸性となして行ふことあるも膀胱及瘻管に於ける赤色變色反應著しからざるを以て應用されず。

次に前記の試験方法を誤りならしめんが爲め、必要な注意の二三を附記すべし。

(a) 色素試験實施に際し種々の必要要件あり。瘻管側の腎臓が色素を分泌せざる程重き疾患に罹れる場合には色素試験法不可能なり。又膀胱は一定程度の容積を有せざる可からず。即膀胱括約筋の麻痺と膀胱瘻の同時に存在する場合、膀胱の甚だしき炎症症狀の存する時或は甚だ過敏なる時等に於ては、膀胱の容積少く爲めに輸尿管よりの色素尿が膀胱を充したる液に作用し特殊なる色素反應を呈する能はず。

(b) 輸尿管瘻と膀胱瘻と同時に存在する時は上記の試験法を完全に施行する能はざるを以て其方法複雑となる。其尿瘻發生の狀態・病氣の経過及び瘻孔の所在にて其瘻孔の何れに屬すやを推定し、且既知の方法にて膀胱瘻の存否を確定し、次に色素試験法を屢々繰返して検査するを要す。

(c) 色素試験に先立ち新に採りし尿の反應を試験し、注射すべき色素を選択すべし。

(d) 「ノイトラル」赤試験前に炭酸或は「アルカリ」性のものを含有する礦泉水或は果實を飲用すべからず。是れ試験中尿を酸性に保たしめんが爲めなり。「フェノールズルフォンフタレイン」試験の時は反對なる飲料を攝取すべからず。

(e) 「ノイトラル」赤試験の際は患者の尿は酸性に「フェノールズルフォンフタレイン」試験の際は患者の尿は「アルカリ」性なるべし。

腔の損傷

(f) 同一の患者にて一方の腎臓よりの尿は「アルカリ性」なるに反対側よりの尿は酸性なることあるを以て注意すべし、右の現象は一方の腎臓に疾患ある時に來る。即ち側の腎臓より尿の分泌に障礙あるを以て色素試験不可能なり。

(g) 色素試験は日中之れを施行するを宜しとす。

(h) 色素試験のみにては瘻管身體の何れの側に有るや知る能はざるを以て、之れを知らんと欲せば既往症自他覺症によるか或は膀胱鏡の力を藉らざる可からず。

(i) 輸尿管瘻が完全なるか不完全なるかの決定は色素試験法のみにては不確實にして亦膀胱鏡の助けを要するものとす。

(j) 色素試験の成績陰性なるも輸尿管瘻なしと斷言する能はず。これ人為的膀胱充填法にて膀胱瘻なしと斷言出來ざると同一理なり。

また症候的に尿瘻存する時は數回反復種々なる試験を行ひ膀胱を強く充填し、或は腔内に永く栓子を挿入し置き、或は體位を變換し或は運動を命する等の條件を變じ見るべし。

六 豫後及療法

尿瘻の豫後は先づ其種類によりて一様ならず。又同一種のものにても其新舊及大さによりて甚しき差異あり。

自然的治癒の傾向を有する尿瘻は左の二種なり。

(a) 鋭利なる創縁を有する細小なる膀胱腔瘻。

(b) 輸尿管腔瘻。

殊に輸尿管の斷端にあらずして側壁に發生せる所謂側壁瘻(Scitenwandfistel)は孔縁の瘻痕收縮によりて自然に閉鎖すること少なからず。時として附屬腎臓の萎縮によりて尿排泄止み自然治癒の像を呈することあり。

故に如斯き尿瘻に對しては暫く経過を観察し時々硝酸銀桿を以て瘻孔部を腐蝕すべし。尙膀胱腔瘻に

自然に治癒する尿瘻

ては留置「カテーテル」を挿入し瘻孔より尿の漏出するを止むべし。かくするも自然に治癒する傾向なきものは手術的療法を行はざる可らず。

其他のものはすべて手術によらざれば治癒せしむること能はず。而して殊に大なる陳舊性尿瘻の手術的豫後は甚だ良好なりと云ふこと能はず。一般に術者の頭腦と技術とを要する事本手術ほど大なるものなし。如何に熟練の者なりと雖、毎常唯一回の手術によりて所期の目的を達し得ること能はず。數回之れを反復し、其度毎に瘻孔の擴大・瘻痕性變化の増進を招來し、終に如何ともなし得ざるに至ることあり。

手術的療法 尿瘻の手術は瘻孔の部位及大さによりて甚簡單なるものより極めて複雑なるものまで多種多様なり。

單純なる膀胱腔瘻及尿道腔瘻に對しては、瘻痕切除によりて新創面を形成したる後縫合を施すべき所謂新創面形成法(Anfrischungsmethode)又は組織を切除することなく、單に之れを切開して瓣を形成したる後縫合すべき瓣分割法(Lappenspaltung)を行ふ。

其他の尿瘻及特殊の合併症を有する者に對する手術及尿瘻手術の一般的操作の詳細は拙著「婦人科手術學」に譲りて茲に之れを述べず。

2 糞瘻 Kothfistel

糞瘻とは糞便を腔に漏出せしむべき腸管と腔との交通を云ふ。最普通に見るものは直腸腔瘻(Mastardarmscheidenfistel)なり。時として瘻孔會陰に開口して直腸會陰瘻(Mastardarmfistel)をなすことあり。又直腸よりも上部の腸管と腔穹隆部稀れに子宮體と交通することあり。此際單に小なる瘻孔をなす時は腸腔瘻

腔の損傷

(Darmscheidenfistel) 腸の全横断面を以て開口せる時は膣性非自然肛門 (Anus praenaturalis vaginalis) といふ。

發生原因は尿瘻に於けると殆ど同様なり。唯尿瘻の如く壓迫壊死によりて生ずること稀れなり。是れ膣後壁は膣前壁の如く硬固なる骨盤壁に直接せざるが故なり。多くは産科的手術によりて發生するなり。産褥以外に於ては直腸及直腸周囲結締組織の疾患(炎症・潰瘍・悪性腫瘍)に因るものなり。

瘻候。腸内容の漏出するを主徴とす。瘻孔小なる時は單に瓦斯軟便のみ漏出し硬便は影響せず。軟便の漏出によりて膣及外陰部の炎症を惹起し、之れに關して種々の症状を續發す。

診断。視診によりて容易に發見せらる。稍大なるものにては暗赤色の直腸粘膜を外翻す。小なるものは膣より消息子を通じ、示指を直腸に挿入して診断す。

療法。甚だ小なるものは腐蝕法によりて治療することありと雖、多くの者は手術によりて閉鎖するを要す。

直腸膣瘻に對しては尿瘻と同様に新創面形成法又は瓣切開法をなすべきものなれども、一般に治療困難なるものなり。肛門に近き者又は直腸會陰瘻にありては瘻孔以下の會陰を正中線にて切斷し、以て完全會陰破裂とし、瘻孔周囲組織を充分に切除したる後、會陰破裂の手術をなすを優れりとす。

腸膣瘻は自然的治癒をなす傾向あるが故に、暫く放置して経過を観察し、其望なきを認めたる後手術すべし。手術は膣式に瘻孔を擴大し、腸を膣壁より剝離し、先づ腸を縫合したる後膣を縫合すべし。又腹式に瘻管形成部の腸を切除曠置すべし。

第六章 膣 瘻 Vaginismus

膣瘻とは不随意に起る膣入口部及骨盤底筋肉の痙攣を云ふ。甚しきに至りては下肢及軀幹の筋肉も亦收縮す。従つて性交不能となり、内診をも妨害す。本邦婦人に於て見ること甚だ稀なり。

本症の本態に關しては異説あり。従來は膣入口部知覺過敏を重要視し、其接觸刺激は反射的に運動神經に傳はりて痙攣を發するものと解せしも、近來に於てはワルタルド Warhard の所説に従ひ單に觀念 (Vorstellung) によりて起る精神的反射 (psychischer Reflex) なりと信ずるもの多し。従つて従來列舉せられし外陰部に於ける種々の變化、例へば處女膜の強靱・伸展性缺乏・舟狀窩の輝裂・膣入口部の炎症・尿道外口の「カルンケル」等は痙攣の成因にあらず。本症の眞の原因をなすものは精神障礙にありて、性交に對する恐怖・性交に伴ふ疼痛又は不快感等を想像することによりて起る反射現象なり。故に膣瘻を起すには必ずしも外陰部に接觸するを要せざるなり。

外陰部に種々なる解剖的變化ありて、該部の接觸によりて反射的に筋收縮を惹起することあるは勿論なるも、斯如きは眞の膣瘻にあらずして所謂假性膣瘻 (Pseudovaginismus) と名づくべきものなり。

療法。假性膣瘻に對しては解剖的變化を治療せざる可らず。就中従來最貴用せられたるは處女膜切除なり。眞性膣瘻に對しては精神療法を行ふべし。

第七編 外陰部の疾患

第一章 外陰部の發育及發育異常

外陰部の發育は泌尿器(膀胱及尿道)及直腸の發育と密接なる關係を有し甚だ複雑なり。左の二類に分ちて其概要を敘述すべし。

(甲) 腔及尿道・直腸の發生並に會陰の形成。

(乙) 陰核及陰核包皮・大小陰唇の發生。

第一類の發育

(甲) 胎生學上腔及尿道は泌尿生殖竇(Sinus urogenitalis)の分離によりて生じ、泌尿生殖竇は直腸と合併して「クロアカ」(Kloake)を形成せし部なり。

胎生初期に於ては軀幹の尾端に一つの開口をも有することなし。而して將來直腸となるべき終腸(Enddarm)と膀胱及尿道を發生すべき尿囊(Allantois)とは其末端に於て互に相連続して「クロアカ」を形成す。此内胚葉性の「クロアカ」は初め外界と交通せずして腹側に密接し、外皮たる外胚葉を以て閉鎖せらる。此部の外皮を「クロアカ」膜(Kloakenmembran)と稱す。

次で尿囊と終腸との間なる腹腔の陷凹部將來ブーグラス氏窩となるべき部は次第に深くなると共に「クロアカ」腔内に中隔を突出す。之れを尿直腸中隔(Septum urorectale)と稱す。將來腔中隔及會陰となるべき部なり。此中隔

欠

欠

部、女性の特徴をなし、男女の區別判然たらざるものなり。而して第二次性徴は必ずしも生殖腺に一致せずして他性に屬すべきこと少なからず。

假性半陰陽に左の二種あり。

- 一、女性假性半陰陽 (Pseudo-Hermaphroditismus femininus)
- 二、男性假性半陰陽 (Pseudo-Hermaphroditismus masculinus)

前者は卵巢を有して本來女性なるも、外陰部は寧ろ男子型なるものを云ふ。即陰核は異常に發育して陰莖の狀となり、其下面に前庭に達する溝ありて恰も男子尿道下裂の如く見ゆ。尿道と腔は分離せることあり又共通管に開口せることあり。加ふるに兩側大陰唇癒合して陰囊の形をなせば一層男性に近似す。時として卵巢「ヘルニア」ありて睾丸と誤ることあり。

後者は睾丸を有し本來は男子なるも外陰部は寧ろ女子型なるを云ふ。即陰莖の發達不良にして陰核の狀をなし、且尿道下裂を合併して腔入口の如き觀を呈す。又兩側生殖隆起は癒着せずして分離し大陰唇の形をなす。加ふるに睾丸潜在すれば一層女性に類似す。

一言にして云へば女性假性半陰陽は外陰部の過度なる發育によりて發し、男性假性半陰陽は外陰部の發育(主として癒着現象)の抑止によりて發するものなり。従つて前者は後者よりも稀有にして、多くの假性半陰陽は男性なり。

第二章 外陰部の炎症

一 外陰部炎 Vulvitis

外陰部炎は他部生殖器の炎症に比すれば寧ろ稀有なる疾患なり。其解剖的變化及臨牀症狀は種類により甚しく雑多にして、之れを急性症と慢性症との二種に大別して論ずるを便とす。

甲 急性外陰部炎

一 原因。急性外陰部炎は常に細菌の傳染によりて發生するものなり。而して外陰部は強靱なる外皮を以て被はれ傳染に對する抵抗極めて強きが故に、炎症を發するには一定の準備現象なかる可らず。其準備現象とは外皮の浸軟又は損傷なり。

一體外陰部炎は單獨に發生することなく子宮・膣・尿道等の疾患に續發するを常とす。子宮内膜・膣及尿道の炎症・子宮悪性腫瘍・尿瘻及糞瘻等は其主なるものなり。而して其原因的關係を有するものは疾患其者にあらずして、病的變化によりて排泄せらるる分泌物にあり。即是等の疾患により排泄せらるる炎症性分泌物・尿又は大便等は持久的に外陰部を濕潤し、爲めに上皮は、或は腐蝕せられ或は單に浸軟せらる。進んでは僅少の器械的刺戟によりて損傷を生ずるに至る。かくして生じたる組織の軟化及損傷は細胞の侵入を誘致し、茲に炎症を惹起するものなり。

尙屢、外陰部炎の誘因をなすものは糖尿病なり。之れ糖分を含有する尿が諸種の細菌殊に鷲口瘡菌(Sourpils)又は「レプトトリックス」(Leptothrix)の發育に適するが故なり。

外陰部炎の準備

其他著しき外傷(例へば搔傷又は粗暴なる性交・手淫による損傷)及外陰部の不潔殊に月經時に於ける等も亦炎症の誘因となるものなり。時に亦急性傳染病に併發することあり。

炎症の眞因をなす細菌は甚だ多種にして外陰部に既存せるものあり、又は周圍より分泌物と共に移行せるものあり、或は外部より運ばれたるものあり。就中最主要なるものは淋菌にして急性外陰部炎の約七五%を占むと云ふ。而して淋菌性外陰部炎は主として少女を侵すものにして大人に來ること甚だ少ない。これ少女の外皮の軟弱なるが爲めなり。且少女又は若き未産婦にては外陰部に原發し、單に此部にのみ限局することあるも、大人殊に哆開せる陰門を有する者に於ては淋菌性子宮頸部炎又は尿道炎に續發するものなり。

二 症候。外陰部炎は發赤・腫脹・分泌及疼痛を主徴とす。其最強度に發現するものは少女の淋菌性外陰部腔炎(Vulvo-vaginitis gonorrhoeica)なり。

發赤は初期外陰部全般に互り瀰漫性に起り、後斑紋様に限局す。

腫脹は小陰唇及處女膜に於て殊に甚しく發し、爲めに陰門を閉鎖するに至る。表面光輝を帯び接觸によりて出血することあり。陰核及其包皮の腫脹は甚しからざるを常とす。分泌物は漿液様、粘液様又は膿様等種々なり。從つて着色も亦一樣ならず。殊に淋菌性症にては帯緑色の膿を生ずることあり。濃厚にして粘稠なる分泌物によりては陰唇、陰毛等の癒着を來すものなり。

疼痛は初期に於て甚しく外陰部に於ける灼熱及重感を訴ふ。殊に接觸(診察・洗濯・歩行時の摩擦・排尿時等に一層劇甚となる。以上は外陰部炎の一般的症候なるが、原因の異なるにより稍特殊の徴候を呈するものあり。左に其主なるものを摘記すべし。

外陰部の炎症

バルトリニー氏腺炎

淋疾症

腺膿瘍

假性膿瘍

淋菌性外陰部炎に於ては屢、バルトリニー氏腺及其排泄管の炎症を合併す。バルトリニー氏腺炎(Bartolin's tholinitis) と呼ぶものあり。然る時は同腺部に硬結を觸れ壓痛あり。又處女膜の外方にある腺開口部に約帽針頭大の赤斑を現はす。之れ腫脹せる排泄管粘膜の外翻せるものなり。之れを淋疾斑(Macula gonorrhoeica nach Saenger) と稱す。壓によりて開口部より膿汁を排泄す。遂にバルトリニー氏腺膿瘍(Bartholin'sche Abszess) を發生すること稀有ならず。腺膿瘍と區別すべきは排泄管に於ける膿溜りにして、之れを假性膿瘍(Pseudoabszess) と稱す。

眞正膿瘍は鳩卵大より時に鵝卵大に及ぶ球狀の腫瘍なれども、假性膿瘍は多く小にして且長形又は紡錘形の絞環を有し且腫瘍の大部は小陰唇にあり。

バルトリニー氏腺炎は殆ど常に成人に來り少女に見ること甚だ稀れなり。多くは急性期を過ぎたる後に發するものにして數週又は數月後、時に年餘にして起ることあり。而して膿瘍を惹起するは必ずしも淋菌のみならずして膿菌・普通大腸菌又は其他の混合傳染によることありと云ふ。

「チフテリー」・猩紅熱・麻疹等の急性傳染病に併發する外陰部炎は主として小兒に來り、同時に腔を侵し腔閉鎖の原因となることあり。殊に「チフテリー」にありては咽頭に於けると全く同様の苔及潰瘍を發生す。

産褥に於ける外陰部炎は多く連鎖球菌によりて發生するものにして、所謂產褥性潰瘍(Puerperales Geschwür) を形成し、進みては蜂窠織炎・壞疽等に陥ることあり。

三 療法。急性期の療法としては安靜及清潔を第一とすべし。洗滌は醫師自ら之れを行ふべし。疼痛に對しては一乃至二%の鉛糖水濕布を行ひ、又「ラノリン」・亞鉛軟膏を貼し、「デルマトル」・「キセロホルム」等を撒布す。

原因の明かなる者にありては原因療法をなし、再傳染の機會を避けしむること必要なり。

バルトリニー氏腺膿瘍は切開排膿すべし。

乙 慢性外陰部炎

慢性の外陰部炎症中に加へらるべき疾患は甚しく多種なり。其最普通なるは前記急性炎症の移行せるものにして特殊の慢性炎症は微毒及結核なり。

單純なる急性炎症の不全治癒によりて發生する單純なる慢性炎にては腫脹去り、發赤は斑紋狀に限局し、疼痛は變じて搔痒の感となる。

其療法としては特殊なる方法なく洗滌・「デルマトール」又は亞鉛華澱粉の撒布をなし、搔痒甚しきものは後述すべき搔痒症と同様に處置す。

外陰部結核及微毒に就きては茲に之れを略す。

尙一部の學者よりは一種の外陰部炎症に屬すべきものと見做され、而かも本態全く明瞭ならずして尙爭論中にある特殊の疾患に、外陰部搔痒症・外陰部萎縮症・外陰部侵蝕性潰瘍等あり。

一 外陰部搔痒症 (Pruritus vulvae)

外陰部搔痒症とは外陰部及其周圍の搔痒感を主徴とするものなり。搔痒は一般に諸種の外陰部炎殊に其慢性症の症候として發現するものにして、之れを一つの獨立せる疾患となし得るやに就きては學者間に異論あり。然れども著明なる炎症性變化を認めずして頑固なる搔痒を訴ふるものを一種の疾患と看做すもの多し。經閉期前後の婦人又は老人に來ること多し。本症に於て發する搔痒感は持續的に存するこ

と少なく、多くは發作性にして殊に就牀又は歩行により溫暖なるに至り増悪す。爲めに安眠を妨害し甚しきは自殺を志すに至る者ありと云ふ。灼熱の感を伴ふことあり又は伴はざることあり。ゼンゲル Saenger は痒疹性外陰部炎 (Vulvitis pruriginosa) と命名せるも、既述の如く炎症を缺如せるを本來とし、炎症を有するものは搔爬其他の器械的刺戟によりて起せる續發現象なりとせらる。

多くの場合子宮・腔・尿道及膀胱・直腸等に異常を有し、其刺戟性分泌物を認むること多きも、又糖尿病・腎臓病・稀れに黃疸症等に續發することあり。殊に糖尿病との關係は臨牀家の注意を要するところなり。時として局所及全身に何等の異常なくして、單に精神及神經障礙のみを認むる場合あり。如斯きを特發性痒疹症 (Essentieller Pruritus nach Olschansky) 又は精神病性痒疹症 (Psychogener Pruritus nach Walthard) と云ふ。

療法。原因明かなる時は原因療法をなすこと勿論なり。

對症療法としては輕症には毎日數回坐浴を命じ、重症には洗滌後三―五%石炭酸液又は二―三%硝酸銀液を塗布す。又は石鹼を以て充分に腔及外陰部を洗滌したる後三―五%石炭酸・「ツゼリン」を貼布すべし。又藥局法沃度丁幾の塗布も有效なりと云ふ。

「レントゲン」放射療法は甚だ有效なりと云ふ。著者は水銀石英燈又は人工高山太陽燈による紫外線放射の奏效確實なるを經驗せり。

二 外陰部萎縮症及外陰部「ロイコプラキ」

外陰部萎縮症 (Kraurosis vulvae) とは外陰部の萎縮を主徴とする疾患にしてブライスキ Bristow (Berl. Heilk. 1885) の命名によるものなり。萎縮現象は先づ小陰唇・陰核及陰唇繫帯に起り、次で大陰唇及陰阜に移行す。同時に皮膚の變色を來す。進行症に於ける定型的所見は左の如し。

小陰唇及陰核並びに陰核包皮は殆ど全く消失して認め難く、大陰唇は甚しく扁平となる。又舟狀窩は淺くなり、腔入口狹窄し、外尿道口哆開す。皮膚乾燥して皸裂を生じ易く、且色素消失す。時として灰白青色を呈することあり。多くは陰毛脱落して表面平滑なり。

如斯き變化が單に片側にのみ局限して發現することあり (Fleischmann)。如何なる年代に於ても見るものなれども、多くは經閉期以後の婦人なり。其本態は不明なれども一種の炎症性變化なりと認むるもの多し。一部の者は痒疹症の前驅するを唱ふるも確實ならず。

組織的變化の主徴は上皮下結締織にあり。即乳頭は甚しく扁平となるか又は全く消失し、真皮は癢痕様に萎縮す。且圓形細胞浸潤^{時に「プラス」}を見、時としては浮腫を見る。向上皮下組織に於ける彈力纖維並びに汗腺及皮脂腺等の消失は固有なる變化なり。

上皮に於てはマルビギー氏網 (Rete Malpighi) は多く菲薄となり角質層 (Stratum corneum) は或は菲薄となり又は肥厚す。

皮膚の色素消失して白色となるが故に外陰部「ロイコプラキ」 (Leucoplacia vulvae) なる別名あり。然れども一部の學者 (Jayle u. Bender, Bucura, Franck) は萎縮症と「ロイコプラキ」を區別せり。即兩者は屢合併して發現するも同一のものにあらず。萎縮症は主として上皮下結締織の疾患なるも「ロイコプラキ」は上皮の疾患なりと云へり。

輕症は何等の自覺症狀を有せざることあるも、多くは搔痒及灼熱の感を訴ふるものなり。

療法として有効なるものなし。甚しき症状を呈するものは罹患部を切除するの外術なし。

三 外陰部侵蝕性潰瘍 (Ulcus rodens vulvae)

本病は外陰部に極めて頑固なる潰瘍を發生する疾患にして、古來外陰部狼瘡 (Lupus vulvae) 外陰部慢性潰瘍 (Ulcus vulvae chronicum) 又は「エヌチオメーヌ」(Eshiomène) と呼ばれ、ウィルヒウにより外陰部侵蝕性潰瘍と命名せられたるなり。其特徴とするところ左の如し。

- 一、潰瘍好んで舟状窩・腔後連合部・大小陰唇間及尿道外口(殊に其後壁)等に發生す。
- 二、潰瘍は表面に擴大するよりも深層に侵蝕する傾向を有す。従つて直腸腔瘻又は尿道腔瘻を形成すること多し。

三、潰瘍の周圍又は全陰唇の浮腫又は象皮病様腫瘍を伴ふこと多し。

潰瘍の形は凡そ圓形又は橢圓形なるも不正なる形をなすもの少なからず。邊緣は多く不正鋸齒狀にして周圍との境界明瞭なり。結核性潰瘍の如く穿掘すること多し。

潰瘍底は凹凸不平にして肉芽組織を見るが如く鮮紅色を呈す。周圍組織は硬く浸潤せるを常とす。出血の傾向を有せず。

本病の本態及組織的所見に關しては未だ定説なし。或は結核性なりと云ひ或は微毒性なりと云ふ。然れども本患者の多數が微毒の既往を有し、従つてワッセルマン氏反應陽性なるもの多きは臨牀家の齊しく認むる事實なり。故に本潰瘍を以て直ちに微毒性疾患と見做し得るかは疑問なれども、發生上甚だ重要な關係を有するものと云ふことを得べし(西岡道雄氏日本婦人科學會雜誌 第九卷二號大正三年參照)。

本潰瘍と外陰部象皮病との相互關係は不明なり。従つて潰瘍によりて象皮病を續發せるものなるか。

象皮病に潰瘍を續發せるものなるかを鑑別すること困難なり。

フランツ、コッホ Franz Koch は本病の成因として鼠蹊淋巴腺の剔出を擧げ、爲めに外陰部に於ける淋巴の鬱滯を來たし、次で象皮病様に組織の増殖肥厚を續發し、茲に外傷及傳染によりて慢性潰瘍を發生すべき素因を生ずるなりと説けり。本病患者にして鼠蹊淋巴腺剔出の既往症を有するもの多きも亦事實なり。

療法 種々なる腐蝕法を講ずるも治癒の傾向を現はすこと殆どなし。

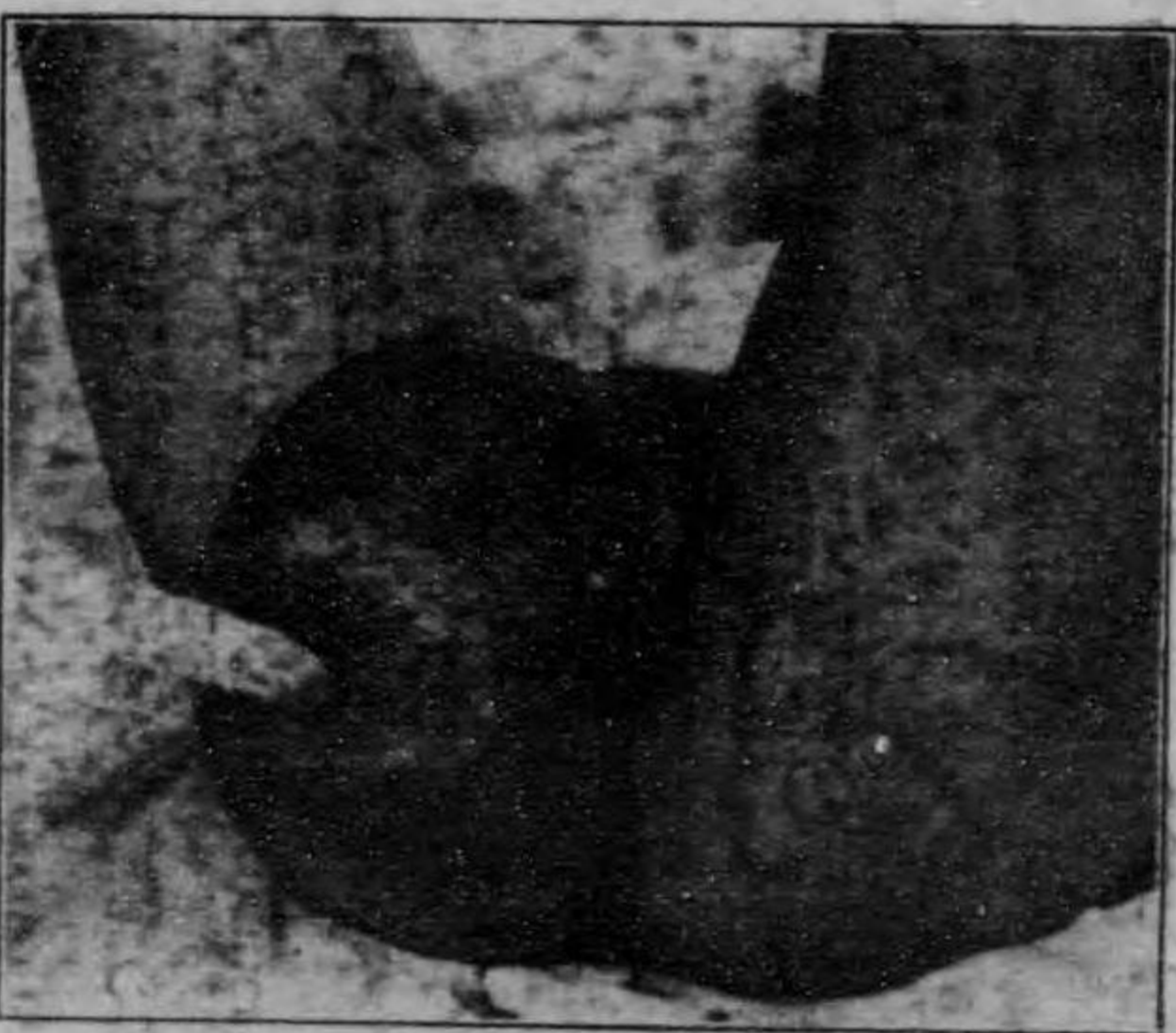
バンベルグ Bambergs クレーメル Kremer 及西岡氏等は驅微療法によりて輕快すべきを説けり。最後の手術としては剔出の外なし。

第三章 外陰部の腫瘍

甲 良性腫瘍

一 尖性「コンヂローム」(Condylomata acuminata, spitz Kondylome) 乳嘴狀の腫瘤にして絨毛様又は鶏冠狀を呈し或は散在性に生じ又は多數集合して大なる腫瘤を形成す。時として手拳大又はそれ以上に及ぶことあり。パウエル Bauer は大人頭大のものを見たりと云ふ。好發部位なきも多く、腔口周圍なり。

本腫瘍は生殖器分泌物の刺激によりて發生するものにして、組織的には乳頭の甚しき炎症性増殖にして、乳頭は異常に延長して樹枝狀分岐を出し、殆ど正常の構造を有する厚き上皮を以て被はる。多くは淋疾に伴ふものなれども、決してこれに固有ならずして、他種の原因による分泌物によりても發生す。妊娠時の分泌亢進によりて發生すること稀有ならず。



第百五十一圖 平滑象皮病(著者)

從性
潰瘍
合併

療法として二十五%「クローム」酸を以て腐蝕するか又は「サビナ」末(Pulv. frondum sabinae)と甘汞との等分劑を撒布す。最簡單有效なるはバクレン氏烙白金を以て切除するにあり。大なる腫瘍を形成するものは手術的に切除すべし。
二 囊腫 外陰部囊腫中最多く見るものはバルトグニー腺囊腫(Bartholin'sche Cyste)なり。

これは腺實質又は排泄管の滯溜囊腫にして、多くは炎症殊に淋疾の經過後に發生す。排泄管囊腫の方遙かに多し。大きは多くは鳩卵大なり。然れども時として尙大なることあり。内容は褐色・粘液性にし濁濁す。又血性なることあり。尙稀れには處女膜囊腫(Hymenalkyste)・粉瘤(Atherom)等を見ることあり。療法としては之れを剔出するにあり。

三 纖維腫・纖維性筋腫及脂肪腫 之等の腫瘍は多く大陰唇に發生し甚しき大きに達することあり。莖を形成すること少なからず。一般に稀なる腫瘍なり。
四 外陰部象皮病(Elaphantias vulvae) 外陰部象皮病とは外陰部皮膚の腫瘍様肥大を云ふ。多くは大陰唇に起り、陰核及小陰唇に來ること少なし。或は片側に或は兩側共に侵さる。

第百五十二圖 結節狀象皮病(著者)



腫瘍の大きは種々にして時に大頭大に及ぶことあり。

Bartholin は八〇〇瓦、Kohlrad は一七〇〇瓦、Stedenopl は一五〇瓦、Nicolas は一四瓦を報告せり。形は球形・橢圓形又は不正にして、大なる者に於ては重量の爲めに延長せられて底部は多少明かなる莖をなす。表面の性状も亦種々にして、其外觀により

て平滑象皮病(Elaphantiasis Sabina)・結節狀象皮病(El. tuberosa s. verrucosa)・乳嘴腫狀又は「モンデロー」狀象皮病(El. papillomatosa s. condylomatosa) 等の命名せらる。大なる者には腫瘍の所々に潰瘍を發生し、又は續發的に傳染せらるゝこと稀ならず。組織的所見として腫瘍の基質は、甚しく鬆粗に配列し屢、水腫様をなせる結締織と無數の甚しく擴大

せる淋尿管とよりなる。且好んで静脈管の周圍に圓形細胞の浸潤を有す。上皮は平滑型及結節型に於ては肥厚せず寧ろ菲薄となり、乳頭扁平となる。反之し乳嘴型にありては上皮も亦肥厚し、乳頭増殖延長す。

原因は尙未定なり。微毒及結核との關係は不明なり。然れども侵蝕性潰瘍と同様鼠蹊淋巴腺別出をなせる者比較的多数なり。又「フィラリア」及丹毒等の傳染を説くものあり。

一般に熱帶地方に多く、二十歳乃至四十歳の婦人に來ること多し。

潰瘍又は傳染を續發せざる象皮病は單に腫瘤の大きさによる障礙(歩行及性交障礙)の外特別の苦惱を訴ふることはない。

治療法としては別出手術をなすのみなり。

乙 悪性腫瘍

一 癌腫 外陰部の原發癌は左程稀有なるものにあらず。シヨットレンデルは全生殖器癌の二・一二乃至四%なりと云へり。

發生部位は大陰唇なること多く、小陰唇に對する内側に於て殊に多し。小陰唇・陰核に見ること少なからず。又バルトリニー氏腺より發生することあり。

肉眼的には多く硬き扁平の腫瘤をなし、容易に破壊して潰瘍を形成す。時に瀰蔓性浸潤をなすことあり。早期に鼠蹊腺に轉移し大なる腫瘤となること少なからず。

原因は不明なるも、「ロイコプラキヤ」及萎縮症との關係を認むる學者甚だ多し。經閉後の婦人、殊に老人に多し。

組織的には原發性充實癌にして「カンクroid」なること多し。但バルトリニー氏腺より發生するものは原發性腺様癌なり。稀れに若年者に見ることあり。アルベルトは二十歳の婦人に、木下博士は十四歳の少女に見たりと云ふ。

療法としては早期に廣汎なる外陰部全別出を行ふべし。

二 肉腫 肉腫は癌腫よりも遙かに稀有なり。經閉後の婦人に來ること多く若年者には少なし。外陰部の孰れの部にも發生す。有莖なるあり無莖なるあり。甚しき大きさに達することあり。黒色肉腫(Melanosarkom)を見ること稀れならず。

第四章 外陰部の損傷

外陰部の損傷中實地上最重要なるものは分娩による會陰破裂(Dammris)なり。而して婦人科學の範圍に屬すべきものは所謂陳舊性會陰破裂(Der veraltete Dammris, Ruptura perinei inveterata)にして、新鮮なる時期に於て縫合せざるか又は縫合後傳染し、次で癩痕様に治癒せるものなり。

産科學に於ては會陰破裂を三度に分類せるも、完全破裂(unvollkommener od. inkompletter Dammris)と不全破裂(Vollkommener od. kompletter Dammris)とに區別するを最簡單なりとす。前者は種々の程度に於て會陰の短縮を來すも尙肛門括約筋の保存せらるゝ場合を云ひ、後者は全會陰の缺損のみならず、肛門括約筋及直腸腔中隔の一部をも破壊せる場合を云ふ。

陳舊性破裂にては外陰部又は骨盤底筋肉の收縮により膣入口の著しき哆開を來し、裂傷の表面は平滑なる癒痕被膜を以て被包せらる。完全破裂にありては肛門括約筋の兩斷端部に強き陥凹部を認め周圍に放線狀の細き皺襞を認む。尙直腸粘膜は暗赤色の天鵝絨様隆起として外翻す。

症候。不全破裂の症候は個人的に甚しく不定なり。高度にして甚しき陰門哆開を有しながら殆ど何等の障碍をも訴えざるものあり。又軽度の破裂なるにも拘はらず、比較的強き膣下垂症を發し、不快の感に悩むものあり。一般に頸管及膣の「カタル」を起し易し。

完全破裂の特異なる徴候は便失禁 (Incontinentia alvi) にして、硬便は尙保有し得るも瓦斯及軟便は不随意に排泄せらる。且外翻せる直腸粘膜の刺戟によりて直腸「カタル」を惹起し煩はしき症狀を増加す。尙高度の不全破裂及完全破裂にては性交の満足を得ること能はず、且精液の流出によりて不妊症の原因となる。

療法。手術によりて會陰を整形 (Dammplastik) するにあり。不全破裂に對して通常膣會陰縫合術 (Kolpoperineorrhaphie) を行ひ、完全破裂には通常ローソンテート氏瓣狀切開術 (Lappenspalungsmethode nach Lawson Tait) を施す。

第八編 不妊症 Sterilität

不妊症本來の意義は受胎せる卵子の子宮腔に着牀せざるを云ふ。故に假令習慣性に流産を反復すれども妊娠せるものは不妊症と云ふ可らず。又子宮外妊娠を経過せりとも子宮内妊娠を得ざるものは不妊症と看做すを普通とす。

不妊症の分類に對する諸家の見解は區々なり。左に最普通なるものを述べべし。

臨牀家の統計に徴するに婦人の約三分の二は結婚後第二年までの間に妊娠するものなり。然れども少數の者は第四年に於て始めて妊娠す。それ以後に妊娠するものは極めて稀有なり。故に結婚後第四年に至るも尙妊娠せざる者を原發性或は絶對性不妊症 (Primäre od. absolute Sterilität) と稱す。

一子乃至數子を擧げたるも、其數が婦人の年齢と結婚後の持續年月に比し少なき場合を續發性又は比較的・不妊症 (Sekundäre od. relative Sterilität) と云ふ。就中一子不妊症 (Ein-Kind-Sterilität) 及二子不妊症 (Zwei-Kind-Sterilität) 最特異なり。

原因。妊娠は男女兩生殖細胞の融合を基礎となし、子宮粘膜炎によりて成立す。此二現象を可能ならしむる爲めには左の如き複雑なる諸種の作用を行はざる可らず。

(一) 卵子及精絲の發生及排出

(二) 性交

(三) 卵子及精絲の輸卵管内進入並びに融合

(四) 受精卵の子宮腔進入及着牀

以上の四現象にして障碍せらるれば茲に不妊症を發生す。従つて不妊症の原因は女子のみならず男子

にも存在すること勿論なり。故にリープマン W. Liepmann (Grundriss der Gynäkologie) に従ひ不妊症の原因を左の如く分類することを得べし。

- (甲) 精性原因 (Causa ex spermati) 精絲が卵子に達し得ざる場合。
 - 一、精絲缺如症 (Azospermie) 精絲過少症 (Oligospermie)
 - 二、化學的原因 精絲は「アルカリ」性液中に生存するも酸性液中には速かに死滅す。従つて高度の頸管「カタル」・腔「カタル」及尿管等は不妊の原因となる。
 - 三、器械的原因 内外子宮口・頸管及輸卵管等の閉鎖又は狭窄、子宮の位置異常(後屈又は病的前屈)、輸卵管の甚しき迂曲(小兒性症)。
 - (乙) 卵性原因 (Causa ex ovulo) 卵子が精絲と會合し得ざる場合。
 - 一、卵巢の缺如・發育不全又は變性。
 - 二、器械的原因 輸卵管腹口の閉鎖(輸卵管炎・骨盤腹膜炎)。
 - (丙) 着牀性原因 (Causa ex nidatione) 子宮内膜が妊卵の着牀に不適當なる場合。
 - 一、子宮發育不全症・内膜炎又は内膜異常・子宮萎縮症。
 - 二、子宮腫瘍(筋腫・癌腫等)。
 - 以上(甲)(乙)(丙)の三者を總稱して生殖或は受孕不能 (Impotentia generandi s. concipiendi) たり。
 - (丁) 性交不能 (Impotentia coeundi)
 - 一、男子性交不能 陰莖の勃起不能(全身病・中毒症又は神經衰弱等に因る)又は陰莖の畸形。
 - 二、女子性交不能 腔の缺如・閉鎖・狭窄・腫瘍・腔及外陰部腫瘍。
- 診断 先づ婦人を診察して何等の原因を採知し得ざる時は必ず男子を診察し、性交不能にあらざる

時は精液の検査を行はざる可らず。精液は「コンドーム」性交 (Coitus condomatosus) によりて採取し可及的新鮮なる者を顕微鏡下に窺ひ、精絲の數及運動性を檢すべし。手淫により得たる精液は、時に攝護腺分泌物のみよりなり、精絲を混ぜざることありと云ふ。

療法 各に就き原因療法を施すべし。

婦人科學(終)

索引

い

移動性後屈症
萎縮性内膜炎
異物腹膜炎
「イヒチオール」腫球
遠型的脈絡膜上皮腫
印環細胞
陰性期
一側腫

ろ

濾胞囊腫
濾胞内着林
濾胞状假性糜爛
濾胞性腫部肥大
濾過法
漏出性輸卵管水腫
漏出性卵巣性水腫
卵子囊腫
老人性萎縮
老人性癒着性腔炎

索引

老人性子宮水腫 三〇七
老人性子宮膿腫 三〇八
老年期(老婆) 三〇八
は
排卵機 一五五
肺結核と無月經 一五五
胚上皮 一五五
胚状細胞 一五五
敗血性内膜炎 一五五
8字形「ベツサリウム」
バルトリン氏腺炎 一五五
バルトリン氏腺膿腫 一五五
發作性子宮痛 一五五
白陶土療法 一五五
白帶下 一五五
白膜(卵巣) 一五五
麥角 一五五
麥角浸 一五五
麥角製劑 一五五
麥角注射療法(子宮筋腫) 一五五

ろ

崩壊性筋層炎 三〇七
胞巢 三〇七
放射能作性 三〇七
放射線療法 三〇七
紡錘形細胞肉腫 三〇七
膀胱脱 三〇七
膀胱脱を伴ふ前腔脱 三〇七
膀胱尿管 三〇七
膀胱尿管手術 三〇七
膀胱鏡検査 三〇七
膀胱子宮膿腫 三〇七
膀胱子宮頸瘻 三〇七
汎發性内膜炎 三〇七
半陰陽及假性半陰陽 三〇七
ハンブルグ派緩和照射法 三〇七
ハンデル氏導帶 三〇七
晩發性破裂 三〇七
晩期月經 三〇七
晩期閉經 三〇七
發毛過多症 三〇七

に

ニフチエ氏膀胱鏡 一四四
乳嘴 一四四
乳嘴状假性糜爛 一四四
乳嘴性假性「ムチン」性囊腫 一四四
肉芽壁 一四四
肉腫様變性筋腫 一四四
妊娠子宮後屈 一四四
嵌頓性妊娠子宮後屈 一四四
妊娠中の月經 一四四
乳房 一四四
妊娠子宮の觸診的特殊徴候 一四四
は
「ホルモン」 一四四
蜂窠状肉腫 一四四
ホッヂ氏「ベツサリウム」 一四四
補充性月經 一四四
翻花状痛 一四四
ホンペロン流動「エルゴチン」 一四四

平流電氣 閉經期 平衡障礙 平底子宮 閉鎖性輸卵管水腫... へーガル氏擴張器 へーガル氏妊娠徵候... 直腸鏡検査法

軸捻轉

「チアテルミー」(透熱療法) 中間痛 中隔腫 中隔子宮 中心性壁癌腫 中心性癌結節 中絶せる輸卵管妊娠 十字火照射法

黄體囊腫 「オプソニン」 オビツ妊娠腺 「ワクチン」療法 「ワクチン」療法適應 「ワクチン」自家「ワクチン」 多價「ワクチン」 「ワクチン」診断法

痛性粘液細胞性卵巣纖維腫 痛肉腫 「カンクroid」 過「マンガン」酸加里 幼年(少女) 臨診(問診) 第一次線 第二次線 第三次性徴 大圓形細胞肉腫 代償性月經 胎兒子宮 胎兒腫 囊狀胎兒腫 充實性胎兒腫 胎兒性症 胎兒性輸卵管 胎兒性炎症 第三卵巣

直腸診 直腸鏡検査法 子宮性交不能 女子受胎不能 女性假性半陰陽 陰柱 陰洗滌法 熱性陰洗滌法 陰肉腫 陰會陰整形術 陰壁 陰壁縫合術 前陰壁縫合術 後陰壁縫合術 陰閉鎖症 陰閉鎖 陰上皮膚 陰下垂 陰周圍結締織 前陰下垂 後陰下垂 兩陰下垂 陰腫 陰脫 前陰脫

黄體囊腫

「カタール」性陰炎 顆粒性陰炎 核出術 活樹膿漿 荷重療法(ペラスツング) 假性濾胞性輸卵管炎 假性黄色腫細胞 假性「ルテイン」細胞 假性「ムチン」性囊腫 假性「ムチン」 假性月經 假性脈絡膜上皮腫 假性半陰陽 嵌頓性妊娠子宮後屈 感應電氣 間質性内膜炎 間質部輸卵管炎 間質部輸卵管妊娠 間歇性輸卵管水腫 間歇的卵巣漏血症 痛惡臭 痛(胞)巢 痛圓柱 痛腫膿液質 痛腫乳

一七四

經閉期
 月經 五七
 月經異常 五八
 月經閉止 五九
 月經と排卵機能との關係 六〇
 月經過多症 六一
 月經過少症 六二
 月經型 六三
 月經血の性状 六四
 月經血の量 六五
 月經困難症 六六
 器械性月經困難症 六七
 炎症性月經困難症 六八
 卵巣性月經困難症 六九
 官能性又は神經性月經困難症 七〇
 膜様性月經困難症 七一
 鼻性月經困難症 七二
 月經困難の療法 七三
 月經困難に伴ふ症狀 七四
 月經困難性膜様物 七五
 月經初潮(月經開始) 七六
 月經に伴ふ症狀 七七
 月經と排卵機能との原因的關係 七八

月經と排卵機能との時期的關係 五七
 月經の攝生 五八
 月經の生理的意義 五九
 月經粘膜炎不全 六〇
 月經狂 六一
 月經疹 六二
 月經帶 六三
 月經抑止 六四
 月經性「モリミナ」 六五
 結節狀峽部輸卵管炎 六六
 結節狀筋間部炎 六七
 血清療法 六八
 血清學的検査法 六九
 血狀鬼胎 七〇
 血囊腫被膜 七一
 血管妊娠性硬變 七二
 血液検査法 七三
 「ゲテグラントール」 七四
 第一「ゲテグラントール」 七五
 第二「ゲテグラントール」 七六
 「ゲテスチアトール」 七七
 巻綿子宮消息子 七八
 健康輸卵管と胎嚢との關係 七九
 原發性充實痛 八〇
 原發性腺樣痛 八一

原發性輸卵管痛 五七
 原始濾胞 五八
 原質 五九
 原質管 六〇
 限局性體部痛腫 六一
 限局性卵巣纖維腫 六二
 限局性轉移 六三
 限局性(實質性)出血 六四

不妊症 六五
 葡萄狀肉腫 六六
 葡萄狀卵巣囊腫 六七
 附屬卵巣 六八
 フライブルグ派急峻照射法 六九
 ブラウン氏子宮注入器 七〇
 「プラスマ」細胞 七一
 フアルレ、ワルグアイエル氏線 七二
 腹部計測 七三
 腹腔妊娠 七四
 腹腔内に注ぎし血液の毒性 七五
 腹腔内に灌注せる血液の凝固性 七六
 腹壁固定術 七七
 腹膜假性粘液腫 七八
 腹膜下性筋腫 七九

腹式筋腫子宮全別出術 五七
 腹式擴汎性子宮全別出術 五八
 腹水と囊腫の鑑別點 五九
 副卵巣 六〇
 副卵巣腫 六一
 副交感神經系 六二
 副輸卵管 六三
 副輸卵管口 六四
 フェーリング氏法 六五
 フレイリグ氏法 六六
 フリーゲル氏反射說 六七
 フリースニツツ氏療法 六八
 婦人科的治療法の一般論 六九
 婦人科的按摩法 七〇
 婦人科的診斷法の一般論 七一
 婦人有機體に於ける生活波動 七二
 婦人に於ける生理的現象 七三
 婦人生涯の一般的經過 七四
 噴火口 七五
 分野照射法 七六
 分泌障礙 七七
 分葉卵巣 七八
 分離重復子宮 七九
 分割卵巣 八〇
 分離卵巣 八一
 噴火口形潰瘍 八二

「プロタルゴール」液

一七五

骨盤腹膜炎(子宮外膜炎) 六〇
 癒着性骨盤腹膜炎 六一
 骨盤結締組織 六二
 骨盤隔膜 六三
 骨盤結締組織(子宮周圍炎) 六四
 萎縮性慢性骨盤結締組織炎 六五
 後骨盤結締組織炎 六六
 骨盤結締組織の腫痛 六七
 骨盤底整形法 六八
 紅斑量 六九
 後廣韧带内發育 七〇
 更年期(刀自) 七一
 更年期性出血 七二
 更年期の微候 七三
 更年期障礙 七四
 更年期障礙の處置 七五
 肛門完全閉鎖 七六
 肛門舉筋 七七
 肛門舉筋縫合法 七八
 光線療法 七九
 廣韧带内發育 八〇

硬性病 六一
 擴汎性腔式子宮全別出術 六二
 孤立性血囊腫 六三
 姑息的療法 六四
 痕跡子宮 六五
 痕跡的副角を有する單角子宮 六六
 痕跡子宮 六七
 痕跡的副角を有する單角子宮 六八

炎症性附屬器腫瘍 六九
 圓形細胞浸潤 七〇
 圓形細胞 七一
 圓形細胞短縮法 七二
 圓形細胞と胎嚢との關係 七三
 圓柱上皮痛 七四

定量的白血球検査法 七五
 定性的白血球検査法 七六
 轉移性卵巣癌腫 七七
 電氣療法 七八
 「デアテルミ」 七九
 「アルチゴン」 八〇
 アレキサンデル、アダムス氏手術 八一

壓迫療法 六二
 壓迫症狀 六三
 壓迫蓋 六四
 壓迫痛 六五
 惡性筋腫 六六
 惡性脈絡膜上皮腫 六七
 惡性腫瘍 六八
 惡液質 六九
 亞中隔子宮 七〇
 按摩法 七一
 安靜療法 七二
 性的安靜 七三
 電法 七四
 冷電法 七五
 溫電法 七六
 興奮電法 七七
 「アピオール」 七八
 細菌學的検査 七九
 碎石位 八〇
 坐浴 八一
 早期月經 八二

早期經閉 六二
 象皮病 六三
 雙合診 六四
 雙合「マッサー」 六五
 雙角子宮 六六
 雙卵又ハ中隔腔 六七
 雙胎輸卵管妊娠 六八
 臟器療法 六九
 臟器製劑 七〇
 增殖性卵巣囊腫 七一
 神氏「メリヤス」消息子 七二
 產褥性子宮内翻症 七三
 產褥性潰瘍 七四
 產褥性後轉症 七五

既往症 七六
 球管 七七
 球狀筋腫 七八
 急性卵巣炎 七九
 急性筋層内膜炎 八〇
 畸形腫 八一
 巨大細胞肉腫 八二
 巨大筋腫 八三

子宮定型的位置	三三	子宮前方固定法	二〇〇
子宮定型の姿勢	三三	子宮前血腫	五〇
子宮底の傾斜	三三	子宮水腫	五〇
子宮轉位の種類	三三	重複輸卵管	四七
子宮鏡	三三	重複子宮	三二
管狀子宮鏡	三三	分離重複子宮	三二
溝狀子宮鏡	三三	雙角重複子宮	三二
鑷狀子宮鏡	三三	重複痛	三二
子宮鏡検査法	三三	受胎の時期	三二
子宮筋層増殖症	三三	絨毛栓塞	三二
子宮筋腫	三三	絨毛細胞侵入	三二
纖維筋腫	三三	視診	三二
筋纖維腫	三三	シモン氏管狀子宮鏡	三二
纖維腫	三三	漿液性輸卵管囊腫	三二
假性纖維性筋腫	三三	漿液性囊腫	三二
軟性筋腫	三三	上皮の外翻性發育	三二
硬性筋腫	三三	上皮の内翻性發育	三二
體部筋腫	三三	蒸氣腐蝕法	三二
頸部筋腫	三三	主要囊腫	三二
子宮腔部筋腫	三三	砂粒體	三二
間質性筋腫	三三	植物性神經系	三二
漿膜下性筋腫	三三	眞正傾斜	三二
粘膜下性筋腫	三三	深在膀胱子宮腔瘻	三二
		侵蝕性潰瘍	三二
		浸潤癌	三二
		滲出性骨盤膜炎	一七
		振盪按摩法	一七
		シンプソン氏疼痛	一七
		シモンルーゲー氏徴候	一七
		靱帯内血腫	一七
		人工高山太陽	一七
		診察場の構造	一七
		シュルチエ氏剝離法	一七
		「ヒドラスチス」流動遮断新	一七
		「ヒドラスチス」製剤	一七
		非増殖性腫瘍	一七
		瀰漫性(間質性)出血	一七
		瀰漫性血腫	一七
		瀰漫性體部痛腫	一七
		標本製作法	一七
		表面乳嘴腫	一七
		病的前屈症	一七
		皮膚瘻(皮標)囊腫	一七
		巨大なる皮標囊腫	一七
		皮膚標囊腫(突起)	一七
		ビンクス氏蒸氣又は熱氣腐蝕法	一七
		瓶架付消毒材料貯槽	一七
		皮標囊腫病	一七

ビッチマン、アドレル氏研究の梗概
 ビック氏迅速標本製作法

モンプルヒ氏止血帶

せ

性徴	五〇	消息子検査	五〇
第一次性徴	五〇	硝酸銀液	五〇
第二次性徴	五〇	石灰化	五〇
第三次性徴	五〇	石棺	五〇
正型的脈絡膜上皮腫	五〇	石兒	五〇
整復術(兩手、消息子)	五〇	胚毛上皮囊腫	五〇
生理的無月經	五〇	胚毛證明法	五〇
生殖成熟期(婦人)	五〇	纖維膜(卵巢)	五〇
生殖腺	五〇	纖維腫	五〇
生殖管閉鎖症	五〇	纖維筋腫	五〇
性交感覺障礙	五〇	腺性筋層輸卵管炎	五〇
「ゼカールニン」	五〇	腺性癌	五〇
小月經	五〇	腺上皮癌	五〇
小兒性症(兒態)	五〇	腺性筋腫	五〇
小兒子宮	五〇	腺性内膜炎	五〇
小兒性輸卵管	五〇	增殖性内膜炎	五〇
小圓形細胞肉腫	五〇	肥大性内膜炎	五〇
		腺性筋層炎	五〇
		腺性筋層輸卵管炎	五〇
		尖圭「コンチローム」	五〇
		薦骨子宮靱帯	五〇
		薦骨痛	五〇
		淺在膀胱子宮腔瘻	五〇
		遷延性輸卵管流産	五〇

前腔脫	二五〇
前庭性非自然肛門	二五〇
前腎	二五〇
洗滌液	二五〇
焦點皮膚距離	二五〇
「スチアチン」	二五〇
「スチアブール」	二五〇
皺裂着床	二五〇
水腫狀乳嘴腫	二五〇

索引終

1884

醫學書 目録

弊店發行の圖書目録は年々二回以上の改版を
なし新刊書籍を紹介致居候間目録御入用の諸
賢は御申越被下候へば直ちに送呈可仕候

醫書專賣

東京市本郷區龍岡町

吐鳳堂書店

振替東京四一八番 (電話一六七二番)
下町四〇七九番

商品券 調製

弊店醫科器械類の發賣に従事仕候てより日向淺きにも係らず江湖諸
賢の御愛顧により書店同様日に増し繁榮に赴き候段難有奉感謝候弊
店發賣の器械類は舶來以外は總て熟練なる専門良工に命じ製品は精
巧・優美・耐久を旨とし調製致居り候間遠隔の地より御注文に相成候
ても御來店の上親しく御選定被遊候ものと毫も差異なき品を御送り
申誠實に御用命に應じ候間多少に係らず御注文の程偏に希上候

東京市本郷區龍岡町

吐鳳堂醫科器械店

振替東京二七五四番 (電話一六七二番)
下町四〇七九番

~~50~~
~~100~~
495
A47
Z

終