
 会 長 講 演

秋田における産科

第29回日本産科婦人科学会 会長 九 嶋 勝 司

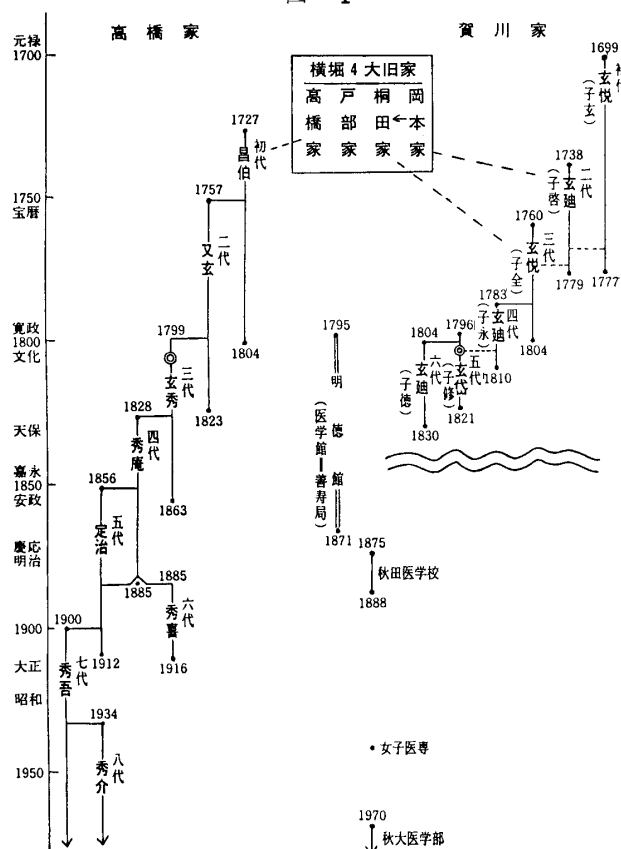
I 昔の産科

秋田市から奥羽本線に沿って南下し大曲市に至り、これから分れて東の方にある田沢湖の方角に辿つていくと、途中で“雲のじゆうたん”の舞台となつた角館町がある。江戸中期の安永2年(1773)に、平賀源内(1727—1779)が角館に来ている(彼は出羽山地…丘陵の中にある阿仁銅山の開発と整備のために招かれたのである)。角館藩士小田野直武(1749—1780)は角館を通過して阿仁銅山に向う平賀源内から蘭画の手ほどきを受けている。秋田(久保田)藩主佐竹曙山(義敦)は小田野直武に蘭画の指導を受けた。曙山の命によつて小田野直武は秋田へ勤務替となり、江戸詰めとなつた。江戸における小田野直武は蘭画の腕前も急速に上達し、この間蘭学者との交際があつたものごとく、これが機縁で安永3年(1774)刊行の杉田玄白らの解体新書(ターヘルアナトミア)の図譜模写を担当している。直武は蘭画を学びはじめたのが24歳のときであるのに、32歳のときに藩主の謹慎が解けぬうちに吐血死(自殺説)している。直武の蘭画修業を助け、自らは直武に蘭画の指導をうけ、直武とともに秋田蘭画の開花期をつくつた佐竹曙山も直武の死後5年目に38歳の若さで死去している。秋田蘭画を開花させたこの両者がともに沃折するとともに、秋田蘭画は凋落していくのである。直武の直接上司である角館城代佐竹義躬(1749—1800)も直武より蘭画の指導をうけ、自作の蘭画を残しているけれども、彼に蘭画の退潮を支えるほどの力はなかつた。秋田蘭画の退潮事情も影響してか直武を介して西洋医学とわが秋田が結びつきそうになりながら、終に秋田における洋医誕生の導火線とはならなかつた。従つてまた蘭方産科はまだまだ秋田から遠いところにあつた訳である。

賀川流産科の存在によつて、日本の産科は西洋をリードしていた。大曲市から奥羽本線をさらに南へ南へと下ると、山形との県境に近く横堀という駅がある。この横堀町は今は急行も停まらぬ小駅であるけれども、昔は山

形県からは新庄、院内を通つて秋田県に入る玄関口であり、また宮城県から鳴子を通り、鬼首街道(今の仙秋サンライン、国道108号線)を過ぎてここ横堀にいたるといふ交通の要衝であつたところである。図1に示したように、この横堀には昔、岡本家、桐田家、戸部家、高橋家という4大旧家があつた。岡本家からは初代賀川玄悦(子玄)の婿養子となつた二代賀川玄勉(子啓)が出ている。子玄の「産論」に対し子啓には産論を補説し、さらにこれを図解した「産論翼」の著がある。しかし二代目は嗣子なく、三代目は子啓の甥を迎えて継がせた。これが三代玄悦(子全)である。子全は横堀4大家の桐田家出身と考えられている。賀川家は二代目子啓以後、すべて短命で、二代目41歳死、三代目44歳、四代目27歳、五代目は養子だつたにもかかわらず25歳、六代目26歳、七代目に至つては20歳で死去している。このように若死であつたため、賀川家の嗣子とは名ばかりで、父祖の業を継ぐことさえ困難となり、あるものは先代の弟子に産科学を学ばざるを得ないものさえ現われるに至つた。話變つて4大旧家の1つである高橋家は図1に示したように、医師として8代に及んでおり、六代秀吾は東北大出身で産婦人科医局では九嶋の先輩である。また8代秀介は京大出身で産婦人科医局は西村教授の医局である。さてこの高橋家の3代目玄秀は若くして京都に出て賀川流を学んでいる。賀川家二代目、三代目が横堀出身であつたことが影響しているものと思われる。賀川家六代目玄勉(子徳)の頃と思われるが、閑院の宮家から難産の往診を依頼された。このときの賀川家の当主は「私が今師事しているものに高橋玄秀というものがある。玄秀は先代の弟子でもあるから、どうぞこの者を代りに招んでいただきたい」とお願いした。この玄秀推薦が聞き入れられ、玄秀が宮家に参入、無事難産を処理した。玄秀は宮家から巻物や短刀などを拝領、大いに面目を施して帰つた。ところが、このことが京都中の医師の恨みを買うようになったので、玄秀はいたたまれず、籠を乗りついで

図 1



横堀に帰郷してしまった。その後、玄秀および四代目秀庵は横堀を中心に県南の雄勝・平鹿・由利などに賀川流産科をひろめ、多くの弟子を養成した。県南地方には産論、産論翼などの保存されてきたものが現在でも発見される。図1の中央に秋田における医育機関の歴史を示した。すなわち寛政元年(1788)に佐竹藩では藩校を開設し、これがやや整備された寛政5年(1793)にこれを明道館(後に明德館と改める)と命名した。さらに2年後の寛政7年(1795)に明道館の中に医学館(または善寿局)が置かれた。この善寿局の教育科目は内科学、産科学、本草綱目、経路・経穴などであつて、生徒数は約50名であつた。このときの善寿局と高橋家との関係は明かでないが、産科学では教科書に子玄子産論が採用されている(ただし医生各自が版本を筆写して所有せるものようである)。明德館(明道館)は戊辰の役の際、兵站病院の役割をしたため、学校は一時閉鎖されたが、後に復活した。しかし戊辰の役の戦費のため藩(県)財政の不如意を理由に明治4年(1871)に善寿局ともども廃校になつている。明治の初期には秋田にも幾人かの洋医がいたけれども、漢方におされて発展しなかつた模様であ

る。明治40年頃に至るまで秋田の町中に賀川流産婆の看板が見られたということである。なお産婆なる用語も「産論」にはじめて出てくる言葉であり、かなり晩くまで賀川流産科が幅を利かしていたのではあるまいか。

他方、秋田県では明治8年(1875)1月乙種秋田医学校(3年制)が発足し、これが明治16年(1883)8月甲種秋田医学校(4年制)に昇格したが、2回の卒業生計約100名を出して、明治21年(1888)3月に廃校になつている。このときの廃校理由は仙台高等中学(仙台医専の前身)が設立されるからというのであつた。この秋田医学校では洋式の産科学が教育されているが、これのみでは西洋産科学が県内に普及するところまではいかなかった。都市部から遠い田舎では正規の産婆ではないもぐりの取上げ婆さんがお産を取扱い、敷蒲団を昆布巻のように円めたのに椅りかからせたままの坐産が大正12年(1923)頃まで行なわれていた。

II 今の産科

明治21年以来途絶えていた秋田の医学校は第二次世界大戦で軍医として男性医師がほとんど召集され、民間の医療事情が窮迫してきたため、昭和20年(1945)57年振りに秋田県立女子医学専門学校が開設された。もちろん此処ではドイツ産科学が講ぜられる予定であつたが、終戦と校舎焼失のダブルパンチで、学校設備が不合格のB判定を受け、僅か3年で廃校となり在校生は或は他道府県の医専に移り、或は医学修業を断念してしまつた。大正時代はもとより、昭和の極く最近までは、秋田の産科はすべて県外医育機関の卒業生のみによつて担当されてきた。

女子医専廃止から22年の歳月が流れ、昭和45年(1970)戦後はじめて秋田大学に医学部が設置された。定員80名(1期生85名)であつた。昭和51年(1976)には第1回卒業生75名を世に送ることができた。秋田大学医学部は今日的秋田流産科を産み出す責務があるものと考えた。この責務に聊かなりとも応えるべく、以下のことを試みた。

〔その1〕図2・3に見るごとく、秋田県の母体死亡は一般に高かつた。医学部開設の年には偶然低下傾向にあつたが、母体死亡をさらに低下させ出来るならば0を記録する年の出現を夢みて、秋田地方部会にはかつて、母体死亡0委員会なるものを組織し、地方部会全員に参加してもらうことにした。0委のやるべきことは次のごとくである。

図2 秋田県における母体死亡実数

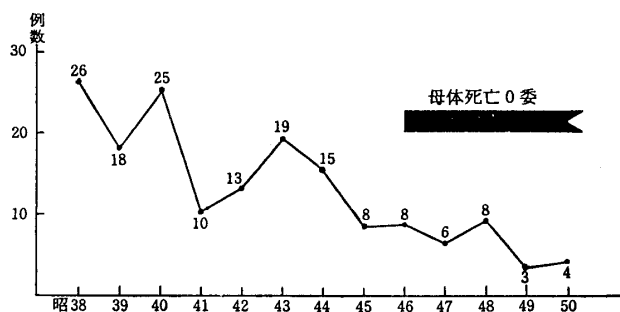
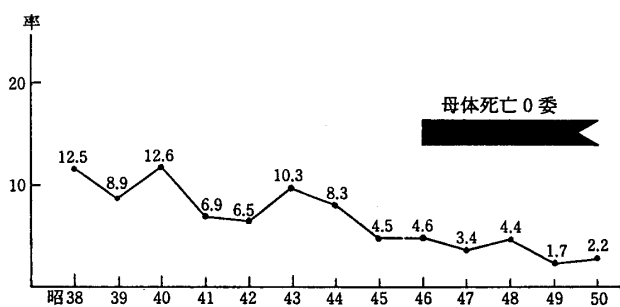


図3 秋田県における母体死亡率（分娩10,000対）



『1) 母体死亡0委員会委員という標札をつくり、委員全員が自己の診察室に掲げる。

2) 年1回、地方部会集談会を母体死亡0委員会集会とし、母体死亡について勉強会を開く。

3) 委員の中に不幸にして母体死亡を経験した場合は、その経過を0委員会で報告し、そのようなケースの予防について検討しあうものとする。しかし実際には自験例を報告することは困難であることが判明したので、秋大産婦人科教室員が前年の母体死亡について調査することに協力を願ひ、教室員から症例を報告するという方法をとった。尚、経験された症例の妊娠また分娩異常について、大学また地方病院の医師に綜説的に解説してもらうこととした。』

0委活動は決して十分なものではなかったけれども、母体死亡は増加に転ずることがないばかりか、むしろ減少傾向にあり、これは0委の存在価値を示しているものと自画自讃している。

〔その2〕婦人科学の教育では（疾病および保健上の）問題を解決する問題解決方式が採用されつつある。問診により得られた患者の愁訴を整理し、主訴を決定する（この主訴を Weed の subject に合致するものと見做してSで表現）、次に婦人科疾患のうち、この患者と同じ主訴をもつ疾患を想起する（これは Weed 方式では該当するものがないので diseases という意味で dd で

表現する）。次に患者の診察所見・臨床検査成績（これを Weed の object に合致するものとしてOで表現する）をまとめる。さらに dd とOとを対比し、両者の符合するもの1つを選び出し、これを臨床診断とする（これを Weed の assesment に合致するものとしてAで表現する）。最後にこの診断に対応する治療法・予後を検討する（これを Weed の planning に相当するものとしてPで表現する）。なお学生に対してはPのところで、診断に該当する疾患（婦人科各論）を教科書で学習させ、自験症例と教科書記載との異同を検討させ、これをレポートとして提出させることにしている。婦人科における診療手順は Weed の SOAP (soap) ではなく SddOAP で表現することを提唱してきた。

産科学とくに妊娠異常については SddOAP の手順ではいかぬことが多い。それは妊娠異常のうち胎児に異常がある場合には母体に主訴が存在しないことが多いからである。

近年 High risk pregnancy (HRP) という言葉が目につくようになった。これには母体側に発生した異常が母児両者を脅かしている場合と、母体側には何等危険がないのに胎児側にのみ危険がある場合と、母体異常から二次的に胎児胎盤系の異常が起つてこれが胎児生命を脅かしている場合とがある。後2者が最近になって注目されるようになったもので、これらを狭義の High risk pregnancy と考えたい。この狭義 HRP では母体側に胎児異常の症状が現われないので、これを主訴からとらえることができず、従つて SddOAP 方式にのせることができない。そこで狭義 HRP を管理するために次の三つの方法を採用した。

1) 図4のようなチェックリストを予め作成しておき、新来において妊娠と診断した妊婦にわたして記入（直接医師または看護婦が質問してもよい）してもらう。リストの右欄には質問に○(yes)がついたときに行なわなければならない精密検査項目を記入してある。ここに記入してある頁数は拙著「産・婦人科学（医学書院）」の頁数で、そこに該当する妊娠異常が記載してある。なお Rh 不適合の検索は問診からはいらず、妊婦検診によるべきであろう。

2) 図5に記載した事項につき、妊娠診断が下された後、成る可く早い時期に臨床検査を実施する。

3) 妊婦診察のため来院する妊婦のうち、図6に示したような既往症・臨床症状・臨床検査成績があるものについては HRP を疑つて右欄に示した精密検査が必要

図4 問診による HRP のチェックリスト

問診事項（次の事項のうち経験されたもの、またはあてはまるものに○印をつけて下さい）。

1. 今まで心臓が悪いといわれたことがありますか。 2. 動悸、息ぎれがありますか。 3. リューマチを患ったことがありますか。	（一つでも○印があれば heart disease を疑い追及…242頁）
4. あなたは双生児で、もう一方の方に糖尿病がありますか。 5. あなたの両親は糖尿病ですか。 6. あなたの両親のどちらかが糖尿病で、健康な親の家系に糖尿病がありますか。 7. 前のお産で4 kg以上の児を出産したことがありますか。 8. 以前原因不明の死産をしたことがありますか。 9. 前のお産で羊水過多といわれたことがありますか。 10. 奇形の赤ちゃんを生んだことはありませんか。 11. 生まれて間もない赤ちゃんに痙攣があつたことがありますか。 12. あなた自身、糖尿病といわれたことはありませんか。 13. 咽が乾く、水が飲みたい、尿量が多い、疲れやすいなどの症状はありませんか。	（prediabetes または diabetes を疑い追及…255頁）
14. 両親ともに血圧が高いですか。 15. 前の妊娠の時、妊娠中毒症がありましたか。 16. 腎炎を患ったことがありますか。 17. 前の妊娠中毒症が残っているといわれたことがありますか。 18. 前の妊娠のときよりも、お腹が小さい（胎児の発育が悪い）と思いますか。	（妊娠後半期にchronic mixed toxemia となる恐れあり、監視が必要…221頁）
19. 前に黄疸とか貧血で赤ちゃんを亡くしたことがありますか。 20. いままでの新生児はどれも亡くなつて 育たなかつたということはありませんか。 21. 子供さんのうちに脳性小児麻痺の方がおりますか。	（Rh-incompatibility を疑い追及…254頁）
22. お産の都度、大出血があるというような経験はありませんか。 23. ふだん、ハグキその他から出血しやすい方ですか。 24. 紫斑（クロチ）が出やすい方ですか。	（blood coagulationに関する検査が必要、postpartum hemorrhageを警戒…160頁）
25. 以前にショックを起こしたことがありますか。 26. 喘息がありますか。 27. じん麻疹が出やすいですか。 28. 空腹時、力がぬけたようになり気持ちが悪いですか。	（できれば妊娠末期に副腎皮質機能検査、分娩時obstetric shock に注意…318頁）
29. 甲状腺がわるいといわれたことがありますか。 30. 両親のいずれかに甲状腺の悪い方がおりますか。	（甲状腺機能検査 triosorb test が必要…257頁）
31. 以前、肝炎や黄疸を患ったことがありますか。 32. 今まで大量（1,000ml 以上）の輸血をうけたことがありますか。	（Au 抗原検査…260頁）
33. あなたは神経過敏なほうですか。 34. 神経症になつたことがありますか。 35. すぐかつとなるほうですか。 36. 物事が気になつて仕方がないほうですか。 37. 自分でも取り乱しやすいほうだと思いますか。 38. 痛がりやですか。 39. 前のお産のとき大騒ぎして恥ずかしかつた経験がありますか。	（心理試験をしておくといよい、神経症タイプのときは、week pains になりやすい、また無痛分娩をもつとも必要とする…273頁）
40. 犬・猫をペットに飼っていますか。 41. よく生肉を食べますか。 42. 肉屋で働いていますか。	（toxoplasma の追及…261頁）
43. 夫婦の少なくとも一方が転座保因者またはモザイクの染色体があるといわれたことがありますか。 44. 既往に先天代謝異常児を出産したことがありますか。 45. 妊婦の親に重篤な伴性劣性遺伝病の保因者がありましたか。 46. 前に染色体異常児を出産したことがありますか。 47. 前に先天代謝異常または奇形児を出産したことがありますか。	（羊水分析…397頁）

図5 臨床検査による HRP のチェック (妊婦検診)

1. 新来妊婦に行なうべき臨床検査
i) 尿検査: 尿蛋白 (妊娠中毒症, 腎疾患の追及), 糖尿 (糖尿病追及)
ii) 血圧測定 (妊娠中毒症, 本態性高血圧, その他高血圧疾患の追及)
iii) 血液検査: 血液型検査 (Rh, ABO の両者を夫婦両方について検査し, 母児血液型不適合が起こる可能性についても検討する), ヘモグロビン検査 (妊婦貧血の追及), WaR (陽性の場合にはトレポネーマを抗原とした反応 TPHA test を実施し, 妊娠による非特異反応を除外せねばならぬ).
iv) 胸部レ線写真の撮影 (肺結核, 心疾患の追及).
v) 心臓聴診
2. 再来妊婦に行なうべき臨床検査
i) 尿検査: 尿蛋白 (妊娠中毒症追及), 尿糖 (妊娠糖尿病の発見)
ii) 血圧測定: 中毒症の発見

図6 妊婦診察時に行なうべき HRP のチェック (HRP の監視)

1. 胎児発育不良 2. 経産重症中毒症 3. 糖尿病妊婦 4. 慢性腎炎妊婦 5. 2週間以上の予定日超過	(胎盤機能検査…230頁)
6. 高血圧を伴う経産中毒症 7. 妊娠中期以前に発症した中毒症 8. 妊娠月数の割に子宮底の低い中毒症 9. 以前の妊娠も中毒症であったもの (現在も中毒症) 10. 今回の妊娠中毒症が3週間以上続いているもの 11. 以前, 腎炎・本態性高血圧症・中毒症後遺症のあったもの	(眼底検査などにより慢性 (化) 中毒症 (の疑) 追及…221頁)
12. 羊水過多症 13. 妊娠中毒症十巨大胎児	(糖尿病追及…255頁)
14. 40才以上の妊婦 15. 妊娠初期に催奇形要因 (X線照射, ウイルス疾患, 薬物服用) 16. 原因不明の習慣流産	(羊水分析…397頁)
17. Rh 不適合 (疑) (妻 Rh (—), 夫 Rh (+) の組合せ)	(間接 Coombs 検査…254頁)
18. 妊婦貧血	(貧血の種類決定…252頁)
19. 心疾患妊婦	(心機能検査, 内科診察…242頁)
20. 糖尿病妊婦	(血糖検査, 糖負荷試験…255頁)
21. 甲状腺疾患妊婦	(triosorb-test…257頁)

となる. このときの頁数も「産・婦人科学」の頁数である.

〔その3〕胎児固有心音について一言したい. Fetal distress に関する情報としては, Sahling の胎児末梢血 PH 測定法などもあるけれども, 胎児心音 (心拍数)こそは最も正確な, しかも簡便に獲得できるパラメーターであると思う. Fetal distress の成因として, 母体呼吸循環不全, 仰臥位低血圧症候群, 過強陣痛などによる胎児低酸素症 (A), 前置胎盤・胎盤早期剝離・胎盤機能不全による胎児低酸素症 (B), 臍帯血行障害 (C), 児

頭圧迫 (D) などがあげられるが, (A) や (B) の場合は原疾患の診断が既に決定し, その方面からの管理が行なわれることが多く, 胎児心音からの管理は副次的に行なわれるといつてよからう. (D) については特別の処置を要しないほど軽微なものとするものもあるが, 分娩 (第2期) 遷延があつて児頭圧迫の続く場合は決してそのような楽観的なものではないと思われる. しかも, 分娩管理上, しばしば問題となるのはこの場合であると思われる. 胎児心拍数図ではまだ負荷のかからぬときの心拍数を基準心拍数と称し, 負荷後この基準心拍数

からの変動をもつて fetal distress を論じているけれども、従来の聴診法では正常と思われる胎児の平均心拍数(100~160/毎分)からの逸脱をもつて異常と判断されている。逸脱(変動)が ± 20 /毎分をもつて異常のはじまりと解されているが、今もし負荷前心拍数が145/毎分という胎児にストレスが加わつて心拍数が -25 となつたと仮定すると、その時点での心拍数は120/毎分であり、未だ正常範囲と判定されることになる。またもし、負荷前心拍数が110/毎分という胎児があつたとし、これが分娩中に -13 となれば、そのときの心拍数は97となり、児心音悪化として大騒ぎさせることになる。この2つの例とも新生児予後とは一致しないこと必定である。平均胎児心拍数(正常胎児心拍数)が100~160/毎分であるということは、本来胎児心拍数は正常児でもバラエターに富み、最大と最小の間には60ほどの格差があるということである。このバラエターを無視して、それらからの逸脱をもつて危険の有無を判定しようとするところに無理が生ずるのである。そこで分娩時のストレスがまだ加わら

ない分娩初期の心拍数を測定して、これをその胎児の固有心音(正確には固有心拍数であるが、慣例上心音という呼称が用いられているので、この用語とした)とし、分娩進行とともに、これが持続的に毎分 ± 20 以上(多くは -20 以上)となるときをもつて児心音悪化(fetal distress)と判定する。

III 結 び

シーボルトによつて海外に逆輸入された賀川流産科は江戸時代から秋田地方に広まっている。しかるに蘭画などによつて西洋医学と早々と結びついた秋田も、和蘭医学とは結びつかなかった。むしろ漢方などにより秋田の西洋医学は立ち遅れたようにも見受けられる。

今日的秋田の産科を築くのは7年前に設置された秋田大学医学部でなければなるまいという考えから、秋大初代の産婦人学教授であつた私がいささか無理をして、秋田における産科学の現況につき2~3述べさせて頂いた。