

て即時戦闘を中止すべきことを勧告したとのことである。そして「ロシア」軍隊が伯林を占領した時「デューコフ」大將 (General Zhukov) は彼を伯林公衆衛生長官に任命したが、其後「アメリカ」の抗議によつて之を免ぜられ、元の大學病院に返り矢張外科主任となつて居り、本年 72 歳に達せるが尙頗る敏捷活潑で“余は醫師にして「ナチ」に非ず”と豪語して居るとのことである。(Time, August 4)

5. 醫療用としての「ラヂウム」に代るもの
「アメリカ」原子力委員會長 Lilienthal 氏の發表によれば、その作用は「ラヂウム」に比して少しも劣らず、而も非常に廉價にして多量に得らるゝ代用物を得るに至つた事が明らかにされた。即ち Oak Ridge の原子力研究所に於て、「コバルト」を「ウラニウム」中に於て處理する事により、これに「ラヂウム」と同様の放射能力を附したものであり、これは「アメリカ」の 4 大病院に於て、臨床的試験を行ひ其効果を確認し得たものであるが、その廉價に製出し得る點について Lilienthal は、“委

員會はこれに對して全然定價をつける事を考へてゐない”と云ふ位である。而も此放射能性「コバルト」は、「ラヂウム」と同様の「ガンマー」線を放出するが、「ラヂウム」と異り、屢々有害作用を起す「アルファ」線を有しないため、患者は勿論、醫師、看護婦、技術員等に「ラヂウム」よりも危険を與へることが少ないといふ長所がある。唯一つの缺點かも知れないことは、「ラヂウム」より放射能力の壽命が少ないことであるが、多量に存在する「コバルト」に速に放射能力を附し得るので、何時でも充分に需要を満し得るから、これは問題にならないと言ふ事である。原子爆彈製造過程の副産物として、此種の物が産出されはしないかと云ふことは、誰しも期待したであらうが、この發表は我々に大なる喜びを與へるものである。因に云ふ、米國に於ける「ラヂウム」それ自身の時價は、1g 25,000「ドル」ださうである。(講演後附加. Newsweek, May 3, 1948)

子宮癌の診断と治療

岡山醫科大學教授

八木日出雄

子宮癌は婦人に發生する癌腫の中最も頻度の高いものでその診断といひ治療といひ古くから盛んに研究されて居るテーマであるが、今日猶新しい進歩の途上にあるもので、診断をあくまで正確にし、治癒率を出来るだけ向上させることは吾等に課せられた大きな責任である。茲に現在のこの問題に關する進歩の概況を記載し、専門醫並に一般醫師が如何にこの患者を取扱ふべきかの卑見を紹介いたし度い。

子宮癌には頸癌と體癌の二種があり各々かなり違つた臨床的態度をとるものである。頻度は從來成書に、頸癌 90%、體癌 10% 位と記

されてゐるが、我教室の統計では頸癌 95%、體癌 5% であり、最近の我國各大學の統計もこれに近づきつゝある。頸癌の診断が進んだ爲であらう、何れにしても頸癌は子宮癌の代表的のものであつて、子宮癌といへば頸癌を指すものと解してよく、従つて今回もこの頸癌の診断と治療に就て述べることにし、體癌は別の機會に譲り度い。

子宮頸癌は昔信じられたやうに老人にしかも多産婦人に起るといふやうなことはなく、發生年齢の範圍は非常に廣く 40 歳代が最も頻度が高いとはいへ 30 歳から 70 歳代に及ぶ殆んど凡ての年齢に起り、多産婦にも未産婦

にもあり、貧富の差もなく、職業の別もなくあらゆる婦人に発生し、決して油断を許さない。

子宮癌の治療成績を上げるには³の方法が考へられる。

(1) 原因療法

最も現想的な療法であるが、癌の原因が今日なほ明かでない以上直ちにこれを期待することは出来ない。

(2) 治療技術の改善

現在子宮癌の治療に使用され、効果ありと考へられる方法を改良工夫して効果を一層大きくする。或は新に治療法に加へることの出来る操作を發見する等。例へば手術の方法の吟味改良、放射療法の種類なる改良などがこの部類に屬する。

(3) 早期發見と早期治療

前記の治療技術はかりに現状のまゝであるとしても、子宮癌患者を早期に發見し、適切な治療を受けさせることによりその成績は今日直ちに向上する。これを徹底する爲には、一般婦人殊に癌年齢にある成熟婦人の啓蒙、一般醫師の補習教育、産婦人科専門醫の協力等の事項が考へられる。さて

子宮癌の治癒とは？ 他の如何なる臓器に發生する癌腫と同様に、治療を加へた時から滿5年即ち足掛け6年を経て、患者が健康で癌を持たない状況にあることを確めて初めて決定される。これを持續治癒或は永久治癒と呼ぶ、勿論5年以後に再發して來る場合もあり得るが、これは別箇に論じ「遅れた再發」の範圍に繰入れ、滿5年を以て一先づ統計調査を區切つてその成績を論ずる習慣である。従つて一次治癒即ち治療を加へた當座の状況によつて急いでその成績を論ずるは誤であつて、長年に亘る忍耐深い檢診を重要視すべく、患者が途中で行方不明にならぬやう患者と病院との連絡を密にし責任を以てその健康状態を監視する必要がある。子宮癌の治療を引受ける醫師は先づ初めにこの覺悟をツツカリ持つて望むことが必要である。この點は他の疾患の治療とは餘程趣を異にする。例へば卵巣

囊腫や子宮筋腫を手術したり、子宮外妊娠を取扱ふ場合と根本的に違つてくる所以である。

次に、治療法は如何なるものがよいか？ この點は永久治癒成績から溯つて吟味すべきものであつて、決して一次治癒成績に捕はれてはならぬ。我等が子宮癌患者を取扱ふのは、單に手術的侵襲を加へる爲のものでもなく、「レントゲン」を放射する爲のものでもない。要は癌を治療して所謂永久治癒を得させることを眼目とするのであつて、この永久治癒が最も多く得られるものならば、手術といはず、放射といはず、他の如何なる療法であつても採つて以て利用することは言ふ迄もない。「ホルモン」、「ワクチン」何でも排斥すべきでない。問題は一の療法が永久治癒に如何程の力を持つかを吟味することにある。

従つて私は子宮癌の治療に際して、この根本要點を現在及び將來に亘つてお互が比較研究し得べき一つの形式を工夫しこれを「子宮頸癌治療成績發表の規準」と稱し先年學會に紹介した(昭和16年4月、産婦紀要、第24卷第4號)。この要點は、(1)子宮癌患者の治療を行つたもの全數と、滿5年後の治癒數とを明かにしその比率を出すこと。(2)行方不明になつた場合、これを入れた率と、これを除いた率とを算出して、その成績は兩者の中間に位するものと推定すること。(3)最初の治療患者に就て、癌進行度の記載を國際聯盟癌委員會で1929年に定めた國際分類に従つて第I期から第IV期に至る4種類に分類し各期別に(1)の統計を出すこと。治療の種類を異にする²又はそれ以上の治療法を行つた時は各種類別に以上の成績を掲げ、全體成績と同時に發表すること。而して各治療法毎に次の8項目をもれなく分類する。即ち 1. 治療數 2. 5年後健存者 3. 再發あるも生存 4. 一次死亡 5. 癌にて死亡 6. 他疾患にて死亡 7. 原因不明死 8. 行方不明。この方式を6年後に整備し、逐年累加集計して行くことにより、如何なる治療方法がよかつたかが明かにされ、従つて今後採るべき方法

への参考となる。又この型式で各病院からその治療成績が発表されると、自他相互の比較研究が可能となり、現在如何なる方法が全国的に最もよいかの問題が自ら解決される。

この方法は治療技術の反省である。反省しつゝ将来への努力を拂つてこそ初めて科学的な治療を行ふことが出来やう。濫診濫療とならず良心的に行ひ得るのである。私の提案した型式は幸ひ今日諸方面に採上げられ現在の學會ではこれに準じた治療統計が續々出て来てゐるのは欣ばしい次第である。

何故かやうな事を述べたかと言へば、以前は子宮癌の治療には手術がよいとか、放射がよいとかの討論が活潑であつたが多くは一次成績に基いて述べられ肝腎の永久成績の報告が我國では極めて少なかつたから、特にこの點を根本的條件としてハッキリせしめたい爲である。

子宮癌治療には中間治療を排す

癌治療を施す場合に、最初から5年間の検診及再發の場合に對する處置をも引受ける豫定を以て臨む必要のあることは先に説いたがこれを引受ける病院を、こゝで終末病院(Endstation)と呼ぶ。子宮癌の治療はこの終末病院でやるか、もし各自の醫師が夫々その能力の範圍で治療の一部を行ひ度い場合には終末病院と初めから密接なる連絡を保つて、終末病院の一部としてやる必要がある。たとへば甲、乙の醫師があり、甲に「レントゲン」深部治療機をもち、乙は「ラヂウム」を多量に持つとすると甲、乙両者が合體して初めて一つのまとまつた放射療法が營まれるのであるから両者が相寄り終末病院を形成する。甲が手術をなし乙が後放射をする時も同様である。たゞこの時は何れかが検診を引受け、後年調査を勵行して必ずその成績を「グロトコル」に止めなければならぬ。かくする事により、治療が一定の目標をもち、一貫した系統的治療となる。癌と判つた患者をたゞ洗滌のみで數ヶ月も引留めたり、單に焼灼のみを施したり、又は「レ」のみ「ラ」のみをかける等の不完全な治療を行つて、後で患者を突き離す

などは凡て一部治療或は中間治療であり、この種の處置は決して患者を幸福に導く所以でない。即ち治療は初めから終末病院に托するか、或は自ら終末組織の一環となつて協同してやるかこの二つに限るべきである。こゝに婦人科専門醫としての自覺心がある。

治療成績の現状

我が教室に於て私が就任した昭和9年から永久治癒の判明した昭和16年迄の8年間の945例に關する成績を基として申述べたい。尤もその詳細は近く日本婦人科學會雜誌に掲載する豫定である。

治療方法は(1)手術療法。これに岡林式廣汎性別除術と單純別除術とを行つてゐる。後者は第I期即ち骨盤結締織になほ浸潤の認められないものに就て行つた。共に「レ」後放射を併用する。(2)放射療法は「レ」單純分割、「ラ」及「レ」體腔管の3方法で、(イ)3者を悉く併せたもの、(ロ)「レ」、「ラ」2者を合せたもの、(ハ)「レ」、體腔管の2者を合せたもの、の3種がある。放射療法は第I「クール」と、2ヶ月後の第II「クール」とを以て治療完遂とし、更に経過の良くない時には第III「クール」以下を行つてゐる。治療各種目毎に前記8項目を分類し、その結果を集計して%を出すと、先ず全體成績は第1統計(治療中斷者26名を加へたもの)永久治癒率43.1%、行方不明13名を除けば43.8%となる。第2統計(治療中斷者を除いて)44.4%、行方不明を除けば45.1%となる。即ち昭和9~16年間に於て我々が保有した癌の治療能力は治療完遂者に對して44.4~45.1%の間にあつたといふ事になる。次に第3統計は第2統計を各治療別に分つたもので、手術療法では66.1%(行方不明なし)、放射療法では35.7~36.7%である。手術には第IV期が含まれてゐないから、第I~IV期の各進行期別に兩者の比較をしてみると、

第 I 期 :	{ 手術	廣汎別除	92.9%
		單純別除	65.4%
	{ 放射	60.5~62.2%	

(但し前者は行方不明を含んだもの、

後者はこれを除いたもの、以下同様)

第 II 期:	{	手術	廣汎別除	69%
		放射		48.5~50.3%
第 III 期:	{	手術	廣汎別除	40.6%
		放射		33.7~34.2%
第 IV 期:	{	手術	なし	
		放射		13.7~14.2%

以上の成績で兩者を比較する爲平均誤差の m 計算及び「カイ」自乗法の P の計算をして結論すると。

頸癌第 I 期は、岡林式廣汎性別除術は放射療法より優る。これに反し單純別除では放射療法と同等の結果しか得られない。

第 II 期は岡林式が放射に優る。第 III 期は岡林式でも放射療法と差がない。

吾等が子宮癌に對し「メス」を加へる場合はその結果が明かに放射療法より優つてゐるとの信念を持ちうる限度に於てなすべく、手術も放射も差して相違がない場合は寧ろ「メス」を棄て、放射に據るべきものと思ふ。故に以上の結果から、第 I, II 期に對しては岡林式廣汎別除手術を勧めるが、第 III 期には寧ろ放射を採る。

一方手術を單純別除で行ふ一派の人には單純別除と放射と結果に於て餘り差はないから、寧ろ悉く「メス」をすて、放射に據るべしとの結論も出てくる譯で要は術式の問題である。今日、外國でも手術として單純別除より行はない國々では次第に放射療法に傾き、子宮頸癌は悉く放射によることを原則とする國も少くない。

放射療法では、我教室では「レ」深部治療を先に行ひ、單純分割法、次に「ラ」を大量に與へ、最後に體腔管を使用する、時には「ラ」と體腔管を交互に行ふ。而して切除、腐蝕、焼灼等の前處置は一切行はない。如何に出血が大量あるものでも強「タンポン」を施すのみで「レ」をかけ焼灼はやらぬ。「レ」感受性が何等前處置を施さない癌組織に最も強いといふ性質を利用した爲で、従つて「ラ」は後にする。猶放射療法としては「レ」、「ラ」、「體腔管」の 3 者併用が最も成績がよかつた。

以上の成績の教へるものとして、

1. 子宮頸癌は早期程永久成績がよい。第

I 期で廣汎手術をすれば殆んど全部が (92%) 治癒してゐる。もし全ての子宮癌患者がこの状態にあるものと假定すれば、身體に發生する癌としてこれ程治り易いものはないときへ言へやう。

2. 末期になると治癒率は急激に低下し僅かに 13~14% 位になる。子宮癌は必死の病といはれるのは實にこの末期患者が多いからである。

3. 手術でも放射療法でも癌組織の切除や焼灼を前以てやり、日を経てから終末病院に廻されるのはその成績を悪くする。手術又は「レ」、「ラ」等をバラバラに行ふ人は全體を一括して一系統をなすやう、甲、乙豫め協定し、互に協力して治療に當るが必要で、自分だけ勝手にやり度いことをやり、あとを終末病院に托するはよろしくない。各自の治療方針を協定連絡し、後年調査を何れが受持つかもハッキリ定めてから治療に取かゝつて欲しい。

4. 一般婦人への啓蒙が必要である。早期發見により今日直ちに永久治癒率を著しく向上し得ることを教へ、初發徴候である、不正出血と帶下に充分な關心を拂はせるべきである。

次に診断に就て申述べたい。

子宮癌の診断は指と眼で行ふべきは昔から論じられた。指即ち内診指の觸診により、眼即ち鑷鏡診の視診によつて解決する。この上に今一の眼、即ち顯微鏡検査を私は特に強調したい。子宮癌には全例悉く檢鏡せよと申したい。從來とかく初期癌で「癌か、癌でないか？」確かでない場合にのみ檢鏡されたが、進行して一見癌だ！と思ふものには檢鏡を缺いてゐた。實はこの中にも、肉腫、結核、微毒、妊娠時乳嘴狀糜爛、炎症性糜爛等が含まれることがあるから必ず一度は檢鏡せねばならない。檢鏡によつて癌を組織的に確認することが正確なる統計の第一歩である。癌でないものを手術してその成績を云々してもこれは統計のズチ壊しである。初期癌と區別すべき「ロイコプラキヤ」、前癌症らは統計に入れてはならない。猶初期癌の疑があり檢鏡上癌が(一)の時は其後の経過を觀察將來必要あらば再び檢鏡すること。

この検鏡に就ても協同治療の意味で我教室は以前から開業醫の方々の便宜を計つて何時でも切片検査の依頼に應じてゐる。遠慮なく利用されたい。たゞ切片を採取するときは消毒を嚴重にし、あとで骨盤結締織炎を起さぬやうに注意すること。極端な場合には切片をとつた爲敗血症を起した報告さへある。癌組織が腐敗し有毒菌が附着しやすいから消毒はあくまで完全にやつてほしい。

癌の診断がつけば、その進行程度を腔診と直腸診とで次の如く分類する。(國際分類)

第I期 癌が頸部に限局し、骨盤結締織に浸潤がない。子宮頸部は勿論完全に移動性を保つ。(直腸に指を入れ頸部と骨盤壁の間に指を動かしてその抵抗を觸れてしらべる)

第II期 癌が一側又は兩側の骨盤結締織に浸潤して居る。しかしその程度が強くない。腔壁に癌の進むものもあるが軽度である。頸部は移動性が若干減ずる。

第III期 浸潤が強く骨盤壁迄に達してゐる(一側又は兩側)頸部の移動性が限局される。又、頸部が移動性であつても腔壁に表層浸潤が進んでゐる。又、骨盤内に遊離した淋巴腺轉移がある。

第IV期 浸潤最も強く廣汎で兩側骨盤壁に及ぶ。膀胱、直腸に浸潤がある。腔壁全部が硬い管になる。又、骨盤以外の遠隔轉移がある。

次に診断上必要なのは治療後の状態に就てであつて、

1. 手術後の肉芽腫(Granuloma)

手術後腔斷端に眞赤な舌狀の肉芽腫を生ずる。軟く、觸れるとスグ出血する。縫合糸が中につままれてゐることが多い。左右の隅に又は中央部に發生する。再發でない。癌の再發では硬く直腸診でもその基底部の硬結があるが、肉芽ではこれがない。糸を抜き鋭匙で搔爬し沃丁を塗れば容易に治る。

2. 放射療法後の糜爛

「レ」、「ラ」ことに「ラ」挿入後に腔部に糜爛が残り白色又は緑白色の痂皮をつけ、つゞくと出血する。これをば、まだ「癌が治つてゐない」と速断し他病院で更に「ラ」を添加するやうなことがある。放射療法後の治癒は長い時日を要し、腔部表面が漸次癩痕化しキレイになる迄相當の日數がかかる。再發と誤つて

はならない。寧ろ熱氣法、「ディアデミー」、石英燈照射等が處置として望ましい。

3. 放射療法後の直腸出血

放射後肛門より出血を訴へ屢々直腸癌の併發と誤診される。「ラ」による壞死である。即ち頸管癌に多く、頸管の癌竈がかたく、壞死となり腔直腸間隔膜に及びこれに相當する直腸部が癩痕化し、排便時龜裂をおこして出血するものである。直腸癌ではないから、熱氣法、「ディアテルミー」等で癩痕を軟化し、「アドレナリン」塗布を行ひ治癒せしめる。但し將來この部分に癌が再發する可能性はあるから注意する。

結論 子宮癌の治療は長い年月非常な忍耐を要するものである。この治療の徹底を期する爲には専門醫は勿論、一般醫も一般婦人もお互に協力し相寄り相助け又相信じて當らねばならぬ。今日猶迷信や民間療法等のイカガワツイ治療が跡をたゞない時代、醫家はその指導力を發揮して正しい治療を普及せしめねばなるまい。早期發見の實が擧つて子宮癌患者が悉く第I期としての治療を受けるやうになれば理想的であるが、せめて第II期迄にでも全部の治療を終り度いものである。現在教室外來を訪れる患者で第I、第II期は全患者の約半數であり、残り半數は第III、第IV期に屬する。

子宮癌の豫防法はないか。原因が明かでないから正しい意味の豫防法は知られてゐない。ただ、癌年齢の婦人を時々検診して、腔部糜爛の治療をなし、頸管裂傷の縫合をすることはたとへ豫防といへぬ迄も健康保持の上からも望ましい。「アメリカ」では糜爛の深部焼灼、圓錐形焼灼又は糜爛を Sturm Dorf 法によつて切除することを盛んに行ひ、これで後年癌發生率を低下させるといつてゐる。又「シカゴ」では女醫 Watkins が癌検診機關をつくり、豫防醫學的立場から平時より定期的に内診を行つて癌の早期發見につとめてゐる。この種検診機關は戦前「ドイツ」にもあつた。いま我國で直ちにかやうな大きな検診機關をつくることは不可能であるとしても、せめて有志の参加によつて小規模なものでも始めてはどうかと思ふ。それにつけても専門醫と一般醫との協力、それから一般婦人の理解が望まれるのである。(昭和23年4月29日)