

生胎穿顱

リ、胎兒尙生存スルトキハ廻轉術及ビ用手挽出術若クハ鉗子術ニヨリテ母子兩體ヲ濟フニ努ムベシト雖モ、收縮輪既ニ昇騰シ或ハ頭部尙高位ニ在リテ是等ノ手術ヲ禁忌セザルベカラザルカ否ラズンバ不可能ナルモノニシテ而モ亦帝王切開術ヲ施スコト能ハザルモノナルトキハ、穿顱術ニ由リテ兒頭ヲ縮小シ、くらにおくらすと挽出術ヲ行フ可トス。然レドモ此手術ヲ施サンニハ其診斷最モ慎重確實ナルヲ要スルモノニシテ、爾後ノ分娩經過ハ果シテ母體ニ生命ノ危險ヲ齎スベキヤ否ヤ、或ハ他ノ急速分娩法ハ既ニ危險ニ陥レル産婦ノ生命ヲ更ニ危殆ナラシムルヤ否ヤヲ熟考セザルベカラザルナリ。

死胎穿顱

反之、胎兒既ニ死亡セルモノニ於テ分娩速了ヲ要スルモノアルニ當リ、廻轉術若クハ鉗子術ニシテ多少ナリトモ困難ヲ感ズベキヲ豫知シ得ルモノナルトキハ直チニ穿顱術ヲ施スベク、加之、死胎ニ在リテハ陰、會陰ノ大ナル損傷ヲ避ケンガ爲メノミニモ亦敢テ穿顱術ヲ行フコトアルモノナリ。殊ニ子宮下部ノ過度擴張、高位兒頭、顔面位、前額位等ニ於テハ廻轉若クハ鉗子等ヲ試ムベカラズトス。

2) 兒頭ノ産道通過ニ際シテ受クル機械的障礙ヲ除カンガ爲メニ行フベキ場合。

穿顱ヲ要スル如キ産道ノ抵抗ハ次ノ如キモノニ於テ之ヲ見ル。

1) 狭窄骨盤

骨盤狹隘ナルトキハ兒頭之ヲ通過スルニ當リ、種々ノ個所ニ於テ抵抗ニ際會スベシ。即チ扁平骨盤ニ於ケルガ如ク其入口部ニ在ルモノアリ。漏斗狀骨盤ノ如ク其下口ニ於ケルアリ。或ハ骨盤腫瘍ノ如ク個所ノ不定ナルアリ。而シテ是等ノ抵抗強大ナルトキハ兒頭ハ應形機能ヲ營ムモ到底産道ヲ通過スルコト能ハザルベシ。斯ノ如キ場合胎兒尙生存スルトキハ帝王切開術、骨盤擴大術時トシテハ廻轉術ニヨリテ克ク生活兒ヲ得ルコトアリト雖モ、胎兒既ニ死亡セルカ又ハ是等ノ手術ヲ行フコト能ハザルトキハ穿顱術ニ藉ラザルベカラズ。然レドモ高度即チ絶對的狹窄骨盤ニ在リテハ胎兒ノ生死ニ關セズ腹式帝王切開術ニ由ルニアラザレバ分娩ヲ遂ゲシムルコト能ハザルヲ以テ穿顱術ヲ適示スルモノハ中等度ノ狹窄骨盤ナリトス。

2) 軟部産道ノ狹隘

子宮頸管及ビ腔管ニ既往分娩時ノ損傷、潰瘍性疾患、成形手術等ニ因スル瘢痕性狹窄ヲ有シ、而モ其甚シク高度ナルモノニ在リテハ獨リ帝王切開術ニヨリテノミ分娩ヲ結了セシメ得ルモノナリト雖モ、多クハ妊娠ニ伴フ組織ノ軟化ト陣痛トニヨリテ自ら擴大スルモノニシテ、然ラザルモ人工的ニ鈍性若クハ觀血の擴張ニヨリテ目的ヲ達シ得ルモノナリ。然レドモ其效ナク且ツ胎兒尙生存スルトキハ通例帝王切開術ヲ施スベク、之ヲ禁忌スルカ又ハ胎兒既ニ死亡セルモノナルトキハ穿顱術ヲ行フベク、軟部産道若クハ其周圍ニ發生セル腫瘍ニシテ兒頭ノ通過ヲ障礙シ且ツ之ヲ除去シ得ザルトキニモ亦然リ。

3) 兒頭ノ過大

腦水腫ノ爲メ頭部過大ナルモ輕度ナルモノアルトキハ、其應形機能ニヨリテ縱徑ニ延長スルト共ニ横徑ヲ減ジ自然分娩ヲ遂ゲ得ルコトアリ。反之、高度ノモノニシテ頭部全ク骨盤入口上ニ停滯シ或ハ其一部ノミ之ニ嵌入スルトキハ、穿顱ヲ行ヒテ其内容液ヲ排泄セザルベカラズ。

4) 兒頭ノ異常定位

顔面位若クハ前額位ニシテ頤部後方ニ向フトキハ自然分娩到底不可能ニシテ稀ニ鉗子術ニヨリテ挽出シ得ルコトアリト雖モ、多クハ帝王切開術若クハ穿顱術ニ藉ラザルベカラザルモノナリ。

2. 後續兒頭ニ對シ穿顱術ヲ適用スベキハ次ノ如シ

生胎ニ於ケル後續頭部ニ穿顱術ヲ應用スルコトハ殆ンド之アラズ。蓋シ穿顱術ヲ施スニ先ダチ通例他ノ挽出術ヲ試ムルコト既ニ長キニ互リ爲メニ胎兒死亡スルコト多クレバナリ。

1) 骨盤若クハ軟部産道ノ狹窄。

フ、イト、スメルリー氏法、ヴ。ガンド、マルチン氏法等ヲ行ヒ、或ハ之ニワルヘル氏懸垂位ヲ併用シ或ハ鉗子術ヲ試ミ而モ奏效ヲ見ル能ハザルトキハ生胎ニ於テハ骨盤擴大術ヲ施シ、死胎ニ在リテハ穿顱術ヲ行フ可トス。軟部産道ニ狹窄アルトキハ先進兒頭ニ於ケルト同ジク觀血のニ之ヲ擴大シテ

娩出ヲ試ミ奏效セザルトキハ穿顱術ヲ要スルコトアリ。

2) 兒頭ノ異常定位。

後頭部ニシテ顔面前方ニ向セ爲メニ頤部恥骨縫際上縁ニ抑留セラレ、頭部ヲ旋廻スルモ之ヲ離脱セシムル能ハザルトキハ穿顱術ヲ要スベシ。

3) 兒頭ノ過大。

腦水腫ヲ有スル頭部後續スルトキハ先ヅ用手娩出術ニヨリ産道ヲ通過セシメシコトニ努メ、其效ナキトキハ頭蓋ニ穿孔シテ内容液ヲ排出セシメザルベカラズ。

くらにおくらすと娩出術ハ胎兒頭位ヲ取レルモノニ於テ急速遂娩ヲ要スベキ適應症アルアラバ準備手術トシテ行ヘル穿顱術ニ次デ之ヲ行フベシト雖モ、兒頭ト産道トノ間ニ存スル單純ナル機械的障礙ノ爲メニ穿顱術ヲ施セルモノニハ之ヲ行フノ要ナキガ如シ。蓋シ頭蓋ニ穿孔シ其内容ヲ去リテ之ヲ縮小シ、以テ機械的障礙ヲ除ケバ陣痛ニ由リテ自然分娩ヲ遂ゲシメ得ベケレバナリ。然レドモ實際上穿顱ヲ要スル如キモノニ在リテハ直チニ之ニ次デくらにおくらすと娩出術ヲ行ハザルベカラザルモノ甚ダ多キノミナラズ。頭蓋孔ヨリ流出スル脈實質並ニ血液ハ極メテ分解シ易キモノニシテ、從ツテ病菌竄入ニ好機ヲ與フル所以ナルヲ以テ穿顱術ヲ施セル後ハ、強力正規ナル陣痛去來シ幾許モナクシテ分娩終了スベキヲ豫斷シ得ルモノノ他ハ、母體ノ危害ヲ増進セザル限り常ニくらにおくらすと娩出術ヲ續行スルヲ可トス。

後續兒頭ニ穿顱術ヲ施セルトキハ一般ニ此娩出術ヲ要スルモノニアラズシテ、多クハ用手娩出術ヲ行ヘバ克ク應形機能ヲ營ミテ娩出スルヲ得ルモノナリ。時トシテ頭蓋硬固ニシテ其目的ヲ達セザルコトアリ。然ルトキハくらにおくらすとヲ以テ之ヲ壓迫把握シテ娩出スベシトス。

施術要約

1. 子宮口ハ殆ンド全開大スルカ少クトモ 3—4cm. ノ直徑ヲ有セザルベカラズ。

穿顱ヲ行フベキ器械ハ少クトモ二指ヲ以テ之ヲ保護シツツ頭部ニ到達セシムルヲ要スルモノナルガ故ニ、子宮口ハ少クトモ 3—4cm. ノ直徑ヲ有セザルベカ

ラズ。而シテ又穿顱ニ次デ産例くらにおくらすと娩出術ヲ行フモノナルヲ以テ子宮口ハ穿孔縮小セル兒頭ヲ通過セシムルニ足ルモノ即チ 7cm. 内外ノ直徑ヲ有スルモノナルヲ可トス。然レドモ斯ノ如キ頭部ハ克ク應形機能ヲ營ムモノナルヲ以テ必ズシモ子宮口ノ全開大ヲ要セザルモノナリ。若シ急速遂娩ヲ要スベキ重大ナル適應症存スルガ爲メ、穿顱術並ニくらにおくらすと娩出術ヲ行ハントスルニ當リ、子宮口尙所要ノ大サニ達セザルモノナルトキハ鈍性若クハ觀血性擴大ヲ行フベク決シテ其自然擴張ヲ待ツヲ要セザルナリ。

2. 骨盤並ニ軟部産道ニ絶對的狭窄アルベカラズ。

穿顱術ハ之ニヨリ胎兒ヲシテ自然産道ヨリ娩出シ得ベカラシムルモノナルガ故ニ、骨盤ハ少クトモ縮小セル兒頭ヲ通過セシメ得ルモノナラザルベカラズ。即チ眞結合線ハ 5.5cm. 以上ニ短縮セルモノニハ之ヲ適用スルコト能ハザルナリ。

瘰癧形成若クハ腫瘍發生ニヨリテ軟部産道ノ絶對的狭窄ヲ來シタルモノニ在リテハ、骨盤擴大術若クハ腫瘍剔出術ニヨリテ産道ヲ擴張シ得タルトキハ此手術ニ由リテ分娩ヲ終ラシムベシト雖モ否ラザルトキハ腹式帝王切開術ヲ施サザルベカラズトス。

如上ノ手術ニ要スル器械ハ穿顱器 Perforatorium, くらにおくらすと Kranioklast, Kraniotraktor, 骨鉗子 Knochenzange 及ビ洗滌用嚮管 Spülrohr 等ナリ。

穿顱器ハ其構造種々ニシテ刀狀、鋏狀、錐狀、螺旋狀、圓鋸狀等アリ。而シテ現今最モ普ク使用セラルルモノハ鋏狀及ビ圓鋸狀ノ二者ナリトス。

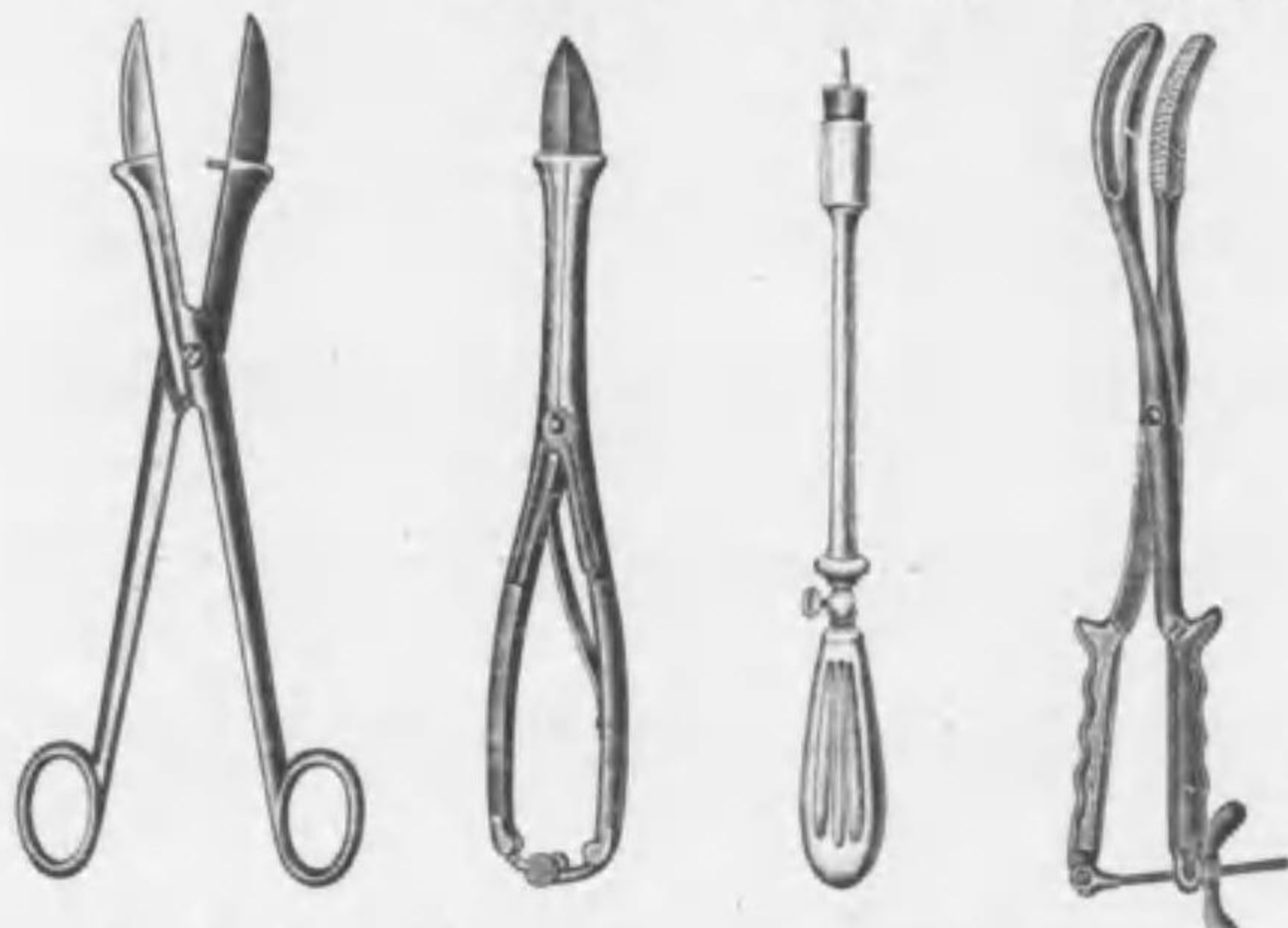
1. 鋏狀穿顱器 Scherenförmiges Perforatorium.

此穿顱器ハ結合及ビ顱門部ニ於テ頭蓋ヲ穿孔スルニ適シ ブッシュ、スメルリー (第百三十四圖)、プロット、ネーグラー (Busch, Smellie, Blott Naegele) 氏形等種種アレドモ ネーグラー 氏形最モ引ク應用セラル。

ネーグラー 氏穿顱器 (第百三十五圖) ハ剪刀ノ兩葉並行シ、短軸ヲ以テ互ニ連結セラレ、把柄ヲ握壓スルニ由リテ刀部ヲ離開シ得ベク、全長約 30cm. ヲ有シ及部ハ長サ 4cm. 幅 2.5cm. ニシテ術者ノ示中二指ノ幅ヨリ少ク狭小ナラシ

ム。又ハ其外縁ノミ之ヲ附シ内方ニハ存セズ。且ツ其端稍々鋭利ナルモ側方ハ鈍シ。又其平面ニ沿フテ軽度ノ骨盤彎曲ヲ有セシメ、尙刃部ノ基底ニハ小隆起ヲ附シテ以テ過度ノ刺入ヲ防グニ供シ把柄ノ下端ニハ關節ヲ有スル禁制装置アリテ兩葉ヲ固ク閉合シ以テ不随意ニ刃部ノ離開スルコトナカラシム。

第三百三十四圖 第三百三十五圖 第三百三十六圖 第三百三十七圖



スメルリー氏 鉸狀穿顱器 ネーゲレー氏 鉸狀穿顱器 マルチン氏圓 錐狀穿顱器 ブラウン氏くらにおくらすと

プロット氏穿顱器ハ鉸形ヲナシ 更ニ鋭利ニシテ且ツ前者ノ如ク安全装置ヲ有セザラテ以テ使用ニ臨ミ深ク注意セザレバ不慮ノ損傷ヲ招クコトアルベシ。

2. 圓鋸狀穿顱器 *Trepanförmiges Perforatorium.*

此穿顱器ハ骨質ニ於テ頭蓋ヲ穿孔スルニ適シ、マルチン、バヨット、グイヨン、キーウ、シユ (*Martin, Payot, Guyon, Kivisch*) 氏形等種々アレドモ最も多ク用ヘラルルモノハ マルチン氏形ナリトス。

マルチン氏穿顱器 *Martinscher Trepan* (第三百三十六圖)ハ全長約 40cm. ニシテ其先端ニ直徑約 2cm. ノ圓鋸ヲ備ヘ下端ハ縦把柄ヲ爲ス。圓鋸ノ周圍ニハ可動性ノ保護鞘ヲ有スルヲ以テ器械ノ送入ニ際シ圓鋸ヲ之ニ收メテ母體軟部ヲ損傷スルコトナカラシム。又圓鋸ノ中央軸尖端ハ螺旋ヲナシテ鋸齒縁ヨリ少シク聳出スルヲ以テ穿孔スベキ部位ニ器械ヲ固定スルヲ得ベシ。但シ圓鋸ハ左方ニ

旋廻スルトキハ分離スルモノナルガ故ニ使用ニ臨ミテハ之ヲ右方ニ廻轉セザルベカラズ。

くらにおくらすとニモ二葉式 *zweiblättrige* ト三葉式 *dreiblättrige* トアリ。

くらにおくらすと

1. ブラウン氏くらにおくらすと *Braun'scher Kranioklast.* (第三百三十七圖)

二葉式ニシテ鉗子狀ヲ呈シ獨逸式連鎖ニヨリテ結合セラルル内外兩葉ヨリ成リ全長 47cm. ヲ有ス。把柄ハ産科鉗子ノ如ク側方ニ聳出セル鉤狀突起所謂 ブッシュ氏鉤ヲ有シ、且ツ末端ニ壓迫装置ヲ備ヘ之ヲ以テ内外兩葉ヲ壓迫固定シ得ベカラシム。連鎖部ヨリ匙部先端ニ至ルマデノ距離ハ 20cm. ヲ算ス。匙部ハ内外兩葉ニヨリテ其構造ヲ異ニシ、外葉匙ハ其扁平ニ沿フテ軽度ノ骨盤彎曲ヲ有シ、長さ約 10cm. 幅約 2cm. ニシテ窓孔アリ。故ニ外葉ハ又之ヲ有窓葉 *gefenstertes Blatt* ト稱ス。其肋部ノ窓孔ニ向ヘル内面ニハ數多ノ鈍切痕ヲ具フ。内葉ハ一ニ實性葉 *solides Blatt* ト稱シ其匙部充實性ニシテ外葉匙ト同一方向ノ彎曲ヲ呈シ其窓孔内ニ全ク嵌入シ得ベク之ニ對ヘル内面ハ凸隆シ鈍切痕ト鑿目トヲ有ス。

2. オーバー、ウァンテル、ツワイフェル氏くらにおくらすと *Aucard-Winter-Zweifelscher Kranioklast.*

穿孔セル兒頭ノ挽出ヲ容易ナラシメンガ爲メ之ヲ壓碎スルノ目的ヲ以テ往昔ハ所謂碎頭器 *Kephalotripter* ヲ用セタリシモ之ハ單ニ頭部ヲ壓平スルノミナルヲ以テ却テ其横徑ヲ延長スルノ不利ヲ招クト、鋭利ナル破骨碎片ニヨリテ母體軟部ヲ損傷スルコトアルトニヨリ今日ノ如ク專ラくらにおくらすとヲ使用スルニ至リシガ オーバー、ツワイフェル氏等ハ穿顱器、碎頭器及ビくらにおくらすとヲ兼備セルモノヲ案出セル所謂 けふろくらにおくらすと *Kephalokranioklast* (第三百三十八圖)ト稱スルモノ之ナリ。之ハ三葉式ニシテ内葉ノ匙部ハ其尖端鋭利ニシテ穿顱ノ用ニ供スベク把柄端ニハ壓迫装置ヲ有ス。外葉ハ二個アリテ其一葉ハ ブラウン氏くらにおくらすとノ外葉ト同一ノ目的ヲ有シ、他ハ之ト反對方向ノ彎曲ヲ具ヘ前二葉ト協力シテ兒頭ヲ壓碎スルノ用ニ供セラル。骨鉗子ニモ亦種々ノ様式アリ。

骨鉗子

第三百三十八圖

オーバー、ウェンデル、ツワイフェル
氏けふろくらくらにおくらすと

第三百三十九圖

メスナルド、スタイン
氏骨鉗子

第四百十圖



ベール氏骨鉗子

1. メスナルド、スタイン氏骨鉗子 Mesnard-Steinsche Knochenzange (第三百三十九圖)

先端彎曲シテ内面ニ數多ノ横行切痕アリ。把柄ハ閉鎖装置ニヨリテ閉合固定シ得ベシ。

2. ベール氏骨鉗子 Boersche Knochenzange (第四百十圖) 直條ニシテ其先端匙狀ヲ呈シ、内面ニ數固ノ鋭利ナル短針ヲ具フ。

手術時ノ準備

患婦ハ横牀背位トナシ術手、陰門竝ニ腔ノ消毒及ビかてーてる排尿ヲ施ス等凡テ他ノ手術ト異ナルコトナシ。兒頭尙高ク位スルカ、又ハ子宮口ノ小ナルモノ等ニ在リテハ麻酔ヲ施スベク、既ニ深ク骨盤内ニ下降セルモノニハ、必ズシモ其必要ナシト雖モ産婦ヲシテ胎兒ヲ破碎着スルノ事實ヲ見聞セシメザランガ爲メ、麻酔ヲ禁忌スベキ母體疾患ヲ認メザル限リハ之ヲ行フ可トス。而シテ麻酔ノ下ニ更ニ再ビ精細ナル診査ニヨリテ胎兒尙生存スルモノニアラザルヤ否ヤ、他ノ挽出術ノ可能ナラザルヤ否ヤ等ヲ確定スルヲ要ス。

施術式

穿顱術竝ニくらくらにおくらすと挽出術ハ兒頭ノ先進スルト後續スルコトニヨリテ其術式ヲ異ニス。

A. 先進兒頭ニ於ケル穿顱術竝ニくらくらにおくらすと挽出術

Perforation und Klanioklasie des vorangehenden Kopfes.

1. 穿顱術 Perforation.

1) 鉗狀穿顱器ヲ以テ穿顱術ヲ施サンニハ兒頭骨盤内ニ固定セルモノニ於テ最モ容易ナリトス。蓋シ介助者ヲシテ外方ヨリ頭部ヲ固定セシムルノ要ナキヲ以テナリ。故ニ若シ兒頭尙骨盤上ニ在リテ移動スルキハ、外方ヨリ之ヲ骨盤内ニ壓入固定セシメタル後、術者ハ右手ニ鉗狀穿顱器ヲ執リ固ク閉鎖セル儘之ヲ把持シ左手ヲ以テ其刃部ヲ被覆シツツ腔内ニ送入シ、更ニ強ク其把柄ヲ後方ニ沈下シ、左手ノ二若クハ四指ノ介導ノ下ニ穿顱器ノ先端ヲシテ子宮口ノ中央ニ現ハレタル兒頭ノ部分ニ到達セシメ、深ク注意シテ其附近ニ存スル顱門又ハ縫合ヲ覓メ、兩三回ノ衝突様運動ヲ加ヘテ全刃部ヲ穿入シ、次デ把柄端ニ存スル禁制装置ヲ處理シテ把柄ヲ壓搾シ以テ兩刃ヲ離開シ切創ヲ大ナラシメ、更ニ再ビ閉鎖シ禁制装置ヲ固定シテ後 90 度廻轉セシメ之ニ前法ヲ反復シテ兒頭ニ十字形切創ヲ作り、又頭ヲ閉テ左手ノ介導ニ由リテ穿顱器ヲ除去スベシ、若シ後顱頂骨定位等ニシテ穿顱器ノ先端ヲシテ顱門又ハ縫合ニ到達セシムルコト困難ナルトキハ直接骨面ニ貼シテ數回輕度ノ旋廻運動ヲ營マバ比較的容易ニ頭骨ヲ穿貫シ得ルモノナリ。

イ) 兒頭尙骨盤上ニ在リテ移動スルモノハ、穿顱器ヲ以テ衝穿セントスルニ當リ直ニ退戻シ去ルモノナルヲ以テ必ズ外方ヨリ之ヲ固定セシメザルベカラズ。又 ロ) 穿顱器ハ之ヲ蓋表面ニ垂直ニ貼スベク、否ラザレバ穿刺ニ當リ其先端皮ト骨表面ト間ヲ縫ヒテ滑脱シ、奏效ヲ見ル能ハザルノミナラズ、再ビ皮膚ヲ貫通シテ表面ニ現ハレ、母體軟部ヲ損傷スルコトアルモノナリ。ハ) 且ツ又穿孔セル後ハ必ズ内指ヲ以テ之ヲ探リ其大サ竝ニ位置ノ適否ヲ精査セザルベカラズ。

鉗狀穿顱
器使用法

圓鋸狀穿顱器使用法

2) 圓鋸狀穿顱器ヲ以テスルトキモ亦之ト大同小異ニシテ右手ニ其把柄ヲ執リ、左手ヲ以テ其先端ヲ被覆シツツ子宮口内ニ存スル頭蓋表面ニ臻レバ把柄ヲ右方ニ廻轉シ圓鋸ノ中軸ニ存スル螺旋ヲ骨質内ニ刺入シテ穿顱器ヲ固定セシメ、次デ再ビ右方ニ旋廻シテ遂ニ圓形小骨板ヲ鋸斷シ更ニ左手ヲ以テ穿顱器ノ先端ヲ被ヒツツ之ヲ除去スベシ。

兒頭ニ大ナル產瘤ノ存スルトキハ圓鋸狀穿顱器ヲ用フルニ當リ、中軸ニ存スル螺旋ヲ固定スル能ハズ、爲メニ穿顱器消脫スルノ虞アリ。此際ハ能フベクンバ產瘤ヲ回避スルカ、又ハ頭皮ヲ切開シ手指ヲ以テ之ヲ剝離シ骨面ヲ露出セシメ直接ニ穿孔スルヲ可トス。

頭蓋ヲ穿貫シ了レバ之ヨリ少量ノ血性液體流出スベシト雖モ、後來陣痛ニヨリテ頭部骨盤内ニ嵌スルカ、又ハくらくらにおくらすと挽出ニヨリテ壓迫ヲ受クルニ至レバ、腦髓大部分ハ自ラ壓出セラレベキヲ以テ、故ラニ器械ニヨリテ之ヲ攪拌シ、或ハ洗滌シ去ルノ要ナシト雖モ、生活胎兒ニ穿顱術ヲ施セルモノナルトキハ穿孔ヨリ金屬製かてーてる若クハ麥粒鉗子ヲ頭蓋腔内ニ挿入シテ攪拌シ、腦髓殊ニ延髓ヲ破壞シ、以テ挽出後生活現象ヲ呈スルコトナカラシムルヲ要ス。

前額位及顔面位 等ニ於テ穿顱術ヲ施サンニハ、缺狀穿顱器ヲ以テ眼窩若クハ前額縫合ヲ穿孔スベク、殊ニ眼窩ノ内側蓋ハ狹隘ナル前額縫合ニ比シテ穿貫シ易キヲ以テ到達シ得ル限リハ一般ニ之ヲ擇ブヲ可トス。又圓鋸狀穿顱器ヲ用キテ前額骨ニ穿孔スルヲ便ナリトナスコトアリ。

腦水腫 ニ於テ穿顱ヲ要スルトキハ套管針又ハ已ムヲ得ザレバ注射針ヲ用キテ之ヲ行フベシ。即チ右手ニ之ヲ把持シ其示指ヲ以テ先端ヲ被覆シツツ顱門若クハ骨縫合ニ於テ穿刺スルトキハ液體迸出シテ頭部自ラ縮小スルモノトス。

先進兒頭ニ穿顱術ヲ施セルトキハ、殆ンド常ニ挽出術ヲ續行スルモノニシテ此際通例ニ葉式くらくらにおくらすとヲ用フ。其術式次ノ如シ。

2. くらくらにおくらすと挽出術 Kranioklasie.

兒頭尙移動スルモノナルトキハ介助者ヲシテ外方ヨリ之ヲ壓入固定セシメ、術者ハ右手ニくらくらにおくらすとノ内葉ヲ執リ、其匙部凸面ヲ胎兒顔面ノ存スル方

向ニ向ケ左手ノ示中兩指ヲ以テ先端ヲ被ヒ、且ツ是等内指ノ介導ニ由リテ穿顱孔ヲ通ジテ頭蓋腔内ニ送り、其先端頭蓋底ニ到達セルヲ認ムレバ介助者ヲシテ其把柄ヲ保持セシメ以テ自ラ脱出スルヲ防ギ、次デ外方ヨリ加ヘタル頭部ノ壓迫ヲ解除シテ骨盤壁トノ間隙ヲ大ナラシメ、更ニ術者ハ右手ニくらくらにおくらすとノ外葉把柄ヲ執筆様ニ把持シ、左手ノ二指若クハ四指ヲ兒頭ト母體軟部トノ間ニ挿入シ、其介導ニヨリテ外葉匙部ヲ上方ニ進メ、兩葉ノ連鎖部相嵌合スルニ至ラシム。而シテ此際外葉ハ顔面部ニ貼附スルニ努メ後頭部ニ當ツルヲ避クベシ。蓋シ前者ニ在リテハ各骨片ノ連結緊密ニシテ從ツテ挽出ノ際其離斷スル處少ナカルベケレバナリ。初メ内葉ヲ挿入スルニ當リ其凸面ヲ顔面所在ノ方向ニ向ハシムルモ畢竟其目的ニ外ナラズ、而シテ其連鎖部ハ第一頭蓋位ニ於テハ前方ニ面シ、第二頭蓋位ニ

第百四十一圖



くらくらにおくらすと使用ノ圖 (n. Hammer Schlag)

在リテハ後方ニ向フモノナリ。故ニくらくらにおくらすとト内葉ノ連鎖部前方ニ向フトキ(第一頭蓋位)ハ兩葉ヲ閉合スルハ毫モ鉗子ニ於ケルト異ナルナシト雖モ、若シ連鎖部後方ニ面セルトキ(第二頭蓋位)ハ外葉把柄部ハ内葉ヲソレノ後方ニ來ラシメザルベカラザルナリ。而シテ後者ノ場合ニ在リテハ閉合稍々困難ナルモノナルヲ以テ、内指ニヨリテ兩葉ノ位置方向等ヲ精査シ且ツ注意シテ之ヲ行フベシ。既ニシテ連鎖部ノ閉合就レバ壓迫螺旋ヲ廻轉シテ兩葉匙部ヲ互ニ強ク壓抵セシメ(第百四十一圖)以テ確實ニ頭部ヲ把持シ更ニ

精細ナル内診ニヨリテ子宮口唇、腔壁、陰門等ノ兩葉間ニ狹窄セラレルコトナキヤヲ檢シタル後兩手ヲ以テ把柄ヲ握リテ牽引ヲ行フベク其方法鉗子挽出術ニ於ケルト異ナルコトナシ。此際子宮口尙狹隘ナルモノト雖モ爾ク挽出ニ障礙ヲ與フ

ルモノニアラズ。加之、自ら擴大スルコトアリ、否ラザレバ子宮口唇ニ切開ヲ加
 フレバ足レリ。牽引方向モ亦鉗子術ニ於ケルガ如ク、常ニ骨盤誘導線ニ一致セシム
 ベク、而モ兒頭多クハ尙上方ニ位スルモノナルヲ以テ當初ハ強ク後下方ニ向
 テ牽引スベシ。而シテ頭部骨盤出口ニ下降シ來ルニ及ビ水平ノ方向ニ轉ジ陰門ニ
 露出スルニ當リテ把柄ヲ前上方ニ舉揚シ前額、直而、頤部ノ順序ヲ以テ會陰ヲ滑脱
 セシムベシ。くらにおくらすとニヨリテ挽出スルトキハ兒頭ハ著シク長徑ニ延長
 シ、且ツ骨盤壁ニヨリテ強ク壓迫セララルヲ以テ頭蓋腔内壓亢進シ、爲メニ腦質
 ハ穿顔口ヨリ逸出シ、斯クテ産道ヨリ受クル抵抗ヲ輕減シ得ルニ至ルモノナリ。

くらにおくらすとノ挿入不十分ニシテ骨質ヲ把持スルコト僅少ナルトキハ牽
 引ニ際シ容易ニ離斷シテ爲メニ母體軟部ヲ傷クルコトアリ。殊ニ後頭骨ノ如キ
 連結緩田ナル部分ヲ把持シタルトキ若クハ浸軟シ又ハ死後久シキニ互レル胎兒
 ニシテ頭蓋骨各片ノ連結鬆粗トナリ、加フルニ産道ノ抵抗大ナルモノニ於テ然
 リトス。故ニ斯ノ如キ場合ニハくらにおくらすとハ深く頭蓋底ニ達セシメ、能
 フバクシテ外葉ハ顔面ヲ越エテ上方ニ貼スベク、殊ニ注意スベキハ外葉ハ必ズ
 頭皮ノ外面ニ當ツベク之ヲ頭皮ト頭骨トノ間ニ挿入シテ爲メニ頭骨ノミヲ把握
 スル如キコトナキヲ要ス。又浸軟兒ナルトキハ寧ろ廻轉術ト用テ手挽出術ヲ以テ
 之ニ代フルカ、或ハ強力ナル扼鉗鉗子ヲ以テ頭皮ヲ挾把シ其把柄ニ重錘ヲ附シ
 テ放置シ陣痛ノ作用ニヨリテ挽出セシムルヲ可トス。

若シ又骨片離斷シテくらにおくらすと滑脱スルトキハ更ニ新タニ之ヲ裝纏ス
 ベク、既ニ再三離脱シテ残留骨片極メテ少ナク、爲メニくらにおくらすとノ匙
 部ヲ固定スルコト頗ル困難ナルニ至ルコトアリ。然レドモ此際頭蓋底ノ尙存
 スルアラバ、外葉ヲ其邊稜ニ當テ内葉ハ之ヲ口腔内ニ挿入シテ以テ把握牽引ス
 ルニ努ムベク、強度ノ骨盤狹窄ナルトキハ故ラニ頭蓋骨ヲ麥當鉗子又ハ骨鉗子
 ニテ除去シタル後此法ニ頼リテ挽出スルコトアリ。或ハ又 スタイン、メスナ
 ルド氏鉗子ヲ以テスレバ却テ小骨片ヲ確實ニ挾把スルヲ得、從ツテ克ク挽出ノ
 效ヲ奏スルコトアリ。

又骨片離斷シテ其邊稜厚利ナルトキハ、爲メニ母體軟部ノ損傷ヲ招クノ危険

アルコトアリ。然ルトキハ ペール氏骨鉗子ヲ以テ之ヲ挫碎シ、同時ニ連結緩
 粗ナル他ノ骨片ヲ除去シタル後更ニくらにおくらすとヲ裝纏スベシ。既ニシテ
 頭蓋骨片悉ク離斷シ去リテ又確實ニ挾把スベキモノナキニ至ラバ、指示中三指
 ヲ以テ固ク之ヲ把持シテ牽引|挽出ヲ試ムベク、而モ其效ナキトキハ廻轉術並ニ
 用手挽出術ヲ行ハザルベカラズ。而シテ頭蓋ノ大部分既ニ失ハレタル後ナルヲ
 以テ此操作ハ比較的容易ナルモノナレドモ唯豫メ骨緣ノ尖銳ナル部分ヲ挫折シ
 以テ子宮其他軟部産道ノ損傷ヲ來サザラシメンコトヲ期セザルベカラズ。

骨盤狹窄著シクシテ二葉式くらにおくらすとヲ以テ上述ノ如ク兒頭ヲ壓縮變形
 スルモ克ク産道ヲ通過セシメ得ザルトキハ三葉式器ヲ用フベシ。但シ其裝纏稍々
 困難ナルヲ憾トス。即チ術者ハ 1) 先ヅ右手ヲ以テ内葉ヲ執リ、左手ノ介導ノ下
 ニ子宮口内ニ送入シ末ダ穿孔セザル兒頭ニ在リテハ介助者ヲシテ外方ヨリ之ヲ骨
 盤内ニ壓入固定セシメタル後、匙部先端ヲ頭蓋表面ニ垂直ナラシメ、數回ノ右方

けふろ
くらにお
くらすと
使用法

第四百十二圖



けふろくらにお
くらすと使用ノ圖
(n. Bumm)

旋廻運動ニヨリテ頭蓋骨ヲ穿貫スベク、既ニ穿孔ヲ行
 ヘルモノナルトキハ、直チニ内葉匙部ヲ深く孔口ニ挿
 入シテ頭蓋底ニ達セシメ、更ニ數回ノ右方廻轉運動ヲ
 營ミ骨質内ニ刺入シテ茲ニ固定スベシ。2) 次テ狭小ナル
 外葉ヲ執リ、鉗子葉挿入ト同様ノ術式ニヨリテ後頭
 部外面ニ貼シ、内葉ト連鎖シテ後壓迫螺旋ヲ廻轉シ緊
 ク兩葉ヲ搾接セシメ、更ニ内葉把柄ニ具フル小繫桿ヲ
 嵌合シテ兩葉ヲ固定スベシ(第三十八圖参照)。3) 斯
 クテ後餘ス所ノ他ノ外葉ヲ挿入シテ前頭部若クハ顔面
 ニ當テ同ジク内葉ト連結シ、壓迫装置ヲ轉換シテ第二
 外葉ト内葉トノ匙部ヲ近接セシメ、前ノ如ク小繫桿ニ
 由リテ固定スベシ。此際頭蓋ハ破碎壓迫セララルヲ以
 テ腦質實ハ外方ニ逸出シ兒頭ハ著シク縮小スルモノナ
 リ(第四百十二圖)、之ニ於テ雙手ヲ以テ把柄ヲ保持シ
 後下方ニ牽引スルトトモニ輕度ノ廻旋運動ヲ營ミ、以

テ現ニ兒頭ノ有スル最短徑ヲシテ眞結合線ニ一致セシムルニ努ムベク、既ニシテ頭部骨盤腔内ニ下降スレバ爾後ノ牽引方向ハ二葉式くらにおくらすとヲ以テスルト異ナルナシ。

又深く骨盤内ニ下降セル兒頭ニ穿顱術ヲ施シタルトキハ、其挽出ニハくらにおくらすとヲ須フルヲ要セズ。スタイン、メスナルド氏骨鉗子ヲ以テスルヲ可トス。即チ其一葉ヲ穿孔ヲ通ジテ頭蓋腔内ニ挿入シ、他ノ一葉ハ之ヲ頭部表面ニ貼シ、閉鎖装置ヲ極度ニ閉合固定シテ牽引挽出スベク、若シ此際抵抗大ナルヲ認ムレバ、手指ヲ以テ鉗子ニ代ヘ、示指ヲ頭蓋腔内ニ挿入シテ其表面ニ當テ直接把握シテ牽引スルヲ可トスルコトアリ。

顔面位竝ニ前額位ニ於ケル兒頭ニくらにおくらすとヲ装纏スルハ通例極メテ容易ナルノミナラズ、又最も恰好ナル適應ナリ。蓋シ顔面ヲ越エテ高く外葉ヲ上方ニ貼スルコト難カラズ。從ツテ把握確實ヲ期シ得ベケレバナリ。

B. 後續兒頭ニ於ケル顱穿術並ニくらにおくらすと挽出術

Perforation und Kranioklasie des nachfolgenden Kopfes.

骨盤端位ニ於テ軀幹娩出セル後、兒頭産道内ニ稽留シテ其挽出困難ナルニ當リ偶々適應症ノ存スルトキハ爲メニ穿顱術ヲ要スルコトアリ。然レドモ先進兒頭ニ於ケルガ如ク直接頭部ニ到達スルコト能ハザルガ故ニ施術稍々困難ナルモノナリ。而シテ此際兒頭ハ多クハ骨盤入口ニ位スルモノナレドモ、骨盤下口狹窄セルモノニ在リテハ時トシテ骨盤腔内ニ存スルコトアリ。兒頭骨盤入口ニ占居スルトキハ後頭部ハ通例側方ニ向フモノナレドモ、又頤部恥骨縫際上縁ニ抑留セラレ後頭部後方ニ面スルコトアリ。

1) 後續兒頭ヲ穿孔スルニハ大後頭孔ヨリスルヲ最良トス。而シテ茲ニ到達センニハ(第百四十三圖)先ヅ介助者ヲシテ軀幹ヲ後下方ニ牽引セシメ、術者ハ右手ニ鉗狀穿顱器ヲ執リ、左手ノ示中二指ヲ以テ其先端ヲ被覆シツツ腔内ニ送入シ、胸鎖乳頭筋ノ後縁ニ沿フテ上方ニ進メ、頭蓋底ノ直下ニ至リテ刺入シ、皮膚及ビ他ノ軟部組織ヲ貫キ、其創口ヨリ左手ノ示指ヲ挿入シテ頭蓋底ト脊柱トノ間ニ存ス

欠

乙 截胎術 Die Embryotomie.

截胎術トハ胎兒身體ヲ割截シテ之ヲ縮小シ、以テ産道ヨリ受クル器械的障礙ヲ輕減シ、由テ以テ胎兒ヲ自然産道ヨリ娩出セシメントスル方法ナリ。而シテ通例兒體ノ兩斷法ヲ採ルモノニシテ頭部ニ於テスルヲ 1. 斷頭術 Decapitation ト稱シ、軀幹中央ニ於テ脊柱ヲ切斷スルヲ 2. 脊柱截斷術 Spodylotomie ト名ヅケ、胸腹腔内臓ヲ剔出スルヲ 3. 除臟術(内臓除去術) Exenteration ト謂フ。其他尙數種ノ截胎術アルモ實際上之ヲ應用スルコト極メテ稀ナリ。

適應症

1. 遷延性横位 Verschleppte Querlage.

横位ニシテ胎位匡正術ヲ行ハズ。先進肩胛部深ク骨盤内ニ下降シ加フルニ當該側ノ上肢脱出シテ上膊中央ニ至ルマデ陰門ニ露出スルヤ子宮空洞筋ハ兒體ヲ壓出センガ爲メ著シク收縮シ、從ツテ子宮下部延長擴大シテ全ク兒體ヲ包容スルニ及ビテハ、其壁菲薄トナリ疼痛甚シクシテ殆ンド之ニ觸ルル能ハズ。爲メニ産婦ハ不穩ノ狀ヲ呈シ、脈搏頻數細小トナリ、當ニ子宮破裂ノ切迫ヲ示スニ至ル。所謂遷延性横位即チ之ナリ。此際胎兒ハ空洞筋ノ強力ナル收縮ト劇甚ナル陣痛トニヨル血行障礙ニ因スル代謝不能ノ爲メ、多クハ死亡スルモノニシテ同時ニ子宮内容ノ分解ニヨリ羊水惡臭ヲ放チ、内腔ニ瓦斯ヲ發生シテ所謂子宮鼓張症 Tympania uteri ヲ呈スルニ至ルコト屢々ナリ。

斯ノ如キ遷延性横位ノ現象起來スルトキハ、子宮破裂ヲ豫防センガ爲メ急速遂娩法ヲ講ゼザルベカラズ。而モ此際廻轉術ヲ行フトキハ却テ子宮破裂ヲ助長セシムルノ恐アルヲ以テ之ヲ禁忌セザルベカラズ故ニ唯斷頭術或ハ除臟術ニヨルアルノミ。

2. 斜位ニ於ケル胎兒ノ瀕死並ニ死亡 Tod oder grösste Lebensgefahr des Kindes bei der Schiefelage

斜位ニシテ廻轉術ヲ施シ得ベキモ母體ニ對シテ多少ノ危険ナキ能ハズ。且ツ胎兒既ニ死セルカ否ラザルモ瀕死ノ状態ニ陥レルモノナルトキハ寧ロ截胎術ヲ施シ

欠

テ母體ノ安全ヲ計ルヲ可トス。

3. 軀幹娩出時ニ於ケル器械的障礙。

狭窄骨盤ニ於テ胎兒娩出困難ナルトキハ穿顛術及ビくらにおくらすと娩出術ニヨリテ克ク自然産道ヨリ娩出セシメ得ベシト雖モ軀幹殊ニ肩胛ノ娩出ニ甚シキモ困難ヲ感ズルコトアリ。然ルトキハ注意シテ其廣徑ヲ骨盤腔ノ最長徑詳言スレバ入口面ニ在リテハ其横徑、調部ニ於テハ斜徑、狹部竝ニ下口ニ降レバ前後徑ニ夫々一致セシムルニ努メ同時ニ外方ヨリ子宮底部ヲ壓迫スレバ多クハ娩出ノ目的ヲ達シ得ルモノナレドモ若シ其效ナキトキハ截胎術ヲ施サザルベカラズ。此際穿顛セル頭部全ク産道ヲ閉塞シテ肩胛ニ到達シ得ザルガ爲メ先ヅ頭部ノ離斷ヲ行ハザルベカラザルコトアリ。

又軀幹ニ存スル畸形、例之、腫瘍、若クハ液體瀰溜ニ因スル胸腹腔ノ膨大或ハ重複畸形ノ爲メニ娩出不可能ナルトキハ其截斷ヲ行ハザルベカラズ。而シテ畸形ニ於テハ其手術式固ヨリ一定セズ。位置形狀ニヨリテ適宜ニ之ヲ選擇セザルベカラズ。

手術要約

遷延性横位ニ於テ截胎術ヲ行ハニハ次ノ如キ要約ヲ具備セザルベカラズ。

1. 胎兒軀幹先進部ハ骨盤腔内ニ進入固定セザルベカラズ。

胎兒軀幹深ク骨盤内ニ進入スルカ、又ハ少クトモ其先進部骨盤入口ニ固定スルトキニ於テ手術ハ最モ行ヒ易ク、且ツ母體ニ損傷ナカラシメ得ルモノナリ。然ルニ胎兒尙骨盤入口上ニ在リテ移動スルモノニ截胎術ヲ施サンニハ器械ノ送入深キヲ要スルノミナラズ、兒體ヲ固定セシムルコト能ハザルヲ以テ母體軟部ヲ傷クルコト甚ダ多キモノナリ。故ニ斯ノ如キモノニ在リテハ寧ろ廻轉術ヲ擇ブヲ可トス。

2. 骨盤及ビ軟部産道ニ絶對的狭窄アルベカラズ。

骨盤ノ狭窄高度ニシテ其眞結合線 5.5cm 以下ナルカ或ハ軟部産道ニ同一程度ノ狭窄アルトキハ成熟兒ハ縱令之ヲ割截縮小スルモ自然産道ヲ通過セシムルコト能ハズ。故ニ之ガ分娩ヲ終ラシメンニハ腹式帝王切開術ノ一アルノミ。

第百四十四圖



ブラウン氏鑰鉤 (斷頭鉤)

3. 子宮口ハ少クトモ手掌大ナラザルベカラズ。

截胎術ハ之ヲ行フトキノミナラズ。術後兒體各部ヲ娩出センニモ亦全手ヲ子宮口内ニ挿入セザルベカラザルモノナルヲ以テ、子宮口ハ少クトモ手掌大ナラザルベカラズ。然ルニ截胎術ハ多クハ排出期ニ於テ行フモノナルガ故ニ通例此要約ヲ具備スルモノナリ。若シ然ラザルトキハ鈍性又ハ靱血性ニ之ヲ擴張セザルベカラザルコトアリ。

器 械

截胎術ニ要スル器械ハ大約次ノ如シ。

1. ブラウン氏鑰鉤 C. Braunsche Schlüsselhaken

(第百四十四圖)

全長 30—35cm 有スル金屬桿ニシテ、其下端ニハ之ト直角ヲナセル長サ約 16cm ノ横行把柄ヲ具ヘ、上端ハ銳角ヲナシテ鉤狀ニ彎曲ス。鉤部ハ 3cm ノ長サヲ有シ、長桿ニ對スル面ト其反對面トハ共ニ平坦ニシテ且ツ其邊緣菲薄

第百四十五圖



ツワィフェル氏碎頸器 (n. Doederlein)

ナリト雖モ而モ頗ル鈍ナリ。鉤ノ末端ハ豌豆大ノ球狀ヲ呈シ長桿ト相距ルコト約 2.2cm ナリ。

2. ツワィフェル氏碎頸器 Zaccifelscher Trachelorheker (第百四十五圖)

ブラウン氏鑰鉤ヨリ案出セルモノニシテ彎曲ノ狀少シク之ト異ナレル二個ノ同形ナル鑰鉤ヨリ成リ、其長桿ハ相竝立シテ連結セラレ、把柄ハ下

端一側ニノミ存シ、之ヲ開クニヨリテ(第百四十五圖 b)鉤部ヲ 360 度廻轉セシメ得ルモノナリ。

3. シュルツ氏鎌狀刀 *B. S. Schultzesches Sichelmesser.*

長キ把柄ヲ有シ其先端鎌狀ニ彎曲シ、凹縁鋭利ナル刃ニシテ鋸斷牽引ニヨリテ胎兒頸部ヲ切斷スルニ供ス。

4. シーボールド氏剪刀 *Sieboldsche Schere.*

長クシテ且ツ強ク彎曲セル剪刀ニシテ其把柄ハ裁縫用剪刀ノ如キ形狀ヲナスヲ以テ之ヲ使用スルニ當リ全手ノ力ヲ加フルヲ得ルモノナリ。

5. ギグリー氏線鋸 *Gig'sche Drahtsäge.*

胎兒頸部ニ纏絡スルニモ亦母體軟部ノ損傷ヲ防止センニモ共ニ特殊ノ裝置ヲ要スルモノナリ。

6. ネーグラー氏穿顱器 *Naeglesches Perforatorium.*

7. 琴絲, 三味線絲, 絹絲, 麻絲

斷頭術ヲ行ハントスルニ當リ器械ノ準備ナキ時ニ應用スルコトアリ。是等ハ腔壁ニ擦過傷ヲ生ズルヲ以テ頸部以外ニ現出セル線ノ部分ハ腔壁ニ向ヒテ防禦セザルベカラズ。

8. 其他鉤, 骨鉗子, 流産鉗子, 嚔管等ヲ要スルコトアリ。

手術時ノ準備

産婦ハ之ヲ横牀背位ニ置キ、麻酔ハ之ヲ禁忌スベキ重篤疾患ノ存セザル限り必ズ施スベク、局所、術手並ニ器械等ノ消毒ハ凡テ制規ニ準據シテ之ヲ厳行シ更ニ新タニ精細ナル内診ニヨリテ胎兒ノ體勢ヲ確診スベク殊ニ子宮破裂等ノ既ニ存在スルコトナキヤヲ究ムルコト最モ緊要ナリトス。

施術式

截胎術ハ主トシテ遷延性横位ニ適應セラレ、而モ此際頸部ニ到達シ易キコト屢々ナルヲ以テ從ツテ最モ弘ク應用セラルルモノハ斷頭術ナリ。反之、頸部ニ達シ難キ場合ニ於テハ除臟術適應セラル。

1. 斷頭術 *Decapitation.*

術者ハ産婦ノ兩脚間ニ坐シ、1) 脱出上肢ニ廻轉紐ヲ纏繞シ介助者ヲシテ之ヲ患婦ノ後方ト胎兒足ノ存スル一側トニ向ヒテ強ク牽引セシメタル後 2) 兒頭ノ偏在セル母體側ニ照應スル一手(第一體向ニテハ右手、第二體向ニテハ左手)ヲ腔内ニ挿入シ、其示中兩指ヲ以テ後方ヨリ拇指ヲ以テ前方ヨリ頸部ヲ把握シ、他ノ二指ハ軀幹ニ接觸セシメ斯クテ頸部ヲ下方ニ牽引シテ之ヲ固定シ、3) 次デ他手ヲ以テ鉤ノ把柄ヲ執リ、鉤部ヲ兒頭ノ偏倚側ニ向ケ、内手ニ沿フテ之ヲ恥骨縫際ト頸部トノ間ニ送入シ、其球狀端頸部ノ上方ニ達スレバ之ヲ後方ニ廻轉シ、把柄ヲ牽引シテ固ク頸部ニ鉤シ内手ノ示中二指ヲ以テ鉤部ヲ被覆シテ母體軟部ヲ損傷スルコトナカラシメツツ鉤端ヲシテ頸部ニ向テ旋廻セシムベク、把柄ヲ廻轉スルト同時ニ之ヲ下方ニ牽引スルトキハ、此槓杆作用ニヨリテ頸椎ハ脱臼スベシ。茲ニ於テ更ニ同一運動ヲ反復シテ軟部組織及ビ骨ヲ碎斷シ、且ツ内指ヲ以テ絶エズ尙斷裂セザル部分ヲ鉤内ニ來ラシムルニ努ムルトキハ、多クハ 8—10 回ノ廻轉運動ニヨリテ頸部ヲ全ク軀幹ヨリ斷斷セシム得ルヲ得ルモノナリ。但シ如上ノ廻轉運動ヲ營ムニ當リ、内手ヲ以テ固定スルニモ係ラス頸部ノ共ニ移動スルコトアレバ爲メニ緊張セル子宮下部ヲ破裂セシムルノ虞アルヲ以テ、介助者ヲシテ腹壁上ヨリ頸部ヲ固定セシムルヲ可トス。

斷頭術ハ通例極メテ簡單ナル手術ナレドモ、頭部尙深ク骨盤腔内ニ嵌入セザルトキハ之ニ到達スルコト容易ナラザルト同時ニ高く子宮腔内ニ進ミテ操作ヲ行ハザルベカラズ。從ツテ母體ニ對スル危險モ亦大ナルモノナリ。故ニ斯ノ如キモノニ在リテハ寧ロ廻轉術ヲ施スヲ以テ良策トナス。

又時トシテ頸部ハ殆ンド軀幹ト並行シ、爲メニ之ニ鉤ヲ作用セシムルコト能ハザルトキハ、他ノ截胎術即チ脊椎截斷術若クハ除臟術ヲ行ハザルベカラズ。シーボールド氏剪刀ヲ以テ斷頭術ヲ行ハシニハ、右手ニ其把柄ヲ執リ左手ヲ腔内ニ送入シテ頸部ヲ把握固定シ、之ニ沿フテ剪刀ヲ上方ニ進メ頸部ニ到達スレバ刀尖ヲ之ニ垂直ナラシメ、内手ヲ以テ監査シツツ少許づつ逐次頸部組織ヲ切斷シ頸椎骨ノ連系ヲモ共ニ斷斷スベシ。而シテ軟部ハ勿論頸椎骨モ大ナル勞役ヲ要スルコトナクシテ切斷シ得ルモノナリ。然レドモ此際往々母體軟部ヲ損傷スルコトアリ

ブラウ
ン氏鉤使
用法

シーボ
ールド氏
剪刀使
用法

ルモノナルヲ以テ爾ク稱用スベキ手術ニアラス。但胎兒浸軟シテ頸部ノ軟組織強靱ナルモノニ於テハ鉤ヲ以テシテハ之ヲ切斷シ難キコトアリ。此際剪刀ヲ用フレバ克ク目的ヲ達スルコトヲ得ベシ。又穿顛術ヲ施シくらにおくらすとヲ以テ之ヲ牽出セル後獨リ頸幹ヲ挽出困難ナルノミナラス。頭部、陰門ニ固定シテ爲メニ術手ヲ頸幹ニ到達セシメ得ザルトキニモ亦剪刀ヲ以テ頸部ヲ切斷スルコトアリ。

離断後
頸幹及兒頭
挽出法

既ニシテ頸部ノ離断就レバ鉤ハ挿入時ト同一方法ニヨリテ之ヲ除去シ、内指ヲ以テ頸椎斷端ヲ被覆シツツ他手ヲ以テ脱出上肢ヲ牽引シテ頸幹ヲ挽出スベク、頭部ハ多クハ骨盤入口上ニ存スルモノナレドモ、外方ヨリ壓迫ヲ加フレバ容易ニ之ヲ竝ニ固定セシムルヲ得ベシ。之ニ於テ術者ハ一手ヲ腔内ニ挿入シ、其一指ヲ口内ニ致シ、拇指ヲ以テ頸椎斷端ヲ壓抵シ骨盤端位挽出術ニ於ケル フット、スメルリー氏法ニ倣ヒテ之ヲ挽出スベク、此際他手ヲ以テ外方ヨリ兒頭ヲ壓迫シテ内手ヲ援助スルモノ可ナリ。

斷頭ニ際シテハ決シテ脱出上肢ヲ切斷スルコトアルベカラズ。蓋シ之ヲ爲スモ毫モ手術ニ利便ヲ與フルコトナキノミナラス、却テ頸幹挽出時ニ於ケル把持點ヲ失フ所以ナレバナリ。

穿顛セル頸部ヲ離断スルトキ其頸幹ヲ挽出センニハ一側若クハ兩側ノ上肢ヲ解出シ、之ヲ牽引スレバ足レリト雖モ尙其困難ナルトキハくらにおくらすとノ内葉ヲ胸腔内ニ挿入シ、其外葉ヲ背部ニ貼シテ頸幹ヲ把握牽引スベシ。

骨盤狹窄
セル場合

骨盤狹窄ニシテ前述ノ方法ヲ以テスルモノ頭部ノ抽出困難ナルトキハ外方ヨリ之ヲ壓迫固定シタル後、くらにおくらすとノ内葉ヲ大後頭孔ヨリ頭蓋腔内ニ挿入シ、外葉ヲ後頭部ニ當テテ把握牽出スベシト雖モ、器械ノ裝纏困難ニシテ而モ急速遂婉ノ要ナキモノニ在リテハ ミュゾー氏鉗子ヲ頭蓋皮膚ニ鉤シ之ニ索條ヲ附シ更ニ重錘ヲ懸ケテ放置シ陣痛ニ由リテ挽出セシムルヲ可トス。然レドモ分敏速了ヲ欲スル場合ニハ銳鉤ヲ緊ク頭蓋底ニ鉤シテ牽引挽出スベシ。其他又離断セル兒頭自ラ骨盤内ニ進入シテ偶然後頭位ヲ取ルトキハ之ニ鉗子術ヲ適應シ得ルコトアリト雖モ、兒頭尙骨盤入口上ニ在リテ移動スルモノニ於テハ到底之ヲ應用スル克ハズトス。

2. 脊柱截斷術 Spondylotomy (J. Simpson).

遷延性横位ニシテ胸面若クハ背面深ク骨盤内ニ進入シテ其誘導線上ニ來ルトキハ、頭部竝ニ頸部ハ頸幹ニ密接シ爲メニ頸部ハ殆ンド子宮長軸ノ方向ニ走り術手ニ到達スルコト難ク且ツ斷頭器ヲ之ト垂直ナラシムルコト克ハザルヲ以テ脊椎截斷術等他ノ截胎術ヲ施スヲ便ナリトス。

背部先進シテ從ツテ脊柱ニ到達シ易キトキハ、術者ハ右手ニ シーボルド氏剪刀ヲ執リ、左手ノ介導ニヨリテ之ヲ腔内ニ挿入シ、其先端ヲ脊柱ニ達セシメテ殆ンド之ニ垂直ナラシメ、次デ内指ヲ以テ剪刀ヲ被覆シテ母體軟部ヲ保護シツツ脊柱ヲ切斷シ、更ニ進ミテ軟部組織立ニ肋骨ヲ少許ヅツ截斷シテ遂ニ全ク頸幹ヲ兩斷シ了レバ、兩半體ハ各個ニ之ヲ挽出スルモノニシテ此目的ニハ多クくらにおくらすとヲ用フ。

此手術ハ單獨ニ之ヲ行フコト極メテ稀ニシテ多クハ除臟術ニ併用セラレルモノナリ。

3. 除臟術 Exenteration, Evisceration.

除臟術トハ胎兒ノ胸腔内諸臟器ヲ剔出シテ其頸幹ヲ彎曲屈折シ易カラシメ、之ニヨリテ挽出ノ際産道ヨリ受クル機械的障礙ヲ輕減セシメントスル方法ナリ。

左手ヲ腔内ニ送入シ其介導ノ下ニ右手ニ把持セル ネーゲレー氏穿顛器ヲ進メ、胎兒ノ胸部裏部ノ何レヲ問ハズ子宮口ノ中央ニ占居シ且ツ最も到達シ易キ頸幹部ニ當テテ之ヲ穿入シ、把柄端ニ存スル禁制装置ヲ處理シテ其兩刃ヲ離開シ、以テ切創ヲ大ナラシメ、次デ再ビ閉鎖シ禁制装置ヲ固定シ、90度旋廻シテ後前法ヲ反復シテ十字形切創ヲ作ルベク、胸部ニ穿孔セントセバ此際一二ノ肋骨ヲモ切斷セザルベカラズトス。斯クテ穿孔了レバ孔口ヨリ示中二指ヲ挿入シテ胸腔若クハ腹腔内臟器ヲ除去シ、要ニ臨ミテハ横隔膜ヲ穿貫シテ隣腔内ノ臟器ヲ剔出シ、又手指ヲ以テシテハ内臟除去ノ困難ナルトキハ ベール氏骨鉗子若クハ ウエンテル氏流産鉗子ヲ以テ之ニ代フルヲ可トス。

既ニシテ内臟ヲ摘去シ了レバ頸幹ハ容易ニ屈曲彎折シ得ルニ至ルヲ以テ穿孔ニ手指若クハ鉤ヲ掛ケ、之ヲ牽引シテ重折分挽ト同一機轉ニヨリテ挽出セシムル

カ、或ハ軀幹先端部ヲ胎兒臀部ノ占居セザル一側ニ壓排シ、之ニヨリテ臀部及ビ下肢ヲ先進セシメ、由テ以テ自己娩出ニ於ケル機轉ヲ營マシメ、頭部ノ傍ヨリ之ヲ牽出シ最後ニ頭部ヲ娩出スベシ。又軀幹ヲ摺折シ得ルモ其娩出困難ナルトキハ脊柱截斷術ヲ行ヒ、兩半體ヲ個々ニ牽出スルヲ要スルコトアリ。

4. 不定型的胎兒縮小術 Atypische zerstückelnde Operationen.

胎兒軀幹ノ一部異常ノ發育ヲ遂ゲ爲メニ其娩出ニ際シ種々不定型ノ截胎術ヲ要スルコトアリ。然レドモ斯ノ如キハ正常胎兒ニ之ヲ見ルコト甚ダ稀ニシテ主トシテ畸形兒ニ來ルモノナルヲ以テ、從ツテ其術式ヲ一定スルコト能ハザルナリ。故ニ分娩經過中豫テ期待セザリシ機械的障礙ニ遭遇セルトキハ精細ナル内診ニ由リテ其原因ヲ究メ、之ガ適恰ナル處置法ヲ講ゼザルベカラズ。今左ニ其一ニ示サントス。

1) 肩胛ノ異常廣潤 Abnorme Breite des Schultergürtels.

肩胛横徑太ダ大ナルトキハ其定位ニ異常ナキトキニモ通例ノ機轉ヲ以テシテハ娩出不可能ナルコトアリ。斯ノ如キ場合ニハ手指若クハ鈍鉤ヲ腋窩(骨盤内ニ嵌入セルトキハ後在側ノ)ニ鉤シテ之ヲ牽引娩出スベシト雖モ、其奏效セザルトキハ骨盤端位娩出術ニ於ケルガ如キ方法ニ倣ヒ、一側若クハ兩側ノ上肢ヲ解出シ、之ニヨリテ肩胛横徑ノ短縮ヲ計ルコトアリ。然レドモ尙克ク目的ヲ達シ得ザルトキハ鎖骨切斷術 Kleidotomie ヲ行ハザルベカラズ。即チ右手ニシーボルド氏剪刀ヲ執リ左手ノ四指ヲ以テ之ヲ被覆保護シツツ上方ニ進メ、其末端鎖骨ニ達スレバ可及的其面ニ垂直ナラシメテ之ヲ切斷スベシ。

2) 胸腹部ノ膨大 Abnorme Ausdehnung von Brust- und Bauchhöhle.

胸水、腹水、腎臟水腫又ハ膀胱擴張等ノ如キ液體滯溜ニ因スル胸腹部ノ擴張膨大ニヨリ分娩障礙ヲ來ストキハ、套管針若クハ穿顱器ヲ以テ之ヲ穿刺シテ其内容液ヲ排泄スレバ足レリト雖モ、臀部或ハ頸部ニ存スル充實性腫瘍ナルトキハ剪刀ヲ以テ之ヲ割截縮小セザルベカラズ。

3) 重複畸形 Doppelmissbildungen.

胎兒ニヨリテ第二頭ヲ除キ更ニ内臟除去術ニ藉リテ重複軀幹ノ縮小ヲ計ル

鎖骨切斷術

ベシ。

其他雙胎ニ於テ第二兒ノ頭部第一兒ノ頭部ニ緊壓スルカ、或ハ第一兒骨盤端位ヲ以テ軀幹ノミ娩出シ、頭位ニ在ル第二兒ト頸部相懸鉤スルカ、或ハ第一兒横位ニ在リテ第二兒之ニ騎乗スルガ如キ場合ニモ亦甚大ナル分娩障礙ヲ惹起シ爲メニ截胎術ヲ要スルコトアリ。

豫後

截胎術ノ豫後モ亦主トシテ傳染ト損傷ノ發生スルト否トニヨリテ一定ナラズ。截胎術自己ハ施術法ダニ確實ナラバ豫後佳良ナルベキモノナリト雖モ、實際上母體ノ死亡數多キ所以ハ既ニ諸般ノ手術殊ニ廻轉術等ヲ試ミ、其奏效ヲ見ル能ハザルニ及ビテ甫メテ截胎術ヲ施スコト多ク爲メニ傳染及ビ損傷ヲ受クルコト多キニ由ルモノナリ。

1905年ヨリ1922年ニ至ル18年間 ウォンテルノくりニ一ニ於テ行ハレタル截胎術ノ16例(内14例ハ斷頭術、2例ハ除臟術)中死亡4例(25%)ナリキ。

- 死因
1. 種々ナル子宮操作ノタメニ起レル子宮後壁ノ穿孔。
 1. 斷頭術後ニ起レル子宮破裂。
 1. 胎盤用手剝離ニヨル(?)敗血症。
 1. 空氣栓塞

第六 帝王切開術 Sectio caesarea, der Kaiserschnitt.

帝王切開術トハ妊娠セル子宮壁ヲ割截シテ其開口ヨリ胎兒ヲ娩出セシムル方法ナリ。而シテ此目的ヲ達スルニ二途アリ。

1. 全ク自然産道ヲ避ケ腹壁ヨリ子宮ニ達シ茲ニ新タニ人爲的産道ヲ形成スルモノ(腹式帝王切開術 Abdominaler Kaiserschnitt)。
2. 自然産道ヲ利用シ之ヨリ子宮下部ヲ切開シテ胎兒ヲ娩出セシムルモノ(腔式帝王切開術 Vaginaler Kaiserschnitt)。

以上ノ如ク大別スト雖モ手術ノ目的ニヨリテ夫々術式ヲ異ニスルモノナルヲ以テ更ニ之ヲ區別スルコト次ノ如シ。

A. 腹式帝王切開術 Abdominaler Kaiserschnitt.

1. 保存的帝王切開術 *Konservativer Kaiserschnitt.*
 - a. 定型の帝王切開術 *Klassischer Kaiserschnitt.*
 - b. 恥骨縫際上帝王切開術 *Suprasymphysärer Kaiserschnitt.*
 - c. 腹膜外帝王切開術 *Extraperitonealer Kaiserschnitt.*
2. 根治的帝王切開術 *Radikaler Kaiserschnitt.*
 - a. ボロー氏手術 *Porrosche Operation.*
 - b. 腹式子宮全摘出術 *Abdominale Totalexstirpation des Uterus.*

B. 膣式帝王切開術 *Vaginaler Kaiserschnitt.*

帝王切開術 *Sectio caesarea* ノ名稱基原ニ就キテハ諸説アレドモ要スルニ“*Caesarea*”ハ *Caedere* (*Schneiden* 截開)ノ意ナルヲ *Caesar* (*Kaiser* 帝王)ト誤譯セルニ因スルモノニシテ之ヲ帝王切開術ト稱スルハ敢テ當ラザルナリ。

腹式手術ハ勿論膣式手術ト雖モ産婦人科の大手術タルヲ失ハザルヲ以テ、術者ノ外科的的技能ニ待ツコト大ナルモノアルノミナラズ、嚴密ナル消毒法ト充分ナル介助者竝ニ器械トヲ要スルモノナルガ故ニ通例病院内ニ於テ行フベシ(只臨機已ムヲ得ザルトキニ於テノミハ患家ニ就テ之ヲ行フコトアリ)而シテ多クハ生存セル産婦ニ施スモノナリト雖モ稀ニ瀕死ノ状態ニアルモノ若クハ既ニ死亡セルモノニ試ムルコトアリトス。

甲 腹式帝王切開術 *Abdominaler Kaiserschnitt.*

腹式帝王切開術ハ前述ノ如ク腹壁及ビ子宮壁ヲ切開シテ其創口ヨリ胎兒ヲ娩出スルモノニシテニ之ヲ腹壁子宮切開術 *Coeliohysterotomie, Laparohysterotomie*ト稱シ、毫モ自然産道ノ性状如何ニ關スルコトナキモノナリ。而シテ胎兒娩出後ハ通例子宮ヲ保存スルモノナレドモ、時トシテ其一部若クハ全部ヲ剝出セザルベカラザルコトアリ。從ツテ之ニ保存的方法ト根治的方法トヲ區別ス。

A 保存的帝王切開術 *Konservativer Kaiserschnitt.*

適應症

腹式帝王切開術ノ適應症ニハ絕對的ト比較的トアリ。

イ) 絕對的適應症 *Absolute Indikation zum abdominalen Kaiserschnitt.*

胎兒成熟セルモノナルトキハ縱令之ヲ破碎縮小スルモ到底自然産道ヲ通過セシムルコト克ハズ、獨リ腹式帝王切開術ニヨリテノミ能ク娩出ヲ遂ゲシメ得ベキモノヲイヒ之ニ屬スルモノハ次ノ如シ。

1. 絕對的狭窄骨盤 *Absolut verengtes Becken.*

所謂絕對的狭窄骨盤ニシテ眞結合線扁平骨盤ニ在リテハ 5.5 cm 以下一般平等狭窄骨盤ニ於テハ 6.0 cm 以下ニ短縮セルモノナルトキハ、成熟兒ハ之ヲ截斷縮小スルモ骨盤腔内ヲ通過セシムルコト能ハズ、從ツテ腹式帝王切開術ニ依ルカ否ラズンバ妊娠早期ニ於テ之ヲ中絶セシメザルベカラズ。其他不整形狭窄骨盤、例之、骨盤骨腫瘍ノ存在ニヨリテ狭窄セル骨盤並ニ横徑狭窄骨盤ニ在リテハ、其關係概シテ一般平等狭窄骨盤ニ於ケルト同様ニシテ、脊椎挺垂性骨盤ハ扁平骨盤ニ於ケルガ如シ。漏斗骨盤及ビ脊柱後側彎性骨盤ハ其狭窄極メテ高度ニシテ坐骨結節間距離 5.5 cm 以上ノモノニアラザレバ自然産道ヨリスル成熟兒ノ分娩ハ多クハ不可能ナルモノナリ。

2. 軟部産道ノ高度狭窄 *Hochgradige Verengung des weichen Geburtskanals.*

軟部産道ニ存スル高度ノ狭窄、加之、閉鎖ハ多クハ手術的ニ之ヲ排除シ得ルモノナリト雖モ、其然ラザルモノハ高度ノ骨盤狭窄ニ於ケルガ如ク腹式帝王切開術ニヨラザルベカラザルコトアリ。例之實扶的里、產褥疾患若クハ産婦人科の手術ニ因スル子宮頸管竝ニ腔ノ癭痕性狭窄殊ニ其廣汎性癒着、陰門、子宮腔部或ハ頸部等ノ癒腫、腔及ビ子宮頸部ノ纖維竝ニ筋腫等之ナリ。其他産道附近即チ卵巣、直腸、膀胱等ニ發生セル腫瘍モ亦胎兒通過ニ際シ甚シキ機械的障礙ヲ與ヘ爲ニ帝王切開術ヲ要セシムルコトアリ。

ロ) 比較的適應症 *Relative Indikation zum abdominalen Kaiserschnitt.*

自然産道ヨリスル成熟兒ノ分娩全ク不能ナルニアラズシテ之ヲ破碎縮小スレバ克ク娩出シ得ベシト雖モ、生活兒ヲ望ムカ若クハ他ノ理由ニヨリ分娩速了

ヲ欲スルニ當リテ本手術ヲ行ハントスルモノヲ以テ、之ニ屬スルハ次ノ如シ。

1. 中等度狹窄骨盤 Mittermässig verengtes Becken.

a. 狹窄骨盤ニシテ眞結合線 5.5 乃至 7.0 cm ヲ有スルモノニテハ成熟兒ハ之ヲ碎縮セザレバ通過セシムルコト能ハズ、故ニ生活兒ヲ得ント欲セバ腹式帝王切開術ニ賴ラザルベカラズ。

b. 眞結合線 7.0 乃至 7.5 cm 以上ヲ有スル狹窄骨盤ニ於テハ分娩經過ヲ考察シ、既往分娩ノ状態ニ顧ミ生活兒ヲ得ルコト難カルベキヲ豫斷シ得ルトキハ帝王切開術ヲ行フカ或ハ骨盤擴大術ヲ施スベシ。

2. 急速遂娩ヲ要スル母體疾患 Sofortige Entbindung erforderliche, lebensgefährliche Krankheit der Mutter.

心臟及ビ腎臟疾患、前置胎盤、正常位置ニ於ケル胎盤早期剝離殊ニ子癇等ノ爲メ母體生命ノ脅カサレントスルトキハ、分娩速了ヲ要スルガ故ニ帝王切開術ヲ施スベク殊ニ最近 ステッケル及ウインター (Stöckel u. Winter) 兩氏ノ如キハ之ヲ以テ子癇ノ最好療法ナリトセリ。

3. 母體ノ瀕死又ハ死亡 Sterbenden oder Todesfälle der Mutter.

妊娠末期若クハ分娩初期ニ於テ母體卒然死亡スルコトアルモ、胎兒ハ尙 10 乃至 30 分間ハ克ク生命ヲ維持シ得ルモノナルコトハ從來經驗ノ誨ユル所ナルヲ以テ母體死亡スルカ、又ハ瀕死ノ状態ニ陥リテ而モ胎兒尙生存セルヲ認ムレバ、急速遂娩ニヨリテ之ヲ救済スルノ策ヲ講ゼザルベカラズ、即チ産道擴大ノ度、胎兒ノ位置等要約ニ適ストキハ鉗子術若クハ回轉術、用手挽出術等ヲ施スベク否ラザレバ腹式帝王切開術ヲ行フベシトス。

バクマン Rockmann 氏ハ 58%

バウフ Bauh 氏ハ 13 例中 21.4%

ベンチン Benthin 氏ハ 8 例中 3 例

リンツェンマイエル Linzenmeier 氏ハ 60%

ノ成功率ヲ掲ゲタリ。

手術要約

1. 母體ノ體力及ビ營養状態ハ克ク手術ニ耐ユルモノナラザルベカラズ。

此手術ハモト母兒兩體ノ生命ヲ全フスルヲ以テ目的トスト雖モ、殊ニ重キヲ母體ノ生命ニ置クモノナルヲ以テ其體力並ニ營養状態ノ克ク之ニ耐ユルモノナラザルベカラザルハ論ナシトス。但シ母體瀕死期ニ於テ獨リ胎兒救済ノミヲ目的トスルハ例外ナリトス。

2. 産道内ニ傳染ノ微アルベカラズ。

子宮壁ヲ切開スルトキハ創面並ニ卵膜ノ羊水ニヨリテ浸汚セラルルヲ免ルベカラズ。從ツテ羊水中ニ病原菌ノ含有セラルルトキハ爲メニ創傷傳染及ビ腹膜炎ヲ惹起スベシ。故ニ此手術ヲ行フニ當リテハ産道内ニ病原菌ノ存在セザルノ一事ハ極メテ重大ナル必要條件ナリトスルヲ以テ、手術前内診及ビ他ノ産科手術ヲ反復施行スルコトアルベカラザルノミナラズ、能フベク全ク内頸ヲ避クルヲ可トス。若シ卵膜破綻シテ既ニ久シキニ亙リ體温上昇シ、脈搏診數ニシテ病毒傳染ノ微發現セルモノナルトキハ、比較的適應症ニ在リテハ之ヲ行ハズシテ、穿額術並ニくらにおくらすと挽出術ヲ施シ、絶對的適應症ニ於テハ根治的帝王切開術ヲ施スベシ。

3. 胎兒ハ生存シ且ツ生活持續ノ能力アルモノナラザルベカラズ。

絶對的適應症ニ在リテハ胎兒ノ生死ハ毫モ關與スル所ニアラズト雖モ、比較的適應症ニ於テハ生兒ヲ得ルヲ以テ目的トスルモノナルガ故ニ、胎兒既ニ死亡セルカ若クハ將來生活ヲ持續スルノ能力ナキヲ豫測シ得ルモノナルトキハ、寧ロ母體ヲ愛護シテ穿額術ヲ施スベキモノトス。

4. 施術者ノ技能優秀ナルモノナラザルベカラズ。

帝王切開術ハ前述ノ如ク最大ナル産科手術ノ一ナルヲ以テ施術者ハ優秀ナル外科的技能ヲ有シ、且ツ消毒法ニ習熟スルヲ要ス。蓋シ施術ハ敢テ困難ナルモノニアラズト雖モ開腹術ナルト往々豫明セザル癒著存シ、加之、大出血ヲ來スコトアルヲ以テナリ。

5. 介助器械其他ノ材料凡テ充分ナルヲ要ス。

上來敘述スルガ如ク充分ナル介助者、器械其他ノ材料ヲ要スルノミナラズ、最モ嚴密ナル消毒法ノ下ニ於テ行ハザルベカラザルモノナルガ故ニ、應急已ムヲ得ザルニアラザルヨリハ通例病院内ニ於テ行フヲ可トス。其他敢テ施術要件ト見做スベカラザルモ、而モ手術ノ豫後ヲ佳良ナラシムル所以ノモノハ次ノ如シ。

6. 陣痛起來 Kräftige Wehen in gewissen Grad.

陣痛既ニ發來セル後ニ於テ施術スルトキハ、胎兒ヲ挽出セル後子宮ノ收縮佳良ナルベク從ツテ後出血ノ虞少シトス。

7. 子宮口開大 Eröffnung des Muttermundes.

子宮口多少開大セル後ナルヲ可トス。蓋シ毫モ其開大セザルモノナルトキハ術後惡露ノ流泄不良ニシテ從テ子宮腔内ニ蓄積シ延テ創口ヲ離開セシムル恐レアリ。

8. 膀胱尙存 Stehende Blase.

胎胞尙存スルモノナルトキハ子宮腔内ニ病毒傳播ノ虞少キノミナラズ、胎兒モ亦諸般ノ危險ニ遭遇スルコト稀ナリトス。故ニ既ニ破水セルモノナルトキハ破水後長時間經過セルモノナルベカラズ。

手術ノ準備

1. 患婦ノ準備

能フベク産婦ヲシテ全身浴ヲ取ラシメタル後之ヲ手軍臺上ニ置シテ水平仰臥位ニ居ラシメ、陰毛ヲ剃リ腹壁並ニ外陰部ノ消毒ヲ行フベシト雖モ、此際拭刷過劇ナルトキハ胎盤ノ早期剝離延テ胎兒ノ假死等ヲ誘起スルモノナルヲ以テ細心事ニ從ハザルベカラズ。故ニ特ニ急速ノ施術ヲ要スルモノニ在リテハ吾ガ東大醫學部産科學教室ニ於テハ先ヅ腹壁ニ 10% 沃度丁幾ヲ塗布シ充分乾燥セシメタル後、亞爾個保兒ヲ滅菌布ニ浸シ之ヲ以テ塗布セル沃度丁ヲ切脱色スル迄拭掃シ、然ル後再び沃度丁幾ヲ塗布シ其乾燥セルヲ待テ腹壁幾ノ開ス。又腹壁消毒ニ フール プリンゲル氏法ヲ行ヒシトキト雖モ、手術ノ直前、方ニ切創ヲ加ヘントスルニ隨ミ局部皮膚ニ沃度丁幾ヲ塗布スルト

キハ一層消毒ヲ確實ニスルヲ得ベシ。

消毒ヲ終レバ導尿ニヨリテ膀胱内ヲ空虚ニシ、次デ殺菌セル被布ヲ以テ手術領域ヲ限制スルコト他ノ婦人科的手術ニ於ケルト異ナルナシ、既ニシテ手術開始前 15 分ニ至レバゼカコルニン又ハエルゴチンノ皮下注射ヲ行フトキハ手術直後ニ於ケル子宮收縮ヲ佳良ナラシムルヲ得ベシ、之ニ於テ麻酔ヲ施シテ手術ニ著手スルモノトス。

2. 術者並ニ介助者ノ準備

介助者ハ凡テ 5 名ヲ要シ、其二者ハ直接手術ノ事ヲ佐ケ、他ノ三者ハ麻酔器械ノ受授、産兒ノ處置ヲ分擔スルモノトス。而シテ術者及ビ直接手術ニ關與スルモノ並ニ器械ヲ扱フ者ハ其手指ト前膊トヲ消毒シ、殺菌セル手術衣ヲ穿テ、所謂覆面ニヨリテ其鼻口ヲ被フモ亦必要條件ナリトス。

3. 器械

帝王切開術ニ要スル器械ハ通例婦人科の疾患ニ對スル開腹術ニ於ケルト同様ニシテ其主ナルモノ次ノ如シ。

1) 切開刀 二個 2) 有鉤鑷子 二個 3) 直及ビ彎剪刀 二個 4) 膝狀剪刀 一個 5) コッヘル氏止血鉗子 數十個 6) ベアニ氏止血鉗子數十個 7) 腹壁鉤一具 8) 持針器 3 個 9) 縫合針 大小數個 10) 縫合絲(腸線、絹絲、天蠶絲) 11) 糊帶材料 而シテ是等ノ器械並ニ糊帶材料等ハ凡テ嚴密ナル滅菌法ヲ施セルモノナラザルベカラザルハ勿論ニシテ、其他産兒ノ蘇生術ニ供スベキ氣管カテ一てる、浴槽、たをる等ヲ準備スベシ。

病院ニ於テ施術センニハ如上ノ準備ヲナス固ヨリ敢テ難シトスル所ニアラズト雖モ、應急已ムヲ得ズシテ患家ニ就テ之ヲ行ハントスルトキハ手術臺並ニ器械臺ハ卓子ヲ以テ之ニ代用シ、煮沸消毒セル布片ヲ以テ之ヲ被ヒ、介助者ニ直接手術ニ關與スルモノト麻酔者ト合セテ 2 名ヲ以テ足レリトシ、縫合針ノ如キハ 20 乃至 30 個手術前ニ於テ豫メ縫合絲ヲ附シテ之ヲ備へ、殺菌布ノ準備ナキトキハ淨洗セル手巾若クハ他ノ布片ヲ 30 分間煮沸消毒シ之ヲ絞搾シテ用ニ供スベシ。而シテ斯ノ如キ場合ニハ術者並ニ介助者ハ護手手套ヲ用ユルコト極メテ重要ナリトス。

施術式

保存的帝王切開術ニ於テ子宮壁ノ切開ハ諸所ニ於テ之ヲ行ヒ得ベシト雖モ體部或ハ頸部ニ於テスルモノ最モ推奨セラル。

一 定型的帝王切開術或ハ子宮體部切開法

Klassischer Kaiserschnitt ; Eröffnung des Uterus im
Corpus. (Corporaler Kaiserschnitt)

定型的帝王切開術ヲ行フ順序ハ次ノ如シ。

1) 腹壁切開 先ヅ白線ニ沿ヒ臍下二三指横徑ノ場所ニ切創ヲ加ヘテ皮膚及ビ皮下脂肪組織ヲ離開シテ筋膜ニ達スベシ。此際血管斷端ハペアン氏止血鉗子ヲ以テ挾壓シ、其血液送出スルモノハ結紮ニヨリテ制止ス。次デ筋膜モ亦正中線ニ於テ之ヲ縱斷シ、左右直腹筋ヲ鈍性ニ離隔セル後術者竝ニ介助者ハ各有鉤鉗子ヲ以テ左右ヨリ腹膜ヲ挾把シテ之ヲ提舉シ、茲ニ皺襞ヲ作り兩鑷子ノ中間ニ於テ之ヲ切開シテ腹膜ニ小孔ヲ穿テ、之ヨリ左手ノ示中二指ヲ插入シテ子宮若クハ腸管ト腹壁腹膜トノ間ニ癒著ノ存否ヲ探リ次デ其介導ニヨリ膝狀剪刀ヲ以テ切開口ヲ臍中央トシ其左方ヲ迂回シテ上下ニ互ル約 16 cm ノ長サニ擴張ス。皮下及ビ腹膜下脂肪組織ノ發育佳良ニシテ爲メニ容易ニ腹膜ニ到達シ難キトキハ、腹壁切創ヲ上下ニ延長セシムルヲ可トス。又既往ニ於テ開腹術ヲ行ヒ白線ニ癍痕ヲ留ムルトキハ、其側方ニ於テ之ト竝行セル切創ヲ加フレバ局所ノ解剖的關係ヲ誤ルコトナカルベシ。其他腹膜ニ孔口ヲ穿タントスルニ當リテハ筋層ト腹膜トノ間ニ殺菌瓦設ヲ插入シ止血鉗子ヲ以テ之ヲ皮膚若クハ被布ニ固定シテ側腹部ヘノ交通ヲ遮斷スルモノ可ナリ。

2. 子宮壁切開 1) 腹膜ヲ切開シテ紫藍赤色ヲ呈セル子宮壁露出スルトキハ其上
下左右ニ滅菌布片ヲ填充シテ腸管ノ脫出ヲ防グト共ニ切創ヲ加フベキ子宮壁ノ部
分ヲ其周圍ヨリ限制スベシ、而シテ布片ハ使用前後ニ於テ其個數ヲ計算對照セシ
ムルカ、又ハ絲條ヲ以テ金屬球若クハ環ヲ附シテ之ヲ外方ニ導キ、以テ腹腔内ニ
遺留スルノ憂ナカラシムルヲ要ス。斯クテ子宮體部前面ニ於テ殆ド正中線ニ沿

フテ約 12 cm ノ縱切創ヲ加フ (正中切開 Medianschnitt)。而シテ此切開ハ迅速
ニテ之ヲ一行フベシト雖モ一度ニ全子宮壁ヲ切開スベカラズ。蓋シ子宮壁菲薄
柔軟ナルヲ以テ貫透シテ兒體ヲ損傷スル事アレバナリ。故ニ必ズ數回ニ順次
(schichtweise) 切開ス可シ。

2) 子宮ヲ切開スルニ先ダチ之ヲ腹壁外ニ鬆脱セシメタル後腹壁創口ノ大部分ハ
止血鉗子ヲ以テ一時之ヲ閉鎖シ且ツ殺菌布片ニテ被蓋シテ後子宮ヲ切開シ又ハ縫
合スルヲ便トス。此方法ニヨルトキハ子宮創ヲ處置スルコト容易ナルノミナラズ、
胎盤附著部ニ於テ子宮壁ヲ切開スルノ虞ナク、加フルニ羊水竝ニ血液ノ腹腔内ニ
流注スルヲ防ギ得ベク、且ツ胎盤モ亦外方ヨリノ壓迫ト臍帶牽引トニヨリテ創口
ヨリ之ヲ挽出セシメ得ルヲ以テ、從ツテ子宮内面ニ術手ヲ觸レズシテ足等ノ利
アリ。只外方ニ露出セル子宮外面ヲ無菌ニ保持スルコト困難ナルモ上述ノ利點多
大ナルヲ以テ普通吾人ハ此方法ヲ賞用ス。

3) 子宮切開モ亦其前面ニ施サズシテ子宮底部ニ於テ左右喇叭管附著部間ニ走ル
橫行切創ヲ以テスルコトアリ。所謂 フリッチ氏子宮底部橫切開 Querer Fun-
dalschnitt nach Fritsch 之ナリ。橫行切開ハ出血ヲ抑制スルニ於テ利便アリト雖
モ、其縫合絲脱落シテ創口再ビ離開スルコトアルニ當リ惡露之ヨリ流出シテ腹腔
内ヲ汚染スルノ虞アルモノニシテ、切創子宮後面ニ在ルモノニ於テ殊ニ然リト
ス。反之、其ノ子宮前面ニ存スルモノナルトキハ、創口離開スルコトアルモ能ク前
腹壁ト癒著シテ無害ニ經過シ得ルノ利アリ、但シ既往ニ於テ帝王切開術ニヨリテ
前壁ヲ切開セルモノニ在リテハ其癍痕ヲ避ケンガ爲メ故ラニ子宮底部若クハ後壁
ヲ撰ムコトアルモノナリ。

4) 嘗テ開腹術若クハ帝王切開術ヲ受ケタルモノ、或ハ腹膜炎等ヲ經過シタルモ
ノニ於テ子宮ノ表面腹膜及ビ腸管ト癒著スルトキハ著シク手術操作ヲ阻礙スルコ
トアリ。而シテ之ガ剝離ヲナサンニハ容易ニ手指ヲ以テ鈍性ニ行ヒ得ルコトアリ
ト雖モ、又剪刀ヲ以テ切斷セザルベカラザルコト固ヨリ少シトセズ。其他子宮壁
ニ既往手術ノ癍痕アルトキハ之ヲ忌避シテ切開ヲ加フベシ。

3. 卵膜破綻及ビ胎兒挽出 子宮壁ヲ切開スレバ卵膜若クハ胎盤ニ達著スベク、

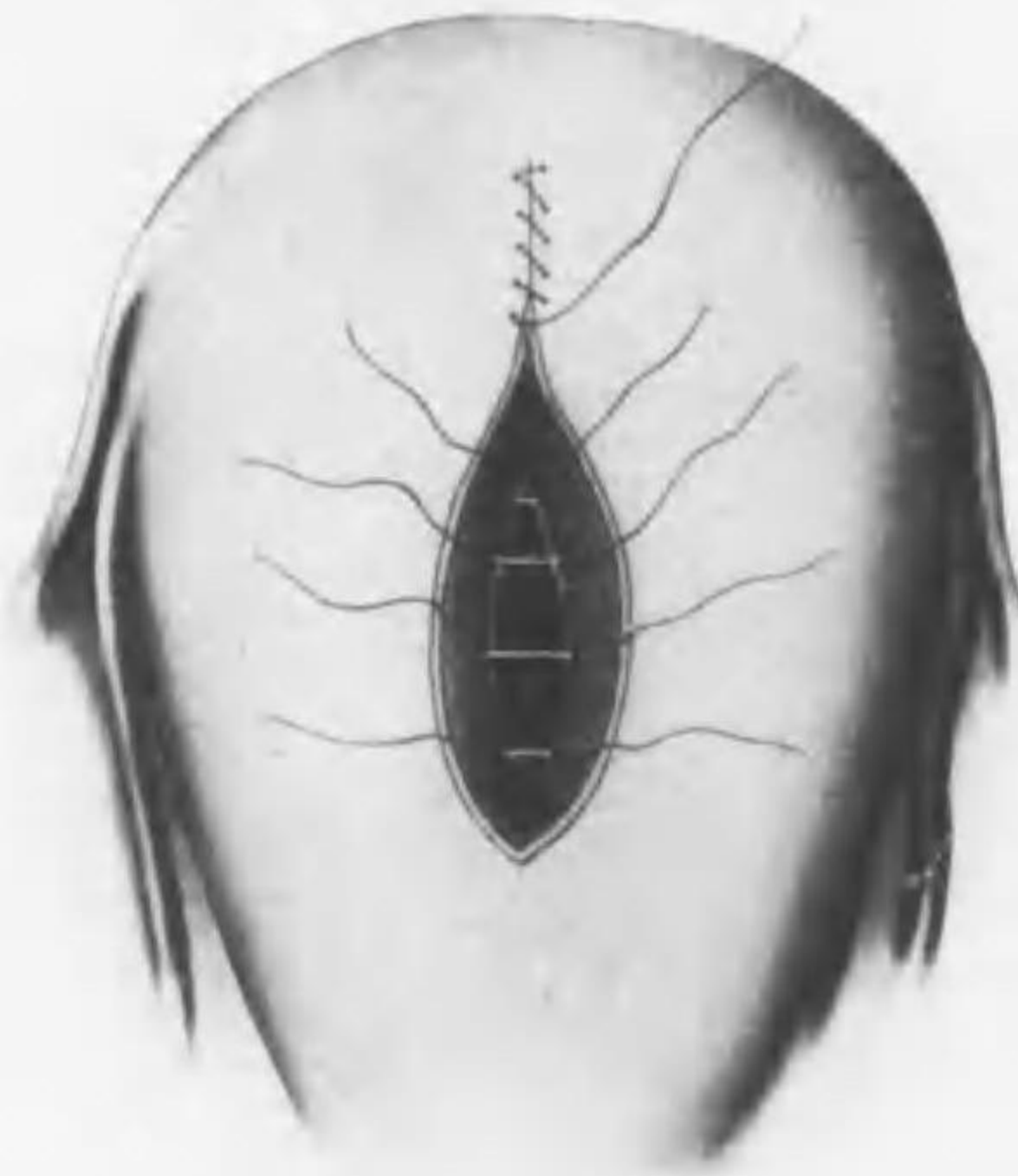
正中切開

子宮底部
橫切開

其前者ナルトキハ直チニ之ヲ破綻シ、胎兒ヲ足部ニ於テ把握シ速ニ挽出シ、コッヘル氏止血鉗子ヲ以テニケ所ニ於テ臍帶ヲ挾緊シ其中間ニテ切斷シ、産兒ハ直チニ介助者ニ託シテ其處置ヲナサシムベシ。若シ又創口胎盤ニ到達セルトキハ之ヲ子宮壁ヨリ剝離シテ卵膜邊縁ニ達シ、之ヲ破綻シテ前法ニ倣ヒテ胎兒ヲ挽出スベシト雖モ、胎盤剝離ニ際シ多量ノ出血ヲ見ルモノナルガ故ニ、初メ子宮前壁ヲ切開セントスルニ當リ、豫メ胎盤附著點何レノ部ニアルヤヲ注意シ、例之、其血管ノ怒張著シク且ツ圓韌帶及ビ喇叭管ノ附著點後方ニ偏倚スルヲ認ムレバ胎盤前壁ニ附著スルモノナルヲ以テ可成其附著點ニ於テ切開ヲ施スヲ避ケ或ハ子宮底横切開ニヨル可ク又口ヲ得ザル場合ニ於テハ迅速ニ手術ヲ行ヒ可及的血液ノ損失ヲ防グベシ、斯クテ胎兒ノ挽出ヲ終レバ子宮ハ著シク縮小シ、胎盤之ガ爲メニ自ラ剝離シ

胎盤附著部ノ注意

第百四十六圖



子宮壁縫合(筋層縫合 結節)及ビ漿液縫合(走行)ヲ示ス
(nach Hammerschlag)

ノ漿膜下ニ可成的多分ノ筋組織ヲ扨捉シ、且ツ全筋層ヲ穿通シテ脱落膜筋層間ニ現ハレシメ、更ニ他側創縁ノ脱落膜直下ヨリ筋層内ニ刺入シ、同ジク全筋層ヲ通ジテ再ビ漿液膜下ニ現ハシメ之ヲ結締シ更ニ約 1cm ノ間隔ヲ措キテ 第二ノ縫

臍帶ノ牽引ニヨリテ之ヲ排除シ得ルコトアリト雖モ、否ラザルトキハ用手剝離ヲ行ヒ卵膜ト共ニ之ヲ牽出スベシトス。

4) 子宮壁縫合 (第百四十六圖) 胎兒及ビ後産ノ挽出ヲ終レバ子宮創口ヲ三層ニ縫合スベシ。之ハ頗ル慎重ヲ要シ而モ迅速ニ行ハザルベカラズトス、即チ 1) 筋層縫合 *Muskelnaht* 先ヅ彎曲針ヲ以テ縫合線ヲ刺貫創縁

合針ヲ通ジ、斯クテ其全部ヲ終レバ其絲端ヲ切除シ、次ニ 2) 漿膜筋層縫合 *Sero-muskuläre-Naht* ヲ行フ、即チ各筋層縫合ノ間ニ漿膜筋層ヲ通ジ淺在縫合ニヨリテ悉ク之ヲ閉鎖シ、次デ 3) 漿膜縫合 *Sero-serosa-Naht* ヲ腸線ノ走行縫合ニヨリテ兩側漿膜創縁ヲ密著セシムベシ。而シテ初メ筋層縫合ヲナスニ當リ漿膜並ニ脱落膜ヲ忌避スル所以ハ蓋シ其穿刺管ヲ通ジテ子宮内ニ存スル病毒ヲ腹膜ニ轉輸スルコトナカラシメンガ爲メナリ。

5) 腹壁縫合 子宮壁縫合ヲ終レバ腹腔内ニ挿置セル瓦設ヲ去ルベク、此際其個數ヲ調査シ誤算ナキヲ期スベシ。次デ血液及ビ羊水ヲ拭除シ而シテ後腹壁ヲ縫合ス、即チ先ヅ腸線ノ走行縫合ニヨリ腹壁部腹膜ノ創縁ヲ密著セシメ、次デ腸線ノ走行縫合又ハ絹絲ノ結節縫合ニヨリテ筋膜筋層創縁ヲ閉鎖シ、皮膚創口ハ天蠶絲又ハ絹絲ヲ以テ縫合スベシト雖モ、皮下脂肪組織ノ發育飽多ナルモノナルトキハ皮膚縫合ニ先ダテ脂肪層ニ腸線ノ走行縫合ヲ施スヲ可トス。斯クテ全ク皮膚ノ縫合ヲ終レバ殺菌瓦設ヲ以テ切創上ヲ被ヒ更ニ細帶ヲ施スベシトス。

6. 手術時ニ於ケル出血ノ防止 如上ノ手術經過中ニ於テ多少ノ出血ハ免ルベカラズ、之ヲ防止センニハ

1. 子宮ヲ腹壁切開口ヨリ襞脱シ之ヲ切開スルニ先チ豫メ、患者ノ股間ニアル副助手ヲシテ其兩手ヲ以テ子宮頸部ヲ左右ヨリ把握セシメ、子宮壁切開時ヨリ子宮壁縫合ヲ終ル迄若シ出血アラバ其必要ニ應ジ該部ヲ絞榨シテ子宮動脈ヲ壓迫セシムベシ、此方法ニヨルトキハ出血ノ度ニ應ジテ手壓ヲ任意ニ加減シ得ルヲ以テ若シ子宮壁切開ニ際シ出血少キトキハ手壓ヲ加ヘザルモ可ナリ。故ニ胎盤血行ノ障礙ヲ來スコトナキヲ以テ從テ胎兒ニ影響ヲ及ボスコトナシトス。

2. 胎兒及ビ胎盤挽出後ビツイトリン又ハビツグランドールヲ一筒子宮筋肉内ニ注射スルトキハ注射後直チニ其部ノ收縮ヲ來シ蒼白色トナリ僅々 30 秒乃至 45 秒ニシテ全子宮ハ石ノ如ク硬ク收縮スルヲ認メ之ニヨリ子宮縫合時ニ出血ヲ來スコト少シ、此子宮筋肉内注射ト同時ニゼカコルニンノ皮下注射ヲ行ヘバ手術後ノ弛緩性出血ヲモ同時ニ防止スルコトヲ得、此方法ハ余ガ東大醫學部産科學教室ニ於テ常ニ用フル所ニシテ、一般ニ推奨セントスル所ナリ。

3. 其他器械的ニ直接子宮壁ヲ摩擦シ、或ハ沃度仿謨瓦設ヲ以テ子宮腔ヲ硬ク栓塞シ、之ヲ腔内ニ導クノ法アリ。

4. 斯クテ諸般ノ方法凡テ徒爾ニ終ルトキハ子宮全剝出術ヲ行フベシ。

5. 要スルニ術後弛緩性出血ヲ起スハ帝王切開術ニ來ル合併症中最モ恐ルベキモノナルヲ以テ注意セザルベカラズ。而シテ斯ノ如キ著シキ子宮弛緩症ハ嘔囉仿謨麻醉ニ歸スベキモノトナシ、帝王切開術ヲナスニ當リテハ殊ニ依的兒麻醉ヲ推奨スルモノアリ。

二 恥骨縫際上又ハ腹膜内頸部帝王切開術或ハ子宮下部切開法

Suprasymphysärer oder intra- oder trans-peritonealer cervikaler Kaiserschnitt ; Eröffnung des Uterus im unteren Uterusabschnitt.

往時 ヂェルグ、リットゲン、オシアンデル *Joerg, Ritgen, Oslander* 等ノ諸氏ニヨリテ推奨セラレシモ未ダ重キヲナスニ至ラザリキ、後 フランク *Frank* 氏之ヲ採用シ、更ニ フイト *J. Veit* 氏ニヨリテ好結果ヲ以テ行ハレ、セルハイム、ラツコー *Selheim, Latzko* 氏之ニ改良ヲ加フルニ及ビ多クノ場合舊帝王切開術ニ比シテ優秀ナルモノトセララルニ至レリ。而シテ恥骨縫際上帝王切開術ヲ行フ順序ハ次ノ如シ。

1) 腹壁切開(第百四十七圖) バンネンステール 氏筋膜横切開法 *Pfannenstielscher Fascienquerschnitt* ニ準フモノニシテ即チ陰阜ノ上方ニ於テ約 15 cm ノ稍々上方ニ凹曲セル横行切創ヲ加ヘテ皮膚及ビ皮下脂肪組織ヲ切開シ、止血鉗子及ビ結紮ニヨリテ出血ヲ制止セル後筋膜モ亦横ニ切開シ、之ヲ其下ニ存スル直腹筋ヨリ鈍性ニ剝離スベシ。但シ正中線ニ於テノミハ剪刀ニ藉リテ之ヲ爲サザルベカラズ。

斯クテ兩側直腹筋ヲ白線ニ於テ鈍性ニ離開シテ腹膜ニ達スベシ、之ヨリ先キ筋膜創縁ヲ上方ハ臍ノ直下、下方ハ恥骨縫際上部ノ皮膚ニ一時縫合固定スルトキハ手

欠

膀胱ト共ニ其舊位ニ復セシムベシ。

5) 腹壁縫合 兩側直腹筋ハ結節縫合ニヨリテ之ヲ密著セシメ、次デ走行縫合ヲ施シテ筋膜ヲ、天蠶絲ノ結節縫合ニヨリテ皮膚創口ヲ閉鎖スベク、皮下脂肪組織ノ發育佳良ナルモノニ於テハ皮膚縫合ニ先ダチ腸線ノ走行縫合ヲ行フ可トス。其他繃帶ヲ施スガ如キハ前法ト異ナルコトナシ。

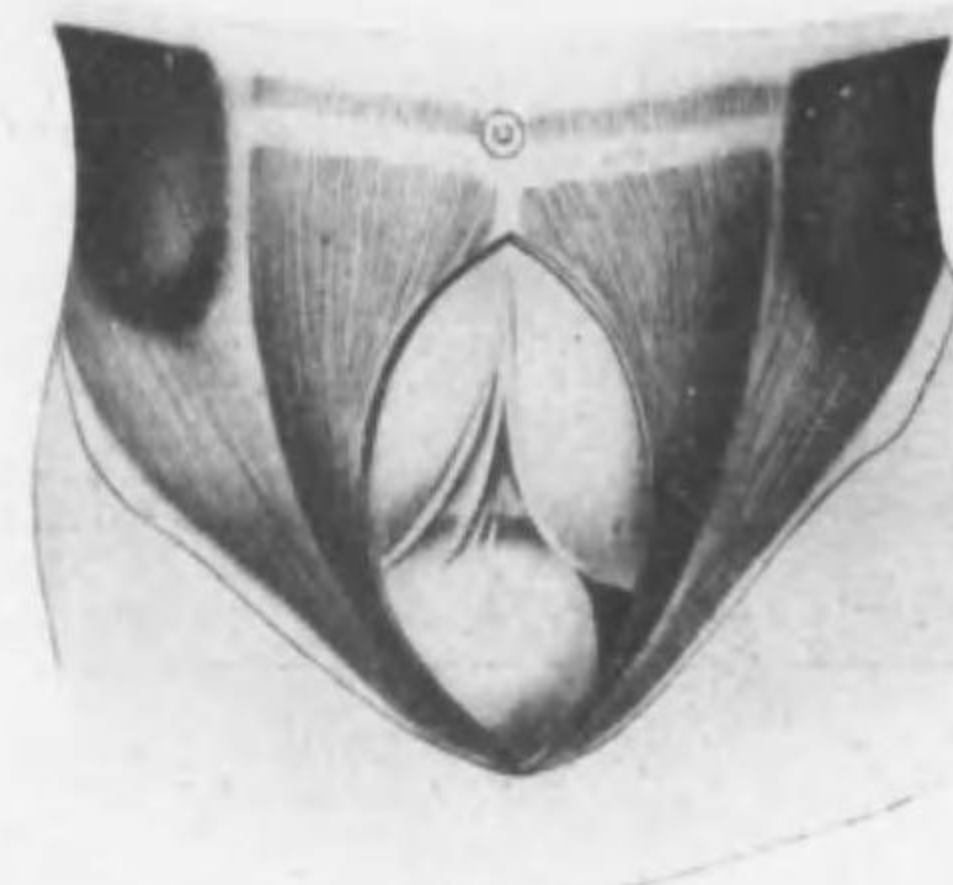
既ニ排出期ニ入りテ子宮下部著シク擴大セルモノニ在リテハ恥骨縫紮上帝王切開術ハ全ク之ヲ腹膜外ニ於テ行フコトヲ得ルモノナリ所謂腹膜外帝王切開術 Extraperitonealer Kaiserschnitt 之ナリ。

三 腹膜外頸部帝王切開術

Extraperitonealer cervikaler Kaiserschnitt.

1) ラッコー氏腹膜外帝王切開術 Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. 先ヅ膀胱ニ 150 gr. 内外ノ液體ヲ注入シ、腹壁ヲ離開シテ後腹膜ヲ切開スルコト

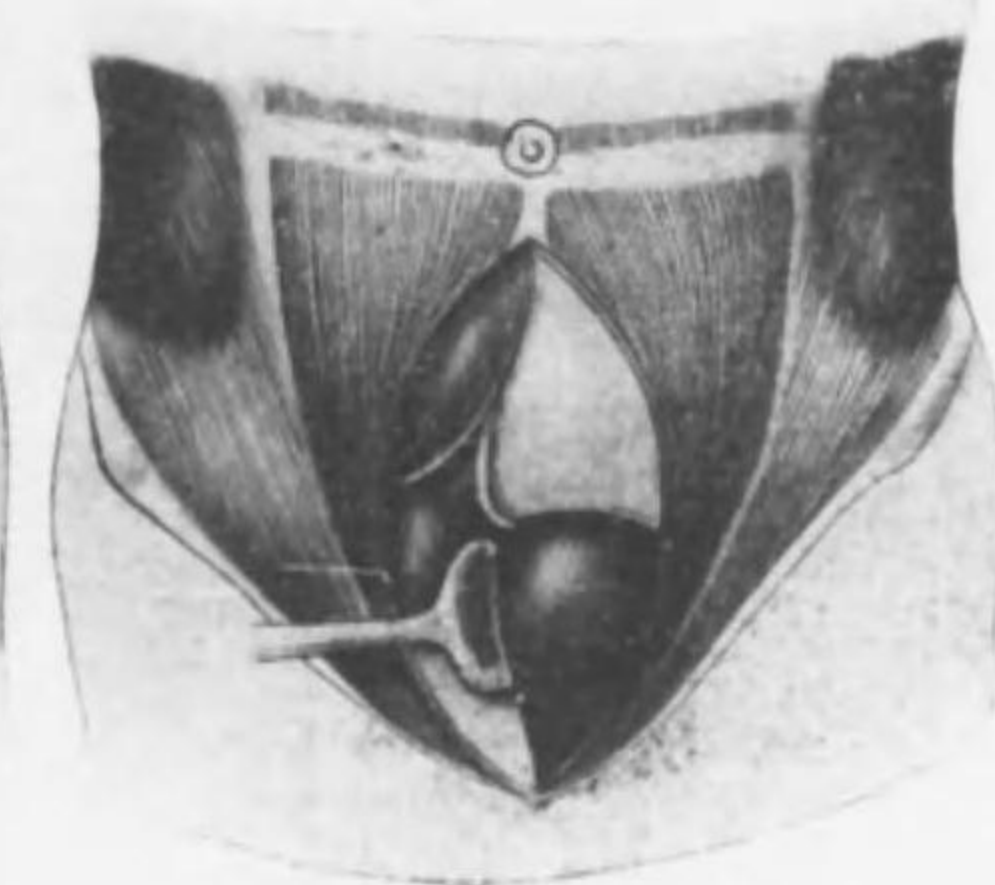
第四百九圖



腹膜外帝王切開術(其一)

直腹筋ノ切開、充盈セル膀胱ヲ腹膜外ニ認ム (nach Hammerschlag)

第四百十圖



腹膜外帝王切開術 其二)

膀胱ハ右方ニ壓排、直接ニ子宮下部ヲ見ル (nach Hammerschlag)

ナクシテ直腹筋ヨリ之ヲ推移シ(第四百九圖)、次デ膀胱ヲ左方ヨリ右方ニ向ヒ子宮頸部ヨリ鈍性ニ剝離シ、左側膀胱靱帶ヲ切斷シタル後復鉤ヲ以テ膀胱ヲ右方ニ牽引スルト同時ニ、漿膜ヲモ亦子宮壁ヨリ剝離シテ頸部前面ヲ露出セシメ(第四百十圖)、此ニ切開ヲ加フルモノニシテ ラッコー Latzko 氏法之ナリ。

欠

2) デーデルライン氏腹膜外帝王切開術 Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Doederlein.

1. 腹壁切開 Bauchschnitt.

妊婦ヲ骨盤高位トナシ、恥骨縫際上縁ヨリ臍下四指横徑迄正中線ニ縦切開ヲ施シ腹膜下脂肪組織ニ達ス可シ。

此際注意シテ腹壁各層ヲ順次 schichtweise ニ切開スベク、然ラザレバ妊娠ノタメ腹壁菲薄トナリ又時トシテ直腹筋ノ離開 Rectus Diastase スルコトアリ、又最初ノ一刀ニシテ直チニ腹腔ヲ切開スル感アルヲ以テナリ。

デーデルライン氏モ初メバンネンステール氏横切開ニ準據セルモ此切開法ニテハ腹壁切開面徒ニ大トナルト又時トシテ開腹ノ必要 Transperitoneales Verfahren 起レル場合横切開ニ加フルニ縦切開ノ必要ヲ生ズルヲ以テ今日ニ於テハ縦切開ヲ賞用シ、殊ニ充分ニ恥骨縫際迄切開ヲ施ス可シトセリ。

2. 子宮下部ノ露出 Freilegen des unteren Uterusabschnittes.

子宮下部ヲ露出セシムルニハ 1) 膀胱ヲ子宮下部ヨリ剝離排除スルコト 2) 腹膜懸轡部ヲ上方ニ壓排スルコト必要ニシテ此二者ハ腹膜外帝王切開術ニ於ケル主要ナル操作ナリ。

1) 膀胱ノ剝離排除 Ablösung u. Verschiebung der Blase 切開創下端恥骨縫際直上ニアル膀胱ハ子宮下部ト鬆粗ナル結締織ニテ結ビ付キタルヲ以テ之ヲ剝離排除スルニハ及及剪刃ヲ要セズ。單ニ瓦設ヲ以テ側方ヨリ中央ニ向ヒテ剝離スレバ容易ニ正中線迄ニ排スル事ヲ得、從ツテ切開セントスル子宮下部ヲ露出スルヲ得ベシ。

此際膀胱ノ境界ヲ容易ニ認識スルタメ豫メ膀胱内ニ液ヲ充スカ又ハ同時ニ膀胱鏡ヲ插入之ニ點火スレバ一目瞭然タルベシ。

膀胱ノ壓排ハ正中線以上ニスル必要ナシ、而シテ此露出セル子宮下部ハ正中線ニ近キ所ハ血管少ナク、反之、側方ニハ大血管多數ニ存在ス。

2) 腹膜懸轡部ノ壓排 Hinaufschieben der Peritonealfalte 腹膜皺襞ハ横徑ノ白線トシテ赤色ノ結締織中ニ認ムルヲ得ベシ。分娩經過進捗セルモノニアリテハ膀胱ヲ壓排スレバ直チニ之ヲ認ムルヲ得ベク、只少シク之ヲ上方ニ排除スレバ可ナリ。反之、分娩尙進捗セザルカ又ハ胎兒先進部此部ニ存セザルトキハ、腹膜皺襞ヲ認ムルヲ得ズ斯カル際ハ膀胱ヲ中線ニ壓排セル後瓦設ヲ以テ子宮下部前方ノ結締織ヲ上方ニ移動セシムレバ結締織ノミノ移動性ナリヤ腹膜皺襞ニ於ケル兩腹膜面ノ移動性ナリヤヲ識別スルヲ得ベク、前者ナレバ此部ハ既ニ腹膜皺襞ヨリ下方ナルヲ知ルベク、後者ナレバ該皺襞ヲ鬆粗ナル結締織ヨリ瓦設ヲ以テ上方ニ剝離壓排スベシ。

之ニ於テ膀胱及ビ腹壁ヲ鈍鉤又ハ腹壁鉤ヲ以テ左右ニ壓排スレバ切開スベキ子宮下部ハ充分ニ露出セラルベシ。

3. 子宮壁ノ切開 Uterusschnitt.

子宮壁ノ切開ハ可成の中央ニ近キ血管少キ部ニ於テスベク、決シテ側方ニ偏シ大血管ヲ損傷スルコトアルベカラズ。切開時ニ於ケル出血ハ通常僅少ニシテ定型的帝王切開術ノ場合ト比較スベクモアラズ。然レドモ時トシテ可ナリノ出血アルコトアルモ此際止血ヲ行ハズ直チニ胎兒娩出ヲ急グベシ。之胎兒娩出中ハ出血ノ感ナケレバナリ。

4. 胎兒娩出 Kindesgebur.

此時迄骨盤高位トナセルモ胎兒娩出ニ際シテハ反對ニ骨盤ヲ低クス可シ。頭蓋位ナレバ鉗子ニヨルカ又ハ指ヲ口ニ鉤シ顔面線ヲ切開口ノ方向ニ一致セシメ之ヨリ娩出セシムベク、キュストネル氏ハ小額門ヲ切開口ニ來ラシメ之ヨリ娩出セシム。又用手娩出術ニヨルモ可ナリ。

胎兒娩出ヲ終レバ再ビ骨盤高位ニ復スベシ。

5. 胎盤娩出 Placentalgebur.

此時子宮切開口縁ニ數箇ノ鑑子ヲ鉤シ腹壁創口ヨリ其後退スルヲ防グベシ。而シテ胎盤ハ グレーデ氏法ニヨリ壓出スルカ、又ハ手術時ヲ短縮スルタメ塞口用手剝離ニヨリ娩出セシムルヲ可トス。

胎盤娩出後ハ直チニ沃度仿謨瓦設ヲ子宮腔ニ栓塞シ他端ハ外子宮口ヲ通シ腔ニ導クベシ、デ氏ハ之ヲ以テ手術竈ヨリノ創液乃至惡露ノ流出ヲ良クスルノ利アリト

セリ。

6. 子宮壁ノ縫合 Uterusnaht.

切開口ハ子宮體切開口ト異ナリ菲薄ナルヲ以テ縫合容易ニシテ先ヅ腸線ヲ以テ走行縫合ヲ行ヒ次デ第二ノ走行縫合ヲ以テ其上ニ結締織ヲ被覆スベシ。

7. 腹壁ノ縫合 Bauchnaht.

次デ普通ノ方法ニテ腹壁ヲ縫合スベシ。

腹膜外切開法ハ未ダ病毒感染ノ微候ナキモ破水後久シキニ瀕レルカ、又ハ種々ノ操作ヲ試ミ傳染ノ危惧アルモノニ於テ最モ恰好スルモノニシテ、時トシテ結締織及ビ子宮創口ヲ開放セルママ排膿管ヲ挿置スルヲ可トスルコトアリ。

ルベスカ、
セルハイ
ム氏法

又若シ既ニ病毒感染セルモノニ於テ帝王切開術ヲ施スニハルベスカ、セルハイム、Rubeska-Selheim 氏法ニ從ヒ、恥骨縫際上ニ於テ正中線ニ沿フテ腹壁ニ縱切創ヲ加ヘ、腹壁腹膜ヲ一方皮膚創縁ト他方子宮漿膜トニ密接ニ縫合シ、然ル後子宮壁ヲ縱徑ニ切開シテ胎兒及ビ後産ヲ挽出シ、次デ子宮創縁ヲ腹壁ニ固定シ、斯クテ生ゼル子宮腹壁瘻孔 Uterusbauchdecken fistel ニハ瓦設ヲ挿入シテ惡露ノ流出ヲ助ケ、子宮縮小シ且ツ病毒自ラ消滅スルヲ待テ更ニ子宮壁及ビ腹壁ヲ各自縫合閉鎖スルモノトス。

子宮腹壁瘻

定型の帝王切開術ノ殊有點

保存的帝王切開術ノ二者ヲ比較スルニ、定型の手術ハ操作簡單ニシテ短時間内ニ終了シ得ルヲ得テ一般醫師ノ施行スルニ適シ、或ハ母體死後胎兒ヲ救済スルニ用フベク又前置胎盤ニ於テ其附著面ヲ避ケントスルトキ、若クハ子宮脱出症ノ爲メ腔固定術ヲ施セルモノニシテ子宮下部ノ癒著アルモノ等ニ應用セラル、恥骨縫際上帝王切開術モ亦種々ノ點ニ於テ優秀ナルモノアリ。即チ 1) 筋膜横走切開ヲ以テスルモノナルガ故ニ、後來歇爾尼亞發生ノ恐アルコトナク、且ツ陰毛發生部ノ限界ニシテ而モ皮膚皺襞ノ存スル所ナルヲ以テ 2) 外觀ヲ損スルコト極テ鮮少ナリ、3) 殊ニ最モ卓越セルトナス所以ハ、子宮創面ヨリノ出血少キノ一事之ナリ。蓋シ此際切開創ハ血管ニ乏シキ擴張部ニ加ヘラルルモノニシテ、胎盤附著部ニモ亦遭遇スルコトナク、加フルニ菲薄ナル子宮壁ナルヲ以テ其縫合容易ニシテ從ツテ迅速且ツ確實ニ行フコトヲ得ルヲ以テナリ。4) 其他胎盤ハ腹膜上ヨリ壓出シ得

恥骨縫際
上帝王切
開術ノ優
レル點

ルヲ以テ多クハ用手剝離ヲ避ケ得ベク、從ツテ子宮内傳染ノ危險モ亦少ナク、5) 加之術中腸管ノ腹腔外ニ脱出スルコトナキガ故ニ腹膜性震盪症 Peritonealer Schock ヲ起スコトナシトス。然レドモ a) 施術ノ多少困難ナルト、b) 子宮創ノ癒痕ハ子宮壁ノ菲薄ナル部分ニ生ズルヲ以テ空洞筋ニ生ズルモノニ比シテ纖弱ナルヲ免レズ、從テ爾後ノ分娩ニ際シ破裂シ易キ傾向アリトス。

恥骨縫際
上帝王切
開術ノ不
利ナル點

後療法

保存的の手術ヲナセル後8日間ハ安靜仰臥ニ就カシムベシ。而シテ當初麻酔ノ爲メ嘔氣アルモノニハ全ク食餌ヲ與ヘズ、其漸ク輕快スルニ從ヒテ冷茶及ビ牛乳ヲ攝ラシムベク、第2日ニ至レバ流動食ヲ與フルヲ得ベシ。第2若クハ第3日ニ於テ通例腸内瓦斯自ラ排出スルモノナリ。又第3日否ラザレバ晩クモ第4日ニ於テ浣腸ヲ施シテ通利ヲ計リ而シテ後逐次常食ニ移行シ8日乃至10日ニ至リテ縫合絲ヲ拔去シ絆創膏綑帶ヲ施シ第2週ヲ經過スレバ離牀セシメテ可ナリ。其他產褥中ヲ通ジテ惡露ノ流泄ニ障礙アラシムベカラズ。蓋シ、惡露ノ蓄積ヲ來スコトアレバ爲メニ子宮創面癒痕ノ離開ヲ招致スルコトアルベケレバナリ。

B 根治的帝王切開術 Radikaler Kaiserschnitt.

前述ノ如キ適應症ノ存スルアリテ帝王切開術ヲ施スニ當リ、子宮ヲ保留シテ之ヲ腹腔内ニ還納スルニヨリテ却テ母體生命ノ危殆ヲ招來スルノ恐アルモノニ於テハ、同時ニ子宮ヲ其附屬器ト共ニ剔出スルコトアリ。所謂根治的帝王切開術之ナリ。而シテ之ヲ適應スル主ナルモノハ次ノ如シ。

適應症

1. 子宮内容ノ病毒傳染 Infektion des Uterusinhalt.

絕對的適應症アリテ爲ニ帝王切開術ヲ避クル能ハズ、而モ子宮内容既ニ病毒感染ヲ來シタルカ、又ハ子宮癌腫ノ如ク其分泌液分解セルトキ子宮ヲ保存スルハ子宮創隨テ腹膜ノ枝害セラルル虞アレバナリ。

2. 軟部産道ノ閉鎖或ニ高度狭窄 Atresie und hochgradige Stenose des weichen Geburtskanals.

之ガ爲メ自然産道ヲ通ジテ胎兒ヲ挽出セシムルコト能ハズ、舌ラザルモ産褥中惡露ノ流出阻礙セラレ惡露蓄積 Lochiometra ヲ來シ、爲メニ創縁離開シ腹腔ヲ汚染スルノ危険アレバナリ。

但シ子宮口ノ狭小ナルモノニ於テハ根治的手術ニヨラズ保存的手術ヲ行ヒ此際豫メ少シク之ヲ擴張シ産褥中1日1乃至2回子宮内洗滌ヲ行ヒ以テ惡露蓄積ノ危険ヲ免レシメ得ルコトアリ。

3. 子宮癌腫 Carcinoma uteri.

癌腫自己ノ存在ハ子宮ノ保存ヲ許サザルノミナラズ、其腐敗、分解セル分泌ハ産牀傳染ノ危険大ナレバナリ。

4. 子宮筋腫 Myoma uteri.

子宮筋腫存シ爲メニ帝王切開術ヲ適示スルモノニ在リテハ同時ニ罹患子宮ヲ切除スルモノトス。蓋シ爾後早晚筋腫剔出術ヲ行ハザルベカラザルヲ以テナリ。

5. 骨軟化症 Osteomalacie.

由來骨軟化症ハ妊娠ヲ重スル毎ニ増悪スルモノナルノミナラズ、フーリング Fehling 氏ニヨレバ内生殖器殊ニ卵巣ヲ除去スレバ其治癒ヲ見ルコトアルヲ以テ、偶々本症ノ爲メニ帝王切開術ヲ要スルモノアルトキハ、根治的手術ニヨリテ將來ノ妊娠ヲ制止シ併セテ骨軟化症ノ輕快ヲ計ル可トス。

近來ツワイフェル、デーアルライン Zweif. Döderlein 氏等ハ此際保存的手術ヲ施シ然ル後單ニ卵巣剔出ヲ行フ可トナストセリ。

6. 弛緩性大出血 Foudroyante atonische Blutung.

極メテ稀有ノコトニ屬スト雖モ時トシテ帝王切開術ヲ施セル後子宮無力症ニ陥リテ甚キ出血ヲ來シ、而モ他ノ種々ノ方法ニヨルモ之ヲ防止シ得ザルトキハ子宮ヲ切除シテ血管結紮ヲ施サザルベカラザルコトアリ。

施術式

A. ポロー氏手術 Porrosche Operation.

1876年 ポロー氏始テ バグ、アニ於テ行ヘル術式ニシテ、之ニ要スル準備並ニ手術當初ニ於ケル操作ハ毫モ定型の帝王切開術ニ於ケルト異ナルコトナシト雖モ、

胎兒挿出後腔上部ニ於テ子宮ヲ切斷シ、之ヲ其附屬器ト共ニ摘出スルヲ異ナレリトス、而シテ子宮斷端ノ處置ニ二法アリ。

1. 腹膜後斷端處置法 Porro mit retroperitonealer Stielbehandlung.

正中線ニ沿ヒ恥骨縫際ニ達スル切創ニヨリテ腹腔ヲ開キ、子宮ヲ腹壁外ニ擧出シ、之ヲ切開シテ胎兒及ビ胎盤、卵膜等ヲ挽出シタル後、先ヅ兩側ノ漏斗骨盤靱帶ト共ニ其中ヲ走ル精系脈管、次ニ圓靱帶ヲ夫々結紮切斷シ、更ニ膀胱ノ直上ニ於テ及刀ヲ以テ子宮漿膜ニ横切創ヲ加ヘ、之ヨリ徐ロニ剝離シ膀胱ト共ニ下方ニ推移セシムルトキハ、子宮頸部ハ其側縁ニ沿フテ走レル子宮脈管ト共ニ露出スベシ。之ニ於テ是等ノ血管ヲ纏絡結紮シ、其稍上方大約内子宮口部ニ於テ横ニ體部ヲ切斷シ、創口ニ現ハレタル血管ニシテ出血スルモノハ之ヲ結紮シタル後走行縫合ニヨリテ腹膜創縁ヲ密著セシムベシ。而シテ之ガ爲メニハ先ヅ一側ノ漏斗骨盤靱帶ノ斷端ヨリ著手シ、腹腔下底ニ沿フテ横行シテ他側ノ同名靱帶ニ臻ルモノニシテ、其間膀胱腹膜ヲ以テ子宮頸部斷端ヲ被覆スルモノナルガ故ニ全ク之ヲ腹膜後方ニ在ラシムルヲ得ルモノナリ。其他靱帶ノ斷端及ビ結紮端ハ凡テ腹膜ニ被ハレシムルニ努ムルヲ要ス。斯クテ後上來敘述セル方法ニヨリテ腹壁閉鎖ヲ行フモノナリ。

此方法ハ産道ノ閉鎖、骨軟化症、子宮筋腫、剔出不可能ノ癌腫等ニ應用スルモノナリ。

2. 腹膜外斷端處置法 Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung.

子宮内容ノ既ニ病菌ノ感染ヲ受ケタルモノニ於テハ子宮頸部斷端ハ次ノ如ク之ヲ腹膜外ニ於テ處置ス。即チ前法ノ如ク腹壁ヲ切開シ其創口ヨリ子宮ヲ擧出シタル後、其頸部ヲ腹壁創ノ下端ニ於テ緊ク腹膜ニ縫合シ、爾他ノ腹壁創口モ亦縫合密閉シ子宮體部ヲシテ全ク腹膜外ニ來ラシメ、布片ヲ以テ腹壁創ヲ被覆シ、而シテ後子宮ヲ切開シテ胎兒及ビ後産ヲ挽出シ、次デ頸部ヲ匝リテ彈性性護謨管ヲ纏絡緊縛シ、少シク其上方ニ於テ子宮體部ヲ切斷シ、斷端ハ烙白金ヲ以テ燒灼シ、而シテ後長強ナル金屬針ヲ之ニ穿貫シ以テ其腹腔内ニ退縮スルヲ防ギ、更ニ腹壁ヲ縫合シ頸部斷端ニハ沃度仿謨瓦設ヲ貼シテ繻帶ヲ施ス。

手術後ノ経過ハ前者ノ場合ニハ保存的手術ニ於ケルト異ナルナシト雖モ、後者ノ場合ニ在リテハ斷端清潔トナリ且ツ退縮スルニ多クノ時日ヲ要スルヲ以テ從ツテ恢復期長キニ互リ、加フルニ斷端ヲ縫合セル個所ニハ筋膜缺損スルヲ以テ後來之ヨリ歇爾尼亞ヲ起ス恐アリトス。

B. 腹式子宮全剔出術 Abdominale Totalexstirpation des Uterus.

腹壁ヲ正中線ニ沿フテ恥骨縫際ニ達スルマデ切開シ、子宮ヲ腹壁外ニ搬出セシメ、之ヲ切開シテ胎兒及ビ後産ヲ挽出スルコト前諸法ノ如クシ、而シテ後、腹膜後斷端處置法ニ由ル ボロー氏手術ニ於ケルガ如ク兩側ノ漏斗骨盤靱帶及ビ圓靱帶ヲ結紮切斷シ、子宮漿膜ヲ前方膀胱上方ニ於テ横ニ切開シテ子宮頸部及ビ上部腔壁ヨリ鈍性ニ膀胱ヲ剝離シ、次デ頸部側方ニ存スル子宮動脈ヲ結紮切斷シ、更ニ後方子宮漿膜ヲ横切シ、鈍性ニ剝離シテ腔後壁ノ上部ヲ露出セシメ、之ニ於テ腔壁上部ヲ輪狀ニ切斷シテ子宮及ビ其附屬器ヲ悉ク剔出スベシ。而シテ是等ノ操作ヲ爲スニ當リ輸尿管ノ損傷ヲ來サザランコトニ深ク注意セザルベカラザルノミナラズ、子宮竝ニ腔内容ヲシテ腹腔内ヲ汚染セシメザランコトニ努メザルベカラズ。腔斷端ノ出血部ヲ結紮シ、次デ膀胱腹膜ヲ前腔壁斷端ニ、後方腹膜ハ之ヲ後腔壁斷端ニ縫合シ、側方ニ存スル偏靱帶斷端ハ横ニ縫合シテ之ヲ閉鎖シ腹腔ト開通セル腔管ニハ沃度仿謨瓦設若クハ乾燥滅菌瓦設ヲ上方腹腔ヨリ下方腔管ニ向ヒテ挿入シ、之ヲ外方ニ導キ、而シテ後腹壁ヲ縫合シテ手術ヲ終ルベク、腔内瓦設ハ第2若クハ第3日ニ於テ除去スベシ。

此手術ハ 1) 産道内ニ既ニ傳染ヲ來シ、子宮頸部ニ敗血症性血塞ノアルアリテ膿毒症ヲ惹起スルノ恐アルモノ、及ビ 2) 手術可能ナル頸部癌腫ノ存スルモノニ適用スベキモノニシテ、前者ニ在リテハ殊ニ手術ノ際子宮竝ニ腔内容ヲシテ腹腔内ニ漏出セシメザランコトニ注意スベク、後者ニ於テハ子宮ト共ニ其附近ニ存スル淋巴腺及ビ骨盤結竈織ヲモ剔出セザルベカラズ。

腹式帝王切開術ノ豫後

母體ニ對スル豫後

主トシテ適應要約ノ當否具斷ニ關スルモノニシテ、病院内ニ於テ熟練セル術手ニ

ヨリテ行ハレ、加フルニ豫メ産道内ノ傳染ナカリシモノニ在リテハ、破水後久シキニ互リ諸種ノ分娩手術ヲ試ミテ其目的ヲ達スル能ハズ、而モ直チニ患家ニ於テ帝王切開術ヲ行ハザルベカラザルモノニ比シテ豫後ノ良否較ブベキニアラザルナリ。故ニ腹式帝王切開術ヲ要スベキモノナルヲ豫知シ得ルモノハ妊娠期中ニ於テ既ニ之ヲ病院ニ委託シ要ニ臨メバ直チニ手術ヲ受ケシムルヲ可トス。

今豫後ニ關シニ三ノ統計ヲ示セバ次ノ如シ。

保存的手術 (Olshausen, Leopold, Schauta)

手術種類	手術數	死亡數	死亡率
定型的手術	456	30	7%
恥骨縫際上手術	162	11	7%

根治的手術 (Truzzi)

手術種類	死亡率
腹膜後斷端處置ニヨルボロー氏手術	23.6%
腹膜外斷端處置ニヨルボロー氏手術	16.5%
子宮全剔出術	16.6%

東大醫學部産科學教室ニ於テ明治三十五年ヨリ大正七年ニ至ル間ニ執行セラレタル 98 例ノ腹式帝王切開術ニ就キテ見ルニ

手術種類	手術數	死亡數	死亡率
定型的手術	78	7	8.9%
腹膜外手術	9	3	33.3%
ボロー氏手術	11	1	9.0%

尙 ハムメルシュラーグ氏ノ蒐集セル統計ニヨル帝王切開術ノ適應セル諸疾患ハ次ノ如シ。

適應症	手術種類	
	保存的手術(504)	根治的手術(1097)
狹 窄 骨 盤	408	822
子 宮 筋 腫	12	108
癌 腫 (子宮, 腔, 直腸)	7	65
保存的手術後ノ弛緩性出血	0	38
生殖器ノ閉鎖及狹窄	5	30

卵 巢 腫 瘍	2	16
既往手術及ビ疾患ニヨル子宮癒著	9	8
子 宮 癒	12	7
子 宮 傳 染	0	3
横 位	3	0
前 置 胎 盤	3	0
腎 臟 炎	2	0
心 臟 疾 患	2	0
骨 盤 化 膿	0	2

東大醫學部産科教室ニ於ケル前記 98 例ニ在リテハ

適應症	手術種類	保 存 的 手 術		根治的手術
		定型的手術	腹膜外手術	
狹 窄 骨 盤		44	6	1
軟 部 狹 窄		3	0	0
子 宮 癒		15	2	0
前 置 胎 盤		11	1	1
子 宮 腫 瘍		0	0	9
其 他		5	0	0

母體死亡ハ 1) 傳染其主因ニシテ其由テ來ルハ直接術者ノ手指ヨリスルコトアリ、或ハ手術中若クハ産褥期中ニ於テ含菌子宮内容ノ腹腔内ニ漏泄シテ腹膜炎ヲ惹起スルコトニヨルコトアリ、ホルランド 及 ケル Holland u. Kerr 兩氏ノ統計ニヨルモ 124 例、ノ母體死亡中汎發性腹膜炎 50 例、敗血症 27 例ニシテ手術後ノ肺炎 15 例、血栓 9 例、腸閉塞症 5 例ニ過ギズ。

尙帝王切開術ノ豫後ハ分娩開始後時間ヲ經過セザルモノ程良好ナルハ明カナル所ニシテ ホルランド 及 アードリー Holland u. Eardly 氏ノ 3374 例ノ定型の帝王切開術ニ於ケル母體死亡率ハ次ノ如シ。

陣痛開始期ニハ	1.6%
分娩開始後 6 時間以内	1.8%
同 以後	10.7%

錯子遂焼ヲ試ミシ後 27.0%

保存的手術ヲ施セル後 2) 惡露ノ排除阻害セラレテ其蓄積ヲ來ス時ハ爲メニ子宮 惡露蓄積縫合壓閉セラレ腹腔ヲ汚染スルコトアリ。故ニ産褥中惡露流出ノ劇減若クハ停止ヲ認ムレバ、深ク注意シテ内診ヲ行ヒ、頸管疏通ノ障礙アラバ之ヲ除去シ、且ツ要ニ臨ミテハ之ニ排泄管ヲ挿入スベシ。

帝王切開術ノ母體ニ對スル豫後ハ又手術中ニ起ル 3) 附近臟器ノ損傷ニ係ル所アリ、殊ニ再度ノ帝王切開術ノ際ニ然リトス。而シテ損傷ハ主トシテ腸管ト膀胱トニ發スルモノニシテ、元來正確ニ手術ヲ履行スルトキハ之ヲ避ケ得ベキハ勿論ナリト雖モ、既ニ之ヲ發セルトキハ速ニ縫合ヲ施スベシトス。

後豫後 Spätprognose

1) 癒著。保存の帝王切開術後、殊ニ定型の手術後ニ於テハ屢々子宮壁ト腹壁腸管、大網膜ト癒著ヲ來スコトアルモ、多クハ何等殊別ナル障礙ヲ表スコトナシトス。只再度ノ帝王切開術ノ際癒著セル是等臟器ノ損傷ヲ來サザル様最善ノ注意ヲ拂フベシ。

2) 子宮破裂。次回ノ妊娠又ハ分娩ニ際シ稀ニ帝王切開術ノ癒痕破裂ヲ來スコトアリ、エ. シュレーデル E. Schröder ニ依レバ 1.2% ニ過ギズト。

胎兒ニ對スル豫後

手術當初ニ於テ假死ノ危險存セザルモノニ在リテハ其豫後多クハ良好ナリ。而シテ胎兒ノ死亡ハ主トシテ假死ニ因スルモノナルガ故ニ、分娩經過遲延シ且ツ多量ノ麻醉藥ヲ要スルモノニ於テ豫後不良ナルハ自ラ明カニシテ、從ツテ保存的手術ニ於ケルハ根治的手術ニ於ケルモノニ比シテ遙ニ良好ナリ。然レドモ帝王切開術ヲ行フニ當リ殊ニ絶對的適應症ニ應ゼントスルモノニアリテハ、屢々胎兒生命ノ安危ヲ顧ルノ邊ナキモノアルヲ以テ、之ヲ統計ニ徵スルトキハ胎兒ノ死亡率ハ決シテ爾ク小ナルモノニアラザルナリ。

手術種類	死 亡 率		東大醫學部産科教室		
	ハムメルシュラーグ氏	手術數	手術數	小 兒 死 亡	小 兒 死 亡
定型的手術 (保存的手術)	551	7.5%	78	9	11.5%
腹膜外手術			9	0	0
根治的手術	1108	22.0%	11	3	27.2%

損傷

兒體損傷 子宮壁ヲ切開スルニ當リ其刀ヲ加フルコト深キニ失スルトキハ、爲メニ兒體ヲ傷クルコトアルヲ以テ注意セザルベカラズ。而シテ既ニ之ヲ來セルトキハ繃帶ヲ施スカ或ハ時トシテ縫合ヲ要スルコトアリ。

母體ノ瀕死又ハ死亡後ニ於ケル帝王切開術 Kaiserschnitt an der Sterbenden oder Toten.

母體卒然死亡スルトキハ胎兒ハ尙克ク 10 乃至 30 分間ノ生命ヲ保持シ得ルコトアルモノナルヲ以テ、妊娠末期若クハ分娩初期ニ於テ母體卒然死亡スルカ又ハ瀕死ノ狀ニ陥リテ而モ胎兒尙生存シ、且ツ他ノ情況モ亦帝王切開術ヲ行フニ適スルモノナルトキハ之ヲ敢行スベク、歐洲ニ於テハ之ヲ爲スヲ以テ醫師ノ義務ナリトシテ法律ノ制定ヲ見ル所アリ。然レドモ母體ノ死後胎兒ヲ救済シ得ルハ實際上甚々稀有ニシテ、母體ノ死亡ニ先チテ多クハ胎兒既ニ死亡スルモノナリ。而シテ比較的胎兒ニ利ナルハ母體ノ急性亡血並ニ中毒死、急性嘔嘔仿誤麻酔死、其他ノ自殺等ニシテ母體ノ高熱、心、肺臟疾患ニ因スル血液ノ靜脈性劇増、母體血壓ノ瀰久、高度ノ沈降等ハ不良ナリトス。

母體死亡セル際産道既ニ擴張シテ簡易ナル挽出術ニヨリテ胎兒ヲ救済シ得ベキモノナルトキハ勿論之ヲ敢行スベシト雖モ、其然ラザルモノニシテ胎兒心音尙聴取シ得ルモノナルトキハ直チニ帝王切開術ヲ施スベシ。而シテ其施術操作ハ極メテ簡易ナルベキモ挽出兒ヲ蘇生セシムルニ於テ努力ヲ要スルコトアリ。

瀕死ノ狀ニ在ル母體ニ對シテ之ヲ行ハシニハ、其準備並ニ操作等ハ全ク通常ノ帝王切開術ニ於ケルト異ナルコトナキヲ要シ、且ツ他ノ二三醫師ノ診斷ニヨリ産婦生命ノ持續不可能ナルベシトノ說相一致セルモノニ於テノミ施スベク、尙關係者ノ承認ヲ得タルモノナルベキナリ。

B. 腔式帝王切開術 Vaginaler Kaiserschnitt

所謂腔式子宮切開術 *Hysterotomia vaginalis* ニシテ、1896 年ヂュールセン氏之ヲ挽出手術ニ適用シ腔式帝王切開術ト稱セリ。即チ自然産道ヲ利用シテ子宮ヲ切開シ、之ヨリ胎兒ヲ挽出スル方法ニシテ陣痛ノ有無、子宮口ノ大小ヲ顧慮スルコトナクシテ行ヒ得ベキモノナルガ故ニ、分娩初期、加之、妊娠期中ニ於テモ亦之ヲ

施スコトヲ得ルモノナリ。

適應症

1. 母體ノ危險狀態 Lebensdrohende Zustände der Mutter.

妊娠中又ハ分娩初期ニ於テ母體ニ其生命ヲ脅スベキ症狀發來シ、而モ分娩ヲ速了セシムルニ由リテ之ヲ輕減若クハ除去シ得ルモノ

- a. 子癇
- b. 正位胎盤ノ早期剝離及ビ前置胎盤
- c. 重症ノ内科的疾患殊ニ心、肺、並ニ腎臟疾患

如上ノ疾患ハ必ズシモ常ニ帝王切開術ノ如キ急速分娩ヲ要スルモノニアラズ。從ツテ他ノ緩和ナル處置、例之、めとろいりんてる挿入若クハ雙合迴轉術等ノ如キニヨリテ愛護的ニ克ク其目的ヲ達シ得ルコト多シト雖モ、甚シキ重症ニシテ爲メニ躊躇スルヲ許サザルノミナラズ、陣痛ノ反復モ却テ病勢ヲシテ益々増悪セシムルノ恐レアルモノナルトキハ要約ノ如何ニ從ツテ腔式若クハ腹式帝王切開術又ハボッシー氏擴大術ヲ敢行スベシトス。

2. 子宮頸部腫瘍又ハ頸管狭窄 Geschwulst und Stenose des Cervix.

是等ノ場合ニハ陣痛ニヨリテ頸管ヲ擴大スルハ頗ル困難ニシテ殊ニ頸管壁若クハ子宮腔部ノ筋腫、癩痕性狭窄等ニ於テ甚シ。

癌腫ニシテ手術可能ナルモノハ分娩後子宮ノ剔出ヲ要スルモノナルガ故ニ、寧ロ腹式帝王切開術後直チニ腹式子宮全剔出術ニ據ルヲ良シトス。蓋シ腔式子宮全剔出術ニ在リテハ病竈ヲ殘餘スルコト困難ナルヲ以テ從ツテ再發ノ虞レ大ナレバナリ。

3. 子宮ノ位置異常 Lageanomalien des Uterus.

癒著セル後屈妊娠子宮嵌頓シテ爲メニ危險ナル狀態ニ陥リ、整復術ヲ行フモ成功ヲ得ル能ハズ、卵膜穿刺法ニ依ルモ目的ヲ達シ得ザル時ハ、腔式帝王切開術ヲ行フコトアリ。

4. 開口期ニ於ケル危險ナル胎兒假死徵候 Schwere Asphyxie des Kindes in der Eröffnungsperiode.

分娩初期ニ於テ子宮頸管尙僅カニ擴大セルノミナルニ當リ、突如胎兒假死ノ徵候現ハレタルトキ之ヲ救済スルハ獨リ腔式帝王切開術アルノミナリ。然レドモ此際母體ニハ何等ノ適應症ナク單ニ胎兒ノミ念トスルモノナルガ故ニ生兒ヲ熟望スルモノニアラザレバ施スベキモノニアラス。

手術要約

腔式帝王切開術ハ一般ニ比較的簡易ナルモノナレドモ、而モ腹式手術ト同ジク産科大手術ノ一ナルニ外ナラザルヲ以テ、施術要件並ニ其準備等ニ於テ間然スル所ナカラコトヲ期セザルベカラズ。

1. 術者ハ技術ニ習熟セルモノナラザルベカラズ。

前述セルガ如ク手術操作ハ比較的簡單ナルモノナレドモ、手術室ノ狹小ニシテ從ツテ位置方向等ヲ知ルニ困難ナルガ爲メ不測ノ偶發症ヲ發シ、手術ノ障礙ヲ來スコトアルヲ以テ、術者ハ腔式手術ニ熟達セルモノナルヲ要ス。

2. 介助者並ニ其他ノ手術材料ヲ具備セザルベカラズ。

腔式手術ニ於テモ亦充分ナル介助者ヲ要シ、且ツ是等ハ消毒法ヲ理解シ嚴行スルモノナラザルベカラズ。又器械並ニ縫帶材料等ハ凡テ消毒法ニ備フヲ要ス、故ニ分娩經過中腔式帝王切開術ノ適應症發來セル時ニ當リ、是等ノ準備ヲ缺キ且ツ病院ニ轉託スルノ邊ナキトキハ寧ロ之ヲ行ハザルヲ可トス。

3. 骨部産道ニ絕對的狭窄アルベカラズ。

腔式手術ハ陣痛ノ克ク排除シ得ザル軟部産道ノ抵抗ヲ輕減セシムルニ止マルモノナルヲ以テ、骨盤ニシテ絕對狭窄アルトキハ此手術ヲ行フ能ハザルナリ。

4. 軟部産道ノ狀況手術ニ適スルモノナラザルベカラズ。

子宮頸部ハ之ニ鉗子ヲ鉤シテ強ク下方ニ牽引スルノ要アルモノナルガ故ニ、其組織、例之、高度ノ浮腫性浸潤ニヨリ著シク脆弱トナレルモノナルトキハ、此際斷裂ヲ來スニ至ルベク、又骨盤結締織及ビ腔穹窿部ノ伸展性不十分ナルトキハ強ク腔部ヲ牽下スルコト能ハザルモノナリ。故ニ斯ノ如キモノニ在リテハ、要件ノ許スアラバ腹式帝王切開術ヲ施スヲ可トス。

5. 産道内ニハ病原菌ヲ有スベカラズ。

産道内無菌ナルトキハ其創傷能ク第一期癒合ヲ營ミテ速ニ治ニ就クベシ。而シテ多少ノ體温上昇ハ手術ニ對シ絕對的禁忌ニアラズト雖モ、若シ病毒傳染ノ微顯著ナルモノニ於テ、強テ手術ヲ行フトキハ單ニ局所ノ化膿ヲ惹起スルノミナズ、甚シキハ敗血症ヲ招來スルコトアルモノナリ。

手術時ノ準備

1. 患者ノ準備

患婦ハ手術臺上ニ於テ截石位ニ在ラシメ、陰毛ヲ剃去シ外陰部及ビ其附近並ニ腔管ハ嚴密ニ消毒シ、導尿ニヨリ膀胱ヲ空虚ニシ、全身麻酔ヲ施スベシ。手術領域ハ殺菌布ヲ以テ之ヲ限制シ、手術前約 20 分時ニ於テエルゴチン注射ヲ行ヒ、以テ術後弛緩症ノ襲來ニ備フルヲ可トス。

2. 器械

腔式帝王切開術ニ要スル器械ハ次ノ如シ。切開刀(2 個)、止血鉗子、直及ビ彎剪刀、球鉗子若クハ腔部鉗子、彎曲針、持針器、外科鑷子(2 個)、腔鏡及ビ壓定鉤、縫合絲(腸線及絹絲)、(産科鉗子、穿顱器、くらにおくらすと)、生兒蘇生術ニ要スル諸器械。

施術式

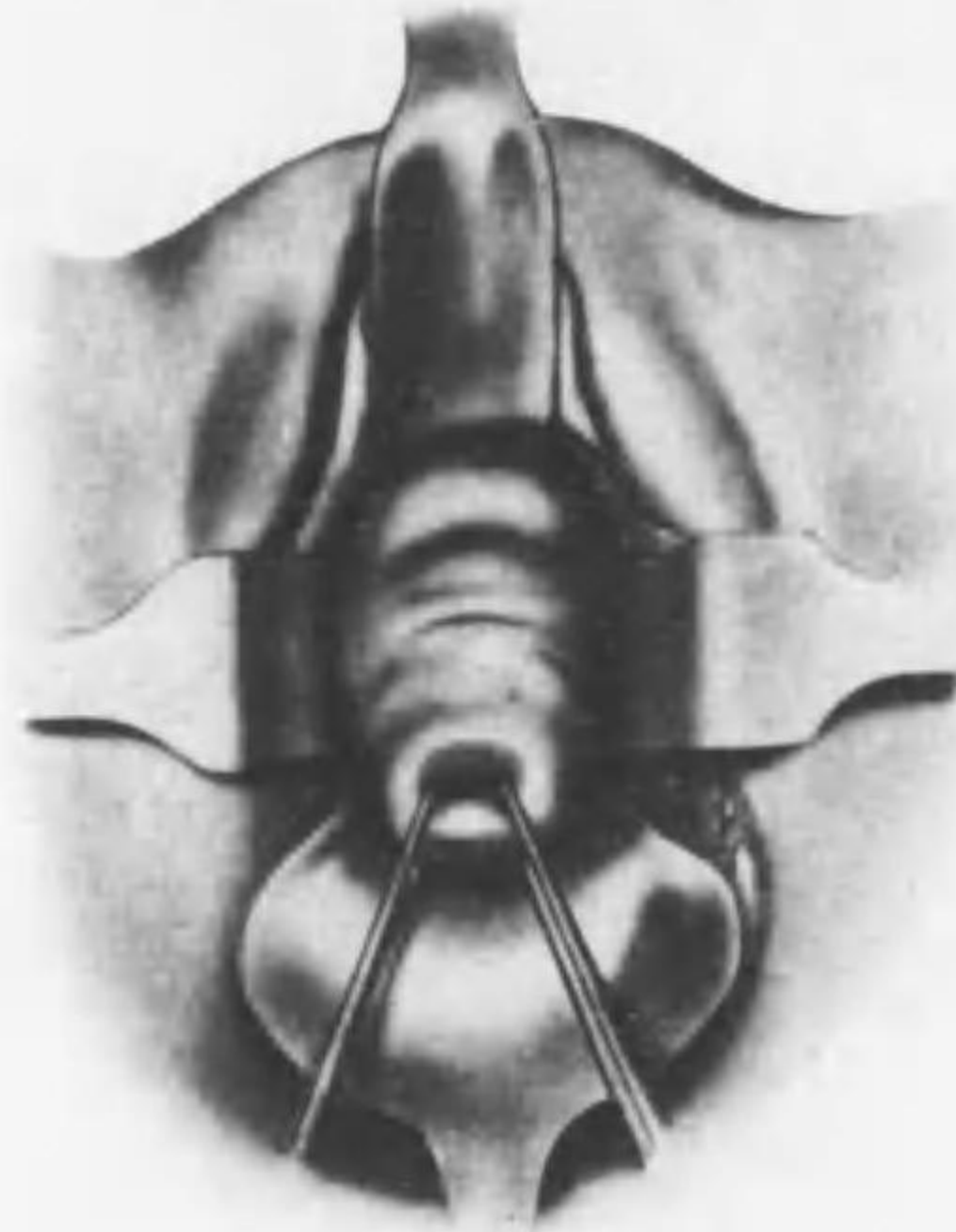
腔式帝王切開術ハ次ノ順序ヲ以テ之ヲ行フモノナリ。

1. 子宮腔部ノ牽引固定 Fixierung der Portio vaginalis (第百五十一圖)

先ヅ腔鏡ヲ腔ノ後方ニ側板ヲ前方及ビ左右兩側ニ挿入シテ子宮腔部ヲ露出シ、子宮口兩側角ニ球鉗子若クハ腔部鉗子ヲ鉤シテ強ク下方ニ牽引シ腔部ヲシテ腔入口ニ來ラシメ茲ニ固定スベシ、又若シ、子宮頸管既ニ少シク開セルモノニ在リテハめとろいりんてるヲ子宮腔内ニ挿入シ、之ニ牽引ヲ加ヘテ子宮腔部ヲ下行セシムルモノ可ナリ。

經産婦ニシテ腔廣調ナルモノニ在リテハ敢テ之ヲ要セズト雖モ、初産婦ニシテ腔狹隘ナルモノニ於テハ手術室ニ達シ易カラシメシガ爲メ腔會陰切開一腔周圍切開 Scheidendamminzision, Paravaginalschnitt. (第百五十一圖)ヲ加ヘ之ヲ擴大セシムルヲ可トス、乃チ術者並ニ患婦ノ左側ニ立テ介助者ハ各其左手ノ示

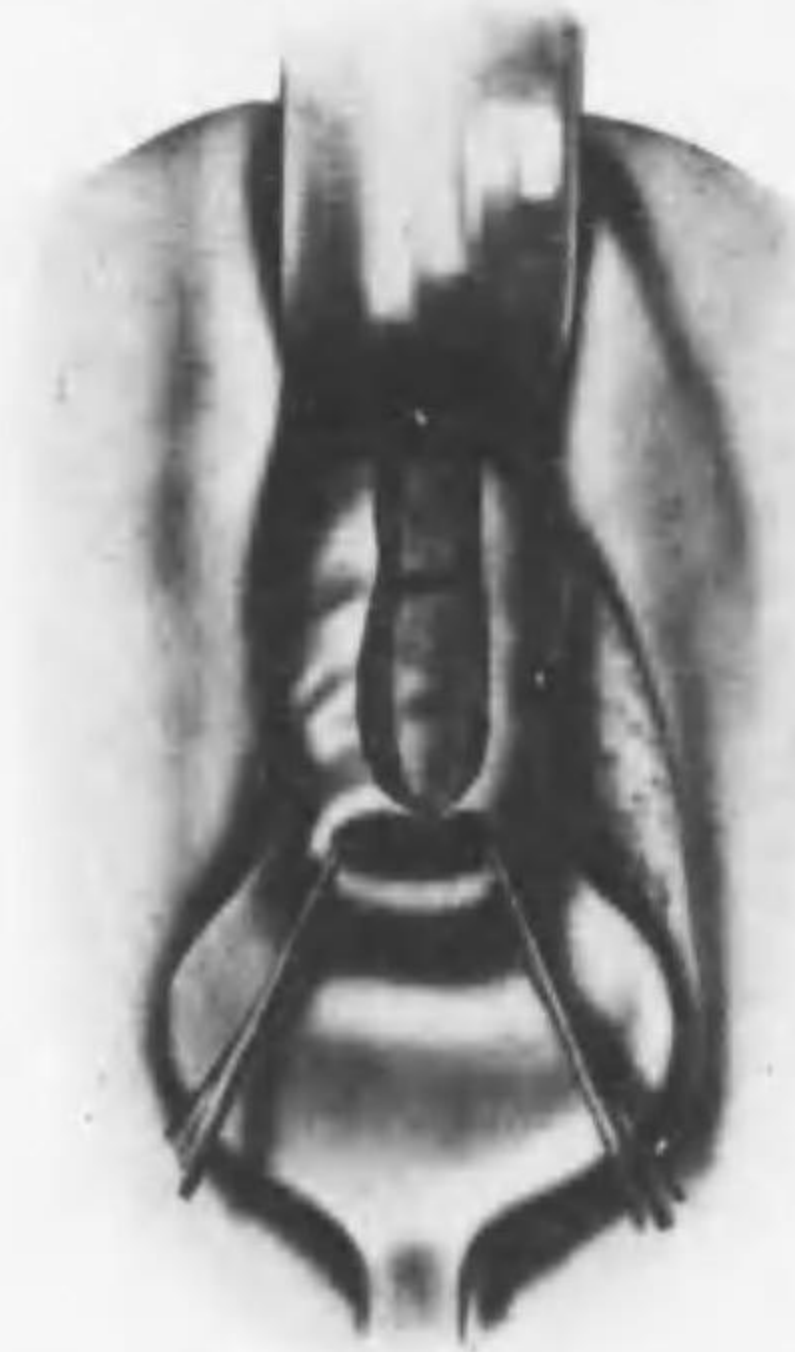
第百五十一圖



腔式帝王切開術(其一)

- 1. 左側陰會陰切開 2. 子宮腔部ハ其後脛ニ鉤セル單鉤鉗子ニヨリ牽出固定セラル (nach Hammerschlag)

第百五十二圖



腔式帝王切開術(其二)

- 1. 前腔壁縦切開 2. 切開口ヨリ膀胱下端ノ隆起セルヲ認ム (nach Hammerschlag)

指ヲ腔内ニ挿入シテ陰脰後連合ヲ開展セシメ、是等兩指ノ中間正中線ヨリ少シク左方ニ偏シタル個所ニ於テ切開ヲ加へ、肛門ト坐骨結節ノ中間ニ向テ進ミ皮下組織骨盤底筋ヲ切斷スベク、此際動脈性出血及ビ大ナル靜脈出血ハ結紮ニヨリ、其他ハ壓迫ニヨリテ制止シ、哆開セル創面ハ瓦設ヲ以テ之ヲ被覆シテ次ノ操作ニ移ルベシ。若シ又腔管著シク狭小ナルトキハ前記切開ヲ上方ニ延長シテ腔穹窿ニ達セシムルヲ可トス。

2. 前腔壁切開 Incision der vorderen Scheidenwand. (第百五十二圖)

斯クテ翻轉緊張セル前腔壁ニ正中切開ヲ加へ、尿道口ノ下方約 2cm ヨリ子宮腔部ニ互ラシメ而モ其粘膜ノミヲ切開スベシ。然ルトキハ切開ノ下 $\frac{1}{2}$ ニ當リテ直チニ膀胱ノ下墜現出スベシ。之ニ於テ腔壁ヲ左右ニ剝離開展シタル後、剪刀ヲ以テ膀胱ト子宮頸部トノ間ニ存スル連繫ヲ切斷シ更ニ布片ヲ手ニシテ兩者ヲ鈍性ニ剝離シ、全頸部及ビ下子宮部ノ游離スルニ至ルマデ膀胱ヲ上方ニ移推セシムベシ。

3. 前子宮壁切開 Hysterotomia

vaginalis anterior. (第百五十三圖)

如上ノ操作ヲ終レバ前在側板ヲ深く透入シ之ニヨリテ膀胱ヲ上方ニ壓排シ、強力ナル直剪刀ヲ執リ其一葉ヲ頸管内ニ挿入シテ腔部ヨリ切開ヲ始メ、頸部前壁ヲ正中線ニ於テ剪斷シツツ上方ニ進ムト同時ニ腔部ニ鉤セル球鉗子ヲ愈々下方ニ牽引スルトキハ、切開ハ遂ニ腹膜ノ子宮壁ニ固著スル部分ニ到達スルニ至ルベシ。此際膀胱及ビ膀胱子宮皺襞ノ腹膜ヲ穿孔セザランコトニ注意セザルベカラズ。又若シ卵膜ヲ傷ケ羊水ノ奔出スルコトアリトスルモ敢テ憂フルニ足ラズト雖モ之ガ爲メ幾分爾後ノ手術ヲ妨グルルモノナルヲ以テ可及的卵膜破裂ヲ避クルヲ可トス。斯クテ子宮前壁切開ヲ了レバ多クハ胎兒挽出可能ナルモノナルヲ以テ、兒頭尙移動性ヲ有セバ廻轉挽出術ヲ行フベク、反之、兒頭既ニ固定セルモノニ在リテハ鉗子術或ハ死兒ニ於テハ穿顛術ヲ應用スベシ。然レドモ産道ノ擴張未ダ不十分ナルヲ思ハバ、術者ハ其全手ヲ挿入スルカ又ハ初メめとろいりんでるヲ利用セルモノニ在リテハ之ヲ牽出シテ切開口ノ大小ヲ檢シ、必要ヲ認メナバ更ニ後方頸管壁ヲ

第百五十三圖



腔式帝王切開術(其三)

- 1. 膀胱ヲ上方ニ壓排セル後
- 2. 直剪刀ヲ以テ頸管ノ前壁ヨリ下子宮部迄切開
- 3. 切開口ヨリ胎胞ヲ認ム (nach Hammerschlag)

モ切開セザルベカラズ。

4. 後子宮壁切開 Hysterotomia vaginalis posterior.

子宮腔部ニ鉤セル鉗子ヲ前下方ニ牽引シ、同時ニ後方側板ヲ以テ後腔壁ヲ壓抵シ、因テ以テ翻轉セル後穹窿部ヲ緊張セシメタル後之ニ縦切開ヲ加へ、之ヨリ鈍性ニ進ミテ漸次深部ニ達シ腹膜ヲ子宮頸部ヨリ剝離ス。之ニ於テ前壁ニ於ケルト同様直剪刀ヲ以テ頸管後壁ヲ正中線ニ於テ下端ヨリ内子宮口ノ上方ニ至ルマデ切開スベシ。而シテ此際

ド、グラス腔腹膜ヲ損傷セザランコトニ注意セザルベカラズ。

チュールセン氏固有ノ術式ハ子宮ノ前後兩壁ヲ切開スルモノナレドモ近時ブナム氏ハ子宮頸管前壁ヨリ子宮體下部ニ互リ8乃至12cmノ縦切創ヲ加ヘ頸管後壁ヲ切開スルコトナクシテ著シク手術ヲ簡單ナラシメ而モ優良ナル成績ヲ得タリ。

5. 胎兒ノ挽出 Entwicklung des Kindes.

子宮頸管ノ切開ヲ終レバ悉ク腔鏡、鉗子及ピメとろいりんてる等ヲ去リ、兒體ノ挽出ヲ行ハザルベカラズ。而シテ胎兒ノ挽出法ハ其位置並ニ體勢ニヨリテ方法ヲ異ニスルモノナリ。

- 兒頭深く骨盤腔内ニ下行セルカ、若クハ外方ヨリ壓迫ヲ加ヘテ之ヲ嵌入セシメ得ルモノハ鉗子挽出術ヲ行ヒ。
- 兒頭尙骨盤入口上ニ移動セルモノナルトキハ、廻轉術並ニ用手挽出術ヲ施シ。
- 骨盤端位ナルトキハ最モ便宜ニシテ直チニ用手挽出術ヲ行フベク。
- 頭位ニシテ胎兒既ニ死シ、否ラザルモ生活持續ノ望ナキトキハ、穿顛術並ニくらにおくらすと挽出術ヲ以テスベシ。

兒體ノ挽出ニ臨ミ殊ニ成熟兒ニ在リテハ切創ノ更ニ著シク裂開セザランコトニ努メザルベカラズ。若シ之ヲ生ジタルトキハ縫合スベク腹膜ヲ穿孔セルトキニ於テモ亦同様ナリ。

6. 後産ノ娩出 Placentargeburt.

後産ハクレデー氏法ニ則リ外方ヨリ之ヲ壓出スルヲ以テ最良トスレドモ、急速ヲ要スル場合ニハ再ビ手指ヲ消毒セル後用手剝離法ヲ施スベシ。

子宮弛緩シテ後出血ヲ起シタルトキハエルゴチン、ゼカコルニン、ピツイトリン、ピツグランドール等ノ注射、子宮底ノ摩擦、熱性(攝氏50度)子宮腔洗滌等ヲ行ヒ、其甚シキモノニ在リテハ沃度仿謨瓦設ノ栓塞ヲ以テ之ニ應ジ、24時間放置スルヲ要スルコトアリ。但シ子癰ニ於テハ子宮、腔栓塞ニヨリテ其痙攣發作ヲ喚起スルコトアルモノナルヲ以テ注意セザルベカラズ。

7. 切開創ノ縫合 Nahtanlegung. (第百五十四圖)

腔鏡並ニ球鉗子ニ藉リテ再ビ手術電ヲ露出セシメ、結紮ニヨリテ動脈出血ヲ制止シ、子宮後壁創口上縁ヨリ腸線ヲ以テ結節縫合ヲ行ヒ次デ腔壁創ヲ閉鎖シ、更ニ轉ジテ前壁ヲ縫合ス。而シテ此際頸部ト腔壁トノ間ニ空隙ヲ生ジタルトキハ沃度仿謨瓦設ノ細片ヲ挿入シ、24乃至48時間放置スルヲ可トス。腔會陰切創ハ通常會陰裂傷ト同様ニ縫合スベシ。

若シ又産道既ニ病菌傳染ヲ起セルモノニ於テ手術ヲ施セルトキハ、全切創ヲ開放シ沃度仿謨瓦設ヲ挿置スベク、又例ヘバ子宮痙攣ニ於ケルガ如ク子宮全剔出ヲ要スルモノナルトキハ分娩終了後直チニ之ヲ腔式ニ遂行スベシ。

8. 後療法 Nachbehandlung.

後療法トシテ特記スベキモノナキモ、通常産褥ニ比シテ更ニ消毒法ヲ嚴守スベク、同時ニ創面ノ清潔ニ注意深カラザルベカラズ、而シテ經過全ク良好ナルトキハ2

第百五十四圖

週日後ニテ離床セシムルヲ得ベシ。

手術時ニ於ケル注意

1. 頸管前壁切開ニ際シ出來得ベキ丈ク充分ニ膀胱ヲ頸管壁ヨリ剝離スルコト必要ナリ。之ニヨリテ膀胱ノ損傷ヲ防グコトヲ得ベシ。

2. 頸管壁ノ切開ハ常ニ眼前ニ於テ行ハザルベカラズ。之ノ旨目的ニ眼ノ監視ナシニ行ヘバ膀胱損傷ノ危險有レバナリ。故ニ切開ニ際シテハ常ニ子宮口唇及頸管創縁ニ懸ケシ鉗子ヲ下方ニ牽引シツツ切開セントスル子宮頸管壁ヲ目前ニ來ラシメ初メテ切開ス可シ。斯クスレバ何等ノ危險ナ



腔式帝王切開術(其四)
子宮壁及腔壁ノ縫合

ク容易ニ切開ヲ施スコトヲ得ベシ。故ニ此點ニ於テ要約第四ニ述ベシ如ク子宮頸部癒著等ノタメ伸張性不十分ナルモノハ下方ニ牽引スルコト不可能ノタメ此手術

ニ適セザルナリ。

3. 頸管切開時ニ於ケル出血ノ防止ニ就テハ切開前ニ豫メ二本ノドアイアン氏鑷子ヲ以テ頸管ヲ挟ミ然ル後此兩鑷子ノ中間ヲ切開スレバ出血ノ恐レ少シモナシ。而シテ胎兒娩出ノ際ハ此鑷子ヲ取り去ルモ胎兒體部ノ壓迫ニヨリテ止血ノ作用ヲナシ娩出後若シ出血アレバ再ビ子宮口唇ヲ鉗子ニテ下方ニ牽引出血ノ局所ヲ眼前ニ結紮スルコトヲ得可シ。

4. 切開ノ大サハ胎兒遠鏡ニ充分ナルダケ行フ可シ、反之、小ニ失スルトキハ反テ胎兒通過又ハ遠鏡手術ニヨリ切開口以上ニ裂傷ヲ來ス恐レアリ。而シテ此裂傷ハ手術ニ依リシ銳利ナル創傷ニ比シ治癒不良ナルベケレバナリ。

腔式帝王切開術ノ豫後

腔式帝王切開術ハ其適應症ノ選擇宜シキヲ得、且ツ操作適確ナルトキハ母子ニ對シテ寧ろ多幸ナル手術ナリト雖モ、又決シテ適示要約ノ許サザルモノニ於テ強テ之ヲ行フベキモノニアラザルナリ。

母體ニ對スル豫後

1) 適應症ノ輕重 2) 細菌傳染及ビ 3) 損傷ノ有無ニ關スルモノニシテ、ヂュールセン氏ノ行ヘル 201 例ニ在リテハ 28 例即チ 13.9% ノ死亡率ヲ示シ、而シテ其死因ヲ觀ルニ子癇 11、敗血症 6 (内 2 例ハ手術前既ニ發熱アリキ)、肺炎 4、結核 2、腎盂腎臟炎、腸捻轉、心臟疾患、舞蹈病各 1 例アリシトイフ。余ハ舊ニ東大醫學部産科學教室ニ於テ子癇 2 例ニ就キテ之ヲ試ミ、母子共ニ好良ノ結果ヲ得タリ (東京醫事新誌第 1689 號參照)。

又 ハムメルシュラーグ氏ガ文獻中ヨリ蒐集セル 446 例ニ於テハ 8 例即チ 1.8% ノ死亡率ヲ示シ、其死因ハ細菌傳染 3、失血 3 (内 2 例前置胎盤) 及ビ手術震盪症 2 例 (子癇、心臟瓣膜病各 1) ナリキ。

最近 ウインテル氏ノ 20 年間ノ統計ニ依レバ 56 例中 15 例即チ 26.6% ノ高率ノ死亡率ヲ示スモ之ハ本手術ノ適應トナレル疾患ノタメニシテ、同氏ガ文獻中ヨリ蒐集セル 1000 例ニ就キ傳染ニヨル死亡率ハ 1% ナリト。

手術中ニ起ル損傷ハ膀胱ト直腸トニ見ルモノニシテ又胎兒娩出ニ當リ切開ノ更ニ

著シク裂開スルコトアリ。是等ハ操作宜シキヲ得バ固ヨリ之ヲ避ケ得ベシト雖モ既ニ之ヲ發セバ速ニ縫合スベシ。

其他切創縫合ノ癒著不十分ニシテ其一部哆開スルコトアリ、殊ニ子宮腔部前壁ニ於テ屢々起リ、所謂腔部裂傷ヲ來セルト同一ニシテ子宮内膜炎ヲ續發シ、時トシテ爾後ノ妊娠ヲ中絶セシムルコトアリ。又下子宮部及ビ頸部ニ癭痕ヲ留メ、膀胱ノ轉位ヲ來シ、爲メ次回妊娠及ビ分娩經過ヲ障礙スルコトアリ。

兒體ニ對スル豫後

此手術ハ概シテ胎兒ノ生命ヲ顧慮スルコトナクシテ之ヲ行ヒ或ハ母體疾患直チニ胎兒ノ生命ヲ脅カスモノニ施シ、加フルニ兒體娩出ニ於テモ亦操作ノ決シテ容易ナラザルモノアルガ爲メ胎兒ノ豫後ハ頗ル不良ニシテ ハムメルシュラーグ氏ノ蒐集セル 109 例ノ生活兒若クハ生活可能兒ニ於テ 34 例即チ 31.3% ノ死亡率ヲ見タリトイフ。

暴力遂鏡又強行娩出術 Accouchement forcé, Zwangsgeburt.

母體突然死亡シ胎兒尙救助ノ望ミアルトキ、或ハ劇甚ナル子癇發作ノ爲メ危急逼迫セルトキ、若クハ前置胎盤ニ於テ出血甚シク、而モ子宮口尙狹小ナルトキ等ニ應用セルアルモノニシテ先ヅ子宮頸管ノ觀血ノ擴張法ヲ行ヒ、次デ内廻轉術足位娩出術ヲ施シ、極テ急速ニ分娩ヲ遂ゲシムルモノニシテ、往昔ハ産科手術上多大ノ價值ヲ有シタリシモ其名ノ示スガ如ク強暴ナル操作タルヲ免レズ、加之、胎兒ニ與フル危害モ亦必ズシモ鮮少ナラザルヲ以テ ボッシー氏頸管擴張法及ビ帝王切開術殊ニ其腔式手術行ハルルニ及ビ殆シド全ク顧ラレザルニ至レリ。

第四章 後産期手術

Operationen der Nachgeburtsperiode.

後産期手術モ亦固ヨリ娩出手術ニ外ナラズト雖モ、胎兒娩出トハ又自ラ其趣ヲ異ニスルヲ以テ茲ニ章ヲ新ニシテ敘述セントス。

胎盤ハ胎兒娩出後多クハ 30 分以内ニ排出スルモノニシテ、此際所謂胎盤剝離ノ徵候ヲ認メ得ベキモノナルコト既ニ分娩生理篇ニ於テ詳述セル所ノ如シ (新撰産

科學上卷第二編第五章及第十三章), 然ルニ時トシテ種々ノ原因ニヨリテ其排出著シク遅延スルカ, 或ハ大出血ヲ誘起スルガ爲メ人工的ニ之ヲ挽出セシムベキ必要アルコトアリ, 故ニ分娩第三期ニ在リテハ醫師ハ其自然經過ヲ阻礙セザランコトニ留意スルト共ニ, 多小ノ異常ヲ生ゼバ遅滞ナク直チニ之ヲ発見スルコトニ努メザルベカラザルナリ。而シテ胎盤稽留ノ原因ハ次ノ如ク之ヲ二大別スルヲ得ベシ。

1. 胎盤剝離ノ障礙 Störungen der Ablösung der Placenta.

1. 胎盤排出ノ障礙 Störungen der Austreibung der abgelösten Placenta.

甲 胎盤剝離ノ障礙

1. 陣痛微弱 Wehenschwäche.

陣痛微弱ハ胎兒娩出以前ヨリ後産期ニ入リテ尙持續スルモノヲ以テ最も多シトスルモ又此期ニ及ビテ始テ發スルコトアリ。例之, 急速就中手術の遂行, 胎兒娩出遅延, 雙胎若クハ羊水過多症ノ如キ子宮ノ過度擴張, 膀胱充盈, 病菌傳染ヲ來セルモノ等是ナリ。

2. 胎盤癒着 Adhaesion der Placenta.

炎症機轉ニヨリテ脱落膜ニ病的肥厚ヲ來スカ, 或ハ當初ヨリ脱落膜ノ發育不全ニシテ菲薄ニ過ギ, 其絨毛直チニ子宮壁筋層内ニ竄入スルトキハ, 胎盤ノ剝離困難ニシテ尋常後産期陣痛ノ克クスル能ハザル所ナリ。其他妊卵ノ著牀子宮下部ニ偏セルモノ (前置胎盤), 傳染病, 腎臟炎等ニ於テモ亦胎盤ノ異常癒着ヲ來スコトアルモノナリ。

3. 胎盤ノ位置異常 Lageanomalien der Placenta.

胎盤ハ通例子宮ノ前壁若クハ後壁ニ附著スルモノナレドモ, 時トシテ其大部分喇叭管角(角隅胎盤 Tubeneckenplacenta-Hornplacenta.)又ハ側壁ニ占居スルコトアリ, 而シテ是等ノ個所ニ在リテハ子宮壁筋層ノ發育モト不十分ナルニ, 胎盤附著ニヨリテ更ニ菲薄トナリ, 爲メニ後産期陣痛ニ因スル收縮モ亦微弱ニシテ胎盤ヲ剝離セシメ難キモノナリ。

4. 胎盤ノ形態異常 Formanomalien der Placenta.

胎盤過大若クハ菲薄ナルカ, 又ハ形態甚シク不正ナルトキハ, 從ツテ其附著面モ亦大ナルカ, 或ハ不整ニシテ爲メニ殘餘ノ子宮壁部分ニ於テ充分ナル後産期收縮ヲ營爲スルコト能ハザレバナリ。子宮壁ノ一部ニ筋腫ノ存スルモノニ在リテモ亦同理ニヨリテ胎盤剝離阻害セララルモノナリ。

妊娠早期ニ中絶セル場合ニ於テモ屢々胎盤剝離ノ遅延スルコトアルハ, 子宮壁ノ發育薄弱ニシテ爲メニ後産期收縮不十分ナルニ因ルモノナリ。

胎盤剝離ノ障礙ハ同一婦人ニ反復シテ來ルコトアリ, 蓋シ分娩後其原因除去セラレズシテ夙ク既ニ次回ノ妊娠ニ會スルコトアルヲ以テナリ, 殊ニ陣痛微弱, 胎盤ノ病的癒着等ニ於テ然リトス。

乙 胎盤排出ノ障礙

1. 腹壓微弱 Bauchpressenschwäche.

子宮壁ヨリ剝離セル胎盤ハ腹壓ニヨリテ體外ニ排出セララルモノナルヲ以テ, 何等カノ原因ニヨリ其力微弱ナルトキハ胎盤ノ娩出著シク遅延スルコトアルモノナリ。

2. 子宮頸管ノ狭窄 Striktur des Cervicalkanals.

胎盤娩出後子宮收縮輪若クハ内子宮口部ニ痙攣性收縮ヲ來シ, 甚シク狭窄シテ僅ニ一二指ヲ通ズルニ過ギザルコトアリ。斯ノ如キキハ剝離セル胎盤ト雖モ固ヨリ之ヲ通過シテ外方ニ逸出シ得ズ。而シテ斯ノ如キハ開口期ニ於テ既ニ娩出手術ヲ試ミタルトキ, 病菌傳染ノ起レルトキ, 麥角劑ヲ誤用セルトキ又ハ後産期ニ於ケル處置其宜ヲ得ザリシトキ等ニ來ルモノナリ。

症候 胎盤稽留スルモ其全部子宮壁ニ附著スル間ハ毫モ出血ヲ見ルコトナク, 且ツ多クハ特殊ノ症候ヲ呈スルコトナシ。但シ残留數日ノ久シキニ瀰ル時ハ遂ニ腐敗分解ヲ來スニ至ルベシ。反之, 胎盤ノ一部剝離セルトキハ斷裂セル母體側血管閉鎖シ難キヲ以テ甚大ナル出血ヲ來シ産道閉塞セルトキハ子宮ノ周期的收縮運動ニヨリテ多少衝突狀出血ヲ見ルコトアリ。而シテ此間子宮ハ一般ニ甚シク弛緩セル状態ニ在ルモノトス。若シ又卵膜, 胎盤, 瘀血等ニヨリテ産道閉塞セララルトキ

ハ、所謂内出血ヲ來シ子宮再ビ擴大シ、甚シキハ胎兒娩出前ノ大サニ或ハソレ以上ニ達スルコトアルモノナリ。

稽留胎盤ノ人工的娩出法ハ外方ヨリ之ヲ壓出スルト、子宮内ニ手指ヲ送入シテ之ヲ抽出スルトノ二途アリ。

第一 胎盤壓出法或クレデー氏法

Expressio placentae, Credescher Handgriff.

適應症

1. 胎盤剝離後稽留 2 時間以上ニ互レルトキ。

胎盤既ニ剝離シ終ルモ其排出遲延スルトキハ爲メニ子宮持續的收縮ヲ營ムコト能ハズシテ往々甚シキ出血ヲ來スコトアルヲ以テ、醫師ハ産牀ヲ距ルコトヲ得ズ。産婦モ亦安眠ニ就クコト能ハザルガ故ニ斯ノ如キ場合ハ胎兒娩出後徒ラニ 2 時間以上ヲ経過セバ壓出法ヲ試ミテ可ナリ。

2. 胎盤ノ一部尙剝離セズシテ著シキ出血ヲ來ストキ。

胎盤壓出法ハ元來其全ク剝離セル後ニ於テノミクク完全ニ目的ヲ達シ得ルモノナリト雖モ、而モ又時トシテ其一部子宮壁ニ附著シテ爲メニ甚シキ出血ヲ來ストキハ之ニ壓出法ヲ加ヘ以テ剝離娩出ヲ促進シ得ルコトアルモノナリ。

施術式

之ヲ行ハシムハ必ズ先ヅ膀胱ノ充盈ヲ檢シ多少ノ尿瀦留ヲ認メタルトキハ人工的ニ之ヲ排出セシムベシ。蓋シ膀胱ノ充盈ハ胎盤ノ排出ヲ障礙スルモノナレバナリ。斯クテ後陣痛發來シ子宮壁硬固トナリ且ツ前方ニ直立セル時ニ壓出法ヲ行フベク、若シ陣痛微弱ニシテ子宮柔軟トナルトキハ、術者ハ其一手ヲ以テ子宮底部ヲ輪狀ニ摩擦シテ之ヲ喚起シ、其發作シ來レルヲ待ち、拇指ヲ子宮前面ニ他ノ四指ヲ其後面ニ致シ以テ子宮底部ヲ把握シ陣痛最盛時ニ當リテ強ク之ヲ骨盤誘導線ノ方向ニ壓抵シ(第百五十五圖)漸次其力ヲ増加スルモノナリ。而シテ若シ一回ニ

シテ奏效セザルトキハ再三反復スベク、操作ノ要點ハ 1) 膀胱ヲ空虚ナラシムル
クレデー氏法ノ要點
ト 2) 陣痛最盛時ニ於テ壓迫ヲ加フルトニ在リトス。

第百五十五圖



クレデー氏法 (nach Hamnerschlag)

如上ノ方法ニシテ其效ナク、且ツ多量ノ出血アリテ速ニ之ヲ制止スルノ要アルトキハ、兩手ヲ以テ之ヲ試ミ強ク子宮底ヲ壓抵スベク、而モ尙奏效セザレバ全身麻酔ヲ施シテ更ニ之ヲ反復スベシ。然レドモ其途ニ目的ヲ達スルヲ得ザルノミナラズ、乏血ノ危險切迫

セルモノニ於テハ次ニ述ブル所ノ用手剝離法ニヨリテ速ニ胎盤ヲ除去セザルベカラズ。胎盤既ニ全ク剝離シ了レルモノニ於テ之ニ壓出術ヲ試ミ屢々失敗ニ終ルコトアリ、即チ腹壁ノ脂肪過多ナルカ、或ハ知覺過敏ヲ有シ、若クハ患婦恐怖ノ念存リナルトキハ、腹筋甚シク緊張スルヲ以テ子宮底部ヲ把握シ難ク、又妊娠ノ早期中絶ニ在リテハ子宮過小ニシテ術手深ク骨盤腔内ニ没入シテ效ヲ奏スルコト能ハズ。故ニ斯ノ如キ場合ニモ亦麻酔ニ藉リテ克ク腹壁ヲ弛緩セシメ而シテ後事ニ從フトキハ多クハ成功スルモノナリ。

其他子宮頸管狹窄ノ爲メ剝離胎盤ノ排出阻害セラルモノニ對シテモ亦麻酔、阿片、英爾比涅、アトロピン等ヲ應用シテ克ク之ヲ緩解シ胎盤ヲ壓出シ得ルモノナリ。

クレデー氏壓出法ハ病毒傳染ヲ誘發スルコトナク、産道ノ損傷ヲ招クコトモ亦稀ニシテ從ツテ豫後佳良ナルヲ以テ普ク推奨スベキ良法ナリト雖モ、時トシテ壓迫強劇ニ失ストキハ爲メニ腹壁ニ小血腫ヲ生ズルコトアリ。又操作宜キヲ得ズシテ子宮壁弛緩スルニ當リテ之ヲ壓迫スル時ハ、子宮漿膜及ビ筋層ノ挫傷ヲ招キ、或ハ稀ニ子宮壁ノ一部其腔内ニ陥入シテ限局性子宮翻轉症 Inversio uteri partialis ヲ來スコトアリ。而シテ若シ之ヲ認メバ直チニ壓迫ヲ中止シ、子宮ヲ摩擦シテ其收縮ヲ喚起セシムルトキハ多クハ復舊セシメ得ルモノナリ。然レドモ之ヲ整復セシムルヲ得ザルカ又ハ既ニ輕度ノ内翻症ノ發來セルヲ識ラズシテ壓迫ヲ持續ス

ルカ、或ハ胎盤尙剝離セザルニ當リ妄リ臍帶ヲ牽引スルトキハ遂ニ全子宮翻轉症 *Inversio uteri totalis*。ヲ來スコトアリ。若シ不幸ニシテ之ヲ發セバ躊躇スルコトナク直チニ之ヲ整復セザルベカラズ。即チ消毒セル手指ヲ以テ脱出子宮ヲ把握シ、其頂端ヲ壓迫シテ漸次外子宮口ヲ通ジテ上方ニ還納セシムベシ。然レドモ其不成功ニ終レルトキハ、外子宮口輪ニ近キ部分ヨリ順次復納セシムレバ克ク目的ヲ達シ得ルコトアルモノナリ。斯クテ全ク整復シ了ラバ次テ胎盤ノ用手剝離法ヲ行ヒ、終リニ沃度仿膜瓦設ヲ以テ子宮内腔塞ヲ施スベシトス。但シ胎盤ノ一部既ニ剝離セルモノナルトキハ整復ニ先チテ之ヲ除去スルヲ可トス。蓋シ之ニヨリテ比較的傳染ノ危険ヲ少ナカラシメ得ベケレバナリ。又麻酔ノ下ニ於テモ尙上記ノ方法ニヨリテ完全ナル整復ヲ行フ能ハザルトキハ、腔内ニこるばり入れてヲ挿入シ之ニ液體ヲ充タシ漸次壓迫ヲ加フルトキハ内翻後長時間ヲ經過シタルモノニアラザル限り殆ンド咸ナ復納ヲ完成シ得ルモノナリ。

第二 モヨン、ガバスタウ氏胎盤剝離法

Mojon-Gabastousche Auffüllung der Placenta.

本法ハ既ニ 1826 年 モヨンニヨリテ試ミラレ、次デ 1914 年 ガバスタウニヨリテ行ハレタル法ニシテ、トラウゴツト *Traugott* ニヨリテ大ニ唱道セラレ、今ヤ普ク一般ノ應用ヲ見ルニ至リタリ。

本法ノ原理ハ、臍帶靜脈ノ全循環圈内ヲ液體ヲ以テ充滿シ、之ニ由リテ胎盤ノ容量及ビ重量ヲ増加シ、反射的ニ陣痛ヲ催起セシメ、脱落膜剝離面ニ於ケル移動ヲ招致シ以テ胎盤ノ剝離ヲ促進シ、次デ自然娩出ヲ致サシムルニアリ。而シテ此際同時ニ壓出法及ビピツイトリン注射ノ併用ヲ行フ時ハ效果更ニ大ナルコトアリ。

施術法

先ヅ臍帶斷端ヲ消毒シ、40 度内外ニ温メタル滅菌生理的食鹽水ヲ臍帶靜脈ヲ介シテ胎盤内ニ注入シ、抵抗ヲ感ズルマデ注入ヲ續行スベシ。注入液量ハ通常 300—800 c.c. ニシテ時間ハ 1—2 分ニテ足レリ。而シテ注入開始ノ始メニ於テハ稍、強壓ヲ以テ注入ヲ試ムルヲ可トス。

本法ノ效果ハ通常 5 分内外ニシテ顯ハレ、而モ無菌的ニ行ヒ得ルヲ以テ危険ナル胎盤ノ用手剝離法ヲ減少セシムル事ヲ得ベシ。即チ

シ、ミット *Schmidt* ニヨレバ三分ノ一ニ、ストレッケル *Strecker* ハ用手剝離 0.57% ヲ 0.17% ニ減ゼシメ、ウイニテル *Wienertel* ハ胎盤稽ニ際シ其 30% ニ於テ胎盤ノ用手剝離ヲ避クルヲ得ベシト云ヘリ。

然レドモ本法ノ奏效ハ原理ヨリ明カナルガ如ク、既ニ強烈ナルクレデー氏壓出法ニヨリテ胎盤ノ破碎ヲ來シタル場合、或ハ輸卵管角胎盤、畸形胎盤、癒著性胎盤、深在性胎盤等ニ於テハ不確實ニシテ、ワグネル *Wagner* ニヨレバ本法ノ效果ナキ三分ノ二ハ實ニ輸卵管角胎盤ナリト云ヘリ。

第三 胎盤用手剝離法

Manuelle Placentarlösung.

胎盤ノ用手剝離法ハ極メテ大ナル創傷ト認ムベキ子宮内面ニ術手ヲ直接シテ行フモノナルヲ以テ、病菌傳染ヲ來スノ感頗ル大ナルモノアルガ故ニ可及的之ヲ忌避スベキハ固ヨリ論ナシ。然リト雖モ、之ガ適應症存シ、加之、麻酔ノ下ニ再三壓出法ヲ反復スルモ而モ效ナキモノニ於テハ竟ニ之ヲ敢行セザルベカラザルモノナリ。

適應症

1. 持續性大出血 *Fortdauernde starke Blutung.*

胎盤稽留シテ爲メニ大出血ヲ來シ既ニ 1 c.c. 以上ニ達シタルトキハ、速ニ胎盤ヲ排出シ子宮ノ收縮ヲ催進シ、以テ血管斷端ノ閉鎖ニ因リテ止血セシムルニアラザレバ遂ニ乏血死ヲ招クニ至ルベシ。故ニ先ヅクレデー氏法ヲ試ミ其無効ニ了レルトキハ用手剝離法ヲ施スベシ。

2. 出血ヲ伴ハザル胎盤ノ持續稽留 *Dauernde Retention der Placenta ohne Blutung.*

胎盤ノ全部子宮壁ニ附著スル間ハ毫モ出血ヲ見ルコトナク、從ツテ直接ノ危害ヲ齎スモノニアラズト雖モ稽留數日ニ互レバ胎盤ハ自ラ腐敗分解シテ爲メニ創

傷傳染ヲ來スノ恐アルヲ以テ醫師ハ絶ヘズ之ヲ監視セザルベカラズ。然レドモ之殆ンド不可能ノコトニ屬スルヲ以テ胎兒娩出後4乃至6時間ヲ經過スルモ尙胎盤剝離セズ且ツ壓出法ヲ施スモ奏效シ得ザルモノニ於テハ用手剝離法ヲ遂行スベシ。

3. 子宮破裂 Zerreiſsung des Uterus.

子宮破裂ヲ來ストキハ剝離セル胎盤其裂口ヲ通ジテ腹腔若クハ骨盤結締織内ニ逸出スルコトアリ。此場合之ヲ除去センニハ手法ニ據ルノ外ナシトス。

4. 胎盤片遺殘 Partielle Retention der Placenta.

胎盤娩出後出血甚シク摩擦ニヨルモ之ヲ制止シ得ザルニ當リ、胎盤ニ缺損ヲ認ムルトキハ勿論、然ラザルモ其眞否疑ハシキトキハ直接手指ヲ以テ子宮内ヲ探リ之ヲ除去スルヲ要ス。

5. 子宮頸管ノ痙攣性狭窄 Krampfhafter Striktur des Cervicalkanals.

此際 クレーデー氏壓出法ヲ試ムルモ無益ナルヲ以テ若シ出血憂フベキモノアルトキハ用手娩出術ヲ施サザルベカラズ。

手術時ノ準備

患婦ハ横牀ニ於テ臀背位ニ居ラシメ、外陰部並ニ腔ノ消毒ヲ行ヒ、導尿ニヨリテ膀胱ヲ空虚ニシテ後全身麻酔ヲ施スベシト雖モ、貧血高度ノモノニ在リテハ之ガ爲メ直接危害ヲ齎スコトアルノミナラズ、貧血ハ知覺鈍麻ヲ來スモノナルヲ以テ之ヲ利用シ麻酔ヲ施サザルヲ可トス。

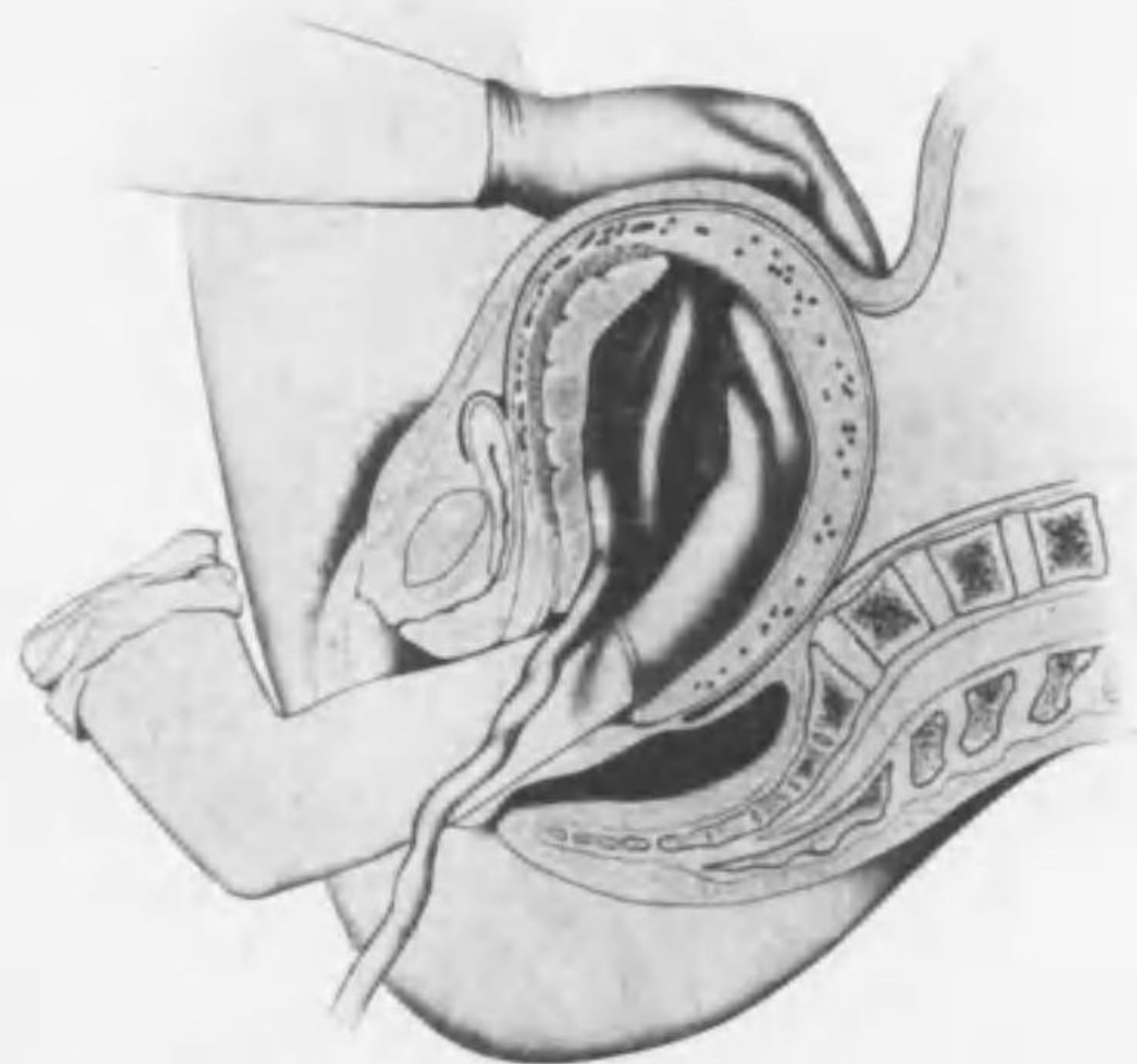
又子宮内容既ニ病毒ニ感染セルモノニ在リテハ、可成の用手剝離法ヲ禁忌スベキモノナリト雖モ、事ニ臨ミ止ムヲ得ザルモノアルトキハ先ヅ0.5% リゾール液若クハ50% 酒精ヲ以テ子宮内腔ヲ洗滌シテ病菌及ビ毒素等ノ大部分ヲ排除シ、以テ胎盤剝離ニヨリテ暴露シ來ルベキ血管ニ觸接スルモノノ少ナカラコトヲ期スベシ、其他術者ノ手指ハ殊ニ嚴密ニ消毒スルヲ要シ、能フベクンバ護謄性手套ヲ穿ツヲ可トス。

施術式

術者ハ患者ノ兩脚間ニ於テ其陰部ニ對テ跪坐シ、一手ヲ以テ臍帶ヲ把リ輕ク之ヲ

牽引シタル後他手ノ全指ヲ一所ニ集メ楔狀トナシテ之ヲ腔内ニ送入シ、臍帶ニ沿フテ子宮腔内ニ進メ、胎盤附着部ニ臻ラシム、之ニ於テ外手ヲ轉ジ腹壁上ヨリ子宮底ニ貼シテ之ヲ内手ニ對テ壓迫スベシ。多クノ場合胎盤ノ一部ハ既ニ多少剝離シアルモノナルヲ以テ其間隙即チ胎盤ト子宮壁トノ間ニ内手ノ小指側ヲ進メ、鋸斷様運動ヲ營爲シツツ徐々ニ附着セル部分ヲ剝離スベク(第五十六圖)、陣痛間歇時ニハ内手ノ運動ヲ中止シ、外手ノ摩擦ヲ續行シテ子宮ノ收縮ヲ喚起スベシ。而シテ斯ク胎盤ヲ剝離シツツアル間ハ多少強度ノ出血ヲ見ルモノナリト雖モ、全ク胎盤ヲ排除シ終レバ自ラ止血スルモノナルヲ以テ深ク意トスルニ足ラズトス。若シ又胎盤全ク子宮壁ニ附着シ其間指頭ヲ挿入スルノ餘地ナキトキハ、子宮壁トノ境界ヲ認知スルコトアリ。然ルトキハ先ヅ胎盤ノ邊緣ヲ覓メ、之ヨリ指頭ヲ子宮壁ト胎盤トノ間ニ挿入シ、而シテ後上記ノ術式ニ則リテ全部ヲ剝離スベシ、此操作ニ當リ内手克ク其道程ヲ誤ルコトナクシテ正シク脱落膜ノ海綿層内ヲ進ムトキハ、剝離ハ殆ンド常ニ全ク鈍性ニ而モ容易ニ就シ得ルモノニシテ硬固ナル結締織索條ノ存スルアリテ之ヲ摧裂クハ捻切セザルベカラザルガ如キハ極メテ稀有ノ

第 百 五 十 六 圖



胎盤用手剝離ノ圖 (nach Hammerschlag)

事ニ屬ス。故ニ若シ實際上斯ノ如キ異常ヲ認ムレバ、先ヅ内手ノ方向ヲ誤リテ胎盤實質若クハ子宮壁筋層内ニ没入セシメタルモノト思惟スルモ多クハ大過ナシトス。然レドモ稀レニ胎盤病的癒著ヲ營ムトキハ脫落膜索條肥厚ヲ生ジ、爲メニ之ヲ摧裂シ又ハ切斷セザルベカラザルコトアリ。

胎盤全ク剝離シ了レバ子宮内ニ於テ之ヲ摺折シテ可成的容積ヲ小ナラシメ、全手ヲ以テ之ヲ把握シ、少シク旋廻運動ヲ營ミツツ産道ヨリ抽出スベシ、此際卵膜モ亦自ラ剝離シ、胎盤ト共ニ娩出スルモノナリ。用手剝離術ニヨリテ娩出セル胎盤ハ之ヲ檢視シテ其完全ナリヤ否ヤヲ決セントスルハ頗ル困難ナルヲ以テ、娩出後更ニ新ニ術手ヲ消毒シテ再ビ子宮内ニ送入シ、其全内面ヲ探リ胎盤片遺殘ノ有無ヲ診定スルヲ通則トス。而シテ子宮内面ハ凡テ平滑ナルモ獨リ胎盤附著部ノミハ粗糙凹凸ナルヲ以テ、之ヲ直チニ胎盤ト連斷シ子宮壁實質ノ一部ヲ推斷スルガ如キコトナカラシメ要ス。

胎盤卵膜ト共ニ娩出セラレ子宮全ク空虚トナラバ、攝氏 40 乃至 50 度ノ 0.5% リゾール液、若クハ生理的食鹽水(此際ハ最後ニ 50% 酒精)ヲ以テ子宮腔内ヲ洗滌シ、以テ子宮ノ收縮ヲ催進スルト共ニ既ニ置入セル病原菌ヲ流出セシメタル後エルゴチンヲ注射シテ子宮ノ持續的收縮ヲ計ルヲ可トス。

1) 胎盤子宮前而ニ附著セルモノナルトキハ臀背位ニ於テハ恥骨縫際ノ爲メニ妨ゲラレ、内手ヲ之ニ到達セシムルコト困難ナルコトアリ。斯ノ如キトキハ術者ハ其内手ヲ子宮内ニ留メタルママ、患婦ヲシテ術者ノ頭上ヲ越エ其一脚ヲ他側ニ轉ゼシメ以テ側臥位ニ就カシムルトキハ容易ニ剝離ヲ行ヒ得ベシ、然レドモ側臥位ノママ胎盤ヲ娩出スルトキハ空氣急むばり一ヲ誘發スルノ虞アルヲ以テ胎盤全ク剝離シ了レバ再ビ背位ニ復セシメタル後ニ於テ之ヲ抽出セザルベカラズ。

2) 高年頻産婦若クハ胎盤ノ病的癒著反復セルモノ等ニ在リテハ、胎盤附著部ノ子宮壁著シク菲薄ニシテ用手剝離ノ際深ク注意セザレバ穿孔ヲ來スコトアリ、斯ノ如キモノニ於テハ他ノ子宮壁部分能ク收縮スルニ係ハラズ、胎盤附著部ノミ弛緩シ、加之、時トシテ子宮腔ニ向ヒテ内翻スルコトアリ之ヲ胎盤附著部麻痺症 Paralyse der Placentarstelle トイフ。

3) 子宮頸管ノ痙攣性狭窄ノ爲メ用手剝離ヲ要スルニ當リ頸管僅カニ一二指ヲ通ズルニ過ギザルトキハ、宜シク深麻酔ヲ施シ順次送入ノ指數ヲ加ヘテ之ヲ擴張シ遂ニ全手ヲ通ズルヲ得ルニ至ラシムベシ。而シテ胎盤ハ多クハ既ニ剝離セルモノナルヲ以テ全手ヲ子宮内ニ達セシムルヲ得ルニ至レバ直チニ之ヲ把握娩出スルヲ得ベシ。

4) 子宮破裂起リテ爲メニ壓出術ヲ施スニ由ナキノミナラズ、胎盤既ニ裂口ヲ通ジテ腹腔内若クハ骨盤結締織内ニ逸出セルトキハ、臍帶ニ沿フテ内手ヲ進メ胎盤ニ達セシメテ之ヲ把握スルト共ニ外手ヲ以テ臍帶ヲ牽引シ兩手協力シテ娩出スベシ。

5) 胎盤ノ一部殘留スルコト確認セラレタルトキ之ヲ除去センニハ、全手ヲ腔内ニ挿入シ更ニ其示中二指ヲ子宮腔内ニ挿ラシメ、同時ニ外手ヲ子宮底部ニ貼シ、内手ニ向ヒテ壓抵シツツ内指ヲ以テ子宮内面ヲ探リ粗糙ナル胎盤附著面ヲ索メ茲ニ胎盤片ノ附著セルヲ認ムレバ之ヲ鈍性ニ剝離シテ除去スベシ。而シテ屢々前述セルガ如ク此際粗糙ナル胎盤附著部ノ子宮壁實質ヲ以テ胎盤組織ト誤認シテ之ヲ抉斷セザランコトニ注意セザルベカラズ。又子宮腔内ニ卵膜片、凝血等ノ殘存セルモノアラバ同時ニ之ヲ排除スベシトス。

後産期ニ於ケル主要處置ハ概シテ言ヘバ出血ヲ制止スルヲ以テ目的トナスト稱スルヲ得ベク、胎盤用手剝離法ト雖モ畢竟期スル所ハ多クノ場合實ニ止血ニアリト謂フベシ。而シテ大出血ハ常ニ直チニ生命ヲ脅カスノ危険アルヲ以テ、此際當ニ止血法ヲ講ズルニ止ラズ同時ニ貧血ニ對シテ處置セザルベカラズ。而シテ時トシテハ胎盤除去ニ先チテ之ヲ行ヒ、一般状態ノ稍々恢復スルヲ待チテ後施術セザルベカラザルコトアリ。然レドモ持續性出血尙存シ而モ介助者ナクシテ胎盤除去術ト貧血處置法ト同時ニ著手スルコト能ハザルトキハ通例先ヅ前者ヲ行フモノトス。

豫後

後産期手術ノ豫後モ亦主トシテ病毒傳染ト損傷ノ有無トニ關スルモノニシテ、從ツテクレデー氏壓出法ハ傳染ヲ來ス恐レ殆ンド絶對ニ之ナキヲ以テ豫後佳良ナリトス。然レドモ此際其操作ヲ誤ルカ、又ハ壓迫強劇ニ失スルトキハ前述ノ損傷

ト偶發症トヲ招來スルコトアルヲ以テ又決シテ輕忽事ニ從フヲ許サザルナリ。
 產床傳染 廻轉術、穿顛術等ハ何レモ卵膜腔内ノ操作ナルニ反シ、用手胎盤剝離法ハ富饒ナル血管及ビ淋巴管ノ斷端開放セル子宮内面ニ手指ヲ直接スルモノナルガ故ニ外方又ハ產道下部ニ存セル病菌ヲ茲ニ搬入接植スル感極メテ大ナルモノアリテ總テノ產科手術中直接創傷傳染ノ危險最モ大ナルモノナリ。而シテ分娩經過中既ニ傳染發來セルモノニ於テ其危險更ニ最モ甚シキモノニシテ產褥熱ヲ將來スルコト鮮ナカラズトス。

損傷 用手剝離法ニヨリテ又種々ノ損傷ヲ招クコトアリ、即チ剝離ノ際子宮筋層ヲ胎盤實質ト誤認シテ其一部ヲ裂斷スルカ、或ハ全ク子宮壁ヲ穿貫スルコトアリ、又内手ヲ送入スルニ當リ臍帶ニ沿フコトナク、性急輕忽ニスルトキハ後腔穹窿ヲ穿孔シ、加フルニ骨盤結締組織粗柔軟ニシテ容易ニ斷裂スルガ爲メ子宮自己ヲ胎盤ト思惟シ、全ク之ヲ其周圍ヨリ離斷シテルコトアルモノナリ。其他子宮壁ニ大ナル穿孔ヲ來セルトキハ却テ之ヲ看過シ、内手ハ直チニ腹腔内ニ達シテ腸管ヲ把握シ之ヲ以テ胎盤ナリトナシテ推斷スルコトナキニアラス。

ローゼンタール (Roenthal) 氏ガ胎盤用手剝離術ト他ノ分娩手術トノ死亡率ヲ比較セル統計ハ次ノ如シ。

用手胎盤剝離術	13.0%
帝王切開術	8.8%
廻轉術	4.4%
錯子娩出術	4.4%
早産	2.2%

ウェンテルノ教室ニ於ケル 200 例ノ胎盤用手剝離ノ結果ニ依レバ死亡例 18、即チ 9% (子宮破裂 3 例、慢性腎臟炎 1 例、子癇 1 例、失血 7 例、空氣栓塞 1 例、傳染 5 例)ニシテ出血ニ依ル危險ハ往昔稱ヘラレシ如ク然ク重大ノモノニアラス。

後産期手術ノ豫防

前述ノ如ク用手胎盤剝離術ハ其賣ラス所ノ危險頗ル大ナルモノアルガ故ニ能フベクニ絶対的ニ之ヲ忌避セザルベカラズ。而シテ第三期ニ於ケル處置其宜キヲ得ルカ、否ラザルモ他ノ胎盤排出法ヲ行フコト巧妙ナルトキハ用手剝離ハ多クハ、

之ヲ避ケ得ルモノニシテ今其要點ヲ抄記スレバ次ノ如シ。

1. 後産期ニ於テハ苟モ不適當ノ處置ヲ禁ジ監視ヲ忽ニセザルハ勿論、不要ノ摩擦、早期壓出等ヲ試ミテ溢リニ子宮ヲ刺戟スベカラズ、蓋シ之ニヨリテ子宮筋ノ麻痺若クハ痙攣性狹窄ヲ惹起スルコトアレバナリ。
2. 既往症又ハ現症ニ鑑ミ、分娩第一若クハ第二期ニ於テ既ニ第三期障礙ノ來ルベキヲ豫測シ得ルモノナルトキハ、殊ニ後産期ニ於テ深く注意セザルベカラズ。
3. 用手剝離法ハ絶対的適應症アルニアラザレバ之ヲ行フベカラズ。
4. 用手剝離法ヲ行ハンニハ、必ズ先ヅ全身麻酔ノ下ニ胎盤壓出法ヲ試ミ其奏效セザルモノニ於テ甫テ之ヲ施スベシ。
5. 用手剝離法ヲ行ハンニハ最モ深く意ヲ消毒ニ用フルヲ要ス。
6. 胎盤稽留ヲ來セルモノニ在リテハ、其原因 (例之、子宮内膜炎)ヲ探究シ、次回妊娠マデニ之ヲ治癒セシメザルベカラズ。

新撰産科手術學件名索引

ア		イフェル氏くらくらにおくら	141, 142, 174
悪性貧血	38	すと	219
悪性妊娠嘔吐・悪阻	31	カ	
安全鉗子	139	假死	131
壓迫症候	22	假死ノ徴	26
壓迫作用	144	間接法	122
イ		過度擴張	134
右葉	142	鉗子手術	30, 139
誘導點	148	鉗子正位	147
優生學的適應症	41	鉗子ノ沿革	139
磐瀨及フェースレル氏護膜		鉗子ノ滑脱	155
手袋乾燥消毒法	9	鉗子ノ閉合	154
		鉗子ノ反重	154
ウ		乾燥消毒法	9
グェガンド氏側臥法	107	下顎骨々折	212
ウェガンド, マルチン, ウェ		瓦設栓塞法	48, 58
ンケル氏法	195	開放的恥骨切開術	86
		開放的恥骨縫合切開術	29
エ		顔面位鉗子手術法	165
會陰保護	158	キ	
エルブ氏點	212	強行遂燒	58
液體注入法	51	器械消毒法	12
依的兒麻醉法	14	吸入麻醉法	13
圓鋸狀穿頸器	218	逆プラグ法	206
英國式産科鉗子	141	急性羊水過多症	33
オ		胸鎖乳頭筋斷裂	212
横牀位	4	ギグリー氏線鋸	232
溫度刺戟ニ由ル陣痛催進法	49	キュストネル氏腎鉤	199
オーバー, ウェンテル, ツワ		キールランド氏鉗子	
		急性黄色肝臟萎縮症	32
		急速の子宮頸管擴張法	55, 65
		機械的刺戟ニ由ル陣痛誘發	
		法	55
		ク	
		廻轉紐	117
		廻轉術	105
		外廻轉術	107
		廻轉異常	21
		廻轉作用	144
		廻轉後ノ分娩	125
		廻轉術ノ豫後	129
		軀幹壓出法	135
		クモール消毒法	12
		クラウゼ氏法	51
		クレーター氏法	274
		クリステルレル氏法	135
		クナップ氏擴大器	68
		クロール, エチール麻醉	15
		外陰部ノ血腫竝ニ浮腫	77
		くらくらにおくらすと挽出術	213, 222
		クレーター氏胎盤壓出法	30
		ケ	
		係蹄	198
		血友病	38
		血液疾患	38
		狹窄骨盤	21

鉄状穿頭器.....217
 肩胛挽出術.....30, 137
 牽引挽出法.....155
 牽引方向.....156
 牽引作用.....144
 牽出足ノ預定.....120
 牽出足ノ捕捉.....123
 限局性子宮翻轉症.....275
 狭窄骨盤ニ於ケル臍帶脫出.....105

コ

骨盤高位.....6
 高位錯子.....169
 骨盤彎曲.....143
 呼吸器結核.....35
 強姦適應症.....41
 交互灌注法.....49
 後産期手術.....30, 271
 後子宮壁切開.....267
 骨部産道擴大法.....29, 77
 骨盤擴大法.....77
 骨盤擴大術後ノ産褥.....92
 骨盤端位挽出術.....30, 184
 骨盤擴大術ニヨリテ來ルベキ損傷.....91
 根治的帝王切開術.....33, 255
 後續兒頭壓出法.....135
 後頭位錯子手術.....150
 後續頭部錯子手術法.....169
 こるほいりんてる挿置法.....48

サ

左葉.....142

載石位.....7
 碎頭器.....219
 碎頭術.....30
 載胎術.....30, 229
 産道狭窄.....39
 産婦ノ位置.....3
 産婦麻酔法.....13
 産婦ノ消毒法.....11
 産科錯子ノ構造.....141
 産瘤ノ急劇増大.....27
 臍帶整復器.....102
 臍帶整復術.....29, 100

シ

除膿術.....235
 女性葉.....142
 膝肘位.....6
 斜牀位.....5
 縱牀位.....4
 腎臟疾患.....36
 死胎殘留.....33
 試験的牽引.....155
 施術ノ主眼.....42
 手術臺.....3
 手術室.....3
 手術要約.....28
 手術室ノ消毒法.....8
 心臟瓣膜病.....34
 社會的適應症.....41
 陣痛微弱.....24, 58
 子獨發作.....25
 子宮鼓音.....23
 子宮癌腫.....39

肢部整復術.....29, 98
 温潤消毒法.....11
 上肢ノ舉揚.....188
 上肢解出法.....188
 上肢ト下肢トノ鑑別.....121
 心音ノ持續的變化.....26
 上行性ランドリー氏麻酔.....39
 人工早産.....31
 人工早産法.....47
 人工流産.....31
 人工流産法.....29, 42
 人工破水法.....29, 93
 人工胎胞破綻術.....93
 人工妊娠中絶法.....29, 31
 兒頭體勢矯正法.....29
 兒體全部壓出法.....135
 兒體一部壓出法.....134
 深在頸管切開法.....73
 深在性腔會陰切開法.....77
 子宮内假死.....26
 子宮頸部腫瘍.....58
 子宮口切開法.....72
 子宮頸管擴張法.....29, 54
 子宮下部切開法.....248
 子宮體部切開法.....244
 シーホルド氏剪刀.....232
 シュルツェ氏鎌狀刀.....232
 ジュメルブッシュ氏煮沸消毒器.....12
 シュルラー氏臍帶整復器.....103
 シヤッツ氏法.....97
 ジーゲムンゲン氏法.....127
 シュナイテルリン氏法.....15

シヤムプチーエ, ミュルレル
 氏めとろいりんてる.....61

ス

水平滑脱.....155
 垂直滑脱.....155
 スメルリー氏錯子.....141
 スメルリー氏鈍鉤.....199

セ

切開法.....89
 精神病.....39
 前子宮壁切開.....266
 全子宮翻轉症.....276
 穿刺法.....87
 穿頭術.....30, 213, 221
 脊椎截断術.....30
 脊柱截断術.....235
 前置胎盤.....33
 前額位錯子手術法.....167
 前額位錯子手術法.....163
 先進兒頭壓出法.....134
 絶對的狭窄骨盤.....22
 絶對的産道狭窄.....39
 漸進的子宮頸管擴張法.....54

ソ

窓孔.....143
 側臥位.....5
 躁鬱病.....39
 早期性癡呆.....39
 早期呼吸運動.....27
 雙合廻轉術.....110

雙合直接廻轉術.....114
 雙合間接廻轉術.....110
 雙合廻轉困難ナル場合.....112
 足位挽出術.....186
 足位内廻轉術.....114
 足位廻轉術困難ナル場合.....125
 側方切開術.....76
 側臥位ニ由ル自然廻轉法.....106

タ

第一位.....156
 第二位.....156
 第三位.....156
 断頭術.....30, 232
 男性葉.....142
 單純性疲勞.....24
 體位矯正術.....105
 炭酸瓦斯灌法.....50
 胎盤壓出法.....274
 胎囊漏潰.....27
 胎兒出血.....28
 胎兒縮小術.....30, 213
 胎兒壓出法.....30, 133
 胎兒身體ノ廻轉.....123
 胎兒體勢矯正法.....95
 胎盤用手剥離法.....277
 胎兒ニ對スル危險.....25
 胎兒ノ常習性死亡.....41

チ

直接法.....122, 129
 腔壁腫瘍.....76
 腔灌注法.....49

腸線消毒法.....12
 注射麻酔法.....15
 腔入口硬靱.....76
 恥骨切開法.....29
 恥骨切開術.....85
 恥骨縫合切開術.....29, 81
 恥骨縫合上帝王切開術.....30
 腔式帝王切開術.....30, 55, 74, 262
 腔式子宮切開術.....262
 腔及外陰部擴張法.....29, 75
 チュトルボン氏法.....129
 チャンパーレン氏錯子.....140

ツ

ツルバン第一期.....36
 ツルバン第二期.....36
 ツルバン第三期.....36
 ツワイフェル氏碎頭器.....231
 頭蓋骨陥凹.....212
 頭位内廻轉術.....128
 頭位外廻轉術.....107
 頭部彎曲.....143
 頭部ノ異常體勢矯正法.....95

テ

適應症.....21
 適示症.....21
 臀背位.....5
 臀位外廻轉術.....110
 臀位錯子手術法.....169
 帝王切開術.....30, 237
 定型的帝王切開術.....30, 244
 テーデルライン氏法.....89

デーデルライン氏把柄84
 デーデルライン氏鋸送器89
 電気刺激ニ由ル陣痛促進法50

ト

鈍鉤198
 糖尿病38
 獨逸法122
 トルン氏法97
 獨逸式産科鉗子142

ナ

内手ノ撰定119
 内手ノ挿入119
 内廻轉術114
 内臓除去術30
 軟部産道擴張法57

ニ

妊娠腎31
 妊娠毒素34
 妊娠中毒症31
 妊娠皮膚病32
 妊娠肝臓病32
 妊娠舞蹈病32
 妊娠子宮脱出症34
 妊娠子宮位置異常33
 妊娠後屈子宮嵌頓症33

ネ

ネーグラー氏穿器217, 232
 ネーグラー氏鉗子141
 ネーグラー氏鉗子ノ構造142

ノ

ノ骨質除去術213

ハ

白血病38
 把柄部143
 半横林位5
 パセドウ氏病37
 バルフィン氏鉗子140
 バルネス氏めとろいりんて
 る60

ヒ

被蓋67
 匙部143
 匙狀陷凹212
 比較的狭窄骨盤21
 比較的産道狭窄40
 ビール氏腰髄麻酔法16
 皮下恥骨縫合切開術29, 83
 皮下恥骨切開術86

フ

腹壁微弱24
 葡萄状鬼胎33
 ぶーち一挿置法51
 腹式帝王切開術30, 238
 腹式子宮全摘出術30
 腹式子宮全剝出術258
 腹膜外帝王切開術30
 腹膜後断端處置法257
 腹膜外断端處置法257

腹膜内頸部帝王切開術248
 腹膜外頸部帝王切開術251
 分枝準備手術29
 佛蘭西法122
 佛蘭式産科鉗子141
 ブッシュ氏鉤143
 ブラウン氏鉤231
 ブナム氏把柄84
 ブナム氏鋸送器83
 ブラブアツ注射器15
 ブンゲ氏係蹄輸送器198
 フロムメル氏擴大器68
 ブラウン氏臍帶整復器102
 ブナム氏法87
 ブラウダ法194
 ブッシュ氏法129
 プーテローク氏法122
 プロューゼ氏法128
 プーテローク氏法97
 ブラウン氏こるはいりんて
 る61
 ブラウン氏くらにおくらす
 と219
 ふろくらにおくらすと219
 不定型的胎兒縮小術236
 ブラックストン、ヒックス氏
 廻轉術110

ヘ

娩出手術29, 133
 ベール氏法122
 ベルノクトン麻酔法16
 ヘルフ氏破水器54

ベール氏骨鉗子220
 ヘーガール氏金屬擴張子46

ホ

膨脹子44
 抱瘡標識痲疹32
 ホロー氏手術30, 256
 ホネール氏法66
 母體ノ衰弱疲勞23
 母體ニ對スル危險22
 ゴッシー氏擴大器67
 ゴッシー氏擴大法55, 66
 膨脹ぶーち一挿置法54
 保存の帝王切開術30, 238
 暴力遂焼又強行娩出術271
 綿帶及縫合材料消毒法12
 ホーフマイエル及フリッチュ
 氏法134

マ

マックス、ザムエル氏位7, 136
 マルチン氏穿器218

ミ

ラ

ミュルレル氏法191

メ

メスナルド、スタン氏骨鉗
 子220
 めとろいりんてる挿入法54, 60

モ

モリソー、ファイト、スメル
 リー氏法193
 モヨン、ガバスタウ氏胎盤剝
 離法30, 276

ヤ

藥劑ニ由ル陣痛誘發法56

ヨ

豫備消毒9
 用手還納方103
 用手擴大法65
 用手胎盤剝離法30
 用指卵膜剝離法50
 沃度防護瓦設栓塞法43

らみなりあ44
 卵膜剝離法50
 卵膜穿刺法47, 53
 らみなりあ桿挿置法59

リ

兩葉142
 リットゲン及オルスハウゼ
 ン氏法135

ル

ルゴール氏液13
 ルグレイ氏鉗子141
 ルグレイ及ドユチユ氏四分
 ノ一廻轉法126

レ

連頭部143

ロ

肋骨143

ワ

ワルヘル氏擴大器67

SACHREGISTER

A

Abdominale Totalexstirpation des Uterus	30, 258
Abdominaler Kaiserschnitt	30
ableiten	155
Ablösung der Eihäute	50
absolute Verengerung des Gekurtskanals	39
absolut verengtes Becken	22
Accouchement forcé, Zwangsgeburt	58, 271
acute gelbe Leberatrophie	32
Aethernarcose	14
aeussere Wendung	107
aeussere Wendung auf den Kopf	107
aeussere Wendung auf den Steiss	110
akutes Hydramnion	33
allmähliche Dilatation des Cervicalkanals	54
atypische zerstückelnde Operationen	236
Armlösung	188
Asphyxie	131
Auvard-Winter-Zweifelscher Kranioklast	219

B

Baersche Methode	122
Basedowsche Krankheit	37
Bauchpressenschwäche	24
Baudelocquescher Handgriff	97
Baudelocquesche Methode	122
Bau der Naegeleschen Zange	142
Bau der Zange	141
Beckenerweiternde Operationen	77
Beckenhochlage ung	6
Beckenkrümmung	143

Beckenring	78
Biersche Lumbalanaesthesia	16
Blasenmole	33
Blasenriss	53
Blatt	142
blutige Dilatation	72
Blutkrankheiten	38
Boersche Knochenzange	220
Bonuaire	66
Barnescher Metreurynter	60
Braunscher Colpeurynter	61
Braunscher Kraniokrast	219
Brüssescher Handgriff	128
B. S. Schultzesches Sichelmesser	232
Bungescher Schlingenführer	198
Bunn's Verfahren	87
Buschsche Haken	143
Buschsches Verfahren	129

C

Cachlea	143
Carcinoma Uteri	39
C. Braunsche Schlüsselhaken	231
Champtiersche Metreurynterzange	62
Champtier-Müllerscher Metreurynter	61
Chloräthylrausch	15
Chloroformnarcose	13
Chorea gravidarum	32
Colpeuryse	48
combinirte directe Wendung	114
combinirte indirecte Wendung	110
combinirte Wendung	110
Credescher Handgriff	30, 274

D

dauernde Veränderung der Kindesherztöne ...	26
Decapitation	30, 232
Desinfektion der Instrumenten	12
Desinfektion des Verband- und Nahtmaterialien	12
Desinfektion der Kreissenden	11
Desinfektion des Operateurs	8
Desinfektion des Operationssaals	8
Deutsche Zange	142
Diabetes mellitus	38
Dilatation mit dem zugfesten Metreurynter	71
Dilatation nach Bossi	55, 66
Döderlein's Verfahren	89
D. Outrepontsches Verfahren	129
Drehungsanomalien des Kindes	21
Drehwirkung	144
dritte Position	156
Drucksymptome	22
Druckwirkung	144

E

Eihautablösung mit Fingern	50
Eihautstich	47, 53
Einfache Erschöpfung	24
Einlegung des Laminariastiftes	59
Einlegen und Liegenlassen von Bougie	51
Eklampsie	25
Eklampsismus	32
elektrischer Schröpfkopf	50
Embryotomie	30, 229
eugenetische Indikation	41
enges Becken	21
Englische Zange	141
Entartungsreaktion	211
entbindende Operationen	29, 133
Enthirnung	213
Episiotomie	76
Eröffnung des Uterus im erste Position	244
Eröffnung des Uterus im unteren Uterusabschnitt	248
Erschöpfung der Mutter	23
Erweiterung des Cervikalkanals	54
Exenteration, Evisceration	235
Expressio foetus	30
Expressio Placentae	274
Extraktion am Beckenende	30, 184
Extraktion der Schulter	30, 137
Expression des nachfolgenden Kopfes	135
extraperitonealer cervikaler Kaiserschnitt	251
extraperitonealer Kaiserschnitt	30

F

Fenster	143
feuchte Desinfektion	11
Foetale Blutung	28
Französische Zange	141
Führbringersche Methode	8

G

ganze Expression	135
Gazetamponade der Scheide	48
Gefahren für das Kind	25
Gefahren für die Mutter	22
Geschichte der Zange	139
Gigjische Drahtsäge	232
Glückszange	139
Griff	143

H

habituelles Absterben der Frucht	41
Hochschlagen des Arms	118
Haematom u. Oedem der Vulva	77
Haemophilie	38
Hegarschen Metalldilatoren	46
Halbquerbett	5

Handgriff der <i>Tusting Siegenundin</i>	127
Hebesteotomie	85
Hebelwirkung	144
Hebeotomie	85
Hebotomie	85
Hepatopathia gravidarum	32
Herfscher Blasensprenger	54
Herzfehler	34
Hofmeier-Fritschsches Verfahren	134
hohe Zange	169
horizontales Abgleiten der Zang	155
Hystereuryse	60
Hysterotomia anterior nach <i>Bumm</i>	74
Hysterotomia vaginalis	262
Hysterotomia vaginalis anterior	266
Hysterotomia vaginalis posterior	267

I

Impetigo herpetiformis	32
Impression des vorangehenden Kopfes	134
Indicationen	21
Inhalationsnarcose	13
Injektion der Flüssigkeit	51
Injektionsnarkose	15
innere Wendung	114
innere Wendung auf den Fuss	114
innere Wendung auf den Kopf	123
intrauterine Asphyxie	26

K

Kaiserschnitt	30, 237
Kopfkrümmung	143
Kappe	67
Kephalokranioklast	219
Kephalatriptar	219
Kiellandsche Zange	142, 174
Klassischer Kaiserschnitt	30, 244
Knicellenbogenlage	6
Kohlensäuregasdouche	50
Konservativer Kaiserschnitt	30, 238
Korrektion der Haltungsanomalien des Kindes	95
Korrektion der Legeanomalien des Kindes	105
Kranioklasie	30, 213
Kraniotomie	213
Krausesche Methode	51
Kristellersches Verfahren	135
künstliche Erweiterungen des knöchernen Geburtskanals	77
künstliche Erweiterung der weichen Geburtswege	57
Künstliche Frühgeburt	47
Künstlicher Abort	29, 42, 31
Künstlicher Blasensprung	29, 93
künstliche Erweiterung des Cervikalkanals	29
Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft	29
Küstnerscher Steissbaken	199

L

Löffel	143
löffelförmige Impression	212
Lagerung der Kreissenden	3
Lageveränderungen des graviden Uterus	33
Längsbett	4
Leitstelle	148
Leukaemie	38
Level-Deutsche Einvierteldrehung	126
linkes Blatt	142
Inversio uteri partialis	275
Löffel werfen sich	151

M

mannliches Blatt	142
Manubrium	143
Manuelle Ablösung der Placenta	30
Manuelle Dilatation	65

Manuelle Placentarlösung	277	Perforation	30, 213, 221
Martinscher Trepan	218	Peritonealer cervikaler Kaiserschnitt	248
Maurisau-Veit-Smelliescher Handgriff	193	Perniciöses Erbrechen	31
Max-Samudsker Handgriff	7, 136	Perniziöse Anaemie	38
Meconiumabgang	27	Pernoxton-narkose	16
Mesari-Steinsche Knochengänge	220	Placenta Praevia	33
Metreuryse	54, 60	Prager Handgriff	194
missed abortion	33	Prognose des Wendung	129
Mojon-Gabstausche Auffüllung der Placenta	30, 376	Prolapsus Uteri gravidi	34
Müllersches Verfahren	191	Psychose	39
Muttermundsincisionen	72	Pubiotomie, Hebestotomie	29, 85
		Pubotomie	85

N

Nabelschnurrepositorium	102
Nachgeburtsooperationen	30
Naeglesches Perforatorium	232
narbige Stenose der Scheide	75
Narcose der Gebärenden	13
Nephropathia gravidarum	31
Neubildungen der Scheide	76
Neubildungen der Cervix	58
Nierenkrankheiten	36
Notzuchtindikation	41

O

offene Hebestotomie	86
offene Symphyseotomie	29, 81
Omphaloprotosis	100
Operationen der Nachgeburtperiode	271
Operationsaal	3
Operationstisch	3

P

partiell Expression	134
Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung	257, 267
Porrosche Operation	256

Q

Quellbougiemethode	54
Quellmittel	44
Querbett	4

R

radikaler Kaiserschnitt	30, 255
rapide Dilatation des Cervicalkanals	55, 65
rechter Blatt	142
Reizwirkung	144
relativ verengtes Becken	21
relative Verengung des Geburtskanals	40
Reposition der Extremitäten	98
Reposition der Nabelschnur	100
Retroflexio Uteri gravidi incarcerata	30
Rippen	143
Ritgen-Obhausensches Verfahren	135
Rigidität der Cervix	57
Rigidität des Scheideneingangs	76

S

Schambeinschnitt	85
Schaufigenschnitt	81
Scheidendouche	49

Scheidensepta	75	Traubenmole	33
Scherenförmiges Perforatorium	217	Trepanförmiges Perforarium	218
Schlusse	143	trockene Desinfektion	9
Schneiderlinsches Verfahren	15	trockene Sterilisation der Gummihandschuhe von <i>Loase u. Fiesler</i>	9
schnelle Vergrößerung der Geburtsgehwulst	27	Tuberculose der Respirationsorganen	35
Schnittmethode	89	Turban I	36
Schultzer Handgriff	97	Turban II	36
Schwangerschafts-dermatose	32	Turban III	36
Schwangerschaftstoxikose	31	Tympania uteri	23
Schwangerschaftstoxin	34		
Sectio caesarea	237		
Seitenlage	5		
Seitenschnitt	76		
senkrecht abgleiten	155		
Septum der Cervix	57		
Sieboldsche Schere	232		
Smelliescher stumpfe Haken	199		
soziale Indikation	41		
Spondylotomie	30, 235		
spontane Wendung durch Seitenlagerung der Kreissenden	106		
Steinschnittlage	7		
Steissrückenlage	5		
Stichmethode	87		
stumpfe Dilatation	65		
stumpfe Haken	198		
subcutane Hebestotomie	86		
Symphyseotomie	29		
Symphysiotomie	81		
Subcutane Symphyseotomie	29, 81, 83		
Suprasymphärer Kaiserschnitt	33, 248		

U

Überdehnung	134
Umgekehrter Prager Handgriff	206
Umwandlung der fehlerhaften Kopfhaltung	95
unschädliche Zange	139

V

vaginaler Kaiserschnitt	30, 55, 74, 262
Verengung des Geburtskanals	39
Version	105
Vorbedingungen	28
vorbereitende Operationen	29
Vordesinfektion	9
vorzeitige Atembewegung	27

W

Walchersche Hängelage	7
Wechseldouche	49
Wiegandsche Seitenlagerung	107
Wehenanregung durch elektrischen Reiz	50
Wehenanregung durch mechanischen Reiz	55
Wehenanregung durch thermischen Reiz	49
Wehenschwäche	24, 58
weibliches Blatt	142
Wendung	105
Wendung nach <i>Braxton-Hicks</i>	110
Wigand-Martin-Winkelscher Handgriff	195

T

Tamponade mit Jodoformgaze	43
Tarniersches Bläschen	60
Thornscher Handgriff	97
tiefe Cervixincisionen	73
tiefe Scheidendammincision	77

Z	Zange bei Vorderhauptslage	163
Zange am nachfolgenden Kopf	Zangenoperation	30, 139
Zange bei Gesichtslage	Zangenrecht	147
Zange bei Hinterhauptslage	Zerstückelnde Operationen	30, 213
Zange bei Steisslage	Zugwirkung	144
Zange bei Stirnlage	Zweifelscher Trachelorhektekter	231
	Zweite Position	156

大正八年十一月一日第一版印刷
 大正八年十一月三日第一版發行
 大正十年十月二十日第二版發行
 大正十四年四月一日第三版發行
 昭和二年六月一日第四版發行
 昭和七年一月十五日第五版發行



正價金五圓

著者 磐瀨雄一
 發行者 鈴木幹太
 東京市本郷區龍岡町三十一番地

印刷者 古橋照太郎
 東京市京橋區築地三丁目十番地

印刷所 株式會社 東京築地活版製造所
 東京市京橋區築地三丁目十番地

發行所
 東京市本郷區龍岡町三十一番地
南山堂書店
 電話小石川四二三番 振替東京六三三八
 四七五七

56

終