

考え、僅かに副腎皮質から黄体ホルモンの様物質の抽出や、副腎切除の下垂体前葉への影響を見たに過ぎなかった。昭和22年5月、熊本大学に教授として赴任し、念願の妊娠中毒症の成因をアレルギーの観点から追求し、諸々の実験結果から、本症は胎盤多糖体を抗原とするアレルギー性病変を主とする疾患であろうと結論し、昭和27年4月本学会総会で宿題報告として発表、その後も引続き定年まで研究を続行、42年11月には日本アレルギー学会総会でその後の成績をも加え、妊娠中毒症とアレルギーと題して会長特別講演を行なった。また後遺症については41年秋の日産婦臨床大会で特別講演で発表した。その他赴任直後の研究施設も研究費も貧弱な時代には Papanicolaou 細胞診、拡散因子 (Hyaluronidase) と不妊症、Rh 血液型、γ 妊娠反応等を研究したが、これらの研究課題は日本では私共が初めて手をつけた結果になった。さらに肥満症の病態生理や治療、癌や絨毛組織の組織培養等にも力を入れたが、子宮頸癌の治療には妊娠中毒症に劣らない程精力を傾注した。赴任当初は施設の都合ではほとんど手術のみであつたが、昭和30年に5ヵ月

間の外遊時には放射線療法の実情をつぶさに調査し、帰国後には施設の整備、照射術式の選定、文部省研究班の結成等を行なつて治療成績の向上に努め、手術療法との優劣を比較したが、現時点では幾分の差はあるものの、近い将来には優位に立つのではないかと予想した。悪絨にも興味をもちMTXを米国から初めて持帰つて効果を検討したりした。これを要するに私はよき師と多くのすぐれた協同研究者に恵まれ、40年間産婦人科研修を続けながら妊娠中毒症や子宮頸癌のみでなく多くの課題についても研究し得たが、凡庸なため誇るべき業績をあげ得なかつた。顧みて残念なのは若い時代にどうして今少し語学の勉強をしておかなかつたか、外遊の機会があつたのにどうして断行しなかつたか、血清学の他に病理学か生化学か他に一つ基礎医学を専攻しておかなかつたか等で研究課題も多すぎたが、私共の時代ことに地方大学ではこれも止むを得なかつたとも思われ、人が環境に支配されることを身を以て感じた。

終りにこの機会を与えられた赤須会長の御好意と御静聴いただいた会員の方々に深謝する。

骨産道の形態と臨床

昭和大学医学部産科婦人科学教室

教授 藤 井 吉 助

軽度骨盤異常のときは分娩経過の予後判定処置の適応と選択は容易ではない。私たちは実地経験に基き骨産道としての骨盤をX線像により形態学的に検討し、特定手術と関連性を推計学的に処理検討し、臨床上の参考資料を提供せんとした。X線骨盤撮影については乾燥靱帯骨盤を用いて検討した。入口水平像側面像恥骨弓像を撮影したが妊娠39週以後2回以内とした。対象2264例で初産婦は無選択、経産婦は既往分娩に児の通過障害のあつたもの、生児は2,700g以上のものである。入口形態は女性72扁平3男性0.6、類人猿型3%である。混合型では入口前部の女性型以外は少数である。仙骨形態は弧状55舟状5直線15、移行4、第2仙骨岬2、長骨盤16、漏斗6、管状4%である。恥骨弓像は過大16、アーチ64、アーチ狭少13、狭少3、三角型1%である。

入口と仙骨の形態的関連を認めた。入口と恥骨弓、仙

骨と恥骨弓、仙骨と漏斗骨盤管状骨盤など関連性を認めた。身長150cm以下では入口男性型が多く、恥骨弓狭少型が多い。身長と外計測値と相関が見られる。身長と真結合線仙骨前直長峽前後径などと強い相関を示す。諸径線の外計測値とX線計測値には強い相関を示す。X線計測値間に種々順相関、逆相関がある。

分娩経過の示標として吸引鉗子帝切を取り上げた。私たちの最近分娩4,185例中帝切は6%でそのうち骨盤に関するもの56%である。

経産婦の帝切は転子間径29.5、外結合線17.5、側結合線13.5cm以下に多い。帝切は身長145cm以下、子宮底38cm以上に多い。帝切は入口前部扁平型60%、後部扁平型44%、仙骨舟状群50%、直線群23%、第2仙骨岬50%、恥骨狭少型に頻発し、吸引は恥骨弓三角型アーチ狭少型に高率である。初産婦の帝切吸引も経産婦とはほぼ同傾向

であるが、恥骨弓狭少型三角型では鉗子も多い。初産婦帝切は真結合線10cm以下、入口前後径10cm以下、斜径10.5cm以下、潤前後径11cm以下、坐骨棘間径9.5cm以下、峽前後径10cm以下、出口後部縦径5.5cm以下、坐骨結節間径10cm以下に急増する。入口前後径と児頭大横径と等しいもの、入口前後径が短いものは全部帝切で、差が1cm未満は帝切注意がある。入口扁平指数85、仙骨岬高位指数90、仙骨岬前後位指数60、骨盤開角59°、仙骨扁平指数5、骨盤開角69°、恥骨弓開角69°以下では帝切要注意である。吸引鉗子の多くなるのは潤前後径10.5cm以下、峽前後径10cm以下、峽後部縦径3cm以下、出口後部縦径5.5cm以下、恥骨弓開角79°以下、坐骨結節間径11cm以下、恥骨下枝に対する仙骨前直長の傾斜50°以上、骨盤側壁内縁像の接線と坐骨結節間径となす角度110°以上などの時である。出口総面積と有効出口総面積が60平方cm以下では鉗子が多く、55平方cm以下では帝切が急増する。

分娩経過については、径線が形態より優位にある。私たちは分娩経過における骨盤諸径線と児体重を重んじ骨盤児指数を考案した。児2,001～2,250gを示標9とし、250g増すごとに8・7とした。入口前後径13.1cm、潤前後径14.1cmなどを示標9とし、各0.5cm短縮すごとに8・7とした。児示標×骨盤示標を骨盤児指数

とした。入口前後径児指数10以下、潤前後径児指数10以下など帝切が急増する。私たちは子宮底と生下時児体重の相関を調べ、児示標に倣つて子宮底を区分し、子宮底示標とし、骨盤示標を乗じて骨盤子宮底指数とした。入口前後径子宮底指数、潤前後径子宮底指数、峽前後径子宮底指数、有効出口前後径子宮底指数、坐骨結節間径子宮底指数など10、特に5以下では帝切が急増する。次に異常発生が少ない限界帝切5%以下になるのに入子指36、潤子指31、峽子指41、出子指31、坐子指41以上である。骨盤子宮底指数を図表化し帝切圏、帝切考慮試験分娩圏、試験分娩圏、比較的安全圏、安全圏、極安全圏など認められる。比較的安全圏はいつでも16以上である。骨盤子宮底指数を別資料で再検すると正常分娩帝切などその頻度がきわめてよく適中している。本指数表は分娩経過判定の有力な資料となる。

骨盤位における骨盤形態、径線と帝切の関連性を観察した。胎勢回旋異常計63例も観察した。特に低在横定位、前頭位に推計学的処理をした。死産例においても骨盤は死産因子として重要であることを認めた。かくして私たちは産科手術実施上注意を要する限界値を知り、ことに骨盤子宮底指数を提案し、いささか分娩予後判定、産科処置実施の参考資料を提供できたものと思う。

子宮頸癌治療のあり方

信州大学医学部産科婦人科学教室

教授 岩 井 正 二

I. 緒 言

子宮頸癌を如何に治療するかということは、単に手術か、放射線かということ以外に多くの社会医学的問題をはらんでいるが、ここでは純粋に医学的見地から治療のあり方について述べる。

子宮頸癌根治療法の主体をなすものは、今日手術療法と放射線療法であり、いずれもかなりの成績をあげていることは周知のごとくである。しかし、実際治療上における問題点はなお少なくなく、特に両治療法の内容やその実施率には国または施設間でかなりの相異がみられるのが実情である。頸癌治療という同じ目的にこのような

差があることはうなずけない。もし両治療法が最高の内容で行なわれるようになれば、その実施率も学問的に裏付けられた、より巾の狭い範囲として示されるであろう。このような意味から、その内容様式に一定の基準を設けることが必要である。以下一応頸癌の根治療法というからにはどの程度の内容であるべきか、またどのような方向が望ましいかについてその概要を述べる。

II. 手術療法

これが主としてわが国で完成化され、普及している点には特に意義が深い。その基準の要約は次のごとくである。根治手術には云うまでもなく広汎性、完全性が要求