

方ニ退縮シ、頸管ハ過度ニ延展セラレテ遂ニ破裂スルニ至ル、斯クノ如クニシテ子宮破裂ハ、腦水腫ノ際比較的屢々觀察セララルヲ以テ、腦水腫ハ産科學上ニ於ケル意義ハ極メテ重大ナルモノナリ。

診斷 分娩ノ初期ニ於テハ診斷屢々困難ナリ、子宮口充分ニ開大セル時ニ於テモ經驗アル醫士ニシテ仍ホ且ツ誤診ニ陥ルコト少ナカラズ、腦水腫ハ屢々胎胞、臀部若クハ軀幹浸軟胎兒ノ弛緩セル頭蓋或ハ胎兒ノ囊腫性腫瘍ト誤診セラレ、特ニ頭部高位ニ存シ

圖六十五百四第

腦水腫進先 (n. Dumm)



ノ排出遲延スル時ト雖モ、腦水腫ヲ否斥スベキニ非ラザルハ勿論トス、狭小骨盤ニ在リテ腦水腫ヲ看過セララルコト決シテ少ナカラザルナリ。

且ツ診指ニヨリテ只其小周圍ノミ觸知シ得ラルル場合ニ於テ然リトス、陣痛佳良ニシテ骨盤尋常ナルニ關ハラズ、兒頭娩出スルノ狀ナキ時ハ、必ず先ヅ腦水腫ト想像スルヲ要ス、但シ狭小骨盤ヲ存スルノ際兒頭

兒頭先進セル際、廣潤ナル縫合及顱門、菲薄ナル骨頭蓋ノ胞狀性質及其平坦ナル膨隆ヲ認ムル時ハ、腦水腫ト考フ可シ、人ト一度ビ疑ヲ玆ニ置カバ、腔及腹壁ヨリノ雙合診ニヨ

圖七十五百四第

腦水腫進後 (n. Dumm)



腦水腫ナルカノ疑察ヲ起サザルコトアリ、宜シク之レニ注意ス可シ、腦水腫性胎兒若シ骨盤端位ヲ以テ分娩スル時ハ、其娩出ニ際シテ屢々腦水腫ニ併存スル他ノ畸形即チ脊椎破裂、曲足形成ヲ發見シテ、腦水腫ノ存在ヲ推測スルコトアリ、若シ

リテ、頭蓋ノ過大ナルヲ確カメ、以テ診斷ヲ確實ナラシムルコト最モ容易ナリトス、若シ前ニ記述セルガ如ク頭蓋ノ一部分深ク小骨盤内ニ壓入セラレ、爲メニ前置部ノ位置ヲ低カラシムル時ハ、始メ

分娩ノ病理及療法

軀幹ノ分娩後ニ至リ兒頭普通ノ操作ニ由リテ娩出セラレズ、且ツ特ニ骨盤狹小ヲ存セザル際ハ、宜シク全手ヲ送入シテ腦水腫ノ有無ヲ檢診ス可シ、此際大ナル放線狀ノ側顳門ヲ發見スルト共ニ、小ナル顔面ノ著シク膨隆セル大ナル頭蓋ニ移行セルヲ觸知シ、猶同時ニ他手ニ由リテ外部ヨリ耻骨縫際ノ上方ニ巨大ナル球形瘤腫ノ存スルヲ認知セバ腦水腫ト診定ス可キモノナリ。

療法 腦水腫ニ對スル療法ハ甚ダ簡單ニシテ、套管針或ハ其他ノ尖銳ナル器械ヲ以テ縫合部或ハ顳門ヲ穿刺スルニアリ、該穿刺術ハ子宮口充分ニ擴張シタル後ニ娩出遲延スルヤ否ヤ之ヲ行フ可シ、腦水腫ニアリテハ胎兒ノ豫後ハ如何ナル場合ニアリテモ一例合胎兒ハ生活シテ分娩スルトモ一不良ナルガ故ニ、母體ニ對スル各危險ヲ除去スルヲ主眼トス、穿刺ニヨリ

圖八十五百四第
亞尼爾歌膜腦脊腫水
(n. Hammerschlag)



縫合部或ハ顳門ヲ穿刺スルニアリ、該穿刺術ハ子宮口充分ニ擴張シタル後ニ娩出遲延スルヤ否ヤ之ヲ行フ可シ、腦水腫ニアリテハ胎兒ノ豫後ハ如何ナル場合ニアリテモ一例合胎兒ハ生活シテ分娩スルトモ一不良ナルガ故ニ、母體ニ對スル各危險ヲ除去スルヲ主眼トス、穿刺ニヨリ

内容ヲ漏泄シタル頭蓋ニシテ其娩出直チニ進行セザル時ハ、其穿刺口ヲ擴大シくらにをくらすこヲ以テ娩出スベシ、骨盤端位ニシテ腦水腫ノ後進スル場合ニアリテモ亦其處置同様ナリトス、鉗子ハ軟カナナル兒頭ニ於テハ滑脱シ易キヲ以テ穿刺術ノ前後ヲ問ハズ之ヲ用ユ可カラズ。

腦水腫ニ爾尼亞 Die Hydrocephalocoe (頭蓋間隙ヨリ腦及腦脊髓液ヲ内容トスル囊ノ脱出及水腫脊髄膜ニ爾尼亞 Die Hydromeningocoe (頭蓋間隙ヨリ多量ノ液體ヲ蓄積セル蜘蛛網膜囊ノ脱出ハ共ニ分娩障害ヲ來タサシムル原因トナルモノナリ、斯ル場合ニ於テ囊ハ多クハ破裂スルモノナレドモ、然ラザル時ハ穿刺ヲ行フ可シ、該異常ノ診斷ハ頗ル困難ナルコト多シ。

(丙)半頭兒或ハ無腦兒 Die Hemicephalen oder Anencephalen.

半頭兒ハ特有ナル分娩障碍ヲ來タスヨリモ寧ロ診斷上ノ困難ヲ呈スルコト多キモノナリ、此畸形兒ノ分娩ニ當リ頭蓋ナキ頭顱上部ヲ先進セシムルトキハ、檢指ヲ以テ判明シ難キ物體即チ

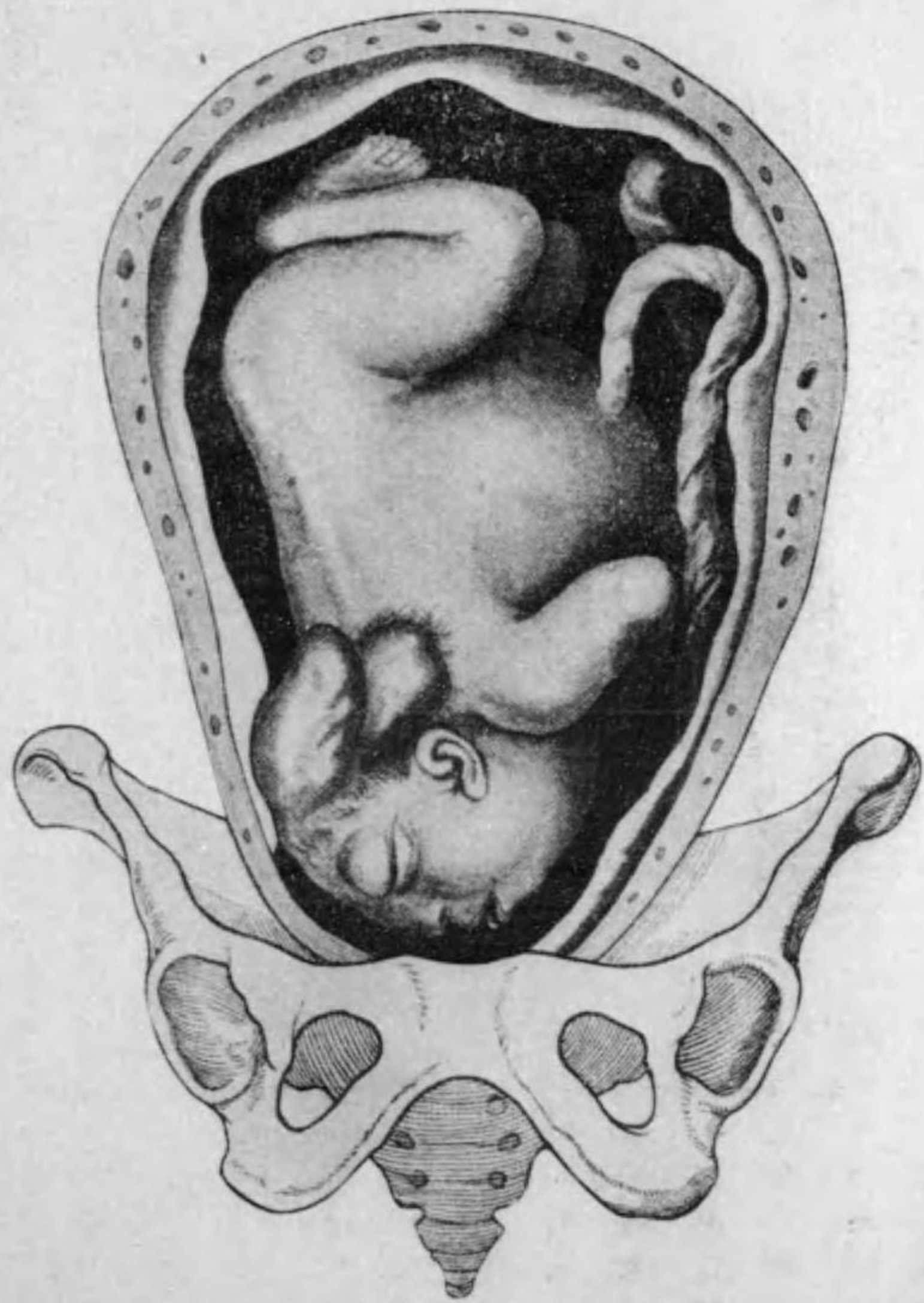
圖九十五百四第
兒頭半

(品標部科人婦科產院病本熊立縣。撰原者著)



分娩ノ病理及療法

圖十六百四第
兒頭中ルレ取ヲ位面顔時鏡分
(n. Kistner)



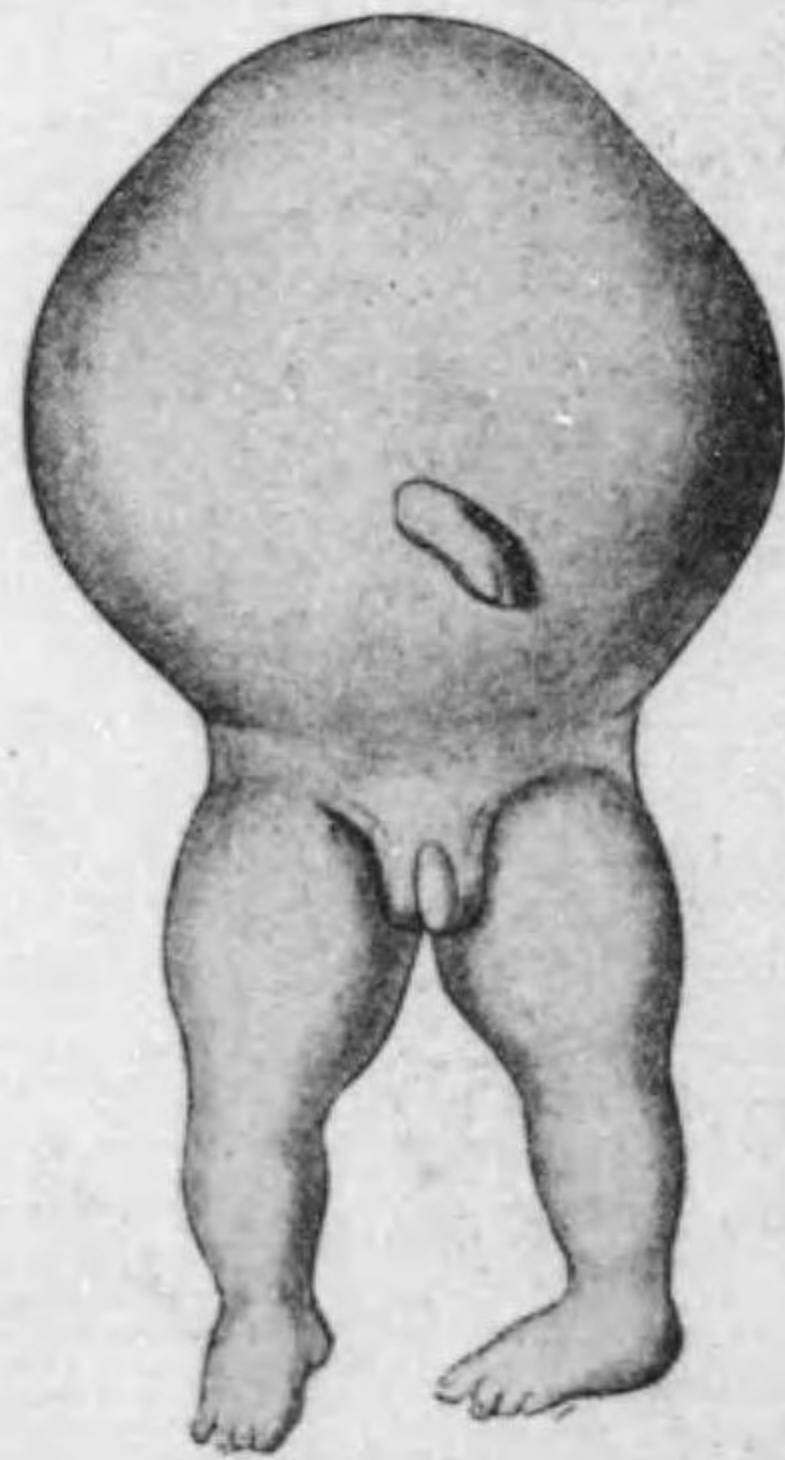
柔軟ナル部分ト其側傍及ビ中間ニ於ケル不平垣ニシテ硬固ナル骨線ヲ觸知スベシ、若シ其半頭兒ナランコトヲ推測セルトキハ、頭蓋底ノ都兒格鞍ヲ直チニ認識シ、之ニ由テ其診斷ヲ下シ得ベシ。
分娩ノ際屢々顔面ノ前進スルコトアリ、然ルトキハ舌ハ殆ド常ニ兩顎間ニ挺出シ、眼球

多クハ強ク隆出スルヲ以テ診斷ヲ定メ得ルモノトス(第四百五十九圖及第四百六十圖)半頭兒ニハ比較的屢々羊水過多ヲ見ルコトアリ、比較的巨大ナル肩胛部ノ通過スル際往々分娩ノ困難ヲ來スコトアリト雖モ、普通ノ技術ヲ以テ、場合ニ由リテハ鈍鉤或ハ鎖骨切斷術(手術見コ)ヲ以テ其障害ヲ排除シ得ベシ。
半頭兒ハ生活ヲ保ツヲ得ズ。

(丁)無心兒(所謂無心畸形) Der Acardiacus (die sogenannte herzlose Missgeburt)

無心兒ハ常ニ他ノ發育完全ナル胎兒ト共ニ發現スルモノナリ、是レ一卵性雙胎ニシテ、共同ノ脈絡膜ヲ以テ包圍セラレドモ、其一胎ハ血行ニ奇異ナル變態ヲ受ケタルモノ

圖一十六百四第
(兒頭無)兒心無
(一ノ分六約ノ大然自)
(n. C. Mayer u. Paasch)



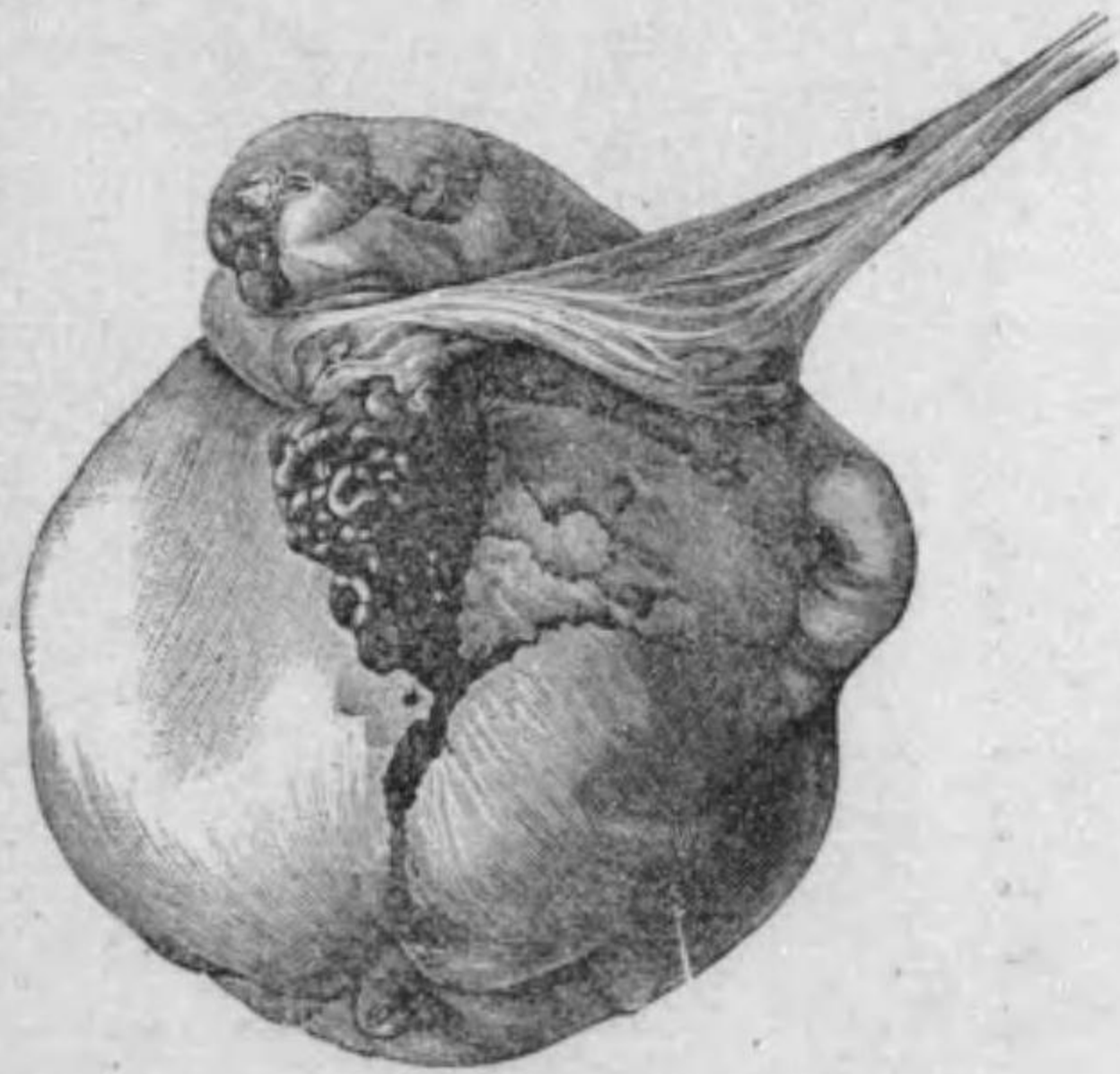
腹穿其ニメ爲ルナ大ノ幹經
ス要ヲ出挽ノテ以テ鈍鉤ト

ナリ、即チ共同ノ胎盤内ニ於テ甚ダ廣大ナル血管交通ヲ存スルノ際、一胎ノ血壓甚ダ盛ンニシテ、他胎ノ血行ヲ逆流

セシムルモノニシテ、斯ク萎弱セル胎兒ニ於ケル動脈血ハ強盛ナル胎兒ノ心臓ヨリ驅逐セラレテ求心性ニ反流スルニ至ル(クラウウヤウア Clandus フェリス)斯クシテ一胎ノ發育不全ハ成立セルモノナリ、品胎ニモ亦無心兒ヲ目撃スルコトアリ。

此畸形ハ其狀態甚ダ種々ニシテ、心臓ハ殆ド常ニ存在セズ(無心兒 Acartiacus)頭顱ハ屢々(無頭兒 Accephalus)軀幹無體兒(Acornus)四肢等ハ往々缺如シ、時トシテハ全ク人體ノ形態ヲ存セザルコトアリ(無形兒 Amorphus)其他皮下脂肪組織ノ浮腫性腫脹ヲ見ルコト頗ル

圖二百六十四第
兒形無
(本標學大科醫京東)
(aus Nakashima)



多シ。

無心兒ノ分娩ハ、大概發育完全ナル一雙胎兒ノ分娩後ニ行ハルモノニシテ、軀幹ニ強度ノ肥大及ビ漿液性滲潤ヲ呈スル時ハ手術的療法(足位挽出術)事宜ニ由リテハ(截胎術)ヲ要シ、分娩ヲ頗ル困難ナラシムルコトアリ。

(成)重複畸形 Die Doppelmissgeburt, Monstra duplicata.

重複畸形 Die Doppelmonstraトハ一卵性雙胎ニシテ兩胎ノ分離全カラザルニ由リ發生スルモノトス、該畸形ハ産道通過ニ困難ヲ來タスコトアルモノニシテ、其分娩時ノ障碍ハ

圖三百六十四第
形畸覆重
(一きばなしいころこ)
(Thoraco-Ischiopagi)



重複ノ種類及其程度ニ據リテ頗ル多様ナリ、ゲイフツイト G. Veitハ其分娩機轉ニ關シテ該畸形ヲ左ノ三種ニ區別セリ。

(第一)雙胎兒ニシテ單ニ頭端或ハ臀端ノミ

ニ於テ相癒合シ爾餘ノ部分ハ完成セル者。

(1) くらにをばぐす Kraniopagus—頭端ニ於テノミ互ニ癒着ス(第四百六十五圖)

分娩ノ病理及療法

圖四十六百四第

像んげさんれノ形畸複重
(n. Burckhardt.)



卵ノ異常
(2) いしをばぐす Ischiopagus — 尾骶端ニテノミ相癒合ス。
(3) びごばぐす Pyropagus — 臀部ニ於テノミ互ニ癒着ス。

第四百六十五圖

くらにをばぐすニ於ケル分鏡 (n. Bumm)

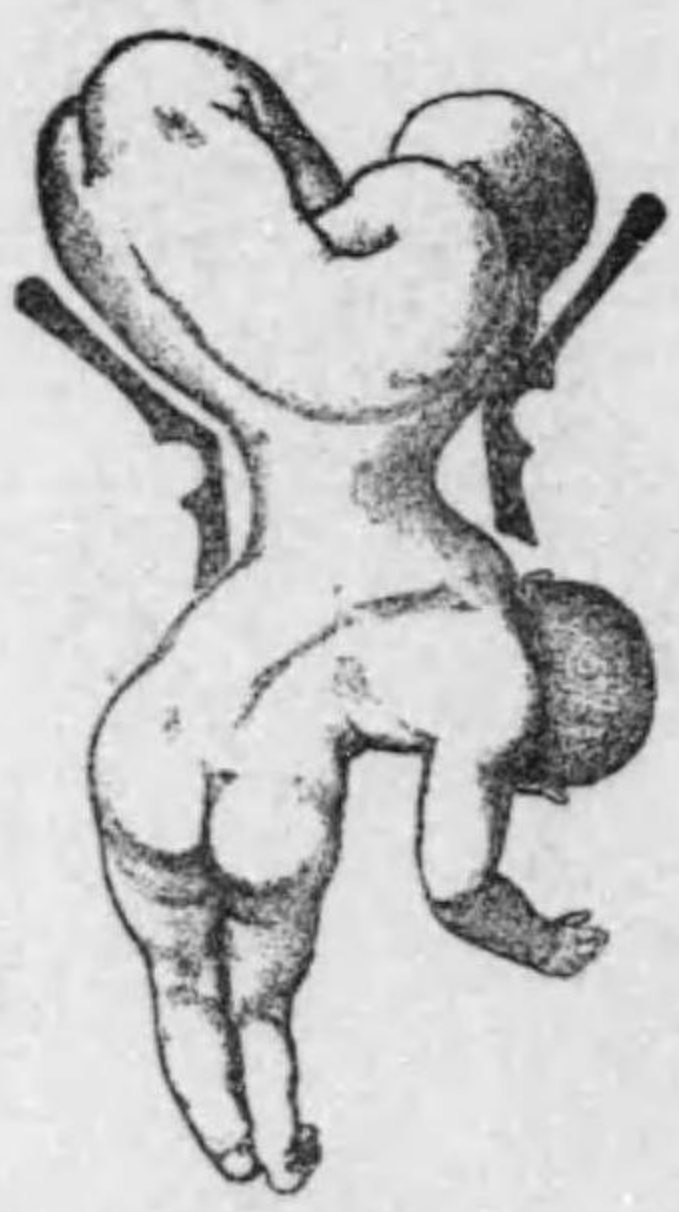


頭部癒合
兩兒頭ハ一線ヲ爲シ自由ニ骨盤ヲ通過ス
此種ノ重複畸形ハ、分娩ノ際多クハ一縦線トナリ、或ハ斯クノ如キ位置ヲ取ラシメ得可キモノニシテ、二胎兒相前後シテ容易ニ骨盤ヲ通過スルヲ得可キヲ以テ、分娩ハ甚ダシキ困難ヲ來タサザルモノナリ(第四百六十五圖)

(第二) 胎其軀幹ニ於テ相連結スル者。

圖六十六百四第

鏡分ルケ於ニすぐばこらこ
(n. Bumm)



後術轉回ハ兒二第
シ可得ナルス出挽

六圖

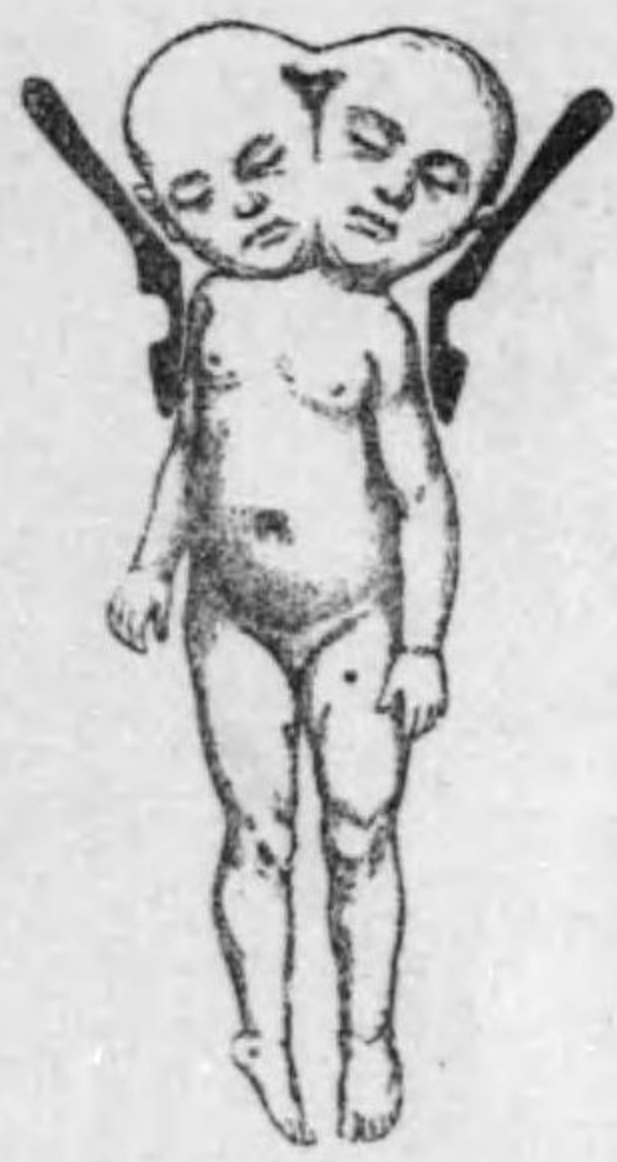
(第三) 頭端及骨盤端ノミ重複シテ爾餘ノ體部ハ單一ニ形成セラレタル者。

(1) ちぶろぞぶす Diprosopus — 顔面重複ス(第四百六十七圖)
(2) ちびぐす Dipygus — 一頭ニシテ臀部二個アリ。
(3) けふろぞらこばぐす Cephalothoracopagus — 顔面及軀幹共ニ重複ス。
此種ノ重複畸形ハ分娩機轉最モ困難ナリ、重複セル部ハ其周圍大ナルガ故ニ骨盤管分鏡ノ病理及療法

ヲ通過シ能ハザルコトアルガ爲メニ、足位ヲ以テ挽出シ或ハ鉗子手術ヲ施シ或ハ又
事宜ニ據リ重複頭部ノ穿顱術ヲ行フノ要アルコト多シ(第四百六十七圖)
總テ重複畸形ニ於テハ、其妊娠正規ノ終局ニ達セザルコト屢々之レアリ、設令妊娠終末

圖七十六百四第

機分ルケ於ニすぶぞろぶぢ
(n. Bomm)



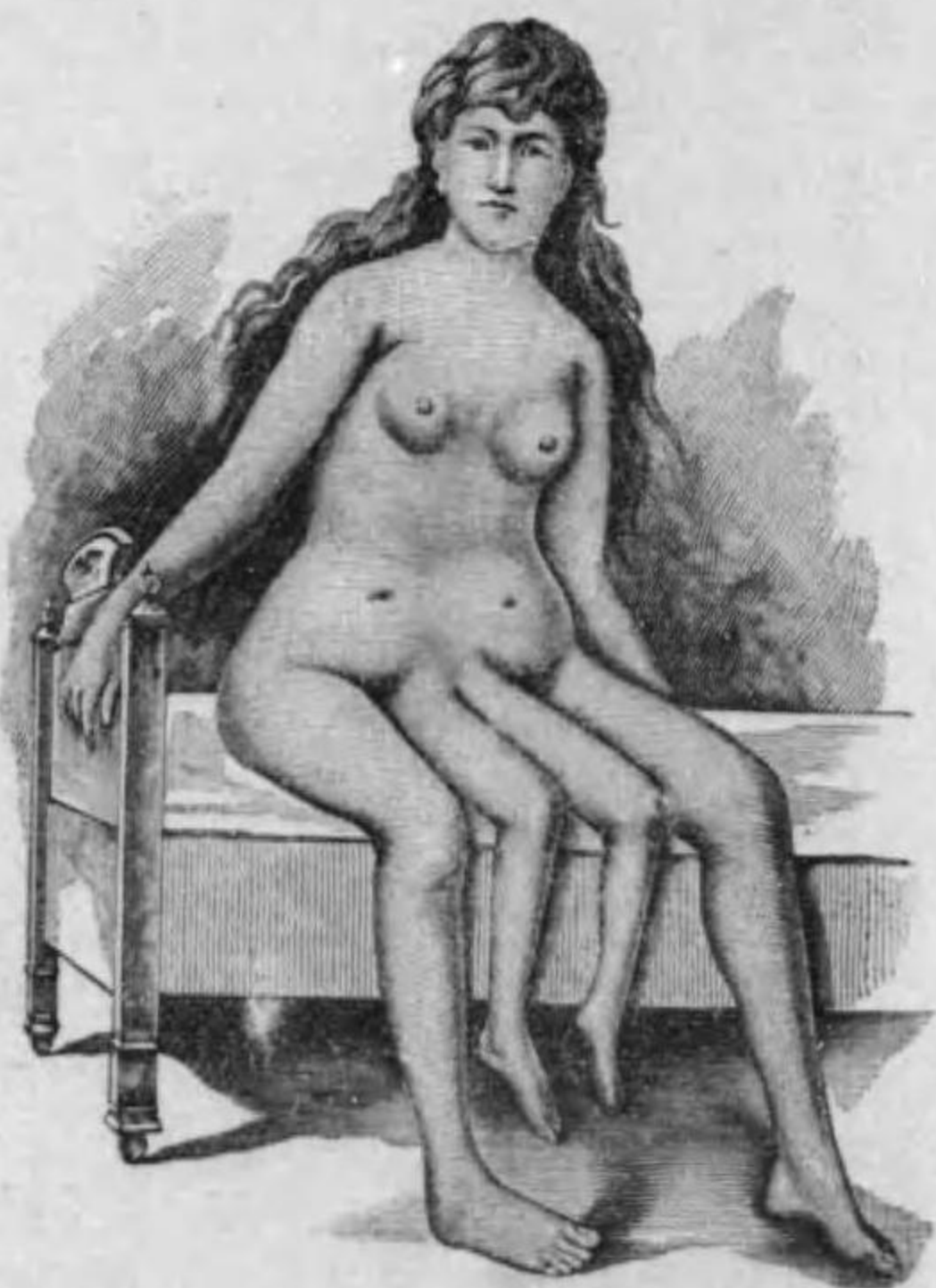
盤骨ヲシニ大頭兒
ラセ留押ニ上口入
レサ施ヲ術顱穿レ
ズラカ可ル

ニ及ビテ娩産スルコトア
ルモ、胎兒ノ發育不良ニシ
テ、兒體小ニシテ且ツ軟ナ
ルコト多シ、此狀態ハ總テ
ノ雙胎畸形ノ分娩ニ利益
ヲ與フルモノニシテ多ク

ハ自然分娩ヲ遂グ、破碎手術ヲ要スルハ稀ナリ。
診斷 最モ適好ナル場合ニ於テハ、先ヅ雙胎妊娠ノミヲ認定スルヲ得可シ、但シ相互連
結セル兩胎ノ存在ハ、尙ホ分娩ノ經過スルニ從ヒ其障礙ヲ來スニ當リテ、全ク他ノ徵候
| 狭小骨盤、腦水腫等ヲ缺如シ且ツ全手ヲ送入シ(ハ聯合ニ據リテ)テ精密ノ検査ヲ遂グル
ノ際始メテ診定セラレ得ルモノナリ。
療法 母體ノ生命ト健康トヲ主トス可キヲ以テ、決シテ帝王切開術ヲ行フ可カラズ、然
レドモ實驗ニ徵スルニ、重複畸形特ニ上記第二種(雙中きしふ)ニアリテハ、往々分娩後能
ク生活ヲ保續スルノミナラズ、高年ニ達シ得ルコトアルヲ以テ、極メテ必要アルトキノ

圖八十六百四第

形畸複重性生寄



圖九十六百四第

上 同



分娩ノ病理及療法

外ハ決シテ胎兒ノ破碎術ヲ行
フ可カラズ、且ツ骨盤端位ニ於
ケル分娩ハ大抵容易ナルヲ以
テ、可及的回轉術ニ由リテ骨盤
端位ニ變ゼンコトヲ勉ム可シ、
其他ハ上記各種ノ重複胎ノ
條下ニ記述シタル通則ニ從ヒ
テ處置ス可シ。

上記第三種ノ重複畸形ノ一
種トシテ見ルベキハ寄生性
重複畸形 Die parasitäre Dop-
pelmissegeburten ナリ、是レ一兒ノ
形態及其發育ハ殆ンド完全
ナルモ、他兒ハ胎盤血行及爾
他ノ障礙ニ由リ發育不全ニ
シテ人體ノ形態ヲ具有セズ、
恰カモ寄生物ノ觀ヲ呈シテ

第一兒ノ身體諸部ニ癒着セルモノナリ、該癒着ハ骨ニ身體表面、口裂、胸部、腹部、及會陰等ニ於テスルニ止マラズ、體腔内例之バ頭蓋腔、胸腹腔ニモ亦來ルコトアリ(第四百六十八圖及第四百六十九圖)

(三)胎兒ノ病的位位置 Die pathologische Lage der Frucht.

横位 Die Querlagen.

定義 横位トハ縦位ニ對スル胎兒ノ病的位位置ヲ稱ス、爰ニ横位ト云フモ、胎兒ノ長軸ニシテ其文字ノ示スガ如クニ全ク子宮ノ横軸ニ一致シテ横ハレルハ極メテ罕ナリ、吾人ノ通常横位ト稱スル際ハ、胎兒大概子宮内ニ於テ斜ニ横ハリ、卵圓形ヲ爲セル胎兒ノ一極就中頭部ハ他極ヨリ低位ニテ骨盤入口ニ近ク存スルヲ常トス、由テ之ヲ横位ト云ハシヨリハ寧ロ斜位 Die Schräg-oder Schiefelage ト稱スルヲ以テ適切トス、然レドモ此名稱ヲ使用スルコト少ナシ。

横位及斜位ナル名稱ハ茲ニ論ズル胎兒位位置ニ對シテ併用セラル、モ寧ロ斜位ナル名稱ヲ以テスルヲ正當トス、何トナレバ、胎兒ハ殆ンド會テ完全ナル横位ヲ取ルコトナケレバナリ、然レドモ他ノ醫家ハ縦位ニシテ前進部ノ側方ニ偏倚セルモノヲ斜位ト稱スルガ故ニ往々誤解ナキヲ得ズ、由テ最良ノ名稱ハ肩胛位ト云フニアル可シ、蓋シ陣痛ノ發起ニ際シ殆ンド常ニ肩胛ヲ子宮口ヲ經テ骨盤入口上ニ觸知シ得レバナリ、臀部ノ頭部ヨリ低位ニ存セル横位ニアリテ

ハ、殆ンド常ニ臀位ニ變ズルモノトスルンゲ M. Runge)

分類 横位ニモ亦二體向ヲ區別シ、各體向ニ二分類ヲ設ク、體向ハ頭部ノ位置ニ據ルモノニシテ、頭部ノ子宮ノ左側ニ向ヘルヲ第一體向或ハ第一又ハ左横位 Erste oder linke Querlage ト稱シ、頭部ノ子宮ノ右側ニ存スルヲ第二體向或ハ第二又ハ右横位 Zweite oder rechte Querlage ト云フ、分類ハ背部ノ位置ニ由リテ之ヲ分チ、兒背ノ子宮ノ前壁ニ向ヘルヲ第一類 I. Unterart 或ハ前又ハ前背類 Vordere oder dorsoantere Unterart ト云ヒ、兒背子宮ノ後壁ニ向ヘルヲ第二類 II. Unterart 或ハ後又ハ後背類 Hintere oder dorso posteriore Unterart ト稱ス。

頻稀 横位ハ二百回ノ分娩中ニ約一回(〇・五六%)遭遇スルモノニシテ、經産婦殊ニ多産婦ニ於テハ初産婦ニ於ケルヨリモ之ヲ來タスコト迫カニ多シ、猶横位中第一横位ハ第二横位ニ比シテ二倍多ク、更ニ第一類ヲ第二類ニ比較スルモ亦同一ノ比例ヲナス。
原因 經産婦殊ニ多産婦ニ於テ屢々目撃セラル、ガ如クニ、腹壓弛緩シ、子宮ハ著シク移動性ヲ帶ブルト共ニ其壁延長シ易ク且收縮性ヲ減ズレバ、胎兒ハ容易ニ斜位或ハ横位ヲ取り、分娩ニ至ル迄該位位置ヲ保持スルコト多シ、之ニ反シテ初産婦ニ於ケルガ如クニ、腹壁及子宮壁緊實セル者ハ、胎兒ノ縦位ヨリ横位ニ變ズルヲ妨グルモノナリ、若シ初産婦ニシテ胎兒ノ横位ヲ取レル場合ハ、每常縦位ノ保持ヲ困難ナラシム可キ障礙ノ存スルヲ示セルモノナリ、其障礙ハ最モ多クノ場合ニ於テハ狹窄骨盤ナリトス、何トナレ

分娩ノ病理及療法

此際先進頭部ハ骨盤入口ニ固定スルヲ得ズシテ側方ニ偏倚シ易ケレバナリ、猶骨盤入口ヲ狹窄セシムル前置胎盤及腫瘍モ亦同様ニ作用ス、其他胎兒ノ矮小及一般ニ胎位ノ安定ヲ減ジテ、兒體ノ移動性ヲ高ム可キ一切ノ動機ハ横位ノ發生ヲ促ガスモノナリ、由テ羊水過多、雙胎ニ於ケル第二兒、早産兒、浸軟兒等ニ於テハ屢々横位ヲ見ルナリ、終リニ子宮ノ畸形特ニ弓狀子宮ニ於テモ亦横位ヲ來タスコト頻繁ナリトス。

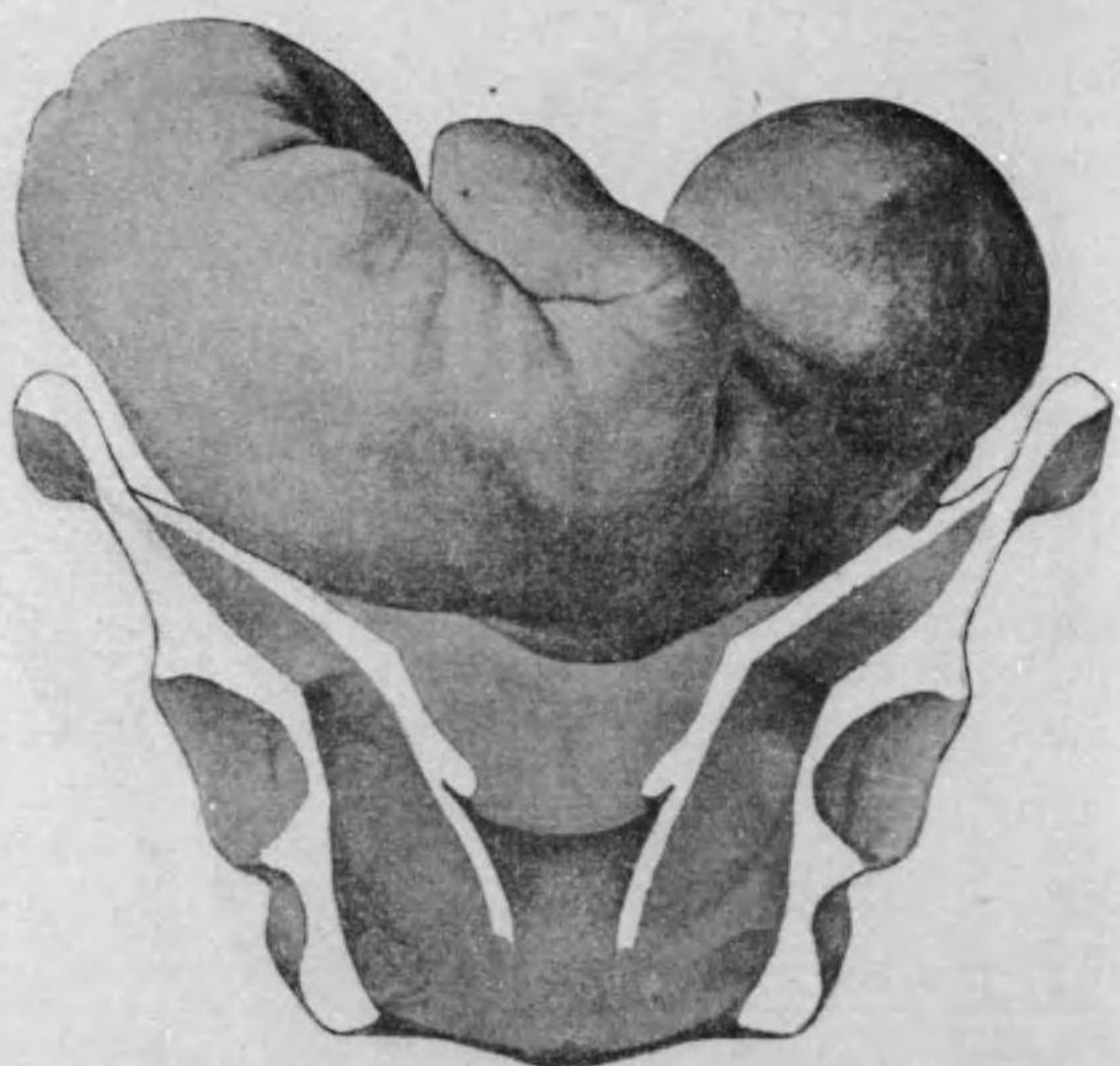
分娩經過 横位ニシテ醫師ノ操作ニヨリテ縦位ニ矯正セラル、コトナク、自然ニ放任セラレタル場合ニ於テハ、次ニ述ブルガ如キ狀況ヲ呈スルモノナリ。

胎兒ノ不正位置ハ、陣痛作用ノ開始ト共ニ自ラ矯正セラル、コト稀ナラズ、子宮ハ各收縮ニ際シ其本來ノ縦形ニ復セントカムルモノニシテ、其膨出シタル側壁ハ互ニ相近ヅキテ胎兒ヲ縦位タラシムルモノナリ(之ト同一ノ機轉ハ妊娠ノ經過中ニ屢々起ルモノニシテ、已ニ前卷第百九十六頁第百二十一圖ニ於テ之ヲ示シ)其際初メヨリ寧ロ下方ニ存スル頭部ハ骨盤入口上ニ來ルヲ例規トス、斯クノ如ク横位ノ自然ニ縦位ニ變ズルヲ稱シテ自己回轉 Die Selbstwendung ト云フ。

横位ニシテ叙上ノ如ク自己回轉ヲ營メバ、爾後ハ自然ニ遂婉シ得ベキモ、若シ此幸福ナル機轉ヲ生ゼザレバ、横位ニ因スル不良ナル影響ハ屢々已ニ開口期ニ於テ現出ス可シ、即チ普通ノ縦位ニアリテハ、先進頭部ハ球活栓ノ如ク作用スルモノニシテ、陣痛間ハ子宮頸ニ密着シテ全陣痛壓ノ胎胞上ニ及ブヲ妨ゲ、之ニヨリテ胎胞ノ早期破裂ヲ禦ギ、卵膜破裂スレバ直ニ續進シテ胎胞ノ存シタル部位ヲ占領シ、頸管ヲ延長シタルマ、ニ保

第四百七十七圖

横位 (n. Bumm)



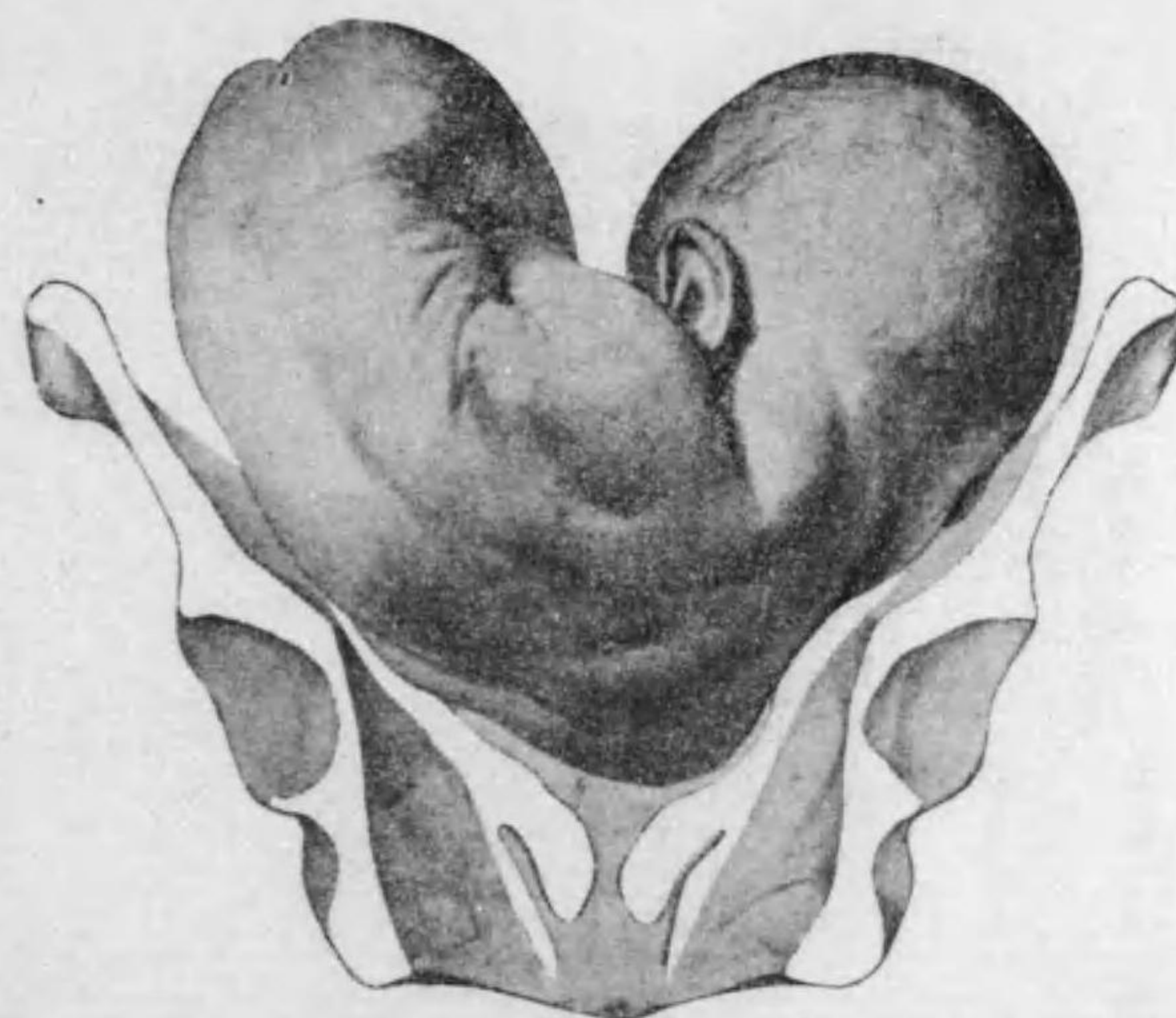
開口期、胎胞ヲ存シテ羊水自由ニ上方ニ通交ス

儘ニ保タレザルガ故ニ再ビ縮小シ、後ニ至リテ只徐々ニ且ツ不完全ニ擴開スルモノナリ。

分娩ノ病理及療法

存スルト共ニ、生殖管ヲ封鎖シ、以テ爾餘ノ分娩持續間上方ニ存スル羊水ノ大部ヲ全ク保存セシムルモノナリ、然レドモ横位ニ在リテハ全ク之ト趣ヲ異ニス、初メ先進部ヲ缺如スルヲ以テ、胎胞ハ全陣痛壓ヲ受クルノ結果、概シテ早期ニ破裂シ、羊水ハ甚ダ多量ニ漏出シ、子宮口ハ何等胎兒ノ大部分ニヨリテ延長シタル

圖一十七百四第
位 肩 胛
(n. Pamm)

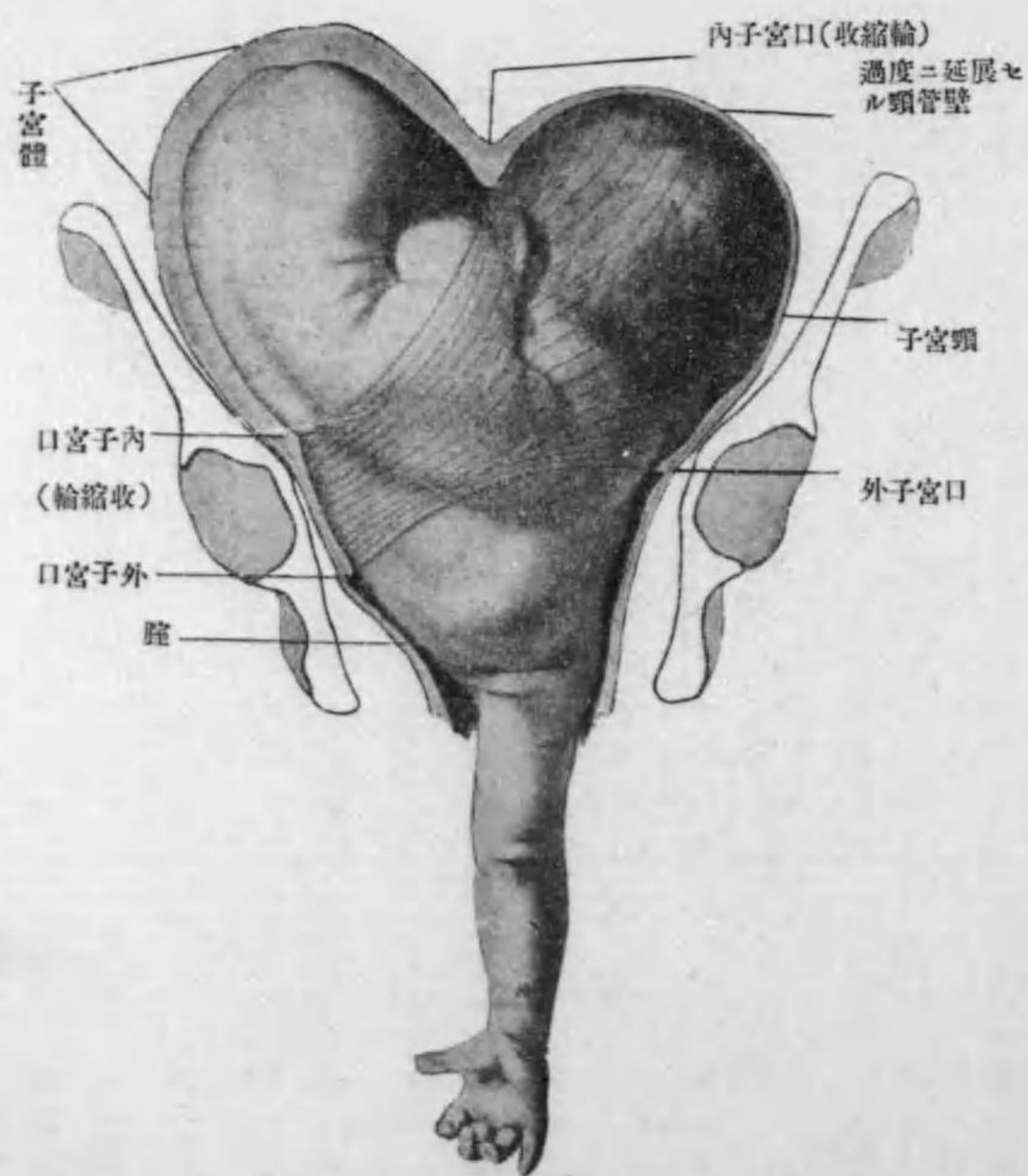


ス小縮ビ再後水吸ハ口宮子

位ハ今ヤ肩。胛。位。Die Schulterlageトナレルナリ、次ニ肩胛ハ陣痛壓及激シク働作スル腹壓

三六
胎胞破裂シ羊水流
スレバ、子宮壁ハ密ニ
胎兒體ニ接着シ、其作
用ヲ直接ニ兒體上ニ
及ボスニ至ルベシ、之
ニ由リテ直チニ兩側
ニ突隆セル胎兒軸ノ
兩端即チ頭部ト臀部
トハ共ニ轉移シテ相
近ヅキ、脊柱ハ腹側ノ
方ニ彎曲シ、頭部ニ於
テ曲折スベシ(第四百
七十一圖)此際下方ニ
存スル肩胛ハ、骨盤入
口上ニ到達シテ自今
先進部トナル、由テ横

圖二十七百四第
位 横 性 延 遲
(n. Bamm)



分娩ノ病理及療法

ノ下ニ、漸次深ク骨盤内ニ壓入セラレ、其肩胛ニ屬スル上肢ハ軀幹ヨリ遠ザカリテ陰裂
ニ現ハル、ニ至ルベシ、吾人ハ此状態ヲ表ハスニ遷。延。性。横。位。Die verschleppte Querlage ナ
ル術語ヲ以テス、是レヲ以テ娩出ハ其終リヲ告ゲタルモノニシテ、爾後胎兒ノ前進ハ最

早ヤ不可能ナリトス之ニ拘ハラズ陣痛ハ停止セズシテ子宮ハ依然其内容ヲ排除セン
トシテ努力スルナリ然レドモ子宮ハ胎兒ヲ下方ニ驅逐シ得ザルガ故ニ其體壁ハ愈々
胎兒體ニ沿ヒテ上方ニ退縮スルト共ニ頸管ハ益々延長シ―收縮輪益々上昇シ―終ニ
頭部及軀幹ハ大部ハ極度ニ延展セラレタル頸管内ニ横ハリ、空洞筋ハ只尙帽子ノ如ク
腎部上ニ存スルニ至ルベシ第四百七十二圖斯ル状態ヲ呈スレバ、危險ハ極度ニ高マリ
タルモノニシテ、遂ニ強劇ノ陣痛ヲ再現スルニ際シ、過度ニ延展シテ紙ノ如ク菲薄トナ
レル頸管壁ハ、多クハ兒頭ノ存スル所ニ於テ致、死的、破裂ヲ發生スルニ至ル、胎兒ハ多ク
ハ其已前ニ強劇陣痛或ハ胎盤剝離、臍帶脫出等ニヨリテ死亡シ、或ハ子宮破裂時ニ其一部
或ハ全部裂孔ヲ經テ腹腔内ニ脫出シ、子宮縮小シ胎盤剝離スルノ結果窒息死ニ至ルモ
ノナリ、叙上状態ニ至ルモ子宮頸部之ニ堪ヘテ破裂スルコトナケレバ、子宮體ハ強直性
牽縮ノ状態ヲ來タシ胎兒ハ死ヲ免レザルノミナラズ腐敗ヲ初メ(腐敗ハ死兒ノ上肢陰裂
ニ急速ニ發生ス)母體ハ漸次體温ノ昇騰ヲ來タシ、遂ニ分娩ヲ遂ゲズシテせふしすノ症狀ノ下
ニ斃ル、モノナリ。

横位ヲ自然ノ經過ニ放任スル際自己回轉ヲ營マザル時ハ、上記ノ轉歸ヲ取ルヲ常規ト
スルモ、破格ノ場合ニハ自然力ニヨリ左ノ二機轉ヲ以テ横位ニ横ハレル胎兒ヲ娩出セ
シムルコトアリ。

一 自己娩出 Die Selbstentwicklung, Evolutio spontanea 此機轉ハ卵胞破裂後肩胛先ヅ強力ナ

圖三十七百四第

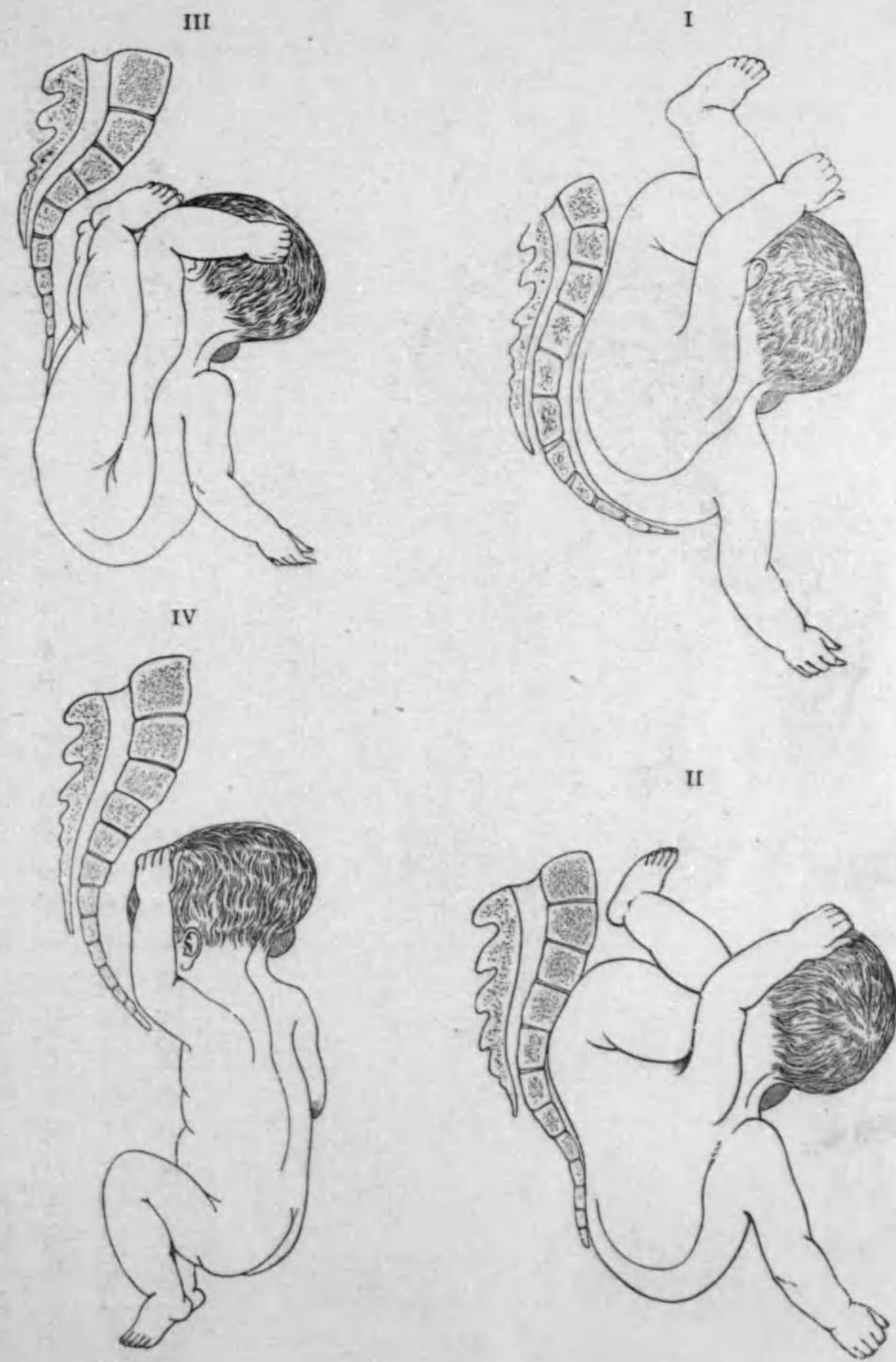
位横性延展ルセ出脱ヲ肢上
ム初ヲ出脱己自
(n. Chiara)



ル陣痛ニヨリテ低ク骨盤内ニ且ツ前方恥骨縫際ニ向ツテ驅逐セラレ、次ニ脊柱強ク彎
曲シタル後、腎部肩胛ノ傍ヲ過ギリテ骨盤ヲ通過シ、而シテ會陰ヲ排シテ娩出ス、兩脚及
上方肩胛ハ腎部ニ次ギ頭部ハ骨盤端位ニ於ケル如ク最後ニ娩出スベシ(第四百七十三
圖及第四百七十四圖然レドモ此器械的作用ハ強盛ナル陣痛、廣潤ナル骨盤並ニ死胎早

圖四十七百四第

過經婉分ノ出婉已自

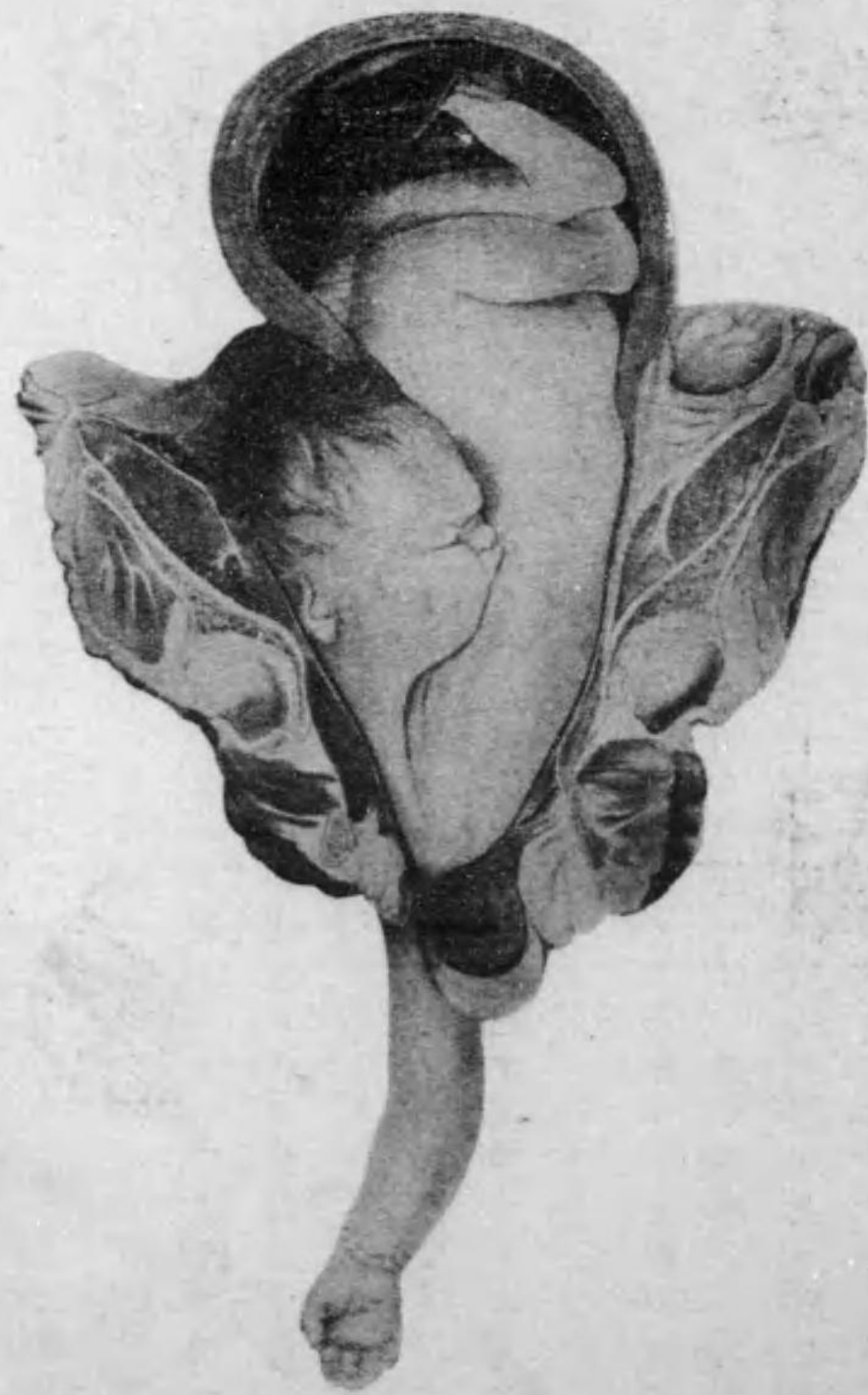


卵ノ異常

三九〇

圖五十七百四第

出婉折重



産兒殊ニ浸軟兒ニ於テノミ行ハル、モノナリ。
二重折婉出 Conduplicatio corpore 此機轉ハ胎兒相重疊シタル體ヲ以テ分娩スルノ謂ナ
 リ、前機轉ニ比スレバ一層稀有ニシテ殆ンド只浸軟胎兒ニ於テノミ見ルヲ得可シ、此方
 法ハ初メ肩胛ハ胸部ノ一部ト共ニ下降シ、之ニ次ギテ頭部及腹部ハ互ニ相竝ビテ同時

分娩ノ病理及療法

三九一

ニ骨盤管ヲ通過シ、最後ニ臀部ハ兩脚ト共ニ逸出ス、此通過法ニアリテハ脊柱ハ胸椎部ニ於テ銳角ニ屈折スルモノナリ(第四百七十五圖)

横位ニ際シテ分娩ノ經過ヲ自然ニ放任スレバ其轉歸ハ概シテ不幸ニシテ、胎兒ハ死亡シ、母體ニ在リテハ子宮破裂ヲ來タシ、遂ニ致命スルヲ常トスルヲ以テ、期ヲ誤マラズシテ適當ノ療法ヲ施シ之ヲ救ハザル可カラズ、荷モ產科醫タル者ハ、成熟胎兒或ハ殆ンド成熟セル胎兒ニアリテハ、決シテ上記ノ如キ破格的機轉ニ望マラスベキモノニアラザルナリ、然ルニ適當ナル療法ヲ行ハントセバ、先ヅ此位置異常ヲ充分早期ニ診定セザル可カラズ、横位ハ實ニ產科學上重篤ナル合併症ナルヲ以テ、之ヲ誤診スルコトアラシカ、恰モ母子兩體ニ死ノ宣告ヲ下スニ異ナラザルナリ。

診斷 妊娠間及分娩ノ初期ニ於テハ、只外診ニ由リテノミ診定セラレ得ルモノナリ、設令毎常ナリトハ云フ可カラザルモ、胎兒軸ノ側方偏倚ハ、已ニ屢々視診ニヨリテ之ヲ認メ得可クシテ、腹部ハ寧ろ幅徑ニ於テ擴大シ、子宮モ亦陣痛間ニ腹壁上ニ限制シテ現ハル、ヤ否ヤ其形態ノ横徑ニ伸展セラレタルヲ見ルヲ得ベシ、觸診スレバ左右兩側ニ於テ大部分ヲ觸レ、而シテ明カニ浮球感覺アリテ骨樣硬度ヲ有スルモノハ頭部ナリトス、子宮底及子宮下部ハ何等胎兒ノ大部分ヲ有セザルヲ以テ、手ヲ恥骨縫際ノ上方ニ於テ薦骨岬ニ對シ深ク壓入セシムルヲ得ベシ、頭部及臀部ヲ發見スレバ、前方ニ向ヒタル背部ハ其經過ニ於テ容易ニ觸知シ得ベク、背部後方ニ存スレバ小部分ヲ甚ダ著明ニ且ツ

數多觸知シ、恰モ腹壁ノ直下ニ存スルガ如キ感アリ、心音ハ頭蓋位ニ於ケルヨリハ稍々低ク、兒頭ノ存スル側ニ於テ最モ克ク聽取ス。

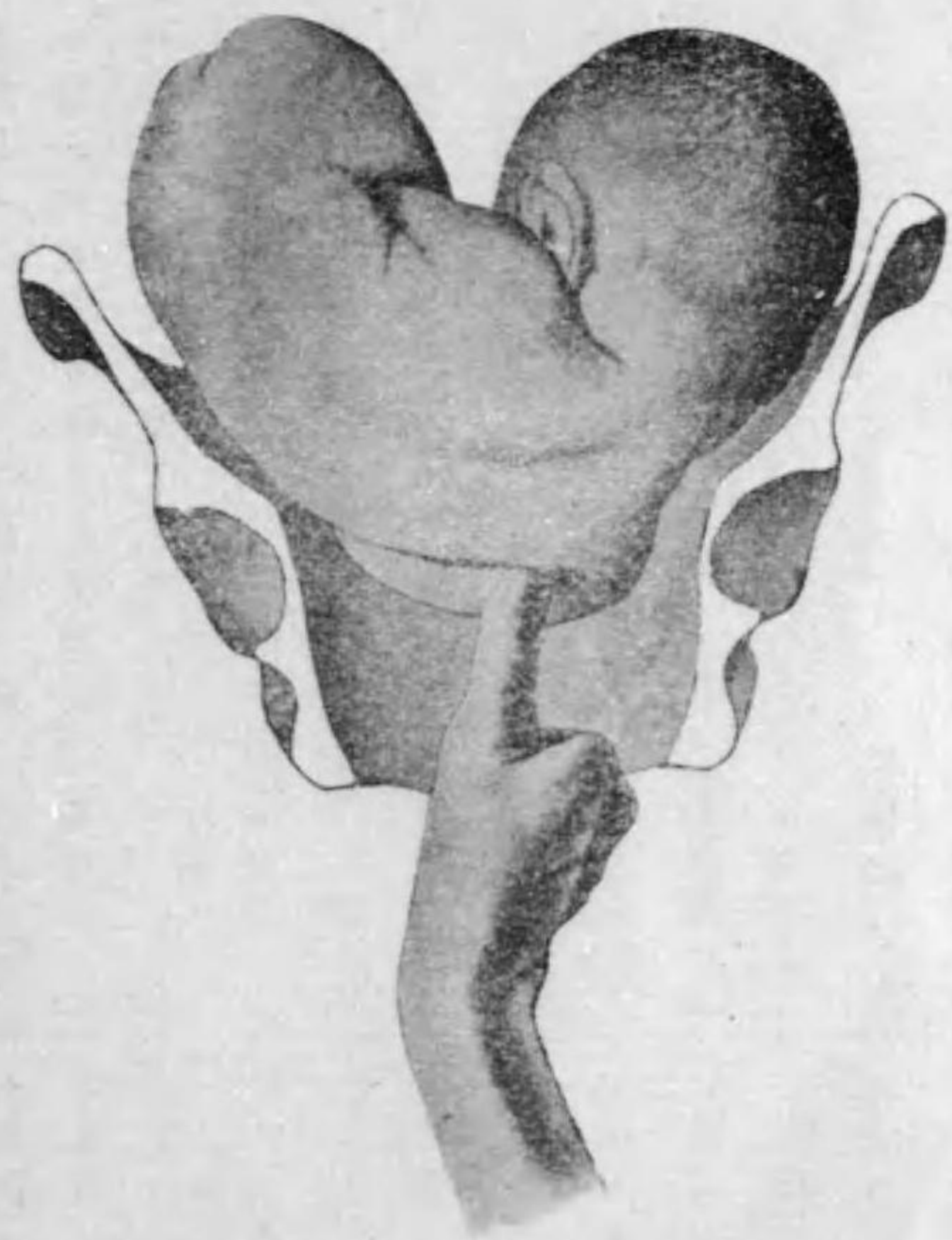
内診ハ破水前ニハ所見多クハ消極的ニシテ、何等先進シタル部分ニ達セズシテ、只骨盤入口ノ空虚ナルヲ觸知スルノミ、此狀況ハ既ニ横位ノ疑診ヲ起サシムルニ足ル、此際卵胞ヲ破ラザランコトニ注意ス可シ、胎胞破裂スレバ、茲ニ初メテ先進部―肩、胛―ヲ認識シ得可シ、若シ此時期ニ於テ初メテ產床ニ招カルレバ、外部ノ觸診ニヨリテハ、腹壁及子宮壁ノ緊張セル爲メニ何等著明ナル者ヲ觸レ得ザルヲ常トスルヲ以テ、此際ハ只ニ内診ニ由リテノミ胎兒ノ位置ヲ定メザル可カラズ。

肩、胛ハ臀部ト誤診セラル、コトアリ、肩胛ヲ診定スルニ必要ナル特徴ハ、主トシテ腋窩及之ニ隣接セル肋骨ナリ、其肋骨ハ先進部ヲ觸ル、際診指其上ヲ滑ベルモノナリ、先進部ノ肩胛ナルコトヲ確認セバ、胎兒ハ横位ニ存スルコトヲ知り得可シ、横位ヲ確診セバ次ニ兒頭及兒背ノ位置ヲ檢セザル可カラズ、頭部ノ位置ハ腋窩ノ方向ニテ之ヲ知り得ルモノニシテ、腋窩ハ頭側ノ方ニハ鎖、子、臂側ノ方ニハ開ケリ、由テ例之バ腋窩左方ニ向テ閉鎖スレバ、兒頭ハ左側ニ、臂部ハ右側ニ在リ、第四百七十六圖(次ニ背部前方ニ向ヘルカ或ハ後方ニ向ヘルカヲ判定スルニハ、S字狀ノ鎖骨或ハ三角形ノ肩胛骨ノ位置ニヨルモノニシテ、即チ鎖骨ノ位置ハ其腹側タルヲ、肩胛骨ノソレハ其兒背タルヲ知ラシム、若シ是等ノ部分ヲ明ニ觸レ能ハザレバ、半手ヲ肋骨ニ沿ヒ脊柱ノ棘狀突起ニ至ル迄送入

圖六十七百四第

位 橫

。リアニ方左ハ頭兒・ヲ閉ニ方左ハ高腋 (n. Bumm)



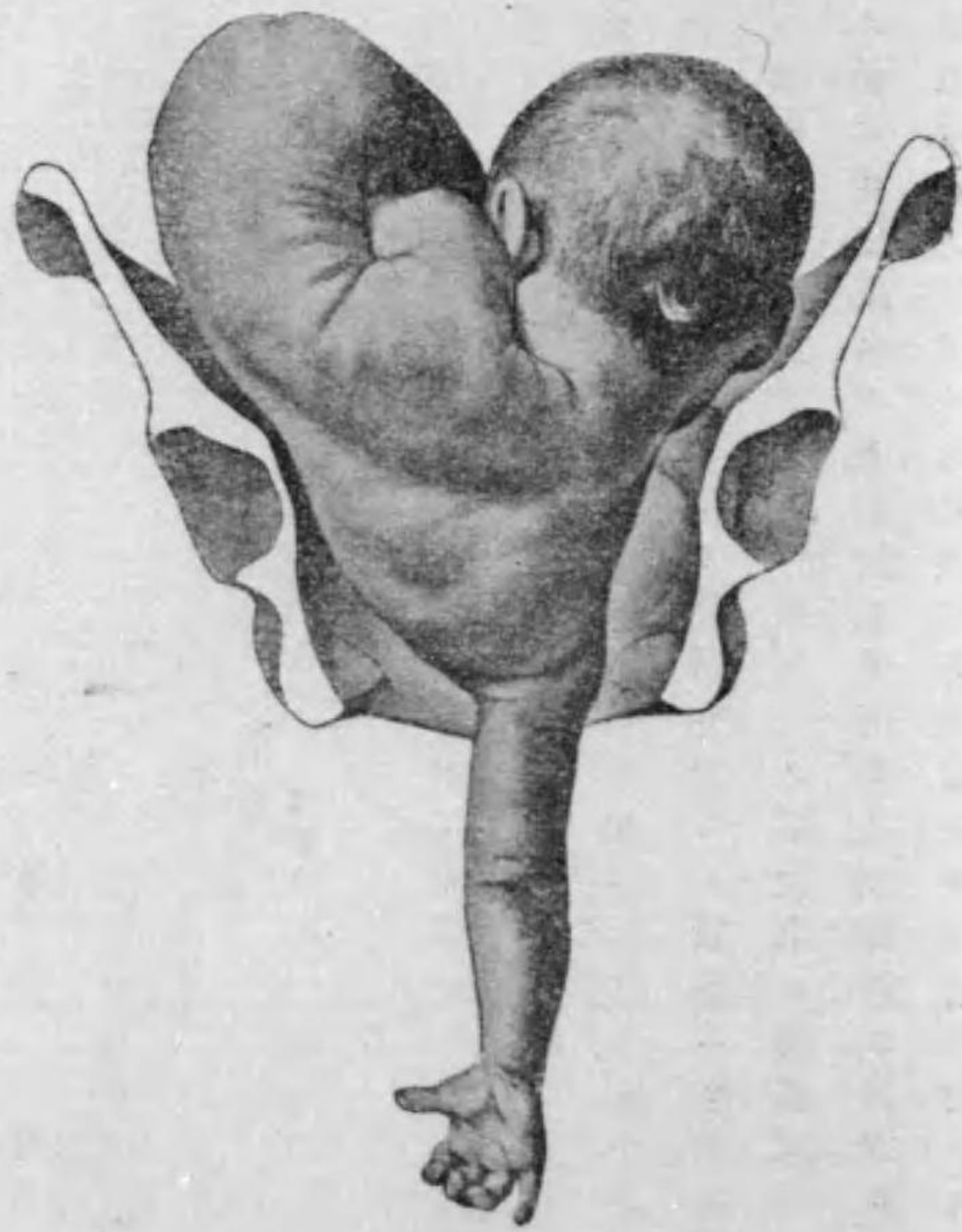
三九四

セシム可シ該
突起ハ皮下ニ
於テ甚ダ明ニ
識別セラル、
モノニシテ、之
ニヨリ確實ニ
背部ノ位置ヲ
判定シ得ルモ
ノトス、兒頭及
兒背ノ位置ヲ
發見シタル時
ハ、胎兒ノ全位

置モ亦明白トナル可シ、例之バ兒頭左側ニ存シ、兒背前方ニ向ヘル時ハ、前進部ハ右肩胛
ニシテ兒足ハ後方及右方ニ存シ右足ハ下方ニ位ス(第四百七十一圖)
兒膊ノ脱出ハ診斷ヲ容易ナラシムル者ナリ、此際吾人ハ最初ニ左右何レノ兒膊ノ脱出
セルカヲ定ムベシ、此目的ニハ其脱出シタル手ヲ回轉シテ、其手掌面ヲ上方ニ向ハシム
ルヲ最可トス、其際母指母體ノ右側ニアレバ右手ニシテ、母體ノ左側ニアレバ左手タル

圖七十七百四第

位橫ルセ出脱ヲ肢上ケ向ニ方前ヲ背 (n. Bumm)



體母ハ指母ケ向ニ方上ヲ面掌其ハ手
リナ膊右ハルセ出脱。リ在ニ側右ノ

ナリ、第四百七十七圖及第四百七十八圖、此規則ハ如何ナル狀況ニアリテモ適合スルモ
ノニシテ、手掌面ヲ上方ニ向ハシムルニ、前方ニ回轉スルモ、後方ニ回轉スルモ之ニ關セ
ザルナリ、他法ハ兒手ト握手スル法ニシテ、此際檢手兒手互ニ相適合スル時ハ、是レ同名
手ニシテ、然ラザル時ハ異名手ノ脱出ナリトス、脱出セル兒膊ハ前進セル肩胛ニ屬セル
モノナルガ故ニ、上記ノ方法ニテ脱出手ノ何レナルカヲ診定セバ、其先進肩胛ノ何レナ
分娩ノ病理及療法

三九五

圖八十七百四第

位横ルヒ出脱ヲ肢上ケ向ニ方後ヲ背
(n. Bomm)



體母ハ指拇ケ向ニ方上ヲ面掌其ハ手
リナ膊左ハルヒ出脱、リ在ニ側左ノ

ルカモ亦自ラ知ルヲ得可キナリ。
脱出手其何レナルカラ決定セバ、指ヲ兒膊ニ沿ヒテ腋窩ニ迄進メ、其何レノ側ニ閉鎖セ
ルヤヲ探査シテ兒頭ノ位置ヲ定ムベシ、何レノ手脱出シ、頭部何レノ側ニ存スルカラ知
レバ、胎兒體ノ如何ニ位置セルカラ知リ得可ク、且ツ背部ノ前方ニ向ヘルカ或ハ後方ニ
向ヘルカヲ簡單ニ定メ得ベシ、例之バ右膊脱出シテ兒頭左側ニ向ヘルカ兒背ハ前方ニ向

ヒ第四百七十七圖左膊脱出シテ兒頭左側ニ向ヘルカ兒背ハ後方ニ向フヲ第四百七十八
圖知リ得ルガ如シ、由テ横位ノ診斷ハ兒膊ノ脱出セル場合ニハ容易ナリ、但シ検査ノ際
決シテ脱垂兒膊ヲ牽引ス可カラズ。

類、症鑑別上特ニ必要ナルハ臀位ナリ(上巻第五百三十九頁ヲ見ヨ)臀位トノ誤診ハ特ニ胎水排泄後強
力ノ陣痛ヲ起シ之ガ爲メニ甚ダシク腫脹シテ認知シ難クナリタル肩胛ノ低位ニ驅逐
セラル、場合ニ於テ見ルモノナリ、猶同時ニ胎兒強ク屈曲シ、臀部子宮底ニ近ヅキテ、子
宮ハ寧ろ縦軸ニ延長セラル、場合ハ頗ル鑑別ヲ困難ナラシム、此際先進小部分ヲ下方
ニ牽出スレバ胎兒ノ位置自ラ分明トナル可シ。

豫後 人工的救助ナキニ於テハ、横位ニ於ケル母子ノ豫後ノ共ニ不良ナルコトハ前文
ノ所述ニ由リテ明白ナリ、只適當ナル療法ニヨリテノミ、其豫後ヲ佳良ナラシムルヲ得
可シ、期ヲ過タズシテ横位ヲ診知シ、而シテ其療法適當ニシテ且ツ巧妙ナルヲ得バ、母體
ノ豫後佳良ニシテ、胎兒多クハ其生活ヲ保チテ分娩ス可シ。

療法 横位ヲ早期ニ診斷シ得バ、其療法ハ容易ニシテ且ツ簡單ナリトス、即チ横位ヲ取
レル胎兒ヲ縦位ニ矯正シ、之ニヨリテ骨盤管ノ通過ヲ障礙ナカラシムルニアリ。

分娩ノ初期ニ於テ胎胞尙存シ胎兒移動性ヲ有スレバ、外回轉術 Die äussere Wendung | 腹
壁ヨリ頭部及臀部ニ施ス操作ニ由リテ屢々縦位タラシムルヲ得可シ、此際骨盤入口
ニ近ク存スル部分一已ニ述ベタル如ク通常頭部ナリ一ヲ下方ニ轉位セシム可シ、若シ

斯クノ如クシテ縦位ヲ持續的ニ挽回シ得テ、兒頭骨盤内ニ進入スル時ハ、其利益頗ル大ナリトス、之ニ反シテ外回轉術無効ニ終ルトモ亦何等失フ所アルナシ。

妊娠中ニモ亦外回轉術ヲ行ヒテ縦位ニ矯正シタル後、腹帶ヲ施シテ腹壁ノ緊張ヲ強クスルノ法ヲ行フコトアリ、然レドモ其効果ハ全ク確實ナラズシテ、寧ロ能ク適合セル腹帶ヲ第五月ヨリ持續的ニ保有セシメ、以テ豫防的ニ横位ノ發生ヲ防グノ適カニ合理的ナルニ如カズ(前卷第三頁ヨリ)

卵胞破裂後ニアリテハ、外操作ニ由ル回轉術ハ最早多ク期待シ得ザルナリ、即チ此際胎兒ハ已ニ子宮ニ由リ固ク圍繞セラレ、最早腹壁ヨリハ之ヲ移動セシムルヲ得ザルヲ以テ、内操作ニ籍リテ回轉セザル可カラザルナリ、此状態ニ於ケル通常ノ方法ハ足位内回轉術 Die innere Wendung auf den Fuss ナリトス、然レドモ複雑セザル横位ニアリテハ子宮口充分ニ擴張シテ兒體ノ通過シ得ルニ至ル迄該回轉術ノ實施ヲ待ツヲ最可トス、何トナレバ回轉術及之ニ由リテ生ジタル臍帶壓迫或ハ胎盤剝離ノ爲メニ胎兒假死ノ諸微候續發セル場合ニ直チニ挽出術ヲ續行シ得ルノ便アレバナリ。

羊水流出後愈々多クノ時間ヲ經過スルニ從ヒ、子宮愈々密ニ胎兒ノ周圍ニ接着スルニ從ヒ、回轉術ハ益々困難ニ且ツ危険トナルモノナリ、兒膊已ニ脱出シ且ツ腫脹シテ深青色ヲ呈シ、肩胛固ク骨盤内ニ壓入セラレタルヲ認ムル時ハ、操作ノ如何ニ拘ハラズ、之ニ先ダチテくろゝほるむヲ用ユベシ、而シテ麻酔ハ筋緊張ノ全ク消失スルニ至ル迄深カラシメタル後ニ産婦ヲ横床ニ齎ラシ、精密ナル双合診ヲ行ヘバ、猶先進肩胛ヲ上方ニ移動セシメ得ルヤ及子宮壁ノ緊張ハ回轉術ヲ許スヤ否ヤヲ定メ得ルモノナリ、若シ仍ホ之ヲ行ヒ得キ時ハ、宜シク最モ慎重ナル注意ヲ以テ手術シ、且ツ絶ヘズ擴張セル子宮頸ノ狀況ヲ監視ス可シ、くろゝほるむ麻酔及産婦ノ側腹位ニ籍リテ、破水後長時ヲ經タル者ニ回轉術ヲ行ヒ得ルコトアリ、然レドモ其成功ハ常ニ最モ熟練シタル手術ヲ要スルモノトス。

頸部^{い、い、い}伸展ノ徵候著明ニシテ、子宮ハ深麻酔ニヨリテモ仍ホ且ツ胎兒ノ周圍ニ固ク緊張シテ存シ、且ツ細心注意シテ壓スルモ肩胛ヲ移動セシメ得ザル時ハ、回轉術ノ施行ハ最早ヤ不可能ナリ、此場合ニ強テ之ヲ行ハントスルハ無謀ノ甚ダシキモノニシテ、已ニ術手ノ挿入及兒足ノ探索ニ際シ、過度ニ伸展シタル頸管ノ破裂ヲ來スコトアル可ク、若シ粗暴ニ兒體ヲ回轉セントセバ之ヲ來スヤ必セリ、斯ク遷延シタル症例ニアリテハ分娩ハ胎兒ハ^{い、い、い}破碎 Die Zerstückelung des Kindes — 截胎術 Die Embryotomie (多クハ^{い、い、い}断頭術 Die Decapitation)ニ由リテ完了セラレザル可カラズ。

横位ニシテ子宮破裂ヲ來タセバ、救済ハ已ニ其時期ヲ失セリ、此時ニ當リテハ虚脱殊ニ細微頻數ノ脈搏ヲ呈シ、之ニ加フルニ陣痛全ク停止ス、又完全破裂ニアリテハ内外診ノ特徴的所見(後文子宮破裂ノ條ヲ見ヨ)ニヨリテ診斷ヲ確實ナラシムルモノナリ。

妊娠第八月已前ニ於ケル早熟兒或ハ浸軟胎兒ニ於テハ、陣痛ノ佳良ナル際自己娩出ヲ

期待スルヲ得可キノミナラズ、肩胛已ニ深ク出口内ニ存スレバ、試ミニ脱出シタル兒膊或ハ已ニ肩胛ノ傍ラニ觸レ得可キ軀幹ヲ牽引スルモ可ナリ、之ニヨリテ胎兒ヲ通過セシメ得ルコトアリ、若シ其試行ニシテ成功セズトモ、肩胛ヲ下方ニ牽引セルコトハ敢テ害ナキノミナラズ、反テ截胎術實施ヲ便ナラシムルモノナリ。

(四)胎兒ノ病的體勢 Die pathologische Haltung der Frucht.

正規的體勢ノ障礙ハ、既ニ前卷ニ於テ反屈位(頭部ト胸部トノ間)骨盤端位(一足若クハ兩足ノ脱垂)ノ章下ニ論述シ、横位ニ於ケル兒膊ノ脱出ニ關シテモ亦前條ニ詳述セリ、依テ茲ニハ頭位ニ於ケル小部分ノ下垂及脱出ニ就キテ説叙ス可シ。

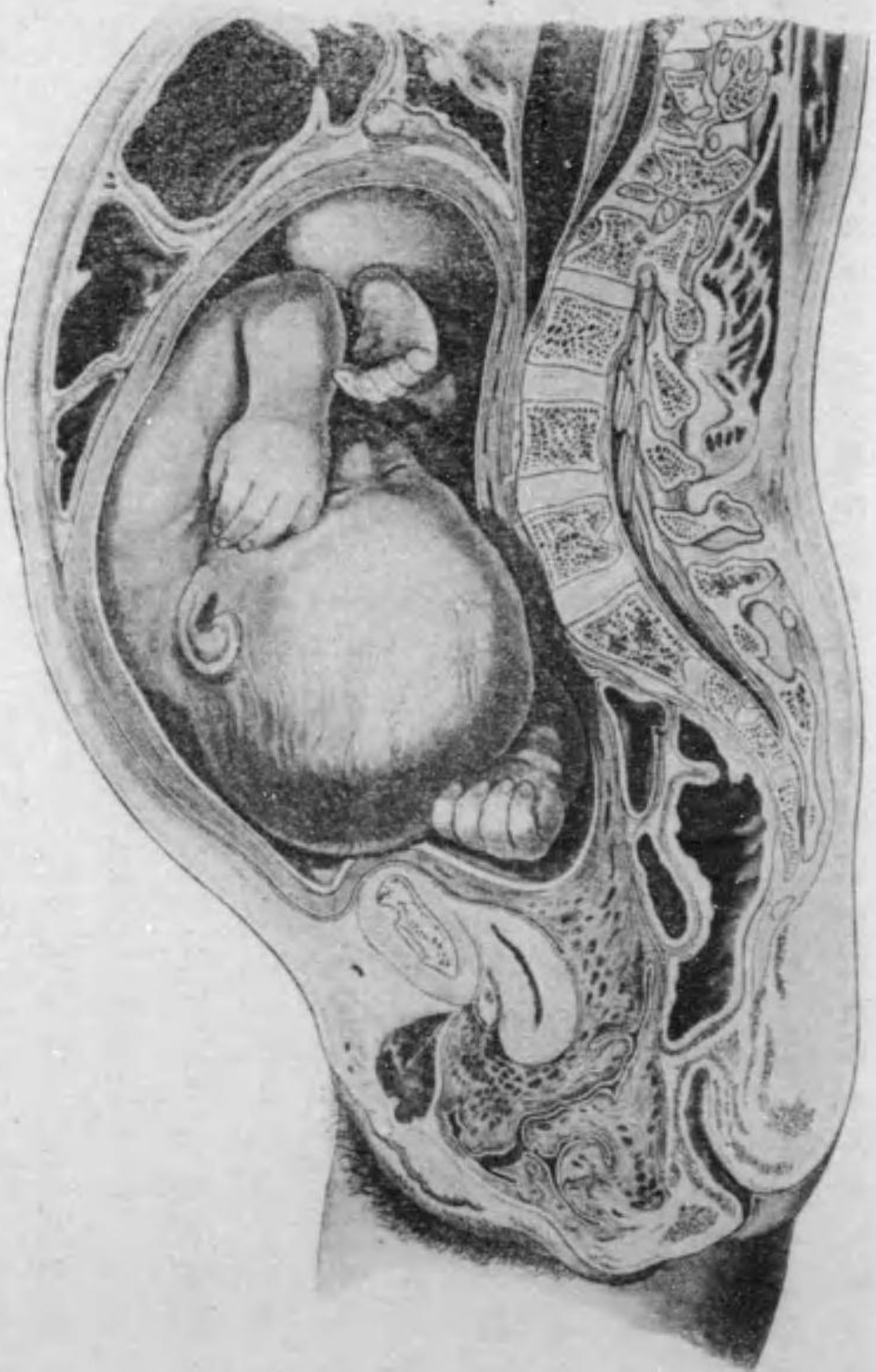
産科學的術語學ニ於テハ下垂 Vorliegen ト脱出 Vorfall トノ間ニ區別ヲ設ケ、下垂トハ下降シタル小部分(又ハ胎帶)ノ尙破裂セザル胎胞ノ内部ニ存スルヲ意味シ、脱出ニアリテハ胎胞已ニ破裂シ、其脱出部ヲ直接ニ觸レ得ルナリ。

(甲)頭位ニ於ケル膊ノ下垂及脱出 Vorliegen und Vorfall des

Armes bei der Kopflage.

兒頭ノ傍ラニ上肢ノ脱垂スルハ稀レニ目撃サル、現象ナリ、何トナレバ頭部ハ通常子宮下部ヲ完全ニ充填シテ子宮壁ト密接スルガ爲メニ、何處ニモ小部分ノ下降ス可キ空隙ヲ存セザルガ故ナリ、然レドモ頭部小ナルカ、側方ニ偏倚スルカ、或ハ分娩開始ノ際尙

圖九十七百四第
垂下ノ膊兒
(n. Braune)



高ク存シテ、充分ニ子宮下部ヲ閉塞セザル時ハ、上肢ハ或ハ自然ニ、或ハ流出スル羊水ニヨリテ脱垂ス、由テ此事象ハ狭小骨盤懸垂腹、羊水過多過小兒頭等ノ際ニ多ク之ヲ目撃スルモノニシテ、特ニ死胎兒ニ於テハ容易ニ發起スルモノ、如シ蓋シ斯ル胎兒ニ於ケル弛緩シタル四肢ハ、サナクトモ自己ノ重力ニ從ヒテ下方ニ沈降スルノ傾向ヲ有スル

分娩ノ病理及療法

モノナレバナリ、吾人ハ頭部ニ沿ヒテ只ニ一手或ハ一膊ヲ發見スルヲ通常トシ、下垂ニ於テハ兒頭ノ傍ラニ只手若クハ肘ヲ觸知シ、脫出ニアリテハ兒膊ノ大部分子宮口ヲ經テ腔内ニ達スルコトアリ。

一手ノ脫出ハ、之ニ因リテ何等特別ナル障礙ヲ發起セズ、頭部深ク進入スルヤ否ヤ、手ハ自ラ退却スルモノナリ、此機轉ハ產婦ヲ脫出側ニ反對セル側ニ臥セシムレバ(第四百七十九圖ニ示セル場合ニハ左)輔佐セラル、モノナリ、蓋シ斯ル側臥位ヲ採ラシムレバ、胎兒軀幹ハ側臥ヲ取ラシム、子宮底ト共ニ同一側ニ沈ムヲ以テ、脫出手ハ自ラ上方ニ退却スルガ故ナリ。

兒膊ノ脫出ハ頭部ノ骨盤内ニ進入スルヲ阻碍スルコトアリ、若シ兒膊ニシテ兒頭ノ通路ヲ遮塞セバ、之ヲ還納セザル可カラズ、此目的ニ對シテハ產婦ニ麻醉ヲ施スト共ニ脫出側ニ側臥セシメタル後(之ニヨリテ兒頭ハ一層偏倚ス)半手或ハ全手ヲ挿入シ、脫出セル上肢ヲ把握シ、之ヲ顔面ヲ過ギリテ可及的高ク子宮腔内ニ送致シ、次ニ直チニ產婦ヲ反對側ニ側臥セシメ、更ニ外方ヨリ頭部ヲ適當ニ壓シテ之ヲ骨盤内ニ導キ、以テ兒膊ノ再ビ下降スルヲ防グベシ、狹窄骨盤ニ於テハ通常頭部ヲシテ斯クノ如ク直チニ骨盤内ニ進入セシムルコト能ハザルヲ以テ、兒膊ハ更ニ脫出シ易シ、此際ハ整復術ヲ反覆スルヨリモ寧ろ足位、回轉術ヲ行ヒテ、全併發症ヲ根本的ニ除去スルヲ利アリトス。

頭部已ニ兒膊ト共ニ骨盤腔内ニ下降スレバ、兒膊ハ多クハ薦骨彎凹ニ於テ充分ナル空隙ヲ發見スルヲ以テ、設令恐ラクハ之ニ由リテ頭蓋ノ回轉ヲ遲延セシムルコトアルモ、

最早何等重篤ナル分娩障害ヲ發起セザルモノトス、由テ此際ハ靜カニ自然娩出ヲ待ツベシ、若シ遂婉ノ必要ヲ認ムル時ハ鉗子ヲ使用スベシ、但シ此場合ハ常ニ鉗子匙ノ尖端ニテ兒膊ヲ共ニ把握セザル様細心注意セザル可カラズ。

(2) 頭位ニ於ケル足ノ下垂及脫出 Vorliegen und Vortfall

des Fusses bei der Kopfage.

此異常ハ雙胎妊娠ニ於テ兩胎同時ニ骨盤内ニ進入スル場合ヲ除クバ、殆ンド只ニ未熟胎兒或ハ浸軟胎兒ニ於テノミ目撃スルモノニシテ、多クハ一足ノ脫出ニ止マルモノナリ、單胎ナルトキハ、或ハ兒足ヲ退却セシムルカ、或ハ兒足強ク脫出セル場合ハ之ヲ牽引シ、同時ニ他手ニヨリテ兒體ヲ外方ヨリ舉上シ、以テ真正ノ足位トナス可シ。

兒頭ニ沿ヘル小部分ノ脫出ハ、多クハ一手、一膊若クハ一足ナルコト多キモ、浸軟兒ニアリテハ一膊及一足同時ニ或ハ上下肢四個共ニ脫出スルコトスラナキニアラズ。

卵膜、胎盤及臍帶ノ異常ハ、已ニ妊娠ノ病理篇上文第百十五頁以下ニ於テ論述シ、臍帶ノ脫出モ亦屢々記述セラレタリ(上巻足位ノ章及本巻後)然レドモ臍帶ノ脫出ハ、最も緊要ナル分娩時ノ合併症ニ屬スルヲ以テ、尙ホ茲ニ特ニ論述セザル可カラズ。

(五) 臍帶ノ下垂及脫出 Vorliegen und Vortfall der Nabelschnur.

臍帶ノ脫出ハ四肢ノ脫出ヨリモ一層重要ナル意義ヲ有ス。臍帶脫出ノ際ハ、兒臍脫出ニ於ケルガ如キ器械的分婉障礙ヲ存セズシテ一柔軟ナル臍帶ハ決シテ斯ル障礙ヲ與ヘズ。反ツテ胎兒ハ生命ヲ危フクスル者ナリ。若シ臍帶ニシテ先進胎兒部分ト産道壁トノ間ニ下降セバ、容易ニ壓縮セラレテ臍帶血管内ノ血行停止シ、爲メニ胎兒ハ其呼吸器官即チ胎盤トノ連絡杜絶セラレテ窒息ノ危険ニ陥ル可シ。臍帶脫出ニ際シテハ、先進部ハ性質ニ甚ダ多ク關係スルハ自明ノ理ナリ。即チ硬固ニシテ且ツ大ナル頭部ハ最も強ク壓迫ス可キガ故ニ、臍帶脫出ハ頭部ノ先進セル際ハ、柔軟ナルト共ニ周圍ノ小ナル肩胛、臀部或ハ足部ノ先進セル時ヨリモ甚ダ危険ナリ。次ギニ臍帶ノ脫出セル部位、モ亦意義ヲ有ス。前方ニテ恥骨ト頭部トノ間ニ箱入セル際ハ、完全ニ臍帶血行ヲ杜絶スルコト骨盤ノ後周圍ニ於ケルヨリモ一層速カナリ。蓋シ後者ニアリテハ、狭窄骨盤ニ於テスラモ薦骨胛ノ側方ニテ薦骨翼ノ彎凹内ニ於テ脫出シタル臍帶ヲ容ル、ニ尙充分ナル空隙ヲ存スルコト少ナカラザレバナリ。

原因 正常ノ場合ニハ、臍帶ハ上方子宮内ニ能ク保留セラレ、胎兒ノ腹側ニテ四肢ノ間ニ存シ(第四百八十圖)子宮下部ハ先進胎兒部分ニ密着セルヲ以テ、臍帶ノ下降シ得可キ間隙ヲ存セズ。然レドモ子宮壁ト先進胎兒部分トノ間ニ斯ル間隙ヲ存スルコトハ、臍帶脫出ニ對シテ必要ナル要約及原因ナリトス。勿論斯ル間隙ハ最初ハ空虚ナラズシテ羊水ヲ以テ充タサルモ、胎胞ノ破裂及羊水ノ流出ニ際シテハ、近隣ニ存スル臍帶蹄係ハ

第四百八十八圖

臍帶ノ正常ノ位置 (n. Bumm)

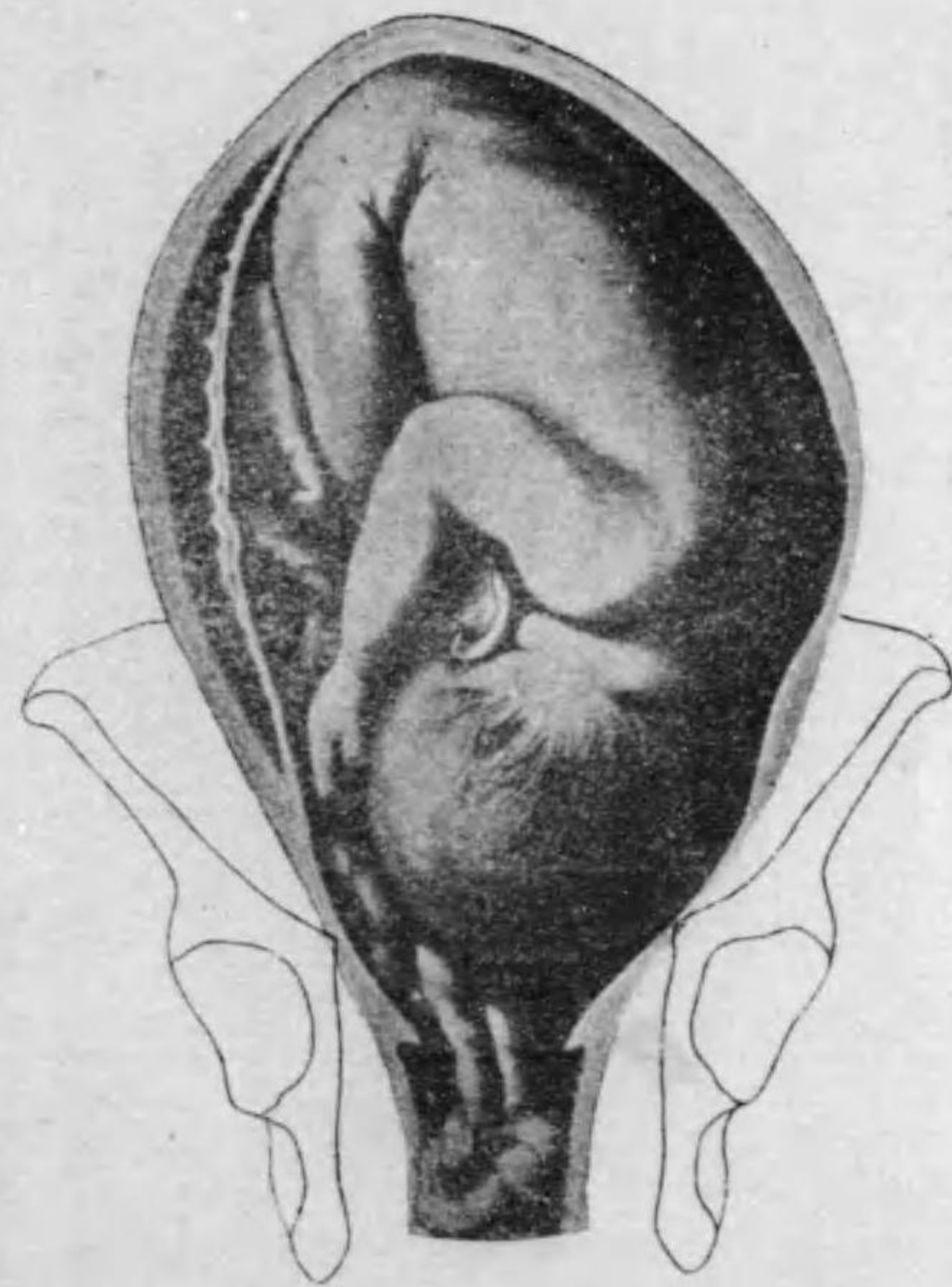


接密ニ頭兒處ル到ハ壁宮子
リナ能可不垂脱ノ帶臍シ

空虚トナレル間隙内ニ侵入シ、而シテ骨盤ト胎兒先進部トノ間ニ陥ルニ至ル可シ。先進胎兒部分ノ子宮ニヨリ包圍セラレ、コト愈々不完全ナルニ從ヒ、臍帶ハ益々容易ニ下降シ得可シ。由テ吾人ハ横位ニ際シテ最も屢々臍帶脫出ニ遭遇ス。蓋シ横位ニ於テハ初メ頸管ニハ全ク何等先進部ヲ存セズシテ、後ニハ肩胛ヲ以テ充タサル、モ不完全ナレバナリ。横位ニ次ギテ臍帶脫出ヲ多ク見ルハ足位トス。臀部ハ足部ヨリモ善ク頸管ヲ充タスヲ以テ、臀部ノ際ニハ臍帶脫出ヲ見ルコト稀ナリ。頭部ハ身體部分中最モ克ク

頸管ヲ充填スルガ故ニ頭位特ニ後頭位ノ際ニハ臍帶脫出ヲ來タスコト最モ稀レナリ、只頭位ニ於テ此合併症ヲ觀察スルハ、頭部或ハ反屈體勢ニ於テ進入シ、或ハ開口期間甚ダ高位ニ存シ、特ニ側方ニ偏倚シタル時ニ於ケルノミナリ、頭位ニシテ斯ル狀態ヲ來タサシムル通常ノ動機ハ狹窄骨盤ナリトス、初産婦ニシテ臍帶脫出ヲ來タスコトハ、狹小骨盤ノ存スルヲ略ボ確定シ得可シ、然レドモ羊水過多症、双胎妊娠、早産等モ亦同様ナル

圖一十八百四第
出 脫 帶 臍
(n. Bamm)



ハ帶臍シ倚偏ニ上骨腸左ハ頭兒
ス垂脫ニ隙間ノ兩壁子宮及頭兒

意味ニ作用スルコトアリ、猶臍帶ノ過長及胎盤ノ低位ハ此脫出ヲ促ガスモノナリ、
診斷 卵胞内或ハ第一胎水漏泄後子宮内或ハ腔内ニ搏動アル腸管様索條ヲ觸知シ
 (死胎兒ニハ) 或ハ此索條ノ外陰部ヨリ懸垂スルヲ認ムルコトアリ、凡ソ臍帶脫出ノ認識ハ
 周密ナル内診ヲ行ヘバ何等困難ナルコトナシ、蓋シ腔穹窿部ノ破裂後腸管脫出シ、臍帶
 蹄係ト思惟セラル、場合ヲ除ケバ、恐ラクハ他ニ臍帶ト誤診セラル、モノナケレバナ
 リ。

凡ソ醫師ハ兒頭ノ位置尙ホ移動性ナルニ當リ卵胞破裂スルトキハ、直チニ内診ニヨリ臍帶脫
 出ノ有無ヲ檢スルヲ規則トス。

脫出臍帶ハ好ンデ薦腸關節部ニ存ス、臍帶脫出ヲ發見シテ施療スルコト愈々早ケレバ胎兒ニ
 對スルノ結果益々佳良ナルハ論ヲ俟タズ、陣痛間ニ脫出臍帶ニ於ケル搏動ノ微弱或ハ缺如ハ
 臍帶壓迫ノ徵ニシテ、搏動遲慢トナルハ其壓迫ノ爲メニ胎兒已ニ假死ニ陥リタルヲ知ラシム。

療法 臍帶ノ下垂及脫出ノ療法ハ、只胎兒ノ尙ホ生活セル時ニノミ意義ヲ有スルモノ
 ニシテ、其既ニ死亡セル者ニアリテハ、此合併症其者ノ爲メニハ何等所置スルノ要ヲ認
 めズ、胎兒ノ死亡ハ多クハ脫出シタル臍帶蹄係ニ於テ搏動ヲ觸レザルニヨリテ之ヲ認
 識スト雖モ、搏動缺如スルニ拘ハラズ時ニ尙ホ心臟作用ヲ存スルコトアルヲ以テ、單ニ
 搏動ナキニ由テ胎兒ノ死亡ヲ速斷スルコトナク、宜シク精密ナル腹部聽診ヲ行フベシ、

以上ニ反シテ産床ニ招カレタル際胎兒尙ホ生活ノ徵候ヲ呈スレバ必ラズ適當ノ處置ヲ行ハザル可カラズ此際ハ先ヅ周密ナル外診及内診ニ由リ分娩ノ狀態頸管ノ擴張胎兒ノ位置骨盤ノ大小及臍帶垂脱ノ原因ヲ明カニスルヲ要ス其診査ノ成績ハ醫ノ探ル可キ處置ヲ決定セシムルモノナリ。

分娩ハ始メニテ開口期間ニ招カレ胎胞尙存シテ卵膜内ニ搏動アル臍帶係ノ存スルヲ觸ルレバ先ヅ第一ニ胎胞ヲシテ早期ニ破裂セシムベキ一切ノ事件ヲ避ケシム可シ即チ産婦ヲシテ臥床ニ於テ安靜ナル側臥位(胎胞ノ位置ニ反對セル側ニ)ヲ取ラシメ決シテ努責スルヲ許サズ胎胞存スル間ハ全陣痛力ハ頸管ノ擴張ニ費サレ先進胎兒部分ハ一通常少クトモ一前進セズシテ臍帶ハ何等壓迫ヲ受ケザルナリ若シ子宮口ノ完全ニ開大スル迄胎胞ノ破裂ヲ防ギ得バ是ニ由リテ胎兒ニ對スル狀態ハ實ニ可良トナル何トナレバ遂ニ卵膜破裂シテ臍帶ニ有害ナル壓迫ヲ來スニ至ルモ子宮口全ク開大セル以上ハ最早ヤ胎兒ヲ其危險ナル位置ヨリ免カレシメントスルニ際シ何等之ヲ妨グルモノアラザレバナリ。

如何ニシテ胎兒ノ危險ヲ排除スベキカハ胎兒ノ分娩時ニ取リタル位置ニ據リテ其方法ヲ異ニス横位ニアリテハ臍帶脱出ノ處置ハ横位其者ニ於ケル通常ノ療法ト一致ス即チ回轉術ヲ施シ直チニ挽出術ヲ續行スルニアリ足位ニ際シテハ前述セシ如ク前進部小ナル爲メニ壓迫ヲ來スノ恐れナキヲ以テ宜シク其狀況ヲ監視シ臀部下降シ來リ

テ壓迫ヲ始ムレバ一此際心音不良トナル一直チニ挽出ス可シ臀位ニ於テハ破水後直チニ先ヅ前方ニアル足ヲ牽出シ而シテ眞ニ臍帶壓迫ヲ來スニ際シテ始メテ挽出術ヲ行フ可シ其初メ下方ニ牽出セル一足ハ臀部ノ周徑ヲ減少セシムルノミナラズ緊急挽出ヲ要スルノ際便利ナル把持ヲ得セシムルモノナリ終リニ頭位ノ場合ニハ又足位回轉術ヲ行フヲ以テ普通ノ方法ナリトス胎兒ヲ回轉スレバ頭蓋ノ脱出臍帶上ニ及ボス危險ナル壓迫ヲ除去スルト同時ニ最モ擁護的ニ足ヲ以テ胎兒ヲ挽出シ得可キノ利益アリ猶胎兒ノ生命ハ長ク整復術ヲ行フ場合ヨリモ一層確實ニ救助セラレ得可シ鉗子ハ只頭部ニシテ破水後速カニ骨盤内ニ進入シ而シテ容易ニ把握セラレ得ル時ニノミ使用スベキナリ但シ此際脱出側ノ鉗子匙ヲ以テ臍帶ヲ共ニ把握セザル様注意スルヲ要ス猶此方法ニ由リテ挽出スル間ハ骨盤縁ニ向ツテ臍帶ヲ壓迫スルガ故ニ只ニ其手術ニ長時間ヲ費サザル時ニ於テノミ佳良ノ結果ヲ期スベキナリ。

以上ハ子宮口完全ニ或ハ殆ンド全ク開大シタル後ニ初メテ臍帶ノ壓迫ヲ生ゼル最モ好況ナル場合ヲ記述セリ然ルニ若シ胎胞早期ニ破裂シ頸管ノ擴張未ダ不十分ナルハ時臍帶已ニ先進部ニヨリテ壓迫セラレハカ或ハ胎胞尙存シ子宮口狭小ナル際ニ其壓迫症候ヲ生ズレバ胎兒ニ對シテ甚ダ不良ナリ此場合ニアリテハ胎兒ヲ挽出スルノ法ハ概シテ行ハレザルヲ以テ只ニ脱出セル臍帶係ヲ子宮腔内ニ還納シ而シテ是レニ由リテ先進部分ノ壓迫ヲ除去セント試ムルノ外ニ策ナキナリ。

横位、足位及臀位ニ於テハ設令胎胞早期ニ破裂スルモ、臍帶ニ有害ナル壓迫ヲ來タスハ稀レナリ、由テ是等ノ場合ニハ概シテ整復術ヲ省略シ、子宮口ノ挽出術ヲ行ヒ得ベキ度ニ開大スル迄期待スルヲ得ベシ、由テ整復術、試行、Der Repositionsversuchニ對スル固有ノ領域ハ、頭位ニ於テ臍帶ノ脱出シタル場合ナリトス、子宮口及頸管尙甚ダ狭小ナル時ハ臍帶ヲ特別ナル器械—所謂臍帶整復器、*soz. Nabelschnurrepositorium*ニ由リテ子宮腔内ニ轉移セザル可カラズ、該器ハ其種類頗ル多シト雖モ、其最簡最良ナルハ、ブラウン氏或ハロベルトン氏整復器、*Das Braunsche oder Robertonsche Repositorium*ノ如ク、尖端ニ臍帶把握ノ裝置ヲ有セル弾力性小桿ヨリ成レルモノナリトス、此小桿ヲ以テ把握シタル臍帶係ヲ頭部ニ沿ヒテ高ク子宮腔内ニ送入シ、而シテ其器械ハ頭部ノ分娩後ニ至ル迄放置シ、以テ臍帶ノ再ビ下降スルヲ防グベキナリ、然ルニ多クノ場合ニ於テハ小ナル護球、めどろいりんてるヲ插入シ、之ニ由リテ臍帶ヲ後送シ、而シテ之ヲ子宮頸ノ上方ニ持續的ニ保留セシムルヲ以テ一層單簡ナリトス、該球ハ同時ニ延展性ニ作用シ、且ツ陣痛ヲ鼓舞スルニ由リテ開口ヲ速カナラシムルノ利アリ、

頸管已ニ擴張シ而シテ子宮口克ク通ジ得レバ、器械ヨリモ手ヲ使用スルヲ可トス、産婦ヲ脱出側ニ側臥セシメ、腔内ニ全手ヲ送入シ、而シテ二或ハ三指或ハ出來得可クンバ半手ヲ以テ、臍帶臍係ヲ頭部ヲ過ギリテ可及的高ク子宮腔内ニ送入スベシ、整復ヲ迅速ニ成就セシム可キ際ハ、産婦ニ膝肘位ヲ取ラシムルカ或ハ骨盤高位トナスヲ可トス、何ト

ナレバ是等ノ位置ニアリテハ、子宮腔ハ頸管ヨリ低位ニ存シ、臍帶ハ自己ノ重力ニヨリテ子宮腔内ニ滑下スルヲ以テ、産婦ノ仰臥位—僅微ナル腹壓作用ニヨリ漸ク還納セシメタル臍係ヲ更ニ脱出セシム—ノ際ノ如ク容易ニ滑出セザレバナリ、側臥位、膝肘位或ハ骨盤高位ノ何レニヨルモ、整復完結シタル後ハ、産婦ヲシテ直チニ注意シテ脱出側ト反對ナル側臥位ヲ取ラシメ(此位置ハ分娩ノ完了スル迄之ヲ保タシム)外部ヨリ壓迫ヲ加ヘテ兒頭ヲ骨盤内ニ壓入シ、或ハ適當大ノめどろいりんてるヲ挿置ス可シ、

正當ニ行ハレタル整復術ハ、屢々可良ナル成績ヲ獲ルト雖モ、其結果ハ決シテ全ク安全ナリト云フヲ得ズ、整復ニ際シテ臍帶ヲ把握シ且ツ後送スルニ當リテ避ケ得可カラザル壓迫ハ、已ニ血行ニ對シテ害ナキ能ハズ(特ニ器械的整復時トシテハ外見上成就シタル還納後ニ於テモ亦或ハ壓迫全ク除去セラレズ或ハ骨盤狭窄ノ爲メニ頭部充分速カニ下降シ得ザルガ故ニ、臍帶臍係ノ直チニ再ビ脱出スルコトアリ、整復術ヲ反覆スルハ胎兒ニ對シテ有益ナラズシテ、母體ノ爲メニモ亦之ヲ爲サザルヲ可トス、由テ一度ビ整復ヲ完了シ、母體ヲシテ側臥位ヲ取ラシムルニ及ビ臍帶直チニ再ビ脱出セバ、寧ろ胎兒救助ニ對スル最後ノ方法トシテ足位、双合、回轉術、Die kombinierte Wendung auf den Fuss(手術見)ヲ實施シ、而シテ頸管擴張シテ胎兒ノ通過シ得ルヤ否ヤ直チニ挽出術ヲ行フヲ可トス、此際回轉術後直チニ挽出術ヲ續行シ得ズトスルモ、此回轉ニヨリ臍帶脱出ヲ除却シ得ルモノトス、若シ之ニ拘ハラズ、脱出尙存留スルトモ、是レ足位ニ於ケル臍帶脱出ナル

ヲ以テ、臍帶壓迫ノ危害過カニ少ナシ。
終リニ尚頸管ノ狭小ナル際ニモ亦、臍帶脫出ノ危險ヨリ胎兒ヲ救フ可キ法アリ、是レ腔
式帝王切開術 Der vaginale Keiserschnitt ナリトス、蓋シ該術ニ據レバ頸管前壁ノ切開後數
分間ニシテ遂婉セシメ得ケレバナリ、然レドモ此方法ハ熟練シタル手術者及必要ナ
ル助手ヲ有セザレバ行フ能ハザルヲ以テ、通常只病院ニ於テノミ實施セラル可キモノ
ナリトス。

凡ソ前記ノ手術ニハ最モ嚴密ナル消毒法ヲ行フベキコト言フ俟タズ嚴密ナル消毒法ノ施行
ハ、此場合ニ於テ緊急ヲ要ス可キ手術ヲ遲延セシムルノ已ムヲ得ザルガ故ニ、其準備中兒頭尙
本移動性ナル間ハ產婆或ハ助手ヲシテ二指ヲ以テ兒頭ヲ壓退シ、以テ可成的骨盤ヨリ遠ザケ
シメザル可カラズ、此際產婦ニ適當ノ位置ヲ與フレバ能ク此目的ヲ達セシメ得ベシ、多クハ之
ニ由リテ先ヅ危險ナル兒頭ノ壓迫ニ對シテ臍帶ヲ防禦スルヲ得ルノミナラズ、術者ハ消毒及
ビ他ノ準備ヲ綿密ニ遂行スルノ餘裕ヲ得ルモノトス。
ルンゲ M. Runge ニ據レバ、胎兒救濟ノ目的ヨリ云ヘバ、回轉術及ビ挽出術ヲ共ニ施行スレバ最
モ有効ニシテ、只ニ回轉術ノミヲ行フハ之ニ次ギ、用手的整復術ヲ行フハ一層其効少ナク、機械
的整復法ヲ施スニ至リテハ更ニ不良ナリ、而シテ機械的整復法ヨリモ寧ロめろいりんてる
挿入法或ハ双合回轉術ヲ行フヲ可トス、鉗子手術ニ由リテハ生活胎兒ヲ得ルニ甚ダ少ナシ。
其他或產科醫ハ常ニ用手的整復法ヲ利用シ、其奏効セザルトキニ及ンデ始メテ回轉術ヲ行ヒ、
他ノ產科醫ハ挽出術ヲ行フコト能ハザルトキニ於テモ、原則的ニ回轉術ノミヲ稱用シ、全ク整

復法ヲ排棄セリ、諸家ノ多ク一致スル點ハ頭位ニ際シ安全ニ分娩シ得ルノ望アルトキハ必ず
遂婉法ヲ行フニアリ。

(六)胎盤呼吸ノ障礙 Die Störungen der placentaren Atmung.
初生兒ノ假死 Der Scheintod des Neugeborenen.

胎盤呼吸ノ障礙及胎兒ノ窒息危險ニ關シテハ、既ニ此書ノ諸處ニ於テ論述セラレ、且ツ
前節ニ於テハ其一適例タル臍帶脫出ニ際スル臍帶血管ノ壓迫ニ就キテ叙説セラレタ
ルモ、猶稍々詳細ニ説述ス可シ。

吾人ハ胎兒ノ子宮内生活間ニ於テ其呼吸需要ヲ充タス可キ裝置ヲ知レリ、此裝置ヲ以
テ已ニ外界ニ出デ空氣ヨリ直接ニ酸素ヲ攝取スル者ノ呼吸ト比較スレバ、容易ニ其ノ
器械的作用ノ複雑ナルヲ認メ得ルト同時ニ、胎盤呼吸ノ障礙及胎兒ノ窒息死ノ頻繁ニ
目撃セララル、所以ヲモ亦了解シ得ベシ。

胎盤呼吸障礙ノ原因 胎兒ハ其生活ニ必要ナル酸素ノ適量ヲ母ノ血液ヲ介シテ攝取
スルガ故ニ、若シ母體ノ血液ニ其性狀ノ變化ヲ來タスコトアレバ、直ニ其影響ヲ蒙ルモ
ノナリ、即チ妊娠間ノ貧血狀態或ハ分娩間ノ失血ニ因スル母體血液ニ於ケル赤血球ノ
減少及母體ノ心臟或ハ肺臟ノ疾患ニ因スルちあの一せハ、胎兒ニ對シテ酸素ノ缺乏ヲ
將來スルモノナリ。

分娩ノ病理及療法

叙上下同様ナル作用ハ、胎盤ニ於ケル母體血液ノ輸入抑制セラレ、且ツ絨毛間腔ニ於ケル其循環ノ障害セラル、時ニ生ズルモノニシテ、陣痛作用ハ此關係ニ於テ特ニ意義ヲ有ス、一般ニ子宮筋肉ノ強力ナル收縮ハ子宮胎盤血管ノ狹窄ヲ招致シ、之ニ由リ血液輸入ヲ減少セシムルト雖モ、其狹窄ハ一時性ニシテ速カニ去ルガ故ニ、通常何等ノ障害ヲ來タスコトナシ、然レドモ或ハ強激ナル收縮短キ間歇ヲ隔テ、頻發シ、或ハ胎兒娩出ノ困難、多量ノ羊水漏出等ニ際シテ子宮筋力ノ早期牽縮ヲ發起セバ、胎兒ハ窒息ノ危險ニ陥リ、且ツ子宮壁ノ強直性收縮持續セバ、胎兒ノ死亡ヲ招來スルヲ常トス。

胎兒呼吸ノ爾餘障害ハ、胎盤血液腔ニ於ケル廣汎ナル凝結機轉ニ基ヅキ、又ハ絨毛ノ荒蕪及胎盤ノ附着面ヨリスル剝離ニ因リテ呼吸面ノ減少スル場合ニ發起シ、終リニ尙胎兒ノ全ク其身體外ヲ走レル長キ血管索條(臍帶)ニ由リテ其呼吸器管(胎盤)ト連絡セルコトモ屢々之ヲ來タス基トナル、此狀態ニ於ケル胎兒ハ恰モ潜水夫ニ比スベキモノナルガ故ニ、潜水夫ハ水中ニ在リテ管ニ由リテ空氣ヲ導キテ働作スルモ、其管ニシテ壓迫セラル、カ、繩ル、カ、或ハ破裂セバ容易ニ呼吸ノ中絶ヲ來タスガ如ク、胎兒モ亦臍帶ノ壓迫、結節、斷裂等ニヨリテ窒息ヲ招クモノトス。

胎盤呼吸障礙ノ結果 此障礙ニシテ上記原因ノ何レニ因ルモ、其終局ノ結果ハ皆常ニ同様ナリ、即チ胎兒血液ノ酸素含量ハ減少シ、炭酸ハ益々蓄積シ、血液ノ靜脈性増加シテ、延髓ニ於ケル呼吸中樞ヲ興奮セシメ、胎兒ハ初生兒ノ如ク吸氣運動ヲ開始ス、此際初生

兒ナレバ第一呼吸ト共ニ肺中ニ空氣ヲ攝取スルモ、胎兒ニアリテハ羊水或ハ血液及精液(頭部已ニ産道内ニ在レバ)ヲ呼吸道ニ受容シ得ルノミナリ、之ト同時ニ猶吸入運動ハ胎兒血行機ニ重大ナル變化ヲ喚起ス、即チ胸廓ノ擴大ニ由リテ肺區域ノ血管ハ開大シ、而シテ心臟ノ收縮期ニ際シテ右心室ヨリ多量ノ血液ヲ收容ス、之ガ爲メニボタリ氏管ニ由リテ下行大動脈ニ注ガレタル血液ハ減少シ、動脈系統及臍動脈内ノ血壓ハ沈降シ、從テ胎盤血行機ハ微弱トナリ、胎盤ヨリ胎兒ニ輸入スル動脈性血液モ亦僅微トナルベシ、此循環變化ハ胎兒ノ呼吸運動ヲ反覆スルニ從ヒ益々著明トナリ、兒體血液ノ酸素缺乏益々増加シテ、遂ニ呼吸中樞ノ刺激性ハ消失シ、吸氣運動ハ停止シ、暫クシテ心臟ノ搏動モ亦絶止シ、胎兒ハ窒息死ニ陥ルモノナリ。

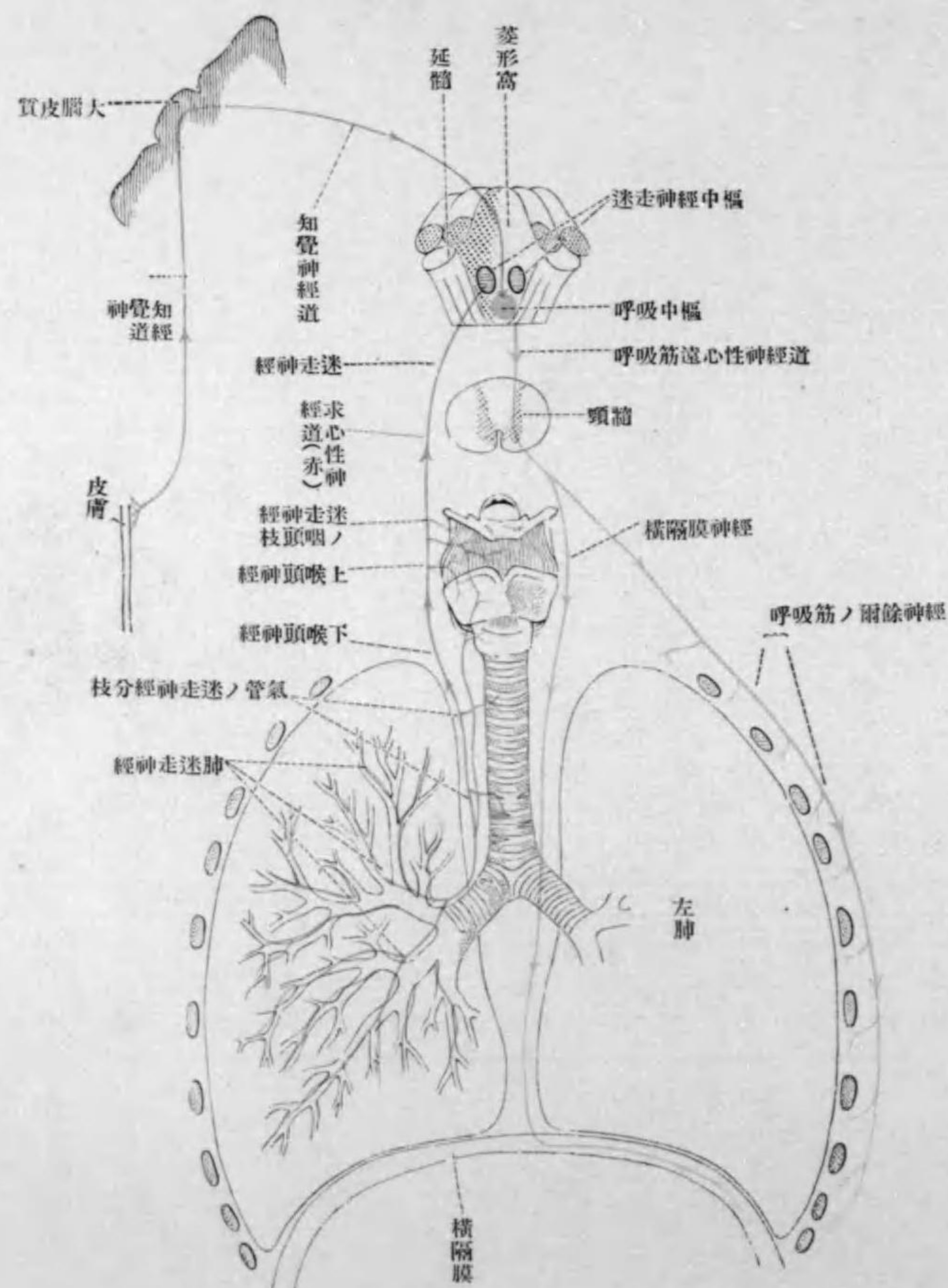
胎盤呼吸ノ障礙長ク持續セズシテ速カニ排除セララル、際ニハ、一回或ハ數回ノ早期吸氣ノ不良ナル結果ハ、自ら再び回復セラル、コトアリ、即チ肺臟ニ向ヘル血液輸入ハ退歩シ、臍動脈ノ血壓ハ再び興進シ、漸次順當ナル胎盤循環行ハル、ト共ニ胎兒ハ生理的無呼吸ノ狀態ニ復スルモノナリ、成熟胎兒ハ未熟胎兒ヨリモ呼吸需要大ナルヲ以テ酸素ノ遮斷ニ耐ユルコト少ナシ、未熟胎兒ハ屢々胎盤循環及胎盤ニ於ケル瓦斯交換ノ中絶後著シク長ク生存スルコトアリ、一般ニ窒息ハ胎兒ニ輸送スル酸素ノ愈々減量スルニ從ヒ益々速ニ生ズルモノナリ、例之バ臍帶結節ノ強固ナル緊縛或ハ臍帶ノ脫出ニ際シテ生ズルガ如キ臍帶血管ノ全壓迫若クハ突如タル胎盤剝離後ニアリテハ胎兒ハ數

分ヲ出デズシテ強激ナル窒息癱瘓ノ下ニ死スルモ、若シ胎盤呼吸ノ障碍徐々トシテ生
 ジ、且ツ瓦斯交換頓ニ絶止セラル、ニ至ラザレバ、窒息ハ半時間以上モ遷延スルコトア
 リ、此緩徐タル窒息ハ前者ノ場合ヨリモ通常多ク遭遇スル所ノモノニシテ、長時間持續
 スル分娩、痙攣性陣痛、子宮體ノ牽縮、早期羊水流出等ニ因スル胎兒窒息ノ如キニアリテ
 ハ、多クハ窒息ノ第一症候ノ開始ヨリ死ニ至ル迄ニ長キ時間ヲ經過スルモノトス、酸素
 ノ減少全ク徐々トシテ生ズレバ、急性ノ窒息症候ヲ缺如シ、且ツベールツエ
 B. S. Schultze ノ所説ノ如ク、稀レニハ子宮内呼吸運動モ亦起ラズシテ、胎兒ノ無呼吸ハ
 直接ニ窒息死ニ移行スルコトアリ、是レ恐ラクハ酸素輸入ノ減少徐々タルガ爲メニ呼
 吸中樞ヲ刺戟スルニ至ラズシテ、漸次該中樞ノ刺戟性ヲ消失セシメタルニ因ルベシ。
 窒息ノ徵候 産科醫ニシテ期ヲ失スルコトナク、窒息ノ初徵ヲ認識スルコトノ必要ナ
 ルハ言フ俟タズ、往々臀位及足位ノ分娩ニ際シ、頭部及肩胛ノ骨盤内ニ殘留スル場合ハ
 胎兒早期ニ吸氣運動ヲ起シ、且ツ其皮膚ニちあの―セノ増加スルヲ直接ニ目撃スルコ
 トアリ、或ハ回轉術ヲ施スニ當リ、手ヲ子宮腔内ニ送入セル際、胎兒ノ胸廓ニ於ケル呼吸
 運動ヲ觸知シ、甚ダ稀ニハ術手ト共ニ空氣ノ卵膜腔内ニ侵入スル際、胎兒之ヲ肺ニ吸入
 シ、次ニ之ヲ呼出スルノ際、一種ノ高聲ヲ發シ、産床ノ周圍ニ於テモ亦之ヲ聽取シ得ルコ
 トアリ、(子・宮・内・脈・聲・Vagus uterinus) 臍帶脫出スレバ、呼吸困難ノ初徵ハ其動脈搏動ノ状態
 ニヨリテ確知スルヲ得可シ、呼吸中樞ニ隣接セル心臟抑制神經ノ中樞(心臟―迷走神經

中樞)モ、亦呼吸中樞ノ如クニ血液ノ靜脈性増加ニ由リ刺戟セラレ、脈搏ノ數ハ減少シ、
 個々ノ脈波ハ初メハ尙強キモ、一〇〇―八〇―六〇至トナル、心臟中樞ハ初メ斯クノ
 如ク刺戟ニヨリ興奮スルモ、早晚其麻痺ヲ將來シ、之ト共ニ脈搏ハ速カニ其數ヲ増多ス
 ルノミナラズ、不正ニ且ツ微弱トナリ、而シテ死ノ直前ニハ動脈ノ振盪ニ移行スルモノ
 ナリ。

上記心臟作用ノ變化ハ、又醫師ヲシテ分娩間ニ於ケル聽診ノ際之ヲ認知セシメ、以テ胎
 兒ニ於ケル窒息危險ノ切迫セルニ注意セシムルモノトス、胎兒心音數ハ陣痛間ニ於テ
 ハ減少スルコトアルモ、若シ陣痛間歇時ニ至リ直チニ再ビ通常ノ如ク整調セラルレバ
 何等意義ナキモノナリ、蓋シ斯カル場合ニ於ケル心音減少ハ、屢々只ニ骨盤内ニ進入セ
 ル頭蓋ノ強キ壓出陣痛ニヨリテ高壓ヲ受クルニ基因スルニ過ギザレバナリ、之レニ反
 シテ心音數ハ減少持續シ、且ツ搏動數益々下降セバ、心臟―迷走神經ノ刺戟ハ確實
 ナルト共ニ、此事實ヨリ呼吸中樞モ亦刺戟セラレ、胎兒ノ窒息危險ノ切迫セルコトヲ
 決定シ得ルナリ、心搏動ノ不正及直チニ之ニ續起スル心音ノ微弱ハ、迷走神經麻痺ノ開
 始セルヲ意味スル者ニシテ、之ヲ認ムレバ危險ハ已ニ生起セルナリ、尙若シ心音甚ダ頻
 數トナリ殆ンド最早ヤ之ヲ數ヘ能ハザルニ至レバ、窒息死ノ近ヅキタル徵證ナリトス、
 其他ノ症候トシテハ、呼吸困難ノ初期ニ於テ強キ胎兒運動及ビ胎盤ノ漏泄觀察セラル
 ベシ、胎盤ノ漏泄ハ骨盤端位分娩ノ際ニアリテハ何等意義ヲ有セズ、何トナレバ分娩壓

第四百八十二圖



迫ニ由リ腸内容ハ器械的ニ壓出セラレ、ガ故ナリ、之ニ反シテ頭位及横位ノ際ニ甚ダシク胎糞ヲ混ゼル羊水ヲ漏泄スレバ、腸蠕動ノ旺盛トナレルニ因スルモノニシテ、常ニ胎兒ノ危険ニ陥レル兆候トシテ警戒シ、注意シテ心音ヲ監督セザル可カラズ、此場合聴診ニヨリテ胎兒ノ窒息初徴ヲ確ムルコト少ナカラズ、然レドモ時トシテハ胎糞多量ニ排泄スルニ拘ハラズ、全ク活潑ナル健康胎兒ノ娩出スルコトアリ、是レ偶々窒息以外ノ原因ニヨリテ腸ノ早期排除ヲ招來スルコトアルヲ示スモノナリ。

以上記述シタル窒息症候ハ、悉ク皆人工的途場ヲ要スル最モ緊要ナル徴候ナリトス。解剖的所見 窒息ニ由リテ遂ニ死亡シタル小兒ノ解屍所見ハ、窒息ニ固有ナル變化―血液ノ稀薄性、腦充血、皮下溢血、水腫ノ外ニ尙ホ子宮内ニテ呼吸ヲ營ミタル徴候―廣大ナル心嚢下及肋膜下溢血、胸廓血行徑路ノ血液充盈、氣道上部、氣管枝、毛細氣管枝稀レニハ肺胞内ニ於ケル吸引異物(胎水、血液或ハ胎糞)ヲ存ス、顔面位ニ際シ、或ハ子宮下部ノ閉塞不全、狹小骨盤及手術若クハ頻回ノ診査ニ際シ、空氣ノ子宮内ニ竄入シタル後ニ於ケルガ如クニ、大氣ノ口腔及鼻腔ニ到達シタル場合ニ於テ、肺ノ一部ニ空氣ヲ含有スルコトアルハ敢テ怪ムニ足ラザルナリ。

胎兒ニシテ窒息ノ經過間ニ分娩スレバ、胎兒ノ心臓ハ尙ホ搏動ヲ有スルモ、呼吸中樞ノ刺激性ハ或ハ減弱シ或ハ完ク消失シ、爲メニ呼吸運動休止シ(發シ之ヲ存セバ甚ダ稀レニ)恰カモ死セルガ如シ、斯ル状態ヲ稱シテ

初生兒ノ假死 *Asphyxia neonatorum*

ト稱ス、假死セル初生兒ハカゾー Carcaux (一八五〇年)ノ初メテ説キタル如ク、窒息ノ分
娩ノ瞬間ニ至ル迄ニ爲シタル進行ノ度ニヨリ種々ナル外觀ヲ呈スルモノニシテ、之ニ
由リテ假死ニ輕重ノ二度ヲ區別ス。

(1) 青色第一度假死 *Der blaue Scheintod (I. Grades), Asphyxia livida* 輕度ノ假死ニシテ、窒息

ノ初メニ相應ス、之ニアリテハ皮膚ハ青紅色ヲ帶ビテ腫脹シ、心臟ハ徐々ニ且ツ強ク搏
動シ、臍血管ハ膨脹シテ血液ヲ充タシ、動脈ハ強ク搏動シ、筋張力ハ尙存在シ、爲メニ四肢
及頭部ハ共ニ一定ノ姿勢ヲ保持ス、呼吸中樞ハ此時期ニ於テハ最早ヤ炭酸ヲ滿載セル
血液ノ刺激ニハ反應セズト雖モ、多クハ尙皮膚ノ刺激ニ由リテ興奮スルモノナリ。

(2) 屍蒼色第二度假死 *Der bleiche Scheintod (II. Grades), Asphyxia pallida* 上記假死ノ進行シ
テ高度トナレルモノナリ、此際皮膚ハ全ク血液ヲ失ヒ、蒼白色ヲ帶ビテ厥冷ス、臍帶血管
ハ縮小シ殆ンド最早ヤ搏動ヲ缺如シ、筋張力ハ全然消失セリ、小兒ハ外觀上全ク死シタ
ルガ如ク四肢ハ無力ニシテ懸垂シ下顎ハ沈降シ、頭部ハ側方ニ倒ル、唯一ノ生活徵候ハ
幽微ニシテ頻數トナレル心搏動ニシテ、之ニ猶長キ中間時ヲ隔テ、短クシテ喘クガ如
キ吸氣運動加ハルヲ見ルコトアリ、窒息斯ク甚ダシク進行セバ、呼吸中樞ノ刺激性全ク
消失シ、最早ヤ如何ニ人工的刺戟ヲ加フルモ吸氣ヲ發起セシメ得ザルモノナリ。

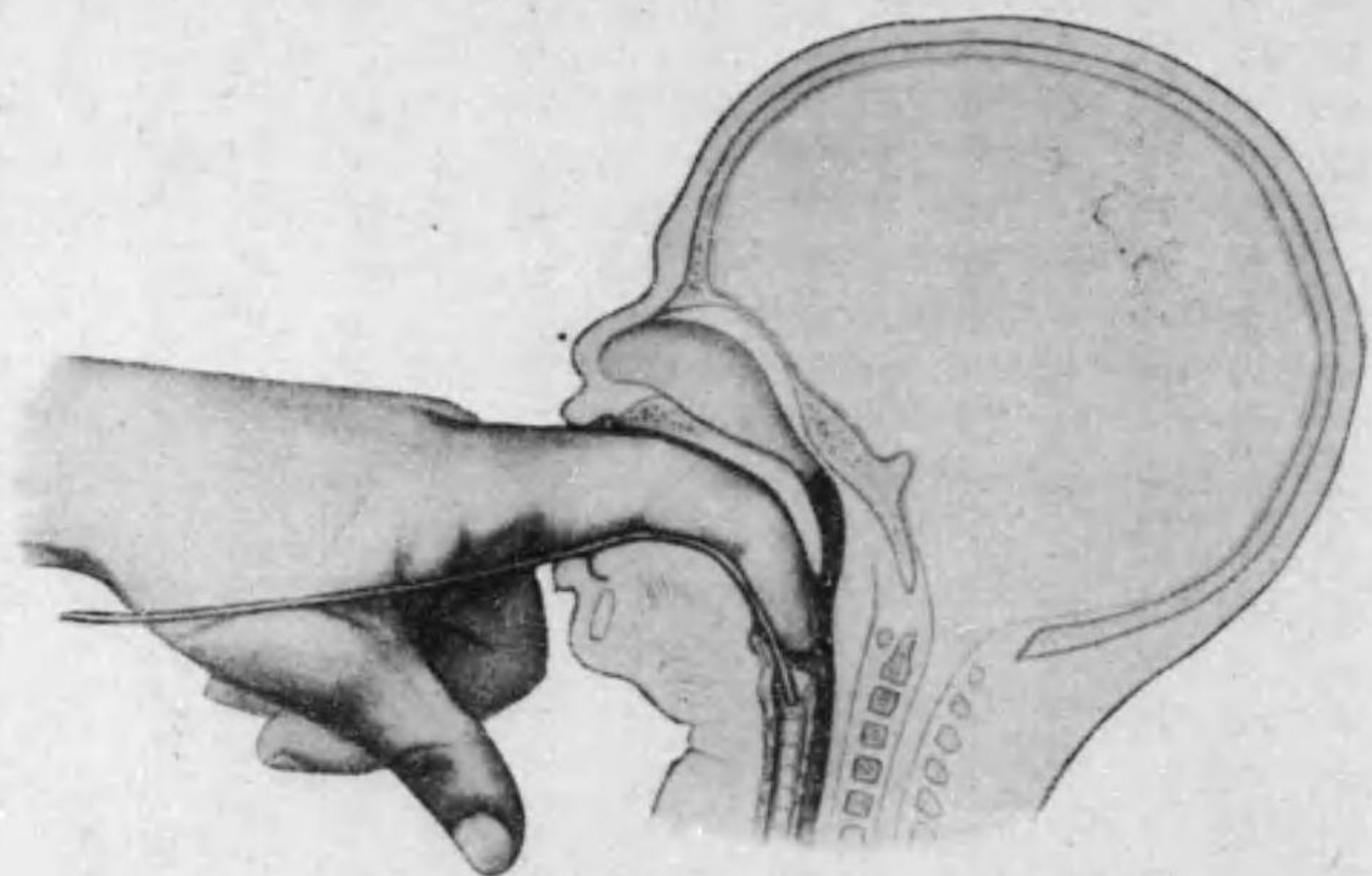
療法—蘇生法 *Der Wiederbelebungsversuch* 假死ノ程度ニ從ヒテ、胎兒ノ生命ヲ救助スベ

キ操作ハ自ラ異ナレリ。輕度即チ第一度ノ假死ニアリテハ、多クハ皮膚或ハ他ノ末梢刺戟ヲ應用スレバ、呼吸中樞ヲ興奮セシムルニ足ルモノナリ、即チ速カニ胎兒ノ口及咽喉腔ヨリ吸入物質ヲ除去シタル後ニ、或ハ手掌ヲ以テ兒背ヲ連打シ、或ハ布片ヲ以テ兒背ヲ摩擦シ、或ハ冷水ヲ胸面ニ吹キ掛ケ、或ハ灌漑ス可シ、特ニ有効ニシテ且ツ懲慝ス可キハ、或ハ胎兒體ヲ温湯ト冷水トニ交番ニ浴セシメテ皮膚ニ強度ナル温度的刺戟ヲ與ヘ、或ハ舌ヲ球鉗子ニテ固定シ定調的ニ之ヲ反覆牽出スルノ方法(ラポルド氏法・Labord'sche Methode)ナリ。高度即チ第二度ノ假死ニアリテハ、皮膚刺戟ヲ應用スルモ最早ヤ回生ヲ期待シ得ズ、痺セル延髓ハ末梢刺戟ニヨリテハ最早ヤ全ク反應セザルヲ以テ、小兒ヲ摩擦スルモ、打搏スルモ、撮捻スルモ効ナシ是レニ由リテ斯カル場合ニハ無益ナル刺戟方法ヲ試ミテ蘇生術ニ最モ適當ナル時期ヲ失フハ全ク誤レル者ニシテ、今ヤ第一ニ呼吸中樞ノ刺戟ヲ復歸セシムルニカムルヲ必要トス、呼吸中樞ノ刺戟性ハ只ニ人工呼吸・Die künstliche Atmungヲ以テ血液ニ酸素ヲ導キ、其靜脈性ヲ減ズルニ因リテノミ復歸セシメ得可キモノナリ、深ク假死シタル胎兒ニ於テハ、呼吸道ハ通常吸入シタル粘液及血液ヲ以テ填塞セラル、ガ故ニ、人工呼吸ヲ行フ以前ニ必ラズ是等ノ物質ヲ除去セザル可カラズ、故ニ假死ノ第二度ニ於ケル療法ハ次ノ順序ニ於テ之ヲ行フ可シ。

一、小兒ハ生後直チニ臍帶ヲ切離スベシ。

第四百八十三圖

氣管てかて入送ノる



二、口及咽喉ヲ清拭シ、而シテ、氣管かて、て、以テ、異物ヲ、吸、取、シ、以テ、呼吸道ヲ、自由ニ、開通セシム可シ。

氣管かてて Der Trachealkatheter
ノ送入口法 左手ノ示指ヲ小兒ノ咽喉内ニ送入シ、會厭軟骨ヲ提舉シテ食道ニ迄進メ、該指ノ掌面ニ沿フテ右手ヲ以テ氣管かてて送リ、其かててノ尖端ヲ口内ニアル示指ヲ以テ喉頭ノ入口上ニ來ラシムルト共ニ稍前方ニ曲ゲ、而シテ右手ヲ以テかてて中線ニ於テ推進セシメテ氣管内ニ入ラシム(第四百八十三圖)かてて氣管内ニ至レバ、口ヲ以テ小兒ノ吸引セル粘液ヲ吸吸シテかててヲ拔去シ、管内ノ液ヲ吹出ス可シ、而シテ場合ニヨリテハ此操作ヲ再度反覆スルヲ要ス

以上ノ如クシテ小兒ノ吸引セル異物ヲ吸出シタル後ニ、アールフェルド Ahlfeld ニヨリ考案セラレタル方法(第四百八十四圖)ニ從ヒ、一手ヲ以テ小兒ノ兩足ヲ固ク把握シ、兒頭ヲ下方ニ垂直ニ懸垂セシメ、他手ノ掌面ヲ以テ小兒胸廓ノ側面ヲ輕ク且ツ速カニ頻回相續キテ打搏スルヲ賞用スル者アリ、之ニ由リテ屢々多量ノ粘液流出スルノミナラズ時トシテ呼吸運動ヲ開始スルコトアリ。

第百四十八圖

アールフェルド法ノ吸引
シメタル水及液ノ排出
ニ由リテ



雜音ノ發生ニ由リテ之ヲ知ラシムルモノナリ、此場合ニ於ケル皮膚刺戟ハ多クハ直チニ深キ自然吸氣ヲ喚起シ、而シテ俄カニ凡テノ窒息症候ヲ消散セシムルモノナリ。
初生兒ニ於ケル人工呼吸ノ方法トシテ最モ廣ク行ハル、ハベール、エス、シュルツ、R. S. Schultze ニヨリ考案セラレタル振搖法 Die Schwingungen ナリトス、該振搖法ハ管ニ胸廓腔内ニ於ケル壓變化ノ高サト肺臟内ニ於ケル空氣交換ノ大サトニ關シテ他ノ總テノ人

工呼吸法ニ卓越スルノミナラズ、尙心臟按摩及強キ胸廓内壓變化ニ由リテ血液循環ヲ著シク促進スルト同時ニ、呼吸ノ瞬間ニ於テ空氣道ヲ下方ニ向ハシムルノ特別ナル長所ヲ有ス、是レニ由リテ吸入シタル物質ノ排除ヲ容易ナラシムルモノニシテ、實際ニ二三回ノ振搖ヲ行ヘバ已ニ各呼吸運動ニ際シテ、恰カモ咳嗽ニヨリテノ如クニ混血性粘液ノ氣管ヨリ口鼻ヲ通ジテ進出スルヲ見ルモノナリ。

一、シュルツ、エ氏振搖法 Schultze'sche Schwingungen.

該法ニヨル効果ヲ充分ニ收メントスルニハ、其技術ヲ正確ニ行ハザル可カラズ、且ツ該法ハ只ニ一、二回之ヲ傍觀シタル者必ラズシモ自ラ克ク之ヲ行ヒ得ルモノニアラザルヲ以テ、能ク該法ノ實行上注意ス可キ諸要點ヲ會得シ之ヲ練習セザル可カラズ、今其術式ヲ記述スレバ左ノ如シ。

第一節 小兒ノ把握 Das Fassen des Kindes 小兒ノ臍帶ヲ切斷シ、克ク拭ヒ乾カシタル後、兩手ヲ以テ其肩胛部ヲ把握シ、拇指ヲ胸廓ノ前面ニ、他ノ四指ヲ横ニ背面ニ貼シ(或ハ示指ヲ背側ヨリ腋下ニ、他ノ三指ヲ斜メニ胸廓ノ背側ニ沿フテ貼接シ)其際兒頭ヲ手根ノ尺骨緣ニ於テ支持セシム、今ヤ醫士少シク自己ノ兩脚ヲ開展シテ位置ヲ定メ、膊ヲ下方ニ伸展シツツ前記ノ如クニ把握セル小兒ヲ保持ス(第四百八十五圖)

第二節 人工呼吸 Die Künstliche Expiration 次デ醫士ハ直チニ伸展セル膊ヲ以テ、小兒ヲ此懸垂位置ヨリ弓形ヲ畫キテ上方ニ向テ振搖シ、少シク水平線上ニ高舉シテ、頭部ハ

圖五十八百四第

節三第及一第ノ法搖振氏エツルユシ



圖六十八百四第

節二第ノ法搖振氏エツルユシ



四二四

下方ニ向ヒ、腎部ハ
 腹側ニ垂下セシム
 可シ(第四百八十六
 圖)之ニ由リテ胸廓
 臟器ハ腹腔内臟ニ
 ヲリテ上方ニ驅逐
 セラレタル横隔膜
 ト自己ノ支持セラ
 ル、拇指ノ反壓ト
 ニヨリテ著シキ壓迫ヲ受
 クルヲ以テ、強キ呼吸ヲ生
 ズルト共ニ、吸引セラレタ
 ル異物ハ重力ニ從ヒテ氣
 道下部ヨリ鼻咽頭腔内ニ
 排出ス可シ。
 第三節 人工吸氣 Die kün-
 stliche Inspiration 少シク

間歇時ヲ隔テ、兒體ヲ再ビ下方ニ振搖シテ、第一節ノ出發位置ニ來ラシム可シ(第四百
 八十五圖)此際肩胛ニ於テ支持セラル、胸廓ハ擴張シ、横隔膜ハ下方ニ低降シ、以テ振搖
 ノ力ニ相應セル吸氣ヲ生ズ可シ。

叙上方法ヲ以テ一分間ニ約八乃至十回振搖ヲ反覆シタル後、小兒皮膚ノ厥冷ヲ避ケン
 ガ爲メニ初生兒ヲ温湯内ニ入レ、呼吸ノ結果ヲ注視ス可シ、尙自然ニ呼吸運動ヲ起シテ
 心窩ニ輕度ノ顫動ヲ呈スルニ至ラザル時ハ、數分間ニシテ更ニ振搖ヲ反覆セザル可カ
 ラズ、終リニ設令淺表ナルモ自ラ整然呼吸ヲ營ムニ至レバ、直チニ振搖法ヲ廢シ、爾後ハ
 反射刺戟ニ由リテ呼吸力ヲ高メシメテ蘇生法ヲ完成セシム可シ、深ク假死シタル小兒
 ノ蘇生法ハ、其目的ヲ達スル迄ニ一時間加之二時間ノ長キニ亘リテ繼續セザル可カラ
 ザルコト少ナカラズ、如何ナル場合ニアリテモ、尙心搏動ノ認識セラル、間ハ此法ノ施
 行ヲ廢ス可カラズ、總テ蘇生法ハ小兒ノ全ク活潑ナル狀貌ヲ呈スルニ至ル迄、即チ盛ニ
 號泣シ、皮膚蔷薇紅色ヲ呈シ、兩眼ヲ開放シ、上下肢ヲ活潑ニ運動スルニ至ル迄持續スベ
 キモノトス。

シユルツエ氏振搖法ヲ施行スル際ニハ、決シテ貼接セル拇指ニ由リテ胸廓ヲ壓迫セザ
 ル様又頸部ヲ兒頭ノ固定ニヨリテ常ニ手根間ニ伸張シテ存スル様特ニ留意スルヲ要
 ス、猶確實ニ大氣ヲ肺中ニ逐入センガ爲メニハ、下方ニ向ヒテノ振搖即第三節ヲ多少強
 ク力ヲ用ヒテ行ハザル可カラズ。

分娩ノ病理及療法

シユルツニ氏法ハ前記長所ヲ有シ、且其奏効ノ確實ナルハ實地上全ク承認セラレタリ、然レドモ場合ニ由リテハ振搖ノ際小兒ニ重大ナル損傷ヲ招クコトアリトシテ批難スル者アルモ、斯ル場合ノ多クハ實行者ノ巧拙ニ歸因シ、方法其者ノ罪ニアラズシテ、人若シ充分ニシユルツニ氏方法ニ通曉熟練スルニ至ラバ、斯ノ如キ過失ヲ招クコト少ナク、他ノ方法ニ由リテハ決シテ望ム可カラザル効果ヲ獲可キガ如シ。

我國緒方正清博士ハ、シユルツニ氏振搖法ハ日本ノ如キ居室ノ構造狹ク天井ノ低キ所ニアリテハ之ヲ行ヒ難ク、其術式ハ人ヲシテ一見暴力的ナルノ感ヲ起サシメ、振搖ノ軌道大ニシテ小兒ヲ冷却スルコト甚ダシキヲ以テ、我國ノ如キ冬季暖爐ヲ備ヘザル居室ニ於テハ特ニ之ガ豫防ニ注意ヲ要シ、猶振搖ノ際兒體ノ過度ノ壓迫及ビ伸展ヲ來タシ、加之屢々小兒ノ損傷ヲ招クノ恐レアル等ノ缺點ヲ有スルモノトナシ、自家ノ考案ニ係ル蘇生術一緒方氏發啼術一ヲ公ニセリ、氏ハ氏ノ方法ヲ以テ傍人ノ嫌疑ヲ受クルコトナキ穩和ナル方法ナルト共ニ、叙上朱氏振搖法ニ存スル諸缺點ヲ避ケ得可キモノナリトナシ、特ニ氏ノ法ニヨレバ、施術中絶ヘズ兒體ノ壓迫及ビ伸長ヲ適宜ニ調節シ得可ク、且ツ兩足ノ把握緊確ナルヲ以テ、朱氏法ニ於テ往々見ルガ如キ滑脱ノ恐ナク、加之朱氏法ハ多クノ熟練ヲ經ザレバ其効果ヲ收ムル能ハザルモ、氏ノ法ハ未熟ナル產婆ニテモ仍ホ且ツ克ク之ヲ行ヒ得ルノ便アリトナシ、諸種ノ長所ヲ列舉セリ、緒方氏法ハ泰西諸家ニアリテモ之ヲ贊スル者少ナカラズ、氏ノ發啼術ニハ輕症假死ニ用ユベキ打拍發啼術ト、重症假死ニ應用スベキ屈伸發啼術トノ二種アルモ、爰ニハ後者ノミヲ舉示スベシ

(詳細ハ氏ノ著「初生兒發啼術」ヲ見ルベシ)

二、緒方氏屈伸發啼術

第一式、初生兒ノ把握 先ヅ一手ノ示指ヲ兒ノ兩足間ニ入レ、拇指及他ノ三指ヲ兩足ノ外部ニ貼シ以テ之ヲ把握シ、他手ノ掌面ヲ背部ニ貼シ、其拇指及他ノ四指トノ間ニ項部ヲ支ヘテ兒體ヲ伸展セシム、此際小兒ノ軀幹ヲ少シク背部ニ向テ曲ゲシメ、胸廓ヲ前方ニ凸隆セシム可シ。

第二式、呼吸發啼術 術者ハ直立スルカ若クハ跪坐シ、前式ニヨリ把握セル小兒ヲ其儘白己ノ胸前ニ持來シ、次テ背部ニ貼セル手ヲ以テ小兒ノ上體ヲ徐々ニ其足部ノ方ニ向テ屈伏セシメ、兒ノ顔面殆ンド足背ニ觸ル、ニ至ラシム可シ、而シテ軀幹ノ屈伏ト同時ニ兒背ニ貼セル手ヲ以テ稍々胸廓ニ向シテ壓迫ヲ加フ、之ニ由リテ小兒ノ胸腔及腹腔ハ壓迫ヲ受ケテ狹隘トナリ、肺臟モ亦從テ縮小シ、以テ深キ呼吸ヲ發スルニ至ル。

第三式、吸氣發啼術 以上ノ如クニシテ屈伏セシメタル小兒ヲ二、三秒間其位置ニ保持シタル後、更ニ背側ニ貼セル手ニヨリテ先ヅ頭部ヲ擡起シ、軀幹ヲ伸張セシメテ、第一式ニ示シタル状態ニ復セシム、斯ノ如クセバ屈伏ノ際受ケタル胸腔及腹腔ノ壓迫ハ消失シテ胸廓及肺臟ヲ擴張シ以テ吸氣ヲ營ム可シ、而シテ此位置ニ保ツコト又二、三秒時ノ後再ビ第二式ヲ反覆セバ、小兒ハ自然的呼吸ヲ發スルニ至ルベシ、以上ノ第二及第三式ヲ反覆スル時ハ多クハ蘇生シ得ベシト雖モ、重症ノ假死ニ陥レル小兒ニアリテハ更ニ強キ呼吸ヲ營マシメザルベカラズ、此際ニハ次式ヲ應用スルヲ必要トス。

第四式、振搖發啼術 第三式ニ於テ小兒ヲ伸張シ來レル勢ニ乘シテ背部ノ手ヲ拔去ス可

分焼ノ病理及療法

シ、然ルトキハ小兒ハ自己ノ重量ニヨリテ上半身ハ墜下セラレ下方ニ向テ懸垂シ、強ク身
體ヲ振搖スルト共ニ上肢ハ強ク伸長シテ下方ニ垂レ、兒體ハ足部ヲ保持セル一手ニヨリ
テ倒マニ懸垂セラルルニ至ル、茲ニ於テ胸廓及ヒ肺臟ハ頗ル擴張シ、深キ吸息ヲ營ミ得ル
ノミナラズ、頭部下垂ニヨリテ多量ノ血液ハ延髄ニ流入シ以テ呼吸中樞ノ機能ヲ喚起
ス、次テ小兒ヲ此ノ如キ位置ニ二、三秒時間保持シ、然ル後ニ前記ノ如ク把持シテ直チニ第
二式ノ屈伏状態ニ移シ反覆之ヲ施行ス可シ、一手ニヨリテ倒ニ懸垂セラレタル兒ハ更ニ
左側及右側ニ振搖スルコト一回或ハ二回ニシテ再ビ兒背ヲ他手ニテ支撐シ、再ビ第二式
ノ如ク上體ヲ下脚ニ向テ強ク屈伏セシメ、次テ又兒體ヲ懸垂シ振搖スル事數回反覆施行
ス、但シ左右ノ振搖法ハ決シテ急速ニ行フ可カラズ。

胎兒ニシテ分娩時ニ上腿、上膊或ハ鎖骨ノ骨折ヲ來タセル者或ハ頭蓋及脊髓或ハ其内
容ノ損傷ノ疑アル場合ニハ、シユルツェ氏法ノ如キ振搖ニ由ル蘇生法ハ之ヲ行ヒ難シ、
何トナレバ前者ニアリテハ骨折折端ノ周圍ニ於テ軟部ノ破裂ヲ招來シ後者ニアリテハ
損傷ヲ増大ス可キガ故ナリ、由テ上腿骨折ノ際ニハ

三、シルヴェステル氏人工呼吸法 Silvester'sche künstliche Atmung

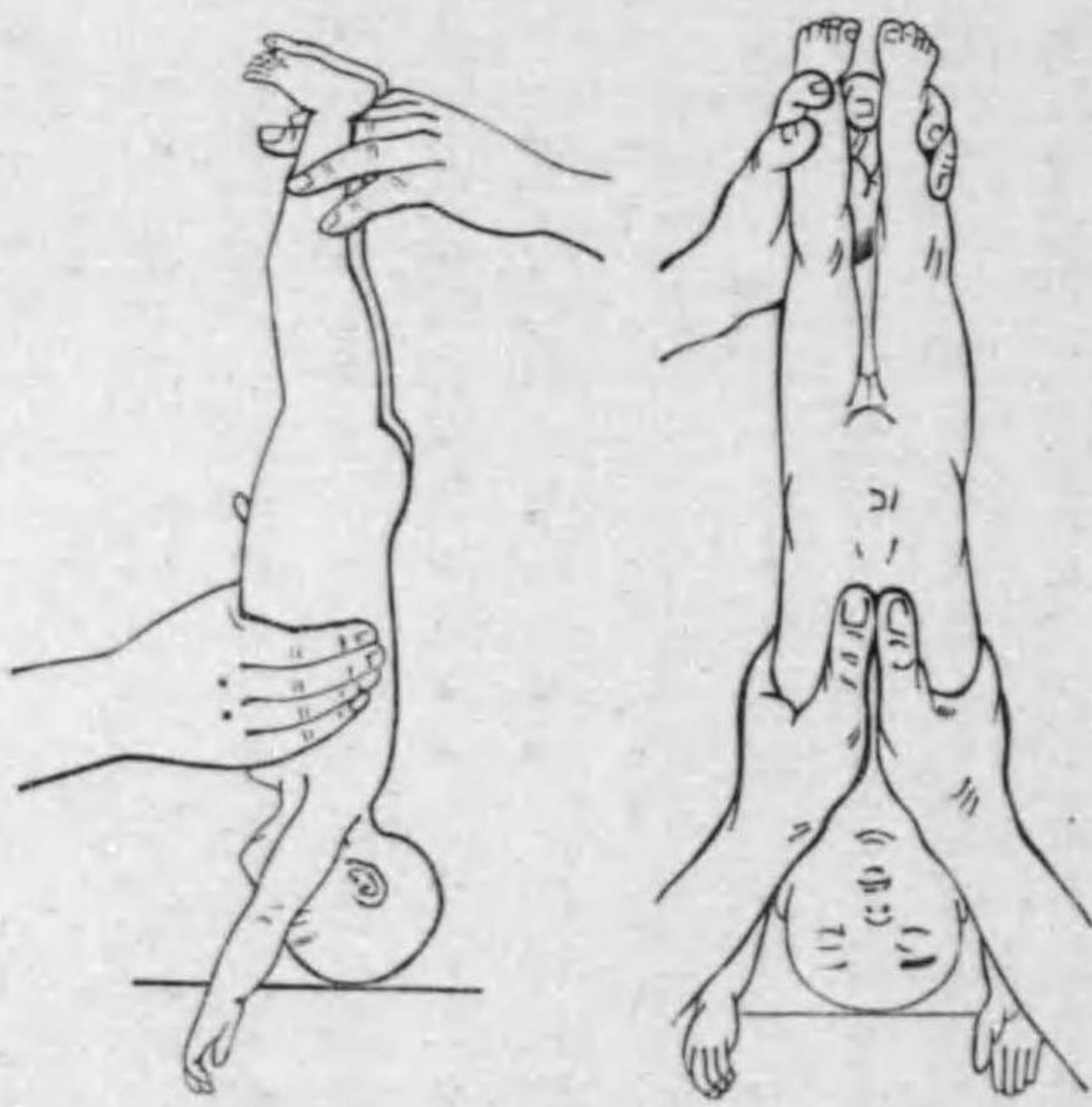
ヲ行フヲ可トス、該法ハ頭部ヲ越ヘテ上肢ヲ内轉及舉上シ(之ニ由リテ吸氣ヲ營ム)次デ再ビ之ヲ外
轉下降セシムルト共ニ前膊ヲ以テ胸面ヲ壓シ(之ニ由リテ呼氣ヲ營ム)以テ胸廓ニ空氣ヲ出入セ
シムルニアリ、此方法ハ成人ノ假死ニ際シテ最モ有効ナル如ク、初生兒ニアリテモ亦奏
効スルモノナリ、若シ又鎖骨及上膊ノ骨折ヲ有スルカ或ハ頭蓋及脊髓ノ損傷ノ疑アル

ル場合ハ

四、プロヒョウニーク氏法 Prochownik'sche Methode

ヲ施ス可シ、此法ハ一手ヲ以テ小兒ノ兩下肢ヲ把持シテ兒體ヲ倒ニ下垂セシメ、他手ヲ
以テ胸廓ヲ定調的ニ壓迫スルニアリ(第四百八十七圖)此際吸入セラレタル液體ハ、恰カ
モ海綿ヨリ搾出スルガ如クニ肺

第四百八十七圖
法吸呼工人氏クニウヨヒロブ



臟ヨリ壓出セラレ、口鼻ヨリ流出
スルヲ見ルコト多シ、此法ヲ行フ
コト六―八回ニ及ベバ初生兒ヲ
温浴内ニ入ル可シ、早産兒ニアリ
テハ人工的呼吸運動ハ通常胸壁
ノ柔軟ナルガ爲メニ効果少ナシ、
斯ル場合ニハ

五、空氣吸入法 Die Lufteinblasung,
Insufflation

ヲ行フ可シ、該法ハ氣管カテ―テ
るヲ氣管内ニ送入シ、定期的ニ空氣ヲ肺臟内ニ輸送スルモノニシテ、一般人工呼吸法ノ
無効ニ了レル總テノ場合ニモ亦試行スベキ者ナリ、該法ハ時トシテ捷効ヲ奏スルモノ

分娩ノ病理及療法

ニシテ、空氣肺臟ニ輸入セララル、ヤ直チニ皮膚ハ潮紅シ、延髓ノ反應及呼吸ハ復歸スルコトアリ、然ルニ送入セル空氣ノ量多キニ過ギ且ツ急劇ニ失スル時ハ、甚ダ容易ニ肺胞ノ破裂、氣腫及氣胸ヲ招來スルモノナルヲ以テ、能ク此點ニ注意セザル可カラズ、一回ノ量ハ二〇—三〇立方仙迷トシ(シユルツネ Schultze)弱キ壓ノ下ニ送入スベキモノトス。

初生兒假死ハ主トシテ前述セル胎盤呼吸ノ障礙即チ窒息ニ基ヅケルモ稀レニハ胎兒ノ腦壓迫及大出血ニ因スルコトアリ、後者ノ場合ニ於テハ其假死重篤ナルヲ以テ上記蘇生法ニヨルモ其目的ヲ達セザルモノナリ、但シ斯ノ如キ場合ニアリテモ未ダ心搏動停止ニ由リテ死亡ノ徵候ヲ明示セザル已前ニ於テハ、決シテ蘇生法ノ施行ヲ廢スベカラズ。

叙上方法ニ由リテ蘇生シタル初生兒ニアリテモ、尙救助セラレタルニアラザルナリ、若シ只半バ蘇生シ、小兒ノ號泣ハ低微ニシテ再ビ速カニ昏睡状態ニ陥リ、容易ニ蒼白色ヲ呈シテ厥冷スルモノハ豫後不良ナリ、此場合小兒ハ殆ンド常ニ分娩後一兩日ニ於テ、肺萎縮或ハ嚙下性肺炎ヲ以テ死亡スルナリ、加之蘇生完全ナルモノニアリテモ、假死高度ナリシ場合ニハ、再發及上記ノ結果ナキヲ確保スルヲ得ザルナリ、故ニ蘇生後ハ常ニ兒頭ヲ低ク、シテ吸入シタル異物ノ排出ヲ容易ナラシメ、絶ヘズ温ノ供給ヲ要シ、且ツ一日ニ數回沐浴ヲ行ヒ、其沐浴毎ニ冷水ヲ胸面ニ灌溉シテ、呼吸働作ヲ可成的活潑ナラシムル様鼓舞ス可キナリ

第六章 爾餘ノ分娩合併症 Andere

Komplikationen der Geburt.

(一)分娩時ニ於ケル產道ノ損傷 Die Verletzungen der Geburtswege unter der Geburt.

(甲)子宮破裂 Die Gebärmutterrisse, Uterusruptur.

子宮破裂ハ多クハ分娩經過中ニ發スルモノニシテ、或ハ何等外部ヨリ助勢スル者ナクシテ發生シ(自發性破裂 Die spontane Risse)或ハ手術的操作或ハ爾餘ノ外力ノ作用ニ由リテ之ヲ惹起ス(外襲性破裂 Die traumatische oder violente Ruptur)裂傷ノ部位ハ頸部ニ發スル者—頸部破裂 Die Cervixrisse—最も多ク、體部ニ生ズル場合—體部破裂 Die Corpusrisse—ハ前者ニ比シテ過カニ少ナシ、破裂ハ其方向一定セズシテ、或ハ横徑ニ、或ハ斜徑ニ、或ハ縱徑ニ走り、猶其淺深ノ度ニ據リテ之ヲ完全或ハ穿通性破裂 Die komplette oder perforierende Ruptur ト不完全或ハ非穿通性破裂 Die inkomplette oder nicht perforierende Ruptur トニ分ツ、前者ハ子宮壁ノ全厚ヲ貫通シテ腹膜ヲモ亦穿破シタル者ヲ謂ヒ、後者ハ只ニ子宮ノ内層ノミノ斷裂シタル者ヲ云フ。

分娩時ニ於ケル子宮破裂ヲ最も簡單明瞭ニ會得セシメントスルニハ、其發生ノ器械的

機轉ニ就キテ叙説スルニ如クハナシ由テ余ハ子宮ノ或部分ニ於ケル過度ノ擴張ニ由リテ發生スル破裂即チ

(イ) 擴張破裂 Die Dehnungsrisse.

ヨリ説キ初ジム可シ子宮破裂ハ大多數ハ實ニ此種ニ屬スルモノナリ、Paucllハ擴張破裂ノ器械的機轉ヲ分娩ニ於ケル生理的機轉ヨリ推究シテ根本的ニ解説セリ、實際ニ最も多クノ子宮破裂ノ發生ヲ理解セントスルニハ、各分娩ニ際シテ子宮壁ニ行ハルル變化ヲ復顧セザル可カラズ、已ニ上卷第二篇第四章ニ於テ述ベタルガ如ク、開口期ノ經過間ニ於ケル子宮頸管ノ擴張ニ際シ、頸管壁ハ互ニ相避開シテ菲薄トナル、子宮頸其擴張ヲ完了シ廣潤ナル管ニ變化スレバ、子宮ハ上方ノ牽縮シテ肥厚セル壁—子宮體或ハ空洞筋—ト下方ノ伸展シテ菲薄トナル壁—子宮頸—トノ二部ヨリ成リ、其肥厚セル體部筋肉ト菲薄トナル頸管壁トノ經界ニハ收縮輪ヲ形成ス、頸管壁ハ生理的ニ斯クノ如ク伸展シテ菲薄トナルモ、何等カノ分娩障礙アリテ此伸展ト菲薄トヲ過度ナラシムルコトアレバ、爰ニ破裂ヲ將來スルモノナリ。

(A) 環狀擴張ニ因スル子宮破裂

兒頭ノ通過ニ際シテ外子宮口ノ領域ニ於テ子宮腔部ニ發生スル側方縱破裂ハ、最も頻繁ニ目撃セラル、所ノ者ナリ、該破裂モ亦過度ノ擴張ニ因スルモノニシテ、子宮口環狀方向ニ於テ極度ニ伸展セララル結果、其一側或ハ兩側ニ於テ破裂スルナリ、然レドモ子宮腔部ノ側方縱破裂ハ、小ニシテ只ニ粘膜及筋ノ外輪走纖維層ニノミ止マレバ、殆ンド通常起ル所ノ事象ニシテ何等特別ノ意義ヲ有セズト雖モ、其破裂ニシテ深ク組織内ニ進入スルト共ニ、上方頸部ニ及ビ、下方腔穹窿部ニ波及スレバ、其結果決シテ輕視ス可カラザルナリ。

原因 既往ニ生ゼル子宮腔部ノ癥痕例之バ癥腫ノ如キ延展性ヲ缺如セル腫瘍ハ、上記深裂傷ヲ惹起スル原因トナリ、猶胎兒ノ頭蓋或ハ肩胛ノ過大モ亦同様ニ作用ス、然レドモ子宮腔部ヨリ上方頸部ニ亘レル深裂傷ハ、子宮口ノ開大不全ナルニ當リ暴力的ニ遂ニ分娩ヲ試ミタル際ニ特ニ屢々目撃セラル、即チ此際ニ於ケル鉗子手術ハ其匙ニヨリテ頸管ヲ橫徑ニ緊張セシムルヲ以テ破裂ヲ來タシ、後進兒頭モ亦子宮口輪猶狹小ナルニ關ハラズ俄カニ且ツ暴力的ニ挽出セラレバ、容易ニ破裂ヲ惹起セシムルモノナリ、特ニ前置胎盤ニ於ケル是等ノ手術ハ深裂傷ヲ誘起スルモノトス。

症狀 兒體猶生殖管内ニ存シ裂傷部ヲ壓迫スル間ハ何等症狀ヲ呈セズト雖モ、胎兒ノ娩出ニヨリテ栓塞的作用去レバ爰ニ出血ヲ開始ス、子宮動脈ノ大枝破裂スルカ、或ハ胎盤下方ニ附着セル爲メニ頸部血管ノ發育著シク富饒ナルカ、或ハ又裂傷廣ク子宮周圍組織ニ及ビ靜脈叢破裂スレバ、出血甚クシテ時ニ生命ヲ危カラシムルニ至ルコトアリ、凡ソ防腐的ニ分娩ヲ處置セル場合ニハ、大ナル裂傷ト雖モ、多クハ幸ニ治癒シ、只子宮頸部ニ多少大ナル癥痕及屢々哆開セル缺損ヲ貽スノミ、但シ是等癥痕及缺損ハ後來種々

ノ障害ヲ來タスモノナリ、然ルニ分娩ノ處置ニシテ防腐法ニ慣熟セル助産者ニ由ラザル時ハ、斯クノ如キ裂傷ハ好ンデ子宮周圍炎及他ノ創傷傳染病ノ發生點トナルモノナリ。

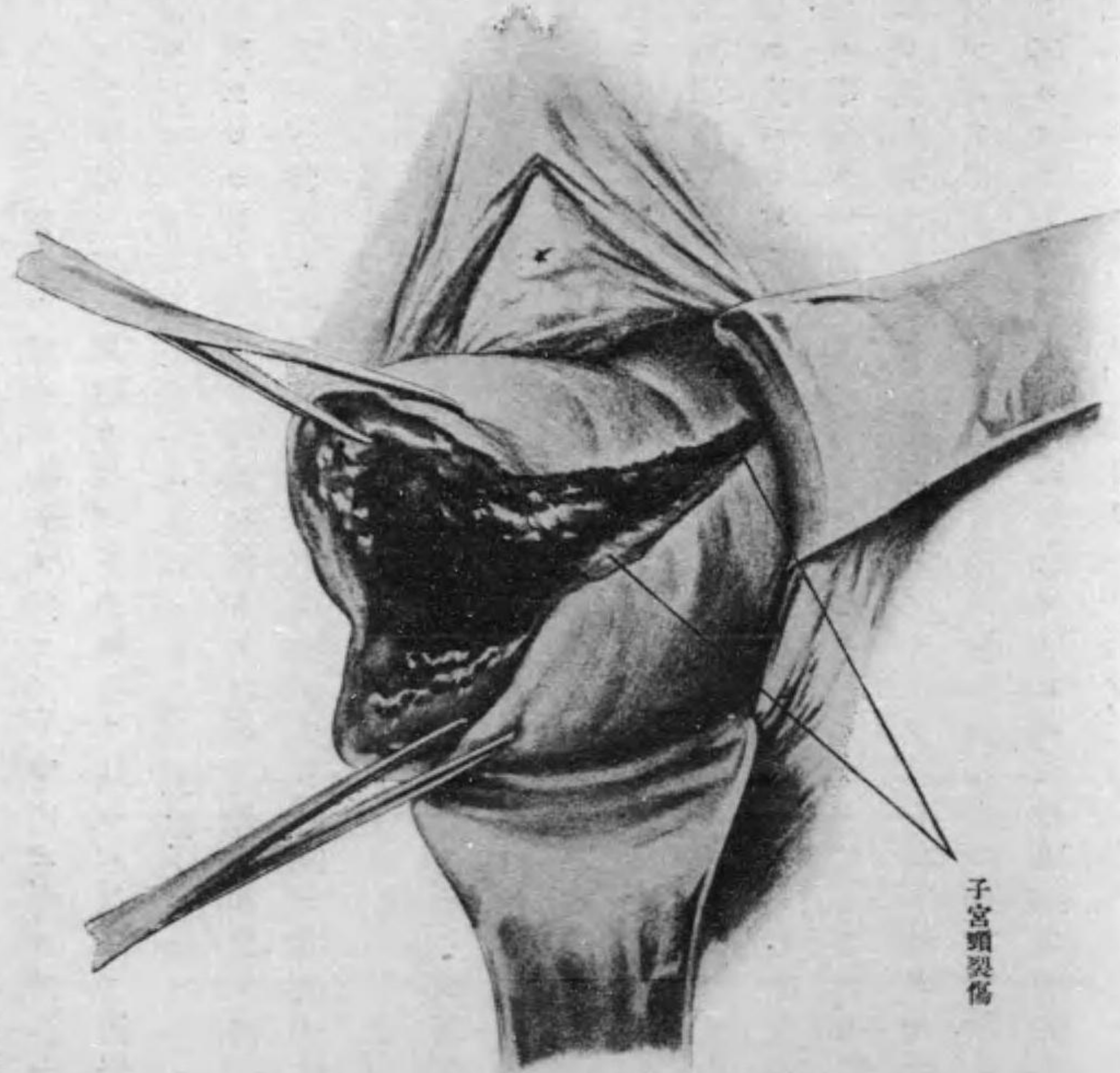
診斷 子宮頸部裂傷ノ多數ハ、分娩直後ニ生殖器ヨリ強出血ヲ來タセル時ニ於テノミ、分娩直後ニ産科醫ノ認識スル所トナル、其際子宮ハ硬ク牽縮セルヲ認メ、而シテ腔腔或ハ前庭ニ於テ他ノ損傷ヲ發見セザル時ハ、此出血ノ原因ニ就キテ毫モ疑ヲ容ル可カラズ、此時手ヲ送入シテ檢スレバ、時トシテ諸部ノ多液ニシテ柔軟ナルガ爲メニ困難ナルコトアルモ、其裂傷ヲ發見シ得ルモノトス。

療法 通常ノ止血療法即チ子宮ノ摩擦、大動脈ノ壓迫、えんごちん、冷液灌注法等ハ此際効果ヲ見ズ、是等療法ハ子宮ノ收縮ヲ増強セシムルヲ以テ、之レニ由リテ小血管ハ全ク閉塞スルモ、大ナル血管ハ只ニ其管腔ヲ狹隘ナラシムルニ過ギズ、爲メニ出血ハ其量ヲ減ズルモ全ク鎮止スルニ至ラザルノミナラズ、場合ニヨリテハ摩擦ノ際或ハ灌注ノ後ニ、充塞シタル凝血ハ或ハ壓碎セラレ、或ハ流去スルコトアルヲ以テ、反ツテ更ニ強出血ヲ初ムルコトナシトセズ、由リテ確實ナル唯一ノ止血法ハ裂傷ヲ縫合スルニアリ、其法産婦ヲ横床ニ臥セシムルカ、或ハ佳良ナルハ臀背位ヲ取ラシメ、腔鏡ヲ以テ子宮腔部ヲ露出シ、前後ノ兩唇ニ各一個ノ鉤狀鉗子ヲ貼シ、而シテ腔入口ニ至ル迄之ヲ抽出ス(第四百八十八圖)斯クノ如ク腔部ヲ強ク下方ニ牽引スレバ、自ラ組織ヲ緊張セシムルヲ以テ

第 四 百 八 十 八 圖

子宮腔下部ヲ牽引シテ子宮頸部裂傷ヲ露出ス

(n. Bamm.)



子宮頸裂傷

牽引其者ニヨリテ已ニ出血ヲ減ゼシムルノ効アルト同時ニ、克ク裂傷全部ヲ露呈セシメ得ルモノナリ、是ニ於テ深ク組織ヲ包括シテ縫合ヲ施セバ、創縁ヲ接着セシムルト同時ニ血管ヲ閉鎖スルヲ得ベシ、縫合ハ一個ニシテ已ニ止血ノ目的ヲ達スルモ場合ニヨリテハ數個ヲ要スルコトアリ、但シ此際裂傷セル口唇ヲ外子宮口ニ至ル迄密ニ縫合スベカラズ、蓋シ之レガ爲メニ子宮口甚ダシク狹隘トナリ、惡露ノ排泄ヲ妨グルニ至ルヲ以テナリ。

頸部裂傷ノ縫合ハ以上ノ如クシテ多クハ困難ヲ見ズト雖モ、稀ニ裂傷深ク、シテ、上方ハ高ク内子宮口上ニ及ブト共ニ、側方ハ子宮周圍組織ニ達シ診指其裂傷ノ全長ニ達スル能ハズシテ、其裂傷ノ上部ハ全ク縫合ヲ施シ得ザル爲メニ、腔式子宮全抽出術ヲ行フノ止ムヲ得ザルコトアリ、斯ル場合ニハ子宮ヲ除去シタル後ニ於テ初メテ周圍組織ニ於ケル大ナル出血創腔ヲ纏繞結紮法ニヨリテ確實ニ處置スルヲ得ルモノナリ。

栓塞法ハ縫合ニ比スレバ止血ノ効力過カニ劣ルト雖モ、醫ニシテ縫合ニ要ス可キ助手及器械ヲ急速ニ準備スル能ハザル場合ニハ之ニ頼ラザル可カラズ、栓塞法ハ單ニ沃度仿謨綿球ヲ以テ出血部ヲ骨盤骨ニ壓抵スルノミニテ其目的ヲ達スルコトアリト雖モ、其効果不確實ナルヲ以テ、宜シク子宮腔、裂傷及腔ヲ綿紗或ハ綿花ヲ以テ全ク填塞スルヲ佳トス、若シ之ニヨリテモ猶ホ且ツ出血止マザレバ、たんぼんヲ交換スルニ際シ、綿花ヲ止血劑例之バてるべんちん油、木醋等ヲ以テ浸シ、猶栓塞法ヲ行フト同時ニ腹壁及會

陰ヨリ反對壓ヲ加フベシ、即チ綿花或ハ綿布ヲ厚ク耻骨縫際ノ上方ニ貼シテ強ク壓抵スルト共ニ、産婦ヲシテ兩股ヲ閉鎖セシメテ大ナル綿花塊ヲ以テ會陰ヲ上方ニ壓迫スルニアリ。

(B) 縦徑擴張ニ因スル子宮破裂

以上記述セル破裂ハ子宮頸ノ環狀方向ニ擴張シタル結果タルモ、之レニ對シテ頸部ノ縦徑方向ニ延展セル爲メニ破裂スル場合アリ、頸部ノ縦徑擴張ニアリテハ、組織ノ牽張及菲薄著シク高度ニ達スルヲ以テ、從ツテ破裂モ亦一層大ナルヲ常トス。

原因 縦方向ニ於ケル子宮頸ノ展張ハ胎兒ノ娩出ヲ不能ナラシメ或ハ遷延セシム可キ器械的障礙ノ存スル場合ニ目撃セラルルモノニシテ、狹小骨盤及横位ハ此障礙ヲ將來スルノ最モ頻繁ナルモ、胎兒ノ過大或ハ畸形、腦水腫、胎兒ノ定位異常、腫瘍、子宮口ノ狹窄及閉鎖等モ亦全ク同様ニ作用スルモノナリ、子宮ニノ胎兒ヲ骨盤内ニ驅逐スル能ハザルトキハ、空洞筋ハ子宮靱帶殊ニ圓靱帶ノ許ス限リ胎兒ニ沿フテ上方ニ縮退シ、胎兒ノ大部分ハ甚ダシク擴張シテ菲薄トナレル頸管内ニ進入ス、此際頸管ノ擴張ハ每常偏側的ニシテ、平等ナラズ、即チ或ハ前壁、或ハ後壁、或ハ側壁著シク擴張シテ囊狀ヲ呈ス、此時若シ人工的ニ救助ノ法ヲ講ゼザレバ、擴張ハ漸ク其最極度ニ達シ、更ニ新陣痛ノ起ルニ及ビテ破裂ニ陥ルモノナリ。

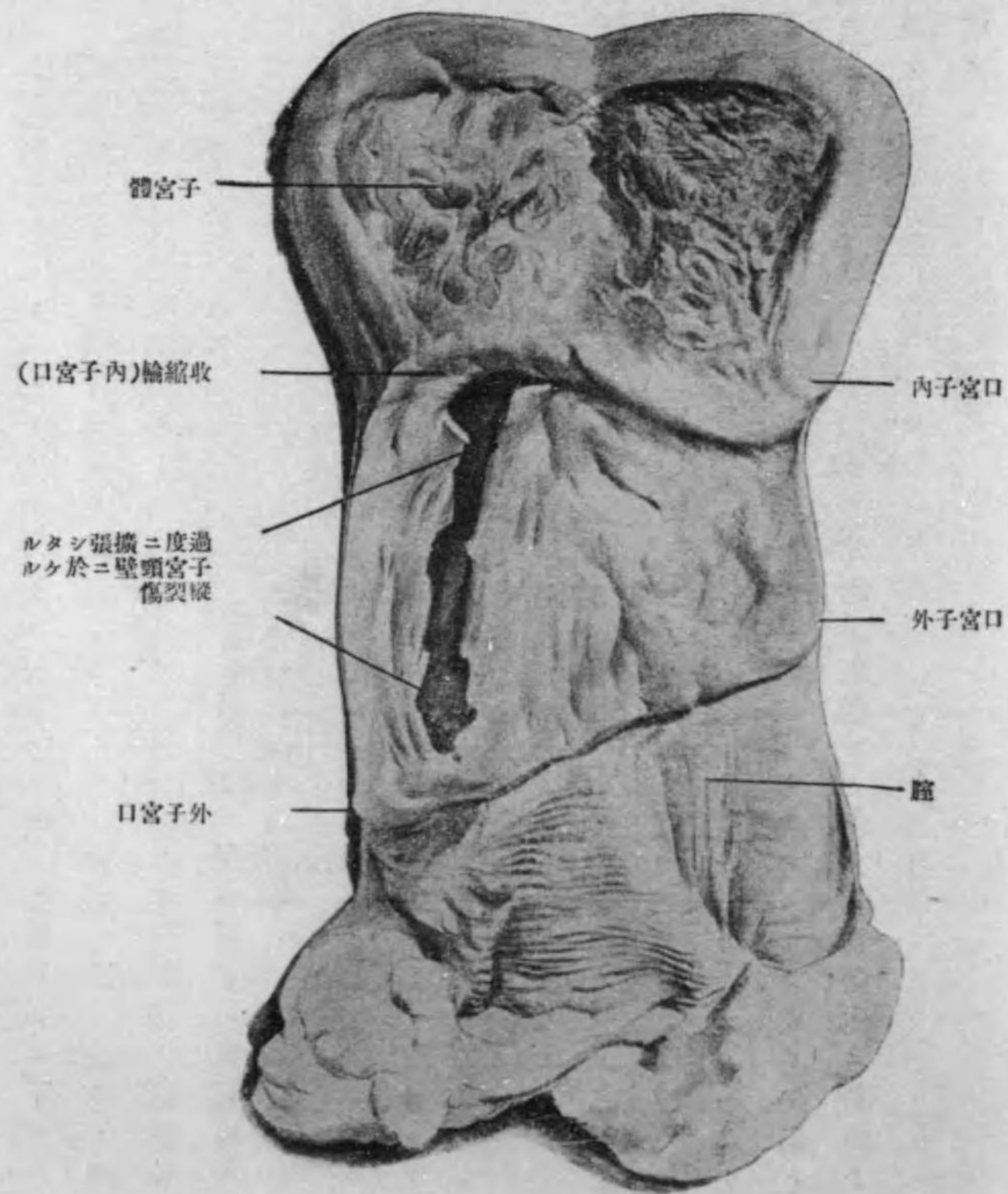
上記ノ状態ノ下ニ破裂ヲ來タス難易時期及部位ハ諸種ノ狀況ニ關係シテ差等アリ、頸

管筋肉ノ性状正常ニシテ其展開漸進的ナレバ頗ル長ク之ニ堪ヘ、破裂ヲ惹起セズシテ僅カニ數密迷ノ厚サニ迄菲薄トナリ得ルモ之ニ反シテ筋質ニ病的變化ヲ存シテ已ニ其弾力性ヲ減弱スレバ破裂ノ素因ヲ生ジ、往々不意ニ急劇ナル破裂ヲ見ルコトアリ、又既往分娩ニ於テ生ジタル不全破裂ニ因リテ成レル癍痕モ亦同様ニ作用ス、完全子宮破裂ノ初産婦ニ於ケルヨリモ經産婦ニ多ク目撃セララルルハ蓋シ之ガ故ナリ、其他筋ノ先天性發育不良或ハ後天性萎縮及稀レニハ新生物モ亦破裂ヲ誘起スルノ原因トナル、次ニ子宮破裂ニ對シテ重要ナル關係ヲ有スルハ陣痛ノ性状ナリ、強劇ニシテ急速相續キテ頻發スル收縮ハ子宮内壓ヲ突然ニ且ツ強劇ニ亢進セシムルヲ以テ之ニ反スル場合ヨリモ破裂ヲ來タシ易シ、猶外力ノ作用モ亦關係ヲ及ボスコト少カラズ、頸管著シク展張シ、筋纖維束恐ラクハ已ニ或部ニ於テ相避開セル際、回轉術ヲ行ハントシテ手ヲ送入セバ之ニヨリテ破裂ヲ容易ナラシムルモノナリ、次ギニ又破裂ノ生ズベキ部位ハ頸管壁中最モ甚ダシク菲薄トナリテ囊狀トナレル部分ニシテ、例之バ橫位ニ於テハ頭部ノ存スル所、頭蓋位ニアリテハ後頭ノ位スル所ニ當ス、然ルニ牽縮スル子宮體筋ノ牽引ハ腔穹窿部ニ移行シ、該部ヲ高ク骨盤入口上ニ牽舉シテ漸次菲薄タラシメ、遂ニ全ク環狀ニ子宮頸ヨリ離斷セシムルコトアリ。

病理的所見 頸部破裂ハ多クハ頸管壁ノ縱徑ニ叙列セル纖維ノ壓入スル兒頭ニ由リテ裂隙狀ニ壓擠セラレテ成ルガ故ニ縱徑ノ方向ヲ探レルモノ多ク(第四百八十九圖)上

圖九十八百四第

日ニ益無痛準テニト盤骨小伏ト位面頗
裂或頸子宮性道穿ルセ生ニ後ルモ續持可
(n. Bonm.)



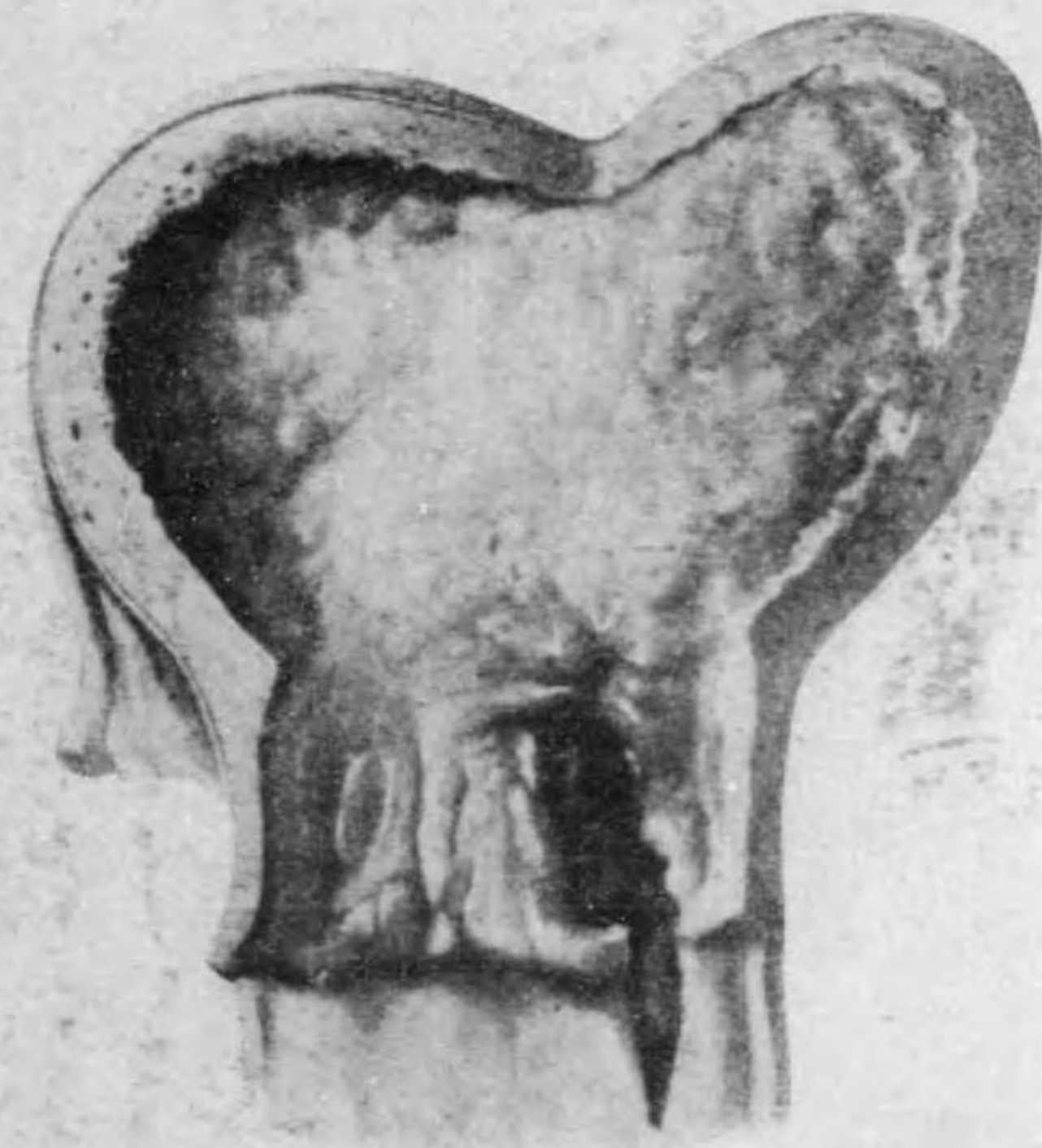
圖一十九百四第

痛陣ヲ於ニ盤骨小狹ノ度輕兼兒胎大過
裂破宮子ルレ成ニ後ルタシ續持同時餘十二川作
(品標部科人婦科産院病本熊立縣・撰原)



圖十九百四第

術轉回ルタレハ行テシ際ニ位横
裂破腔及頸宮子ノ後術出挽兼
(n. Hammeis. hlag)



爾餘ノ分鏡合併症

四四〇

出スルヲ常トス(第四百九十二圖然ルニ裂傷頸管ノ側部ニ發スレバ、腹膜ハ子宮壁ヨリ隔
離シ、其間ニ鬆粗ナル結締織ヲ存スルガ故ニ、腹膜被覆ハ犯カサレズシテ止リ、裂傷ハ周
圍ノ結締織内ニ進入ス(不全或ハ穿通性破裂、此際出血著シクシテ扁韌帶内ニ積溜シ、爰
ニ緊張セル瘤腫—漿膜下血腫或ハ扁韌帶内血腫。Das subseröse Hamatom oder Haematom des
Lig. latum)ヲ形成ス。

症狀及診斷 子宮破裂ハ何等注意ス可キ前徴ナクシテ發生スルコト無キニアラザル

方ハ收縮輪ニ、下方ハ頸
管或ハ腔ニ達ス(第四百
九十圖)頸部ノ前壁及後
壁ニ於テハ腹膜筋層ニ
密着スルガ故ニ、此部ノ
破裂ハ腹膜ヲ共破シ、之
ニ由リテ生殖管ト腹膜
トノ間ニ廣キ交通ヲ生
ジ(全或ハ穿通性破裂、此
際胎兒ノ一部或ハ全部
ハ之ヲ經テ腹腔内ニ脱

モ、多クハ特徴的の症狀ニヨリテ子宮頸ノ擴張愈々増進シテ、破裂ノ切迫セルヲ示スモノトス、醫ニシテ此臨床的徵像ヲ知得スルコトハ特ニ必要ナリトス、先ヅ全身狀態ニ注目スレバ産婦ハ興奮シ、絶ヘズ益々不穩ノ度ヲ加ヘテ、毫モ慰安ニ應ゼズ、床上ニ輾轉反側ス、顔面ハ恐怖苦悶ノ狀ヲ呈シ、陣痛發作スル毎ニ之ヲ防護スルガ如ク不隨意ニ兩手ヲ下腹部ニ貼スルヲ見ル、子宮下部ニ於ケル緊張性疼痛ハ初メハ陣痛時ニノミ感ジタリシモ、後ニハ陣痛間歇時ニモ亦之ヲ覺ユルニ至リ、腹部ニ觸ルレバ一層増激ス、而シテ脈搏ハ疾數トナリ、體温モ亦稍々昇騰ス、産婦ニシテ破水後長ク時ヲ經過シタル後及陣痛作用強劇ナルノ際、斯ル症狀ヲ發スレバ、必ラズ周密ナル診査ヲ要スルモノニシテ、其際くろゝほるむ麻酔ヲ施セバ、陣痛ノ危險ナル強度ヲ減弱シ、産婦ノ疼痛ヲ輕減シ、腹壁ヲ弛緩セシムルヲ以テ、克ク精細ニ按診スルヲ得ルモノナリ。

次ギニ破裂ノ切迫スルニ際シテ腹部ヲ瞥見スレバ、子宮ノ形狀及位置ハ正常ノ分娩ニ於ケルトハ全ク其趣ヲ異ニス、即チ子宮底ハ甚シク側方ニ偏倚シテ、著シク高ク腹腔内ニ位ス、牽縮セル空洞筋ニ相當スル子宮ノ上部ハ、陣痛間歇時ニ於テモ其壁硬固ニシテ、爲メニ明カニ胎兒ヲ認識シ難キモ、其下方ニハ柔軟ナル子宮頸部連接シ、此部ヲ壓スレバ知覺甚ダ過敏ニシテ、陣痛間歇時ニハ小兒部分ノ突隆セルヲ著明ニ觸知スルヲ得、今其觸手ヲ以テ柔軟ナル下部ヨリ硬固ナル上部ニ向ツテ子宮壁上ヲ按撫スレバ、其兩者ノ境界ニ於テ堤狀ニ隆起セル收縮輪ヲ觸知シ得ベシ、該輪ハ上昇シテ臍加之其以上ニ

達スルコトアリ、收縮輪ハ其位置愈々高キニ從ヒ、頸部ノ牽張益々甚ダシキヲ示スト同
 時ニ、其方向ノ斜ニ走レルニヨリテ、頸管壁ノ最モ強ク延展シタル側ヲ知ラシムルモノ
 ニシテ、猶其側ニハ屢々圓靱帶ヲ觸ル、該靱帶ハ子宮體上部ノ強ク牽縮セル爲メニ甚ダ
 シク緊張セル硬固ノ索狀物トシテ斜メニ子宮下部ヲ越ヘテ走レリ。
 内診スレバ、胎兒先進部ノ頭顱ナルト肩胛ナルトニ論ナク、固ク骨盤入口ニ壓抵セラレ、
 子宮口ハ概シテ固ク閉在セル邊縁ヲ觸ルルノミナリ、腔ハ其ニ高ク牽舉セララルヲ以
 テ穹窿部ハ強ク緊張ス。

上記現像ハ、破裂ノ發起スルト共ニ速カニ轉變スルヲ常トス、破裂ハ概シテ一回ノ陣痛
 ニヨリテ全ク突然ニ發起シ、産婦ハ高聲ヲ發シテ號叫シ、何者カ腹内ニテ破裂或ハ裂碎
 シタルカノ如キ感ヲ自覺ス、胎兒受傷ヲ經テ腹腔内ニ排出スレバ、陣痛全ク歇止シ、是迄
 ノ疼痛及緊張ハ消散スルモ、生殖器ヨリハ殆ンド常ニ血液ヲ瀉出シ、内部出血ハ一層著
 大ナルヲ以テ、虚脱ノ各徵候ヲ發起スルニ至ル、即チ顔貌ハ蒼白色ヲ呈シ、冷汗額上ニ流
 レ、鼻尖及上下肢厥冷シ、悪心嘔吐ヲ催シテ失神ニ陥ル、此際脈搏ヲ觸ルレバ細キコト絲
 ノ如ク著シク疾數ナリ、腹部ノ全景ハ以前ト一變シ、子宮ハ小ニシテ固ク收縮シ、胎兒ノ
 傍側或ハ後方ニ横ハリ、胎兒部分ハ腹壁直下ニ認識セララルニ至ル、胎兒腹腔内ニ脱出
 スレバ、子宮縮小スルノ結果胎盤剝離スルヲ以テ、胎兒未ダ破裂前ニ絶命セザルトキハ、
 此時ニ於テ窒息死ニ陥リ、往々其臨終時ノ運動ヲ認知シ得ルコトアリ、完全子宮破裂ノ

圖二十九百四第

(擴原)術腹開ルセ行施テシ際ニ破裂子宮ルセ示ニ圖十百第



リタレバ運ニ院病後ルタ經ヲ同心十二約後裂破ハ婦産
 ル見ナルモ小縮ハ宮子シ出脱ニ内腔腹部全ハ兒胎

診斷ハ如上現像ヲ以テ
 下シ得可キモ、猶内診ヲ
 行ヘバ一層確實タラシ
 ムルヲ得破裂前ニ固定
 シテ存シタル先進部ハ、
 或ハ再ビ上昇シテ移動
 性ヲ帯ビ或ハ全ク之ヲ
 觸ル、能ハズ血液ノ流
 出ハ許多ニシテ、深ク指
 ヲ送入スレバ子宮頸ニ
 於ケル破裂部ニ達シ、且
 ツ往々其裂傷ヲ經テ腹
 腔内ノ内臟ヲ觸ルルコ
 トアリ。
 上記ノ如ク破裂突然ニ
 發起シ、顯著ナル症狀ヲ
 頓發スル症例ノ外ニ、時

トシテ症狀ノ爾カク強劇ニ且著明ナラザル場合アリ、即チ不全破裂ナルカ、破裂ノ發生漸進的ナルカ、或ハ胎兒其頭部或ハ肩胛及膊ヲ骨盤内ニ固定セル爲メニ裂傷ヲ經テ腹腔内ニ排出セザル時ハ、しよく及腹膜刺戟症狀ヲ缺如シ、子宮ハ其形狀及位置ヲ變ズルコトナク、陣痛ハ設令ヒ著シク其強度ヲ減弱スルモ尙存在シ、先進部ハ依然之ニ觸ルルヲ得然レドモ出血持續シ、破裂部ニハ疼痛局在シ、脈搏増悪シ、全身狀態漸次不良トナル等ニヨリテ、子宮ノ破裂セルヲ看破シ得ルモノナリ、特ニ不全破裂ニアリテハ子宮ノ側方ニ腹膜下血腫ヲ觸レ、時トシテハ氣腫捻髮音ヲ認ムルコトアリ。

豫後 破裂ノ發生急劇タルト緩慢ナルトヲ論ゼズ、胎兒ノ腹腔内ニ排出スルト否トハ關セズ、穿通性子宮破裂ハ母兒兩體ニ對シテ每常生命ヲ危害スル重篤ノ事象ナリトス、胎兒ハ之ヲ摘出スルヲ得ルニ至ル以前ニ已ニ死亡スルヲ例規トシ、母體ハ先ヅ失血ノ危險ニ遭遇シ、若シ幸ニ此危險ニ堪ヘテ遂婉シ、しよくヨリ恢復シ得タリトスルモ、恒ニ穿孔部ヨリシテ敗血性腹膜炎ヲ發生スベキ可能性ヲ有スルヲ以テ、破裂前ニ於テ無効ナル陣痛ノ長ク持續セル間ニ屢々已ニ生殖器管ニ侵入セル敗血性菌ハ、裂傷ヲ經テ腹腔内ニ達シ、致死的汎發性腹膜炎ヲ招來スルコトアリ、統計上分娩間ニ完全子宮破裂ヲ來タル婦人ノ約三分ノ一ハ死ヲ免レザルナリ、然ルニ不全破裂ニアリテハ其症狀已ニ危險ヲ微スルコト少ナキモノニシテ、母體ノ生命保全ニ對スル希望モ亦一層大ナリトス。

豫防法 多クノ他ノ場合ニ於ケルガ如ク、子宮破裂ニ於テモ亦其未ダ發セザルニ先ダチテ之ヲ豫防スルヲ以テ最モ緊要トナス、經驗ニ徴スレバ狹小骨盤、橫位、破水後分娩經過ノ遷延、兒頭ノ進出阻礙セララル際ニ於ケル強劇陣痛ハ、最モ屢々子宮破裂ヲ誘起スルヲ以テ、斯ル狀態ニアリテハ特ニ過度ナル頸管擴張ノ初徴ニ注意スルヲ要ス、兒頭未ダ應形機能ヲ營マザルニ際シテ無益ニ努責スルヲ禁ジ、頸管片側のニ擴大セルヲ認ムレバ産婦ヲシテ其側ヲ下ニシテ側臥セシメ、懸垂腹ヲ存セバ腹帶ヲ施シテ子宮ノ位置ヲ矯正セザル可カラズ、若シ過度ノ擴張迫カニ進行シ、而シテ破裂ノ危險切迫セルヲ見バ、可成的迅速ニ遂婉セシムルヲ要ス、此際胎兒ノ生命ニハ最早多ク顧慮スルコト無ク、可及的産管ヲ擴張セシメザル遂婉方法ヲ選ブベシ、由リテ先進兒頭ニアリテハ穿顱術ヲ施スベク、橫位ニアリテハ斷頭術ヲ行フ可シ、回轉術ハ只胎兒生存セル際深麻酔ノ下ニ、極メテ擁護的ニ、細心注意シテ之ヲ試行スルヲ許スコトアルノミ。

療法 破裂途ニ發起スレバ、直チニ遂婉セシメザル可カラズ、設令裂傷大ナルモ胎兒ヲ挽出スルト共ニ出血ヲ鎮止セシメ得レバ尙治療ノ望アルモノナリ、兒體挽出ニ二法アリ、即チ自然産道ヨリスル挽出ト、腹壁切開術ト是ナリ、胎兒尙ホ全部或ハ大部分子宮腔内ニ存スレバ、其胎位及爾他ノ狀況ニ從ヒ、鉗子穿顱術或ハ足位挽出術ヲ施シテ自然産道ヨリ之ヲ挽出ス可シ、斷頭術及頭蓋位ニ於ケル回轉術ハ可成的之ヲ回還ス可シ、何トナレバ此際ノ手術ハ常ニ破裂部ヲ増大セザランガ爲メニ、可成的軟部ヲ擁護シツツ之

ヲ施スベキモノナレバナリ、斯クテ胎兒娩出セバ、次デ後産ヲ排出セシメタル後、出血ノ有無ヲ檢ス可シ、遂婉後出血停止スレバ、只ニ水囊ヲ腹部ニ貼シ、阿片劑ヲ投ジ、絶對的ニ安靜ヲ守ラシムレバ足レリ、腹膜ニ於ケル裂傷ハ甚ダ速カニ癒合シ、已ニ一日後ニハ最モ大ナル危險ヨリ免ルルヲ得ルモノナリ、反之遂婉後尙依然出血スレバ、子宮腔及頸管内ヲ密ニ栓塞シ、之ト同時ニ腹圍ニ固ク壓抵帶ヲ施シ、上方ヨリ子宮ヲ壓下スルト共ニ裂傷創縁ヲ互ニ相壓着セシメテ以テ止血ニカムベキナリ、之ニ由リテ大抵奏功スルモ尙出血依然トシテ止マズンバ、開腹術ヲ行ヒ裂傷ヲ縫合セザル可カラザルナリ、胎兒全ク腹腔内ニ排出セル場合ニ於ケル遂婉法ハ、只ニ開腹術ノ外他ニ採ル可キ方法無シ、即チ剖腹シテ胎兒及胎盤ヲ除去シ、然後ニ破裂部ヲ探查シ、結紮或ハ縫合法ヲ以テ出血ヲ止メ、子宮ノ腹膜被覆ニ於ケル裂傷ヲ可及的精密ニ縫合ス可シ、然ルニ時トシテ破裂部甚ダシク挫碎セルカ、或ハ已ニ傳染セルトキハ、子宮ヲ全ク摘出し、而シテ骨盤腹膜ヲ周密ナル縫合ニヨリテ閉鎖シ、其以下ニ存スル創腔ヲ弘ク腔ノ方ニ排膿セシムルヲ安全トス、腹式子宮全摘術ハ如上ノ狀況ヲ呈セザル場合ニアリテモ仍ホ且ツ之ヲ行フ可キヲ推賞スル者アリ、開腹術ノ成績ハ近時著シク佳良トナリタルモ、其豫後ハ遂婉時ニ至ル迄無菌ニ止マリタルヤ否ヤニ關スルモノトス、已ニ敗血性傳染發生セル者ニアリテハ開腹術及排膿ニヨリテモ仍ホ且ツ確實ニ敗血性腹膜炎ヲ防グコト能ハザルモ、無菌的狀態ニアリテハ單純ナル挽出術後ニアリテモ亦無熱ノ下ニ治癒シ得ル

モノナリ。

完全子宮破裂後遂婉セザル時ハ産婦ハ遂ニ死ヲ免レザルモノナリ、但シ胎兒包裹セラレ、他日ニ至リ恰カモ子宮外妊娠ニ於ケルガ如ク化膿ニヨリテ部分的ニ體外ニ排出セラレ、ニ至ルガ如キハ、文籍中ニハ一二少數ノ事實ヲ見ルモ、是レ破格例タルノミ。

(口) 爾餘ノ機轉ニ因ル破裂

(A) 子宮體ノ破裂 子宮破裂ハ通常上述セルガ如クニ、分娩經過間ニ於ケル子宮頸部ノ過度擴張ニ因スルモノナルモ、稀ニハ子宮壁ニ片側的擴張ヲ見ルコトナク、何等前徵的症候モ亦發スルコトナクシテ、妊娠ノ末期或ハ分娩ノ初メニ於テ之ヲ來タスコトアリ、此種ノ破裂ハ子宮體特ニ底部ニ來ルヲ常トシ、其破裂ノ素因ハ既往ニ行ハレタル帝王切開術、喇叭管切除術或ハ間質性妊娠ノ後ニ殘遺セル癥痕ニ歸スベク、又他ノ場合ニ於テハ一角子宮ニ於ケル如キ筋肉ノ發育不全、胎盤發育ニヨレル筋壁ノ蠶蝕、脂化、萎縮、血塞形成後ノ壞疽ニヨリ説明セザル可カラザルコトアリ、叙上變化ハ已ニ子宮筋質ヲシテ薄弱ナラシメ、且ツ異常ニ斷裂シ易カラシムルヲ以テ、恐ラクハ卵ノ増大或ハ外力顛落、腹部ノ打撲等ニヨリテ容易ニ組織ノ罅裂ヲ來タスコトナラン。

(B) 外襲性破裂 妊婦及産婦ノ子宮ニ於ケル外襲性破裂ノ機轉ハ、多樣ニシテ且ツ定型ヲ有セズ、腹部ノ打撲、彈丸、暴牛ノ角等ニヨル子宮壁ノ穿孔ノ如キ全ク偶發的事件ニヨリテ之ヲ來タシ、或ハ又産科醫ノ手及器械ニヨリテ種々ノ形狀ヲ呈スル裂傷ヲ來タス

ゴトアリ、然レドモ後者ノ場合ニアリテハ多少好發部位アリ、例之バ頸管ノ開大未ダ完カラザルニ當リ、暴力的挽出術ヲ行ヘバ、前ニ記述セシガ如ク頸管ノ側方ニ深キ縱走裂傷ヲ來タシ、又胎兒ト過度ニ延展セル頸管壁トノ間ニ醫師ノ手ヲ送入スル時、或ハ橫位ニ於テ緊張ノ存スルニ關ハラズ強テ兒體ノ回轉ヲ行フ場合ニ於テモ亦同様ノ裂傷ヲ招クモノトス。

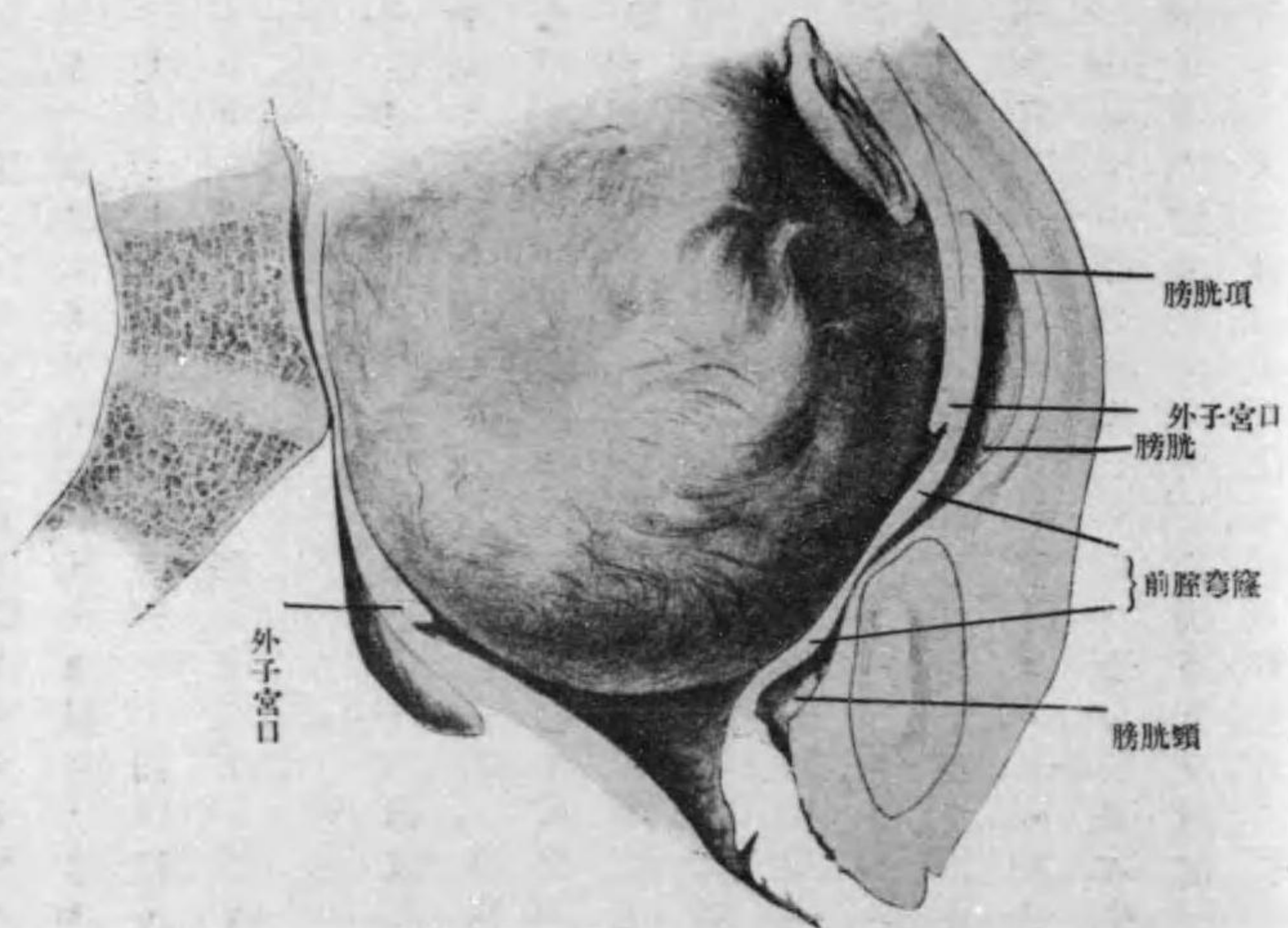
叙上二種ノ破裂ハ其ニ其症狀擴張破裂ニ於ケルト大差ナク、其治療法モ亦其狀況ニヨリ開腹術兼裂傷縫合或ハ生殖管栓塞法ヲ選ブベキモノナリ。

子宮ノ全斷裂 Die vollkommene Ausreissung des Uterus ハ從來屢々記載セラレタリ、是レ多クハ粗暴ナル後産剝離ノ際ニ起レルモノニシテ、此際内翻セル子宮ヲ扯斷シ、或ハ切斷シ、或ハ破裂部ヨリ手ヲ腹腔内ニ送入シテ子宮ヲ牽出シ、而シテ之ヲ新生物ト推斷シテ摘除セルガ如キアリ、奇異ナルモ斯クノ如キ産婦ニシテ間々其生命ヲ保續シ得タルヲ報セルモノアリ。

(2) 子宮及腔ノ擦傷或ハ潰穿 Die Durchreibung oder Usur des Uterus und der Vagina.

子宮及腔壁長時間兒頭ト骨盤トノ間ニ符在スルカ、或ハ器械的遂婉ニ際シテ短時間磨滅的壓迫ヲ蒙ル時ハ、其壓迫ヲ蒙リタル部ニ擦傷或ハ潰穿ヲ發スルモノニシテ、其淺深ノ度ニヨリテ完全穿通性ト不全穿通性トヲ區別スルヲ得、此種ノ損傷ハ狹窄骨盤殊ニ扁平骨盤ニ見ルコト多ク、其部位ハ耻骨縫際若クハ薦骨岬ト兒頭トノ間ニ符在セ

圖三十九百四第
穹窿前壁後頸宮子ルケ於ニ窄狹盤骨
頓藉ノ壁膀胱及陰
(n. Tumm)



分娩ノ病理及療法

ル所ナリトス(第四百九十三圖)之ニ關シテハ已ニ狹窄骨盤ヲ論ジタル章ニ於テ記述セリ、壓挫セラレタル組織ハ壞疽ニ陥リ、産褥ノ經過間ニ脫離シ、其後ニ潰瘍ヲ形成シ、遂ニ放線狀癍痕ヲ遺シテ治癒ス、膀胱ノ後壁ニシテ壓迫帶内ニ横ハレバ、壞疽ニ陥リタル部分ノ脫離後膀胱瘻ヲ形成スルモノナリ。

潰穿ハ分娩經過ノ遲延スルトキハ骨部産

道ニ狭窄ナクトモ、胎兒ノ巨大、軟部産道ノ硬直等ニヨリテ之ヲ來タスコトアリ、其發生ハ手術編ニ於テ屢々論述ス可キ、壓迫症、候熱、水腫等ヲ呈スルモノニシテ、鉗子手術或ハ穿顛術ニ由ル遂娩法ノ主要ナル適應症ナリトス。

(丙) 腔破裂 Die Scheidenrisse.

分娩時ニ發スル腔破裂ハ、主トシテ腔ノ最下ノ狹小部或ハ上部即チ腔穹窿部ニ來リ前者ニアリテハ會陰破裂ト、後者ニアリテハ頸管破裂ト合併スルコト多シ、腔管ノ中央三分ノ一部ハ延展シ易キヲ以テ、損傷ヲ招クコト適カニ少シ。

(イ) 穿通性腔破裂

腔ノ上部即チ穹窿部ニ於テハ、腹膜密着スルガ故ニ穿通性裂傷ヲ發生シ易シ、該部ノ全破裂ハ子宮破裂ノ波及ニ由テ發シ、或ハ單獨ニ子宮破裂ニ於ケルガ如ク過度ノ擴張ノ爲メニ生ズ、後者ハハーウエー、フロインド、H. W. Freund. ニ據レバ、殊ニ横位ニ際シテ來ルト云フ、是レ蓋シ横位ニ於テハ、子宮頸ノ大部分固ク骨盤輪ニ箝在セズシテ自由ニ舉上スルガ故ニ、其際腔壁ハ甚シク上方ニ牽引セラル、ヲ以テナリ、過度ノ擴張ニ因ル該部ノ裂傷ハ、多クハ横徑ニ走り、猶甚シキ時ハ子宮破裂ノ條ニ於テ述べタル如ク腔ノ全ク子宮ヨリ離斷セルヲ見タルコトアリ、其他腹膜ヲ損傷スル腔破裂ハ殆ンド只ニ不注意ナル手術ノ際ニノミ惹起スルモノニシテ、例之バ鉗子匙或ハ挿入セル手(胎盤剝離ノ際ノ如キニ)

ヲ以テ菲薄トナレル後腔穹窿部ヲ穿通スルガ如シ、此際往々大網及腸歸係ノ腔内ニ下垂スルニ由リ始メテ此恐ルベキ一多クハ致命的ナル一損傷ノ發生ヲ知ルコトアリ、療法ハ子宮破裂ニ於ケルト同ジ。

(ロ) 非穿通性腔破裂

腔管ノ何レノ部分ニモ生ジ得可キモ、殊ニ多クハ腔ノ下三分ノ一部ニアリ、此種ノ破裂ハ多クハ腔管ニシテ擴張性不十分ナル者、或ハ度外ニ且ツ突然ニ胎兒部分ニヨリテ擴張セラレタル場合ニ生ズルモノニシテ、殆ンド常ニ縦徑裂傷ヲ來タシ、多クハ後壁ニ於テ腔柱ヨリ側方ニ存ス、而シテ粘膜炎層及ビ腔周圍組織ヲモ離斷シ、時トシテハ危險ノ度ニ於テ直腸ニ接近スルコトアリ、腔裂傷ハ屢々直接ニ會陰破裂ニ移行スレドモ、腔殊ニ其上部ニ於テ單獨ニ破裂シタル場合ハ、其裂傷健全ナル會陰ノ後方ニ隠レ、分娩後強度ノ出血ヲ來タシタル時ニ始メテ發見セララル、ヲ常トス。

廣大ナル腔裂傷ノ直接原因ハ、概シテ手術的娩産ニシテ、殊ニ初産婦及年長初産婦ニ於ケル困難ナル鉗子手術ニ於テ然リトス、但シ年長ノ初産婦ニアリテハ輕易ナル出口鉗子ニ由リテモ亦裂傷ヲ發起シ、其所在ハ往々左右共ニ頗ル精密ニ鉗子匙ノ位置ニ符合スルヲ見ルコトアリ、又くらにをくらすに挽出術ノ際ニハ、不注意ノ結果銳利ナル骨碎片ノ爲メニ損傷ヲ來タスコトアリ、然レドモ自然ノ分娩經過ニ於テモ亦軟部ノ硬直性著大ナル際(年長ノ初産婦)先天性腔狭窄或ハ其瘢痕性變化アル際、終リニ骨盤縁ノ異常の突出

ニ由リテ遠隔部位ニ於ケル腔ノ擴張性障害セラル、際腸骨棘ノ異常的突出ウエー、ア
I、フロインド W. A. Freund)ニ腔裂傷ヲ發スルコトアリ。

腔裂傷ハ防腐的分娩後ニハ縫合ヲ施サズトモ、肉芽形成ノ下ニ能ク治癒スルコト多シ
ト雖モ、荷クモ已ニ腔裂傷ニ由リテ分娩創ノ増大ヲ來タセル以上ハ、傳染ノ機會ヲ與フ
ルコトモ亦多ク、創傷空洞内ニ惡露滯溜シテ腐敗ニ陥リ易シ、特ニ創傷傳染ハ裂傷縁ノ
不平等ニシテ挫碎セラレタル場合ニ多ク、若シ分娩時ニ於ケル防腐法ノ施行嚴密ナラ
ザル時ハ其危險頗ル大ナルコト言フ俟タザルナリ、一度ビ傳染ヲ來タセバ敗血性炎症
ハ周圍ニ蔓延シテ骨盤結締織ノ瀰久性化膿ヲ將來シ、尙會陰、直腸、大腿等ニ瘻管ヲ形成
スルニ至ル、終リニ廣大ナル損傷後ニ於ケル深クシテ且ツ廣キ瘻痕形成ハ腔ノ狹窄及
閉塞ヲ殘遺スルモノナリ。

療法 上記ノ如キヲ以テ、諸般ノ廣大ナル腔裂傷ニ對シテハ皆縫合、手術ヲ行フヲ可トス、
但シ高部ニ至レル裂傷ニアリテハ、其縫合極メテ困難ニシテ、適當ナル腔鏡及ビ熟練セ
ル助手ナクシテハ殆ンド手術シ能ハザルコト往々之アリ、之ニ反シテ腔入口ニ接近ス
ル裂傷ハ、容易ニ縫合ニ由リテ閉塞セシムルヲ得。

腔裂傷部ヨリ強度ノ出血ヲ來ストキハ、何レノ場合ニ於テモ縫合ヲ試ミザル可カラズ、
其目的ヲ達セザルトキハ、くらんめるヲ以テ裂傷ヲ把握シテ止血ヲ圖リ、事宜ニ因リテ
ハ、子宮頸部裂傷ノ出血ニ就テ詳述シタルガ如キ反對壓ニヨリテ止血セシメザル可カ
ラズ。

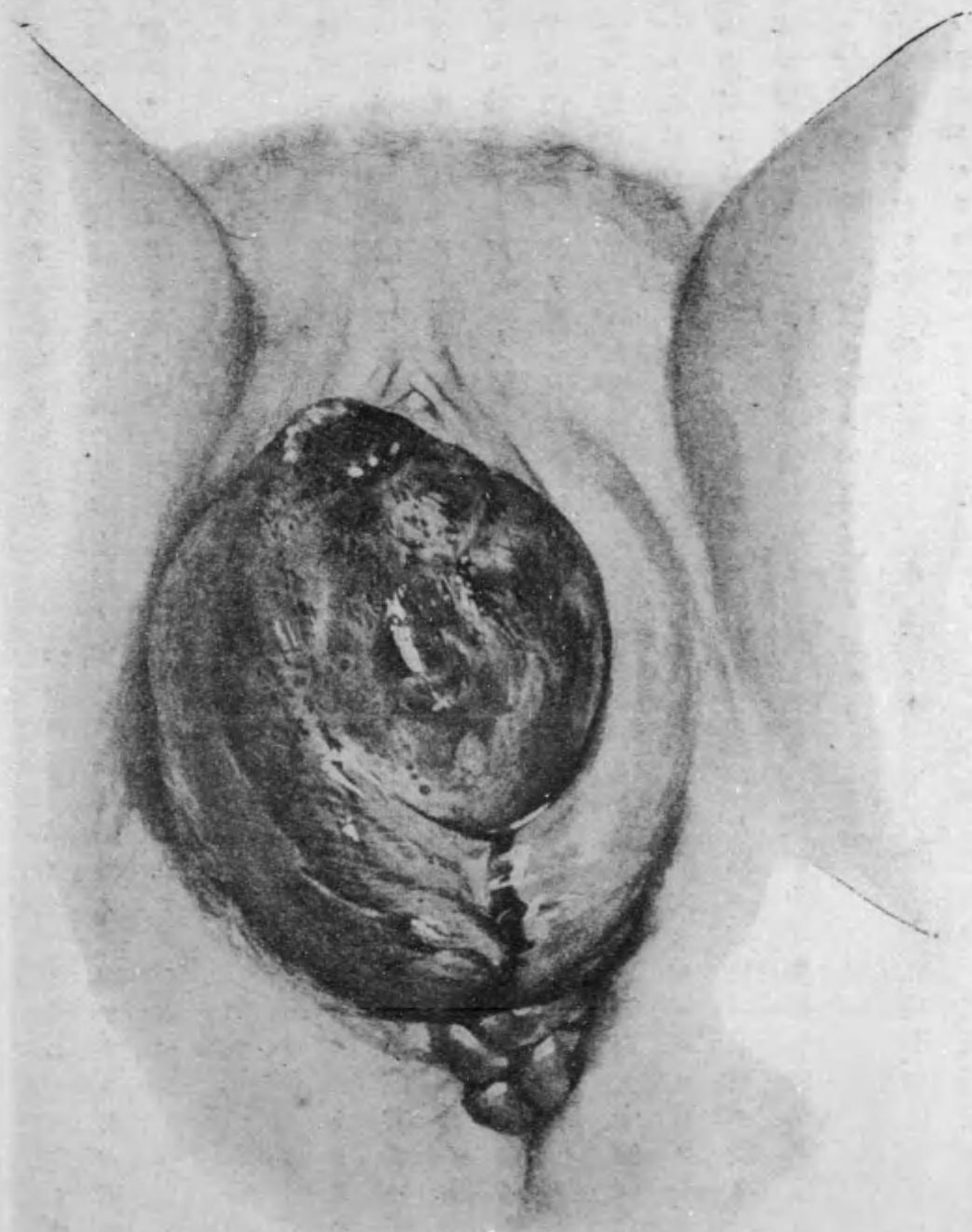
又縫合セザル腔裂傷ノ傳染ノ結果、上記ノ如ク骨盤結締織ノ化膿ヲ來タセバ、可成的早
ク膿瘍ヲ開キ且ツ皮膚ノ方ニ對創孔ヲ穿テテ排膿ヲ可良ナラシムベシ。

(丁)腔及陰門ノ血腫 Das Haematom der Vagina und Vulva.

分娩時ニ於ケル腔裂傷ニシテ、腔壁表層ノ破裂セザル場合ハ少ナキモ、時トシテハ斷裂
或ハ挫傷、單ニ腔壁ノ深在粘膜下組織ニノミ止マリ、弾力性ヲ有スル粘膜其者ハ毫モ犯
カサレザルコトアリ、斯ル場合ニ於テ大ナル動脈或ハ腔ヲ圍繞セル靜脈網ノ擴大セル
者共ニ破裂スレバ、血液ハ鬆粗ナル結締織内ニ瀉注シ、爰ニ手拳大乃至兒頭大ノ瘤腫ヲ
形成シ、内方腔側壁ヲ著シク膨出シ、外方ハ骨部骨盤壁ニ至リ、下方ハ小陰唇ノ内側ニ及
ブ、之ヲ腔血腫、腔或ハ腔血塞、Haematom s. Thrombus vaginaeト稱ス(第四百九十四圖)之ト同
様ナル血腫ハ外陰部ニモ亦發生シ、一側ノ陰唇ヲ著シク膨大セシムルコトアリ。
斯ル血腫ハ頻繁ニ目撃サル、者ニアラズ、其發生ハ往々已ニ妊娠ノ末期ニ於ケル靜脈
破裂ニ因ルコトアルモ、強度ノ挫傷及排出期ニ於ケル強劇ナル腹壓ニ由リテ促ガサル
、モノニシテ稀ニハ又既存ノ出血素質ニ由ルコトアリ。

血腫ハ通常胎兒娩出ノ直前若クハ直後ニ於テ稀レニハ產褥中ニ生ジ、劇痛ノ下ニ暗青
色ノ瘤腫トシテ迅速ニ著シク増大スルモノナリ、其際出血多クレバ產婦貧血ヲ呈シ、若

圖 四 十 九 百 四 第
腫 血 腔
(n. Ramm)



シ腔或ハ陰唇内側ノ血腫部位ニ於ケル皮膚破裂セバ、連續スル外出血ニヨリテ貧血高
度ニ達スルコトアリ、又甚ダ大ナル瘤腫ノ膿敗ニヨリテハ致命ノ轉歸ヲ見タルコトアリ。
療法 血腫仍ホ増大スル間ハ、氷片ノ外用ノ外、外部ニ氷嚢ヲ貼シ、腔内ニ氷水ヲ充タセルこ
るほいりんてるヲ送入シテニ由リテ出血ヲ制止セント試ム可シ、出血鎮止シ瘤腫小ナ
レバ之ヲ放任スルモ、産褥ノ經過間ニ自ラ吸收セラレ、ヲ以テ、其表面ニ綿花ヲ以テ輕
キ壓抵綳帶ヲ貼シ、器械的外力ニヨリテ破裂スルコトナキ様防禦スレバ可ナリ、血腫ノ
大ナル者殊ニ其被覆ノ壞疽ニ陥ラントスル者ニアリテハ、之ヲ切開シ内部ノ血液ヲ除
去シ、瓦設ヲ以テ固ク栓塞スルヲ最佳トス、該處置ハ内出血持續シテ貧血ヲ増進スルカ
若クハ血腫内ニ膿敗ノ初徴ヲ呈スル時ニ於テ特ニ必要ナリトス、猶血腫自ラ破裂シタ
ル場合ニアリテモ亦直チニ瓦設ヲ以テ固ク空洞ヲ栓塞ス可シ。

(戊)會陰破裂 Die Dammrisse.

輕度及中等度ノ會陰破裂ハ甚ダ屢々初産婦ニ於テ見ル所ノモノニシテ、最モ巧妙ナル
會陰保護術ヲ施スモ時ニ之ヲ免レザルコトアリ、之ニ反シテ經産婦ニアリテハ適當ノ
會陰保護術ヲ行ヘバ殆ンド常ニ之ヲ防止シ得ベシ。

原因 會陰破裂ヲ促ス可キ狀況ノ主ナル者ヲ舉グレバ左ノ如シ。
一、會陰ノ機能不全 Die Insufficienz des Dammes

分娩ノ病理及療法

例之バ會陰部ノ浮腫以前ノ破壞若クハ手術ニ由リテ生ゼル癰疽、高年ノ初産婦ニ於テ見ルガ如キ組織ノ弾力性缺乏ニ於テ之ヲ目撃スルモノニシテ、會陰ハ甚ダ脆弱ナルト共ニ延展性ニ乏シク、最モ巧妙ニ且ツ慎重ニ保護術ヲ行フモ仍ホ且ツ、破裂ヲ來スモノトス。

二。兒頭ノ過大 Die übermässige Grösse des Kopfes

會陰克ク延展スルモノト雖モ、其延展性ニハ限リアルヲ以テ、兒頭ト陰門トノ權衡ヲ失スルコト甚ダシキ時ハ遂ニ破裂セザルヲ得ズ、斯ル際ニ會陰ノ破裂ヲ避クルノ途ハ豫防的ニ側切開術(上卷第四百六十九頁)ヲ施シテ空間ヲ充分ナラシムルニアルノミ。

三。兒頭ノ迅速ナル通過 Der zu rasche Durchtritt des Kopfes.

強盛ナル腹壓ヲ伴ヘル一二回ノ陣痛ニヨリテ兒頭急速ニ會陰ヲ排シテ露出スレバ、會陰ハ其突如タル壓迫ニヨリテ破裂ヲ來スモノナリ、夫ノ多産婦ノ會陰ハ概シテ弛緩シ、充分ナル延展性ヲ有スルヲ以テ、兒頭ノ通過緩徐タレバ、設令其周徑大ナルモ、會陰破裂ヲ見ズシテ克ク娩出セシムルモノナリト雖モ、急産ニアリテハ屢々之ヲ來スヲ見レバ、兒頭ノ急速娩出ハ會陰破裂ノ原因トナルヲ知ルベキナリ。

四。異常排出機轉 Der fehlerhafte Austrittsmechanismus.

後頭未ダ耻骨縫際下ニ現出セザルニ先ダチテ額已ニ排出スルコトアリ、斯ル際ハ兒頭ハ會陰ニ對シテ壓下セラル、ヲ以テ出口ノ軟部ヲシテ過度ニ延展セシムル結果遂ニ之ヲ破裂セシム、或ハ又前頭位、額位及顔面位ニ於ケルガ如クニ兒頭廣キ後頭ヲ以テ會陰ヲ排シテ娩出スレバ、其際會陰ヲ強ク横徑ニ緊張セシメ、容易ニ其破裂ヲ來タスモノナリ。

五。不適好ナル耻骨弓 Der unguünstige Schambogen.

後頭ノ形狀ニ克ク適合スル耻骨弓ニアリテハ、分娩時ニ頭蓋深ク之ニ進入スルヲ以テ後方ニ偏倚スルノ度少ナキモ、耻骨弓ニシテ拘攣病性扁平骨盤ニ於ケルガ如クニ廣ク且ツ低キカ、或ハ小兒骨盤ニ見ルガ如クニ狭ク且ツ高キ者ニアリテハ、頭蓋克ク弓内ニ適合セザルガ故ニ出口通過ニ際シテ會陰及骨盤底軟部ヲ過度ニ延展セシメ爲メニ破裂ヲ來タシ易シ(上卷第二百五頁ヲ見ヨ)

六。不適好ナル位置ニ於ケル分娩 Die Geburt in unguünstiger Lage.

産婦ノ背位、軽度ノ骨盤傾斜等ノ如シ。

七。手術的分鏡 Die operativen Entbindungen.

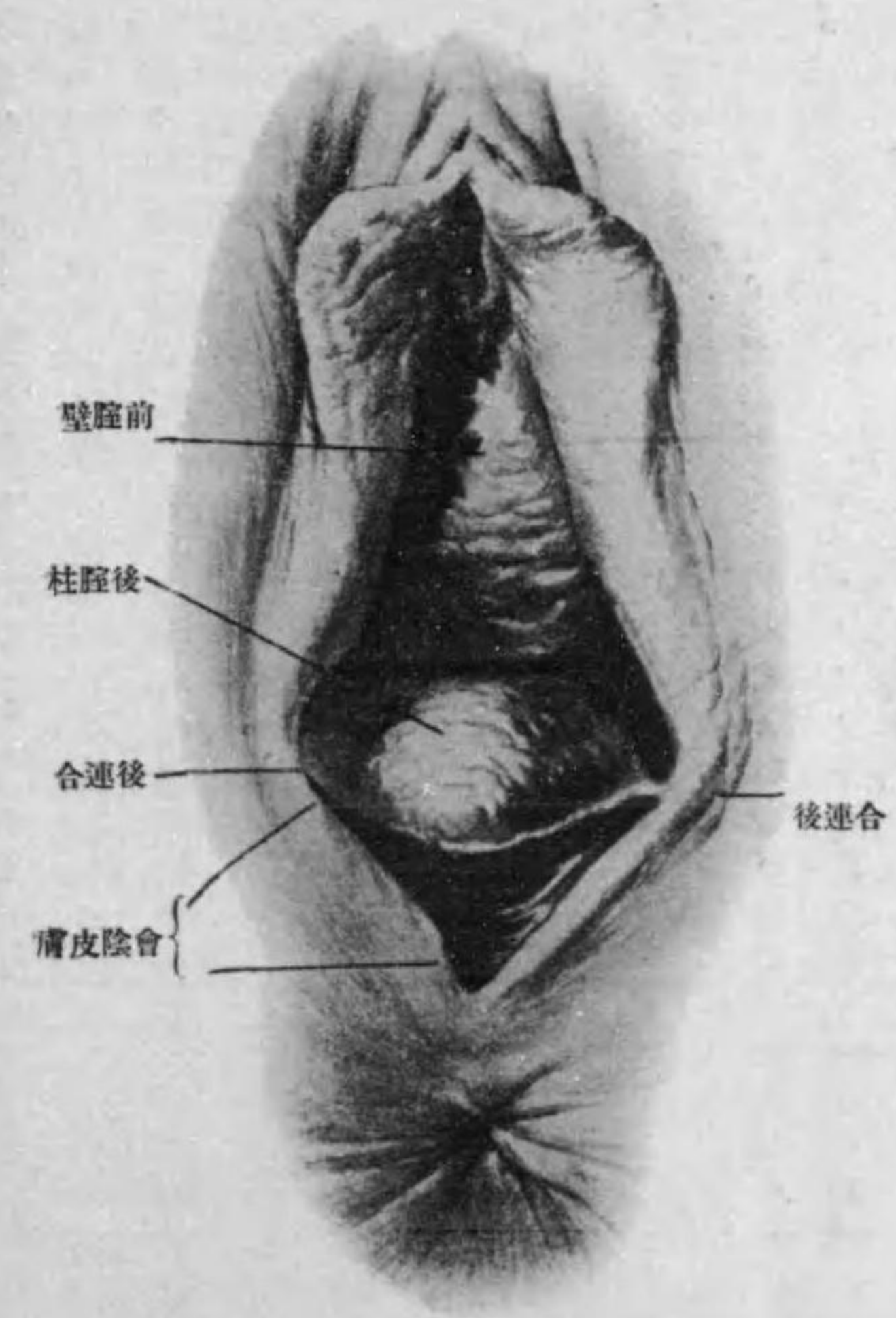
手術的遂鏡ニアリテハ、上記第三及第四兩項ノ動機ハ屢共ニ働クモノナルヲ以テ、手術的破裂 Die operativen Risse ハ嘗ニ頻繁ニ目撃スルノミナラズ、其裂傷モ亦頗ル高度ナル者多シ、直腸ニ迄達スルガ如キ骨盤底ノ廣汎ナル破壊ハ殆ンド只ニ鉗子手術及後進兒頭ノ用手的挽出後ニ目撃セラル、モノナリ、又或場合ニハ回轉術施行ノ必要上手時ヲ送入スルニ當リテ會陰ノ破裂ヲ來スコトアリ。

破裂發生ノ狀況 會陰破裂ハ胎兒先進部ノ會陰ヲ排シテ通過スル際、其擴張極度ニ達

シタル時ニ發スルモ、其發生ノ狀況ヲ仔細ニ觀察セバ之ニ二種アルヲ認ム可シ、其一ハ鉗子手術ノ如キ手術的遂鏡、狹隘ナル耻骨弓等ニ際シテ屢々目撃スルモノニシテ、組織

ノ破裂内方ヨリ、外方ニ向テ波及ス、即チ先ヅ腔粘膜ハ其深部ノ骨盤筋層ト共ニ横徑ニ緊張シテ遂ニ破裂スルモ、會陰ノ皮膚ハ猶完存シ、其後該皮膚ハ頭部ノ排出ニ際シテ初メテ離開シ、或ハ已ニ下層ヨリ剝離セル會陰ノ皮膚橋ハ後方肩胛ノ娩出ニ際シテ離斷ス、猶兒頭ノ迅速ナル娩出ノ結果トシテ直腸ニ迄達スル最高度ノ會陰破裂ニアリテモ亦組織ノ離斷ハ内方ニ始マリテ外方ニ及ブヲ常トス、其二ハ叙上ト反對ニシテ裂傷ハ

圖五十九百四第
(度一第)裂破陰會在淺
(n. Bumm)

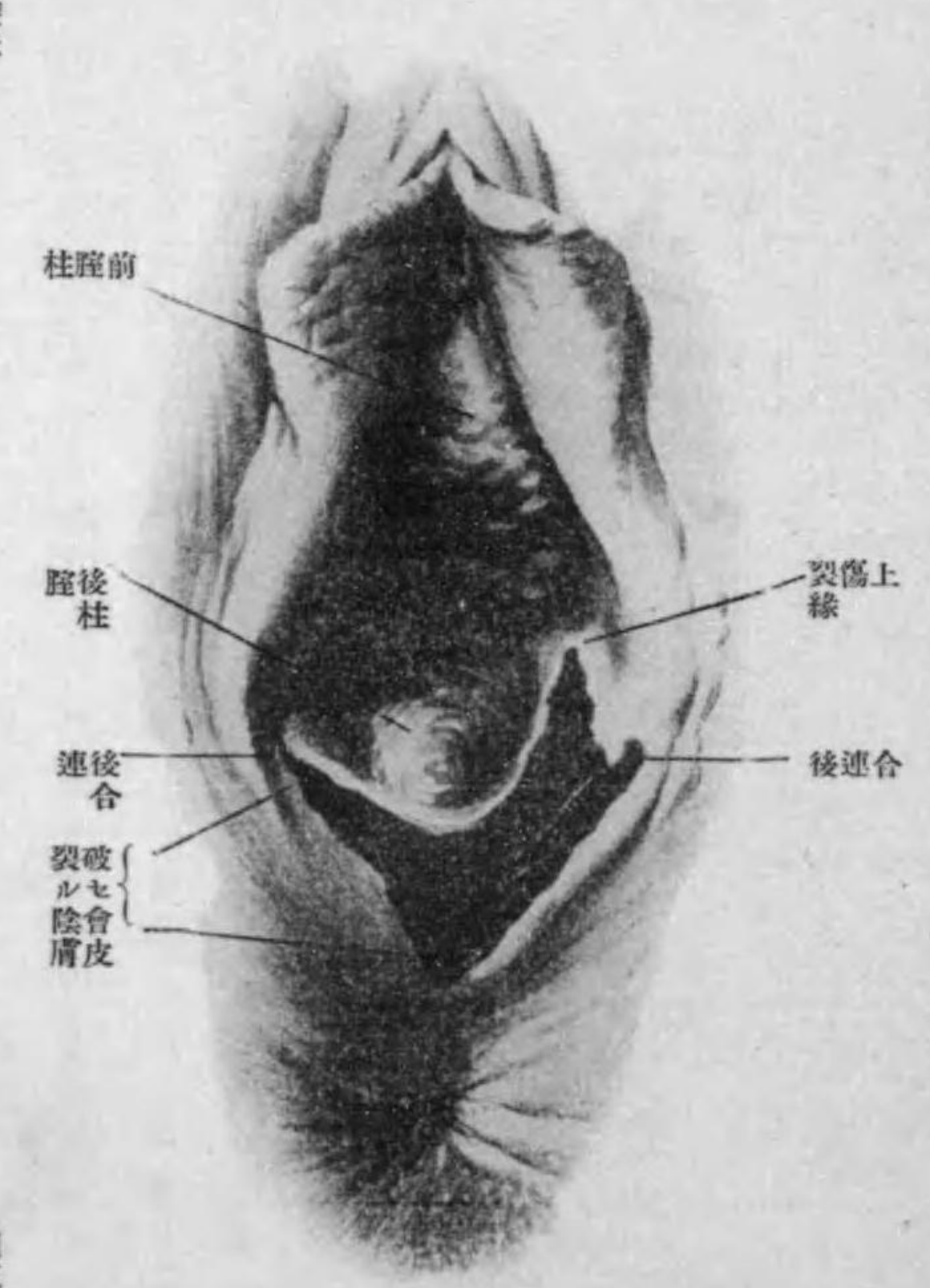


シテ、自然分
及、プモノニ
リテ、内方ニ
外方ニ始マ
ハ、内方ニ
シテ裂傷ハ
ス、猶兒頭ノ
メテ離開シ、
緊張シテ遂ニ
ノ破裂内方ヨ
爾餘ノ分鏡合
四五八

唇繫帶先ヅ破レ、其裂傷ハ會陰縫合ニ沿フテ下方ニ延長スルモ、會陰體ノ深部筋層ハ迄モ犯カサレザルナリ。

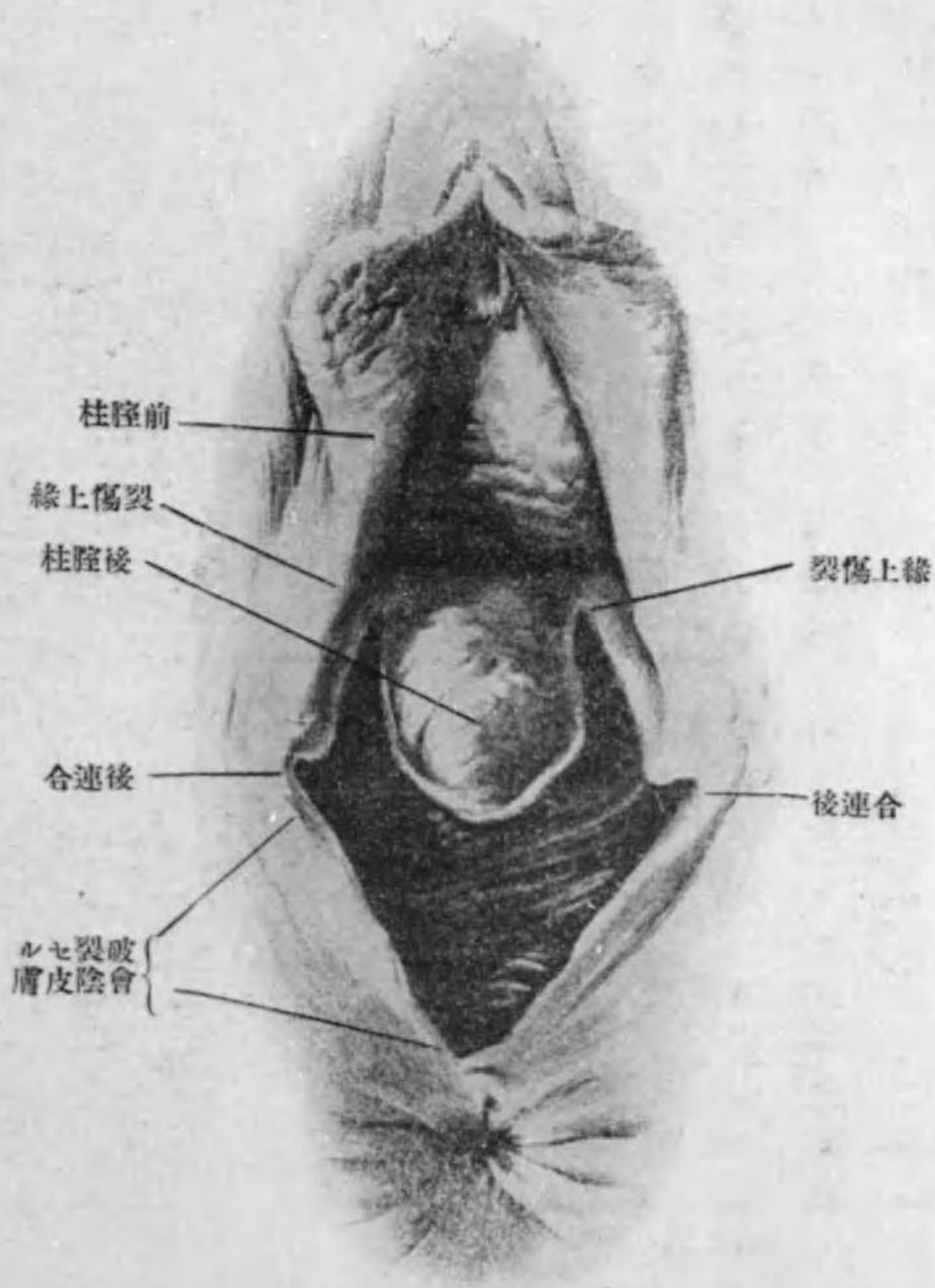
會陰破裂ノ區別 裂傷ノ長短及深淺ハ頗ル不同アリ、今之ヲ三度ニ大別ス。
(1) 淺在(第一度)會陰破裂 Der Oberflächliche Dammriss (I. Grades) 會陰皮膚ノ破裂ニシテ後腔壁ノ粘膜只僅カニ破裂スルモ、腔括約筋ハ猶完存スルモノナリ(第四百九十五圖)

圖六十九百四第
(度二第)裂破陰會在深
(n. Bumm)



淺横會陰筋
及會陰中樞
髓共ニ斷裂
スルモノニ
シテ、其際裂
傷ハ正中ニ
位セズシテ、
腔ニ於テハ
腔柱ノ側方
ニ存シ、或ハ
其一側ニ或
四五九

圖七十九百四第 (度二第) 裂破陰會在深 (n. Bumm)



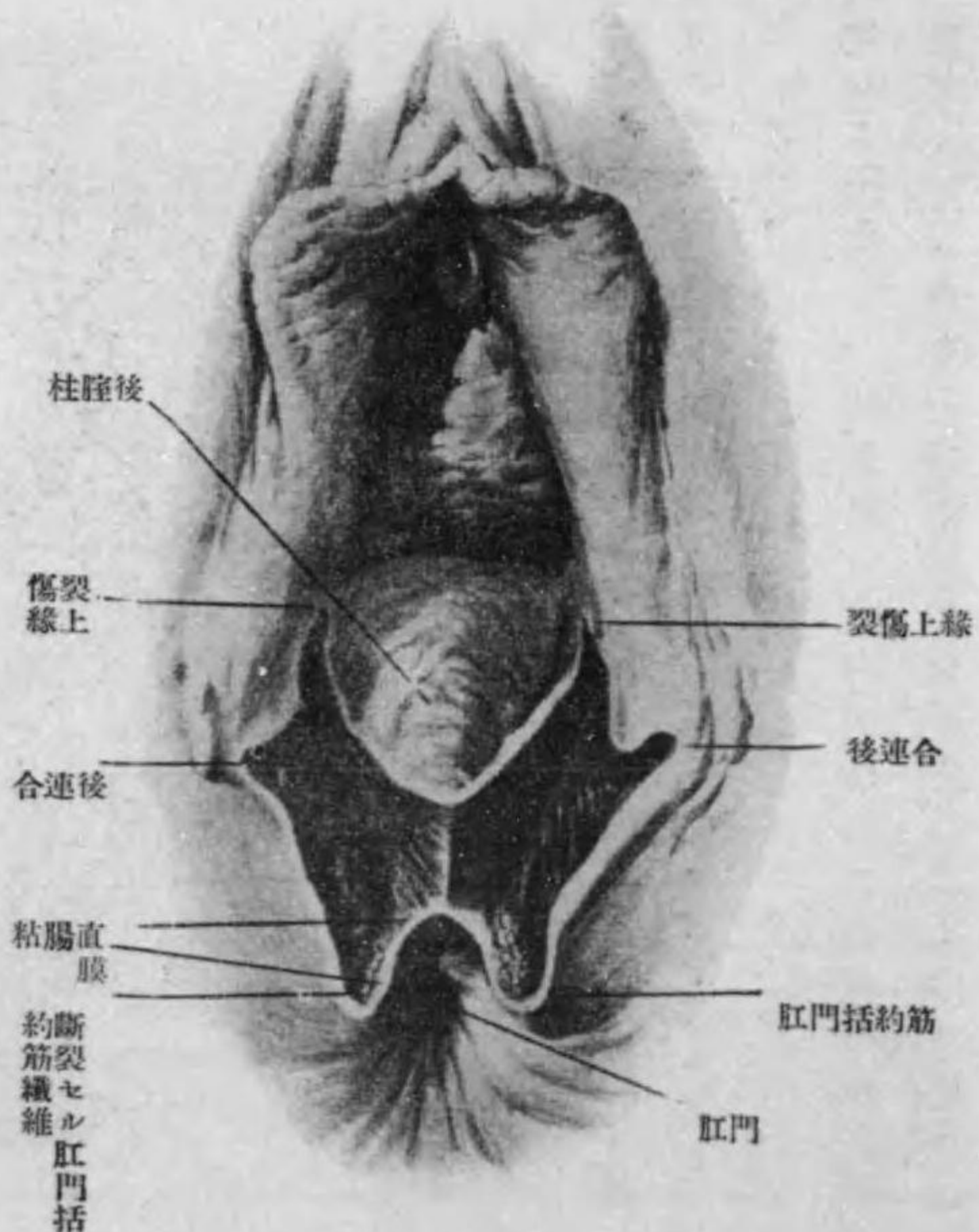
ハ肉叉狀ニ
二脚ヲナシ
テ兩側ヲ走
リ、陰柱ハ一
部剝離シテ
上方ニ卷轉
ス(第四百九
十六圖及第
四百九十七
圖)

度(3)完全第三
度陰破裂

Der komplette Dammniss (III. Grades) 裂傷直腸ニ達スルモノニシテ、常ニ腔粘膜、會陰皮膚
及其深部筋層ノミナラズ、肛門括約筋ノ輪狀纖維及腔直腸中隔モ亦斷裂スルモノナリ、
腔及直腸ハ連結シ、詳言スレバ二者共ニ會陰創傷ノ出血スル邊緣ニヨリ形成セラレタ
ル一空洞内ニ開口ス(第四百九十八圖)

會陰破裂ヲ區別スルニ、其裂傷ノ腔及會陰ニ限局スルヲ單純會陰破裂、Der einfache Dammniss トナ

圖八十九百四第 (度三第) 裂破陰會全 (n. Bumm)



シ、肛門括約筋ヲ
斷裂シテ直腸部
或ハ直腸内ニ達
シ、爲メニ直腸腔
中隔ノ下部ヲ斷
裂セシムルヲ全
會陰破裂、Der to-
tale Dammniss ト稱
スルモノアリ。

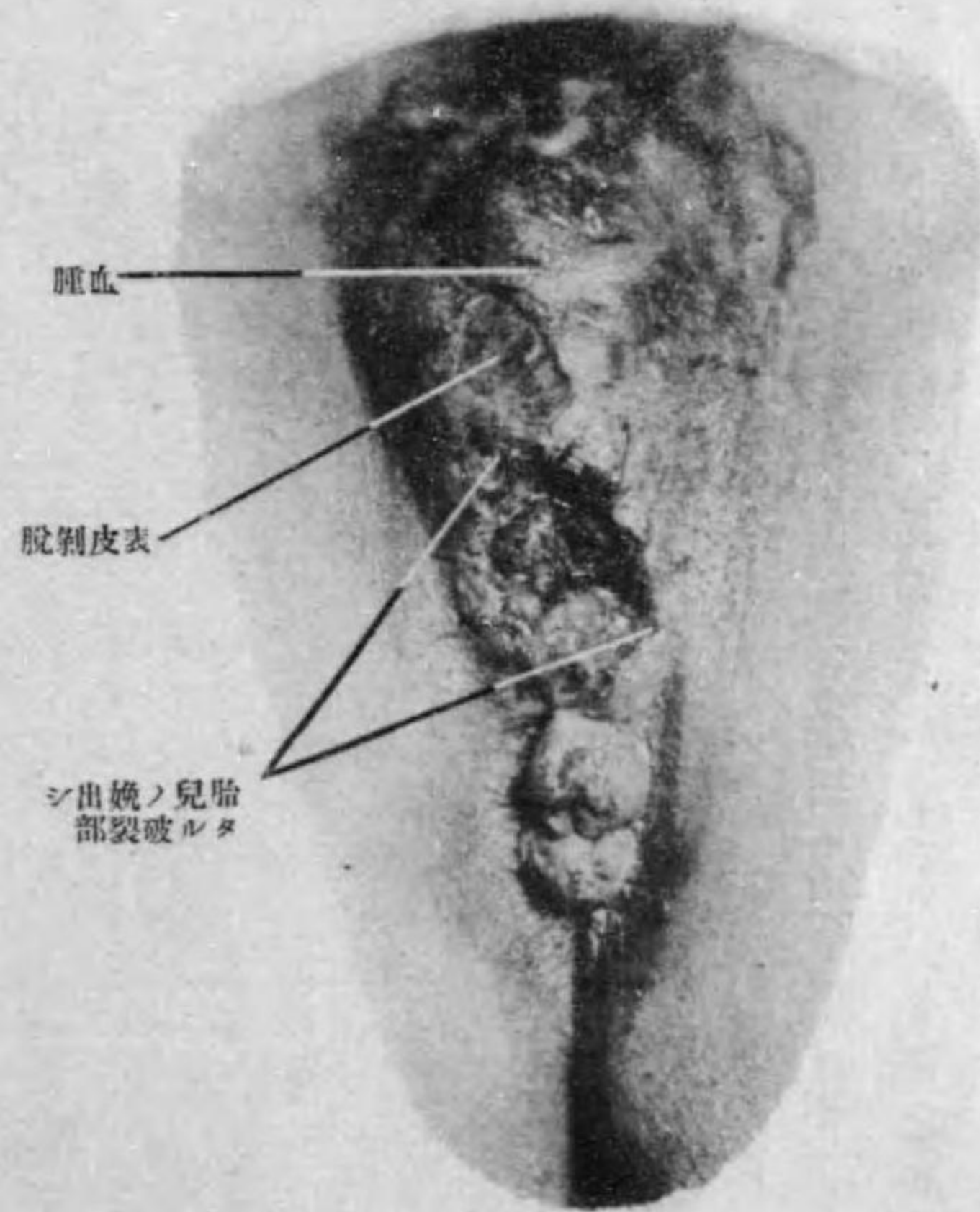
尚ホ會陰破裂
ニシテ一種特
異ナルハ所謂

中心會陰破裂 Die sog. zentrale Damnrupfur ト稱スル者ナリ、之ニ在リテハ會陰ハ其中央ニ
於テ破裂シ、胎兒ハ其裂口ヲ通ジテ娩出シ、前方腔入口及後方肛門ニ於テ組織橋狀ヲ爲
シテ殘存ス(第四百九十九圖及第五百圖)斯ル破裂ハ頗ル稀有ニシテ、陰門抵抗著シクシ
テ適カニ前方ニ位置シ且ツ同時ニ會陰甚ダ高キ者ニ於テ、例之恥骨弓ノ狹隘ニ因リテ
兒頭後方ニ轉向セラル、ガ如キ時ニ當リ會陰著シク膨隆シテ菲薄トナルノ結果破格

分娩ノ病理及療法

圖九十九百四第

(同時四十二後娩分) 裂破陰會央中
(品標科人婦科產院病本熊立縣、撰原)



四六二
的ニ其中央ニ於
テ穿破スルモノ
トス

余ハ今日ニ至ル迄中央破裂ノ三例ヲ分娩後ニ於テ實驗セリ、茲ニ掲ゲタル二圖ハ此内ノ二例ナリ、既往症ニ據ルニ三例共ニ分娩中臥床上ニ蒲團ヲ積ミ重手之ニ前

陣ヲ横タヘテ上半身ヲ支ヘ、嗣ヲ稍々前方ニ傾ケテ跪座シタル位置ヲ探レリ、該位置ニアリテハ子宮底前方ニ傾キ陣痛壓ノ其方向ヲ變ジ兒頭ヲ強ク會陰部ニ壓下セラルル爲メニ該破裂ヲ誘起スルモノナル可シ。

症候 自覺的症狀ハ僅微ニシテ產婦ハ陰門ニ灼熱ヲ訴フ、出血ハ概シテ少ナク、只強出血ハ破裂高ク腔内ニ或ハ會陰ノ側方ニ亘レル時ニ於テ之ヲ見ルノミ、會陰破裂ハ皮膚

レコトナク加之靜穩ナラザレバ何人ト雖モ正確ナル會陰縫合ヲ行フヲ得ズ表在破裂
ニ在リテハ側臥位ニ於テ縫合ヲ行フヲ便利トス其際臀部ヲ臥床ノ邊緣ニ來タラシメ
上方ノ後臀部ヲ提舉シテ會陰部ヲ視易カラシムルト共ニ自由ニ手ヲ之ニ達スルヲ得
セシム可シ裂傷深ク腔内ニ進メル者ニアリテハ婦人ヲ橫床位トナシ尾骶背位ヲ取ラ
シムルト共ニ兩股ヲ哆開セシメ知覺過敏ナル婦人ニハ麻酔ヲ行フベシ
縫合ハ胎盤ノ娩出後直チニ之ヲ行フヲ最佳トシ特ニ手術的遂婉後ニハ産婦ノ麻酔ヨ
リ醒覺セザル挽出術後ノ數分間ニ施術スルヲ最モ便利トス然ルニ外部ノ狀況ニシテ
婦人ヲシテ正シキ位置ヲ探ラシムル能ハザルカ或ハ室内ノ照輝不良ナルカ或ハ完全
會陰破裂ニシテ其縫合ニ當リ堪能ナル助手ヲ要ス可キカノ際ハ施術ヲ次ノ十二時間
内ニ延期スルモ可ナリ初メ克クガトセテ以テ檢塞セラル、時ハ創傷ハ産後二十四時
間ニシテ仍ホ且ツ破裂發生直後ノ如クニ第一期癒合ヲ營ミ得可キ適好狀態ヲ呈スル
コトアルモ此以上ニ時日ヲ遅延スルハ不可ナリトス蓋シ此際已ニ肉芽形成ヲ始ムレ
バナリ

縫合材料(絹絲、絹蠶絲、線等)及縫合法(結節縫合、走行縫合)ノ撰擇ハ醫士ノ好ム所ニ任カシ
テ可ナリ、苟クモ防腐法佳良ニシテ多少ノ技巧ヲ有スルニ於テハ、設令如何ナル材料ヲ
以テスルモ、如何ナル方法ニ據ルモ、縫合セル會陰破裂ハ第一期癒合ヲ呈シテ治癒スル
モノナリ、然ルニ縫合絲ハ會陰破裂ノ腔内ニ横ハレル部分ニハ腸線ヲ用ユルヲ最佳ト

分娩ノ病理及療法

ス、腸線ハ創縁ヲ充分ニ固ク接着セシメ得可ク、尙ホ約一週日後ニハ自ラ溶解スルヲ以テ拔絲ヲ要セザルノ便アリ、絹絲ハ惡露分泌物ヲ以テ滲潤セラレ易キヲ以テ、時ニ速カニ縫合部ノ化膿ヲ招致スルコトアリ、會陰ノ皮膚ニハてぐす及あるみにうむ青銅鏽 Der Aluminiumbronzedraht ヲ最可トス、是等ハ毫モ惡露及創面液ヲ吸收セザルノミナラズ十分ニ固ク癒合スル迄放置セシメ得ルモノナリ。

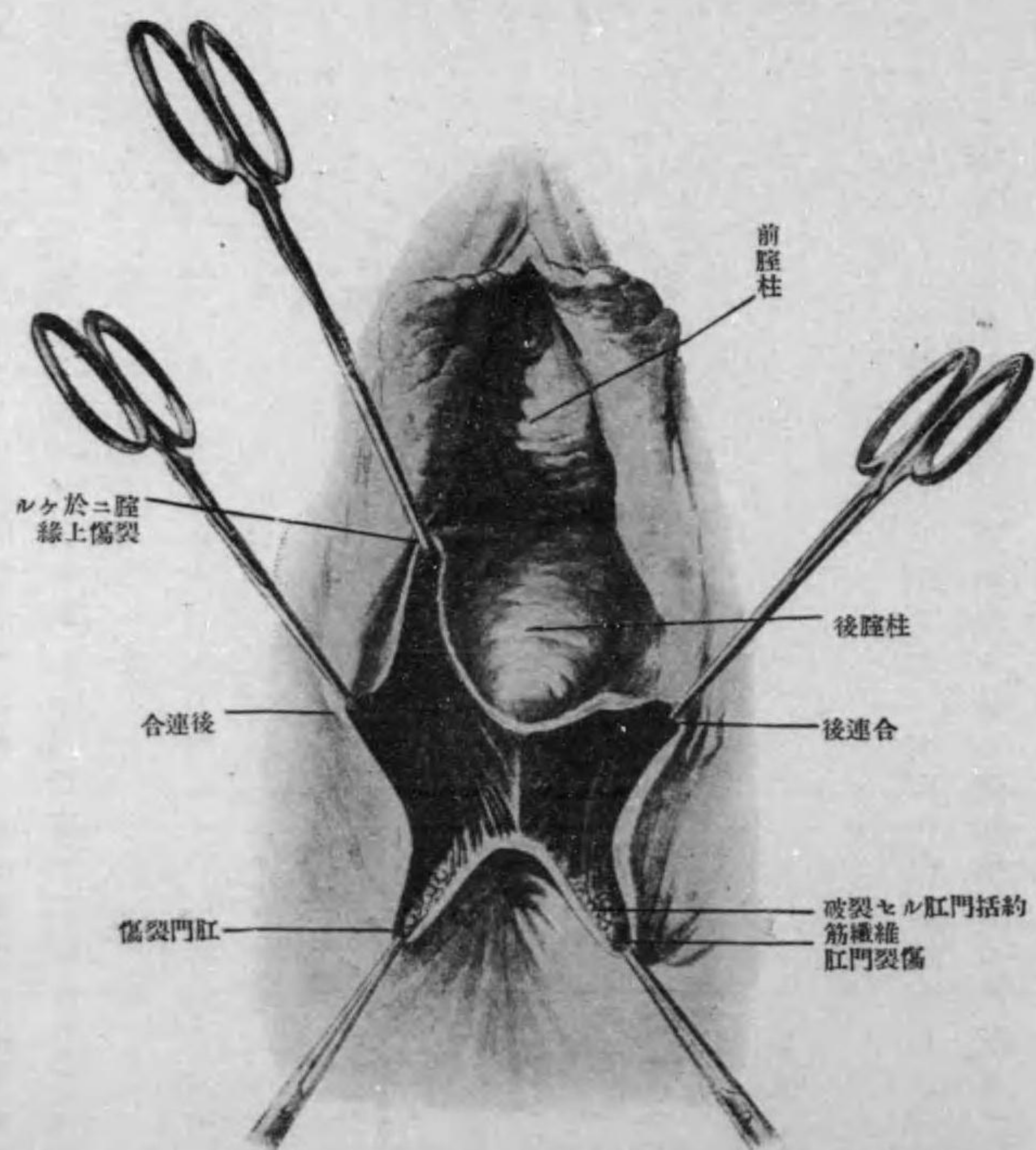
縫合ヲ始ムルニ當リテハ前述セル如ク裂傷創面ヲ全部露出セシムルコト最必要ナリ、然ラズンバ、往々只會陰ノ皮膚ノミヲ縫合シテ、其後方ニ存スル腔ノ裂傷ヲ看過シ、此際遺存セル大ナル創傷空洞内ニ惡露滯溜シテ發熱シ、癒着シタル皮膚創ノ再ビ離開スルニ至ルコトアリ、創面ヲ露出スル方法ハ第五百一圖ヲ見レバ其要領ヲ知り得ベシ、先ヅ陰唇後連合部ニ二個ノくれんめヲ貼シ、以テ創縁ヲ左右ニ開ケバ、克ク腔内ヲ見ルヲ得ベキヲ以テ、裂傷ノ上端ヲ容易ニ發見シ、他ノくれんめニテ之レヲ固定シ得可シ、終リニ尙會陰若クハ直腸ノ裂傷ノ下端ニくれんめヲ貼スレバ、全創面ヲ露呈スルヲ得ルモノナリ。

今ヤ縫合ニ際シテハ總テハ部ヲ破裂以前ニアリタルガ如ク、ニ再ビ相接着セザル可カラズ、筋ノ斷端ハ常ニ側方ニ牽縮スルガ故ニ總テノ會陰創ハ横徑ニ歪メリ、由テ縫合絲ヲ左ヨリ右ニ穿通シ、創面ヲ兩側ヨリ中央ニ牽集シテ縫着シ、以テ舊形ニ復セシムルモノナリ。

第五百一圖

全會陰破裂露出

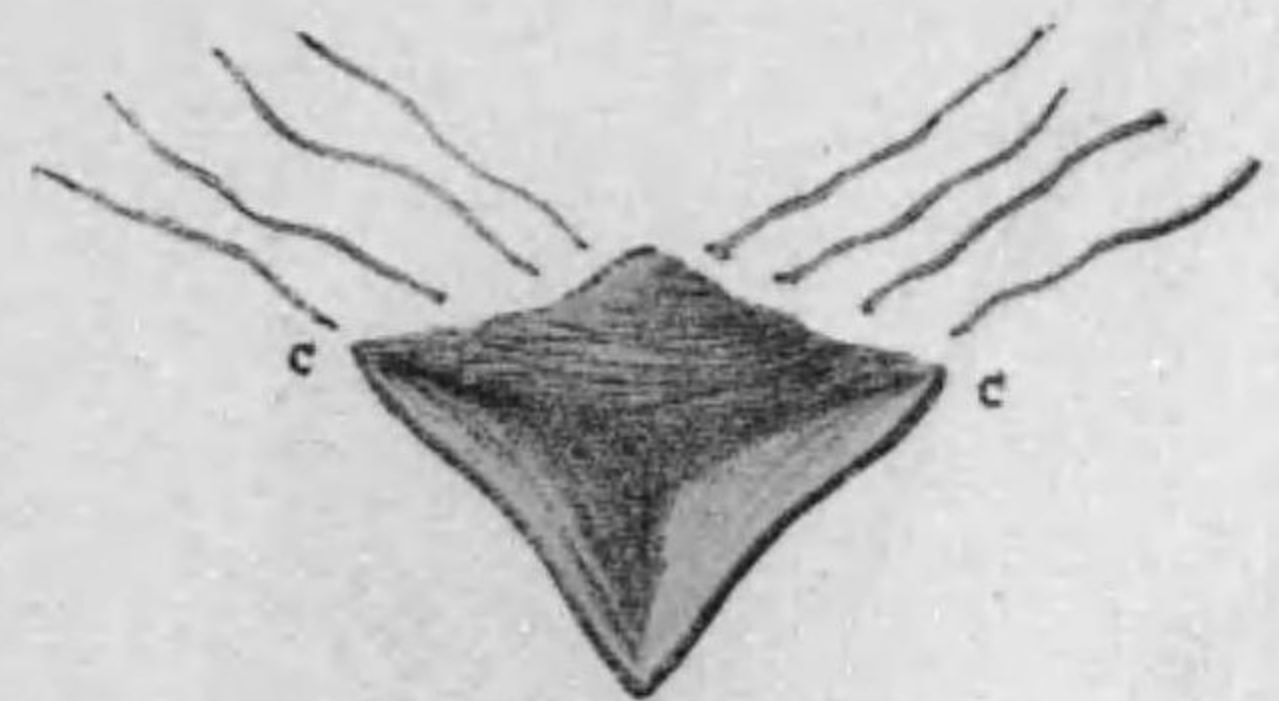
(n. Bamm)



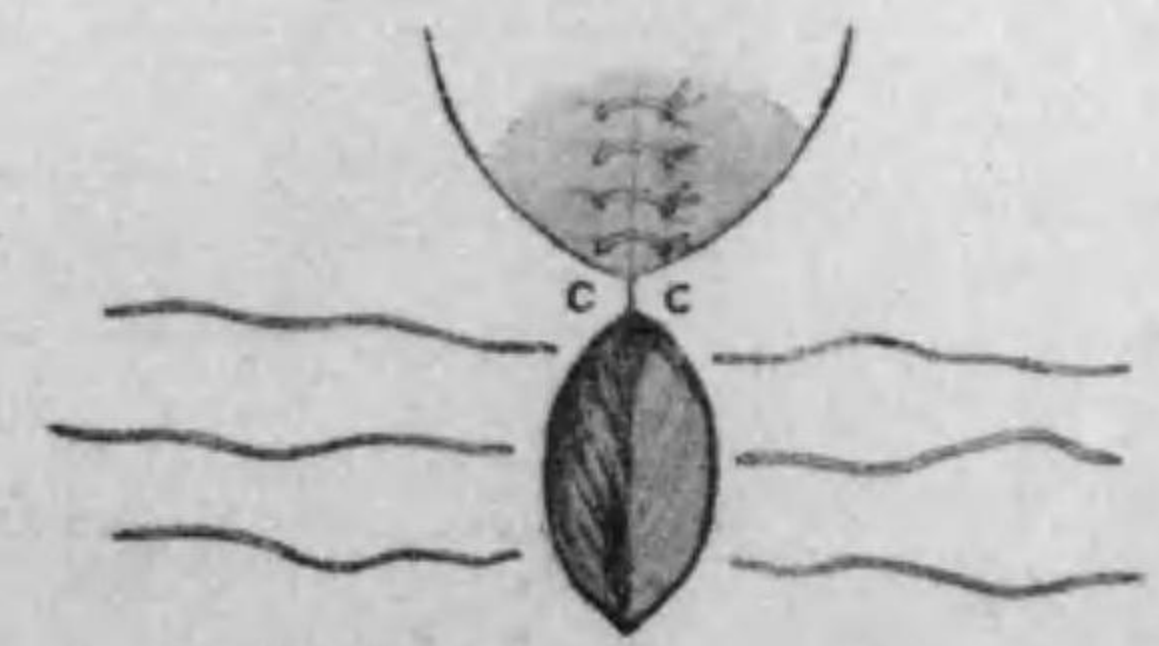
分癒ノ病理及療法

爾餘ノ分塊合併症
 淺、在、會、陰、腔、破、裂、ニ、於、テ、ハ、縫、合、最、モ、簡、單、ニ、シ、テ、初、メ、腔、創、緣、ヲ、橫、縫、合、ニ、ヨ、リ、テ、接、着、シ、次
 ニ、連、合、部、終、リ、ニ、會、陰、ノ、皮、膚、ニ、及、ブ、ナ、リ、(第、五、百、二、圖、及、第、五、百、三、圖)。

圖二百五第
 合縫裂破陰會在淺
 (n. Dumm)
 合連後唇陰CC

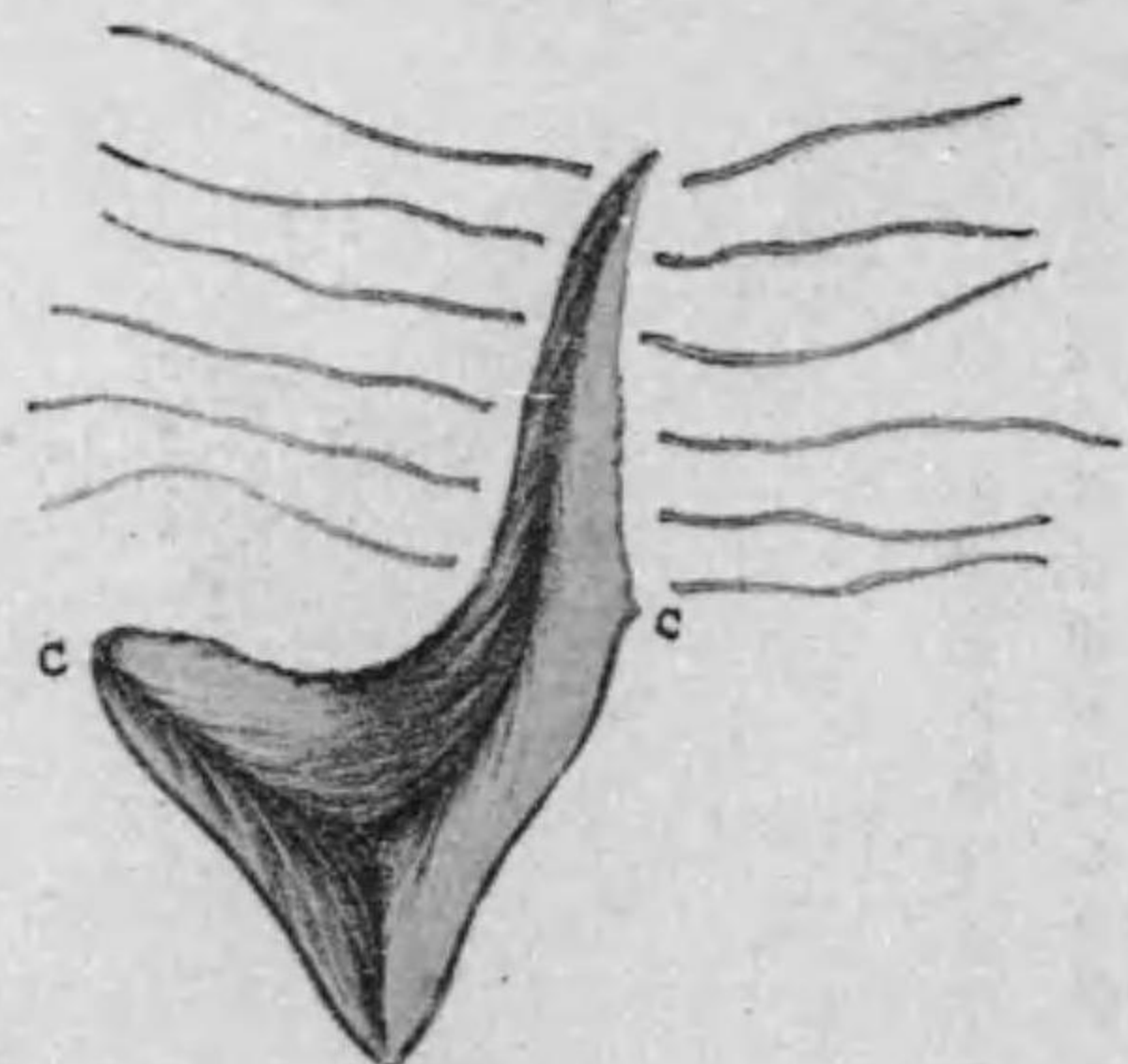


圖三百五第
 上 同

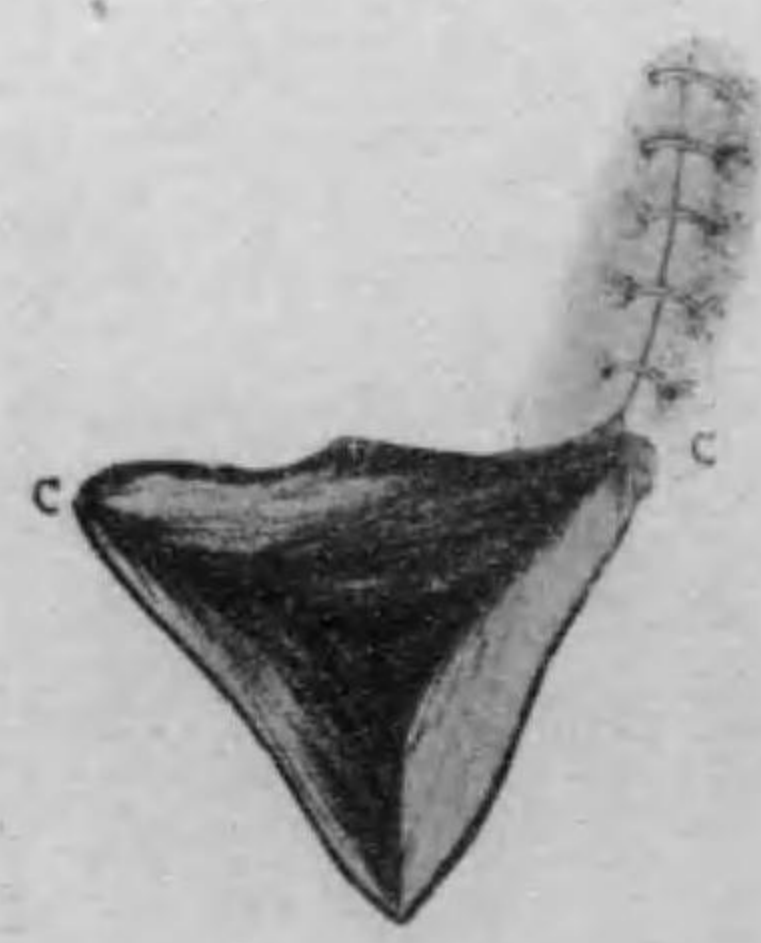


深、在、會、陰、破、裂、ニ、在、リ、テ、ハ、腔、裂、傷、ノ、縫、着、ヲ、以、テ、初、メ、其、際、腔、柱、剝、離、シ、上、方、ニ、卷、轉、セ、バ、之
 ヲ、正、位、ニ、復、セ、シ、ム、(第、五、百、四、圖、及、第、五、百、五、圖、然、ル、後、ハ、創、面、恰、カ、モ、第、五、百、二、圖、ニ、示、セ、ル
 ガ、如、キ、淺、在、破、裂、ト、同、一、狀、態、ト、ナ、ル、ヲ、以、テ、前、記、ノ、如、ク、ニ、縫、合、セ、バ、可、ナ、リ、。

圖四百五第
 合縫裂破陰會在深
 (n. Dumm)
 合連後唇陰CC



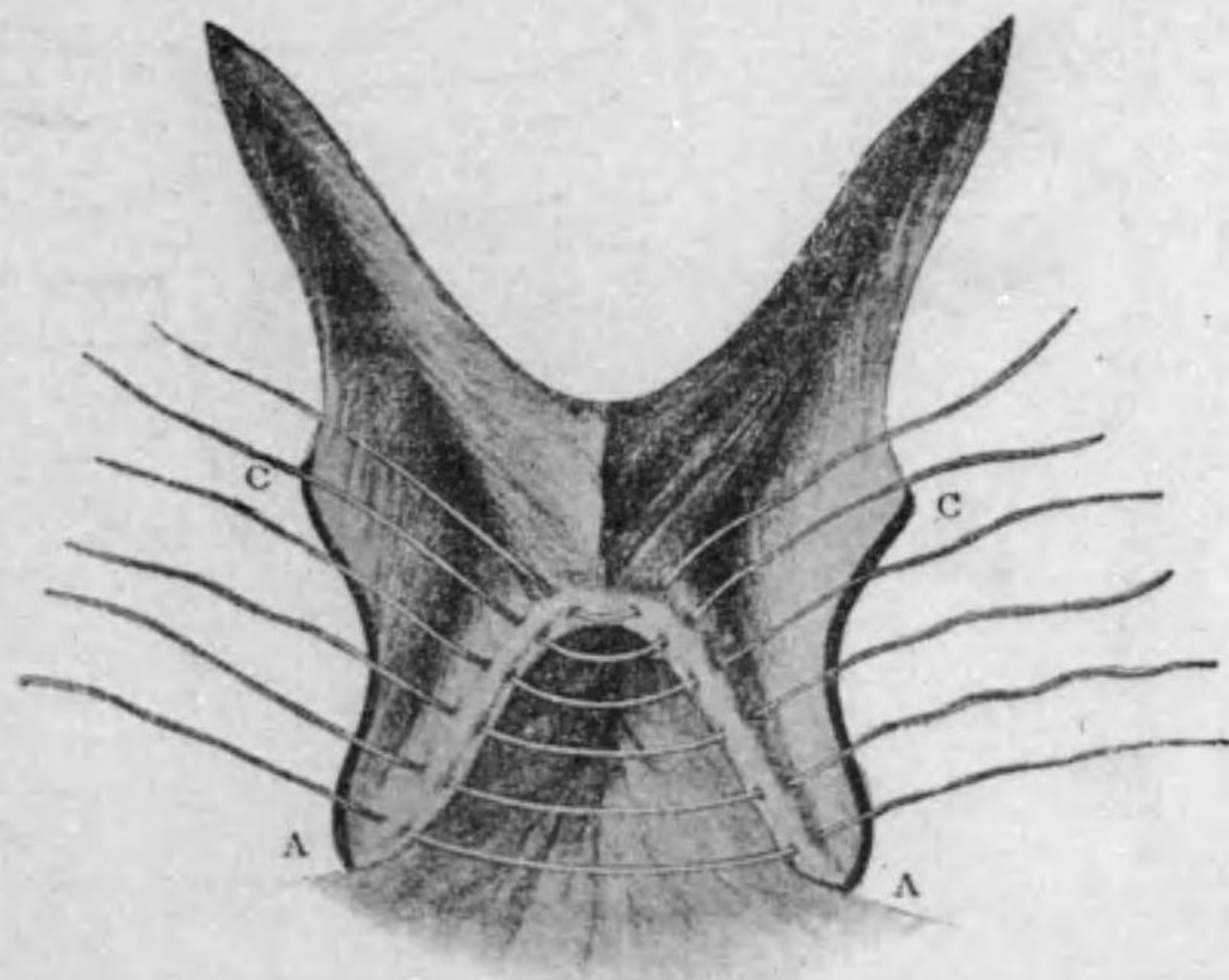
圖五百五第
 上 同



完、全、破、裂、第、五、百、六、圖、a、b、c)ニ、ア、リ、テ、ハ、第、一、ニ、腸、壁、及、肛、門、括、約、筋、斷、端、ヲ、接、着、セ、シ、ム、ル
 ニ、ア、リ、之、ニ、於、テ、ハ、或、ハ、腸、線、ヲ、以、テ、埋、沒、縫、合、一、粘、膜、下、ニ、於、テ、シ、直、腸、粘、膜、ヲ、穿、通、ス、ル、コ
 ト、ナ、シ、一、ヲ、行、ヒ、(第、五、百、六、圖、a)或、ハ、之、ヨ、リ、可、ナ、ル、ハ、小、ナ、ル、絹、絲、ヲ、用、ヒ、直、腸、ヨ、リ、穿、通、シ、
 腸、ノ、粘、膜、及、筋、肉、ヲ、廣、ク、包、括、シ、テ、再、ビ、直、腸、ニ、穿、出、シ、而、シ、テ、此、内、ニ、テ、結、節、ス、斯、ク、シ、テ、直
 腸、及、括、約、筋、縫、着、セ、ラ、ル、レ、バ、第、五、百、六、圖、b)ニ、於、テ、見、ル、ガ、如、ク、裂、傷、ハ、通、常、ノ、深、在、腔、會、陰

(a) 圖六百五第

(1) 合縫裂破陰會全
(n. Esmm)



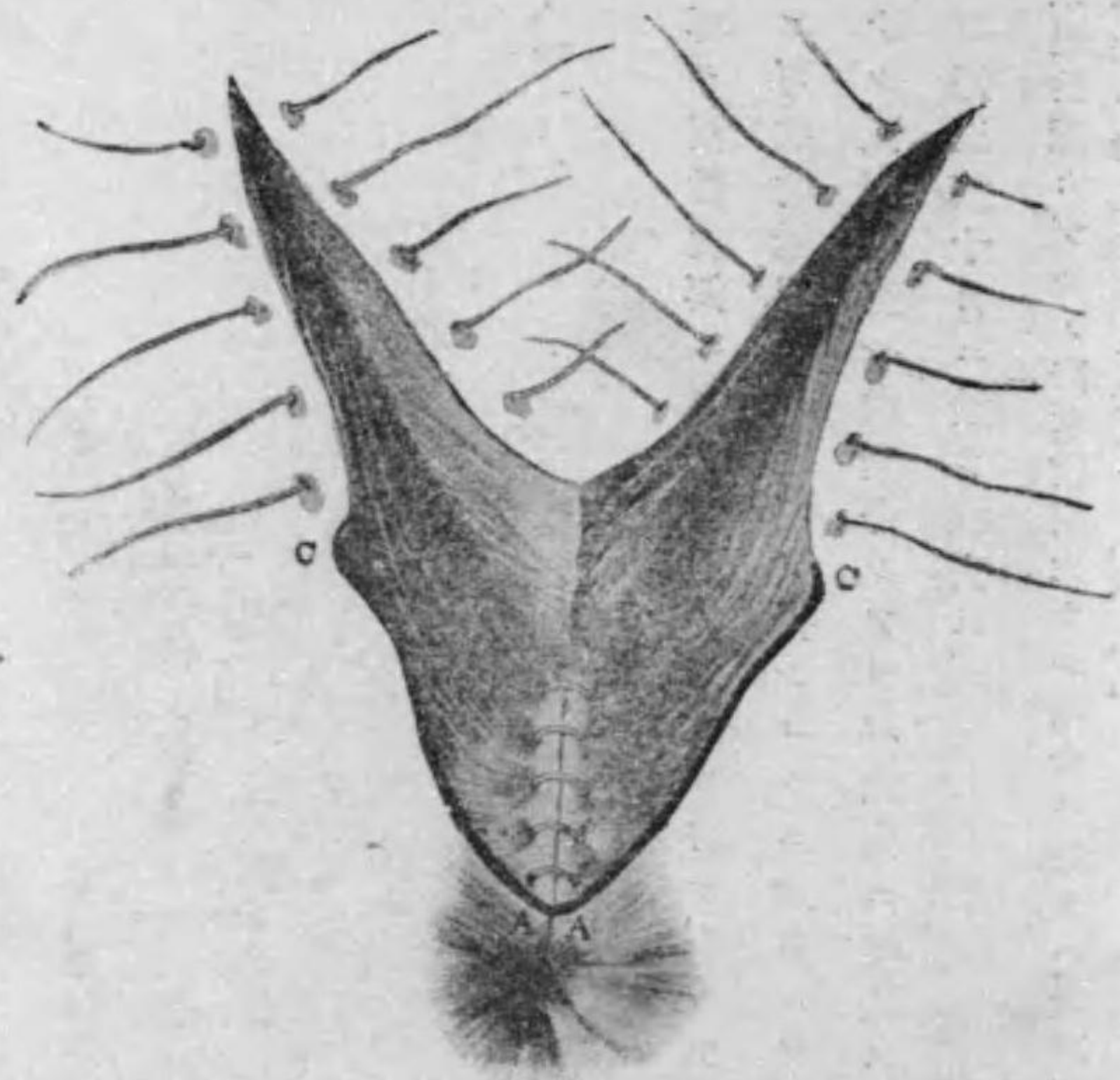
合連後唇陰 CC
部傷裂ノ門肛 AA

縫合スルコト困難ナリ、由テ破裂部ノ前方ニ存スル組織ヲ人工的ニ離斷シテ深在會陰破裂トナシ、然後該破裂ノ縫合法ニ從ヒテ處置スルヲ便利ナリトス。
總テノ會陰裂傷縫合後ハ特殊ノ後療法ヲ要セズ、其主眼ハ安靜ヲ守ラシムルニアリテ、

破裂ト同状態ヲ呈スルニ至ルヲ以テ之ト同様ナル方法ニヨリ順次閉鎖ス可キナリ。中央會陰破裂ニアリテハ、其ノ現狀ノ儘ニ於テ縫合ヲ施スコトハ不便ニシテ、特ニ後腔壁ニ於ケル裂傷ヲ完全ニ

(b) 圖六百五第

(II) 上 同



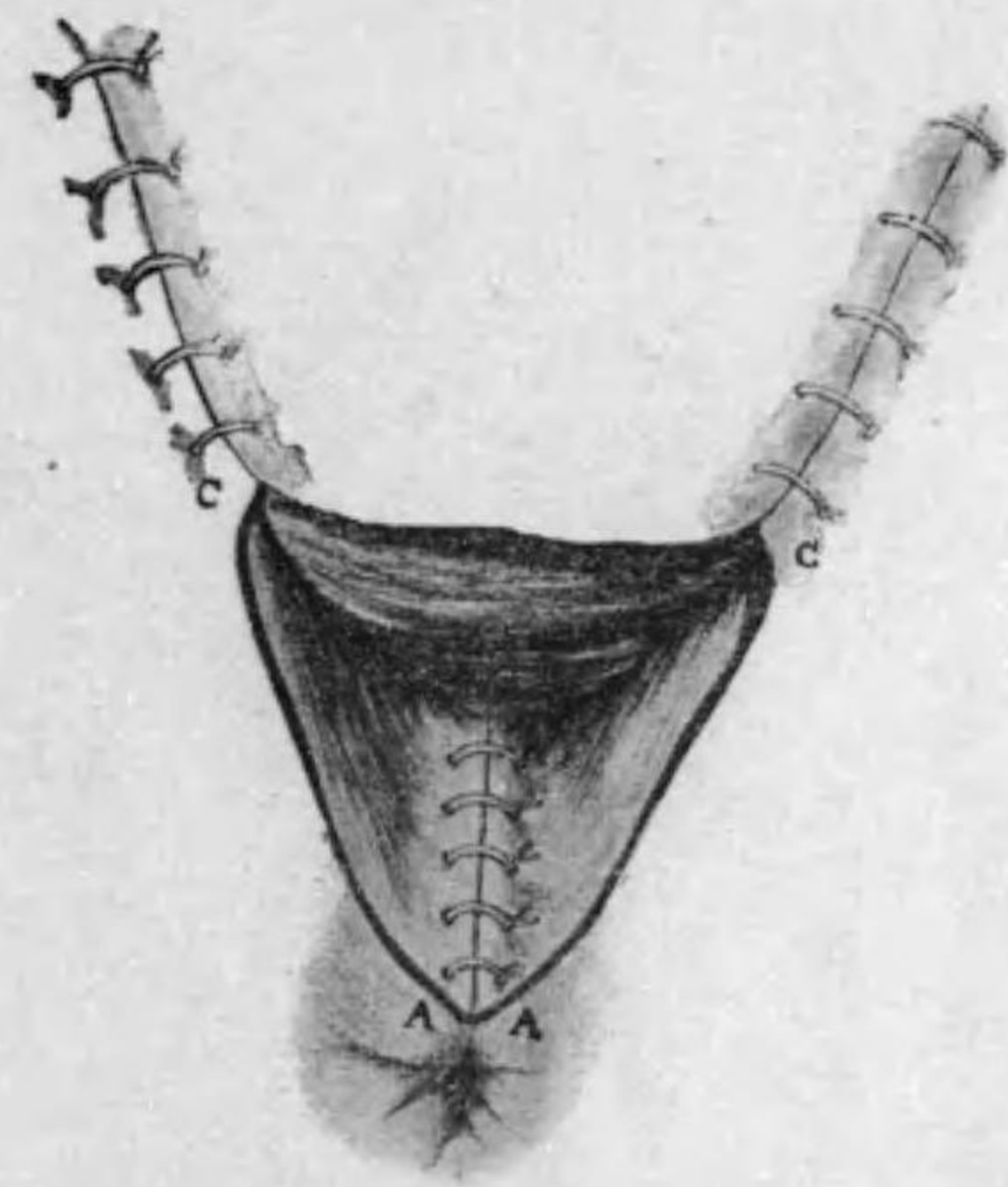
部傷裂ノ門肛 AA
合連後唇陰 CC

モ之ヲ行フヲ要セズ、縫合後其治癒ヲ害スルハ屢々局所ヲ檢視スルニアリ、何トナレバ兩脚及陰唇ノ離開ハ膠着セル創縁ヲ一部或ハ全部隔離シ易ケレバナリ、故ニ縫合後一週間ハ兩股ヲ密着シテ安靜ニ臥セシメ局所ノ検査ヲ行ハザルヲ最佳トス、又完全破裂

分鏡ノ病理及療法

腔ノ洗滌或ハ人工的膀胱排泄ノ如キハ之ヲ要セズ、縫合後陰門外ニ沃度仿謨綿紗ヲ抵置シ、綿紗ニ惡露性分泌物ヲ吸收飽充スレバ時々之ヲ交換スレバ可ナリ、叙上ノ縫合佳良ニシテ傳染スルコトナケレバ第一期癒合ヲ遂グルモノナリ、縫合部ニ於ケル沃度仿謨ノ撒布ハ敢テ不可ナキモ、必ズシ

(c) 圖六百五第
(III) 上 同



部傷裂ノ門肛 AA
合連後唇陰 CC

ラレ、寧ろ專ラ液性食餌ニヨリ硬便ノ形成ヲ防ギ、而シテ第五或ハ第六日ニ於テりちね油ニ依リテ可成の稀薄ナル液便ヲ得ンコトニカムルヲ良トス、蓋シ液便ハ創傷ヲ延展スルコトナク又創縁至ル處癒合シアラバ此内ニ侵入スルコトナケレバナリ、會陰ノ縫絲ハ第八日乃至第十日ニ於テ拔去ス。

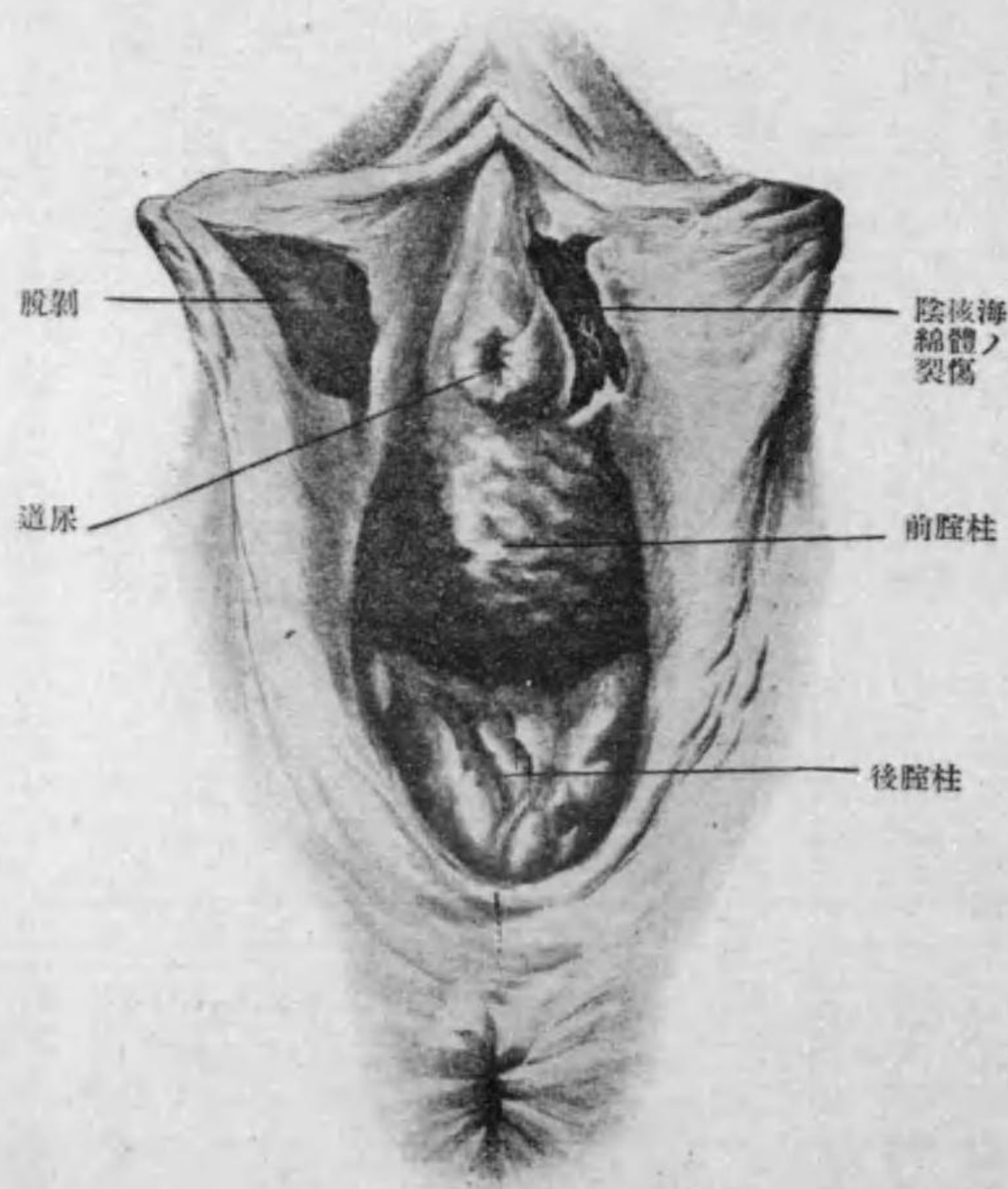
會陰破裂治癒セザルノ際其稍廣大ナル場合ニ於テハ、産褥期ヲ過ギテ後會陰成形術ヲ施スヲ要ス(其法ハ婦人科學ニ於テ)第二期縫合詳言スレバ産褥期間ニ於テ治癒セザリシ會陰破裂ノ

内芽面ヲ切除シテ新創面ヲ造リ、更ニ縫合ヲ施シテ破裂ヲ閉塞スルノ法ハ一般ニ實用セラレザルナリ。

(己) 外陰部ニ於ケル爾餘ノ損傷 Andere Verletzungen
der äusseren Genitalien.

圖七百五第

傷創機分的型定ルケ於ニ圖前門陰
(n. Hamm)



陰門部ニ於テハ小陰唇内面ノ挫傷、剝脱及裂傷ヲ來タスコト頻繁ナリト雖モ、是等ハ概シテ表在的ニシテ且ツ廣キニ亘ラザルヲ以テ、何等症狀ヲ發スル

コトナク産褥間ニ自ラ治療ス然ルニ外陰部損傷ニシテ重大ナル關係アルハ、**挺、孔、部**、及尿道隆起部ニ於ケル裂傷トス、是等部位ニ於テハ粘膜直下ニ比較的巨ナル血管ヲ存スルガ故ニ、微細ノ裂傷ト雖モ時ニ著大ノ出血ヲ來タシ、之ニ因セル死亡例ノ報告セラレタル者モ亦少ナカラズ、由テ胎兒分娩後ニハ強大ナル出血ナクトモ必ラズ此部ノ精細ナル検査ヲ忘ル可カラズ。

療法 簡單ナリ、壓抵ハ一時効アルモ長ク止血ヲ確保スル能ハザルヲ以テ、二乃至三個ノ深ク組織ヲ包括セル縫合ヲ施シテ止血ヲ計ルト共ニ創縁ヲ接着セシムルヲ可トス。

(庚)骨盤關節ノ損傷 Die Verletzungen der Beckengelenke.

原因 骨盤關節ノ損傷ハ稀ニ見ル所ノモノナリト雖モ、往時世人ノ思考セシヨリハ頻繁ナリ、其發生ハ分娩困難及兒頭ト骨盤トノ不權衡殊ニ胎兒娩出ノ際ニ於ケル過度ノ努力或ハ同時ニ例之バ鉗子手術ニ當リ不適當ナル牽引ヲナスガ如キ場合ニ來ルモノナリ、然レドモ亦自發的破裂ヲ見ルコトアリ、急性及慢性關節僂麻質斯ハ特ニ耻骨縫際ノ破裂ニ素因ヲ與フルモノトス。

骨盤ノ破裂ハ最モ多ク耻骨縫際ニ於テ起ルト雖モ、一側或ハ兩側ノ薦腸關節若クハ三骨盤關節ノ同時ニ破裂セルヲ見タルコトアリ。

症狀 關節破裂ハ分娩時ニ於テ往々爆聲ヲ放チテ起リ、産婦モ亦自ラ其腹内ニ何物カ

破裂シタルガ如キ感ヲ覺ユ、既ニ破裂ヲ來シタル後ハ、其下肢強ク外方ニ回轉シテ、之ヲ動かズコト能ハズ、單ニ耻骨縫際ノ破裂ニアリテハ時ニ此症候ヲ缺カスルコトアリ、損傷ヲ受ケタル關節ヲ壓スレバ甚シク疼痛アリ、他動的ニ患者ヲ動かサントスルニ當リテモ亦甚シキ疼痛ヲ發ス、破裂セル耻骨縫際ノ哆開スルトキハ、膀胱ノ障害ヲモ亦來タスモノナリ。

豫後 適當ノ療法ヲ施ストキハ不良ナラズト雖モ、損傷セル關節ノ化膿等ニ由テ著シク影響セラル、モノトス、斯クノ如キ化膿ハ每常必ラズシモ之ヲ避ケ得ルコト能ハズシテ爲メニ致死的轉歸ヲ招クコトアリ。

療法 手巾或ハ亞麻布片ヲ以テ即時ニ骨盤帶ヲ施設スルニ在リ、斯クノ如クスルトキハ概シテ直チニ苦痛ヲ緩解スルヲ得ルモノナリ、耻骨縫際切開術ノ經驗ニ據レバ、該縫際損傷ハ容易ニ治療スベキ性アルヲ示スモノナリ、然レドモ傳染ヲ來タシ化膿ニ陥リテ熱候ヲ持續シ、腫起及疼痛ヲ増劇スル時ハ、早期ニ切開シテ流注膿瘍ヲ未發ニ防グベシ(ヂュールセン Dührssen)

(二)分娩時ノ出血 Die Blutungen unter der Geburt.

分娩時ノ出血ハ屢々突如トシテ強烈ニ來襲シ、母體ノ生命ヲ危險ニ陥ラシムルコト少ナカラザルヲ以テ、極メテ重大ナル合併症ノ一ニ屬ス、實地醫家ニシテ之ニ遭遇セバ頗

ル不良ナル境遇ニ立ツコト多シ其單獨ニ産床ニ侍セル場合ノ如キハ自ラ止血ニ對スル一切ノ處置ヲ施シ狀態ノ急迫ニ際シ片時モ消毒ノ實行ヲ忽ニス可カラズ猶若シ出血ヲ豫想セザリシ場合ニ於テハ醫士ハ止血ニ對スル諸準備ニ就キテ焦慮シ産婦ハ失神ヲ反覆シ周圍ノ家族ハ周章狼狽シ其混亂名狀ス可カラザルコトアリ斯ノ如キ場合ニ處シテ克ク其介助ノ任ヲ全フセントスル者ハ管一精力ト冷靜トヲ要スルノミナラズ特ニ克ク分娩時ニ於ケル出血ノ原因ヲ識得スルト共ニ確實ナル止血方法ニ習熟セザル可カラズ

生殖器ヨリスル出血ハ既ニ妊娠間ニ之ヲ目撃スルモノニシテ或ハ偶發的(靜脈瘤ノ破裂)ニ發起シ或ハ卵及子宮間ノ連結ノ障害セラルニ基因ス後者ノ場合ニハ妊娠ノ最初數ヶ月間ニ於テ胎兒ノ排出ヲ伴フヲ例規トス

以上ハ已ニ妊娠病理篇ニ於テ説述セラレタルモ猶出血ノ妊娠後半期ニ於テ胎盤ノ早期剝離ニ由リテ發スル場合アリ該出血ハ殆ンド常ニ分娩ヲ招致シ猶分娩期ニ連續スルモノナルガ故ニ今本節ニ於テ之ヲ論述セント欲ス

(A) 胎兒排出前ニ於テハ

- 一 靜脈瘤ノ破裂子宮頸癌腫、ぼりーぶ(第四編第二章(1))
- 二 臍帶ノ卵膜附着ニ於テ臍帶血管ノ破裂(第四編第三章(5)ヲ見ヨ)

三、子宮破裂(前節ヲ見ヨ)

四、胎盤ノ早期剝離

(イ) 正常位置ニ於ケル

(ロ) 異常位置ニ於ケル

(B) 胎兒娩出後即チ後産期ニ於テハ

五、分娩機ニ因リテ生ゼル創傷(前節ヲ見ヨ)

六、胎盤ノ抑留

七、子宮ノ收縮不全弛緩性出血

叙上出血ノ原因中(一)(二)(三)及(五)ハ既ニ論述シタルヲ以テ、本節ニ於テハ(四)(六)及(七)ニ就キテ説明スベシ

該三項ニ於ケル出血ハ悉ク胎盤部ヨリスルモノニシテ

圖八百五第

管血盤胎宮子ノ結産ルセ死リヨニ血失 (n. Hamm)



脈靜V 脈動A。大廓倍五約。面斷ノ片織組ノ迷仙五・ニサ長ルケ於ニ部盤胎

分娩ノ病理及療法

實地上頻繁ニ遭遇スル重要ナル事象ナリトス。
 今失血ニ因リテ死亡シタル婦人ニ於ケル分娩直後ノ子宮ヨリ標本ヲ製シテ胎盤部ニ於ケル血管ノ状態ヲ鏡檢スルニ、蜿蜒迂曲セル動脈及互ニ密接シテ存スル薄壁靜脈ハ多數子宮腔ニ向ツテ開放ス(第五百八圖)是等ハ即チ子宮胎盤血管、Die Uteroplazentargefäßeニシテ、全妊娠期間母體血液ヲ絨毛間腔ニ運ビ、又該所ヨリ再ビ子宮ニ還送セルモノナリ、斯クノ如ク胎盤附着部ニ於テハ、到ル所血管ノ發育平等ニ富饒ニシテ、加之血管ハ其壁甚ダ嫩弱ニシテ破綻シ易ク、且ツ胎盤ノ剝離スル際ハ例規トシテ開放セザル可カラザルヲ想ヘバ、胎盤部ハ分娩ニ際シ重篤ナル出血ノ源泉トシテ如何ニ重大ナル意義ヲ有スルヤヲ察シ得可シ。

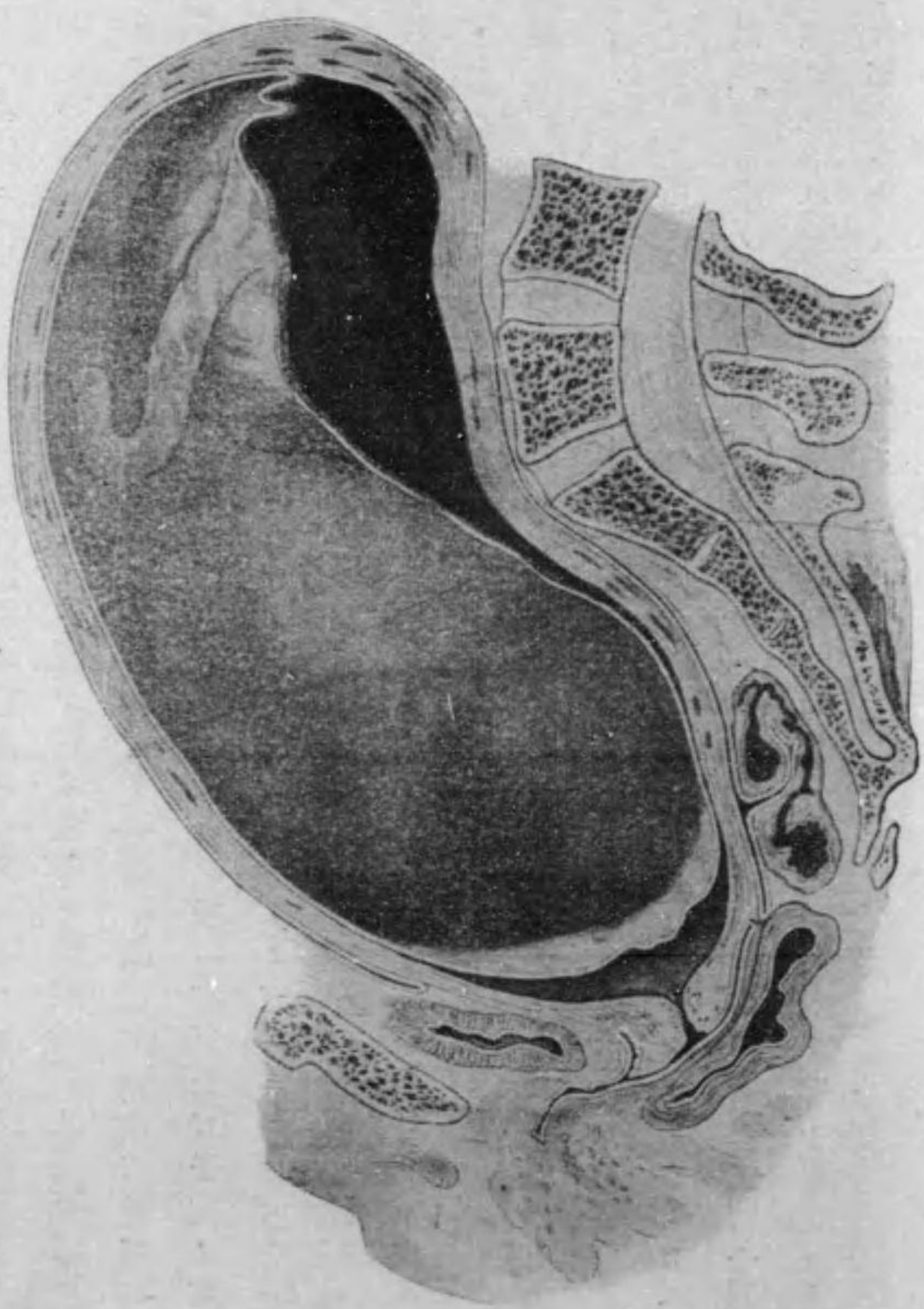
(甲)胎兒排出前胎盤部ヨリノ出血胎盤ノ早期的

剝離) Die Blutungen aus der Plazentastelle vor Ausstossung der Frucht (Vorzeitige Lösung der Plazenta)

(イ)正常位置ニ於ケル胎盤ノ早期的剝離 Die vorzeitige Lösung der Plazenta bei normalem Sitz.

原因 胎盤ノ正常位置ニ附着セル際ニハ、開口期及娩出期間ニ破綻セル子宮胎盤血管ヨリノ出血ヲ見ルハ頗ル稀ナリ、子宮ノ前壁或ハ後壁ノ上部ニ位置スル胎盤ハ、陣痛間

圖九百五第
 離剝期早ノ盤胎位常正
 (n. Winter)



費狀ヲナシテ卵腔ニ向ツテ驅逐セラレベシト雖モ、其附着面ヨリノ剝離ハ只ニ粗大ナル器械的外力ノ胎盤部ニ作用スルカ、或ハ附着面ニ於ケル組織ノ病的變化ニ由リテ其

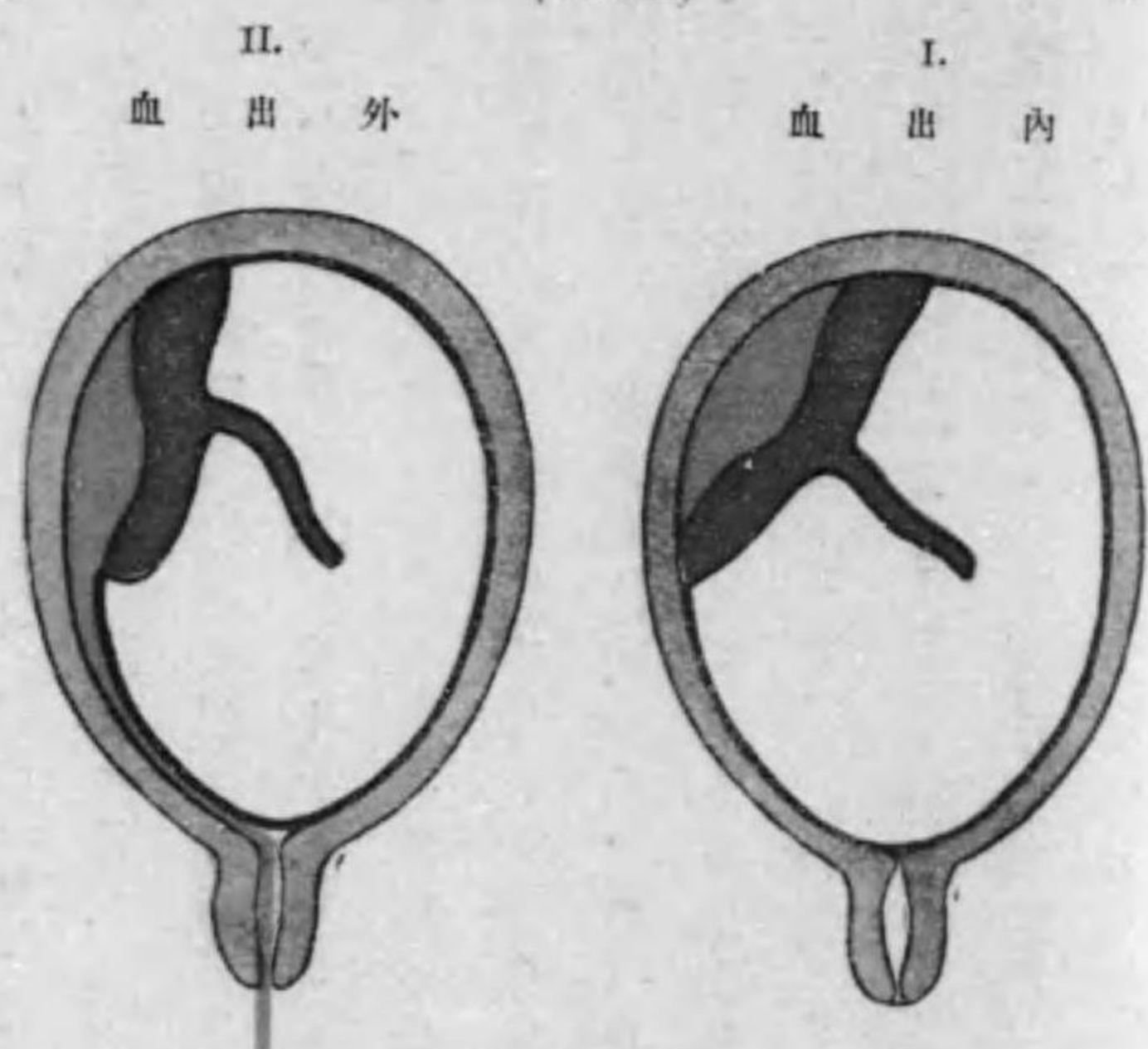
分娩ノ病理及療法

破綻性ノ亢進セル場合ニ於テノミ之ヲ生ズ腹部ノ打撲若クハ衝突、嘔吐、或ハ咳嗽ノ際ニ於ケルガ如キ強劇ナル腹壓及身體ノ震盪或ハ過短臍帶ノ牽引ハ、胎盤ノ破綻及剝離ヲ來スコトアルハ容易ニ首肯シ得可シ、早産開導ノ目的ヲ以テ醫師ニヨリテ送入セラレタルブーじいモ亦胎盤ニ衝突シ、其邊緣竇ヲ穿開シ且ツ直接ニ胎盤組織ヲ其下床ヨリ剝離スルコトアリ、牀脱落膜ニ於ケル剝離ヲ將來ス可キ病的組織變化ハ、慢性子宮内膜炎、腎炎性、微毒性恐ラクハ又淋毒性機轉ニ因由シ、急性傳染病、重症脚氣及ビ子宮ノ新生物纖維腫モ亦同様ナル意味ニ於テ作用スルコトアリ、爰ニ吾人ノ第一ニ考フベキハ血管壁ノ亢進セル破綻性ニシテ、其破綻ハ或ハ已ニ妊娠間ニ、或ハ最初二、三回ノ陣痛ニ際シ、或ハ破水時ニ發起シ、此際流出スル血液ニ由リテ胎盤ハ全部或ハ一部分其下床ヨリ剝離セラル、モノナリ。

症候 子宮胎盤血管ヨリノ出血ハ、一方ニ於テハ胎盤ノ剝離ニ基ヅキ、他方ニ於テハ其剝離ヲ促ガスモノニシテ、主トシテ内出血ナルコトアリ、或ハ外出血、ナルコトアリ。

一、内出血 Die innere Blutung ニアリテハ一滴ノ血液モ外方ニ溢出セザルコトアリテ、全血液ハ一方ハ胎盤及卵膜ノ剝離セル部分ト他方ハ子宮壁トノ間ニ集積ス(第五百十圖)或場合ニハ胎盤ノ純中央剝離モ亦目撃セラレ、其際胎盤邊緣ハ附着シテ存シ、血液ヲ蓄積セル胎盤中央部ハ内方ニ向テ突隆ス。

第五百十圖 正位胎盤早期剝離 (n. Budin)



ル緊満ノ感ヲ覺ユ、手ヲ腹壁上ニ貼スレバ、茲ニ緊張シテ弾力性ヲ有スル駝背狀ノ膨隆ヲ認ムベシ、斯ル内出血ニアリテハ重篤ナル急性貧血ノ諸症候ヲ呈シ、時ニ乏血死ヲ惹起スルコトアリ、然ルニ著シク廣大ナル純性内出血ハ、極メテ稀ニシテ所謂内出血ノ際ニ於テモ血液少シク外部ニ瀉泄セラル、コト少ナカラズ。

II. 外出血 Die äussere Blutung ハ甚ダ頻繁ニ遭遇セラル、所ノモノニシテ、此際血液ノ大部分ハ胎盤部ヨリ卵膜及子宮壁間ヲ排シテ頸管ニ至リ、之ヨリ尙腔内ニ進ンデ外方ニ注下ス(第五百十圖) 診斷 外出血ヲ來タセル場合ハ、出血ノ他ノ原因特ニ前置胎盤ヲ存セザルコト明白ナル時ハ、容易ニ診定シ得可キモ、内出血ノ場合ニハ診斷困難ナリ、此際ハ只俄然發生スル貧血症候ト胎盤部ノ緊張及疼痛性トニヨリ之ヲ疑診スルニ止マルコト多シ、是等症候ハ又子宮破裂ヲ疑ハシムルモ、之ニアリテハ子宮縮小スルカ、或ハ毫モ増大スルコトナ

分娩ノ病理及療法

ク、且ツ先進部退却スルコト多キヲ以テ鑑別スルヲ得可キナリ。
 豫後 正常位置ニ附着セル胎盤ノ早期剝離ハ、胎兒ニ對シテ良好ナル状態ニアラズ、多クノ胎兒ハ母體ヨリノ症候ノ發現スル以前ニ、已ニ胎盤部ニ於ケル呼吸面ノ縮小或ハ血行ノ停止ニヨリテ窒息ス、母體ノ生命モ亦剝離進行シ、出血増劇スレバ重篤ニ危害セラル、モノニシテ、特ニ内出血ノ際ハ往々早期ノ診斷困難ニシテ治療モ亦其宜シキニ出デザルコト多ク、爲メニ外出血ノ場合ニ比スレバ概シテ其豫後不良ナリトス。
 療法 出血強度ナルニ當リ、之ヲ確實ニ停止セシメントスル唯一ノ方法ハ、子宮内容ヲ排除スルニアリ、因テ此際子宮頸管已ニ充分ニ擴張セバ、回轉術及娩出術ニヨリテ遂ニ遂ニセシムベク、子宮頸管尚ホ存シ且ツ狹小ナル際ニハ、最初陣痛作用ヲ亢進セシメンガ爲メニあるごちんノ大量ヲ與ヘ、且ツ羊水ノ流出ニ由リテ子宮壁ヲシテ強ク收縮セシメンガ爲メニ胎胞ヲ破ル可シ、次ニ短時間ニ人工的擴張法ニ由リテ二指ヲ挿入シ得ル大サニ頸管ヲ開大セシメ、而シテ足位回轉術ヲ行ヒ、直チニ娩出術ヲ續行シテ遂ニ遂ニセシム可シ、甚ダ危険ナル症候ヲ呈シ、總テノ他ノ方法無効ナル時ハ腔式帝王切開術ニ由リテ遂ニ遂ニテ止血セシメザル可カラズ。
 然ルニ外出血ニ於テ、其出血極メテ少量ナル際ハ、初メ先ヅ身體ヲ安靜ナラシメ、細心注意シテ分娩ノ經過ヲ觀察ス可シ、外出血稍増強スレバ、軟部ノ狀況ノ許サヤ否ヤ擁護的ニ遂ニ遂ニセシメザル可カラズ、分娩ノ初期ニアリテ胎胞猶存スレバ、検査法ヲ行フ可シト

雖モ、該法ハ一害ヲ免カレズ、何トナレバ場合ニヨリテハ外出血ヲ内出血ニ變ゼシメ、上記ノ症狀ヲ呈スルニ至ル可ケレバナリ、卵胞破裂後ハ一切検査法ヲ禁ズ可シ、人工的卵胞破開法ハ外出血ヲ鎮止セシメ、陣痛ヲ強カラシムルノ効アリテ頗ル稱用スベキモ、出血著シカラザル間ハ可成の子宮口ノ開大其半バニ達スル迄猶豫スルヲ可トス、是レ出血鎮止セザルカ或ハ高度ニ達スルノ時ニ當リテ卵胞破開後直チニ遂ニ遂ニセシメンガ爲メナリ。

尙ホ以上論述セル外ニ、分娩ノ經過間ニ於テ胎盤剝離ヲ來タス場合アリ、陣痛佳良ニシテ子宮口ノ開大完全ナルニ拘ハラズ、卵胞仍ホ久シク存留スル時ハ、卵胞ハ漸次陰門内ニ現ハレ、而シテ卵ノ牽引ニ由リテ胎盤ノ一部ヲ剝離セシメ、少量ノ出血ヲ來タスコトアリ、此際人工的卵胞破開ハ能ク剝離ノ進行ヲ防グノ効アルモノナリ。
 次ニ又子宮内容ノ一部の排除ニヨリ、例之バ羊水過多ニ於テ甚ダ多量ナル胎水ヲ漏泄セル後或ハ第一胎兒ノ娩出セル後ニ於ケルガ如ク、子宮著シク縮小スル時ハ、特ニ後者ノ場合ニ於テ胎盤ノ早期的剝離ヲ來タスコト稀ナラズ、斯ル場合ハ胎兒ヲ救護センガ爲メニ直チニ分娩セシム可シ、之ニ反シテ排出期ニ於ケル分娩ノ遷延ハ、胎盤早期剝離ノ誘因ヲナスモノナリトノ説ヲ抱ク者少ナカラザルモ、斯ル場合ハ殆ド之ヲ見ザルナリ。

□ 異常位置ニ於ケル胎盤ノ早期的剝離 Die vorzeitige Lösung der Plazenta bei pathologischem Sitz.

前置胎盤 Die vorliegende Plazenta, Placenta praevia.

分娩ノ病理及療法

圖一十五第
盤胎置前性緣邊



圖二十百五第
盤胎置前性部一



圖三十百五第
盤胎置前(性全)性心中



胎盤ニシテ正常ナル位置ニ附着スレバ、其早期剝離及出血ハ稀有ナルモ、若シ之ニ反シテ異常位置即チ子宮腔ノ最下部ニ胎盤ハ發育スル場合ハ、寧ロ是等ノ現象ヲ見ルヲ例規トス、此際胎盤ノ發育ニシテ内子宮口ノ附近ニ迄或ハ該口縁ニ密接スル迄ニ低下スル時ハ之ヲ胎盤ノ低位或ハ邊縁性胎盤 Der tiefe Sitz der Plazenta od. Placenta marginalis ト云ヒ(第五百十一圖)若シ又胎盤内口ヲ掩蓋シテ先進部ヲ形成スルトキハ、之ヲ先進胎盤即チ前置胎盤 Der vorliegende Mutterkuchen, Placenta praevia ト稱ス、前置胎盤ニシテ胎盤ノ一部ノミ内口上ニ擴ガレル場合ハ之ヲ一部性前置胎盤 Placenta praevia partialis ト名ヅク(第五百十二圖)胎盤ノ中央正シク子宮口上ニ位スレバ中心性或ハ全性前置胎盤 Placenta praevia centralis oder totalis

ト稱ス(第五百十三圖)本來只ニ低位ニ存セル胎盤ニ在リテモ若シ開口期ノ經過中ニ子宮頸擴張シ、胎盤部露出シテ遊離先進スレバ一部性前置胎盤トナル、斯ル場合ニ於テ胎盤ト共ニ卵胞ヲ觸ル、ヲ側方性前置胎盤 Placenta praevia lateralis ト云ヒ、僅カニ胎盤邊縁ヲ觸ル、ヲ邊縁性前置胎盤 Placenta praevia marginalis ト稱スルヲ至當トス。

原因 前置胎盤ヲ生ズ可キ場合ニアリテハ、妊卵ハ子宮腔ノ下部ニ占居セザル可カラズ、妊卵ノ斯ル異常附着ヲ將來スルハ如何ナル原因ニヨリテ然ルカ未ダ明ナラズ、然レドモ例之過厚粘膜或ハ炎症性浸潤ノ如キ子宮内膜ノ病的變化ハ、正常位置ニ於ケル卵ノ占居ヲ妨礙スルモノナルヲ考へ得可シ、即チ夫ノ子宮内膜炎ノ際、迅速ニ頻回引續キタル妊娠後或ハ流産後ニ於ケル子宮復舊不全ニ際シ前置胎盤ヲ生ジ易ク子宮筋腫ト前置胎盤トハ比較的頻繁ニ合併スルヲ見且ツ多産婦ハ初産婦ヨリモ甚ダ屢々(約十倍)之ヲ來タスノ事實ハ、妊卵ノ異常位置ニ附着スル原因ノ子宮内膜ノ病的變化ニ存スルヲ示スモノ、如シ子宮ノ強キ收縮ハ、卵ヲ子宮腔ノ低部ニ驅逐スルコトアル可ク、或ハ又卵子表面ノじんちちうむノ粘着性或ハ侵蝕力ニシテ正常ナレバ、已ニ輸卵管開口部ノ附近ニ卵ヲ附着セシム可キモノナルモ、此性或ハ此力ヲ缺如スル時ハ、卵自ラ容易ニ子宮内口ニ至ル迄滑下スルコトアル可シ(滑轉卵 Rutsch-Eier チェールゲ C. Ruget) 前置胎盤發育ノ際ニ於ケル微細ナル解剖的機轉ニ就キテモ亦、之ヲ直接ニ觀察セシモノナク、只想像ニ止マルノミニシテ、如何ニシテ中心性前置胎盤ニ於テ胎盤原基ガ最初

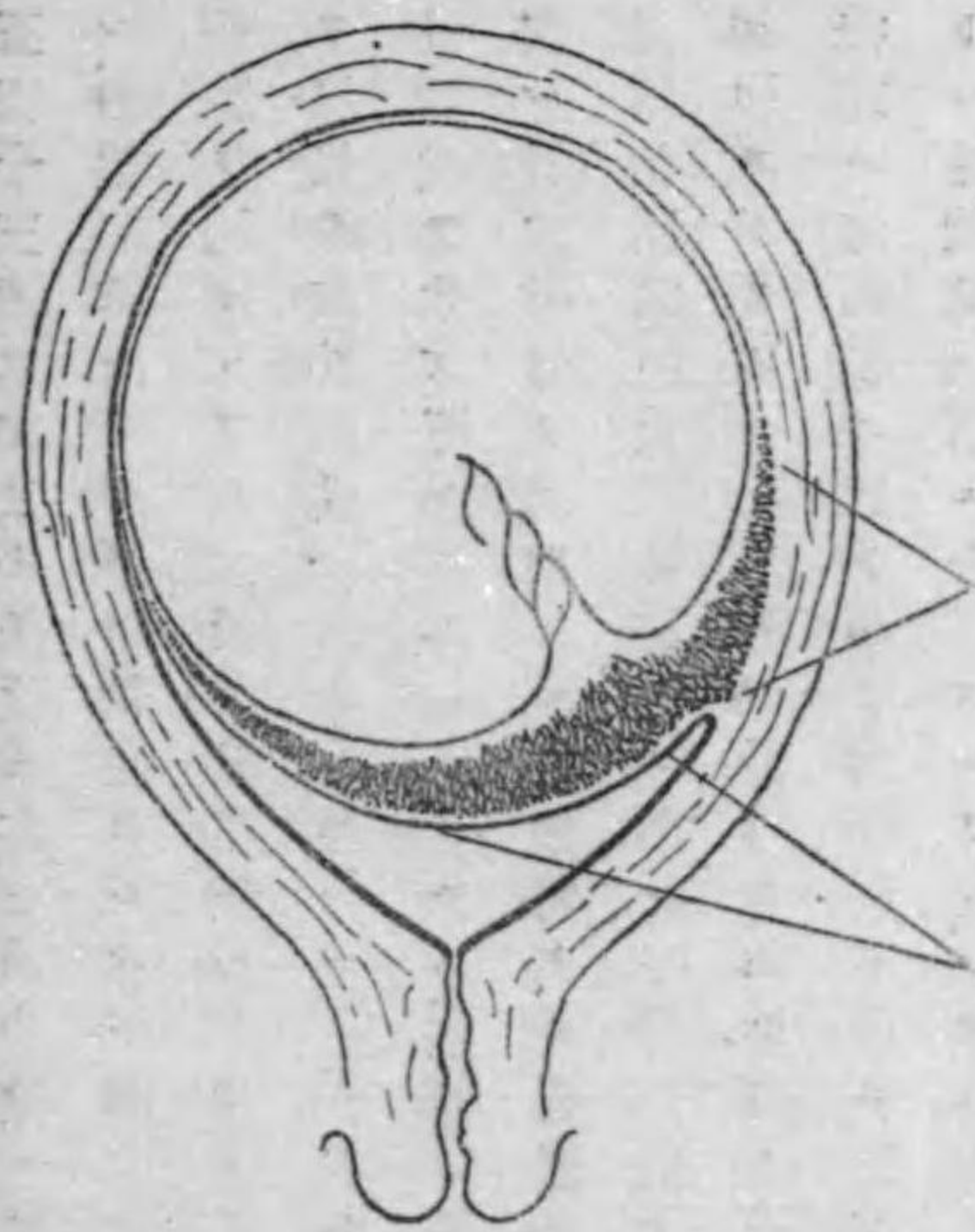
子宮腔ノ粘膜被覆ニ於ケル一孔タル内子宮口上ニ形成セラル、ヤ、或ハ如何ニシテ一部性前置胎盤ニアリテ胎盤ノ一部分ガ内口ヲ過リテ増育スルヤニ關シテモ亦所論一定セズ。

ホーフマイエル Hofmeier ニ據レバ、前置胎盤ハ殆ンド總テノ場合ニ於テ、卵ノ下極ニ於ケル、繭轉脫落膜内ニ胎盤ヲ發育スル、繭轉脫落膜胎盤 Die Reflexplazenta ノ形成ニ基

因スルモノニシテ、子宮口上ニ遊離セル胎盤部ハ滑澤ナル繭轉脫落膜ヲ以テ被ハレ、後ニ至リ眞脫落膜ト癒着スルモノトナス、ホ氏ノ所說ニ據レバ、子宮口上ヲ越ヘテ胎盤ノ發育スル機轉ハ、第五百十四圖ノ示セル如クニシテ、卵ハ初メ子宮ノ側壁ニ附着シ、茲ニ胎盤組織ヲ形成スルモ、其組織ハ胎盤ヲ完成スル爲メニ繭轉脫落膜ノ領域内ニモ亦到達セリ、茲ニ於テ該

第五百四十四圖

ホーマイエル氏ニ據ル前置胎盤ノ發生



卵爾後増育スレバ遂ニ子宮内口上部ノ空間ヲ全ク充填シ、繭轉脫落膜胎盤ノ部分ハ子宮内口上ニ横ハリ、而シテ分娩ニ際シテ先進胎盤トシテ觸知セラル、ニ至ルベキナリ。カルテンバーハ Kaltenbach モ亦ホ氏ト同說ヲ主張シ、猶氏ハ前置胎盤發生ノ原因ニ關シ、子宮内膜炎症性機轉ヲ引用シ、該機轉ハ一ハ繭轉脫落膜ノ強大ナル増殖ト血管新生トヲ促ガシ、一ハ牀脫落膜内ニ附着スル絨毛ニ由リテ輸送セラル、營養物質ノ充分ナル供給ヲ妨グルモノニシテ、此兩狀況ハ繭轉脫落膜内ノ絨毛ノ永存ヲ促ガスモノナリト云ヘリ。

叙上ホ氏及カ氏ノ所說ハ、之ヲ信憑スル學者少カラザルモ、猶異論者ナキ能ハズ、夫ノアルフェルド Ahlfeld ハ、前置胎盤ノ發生ハ卵ノ初メヨリ内子宮口附近ニ附着スルニアリトナシ、且ツ上記兩氏ノ所說ニヨル機轉ノ存スルアレバ、是レ假性前置胎盤 Placenta praevia spuria ヲ形成スルニ過ギザルヲ主張セリ、是レ蓋シア氏ニ據レバ、斯ル繭轉脫落膜ハ只内子宮口上ニ置カル、ノミニシテ、其下床ト單ニ膠着スルモ、決シテ子宮胎盤血管ニ由リテ連結セルニアラザルヲ以テ、分娩ニ際シテモ亦何等出血ヲ來スコトナクシテ再ビ剝離セラレ得キモノナレバナリ。

ブナム Bunn ノ所說ニ據レバ、子宮内口上或ハ之ニ密接シテ卵ノ接植セラルルコトヲ解説スルニハ、敢テ特別ナル困難ヲ存スルモノニアラズシテ、吾人ノ内子宮口ト稱スル所ノ者ハ、孔口トシテ開放セルニアラズシテ、何等異物ノ之ヲ擴開セザル以上ハ分泌物

ノ前置胎盤發生說ニ由テ説明セラレ得ルモノナリ。

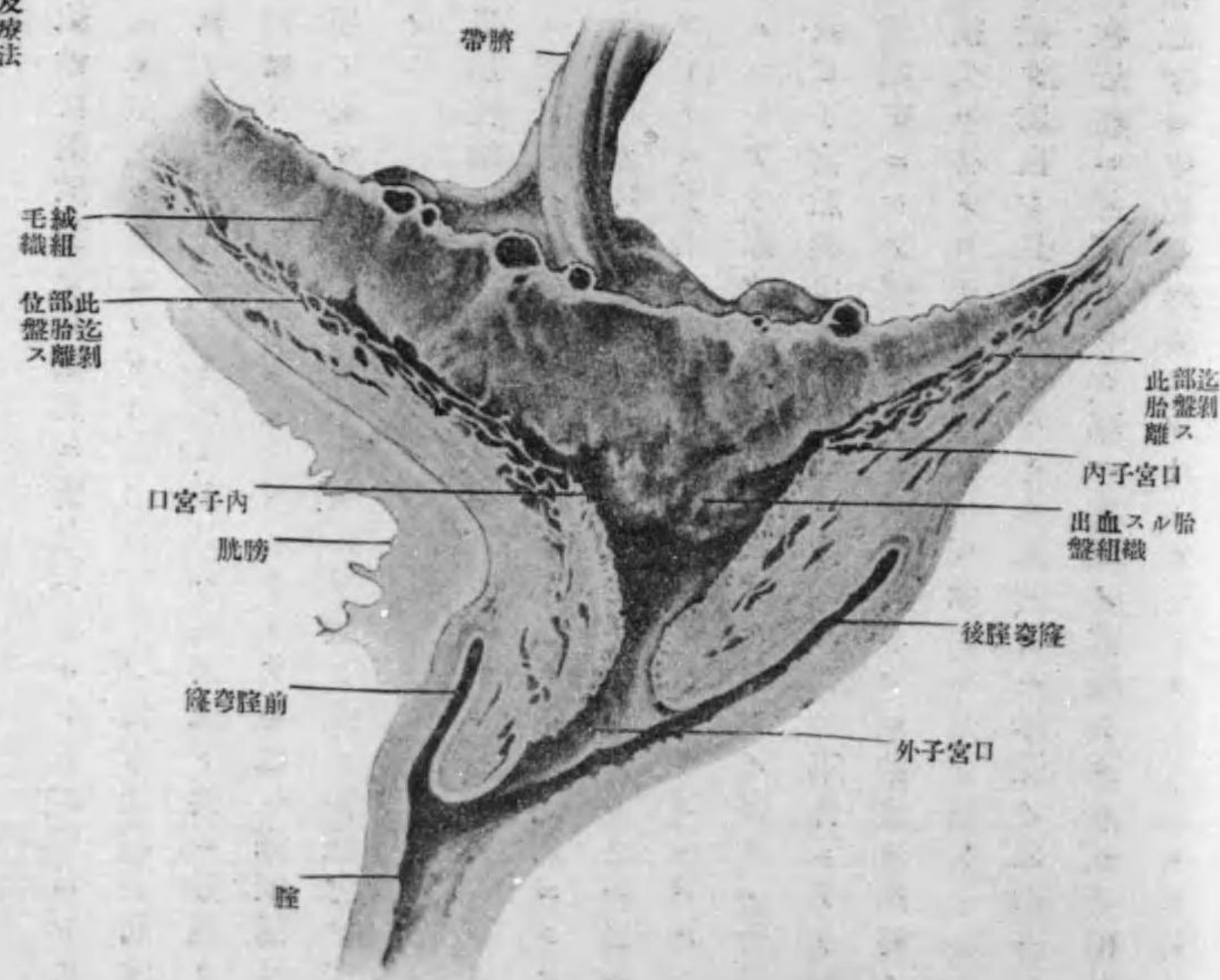
頻稀 前置胎盤ハ比較的稀有ナルモノニシテ、近時ノ統計ニ徴スレバ約五百乃至六百回ノ妊娠ニ對シ一回ヲ見ルノ比例ヲナシ、初産婦ニハ頗ル稀ナリ、同一婦人ニ前置胎盤ヲ反覆スルノ例ハ目撃セラレザルニアラザルモ頻繁ニ遭遇スル事例ニアラザルガ如シ、前置胎盤ノ各種類ニ於テハ諸家ノ統計ニ據ルニ一部性最モ多ク、中心性ハ之ニ比シテ遙カニ少ナシ。

症狀 低位或ハ前置胎盤ノ症候ハ、最初一、二回ノ陣痛ニ因リテ内子宮口ノ擴開スル時ヨリ初發スルモノトス、其際子宮壁ト卵下極即チ胎盤トハ互ニ相推移シ、爲メニ子宮及胎盤間ヲ連結スル血管ハ斷裂シテ出血ヲ開始ス、該出血ハ内子宮口愈々擴開シ、胎盤愈々剝離スルニ從ヒテ、益々増量スルモノニシテ、前置胎盤ニ於ケル唯一ノ症候タルト共ニ唯一ノ危險ナリトス、妊婦ノ未ダ全ク自覺セザル極メテ最初ノ準備陣痛ニシテ、已ニ胎盤ヲ多少剝離セシムルコト稀ナラズ、斯クテ吾人ハ已ニ妊娠ノ最終數ヶ月ノ經過間ニ、何等認ムベキ原因ナクシテ、靜臥ノ際睡眠中ニ卒然出血ノ發起スルヲ見ルコトアリ、其出血ハ自然ニ再ビ停止シ、數日乃至一、二週ノ間歇ヲ隔テ、反覆來襲シ、或ハ又直チニ整然タル陣痛動作及早期分娩ヲ誘起スルコトアリ。若シ強キ子宮收縮ニヨリテ卵下極ヲ廣ク露出スレバ、出血ハ其頂點ニ達スルヲ常トス、然ルニ前置胎盤ニ於ケル臨床の症候ハ、概シテ前進セル胎盤剝離ノ大小ニ從ヒテ異ナル

圖七十五第

源ノ血出ルケ於ニ盤胎置前 (n. Bumm)

分岐ノ病理及療法



○、○ニ離裂リヨ面着附ニ際ニ閉鎖ノ管頸ハ心中ノ盤胎
ス血出リヨ組織盤胎ハニ離裂及管血盤胎宮子ルタニ孔閉ノ多許

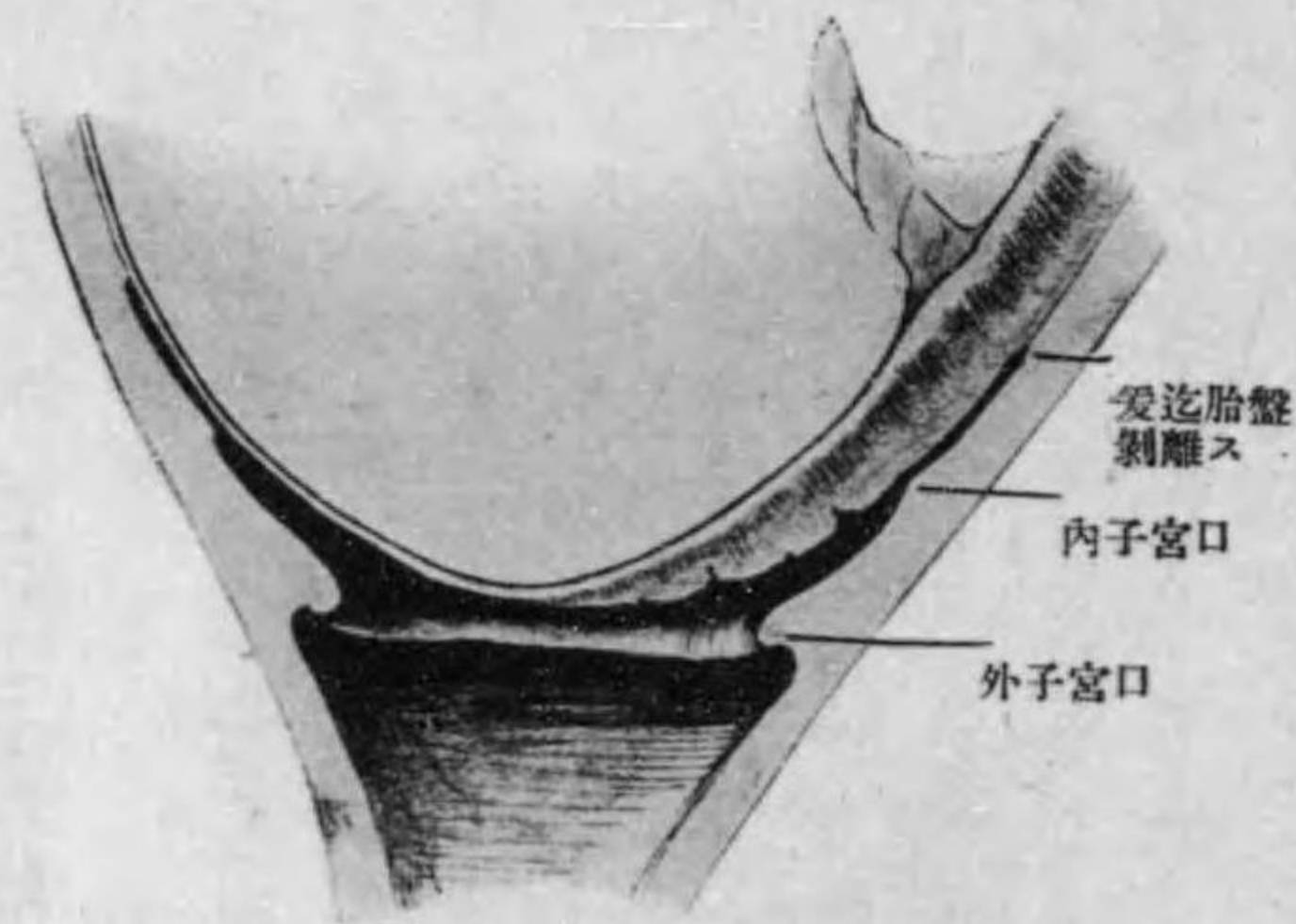
者ニシテ、邊縁性前置胎盤ハ妊娠間ニ出血スルコト甚ダ稀ニシテ、開口期ニ至リテ初メテ出血スルモ其量概シテ多カラズ(多キコトアリ)側方性前置胎盤ニアリテハ、妊娠間ニ已ニ出血ヲ來タスコト稀ナラザルモ、多クハ強出血ト共ニ分娩ヲ開導シ、陣痛ノ發作ト共ニ多量ノ出血ヲ反覆ス、全性前置胎盤ニアリテハ已ニ妊娠間ヨリ出血ヲ反覆スルヲ例規トシ、分娩ノ初マルト共ニ更ニ著大ノ出血ヲ來シ、爾後之ヲ反覆シ、頗ル危険ナル状態ニ陥ルモノトス。

然レドモ前進胎盤ノ大小ト出血ノ多寡トノ間ニハ、每常必ラズシモ、叙上關係ヲ存スルモノニアラズ、出血ハ先進胎盤ノ小ナル際ニ甚ダ強劇ニシテ、全性前置胎盤ノ際ニ反ツテ僅少ナルガ如キコト往々之アリ、又他ノ例外トシテハ已ニ最初ノ出血ニヨリ死ヲ招クコトアレドモ、分娩ニ至リテ出血反覆ヲ警戒セラレタルニ拘ハラズ、反テ殆ンド全ク停止スルコトアリ、斯クノ如ク不規則ナル現象ノ存スル所以ハ、子宮筋肉ノ種々ナル牽縮状態及ビ子宮胎盤血管ノ斷裂ニ際スル偶發事件ニアリ、例之バ胎盤ノ邊縁靜脈或ハ大ナル靜脈竇ニシテ斷裂セラレバ、只小ナル胎盤組織ノ前進スル場合ニアリテモ亦、血液損失ハ初メヨリ甚ダ著シキガ如シ。

前置胎盤ニ於テ瀉出シ且ツ失ハルハ、血液ハ常ニ母體ノ血液ニシテ、或ハ直接ニ開放セル子宮胎盤血管特ニ靜脈ヨリシ、或ハ胎盤ノ破裂シタル絨毛間血液腔ヨリスルモ、通常ハ同時ニ兩源泉ヨリ出血スルモノトス。

第五百十八圖

前置胎盤。卵膜。完全存
(n. Pumm)



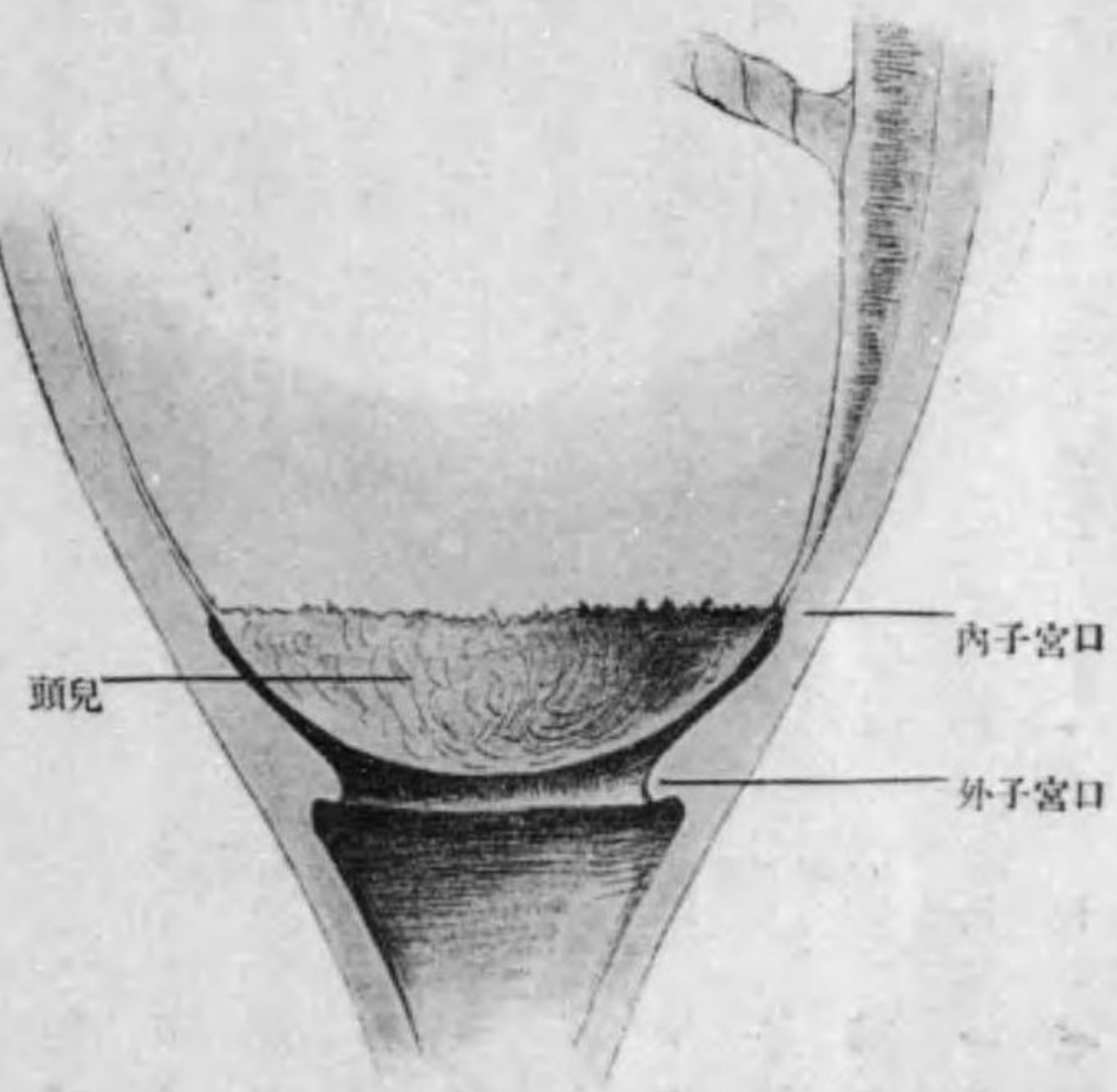
子宮開口ニ際シテ胎盤ハ廣ク剝離シ且ツ露ス

胎胞ハ、破裂ハ通常止血的ニ作用ス、是レ胎胞尙存スル間ハ、子宮下部ハ各陣痛ト共ニ卵極ニ沿ヒテ益々舉上セラレ、常ニ胎盤ノ新部分其附着部ヨリ剝離セラレ、其際每常新ラタナル血管開放セラレ、モ(第五百十八圖)胎胞破裂スルヤ胎盤ハ子宮壁ト共ニ上方ニ引退シ、爾後ノ剝離ヲ避ケ得ベク(第五百十九圖)同時ニ羊水ノ流出ニ由リテ、子宮腔縮小シ、筋壁ノ牽縮及血管ノ閉鎖ヲ促ガシ、且ツ終ニ胎兒先進部ハ漸次低進シ來リテ出血面ヲ緊壓スルガ故ナリ、由テ羊水ノ流出後ハ強キ出血スラモ自然ニ停止スルコトアリ。

然レドモ中心性前置胎盤ニアリテハ、往々破水後ニ至ルモ止血スルコトナク、分娩完了ニヨリテ子宮空虚トナラザル間ハ絶ヘズ出血シ、貧血ハ増進シテ最強度ニ達シ、終ニ胎盤ハ擴張セル子宮口内ニ突出シ、或ハ剝離セル胎盤瓣ハ腔内ニ脫垂スルニ至ル、此時ニ至ルモ猶未ダ人工的ニ救助セラレズンバ、既ニ早ク死亡セル胎兒ヲ自然ニ分

第五百九十九圖

前胎盤膜破裂
(u. Humm)



胎盤附着子宮ト共ニ頭兒ノ沿テ退却ス

ニ失血ノ結果死亡シ、又ハ血液損失ニヨリ已ニ甚シク衰弱セル産婦ハ後産期ノ弛緩性出血ニヨリテ斃ル、コト稀ナラズ、其他胎盤附着部ノ位置低ク且ツ外氣容易ニ此部ニ達シ得可キヲ以テ腐敗病機ヲ促ガシ、産褥期ニ至リテ之ヲ發現スルノ恐レアリ、猶甚ダ稀ナレドモ胎盤附着部ノ靜脈内ニ大氣竄入シテ死ヲ致スコトアリ、胎兒ハ又一層大ナル危険ヲ蒙ルモノニシテ、分娩機轉ニ因スル胎盤剝離ノ爲メ假死及死亡ニ陥ルコト

婉スルコトアリ(前ニ其命レセザ)時トシテハ胎兒ニ先ダチテ全然剝離セル胎盤ヲ娩出スルコトアリ(胎盤脱出 Der Vorfall der Plazenta)後産期ニ於テモ亦弛緩性出血ヲ起シ、若クハ特ニ手術後裂傷部ヨリハ出血ヲ來タスコト稀ナラズ、豫後 前置胎盤ニ於ケル出血ハ屢々強劇ナルヲ以テ、母體ハ已ニ分娩終了前

多シ、胎盤剝離ノ際一ニ脈絡膜絨毛ノ斷裂ニ由リ、或ハ手術ニ由リテ偶々胎兒ヲシテ血液ヲ失ハシムルコトアルハ勿論ナルモ、胎兒死亡ノ主因ハ窒息ニ在リ。

叙上ニ據レバ前置胎盤ハ母兒兩體ニ對シテ豫後不良ニシテ、概シテ先進セル胎盤剝離ノ愈々大ナルニ從ヒ益々然リトス(上記ノ如ク)但シ前置胎盤ノ豫後ハ適當ナル治療ニ由リテ著シク佳良ナラシメ得ルモノニシテ、殊ニ母體ニ於テ然リトス。

診斷 妊娠間ニ於ケル診斷ハ每常必ラズシモ容易ナラザレドモ出血ノ原因ニシテ子宮頸ノ新生物、靜脈瘤破裂ニアラザルコトヲ認メ得タル時ハ、只正常位置ニ於ケル胎盤ノ早期の剝離或ハ前置胎盤ヲ以テ出血ノ原因ト診定シ得可シ前置胎盤ニアリテハ出血ノ妊娠末期ニ於テ自然ニ發起シ且ツ開口期ニ入ルト共ニ著シク増量スルト、内診上子宮腔部ノ著シキ柔軟及鬆粗状態ヲ觸知シ得ベキトヲ以テ其特徴トス、胎盤ノ大瓣前進セルトキハ甚ダ鬆粗ニシテ殆ンド糊泥様硬度ヲ呈スル腔穹窿部ヲ通ジテ、兒頭ト診指トノ間ニ移動セシメ得可キ一ノ柔軟物ヲ觸知ス。

子宮口既ニ一指ヲ通ジ得可キ時ハ、直チニ胎盤ノ毛氈様組織ヲ觸知スルヲ常トス、其組織ハ全性前置胎盤ノ際ニハ子宮口ノ全周圍ニ、一部性前置胎盤ニアリテハ懸垂セル瓣狀ヲナシテ其一側ニ於テ認知セラル、此際誤診ヲ招キ易キモノハ、唯ニ内子宮口ノ周圍ニ於テ、卵膜ト子宮壁トノ間ニ存スル血液ノ凝塊ナルモ、血塊ハ凝膠質ノ如ク、多クハ容易ニ壓潰セラシ得ルモ、胎盤組織ハ之ヨリモ強キ抵抗ヲ與ヘ、尙ホ強ク壓スレバ恰カモ

組織ノ觸指下ニ破裂スルガ如キ感覺ヲ生ズベシ、卵膜ハ著明ニ且ツ容易ニ胎盤ト區別セラレ得ルモノニシテ、胎盤ノ近部ニ於テ卵膜ハ大抵之ヨリ稍々強靱ニ且ツ粗糙ニ觸知セラル、モノトス。

娩出シタル胎盤ニ於テ、先進シタル瓣ノ何處ナルヤハ、陳久ナル凝血ノ附着スルニ由リテ之ヲ診定シ得可ク、且ツ該瓣ハ多クハ稍々菲薄ナルモノナリ。

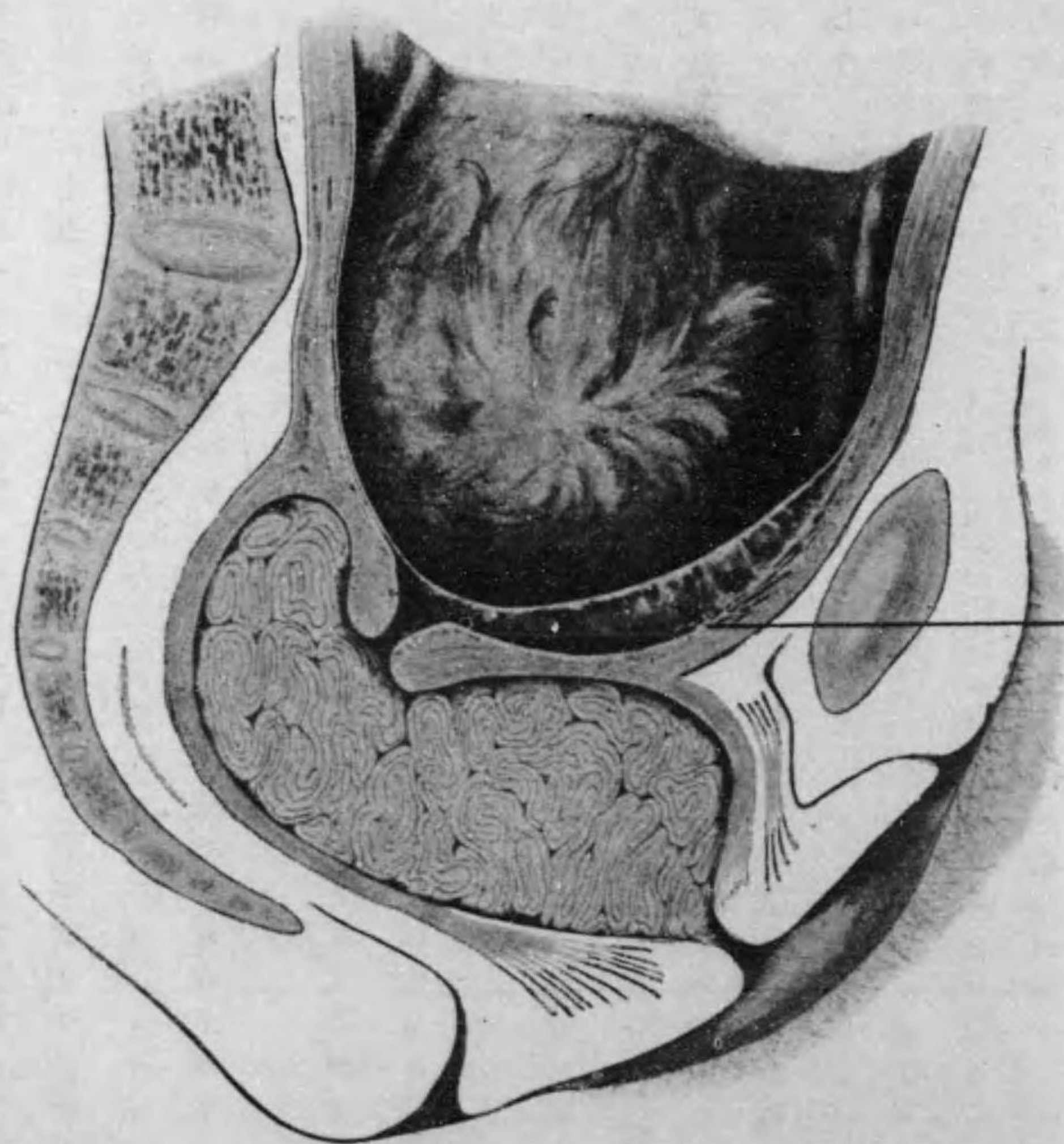
療法 前置胎盤ニ於ケル分娩ノ經過及轉歸ハ治療方法ノ如何ニヨリ著シク關係ヲ有ス本症ニ於ケル危險ハ全ク血液亡失ニアルヲ以テ治療法ハ主眼トスル所ハ出血ヲ最少量ニ制限セシムルニアリ。

妊娠間或ハ分娩ノ開始時ニ於ケル出血ニアリテハ、頸管尙一指ノ通過ヲ許サル間ハ沃度防護ヲ撒布セル殺菌棉花或ハ克ク殺菌セルこるぼいりんでる (フレンム Bourn のびを) 用テ以テ腔穹窿部ヲ栓塞シ、出血部ニ壓迫ヲ加フルト共ニ開放セル血管ニ於テ血液凝固ヲ將來セシメント試ム可シ然レドモ該法ハ腔穹窿部ノ充填ノ甚ダ堅固ナル時ニ於テノミ其効果ヲ全カラシメ得ルモノナリ。

往時前置胎盤ニ於ケル棉花栓塞法ハ傳染ノ危險アリトシテ恐レラレシモ、沃度防護ヲ撒布セル殺菌棉花ヲ以テスレバ大部分此危險ヲ排除スルヲ得ベシ、然ラザルモ産婆ハ醫士ノ來診スル迄ハ栓塞ニヨリテ危險ナル出血ヲ防止スルヨリ他ニ方法ナキモノトス。

陣痛發作シ、先進セル胎盤ノ剝離之レガ爲メニ進行シ、栓塞直チニ血液ヲ以テ濕潤セラ

圖 十 二 百 五 第
塞 栓 腔 穹 隆 於 二 盤 胎 置 前
(u. Bourn)

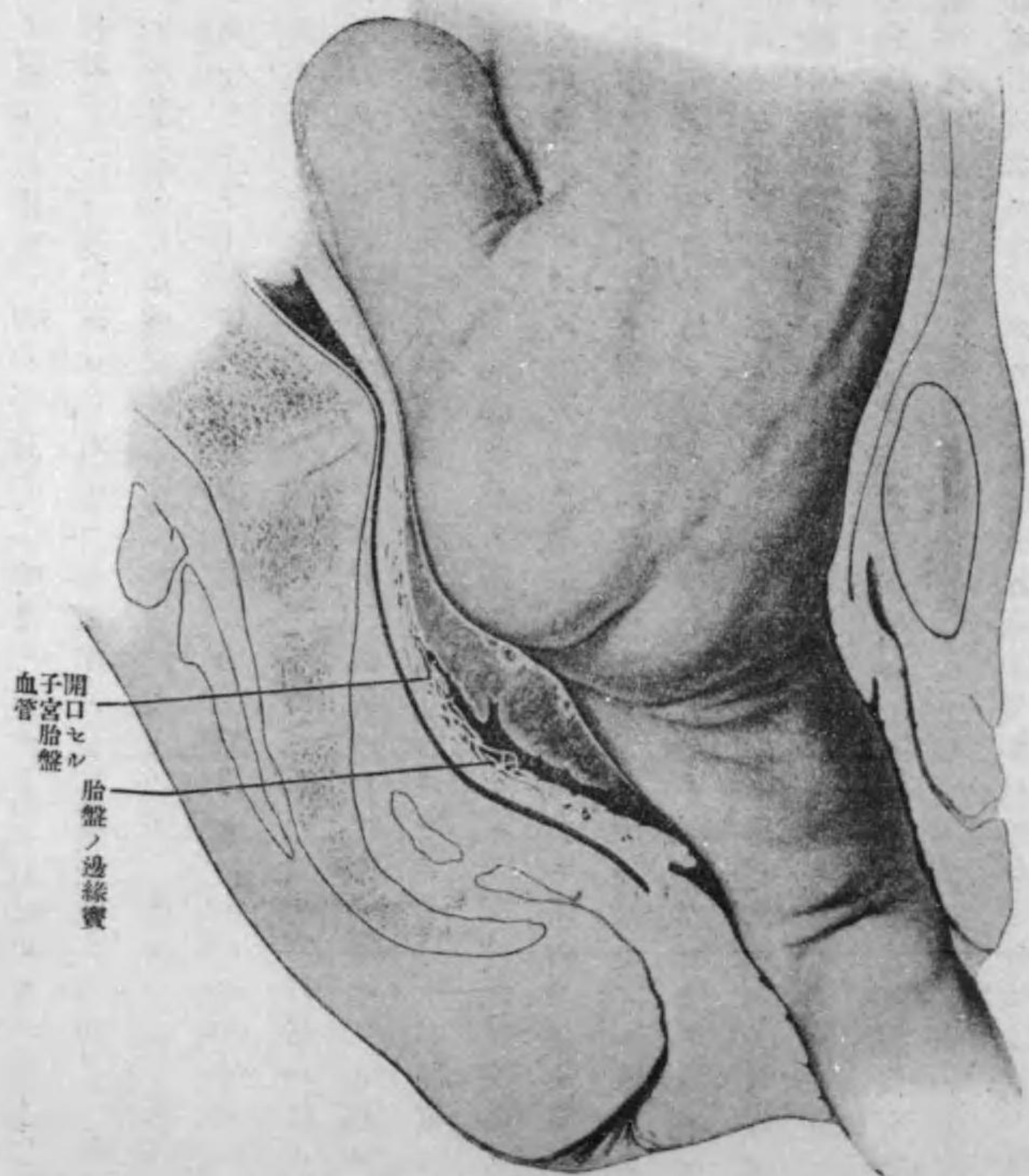


内子宮口

ルル時ハ、更ニ栓塞法ヲ試ミテ多クノ時間ヲ消費スルハ不可ナリ、下方ヨリ最も緊密ニ
 栓塞ヲ施スモ、激烈ナル出血ノ再來ニ對シテハ確實ニ之ヲ防禦スルヲ得ザルモノナリ、
 加之開口期及ビ後産期ノ爾後經過間ニ於テ大ナル出血ノ尙將來スルヤモ測リ難キヲ
 以テ、初メヨリ産婦ノ爲メニ一滴ノ血液ヲモ仍ホ且ツ節減セシムベキモノトス、故ニ頸
 管ニシテ一指ヲ通過シ得ルニ至ルヤ否ヤ、叙上ノ如キ場合ニアリテハ、直チニ胎胞ヲ破
 ルヲ以テ最佳トス、此際單ニ胎盤瓣ノミ子宮口内ニ存スレバ、穿孔スベキ卵膜部ヲ容易
 ニ發見シ得可ク、若シ又胎盤頸管上ヲ全ク掩覆スレバ、其中央ヲ穿貫スベシ、胎胞ノ破開
 ハ屢々奇効ヲ奏スルモノニシテ、一部の前置胎盤ニ在リテハ、概シテ單ニ之レノミニ依
 リ爾後ノ分娩經過ヲ全ク無血クラシメ得ルモノナリ、(第五百十八圖及第五百十九圖)
 已ニ多量ノ血液ヲ消失シタル時或ハ胎盤ノ先進部廣クシテ尙爾後ノ出血ヲ期待スベ
 キ場合ハ、胎胞ヲ穿孔スルト共ニ足位回轉術ヲ行ヒ、而シテ胎兒ノ臀部ヲ牽下シ、以テ胎
 盤ヲ其出血下床ニ壓抵スベシ、(第五百二十一圖)此足位回轉術及臀部ノ栓塞性作用ハ最
 モ確實ニ前置胎盤ニ於ケル出血ヲ鎮止セシメ得ルモノニシテ、若シ更ニ出血ヲ來スコ
 トアレバ、直チニ牽下セル兒足ヲ強ク牽引シテ、臀部ノ栓塞性作用ヲ増強セシムルヲ得
 可シ、若シ産婦ニ麻醉(貧血其シキ者ニハ)ヲ施シ、橫床ニ臥セシメ、而シテ半手ヲ腔内ニ挿入
 スレバ、子宮口狹小ニシテ只ニ二指ノミヲ通過セシメ得ル場合ニ於テ、スラモ容易ニ双
 合同轉術ヲ成就シ得可シ。

圖 一 十 二 百 五 第

ス塞栓ヲ以テ臀部ヲ牽下セル兒足ニ位足。胎盤前置
(n. Bumm)



壓ニ部着附其ヲ胎盤ハ部臀ハ引來チ足ク強
ス止鎮ニメ爲、ルヲセ縮壓ノ管血ハ出血、ス

爾餘ノ分娩合併症
髯位及足位ノ際ニハ、卵胞破裂後前方ニ位スル兒足ヲ拔下シ、或ハ牽引セザル可カラズ然ルル
ハ、髯部ハ子宮口内ニ來リテ之ヲ栓塞スルナリ、前置胎盤ノ際比較的屢々發見セラル、所ノ横
位、ニアリテハ、双合回轉術ニヨリテ之ヲ足位ニ變ゼシム可シ。

頸管ノ擴張不十分ナル際ニ、胎兒ハ、挽出術ヲ暴力的ニ強行セントスルハ、危險ニシテ、且
ツ失敗ヲ招キ、易キモノナリ、該手術ハ、外觀上甚ダ容易ニ行ハレ、子宮口縁ハ已ニ輕キ牽
引ニ應ジ、大ナル力ヲ費ヤスコトナクシテ、胎兒ヲ挽出スルコトヲ得ベキガ如シ、然レド
モ前置胎盤ニ於テハ、子宮頸管管ニ破裂シ易キ性質ヲ有スルノミナラズ、胎盤低位ニ附
着スルガ爲メニ、血管ノ發育モ亦此部ニ於テ甚シク富饒ナルヲ以テ、淺キ裂傷ヲ生ズル
モ不相應ニ強ク出血スルモノニシテ、既ニ是迄ニ出血ノ爲メニ衰弱シタル婦人ハ、此頸
管裂傷ヨリスル新ナル出血ノ爲メニ死ニ陥ルコトアリ、由テ狹小ナル頸管ヲ經テ兒
體ヲ牽引スルハ、此裂傷ヲ招キ、易キ爲メニ頗ル危險ニシテ、瀕死ノ小兒ヲ迅速ニ挽出セ
ント欲シタル爲メニ、母體ヲモ亦失ヒタル例證決シテ少カラズ、是ニ由リ、回轉シタル胎
兒ハ、娩出ハ、前置胎盤ニアリテハ、陣痛作用ニ委スベキヲ原則トス、回轉術ヲ結了シタル
トキハ、少時ノ後多クハ佳良ノ陣痛ヲ來タシ、暫時ニシテ(時トシテ數)胎兒ヲ分娩スルモ
ノナリ、後産期ハ通常法則ニ從テ處置ス可シ。

前置胎盤ニ於テ期ヲ過マタズシテ足位回轉術ヲ行フトキハ、母體ノ死亡率ヲ約五%ニ
制限シ得ルモ、之ニ反シテ回轉セラレタル胎兒ニアリテハ、其過半(約六〇%)ハ死シテ娩
出ス、是レ胎盤ノ壓迫セララル、結果其循環及瓦斯交換ノ甚シク障害セララル、ニ由ルナ
リ、若シ回轉術後毎回挽出術ヲ施セバ、多數ノ胎兒ヲ救助シ得ルナランモ、之ヲ行ヘバ上
術ノ如ク、母體ノ死亡率著シク高メシムルモノナリ、猶恐ラクハ已ニ屢々死ニ瀕シ、或
ハ多クハ早熟セル胎兒(前置胎盤ニ於ケル成熟)ノ不確實ナル生命救助ヲ圖ランヨリモ、
寧ロ母體ノ生命ヲ保全スルノ必要ナルハ何人モ否認セザル所ナル可シ。

前置胎盤ニ於ケル双合回轉術ハ、ブラキストン、ヒックス、Draxton Hicksノ稱用セシ所ナルモ、其當時
ハ未ダ聲價ヲ博スル能ハザリキ、爾後シユレーデル、Schäfer之ニ次デグッセル、Crispshaw 學派ガ、
多數ノ實驗上挽出術ヲ續行セザル回轉術ノ利益アルコトヲ明示シテヨリ漸次一般ニ信用セラ
ル、ニ至レリ。

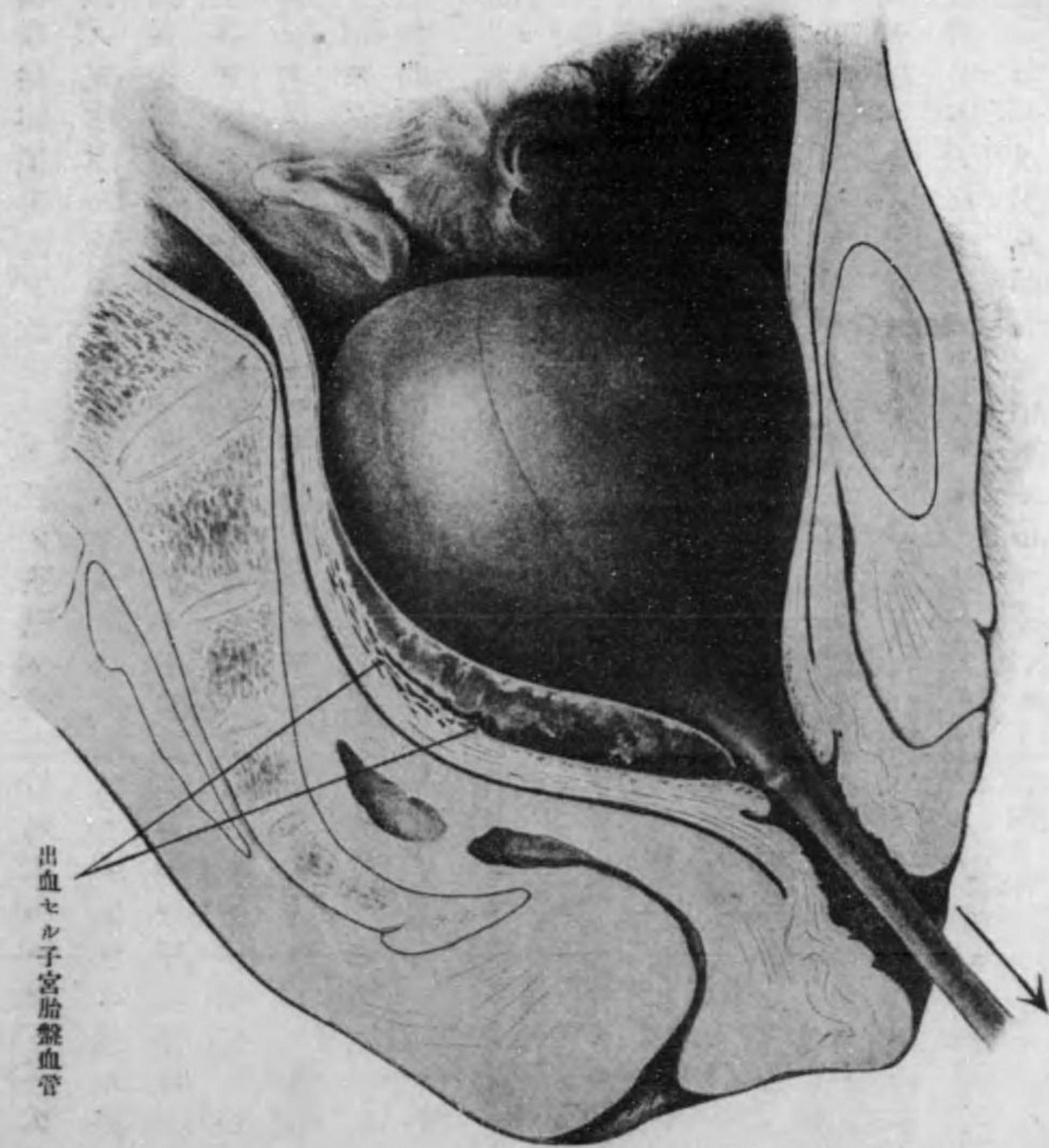
往時專ラ慣用セラレタル方法(今日ニテモ往々用ユ)ハ、腔栓塞法ニ由リテ先ヅ出血ヲ遏止又ハ
制限シ、子宮口内回轉術ヲ行ヒ得ベキニ至レバ之ヲ行ヒタル後挽出術ヲ續行スルニ在リキ、然レ
ドモ此法タルヤ母體ニ對シテハ、經久ノ栓塞法ヨリ來ル傳染ノ危險ト、回轉術施行前分娩經過ノ
長キト、栓塞法ヲ行フニ拘ハラズ避ク可カラザル強出血ト、終リニ挽出術ノ際ニ破裂ヲ來タスノ
危險アルトニ由リテ、障害ヲ招キタリ、之ニ反シテ胎兒ハ多ク救助セラレタリ。

近時胎兒ニ對シテ好効果ヲ獲ンガ爲メニ、髯部ノ栓塞ニ代ユルニ、子宮内ニこるぼいりん
てる挿入或ハ尙佳ナルハめごろいりんてる挿入(キヌスト子ル、Kistner)ヲ以テセント試ミ
タリ、即卵膜或ハ胎盤ノ穿開後護球ヲ卵膜内ニ送入シ、管ノ牽引ニ由リテ、恰カモ胎兒
脚ノ牽引ニ由ルガ如ク、陣痛作用ヲ鼓舞スルト共ニ出血面ヲ壓迫シ、次ニ球ノ作用ニ由

分娩ノ病理及療法

圖 二百五 第

法塞栓ノヲ以テ(るてんりゝるこめ)球誤護ルケ於ニ盤胎置前
(n. Bamm)



リテ全く開口スレバ、胎兒ヲ鉗子ヲ以テ或ハ足位回轉術後挽出スルハアリ、此法ハ胎兒ニ對シテ良好ナル成績(死亡率只二〇%)ヲ與フレドモ、大ナル熟練及複雑ナル裝置ヲ要スルガ故ニ、一般實地醫家ニ向テハ不便多シ。
最近ニ於テ前置胎盤ニ向テ、帝王切開術特ニ腹膜外帝王切開術ヲ行ヒ、母子ノ豫後ヲ佳良ナラシメント試ムル學者アルモ、未ダ一般ノ承認スル所トナラズ。
前置胎盤ニアリテハ胎兒ノ娩出ヲ以テシテハ、未ダ凡テノ危險ヲ排除シ得タリト云フヲ得ズ、後産期ニ於ケル比較的僅微ナル血液損失ニ於テモ仍ホ且ツ已ニ甚シク出血シタル婦人ニ對シテハ不良ナル轉歸ヲ將來スルコトアリ、故ニ後産ノ娩出ハ特ニ注意シテ之ヲ監視スベク、而シテ若シ尙出血スレバ奏効不確實ナル療法ヲ施シテ時ヲ遷延スルコトナク、直チニ子宮及腔管ノ栓塞ヲ施シ、或ハ頸管裂傷ヲ存スレバ縫合ヲ行ヒ以テ爾後ノ出血ヲ確實適當ニ鎮止セシムベキナリ。

(2)胎兒娩出後胎盤部ヨリノ出血 Die Blutungen aus der Plazentastelle nach der Geburt der Frucht.

胎兒分娩後血液多量ニ産婦ノ生殖器ヨリ流出スルトキハ、其出血ハ前述セシ如ク、或ハ軟部産道ノ損傷ニ原因スルカ、或ハ胎盤部ヨリスルモノトス、此際其何レヨリ出血スルヤヲ決定スルコトハ、後産期出血ノ治療上最モ必要ナリ。

分娩ノ病理及療法

婦人ノ腹部ヲ按診スレバ、通常之ヲ解決スルヲ得ベシ、即チ子宮大ニシテ底部高ク位シ、周壁柔軟ニシテ且ツ弛緩シ、子宮底上ニ壓迫ヲ加フルノ際子宮腔内ニ滯溜セル血液溢
出シテ外觀的ニ出血ノ増加ヲ認ムル時ハ、恐クハ胎盤部ヨリノ出血ナルベシ、之ニ反シ
テ子宮克ク收縮シ、硬ク且ツ小ニシテ、手ヲ以テ壓迫スルモ血線ニ毫モ影響ヲ見ザレバ
出血ノ原因裂傷ニ在リト認メザル可カラズ、猶軟部産道ノ損傷ヨリ來ル血液ハ通常鮮
紅色ニシテ絶ヘズ潺流スルモ、胎盤部ヨリノ血液ハ靜脈性ニシテ暗赤色ヲ呈シ、半バ凝
結シタル状態ニ於テ衝突的ニ排出セラル、裂傷出血ハ胎兒ノ分娩直後ニ續起スルモ、胎
盤部出血ハ屢々無血ノ間歇時ヲ隔テタル後始メテ發來ス、是等ノ標徴以外ニ尙損傷生
成ノ有無ヲ判知シ得可キ分娩經過ヲ復顧スレバ、出血ノ淵源ニ就キテ疑ヲ存スルコト
稀ナリ、尙損傷ニ關シテ疑察セバ匙狀子宮鏡ヲ以テ外陰部、腔及子宮頸ヲ露出ス可シ、然
ルトキハ強ク出血スル裂傷ハ、殆ンド之ヲ看過スルコトナシ、斯クシテ損傷ヲ除外シ得
バ出血ハ胎盤部ヨリスルモノナルヲ承認シ得可シ。

軟部産道ノ損傷ニ關シテハ、既ニ詳細ニ論述セルヲ以テ、以下掲題ノ如ク胎盤部ヨリノ
出血ヲ説ク可シ。
已ニ前卷生理篇ニ於テ論述セル如ク、胎兒ノ分娩後、胎盤其附着面ヨリ剝離シ、其ノ際子
宮胎盤血管断裂シテ出血ヲ來タスハ全ク例規ナリトス、溢出シタル血液ノ大部分ハ、胎
盤ト子宮壁トノ間ニ集積シ胎盤後血腫ヲ形成シテ胎盤ト共ニ排出セラル、モ、其小部

分ハ胎盤娩出ノ前後ニ流出シ、總損失ハ正常ノ状態ニ在リテハ約四〇〇—五〇〇瓦ヲ
算ス、然レドモ胎盤ノ剝離及排出ヲ成就スベキ器械的作用ニシテ、障害ヲ來スカ或ハ開
放シタル血管ヲ閉鎖セシムベキ子宮筋肉ノ牽縮不完全ナレバ血液損失ハ多量トナリ、
時トシテ生命ニ危険ヲ及ボス可キ程度ニ達スルコトアリ、吾人ハ斯ル状態ヲ稱シテ後
産期出血 Die Nachgeburtsblutungen ト云ヒ、猶實地的ノ論據ヨリ、之ヲ胎盤尙生殖管内ニ介
在スル間ニ發起スル出血ト胎盤ノ排出後ニ現ハル、出血トニ區別ス。

(イ)胎盤稽留ニ際シテノ出血 Die Blutungen bei zurückgehaltener Plazenta

胎盤ノ全部尙其下床ニ固着スル間ハ出血ヲ來タスモノニアラズ、胎兒分娩後二—三時
間及其以上ヲ經過スルモ、後産娩出スルコト無ク、爾カモ一滴ノ血液ヲモ失ハル、コト無
キ場合アリ、斯ル單純ナル胎盤殘留ニアリテハ、子宮ハ大ナル圓球トシテ腹内ニ觸知セ
ラレ、且ツ到ル所平等ニ硬キ硬度ヲ呈シ、後産全部ヲ包藏ス、何故ニ胎盤ヲ剝離セシム可
キ強力ナル收縮ノ停止スルヤ、每常必ズシモ其理由ヲ明カナラシムル能ハズ、時トシテ
膀胱ノ著シク充滿セルニ因ルコトアリ、此際子宮ハ上方ニ轉位シ、排尿ニヨリ膀胱空虚
トナレバ、胎盤迅速ニ排出ス、他ノ場合ニ於テハ充分ナル子宮收縮ノ來ラザルヲ説明ス
ルニ虛弱、筋肉疲勞、或ハ神經裝置ノ刺激性減少ヲ以テス可キアリ、何等急ヲ要セザル場
合ハ或ハ子宮ヲ摩擦シテ強陣痛ノ發起ヲ鼓舞シ、或ハ壓迫ニヨリテ後産ノ排出ヲ完了
セント試ムルガ如キ操作ヲ總テ戒慎ス可シ、是等ハ只ニ熟練ヲ以テ操作シタル場合若

クハ忍耐ヲ以テ期待セル時ニ成效スルヲ常トス、單純ナル胎盤稽留ニシテ出血ヲ伴ハザルノ場合ニハ、毎常決シテ子宮腔内ニ手ヲ挿入シ、且ツ人工的ニ胎盤ヲ剝離スルガ如キコトアル可カラズ。

若シ胎盤ノ一部其下床ヨリ剝離シ、他部尙固着スル時ハ、叙上ノ場合ト其趣ヲ異ニス、胎盤ノ一部分抑留セラレテ、子宮筋肉ノ完全ナル牽縮障害セラレ、時ハ、斷裂シタル子宮胎盤血管ハ、剝離シタル胎盤瓣ノ領域ニ於テ哆開シテ存スルヲ以テ、殘留胎盤ニ際シテハ出血ヲ來タスモノトス、其際出血ノ強度ハ子宮壁ノ牽縮状態ト胎盤ノ剝離シタル廣サトニ關係スルモノニシテ、其量ハ前述ノ如ク時ニ甚ダ多ク、暫時ニシテ脈搏ヲ觸レザルニ至ラシメ、稀ニハ又急性貧血ノ爲メニ産婦ヲ死ニ致スコトナキアラズ。

出血ニ際シ軟部裂傷ト鑑別ス可キ子宮ノ變状ハ前陳セルガ如キモ、内子宮口若シ血液凝塊、卵膜斷片、胎盤瓣等ニヨリ、或ハ強度ナル子宮前屈ニ由リテ多少杜塞セラレ、時ハ多量ノ血液ハ内部ニ向テ流注ス、斯ノ如キ内出血ノ際ニハ子宮底一層高ク昇騰シ肋骨縁ニ達スルコトアリ、子宮壁ハ強ク緊滿シテ觸知セラレ且ツ知覺過敏ナリ、稀ニハ此際全ク外部ノ出血ヲ缺如シ、只内出血ノミヲ存スルコトアリ、此場合ニ於テハ未熟ノ醫士ヲシテ岐路ニ彷徨セシムルニ至ル、然レドモ途ニハ子宮ノ甚ダシキ増大及産婦ノ貧血増進ニヨリテ正當ナル診斷ヲ得セシムルモノナリ。

不全剝離即チ部分的ニ剝離シタル胎盤殘留ノ原因ニ關シテ、諸家ノ唱フル所ヲ舉グル

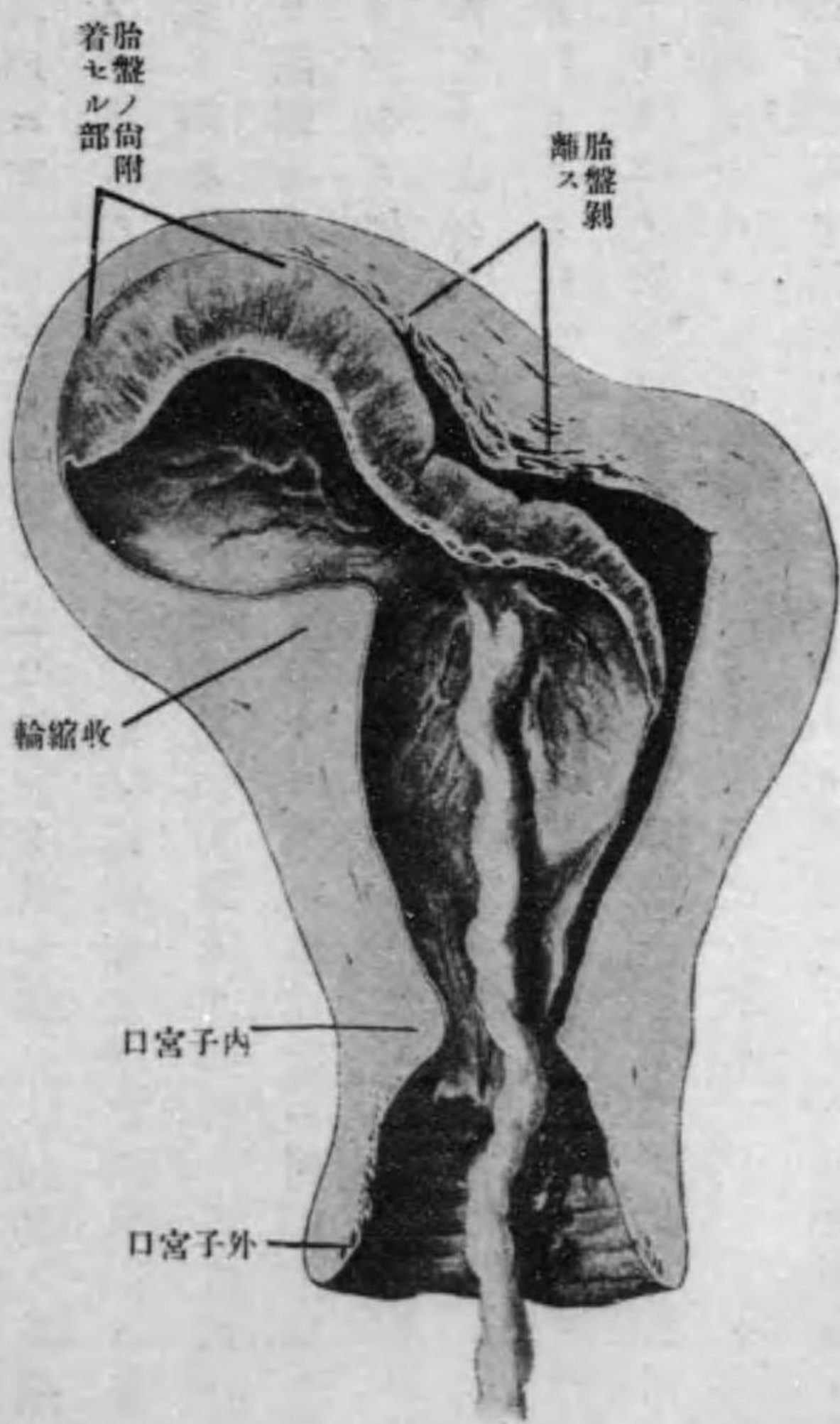
バ大要左ノ如シ。

一胎盤ノ異常的癒着、Die abnorme Adhärenz der Plazenta 胎盤ノ不全剝離ノ原因ニ就キテ、往時ハ人好シク之ヲ子宮壁ト胎盤組織トノ過強癒着ニ歸シ、癒着胎盤 Placenta accreta ト稱シ、且ツ正常ナル状態ニアリテハ已ニ輕度ノ牽引ニヨリテ分離ス可キ胎盤脱落膜海綿層ハ炎性機轉ニ因リテ異常ニ固ク且ツ抵抗ヲ營ミ、爲メニ胎盤ノ自然剝離ヲ困難ナラシムルモノナリト認定セリ、然ルニ此胎盤ノ過強癒着ヲ證明スルニ屢々胎盤ノ人工的剝離ニ際シテ許多ノ強靱ナル索狀物ヲ觸知シ、而シテ指尖ヲ以テ之ヲ破碎セザル可カラザリシヲ觀察シタルヲ以テスル者多キモ、是等索狀物ハ脈絡膜絨毛樹ノ肥厚シタル枝ニ外ナラズシテ、剝離ノ爲メニ送入セル指ハ甚ダ容易ニ胎盤脱落膜ノ生理的分離層ヨリ絨毛組織内ニ達シ、而シテ茲ニ絨毛分枝ニ衝突シ、之ヲ以テ胎盤ト其附着部トノ間ヲ連結セル強固ニシテ且ツ破碎シ難キ索狀物ト思惟セルニ過ギザルナリ、往時胎盤癒着ナル診斷ヲ下スモノ頗ル多カリシハ、是レ畢竟一ニハ叙上ノ如ク胎盤ヲ除去スルノ技術不完全ナルト、一ニハ其排出ヲ自然ニ放任スルニ慣レザリシトニ職由スルモノ、如シ、實際ニ過強癒着ヲ組織的ニ證明シ得タル場合ハ、今日ニ至ル迄甚ダ稀ニシテ、只胎盤附着部位ノ狹隘ナル際ニ、絨毛甚ダ深ク子宮筋層内ニ進入發育シ、爲メニ異常ニ固ク癒着スルヲ認メタル症例ノミハ、最モ克ク之ニ適合スルモノト云フ可シ、要スルニ胎盤癒着ハ往時人ノ思爲セシ如クニ頻繁ナル事象ニアラズシテ、從テ胎盤抑留ノ原因トシテ

分娩ノ病理及療法

常ニ重要ナルハ之ヨリモ寧ロ以下ニ説述スル事項ナリトス。
 二、喇叭管隅角及ビ子宮ノ側縁ニ於ケル胎盤ノ附着 Die Insertion der Plazenta in der Tubenecke und an der Seitenkante des Uterus 若シ胎盤ニシテ其大部子宮ノ前後壁ニ於ケル

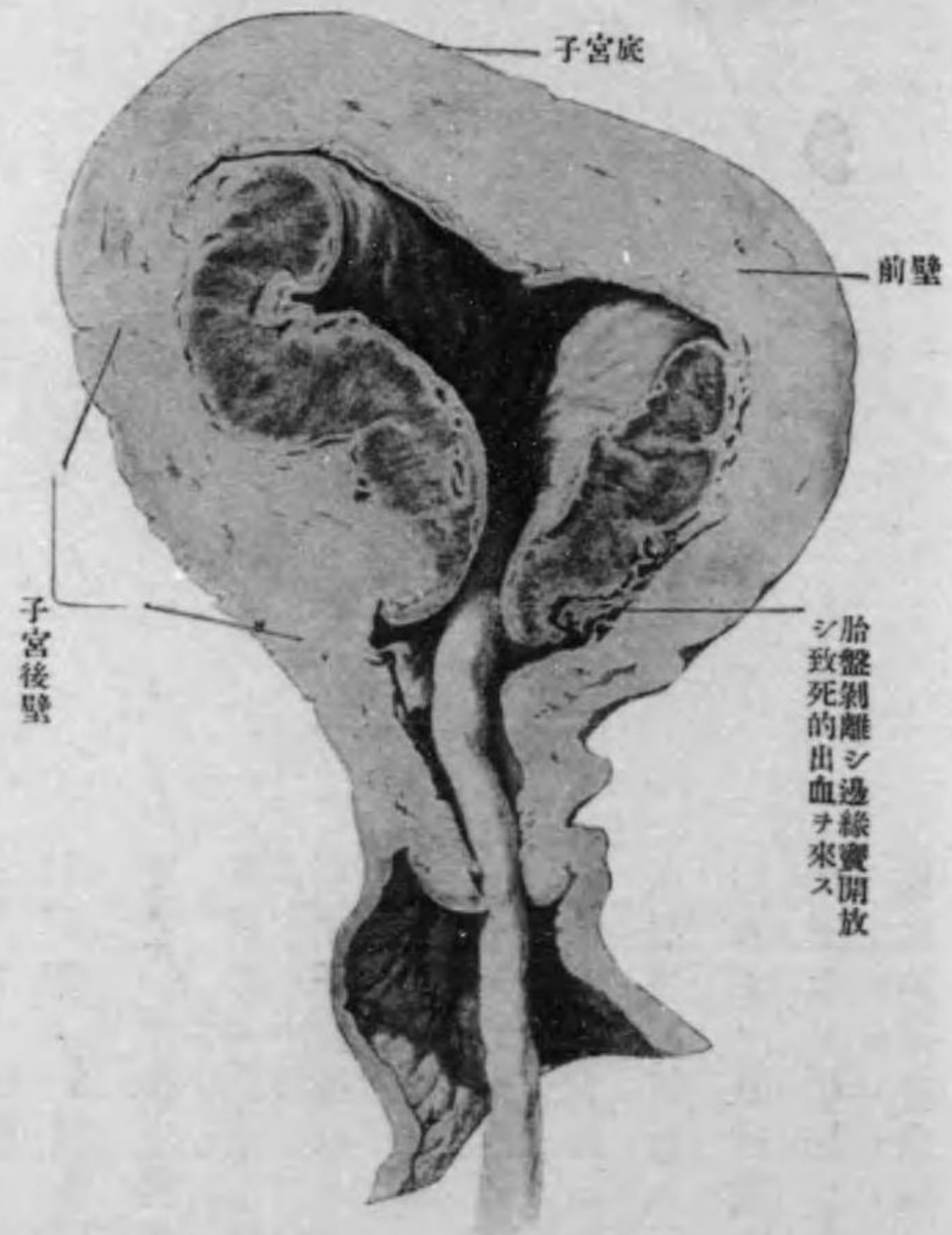
圖三十二百五第
 盤胎ノ角隅管喇叭ハ或角子宮
 (n. Bumm)



代リニ喇叭管隅角ニ相應スル子宮角内ニ發育シタル時ハ子宮ノ形狀ハ著シキ異常ヲ呈スルモノナリ時トシテハ既ニ妊娠間ニ底部ノ側方ニ於テ圓形ノ膨隆ヲ見得可キコトアルモ胎兒ノ排出後ニ於テ最モ克ク角狀ノ隆起ヲ認識ス該隆起ハ胎盤ヲ保有シ之ヲ

圖四十二百五第

斷狀矢 育發常異盤胎ノテ於ニ縁側其及壁後前ノ宮子
 (n. Bumm)



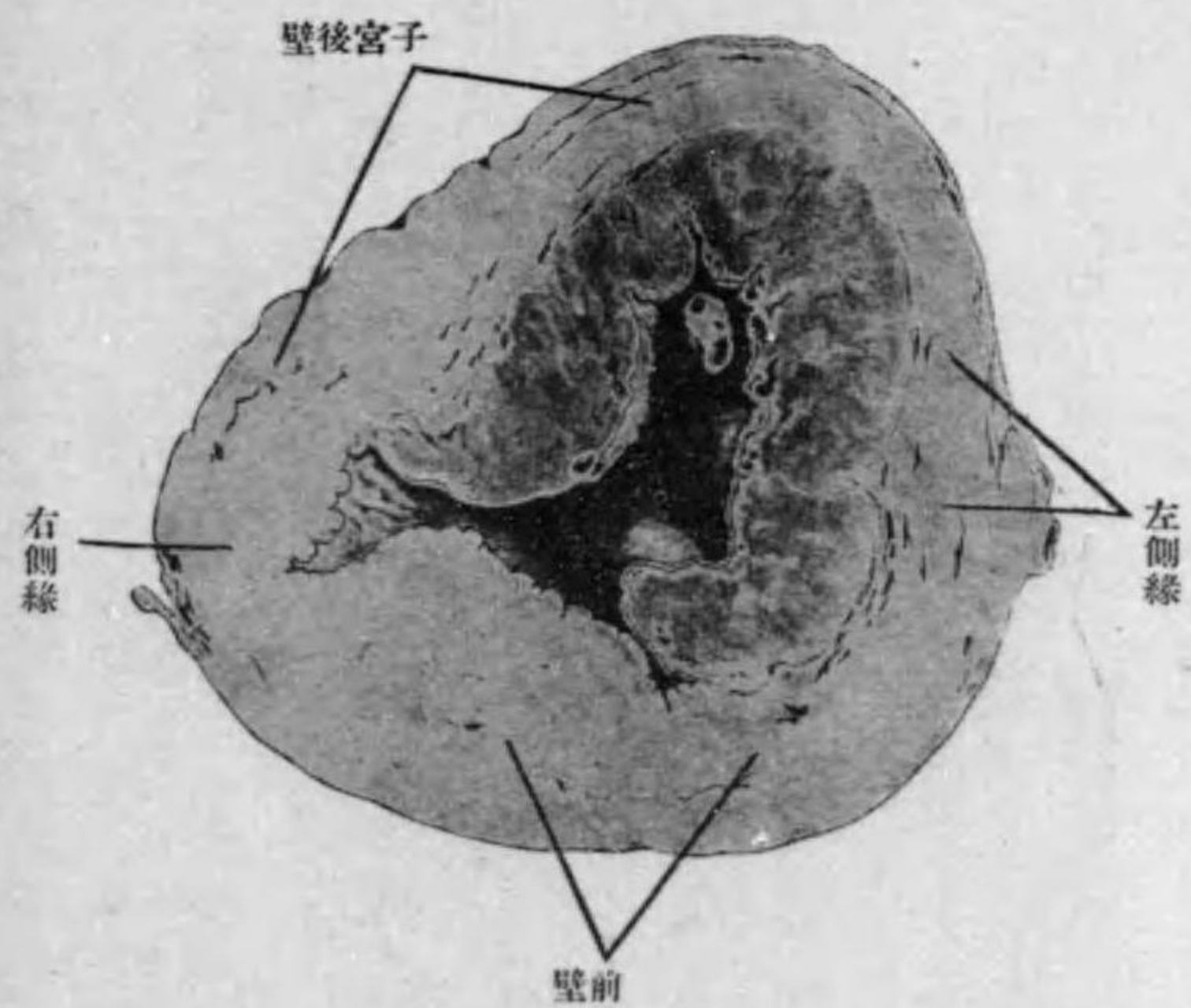
觸ルニ善ク收縮シタル硬固ナル子宮體質ニ對シテ頗ル柔軟ナリ第五百二十三圖ハ子宮角或ハ喇叭管隅角胎盤 Horn- oder Tubeneckenplazenta ヲ有スル子宮ヲ模型的ニ示セルモノナリ角ノ軟カキ部分及胎盤附着部ニ相當セル子宮壁ハ著シク菲薄トナリ此壁部

分娩ノ病理及療法

ノ收縮ハ微弱ニシテ全ク胎盤ノ剝離ヲ爲シ得ザルカ或ハ通常ノ時間内ニテハ之ヲ營ムヲ得ズ、子宮腔ノ側縁ニ於ケル胎盤發育ニアリテモ其關係ハ全ク同様ナリ、前壁及後壁ニ存スル胎盤部分ハ容易ニ剝離セラル、モ、側縁ニ相應スル部分ハ收縮作用ノ薄弱及不全ナル爲メニ固着シテ存ス(第五百二十四圖)

圖五十二百五第

面斷横ノ圖前 (n. Bu nm)

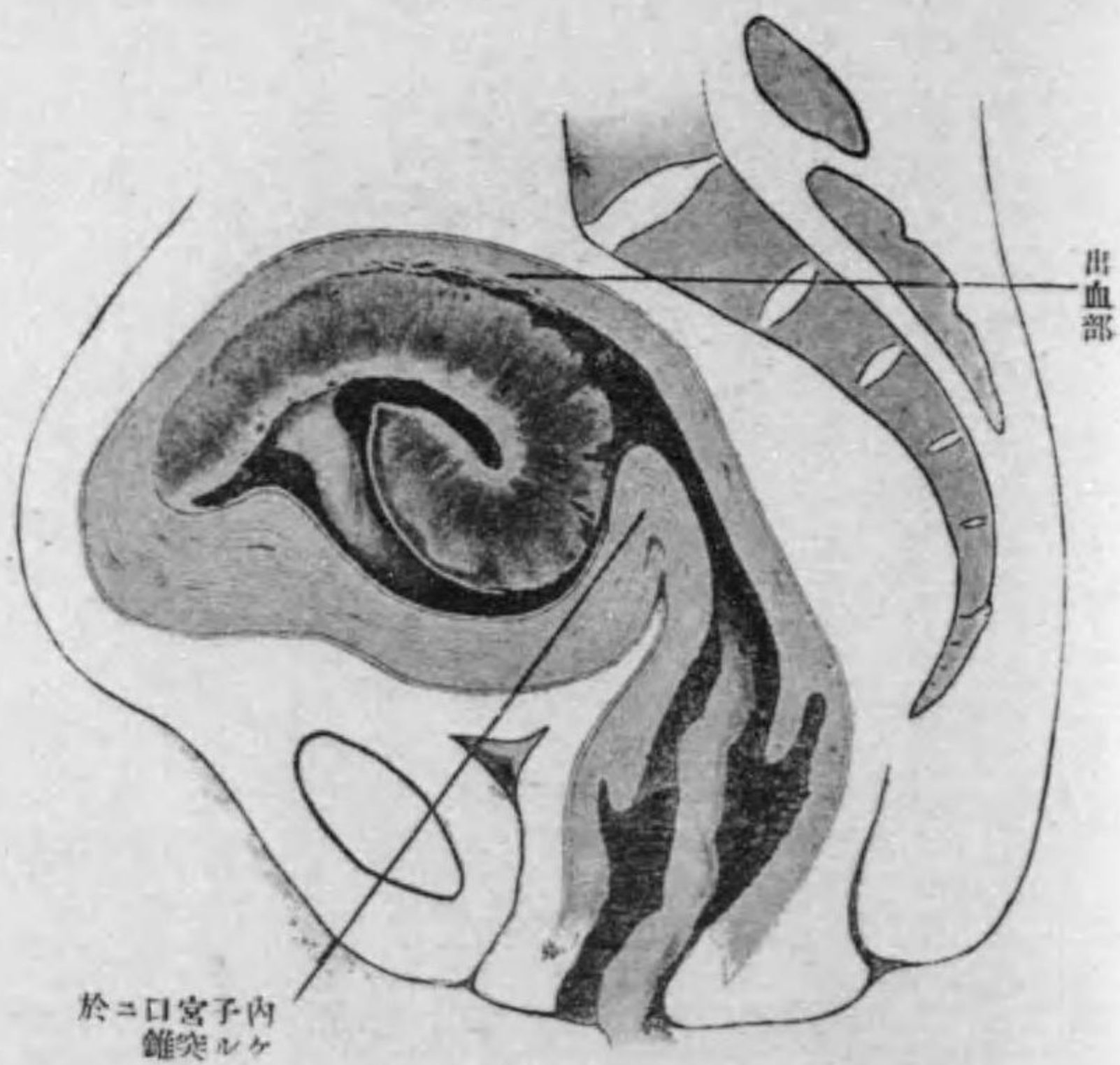


三胎盤ノ膜様ニ菲薄ナル性質膜様胎盤) Die dünne, häutige Beschaffenheit der Plazenta (Pl. membranacea) 膜様胎盤ニアリテハ、通常絨毛組織ノ廣ク子宮壁面ニ擴布スルモノニシテ胎盤ノ菲薄ト絨毛組織ノ擴布ハ共ニ胎盤ノ剝離ヲ障害スルモノナリ、此際其實質貧弱ナルヲ以テ正常胎盤ノ如クニ子宮ヲ鼓舞收縮セシメ且ツ自己ノ重力ニ由リテ下方ニ赴カント勉ムルコト無シ。

四胎盤ノ形狀異常 Die abnorme Form der Plazenta 經驗ニ由ルニ分葉

圖六十二百五第

卷廻ノ盤胎ルタラセ留抑且シ剝離部一 (n. Bamm)



離ヲ輔クベキ胎盤後血腫ハ早期ニ激シク壓出セラレ、絨毛組織ハ糜粥様ニ挫碎セラレ、胎盤ノ已ニ剝離シタル部分ハ或ハ屈曲シ或ハ卷旋シテ且ツ内口上ニ横架シ(第五百二十六圖)卵膜ハ胎盤縁ヨリ裂碎セラレ爲メニ後産娩出スルコトナク、或ハ全ク挫碎セラ

分娩ノ病理及療法

胎盤、副胎盤及割縁性胎盤(此形狀異常ハ腰々角ニ附着スルニ由來ス)モ亦定型性ノ圓形或ハ卵圓形ノ胎盤ヨリモ剝離シ難キモノナリ。

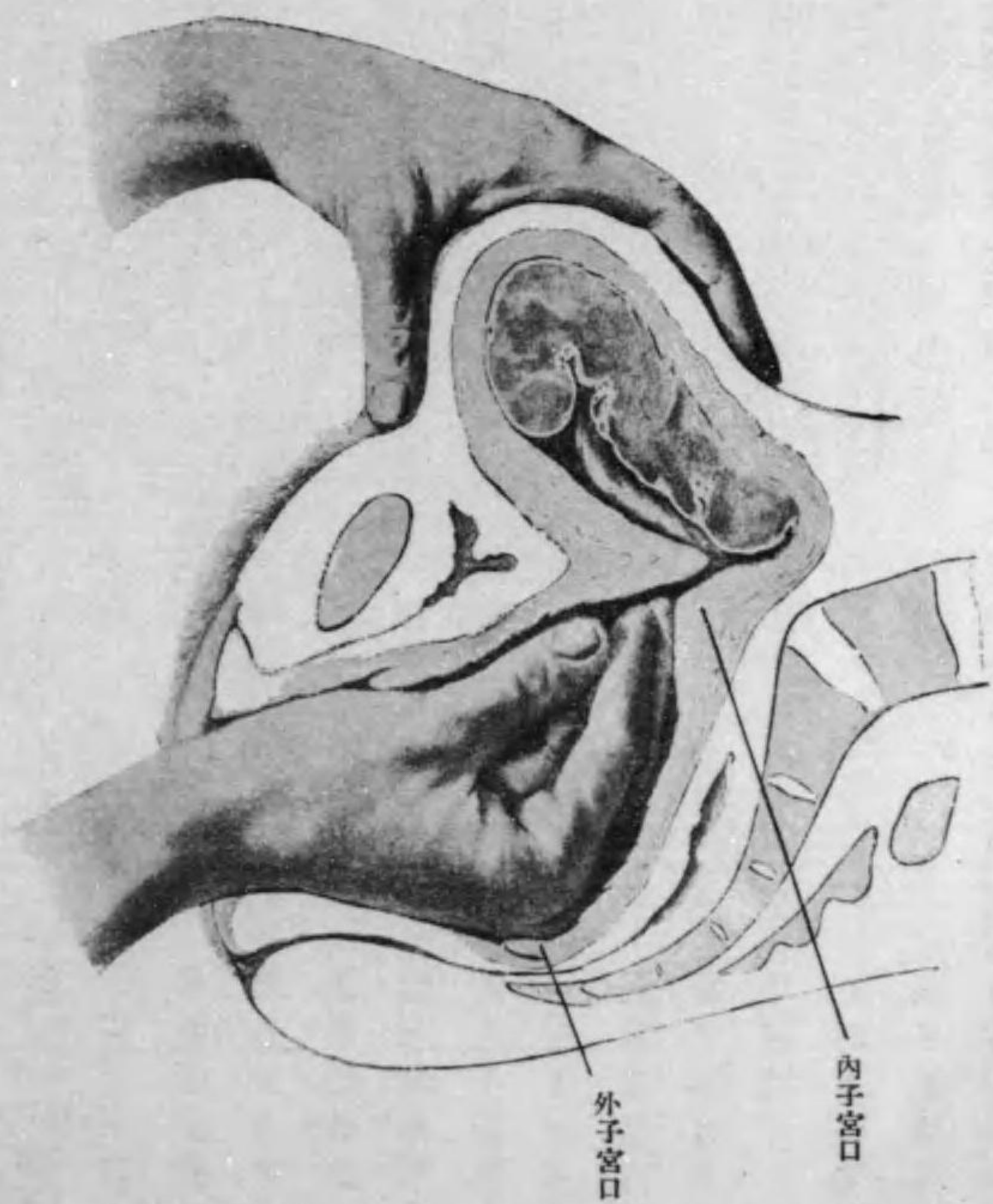
五不巧妙ナル子宮ノ揉捏、摩擦及壓迫 Das ungeschicktes Kneten, Reiben und Drücken der Gebärmutter

正常ナル器械的剝離機轉ヲ障害シ、而シテ胎盤ヲ抑留セシムルコト少ナカラズ、其際手ヲ以テ強く壓迫スル爲メニ分

レテ一部分排出スルモ、全小葉及脈絡膜並ニ羊膜ノ大片ヲ缺如スルコトアリ。
六子宮、筋肉ノ異常ナル牽縮状態、Der abnorme Retraktionszustand 胎盤残留ノ直接原因ニ

第五百二十七圖

胎盤ノ残留
子宮口ニ於テ收縮ル
(n. Damm)



ヨラズシテ、却テ之ニ併發スルモノナルモ、之ガ爲メニ又一層胎盤ノ剝離及排出ヲ妨グ
ルモノナリ、子宮壁ノ爾他部分ハ牽縮進行シテ漸次肥厚スルモ、胎盤ノ尙附着セル所ハ
非薄ナリ、斯クテ胎盤ノ下部ニハ筋肉ヨリ成レル堤ヲ生ジ、其堤ハ時ニ低ク、時ニ高ク子
宮體部ニ位シ、内子宮口部(第五百二十七圖)或ハ底部ノ角様突出ニ移行スル部位ニアリ、
該堤ハ已ニ久シキ以前ヨリ産科醫ノ知レル所ニシテ、狭窄内子宮口ノ強直性痙攣、收縮
輪或ハ時計筒子様收縮(其胎盤ノ爲メニ)トシテ記載セラレタリ、此筋堤一度ビ完成
スルヤ、最強ナル壓出試験モ最早ヤ効ナク、該壓迫ノ刺戟ハ只ニ胎盤ヲ抑留スル筋性輪
ヲシテ一層強ク收縮セシムルノミナリ、剝離ノ爲メニ挿入シタル手モ亦屢々筋輪ノ抵
抗ニ勝ツニ甚シク力ヲ要スルコトアリ、筋輪ハ時トシテ甚ダシク緊縮シ、爲メニ筋輪内
ニ孔口ヲ觸ル、能ハズシテ、人ヲシテ子宮腔ハ空虚ナルカ或ハ胎盤ハ狭キ罅隙ヲ經テ
腹腔内ニ脱出シタルモノト信ゼシムルコトアリ、該輪延展シテ手ヲ胎盤ヲ藏セル上方
ノ腹腔内ニ到達セシメ得タル時ハ事態初メテ明瞭トナルナリ。

前ニ痙攣性陣痛ヲ説述セル際(第三百四十四頁)排出期及後産期ニ於テ内子宮口部ニ生ズル痙攣
性、狭窄、Die spastische Strikurニ就キテ説明セリ、該狭窄モ亦胎盤ノ排出ヲ妨グ夫ノ所謂胎盤ノ筋
頓、Die Einkerbung des Kuchens, Plicata inarcerataヲ來タサシムルナリ(第三九圖)後産期ニ於テ該狭窄ヲ
來タス原因ハ、多クハ不當ニシテ、急劇ナル處置クレーデー氏技術應用ノ過早及拙劣或ハ尙ホ
頻繁ナルハ早期ニ胎盤ヲ除去セントスル内技術ノ粗暴ニシテ且ツ頻回ナルニアリ、此狭窄ノ
分娩ノ病理及療法

療法 胎盤猶子宮内ニ存シ、而シテ胎盤部ヨリ出血スル場合ニ於テ、出血シツ、アル血管ヲ完全ニ閉鎖セントスルニハ、子宮腔ヲ全ク空虚トナシ、弛緩セル筋肉ヲシテ、終局的牽縮状態ニ移行セシメザル可カラズ、然ラズンバ完全ナル止血ヲ期待スルヲ得ザルナリ、若シ此際後産ノ排出ヲ自然力ニ委スレバ、産婦ヲシテ胎盤ノ自然娩出ニ至ル迄最モ重篤ナル血液損失ヲ蒙ラシメザル可カラズ、是ニヨリ後産部分ハ速カニ人工的ニ排出セシムルヲ要ス、是ニ對シテ施スベキ方法ニアリ、即チ壓出法及用手の挽出法是ナリ。

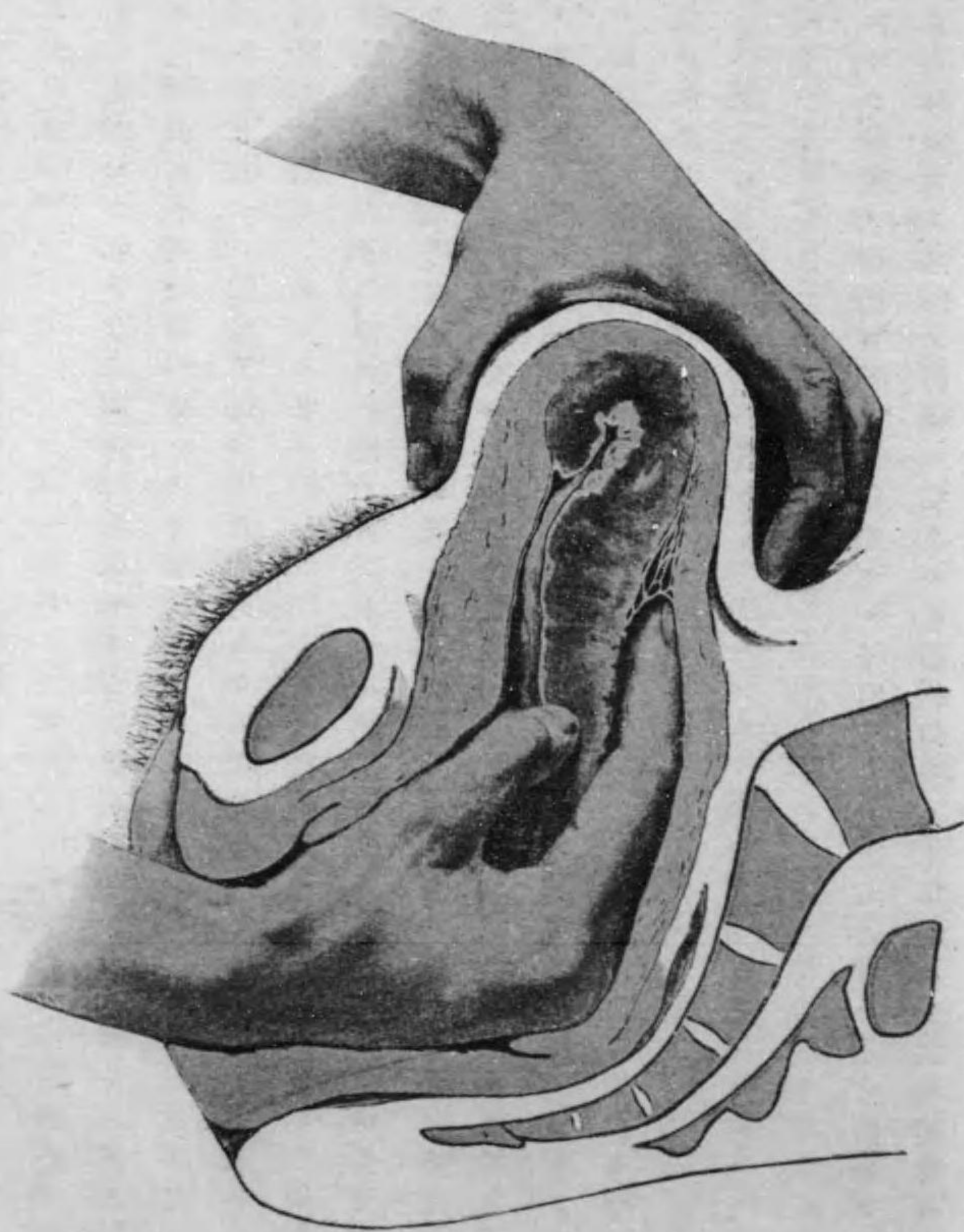
一 壓出法 Die Expression 該法ハ用手の挽出法ニ比スレバ其操作簡易ニシテ且ツ危険少ナキヲ以テ、先ヅ之ヲ試ム可シ、壓出法ニハクレイデ氏法ヲ用ユルモノニシテ、該法ハ前卷第二篇第五章(八)ニ於テ詳述セル如ク、以前ハ其創案者タルク氏ニヨリ、後産期ニ於テ毎常應用スベキ方法トシテ德通セラレタルモ、今日ニ於テハ正常ナル場合ニアリテハ、子宮ヨリスル胎盤ノ排出ヲ自然力ニ委スルヲ以テ通規トス、然レドモ其自然的排出甚ダシク遷延スルカ、或ハ出血ノ爲メニ子宮内容ノ迅速ナル排除ヲ要スル際ハ、常に到ル處該技術ヲ利用シテ最良ノ效果ヲ獲得セルナリ、然レドモクレイデ氏法ハ之ヲ巧妙ニ且ツ適正ニ施行シ得ル者ニシテ、初メテ其效果ヲ全カラシメ得ルハ言ヲ俟タザルナリ、壓出ヲ初ムル前ニハ、先ヅ必ラズ子宮ヲ摩擦シテ善良ナル收縮状態ニ轉ゼシメザル可カラズ、子宮ノ弛緩セル際之ヲ壓迫スレバ只ニ胎盤組織ノ挫碎及卵膜ノ破裂ヲ

來タシテ剝離ヲ困難ナラシムルノミニシテ、決シテ残留胎盤ヲ完全ニ排出セシムル能ハザルナリ、按摩ニ由リテ強盛ナル後産陣痛ヲ喚起シ得タル時ハ、子宮ヲ正シク骨盤入口軸内ニ定位セシメタル後一手ヲ以テ之ヲ前卷第四八〇頁第二百六十圖ニ示スガ如クニ把握スベシ、即チ四指ヲ後壁ニ、拇指ヲ前壁ニ貼シ、子宮體ヲ海綿ノ如ク壓搾シツ、同時ニ下方ニ壓ス可シ、第一回ノ試行ニテ成效セザレバ通常第二或ハ第三回ニシテ目的ヲ達スルモノトス、而シテ該壓出法ハ毎回必ラズ收縮間ニ於テノミ施行スベク、猶壓出スル手ハ常ニ子宮底ニ於テ胎盤ヲ包藏スル部分ヲ把握スルコト必要ナリ、由テ子宮角内ニ胎盤ノ附着スル場合ニハ其角ヲ把握シ、而シテ子宮腔ニ向テ壓出セザル可カラズ、此際或ハ之ニ類似セル場合ニ於テ、底部ノ中央ヲ把握シテ壓迫セバ、胎盤ヲ側方ニ壓擠シテ其排出ヲ直接ニ障礙スベシ、若シ婦人ニシテ手ヲ以テノ壓ニ對シテ強ク抵抗スルトキハ麻酔ヲ施スヲ可トス、之ニヨリテ腹壓ヲ排除スルト共ニ、稍々併存スル牽縮輪ノ痙攣性狹窄ヲ緩解シ得可シ。

二 用手の剝離及挽出術 Die manuelle Lösung und Exaktion der Plazenta クレイデ氏操作ハ殆ンド常ニ大ナル傷害ヲ生ゼザルモ、手ヲ以テ胎盤ヲ剝離シ之ヲ挽出スルハ實ニ危険ナル操作ナリトス、例之バ回轉術ニ於ケルガ如クニ、手術的ニ手ヲ子宮腔内ニ送入スル際ハ、常ニ卵膜囊内ニテ操作スルヲ以テ、幾分カ病芽ヲ移植スルトモ、該病芽ハ卵膜囊ト共ニ再ビ排出セラレ、然レドモ胎盤ノ剝離ノ爲メニ送入セラレタル手ハ、已ニ損傷ヲ來

タセル子宮ノ内面ト最モ密ニ接觸スルノミナラズ、特ニ胎盤部ニ於テハ其組織ヲ穿堀セザル可カラズ、手指ハ完全ニ消毒セラレタリトスルモ、之ヲ以テ容易ニ外陰部或ハ腔ニ於ケル病芽ヲ胎盤部ニ移植シ、其病芽ハ爰ニ殘留シテ壞死ニ陥ラントスル脱落膜破片ヲ發見ス可シ、該組織片ハ病芽ノ發育ニハ最モ良好ナル培養基トナルヲ以テ、病芽ハ急速ニ繁殖シ、遠カラズシテ胎盤靜脈竇ノ開放シテ存セル血栓ニ達ス可シ、而シテ其血栓ノ傳染ハ已ニ膿毒症ノ開始ヲ意味スルモノナリ、已ニ剝離シタル胎盤ノ用手的挽出ハ下床ヨリ胎盤ヲ剝離スルヨリモ危險ノ度少ナキモ、統計ニ徴スレバ通常用手的剝離ト共ニ施サル、モノナリ、用手的胎盤剝離後ノ死亡率ハ、若シ一般實地ニ於ケル成績ヲ計上スレバ、殆ンド十%ヨリ下ラザルヲ以テ、帝王切開術ニ於ケルソレヨリモ高シ、叙上ノ故ヲ以テ用手的剝離ヲ行ハントスル前ニハ、克ク考慮シ、只壓出法ヲ反覆試行スルモ効ナク、且ツ出血持續シテ止マザル時ニノミ、之ニ着手スベシ、然ルニ此用手的剝離ハ實際爾カク屢々必要ナラザルニ、常ニ甚ダ頻繁ニ實施セラレツ、アルヲ見ルヲ以テ、之ニ對シテハ一定ノ戒慎ヲ要スベキモノナリ、然リト雖モ此操作ニ就キテ極端ニ深ク省慮シ且ツ傳染ノ可能性ニ關シテ過度ニ恐怖シ、徒ラニ婦人ヲシテ失血ノ危險ニ陥ラシムルハ又大ニ不可ナリトス、由テ婦人ノ一般狀態ニシテ貧血ノ徵候ヲ呈スルニ至レバ、最早ヤ壓出法試行ニヨリテ多ク時ヲ失フヲ許サズ、現實セル危險ト戰フニ最モ有効ナル方法即チ胎盤ノ用手的剝離及挽出術ヲ以テセザル可カラズ。

圖八十二百五第
離 剝 的 手 用 ノ 盤 胎
(n. Bamm)



其法ハ外陰部ヲ淨洗シ、稀薄ナル亞爾爾保兒或ハ醋酸礬土液ヲ以テ腔ヲ洗滌シタル後、能ク消毒シタル手(最モ善キハ護手)ヲ腹壁ヨリノ監査及反壓ノ下ニ子宮腔内ニ挿入シ(第五百二十八圖)而シテ之ヲ注意シテ絨毛組織ト子宮壁トノ間ニ進入セシメツ、胎盤ヲ其下床ヨリ剝離ス、胎盤全部剝離シタル時ハ初メテ窩手ヲ以テ之ヲ上方ヨリ把握シ而シテ腔内ニ壓下スベシ、胎盤ヲ斷片のニ排出セシムルコトハ最モ不可ナリ、之ニ反シテ胎盤ノ主要部排除セラレバ、常ニ猶ニ回半手ヲ子宮腔内ニ挿入シ、胎盤部ハ滑澤ニシテ凡テ排除セラレタルヤ否ヤヲ檢シ、若シ小ナル胎盤組織ニテモ殘存セバ、悉皆之ヲ除去ス可シ、然ル後ニ八〇%ノ亞爾爾保兒ト水トヲ等分ニ混ゼル液ニリテ之ヲ以テ、子宮腔ノ洗滌ヲ施ス可シ、昇汞、りぞー、石炭酸等ハ哆開セル胎盤靜脈内ニ直接ニ流入シテ中毒ヲ來タスノ恐レアルヲ以テ之ヲ使用スルヲ許サズ、胎盤ノ排除ト洗滌ノ刺戟トハ子宮ノ良好ナル牽縮ヲ將來シ、出血停止スルヲ常トスルモ、若シ尙ホ止血セザルトキハ次ニ述ベントスル弛緩性出血ニ於ケル處置ニ從ハザル可カラズ。

(口)胎盤排出後ノ出血弛緩性後產期出血) Die Blutungen nach Ausstossung der Plazenta (Atonische Nachgeburtsblutungen)

後、產期出血ニシテ、胎盤ノ排出ニ續キテ空虚ナル子宮腔ニ於テ起ル者ハ、子宮、筋肉、ノ牽縮、不完全ナルハ、結果ナリ、通例ノ經過ニ於テハ、筋纖維相互ニ推移スルト共ニ親密ニ編合シ、開放シタル子宮胎盤血管ヲ閉鎖セシムルモ、此際ニ筋肉ノ牽縮不完全ナレバ、其纖

維ノ推移及編合停止シ、爲メニ子宮壁ハ弛緩シテ柔軟ニ、胎盤ノ附着シタル部分ヨリハ血液盛ニ進出ス可シ、分娩直後ニ於ケル子宮ノ弛緩ヲ弛緩症、Die Atonieト稱シ、且ツ之レニ基因スル出血ヲ弛緩性後產期出血ト云フ。

正當ナル牽縮ノ成就スルニハ、強力ナル陣痛ト一定時間持續スル自動的收縮作用トヲ要ス、抵抗ノ不完全ナル爲メニ強盛ナル陣痛動作ヲ缺カスルカ、或ハ子宮甚ダ迅速ニ空虚ニセラレバ、牽縮的纖維推移ハ不完全ニ行ハレ、子宮ハ大ニシテ弛緩セル囊ノ如クナリ、其菲薄ナル壁ハ相互ニ皺襞ヲナセドモ胎盤部ノ哆開シタル血管ヨリスル血液ノ溢出ヲ妨グルヲ得ズ、急産ニシテ胎兒僅カニ數分間ノ經過間ニ子宮ヨリ謝出シタル後及ビ分娩人工的ニ急速ニ結了セラレタル後、其外子宮過度ニ延展シ、特ニ大ニ筋肉ノ牽縮能力ヲ要スル双胎、分娩及羊水過多症ノ後ニ弛緩症ヲ來タシ易キハ容易ニ了解シ得可シ、過急ニ人工的胎盤壓出法ヲ行ヒ、後產陣痛ノ良好ナル影響ヲ遮斷シタル場合モ亦同様ナル意味ニ於テ作用スルコトアリ。

其他弛緩性後產期出血ハ、屢々多產婦ニ來タリ、又既往ニ於テ困難ナル分娩ヲ遂ゲ、又ハ產褥中ニ於ケル敗血症疾患ニ罹リタル後ニモ亦觀察セラレ、是ニ於テハ恐ラクハ筋纖維間結締組織ノ發育増加ニ由リテ、正當ナル牽縮ヲ困難ナラシムルニヨルナラン、他ノ場合例之バ常習性ニ弛緩性出血ノ傾向ヲ有スル者ニ於テハ、分娩後ノ子宮弛緩ノ原因ヲ先天性或ハ後天性ノ筋肉發育ノ薄弱ニ歸ス可キナリ。

時トシテ只胎盤附着部ノ領域ニ於テノミ牽縮ノ停止スルコトアリ、然ルトキハ一般ニ
 克ク收縮シテ硬固ナル子宮ニ於テ弛緩シ且ツ出血スル胎盤部ニ相當スル陷凹ヲ觸知
 ス(第五百二十九圖)此局所の弛緩—胎盤部ノ麻痺Die Paralyse der Plazentastelleノ原因トシ
 テ見ル可キハ、血管ノ發育過度ニ強盛ニシテ、血管間ノ筋層ヲ消失セシムルニ至レル者、
 或ハ筋肉形成ノ素ヨリ薄弱ナル子宮角ニ卵ノ附着セル場合ナリ、尙困難ニシテ且ツ長
 時持續セル分娩ニ於テ、子宮下部過度ニ延長セラレ、且ツ胎盤ノ附着ニシテ一部分子宮

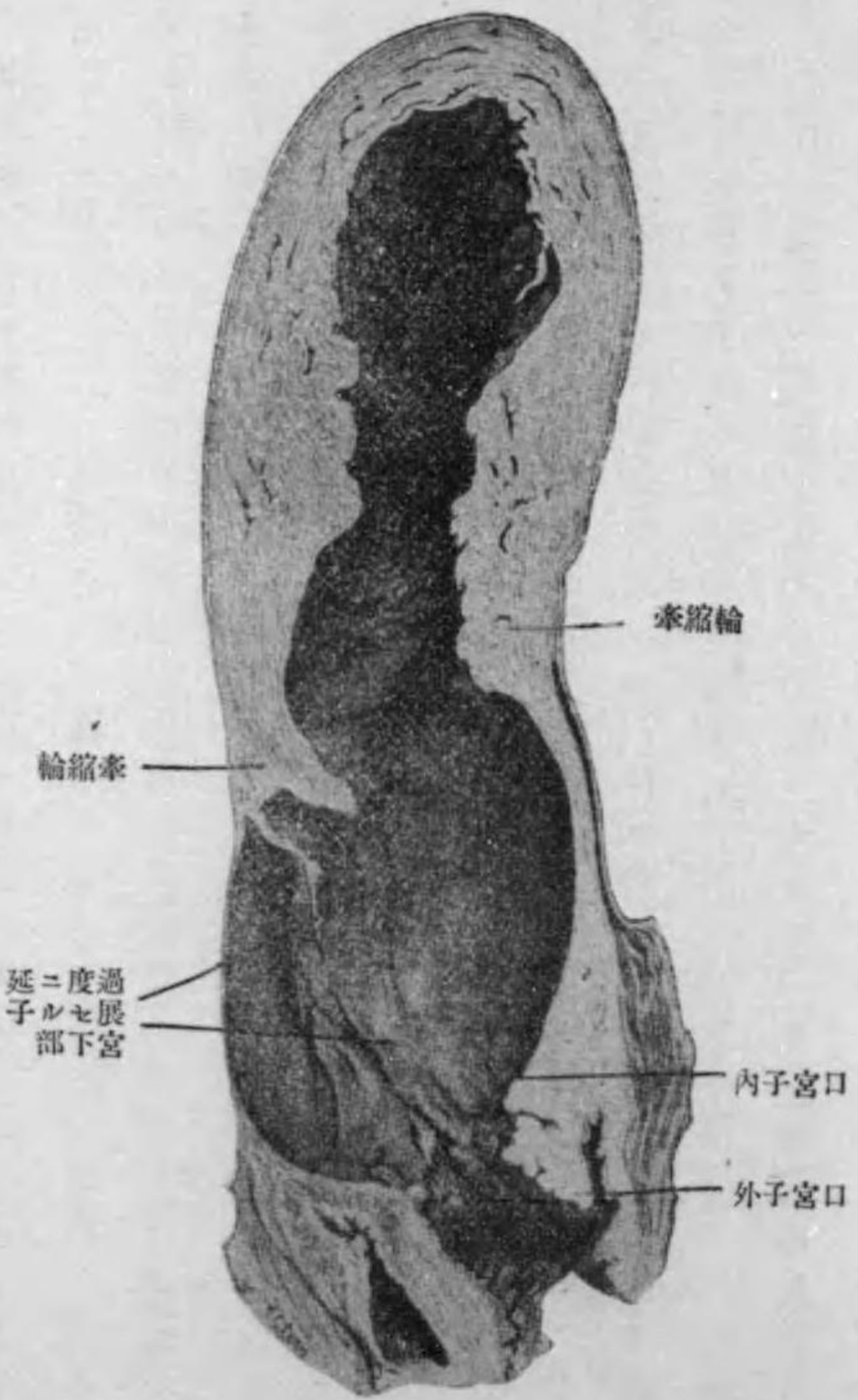
圖九十二百五第

痺麻ノ部盤胎 (n. Bumm)



圖十三百五第

血出ノリヨ部下宮子ルモ展延ニ度過 (n. Bumm)



筋肉ノ菲薄トナレル時ニ於テモ同様ニ胎盤ノ排出後ニ多量ノ出血ヲ來
 タスコト稀ナラズ、子宮體ノ硬固ナル上部ハ常ニ再ビ血液ヲ以テ充タシ牽縮ノ傾向ヲ
 存セズシテ弛緩セル囊内ニ終ル(第五百三十圖)
 終リニ弛緩性後産期出血ノ重要ナル動機ハ、胎盤部分ハ、殘留、Die Retention von Plazentar-
 teilanナリトス、胎盤部分ハ自然ニ抑留セラレタルト壓出法ノ試行ニ際シテ胎盤ノ主部

分娩ノ病理及療法

ヨリ斷裂シタルトヲ問ハズ、附着スル絨毛質ニ由リテ常ニ完全ナル牽縮障礙セラレ殘留片ノ近隣ニ於ケル哆開シタル血管間隙ヨリ出血ス、牀脫落膜ノ厚層ノ抑留モ亦、殊ニ該膜ノ既往ニ於ケル内膜炎性機轉ニ由リテ肥大セル時ハ、血液損失ヲ増大セシム、然ルニ裂碎シテ子宮内ニ抑留セラレタル羊膜及脈絡膜ノ破片ハ、出血ニ關シテ爾カク恐ル、ヲ要セザルモノナリ。

療法 胎盤排出後ニ於ケル弛緩性出血ヲ鎮止セシムルニ諸種ノ方法アリ、是等ノ方法ハ皆同様ニ有効ナラザルト共ニ同様ニ無危險ナルニアラザルハ勿論ナリトス、是等ニ於テモ亦先ヅ操作ノ少ナキ方法ヨリ試ミ、其無効ナルニ當リ初メテ操作ノ多キ方法ニ移行スルヲ通規トス。

弛緩シタル子宮ヲ鼓舞シテ強ク收縮セシムル爲メニ行フベキ最モ簡單ニシテ且ツ常ニ容易ナル方法ハ

一、腹部ヨリスル子宮ノ按摩 Die Massage des Uterus vom Abdomen her ナリトス、弛緩ノ甚シキ際ニハ初メハ子宮ヲ腹壁ヨリ觸ル、ニ困難ナリ、子宮壁ハ甚ダ柔軟ニシテ、爾他ノ腹部臟器ト殆ンド區別スル能ハズ、反覆之ニ觸レ且ツ按摩シタル後子宮底ノ輪廓初メテ稍々明瞭トナル、時トシテ子宮ハ多量ノ凝血ヲ以テ充タサレテ季肋弓ニ迄達セルコトアリ、凡テ溢出シタル血液ハ循環ヲ失ヘルヲ以テ、此血液ヲ子宮腔内ニ放置スレバ、只ニ周壁ノ收縮及縮小ヲ妨害スルノ害アルノミナリ、是レニヨリ血液ハ之ヲ壓出ス可キモ

ノナルヲ以テ、按摩ノ初メニ當リ多量ニ血液及凝血ノ排除セララル、ヲ見テ之ヲ憂慮シ、或ハ其爲メニ按摩ノ續行ヲ廢スルコトアル可ラズ、子宮ノ内容完全ニ排除セララルレバ、爾後ハ弛緩ニ傾ケル筋壁ヲ絶ヘズ按摩シテ(通常子宮腔底部ヲ)常ニ再ビ收縮ヲ新タナラシメ、斯クシテ筋肉ノ持續性牽縮ヲ招致セシム可シ、此際膀胱強ク充盈スレバ、持續的收縮ヲ妨グルヲ以テ必ず排尿スルヲ要ス、叙上按摩運動ト共ニクレーデ氏壓出法ニ於ケルガ如ク、堅ク子宮ヲ把握シテ其後壁ヲ強ク前壁ニ壓シツ、暫時子宮體ノ壓迫ヲ行フヲ益アリトス、猶下行大動脈ノ壓迫モ亦時々試ム可シ、分娩直後ノ婦人ニアリテハ毎常明カニ腰部脊椎上ニ大ナル血管ノ搏動スルヲ觸レ、且ツ之ヲ容易ニ骨ニ對シテ壓縮シ得、是レニ由リテ生起シタル子宮ノ動脈性貧血ハ甚ダ強キ收縮刺激ニシテ、大動脈ノ壓迫後直チニ強盛ニシテ長時持續スル陣痛ヲ發起スルヲ常トス、叙上按摩ニ由リテ止血セザレバ次ニ

二、子宮内腔ノ温熱的或ハ寒冷的灌注法 Die heisse oder kalte Spülung der Uterinhöhle ヲ行ハ、以テ其粘膜ニ寒熱的刺戟ヲ與ヘテ筋ノ收縮ヲ促スベシ、灌注器ニハ速ニ純粹ナル冷水或ハ熱湯ヲ充タシ、嘴管ヲ二指ノ介導ノ下ニ頸管ヲ經テ子宮底ニ至ル迄送入シ、而シテ二―三リ―てるノ液ヲ内腔ニ灌注スベシ、其際同時ニ上方ヨリ子宮按摩ヲ行フヲ可トス、該法ハ唯リ液體温度ノ體温ニ對シ差異著シキトキニノミ有効ナル刺戟ヲ與ヘ得可キモノナルヲ以テ、冷水ナレバ氷水或ハ攝氏十度以下ノ者ナル可ク、熱湯ナレバ攝氏五

十度以下ニ下ルベカラズ。

温熱的灌注法ニハ、防腐ノ効アルト共ニ出血スル身體部分ニ温ヲ輸送シ得ベキノ利アルモ、寒冷的灌注法ハ較モスレバ虚脱ヲ増進セシムルコトアリ、由テ現今ハ前者ヲ選用スル者多キガ如シ。

又子宮内腔灌注法ハ之ヲ長ク應用スルトキハ子宮筋ノ麻痺ヲ來タスコトアルヲ以テ、腔内灌注ニ止ムベシトナス者少ナカラズ、彼等ニ據レバ冷熱的腔灌注ニ由リ子宮下部ニ刺戟ヲ與フレバ、克ク收縮ヲ惹起セシムルニ足ルト云フ。

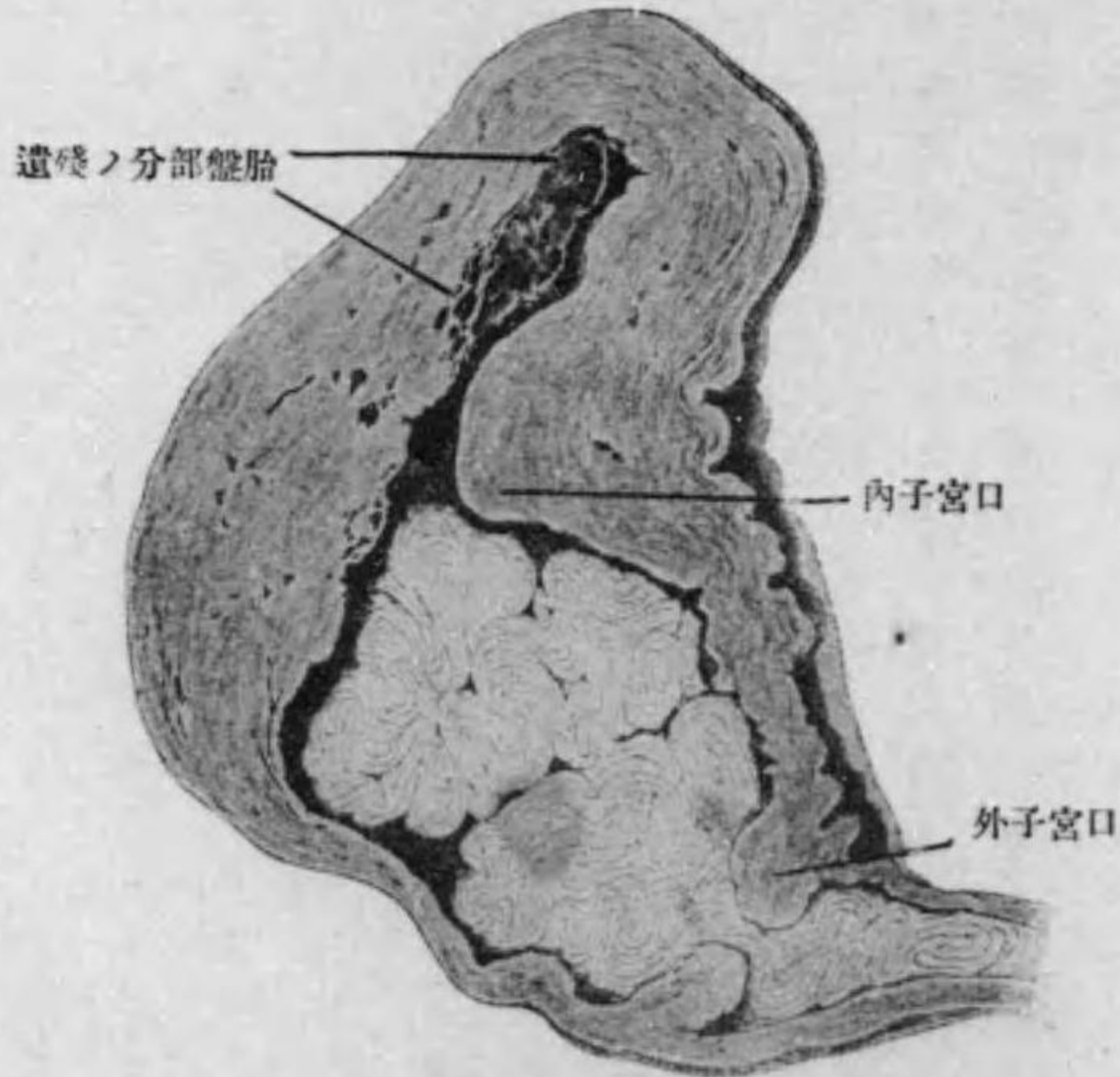
叙上子宮腔内灌注法ヲ行フモ猶且ツ止血ノ効ナキ時ハ、之ニ次ギテ最早ヤ他ノ奏効不確實ナル止血法ヲ行ハズシテ、反テ直チニ弛緩性出血ニ對シテ最モ確實ナル方法即チヂュールセン Dührssen ニヨリ案出セラレ産科的實地ニ於テ最モ廣ク賞用セラルル。

三子宮ノガ―セ栓塞法 Die Gazetampouade des Uterus ヲ行フベシ、其法先ヅ膀胱ヲ空虚ニシ、二個ノ大ナル扁平子宮鏡ヲ以テ腔管ヲ擴開シ、頸管ヲ露出シ、之ニ球鉗子ヲ貼シテ外陰部迄牽下ス、而シテガ―セ帶(長サ五め1さるヲ有スル手拳幅ノ)ヲ取り、消息子、麥粒鉗子或ハ長鉗子(長サ三十仙迷ノ解)ヲ以テ、其一端ヲ子宮底部ニ達スル迄高ク送入シ、而シテ腹壁ヨリ子宮底部ヲ把握セル他手ノ監督ノ下ニ、子宮腔全部ノ緊ク填充セラル、迄順次之ヲ送入スベシ(第五百三十一圖)多クハ初メ瓦設ニ沿フテ尙多量ノ血液流出スレドモ直チニ收縮増加スルニ從ヒ、出血ハ漸次減少シ、子宮腔ハ狹隘トナルヲ以テ、初メニ豫

欠

欠

圖三十三百五第
法塞栓ルレマ誤
(n. Lamm)



ノニ内腔及管頸ニ只ハゼーが
ス存殘部一ノ盤胎、ルハ横ミ

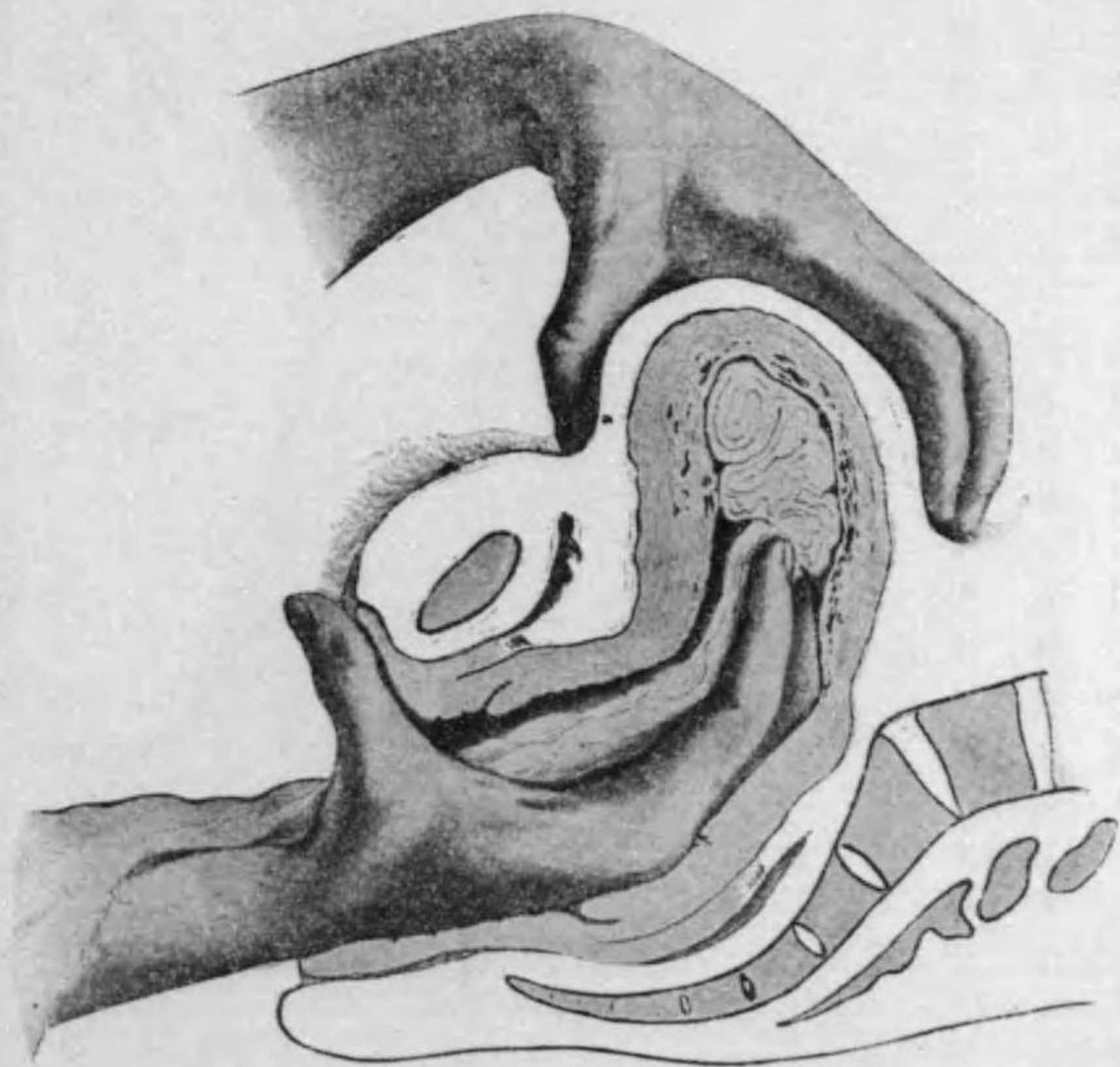
克ク外手ヲ以テ其底部ニ到達セルヤ否ヤヲ鑑査スルコト最モ必要ナリ、尙弛緩性出血
ニ際シ單ニ腔管ニ栓塞ヲ施スガ如キハ過失ノ最モ大ナル者ト云フ可シ。
一般實地家ハ多ク單獨ニ産床ニ侍シ、設令助手ヲ有スルモ概シテ一人ノ産婆ニ過ギザ
ルヲ以テ、彼等ニアリテハ子宮栓塞法ノ實行ハ稍々困難ナリト雖モ、何等不可能ノ操作
ニアラズ、即チ産婦ヲ横床ニ臥セシメ、匙狀腔鏡ニ由リテ子宮腔部ヲ露出スベシ、其際只

分娩ノ病理及療法

監査ナクシテガ―セ帶
ヲ挿入スル時ハ、之ヲ送
入スル器械ノ收縮輪ノ
部位ニ於テ抵抗ニ遭遇
スルコトアルヲ以テ、之
ヲ子宮底ト誤認シ、爲メ
ニガ―セハ只ニ頸管ニ
ノミ充タサレ、體腔ハ空
虛ニシテ出血ハ胎盤附
着面ヨリ依然持續スル
コトアリ、由テガ―セ栓
塞法ヲ行フニ當リテハ

腔鏡ノ一葉ヲ保持スベキ第三者ヲ要スルノミ、斯クシテ子宮腔部ニ鉤鉗子ヲ貼シ、之ヲ陰門ニ牽下シ得バ、其後ハ全ク腔鏡ヲ要セザルヲ以テ之ヲ拔去シ、而シテ產婆ヲシテガ

第五百三十四圖
子宮ノ用テ手檢塞法
(n. Bonn)



一セヲ貯藏セル無菌的鐵葉匣ヲ陰門附近ニ齎ラシメバ、醫ハ之ヨリ直接ニガ一セヲ宮腔内ニ挿入スルコト容易ナリトス、其他緊急ノ場合ニハ腔鏡ヲ用ヒズ、且ツ頸管ヲ牽下スルコトナクモ、猶且ツ該法ヲ婦人ノ仰臥位ニ於テ施行シ得可シ、即チ一手ヲ以テ子宮ヲ上方ヨリ把握シテ下方ニ壓シ他手ノ二指ヲ以テガ

一セ帶ヲ最初腔内ニ次ニ頸管ヲ經テ子宮底ニ至ル迄送入シ、瓦設帶ノ上端一度ビ目目的地ニ至レバ、爾後ハ瓦設帶ヲ後送シテ容易ニ全子宮腔ヲ充塞シ得ベシ(第五百三十四圖)此方法ハ其操作間ニガ一セ容易ニ外陰部及會陰ニ接觸スルヲ以テ、此部ヨリ病芽ヲ上方ニ誘導スルノ恐レアルガ故ニ、無菌ヲ保ツニ困難ナルノ缺點ナキ能ハズ。

子宮及腔管ノ檢塞法ニ對シテハ、多數ノ學理的反對說アリ、就中綿紗ヲ以テ子宮ヲ填塞スルトキハ、反テ吾人ノ要望スル處ノ子宮ノ持續的收縮ヲ不能ニ歸セシムルモノナリト論ズル者アリ、然ルニ實地上ノ經驗ハ學理的考說ニ反セリ、該方法ヲ以テ奏効セシ例數ハ甚ダ多クシテ、該法ノ確實及安全ヲ證明スルニ餘リアリ、且ツ重篤ナル弛緩性出血ハ爾カク頻繁ニアラザレドモ、之ニ對スル上記檢塞法ノ奏効ハ他ノ方法ニ卓越セルヲ認メラレ、現今大ニ信憑スベキ止血法トシテ稱揚セラル。

四 護管ヲ以テノ腹部絞縛法 Die Umschnürung des Leibes mit dem Gummischlauch ハ、輓近モノブルヒ Monburg ニ由リテ案出セラレタル止血法ニシテ、後產期ニ於ケル出血ニ應用シテ效果ヲ見タリ、該法ハ素ト骨盤及腰部ニ於ケル外科的手術ニ際シ、該部ノ虛血法トシテ用ヒラレタルモノナリ、然レドモ遂輓直後ノ子宮出血(裂傷ヨリ來ルト、弛緩)ニ際シテモ亦適用シ得可ク、且ツ常ニ迅速ニ且ツ容易ニ行ハル、利益アリ、即チ長キ護管ヲ以テ腹部ノ周圍ヲ重複纏絡シ、之ヲ徐々ニ緊縛シテ股動脈ノ脈搏ノ消失スルニ至ラシム(第五百三十五圖)斯クシテ生ズル子宮ノ動脈性貧血ハ弛緩セル周壁ニ強力ナル收縮

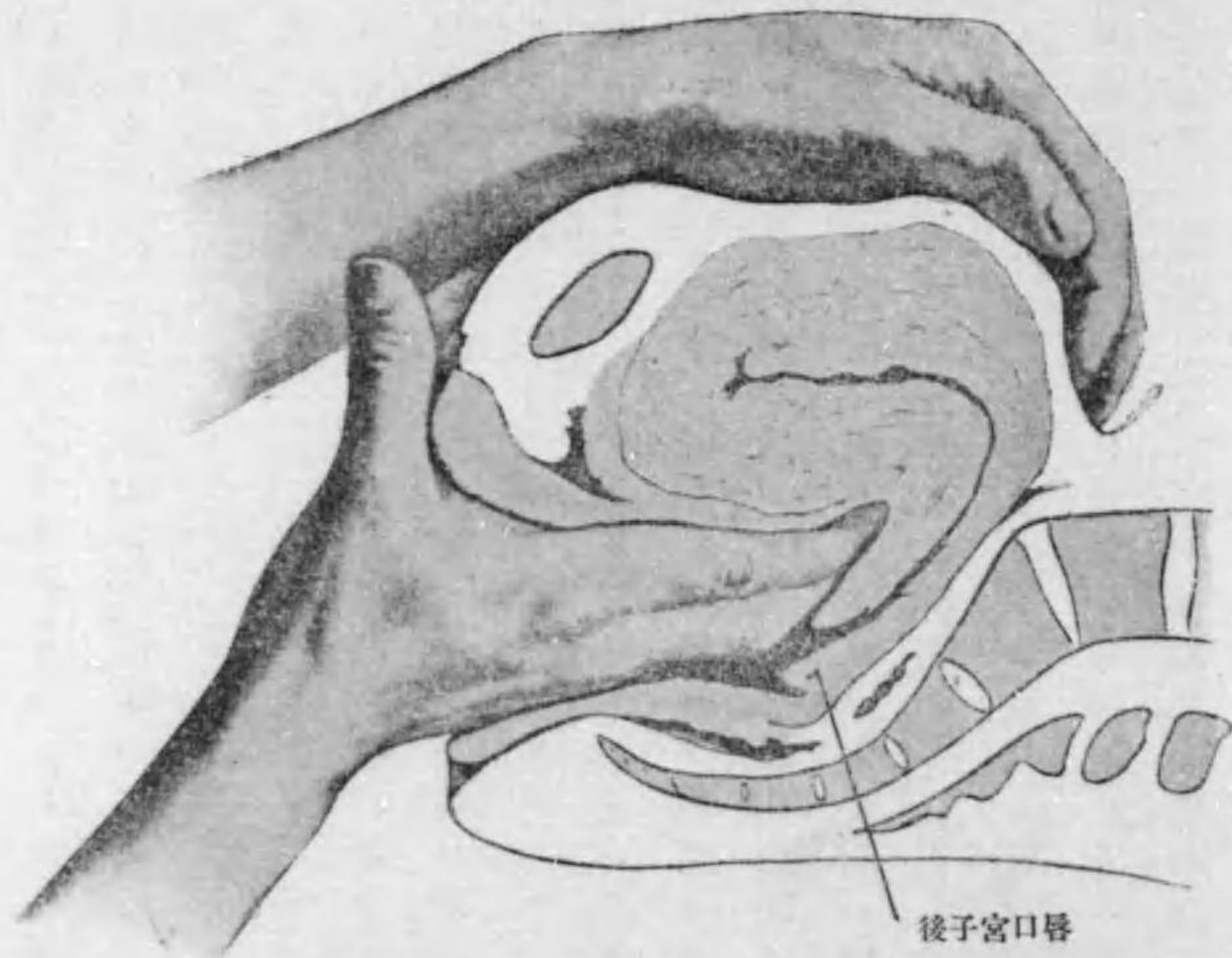
股動脈ニ於ケル搏動ノ消失スルニ至ル迄護護管ヲ固ク緊縛ス可シ



ヲ喚起スルモノトス子宮持續シテ強ク收縮セバ二十分—三十分ニシテ該管ヲ解除ス

第五百三十三圖

弛緩性子宮ノ雙手壓法 (n. Lunn)



分娩ノ病理及療法

ルヲ得ルナリ、若シ裂傷出血ニアリテハ該管ヲ以テ一時的止血ヲ生ゼシメ、其間ニ或ハ婦人ヲ病院ニ輸送シ、或ハ操作ニ必要ナル準備ヲナシ得可キノ利アリ。
其他弛緩性出血ニ對シテ行ハル、諸種ノ止血法アリ、其内爰ニ記載スベキ價値アルハ
五。双手子宮壓迫法 Die bimanuelle Kompression des Uterus 第五百三十六圖ノ如ク一手ヲ腹壁ヨリ子宮後面ニ、他手ノ示中二指ヲ前腔穹窿部内

ニ挿入シ、双手間ニ子宮ヲ壓迫ス

六、**双手子宮按摩法** Die bimanuelle Massage des Uterus 一手ヲ子宮腔内ニ挿入シテ拳ヲ造リ、他手ヲ腹壁ニ貼シ、内手拳ニ對セシメ、兩手ヲ以テ子宮ヲ按摩ス。

七、**凝固促進薬ノ注入** Die Injektion von koagulierende Chemikalien 例之バ鹽化鐵液等ヲ子宮腔内ニ注入ス。

叙上三方法ハ効力ナキニアラザルモ、瓦設検査法ニヨリテ殆ド不用ニ歸セシメラレタリ、特ニ鹽化鐵液ノ注入ハ内臓ニ痙攣ヲ生ジ、産褥ニ於テ恐ル可キ腐敗ヲ招致スルノ危険アルヲ以テ、之ガ使用ハ大ニ戒慎ヲ要スルモノナリ。

八、**陣痛催進薬** Die wechenerregenden Arzneimittel 決シテ單ニ之ノミ依頼スルヲ得ズ、麥角ノ大量ヲ用ユルモノ一〇—一五分後ニ始メテ作用スルヲ以テ、遂婉婦人ハ其時迄ニ已ニ失血死ニ陥ルコトアルベシ、然レドモ前記諸止血法ノ効用ヲ幫助スルニ該薬ヲ用ユルハ至當ニシテ、最初ノ危険ノ過ギ去リタル時、麥角ニ由リテ喚起セラレタル收縮ハ甚ダ要望スベキモノナリ、故ニ吾人ハ分娩後ノ出血ニ際シテ、時間ノ許スアラバ、毎常直チニ二—三立方仙迷ノゑるごちんヲ皮下ニ注射ス可シ、而シテ爾後猶之ヲ増與スルト共ニ腹部ニ氷嚢ヲ貼シテ後陣痛ノ鼓舞ト維持トニ力ム可キナリ。

總テ上記ノ方法及ビ薬劑—子宮ノ按摩、冷熱的刺戟、検査法、麥角等—ハ、子宮ニシテ、眞ニ空虚ナレバ、完全ナル作用ヲ發揮スルモノナリ、甚ダ稀レニ失血死ニ陥ル者ナキニアラ

ザルモ、其不幸ナル轉歸ノ主因ハ、時期ヲ失スルカ或ハ暴劇ナル操作及ビ母體ノ衰弱或ハ疾病(主トシテ)ニアリ、然レドモ胎盤破片ノ胎盤部ニ附着シテ存スルアレバ、抑留セラレタル胎盤殘物ノ領域ニ於テハ充分ナル牽縮生起セザルヲ以テ出血ヲ持續スルモノナリ、故ニ弛緩性出血ノ總テノ場合ニアリテハ、必ず排出セル胎盤ノ完備セルヤ否ヤヲ精密ニ検査スルヲ要ス、若シ只ニ胎盤ノ排出不完全ナリトハ、疑察ハミニテモ存スレバ、必ラズ、子宮腔ヲ接觸シテ抑留セラレタル物質ヲ探查セザル可カラズ、遺殘胎盤片ノ除去ハ他ノ凡テハ止血療法ニ先驅スベシ、若シ之ヲ等閑ニ附セバ、如何ナル方法ヲ講ズルモ止血ノ目的ヲ達スル能ハザルナリ。

(丙)急性貧血ノ症候及療法 Die Erscheinungen und die

Behandlung der akuten Anämie.

分娩時ノ出血ニ際シ、血液亡失ノ婦人ニ及ボス影響ハ、個人的ニ著シキ差異アリ、或ル婦人ハ短時間内ニ一リ—二リ—加之二リ—三リ—及、其以上ノ血液ヲ失フモ、特ニ變狀ヲ呈スルコトナキニ、他ノ婦人ハ只僅カニ五〇〇瓦ヲ超過セル血量ノ損失後、已ニ貧血ノ初症候ヲ發起スルアリ、一般ニ健全ナル婦人ハ強度ノ出血ニ堪ヘ、其失血ノ補償モ亦迅速ナルモ、屢々又虚弱ナル婦人ニシテ、多量ノ出血ニ對シテ、克ク抵抗スルト共ニ速ニ其損失ヲ恢復シ人ヲシテ一驚ヲ喫セシムルコトアリ、故ニ醫士ハ急性失血ニヨリテ其廢絶ト

生命ノ保續トノ兩立シ難キ最モ貴重ナル生活中樞ノ官能ヲ傷害シタルコトヲ示ス可
キ症候ヲ知悉スルコト最モ重要ナリトス。

症狀 血液損失ニ對シテ最初反應スルモノハ腦ニシテ、婦人ハ眼花閃發眩暈及耳鳴ヲ
訴ヘ、頭部ヲ提舉セント試ミルヤ忽チ卒倒シテ意識ヲ喪失ス、其際皮膚及粘膜ハ蒼白色
ヲ増進シ、口唇ハ色ヲ失ヒ、脈搏ハ細小疾數トナル、少時ニシテ粘性ノ冷汗ヲ流シ、鼻尖及
四肢厥冷シ、顔面ハ尖リ、眼ハ陷沒シテ不安ノ狀ヲ示ス、今ヤ危險ハ目前ニ迫リ須臾ニシ
テ復歸シ得ザル最外境界ニ達ス、患婦ハ痙攣狀ノ欠伸ヲ發シ、二三ノ深呼吸ヲ營ミ、激シ
キ嘔吐ヲ催シ、漸次益々不穩ノ度ヲ加ヘ、脚及上肢ヲ動カシ、床中ニ輾轉反側シ、頭首ヲ舉
グ起立セント欲シ、新鮮ナル空氣ヲ渴望ス、其際呼吸ハ甚ダ頻數ニ且ツ表在的トナリ、頸
筋及鼻翼モ亦呼吸ト共ニ運動シ、身體ハ必要ナル酸素ヲ得ントシテ凡テノ努力ヲ試ム
ルモ、へもぐろびんノ量己ニ甚ダ僅微トナレル爲メニ、最早ヤ之ヲ攝取スル能ハズ、此間
ニ脈搏ハ數ヘ得カラザル震搖ニ移行シ、梳骨動脈ニ於テハ最早ヤ之ヲ認識セズ、意識
モ亦瀕瀕シ、終リニ至レバ長キ間歇ヲ以テ數回淺表ノ吸氣ヲ反覆シテ仆ル、モノナリ、
凡ソ實地醫學ノ全領域中旺盛ナル産婦ノ失血死ノ如ク恐ル可キ狀態ヲ呈スルモノハ
殆ンド他ニ類例ナシ。

叙上ノ如ク全身不穩及呼吸煩悶一度ビ強ク現ハルレバ、豫後ハ常ニ凶ニシテ、如何ナル
療法ヲ應用スルモ患婦ハ遂ニ死ヲ免レザルナリ、己ニ脈搏ヲ觸レザル褥婦ノ恢復スル

コトハ屢々實驗スルモ、甚ダシキ呼吸困難ヲ來タセル者ニシテ回生シタル者ハ未ダ嘗
テアラザルナリ、又呼吸ハ暫時再ビ安靜トナリ、脈搏ハ再ビ觸レ得ルニ至リタル時ニア
リテモ、仍ホ且ツ生命ノ危險ハ除去セラレタルニアラズシテ、突然虛脱ヲ來タシ易キモ
ノナリ、産科醫ハ他ノ實地醫家ヨリモ多ク大出血ト戰ハザル可カラザルヲ以テ、特ニ失
血ニ就キテハ周密ナル注意ヲ以テ觀察シ且ツ防禦セザル可カラズ、簡單ナル血液損失
ヨリ生命ヲ危險ナラシムル出血ニ至ル迄ノ道程ハ決シテ遠カラズシテ、其光景ハ屢々
突然變化スルヲ以テ、常ニ治療ノ時期ヲ失セザル様意ヲ用ユ可シ。

アールフェルド A. F. Erdmann ノ研究ニ據レバ、健康ニシテ強壯ナル婦人ハ一五〇〇・〇—二〇〇〇・〇
ノ血液ヲ失フモ死ニ至ルコトナキモ、虛弱ナル者及病婦ハ之ヨリ少ナキ血量ニテ斃ル、若シ短
時間内ニ三五〇〇・〇—四〇〇〇・〇ノ失血ヲ來タセバ、如何ナル婦人ニアリテモ常ニ死ヲ致ス
モノナリ。

療法 失血ノ危險ニ際シテ、諸種ノ全身ノ療法ヲ要スルヤ固ヨリ論ナシト雖モ、該療法
ヲシテ各有効ナラシメントスルニハ、先ヅ局所ノ處置ニ由リテ爾後ノ血液損失ヲ確實
ニ防止セザル可カラズ、例之バ前置胎盤ヲ有スル産婦或ハ弛緩性出血ヲ來タセル遠
直後ノ婦人ニ對シ、單ニ興奮藥ヲ用ユルノミニシテ、依然出血ヲ持續セシムレバ何等ノ
意義ヲ有セズ、生殖器ヨリノ各出血ニ對シテハ最初止血ノ法ヲ講ジ、然ル後ニ全身狀態
ヲ顧慮スルヲ例規トス。

貧血ノ徵候現ハル、モ尙其輕度ナル時ハ温ノ供給ニ注意シ、興奮藥(赤酒、濃咖啡、こんじや、くホフマン氏液等)ヲ内服セシメ、尙頭部ヲ低ク、シ、兩脚ヲ高舉シテ、心臟及腦ニ輸血セシム可シ、此自家輸血法 Die Autotransfusion ハ、若シ上肢ヲモ亦舉上シ、尙彈力帶ヲ以テ四肢ヲ緊ク纏絡シテ、血液ヲ軀幹ニ集中セシムレバ其効力一層增強セラル、モノナリ。

彈力帶ヲ以テスル四肢ノ纏縛ニ因ル自家輸血法ハ、時ニ疼痛甚シク、且ツ全ク無危險ノ者ニアラズシテ(肺えんぼりニ由ル死亡ヲ)尙此法ノ爲メニ漸ク鎮止セントスル出血ヲ再ビ爆發スルコトアリトナシ、之ヲ排斥スル者少ナカラズ。

貧血益々増進シテ、眩暈ノ感ニ失神ヲ加ヘ、顔面尖リ脈搏小トナレバ、躊躇スルコトナク強烈ナル刺戟藥ヲ用ユルト共ニ失ハレタル血液ヲ補償セザル可カラズ、斯ル状態ニアリテハ胃ハ最早ヤ何物ヲモ攝取セズシテ、多クハ已ニ吸收セラレタリト信ジタル珈琲及赤酒ヲ總テ再ビ嘔吐ス、由テ興奮藥ハ或ハ直腸内ニ灌注シ、或ハ皮下ニ注射セザル可カラズ、赤酒或ハぶらんでノ灌腸及かんふる油或ハこふえいんノ注射(十五分)ハ捷効アリ、かんふるえーてるハ人多ク之ヲ推賞スルモ、皮下ニ注射スレバ甚ダ疼痛アルノミナラズ、注射部ニ於ケル皮膚ノ壞死ヲ生ズルコトアリ、えーてるヲ用ヒント欲スレバ布片ノ上ニ点滴シテ吸入セシムルヲ可トス、酸素ノ吸入ハ自覺的ニハ屢々愉快ナレドモ何等大ナル効力ナシ、何トナレバ周圍ノ空氣ハ必要以上ニ多クノ酸素ヲ保有スルモノニシテ、且ツ失血婦人ニ缺ゲルモノハ酸素ニアラズシテ、寧ロ之ヲ攝取スルニ要スルヘ

もぐろびんナレバナリ。

近代ノ血管縫合技術ハ、克ク異體ノ血液ヲ失血セル婦人ノ血管内ニ直接輸入セシメ得、即チ他人ノ橈骨動脈ヲ褥婦ノ正中動脈ト一時的ニ縫綴シテ、失ハレタル血液ノ補償ヲ營マシム、然レドモ此血液輸入法 Die Bluttransfusion ハ血管縫合ニ熟練シタル醫師及血液ヲ附與スベキ人ヲ要スルヲ以テ、實際ニ容易ニ行フ可カラザルナリ、由テ吾人ハ通常〇・九%ノ生理的食鹽水ヲ多量ニ注入シテ、以テ血管系ニ於テ必要ナル緊張力ヲ恢復セシムルノ法ヲ行フナリ、該注入ハ、或ハ腸内ニ或ハ皮下ニ、或ハ靜脈内ニ於テス、皮下注入ノ際ハ細微ナル針管ヲ備フル長キ注射針ヲ以テシ、該針ヲ胸部ノ上方(鎖骨下)或ハ上腿ノ外側ニ於テ皮下脂肪組織内ニ穿刺シ、五〇—一〇〇瓦ノ食鹽水ヲ注入シ、而シテ注入部ヲ按摩シテ其吸收ヲ促ガス可シ、液ノ吸收迅速ナレバ、血液循環尙盛ナルコトヲ示スモノナルヲ以テ、良好ナル徵候トシテ見ルヲ得ベキモ、注射部ニ於ケル水囊變化セズシテ止マレバ豫後不良ナリトス、靜脈内ニ食鹽水ヲ輸入スル時ハ、正中靜脈ヲ撰ブヲ通常トス、該法ニ於テハ五〇〇瓦ヲ輸入シテヨリ初メテ其効用現ハル、モノニシテ、脈搏ノ強實トナル迄ニ一りして其以上ヲ輸入セザル可カラザルコト少カラズ、重篤ナル失血ニ際シテ少量ノ食鹽水ヲ輸入スルハ、何等効ナキモノナリ。

食鹽水ノ皮下注入ニ要スル單純ナル裝置ハ、常ニ準備シ置ク可シ、該裝置ハ一箇ノ漏斗(硝子或ニテ造)一めーさるノ長サヲ有スル一個ノ護謄管及ビ上記ノ注入針ヨリ成ル、該器ハ使用時炎

分換ノ病理及療法

沸消毒ヲ行フ可シ注入部トシテ選擇セシ皮膚部分ハ先ヅ注意シテ淨清シ且ツ消毒セザル可カラザルハ勿論トス而シテ殺菌シ且ツ攝氏三十七度ニ温メタル生理的食鹽水ノ一定量ヲ以テ漏斗護膜管及注入鍼ヲ流通セシメタル後其鍼管ヨリ液ヲ流出セシメツ、鍼ヲ提舉シタル注入部ノ皮膜中ニ刺入スルナリ該法ハ其施行上極メテ容易ニ且無危險ニシテ猶皮下結締織内ノ吸收ハ多クハ甚ダ速ニ完成スルヲ以テ今日ニ於テハ往時殆ンド専用セラレタル靜脈内食鹽水輸入法ヲ壓倒スルノ狀アリ。

食鹽水ノ注入ハ前記ノ如ク血管内ノ液量ヲ増加シ其緊張力ヲ保持シ且ツ恢復セシムルノ効アルモ、マイドル Maydl シュランム Schamm フォイス Fesノ研究ニ據ルニ直接ニ生命救濟ノ目的ヲ充タスモノニアラズ動物ニ就キ若シ之ヲ亡失スレバ必ラズ致死的作用スベキコトノ確知セラレタル一定量ノ血液ヲ奪取シ之ニ食鹽水ヲ注入スルニ、一時的ニ生命ヲ維持シ得ルモ血液輸入法ニ於ケルガ如クニ之ヲ救濟スルコト能ハズ由テ前記諸家ニ據レバ失血死ハ血液ノ特殊的原質ノ亡失ニ基因スト云ヘルバトナム Pannuノ舊説ヲ適切ナリト看做スベクシテ、只血液輸入法ノミ生命ヲ救助スルノ効アルモノトナス可シ然レドモ失血セル人體ニ於テハ惜イ哉前記セル如ク其施行甚ダ困難ニシテ、一般實地ニ弘ク之ヲ應用スル能ハザルナリ。

最後ニ失血ニ際シテ常ニ甚ダ重要ナルハ前ニ述ベタル温^〇ノ供給 Die Zufuhr von Wärme ナリトス、即チ患婦ヲ温暖ニ被覆スルト共ニ心臓部胸部ノ周圍腹部及下肢ヲ熱布ヲ以テ覆法スベシ是レ管ニ患者ニ快感ヲ自覺セシムルノミナラズ血液循環及呼吸ヲ興進セシムル爲メニ常ニ眞ニ必要ナルモノナリ。

三)子宮内翻症 Die Inversion des Uterus, Inversio uteri.

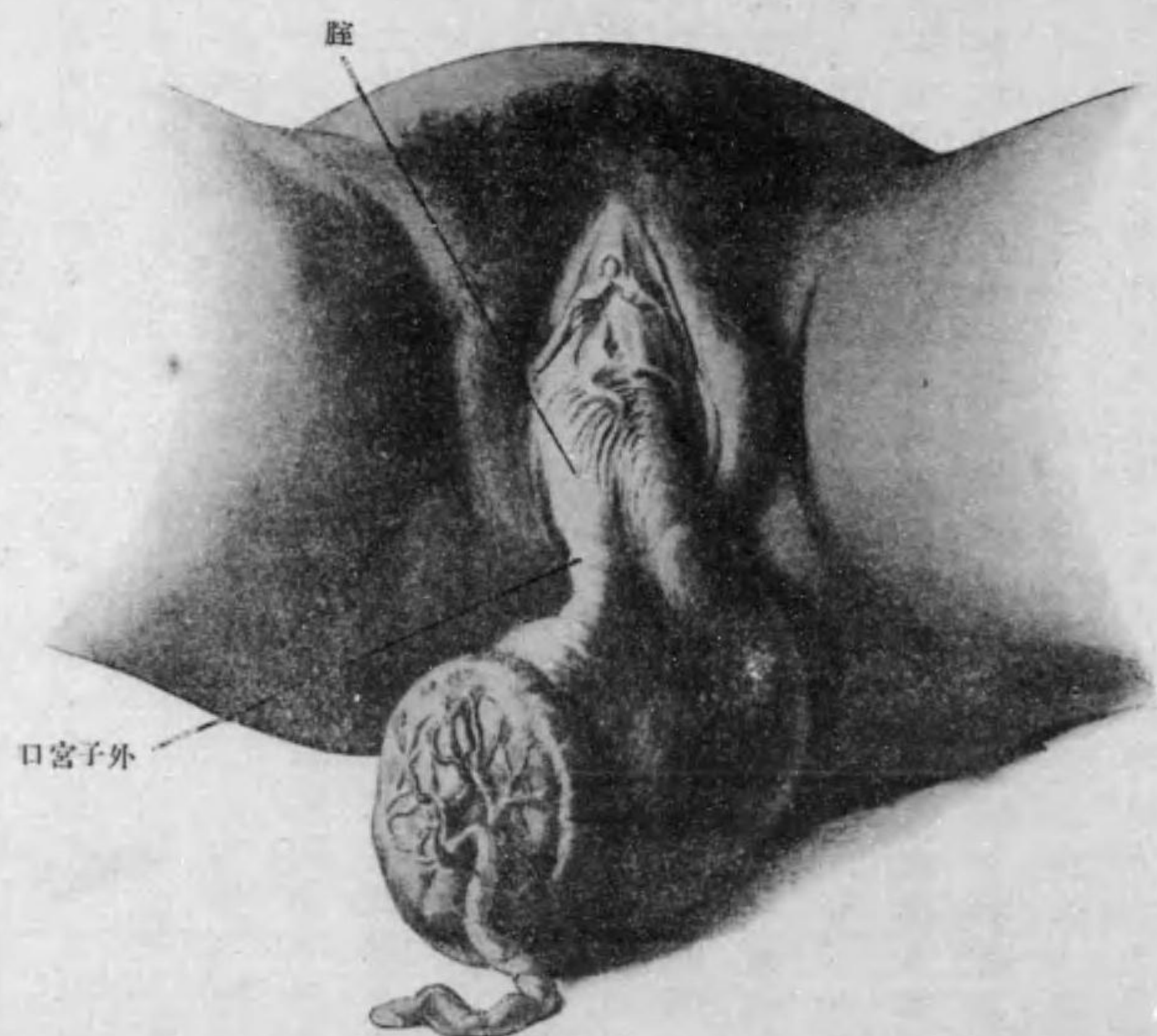
子宮内翻症ハ子宮弛緩症ニ於ケル重篤ナル併發症ナルモ、幸ニ甚ダ稀有ナリ、本症ニアリテハ全ク弛緩セル子宮ノ底部腔内ニ翻入シ其内面ヲ以テ頸管ヲ經テ腔内ニ下リ、甚ダシキハ子宮全ク翻轉シテ陰門外ニ現出ス—内翻性子宮脱出 Prolapsus uteri inversi—然ルトキハ子宮ノ粘膜面ハ全ク外方ニ面シ漿膜ハ一ノ漏斗ヲ形成シ其内ニ喇叭管、卵巢、扁韌帶及圓韌帶ヲ牽入セリ。

原因 正常ニ牽縮シタル子宮ハ其ノ壁厚ク内翻及翻轉ヲ許サズシテ、強ク力ヲ用ユルモ仍ホ且ツ内翻セシムルコト不可能ナリ、之ニ反シ分娩直後ノ子宮ニシテ、其周壁弛緩シテ菲薄ナルトキハ、其内腔從テ廣潤ナルヲ以テ翻轉ヲ惹起スルニ嗜好ノ狀態ヲ呈シ、子宮ハ柔軟ナル囊ノ如クニシテ壓入セラレ易シ、内翻ハ通常底部或ハ喇叭管隅角ニ於ケル胎盤附着部ノ領域ニ始マリ、茲ニ初メ陷凹ヲ生ジ而シテ内翻部ハ漸時下降スルト共ニ其上方ニ存スル壁部ヲ牽引シツ、速ニ翻轉ヲ完成ス(第五百三十七圖)

叙上内翻ノ機轉ハ、外方ヨリ力ノ加ハルコト無ク、單ニ腹壓ノミニ由リテ行ハル、コトアルモ内翻症ノ多數ハ人工的ニ招致セラル、モノナリ、即チ或ハ弛緩シタル子宮ヨリ暴力的ニ胎盤ヲ壓出セントスルニ當リ、或ハ胎盤尙ホ全部固着スル際過度ニ臍帶ヲ牽引スル場合ニ、子宮壁ノ内翻ヲ來タサシム、斯ル場合ニ於テハ胎盤ハ猶ホ内翻セル子宮

圖八十三百五第

子宮全ク内ニ胎盤ヲシテ壁ニ共ト脱ス
(n. Bumm.)



子宮ノ漏斗ヲ觸知スベシ、猶内手ヲ腔内ニ高ク送入スレバ、内臓セル體部ノ頸部ノ環輪ニ移行スル體部ニ達ス可シ、不精密ナル診察及先入僻見ハ時ニ甚シキ誤診ヲ來スコトアリ、例之バ、翻轉シタル子宮ヲ第二雙胎兒ノ頭部ト思爲シ、鉗子ヲ以テ抽出セント試ミ或ハ又背腫トナシテ之ヲ切除セントシタル者アリ、胎盤尙附着シ内臓シタル子宮體ヲ直ニ認

圖七十三百五第

分娩直後ノ子宮ニ於テ内臓ノ發生



内臓完成ス

内臓開始ス (胎盤部ノ開閉) 及後壁ノ子宮頭ヲ通ス

ニ附着シ(第五百三十八圖)自然的内臓ニアリテハ、胎盤ハ屢々其ノ已前ニ排出シ、胎盤面ニ於テ哆開セル血管ヲ有スル粘膜炎現出スベシ。
症狀 本症ハ俄然發生スルヲ常トシ、其主ナル危険症狀ハ腦震盪及出血ナリトス。腦震盪ハ強ク神經ヲ刺戟スルノ結果ニシテ、其神經刺戟ハ子宮ノ急劇ナル轉位、子宮ノ腹膜被覆及其韌帶ノ牽引ニ伴フ強度ノ神經刺戟ニ基ヅキ、出血ノ強弱ハ内臓シタル子宮壁ノ弛緩ノ度ニ關ス、胎盤尙全部固着セバ、内臓ニ關ハラズ全ク出血ヲ欠カスルコトアリ。
診斷 新鮮ナル内臓症ハ、精密ナル双合診ヲ行ヘバ、腔ヲ充タセル大ナル腫瘍ノ特殊ナル處見ヨリ容易ニ之ヲ診定シ得ベシ。腹部ヲ按スルニ恥骨縫際ノ上部ニ於テ子宮ノ存スベキ部位ハ空虚ニシテ、深ク手ヲ壓入スレバ内

知スル能ハズシテ之ヲ牽出スルコトアルハ尙稍々恕スベキモ、誤診ヲ頑守シ子宮ヲ胎盤ト共ニ斷裂スルガ如キハ往々目撃セラル、實例ナルモ、其疎漏ハ決シテ恕スベカラザルナリ。

豫後 毎常必ズシモ佳良ナリト云フヲ得ズ、子宮内翻後ニ死亡例ヲ見ルコト少カラズ、療法 産褥性子宮内翻症ノ療法ハ、翻轉セル子宮ノ還納ニアリ、内翻發生後最初ノ數時間内ニ於テ之ニ遭遇セバ、先ヅ子宮底ヲ消毒液ヲ以テ洗滌シ、次ニ壓抵瓦設ヲ以テ之ヲ把握シテ尙ホ廣潤ニシテ延展シ易キ頸管ヲ通ジテ還納ヲ試ムレバ通常容易ニ其目的ヲ達スルモノトス、胎盤尙全ク附着セバ、之ヲモ共ニ上方ニ推舉シテ可ナルモ、其一部已ニ剝離セバ整復前ニ之ヲ除去ス可シ(胎盤全ク附着セル場合ニモ整復内翻發生後已ニ半日或ハ一日ヲ經過セル時ハ頸部ノ緊ク收縮セル環輪ハ、體部ノ還納ニ對シテ著シク抵抗スルヲ以テ、此場合ハ特ニ腹壓ニヨル反壓ヲ除却スル爲ニ、くろゝほるむ麻酔ヲ施サザル可カラズ、此際整復ハ脫垂セル瘤腫ノ下極ニ於テセズシテ、反ツテ頸部ノ絞窄輪ニ最モ接近セル部分ニ於テ之ヲ初ムルヲ良トス、即チ此部ヲ第一ニ手ヲ以テノ強壓ニヨリ壓縮シテ上方ニ押し返スベシ、若シ一度ビ子宮體ノ下部還納セラルレバ、底部ハ頓ニ自ラ整復スルヲ常トス、以上ノ如クスルモ尙整復ノ目的ヲ達セザル時ハ、こるほいりんとるヲ腔内ニ挿入シ、或ハ沃度仿謨瓦設ノ持久的栓塞ニヨリテ漸次的整復ヲ試ム可シ、子宮内翻整復後筋肉ノ良好ナル牽縮生起スレバ、爾後何等施スヲ要セズ、子宮猶弛緩シ

且ツ出血持續スレバ子宮及腔管ノ栓塞法ヲ施スベシ。

(四)子痲 Die Eklampsie

子痲トハ神識亡失ヲ兼スル間代性痲攣ニシテ、妊娠分娩及産褥間ニ短カキ間歇ヲ以テ間斷セラレツツ發作的ニ生起シ、且其原因ノ妊娠、分娩及産褥ニ存スル者ヲ云フ、而シテ其痲攣ハ痲癩及尿毒症ニ於テ見ルソレニ同様ナリ。

子痲ハ甚ダ頻繁ニ發起スル疾患ニアラズ、統計ニ徵スレバ、大約四百乃至五百回ノ分娩ニ對シ一回ノ割合ナリ、其發生ハ分娩時ニ於テ最モ多ク、妊娠及産褥間ニハ適ニ少ナシ、分娩ノ結了ト共ニ發作ハ概シテ遏止ス、妊娠中ニハ其前半期ヨリモ後半期ニ於テ屢々發起シ、而シテ多クハ早期分娩ヲ來タス、産褥期ニ於テハ分娩後一、二時間ニ於テ發スルヲ常トシ、一、二日ヲ經テ來タルハ稀ナリ。

ブナム Bunn ノ記スル所ニ據レバ、子痲性搐搦ハ其全症例ノ約三分ノ一ハ分娩間ニ發生スルモ、最モ屢々一全症例ノ約四〇%一發起スルハ妊娠最後ノ一、二週間ニ於テ陣痛開始前ニアリテ、其際分娩ヲ開始シ、胎兒ハ早期ニ娩出セララルコトアルモ、時トシテハ該發作一過シ、爾後分娩ノ經過間毫モ之ヲ反覆セザルコトアリト云フ。

症状

本症ハ時トシテ卒然發起スルコトアリト雖モ、多クハ發作ニ先ンジテ一、二ノ前驅症ア

分娩ノ病理及療法

リ、即チ患婦ハ一、二週前ヨリ下肢ニ浮腫ヲ發シ、最近ニ至リテハ手及顔面ニモ亦之ヲ認
 メ、殊ニ眼瞼ニ著シク、昨ハ劇甚ナル頭痛ヲ感ジ、惡心嘔吐ヲ催シタルニ、今ハ之ニ加フル
 ニ眼花閃發及眩暈ノ感アリ、斯ノ如キ前徵ノ先驅シタル後發作自己ハ恰モ癲癇ノ如ク
 突然トシテ生起ス、即チ視線凝硬シ、瞳孔散大シ、痙攣ハ顔筋ニ始マリ、次デ速カニ其勢力
 ヲ増進シテ上肢、軀幹及下肢ノ諸筋ニ波及シ、爲ニ身體ハ電擊狀ニ搖擗シテ轉輾反側シ
 傍人之ヲ擽中ニ鎮保セントスルモ能ハズ、筋肉ノ收縮ハ主トシテ間代性ナルモ、時トシ、
 テハ間代性痙攣ニ先ダチ一、二ノ強直性收縮ヲ特ニ項部及下肢ニ於テ發スルコトアリ、
 發作増進シテ極期ニ達スレバ、軀幹ハ後弓反張シ(項筋及背筋)、胸廓ハ吸氣時ノ狀態ニ
 固定セラレ(呼吸筋ノ痙攣)、呼吸停止シ、顔面ハ爲メニちあのーセヲ呈シ、牙關緊急劇シク起
 リ(咀嚼筋ノ痙攣)、時ニ舌ヲ嚙ム、斯クシテ後漸次痙攣ハ微弱ニ、呼吸ハ順正トナリ、筋肉モ亦
 弛緩シテ患者ハ遂ニ鼾息或ハ囉音性ノ呼吸ヲ以テ安靜ニ復ス、發作ハ十秒―三十秒―
 六十秒持續シ、稀レニハ其以上ニ亘ルコトアリ、發作經過スレバ、患者ハ甚シク疲勞シテ
 沈垂スルヲ以テ、此際精細ニ診査スルヲ得可シ、之ヲ見ルニ顔貌ハ痴鈍性ヲ帶ビ、發作間
 極度ニ擴大シタル瞳孔ハ今ハ狭小トナリテ凝硬シ、口腔ヨリ泡沫性唾液ヲ流出シ、口唇
 及舌ハ腫起シ屢々咬嚼セラレテ出血ス、患婦ヲ喚呼スレバ之レニ反應スルコト徐々ニ
 シテ且ツ遲鈍ナリ、意識ハ朦朧トシテ、只新タニ陣痛ノ起リタル時ノミ呻吟シ、尙僅ニ知
 覺ノ殘存セルヲ示ス、呼吸ハ其數僅カニ多ク、脈搏ハ順正ナルモ、硬固ニシテ緊張シ、體溫

ハ多クハ稍々昇騰ス、子宮ハ何等變常ヲ呈セズ、胎兒ハ其位置ヲ變ズルコトナク、陣痛作
 用モ亦尋常ニシテ、子宮口ノ開大ハ依然トシテ進行ス、強壯ニシテ營養佳良ナル婦人ニ
 アリテハ輕度ノ水腫ヲ手足ニ見ルノ外、爾餘ノ身體ニ特記ス可キ變狀ヲ認メズ、
 搖擗間ニ亡失シタル意識ハ、第一回發作後久シカラズシテ復歸スルヲ常規トスルモ、發
 作單ニ一回ニ止マラズシテ數回反覆發起シ、其頻度ハ不定ナルモ、斯ル場合多シ―其中
 間時短カケレバ、遂ニ間歇時ニ於テモ回復セザルニ至ル可シ、發作ハ屢々陣痛ニ伴フモ
 ノニシテ、毎常ニアラザルモ時トシテハ生殖器ノ刺戟(內診、人工、若クハ他ノ刺戟)
 ニ由リテ之ヲ誘發スルコトアリ、

經過

子痲ハ或ハ其發起スルコトノ急速ナリシガ如クニ、其消散シ去ルコトモ亦迅速ナルコ
 トアリ、或ハ又短時間内ニ鬼籍ニ上ルコトアリ、其經過ノ稍ヤ長キモノニアリテモ亦其
 轉歸一定セズ、
 不良ノ轉歸ヲ取ルハ、意ノ不調ハ、意識ノ朦朧ハ數回ノ發作後増進シテ重篤ナル昏睡ニ
 陥リ、患婦ハ恰カモ莫爾比涅ニヨル深麻酔ニ於ケルガ如クニ總テノ刺戟ニ反應セズ、且
 ツ弛緩セル筋肉ヲ以テ横臥シ、體溫ハ著シク昇騰シテ時ニ四十度加之其以上ニ達シ、猶
 此高熱ヲ持續スルコトアリ、以前ニ強ク緊張シテ硬固ナリシ脈搏ハ、細小、軟弱且疾數ト
 ナリ、呼吸ハ淺表トナリ、高聲ナル鼾聲ハ變ジテ氣管喘鳴ト化シ、遂ニ沈降鬱血及肺水腫

ノ症候ノ下ニ斃ルル以上經過間ニ起レル發作ノ回数ハ甚ダ多樣ニシテ、五十回及其以上ヲ算スルコトアルモ、通常ハ其數遙ニ少クシテ、既ニ一乃至二回ノ發作後重篤ナル致死の昏睡ニ陥ルモノトス、該疾患ノ持續モ亦發作回数ノ不定ナルガ如ク甚ダ不同アリ、即チ或ハ既ニ一、二時間後ニ死ノ轉歸ヲ取り、或ハ遂婉後尙數時間、時トシテハ數日間昏睡状態ヲ持續シ、漸次脈搏及呼吸増悪シテ斃ルルコトアリ。

若シ疾患治癒ニ向フ場合ハ、發作ハ其頻度及強度ヲ減弱シ、先ヅ脈搏及呼吸安靜トナリ、次ニ筋肉ノ張力復活シテ、中樞神經系統ノ刺激性ノ亢進ヲ初メタルヲ知ラシム、反射運動ハ漸次ニ意識ハ甚ダ遲々トシテ、屢々昏睡錯亂或ハ躁狂性亢奮ノ數時間持續セシ後、復歸ス、而シテ初回ノ發作ヨリ覺醒ニ至ル迄、自己ノ身體ニ起リタル凡テノ事象ハ全ク之ヲ記憶セザルモノナリ。

腎臟分泌ノ状態ハ、特ニ重要ナルモノナリ、即チ尿量ハ、症狀ノ増悪ト共ニ著シク減少シ、其蛋白含有量モ亦速カニ増加ス、該疾患進行セバ、膀胱ヨリ僅カニ一、二立方仙迷ノ混濁セル暗褐色ノ尿ヲ排泄シ、之ヲ煮沸スレバ血清ノ如ク全ク凝固ス、重症ナル際ニハ、尿ハ又多量ノ血色素ヲ含有ス、尿ヲ顯微鏡下ニ照ラセバ、多量ノ顆粒圓塊及上皮圓塊ト共ニ許多ノ脂化腎上皮ヲ認メ、若シ一滴ノ尿ヲ載物硝子ニ乾着セシメ、めちられんぶらう液ヲ以テ染色スレバ、該圓塊及細胞ノ特ニ明瞭ナル像ヲ見ルヲ得ベシ、而シテ多少完全ナル無尿症ハ死ニ至ル迄持續ス、然ルニ尿分泌ノ再ビ開始スルハ快癒ニ向ヘル第一徵候

ニシテ、尿漸次稀薄ニ鮮明ニ且蛋白含有量減少シツツ其分量愈々増加スレバ、腦症狀モ亦從ツテ迅速ニ消失スルヲ常トス、由テ尿ノ排泄量ヲ精密ニ計測スレバ、昏睡ノ再發ニ際シテハ、分泌ノ新タニ減量セルヲ認メ得可シ。

叙上重篤ナル腎臟機能ノ障礙ハ、全然健康ナル泌尿器ニアリテモ仍ホ且ツ子痲ニ由リテ之ヲ惹起スルコトアリ、詳言スレバ尿ハ第一症候ノ發起スル迄ハ多量ニシテ毫モ蛋白ヲ有セズ、而シテ又該疾患終熄後僅カナル日子ニシテ己ニ正常ナル性状ニ復歸スル者アリ、然レドモ之レヨリモ頻繁ナルハ或ハ妊娠性腎炎先驅シ、或ハ妊娠前ヨリ已ニ實質性腎炎ヲ有シ、蛋白尿及浮腫ハ已ニ數週或ハ數月來存在シ、初回發作ノ生起スル迄ニ徐々ニ増進スル場合ナリ、斯ル症例ニ在リテハ其回復モ亦分娩後甚ダ徐々ニシテ時トシテハ回復全カラズシテ、蛋白含有量ハ最少度ニ減少スルモ、尙ホ全ク消失セザルコトアリ、終リニ又他ノ稀ナル症例ニアリテハ、終始毫モ腎機能ノ障礙ヲ存セズシテ、全ク子痲ノ症狀及經過ヲ呈スル搖擗ヲ目撃スルコトアリ。

解剖的所見

子痲ハ生前ニ於テハ極メテ劇烈ナル症狀ヲ發スルニ拘ハラズ、死後ニ於ケル解屍的所見ハ之ニ比スルニ頗ル少ナシ。

腦 或ハ多血ニシテ、或ハ貧血ナリ、但シ其貧血ヲ見ルハ頻繁ナラズシテ、其際ハ腦及軟腦膜ノ浮腫ヲ存シ、腦廻轉ハ低平ナリ、皮質及腦幹ニハ點狀乃至れんす大ノ溢血ヲ認ム

ルヲ最モ通常トシ、稀レニハ廣キ卒中様電ヲ見ル。
 腎及肝 該兩器ハ每常犯カサル、モノニシテ炎症性變化ハ存在セザレドモ、分泌腺上
 皮ハ退行變性、瀰濁腫脹、脂肪變性及壞死、ヲ見ル、腎臟ニ於テハ曲細尿管ノ上皮、肝臟
 ニ於テハ肝小葉ノ上皮變化シ、猶肝ニ於テハ、細胞變性及壞死ト共ニ肝小葉ノ周邊ニ於
 ケル溢血、葉間及葉内ニ於ケル門脈枝ノころんぼ、一セ形成ヲ併存ス(Schmoll)腎臟及
 肝臟ニ於ケル是等變化ノ廣サハ甚ダ不同ニシテ、從ツテ兩臟器ニ於ケル肉眼の所見モ
 亦多樣ナリ、即チ或ル場合ニハ上皮變性ヲ只ニ顯微鏡ノ力ニ由リテノミ證明シ得ベキ
 ニ、他ノ場合ニハ已ニ肉眼ヲ以テ容易ニ斑點トシテ該變性ヲ認メ得可キアリ、輒近母體
 ノ子痲ニ際シテ死シタル胎兒ノ肝臟及腎臟ニ於テモ亦、母體ニ於ケルト同様ナル變化
 アルヲ目撃セリ。

其他ハルベルツマ Halberstam、レーライン Lohlein 等ニ據レバ、子痲患者ニ於テハ比較的多
 ク小骨盤ノ上方ニ於テ輸尿管ノ擴大セルヲ目撃スト云フ。

心臟 該臟器ニ於テモ亦筋纖維ノ脂肪變性及壞死ヲ生ジ、尙肺臟ニ於ケルト均シク血
 管系統ニ多發セルころんぼ一セヲ認ム。

肺臟 該器ニハ炎症性變化ヲ見ルコトアルモ、每常必存スルモノニアラズ。

其他胎盤ニ由來スル細胞片及肝臟細胞ニヨルえんぼり、脂肪えんぼり、漿液膜ノ出
 血等ヲ見ルコトアルモ、是等所見ハ肺ノ炎症性機轉ノ如クニ每常必ラズシモ發生スル

ニ非ラズシテ二次的ノ者ナルヲ以テ、子痲其者トハ何等關係ヲ有セズ、然ルニ子痲患者
 ノ解剖的變化ニ就キテ特別ニ研究シタルルバルシユ Lubarsch 及シュモール Schmorl 兩
 氏ノ所說ニ據レバ、腎臟ノ變性機轉、貧血性及出血性肝臟壞死、腦並ニ心臟ニ於ケル出血
 及軟化竈、諸臟器ニ於ケル壞死及多發性血栓形成ハ、子痲ニ於ケル特有ナル定型的剖檢
 所見ナリトス。

原因

子痲屍體ニ於ケル變化ハ、身體ノ中毒ニ陷レルヲ示スモノニシテ、往時ヨリ近時ニ至ル
 迄子痲ノ原因及本態ニ關セル臆說ノ多クハ此事實ニ根據ヲ有ス。

腎臟機能ノ障碍及蛋白尿ノ排泄ノ子痲ニ最モ頻繁ニ伴發スル症候タルコトハ、最モ久
 シキ以前ヨリ知ラレタル所ノモノニシテ、已ニレグニール Levert 一、千八百四十三年ニ於
 テ此事實ニ就キテ記載セルヲ見ル、故ヲ以テ諸家最初子痲ヲ以テ尿毒症ト同一ナル者
 ト爲サント試ミタルハ、敢テ怪ムニ足ラザルナリ。

フレイリッヒス Reichels ハ、尿毒症及子痲ヲ研究シ、腎臟機能ノ障害セラレタル爲メニ血
 液中ニ抑留セラレタル尿素ノ崩解シテ碳酸安母尼謨ニ變ズルヲ以テ、兩疾患ノ原因ト
 認メタリ、即チ試驗的ニ碳酸安母尼謨ヲ健全ナル動物ノ血液中ニ注入スレバ、全身ノ痲
 癩ヲ發起スルヲ以テ、人類ニ於テモ亦血液中ニ碳酸安母尼謨ノ蓄積即チ氏ノ所謂安母
 尼謨血症 Die Ammoniohaemie ハ子痲性及尿毒症性痲癩ヲ誘發スルモノナリト思惟セリ、然

レドモローゼンスタイン Rosenstein ハ、動物試験ニ於テ兩側輸尿管ヲ結紮セル後ニ炭酸安母尼謨ヲ血管内ニ注射スルモ、痙攣發作ヲ起スコトナシトナシ、又一方ニハ子痙患者ノ血液中ニハ炭酸安母尼謨ノ適量ヲ證明スルヲ得ザルナリ、畢竟子痙ノ原因ハ、氏ノ所説ノ如クニ、只ニ一系ノ化學的變化ニ歸シ得ルガ如キ簡單ナルモノニ非ラザル可シ、トラウベ及ローゼンスタイン Traube und Rosenstein ハ、上記フ氏説ニ反シテ、子痙ノ原因ヲ化學的ニ於ケルヨリモ寧ロ血液循環ノ器械的障礙ニ索メタリ、即チトラウベ、Traube ハ尿毒症性發作ヲ腦水腫ニ因スルモノト説明セリ、其所説ニ據レバ、腎臟ニ疾患アレバ、水分ノ排泄不十分ナルガ爲メニ、血中ニ水分蓄積シテ所謂水血症ヲ惹起シ、之ト同時ニ心臟ニモ亦左心室ノ肥大ヲ生ジ、相共ニ循環障害ヲ來タシ、其結果腦水腫ヲ發起ス、而シテ該水腫ハ腦血管ヲ壓迫スルニ由リテ腦貧血ヲ招來シ、該貧血ハ痙攣ヲ發起スルモノトス、ローゼンスタイン Rosenstein ハ、上記ト氏ノ尿毒症性痙攣ニ關スル説明ヲ子痙ニ對シテ甚ダ適應セルモノト思惟シ、之ヲ以テ子痙ノ説明ニ移セリ、即チ妊娠中水血症ヲ來タスハ生理的ナルモ、血中ノ水分過度ニ失シ、大動脈系ノ血壓亢進スルトキハ、腦ニ水腫ヲ發シ、之ニ次テ貧血ヲ招來シ、其貧血中腦ニ存セバ痙攣發作ヲ起シ、大脳ニ及ベバ昏睡ニ陥ラシム、是レ即チ子痙ナリト云ヒ、猶自説ノ論據トシテ(一)蛋白尿ヲ有スル妊婦ハ概シテ高度ノ水血症ヲ呈ス(二)時トシテ子痙ハ蛋白尿ヲ伴ハザルコトアリ(無蛋白尿性子痙)之ニ在リテモ亦解剖上腦ニ貧血及浮腫ヲ呈スルコト蛋白尿性子痙ト異ナラズ(三)子痙

發作ノ分娩時ニ多キハ陣痛及ヒ腹壓ノ爲メ大動脈血壓ノ昇騰スルニ由ル等ノ諸項ヲ舉ゲタリ、然レドモ此説ニ於ケル浮腫ヲ生ゼシムベキ動脈系統内ノ血壓亢進ハ陣痛發作間ニハ存在ス可シト雖モ、此所説ハ甚ダ誤リタル假定上ニ築カレタルモノト云ハザル可カラズ、何トナレバ動脈系統内ノ血壓亢進ハ何等浮腫ヲ發起スルモノニアラズシテ、猶腦浮腫ハ腦貧血ヲ招來スルモノニアラズ、且ツ多數ノ子痙患者ハ水血性ヨリモ寧ロ多血質ナル事實存スレバナリ、該説ハ現今最早ヤ一般ニ廢棄セラレタリ、シュレーゲル Schröder ハ、子痙ヲ以テ腦動脈痙攣ノ爲メ、ニ起ル急性腦貧血ニ歸シ、其血管ノ痙攣ハ、或ハ腎臟炎ニ因スル全身血液性狀ノ變常ニヨリ、或ハ癩癩ニ於ケルガ如ク末梢神經(子宮神經又ハ坐骨神經ノ如キ)ノ不明ナル刺戟ニヨリ、或ハ或種ノ毒物ノ作用ニヨリ來ルモノトナセリ、スピエゲルベルヒ Spiegelsberg ハ、又腎臟動脈痙攣説ヲ唱ヘ、子痙ハ子宮ニ於ケル末梢神經ノ刺戟ニ由リ反射的ニ發起スル腎臟血管ノ痙攣ニ因由スルモノナリト爲セリ、即チ該血管痙攣ヲ惹起セバ、尿分泌ヲ或ハ抑制シ或ハ完全ニ遏止シ、爲メニ一定ノ排泄物質ハ血液中ニ保留セラレテ中毒及痙攣ヲ生ズト云フニアリ、近年ニ至リ尿中毒ノ舊説再ビ唱導セララル、ニ至レリ、ブーシャル Bouchar 據レバ、尿毒症ハ一ノ自家中毒ニシテ、血液中ニ尿成分ノ貯留スルニ由リ生ズルモノニシテ、子痙モ亦一種ノ尿毒症ナリト云フ、然ルニ、ブーシャル氏ノ學説ノ新ラシキ所以ハ、自家中毒ナル名

ニアラズシテ、寧ロ動物試験ニヨリテ尿ノ中毒ヲ證明セント試ミタル點ニアリ、其適用シタル検査方法ハ、人類ノ尿ヲ動物ノ靜脈内ニ注射シ、動物ノ中毒症候及死ヲ招來スル注射尿量ニヨリテ、該尿ノ毒性程度ヲ決定スルニアリタリ、Plé氏及其門下生リビエール Rivière ローラニエー Lauthie シャンプルラン Chamberlent 等ハ之ニ基キテ、妊婦ノ尿ハ非妊婦ノ尿ヨリモ毒力僅少ナルヲ觀察シ、之ヲ以テ妊婦ハ一般ニ其身體中ニ毒物ヲ滯積スル傾向アルヲ認メ、猶子痲患者ノ尿ハ健康ナル妊婦ノ尿ヨリモ其毒性僅少ナルモ、該患者ノ血清ハ正常ナル血清ヨリモ其毒力甚ダ高度ナルヲ證明シ、之ニ由リテ子痲ニ罹レル間ハ體内ニ構成セラレタル毒物ハ、尿ニ由リテノ排除妨碍セララルト共ニ血中ニ滯積セララルモノナリト爲セリ。

ルードウイツヒ Ludwig 及 サヴォール Savor ハ、叙上 ブ氏 等ノ成績ヲ一般ニ證明シ、且ツ自家中毒說ノ新論據トシテ、子痲ノ經過後排泄セララルル尿ハ、特ニ高度ノ毒性ヲ有スル事ヲ附加セリ。

フォルハルド Vollhard ハ、試験ニヨリテ妊婦及子痲患者ノ尿ノ毒力減少及子痲患者ノ血清ノ毒力増加ニ就キテハ、二者共ニ之ヲ證明スルヲ得ザリシモ、子痲經過後ニ於ケル尿ノ毒力増加ニ就キテハ同意セリ。

然レドモ上記妊婦中及子痲ニ罹レル間ニ於ケル毒物排泄ノ減少及快癒シタル子痲患者ノ尿中ニ於ケル毒質排泄ノ増加ヲ證明シタル尿及血清注射ノ成績ハ、總テ近時ノ新

研究ニヨリテ破壊セラレタリ、其新研究ノ成績ニ據レバ、尿ノ毒性ハ畢竟尿液ノ濃度ニ關スルモノニシテ、注射セラレタル尿愈々濃厚ナルニ從ヒ、又尿ノ比重愈々高キニ從ヒ、毒性ハ益々多キヲ加フルモノナリ、且ツ尿ノ毒性ヲ有スルハ毒性物質ノ存在ニ歸ス可キモノニアラズシテ、尿ハ已ニ一般ノ鹽類溶液ノ一種トシテ赤血球ヲ破壊シ、組織ヲ損害スルモノニシテ、此作用ハ殊ニ尿ノ濃厚ナルニ從ヒ益々強キモノナリ、今各尿ノ濃度ヲ同様ニ稀釋スルト共ニ同一ノ比重トシ、然後ニ之レヲ注射スレバ、何等ノ差異ヲ生ゼズシテ、非妊婦、妊婦及子痲患者ノ尿ハ、各同度ノ毒性ヲ現ハスベシ、猶 シューマッヘル Schumacher ハ、子痲患者ノ血清ニ於テモ亦特ニ毒力ヲ増加セザルヲ證明シ得タリ。

子痲ノ病原ハ細菌ナリトノ說ノ行ハレタルハ、萬般ノ疾病ノ原因ヲ細菌ニ歸セシメントシテ汲々タリシ當時ニ於テハ、蓋シ免ル可カラザル趨勢ナリシナラン、所謂子痲菌 Eikampsiebzillus ナル者ハ、多數ノ學者ニヨリテ種々發見セラレタリト雖モ、是等ハ何レ

ノ屍體ニ於テモ發見セラレ得可キ無害ナル么微生體タルニ過キザルヲ確證セラレタリ、要スルニ今日迄ノ細菌說ハ凡テ信ヲ措クニ足ラザルナリ。

ストロガノフ Stroganoff ハ、本病ヲ急性傳染病トナシ、極メテ揮發性ナル傳染毒肺臟内ニ侵入スルニ由リテ發起スルモノト思惟シタリト雖モ、是レモ亦積極的ニ證明ヲ缺ケルノミナラズ、臨床上其傳染性ナルノ點ヲ認ムル能ハザルナリ、遂ニ吾人ハ生物學的研鑽ノ新方法ヲ以テ子痲ノ原因ヲ説明セント試ムルニ至リ、左ノ如キ諸說唱導セラレタ

リト雖モ、猶未ダ子痲ノ本態ヲ確定スル能ハズ、

フツイト J. Veit 及 ショルテン R. Scholten ハ、動物試験ニ基ヅキ、胎盤ヨリ母體血行中ニ竄入セラレタル過剰ノじんちちうむ細胞ハ毒作用ヲ有スルコトヲ證明シ、此細胞ヲ以テ子痲ノ病原ナリト爲セリ。

アスコリー Ascoli ハ、前説ヨリモ稍々複雑ナル見解ヲ下セリ、即チ母體血行中ニじんちちうむ細胞侵入スル時ハ、之ニ對シテ過剰ニ抗體—じんちちをりじん Die Syncytolysine 發生スト思惟シ、之ヲ以テ子痲ヲ發起セシムベキ固有ナル毒質携帶者ナリト爲セリ。ワイヒハルト Weichardt ノ所説ハ、上記二者トハ其趣ヲ異ニシ、中毒ノ原因ハじんちちうむ細胞ニモアラズ、じんちちをりじんニモ亦非ラズシテ、反テじんちちうむ細胞母體血行中ニ侵入後之ニ對シテ常ニ母體内ニ生ズルじんちちをりじんニ由リテ溶解セラレ、際ニ發生スル一種ノ毒素即チしんちちをりじん Das Syncytotoxin ナリト爲シ、尙動物試験ニ據ルニ、該毒素ハじんちちをりじんニヨリテじんちちうむ細胞ノ溶解サル、際ニ常ニ遊離スルモノナレドモ、正常ノ場合ニハ之ニ對應スル或種ノ抗體ニヨリテ無害トナサルルモノナリ、然レドモ之ニ反シテ或原因ニヨリテ此ノ中和作用行ナハレザルコトアレバ、じんちちをりじん獨リ其威ヲ逞クシテ母體ノ中毒ヲ招來シ、子痲ノ發生ヲ見ルニ至ルモノト爲ス。

ホーフバウエル Hofbauer ハ、氏ノ研究ニ基キテ、胎盤性酸酵素ノ多量ニ輸入セララルルニ由リ肝臟ノ部分的溶解ヲ招來シ、爲メニ母體ニ中毒ヲ來サシムルモノナリト爲セリ。

子痲ノ原因ニ就キテハ、上記ノ如ク多數ノ臆説唱導セララルルモ、皆確實ナル證明ヲ缺如シ、未ダ信ヲ措ク可キモノ無シ、然レドモ子痲ハ一種ノ中毒ニシテ、爾カモ其中毒ハ身體内ニテ構成セラレタル毒物、尿ニヨリ、排泄セラレベキニ、腎臟機能ノ減退、或ハ癱絶ニヨリテ、不可能トナレ、ルノ結果、身體内ニ保留セララルルガ爲メニ、來ルモノトナス可キガ如シ、夫ノ解屍所見ノミナラズ、特ニ透明ナル尿ノ増加スルヤ否ヤ忽チニシテ本病症狀ノ全然消失スルノ事實ハ、之レニヨリテ能ク説明シ得可ク、猶子痲ヲ以テ中毒ナリトセバ其臨床的現象モ亦最能ク之ニ一致スルヲ見ル、即チ本病患者ハ中毒患者ノ外觀ヲ呈シ、症狀ハ速ニ發起スルガ如ク又迅速ニ消退シ、重症ナル子痲後ニ於テモ亦、四十八時間ノ經過中ニ於テ完全ニ治癒スルコトアリ、斯ル事實ハ痲癱及昏睡ヲ毒素ニヨリテ最モ屢々惹起セララルル神經中樞ノ機能的障礙ニ基因スルモノトシテ承認スル時ニ於テノミ考ヘ得ラルベキモノナリ。

果シテ然ラバ、其中毒物質ハ如何ナル種類ノモノナルヤ、之ニ關シテハ尙全ク不明ナリ、夫ノフレイリッヒス Frerichs ノ唱ヘタル炭酸安母尼謨ノ之ニ算ス可カラザルコトハ已ニ記述セリ、ブーシヤール Bouchard ハ、尿中ニ於テ痲癱昏睡、麻痺等ヲ惹起スベキ各種ノ毒素ヲ區別シ、ランドア Landoulsi ハ、實驗的ニくれあちん及くれあちんヲ腦表面ニ附着スルニヨリテ痲癱發作ヲ起スノミナラズ、妊娠中ハ平時ニ比シ少量ヲ以テ之ヲ發スル

ヲ認メタルニヨリ、子痲ヲ以テくれあちんノ中毒ナリト説キ、Stumpf、ハ子痲患者ノ尿中ニ於テ糖分ノ外ニあせこーん様物質ヲ檢定シ、本病ヲあせこーんノ中毒ニ因スルモノト思爲シ、Ludwig及Savorハ、尿酸ノ前階級物タルからばみん酸ヲ、Masonハ、*injection*ヲ子痲毒トナセリツワイフ、Zweifelハ子痲患者ノ尿及血液ニ就キテ研究シ、該患者ニアリテハ蛋白質酸化作用ノ減退スル結果、其尿及血液中ニ常ニ且ツ時ニ甚ダ多量ニ生ズル乳、酸ヲ以テ該痲及全中毒ノ原因トナセリ。

近來シュモール Schmorl、Fehling、Deinst等ハ、子痲屍體ニ於テ血栓ノ毎多數ニ發見セラレル事實ニ基ヅキテ、血液中ニ凝血催進物質ノ發生スルモノトナシ、此毒質ヲ以テ子痲ノ原因トナスト共ニ、其毒素ハ胎兒ヨリ發生スルモノト思爲セリ、此凝血素説ハ、子痲性痲癱ハ胎兒ノ或ル一定ノ大サニ到達シタル時ニ於テ初メテ觀察セラレ(痲癱ハ妊娠第五月以前ニハ極メテ稀ナリ)、*doublet*、*triple*、*quadruple*、*pentuple*ニ於ケルヨリモ頻繁ニ子痲ヲ發起シ、且ツ胎兒ノ死亡ニ際シ、屢々又分娩時ニ於ケル胎兒ノ排泄ニヨリ、毎常痲癱ノ減弱及停止ヲ來ス等ノ事實ニ能ク適合スルモノナリ、又胎兒ハ甚ダ盛ニ新陳代謝ヲ營ミ、迅速ニ胎兒ノ組織ヲ構成スルノ際、常ニ多量ノ老廢物ヲ生ジ、該老廢物ハ母體腎臟ニヨリテ排泄セラレルモノナルモ、若シ此排泄ニシテ中絶スル時ハ直チニ母體ヲ中毒ス可キノ理ナリ、夫ノ健康ナル產婦ノ胎盤肉汁ハ動物ニ無害

ナルモ、子痲患者ノ胎盤質ハ有毒ニシテ、動物ヲ比較的少量ヲ以テ短時間ニ殺スコトアルヲ發見シタルリープマン Liepmannノ研究成績ハ之ニ一致スルモノナリ。

若シ叙上ノ如ク子痲ヲ以テ腎臟機能障害ニ因スル自家中毒ナリトセバ、子痲ノ終局ノ原因ニ對スル問題ハ、子痲ニ罹レル婦人ニアリテ腎臟ニ作用シテ、其機能ヲ障礙スルモ、ハハ何ナリヤニアリ、Riviereハ、此機轉ヲ説明スルニ、妊娠間ニハ毒性物質ノ構成甚ダシク増加スレドモ、同時ニ該物質ハ腎臟通過ノ際ニ、其分泌細胞ヲ傷害スルガ故ニ、毒物ノ排泄困難トナルニ由ルト爲セリ、此説明ニ據レバ、最初腎臟ノ毒素ニヨリテ刺戟セラレタル結果尿分泌ノ減少ヲ招來シ爲メニ體中ノ毒物蓄積益々増加シテ遂ニ子痲發作ヲ見ルニ至リタルナリ、果シテ此說正シカラシニハ、子痲發作ノ止ムニ際シテ、其素性物質直チニ再ビ尿ト共ニ排泄シ去ル可キノ理ナシ、然ルニ實際ノ狀況ハ該說ト反スルヲ以テ、腎臟機能ノ障礙ヲ以テ毒物ニ因ル分泌細胞ノ傷害ニ歸スルハ當ヲ得ザルナリ、子痲發作ハ屢々俄然トシテ生ジ、且ツ頻繁ニ分娩間ニ發スルノ事實ハ、寧ロ生殖器系ヨリ發起スル神經刺戟ニ由ルモノニシテ、其刺戟ハ反射的ニ腎臟機能ヲ抑制スベキ動脈痲痺ヲ生ジ、爲メニ終ニ中毒症狀ヲ發スルニ至ルモノト見ルヲ可トス、尙恐ラクハ其際妊婦及產婦ノ腎臟ハ、機能の過勞ノ結果、常時ヨリモ刺戟性及過敏性ヲ増加セルナラン、夫ノ時トシテ男子ニ於テ尿道ニ消息子ヲ通ジ、或ハ又其狹窄ニ對シテ擴張法ヲ施シタル直後ニ、致死的急性無尿症ヲ發スルコトアルモ、斯ル病の反射ニ外ナラザル

ナリ。

器械的原因モ亦腎臟機能ノ障礙ヲ惹起スルコトアリ、即チハルベルツマ Halbertsma ハ子宮ニヨル輸尿管ノ壓迫ニ由ルトナシ、近來ブラーク Brak ハ腎臟内壓ノ亢進ニヨリテ之ヲ説明セリ、即チ其内壓亢進ハ已ニ輸尿管壓ノ僅カニ高マリタル後ニ於テモ既ニ之ヲ生ジ、爲メニ腎臟靜脈内ノ血流ヲ緩慢ナラシムルノ結果、腎臟内ニ鬱血ヲ招來シ、該鬱血ハ一方ニ於テハ腎實質ノ機能ヲ甚ダシク害スルモノナリトナス、妊娠ノ終末及分娩中ニ於ケル腹腔内壓ノ亢進ハ、輸尿管壓ヲ高メシムベキヲ以テ、ブ氏説ハ子痲ノ是等ノ時期ニ屢々生ズルノ理及子宮ノ内容ヲ排除スレバ子痲ニ好影響ヲ與フルノ所以ヲ能ク説明スルモノナリ。

猶臨床の經驗ニ徴スレバ、初産婦特ニ其高年ナル者ハ、經産婦ヨリモ本病ニ罹ルコト頗ル多ク、双胎或ハ品胎妊娠及葡萄狀鬼胎ハ特ニ本病ノ素因トナルガ如キモ、羊水過多症ハ關係ノ存スルヲ認メズ、強壯ニシテ且ツ多血性ナル婦人ハ、羸瘦シテ營養不良ナル者ヨリ本病ニ罹リ易キガ如キモ、年齢及生活方法ハ何等差別ナシ、子痲患者ノ特ニ春及秋ニ於ケル濕潤シタル天候、暴風雨及温度並ニ氣壓ノ急劇ナル變換ノ際ニ群發シ、其他獨逸國ニ於テ見ルガ如ク其北方ニ於テハ該疾頻發スルト共ニ其經過重篤ナルニ、南方ニ於テハ其發生ノ比較的稀ナル一恐ラクハ國民營養ノ差異ニ關スベシ一ガ如キハ注目スベキ事象ナリトス。

一般狹窄骨盤ニ於テハ子痲ヲ發スルコト比較的頻繁ナルヲ證明セルモノ少カラズ、此事實ハ骨盤神經或ハ骨盤血管ニ及ボス分娩壓ノ增多或ハ輸尿管ノ壓迫ニ因由スルモノナリト思惟セラル。

今回ノ分娩ニ際シテ生ジタル子痲ハ、必ズシモ次回ノ分娩ニ同疾患ヲ招發セシムルノ原因トナルニアラザレドモ、引續キタル二回ノ分娩ニ、子痲ノ發起シタルハ其例症ノ約三%ニ於テ觀察セラレタリ。

診斷

前述シタル症狀及經過ニヨリ、診斷ハ殆ド常ニ甚ダシキ困難ヲ見ズ、然レドモ時ニ左ノ諸症トノ鑑別ヲ要スルコトアリ。

一、痲痺 其痲痺發作ハ子痲ノソレト酷似スレドモ、分娩時ニ發スルコト稀ニシテ、且ツ子痲發作ノ如ク短カキ中間時ヲ隔テ、反覆スルコト無ク、昏睡狀態モ亦長キニ亘ルコト無シ、猶痲痺ニハ多ク其發作ノ既往症ヲ徵シ得可ク、又尿ノ變化及浮腫ヲ認ムルコト無シ。

二、比斯的里 本病發作ハ妊婦及産婦ニ目撃セラル、コトハ頗ル稀ニシテ、幾ンド曾テ完全ノ神識亡失ヲ致スコト無ク、發作ノ際落射光線ニ對シテ迅速ニ瞳孔ノ反應ヲ呈ス

(子痲及痲痺ニハ、瞳孔反射ヲ缺如ス)

三、腦卒中 分娩間ニ生ズレバ子痲ト同様ナル狀態ヲ呈スレドモ、多クハ痲痺ニ次デ麻

分娩ノ病理及療法

痺ヲ伴フニ由リ判別スルヲ得可シ。

四 中毒 例之バ亞爾爾保兒阿片、莫爾比涅等ニヨル重症ナル藥物中毒モ亦時ニ子痲ト誤診セラル、コトナキニアラザルモ、一般ニ稀有ナルノミナラズ、既往症ニ由リテ之ヲ知リ得可ク、特ニ亞爾爾保兒中毒ニ由リテ來タレル神識ノ亡失ハ、口中ヨリ放散スル臭氣ニ由リテ其原因ヲ判知シ得ルコトアリ。

豫後

子痲ハ妊娠分娩及産褥ニ於ケル頗ル危険ナル合併症ノ一ナリ、本病ニ對シテ何等適當ナル治療ヲ行ハザル場合ニ於ケル母體ノ死亡率ハ約二〇%ニシテ、胎兒ノソレハ五〇%ニ達ス、然レドモ速ニ遂婉セシムレバ、母體ノ死亡率ヲ著シク減少スルヲ得、産婦ニシテ已ニ第一回ノ發作後ニ遂婉セシムルヲ得バ、該死亡率ハ五%ニ減ズ可シ、*Bummin*ニ據レバ、麻醉藥ト共ニ強瀉血ヲ以テスルモ亦同様ニ死亡率ヲ少カラシムルヲ得ルト云フ。

各症例ニ於テ豫後ハ、通常腎臟機能障害ト正比例スル中毒症候ノ輕重ニヨリテ左右セラル、モノナリ、強劇ニシテ長ク持續スル發作、早期即チ已ニ最初一、二回後ニ發生スル深キ昏睡、完全無尿、血色素尿及昏睡中ノ持續性高熱ハ不良ナル徵候ナリ、猶脈搏ノ狀況モ亦豫後ヲト知スルニ緊要ナル關係ヲ有ス、脈搏緩徐ニシテ充實セルハ、概シテ直接ノ危険ヲ來スノ恐ナキモ、斯ル脈搏ニシテ細小、軟弱且ツ頻數トナレバ頗ル不良ニシテ、若シ肺水腫發生ノ徵候ヲ認ムルニ至レバ全ク不良ニシテ最早救済ス可カラズ、然レドモ一般ニ分娩ノ完了ハ該疾患ニ著シキ好影響ヲ及ボスモノナリ、由テ娩出期ノ最後ノ瞬間ニ於テ初メテ生ジタル痙攣ハ、已ニ分娩ノ初メ或ハ妊娠中ニ生ゼルソレヨリモ危険少ナキモノトス、蓋シ少時ニシテ分娩ノ終了ヲ見之ト共ニ發作モ亦停止スルコト多キガ故ナリ、然レドモ亦妊娠子痲ニシテ分娩ニ至ラズシテ治療スルコトアリ、之ニ反シテ全分娩間ニハ何等ノ發作ヲ見ズシテ經過シ、而シテ産褥ニ至リテ初メテ痙攣ヲ生ズルコトアリ、斯ル産褥子痲ハ比較的屢々不良ナル經過ヲ取ルコトアリト雖モ、大體ニ於テハ豫後不良ナラズ、然ルニ發作遂婉前ニ始マリ、遂婉後ニ至ルモ尙襲來スルモノハ豫後不良ナリ、如何ナル場合ニアリテモ稀薄ニシテ透明ナル尿ハ、排泄量増加スルハ、治療ハ前徵ナリトス。

母體ノ死亡ハ稀レニ發作自己ニ因スルコトアリト雖モ、多クハ前述セシガ如クニ長時ノ深昏睡後ニ、沈降鬱血及肺水腫ノ症狀ノ下ニ斃ル、モノトス、幸ニ治療シタル者ニ於テモ亦種々ノ胎後症——半身不隨、黒内障、失語症及精神障礙(約六%)殊ニ躁狂ヲ來タスコトアリ、是等疾患ノ一部ハ殊ニ劇烈ナル發作ニヨリテ發起セル腦出血ニ因ルモノナリ、又稀レニハ腎臟病ヲ貽スコトアリ。

胎兒ノ死因ハ窒息ニシテ、該窒息ハ母體ノ呼吸不充分ナルニ因スルモノナリ、由テ發作頻發シ且劇烈ナルトキハ、胎兒ニ對スル危険ハ每常頗ル大ナリトス、時トシテ僅カニ一、

二回ノ發作ニ由リテ胎兒ノ死ヲ招クコトアリ、近時胎兒ノ死ヲ母體毒質ノ移行ニヨリテ説明スルノ學者アリ、實際ニ於テ屢々死兒ノ分娩ニ際シテ屍體硬直ヲ目撃シ、又甚ダ稀レニハ子痲患婦ヨリセル生産兒ニシテ、其性狀ノ母體發作ト全ク同様ナル搐搦ヲ發起シ、死ノ轉歸ヲ取レルモノアリ。

療法

子痲ノ原因ニ關スル吾人ノ智識僅少ナルガタメニ、該療法ハ現今尙寧ロ、經驗的對症療法ニシテ、吾人ハ痲痺發作ヲ鎮靜シ、腎臟ノ負擔ヲ輕減セシムルト共ニ、身體ノ毒物ヲ除カントカメ、且ツ特ニ急速ニ分娩ヲ終了セシメテ、痲痺ヲ誘起スル刺戟タル陣痛ヲ除キ或ハ近時ニ於ケル觀察ノ毒源ト見做セル胎兒及胎盤ヲ母體ヨリ去ラシメントスルニアリ。

一痲痺發作ヲ鎮壓スルニハ、麻酔藥ノ使用ニヨリテ之ヲ達シ得ルモノニシテ、其主タル藥劑ハ、莫爾比涅、抱水格魯拉爾及嘔囉仿謨ナリ、是等ノ藥劑ハ各皆其推賞者ヲ有ス。

(1) 莫爾比涅 子痲ニ際シテハ頗ル名聲ヲ有シ、夫ノグー、フット、G. Valニヨリ熱心ニ推賞セラレタル莫爾比涅療法ハ廣ク應用セララル、該法ハ第一回ノ發作起ルヤ直チニ其大量〇・〇二乃至〇・〇三瓦ヲ皮下ニ注射シ、次回ノ發作ニ當リ再ビ〇・〇二瓦ヲ注射シ、尚必要ニ應ジ順次減量シテ之ヲ反覆スルニアリ、(シヤウタカ、クニ、ニ、ハ各發作後ニ〇・〇一ヲ注射スレバ、深麻酔ヲ來サシムルニ充分ナリト云)該法ハ頗ル單簡ニシテ且ツ他法ヨリモ醫師及患者ニ對シ便利ナルノミナラズ痲痺

ノ發起直後ニ於テ、脈搏強實ニシテ意識ノ侵サルルコト未ダ少ナキ者ニアリテハ卓効ヲ奏スルモノナリ、然レドモ之ニ反シテ已ニ昏睡ニ陥リ、脈搏小ニシテ頻數トナリタル時ニ於テハ最早ヤ何等ノ利益ナキノミナラズ反ツテ不良ノ結果ヲ生ズルモノナリ、是レ既存セル子痲毒素ニ加フルニ、更ニ心臟作用ヲ害ス可キ第二ノ毒素ヲ以テスルノ理ナレバナリ、故ニ莫爾比涅療法ハ其用ユベキ症例ニノミ之ヲ應用スベキモノナルヲ以テ、其適用ヲ過ツ可カラズ。

(2) 嘔囉仿謨 患者ヲ精密ニ觀察シ、而シテ豫期シタル發作ノ第一前徵ニ際シ、不穩初マリ、瞳孔廣ガリ、而シテ顔面筋ノ纖維性痲痺ノ生ズルヤ否ヤ、直チニ嘔囉仿謨吸入ヲ行ヘバ、搐搦ノ鎮靜ニ確効アリ、由テ斯クノ如クシテ遂婉シ得ル迄數時間間歇性ニ嘔囉仿謨麻酔ヲ施セバ個々ノ發作ヲ抑制シ得可シ、(該麻酔ヲ持續的ニ數時間ニ亘ラシ)然レドモ該法ハ用法複雑ニシテ、實際上ノ不便少ナカラザルノミナラズ、莫爾比涅ヨリモ有力ナルヲ得ズ、由テ嘔囉仿謨吸入ヲ子痲ニ際シテ應用スルハ、主トシテ深麻酔ニ於テ遂婉手術ヲ續行スル時ニアリ。

(3) 抱水格魯拉爾、嘔囉仿謨ノ代用品ニシテ、直腸ニ灌注ス、(通常抱水格魯拉爾ニ〇・〇五、亞拉比テシ)効果ハ前二者ニ比シテ確實ナラザレドモ、時ニ能ク痲痺ヲ制止スルコトアリ、且ツ血中ニ於テ徐々ニ嘔囉仿謨ニ變ズルヲ以テ其害少ナシ。

(4) 嘔囉仿謨及抱水格魯拉爾混用法、ウインケル Winckelノ稱用スル法ニシテ、痲痺發作アルヤ

分娩ノ病理及療法

先ヅ呼吸仿誤吸入ニ由リテ之ヲ制止シ次デ一〇—二〇ノ抱水格魯拉爾ヲ直腸内ニ注入シ、爾後各發作毎ニ之ヲ反覆ス抱水格魯拉爾ノ全量ハ二十四時間ニ二二〇〇及其以上ニ達シ得ルモノナリ。

(5) 莫爾比涅及抱水格魯拉爾混用法、ストロガノッフ Stroganoff ハ該法ヲ左ノ如キ一定ノ規律ニ從ヒ應用シテ卓効ヲ收メ得タリト云フ。

治療ノ初時	莫爾比涅	〇〇—一五(〇〇—一〇〇—二〇)
一 時間後	抱水格魯拉爾	二〇〇 (一〇—一五)
三 時間後	莫爾比涅	〇〇—一五(〇〇—一〇〇—二〇)
七 時間後	抱水格魯拉爾	二〇〇 (一〇—一五)
十三時間後	同	一〇〇 (一〇—一〇)
二十一時間後	同	一〇〇 (一〇—一〇)

(6) ばらちをいざん Paralyroidin 副甲狀腺ノ機能不全ハ子癇ノ原因トナルベキモノト爲シ該腺ノ越幾斯タルばらちをいざんハ痙攣ヲ制止スル作用アルヲ報告スル學者(ツァーサーレ等)アルモ未ダ證明セラレズ。

猶藥劑ニハ上記ノ外あみゝるにこりっこ(チニエンクス Jodals) 臭素加里、臭素那篤留誤、あだりん、ヂュラゴリ、んすこほらみん等モ亦用ヒラル、腰髓麻酔ハ無効ナルヲ證明セラレタリ。

二 腎臟ノ負擔ヲ輕減シ、身體内ノ毒素ヲ除去スルニハ、左ノ諸法行ハル。

(1) プロイス氏熱湯浴及熱纏絡法 Breussche heiße Bäder und Wickelungen 攝氏三十八度乃

至四十度ノ熱湯内ニ(此温度ハ入浴後熱湯ヲ注加シテ、)十五乃至二十分間全身ヲ浴セシメタル後、毛布ヲ全身ニ纏絡シ、特ニ下肢ニハ別々ニ之ヲ施シ、以テ分挽ニ當リ不便ナカラシム。

(2) ジャケール氏温濕布纏絡法 Jaquesehe warme Einpackungen 大布片ヲ温湯内ニ蘸シ、之ニ由リテ全身ヲ纏絡シ、更ニ毛布ヲ以テ其外圍ヲ被包スルモノナリ。叙上二法ハ皮膚腺ノ作用ヲ代償的ニ甚シク營マシムモノ—發汗療法 Die diaphoretische Behandlung ニシテ、之ニ由リテ生ズル發汗ハ屢々状態ヲ可良ナラシム、然レドモ時トシテハ宛カモ該發汗ニ際シテ痙攣一層強劇トナリ、昏睡速カニ深キニ陥リ、熱發ノ加ハルガ如キコトアリ、之ニヨレバ子癇ノ原因タルベキ毒物ハ、汗ト共ニ身體ヲ謝出スルコト不確實ニシテ、且ツ發汗ニ由リテ何等毒素ヲ除キ得ザルノミナラズ、反ツテ體液中ノ毒素ヲ濃厚ナラシムルヤモ知ルベカラザルナリ、尙子癇患者ニハサナキダニ腦溢血ヲ發生シ易キ傾向アル者ナレバ、ヱイデル Wyder 等ノ警戒セシ如クニ、プロイス氏熱湯浴及熱濕布ノ如キハ、愈々之ガ發生ヲ促ガスノ恐アリ、由テ上記二法ハ主トシテ妊娠間ニ於ケル腎臟機能ノ障碍ニ際シテ用ユルニ適シ、已ニ痙攣發作ヲ見タル後ニ於テハ戒慎スベキモノナリトス。

(3) 發汗劑 Schweißtreibende Mittel 内用シ或ハ皮下ニ注射スベキ發汗藥中最モ有効ナルハびろかるびん Pikarjin ナリ、然レドモ該藥ハ發汗以外ニ氣管枝内ノ分泌ヲ亢進シテ、