

新
產科學全書

卷下

醫學士鄧託律著

醫學士鄧純棟纂著

手術編

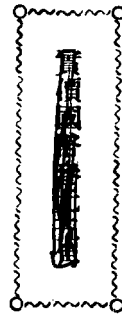
新撰
產科
學
全書
卷下

上海啟智書局發行

中華民國二十三年七月一日第二版發行

新撰產科學全書

下卷 手術篇



纂著者

鄧純棣

發行者

上海法大馬路自來火街西高第里一號
啓智書局

印刷者

上海法界貝勒路潤安里十九號
啓智印務公司
電話 八四九五九

代售處

全國各大書局

發行所

上海法大馬路自來火街西高第里一號

啓智書局

上中下計150,000

新撰產科全書學下卷目次

第九編 總論

第一章 產科手術之目的	一——二
第二章 產科手術之時期	三
A 手術適示症	三——八
B 手術要件	八——九
第三章 產科手術之諸準備	九
I 手術室	九——一〇
II 手術臺	一〇
III 患婦之位置	一〇——一三
IV 消毒法	一四——一六
V 患婦之麻醉法	一六——一九
VI 產科手術用械器及藥品	一九——二二

第十編 各論

第一章 產科手術之分類.....二一——二四

分娩準備手術

第二章 人工妊娠中絕術.....二五

第一 適示症.....二五

第二 施術法.....二五——三一

A 妊娠前半期之人工流產法.....三二

I 腔及子宮頸管之紗布栓塞法.....三二

II 器械的子宮頸管擴大法.....三二——三三

(A) 漸進的擴大法.....三三

(B) 急速的擴大法.....三三——三四

III 卵膜穿刺法.....三四——三五

B 妊娠後半期之人工流產及早產法.....三五

I 卵膜剝離法.....三五——三九

II 卵膜穿刺法.....三九

III 子宮頸管擴大法.....三九——四一

IV 由擴張腔管陣痛催進法.....四一——四三

V	因溫度刺激而催發陣痛法	四二
IV	因機械的刺戟而發陣痛法	四二—四三
IV	由電氣刺戟而催發陣痛法	四三
III	藥劑的催發陣痛法	四三
第三章	預後	四三—四四
第三章	子宮頸管及子宮口擴大術	四四
第一	適示症	四四
第二	施術法	四四—四五
A	漸進的鈍性擴大術	四五
I	紗布插入法	四五
II	喇米那哈亞插入法	四五
III	擴大氣囊插入法	四五—四九
IV	依胎兒之壓迫而擴大法	四九—五〇
B	急速的擴大法	五〇
一	鈍性擴大法	五〇
I	蒲習氏擴大術	五〇—五二
II	牽引性氣囊插入法	五二—五三

III 用指擴大法.....五四

II 血性擴大法.....五五

IV 子宮口切開法.....五五

V 頸部深切開法.....五六

VI 腔式可汗切開術.....五六

第四章 骨盤擴大術.....五七

第一 適示症.....五七——五八

第二 施術要件.....五八——五九

第三 施術法.....五九

A 恥骨縫際切離法.....六〇

一 開放的恥骨縫際切離術.....六〇——八一

二 皮下的恥骨縫際切離術.....六一——六三

B 恥骨切離術.....六三

一 開放的恥骨切離術.....六三——六四

二 皮下恥骨切離術.....六四——六六

第三 預後.....六六——六九

第五章 人工胎胞破綻術或人工破水術.....六九

第一 適示症……………六九——七〇

第二 施術法……………七〇——七一

第六章 回轉術……………七一

A 外回轉術……………七一

適示症……………七一——七二

施術要件……………七二——七三

施術法……………七三——七四

B 雙合回轉術……………七四

適示症……………七五

施術要件……………七五——七六

施術法……………七六——七七

C 內回轉術……………七八

一 足位回轉術……………七八

適示症……………七八——七九

施術要件……………七九——八二

施術法……………八二——八九

二 頸位回轉術……………八九

適示症	八九
手術要件	九〇——九一
手術時之準備	九一——九二
預後	九二——九五
第七章 胎兒姿勢匡正術	九五——九六
第一 異常頭向匡正術	九六
手術要件	九六——九七
手術時之準備	九七
手術法	九七——九九
第二 脫出四肢還納術	九九
手術要件	九九——一〇〇
手術法	一〇〇
第八章 脫出臍帶還納術	一〇〇——一〇一
手術要件	一〇一
手術法	一〇一——一〇三

挽出手術

第九章 胎兒挽出術.....一〇四

第一 胎兒懸出術.....一〇四

適示症.....一〇四

施術要件.....一〇四

施術法.....一〇五

第二 頭位胎兒挽出術.....一〇六

A 鉗子手術.....一〇六

適示症.....一一一

施術要件.....一一三

手術時之準備.....一一六

施術法.....一一七

I 後頭位.....一一八

II 前顛位.....一二七

III 顏面位.....一二九

VI 前額位.....一三一

V 骨盤端位.....一三二

VI 高位施行鉗子術.....一三三

鉗子術之預備.....一三五——一四二

B 用手挽出肩胛術.....一四二

 施術法.....一四二——一四三

第三 骨盤端位挽出術.....一四三——一四五

 適示症.....一四五

 施術要件.....一四五——一四六

 手術時之準備.....一四六

 施術法.....一四六

 A 不全足位挽出術.....一四七——一五七

 B 全足位挽出術.....一五八

 C 臀位挽出位.....一五八——一六六

 骨盤端位挽出術豫後.....一六六——一六九

第十章 胎兒縮小術.....一六九——一七〇

 第一 穿顱術及克南俄克喇斯度挽出術.....一七〇

 適示症.....一七〇——一七二

 施術要件.....一七二——一七三

 手術時之準備.....一七三——一七六

施術法……………一七六——一八四

豫後……………一八四

第二 截胎術……………一八四——一八五

適示症……………一八五——一八六

施術要件……………一八六

施術時之準備……………一八六——一八七

施術法……………一八七

I 斷頭術……………一八七——一九一

II 脊椎截斷術……………一九二——一九三

III 內臟除去術……………一九三——一九四

IV 他種截胎術……………一九四——一九五

第十一章 可汗切開術……………一九五

第一 腹式可汗切開術……………一九五

I 保存的可汗切開術……………一九五

適示症……………一九五——一九七

施術要件……………一九七——一九八

手術時之準備……………一九八——一九九

手術法……………一九九——二〇五

後療法……………二〇五

II 根治的可汗切開術……………二〇五

適示症……………二〇六

手術法……………二〇七——二〇八

豫後……………二〇八——二〇九

第二 腔式可汗切開術……………二〇九

適示症……………二一〇——二一一

手術要件……………二一一

手術時之準備……………二一一——二一二

手術法……………二一二——二一六

後療法……………二一六——二一七

豫後……………二一七

第十二章 後產挽出術……………二一八——二一九

第一 胎盤壓出術……………二一九

適示症……………二一九

手術法……………二二〇

第二 喀巴斯頓氏胎盤剝離術	二二〇—二二一
第三 用手剝離胎盤術	二二一
適示症	二二一—二二二
手術時之準備	二二二
施術法	二二二—二二四
豫後	二二五

附錄

避孕術(一名妊娠豫防術)	二二六—二二八
--------------	---------

新撰產科學全書

下卷目次終

新撰產科學全書

第三卷

醫學士鄧純棣纂著

產科手術學 Die Tok ologische oder geburtsmäßliche Operationslehre.

第九編 總論

第一章 產科手術之目的 Der Zweck der Geburtshülfflichen Operationen.

產科手術者何除去妊娠分娩時母兒兩體之危險在生殖器內外加以人工之補助催發其分娩短縮其自然經過若分娩有異常機轉時匡正之而使其容易娩出以免母子兩體危險爲其目的例如妊娠中重症惡阻或患肺結核母體生命瀕於危殆不可不中絕之分娩經過中胎兒呈假死之徵速施鉗子術橫位行回轉術匡正之爲縱位以遂其分娩等是也。

產科手術與外科手術有著明之差異其重要之點如次

1. 產科手術在生殖器管內行之者多不如外科手術用視官以行之事則少或賴觸覺以盤查手術之行動然觸覺最初不銳敏端賴豫先練習手術式其重要比外科手術更大

2. 施產科手術之部位血管富饒出血多且止血尤其困難

3. 外科的疾患概不要急速之手術從之得行精細之診查參考書籍認為必要時或可尋專門醫士等之餘暇措置分娩中卒然發生認定不可誤時非速施治療不可殆頃刻不可緩否則徒喪失母子之生命產科醫當然要熟悉產科手術無論矣而一般醫士苟遇分娩障礙時亦不能不具備產科的學識術能是亦一不同之點也

4. 產科手術施行之時間及場所不能豫定臨必要時毫無猶豫之暇以期消毒完全得充分之介助洵至難之事而生殖器官於血管及淋巴管且接於腹腔以故創傷傳染之患殊甚

5. 產科手術不可不顧慮母子兩體之健康與生命有時欲救濟母體之危險故意犧牲胎兒之生命以故醫士責任不可謂不重大也

如上述產科手術之急要與其術法更如之是困難而此技術之巧拙及消毒之完全與否於預後上發生重大之影響當然自明矣產科手術之結果如何大足以動世人心并且在稍有產科智識及技能之助產士之目前行之其巧拙尤與醫士之信用大有關係故有稱為老練之醫師一朝遇產科手術不得良好成績失其聲望者有之是不可不慎也

如上理由不但產科醫師即一般醫師亦須有產科學識之必要且練習手術式尤為緊要以模範學習又由臨牀的經驗以判決手術之要否苦得其機會更進而檢查妊婦以求實地的知識更有進者初學產科之人屢感自己筋力之不足此實不然適用之時期與方向之錯誤故如是耳產科手術概不需多大筋力蓋己之筋力過大而患不足因是而失手術之正鵠者多矣

第二章 產科手術之時期 Die Zeit für die geburtsärztlichen Operationen

分娩原屬生理的機能得營自然經過無異常狀態則不必要手術之娩出若欲強行之反貽害於母子者多故單以同情心欲解除產婦之苦痛或只知利己又爲名譽心所驅使而濫施手術決不可也然分娩之障害多起於倉卒非迅速之人工補助不足以除去母體及胎兒之障礙保全其生命故對於手術有適示症之存在同時得具備施行之要件則絲毫不用躊躇斷然行之可也

A. 手術適示症 Indicationen.

手術適示症者何卽分娩時之異常母子疾患由產科手術而全除去母子之危險或輕減之之謂也如斯之適示症依手術之種類而異固不待言概論之如左之諸症。

一 母兒兩體將來必發生之危險 Drohende Gefahr für Mutter u. Kind

1. 胎兒之異常位置體勢及回轉

分娩經過中胎兒之位置異常體勢異常或不正之回轉因之娩出困難。又至於不可能。例如橫位前額位四肢脫出顛部向後方之顏面位及後顛頂骨位等是也。

2. 狹窄骨盤骨

骨盤腔狹窄分娩當然起障害，真結合五、五仙迷以下之短縮碎縮生熟兒亦不能通過其產道如斯之高度狹窄者稱之曰絕對的狹窄骨盤又狹窄中等度者真結合線之長不達九仙迷欲其於母體無危害則不可不碎縮胎兒以挽出之是稱之爲比較的狹窄骨盤。

二 既發生之危險症 *Schon bestehende Gefahren.*

(A.) 母體一方之危險症 *Gefahren für die Mutter.*

1. 軟部產道之挫傷 *Quetschung der weichen Geburtswege.*

分娩經過特於第二期甚遲延子宮及腔壁被壓迫於兒頭與骨盤之間以故軟部組織起挫傷放置之則起壞疽形成尿瘻及糞瘻者有之且恐創傷傳染故分娩經過中體溫昇騰(三九—四〇度)脈搏頻數腔壁腫脹其粘膜乾燥呈灼熱外陰部來浮腫利尿困難且混血液而混濁是組織挫傷之徵顯明不可不速終了其分娩。

2. 子宮下部之過度擴大 *Überdehnung des unteren Uterinsegmentes*

陣痛正常胎兒不得下降於骨盤內全爲子宮腔之下半部所收容該部著明擴大其壁菲薄遂至於破裂不能不速終了其分娩徵知之法收縮輪上昇圓韌帶緊張且子宮下部呈壓痛是卽子宮下半部過度擴大之證也。

3. 軟部產道之病毒感染 *Infektion der Geburtswege.*

分娩時病菌竄入於產道內因其種數量及毒性不同而有輕重之差異或分解羊水產出毒

素以發中毒症狀。或侵入產道組織內使之崩壞而令母子瀕於危險故產道內認定有病菌傳染速行娩出爲要。使子宮腔內存在之病毒得以排泄。然彼時如軟部組織起損傷則反促病菌之侵襲。故一般的人工娩出以在排出期爲宜。

產道內病菌傳染之症狀則爲發熱、脈搏頻細、羊水惡臭、子宮內瓦斯發生是也。體溫昇騰爲傳染菌之新陳代謝物吸收於血中而起之反應。吸收量大則起惡寒、戰慄、脈搏頻細、比熱度遙著明且先發熱而來爲其特異。羊水之惡臭因子宮內起分解作用。又子宮內之瓦斯發生多由於腐敗菌之傳染。又稀有大腸菌侵入、蕃殖於糖含有物中而來者。

4. 子痲發作 *Eklampsie* .

子痲發作原因今尙不明。臨牀上分娩終了其發作亦停止。縱不然亦多輕減。是子痲之原因或爲卵新陳代謝物入於母體血中而中毒所致。歟不然何以分娩既終則其毒物生成之卵被排泄而發作亦消失乎。是亦合理的思想。故重症之子痲症速終了其分娩。

5. 母體之疲勞衰弱 *Erschöpfung der Mutter* .

分娩筋肉要勞動。伴於陣痛之疼痛使睡眠及食物攝取亦困難。且精神興奮或呈不安之狀。一般之產婦俱易陷於疲勞。該狀態之來也。因人而異。外觀上強壯之婦人發是最易蒲柳質之女子。反能長堪忍耐。此狀態而不陷於疲勞。單純疲勞。雖脈搏增多。但不發熱。其一般狀態爲平靜。與敗血症之虛脫得區別之外。觀上所表示狀態之輕重。其一關於產婦之忍耐力與活力源。此欲正確診知殊困難。故先使身體安臥。說諭以安靜其精神。投以嗎啡劑。促其睡眠。

或飲用酒精類努力恢復其疲勞如斯無效時在手術娩出容易之時速娩出之

6. 陣痛微弱 *Wohlschwache*

陣痛微弱有原發性與續發性俱使分娩遲延然不可直認爲人工娩出之適示症唯分娩延長胎兒危險殊甚時其防創傷傳染之虞須先催進其陣痛以圖自然娩出若無效時而分娩之停止已達五時間以上認定爲人工娩出而容易時即施行之。

7. 分娩時之大出血 *Starke Blutung in der Geburt.*

不問胎盤之正常附着與異常附着在早期剝離俱足誘發母體之大出血用他處置法不能制止其出血時則速其分娩後方講止血之道以免失血死之危險。

8. 母體之呼吸器疾患 *Respirationskrankheiten.*

重症之呼吸器疾患例如急性肺炎喉頭肺結核存在時分娩之際因腹壓過甚來呼吸障害時起產婦之窒息死否則增進病勢故宜施人工娩出以短縮分娩經過。

9. 心臟疾患 *Herzklappenfehler.*

心臟疾患代償機有障礙時分娩之際陣痛及血壓之變換蒙巨大之影響速宜行人工娩出術以救濟之。

(B) 胎兒之危險症 *Gefahren für das Kind.*

分娩中胎兒發出之危險症常爲子宮內窒息即假死漸稀有胎兒出血者。

假死 *Asphyxie.*

胎兒在子宮內假死由於胎盤及臍帶之血行障礙胎兒血液內之酸素減少起碳酸之蓄積而發時或因腦壓迫而起者其所現之症狀如左

1. 心音之持續性變化 *trübe und verminderte Verhältnisse der Kindesherztöne*,

胎兒血液碳酸含量增加為靜脈血迷走神經節內存在之心臟制止神經中樞受其刺激而興奮心搏動為緩徐持續過久該中樞亦陷於麻痺心搏動反至於變速

故分娩中胎兒之心音數變化為持續性至陣痛間歇期其數減少至百以下或增加百六十以上俱為胎兒假死之徵

2. 胎糞漏泄 *Meconiumabgang*,

胎兒血中之碳酸增多太陽神經叢及內臟神經受其刺激依之而腸管之蠕動機旺盛遂漏泄其胎糞混入於羊水中初為綠色之小塊漸次溶解於羊水黃綠色又胎兒單由機械的壓迫榨出在頭位者胎糞漏泄常發危險之徵骨盤端位則未必然也

3. 產瘤之急劇增大 *Plötzliche Vergrößerung der Geburts geschwulst*,

心臟機能有障害血行緩徐而於頭部之產瘤速行增大且緊張著明如斯之漿液性浸潤不限於皮膚頭蓋腔亦發之

4. 早期之呼吸運動 *Vorzitige Athembewegung*

胎兒血液內酸素供給減少碳酸蓄積遂起呼吸中樞亦受刺激經早期之呼吸如彼之呼吸運動劇烈子宮壁及腹壁振動以徵知之又骨盤端位之軀幹娩出後發斯現象可容易識知

如上述胎兒假死由胎盤血行之障得減酸素之供給碳酸蓄積增加而起其誘起之原因存在不可不注意其重要者如次

1. 母體之高度貧血 是血量之不充分
2. 母體血液之性狀變化 例如子痢肺炎心臟瓣膜病敗血症高熱等是也
3. 胎盤之早期剝離 胎兒物質之交換減少。
4. 破水後之分娩遲延 由於子宮縮小母體血液之是輸入於胎盤者少且臍帶被壓迫
5. 臍帶之異常 由於脫出纏絡及真結節形成等臍帶血管受壓迫
6. 兒頭之過度壓迫 頭部之血液還流被妨害腦髓受壓迫如狹窄骨盤及鉗子娩出等是也。

7. 骨盤端位之後進頭部之娩出遲延 臍帶被壓迫之故

8. 雙胎第二次之娩出遲延 是由於胎盤附着面甚縮小之緣故

胎兒之出血

臍帶附着於卵膜破水之際血管斷裂胎兒來出血胎兒之血至於死亡者有之從之破水直後認定有出血時則爲胎兒所來者明矣宜速行人工分娩

B 手術要件 Vorbeding für Operation

以上之適示症既存在而施行手術不可不在母體產道及胎兒等之一定狀況之下是即謂之

爲手術要件若不顧此等要件而強施手術反惹起母子之危險並至於死者有之該要件依手術之種類而異固無論矣一般須顧慮者如次之諸項

- (1) 母體之全身狀態
- (2) 骨盤異常之有無
- (3) 子宮壁之狀況
- (4) 子宮口之大小
- (5) 破水之有無
- (6) 胎兒之位置大小及異常之有無
- (7) 胎兒之生死

前述之手術適示症存在且對於此要件具備而施行手術雖然產科手術非無危險豫先向患者之關係者說明手術之必要其種類及豫後亦詳細言之不可不得其許諾又對產婦使其精神鎮靜反以手術之容易無危險以堅其信用爲良其他手術尤宜遵守其方式出之以鄭重緩徐行之動作不宜粗暴急劇

第三章 產科手術之諸準備 *Vorbereitungen*

產科手術施行之際要諸種之準備不待論矣述其重要者如次

I 手術室 *Operationsaal*.

凡對於手術之要素而必具者始無過於手術室之重要者然分娩異常卒然發生且產科手術認爲必要時須即刻決行之不能豫定其場所及時間從之產科手術室概在通常之產室行者多故產室宜注意次之諸點以期於手術之可能但普通之民家履行此件洵至難之事

1. 產室廣闊清潔且擇光線能射入之處爲宜
2. 室內之溫度保存一九度內外從之冬期用煖爐或火盆防盜風之侵入
3. 室內不要之器具及有臭氣者除去之
4. 夜間備另燈或有反射鏡之洋燈

II 手術臺 *Operationstisch*.

產科手術在於手術台上特於婦人科手術台上施行之爲使手術要急且患者移動殊困難通常在產牀上施之者多故產牀宜據置室內之中央由各側可容易近接於患者之牀墊被用硬固者使身體不沈下者爲宜其上用石炭酸拭淨鋪油紙或鋪一護謨布於其表面防液體之浸透更用消毒之一大布塊以被之又必須用手術台而無之時則用洋式椅子代之亦未始不可即四稜形桌子上蓋以護謨布更鋪一消毒之布片載患婦于其上面使臀部近接於邊緣下肢用介助者保持之

III 患者之位置 *Lagerung der Kranke*.

行產科手術之際患者要一定之位置爲緊要先將患者身體之長徑與臥牀長徑之關係而區別爲左之三種

1. 縱牀位 (Langbett) 爲平常之就牀位置患者之長徑與臥牀之長徑一致此際手術者坐於患者之側方該位置不曝露身體術者自能監視患者之全身狀態且得施麻醉之便利但臀部離牀面者僅少手術之動作不便特於器械牽引下方爲不可能其他手及器械有污染之虞
2. 橫牀位 (Querbett) 患者之長徑與臥牀之橫徑一致臀部臨於牀沿此位置在洋式臥牀適於施術消毒及其他之作業亦更易于口觀之下行之然身體多露出手術時間長室溫低時易於罹感冒宜視察全身狀態施麻醉覺不便
3. 斜牀位 (Schragbett) 在前兩位置之中間產婦之長徑與臥牀之斜徑一致臀部臨於牀緣

第一圖

橫牀背位

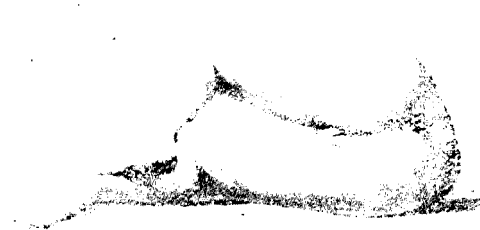
m. n. n. m.



第二圖

側臥位

n. Bumm



此際患者一脚在牀上他脚出於牀外本位置比于橫牀位有節少介助者之便利但產道內施術有多少不便。

又從牀上患者身體之方向四肢之所在而區別左之位置。

1. 臀背位 (*Steinsäckanlage*.) 產婦仰臥牀上下肢屈曲于股膝兩關節且哆開之縱牀橫牀斜牀之位置俱得適用之但縱牀則兩脚共在牀上橫牀則臀部臨於牀緣而兩脚出牀外使介助者保持之或安置之於椅子上斜牀則一脚在牀位不可不為同樣之處置。

橫牀臀背位產科手術上利便甚多用之甚弘普通稱橫牀位即併用臀背位可知也斯時術者坐於患者兩脚之內面向陰部。

縱牀之臀背位臀下插入小枕使其與牀面之距離隔大而手術便利在日本則常用此者多術者坐於產婦之側方及兩脚之間而施手術。

5. 側臥位 (*Seitenlage*.) 產婦橫牀位而兼側臥位此際臀部臨於牀緣下肢強屈曲于股膝兩關節置於牀上兩膝間挾一小枕或今介助者保持下肢術者面向陰部而坐。

此位置適用於會陰保護及術手欲達於子宮腔前壁之時但子宮壁之弛緩及前置胎盤在此位置有誘起空氣栓子之虞宜避忌之其他之不利在手術之際難於維持左右均等器械向骨盤腔之後上方插入亦感不便也。

6. 膝肘位 (*Knienelbogenlage*.) 患者俯臥於牀上大腿及上膊與牀面為重直用肘膝兩關節以支持身體此際腹內臟器向橫隔膜引退起內腔之陰壓且子宮底為其低點故此位置在

脫出臍帶還納困難之時適用之。又後屈子宮或骨盤內腫瘍之整復亦得利用之。但他之手術應用之者甚少。施麻醉困難。

7. 骨盤高位 (Beckenhochlagerung) 使患者仰臥用二三小枕相重疊插入於臀下而使骨盤高舉此位置與膝肘位同。腹內壓陰性其結果骨盤臟器舉上。脫出臍帶還納或後屈子宮骨盤內腫瘍之整復得應用之。

8. 瓦爾赫兒氏懸垂位 (Valcher'sche Hängelage, 患者橫牀仰臥位臀部臨於牀緣後兩下肢使之懸垂由是而腸骨回轉於薦腸關節所以真結合線得○・七五仙迷之延長故本位置適用於狹窄骨盤。特於扁平骨盤適用之得使兒頭容易進入於骨盤內。

第三圖
膝肘位 (u. Baum)



第四圖
瓦爾赫兒氏懸垂位 (v. Baum)



IV 消毒法 Desinfektion

分娩時產道內面常生數多之創傷，特於後產娩出後，子宮內腔呈一大創面，故創傷傳染之虞甚多。當正常分娩之際，接觸於陰部者，宜施嚴重之消毒手術，補助更須加一層之注意。關於該消毒法詳述於產科生理學，茲將其要點約言之。

A. 手術室之消毒 Desinfektion der Operationszimmern. 外科手術室為同一之消毒法，不過理想的通常產科手術室均在住戶的產室行之，只能使室內清潔，使塵埃不飛散，助佳，但可汗切開術必須在外科室行之。

B. 產婦之消毒 Desinfektion der Gravidante. 產婦之消毒通常用於如左。

1. 以石鹼水或偏里設林施行浣腸後，排泄其直腸之內容，防止其手術中之糞便漏出，次及於外陰部。

2. 外陰部及其周圍用米克里特氏酒精石鹼與殺菌溫湯刷毛以洗刷之後，再用紗布拭淨，更以一% 昇汞水及一% 來沙而液以洗滌該部，消毒終了後用尿管排尿。

3. 尿管之消毒一% 來沙而二% 石炭酸液容於玻璃活栓桶內，連結之尿管流出消毒液以排除空氣後，插入於腔內，如斯消毒液流注之時，用手指擦淨其腔壁。

又如上消毒之前先行全身浴者有之，但破水後高度之會陰破裂，前置胎盤及重症肺心疾患者宜避免之。

消毒既終，下肢及腹部用殺菌布片以被覆之。

C. 手指消毒法 *Desinfektion der Hände*, 手術者及介助者用次之順序行手指之消毒

1. 脫上衣露出兩上肢達肘關節用護謨製前胸股掛以防着衣之污染

2. 指爪之延長及附着物除去之後

3. 一%紅色液着色到肘關節更

4. 用石鹼液及殺菌溫湯以刷淨之至於全脫色次

5. 八〇——九六%酒精紗布以拭淨之二分間而終

6. 在一%昇汞水及一%來沙而液內凡二分間擦刷消毒

7. 如上之消毒既終方着用消毒之手術衣及綿絲製手套再不使之污染

該消毒法手指亦不能謂為絕對的無菌概得預防創傷傳染而已尙更進一步手術中着護謨製手套尤為嚴重但手指之使用覺不方便

D. 護謨製手套之消毒法 *Desinfektion der Gummihandschme*. 乾燥法與濕潤法二種
乾燥消毒法

1. 手套先用溫暖石鹼液洗濯之更用清水以除去石鹼其次。

2. 移於熱湯內煮沸十分間

3. 懸垂之而使其乾燥外面既乾燥更翻轉乾燥內面

4. 乾燥後內外兩面以滑石撒布內腔亦用滑石撒布插入紗布外面用紗布包裹之。

5. 入於蒸氣消毒器內殺菌

濕潤消毒法前法須要準備急用時用此法

1. 手套用溫暖石鹼液十分洗濯之更用清水除去其石鹼

2. 移於熱湯內煮十分間

3. 1% 來沙兒液洗其內腔

術者着手套侵入消毒液內其除手套之表面手指不要相觸內腔液流出用刷毛以除去表面之皺襞

E. 器械之消毒法 *Desinfektion der Instrumenten*, 產科手術所用之器械概爲金屬製故行煮沸

消毒法爲宜辛門浦服氏煮沸消毒器無有之地用鍋金鹽等代之亦不能急施時暫以5% 石炭酸蘸用而放置準備施術

F. 繃帶材料之消毒法 *Desinfektion der Verbandstoffe*, 產科手術所要紗布繃帶材料用蒸氣消毒乾燥的狀態用之若先未預備時置於鍋釜中煮沸消毒絞出水液以代之

V 患者之麻醉法 *Narkose*

歐米婦人比東洋婦人之一般分娩遲延且不堪產痛故在自然分娩中往往施麻醉以緩解且產婦有鎮靜之必要特於手術的分娩殆不能不用麻醉但日本人華人自然分娩無論矣即手術之際亦鮮有用麻醉者

吸入麻醉法 *Inhalationsnarkose*.

吸入麻醉藥用得甚廣者哥羅仿及依的兒是也。

1. 哥羅仿麻醉產婦概容易感受時或吸入數滴已就眠而陷於深麻醉者有之但醒覺亦速蓋新陳代謝機能旺盛吸收之哥羅仿排泄甚早故不殘留副作用該麻醉對於產婦可稱比較上無有危險

自然分娩之際陣痛發作之初用假而當產婦之顏面滴數滴哥羅仿於其上然到半途醒覺之時全不感疼痛如斯之淺麻醉特在排出期之末得緩解其疼痛再要腹壓之強盛時最有效果手術分娩不可不用深麻醉蓋非陣痛消失子宮壁弛緩不能在產道中作業進一步言之產婦之靜肅狀態術者之心亦安從之施術亦正確而手術時之麻醉託之於介助醫爲良若無有時術者如次之方法自行之即消毒準備完全術者用帶着手套之手施麻醉使患者陷於深麻醉時更消毒手指以施術手術中患者裸出胸部宜注視察其呼吸之狀態若有反射作用今產婆滴少量之克哥羅仿於假面上施術既終或認呼吸爲不穩時宜速撤去其假面

2. 依的兒麻醉 產婦對於哥羅仿有種種之禁忌症時特於高度之貧血心臟瓣膜病時用依的兒代用但其麻醉費時甚久不爲一般所稱許其應用法毫與哥羅仿無異

注射麻醉法 (Injektionsnarkose)

注入藥液於皮下或脊髓囊內呈不全麻醉所謂昏瞶狀態以減輕患者之疼痛是亦鎮靜患者之法也

1. 周來得氏法 *Schmeidegerlin'sche Verfahren*. 本法用斯苦蒲拉明與嗎啡混和液之注射能去痛覺且陷於半麻醉其調劑法

臭素酸斯苦蒲拉明 〇、〇〇三——〇〇〇四

鹽酸嗎啡 〇、一

蒸溜水 一〇、〇

混和爲注射用量每回 一、〇gr

本液以福羅巴赤注射器注射上膊或胸部之皮下注射欲其作用強大則術前三時間行第一回之注射須使室黑暗以布被遮眼施耳栓靜臥經二時間再行第二次之注射但分娩手術急時半麻醉而足手術前半乃至一時間施一回之注射其效力不完全可併用吸入麻醉。該注射法之缺點多少減弱陣痛及腹壓起分娩之遲延往往使胎兒陷於死故用此法宜時檢胎兒之心音注意假死徵之有無。

近時代嗎啡以磅脫棒殆爲同一之效果其製法

Pan'pon 〇、——〇、四

Skollaminbroin 〇、〇〇三——〇、〇〇四

無水alkahyl 〇、五

Glyehni 一、五

g. 七、八

混和一回量 1 gr

兩注射液俱有製之販賣品備臨時之需

2. 畢兒氏腰髓麻醉法 Bier'sche Dummgalvanesthese, 畢兒氏初用高加因注入於脊髓管內得達疼覺鈍麻之目的其副作用殊甚不為同道者所賞贊後代高加因以土魯巴高加因副作用於是減少廣應用於外科手術依此法得使痛覺鈍麻而反射機常存在。產科內應用範圍甚狹只適於會陰縫合及其他簡單之手術壓產吸入麻醉時得用之行之之法使患者身體屈於前方腰椎部之皮膚消毒後覓第三第二腰椎之間腔注射針中金屬絲條存在時刺入於間腔其次始除去金屬絲條針漸次達於深部漸流出一瓦之腦脊髓液則連結唧筒注入同量之一〇%土魯巴高加因液注射既終拔去其針貼伴創膏其上約五分時得麻醉

VI 產科手術用器械及藥品 Instrumente und Arzneien, 產科手術用器械有種種通常用去

如左:

1. Nagelsche Zange, 那格烈氏鉗子
2. Tarnier'sche Achsenzange, 應軸牽引鉗子
3. Nägelesches Perforatorium, 穿顱器
4. Martin's trepanförmiges Perforatorium, 圓鋸狀穿顱器
5. Cranioktst.,
6. Knochenzange, 骨鉗子
7. Braun's Decapitationshaken, 斷頭鉤
8. Siehols's Decapitationsseere, 斷頭剪刀

9. Smellie's Stumpfer Haken, 鈍鉤
- 10 Kistner's Steisshaken, 鈍鉤
- 11 Bunge's Schlingenführer und Schlinge, 係蹄輸送器及係蹄
- 12 Bossischer Dilator, 子宮頸管擴張器
- 13 Rummiviel, Döderlein's Hebstatomienadel, 恥骨切開用有柄針
- 14 Gigli'sche Drahtsäge und Handgriffe dazu, 線狀鋸及其把柄
- 15 Muzaux'sche und Kugelzange, 雙鉤及單鋸鉗各二個
- 16 Lange Kornzange, 長麥粒鉗子
- 17 刀
- 18 Cooper'sche Schere, 剪刀(克把氏)
- 19 Chirurgische Pinzette, 外科的鑷子
- 20 Nadelhalter, 持針器
- 21 Nahtfäden, Chirurgische Nadeln in der Reihe, 縫合線縫合針及其容器
- 22 動脈止血鉗子(數本)
- 23 Simon's Scheidenipentum, 陰鏡
- 24 Bozeman's Uteruspilkatheter,
- 25 Nelaton's (Gummikatheter und Metallkatheter, 那拉同氏及金屬尿道導管

23 Jammehausche mauler-Infer 謝門忠氏之空氣吹入擴張囊

7 Brunns-Korpoilinder.

28 大玻璃 Trinkel 盛水筒

29 nonbrigs. 止血用護謨管(長六尺)

30 Trachealkatheter. 氣管導管

31 食鹽水及其注射器

32 卜羅巴赤注射器

33 沃度仿謨紗布及其容器

34 麻醉器

35 骨盤計

36 驗溫器

又所準備之藥品如次

1. 哥羅仿

2. 來沙而

3. 酒精

4. 昇汞錠

5. Ergotin

6. *Kranphanlum oli* 樟腦俄禮扶油

7. *morphin* *losig* 10·% 嗎啡液

第十編 各論

第一章 產科手術之分類

Die Einteilung der geburtshülflichen Operationen

產科手術分娩大別之爲分娩準備手術與娩出手術二者

分娩準備手術 (*Vorbereitende Operationen*.)

I 人工妊娠中絕術

(a) 人工流產

(b) 人工早產

II 子宮頸管及子宮口擴大術

III 骨盤擴大術

(a) 恥骨縫際切離術

(d) 恥骨切離術

IV 人工破水術

V 體位匡正術或回轉術

VI 體勢匡正術
VII 臍帶還納術

娩出手術 *Embryonic Operationen*

I 胎兒壓出術

II 頭位挽出術

(a) 鉗子挽出術

(b) 肩胛挽出術

III 骨盤端位挽出術

IV 胎兒縮小術

(a) 穿顱術

(b) 截胎術

V 可汗切開術

VI 後產娩出術

(a) 克烈特氏壓出法

(b) 喀巴斯頓氏胎盤剝離法

(c) 胎盤用手剝離術

第一 分娩準備手術

第二章 人工妊娠中絕術

Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

妊娠之人工中絕臨必要時可隨意施之依其時期產兒得生活者有之不得生活者有之從之妊娠第二十八週以前產兒之生活不得維持時此時期之中絕名人工流產 *Künstlicher Abortus* 以後者名人工早產 (*Künstliche Frühgeburt*) 前者專以除去母體之危險爲目的後者概爲救濟母子兩體之安全但亦有時單爲胎兒而施行之者

第一 適示症 (*Indicationen.*)

人工妊娠中絕之適示症有種種大別之爲三類

第一類 母體所發之危險症與妊娠有直接之關係且中絕其妊娠而得除去其危險屬於左之諸症

(1.) 惡性妊娠嘔吐或惡阻 (*Hypemesis gravidarum.*)

本病之輕症者守身體之安靜變換其食餌又投臭素劑努力神經之鎮靜或送入病院變周圍及生活之狀態而得治之稍重症者攝取食物不能生理的食鹽水之皮下或注入于直腸

內。以補體內之液分施滋養灌腸維持營養漸次輕快但發熱脈搏頻細蛋白尿及腦症狀併發至于所謂中毒期須速中絕妊娠以救濟母體。

(2.) 葡萄狀鬼胎 (Placental mole.)

葡萄狀鬼胎概在妊娠第四五月自然流產但以前早診知之時速中絕之爲宜若出血多且久時起高度之貧血誘發創傷傳染甚至於破壞子宮加之有惡性眞珠膜腫發生之虞。

(3.) 羊水過多症 (Hydrantion.)

羊水之增量甚多起血行及呼吸之障礙至感疼痛可中絕妊娠。

(4.) 死胎殘留 (Retention des abgestorbenen Fötus)

妊娠中胎兒若死通常數日至乃一・二週遂娩出。少有數週或至妊娠末期依然殘留於子宮內者若母體無變態之期間毫無處置之必要但全身症狀如食慾缺損瘦削貧血及蛋白尿等發見時則施人工中絕蓋如上之症狀係胎盤含有之醱酵素或胎兒之分解產物母體血液吸收至此。

(5.) 妊娠子宮後屈嵌頓症 (Incurvatio uteri retroflexi gravidi.)

妊娠子宮後屈固定於骨盤內。呈所謂嵌頓症狀。先試行整復。若子宮體癒着於後方或骨盤入口狹窄時不能整復前者須施開腹術以剝離之後者能整復但禁忌者宜中絕之。

(6.) 妊娠子宮脫出症 (Prolapsus uterigravidi)

脫出之妊娠子宮通常其增大則復歸於骨盤內或有仍留於陰門外者呈同樣之鉗頓症。先

謀整復若不能時則宜中絕之

第二類 母體之痰癆。雖與妊娠無直接之關係。然病勢因之增惡。甚至促生命之危。殆其重要者如次

(1) 呼吸器結核 (Ærvidi, Tuberculose der Respirationsorganen,)

肺結核無論病機之進行與停止。因為妊娠病勢增惡。又潛伏性者。妊娠時初呈症狀。蓋增大之子宮橫隔膜舉上。呼吸不充分。故血行起變化。營養被障礙。相合而促病機之增進。喉頭結核與妊娠合併病機。持續進行。其經過甚速。

如上之事實。有呼吸器結核。而妊娠者。須監視其經過。使之營養佳良。促病勢之增惡者。宜努力避之。尙他覺的症候增劇。加之體力次第衰弱。且嘔發熱。著明咯血。或胸膜炎之徵現。則甯中絕妊娠。此中絕必須在妊娠初期。努力制減其出血陣痛及腹壓。妊娠後半期。該適示症有時限於無大影響。於疾病得維持胎兒之生活。且於分娩期。輕減其陣痛及腹壓。短縮其排出期。臨機施排出手術。又肺結核陷於重症。到底無救濟之望。則使其妊娠持續救濟胎兒為宜。喉頭結核常使妊娠增惡。診知後速中絕之。

(2) 心臟瓣膜病 (Herzklappenfehler.)

心臟瓣膜病代償機完全時。對於生殖作用。無何等之障礙。但屢來失調。蓋腹壓亢進。身體下部血流困難。結果起心臟機能之旺盛。且妊娠中。新陳代謝機發生之毒素。有害於心臟作用。精神興奮。亦有影響。故妊娠中。認定代償機失調。則使其身體與精神安靜。兼投以強心劑。尙

增惡時進而施妊娠中絕若分娩之際短縮其經過必要時施娩出手術以預防陣痛及腹壓所生之障礙。胎兒娩出後載置砂囊(八磅)於下腹部以調節腹部內壓尙安全難期之時則務於妊娠初期除去如上之有害作用可使甚少也。

(3.) 腎臟疾患 (Nierenkrankheiten.)

妊娠中發蛋白尿比較的屢見之事而因於妊娠腎或真性腎臟炎無論其爲何其蛋白尿共發之尿量減少及陰門之浮腫先須絕對安靜牛乳攝取利尿劑全身浴及發汗療法等無效。若呈視覺異常不可不中絕妊娠該異常不過一單純機能障害多爲蛋白尿性網膜炎或網膜之出血或因而剝離從之陷於失明特於慢性症妊娠早期來病勢之增惡遂致於死者有之。幸而至遂正期分娩病機亦漸次進行在常例斯項妊娠可以中絕但妊娠中所發之急性症妊娠持續亦有能治癒者且自家有時促其流產不必要人工促之也。

(4.) 糖尿病 (Diabetes mellitus.)

妊娠中尿合有糖分者不少此恐爲新陳代謝肝臟機能旺盛之因糖尿若分娩既終遂消失。至次回之妊娠之際再現出以爲常不爲著明之增惡唯身體及精神之安靜與適當之食餌療法而輕快少有病機進行尿內之含糖益增量阿且頓及蛋白混入遂陷於昏睡狀態而致於死亡(俄兒斯好生氏之說曰凡有三〇%之死亡數)故尿中之含糖增加蛋白質與阿且頓認知時中絕妊娠以免母體之危險。

(5.) 舞蹈病 (Chorea.)

本症併發於妊娠稀有其經過緩慢多為輕症而止且微溫浴臭劑克魯拉兒或嗎啡等之內服得以治癒但急性者侵犯諸筋甚速來躁狂之發作甚至於發熱諸語以迄於死亡（蒲球氏之說曰有一八%之死亡者）又本症妊娠既終而停止重症如上之治療無效時宜中絕其妊娠

(6.) 血液疾患 (Blutkrankheiten,)

(a) 血友病 併發於妊娠至後半期起大出血不若施人工流產

(b) 白血病 本病與妊娠合併者少但因之而死期速施人工流產但產兒無是患者

(c) 惡性貧血 發於妊娠時患者皮膚呈蠟樣白色覺呼吸困難心臟呈貧血性症狀甚

疲勞檢血液赤血珠海馬克魯賓之含量甚少巨大矮小及變態諸種之赤血球可以認

見本病之原因不明但常轉歸於死亡依妊娠而速其死期故宜中絕使病機停止

第三類 當正規分娩母子兩體有危險或胎兒甚危險者是為產道狹窄及胎兒之常習死亡

是也

(1.) 產道狹窄 (Die Verengung der Geburtskanäle,)

骨盤自己畸形骨質或生殖器之腫瘍及炎症性而呈產道狹窄當分娩時起機械的障礙依

其狹窄程度而分之為絕對的與比較的二種

絕的對狹窄 (absolute Verengung) 真結合線短縮於五·五仙迷以下或同一之程度此

際生熟兒碎縮亦不能通過產道故在高度之狹窄骨盤達分娩期須施可汗切開術以救濟

母子兩體患者不肯或其體力不堪之時則不能不施人工流產又骨質或生殖器之腫瘍得還納於腹腔或能剔去時則行之否則施可汗切開術或人工流產

比較的狹窄 (relative Verengung.) 真結合線之長五·五仙迷乃至九迷之短縮或呈同程度之短縮成熟兒不能自然通過產道內時所不可不碎縮之故欲得生活兒不能不施可汗切開術或骨盤擴大術否則施人工早產若早產兒頭部小且柔變形的機能著大以是分娩的機能障礙少但人工早產目的在方自然分娩使其能預防母體發生之危險他一方獲得成育佳良之生活兒行之之時期妊娠之持續產道狹窄之輕重及兒頭之大小不可不時測定之其測定法述於產科學茲不贅兒頭之大小熟練之產科醫評定之覺不困難依阿耳裴特氏法計子宮內胎兒之身長由是而以知頭部之大小今將氏之計測身長與頭部之大小之比列於左表。

身長	頭蓋大橫徑	頭蓋小橫徑	頭周
四一仙迷	七·八五仙迷	六·五〇仙迷	二九·〇〇仙迷
四二仙迷	八·二〇仙迷	七·一〇仙迷	二九·二五仙迷
四三仙迷	八·〇〇仙迷	七·二五仙迷	二九·七七仙迷
四四仙迷	八·二〇仙迷	—	三〇·九〇仙迷
四五仙迷	八·四一仙迷	七·二〇仙迷	三〇·四二仙迷

四六仙迷	八·四五仙迷	七·二五仙迷	三二·〇〇仙迷
四七仙迷	八·四五仙迷	七·二五仙迷	三二·五二仙迷
四八仙迷	八·四七仙迷	七·三二仙迷	三三·三七仙迷
四九仙迷	八·七五仙迷	七·五二仙迷	三三·三五仙迷
五〇仙迷	九·〇六仙迷	七·七〇仙迷	三三·九〇仙迷
五一仙迷	九·〇五仙迷	七·七七仙迷	三四·一六仙迷
五二仙迷	九·〇〇仙迷	七·七二仙迷	三四·七五仙迷
五三仙迷	九·三六仙迷	八·二九仙迷	三五·七三仙迷
五四仙迷	八·九六仙迷	七·五六仙迷	三六·〇〇仙迷

繆爾烈兒氏云若把握兒頭得由妊婦腹壁壓抵入骨盤上口時是即得施人工早產之時。然非確實之地位。

臨床上狹窄骨盤施人工早產可得生活兒真結合線七——九仙迷得行之。

2. 胎兒之常習死亡 *Matrueller Tod des Fetus.*

時有數回之妊娠胎兒在同一時期至於死亡者如斯者基因於梅毒者多則依驅梅毒療法而得免除之但其原因不明之常習死亡或為胎盤之變化歟未可知也此際在死亡期——二週以前施早產可得生活兒。

第二 施術法 Operationsmethoden.

A 妊娠前半期之人工流產

Der Kunstliche Abortus in der ersten Schwangerschaftshaeftic.

在妊娠前半期胎兒尙矮小柔軟脫落膜亦肥厚脊之卵不破裂爲一塊而排出以爲常此期之人工流產法主爲子宮及頸管擴大造卵之通路排出全委之於陣痛僅少有人爲的排出者是用之甚廣者則爲左之諸法

一 腔及子宮頸管之紗布栓塞法

Die Tamponade der Scheide und das cervicalkanals mit Jodoformgaze.

用沃度仿謨紗布充盈於腔及子宮頸管以擴大之誘起其陣痛之法也

手術于時之準備 患者載置於手術臺或橫牀臀背位先爲陰門腔及術手之消毒

施術式 先送入西門氏腔鏡開張腔管其次用長鑷子保持沃度仿謨紗布插送於腔內以栓塞穹隆部管腔之大部子宮頸管稍稍開大則用球鉗子鉤子宮腔部而固定之後以麥粒鉗子以把持紗布之一端漸次插入於頸管內漸次達於內子宮口之上方充實全頸管仍全體充實塞腔管紗布栓塞既終去腔鏡使患者安臥於牀上余施本法以前每次用熱湯（石炭酸液過

滿俺加里液俱要熱者）灌注於腔內。是法時間不一定有數日及於二週方奏效者。奏效後陣痛發起頸管擴大卵遂成一塊而排出。

此法對於母體殆無危險。紗布插置既久。防病菌之侵入。經過二十四時間。一旦除去紗布。施陰門及腔之消毒。更爲同樣之堵塞。尙紗布插置期內。每三時間將體溫測計。有發熱時。急須除去紗布。

II 器械的子宮頸管擴大法 (Mechanische Erweiterung des Cervicalkanals.)

(a) 漸進的擴大法 (allmähliche Dilatation.)

本法用膨脹子 (Quelintite) 卽用能吸收液體。增大其容積之物。插置於子宮頸管內。漸次遂其擴大。其膨脹子之爲物。壓搾海綿。亦拍羅喇喇米那里亞桿。但前二者易損傷。粘膜且起腐敗。現時所用者喇米那里亞桿也。此物名地紀他打山海草所製爲圓柱狀。兩端鈍。橫徑有種種長六——七仙迷。消毒用清水內煮二十秒間。至煮沸後。用無水酒精貯置之爲良。

—— 手術時之準備 患者載置於手術臺或橫牀。臀背位。先施行陰門腔及技手之消毒。

—— 手術式 先透入西門氏腔鏡。露出子宮腔部。用球鉗子鉤其前唇。索引固定之後。將豫先消毒之喇米那里亞桿用麥粒鉗子保持。徐徐插入頸管。其上端達於內子宮口上（去外子宮口四——五仙迷）而外子宮口之下方。附一絹線。以後牽出。既使取出球鉗子。腔部之前方置沃度

仿謨防桿之退出，次去腔鏡使患者安臥牀上。

如斯子宮頸管內所存之喇米那里亞桿吸收液體漸次膨脹，擴大頸管經過二十四時得通過一指，更再行陰門之消毒，除去紗布後再插入腔鏡將子宮腔部露出之喇米那里亞桿拔去。

本物插置後，每三時測體溫，發熱時宜速行去之。否經過二十四小時乃去之，無效時再為同一之處置，或再加一桿或更用其大者。

若喇米那里亞桿摧折於頸管內時，拔去頗感困難，須切開頸管之兩側方能取出。

(b) 急速的擴大法

此法用海格爾氏擴張子 (Hegar'sche Dilatator) 急劇擴大子宮頸管。

手術時之準備 患者置於手術臺，或橫牀臀背位，先施陰門術手及器械之消毒。

施術式 術者坐於患者之兩腳內，送入西門氏腔鏡露出子宮腔部，且以球鉗子牽引固定之。

後用右手之拇指及他四指保持擴張子之把持，徐徐插入於頸管內，使其先端達於內子宮口。上同一法依次增其大者，得通過其手指時而止。頸管擴張既成，其卵人為的排除或委之自然娩出。

該法適用於急須流產時，效果固確實，然屢起頸管粘膜炎之損傷，甚至於起頸管之破裂，又擴張子送入錯其方向時，子宮管穿孔，故插入擴張子時不必用強暴之力，須依頸管之方向。

III 卵膜穿刺法 (Eihautstich.)

本法破卵膜漏泄羊水之一部以縮小卵之容積誘發陣痛本法僅前半期妊娠之羊膜水腫適用之。

手術時之準備 患者之位置。施術局處。術手之消毒同前法。

施術式 術者坐於陰門前。插入陰鏡露出子宮腔部用球鉗子以牽引固定之後插入子宮消息子。由頸管而達上方穿刺其卵膜至羊水流為止。又頸管稍大時代消息子以麥粒鉗子插入於頸管內提舉其卵膜之下極。牽退之以至於破裂。

B 妊娠後半期人工流產及早產法

(Der künstliche Abort und Frühgeburt in der zweiten

Schwangerschaftshälfte.)

到妊娠後半期。胎兒增大占卵之大部分。且脫落膜菲薄。故與正期之分娩機轉無異。其中絕之法。在催起陣痛。有時要分娩速不關於陣痛之有無。頸管用血性擴大陣痛催進法有種種常用者為卵膜穿刺法及子宮頸管之漸進的擴大。

1 卵膜剝離法 (Die Eihautablösung.)

卵膜剝離係由子宮壁剝離其卵膜之一部依其刺戟而誘發陣痛達其目的用菩提插入用手制離及注液體等就中效力最確實者以菩提法為良。

(a) 菩提插置法或格勞氏法 (Die Bougieinlegung.)

圖五第



氏佛那格
提菩

菩提有英國或法國式的為彈力質性護膜製與格那佛氏金屬製者長三三——三五仙迷橫徑五——九密迷消毒法護膜製者浸置於五%來沙而液或七○%酒精內凡三十分間後以濕潤之昇汞綿擦拭之金屬製者由煮沸法使之表面滑澤臨用時暫投於一%來沙而液內
手術時之準備。患者橫狀臀背位陰門。膝部術手消毒如前。

施術式 術者坐於患者之兩脚間以膝鏡露出子宮膝部且以球鉗子鈎固定索引之後用消毒菩提入於頸管內僅加微力注意送於上方至子宮壁與卵膜之內若無菩提之備時則用烈拉頓氏導管以代之頸管通過後不可不置萬脫林菩提插入之際子宮之收縮起則須稍為中止待其緩解後漸次將菩提上昇而達深部其先端達子宮底而止但此手術中須注意卵膜破裂及胎盤剝離無此項事件發生為宜前者菩提之送入方向正當可以免之後者之避免法由外診定胎盤之附着部依其反對側送入菩提以防之當其插入時感抵抗或認知胎盤剝離出

血則少牽退菩提更向他方進行。

圖 六 第

圖之膜卵與雙子宮於入插提菩

(u. Siney)



然如以上之注意。有時卵膜亦有破裂者。至於羊水流出多無害。且有因之而誘發陣痛。又胎盤至於剝離。稍來大量之出血。宜拔去菩提。用沃度仿謨紗布。拴塞子宮頸管及陰。爲佳。

菩提之插入終。子宮口外。露出之外端。置於子宮腔部之前方。以沃度仿謨紗布支持之。防其滑脫。又菩提之插入不足。其下端。現於陰門外。用沃度仿謨紗布。以包之。閉塞腔入口。其上施丁字帶。手術畢。使患者安臥於牀上。每三時。檢其體溫。有發熱。則爲病。毒傳染之徵。要速拔去菩提。如斯。插置菩提一二——二四時。通常發起陣痛。無效。則其側方。更加一本。或取出。再向他一方。

向插入幸而發起陣痛至于宮口全開大後方除去之。否則自行排出者多。

本法效果確實。然消毒不完全易起傳染若卵胎破裂則羊水流易致分娩之延遲。胎盤剝離。每起大出血。是不利也。

(b) 用指剝離卵膜法或馬密爾登氏法 (Die Eihautablösung mit Fingern.)

本法子宮入手指。由子宮壁剝離其卵之下部。在頸管得通過一指時適用之。

手術時之準備 患者橫狀臀背位陰門腔及術手之消毒如例。

施術式 術者一方全手。又或四指入於腔內。更將其示指中指送於頸管內。其先端達於內子宮口。更營振子樣運動。注意插入於子宮壁與卵膜之內通卵之下端。全週剝離。若不能時則至於上界。子宮內口五——六仙迷之上方。用外手壓腹壁壓下子宮底而行之殊易。

子宮頸管狹小。不能送入一指時。代之以導管。但不能依觸覺而知。故正確遂行爲難。效果殊少。

(c) 液體注入法

可濱氏 (Coler) 初用灌腸唧筒。注入爹兒液五〇〇——七五〇。於子宮壁與卵膜之間。得達人工早產之目的。以來諸家沿用之。只代爹兒液以殺菌水三% 硼酸液。或麥角浸液。但效果不確實。并有栓子。及創傷傳染之危險。故不至於廣用。又福南克白烈兒氏唱道用美兒朱氏導管。注入殺菌純里設林一五〇。於子宮壁與卵膜之間。其作用一爲剝離卵膜。一由偈里設林

之要水力減少。羊水遂縮小。卵子以誘起陣痛。但是亦不可獎用者也。

II 卵膜穿刺法 (Eihautstich)

謝爾氏稱用之法。穿刺卵膜漏泄羊水之一部。使卵縮小。依其刺戟而引起陣痛。但此法往往用羊水之早期漏泄起分娩經過遲延之虞。從之羊水過多症。要止血之前置胎盤。或無合併症時之頭位等適用之。

手術時之準備 患者橫狀臀背位。行陰門腔及術手之消毒如例。

施術 用腔鏡露出腔部。且用球鉗子以牽引固定之後。麥粒鉗子或用赫爾福氏破水器送入於子宮頸管內。達於內子宮口。提舉卵膜之下極。且牽退之。而使其破裂。羊水漏出。量有五〇—一〇〇瓦能誘起陣痛。

子宮口小不能送入麥粒鉗子於頸管內時。用子宮消息子以穿刺之。卵膜弛緩。應消息子或麥粒鉗子之壓迫而退却於上方。不能破裂時。宜用外手壓子宮底以緊張卵膜而行之。

賀卜金及梅士倫兩氏之唱道。防羊水之漏泄過多。創製一種之導管以之在內子宮口上一五仙迷之慮。穿刺卵膜。施此法困難然亦不確實亦不足賞用也。

III 子宮頸管擴大法 (Die Krweiterung des Cervicalcanals.)

子宮頸管之擴大法。有漸進的與急速的二者。前者主催起陣痛為目的。後者則不待陣痛之發

起擴大子宮頸管使速行分娩更參酌後章子宮頸管擴大術之條下爲宜。

漸進的擴大法

(a) 紗布插入法

(b) 膨脹子插入法

上二法已述之於前章此等在人工早產其效果不確實多爲施其他擴大法時以此爲準備擴張頸管至一定之度擴大而用之。

(c) 空囊子宮擴張器插入法 (Die Mœtruisse.)

此法即送入彈力性或非彈力性之空囊即美脫羅伊林特兒迷入於子宮頸管內後注入液體使之緊張以擴大頸管但本法須頸管通過一指方適用之閉鎖之子宮須先用前二法或海格爾氏擴張子以遂其一定度之擴大其施術法詳於後章。

急速的擴大法

(d) 鮑習氏擴大法

鮑習氏考案所製出之擴大器急速擴大頸管從之無著明之陣痛在一時間內得終了分娩但粘膜之損傷加之腔部破裂爲常有之事故本法非認爲要急速分娩如重症之內科疾患肺結橫心臟瓣膜病并禁忌強烈之陣痛時不用之其詳細述於後章頸管擴大術。

(e) 腔式可汗切開術

血性的子宮頸管壁切開擴大產道尙比前法急速得終了分娩又毫無陣痛之存在其術式詳

述於可汗切開術

IV 擴張腔管之陣痛催進法

本法用異物插入腔管內緊張其壁且刺戟神經節之反射的催發陣痛其法有三。

(a) 可兒寶林特兒插置法 (Colpenysee.)

可兒寶林特兒稍橢圓形之護謨球其備活栓連絡護謨管其消毒依煮沸而得遂其目的。

手術時之準備 患者仰臥位下肢屈曲於膝股兩關節且稍哆開施陰門及腔之消毒。

施術式 術者用左手中二指以哆開兩陰唇右手之示中展伸之其內以消毒之縱徑爲摺折

之可兒寶林特兒 (麥粒鉗子保持之亦可) 漸次若入腔內先端達於穹隆部拔去內手然後

用唧筒或介盛水筒通護謨管以殺菌水或一%來沙而液注入使可兒寶林特兒膨大至患者

覺緊張之感而止閉上活栓防液之流出安臥之牀上經四五時更增加液量留置十二乃至二

十時間

(b) 腔管之紗布栓塞法 見妊娠前半期流產節下。

(c) 假西氏腔灌注法

假西氏腔灌注法效力依設其新格兒及克來因衛德兒兩氏之說曰本法非由溫度的刺戟係

腔管內滯溜液體展伸緊張其壁并牽引子宮腔部促頸管開大且軟化其組織刺激其外腔穹

隆之神經節而誘發其開大也。

手術時之準備 患者仰臥於牀上稍舉上半體上半部下肢屈而哆開臀下置小枕其前備便器以受容灌注液。行陰門之消毒。

施術式 術者以左手之示中二指哆開陰唇以右手保持陰嘴管送於腔內向前後之穹隆灌注殺菌水或一%來沙而液盛該液之盛水筒約置於一米突之高位溫度攝氏三七、五度量五——一〇立方里特注意防空氣之竄入且使其液瀦溜於腔壁努力至於展伸。

本法二乃三時每回反復數日無效另用他法。

V 溫度刺激之陣痛催發法。

本法概不確實從來溫度刺激試種種之法半乃至一時間行攝氏四三、四度之溫湯全身浴（席比爾氏）或用攝氏五〇度之食鹽水成殺菌水以灌注於腔（連格氏）或用丁字管冷水與溫湯交互灌注腔內前者攝氏八度後者攝氏四二度（周來得氏）斯後二法每二十三時間反復之。

VI 機械的刺戟之陣痛催發法

此有種種之方法或正式行子宮底之輪狀摩擦法（赤突本氏）或一手之示中之指入腔內以摩擦子宮腔部及子宮口（李承氏）或摩擦子宮底同時將先進頭部向骨盤入口壓迫（胡立理氏）以催發陣痛但常不能期所得之效果。

VII 電氣刺戟之陣痛催發法。

平流電氣通子宮壁或乳房依其刺戟而催起陣痛但效果亦不確實其法前者消極端附消息

子送入於子宮頸管內積極端附一大平板貼於子宮底部五—六安比亞之電流通十乃十五分間數回反復之（裴耶爾氏）後者消極端爲吸角當孔頭積極端之平板貼腹壁通六七安比亞之電流一五分間

III 藥劑的陣痛催發法

古來陣痛催發藥試用種種之內服但無一有確效者若有效則結果至於全身中毒不能適用主用者爲麥角比維加兒屏硫酸規甯撤畢那葉拍拉頓那松節油又近時主張用畢子伊脫倫之注射得達其目的者其他司盤濁尼氏之說曰炭酸瓦斯在血液中所蓄積能惹起子宮之收縮向子宮腔部灌注炭酸瓦斯然效果甚可疑且危險不堪用也

第三 豫後

人工妊娠中絕母體之豫後當然關於其適示症疾患之輕重然因手術病菌傳染及損傷其豫後不良概言之分娩經過之持長者多傳染之虞急速的擴大法應用之時損傷及出血甚大沙爾衛氏之考徵二二〇〇之人工中絕有一三人死亡即〇・六%因傳染而致於死也又胎兒之豫後依妊娠時期而異人工流產胎兒終不免于死亡早產者亦非無維持生活之可能沙爾衛之說曰二二〇〇例有一三八〇在退院時尚生活云

第三章 子宮頸管及子宮口擴大術

(Die Dilatation des Cervicalkanals und Muttermundes.)

當妊娠中或分娩第一期促進胎兒之娩出，人爲的將子宮頸管及子宮口擴大之手術也。

第一 適示症

- (1.) 宜於中絕妊娠之諸疾患 參照前章。
- (2.) 其疾患要催進分娩第一期人屬於此者如左之諸症。
 - (a) 子宮頸管組織之硬固。高年之初產婦被藥劑磨蝕或損傷（分娩或因手術）之癍痕形成，或炎性浸潤，子宮頸組織硬固，減殺展伸力，其高度者須施可汗切開術或人工流產。輕度者須人爲的擴大。
 - (b) 陣痛微弱。非每下陣痛微弱者，即爲該手術之適示症也。若因是而開口期延長，其結果母體疲勞或誘發傳染，則不能不依此手術而擴大其子宮管，共催進陣痛爲要。
- (3.) 子宮頸部腫瘍。子宮頸部發生之筋腫及癌腫，分娩時子宮口之開大不能不依血性擴大彼者，若根治可能時，分娩後即宜直行之。
- (4.) 開口期發之母體及胎兒之危險症。前置胎盤、子癩、心臟瓣膜病等，是爲母體之疾患，開口期已發危險症狀，速大子宮口以終了其分娩，胎兒假死之微施亦然。

第二 施術法

子宮頸管及子口之擴大法，依其適示症與分娩時期而異，大別之爲漸進的與急速的二法，後

者更區別之爲鈍性的血性的二者

A 漸進的鈍性擴大術

I 紗布插入法 (Die Einlegung der Joiformgaze im Cervicalkanal.)

II 喇米那里亞插入法 (Die Einlegung des Laminariastiftes im Cervicalkanal.)

斯二者係子宮頸管尙狹小引人工流產或他之擴大術之準備。而應用其術式已載於前條人工流產之下。

III 擴大空囊插入法 (Metreuryse.)

爲空虛之小囊所謂美脫羅伊林特兒插入于子宮頸管內能充滿液體使其壁緊張一誘發陣痛一依其楔子狀作用而擴大頸管。

美脫羅伊林特兒之種類有彈力性及非彈力性者重要者如左。

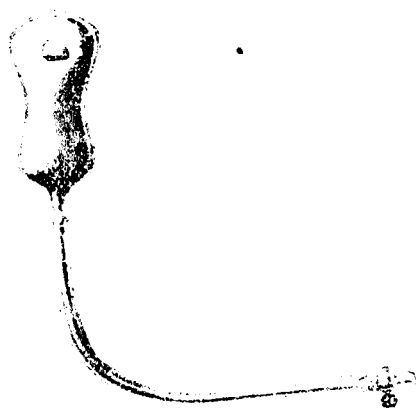
(a) 彈力性美脫羅伊林特兒 (Elastischer Metreurynter.)

(I) 達爾尼氏小囊 (Das Tarnier'sche Bläschen.) 容 100 立方仙迷內容之小護謨囊具備活栓附有男子用之導管該囊得應用於子宮頸管之狹小者但其擴大力少而易破裂器且保存不耐永久是不利也。

(2) 馬倫斯氏美脫羅伊林特兒 (Barnes-Fehling'scher Gegenformiger Metreurynter.) 爲洋梨子狀之護謨囊其端具活栓連續于護謨管大小有種種中等大者長七仙迷幅三仙迷。

(3) 卜蘭氏美脫羅伊林特兒得什用之(蕭達氏)

圖七第
兒特林伊羅脫美氏克格非司連巴



圖八第
兒特林伊羅脫美氏運喇卜



(b) 非彈力性美脫羅伊林特兒

張卜江繆烈兒氏美脫

羅林特兒係法人(O'F

ampier) 所考案德人

(Miller) 之改良

故名爲圓錐形之綿布

囊塗之以護膜其縱徑

有輕度之彎曲之彎曲

基底直徑一〇——一

一仙迷尖端有活栓附

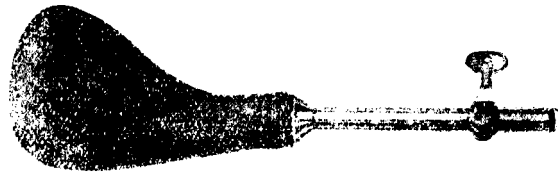
金屬管此等美脫羅伊

林特兒經若干時硬且

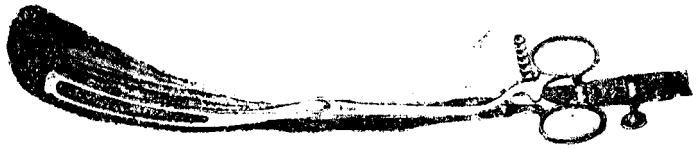
脆使用時有破裂之虞平常貯置之於備里設林內消毒以煮沸爲良爾時開活栓排除空氣不浮游於水上者即良宜注意之事也

美脫羅伊林特兒送入時通常以麥粒鉗子保持之特別製成之鉗子如圖所示(Champhier's force

第九圖 兒烈氏美脫羅伊林特兒



第十圖 以其特製鉗子把持該之圖



手術之準備 患者載置於手術台或橫牀背
位陰門腔及手術之消毒如例。

施術式 術者坐於患者之兩脚間以西門氏
鏡露出子宮腔部更以球鉗子固定之後用一
來沙而液蘸濕之棉球拭淨腔部表面及頸管若
頸管閉鎖先用海格爾氏擴張子以擴大之次用
美脫羅伊林特兒插入即達里尼氏小囊應用時
則單以護謨珠附導管端入於頸管內漸次注入
一%來沙而液量達八百瓦閉其活栓防其流出
用其他美脫羅伊林特兒時排除其內腔之空氣
後以摺折其縱徑用麥粒鉗子或張卜齊氏鉗子
把持之漸漸送入於頸管內斯際之美脫羅時林
特兒須露出於在鉗子先端又保存卵膜不宜使

之破裂但送入之時有時其卵膜由子宮壁剝離其一
部者有之若羊膜水腫雙胎前置胎盤及
子癩等症須破碎卵膜排泄其羊水之一部爲良
在羊膜水腫及雙胎時子宮壁之緊張殊甚美脫羅伊
林特兒入時內壓亢進子宮起破裂者有

之前置胎盤時胎胞存在之故送入此物後其剝離反因之增大者有之子痼則其送入時亢進其內壓反促其發作者有之

第十圖
美脫羅伊林特兒插入頸管之內圖



美脫羅伊林特兒之基底既送入於子宮之上方開大其把持箝子各葉分別陸續拔去次用唧筒或盛水唧筒筒注入殺菌水或一%來沙而液三〇〇——六〇〇瓦於美脫羅伊林特兒內胎兒之先進部退去於上方或側方美脫羅伊林特兒閉鎖子宮下部如上之處置既終去蹠鏡使安臥於產牀

暫時（多在一時間以內）陣痛強烈頸管漸漸擴大而遂至全開大當然關於其手術時間當時子宮口開口之大小但平均只在為七八小時特於美脫羅伊林特兒附以索條懸於牀端所

滑車（缺之亦可）其他端懸一與水液容量同一重量之重錘使美脫羅伊林特兒無退去於上方之傾向其效果甚大也又美脫羅伊林特兒雖插置而陣痛停止則將其中之液放出更加以前注入多量之液或增加其重錘之量待子宮已擴張至美脫羅伊林特兒同大則發劇烈陣痛共排出於外方斯時施內診檢子宮口之大小及胎兒之位置有無異常即委之於自然經過可也若陣痛再微弱則更插入美脫羅伊林特兒又術經二十四小時子宮口之開大僅少美脫羅伊林特兒不自排出則除去其內容液更施內診視察頸部組織之硬固與否硬固時則另用他法以擴張之。

子宮口全然開大胎兒之娩出任諸自然經過要速了時則施娩出術嘗行用手娩出之時後進頭部通過之際子宮口有再縮小之事宜注意之。

適用此美脫羅伊林特兒插入法既如上述催起陣痛共漸進的擴張子宮頸管頗類似於生理的作用以故妊娠中絕及短縮分娩第一期之經過時廣用之又子宮下部有栓塞之必要時是法亦有栓塞之機能特於前置胎盤及早期破水等適用之。

IV 依胎兒之壓迫而擴大法 (Dilatation durch Belastung des Kindes.)

本法係以胎兒身體之一部特牽出於足部至於頸管依其壓迫而遂其擴大。

手術時之準備 患者為臀背位陰門腔及術手之消毒如例。

施術式 行此手術時子宮口至少限度要能通過二指之故子宮口尚閉鎖時紗布插入法海

格爾氏擴張子之擴張。至其適宜度而止。胎兒爲頭位時用雙合迴轉術。骨盤端位時如後章所述。足位挽出術行之。牽引其一足於下方。現於陰門。胎兒已死則輕度加以牽引。或懸垂錘使其作用。大此子宮口依下肢之壓迫而擴大。胎兒全爲楔子狀。其基底爲頭部。效果甚著。此子宮口之全開大所要之時間。關於手術時子宮口之大小。速者十五分。慢者十時間。平均二時間內。外子宮口已開大。施用手挽出法。但人爲的擴大之子宮口。再縮小者有之。故有時其頭部娩出遲延。失胎兒之生命者有之。

又雖爲頭蓋位而胎兒已軟化。或施穿顱術。則如次之法。以擴大其子宮口。卽子宮口直徑至四仙迷之時。左手入腔內。其示中二指。由子宮口而達先進頭部。次以右手握梅鎖氏鉗子。依內手之介導。送達於頭部。得把握皮膚之後。于其鉗子之把柄繫二乃至三磅重錘。則頭部得牽引於頸管內。能誘起陣痛而使子宮口開大。

適用 本術子病分娩時之傳染俱得應用之。更適切者卽前置胎盤。蓋該症依牽出足之壓迫而使子宮口開大。加以臀部壓抵胎盤而得止血之便利。以遂其分娩焉。

B 急速的擴大法 (Rapid Dilatation.)

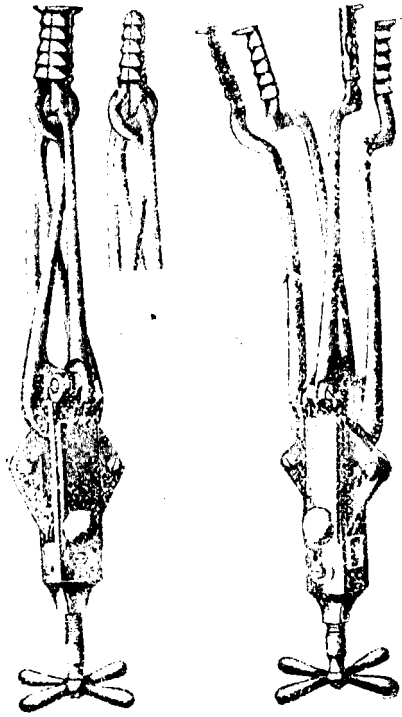
一 鈍性擴大法 (Stumpfe Dilatation.)

I 朴治擴大術 (Dilatation nach Bossi.)

朴治氏擴大器之構造 伊人朴治創作一種之擴大器。以之開大頸管。該器如圖所示。四個交

又金屬桿依螺旋裝置其先端得隔離達於離開之極度即桿端相對向之距離為一一仙迷把柄上附有標示板得知桿端之距離其他桿端有除去自在之被蓋使其面大一以輕減局處之

第二十圖 補治氏擴大器



壓迫一以供防滑脫之用除去被覆子桿端相密著毫不開大得送入於頸管其桿適合於骨盤縱徑之彎曲爾後瓦爾赫爾福倫美氏更改其桿之數為八個以輕減頸管壁之壓迫為得計也
手術時之準備 患者橫牀背位陰門腔術手及器械之消毒如

例

施術式 術者位於患者之兩脚間用腔鏡露出子宮腔部且以球鉗子鉤之牽引固定右手握擴大器（去被蓋而使桿端相密著）送入子宮頸管內其尖端達於內子宮口上用左手以支持把柄右手回轉其下端螺旋裝置徐徐使桿端離隔如斯子宮頸管通一指時將擴大器拔去附桿端以被蓋待片刻再送入頸管內反覆如上法施行之在擴大之時用手指檢子宮口唇之緊張度分娩不要急時每二十分間擴大一次子宮口之直徑約〇，二——〇，五仙迷之增大遂達於其全徑一〇——一一仙迷之開大。

本術得遂子宮口之全開大依術時子宮口開大之程度與頸管壁之硬軟而異快十分間。遲亦不出四十五分間。即可全擴大也。子宮口全然開大去擴大器行內診檢損傷之有無及胎兒之

第三十圖

送入朴治氏擴大器回轉其螺絲

補旋示其隔離之圖



位置即行挽出術蓋手術的擴大與生理的擴大不同口唇全不消失而聳出於腔腔。且有漸漸縮小之傾向挽出在頭位通常用鉗子術。胎兒既死則行穿顛術。骨盤端位則施用手挽出有時或當後進頭部之通過子宮口有再行縮小者此際強為牽出則頸管有起大裂傷之虞宜注意行之爾時認為困難時甯施穿顛術為宜。

適用 樸治氏擴大術不特於分娩期用之即妊娠中亦得應用。但初產婦子宮口尚小。其組織硬固時裂傷大且有波及骨盤結締織之虞故當此時。非至於頸管全消失僅限於開大外子宮口得用之。不若經產婦頸管組織柔軟展伸性甚著得適用之為良也。

II 牽引性美脫羅伊林特兒插入法 (Zugförmige Meirouryse.)

通常之美脫羅伊林特兒插入法，主爲催起其陣痛一方面以其楔子狀作用遂其子宮頸管漸進的擴大，由是面加以牽引性持續行之可以急速的擴大，但若用護膜製者當牽引之際被壓縮而脫出，且有破裂之虞，故必用張卜齊氏之非彈力性者。

手術時之準備 同於通常之美脫羅伊林特兒插入法。

施術式 先如通常者插入子宮頸管內，且注入液體緊張之後，以一手或兩手保持其外端爲持續性牽引，或懸垂三千乃至六千瓦重錘。

美脫羅伊林特爾之壓迫頸管壁呈著明之楔子狀作用，比較的迅速擴大，其遲速雖關於當時子宮口之大小及頸部組織之硬軟有差異，然概不能過三十分內外，又組織之抵抗力大則不得擴開，依美脫羅伊林特兒之牽引，子宮口下降露出於陰門則宜中止之，斯時若強加牽引則釀顯著之裂傷。

本法牽引子宮頸部其周圍之固定韌帶展伸，以後屢起子宮下垂，或脫出症之胎後症。

子宮口既全開，大至於美脫羅伊林特兒脫出則行挽出胎兒爲宜，在頭位則壓入其先進部而爲鉗子挽出胎兒，既死甯施穿顱術爲良，在骨盤端位則行用手挽出術，後進頭部之通過子宮口有再縮小之虞，宜注意之。

III 用指擴大法 (Dilatation mit Fingern)

用指擴大法係子宮頸管內插入手指漸次增加其數指且相互離隔以擴大之。

手術時之準備 患者橫牀臀背位施麻醉陰門腔及術手消毒法須嚴密特於手指宜十分嚴

重消毒

施術式 術者一手入於腔內更從其子宮口之大小以二指或三指送入子宮頸管內且離隔之以展伸頸管壁漸次加一指同一法反復施行至插入五指使之相互離隔子宮口唇至於與骨盤壁密着則已至於全開大其持續在手術當時之子宮口之大小與其組織之硬軟而有遲速在經產婦之子宮口至手掌大二十分鐘以內得達其目的又經產婦之頸管僅通過一指時先以一指插入前後左右爲振子樣運動而擴大之次用第二指插入已能通第二指則施雙合回轉術牽出胎兒之一足更依其壓迫而遂其擴大

本法時有起子宮口唇之破裂以外起傳染者多蓋手指之消毒不如器械得完全之故

適用 用指擴大法在初產婦頸管通保存其全長時則應用是法有難達其目的者強行之頸管壁易起破裂又前置胎盤子宮壁脆弱亦然也又頸管組織過於硬固依手指之能力不能使其展伸者有之要之本法應用範圍甚狹據余之經驗用手指之壓迫其子宮口輪易引起產婦之陣痛有時奏奇效者有之担疼痛過甚產婦易起不安是手指壓迫該輪不過僅爲一催起陣痛之用經產婦子宮口已開至手掌大速使其分娩用是法者多。

(一) 血性擴大法 (Blutige Dilatation.)

VI 子宮口切開法 (Die Incision des Muttermundes.)

子宮頸管已全消失而外子宮口不開大者有之其口唇菲薄須爲急速之擴大即切開之
手術時之準備 患者橫牀臂背位陰門腔及術手之消毒如例無施麻醉之必要。

施術式 術者坐於患者之兩腳間用腔鏡露出腔部右手把克伯爾氏剪刀至子宮口其一葉
向口唇內面他葉當其外面先於後唇正中加一縱切創達於穹隆部次於左右兩側爲同樣
之切開尙擴大不足時再於前唇之正中同切一縱切創此處不可達穹隆部因胎兒挽出之際
切創更破裂須不損傷膀胱且切開之法不可不依上計之順序反是先切開前唇則後唇退於
上方不能達切開之目的也又腔鏡不用時依手指之介導以施切開則左手之四指或全部入
於腔內更以一指至頸管內而與兒頭之間他一指貼其外面沿是手指緩進觸之以右手保持
之剪刀送入與前爲同一之順序而切開子宮口唇

切開既終子宮口擴大之度檢查後急挽出胎兒施鉗子術或用手挽出術此際創更不破裂則
無大出血依是更無縫合之必要

適用 本法應用於子宮頸之腔上部消失頸管壁菲薄僅外子宮口不得開大時特於初產婦
胎兒爲頭蓋位時尤適用蓋在此者頸管上方擴大具備以上條件尤多故也

V 頸部深切開法 (Die tiefen Cervixincisionen)

本法爲忠生氏之案出卽子宮頸之腔上部全消失其腔下部尙未開大將其頸管切開至腔附着點行急速之擴大是也

手術時之準備 同前法。

旋術式 術者坐於患者之陰門前以腔鏡露出子宮腔部否則左手入於腔內依其介導用動脈止血鉗子壓擠子宮口後唇三個所後右手把紀僕兒度氏剪刀其一葉入頸管內他葉當其外面在兩鉗子之中開縱切其頸管壁達於腔之附着點以同一法順次切開左右兩側前唇切開法亦同胎兒挽出後創面之出血大時則行子宮腔及腔管之紗布栓塞。

適用 本法非全無危險出血多胎兒挽出之際切創更破裂則有波及骨盤結締織及膀胱之虞加之以後起頸管之癢痕性閉鎖非不得已時不宜施此術常用腔式可汗切開術或牽引美脫羅伊林特兒插入法以擴大之爲宜

VI 腔式可汗切開術

見後章可汗切開術

第四章 骨盤擴大術 (Die bekenerweiternden Operationen.)

骨盤腔狹隘兒頭之通過不能或娩出之際母子兩體生命瀕於危險故切離其骨盤輪得以排除其機械的障礙蓋骨盤輪平時在薦腸關節有多少之移動性妊娠中依其組織之軟化而其度益增加至該輪連系得斷絕一由骨盤骨之緊張增加一由附着諸筋之牽引其斷端自相隔離且兒頭竄入骨盤內恰如營楔子之作用其離隔益大徵之於產褥死體解剖之實驗骨盤輪斷端離隔六一一八仙迷并未誘起薦腸關節之損傷而真結合線延長一一二仙迷橫徑延長二一一三仙迷使胎兒得容易通過又臨牀上之經驗術後少貽步行障礙少僅胎兒娩出時軟部產道損傷比較上多而已

第一 適示症

骨盤擴大術之適示症唯狹窄骨盤就中單純性扁平骨盤佝僂病性扁平骨盤全般性狹窄骨盤及漏斗骨盤真結合線七至九仙迷者得適用之尙察其既往症及現下之分娩狀態參酌情形以判決其適否即以前之分娩有單爲機械的障得起母子不良之結果時則現時之分娩經過何獨不然可以想像而知更緊要者目前之分娩狀態一方測定骨盤一方須測兒頭之大小兩者之權衡不相稱且子宮口全開大破水既了陣痛能制產道之抵抗不能促兒頭之下降加之子宮之擴張著明或兒頭之病的位置(後顛頂骨位)自然分娩不可能則要件具備遂行

本術之機會也。

第二 施術要件

(1.) 骨盤之大有一定度。

施行本術在容許兒頭通過限於骨盤自己之擴大以外其真結合線在扁平骨盤爲七仙迷，全般性狹窄骨盤七、五仙迷以上方可施行本術更高度之狹窄則捨腹式可汗切開術以外無法施治但其最大限度亦不能一定至兒頭之過大過硬者在正常骨盤亦不能施此術。

(2.) 胎兒生存且於子宮外亦能有生活力。

本術原來爲得生活兒起見胎兒既死或腦水腫之兒畸形兒等甯施碎縮術或穿顱術使母體無害。

(3.) 薦腸關節要可動性。

本術之骨盤擴大當然要薦腸關節能移動固無論矣但術前欲確實知之爲困難之事青年之產婦該關節運動得移動唯骨盤畸形薦腸關節之骨癒着施本術宜禁忌也。

(4.) 軟部產道爲柔軟伸展性術後兒頭進入不起破裂而能擴大者。

骨盤輪前方既離開則母體軟部如膀胱及睪失其支持軟部常依其擴大而蒙裂傷此裂創交通於骨斷面依惡露之媒介常有輸入傳染菌之虞初產婦之軟部產道概爲硬固難擴大蒙損傷者甚多經產婦術後挽出胎兒如人工的亦易蒙裂創唯術後聽其自然經過則軟部

產道裂傷依其自己之擴大力則起裂傷之憂占少數焉如上之理由骨盤之擴大術限於下記之條件行之

(a.) 經產婦

(b.) 初產婦無速行分娩之必要且陣痛佳良雖可以施術總以不行之爲良。

(c.) 要急速挽出施本術限於軟部產道之大半擴大而展伸力富厚者否則行可汗切開術

(5.) 軟部產道不可有傳染之徵

骨創面容易被惡露所污染特於軟部裂傷爲然故行骨盤擴大術之際產道內要不含有傳染菌有時發三八度內外之熱脈博緩徐而全身狀態佳良得施行之但已發現有重症傳染之徵候宜禁施術又破水已久內診回數亦多則試行挽出術亦不必施本術甯將生兒穿顱計母體之安全爲良。

骨盤擴大術之術式頗簡易然往往併發損傷及大出血之虞必於設備完全之醫院及熟練之醫師施行之一般臨牀家代本術以豫備的回轉術或人工早產爲優又本術比較的係代用可汗切開術之繁難然胎兒之預後在後者遙比前者佳良也。

第三 施術法

骨盤擴大術即骨盤輪切離或在恥骨縫際行之或在恥骨處前者名恥骨縫際切離術後者名恥骨切斷術。

A 恥骨縫際切離術(Symphysiotomie)

沿革 西歷千六百年之初捨烏林斯畢那烏斯氏(Severinus Pinous)所提倡切離恥骨縫際以擴大骨盤實際上應用之者爲法人芝可兒氏(Jean Rene Sigault)爲其發端氏於一七七七年於四回之經產婦嘗不能得一生活兒施此術始得一生活兒爾來漸次行之然其結果不如預期之良好再廢棄而不用在意大利僅存其餘喘同國之烈蒲爾斯地方多狹窄骨盤且宗教上有禁止胎兒穿顱之迷信而此恥骨縫際切離術有得活胎兒之希望故容許施行本術此技術遂發達於該地一八六六年意大利人莫利沙里氏(Morissani)公表五十五例其死亡數得母體二%胎兒三%之好結果遂再爲諸家所採用到今日爲必要之產科術手術之一是其一因也恥骨縫際之切離或切開其部之皮膚或在皮下而行之

一 開放的恥骨縫際切離術(Offene Symphysiotomie.)

手術時之準備 產婦載置於手術臺上爲臀背位先剝淨陰毛陰門下肢大腿內面及膝之消毒用導管排尿後施麻醉以至於著手手術介助者立於其兩側下肢稍爲離開保持大轉子及膝關節。

施術式 初沿恥骨縫際之上緣左右恥骨結節血互爲爲橫行切創或在正中線由恥骨縫際上二指橫徑而達於陰核之附近縱行切創切開皮膚及皮下組織動脈性出血急結緊而制止

然後離開創緣露出恥骨縫際前面及直腸筋鞘下部。次切開縫際直上之白線間其創口用左手之示指爲鈍性的剝離。在恥骨縫際之後方即插入膀胱前腔剝離其軟部組織即膀胱與尿道是也。此時有多少之出血。但用紗布壓迫之自能止血。如斯方以右手握彎曲之軟骨刀。由恥骨縫際上方向下方而切離。終切斷其下弧狀勒帶。其間左手之示指常存在於縫際後面以保護軟部組織及陰核。使其不至於傷切離。既了恥骨縫際。自然哆開。命介助者用力貼大轉子。防其過度之離隔。薦腸關節不至於損傷。往往發生大出血。須栓塞創孔。或結紮陰核部以止血。

手術後之分娩 手術既終。創口插置沃度仿謨紗布骨盤周圍。用護謨帶或絨帶以纏絡之。更視查母子無有危險徵候。移患者於產牀。分娩委自然。經過陣痛佳良。分娩能速終了。但娩出要急時。則尙壓兒頭入骨盤內。行鉗子。挽出。有時不得已。施穿顱術。然手術的挽出之時。須注意軟部產道之損傷。因爲易於起裂創故也。

分娩後創面之處置 胎兒及胎盤共娩出後。再將患者置於手術臺。去其護謨帶及沃度仿謨紗布。軟部有裂創出血時。縫合止血。切離之恥骨縫際縫合之。其法先命介助者壓兩大轉子。使下肢內轉。兩斷端密接。通皮膚筋膜及骨膜。爲三乃至三個之結節。深縫合。其他之創口。由淺縫合而得閉鎖之。但有創傷傳染之疑。則用腸腺縫骨膜。恥骨後方之空隙。通二個排膿管。（護謨或沃度仿謨紗布）其一導於創口。他由新造大陰唇處之創口。導出皮膚與筋膜。共爲結節。縫合。以閉鎖之。縫合既畢。其上用沃度仿謨紗布貼置骨盤周圍。用寬大之紮帶。堅固纏絡之。而移置於產牀。

後療法 術後。一週日使身體安靜，其內繃帶有惡露或尿尿污染須交換之。當此時常壓迫大轉子防骨創之離開。既到第八日乃至第十日，去淺縫合線。第三週日前後除去深縫合線。後經一二日而離牀經過正常良好能步行。然完全如故須經二三個月以後骨創癒合有軟骨性。有為結締織性其步行力仍與尋常無異。

二 皮下的恥骨縫際切離術 (Subcutane Symphyseotomy.)

手術時之準備 同前法。所要器械則添文門氏鋸送器及線鋸是也。文門氏鋸送器為半圓狀彎曲之鈍針近尖端處具有孔，可通線鋸。他端有一把柄。

施術式 先於恥骨縫際直上沿白線作一約三仙迷之縱切創，切開皮膚、皮下脂肪組織及筋膜。後用左手之示指由創口送入恥骨縫際之後方，押退膀胱，依其介導放入細球刀在恥骨縫際後面作一淺切創，更以右手握文門氏之鋸送器刺入於陰核之上方約一仙迷之處。所之皮膚同時推移皮膚於下方，使鋸送器之尖端至縫際之下緣。漸次下其把柄而沿後面送于上方。終出現於創口由其孔口送入紀克里氏之線鋸，再與送入時同一方向為牽退，拔去。又使軟部損傷少時，更將鋸送器由創口密接于恥骨縫際前面，而送入於皮下，再出於前之刺入口。附線鋸而牽去。如斯線鋸圍繞恥骨縫際其兩端付有把柄，營數回之鋸切運動，以鋸斷弧狀勒帶及其軟骨。既離漸後，去線鋸縫合切創。其上用沃度仿護紗布貼置，且骨盤周圍纏護帶，防斷端之過度離開。次移產婦于產牀術後之分娩。同前法分娩後，創面空不要處置，僅不過上面紗布有

之染時宜交換之。

後療法 產婦在初二三日宜閉鎖兩股且使內轉於內方斷端密接宜用布片緊縛大腿下端得達其目的不必行骨盤周圍之綑帶纏絡經過無異常一週日爲下牀之運動二週日即可離牀此際步行力亦已完全故也。

B 恥骨切離術 (Pubiotomie, Hebotomie.)

沿革 前記恥骨縫際切離術往往起大出血伴膀胱及尿道之損傷特於創傷傳染之際遺步行障礙故強洪及斯脫兒兩氏實驗在恥骨切離骨盤輪得達同一之目的係於屍體實驗之其次范德威兒特氏試用之於生體紀克里氏倣用之該切離法能擴大骨盤腔而大出血及膀胱損傷之憂甚少蓋靜脈叢主存於恥骨縫際之前後膀胱及尿道依本法仍存在於原處其他骨剝比軟骨剝癒合甚易故步行障礙亦少爾來經文門杜德靈氏之改良其施術簡單用之甚廣本法有開放的與皮下的二種。

一 開放的恥骨切離術 (Offene Pubiotomie.)

手術時之準備 與恥骨縫際切離術無異。

施術式 先於一側殊於左側恥骨之部位互上下而加半月狀切創於皮膚其基底向內方廣

一〇仙迷最高徑六仙迷如斯恥骨前面露出制止其出血後以一指送於後方剝離軟部於骨

而且離斷下弧狀勒帶次右手握鋸送器刺入於恥骨結節之內方恥骨之上緣漸次沿其後面送於下入其間用左手之示中二指而送入於腔內以介導之其尖端既達於下緣刺出於長內轉筋之內方附線鋸再牽退使線鋸之兩端出恥骨之上下緣執其把柄而營數回之鋸切運動離斷其骨質既離斷則依壓迫及傳染以制止其出血創面貼沃度仿謨紗布用護謨帶纏絡骨盤周圍移患婦於產牀手術後之分娩同於恥骨縫際切離術。

分娩後創面之處置 分娩終去護謨帶紗布以腸腺爲結節縫合接着骨膜次皮膚爲結節縫合以全閉鎖之或開放其下角插入沃度仿謨紗布其上貼殺菌紗布骨盤周圍纏絡紮帶。後療法 同於開放的恥骨縫條切離術凡三週日步行力全復舊。

二 皮下的恥骨切離術 (Subcutane Pubiotomie.)

手術時之準備 全前

施術式 有二卽文門氏法與杜德靈氏法是也。

a 文門氏法 或穿刺法術者右手握文門氏鋸送器近于左側之大小陰唇之恥骨下緣處而刺入達於骨面其際推移小陰唇及陰核於內方使其不蒙損傷次以左手示指入於腔內依其介導且稍下鋸送器之把柄其尖端沿恥骨後面送於上方既達其上緣近於正中線之處所刺出於皮膚使介助者通線鋸於孔口且稍稍緊張之術者與前者爲同一之方向牽退拔去鋸送器然後線鋸之兩端附以把柄保存其垂直狀態營數回之鋸切運動其內使介助者壓迫大轉

圖之入刺器送鋸氏門文



子。又用布片緊縛大腿下端，如斯骨質勒帶共離斷時，拔去線鋸，常有多少之出血，壓迫外方及腔內，得制止之。出血大則施周匝縫合，或切開皮膚，索其出血部而結紮之。次縫合閉鎖穿刺口，其上貼紗布，移患者於產牀。

(n.) 杜德靈氏法在左側恥骨結節之部位，爲長約三仙迷之橫行切創，離開皮及皮下組織及直腹筋膜，露出恥骨上緣。次以左手之示指送入創口，以剝離恥骨後面之軟部。至於膀胱指尖至其下緣術者，右手握杜德靈氏鋸送器，插入示指與恥骨後面之內。進于下方其尖端達于骨之下緣，刺出於大小兩陰唇內之處，所附以線鋸再行牽退，遂把持線鋸之兩端如前之鋸切運動，離斷骨質。去線鋸，制止出血。縫合切創，貼殺菌紗布其上，移患者于產牀。

就上兩法比較前者，施術有簡單之利。後者確認施術部，有得制止出血之便。

手術後之分娩 同于他之骨盤擴大術。
分娩後創面之處置 分娩既終，再檢查創口，確定出血及軟部損傷之有無。然後貼布殺菌紗

圖 五 十 第

圖之其示器線附器送鋸氏門文



布於創面

出血多有形成血腫之處可施壓抵繃帶
壁有損傷時宜縫合之

膀胱有損傷尿帶血色即可宜插入稽
留導管

後療法 同於前者經過正常時術後二
週日步行力完全恢復

第三 豫後

骨盤擴大術之預後主關於創傷傳染及
損傷之有無依赤威福爾氏及其他之統
計。母子之死亡數如左。

母體之死亡

八%

○%

胎兒之死亡

八%

八%

(恥骨縫際切離術)

開放的(二二八例)

皮下的(一七例)

(恥骨切離術)

開放的(七七例)

皮下的(七〇〇例)

一〇・四%

四・四%

九%

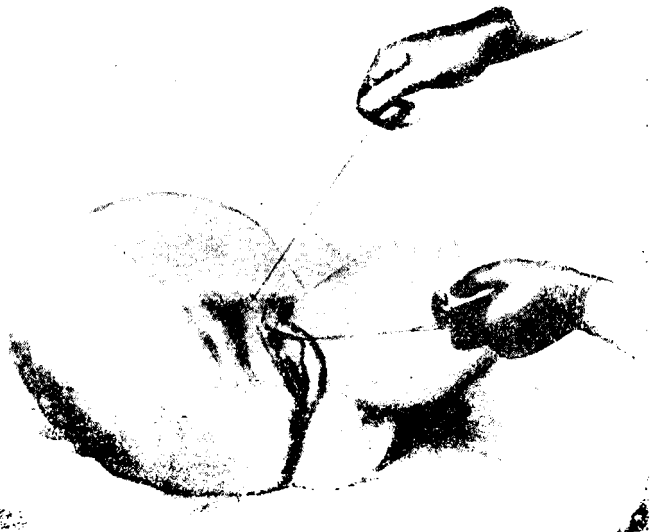
九%

依上表皮下的恥骨切離術母體之豫後甚爲佳良蓋開放的創口大惡露等之創傷傳染多故切離恥骨與縫際者殆無有差異。

又本術母體所發之損傷大出血膀胱尿道損傷及脛裂傷等是也。

圖 六 十 第

圖之動運即鋸爲持保手兩以鋸線



(1.) 大出血 皮下的手術殊多蓋依

該術血管斷裂者多而又不能個個結紮如斯之出血概以壓迫或周圍縫合而得制止亦少有乏血者其他形成血腫來化膿之處者有之。

(2.) 膀胱及尿道之損傷比較的占多數或因手術或斷端離開或娩出胎兒時手術挽出時所起殊多故施術後常以導管送入檢查其尿血之有無有時則行數日內之稽留導管而得治癒若脛裂傷而形成尿瘻則不能不待產褥經過後施手術。

(3.) 脛裂傷 初產婦爲多特於胎兒娩出人工挽出殊多發之其部位前壁特于下部由此骨傷面與脛管交通而被惡露所污染者有之故認爲脛管狹小不能不避裂傷時甯以人工施

側腔會陰切開術為良裂傷既發現分娩後宜急行縫合。

產褥通常手術無菌性無有損傷則其經過良好但血塞發生比較上多特於血腫發生後為然其際有血栓發生之虞須令其靜臥四五週又骨傷面及血腫化膿時速行切開插置排膿管又依該手術而影響於患者將來之生活者厥惟步行脫腸之發生及爾後分娩經過之狀況



圖 一七 十 第

圖之入送略送謝氏因萊爾將惠

(1) 步行 如上述開放的

手術經過雖良好步行復舊須要二三個月以後皮下者概為二週日而治癒但骨傷化膿復舊不能起行步之困難或致於不能但恥骨切離此患甚少

(2) 脫腸 外鼠蹊輪密接於恥骨若恥骨切離術來化膿時則有起脫腸之虞

(3) 爾後之分娩經過 骨

盤擴大術後骨傷營結締性縫合至妊娠而軟化由兒頭之壓迫得展伸以故爾後之分娩自然經過者有之然非皆然也亦有不得不反復施該術者再要施之之時可行之于他側

胎兒之豫後

比較之於可汗切開術爲不良是因兒體娩出受障礙甚大及用挽出手術爲不得已之舉故本術雖適示症存在不能不待子宮口之全開大方行之以計兒體之自然分娩之速了得良好之預後也。

第五章 人工胎胞破綻術或人工破水術 (Künstlicher Blasensprung.)

胎胞對於子宮頸管之擴大有緊要之作用故在分娩第一期有存在之必要若早期破裂則致子宮口之開大遲延加以疼痛劇烈胎兒亦蒙壓迫陷於假死者有之可知其存在之關係重大然病的分娩有時不可不用人工以破裂之是名人工胎胞破綻術。

第一 適示症

(1.) 宜中絕妊娠之疾患

妊娠中絕之一法施卵膜穿刺既詳論之矣特於此法應用於羊膜水腫妊娠子宮後屈症。

(2.) 胎盤之早期剝離

胎盤之附着部無論其爲正常與異狀但早期剝離必起大出血子宮口尙未至通過二指時先破刺卵膜使胎盤退引於上方得制止其剝離。

(3.) 原發性陣痛微弱。

原發性陣痛微弱其原因存於子宮之過度擴張時行人工破水術使漏出羊水之一部陣痛強盛例如羊膜炎水腫雙胎等是也

(4.) 子宮內之產科手術

內迴轉術凡卵腔內所行之手術俱宜先破卵膜方能行之不待說明也

(5.) 延滯破水

胎兒先進部能下降而胎胞依然存在胎盤爲所牽引邊緣誘起剝離起分娩直後之大出血又胎兒包裹于卵膜而娩出則有陷窒息死之虞

(6.) 雙胎之一兒娩出後

雙胎第一兒娩出後第二兒之卵膜不破裂則子宮內壓減退誘發胎盤剝離使胎兒至於窒息死

第二 施術法

患者爲臀背位陰門腔術手及器械之消毒如例施術依子宮口之大小而異
子宮尙閉鎖不能通過手指時用腔鏡以露出子宮腔部或用左手示中二指入於腔內依其分導注意送入子宮消息子於頸管內在內子宮口穿刺其卵膜斯時卵膜弛緩應消息子之壓迫而退引達穿刺之目的甚難宜壓下子宮底而使其膜緊張方得達其目的焉子宮口通一指時與前上爲同一之方法用麥粒鉗子或赫酌福氏破水器送入於頸管內在內子宮口處撮舉卵

膜。次牽退之則卵膜破裂。又子宮口過二指以上或全開大。胎胞已現於腔內。用一手之拇示兩指。或示中二指入於子宮內。撮舉卵膜。且牽引則卵膜破裂。

第六章 回轉術 (Wendung.)

回轉術者。體位匡正術之謂也。存在子宮內胎兒之自然位置。用人爲的變更其他之位置。使其能自然娩出。或易於速行。娩出例。如斜位橫位匡正之爲縱位。或頭位變之爲骨盤端位。漸有臀位變爲頭位者。要急速。娩出時。骨盤端位變之爲足位。以爲常。蓋在足位術者。直接把握胎兒。挽出之容易故耳。

回轉術有種種之法。得行之。或單在腹壁。而以外手行之。謂之外回轉術。或加腹壁。以一手。他手一兩指之力。插入於子宮內。而爲回轉者。是謂之雙合回轉術。子宮內送入全手。將胎兒把握。回轉。外手不過輔助其力量。是謂之內回轉術。

A 外回轉術 (Aeußere Wendung.)

外回轉術。兩手貼於腹壁。間接的把握胎兒。變其位置。爲頭位。無病菌感染及損傷之虞。理想的妙術也。但應用之範圍甚狹。僅於妊娠中及分娩初期得行之。

通示症

(1.) 橫位及斜位

本位置成熟胎兒不能自然娩出須匡正之於縱位

(2.) 骨盤端位

經驗上骨盤端位胎兒之豫後比較頭位爲不良故海格爾及畢那兒氏等主張回轉之爲頭位。但反對之者有之。

施術要件

(1.) 母體及胎兒不可有要進行分娩之危險症。

外回轉術分娩任之於自然經過而行之者也

(2.) 骨部及軟部產道不可有著明之狹窄。

骨部及軟部產道有高度之狹窄時須用可汗切開術或骨盤擴大術用迴轉術殊無利也其
中等度狹窄者用骨盤端位却能使其娩出容易

(3.) 腹壁脂肪層薄且要弛緩。

腹壁緊張脂肪層厚時隔腹壁而把握胎兒殊不容易。

(4.) 子宮不可有正常之形態

子宮畸形特爲弧狀時適合胎兒之橫位雖回轉之亦必復舊。

(5.) 陣痛不可爲痙攣或強直性。

子宮壁持續緊張時通常不能把握胎兒

(6) 羊水爲中等量

羊水量過少時胎兒在子宮腔內回轉甚難強試之則子宮亦爲回轉之移動反之過多時則手指不能把握胎兒即得把握羊水之浮游亦易於滑脫。

(7) 胎兒有移動性且頭部之大爲正常

胎兒無移動性則不能回轉也明矣因之在正常羊水量之狀況之下破水前或直後即行之胎兒頭部大羊水過少回轉亦困難頭過小時把握之亦困難而匡正後之位置亦殊難固定也。

(8) 不可有臍帶前置及前置胎盤之合併症。

臍帶前置回轉於頭位則臍帶受其壓迫前置胎盤則其剝離有擴大之虞不能達分娩速了之目的也

施術法

手術時之準備

患者爲縱牀仰臥位屈膝股髖關節使之腹壁弛緩若腹壁緊張及有壓痛時則施少量之麻醉施術式 術者坐於母體之一側兩者之顏面相對向回轉爲頭位時則以一手當胎兒之頭部把握使之壓下同時他手將臀部向上方推移有時胎兒身體急劇之回轉頭部至於骨盤入口上者有之然皆徐徐變其位置本術之中途有陣痛發作胎兒固定其現位置而不能復歸者有

之待陣痛間歇更續行之。少有兒頭臀部稍稍位於下方陣痛發作之際，則其頭部自轉移於骨盤入口。

既將所欲匡正之位置達目的使患者偏於頭部之一側爲側臥位（是謂之衛官度氏側臥位 *Vigand'sche Seitenlage*）且側腹下置小枕使胎兒頭部不至於再有偏倚又回轉後頭部之固定困難時可壓入於骨盤內下腹之兩側貼厚層之棉花且下腹周圍施以紉帶纏絡又子宮口已開大。胎胞破綻漏出羊水之一部以頭部密着於子宮下部此際羊水宜使其緩緩漏出切無有臍帶及四肢脫出之虞特於子宮口小時行入工破水此等合併症來者甚多宜戒之又依此法回轉之爲臀位者甚少僅在橫位而臀部之一方在腸骨窩時爲前上之頭位回轉術不奏效時始行之或係前置胎盤要雙合回轉術時豫以外回轉術變更爲臀位待子宮之開大牽出其一是其術式同於頭位回轉不過將其臀部下降至於骨盤入口之差異而已。

B 雙合回轉術 (Combirtre Wendung.)

雙合回轉術依其考案者之名曰伯那克圖赫克氏回轉術 (*Broxton Hicks'sche Wendung*) 用外手壓下胎兒之先進部於骨盤入口同時內手之示中二指送入於子宮腔內以把握牽出之法也故亦稱曰雙合間接回轉術 (*Combirtre indirekte Wendung*) 本法常行之於開口期變爲足位者多。

適示症

(1) 前置胎盤之出血

前置胎盤開口期遂行剝離誘發大量之出血斯時用本術牽出其一足以胎兒臀部壓抵胎盤能達止血之目的

(2) 橫位的早期破水

橫位的早期破水若胎兒尙生存用美脫羅伊林特兒插入防羊水之漏出至子宮口全然開大後行內回轉術次用手挽出胎兒之豫後佳良若胎兒死亡破水後急施本術以豫防母體之危險

(3) 頭位的臍帶脫出

頭位臍帶脫出子宮口尙小胎兒有危險之徵先試還納不奏效時再用雙合回轉術

(4) 開口期之母體危險症狀

依雙合回轉術將胎兒足牽出於子宮口外賴其壓迫促子宮口之開大以短縮其分娩之持續

施術要件

(1) 骨盤及軟部產道不可有絕對的狹窄

回轉術手指送入之際困難縱幸而得達目的然不能挽出亦遺憾也。

(2.) 子宮口最小限度之不能不要通過二指。

蓋胎兒之一足把持之非二指不爲功唯有時送入一指挾胎兒足於骨盤壁之間得索引下退然不能以爲常規也。

(3.) 胎兒不可不有移動性。

此手術胎兒之回轉主在外手腹壁壓迫之力僅依其移動性而得行之換言之尙未破水則尙未至其時也。

(4.) 陣痛不可有痙攣性乃至強直性。

子宮壁持續緊張欲通過而牽出胎兒之部分不能索知也。

(5.) 子宮下部不可呈過度之擴大

子宮下部過度擴大則其壁甚薄雙合回轉術增加子宮之內壓其壁緊張恐誘起子宮破裂。

施術法

手術時之準備 產婦爲橫牀臀背位行陰門及陰之消毒且用導管排尿此手術在麻醉之下

爲良高度之貧血有害心臟之處不感多少疼痛時則不宜麻醉內手須嚴重消毒。

施術式 術者坐於患者之一側內手以胎兒足部所存之母體側之對應者爲內手(例如胎兒足在母體之左側則術者右手爲內手)全指端集簇爲一所如圓錐狀送入於腔內更以示

第十八圖

前圖胎盟合併第一頭蓋位雙回轉術之圖



中二指進入子宮口內其際胎胞尙存則破綻之胎兒之先進部（頭部或肩胛）向其背部所存之一側換言之不是胎兒足位之一側向側方押上使內指得以向上同時外手由腹壁把持臀部且向下壓使兒足近於內手若內手觸知其足則用兩指挾其足而徐徐牽引通頸管而過

陰門外手更貼於頭部而押上之至於子宮底如斯胎兒之位置變為一足位用殺菌紗布當於陰門而使患者安臥於牀上或加牽引於脫出足而促子宮口之開大

當行雙合回轉術卵膜弛緩被指壓容易退縮撮舉而破裂之殊感困難宜摩擦子宮底促其

陣痛且壓迫之使其緊張之後方施破裂之術若無效時則沿內指送入麥粒鉗子或赫爾佛氏破水器以破刺卵膜又胎兒足來於子宮口時則由卵膜上把握牽引得達其破水之目的

子宮口僅通過二指時胎兒足不能為屈曲之牽出須展伸之但握其趾端而即滑脫者有之宜待子宮稍稍開大再行之可也要急速時則用衛德氏流產鉗子沿內手之指送入把持其足趾而牽引之

C 內回轉術 (Innere Wendung)

內回轉術子宮口全開大以一手入其腔內把握胎兒牽下同時由外手在腹壁上輔助變換其位置故一名雙合直接回轉術由本術變足位者多稀有變為頭位者。

一 足位回轉術 (Wendunga nf den Füsse)

第十圖
威德氏流產鉗子



足位回轉術變換胎兒之位置為
骨盤端位同時牽出一足或兩足
於子宮口多為不全足位倘挽出
要急速或施行前法困難時則施

完全足位之回轉但不全足位依下記之諸原因胎兒之豫後良好故也

- (1.) 一方大腿臀部並存當其排出時子宮口得遂其全開大。
- (2.) 大腿存於胎兒之腹面得防禦臍帶之壓迫。
- (3.) 下腿位於胸面及兩上肢之前方以故上肢不能有舉上之事而解離之事亦不困難。
- (4.) 胎兒足端被頸部之前而從之子宮口再縮小之事甚少故後進頭部之娩出甚容易。

適示症

足位回轉術匡正異常之位置或為挽出手術之準備施之者甚多聞有欲避去分娩時之合併

症亦施此術茲列舉其症如左。

(I.) 頭位 兒頭尚在骨盤入口上移動之時發生母體及胎兒之危險

分娩中母體或胎兒發生危險症但兒頭在骨盤入口上施鉗子術亦有所不能故行穿顱術或欲生活兒時則用足位回轉術後次用手挽出

(2.) 自然分娩不可能又困難的胎兒之異常位置及回轉

a 斜位及橫位 此位置胎兒不能自然娩出當然要匡正其位置若行外回轉匡正頭位胎

兒之預後上尤良好但不能具備其條件或無效時則施內回轉術使之變爲足位

b 前額位 顱部面於後方之顏面位及後顱頂位

是等異常回轉分娩胎兒母體共有危險速行內回轉術變足位爲良

(3.) 頭位的上肢及臍帶脫出

前者足位內回轉術得以除去其危險後者亦得除去之否則防其壓迫臍帶

(4.) 頭位與前置胎盤之合併

施足位內回轉術用臀部壓抵胎盤之剝離得達止血之目的

(5.) 輕度之狹窄骨盤

狹窄骨盤先進頭部難進入於骨盤內回轉之爲足位挽出時則其兒頭被牽引延長頭圍減少得娩出之徵之於臨床上經驗狹窄骨盤之真結合線八仙迷以上者得適用之。

施術要件

(1) 骨盤及軟部產道非絕對的狹窄而欲得生活兒真結合線在長八仙迷以上者

其理由詳於雙合回轉術之條下

(2) 子宮口全開大其直徑最少限度要在七仙迷以上

內回轉術於子宮腔內須入全手次須用手挽出故子宮口要全開大否則其直徑要達七仙迷以上方能通過全手無論矣本術胎兒先進部未嵌子宮口時其子宮口已全開大口唇未消失聳出於內恰如兒頭箝入與子宮口尙未開大之狀況相似斯時全手插入其指端相互離隔密接於於口唇骨盤內面則可知子宮口之開大與否更要注意者產婦內子宮口往往比外子宮口狹小特於麥角劑之早期濫用或已試行長期之挽出手術該項狀態尤著明也

(3) 胎兒先進部未進入於骨盤內爲固定

若胎兒先進部進入於骨盤內爲固定內手深壓排至於子宮腔而不能把握胎兒之足故不能不施鉗子術穿顱術或截胎術

(4) 胎兒在子宮內不能不有移動性

胎兒在子宮內不能移動時內手送入不能把握兒足則胎兒不能回轉故如左之諸症不必施回轉術爲良卽施之亦須注意

(^a) 子宮下部之過度擴大 子宮下部過度擴張收縮輪在恥骨縫際上五仙迷壁菲薄試

轉術則其處緊張有破裂之虞。

(b) 子宮壁之胎兒密接。羊水多量流泄或濫用麥角劑或施長時之挽出手術誘起痙攣性陣痛子宮壁密接於胎兒移動性消失不能施回轉術故在前者則施穿顱術或截胎術後者施腹部之溫器法持長性全身浴或阿片嗎啡之服用以緩解其痙攣後方試行之。

施術時之準備

患者先浣腸排泄其直腸內容物爲一定之位置施麻醉局部術手及器械之消毒以導管排尿後始從事手術

患者位置 通常爲橫牀臀背位蓋該位置消毒及麻醉均易術者手指之運動亦便唯懸垂腹或橫位之第二分類牽出之胎兒甚偏於前方術手難達到不能不取一側臥位但術前不能預知時先以臀背位試回轉術術手不能把握胎兒足時乃取側臥位術手靜置於子宮內使助手將患者之一足超術者之頭上而轉移爲倒臥位以胎兒足部之存在之一方向下方爲宜

麻醉 內回轉術要深麻醉者多蓋不止要患者無痛安靜內手指插入時努責運動及陣痛屢誘發施術困難不得不防但胎胞存在羊水毫末漏出胎兒之移動性大手術容易卽不麻醉亦可但施術之困難與否不能不預先確知故限於禁忌麻醉之疾患不用之外皆用之。

消毒 遵守產科手術之一切條規特於術手深達子宮內其消毒之範圍須達於上博之中央部患者之陰門外腹壁至肋骨亦要施消毒是因有時貼於腹壁之外手亦須更換插入於子宮

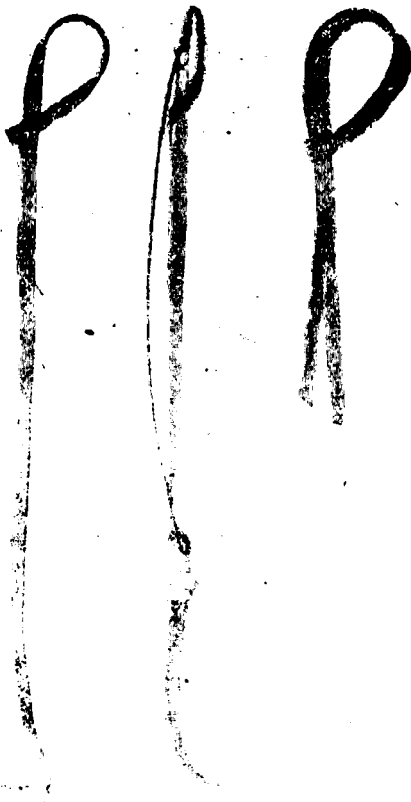
內故所以不可污染也

器械 內回轉術通常不用器械內有用回轉紐麥粒鉗子或赫爾福氏破水器其他該術不能之時截胎術之器械以及胎兒蘇生用之器具亦不可不準備之

施術法

術者坐於患者之兩脚內依左之順序行之
內手之選定及插入

圖 十 二 第



- a. 普通之回轉紐
- b. 具送入桿之回轉紐
- c. 以索條用之狀

內手須易達到牽出足而於其足偏在之母體側者為對應（胎兒足闕知在母體左側時則用

右手爲內手）但誤診上有將其內手爲反對之方向者先試行之後乃變更可也插入之際全指尖集團爲圓錐狀他手之拇示兩指以哆開兩陰唇防其內翻內手之先端送入腔口且壓抵

會陰徐徐進入於腔內遂達於子宮口其際手背初在側方近子宮口即向後方

內手之插入須緩後徐入急劇時防會陰之破裂高年之初產婦腔入口力全手送入困難甯施腔會陰切開術又腔狹小時手術前用可保伊林特兒插入法擴張其全體橫位上肢脫出妨害內手之送入用迴轉紐以纏絡之使助手向兒頭存在之母體側牽引之決不可還納之蓋在橫位所施之迴轉術之次要人工挽出。一旦還納上

第二十一圖

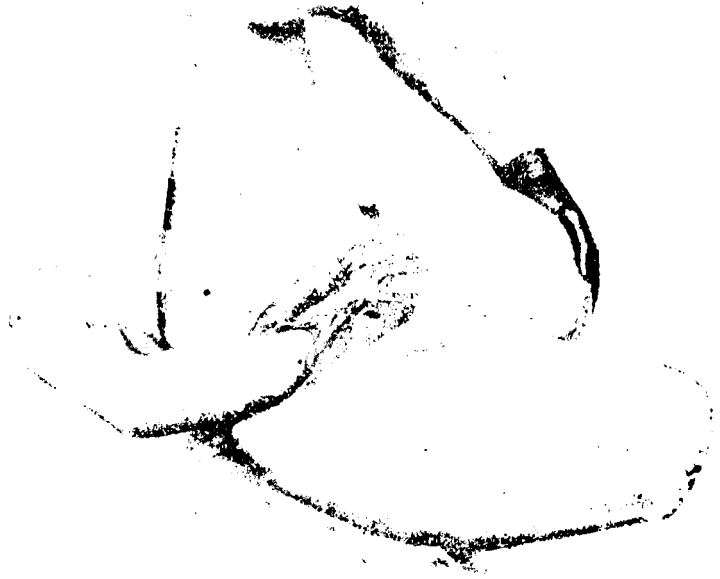
第二十一圖
右手以轉回內位斜第二
內腔入送手內爲
(n. Hammerschlag)



肢難於離解後胎兒易陷於危險

卵膜之破綻 內手指端達於子宮口胎胞尙存則先破綻之其破綻之部分諸家意見不一致。

第二十二圖



第二斜位之回轉手術手牽索

出左足下手壓下臀部

(n. Hammerschlag)

或用內手得進子宮壁與卵膜之間在胎兒之足部分破之即把持其足(德路依氏)或如前面不破卵膜即行把持胎兒足者(繆德兒氏)是過慮羊水漏出手術困難但依朴烈氏則卵膜於子宮口部破綻之則施術容易不特此也內手插入後子宮口縮小而為密接能防羊水之漏

泄使手術困難之事更少見也

卵膜之破綻既終內手向胎兒先進部兒背側壓排而迫入於子宮腔內摸索可牽出之胎兒之足斯時外手壓下子宮底固定之使子宮之腔壁無斷裂之事

牽出足之選定 兒足牽出之選定依次之法則

即兒背之面於前方回轉後亦須同其方向其向於後方者術後要使其向前方故在第一分類之頭位及橫位其背面傾於前方者牽出其下方之一足第二分類其背面向後方之時須牽出

第二十一圖

第二類之選定足牽出之位置回轉術之圖



其上方之一足依此法手術雖困難，只要到達容易即可。又下肢與上肢不可錯認，前者有膝蓋骨之膝關節存在，是部之跟骨及短趾可得而診知也。

牽出足之到達捕捉法 牽出足選定既終，要使內手到達其法有二。一為德國法或柏爾氏法

(Pauer) 內手沿胎兒腹面入於上方直

把握其足端，然是易於壓迫臍帶且誤

兒足之左右二為法國法（或名褒德

魯克氏 (Bontlevoigne) 法內手沿兒背

之側緣進入，順次經腹部、大腿、下腿而

達足部。本法確實不生誤，執上肢之差

臍帶又不壓迫手術運動之範圍甚大

羊水漏出少之時，則得適用之。要之橫

位之時，用後法頭位及胎兒之移動性

少時，則用前法。又移動性少時，則一時

牽出兩足為全足位亦可。

橫位兒腹面於子宮底不能達到兒足

者，有之斯時，用內手之四指與拇指挾

後方所存之軀幹緣把持之，而為九十

第 二 十 四 圖

於胎兒足現於陰門外用外手推送頭部上方



度之回轉使背面向於前方之後方而索其牽出足。
 內手已達足部以外手壓下臀部而固定使內手把握得其便也。
 牽出足之把握 其把握之方法拇指貼於阿錫烈斯腱示中二指貼於足部他二指屈曲於掌
 中其指背當足蹠爲良但如上之把握容積大牽出之際抵抗甚時則用示中二指挾兒足之前
 後用環指當足蹠以拇指排除環境之抵抗又同時把握兩足時中指入於兩足之間示環二指
 當兩外側小指當足蹠

第二十五圖

第二斜之位之內回轉術
 牽出足爲把握之引導圖

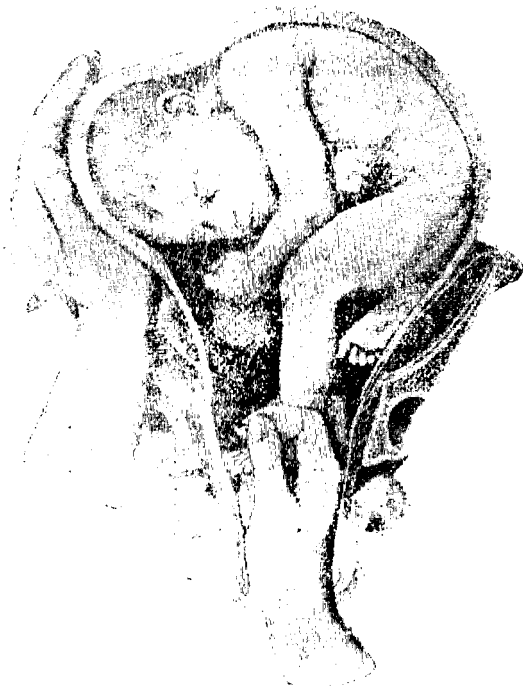


胎兒身體之回轉 兒足之握執既成外手壓臀部於下方同時內手牽引兒足退出內手既降於腔內更以外手之拇指或掌面押上骨盤之上側方所存之頭部徐徐達於子宮底內手益牽引兒足使其膝關節現於陰門回轉既成臀部在骨盤上口頭部位於子宮底

橫位時子宮下部之擴大殊甚胎兒之移動性亦減少行內回轉術子宮有破裂之虞宜注意之試行次之方法為良

圖 六 十 二 第

術轉回內之位蓄頭二第
部頭上押手外內腔至部足下牽手內



(b) 先牽引其脫出之一足同時用外手壓兒頭向正中線使其不受狹窄收縮輪之抵抗推移於上方無效時則

(b) 下降於腔內之牽出足用回轉紐纏絡(右手之指端掛回轉紐之係蹄漸次移於兒足)使助手保持之再送入內手將他足牽出使為全足位軀幹得容易彎曲能回轉者有之如斯而兒頭尚被收縮輪抵抗不能舉上之時則以

(c) 脫出之兩足纏絡迴轉紐術者自把持之更以他手送入子宮腔內押頭部向上同時更

兩足（紀劍謹氏法）有時右手平挾於收縮輪與頭部之間以外手牽引兒足頭部在手
掌面上滑動能達目的者有之（朴烈設氏法）

此等法注意行之既認爲無效時則中止回轉術施胎兒碎縮術可也又胎兒之軀幹大難於彎
曲否則牽出足與他足相交又妨害軀幹之回轉斯時須將他一足同時牽出爲全足位得達其
目的

回轉後之分娩 如上之內回轉當然係根於母體或胎兒之危險方行之其目的須速行分娩
該術之次當然須人工挽出無論矣其適示症若胎兒之位置及回轉之異常若存在則術後分
娩任其自然經過無有不可之理又本術往往臍帶壓迫又胎盤剝離使胎兒陷於危險否則上
肢舉上難於離解故以其他之一狀況得容許之下續行人工挽出亦可若聽其自然經過時則
不斷時駐意胎兒之心音有異變時宜速行人工挽出術是尤不可須臾忘也。

二 頭位回轉術(Innere Wendungsfälle oder Kopf)

內回轉術使胎兒變爲頭位應用範圍甚狹且挽出亦不能加速故行之者甚少茲僅記之云耳。

適示症

斜位及橫位 外回轉術無效時行之。

圖 七 十 二 第

術轉回內之位橫二等
門陰於現部膝其肢下出率
區之就成轉回底宮子至部頭



施術要件

(1.) 母子兩體不有要分娩速了之危險症

頭位的回轉其次用鉗子術頗困難如此時仍以骨盤端位變為足位為宜

(2.) 骨盤之廣狹須容許兒頭之通過。

其理由同於足位回轉術。

(3.) 子宮口在初產婦要全然開大經產亦須近於開大。

子宮口不全開大則內手不能送入頭部固定于骨盤內之手術亦不確實。

(4.) 兒頭近於腸骨窩且不可不近于骨盤入口。

頭部在上方時當施足位回轉術爲便利。

(5.) 不可有上肢脫出症。

上肢脫出則術後亦再發生頭部亦有偏倚於側方之處。

手術時準備

患者橫牀臀背位 陰門腔及術手之消毒如例。

施術式

頭位回轉術有直接間接二法。

(a) 直接法或浦習氏法 (Direktes oder Busch'sches Verfahren)

術者坐於患者之一側或兩脚間內手以兒頭之偏于母體側之異名側爲內手 (例如兒頭存於母體之左側術者右手爲內手) 通腔管送入子宮內。既達於頭部拇指與小指貼於顛顛部。

他三指貼於後頭或前額部把持之漸次向骨盤入口牽引外手當胎兒之臀部押送於上方小顛門進入骨盤腔內遂撤去內手。

(d) 間接法或裘度兒本氏法 (Indirectes oder Douvrepoint'sches Verfahren)

術者坐於患者之陰門前內手用兒頭偏于母體之同名側 (兒頭偏于母體左側則用左手) 由陰管得達於子宮內達胎兒之肩胛次以拇指貼其前方他四指當其後方把握之而向臀部之存在之側上押送之外手在下腹壁偏在頭部向骨盤內壓入同時內手徐徐撤退。

豫後

外回轉術同於自然分娩豫後佳良稀有該術與人工破水併用有臍帶脫出之處起胎兒之危險者有之

雙合回轉術及內回轉術母子共有遭遇危險之事不得全謂之豫後佳良其重要之原因如左母體之危險

(1.) 創傷傳染 回轉術手指插入於子宮內依其媒介而傳染固無論矣但多在卵巢內行之直接觸於子宮壁者甚少則危險比較少而其被傳染者則手術困難互於長時且軟部有損傷發之者多此點內回轉術比雙合回轉術豫後稍良好蓋前者施術後直行人工挽出一旦竄入之病菌再流出而得避免之故

(2.) 產道損傷

如前所述，膈管狹窄，依回轉術而入，或內壁起損傷，內手之插入失之於急劇時，膈穹窿之裂，傷子宮壁，密接於胎兒時，當其回轉易起子宮裂傷。

胎兒之危險

(1.) 下肢之損傷 屢稀有其牽引粗暴時，骨盤離斷或起關節之脫臼。

(2.) 假死 回轉術胎兒誘起假死者，多原因手術之際，壓迫臍帶或胎盤剝離胎兒之皮膚，早加刺戟胎兒有早期為呼吸運動術後胎兒久滯留于子宮內危險之度，益加欲胎兒預後之良好，則回轉後宜速行人工挽出，若雙合回轉術，則術後待子宮口開大而始娩出胎兒之死亡者，多是則專為防母體之危險而施也。

統計回轉術之母子之死亡如左表。

外回轉術

母體之死亡數	赤威福爾氏	二%	(五三例)
胎兒之死亡數		二七%	

范美習蘭氏

母體之死亡數	○%	(四二例)
胎兒之死亡數	七%	

雙合回轉術

母體之死亡數	范美習蘭氏	七·三%	(一一三例)
胎兒之死亡數		九，○%	

內回轉術

母體之死亡數	范美習蘭氏	一·八%	(三三五)
體兒之死亡數		二·二%	

又漢默爾宿刺克氏 (Hammerstein) 之回轉術五〇〇例初產婦八%經產婦九二%示其統計如次表

手術別症	例	適應	症術後分娩經過母體死亡率	胎兒死亡率
外迴轉術三 (頭位 三六) (臀位 六)	總三橫(斜)位	自然娩出 三九 人工挽出(臍帶脫出) 一 同(顱頂骨位) 一 鉗子術(發熱) 一	〇%	七、一%
雙合迴轉術	前置胎盤九八 傳染一 子癩七 胎盤早期剝離二 心臟辨膜病二 肺炎一 橫位一 胎兒假死一	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 既存傳染四 貧血二 子癩一 肺炎一 頸管裂傷一 </div>	九〇%	

爲多此等有時須用人工的匡正而使之復於正規體姿方得遂其分娩

一 異常頭向匡正術 (Korrigierende Operation bei abnormen Kopfeinstellungen.)

諸種之異常頭向中顏面位頤部向前方時經過雖稍遲延而得遂自然娩出頤部而於後方則分娩起障礙是爲常例又前額位常娩出困難故後二者常須要人工補助若兒頭移動于骨盤入口上則甯施足位回轉術其次用手挽出該回轉術困難時或有禁忌症時則匡正其體姿爲頭蓋位稀有變之爲顏面位者

施術要件

- (1) 母體無要速了分娩之危險症
- (2) 骨盤不可呈高度之狹窄
- (3) 子宮口不可不呈全開大
由本術胎兒往往呈假死狀態不可不施人工挽出術
- (4) 子宮下部不可有過度之擴大
若下部過度擴大施本術有起子宮破裂之虞
- (5) 不可有前置胎盤及四肢脫出臍帶等症

參觀頭位回轉術之條下

(6) 胎兒頭部不可不有多少之移動性
蓋無移動性則施術不能

施術時之準備

患者爲橫牀臀背位施麻醉局部及術手消毒如例

施術法

(A) 變顏面位爲頭蓋位之法

是有三法

(1) 蕭赤氏法 (Schatz'scher Handgriff) 該法唯胎胞存在之時得用之但其效果不確實應用之者甚稀其法以一手當外方恥骨縫際上壓靠前肩胛於上方使頭部至骨盤上次壓兒背所存之母體側同時以他手在臀部上方向兒腹所面之母體側押送此時軀幹向前彎曲頭部亦爲正規之前屈

(2) 朴持路客氏法 (Pantaloopne'scher Handgriff) 術者內手對應於兒背所面之母體側之手其全手或四指經膝管而送入子宮口內待陣痛之間歇舉上先進顏面而次以四指把握後頭部且牽引之入骨盤內同時外手貼於腹壁向胎兒胸面壓抵手及背而且使介助者押壓臀部於反對側克達其目的者有之

(3) 脫倫氏法 (Thorn'scher Handgriff) 內手對應於頤部所在於母體側之一手由膝管而

送入子宮內先將顛部向胸部上押順次將顏面額前頭及後頭向顛部押送之外手初由腹壁當後頭而推送於下方後移於胸部向臀部壓排同時使介助者在兒足所處存押

第 二 十 八 圖



送依前記三法之一。後頭部至骨盤入口軀幹彎曲於前方時使患者之臥位以兒背所面之一

側爲下面且聽察胎兒之心音有無假死之徵。

(B) 變前額位爲頭蓋位或顏面位之法

前額位變爲頭蓋位依上之法得遂行之無效時內手入於口內鈎頸部而牽下之爲顏面位。

二 脫出四肢還納術 (Reduction der vorgefallenen Extremitäten)

分娩之際胎兒先進部藉入不能完全閉鎖子宮下端及骨盤入口故有時來四肢之脫出在骨盤端位下肢(少有上肢)脫出橫位之上肢脫出或下肢脫出還納之直行再發且分娩經過無有異常時得放置之但頭位發來之上下肢前進及脫出起分娩的機械的障礙必須人工補助併發於狹窄骨盤者施足位回轉術他之場合則以還納爲宜。

施術要件

(1.) 不可有要速了分娩之母子之危險

(2.) 不可有高度之狹窄骨盤及軟部產道之狹窄。

(3.) 胎兒不有腦水腫及其他之畸形。

脫出四肢既還納則委諸自然經過以爲常。但不可不具備上之三要件

(4.) 頭部不可不有多少移動性

四肢欲還納當然須兒頭能動既進入固定於骨盤內則須放任聽其自然經過有得娩出

者但分娩要速了時生兒用鉗子術娩出其際須不挾着脫出之四肢宜注意死兒則施穿顱術。

施術法

脫出上下肢之還納術依胎胞之存否而異

(1.) 上下肢前進 胎胞尙存一手或前膊位於兒頭之側方便患者以其所存在脫出肢之側爲上面作側臥位此時頭部來於正中線且近於骨盤入口以故前進之四肢自行退却如此法無效時使患者安靜防早期破水子宮開大後即前上之側臥位一手入子宮口推進前進之一股次破胎胞使兒頭簪入於子宮內

(2.) 上下肢脫出 破水後上肢(或下肢)現於腔內依左法而還納卽局所與術手消毒如例患者臀背位或以脫出肢之存在之一側作下面之側臥位內手以脫出肢所存於母體側對應例之(例如第一體向則爲左手)爲內手送入腔內其中二指或三指把持脫出肢之腕關節(下肢是關節)漸次沿顏面而推送於上方遂至於胸腹部以外手壓兒頭入於骨盤內同時內手牽退手術既終使患者臥於兒背所面之一側

第八章 脫出臍帶還納術

(Die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur.)

胎兒先進部附鎖子宮下端不全時有時其臍帶亦爲先進或脫出因被壓迫而胎兒陷於危險

者有之此際速行分娩胎兒之豫後良好若脫出發於開口期不呈壓迫症狀放置之待子宮口之全開大方行挽出可也但子宮口未全然開大已現壓迫症狀則不可不還納之

施術要件

(1) 胎兒係生活兒且具有生活持續之能力者

臍帶壓迫與胎兒之生命之危險合併症也但有于分娩經過不起何等之障礙者又有死亡或胎兒無生存能力者則臍帶無還納之必要

(2) 分娩不得速了者

臍帶脫出之還納時有不如速了其分娩對於胎兒之豫後佳良者故子宮口全然開大則宜行人工挽出

(3) 胎兒爲頭位

臍帶脫出在頭位還納便無再發之憂又在骨盤端位及橫位脫出後之壓迫症狀亦輕微不若放置之到胎兒有危險時始行人工挽出亦稀有此等位置現有早期壓迫症狀者必還納之且插入美脫羅伊林特兒以閉鎖子宮口臀部既下降還納後纏絡之於四肢豫防其再發當屬例外也

施術法

臍帶還納術法依胎胞之存否與子宮口之大小而異

(1.) 胎胞尙存在臍帶存于頭部之側方或下方時認明有多少的壓迫症狀然使患者側臥以臍帶所存之一側向上則臍帶自行退上頭部進入於骨盤入口但還納後胎胞須注意不要破綻。

(2.) 早期破水臍帶脫出於腔內子宮口尙不能通過二指往時用臍帶還納器但用之亦有再發者况術中壓迫臍帶之危險却大現今概不用之在此狀況之下僅將其頭部向側方壓排以減輕其壓迫或施雙合同轉術使變爲足位亦可

(3.) 子宮口既得通過二三指如上述之要件具備則用手置納臍帶其準備患者爲臀背位或爲脫出臍帶之一側向下之側臥位陰門及術手之消毒如例但腔洗滌却有壓迫臍帶之虞儘可不必洗之且有努責運動亦不適宜於施術故施術麻醉爲良如上之準備完成術者內手用兒背所面之母體側之同名側之手(第一頭位用左手)指尖密集一處爲圓錐形送入腔內更以示中二指輕把握臍帶由子宮口沿胎兒顏面而送致於上方其內若遇着上肢或下肢即將臍帶纏絡其上然後外手將子宮底輪狀摩擦以喚起陣痛待其發作內手由腔內牽退同時外手移於頭部而壓入骨盤上口使之不再行脫出存在于腔內之內手再檢知其還納之完否及頭部箱入子宮口與否方行畢事若如此還納尙不如意時則使患者爲膝肘位再施同一之法以還納之

手術達其目的摩擦子宮底促進其陣痛且使患者以兒背之存之一側下面而橫臥

(4) 骨盤端位及橫位臍帶脫出呈壓迫症狀且子宮口開大未充分時用同一法得還納之。纏絡於四肢或插入美脫羅伊林特兒以閉鎖子宮口但臍帶須注意不使其挾於美脫羅伊林特兒與胎兒先進部之內其壓迫更大故也。

臍帶還納之目的既達其壓迫症狀依然存在時。則不斷的檢查胎兒之心音若有危險之徵。則依其要件容許之下施人工挽出術。

第二 挽出術

第九章 胎兒挽出術 (Die entbinden den Operationen)

第一 胎兒壓出術 (Expressio foetus.)

胎兒壓出術係用手指在外方特于腹壁加壓迫使胎兒娩出本法毫不觸接於內生殖器得施行之無傳染之虞亦不誘起胎兒姿勢之變化在鉗子術發明前胎兒分娩爲頭位欲其速且得生活兒則不能不依此法而行之但單用此法得達娩出之目的者甚少必須用他之挽出手術補助之方可

適示症

分娩中發生之母子兩體之危險症欲其速行分娩以除去之俱爲本術之適示症屬於此類之諸疾患在鉗子術條下解述之

施術要件

一 腹壁不可有脂肪過多或呈壓痛

腹壁脂肪沈着及於胎兒之壓力不充分有疼痛時不能加強壓迫

二 腹內臟須無炎症。

有炎症時却將病勢增惡患者不堪手術。

三 子宮及其周圍不可有大腫瘍。

子宮有腫瘍時其形狀及位置俱來異常外力加于骨盤神及胎兒之長軸之方向甚困難不能達其目的。

四 子宮口不可不為全開大。

本術施於排出期子宮口開大度不能不有能通過胎兒之大。

五 骨盤及胎兒不可有異狀。

本術專以壓迫促胎兒之下降骨盤不可不為容易通過胎兒換言之狹窄骨盤及兒頭過大俱不可能也。

施術法

(A) 基德烈爾氏法 (Crestler'sches Verfahren.)

施術式 術者坐於產婦之一側顏面向其足方兩手之拇指貼于子宮之前面他四指貼於後面及側緣用手掌握子宮底。陣痛發作之際將子宮向骨盤腔壓迫其力之增減全依陣痛之性質初為徐徐增劇遂達於極度。又再輕減凡五乃至十回。反復施行之。又患者腹壁厚且緊張時則施麻醉以試之無效時則用鉗子挽出若挽出術與本術併用時則使介助者行之此手術。

之際有時臍帶於胎盤附着面之壓迫過劇起胎兒之假死者有之加之胎盤早期剝離或挫裂故施術中須時檢視胎兒之心音分娩後要檢胎盤之完整與否。

適用 本法頭位骨盤端位俱得應用之前者得遂壓出胎兒之全部僅于雙胎分娩之第二兒或經產婦兒頭已近於陰門也又適宜於頭部分娩後軀幹之排出遲延時適用之在骨盤端位則與挽出術併用之以節省術者之筋力且維持胎兒正規兒之體勢不至於上肢展伸舉揚頤部隔離胸面等事。

(B) 李道源及歐司漢生氏法 (Kriegen'sches und Osann'sches Verfahren.)

施術式 用一手之四指當會陰部其指尖置於肛門之後方通軟部而鈎顏面之頤部陣痛發作之際加以壓迫促兒頭向前方回轉。(李道源氏法) 無效時則用示中指送入直腸內試同一之法 (歐好生氏法) 但後法使術手污穢且使直腸粘膜有損傷之虞。

適用 頭部排臨于陰門之陣痛微弱或腹壓不全娩出遲延時得適用之。

第二 頭位胎兒挽出術 (Die Extraktion des Foetus bei der Köpflage.)

頭位的胎兒用人工的挽出通常用產科鉗子挽出頭部軀幹則於肩胛之牽出通常用手乃常例也。

A 鉗子手術 (Die Zangenoperation)

鉗子手術者用產科鉗子 (geburtshilfliche Zange) 以娩出兒頭應用之于頭位者多有時骨盤端位之軀幹娩出後欲牽出其頭部亦用之但是甚少昔在胎兒爲頭位要速了其分娩非穿孔縮小其頭部以娩出之無有他法鉗子手術之發明以來往往娩出胎兒得生活兒不特無害且有安全鉗子之名但是鉗子亦不能說完全無害蓋鉗子之作用牽引頭部營輕度回轉及振子樣運動把握兒頭固定之加以壓迫幸而該壓迫不達此不良之結果爲多亦其一善也。

沿革 西歷千六百年之初英醫拍德張璠銀氏 (Peter Chamberlen) 創造一種之產科鉗子挽出於頭位之胎兒其當時家傳爲營利之目的堅守秘密世人無由知之其從甥費哥張璠銀氏 (Hugo Chamberlen) 欲以高價賣之航至巴里該地之大醫牟立沙氏 (Mouriceau) 依其囑託

而試用鉗子手術費哥將其施術要件錯誤應用之于高度狹窄骨盤實效至於失敗鉗子之價值至於失墜攜返故國一六八八年費哥移往和蘭將此秘密物家傳之重寶賣之衛錫爾及范

德和氏 (Vischer u. Van de Pall) 僅賣其

一葉不堪實用兩人大怒憤慨不平謂其

欺人也以其物之一葉公布之于世人鳴

其不德越一八八年張璠銀之創作的鉗

圖九十二第

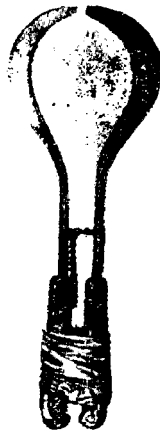
張法銀民鉗子



子遂至公諸於世該圖雖如所示相交又具同形之兩葉頭具有彎曲且縱軸互相連結。

又千七百二十三年法地和爾元都市（現屬比利時）之外科醫馬爾芬氏不知張璠銀氏鉗子爲何物。亦曾公表一產科鉗子。其各葉爲實狀有輕度之頭彎曲把柄相竝行以布片連結固定之。如圖（三十圖）

第三十圖 馬爾芬氏鉗子



兩人之鉗子現於世。諸家競圖改良。法人格哇爾氏在其鉗子之匙部穿窗孔減輕其重量。烈潘烈氏改良其骨盤彎曲朴西

氏在把柄部附一橫突起以便牽引。至今日而鉗子庶幾至於大成。以至得引其應用於產科焉。

產科鉗子之構造

現今行於世者有種種大別之爲法。英德三式。其差異主在連鎖部之構造各有不同。

(ii) 法式烈潘烈氏鉗子左右兩葉相交又連接各葉頗長。呈輕度之骨盤彎曲。其連鎖附於一

第三十一圖



烈潘烈氏鉗子

葉之縱軸插入於他一葉之圓孔之內。該鉗子頭部位於上方時適用之。且不起會陰破裂之虞。

(下) 英式鉗子斯墨爾里氏之鉗子仍兩葉相交又各葉短而無骨盤彎曲連鎖部斜為境界之平板其前後有小突起不有脫離之事。此鉗子適用於兒頭骨盤出口下降之時

圖二十三第

之氏烈蓄烈
造構之部鎖連



圖三十三第

子鉗氏里來斯



(c) 德式朴琉林克好生氏 (Brüninghaus) 鉗子有頭彎曲其連鎖部之構造全前二者而成。

一葉之縱軸有被蓋之小圓板他葉之縱軸有符合縱軸之小切痕兩葉之離合最簡便烈格黎氏 (Ziegler) 鉗子亦全倣效之日本大都用烈格黎氏鉗子現我國亦盛行之茲述其構造如左。

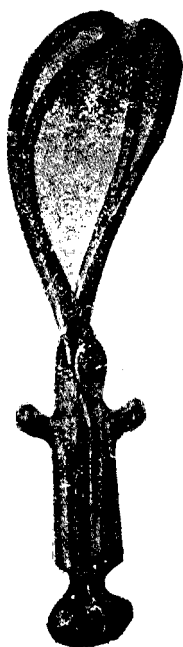
圖四十三第

子鉗氏里來斯
造構之部鎖連



圖五十三第

子鉗氏黎格烈



第三十六圖

烈格黎氏鉗子
連鎖部之構造

烈格黎氏鉗子之構造

烈格黎氏鉗子係以鋼鐵製同形之兩葉而成表面施以鍍金其原料良好時有多少之彈力性蓋過脆使用時有摧拆之虞失於軟則兒頭不能

固定其入於母體之左側者為左葉或依連鎖部之造構而稱為雌性葉入於右側者曰右葉或稱為雌性葉各葉之全長三六、四〇仙迷分之為匙連鎖及把柄三部。

匙部 占鉗子之尖端把握固定頭部之部分約為長卵圓形。中央有適應全形之窗孔(Fenster)以減輕其重量其邊緣稱之曰肋骨外面平坦內面帶穹窿幅一仙迷厚三乃至四仙迷其他匙部有二種之彎曲一骨盤彎曲(Behältnisb)與骨盤軸一致向前方陷凹之彎曲二頭彎曲(Kopfkrümmung)適合於頭部側面之外形向外方突隆之彎曲是也從之兩葉當連結閉鎖之距離匙部尖頂之距離為二仙迷中央部之最遠距離(尖頂起至八、五仙迷處)七仙迷其尖頂起至連鎖部止之長其直徑二三仙迷沿骨盤彎曲而測之則達二七仙迷又鉗子橫置于平面上時其尖頂之高為九仙迷。

連鎖部 為兩葉交結之部分左葉前面垂直有短軸上端有小圓板以被蓋之。右葉之內側緣有小切痕以嵌合其左葉突出之部分也其突出名之曰莖象形也。

把柄部 鉗子之下端術者把握之部分也從來其部有用木材護膜象牙骨製者現全為鋼鐵製長一三一—一五仙迷近於連鎖部外側方有聳出之鈎狀突起係牽引時術手有固定之便。

名之曰朴治氏鉤 (Pusch'sche Haken.)

適示症

鉗子手術之適示症如在總論所言依分娩速了而得除去或輕減母體及胎兒之危險列舉之如左

一 母體方面之危險症

- (1.) 原於分娩遲延之母體衰弱
- (2.) 分娩經過中發生之大出血
- (3.) 子痲發作
- (4.) 卒然發生之高熱 (三、八、五度以上)
- (5.) 分娩中增惡之急性或慢性疾患
- (6.) 軟部產道之挫傷或壓迫症狀
- (7.) 躁狂發作
- (8.) 陣痛微弱

二 胎兒方面之危險症

- (1.) 假死徵
- a 胎兒心音異常增減及不整

胎兒心音持續性增至一六〇以上或減至百以下是假死之徵也

(b) 胎糞漏泄

(c) 頭部產瘤之急劇增大或其強度緊張

(2.) 臍帶之脫出及其血管破裂

分娩中臍帶脫出於腔內或臍帶附着於羊膜破水之際血管破裂

潘美兒詩喇客氏之報告五六二例之鉗子手術其適示症如左

胎兒之假死徵	二〇四	三六、三%
分娩遲延	一五八	二八、一%
高熱(三八、五〇以上)	一一九	二一、二%
子癩	六三	一一、二%
子宮之下部過度擴大	六	一、一%
心臟疾患	四	〇、七%
呼吸器結核	三	〇、五%
大出血	三	〇、五%
腎臟炎	二	〇、四%
全度	計全數	五六二

如上所記鉗子手術之適用最多莫如胎兒假死徵之適示症最多是爲子宮全然開大胎胞已

破兒頭下降於骨盤內胎兒身體之大部已謝出於子宮腔空洞筋因之縮小因於陣痛之排出力減少所以起分娩之遲延或停止空洞筋縮小同時胎盤分佈之母體血管甚狹隘輸入之血量甚減少胎兒當然受其影響故起假死之由職是故也

施術要件

一 子宮口須全開大不若是亦須近於開大

鉗子手術爲胎兒挽出術當然應用之於排出期其須子宮之全開大方能通過兒頭固無論矣然有時子宮口大半開大而母體與胎兒之危險有刻不容緩施術之必要不能待其全開大其他適示症具備條件之下斷行鉗子術牽引緩徐以遂其擴大又鉗子插入時子宮部加以刺激同時自己亦有擴大子宮口之能力再者子宮口之開大若認爲不滿足先施人工的子宮口擴大可也

二 胎胞不可不破

胎胞若存在鉗子插入與頭部共把握牽引時胎胞被攜帶而誘發胎盤之剝離是不可也胎胞通常羊水充滿緊張且膨出於子宮口存在與否故容易認知之然有時羊水甚少量羊膜密着於兒頭表面存在與否診斷殊難是時則以頭部之毛髮能觸知與否卽確定之尙有疑惑時則用手指輕舉兒之頭部胎胞存在則羊水下降而爲緊張破綻後羊水流外方無此徵也胎胞存在而欲施鉗子術則須人工破綻之

三

兒頭之大小及硬度須皆為正常。

產科鉗子之製作適合於中等大之成熟兒之頭之大小以故早產或半頭兒頭部失之於小鉗子無由固定從之牽引被滑脫起母體軟部之損傷又腦水腫或頭部過大之時鉗子匙部先端之最大橫徑而不能超顱頂結節之上方亦不能固定把握之加之頭大者頭部尙未筘入骨盤內尤為鉗子手術之禁忌。

其他軟化或穿顱失頭部之固有硬度鉗子不能固定把握是亦不可應用也。

四

兒頭須在鉗子正位 (Nuchal position) 換言之兒頭不可不進入骨盤內而已為固定則不能應用。

此要件為鉗子手術尤緊要之一條件不可附諸等閑否則母體及胎兒蒙重大之損傷而手術當然無效果則因於實際上該要件之存否不知兒頭在骨盤內之位置不悉有以致之。

吾人稱兒頭頭部進入於骨盤內者即兒頭之最大橫徑而兩顱頂結節在橫徑面之真結合線下面之謂也非單以其頂點存于骨盤內即為進入於骨盤內也然低骨盤顏面位其顱頂結節面之先進部下極相去甚遠且產痛甚大雖其最大橫徑而不進入於骨盤內由手容易達其先進部屢致誤診者有之。

故當施鉗子手術時先以左之二法確定兒頭進入于骨盤內否不可僅以頭部移動性之有無而判別之蓋頭部大時雖在骨盤上而因陣痛固定者有之頭部小時已進入于骨盤

內陣痛間歇時能舉揚者亦有之

第一法 以雙合診定兒頭之高低左手示中二指送入於腔部貼先進部之下極右手由上方把握兒頭以比較骨盤入口上下之兩半頭部或如鄧麻斯氏 (Thomas) 用內手之先端貼先進部之下極即貼于誘導點 (1, 2, 3) 如前外手之二三指當恥骨縫際上之中央 (即骨盤入口面) 壓入皮膚及軟部以測誘導點與恥骨縫際上緣之距離

第二法 一手之示中二指送入腔內頭部周邊與骨盤無名線或薦骨及恥骨縫際之關係細檢之以定兒頭之高低。

(a) 頭部尙存於骨盤入口上時雙合診上外手得把握其全部或大部內指伸展則得達於薦骨岬恥骨縫際及薦骨全不被於頭部或僅被其上端又誘導點與恥骨縫際上緣之距離三指橫徑 (顏面位四指橫徑) 以下時則施術不能。

(b) 頭部進入於骨盤入口時內手得觸知兒頭之一部外手得觸知他部其最大橫徑而來於無名線下時薦骨之上三椎及恥骨縫際之上三分之二被於頭部誘導點與恥骨上緣之距離有三指橫徑以上或四指橫徑以上之時 (顏面四指橫徑以上) 得施鉗子手術又頭部之最大橫徑而在骨盤入口之直上時而娩出要急則用賀佛買爾氏法壓入於骨盤內行鉗子術即向患者之足部術者坐其一側一手貼後頭部他手貼前頭部向骨盤入口壓入同時使介助者以一手當恥骨縫際之直上壓迫頭部向後下方以短縮真結合線之方向

(c) 頭部全存在於骨盤內，雙合診上外手不能觸知頭部薦骨及恥骨縫際，距離為四指橫徑，此際施鉗子術最宜。

(5) 骨盤及軟部產道不可有狹窄。

骨盤及軟部產道狹窄時，鉗子術不能挽出頭部，當然要施穿顱術。

(6) 胎兒須生存者

鉗子術之目的為欲得生活胎兒，使胎兒死亡則甯施穿顱術以縮小兒頭，避母體軟部之損傷，但頭部位於骨盤口，施術容易得應用本術以挽出之。

手術時之準備

患者之位置以橫牀臂背位為宜，間有施側臥者在經產婦兒頭深下降至骨盤狹部，可以不施麻醉，但兒頭尚高位時，特於初產婦亦有施麻醉之必要，且不能不施深麻醉，否則易起患婦之不穩，努責殊甚，會陰保護術不特不能行，且論說亦不能制止，若全身麻醉禁忌時，則用斯可卜喇明嗎啡注射以輕減其疼痛，其他陰門腔器械及術手消毒須進一層之嚴密。

本術所準備之器械

鉗子

直剪刀 (陰門側切開術用)

縫合針及把針器

縫合線

有鈎鑷子

洗滌用嘴管

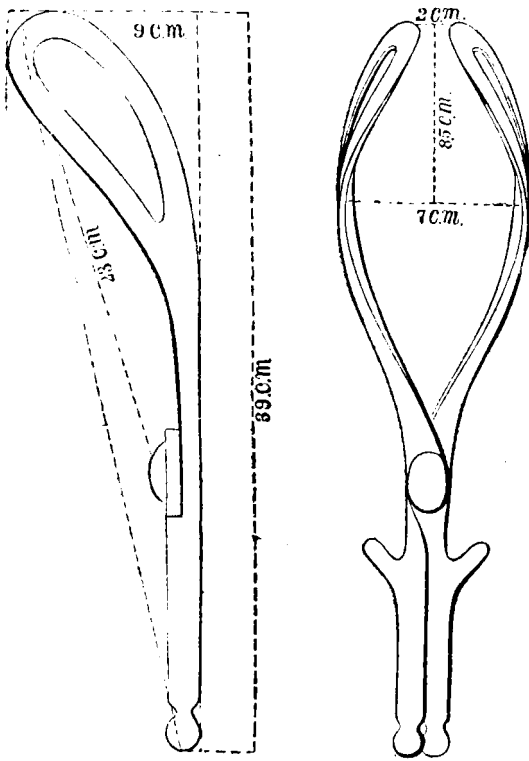
(會陰破裂時縫合用)

施術法

鉗子手術依兒頭之位置(頭向)而牽引方向有差異更從頭部直徑之方向而鉗子之插入

第七十三圖

度長徑諸其示子鉗氏雙格烈



法即異今就後頭位而詳述其施術式他之位置僅關於重要之點舉之如後

(丁)後頭位

第一 頭部之直徑與骨盤腔之前後徑一致或近適者

第三十八圖

一第術子鉗
匙左之子鉗入途

(n. Hammerschlag)



在此位兒頭在於骨盤之狹部或近之小顛門在恥骨縫際之直後矢狀縫合殆走於前後其際鉗子匙正當的入於母體之兩側從次之順序

鉗子之插入 術者坐於患者之兩脚間(側臥位則向背面)先以右手示中二指或四指之背面塗布石炭酸阿列布油當母體之右側入於腔壁與頭部之內其指端至於顛頂結節之上方次以左手執鉗子葉之把柄作執筆狀以保持之匙部沿內手掌面徐徐的

送入於頭部之間初其尖頂與內手之第一指節爲垂直內面向頭蓋把柄近存於右方之鼠蹊部但近入腔內時把柄移於右下方（由術者觀之）以匙部適合於頭部及骨盤彎曲且其凹

第三十九圖

第二術子鉗

頭兒沿部匙之葉左子鉗

方上於入進而曲彎盤骨及



緣來於水平線其際右手之拇指外轉支匙之下緣補助以上之運動同時將尖頂壓低於手掌面不要損傷兒頭又不挾卵膜子宮口唇及腔壁各部如斯匙部正接於骨盤側壁尖頂達頭蓋底而止若頭部與骨盤壁密接無間隙時則稍偏於後方至於薦腸關節可也。

左葉之插入既了拔去內手使介助者保持其把柄（雖放置之殆無滑脫之患）再將術手消毒後更以左手之示中二指或四指送入母體右側腔壁與頭部之間右手握鉗子右葉之把柄

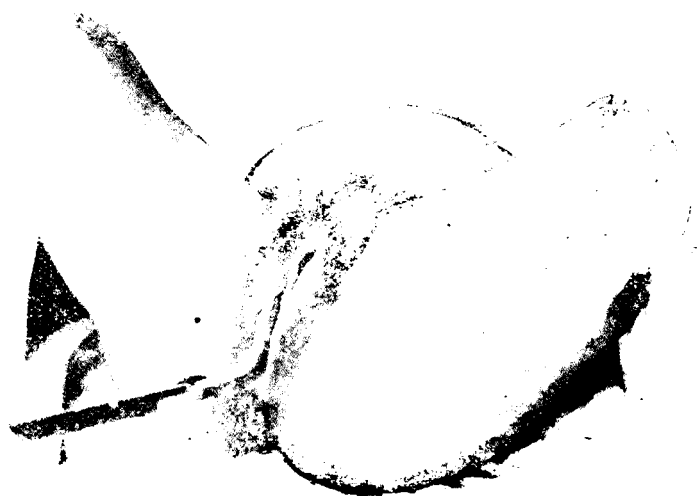
第

四

十

圖

第三術子鉗
柄把其置於成告入插全業左



沿內手掌面將膝部插入腔內如前兩葉相交叉右葉常在前方。陰門狹隘內手特於鉗子插入時難強行之致會陰及膝起裂傷必須先切開陰會陰部加以擴大方行。

稀有在內手與兒頭之間鉗子送入時感抵抗。是為方向經由之不良少轉於前方或後方。即能達其目的。

又臍帶或上肢脫出存於頭部之側方。鉗子插入之際須注意避之。不可挾在兒頭與匙部之中間。

連鎖部之閉合 鉗子兩葉插入既終各以同名手把握之且用拇指當於橫鉤（突起）輕為左右前後之移動而符合於兩連鎖部換言之葉之縱軸（突起）莖部符合於右葉之切痕如斯之後再施內診確實其匙部密接於頭部表面否其尖頂由顛頂結節而至上方與否又其內有無子宮口唇腔壁或卵膜之挾在否俱無之時方為試牽引。

時有兩連鎖部不來同一平面而感閉合困難者宜使其把柄向會陰部沈下而試之。

圖 一 十 四 第

(四第齒子鉗)
葉右入插



圖 二 十 四 第

(五第齒子鉗)
成舌入插之葉兩



無效則拔去其不正位置之一葉而歷行插入

試牽引 一手之示中二指把握柄之兩鈎他三指握於柄部他手之示指端貼於兒頭之先進

部試牽引一二回以占鉗子滑脫與否且頭部亦應牽引而移動否俟確實再從事於牽引

鉗子滑脫或因頭部過小或柔軟或其大橫徑未挾在於兩橫徑之間是有二樣一稱曰垂直滑

脫是其匙部之尖頂未至於大橫徑之上方當牽引之際連鎖部由頭蓋而離去故滑脫也一稱

口水平滑脫。匙部之肋骨緣由大橫徑而在後方牽引之時匙部轉於後方而連鎖部離去故滑

脫也無論如何試牽引而一為滑脫則必須拔出後再行插入方可

牽引法及方向 當牽出頭部把持

鉗子如次之法即以右手示中二指

鉤前方之兩鉤他三指握其把柄左

手之示指由後方面入於兩匙間努

力減輕頭部所加之壓迫他指同握

把柄又兩手各由外側保持把柄拇

指向前方他四指在後方亦可術者

之肘關節密着於胸側面運用手腕

關節與上膊之筋力以牽引之。牽引

在陣痛發作時行之其用力之加減

終始亦不一樣。依陣痛之性狀初微

微漸次增加以達於極度再徐徐減少之後再行中止其停止之間刻解開連鎖部去頭部之壓

迫同時常檢視胎兒之心音認為有異常時急行牽出之

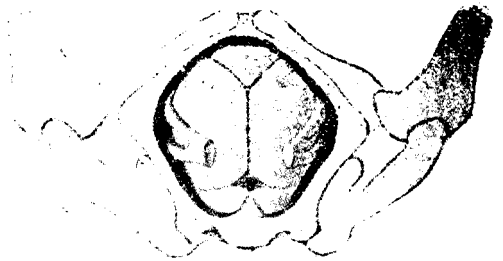
軟部硬固或兒頭過大時牽引時屢遭著明之抵抗然使鉗子在水平面為輕度的左右振子

圖 三 十 四 鉗

(六第術子鉗)
部鎖連合閉



第四十四圖
 示後頭位之鉗子位置
 矢狀縫合於橫骨盤直徑
 鉗子之匙連線存於橫徑



樣運動頭部離開腔側壁則能下降。但腔側壁易起裂創以避忌之為良。特於前後之運動全行禁止。

又腔管狹隘且其壁硬固。兒頭之牽下困難。能豫知之。則於手術之先用保寶伊林特兒插入以擴大之為佳。

牽引方向 與自然分娩之頭部下降之同一方向為要。

重從之兒頭在骨盤狹部時向後下方。即向患者之會陰與足部而牽引。外後頭關節現於恥骨縫際下。即向前下方使其前頭及顏面由會陰而滑出。茲於外頭關節露出時。則術者轉位在患者之一側。用左手由前方以握把柄。

上部加微力而舉揚於前方為宜。

會陰保護 頭部通過於陰門鉗子之兩匙並行在於側方。增加其大徑。且排出比自然者亦迅速。以故起會陰破裂甚易。又鉗子把柄之前方舉揚過度時。下肋緣容易破裂。其後腔壁故鉗子手術不可不注意保護會陰。於是術者以右手掌施保護會陰。術屢抵前額部維持兒頭之正常姿勢。拇示兩指接近於會陰之側部。以緩和會陰之緊張。鉗子把柄之舉揚徐徐為之。此際有努責運動則以鉗子抑留其頭部防其排出之迅速。陰門之前聯合密着於後頭部。鉗子牽引有轉移於下方之事。宜以左手之示指推送之於上方。露出後頭部既露出頭部之大半。不得推振於上方。乃以右手拇指由後會陰貼於鼻梁或顛部。以固定頭部。左手放却鉗子後。當顛頂部。李丞

圖 五 十 四 第

(七羊術子鉗)

置位之柄把其合閉部重連示

圖向方之引牽其與



氏法則壓迫後會陰娩出頭部同時挾頭部于兩手掌間向前下方堪注意者雖如以上之働作而會陰皮膚帶白色緊張殊甚時則必至於破裂宜施側切開術以用直剪刀行之

頭部全排出以二指送入二匙之內解離其連鎖部匙部先端尙存於腔內時則一葉一葉各各除去之除去時以把柄向反對之股關節屈曲面牽引則即行取出右葉先取出而左葉後除去之

肩胛娩出 頭部全排出肩胛於是下降營縱軸之回轉而顏面伴之向於側方兩手掌保持頭部側方初向會陰使稍沈下前肩胛支抵於恥骨縫際下以向前方舉揚後肩胛由會陰滑出但認爲困難時則用手提出肩胛既露則身體之他部自能挽出爲常例也

第二 頭部之直徑與骨盤腔之斜徑一致或近接者也

兒頭在骨盤廣部或位於其上下第一體向小顛門存於左前方矢狀線合由左前方而走右後方右顛頂骨前進第二體向與之相反小顛門右前方矢狀縫合斜至右前方而走左後方左顛

圖 六 十 四 第

(八第術子鉗)

法方之柄把持把時引牽



頂骨前進而此際鉗子插入母體兩側近於斜走之矢狀縫合近於骨盤腔之直徑時牽引之際頭部在兩匙間營縱軸之轉向小顛門正來於前方但矢狀縫合與骨盤腔斜徑一致之時加之逝於橫徑鉗子匙斜當於前額與後頭以把握頭部則不確實更加以兩匙間頭部之回轉亦困難故兒頭由兩側得把握之鉗子之一葉至側前方他葉至側後方兩部之連結線不可不與矢狀縫合之反對之斜徑一致今就第一後頭位而逝其施術式如左

鉗子插入 術者坐於患者之兩腳內先以右手四指（兒頭高位時以示中二指送至於顛頂結節之上方）沿母體之左側插入腔壁與頭部之內將鉗子葉送入腔內如前僅其匙部少傾於後方至於薦腸關節則把柄來於水平線向右上方次插入右葉最初不能至於左前方時故先入母體左側然後轉移於前方即以左手四指入於母體左側腔壁與頭之間沿是而插入鉗子左葉後以左右手之四指支持鉗子匙右手將把柄下後方壓抵之於會陰以至於正

中線使匙部與頭部之表面密接。徐徐將把柄向左方回轉。橫鈎向前方。則匙部轉於兒頭之側部。兩匙之連結線與第二斜徑一致。

有時頭部與骨盤壁密接。無有空隙。鉗子向前方轉移。稍覺困難。斯時即將兩匙置於母體兩側。閉合連鎖部。而行牽引。閉歇期再行解除連鎖部。以減頭部之壓迫。則兒頭迴旋於兩匙內。小之門至於前方。

又一旦轉移後之鉗子連鎖部閉合。而再復舊者。有之。是坐轉移不足之因。不可不更行轉移也。

牽引方向 鉗子之轉移既終。閉合連鎖部。試行牽引。不滑脫。則牽引之方向第一傾於後方。把柄強壓。抵於會陰。同時施輕度之回旋運動。使閉鎖部向前方。以小顛門來於恥骨縫際之直後。該回旋與牽引共為回旋。使頭部亦營螺旋狀運動。否則招駭裂傷者。多兒頭已下降於骨盤狹窄部。其矢狀縫合與骨盤之前後徑一致。時則以後之挽出與第一者無異。

間有小顛門向前方回轉。而其下降不足者。有之。與大顛門殆為同一高位。前額後頭徑存於骨盤腔之平面。故牽出覺困難。如是向大口門存在之後方。為牽引促小顛門之下降。即可能也。

第三 深橫位

頭蓋位頭部下降於骨盤腔。而矢狀縫合依然存於橫徑。是謂之深在橫位。自然分娩甚困難。即用鉗子術。而鉗子送入母體兩側。匙部當前額與後頭之間。兒頭於兩匙間不能回旋。是亦有所

圖 七 十 四 第

(九第術子鉗)

護保院會行且柄也湯舉時之用露門後部頁



不便宜以一葉入側前方他葉入側後方。爲斜把握頭部例如後頭部存在於母體之左側之際。左葉入於後左方。當後頭之左側。右葉前右方。貼於前額右側。如斯把握之後加以牽引把柄向左方迴旋。使小顛門漸漸至於前方。小顛門來於左前方。矢狀縫合與骨盤斜徑一致時有時頭部在兩匙間迴旋而小顛門正來於前方。若不然更將鉗子斜插入得把握頭部之兩側得以牽出。又有時如上之牽引而小顛門却轉於後方。變爲前顛位者有之。即在其位置施鉗子術。

II 前顛位

第一 頭部之直徑與骨盤腔之前後徑一致。或與之相近者。

頭部位於骨盤狹部。大顛門在恥骨縫際之後方。矢狀縫合走於骨盤腔之前後徑。此時之施術

圖 八 十 四 第

(置位之匙子鉗位頭後一第)
子鉗徑斜一第致一合縫狀矢
移轉為業右徑斜一第走線結連之匙



圖 九 十 四 第

(置之匙子鉗位頭後二第)
線結連之匙子鉗徑斜一第於致一合縫狀矢
移轉為業左徑斜一第於致一

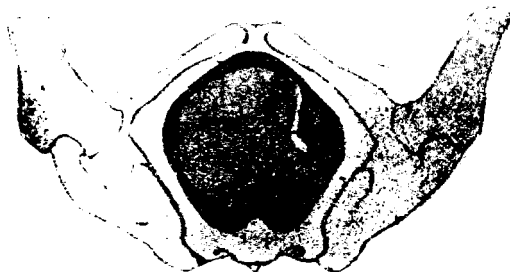
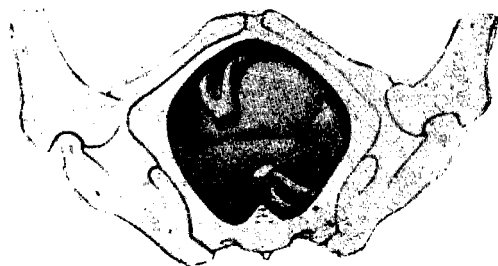


圖 十 五 第

(置位之匙子鉗時位橫深)
雙左在部頭後致一徑橫與合縫狀矢
移轉為業右徑斜一第走線結連之部匙



法如左

鉗子插入縫合連鎖部 全同於後頭位。

牽引方向 與後頭位異初向後下方牽引。至眉間部支抵於恥骨縫際。把柄向前方舉揚使後

頭部由會陰而滑出頂部既現。再將把柄沉下後方使顏面出於恥骨縫際下。

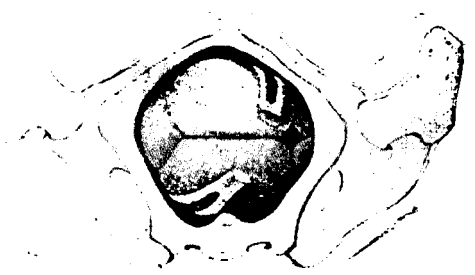
會陰保護 前顛位頭部排出陰門其前額後頭徑之周圍為最大周圍故要會陰之展伸亦劇

易起裂傷宜注意保護會陰又會陰之抵抗大。鉗子有滑脫之事若認為抵抗大時則施側切開

且將鉗子徐徐向前方舉揚。

第二 頭部之直徑走於骨盤腔之斜徑者

(置位之匙子鉗時位橫深)
線結連部匙徑直與合縫狀矢
在部頭後致一徑斜二第與
移轉為葉左側右



兒頭位於骨盤廣部之近處大顛門在側前方

鉗子插入 及連鎖部閉合同於後頭位

牽引方向 初向後下方牽引同時把柄漸次迴

旋使連鎖部面前方頭部下降大顛門正至於前

方爾後之牽引方向與第一為同一之舉動

III 顏面位

第一 顏面線與骨盤腔之前後徑一致

頭部下降於骨盤狹窄部顛部位於前方顏面線殆走於前後

鉗子插入及連鎖部閉合 同於後頭位僅顛頂結節距誘導點大以故鉗子不能不深進入從

之連鎖部接近於陰門

牽引方向 初著明的向後方即向會陰顛部之下方既支抵恥骨縫際把柄向前方舉揚使頭

蓋由會陰滑出此際注意會陰破裂

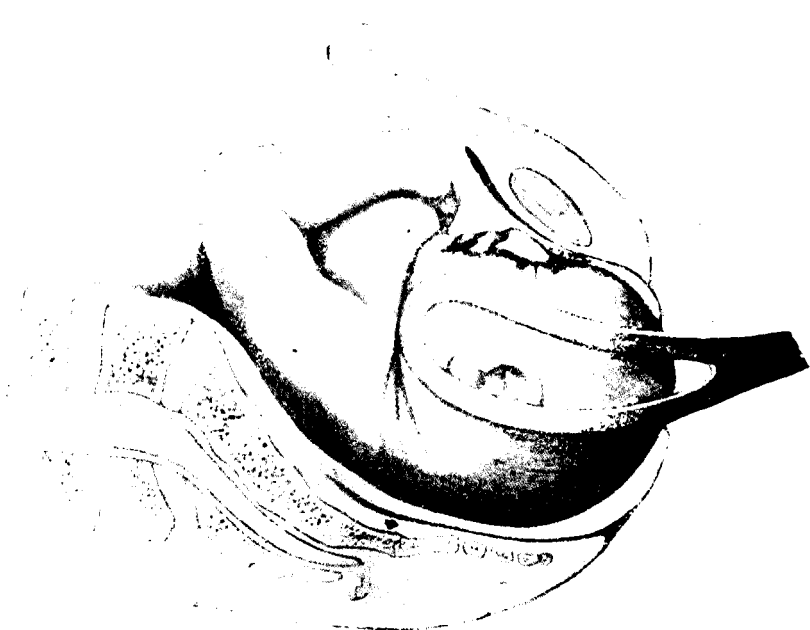
第二 顏面線走骨盤腔之斜徑者

頭部殆常存於骨盤廣部顛部位於側前方

鉗子插入及閉合連鎖部 同於後頭位第一顏面位匙部連結線一致於右方斜徑第二顏面

第五十二圖

前顛位時施鉗術後頭將滑出
於會陰之狀況



位與左方斜徑一致

牽引方向 牽引向後下方即向

會陰與足端之間行之同時把柄

回旋顛部來於恥骨縫際之直後

至顏面線向前後走行則爾後之

牽引法同於第一。

第三 顛部存在於後方之顏面

位

顏面位頭部進入骨盤內之後顛

部向後方是屬稀有。蕭達氏之說

曰。三六〇〇回之分娩中一回

俱未遇見。於茲欲速了其分娩依

適示症之發生胎兒生活時依鉗

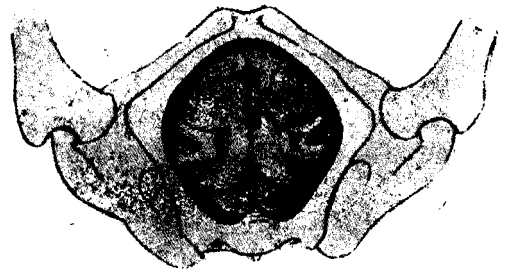
子術而使顛部向前方回轉其法

如次。

先斜插入鉗子其匙部連結線與骨盤之一斜徑一致後回旋把柄使顛部至側方一旦拔去鉗子更插入使匙部連結線走於他斜徑再回旋把柄顛部遂來於前方。

第五十三圖

(置位之匙子鉗時位顛前)
線結連之匙子鉗徑直與合縫狀矢
致爲徑橫與



如上之施術凡十回之牽引尙未奏效則中止之甯施穿顛術爲佳。

IV 前額位

第一 頭部之直徑與骨盤腔之前後徑一致者

頭部在骨盤狹部。鼻梁在前方位於恥骨縫際之直後。前額縫合。正走行於前後。此際鉗子之插入在母體之兩側牽引初審明向後方使上顎骨支抵於恥骨縫際下。把柄向前方舉揚後頭部滑出於會陰。但胎兒大時。

使如上之牽引非常困難甯使顛部下降變爲顏面位而娩出爲宜後頭部既娩出再沈下其把柄使顛部在恥骨縫際下現出卽行挽出

第二 頭部之直徑走骨盤之斜徑者

鉗子斜插入挾頭部之兩側向後下方牽引。回旋把柄使鼻梁來於前方爾後同於第一。

第三 鼻梁向後方之前額位

此際之施術法同於顛部在後方之顏面位施術法要使鼻梁漸次向前方迴轉但奏效甚少施穿顛術者多

V 骨盤端位

骨盤端位之挽出用鉗子術者一般甚屬少有而挽出軀幹之際用鉗子應當把握骨盤兩側大

第五十四圖

下兒恥於抵支部頸前術子鉗之位而顏
現狀之陰會於出滑將蓋



轉子部而把握之向前方舉揚術者將手指由其下送入腔內又軀幹挽出後牽出頭部時使介助者或助產將軀幹向前方舉揚術者由其下將手指送入腔內沿斯而插入鉗子使其匙部當兒頭側面其連鎖部閉合時把柄向下沈牽引最初向後下方漸漸至水平胎兒之口裂現於會陰上把柄向前方舉揚前額前顛及後頭由會陰而滑出又顏面向前方時外後頭結節出於陰門向後下方牽引然後將把柄舉於前方同樣後頭前顛顏面出現于會陰

VI 高位鉗子術 (Hohe Zange)

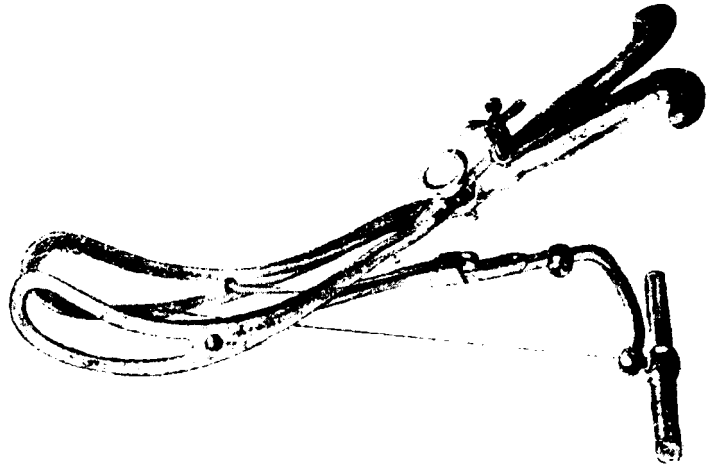
骨盤入口狹隘兒頭長稽留于該部當分娩須要速了。在胎兒生存的條件之下得施行鉗子術。此際在扁平骨盤大小兩顛門殆位于同高矢狀縫合走橫徑爲常例。但全般性狹窄骨盤小顛門甚下降。矢狀縫合亦走斜徑。或與前後徑一致爲多。在施術之前先行精細之內診確定其頭部其最大周邊全在骨盤入口而歟。否則亦近於骨盤面歟。不可不確認之。反是則兒頭在骨盤入之上面移動。鉗子插入不能把握。又骨盤入口與兒頭不相稱甚難牽下。其術式如左。

患者置於手術臺上。因在普通臥牀位不能行之。故其他消毒及麻醉如例行之。且使患者爲懸垂位。施賀福馬依兒氏法。由外方壓入頭部於骨盤內。後術者坐於患者之陰門前。用左手之四指或全手入於腔內。指尖須達於子宮口。鉗子之左葉沿是而插入。至母體左側。再以同一之法。鉗子法在葉插入母體右側。兩葉之插入既終。把柄益沈下于後方。閉合連鎖部。但鉗子匙當前額與後頭以隔離把柄之下端爲常。如斯更行內診。鉗子在正位與否。或挾入軟部與否。而行試

牽引鉗子不至於滑脫。頭部之牽引相應確實後，方從事於牽出。牽出常用兩手，其方向即強向於後方。若抵抗甚，頭部不能下降，則於懸垂位試行之。當牽引之際，頭部受壓迫甚大。休止期間，解其連鎖，除去其壓迫。該牽引至於十回無效時，要生活胎兒，則須施骨盤切離術。死胎則行穿顱術。

施術奏效，則頭部進入骨盤內，所謂深橫位。更將鉗子斜插入，使小顛門向前方回轉，又矢狀縫合與真結合線一致時，則最初不可不將鉗子斜插入。鉗子至母體之左右側，頭部之直徑向前後走，難於通過骨盤入口故也。

如上述骨盤入口所存之頭部欲牽引，用通常之產科鉗子，雖有骨盤彎曲，假令向後方牽引，其方向不能在匙部之延長線，從之其力為二分一部，為恥骨縫際面壓抵之力。其他部為與骨盤軸並行之牽引力，故欲牽引力不減少，則用應軸牽引鉗子 (Achsenzugzange) 為良。是有種種如達爾尼依及辛卜生兩氏者，廣用之。其構造與通常所用者無異，但連鎖部為壓迫性螺旋裝置，而閉合又匙部基底得移動，附牽引桿，其末端以橫行之把柄為結合應用之時，去其橫行把柄，則兩葉分離，將各葉分別插入。其際牽引桿壓抵於匙部，而使進入容易。插入已終，閉合兩葉，且把柄對於牽引桿，故牽引只於牽引桿行之，其方向斜向後下方。如斯兒頭進入骨盤內，則更以通常之鉗子挽出之，而終。或就用應軸鉗子，行牽引並為回旋，使矢狀縫合漸漸來於斜徑為佳。



鉗子術之豫後

鉗子術遵守適示症與要件預後佳良。徵諸於諸家之統計母體之死之不過〇・三%胎兒之死亡一〇・%內外而母體之豫後不良之主因則為病毒感染及損傷但鉗子術行於腔內病毒達於胎盤附着面之血管者甚少外入於深部者亦得容易消毒之器械其病毒感染之機會亦甚少也。僅不過器械退入於頭部與腔壁之間隙甚狹隘。有時存於陰門及腔下部之病菌輸送於上方。特於有損傷之時為然也。

損傷母子兩者共有之其輕重亦有種種。然急速與母體以危險者甚少。茲舉其重要者如左。

母體之損傷

(1.) 子宮壁裂傷 鉗子匙之插入失於深且亂施暴力間有子宮下部起裂孔者有之。特於陣痛時該部菲薄而致者有之。

(2.) 子宮口裂傷 子宮口擴大故足行鉗子術挽出引登子宮口被牽下遂至於破裂該破裂

發於側方爲常。且到達於腔附着部者少。但後有來於子宮口前唇者。波及於膀胱壁。形成尿瘻。子宮口裂傷出血少時。則不須治療。但大量不可不行創面之縫合。或子宮及腔腔栓塞。

(3.) 膀胱裂傷 有時鉗子插入之方向不良。腔後壁殊於前壁起裂傷者有之。甚至裂傷至於膀胱壁。生尿瘻。又子宮口尙小時。匙部之尖頂至其外方之穹隆部。非無穿刺傷。但通常腔裂傷起於牽出時。特於腔壁之強力及展伸時不富之高年初產婦。顏面位前額位之異常。頭向骨盤輪切離後。應用鉗子術。起裂傷者多。又牽引而兼施回旋運動時亦然也。牽引而至於鉗子滑脫。腔壁受傷無論矣。即會陰部亦受多大之裂傷。此等腔裂傷多爲縱徑。又爲橫行者。亦有之。其深淺有種種其甚者。不特腔壁損傷。至於周圍結締織亦有損傷上。其裂傷大且深。出血多時不能不施縫合。

(4.) 會陰破裂 鉗子術多發是裂傷。特於把柄向前方舉揚頭部回轉於恥骨縫際下。此時之會陰極其延長。以故來破裂者多。故頭部於陰門。舉揚須把柄緩徐現出。陰門狹窄宜先施側切開。有時肩胛娩出亦起會陰之破裂。既已破裂。則須縫合之。

(5.) 前連合破裂 前既言之。當鉗子挽出前連合部與頭部共被牽下。此時不以手指推送於上方。則破裂可立至。又鉗子把柄舉揚於前方急劇時。或過於早。則前肋骨緣壓迫軟部亦有切斷之虞。該裂傷及陰核之動脈得多大之出血。宜結紮或施纏絡結紮以止血。

(6.) 腓骨神經麻痺 鉗子挽出之際。有時走行於骨盤內之部神經。特於腓骨神經被壓迫甚

至於產褥期內起下肢之麻痺

(7.) 尾骶骨脫臼及骨折 頭部通過於骨盤出口尾骶骨與薦骨之關節屈於後方其前後徑待以延長該關節強直性則起脫臼或骨折

(8.) 骨盤輪離開 鉗子術之牽引分二動作爲骨盤軸之方向一向恥骨縫際而動作若牽引方向之不正或兒頭存于後方則向恥骨縫際之力增大有時至於離開者有之。

胎兒之損傷

鉗子術胎兒之損傷因鉗子匙壓迫其頭部在手術困難之際是爲一重大症候蓋鉗子之目的在牽引頭部在固定之時不能不加以壓迫牽引之度愈強則壓迫愈甚故也又若鉗子之構造不良兩匙特於其尖頂之距離少肋骨緣鋒銳則易起損傷

(1.) 頭軟部損傷 依鉗子而起之損傷有輕重種種有僅表皮剝脫者或受匙部壓迫之皮膚有一壓痕而呈皮下出血變青赤色者有之或眼瞼等存於匙部齒孔內之皮膚腫脹者有之其他齒孔嘴孔所出之顏面神經被鉗子匙壓迫而麻痺者有之特於鉗子斜插入之際被後方匙部之壓迫所起者多麻痺之顏面半側皮膚無皺襞眼裂常哆開口角垂於下方特於哭泣時尤著明如上之損傷殊無治療之必要數日間而痊癒僅顏面神經麻痺或長久不癒則施電氣療法

(2.) 腦壓迫 鉗子之壓迫不獨軟部且及於頭蓋骨及腦髓持續久表而毫無損傷而起腦壓迫症狀胎兒爲昏睡狀態而挽出依蘇生術而營爲呼吸啼哭至於困難且至不能者有之

但脈搏正常可以不施蘇生術使之爲持長性溫湯浴或留置於解卵器爲良

- (3.) 頭蓋骨損傷 胎兒之頭蓋骨以縫合營其移動性能耐一定度之壓迫若超過其度則骨有陷凹龜裂及骨折等之不幸事件發生例如高位鉗子術使頭部通過於狹窄之骨盤入口後方顱頂骨被壓迫於薦骨岬起匙狀之陷凹者有之又鉗子把握頭部前後時壓迫甚則後頭骨鱗狀部由基底部處離斷其結果延髓亦被切斷胎兒以至於死其他顱顱骨顱頂骨及前額骨起龜裂或骨折或致於粉粹稀有招致眼窠蓋及頭蓋底之骨折者
- (4.) 頭蓋內出血 如上所述骨損傷存於縫合及其下之靜脈竇破裂頭蓋內腔起出血量大胎兒卽行死亡不然則與腦壓迫生同一之症狀後概不良

(5.) 眼損傷 鉗子之一葉當前額部時眼卽起輕重之損傷甚有至於全眼球脫出者

(6.) 耳殼離斷 耳壳適當鉗子之窗孔拔出粗暴時肋骨緣切斷耳壳之事有之

(7.) 頸部損傷 甚屬少有但鉗子匙之尖頂壓迫依兒蒲氏之鎖骨上點時其結果起依兒蒲氏之麻痺又頸部纏絡之臍帶被壓迫胎兒假死或死亡者亦有之

(附) 鉗子使用率與產兒死亡%之異同

本表示一九二二年至一九二九年八年間日本赤十字社產院出產內鉗子應用之%與兒之死產數及出產後死亡數之關係

年次	分娩數	鉗子 分娩數	鉗子 使用率	分娩前 死亡數	對於分娩數 之死亡率	分娩中 死亡數	分娩後 死亡數	生後二十四時 間以內死亡數	分娩數之 死亡率	分娩前 死亡率	對於分娩數 之死亡率
一九三二	一六六	一五	一三·六%	〇	〇·%	二	四·七〇%	二	一·〇九%	五·五%	五·七%
一九三三	一五五	一〇	一三·〇六%	三	一·四〇%	一	四·四〇%	一	〇·六三%	五·六%	六·五%
一九三四	一〇五〇	九一	八·七%	六	一·五%	一	三·五五%	六	〇·七六%	四·六%	五·六〇%
一九三五	一·四三	八五	七·四四%	九	一·六%	一	三·九%	四	一·三%	四·二%	五·七%
一九三六	一·三五	九〇	五·六%	七	一·九六%	一	三·二%	三	〇·九七%	四·〇%	六·〇五%
一九三七	一·六五	七五	四·五四%	五	一·五〇%	一	三·六%	四	〇·六五%	三·五%	五·〇三%
一九三八	一·八四	六四	三·九九%	五	一·三%	一	三·四%	三	一·三九%	三·四〇%	四·七三%
一九三九	二·七三	一一	三·二%	元	一·三五%	一	三·四%	三	〇·五%	三·九%	四·六%
計	二〇·三六七	一五〇	平均 六·九%	一五	平均 一·四四%	一〇	平均 三·五九%	九	平均 〇·六六%	平均 三·九%	平均 四·六%

一九二七年一九二八年一九二九年之三個年間比以前之鉗子使用率低兒之死亡率亦低，純然鉗子分娩之六三三例中由假死而不蘇生者

分娩中胎兒死亡

出生後廿四時間內之死亡者

即合計六六例在死亡率為一〇·四三%

一、兒頭高在骨盤上口上用鉗子遂娩者

a 初生兒假死

b 由假死而不蘇生者

三九例

二五例

二例

一〇例

一例

e 分娩中胎兒死亡

二例

d 初生兒死亡

四例

e 初生兒無異常者

三例

其死亡率四三・七五%

二、兒頭高位在骨盤口上用鉗子者

a 初生兒假死

二八例

b 假死而不蘇生者

五例

e 分娩中胎兒死亡

一一例

d 初生兒死亡

五例

e 初生兒無異常者

一七例

死亡率比前降至三七・三二%

三、兒頭高位在骨盤闊部用鉗子者

a 同前

八三例

b 同前

一四例

c 同前

一二例

d 同前

一三例

e 同前

九三例

死亡率更降至二〇・二一%

四、兒頭高在骨盤狹部用鉗子者

a 同前

八六例

b 同前

一九例

c 同前

一五例

d 同前

一二例

e 同前

二三九例

死亡率更降至一三・二九%

考以上之成績鉗子爲不得已而用其時期及情形尤不可不慎重考慮
更就子宮開口之大小而比較之

一、子宮口之開大五糎以下用鉗子者

a 初生兒假死

四例

b 分娩中胎兒死亡

一例

c 初生兒死亡

三例

d 初生兒無異常

〇例

死亡率實有八〇・〇〇%之多

二、子宮口開大六乃至七糎用鉗子者

a 同前

四例

b 同前

二例

c 同前

一例

d 同前

四例

死亡率比前約半減為四四·四四%

三、子宮口開大八乃至九厘米用鉗子者

a 同前

六例

b 同前

一例

c 同前

二例

d 同前

四例

死亡率更約半減為二五·〇〇%鉗子使用之躁急洵為禁物也

B 用手肩胛挽出術

在頭位兒頭自然娩出或手術的娩出而肩胛部排出遲延顏面呈青黑色用人工的促進其排出多用壓出法得達其目的否則用手挽出

術者坐於胎兒顏面所向之母體側

(i) 先以兩手掌貼頭之兩側向後壓之前肩胛現於恥骨弓下更將頭部向前方舉揚後肩胛

圖 六 十 五 第

(一第法出挽手用之胛肩)
抵壓方後向部頭握把掌手兩以
下之骨恥於現胛肩前



由會陰滑出是猶無效時。

(2.) 與後肩胛不同側一手之示指由背
面插入於該肩胛之腋窩，拇指當其肩
峯，他三指屈於掌中，且以中指向已之
示指壓其上，膊向後下方牽引，如斯其
後肩胛下降於會陰前，肩胛出於恥骨
弓，更向前上方牽引，使後肩胛滑出，倘
仍無效時。

(3.) 以他手同樣鉤前肩胛，兩拇指當於
脊柱與前法為同方向牽引，其肩胛稀
有肩胛過廣如上之法不能挽出時，則
用鈍鉤插入後肩胛之腋窩，使牽引力
強大，解出一手，或兩手減少其肩胛之

廣徑面積後施牽引

第三 骨盤端位挽出術 (Die Extraktion bei Beckenendlage.)

骨盤端位為縱位之一通例得遂自然分娩，但欲胎兒之豫後佳良，要施人工挽出比較的事實。

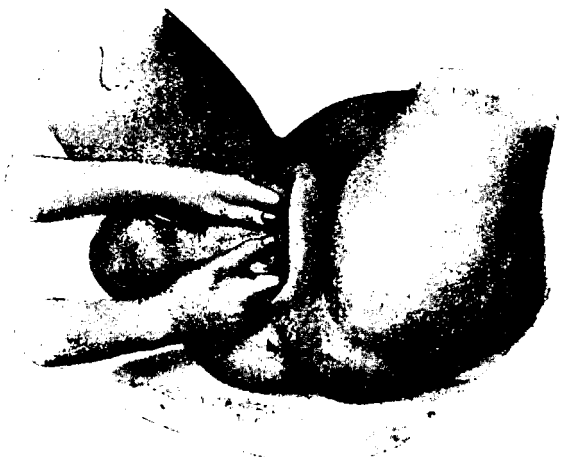
圖七十五第

(二第法出挽手用脚肘)
脚肘後揚舉方前向位頭
出滑而陰會由



圖八十五第

(三第法止挽手用脚肘)
引牽而幹軀提把窩腋剛入插指手



爲多蓋骨盤端位

(L) 在分娩之初期。每多偏局於先進臀部之一側且子宮下部閉鎖不全屢屢前後羊水之區分割然不全因之羊水之全重量加於胎胞故過度之運動努責及不注意之內診易起早期破水其結果誘發子宮口開大之遲延或臍帶脫出前者往往繼起陣痛微弱後者胎盤之血行障礙。

(S) 胸部及頭部通過骨盤之際臍帶被壓迫於骨盤壁之間若兒頭挽出遲延則酸素供給不足易起假死

(3.) 骨盤端位。軀幹娩出之產道尙不足以通過頭部待多少之擴大故頭部之排出通常遲徐其間

(4.) 子宮腔內容排除概爲縮小其結果起胎盤之剝離使胎兒益陷於危險者多

通示症

在骨盤端位施胎兒之人工娩出母體或胎兒現危險之徵要速了其分娩否則認爲到底不能免於危險即早行之其適示症鉗子術之條下諸症俱適用之

施術要件

(1.) 骨盤及軟部產道不可呈絕對的狹窄

狹窄骨盤之真結合線長五五以下或軟部產道爲同一程度之狹窄人工的不能擴大雖縮小其頭部亦不能通過非行可汗切開術外無法娩出也

(2.) 子宮口全開大無論矣然其最小限度亦須要開大至直徑七仙迷以上。

子宮口在開大不全娩出時。上肢舉揚殆難離解且軟部產道有起損傷之虞臀部已聃入於骨盤子宮口全開大無論矣否則當施術之先全手插入施內診以測定外子宮口頸管及內子宮口之廣狹特於足位尤屬當務之急若子宮口開大不全須速了分娩則用人工的擴大

(3.) 胎胞不可不破

第十五圖

行併相部腸脾在指拇兩腿下握把手兩以 (一第術出挽位是全不)



手術時之準備

本術直接把握胎兒以牽出其胎胞當然要
 破胎兒能露出於子宮口故胎胞尙存之除
 須人工破之

產婦為橫牀臂背位陰門及術手之消毒如例。
 骨盤端位之人工挽出之適示症多在分娩經
 過中卒然發生因此而預知甚難故不可不時
 常準備之以備急需麻醉可以不必要腹壓存
 在為挽出之一助故也但內回轉之次行挽出
 術多要施麻醉至此則持續其麻醉亦可其他
 宜準備者消毒布片及胎兒蘇生用器具。

施術法

骨盤端位挽出術單用手指者多故又名用手挽出術(Maneuver Extraction)有時行之胎兒身體
 之全部有時軀幹娩出後只行之於上肢及頭部而其術式有不足位全足位及臂位亦有多
 少之差異

A 不全足位挽出術 (Die Extraktion bei unvollkommener Fusslage.)

不全足位挽出術依左之順序行之

下肢牽出 術者坐於患者之兩脚間以右手之示中二指把握陰門或腔內之一足其際下腿在兩指間指之屈側面於足背次向母體之後下方牽引同時漸次將下肢之屈側向於前方下

第六十一圖

(二第術出挽位是全不)
引牽而方下後向側屈在指拇大握把手兩

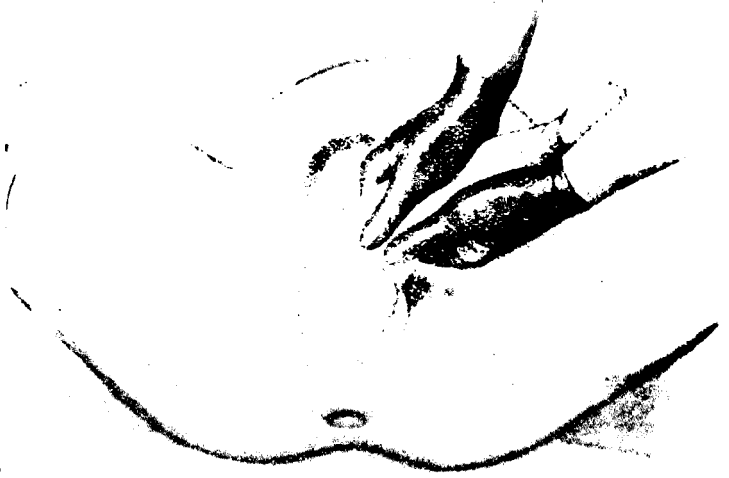


腿既現兩拇指當腓腸部他八指把握之同牽引於後方大腿又現則兩手移而把握為同樣之牽出至前臍部支抵於恥骨弓之下更將下肢向前方舉揚使後臍部由會陰滑出是牽引而運動之時在陣痛發作時間歇時則休止或減弱其動作

軀幹牽出 臀部露出於陰門兩拇指並置於薦骨後面同名手之示指貼於脫出之下肢腸骨髀部他三指把握大腿他手示指密接

第六十一圖

(不全位挽出術第三) 學揚大於前方後去髖部由陰而滑出



於軀幹插入下肢之鼠蹊溝他三指屈曲於掌內如斯保持臀部而向後下方牽引同時加多少之前後振動臍部既現術者以前方存之一手之拇示兩指輕挾臍帶而牽出五乃至十仙迷以防禦其緊張再持續牽引使肩胛骨之下角現於恥骨弓之下其間術者之手指常當於臀部斷不可使有向上方轉移之事是惟恐內臟起挫傷胎兒有危險之故又軀幹挽出至於臍部用溫暖的殺菌布片包被之一以防胎兒之冷却一以防胎

脂使術手之滑脫為良

有時當下肢牽出膝部現於陰門突然停止軀幹毫不下降者有之此有二種原因一為臍部廣徑如正常不走骨盤入口之橫徑或斜徑却與真結合線一致因不能下降此時將先進下肢向側方牽引兒背向側方回轉使臀部進入於骨盤內即能下降一為挽出之下肢在後方前臍部

在恥骨縫際上緣抑留亦不能下降是亦必須將下肢向後方極力牽引使前臚部離開恥骨縫際方能下降

第 六 十 二 圖

(不全位是挽出術)
(示骨盤之法)



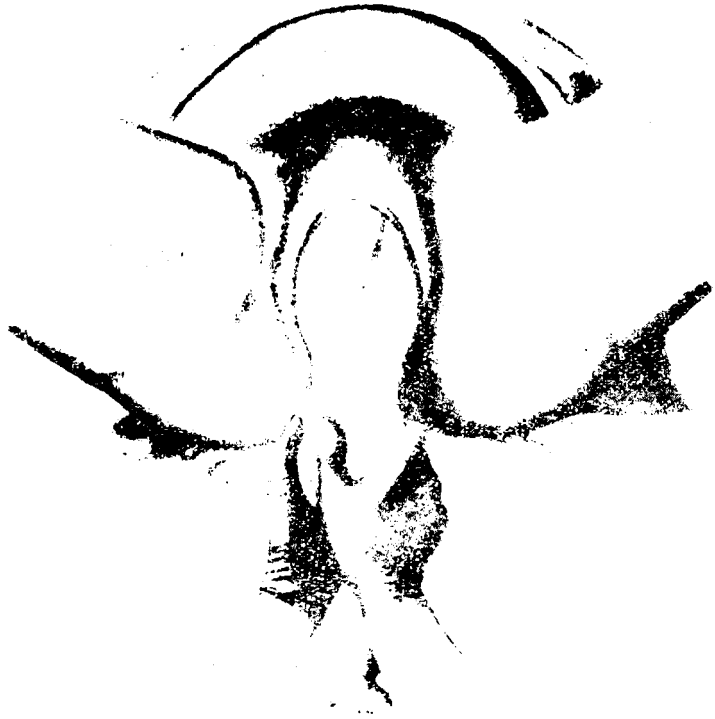
其他在自然分娩中亦多有之
牽出之時胎兒之軀幹自家回
轉變其體向例如第一體向變
為第二體向是可任其傾向不
可故意變更之。

上肢解出 肩胛骨下角現於
陰門則他之下肢自脫出肩胛
入于骨盤內其廣徑走行於前
後在正常體勢兩上肢屈曲交
叉接於胸面肘關節位於季肋
部且前方上肢在恥骨縫際之
後面後方者近於薦骨陷凹而
當軀幹人工挽出之際上肢抑
留于骨盤入口或狹隘之軟部

產道。以至于展伸舉揚而至頭部之側方是稱之為上肢之高舉 (Hochschlagen des Armes)

圖 三 十 六 第 五

(五第術出挽位足全不)
方測於面幹軀出灣角下之骨脾肩



保持正常姿勢以解出上肢先以後方爲良蓋骨盤腔之後半比前半廣闊施術易故也行之之法術者以異名之一手之示指（與欲解除之上肢異名）入于兩肢之間拇中二指當其外側以把握之次舉揚于前側方使胎兒軀幹近於母體之腹面然後以他手之示中二指沿後方肩

第十四章

(六第術出挽位足全不)
肢上之部凹陷骨薦在出解欲
指二中示入送



胛而入腔內順次達于上膊肘關節遂及於前膊之上端該二指之先端在前面拇指端當後面固持之而輕加牽引沿胎兒腹面向外方挽出後方上肢之解出既終更解出前方者但須先轉移前方上肢于廣闊之骨盤後卽將挽出之上肢密着於胸面術者之兩手掌貼于胸部之兩側拇指當肩胛骨之後

面把持軀幹稍推振之於上方同時漸次回旋約百八十度胎兒背面向他側臂存于前方之上肢至於薦骨凹部至是則與前爲同一之法以解出之又不同旋軀幹而欲解出上肢時施法如次卽以兩手把持臀部向後方強爲牽引前方之肩胛及上膊現出于恥骨弓之下則以一指鉤前膊之肘關節端輕牽引之是謂凌格氏法

上肢展伸舉揚至頭部之側方時解出之與前法略同然內手不可不深入四指或全手入於腔內達前膊之肘關節把握之而輕加牽引沿顏面及胸腹面挽出之此際往往起高度之會陰破裂宜用四指不可亂用全手若用全手有必要時先施陰門側切開爲良

圖 五 十 六 第

(七等漸出挽立是全不)
之下系而轉前持把手內



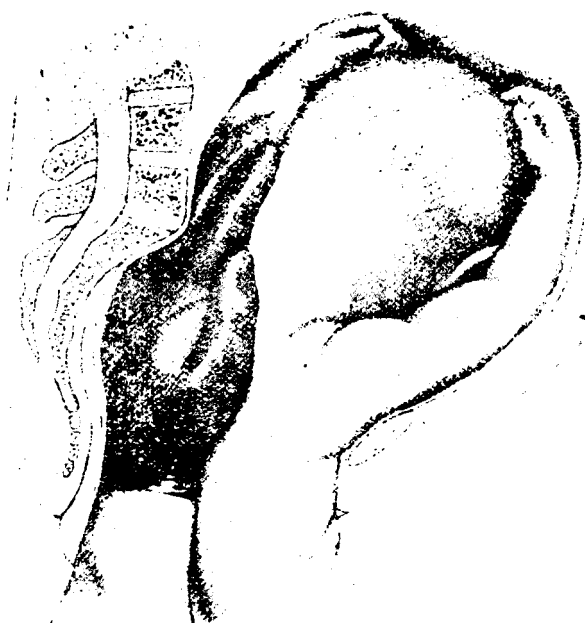
狹窄骨盤之軀幹挽出上肢常為展伸舉揚并且肩胛進入於骨盤內或骨盤壁與頭部之間為嵌頓而全不能移動。避之之法挽出軀幹之半即須行上肢解出之術其際四指或全手當然要插入腔內但肩胛進入骨盤內上肢至於箱頓將軀幹極力向後方牽引使前方之上肢來於

骨盤內用凌格氏法以解出之次後方之上肢仍用常法以解出之此際上肢骨折屢有之。稀有前方上肢轉移薦骨陷凹部軀幹能回旋而上肢依然存於原處從之至於密接胎兒項部避之之法可以不必回旋軀幹前方下肢在原處解出或當肩胛之迴旋用示指固定上肢以預防之若已發生則順次施左列之諸法。

(二)術手如常達於該上肢之前膊沿後頭部推上後如前法把持之沿顏面及胸面而牽下。無效時

第六十六圖

於左手內着漸拔上之揚舉其出解示
面上節肩肘之肢上方後兒胎



b 內指鉤于肘關節使上肢由項窩而牽出之尙不達目的時

c 回轉軀幹復歸於位置用同名手沿胎兒腹面進入把持肘關節或前膊牽引上肢尙不奏效時

d 內手由胎兒之後方達於前膊沿背面而牽出其上肢但多起骨折軀幹挽出之際腹面有向前方者但上肢解出困難回旋其軀幹使背面向於前方無效時則早期解出其上肢一

方以全手送入沿胸面以牽

出後方上肢然後回轉軀幹

他一上肢仍如通常牽下又

軀幹不得回旋時則以內手

沿腹面送入於恥骨縫際之

後方以解出之

頭部挽出 兩上肢解出後則挽

出頭部是有二法

(1) 麥特及斯美利氏法 用一

手之示指或示中二指入於口腔

內其先端達於舌根使頤部密接

於胸面且其前膊跨胎兒軀幹及下肢他手之示中二指展伸離開為肉叉狀由背面而當肩胛

挾項部於二指間而爲牽引至外後頭結節支抵於恥骨弓下更以軀幹向前方舉揚顏面及前頭由會陰而滑出要注意會陰使不破裂。

又兒頭尚未存于骨盤入口而其前後徑一致骨盤腔之橫徑或斜徑從之口裂向於側方探索之法當頭部存骨盤入口上而解出上肢之際不隨軀幹回旋解出其上肢要向顏面側解出若無效時則向他側求之內手係用顏面向母體側之對應之手如斯內手達於口裂示指入於其

第

六

十

七

圖

法部頭出挽之氏利美斯特裝



之觀面側由術出挽部頭氏和美斯



口腔內使頤部與胸面壓抵他手之示中二指鈎頂部如前之法牽引頭部向下漸次口裂回旋後方頭部已下降於骨盤出口則如上記者得挽出之也

有時摸索口裂很困難故常規內指須沿薦骨陷凹面而上先確定其頤部之所在其直上即口裂所在之處也

(2) 衛盤及馬爾殿氏法 內手同於前法其示指入於口腔內壓抵頤部於胸而外手以掌而由腹壁強壓頭部而使之降下

挽出頭部有種種之合併症困難者亦有之

a 骨盤狹窄 上記二法無效術者行裴特斯美利氏法同時命介助由外方壓迫頭部此壓迫用兩手掌而或相近接之兩手拳壓迫但手拳之指節不可用因有使子宮挫傷之虞尙不得達自的時則使產婦爲瓦爾赫兒懸垂位再試前法若再不奏效速行骨盤擴大術方能挽出生活兒但胎兒多至死亡施穿顛術以縮小頭部後方用裴特斯美利氏法挽出可也

b 異常傾向 頭部進入於骨盤上口其矢狀縫合走橫徑向顏面之一側爲通規但軀幹在腹

而前方時頭部之直徑與真結合線一致。頤部鈎留於恥骨際縫或恥骨水平板之上緣。斯時軀幹牽引於下方或由外方壓迫頭部足匡正其頭向之異常。依順次施左之諸法。至無效時

第九十六節

衛監馬爾氏頭部提法
頭部位於上方之從口裂面於側方



則施穿顱術

(1.) 以手拳由外方壓迫頤部使脫離恥骨際際。

(2.) 以全手送入腔內把握後頭部。回旋於側方或併合前法。外手向側方壓迫頤部。同時以

內手把握後頭部向反對側回轉亦可。

(3.) 面於前方之口腔插入手指向側方回轉之。

(4.) 一手之示中二指為肉叉狀鈎。肩胛他手把握兩足。加一定之振動。以之近於母體腹面。

頭部向恥骨縫際一周而回旋

又有時口裂正向後方薦骨岬使頭部不能進入于骨盤內是挽出不正所致然決不可牽引軀幹或外方加以壓迫強頭部進入骨盤內宜以內手將後頭向側方回轉或內指入於口腔同向側方回轉

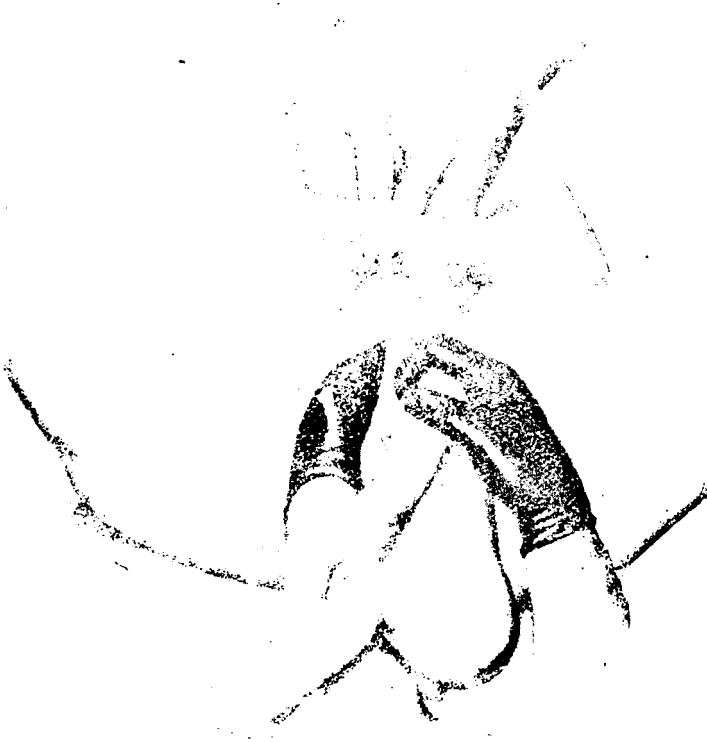
第

七

十

圖

與法氏利美斯特斐川部頭出挽
圖之之行併合法氏假爾馬監衛



B 全足位挽出術 Die Extraktion bei vollkommener Fusslage.

下肢牽出

術者之示中環三指把握兩足之跟骨側其際中指在兩足間示環二指由外方貼於足部拇小兩指屈於掌內牽引之向下方兩下腿現於陰門外各以同名手之拇指當於腓腸

部他四指把握之同向下方索引大腿既現更將術手移動同樣的把握而牽下。

軀幹牽出臀部露出於陰門兩拇指當薦骨後面同名示指當腸骨嵴把握之他之指屈於掌內而向下牽引之其他之挽出與不全足位挽出時毫無差異。

C 臀位挽出術 Die Extraktion bei Steitslage.

Klition bei Steitslage.

臀位分別之為臀部在骨盤入口移動與臀部在骨盤腔內固定而其挽出法則不同。

第七十一圖

全足位挽出術以同名手把握兩足大



術出挽位臀

圖之出挽而位是全不為是出牽



(一) 臀部在骨盤入口上移動 前方所存之下肢牽下之為不全足位而挽出之內手以對應胎兒下肢存于母體側之手為內手送入腔內示中二指或四指進子宮腔由大腿經膝關節至下腿把握之輕為牽引屈膝關節使足端接近於臀部後如通常法將該下肢牽出於陰門外行本法之時產婦為臀背位然難到達足部之時則以下肢所存之母體側為下面為側臥位使臀

圖 三 十 七 第

術出挽位臀

之引牽而溝蹊鼠之方前於入指中



部向反對側退去如斯變爲一足位則以後之挽出法與前相同。

(II) 臀部已固定於骨盤內 則不能牽下一足爲不全足位故以手指或器械送入鼠蹊溝以保持腋部而挽出之用手指時則以術者之一手特於右手示指或中指入腔內沿恥骨縫際後面進於上方達前方之鼠蹊溝指爲彎曲而鈎之強牽引之於下方其際手指常在鼠蹊溝不可至於大腿。本法牽引僅微產部之抵抗少而臀部亦能下降有時術者牽引手之腕部加他手把

圖 五 十 七 第

(一其) 圖之用使器送輸蹄係氏格馮



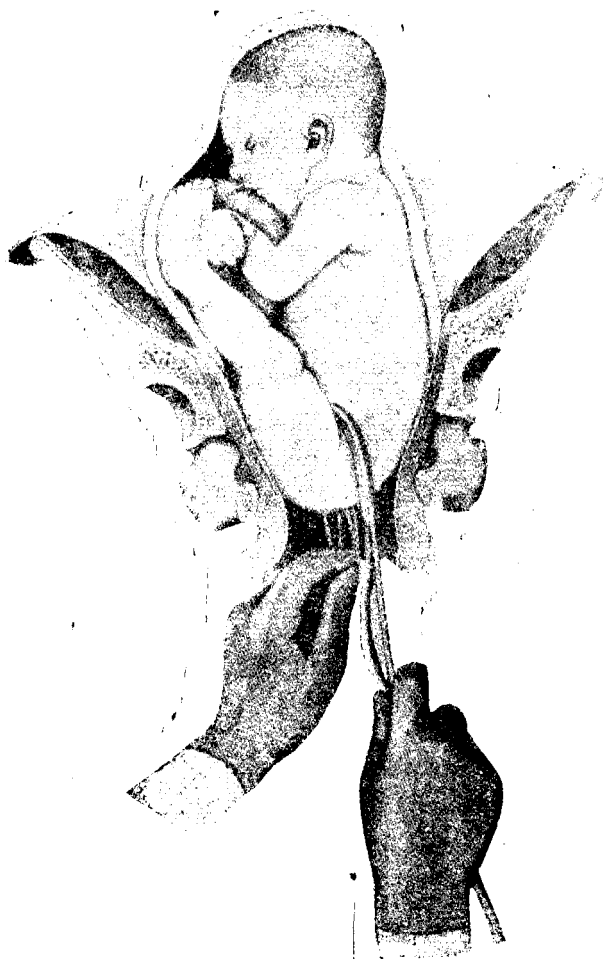
圖 四 十 七 第

送器送輸蹄係氏格馮



圖 六 十 七 第

(其)圖之用使器送蹄係氏格馮



握之以增其牽引力臀部已來骨盤出口他手之示指或中指送入腔內沿薦骨陷凹舉上鈎於後方之鼠蹊溝使臀部向前方舉揚以滑出於會陰軀幹及頭部之挽出同於不全足位臀部在上方手指不能鈎鼠蹊溝時或產道抵抗大用手指之力不足牽下臀部則用器械插入於鼠蹊溝術者用兩手牽引之其式有種種然不外鈍鈎與係蹄二種前者插入雖易而容易使胎兒軟部及骨受傷是不能用之於生活兒後者挽出之際胎兒受損傷少而插入却不容易為便利

起見併合兩者而有馮格氏 (Fangschel Schlingenhurr) 係蹄輸送器插入易而胎兒受傷之事亦少得應用以挽出生活兒該輸送器爲有縱溝之鈎溝內以護膜被包之麻製係蹄走行其內使用時術者右手握輸送器之把柄依左手示中二指之介導沿恥骨縫際後面舉上而達於前方之鼠蹊溝推入其處次達左手之示中二指於兩大腿間索係蹄端所附之絹絲牽出外方係蹄纏絡於鼠蹊溝取出輸送器則與送入時同樣之方法既拔去後兩手把握係蹄之各端向下方牽引臀部已下降至骨盤出口用同名側手鉤兩鼠蹊溝以挽出之等於前法。

圖 七 十 七 第

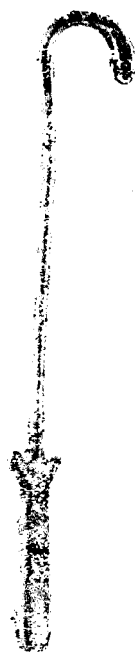
(三具)圖之用使器送輸蹄係氏格馮



斯美利氏鈍鉤插入及挽出為容易于胎兒死亡應用之合宜其際術者右手握鉤之把柄左手示中二指入腔內依其介導沿骨縫際而進鉤達於前鼠蹊溝鉤之而牽引如係蹄之使用法。又生活胎兒欲應用鉤則以科司提烈兒氏鉤為良此鉤有手指大呈 S 字狀彎曲插入于後方之鼠蹊溝但後方比前方者存於上方插入時感多少之困難行之之法右手握鉤左手之四指

圖八十七 藥

斯美利氏鈍鉤



入於薦骨陷凹部依其介導向上方推進入於後鼠蹊溝其際若覺腔入口之狹隘則施側切開鉤之推入終了挽出容易初牽引於下方前臚部現於陰門把柄向前方舉揚後臚部由會陰滲出要之臀位挽出術需器械甚少蓋臀部存於上方時有移動性得變為不全足位僅有時要施

圖九十七 藥

科司提烈氏鉤



麻醉將臀部壓上後方行之又臀部若已下降則手指得容易到達前後之鼠蹊溝少有依側切

開術擴大腔入口使後方手指插入容易者亦有之

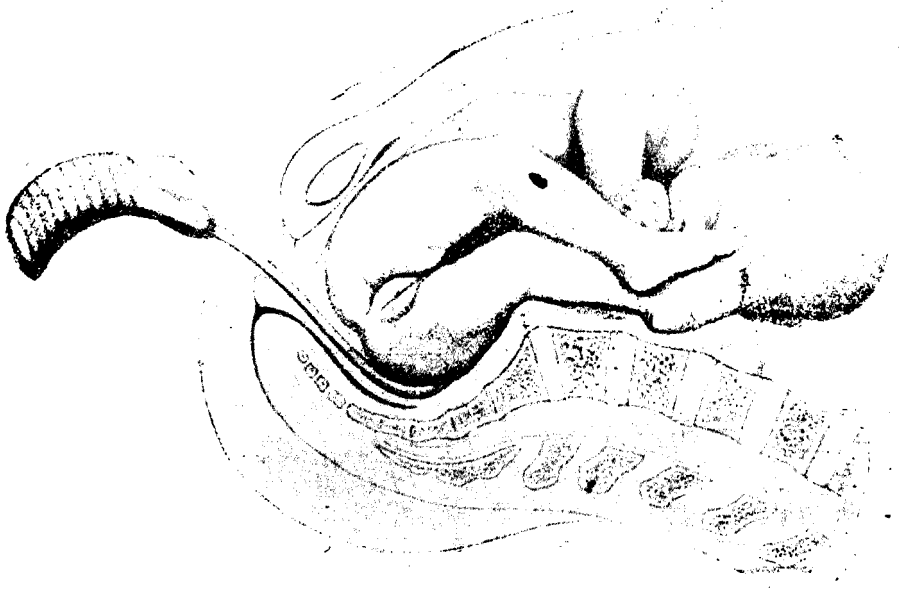
第

八

十

圖

科司提烈氏鈍鉤使用之圖



又有創是說者即臀位尚有移動性時則速行預備的變爲一足位以避挽出之困難然是大可不必僅於以後認爲有挽出之必要時如母體之輕度熱發臍帶脫出假死之初微時行之可也否則可靜置之而聽其自然其他骨盤端位挽出術應注意之事項摘記之如左。

(1.) 胎兒可把握之處所前記之各部分外他之部分關節宜避免之

(2.) 把握胎兒之一部須用殺菌布片被之而把握使其不至滑脫。

(3.) 牽引四肢之際，毫不可為捻轉，有時胎兒自為回轉，宜順其勢而利導之，決不可為反對而強其回轉。

(4.) 挽出之手段，宜迅速，蓋臍部挽出後，則臍帶之壓迫甚，胎兒屢起生命之危險，故施術之全經過中，使介助者由腹壁壓迫子宮可也，因是可減約術者之筋力，且得維持頭部及上肢之正常姿勢。

骨盤端位挽出術之豫後

母體之豫後佳，良其死亡不過一%。內外胎兒之死亡一五——二〇%。多因於臍帶壓迫，假死而挽出費時甚長，依此而預後往往不良。今依范默周拉克氏之統計如左表。

足位挽出術之胎兒死亡 一五·五%

回轉後之足位挽出術之胎兒死亡 二〇·〇%

臀位挽出術之胎兒死亡 二六·〇%

其他該手術誘發母體及胎兒種種之損傷，其重要者如左。

(A) 母體損傷

(1.) 子宮頸管破裂 子宮口之開大不完全，強挽出之而發生是傷，特於前置胎盤、頸部組織脆弱之時尤多。在分娩要速了先從事於子宮口全開大，而後行挽出，注意行之，至挽出肩胛起，頸管破裂者甚少。蓋胎兒身體向上方漸次增加其容積，子宮口亦應之而擴大，但肩胛挽出後

一旦人爲的開大之子宮口再行縮小絞挫胎兒之頭部以妨兒頭之通過此際強行挽出之則招子宮口之破裂殊甚且至於波及骨盤結締子宮口之動靜脈斷裂起多量之出血故頭部挽出露出于子宮口唇陰門須注意避其破裂該手術之適示症因爲母體之時假令胎兒死亡亦暫時猶豫擴大子宮口後爲良單純外子宮口不擴大則得切開挽出之但內子宮口及頸管尙存則甯不切開只徐徐牽引頭部以促其開大顏面則速出之于腔內口鼻載之於手掌而使得呼吸頭蓋則待子宮開大後方挽出之可也

既已破裂其出血之多少當然關於子宮動脈之斷裂如何通常用沃度仿謨紗布以栓塞裂口及腔穹窿且加腹壁以壓迫得制止之血量多則須縫合裂口。

(2.) 會陰破裂 初產婦腔入口狹隘且組織之展伸力亦少屢易起腔壁破裂特於會陰破裂牽出過早或上肢解出困難須插入全手多起損傷故牽出宜緩徐又裂傷到底認爲不能免時則施側切開術爲良。

(3.) 骨盤離開 稀於牽出頭部之際用強力起尾骶骨之骨折或恥骨縫際之離開是等手術若爲正軌得避去之也

(B) 胎兒損傷

在用手挽出術胎兒之損傷恆發於下肢軀幹及頭部

(1.) 下肢之損傷

(a) 骨端離斷 當下肢之幹引而捻轉之時骨幹由軟骨性骨端離斷其治癒不良

(b) 關節損傷 把握下肢于關節部發是傷也

(c) 大腿骨折 當股關節屈側插入一指其壓迫加諸於大腿又反於術式以二指插入於鼠蹊溝其一指之壓迫大勢必加于大腿俱發是傷者有之其他一足脫出之際內手未達于下腿而逾鈎大腿亦然

(d) 皮下血腫 牽引時把握過緊而起但隔數日自然治癒

(2) 軀幹損傷

(a) 內臟破裂 軀幹挽出之際兩手把握之所起主為肝臟破裂胎兒由內出血以致於死

(b) 脊柱斷裂 軀幹之牽引誤其方向且用強力而起斷傷通常在骨部與軟部之間軟骨自己能健全少有頸部全斷裂而游離之兒頭殘留於子宮內

(3) 上肢損傷

(a) 上肢骨折及骨端離斷 上肢解出之際內手不至肘關節而鈎上膊所起

(b) 鎖骨骨折 依直接間接而壓迫所發前者表特氏法行之之時貼於項部手指壓迫而發後者上肢解出之際嵌頓於骨盤壁及胎兒軀幹之間上膊強牽引之而下所發

(c) 前膊骨折 稀有上肢解出之際前膊固定於軟部與骨盤壁之間內手壓迫加前膊之中央而發多共波及於尺桡兩骨但有時單在桡骨者有之

如上諸種之骨折發後良好約二週日間用副木固定之由假骨發生而癒合上膊及鎖骨骨折腋窩挾小綿塊且以固匪紉帶以固定上肢於胸廓

(d) 依兒蒲氏麻痺 上肢骨端不離斷而發生同一之症狀。行斐特氏法時手指之壓迫加於依兒蒲氏點該麻痺數日而自然治癒。久不癒者豫後不良。宜試用電氣療法。

(4.) 頭部損傷

發生於強力挽出在狹隘骨盤腔欲挽出過大之兒頭。

(a) 軟部損傷 皮下血腫及裂傷概基於腹壁壓迫頭部所致。

(b) 頭蓋腔內出血 骨盤腔狹隘頭蓋骨片相互之層重過度蓋腔內血管。特於靜脈竇破裂腦表面來出血多與骨折同發。

(c) 後頭骨骨折 牽引頭部甚急而其變形機不得展鱗狀部與基底部離斷此際延髓多被損傷死亡者多。

(d) 顱頂骨陷凹 骨盤入口狹隘牽引頭部甚急而起之陷凹不至骨折自能治癒。但此現狀維持永久者亦多。幸而治癒經過亦長。

(e) 下顎骨骨折 行斐特氏法插入於口腔內之手指不達舌根而牽引力過強故起下顎骨骨折。

第十章 胎兒縮小術 Die zerstückelnden Operationen.

胎兒縮小術者將胎兒之身體破壞縮小之使之容易挽出於自然產道之謂也。是分為穿顱術與截胎術二者。該手術通常胎兒過大或骨盤狹窄。要使其有分娩之可能而在母體有生命之

危險須速了其分娩亦施之。又或胎兒之死後宜速其分娩以免母體損傷亦施此術。

第一 穿顱術及克南俄克喇斯度挽出術（一名頭鋏刺頭器挽出術）

Perforation und Kranioclaspie.

穿顱術係穿孔於胎兒之頭部排除腦質得應產道之形態及廣狹變形縮小故一稱之曰除腦術 *Enthirnung*。克南俄克喇斯度挽出術係用克南俄喇斯度器械將穿顱之兒頭壓迫把持而挽出之謂也。

適示症

穿顱術適用之諸症如左

一 中等度之狹窄骨盤

高度即絕對的狹窄骨盤不關胎兒之生死非依可汗切開術無娩出之道然中等度之狹窄骨盤頭部先進且營變形機到底不能通過產道生活胎兒則施可汗切開術骨盤擴大術稀有回轉術以挽出者此等均不能時或胎兒死亡則不能不施穿顱術又頭部後繼時則用裴特及馬兒蘭氏法或鉗子術或併用懸垂位無效時生胎則用骨盤擴大術死胎則用穿顱術以縮小頭部爲常

二 軟部產道之狹窄

以前分娩時之損傷潰瘍性疾患或成形手術因之而子宮頸管狹窄及陰管癩痕性狹窄多伴妊娠之組織軟化或陣痛得以擴大否則人工的鈍性或血性得以行擴張若無效時且到底兒頭無通過之希望生胎則用可汗切開術但禁忌或死胎則行穿顱術又子宮頸管腔及其周圍發生腫瘍與前起同一之障礙他法不能除去時亦得用本法。

腦頭部之過大

三 水腫。頭部膨大輕度者先進時得依形機延長其縱徑而減其橫徑得遂其自然分娩若飲部後繼着依用手挽出術而得通過產道然高度者頭部全停滯於骨盤上或其一部竄入則非穿孔排泄其液體不可。

四 異常頭向

顏面位及前額位頤或前額向於後方終無自然娩出希望稀有利用鉗子術得挽出者但無望時生胎則施可汗切開術死胎則穿顱術又後顱頂骨位回轉術無效時而可汗切開術及骨盤擴大術禁忌時亦可施穿顱術。

其他頭部後繼顏面向前方且頤部鈎合於恥骨縫際上緣回旋之亦不能離脫則要施穿顱術

五 要分娩速了之母體危險症

重症之子癩及內科疾患正常位胎盤之早期剝離俱要分娩速了之症。若此時胎兒尙生存

則施回轉術用手挽出術或鉗子術等以救濟之。但子宮下部極擴大回轉術亦禁忌。鉗子術施行亦困難或不能可汗切開術又不肯則不能不施穿顱術及克南俄克喇斯度挽出術。反之胎兒死亡收縮輪舉上顏面位或前額位施鉗子術困難時則不若進而施穿顱術。

又後繼頭部子宮口尚小而又不能施血性擴大則當然施穿顱術。但多少分娩遲延無害時則徐徐用手挽出而遂子宮口之擴大為優。

克南俄克喇斯度挽出術胎兒為頭位分娩速了之適示症存在之時則於穿顱術之次行之無論矣。但單因機械的障害施穿顱術者別無行之之必要。蓋穿顱術既縮小頭部除去機械的障碍則依其陣痛得遂其自然娩出。若產道狹窄分娩遲延而要速了發此適示症者多且頭蓋腔流出之腦質或血液易於分解而惹起病菌傳染以致母體發生危險則不能不續行克南俄克喇斯度挽出術。又後進頭部施穿顱術時概以用手挽出得達其目的。然有時頭蓋骨硬固牽出之際受骨盤壁之壓迫不能縮小則亦有行克南俄克喇斯司之必要。

施術要件

(1) 子宮口近於全開大最小限度要有三乃四仙迷之直徑。

頭蓋穿孔之器械用二指保護而到於頭部故子宮口不能不要有三乃至四仙迷之直徑。且穿顱後通常用克南俄克喇斯度故子宮口不能不要通過穿孔之頭之大。雖其頭部縮小直徑達於七仙迷亦足。若子宮口不達其大度則於挽出之先得用鈍性或血性之擴大。

(2.) 骨盤不可呈絕對的狹窄

穿顱術亦須要自然能通過或得挽出之骨盤最小度骨盤要能通過兒頭之縮小度換言之真結合線在五五仙迷以下者是等狹窄骨盤不能應用穿顱術。

(3.) 軟部產道亦不可呈同一程度之狹窄

骨盤因發生腫瘍或形成癥瘍來軟部產道之絕對的狹窄剔去或切斷得除去之則適用於該手術否則不能不施可汗切開術。

施術時之準備

患者爲橫牀腎背位頭部尙位於高處時必施麻醉若下降於骨盤內則亦可不必要麻醉但須使產婦不知破壞胎兒恐發生精神感動但明了事理者不在此限。麻醉已成再爲精細之檢查確定其他手術之可能與否次陰門及腔之消毒用導管排尿方從事於手術。

此手術所用之器械穿顱器克南俄克喇斯度骨鉗子及洗滌嘴管等穿顱器依其構造而有剪刀狀與圓鋸狀之別。

(a) 剪刀狀穿顱器 縫合及顱門部之頭蓋穿孔適用之現烈格烈氏者用之甚廣該器全長

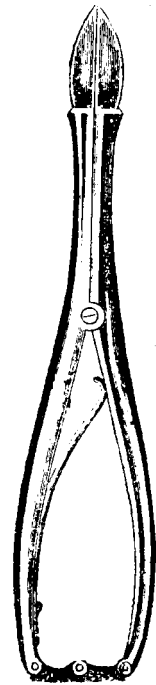
約三〇仙迷兩葉相並行以短軸互相連結壓迫把柄而刀部可以離隔刃部長四仙迷幅

二五仙迷刀鋒僅存於外緣尖端銳利他爲鈍沿其面呈輕度之骨盤彎曲刃部之基底具

一小隆起防過度刺入之用把柄之下端有關節妨礙裝置使刃部爲不隨意之離開

圖一十八

器顛穿狀刀剪



(b) 圖鋸狀穿顛器 適用於頭蓋骨質處穿孔是有種種

馬耳金氏穿顛器全長四〇仙迷下端為縱把柄上端備圓鋸直徑約二仙迷為周圍有可動性之保護鞘當器械之送入圓鋸收藏於內不至損傷母體軟體且圓鋸之中軸尖端為螺旋由鋸齒緣而聳出以固定穿孔之部位。

圖二十八第

鋸圓氏金耳馬

器顛穿狀

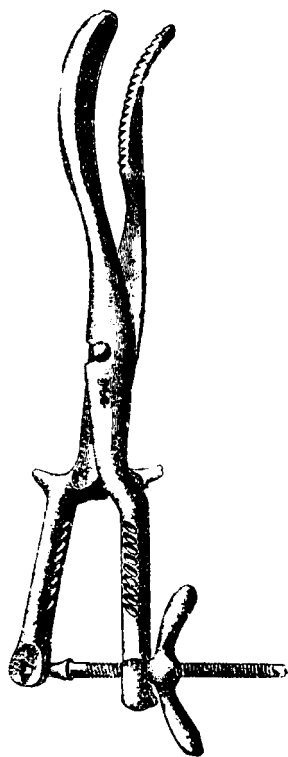


克南俄克喇斯度 有二葉式三葉式

(a) 蒲留氏克南俄克喇斯度(Brun'scher Kranz)為二葉式長四七仙迷狀如鉗子內外兩葉以德國式連鎖互相結合由連鎖部到匙部先端之距離二〇仙迷匙部內外葉之構造各異外葉匙沿其面呈輕度之彎曲長四仙迷幅二仙迷有穿孔肋骨向於穿孔內面具數多之鈍切痕內葉匙為實性與外葉有同一方向之彎曲其穿孔全得嵌入由此向內面

圖三十八第

器缺頭氏留蒲



刻有凸隆之切痕與全鏽目把柄如產科鉗子橫有鈎狀突起且末端備壓迫裝置以之使
內外兩匙得互相壓抵

(b) 王瑪赤威福爾氏克南俄克喇斯度 (Anward-zweifeld Krautikus) 爲三葉式一個內葉匙

端尖銳供穿顱之用把柄端備壓迫裝置外葉有二個其一個同於蒲留氏之外葉營其作

圖四十八第

氏爾福威赤特衛瑪王
度斯刺克俄南克福基



業他與前二葉共壓碎頭部與往時所用碎頭器 Cephalotripter 同其作用
骨鉗子亦有種種

圖五十八第

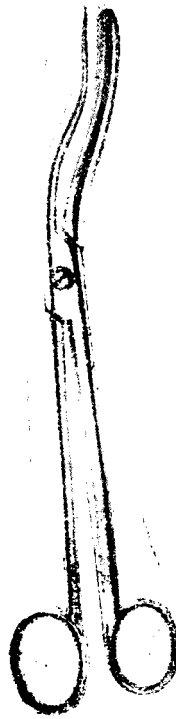
伯爾氏骨鉗子



圖六十八第

默斯那爾特氏

骨鉗子



(a) 伯爾氏骨鉗子 其先端為匙狀內面有數個短而銳的針。

(b) 默斯那爾特氏骨鉗子先端彎曲內面有橫行之隆線把柄有閉鎖裝置。

施術法

穿顱術及克南俄克喇度挽出術分頭部先進與後繼者各異其術式

(丁) 頭部爲先進之穿顱術及克南俄克喇斯度挽出術

術者坐於患者之兩脚間兒頭尙在骨盤上移動則使介助由外方壓入固定於骨盤內後用烈格烈氏穿顱器以閉鎖之狀態右手把持左手掩護刀部送入腔內更以左手示中二指或四指之介導將把柄沈下後方注意將穿顱器之尖端達於子宮口之中央至於所現出之頭蓋顱門

圖 七 十 八 第

護被手左器顱穿狀刀剪持把手右以
合縫具刺而蓋頭於達之



或縫合加兩三回之衝突樣運動則刀部全刺入次屈把柄處之關節且壓迫之使兩刀離開擴大其切創終閉刀部固定其妨碍裝置爲九十度之回旋再爲同樣之動作後再屈妨碍關節壓迫把柄而使刀端離開此際成爲十字形切創閉其刀部依左手之介導掩護拔去其穿顱器若

遇後顱頂骨位不能達到縫合顱門或困難時則將穿顱器之先端當於骨面爲兩三回之輕度回旋運動得容易刺入仍與前同一之法以擴大創口。

用圓鋸狀穿顱器時如次右手握其把柄左手掩護先端導之入於子宮口到達其處所現之頭蓋表面先以把柄向右方回旋則圓鋸之中軸螺旋刺入於骨質固定穿顱器再將把柄右旋遂鋸斷圓形之骨片終了被護穿顱器以左手而拔去之內指入於孔口探檢其孔口之大小及部位之良否。

穿顱之際器械與頭蓋表面而要垂直是宜注意若傾斜則其先端入頭皮與骨面之間不能穿孔更進將他處刺破頭皮現於外面波及母體軟部而起損傷者有之。

頭蓋穿孔既了必有少量之血液流出斯時若爲生胎則須破壞其腦髓特於延髓要娩出後不呈生活之現象用金屬製管或麥粒鉗子由穿孔插入內腔攪拌之爲宜死胎則不必要蓋山陣痛及克南俄克喇斯度使兒頭進入於骨盤內受骨盤與軟部之壓迫頭蓋內壓亢進其內容自能流出。

前額位及顏面位於穿顱術時用剪刀在眼窩處或前頭縫合處穿孔前者到達甚易尤宜擇該處行之有時用圓鋸狀穿顱器穿孔於前額骨亦便。

腦水腫要穿顱時用套管針右手把持之先端用示指掩護定其縫合或顱門穿刺之液體流出頭部自縮小。

先進頭部穿顱後直施克南俄克喇斯度挽出術爲常用蒲留氏格克南俄克喇斯度時如左之

第十八章

示滿留氏頭夾器之送入



兒頭骨盤上移動時先使介助者由外方壓入固定於骨盤內術者右手取克南俄克喇斯度之內葉匙部之凸面向胎兒顏面所在之處其先端用左手示中二指被護之而送達穿圓孔使其先端至於頭蓋底至與該部骨面相衝突乃以其把柄命介助者保持之後去外方頭部之壓迫使其與骨盤壁之間隙大術者更以左手之示中二指或四指插入胎兒顏面與母體軟部之間右手取克南俄克喇刺斯度之外葉如把握鉗子狀沿內手而送致之使兩葉連鎖部至

於嵌合此時外葉接於顏面部要使該部各骨片連結親密挽出之際不至有離斷之虞依之第一頭蓋位內葉之連鎖部而於前方第二頭蓋位向後方連鎖部之閉合既成回轉壓迫裝置匙部互相壓抵確實的把持頭部與否再施一翻內診檢兩葉之中間挾有子宮口唇腔壁與否若

第九十八圖

頭部鐵器送入以了其具磨迫
裝置而使兩葉接近之圖



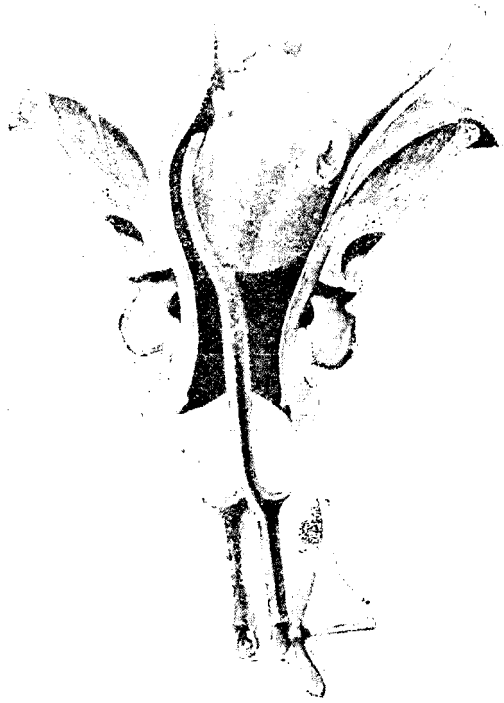
無之即以兩手握把柄如牽引鉗子狀行之其方向與骨盤誘導線一致本術頭部於上方者多初極力向後下方兒頭既降於骨盤口始如水平牽引露出於陰門把柄舉揚於前方

使顏面由會陰滑脫而出是牽引之間頭部極其延長且受骨盤之壓迫腦實質由孔口流出者多見之。

用三葉式之克南俄克喇斯度在最狹窄骨盤即以上之變形亦不能通過之時方用之但其插入多少困難行之之法先以右手握內葉左手介導之送入子宮口內未穿顱者即以其先端垂直於頭蓋表面為數回之回旋運動刺入於頭蓋骨既穿孔者則插入其孔口即可先端達於頭蓋底更向右方回旋刺入骨質而固定之次以小之外葉如前法插入接着於後頭部外面與內葉相連結且回轉其壓迫裝置使兩葉匙相接近後以內葉之把柄存在有一小橫桿使互相固

第十九圖

可頭鉗器完全固定頭蓋



法定終以大外葉送入當顏面或前頭部使與內葉相連結動其壓迫裝置而匙部互相接近後以小橫桿之介而固定之腦實質流於外方頭部甚縮小。兩手握把柄牽引於後下方同時為輕度之回旋使頭部之最短徑與真結合線一致既下降於骨盤內以後之牽引與前同。

又兒頭深下降於骨盤既施穿顱其挽出用克南俄克喇斯度不如用默斯那兒特骨鉗子為宜。其一葉入於頭蓋腔他葉當頭部表面把握牽引之若認為抵抗大時則代以手指右手之示指入於內腔。姆指接於表面而把握牽引之。

克南俄克喇斯度之插入不足時介在於兩匙間之骨部僅少當牽引之際骨片離斷克南俄

圖 一 十 九 第

以頭鉗器牽引頭部



克喇斯度有滑脫之事特於後頭骨連結鬆疎之部分及死亡後經過已軟化之胎兒頭蓋骨之連結鬆疎者亦有此弊又產道抵抗力大亦然也此際宜將克南俄克喇斯度之先端深達於頭蓋底且盡量之把握顏面若遇軟化兒則當不用是而代之以回轉術與用手挽出術或用齧合鉗子挾頭皮而其把柄擊以重錘依陣痛之力而挽出之

如以上之注意克南俄克喇斯度仍然滑脫再試之再脫以至於三四回離脫至於不能匙部接著之頭蓋則至於全無但底部尚存在則以外葉貼其邊緣內葉入於口腔內把握兒頭而牽引之有時用默斯那兒特氏骨鉗子行之能奏效者有之又骨折片離脫穿孔之邊緣呈尖

圖二十九第

壓器缺頭氏爾福威赤瑪王

圖之蓋頭定固縮



銳用白爾氏骨鉗子摧折之且除去其鬆疎連絡之骨片後方用克南俄克喇斯度挽出防其途中尖銳片刺傷母體之軟部故也倘以是不能把握頭部則用拇示兩指把持之試行索引無效時用回轉術用手挽出術試之但宜注意穿孔之骨緣損傷母體之軟部

(II) 後繼頭部之穿顱術及克南俄克喇斯度挽出術

骨盤端位軀幹娩出後頭部不得通過於骨盤故要施穿顱此際頭部概位於骨盤入口後頭部向側方時或有頤部鈎留恥骨縫際之上緣而後頭部而於後方又稀有頭部下降于骨盤出口後頭部接近於恥骨縫際之後面者有之

如斯之後繼頭部穿孔之法則在大後頭孔部爲宜先使介助者將軀幹牽引於後方後術者右手把持剪刀狀穿顱器左手之示中二指掩護之而入於脛內沿胸鎖乳頭筋之緣而進於上方至頭蓋底之直下刺入于項部切開皮膚及他之軟部組織乃以左手之示指送入孔口索蓋底與脊柱之隅角依其指之介導穿顱器之先端刺入其部戴域由後頭骨離斷露出大後頭孔

由此而腦質流出時或將軀幹舉揚於前方使密接於母體腹面而於側顛門處爲穿孔者亦稱便馬。

是穿顛術之後概用用手挽出術以挽出之特費用裴特氏法使介助者由腹壁壓迫頭部腦質流出頭部變形縮小遂能娩出或有頭蓋高度之化骨硬固難於變形用手挽出術不奏效者有之須用克南俄克喇斯度內葉插於後頭孔外葉當於後頭部把握牽引則頭延長得挽出之。

豫後

此手術母體之豫後決非全不良但比較上死亡者多是在一爲適示症之選擇如何關於死亡數諸家之報告各異亦威福爾氏曰三・三%紀格爾氏曰二二・七五%而手術之豫後不良則主爲病菌傳染與損傷前者如鉗子術後者則稍占多數卽刻死亡者稀有當其穿顛之時器械由頭蓋滑脫或誤其送入之方向或掩護器械之不完全故發生母體之切創或刺創特於前壁發生之損傷形成尿瘻者有之又缺刺頭器挽出術之際挾着頭蓋與母體軟部而牽引或牽引而滑脫俱足以致軟部組織之挫傷或裂傷有時頭蓋骨緣尖銳亦起母體損傷者有之其他子宮口小時而施牽出亦致破裂者有之。

第二 截胎術 Die Embryotomie.

截胎術卽將胎兒身體截斷縮小之得遂其通過產道之可能是有種種切頸部爲兩斷者謂之

斷頭術截斷其軀幹之脊柱者謂之脊柱截斷術。剔去軀幹之內臟者謂之內臟除去術。又有他種種之截胎法。但應用之極少。

通示症

(1.) 延滯性橫位

橫位肩胛先進深進入於骨盤內。且於此方之上肢脫出現於陰門。收縮輪舉上達於臍的高。度子宮下部擴大胎兒完全包容於其內。從之其壁菲薄。壓痛甚。產婦呈不穩脈博頻細。是名延滯性橫位。子宮破裂之危險殊大。其時胎兒亦被空洞筋之縮小。與劇烈之陣痛。蒙血行障礙而死。同時子宮內容物分解。羊水帶惡臭。內腔釀瓦斯之發生。此徵既現。欲預防子宮破裂。不可不速了其分娩。回轉術則有促進子宮破裂之憂。不能施然。捨截胎術以外無他法。

(2.) 斜位之胎兒瀕於死或死亡

斜位雖得施回轉術。但以多少之困難。胎兒既死或瀕於死之狀態。到底無救濟之望。則施截胎術以計母體之安全。外無他法。

(3.) 軀幹娩出之際發生的機械障礙

狹窄骨盤穿顛後。則克南俄克喇斯度出術。肩胛之挽出。覺困難時。則注意其廣徑。與骨盤腔之最長徑。換言之。在人口而為橫徑。廣部為斜徑。若至出口。與其前後徑。能取一致。回轉則得通過。產道無效時。則施截胎術。或不到達於肩胛。而要離斷頭部者。有之。但屬少有。

其他軀幹有種種之畸形如腫瘍或液體潴溜胸腹之膨大或重複畸形均使娩出不可能則捨截胎術以外無他法是迫於不得已也

截術要件

1. 骨盤及軟部產道不可呈絕對的狹窄

骨盤狹窄為高度真結合線五·五仙迷以下之短縮軟部產道同一程度之狹窄生熟兒縱截斷縮小亦不能通過如此則非可汗切開術以外無他法

2. 子宮口最小限度不可不有手掌大

截胎術前後子宮口須以全手插入截後要次第娩出之子宮口當然要擴大然此手術每具此要件若未擴大時則必施人工的擴大

3. 胎兒軀幹之先進部不可不進入於骨盤入口為固定

固定於骨盤內時施本術易且母體亦無損傷胎兒在骨盤上器械之深插入不易胎兒移動
施術困難此時施回轉術為良

施術時之準備

患者橫牀臀背位施麻醉陰門腔術手及器械嚴重消毒所要之器械蒲留氏鑰鉤紀寶兒度氏剪刀烈格氏穿顱器鈍鉤及流產鉗子

留氏鉤



留氏鉤全長三〇乃至三五仙迷之金屬桿下端具有長一六仙迷之橫把柄上端為銳角之彎曲其鉤部長三仙迷與長桿相對向內外共為平面邊緣頗鈍鉤之末端為球狀距長桿有二仙迷

亦威福爾氏碎頸器 *Zwilling'scher Tracheotome* 代用鉤鈍者為同形之二個鉤鉤長桿相並而連結把柄僅下端之一側存在而已

紀寶兒度氏剪刀強且長彎曲形（鏟狀）之剪刀把柄與裁縫用者同形

施術法

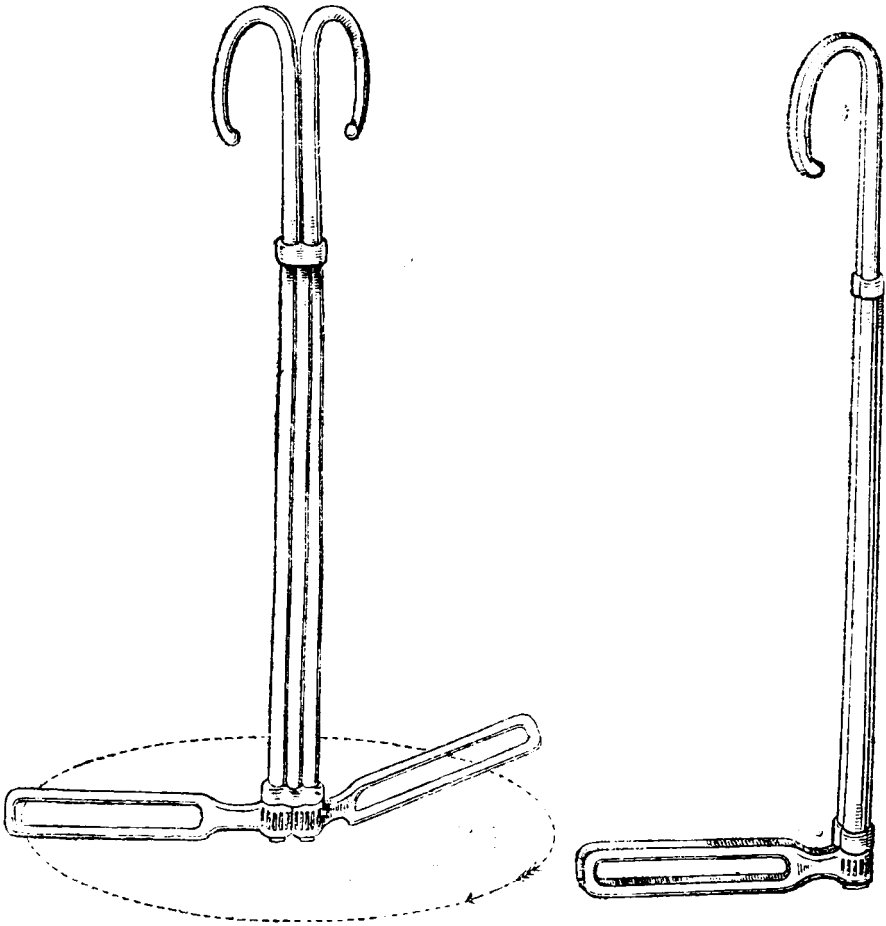
一 斷頭術 (Decapitation) .

此手術主用於延滯性橫位用鉤或剪刀以行之

術者坐於患者之兩脚間脫出上肢用回轉紐纏絡使介助者牽引向於患者之後面與胎兒足存在之一側後用對於兒頭偏於母體側之一手（第一體向右手第二體向左手）全送入於腔

第九十四圖

赤威福氏碎頸器
(nach D. e'lex ein)



內更以示中二指進頸部之後方拇指進前方把握之他二指密接於軀幹如斯牽下固定頸部

第一術頭斷
鉤倫氏留蒲入送



次以他手握鑰鉤之把柄沿內手將鉤部插入恥骨縫際與頸部之間其球狀端達於頸部之上向後方回轉且把柄向後下方牽引長桿與鉤之間挾頸部鉤部用內手示中二指被護之使其不損傷母體軟部即將鉤端兩三回向頭部回旋同時把柄牽引於下方頸椎脫臼更反復為同一之運動軟組織及骨之連系亦斷裂其間不絕的將不斷裂之部分刺於鉤內多不過八乃至十回之回旋運動則頭部完全與軀幹離斷又回旋運動之際頭部移動恐將緊張子宮下部破裂使介助者由腹壁固定其頭部為佳

胎兒軟化頸部之軟組織強韌鑰鉤不能切斷之時用時寶兒度氏剪刀以行之其際左手入腔內把握固定頸部右手持剪刀沿內手而達頸部刀尖垂直內手被護剪刀將該部之組織少許

第九十六圖

以鉤牽頭部
第二術頸頭斷



切斷漸及於他部軟部骨之連系俱至於切斷但有損傷軟部產道之虞非實用之物也。

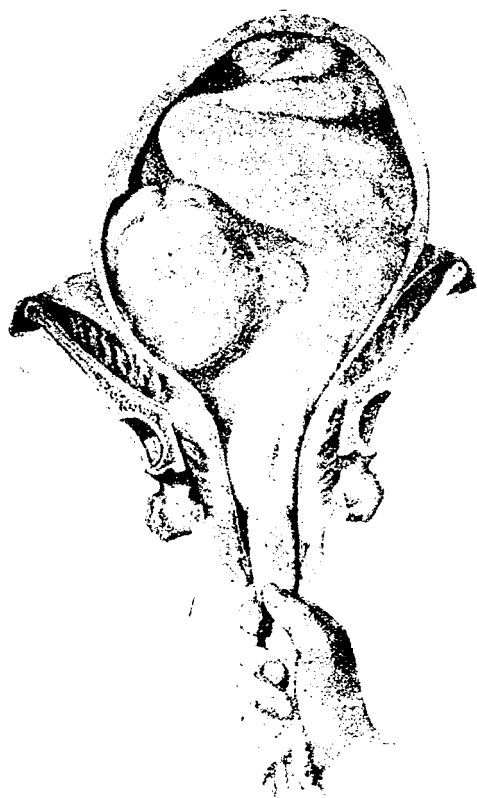
時有頸部與軀幹並行鑰鉤之動作甚難。則用脊椎切斷術或內臟除去術。

鍊刺頭器將頭部牽出之後軀幹分娩困難且頭部密接於陰門術手不能達於軀幹此時宜用剪刀截斷頭部。

斷頭之際決不可將脫出上肢切斷是不特施術上無便宜却將挽出軀幹之良把持點自喪失之也。

頸部離斷既了拔去鑰鉤牽引脫出上肢以挽出軀幹。頭部在骨盤上移動者多使介助者先由腹壁加以壓迫而使之固定於骨盤入口術者左手送入於腔內一指入于口腔。拇指貼於

幹軀出而肢上其牽後頭斷



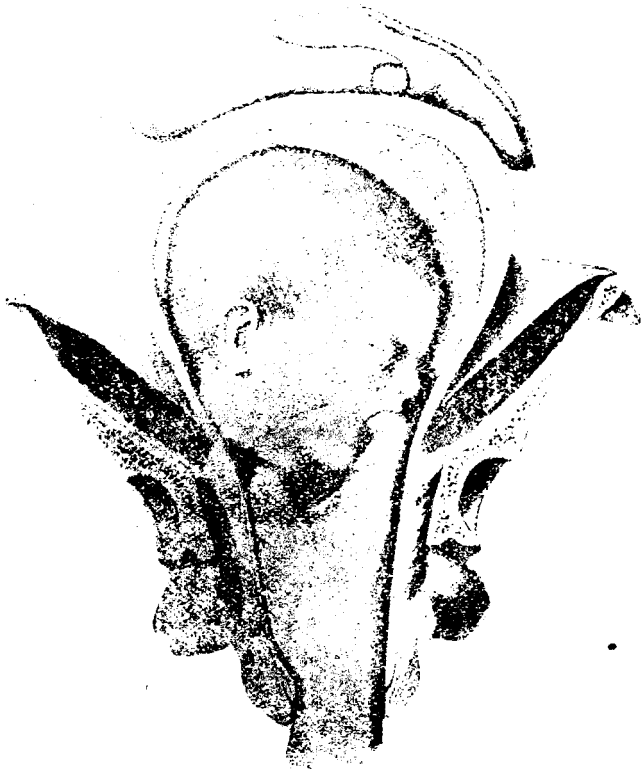
頸部斷端右手由腹壁壓下頭部以挽出之若骨盤狹隘如上之法無效則用鈹刺頭器之內葉入於後頭孔先須由外方固定頭部之後外葉當於後頭部以牽出之是又困難而分娩無速了之要則用繆沙氏鉗子鉤頭皮附以索條懸一重錘依陣痛而挽出之為宜分娩要速了則以銳鉤固定頭蓋底以牽出之其他兒頭若進入骨盤內偶然為後頭位時得用鉗子術但在骨盤上移動之時則不可應用。

穿顱頭部之離斷後其軀幹通常用于挽出解出其一股或兩股而牽引之得達其目的若困難時則以鈹刺頭器內葉入于胸腔內外葉當背部把握而牽出之。

二 脊椎截斷術 (Spondylotomie.)

第九十八圖

頭斷以後馬氏毀其出頭



延滯性橫位軀幹密接於頭部頸部殆與子宮之長軸相並行術手難於到達胸面或背而進入於骨盤之誘導線上斯時脊柱之截斷爲便行之之法。右手握紀寶兒度氏濟刀左手介導入腔而達脊柱先端垂直次以左手被護而切離脊柱進而將軟組織及肋骨亦爲少許之切離遂兩分軀幹而各別牽出

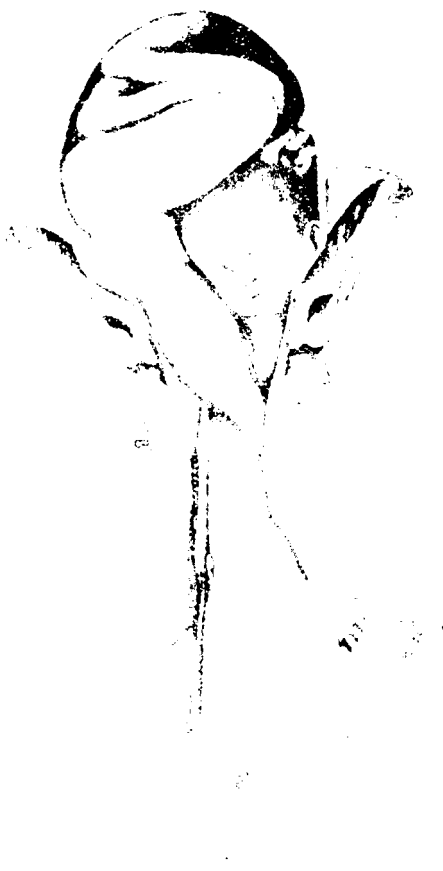
本法多不單獨施行與內臟除去術合併用之。

三 內臟除去術 (Exenteration, Evisceration.)

剔去胸腹內諸臟器使軀幹彎曲摺折容易挽出此際減少產道之抵抗其法如次
術者左手送入腔內其指端貼於現出的軀幹或在子宮口中央容易到達之部分右手保持烈格烈氏穿顱器沿內手而達於軀幹表面刺入該部離開其兩刃爲一線狀切創再閉合之爲九

第九十九圖

橫位時內臟除去術



十度回旋更開其刃爲切創作十字形若在胸面則必須切斷一二肋骨其孔口插入示中二指
牽出內腔之臟器必要時破橫膈膜除去隣腔之臟器或用手指不便時用伯爾氏骨鉗子或赤
衛福爾氏流產鉗子代之內臟除去完了軀幹容易彎曲孔口用手指或鈍鉤把持牽引之同於

重折挽出時或軀幹先進之部分向兒頭壓排臀部及下肢進入骨盤內後如自己挽出由頭部側方牽出之終乃挽出頭部若上二法困難時行脊柱截斷術兩分其材幹各半牽出之

四 他種之截胎術

有時軀幹之一部發育異常必須截胎術是正常胎兒則甚少概基固於畸形及子宮疾患其術式不一定故不期待分娩中起機械障礙施精密之內診察知異常之狀況則施適切之手術今舉其一二之例。

一 肩胛廣徑甚大通常之挽出法不奏效行鎖骨切斷 (Clavotomy) 以知縮之即右手握紀寶兒度氏剪刀依左手之介導其刃端達於鎖骨垂直於骨面而切斷之。

二 胸復部之膨大爲分娩障礙之因若液體滯溜則用套管針或穿顱器穿顱排泄其內容物例如胸水腹水心腎腫或膀胱擴張又腎部或頭部生之實性腫瘤不可不用剪刀切除之。

三 重腹畸形時用斷頭術切斷第二兒之頭部且須縮小其重複之軀幹則必再用內臟除去術。

豫後

截胎術施術若正確則豫後佳良然實際上則母體死亡者多又何故歟則因截胎之前先必已經施過種種之手術如內迴轉術等無效時方施此術故受傳染或損傷者不少

第十一章 可汗切開術 (Seitio caesarea, der Kaiserchnitt.)

可汗切開術者切割子宮壁由其孔口娩出胎兒之法是分之爲腹式與腔式二種前者由腹壁而達子宮壁形成新產道後者由自然產道下部切開而娩出其胎兒

第一 腹式可汗切開術 Der abdominale Kaiserschnitt.

切開腹壁及子宮壁由創口娩出其胎兒故又稱爲腹壁子宮切開術多於生活之產婦施之少者有瀕於死或死亡後行之者此手術爲婦人科大手術之一術者當然要外科技能要嚴密之消毒與數多之介助者通常在病院行之非至急時不在病家行之
腹式可汗切開術胎兒娩出後保存子宮爲常規有時或剔去其一部或全部故又分爲保存的與根治的兩種

一 保存的可汗切開術 (Der conservative Kaiserschnitt.)

適示症

分絕對的與比較的

- (a) 絕對的適示症 生熟兒無論其爲生死不依本術不得娩出之謂也屬於此者如左
- (1.) 絕對的狹窄骨盤

狹窄骨盤之真結合線在五·五仙迷以下生熟兒雖破碎縮小亦不能通過骨盤腔施本術
抑在妊娠初期施流產

(2.) 軟部產道高度狹窄及閉鎖

軟部產道依種種之原因頭狹窄或閉鎖有時得依手術排除之但不能時不可不施可汗切
開術

例如 子宮頸及睦之癍痕性狹窄廣汎性癒着癌腫性浸潤

骨盤內固定之實性腫瘤 (癌腫肉腫軟骨腫纖維腫)

(b) 比較的適示症 自然產道通過非全不可能但欲得生活兒或宜速了其分娩之謂也屬
於此者如左

(1.) 中等度狹窄骨盤

狹窄骨盤但真結合線五·五——七·〇仙迷碎縮胎兒可以通過但得爲生活兒則不可
不施可汗切開術或骨盤擴大術

(2.) 要分娩速了之母體疾患

有子痲腎臟炎心臟疾患當妊娠末期及分娩初期母體有陷於窒息危險之虞要急速分娩
方能免除故施可汗切開術其目的在去軟部產道之抵抗現今腔式可汗切開術多因於此

(3.) 母體之瀕死及死亡

妊娠末期及分娩經過中卒然死亡或陷於瀕死之狀態胎兒尙生存不能不講救濟之道微

諸諸家從來之經驗，母體死後二〇——二五分間胎兒得維持其生命，故母體死後認胎兒尚得維持生存時，若產道之擴大已成，則施鉗子術或回轉術與用手挽出術，在妊娠中或分娩初期產道未擴大，則施可汗切開術速了分娩，又母體瀕於死之際，不能不得患者家屬之同意。

施術要件

一 母體之體力及營養狀態不堪手術不可也

本手術主在救母體之生命，當然要其體力及營養狀態能堪與否，但瀕死期志在救胎兒則爲例外

二 軟部產道不可有感染病毒之徵

此手術切開子宮壁不免有羊水污染創面及腹膜，依之羊水中含有傳染菌起創面之化膿及腹膜炎，故術前內診及分娩手術不可頻回反復，若破水已見發熱、脈博頻數、病毒感染之徵，已明是比較的適示症，則穿顱術可也，絕對的適示症則根治的可汗切開術可也。

三 胎兒要生活且須要有持續生活之能力

在絕對的適示症自然不問胎兒之生死比較的適示症，其目的在救濟胎兒，若胎兒已死則用危險少者穿顱術可也。

四 手術者要有外科的技能且通曉手術式

可汗切開術敢言非困難的手術但是開腹術往往有不能豫期之慮着且有大大出血不可不有處置是項之技能。

五 不可不有介助者及他之材料

介助者要理解消毒法器械綑帶通要無菌除不得已急時之外宜病院內行之其他無必要者但欲手術後之豫後良好其左之條件爲良。

六 宜發起陣痛

胎兒挽出後陣痛發起子宮之收縮佳良後出血之處甚少。

七 子宮口多少開大

子宮口毫不開大手術後惡露流出不便蓄積子宮腔內有使創面離開之虞

八 胎胞尙存在

胎胞存在子宮內感染病毒之事少胎兒之危險亦稀

手術時之準備

一 器械可汗切開術所要之器械與開腹術同其主要者如左

切開刀

數個

外科鑷子

二個

持針器

彎曲針

腹鉤

止血鉗子

數十個

直及彎剪刀

各一個

縫合線

(腸腺)

絹線

其他胎兒蘇生術用之氣管導管及浴槽須準備之

二 手術者及介助者之準備 手指與前膊之消毒嚴重且著無菌之手術衣用護護手套最佳介助者四人二人直接參與手術他二名麻醉及產兒之處置

三 患者之準備 全身浴後載之於手術臺上剃去陰毛行腹壁及外陰部之消毒此際刷拭過劇則起胎盤之早期剝離次誘發胎兒之假死宜注意徐輕行之消毒終後排泄膀胱內之尿以殺菌被布限割包被於手術領域手術著手前二十分鐘注射皮下以麥角劑使術後子宮之收縮佳良爲宜如上之準備成則施麻醉而著手手術又消毒更加確實在開刀加切之際腹壁皮膚塗布沃度丁幾

施術法

可汗切開術之子宮壁切開在體部或頸部施之

(a) 子宮體部切開法或名定型可汗切開術 *Kantagener Kaiserschneitte*.

子宮體部切開法從左之順序行之

腹壁切開 先沿白線以臍爲中央切開上下約十六仙迷在臍部切創稍彎曲於左方以避切

開臍窩皮膚與皮下結締組織離開動脈性出血者結紮之靜脈性出血用止血鉗子（白安氏鉗子）制止次縱切筋膜於正中線處直腹筋用鈍性的離開後筋層與腹膜之間入殺菌布片止血鉗子固定使皮膚與側方之交通遮斷今術者與介助者各以外科鉗子撮舉腹膜在其皺襞處切開腹膜穿孔口後左手示中二指入其中檢子宮腹膜間有無癒着依其介導用膝狀剪刀

擴大其孔口之上下

有時皮下及腹膜下之脂肪組織發育甚佳，良遠於腹腔，甚難宜延長腹壁之上下切創。曾施開腹術，白線有皺痕，則在其側方施並行之切創。

子宮壁切開 切開腹膜呈暗紫色之子宮前壁，既出其上下左右，送入殺菌布片，防腸管之脫出，兼限制子宮前面切創之範圍。該布片用絲條牽附金屬環，連於外方，防布片遺留於腹腔內。子宮前面為十二仙迷之縱切創，切開其壁，該切開宜迅速行之，但宜注意子宮柔軟，用力過強，恐損傷胎兒。

曾經受過開腹術，或可汗切開術之患者，子宮表面腹膜及腸管有癒着時，宜剝離之。多用手指為鈍性的剝離，亦有不得不切斷者。又尚子宮切開之際，先出之於腹壁外，其創口之大部，用止血鉗子閉鎖，且用殺菌布片被蓋，以防切開之際，羊水及血液流入腹腔內，且挽出胎盤。依外方之壓迫與臍帶牽引而得遂行免術手續於子宮內面，但此子宮露出外方，難保子宮表面無菌之事，不能謂此法為優，亦有強主是說者。

子宮切創亦有主張不施於前面，施於子宮底者。在兩側喇叭管端之間為橫行切創，能制減出血（佛立地氏）是亦不可賞用。蓋子宮創之縫合線脫落，有再離開之事。若在前面則子宮能與腹膜癒着，經過無害。若在底面則惡露流出泄於腹腔，其危險殊甚。但若前回之切開在前壁為其遺癢痕起見，在子宮底切開亦可稀有。子宮前面與腹膜廣為癒着，不能開放腹腔而切開子宮壁，豫後甚佳，良者有之。

卵膜破綻及胎兒挽出 子宮壁既切開。卵膜或胎盤現出。卵膜即破綻之。胎盤由子宮壁剝離。達於卵膜破綻之後。把握胎兒足部速挽出之。臍帶用止血鉗子結紮其二個所而切斷之。胎兒連與介助令其處置。

胎盤附着於子宮前壁時。胎兒挽出先須剝離。大量之出血者有之。故子宮前壁之血怒張。其喇叭管及圓公帶之附着點。轉移於後方。認胎盤附着於此。則須速行手術。但不必切子宮底及後壁。

胎兒之挽出既終。子宮縮小。胎盤自有剝離之事。否則用手剝離與卵膜共牽出之。

如上之經過中。常不免多少之出血。子宮弛緩。出血量甚多。則摩擦子宮壁。催起陣痛。無效時使介助者兩手把握絞搾子宮頸部。以講求止血。

又弛緩性出血。達於高度。如上之法無效時。則以沃度仿謨沙布栓塞子宮腔。而導之於腔內。且注射腎上腺精液於子宮壁。若到底不能止血時。則用鮑羅氏之手術。血管爲各個之結紮。子宮壁縫合 胎兒及後產挽出既終。可閉鎖子宮之創口。用彎曲針以深縫合絲刺入一側創緣之漿膜下。通全筋層而現於脫落膜之直下。更刺入於他側創緣之脫落膜。通全筋層而穿通。再現於漿膜下。各絲之間隔約一仙迷。若該縫合絲達於腹膜及脫落膜。則恐有沿其刺孔輸送病毒於腹膜之虞。深縫合絲既全送入爲結節。切其絲端。創緣尙有離開時。依淺縫合閉鎖之。終在漿膜創緣爲纏絡縫合而使之密著。

用於子宮壁之縫合絲。以絹絲歐美用腸腺者多。日本所出之腸腺難於緊縛。且吸收速。般痕

第 百 一 圖
 腹式可汗切開之腹壁切創
 上方為正型可汗切開術下方為恥骨
 縫際上可汗切開之切創



柔軟至次回之妊娠子宮壁有起破裂之恐不可用也

腹壁縫合 子宮創口閉鎖後送入腹腔內之布片去之且拭去血液及羊水後腹壁分層而縫合之使其以後不至於起脫腸宜注意之最初腸腺之纏絡縫合使腹膜創緣密着次用絹絲縫合筋膜皮膚創以天蠶絲閉鎖之又皮下脂肪組織着明者別以腸腺纏絡合之為宜皮膚之縫合既終創面貼殺菌紗布而施以綑帶。

(b) 子宮頸部切開法或名恥骨縫際上可汗切開術 (suprapubic suture Kaiserschint.)

腹壁切開 於陰阜之上方為約十五仙迷荷彎曲之橫切創切開皮膚下脂肪組織制止出血後筋膜橫切開而腹筋鈍性剝離僅向線部要剪斷筋膜創緣為結節縫合上方至臍下方至

恥骨縫際上部之皮膚固定之容易窺見施術部兩直腹筋爲鈍性離隔露出腹膜術者及介助者以外科鑷子在膀胱翻轉部之直上。撮舉腹膜穿小孔通剪刀擴大之而切開腹膜。向左右離開又直腹筋被腹膜則以腹鉤離隔之爲良。

第

百

一

圖

子宮壁縫合之狀態圖



子宮壁切開 子宮之下部露

出於腹壁。創口切開子宮漿膜

在筋層與鬆疎質附着之上界。

橫行切開其上創緣縫合於腹

壁下腹膜之上創緣以閉鎖腹

腔防腸管之脫出。勿使血液及

羊水流入腹腔其次由子宮頸

鈍性的剝離膀胱。推送於下方。

使頸部全現。在其正中部縱切

開爲十二仙迷之縱切創

胎兒挽出 子宮頸部既切開

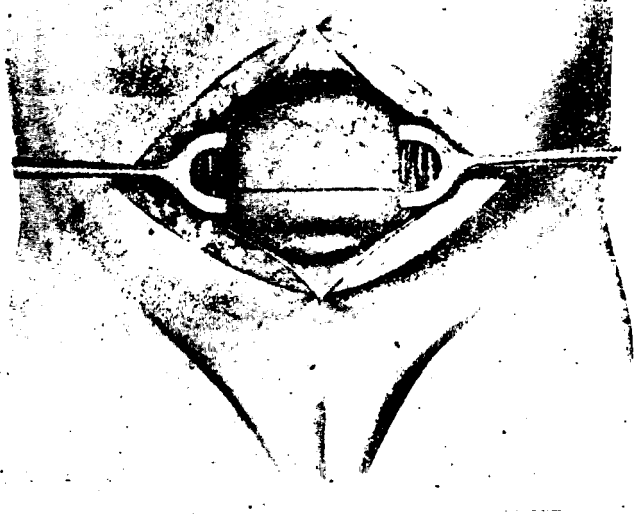
可見得胎兒之一部若爲頭部則由側方加壓迫使露出於創口次握之而牽出。其軀幹或鉗子

術亦可若爲下肢時則直把握而挽出之。胎兒既全部挽出。切斷其臍帶。速以付之於介助者子

宮縮小。胎盤用克烈德氏壓出法。數分間排出。其遲延者不可不用手剝離

圖 二 百 第

(一第開切汗可上隆縫骨恥)
的性鈍筋腹直開切之徑橫為膜筋及膚皮之壁腹
開切徑橫為所膜腹持保鉤以開離



子宮壁及腹壁縫合 子宮之創口先以貫通全筋層之深縫合以閉鎖之尙施纏絡縫合以被之次為結節縫合。子宮漿膜之創緣密着後。直腹筋用二三絹絲以縫合筋膜用纏絡縫合皮膚用天蠶絲為結節縫合以閉鎖之後悉與前同。

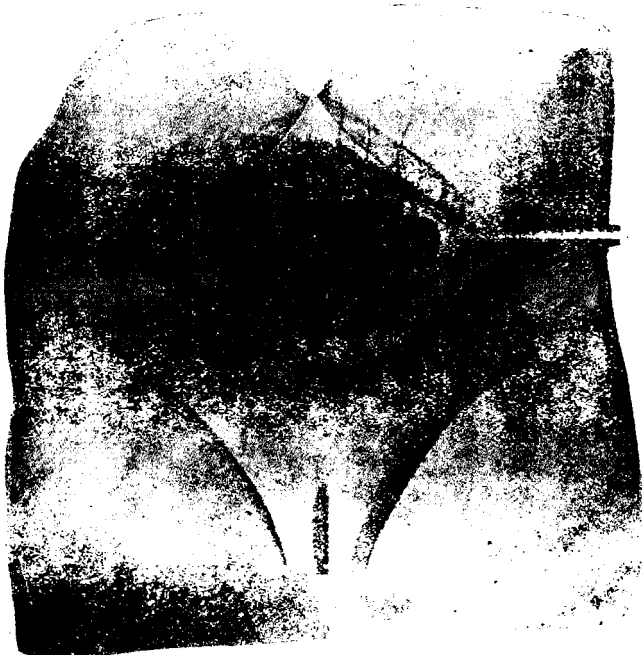
在排出期子宮下部擴大施本術時或全在腹膜外行之先將膀胱充一五〇瓦之液不切開

腹膜而離隔直腹筋膀胱由左向右。於子宮頸部為鈍性剝離切離左側膀胱帶。次以腹鉤牽膀胱向右方同時子宮漿膜亦由子宮壁而剝離。露出頸部前面此法在未染有病毒之確徵但破水既久而已施諸種之手術。有多少之疑。可適用之。因不與腹膜發生接觸故也。有時開放子宮創口。及結締織送入排膿管亦可。其他既有顯著感染病毒之徵施可汗切開術。腹壁在恥骨縫際上為縱徑切開其創緣與腹

圖 三 百 第

(二第術開切汗可上際縫骨恥)

緣創上之膜腹於合縫緣創上其開切徑橫爲亦膜漿宮子
部下宮子出露方下於肌膀移推



膜縫合之無間隙後方爲縱徑切開子宮壁。挽出胎兒及後產。且子宮創緣固定於腹壁如斯生一子宮腹壁瘦孔。插入紗布至子宮縮小。病毒已撲滅。後再閉鎖子宮壁及腹壁。就保存的可汗切開術而比較之前者。施術容易。速得遂了。在死後產婦要救濟胎兒。一般醫師得行之。又前置胎盤。避其附着面之切開。或腔固定術。而子宮下部有癒着時。施此法爲良。但後者有種種之優點。即皮膚切創爲橫走。在陰毛所在地。無發脫腸之虞。又不損失皮膚之外觀。特

於子宮創面出血甚少。蓋恥骨縫際上可汗切開術切創。爲乏血管之通過管。而又不遭遇胎盤附着面。其他胎盤依壓出而分娩者。多得避用手剝離。少傳染之機會。腸管不脫出。不起腹膜炎。震盪症。但施術比較繁難。子宮創癢痕薄弱。在爾後之分娩。恐起破裂之虞。有不利耳。

後療法

手術後。安靜仰臥八日間。若因

麻醉有嘔氣時則全不與食餌俟輕快後再使攝液性食物。至第二三日腸管排出瓦斯第三四日施以灌腸漸次移於常食。至第十日去縫合線既經二週日可命其離牀。又產褥中宜法意惡露之流出不良時宜管投以麥角劑且子宮頸管送入玻璃管其中使其導出爲佳。

二 根治的可汗切開術 (Der radikale Kaiserschnitt.)

適示症

前述可汗切開術之適示症俱可。子宮保存還納於腹腔反有誘起危險之虞。故施本術。其主要者如次。

一 子宮內容之病毒成染。

絕對的適示症可汗切開術之際。子宮之內容物含病菌保存之則有侵襲子宮壁及腹膜之虞。

二 生殖管閉鎖及高度之狹窄。

產褥中惡露流出外方不能蓄積於子宮內。漲開創緣。有漏入腹腔之危險。

三 骨軟化症

骨軟化症施可汗切開術時。摘出內生殖器。特於卵巢要摘出。因該病依卵巢摘出而有得痊癒之故。

四 子宮之惡性及多發性惡性腫瘤

癌腫或多發性筋腫施可汗切開術之際必將罹患子宮除去

五 弛緩性出血

施可汗切開術之際弛緩性殊甚他法不能制止宜切除其子宮體而結紮其血管

施術法

(a) 鮑羅氏手術 *Porro'sche Operation.*

本術爲切除子宮體部之術其大要切開腹壁及子宮挽出胎兒及後產之後將子宮體之周圍及血管斷絕由內子宮部切離之其斷端之處置有二法。

一 腹膜後斷端處置法鮑羅氏手術 (*Porro mit retroperitonealer Stillenanhangung*)

此法適用於內生殖器閉鎖骨軟化症筋腫及不能根治之癌腫其術如次。

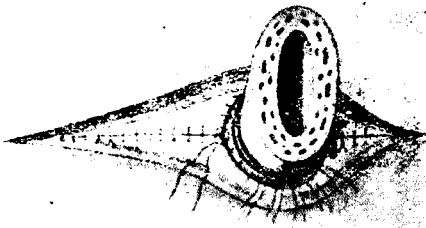
腹壁正在中線切開切創之下端至恥骨縫際次牽出子宮於腹腔外切開其壁挽出胎兒及後產同於通常之可汗切開術既終卵巢懸垂韌帶 (其內存精系動脈) 及圓韌帶共結紮切斷且在膀胱之直上之子宮漿膜加橫切創膀胱推移於下方子宮頸走側緣而露出子宮動靜脈後者纏絡結紮加橫切創於內子宮口部斷去體部現於創口之血管結紮之後於漿膜創緣者爲纏絡縫合而密接即先以一側之卵巢懸垂韌帶爲始達之於子宮頸部其斷端以膀胱腹膜被覆之而使之在腹膜後方更進而至他側之卵巢懸垂韌帶其間韌帶之斷端及結紮絲通被

之於腹膜其後腹膜及腔壁之閉鎖與前法無異。

二 腹膜外斷端處置法鮑羅氏手術(Dorlo mit extraperitonealer Stichelhandlung.)

本法適用於子宮內容感染病毒之時仍如前法切開腹壁牽出子宮其頸部縫合固定於腹壁創之下端腹膜使兩者之間本隙孔亦閉鎖其他腹膜創口子宮體全來於腹腔外皮膚筋膜之創口以布片被覆之。如斯切開子宮壁撓出胎兒及後產頸部之周圍用彈力性護管堅纏絡之上方斷去其子宮體且斷端用烙白金灼之後頸部穿通長金屬針防斷端退縮於內方終腹壁為縫合閉鎖斷端貼沃度仿謨。

圖 四 百 二
術手氏羅鮑
與合縫是以且膜腹合縫
合縫相膜漿之端斯宮子



後療法與保存的可汗切開術同其經過與前者無異但後者斷端清潔退縮須要時日以故恢復期要長且斷端附着之筋膜乏損以後有起脫腸之事。

(b) 子宮全摘出術 (Totale Exstirpation des Uterus)

本術適用於子宮癌腫及子宮頸部有敗血症性血塞易起膿毒症之虞前者摘出且罹患之淋巴腺及骨盤結締織亦須全除去之後者手術之際子宮內容要慎重注意不洩於腔內其術式初同於鮑羅氏手術之第一法先於腹壁在正中線為縱徑之切開其下端至於恥骨縫際上子宮出腹壁外切開之撓出胎兒及後產後結紮左右之卵巢懸垂帶而切斷之前方之漿膜在膀胱上方橫切且膀胱由頸部及腔壁上部為

鈍性剝離。次結紮側方之子宮動脈切斷之終子宮後方漿膜亦橫切開。露出腔後壁之上部。於腔壁上輪狀切斷全摘出子宮及附屬器斷端之出血部結紮之膀胱腹膜縫合於前腔壁斷端。後方腹膜縫合於後腔斷端。腹鎖扁韌帶橫縫合而閉鎖之與腹腔相通之腔管插入沃度仿膜。紗布導於外方縫合腹壁腔內紗布兩三日後除去之。

豫後

可汗切開術之豫後。善否雖依於術者之巧拙及適示症之輕重而手術時之傳染及損傷亦大有關係。以故根治的可汗切開術。母子之死亡數多。今徵諸家之統計母體之死亡數如左。

保存的可汗切開術(俄爾好生羅實爾蕭達氏) 手術數 死亡數 死亡率

(a) 正型可汗切開術 四五六 三〇 七%

(b) 恥骨縫際上手術 一六二 一一 七%

根治的可汗切開術(涂爾德氏) 死亡率

(a) 腹膜後斷端處置鮑羅氏手術 二三・六%

(b) 腹膜外斷端處置鮑羅氏手術 一六・五%

(c) 子宮全摘出術 一六・六%

手術時之傳染。由於含菌子宮內容物之漏泄與術者之消毒不全。如是而起。汎發性腹膜炎。則須再切開腹壁。送入排膿管。又根治的手術。由其斷端所存之含菌血塞。而誘發膿毒症。又損傷

主在腸管及膀胱手術正確自能避免既發損傷則速縫合之爲宜

胎兒之死亡由於假死者多分娩遲延麻醉藥更多是時死亡依之保存的可汗切開術胎兒死亡僅不過七五%根治者反達二二·%多云。

可汗切開術後再妊娠子宮壁之瘢痕離開破裂大出血者有之避之之法或人工的不妊法或行早期流產但其縫合精確得遂後來無反應的治療能防此不幸之事也。

第二 腔式可汗切開術(Der vaginale Kaiserschnitt.)

腔式可汗切開術爲忠生氏之創意由陰管切開子宮頸部就斯切口而挽出胎兒此手術與陣痛之有無與子宮口之大小無關係以故在分娩初期并妊娠中亦得行之

適應症

一 母體之危險狀態

妊娠中或分娩初期使母體有生命之危險症狀發生速了其分娩得除去之屬於此之諸症。

一 子癇

二 正位及前置胎盤之早期剝離

三 重症的肺腎臟疾患等疾患每常要分娩急速然亦有時用他之緩和處置如用美脫羅伊林特爾送入法乃至雙合回轉漸進的子宮擴大優良者多至極其重症則須急速挽出陣

痛存在。有病勢增惡之處。從其要件施腹式可汗切開術。朴治氏擴大術。或本術。

二 子宮頸部腫瘍

頸部既有腫瘍陣痛不能擴大子宮口。

(a) 子宮頸管腫

(b) 子宮頸筋腫爲臨機之處置

三 子宮頸管狹窄

先天性或後天性（潰瘍手術）起頸管狹窄擴大不能則依本術或腹式以挽出之。

四 後屈子宮嵌頓症

子宮後屈症。至於整復不成終且卵膜穿刺法不能流產。症狀驅於險惡。非施本術不能。

五 子宮頸管輕度擴大胎兒卒然現假死

子宮頸管輕度擴大胎兒卒然現假死之徵。熱望生活兒則施此術。

施術要件

一 骨盤不可呈絕對狹窄

本術在除去軟部產道之抵抗。骨盤不能遂其分娩則當然不能施術。

二 子宮頸部組織不脆弱又骨盤結締組織腔穹窿不能不有適當之展伸力。組織若係浮腫性

浸潤則甚脆弱。當牽引易於斷裂。骨盤結締組織腔穹窿乏展伸力時。則子宮腔部難於牽下。切

創又不能至於上方故爲本術所不許宜腹式切開術。

三 產道不可有病菌感染之徵

四 手術者要有外科的技能且通曉術式

雖較上容易然部位狹小有不可預料之合併症發生故宜熟悉。

五 介助者及其他外科手術材料不可不具

手術之準備

一 器械之準備 本術所要之器械

(a) 腔鏡及側板

(b) 球鉗子或明曹氏鉗子數本

(c) 切開刀數本

(d) 直及彎剪刀

(e) 止血鉗子

(f) 彎曲針及持針器

(g) 外科鉗子(二本)

(h) 縫合絲(腸腺及絹絲)

二 患者之準備 患者置手術臺上爲臀背位剃去陰毛陰門及周圍爲嚴密之消毒腔管洗

淨放尿殺菌布片限劃境域手術前二十分注射了角精催起陣痛如上準備既成則施麻醉

從事於手術

施術法

腔式可汗切開術依左之順序之

腔之側切開 經產婦腔管廣闊者。不必要切產婦則宜施腔會陰之側切開擴大之而易到達子宮之便。即術者與介助者各以左手之示指。入於腔內將後陰唇連合緊張。後切離於正中線稍偏於左方。由腔入口向肛門與坐骨結節之中間會陰之皮膚皮下脂肪織及骨盤底筋通同切離。又腔管狹小時。該切創向上方延長。達於腔穹窿。有動脈性出血結紮之靜脈性者壓迫制止之。且以紗布被創面。

子宮腔部之牽引固定 次插入腔鏡。露出子宮腔部。其左右兩側用球鉗子鉤牽引於下方至腔入口。又子宮頸管稍大時。則用美脫羅伊林特爾入於子宮腔內牽引其外端得達同一之口的。

前腔壁切開及膀胱剝離 此刻將內翻的前腔壁加縱切創下方去尿道口二仙迷。上方達於子宮腔部。則當切創下三分之一。現出膀胱之下界。即由切創之左右兩側。從腔壁剝離膀胱。且切斷膀胱及子宮頸部間相連之結締組織纖維。後為鈍性剝離。使子宮之全頸部及體部之下端遊離。

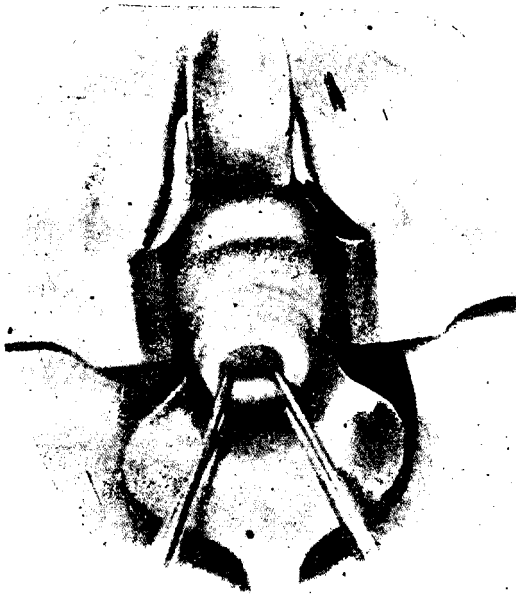
前子宮壁切開 在切開之前。送入前腔鏡。膀胱引退於上方。右手握直剪刀一葉。入於頸管內。他葉尚其表面。其前壁在正中縫。從下方剪斷。同時以球鉗子強牽引之。切創達腹膜之固着部。

而止此際膀胱與子宮皺襞之腹膜不要使其穿孔卵胞破裂羊水流出生毫無妨害前子宮壁之切開既終術者用全手或美脫羅伊林特爾入於子宮內檢切口之大小大可足以挽出胎兒不足之際更切開後子宮壁。

後腔及子宮壁切開 子宮腔部所鉤之球鉗子牽引於前方用後腔鏡壓抵腔壁使穹窿部內

圖 五 百 第

(一第術開切汗可式腔)
氏門西以後之壁腹側左開切
之引牽子鉗鉤單個二
(h. Hammers: hlag)



翻緊張後加縱行之切創。漸次以鈍性增其深度由子宮頸剝離腹膜終與前壁相同用直剪刀由正中縫下端切開進至於內子宮口之上方。此際注意不損傷腹膜。如斯子宮頸管切開後去腔鏡球鉗子挽出胎兒。

圖 六 百 第

(二第術開切汗可式檢)
 之脫膀開切開切縱施部中央壁膝前從
 明其層隆而壁管頸宮了出界下



(b, Hammers hrag)

胎兒及後產之挽出 胎兒之挽出法依其位置與骨盤之關係而異

(a) 頭部既嵌入于骨盤內否則由外方壓入行鉗子術。

(b) 頭部尚在骨盤入口上移動則用回轉術次施用手挽出

(c) 骨盤端位亦用手挽出

(d) 頭位若胎兒已死又無生活之望時施穿顱術缺刺頭器挽出術

如上當胎兒挽出時特於成熟兒須創口不至於再破裂注意之後產用格烈德氏壓出法以排出之為良急時則手指再行消毒施用手剝離法以挽出之有後出血則用麥角精注射行熱湯子宮腔灌注甚劇時則用沃度沃謨紗布拴塞之。分娩既終則閉鎖創口

切創之縫合 用腔鏡與球鉗子再露出子宮頸部動脈出血結紮之而縫合切創用結節縫合

密着子宮後壁之創面順次及於前壁與膀胱壁頸部與膀胱壁間生空隙則用沃度仿謨細片插置二十四時間終為陰門切創與會陰破裂為同樣之縫合

第七百零三圖

(三第術開切汗可式腫)
斷剪力上於移推離剝性鈍肌膀
極下之卵出露壁前管頸



(h. Hammersstübg)

產道有病菌感梁之徵則開放全切創插入沃度仿謨紗布又有摘出子宮之必要時分娩終後即行之。

後療法

無他維持創面之清潔經過良好二週日得離牀。

第 百 八 圖

(四第術開切汗可式啓)
創瘡及壁前管頸後了終場分
圖合縫部上之



(Oa h Hanne s-hug)

腔式可汗切開術之豫後

母體之豫後關於適示症之輕重與病菌感染及損傷之有無忠生氏之統計有一三・九%之死亡但損傷大抵發於膀胱及直腸又當胎兒娩出時子宮切創有更加破裂者是等施術得其正鞏固能避免已發則速縫合之其他子宮一部之縫合哆開續發內膜炎子宮頸部癩痕及膀胱轉位以後之妊娠及分娩經過發生障礙者有之胎兒之預後頗不良有三一%之死亡蓋本手術概不顧慮胎兒生命又嘗因母體有疾病危險及於胎兒之故也

第十二章 後產娩出術 (Die Nachgeburtsoperationen.)

胎兒分娩後三十分以內胎盤通常排出但有時排出過於遲延且出血大不可不以人工的促其排出胎盤殘留之原因如左

(一) 胎盤剝離之遲延

一 陣痛微弱

陣痛微弱已起於分娩第二期多持續至於後產期亦有至後產期而始發者例如膀胱充盈雙胎及羊水過多痙子宮過度擴大胎兒娩出遲延反之或過早特於手術娩出之後如是者多

二 胎盤之病的癒着

脫落膜呈炎症性肥厚加之海綿層組織硬固又或脫落膜過於菲薄竄入絨毛筋層因之胎盤之剝離至於困難

三 胎盤之位置異常

胎盤附着子宮前壁或後壁爲正規但有其大部分占居喇栗管角或側緣該部之筋層因發育不良加之胎盤附着更見菲薄後產期陣痛該部之縮小微弱故胎盤難於剝離

四 胎盤之形態異常

菲薄胎盤例如膜樣胎盤重複胎盤及邊緣性胎盤等其容量不能喚起強度之子宮收縮且自己之重量亦不得催進其剝離胎盤殘留全部附着於子宮壁毫不出血若一部剝離則斷裂之

血管不能閉鎖出血殊甚是為危險之合併症。

(II) 胎盤之排出障礙

一 腹壓微弱

胎盤從子宮壁剝離一方仍賴腹壓作用向外方排出其微弱時胎盤娩出遲延有達十二時以上者。

二 子宮頸管之痙攣性狹窄

收縮輪或內子宮口為痙攣性之收縮起劇甚之狹窄時僅通過一二指雖然胎盤剝離終不能通過狹窄部而排出於外方。

第一 胎盤壓出術 (Expression placentae Crede)

適示症

一 胎盤剝離完了。而其排出遲延達二時間以上者。

胎盤雖由子宮壁剝離。而排出遲延子宮持續性不得縮小。往往來出血之虞。醫者不能離產牀患婦亦不能安眠故胎兒既娩出後二時間而胎盤剝離之徵明顯則試壓出術。

二 胎盤僅一部附着於子宮壁出血殊甚者

胎盤壓出術原來只可施於胎盤剝離後然後產期之出血殊甚不過胎盤之一小部附着而已行該術可促進胎盤之剝離。

施術法

術者以一手掌面在子宮底爲輪狀之摩擦陣痛發來則其拇指貼子宮之前而他四指貼於後面把握該部陣痛最劇烈時則向薦骨陷凹而壓迫漸增其力一回不奏效再三反復之其際膀胱充盈有先排泄尿必要

又出血多量如上之法無效時用兩手且施麻醉爲同一之方法行之。腹脂肪沉着或知覺過敏時以術手握子宮殊難又如羊水過多症子宮過大術手雖壓迫其作用僅及於子宮壁之一部。目的不得達仍依麻醉弛緩腹壁後行此手術爲良

第二 喀巴斯頓氏胎盤剝離法

本法施於後產娩出之遲延而在將施用手術前是以法先以消毒之靜脈注射器及生理的食鹽水五〇cc如注射靜脈之方法注入于臍帶靜脈臍帶靜脈大容



易注入選其上部爲宜。食鹽水注入後則子宮底比胎兒娩出時稍高。產婦暫時訴頭痛。子宮收縮胎盤得遂自然娩出。是蓋食鹽水注射入胎盤增其容積重量亦增加對子宮加以刺激之故。子宮爲急速之收縮而使胎盤娩出容易。

朱赤氏最愛用此法。并言此尙能得止血之效果。即食鹽水注射時胎盤之毛細血管充盈驅逐血液逆流于母體減其出血量。又胎盤之一部剝離時其被食鹽水膨大之胎盤壓迫子宮壁而出血亦得少量也。

第三 胎盤用手剝離術 Die Manuelle Placentarlosung.

用手胎盤剝離術係術手觸接子宮內面行之。雖然感染病菌之危險甚多。故終須忌避之。非至有左記之適示症而依麻醉或用出術不無效時方施之。

適示症

一 後產期的持續性大出血。

胎盤一部剝離來大量之出血。既一里特以上須速行排出胎盤。促子宮之縮小。不止血則陷於貧血死。先施壓出術無效時則施本術。

二 胎盤之持續性稽留

胎盤毫不剝離雖不出血。即亦直接受危害。稽留至於數日胎盤自起腐敗分解誘發創傷傳

染又一部剝離則發生大出血醫者不能不時監視故胎兒娩出後六時間胎盤尙無剝離之徵則用手挽出可也。

三 子宮破裂

子宮破裂之際胎盤通子宮之裂口入於骨盤結締織或腹膜腔不可不用手除去之。

四 胎盤之一部殘留

娩出之胎盤有缺損且出血殊甚摩擦之不能制止則胎盤一部殘留無疑此際用手剝離之。

五 子宮口痙攣性狹窄

本症屢出術無效時則須用手挽出。

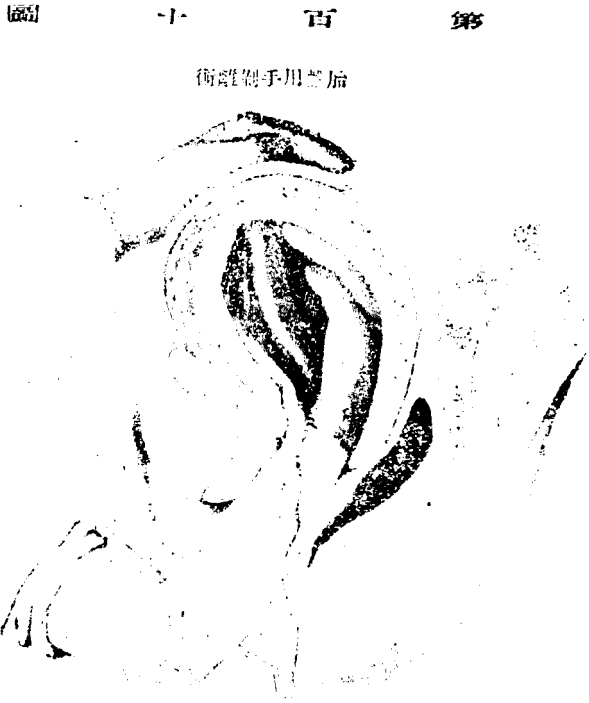
手術時之準備

患者爲橫牀臀背位嚴行陰門及腔之消毒排尿管放尿之後施麻醉但貧血高度者施麻醉有危害知覺缺麻不能行之又子宮內有病毒感染之徵要施本術時在胎盤附着面之血管暴露之先用五〇%酒精或一%來沙而液以洗滌內腔手腕消毒要特別嚴重用護謨手套特別良好安全。

施術法

術者坐患者之陰門前以一手握持臍帶輕緊張之他手送入腔內沿臍帶而進子宮內達於胎

盤之附着部外手放却臍帶貼於子宮底向內下壓迫胎盤之一部剝離時內手之尺骨側送入胎盤與子宮壁之間營鋸切樣運動將附着之部分徐徐剝離其間比較的要出多量之血然通常胎盤排出後自能制止又胎盤全附着於子宮壁時欲認知兩者之境界殊感困難是須先索胎盤之邊緣由該部用內手入於胎盤與子宮之間仍如前為同樣之動作內手正存於脫落膜



與海綿層內之時剝離全由鈍性行之硬固之結締織有索條要斷裂檢切者甚屬稀有或如遭遇此索條時則術手未在胎盤壁與子宮壁之境界間係在胎盤壁實質或子宮筋層內者多但胎盤病的癒着脫落膜索肥厚亦有非檢斷不可者胎盤全剝離後全手把握之且折摺之使其容積小行輕度之回旋運動通過腔管而挽出外方卵膜亦隨之剝離而出既剝離而出之胎盤視查其完否殆為不可能之事實只有挽出後再將

術手消毒送入于子宮內觸診其全內面有無胎盤片之遺殘有之剝離除去但子宮內面只胎盤附着面粗糙凹凸不平他皆平滑不可誤認胎盤附着面爲胎盤違行剝離則或至斷去子宮筋層之一部是不可不注意也。

胎盤全娩出用攝氏四〇——五〇度來沙而液洗滌子宮一催進子宮腔之收縮一使竄入子宮之病菌再行流出既終使患者安臥且注射麥角精使子宮持續性收縮爲良。

胎盤附着子宮前壁臀背位之內手難於到達使患者爲側臥位得達其目的胎盤排除後再爲臀背位以預防空氣栓子之危險。

在高年之頻產婦及胎盤之病的癒着反復時胎盤附着部之筋層甚薄剝離之際不注意即招子宮壁之穿孔如斯不關於子宮他部收縮與否該部弛緩時或翻入於腔內所謂胎盤麻痺症是也 (Paralytischer Phaenothelle)

因子宮頭管之痙攣性狹窄要用手挽出時該狹窄部僅通過一二指則施深麻醉順次送入一指擴大之至能通過全手則以全手送入子宮內胎盤既多剝脫則把握牽出之。

子宮破裂之際胎盤通過裂口而入於腹腔內或骨盤結締織內由壓出法不能除去則沿臍帶送內手達於裂口將剝離之胎盤把握牽出之同時外手牽引臍帶使挽出容易。

胎盤之一部殘留一手送入腔內示中二指伸入子宮腔內同時外手向子宮底壓迫內手內手觸診子宮內面索胎盤附着之粗糙面發見有附着之部分時宜爲鈍性之剝離此時不要誤胎盤附着面爲胎盤本身。

豫後

後產手術之豫後關係有無病毒傳染及損傷克烈德氏壓出術豫後佳良稀有過于壓迫腹壁發血腫者有之子宮壁弛緩若加以壓迫則起子宮漿膜及筋層之挫傷時或子宮壁之一部陷入腔內起子宮內翻症

反之用手剝離術血管及淋巴管富饒處大部斷裂開口子宮內面術手接觸外方及生殖器管下部所存在之病菌容易輸入從之起產褥熱者多故消毒不完全之時代母體因此手術而致死者多現今尙有一三%之死亡（魯孫達爾氏）其他因此術起種種之損傷子宮弛緩時胎盤剝離之際內指達於子宮筋層內斷去其一部更甚至於全子宮壁穿孔者有之又現穿孔而不知更伸出腸管之間誤認之爲胎盤而使之斷裂者亦有之又內手送入之際不沿臍帶而急速行之易使後腔穹窿穿孔且骨盤結締組織柔軟易於斷裂將子宮全部誤認爲胎盤全行離斷者亦有之是手術上之不注意在我國鄉村所謂收生婆致產婦之死命大部爲後產不出，手剝離犧牲者不在少數也。

附錄

避孕術（一名妊娠豫防術）

避孕之術本不屬於此範圍然近代社會進化之演進馬爾塞人口論之影響生活日以繁優種學復流行而避孕之希望者多扣醫師之門但若出於不得已時與其施人工中絕於既妊之後何若預防於未妊之前是亦本篇論載之微義也

適示症

一、婦女之血行器有重大障礙時

如心臟病心臟瓣膜病或其他疾患

二、骨盤絕對的狹窄

生熟兒當然不能通過即破碎之亦不能通過故宜避免妊娠

三、呼吸器有結核症特於肺癆尤然也

四、生殖器有腫瘍時如癌腫肉腫之類

五、曾受開腹術或可汗切開術者

施術法

一、他動的即醫師之治療行爲

所謂去勢術如卵巢摘出術輸卵管結紮術子宮全剝出術等是也。是等術式俱宜嚴重消毒依外科的方式施開腹術則可收一勞永逸之效。是等方法詳於外科及婦人科治療篇或詳於本篇之可汗切開術。

二、自動的即交接時避免精蟲之竄入子宮之方法

試術其二三

A 護謨袋被覆法 是有男性女性用二種

俗通稱之曰如意袋男子用者比較上操作容易女子用者則裝置袋時難於塞入子宮口而消毒亦不容易是非有素養不能操作也。

男用者則販賣上所裝入者每一次可使用一個多次則恐污濁而有破損之虞。女用者則稍硬韌裝置時須正當於子宮口交合時兩者均能防止精蟲竄入子宮而受孕不能。

然是於快感上有特殊不快處使用之者屢有不能滿意者。

B 射精中止法 即男子交合之時到情慾興奮旺盛之際在射精之一刹那間拔出陰莖射其精於外方然是或言恐起神經衰弱症於女性尤其而在交合極感愉快之頃拔出中止亦有所不能也。

C 酸性液洗滌陰法 在交合直後即以酸性液不斷的流注洗滌陰內部蓋酸性液能限

制精蟲活潑之能力或殺死之而洗滌的機械作用且能將精蟲驅逐出外是法能不忘履行或亦有避孕之可能也。

行是法有注意點二即（一）交接後速行之（二）洗滌時液無濃厚且無損傷腔及外陰部

現在有用X光線放射作用能使卵巢及輸卵管發生變化制止生育者有之是尙確實能奏效亦同於卵巢剔除子宮全剔除之永久有效將來或更有進步之避孕方法內服藥則不見有效并誌之。

新撰產科學全書 下卷終

