

綜 說

頸管帝王切開術の經驗

東京女子醫學專門學校婦人科學教室
教授 醫學博士 堤 辰 郎

帝王切開術とは子宮壁を切開して胎兒を摘出する手術なることは今更謂ふまでもない。妊婦死亡したる後と雖も 10 分以内に本手術を施せば胎兒を救助することが出来る。されば臨月の妊婦が死亡したる場合には本手術が施されて居た。帝王切開術なる邦語は獨逸語の Kaiserschnitt を譯したるものにして、Kaiserschnitt なる獨語は Sectio caesarea なる羅典語を意味を誤つて獨譯せられたるものであると稱せられて居る。即ち Sectio とは Schneiden と謂ふ意味にして Caesarea とは Caedo 即ち Al hauen (切り離す) と謂ふ語に基けるものである、其故に Sectio caesarea とは母體より胎兒を切り離す切開術と謂ふ意味に解す可きである、従つて近頃は獨逸にても Kaiserschnitt なる語を廢して須らく Schnittentbindung なる語を使用す可しと稱する者が多い。我國に於ても切開娩出術とでも謂ふ術語を採用したらどうかと私は考へて居る。併し言葉には傳統的習慣によつて其の言葉の本來の意味とは全然異つた意味や或は反對の意味にさえ使用せられて居るものが少くないから、帝王切開術なる慣用語を急に放棄するのも考へ物である。用語統一會あたりで一應は議題に上せて見る可きだと思ふ。然らば何故に Sectio caesarea が Kaiserschnitt と誤譯せられたのかと謂ふに、Caesarea なる語が Caesar (Kaiser) の變化したるものと誤られたからだと稱せられて居る。

本手術の歴史は相當に古いものにして西紀前 700 年に已に行はれて居つたと謂ふ。羅馬法典中にも「死妊婦は豫め腹切開に由りて胎兒を取出すに非ざれば埋葬することを得ず」と謂ふ規定があつたと謂ふ。斯くの如く初めは妊婦死亡直後或は瀕死の妊婦にせめて胎兒だけでも救助すると謂ふ目的を以つて本手術が施されて居つた。母をも救助すると謂ふ産科的意味にて本手術が行はれたのは其の後久しき後にして初め

て此れを實施したるは十六世紀初葉に於ける一佛蘭西外科醫であると傳へられて居る。獨逸にては 1610 年 Jeremias Trautmann が子宮脛に行ひたるを以つて嚙矢とする。當時は消毒法は不完全だし、手術の術式も幼稚なりしたため子宮壁の縫合も行はなかつたので假令胎兒は幸にして救助せられても母體は 100 % に死亡したのは止むを得なかつた。降つて 1867 年伊太利の Porro が胎兒摘出後に子宮の膈上部切斷を行ふ術式を案出した。是に由つて母體生命の危険率が著しく減ぜられた。其後子宮壁の縫合術が研究せられ、胎兒胎盤の摘出後に子宮壁を充分完全に縫合すれば、必ずしも子宮剔出をしなくとも母兒共に救濟せらるることが明かと成つた。之が所謂古典的帝王切開術にして近年に到るまで普ねく賞用せられたる帝王切開の術式である。

我國に於ては嘉永五年（西紀 1852 年）、蘭醫伊古田純道氏が醫學の意味に於て本手術を行ひたるを以つて嚙矢とせらる。其後降つて明治十八年四月福岡に於て大森、池田兩氏がポロー氏手術を行ひ、同年十一月には石井氏が保存的手術を行つた。

以上の如く帝王切開術は久しくポロー氏帝王切開術と古典的帝王切開術（體部切開術）とに限られて居つたが、先年 Stoeckel 等に由つて頸管帝王切開術（Zervikaler Kaiserschnitt）なるものが推奨せられ、多くの追試者を見るに到つた。本法は子宮頸管前壁を縦に切開する所謂頸管縦切開法（Zervikaler Längsschnitt）であるが、其後、頸管横切開法（Zervikaler Querschnitt）が案出せられ縦切開よりも優秀なる方法と稱せらるるに到つた。然るに更に其後頸管弓形切開法（Zervikaler bogiger Kaiserschnitt）なる方法が案出せられ、該法が最も優秀なりと認めらるるに到つた。著者は大正の終りまでは専ら古典的切開術を行つて居たけれども、昭和元年の冬よりは頸管帝王切開術を行つて居る。始めは主として縦切開のみを施して居つたけれども、昭和八年（1933）冬以來は之を放棄して横切開を試みたが、横切開を實施したる期間は短く例數も僅かに 6 例に止り、昭和九年六月（1934）以後は弓形切開のみを用ひて居る。

弓狀帝王切開の術式を簡単に叙ぶれば、臍下より耻骨縫際に互りて皮膚に縦切開を加へて開腹する。此の際古典的切開の如く臍の側上方までも切開するを要しない。古典的體部切開にては子宮體を切開創外にもたらし助手をして子宮動脈を壓迫せしめる等、手數がかかるとも頸管切開にては其の様な必要がない。膀胱子宮窩の腹膜を横に開いて膀胱を頸管前壁から剝離す、内子宮口より稍々下方に於て頸管前壁中央に刀を以て小なる横切開を加へる、此の切開は筋層だけにして卵膜を破らない様に注意する、此の小切開に左示指を挿入し子宮筋層と卵膜との間を側方に示指を移動させつ

つ彎剪刀を以つて指の移動に従つて筋層を切開する、彎剪刀の凹面を子宮底の方向に向けるから切開は凹側を上に向けたる弓状を示すことに成る。子宮側縁に達した切創は子宮動脈の下行枝又は上行枝と交はらずに並行に近い走向をとるから血管を傷けて出血を起す憂がない、従つて切開創を大にすることが出来る、此等の點々横切開に優るところである。斯くの如く剪刀を以つて兩側へ切開を擴げたらば、卵膜を破つて胎兒胎盤を摘出し、「ヨードフォルムガーゼ」を腔の方へ通じ(手術後之を抜去する)、子宮收縮劑を注射し、腸線の連続縫合を二重に施して子宮筋層を閉鎖し、膀胱子宮窩を閉鎖する。

體部切開に比して頸管切開の優れることは上記の如くであるが、其の中にも縦切開は切開創を内子宮口以上に延長しなければならぬ場合があり、又胎兒摘出時に屢々切開の下端に斜に走る裂傷を生じ縫合に際し不便を感ずることがある。又頸管の筋纖維は斜走せるもの多く横走せるものもあれども、縦走せるものは殆ど無いほどであるから、縦切開によつて筋纖維は殆ど皆横斷せられ、切創縁は筋の收縮なきため菲薄にして縫合に困難である。然るに横切開殊に弓状切開に於ては切開の方向は筋纖維の走向に略一致するから、筋纖維の切斷せらるるもの甚だ少く、切創縁の筋纖維が收縮するから厚くして縫合するに極めて容易である。厚いと謂つても體部切開の場合の如く厚くはないから恰も手頃の厚さと稱す可きである。

要之、體部切開法よりも頸管切開法が利點多く、同じ頸管切開法の中にも縦切開よりも横切開が勝り、横切開よりも弓形切開が更に優れて居ると謂ふ可きである。

著者は昭和六年四月より十三年十二月に至る滿7年9ヶ月に於て東京女子醫學專門學校に於て100例の帝王切開術を試みた。100例の中、昭和八年十二月十二日までは縦切開のみを行ひ其の例數は35例である。同年十二月廿一日より九年四月三日までは横切開を行ひ其の例數は6例である。九年六月以後今日に至るまで専ら弓形切開法を行ひ其の例數は49例である。上記90例の他にポロー氏手術を行ひたる例が10例ある。ポロー氏手術は、子宮内傳染の虞れありし場合、早期剝離の際の弛緩子宮等の例に施したるものにして全期間に亙つて之を施行した。尙茲に附言せねばならぬことは、從來の體部切開や頸管縦切開の際にはポロー氏手術に移行するに方りて更らに腔上部切斷の手續を行はねばならぬけれども、横切開や弓状切開からポロー氏切開に移行する場合には已に加へられたる切開を延長すれば其の儘腔上部切斷が行はれることに成るから、其の點も弓状切開術は利點と看ることが出来る。

帝王切開の頻度

總分娩數に對する帝王切開の頻度は、地方的關係病院の種類、術者の適應決定に對する見解等によつて多少の相異あることは勿論である。例へば都會の如く正常分娩入院者の多き地は田舎地方に比して頻度低かる可く、大病院の如く異常分娩患者の集る所に於ては頻度高かる可く、又適應決定範圍を廣くせる所に於ては頻度高きことは當然である。余の教室に於ては總分娩數 5343 例中 100 例にして 1.87 % に相當する。之を先輩諸家の報告に比較するに略中位にあり。余は子癩に對しては原則として個別療法 Individualisierende Therapie に従ひ居るも以前は積極的傾向を採りしため、子

第 1 表
總分娩數に對する帝王切開の頻度

報 告 者	%	報 告 者	%
Colvin	0.02	佐々木	2.2
Orlby	0.2	Hornung	2.4
平 澤	0.47	Kurt Meister	2.44
大 島	0.47	Daichman	2.5
Schulz	0.8	Sellheim	2.7
平 林	0.83	Matolcsy	2.3
Lull	1.0	Schreder	3.0
Lanaeck	1.3	Jaschke	3.4
小 畑	1.37	四 元	4.7
Labhardt	1.5	Fith	5.0
堤	1.87	Hunkel	5.3

癩例の切開術數が稍々多い、従つて若し子癩に對して今少しく保存的療法を施したるらんに、頻度は一層低下したるならんと思はれる。(第一表参照)

既往妊娠分娩との關係

初妊婦に於て最も多く第二回以後に於ては少い。併し初妊婦と經産婦全體とを對比すれば經産婦全體の方が稍々多い。即ち第 2 表に見る如く余の経験に於ては初妊婦 36 例、經産婦全體 46 例と成つて居る。又先輩諸家の報告と比較し見るに余の例

に於ては初妊婦例は稍々少い(第 3 表参照)。斯く第一回産に多數例を見るは狹骨盤や

第 2 表
既往分娩回数との關係

分娩回数	例 數	分娩回数	例 數
I(初)	35	VIII	4
II	9	IX	2
III	10	X	1
IV	14	XI	1
V	8	XII	0
VI	10	XIII	1
VII	4		

第 3 表
初産と經産との關係

報 告 者	初 産 %	經 産 %
小 畑	46.20	53.80
佐々木	43.02	56.98
大 島	41.35	58.65
平 林	38.80	61.20
堤	36.00	64.00

高年初産婦等が適應と成ること多く、又子癩患者が初産婦に多い事などが關係して居ると考ふ可きである。

適應症との關係

帝王切開術の適應として從來記載せられて居る疾病は、狹骨盤、巨大胎兒、軟産道鞏韌(主に高年初産婦)、前置胎盤、胎盤早期剝離、子癩、切迫子宮破裂、胎兒位置異常(横位、反屈位)、子宮畸形(重複子宮)、子宮筋腫、卵巢腫瘍、臍帶異常(纏絡、脱出)、股關節強直、尿糞瘻、心臟疾患、腎臟炎、腦溢血、肺結核、子宮癌等である。而して余の經驗例は第4表に見る如き頻度である。

(一)、子癩。子癩を帝王切開の適應と看做す可きか否かは、議論の分るところにして子癩療法の根本方針に對する見解の異なるに従つて適應決定の頻度は異なるものである。即ち、積極的療法に左袒する者に於ては頻度高く、保存的療法に賛成する者に於ては頻度低いか或は全然之を見ない譯である。今子癩を適應として本手術を行ひたる諸家の頻度を見るに第5表の如くである。第5表を一覽するに余の報告が最高率を占め岩田氏の報告が最低率を示して居る。斯くの如く大なる相異を見たるは、岩田氏は專

第 4 表
諸適應症の頻度

適應症	%
子癩及前驅縮	39
前置胎盤	23
早期剝離	18
狹骨盤	12
腎臟炎	4
高年初産	2
腦溢血	1
羊水過多横位	1

第 5 表
諸家の本手術適應としての子癩の頻度

報告者	帝切例數	子癩例	%
堤	100	39	39
磬瀬			25
川口			21.1
小畑			21.0
大島			20.0
Frey			18.5
佐々木			16.3
平林			8.6
岩田	79	6	7.6

ら保存的療法を施されたるに、余は折衷的療法を採りつつも大に積極的傾向を帯びたるが爲めである。積極的が優れるか保存的が勝れるかを決するには同一人が多數例に就て經驗しなければ決し難いと思ふ。同じ手術を行ひても手術に未熟なる者の行ひたる例は結果香しからざることは勿論にして、假令大病院に於ける統計に就ても其の主

任者のみによつて行はれたる場合と、主として助手によつて行はれたる場合と、主任と助手と相半ばして行はれたる場合とでは成績に格段の相異あることは見易い道理である。又、古典式帝切か頸管弓状切開かに由つても大に成績が異なる。されば同一治療者が5年間は全例に同一手術的療法のみを施し、次の5年間は全例に保存的療法のみを施して比較するか、或は10年間に1回毎に交互に保存的療法と手術的療法とを選擇なしに試みて而かも多數例に就て比較すれば略兩者の優劣が明かと成るであらう。茲には帝王切開の成績に就て述べ、子癇に對する療法に關して積極的が良いか保存的が良いかに就ての余自身の経験に就ては稿を更めて報告し度いと思ふ。第6表は子癇に施したる帝切の成績である(母兒の死亡率のみを示す)。

第6表
子癇帝切死亡率

母 體		胎 兒	
報 告 者	%	報 告 者	%
小 畑	8.7	磐 瀨	0
磐 瀨	12.5	Schweitzer	0
Liebmann	12.5	佐々木	7.1
佐々木	14.3	堤	10.2
Walshard	15.0	木 下	16.7
堤	15.4	Miller	20.0
岩 田	16.6	Amman	21.3
平 澤	20.0	川 口	24.0
Vegt	22.2	小 畑	24.1
平 林	26.3	岩 田	33.3
Lichtenstein	27.0	平 林	36.8
大 島	50.0	Stissbarth	42.0
		Gleekner	44.5
		Courtis	50.0

第6表に見る如く余の實驗例は39例なりしも痙攣發作を見たるものは其中30例にして9例は所謂子癇前驅症乃至無痙攣性子癇と稱す可きものであつた。而して、發作を伴ひたるもの30例中母體の死亡者は3例なりしに、發作無きもの9例に於ても3例であつた。又胎兒の死亡例は、子癇發作ありしもの30例中4例にして、無痙攣性子癇乃至子癇前驅症9例中2例なりしも2例共に妊娠7ヶ月の未熟兒なりしたため、死亡統計には之を算入しなかつた。母兒共に死亡したるは2例であつた。而して諸家の報告を見るに、母體死亡率は小畑氏の7.8%を

最低とし、大島氏の50%を以つて最高とする。余の経験例に於ては15.4%である。又胎兒死亡率に關しては盤瀨氏並にSchweitzerの0%を最低とし、Courtisの50%を以つて最高として居る。余の例に於ては10.2%である。報告者諸家の手術々式が如何なるものであるかは明かでないけれども恐らく主として古典的切開が主

であると想はれる、勿論頸管切開を施されたる例も混じて居ることは明かである、又経験例数も100例以下の少数例に就ての報告も混じて居るであらうから、%を以つて死亡率を示すことは粗漏の譏を免れないけれど、大體の見當を窺ふために便宜上%を以つて表示したる次第である。

(二)、前置胎盤

前置胎盤に對する帝切の適應決定に關しては、余は次の如き方針をとつて居る。

(一)中心前置胎盤の場合には必ず行ふ。(二)側方前置胎盤の場合には其の程度と子宮口開大の程度を考慮して成る可く帝切を施す。(三)邊緣前置胎盤の場合には原則として帝切を行はず。今日の如く頸部切開が容易に行はれ、胎兒の死亡率が其他の娩出術に比して著しく低いことを思へば宜しく帝切を斷行す可きである。前置胎盤の場合には頸管壁に胎盤が附着せるため頸管切開により出血強く且つ縫合困難であるから體部切開を選ぶ可しと稱する者もあるけれども、弓狀切開を行へば壁も相當の厚さであつて特に困難を感ずることは無い。帝王切開の適應としての前置胎盤の頻度は第七表に示す如く諸家により著しき相違を見るも、恐らく側方前置胎盤の際に適應を決する時

第 7 表

諸家の手術適應としての前置胎盤の頻度

報 告 者	%
Schönholz	48.5
Pankow	45.7
岩 田	34.5
Kessler	32.7
Güntler	25.1
Krukenberg	24.0
堤	23.0
小 畑	21.7
大 島	16.9
Högler	13.2
Thiemke	11.8
Gardieri	10.9
佐 々 木	8.1
Hermann	2.8

の見解の相違に因することと思ふ、而して余の経験に於ては100例中23例にして23%の頻度である。次に手術の際の母兒の死亡率を調査するに第8表の如くにして、母體にては0%と40%との間にして余の経験にては8・7%である。又胎兒にては0%と75%との間にして其間の幅の余りに大なるに驚くけれども、之れは恐らく経験例数の少きものも混じて居るために斯くの如き結果を來したると見る可きであらう、又死亡率を計算する際に胎兒の成熟度に對して基準の相違せるためであらう。例へば7ヶ月の胎兒をも加算すれば死亡率は高くなる可く、生活可能なる8ヶ月以後の胎兒のみを計算に入れば死亡率は低下すること

第 8 表
前置胎盤手術の死亡率

母體死亡率		胎兒死亡率	
報告者	%	報告者	%
木 下	0	Jaschke	0
平 林	0	Sellheim	0
Jaschke	0	Schmitzler	0
Sellheim	0	Hermann	1
Högler	1.7	Gardieri	1
Kessler	2.8	Schweitzler	2.2
M. Račeki	3.3	Thiemke	3.7
Pankow	3.4	堤	4.3
Schönholz	4.2	Schönholz	6.5
Krukenberg	5.5	Wetz	7.1
Momm	6.6	Pankow	7.5
Thiemke	7.4	Günther	7.8
堤	8.7	Kessler	9.4
川 口	8.7	Höger	9.8
小 畑	9.5	Momm	14.0
Güther	9.8	佐々木	14.3
佐々木	14.3	Ammon	18.4
大 島	18.2	Courtiss	18.6
岩 田	18.2	M. Račeki	21.9
Gardieri	18.2	川 口	23.5
磐 瀬	22.2	小 畑	23.8
平 澤	25.0	平 林	30.0
Hermann	28.5	岩 田	33.3
Schmitzler	40.0	Miller	39.0
		磐 瀬	44.4
		平 澤	50.0
		木 下	75.0

は勿論である。余は 8ヶ月以後の胎児のみを統計に入れて、7ヶ月以前の胎児は之れを除外した。而して 65%を示して居る。

(三)、胎盤早期剝離。早期剝離に對しては、已に子宮口開大して、鉗子分娩又は廻轉術に出つて容易に分娩せらるる場合には勿論帝王切開の必要はないけれども、子宮口未だ開大せずして急速に遂娩の望み少き例に於ては須らく帝切を執行す可きである。而して開大不充分なる例に遭遇する場合が多い。帝切の適應としての本病の頻度は余の経験に於ては、18%にして、子癇、前置胎盤に次いで頻繁である。今之れを諸家の報告と比較するに第 9 表に見る如くである。次に手術に出る死亡率を見るに、第 10 表に示す如く、母體に於ては 22.2%にして、胎兒に於ては 61%である。之を諸家の報告例と比較するに、兩者共に死亡率の低きを見る。併し之れを子癇、前置胎盤の死亡率に比ぶれば遙かに高率を示して居る。其の理由は本病は其の發病するや短時間内に危篤の状態に陥り、病院に運ばれたる時は已に重態に在る場合、多いか

らである。況して胎兒に於ては手術前已に子宮内に於て窒息死亡せる者が過半数であるから、胎兒死亡率の著しく高いのも首肯せらる。本病に於ては胎盤剝離部より大出血を子宮腔内に生ずるのみならず、子宮外膜、膀胱腹膜、廣靱帯などにも出血を見、又往々にして胎兒摘出後に子宮弛緩して收縮劑の注射に出つても收縮し難い例が多い。又本病患者は屢々慢性腎臟炎を患ふ者が多い。仍つて余は本病患者に對しては成る可くポロー氏帝切を行ふ方針を採つて居る。本病手術 18 例の中 9 例に於てポロー氏手術を施して居る。而して早期剝離患者は多くは經産婦にして、18 例中 13 例は經産婦であつた。ポロー氏帝切を行ふに當りては産兒數をも顧慮し、本人及び家人の同意を得るの必要なること勿論である。

第 9 表

適應としての早期剝離の頻度

報 告 者	頻 度
川 口	0.8
大 島	10.0
平 林	11.4
Frey	12.0
堤	18.0
佐 々 木	19.7
岩 田	25.3

第 10 表

早期剝離手術の死亡率

母 體	%	胎 兒	%
日 赤	0	川 口	0
Pankow	3.1	Krukenberg	40.0
堤		堤	61.1
東 大	8.0	Ammon	63.9
平 林	8.0	Miller	66.7
堤	22.2	Wälz	66.7
岩 田	25.0	岩 田	68.7
Brauns	25.0	佐 々 木	76.5
Zweifel	32.0	東 大	88.9
Goode!!	51.0	平 林	88.9
佐 々 木	64.7	小 畑	100.0
		日 赤	100.0
		Schweitzer	100.0

(四) 狹骨盤。狹骨盤の場合に帝王切開の適應を決定することは實地上甚だ困難である。勿

論絶對的狹骨盤に對しては議論の餘地は無いけれども、日常の診察に絶對的狹骨盤に遭遇することは極めて稀有に屬し多くは比較的狹骨盤である。前數回の分娩に於て兎に角自然産道より生活胎兒を分娩したる者に對しては設ひ相當程度の狹窄があつても自然分娩を遂げしむるやうに待期す可きである。又前回の分娩にて自然産道より生活胎兒が分娩せられなかつた者に對しては豫定日頃に帝切を行ふ可きである。初産婦に對しては外直徑 17cm 以下の場合、對角結合線 10・5cm 以下の場合は大に注意を要す。自然分娩が遂げられるか否かは、骨盤の狹濶以外に胎兒殊に兒頭の大きさ及び其の定位の状態、娩出力の強弱が與るものである。豫定日近く(9ヶ月終頃)より頻繁に

診察し兒頭を骨盤入口内に壓入し得るや否やを検す可きである、而して若し壓入し得ると感ずる場合には自然分娩を待期する。若し壓入困難なりと感ずる場合には帝切を行ふ。今日の如く帝切の成績が佳良なるとき、早産を行つて未熟兒を産出せしむるよりも自然分娩に委せ、若し其れが不可能なる時には帝切を施した方が良いと余は考へて居る。余は近年は狹骨盤に對して餘り人工早産を行はない方針である。兒頭と骨盤入口との大きさの關係を精しく知るために「レントゲン」撮影も行はれて居るけれども余は専ら兒頭壓入試験を度々繰返すことによりて大體見當がつくので其の必要を感じない。勿論之れは余の主觀的考へにして一般的には「レントゲン」撮影は價值あるものと思ふ、併し實地家の大多數は一々疑はしい場合に「レントゲン」撮影を行はなくとも判斷が出来るやうに習熟す可きと思ふ。

第 11 表

適應としての狹骨盤の頻度

	%
平 林 (東大)	53.6
小 畑	48.5
川 口	47.7
H. F. Lewes	46.5
平 澤 (日赤)	45.2
Frey	44.5
Iabhardt	43.5
佐々木 (北大)	40.7
岩 田 (泉橋)	38.0
磐 瀬 (東大)	25.0
大 島 (京大)	23.1
堤	12.0

第 12 表

狹骨盤手術の死亡率

母 體	%	胎 兒	%
堤	0	堤	0
磐 瀬	0	佐々木	0
岩 田	0	磐 瀬	0
佐々木	0	Schweitzer	0
平 林	2.5	Miller	1.9
小 畑	4.3	小 畑	2.9
		Courtiss	2.9
		岩 田	3.2
		Krukenberg	3.2
		Welz	4.2
		Ammon	4.6
		平 林	5.9
		川 口	8.2

次に本症の帝切適應の頻度を見るに第 11 表の如くである。余の経験に於て著しく低率なるは恐らく子癇の頻度が高い爲めであらうと思はれる。又母兒の死亡率を見るに第 12 表の如く余の経験例にては 0% である。

(五)、其他の適應

以上子癇、前置胎盤、早期剝離、狹骨盤の四者以外は余の経験に於ては適應となること甚だ稀であつた。即ち高年初産婦にして軟産道鞏靱例が 2 例、腎臓炎の重症の者が 3 例、腦溢血 1 例、羊水過多にして横位が 1 例、雙胎にして陣痛微弱を來し且つ慢

性腎臓炎を伴ふ者が1例であつた。而して高年初産婦の第一例は41歳にして第二例は40歳であつたが、2例共に骨産道には狭窄は認められなかつたが、2例共に陣痛は可なり強く發來したにも拘らず分娩進行せず、陣痛は増加し時間は経過し産婦の苦痛は加はり胎兒の心音は悪化したので止むを得ず帝切を斷行した。幸ひにして2例とも母兒健康に退院することが出來た。腎臓炎3例の中にも第一例は急性腎炎にて血球尿を排泄し浮腫高度にして子癇前驅症狀を呈せるものであつたが、血尿を伴ひたるを以つて之を子癇群に算入せず腎臓炎例に算入した。母兒共に救助することが出來た。第二例は慢性腎炎患者にして既往の妊娠は3回は正期分娩を遂げたけれども後の2回は早産して胎兒は勿論死亡した。浮腫は強くなかつたけれども血壓も200近くあり蛋白も多く重症なので帝切を施したが、胎兒は救助せられたけれども不幸にして母體は手術後5時間にして死亡した。第三例は慢性腎炎にして既往の分娩は始め5回は正期分娩であつたが後2回は早産にして何れも死産であつた。今回は妊娠6ヶ月なりしも血壓、蛋白など相當に憂慮すべきものあつた爲め帝切を施した、母體は助かつたけれども胎兒は勿論死亡した。本例は開腹しなくともよかつたけれども同時に卵管避妊術を行ふために帝切を施したのであつた。次に腦溢血の一例は慢性腎炎患者にして妊娠10ヶ月に於て卒中發作を起したる例であつたが左半身に麻痺を起せるも意識は明瞭であつた。頸管弓狀切開を施したる後病室に移したるに手術後一時間餘にして高度の弛緩出血を惹起し瀕死の状態に陥り子宮收縮劑の注射は勿論子宮「マツサーヂ」など凡ゆる手段を施したるも子宮收縮起らず、最後の手段として輸血を施し再び手術室に移して腹壁縫合を開きてポロー氏手術を行つた、其後輸血やら強心劑やら葡萄糖、リンゲル氏液など百方手を盡し辛うじて、救助することが出來た。幸にして母兒共に無事退院するを得たけれども半身不隨は勿論貽殘して居た。次に羊水過多と横位を合併せる1例は恐らく慢性腎臓炎を有して居つた者と思はれる、即ち始め3回は正常分娩であつたが其後の妊娠は流産3回、早産2回、死産2回を経過し、今回は妊娠8ヶ月なるに全身に高度の浮腫を呈し、腹部著しく膨滿し羊膜水腫を生じ横位であつた。帝切によつて母兒共に救助せられて退院した。次に双胎例は之も慢性腎炎を有し、前回は弛緩出血を起したる例である。10ヶ月にして腹部異常に大、陣痛極めて微弱、帝切を行ひたるに、手術後30分にして急に心臓衰弱し、強心劑の注射など行ひたるも、輸血の暇もなく死亡した。雙胎兒は2人とも救助せられたる例である。

手術後の状態

手術後は普通3週間入院せしめて退院せしめることにして居るが、多く其以前に全

快退院するので、治癒退院患者の手術後入院日数は平均 17.8 日と成つて居る、長きものは 56 日、短きものは 10 日であつた。

退院後、妊娠分娩の経過を観察するも亦大に意義あることであるが、それは後日に譲つて報告したいと思ふ。

結 論

最近7年9ヶ月間に経験したる 100 例の頸管帝王切開例に就いて統計的觀察を試みて左の如き結果を得た。

- 一、手術頻度は總分娩數 5343 例中 100 例にして 18.7 %
- 二、子癇に於ける手術死亡率は、母體 15.4 %、胎兒 10.2 %
- 三、前置胎盤に於ける死亡率は、母體 8.7 %、胎兒 4.3 %
- 四、胎盤早期剝離に於ける死亡率は、母體 22.2 %、胎兒 61.1 %
- 五、狹骨盤に於ける死亡率は、母體 0 %、胎兒 0 %
- 六、著者は頸管弓狀切開の利點を鉞べ大に該法を推奨するものである。

本報告は教室員なる吉原次枝、西垣千代子、佐々木ハナ、曾根はるいの諸君の調査に由るものである。諸姉の勞に對して感謝す。