

56
209

醫學博士安藤一著

產婆學

卷下



始



56
209

醫學博士安藤一著

產婆學

下卷

醫學博士安藤畫一著



產婆學

下卷

大正
14. 4. 8
門文

鳳鳴堂書店發行

産婆學下巻目次

第一編 異常妊娠論

第一章 妊婦の疾病によりて起る妊娠の異常

常

第一節 妊娠と關係ある疾病—妊娠徴候

の病的増悪

一 妊娠悪疽

二 強度の靜脈瘤

三 強度の浮腫

四 唾液分泌過多症

第二節 妊娠中起り易き疾病

腎臓病及腎盂炎

脚氣

第三節 妊娠と關係なき疾病

目次

一 急性傳染病

二 肺結核

三 微毒

四 淋疾

五 心臟病

第四節 内生殖器の疾病

一 妊娠子宮の位置異常

(甲) 高度の前屈症—懸垂腹

(乙) 妊娠子宮の後轉症

(丙) 妊娠子宮の脱出症

二 子宮の畸形

三 子宮筋腫

四 子宮癌腫

五 卵巣囊腫……………三

第二章 胎兒又は其附屬物の疾病によりて起る妊娠異常……………三

第一節 葡萄狀鬼胎……………二四

第二節 羊水の異常……………二七

甲 羊水過多症……………二七

乙 羊水過少症……………三三

第三節 臍帶及胎盤の異常……………三三

第三章 妊卵着床の異常によりて起る妊娠の異常……………三四

子宮外妊娠(輸卵管妊娠)……………三五

第四章 妊娠中胎兒の死亡……………四一

第五章 妊娠の早期中絶……………四三

甲 流産……………四五

乙 早産……………五一

第二編 異常分娩論……………五三

第一章 母體の異常による異常分娩……………五五

第一節 産出力の異常……………五五

甲 陣痛の異常……………五五

一 陣痛微弱……………五五

二 過劇陣痛……………六〇

三 痙攣性陣痛……………六一

乙 腹壓の異常……………六三

第二節 産道の異常……………六四

甲 骨盤の異常……………六四

一 狹窄骨盤……………六四

二 過大骨盤……………七四

乙 軟部産道の異常……………七四

一 子宮口・頸管の狹窄及伸展性缺乏……………七五

二 腔・會陰の狹窄及伸展性缺乏……………七五

第三節 骨盤内臓器の異常……………七六

第二章 胎兒及附屬物の異常による異常分娩……………七六

第一節 體位の異常—横位・斜位……………七六

第二節 體勢の異常……………八五

頭位に於ける四肢の脱垂……………八六

第三節 胎兒發育の異常……………八八

一 過熟胎兒・巨大胎兒……………八八

二 胎兒の畸形……………九〇

重複畸形兒……………九〇

腦水腫……………九二

第四節 卵膜・臍帶及胎盤の異常……………九三

一 卵膜の異常……………九三

二 臍帶の異常……………九六

三 胎盤の異常……………一〇一

第三章 分娩中に起る合併症……………一〇一

第一節 軟部産道の裂傷……………一〇一

一 會陰破裂……………一〇三

二 腔の裂傷……………一〇六

三 頸管破裂……………一〇七

四 子宮破裂……………一〇八

第二節 分娩中の異常出血……………一一三

一 正常位に在る胎盤の早期剝離……………一二四

二 前置胎盤……………一二七

三 弛緩性出血……………一二三

四 子宮内翻症……………一二七

第三節 子痲……………一二八

第四節 分娩中胎兒の窒息及初生兒假死……………一三三

一 子宮内窒息……………一四

二 初生児假死……………一五

第三編 異常産褥論……………一五

第一章 産褥熱—創傷傳染病……………一五

第二章 生殖器復舊現象の障害……………一五

第三章 乳房の疾患及分泌異常……………一六

第四章 膀胱及直腸の障害……………一六

第五章 初生児の異常及疾患……………一六

一 先天性畸形……………一七

二 分娩による損傷……………一七

三 先天性微毒……………一七

四 初生児膿漏眼……………一七

五 臍疾患……………一七

六 丹毒及破傷風……………一七

七 鷓口瘡……………一七

八 初生児「メレナ」……………一七

九 胃腸疾患……………一八

第六章 異常なる初生児栄養法……………一八

一 乳母栄養法……………一八

二 人工栄養法……………一八

第七章 早産児及生活力微弱なる乳児の看護法……………一九

第四編 産科手術の概要……………一九

第二節 廻轉術……………一九

一 頭位廻轉術……………一九

二 足位廻轉術……………一九

第二節 用手挽出術……………一九

一 足位挽出術……………一九

二 臀位挽出術……………一九

第三節 鉗子挽出術……………二二

第四節 頭蓋截割術……………二二

第五節 截胎術……………二二

第六節 帝王切開術……………二二

第七節 子宮頸管擴大法……………二二

一 「メトロイリソナル」挿入法……………二二

(附)「コルポイリソナル」挿入法……………二二

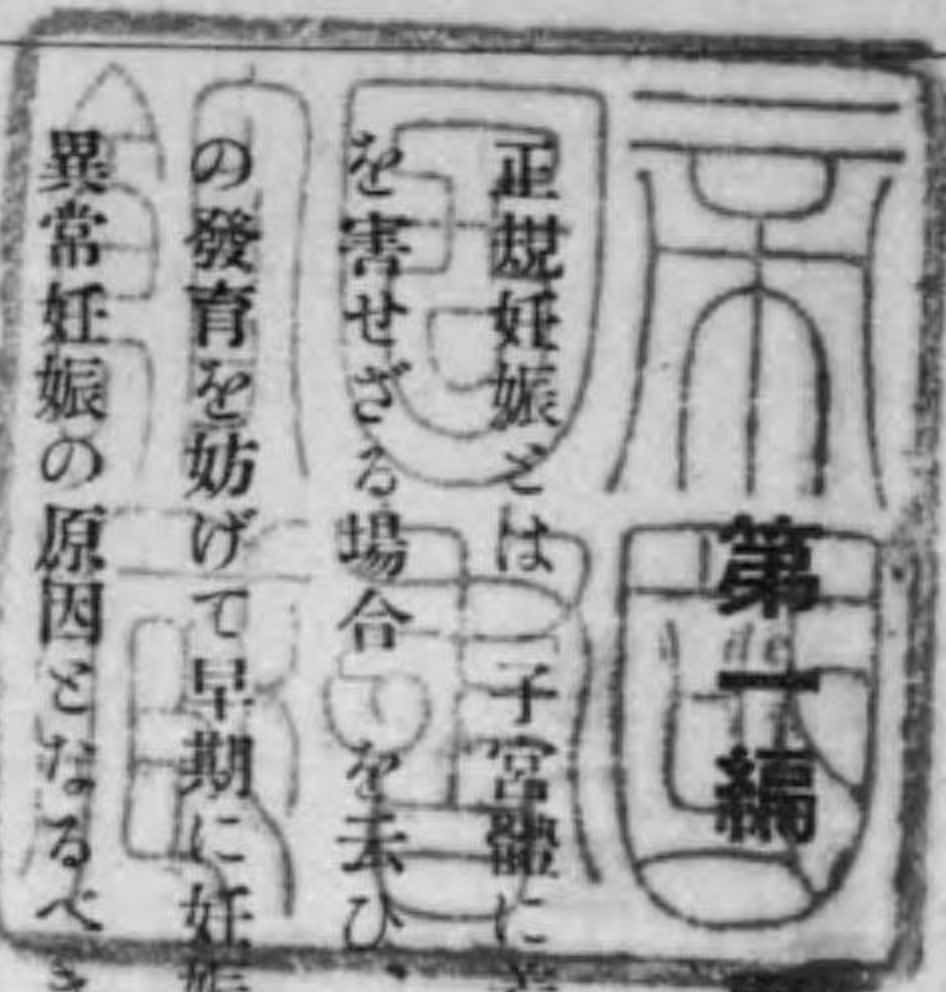
二 ボッシー氏擴大法……………二二

第八節 骨盤擴大法……………二二

第九節 胎盤用手剝離術……………二二

産婆學 (下卷)

醫學博士 安藤 晝一 著



異常妊娠論

正規妊娠とは子宮體に着床せる妊卵が第十ヶ月の終りまで發育を續け、且つ妊娠中母兒兩者の健康を害せざる場合を云ふ。異常妊娠とは「諸種の原因ありて妊娠中或は母體の健康を害し、或は胎兒の發育を妨げて早期に妊娠を中絶せしむるが如き場合」を云ふ。

- 異常妊娠の原因となるべきもの甚だ多きも、之れを左の三種に大別することを得べし。
- 一、妊婦の疾病によりて起る異常
 - 二、胎兒又は其附屬物の異常によりて起る異常
 - 三、妊卵着床の異常によりて起る異常

異常妊娠論

異常妊娠に對する産婆の責任。異常妊娠の處置は主として醫師によりて行はるゝものなるが故に、産婆は異常なることを可成り早期に發見して醫師に通告するの責任を有す。異常妊娠の診断は每常必ずしも容易ならざれ共、妊婦を診察するに當りては、常に周到の注意を怠らず、少しにても正規の状態又は経過に相違せる徴候を認めたる時は、たとひ異常なること確實ならずとも直ちに醫師の診察を乞ふべし。徒らに躊躇して時機を失ひ母兒の生命を危からしむるが如きことあるべからず。

第一章 妊婦の疾病によりて起る妊娠の異常

妊娠の正常なる経過を障害すべき妊婦の疾病を左の四種に分類することを得。

- 一、妊娠と關係ある疾病(妊娠徴候の病的増悪)
生殖器以外に起る諸種の妊娠徴候(例へば悪心・嘔吐・靜脈瘤・浮腫・唾液分泌)の程度は人によりて一様ならざれ共、之れがために妊婦の營養を害せざるを生理的となすこと既に其條下に於て述べたるが如し。然るに是等の妊娠徴候が此生理的限度を越えて増進する時は、茲に病的となりて妊婦の健康を害し又は其生命をも奪ふに至るものなり。
- 二、妊娠中起り易き疾病

妊娠と直接の關係はなきも非妊時よりも妊娠時に好んで併發する疾患あり。其主なるものは腎臟病、腎盂炎及脚氣等なり。

- 三、妊娠と關係なき疾病
諸種の急性傳染病・慢性傳染病(肺結核・梅毒・淋疾)心臓病等は妊娠とは全く無關係に妊婦を侵し得る主要なるものなり。
- 四、内生殖器の疾病

内生殖器の疾病中特に妊娠を障害すべきは子宮の位置異常及畸形・子宮筋腫・子宮癌腫及び卵巢囊腫等なり。

第一節 妊娠と關係ある疾病—妊娠徴候の病的増悪

一、妊娠惡疽

妊娠惡疽とは生理的なる妊娠嘔吐が病的に増悪して妊婦の營養を甚しく障害するに至れるを云ふ。妊娠の初期(第二—第四ヶ月)に於て悪心・嘔吐・食慾不振等の消化器障礙を起すは殆ど常に見る生理的現象にして、初期妊娠の診断上有力なる根據となすべき徴候なれ共、常に軽度にして妊婦の營養を害するに至らず、特別の治療を施さずとも自然に消失するものなり。然るに生理的限度を越えて増悪し病

的の妊娠悪疽となる時は、流動食又は固形食の少量をも直ちに吐出し、空腹時に於ても尚ほ嘔吐刺激持續して粘液性胆汁様の液體を一日數十回となく吐出す。胃部の疼痛と強き渴を訴へ、口唇及舌は乾燥し甚しき口臭を放ち、唾液の分泌増加し流涎に煩はさるゝこと多し。常に便秘を起し尿量著しく減少す。

以上の如き症状は適當の治療を加ふるにあらざれば自然に治癒することなく、永きに亙りて絶食し、妊婦は急に氣力を失ひて重病者の如くなり、速かに瘦せ衰ふ。脈搏は細小頻數となり時に熱發す。終には脳症狀を起して譫語を發し嗜眠狀態に陥りて死亡するに至る。故に本病を一名惡性嘔吐症又は「止まざる嘔吐症」とも呼ぶ。

本病の原因は尙確實ならざるも、妊婦又は附屬物より生ずる毒素が母體の血行中に入りて起る妊娠中毒症の一種なりと考ふる學者多し。生理的には、母體の血液に解毒作用ありて其中毒を免れ得るものなるが、異常に毒力強大なるか又は母體の解毒能力弱き場合には、中毒を起して惡疽となるものなりと云ふ。

本病を一種の神經病とみなし、殊に「ヒステリー」症を以て重大なる原因と考へたる舊き學説は單に一つの憶説に過ぎざれ共、一般に神經質の婦人が本病に罹り易きことは疑なき事實にして、本病の治療上注意すべき點なり。

處置 症状軽く精神狀態も明瞭なる輕症は産婆の適當なる處置によりて全治又は輕快せしむることを得るが故に、先づ左の方針のもとに自ら治療を試みるべし。

妊婦を成るべく閑靜なる別室に安臥せしめ、胃部に氷嚢を置き石鹼水の灌腸をなして充分に排便せしむ。尙ほ事情の許す限り家人(殊に近親者)を連れて、他人をして看護せしめ、妊婦を慰撫して精神を平靜ならしむるに努む。食物は冷却せる牛乳・重湯の如き流動食を少量宛數回に分ちて與ふべし。されど決して強ゆる可らず。

以上の如くして數日の經過を観察し、快方に向はざる場合は醫師の診を乞ふべし。然れ共脈搏持續的に一〇〇以上にして發熱あり、加ふるに脳症狀を有するが如きは甚だ重症にして豫後の不良なることを示すものなるが故に、機を失はざる様直ちに醫師の治療を仰ぐべし。

醫師のなすべき處置 醫師のなすべき處置法には種々あるも、其主なるものは隔離・排便灌腸・食鹽水又はリンジャー氏液の皮下注射又は注腸・胃粘膜の興奮性を輕くする藥劑の投與等なり。尙最後の手段として妊娠の人工中絶法あり。手術により胎兒及附屬物を除去する時は、甚しく重症ならざる限り、多くの場合急速に治癒に向ふものとす。

二、強度の靜脈瘤

妊娠時下肢又は外陰部等に靜脈の輕き鬱血怒張を見るは生理的にして特別の障害を起すことなしと雖、經産婦殊に數回分娩したる者に於ては時に其度強くなり、甚しく擴大迂曲して結節狀となりたる靜脈が相集りて絲綫狀となり、暗青色柔軟の腫瘤として皮膚面に膨隆するに至ることあり。多くは既に妊娠前よりありたる者が、妊娠と共に増大し後半期に達して殊に強度となるものなり。

下肢に生せる強度の靜脈瘤は重感又は牽引痛を發して歩行を困難ならしむ。一般に靜脈瘤に起る危険は其破裂と炎症の併發にあり。破裂は強き出血を起し放置すれば乏血によりて生命をも危ふくすることを得べく、靜脈の炎症は血液傳染の原因となり恐るべき膿毒症を起し得べし。

腔壁に生せる者は分娩時に破裂すること多し。

處置 腫瘤上の皮膚薄くして破裂の憂ある時は、成るべく摩擦せざる様注意せしめ、下肢なれば適當なる繃帯を施し夜間は脚を高くして臥せしむべし。若し破裂する時は醫師を招き、其來着する

までは清潔なる綿花又は「ガーゼ」を以て強く壓迫する様妊婦に注意しをくべし。

若し靜脈の周圍發赤腫脹して壓痛あるは炎症を起せる徵候なるが故に、安靜を守らせ脚を高くしてブリースニッツ氏溫罌法を施すべし、數日を経るも尙ほ疼痛去らざれば醫治を乞はしむべし。

三、強度の浮腫

妊娠時下肢殊に下腿に軽度の浮腫を見るは寧ろ生理的にして軽度の緊張感の外特別の障害を起すことなし。然るに其度甚しくなり下肢全部・外陰部及下腹部に廣がり、皮膚緊張して白色の光澤を發し指頭を以て壓する時永く陷凹を殘すに至るが如きは病的の浮腫なり。尙ほ進みて顔面(殊に眼瞼)及上肢にも現はれ著しく容貌を變化するに至るは重症なりと知るべし。

生理的の浮腫は主として増大する妊娠子宮が骨盤内を走る靜脈に壓を加へ、ために下肢靜脈血の還流

を妨ぐるによるものなれ共、強度なる病的浮腫は腎臟病又は心臟病に起因するものにして、疾患其者による危険あるのみならず、往々恐るべき子癇(後章)の誘因となり生命をも危くするものなり。

處置 下肢及外陰部のみに局限せる浮腫なる時は、先づ尿を檢査して蛋白質の有無を確め、若し蛋白を證明せざるか又は證明し得るも微量なる時は、長時間の起立を禁じ高度なる下肢の浮腫に對しては繃帯を巻きて壓迫すべし。若し此際多量の蛋白を證明するが又顔面にも浮腫を認めたる時は安靜を命じ直ちに醫師の診斷を乞ふべし。

四、唾液分泌過多症

妊娠第二―第四ヶ月頃に於て唾液の分泌異常に強くなり、常に妊婦を煩はすのみならず、食慾を奪ひて衰弱の原因となることあり。

本症は惡疽と合併するを普通とし、單獨に起ることは比較的稀なり。惡疽と同様妊娠中毒症の一種なりと云ふ。

軽度なれば食鹽水又は過酸化水素水を以て熱心に含嗽せしめ、若し輕快せざるか又高度なる時は醫治を受くべし。

□

子癇も亦妊娠中毒症の一種にして、妊娠と密接の關係を有し甚しく妊娠を障害するものなれ共、分娩

時に發生すること最多きが故に分娩論に於て述ぶることとす。

第二節 妊娠中起り易き疾病

一、腎臓病及腎盂炎

妊娠時は腎臓の機能障害を起し易くなると共に、既に罹れる腎臓病は妊娠によりて増悪せらるゝものとす。これ母體のみならず胎兒より發生する新陳代謝産物も加はりて腎臓を強く刺戟するによるものなり。

妊娠に特有にして炎症にあらざる腎臓病に妊娠腎又は妊娠性「チフローゼ」と呼ぶものあり。本症は多く妊娠後半期に起り分娩期に近づくに従ひて進行す。軽度の蛋白尿を起し下半身に浮腫を生ず。豫後一般に良好にして分娩後は急速に治癒するものとす。

腎臓炎は高度の蛋白尿と下半身のみならず顔面及其他の部にも浮腫を生じ、屢々胎盤に變化(早期剝離、白色栓塞等)を起して胎兒を死亡せしめ妊娠を中絶せしむることあり。又子癇の誘因ともなるものなり。故に前章浮腫の條下に述べたるが如く處置すべし。

尙ほ妊婦は非妊婦よりも腎盂炎(ピエラ)に罹り易し。妊娠性腎盂炎は右側に發生すること多し。悪寒・戦慄を以つて急に三十九度又は四十度の高熱を發し、罹患側の腎臓部に多少の自發痛又は壓痛あり。度

度戦慄を伴ひて著しき弛張熱(チチヨウ)となるか又は數日間の稽留熱(ケイリウネツ)となる。尿には多量の白血球(膿球)と細菌とを有するため多少共溷濁するを常とす。

妊婦に如斯き症狀を認めたる時は絶対安静を命じ、自發痛又は壓痛ある側を上にして側臥位をせしめ且つ其部に冰嚢を置き、多量の飲料(牛乳・平野水の類)を與へ、數日を経るも尙ほ解熱せざれば醫治を乞ふべし。

二、脚氣

一般に妊婦は脚氣に罹り易きものなり。妊娠に何等の障害を及ぼさずして唯分娩時に至り陣痛微弱を起すのみなることあるも、時として胎兒を死亡せしめ妊娠中絶の原因となることあり。又妊娠すること共に脚氣症を増進せしめ心臓を侵して母體の生命をも危ふくすること少なからず。

診断及處置 脚氣症の診断は産婆のよくするところにあらざるが故に唯「下肢に倦怠を訴へて浮腫・知覺異常(チカクイゼツ)(麻痺)を有し、加ふるに心悸亢進(シンキコウジン)ある時」は脚氣の疑を起し、早く醫師の診を乞はしむべきのみなり。

第三節 妊娠と關係なき疾病

一、急性傳染病

妊婦の疾病によりて起る妊娠の異常

妊婦も非妊婦と同様に種々なる急性傳染病例へば猩紅熱・腸「チフス」・痘瘡・「インフルエンザ」等に侵さるゝことあり。而して妊娠中に起りたる是等傳染病の経過は、一般に非妊時に於けるよりも悪性に於いて、肺炎又は敗血症の如き重篤なる合併症を發すること屢々なり、従つて母體の豫後不良なること少なからず。胎兒にも亦不良の影響を及ぼし妊娠中絶（流産又は早産）を來たすこと多し。而して先づ胎兒死亡し、之れによりて陣痛を誘發するため中絶する場合と、胎兒は死亡せず唯陣痛のみ起りて中絶する場合との二あり。

妊娠中不明の發熱あり、而かも附近に傳染病の流行あるが如き場合は直ちに醫師の診察を乞はしむべきこと勿論なり。

二、肺結核

妊婦の肺結核は妊娠中に發生すること稀にして、多くは既に妊娠前に罹れるものなり。換言すれば大

多数は結核婦人の妊娠せるものなり。肺結核と妊娠との關係は「結核症の妊娠に及ぼす影響」と「妊娠の結核症に及ぼす影響」の二方面に分ちて述べざる可らず。

一、結核症の妊娠に及ぼす影響　肺結核のため妊娠の蒙る影響は、重症ならざる限り左程甚だしきものにあらず。唯著しく衰弱せる者に於てのみ往々妊娠は中絶せらるゝなり。一般に結核患者の子女

には身體虛弱なる者多しと雖、母體內にて結核の傳染を受くことなし。即ち母體の結核菌は胎盤を通過して胎兒に移行すること能はざるものとす。然れ共胎兒は結核症に罹り易き素質を遺傳せらるるものなるが故に養育上に特別の注意を拂はざるべからず。

殊に産後結核患者たる母との同棲は傳染の危険大なるが故に、初生兒を母と隔離して養育すること肝要なり。

二、妊娠の結核症に及ぼす影響　肺結核を有する婦人が妊娠する時は其病勢は増進すること多し。又時に特別の症状を現はさざりし潜伏結核症が妊娠によりて活動性と變化することあり。たとひ妊娠中はさしたる影響を受くることなく経過するも分娩時の過勞により産褥に至りて急に増悪し死亡するに至ることあり。

肺以外に結核症ある場合も亦同様なり。殊に喉頭結核は妊娠によりて最著しく影響を蒙るものなり。故に妊婦に結核あることを知りたる時は、直ちに醫師に送り適當の處置をうけしむべし。

醫師のなすべき處置　醫師は病勢と時期とを考慮して人工的に妊娠を中絶せしむ。而して人工中絶は妊娠の早期なるほど有効にして後半期に於ては無効なるを常とす。

三、微毒

微毒に罹れる婦人の妊娠したる場合又は健康婦人が妊娠後微毒に罹りたる場合は、共に胎兒に微毒を

感染せしむるものなり。

母體より胎兒に至る微毒の傳染経路に關しては古來多くの學説ありたれ共、今日にありては「母體の血液中に生活する微毒病原菌（スピロヘータ、バリダ）が、受胎後に至り胎盤を通過して胎兒血行に移行すること」確定せられたり。父の微毒は先づ母體を感染せしめたる後始めて胎兒に移行するものにして、母體が健全なる限りは決して胎兒を侵すことなし。而して胎兒への傳染は妊娠後半期に於て行はるゝものなり。

微毒に感染したる胎兒の大多數（約八〇％）は子宮内に於て死亡す。微毒によりて死亡せる胎兒は數日又は數週間子宮内に留まり、羊水の作用をうけ後述すべき浸軟兒となりて娩出せらるゝこと多きを特徴とす。かくして母體の微毒は妊娠後半期殊に第七—第九ヶ月頃に於ける妊娠中絶の最主要なる原因となる。

少數の胎兒は成熟して生産するも、既に出産當時又は分娩後數週に至りて先天性微毒の徴候を現はし、間もなく死亡するか又は甚しく虚弱となる。

微毒に罹れる妊婦にして外診上少しも微毒性變化を認めず、浸軟兒を早産せることによりて始めて疑を起し、血清診断（ワッセルマン氏反應）によりて之を證明し得るが如き場合甚だ多し。故に産婆若し習慣性に早産をなせるか又は浸軟兒を分娩したる妊婦に接したる時は直ちに醫師の診断を乞ひ早期

に驅微療法を受けしむべし。

母體に行へる驅微療法は母體の微毒を治癒せしむるのみならず、胎兒の感染をも豫防し得るものなり。然れ共既に胎兒に感染したる後には効果なきこと多きが故に妊娠前半期に處置せざる可らず。

驅微療法として最主なるものは「サルバルサン」と稱する一種の砒素劑を靜脈内に注射し、水銀劑の塗擦又は皮下注射を行ふにあり。

四、淋疾

既に妊娠前よりありたる淋疾は、唯膿様の白帶下を多量に分泌するのみにて、特に妊婦を苦しむることなしと雖、妊娠中始めて淋疾に感染する時は組織甚しく柔軟なるため、非妊時には侵されざる腔及外陰部にも炎症を起し疼痛に苦しむもの多し。

母體の淋疾は妊娠中の胎兒に影響を及ぼすことなきも、分娩時に至りては恐るべき初生兒膿漏眼の原因となること上卷に於て述べたるが如し。尙ほ子宮頸管に限局せる淋疾は産褥中に於て上行し、子宮腔・輸卵管・進みては腹膜腔に入り産褥熱の原因となること稀ならず。故に妊婦の帶下甚しく膿様なるか、腔及外陰部に發赤・糜爛又は尖性「コンデローム」（鶏冠の如き形をなし）を認めたる時は醫師の診断を乞はしむべし。

五、心臓病

心臓病を有する婦人が妊娠する時は其症状増悪するを常とす。一般に妊娠時は非妊娠時よりも遙かに大なる心臓の働きを要するものなり。健全なる心臓は之れに堪え得るも、疾病に罹れる心臓は之れがため甚しき障害を蒙る。殊に妊娠後半期に至れば呼吸困難、「チアノーゼ」(顔面・四肢等に紫血を來し、胎兒は母體酸素の缺乏によりて終に死亡し、たし紫藍色を呈すること)高度の浮腫等起し、胎兒は母體酸素の缺乏によりて終に死亡し、妊娠は中絶せらるゝことあり。たとひ無事に妊娠を経過するも分娩時に於ける陣痛・腹壓・分娩後子宮收縮による血行の急變等は、弱き心臓に甚しき悪影響を及ぼし頓に死亡するに至ることあり。産婆若し妊婦に呼吸困難、「チアノーゼ」等を認めたる時は直ちに醫治を受けしむべし。

第四節 内生殖器の疾病

一、妊娠子宮の位置異常

妊娠子宮の正常位置は非妊娠子宮と同様軽度の前轉にして、後半期に於ては子宮體の前面は腹壁の凡そ中央に密接す。

妊娠子宮の異常位置としては高度の前屈・後轉及脱出の三種あり。

甲、高度の前屈症—懸垂腹

妊娠子宮尙小にして全く小骨盤腔にある第四ヶ月頃までは内子宮口の高さにて強く前方に屈折(前

屈)するも、爾後次第に増大し小骨盤より腹腔中に上昇するに及びては次第に伸展し僅かに前方に傾斜するのみとなる。これ腹壁の緊張は能く大なる妊娠子宮の重量を支へ其強き前屈を止むるが故なり。然るに左の二つの場合に於ては強き前屈を起すものなり。

(一)腹壁甚しく弛緩せる場合 甚しく弛緩して伸展性に富む腹壁は妊娠子宮の重みを支ゆること能はざるが故に、子宮體は増大するに従ひて益々強く前方に屈折す。従つて高度の前屈症は經産婦殊に多産婦に起るを常とし、初妊婦には甚だ稀なり。

(二)狭窄骨盤を有する場合 骨盤腔狭小なる時は前進せる兒頭は固定すること能はず、常に骨盤入口上に移動するため、妊娠子宮の前屈性強くなり腹壁を強く壓迫して、無理に之れを伸展せしむ。經産婦のみならず初妊婦に於ても亦同様なり。従つて初妊婦にて高度の前屈症を有する時は先づ、狭窄骨盤を疑はざる可らず。



妊婦の疾病によりて起る妊娠の異常

妊娠子宮が高度に前屈する時は、腹部は著しく前方に突出し、甚しくなれば直立位に於て子宮底は耻骨聯合よりも低位となり懸垂せる状態となり。

る(第一圖)。如斯き高度の前屈症を懸垂腹と呼ぶ。

高度の前屈症殊に懸垂腹は歩行及運動を妨げ、腹部に牽引痛を發し、分娩に當りては兒頭の骨盤進入を妨げ體勢の異常其他種々なる障害を起す。

處置 妊娠中より適當の腹帯を用ゐて前屈を防ぎ、分娩時に至り陣痛起れば直ちに仰臥位となし且つ頭部の固定するまでは陣痛と共に子宮底を上方に壓迫すべし。狭窄骨盤の場合は後章に述ぶるところに従ふべし。

乙、妊娠子宮の後轉症

妊娠子宮の後轉症は殆ど常に後轉子宮に妊娠せるものなれども、甚だ稀に前轉せる妊娠子宮が後轉せる場合もあり。

後轉妊娠子宮の運命 後轉せる妊娠子宮の大多數は、凡そ第三ヶ月頃までは後轉せるまゝ經過し一層増大して小骨盤を出づるに及びては自然に前轉(自然整復)し爾後正常の經過をたぐるものごとす。然れ共強き癒着又は其他の原因(例へば胎骨脚)にて自然に整復すること能はざる場合は流産するか又は嵌頓を起すに至る。

一、流産 後轉位に固定せられたる妊娠子宮は狭き小骨盤内に於て増大を續くること能はざるため終には流産によりて胎兒を排出するに至るなり。これ最普通に見る結果にして母體にとり寧ろ望まし

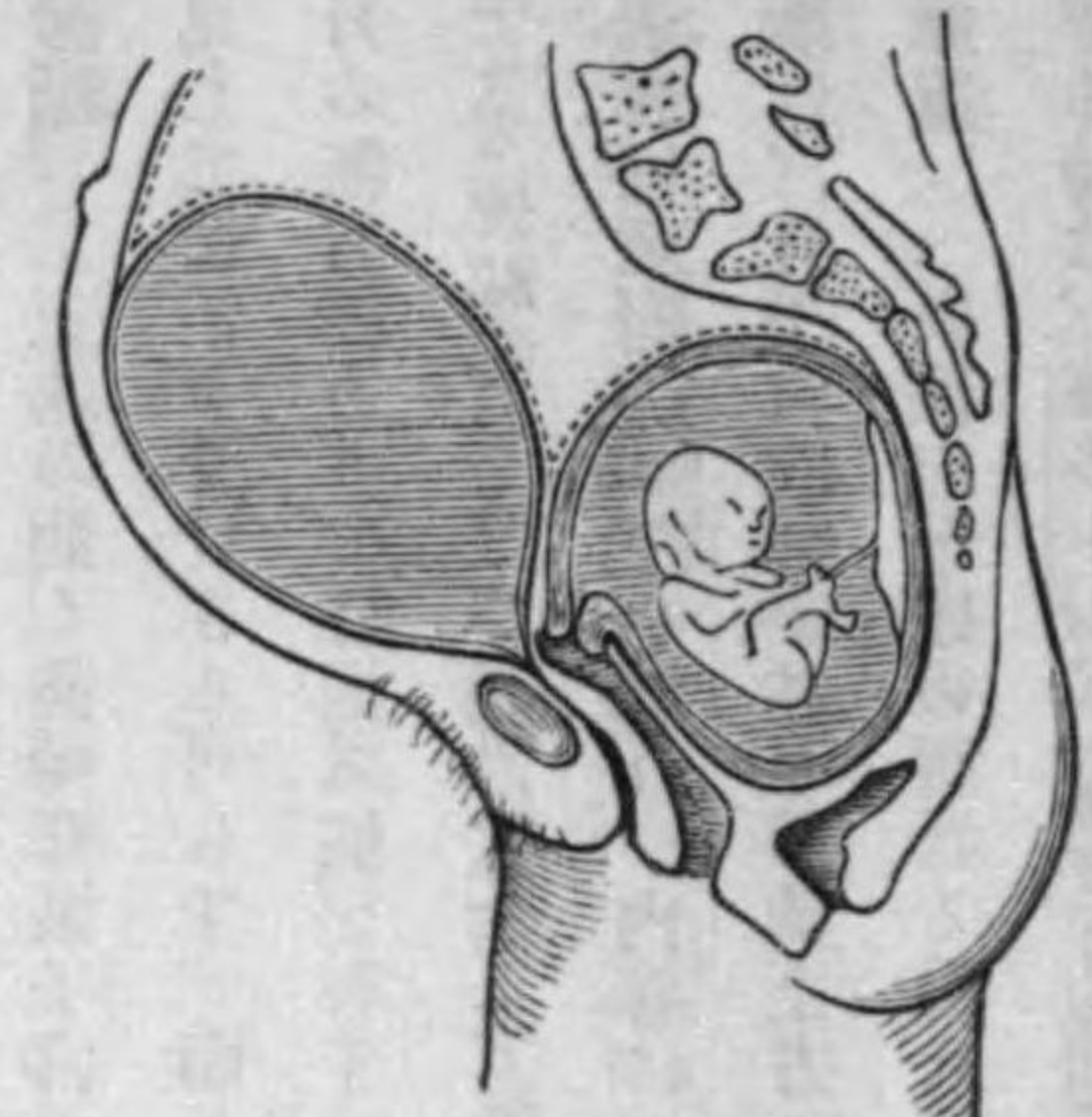
きところなり。

二、後轉子宮の嵌頓 若し流産せずして後轉のまゝ強いて妊娠を繼續する時は終に小骨盤内に嵌頓して甚しき膀胱及直腸障害を起すに至る。

嵌頓症状 妊娠第四ヶ月に至れば子宮體は全く小骨盤腔を充滿す。従つて膀胱は骨盤内にて膨大す

ること能はずして、尿の溜るに従ひて次第に腹腔内に上昇す。これと共に尿道は強く牽引せられ且耻骨聯合後面に接近せる子宮腔部のため強く前後に壓迫せらる(第二圖)。如斯き尿道の變化のため甚しき尿意を催すも隨意に尿を排出すること能はず。唯膀胱が極度に膨滿するに及び其内壓によりて不隨意に少量の尿を洩らすのみ。然れ共大部分の尿は膀胱

二 第 二 圖
妊婦子宮後屈の嵌頓



膀胱極度に充滿し其頂點は臍高に達し尿道は著しく牽引せらる

に残り極度に膨滿するに及びて再び不隨意に少量を出す。如斯き排尿障害を尿淋瀝と呼ぶ。而して極度に伸展せる膀胱の頂點は臍高までも達し得るものなり。直腸は後方に在る子宮底のために強く壓迫せられて排便すること能はず。瓦斯排出も亦不可能となり鼓腹(腸管の膨脹すること)を起す。かくして妊

婦は腹部の膨満感及壓感に苦しみ全身状態は次第に不良となる。此嵌頓状態を久しく放置する時は尿の傳染によりて膀胱炎・腎盂炎を併發し、次で膀胱底部は營養障害のために壞疽に陥り、進んでは腹膜炎又は敗血症となりて死亡するに至る。

嵌頓症の診断

上述の如く後轉妊娠子宮の嵌頓症は極めて危険の結果なるが故に、成るべく早期にこれを發見して醫治を受けざる可らず。而して其診断は産婆によりても比較的容易なり。

三―四ヶ月の無月經ありて妊娠徴候を有する婦人にして、排尿困難・甚しき尿意を伴ふ少量の不隨意排尿・頑固なる便秘等を訴ふる時は先づ本症を疑ふべし。而して外診により耻骨聯合上に波動を有する大なる囊腫様腫瘤(膨満せ)を觸れ、内診により後腔穹窿部に球狀に膨隆せる柔軟なる第二の腫瘤(後轉妊娠子宮)を觸れ、且子宮腔部が甚しく前上方に偏位せることを知れば診断は確定せられたるなり。

嵌頓症の處置

嵌頓症を確め得たる場合又は其疑ある場合は直ちに醫師を招くべし。若し直ちに醫師の來らざる時は、チラトソン氏「カテーテル」を以て注意して排尿を試みるべし。然れ共多くの場合其目的を達し得ざるものとす。此時は強いて排尿を試みる可らず。

醫師のなすべき處置

醫師は状態により或は整復術を試み或は人工流産をなして子宮體を縮小せしむ。

丙、妊娠子宮の脱出症

子宮脱を有する婦人が妊娠する時は、妊娠の進行と共に子宮體は上昇し、ために子宮脱は妊娠中治癒

したるが如くなり、分娩後子宮の收縮すると共に再び脱出するを常とす。

甚だ稀れに第二―三ヶ月の頃に於て強き腹壓によりて脱出することあり。此際直ちに整復するにあらざれば甚しき鬱血を起して急速に腫脹し、終に整復不可能となり流産を招くに至る。故に産婆もし脱出を認めたる時は直ちに臀部を高くして仰臥せしめ、「ガーゼ」又は綿花を以て子宮腔部を上方に壓し靜かに整復を試み、其不可能なる場合は醫師に手當を乞ふべし。

二、子宮の畸形

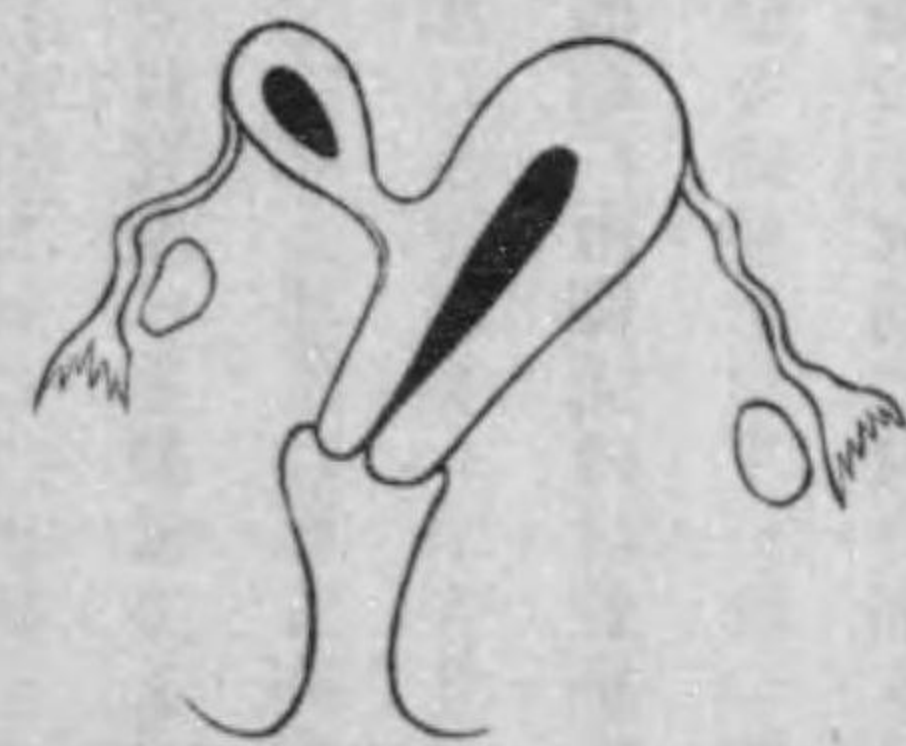
多種の畸形子宮の中に於て妊娠と關係を有するは重複子宮及痕跡的副角を有する單角子宮の二なり。(子宮及腔は胎生時の最初に存在するミユルレル氏管と稱する、左右二本の管の融合によりて發生するものにして、後中隔は消失して一本の管と變化したるものなり)

(一)重複子宮 重複子宮に種々あるも茲に述ぶるは完全に重複せるものにて、子宮腔は全く二つに分割せられ、子宮腔部も亦二個なるを云ふ(第三圖)。多くは腔も亦中隔によりて重複腔となる。

重複子宮の妊娠は多く一側にのみ起るものなれ共、稀れに兩側同時に妊娠することあり。前の場合は妊娠子宮は強く側方に傾き、後の場合は雙胎と類似せる徴候を呈す。時に流産又は早産することあるも多くは妊娠末期に達するものとす。分娩時は一般に子宮筋の發育弱きと、胎兒の位置異常起り易きことにより、陣痛微弱・弛緩性出血又は分娩困難等を起す。故に産婆もし腔に中隔を認めたるか



第四圖 副角有する單子宮 (Single uterus with accessory horn) (すせ通交は腔内)



二つの子宮腔部を觸れ得たるか又は妊娠子宮が甚しく側方に傾斜せることを知りたる時は重複子宮妊娠を疑ひて醫師の診断を乞ふべし。

(二)痕跡的副角を有する單子宮。 第四

圖に示すが如く一側のミューレル氏管のみ正常に發育して子宮(單角子宮)となり、他側のミューレル氏管の發育は甚だ弱く唯痕跡狀の副角となりて附着することあり。而してその内腔は互に交通せる場合と、然らざる場合とあり。若し正常に發育せる單角子宮に妊娠せる時は、甚しき障害なく一側にみに起れる重複子宮妊娠と殆んど同様の經過をこるも、若し副角殊に其内腔交通せざる副角に妊娠する時は(此場合精絲は單角の輸卵管より腹腔を過ぎ副角輸卵管に進入せるなり。之れを精絲の外遊走と云ふ。卵も單角側の卵巣より出でたるものなれば卵も亦外遊走を營みたるなり)輸卵管妊娠(後章参照)と全く同様の經過及所見を呈するなり。

三、子宮筋腫

子宮筋腫とは子宮の筋層に發育する硬き球狀の腫瘍にして、一個・數個又は數十個發生し、大きは指頭大より大人頭大までも及ぶものなり。子宮體に發生すること最多く、頸部に發生すること少なし。子宮筋腫は或は妊娠を障害し或は分娩を障害す。茲には兩者を併せ記述すべし

筋腫子宮に妊娠する時は往々流産又は早産を起すものなれ共、妊娠末期まで發育を續くることも亦稀ならず。分娩時に起る障害の強弱は筋腫の大きさ・數等に關すること勿論なれ共、其發生部に關すること最大なり。小なる二―三の筋腫が子宮底に發生せる場合は特別の障害なく分娩を終了し得るものなれ共、甚だ大なるか又は多數に密生せる場合は子宮の收縮充分ならずして陣痛微弱・弛緩性出血等の原因となる。又手拳大以上の筋腫が子宮體の下部又は頸部に存する時は、分娩時兒頭の進入を妨げ、恰も高度の狭窄骨盤と同様の關係となり種々なる危険を招くべし。

産婆もし外診にて子宮體に不正の隆起物(腫瘤)を觸るゝか又骨盤に異常なきに分娩に臨むも兒頭固定せず、内診によりて骨盤内に硬き腫瘤を觸れたる場合は、筋腫の疑を以つて醫師の診を乞ふべし。

四、子宮癌腫

子宮癌腫とは子宮腔又は子宮腔部を被ふ粘膜より發生する悪性腫瘍にして、急速に子宮筋層及周圍の組織内に増殖するのみならず、毒素を産出して身體を衰弱せしめ數年の中に生命を奪ふに至るものな

り。子宮頸部に發生すること最多く子宮體部には遙かに稀なり。多くは出血し易き乳嘴狀の腫瘍を作り稀に淺き潰瘍クワイコウとなる。妊娠子宮に新たに癌腫を發生することは甚だ稀にして、既に癌腫を有する子宮に妊娠するを普通とす。従つて多くは初期の癌にして、甚しく進行せる者は妊娠すること難し。而して妊娠と合併するは總べて子宮腔部及頸管部癌にして體部癌なることなし。癌腫子宮に妊娠する時は一般に癌の進行を速かならしむるものとす。往々妊娠は中絶せらるゝも末期まで繼續すること少なからず。妊娠中屢々不正の出血を起す。分娩時に起る障碍は開口期に於ける強出血なり。これ子宮腔部は癌の發生によりて脆ヒヤクくなり開口と共に容易に裂傷を起すがためなり。癌腫は悪性の腫瘍なる故に放置せば必ず生命を奪ふものなるも、早期に發見して適當の處置を施すときは全治の望みあるが故に、妊娠の孰れの時期たりとも常に胎兒を犠牲ギセイにして母體の救助を謀らざる可らず。

診斷及處置

初期の診斷は産婆のよくするところにあらざるも、妊娠前より引き続き不正子宮出血殊に接觸出血性交又は内診により子宮腔部に觸れて出血することある者に於ては、先づ子宮癌の存在を疑ひ醫の診斷を乞ふべし。子宮鏡検査にて子宮腔部に甚だ出血し易き乳嘴狀の腫瘤又は潰瘍を認めたる場合も亦同様なり。

五、卵巢囊腫

卵巢囊腫とは卵巢の實質より發生する囊狀腫瘍なり。其種類甚だ多きも、妊娠と最屢々合併するは皮

膚様囊腫にして、通常鶏卵大より小兒頭大までなり。囊腫の多くは卵巢と同様に長き莖を以て子宮と連り移動性なり。時として廣靱帶の兩葉間に發育して全く不動性となる。

移動性にして凡そ小兒頭大までの卵巢囊腫は、子宮底と共に上昇するが故に、通常妊娠及分娩を障害することなきも、骨盤腔に癒着せるか又廣靱帶内に發育せる者は分娩時大なる障害を起すこと骨盤内筋腫に於けると同様なり。故に妊娠末期又は分娩に至るも兒頭固定せず、而かるに骨盤の大きに異常なき時は腫瘍の存在を疑ひ、内診によりて子宮腔部の傍らに弾力性の腫瘍を觸れ得たる場合は醫師に診察を仰ぐべし。

尙移動性の卵巢囊腫は妊娠中殊に分娩後に於て莖捻轉を起し劇しき腹痛を發することあり。

第二章 胎兒又は其附屬物の疾病によりて起る

妊娠異常

妊娠を障害すべき胎兒又は其附屬物(卵膜・胎盤・臍帶及羊水)の疾病は甚だ多種なれ共茲には其主要なるものゝみを述べべし。

第一節 葡萄狀鬼胎

葡萄狀鬼胎は一名胞狀鬼胎とも呼び、絨毛膜の疾病により絨毛の各々が囊胞狀に膨大して發生するものなり。

正常の絨毛は名の示すが如く細くして毛の如きものなるが、不明の原因によりて囊胞狀に變化する時は甚だ薄き囊の内に透明なる水様液を充たし恰も白き葡萄の果實に似たる外觀となる。而して絨毛の

根部は常に變化せずして莖となる。

かくして囊胞の各々は莖を以て互に連結し葡萄の房を見るが如し(第五圖)。囊胞の大きさは種々にして小なるは粟粒大より大なるは指頭大に及ぶ。

如斯き變化は絨毛の全部に行はれ且殆んど常に妊娠の初期に起るものなるが故に子宮腔は葡萄狀鬼胎を以て充滿せらるゝに至るなり。幼弱なる胎兒は常に死亡して溶解し其痕跡をも認むること能はざるを常とす。甚だ稀に羊膜又は臍帶の痕跡を見ることあり。時として囊胞の増殖は次第に深く子宮筋層を破壊し終に腹膜面に達して之れを穿孔し、危険なる腹腔内出血を起すことあり。これを破壊性葡萄狀鬼胎と稱す。

第五圖 葡萄狀鬼胎の一部



時として既に胎盤を形成せる絨毛の一小部のみ囊胞狀に變化することあり。之れを部分性葡萄狀鬼胎と稱す。此場合は胎兒の發育に障害を及ぼすことなし。

本症は初妊婦よりも經産婦に多く且一般に高年の者に多きが如し。

本症の経過 既に發生せる囊胞の増大と、續々と起る胞狀體の新生とにより子宮の内容は急速に増加し子宮體は迅速に膨大す。従つて妊娠第三ヶ月頃に於て子宮底は臍高にまで達すること少なからず。永く妊娠を繼續すること能はず出血を起して早期に中絶せらるゝを常とす。即ち既に妊娠初期に於て僅かに紅色を呈する肉汁様の帶下又は輕き不正の子宮出血を現はし第三ヶ月又は第四ヶ月の頃強出血を起して流産し葡萄狀鬼胎を排出す。

尙妊娠中は惡心・嘔吐の如き消化器症狀及浮腫・蛋白尿等も強く起ること多し。

豫後 稀に見る部分性葡萄狀鬼胎の外胎兒は常に死亡すること上述の如し。母體に對しても亦甚だ危険なる疾病なり。妊娠中及流産時の出血により甚しく貧血となり榮養を障礙せらるゝのみならず、適當に處置せられざる時は乏血のため死亡するに至ること稀ならず。破壊性葡萄狀鬼胎にて腹腔に穿孔せるものは一層危険甚だしく内出血又は腹膜炎のために死亡す。

たとひ無事に流産を經過するも、これにて全く危険を免れ得たるにあらず。胞狀體の遺殘によりて短時日の後(數ヶ月の中なること多し)子宮内面に惡性脈絡膜上皮腫又は惡性「デッチ、オーム」と稱する腫瘍を發生する

胎兒又は其附屬物の疾病によりて起る妊娠異常

こと少なからず。此腫瘍は癌腫よりも遙かに悪性にして、早期に身體諸部(殊に肺臓)に傳播し、強き子宮出血を起して急に死亡せしむるものなり。

診断

本症を診断するに當り有力なる根據となる諸點は左の如し。

- (一)子宮體が妊娠月數に相當せずして甚しく大なること。
- (二)子宮體が既に胎兒を證明し得べき大きさに達せるにも係らず、胎動・胎兒心音を證明し得ず、胎兒部分をも觸れ得ずして、全部平等に柔軟なる硬度を有すること。
- (三)妊娠第三―第四ヶ月頃までに肉汁様の帶下、軽度の不正子宮出血を訴ふる者。

本症の確實なる診断は排出せる血液中に囊胞を證明するにあるも、如斯き場合は至つて稀なり。故に妊娠初期に不正出血を訴へ、しかも經産婦なる時は流産殊に葡萄狀鬼胎の流産を疑ひて、前記第一及第二の徴候を検査すべし。若し診断不明なる時は安靜を命じつゝ、一―二週の経過を觀察すべし。此間に於て子宮底の急速なる上昇を認むることを得れば診断は殆んど確實なり。

處置 本症の流産は突然に開始し且甚しき強出血を起すが故に、本症に疑ある場合は直ちに醫師に依頼しをくこと肝要なり。

既に陣痛を發し出血を起せる時は靜かに臥牀せしめ、先づ外陰部を消毒し次で「リゾール」水を以て腔を消毒したる後「ヨードホルムガーゼ」を挿入して腔の上半部を堅く栓塞し直ちに醫師を招くべし。此

際腔内に囊胞を觸るゝことあるも決して排除を試みる可らず。これ断裂によりて完全なる排出を妨ぐるが故なり。無事流産を終るも爾後數ヶ月間は悪性腫瘍發生の憂あるが故に「不正出血あれば直ちに醫師の診察を受くる様」よく産婦に注意を與へをくべし。

第二節 羊水の異常

羊水の異常は其量の異常にして、正常より甚しく多量なるか(羊水過多症)又は甚しく少量なるか(羊水過少症)の二なり。

甲、羊水過多症

正常妊娠に於ける羊水量は其末期にありても尙一―一・五立^{リットル}なりとす。然るに病的に増加する時は五―一〇立、甚しきは二〇―三〇立に及ぶことあり。羊水量異常に多くして後述するが如き徴候を現はすに至れるを羊水過多症と稱す。従つて軽度なる者は正常との區別明瞭ならず。

羊水の増量する速度に徐々なること急速なることあり。徐々に増量するを慢性^{マンゼイ}羊水過多症と呼び、急速に増量するを急性^{マンゼイ}羊水過多症と稱す。多くは慢性症にして急性症は比較的稀なり。

慢性症は普通妊娠後半期に起り、初妊婦よりも經産婦に多く、急性症は寧ろ妊娠前半期にて第四―第五ヶ月に發生すること多し。

原因に關しては諸説あるも未だ確かならず。従つて本症を羊膜水腫と呼ぶは正當ならず。但急性羊水過多症は殆んど常に一卵性雙胎の一兒に發生するものなり。

徵候妊娠及分娩に及ぼす影響

羊水量の多寡によりて子宮體膨大の度に種々あること勿論なり。

妊娠に及ぼす影響 軽度なる者は特別の障害なきも甚だ高度なる時は種々なる壓迫症狀を發す。例へば呼吸困難(横隔膜を壓迫するがため)を訴へ、下肢及外陰部に強き浮腫・靜脈瘤等を起す。急性症による障害は慢性症より一層甚しく呼吸困難・心臟衰弱等のため重篤なる状態に陥ることあり。

妊娠は正常よりも數週早く中絶(早産)せらるゝこと多く且胎兒に種々の畸形を見ることが少なからず。分娩に及ぼす影響 本症は分娩時種々不良なる影響を與ふるものとす。其主なるものを擧ぐれば左の如し。

- 一、胎兒の位置異常を起し易し。羊水量過多なるため兒體移動し易く、従つて分娩時に至るも先進部固定し難くして、横位斜位其他兒頭の異常體勢を起し易し。
- 二、原發性陣痛微弱を起し第一期の遲延を來たす。子宮壁が過度に伸展せるため其收縮力充分ならず開口期に長時間を要す。(従つて破水により羊水減少するに及び陣痛は強くなること多し)
- 三、卵胞の早期破裂を起し易し。先進兒頭固定せざるため、正常の如く前羊水と後羊水との區劃を

生せず、従つて陣痛による子宮の内壓は其まゝ、卵胞に作用し、未だ子宮口の全開大せざる早期に之れを破裂せしむるなり。

四、破水と共に臍帶又は四肢の脱出を起し易し。前羊水と後羊水との區劃なきため破水の際流出する羊水量甚だ多く、其流れに従つて移動性の臍帶又は上肢の如きを子宮口外に脱出せしむるなり。

五、胎兒分娩後弛緩性出血を起し易し。子宮壁過度に伸展せるため筋の收縮力微弱なるがためなり(後章参照)。

診斷 一般に妊娠末期に於ける羊水量が約二立以上に及ぶ者を羊水過多症となすと雖、分娩前に羊水量を計ること能はざるが故に、左の如き徵候を有する者を羊水過多症と稱するなり。

- 一、子宮體の大きさ妊娠月(月經を標準とせる)に相當せずして著しく大なること。例へば第七ヶ月なるべきに子宮底は劍狀突起下に達し、第十ヶ月にして腹部の周圍一〇—一二〇又はそれ以上に及ぶが如し。
- 二、子宮體の球形なること。正常妊娠にては子宮體は底部に廣き卵形なるに、羊水多量なるため球形となり、兩側に強く膨大するに至る。
- 三、子宮體に著明なる波動を證明すること。妊婦外診法第二段の如くして左手を子宮の右壁に平た

く當て、右手の指頭を以て左壁を軽く衝突するか又は叩く時は、左手に羊水の波動を明かに感ずべし。正常の場合も亦波動を證明し得べきものなれ共餘り明瞭ならざるを常とす。

四、胎兒部を觸れ又は胎兒心音を聴くこと困難なり。これ多量の羊水のため兒體と子宮壁との距離大なると緊張強きがためなり。羊水量甚しく多量ならざる場合は兒體の存在を知り得るも各部の區別明瞭ならず且浮球感の甚しきを知るべし。然れ共心音の聴取は甚だ困難なるを常とす。

是等徴候の各々に就きて鑑別を要すべき主なる疾病を擧ぐれば左の如し。

葡萄狀鬼胎との鑑別 第一及第四の徴候は葡萄狀鬼胎に於ても亦略々同様なるが故に、此點に於ては兩者を鑑別せざる可らず。其主なる鑑別點は左の如し。

<p>羊水過多症</p> <p>一、著明なる波動あり。</p> <p>二、時として浮球感甚しき胎兒部分を觸れ又微なる胎兒心音を聴き得ることあり。</p> <p>三、通常出血を伴ふことなし。</p>	<p>葡萄狀鬼胎</p> <p>一、全く波動を證明し得ず。</p> <p>二、如何なる場合も雖、胎兒よりの徴候を證明し得ることなし。</p> <p>三、帯紅色帶下又は少量の不正出血を見ること多し。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

而して葡萄狀鬼胎は殆んど常に妊娠初期に起りて前半期に妊娠を中絶し、慢性羊水過多症は多く前半

期に異常なく後半期に至りて發生するものなるが故に、若し月經より起算して既に後半期に達し而かも全く出血を見ざる場合には先づ羊水過多症と考ふべきものなり。子宮底の高さ劍狀突起に近き場合も亦同様なり。これ葡萄狀鬼胎にては如斯き大きさに達すること極めて稀にして通常臍高又は少しく之れを越ゆる頃に於て發育は中絶せらるゝが故なり。従つて葡萄狀鬼胎と鑑別する必要あるは主として妊娠前半期に起る急性症なりとす。

雙胎との鑑別 尙又第一の徴候に就きては雙胎と鑑別せざる可らず。然れ共雙胎にては胎兒部分及胎兒心音を證明すること容易にして、波動も亦著しからざるが故に兩者の鑑別に苦しむ場合少なし。但雙胎に起りたる羊水過多症の診斷は甚だ困難にして、羊水の増量急速なる場合に雙胎を疑ふに止まること多し。

巨大卵巢囊腫との鑑別 腹腔を充たすが如き巨大なる卵巢囊腫は前記第二及第三と同様の徴候を呈するが故に時として輕卒なる産婆によりて羊水過多症と誤診せらるゝことあり。然れ共注意すれば月經あること及妊娠徴候を缺ぐことによりて容易に鑑別し得べきものなり。

然れ共時として是等の關係不明にして鑑別し得ざることあり。此時は内診によりて肥大せざる子宮體の有無を檢せざる可らず。

處置 呼吸困難甚しきか又は心臟障害を起せる場合は直ちに醫師に依頼すべし。醫師は人工破水

を行ひて妊娠を中絶せしむべし。

輕症にして甚しき障礙なき者は、適度の腹帯を施して安靜を守らせ分娩期の來るを俟つべし。而して分娩時には成るべく醫師の援助を求むべし。

既に分娩開始し陣痛起れる時は直ちに平臥せしめ、絶対に腹壓を禁じ、以て早期破水を豫防することに努むべし。久しくするも先進部固定せず分娩の進行遅き時は醫師を招くべし。此際醫師は人工破水を行ひて適量の羊水を漏らし、以つて兒頭を固定せしめ且陣痛を催進せしむ。

不幸にして臍帶又は四肢の脱出ある時は後章に述ぶるが如く處置す。尙胎兒娩出後弛緩性出血に注意すべし。

乙、羊水過少症

羊水過少症とは羊水量異常に少くして後述するが如き徵候を呈するに至れるを云ふ。

羊水過少なる時は羊水の生理的作用不充分となり、母體殊に胎兒に種々不良なる影響を及ぼすものなり。母體は胎動を強く感じ且之れによりて疼痛を感覺することあり。兒體と羊膜とは或部に於て密接し終には互に癒着し、癒着部の伸展によりて索條様の羊膜帶(ジモナルト氏帶とも呼ぶ)を生ず。此羊膜帶が四肢又は指趾に巻きつきて終に之れを離断せしむるに至ることあり(自然離断)。分娩

時には卵胞の形成困難となり第一期の甚しき遅延を來たし、第二期には兒體と子宮壁との間に臍帶を壓迫して胎兒を窒息せしむることあり。

一般に高度の羊水過少症は極めて稀なるものなり。

徵候及診斷

子宮體の大き妊娠月に相當せずして著しく小なること、胎兒部分を甚だ明瞭に觸れ且胎動の詳細を明かに見得ること等によりて診斷は容易なり。

處置

輕度なれば特別の處置を要せず。唯高度なる時醫師に依頼すべし。

第三節 臍帶及胎盤の異常

臍帶及胎盤の異常は種々あれ共多くは分娩の障害となるものにして、妊娠の障害となり得るものは僅かに眞結節形成及白色硬塞の二なり。

一、胎盤の白色硬塞

胎盤の胎兒面にて羊膜の下に大小不同の圓形又は橢圓形の黄白色の硬き結節を見ること少なからず。少數の小結節は屢々見る變化にして何等の意味なきものなれ共、大なる結節を多數に發生するは母體の腎臟炎に因ること多く、胎兒血行を障害して死亡せしむるに至ることあり。

二、臍帶の眞結節

眞結節とは兒體が臍帶の蹄係(わ)内を潜りて結ばれたるものを云ふ。従つて

胎兒又は其附屬物の疾病によりて起る妊娠異常

妊卵着床の異常によりて起る妊娠の異常

圖六第 節結眞の帶臍



圖七第 節結假の帶臍



三四

胎兒尙小さく羊水比較的に多き妊娠初期に發生するも

圖八第 節結假の帶臍 (す示をみの管血)



のなり。結節弛るき時は障害なきも牽引によりて堅く結ばれたる時は胎兒血行を妨げて死亡するに至る。

第三章 妊卵着床の異常によりて起る妊娠の異常

受胎卵は子宮腔の上部に着床するものなれ共時として異常の部位に着床することあり。着床すべき部位によりて左の二種を區別す。

- 一、子宮外妊娠 妊卵が子宮以外の臓器に着床するものを云ふ。
 - 二、前置胎盤 妊卵が子宮腔の下部に着床するものを云ふ。
- 是等の中前置胎盤による障碍は妊娠中に起ること少なく、多くの場合末期に達せる分娩に起るものなるか故に、これを異常分娩論に譲り、茲には妊娠の経過を障害すべき子宮外妊娠のみを述べべし。

子宮外妊娠(特に輸卵管妊娠)

子宮外妊娠には妊卵の着床する部位によりて輸卵管妊娠・卵巣妊娠及腹腔妊娠の三種あり。就中最多

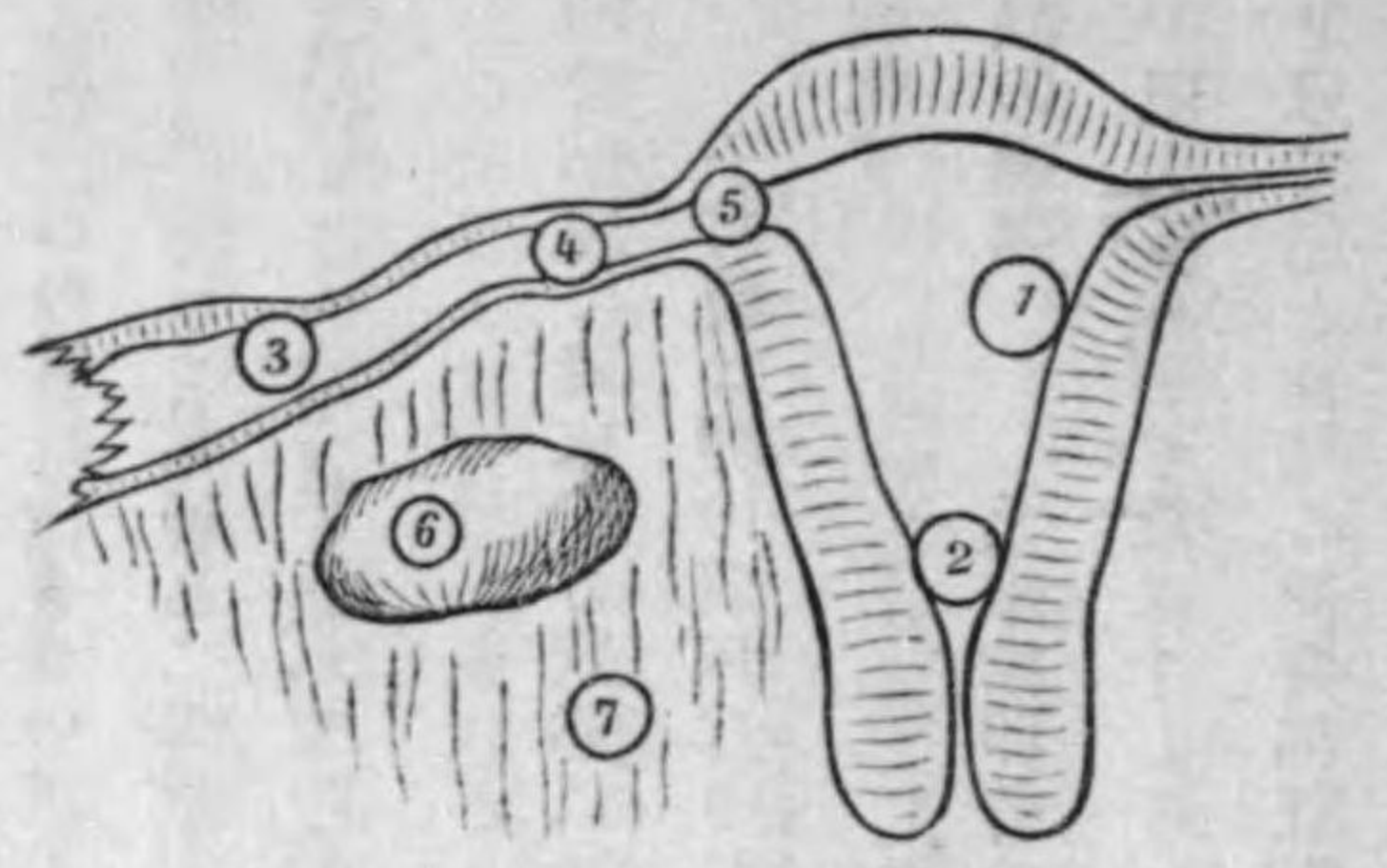
きは輸卵管妊娠にして他は極めて稀なり。従つて單に子宮外妊娠と云へば輸卵管妊娠を意味するを普通とす。

- 1 正常妊娠
- 2 前置胎盤
- 3 輸卵管壁状部妊娠
- 4 輸卵管峽部妊娠
- 5 輸卵管間質部妊娠
- 6 卵巣妊娠
- 7 腹腔妊娠

本章には特に輸卵管妊娠に就きて述ぶることとす。輸卵管妊娠を卵着床の部位によりて纏狀部妊娠、峽部妊娠及間質部妊娠(輸卵管が子宮筋層内を走る部を間質部と稱す)を區別す。三種中最多きは纏狀部妊娠にして峽部妊娠これに次ぎ間質部妊娠は最稀なり。

原因 妊卵の子宮内輸送が妨げられ、輸卵管を通過する途中に於て着床せるものにして、主として次の二つの場合を考へ得べし。

圖九第 種々の位部床着卵妊



- 一、輸卵管腔に狭窄ありて、上昇する精絲は通過し得るも受胎せる卵の下降を妨ぐる場合。
- 妊卵着床の異常によりて起る妊娠の異常

三五

二、輸卵管腔は正常の廣さを有するも、妊卵を子宮腔に向ひて輸送すべき力(粘膜上皮の氈毛運動及管壁の蠕動)の消失せるか又は弱はりたる場合。

而して是等二つの變化を起すものは主として輸卵管炎なり。輸卵管炎の最多き原因は淋疾なるが故に輸卵管妊娠は淋菌の感染によりて起るこゝ多し云ふを得べし。

輸卵管炎なくとも先天性に輸卵管の發育悪しきため管腔狭く唯管の蠕動弱くして妊卵の子宮内輸送を妨ぐる場合あり。

妊卵の輸卵管粘膜に着床する状態は子宮内妊娠に於けると大差なく、卵膜及胎盤の形成も亦殆んど同様なり。子宮體は卵の着床なきにも拘はらず肥大して凡そ妊娠三ヶ月までの大きさに達し、内膜は脱落膜に變化す。

輸卵管妊娠の經過

元來輸卵管の筋層は甚だ薄きが故に、厚き子宮筋層の如く妊卵の發育に伴ひて最後まで肥大すること能はずして、大多數は最初の二―三ヶ月に於て妊娠中絶を起すものとす。唯子宮筋層を以て包まれたる間質部妊娠のみは、後半期・時として末期(妊娠十ヶ月)まで持續することあり。

要するに子宮内妊娠は末期まで繼續するを正規とし、早期に中絶するを異常となすも、輸卵管妊娠は早期に中絶するを普通とし、末期まで繼續するを異例とす。

輸卵管妊娠の中絶は輸卵管流産と輸卵管破裂との二様に行はる。

輸卵管流産とは管壁の穿孔を起さざる妊娠中絶にして、輸卵管破裂とは管壁を穿孔する妊娠中絶を云ふ。

中絶の原因

中絶の原因は流産、破裂とも同様にして絨毛膜の有する絨毛の破壊作用によるものなり。一般に絨毛は組織を融解(ユウカイ)する力を有す。子宮内妊娠にては筋層甚だ厚き故、これによりて特別の障害を受くるこゝなきも、輸卵管妊娠にては筋層甚だ薄きため或は内腔に向ひて破壊し(流産)又は筋層の全部を破壊し終に腹膜面をも穿孔(破裂)するに至るなり。従つて中絶は何等外力の影響なくとも自然に起り得るものなり。然れ共種種なる外傷(例へば衝突・打撲・墜落・性交・粗暴なる内診等)努責(例へば排便時・重き荷物を持ちたる場合の如き)・入浴等の如き外力の加はる時に誘發せらるゝこゝも少なからず。

中絶によりて起る變化

絨毛の破壊作用によりて卵着床部の母體血管は斷裂し強き出血を起す。此出血によりて起る變化は流産なるに破裂なるに少しく趣を異にす。

流産にては血液は主として管腔に注ぎ、甚だ多量なる時のみ輸卵管腹口より腹腔内に流出す。妊卵は着床部に於て管壁より剝脱す。剝脱したる卵は多くの場合其部に留まるも、縷狀部妊娠にては次第に外方に送られ終に腹腔内に排出せらるゝことあり。卵若し管腔内に留まりたる時は凝血を以て包まれ手拳大までの種々の大きさの腫瘤を形成す。之れを輸卵管鬼胎と稱す。破裂にては血液は穿孔部より直接腹腔内に注ぎ入る。流産による出血は一般に少量なるも破裂による

出血は甚だ大量なるを常とし、ゾーグラス氏窩を充たし、久しき後凝固して小兒頭大又は大人頭大の血塊(子宮後血腫と云ふ)を形成するに至る。

稀れに早期に中絶せずして妊娠後半期まで發育したる者にては初期に於けるが如き出血を起さず、單に榮養障害のため其部にて死亡すること多し。

輸卵管妊娠に於ける胎兒の運命

初期に妊娠中絶を起せる場合は多くは溶解して痕跡をも認むること能はず。されど時として輸卵管胎兒の血塊内に卵膜を以て包まれたる胎兒を見ることあり。又稀れに破裂によりて腹

腔に排出せられたる胎兒が死亡せずして發育を続け續發性腹腔妊娠となることあり。

後半期に達し死亡せる胎兒は後章「妊娠中胎兒の死亡」の條下に述ぶるが如き、浸軟兒・「ミイラ」變性・石兒等變化したし、また輸卵管に癒着せる腸管より細菌浸入して化膿し直腸・膀胱・腔等に破壊穿孔して膿及胎兒の骨を排出することあり。續發性腹腔妊娠となりたる胎兒も早晩死亡し「ミイラ」變性又は石兒となること多し。

徵候

輸卵管妊娠にして中絶せざる場合は子宮内妊娠と全く同様の自覺徵候を呈し妊婦は正常妊娠なりと考ふるを常とす。

産婆にとり實地上甚だ必要なるは最普通に見る**早期中絶の徵候**なり。左に其主なる諸點を説明すべし。

疼痛發作、内出血徵候及子宮出血等は輸卵管妊娠早期中絶に共通なる三主徵にして、唯流産と破裂と

により其程度に差あるのみなり。

(一)疼痛發作

破裂にありては何等の誘因なきか又は上圍・入浴・劇動の後突然劇烈なる下腹痛を發して多くは失神するものとす。流産にては破裂に於けるが如く急劇ならずして、多くは失神するに至らざる程度の陣痛様下腹痛を起す。而して疼痛の起る部位は多くは妊娠側の下腹部に限局す。破裂

にては單に一回のみにて終ること多きも流産にては數日數週の間に數回反復するを常とす。

(二)内出血徵候

内出血徵候は破裂に最著明にして流産にては不明なること稀ならず。大量の血液

一時に腹腔内に注ぐ時は、顔面急速に蒼白となり四肢冷却して冷汗を流し、脈搏細小頻數となり、時に觸れ得ざるに至ることあり(虚脱症狀)。且腹膜の刺戟により悪心・嘔吐を伴ふこと多し。絶對安靜によりて多くは自然に止血し漸次恢復し、其まゝ死亡することは寧ろ稀なり。

(三)子宮出血

子宮出血は殆んど常に中絶に伴ふものなり。而して輸卵管妊娠の中絶によりて起る

子宮出血は子宮内妊娠の流産に見るが如く大量ならざるを常とす。たとひ最初は稍々多量にして凝血を混することあるも間もなく少量となる。血液の色は初期には鮮紅色なるも後には月經様に暗赤色となり終には錆色となる。少量の暗赤色又は錆色の子宮出血が久しきに亙りて持續するは輸卵管妊娠中絶後に最も多く見る徵候なり。尙中絶直後の出血中に膜様の子宮脱落膜片を證明し得ることあり。

診斷及處置

中絶せざる輸卵管妊娠の診斷は、たとひ妊娠後半期に達せる場合と雖産婆にとり甚

だ困難なり。外診上妊娠子宮と同様の腫瘤を觸れ内診上別に子宮體を觸れ得たる場合のみ此疑をき得るなり。又中絶せる場合と雖劇烈なる腹痛・虚脱症候・子宮出血等を伴ふ他種の疾病（例へば蟲様突起炎・穿孔性腹膜炎・卵巢囊腫の莖捻轉）との鑑別は産婆のよくするところにあらず。故に産婆として左の二徴候を有する婦人に遭遇せる時は先づ輸卵管妊娠の中絶ならざるやを疑ひ、直ちに醫師の診察を乞ふべきのみなり。

(一) 一—二ヶ月の經閉後か又は正調なりし月經が甚しく遅延したる後、突然劇烈なる下腹痛を發し加ふるに内出血の徴候を以つてし之れと前後して又は同時に子宮出血を現はし、爾後暗赤少量の子宮出血を持續す。

(二) 體温は平温なるか又は三十七度以上に昇らず。

(中絶發作の際暫時三十八度内外に發熱することあるも、間もなく解熱し爾後炎症を併發せざる限りは殆んど無熱に經過するものとす)。

右の二徴候ありて輸卵管妊娠中絶に疑はしく殊に發作後間もなき場合は直ちに絶對安静を命じ、頭部を低くし、下腹部に氷嚢を置き、赤酒の如き興奮劑を與へ急速に醫師を招くべし。而して内診・灌腸其他下腹部に壓を加ふるが如きことを行ふ可らず。

第四章 妊娠中胎兒の死亡

胎兒が末期まで發育を續けること能はずして、妊娠經過中に子宮内に於て死亡することあり。其主なる原因を列擧すれば左の如し。而して其多くは既に述べたるものなり。

- 一、母體の疾患。腸「チフス」・「インフルエンザ」の如き急性傳染病、肺結核・微毒の如き慢性傳染病・心臟病・腎臟病等。就中微毒は最多き原因なり。
- 二、妊卵及附屬物の疾患。葡萄狀鬼胎・羊水過多症・臍帶の眞結節・胎兒の畸形等。
- 三、腹部の打撲又は種々なる墮胎行爲。腹部の強き打撲によりては胎盤の早期剝離を起し、墮胎行爲は藥劑を投與して母體を障害し間接に胎兒を死亡せしむるか又は器械的に直接胎兒を死亡せしむ。

胎兒死亡の徴候及診斷

既に上卷(第二部 第一編 第十一章 第五節)に於て詳述せり。就きて見るべし。

胎兒死亡後の運命

妊娠中の胎兒死亡する時は早きは數時間又は數日、晚くとも一—二週後には排出(流産又は早産)せらるゝものなれ共、時として數月又は尙長時日の間子宮内に留まることあり。

然る時は發育の程度及周圍の狀況により種々の變化を起すなり。其主なる者を述べれば左の如し。

一、破壞吸收 妊娠第二ヶ月位までの胎児は身體全部軟弱なる組織を以てなれるが故に、死亡後破壞して羊水中に溶解し終に其痕跡をも止めざるに至るものとす。葡萄狀鬼胎及輸卵管妊娠等に見る現象なり。然れ共三—四ヶ月以後の胎児にありては如斯く全く破壞せらるゝことなし。

二、浸軟 浸軟は發育を進め殊に後半期に達せる死胎児に最屢々見る變化にして、羊水の身體組織内浸入によりて軟化せらるゝによるなり。浸軟を起せる胎児を浸軟兒と云ふ。

浸軟兒の外観 皮膚一般に汚穢赤色を呈し、處々に表皮の剝離によりて生せる大小種々の水泡を見る。或水泡は破開して帶褐赤色の平滑なる眞皮を露出す。頭髮を牽引すれば容易に脱落し、且頭蓋各骨の縫合は甚だしく弛くなる。腹部は強く膨滿し、臍帯は水腫様柔軟にして褐赤色を呈す。要するに其外観は溺屍體と殆んど同様なり。羊水は溷濁し暗綠色又は暗赤色となる。浸軟兒の多くは(七〇—八〇%)微毒兒なること既述の如し。

三、「ミイラ」變性 「ミイラ」變性とは浸軟と正反對に組織は次第に水分を失ひて乾燥硬化し「木伊乃」の如き状態となるを云ふ。妊娠前半期に於て羊水次第に吸収せられたる場合に起ること多く、雙胎兒の一兒を見るを最普通とし其他の場合には甚だ稀なり。

雙胎兒の場合に於ては「ミイラ」變性に陥れる胎兒は、發育増大する健康兒のために壓縮せられて次第に薄くなり、終に板の如く扁平となるに至ることあり。かくの如きを壓縮胎兒(一名紙狀胎兒と呼ぶ)と云ふ。

ふ。

四、石灰化 「ミイラ」變性となれる兒體に石灰分が沈着して石の如く硬くなることあり。之れを石兒と稱す。子宮外妊娠にては往々見る變化なれ共子宮内妊娠には極めて稀なり。

五、化膿・腐敗 死亡後細菌の傳染をうくる時は化膿又は腐敗を起すに至る。

第一—第四の變化をなせる死胎兒が子宮内に存するも、通常母體に特別の危険を現すことなく早晚陣痛を起して分娩す。而して其分娩は甚だ平易なるを常とす。然れ共第五の變化を起す時は母體の生命をも危険ならしむるものなり。

第五章 妊娠の早期中絶

妊娠が第四十週の終まで持續せずして、其中途に於て胎兒及附屬物を娩出するを早期中絶と云ひ、娩出せられたる胎兒の生活力の強弱、換言すれば中絶の時期によりて流産と早産との二種に區別す。

流産とは第二十八週(妊娠第七ヶ月の終)以前の妊娠中絶にして、娩出せられたる胎兒は生活を續けること能はざるものなり。早産とは第二十九週(第八ヶ月の初め)と第三十九週(第十ヶ月の中頃)との間に於ける妊娠中絶にして、娩出せられたる胎兒は適當の看護により生活を續け得るものなり。第十ヶ月に近き者ほど生活能力の大

なるは勿論なり。而して流産及早産とは常に生活胎児の娩出せられたる場合のみを云ふにあらずして死胎児を娩出せる場合に於て亦同様なり。

妊娠の早期中絶は比較的多数に見る異常なり。而して一般に早産よりも流産多く流産にても二ヶ月以前なること最多し。

原因 前章に述べたる「妊娠中胎児死亡の原因」はすべて妊娠中絶の原因となる。而して是等の原因によりて中絶せらるゝには先づ胎児死亡し次で陣痛起る場合と、胎児に障害を及ぼさず陣痛のみを誘發する場合との二あり。

既述の如く胎児死亡すれば早晚陣痛を誘發して之れを娩出するものなり。即ち此場合の妊娠中絶は胎児死亡を以て原發となす。然れ共たとひ胎児は死亡せずとも子宮筋を刺戟して陣痛を起すも亦妊娠は中絶せらるゝなり。如斯きは熱性病・身體の劇動(旅行・運動・労働・墜落)又は墮胎行爲によりて起るものなり。従つて此場合は生活せる胎児を娩出す。

尙また何等認むべき原因なくして流産又は早産すること少なからず。一般に種々の原因に對する子宮筋の感受性には人によりて著しき差異あり。従つて或人は僅かの刺戟によりても直ちに中絶を起すに、他の人は劇しき労働をなすも何等の障礙なきことあり。

同一婦人にて妊娠毎に凡そ同時期に至りて中絶を反復することあり。如斯き中絶には常習性又は習慣

性なる名を冠す。常習性早産の主なる原因は母體の微毒なり。

甲、流産

流産の徴候(経過)

流産は出血・陣痛及卵排出を以て三主要徴候とす。是等徴候の現はるゝ経過及順序は胎盤の完成前と完成後に於て大に趣きを異にするが故に、流産を二期に分ち第一―四ヶ月間を第一期と云ひ、第四―七ヶ月間を第二期と稱す。

(一)第一期流産の徴候 妊娠最初の數週日に於ける流産は、輕き疼痛を伴ふ過多月經と區別し難く、數日間強き出血ありて全妊卵を排出したる後止血す。妊婦自らも亦單に出血多き月經なりと信するなり。

然るに第二―第四ヶ月に達すれば多くの場合流産に特有なる徴候を現はし且流産開始に先だちて起る前驅徴候あり。

前驅徴候 子宮の弱き收縮により時に腰部又は薦骨部に輕き疼痛又は緊張感を發す。尙帶赤色の帶下又は不正の間隔を以て短時間持續する輕度の子宮出血を起す。これ流産の切迫せることを示すものなるが故に流産の前驅徴候又は切迫徴候とも云ふ。此状態は數日又は約一週間持續し、多くの場合次

で本来の流産を開始するも、時として自然に静止して爾後妊娠は障碍なく経過することあり。

流産の経過。流産は甚だ急速に行はるゝ場合と甚だ徐々に行はるゝ場合とあり。

第一期流産が急速に進行する時は、先づ發作性に強き子宮收縮(陣痛)を發し、之れがため妊卵の胎盤部は一時又は急速に子宮壁より剝離せられ、此際子宮より妊卵に走れる血管を断裂して強き出血を起す。而して妊娠第二―第三ヶ月にありては尙有葉絨毛膜と滑澤絨毛膜との區別著しからず、加ふるに卵は被包脱落膜に包まれて子宮腔内に突出するが故に陣痛によるも卵膜は破れず短時間内に卵全體として排出せらるゝこと多し。如斯きを完全流産と云ふ。全卵を排出する迄は出血持續するも、排出後は急に止血するものなり。若し卵膜破るゝ時は先づ胎兒を娩出したる後附屬物を排出す。而して此附屬物の排出は直ちに行はれ難く、多くは永く子宮内に遺殘し流産後遺殘症となり、自然又は人工的に排出せらるゝまでは多少の出血を持續するものとす。如斯きを不全流産と云ふ。妊娠の初期なるほど完全流産多く、發育の進めるほど不全流産多し。

第一期流産が徐々に進行する時は、子宮收縮(陣痛)弱きため卵の剝離は甚しからず、従つて子宮出血も亦軽度なり。且卵の排出も亦甚だ徐々に行はるゝなり。断裂血管より出づる血液は一部は子宮出血となり外に流出するも一部は次第に卵膜間に浸入して凝固するため、終に全卵は血塊の如く變化す。これを血狀鬼胎と云ふ。血狀鬼胎が久しく子宮内に止まる時は血色素の吸収によりて淡赤色肉様となる。之れを肉狀鬼胎又は肉胎と云ふ。是等血狀鬼胎又は肉胎等が完全に排出せらるゝまでは多少の出血を持續するものとす。

不全流産又は血狀鬼胎・肉胎等を形成せる場合に腔より傳染する時は、細菌は遺殘せる卵成分に繁殖す。かくて腐敗菌によりては腐敗性流産となり、化膿菌なる時は化膿性流産となり、後述すべき産褥熱と同様の徴候を起す。不潔に行はれたる墮胎に於て甚だ屢々見る結果なり。

要するに第一期の流産にありては其開始より完全に卵の排出を終るまで持續して強度又は軽度の出血を見るものなり。

(二) 第二期流産の徴候

第四ヶ月の終りに達し胎盤完成するに至れば、基底脱落膜部以外は全く絨毛を失ひて滑澤となり且被包脱落膜と壁脱落膜とは相癒着して子宮腔は全く消失す。従つて子宮收縮の妊卵に及ぼす器械的作用は第一期流産の場合と異なり、正規分娩と略々同様の経過をとるものなり。即ち發作性の陣痛に伴ひて先づ卵胞を形成して頸管を開大し、次いで卵胞破裂し、先づ胎兒を娩出したる後胎盤を排出し此時初めて出血を起す。

要するに第一期流産は強出血を以て始まり最後まで出血するも、第二期流産は唯最後に於て強出血を起し、開始時には出血全くなきか又は甚だ軽度なるを常とす。

如斯く第二期流産の経過は正規産と大差なきも、唯だ正規の場合よりも胎盤の剝離困難にして遺殘症

に陥り易き差あるのみなり。此障害は早期なるほど大なり。但胎児の分娩は身體の小なるため極めて平易なるを常とす。

流産の豫後(母體に及ぼす影響)

第一期流産は母體に對し比較的重き影響を及ぼすものなり。障害の主なる原因は出血及遺殘症に續發する傳染なり。出血のため死亡せしむるが如きは極めて稀なりと雖、強き貧血と衰弱とを來すこと多し。胎兒不全流産後に傳染したる場合殊に化膿性流産となる時は生命を危険ならしむること甚だ多し。第二期流産は正規分娩と同様多くの場合特別の障害なきも、往々見る胎盤の遺殘によりて久しく出血を持続せしめ又は傳染を續發し第一期流産と同様の危険を招くことあり。

流産の診斷

妊娠の中絶を診斷するには先づ妊娠なることを決定せざる可らず。而して妊娠の決定は其早期なるほど困難なるが故に、流産第一期の診斷は醫師に於ても亦往々困難なること少なからず。故に産婆としては「從來正調なりし月經が數ヶ月間中止し、惡心・嘔吐・食慾不振・異物嗜好等の消化器障礙ありて、而かも初乳を壓出し得る婦人にして、陣痛様の發作性下腹痛を伴ふ子宮出血を訴ふる場合」に先づ流産の疑を起し醫師の診察を乞ふべきのみなり。

若し出血と共に排出物ある時は、能くこれを検査し胎兒又は灰白色の厚き膜たる脱落膜等に注意すべし。

特に有形の者を認めたる時は水中に入れ浮游する絨毛の有無を検すべし。

排出物の検査によるも診斷不明にして急に醫師の來診を得ざるが如き場合には、外陰部及手を十分に消毒して靜かに内診及雙合診を試みるべし。子宮體著しく大にして柔軟、加ふるに頸管開きて指頭を挿入し得る時は流産なること稍々確實なり。時に頸管内又は腔内に血塊様の排出物を觸るゝことあり

(かくの如き排出物に不適當に牽引せらるゝ時は斷裂し一部の遺殘を起すが故に、産婆自ら之れを排除せむと試みる可らず)

妊娠第四ヶ月以後に於ては妊娠なることの診斷も比較的容易なる上に殆ど常に大なる胎兒を娩出するが故に流産の診斷も亦多くは容易なり。

流産の診斷は常に流産なることを診斷し得るに止めず、進みて附屬物の遺殘なきや否や、換言すれば完全流産なるか不全流産なるかを確むること甚だ必要なり。

妊卵が完全に排出せられたる時は出血も亦完全に止まるものなるも、附屬物の一小部にても遺殘せる時は必ず多少の出血を伴ふものなり。故に出血持續せる時は必ず醫師の診を乞ふべし。尙嚴重なる消毒の後内診を行ひ、頸管開大して容易に指頭を通じ得る時は遺殘あるものと認むるも多くは誤なし。

流産の處置

流産第一期の處置

第四ヶ月までの流産は必ず醫師の手に任すべし。たとひ完全に流産せりと信ず

る場合にても一應は醫師の診断を乞ふべし。

醫師來着するまで産婆の行ふべき處置は左の如し。

(一)切迫流産にて單に前驅徴候を起せる場合か又は既に流産を開始せるも出血及陣痛弱き時は、絶對安靜を命じ下腹部に氷嚢を置き且内診を避くべし。時としてこれによりて流産を中止せしめ得ることあり。

(二)かくするも切迫徴候次第に進みて流産を開始するか又既に流産となり強き陣痛と出血とを訴ふる時は醫師の來着まで止血法を講せざる可らず。

先づ嚴重に外陰部の消毒を行ひたる後、出血輕き時は次いで冷却せる「リゾール」水にて腔を洗滌し、出血甚しき時はこれを廢し、子宮鏡を以て腔を開き消毒せる「ヨードホルム」ガゼを挿入して腔の半上部を堅く栓塞すべし。此腔栓塞は管に出血を制限するのみならず、腔穹窿部を壓迫して陣痛を促し卵の排出を助くるものなり。

約六時間を経るも尙醫師來らざる時は、靜かに腔の「ガゼ」を除去し内診を試みるべし。若し卵全體が腔内にある時は注意してこれを除去すべし。然れ共開大せる頸管内に卵の一部を觸るゝのみなる時は決して排除を試みる可らず。此時は再び「リゾール」水にて洗滌し栓塞を新たにすべし。約十二時間は其儘放置し、其間一時間毎に檢溫し、體溫若し三十八度以上に昇る時は、改めて醫師の來診を催促すべし。

すべし。始めより發熱せる時は是非醫師の來診を急ぐべし。

流産第二期の處置は正規分娩と同様にし、胎盤の排出運るゝか又其排出なき時に醫師を招くべし。

流産後は正規産褥と全く同様に處置すべし。殊に消毒に注意し且嚴重に體溫を計るべし。一般に流産後を輕視するは大なる誤なり。

乙、早産

早産の徴候・經過は正規分娩に於けると同様なり。診断及處置も亦同様なり。唯娩出せる初生兒は尙成熟せざる者なるが故に、正規に分娩せる者と異りたる特別の取扱を要する差あるのみなり。

早産兒の取扱法に關しては後に詳述すべし。

□

特殊の經過をこる妊娠中絶に稽留性流産及稽留性分娩なるものあり。兩者殊に後者は甚だ稀に見る異常なり。

稽留性流産

妊娠前半期殊に第三―第四ヶ月頃に陣痛及出産等流産の徴候を起しこれによりて胎兒は死亡す。然るに死亡胎兒が娩出せられざる内に陣痛及出血は休止し、爾後何等の障害もなく第十ヶ月の終り又はそれ以後に至り、再び陣痛及出血を起して死胎兒を娩出するを云ふ。

稽留性分娩 殆んど成熟期に達せる頃分娩開始し時に羊水を洩らすも胎児は娩出せられずに死亡し、間もなく陣痛止みて分娩休止し、死亡胎児は尙或時期間子宮内に止まる場合を云ふ。

第二編 異常分娩論

分娩が正規に経過するため、換言すれば母兒兩者に何等の危害をも及ぼすことなく終了するためには、母體健全にして産出力及産道に異常なく、胎兒及其附屬物にも亦異常なきことを必要とす。是等の中一つにても異常ある時は茲に分娩は異常となり、或は母體又は胎兒に危害を及ぼし或は分娩困難即難産となりて人の助けによらざれば分娩すること能はざるに至るものなり。分娩異常の主なる原因を分類すれば左表の如し。

甲、母體の異常

一、産出力の異常

二、産道の異常

三、骨盤内臓器の異常

乙、胎兒及其附屬物の異常

一、體位の異常

二、體勢の異常

異常分娩論

三、胎兒發育の異常

四、卵膜臍帶及胎盤の異常

丙、分娩中に起る合併症

一、軟部産道の損傷

二、分娩中の異常出血

三、子癇

異常分娩に對する産婆の責任

異常分娩の處置は殆んどすべて醫師のなすべきものにして、産婆

自ら施し得る場合甚だ少なし。故に産婆としては異常分娩に關する充分なる知識を備へ、分娩に臨みては其經過に細心の注意を拂ひ、少しにても異常と認むべき變化起りたるときは、直ちに産科醫に通知し、其來着までは産婆に許されたる範圍に於て應急の處置を行ひ、醫師によりて行はるべき處置法を推察して、これに要する準備をなし置くべきなり。異常發來の恐れある場合又は異常なるかの判斷に苦しむ場合に於ても亦醫師の診を乞ふべし。第一醫不在なれば第二又は第三醫に依頼せざる可らず。

若し異常の起りたるに氣づかざるか又は醫師を招くに機を失するが如き等は、産婆としての職責を盡し得ざるものと云ふべし。

第一章 母體の異常による異常分娩

第一節 産出力の異常

産出力の異常には陣痛の異常及腹壓の異常の二種あり。

甲、陣痛の異常

陣痛の異常とは正規の陣痛と比較し餘りに微弱なるか又は餘りに強きかを云ふなり。前者を陣痛微弱と云ひ後者を過劇陣痛と呼ぶ。實地上最屢々起るものは陣痛微弱なり。陣痛の強弱を判斷するには必ず觸診をなし子宮體の收縮する程度及持續の長短を計るべきものにして、決して産婦の訴ふる疼痛のみを標準となす可らず。これ子宮收縮に對する疼痛の感覺は婦人により甚しき差異ありて、或婦人は弱き陣痛をも劇しく訴ふるに或婦人は強き陣痛に對しても左程疼痛を訴へざるが故なり。

一、陣痛微弱

陣痛微弱と稱する場合には凡そ左の三つあり。

(一)子宮の收縮の程度弱くして持續短かき場合

(二)子宮收縮の程度及持續正常なるも發作回数甚だ少なく間歇甚だ長き場合

(三)弱くして短時間のみ持續する陣痛が、甚だ長き間歇を以て反復する場合

陣痛微弱の二種 陣痛微弱を其發する時期によりて原發性と續發性の二種に區別す。

原發性陣痛微弱とは分娩開始の時より微弱にして時を経るも強くならざるを云ひ、續發性陣痛微弱とは分娩初期には正規なりし陣痛が中途に至りて微弱となりたる場合を云ふ。

原因 原發性なるは續發性なるにより少しく原因を異にす。

原發性陣痛微弱は子宮筋の收縮力弱きために起るものにして其主なる原因左の如し。

一、産婦の體力衰弱せる場合。 生來虛弱なる者、重病恢復後又は榮養不良の者、貧血甚しき者等。

二、子宮筋の發育不充分なる場合。 先天性に子宮の發育不全なるか(殊に甚だ若き初産婦)又は

引續き反復せる數回の分娩によりて後天性に子宮筋の虛弱となりたる者。

三、子宮壁過度に伸展せるため收縮力不十分となりたる場合。 例へば雙胎・羊水過多症。

四、原因全く不明なることあり。 即ち強健にして榮養佳良なる婦人にも起ることあり。

續發性陣痛微弱は子宮筋の收縮力正常にして一旦は正規陣痛を起せしも、胎兒の娩出甚しく困難なるため遂に力弱り子宮筋の疲勞せるがためなり。故に續發性陣痛微弱を一名疲勞性陣痛微弱とも云ふ。

其原因となるもの左の如し。

一、産道の抵抗大なる場合。

狹窄骨盤・軟部産道の狹窄又は伸展性の缺乏・骨盤内の腫瘍(例へば卵巢囊腫)・過大胎兒・膀胱及直腸の過度なる充滿等。

二、分娩困難なる胎位。 横位・斜位・顔面位等。

陣痛微弱の母兒に及ぼす影響 陣痛微弱の母兒に及ぼす影響は分娩の時期によりて一様ならず。

開口期に於ては卵胞の存する限り單に子宮に開大の遅るゝのみにて母兒兩者に何等の障害をも及ぼすことなし。

娩出期に於ては胎兒の進行遅るゝか又は停止す。若し此状態久しく續く時は母兒に對し三つの危険を起すに至る。即ち(一)胎兒窒息に陥り進んでは死亡す。(二)頭位なる時は硬き兒頭と骨盤壁との間に長時間に亙りて腔壁を壓迫し一局部の壞死を來たし産褥の初めに尿瘻(例へば膀胱腔瘻)を形成す、(三)細菌上昇によりて傳染を起す。

後産期に於ては胎盤の娩出を遅延せしめ、時として甚だ危険なる弛緩性出血の原因となる。

處置 開口期の陣痛微弱は通常何等の障害なきもの故特別の處置をなす必要なし。産婦を慰めて忍耐せしめ任意の臥位をさらすべし。唯膀胱の充滿に注意し耻骨縫隙上に膨隆するに至れば自ら排尿せしめ困難なる時は「カテーテル」を以つて導尿すべし。尙空腹の有無を糺し適度に食事せしむることを忘る可らず。開口期十二時間以上に亙る時は新たに灌腸排便せしむべし。

娩出期の陣痛微弱は種々の危険を伴ふが故に常に注意を怠る可らず。産婆のなすべき主なる處置は左の如し。

- 一、膀胱充滿せる時は導尿す。
- 二、時々臥位を變化せしむ。これによりて陣痛を強くせしめ得ること少なからず。而して側臥位は通常先進部を下になすものとす。
- 三、時々少量の葡萄酒、「コーヒ」又は綠茶を與へて元氣を恢復せしむ。
- 四、腹壁に溫濕布を施し子宮筋の收縮を促す。

娩出期に於て陣痛微弱を起せる時、産婆としてなすべき最必要なることは、約十分毎に胎兒心音を檢し一時間毎に體溫を計り、以つて胎兒窒息又は母體傳染を豫知し直ちに醫師に通知するにあり。

胎兒窒息の徴としては左の二つの場合に注意すべし。

- 一、胎兒心音著しく減少し陣痛間歇時に於ても増加せざるか又は反對に著しく増加し同時に不整・微弱となる場合

- 二、頭位にて胎糞又は胎糞を混せる羊水を洩らしたる場合

母體傳染の徴は體溫三十八度以上に上昇したる場合なり。

胎兒の窒息は急速に起り且間もなく死亡するに至ることあるが故に、明かなる窒息徴候を認むるに至

りて醫師を迎ふるも既に晩きこと多し。故に破水後二時間を経るも尙分娩進行せざるが如き場合は、たとひ母兒に危険の徴候を認めざるも醫師を招き危険を未發に防ぐべし。

如斯く第一期及第二期の陣痛微弱に對する産婆の處置は、主として母兒兩者を監視するにあり。決して強く子宮體を摩擦し又は兒體を壓出するが如きことを試みる可らず。注射薬を用ゆるは産婆に許されざるところなり。

醫師のなすべき陣痛微弱の療法

醫師は陣痛微弱の原因を考へ、之れに應じて種々なる處置をなす。其主なるもの左の如し。

- 一、狭窄骨盤・軟部産道の異常・横位等の場合は各々之れに對する處置をなす。
- 二、認むべき原因なきか又は疲勞による續發性陣痛微弱なる場合は陣痛催進劑を注射す。

陣痛催進劑として最優秀なる藥劑は腦下垂體「エックス」なり。腦下垂體「エックス」は普通牛の腦下垂體後葉の浸出液にして製造會社によりて名を異にし「ピットリオン」「ピツグランドール」「ヒポフィジン」「ゲブルチン」等と呼ぶ。水様透明の液にして一同に其一託を皮下又は筋肉内に注射す。本劑の注射によりて催進せらるゝ陣痛は全く正規の陣痛と同様にして規則正しき發作と間歇とを以つて反復す。而して其效力は分娩の進める程大なり。故に開口期殊に其初期には奏效不確實にして且弱きも、娩出期殊に其終りにては唯一回の注射にて其だ微弱なるか又は中止せし陣痛が猛烈に其勢を恢復するものなり。而して通常胎兒に危害を及ぼすことなし。

- 三、陣痛催進劑の注射によるも效なきか又は胎兒窒息の徴候起りたる場合は産科手術をなす。例へば娩出期に於ける續發性

陣痛微弱の場合頭位なれば鉗子娩出術・骨盤端位なれば用手娩出術を施す。其詳細は後述すべき手術篇に就きて知るべし。産婆は醫師來着までに手術に要する準備及胎兒空息を處置すべき準備をなすべくべし。

後産期の陣痛微弱によりて胎盤の娩出遅るゝ時は、上巻に述べたる注意のもとにクレデ氏壓出法を試みるべし。弛緩性出血の處置に就きては後章を参照すべし。

二、過劇陣痛

過劇陣痛とは子宮收縮の程度正常よりも著しく強く、持續永く、間歇短きを云ふ。

原因 不明なること多し。同一婦人にして分娩毎に反復すること稀ならず。

神経質の婦人に於ては精神感動のためなることあり。尙續發性陣痛微弱の原因ある場合に子宮筋疲労せず抵抗に打勝つため却つて益々強く收縮する場合にも起るものなり。

母兒に及ぼす影響 陣痛強き時は分娩速かに進行するが故に寧ろ望まじきことなるも、往々不注意の結果母兒に危険を及ぼすことあり。

過劇陣痛によつて起る障害の主なるものは左の三つなり。

一、初産婦にて産道未だ開大せざる時陣痛過劇となれば強力を以て速かに兒體を通過せしむるため、頸管又は會陰に甚しき裂傷を發生せしむ。

二、經産婦にて産道の抵抗少なく、胎兒も亦大ならざる場合は過劇陣痛によりて分娩は甚だ急速に

經過し、僅かに數回の陣痛にて既に分娩を終ることあり。故に産婦は産床に臥する暇なく、不用

意に歩行時又は便所に於て分娩せる例稀ならず。此時甚しき會陰裂傷・臍帶斷裂・胎盤早期剝離・

子宮内腫症等を起すことあり。如斯きを墜落産又は急産と云ふ。胎兒は死亡すること多し。

三、骨盤又は軟部産道の抵抗甚だ強きか、胎兒異常に大なる場合には異なる二様の結果となる。若

し抵抗に打勝つこと能はずして疲勞すれば陣痛微弱となり危険少なきも、反對に收縮を強め痙攣性陣痛となれば子宮破裂を起すに至る。

處置 成る可く早く側臥位を命じて腹壓を禁じ精神を安靜ならしめて會陰保護に特別に注意すべし。

尙經産婦にて前回に於ける分娩の經過急速なりし者は、妊娠末期に至れば外出を禁じ、少しにても陣痛を覺えたる時は直ちに臥牀し決して廁に入らず便器にて用便する様注意しをくべし。

三、痙攣性陣痛

痙攣性陣痛とは過劇陣痛の一層強くなりたるものにして、子宮筋は持續性に收縮し唯發作性に其度を増減するのみにて正規陣痛に於けるが如く全く弛緩すべき間歇時なきを云ふ。従つて疼痛も亦發作性に弱くなるのみにて全く消失することなし。

痙攣性陣痛が一層其度を進むる時は子宮は同じ強さに持續性の收縮を起すに至る。此状態を子宮強直症と云ふ。

痙攣性陣痛及子宮強直症は陣痛微弱に比し甚だ稀なる異常なり。

原因 主なる原因は左の三つなり。

一、續發性陣痛微弱と同様の原因あつて胎兒の進行甚だ困難なる場合、抵抗に打勝たむと益々收縮を強めたる場合。

二、醫師又は産婆の粗暴なる外診又は内診によりて子宮筋を過度に興奮せしめたる場合。

三、子宮筋の持續性收縮を促すべき麥角劑を多量に使用したる場合。

母兒に及ぼす影響 持續性に收縮せる子宮壁は兒體を堅く包圍して其進行を止むるのみならず、胎盤血行をも妨げて急速に死亡せしむ。産婦は劇しき下腹痛を訴へ、壓痛も亦強く脈搏増加し時に發熱す。次いで陣痛微弱となれば幸なるも、久しく痙攣状態を續くれば終に子宮破裂を起すに至る。

處置 母兒に對し甚だ危険なる異常なるが故に直ちに醫師を招くべし。醫師來着までは腹部に輕き溫濕布を施し、温かき牛乳を與ふべし。決して外診又は内診を行ふ可らず。

醫師のなすべき處置 醫師は先づ麻酔劑(モルフィン劑)の皮下注射又は「クロ、ホルム」全身麻酔を施して陣痛を弱くしたる後、原因を考へて種々なる手術的療法を行ふ。此際子宮の收縮消失せざる間は如何なる手術も子宮破裂の恐れあるものと知るべし。

乙 腹壓の異常

腹壓の異常は陣痛に於けると同様、甚だ強きか又は甚だ弱きかにして稀に見る異常なり。

原因 主なる原因左の如し。

一、身體虛弱なる者、腹壁の甚しく弛緩せる經産婦、膀胱及直腸の充滿等は腹壓を不充分ならしむ。

二、開口期に於て無用に努責する時は遂に疲勞し娩出期に至りて腹壓を營むこと能はざるに至る。

三、神經質なる年若き初産婦は、疼痛を恐れ陣痛時に於て故意に腹壓を抑へ又反對に分娩を進行せしめむとして故意に強く努責す。

一般に腹壓の異常に強きは多く故意に出づるものとす。

分娩に及ぼす影響 腹壓は開口期に於ては全く不用有害なれ共娩出期には甚だ必要なり。單に陣痛のみにても分娩は終了し得るものなれ共、腹壓の助力なきか又は不充分なる時は、娩出期を著しく遅延せしめ、時として續發性陣痛微弱と同様の障害を起すことあり。

然れ共兒頭發露に際して腹壓強き時は却つて大なる會陰破裂を生せしむる害あり。

處置 産婆は産婦に腹壓の必要なる時期と無益なる時期とを説明し、故意に之れに反するが如きことなき様戒むべし。腹壁の甚しき弛緩によりて腹壓を營むこと能はざる者に於ては分娩時に於て

母體の異常による異常分娩
も適當なる腹帶を施すべし。

第二節 産道の異常

産道の異常を分ちて骨盤の異常と軟部産道の異常との二種とす。

甲 骨盤の異常

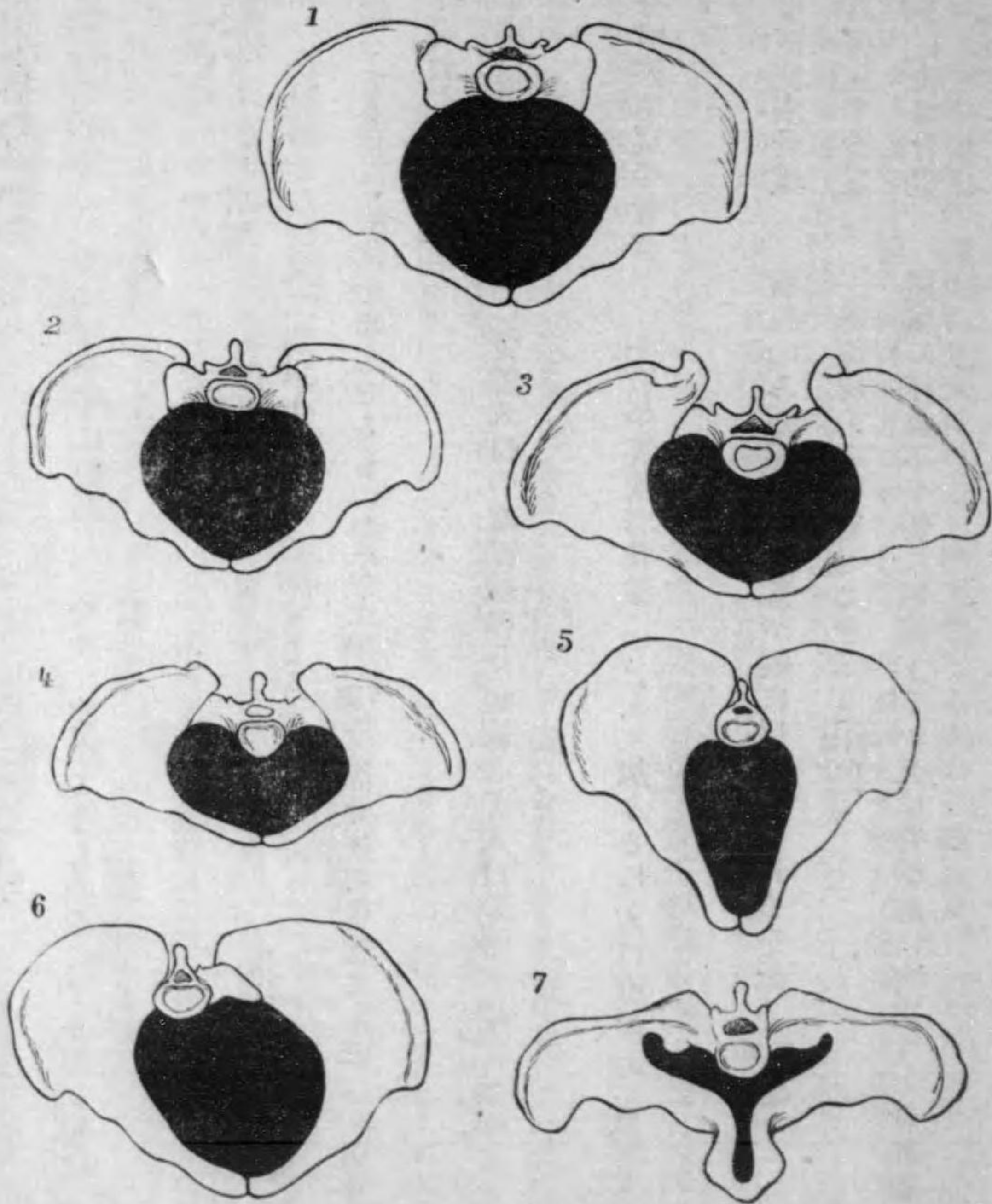
一、狭窄骨盤

骨盤の異常とは其内腔が異常に狭小なるか(狭窄骨盤)又は異常に廣きか(過度骨盤)なり。

狭窄骨盤とは骨盤徑線の一つ又は數個又は全部が、正常の平均數よりも著しく短かき場合を云ふ。而して狭窄は多く骨盤入口のみに起り、骨盤腔又は骨盤出口に起ることは寧ろ稀なり。

狭窄骨盤の種類及分類 狭窄骨盤を短縮する徑線と其數とを異にするに従ひて甚だ多種類に區別することを得。其分類法に種々あるも、産婆としては其詳細を知るの要なく唯左に記するが如き最も見らるゝ種類を知るにて足るなり。

第十圖 種々な狭窄骨盤



- (1) 正常骨盤
- (2) 全般平等狭窄骨盤
- (3) 單純扁平骨盤
- (4) 全般狭窄扁平骨盤
- (5) 横徑狭窄骨盤
- (6) 斜徑狭窄骨盤
- (7) 骨軟化病性狭窄骨盤

母體の異常による異常分娩

甲、變形なき狹窄骨盤

全般平等狹窄骨盤

各徑線平等に短縮し、全般に狹小となるのみにて全形を變化せざる者を云ふ(第十圖)。

乙、變形せる狹窄骨盤

一徑線のみ短縮せるか又二個以上の徑線短縮するも平等ならずして、一徑線は他徑線よりも強く短縮し、従つて全形に變化を來たせるものを云ふ(第十圖)。部分狹窄骨盤とも云ふ。就中最屢々見るものは左の如し。

一、單純扁平骨盤

單に骨盤入口の直徑線のみ短縮して入口の形が横に扁平となれるを云ふ(第十圖)。

二、全般狹窄扁平骨盤

全般平等狹窄骨盤にして、加ふるに入口直徑の短縮せるものを云ふ(第十圖)。

三、横徑狹窄骨盤

横徑のみ短縮し骨盤腔が縦に扁平となれるを云ふ(第十圖)。

四、斜徑狹窄骨盤

一斜徑線のみ短縮せるを云ふ(第十圖)。

五、不正狹窄骨盤

諸種の徑線不平等に短縮するか又は骨盤腔に突出する骨腫瘤によりて起るものなり。

原因

狹窄骨盤の原因に先天性なるものと後天性なるとの二種あり。

先天性原因

生來骨盤の發育弱きためにして、身長著しく短かく全身の骨格小なる者に多し。かかる婦人は全般平等狹窄骨盤又は單純扁平骨盤を有す。

後天性原因

幼時又は少女時代に於て脊柱・股關節又は下肢の疾患にかゝり、之れに續發して種々なる斜徑狹窄骨盤となることあり。尙狹窄骨盤の原因をなす骨疾患中最多くして特殊の變化を起すものは尙僂病及骨軟化病の二なり。

尙僂病とは幼時に起る骨疾患にして、軟骨の化骨は甚しく遅れ骨質久しく柔軟なり。これがため四肢殊に下肢及脊柱は強く彎曲し骨盤も亦變形す。起立又は起坐せる時、身體の重量は脊柱に沿ふて薦骨に加はるため、薦骨胛を前下方に壓迫し、遂に薦骨は水平に近き位置ををる。従つて骨盤入口の直徑線は甚しく短縮するも、出口は却つて廣くなる。尚入口の横徑少しく延長し腸骨翼は甚しく扁平なる、ために腸骨前上棘間距離は大轉子間距離よりも大なるか又は同様なる。如斯き一種固有の扁平骨盤を尙僂病性狹窄骨盤と云ふ。

骨軟化症とは成熟婦人に起る骨疾患にして、一度完全に化骨せる骨質が石灰分を失ひて再び軟化するなり。軟化する骨盤は脊柱及兩下肢の三方面より中心に向つて壓縮せられ、兩髀臼及兩坐骨結節は相接近し薦骨胛も亦深く前方に突出し、耻骨弓は鳥の嘴の如く狭く突出し第十圖7示すが如き不正狹窄骨盤となる。之れを骨軟化病性狹窄骨盤と云ふ。

狹窄骨盤中最多きは單純扁平骨盤なり。元來歐洲に於ては骨疾患殊に尙僂病及骨軟化病甚だ多きため

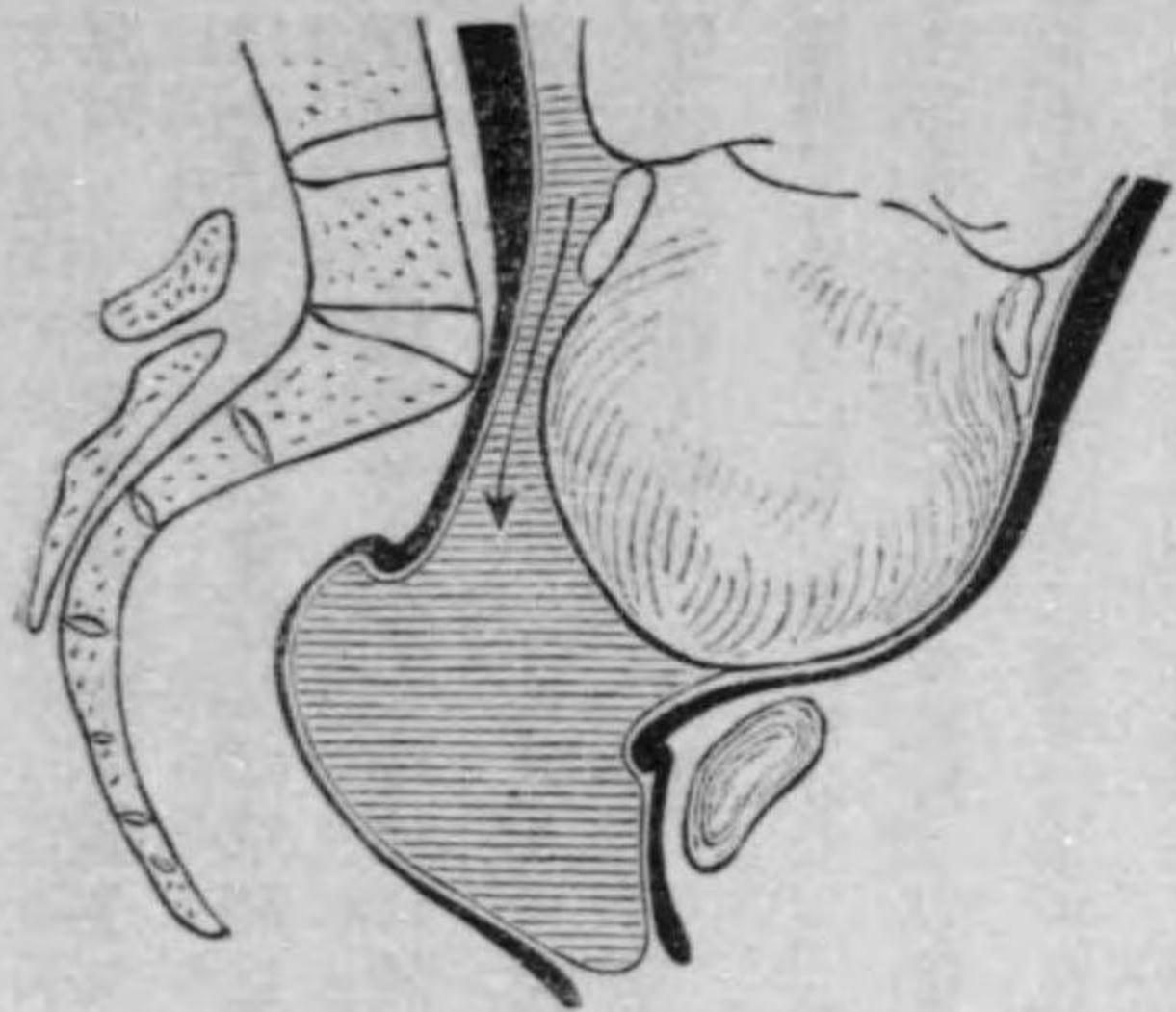
狭窄骨盤を有する婦人も亦甚だ多し。然れ共我國に於ては唯北陸(富山縣・新潟縣・石川縣)の一地方に是等の疾患を見るのみにして、一般に狭窄骨盤を有する婦人少なし。

狭窄骨盤によりて起る分娩中の障害 狭窄骨盤による妊娠中の障害は懸垂腹・先進部固定せざるために起る體勢又は體位の異常等に過ぎざるも、分娩開始すると共に種々なる障害を發し母兒兩者に危険を及ぼすものなり。今頭位分娩に際して起り得る障害の主なるものを列擧すれば左の如し。

甲、分娩第一期

- 一、**卵胞の早期破裂(早期破水)** 正常骨盤にては晚くとも陣痛の開始と共に兒頭は固定し前羊水と後羊水との交通は絶たるゝも、狭窄骨盤にては頭部固定すること能はざるため前羊水は交通し(第十一圖)子宮收縮による壓力は全部卵胞に作用し、未だ子宮口の全開大せざるにこれを破裂せしむるなり。従つて開口期の甚しき遅延を來たす。
- 二、**臍帶及四肢の下垂又は脱出** 兒頭固定せ

第十圖



狭窄骨盤に於て前羊水と後羊水と相交通せることを示す。

す兒頭と子宮壁との間に間隙あるため、臍帶及四肢の下垂を來たし、進んでは卵胞破裂後羊水の流出すると共に腔内に脱出するに至る。

- 三、**種々なる體勢・體位の異常** 先進部は陣痛のため壓迫せらるゝも久しく固定すること能はざるため、**顔面位・額位・斜位等**を起し易し。
- 四、**陣痛の異常** 先進部の進行困難にして産道の抵抗大なるため過劇陣痛又は痙攣性陣痛となり、進んでは子宮破裂を起すか又は反對に續發性陣痛微弱となる。

乙、分娩第二期

- 五、**腔壁の壓迫壊死** 兒頭の壓迫強きため腔壁の一局所に壊死を起し、産褥時に至り尿瘻を生ずるに至ることあり。
- 六、**兒頭の損傷・頭蓋腔内出血** 強き陣痛・腹壓によりて無理に骨盤内を進行するが故に、兒頭の變形は甚しきを常とし時に頭蓋骨の一部に陥凹を見ることがあり。長時間薦骨脚に壓迫せられたる部の皮膚に出血し赤色帯又は赤色斑を生ずること少なからず。尙又強き壓迫のため頭蓋腔内出血し死亡することあり。産瘤は甚しく大なるを常とす。

- 七、**傳染の續發** 通常娩出期甚しく遅延するため細菌の侵入を起し發熱するに至ること多し。
- 頭位分娩の一般的經過 狭窄骨盤に於ける頭位分娩の經過は次の三事項と深き關係を有す。

- 一、骨盤狭窄の程度及種類。
- 二、兒頭の大きさ、疊積力の大小、體勢。
- 三、陣痛の強さ。

一程度の狭窄までは是等三事項の組合せ如何によりて分娩の経過を異にするが故に、單に狭窄の程度のみを以て其結果を判断すべきものにあらず。各種の狭窄骨盤は稍々特有の分娩経過をこるものなれ共、其詳述はこれを略し茲には最多き扁平骨盤のみに就きて其大要を説明すべし。

扁平骨盤を其狭窄の程度によりて通常四種に區別す。

第一度(輕度)狭窄骨盤 眞結合線の長さ九—一〇浬なる者。

陣痛強く兒頭の姿勢正常なる場合は、甚だ長時間を要し且既に述べたるが如き種々の障害を起すこと多きも、處置宜しきを得れば生活せる成熟兒を分娩し得るものなり。但狭窄輕度にても兒頭甚だ大にして疊積し難く加ふるに陣痛弱き時は分娩は停止するに至るなり。

要するに第一度の狭窄にありては狭窄以外の關係良好なる時は自然産を遂げ得るものなり。

第二度(中等度)狭窄骨盤 眞結合線の長さ七—九浬なる者。

たとひ陣痛強くとも正常の大きさを有する成熟胎兒を分娩すること難し。唯早産兒の如く兒頭小に

して疊積し易き者に於ては障害なきか又は兒頭の著しき變形を起して娩出せらる。

故に處置としては醫師は早産術を施すか又成熟胎兒分娩に臨みては廻轉術・娩出術の如き手術を必要とす。

第三度(高度)狭窄骨盤 眞結合線の長さ五—七浬なる者。

此程度の狭窄に於ては成熟胎兒の分娩は全く不可能なり。たとひ早産兒と雖甚だ困難なり。自然産道より胎兒を娩出せしめむとすれば兒體を縮小する手術(截胎術)を施すか妊娠初期に流産術を行はざる可らず。若し生活せる成熟胎兒を望めば開腹術による腹式帝王切開術をなさざる可らず。

第四度(最高度)狭窄骨盤 眞結合線の長さ五浬以下なる者。

如斯き高度の者に於ては最早截胎術を行ふも成熟胎兒(通常早産兒もか)を分娩せしむること能はず。故に妊娠初期に人工流産を行ふか又は妊娠末期に於ては必ず腹式帝王切開を要するなり。

診断 狭窄骨盤の診断として最確實なるは、骨盤計測を行ひて正常の大ききと比較するにあり。其方法の詳細は既に上巻に於て述べたり。

産婆は妊婦特に初妊婦の第一回診察時に於て必ず骨盤計測をなすべきものなり。

左に述ぶるが如き狭窄骨盤に疑はしき徴候を認めたる場合は、特に注意して骨盤計測を行ふべし。

- 一、外觀 身體著しく矮小(たけ低く身體小なること)なる者、脊柱・下肢等に彎曲ある者、跛行(ハコツ)する者等。

二、既往症 骨軟化病・佝僂病其他骨疾患に罹りたる者、小兒時代に歩行開始の甚だ遅かりし者
(多く輕き佝僂病によるなり) 既往に於て難産をなしたる者等。

三、妊娠時の觀察 初妊婦にして妊娠末期に至るも先進頭部固定せざる者、子宮底異常に高さか
又は懸垂腹を有する者。

外診の際伸ばしたる一手の拇指と小指との先端を容易に兩側の腸骨前上棘に達し得る者(橫徑狹)又は
内診の際示指の先端を容易に薦骨胛に達し得る者(扁平骨盤) 耻骨聯合が著しく突出する者(骨軟化性)又
等。

四、分娩時の觀察 體位・體勢に異常なく、陣痛強きにも拘はらず、頭部久しく固定せざる者、卵
胞早期破裂・臍帶四肢の下垂、脱出ある者等。

處置 既に妊娠中に又は分娩時に於て狹窄骨盤なることを知り得たる場合は直ちに醫師を招き、
種々なる危険の起るに先だちて適當の處置を講ずべし。醫師來着までは出來るだけ永く卵胞の保存に
努めざる可らず。即ち側臥位(若し先進部が一侧に偏在する時は、其側を下にせしめ)をこらせ且努責を嚴禁す。尚
「コルボイリソナル」を挿置するを可とす。

早期破水を起せば直ちに内診を行ひ、臍帶・四肢の脱出を検し、若しこれを認めたる時は相當したる
處置を行ふ。尙膀胱の充滿に注意すべし。

醫師のなすべき處置

醫師のなすべき處置は狹窄の程度及種類によりて一様ならず。左に前記の扁平骨盤に於ける頭位

分娩を例として其概要を述ぶべし。

第一度狹窄骨盤に對しては先づ正規分娩と同様にす。唯其經過に特に注意を拂ひ陣痛微弱となれば其處置をなす。兒頭の固

定困難なる時はワルヘル氏懸垂位となす
ことあり。

ワルヘル氏懸垂位とは第十二圖に示すが
如く横床位となしたる産婦の兩脚を自然
に懸垂せしめ、兩足の先端のみを床上に
着せしむ。此位置に於ては薦骨は薦腸關
節にて僅かに廻轉し薦骨胛が少しく後方
に退き、従つて眞結合線を約〇・五種、時
に一輻位延長せしむ。之れにより兒頭の
固定を助け得るなり。此位置は産婦にと
り甚だ不快なるが故に、陣痛間歇時には
兩脚を椅子の上に乗せて安樂にし陣痛發

第二十圖
ワルヘル氏懸垂位



作時に椅子を除きて懸垂位となす可し。

分娩第二期に至り進行困難なる時は鉗子娩出術を行ふ。

母體の異常による異常分娩

第二度狹窄骨盤に於ては自然分娩は不可能なる故事情により種々なる産科手術（廻轉術・娩出術・耻骨聯合切離術・耻骨切離術等）をなす。又妊娠中發見せる時は早産術をなし自然に分娩せしむ。

第三度狹窄骨盤にては胎兒縮小術をなして自然産道より娩出するか又は腹式帝王切開術を施す。

第四度狹窄骨盤にては妊娠末期ならば必ず腹式帝王切開を施す。妊娠初期なれば人工流産を行ふ。

二、過大（廣）骨盤

過大骨盤は分娩に對し狹窄骨盤に於けるが如く重大なる關係を有せず。産出力・兒頭の大きさ・體位・體勢等に異常なき時は、分娩甚だ急速に行はれ墜落産となり既に述べたるが如き（第六一頁）種々の障害を起すことあり。又産道の抵抗少なくて兒頭の通過に特別の分娩機轉を營む必要なきため、兒頭の深在横位を起すこと稀ならず。

處置としては過劇陣痛に述べたると同様にすべし。

乙 軟部産道の異常

一、子宮口・頸管の狹窄及伸展性缺乏

原因 子宮口又は頸管の狹窄は主として手術・分娩等による裂傷又は腐蝕劑・潰瘍等によりて生ぜる癍痕性收縮に因りて起る。

高年の初産婦（三十歳以上にて初めて妊娠せるもの）にては何等の病變なくとも、子宮腔部の組織強韌にして伸展性に乏しきものとす。尙又子宮頸部癌の發生せる時も亦伸展性を失ふものなり。

分娩障礙及診斷 子宮口の開大甚しく遅延し終に續發性陣痛微弱となるか又は反對に過劇陣痛となる。甚しき時は進んで子宮破裂をも起すに至る。

骨盤に異常なく陣痛強きにも拘はらず子宮口の開大遅延する時は、内診を行ひてこれを診斷すべし。

處置 破水前にては先づ自然の経過を觀察し母兒に危険の徴を認めたる時は直ちに醫師を招くべし。醫師は變化の程度によりて或は「メトロイリントル」を挿入し又は子宮口を切開し甚しき時は腹式帝王切開を行ふことあり。

二、腔・會陰の狹窄及伸展性缺乏

原因 先天性なることあり。又微毒・「デフテリ」・火傷・損傷後の癍痕によることあり。高年の初産婦にては腔入口部及會陰の伸展性に乏しき者多し。

分娩障礙 腔の狹窄はたどひ高度なりとも妊娠による組織の軟化あるため第二期少しく遅延するも比較的容易に擴大し得るものなり。

腔入口及會陰の伸展性缺乏は兒頭の發露を妨ぐるのみならず、大なる會陰破裂の原因となる。

處置 先づ自然の経過を觀察し分娩甚しく遅延し母兒に危険ある時は醫師を招くべし。尙會陰保

護に注意すべし。醫師は陰脣側切開を施すことあり。

第二節 骨盤内臓器の異常

分娩障碍となるべき骨盤内臓器の異常として主なるものは膀胱及直腸の充満・卵巣嚢腫・子宮筋腫等なり。是等の異常によりて起る障害は狹窄骨盤に於けると殆んど同様なり。兒體の進行を妨げ、各期を通じて陣痛微弱の原因となり、之れに従つて種々なる障害を起す。是等の中直腸の充満は分娩開始の時唯一回の充分なる排便灌腸を行ふのみにて、分娩中再び起ること殆んどなきも、膀胱の充満は産婆の不注意によりて最屢々反復せらるゝものなるが故に約二時間毎に排尿を怠らざる様注意すべし。

卵巣嚢腫・子宮筋腫等に關しては妊娠編を参照すべし。

第二章 胎児及附屬物の異常による異常分娩

第一節 體位の異常——横位・斜位

體位の異常とは其まゝにては自然に分娩すること能はず人の助けによりて始めて分娩を遂げ得るが如き體位を云ひ、横位及斜位これに屬す。骨盤端位を體位の異常中に屬せしむる人ありと雖、放置するも自然分娩をなし得る位置なるが故に異常と見ること能はず。

横位・斜位の語義 横位とは胎児の長軸と子宮の縦軸とが直角に交はれるを云ひ、斜位とは此兩軸が斜めに交はれるを云ふ。然れ共實際上眞の横位を見ることは甚だ稀にして最普通なるは斜位なり。通常單に横位と稱するは嚴密なる意味の横位にあらずして、同時に斜位をも意味するものと知るべし。

而して斜位とは通常頭部が臀部より低き場合のみを云ふ。従つて分娩陣痛の開始と共に骨盤腔内に入するは一側の肩胛なり。故に肩胛位とも名づけらる。もし臀部が頭部よりも低き斜位なる時は、分娩開始と共に容易に普通の骨盤端位に變化するが故に斜位と稱すること能はず。

横位の區別 横位にては兒頭のある側を以て體向を定め兒背の方向を以て分類を定む。頭部左なるを第一體向(第一横位)・右なるを第二體向(第二横位)と云ふ。兒背前方に向ふを第一分類(背前の第一又は第二横位)・後方に向ふを第二分類(背後の第一又は第二横位)と云ふ。一般に第二分類よりも第一分類の方遙かに多し。最多きは背前の第一横位なり。

原因 横位の主なる原因は左の如し。



2 背後の位
第二横



1 背前の位
第一横

- 一、腹壁・子宮壁等の緊張弱くして、兒體を一定位に固定し難き場合。従つて横位は初妊婦に稀にして經産婦殊に頻産婦に見るを普通とす。
- 二、羊水過多症・雙胎妊娠等に於けるが如く胎兒の運動自在なる場合。
- 三、狭窄骨盤・骨盤内腫瘍・前置胎盤等の異常ありて、兒頭が骨盤入口に固定され難き場合。

四、子宮の畸形にて形に異常ある場合。
 診斷 卵胞破裂後なれば内診の必要あるも、破水前なれば寧ろ内診を廢し外診のみにて診察し、以つて卵胞の保存に努むべし。
 外診所見 視診にても既に腹部の横徑に廣きを知るべし。子宮底は普通よりも低く且此

部に胎兒部分を觸るゝこと能はず。一側の稍々低き部に頭部、他側の稍々高き部に臀部を觸る。子宮下部も亦子宮底部と同様空虚にて胎兒部分を觸れずして耻骨聯合上に於て骨盤内に深く手を挿入し得べし。第一分類なれば背部を横に走れる大なる抵抗として觸れ、第二分類にては多數の小部分を明かに觸れ得べし。胎兒心音は頭位に於けるよりも稍々下方にて、中央線よりも少しく兒頭に近き部に最明瞭なり。

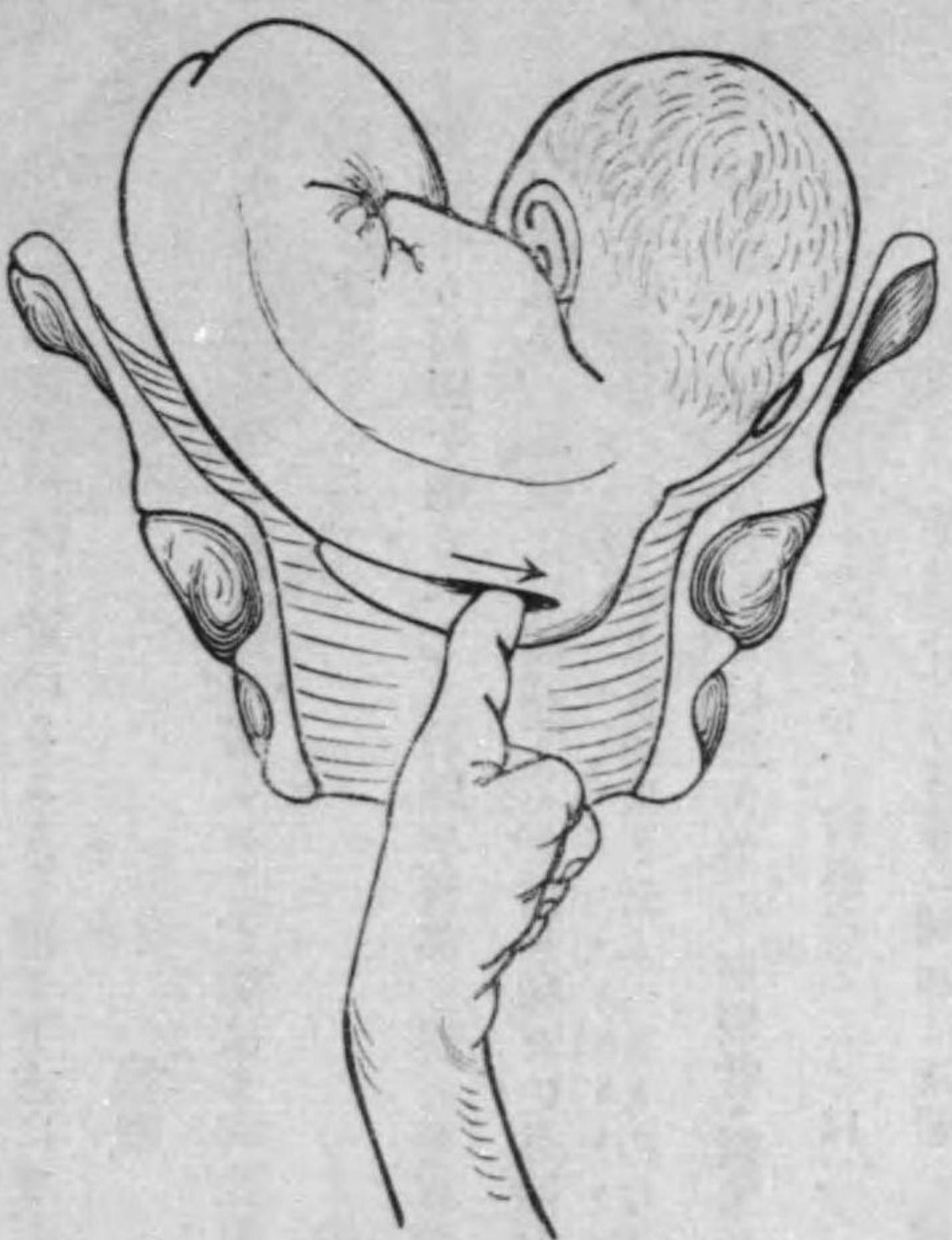
内診所見 破水前にては全く先進部を觸るゝこと能はず。此際粗暴に内診する時は卵胞を破裂せしむる恐れあるが故に注意すべし。

破水後なれば先進せる肩胛を觸るべし。肩胛を臀部と誤る可らず。而して骨盤端位には左程大なる危険を伴はざるも、破水後の横位には後述するが如き種々の危険を起すものなるが故に、斜位を骨盤端位と誤診するが如きは産婆としての重き過失と云ふべきものなり。

肩胛と臀部との鑑別 肩胛なることは三角形の肩胛骨・數本の竝列せる肋骨・S字狀に彎曲せる鎖骨・脊柱(棘狀突起)等の存在によりて知り、臀部なることは二つの坐骨結節・尾骶骨先端・外陰部(殊に峯丸)等の存在によりて知る。然れ共是等諸部の觸知は産瘤の發生によりて甚だ困難となるものなり。故に兩者の鑑別上最必要なるは腋窩又は肛門の證明なり。腋窩は一方に開き一方に鎖ぢたる身體の間隙として觸れ、肛門は挿入に對して括約運動を營む圓形の孔として觸れ時に指先に胎糞を附着せしむ。

内診上腋窩の閉づる方向にて體向を定め、肩胛、脊柱又は鎖骨の存する方向にて分類を知る。即ち腋窩左に閉づれば第一體向(第十四圖)、右に閉づれば第二體向にして、肩胛及脊柱(棘状突起)を前方に

第十四圖 腋窩の閉る方向を指示する法



第一横位なる故に腋窩は左方(矢の方向)に閉づ。

遂げ得ざるを普通とす。若し自然に分娩せしめむとせば必ず人の助けによりて縦位に變化せしむるを要す。若し横位分娩を自然のまゝに放置する時は、常に左の如き經過をさるものなり。

放置せる横位の分娩經過 成熟胎兒は横位のまゝにては自然分娩を

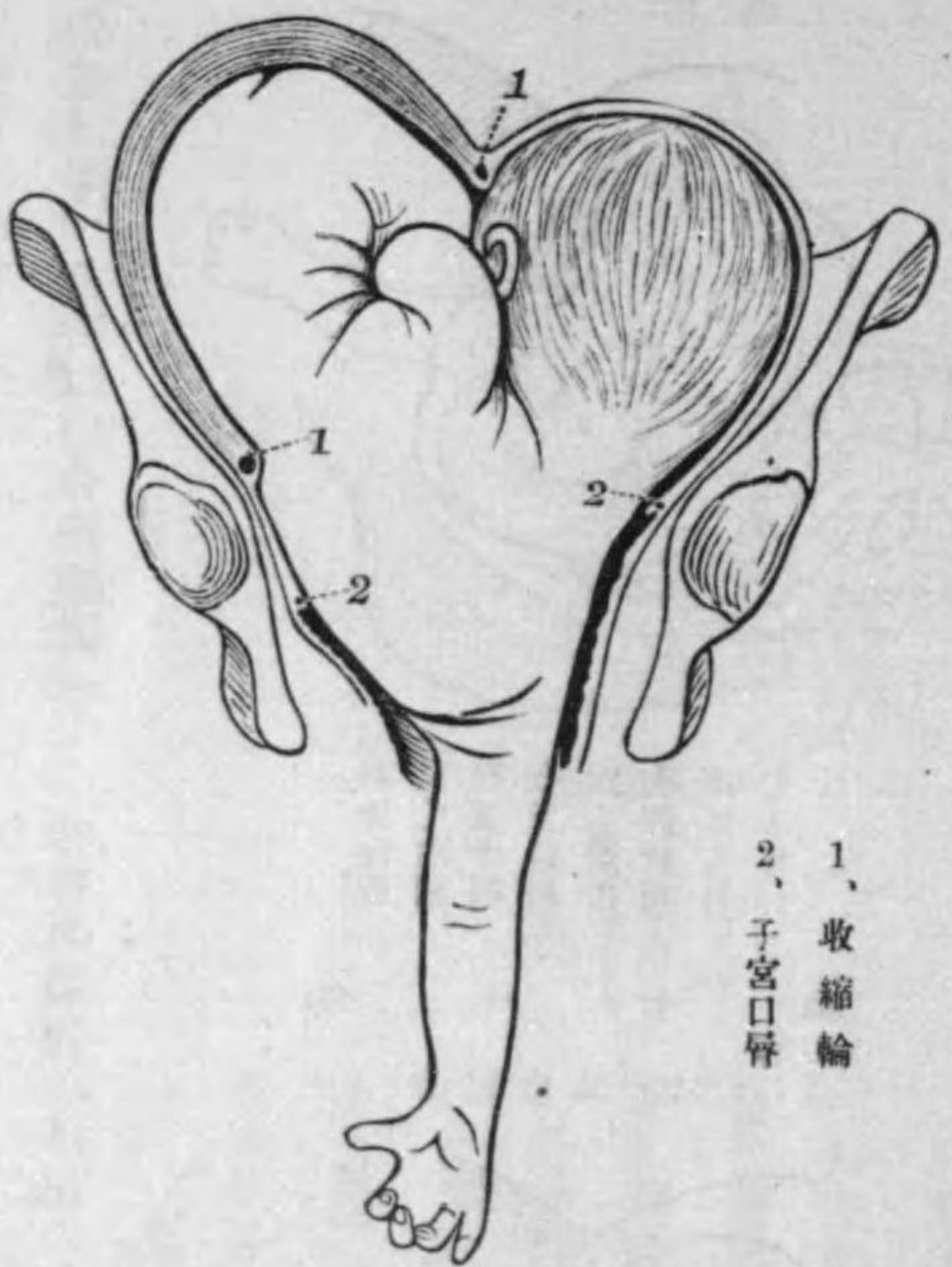
子宮下部は空虚にして、頭位に於けるが如く前羊水と後羊水との區劃なき故、陣痛によりて卵胞は早期に破裂し且羊水は盡くるまで流出し、同時に臍帶及四肢をも脱出せしむ。終に子宮壁は兒體と密接するに至り従つて陣痛は益々強くなり、肩胛は深く骨盤内に壓入せられ脊柱は胸部にて強く屈曲し頭部は臀部に接近す(第十圖)。

かくして兒體は收縮せる子宮體に堅く包まれて全く動くこと能はざるに至る。如斯き状態を遷延性横位(放置せられたる横位)と云ふ。胎兒は速かに死亡すること勿論なり。

其後の經過は二様に分る。(一)幸に續發性に

陣痛微弱となれば、唯分娩停止するのみにて直ちに危険を招くことなし。然れ共久しくなれば傳染の

第十五圖 遷延性横位



1、收縮輪 2、子宮口唇

子宮壁は強く屈曲せる兒體に密接し、子宮下部の左壁は兒頭のために甚しく伸展せらる。右手を脱出す。

恐あり。(二)反對に陣痛益々強くなり過劇陣痛又は子宮強直となれば終に子宮破裂を起して母體の生命を奪ふに至るものなり。

自然分娩を遂げ得べき特殊の分娩經過

特殊の場合には左の如き三様の經過をとりて自然分娩を

圖 六十 第一 (一其) 出產己自



右手を脱出し右肩胛骨聯合下に固定し將に胸部が娩出せられむとす。

圖 七十 第二 (二其) 出產己自

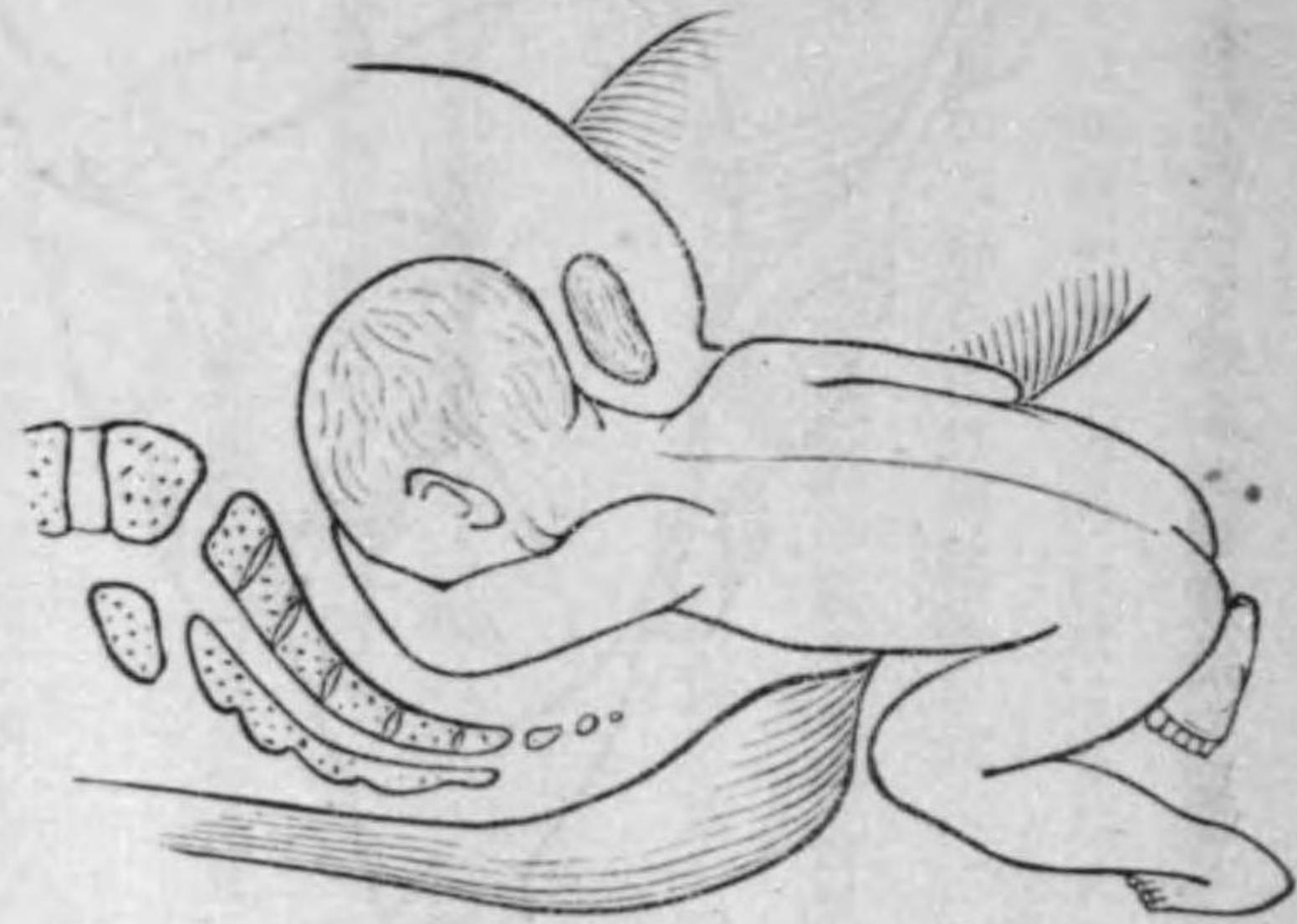


胸部、腹部に次いで臀部の娩出を終る。

なし得ることあり。

一、自己廻轉 或は陣痛開始と共に或は破水後に於て自然に頭部下降して斜位は變じて頭位となるを云ふ。

圖 八十 第三 (三其) 出產己自



臀部に次ぎて下肢を産出し頭部のみを残す。

此自己廻轉は成熟胎児の分娩に於ても甚だ稀れに行はるゝ幸福なる經過なり。

二、骨盤甚だ廣きか、早産兒にて兒體小なるか又は浸軟兒なる場合に於て、陣痛強き時は左記二種の自然分娩を遂ぐるごとあり。

自己産出 頭部は骨盤入口上に止まり、先進せる肩胛が深く骨盤内に壓入せられて陰裂間に見得るまでとなり、次いで脊柱が強く彎曲しつゝ、胸部・腹部・臀部の順序を以て肩胛の傍を通過して娩出す。次いで兩脚を降して骨盤端位分娩の如くなり、最後に兒頭を産出す(第十六圖乃至第十八圖)。

相重兒體分娩

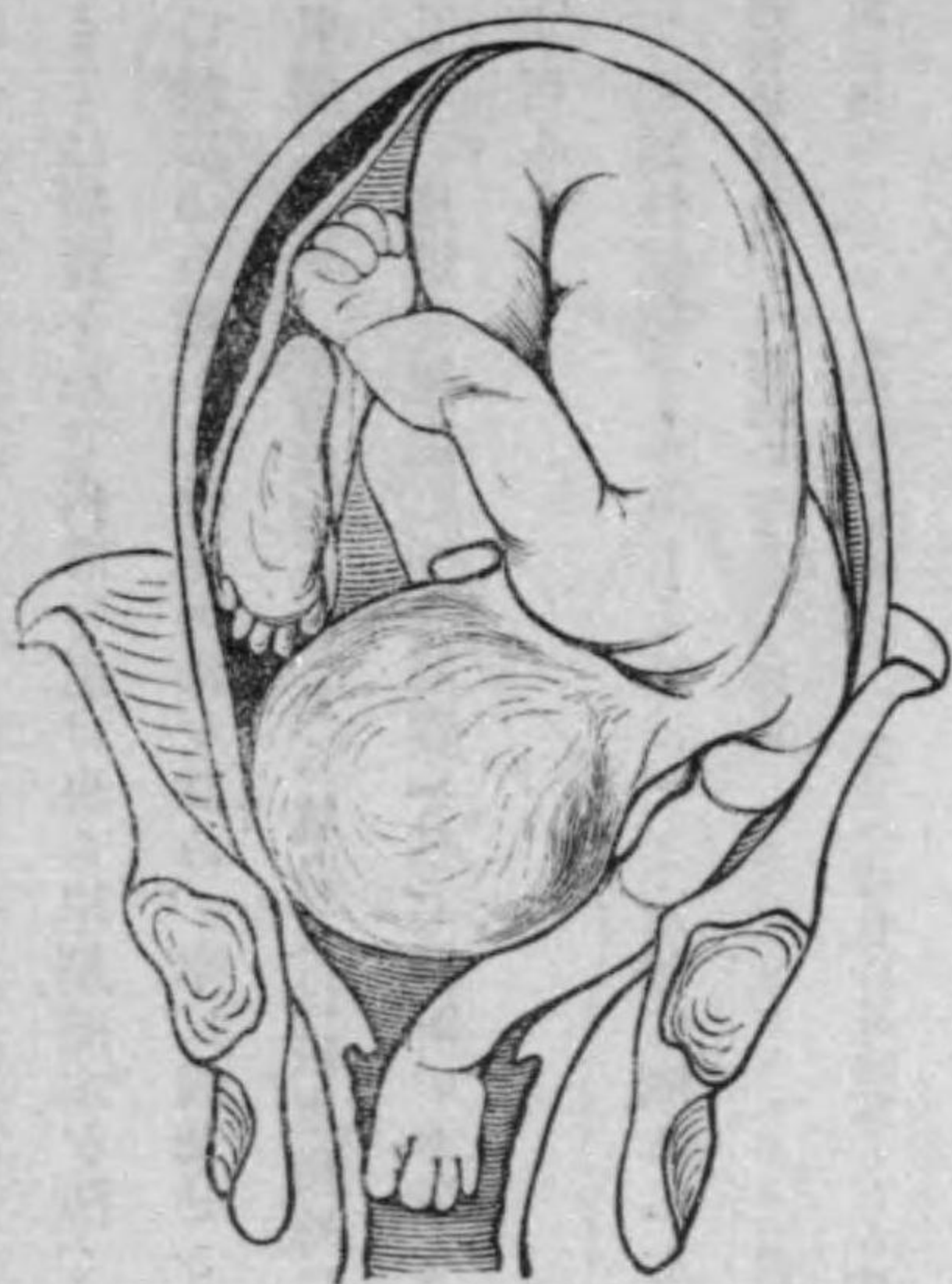
兒體が二つに折れ重なりて娩出するを云ふ。先づ先進せる肩胛と胸部の一部を露はしたる後、脊柱は極度に屈折して頭部と胸部とは相重なりて同時に娩出し、最後に臀部と下肢とを産出す(第九圖)。如斯き分娩法は自己産出よりも一層稀に見るものなり。

胎児及附屬物の異常による異常分娩

頭位に於ける四肢の脱垂

體勢の異常を見るは縦位、横位共に同様なり。横位にて屢々上肢の脱出あることは既に述べたるが如し。縦位に於ては後頭位及完全臀位のみを正規の體勢とし他の伸展位(前頭位・前額位・顔面位・不全臀位・膝位・足位等)の悉くを異常の體勢

第十二圖 右手の脱出



と見做す學者少なからず。然れ共著者はたとひ多少の障碍を伴ふも終には自然分娩を遂げ得べき是等の體勢はすべて正規中に加へたり。茲に異常の體勢と云ふは、常に著しき分娩障害となるべき頭位に於ける四肢の脱垂のみを意味するものなり。

四肢の先進する程度によりて下垂脱出^{カインゲル}とを區別す。下垂とは破水前に於て

頭部の傍らに手又は足を觸るゝを云ひ、脱出とは破水後に於て手又は足が子宮口より腔内に下降する

を云ふなり。

成熟胎兒にて如斯き體勢の異常ある時は、著しく産道を狭小にして分娩を困難ならしむること勿論なり。

原因 頭部が其全周囲を以つて子宮下部を閉塞すること能はずして、兒頭と子宮壁との間に手、足の脱出し得べき間隙あるによるものにして、狭窄骨盤・羊水過多症・過大骨盤・巨大なる兒頭又は小なる兒頭等の場合なり。兒頭及骨盤に異常なき場合にも尙ほ兒頭の固定せざるに先だちて早期破水を起す時は上肢の脱出を起し得るものなり。

成熟胎兒に於て最普通に見るは上肢(又は手)の脱垂なり。頭位に於ける下肢(又は足)の脱垂は主として早産兒又は浸軟兒に於て見るものなり。

診断及處置 四肢の脱垂は内診によりてのみ診断し得ること勿論なり。四肢脱垂の原因となるべき異常ある時は内診時特に此點に注意すべし。且つ破水後は必ず内診をなして脱出の有無を検すべきものなり。手と足の區別、其左右の別等につきては既に上卷に於て詳述せり。

下垂あることを診断し得たる場合は、努責及粗暴なる内診を禁じて早期破水を豫防し且つ下垂なき側を下にして側臥位をさらしむべし。然る時は多くの場合下垂せる手は自然に上方に退くものなり。

若し既に脱出せる場合は直ちに醫師を招くべし、但早産なる場合又は死亡胎兒なる時は其まゝ暫く經

過を観察し、分娩の進行甚だ遅き時醫師を迎ふべし。

醫師のなすべき處置

手の脱出に對し醫師の行ふ處置に二種あり。

- 一、兒頭尙移動する時は先づ整復を試む。即産婦を脱出側を下にして側臥位となし、頭部を一層強く一方に偏らしめ以つて脱出せる間隙を廣くしたる後、全手を産内に挿入し脱出せる手を握りて上方に押し上ぐ。かくして幸に整復し得たる時は、以前と反對側の側臥位とし且腹壁より頭部を骨盤腔内に壓迫し腹帯を以つて固定し、其後は自然の経過を観察す。
- 二、既に頭部固定せる時は暫く自然の経過を観察し、母兒の孰れかに危険なる徴候(例へば胎兒の窒息徴候(母體の傳染徴候(發熱))を認むるに及び鉗子出娩術を行ふ。

第三節 胎児發育の異常

分娩の障害となるべき胎児發育の異常として主なるものは過熟胎児及種々なる畸形の二なり。

一、過熟胎児・巨大胎児

過熟胎児とは妊娠十ヶ月を経るも分娩せず、従つて正常よりも一層發育を進めたるものにして、身長體重其他の身體徴候が成熟胎児より著しく強大なるを云ふ。時として正規の時期に分娩せる胎児にして過熟の徴候を有するものあり。體重四—五斤以上なるを巨大胎児と云ふ。身長六〇厘米體重五斤又はそれ以上の報告例あり。

分娩障害 頭部甚しく大なるため、正常の骨盤に於ても、兒頭と骨盤との大きさの關係は狭窄骨盤に於けると全く同様なり。而して兒頭硬く且縫合・顛門小にして疊積し難き爲め、骨盤の形に應じて變形すること甚だ少なき點は、寧ろ正常に發育せる胎兒の狭窄骨盤分娩に於けるよりも不良の経過をこるものなり。従つて起る障害は續發性陣痛微弱又は過劇陣痛・子宮破裂・早期破水・臍帶又は上肢の脱垂等なり。

診斷 最終月經より起算して既に第十ヶ月の終りを經過せること多し。腹部異常に大きく頭部著しく大にして且つ甚だ硬し。尙正常の骨盤にては初妊婦と雖頭部尙固定せざるを知る。内診によりて先進せる兒頭の甚しく硬きこと、破水後に於ては縫合顛門の狭小なることを知る。

かくの如く過熟胎兒の診斷は主として硬度・大きさ等の觸診所見によるものなるが故に、經驗ある者にあらざれば困難なること多し。従つて他の原因(例へば輕度の狭窄骨盤・軟部産道の狭窄)ありて分娩遅延せる場合に産婆によりて往々過熟胎兒なる誤診を下さるゝことあり。

處置 既に正規の分娩期を過ぎ體位・體勢・骨盤等に異常なく、陣痛強きにも拘はらず分娩進行せざる場合に於ては過熟胎兒の疑を起して直ちに醫師を招き子宮破裂の如き危険を未發に防ぐべし。

醫師のなすべき處置

醫師は兒頭及産道の大きさ、陣痛の状態等を照合して輕度又は中等度の狭窄骨盤と同様の處置を施す。

胎兒及附屬物の異常による異常分娩
 例へばワルヘル氏懸垂位によりて頭部の固定を謀るか又は足位廻轉術を行ふ。兒頭既に骨盤内に入らざる時は鉗子娩出術又時として穿頭術を行ふ。

二、胎兒の畸形

胎兒の先天性畸形には夥しく多種あれ共、就中分娩を障碍する者は主として重複畸形及腦水腫の二にして、その他の多くは分娩經過に無害なるものなり。

重複畸形兒

重複畸形とは雙胎兒の或同様なる身體部分が種々の程度に相融合して、離れ得ざる一體となれる者を云ふ。分娩障害は融合する部位及其程度によりて一様ならず。重複畸形の主なる者を左の三種に分類する事を得べし。

圖 一十二 第
合融蓋頭



一、頭部端又は臀部端にて融合せる者。

頭蓋融

圖 二十二 第
合融骨坐



合・坐骨融合・臀部融合等

此畸形殊に頭蓋融合及坐骨融合は成熟せる者にも左程困難なく分娩し得ることあり。
 二、胸部・腹部等にて融合せる者。胸部融合・胸骨融合・劍狀突起融合等。

圖 三十二 第
合融部臀



圖 四十二 第
合融骨胸



融合の部位廣き胸部融合にして成熟せる者の分娩は殆ど不可能なり、但早産の場合には往々自然分娩を遂げ得ることあり。反之し融合部小にして延長し易き劍狀突起融合の如きは第一兒分娩後第二兒は横位となり、之れを廻轉術によりて娩出し得るものなり。

圖 五十二 第
複重部頭



三、頭部又は臀部のみ重複せる者

頭部重複・臀部重複等

胎兒及附屬物の異常による異常分娩

成熟胎児の分娩は不可能なるも、早産の場合は自然に分娩することを得。但し頭部重複にては穿頭術を要することあり。

診断及處置 妊娠中は單に雙胎兒なることを知り得るのみなり。而して雙胎にして分娩少しも進行せざるか又一兒身體の一部を分娩したるのみにて進行を中止するが如き場合には重複畸形の疑ををくべきなり。

然る時は産婆としては醫師を招くより他に施すべき處置なし。

醫師のなすべき處置

醫師は母體の安全を第一とし胎児は寧ろ犠牲に供して種々なる胎児縮小術を施す。胎児を救ふために母體に危険ある手術(例へば帝王切開術)を行ふ場合極めて少なし。これ畸形兒の大多數は分娩後生存し得ざるが故なり。然れ共胎児縮小術甚だ困難なるか又特に胎児の生存を望む場合には腹式帝王切開術を行ふべきなり。

脳水腫

脳水腫とは脳室内に在る液體(腦脊髄液)が異常に多量となりたる者を云ふ。これによりて兒頭は異常に膨大し大人頭大となり、尙甚しきは頭圍八〇厘米に達するものあり。頭蓋骨は甚しく薄くなり、縫合及顙門甚しく廣くなる。普通顔面には變化なし。

分娩障害 脳水腫による分娩障害は其程度によりて一様ならず、兒頭の膨大甚しからずして陣痛強き時は骨質の薄きと疊積力の大ききことにより自然分娩をなし得るものなり。然れ共兒頭甚しく大なる時は狭窄骨盤又は巨大胎児に於けると殆ど同様の経過をとり、人の助によらざれば分娩すること能はず。放置すれば陣痛微弱によりて分娩中止するか又は過劇陣痛を起して子宮破裂を起すに至る。

診断及處置 頭部の異常に大にして柔軟なること及分娩開始するも固定し難きことによりて脳水腫の疑を起し、破水後に於て縫合及顙門の甚だ廣きことを知りて診断を確定す。

診断確定せるか又は其疑ある時は直ちに醫師を招き、其來着までは狭窄骨盤に於けると同様の注意をなすべし。

醫師のなすべき處置

醫師は頭部の穿刺(パンクチャー)を行ひて腦脊髄液を流出せしむ。脳水腫の多くは分娩後死亡するものなるが故に、胎児の生命を顧慮せず母體にのみ重きを置くを普通とす。

其他稀れに見る胎児の異常として胎兒腹膜炎・肝臓肥大等による腹部の異常なる膨滿又は臀部に發生する種々なる腫瘤等によりて分娩を障害せらるゝことあり。

第四節 卵膜・臍帶及胎盤の異常

一、卵膜の異常

卵膜(主として羊膜)の性質として分娩の障害となるべきは其厚さの異常及強き癒着なり。卵膜の下部は卵胞を

形成し、卵胞の形成は子宮口を開大せしむ。故に卵膜は一定の厚さと強さを有し、以つて子宮口の全開大まで陣痛に堪えて卵胞を保存するを要す。然れ共既に子宮口全開大したる後は、卵胞保存の必要なきのみならず、其破裂によりて兒體の前進を許さざる可らず。要するに、卵膜は子宮口全開大までは破れず、全開大後は直ちに破れ得る程度の厚さと強さを有せざる可らず。従つて其厚さに異常ある時は種々なる障害を起すべきなり。

一、薄弱なる卵膜

卵膜異常に薄くして弱き時は、卵胞は陣痛による子宮内壓に堪ゆること能はずして、子宮口の未だ全開大せざる前に破裂す。之れを卵胞の早期破裂又は早期破水と稱す。早期破水によりては常に子宮口の開大を遅延せしめ、時に臍帶及四肢の脱垂を起すことあり。

兒頭と子宮壁との間に間隙ある場合(例へば狭窄骨盤・過熟胎兒・横位・足位等)には、卵胞に加はる子宮内壓殊に強きため、正常の厚さを有する卵膜にても亦早期に破裂す。薄弱なれば一層容易なること勿論なり。

處置。早期破水を起せる時は直ちに側臥位を命じて努責を禁じ、嚴重に消毒したる後内診を行ひ、臍帶・四肢等の脱出を検すべし。脱出の有無に拘はらず醫師の治療を乞ふべし。醫師は産道の狀況に應じ、或は「メトロイリソナル」を子宮下部に又は「コルボイリソナル」を腔に挿入して羊水の流出

を防ぐと共に子宮口の開大を促す。臍帶四肢の脱出あれば其處置を行ふ。

二、厚くして強靱なる卵膜

卵膜異常に厚くして強靱なる時は子宮内壓に對する抵抗強く子宮口全開大するも尙破裂せず、兒頭深く骨盤腔に入り、進みては發露する時に至るまで卵膜を以て包まらるゝことあり。かくの如く卵胞保存のまゝ分娩する時は胎兒の下降と共に胎盤を牽引し早期にこれを剝離せしめ、胎盤血行を障害して胎兒は窒息す。尙一般に分娩の遅延を來たすものとす。

卵膜甚しく強靱にして陣痛強き時は、破れざる卵膜を以つて包まれたる胎兒を産出することあり。殊に早産の場合には稀に胎盤をも共に娩出することあり。これを幸福兒・福帽を被れる兒と云ふ。此命名は全く迷信に基づくものにして、此まゝ放置せば胎兒は羊水を吸引して死亡し、決して幸福なる徴候にあらざるが故に、寧ろ「ふくろ」兒と呼ぶを至當とす。

處置。子宮口全開大するも尙卵胞保存することを知りたる場合又は腔入口部に卵胞を露出するに至れば人工破水を行ふべし。即ち陣痛發作と共に強く緊張せる時、示中指を以て強く壓迫する時は多く破裂せしめ得るものなり。一回にて目的を達せざれば數回反復すべし、直ちに器械殊に尖りたる刀の如きを使用するは損傷を起す危険あり。「ふくろ」兒として分娩せる場合には直ちに顔面を被ふ卵膜を手にて破り、鼻口を拭ひて呼吸を自由ならしむべし。

三、固く癒着せる卵膜

卵膜は胎盤の下降するに従ひて容易に子宮壁より剝離すべきものなるに、時として固く癒着して剝離し難く、強いて牽引することにより断裂して一部を子宮内に留むることあり。小片なれば産褥中惡露と共に自然に排除せらるゝも、大片なれば久しく残り産褥傳染の原因となる。

處置。 娩出したる胎盤を両手に受け一方に廻轉するも剝離甚だ困難なる時は、中止して醫師の助を乞ふべし。決して無理に牽引す可からず。醫師は卵膜に沿ふて手を挿入し直接癒着部に於て剝離せしむべし。

二、臍帯の異常

臍帯の異常による分娩障害の主なるものは左の如し。

一、長さの異常(過長臍帯・過短臍帯)

臍帯は妊娠第十ヶ月の終りに於て約五〇釐なるを正常とす。然るに一米又は稀に一六〇—一九〇釐に及べる報告あり。又反對に僅か二〇—三〇釐なることあり。

臍帯過長なる時は眞結節(第三十三頁)・纏絡・脱垂等を生じ易く、過短なる時は分娩時に於ける牽引によりて胎盤の早期剝離・子宮内翻症・臍帯断裂等を起し易し。

二、臍帯の纏絡

臍帯の纏絡は多く異常に長き時に起るものにして、最屢これを見るは頸部なるも、時として軀幹・四肢にも生ず。單に一回なること最多きも、時として二回、稀に數回なることあり。

纏絡せる臍帯は分娩時に第二期に於て、兒頭又は兒體と骨盤壁との間に壓迫せられ、血行障礙を起して窒息せしむ。尙又纏絡によりて臍帯を短かくし過短臍帯と同様の障害を起すことあり。故に兒頭發露せる時は直ちに頸部を探りて纏絡の有無を検し、若しこれを發見する時は上卷に述べたるが如く(第二七六頁)處置すべし、分娩中胎兒心音に異常ある時は猶豫せず醫師を招き其間は産婦に努責を命じ分娩を速かならしむべし。

三、臍帯脱垂

臍帯の下垂と脱出との區別は四肢の場合と全く同様なり。下垂とは破水前に於て先進部の傍らに臍帯を觸るゝを云ひ、脱出とは破水後に於て子宮口より外に臍帯を觸るゝを云ふ。甚しき時は腔外に脱出するに至るものなり。

原因。 主要なる原因は四肢の脱垂と同様、先進部と子宮壁との間に脱垂し得べき間隙あるためなり。従つて最多きは足位及横位等にして臀位には少なく頭位に最稀なり。頭位にて臍帯の脱垂を見るは狹窄骨盤・羊水過多症等の場合なり。過長臍帯及早期破水は脱垂を容易ならしむ。

分娩障碍

下垂せる臍帯は尙ほ羊水中にあるが故に強く壓迫せらるゝこと少なく従つて特別の障

害なきこと多し。反之し脱出せる臍帯は娩出期に至りて必ず先進部と骨盤壁との間に壓迫せらる。壓迫輕き時は瓦斯交換を障害して胎児を窒息せしめ、壓迫強くして全く血行を止むる時は約十分にして死亡せしむ。而して壓迫の程度は先進部の硬さ及大きさによりて一様ならず。従つて胎児の危険は頭位に於て最大なり。横位の場合は肩胛が深く骨盤内に壓入せらるゝ時まで危険なし。

圖 六 十 二 第
垂下の帶臍

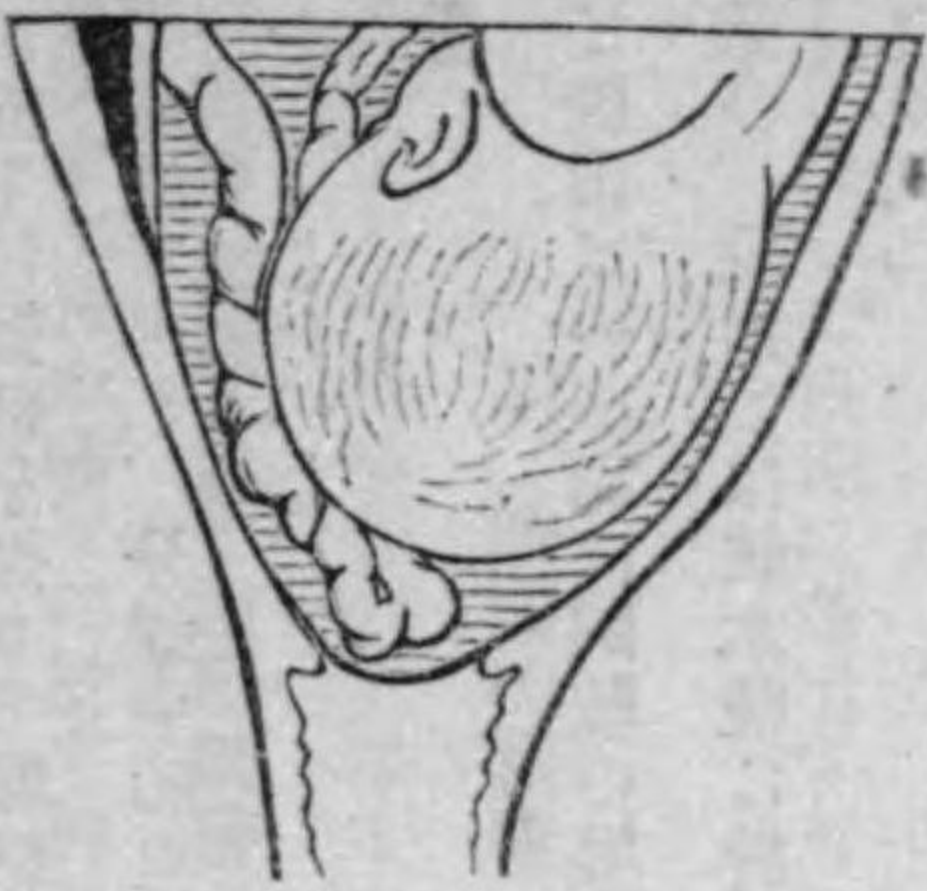


圖 七 十 二 第
出脱の帶臍



如斯く臍帯の脱出は胎児にとりては甚だ恐るべきものなれども、母體には何等の危険なきを常とす。診斷 下垂せる時は卵胞中に移動する紐狀物を間接に觸れ、時として搏動をも觸れ得べし。脱出せる時は先進部の下方に滑かなる紐狀物を直接に觸れ又は見ることを得べし。臍帯の脱出ある時に於て胎児尙生存せる時は必ず起るべき危険を豫防するため一刻の猶豫もなく適當

の處置を施す要あるも、若し既に死亡せる時は其儘自然の経過に任せ何等の處置をなす必要なし。故に脱出の診斷に次いで是非確定すべきは胎児の生死なり。

臍帯脱出時に於ける胎児生死の診斷は臍帯の搏動と胎児心音を検査するにあり。

一、臍帯に著明なる搏動を觸れ得たる時は胎児の生存せること確實なり。若し搏動數著しく少なきか又著しく多くして同時に不正なるは壓迫によりて窒息に陥れる徵候なり。

二、臍帯に全く搏動を觸れ得ざる場合は之れのみにて死亡と斷定すること能はざるもの故必ず胎児心音を聴取して生死を鑑別せざる可らず。

(イ)臍帯に搏動なく且つ胎児心音を聴取し得ざる場合に於て死亡は確定す。

(ロ)臍帯に搏動なきも胎児心音を聴取し得れば胎児尙生存す。

但し陣痛發作せる時は一時臍帯を壓迫して搏動甚だ微弱となり、又は中止することあるが故に特に陣痛間歇時に注意すべし。胎児心音の聴取は往々困難なるが故に陣痛間歇時に於ても尙ほ搏動なき時は死亡せるものと認むるも多くの場合誤なし。

處置 臍帯下垂せる時は、下垂側を上にしたる側臥位となし且つ努責を禁じて早期破水を豫防すべし。これによりて臍帯上方に退くことあるも、再發の恐あるが故に常に醫師を迎ふべし。

既に脱出し且つ胎児尙ほ生存せる時は直ちに醫師を招くべし。醫師の來着までに産婆のなすべき處置

は左の如し。

一、先進部移動せる場合は厚き蒲團を挿入して臀部を高くし且つ脱出側を下にして側臥位となすべし。之れによりて先進部の進入を防ぎ且つ先進部を脱出の反対側に偏位せしめ、以つて壓迫を免かれ又はこれを軽からしむ。

一、先進部既に固定せる時は陣痛と共に全力を盡して努責を命じ以つて分娩を急速ならしむべし。

醫師のなすべき處置

醫師は胎児の位置により左の如く處置す。

一、頭位にして頭部尙移動せる場合は、先づ四肢の脱出に於けるが如く手を以つて復納を試む。子宮口小にして用手復納困難なる時は臍帶復納器を使用す。これにても尙不可能なる時は、足位廻轉術を施し次いで娩出術を行ふ。

二、頭位にして頭部既に固定せる場合は臍帶を避けて鉗子娩出術を施す。

三、臀位の場合は先づ一脚を引き出し、胎児に危険の徴あるに及び娩出術をなす。

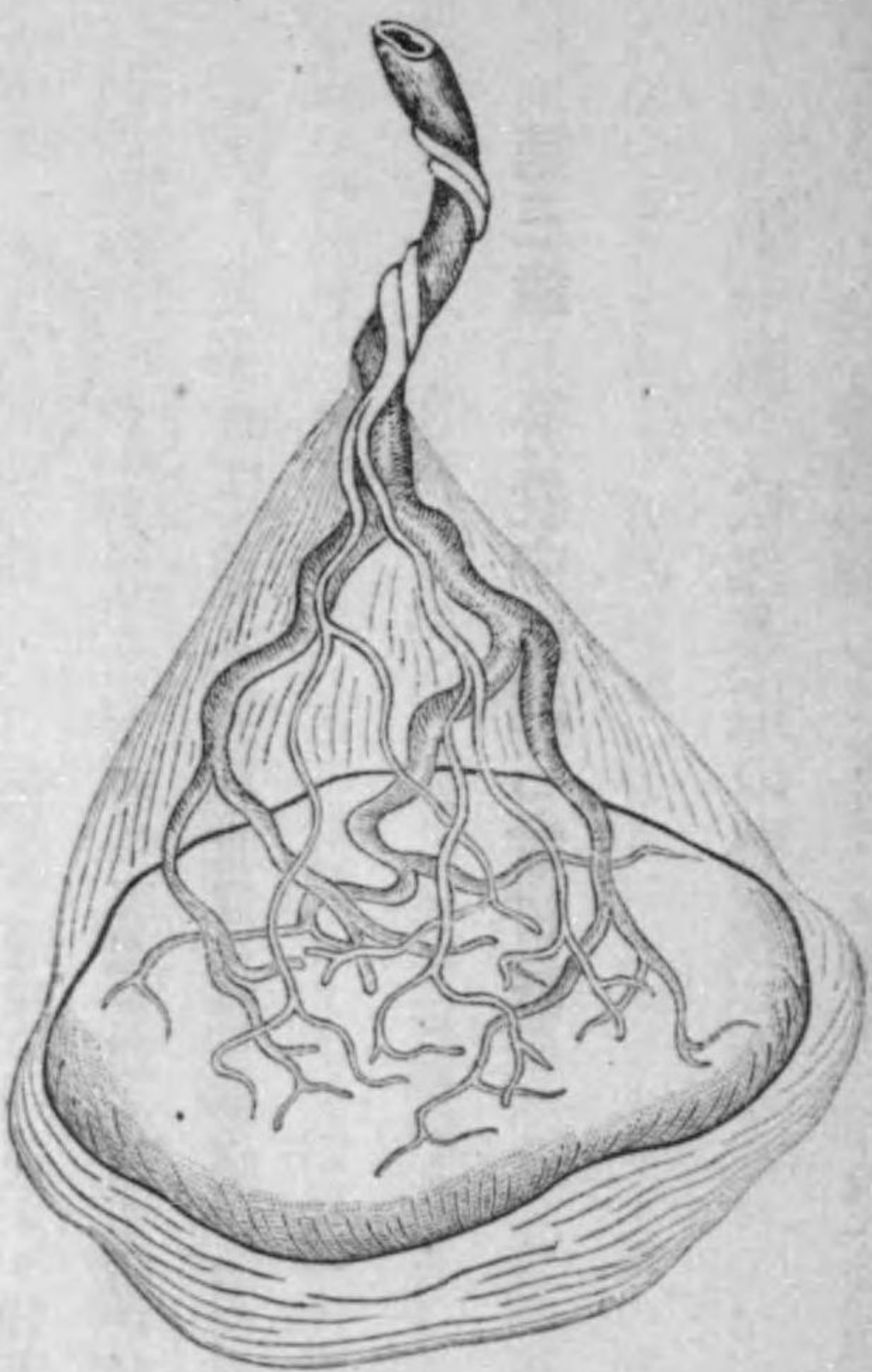
四、足位の場合は自然の経過に任せ胎児に危険の徴あるに及び娩出術を行ふ。

臍帶の脱出ありて胎児確實に死亡せる時は何等の處置を講ずる必要なく、全く自然の経過に任すべし。

四、臍帶の卵膜附着

臍帶の附着部は種々なるも兎に角胎盤内にあるを正規とす。即ち各臍血管は胎盤の表面に於て始めて

第二十八圖 臍帶の卵膜附着



分岐するものなり。時として胎盤より遠く離れたる卵膜に附着し多數に分岐せる臍血管が卵膜上を走りて胎盤に達する者あり(第二十八圖)。如斯きを臍帶の卵膜附着と稱す。雙胎・前置胎盤・輸卵管妊娠等には比較的多きも正規妊娠に見ること甚だ稀なり。

若し血管の経路に當れる部の卵膜にて卵胞を形成する時は、破水によりて血管断裂し胎児は乏血によりて死亡するに至るものなり。

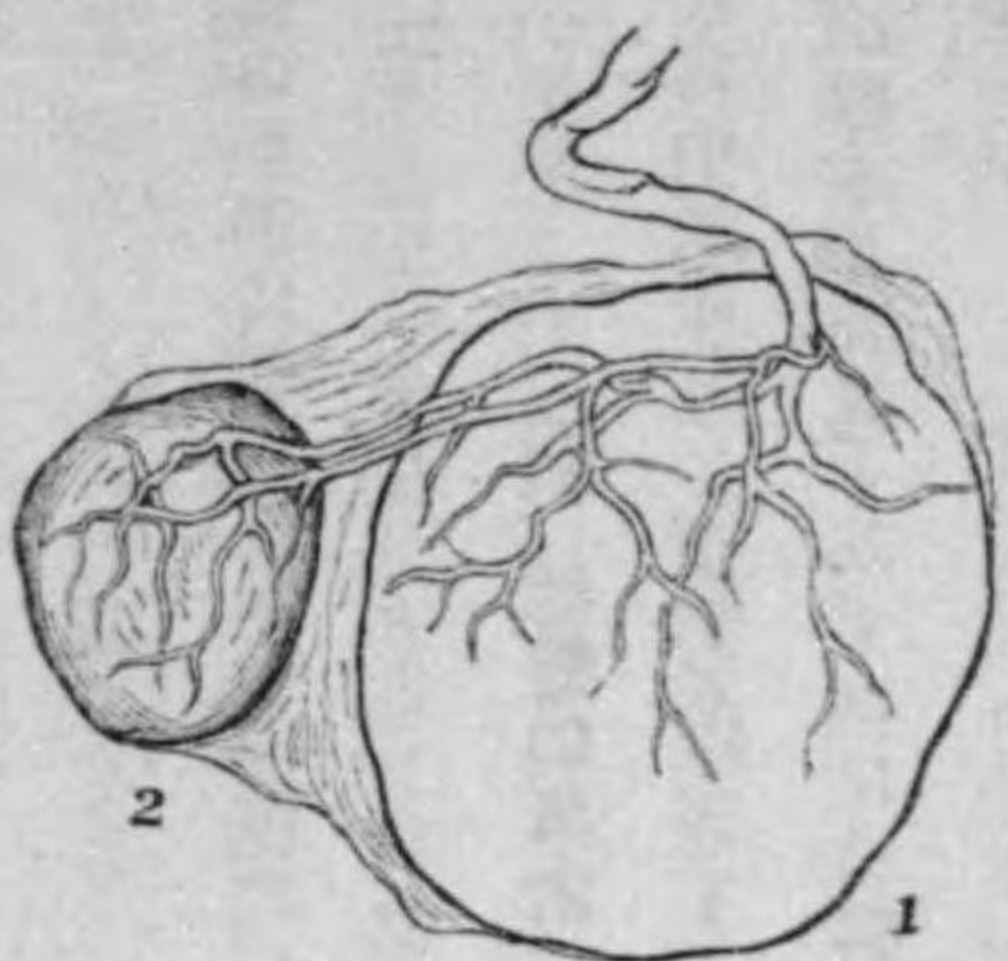
三、胎盤の異常

胎盤の異常中最甚しく分娩を障害する者は附着の異常による前置胎盤なるも、之れに關しては「分娩中の出血」の條下に詳述すべく茲には構造の異常のみに就きて述ぶべし。

分割せる胎盤 一個なるべき胎盤が二個又は數個に分割せらるゝことあり。これに一個の大なる主胎

胎児及附屬物の異常による異常分娩

圖九十二第
(2) 盤胎副と(1) 盤胎主



胎盤を疑ひ、異常に小なる時は二分又は三分胎盤を疑ひ醫師の診察を乞ふべし。

盤と之れに附屬する小なる副胎盤なる場合と、各胎盤の大きさ凡そ同様なる場合(二分胎盤・三分胎盤等)との二様あり。尙ほ分割せる胎盤の連結は細き胎盤組織によるものと、數本の血管によるものとの二様あり。如斯き分割胎盤は一般に剝離すること難く、殊に小なる副胎盤は往々子宮に遺殘して分娩後の出血又は産褥熱の原因となる。故に後産を檢査して邊緣の一部より側方に走れる特別の血管又は胎盤組織の突起を認めたる時に於て、胎盤の大き正常なる時は副

第三章 分娩中に起る合併症

第一節 軟部産道の裂傷

軟部産道中分娩によりて裂傷を生ずるは會陰に最多く、腔及子宮頸部に次ぎ子宮體に最稀なり。

一、會陰破裂

會陰の裂傷は通常陰唇繫帶より肛門に至る中央線に於て生ずるものとす。時として中央部健全にして側方にのみ生ずることあり。會陰破裂には常に多少とも腔下端の破裂を伴ひ腔會陰破裂となるものとす。裂傷の深さ及長さは種々なり。裂傷の深さを標準として會陰破裂を左の三度に區別す。

第一度會陰破裂 單に會陰の皮膚・筋膜等の表層組織のみ破裂し筋肉の健全なるを云ふ。故に表層會陰破裂とも云ひ最輕度なるものなり。多くは短かくして陰唇繫帶附近のみに限局せらる。

第二度會陰破裂 表層のみならず深部の筋層も亦破裂せる場合を云ふ。然れ共破裂は會陰の全層に互らずして肛門括約筋のみは健全なるを云ふ。即ち中等度の破裂にして深層會陰破裂とも云ふ。

第三度會陰破裂 最高度の破裂にして肛門括約筋をも断裂し、直腸下端を露出するに至れるを云ふ。故に全層破裂又は完全破裂とも云ひ、隔壁の消失によりて腔と直腸とは相交通す。

裂傷は殆ど常に腔より肛門に向ひ連續的に發生するものなれ共、甚だ稀に上下兩端の陰唇繫帶及肛門括約筋は健全にして中央部のみ破裂することあり。これを中央會陰破裂と稱す。

原因 會陰各組織の伸展力には定まりたる限度あり。若し此限度以上に強いて伸展せらるゝ場合には終に断裂せらるゝものなり。従つて自然分娩に於ては會陰の伸展最甚しき兒頭の發露に際して發生す。肩胛の産出によりては、兒頭のため生ぜる裂傷を増大せしむるも、これのみにて甚しき破裂を

生ずること稀なり。

自然分娩に於て兒頭發露の際會陰破裂の生ずるは一、兒頭が大なる周圍を以て産出する場合、二、兒頭の通過急速なる場合なること上卷に於て述べたるが如し(第二七〇頁)。従つて自然分娩に於ける會陰破裂の發生を助くるものは左の如し。

- 一、兒頭の異常に大なる場合。例へば過熟胎兒。
 - 二、兒頭の體勢不良なる場合。例へば諸種の伸展位。
 - 三、膈入口狭小にして會陰の甚だ長き場合。例へば初産婦又は先天性に狹窄ある者。
 - 四、膈入口部會陰組織が伸展性に乏しき場合。例へば高年の初産婦。
 - 五、兒頭發露の時に強き陣痛及び腹壓の加はりたる場合。
 - 六、分娩の經過異常に急速なる場合。例へば過大骨盤・過劇陣痛等による墜落産。
- 適當なる會陰保護術によりて、一程度までは會陰破裂の發生を豫防し得るものなれ共、上記の如き不良の状態なる場合には唯破裂を軽減し得るのみなり。従つて經産婦にては保護の目的を達し易きも、初産婦にては如何に注意するも、多くは第一度破裂の發生を免れ得ざるものなり。
- 會陰破裂の原因として自然分娩よりも尙一層重大なるものは、鉗子娩出術・用手娩出術等の産科手術なり。

殊に不注意なる鉗子分娩によりては屢々完全會陰破裂を發生す。これ大なる兒頭に加ふるに鉗子を以つてするため會陰の伸展一層甚しきがためなり。

會陰破裂によりて起る障害 破裂直後に起る障害は多少の疼痛と出血なり。然れ共出血は弱くして間もなく止血するを常とし、たとひ第三度の場合と雖強く出血することなし。尙ほ細菌侵入の門口

となり産褥熱の原因となることあり。陳舊性となりたる第二度以上の會陰破裂は後に至り膈・子宮等の脱垂を起す。第三度の破裂ある時は

肛門括約筋の機能消失し放屁及軟便を不隨意に洩らす。處置 第一度の裂傷は唯清潔に保つのみにて足るも、第二度、第三度の破裂は醫師に依頼して縫合せざる可らず。而して縫合は分娩直後又は二十四時内に行はるゝを可とす。故に深夜分娩したる時は翌朝に至りて醫師を迎ふべし。

縫合に要する器具 持針器・縫合針及縫合糸の三なり。持針器は縫合針を把持する器械にして種々の形あれ共最普通に使用せらるゝものは第三十一圖の如きローセル氏持針器なり。

縫合針は約三―四割の彎曲せるものなり。縫合糸には種々あるも會陰縫合に使用せらるゝは深層縫合に用ゆる腸線と表層縫合に用ゆる絹糸又は「テグス」等なり。就中腸線は一定時日の後次第

第三十一圖



分娩中に起る合併症

第三十一圖
ロゼール氏持針器



一〇六
に組織中にて溶解するもの故抜き去る必要なきものなり。

二、腔の裂傷

腔の裂傷は多くの場合下方三分の一に起り、通常會陰破裂と合併して腔會陰破裂となること既述の如し。稀に高度の頸管破裂と合併して腔穹窿部に發生することあり。下部の破裂は出血少なきも穹窿部の破裂によりては強き出血を起すものごとす。

腔の裂傷は表層粘膜面より起るを普通とすも、甚だ稀に粘膜は全く健全にして深部のみ破裂することあり。然る時は断裂血管より出づる多量の血液は次第に粘膜下に溜り、終には外陰部の皮下にも及び、腔内又は外陰部に波動を有する手掌大又はそれ以上の腫瘍を發生するに至る。これを腔血腫・外陰部血腫と稱す。血腫を被ふ粘膜・皮膚は強く暗紫色を呈す。

處置 浅き下部破裂は第一度會陰破裂と同様唯清潔に保つのみにて足る。深き下部破裂及穹窿部破裂は醫師に依頼して縫合すべし。血腫發生せる時は先づ醫師の診察を乞ふべし。通常傳染せしめざる様清潔にし、安靜を保つ時は自然

に吸収せらるゝものなり。

三、頸管破裂

子宮口の兩側に軽度の裂傷を生ずるは、殊に初産婦分娩に於ては避け難きことにして少量出血以外通常何等の障害をも起すことなし。然るに一層甚しくなり腔穹窿部に達し甚だ稀には腹膜までも穿通することあり。如斯き場合には強き出血を起す。殊に子宮動脈が断裂せらるゝ時は乏血によりて生命をも危ふくするものなり。

原因 子宮口が尙ほ充分開大せざる時、無理に胎兒の娩出を行ふ場合に起るものにして、自然分娩に見ること甚だ稀れにして、多くは粗暴なる逐娩手術(廻轉術・用手娩出術等)によるものなり。時に子宮破裂と合併することあり。

診断 胎兒の分娩直後に強出血を見たる場合は此合併症の疑を起すなり。胎兒尙産道内に在る間は裂傷部を壓迫するため出血なきか又は少なきも、娩出と共に持続性の強出血を起すなり。而して後に述べべき弛緩性子宮出血と鑑別するを要す。子宮の收縮良好なる場合は先づ頭管破裂を疑ふべし。確實なる診断は子宮頸部を強く下方に引き出し子宮鏡によりて腔穹窿部を露出し直接視診せざる可らず。

處置 出血甚しからざる時は分娩の終了後醫師に依頼して縫合し、出血甚しければ直ちに醫師を

招き其來着までは「ヨードホルムガーゼ」を以て腔を栓塞し、尙ほ止血せざる時は弛緩性出血の條下に述ぶるが如くしてモンブルヒ氏止血帯を施すべし。

四、子宮破裂

子宮破裂の多くは、子宮壁次第に薄くなり終に伸展すること能はざるに至りて起るものなり。而して分娩の進行と共に次第に薄くなるは子宮下部にして、子宮上部は反對に益々厚くなりて空洞筋を形成す(上巻第二〇九頁参照)。従つて子宮破裂は子宮下部に起るを最普通とし、特別の原因(例へば帝王切開による瘻瘻の存在)あるにあらざれば上部に起ること極めて稀なり。

裂傷の深さによりて完全破裂と不全破裂とを區別す。完全破裂とは子宮壁の全層を破壊し腹膜をも穿通するに至りたるものにて、穿通性子宮破裂とも云ふ。不全破裂とは粘膜及筋層のみを破壊し腹膜の健全なるものにして非穿通性子宮破裂とも云ふ。子宮腔は完全破裂によりて腹腔と交通し、不全破裂によりては腹膜下腔(骨盤結締織)と交通するに至る。子宮破裂が下方に延長して頸管裂傷を合併することあり。

原因

子宮破裂を起すためには常に次の二つの原因を必要とす。

- 一、産道に強き抵抗ありて胎兒の進行甚だ困難なること。

(狭窄骨盤・遷延性横位・過熟胎兒・軟部産道の高高度狭窄等の場合)

- 二、陣痛次第に強くなること。

此二つの原因は互に相俟ちて子宮破裂の發生を助くるなり。従つて單に其一つのみにては破裂を起すこと能はず。例へば産道の抵抗甚だ強くとも續發性に陣痛微弱となれば破裂することなし。反之し強き抵抗に打勝たむとして陣痛次第に過劇となるに従ひ、子宮下部は益々薄くなり、最早伸展すること能はざるに至つて断裂するなり。故に破裂は子宮口の全開大せる後に於て起ること最多し。

如斯き原因にて自然に起るを特發性子宮破裂と呼ぶ。

尙粗暴なる遂娩手術によりて子宮破裂を起すことあり。殊に多きは廻轉術なるも、尖れる器械(例へば穿顱器)の損傷によることあり。又稀には墜落・打撲・衝突等によることあり。如斯き原因にて起るを外傷性子宮破裂と稱す。

徴候

極めて稀に何等の前徴なく突然破裂することあるも、多くの場合は破裂前一定の前驅徴候を現はすものなり。

前驅徴候 破裂の切迫せる時起るものなるが故に切迫徴候とも云ふ。其主なるもの左の如し。

- 一、陣痛次第に強くなり遂に過劇となる。
- 二、子宮下部に相當する耻骨聯合の上方に持続性の自覺痛を訴へ甚しき壓痛あり。
- 三、産婦は甚しく不安興奮状態となり、脈搏は細小頻數となり時に發熱す。

四、子宮底次第に上昇し、硬き空洞筋と柔軟なる子宮下部との境をなす收縮輪もまた次第に上昇す。收縮輪の高さ凡そ臍に達すれば破裂の危険迫れるを知るなり。

收縮輪は通常横に走り且少しく下方に向ひて弓状をなす。正規分娩にありては子宮口全開大するも耻骨聯合上約四指横徑の部にあり。

時として充滿せる膀胱の上界を收縮輪と誤認することある故注意すべし。疑はしき時は「カテーテル」にて排尿したる後検査すべし。

五、兩側圓靱帯は陣痛間歇時にも亦強く緊張す。

元來圓靱帯は陣痛發作時のみ緊張し間歇時には弛緩すべきものなるに、子宮將に破裂せむとするに至れば間歇時にも亦硬き紐狀物として觸知し得るなり。

六、内診所見 先進部は骨盤入口に強く壓迫せられて不動となり、子宮口は多く全開大し且著しく上方に牽引せらる。

以上の中特に重要なものは收縮輪の異常なる上昇及陣痛間歇時に於ける圓靱帯緊張の二徴候なり。破裂徴候 愈々破裂を起す時は其程度によりて特有の徴候を呈す。最著明なる破裂徴候は完全破裂に於て見らるゝものにして左の如し。

一、今迄過劇なりし陣痛全く消失し、これと同時に産婦は子宮下部に劇痛と破裂感とを覺えて無意

識に叫ぶことあり。

二、裂傷より腹腔に向ひて一時に多量の血液を注ぐが故に、内出血及虚脱の徴候を起す。

顔面は急速に蒼白となり、脈搏は微弱細小となり時に觸知し得ざるに至る。呼吸促進して冷汗を流し且つ常に失神す。

時に少量の外出血を見ることがあるも多量なること稀なり。

三、外診所見 胎兒は裂口より腹腔中に脱出するが故に子宮體は著しく縮小し其一侧に於て腹壁の直下に兒體を觸る。裂傷の大きさにより或は兒體の全部を排出し或は大部分子宮内に留まり一部のみ腹腔内に突出す。

四、内診所見 全く先進部を觸れ得ざるか又今迄全く不動なりし先進部は甚しく移動性となる。子宮内に深く手を挿入する時は多くは裂口を觸知し得るものとす。

不全破裂の徴候は如斯く著明ならざること多し。陣痛急に微弱となるも全く消失することなく、下腹部に劇痛を發して内出血の徴候を現はすも完全破裂の如く甚だしからず。子宮體は收縮せず、胎兒を子宮外の腹腔中に觸るゝことなし。裂傷より出づる血液は腹膜下の骨盤結締織に注ぐが故に子宮下部の周圍に柔軟にして波動ある腫瘤(血腫)を生ずるなり。

診断及豫後 分娩の進行甚しく遅延し陣痛次第に強くなるが如き場合は常に前記の切迫徴候に注

意すべし。尙ほ分娩中に急性貧血と失神とを現はす場合は先づ第一に子宮破裂を疑ひて前記の徴候を検すべし。

子宮破裂を起せば胎児は常に死亡す。迅速に處置せらるれば母體の生命は救い得べきも、時機を失すれば、乏血によりて數時間内に死亡するか、又はたとひ出血に堪え得たりとするも腹膜炎を續發して數日後に死亡す。

處置 破裂の前驅徴候ある時に適當の處置を施して、産道の抵抗を去るか又は陣痛を輕減せしむれば確實に産婦の危険を豫防することを得。故に産婆として最必要なるは前驅徴候を發見して速かに醫師を迎ふるにあり。従つて産道の抵抗大なる時は分娩の經過に殊に周到なる注意を拂はざる可らず。醫師は先づ「クロ、ホルム」を以て全身麻酔を行ひ、これによりて陣痛を輕くしたる後、頭位なれば穿頭術・横位なれば斷頭術を施して急速に胎児を娩出せしむ。既に破裂の徴候を認めたる時は頭部を低くして絶対に安靜とし迅速に醫師を招くべし。

醫師は直ちに適當の場所に運びて開腹術をなし、先づ胎児を出し、次いで裂傷を縫合するか又はボロ氏手術(子宮頸部を残し子宮を切斷す)を施す。

不全破裂なる時は胎児を娩出したる後、子宮腔の栓塞を行ふ。

第二節 分娩中の異常出血

分娩中正規として出血を見るは開口期の初めと後産娩出時となり。開口期の初めに於ては主として卵膜下端の剝離によりて極めて少量の出血を起し、後産娩出時には胎盤後血腫となれる約三〇〇珉の血液を出す。其他の場合に起る出血はすべて異常なり。

異常出血の原因となるべき主なるものを列擧すれば左の如し。

分娩第一期及第二期に起る異常出血の原因。

- 一、腔壁に生せる靜脈瘤の破裂
 - 二、子宮頸部癌
 - 三、子宮頸管又は腔壁の裂傷
 - 四、臍帶の卵膜附着
 - 五、正常位置に在る胎盤の早期剝離
 - 六、前置胎盤
- 分娩第三期又は分娩直後に起る異常出血の原因。
- 一、軟部産道の破裂

二、弛緩性出血
三、子宮内翻症

以上の中實地上最屢々にして且つ最強き出血を起すは前置胎盤及弛緩性出血なり。其他（軟部産道の破裂を除く）は甚だ稀なるものなり。是等の中未だ説明せざりし者のみにつきて記述すべし。

一、正常位に在る胎盤の早期剝離

正常位に着床せる胎盤は分娩第三期に至りて始めて剝離すべきものなるに、分娩中胎兒娩出前即ち第一期又は第二期に於て剝離し、稀に妊娠中（殊に末期後半期）に剝離することあり。一般に甚だ稀に見る異常なり。

原因 主なる原因左の如し。

一、胎盤又は子宮内膜に病變あるため胎盤の附着力異常に弱き場合。

例へば腎臓炎による胎盤の白色硬塞・子宮内膜炎等。

二、胎盤附着部に受けたる打撲又は急に重荷を持ち上げ異常に大なる腹壓の加はりたる場合。

加ふるに第一の原因ある時は一層剝離を容易ならしむ。

三、卵膜強靱にして適當の時機に破裂せず全卵同時に娩出せむとする場合。

四、臍帶過短にして胎兒の娩出と共に胎盤を強く牽引したる場合。

然れ共認むべき原因なくして早期剝離を起すことも亦少なからず。

早期剝離によりて起る障害

胎盤の剝離による出血なり。

胎盤の剝離によりて起る出血の経過は胎兒尙子宮内に存する場合は後産期に於けると大に趣を異にす。後産期に於ては胎盤の剝離するに従ひて子宮も收縮し、これによりて断裂血管を壓迫し間もなく止血するものなれ共、胎兒子宮内に在る場合は胎盤は剝離するも子宮は收縮すること能はざるため、胎兒娩出せらるゝまでは持續的に出血するなり。従つて胎兒は瓦斯交換の停止によりて急速に死亡し、母體は乏血によりて死亡するに至る。

血液は主として胎盤と子宮壁との間に貯溜し（内出血）、一部は卵膜と子宮壁との間を下方に流れて外出血となる。然れ共外出血は常に内出血よりも弱く且破水によりて休止するもの多し。

多くの場合胎兒娩出の直後に胎盤を排出し、同時に大なる凝血を混せる多量の血液を流出せしむ。

徴候及診断

突然腹部に劇痛を發し、同時に内出血の徴候（急性貧血・脈搏細小頻數）を現はす。

胎盤と子宮壁との間に出でたる血液の急速なる増加により子宮底は次第に上昇し、胎兒部分を觸知すること難し。胎兒心音の消失すること勿論なり。要するに妊娠中又は分娩第一期或は第二期に於

急性貧血を起し同時に子宮體の急速なる増大を認むる時は胎盤の早期剝離と断定することを得べし。

外出血ある場合は他の原因殊に前置胎盤と鑑別せざる可からず。正常位胎盤の早期剝離による外出血は前置胎盤の如く多量ならず、且陣痛間歇時と雖休止せざるか又は却つて増量す。其他前記の徴候によりて容易に鑑別することを得べし。

處置 治療の目的はなるべく早く胎兒及胎盤を娩出して子宮を收縮せしむるにあるが故に、産婆としては急速に醫師を招くより外に施すべき處置なし。唯頭部を低くし絶対に安静ならしめ葡萄酒の如き興奮劑を與ふべし。

醫師のなすべき處置

醫師は全く胎兒の生命を顧みず、子宮口開大の程度に従ひて、出来るだけ早く胎兒の娩出に努む。

頭位を例とせば左の如き方針をとる。

- 一、子宮口閉鎖せる時はポッシー氏擴張器を以て開大したる後、先づ雙合廻轉術又は内廻轉術、次で娩出術を施す。又は直ちに産式帝王切開術を行ふ。
- 二、子宮口開大せる時は直ちに廻轉術及娩出術又は穿顛術を行ふ。
- 三、分娩第二期なれば鉗子娩出術又は穿顛術を施す。

第三十圖 胎盤の着附の種々



1 正常位
胎盤に在る
2 邊縁前置胎盤
3 側在前置胎盤
4 中心前置胎盤

二、前置胎盤

胎盤の正常附着部位は子宮體の上部にして、胎盤の下端は内子宮口より少くとも五厘の距離を有するものとす。前置胎盤は子宮下部に附着したる胎盤にして其下端が内子宮口に達するか又は内子宮口を越えて他側に及びたるものなり。

内子宮口を標準として前置(下方附着)の程度を定むるため前置胎盤に左の三種を區別す。

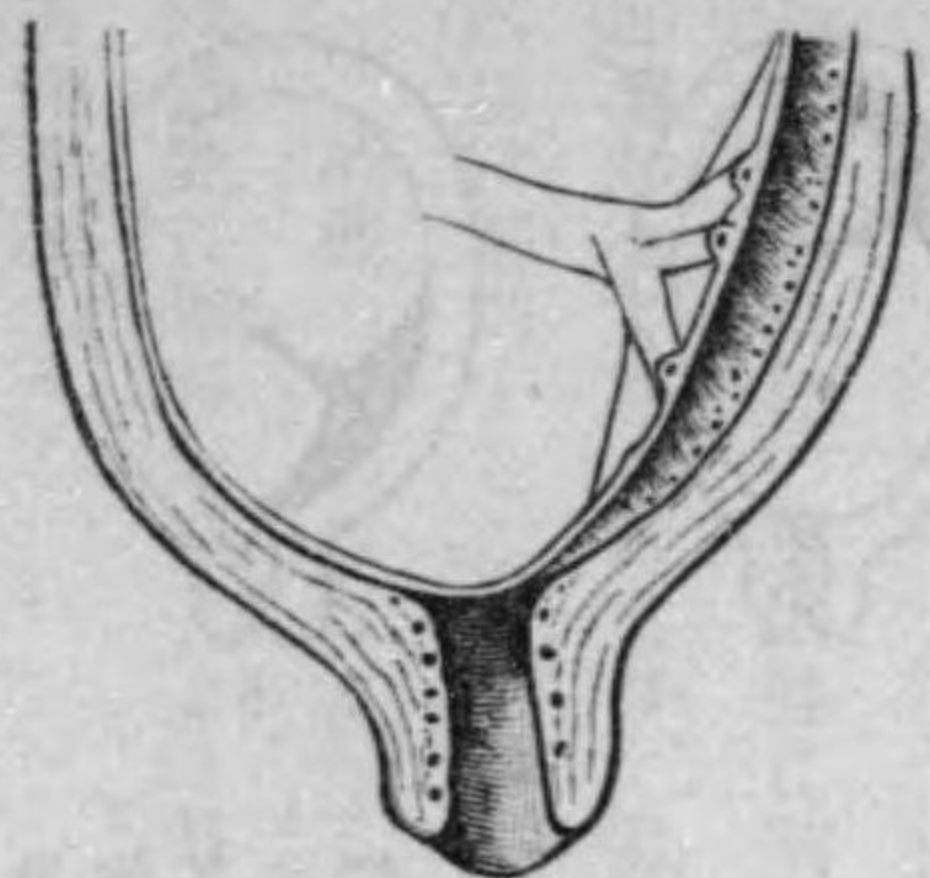
- 一、**邊縁(性)前置胎盤** 胎盤の邊縁(下端)が内子宮口に達せるを云ふ。前置の程度最弱きものなり。従つて子宮口開大するも卵膜のみにて胎盤を觸るゝこと能はず(第三十二圖)。

二、**側在(性)前置胎盤** 胎盤下端は少しく内子宮口を越えて他側に達し、子宮口開大せる時一側に胎盤組織を觸れ他側に凡そ半月狀の卵膜を觸れ得るなり(第三十三圖)。

分娩に起る合併症

分娩に起る合併症
 第三十。故に部分性前置胎盤とも云ふ。前置の度中等なるものなり。

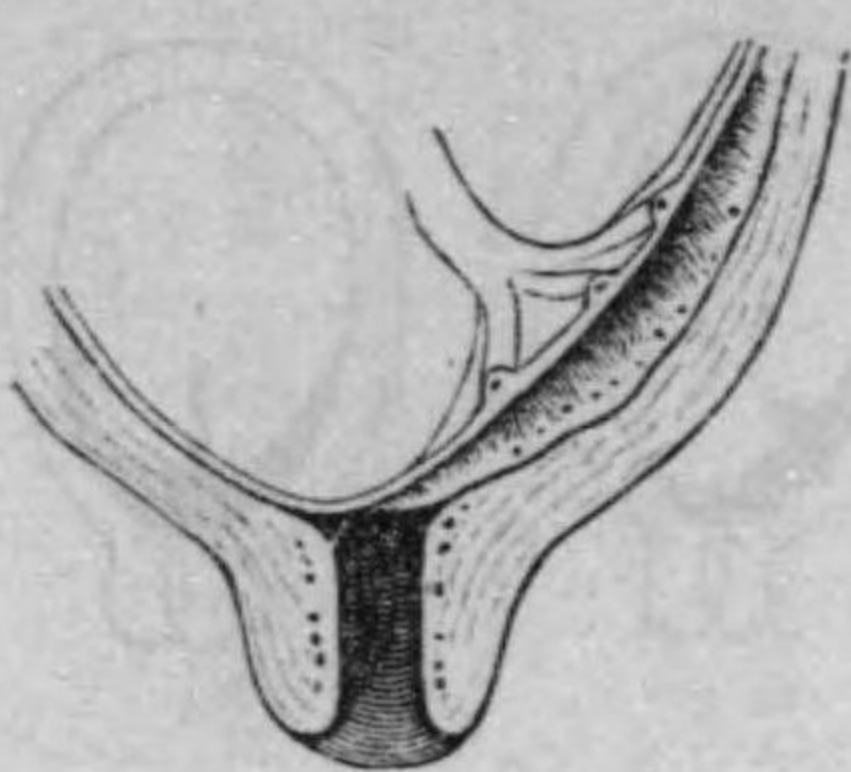
第三十三圖 前置胎盤縁邊



(下圖)開大せる子宮口は卵膜のみにて被はる

三、中心(性)前置胎盤又は中央前置胎盤
 前置の程度最強きものにして胎盤の中心部が凡そ内子宮口に在るものなり。従つて子宮口開大する時は胎盤組織を觸るゝのみにて全く卵膜を觸るゝこと能はず(第三十二圖4)。故に完全前置胎盤とも云ふ。

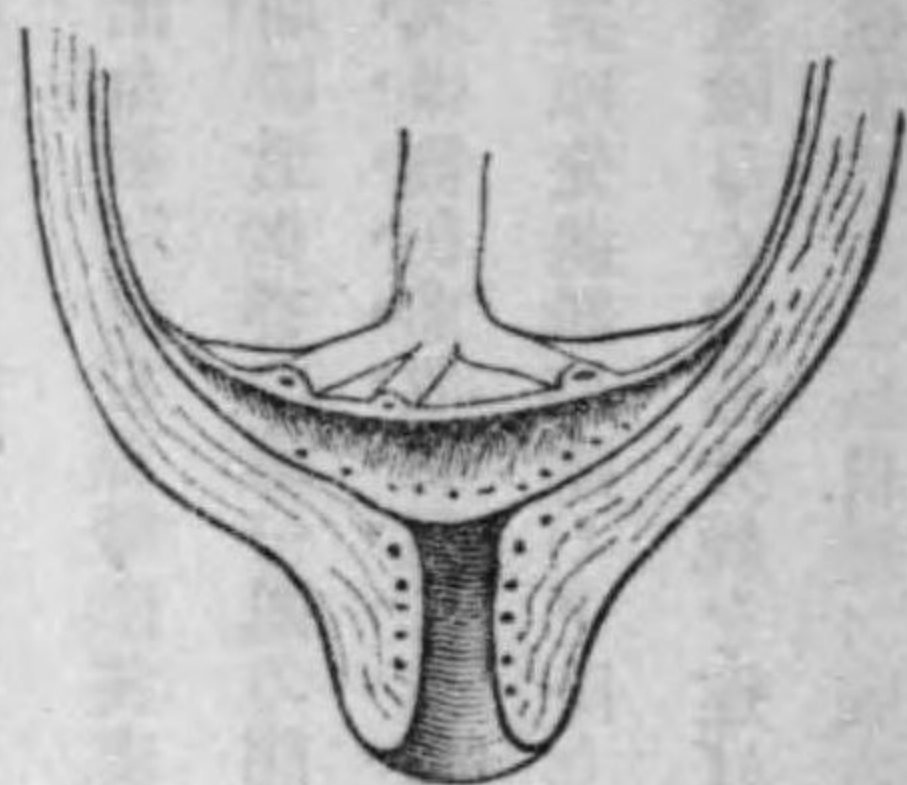
第三十四圖 前置胎盤側在



(下圖)開大せる子宮口は左方に胎盤(黒、右方に半月状の卵膜を有す。

最普通に見るは邊縁前置胎盤又は側在前置胎盤にして中心前置胎盤最少なし。如斯き妊卵の附着異常を起すべき原因は不明なり。然れ共子宮上部の粘膜炎が妊卵を着床せしむべき能力を失ひたるによるか又は妊卵其者が子宮上部に達したる時に於て尙着床する能力を有せざりしによるものなら

第三十五圖 中央前置胎盤

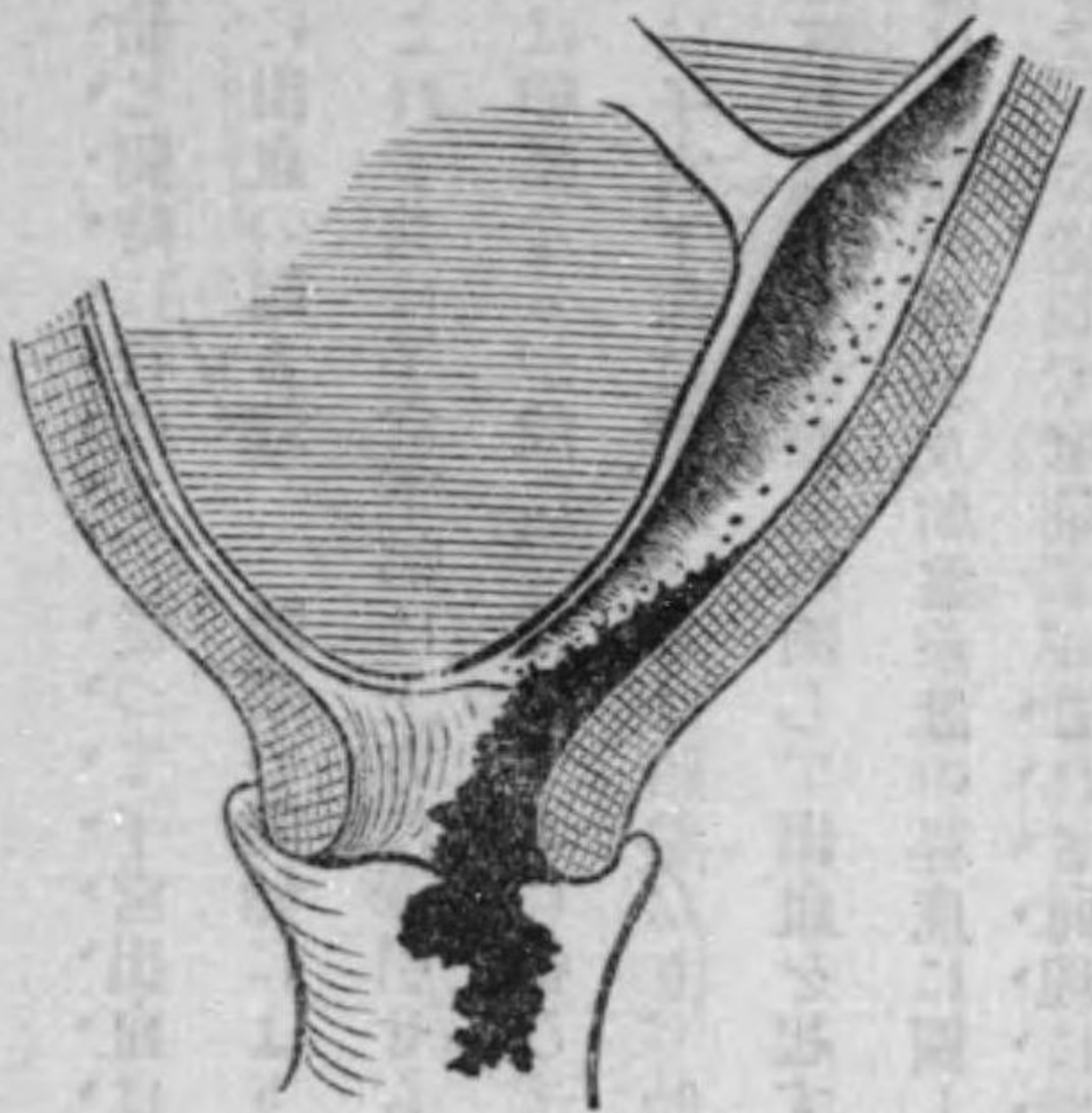


(下圖)開大せる子宮口は全く胎盤にて被はる

痛)の開始と同時に進行はる。従つて子宮出血は分娩の開始と共に起るものなり。前置胎盤に出血の起る理 陣痛の開始により子宮上部(空洞筋)は強く収縮して内に在る卵を下方に壓迫し、これと共に子宮下部は上方に牽引せられ伸展せらる。而して正規妊娠にては子宮下部に附着せるものは卵膜なるが故に、伸展するに従ひて之を剝離せしめ卵胞を形成す(上巻第二二頁参照)。然るに前置胎盤にては子宮下部に附着せるは胎盤なり。胎盤は子宮下部の伸展に伴ふこと能はざるため終に剝離す。剝離すれば絨毛間腔を破開して出血を起すなり(第三十六圖参照)。

出血の度は陣痛の強弱及胎盤前置の程度に關して一様ならず。子宮の収縮強き程剝離する部も廣くなり出血も之れに従つて増量す。これと同理にて出血は陣痛發作時に増加し間歇時に減少す。又邊縁

第三十六圖
前置胎盤に於ける出血部(黒)



前置胎盤に最弱く中心前置胎盤に最強し。以上の如く前置胎盤による出血は必ず子宮収縮を先驅するものなり。故に多くは分娩末期に於ける分娩時に起り、時として第八―第九ヶ月に於ける早産によりて起る。前半期に出血すること殆んどなし。出血の経過 妊娠中の出血は何等の前驅徴候なく突然發起す。

夜間なること甚だ多し。暫時にして凝血のため自然に止血し又は減少し、間もなく又出血を始む。かく

の如く出血を反復する毎に其度強くなり終に分娩を誘發す。妊娠末期に至りては第一回の開口期陣痛と共に出血を始め陣痛の進むに従ひて増量す。而して邊緣前置胎盤又は側前置胎盤にては卵胞破裂によりて自然に止血するか又は出血減少すること多し。これ破水と共に先進部が深く下降し胎盤の剝離部を壓迫するに因るものなり。其後は迅速に進行する時は特別の危険なく自然分娩を遂げ得ることあるも、分娩の終了するまで乏血によりて死亡することも亦少なからず。

中心前置胎盤にては自然に破水を起すことなく、迅速に處置せらるゝにあらざれば強出血を持続し終に死亡するものなり。

胎兒は瓦斯交換の障害によりて死亡すること多し。

前置胎盤による最主なる分娩障害は出血なるも、其他胎盤の存在によりて兒頭の固定を妨げ種々なる異常體勢を起し易く、又破水後臍帶・四肢の脱出を起し易し。

診斷 妊娠末期及分娩初期に強出血を起せる時は先づ前置胎盤と診斷するも誤ること少なし。理論上正常位に在る胎盤の早期剝離と鑑別する要あるも、これには前節に述べたるが如き特殊の徴候ありて實地上誤診することなし。尙前置胎盤の出血は正常位胎盤の剝離と反對に陣痛と共に強くなることに注意すべし。

確實なる診斷は内診によりて海綿様の軟き胎盤を觸るゝにあるも、邊緣性なる時は破水後にあらざれば觸るゝこと能はず。凝血を胎盤と誤らざる様注意すべし。若し子宮口閉鎖せる時は腔穹窿部を觸診する時は、先進部と子宮壁との間に軟き組織の介在することを知り得る場合あり。

處置 假令診斷確實ならざるも妊娠末期及分娩初期の強出血は悉く前置胎盤と看做して直ちに醫師に通告し、其來着までは極力止血法を講せざる可らず。

たとひ全く陣痛を訴えざるも嚴重に絶對安静を命じ兩脚を伸ばして仰臥位をこらしむべし。 出血減

少せず引き續き強く出血する時は腔栓塞を行ふべし。腔栓塞につき必要なるは(一)消毒を嚴重にする、(二)腔の上半部殊に腔穹窿部を確實に堅く栓塞することなり。若し不潔に栓塞を行ふ時はたとひ止血の目的は達し得るも恐るべき傳染を續發す。又單に腔下部のみの栓塞は少しも止血の效なきものなり。

腔栓塞法。先づ外陰部を消毒したる後、出血左程甚しからざる時は、手早く「リゾール」水を以つて腔を洗滌し、子宮鏡にて腔を開きたる後、半幅に裂きたる長き「ヨードホルムガーゼ」を「ピンセット」にて順序よく前後の穹窿部に送りつゝ壓迫し腔の中央部まで堅く栓塞すべし。

栓塞後は兩脚を伸ばして絶對に安靜ならしむ。然る時は栓塞「ガーゼ」の後方にて血液は凝固し、これにて胎盤の剝離部を壓迫し止血の目的を達し得ること少なからず。出血尙續く時は「ガーゼ」を追加すべし。

醫師のなすべき處置。醫師のなすべき處置は子宮口開大の程度、胎兒の位置及前置胎盤の種類によりて一様ならざるも、先づ試みるべきは胎盤の剝離部を壓迫して止血せしむることなり。

一、邊緣前置胎盤及側前置胎盤にて、子宮口二横指以上を通ずれば先づ人工破水を行ふ。人工破水を行ふも尙止血せざる時は、頭位なれば廻轉術を行ひて一脚を引き出し、骨盤端位なれば其まゝ一脚を引き出す。引き出したる足を軽く牽引する時は大腿部は胎盤の剝離部を壓迫することとなり、多く止血の目的を達す。一脚を牽引するよりも尙單簡にして且胎兒に安全なるは「メトロイリント」を挿入して適當に之れを牽引することなり。

如斯き方法にて止血し得たる後は自然の経過に任するなり。

二、完全前置胎盤なる時は、指頭を以て胎盤を穿孔したる後雙合廻轉術を施して一脚を引き出すか又は「メトロイリント」を挿入す。

三、子宮口全く開大せずして出血強きか又は胎兒の生命を確實に救ふためには腹式帝王切開術を行ふ。

三、弛緩性(子宮)出血

弛緩性(子宮)出血とは子宮筋の收縮不完全なるため胎盤剝離部の断裂血管より出血するを云ふ。胎兒産出後胎盤の剝離によりて悉くの子宮胎盤血管は断裂せられ必ず出血を起すものなれ共、剝離の経過正常に行はるゝ時は間もなく止血し約五〇〇cc以上出血を起すことなし。これ胎盤の剝離と共に子宮筋が強く收縮し筋纖維の間を通過する血管を壓搾するがためなり。もし此際子宮筋收縮せずして弛緩する時は、血管腔は舊のまゝ開通し断裂口よりの出血は久しく持續すべき理なり。

如斯く子宮筋が其收縮力を失ひて起す出血なる故無力性出血とも呼ばる。而して弛緩性出血は常に第二期に於てのみならず、分娩後即ち胎盤排出後に於ても亦起り得るものなり。

原因 主なる原因を分類すれば左の如し。

一、妊娠中子宮筋が過度に伸展せること。例へば雙胎・羊水過多症。

分娩に起る合併症

- 二、分娩が甚だ急速に終りたる場合。例へば墜落産、産科手術。
- 三、後産期の處置宜しからざる場合。例へば胎盤剝離の徴候なき時に不正なるクレデ氏壓出を試み、又は不必要に粗暴なる摩擦・壓迫等を加へて子宮筋を無益に刺戟したる場合の如し。
- 四、胎盤の一部のみ剝離する場合。例へば胎盤の一部殊に強く癒着せる者又は輸卵管の子宮口部に附着せる胎盤等にては、胎盤の全部平等に剝離せざるため子宮壁は完全なる收縮を起し得ざるものなり。
- 五、胎盤の一部遺残する場合。
- 六、膀胱の過度なる充満。

徴候及診断 胎兒又は後産分娩後少しの疼痛をも伴はずして突然強き出血を始め、恰も泉の湧くが如くなり、放置すれば數分後に血液の全量を乏ひ死亡するに至るものなり。持続性出血なるも、發作性に増減すること少なからず。

唯一の觸診所見は子宮體の弛緩なり。即ち子宮體は甚だ柔軟にして時に殆んど觸知すること能はざる場合あり。尙子宮底は臍部よりも高きこと多く且子宮體を壓迫することにより出血は増加す。これ血液の悉くが外出血として流出せず一部は子宮腔内に止まれるが故なり。殊に後産期(胎盤尙子宮腔に存在す)に於ては内出血の量甚だ多し。

後産期に於ける出血は軟部産道(子宮・頸管・腔)の裂傷又は腔靜脈瘤の破裂によりても起るものなり。然れ共是等の場合には弛緩性出血に於けるが如き強出血を見ることがなく且子宮體を硬き腫瘤として觸ることのみによりても容易に鑑別し得るものなり。

要するに子宮體甚だ柔軟にして強出血を起せる時は直ちに弛緩性出血と診断するも誤なし。

處置 上述せるが如く強き弛緩性出血は數分にして死亡せしめ得るものなるが故に、一刻の猶豫もなす可らず。迅速に醫師を招くと共に産婆自ら左の方針に従ひて最全の處置を講ずべし。

一、弛緩せる子宮體は子宮腔が空虚となるにあらざれば持続的に收縮すること能はず。故に先づ試みるべきは子宮腔を空虚ならしむることなり。

胎盤尙子宮内にある場合は、子宮底を強く摩擦して其收縮を促し、胎盤剝離の徴候の有無に拘はらずクレデ氏壓出法を行ひ、幸に壓出し得たる時は暫く摩擦を續くべし。

分娩後なる場合に於ても亦同様にする。先づ摩擦により收縮するを俟ちてクレデ氏壓出法の如くして子宮腔に溜れる血液を壓出し、子宮體が持続的に硬く收縮するまで摩擦を續くべし。其間膀胱の充満に注意し排尿せしむること肝要なり。

二、胎盤の壓出不可能なるか又は摩擦壓出を行ふも、引き續き強く出血する場合には猶豫なく大動脈壓迫法を行ふべし。

大動脈壓迫法

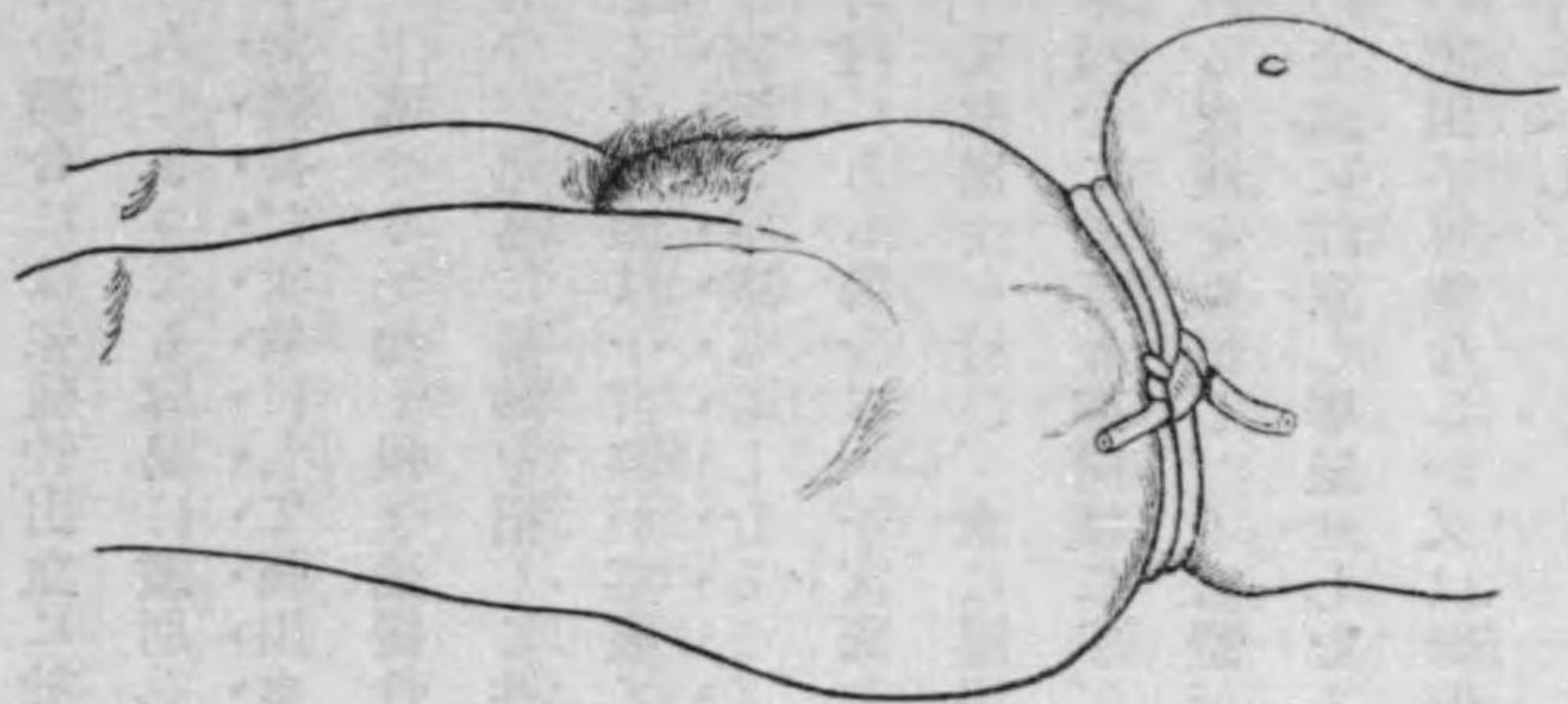
大動脈壓迫法は下行大動脈を臍の直上又は直下にて腹壁を脊柱との間に壓迫し其血流を中斷し下半身の血液循環を停止せしむる法を云ふ。此壓迫を完全に行はむとするには比較的強き力を要するが故に單に手拳を以て壓迫するのみにては其目的を達すること能はず。必ず器具を要するものなり。

大動脈壓迫器には多種あるも最有名なるはモンブルヒ氏止血帶及セールト氏壓迫器の二種なり。

モンブルヒ氏止血法 長さ約一〇—一五米の約指大(最普通に使は外徑一〇—五厘)の弾力性に富む良質の「ゴム管」之れをモンブルヒ氏止血帶と呼ぶを以て臍の直下又は直上の高さに於て腹部を二重に絞扼するなり。而も絞扼の程度は股動脈の搏動(大腿前面の少しく内方にて觸)の止むを標準とす。

セールト氏止血法 金屬製の特種の器具(セールト氏大動脈壓迫器)を以て臍の高にて大動脈のみを壓迫する法なり。

若し如斯き器具を有せざる場合は、モンブルヒ氏止血帶には細き男子



第三十七圖
モンブルヒ氏止血帶を施せる状態

用帶を代用し、セールト壓迫器には約一間の天秤棒スケール棒の中央に綿花を心として「ガーゼ」を巻きたるものを代用せしむることを得べし。

大動脈壓迫法は弛緩性出血には殊に偉効を奏し得るものなり。之れによりて子宮に分布せる動脈血の流入を止むるのみならず、壓迫を取去りたる後に於ては子宮體は硬く收縮するが故に、持続性に止血せしむることを得。壓迫の方法に誤りなき限りは止血し得すと云ふことなし。産婆もし此法を知らざる時は、容易に救はるべき人命をも失ふに至るものなり。腔の「ガーゼ」栓塞によりて止血を謀らむとするは、大なる誤なり。如何に堅く腔栓塞を行ふも、子宮筋の收縮不完全なる間は、血液は自由に子宮腔に蓄積して内出血を増すのみとなり、何等の效をもなし得ざる譯なり。

醫師のなすべき處置 醫師は尙麥角劑の注射によりて子宮筋の收縮を促し、胎盤壓出不可能なる時はモンブルヒ氏止血法を行ひたる後、子宮腔内に手を挿入し胎盤の用手剝離を行ふ。

一般に弛緩性出血は短時間の内に再發する傾向あるが故に、完全に止血し得たる後に於ても、尙三時間位は怠らず子宮の收縮状態を監視すべし。

四、子宮内翻症

子宮内翻症には其程度によりて不全と完全との二種あり。不全内翻症は子宮底部が陥没して盃の如き形となりたるを云ひ、完全内翻症は子宮底の陥没が一層進み恰も囊を裏返したるが如く内膜面が外面となり腹膜面が内

分娩に起る合併症

面となりたるものを云ふ。後産期または分娩直後に急速に起る甚だ稀なる疾患なり。

原因 原因の主なるもの左の如し。

- 一、子宮の収縮充分ならざる時に不適當なるクレデ氏壓出法を行ひたる場合。
- 二、臍帶を持ちて尙剥離せざる胎盤を強く牽引せる場合。
- 三、弛緩せる子宮に強き腹壓(努責)の加はりたる場合。

徴候及診断 主なる徴候は子宮出血にして弛緩性出血に於けるに殆んど同程度なり。完全内翻症にては暗赤色の粘膜を以て被れたる球状の腫瘍(子宮體)が腔より外方に突出し、後産期なる場合には胎盤の附着するを見るべし。尙腹壁より子宮體を觸るゝこと能はず。

處置 直ちに醫師を招くべし。其來着までは臀部を高くして努責を禁じ、内翻せる子宮體は「ガーゼ」を以て包み清潔に保つべし、醫師は多くの場合子宮腔部を固定したる後手拳を以て子宮底を壓上し整復せしむるものなり。

第三節 子 痲

子痲とは失神と全身の痙攣とを發作性に反復する疾患にして、常に妊娠性變化と原因的關係を有するものを云ふ。従つて類似の症候を起す癲癇・尿毒症等とは全く本態を異にするものなり。

本症は左程稀有ならずして約四百—五百回の分娩に一回の割合なり。起る時期によりて妊娠子痲・分

娩子痲及産褥子痲の三種を區別す。就中分娩子痲最多く妊娠子痲之れに次ぎ産褥子痲最少なし。而して妊娠子痲は前半期に起ること甚だ稀にして殆んどすべて後半期にて末期に近づくほど多し。産褥子痲は分娩後數時間に發すること多きも時に數日後なることあり。

原因 本症の原因に關しては古來多數の學說あるも尙確實なるものなし。然れ共妊娠中毒症の一種と認むる者最多し。即ち「胎兒又は其附屬物より或種の毒素を産出して母血中に送る。而して健康婦人にありてはこれを破壊して無毒となし得るも、異常ある者にてはこれを破壊すること能はず、終に其中毒によりて子痲を起す」と説明するなり。

多數の子痲患者に就きて統計的調査をなせば左記の如き事實を認むるを得べし。

一、子痲患者の大多數は妊娠中腎臟病に罹り蛋白尿を有するものなり。殊に全身又は下半身に甚しき浮腫を有する者多し。

二、經産婦よりも初産婦に遙かに多數にして約七〇—八〇%なり。

三、妊娠子痲及分娩子痲等の發作は胎兒及胎盤の娩出によりて消失するか又は輕減すること多し。

徴候 子痲發作の始まる數時間前に於て頭痛・眩暈・惡心・嘔吐・視力障害等の前徴(前驅徴候)を起すことあり。

發作の開始及進行の經過 痙攣は先づ口の附近に始まり間もなく顔面全部に擴がり、次で急速に上

肢・軀幹・下肢に及び終には全身の筋肉一つとして痙攣を起さざるものなきに至る。痙攣の性質は多くは間代性(一秒數回位の速度にて收縮を反復するを云ふ)なるも、殊に項部及四肢にありては先づ強直性(數秒又位持續して收縮するを云ふ)の痙攣を起し間もなく間代性痙攣となること少なからず。一般に開始時は弱きも次第に強くなるを常とす。

發作が其最高度に達したる時は暫時呼吸を停止し、顔面は藍青色(チアノーゼ)となり、口より泡を吹き又咬筋の痙攣によりて舌を噛み少量の血液を混すること少なからず。尙眼球は強く上方に向ひ瞳孔は極度に擴大す。脈搏は緊張して大なることあり又微弱にして頻數なることあり。體温は多く上昇し、時として四〇度又はそれ以上に及ぶことあり。痙攣の開始と共に失神するを常とす。

發作の持續は短かきは三十秒、長きは二分に互ることあり。

發作消失の經過　痙攣が次第に弱くなると共に不正にして緩徐なりし呼吸は次第に規則正しくなり、終に全く平靜なる状態に恢復す。然れ共暫時は嗜眠状態となり高く鼾聲(カシイ)を發す。間もなく意識明瞭となるも發作中の出來事を全く知らず且頭痛及筋肉痛等を訴ふること多し。

發作の反復と其後の經過　痙攣及失神發作は唯一回のみにて終ること甚だ稀にして、大多數の者は種々なる間歇を以て反復す。而して發作の回數は一定せざるも甚しきは三十回又は五十回に及ぶ者あり。一般に發作の程度は反復するに従ひて強くなり且初めは間歇時に至りて意識明瞭となるも、終に

は持続的に嗜眠状態となるものなり。

發作は何等の誘因なしに反復するものなれ共、時に内診・外診・排尿「カテーテル」挿入・音響等の如き五官の刺激によりて誘發せらる。

發作後尿の検査を行ふ時は殆んど總ての者に於て大量の蛋白質を證明し煮沸試験に於て尿の全部が凝固すること少なからず。尿量も甚しく減少し時に全く無尿となることあり。

妊娠子痙にては發作によりて陣痛起り早産となること多し。分娩時の陣痛は發作によりて甚しき影響を受けず自然分娩を遂げ得るものとす。全身の痙攣によりて母體の血液は強く靜脈性となるため、胎兒の多くは死亡するに至るものなり。

診斷

妊娠・分娩及産褥初期等に失神及痙攣の發作を起したる時は先づ子痙を疑ふべし。鑑別すべき疾患は癲癇・「ヒステリー」發作及尿毒症なり。癲癇は平素同様なる發作の有無を家人に尋問することによりて鑑別し、「ヒステリー」發作は完全なる失神なく意識は速かに明瞭となり、口より泡を吐くことなきこと等よりして鑑別す。尿毒症との鑑別は産婆のよくするところにあらず。

處置

直ちに醫師を招くべし。

産婆としては發作中に起るべき傷害を豫防し且發作を誘發すべきことを避くる様心がくべし。注意すべき諸點は左の如し。

一、舌の咬傷を防ぐため「ガーゼ」に糸を巻きつけて適當の太さとし、之れを齒列間に挿入すべし。尚又床上及其周圍には器具殊に刃物などのなき様にし且發作中は適度に身體を支えて傷害を防ぐべし。

二、室を暗くし、音響・言語等を禁じて出来るだけ靜かにし且無益の觸診を避くべし。

三、發作後は頭部に冰嚢を置くべし。而して發作中は勿論、其後と雖失神せる時は決して飲食物を與ふ可らず。これ氣道に入りて肺炎を起す恐れあるが爲めなり。

四、發作の時・持續及回数を記載し、若し導尿したる時は(なるべく避く)尿を貯へて醫師の検査を乞ふべし。尚又産科手術の準備をなしをくべし。

尚既述の如く本病は妊娠中甚しき浮腫を有し蛋白尿を有する婦人に起ること多きが故に、如斯き徵候を認めたる時は豫め醫師の診を乞ひ子痲の豫防をなすこと肝要なり。

醫師のなすべき處置

子痲に對して醫師のなすべき方針に二種あり。一つは積極的處置にして他は待期的處置なり。

一、積極的處置とは出来るだけ早く胎兒及附屬物を娩出せしむる法にして、常に先づ深き全身麻酔を施したる後、子宮口の大き胎兒の位置に應じて鉗子娩出術、廻轉術及用手娩出術又は穿顛術、或は陰式帝王切開術を行ふ。

二、待期的處置とは胎兒の分娩は自然の經過に任せ、産科手術以外の方法を以て子痲の發作を消失せしめむとする法なり。

此法に種々あるも主なるものは、麻酔劑の投與によりて腦神經中樞の反射興奮性を除き、多量の生理的食鹽水又はリンジヤ

1) 氏液を皮下に注射し又は瀉血(肘靜脈より五〇—一〇〇cc 又はそれ)をなして血中にある毒素の稀釋を謀るなり。就中麻酔劑の應用として最有名なるはストロガノフ氏法なり。

ストロガノフ氏子痲療法 多くは先づ「クロ、ホルム」麻酔を施したる後、鹽酸「モルフィン」の皮下注射及抱水「コロラール」の注腸を左の如き順序と間隔とを以て行ふ法なり。

- 治療開始 〇・〇—一五瓦 「モルフィン」
- 治療開始後一時間目 二・〇瓦 抱水「コロラール」
- 治療開始後三時間目 〇・〇—一五瓦 「モルフィン」
- 治療開始後七時間目 二・〇瓦 抱水「コロラール」
- 治療開始後十三時間目 一・五瓦 抱水「コロラール」
- 治療開始後二十一時間目 一・五瓦 抱水「コロラール」

第四節 分娩中胎兒の窒息及初生兒假死

分娩中に於ける胎兒の死亡又は生命の危險は甚だ急速に起るものにして左の三つの原因を考ふることを得べし。

一、胎盤血行の障害 これによりて瓦斯交換妨げられ母體より酸素を攝取し兒體より炭酸瓦斯を排出すること能はざるに至り、胎兒血液中に炭酸瓦斯の蓄積を來たし其中毒によりて死亡するに

至るなり。如斯きを窒息死と稱す。而して母体内に於て起るが故に子宮内窒息とも云ふ。

二、貴重なる臓器の損傷 産道通過中自然(例へば狹窄骨盤の場合)に又は器械(鉗子)のために損傷せられ死亡するに至るなり。最多きは腦の損傷・頭蓋腔出血等なり。又肝臓の損傷によりて死亡することあり。

三、胎兒の乏血 卵膜に附着せる臍帯血管が破水と共に断裂したる場合には胎兒の血液は持続的に流出し終に乏血死に至るなり。

以上三つの中最多きは窒息死にして損傷による死亡は唯特別の場合のみなり。而して貴重臓器の損傷による死亡は極めて急速に起り救ふこと能はざるものなれ共、窒息死は通常徐々に起り時機を失せざる時は適當の處置によりて救助し得るものなるが故に産婆にとり甚だ必要なる異常なり。故に茲には窒息にのみ就きて述ぶべし。

窒息したる胎兒が全く死亡する前に娩出せらるゝ時は初生兒假死の状態となる。

一、子宮内窒息

子宮内窒息の原因 胎兒に於ける瓦斯交換の徑路は次の如く行はるゝものなり。

胎兒は生活に必要な酸素を母體血より攝取す。母體血は子宮壁を通りて絨毛間腔に注ぐ。母血中に浮遊せる絨毛内を走れる胎兒血は酸素を得て臍帯を通り兒體に入る。炭酸瓦斯の排出はこれと正

反對の經路をとる。

以上の經路内の何れかに障害ありて血液の流通を妨ぐる時は直ちに瓦斯交換は障害せられ窒息するに至るべきなり。従つて窒息には左の如く多くの原因あり。

一、母體血の變化 分娩中の強出血・心臟又は肺臓の疾患による呼吸困難等によりて母體血の酸素減少したる場合、或は子癇の發作によりて母血が甚しく靜脈性(炭酸瓦斯に)となりたる場合。

二、子宮の持続性收縮 子宮筋が收縮する時は絨毛間腔に母血を送るべき血管が壓縮せられ酸素の供給不十分となる、従つて胎兒の血液は靜脈性となる。此現象は正規の陣痛時にも必ず起るべきものなれ共、唯一時的にして速かに恢復(陣痛間歇)するが爲め何等の危害を起すことなし。然るに過劇陣痛となり進みて子宮強直を起すに至れば、子宮の弛緩によりて靜脈性の恢復する暇なく益々炭酸瓦斯は蓄積して窒息す。

子宮の持続性收縮によりて起る害は破水前には左程大ならざるも破水後殊に分娩第二期に於て最甚し。多量に羊水が流出せる場合及第二期の遅延も亦同理によりて窒息の原因となる。

三、胎盤の早期剝離 正常位胎盤の早期剝離又は前置胎盤等にて胎兒分娩前に胎盤が剝離する時は絨毛間腔は破開せられて血液を失ひ甚しく瓦斯交換は障害せらる。

四、臍帯の壓迫 臍帯の眞結節・脱出・纏絡等にて臍帯血行が障害せられたる場合。

子宮内窒息に伴ふ現象 瓦斯交換の障害に伴ひて必ず起るべき現象は早期呼吸又は子宮内呼吸なり。

子宮内に在る胎児は母血より充分の酸素を攝取するが故に呼吸(肺運動)をなす必要なく無呼吸の状態にあり。然るに一たび子宮外に娩出せらるゝ時は直ちに呼吸を開始す。これ主として分娩と共に胎盤血行に障害を起し胎児血に炭酸蓄積し呼吸中樞を刺激するがためなり。

呼吸中樞は延髄の背面にある菱形窩の基底部に在り。此中樞は此部を循環する血液内に酸素缺乏し炭酸瓦斯蓄積することによりて刺激せられ、呼吸運動を営むに至るものなり。故に胎児尙子宮内に在る時炭酸瓦斯の蓄積を起せば子宮内にて呼吸運動をなすべきなり。而して分娩後子宮外にて呼吸するは生理的なるも子宮内にての呼吸は病的にして早きに過ぐるものなるが故に早期呼吸と呼ぶなり。

早期呼吸に續發すべきは羊水・粘液・血液等の氣道内吸引なり。

生理的の子宮外呼吸にては大氣を吸引するも、早期呼吸にては空氣にあらずして破水前なれば羊水・産道内に於ては粘液・血液等を吸引す。

炭酸瓦斯の蓄積により呼吸中樞が終に麻痺するに至れば呼吸は停止す。

窒息の徴候及診斷 胎児死亡すれば心音消失し胎動全く止むこと勿論なり。而して通常窒息にありては迅速に死亡するものにあらずして、死に至るまで暫時は胎児の生命に危険なる一定の徴候を現はす。

すものなり。これを窒息の徴候と云ふ。其主なるものを列擧すれば左の如し。

- 一、胎児心音の變化。 先づ著しく減少し次で著しく増加すること共に微弱不正となる。
- 二、子宮内又は産道内にて胎糞を排泄す。 此れ炭酸瓦斯の蓄積によりて腸の蠕動が強くなりたるためなり。子宮内にて胎糞を漏らせば羊水は暗綠色に混濁し、産道内にては胎糞其儘として流出す。

然れ共胎糞排泄は確實なる窒息の徴候にあらず。健康なる胎児にても亦子宮内にて胎糞を漏らすことあり。殊に骨盤端位分娩にては、腹部が産道内を通過する際は壓迫によりて多くは胎糞を排出するものなり。故に頭位なる場合に於てのみ必要な徴候なり。

- 三、骨盤端位分娩にては既に娩出せる胎児部分に窒息の徴候を認むることあり。 例へば産出せる腹部又は胸部に數回の呼吸運動を認め又は皮膚の色が次第に強く藍紫色(チアノーゼ)となる等なり。

四、胎動の變化 窒息に陥る時は先づ胎動著しく盛んとなり次で微弱となり終に消失す。

五、臍帶脱出ある時は第九九頁に述べたるが如き徴候あり。

以上の中實地上最必要なる徴候は心音の變化なり。一般に循環血液中に炭酸瓦斯蓄積する時は心臓搏動は先づ減少し次いで増加す。これ呼吸中樞の兩側にある心臓抑制神經(迷走神經)の中樞が先づ刺激せら

れ次いで麻痺するがためなり。

胎児心音の一時性減少は正常の場合にありても陣痛發作時に起るものなり。これ既に述べたるが如く、子宮の收縮と共に胎児血中の炭酸瓦斯が増量するためなり。而して子宮收縮の度は破水前には弱きも、破水後殊に分娩第二期に至れば羊水の減少、胎児の進行によりて子宮は著しく收縮し且空洞筋の甚しき收縮によりて胎盤部の血管強く壓縮せられる。従つて陣痛時心音減少は破水前には左程著明ならざるも、分娩第二期に至れば著明なる。

然れ共生理的に見る心音減少は全く一時的にして間歇時に至れば再び舊に復するものなり。

要するに胎児窒息によりて起る心音の變化には左の如き二つの特徴あり。

- 一、先づ持続的に陣痛間歇時にも減少し一分間一〇〇以下となる。時として微弱不正なるも強さ及調律には異常なきこと少なからず。尙生理的の重複音が單音となることあり。
- 二、次で著しく増加し、一分間一六〇—一八〇又はそれ以上となり、同時に微弱且不正となる。而して單に數の増加は窒息以外の原因にても起り又全く健康なる胎児にも起るものなるが故に窒息の徴としては同時に微弱にして不正なることを必要とす。尙ほ心音の増加が著しき減少後に起りたることを知れば窒息なること確實なり。

要するに心音の甚しき減少は窒息の初徴にして、甚しき増加微弱・不正は窒息死の近きことを示すも

のなり。故に心音の變化に最注意を拂ひ、加ふるに他の徴候を參考とせば窒息の診断は左程困難にあらざるなり。

處置

胎児窒息の徴候を認めたる時は直ちに醫師に通告し、其來着までは産婆に許されたる範圍に於て、出来るだけ早く娩出せしむる様努力し且初生兒假死の處置に對する準備を整へをくべし。心音・胎動休みて胎児の死亡せること確定せる場合も亦醫師を招くべし。死胎兒にして速かに娩出せらるれば母體に害なきも、もし分娩甚しく遅延する時は傳染を起す恐あり。これ胎糞にて不潔となりたる羊水及死胎兒は傳染し易く腐敗し易きが故なり。

二、初生兒假死

胎兒産出すれば數秒又は遅くとも十數秒後に至り、呼吸中樞の刺戟によりて第一呼吸を營み活潑に運動す。然るに上記の諸原因によりて分娩中瓦斯交換の障害を起して窒息に陥り、尙ほ全く死亡せざる前に産出せらるゝ時は、既に呼吸中樞は麻痺して全く呼吸を營むこと能はざるか永き間歇を以つて不正の吸氣を營み、身體の運動も亦全くなく、一見死亡せるが如きも心音は尙ほ存在す。故に其まゝ放置すれば間もなく死亡するも、直ちに適當の處置を施せば再び蘇生せしむることを得。故に如斯き状態を眞死と區別して假死と稱す。

假死の種類 假死を其程度によりて左の二種に區別す。

軽度假死(第一度假死) 窒息の初期にあるものにして尙ほ血液循環の全く休止せざるものを云ふ。従つて皮膚は炭酸瓦斯に富む血液によりて紫藍色を呈す。故に紫藍(色)假死とも云ふ。

高度假死(第二度假死) 既に眞死に近き状態にして、血液循環殆ど停止したるものなり。従つて全身の血液は内臓に集まるため皮膚は全く血色を失ひて蒼白色となる。故に蒼白(色)假死とも云ふ。

左に兩者の徴候を表として對照すべし。

	軽 度 假 死	高 度 假 死
一、皮膚	紫藍色を呈し、全身殊に顔面は少しく腫脹して浮腫を有するが如く見へ且稍々温暖なり。	蒼白色にして蠟の如く、緊張を失ひて皺襞を生じ且寒冷なり。
二、筋肉の緊張	四肢は運動せざるも、筋肉は尙緊張を有するが故に稍々屈曲状態を呈す。尚口及肛門は閉鎖し、肛門に指を挿入すれば括約運動あり。	全身の筋肉は全く緊張力を失ひ、柔軟なる死體と同様なり。四肢は全く弛緩し下顎降りて口を開き、肛門も亦哆開し指を挿入するも括約運動なし。
三、心臓搏動	緩徐にして強く且正調なり。	頻數にして微弱且不正なり。
四、臍帶搏動	分娩直後に於ては強くして緩徐なり。	全くなし。
五、呼吸	全くなきか、永き間歇を以て時に吸氣を營む。	全くなし。
六、産瘤	緊張して硬し。	全く弛緩して柔軟なり。

要するに軽度假死は唯呼吸のみを營まざる生活兒の如く見え、高度假死は唯心臓搏動のみを有する死亡兒の如く見ゆるなり。

處置 假死せる初生兒には直ちに適當なる蘇生術を施さる可らず。

故に産婆として採るべき方針を述ぶるに先だち蘇生術につきて説明すべし。

蘇生術には假死の程度によりて種々あるも、其實行上常に心得べき點は左の二つなり。

一、氣道内の吸引物質を除去し空氣の進入を自由ならしむること。

二、兒體を冷却せしめざること。

上述の如く窒息すれば必ず早期呼吸を營み、之れによりて多少の羊水・粘液等を吸引するが故に、先づ之れを除去するは蘇生上最必要なることなり。如何に有效なる蘇生術を施すも氣道閉塞して空氣の進入自由ならざる時は蘇生の目的を達し得ざること勿論なり。

氣道内吸引物質の除去法

分娩直後は先づ「ガーゼ」を以て鼻を撮み鼻腔内の液を出し、次に示指に「ガーゼ」を巻きて口腔内の粘液を拭ひ去る。

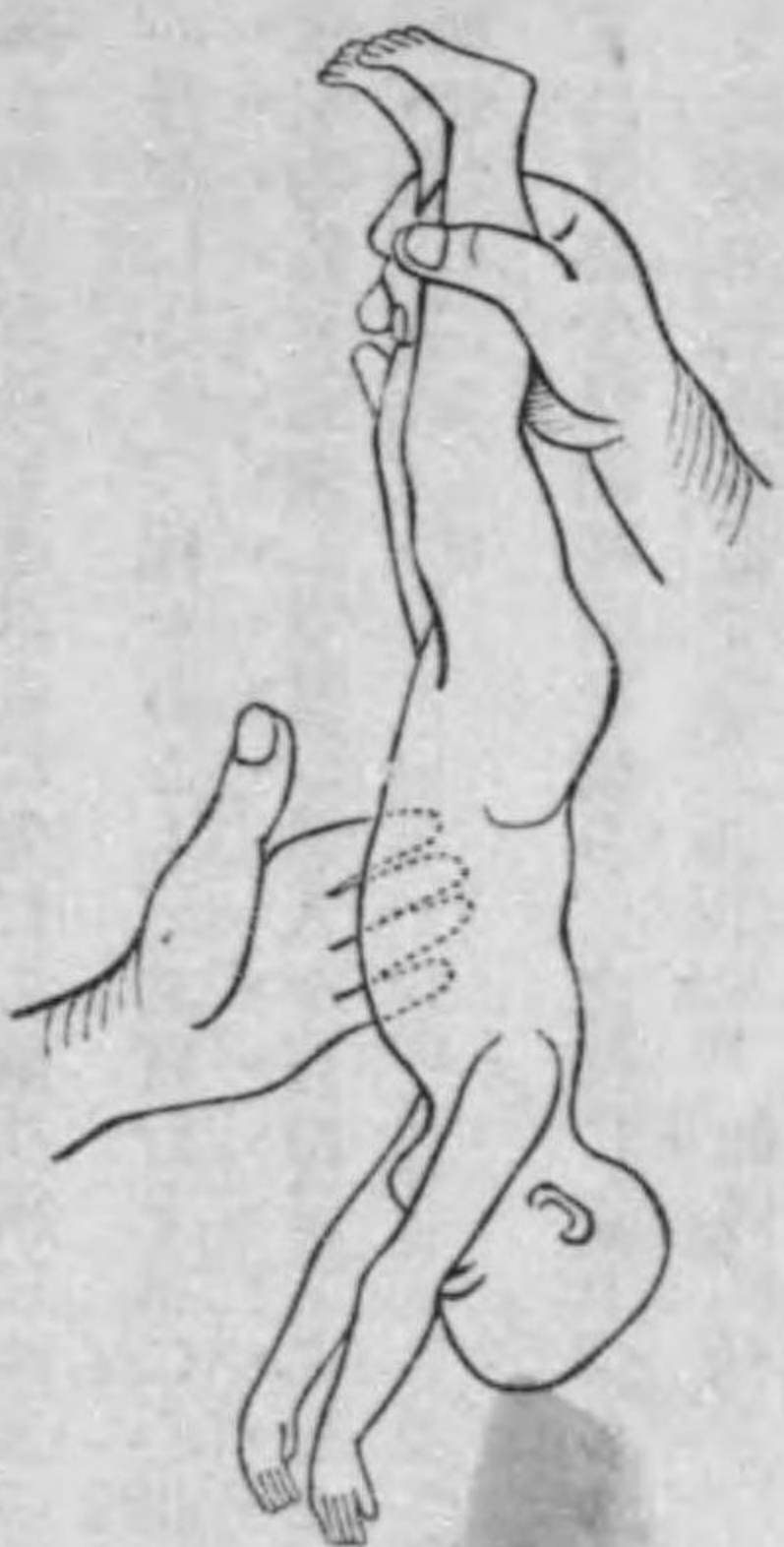
次に喉頭、氣管内に吸引せられたる液を除去せざる可らず。深部に在る液は手指にて除去すること能はざるが故に常に左の順序に行はれざる可らず。

- 一、先づ氣道（喉頭・氣管）の深部に在る液を入口部に流出せしめたる後、
- 二、氣管「カテーテル」を挿入して之れを吸出す。

圖八十三第 「ルテ-テカ」管氣



圖九十三第 引吸てりよに拍打むしせ出流を質物



以て兒の兩足を握り頭部を下方に懸垂し、他手を以て胸部の側面を軽く叩くか又は前後につかみて軽く胸廓を壓迫すべし。尙有效なるは右手にて兩足を固定し左手の示指中指との間に頸部を挟みて後方より肩胛を保持し（兒の顔面は）數回下方に衝突狀運動をなして吸引物を下方に振り下す法なり。

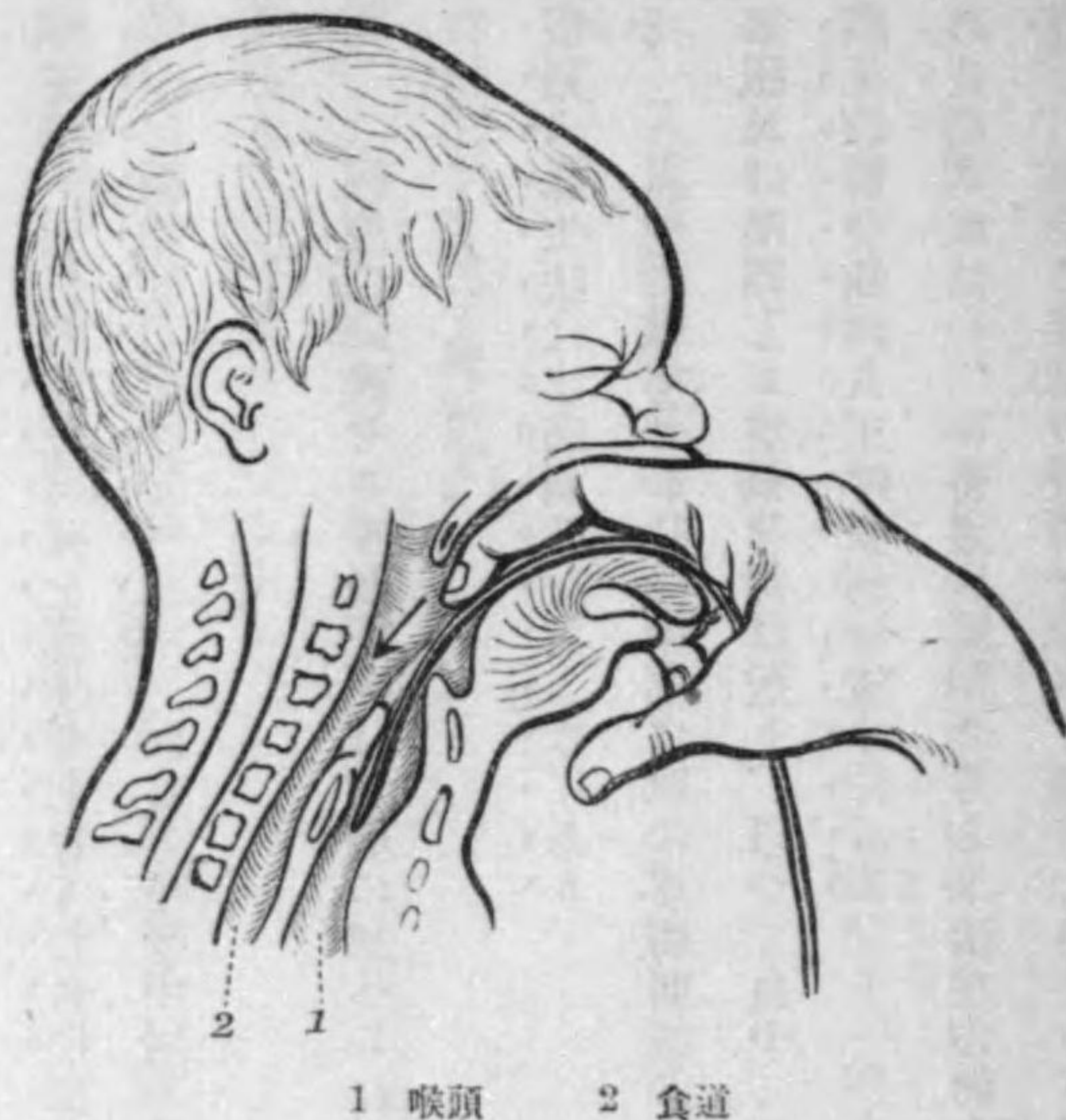
氣管「カテーテル」とは第三十八圖に示すが如く約拇指大の「ガラス」圓筒の兩端に約一五厘の「ゴム」管を附したるものなり。其一端は兒の氣道に挿入し他端は産婆の口に入れて吸引する爲めなり。而して吸引用「ゴム」管の附着せる一端よりは圓筒内に約一厘の「ガラス」管突出す。これ圓筒内に吸引せられたる液が産婆の口に入らざるための装置なり。

深部の吸引液を氣道入口部に流出せしむるには第三十九圖の如く一手を

氣管「カテーテル」挿入法

「カテーテル」の一端は正しく喉頭内に挿入せられざる可らず。之れがためには一定の注意を要す。先づ一手の示指を深く咽頭内に挿入し、喉頭の入口にある會厭軟骨を後方に壓したる後、口に「カテーテル」の吸引端をくわえ、他手を以て他端を握り、口内に入れたる示指の掌面に沿ふて次第に挿入し喉頭の入口に達したる時示指を以て少しく前方（兒の）に曲げ、尙深く進む時は正しく喉頭内に挿入するこゝミを得べし（第四十圖）。如斯く示指の示導なしに單に「カ

圖十四第 法入插「ルテ-テカ」管氣



テーテル」のみを挿入する時は會厭軟骨に妨げられて喉頭内に入らず食道内に挿入せらるゝなり。確かに喉頭内に挿入したる後、一端を吸引する時は液は圓筒内に滞留するなり。充分に吸引したる後抜き出し前の如くして深部の液を流出せしめたる後再び吸引を反復するなり。

分娩中に起る合併症

氣管「カテーテル」を以つての吸引は兒の頭部を下にしたるまゝ行ふを可き。

假死の状態にありては、たとひ其度輕くとも血液の循環不充分なるが故に身體は甚だ冷却し易きものとす。而して身體の冷却は甚しく蘇生を障害するものなるが故に凡そ一分毎には温湯中に入れて加温することを怠る可らず。

初生兒假死の蘇生法 初生兒假死を蘇生せしむるためには心臟搏動の存する間に麻痺せる呼吸中樞を刺戟して呼吸を開始せしめざる可らず。而して呼吸中樞の興奮性には、假死の程度によりて左の如く著しき差異あり。

輕度の假死 輕度に麻痺せる呼吸中樞は皮膚に加へられたる温熱的刺戟(温・冷)又は器械的刺戟(摩擦・打拍)によりて興奮す。

故に、輕度假死の蘇生法は皮膚刺戟を與ふるにあり。

高度の假死 高度に麻痺せる呼吸中樞は單に皮膚刺戟によりて興奮せしむること能はず。胸廓を交互に擴張又は壓縮して空氣を肺に送り、以つて血中に酸素を輸入して興奮せしむるを要す。故に高度假死の蘇生法は人工呼吸術を施すにあり。

蘇生法としての皮膚刺戟法

普通に應用せらるゝ法左の如し。

一、器械的刺戟 左手にて兒の兩足を持ちて懸垂し他手の掌面にて背部・臀部等を輕く連續的に打

拍するか又は乾きたる布片を以て兒背を摩擦す。

二、温度的刺戟 冷水を口に啣みて胸部顔面等に吹きかけ又は冷水を胸面に注ぎかく。一層強く刺戟するには兒體を交替に温湯と冷水とに浴せしむる法なり。但冷水には唯一瞬間のみ入れ次で直ちに温湯に入れ以て過度に冷却するを防ぐべし。

人工呼吸法 人工呼吸法は多種なるも其要點は胸腔を交替に擴張・壓縮して生理的に行はるゝ呼吸運動を眞似るにあり。

左に其主なる者につきて述べべし。

一、屈伸法

軀幹の屈伸運動によりて呼吸せしむる法なり。

(一)兒の保持 右手の示指を中間に挿入して兒の兩足を握り、他手の掌面に兒背を乗せ、拇指と

四指との間に挟みて頸部を固定し、胸廓を少しく前方に曲げて突出せしめ、以つて氣道を伸展し空氣の流通を自在ならしむ。

(二)屈曲(呼吸)運動 次に右手にて保持せる兩足を頭部に接するまでに高め軀幹を強く前方に屈曲す。これによりて腹腔縮少し横隔膜は上方に壓迫せらるゝため胸腔も亦縮少し呼吸を營む。

(三)伸展(呼吸)運動 數秒間屈曲状態に止めたる後、速かに兩足を舊位置に復し再び軀幹を伸展

せしむ。これによりて縮少せる胸腔が急に擴張すると共に吸氣を營む。産婆は自己の呼吸よりも稍々早き速度を以て約十回の屈伸運動を行ひたる後暫く温湯に浴せしむ。又此人工呼吸は温湯中に入れたるまゝ行ひ得る利點あり。



後述すべき緒方(正清)氏屈伸發喘術は軀幹を屈曲せしむる方法を正反對に行ふ(頭部を足部に)のみにて全く同様の結果なり。唯温湯中にては行ひ難き不利あり。

二、上肢の舉上運動(ジルベスター氏人工呼吸法)

兒を仰臥位とし其左右上肢を肘關節の部にて握り速かに舉上し(此時吸氣を營む)次で下降せしむると共に軽く胸廓を壓縮す(此時呼氣を營む)。其速度は前法と同様にて約十回

第十四圖
フロヒョーニック氏人工呼吸法



の後入浴せしむ。

三、フロヒョーニック氏人工呼吸法(第四十一圖)

此法は二人又は一人にて行ふ。即助手をして兩足を握りて兒體を下垂せしめ、術者は兩手を以て胸廓の兩側を握み(此時兩手の拇指を胸骨の上へ平行ならしむべし)前二法と同様の速度にて或は壓し或は緩む。若し助手なき時は一手にて兩足を握り一手にて壓迫す。此法にては常に呼吸運動を營ましむるのみならず、氣道内の吸引物を流出せしめ且腦に多量の血液を送り以て蘇生を助くるの利あり。約十回の後温浴せしむべし。

四、シュルチエー氏振搖法

本法は左の順序に行はる。

- (一) 兒體の保持 術者は直立して僅かに兩脚を開き、兒を前方に向け兩手を以て其肩胛部を握る。此時拇指を鎖骨の前にをき示指を腋窩にかけ他の三指を背部にあて兩手掌を以て兒頭を固定す。(第四十二圖)一枚の「ガーゼ」を置いて滑脱するを防ぐべし。
- (二) 上方振搖(人工呼吸) 以上の位置より腕を伸ばしたるまゝ大なる圓を畫きつゝ、兒體を上方に振り上げ、兒の顔面を術者の顔面と逆に對向せしむ(第四十三圖)。此時兒の下半身は腰部にて強く前方に屈曲し胸腔は壓縮せられて呼吸を營む。
- (三) 下方振搖(人工呼吸) 數秒間上方に保持したる後、腕を伸ばして急速に兒體を振り下し舊位置に復せしむ。

圖二十四第

法搖振氏一エチルユシ

(一 其)



此時胸廓は擴大して吸氣を營む。如斯き上方及下方の振搖を凡そ大人の呼吸と同速度(二十回約)に行ひ、約四―五回上下したる後温湯に入るべし。

五、緒方(正清)氏發喘術

先づ一手の示指を兒の兩足間に入れ拇指及び他の三指を兩足の外部に貼し以て之を握るべし。而して他手の掌面を背部にあて其拇指及び示指を以て肩胛より頭部を把持し他の中・環・小の三指を以て一方の胸壁を握り兒體を伸展せしむ。

圖三十四第

法搖振氏一エチルユシ

(二 其)



しむ。(第四十四圖一)此際手は成るべく胸壁の壓迫を避け且つ充分固定して脱落することなき様注意せざるべからず。本法の技術を區別して左の三式となす。

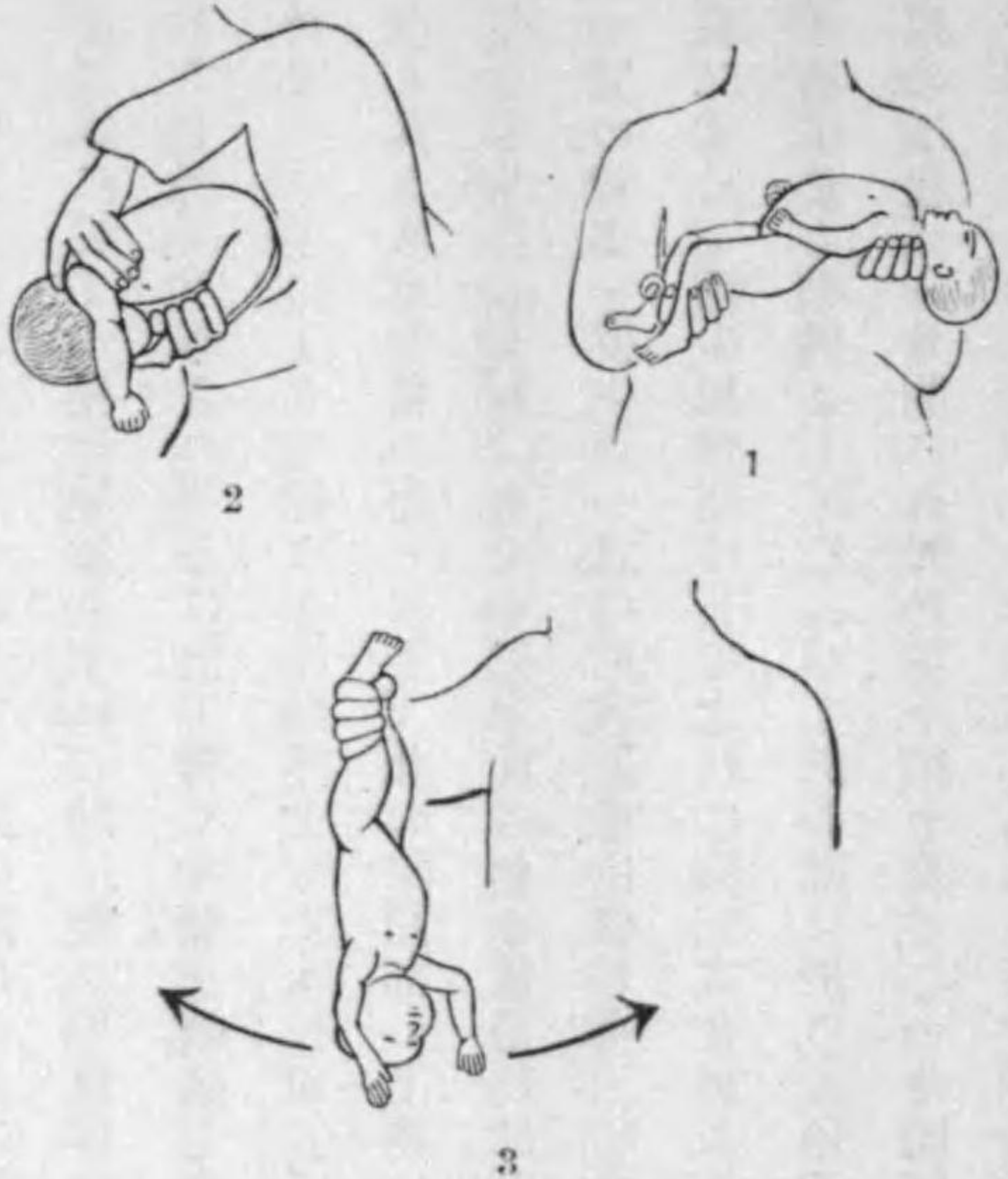
第一式

術者は直立するか若しくは跪坐し、前記の方法に従つて把持せる小兒を其の儘自己の胸前

に持ち來し、背部にあてたる手を以つて小兒の上體を徐々に其の足部の方に向ひて屈し、兒の顔面殆んど足背に觸るゝに至らしむ(第四十四圖二)。或は此際兒頭は足部を越えて下垂せしめ臀部を舉げ

圖四十四第

術生蘇工人氏方緒



しむるも可なり。而して軀幹の屈伏と同時に兒背にあてたる手は稍々胸廓に向て壓迫を加ふるを可とす。此の如くなす時は小兒の胸腔及び腹腔は壓迫を受けて縮少せられ肺臓も亦従つて縮少し以つて深き呼吸を發するに至る。

第二式

以上の如くにして屈伏せしめたる小兒は二三秒時間其位置に保持したる後更に背側にあてたる手に因りて先づ頭部を持ち上げ軀幹を伸展せしめて始めに把持したる状態に復せしむべし。此の如くする時は屈伏の際受けたる胸腔及び腹腔の壓迫は消失して胸廓及び肺臓を擴張し以つて吸息を營む。而して此位置に保つこと亦二三秒時の

後ち再び第一式を反復し以つて小兒を蘇生するに至らしむべし。

以上の第一式及び第二式を反復する時は多くは蘇生し得べしと雖も、重症の假死に陥れる小兒にありては更に強き呼吸を營ましめざるべからず、此の際には次の第三式を應用するを必要とす。

第三式。第二式に於て小兒を伸展し來れる期に乗じて背部の手を去るべし。然る時は小兒は自己の重量によりて上體は墜落され下方に向て強く身體を振搖し之と共に上肢は強く下方に垂下し兒體は足部を保持せる一手によりて倒さまに懸垂せらるゝに至るべし。(第四十四圖)茲に於て胸廓及び肺臟は擴張し深き吸息を營み得るなり。此の際頭部の下垂によりて多量の血液は頭部に流入し以て呼吸の發生を容易ならしむ。次で小兒を此の如き位置に二三秒時間保たしめ前に記せる把持の方法に従ひて小兒の背部を握り第一式の屈伏状態に移し再三反復して是れを執行すべし。

第一式及第二式は一種の屈伸法にして之に第三式を加ふれば一種の振搖法となる。

此の振搖蘇生術は最も整然として行ふべし此の際に於ける術者の姿勢は終始一定の規則に従はざるべからず。振搖の反復は一分間に八回乃至十回を度とし一分間毎に温湯中に浴せしめ兒體の冷却を避けざるべからず。

□

人工呼吸法と同時に於て甚だ有效なるは酸素瓦斯の吸入なり。

酸素瓦斯は通常壓迫せられて頑丈なる鐵製圓筒(ボムベ)内に容れられ使用時金屬製蛇管(マスク)とを連絡し栓を開き適宜の壓力を以て噴出せしむるなり。

酸素吸入法に種々あるも最簡單にして有效なるは、胎兒を温湯中にて温むる際顔面に「マスク」を密接せしめ適度に酸素を送りつゝ、プロヒョーニツク氏法の如く胸廓を握りて軽く反復壓迫する法なり。

其他最近呼吸中樞興奮劑として「ロペリン」なる者發見せられたり。通常其〇・〇〇三瓦(一瓦の溶液)として發賣せらるるを皮下又は筋肉内に注射するなり。

蘇生法實施中常に心がくべきは反復して氣道の吸入物質を除去すること、度々温湯に入れて身體を加温することの外、兒の取扱を手柔かにし決して粗暴ならざること及常に心音の變化に注意することなり。

初生兒假死に對し産婆として採るべき方針

分娩後初生兒の假死を知りたる時は、先づ靜かに一般状態を觀察し、假死の程度を定め、軽度なる場合は産婆自ら處置し、高度なる場合は醫師を招き其來着まで出来るだけ蘇生に努力すべし。而して如何なる蘇生術を行ふべきかは假死の程度によりて定むべきものにして、前後の考へもなく直ちにシュルチエー氏振搖法を行ふが如きは誤れるの甚しきものなり。凡そ左の如き方針に従へば過ちなきに近かるべし。

軽度假死

(一) 分娩後直ちに呼吸せざるも臍帯の搏動強き時は、先づ鼻腔口腔の粘液を去るのみにて暫く経過を観察すべし。甚だ軽度なれば間もなく呼吸を始むることあり。

(二) 尚呼吸せざる時は手早く臍帯を切斷したる後氣管「カテーテル」を以て深部の吸收物質を除去したる後温湯に入れ暫時経過を観察す。これにて徐々に呼吸を始むることあり。

(三) これにて尚呼吸せざる時は種々なる皮膚刺戟を加へ、吸引物質の除去を反復す。

(四) 尚呼吸せざる所は次に述ぶる方針にて人工呼吸法を施す。

高度假死 直ちに臍帯を切斷し氣道内の吸引物質を充分に除去し一度温湯中にて加温したる後人工呼吸法を行ふ。而して如何なる人工呼吸法を選ぶべきかを考へざる可らず。

一般に人工呼吸法によりて起る危険は頭蓋内出血内臓(殊に肝臓)の損傷・骨折(殊に鎖骨・肋骨の)等にしてこれがため蘇生し得べき者を死亡せしむるに至る。此危険最多きはシュルチー氏振搖法なり。

元來シュルチー氏法は其技術よろしきを得れば數多くの人工呼吸法中最有效なるものなれ共、之れを正當に行ふには充分なる熟練を要す。未熟者によりては常に蘇生の目的を達し得ざるのみならず、取扱ひ粗暴になり易く前記の如き傷害を起して却つて死亡せしむること少なからず。

尚本法は婦人(産婆)の行ふ方法としては少しく過劇なる嫌ありて、疲勞のため往々兒を床上に取落し死亡せしむることあり。

要するに産婆としては先づ容易にして穩和なる人工呼吸法たる屈伸法・プロヒョーニック氏法を行ひ、無効なる時は緒方氏法を施し、尚蘇生せざる場合最後の手段として熟練せる者に於てのみシュルチー氏法を試みるべし。然れ共未熟者は寧ろ行はざるを可とす。

蘇生術を持続する時間 蘇生術は充分に生活力を恢復するまで持続すべく、たとひ速かに恢復せしむること能はざるも心臓搏動の存在する間は之れを斷念す可らず。時として一時間又は二時間の久しきに亙りて心音持續し熱心なる人工呼吸にて終に恢復せしめ得ることあり。

尚たとひ呼吸を開始するも尚不充分なる時は再び假死に陥ることあるが故に、呼吸開始後は温湯中にて屈伸法を持續し、時々冷水を注ぎて皮膚を刺戟し、生活力が活發となるまで注意を怠る可らず。

蘇生する経過 蘇生法奏效すれば皮膚は次第に紅味を帯び來り、時々不正の吸氣を營み、弱き聲を發す。四肢は次第に緊張を加へ、口唇部に弱き痙攣を起す。次で眼瞼を開き四肢を動かし呼吸も次第に正しくなり。強く啼泣するに至る。然れ共初めは摩擦・打拍を加へて皮膚を刺戟する時のみ高く泣き、再び静かとなるか唯啼くが如き低聲を發するのみとなる。如斯き状態は尚充分に蘇生したるに

あらず。何等の刺戟なしに高聲を發して泣くに至るは蘇生の完全なる徴なり。

蘇生後の處置 蘇生後數時間は絶えず監視を怠る可らず。温かき床に入れ打拍又は摩擦によりて時々刺戟を加へ強く泣かしむべし。若し再び睡眠を貪るか又は皮膚紫藍色となるに至れば、温湯に入

分娩に起る合併症

一五三

れ穏和なる蘇生術を施すべし。

初生児の處置中にありても常に褥婦の注意(殊に出血)を怠る可らず。

第三編 異常産褥論

産褥の異常なる経過となるべき主なるものは左の如し。

- 一、産褥熱—創傷傳染病
- 二、生殖器復舊現象の障害
- 三、乳房の疾患及分泌障害
- 四、膀胱及直腸の異常

就中最危険にして實地上重要なるは創傷傳染病なり。

第一章 産褥熱—創傷傳染病

産褥熱とは産褥時に於ける熱性病の意にあらずして、分娩時に生じたる生殖器創傷の傳染によりて起りたる熱性病を云ふなり。故に産褥性創傷傳染病又は生殖器性熱病などとも呼ばる。従つて其他の原因にて起る熱性病例へば乳腺炎・「インフルエンザ」等とは全く區別せらるべきものなり。

産褥熱を發見し其傳染病なること及内診すべき手の消毒によりて之れを豫防し得ること唱導せしは埃國ウィー

ン府の人センメルワイヌにして今を距る約八十年(一八四七年)の頃なりしなり。

産褥に創傷傳染の起る理 分娩によりては生殖器に必ず創傷を發生す。たとひ腔・會陰等に外觀上甚だ著明なる創傷なくとも、子宮口・頸管等に多少の裂傷の發生するは免るゝこと能はざるものなり。且子宮内面は胎盤及卵膜の剝離によりて全く粘膜を失ひ、全部一つの大きな創面となるは必發の變化なり。如斯き創傷に細菌附着する時は茲に傳染を惹起するなり。而して産褥時殊に其初期に於ては組織柔軟にして且血管及淋巴管に富むが故に創面に達したる細菌は普通の創面に於けるよりもよく繁殖し容易に傳播し得べきものなり。

傳染の媒介者及傳染の部位・時期 傳染は創傷と細菌の附着せる不潔物體との接觸によりて起るものなり。故に産婆或は醫師の手指・分娩に使用せし敷布・「ガーゼ」・器械類にして消毒不完全なる時はすべて傳染を誘發す。是れ等の中最大なるものは不潔の手指による内診なり。要するに傳染病原菌は褥婦の身體以外にありたるものか又は産道外に棲存せしものなり(外細菌)。而して産道内には凡そ内子宮口までは種々の細菌を有す(自己細菌)。是等の細菌が傳染の原因となり得るかは何學者の説一致せざるも、寧ろ稀なるものとす。

傳染は上方子宮内面より下方會陰に至るまでの孰れの部の創傷にも起り得るも、會陰・腔の創傷より傳染することは比較的稀にして多くは子宮體及頸管の創傷よりするものとす。尙傳染の時期は多くは

分娩時なれ共、産褥時殊に其初期に於ても起ること勿論なり。加之産褥晩期にも亦起り得るなり。

傳染の誘因 産褥創傷の傳染は種々なる原因によりて其發生を容易ならしむ。其主なるものは子宮腔に於ける惡露の鬱積・子宮收縮不全・身體の細菌に對する抵抗力の減少等之れなり。

細菌の繁殖及傳播法 創傷に達したる細菌は常に一樣の繁殖及傳播をなすにあらすして其種類により、毒力によりて種々なる方法をこるものなり。

(甲)或種の細菌は創傷内に進入すること能はずして創傷を被ふ壞死せる組織片(例ば胎盤片)又は血塊等の中に繁殖し此處にて毒素を産出し、此毒素が創傷面より吸收せられて熱發の原因となる。これを創傷中毒症と呼ぶ。

此種の細菌は主として毒力の弱き腐敗菌なり。

(乙)或種の細菌は創傷の組織内に進入して繁殖す。これを創傷傳染病と云ひ其主なるものは化膿菌(連鎖狀球菌、葡萄狀球菌)なり。創傷傳染病中にも亦細菌の繁殖法に左の二種あり。

(一)繁殖は創傷組織のみに限られ尙深く進まざる者。如斯き局所傳染によりては會陰・腔・子宮内面等に所謂産褥性潰瘍を發生す。

(二)創傷部より深部に向ひて進入繁殖する者。これにまた左の二種あり。

(イ)淋巴道を通りて進む者。之れによりては子宮筋膜炎・骨盤結締織炎・骨盤腹膜炎・汎發性

腹膜炎等を起す。

(ロ) 血管道を通りて進む者。これによりては静脈炎・膿毒症・敗血症等の如き全身傳染を起す。

就中最重症にして實地上最必要なるは膿毒症・敗血症等の全身傳染なり。學者によりては此二者のみを本來の産褥熱と見做すものあり。又或學者は創傷傳染病のみを産褥熱とし、創傷中毒症を加へざるものあり。然れ共廣き意味にては生殖器の創傷よりする傳染病はすべて産褥熱とし、唯狭き意味に於て全身傳染のみを産褥熱となすを至當とす。

尙創傷中毒症を輕症産褥熱、創傷傳染病を重症産褥熱とも呼ぶ人あり。

如斯く産褥性創傷傳染病によりて起る疾患の種類は甚だ多様にして、其詳細を述ぶるは産婆學としては必要なところなるが故に茲には單に其概要を述ぶるに止めむとす。

徵候 産褥熱に於て一般に現はるゝ徵候を列舉すれば左の如し。

- 一、體溫上昇(三十八度以上の發熱)
- 二、脈搏頻數
- 三、惡寒又は戰慄
- 四、頭痛、衰弱感
- 五、口渴及尿量減少

是等徵候の有無及其程度等は疾患の種類によりて一様ならず。又或時は尙此他に種々の徵候をも加ふ

るものなり。

一、創傷中毒症

子宮内に胎盤又は卵膜片の遺殘あるか或は子宮の異常後轉のためか又は凝血にて子宮口を閉鎖し惡露の排出不十分なる時等に腐敗菌の進入により遺殘物又は惡露を腐敗せしめ其毒素の吸収によりて中毒症を發生す。故に吸收熱とも云ふ。惡露の停滞によるを惡露蓄積症とも云ふ。

産褥第二—第三日に發熱す。而して其度は三八—三九度位にして三九度を越ゆることなし。尙通常毒素は徐々に吸収せらるゝが故に惡寒戰慄を伴はざるも、褥婦の運動又は粗暴なる觸診等にて一時に多量の毒素を吸収する時は戰慄を伴ふことあり。脈搏は中等度に速かとなるも一〇〇以下にして且強實なり。子宮の收縮遅く壓痛を有することあり。惡露は少しく汚色となり甚しき惡臭を放つを特色とす。

遺殘物排除せられ惡露の流出充分となれば速かに治癒するものとす。

二、産褥性潰瘍及産褥性子宮内膜炎

會陰・腔・外陰部・子宮腔部等に發生せる裂傷中に細菌進入する時は炎症性潰瘍を生じ、其表面は灰白色の苔(膜様)を以て被はれ邊緣は隆起して發赤し、周圍に浮腫を生ず。如斯きを産褥性潰瘍と云ふ。

多くの場合唯潰瘍部(殊に會陰・外陰部なる時)に輕き痛み及灼熱感を訴へ、輕き體溫の上昇あるのみ

にて全身障害を起すことなし。多くは自然に治癒するものとす。

子宮内の創面が傳染すれば胎盤部は殊に汚穢色となり産褥性内膜炎となる。

通常産後第二—第三日に悪寒を以て軽度に發熱し悪露は増加し血性又は暗褐色となり又た時に膿様となる。腐敗菌の混合傳染あれば悪臭を放つ。子宮は收縮悪しく壓痛あり。幸に傳染が内膜にのみ局限する時は間もなく治癒するも、細菌の毒力強き時は創傷部よりも深く進み後述するが如き重症となり死亡することあり。

三、子宮實質炎・骨盤結締織炎・骨盤腹膜炎及汎發腹膜炎

子宮内膜の創面に傳染せる細菌が淋巴道を傳はりて子宮筋を侵せば筋層炎となり筋層の處々に膿瘍を作る。尙進みて子宮下部の周圍に達すれば骨盤結締織炎となり、その部に炎症性浸出物を發生して終には化膿するに至る。尙骨盤を被ふ腹膜に達すれば骨盤腹膜炎となり、尙進みて腹腔全部の腹膜に傳播すれば汎發性腹膜炎となり腹腔内に浸出液を出す。

産褥第三—第四日に悪寒又は戰慄を以て三九—四〇度に發熱し下腹部の疼痛を訴ふ。亦た炎症性浸出物多量となれば子宮の一侧又は兩側に強き抵抗或は腫瘤として觸れ劇しき壓痛あり。子宮體も亦收縮あしく著しき壓痛あり。腹部膨滿す。

其他惡心・嘔吐又た脈搏頻數細少となり一般狀態甚しく障害さる。骨盤結締織炎・骨盤腹膜炎は治癒す

ることあるも汎發性腹膜炎を起せば多くは死亡す。

四、血栓性靜脈炎

細菌は主として靜脈を侵し動脈を侵すこと少なし。先づ細菌は骨盤内の靜脈に入り次で外腸骨靜脈に進み、これより血流に逆ひて股靜脈を侵すに至る。靜脈が傳染を受くる時は其内膜は破壊せられ其部にて血液は凝血して血栓を作り、終に管腔は血栓にて全く閉塞せらるゝに至る。故に之れを血栓性靜脈炎と云ふ。

股靜脈の血栓性靜脈炎によりては産褥性疼痛性白股腫を生ず。産褥第二—三日頃より軽度乃至中等度の發熱ありて大腿内側にて股靜脈の經路に沿ひて牽引痛を訴へ、一—二週後に至り大腿及下腿に著しき浮腫を生じ、皮膚強く緊張して光輝を放ち且蒼白色なるため恰も蠟を見るが如くなる。

幸に血栓が化膿せざれば次第に吸収せられ治癒するものなりと雖、若し化膿すれば恐るべき膿毒症に變化す。

五、膿毒症及敗血症

膿毒症及敗血症は共に細菌が循環血中に入りて其中にて繁殖したるものなり。然れ共傳染の經過は兩者に差あり。

膿毒症は血栓性靜脈炎に續發するものなり。即ち靜脈に發生したる血栓が化膿して破壊し血中に溶解

され、茲に細菌は膿と共に全身を循環するに至る。此血栓の破壊は一時に起らずして時を隔て、幾回となく反復す。敗血症は何等の變化なき血管中に細菌のみ進入して繁殖し毒素を産出するなり。従つて徴候も亦膿毒症と敗血症とに於て稍々特異なり。左に之れを對照すべし。

膿毒症	敗血症
一、發病の時期 一般に晩く第一週の終り又は第二週に至りて發病す。 二、惡寒戰慄 必ず之を伴ふて發熱す。 三、熱型 甚しき弛張熱なり。 惡寒戰慄と共に四〇度又はそれ以上に發熱するも數時間にして急に發汗と共に下降し平温又はそれ以下となり、更に又戰慄と共に急に發熱す。如斯く體温の上昇、下降を反復す。發作は一日數回なることあり亦一回なるあり。	産褥第二—第三日に發病するを普通とす。 時に伴ふことあるも必發ならず。 稽留熱なり。 三九—四〇度又は四〇度以上に上昇し、少しの移動あるも平温まで降ることなく凡そ稽留するものとす。

四、脈搏 頻數なるも一般に強實なり。 五、氣力及精神状態 無熱の時は比較的氣分よくして衰弱感を起さず。精神状態に變化なし。	甚しく頻數にして發病時に於て既に二二〇—二三〇なることあり。且弱し。 氣力急に衰へ重症感を起す。 比較的速かに精神状態を侵し、不眠・譫語等の腦症を起す。
------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

局所徴候は有る時と無き時とあり。惡露も亦局所症候(中毒症)を伴ふ時は惡臭となるも然らざる時は全く變化なきか又は却つて減少することあり。而して膿毒症にては關節・心臟・肺臟等の諸處に化膿を起すこと少なからず。膿毒症と敗血症と相合併し兩者の徴候の混合する場合あり。共に重症の産褥熱なれ共一般に膿毒症よりも敗血症の方一層惡性にして多くは死亡するも、膿毒症は慢性の経過をとり一ヶ月、時に二ヶ月に亙ること少なからず。但し急性膿毒症にては數日にて斃るものあり。敗血症の経過は急速にして一—二週日にて心臟衰弱のため死亡するもの稀ならず。豫後の良否は心臟機能の強弱に關す。一般に脈搏異常に多くして且微弱なるものは豫後多くは不良なり。亦腦症あるものも亦甚だ不良なり。

診斷及處置

産褥中に三十八度以上の發熱ありて乳房等に異常なきときは先づ産褥熱と考ふべし。而して殊に體温・

脈搏・悪露等に注意すべし。如何なる種類なるかは上記の徴候によりて診断鑑別するものなれ共、産婆としては其詳細なる診断をなす必要なく、要はなるべく早く醫師の診察を請ふべきものなり。治療の時期遅るゝ程危険の度を増すものなれば單に疑のみにても直ちに醫師を招くべし。醫師の來着前には絶對安靜を命じ心臓部・下腹部に氷嚢を貼し流動食を攝らしめ赤酒の如きを與ふべし。且つ内外診を反復すべからざるべく内診は避くべし。尙悪露の附着せる壓抵布を貯へ置き醫師に示すべし。

産褥熱患者を取扱ひたる産婆の義務

(一)産褥熱患者を取扱ひたる産婆の手指には甚だ有毒なる細菌附着し比較的永く存在するものなるが故に、數日間は他の産婦の分娩を介助し又は褥婦を取扱ふ可らず。尙本患者に専用の豫防衣・器械等を備ふべし。是等の注意を怠たる時は傳染を傳播せしむること多し。若し止むを得ず其日に分娩を取扱ふ必要ある時は、當時の衣服を捨て、別の消毒衣を着け充分に手を消毒し外診のみにて内診を行ふべからず。是非内診の要ある時は必らず「ゴム」手袋を使用するか又は醫師に依頼すべし。會陰保護には消毒したる「メリヤス」手袋を用ゆべし。尙此患者に使用せる器械は充分に煮沸消毒すべし。

(二)初生兒の取扱ひも亦他の人をしてなさしむべし。之れ臍帶血管又は臍帶脫落後の創面を傳染せしむる恐れあるが故なり。尙初生兒を他室に隔離するを可とす。産婆として最必要なるは産褥熱を起さざる様平素より豫防法を講ずるにあり。豫防法に關しては既に幾度となく反復述べしが如し。殊に必要なるは分娩及産褥の取扱ひに可及的嚴重なる消毒法を守るに及なるべく内診を避くることの二點なり。

第二章 生殖器復舊現象の障害

一、子宮復舊不全症

原因。 雙胎・羊水過多症後又は分娩時の出血大なりし者、胎盤卵膜の遺残ある場合、膀胱直腸の過度に充滿する場合等。殊に初産婦より經産婦に多く且授乳せざる者に多し。又極端に絶對安靜を守らせたる者或は反對に極端に早く早期離床せる者等にも見るにあり。尙産褥熱の際は多くの場合子宮の復舊機能不完全なるものとす。

症候。 子宮底は高く子宮體は柔軟なり。血管の收縮あしきたため悪露は永く血性なり。第二週後に於ても尙純血液を出す者あり。初期の出血も亦多し。

處置。先づブリースニッツ氏器法を施し兩便を正調ならしむ。悪露が十日以後に至るも血性を帯ぶる時は醫師に診を乞ふべし。

二、過劇後陣痛

卵膜・胎盤の遺残あるか、分娩經過非常に迅速に經過せる場合等には後陣痛異常に強く産褥第三第四日までも發作性に持續することあり。時に其疼痛の程度分娩時陣痛に優ることあり。子宮體には壓痛なく發熱なし。

處置。兩便を正調にしてブリースニッツ氏器法を施すべし。尙産褥熱の前徴なることあるが故に體温に注意すべし。劇しき時は醫治を乞はしむべし。

第三章 乳房の疾患及分泌異常

一、乳頭の創傷

乳頭の皮膚柔弱なる時は(殊に初)兒の強き吸引によりて終には表皮剝脱して真皮を露出するに至る。多くは乳嘴皺襞に生じて線狀の潰瘍となる。之を皸裂と云ふ。甚しくなれば廣き部に生じ糜爛となる。潰瘍面は暗赤色の痂皮を以て被はる。潰瘍は接觸によりても疼痛を訴ふるが、殊に兒の吸乳に際し甚

しき疼痛を發す。

處置。

創傷より細菌侵入する時は重篤なる乳房炎となるが故に常に創傷を清潔に保ち、一枚の消毒「ガーゼ」にて包みて衣服と摩擦するを防ぐべし。本症は授乳を廢すれば速かに治癒するものなるが故に、疼痛甚しき時は授乳を廢すべし。此時は時を定め吸引器を以て乳汁を吸引すべし。然らざれば分泌減少するのみならず緊張によつて疼痛を増すべし。兩側を侵し授乳を廢し得ざる時は乳頭帽を被せて吸引せしむべし。尙五〇%酒精を侵したる布片にて軽く拭ふべし。甚しき者は醫治を乞ふべし。

二、乳房炎

皸裂・糜爛面より化膿菌の侵入するによりて起るものなり。

乳房炎に二種あり。乳腺の傳染によりて起る乳腺炎と淋巴道にて乳腺間質の結締織を傳染せしめたる乳腺間質性乳房炎とあり。孰れにするも終には處々に無數の小膿瘍を作り其融合によりて大なる膿瘍を生ずるに至るなり。

産褥第二週乃至第六週頃に發し、悪寒(時に戰慄)を以て三十九度或は四十度に發熱し傳染せる乳房に甚しき疼痛を發し、觸診すれば壓痛劇しき硬結を觸知す。

幸に吸收せらるれば數日にして下熱するも、然らざる場合は化膿し其部の皮膚發赤し、腋窩腺腫脹し、

上肢の運動困難となり、弛張熱を發す。

處置。絶對に授乳を禁じ醫師の診を乞ふべし。其間水囊又は硼酸水濕布を施すべし。

三、分泌異常

分泌異常とは乳汁の分泌異常に多きか又は少なきかなり。

分泌過多は乳汁の分泌によりて衣服を濕し大に煩はしきものなるのみならず、時として母體の榮養を障害するに至ることあり。冷濕布を施し液體の攝取を制限すべし。又分泌過少は兒の榮養を障害すること勿論なり。分泌催進法としては授乳を續けて吸引の刺戟を與へ、平素慣れたる滋養物をこりて身體を強壯ならしめ、且多量の飲料を攝取すべし。

第四章 膀胱及直腸の障害

産褥に見る膀胱障害の主なるものは尿閉・不隨意排尿・膀胱炎等なり。

閉尿は生理的にも第一日、第二日に起ることは上卷に於て述べたるが如し。併し永く第三、第四日までも續くは異常なり。時に仰臥位排尿に慣れざるためなることあるが故に、膝肘位にて排尿せしめ、それにて不成功の時は溫濕布を施し、止むなき時「カテーテル」を用ひ、醫師の診を乞はしむべし。

不隨意排尿は分娩時の壓迫損傷による括約筋の麻痺か又は尿瘻(通常膀胱腔瘻)によるものなり。直ちに醫師の診を乞ふべし。

膀胱炎は膀胱の傳染によるものにして最も多き原因は不潔なる「カテーテル」使用なり。此症は排尿時の疼痛を起し尿は濁濁す。溫濕布をなし多量の飲料を與へ、醫治を乞ふべし。

直腸障害としては最も普通に見るは便秘なり。甚しき便秘は子宮の收縮を妨ぐるものなれば三日後尙便通なき時は灌腸を行ふべし。

第五章 初生兒の異常及疾患

初生兒の異常及疾患中には既に妊娠中よりありたる異常あり、また分娩時に於て發生せるものあり、或は又分娩後新たに加はりたる初生兒疾患なることあり。初生兒疾患とは其名の示すが如く殆んど常に初生兒時代のみ起る疾患を云ふ。

初生兒疾患には夥しく多數の種類あるも其悉くを述ぶるは産婆學の目的にあらざるが故に茲には左記の如き實地上必要なるものみに就きて其要點を説明するに止むべし。

一、先天性畸形

- 二、先天性微毒
- 三、分娩による損傷
- 四、初生児膿漏眼
- 五、臍疾患
- 六、丹毒及破傷風
- 七、鴛口瘡
- 八、初生児「メレナ」
- 九、胃腸疾患

産婆としては是れ等の異常及疾患に關する知識の大要を備へ、出来るだけ之を豫防するか又はこれを早期に發見して時期を失せざる様醫治を乞ふべきものなり。

一、先天性畸形

先天性畸形は其種類甚だ多し。其中分娩を障害すべき重複畸形及腦水腫につきては既に述べたるが故に茲には其他の主なるものにつきて簡單に説明すべし。

一、半頭兒又は無腦兒

半頭兒又は無腦兒とは其名の示すが如く頭蓋及腦の上部又は全部が缺損し薄き膜を以て被はれたる頭蓋底を露出せるものなり。多くは眼球著しく突出し且頸部甚だ短し。羊水過多症を伴ふ事多し。頭部前進する時は内診上不平坦にして柔軟なる部と硬き部とを觸れ其何者なるかを判斷するに苦しむこと少なからず。多く顔面位となりて分娩するも特別の障害を起すことなし。本畸形の多くは死産するか、たとひ分娩後生活することあるも間もなく死亡するものとす。比較的屢々見る畸形なり。

二、無心兒

無心兒とは機能を營み得る心臟を有せざる畸形兒の總稱にして多くの種類あり。多くの者は軀幹及四肢のみで全く頭部を缺如する者(無頭無心兒)なり。然れ共頭部のみにて軀幹及四肢の發育唯痕跡狀なる者(無體無心兒)、頭部・軀幹のみにて四肢なき者(無肢無心兒)、或は全く人の形を有せずして單に皮膚にて包まれたる肉塊の如き者(無定形無心兒)あり。

是れ等のすべては一卵性雙胎の一兒にして他兒は全く健康に發育するものとす。

三、兔唇・狼咽

兔唇とは上口唇が左側又は右側或は兩側に於て鼻孔に向ひ深く破裂せる者を云ひ、狼咽とは口蓋の破裂せる者を云ふ。

如斯き畸形は甚しく哺乳を妨ぐるものなり。

四、肛門・尿道の閉鎖

肛門の閉鎖せるを鎖肛と云ひ、尿道の閉鎖せるを尿道閉鎖と云ふ。如斯き畸形ある時は大便又は尿の排泄を妨げ久しく放置する時は終に死亡するに至るものなり。故に産婆は第一回沐浴の際常に之れに注意すべし。たごひ外観上異常なくとも、全く胎糞及尿の排出を見ざる時は其疑を起して醫師の診を乞ふべし。

五、指趾の過剰・缺損又は癒着

指又は趾が正常よりも一本又は數本多數なることあり、又反對に不足せることあり。又數は正常なるも二本又は數本が相癒着せることあり。

過剰及癒着等は手術によりて一程度まで治療せしめ得るが故に一應醫師の診断を仰ぐべし。

六、内翻足・内翻手

一側又は兩側の足又は手が内方に彎曲せるものを云ふ。

産婆もし初生児に畸形の存するを發見せる時は褥婦にこれを告げず、唯家人にこれを示して醫師の診察を仰ぐべし。

二、分娩による損傷

分娩時の強き壓迫によりて頭蓋骨膜に出血を起して頭蓋血腫を生ずることは既に上卷に於て述べたることなり。茲には其他の損傷に就きて述べべし。

一、骨の損傷

骨の損傷中最屢に見るものは四肢の骨折及股關節又は肩胛關節の脱臼なり。其多くは産科手術(娩出術・廻轉術)・粗暴なる人工呼吸法(殊にシュルチエー氏振搖法)により生じ自然分娩によりて生ずること甚だ稀なり。骨折又は脱臼を起せる四肢は異常の位置をとり、損傷部を壓迫すれば號泣することにより診断し得べし。

尙粗暴なる人工呼吸にて鎖骨・肋骨の骨折を起すことあり。自然分娩にては狹窄骨盤分娩に於て頭蓋に大小種々の陥凹を生ずることあり。

二、軟部の損傷

軟部の損傷中最多きは硬腦膜の破裂(之れに續く頭蓋内出血) 内臓・筋肉の出血又は破壊或は末梢神經の斷裂又は損傷等なり。

粗暴なる人工呼吸法(殊にシュルチエー氏振搖法)によりては往々胸膜出血を起し、又肝臓を損傷して腹腔に出血せしむ。尙用手娩出術・鉗子娩出術・人工呼吸法等にて四肢の神經(橈骨神經・尺骨神經又は腓骨神經)又は顔面神經を損傷し分娩後麻痺を來し、又胸鎖乳頭筋を損傷して出血せしめ斜頸の原因

をなすことあり。是等の或者(例へば脳出血・肝臓出血)は児の生命を奪ふものなれ共多くの者は適當の治療によりて全治し得るもの故直ちに醫師の診を乞ふべし。

三、先天性微毒

母體の微毒は妊娠の早期に適當なる治療を施さざれば、必ず胎兒に傳染して或は妊娠中之れを死亡せしめ又は正常の如く分娩するも早晚先天性微毒兒となること既に述べたるが如し。

先天性微毒の徴候には種々あり、程度も亦一様ならざるも、其主なるもの左の如し。

- 一、最必要なる徴候は皮膚に多数の水泡及斑點様發疹を生ずることなり。殊に如斯き水泡及發疹は手掌及足蹠に發生するを其特徴とす。多数なる時は全身に發生するに至る。
- 二、次に必要なるは鼻加答兒を有することなり。分娩後數日間鼻腔閉鎖して哺乳し得ざる時は直ちに先天性微毒の疑ををくべし。終には膿様又は血様の分泌物を洩らすに至る。
- 三、其他口唇に放射狀輝裂を有し、顔面少しく腫脹して固有の帶黃蒼白色を呈することも亦注意すべき點なり。

早期に適當なる治療を續くる時は治癒せしめ得るも、久しく放置する時は急速に死亡するものなるが故に機を失せず醫治を乞ふべし。但し家人には唯傳染性血液疾患なるべきを告ぐべし。尙先天性微毒

は亦た成人微毒と同様の傳染性を有するものなることに注意すべし。

四、初生児膿漏眼

初生児膿漏眼とは淋菌の傳染によりて起る眼結膜の炎症なり。而して此淋菌は母體の淋菌性頸管「カタル」の分泌物中に存するものにして、殆んど常に分娩時に胎兒の眼を感染せしむるものなり。時として分娩後淋菌を有する惡露の附着したる布片又は手指にて感染せらるゝことあるも稀なり。

一眼又は兩眼を侵す。多くの場合分娩後第三日頃に發病す。先づ始めは眼瞼縁が少しく腫脹し且つ發赤し滲濁せる分泌物を出し眼瞼は癒着す。

次で腫脹及發赤は眼瞼全部に及びて次第に強くなり分泌物も濃厚にて膿様多量となる。眼瞼を開くに結膜は強く充血して朱を注ぎたるが如く且腫脹す。重症となれば角膜にも變化を起し先づ滲濁し次で潰瘍を形成するに至る。

クレデ氏點眼に用ひたる硝酸銀の刺戟強き時にも所謂銀結膜炎を發生し一見膿漏眼に似るも、一般に症狀軽く分泌物も少量にして左程膿様ならず且餘り進行せざることにより凡そ區別することを得べし。膿漏眼より出づる分泌物は多数の淋菌を有し傳染力強きが故に兒の健全なる他眼を保護するのみならず産婆自身及他人に傳染せしめざる様注意せざるべからず。

處置。分娩直後クレデ氏點眼法を勵行して本病を豫防すること肝要なり。不幸にして本病の發生を認めたる時は直ちに醫師に依頼して適當の治療を乞ひ失明を防止せざる可らず。醫師來着前には冷却せる硼酸水を棉花に浸し、兩眼瞼を開きて靜かに膿を清拭すべし。尙一眼のみなる時は其側を下にして側臥をさせ以て健眼への傳染を豫防すべし。又處置後は昇汞を以て充分に手の消毒を行ふべし。

五、臍疾患

一、臍帶斷端の腐敗 臍帶の斷端が正常の如く硬く乾枯せざる時は柔軟にて濕潤し汚穢褐色を呈し惡臭を放つに至り久しく脱落することなし。放置する時は進んで身體内に傳染するものなるが故に直ちに醫師に乞ひ之れを除去せざる可らず。

二、臍の傳染 臍帶脫落後の創面に細菌繁殖する時は或は臍膿漏となりて久しく濃汁を洩らし又臍輪炎となりて臍の周圍の腫脹及發赤を來し終には壞死に陥る。如斯き状態を放置する時は身體内に傳播して或は腹膜炎を起し又は敗血症を起すが故に、直ちに醫治を乞ふべし。

三、臍息肉

臍の炎症後又は臍帶の正常脫落後に於て臍の創面に拇指大位までの大小種々の凹凸

不正の組織増殖を見ることあり。これを臍息肉と稱す。臍創傷の治療を妨ぐるものなるが故に醫治を乞ふべし。

四、臍出血 臍出血は臍帶の結紮不完全なるため臍帶血管より出血する場合と、臍帶脫落後の創面より出血する場合との二あり。前者は結紮を新たにすることによりて容易に止血し得るものなれども、後者は重篤なる全身疾患によることあるが故に直ちに醫師に示すべし。

六、丹毒及破傷風

丹毒とは一種の連鎖狀球菌によりて起る疾患にして初生児に於いては多く臍創面より傳染するものとす。尙肛門・外生殖器の微細なる創傷より感染することあり。先づ傳染せる創傷の周圍の皮膚に、境界明瞭にして少しく腫脹せる紅色斑を生じ急速に四方に擴大す。通常高熱を發し急に衰弱し哺乳せず、多くは心臟衰弱又は敗血症のため死亡す。

丹毒は極めて傳染力の強き者故羅患部に觸れたるすべての物體の消毒を怠る可らず。尙直ちに醫師に通告し且病児を隔離し、壓出したる母乳を匙又は瓶を以て與ふべし。

初生児の破傷風は臍創面より破傷風菌の侵入することによりて發生し、痙攣を主徴とする疾患なり。發病は多く分娩後第四―第八日にして先づ咀嚼筋の痙攣を起して口を開くこと能はず、従つて哺乳不

可能となる。次で痙攣は顔面に擴がり終には全身の筋肉に及び後頭及踵のみを床上に着け脊柱を弓の如く強く前方に彎曲せしむ。此状態を後弓反張と稱す。痙攣は發作性に起り接觸・音響等の刺激によりて誘發せらる。高度の呼吸困難にて多くは死亡す。破傷風菌は土壤に存在するものなるが故に臍を處置する布片類を土の着きたる手又は地面と觸れざる様注意すべし。既に本病を發したる時は直ちに醫師を招くべし。

七、贅口瘡

贅口瘡とは贅口瘡菌と稱する一種の絲狀菌の傳染によりて生ずる口腔粘膜の疾患なり。哺乳時の不注意(乳頭及口腔の清潔の不行届)なる時に起るものにして、身體虛弱なるもの及人工榮養によるもの等に殊に多し。口腔・舌等の粘膜の所々に凡そ粟粒大の僅かに隆起せる白色斑を生じ次第に増加すれば咽頭・食道・喉頭にまで擴大す。此白斑は拭ひ去ること難く強く摩擦すれば潰瘍となりて出血す。甚だしく哺乳を妨害し且消化不良の原因となり兒を衰弱せしむ。處置。豫防法を第一とす。即授乳の前後には乳頭及口腔内又は吸乳器を清潔にすることを怠るべからず。もし贅口瘡の發生を認めたる時は直ちに醫治を乞ひ且一日數回三%硼酸水を以て靜かに口腔を

拭ふべし。

八、初生児「メレナ」

初生児「メレナ」とは今日尙不明の原因にて胃腸粘膜より出血する疾患を云ふ。生後第二日乃至第四日に發病すること多く、血便及吐血を起すものなり。而し血便は常に之れを見るも、吐血は之れを伴はざること稀ならず。

出血量少なき時は胎糞又は普通便に暗黒色の血液を混するのみなるも、多量なる時は凝血又た時に流動血液を下痢するに至る。吐血は暗赤色又は褐色にして鼻孔又は口より吐出す。

兒の一般状態は出血の量によりて一樣ならざるも若し多量なる時は急に蒼白となりて身體冷却(體溫下降)し心臟衰弱のために速かに死亡するに至る。甚だ輕症にては數日の衰弱の後恢復することあるも、多くは早晩死亡するものなり。

尙時として乳頭創面よりの出血を吸引して輕度の血便又は吐血を起し「メレナ」と誤診せらるゝことあり。如斯きを假性「メレナ」と稱し、兒の全身状態に異常なきこと及乳頭に出血創あることによりて鑑別し得べし。

處置。眞性の「メレナ」を發見する時は直ちに醫師を招き、其間沐浴を禁じ安靜にし且腹部に氷嚢を

貼くべし。

九、胃腸疾患

初生児は榮養法の不注意によりて胃腸疾患に罹り易きものなり。
 母乳榮養よりも人工榮養に於いて殊に障害を起し易く且冬期よりも夏期において一層危険なり。
 胃腸障害に陥る時は嘔吐・下痢を起すのみならず、急に衰弱を來して死亡するに至るなり。
 故に授乳法、榮養法に周到の注意を拂ひ常に糞便に注意し少しにても變化あれば眞ちに醫治を乞はしむべし。

第六章 異常なる初生児榮養法

小兒の榮養法として最自然的にして理想的なるは生母自らの乳汁を以て榮養する法なり。これ正規の方法にして自然榮養法と稱す。

然れ共種々なる原因によりて生母自ら授乳し得ざる場合あり。斯如き場合には他の異常なる方法によりて榮養せざる可らず。

生母授乳をなし得ざる場合に左の二種を區別することを得。

- 一、授乳の困難なる場合 例へば乳汁分泌の甚だ不充分なる者、乳頭の形が哺乳に不適當なる者
(例へば乳頭陥没せる者)、乳頭に損傷ありて兒の吸引に對し甚しく疼痛を感ずる者等の如し。
- 二、授乳し得るも兒を障害する恐ある爲め之れを禁止すべき場合 例へば急性傳染病(麻疹、猩紅熱、腸「チフス」・丹毒等の如き)・慢性傳染病(肺結核・微毒等)、重症脚氣・乳房炎等に罹れる場合の如し。

たどひ是等の疾患あるも其性質及程度によりては授乳するも差支なき場合も少なからざるが故に、果して授乳を廢すべきものなるか否かは醫師によりて判斷せらるべきものなり。

生母授乳の困難なる場合には次の二つの方法によりて榮養の目的を達せざる可らず。

- 一、乳母榮養
- 二、人工榮養

乳母榮養とは生母ならざる他の婦人即ち乳母(うば)によりて授乳せしむる法にして、人工榮養とは人乳ならざる他の物質を以て榮養する法を云ふ。此中人工榮養よりも人乳を以つてする乳母榮養の優れることは勿論なり。

左に兩榮養法の大要を説明すべし。

一、乳母榮養法

乳母榮養は生母自ら授乳し得ず、さりとて小兒虛弱にして人工榮養にては充分なる發育をなし得るや疑はしき場合に行ふべきものなり。

此榮養法に於て最大切なるは適當なる乳母を選択することなり。乳母の良否は兒の發育と密接なる關係を有するのみならず、もし選擇を誤る時は却つて小兒の生命をも奪ふに至るものなり。而して乳母たる資格の中、最必要なるは健康にして、疾病殊に微毒・結核・淋疾・精神病・癩癩等を有せざることなり。是等の診斷は産婆のよくするところにあらずして、必ず醫師の力によらざる可らず。従つて乳母の良否は醫師によりて判定せらるべきものなるが故に、産婆としては左記の標準に従ひて乳母を選択し、之れを醫師に示して最後の決定を仰ぐべきものなり。

産婆としての乳母選擇の標準

- 一、年齢は二十歳乃至三十歳なるを最適當とす。
- 二、經産婦にて既に自分の生兒に授乳し健全に發育せしめたる經驗を有する者。
- 三、身體強健にして嘗つて重症に罹りたることなく、皮膚に發疹なく、また外陰部に潰瘍を有せずと答ふる者。

- 四、乳房の發育良好にして強く緊張し、結節狀・索條様の腺の腫脹を觸れ、壓によりて乳汁を腺狀に噴出せしめ得る者。尙既に六—八週間も自分の小兒に授乳せしめ、其發育佳良なること知れば一層可なり。
- 五、乳頭突出し哺乳に適當なる形態を有する者。

二、人工榮養法

人工榮養に使用せらるる者多種ありと雖其最普通にして最良好なるは牛乳なり。山羊乳も亦使用せらる。

人乳榮養(生母又は乳母による授乳)と牛乳榮養との差異の主なるものは左の三點なり。

- 一、牛乳及山羊乳と人乳とは其成分に於て著しき差異あり。従つて牛乳又は山羊乳は兒牛又は兒山羊には其儘授乳し得るも人の小兒には其儘使用すること能はず。従つて濃度及成分に關して一定の調理(調乳)をなさざる可らず。
- 二、人乳榮養にては乳腺よりの分泌物を乳頭より直接小兒の口に移すが故に、哺乳する乳は最新鮮にして少しの細菌をも含有せず且體溫に温められたるものなり。然るに牛乳は乳牛より榨取して器物に入れ或時間を経たる後需要家に配布せらる。従つて牛乳中には牛・榨取人の手・器物等による

來する種々の細菌を有し、搾取後久しき者は變質し、尙冷却す。故に之れを小兒に與へんせばなるべく純良なる牛乳を選択し消毒を施して細菌を無害とし、變質せざる様貯藏し、授乳時體溫に溫めざる可らず。

三、人乳榮養にては單に授乳の回数に注意するのみにて毎回の分量には特別なる顧慮を要せず、乳兒の成長と共に乳汁の分泌も増加するものなれ共、牛乳榮養の時は常に分量に細心の注意を要するなり。

元來乳兒の榮養殊に人工榮養は決して簡單なるものにあらずして、兒の體質・生活力・榮養中の發育狀況等に従ひて個人的に適當なる方法を選ぶべく、萬人一様の方則に従ふこと能はざるものなり。従つてこれを正當に行ひ兒の完全なる發育を期するは産婆としては不可能の業にして、是非共専門醫師(小兒科醫)に依頼すべきものなり。

尙産婆の取扱ふは單に初生児時代のみにして、既に數週を経たるものは全然専門醫に托せざる可らず。寧ろ最初より醫師に托するを安全なりとす。不適當なる榮養法にて日を過ごし、終に救ふ能はざる状態に至らしめて始めて醫に訴ふるが如きは産婆として罪大なりと云ふべし。

右の主旨により茲には人工榮養上必要な事項に基き單に其概要を説明するに止むべし。従つて此説明に従ふも人工榮養を完全に行ひ得べきものと誤解すべからず。

一、牛乳の選擇

乳兒に與ふべき牛乳は料理用又は大人飲料としての牛乳よりも、其選擇に一層周到なる注意を拂ふべきものなり。

結核症を有せざる健康なる乳牛より、清潔に搾取したる者(清潔なる手を以つて搾り清
潔なる容器に容れたる者)にして、搾取後冷却し、成るべく新鮮なる間に配達せられたるものを可とす。酸味を帯び又は加温して沈澱を生ずるが如きは分解變質せる證なり。尙多數の乳牛より得たる乳を混合したるものを可とす。

二、調乳法

今牛乳及山羊乳と人乳との成分を比較すれば左の如し。

	人乳	牛乳	山羊乳
水分	八七・〇%	八八・〇%	八七・〇%
蛋白質	一・二%	三・五%	三・五%
乳糖	七・〇%	四・〇%	四・四%
脂肪	三・五%	三・五%	四・〇%

要するに牛乳は、人乳に比し蛋白質及鹽類に富み糖分に乏し。故に牛乳を其儘飲用せしむる時は殊に消化力の弱き初生児時に於ては消化不良を起すものなり。故になるべく人乳に近からしむるため一定程度

に稀釋して蛋白質及鹽類の含有量を少なくし且糖分を加へざる可らず。山羊乳は牛乳と殆んど同様な
 り。
 牛乳稀釋の度は乳兒發育の状態を観察して加減すべきものなれ共、大體に於て最初に於て最強く稀釋
 し、次第に其度を弱くして凡そ第七—八ヶ月頃に至りて全乳を使用するなり。稀釋の標準に關しては
 學者により意見を異にするも、凡そ左の如きものと知るべし。

生後より滿二ヶ月迄

1/3牛乳(牛乳一分と稀釋液二分)

三ヶ月及四ヶ月

1/2牛乳(牛乳一分と稀釋液一分)

五ヶ月及六ヶ月

2/3牛乳(牛乳二分と稀釋液一分)

七ヶ月以後

全乳

要するに産婆の取扱ふべき初生兒時代には三分の一牛乳を用ふるものと心得をくべし。
 稀釋液の種類は或は單純なる水を以つてし或は「おもゆ」葛湯等を使用す。
 附加すべき糖分にも種々あり。最普通に使用せらるゝは乳糖なり。其他水飴・滋養糖・蔗糖等なり。而
 して糖の量は稀釋に用ゆる水又は「おもゆ」に對し約一〇%の割合なり。

消毒法 牛乳には種々の病原菌又は牛乳を分解變質せしむる細菌を含有することあり。而して細菌
 の含有量甚だ多きか又は既に分解せる牛乳は長時間煮沸するにあらざれば無菌となすこと能はざる

も、既に述べたるが如き良質の牛乳にして、清潔に榨取し且新鮮なる者は短時間(五分間)煮沸するこ
 とによりて細菌を無害となすことを得。

長時間の煮沸は消毒を完全にすることを得るも、牛乳の成分を變化せしむる大害あり。若しかくの如き
 牛乳を久しきに亙りて使用する時は乳兒は重篤なる疾病にかゝり終に死亡するに至るものなり。故に
 成るべく良質の牛乳を選び之れを單に五分間のみ煮沸すべし。決して長く煮沸し又は煮沸を反復す可
 らず。

煮沸法

牛乳を盛りたる罎を凡そ牛乳の上界に達するだけの水を盛りたる器中に沈め、之れを加温して煮沸し
 始めてより五分間放置するなり。而して煮沸器として最完全なる者としてはソクスレット氏煮沸器あり。然れ共
 必ずしも如斯き高價の器具を用ゆるを要せずして、太き針金を以て罎架(罎を倒れざる様)を手に製し、之れを釜
 の中に入れ煮沸するを以つて足れり可す。

最便利なるは一日に要する全量を授乳回数だけに分ちて罎に入れて總べてを同時に消毒することなり。

罎の口は綿栓又は「ゴム」栓・「コルク」栓を以て密閉し以つて細菌の進入を防ぎ、煮沸後は之れを冷却し使用時ま
 で低温度に貯藏すべし。即氷室内か又は冷たき流水中に入るべし。

調乳の順序

牛乳の稀釋及糖分附加は毎使用時に哺乳罎中に於て行ふものとす。

哺乳罎

哺乳罎は乳兒に調理乳を哺乳せしむるに用ゆるものなり。其形種々あるに容易に清潔になし得るを

異常なる初生児養法