

して腹壁を開き、左右両側の卵管を糸にて結紮し、然る後各側の子宮を漸次下方にたぐり前腔圓蓋部に到り、この部に切創を加えて子宮腔部を露出翻轉せしめ、両側子宮口から第1實驗と同量の P³²を卵管部迄注入し、兩實驗結果を比較したところ、前者においては3分にして尿中カウントの増加を認め、時間の経過と共に著しく増加を示したが、後者では注入後10~15分にして始めて尿中カウントが僅かに増加し始めたに過ぎず時間の経過を経てもそれ以上著明なる増加は認められなかつた。

本法を當教室を訪れた患者にして、卵管通過性検査法を必要とした者につき實施し、從來の卵管造影術及び開腹手術所見と對比したところつぎに示す成績をえた。65例について卵管造影術と對比したところ、不一致率は9.24%であり、そのうち17例について開腹所見を對比したところ不一致率は11.76%であつた。なお卵管造影術と開腹手術所見と對比した21例については卵管造影術の不一致率は14.28%であつた。

なお全症例について副作用を認めた者はなく、放射性同位元素混合液による腹膜の刺戟作用も臨牀的並びに動物實驗的に認めえなかつた。以上より本法は卵管通過性成績判定法として他法より明瞭かつ科學的眞實性が大きく、短時間のうちに簡単に副作用なく行いうるものであることを知つたが、かくの如き方法は未だ文獻にもその類をみず敢て Radiotubation と稱して紹介する次第である。

46. 腔式子宮全剔除の臨牀的並びに實驗的研究—248例—

(札幌大) *明石勝英, 中島眞一郎,

伊澤更兒, 小六義久, 本間勝男, 伊藤道哉,
安藤嘉明, 田口政俊, 竹林哲夫, 堀千鶴子,
麥倉 元, 山本健三郎, 種田卓郎

I. 本邦における子宮剔除術式採用の現況

子宮剔除に對し如何なる術式が本邦において採用せられるかの状況を全國大學教室30カ所、公立大病院3カ所、計33カ所の調査によれば、

1) 昭和21年1月~昭和30年12月(10カ年間)に子宮剔除總數 15387例、うち、腹式全剔除6557例(43%)、腹式腔上部切斷術7883例(51%)、腔式子宮全剔除 947例(6%)である。

2) しかるに、昭和30年1カ年では子宮剔除總數2343例、うち腹式全剔除1081例(46%)、腹式腔上部切斷術954例(40%)、腔式全剔除 328例(14%)である。

以上より近時、腹式術式にても全剔除の方が腔上部切

斷術よりも頻度を増加している。これら腹式剔除86%に對し、腔式全剔除は14%を占めて、著しく腔式全剔除に對する關心が昂れるを知る。

II. 腔式子宮剔除の臨牀的觀察

1) 札幌醫科大學産婦人科教室における腔式子宮剔除總數 248例(昭和30年2月~昭和32年1月)あり、同期間中の腹式全剔除:腹式腔上部切斷術:腔式剔除の比率は38%, 8%, 55%となる。

2) 手術適應症:

子宮實質炎31例, 出血性子宮症 18例, 子宮體部癌 4例, 悪性子宮絨毛上皮腫 3例, 子宮脱11例, 子宮筋腫(うち妊娠子宮筋腫 5例を含む) 177例, 計248例

3) 腔式子宮剔除の術式:

主として上行性剔除を行つた。單純剔除 141例, 縦切(切半)+核出術21例, 縦切(切半)+核出術+分割術 81例, 残存腔部斷端剔除 5例, 計 248例

4) 剔除子宮の重量(計量せるもののみ):

200g以下(鶯卵大) 129例, 300g以下(手拳大) 24例, 400g以下(新産兒頭大) 34例, 500g以下(小兒頭大) 17例, 600~850g(人頭大) 17例

5) 附帯手術:

腔壁整形, 舉筋縫合および附屬器剔除86例

6) 既往開腹術:

腹式開腹術44例, 腔式卵管結紮術 8例, 子宮間置術 1例

7) 手術副損傷:

尿管損傷 0例, 膀胱 2例, 直腸 1例, 術後出血 4例(骨盤壁出血 3例, 附屬器斷端結紮滑脱出血 1例), 血尿 4例

8) 術中出血量(重量法):

平均 155g

9) 罹患率:

尿路および呼吸器系10%, 術後出血 1.7%, 發熱(感染) 22.6%, 計34.3%, 死亡1例 0.4%なり。

10) 術後疼痛寛解:

8時間以内74.5%, 8~12時間21%, すなわち12時間以内に寛解せるもの97%で、疼痛は主として腰痛のみのもの多し。クロールプロマジン劑は、かかる疼痛緩解効あり。

11) 術後排氣時間:

24時間以内62%, 同期間に行える腹式全剔除にては8%に過ぎぬ。

12) 自己起床並びに歩行:

術後24時間以内に自己起床せるもの65.3%，歩行せるもの40.6%，また48時間以内に起床せるもの81.3%，歩行せるもの72.6%なり。

13) 在院日数：

最短退院者術後6日2例あり。15日以内74%，21日以内96%，最長25日なり。

Ⅲ. 実験的研究

1) 血糖値：

手術中上昇するが腔式にては術後4時間で大部分術前値に復するが、腹式にては20時間を要せり。

2) 17K S 値：

腹式では術後8～9日に術前値に復するに反し、腔式術式にては術後5日である。

3) ウロペプシン値：

その増加率は腹式では165%なるに、腔式にては120%に過ぎぬ。

4) 血清蛋白：

血清蛋白およびその分割の変動に関する腔式および腹式の間の差違に関しては、なお検討の要あり。

5) クロールプロマジン劑：

鎮静効果の外に、血圧変動を抑制し、家兎の脱血試験にては強力なる低ショック作用あるを知る。

以上、腔式術式は腹式術式に比して実験成績によれば侵襲度の少きを知る。

47. 子宮外妊娠の腔式手術

(鎌倉市) 矢内原啓太郎

外妊の様相は千差万別で手術の難易も卵管膨大部妊娠初期の平易なものから、腹腔妊娠末期の極めて困難なものまで一様には論じ難い。軽症例では腔式手術もまた可能であることについて演者は1953年既報したが、今回は実験26例について報告する。材料は1950～1956年に演者の施設に收容された外妊のうち比較的劇症でない者のうちから選擇した。手術順序は軽症では概ね洗腸し前麻にラボナ4～5錠を術前30分に頓用、麻酔は腰麻をL₁～L₂ 0.5% Nupercain 1.5～2.0ccにV.B₁ 10mg, 1.0ccを混じり必ず側臥水平位で行う。外陰及び腔消毒後矢田式腔鏡を用い、矢内原式腔鏡固定器で固定。助手は1人で足りる。後腔圓蓋を縦または横切開し腹腔を開き、長壓抵鉤を腹腔に入れ兩示指で切創を擴げ長い腔鏡瓣に交換しこれを腹腔内迄進め、腹腔内の血液及び凝血を除き、術前のレ線写真のあるものはその所見を参考に患側卵管を止血鉗子で捕え同側卵巣を残し卵管患部を切除。對側附屬器を検査、止血を確めて後腔創は1次的に縫合閉鎖

し原則として腹腔内にドレインを入れない。年齢は22～30歳11例、31～40歳13例、40～43歳2例、妊娠部位及び中絶状態は卵管膨大部22例、峽部4例、右15、左11、卵管破裂8例、同流産1例、同中絶未遂17例、腹腔内出血量は極めて少量から200cc迄、平均63cc、中絶卵管周囲に血腫を形成していたもの7例あり。終經から手術迄の日数は18～40日6例、41～60日15例、61～80日4例、110日1例、M±6=51.1±17.3日、手術までの出血日数は0～3日7例、5～8日5例、11～22日10例、33～48日4例、M±6=13.4±11.4日、對側卵管を同時に結紮したもの14例、同側または對側卵巣腫瘍を同時に摘除したもの4例あり。再發手術2例あり1例は前回は腹式手術、1例は前回は腔式手術されたものであつた。手術時對側卵管及び卵巣を健全に残した8例のうち1例は2年後に再發し、1例は6カ月後正常妊娠した。手術所用時間は19～30分15例、31～40分4例、41～50分2例、51～60分4例、80分1例は癒着のため患側卵管捕捉に時間を要したものであつた。M±6=37.2±12.2分、手術後在院日数は3～22日でM±6=7.2±3.5日、術後合併症として胸膜炎1例(在院14日)、骨盤腹膜炎1例(在院22日)の他は總て順調で4～9日で退院し手術失敗例及び死亡例は無い。同期間に腹式に手術した外妊は12例あり全外妊手術38例中68.4%，26例が腔式手術に當る。これはSederl(1954)が全卵管妊娠手術192例中、26.5%51例を腔式手術し3例を失敗し原則として腹腔内にドレインを置くのとは趣を異にし、手術数においては比較すべくもないが早期發見の軽症外妊中には腔式手術可能例も相當あり腹式手術に比し在院日数の短縮と術後の苦痛軽減を期しうると共に手術の選擇には慎重たるべきを示すものと考えられる。

48. 卵管壓挫力に関する研究

(盛岡日赤) *佐藤文雄, 船山賢一, 山高弘毅, 松田 勳

卵管壓挫に使用する①卵管壓挫器と②5種の鉗子を選び、その緊縮に要する力を測定し、更に家兎卵管に及ぼす組織學的影響を觀察した。

鉗子の一側(b)を固定し、他側(a)に細線をつけ、ばね秤に連結し、さらにばね秤の他端を細線に連結、この細線を廻轉棒(c)に結び、(c)を靜かに廻轉することにより鉗子の(a)が(b)に咬合する瞬間の秤の目盛を目讀し、咬合部の3段をそれぞれ咬み合い始める順に測定した。(附圖省略)

しかして①所謂卵管壓挫器の咬合部に生ずる力は平均