

ある。

3) 周期 変りないもの 100名である。

4) 月経痛のないもの67名で、多少共腹痛、腰痛あるものが多い。

2. 一般生活、労働に対する影響

一般生活では変りないものが 132名で、その他は頭痛、腹痛、腰痛等を訴えている。

労働時に変りないものが 130名で頭痛、腰痛、疲れ易い等を訴えている。

3. 性生活に対する影響

性慾については変りないものが 169名で昂進したもの又は減退したものが少数あつた。

性感では変りなしがやはり 171名、減退した者41名もあつた。

性交時腹痛などを訴えたものが29名あり、大部分が変化なかつた。

結 果

手術して良かったと思うと答えたのが 192名ありました。

3. 当病院に於ける最近7年間の子宮剔除1773例の臨床と、最近行つたある腹式子宮単純全剔除の術式に就いて

(金沢市)*内田 一

岩佐 清, 永野 薫, 加藤忠正
生垣行藏, 大中英彦, 深田芳子

過去7年間に於ける子宮剔除総数1773例(子宮頸癌に対して行つた岡林式手術数は除く)の内、腹式膈上部切断1242例(70.05%),腹式全剔 446例(25.16%),膈式全剔85例(4.79%)である。

然るに最近1年間総数 277例の内訳は、腹式全剔 201例(72.56%),膈式全剔69例(24.19%),腹式膈上部切断7例(2.53%)であり、これより最近の子宮剔除の特徴的動向として、膈式全剔の急激な増加と、腹式全剔が今迄の腹式膈上部切断にとって代つた事の2つの点あげられる。

膈式増加の理由及び膈上部切断よりも全剔が適當である理由は、最近の明石氏及び遠藤氏の意見と全く同一である。

膈式が腹式に秀る点は手術的侵襲が少いという理由に盡きる。我々は膈式の適應は原則として、子宮手拳大以下で癒着なく移動性があり子宮膈部を膈入口部迄引き出し得て膈が異常に狹隘でないものを選んでゐるが、と云

つて腹式全剔の重要性は豪も揺ぐものではない。

腹式全剔が膈上部切断に代り72.56%を占めるに至つた理由は、7年間に断端癌28例あり、膈上部切断の方が腹痛腰痛帯下及び出血等の後遺症が遙かに多く、全剔をしても性交障碍その他の苦痛も殆んど無い事が判つた爲であり、更に以上の外に次に述べる極めて簡単な術式を用いるからに外ならない。即ち、従来膈上部切断を選んだ大きな理由は、腹式全剔の方が遙かに手術手技困難で長時間を要した爲にあるが、然るに我々の最近行つてゐる腹式全剔は、手技簡易、全手術の平均所要時間18分で、患者への侵襲を極度に少なくする事が出来たからである。

此の簡易化された腹式全剔の爲に、我々は無理して膈式を選ぶ様な事は避け、膈全剔は約25%の範囲に止つてゐる。

次に如何に簡単に腹式全剔が出来るか申し上げ度い。従来腹式全剔が困難であつた理由として、(1)尿管剝離を行わねばならぬ。(2)剝離行わぬ場合は尿管に絶えず気を配らねばならぬ。(3)(i)子宮剔除後の膈断端と子宮動静脈結紮部との間の瀰漫性出血の処理困難、(ii)膈断端と子宮仙骨靭帯断端の間の瀰漫性浸潤性出血に悩まされる。以上の諸点が考えられる。

我々はこの困難を次の様にして簡単に処理している。(1)膀胱を膈壁から出来得る限り深く下迄剝離する。少くとも膈円蓋から4~5cm下迄剝離する。(2)子宮の側結締織を子宮動静脈と共に側下方に圧排する。(3)膈と子宮膈部の境界線へ向つて岡林式基靭帯用鉗子を用いて、子宮動静脈を含んだ子宮側結締織及び基靭帯上層と、廣靭帯後葉の子宮頸部附着部で廣靭帯と子宮仙骨靭帯を含む総てを、一括して把握、切断する。(4)膈円蓋に沿つて剪刀で鉢巻を巻く様に切開を加え乍ら子宮を膈より離断する。(5)丈夫な絹糸を膈断端側壁の殆んど全層に然るに腹腔内には絶対に出さぬ様にかへ(3)の切断部に集束結紮を行う。同様に絹糸にて再度の結紮を行う。他側にも同様に行う。(6)腸線にて腹腔を連続閉塞する。この際腸線断端を利用して(5)の集束結紮部に3度目の結紮を行う。

この手術の特長は、(1)膈上部切断に比して腹腔を閉じる腸線が1本多いだけである。(2)最も要心すべき子宮動静脈が3度結紮される。(3)切断後の膈壁と子宮動静脈の間及び子宮仙骨靭帯の間の浸潤性瀰漫性出血を完全に処理し得る。(4)子宮剔除後も子宮動静脈を含んだ基靭帯上層は剔除前の状態と変りなく膈壁につながり従

つて下垂に対する心配がない。(5)尿管からはるかに離れた操作である事はスライドの説明で十分理解出来る。

以上の点より、この術式は今後腹式全別の適用範囲の擴大と共に益々利用価値高まる方法であると考えらる。

4. 子宮頸癌の腔式広汎子宮全別除術

(札幌医大)*明石勝英, 伊藤道哉

山本健三郎, 河崎功

子宮頸癌の腔式広汎子宮全別除術に関して発表せられているものは

(i) Schauta 氏手術, (ii) Stoeckel 氏手術, (iii) Amreich 氏解剖学的(或系統的)手術等であるが、近來、淋巴腺別除、卵巣、子宮動脈切断、及基靱帯を腹膜外に処理する(iv) Mitra 氏手術がある。

著者等は腔式單純子宮全別除を 350例に施行せる経験を基礎として、前記 Stoeckel 氏術式及解剖学的術式の夫々の優點を取り入れた腔式広汎子宮全別除を行い、多量の骨盤結合織と共に廣汎性に子宮全別除を行つた。而して從來本邦に於いて此の種、術式に関する発表がないので、其の概要を報告し、併せて從來の術式に関し検討しようと思う。

演者等は本術式を子宮頸癌第I及II期に適用したが、その術式の概要を述べる。

術前準備：術前5日前より毎日午前1回5万單位ペニシリン10cc溶液及午後1回 Sulfa 剤を頸管及腔に投與した。手術直前、癌性潰瘍面を烙白金で焼灼し、局所の滅菌及癌細胞の遺漏防止とした。

第1操作 腔壁周囲の円形切開：切開の深度は膀胱・腔中隔及直腸・腔中隔結合織迄とし、腔の別除を $\frac{1}{2}$ 及上 $\frac{2}{3}$ になす如くす。

第2操作 Manschette 形成

第3操作 膀胱剝離：中央に於いて膀胱を剝離し、膀胱子宮窩腹膜の出現迄行う。

第4操作 Schuchard 氏腔・会陰の切開

第5操作 骨盤臓器側腔の展開：肛門挙筋より直腸、腔、子宮及膀胱を中央に向け鈍性に剝離せば骨盤臓器側腔 Paravisceralspalt が展開される。膀胱子宮靱帯後層の一部を切開する。

第6操作 尿管の遊離：膀胱脚の細心周密なる剪刀操作にて前部尿管を遊離す。

第7操作 子宮動脈の切断：尿管膝の部に於いて子宮動脈を切断する。

第8操作 膀胱脚内層の切離

第9操作 Douglas 窩の展開：後腹膜を切開し、直

腸脚を腹膜より分離する。

第10操作 膀胱子宮窩腹膜の切開及附屬器の切断

第11操作 Mackenrodt 靱帯の分離及切断：直腸脚を上方迄切断し、子宮底を側下方に牽引し、Manschette の部を側前方に牽引して、膀胱及直腸側腔にて Mackenrodt 靱帯を分離し、骨盤壁近くで、これを剪刀操作で細小化し、これを切断結紮する。子宮は廣汎性に別除せらる。

第12操作 腹膜の閉鎖及腔断端の処理：著者の術式は Stoeckel 氏術式と解剖的方法を併用せるもので、特に Mackenrodt 靱帯を分離、細小化して骨盤壁に近く切断するにある。

5. 当院に於ける帝王切開 213 例に就いての臨床的觀察

(東京通信) 安井修平, 下平和夫
島中俊次, 高橋哲也

昭和13年2月開院以來昭和32年10月に至る間に於て当院で行つた帝王切開 213例についての臨床的觀察を基礎として分娩の処理に対する見解を述べるのが本報告の目的である。

過去約20年間に於ける進歩の中で、化学療法の発達と麻酔の進歩とは帝王切開に対する吾人の見解を一新する2大要素である。

1. 帝王切開の適應症を見ると逐年的に擴大されて居り、又分娩数に対する比率は最近3年來著しく増加している。

適應症の数の多い順に列記すると第1表の如く帝切の年度別比率は第2表の如くである。

2. 母兒の死亡数

母體は昭和15年に1例腰麻死があるが、その後は全部健在、兒は手術前子宮内死亡8例、手術後死亡6例あるが、6例中5例は未熟兒であり、成熟兒の死亡は前置胎盤に行つた帝切兒で強度の假死術後半日で死亡している。

昭和25年以後は 182回の帝切中成熟兒の死亡は1例もない。

3. 麻酔の種類と藥量

第3表と第4表に示す如く当院では大部分腰麻を使用し、腰麻藥量は體重珣当り 0.015ccを使用し、從來の使用量に比して著しく少量となつている。此の事は腰麻に重要な因子である。

第5表により帝王切開と鉗子分娩の率の増加に伴つて