

卵管間質部妊娠の1例

国立東京第一病院産婦人科 (医長 伊藤光雄博士)

竹 村 幸 子
タケ ヨウ ユキ コ

(受付 昭和33年12月1日)

緒 言

子宮外妊娠中最も多いのは卵管妊娠殊に膨大部妊娠及び峡部妊娠で他は全て稀有なるものに属すが、独の Schmitt (1801) により初めて報告された卵管間質部妊娠もその一つで、全子宮外妊娠に対する頻度は大体1~3%といわれて来た。本邦では川島は1931年までの25年間に31例、町田は1937年~1952年の15年間に34例を集めているが、1951年~1958年の8年間における報告は83例に達し戦後の子宮外妊娠増加に伴う本症の急激な増加がうかがわれる。とりわけ人工妊娠中絶後短期間の発生をはじめ、人工妊娠中絶に起因する反復子宮外妊娠としての本症や卵管角焼灼術後の本症発生例が漸次その数を増しており、戦後人口増加抑制の手段としての人工妊娠中絶術の乱用が本症増加の一因をなしていると考えられる。

著者は最近人工妊娠中絶後4カ月目の同側卵巣黄体囊腫を合併する Höhe の間質部型で Gläsermer の第I型に属する左側卵管間質部妊娠の1例に遭遇したので、ここに報告する。

症 例

患者：井〇京〇，24才2カ月，1回経妊。

家族歴：特記すべきものはない。

既往歴：初潮15才，以来順調で経時障害なく，23才にて健康男子と結婚。1回経妊なるも妊娠3カ月で人工妊娠中絶術をうけた(23才10カ月)。他に6才頃淋疾罹患の疑いあるも幼時にして確たる記憶がない。また18才の時肋膜炎に罹患している。

主訴と経過：最終月経昭和33年2月27日から3日間で3月は無月経に経過し，4月25日より経血量程度の性器出血はじまる。同月29日突然疝痛様の下腹部痛発来し，某医より切迫流産の診断で子宮内容除去術をうけた。性器出血は止つたが下腹部疼痛は依然持続し，

3日後再び子宮内容除去術をうけたが症状依然軽快しないので5月27日当科を訪れる。

来院時所見：腹部は視診にて正常なるも触診により下腹部中央に軽度の抵抗圧痛を認める。内診するに子宮前傾前屈で超鶯卵大，弾力性軟，子宮底左に結節状の抵抗を触れ，また左側附属器部位にも腫瘤状の抵抗を触れるが，共に圧痛著明で確診困難。子宮腔部はリビド色軽度で糜爛なく分泌物は白色漿液性。ダグラス窩試査穿刺にて暗赤色の血液を証明した。以上の所見より左側子宮外妊娠と診断，入院の上翌5月8日開腹手術を施行した。

入院時所見：体格栄養中等度，顔貌正常で貧血なく，心肺にも異常を認めない。血圧118~64，体温38.7°C，脈膊90で整緊張良，血色素量12.3g/dl，赤血球384万，白血球6900，尿蛋白(-)，ウロビリノーゲン(±)。尿沈渣に赤血球1~2/I視野を認めた。

手術所見：腰椎麻酔(ペルカミン S 2.0cc)のもとに正中切開にて開腹するに腹腔内に新鮮血あり，これを吸引(約200cc)清拭するに左側子宮角に小鶏卵大リビド色著明な結節状の腫瘤あり，腫瘤の一部針尖大の小孔より血液の噴出するを認めた。左側附属器部位に触れた腫瘤は左側の鶏卵大卵巣囊腫で子宮の後方左側よりに位置し周囲と軽く癒着していた。左側卵管には異常なく，右側卵管卵巣共に異常を認めなかつた。以上の所見より左側卵管間質部妊娠(破裂のごく初期)と診断し，右側附属器を残し左側附属器と共に子宮腔上部切開術を行う。

剔出物所見：剔出物全重量90g，子宮は超鶯卵大でやや充血し軟，子宮底左側に子宮体と広い基

底で連絡するリビド色著明な半球状の腫瘤(4.0×3.5×3.0 cm)を認める(Baart de la Faille 氏徴候)。左側円靱帯は該腫瘤の下方やや側方よりに附着し(Kussmal 氏徴候)、又左側卵管は腫瘤の側下方やや後方よりに附着している(Rosenthal 氏徴候)(写真1)。

外子宮底線は腫瘤のため左に急上昇し著明な傾斜を示すが、剖面を見るに内子宮底線には変化はない(Ruge-Simone 氏徴候第Ⅲ型)。腫瘤内部は凝血と共に約2.0cmの胎児を有する胎囊(3.0×3.0cm)で、子宮腔とは約1.5cmの厚い筋層で隔てられ肉眼的に胎囊と子宮腔及び卵管腔との交通は認められない(Werth 氏徴候)。又子宮腔は空虚である。左側卵巢(4.0×4.5×3.0cm)は大部分淡黄色透明な漿液を入れる単房性嚢腫よりなり、一部固有の卵巢組織のみを残し、その部に新鮮黄体を認める(写真2)。

組織学的所見：

1) 胎囊の周囲は卵管間質部筋層及び子宮筋層により囲まれており、凝血と共に絨毛組織の散在するのが判然とし、組織学的にも間質部妊娠なることを確認し得る。なお同部には脱落膜細胞を認めず、脱落膜類似細胞をも認めなかつた(写真3)。

2) 胎囊周辺の卵管間質部から峽部近くに血管周囲の円形細胞浸潤が見られるが、結核性変化等は認められない(写真5, 6)。

3) 胎囊周辺の卵管筋層内に、卵管上皮を有する副室を散見し得る(写真7, 8)。

4) 卵巢の嚢腫壁はルテイン細胞層よりなり比較的大きな黄体嚢腫であることが認められ、線維組織はやや硝子様化した古いものである(写真4)。なお一部残存する卵巢固有組織中に新鮮黄体を別に証明した。

5) 子宮内膜は内膜搔爬のため脱落膜は消失し腺組織の再生を認めるが、少し腺腫様増殖の傾向を有し、また子宮筋層内にも軽度の子宮粘膜腺の侵入増殖が認められ、統発性に起つた軽度のいわゆる Adenomyosis の像を証明した。子宮筋層はやや肥厚しているが、筋腫は認められなかつた(写真9, 10)。

考 察

子宮外妊娠中卵管妊娠がその殆ど大部分(約98%)を占めるが、その中で間質部に妊娠するものは最も少く稀有なる部類に属するとされてきた。

即ち Werth¹⁾は1801~1904年の文献中より確實な40例を集め、Finsterer¹⁾は1904~1908年に17例を、Gläser¹⁾は1908~1915年に17例を集め(計84例)、Bufe²⁾は1935年までに計150例を集めたにすぎない。本邦では明治38年河野が初めて報告してより1920年までに根本³⁾が9例、1931年までに川島⁴⁾が31例、1937~1952年に町田⁵⁾が34例を集め約40年で計64例である。しかるに1951年から1958年の8年間に私の集め得た報告例は83例の多数に達し、戦後わが国における本症の急激な増加を物語っており、新たな問題の提起せられた感がある。

頻度：子宮外妊娠中における間質部妊娠の頻度は Wynne⁶⁾ 0.15%, Höhne⁷⁾ 1.0%, Munro-Keer⁶⁾ 1.25%, Grusdeff⁶⁾ 1.25%, Martin⁶⁾ 1.3%, Wolf⁸⁾ 1.4%, Wiegand⁵⁾ 1.48%, Pütz⁶⁾ 1.8%, 沢崎⁸⁾ 2.03%, Zimmermann⁶⁾ 2.41%, 酒井⁸⁾ 2.84%, Wasten⁶⁾ 3.45%, 伊藤⁵⁾ 3.5%, 村岡⁹⁾ 3.9%, 石孜⁵⁾ 5.4%, 寺尾¹⁰⁾ 7.14%等である。当院では昭和21年から昭和33年5月末までにおける子宮外妊娠は155例で、そのうち間質部妊娠4例(うち1例野村¹¹⁾, 2例田川, 南雲¹²⁾が報告)で、頻度は2.58%であつた。

人工妊娠中絶との関係：戦後子宮外妊娠が著しく増加し、分娩数に対する頻度は中島¹³⁾ 14) (慶大) 4.33%, 小俣¹⁵⁾ (横医大) 4.2%, 太田¹⁶⁾ (京府大) 3.46%で統計的にも戦前に比し明らかに高率を示しており、その原因として真柄¹⁷⁾, 新海¹⁸⁾, 野村¹⁹⁾等により人工妊娠中絶後の子宮外妊娠の増加が指摘されてきた。中島¹³⁾ 14) は前記調査によりこれを推計学的に立証したが、更に峽部妊娠が戦前に比し高率(23.9%)を示すことからこれと人工妊娠中絶との関係をしらべ、膨大部妊娠89例中人工妊娠中絶をうけたもの28例31.4%に対し、峽部妊娠は29例中12例41.3%と明らかに高率なることを認めた。柚木²⁰⁾ (東女医大) は最近約2年間(昭29~昭31)の外妊38例の調査により間質部妊娠が甚しく高率(6例15.8%)なることを認め、就中前回妊娠が人工妊娠中絶でなかつたもの21例中間質部妊娠2例10%であるのに比し、前回妊娠が人工妊娠中絶であつたもの17例中4例で23.5%という高率を示すことを認めた。

当院における間質部妊娠4例の子宮外妊娠に対する頻度は前掲の如く2.58%であるが、これを最

近(昭31~昭33年5月)の子宮外妊娠49例について見るに、間質部妊娠は4例中3例までがこの中に含まれ、頻度は6.12%とはるかに高率を示すようになる。又最近の子宮外妊娠49例中人工妊娠中絶をうけたもの22例(44.9%)で、うち前回妊娠が人工妊娠中絶であつたもの17例で間質部妊娠は3例共このグループに属し、その頻度は17.6%となり人工妊娠中絶後の間質部妊娠がはるかに多いことが認められた。

戦後子宮外妊娠増加の原因として、柚木²⁰⁾の指摘する人工妊娠中絶後の弱菌力細菌感染による卵管炎があげられているが、本症例では組織学的検索により胎嚢周辺の卵管間質部から峡部近辺に限局する円形細胞浸潤を認めた。本患者は幼時淋疾罹患の疑があるが卵管淋では高度の炎症変化を来し多くは両側性で不妊の原因となり易い点から考えこれを否定することができ、また肋膜炎の既往症があるが鏡検上も結核性変化を認めず卵管結核の存在も否定でき、人工妊娠中絶後4ヶ月である点人工妊娠中絶後の弱菌力細菌感染による卵管炎が最も疑わしい。柚木、中島の報告及び当院での調査の如く、人工妊娠中絶後のものに間質部妊娠又は峡部妊娠が多いということは、人工妊娠中絶後の卵管炎ではその炎症分布が一般卵管炎とは特異であり、それが妊着床部位に影響を及ぼすのではないかということが考えられるが、本症例において卵管間質部及び峡部近辺に限局性の軽度の炎症性変化を認めたことは、興味深い。

原因：一般子宮外妊娠と同様受精卵の輸送が障害され卵管間質部に着床発育して成立するものであり、この間質部通過障害の機序が本妊娠成立の機序でもある。

1) 組織解剖学的原因説 卵管の子宮筋層を通過する長さ約1.0 cm (卵管全長の $\frac{1}{4}$ ~ $\frac{1}{6}$)、直径1.0~1.5mm (峡部2~3 mm, 膨大部6~8mm)で卵管中最短最小であり、ほぼ横走するが僅かに下方に彎曲し子宮腔に向い漏斗状に開く。Herstein, Neustadt⁷⁾によれば約54%は筋層内で屈折蛇行しており、また他部に比し蠕動運動、皺壁、髯毛共に殆ど失われている。これらの組織解剖学的特徴が間質部妊娠の原因となり得ると共に、その頻度の少い理由の証明ともなる。

2) 炎症性変化因由説 上記組織解剖学的特異性によりこの部に炎症変化を来すことは少く、こ

れが本症の頻度の少い理由とも見られるが、Werth²¹⁾は殆ど常に結節性卵管峡部炎を認め、Schiffmann²¹⁾は全例に結節性卵管間質部炎を認めており、また一般子宮外妊娠の原因である子宮内膜炎、子宮旁結合織炎、卵管内膜炎、卵管周囲炎及びその後胎症(癒着、瘢痕萎縮等)も否定できない。また野口、Eldon John⁵⁾等は卵管結核の合併を指摘しておりまた前述の如く人工流産後の弱菌力細菌感染による卵管炎があげられる。

3) 機械的変化因由説 外的又は内的な圧迫牽引等の機械的な原因により惹起される卵管腔の狭窄、牽引、内部過度移動を重視する説である。Wagner²²⁾は筋腫による圧迫を指摘しており又本症と筋腫の合併を報告した例は多いが鏡検精査すれば更に多くの症例が見出されるものと思われる。また同様見解から子宮角のAdenomyosisをあげているものも少なくなく(高橋²³⁾、洲崎²⁴⁾、Boxer⁷⁾、Schmitt²¹⁾等)、これは単に機械的原因ばかりでなく後述のAdenomyosis説とも関連し本妊娠と密接な関係があると思われる。本症例では鏡検上胎嚢近くにAdenomyosisを証明したが軽度であつて、機械的原因としてはむしろ同側卵巣に見られた黄体嚢腫の存在の方がより問題である。

4) 奇形または發育不全説 一般外妊の原因である卵管の憩室形成を原因とせるもの(Pankow, Bosse, Bile,²²⁾ Leopold,²¹⁾ Micholistisch⁸⁾等)卵管の發育不全を重視せるもの(Höhne, Zorn⁷⁾)、ミューレル氏管の形成異常をあげるもの(Schönholz⁸⁾)等々多くの説がある。本症例では胎嚢周辺部の卵管筋層内に卵管上皮を有する副室を証明した。卵管の憩室形成には先天性と後天性(炎症性)とあり、本症例は副室周囲に炎性細胞浸潤を認めない点から先天性のものと思われる。なおこの副室の卵管上皮よりの分泌による刺戟が前記血管周囲の円形細胞浸潤を招来したということも考えられる。

5) Adenomyosis説(子宮内膜症説) 矢内原²⁵⁾は3例中2例にAdenomyosisを認め、またWist²⁶⁾は外妊卵管103例の1mm連続切片による鏡検で5例の卵管に子宮内膜症を認め、うち4例が間質部妊娠であることから、これを本症の主因として重視している。Hubner, Senqupta⁵⁾も同様見解を述べており、H. Tasch²²⁾ 佐々木⁵⁾

等も外妊の原因としての子宮内膜症を問題にしている。即ち子宮内膜症が筋腫と合併すること多く (Frank: 73%), また早期に周囲と癒着し易い等本妊娠を惹起し易い要因を備えているばかりでなく、妊卵の着床に好適なる子宮内膜様組織の存在が重要な役割を果すものと見られている。本症例においても前述の如く胎嚢部附近に Adenomyosis を認めたが、比較的軽度のものであつた。なおこれを先天的なものでなく、同側卵巣に見られた黄体嚢腫の影響 (ホルモン性) により招来せられたものとするならば、本症例においては黄体嚢腫が外的 (機械的圧迫)、内的 (子宮筋層内における Adenomyosis 様増殖の招来) 両因子により本妊娠成立に大きな役割を果したものと考えられる。

6) 卵の内游走説 Richardson²⁷⁾ は右側附属器剔除後正常分娩 1 回を経過した婦人における右側間質部妊娠を経験し左側卵巣及び卵管よりの卵の内游走を唱えた。寺戸⁵⁾、広瀬²⁸⁾、Bartlett 等も同様報告をしており、又近時反復子宮外妊娠としての同側間質部妊娠の増加により卵の内游走を唱えるものが少くないが、何れも推測に留まり確証はない。

7) その他 子宮粘膜の脱落膜肥厚に原因して起るといふ Pankow⁸⁾ の卵管子宮口閉塞説、Frankl²²⁾ の間質部の皺壁形成説及び間質部の括約作用による妊卵保留説等があり、又永久不妊の目的で行われる子宮卵管角焼灼術後の本症発生が漸次増加の傾向にあり、山元³²⁾、隅田³³⁾等は卵管角焼灼により惹起される子宮角や間質部の解剖的機能的変化をその原因として指摘している。

分類:

1) Höhne の分類 妊卵の着床部位による。

i) 間質峽部型; 妊卵の着床が間質部の卵管峽部に近いところに行われるもの。

ii) 狭義間質部型; 妊卵の着床が間質部のほぼ中央に存するもの。

iii) 間質子宮型; 妊卵の着床が子宮腔に近い間質部に行われるもの。

2) Veit の分類 妊卵の着床部位による分類で、Hoehne の分類にほぼ同じである。

3) Gläser の分類 妊卵の発育方向による分類。

i) 第 I 型; 卵が子宮底筋層に向い発育する。

ii) 第 II 型; 卵が子宮壁に向い発育する。

iii) 第 III 型; 卵が卵管峽部に向い発育する。

本症例は Hoehne の狭義間質部型で Gläser の第 I 型に属するものである。

診断:

1) 臨床的診断法 一般に子宮外妊娠の中絶前における確診は困難で多くは中絶後又は中絶初期に特異な症状の発来によりはじめて診断されるものであるが、間質部妊娠としての診断は更に困難である。術前の診断法としては、子宮外妊娠の疑ある患者において内診により Baart de la Faille 氏徴候 (圧痛ある腫瘤を一側子宮角に触れ、それは子宮底と広い基底で連絡する) を認め得れば、更に子宮卵管造影法を行うことにより本症としての診断をかため得るが、一般に「子宮外妊娠」の診断で手術を行い、術後確診されることが殆どであり、なかには術後といえども診断の容易でないものがある。なお鑑別診断としては重複子宮妊娠、双角子宮妊娠、副角子宮妊娠、筋腫子宮妊娠、他部位の卵管妊娠、附属器腫瘍、子宮筋腫、不全流産、Piskazec 氏徴候等である。

2) 解剖学的診断法 肉眼的所見としては、

i) Kussmal 氏徴候: 円靱帯が胎嚢の側方または前面に附着している所見で次の 3 型に分ける。

第 I 型 円靱帯が胎嚢の外側方に附着。

第 II 型 円靱帯が胎嚢の前面外半部に附着。

第 III 型 円靱帯が胎嚢の前面内半部に附着。

ii) Baart de la Faille 氏徴候 前述

iii) Ruge-Simon 氏徴候 子宮底の傾斜を特徴とし次の 3 型に分ける。

第 I 型 外子宮底線は上昇し内子宮底線は下降し、胎嚢は両者の中間にある。

第 II 型 内外子宮底線は互に平行的に上昇し、胎嚢に到る。

第 III 型 内子宮底線は殆ど変化なく外子宮底線は外上方に走り胎嚢の表面に到る。

iv) Rosenthal 氏徴候 妊娠側卵管が胎嚢後方に転移しその下方に附着する。

v) Werth 氏徴候 卵管子宮口が筋肉又は粘膜による壁で閉され卵管腔と子宮腔との連絡がない。

vi) その他 Veit, Schiffmann, Drazancie 氏等の徴候がある。

組織学的所見としては

i) Poppel 及び Veit 氏徴候 胎嚢部に脱落膜の形成を否定する。

ii) Werth 氏徴候 子宮角に卵管入口部を組織学的に証明し得る。

症状：無月経，下腹痛，不正性器出血等一般子宮外妊娠の症状と大差はない。また中絶症状発現前では一般子宮内妊娠と区別し得る特異な自覚症状はない。一般子宮外妊娠に比し破裂を来すことが多く且つ早期に現われるが，胎嚢破裂時の症状も一般子宮外妊娠と変りがない。

転機：胎嚢破裂の頻度は Frank は 65%，Pütz は 90% と報告し一般子宮外妊娠に比し多く，大体 2～3 カ月で破裂を来す。子宮腔内に破裂すれば流産として経過し，卵管壁に破裂すると卵管破裂の型で経過し，稀に続発性腹腔内妊娠の型をとることもある（寺尾¹⁰）。妊娠 6 カ月以後まで妊娠継続することは極めて稀だが Doederlein⁵，Gläser, Kupferberg⁸，Heyn⁵ 等本邦では五味²⁹，矢内原，千保³ 等の報告がある。生児を得た報告は Rooswinkel, Heyn 等の例があり，千保，九島³¹ は満期産で生児を得ている。

治療：診断されたら直ちに開腹術を行う。即ち根治手術としては子宮腔上部切断術又は子宮単純全剝出術，保存手術としては患部卵管剝除術若しくは患部附属器剝除術，子宮角の楔状切除及び卵管剝除術等が行われる。

結 論

1) 本症例は人工流産 4 カ月後に同側卵巣黄体嚢腫を合併せる左側間質部妊娠破裂を来した 1 例で Hoehne の間質部型で Gläser の第 I 型に属す。

2) 流産と誤診され 2 回掻爬手術をうけたが症状軽快せず，当院にて子宮外妊娠の診断で開腹後はじめて本症（破裂の極く初期）なることを知り得た。

3) 本症例においては，組織学的検索により証明した胎嚢周辺に限局する血管周囲の円形細胞浸潤より人工妊娠中絶後の弱菌力細菌感染による卵管炎が主因と考えられ，これに加うるに先天性と思われる卵管の憩室形成があり，更に同側卵巣の鶏卵大黄体嚢腫による著しい圧迫牽引等の外的影響及びそのホルモン性不均衡により招来せられたと考えられる子宮筋層内の軽度の Adenomyosis 等先天的後天的の誘因が相俟つて本症の成立を

たものと考えられる。

4) 戦後子宮外妊娠の増加に伴う本症の急激な増加は社会的適応として乱用される人工妊娠中絶術並びに永久不妊の目的で行われる子宮卵管角焼灼術と密接な関係を有し，就中人工妊娠中絶後の弱菌力細菌感染による卵管炎は本症の原因として看過できない。これらの点に関し文献的考察を加えると共に，最近 2 年間の当院における調査により同様傾向を確認し得た。

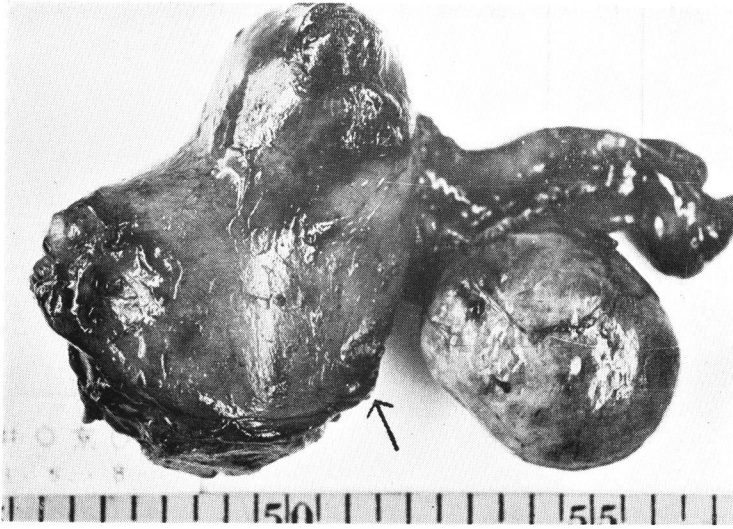
稿を終るに臨み，御校閲を賜わつた東京女子医大産婦人科柚木祥三郎教授並びに御懇篤なる御指導を戴いた国立東京第一病院産婦人科医長伊藤光雄博士，同病理科部長大橋成一博士に深く感謝の意を表します。

引 用 文 献

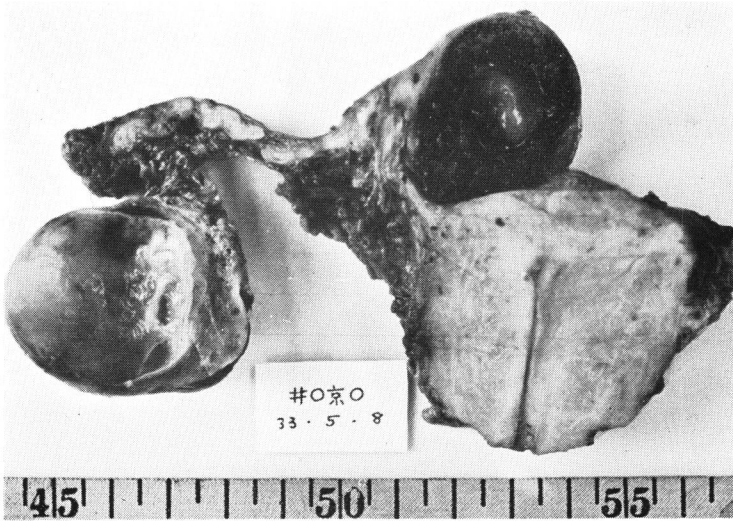
- 1) Gläser, I. : Arch. f. Gynäk. 93, 100 (1911)
- 2) Schmisch, W. : Zbl. f. Gynäk. 5, 1747 (1937)
- 3) 根本豊治：日本婦人科学会雑誌，15(1) (大9)
- 4) 川島長雄：近畿婦人科学会雑誌，15(4) (昭7)
- 5) 町田禾昌・他：産婦人科の世界，7(1) 52 (昭30)
- 6) Pütz, Th. : Zbl. f. Gynäk. 30, 1747 (1937)
- 7) Halban, J., Seitz, L. : Biology. u. Path. d. Weib. VII, 597 (1928)
- 8) 澤崎千秋・他：臨床婦人科産科，4 (3) 115 (昭25)
- 9) 村岡正高：臨床産婦人科，18 (1) 22 (昭18)
- 10) 寺尾一水：臨床医学，7, 1199 (大8)
- 11) 野村秀夫：臨床婦人科産科，9 (2) 82 (昭30)
- 12) 田川清和・他：同上，12 (9) 739 (昭33)
- 13) 中島 精・他：産婦人科の実際，4 (7) 413 (昭30)
- 14) 中島 精・他：同上，4 (8) 473 (昭30)
- 15) 小俣芳文：産婦人科の世界，5 (1) 89 (昭28)
- 16) 太田雅和：同上，9 (10) 1193 (昭32)
- 17) 真柄正直：同上，5 (1) 65 (昭28)
- 18) 新海輝一・他：産婦人科の進歩，2 (4) 119 (昭25)
- 19) 野村幸男：産婦人科の世界，5 (10) 1050 (昭28)
- 20) 柚木祥三郎：産婦人科の実際，5 (9) 565 (昭31)
- 21) Schmitt, W. : Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 89, 87 (1925)
- 22) Tasch, H. : Arch. f. Gynäk. 17 (1940)
- 23) 高橋 馨：日本婦人科学会雑誌，27, 1732 (昭7)
- 24) 洲崎隆一：近畿婦人科学会雑誌，26, (大12)
- 25) 矢内原啓太郎：日本婦人科学会雑誌，28, 1190 (昭8)
- 26) Wist, A. : Acta. Obst. et Gynec. Scandinav. 33, 69 (1954)

- 27) **Richardson, L.A.** : Ztschr. f. Geb. u. Gyn. (1930)
- 28) **広瀬正彦** : 産科と婦人科, **20** (9) 625 (昭28)
- 29) **五味助晴** : 日本婦人科学会雑誌, **16**, 165 (大10)
- 30) **千保 潔** : 産科と婦人科, **21** (3) 231 (昭29)
- 31) **九島璋三**・他 : 産婦人科の世界, **6** (11) (昭29)
- 32) **山元清一**・他 : 産婦人科の実際, **5** (3) 185 (昭31)
- 33) **隅田能文**・他 : 同上, **5** (10) 625 (昭31)

竹村論文附图



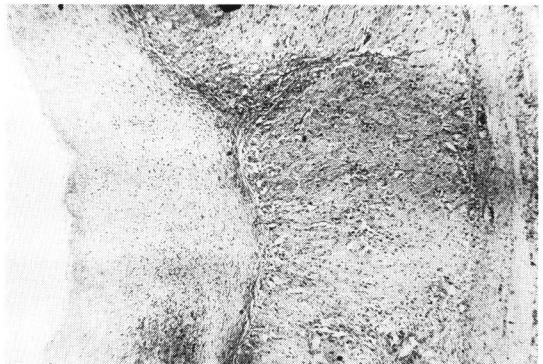
〔写真1〕 子宮前面より見た胎嚢部腫瘍および左側卵巢黄体嚢腫。矢印は左側円靱帯附着部を示す。



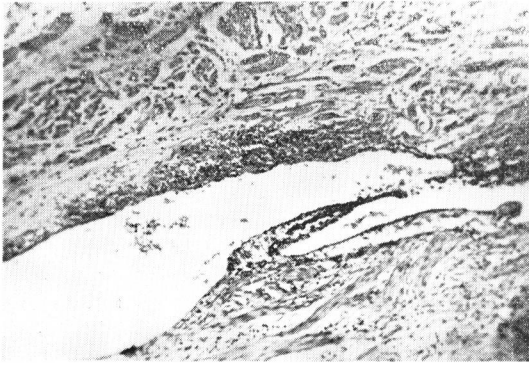
〔写真2〕 切斷前半部の割面所見。胎嚢内に胎児を認む。



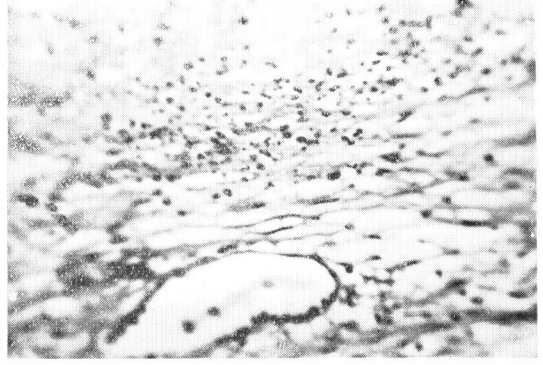
〔写真3〕 胎嚢部分の組織像。左方には凝血と共に散在する絨毛組織を，中央下方に子宮筋層，右方に卵管間質部筋層を夫々認める。(H.E. 染色×40)



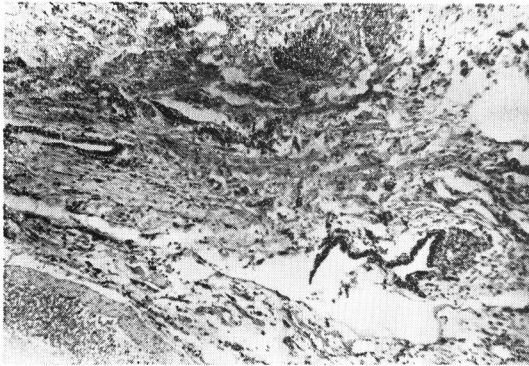
〔写真4〕 卵巢の嚢腫壁を示す。左方にやや硝子化した纖維組織を，中央には比較的厚いルテイン細胞層を見る。(H.E. 染色×40)



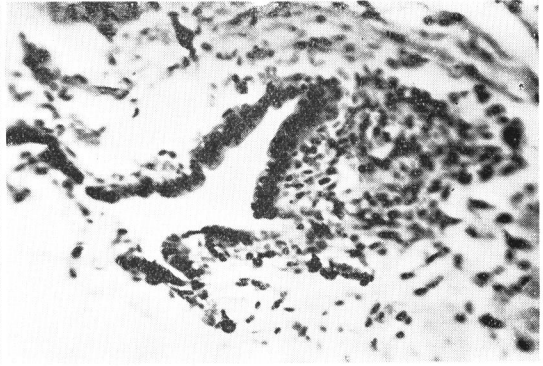
〔写真5〕 卵管間質部に近い狭部に認められる円形細胞浸潤巣。(H.E. 染色×80)



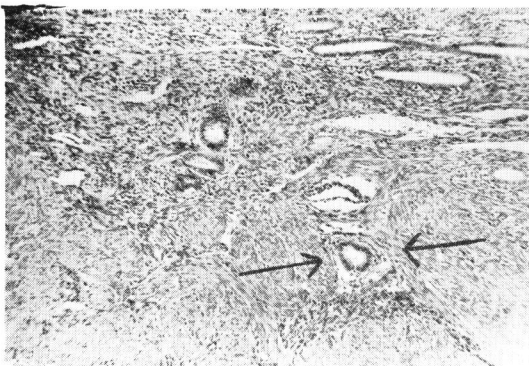
〔写真6〕 卵管間質部筋層内の血管周囲円形細胞浸潤像。(H.E. 染色×280)



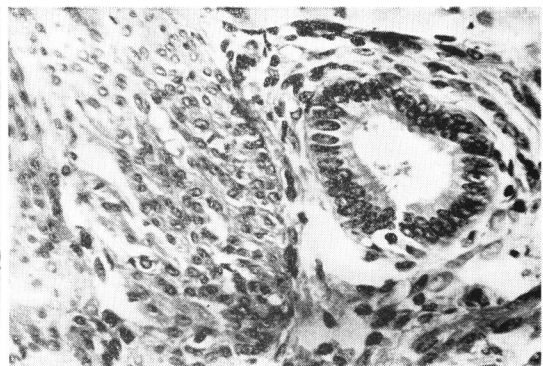
〔写真7〕 胎嚢周辺部卵管筋層内に認められた嚢室形成。(H.E. 染色×80)



〔写真8〕 写真7 卵管嚢室の強拡大所見。(H.E. 染色×280)



〔写真9〕 子宮筋層内(浅層)に認められる子宮粘膜腺—矢印の部位 (H.E. 染色×80)



〔写真10〕 写真9 部位のいわゆる Adenomyosis 所見。(H.E. 染色×280)