

乙 輸尿管腔瘻

輸尿管腔瘻の場合は開腹術をなし、漏斗骨盤韧带附著部より輸尿管の走行に一致して腹膜を切開し、恰も腹式子宮癌手術に於けるが如くして次第に末梢部に向ひて、終に瘻管を形成せる断端を見出し、約五種位遊離し、之れを既述のフランク法によりて膀胱に移植するなり。此際膀胱頂點を側上方の骨盤腹膜に固定し、以て断端と膀胱とを接近せしむべし。然れども瘻痕性に變化せる輸尿管末端を求めて之れを遊離移植する法は、實際上甚だ困難にして失敗に歸すること多し。故に著者は既述の如く、可及的上部に膀胱腔瘻を形成し、其直下にて腔閉鎖法をなすを以て最も簡單にして確實なる方法と信ず。

第九章 子宮筋腫の手術

第一節 手術に對する適應

子宮筋腫の人體に及ぼす影響は種々にして、必ずしも一樣の徴候と一樣の結果とを現はすべきものにあらず。既に腹壁上より觸知し得べき筋腫にして何等の症狀を呈せず、患者自ら之れを覺らず偶然に發見せらるゝ場合あり、又一旦増大せる筋腫も將來一定の營養障礙を起し、著しく縮小又は殆ど全く消失する場合あり。併ながら斯の如きは寧ろ異例に屬し、最も普通の場合筋腫は持續的に増大し、月經過多、子宮出血を反復するに従ひて種々の一般障礙を合併し來り、甚しき貧血に陥り、殊に筋腫と關係ある不明の原因により心臟の機能は著しく障礙せられ、終には生命をも危ふくするに至るものなり。

元來子宮筋腫の手術的療法に關する臨牀家の見解は區々にして、茲に一定の方針を敘述すること能はず。今左に三つの場合を分ちて著者の卑見を略述すべし。

第一、何等の症狀を有せざる筋腫。此種のものに對して直に手術を施すべきものなるや否やに就きては特に異議あるところなり。斯の如き場合絶對的に手術的療法の必要を認めずと雖、筋腫に發生し得べき續發性變化(壞疽、化膿、惡性變性)は重篤なる結果を齎すべきを思へば、術式の進歩したる今日、之れを傍觀的に放置するの愚を學ぶべきにあらずと信ず。

第二、經閉期に近き筋腫。子宮筋腫は經閉期に至れば結締織の増殖により縮小し進行停止せらるゝこの理由のもとに、此期に近き患者の手術的療法を避くべしとの見解を有する臨牀家少なからず。然れども吾人の見聞を以てすれば此期待は多く失望に終るものなり。寧ろ反對に筋腫患者の經閉期は著しく遅延せらるゝもの多く、五十五歳以後にも及べる例あり。又經閉後數年にして確かに筋腫の増大したる例の報告を見るなり。斯の如く正常の時期に豫定し得ざる經閉期到來を期待し、不確實なる萬一の僥倖に望みを屬するは迂遠の誹りを免れ得ざるべし。著しき障礙を有するものに於て殊に然り。

第三、明かなる症狀を有する筋腫。此種の筋腫は手術的療法の適應なること一般の認むるところなれども、尙ほ一部の人は先づ非手術的療法を試み、其效なきに及び始めて刀の力を藉るべしと説く者あり。殊に最近長足の進歩を以て發達し來りたる「レントゲン」線放射療法は、筋腫の手術的療法の根柢に甚しき動搖を惹起せるなり。「レントゲン」線放射が筋腫に對し有效なる療法なることは既に否定す可からざる事實なるも、少くとも今日の發達程度に於ては同療法渴仰論者の説くが如く、之れによりて筋腫治療界より手術的療法を驅逐し得べしとすは甚しく誇大の言なりと云ふべし。よし奏效確實なり

レントゲン放射療法

子宮筋腫の手術

と假定するも、時、金、其他末葉の事情に妨げられて、之れを一般筋腫患者に應用し得ざる種々の缺點を有するなり。著者は「經閉期に近き間質性筋腫患者にして、甚しく手術刀を恐れ、而かも時と金を惜まざる者」に對して試むべき價値ありとの見解を有するなり。

昔は知らず、消毒法、麻醉法、手術式の進歩したる今日にありては、しかく手術的療法を避忌するに苦慮する必要を認めざるなり。殊に麥角劑注射及び姑息なる對症的療法に空しく時を過すによりて起り得る危険は、手術によりて起る危険よりも遙かに大なるものなりと云ふを得べし。著者は明かなる症状を有する筋腫は直に手術すべきものと信ず。筋腫は組織的には良性的の腫瘍なるも臨牀的には寧ろ悪性腫瘍なることを忘る可からず。

第二節 手術の種類

子宮筋腫は手術的療法を加ふる婦人科的腫瘍中其た多數なるものなり。従つて未だ消毒法の發見なき遠き昔(一八五二)キンバル Kindell が筋腫としての手術の濫觴をなしてより今日に至るまで、夥しく多數の學者によりて種々難多なる術式の變化を經過し來りたるなり。

筋腫は或は體部に發生し(體部筋腫)、又は頸部に發生す(頸部筋腫)。又子宮壁に對する關係よりして漿膜下筋腫、間質性筋腫又は粘膜下筋腫の三種あり。且又其大きに就きても豌豆の小なるものより、大人頭大又はそれ以上のものあり。組織的に纖維性筋腫と腺性筋腫との區別あり。斯の如く多種なる解剖的關係は筋腫の手術に一定の法式を定め得ざる唯一の原因なり。

子宮筋腫を除去せんとするに當りて問題たり得べき點は左の如し。

(一) 腹式にすべきか又は腔式にすべきか。

(二) 根本的にすべきか又は保存的にすべきか。

詳言すれば筋腫と共に子宮をも全部又は一部除去するか(筋腫子宮剔除術 Hysteromyonectomie)又は筋腫のみ除去し子宮體を保存するか(筋腫切除術 Myonectomie)。

以上の問題に従つて筋腫に行はれべき主なる術式を分類すれば左表の如し。

(I) 腹式手術

- 甲、保存的手術 (I) 有莖漿膜下筋腫の切除
- (II) 核出術
- 乙、根本的手術 (I) 子宮腔上部切斷術
- (II) 子宮全剔除術

(II) 腔式手術

- 甲、保存的手術 (I) 有莖粘膜下筋腫の切除
- (II) 核出術
- 乙、根本的手術 (I) 子宮腔上部切斷術
- (II) 子宮全剔除術

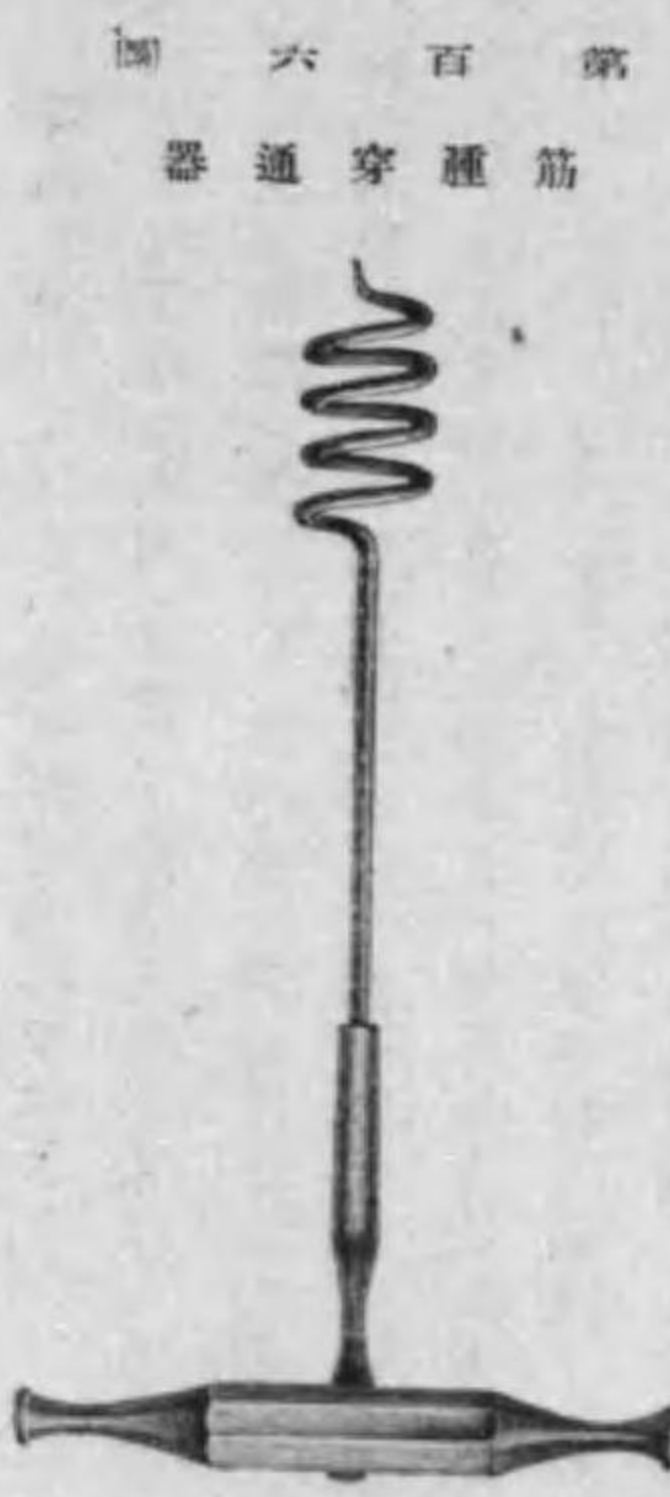
是等の術式の孰れを選ぶべきかは、腫瘍の發生部位、大き、數及び組織的性質等に關係して一定せざるのみならず、假令状態を等くするものに對しても、術者の好み又は患者の個人的状態によりて常に一定の法則を採り能はざるものなく、尤も茸腫性筋腫にして既に腔内に「産出」せるものに對して開腹術を敢てするものなく、大人頭大の體部筋腫を腔式に手術せんと試みるものなきは勿論なるも、例ば手拳大の間質性筋腫ありとし、之れを腹式にすべきか腔式にすべきか、腔上部切斷によるべきか、全剔除をなすべきかに就きては術者各持すべき見解あるべし。著者は腹式には専ら腔上部切斷術を行ひ、腔式には全剔除を賞用す。術式の優劣得失に關しては各條下に於て敘述すべし。

第三節 腹式腔上部切斷術 (Supravaginal Amputation)

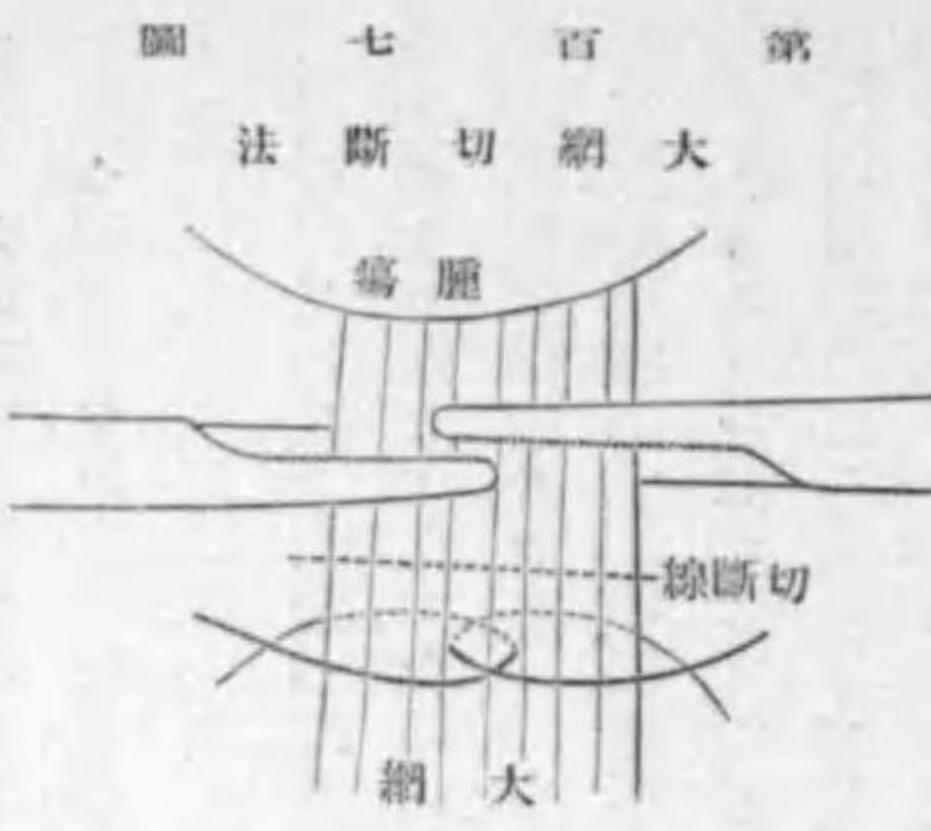
腔上部切斷術とは、子宮を發生せる筋腫と共に腔上部、即、凡そ子宮口の高さに於て切斷し、變化なき子宮腔部を遺残せしむる法なり。其術式は人により多少の差異ありと雖、左に著者の方法を敘述すべし。

1. 腹壁切開。普通縦切開なれども、腫瘍小にして小骨盤内に止まれる者は横切開による場合あり。而して縦切開の長さは腫瘍の大きさにより一定せざるも通常臍以下にて充分なり。往時一派の人 (Pain, Czami) は甚だ大なる筋腫をも小なる縦切開又は横切開にて、分割法により剔出すべきを唱へたるものなれども、今日にありては少くとも開腹術に對してはかかる愚論を顧みる者なく、全腫瘍を腹壁上に牽出し得るに充分なる切開をおくべきものと認む。故に必要に應じて臍以上にも延長すべきものなり。詳細なる操作は總論を参照すべし。

2. 腫瘍を腹壁上に牽出し、腸管を上腹部に驅逐す。開腹術を終りたる後裸出せる一手に「リゾール」を濕し靜かに腹膜内に挿入し、腫瘍の大きさ、發生部位、殊に周囲との癒着の有無を檢査し、癒着なきか又は單



に鬆疎なる癒着なる時は、腫瘍の頂點を大形ミユゾー鉗子又はセゴン氏鉗子を以て挟み、平手を腫瘍の後面に當て、斯くして筋腫子宮を腹壁上に牽き出すべし。然る後總論に述べたるが如くして腸管を上腹部に驅逐し之れを固定すべし。筋腫を把持するに鉗子を以てしては容易に組織を斷裂せしむとの理由のもと



子宮筋腫の手術

に、第百六圖の如き栓抜狀の所謂筋腫穿孔通器 (Myombolrer nach Pozzi) を腫瘍内に穿通して確實に把持する法あり。小兒頭大までのものは上記の鉗子にて足るも甚だ大なるものは斯の如き特殊の器具を使用するを便とす。

若し癒着ある場合は牽出に先ちて剝離せざる可からず。而して大網の癒着は通常集束結紮にて切斷するなり。大形コッヘル鉗子を以て癒着部に近く大網を兩側より挟み(此際兩鉗子の先端僅かに重なる位にす)、之れより約一握を隔て同じく兩側より鈍針を以て結紮を行ふ。此際一結紮は他結紮の結紮部の一部を包含すべし(第百七圖)。堅く結紮を終りたる後、鉄を以て鉗子との間を切斷し、「ガーゼ」を以て斷端を絞る止血を確めたる後、腹腔内に納む。癒着したる大網に於ては通常血管の發達強く、大なる無

数の血管を有し、大なる腫瘍は之れによりて榮養を補充せらるゝものなり。故に其切斷結紮は確實なるを要するなり。腸管との癒着は可及的手壓を以て注意深く鈍性に剝離すべし。若し癒着強靱なる時は、刀を以て筋腫腹膜を腸に附著せしむる如くして切離すべし。而して附著面よりの出血は烙白金にて止血すべし。通常筋腫にありては子宮附屬器腫瘍に見るが如き、擴汎性の強き癒着を見ること少なし。ハ、子宮體と側方骨盤壁との連結を離し、同時に上方よりの血液輸入道を斷つ。子宮體は漏斗骨盤韧带、圓韧带、廣韧带等によりて骨盤壁と連絡し、内精系動脈は漏斗骨盤韧带を通過りて上方より血液を輸入す。故に子宮體を除去せんせば、先づ是等のものを離断せざる可らず。

其操作は左の順序を以て行はるゝなり。

(I) 先づ、漏斗骨盤靭帯を結紮切斷す。其方法は總論(第百〇二頁)を参照すべし。而して廣靭帯を切開する方向は、一面に輸尿管を避けると共に他面に圓靭帯切創に連絡せしむる爲め、斜め前下方に凡そ骨盤軸に一致せしむべし(第五十六圖参照)。之れにより内精系動脈は切斷せられ廣靭帯の側部は骨盤壁より離る。此結紮絲は切斷せず其一端に止血鉗子をおき腹壁上に出しおき、後に至り腹膜縫合の際斷端を求め易からしむべし。

(II) 圓靭帯を切斷す。子宮附屬部を距る約三乃至四種の部に於て、コッヘル鉗子にて圓靭帯を挟み、之れより一程を隔て、鈍針結紮を施したる後、鉗を以て其中間を切斷す。其切斷方法は先づ直角の方向に圓靭帯の全厚徑を切りたる後、方向を變じ圓靭帯の走行に沿ひて切開す。(第五十六圖参照)之れによりて廣靭帯前葉は廣く切開せらるゝなり。絲は短く切斷すべし。先づ右側を先きにし、後左側に同様の處置をなす。

以上の二操作により子宮體と側方骨盤壁との連絡は離斷せらる。而して卵巢及び喇叭管は子宮體に附著するなり。然れども尙ほ四十歳以前の婦人にありては、脱落症候を豫防する爲め、孰れか一方の卵巢を遺殘せしむるを可とす。此場合は鈍針を以て子宮角に近く喇叭管及び卵巢固有靭帯を結紮し、中心部を鉗子を以て挟み、鉗を以て切斷し、附屬器全部を骨盤壁に附著せしむべし。卵巢を喇叭管より遊離して遺殘せしむることは解剖的關係上甚しく困難なればなり。(後章喇叭管腫瘍の條下参照)。

二、膀胱を子宮より剝離す。子宮と骨盤前壁との連結を離斷する爲め膀胱を子宮より剝離せざる可らず。子宮體を後方に牽引し膀胱子宮窩を露出し、膀胱上界の上方數種の部に於て子宮頸部と其だ鬆粗に結

卵巢を遺殘す  
場合

合せる腹膜を刀を以て横に切開し圓靭帯切斷によりて生じたる廣靭帯前葉の創縁に連絡せしむ。此際刀は單に腹膜を切開するのみに止むべし。深き切開は出血を起すべし。次に「柄つきガーゼ」又は手指を以て靜かに膀胱を下方に壓排する時は子宮頸部を露出せしめ得べし。操作を亂暴にする時は強き出血を起すことあり。斯くして膀胱を剝離すること共に膀胱の上端に數種幅の腹膜襞を生ずるなり。此腹膜襞は後に子宮切斷端を被包すべきものなるを以て幅廣きを可とす。

ホ、子宮動脈の結紮。既述の操作を終りたる時は、子宮體は骨盤壁より全く分離せられ、唯頸部によりて連絡せらるゝのみ。次に頸部を切斷せざる可らず。而して頸部を切斷せんせば、先子宮動脈を結紮せざる可らず。子宮動脈の結紮に關しては、既に總論(第一〇二頁)に於て述べたるが如く必ずしも分離結紮を要せず。寧ろ簡單なる集束結紮に據るべし。先づ頸部周囲の骨盤底を露出せざる可らず。(ハ)及び(ニ)の操作にて廣靭帯は切開せらるゝも、尙ほ後葉の切開充分ならざるを以て、輸尿管の走行を顧慮しつゝ、内子宮口に向ひ後葉を充分に切開すべし。斯くして骨盤底全く開放せられたる後、拇指及び示指を以て内子宮口の高さを觸知し(通常子宮體と頸部との間少し狭小せることによりて知ることを得)、大なる鋭針(大なる絹絲を有する)を此部の子宮側壁に貫通し、凡小指厚徑の子宮組織を堅く結紮す。此結紮内に子宮動靜脈の上行枝を包有せしむるなり。如斯き集束結紮にて殆ど確實に子宮動脈を結紮し得るものなるも、萬一の場合を豫防するが爲め結紮部に接してコッヘル鉗子をおくを可とす(第百八圖)。而して又此結紮は可及的の子宮側壁に密接して行ふべし。遠く隔てゝ結紮する時は、一面に於て輸尿管を結紮する處れあると、他面に於て子宮動脈の主幹を結紮する處れあるなり。腔上部切斷術にては子宮動脈は唯其上行枝(子宮枝)のみを結紮し、遺殘せしむべき頸部及び腔に血液を分布する下行枝の循環を斷絶す可らず。

子宮腫瘍の手術

ツツイフェルは子宮組織を可及的多く遺残すべきこと、換言すれば可及的上方に於て切断すべきことを推奨し、之れにより月經の閉止を豫防すべしと唱道せしも、月經の保続を望む特別の場合の外、断面を可及的小にして以て止血操作を簡單にする爲め、最狭小せる内子宮口邊を切断するを最適當とす。先づ右側を結紮し、後左側を同じ高さにて結紮すべし、此結紮は切断せずに残しておくべし。

へ、腔上部を切断す。子宮體を強く上方に牽引し、大なる刀を以て、結紮部より約一握上方を左側より右側に向ひ腔上部を切断す。此際断面に凹面を生せしむる様に切断するを可とす。

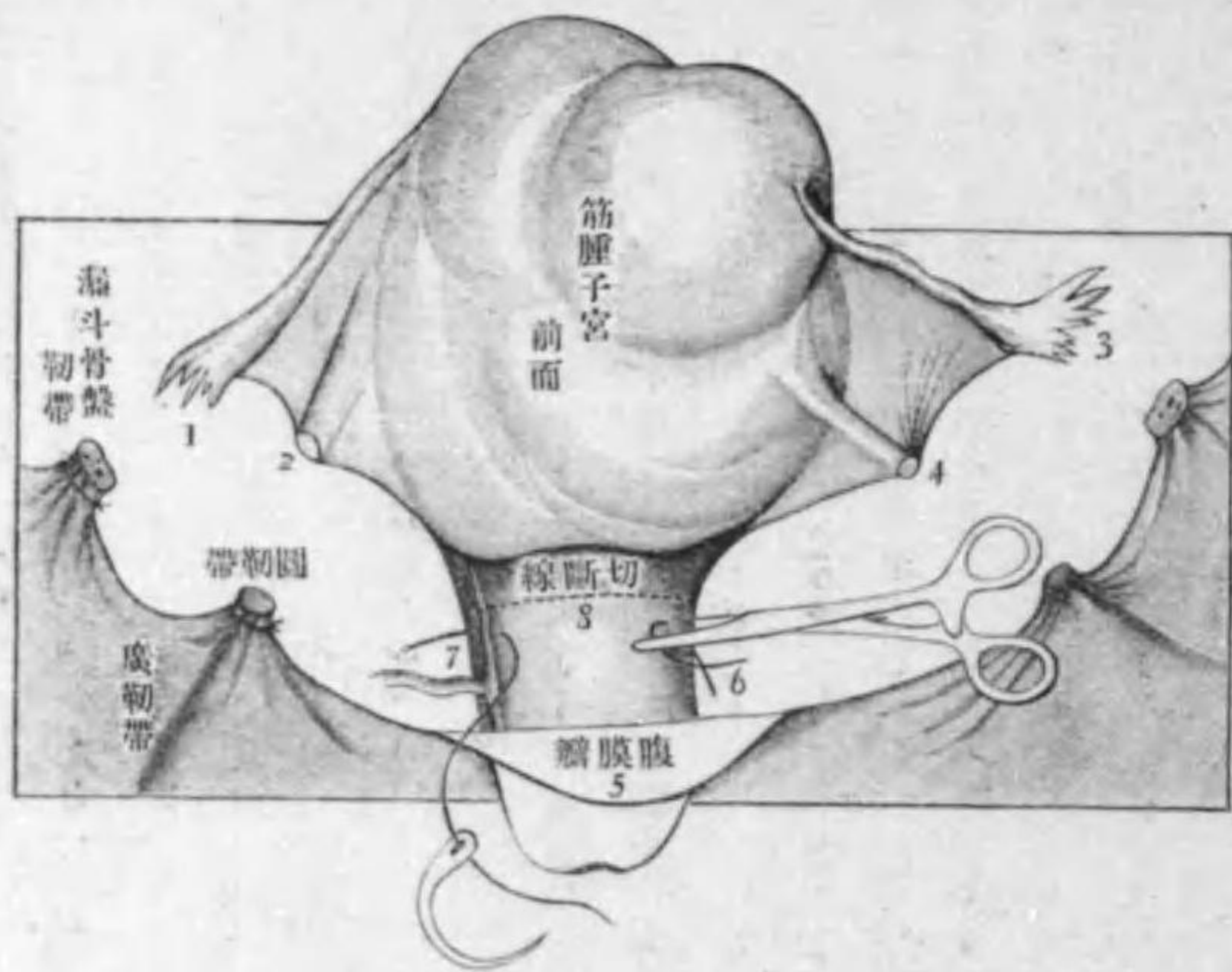
ト、断面の止血及び子宮動脈の分離結紮。先づ残しおきたる子宮動脈の結紮線を引きて断面を舉上し、コッヘル鉗子を放し之れを以て子宮動脈の断面を挟み絹糸を以て分離結紮すべし。是れ主動脈の止血を一層完全ならしむる爲めなり。而して子宮動脈は断面の側壁に於て、壁厚き管として常に見出し得るものなり。子宮動脈の結紮確實なる時は、頸部断面より出血すること殆どなし。然れども多く前後に於て實質性出血を見ることあり。此場合は断面の前後兩面に於て廣く淺き結節縫合をなす時は多く止血するなり。尙出血する時は其部に所謂對角縫合(總論一〇四頁)を行ふべし。断面に無益に多數の深き縫合をなすは其營養を妨ぐるものなる故不可なり。又頸管は開放したるまゝとし閉鎖せざるを可とす。是れ創傷分泌物を排泄せしむる利あるが故なり。注意すべきは断面を強く上方に牽引せる時は出血なきが如きも、之れを弛むる時は出血する場合あるが故に、必ず糸を弛めて檢すべし。

チ、創面の腹膜被包。開放せられたる廣韧带を縫合し、頸部断面を腹膜を以て被包せざる可らず、先づ「ガ」を以て創面の血液を充分に拭き去りたる後、左側の漏斗骨盤韧带断端の結紮線及び子宮断端の集束結紮線を牽引し、先づ漏斗骨盤韧带断端より始めて、腸線を以て左側廣韧带の前後兩葉を纏絡縫合したる

著者の腹膜後方位置

後、同側の集束結紮線を切断し、次に豫め作りおきたる膀胱上界に附著せしめたる腹膜瓣の遊離縁を子宮断端の後縁に縫合す。之により子宮断端は全く腹膜を以て被包せらるゝなり(第九〇圖参照)此法を断端の

第百八十八圖  
種上部分切斷術  
(ルイマフの原圖を變化す)



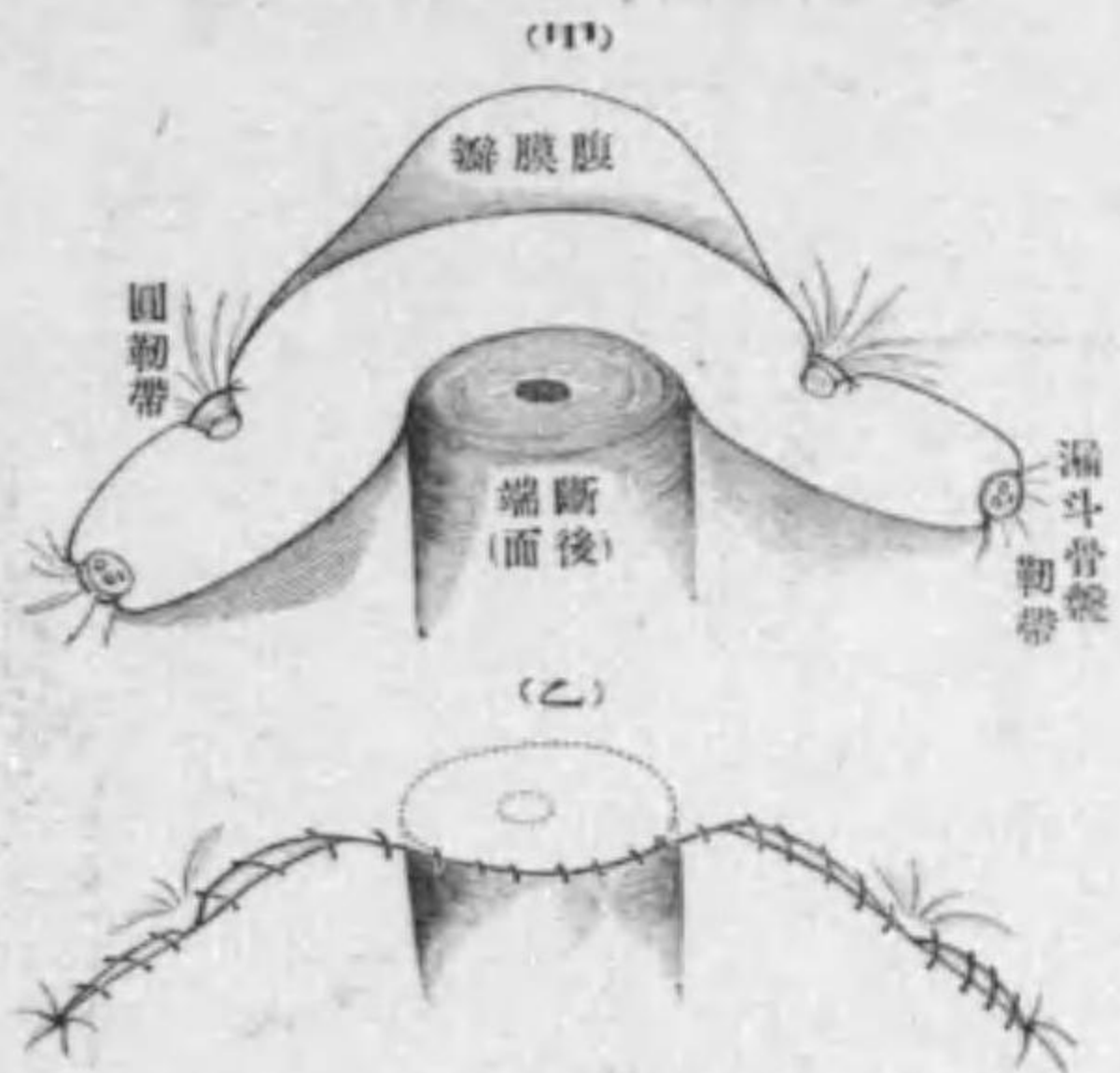
附屬器切断、膀胱腹膜剝離、左側子宮動脈結紮等を終り、今正に右側子宮動脈を結紮せんとする状態、数字は手術の順序を示す

腹膜後方處置と稱す。次に右側集束結紮線を切断し尙糸を進めて右側廣韧带兩葉を縫合す、即一本の腸線を以て左側の漏斗骨盤韧带より右側の同名部までの腹膜創を纏絡縫合するなり。若一側に子宮附屬器を遺残せる場合は之れを腹腔に出しおくよりも、寧ろ廣韧带兩葉内に隠すを可とす。

斯くして子宮體を失ひたる骨盤底は、全く平滑なる腹膜にて被包せられ、少しの創面をも露せざるなり。之れを以て筋腫本来の手術を終れるなり。次で腹膜面を清拭し腹壁

子宮筋腫の手術

圖九百第 子宮断端の腹膜後處置法



甲、断端上部を断終るたり状態  
乙、断端を合縫膜腹、断終るたり状態

を閉づること勿論なり。

(附) 断端處置 (Stichversorgung) に就きて

子宮の断上部切斷術に就きて、從來學者苦心の幾點となり、争論の中心となりたるは、切斷端の處置法なり。其理由とするところは左の二點なり。

一、断端よりの後出血を恐る、事。

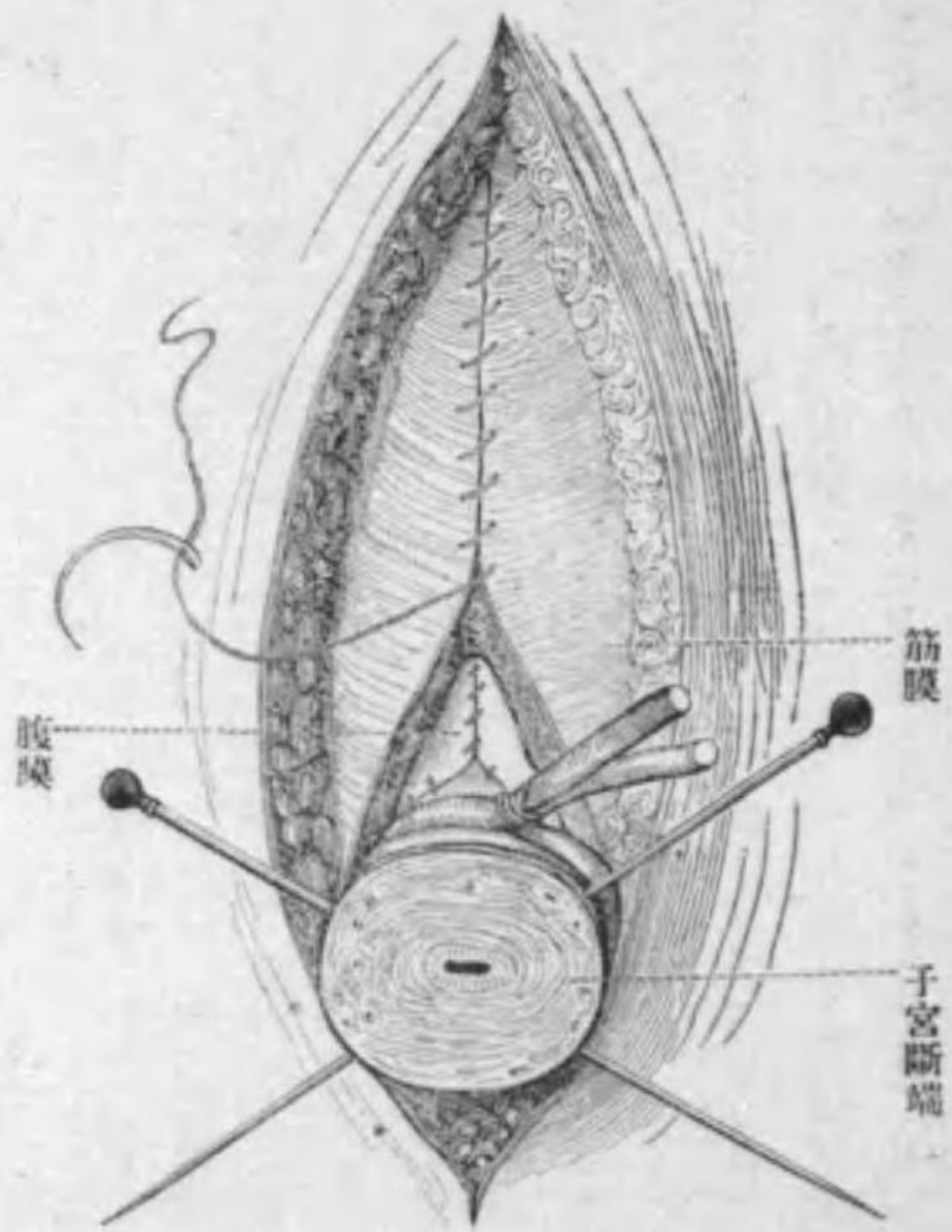
二、開放せられたる頸管よりの積膿性感染を恐る、事。

是れ等二つの危険を免れん爲めに種々苦心を重ね、夥しく多數の手術式考案せられ、今日より考ふれば如何にも迂遠にして煩雜なる方法も行はれたるなり。先づ、最初に行はれたるは断端の腹膜外處置法 (Extraperitoneale Stichversorgung) なり。即ち断端を腹壁切開創の下角に固

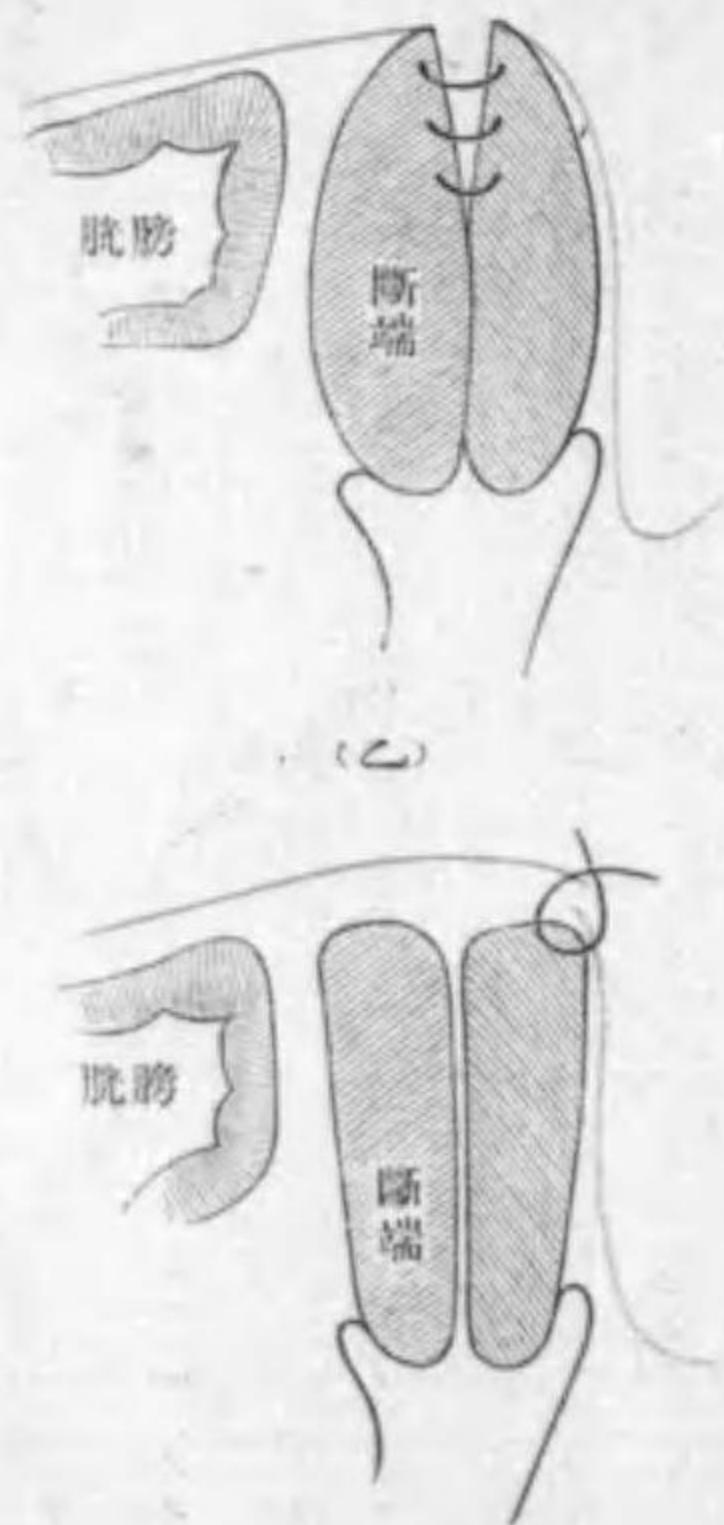
腹膜外處置法

定し、以て上記二つの危険の腹腔内に惹起せらるゝを妨がんとせるなり。此法はペアンによりて創意せられ、ヘーガル、カルテンバッハ Hegar-Kaltenbach 兩氏によりて完成せられ、今日尙之れを行ふものあるなり。参考の爲其術式の大意を紹介すべし。先づ兩側子宮附屬器を離斷し、子宮體を腹壁切開創の下角部に牽出したる後、頸部を細き實質性の「ゴム」管にて絞扼し、以て出血を防ぎ、此絞扼部より二乃至三指の上方にて頸部を切斷し、腹壁の腹膜と断端周囲の腹膜とを堅く縫合し、以て断端と腹腔との交通を絶ち、上方の腹壁を通常の如く縫合す。而して腹壁上に露出せる断端の固定を確實にする爲め、二本の金屬性の太き針を絞扼の上部に十字形に穿通すること第百十圖の如くす。一〇乃至一二日後に於て断端が腹壁と癒着する時に當りては、絞扼部以上の組織は壞死に陥りて脱落し、深部に漏斗状の肉芽面を生じて次第に萎縮するものなり。

圖十百第 断端の腹膜外處置法 (ルエイマフホ)



圖一十百第 断端處置法 (著者) 赤線は腹膜を示す



本法は尙子宮動脈の結紮なることに留意せざりしと、断端よりの傳染に甚しき杞憂を抱きたるにより案出せられたるものにして、甚だ幼稚なりとの諷を免れ得ざるなり。後療法に長き日子を要し、且つ瘻痕脱腸を起すこと屢なり。今日に於て如斯き方法を筋腫手術に對して應用するもの殆どなしと雖、ホルロー氏手術は尙此主旨に據りて行はるゝなり。唯腐敗性變化を思したる大なる筋腫にて、全剥出不可能なるが如き特別の場合には本法によるべきなり。

次に表はれたるは廣義の腹膜内處置法 (Intraperitoneale Stichversorgung) なり。即断端を骨盤内の正常位置におく方法なり。此方法にシヨレーデル (Schöler) によりて完成せら

子宮筋腫の手術

れたる瘻の腹膜内處置と、クロイバク (Chrobak) によりて命名せられたる後腹膜處置 (Kretzperitoneale Stielversorgung) の二種あり。

クロイバク氏  
の後腹膜處置  
アルベルト氏  
の腹膜下處置

後出血に對する  
杞憂

傳染に對する  
杞憂

シュレーデル氏法は内精系動脈及び圓韌帯を結紮切断し廣韌帯を開きたる後、子宮頸部を「ゴム」帯を以て緊く絞扼したる後、上方三乃至五種の部に前後の方向に楔狀切開を加へて子宮體を切断し、兩個結紮中にある子宮動脈を分離結紮し、創面に腸線の階段縫合を施したる後「ゴム」帯を解除し、斷端の腹膜縁を結紮縫合す(第百十一圖甲)。此法にては斷端は唯縫合せられたるのみにて、若縫合離断する時に創面は腹腔内に露出し、創傷分泌物は直接腹腔に排泄せらるべきなり。此缺點を避けんが爲め腹膜縁を作り、之れを以て斷端を被包し以て斷端と腹腔との交通を全く絶つんと創意せるはツワイフェル (Twyffel) なり。此方法はクロイバク及びホイフマイエルにより改良せられ一種の腹膜外處置にすぎずと雖、既述のヘーガ、カルテンバッハの腹膜外處置と區別する爲めクロイバクは後腹膜處置と命名せり。アルベルト (Albert) は「腹膜下」(Subperitoneale) なる名を使用せり寧ろ優れる命名なりと云ふべし。

クロイバクは前後兩壁に於て、前方は大、後方は小なる腹膜瓣を剝離したる後、腔上部切斷を行ひ、前後兩腹膜瓣を縫合せり。ホイフマイエルは更に之れを改良して前後兩瓣を廣くし、先づ後方腹膜瓣を斷端の前縁に縫合し、次に前方腹膜瓣は後方腹膜瓣を被ひて斷端後面に縫合す。故に斷端は二重の腹膜にて被包せらるゝなり。著者の後腹膜處置法は最簡單なり。

以上の如く斷端に對する腹膜處置の關係は著しく改良せられたるし、斷端よりの後出血及び傳染を恐るゝは尙依然たりしなり。之れが爲めに種々の方法講ぜられたり。止血法としては専ら斷面の縫合行はれ、其中ツワイフェルの所謂連續的局部結紮法 (Continuente Partienatur) 最廣く行はれたるなり。又一時的止血の目的に「ゴム」帯を以て頸部を絞扼するも一般に行はれたる方法なり。或者は之れを解除することなく其まゝに放置せるなり。次に傳染豫防に對しては種々の方法講ぜられたり。

(I) 手術前子宮腔を消毒液にて洗滌し(又は極度を行ひ)、加ふるに深部まで烙白金にて焼灼し、「ヨードホルム」ガゼを挿入し以て切斷の際不潔液の漏出するを防ぐ。

(II) 頸部切斷は烙白金を用ひ、同時に頸管粘膜炎を焼灼す。又は斷端を「クロイバク」亞鉛液にて腐蝕し、頸管より腔に「ドレナージ」を施す。

以上は出血及び傳染に對して行はれたる方法の主要なるが、今日の知識を以てすれば全く杞憂にすぎたるの疑なき能はず。

吾人の経験を以てすれば、特別の場合(子宮體癌の如き)を除く外何等の處置を施さざるも腔上部切斷後斷端よりの傳染を見ること殆どなし。是れ内子宮口以上は無菌なるを以てなり。唯手術前無菌に不潔なる消息子検査を成むべきは勿論なり。尤も切斷時頸管内より分泌物の排泄ある時は、烙白金にて焼灼するを安全なりとす。次に出血の點に關しても既述の如く子宮動脈の集束結紮を充分にするか、又は一乃至二の小縫合にて足るものにして從來の方法の如く嚴重なる縫合の要を見ず。且深き結紮を多數におくは斷端を壞死せしむるの害あり。又斷端の腹膜被包は單に前方に作れる膀胱上部腹膜瓣のみにて充分なり。

第四節 筋腫子宮の腹式全剝出術 (Parhysteromyonectomy abdominalis)

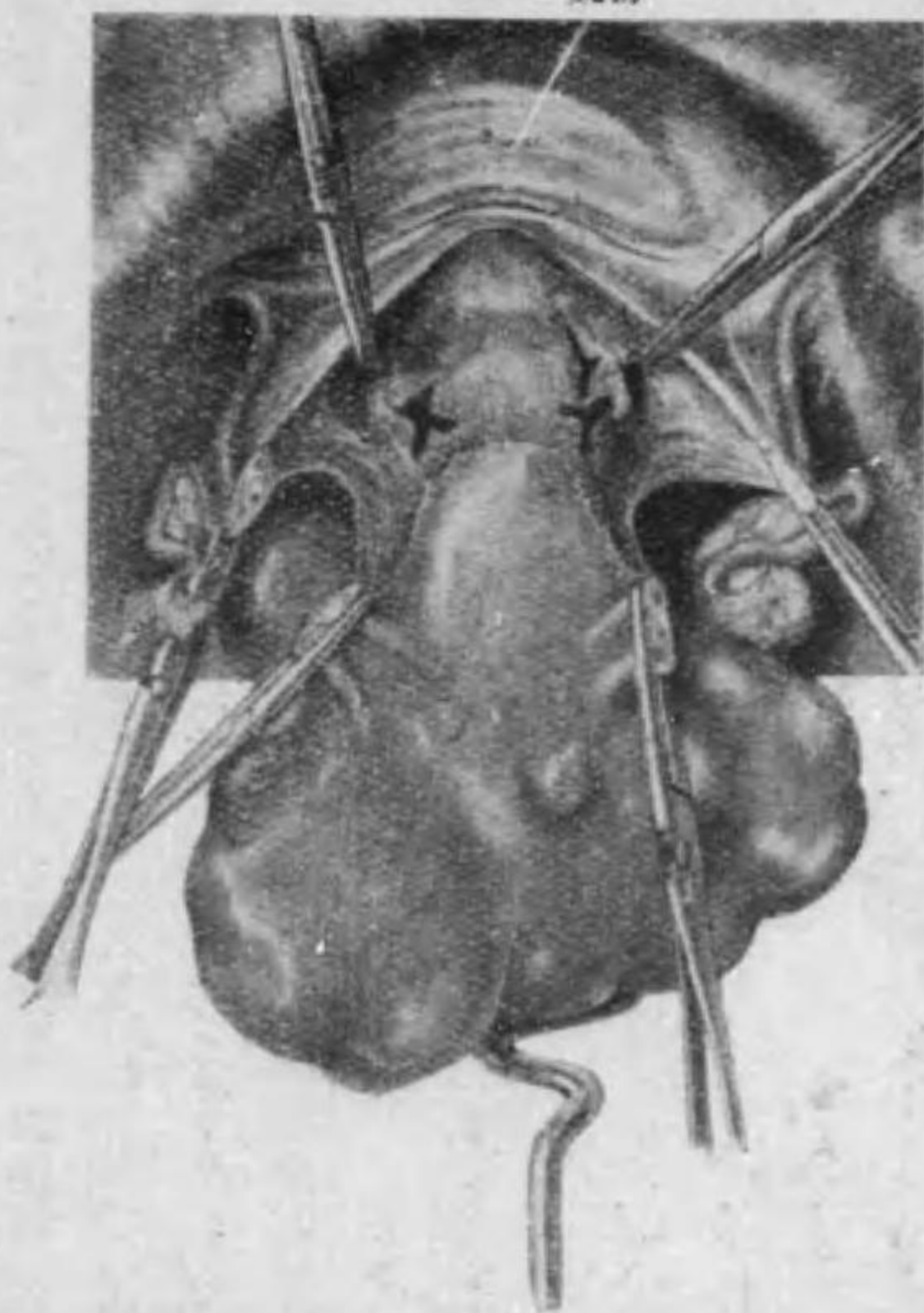
筋腫を發生せる子宮全體を腹式開腹術によりて剝出する方法はバルデンホイエル (Bardenheuer) (一八八二) によりて唱道せられ、マルチン (Martin) (一八八九) によりて一層推奨せられたるなり。本法創見の當時は、恰も腔上部切斷術による斷端處置法に就き、多くの人より爭論せられ苦心せられし際にて、其主義とするところは、論争及び手術困難の原因物たる子宮頸部其者を除去すべしと云ふにありたるなり。

本法はバルデンホイエルが、子宮筋腫に對して創見せられたるフロイнд (Freund) (一八七八) 氏の手術式を筋腫に應用せるに始まり、多くの人によりて種々の術式考案せられたり。今左に最一般に行はるる方法を説述すべし。

準備。本法は腔腔を開放するものなるが故に、豫め嚴重なる腔の消毒を行ひ、前腔穹窿部に酒精を浸したる「ガゼ」を充填し、其一端に止血鉗子を附しておくべし。是れ一面に腔を消毒し他面には前壁の所在を腹腔より見易くせんが爲なり。

腹壁を開き膀胱を前頸部より剝離するまでの操作は、腔上部切斷術に於けると全く同様なり (イ、ロ、子宮筋腫の手術)

第百二十圖  
單純性子宮全別出術(リマプシ)



兩個附屬器を  
切斷し、膀胱  
を剝離し、腔  
前壁を露出  
し、子宮動脈  
を把持結紮  
を保持結紮  
切斷せる状態

一三〇四一  
ハ、ニ。唯膀胱剝離  
を一層下方に進め前  
腔壁の上部を露出す  
ることを要す(第百  
十二圖)

ホ、ブーグラス氏窩  
の腹膜を剝離す。子  
宮體を恥骨縫際に向  
つて牽引し後腔壁を  
緊張せしめ、先づ薦  
骨子宮韧带の子宮附

著部の稍下方に於て腹膜に横切開を加へ、其兩端は廣韧带後葉の切開線に達せしむ。次に指壓により  
て腹膜を頸部及び後腔穹窿部腔壁より鈍性に剝離す(第二二七圖参照)斯くして子宮頸部は膀胱及び直腸  
との連絡を断たれ、單に骨盤結締織により骨盤の側方と結合し前後腔壁の上部は露出せらるゝなり。  
へ、子宮動脈及び骨盤結締織を結紮切斷す。頸部の側方に於て鬆粗なる結締織を鈍性に壓排する時は、  
通常迂曲せる子宮動脈の經過を認め得。又は指にて搏動を觸れ其存在を知り得るを以て、鈍針を以て子  
宮壁に近く結紮し、子宮側は止血鉗子にて挟み、其間を缺にて切斷す。次で同く鈍針を以て子宮頸に接し  
て約指頭大の骨盤結締織に集束結紮を施し、子宮側に鉗子をおきて缺にて其間を切斷す。兩側に於て斯

第百三十圖  
全別出後創面縫合  
(リマプシ)



子宮筋腫の手術

くの如き結紮切斷を三乃至四回反復する時は、所謂基本韧带は全く離断せられ、子宮は單に腔壁に連絡  
せるのみとなる。此集束結紮を確實に行へば、敢て子宮動脈の分離結紮を必要とせず。此際子宮壁より  
遠く離れて結紮する時は、輸尿管を切斷する虞れあるに注意すべし。  
ト、子宮を腔壁より離断す。手術に關與せざるの助手をして腔内に充填せる「ガーゼ」を除去せしめ、手  
指を以て子宮腔部の存在部を觸知し、先づ刀を以て前腔穹窿の全長に互り大なる横切開を加へて腔を開  
き、上下の創縁を大形コッヘル鉗子にて固定し、子宮を一個に牽引し、同じく鉗子を以て腔の側壁を横徑  
に挟みて其上方を切斷し、他側を同様に處置したる後、後腔壁を横に切斷し子宮を全く剔出す。

チ、斷端の止血及び腹膜創縫合。腔斷端の止血は

困難ならず。通常兩側におきたる鉗子の下部に淺  
く廣き縫合(腔粘膜を避けて)をなすを以て足れり  
とす。縫合法には二種あり。先づ前後兩腔壁を  
縫合したる後、一個の漏斗骨盤韧带切斷部より他  
側の同部に至る迄の腹膜を縫合する法と、剝離せ  
る膀胱上部腹膜と前腔壁、剝離せるブーグラス氏  
窩腹膜と後腔壁とを縫合する法あり。前者は腔壁  
の下垂又は腔短縮を起す虞れあると、腹膜下に  
一層大なる死腔を残す不利あり。故に著者は常に  
後法を稱用す。先づ右側の漏斗骨盤韧带切斷部よ



り始めて廣韧带兩葉、次で後腔壁とツングラス氏窩腹とに腸線の纏絡縫合を施し、腔の右側に至りて止む。次に新たに腔の左側より始めて膀胱腹膜と前腔壁とを縫合し、進んで右側廣韧带兩葉を纏絡して漏斗骨盤韧带切斷端に終る。最後に前後兩腔壁に同じく腸線纏絡縫合を行ひ腔を閉鎖す(第百十三圖)。

第五節 腔上部切斷術と全剔出術との優劣

斷端の遺殘によりて種々の後障碍を發生したりし往時にありては、子宮全剔出術は確かに一步を進めたる術式なりしは疑なきところなるも、斷端處置の成績甚しく良好となり、殆ど總ての場合何等の後障碍を見ざるに至りたる今日にありては、手術の豫後を論ずる上に於て兩者の優劣を定むる能はざるものなり。稀に斷端の壞疽又は癌腫發生を報するものありと雖、是れ等は寧ろ處置の不當又は診斷の粗漏に其罪を歸すべきものなりと解釋せらる。要は術者の嗜好にあり強いて論すべき問題にあらず。又一法にのみ偏すべきものにもあらざるなり。

著者は既述の術式による腔上部切斷術を賞用す(他の方法によるものは論外とす)。其理由とする主要なる點は左の如し。

(一) 腔上部切斷術は操作單簡にして時を費すこと少ない。是れ全剔出に際して行はるべきツングラス氏窩腹膜の剝離及び骨盤結締織の離斷は腔上部切斷術に全く不必要なる操作なればなり。且創面の縫合法も全剔出にありては二倍の手術を要す。

(二) 骨盤結締織、腹膜等に炎症性變化ありて組織硬化し、延長性に乏しき場合全剔出術操作は甚しき障碍を蒙るも、腔上部切斷術に特別なる影響なし。巨大なる筋腫に對する關係も亦同様なり。ウィーマンは巨大なる筋腫に對しては、先づ腔上部切斷術をなしたる後、殘れる頸部を剔出するを便とす

と云へり。

(三) 腔上部切斷術には腔の消毒を省略し得べし。

其他、一部の臨牀家は子宮腔部を失ひたる腔は下垂又は短縮する場合ありと非難せり。また子宮全部の除去せらるゝを甚しく嫌ひ、單に子宮腔部の遺殘せらるゝに満足して手術を承諾するが如き患者に遭遇すること敢て稀有ならず。是れ吾人の眼を以てすれば笑ふべき一事なりと雖、實地上一顧の價値ありと云ふを得べし。

著者は子宮腔に傳染性變化を認めたる場合及惡性變化の疑ひある場合等に限り全剔出術を應用す。

第六節 特殊なる筋腫手術

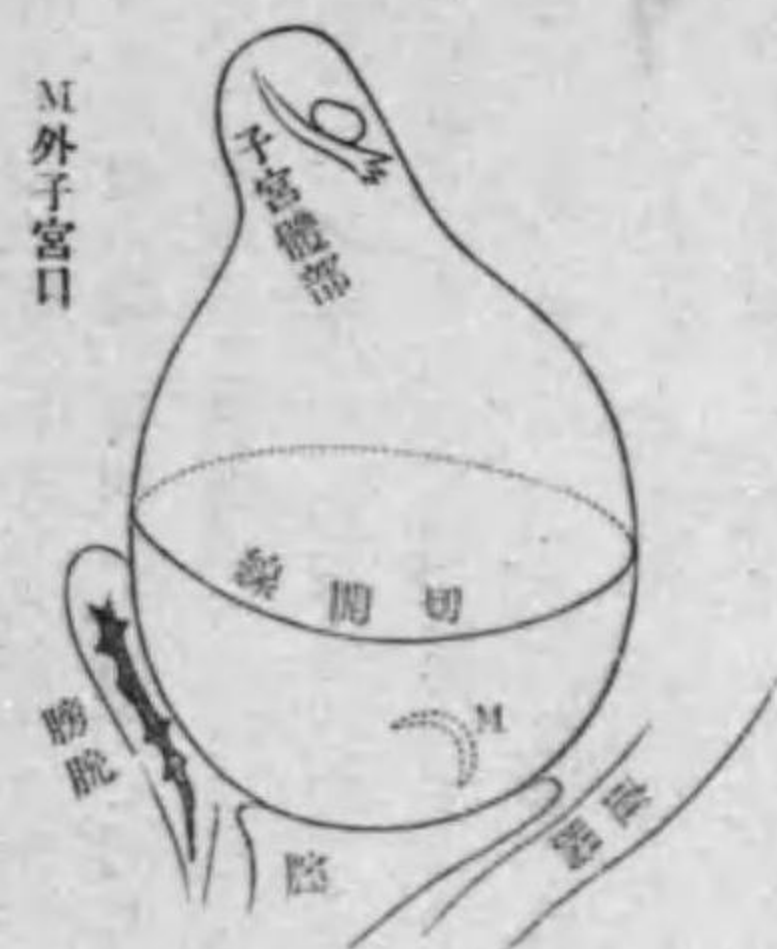
大き及び發生部位に關し特殊なる筋腫に對して、術式に多少の變化を要すべきは勿論なり。

一、巨大筋腫。既述の如く腔上部切斷術は甚だ大なる筋腫に對しても、通常容易に行はれ得る者なれども、如斯き場合次章にて述べべき核出法により、先づ主要腫瘤を除去したる後剔出術を行ふを得策とす。  
二、廣韧带内筋腫。之れに對しては後述すべき廣韧带内卵巣腫瘍に於けると同様、先づ廣韧带を切開し、腫瘍を核出したる後、剔出すべきものなり。此際特に輸尿管の走行に注意すべきことも後述するところを参照すべし。

三、頸部筋腫。頸部筋腫の手術は大き及び發生の部位に關すること大なり。粘膜炎に發生せるものは腔式に除去し得るは勿論にして間質性の者にも鶏卵大位の小さなものは腔式核出術を行ひ得べし。大なる間質性頸部筋腫は腹式によるを最も安全なりとす。是れ大なる頸部筋腫手術にては輸尿管及び膀胱に對し特別の注意を要するが故なり。即、輸尿管は通常異常の位置に壓排せられ、膀胱の後壁は腫瘍の壓迫

により次第に菲薄となる。頸部の前壁に發生せる所謂後膀胱筋腫(Retrocervicalis Myoma)に於て殊に甚し。腹式手術にあらざれば是れ等の損傷を確實に避け難し。而して約小兒頭大までのものにおいては一寧ろ全別出を優れりとなすも、大人頭大に及べるものにおいて全別出術の操作甚だ困難にして、多くの時を要し且危険なること多し。何となれば骨盤腔は腫瘍を以て充滿せられ、骨盤底に刀及び針を達すること難き故なり。此困難は先づ腫瘍を核出することによりて免れ得べきも、全別出をなすには必ず膀胱後壁を廣く腫瘍より剝離し、一應輸尿管走行を検査するの要あり。而して膀胱及び輸尿管に甚しき變化を起せる頸部筋腫、殊に後膀胱筋腫にては此操作は危険にして、直接の損傷又は續發的壞死を起し得るものなり。故に著者は一種の脛上部切斷術を行ふを常とす。

第四百四十四圖 子宮頸部筋腫の型模法断切部上



M外子宮口

第四百五十五圖 筋腫核出後遺りたる子宮部



先づ前面にては膀胱上界、後面にては腫瘍の最大周囲を通過し環狀に深き切開を加へ筋腫に達し、之れより後述すべき方法によりて子宮體部を附屬せしめたるまゝ筋腫を核出したる後、膀胱及び直腸を損傷せざる程度に於て、筋腫を被包せし子宮壁を切除するなり。此法によりては、いかに大なる頸部筋腫をも膀胱、輸尿管に關係なく除去し得るなり。核出によりて生じたる大なる腫瘍床は、腸線の階段縫合にて閉鎖す

著者の脛上部切斷法

るか、又實質性出血強き時は腔へ「ドレナージ」を施すべし。此核出法によりて遺されたる子宮腔部は次第に收縮し、間もなく原形に復するを常とす。本法は纖維筋腫(所謂球筋腫)に對してのみ行はるべきものにして、腺性筋腫は此法によりて除去せらるることなし。是れ球筋腫は結締織性の厚き被膜を以て固まれ、健康組織との境界極めて明瞭なり。且被膜と腫瘍との結合は甚しく鬆粗なるを以て、鈍性に易く剝離し得るも、腺性筋腫はかかる被膜を有せず、周囲の子宮組織に浸潤性に結合し剝離し得ざるが爲めなり。**四、有莖漿膜下性筋腫。**單獨に有莖の漿膜下性筋腫を有し、子宮體其者に著變なき時は其莖の基底部分を楔狀に切除したる後、創口を縫合するを以て足れりとす。然れども既述の理由により子宮を保存すべき特別の理由なき限りは、脛上部切斷をなして再發を豫防すべし。

第七節 間質性筋腫の腹式核出術

核出術(Enucleation)とは腫瘍のみを子宮壁より剝離して別出する方法を云ふ。本法は異常組織を除去し、變化なき子宮組織を保存し、以て子宮の生理的機能を持続せしむべき點に於て理想的療法なりと雖、其適應選定は單純ならず。尤も腫瘍既に甚しき大きさに達するか、又は夥多の結節を發生し全子宮が殆ど筋腫其者に變化せるが如きものにおいて、根本的手術を行ふに異議あるべきものならざれども、尙大部分の健康なる子宮組織を有するが如き場合に於ては、之れを根本的に手術すべきか、將又保存的に處置すべきかは問題たり得るものなり。

今此問題を解決するが爲め、左の諸項に分ちて之れを論せん。

(一)手術の難易。吾人の經驗を以てすれば、核出術は根本的手術に比して必ずしも容易なりと云ふこと能はず、核出の操作は簡單なりと雖、之れによりて發生せる廣大なる創面を止血し、精密なる縫合を加ふ

核出術の利害

子宮筋腫の手術

ることは稍、困難なる場合少なからず。尤も腫瘍の大き僅かに鳩卵大位のものにありては、此困難を感ずることなきも、手拳大、兒頭大に達せるものにては操作左程單簡ならず。従つて統計上に表はれたる死亡率は寧ろ根本手術よりも大なるを示せり。

(二)再發に對する關係。核出術の非難せらるゝ中心點は再發にあり。一般に筋腫は孤立して發生すること稀有にして、寧ろ多發性なるを其特長とも見るべきなり。而して表層に近き豌豆大の結節はこれを觸知し得べしと雖、尙小なるか又は深層に發生せるものは其存在を知ること不可能なり。故に假令直接見得べき結節、觸れ得べき筋腫胞芽の總てを核出するも、尙多數の胞芽の遺殘するありて、再發を起し手術を反復するが如きは屢、經驗せられたる事實なり。ヘーガル氏は兩側の卵巣を除去すれば再發を防ぎ得と云へるも確實ならず。且場合により缺落症狀の續發するを免れず。

(三)子宮を保存すべき必要の有無。子宮は生命の存續に必要な臓器にあらざして、之れを剔出するも敢て支障あるなし(一派の研究者は其缺落症狀を認めたるも)。殊にある一定の年齢(恰も筋腫手術を要すべき頃)よりは寧ろ、不用の臓器にして疾患の好發部たるに過ぎざるものなり。然れども二十歳乃至三十歳の婦人にして尙妊孕、少くとも月經の保續を望むが如き特別の場合には、子宮を保有するに勉めざる可らず。而して如斯き場合に遭遇するは甚しく稀有なるものなり。妊娠と筋腫との合併に關しては項を改めて攻究すべし。

(四)臨牀的成績。筋腫に因りて起れる種々なる障礙は、保存的療法によりて消失せざる場合多し。ウインテルの統計によれば全剔出にありては其數僅かに六%なるも、核出術にありては三二%と云ふ不成績を示せり。且、一二二例中三例は新たな症狀の添加を見たりと云ふ。

保存的手術をなすべき場合

要之するに「筋腫小にして甚しく多發性ならず、尙子宮組織の大部分健全にして、年齢若く妊孕を熱望する」が如き特別の場合の外は保存的手術を避け、根本的手術をなすべきものなり。而して醫師を訪問する筋腫患者の殆どすべては三十五歳以上の者なり。故に實際に於て保存的手術の必要に迫らるゝ場合絶無なりと云ふも可なり。又附屬器に於ける病變の有無強弱も術式の選定に關係すること少からず。

手術方法

1. 筋腫被膜を切開す。膨隆せる腫瘍の中央に於て子宮の縦軸に一致したる切開を加へ、筋腫被膜の全厚徑を離開する時は、靱帶様白色にて光澤ある筋腫結節を露出し得。

2. 被膜を剝離す。指頭を以て創面を擴張し、結節を大なるミュゾー鉗子(又はセゴン鉗子)或は筋腫穿通器にて固定し、指頭を被膜と腫瘍との間に挿入しつゝ、基底部まで剝離す。通常鈍性剝離にて足るも、強韌なる結締織ある時は彎曲せる鎌を以て切斷すべし。斯くして結節全體を核出す。

3. 止血及び縫合。核出によりて生ぜる所謂腫瘍牀(Cystic sinuses)よりは比較的強き出血あり。噴出する血管を分離結紮したる後、「キセロホルムガーゼ」を充填して暫く壓迫し、次に腔の大きに從ひて腸線を以て數段の埋沒縫合を行ひ、止血せしむると共に創面を閉鎖す。被膜餘りに廣大なるものは縦紡錘形に之れを切除すべし。最後に細き絹糸を以て漿膜面に結節又は纏絡縫合をなす。一般に縫合に注意し、創傷分泌液の溜溜すべき死腔を生ぜしむ可らず。

第八節 子宮筋腫と妊娠との合併

妊娠子宮に筋腫を認めたる際之れを如何に處置すべきやは大に論せらるべき問題なり。然れども從來は一般に筋腫の妊娠、分娩及び産褥に對する危険を誇大視し、多くの場合人工的流早産、手術的處置等の

核出術に著手する前、先づ大コッヘル鉗子を以て兩側の子宮壁を接し、子宮頸部を壓迫して、子宮體部の血流を一時的に阻止する。核出時に以て止血し、出血を軽減する。此鉗子を除去すべし。

妊娠後半期に  
關する者

行はれたるものなれども、其後多くの經驗に徴し其危險は寧ろ杞憂に過ぎずして、多くの者に於ては特別の障礙なく妊娠分娩を終り得ることを知るに至れり。故に少くも既に後半期に屬するものに對しては、胎兒の生命を顧慮して分娩期まで傍觀するを穩當とす。而して妊娠中障礙を發せる時又は到底分娩障礙を免れ得ずと認めたる時は手術を執行すべきこと勿論なり。此際筋腫の核出によりて妊娠を持続し得たる例なきにあらざるも、多くは早産を誘發す。且核出は容易なるも止血甚だ困難なるものなるを以て、寧ろ帝王切開に次ぎて子宮剔出術を行ふを安全とす。筋腫の分娩に對する影響は其大きさ數よりも發生部位に關すること最も大なり。頸部に發生せるもの及び粘膜下筋腫は最も強き障礙を起す。然しながら此種の筋腫にても妊娠性變化の爲めに軟化し、兒頭の爲めに扁平に壓縮せられ大なる分娩障礙を起さざる場合あり。不幸にして分娩を障礙せるものに對しては適當なる産科的手術をなすべきなり。反之、前半期殊に初期のものに對しては、特別な場合を除き胎兒を顧慮することなく、直に剔出手術をなすを至當とす。單純なる核出術によりて妊娠を繼續せんとする希望は、多くは失敗に歸するものなり。此際人工的流産の如き姑息的療法は却つて危險(強出血、筋腫の化膿、腐敗)を誘發するものなり。

第九節 筋腫子宮ノ腔式全剔出術

如何なる状態にある筋腫性子宮を腔式に全剔出すべきかの疑問に對して、茲に決定的の説明を下すこと困難なり。腹式手術と腔式手術との優劣に關しては既に總論に於て詳述せるところなるも、今此場合考慮を要すべき點三あり。

腔式剔出術に  
對する適應條  
件

一、腫瘍の大きさ 二、癒著の有無 三、腔の廣さ及び會陰の延長性  
然らば腔式に剔出し得べき腫瘍の大きさは如何と云ふに、其絕對的の限度を定むること能はず。何とな

妊娠初期に關  
する者

れば熟練せる術者によりては後述すべき一定の分割縮少法、所謂「モルシエマン」(Morcellament nach Rean)によりて臍高に達せる大筋腫をも腔式に剔出し得るなり。又は腔腔廣く且腔及び會陰弛緩して延長性に富むものにては、狹隘にして延長性に乏しきものに於けるよりも、一層大なる腫瘍を剔出し得べきや明なり。而してまた上記の分割法又はシュツハルト氏の腔側切開(總論參照)によりて腔腔を人工的に擴大し、以て大なる筋腫をも手術し得る理なり。然れども是れ等特殊の方法により甚だ大なる腫瘍を剔出せんとするには、操作の困難と隣接臓器損傷の危險、強出血等を伴ふものなり。吾人は如斯き困難と危險とを冒してまで尚腔式手術に據るを必要とす。程、腹式手術の害を認めざるなり。況んや癒著を伴ひ、又は廣韌帯内に發生せる者に於ておや。又附屬器の剔出を必要とする場合も寧ろ腹式によるを可とす。是れ腔式にて附屬器を完全に除去するは甚だ困難にして危險なるものなればなり。

著者は腔式手術の腹式手術に優越せる特點を確實に且安全に獲得し得るが如き、特殊の筋腫を腔式にし、他はすべて腹式に據るものと定む。著者が腔式全剔出の適應とせるは「約手拳大(又は兒頭大)のものにして、癒著なく、而かも腔廣く延長性に富む者(通常經産婦)なり。但し腹式手術に甚しき恐怖の念を抱ける婦人は例外なり。

術式

一般に子宮の全剔出を行はんとせば、骨盤とのすべての連結を離斷するを要すべきや勿論なり。而して腔式全剔出の術式を述ぶるに當りては其連絡を二部に大別するを便とす。其一は子宮體を骨盤に連絡せる子宮附屬器にして、他は子宮頸部を結合せる骨盤結締織(基本韌帶)なり。後者の上界には子宮動脈を有し、下界の前後には膀胱子宮韌帶、薦骨子宮韌帶を含む。

子宮筋腫の手術

著者の採れる  
方針

下行的全別出  
法上行的全別出

腔式全別出の術式は多種なりと雖、之れを左の如き二種に總括し得べし。

(甲) 下行的全別出法 (Descendierende Methode)。前者は腹式手術と同様なる経過を以て行はるゝものにして、腔開腹術をなし子宮體を腔内に牽出したる後、上方より下方に向ひて骨盤との連絡を離断する法なり、即ち先づ子宮附屬器及び圓韧带次で廣韧带、最後に骨盤結締織を切斷するなり、子宮體(子宮底)より始むる別出法 (Exstription „vom Korpus (Fundus) her“) 云ふべきものなり。後者は反對に先づ基本韧带に始まり、順次下方より上方に向ひて、最後に子宮附屬器の切斷に至る法なり。即ち骨盤結締織(基本韧带)より始むる別出法 (Exstription „vom Parametrien (Lig. cardinalia) her“) 云ふべきものなり。

操作上最困難なるは骨盤結締織の結紮切斷なり。附屬器の離断は敢て困難ならず。而して基本韧带の切斷は上行的手術よりも下行的手術に於て容易なり。何んれば附屬器を離し、子宮體を強く側下方に牽引する時は、子宮動脈を包含せる基本韧带に甚しく達し易くなり、且直接眼の司配のもとに操作を行ひ得るの利あればなり。反之先づ第一に基本韧带を結紮する場合には、骨盤腔の關係上、多く觸覺を以て操作を行ふの不利あるなり。而して以上の關係は正常の大きさを有する子宮の全別出に對して適用せらるべきものにして、子宮體の強き肥大を伴へる筋腫にありては少しく關係を異にす。此場合は腔開腹術をなしたる後に行はるべき子宮體の牽出なる操作に最困難を感ずるなり。而して此際先づ骨盤結締織を切斷し骨盤壁と子宮頸部の堅き結合を除去する時は、子宮體の牽出甚しく容易となるものなり。此點に於ては上行的手術を優れりとなす。著者の術式は兩法を合併し、以て各々の長所を採用せるものなり。

著者の合併法

1. 子宮腔部前面に横切開を施し、膀胱を剝離し、膀胱子宮窩の腹膜を切開す。(腹膜切開は兩側基本韧带)

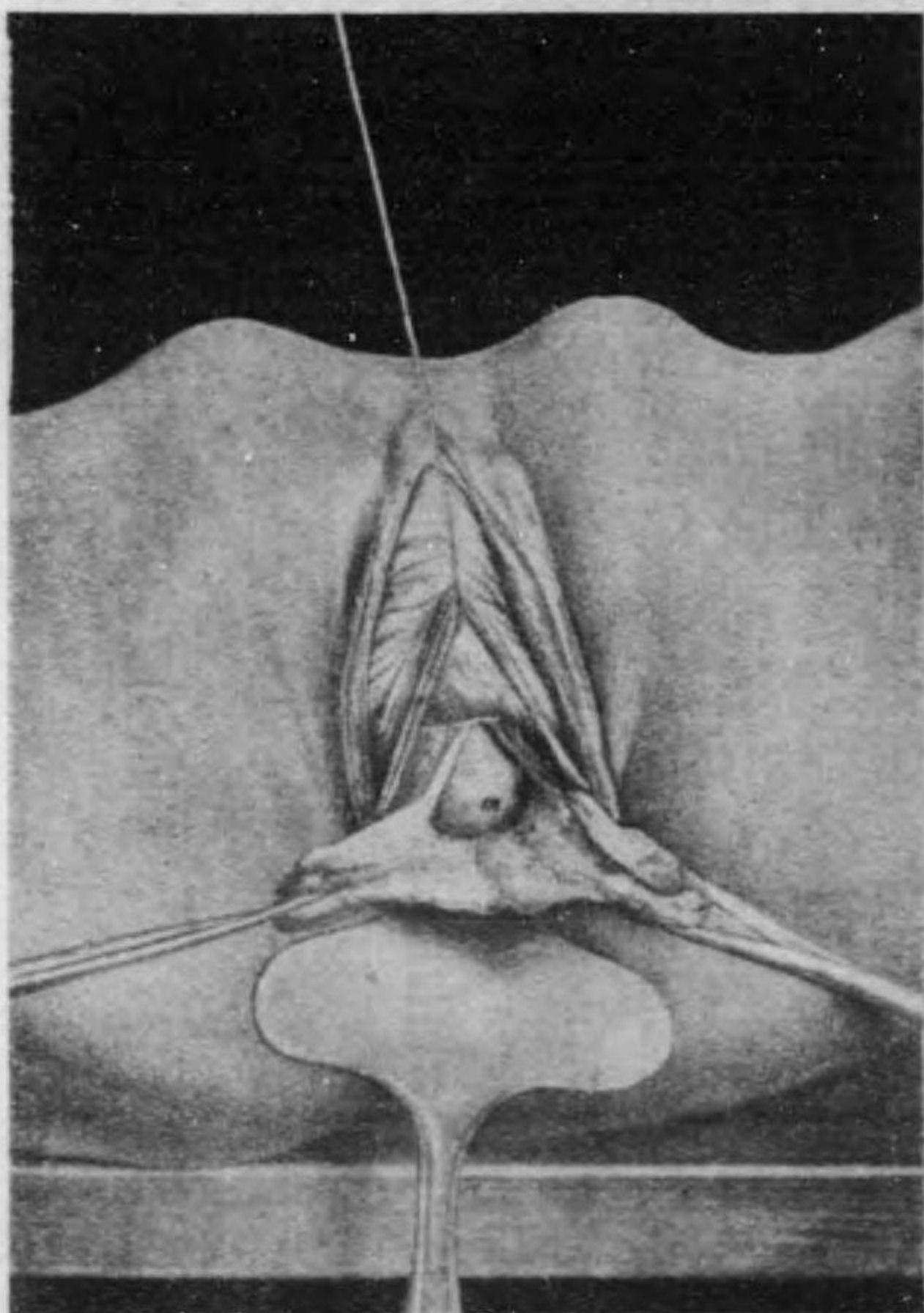
# 欠

# 欠

分割縮小法  
モルシユマ  
ン

第 百 二 十 五 圖

前子宮切開術(粘結下膜筋腫)の現(+)  
(ウイハトルエウ)



大なる刀を以て大なる楔形組織片を除去す。尙不充分なる時は切斷縁を把持して楔形切除を反復す。故に腫瘍の大なるものほど多数の楔形切片を除去せざる可からず。此際殆ど出血を見ることがなし。是れ筋組織は極めて血管に乏しきが故なり。斯くして終に莖に達し之れを(乙)の如く處置す。

粘膜下筋腫にして尙莖を形成せず、廣き基底を以て子宮筋層と結合せるものに對しても亦腔式核出術を試みるものありと雖、其操作甚しく困難にして且子宮壁に大なる創面を發生す。故に斯の如きものに對しては子宮剔出を行ふを遙かに得策なりとなす。

子宮筋腫の手術

(丙)腫瘍甚しく大にして殆んど骨盤腔を充たせるもの。此場合は子宮切開を施し得ることも莖に達すること能はず。故に先づ分割縮小法、  
「モルシユマ」(Morcellement)によりて腫瘍を縮小せざる可からず。即子宮鏡によりて腫瘍を露はし其下極をミユヅル鉗子にて把持し、

### 第十章 慢性子宮實質炎、子宮體部癌及子宮惡性脈絡膜上皮腫の手術

是れ等のものは筋腫子宮と同様に腹式又は腔式全副出術を行ふなり。著者は此場合好んで腔式を選ぶ。但し體部癌にして既に周圍に蔓延せるものは、次に述ぶる頸部癌と同様に處置すべきものなり。

### 第十一章 子宮頸部癌腫の手術

子宮頸部癌 (Kollumkarzinom) と體部癌 (Korpuskarzinom) とは治療的關係に著しき差異あるを以て、兩者は分離して敘述すべきものとす。

子宮癌の根治的治療は唯手術的療法にあり。而かも可及的早期に手術を施すにあり。尤も「ラヂウム」「メゾトリウム」の如き放射能作用物質の應用愈々盛んなるに及びて臨牀家の子宮癌根治療法に對する見解は稍々複雑となりたること、恰も子宮筋腫に對する「レントゲン」線に於けると同様なり。然れども現今の状態にありては、子宮癌に對する「ラヂウム」療法の適應は左の如く規定すべきものなりと信ず。

子宮癌に對する「ラヂウム」の應用

(一) 手術不可能性癌腫。既に手術刀の力を以て如何ともす可からざる癌腫に對する放射線療法は、從來行はれたる如何なる方法も企及し得ざる偉効を奏し得るは萬人の認むるところなり。術後の再發に就きては亦同様なり。又一派の人の唱ふる如く、手術不可能性癌腫は「ラヂウム」照射によりて手術

「ラヂウム」と手術刀との協力

可能性に變化せしめ得と云ふことも考へ得べきところなり。

(二) 再發豫防。嚴密なる意味に於て癌腫細胞のすべてを除去することは、多くの場合手術刀のよきせざるどころなり。故に「ラヂウム」放射線の作用により顯微鏡的細細なる細胞群をも絶滅せしめ、以て刀の力の足らざるを償ひ、再發を豫防し得べき理なり。

「ラヂウム」療法萬能論者の唱ふるが如く、尙手術可能性のものも亦手術療法を避け得べしとすは餘りに誇大の言にして、斯くして手術の時期を失するの危険に陥るべきものと信ず。而して我國現下の狀況は、醫師の門を叩く同患者の大部は既に病勢の甚しく進行せるものなるか、又は手術不可能性のものなり。要之に尙手術可能性なる癌腫は可及的迅速に手術を施すべきものなり。手術の豫後は其早期なるほど良好なることを忘る可からず。吾人は一面に於て醫師の子宮癌に對する知識の涵養を計り、他面に於て世人一般に子宮癌の恐るべきものなること、並びに其初發徴候の如何なるものなるかを知らしめ、以て子宮癌の可及的早期手術に努力せざる可からず。斯くして萬全を望み得ざる「ラヂウム」療法(少くとも我國に於て)の缺陷を償ひ、悲惨なる運命に臨める患者の生命を救はざる可からず。

#### 第一節 手術に對する特種關係

子宮頸部癌腫の手術は婦人科手術中最困難なるものなり。其理由とする主要なる點は、手術に對する本病の特殊的關係にあるなり。即ち、

手術の困難なる原因

一、再發し得ること。

二、術後腹膜傳染の危険大なること。

此二點が豫後を不良ならしむる主要なる原因にして、是れ等を豫防するの必要はやがて本手術を困難ならしむる主因たり。再發の憂なく、術後傳染の虞れなく、單に癌腫性子宮其者のみを剔出するを以て足

慢性子宮實質炎、子宮體部癌及子宮惡性脈絡膜上皮腫の手術 子宮頸部癌腫の手術

れりと假定せば、小なる筋腫子宮手術と何等選ぶところなきなり。

再發の憂は悪性脈絡上皮腫、肉腫等の如き他種の悪性腫瘍に於ても同様なるが、癌腫と少しく趣を異にし、是れ等のもの、再發は手術操作の如何に關すること少なく(例外はあるも)、主として時期に關するものなり。是れ早期に遠隔臓器に移轉を形成するによるなり。然るに癌腫は主として連続性に傳播するものなるが故に、完全なる手術操作によりて再發を確實に豫防し得べきものなり。

術後傳染の虞は喇叭管膿腫、傳染性卵巣腫瘍に於ても同様なるが、是れ等にありては周到なる注意により細菌の腹膜接觸を絶対に避け得べし。癌腫にありては全く然らずして、手術によりて創面上に病原菌の撒布を免るゝ能はず。何となれば有毒なる連鎖球菌、葡萄球菌等は常に癌腫組織に於てのみならず、周囲の骨盤結締織、淋巴間隙、淋巴腺等にも進入せるものなること、多くの研究者によりて證明せられたり。癌腫組織に生存せる細菌は一度まで除去し、又は死滅せしめ得るも、骨盤結締織に於けるものは然らず。故に此部分を切開するに際しては必ず病原菌の開放を避くること能はざるなり。而して外界よりの傳染は消毒法によりて豫防し得るも、斯の如き組織内細菌の傳染は、手術操作、創面處置法等により防禦せざる可からず。

第二節 適應の選定

手術の難易、豫後の不良は一つに骨盤結締織、直腸、膀胱等に對する疾患の進行程度に關するものなり。故に手術に際しては特に其適應選定に周到なるべきは論ずるまでもなし。

子宮癌の手術的療法を論ずるにあたりて問題たり得べき主要點は左の如し。

手術前決定すべき要項

- 一、手術可能性 (Operability) の判定。
- 二、腹式に據るべきか將又腔式になすべきか。

著者の方針

手術可能性の判定は一度度までは術者の主観にあり。故に甲の手術可能とせるものも乙によりては既に不可能なりとせらるゝ場合あるべし。又手術可能性のものに對して、之れを腹式にすべきか腔式にすべきかも亦一度度までは術者の考へによりて左右せらるべきものなり。是れ等の問題に對して論ずべき點少なからずと雖、之れを略す。茲には單に著者の採れる方針を示すに止めんとす。

第一 手術可能性を定むる標準左の如し。

骨盤結締織に於ける浸潤が既に骨盤壁に達し、子宮頸部全く不動性となりたるもの。膀胱、直腸、腔壁又は淋巴腺に甚しき浸潤あるもの等を手術不可能性のものとす。假令骨盤結締織に高度の浸潤あるも、之れを骨盤壁より移動せしめ得べきものは尙手術可能なりと認む。

第二 腹式、腔式を選定する標準左の如し。此選定は一つに子宮移動性の大小によるなり。子宮腔部を球鉗子を以て牽引し、若し同部を腔入口まで容易に露出し得るもの(骨盤結締織に浸潤なきこと)を證す)を以て腔式に適應せるものとし、然らざるものは腹式に手術すべきものと定む。

子宮癌に於ける骨盤結締織の浸潤硬化が、すべての場合癌腫性のものであるや否やは不明にして、且又全く抵抗を認めざる者は、果して癌腫傳播なきものなりとも斷じ難し。而して是れ等の疑問は臨牀的に解決すること能はざるが故に、上述の如く浸潤のすべてを癌腫性のもとの看做し、浸潤なきものは子宮以外に癌腫傳播なきものと認めたるは、あながち不當にもあらざるべし。

腹式と腔式との優劣に關しては甚しく議論せられたるところなるが、從來の成績より判定すれば、

腹式手術は直接死亡率大なるも、手術可能性及び持續的治癒率大なり。

腔式手術は直接死亡率小なるも、手術可能性及び持續的治癒率小なり。

子宮頸部癌腫の手術

子宮癌手術に對する腹式と腔式との優劣



腔式手術の唯一の大缺點は再発の多きことなり。是れ一つに骨盤結締織、淋巴腺等を充分に剔出し得ざるに因るものなり。此缺點は術式の改良によりて多少償はれ得べしと雖、尚腹式手術が意のまゝにこれ等組織を除去し得るに及ばざること遠し。而して今や腹式手術は愈々改善せられ、其直接死亡率も腔式と大差なきに至りたるなり。故に輕微たりとも浸潤を認むるものはすべて腹式に據るべきは勿論なるが、全く浸潤なきものも雖、萬全を期する爲めには腹式によるを至當なりとす。

第三節 術式の沿革

子宮癌の手術式は興味ある沿革を以て今日の状態に達せるなり。子宮癌を腹式開腹術によりて剔出せんとせる試みはフロインド W. A. Freund が一八七八年正月三十日に行ひたる手術を以て濫觴とす。之れによりて總ての罹患組織を露出し、之れを剔出し得ることとなり、多くの手術家の學ぶところとなりたるなり。然るに消毒法の不完全と操作の不備とは驚くべき直接死亡率を出せり、即其當初に於ては七〇%以上 (Ahfeld 七二% Kleinwochter 七四% Gussow 七一・六%) の術後死亡者を出せるなり。故にフロインドの腹式手術は急に其聲價を失ひ、世舉つて腔式手術に注意を拂ふに至りたるなり。腔式全剔出術は同じく一八七八年の八月八日チルニー Curny の手術を以て嚆矢とす (其創意は一八二二年サウテル Sauter にあり)。之れによりて直接死亡率は甚しく減少せられ、當時は三二%に下降せり。然れどもチルニー氏手術による持續的治癒率は極めて僅少にして、大多數の者は再發を起し多少の時の後死亡するを見たるなり。茲に於てフロインド氏手術の再現となり、術式の改良に苦心を重ねられ次第に死亡率減少すると共に、所屬淋巴腺の摘出及び骨盤結締織の可及的擴汎なる除去とは再發豫防の主要原因なることに著目し、リース Riess ルムプ Rumpf マッケンロート Mackenrodt 其他の改良とな

フロインドの  
腹式手術

チルニーの  
腔式手術

り、終にウエルトハイム Wertheim に至り今日の進歩したる術式を完成せられたるなり。而して一方腔式手術も漸次改良せられ、直接死亡率を益々少くすると共に、子宮のみならず周圍結締織をも廣く除去し、以て再發を免れむと努力せられ、シュツハルト、スタウデー Staude よりシャウター Schauta に至り終に其目的を完成せられたるなり。

第四節 擴汎性腹式子宮全剔出術 (Die erweiterte abdominale Totalexstirpation des Uterus.)

擴汎性とは常に内生殖器全部のみならず、之れと結合せる骨盤内の結締織及び附屬淋巴腺等を可及的廣く剔出せんとする方法なり。恰も外陰部癌又は外科に於ける乳癌手術と同様なり。即外陰部の癌又は乳癌を周圍の健康なる組織と共に剔出するのみならず尚附屬淋巴腺たる鼠蹊部又は腋窩腺剔出を必要とするが如し。

既述の如く本法はウエルトハイムによりて完成せられブナムによりて補足せられたるを以てウエルトハイムブナム氏法と云ふべきものなれども、之れに尙一步を進めたるは恩師高山博士なり。茲に敘述すべきは同博士法によるウエルトハイム氏手術なりと知るべし。

準備的手術。子宮頸部癌腫に對し行ふべき準備的手術は、増殖せる癌腫組織を腔内より搔爬焼灼し、以て開腹手術に際し癌細胞又は不潔なる分泌物等の手術創に接觸することを防ぎ、之れによりて移植性再發又は傳染を豫防するなり。其方法は既述(第一三七頁)の如し。

此準備的手術を手術直前に行ふべきか又數日前になすべきかに就きて異論あり。多くの人は直前に行ふべきものなりと説く。其理由とするところは搔爬及び焼灼等の刺戟によりて、癌腫組織内に潜める有毒

子宮頸部癌腫の手術

準備的手術

菌は深部に驅逐せらるゝものにして、此危険は操作直後に於て少なく、時を経るに従ひて増進せらるゝ云ふにあり。然れども著者は多くの場合二日乃至三日前に此準備をなすと雖、爲めに特別の危険を認めたることなし。手術前の搔爬焼灼は出來得る限り開腹術に干與せざる者をして行はしむべし。術者自ら行ふ場合には「ゴム」手袋を著用すべし。是れ癌組織中には強力なる有毒菌を包含するが故なり。通常麻酔を要せず。

消毒薬の塗布  
膜塗布

酒精「ガーゼ」  
の挿入

搔爬焼灼を終りたる後型の如く腔を消毒し、且腔上部に消毒薬を塗布するを可とす。濃厚なる「フォルマリン」「硝酸銀」等の如き強力なる腐蝕剤を用ふる者ありと雖、爲に膀胱輸尿管等の壊死を招く虞れあり。著者は沃度丁幾を賞用す。即腔壁を「ガーゼ」にて拭き乾燥せしめたる後、筆を以て沃度丁幾を腔の上半部殊に腔穹窿部に多量に塗布し、五五%酒精に浸したる「ガーゼ」を腔の上部に充填す(其端に鉗子を附し腔外に出す)。此酒精「ガーゼ」の挿入は一面消毒を完全にすると共に、他面に癌組織よりの分泌物を吸収し、以て腔壁を開きたる際創面に流出するを豫防するなり。術後腹膜炎豫防に對する處置に就きては總論を参照すべし。

器械。特に本手術に必要なは直又は彎曲せる大形コックヘル氏鉗子なり。之れは骨盤結締織を挟むに使用するものにして、骨盤結締織鉗子 (Parametrium-Klemme) とも云ふべきものなり。其他彎曲せる長さ缺を要す又腔を横徑に於て挟むべきウエルトハイム氏有角鉗子 (Winkelklemme) を用ふる人あり。

手術操作

一、腹壁切開、手術野露出。すべて縦切開たるべし。且骨盤腔を充分に露出する爲め、切開は常に臍下より恥骨縫線上縁に達せしむべし。之に關する操作は總論に於て述べたり。此際東條氏の支腸器を使用

する時は腹壁を壓下し骨盤腔の深さを減することを得、殊に本手術にとりては便利なり。然れども餘りに強く壓迫する時は骨盤臓器の鬱血を來し、出血強き不利あるが故に注意すべし。

癌腫傳播状態  
の検査

二、手術部位の觸診。愈々手術に著手せんとするに當り、先づ骨盤及び其周圍を精細に觸診し、以て病機の進行程度を観察し、手術の方針を定めざる可らず。癌腫傳播の状態を臨牀上精確に判定することは甚だ困難なり。故に臨牀上の診定と直接觸診の所見とに著しき差異を發見することは稀有ならず。殊に淋巴腺の状態は開腹後にあらざれば之れを知ること殆ど不可能なるものなり。先づ子宮鉗子を以て子宮體を牽引しつゝ、骨盤兩側に於ける浸潤の程度を検し、次に前面に於て膀胱上界に浸潤の有無を検す。次に骨盤の内側に於ける輸尿管の経路(總論第七五頁參照)を觸診して組織硬化淋巴腺腫脹の有無を知る。尙總腸骨動脈及び大動脈に沿ひて淋巴腺の状態を検すべし。罹患せる淋巴腺は堅き腫瘍として明かに觸知し得べし。斯くして假令骨盤結締織の浸潤は軽度なりとも、膀胱、輸尿管等の硬變甚しきもの又は淋巴腺の變化強く動脈管と堅く癒着せるが如き場合は子宮剔出術を斷念せざる可らず。是れ常に手術の危険なるのみならず、假令手術を終了するとも再發を免れ得ざるが故なり、此場合採るべき方法は單にクレネヒ氏血管結紮法あるのみ(第二四五頁參照)。

ハ、兩側漏斗骨盤靱帯及び圓靱帯の切斷並びに骨盤結締織腔の開放。其操作は筋腫全剔出術に於て述べたるごとく同様なり。唯子宮癌に於ては、附屬器の除去は常に兩側に行はるべきなり。

ニ、膀胱を剝離す。子宮全剔出に膀胱剝離を要するは筋腫の場合と同様なるも、子宮癌にありては常に中央部に於てのみならず兩側をも廣く剝離せざる可らず。而して一時に全長に亙りて剝離を行ふよりも先づ中央に於て普通全剔出術と同様に剝離し、兩側の剝離は軽度止め、輸尿管を遊離したる後に於て

一層強くするを安全なりとす。中央剝離は膀胱壁健全なる場合は敢て困難なるものにあらざるも、屢不快なる出血を伴ふものなるを以て注意すべし。殊に癌性浸潤により癒着を起せるものには、剝離に際し膀胱筋層の一部は子宮に附著するが爲め、往々膀胱を穿孔せしむるものなり。斯の如き場合は鈍性剝離よりも刀を以て淺き切開を加へつゝ、刀身を以て下方に壓下するを安全なりとす。又甚だ困難なる場合は中央剝離を第一にすることを避け、輸尿管分離後側方より癒着部の下方に達し剝離するを可とす。ホ、輸尿管の骨盤壁部を露出。輸尿管の分離は本手術を擴汎性ならしむる前提なりと云ふを得べし。骨盤内を走る輸尿管の全長を其基底部より遊離するにあらざれば、本手術の主眼とする骨盤結締織及び淋巴腺等を廣く除去し得ざるなり。遊離するには先づ之れを露出する要あり。子宮頸部の側方に至るまでの輸尿管骨盤部を露出するは通常極めて容易なり。既述の如く此部の走行は外方腹膜面より透見し得べく、假令見能はずとも廣靱帯を開き其後葉内面に於て之を求め得べし。即後葉切開縁を左手に持ちたる有鉤鑷子にて固定し、右手に無鉤の解剖鑷子を持ち、之れを閉ぢたるまゝ、輸尿管の走行に一致して廣靱帯内面を掻き分け、以て鬆粗なる結締織を壓排しつゝ、深部に進入する時は、終に白色の輸尿管を露出せしむることを得。時に動脈管を誤り得るも、輸尿管なれば之れに器械的刺戟を與ふる時は、不活潑なる蠕動運動を起すことによりて鑑別することを得。或一箇所に於て露出し得たる時は之れに平行して結締織を掻き除け、子宮頸部の側方まで容易に露出せしむることを得るなり。若し腹膜に炎症性變化あるか又癌腫骨盤壁にまで傳播せるものに於ては、輸尿管の露出甚しく困難なるか或は不可能なるなり。此場合は先づ其膀胱部を露出し、之れより上方に骨盤部を求むべし。へ、子宮動脈の切斷及び輸尿管の膀胱部露出。既に總論にて述べたるが如く、子宮動脈は廣靱帯の基底

輸尿管の露出

子宮動脈の結紮法

結締織斷端の検査を怠る可らず

第二百二十六圖 (著者)法結紮動子宮



右側輸尿管を露出し、其走行に沿ひて示指を骨盤結締織内に挿入し、子宮動脈を指上に分離せる圖 (輸尿管を示す爲め圓頭に於ては指の挿入部其内側とされり)

を強く側方に牽引して堅く結紮し其間を切斷す。此際外方の結紮絲に強き牽引を與ふる可らず。是れ下腹動脈より離斷せらるゝ虞れあるが故なり。子宮動脈が正當に結紮せられたる時は結締織の斷端内に血管の斷面を明かに見ることが得べし。時に指の挿入淺きに失し、單に結締織のみを結紮することあり。此時は上記の操作を再びするを要す。若し輸尿管周囲に強き浸潤ある時は指の挿入困難にして、従つて子宮動脈をこの部にて結紮すること能はず。斯かる場合は止むなく下腹動脈の起始部より之れを求めざ

子宮頸部結紮の手術

る可らず。確實に結紮を終りたる後絲を短く切斷し以て牽引せらるゝを豫防すべし。斯くして輸尿管の終端部をも露出することを得たるなり。

輸尿管遊離に對する批難

ト、輸尿管の遊離及び膀胱の側部剝離。上記(ニ)への操作によりて露出せる輸尿管を、其全長に亙りて基底部より遊離せざる可らず。先づ骨盤部の輸尿管を廣韧带後葉より鈍性に分離し、其間に生ずる薄き結締織膜の一部に缺を以て穿孔し、之れより上下の方向に鈍性に遊離を行ふべし(此際輸尿管を直接把持す可からず)。而して斯の如き輸尿管遊離に對しては多少の異論あり。往時擴汎性手術後に輸尿管瘻の壞疽發を見ること屢なりき。而して一部の人は其罪を遊離に因する榮養障礙によりて起る輸尿管瘻の壞疽に歸したるなり。然れども吾人の經驗は之れを反證し、寧ろステッケル及ブナムの唱へたるが如く腹膜下「ドレナージ」を其主因と認むるなり。何となれば當初専ら此種の「ドレナージ」を應用せし時に於ては往々輸尿管瘻を見たるも、全く之れを廢したるより以後にありては其一例だにも遭遇せざればなり。而して腹膜下「ドレナージ」の有害作用は、果して輸尿管の屈折にあるか又は壓迫壞疽にあるかは知ること能はず。以上論するが如く輸尿管の遊離に就きて特に杞憂を抱く必要なしと雖、操作中直接之れを把持し、又は挫傷せしむることを避け、且可及的多くの周圍結締織を附着して遊離するを可とす。

輸尿管骨盤部の遊離を終りたる後は、終端部を膀胱と共に骨盤結締織及び子宮頸部より遊離せざる可らず。此部の内方には子宮腔靜脈叢(總論第百頁參照)側方には膀胱腔靜脈叢ありて靜脈管の發達甚しき部なるを以て、剝離に對し術者の最困難する部なり。強いて鈍性に剝離せんとするは出血の危険最大なるが故に、止血鉗子を以て二箇所を挟み其間を切斷しつゝ、深部に進むべし。尙出血を起す時は「ガーゼ」にて壓迫しておくべし。且此際膀胱及び輸尿管を損傷せざる様注意すべし。結紮切斷せる子宮動脈の内方

斷端は豫め輸尿管より分離しておくべし。斯くして膀胱側部を充分に剝離するにあらざれば、骨盤結締織の擴汎性別出に大なる障礙を及ぼすものなり。

チ、ブーグラス氏窩腹膜の剝離及び骨盤結締織の擴汎性露出。子宮體を強く前上方に牽引し、先づ刀又は鉗を以て廣韧带の後葉を薦骨子宮韧带の子宮附着部まで切開す。(輸尿管に注意すべし!)他側も同様にす。次に刀を以て薦骨子宮韧带を中央部にて横斷す。通常出血を見ることなし。次に鉗子を以て子宮頸部後

圖七十二百第

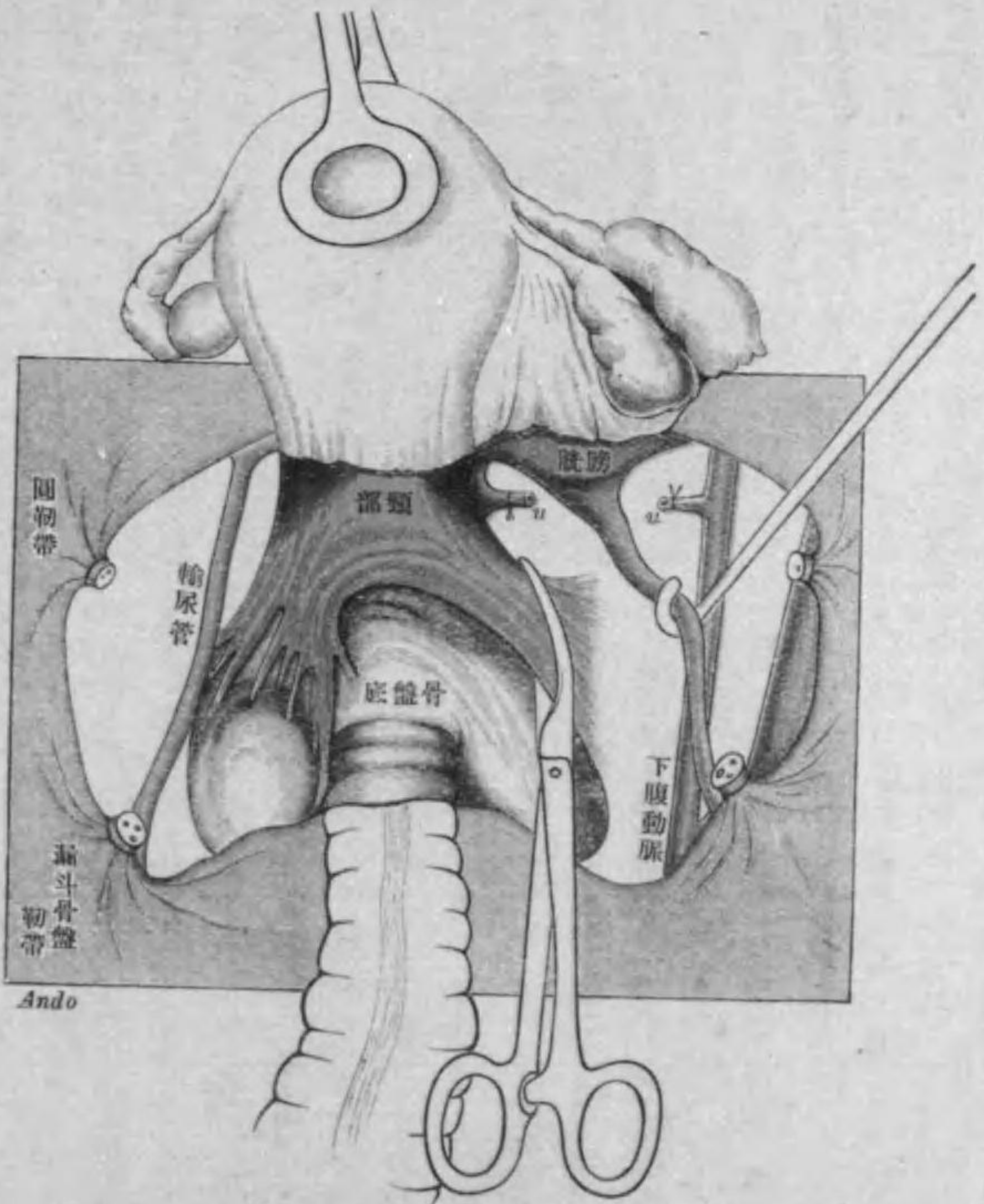


直腸剝離に就きて

ら。是擴汎性全別出に最主要なる點にして高山博士の力説する所なり。即ブーグラス氏窩腹膜の剝離を、從來一般に行はれたるが如く單に腔の上部のみに止めず進んで直腸前面にまで及ぼすと共に、骨盤壁と直腸側面との間に深く手を入れ、直腸を反対側に向け強く壓排すべし。之によりて廣く骨盤底をも露出し、浸潤せる結締織が骨盤側壁より子宮頸部に向ひ扇形に走行せる状態を廣く見得るなり。(第一二八圖)

子宮頸部痛腫の手術

第百二十八圖  
摘況性子宮全別出(著者)



附屬器を切断し、膀胱直腸尿管を遊離し、浸潤せる骨盤結締織を廣く露出し、其右側に彎曲せる鉗子を置き、之れを切断せんとする状態、右側輸尿管は鉗を以て側方に牽引す。(u子宮動脈断端)

リ、骨盤結締織の切断。骨盤底の側方に手指を挿入し、蜘蛛網狀の結締織を壓排して、浸潤せる索狀の結締織を露出せしめ、軽度に彎曲せる大形コッヘル鉗子を以て骨盤壁に接して之れを挟み、子宮側には直鉗子をおき、彎曲せる長き鉄を以て外方鉗子に近く切断す。次に手指を以て索狀結締織を觸知しつゝ同様の切断を反復す。而して深部にありては一層強く彎曲せる鉗子を使用すべし。通常三乃至四本の鉗子にて足る。此際遊離せる輸尿管は彎曲せる鉗子又は彎曲せしめたる消息子を以て側上方に牽引すべし。他側を同様に處置す。此操作は本手術の主眼とする必要なる部分にして、結締織の切断を骨盤壁に近くするほど再發を完全に豫防し得るなり。而して此操作の難易は浸潤の程度に關係すること勿論なるが、此部を充分に露出せしむる否とは亦重大の關係を有するものなり。斯くして骨盤結締織の悉くは中に淋巴腺を包含して骨盤壁より分離して子宮頸部及び腔壁にのみ附著し、子宮は腔管によりてのみ骨盤と連結す。骨盤壁にきたる鉗子は暫く其儘放置す。

又、腔の切断。茲に於て豫め腔内に挿入せる「ガーゼ」を手術に手與せざるものをして除去せしめ、腔を可及的下方にて横斷す。而して切断する以前に於て腔管を二箇所にて閉鎖し、以て不潔なる分泌物又は癌組織の手術創面に接觸するを豫防せんを努力せられたり。之れが爲めウエルトハイムの有角鉗子は多くの術者によりて使用せらる。即殆ど直角に曲りたる二本の鉗子を以て兩側より腔管を挟み、其下方を切断せり。此鉗子は一見甚だ便利なるが如しと雖、之れによりて骨盤結締織を子宮と共に剔出するの操作を妨害するが故に著者は其使用を廢せり。リーブマンは腔管全體を二箇所にて結紮し其中間を切断する方法を採れり。著者は既述の如き準備的處置(搔爬、燒灼、及び「ガーゼ、タンボン」)により腔管閉鎖の必要を認めず、次の如く手術するを常とす。

ウエルトハイム有角鉗子の利害

小骨盤内に大なる「ガーゼ」を充填しおき、子宮體を後方に牽引して腔を緊張し、膀胱を側板にて壓下し腔の上部を廣く露出したる後、刀を以て前腔壁に横切開を加へ、其上下兩側縁を長きコッヘル鉗子を以て離開し、筆にて沃度丁變を腔粘膜に塗布し、酒精を浸したる「柄つきガーゼ」を以て三四回清拭す之れに使用せる鉗子は消毒を新たにせざれば再び使用せず。次に腔の側壁に鉗子をかけ其上を刀にて切斷す。此際注意すべきは子宮頸部及び腔の上部に附著せる骨盤結締織の下部にて切斷すべきことなり。最後に後腔壁を横斷し、鉗子を以て上方に牽引す。斯くして本來の別出術は終了せるなり。

ル、止血。先づ腔側方の結締織(腔粘膜に貫通せず)に絹絲の結節縫合をなし、腔斷端の止血を終りたる後、腔を上方に牽引して骨盤底の止血を行ふ。即、骨盤結締織を挟みたる各鉗子に就きて鈍針を以て個々に集束結紮を行ふなり。此際鉗子を一時に除去せずして結紮を強くするに従ひて之れを徐々に開くべし。其間輸尿管を上方に牽引すべし。鈍針の刺入には注意を拂ひ、骨盤底靜脈管の損傷を避くべし。

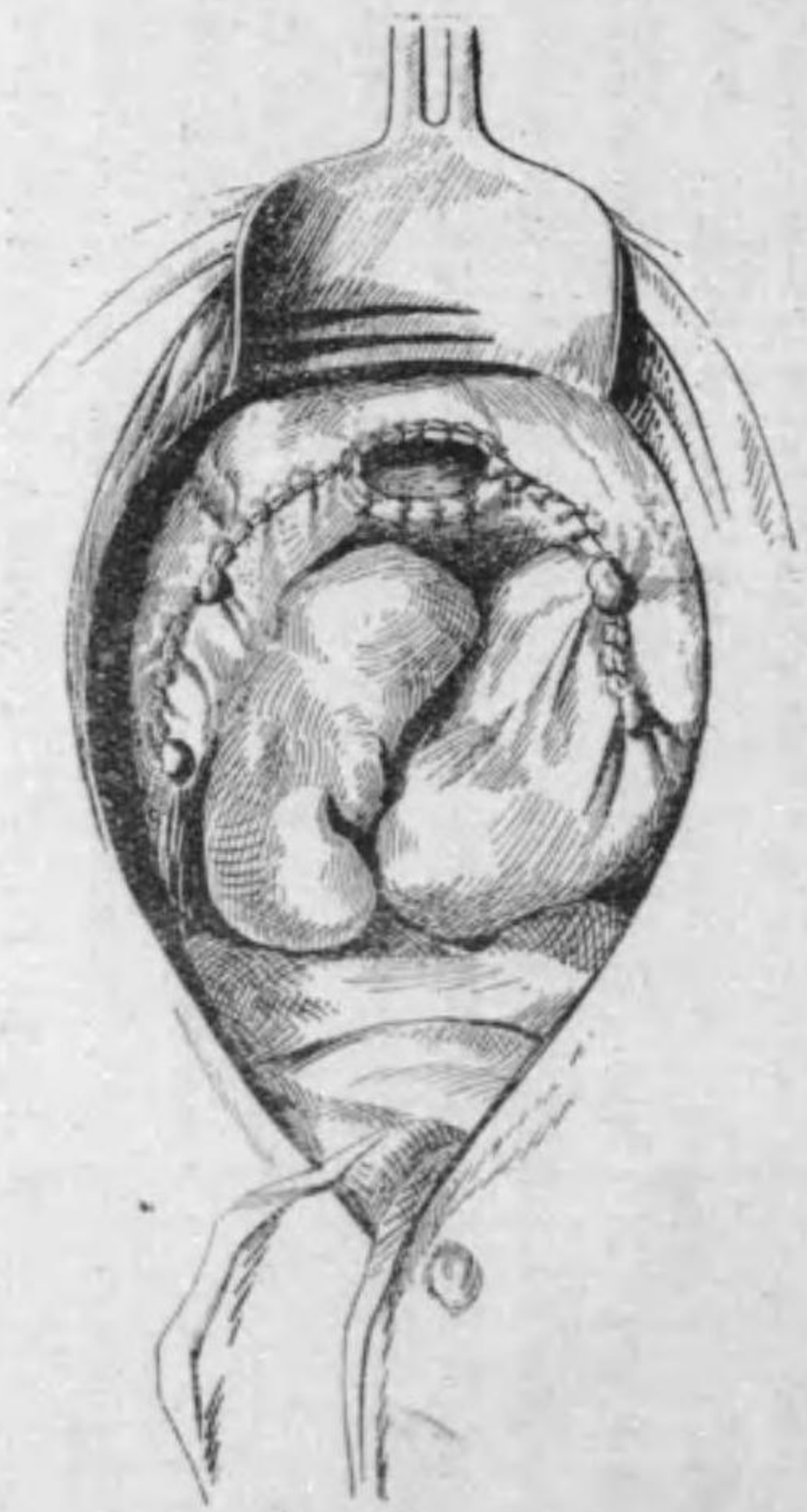
ヲ、淋巴腺の剝離。骨盤底の止血を終りたる後は淋巴腺の剝離を忘る可らず。子宮頸部側方の淋巴腺はすべて骨盤結締織と共に除去せらるゝが故に、其他の部、殊に外腸骨動脈と下腹動脈の分岐部を檢すべし。腫大せる淋巴腺の悉くが癌腫性なるや否は未定なるも、手に觸れ得るものは總て除去するを安全なりとす。淋巴腺除去は通常解剖鉗子を以て鈍性に行ひ得。大なる動脈と強く癒著せるものは、刀の柄の先端を以て注意して腺包膜を鈍性に剝離すべし。腺體を鉗子にて把持し又は損傷す可らず。是れ組織中に有毒なる連鎖球菌を含有することあればなり。甚だ強き癒著を強いて除去せんとするは危険なり。而して斯の如きは既に全別出術著手前に觸知し、手術を中止すべきものなること既述の如し。

ワ、創面の縫合。其縫合法は子宮筋腫の腹式全別出に於けると全く同様なり。即、廣靱帯の兩葉を縫合し

淋巴腺の除去

腔の開放

第百二十九圖  
子宮全別出後腹膜創面を縫合し合  
状態を開放する(マブイリ)



膀胱腹膜と前腔壁、直腸腹膜と後腔壁とを縫合す。唯筋腫の場合と異なるは「ドレナージ」を行ふ爲め腔を閉鎖せず、其儘開放することなり。

「ドレナージ」の二種

カ、「ドレナージ」。「ドレナージ」の要不要、其方法等に關しては臨牀家各意見を異にす。雖、癌腫手術にありては、細菌の腹膜播種を免れ得ざるものなるが故に、必ず其必要あるべき理なり。由來術後腹膜傳染は直接死亡の主要原因なるを以て、其豫防には最周到なる注意を拂はざる可らず。

「ドレナージ」を大別して腹膜内(Intraperitoneale)と腹膜下(Subperitoneale)との二種とす。名の示すが如く、前者は腹膜腔内に「ドレナージ」をなし、後者は縫合したる腹膜と骨盤底との間に「ガーゼ」を挿入するなり。「ガーゼ」の一端を腔に導くは兩法共同様なり。腹膜下「ドレナージ」は以前著者の常用せし法なれども、主として骨盤結締織腔の傳染豫防の目的なること、且既述の如く輸尿管腔瘻の成因とな

子宮頸部癌腫の手術

るを知りたるを以て全く之れを廢し、専ら腹膜内「ドレナージ」をなす。其方法にも多種ありと雖、著者は腹膜を縫合し腔腔を開放し、腹膜を充分に清拭したる後、長さ「キセロホルム、ガーゼ」の一端を鑷子の先端に巻きつけて腹腔より腔内に挿入し、助手をして外陰部より鑷子を牽出せしめて「ガーゼ」の一端を現はし、残りの部を以て小骨盤を充填するなり。若し傳染の虞れ大なる時は「カンフル、オリーブ」油注入又は沃度丁幾塗布を行ふ(總論參照)。

ヨ、腹壁縫合。

以上は單に定型的手術式の概要を敘述せるに過ぎず。病機の傳播輕度なるものにおいて、此記述に従ひて手術し得べきも、進行したるものにおいては何々の合併症を伴ふが故に適宜に臨機の處置を要すること勿論なり。且本手術は特に術者の手腕に期待すること多大なるものにして、些細の不注意も患者の生命を奪ふに至るが故に、未熟者の濫りに行ふべき手術ならざるを深く戒心せざる可らず。

附記

ウエルトハイム氏により唱道せられたる擴汎性全別出術は、殆ど理想に近き術式なりと云ふを得べし。今後其術式の主義とする點に於て一步を進むることは到底不可能なることなるべし。然れども此主義とするところを遺憾なく發揮し、而かも患者の豫後をして益、良好ならしむる上に於ては、尙改良の餘地を存するものなり。

此點に於て不斷の研究を重ねつゝある恩師高山博士は、最近術式を甚しく改良せられたるを以て、左に其概要を紹介せん。其改良の主要點は左の如し。

- 一、遊離せる骨盤結締織を離斷するに、豫め鉗子を挿置することなく、單に彎曲せる鉗を以て骨盤壁より切斷すること。之れによりて結締織のすべてを骨盤壁に接する部より除去することを得て「擴汎性」なる主義を遺憾なく實行し得るなり。
  - 二、輸尿管を基底より全く遊離せず、廣韧带後葉に附著せしめたるまゝ分離すること。之れによりて一部のより排難せらるゝ輸尿管の營養障礙を豫防し得るなり。
  - 三、腔管の横斷に先ちて其側壁に強く發育せる靜脈叢を結紮切斷すること。之れによりて子宮癌手術中最も出血大なる子宮腔靜脈叢及び膀胱腔靜脈叢を處置し得るなり。
- 今左に術式の大要を敘述す。操作の精細は既述せると大差なし。
- イ、開腹。
  - ロ、漏斗骨盤韧带を切斷し、廣韧带を開く。
  - ハ、輸尿管の骨盤部を露出し、子宮動脈を結紮切斷す。(輸尿管を遊離せず)
  - ニ、輸尿管の走行に沿ひ、約一糎下方に於て廣韧带後葉を切開し、頸管部腹膜を横切し、直腸を剝離して骨盤結締織を完全に露出す。
  - ホ、彎曲せる長き鉗を以て、極めて注意深く骨盤結締織を骨盤壁に接して後方より少し宛切斷す。通常出血することなし。途中子宮動脈の部に於て大なる二本の靜脈管を見ることが得。即上下の子宮靜脈(V. uterina sup et inf.)是れなり。之れを切斷するに先ち一本の大なる止血鉗子にて全骨盤結締織を挟むべし。此止血鉗子は剔出すべき結締織を指示するものなり。斯くして膀胱及び腔壁に達するなり。
  - ヘ、膀胱を壓排し、腔管を廣く露出し、其側方の結締織(靜脈叢を含む)に二、三の集束結紮を施し、刀を

以て切斷す。

ト、膀胱子宮窩の腹膜を切開し、膀胱及輸尿管の膀胱部を頸部及腔より剝離す。必要に應じ側方の靜脈に集束結紮を施す。即本法にては骨盤結締組織切斷後膀胱剝離を行ふなり、是既記第三の利益あるが爲なり。チ、腔を深く横斷す。

而して高山博士は腔切斷後直に之れを縫絡縫合によりて閉鎖す。

手術中に偶發する合併症

(一) 輸尿管の切斷 癌手術の際に輸尿管の切斷せらるゝは、過失に因る場合と、故意にすとの二種あり。過失は漏斗骨盤韧带切斷、直腸腹膜切開、骨盤結締組織剝離等に於ける不注意によるものにして、輸尿管の走行に留意し、又遊離したる輸尿管を一侧に牽引すること等により此危険を避け得べし。故意に切斷するは骨盤結締組織の浸潤輸尿管壁に及びて之れを包圍し、爲めに分離すること不可能なる時其上部にて切斷せらるゝなり。是れ等の場合は既述(第一八七頁)の如くして、縫合移植又は閉塞法を行ふべし。

(二) 膀胱損傷 癌腫が膀胱壁を侵せるものにては、如何に注意するも其損傷を避け得ざる場合あり。其他の場合には拙劣なる剝離によるなり。常に局所解剖的關係に留意するを要す。損傷せる時は直に腸線の縫絡縫合をなすべし。此際粘膜炎を避け筋層のみに止むるを可とするも、腸線なる時は粘膜炎を貫通するも敢て妨げなし。唯絹絲なる時は結石の成因をなすが故に不可なり。且術後持久「カテーテル」を挿入すべし。

(三) 直腸損傷 之れはツングラス氏窩腹膜の切開餘りに低位なる時、或は直腸の剝離不充分なるものに於て、腔管を横斷する際等に稀れに見る合併症なり。此時は直ちに細き絹絲にて綿密に縫合し、清拭したる後、沃度丁幾を塗布し酒精にて拭ふべし。

(四) 腔斷裂 腔壁に強き癌腫移轉を起せる場合には、腹膜剝離後強き牽引により之れを斷裂せしむることあり。故に斯の如き者の牽引には注意を拂ひ、若し手術半途にして穿孔せる時は直に太き絹絲にて一時的縫合するを可とす。

(五) 強出血 不注意の爲め子宮動脈を斷裂せしめ又は大動脈管を損傷せる時は、直に主幹動脈を手にて壓迫するか又はモンブルヒ氏止血帯を以て一時的止血を行ひ、損傷部を探求し精密なる縫合を施したる後壓迫を去るべし。鉗子にて止血し得ざるか、又は骨盤底に於けるが如く鉗子をおき得ざる場合の靜脈性出血に對しては、「ガーゼ」を以て堅き「タンポン」に施しおき、他部の手術を進行せしめし。然る時は多く止血するものなり。

第五節 腔式子宮癌全剔出術

子宮癌の腔式全剔出術には、單純なる全剔出術(Die einfache Totalexstirpation)と擴汎性全剔出術(Die erweiterte Totalexstirpation)との二種あり。前者は子宮筋腫に就きて述べたると全く同様なり。既に述べたるが如く、本術式は創見者たるツェルニーにより子宮癌手術に對して始めて行はれたるものにして之れを子宮筋腫に應用したるにすぎざるなり。

著者は本章の冒頭に於て述べたる標準によりて子宮癌の腔式全剔出を行ふも、其術式は單純なる全剔出なるを以て茲に記載を再びするの要なし。而して所謂擴汎性全剔出術に關しては一回の経験なく、且腹式手術の直接死亡率の甚しく良好となりたる今日既に周圍組織に浸潤を伴ふ者に對し、強いて腔式手術の必要を感せざるを以て、茲には單に其要點を紹介するに止むべし。

既に述べたるが如く腔式子宮癌手術の大陥缺は手術可能性に乏しきこと及び再發多き點にあり。此陷



缺を償ひ手術可能性を大ならしむると共に、再發の危険を豫防せんご苦心し、腹式手術の主旨に従ひ所謂彼の側腔切開 (Paravaginalschnitt) を施して擴汎性術式を創見せしは、シュッハルド Schuchardt (一八九三) にしじ、シャウター F. Schauta によりて今日の術式に完成せられたるなり。今左にシ、ウターの著書 (Die erweiterte vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Kollum-karzinom, 1908) により術式の概要を敘すべし。

シ、ウター氏  
擴汎性術式  
子宮全別出術

1. 腔の輪狀切開 (Um-schneidung der Scheide)。通常中三分の一と上三分の一との境界線に於て腔粘膜を輪狀に切開す。
2. 「マンセット」形成 (Manschettenbildung)。輪狀切開線より上方に向ひ腔粘膜を二乃至三種剝離したる後、太き絹絲を以て横徑に縫合し、以て腔管の下方を全く閉鎖し、病竈と創面との關係を絶つなり。
3. 膀胱剝離。腔を尙上方に剝離しつゝ膀胱と子宮頸部との間に進入し、膀胱を剝離す。
4. 腔會陰切開 (Scheidendammschnitt) を行ふ。上方は腔の側壁と後壁との移行部にて輪狀切開線部に始め、小陰唇の下端を過ぎ肛門の側後方に終れる大なる切開を加ふ。シュッハルドは此切開を手術の劈頭に於て行ひたるに、シャウターのこれを後にせるは癌腫の移植再發を豫防せんとの意に出でたるなり。
5. 輸尿管を分離し、子宮動脈を結紮切斷す。シュッハルド切開によりて深く骨盤腔に達するを以て膀胱を一層充分に剝離し、骨盤結締織を露出せしむると共に、輸尿管及び子宮動脈を分離し得るなり。
6. ヴーグラス氏窩の切開。腔の後壁を上方に剝離してヴーグラス氏窩の腹膜を開く。之れによりて骨盤結締織を骨盤に至るまで露出することを得。
7. 骨盤結締織、廣勒帶及び子宮附屬器切除。

チ、止血、腹腔閉鎖、側腔切開縫合。

要之、本手術によりては、骨盤結締織及び腔の上部は子宮と共に剔出せらるゝなり。然れども上部の淋巴腺を剔出することはざるなり。

第六節 クレーニッヒ氏子宮癌姑息的手術(輸入血管結紮法)

クレーニッヒ Kronic (一九〇二) は手術不可能子宮癌の姑息的手術療法として、子宮に血液を輸送すべき總ての動脈を結紮すべきを唱道し、之れによりて癌の榮養を障碍し、其進行を阻止又は障碍せんと試み、満足なる成績を得たりと報せり。氏は本法を次の如き二つの場合に應用すべしと説けり。

- 一、周圍臓器に對する癌の傳播強くして、搔爬燒灼療法は膀胱又は直腸を穿孔する虞れある場合、又然らざる場合にも搔爬燒灼と本手術とを合併するを可とす。
- 二、開腹後根治的手術の不可能なるを知りたる場合。

其後多くの實驗者によりて發表せられたる成績を見るも、一時止血の目的を達し得るものゝ如し。勿論其効果は一時的にして、搔爬燒灼と同様全く姑息的療法に過ぎざるものなり。故に本手術を單獨に行ふの價値なし。著者はクレーニッヒの第二の適應を至當と認む。即開腹後剔出術の不可能又は危険なるを認めたる時、其儘腹壁を縫合するよりも、極めて簡單なる輸入血管結紮を行ひ幾分の奏效を企つるは、開腹術を徒勞に歸せしめざる良方法なりと謂ふべし。

結紮すべき血管は卵巢動脈(内精系動脈)、下腹動脈及び圓勒帶動脈なり。卵巢動脈は漏斗骨盤勒帶に於て、下腹動脈は輸尿管走行の側方に沿ひ骨盤腹膜を開き、總腸骨動脈よりの分枝部に接して動脈瘤針を以て結紮するなり。結紮には總て絹絲を用ゆ。

結紮すべき血管

子宮頸部癌腫の手術

## 第十二章 卵巢腫瘍の手術

人體臟器中、卵巢の如く種々雑多なる腫瘍を發生するもの他にあらざるべし。實際卵巢腫瘍手術は婦人科的手術中最も多數なるものなり。従つて卵巢腫瘍の手術は、開腹術中、最も簡單なるものより最も煩雜なるものに至るまで夥多なる術式を有するなり。

卵巣新生物の種類

卵巢腫瘍を單に變性變化によりて形成せらるる、潑溜囊腫 (Retention cyst) と新生物とに二大別し、新生物を左の如く分類することを得。

(甲) 上皮性腫瘍 — 良性 — 囊腫性腺腫 — 假性「ムチン」性囊腫  
 悪性 — 癌腫 — 漿液性囊腫

(乙) 結締織性腫瘍 — 良性 — 纖維腫 — 卵性腫瘍 — 良性 — 皮膚様囊腫  
 悪性 — 肉腫及内被細胞腫 — 悪性 — 畸形腫

斯の如く多種なる卵巢腫瘍中、最多數(約八〇%)なるは囊腫(Kystom)即囊腫様腺腫(Kystadenom)なり。

### 第一節 手術に對する適應

悪性卵巢腫瘍はすべて手術的に剔出すべきものなること勿論なれども良性なるもの、殊に最も屢遭する囊腫は必ず除去を要するものなるや否や。一般に囊腫は徐々に發育するものにして、大人頭大に達するも單に下腹部膨大を訴ふる外、特別なる障礙なき場合少なからず。斯の如きものに對しては一見手術

の必要なが如く思はる。然れども事實は然らず。囊腫は凡て増殖性腫瘍に屬し、其上皮細胞は或は外翻性(evertierend)に或は内翻性(invertierend)に持續的に増殖し、囊腫内容は次第に増量し、殊に假性「ムチン」性囊腫にありては全腹腔を充滿する巨大腫瘍となり、羸瘦せる軀幹及び四肢は腫瘍の附屬物たるが如き異觀を呈し、終に不幸の轉歸をこるものなり。假令如斯き終期に達せずとも、莖捻轉、癒著、化膿、悪性變性等の續發症を合併して手術的剔出を餘儀なくせらるるに至るなり。約言すれば卵巢腫瘍は長年月の間無害に経過し得るものなれども、終には死の原因となるものなり。故にすべての囊腫は絕對に手術的療法を必要とするなり。皮膚様囊腫は甚しき大きさに達すること比較的稀なれども、其他の關係は上記と同様に殊に化膿すること多きものなり。

### 第二節 手術すべき時期

尙小にして何等の症狀を有せざる腫瘍をも、直に剔出すべきものなるや否やに就きては諸家の見解一様ならず。然れども著者は腫瘍増大して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說に左袒すること能はず。既述の如く卵巢腫瘍の多くは早晚合併症を起し、而かも此合併症は手術をして甚しく困難ならしむるものなるが故に、尙小にして癒著なき早期に剔出するを最も至當なりと信ず。況んや斯の如き早期手術は剔出手術中最簡單にして、豫後に就きて何等憂ふところなきものなるに於ておや、要之に腫瘍發見の時を以て手術の時期となすべきものなり。

次に往々遭遇する合併症にして特別に論及すべきものは妊娠なり。

### 第三節 卵巢囊腫と妊娠との合併

假令兩側の卵巢は腫瘍に變化せりとも、尙排卵機能を有する健康部を残せる以上妊娠し得べきは論を

俟たず、従つて卵巣腫瘍と妊娠との合併に遭遇すること敢て稀有ならず。妊娠と合併する腫瘍中最も多きは皮膚様囊腫にして、腺性囊腫之れに次ぎ、實質性又は悪性腫瘍は甚だ稀有なり。而して通常一側に於て兩側なること少なし。卵巣腫瘍は結局別出手術を要すべきものなること既述の如きも、此際問題たるべきは左の諸點なり。

- 一、妊娠中に卵巣別出手術をなすの可否。
- 二、手術すべき妊娠時期の選定。
- 三、腹式と腔式との優劣。

是れ等の問題は腫瘍と妊娠との相互的關係、卵巣別出の母子兩者に對する影響等の攻究によりて解決せらるべきものなり。

腫瘍と妊娠との相互關係は腫瘍の大小、發生の部位、莖の長短、癒著の有無等に關するものなり。小なる腫瘍にして子宮の増大と共に腹腔内に上昇し得べきものは何等の障礙を惹起することなし。反之長莖を有する大なる腫瘍、廣靱帯内に發育せるもの、骨盤壁と強く癒著せるもの等にありては、壓迫症狀、莖捻轉、妊娠子宮嵌頓、産道狹窄、腫瘍破裂等により流早産、腹膜炎、分娩困難等を招致し、母兒兩者の生命を危うするものなり。又無事妊娠を経過するも産褥に至り、腫瘍の莖捻轉、壊死、化膿等を起すことあり。次に卵巣別出の母體に及ぼす影響は非妊娠時と大差なく、特別の危険を伴ふことなし。唯胎兒に及ぼす影響、換言すれば妊娠中絶に對する關係は不定なり。今日までの統計を見るに一〇乃至二〇%の流早産等を起せるを知る。而して此中絶の原因は卵巣機能の障礙又は廢絶にあらずして、寧ろ手術時の牽引壓迫等の器械的刺戟及び溫度的刺戟に關するものなるべきは、腫瘍が別出に甚だ便利なる位置にありて殆ど子宮體に刺戟を加ふることなく別出を遂行する時は、假令、兩側卵巣腫瘍を別出するも中絶せらるること

腫瘍と妊娠との相互關係

卵巣別出の胎兒に及ぼす影響

手術時期と中絶との關係

著者の方針

となきによりて證明せらる。故に少くとも人類にありては妊娠持續に對するフレンケルの黃體説は根據なきものなり。手術時期と中絶との關係を諸家の統計報告に見るに、妊娠時期の進むに従ひて中絶の百分率を増加せるを知る。是れ早期なるほど子宮體に觸るゝことを避け易きによると共に、子宮筋の收縮性は妊娠時期の進むに従ひて増進するとの事實を以て説明し得べし。腔式と腹式との優劣も亦同様に推理し得べく、妊娠初期にて小なる腫瘍は腔式に別出するも敢て差支なかるべきも、妊娠時期の進行せるものにては子宮に器械的刺戟を與ふる點に於て不可なりとす。且又時期の進行と共に腔より到達すること益、困難となるべきなり。且また妊娠時の腔式手術は出血甚大なるの不利あり。

以上論ずるところより著者の採れる方針を述べれば次の如し。

- 一、子宮底と共に上昇し得る手拵大までの腫瘍は妊娠中はこれを放置し、産後に於て處置す。但妊娠中監視を怠らず、急に増大するを認めたる時は直に別出を決定すべし。
- 二、骨盤内に固定せる者又は兒頭大以上の者は發見と共に別出すべし。可及的早期手術を可とす。
- 三、愛兒を切望する者にては分娩時期に至るまで手術を延期す。少くとも胎兒が體外生活を營み得るに至りて手術すべし。
- 四、腹式手術を優れりとし、且手術中牽引壓迫等の器械的刺戟を可及的少くすべく努力すべし。

第四節 手術的操作に關する腫瘍の解剖的觀察

一般に卵巣腫瘍は解剖的關係の甚だ複雑なるものにして、是等は一々手術的操作に影響を及ぼすものなるが故に、手術に際しては先づ是等の關係を精細に觀察して其方針を豫定せざる可らず。觀察すべき主要なる項目は左の如し。

卵巣腫瘍の手術

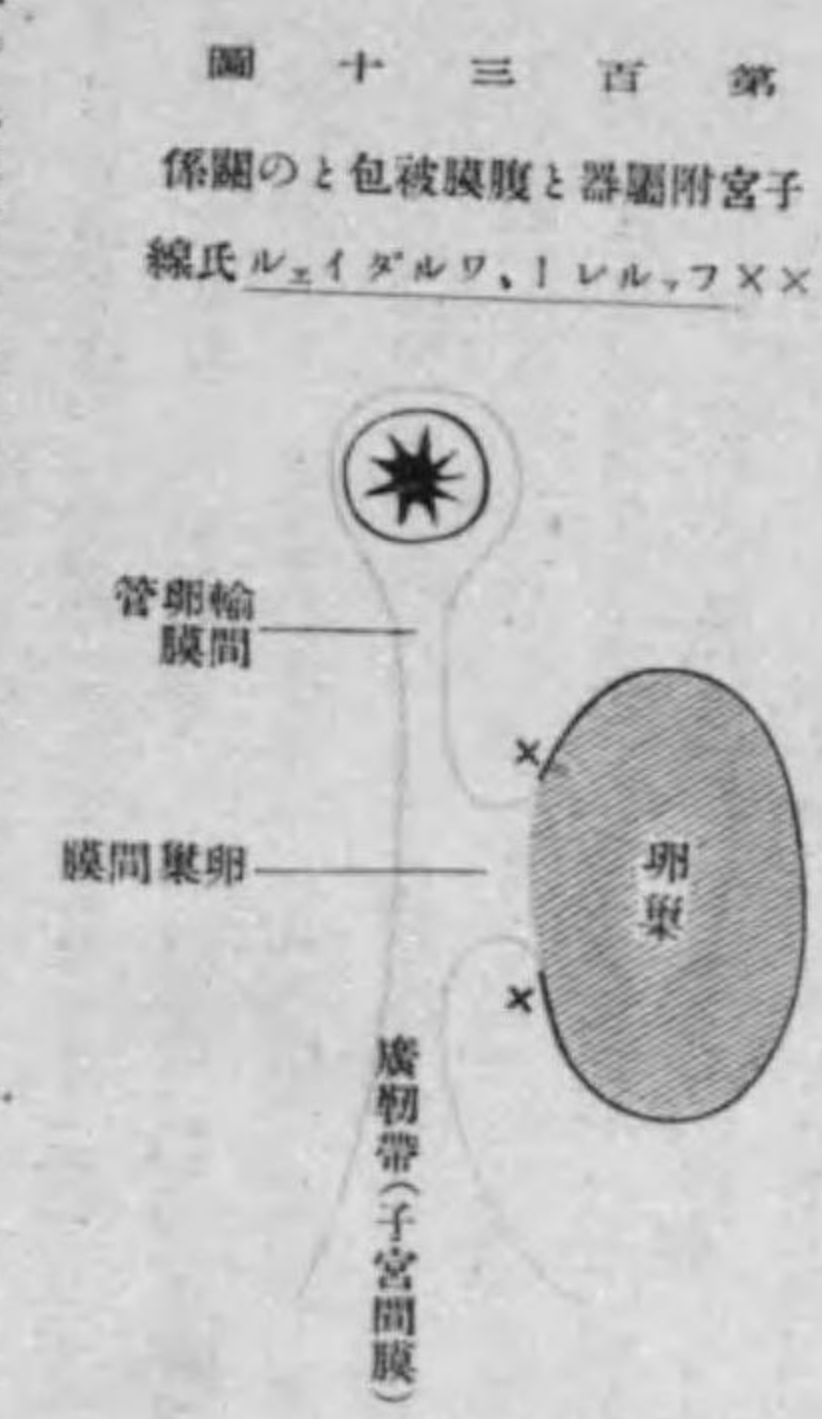
フアルレー氏  
線は普通白線  
として明かに  
認め得るなり

各論

- 一、腫瘍と腹膜との關係
- 二、腫瘍と莖との關係
- 三、腫瘍の病理組織的關係
- 四、合併症の有無

第一項 腫瘍と腹膜との關係

先づ正常附屬器の腹膜關係を観察するに、卵巢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、即卵巢間膜の内皮細胞との境界線をフアルレー又はフアルレー、ワルダイ



腫瘍の發育と腹膜との關係

セル氏線 (Ferre-Waldeyer'sche Linie) を稱す。此境界線は卵巢の基底を圍繞するなり。其狀恰も洋服の「ボタン」を嵌めたるが如し。即ち「ボタン」は卵巢にして洋服地は腹膜、「ボタン」孔はフアルレー氏線に相當するなり。反之、喇叭管、副卵巢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、卵巢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。若し腫瘍がフアルレ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)。若しフアルレー氏線の内方に向ひ卵巢間膜中に發育し、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るゝなり。之れを所謂廣韧带内發育 (Intraligamentäre od. mesometrische Entwicklung) と云ふ。故に嚴密に云へば卵巢間膜内發育 (Mesovarielle Entwicklung) を喇叭管間膜内發育 (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、之れを上方に壓迫す。故に腫瘍の後面及び上面は腹腔内に遊離するも、前面は廣韧带の兩葉にて被包せらる。之れを偽廣韧带内發育 (Pseudointraligamentäre) 又は後廣韧带發育 (Retroligamentäre Entwicklung) と云ふ。此際廣韧带と腫瘍とは癒着することあり又せざる可らず。

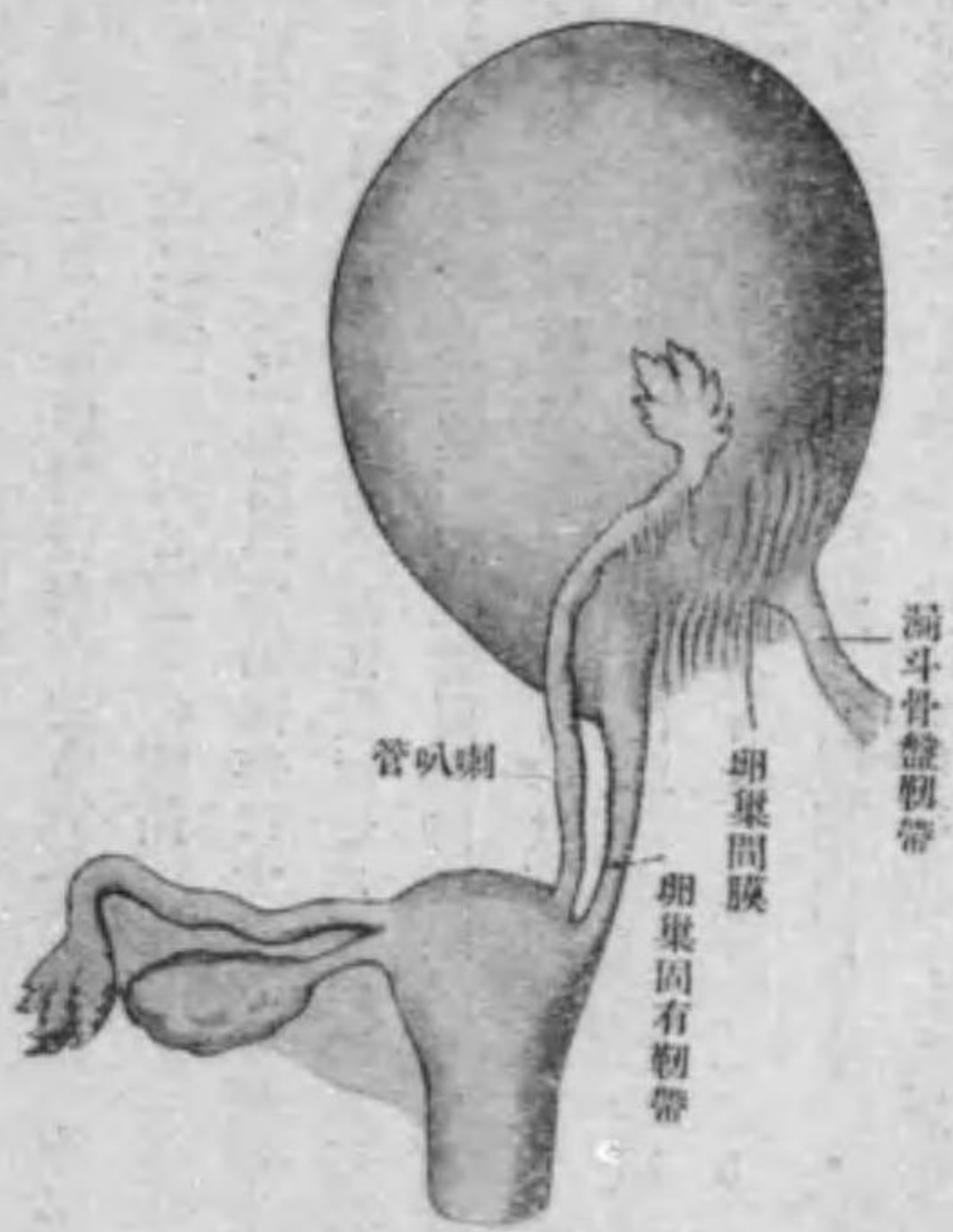
廣韧带内發育の診斷。子宮との位置的關係によりて容易に診斷し得るも、開腹後直接腫瘍表面を観察するに、廣韧带内に發育せるものには腹膜を走る細小なる血管網と腫瘍壁に分布せる太き血管網とが交叉し、以て二重になれることを認め得るなり。遊離性に發育せるものには單に一層の血管分布を有するのみなり。之れにより後廣韧带發育をも容易に斷定し得るなり。

第二項 腫瘍と莖との關係

卵巢腫瘍の莖の有無及び長短は手術的操作に大なる關係を有す。長さ莖を有する程簡單にして莖を有せざるものは甚だ困難なり。廣韧带内に發育せるものは常に莖を形成せず、腫瘍は不動性なり。反之、遊離して發育するか又は卵巢間膜、喇叭管間膜内に限局して増大せるものは莖を形成す。莖の状態は常に同様ならざれども、其形成に關與すべきものは、卵巢の正常状態と異なることろなく、内側より卵巢固有韧带、外側より漏斗骨盤韧带、其中間に卵巢間膜及び喇叭管を有す。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、卵巢間膜の幅にして、是れ又種々なり。莖の長きものはと卵巢固有韧带、漏斗骨盤韧带等は一層甚しく延長せらるれども、喇叭管の長さは腫瘍の喇叭管間膜に對する關係に

卵巢腫瘍の手術

第三百一十一圖  
卵巣腫瘍の型模 (ゲンル)



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、且喇叭管は腫瘍表面に密接す。反之、喇叭管間膜に關係なく發育する時は何等の變化を起さず。

長莖を有するものにては外側より來る内精系動静脈の分枝と、内側より來る子宮動静脈の分枝とは、腫瘍表面にて殆ど平行するも、短莖又は無莖のものにては正常に走行せるを見るなり。

第三項 腫瘍の病理組織的關係

卵巣腫瘍の組織的關係は、單に病理學上の興味を有するのみならず、手術的操作に密接なる關係を有するものなり。其關係の主要なる點は左の如し。

- (一) 腫瘍が囊腫状なるか實質性なるか。
- (二) 囊腫状なるものにては、單房性なるか又は多房性なるか。
- (三) 良性なるか悪性なるか。

以上の關係よりして極めて單純なる卵巣切除術 (Ovariectomy) より、全内生殖器の廣汎なる剔出術に至

るまでの種々なる操作を要するなり。

第四項 合併症の有無

合併症中手術操作に最重大なる關係を有するものは瘻著なり。瘻著の有無、強弱及び分佈は手術の難易を豫定するに最緊要なる標準となるものにして、假令、巨大なる實質性の悪性腫瘍たりとも、瘻著なきに於ては其剔出甚だ容易なり。反之小なる單房性の良性囊腫なりとも強く廣き瘻著を有せんか、時に剔出を不可能ならしむるものなり。此外腫瘍の傳染、化膿も操作に影響を有すること勿論なり。

第五節 手術式の分類

以上四項に於て述べたる解剖的關係を顧慮して、卵巣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、單純なる卵巣切除術をなすもの。  
(瘻著なき有莖卵巣囊腫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、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巣切除術をなすもの。  
(良性實質性腫瘍。多房性囊腫にして囊腫すべて小なるもの。皮膚様囊腫)
- (四) 廣韧带切開を要するもの。  
(廣韧带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嘴腫 (Papillary Tumor) 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、擴汎性の強き瘻管を伴ふ囊腫)

第六節 腫瘍と共に喇叭管を除去するの可否

卵巢は婦人の生活機能と重大の關係を有するものなるが故に、手術に際しては其保存に勉むべきものなれども、反對に卵巢剔出に際し喇叭管を保存するの要なし。即此際喇叭管に變化の有無に拘はらず共に除去すべきものなり。實際上卵巢と喇叭管とは解剖的關係殊に血管分佈上親密なる關係ありて、是等を分離剔出するは比較的困難にして、附屬器全部を除去するを以て遙かに簡單なりとす。

第七節 腹式卵巢剔出術 (Die abdominale Oophorectomie)

甲 瘻管なき有莖卵巢囊腫の手術

器械。本手術に特別なるものは囊腫穿刺用套管針、卵巢腫瘍鉗子等なり。

瘻管を伴はざる有莖卵巢腫瘍の手術は、開腹手術中最簡單なるものなり。

1. 腹壁切開。縦切開と横切開との孰れを選ぶも大差なしと雖、著者は若き婦人にして小骨盤内に占居せる兒頭大までの腫瘍は横切開をなし、大人頭大以上のものは縦切開をなす。

而して縦切開の長さは囊腫の性質に關す。既に術式の分類にて示せるが如く、單房性なるか又は多房性のものにて其大部が大なる囊房に融合せるものにおいて、切開は長くとも一手を通ずるを以て足る(通常六乃至七程なり)。是れ穿刺によりて内容を漏出し腫瘍を縮小せしむることを得るが故なり。故に漿液性囊腫及び臍以上に達せる大なる假性「ムチン」性囊腫は通常此法に據ることを得。斯くして腹腔を充滿せる巨大腫瘍をも甚だ短かき切開より剔出することを得(第三百三十二圖)、患者及び家人をして不

縦切開の長さ

縦切開の部位

思議の感を抱かしむるなり。

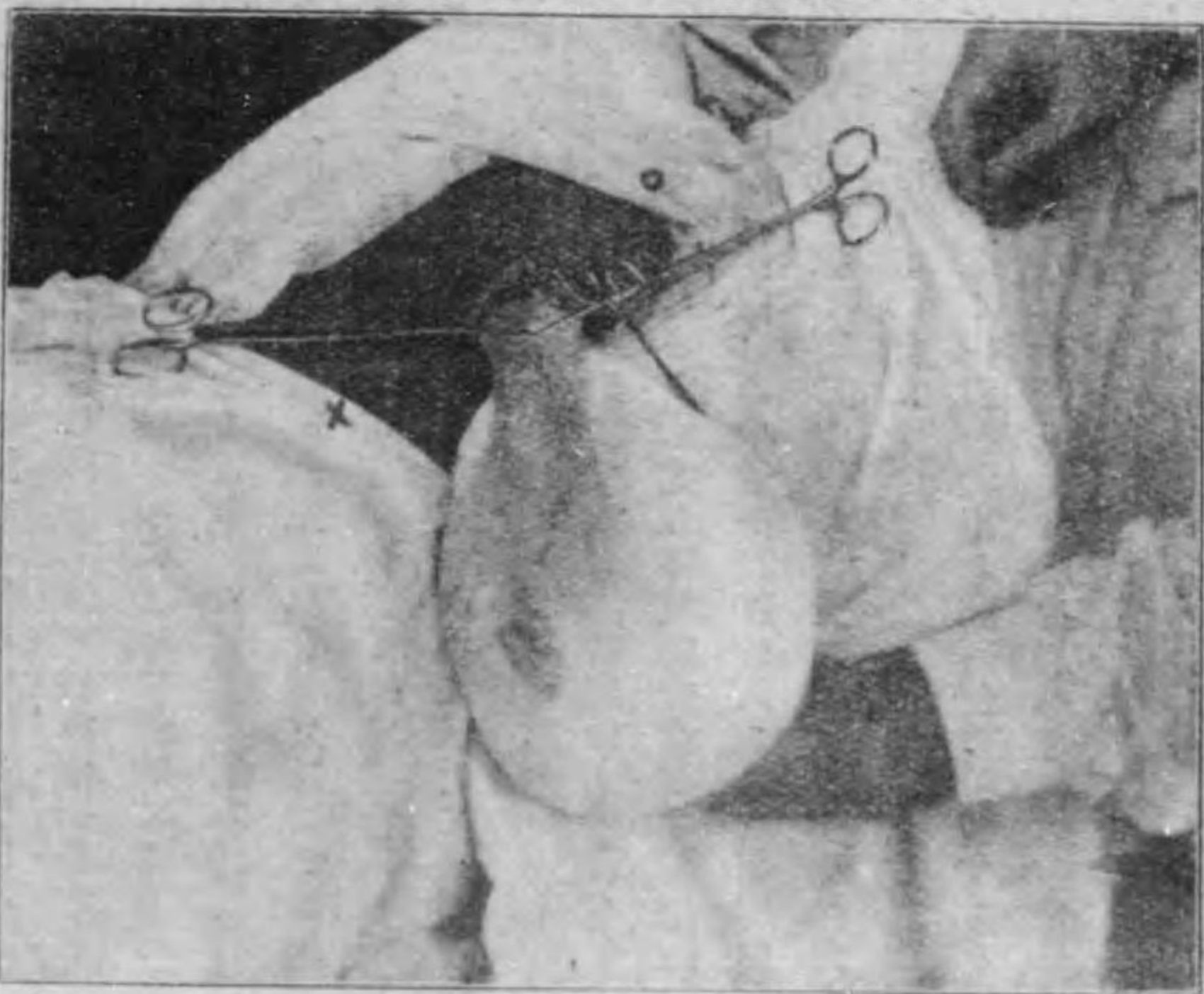
切開の部位は通常恥骨縫際と臍との凡そ中間を選ぶべし。餘りに低位なる時は腫瘍の牽引に不便にして又餘りに高き時は莖の處置に困難なり。内容漏出をなして剔出し得る囊腫は瘻管を缺如するを必須條件とす。極めて鬆疎なる瘻管は牽引によりて剝離するも、強くして廣き瘻管を伴ふものは内容縮小によりて剝離を一層困難ならしむるなり。故に瘻管の有無は豫めよく確定しおかざる可からず。然れども腹腔を充滿せる巨大囊腫に於ては臨牀上之れを確定すること難し。故に先づ上記の如き小切開をなし腹膜を開き、瘻管の有無を検せざる可からず。腫瘍壁淡青色にして光輝ある平滑面を示せるものにては、瘻管なきものと認むるも通常誤ることなし。必要に應じて一手を腹腔内に深く挿入して腫瘍表面を觸知し瘻管の有無を確むべし。

内容穿刺。穿刺は刀を以てするも亦特別の「トロアカー」を使用するも大差なしと雖、只内容を腹腔内に流入せしめざるを可とす。尤も移植能力を有する細胞を含有する特別の場合を除く外、普通の假性「ムチン」性又は漿液性内容の少量が腹腔に入るとも何等の害をなすことなく吸収せらるゝが故に、之に對して甚しく杞憂を抱く要なし。先づ腫瘍表面を露出し、助手をして腫瘍の頂點を下方に壓迫固定せしめ、腹壁と腫瘍との間に大「ガーゼ」を挿入したる後、刀を以て小切開を加ふるか又は「トロアカー」を以て穿刺し、少しく内容を漏出し腫瘍壁の弛緩するを俟ち、切開の兩側を大コツヘル鉗子又はミユジー鉗子にて固定し、腹壁上より壓を加へて内容を充分に漏出せしむ。之れによりて單房性のもものは容易に牽出し得るも、大囊房の集合よりなるものにては單に一房の内容を排泄し得るのみなる故、第二房との隙壁を破壊し其内容を漏さる可からず。此隙壁は單に指壓にて破り得ることあり。若、厚き時は刀

多房性なる場合

卵巢腫瘍の手術

第三百二十二圖 巨大な卵巣腫瘍を小さく開切して脱出せる



腹壁を開き腫瘍内容を穿刺して腹腔外に牽出し、莖を正に切断せんとする状態  
腫瘍の大き(直徑約三〇〇)  
腫瘍の内容(約四立)  
切創の長さ(四〇)  
× 膀胱  
○ 胎骨腔

簡單なり。先づ子宮角より約一握を隔てたる部に於て、止血鉗子を以て内外兩側より莖を挟む(第三百三

又は「トロアカー」を用ふ。斯の如くして順次第二第三に及び全腫瘍を縮小し得るなり。  
ハ、腫瘍の牽出。鉗子を以て腫瘍壁を牽引し、内容の流出するに伴ひて次第に腫瘍を腹壁上に脱出せしむるなり。通常内容の完全なる排除を俟たずとも腹壁より壓を加へつゝ漏出するに従ひて牽引する時は、内容は脱出せる部に移行し容易に全部脱出するものなり。  
ニ、莖の切断。腫瘍全體を腹壁上に牽出する時は、子宮體も露出せられ腫瘍莖は緊張せらる。之を切断するは極めて

十二圖) 此際鉗子を莖に直角におき且兩鉗子の先端を少しく並列せしむべし。次に鉗子より約一握を隔てたる部に於て、鉄を以て莖を切断するなり。

ホ、止血及び断端の處置。断端の止血は血管の分離結紮によるを可とす。即断端に於て認め後べき血管の總てを一々止血鉗子を以て捕へたる後、莖を横徑に挟みたる一側の鉗子を靜かに除去しつゝ、出血の有無を検し、出血點あれば之に鉗子を置く。他側を同様に處置し、全く止血せるを認めたる後、莖の兩端を固定し、捕へたる血管に絹絲の分離結紮を行ふ。全く結紮を終りたる後腸線を以て断端の腹膜を纏絡結合す。喇叭管、卵巣固有韧带断端は廣韧带間に被包すべし。之によりて創面を全く腹膜外に處置し得るなり。莖を餘り短かく切断する時は止血及腹膜縫合甚だ困難なる故、少くとも一握の断端を残さる可からず。ヘ、他側卵巣の検査。患側の手術を終りたる後は必ず他側の卵巣を検査し、變化あれば適當の處置をなすべし。

ト、腹壁縫合。

良性の實質性腫瘍(纖維腫)、無數の小嚢房より成立せる嚢腫及び皮膚様嚢腫等の手術式は上記のものと同なることなし。唯腫瘍を通過せしめ得るだけの皮膚切開をなすの差あるのみ。而して皮膚様嚢腫は穿刺によりて縮小するも妨なしと雖、汚穢、濃厚なる内容によりて手術野を不潔ならしめ且其清拭甚だ困難なるが故に、寧ろ縮小せざるを優れりとなす。

乙 廣韧带内嚢腫の手術

廣韧带内の發育が腫瘍の全部なりとも亦一部なりとも、其手術式は有莖腫瘍の如く單簡ならず、必ずや廣韧带を切開し腫瘍を骨盤結締織より核出せざる可からず。

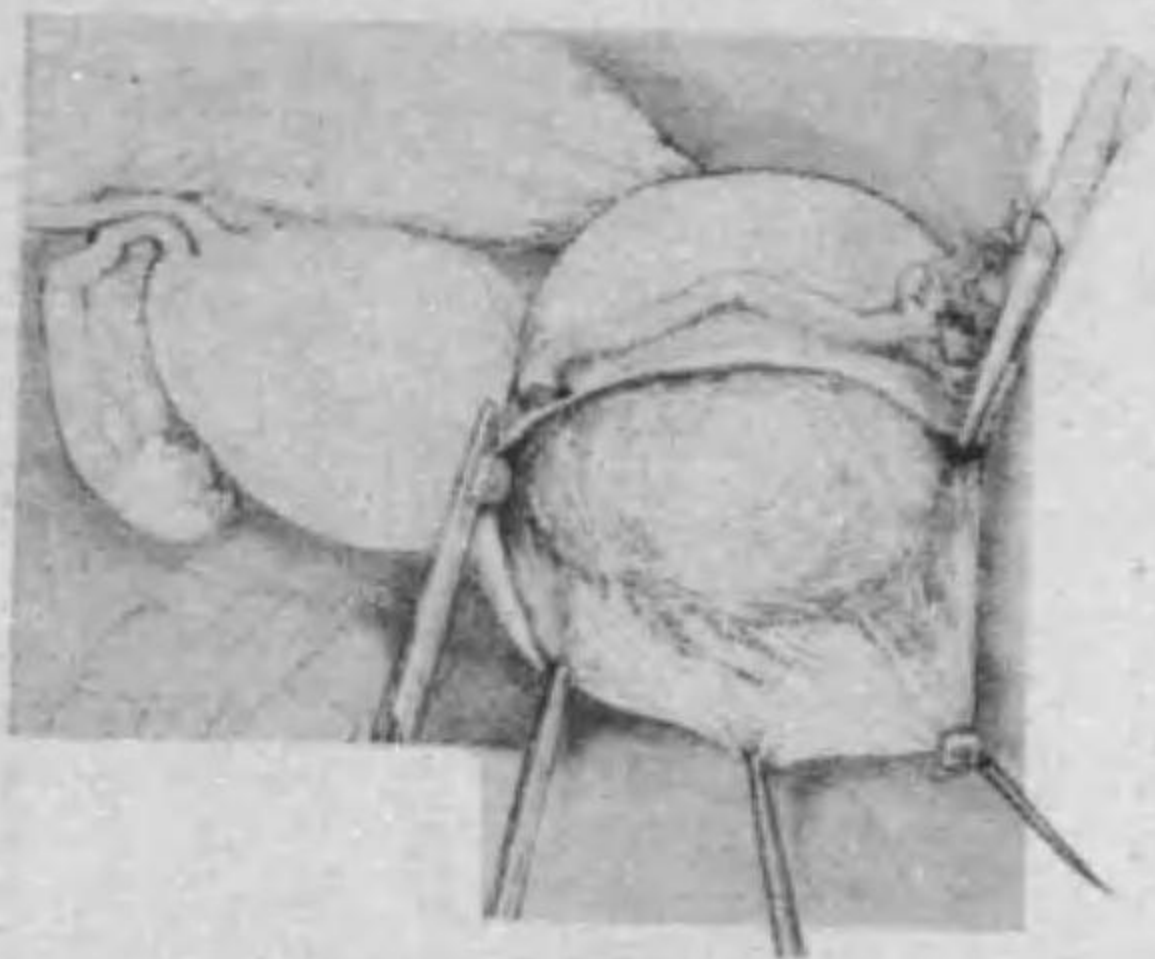
卵巣腫瘍の手術

1. 輸入血管の結紮。喇叭管、卵巣固有韧带及び漏斗骨盤韧带を鈍針にて結紮し、腫瘍への血液輸入を絶つ。

2. 廣韧带を切開す。内方は喇叭管の子宮端、外方は漏斗骨盤韧带の結紮部を通過して腫瘍の最大周囲を一週する切開を腹膜面に加ふ。而して此切開は單に腹膜を開くに止むべし、切開を深くする時は強く發育せる血管網を損傷し出血を起し、後の操作の妨害となるものなり。

3. 腫瘍の核出。先づ前面に於て切開創下縁の腹膜を止血鉗子にて固定し、腹膜と腫瘍との間に手指を送入しつゝ、深部に向ひて鈍性剝離を行ふ。後面に於て同様の處置をなす(第百三十三圖)。斯くして骨盤底に至るまでの腹膜を剝離し得。次に漏斗骨盤韧带を結紮部の内方にて切斷し、平手を腫瘍の後面に沿ひて骨盤底に入れ、側面及び底面を剝離する時は、腫瘍は單に卵巣固有韧带のみにて子宮と結合するが故に、此部を切斷する時は、腫瘍は全く除去せらるゝなり。

第百三十三圖  
右側廣韧带内腫瘍の核出  
(シマプーリ)

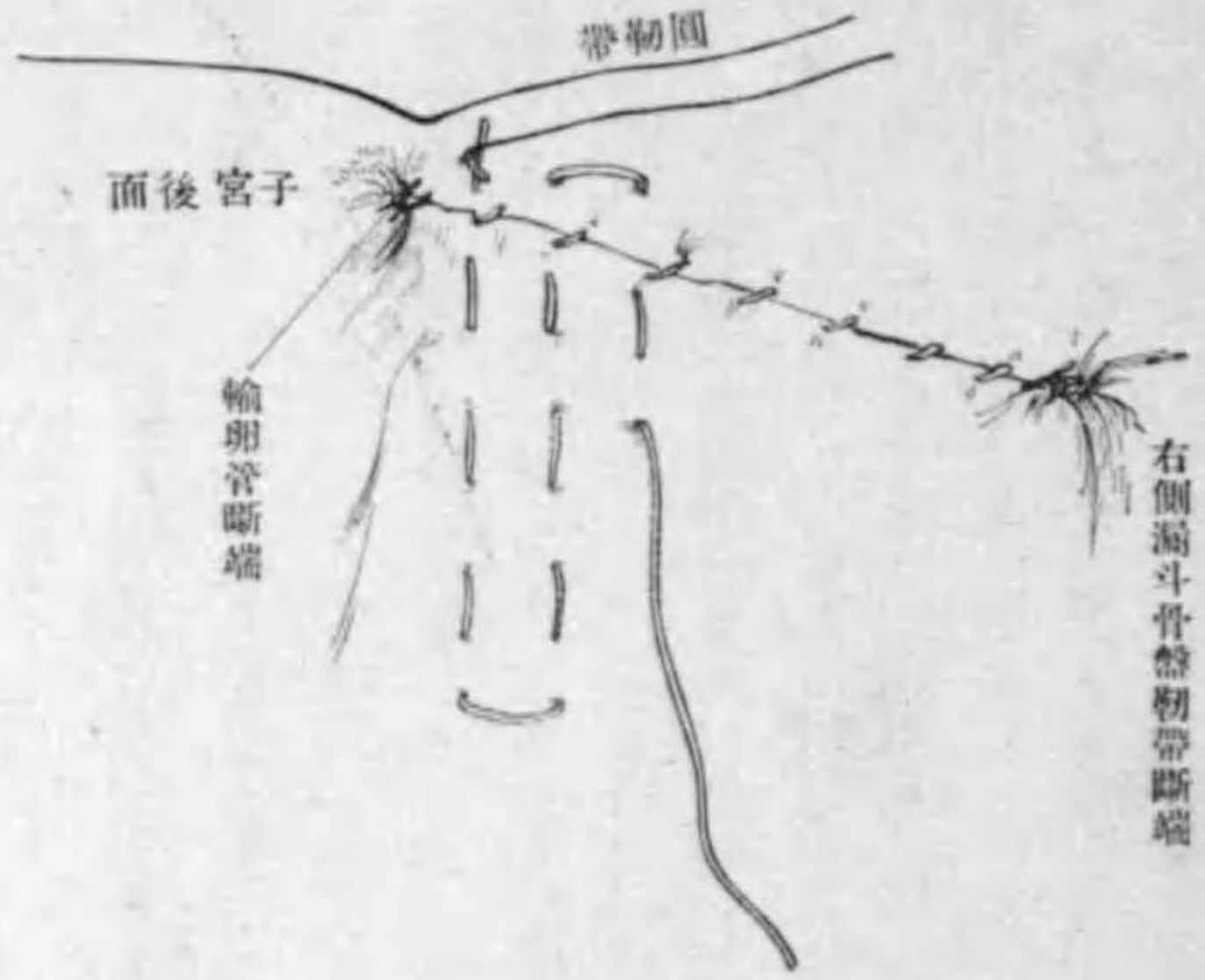


此核出操作は通常容易に行はるれども、唯腫瘍壁を損傷せざる様注意すべし。若し誤つて損傷する時は内容流出し腫瘍壁弛緩し、剝離甚しく困難となるものなり。故に損傷部は直に鉗子にて挟み内容の漏出を制限すべし。廣韧带内に發育する腫瘍は通常壁の菲薄なる漿液性囊腫

なるを以て一層の注意を必要とす

ニ、腹膜縫合。子宮角より漏斗骨盤韧带に至るまでの廣韧带を縫合し、且附屬器斷端を腹膜間に埋没す。而して單に此縫合のみを以てしては廣韧带兩葉間に腫瘍の核出によりて大なる空洞を生じ、創傷液又は血液の滲溜する虞れあるが故に、兩葉を縫合し、空洞を閉鎖するを可とす。其方法に種々あるも

第百三十四圖  
廣韧带内腫瘍核出後、廣韧带兩葉を縫合する法  
(シマプーリ)



卵巣腫瘍の手術

著者はアシュトン(Astun)の方法を推奨す。即

圖に示すが如く腸腺を以て附屬器斷端より始めて、約一徑宛交互に廣韧带の前面及び後面に針を出し、垂直の方向に平行せる連續縫合を施して兩葉を密接せしむるなり

手術時の注意及合併症

廣韧带内腫瘍の手術に於て常に忘る可からざるは輸尿管なり。意外の部位を走行するが故に、すべての切開及切斷に際して常に輸尿管の存在に留意すべし。疑はしき時は必ず其走行を検査すべし、其方法は子宮癌手術に於けると同様なり

此他最屢、起り得べき合併症は、核出後の腫瘍床よりの出血なり。噴出するが如き出血



子宮と共に別出すべき場合

は結紮を要すべきも、通常は實質性出血なるを以て、單純「ガーゼ」又は「キセロホルム、ガーゼ」にて暫時壓迫することによりて止血するものなり。若し充分に止血し得ざる時は腫瘍牀に最近き部に於て、腔に「ドレナージ」を行ふべし(其他總論を参照すべし)。  
若、兩側の廣韧带内卵巣腫瘍なるか、又は單に一侧にても骨盤結締織内に深く且堅く癒著せるものにあ  
りては、子宮と共に剔出するを可とす。之れによりて剔出操作を簡單ならしむるなり。其手術式は後述  
すべき炎症性附屬器腫瘍の根治的手術に倣ふべし。  
偽廣韧带内囊腫は、癒著軽度なるものは腫瘍を廣韧带より鈍性に剝離し得べく、若、剝離不可能なる  
時は前面に於て廣韧带の兩葉を切開し、廣韧带内のもと同様に於て剝離すべし。

丙 癒著卵巣腫瘍の手術

卵巣腫瘍の胚上皮及び腹膜被包を有する諸臓器の内被細胞にして健全ならんか、如何に大なる腫瘍と  
雖も癒著を起すことなし。是れ等の細胞層消失する時は容易に癒著を營むなり。其原因としては、出血、  
外傷、壓迫壞疽、穿刺等種々あるも、最主要なるもの瘰癧轉なり。此合併症によりては周圍各臓器と廣汎  
なる癒著を營むものなり。而して一般に良性腫瘍は癒著せざるもの多きも、悪性腫瘍は癒著せるを普通  
とす。癒著に就きて最關係深きは其新舊と分佈の大小なり。新鮮なる癒著は唯成形性浸出物よりなるか  
又は極めて鬆疎なる結締織よりなるが故に、如何に廣汎性に分佈するも指壓によりて鈍性に剝離し得、  
出血を伴ふことなし。反之陳舊性となるに従ひ、結締織は次第に強靱となり、刀又は鉗を以て切斷せざ  
る可からず。假令、辛じて鈍性に剝離し得るも、血管の新生を伴ふが故に出血甚しく其處置困難なり。尤も  
單に一小部に止まれる場合は特別の困難なしと雖、廣汎性に癒著せる場合は剝離殆ど不可能となるもの  
なり。

癒著の新舊と分佈

なり。

左に部位を分ちて癒著剝離法を論ずべし。

(一) 腹壁との癒著 先づ下腹部の中央に小切開を加へて腹膜を開くべし。而して一般に癒著を伴ふ場  
合の腹膜は多少の肥厚あるに注意すべし。甚しく陳舊性ならざるものにては平手を腹壁と腫瘍表面  
との間に挿入して、全表面に互りて鈍性に剝離し得べし。腫瘍の側面及上面に癒著なく、全く滑澤  
に觸るゝ場合は(甲)と同様に手術し得べし。併し陳舊性のものにありては切開部に於て剝離すること  
能はず。(此際往々腫瘍壁を穿孔することあるが故に、解剖的關係を顧慮しつゝ、層に従ひて切開を  
進むべし)。此場合は切開を上方に延長して腫瘍上界の腹膜を開き、腫瘍なき腹腔内より手を入れて  
癒著の状況を觸診すべし。一小部に限局せるか又は大部分は鈍性に剝離し得べきことを確めたる時  
は、上方より剝離を進行せしむべし。反之癒著強靱にして且甚しく廣汎性なることを知りたる時は  
後述すべき開放療法を餘儀なくせらるゝなり。此際切開を下方に進行するは膀胱を損傷する虞ある  
が故に注意せざる可からず。

(二) 大綱との癒著 二ヶ所に於て結紮し其間を切斷すべし。其方法は筋腫に於て述べたると同様なり。

(三) 腸管との癒著 此場合に於ても癒著の新舊と分佈の大小は剝離操作に大なる關係を有す。新らし  
き者又は左程陳舊ならざるものは注意して指にて剝離し得べし。鈍性に剝離し得ざる強靱なる者に  
ては一つに癒著の廣さに關係す。若し甚廣汎性に癒著せるものにては到底完全なる剝離を望み難く、  
且危険なるが故に、手術を斷念し開放處置に據るべし。唯一腸管の一局部に限れるものは鋭性に剝  
離すべし。此場合は腫瘍の漿膜面を腸管に附著せしめつゝ、極めて徐々に剝離すべく、決して癒著組  
卵巣腫瘍の手術

織其ものを離断せんとす可からず。是れ腸壁は穿孔し易きものなればなり。而して斯の如き剝離には、同時に止血を望み得るも傳染性物質を死滅せしめ得るこの點よりして、バクレン氏烙白金を用ふるを可とするも、刀にても敢て妨げなし。此時は後に剝離面を焼灼する必要あり。唯鉄の使用は危険なり。斯の如き剝離は腫瘍内容に傳染なきことを條件とすること勿論なり。

開放療法

瘻著の剝離不可能なる場合、腹壁又は腸と腫瘍との瘻著甚しく強靱且擴汎にして剝離不可能なる場合は所謂開放療法 (Die offene Behandlung) をなす。即腫瘍を切開して其創縁と腹壁とを環状に縫合し、腹腔は閉鎖するも腫瘍は開放し、以て自然に萎縮閉鎖せしむる方法なり。故に一名囊腫の腹膜外處置とも云ふ。腫瘍と腹壁と廣く瘻著せるものには單に皮膚切開に一致したる縦切開を加へ内容を排泄す。若、腹壁と瘻著せざる場合は、内容を穿刺したる後廣き縦切開を加へ、腫瘍壁、腹膜及び筋膜を通じて創口を環状に線絡縫合す。創口以外の腹壁創を縫合し、腫瘍内に「キセロホルム、ガーゼ」を充填す。此「タノンボン」は隔日位に交換し長年月にて終に全く閉鎖し得るものなり。此開放療法は大人頭大以上の良性囊腫に應用せらる。兒頭大までの小囊腫は假令瘻著強くとも、後述すべき炎症性附屬器腫瘍と同様にして剔出し得るなり。

丁 悪性卵巣腫瘍

卵巣腫瘍が悪性なる否とは手術操作に重大なる關係を有し、注意周到ならざる時は手術の苦心を空しくするのみならず、時として直に患者の生命を奪ふに至るものなり。故に剔出手術に著手する前に於て、悪性なるか良性なるかを豫め決定するは最緊要なることなり。而して悪性腫瘍の診断は既に臨牀上に明かなることあり、又時に開腹後に始めて發見する場合あり。發育の迅速なること、腹水を合併せ

後腹腔部に於て、グリーク・ラス氏窩ニ多數ノ結節ニ腫瘍ヲ移轉スル時ニ惡性腫瘍なること疑ハシ

ること、瘻著甚しきこと等は其最主要なる根據なり。明かに惡液質を認むることを得ば尙一層確實となる。又腹膜を開き腫瘍を検査し、表面に甚しき乳嘴狀増殖を有するか又囊腫壁の一部に凹凸不正の實質性隆起を認むる時は、他に怪しむべき點なくとも之れを惡性のもこと看做すを安全なりとす。

悪性卵巣腫瘍にて手術的に剔出し得るは、全く移動性のもなるか又は瘻著あるも容易に剝離し得べきもののみなり。此際注意すべきは、他側卵巣を必ず除去すべきことなり。尙腹膜面に疑はしき結節を認めたるときは子宮をも剔出(通常腔上部切斷)するを萬全の策とす。反之瘻著甚しく腫瘍の全部を剔出し得る望みなきものは寧ろ始めより手を下す可からず。是れ惡性腫瘍は容易に破壊せられ、且常に強き出血を伴ふも之れを結紮又は壓迫にて止むること不可能なるが故に、漫然と剝離を進むる時は終に進退谷まる状態に陥り、手を拱きて出血死を俟つ破目となるものなればなり。又彼の乳嘴腫にて骨盤腹膜面に擴汎なる移轉を起せるものにも、單に腹水を流出せしむるのみに止むべし。假令、腫瘍其ものを除去するも何等の價値なく且一般に剔出の豫後不良なればなり。

戊 化膿性卵巣囊腫

大人頭大以上の卵巣腫瘍にて化膿せるものは所謂二次的切開をなす、即腫瘍壁と腹壁とを接觸せしめ其部の創面を開放し、軽く「キセロホルム、ガーゼ」を充填して静臥せしめ、兩者の堅く瘻著する日(十日乃至二週)を俟ちて、腫瘍壁を廣く切開し膿を排除す。其後は開放療法と同様に處置す。

第八節 腔式卵巣剔出術 (Die vaginale Oophorectomie)

腔式卵巣切除術に適應する卵巣腫瘍は次の三條件を具備せざる可からず。  
一、有莖腫瘍にて瘻著なきものならざる可からず。

二次的切開

腔式剔出に對する條件

卵巣腫瘍の手術

二、囊腫にして内容の大部を漏出し得るものならざる可からず。  
三、悪性腫瘍なる可からず。

以上の条件の一つにても缺如せるものは腔式剥出の禁忌たるものなり。要するに小皮膚切開にて剥出し得る腹式手術の場合と同様なり。悪性腫瘍を禁忌せるの理由は、内容の除去に際して腫瘍細胞を創面に移轉する虞れあるを、腔式手術にては、腹式に於けるが如く他の骨盤臓器、腹膜、腸等に於ける移轉の有無を検し、之れに對し適宜の處置をすること困難なるが故なり。

腫瘍の大きさは特別に重大なる關係を有せず。腹腔を充滿するものにては剥出し得べき理なり。併しながら斯の如く巨大なるものにては瘰癧の有無を確實に診断すること能はざるを、腫瘍の下端は骨盤入口の平面よりも上方にありて、腔より之れに達すること困難なるが故に、寧ろ始めより腹式によるを至當とす。故に腔式手術に最適當せる大きさは兒頭大までのものなり。少くとも腔より其下端を穿刺し得べきものなるを要す。

而して以上の如き條件を具有する腫瘍に對して、腔式を選むか又は腹式に據るかは全く術者の好みに任ずべきものなり。何となれば此種の腫瘍は其孰れを探るも豫後に於て何等の差異なき者なればなり。其兩式の優劣は總論に譲り、唯腹壁切開を甚しく恐るゝ患者に對しては都合よき術式なりと云ふべきなり。

手術操作

イ、腹膜切開。此際起るべき問題は、前腔切開と後腔切開との孰れを選ぶべきかなり。之れに對しても理論以外術者の好みに關して一定せざるが如し。例へばデーダライン、クレーニヒは後切開を主とし、エ、ウエルトハイムは前切開に重きをおけるが如し。著者も亦多くは前腔切開をなす。兩者の優劣に關し

膀胱子宮窩と  
グーグラス氏  
高との孰れを  
開くか

腫瘍の位置  
莖の長短

一般に前腔切  
開を優れりと  
す

ては既に總論に於て詳細に論じたり。而して子宮の前方にある腫瘍は前切開を優れりとし、グーグラス氏窩内のものは後切開に適するは勿論なれども、是れ亦孰れを探るも大なる差異を認めず。然れども莖の長短は多少の關係を有す。即甚長き莖を有するものは後切開により一層簡單に剥出し得べし。雖、莖の短かきものは前切開によるを遙かに便とす。是れ子宮の骨盤内に於ける生理的の連絡状態は、一程度以上の後轉運動を妨ぐるも、前轉運動には何等の制限を與へざるが故なり。而して腫瘍の剥出は莖の處置を以て操作の主位となし、莖は子宮角に附著せるを思へば、少くとも卵巣切除術に對しては、普通の場合比較上の缺點を認めながらも尙ほ前切開の優れるを信するなり。殊に腫瘍稍、大にして完全に小骨盤内に下降せず、其下端比較的高位なる時、後切開にて腫瘍に達せんとするは甚困難なるものなり。

ロ、腫瘍下端の露出。腹膜を開きたる後は、腫瘍の下端の一部を創口に露出せざる可からず。前切開にて腫瘍もし膀胱子宮窩にある時は、單に側板を創口より腹腔に入れ膀胱を舉上することにより目的を達す。若し子宮の後方にある時は先づ當該側の子宮角に於て、卵巣固有靱帯を大コッヘル鉗子を以て捕へ、之れを牽出し同時に側板にて膀胱を舉上すれば腫瘍壁を露はすことを得。尙困難なる時は雙合診によりて子宮の前方に移動せしむべし。露出せしむる場合は、常に助手をして腹壁より壓下せしめ以て腫瘍を固定すべし。後切開の場合亦同様になし得べし。

ハ、腫瘍穿刺。(第百三十五圖)次に穿刺して内容を漏出し腫瘍を縮小せざる可からず。穿刺には刀を用ふるも亦套管針を用ふるも大差なし。唯腫瘍の露出部僅少なる場合は、挿入せる側板を腫瘍壁に接觸せしめ移動せざる様に固定し、此側板に沿ふて刀又は套管針を刺入するを確實且安全なりとす。腫瘍下端を充分に露出し能はざる場合も、此方法により他部を損傷することなく穿刺し得べし。

# 欠

第三百五十五圖  
 前腔腹創口より腫瘍下端を露出し、  
 之れを内容に刺穿せしめ、  
 之れを内容に刺穿せしむる時、  
 (ウイハトルエウ)



二六六

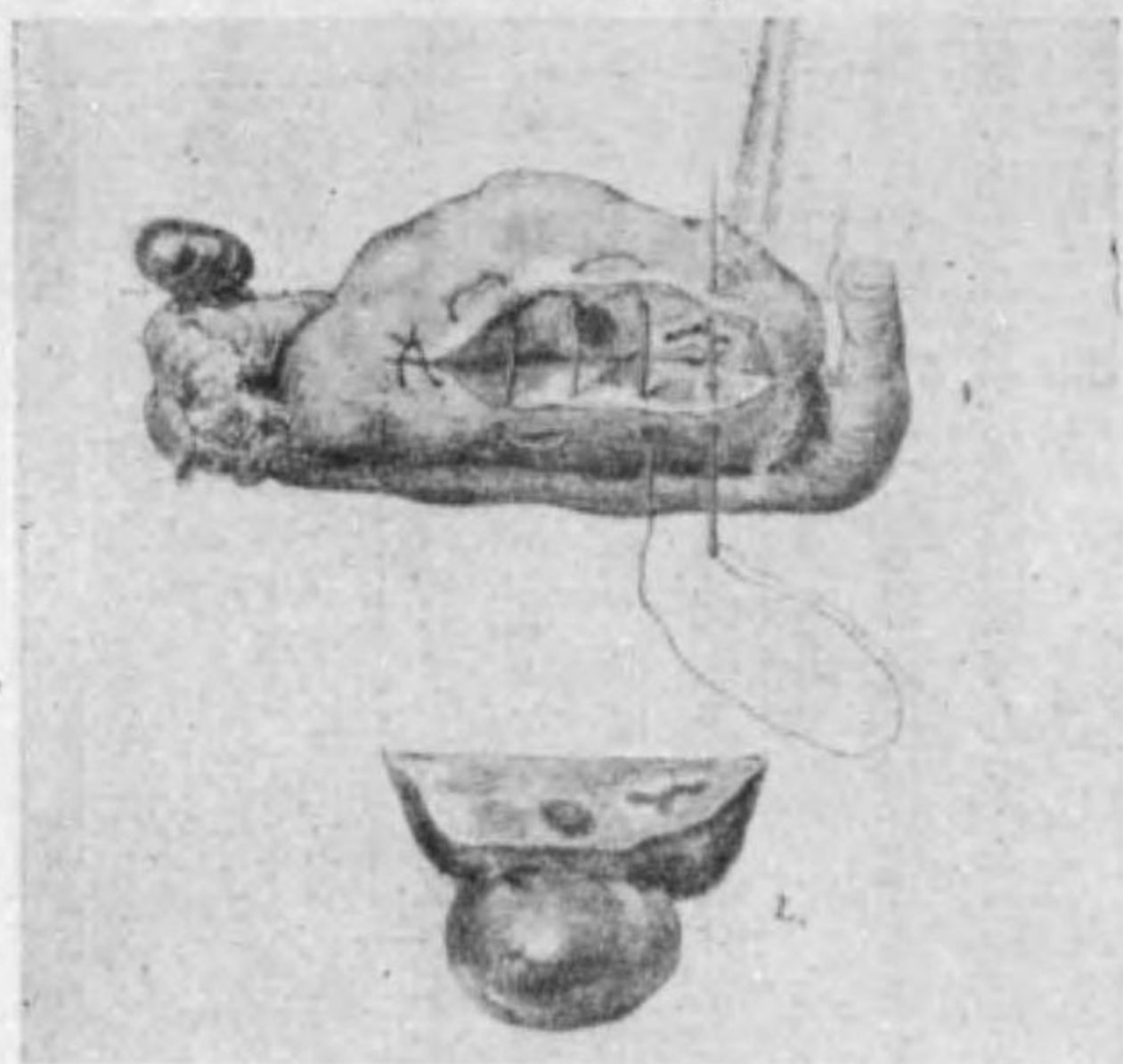
穿刺に際して最重要なる件は腫瘍壁を捕捉することなり。捕捉することなく單に内容を漏れしむる時は、腫瘍全く弛緩し腸管と同様の外観及び觸診所見を呈し、誤つて腸を牽引し、之れを損傷することあるなり。而して腫瘍壁を捕ふるには次の二法あり。

- (一) 腫瘍下端を露出したる後、尿管手術に使用せると同様の鉤を腫瘍壁にかけ、之れを固定したる後、穿刺するか。
- (二) 先づ穿刺して少しく内容を流出せしめ、腫瘍壁の少しく弛緩せるを待ち、機を逸せず單鉤ミユヅリ鉗子または大コッヘル鉗子にて捕捉す。故に刀による切開は小なるを要す。大切開にて一時に内容を流出せしむる時は捕捉すること難し。
- 二、腫瘍全部を牽出す。内容は特別に腹壁上より壓迫を加ふるを要せずして腫瘍を牽出するに従ひて自

# 欠

烙針穿刺法

第三百八十八圖  
卵巢の楔形切除  
(シマプーリ)



1、切除創  
の褥状縫  
合  
2、切除せ  
られたる  
楔形片  
(小濾胞囊  
腫を有す)

少の卵巣組織を認むるものなり。如斯き場合は先づ囊腫を切開して内容を排泄し、囊腫壁の大部を切除した後、鋸子を以て内面を被へる上皮細胞膜を剝離し創面の縫合すべし。又所謂小濾胞性變性 (Kleinföhrliche Degeneration) にて、卵巣全體に互り、無數の囊胞を形成せるものに對しては、所謂烙針穿刺法 (Iginipunctur) を施す。即バクレン氏絡白金を以てすべての囊胞を穿孔し、之れを萎縮せしむるなり。

### 第十三章 副卵巣囊腫 (Paraovarialcyste od. Epooophoron- zyste) の手術

本腫瘍は名の示せるが如く副卵巣より發生する囊腫にして常に單房性なり。副卵巣は喇叭管漏斗部と卵巣との間の喇叭管間膜内に存在するものなるを以て、之れより發生せる腫瘍は常に腹膜を以て被包せ

副卵巣囊腫の手術

らるゝも、狭義の廣韧带内發育をなすことは寧ろ稀有にして、多くは喇叭管間膜内及び卵巢間膜内(卵巢囊腫の條下参照)に發育するなり。従つて多少の莖を形成し、少しく移動性なること多し。而して莖形成に與かるは漏斗骨盤韧带、延長せる喇叭管及び喇叭管間膜なり。小なる腫瘍にありては卵巢に變化なく各隔離せるも、増大するに従ひて卵巢に接近し終に癒着し壓迫萎縮して終に肉眼上認め難きに至る。斯くの如くなる時は卵巢固有韧带も亦莖形成に加はるに至るなり。剔出操作は廣韧带内卵巢腫瘍と大差なし。卵巢に變化なき時は之れと分離し又は切除法を行ひ得べきも特別の場合の外、寧ろ當該側の附著器を全剔出するを便とす。

#### 第十四章 喇叭管に於ける手術

喇叭管は罹患せると否に拘はらず、卵巢又は子宮の手術に際して、是れ等と同時に剔出せらるゝ場合多きは既に述べたるごとく明かなり。茲に述べんとするは喇叭管其者の病的變化を主として行はるゝ手術なり。其主なるものを擧ぐれば次の如し。

- 一、剔出術 保存的手術、即喇叭管剔出術、根本的手術
- 二、切除術(喇叭管開口(疏通)術及喇叭管非妊術)

以上の中最も主なるものは剔出術にして、其適應となる疾患は多くは炎症性變化にして喇叭管水腫、喇叭管膿腫(又は所謂附屬器腫瘍)、喇叭管血腫、喇叭管卵巢囊腫等の如きもの及び喇叭管新生物、喇叭管

妊娠等なり。

喇叭管の手術に對し論せらるべき要項は、(一)保存的手術をなすか又は根本的手術に據るか、(二)腹式或は腔式の選定、(三)手術の時期等なり。

##### 第一節 手術式の選定

喇叭管水腫は單純に之れのみを剔出し、悪性腫瘍例は原發性喇叭管癌腫に對しては全内生殖器の剔出をなすべきは、何等の異議なきところなれども、其他の場合(主として炎症性變化)に於て尙變化なき卵巢、子宮等を共に除去すべきものなるや否か、換言すれば保存的手術と根本的手術の孰れを選擇すべきかに關しては、人によりて各意見を異にせるを以て茲に斷定的に述べること能はざるも、病的變化甚しきものに對しては事情の許す限り根本的に手術するを至當なりと信ず。是れ保存的手術によりては自覺的症狀の消失せざること屢なればなり。

而して喇叭管炎症は通常兩側を襲ふものにして、従つて少くとも兩側喇叭管の剔出を必要とする場合多し。兩側喇叭管にして失はれたる以上、子宮を遺殘せしむるは全く無意味にして、寧ろ禍根を後に貽すものと云ふを得べし。結核性喇叭管炎は常に根本的手術によるを可とす。

又手術を保存的になすか將又根本的になすかは癒着の有無及び強弱によりて左右せらるゝこと多し。喇叭管炎にして多少の癒着を伴はざるもの少なし、殊に化膿性のものには常に強き癒着を有す。此癒着にして容易に剝離し得るが如き場合は、保存的手術に據るを得べしと雖、周圍臓器との癒着甚しき時は、喇叭管のみを分離切除することは殆ど不可能にして、根本的剔出術を除儀なくせらるゝものなり。

腹式と腔式との選定に關しても、一部の臨牀家の間に議論せらるゝを見る。然れども兩式の一般性質

より考ふれば、全く癒著なき喇叭管水腫の腔式に剥出し得べきは異議なきも、癒著を伴ふものゝすべては腹式に據るを至當とすこと論ずるの要なし。

### 第二節 手術時期の選定

傳染性喇叭管炎に對しては手術の時期を選ばざれば、危険なる術後腹膜炎を續發することあり。一般に傳染性疾患療法原則として、先づ嚴重なる待期的療法(消炎療法)によりて靜かに急性症の經過するを待つべきものなることは勿論なれども、慢性症に移行せるものに對して如何なる處置を採るかば、臨牀家により甚しく意見を異にし、或は全く保存主義に傾き或は直に手術をなすべしと説く。著者は折衷説を主張せんこと。保存的療法、殊に「ワクチン」療法、理學的療法の進歩せる今日、時に之れのみにて殆ど完全なる治療を望み得べきものなるが故に、先づ保存的療法を試むるを穩當なりとす。之れによりて自覺的及び他覺的に特別なる奏效を見ず、或は却つて増悪するを認めたる後、始めて手術刀の力を藉るべきものとす。殊に化膿性のものにありては、其初期に於ては尙強力なる傳染菌を包含するも、一定の時期を經過せるものによりては、細菌は自己の排泄せる新陳代謝産物の爲めに終に死滅し、膿は全く無菌となる。此事實は手術者の大に考慮すべき點なり。斯の如き状態に達すべき時期に關しては、確かなる證明なしと雖、多くの人の經驗よりして少くとも一箇年の經過を待つべきものなり。然れども患者の生活状態は、常に斯の如き長時日の保存的療法を許さざる場合あり。従つて比較的早期に手術的療法を餘儀なくせらるゝ場合あるべし。

又一面に於て傳染性喇叭管炎に常に併發すべき腹膜炎癒著は、時日の經過と共に次第に強靱となり、益々剥離し難きに至るを以て、手術時期の選定には周到なる注意を要するものなり。

### 第三節 喇叭管剥出術 (Salpingectomy)

保存的手術たる喇叭管剥出術は、主として喇叭管水腫及び喇叭管血腫のみに限られたる手術なり。時として剥離容易なる喇叭管膿腫にも應用せらる。

1. 腹壁切開。通常横切開をなすべし。

2. 病竈の検査及癒著剥離。先づ子宮を觸知し次で兩側附屬器を検査す。喇叭管水腫及び血腫は全く癒著を缺如するか、又は指壓にて容易に剥離し得るものなり。反之し喇叭管膿腫にては常に多少の強靱なる癒著を伴ふが故に、先づ之れを剥離し患部を遊離せざる可らず。而して剥離の要領は卵巣腫瘍に於て述べたると同様なり。可及的指にて鈍性に剥離すべし。此際注意すべきは、先づ癒著の最も薄弱なる部位を發見し、之れより次第に諸方向へ剥離を進むべきことなり。是れ強靱なる癒著部を直接に剥離せんことするは甚だ困難なるものなれども、薄弱なる部より進行せしむる時は意外に容易に剥離し得るものなればなり。通常ブーグラス氏窩に於て腫瘍と子宮との境界部より始め側上方に向ひて剥離するを可とす。

喇叭管膿腫剥離に際して最も不決なるは内容の漏出なり。一般に膿腫壁は甚しく脆弱なるが故に、如何に注意深くするも穿孔を免れざること多し。殊に喇叭管腹口部は最も強く癒著する部なるを以て、腫瘤を廣帯後葉面より剥離せんとする時膿の流出を見ること屢なり。併しながら此偶發症に對し甚しく恐るゝを要せず。何となれば陳舊性の被包膿腫の内容は多く無菌なるが故なり。然れども其場合果して無菌なるや否やを確定すること能はざるが故に、注意して之れを拭き去り周圍に播布せしめざる様に勉むべし。剥離甚しく困難なる場合は、後述すべき附屬器腫瘍の術式に據るべし。

ハ、喇叭管剥出及斷端の止血。附屬器全く遊離せられたる時は、子宮鉗子を以て子宮を反對側に舉上し

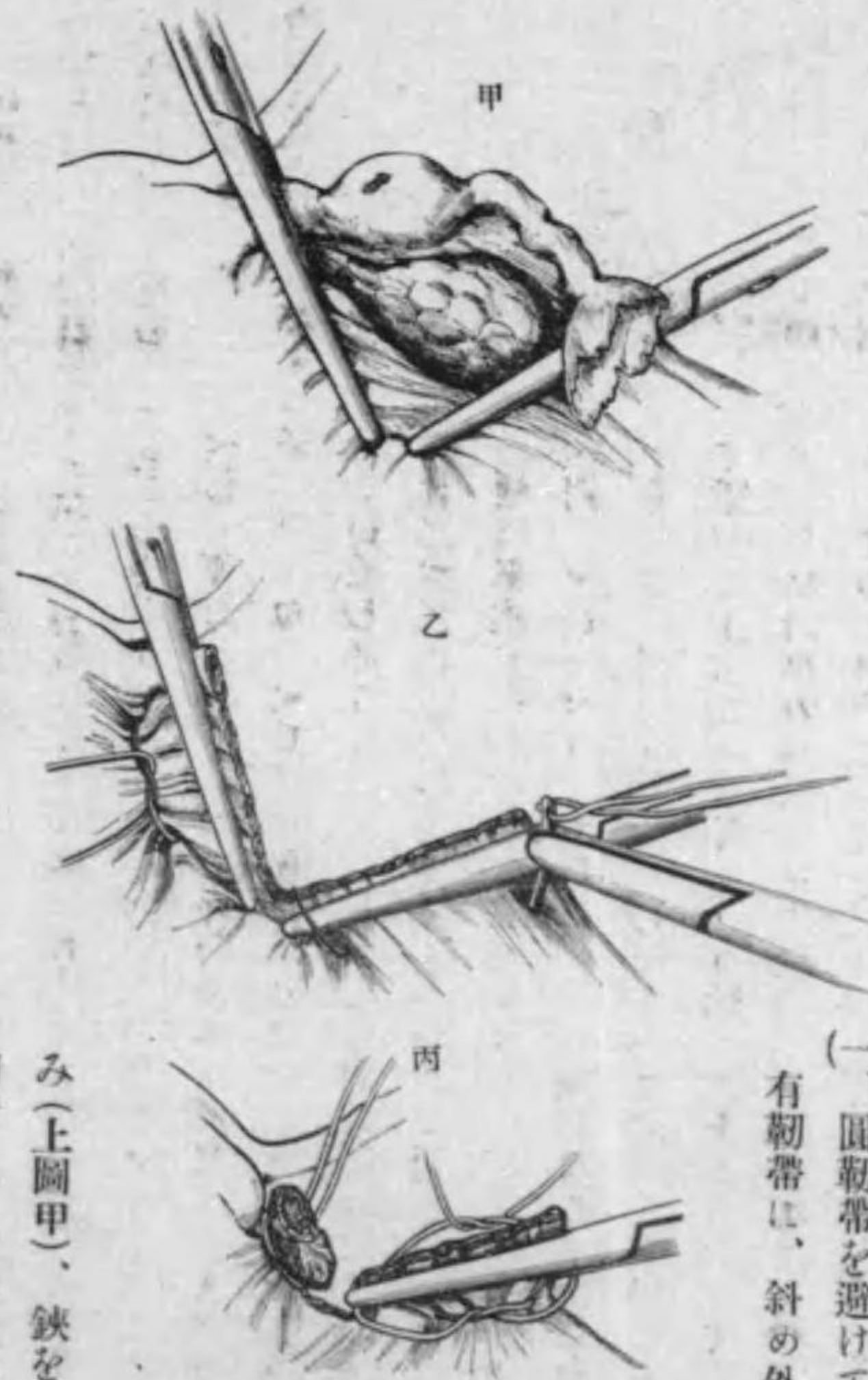
剥離上の注意

喇叭管に於ける手術

附屬器切除法

病的喇叭管を剔出す。此際問題となるべきは變化なき卵巣を共に除去すべきか否かなり。著者は他側に健全なる卵巣を有せるものに於ては、罹患側の附屬器全體を剔出するを常とす。而して解剖的關係よりして喇叭管の分離剔出は甚だ困難なるものなり。是れ喇叭管間膜の狭きこと並びに喇叭管及び卵巣の間膜部は甚しく血管に富裕なること等は斷端の處置と止血とを困難ならしむるが故なり。反之し附屬器全體を廣韧带にて切斷するは極めて容易なり。其方法に二種あり。

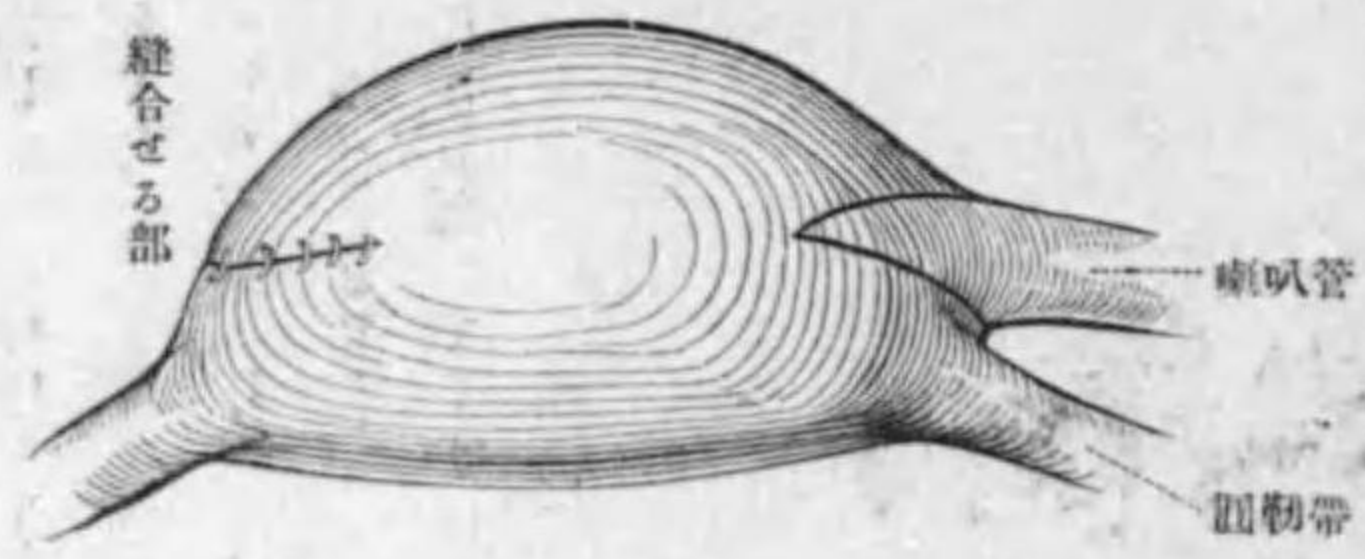
第三百九十九圖  
子宮附屬器切除法  
(シマプーリ)



(一) 圓韧带を避けて喇叭管及び卵巣固有韧带は、斜め外下方に向ひ深く第一の止血鉗子を置き、漏斗骨盤韧带に斜め内下方に深く第二の鉗子を置き、下方にて兩鉗子の先端を接觸せしめ、以て廣韧带を三角形に挟み(上圖甲)、鉄を以て附屬器全部を切斷す。斷端の縫合には集束結紮の

喇叭管間質部の楔形切除

第四百一十圖  
喇叭管間質部の楔形切除



喇叭管に於ける手術

一つなる、所謂周匝結紮法 (Unstechungsligatur) をなす。即鉗子の下方にて卵巣固有韧带を避けて一面より針を入れ、再び廣韧带を通じて同側に出し、以て鉗子にて挟まれたる大部の廣韧带を一度に結紮したる後(圖乙)、其絲の兩端を鉗子の下より他側に廻し、鉗子を弛めると共に第二回の結紮を行ふ(圖丙)。之れによりて一側斷端を充分に止血し得。他側斷端を同様に二重結紮す。

(二) 先づ漏斗骨盤韧带を結紮切斷したる後、廣韧带は單純に切開し、最後に喇叭管及び卵巣固有韧带を結紮切斷するなり。以上孰れの法を採るも大差なし。必要に應じ喇叭管を分離剔出する場合も同様になし得べし。喇叭管内腔の傳染せる疑あるものには、喇叭管の切斷は烙白金を使用し創面の傳染を豫防すべし。且つ單純に喇叭管峽部を切斷するよりもフリッツ(Fritz)の説に従ひ喇叭管の間質部を子宮壁より楔形に切除するを可とす(第四百十圖)。此際も亦烙白金を用ゆべし。之れによりて所謂斷端滲出 (Stumpexsudat) を豫防し得べし。

ニ、斷端の縫合。第一切斷法にては單に兩斷端を絹絲にて縫合すべく。第二法の時は一側より纏絡縫合をなすなり。

ホ、骨盤腔の清拭。手術を全く無菌的に終りたるものには特別の處置を要せざるも、疑はしき内容漏出せる時は傳染の豫防法を講せざる可らず。其方法の一般は既に總論にて敘述せるが、近來著者は先づ腹を充分に除去したる後、其接觸部の腹膜を烙白金にて焼灼したる後、周



圍に廣く沃度丁幾を塗布し乾きたる後、酒精にて拭き、「キセロホルムガーゼ」の「ドレナージ」をなす。  
ハ、腹壁縫合。

第四節 根本的剥出術(所謂附屬器腫瘍の手術)

根本的剥出術(Die radikale Exstirpation)とは罹患喇叭管のみならず、兩側附屬器及び子宮をも共に除去する方法なり。而して子宮は全剥出をなすと腔上部切斷になすとの二種あり。著者は腔上部切斷によるを常とす。其優劣は筋腫に於て述べたると同様なり。附屬器の癒著程度なるものにては、先づ其剝離を行ひ、其後は筋腫に於けると同様にして腔上部切斷術を行ふ。

反之し喇叭管腫瘍にして甚しき癒著性骨盤腹膜炎を合併し卵巣、子宮、腸管、骨盤壁等と強靱なる纖維様義膜を以て廣汎性に癒著し、所謂附屬器腫瘍(Der Adnexitumor)を形成せるものに對しては如斯き單純なる方法によりて剥出すること能はず、特別な術式に據らざる可らず。著者はクリー(Kelly)氏法を稱用す。以下少しく其術式を詳述すべし。一側附屬器の癒著程度なるか又は殆ど變化なき場合と兩側共強き癒著を起せる場合とを區別せざる可らず。

甲 一側は癒著程度なるか又は癒著を缺如せる場合



クリー氏法

連續的橫行切斷性

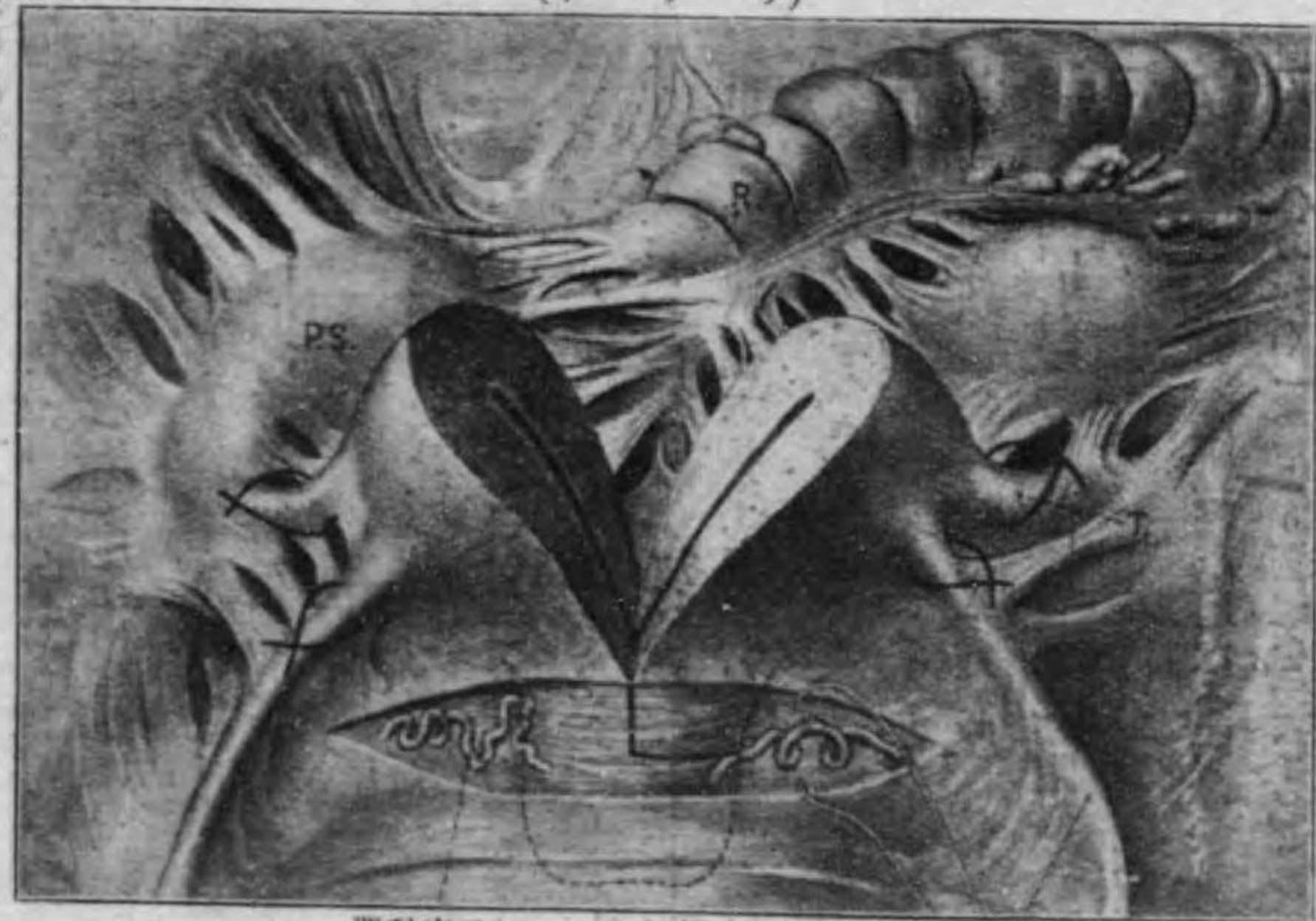
此場合は所謂連續的橫行切斷法(The continuous transverse Amputation, Die kontinuierliche transverse Amputation)を行ふ。健全なるか又は剝離容易なる側の漏斗骨盤帶の結紮を第一著手とし、他側の漏斗骨盤帶に至るまで連絡的に全内生殖器の横斷を行ふなり(第百四十一圖)。

- イ、癒著程度なる一側の漏斗骨盤帶結紮及び切斷。
- ロ、同側の圓韌帶を切斷し、廣韌帶を切開し内子宮口を露出。豫め頸部の腹膜を横切開し、膀胱を下方に剝離しておくべし。
- ハ、子宮動脈結紮及び他側に向ひ腔上部切斷をなす。
- ニ、他側子宮動脈結紮及び切斷。頸部を一氣に切斷せんとする時は、他側動脈を損傷するが故に、將に横斷し終らんとする前、尙少しく組織を残せる時刀の運びを止め、止血鉗子を以て子宮動脈を骨盤結締織と共に挟みたる後、全部切斷すべし。此際萬一の出血に備ふる爲め、助手は止血鉗子を擬して切斷部を注視すべし。露出せる頸部の側方に子宮動脈を認め得る時は、豫め結紮しておくを安全とすること勿論なり。
- ホ、強度なる癒著側の剥出。全く遊離せられたる子宮體部下端をミューラー鉗子にて適宜に側上方に牽引すると共に、指頭を以て下前方より後上方に向ひ徐々に附屬器を剝離す。之れによりて腫瘍は比較的容易に骨盤底より分離せられ、癒著せる纖維様義膜は長き索状又は膜状をなして遊離するが故に、之れを缺にて些の危険なく切斷し得るなり。圓韌帶を切斷し、最終に漏斗骨盤帶を切斷して腫瘍の剥出を終る。(患側の漏斗骨盤帶部に強き癒著なき時は豫め結紮しておくを可とす)。

乙 兩側の癒著高度なる場合

此場合は甲の場合の如く一側より剝離を進むること能はざれども、手術の本旨とするところは同様に喇叭管に於ける手術

第四百二十二圖 子宮の垂直切半法 (リケ)



膀胱 子宮動脈 帶初頭

R, 直腸  
P.S., 膀胱  
管腹壁

して、癒著部に手を下す前、先づ子宮體を切斷し、以て腫瘍を内方より外方に向ひて骨盤底より分離せしめんとするにあり。故に其術式の主要部は子宮切半 (Bisection of Hemisection uteri) にあり。而して子宮體の癒著の有無によりて切半法に二種あり。

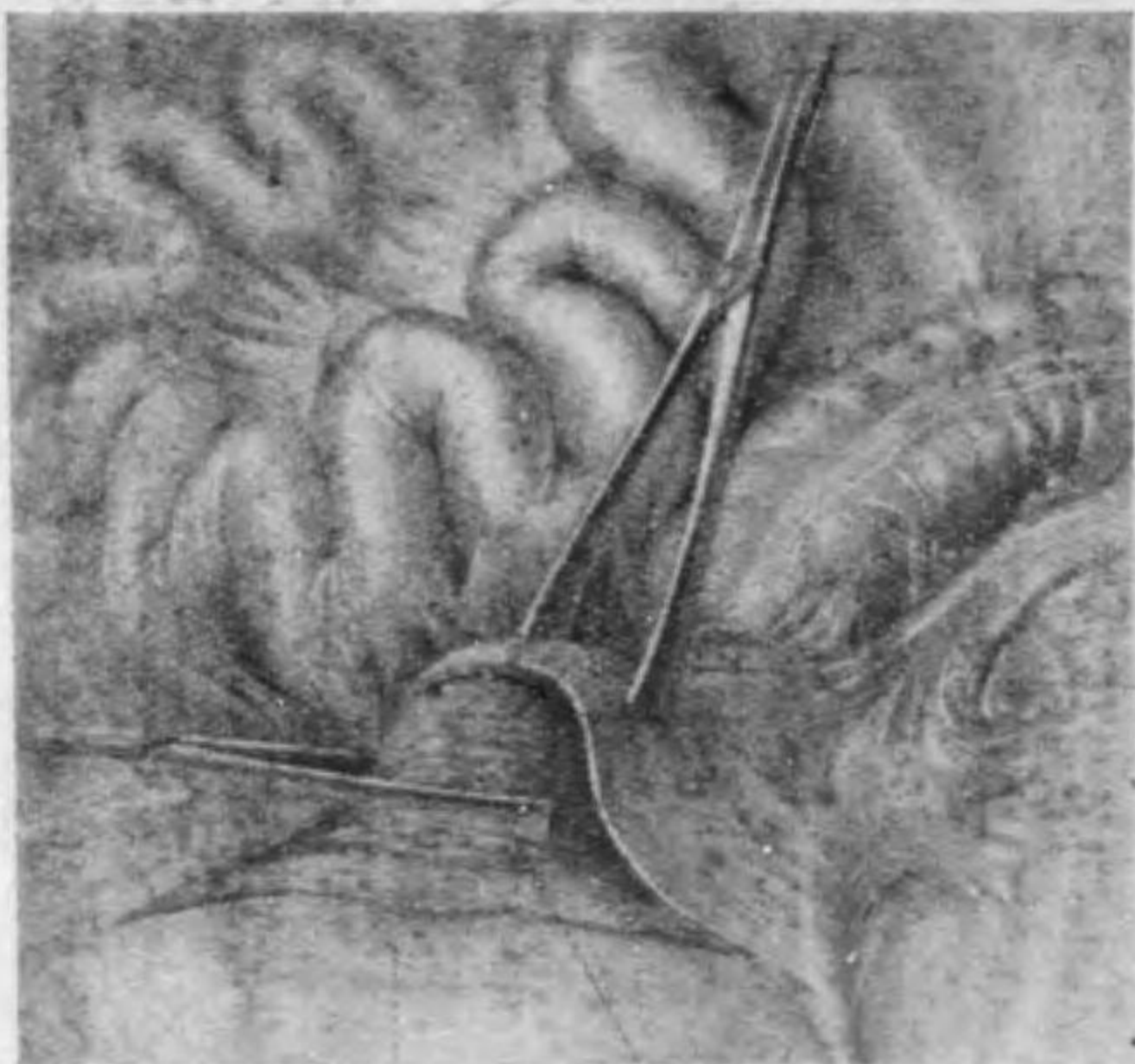
第一、垂直切半法 (vertical bisection, s. Hemisection uteri verticalis)

本法は子宮體には癒著なき場合に、行はるゝものなり。癒著を有するも容易に剝離し得べき場合亦同様なり。此際は子宮を損傷するも妨げなきものなる故、たゞ強靱なる癒著なりとも、其漿膜層を腫瘍に附著せしむる事によりて分離し得るなり。

4. 膀胱を剝離す。膀胱上部の腹膜を横切開し、膀胱を下方に剝離し頭部を露出す(第四百二十二圖)。

凡そ内子宮に於ける癒著は、子宮體の側方より、子宮動脈の根を以て解するに容易なり。子宮動脈の根を以て解するに容易なり。

第四百三十三圖 子宮の水平切半法 (リケ)



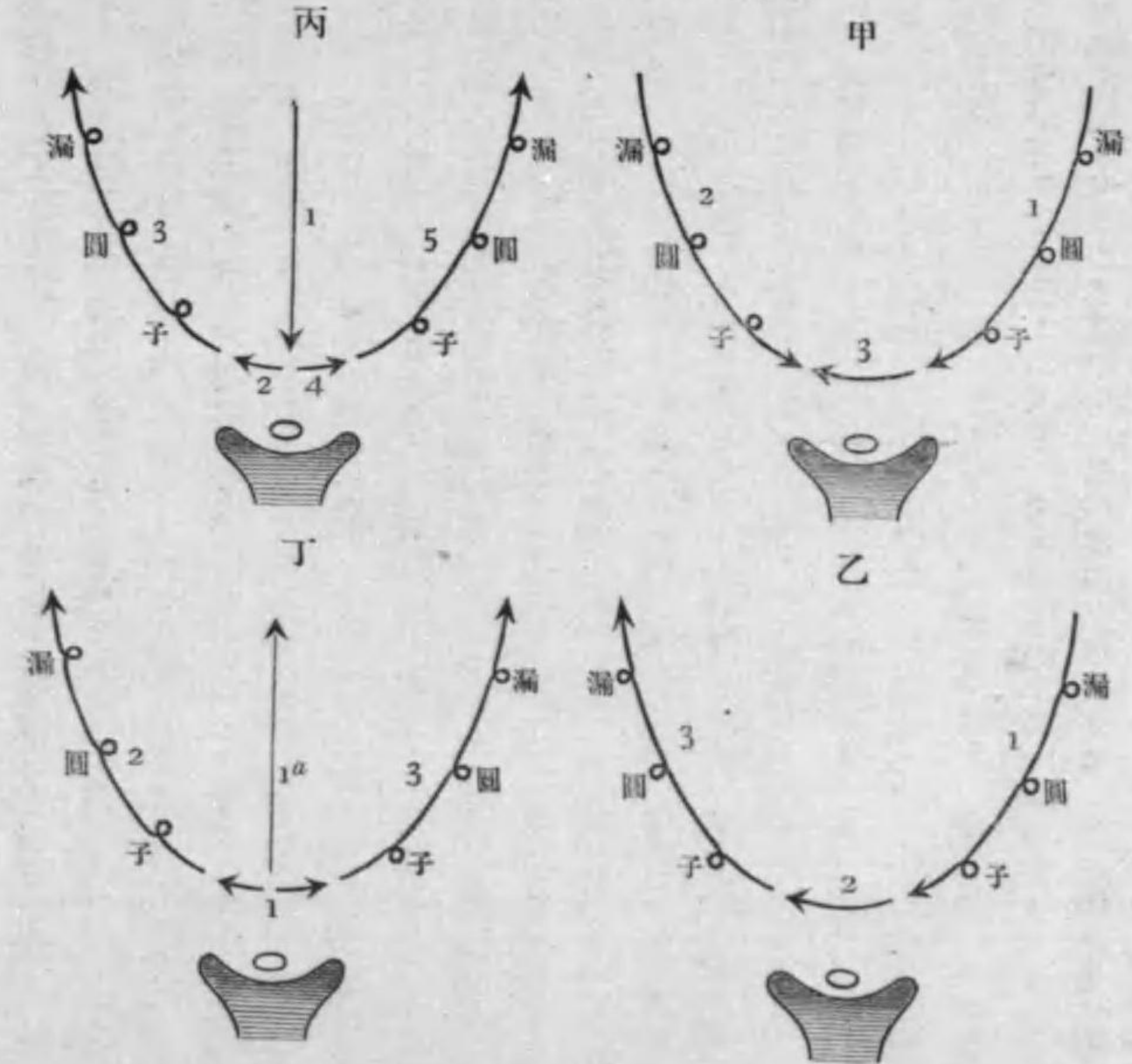
膀胱 面斷横部頭

第二、水平切半法 (horizontal bisection, Hemisection uteri horizontalis)

子宮底及び子宮後面が強き癒著義膜にて被せられたる場合に行ふ法なり。而して少くとも前面には癒著なきか、あるも容易に之れを剝離し得るものならざる可らず。膀胱を剝離し兩側子宮動脈を結紮し、露出せられたる頸部を前面より後面に向ひて横斷す(第四十三圖)。全く腔上部に切斷せられたる後は、下端に鉗子を置きて之れを前上方に牽引し、子宮後面を剝離しつゝ、下方より上方に向ひて子宮體を核出したる後、兩側に向ひて剝離を進行す。此際子宮體を下方より上方に向ひ切半し、第一の場合と同様に處置することを得べし。

喇叭管に於ける手術

第四百四十四圖 兩側附屬器と共に子宮上段の部を切斷するに便する型模圖 (ケリの圖を變化す)



(数字は操作の順序を示す) 漏(漏斗骨盤) 四(四割) 子(子宮) 甲(甲) 子宮の上部を切斷するに便する型模圖(ケリの圖を變化す) 乙(乙) 子宮の上部を切斷するに便する型模圖(ケリの圖を變化す) 丙(丙) 子宮の上部を切斷するに便する型模圖(ケリの圖を變化す) 丁(丁) 子宮の上部を切斷するに便する型模圖(ケリの圖を變化す)

子宮全別出を行ふ場合

フツレー氏法

手術の適應に就きて

以上は腔上部切斷をなす方法なるが、豫め膀胱及び直腸の剝離を充分にしたる後、子宮切開線を内子宮口に止めず、腔穹窿部を開き外子宮口まで延長することによりて、子宮全別出を行ひ得べし。此法は通常フツレー(Fune)氏法と稱す。腔「ドレナージ」に便するの利あるも、腔上部切斷の方遙かに單簡なり。

第五節 喇叭管妊娠の手術

喇叭管妊娠の未だ中絶せざるもの及び後半期に屬するものに對しては、直に手術的療法をなすべしと一般の認むるところなるも、妊娠初期にて既に中絶せるものに對する見解は人によりて一様ならず。左に綜合的に之れを敘述すべし。先づ二つの異なる場合を考へざる可らず。

(一) 内出血を起しつゝあるもの又は發作後間もなき場合。斯の如き新鮮なる場合直に手術によりて止血を計るべきか、又は元氣少しく恢復するを俟つべきかは異議あり。然れども喇叭管破裂に際して、往昔時を移すは出血の回復せらるゝ危険あるが故に、可及的迅速に手術すべきを至當とす。假令虚脱中にあるものにて恐るゝことなし。多く人の經驗によると殆ど脈搏を觸れ難き状態に陥れるものにて八〇乃至九〇%は手術によりて助け得るものゝ如し。破裂の際脈搏の微弱細小なるは、出血に因する腹膜刺激によるものなるを以て、手術後は再び恢復するを常とす。而して手術は極めて簡單にして短時間に終了し得るが故に、手術の危険よりも手を拱きて待つ危険の方遙かに大なりと云ふを得べし。

(二) 血腫を形成せるもの。幸に危険なく内出血を經過し、陳舊性となり、子宮後血腫又は喇叭管周囲血腫を形成せるものに對する見解も亦左の二派に分たる。

甲、診斷確定せば直に手術すべし。是れ血腫形成後と雖、引き続き大出血を起し及び不幸の轉歸をさ喇叭管に於ける手術

ること比較的屢なること及び血腫の化膿腐敗を見ること亦稀有ならざるが故に、是れ等を豫防すべく早期手術をなすべしと云ふにあり。ウェルトハイムの如きは血腫を一つの悪性腫瘍と看做すべしと云へり。

乙、先づ、**期待的に處置すべし**。血腫は吸収によりて全く治癒し得るものなるを以て、醫師監督のもとに先づ期待的に吸収療法を試み、経過を観察し、吸収甚しく遅々たるか、反對に増大し又は化膿腐敗の徴を認むるに及び始めて手術をなすべしと云ふにあり。

早期手術の豫後に就き憂ふべきところなき今日、強いて斯の如き消極的處置を採るの必要なく、**診断確定次第、直に手術的に剔出するを至當なりと信す**。

**甲 中絶したる喇叭管妊娠の手術**

新鮮なると陳舊なると及び流産と破裂とにより、多少操作を異にすも雖、其間大なる差なく、是れ等を總括して敘述するを便とす。

イ、**腹壁切開**。通常縦切開によるべし。殊に新鮮なるものにおいては迅速に出血部に到達するの要あるが故なり。通常腹膜を切開する以前に於て、暗赤色の血性内容を透見し、子宮外妊娠中絶の診断を確定し得るものなり。

ロ、**羅患側の検査**。新鮮なる破裂にありては、通常小骨盤内は血液を以て充たされ羅患側を知ること能はず。此際は先づ子宮體を觸知し、之れより兩側の附屬器に達し、其孰れが變化せるかを確むべし。陳舊なるものには大網、腸管等と癒著すること多きが故に、第一に之れを剝離したる後、羅患側を露出すべし。一般に血腫と腸との癒著は陳舊性のものと雖剝離し易し。

唯中絶後間もなき者は腹壁も消毒に注意せざる可らず。即なるべく器械的剝離を速くする爲め、消毒に注意せざる可らず。毒拭すべし。

ハ、**輸入血管の結紮**。剔出手術に著する前、先づ輸入血管を結紮すること最も肝要なり。是れ假令新陳性のものなりとも、手術中新たに出血する虞あるが故なり。子宮角に接して第一止血鉗子をおき、下方よりする子宮動脈の血行を絶ち、次に漏斗骨盤韧带に第二鉗子をおく。此第二鉗子の挿置は韧带を直接見得る場合は極めて容易なるも、血液にて隠蔽せられたる場合は觸覺によりて行はざる可らず。通常薦骨脚を觸れ、之れより骨盤輪に沿ひて手を進め腫瘍に移行せる索状物を探り、指の司配のもとに長き鉗子を以て之れを挟むなり。

新鮮なるものに於ては之れまでの操作は可及的迅速なるを要するも、輸入血行を絶ちたる後は悠々處置し得べし。

ニ、**血液又は血腫の除去**。新鮮なるものには、單に「ガーゼ」を以て血液を除去するにて足るも、血腫を形成せるものには、之れを鈍性に摘出せざる可らず。甚しく陳舊性にて被膜強靱なる子宮後血腫及び喇叭管周囲血腫は、其儘核出又は剝離し得べきも、然らざるものには被膜は容易に破壊せられ、凝血のすべては手を以て爬出し得るも、被膜のみは骨盤壁に癒著す。然れども強いてこれを除去する必要なし。ホ、**喇叭管剔出及び斷端處置**。喇叭管炎手術と全く同様に處置することを得。ヘ、**骨盤腔を清拭し**。腸及び骨盤壁に附著せる大なる纖維様義膜は烙白金にて切除し、通常腔へ「ドレナージ」を施すを可とす。

**〔附記〕喇叭管妊娠手術に際し他側喇叭管の處置に就きて**

一側の喇叭管妊娠の剔出手術を行ふに際し、他側の非妊娠喇叭管をも共に剔出するや否やの問題に關しては、幾多諸家の論難ありて一致したる結論を見ること能はざるも、保存説に傾くか又は除去説を唱道

するかの二つに別るゝなり。本問題の解決には種々論すべき點ありと雖、主として左の二項の調査を根據せざる可らず。

(一) 一側別出手術後、他側に子宮外妊娠を反復する頻度。

(二) 一側別出手術後、正規子宮内妊娠を營み得る頻度。

残存せる他側喇叭管に屢、子宮外妊娠の危険を反復せしむれば、直に保存説に反對し得べく、反之し多數に於て正規妊娠を營み得るものせば、除去説を贊するに躊躇すべきなり。

一側喇叭管妊娠手術後他側に同症を反復し、又は正規妊娠を營み得べきは當然の理にして、今日まで多くの報告を見るなり。今著者の助手富岡敏哉の内外文獻による統計調査によるに、反復の頻度は平均約六%にして、正規妊娠の頻度は平均約三〇%なり。之れに由つて觀るに兩者の比は約一と五なり。而して手術時の他側喇叭管所見は多數に於て軽度の肥厚又は癒着を見たりと云ふ。

著者の方針

一、年齢又は其他の關係よりして、全く爾後の正規妊娠を要せざるものに對しては、反復の危険を顧慮して他側喇叭管を變化の有無に關せず除去すべし。進んで子宮別出術を至當とす。

二、爾後の正規妊娠を切望するものに對しては、他側附屬器に甚しき病的變化なき限りは之れを保存すべし。何となれば正規妊娠の可能率は比較的大なるものなればなり。

三、他側の附屬器に著明の變化ありて、到底妊娠の望なきものは、共に之れを別出すべし。

以上は最も屢、遭遇する喇叭管峽部及び漏斗部の妊娠に就きて敘述せるものなるが、其他間質性喇叭管、妊娠にては分離別出困難なるが故に、常に子宮と共に別出し(腔上部切斷術)、廣韧带内又は偽廣韧带

内に腫瘍を形成せるものにては卵巣腫瘍と同様に處置し得べし。

### 乙 中絶せざる喇叭管妊娠

妊娠初期に屬するものは喇叭管別出術と異なることなし。妊娠末期に屬するものにて、尙胎兒生存せる時は、先づ胎囊を開き胎兒を出したる後、喇叭管を胎盤と共に別出す。胎兒死亡せる時は胎囊を切開することなく其儘に別出を行ふ。

### 第六節 喇叭管切除術 (Resektion der Tuben)

喇叭管切除術の主なるものは喇叭管開口術と喇叭管避妊術の二なり。

#### 甲 喇叭管開口(又は疎通)術 (Salpingostomie)

炎症性變化の爲めに喇叭管の剪線端互に癒着し、終に腹口を閉鎖せるものに於て、喇叭管壁の一部を切除し、再び腹口を形成する方法なり。此手術は不妊症を主訴とせる婦人に對し、腹式に内生殖器の癒着を剝離せる際偶然に行はるゝものなり。其方法は極めて單純にして、盲狀に終れる喇叭管端より凡そ圓形の組織片を除去したる後、細き腸線を以て腹膜面と粘膜炎とを環狀に縫合するな

第百四十五圖 喇叭管開口術 (シマプーリ)



喇叭管に於ける手術

左圖 腹口閉塞せる喇叭管 (點線は切除せらるべき部を示す) 右圖 切除後縫合を終りたる状態

り(第百四十五圖)。多くの人の經驗に徴するに、斯くして再び疏通せられたる喇叭管より妊娠し得るやは疑はしきものなれども、時に成功せる例ありと云ふ。奏效の如何は、喇叭管變化の程度に關するものにして、著しき變化を起せるもの、又は喇叭管水腫に應用するが如きは全く無意味なりと云ふべし。喇叭管壁厚くして内容の疑はしきものに對して、徒らに本手術を行ふは、時として腹膜傳染を誘發する虞れあり、注意すべし。

乙、喇叭管遊妊術 (Tubeterisation)

妊娠なる變化が健康と生命とに危害を及ぼすと認めたる場合、不妊症を得んが爲め喇叭管腔を不通ならしむる方法なり。其適應となるべきものは數多ありと雖、吾人が最屢遭遇する肺結核症、腎臟炎、心臟病及びシャウター氏脫垂手術の場合なり。

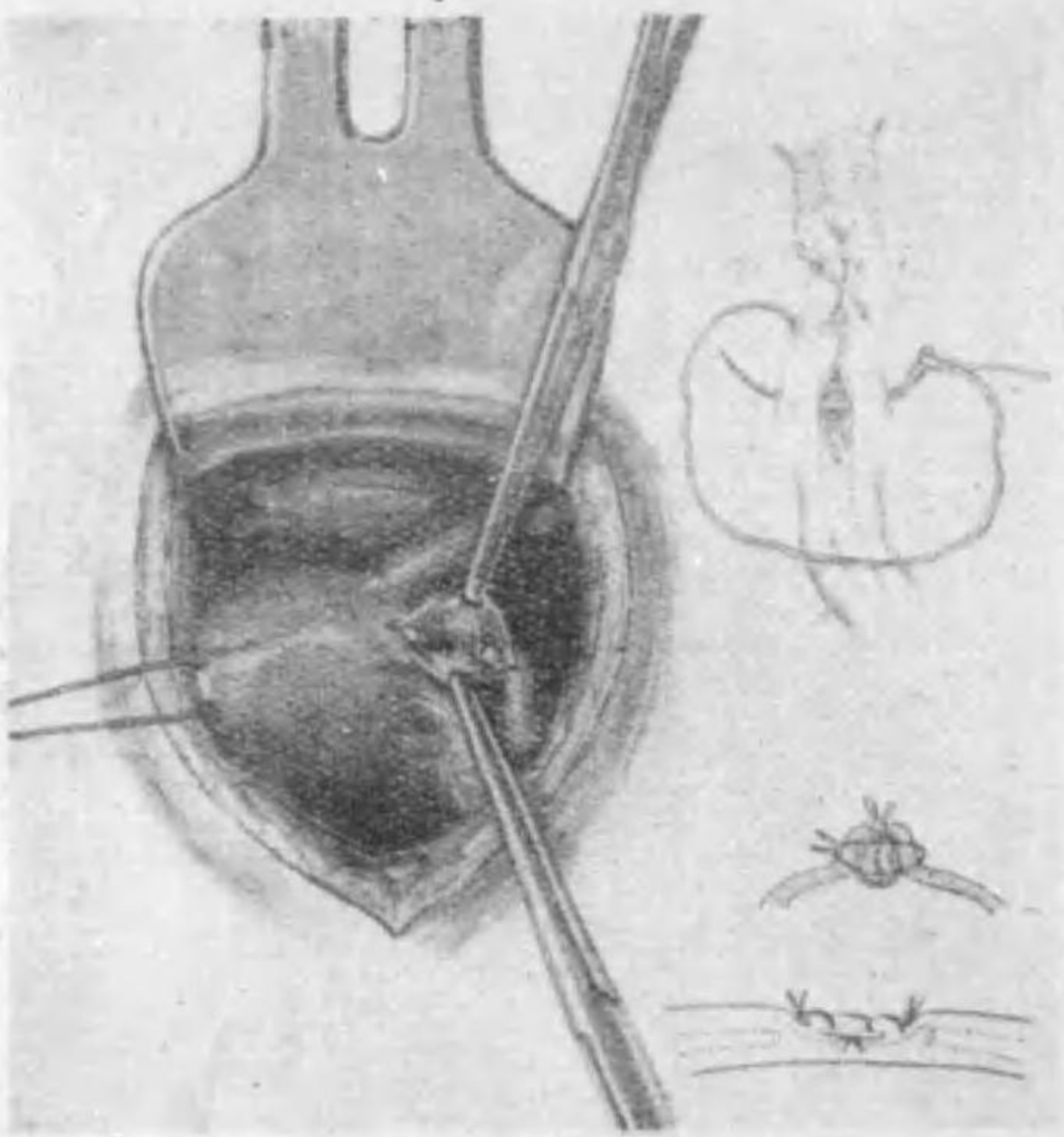
術式には種々あれども、單純に絲を以て結紮し又は二箇所を結紮し其間を切斷するのみにては、管腔の完全なる閉塞を得ること難く、斯くしても尙妊娠せる例の報告は稀有ならず。故に是非共喇叭管の一部を切除せざる可らず。而して切除法に對する條件としては、單に確實なる閉塞を必要とするのみならず、止血に用ゐたる結紮による斷端の壞死を免るべき方法を講せざる可らず。故に單に隔りたる二箇所を結紮し、其中間部を切除するは不可なり。著者は最も優秀なる方法としてリープマンの術式を紹介すべし。

リープマン氏法

イ、開腹。子宮底露出。單獨に本手術を行ふ場合には腹式なるを要せず、腔式を最も適當とす。若し腹式による時は小なる横切開にて足る。腹膜切開後子宮底を露出し子宮鉗子を以て固定す。腔式の場合には卵巢固有靱帯を長きコッヘル鉗子にて固定すべし。子宮體を鉤鉗子にて把持すべからず。是れ容易に出血

し其處置に類はざるゝが故なり。  
ロ、腹膜被包を切開し喇叭管を遊離す。小尖刀を以て子宮端より一・五乃至二・〇釐の淺き切開を加へて喇叭管を被ふ腹膜を開き、創縁を止血鉗子にて固定し、喇叭管のみを鈍性に遊離せしむ(第百四十六圖一)。

第百四十六圖  
喇叭管遊妊術  
(シマプリー)



一、腹膜を切開し喇叭管を切除す  
二、腹膜の縫合部を横断面  
三、同上縦断面  
四、同上縦断面

喇叭管を被ふ腹膜を開き、創縁を止血鉗子にて固定し、喇叭管のみを鈍性に遊離せしむ(第百四十六圖一)。  
ハ、喇叭管切除。遊離せられたる喇叭管を一乃至一・五釐切除す。(同上)  
ニ、腹膜縫合。細き腸線を以て纏絡縫合す。結節縫合によるも妨げなし(同圖三)。  
ホ、閉鎖を二層確實に

す。腹膜縫合により喇叭管は全く不通となるも、閉鎖を一層確實ならしむる爲め、上圖(三)(四)の如き縫合をなす。即切除せられたる部に喇叭管の縦徑に一の結節縫合を加ふるなり。

喇叭管に於ける手術

此リープマン氏は閉鎖の確實なること及び血管多き喇叭管間膜を損傷せざるが故に出血少なく、單に以上の纏絡縫合にて止血し得、且斷端の壊死を免れ得る等の特點を有するなり。

# 婦人科手術終

## 索引

イムラツハ氏脂肪球	一八二	牛環狀線	九	へ	經會陰縫合術	一六一	
陰核脊側神經	四九	に		ヘー子氏「カンフル」油腹腔内注入法	二二	經脫垂手術	一五九
ろ		妊娠	二七	鑿分剝法	二〇	腔上部切斷術	一五
漏斗骨盤韧带	九	卵巣囊腫と妊娠	二七	鑿狀切開整形法	二〇	恥骨縫際上筋膜横切開	一四
瘻管(腹壁及陰壁)	二七	子宮筋腫と妊娠	三二	に		腸骨鼠蹊神經	一五
ローソン、テート氏法	二六	ほ		ドレリー氏手術	一五	中線切開法	一五
は		縫合法	二四	トレンデレンブルヒ氏尿瘻手術	一五	腸線の消毒法	二
排膿法(ドレナージ)	二五	縫合針	二六	トレンデレンブルヒ氏膀胱内手術	一八	り	
腹壁排膿法	二五	縫合線の消毒	二	手術	一八	離破架	二三
瘻排膿法	二七	綿帯交換	三三	東條氏支腸器	三	を	
抜糸法	二三	綿帯液	三三	鈍針	三	横腹筋膜	七六
八皮形切開法	二三	膀胱損傷	七〇、七二、七三	ち		横切開法	七六
麥粒針子	二〇	膀胱子宮膿瘍	七九	直腸腔閉鎖門閉鎖法	一六	横切開の得失	七六
パクレン氏烙白金	二〇	傍脛靜脈	九	直腸損傷	一六	か	
缺	六	硼酸「グリスリン」液	二五	腸管損傷	七、八	女結節	一八
パンテンスチール氏横切開	六	防禦縫合	二〇	腸管閉鎖用籠	七	か	
パンテンスチール氏腹腔内注入法	二四	補助切開(シュツハルド氏)	七	腔閉鎖術	一六	開腹術	八七

開腹術	三〇
腹式開腹術	三〇
縦切開法	三〇
横切開法	三〇
種式開腹術	三〇
前庭開腹術	三〇
後庭開腹術	三〇
開放療法	三〇
階段縫合	三〇
海綿鉗子	三〇
外陰部動脈	三〇
外精系動脈	三〇
外精系神経	三〇
各層縫合	三〇
下行的別出法	三〇
下痔神經	三〇
肝圓韧带	三〇
乾燥縫合法	三〇
「カンフルオレイン」油	三〇
間質性筋腫	三〇
よ	三〇
沃度丁澱粉法	三〇
腰髄麻酔法	三〇

索	三〇
引	三〇
対角縫合	三〇
斷端(子宮腫部)の處置	三〇
後腹膜處置	三〇
腹膜外處置	三〇
腹膜内處置	三〇
れ	三〇
レオホルド、チエルニール氏腹	三〇
壁固定術	三〇
連續縫合	三〇
連續的横行切斷法	三〇
そ	三〇
攝脛術	三〇
子宮内膜攝脛術	三〇
子宮頸部縮攝脛術	三〇
後産道殘ノ手術	三〇
創鉤	三〇
側切開	三〇
早期起立(離床)	三〇
早期體位變換	三〇
組織切除整形法	三〇

た	三〇
尾樓	三〇
結腸外縫合	三〇
ね	三〇
内精系動脈	三〇
卵巣動脈ヲ見ルベシ	三〇
ら	三〇
喇叭管ノ手術	三〇
喇叭管割出術	三〇
喇叭管炎根治的手術	三〇
喇叭管妊娠	三〇
喇叭管開口術	三〇
喇叭管癒好術	三〇
烙鐵	三〇
烙針穿刺法	三〇
卵巣動脈	三〇
経路	三〇
結紮法	三〇
卵巣挙提術	三〇
卵巣弓	三〇
卵巣腫瘍	三〇
腹式割出術	三〇

二九〇	三〇
種式割出術	三〇
廣韧带内腫瘍	三〇
悪性腫瘍	三〇
化膿性腫瘍	三〇
く	三〇
クレーニツヒ氏練習療法	三〇
クレーニツヒ氏子宮痛姑息的	三〇
手術	三〇
ま	三〇
麻酔法	三〇
腰髄麻酔法	三〇
皮下注射的麻酔法	三〇
局所麻酔法	三〇
吸入麻酔法	三〇
鷲骨麻酔法	三〇
け	三〇
頸部痛腫	三〇
桂皮水	三〇
結紮法	三〇
結紮縫合	三〇
結節間横切開	三〇
月經と手術	三〇

ケリー氏法	二九
外科的結節	二九
減張縫合	二九
減張切開	二九
ふ	二九
附屬器腫瘍	二九
フリッツ氏膀胱剝離法	二九
フラン、ホーク氏輸尿管疊積法	二九
フランツ氏輸尿管膀胱吻合術	二九
フクロレール氏法	二九
腹壁瘻瘻脱腸	二九
成因及豫防法	二九
手術	二九
腹壁瘻瘻	二九
腹壁固定術	二九
腹膜炎	二九
腹膜下「ドレナージ」	二九
腹膜内「ドレナージ」	二九
腹式開腹術	二九
副卵巣腫瘍	二九
フクシン溶液	二九
フアルレー、ワルダイエル氏線	二九
フニールプリンゲル氏消毒法	二九
分離結紮	二九

分別縮小法	二九
高位切斷法	二九
骨盤高位	二九
腰髄麻酔時	二九
手術時	二九
後膀胱腫瘍	二九
後庭開腹術	二九
誤給膏	二九
鼓脹	二九
後療法	二九
硬膜外注射麻酔法	二九
「コアゲレン」	二九
交叉結節	二九
廣韧带内筋腫	二九
え	二九
會陰縫合術	二九
會陰破裂	二九
會陰神經	二九
柄付き「ガーゼ」	二九
圓鞘帯	二九
局所解剖的關係	二九
圓鞘帯動脈	二九

て	二九
圓鞘帯の廣韧带内短縮法	二九
エンメット氏手術	二九
纏絡縫合	二九
「アガス」	二九
手袋	二九
使用の利害	二九
「マリヤス」手袋	二九
「ゴム」手袋	二九
あ	二九
「アドヒレン」	二九
壓迫繩帶	二九
アレキサンダー、アダムス氏	二九
手術	二九
「アンニントン」氏縫合法	二九
さ	二九
膀胱腫	二九
再開腹術	二九
砂囊	二九
き	二九
基本繩帶	二九

二九一	二九
ギリアマ氏手術	二九
巨大筋腫	二九
偽結節	二九
「キユレットマン」	二九
球鉗子	二九
「キセロホルムガーゼ」の製法	二九
金屬線	二九
筋腫	二九
筋腫穿通器	二九
ゆ	二九
輸尿管	二九
局所解剖的關係	二九
子宮動脈との關係	二九
手術	二九
輸尿管膀胱吻合術	二九
輸尿管縫合法	二九
輸尿管損傷	二九
輸尿管閉塞法	二九
輸尿管腫瘍	二九
有鉤鉗子	二九
み	二九
ミヘル氏創鉤	二九
ミクリツツ氏排膿法	二九
ミュラー氏鉗子	二九







## 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)  
下谷(四〇七九番)

## 醫科器械 目録

弊店醫科器械類の發賣に従事仕候てより日尙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)  
下谷(四〇七九番)

56  
141

終

