〈原 著〉

中・高齢婦人の結核性腹膜炎・性器結核

赤澤 憲治 牛木 信之

〈要 約〉 東京都多摩老人医療センター婦人科で、1986年7月から1992年6月までの6年間に50歳以上の中・高齢婦人の結核性腹膜炎または性器結核を8例経験し、その臨床統計的検討と文献的考察を行った。

年齢分布は52歳から82歳までで平均年齢は72歳、頻度は50歳以上の当科外来初診婦人1,034例の0.77%に相当した。8例中5例は通常の子宮頸癌・体癌検診のための細胞診で結核性子宮内膜炎を強く疑い、子宮内膜組織または子宮腔洗浄液の結核菌培養を行った結果陽性であったことにより診断が確定され、3例は腹水所見から結核性腹膜炎を強く疑い、このうち2例は結核菌培養が陽性であったこと、残り1例は腹水からの結核菌は証明されなかったが、腹水所見と抗結核療法にて症状・所見の著しい改善がみられたことにより診断した（このうち1例は胸水の所見から結核性胸膜炎の合併例であった）。

活動性肺結核の合併例はなかった。

現病歴に結核を有する例はなかったが、全例に家族歴または既往歴に肺結核を認めた。

ツベルクリン反応は強陽性3例、弱陽性4例、陰性1例であった。

全例に、isoniazide, rifampicin, streptomycin を中心とする抗結核療法を行い、全て症状・所見の著しい改善を認めた。

全結核の新規登録患者数の減少速度に鈍化傾向がみられ、また活動性結核有病率が加齢と共に上昇している現在、中・高齢婦人の結核性腹膜炎・性器結核は老年婦人科学領域における重要視すべき疾患であり、その診断や管理に婦人科的検査手技—子宮内膜の細胞診・組織診・細菌学的検査、経腔的超音波断層法による微量腹水の検出と腹水穿刺などが有用であることを強調したい。

Key words : 高齢婦人, 結核性腹膜炎, 性器結核, 細胞診, 腹水

緒 言

わが国の結核罹患率ならびに死亡率は抗結核療法の進歩により著しく改善されたが、今なお年間5万人余の新登録患者があり、その減少速度の鈍化や活動性結核有病率が高齢者で増加していることが問題になっている。また、活動性肺外結核は全活動性結核の6.2%を占め¹⁾、結核根絶の見地から無視できない地位を占めている。

われわれは肺外結核の一分野である結核性腹膜炎と性器結核を最近6年間に8例経験したのでその臨床的特徴を検討し、文献的考察を加えた。

対象と方法

対象は1986年7月から1992年6月までに当センター

K. Akazawa, N. Ushiki : 東京都多摩老人医療センター婦人科

受付日 : 1994.10.11, 採用日 : 1994.11.2

婦人科外来を受診した50歳以上の初診婦人1,034例中結核性腹膜炎または性器結核の診断のついた8例である。これらの症例より、発見率、年齢階級別分布、既往・家族歴、臨床症状、検査所見、診断のきっかけと根拠、治療による経過などを検討した。

結 果

1. 内訳、発見率、年齢階級別分布

8例の内訳は、結核性腹膜炎3例（内1例は手術により結核性卵管炎の合併を確認、別の1例は結核性胸膜炎の合併を認めた）、結核性子宮内膜炎5例であった。年齢階級別分布では50歳代1例、60歳代2例、70歳代4例、80歳代1例で、平均年齢は72歳であった。50歳以上の当科外来初診例に占める割合は0.77%、60歳以上は0.78%であった。年齢階級別発見率に有意差はなかった (χ^2 検定)。

結核性子宮内膜炎5例は全て通常の子宮内膜細胞診所見が診断に結びついたが、50歳以上で子宮内膜細胞

診を行い得た外来初診535例の0.93%に、60歳以上(449例)の1.11%に結核性子宮内膜炎が発見されたことになる。

2. 8症例の概要(表1)

1) 既往結核歴, 家族結核歴

肺結核既往歴は5例にあり, うち1例は脊椎カリエス, 1例は結核性胸・腹膜炎を合併していた。何れも若年期の罹患で, 抗結核療法にて完治したと言われていた。既婚者7例中不妊歴は2例にあったが, 共に不妊症の検査・治療は受けていなかった。4例に肺結核の家族歴を認めた。全例に肺結核の既往歴と家族歴の何れかまたは両者を認めた。

2) 当科受診理由(主訴), 紹介元

紹介なしで来院した3例中2例は婦人科検診を希望して, 1例は不正性器出血を主訴として来院した。院

内他科からの紹介例3例中1例は内科から抗生物質投与にても解熱しない不明熱の例で, 婦人科領域の感染症の有無の検索を希望して受診した。他院内科から紹介された2例中1例(症例7)は, 微熱, 腹水貯溜, 血清CA125値の高値(1,220u/ml)から卵巣癌を疑われて紹介された。紹介元で結核性病変が疑われていた例は1例もなかった。

受診理由が結果的に結核性病変による症状・所見であったと判断された例は2例(症例6, 7)で, 婦人科検診希望2例を除いた6例中3例(症例4, 5, 8)は結核以外の婦人科疾患に基づく症状・所見であった。

3) 症状

初診時より抗結核療法開始までの, 主に結核に関わりのある症状について検討した。

i. 発熱

表1 8症例の概要

症 例	1. 平○喜○	2. 清○幸○	3. 橋○ト○	4. 石○千○	5. 大○い○	6. 工○み○子	7. 町○き○	8. 村○チ○
初 診 時 年 齢	69	78	82	77	77	52	71	68
妊 娠 ・ 分 娩 歴	0G-0P(未婚)	1G-1P	3G-0P	0G-0P	3G-3P	4G-2P	5G-2P	0G-0P
既 往 肺 結 核 歴	有 り	有 り(結核性胸・腹膜炎合併)	無 し	有 り(脊椎カリエス合併)	有 り	無 し	無 し	有 り
家 族 結 核 歴	無 し	不 明	有 り	不 明	不 明	有 り	有 り	有 り
婦 人 科 既 往 歴	無 し	無 し	無 し	無 し	無 し	無 し	子宮筋腫にて全摘	無 し
子 宮 癌 検 診 歴	5年前	無 し	無 し	無 し	無 し	1年前	無 し	無 し
受 診 理 由 (主 訴)	婦人科癌検診	右下腹部痛	婦人科癌検診	腹部腫瘤陰影	不正性器出血	発熱(不明熱)	腹水・不明熱・血清CA125高値	不正性器出血
紹 介 元	無 し	当院泌尿器科	無 し	当院精神科	他院内科	当院内科	他院内科	無 し
症 発 熱	無 し	無 し	無 し	有 り	無 し	有 り	有 り	無 し
易 疲 労 感	(有 り)*	(有 り)	(有 り)	(有 り)	(有 り)	(有 り)	(有 り)	(有 り)
状 そ の 他							呼吸運動時の疼痛	
診 断 の き っ かけ	子宮内膜細胞診にて結核を疑う	子宮内膜細胞診にて結核を疑う	子宮内膜細胞診にて結核を疑う	開腹時の肉眼所見にて結核を疑う	子宮内膜細胞診にて結核を疑う	腹水 ADA 高値にて結核を疑う	腹水 ADA 高値にて結核を疑う	子宮内膜細胞診にて結核を疑う
診 断 の 根 拠	子宮内膜結核菌培養にて陽性	子宮内膜結核菌培養にて陽性	子宮腔洗浄液の結核菌培養にて陽性	摘出した腹膜・付属器の結核菌培養にて陽性	子宮腔洗浄液の結核菌培養にて陽性	抗結核療法にて症状・所見が著明に改善	胸水・腹水の結核菌培養にて共に陽性	子宮腔洗浄液の結核菌培養にて陽性
治 療 前 ツ 反 応	陰 性	強陽性	強陽性	弱陽性	弱陽性	弱陽性	弱陽性	強陽性
結 核 に 関 する 診 断	結核性子宮内膜炎	結核性子宮内膜炎	結核性子宮内膜炎	結核性腹膜炎・結核性付属器炎	結核性子宮内膜炎	結核性腹膜炎	結核性胸膜炎・結核性腹膜炎	結核性子宮内膜炎
そ の 他 の 婦 人 科 診 断	老人性腔炎	老人性腔炎	老人性腔炎	卵巣皮様のう腫	子宮留膿症	無 し	老人性腔炎	子宮筋腫・副卵巣のう腫, 子宮・頸管ポリープ
経 過 ・ 転 機	抗結核療法にて軽快	抗結核療法にて軽快	抗結核療法にて軽快	両側付属器摘出術後, 抗結核療法開始, 開始10日目で解熱, 軽快	抗結核療法にて軽快	抗結核療法開始4日で解熱, 軽快	抗結核療法開始9日で解熱, 軽快	1カ月の抗結核療法後, 子宮・両側付属器摘出, 以後抗結核療法を行い軽快
子宮内膜細胞診上結核所見消失時期	10ヵ月	8ヵ月	6ヵ月		6ヵ月			2ヵ月

*易疲労感の欄の(有り)は抗結核療法前は自覚していなかったが, 治療後(または治療中)当時を回想して易疲労感があったと述べたものである。

3例に発熱を認め、何れも抗生物質に反応しない例であった。

ii. 易疲労感

問診にて易疲労感を比較的強く訴えたのは症例7のみで、他の7例は若い頃に比べると疲労しやすくなったが、この程度は年齢を考えればやむを得ないだろうと答えた。

iii. その他

症例7に呼吸運動時の疼痛を認めた。

4) 診断のきっかけ

5例(症例1～3, 5, 8)は子宮内膜細胞診所見(類上皮細胞, リンパ球, Langhans型巨細胞の出現など)から, 2例(症例6, 7)は腹水の細胞診所見(多数のリンパ球の出現)と腹水の adenosine deaminase (ADA) 値の高値から, 1例(症例4)は開腹時の肉眼所見から結核病変の存在を疑った。

5) 診断の根拠

子宮内膜細胞診の所見から結核を疑った5例は, 子宮内膜組織または子宮腔洗浄液の培養・同定にて全例に結核菌を認めた。腹水所見から結核を疑った2例の内症例7は腹水(ならびに腹水)の培養にて結核菌が証明されたが, 症例6は腹水の培養にて結核菌は検出されなかった。この例は診断的治療として行った抗結核療法が奏功したことにより結核性腹膜炎と診断した。開腹時の所見から結核を疑った症例4は, 摘出した腹膜・付属器の培養にて結核菌が証明された。なお培養で結核菌が証明された7例は全て Gaffky 0号であった。

6) 治療前のツベルクリン反応

結核性腹膜炎3例は全例弱陽性, 結核性子宮内膜炎5例は強陽性3例, 弱陽性1例, 陰性1例であった。

7) 活動性肺結核の有無

活動性肺結核は全例に認められなかった。また尿路結核も認められなかった。

8) 治療経過・転帰

結核以外の婦人科疾患で手術の適応があった2例の内症例4は結核病変が術後に認められたので術後15日目より抗結核療法を開始したが, 術前に結核性子宮内膜炎の疑診を得た症例8では抗結核療法を1カ月間行ってから手術を行った。他の6例は結核の疑診を得た時点で抗結核療法を開始した。

非入院例(症例1～3)は isoniazide 0.3g, rifampicin (RFP) 0.45g/日を12カ月間, 入院例5例は上記に加えて streptomycin 0.5～1gの毎日または

週2回筋注を6カ月間行った。症例4は末梢血白血球数が3,000/mm³未満となったのでRFPをethambutol 0.75g/日に変更した。

治療前に発熱のあった3例は治療開始後4～10日で平熱となった。腹水のあった症例6は治療開始1カ月後には腹水は認められなくなり, 胸・腹水のあった症例7は治療開始1カ月後に胸水, 2カ月後に腹水が消失した。

治療前には自覚症状のなかった7例を含む全例が治療開始10日後辺りから冷感の消失など体調の回復を自覚し始め, 3カ月を経る頃から明らかに易疲労感が消失するなど, 体調が治療前と比べはるかに快適になったと話した。

3. 検査データの推移

1) 細胞診所見

結核性子宮内膜炎5例の内子宮摘出例(症例8)を除く4例の子宮内膜細胞診の結核を疑わせる所見は治療開始2～10カ月後に消失した。

2) 結核菌培養所見

子宮摘出例を除く結核性子宮内膜炎4例の子宮内膜組織または子宮腔洗浄液の結核菌検査を治療開始後2カ月毎に行ったが, 4例とも一度も塗抹・培養にて結核菌を証明されなかった。腹水または胸水貯溜の2例は共に治療開始後2カ月以内に胸・腹水が消失したので結核菌検査は行えなかった。

3) 末梢血白血球数, CRP 値, 赤沈1時間値の推移 (図1)

末梢血白血球数は治療開始前後とも当院の正常上限値(7,500/mm³)を超える例はなかったが, 治療開始前と開始1, 3, 6カ月後の値を比べると開始3カ月後で後者が有意に低値を示した($0.01 < p < 0.025$)。

治療開始前のCRP値は5例で当院の正常上限(0.3 mg/dl)を超えていたが, 前値が1.0mg/dl以上だった3例の開始1, 3, 6カ月後の値はいずれも開始前値より有意に低下した($0.01 < p < 0.025$)。

治療開始前の赤沈1時間値40mm以上の3例の1, 3, 6カ月後の値に有意の低下は認めなかった。

血清蛋白分画における γ -globulin比は, 2例が治療開始前に正常上限を超えていたが, 開始6カ月後には全例正常範囲内の値となった。尚この項の有意差検定はt検定に拠った。

4) ADA 値, CA125値の推移 (図2)

腹水または胸水の認められた2例の胸・腹水および血清ADA値, 血清CA125値の推移を検討した。治療

図1 末梢白血球数, CRP値, 赤沈1時間値の推移

図2 ADA値, CA125値の推移

開始前のこれらの値は何れも異常高値を示した。治療開始1カ月後より血清CA125値は著しく低下, 胸・腹水のADA値は症例7で開始1カ月後に腹水値のみ測定し得たが, この値も低下していた。

考 察

性器結核は, 殆どが肺結核を一次病変とした播種型結核であり, 卵管の罹患率がほぼ100%と最も高く, 次に子宮内膜といわれる²⁾。

卵管結核は他の内臓器や骨盤腹膜・骨盤内臓器に波及し結核性腹膜炎を形成するという。腹膜結核の半数以上に性器結核を合併するといわれ, 婦人においては結核性腹膜炎と性器結核は不可分の疾患といえよう。また結核性腹膜炎の21³⁾, 28%⁴⁾しか活動性肺結核病変がみられないことなどから, 多くは既に播種され潜伏していたこれらの部位の結核病巣が再燃したものといわれる。今回の8症例の全てが活動性肺結核を否定されたことからそのことが窺われる。高齢者では加齢

に伴う宿主の免疫能低下などが播種巢の再燃の引き金になっているといわれる。

性器結核や結核性腹膜炎の全国的な統計数値は、届出や分類上の問題などがあり、必ずしも真の値を表しているとは思われないが、肺外結核の中でもきわめて低値といわれる。しかし今回の8例は、同一期間に発見された子宮頸癌・体癌33例の1/4程度であり、結核性子宮内膜炎に至っては子宮内膜細胞診を行い得た例のおよそ1%と、同一期間に発見された子宮体癌の割合1.68% (60歳以上では1.80%) の5~6割に相当し、少なくとも中・高齢婦人においては、看過できない婦人科領域の感染症といえよう。またこれらの数値は佐藤ら⁹⁾の値とほぼ一致していた。

子宮内膜細胞診所見から結核性子宮内膜炎を疑い診断に至った例は1970年代より数多く報告されている。その多くが閉経期以降に多いと指摘している⁵⁾⁶⁾。ところで60歳以上の子宮内膜細胞診の施行不能率は、当科の統計では47.6%と、60歳未満に比べ有意に高く、また未産婦のそれが経産婦に比べ有意に高かった⁷⁾。これはエストロゲン低下による子宮頸管の狭小化が主な要因で、その程度は頸管開大の既往のない未産婦ほど顕著となるからと説明される。性器結核が原因の不妊が現在より著しく多かった時代に性成熟期を過ごした現在の中・高齢者が今回の検討の対象であったことから、今回報告した結核性子宮内膜炎の「発見率」より実際の「罹患率」は高いと推測される。

婦人の結核性腹膜炎は殆どの報告が超音波像やCT像などの画像診断やCA125などの腫瘍マーカー値から卵巣癌を疑って開腹し、診断がつけられたものであ

る^{8)~10)}。開腹前に本症を診断することの重要性は、無用な手術を回避できること、仮に手術が必要であっても術前に1~2週間の抗結核療法を行うことにより手術が容易となり、術後の合併症や死亡率を低下させ得ることにあるといわれる¹¹⁾。特に高齢者においては、臨床的に診断される例より剖検により初めて診断される例が多い¹²⁾との報告があるように、本症に特徴的な所見・症状が乏しく無症状の例も少なくなく、その意味で結核性腹膜炎のおよそ60~70%³⁾¹³⁾¹⁴⁾に認められる腹水を、ダグラス窩穿刺により採取出来ればその診断的意義は高いといえよう。幸い婦人科の日常の外來診療行為である経腔プローブを用いた超音波診断法はダグラス窩に貯溜した5mlの腹水でも検出可能であり¹⁵⁾、今回腹水所見から結核性腹膜炎を疑った2例は共に経腹壁の超音波検査では認められなかった腹水が経腔超音波法で認められた例であった (図3)。

結核性腹膜炎における腹水細胞診所見は多数のリンパ球に Langhans 型巨細胞や類上皮細胞がごく少数みられる⁸⁾といわれるが、これらは結核特有の所見ではない。また腹水の結核菌塗抹検査での陽性率はきわめて低く、培養での陽性率も必ずしも高くない¹⁶⁾。さらに培養に要する1カ月以上の期間は卵巣癌などの疑いのある症例にとって待機し得る期間とは言い難い。

腹水中の ADA 活性が結核性胸膜炎同様結核性腹膜炎でも高いことが報告され¹⁷⁾¹⁸⁾、有力な結核診断の根拠となっている。また大畑ら¹⁹⁾は胸水の ADA 値 ≥ 60 IU/L、胸水 ADA 値/血清 ADA 値 ≥ 2.0 を結核性胸膜炎の鑑別基準と報告している。今回の腹水を認めた2症例もこの規準に合致した。

図3 症例6の経腔超音波像

腹水中に腫瘍細胞が認められない場合、細胞診や ADA 測定など、検体採取後比較的速やかに得られる所見・数値から結核性腹膜炎の疑診が得られた場合、診断的治療の意味で抗結核療法を1～2週間行うことにより、結核性腹膜炎であれば通常著しく症状・所見が改善されるので、この時点で臨床的には結核性腹膜炎と診断してよいとおもわれる。仮に悪性腫瘍であったとしてもそのために治療開始が遅れることはない。

ツ反応は高齢者や重篤な結核症では陰性を示すことがあり、必ずしも結核の存在、病勢の軽重を反映してはいない¹¹⁾が今回は8例中3例に強陽性をみており、診断的価値が否定されたものではない。

臨床検査成績で慢性炎症の所見以外に結核性腹膜炎に特有な所見はないといわれる³⁾が、CRP 値は抗結核療法中の経過を反映する指標としての意義はあった。赤沈値は加療により低下の傾向はあったが、変動が大きく統計的には有意な低下とは認められなかった。

婦人においては結核性腹膜炎と性器結核は不可分の疾患であり、両診断名は多くの場合単にアプローチの違いによりつけられるといえよう。さらにいえば多くは既播種巣の再燃による粟粒結核の部分症であるので、何れか一方のみ診断されても粟粒結核としての治療を行う必要がある。今回、結核性子宮内膜炎の診断であっても、抗結核療法により全身所見・症状が著明に改善したことからも他臓器の結核病変が潜伏していたものとおもわれる。

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標。国民衛生の動向，厚生統計協会，東京，1993，p163—168.
- 2) Nogales-Ortiz F, Tarancon I, Nogales FF: The pathology of female genital tuberculosis. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 422—428.
- 3) Dineen P, Homan WP, Grafe WR: Tuberculous peritonitis: 43 years' experience in diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1976; 184: 717—722.
- 4) 寺崎 仁，大久保修一，大玉信一，吉沢靖之，森 成元，田中元一：腹膜生検が最初の診断根拠となった結核性胸・腹膜炎の1例。結核 1985; 60: 371—377.
- 5) 佐藤育男，竹内理恵，野末悦子，古嶋英代，新保京子，鳴子富男，他：細胞診で結核性子宮内膜炎を疑った5症例。日臨細胞誌 1992; 31: 65—69.
- 6) 堀口雅子，篠塚憲男，田村 学，児島孝久，曾 栄輝，木村宗昭，他：閉経後の婦人にみられた性器結核。日産婦東京会誌 1986; 35: 462—465.
- 7) 赤澤憲治，高森久純，安田 博：高齢婦人の婦人科疾患の実態—外来統計にみるその特徴—。産と婦 1992; 59: 897—901.
- 8) 小谷広子，郡谷裕子，三原勝利，西田雅美，杉原誠一，松田 実：腹水細胞診にて結核性腹膜炎が疑われた1例。日臨細胞誌 1990; 29: 72—73.
- 9) 古屋充子，山下幸紀，兼元敏隆：卵巣腫瘍と術前に診断した結核性腹膜炎の1例。産婦の実際 1992; 41: 1993—1996.
- 10) 合阪幸三，荒木照宣，陳 欣榮，森 宏之，木川源則：悪性卵巣腫瘍と術前診断した結核性腹膜炎の2例。日産婦誌 1986; 38: 1154—1157.
- 11) Sutherland AM: Surgical treatment of the tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87: 610—612.
- 12) 佐藤忠弘，小平 誠，稲松孝思，大坪浩一郎，深沢俊男：老年者結核性腹膜炎20症例の分析。日老医誌 1990; 27: 711—717.
- 13) Burack WR, Hollister RM: Tuberculous peritonitis. A study of 47 proved cases encountered by a general medical unit in 25 years. *Am J Med* 1960; 28: 510—523.
- 14) Karney WW, O'Donoghue JM, Ostrow JH, Holmes KK, Beaty HN: The spectrum of tuberculous peritonitis. *Chest* 1977; 72: 310—315.
- 15) Timor-Tritsch IE, Bar-Yam Y, Elgali S, Rottem S: The technique of transvaginal sonography with the use of a 6.5 MHz probe. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1019—1024.
- 16) Singh MM, Bhargava AN, Jain KP: Tuberculous peritonitis. An evaluation of pathogenetic mechanisms, diagnostic procedures and therapeutic measures. *New Eng J Med* 1969; 281: 1091—1094.
- 17) Martinez-Vazquez JM, Ocaña I, Ribera E, Segura RM, Pascual C: Adenosine deaminase activity in the diagnosis of tuberculous peritonitis. *Gut* 1986; 27: 1049—1053.
- 18) Voigt MD, Kalvaria I, Trey C, Berman P, Lombard C, Kirsch RE: Diagnostic value of ascites adenosine deaminase in tuberculous peritonitis. *Lancet* 1989; 1 (8641): 751—754.
- 19) 大畑雅彦，井上幸司，白鳥恵子，加藤雅枝：胸水中 LDH isozyme pattern と ADA (adenosine deaminase) 値。衛生検査 1987; 36: 1361—1368.

Abstract

Clinico-statistical Study on Tuberculous Peritonitis and Genital Tuberculosis in Elderly Women

Kenji Akazawa and Nobuyuki Ushiki

We clinico-statistically studied 8 patients (0.77%) with tuberculous peritonitis (3 cases) and tuberculous endometritis (5 cases) aged 50 or older who visited our gynecological clinic for 6 years from July, 1986 to June, 1992 in Tokyo Metropolitan Tama Geriatric Hospital. The mean age was 72 years with a range of 52 to 82 years. Five cases with tuberculous endometritis were diagnosed based on the findings of endometrial cytology and bacteriology, and the incidence was 0.93% of 535 cases in which the uterine cavity could be examined. Three cases with tuberculous peritonitis were strongly suspected by the ascitic findings (cytology and adenosine deaminase level), and culture of ascitic fluid for acid-fast bacilli was positive in 2 of the

three cases. Another case with negative culture was diagnosed based on the marked improvement of clinical findings and symptoms during chemotherapy for tuberculosis. No cases were complicated by active lung tuberculosis. All cases had a family and/or past history of pulmonary tuberculosis. The PPD skin test was positive in 7 of the 8 cases. In all cases, the clinical laboratory data and symptoms were markedly improved by chemotherapy for tuberculosis. Endometrial cytology and transvaginal ultrasonography were very effective methods for the diagnosis of tuberculous endometritis and peritonitis associated with ascites.

Key words: *Tuberculous peritonitis, Genital tuberculosis, Tuberculous endometritis, Elderly women, Ascites*

(Jpn J Geriat 1995; 32: 20—26.)

Department of Gynecology, Tokyo Metropolitan Tama Geriatric Hospital