

1 回量, 500 γ (表面皮膚量)

間隔, 1 日おき, 毎回照射野交代

回数, 9~11回宛

總計, 500 γ $\times$ 2 (野) $\times$ 10 (回) = 10,000 γ (7~8週以内)

このような条件を選んだ理由は本法によれば, 照射技術が簡単であること, 短期間内にかなり大量のガンマー線を骨盤内に均等に投与しうること, 病巣量の計算が簡単であることなどによるものである。照射の症例は進行癌を主とする15例であるが, その経過の概要はつぎのごとくである。

(2) 病巣効果: 治癒効果の判定には, 子宮頸部局所病變の改善を目標とし, 従つて局所照射は全然行わなかった。上記の条件による照射では病巣量 5,000 γ 前後と考えられるが, 照射終了後 3~4 週間で, ほぼ治癒状態を呈するものが多い。

(3) 全身障害: 照射前, 衰弱, 貧血などのあるものには, 輸血などを行つて一般状態の改善に努めたためもあるのか, 本照射による宿醉, 全身障害などは概して軽度であつた。

(4) 膀胱, 直腸障害: 概して軽度でこのために照射を中止したものはない。

(5) 皮膚障害: 皮膚障害は一般に少ないとせられているが, 前方散亂のため皮下数mmの部位に最大量が集まるので, この部の障害を重視し早期障害のみでなく晩期障害についても充分な検討を行つた。すなわち皮膚障害として一般に第Ⅲ~Ⅳ回目の照射後頃から照射野皮膚の異常感を訴え, 第Ⅶ回目頃から毛嚢炎をきたし, 毛根部の腫脹を認める。これはもちろん皮膚表面より少しく深い毛嚢部位が始めに侵されるためによるものと思われる。その後乾燥皮膚炎の状態が次第に強くなり, 一部小水疱化して, 濕性皮膚炎に移行するところまでを限度として照射を中止した。しかし照射後も皮膚障害が更に意外に進行し, 廣汎な濕性皮膚炎乃至難治の潰瘍を形成したものもあつた (3例)。この場合の表面皮膚量は外側から 4,500~5,500 γ , 内側 (反対側) から約 1,000~1,500 γ , 合計6,000 γ 前後と推定せられ, 多くは 2~3 週後, 脱毛, 色素沈着を残して治癒するが, 時には後に重感, 浮腫, 色素缺損などを残すものもあり (3例), または癰痕性攣縮のため上腿部の伸展運動が障害せられたものもあつた (1例)。

(6) 結論: Co^{60} 遠隔照射では線の性質上, 被照射皮膚はかなり大量の線量に堪えることが出来るが, 障害

部位が皮膚表面より少しく深部にあるため, 外表所見に比して, 障害が意外に進行しうる點は特に重視しなければならない。従つて短期間内に病巣量 5,000 γ 以上を投与したい場合には, 4 門以上の照射野をとるか, または移動照射法などを採用して, 皮膚障害を豫防することが必要である。

122. 超軟 X 線による子宮腔部癌の治療

(公立學校共済關東中央) *坂元正一, 佐藤 弘
河合信秀

1) 超軟X線發生裝置 SOFTEXB 型に, 余らの考案した硬質ガラス製體腔管 (直徑 1, 2 及び 3 cm, 長さ 15 cm, 及び 20 cm, 管壁の厚さ 1.5 mm) を装着したものをを用い $\frac{1}{2}$ ~1 カ月間ほかの治療が無効であつた子宮腔部癌患者 82 例に對し, X 線治療を試みた。

2) 照射条件:

電源電壓	100 V
2 次電壓	18 KV
管電流	8 mA
1 回照射量	210~420 γ (45 秒~1 分 30 秒)
照射間隔	主として 24 時間
總照射回数	1~18 回
總照射量	210~5260 γ

3) 治療に先立ち, 體腔管先端における線量を Siemens Universal Dosimeter で測定し, 電源 100 V, 管電流 8 mA (18 KV), 體腔管 (長さ 30 cm), 直徑 3 cm, 2 cm, 1 cm のとき, 夫々 210 γ /m (電源接續直後 189 γ /m) 210 γ /m, 199.5 γ /m であること及び體腔管外にはそのいずれの位置においても X 線の透過漏出のないことを確めた。また 5, 9, 20 mm の厚さを有するコロンビアパスタファントームに吸収させた後の線量を測定し, それぞれ 28 γ /m, 14 γ /m, 3.5 γ /m なることから, 本 X 線は卵巣に對し何ら悪影響を及ぼさないことを確認した。

4) 治療成績

82 例中, 照射終了直後, 著効 11, 中等度有効 30, やや有効 19, 無効 17, 増悪 5 例であり, $\frac{1}{2}$ ~2 カ月後の成績では, 著効 25, 中等度有効 20, やや有効 16 例と好轉した。

なお治療前後における組織切片検査の結果も治癒の傾向を示した。

5) 照射中及び照射後に, 全身状態, 血液像, 血沈値, 性周期への影響はみられなかつた。

123. 超軟線による子宮腔部癌の治療について

(日大) 橋爪一男, *沼部元夫

超軟線照射による子宮腔部癰爛の治療についてわれわれは先に第15回日本産婦人科学會關東連合地方部會總會において報告を行つたが、例數も少く研究内容も充分といえない状態であつたが、その後さらに多くの例數をえて研究を重ね優秀な結果をえたので報告する。

子宮腔部癰爛の放射線療法に關して、1932年 Schaefer u. Witte が體腔レ線照射の効果を述べてより、本邦においても今井、篠田、濱田らの認むべき報告がある。

われわれは子宮腔部癰爛が比較的表在性の疾患であることから、この疾患部にレ線を集中し、他の深部組織に傷害を與えてはならぬことを考え、體腔レ線より波長の長い所謂超軟線の有効かつ無害であることに想到し、これが研究を開始した。われわれの使用せる超軟線發生裝置は管球の陽極にタングステン板を用い、厚さ $\frac{1}{30}$ mm のマイカを有する特殊管球で、低電壓でも極めて多量の超軟線がえられ、必要に応じて質及び量が調製される様になつてゐる。治療にあたり必要とする線質及び線量をうるために、日大放射線科の超軟線測定器を使用し、實驗の結果つぎのごとき5條件をえた。すなわち

1) 10K.V. 3 mA. 4 min. 48r. 2) 10K.V. 3 mA. 8 min. 96r. 3) 15K.V. 3 mA. 1.5min. 48r. 4) 15K.V. 3 mA. 3 min. 93r. 5) 20K.V. 3 mA. 2 min. 100r である。

治療の對象として、日大板橋病院産婦人科外來の患者で子宮腔部癰爛以外の疾患を比較的有しないもの60例につき1週1回照射を行つたが、照射前に全身状態、血液所見の検査を行い、照射部の切片を採り、毎回單純洗滌分泌物検査を行い、最終回照射後再び全身状態、血液所見の検査を行い、治療部の切片を採つた。また問診により照射前後數カ月に及び性周期の調査を行つた。最も有効と思われた條件は、20K.V. 3 mA. 2 min. 100r の場合で總回數5回、總量 500r で何れも癰爛は消失している。組織學的検査には前記切片を10%フォルマリン液で固定し、H・E染色を行い、照射前後を比較検査を行つたが、炎症性變化の消失は極めて良好で、また扁平上皮の復歸をもたらすに良結果を認めた。

一方全身状態では體重など變化なく、血液所見として血色素量、赤血球數、白血球數ともに悪影響はなく、分泌物は癰爛面の縮小とともに少くなつてゐる。月經に關しては特別な變化を認めずに數カ月を過している。

われわれはこれらの成績より、超軟線照射治療が他の治療に比して極めて優秀な結果を子宮腔部癰爛に對して現わすことを確信した。

124. カンジダ症の診斷法について

(順天大) *水野重光, 吉元昭治, 辻 邦宏,
吉川 榮, 小川安正, 長峰敏治,
木ノ上豊, 高山俊典

産婦人科領域カンジダ症の定型的症状を示すものの臨牀診斷は比較的容易であるが、症状の紛わしい場合も少なくない。Candidaが腔内から發見されても直ちにカンジダ症と診斷しえないことは當然だが、臨牀症状を示す場合、確診をうるには Candida 證明は絶対に必要である。カンジダ症様の症状は軽度のものならば Candida 以外の真菌によつて起らないとはいえないし、また本症が必ずしも同一種類の Candida のみにより起るとは限らないから、厳密には類似真菌との鑑別、Candida の種類決定などの真菌學的検査法も必要となつてくる。

抗生物質の發達に伴い Candida に關する研究も進歩したが、未だ不明確な點も少なくない。われわれは從來慣用されている検査方法を再検討し、かつ新しく1, 2の方法も試みたので、こゝにわが領域カンジダ症診斷に關するいくつかの方法をとりあげ、それぞれ實驗成績に基づき意見を述べたい。

(1) 腔内容直接檢鏡：分芽胞子だけで、偽菌系の證明されない場合はCandidaと切り切ることとはできない。

(2) 分離培地：Sabouraud ブドウ糖寒天、ストレプトマイシン加 Sabouraud 培地、麴寒天、Littman (O S C V) 培地などのうちいずれが分離培地として適當であるか。腔内容を検査材料とする場合は、Sabouraud ブドウ糖寒天を使用して一向差支えない。

(3) Nickerson 培地のカンジダ症診斷への應用の限界：極端にいえば細菌検査設備を持たない診察室においても Candida の存在を簡單にかつばゝ確實に診斷することは可能だが、Candida 各 species の鑑別には他の検査を必要とする。

(4) Candida の混合感染：Candida 屬間及びこれらと Candida に近似の真菌との混合感染はしばしば證明される。

(5) Candida の固定法としては一般に Martin らの方法が最も多く實施されているが、この方法だけでは分類しえない Candida があることは確かのようにである。われわれは Lodder et von Rij (1952) の方法により Candida parapsilosis を證明することができた。

(6) カンジダ症の診斷法としての皮内反應及び沈降反應の應用價值：今後なお検討を要する問題として研究中であるが、現在までの成績からいえば、本反應のみで産