

618.312

## 卵管間質部妊娠ノ一例

岡山醫科大學産婦人科教室(主任八木教授)

醫學士 入山昌平

[昭和15年6月8日受稿]

## 緒言

子宮外妊娠中所謂間質部妊娠ハ其ノ發現率比較的低シト稱セラル。而モ其ノ診斷ハ時トシテ困難ヲ伴ヒ、術後剔出物ヲ檢シテ猶ホ決定シ得ザル場合アリト云ハル。余ハ最近間質部妊娠ト考フ可キ1例ニ遭遇セリ。其ノ症狀竝ニ診斷ニ就テ報告セントス。

## 實驗例

患者 守○眞○ 39歳 官吏妻

家族歴 特記スベキ事ナシ。

月經 初經16歳 持續4—5日 30日型 整調  
既往分娩 2回ニシテ第1回ハ25歳、第2回ハ33歳何レモ正常分娩ナリ。

既往症 生來虛弱ニシテ輕度ノ消化器系統ノ疾患ニ屢々オカサル。婦人科的疾患トシテ30歳ノ折不正子宮出血、下腹痛ヲ主訴トシ當科ヲ訪レ、右側炎症性附屬器腫瘍ノ診斷ノモトニ約2箇月ニ互リテ保存療法ヲ受ケ輕快ス。

現症及ビ經過 最終月經ハ昭和13年9月23日ヨリ5日間ニシテ平素ト同様ナリ。10月ハ無月經ニシテ11月ノ始メヨリ少量ノ不正子宮出血アリ、同時ニ腰痛、下腹痛ヲ訴ヘ同年11月16日當科ヲ訪レタリ。當時妊娠惡阻ヲ思ハスガ如キ訴ハ全然認メラズ。當時ノ所見ヲ要約スレバ皮膚粘膜炎ニ輕度ノ貧血アリ、胸部腹部四肢ニ異常ナシ。内診所見トシテ子宮體ハ鶉卵大ニシテ後屈シ其ノ

移動性ハ障礙ナク形狀硬度ニ異常ナシ。附屬器ハ兩側共腫脹壓痛ヲ認メズ。僅ニ子宮腔部ニ單糜爛ヲ認メ、粘液性ノ帶下増加セルノミナリ。移動子宮後屈、子宮頸管「カタル」、單糜爛ノ診斷ノモトニ外來通院ニテ保存療法ヲ行ヘリ。其ノ後出血無ク症狀輕快シ約20日後患者ハ自發的ニ通院ヲ中止セリ。12月29日夕刻下腹部ニ鈍痛ヲ訴ヘ1回吐血セリ 自宅ニテ臥床ス。發熱無ク、嘔吐、不正子宮出血ヲ認メズ。貧血ハアリタルモ急性貧血ノ徵ナシ。内科醫ニ胃潰瘍ト云ハレ自宅ニテ療法ヲ受ク。一般狀態良好トナレルヲ以テ翌年1月18日再ビ當科ヲ訪レタリ。

入院當時ノ所見 體格、榮養中等度ニシテ皮膚粘膜炎ニ中等度ノ貧血アリ。心肺ニ異常ナシ。乳房ニ着色無ク又初乳モ證明セラズ。腹部ハ弛緩シ抵抗壓痛ナシ。内診所見トシテ子宮ハ鶉卵大ニシテ後屈シ其ノ移動性ハ障礙ナク形狀硬度ハ正常ナリ。附屬器ハ右側ハ異常無キモ左側ニ鶉卵大ノ腫瘍アリ。其ノ境界ハ比較的鮮明アラズ形狀ハ略ボ圓形ナルモ不明、子宮トアル程度ノ癒着アルモノノ如シ。輕度ノ壓痛アリ。ダグラス窩ニ抵抗ヲ認メズ。腔壁ハ柔軟、「リビッド」着色ナシ、子宮腔部異常ナク、帶下ハ粘液性無色ニシテ少シク増加セリ。血液検査結果ハ白血球總數8350、血色素70%、赤血球總數356万、赤血球沈降速度18、40ナリ。

診斷 左側炎症性附屬器腫瘍

**手術所見.** 「トロバコカイン」腰髄麻酔ノモトニ白線ニ沿ツテ縦切開ヲ施ス。腹腔内ニ暗赤色流動性ノ血液ヲ少量認メタリ。腫瘍ノ前面ハ大網ト疎ニ癒着ス、大網ヲ剝離シ該腫瘍ヲ檢スルニ、腫瘍ハ子宮底左側ト廣汎ニ連絡シ恰モ子宮底ヨリ發生セル腫瘍ノ如キ感ヲ抱カシム。子宮體ハ後屈シ癒着無ク、兩側卵管、卵巢ハ異常ナシ。ココニ於テ兩側附屬器ヲ殘シ腫瘍ト共ニ子宮ヲ腔上部ヨリ切斷シ手術ヲ終レリ。

**術後経過.** 順調ニシテ20日間ニシテ退院ス。

**摘出標本ノ肉眼的所見.** 子宮體ヲ見ルニ其ノ子宮底ハ左側子宮角部ノ腫瘍向ツテ上方ニ傾斜ス。左右最廣徑ハ4.0cmニシテ子宮底ヨリ子宮斷端部迄6.0cmナリ。其ノ硬度、色ニ變化無シ。該腫瘍ハ略ボ圓形ヲ呈シ子宮縱軸ニ對シ上外方ヨリ下内方ニ傾斜セル位置ヲトリ子宮底ノ左側部ニ基底廣汎ニ密ニ附着ス。其ノ縱徑6.0cm、横徑5.0cmニシテ表面ハ平滑、硬度ハ軟ニシテ上部ニ於テハ波動ヲ證明ス。表面ハ暗褐色ヲ呈ス。腫瘍ニ著明ナル破裂口ヲ認メ難シ。左側圓韌帶ハ腫瘍ノ側下方ニ附着ス。左側卵管ハ腫瘍ノ外側下部ヨリ發ス。剖面ヲ調査スレバ該腫瘍ハ子宮筋層ニ附着セル獨立シタ空洞ナリ、内ニ流血及ビ凝血ヲ容ル。又胎芽ノ一部ヲ發見ス、胎盤ハ認ムルヲ得ズ。即チ本例ハ子宮外妊娠ニシテ該腫瘍ハ胎囊ナリ。子宮腔ハ其ノ左側子宮角ハ上昇シ。右側子宮角ハ下向セリ。子宮内腔ニ認ム可キモノ無シ。子宮内膜ハ脱落膜様著明ナラズ。

**組織検査.** 子宮内膜ハ稍々肥厚増殖ス。所ニヨリテ稍々脱落膜様變化ヲナセルヲ認メタリ。胎囊ノ基底部分ニ當ル所ヲ檢スルニ(第2圖)。子宮筋層ニ推シタル凝血中ニ絨毛組織ヲ散在性ニ證明ス。子宮筋層ト凝血ノ間ニFibrinoidstreifenノ層アリ。子宮筋層ハ圓形細胞ノ浸潤ヲ認メ、所々凝血部ニ向ツテ乳頭狀ニ突出セリ、胎囊上部ニ當ル所ヲ檢スルニ絨毛組織ハ認メラレズ。

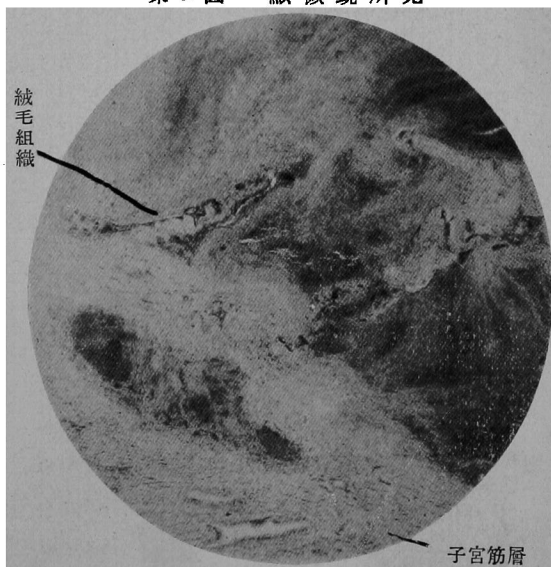
本例ハ症狀比較的不鮮明ナル所アリテ術前ニ子

宮外妊娠ノ診斷ヲ下シ得ザリシモ、既往症、現症、所見ヲ顧ミテ詳細ニ檢討スレバ、明カニ又子宮外妊娠タルノ條件ヲ具備セシモノナリ。而モ後述スル理由ヨリシテ特有ナル間質妊娠ナルコトヲ診斷セリ。

第1圖 別出標本



第2圖 顯微鏡所見



### 考按及ヒ總括

間質部妊娠ヲ報告セルハ Schmitt(1801)ヲ以テ嚆矢トス。爾來之ニ關スル報告ハ比較の少ク Bufe(1935)ハ確實ニ間質部妊娠ト診断ス可キモノハ約150ナリト稱シ、Huber(1938)ハ260例ヲ越エズト報告ス。其ノ發現率ヲ見ルニ子宮外妊娠ノ約1%内外ヲ占ム。Schroderusハ子宮外妊娠ニ關スル統計2444例ヲ集メ間質部妊娠ハ0.9%ヲ占ムルト述べ Wynneハ1547例ノ外妊中1.16%ノ間質部妊娠ヲ發見スト報告セリ。文獻ニ現ハレタル個々ノ報告ニ就キ比較スレバ下ノ如シ。

	子宮外 妊娠例數	間質部 妊娠例數
Palma	140	4
Blagodaron	140	2
Zimmermann	83	2
Franke	294	0
Werth	120	0
Wynne	304	2

本邦ニ於テハ明治38年河野氏始メテ間質部妊娠ニ就テ報告セリ。間質部妊娠ニ關スル報告ハ、川島氏ニヨレバ昭和6年迄ニ31例ヲ算スルノミト。我が國ニ於テモ比較の稀有ナルモノト想像セラル。其ノ頻度ハ加賀美氏ハ子宮外妊娠606例中1.65%ノ間質部妊娠ヲ認メ、小畑氏ハ2.53%ナル數値ヲ擧ゲタリ。間質部妊娠ニ關スル統計報告ヲ列記スレバ

	子宮外 妊娠例數	間質部 妊娠例數
寺 尾	42	3
川 島	42	1
小 山	27	2
酒 井	141	4
申	30	1
土 井	64	3

我が教室ニ於ケル統計ヲ調査スレバ、昭和9年以來28例ノ子宮外妊娠中、間質部妊娠ハ1例(本例)ヲ數フルノミナリ。即チ間質部妊娠ハ婦人科の疾患中比較の稀有ナ種類ニ屬スルモノト信ゼラ

ル。其ノ診断ニ當リテハ之ヲ中絶前ニ發見スル事ハ比較の困難ニシテ中絶後ト雖モ間質部妊娠ナリト断定シ得ル場合少シ。即チ臨牀的ニハ總括的ニ子宮外妊娠中絶ノ診断ヲ以テ満足スベキニテ其ノ詳細ハ術後ニ於テ初メテ證明サルモノナリ。然レドモトキニ術後ニ於テ諸種ノ檢索ヲ重ヌルモ猶ホ之ヲ決定スル能ハズ未解決ノ儘放置セラルル場合アリ。即チ其ノ中絶ノ時期、卵子ノ發育方向ニヨリテ間質部妊娠ナリヤ否ヤ決定スルヲ得ザル場合アルモ又當然ナリト稱セラル。診断ハ術前ノ症狀所見其ノ他ヲ參考ニスルハ勿論ニシテ手術時所見、摘出物標本ノ肉眼の所見、顯微鏡の檢索其ノ他各方面ヨリ之ヲ精査シ慎重ニコレヲ決定スベキモノナリ。其ノ原因、病理解剖方面ニ就テ探索ス可キハ論ヲ俟タズ。間質部妊娠ヲ來ス可キ原因ニ就テハ一般子宮外妊娠ト殆ド同様ナリ。其ノ主ナルモノヲ列記スレバ下ノ如シ。

1) 卵管ノ炎症(淋菌、結核、產褥熱其ノ他)ニヨル氈毛運動ノ缺如癒着、或ハ卵管腔ノ筋層内ニ於ケル分岐(Hoehne)。2) 卵管ノ缺如、發育不全。3) 腫瘍、子宮内膜症ニヨル卵管腔ノ病的變化(Sengupta)。4) 卵管ノ屈曲(Hermstein, Neustadt, Fleischer)。5) 先天性憩室形成(Pankow)。6) 峽部結節卵管炎(Recklinghausen, Werth)。7) 卵ノ内遊走(Wagner)。

余ノ例ニ於テハ長期ニ互リテ不妊ナリシ事、既往時ニ於ケル所見、其ノ他ヨリ見テ其ノ原因ヲ炎症ニ求ムルヲ妥當ナリト信ズ。

解剖方面ニ就キ Glaesmerハ卵ノ發育方向ニヨリ次ノ3ツニ分類セリ。

- 1) 卵ノ卵管子宮間質ニ發育セル型
- 2) 卵ノ子宮側壁筋層内發育セル型
- 3) 卵ノ子宮底内發育セル型

余ノ例ハ摘出物標本ヨリミテ Glaesmerノ分類ニ從ヘバ第3型即チ卵ノ子宮底内ニ向ツテ發育セルモノナルベシ。文獻ニヨレバ間質部妊娠ナリト推定ス可キ據點ハ10指ヲ屈スルニ餘リアルモ未

ダ1ツヲ以テ確定ス可キ方法見當ラズ。又内ニハ臨牀的ニ簡單ニ行ヒ得ザル方法モアリ。現今ニ於テハ其ノ決定ハ間質部妊娠タル可キ根據ヲ多ク求め、其ノ鑑別ヲ行ヒ得タル場合ニ始メテ間質部妊娠ナリト推定サルル状態ナリ。ココニ文獻ニ現ハレタル據點ノ概略ヲ記スレバ

- 1) 胎嚢子宮底筋層内ニ發育セルトキハ患側ノ圓韌帶ノ位置ハ側方ニ、胎嚢子宮側壁又ハ卵管峽部ニ發育スルトキハ前方ニ附着ス。(Kussmaul)
- 2) 胎嚢ハ子宮ト廣汎ナル基底ヲ以テ連絡ス。(Bart de la Faille)
- 3) 胎嚢内ニ連續セル脫落膜形成ヲ認メズ。(Poppel)
- 4) 子宮底ハ胎嚢ニ向ヒ急傾斜ヲナス。患側ノ圓韌帶及ビ卵管ノ位置ハ他側ヨリ高位ナリ。(Ruge Simon)
- 5) 胎嚢子宮底ニ發育セルトキハ同側卵管ハ胎嚢ノ側下面ニ附着ス。(Rosenthal)
- 6) 子宮腔内ニ卵子ヲ認メズ。(Veit)
- 7) 子宮内ニ島嶼狀ノ脫落膜ヲ認ム。(Veit)
- 8) 卵管ハ胎嚢ノ存スル部位迄消息子挿入可能ナリ。(Veit)
- 9) 胎嚢子宮側壁ニ發育セルトキハ子宮内ニ卵管子宮口ノ部位ニ一致シテ角狀空洞アリ。(Werth)
- 10) 胎嚢ト子宮體ノ間ニ卵管組織ヲ證明ス。(Werth)
- 11) 外側子宮體頸管角ハ他側ヨリ鋭シ。(Schiffmann)
- 12) 間質部ハ子宮體ニ對シ移動性ヲ證明セズ。(Drazancic)
- 13) 卵管ト圓韌帶ノ附着部ノ間隔増大。(Schweitzer) 其ノ他卵管内ノ脫落膜形成ニ關シテハ賛否相半ベス。

上記諸項ヨリ見テモ明カナル如ク卵ノ發育方向ハ其ノ所見ヲ左右スル率大ニシテ間質部妊娠ナリト一言ニ稱スルモ、一樣ニ律スルコト能ハザルナリ。中絶ノ時期、様式及ビ手術ノ時期モ其ノ所見

ニ差異ヲ招來スベキ重要ナル條件ニシテ又診斷ニ當リテハ忽ニス可キモノニアラザルナリ。惟フニ圓韌帶、卵管ハ診斷上最モ重大ナル役目ヲナスモノト考ヘラル。

扱テ著者ノ例ヲ按ズルニ、其ノ圓韌帶及ビ卵管ノ位置ハ上記諸項ニヨク合致セリ。Bart de la Failleノ唱フル如ク胎嚢ハ廣汎ナル基底ヲ以テ子宮底ニ連絡ス、其ノ間又移動性ヲ認メズ。又Ruge-Simonノ徵候著明ニシテ、其ノ他前述セル如ク手術時所見、摘出標本検索ノ結果ハ比較的上記諸項ニ合致スル點多クココニ本例ハ間質部妊娠ナリト診定スルヲ得タリ。間質部妊娠ハ其ノ受胎卵着床後多クハ2,3箇月ニテ妊娠中絶ヲ來シ外胎嚢破裂ヲ來スカ又卵管ニ向ヒ或ハ子宮腔ニ向ヒ流産ヲ來スト稱セラル。着床卵死滅スルトキハ破裂、流産ヲ來スコトナク其ノ儘吸收ノ經過ヲトルト。本症例ハ受胎卵ノ卵管間質部ニ着床後約3箇月ヲ經テ卵死滅シ吸收ノ轉歸ヲフロントシツツアル所ナル可シ。中絶症狀ノ甚シカラザリシ理由、又手術時腹腔内ニ留血ノ僅少タリシコト、著明ナル破裂口ヲ標本ニ發見シ得ザリシコトモココニ自ラ氷解サル可シ。

本例ハココニ間質部妊娠タルノ推定ハ得タルモ猶ホ鑑別ヲ要ス可キモノアリ。即チ漿膜下筋腫、卵管峽部妊娠、副角子宮妊娠等ナリ。漿膜下筋腫トノ鑑別ハ比較的容易ニシテ論ズルニ足ラズ。卵管峽部妊娠ニ於ケル鑑別ハ本例ノ如キGlaesmerノ第3型即チ卵ノ子宮底ニ向ヒ發育セル場合ハ甚ダシキ困難ヲ伴フコト比較の少シ。副角子宮妊娠トノ區別ハ困難ニシテ古ヨリ論議ヲ醸シ、其ノ鑑別診斷法ニ研鑽ノ重ナル所ナリ。子宮ハ胎生時ノ生殖管タルミューレル氏管ノ左右相癒合シ生ジタルモノニシテコノ癒合ニ障礙アル場合種々ナル子宮ノ畸型ヲ來スコトハ周知ノコトナリ。副角子宮妊娠トハ子宮畸型即チ雙角單頸子宮ノ一角痕跡のニナレル部位ニ妊娠ヲ招來セルモノニシテ比較的稀有ナル症例トシテ文獻ニ其ノ記載ヲ見ル所ナ

リ。副角子宮妊娠ト間質部妊娠トノ鑑別ニ資ス可キ點ヲ成書ニヨリテコレヲ求ムレバ

1) 圓韌帯ノ位置ハ間質部妊娠ニ於テハ胎囊ノ下面ニ附着スルカ又ハ其ノ内面ヨリ出テ胎囊ノ前面ヲ走ル。副角妊娠ニテハ常ニ胎囊ノ外面ニ附着ス。

2) 間質部妊娠ニ於テハ胎囊ノ子宮體ト明白ナル境界ナク移行ス。副角妊娠ニテハ胎囊ト子宮體トノ間ニ明白ニ深溝ヲ認ム。

3) 卵管ノ位置ハ間質部妊娠ニ於テハ多ク胎囊ノ下面ニ附着ス。副角妊娠ニテハ側面ニアリ。

4) 卵管腔乃至子宮腔ト胎囊トノ交通ガ間質部妊娠ニ於テハ分離ス。之ニ對シテ副角妊娠ニテハ相交通セリ。

5) 間質部妊娠ハ脫落膜形成ガ散在性島嶼狀ナルモ副角妊娠ニテハ全般性ナリ。

6) 子宮底部ト胎囊頂部トノ高サノ關係ガ間質部妊娠ニ於テハ胎囊頂部著明ニ高位ニシテ副角妊娠ニ於テハ然ラズ。

7) 初期ニアリテハ間質部妊娠ハ卵管角ノ部位ノミ膨大スルモ、副角妊娠ニテハ子宮角ノ部位全般ニ互リテ膨脹ス。

8) 卵管子宮口ノ部位ニ一致シテ間質部妊娠ハ卵管組織ヲ殘スモ、副角妊娠ニテハ斷ノズ。

更ニ白木教授ニヨレバレ線寫眞ヲ利用シテ兩者ノ鑑別ニ資スルコトアリトイフ。上記諸項ハ間質部妊娠ト子宮副角妊娠ノ鑑別ノ概略ヲ示スモノニシテ其ノ中理論的ニ走リテ實地ニ應用シ難キ項モアレド比較的有力ナル手段ト考ヘココニ記載セルナリ。余ノ例ヲ顧ミルニ其ノ圓韌帯ノ位置ハ胎囊ノ側下面ニ附着シ間質部妊娠ノ場合ニヨク合致セリ。子宮體ト胎囊ノ間ニ明界ナク、又其ノ卵管ハ胎囊ノ下面ニ附着ス。何レモ間質部妊娠ノソレニ符合ス。子宮腔、卵管腔ト胎囊腔トハ分離シ、脫落膜形成モ散在性ナリキ。第6項ニ述ブル Ruge-Simon ノ徵候モ本症例ニテハ著明ニ證明セリ。摘出標本ヲ檢スルニ猶ホ卵管角ノ部位著明ニ膨大セル感ヲ與フ。カク觀察シ來ル時ハ副角妊娠タルノ根據薄弱ニシテココニ本例ハ間質部妊娠ナリト診斷シテ大過ナルベシト信ジ茲ニ報告セル次第ナリ。

撰筆スルニ臨ミ御指導御校閱ノ勞ヲ忝ウセシ恩師八木教授ニ謹シテ感謝ノ意ヲ表ス。

## 主 要 文 獻

- 1) 安藤, 婦人科學各論. 2) 白木, 子宮外妊娠ノ診斷. 3) 岡村, 近婦會誌, 第3卷. 4) 五味, 日婦會誌, 第16卷. 5) 矢内原, 日婦會誌, 第20卷. 6) 申, 産ト婦, 第4卷. 7) 中川, 黒川, 産ト婦, 第7卷. 8) 高橋, 臨産婦, 第7卷. 9) 本多, 倉敷中央病院年報, 第10年, 第2號. 10) 和氣, 李, 産婦紀要, 第22卷. 11) Hoehne, Halban Seitz Biologie u. Pathologie des Weibes. 12) Veit, Handbuch der Gynäkologie von Veit; Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein. 13) Werth, Handbuch der Geburtshilfe von Winkel. 14) Glaesmer, Arch. Gynäk., Bd. 93, 1911.
- 15) Zimmermann, Zbl. Gynäk., Jg. 45, 1925.
- 16) Blugodaron, Zbl. Gynäk., Jg. 54, Nr. 14, 1930.
- 17) Buße, Zbl. Gynäk., Jg. 59, Nr. 25, 1935.
- 18) Beatrice, E. Tucker, Amer. J. Obst. & Gynec., Vol. 32, 1936.
- 19) A. E. Kanter, Amer. J. Obst. & Gynec., Vol. 32, 1936.
- 20) Robert, Hasselblatt, Zbl. Gynäk., Jg. 61, Nr. 9, 1937.
- 21) Th. Pittz, Zbl. Gynäk., Jg. 61, Nr. 30, 1937.
- 22) Manger, Helmst, Mschr. Geb. u. Gyn., Bd. 104, 1937.
- 23) Herbert, Huber, Ztschr. Geb. u. Gyn., Bd. 117, 1938.
- 24) Herbert, Krous, Zbl. Gynäk., Jg. 62, Nr. 45, 1938.

Aus der Frauenklinik der Medizinischen Fakultät Okayama  
(Vorstand: Prof. Dr. H. Yagi).

## Über einen Fall von Graviditas tubaria interstitialis.

Von  
Syohci Iriyama.

Eingegangen am 8. Juni 1940.

Eine 39 jährige Frau, welche in einer inneren Klinik als Magenulcus behandelt worden war. In der Anamnese; leichte Unterleibsschmerzen, fieberlos, Amenorrhoe von einem Monat, aber keine Genitalblutung, acute Anaemie negiert. Aufnahme in der Frauenklinik.

Diagnose: linker Adnextumor (chronisch entzündeter?).

Laparotomie: Corpus uteri retroflektiert, eine runde Vorwölbung am der linken Fundusecke. Beide Adnexe schienen intakt aus. Supravaginale Amputation. Diese Vorwölbung war 6×5 cm gross, breitbasisch vereinigt mit der Fundusschicht an der Schnittfläche, Fruchtsack mit dem Inhalt von verstorbenem Embryo und dunkelblutiger Flüssigkeit. Das linke Lig. rotundum setzte sich unten lateral davon an. Es handelte sich um eine linksseitige interstitielle Schwangerschaft.

Der Verfasser hat aus der Literatur viele Fälle von der interstitiellen Schwangerschaft angesammelt und genaue Differenzierung von solchen Fällen, wie isthmale Gravidität, Nebenhornschwangerschaft, Uterusmyom u.s.w. auseinandergesetzt. (Autoreferat)