

の閉鎖がその主要部分を占める。これに対し不妊手術は殆んど峽部に施され、こゝに再疎通術の本質的差異を生ずる。ポリエチレン管の利用以後卵管閉鎖に対する手術はその成績が向上され、再閉鎖の問題は解決し得たかに見えたが、その術式に伴う困難は復元手術の場合殊に明瞭である。即ちポリエチレン管を通すに当り、元來健全な間質部に無用な侵襲を加えねばならない。然も術後の妊娠率は必ずしも高くない。我々は術式を簡單確実にするため卵管の端口をカットグットなどにて軽く合せるのみにて、極めて良好な成績を得たので、術後経過及び遠隔成績を報告する。症例は7例。結紮後復元手術に至るまでの期間は最短2カ月最長6年であり、

1. 満期産4例、術後妊娠に至るまでの期間は最短28日最長2年である。
2. 未だ妊娠せざる3例もレ線或は Rubin 法にて妊娠するに足る充分な通気性を全例に認めた。従つて妊娠率は更に高まる事と思われる。
3. 外妊は1例も認めない。
4. 1例にては復元後再帝切と同時に不妊手術を行い得たので併せて標示する。

218. (演) 直腸曠置による人工造腔術の改良について

(東京医大) 藤原幸郎, 小坂順治
吉野 昭, 梶原泰治, 高野 昭

従来行われて来た人工造腔術には非観血療法と手術療法に大別出来るが、前者は確実さの点で著しい欠点があり、一方手術療法としても外科的に形成した腔を如何にして萎縮や癒着なしに恒久的に維持し得るかという事が問題である。この点 Schubert, 中山による直腸下部の曠置法が勝れ、特に腹式手術を利用した中山氏造腔術の優秀性は諸家により確認されている。しかし肛門括約筋の損傷等による術後の糞便失禁が長期にわたる事があり、手術野が腔→腹→腔式と三転するのが不便であるため、之に改良を試みた。

腔式の操作は後廻しとして腹式に開腹、直腸をなる可く下方で切断し、下部を曠置する。次いで直腸の後面を骨盤壁より剝離して腹壁を閉じる。次いで腔式操作に移り、腔入口部より会陰部正中切開を施し、直腸の周囲を剝離、肛門より3~4cmの部位で直腸を切断腹式手術により切断された直腸上部と、直腸の下端を端々吻合し、曠置された直腸を新しい腔とする。

この方法により手術野が三転する繁雑さから解放さ

れ、肛門括約筋に触れないから糞便の失禁がなく、会陰正中切開という婦人科医として慣れた手術野により施術出来るから、直腸曠置による人工造腔術を更に改良したと考える。

219. (演) チューピング腰麻法の婦人科手術に対する応用

(住友病院) 森新太郎

従来までの腰麻法の際の不利な点を取除き有効にして安全なるチューピング腰麻法を案出したので紹介する。使用器械は針先をフューバーポイントッドとした腰麻針と極小ポリエチレン・チューブ(注射器接着用装置添付)とである。薬液は高比重腰麻液を使用する。本器によりチューブを脊椎管腔内で頭側に向い、3cm挿置し、仰臥位となしたる後、薬液を少量ずつ注入して腰麻を行う。

本法の利点は①確実なる麻痺効果が得られる。②麻痺時間を幾らでも延長出来る。③麻痺は主として脊髄後根側である。④薬液(麻痺)の上昇を調節出来るので必要にして最少範囲の麻酔が得られる。⑤体動、腹圧による案外なる薬液(麻痺)の急上昇が防げる。⑥骨盤高位とした際問題になる多量薬液の仙椎腔内流入が防止出来るので、骨盤高位とした際の案外なる薬液(麻痺)の急上昇が防げる等である。私は本法100例の使用成績より次の要領で行えば有利であることを知った。(a)初回注入量はS液1.0~1.5ccが適量である、1.5ccにて麻痺高は大体臍部である。

(b)、薬液は麻痺発現の速いものと持続性あるものと混合液が良い。(c)、昇圧剤は事前メキサソ5mg又は事前使用せず血圧下降時のみ点滴輸液中に昇圧剤を入れる。(d)、術後疼痛発現遷延のためには手術終了頃無差別に追加注入を行うより麻痺効果が消失しかけていた様な時に追加注入せば著効がある。(e)、追加注入による術後の状態に支障を認めない。

220. (示) 仙骨麻酔の為の日本人成熟婦人の仙骨後面の形状に関する研究

(東横病院) 柳田洋一郎

(1)硬膜外麻酔法は、西村、宮、藤森、高橋等の報告以来産婦人科領域に於ける安全且つ効果的な麻酔法として脚光を浴びて来たが、手技の困難さの為に其の普及は、はばまれて来た。硬膜外麻酔の1つである仙骨麻酔法を行うに当つての手技の困難さは、此の部に於ける解剖的關係を明らかにすることにより相当軽減されるとの