

近世婦人
科全書
人

(下)

民R711

14-102

貴州省

第

近世婦人科全書

子

辛亥五月付印
壬子正月出版

(近世婦人科全書)

(定價大洋四元)

編輯者

無錫丁福保

總發行所

上海新馬路昌壽里五十八號
譯書公會

發行所

上海棋盤街
文明書局

分售處

上海棋盤街
商務印書館



上海棋盤街
中國圖書公司

上海棋盤街
會文堂

各省分售處

各埠文明書局
各埠商務印書館

各埠中國圖書公司
各埠會文堂

近世婦人科全書下卷目次

第十九章 骨盤內結締織疾患……………四百三十一

解剖……………四百三十一

骨盤內結締織之炎症 解剖……………四百三十三

原因……………四百三十五

經過……………四百三十七

療法……………四百四十一

浴治法 骨盤結締織之腫瘍……………四百四十四

腹膜後部腫瘍……………四百四十九

第二十章 腹膜之疾病……………四百五十一

第一節 腹膜炎性膿瘍 子宮周圍炎性膿瘍……………四百五十一

療法……………四百五十五

第二節 癒着性骨盤腹膜炎、癒着性子宮周圍炎……………四百五十七

618.1
1032

吐糞症.....四百六十

豫防 烙鐵無菌療法.....四百六十三

第五編 尿道及膀胱之疾病.....四百六十五

第二十一章 尿道及膀胱之疾病.....四百六十五

第一節 尿道之疾患.....四百六十五

炎症 新生物 脫出.....四百六十六

第二節 膀胱之疾患.....四百六十八

診斷 檢尿.....四百六十八

膀胱鏡診法 尼既氏膀胱鏡.....四百七十

開理氏法.....四百七十二

膀胱之觸診法 膀胱粘膜炎及膀胱壁之炎症.....四百七十三

療法.....四百七十九

膀胱切開術.....四百八十一

結石生成.....四百八十三

腫瘍.....四百八十四

神經官能症.....四百八十八

第二十二章 腔癭及子宮癭.....四百八十九

膀胱腔癭 生成.....四百八十九

療法 腐蝕法 手術式.....四百九十二

變法.....四百九十六

腔閉塞術 直腸的腔閉塞術 膀胱子宮癭.....四百九十八

輸尿管癭 邁肯氏手術.....五百一

小腸腔癭 直腸腔癭.....五百三

第六編 女子泌尿生殖系統之細菌的疾患.....五百七

第二十三章 女子生殖器之淋毒性疾患.....五百七

尿道 陰門及腔.....五百十一

子宮 喇叭管及腹膜.....五百十四

豫防法及療法.....五百十八

第二十四章 女子生殖器及腹膜之結核症……………五百十九

總論 傳播之方法、發生部位、發生率……………五百二十

實驗……………五百三十一

病理解剖……………五百二十三

一 喇叭管……………五百二十三

二 子宮……………五百三十五

三 卵巢……………五百三十八

四 頸管、陰部……………五百三十九

五 陰、陰門……………五百四十一

六 腹膜……………五百四十四

診斷……………五百四十五

療法總論……………五百四十九

生殖營爲之影響、胎盤之結核……………五百五十四

第二十五章 腐敗作用……………五百五十六

第一節	腐敗性中毒症	五百五十九
第二節	敗血性傳染症	五百六十
A	外陰部及陰之創傷傳染	五百六十一
B	敗血性子宮內膜炎	五百六十二
C	敗血性喇叭管卵巢炎	五百六十五
D	敗血性子宮近傍炎	五百六十六
E	敗血性子宮周圍炎及腹膜炎	五百六十九
F	骨盤靜脈之血栓性靜脈炎、股白腫、膿毒症及敗血症	五百七十二
第七編	診斷學總論	五百七十七
第二十六章	症候學總論	五百七十七
月經異常	月經過多	五百七十七
月經不潮	月經困難	五百七十八
月經時體溫	不妊症	五百八十二

膀胱之症候 腸管之症候 皮膚之症候……………五百八十七

局處疼痛 腰髓症候……………五百八十九

生殖器疾患與神經性症候原因的關聯 歇斯的里……………五百九十二

第二十七章 婦人科診斷法……………五百九十六

第一節 臨床的診察法……………五百九十六

觸診 視診……………五百九十六

消息子診……………六百二

計測法 麻醉診察……………六百四

腹腔腫瘍之類症鑑別……………六百六

子宮內部之觸診……………六百九

內診所見之略圖……………六百十二

腔鏡視診……………六百十三

腔式診斷的穿刺……………六百十四

第二節 組織的及細菌的檢查法……………六百十四

診斷的搔爬……………六百十六

診斷的切除……………六百十九

分泌物及膿之檢查……………六百二十

細菌學的剖檢……………六百二十三

第八編 療法總論……………六百二十四

第二十八章 防腐療法、無菌療法……………六百二十四

一 手指及手術界之消毒法……………六百二十五

二 手術界皮膚之消毒法……………六百二十七

三 機械之消毒法……………六百二十九

四 繃帶及縫合材料之消毒法……………六百三十

五 塵埃(空氣)傳染之防禦法……………六百三十一

第二十九章 婦人科療法總論……………六百三十二

第一節 婦人科的外科手術學……………六百三十二

麻醉法……………六百三十二

皮爾氏脊髓局部麻醉法	六百三十五
手術臺 把脚器	六百三十六
婦人科的開腹術	六百三十八
骨盤高位 手術臺 止血法 排膿法	六百四十一
縫合 繃帶	六百四十七
陰切開術	六百四十八
屋托氏腹腔鏡診	六百五十一
第二節 婦人科的按摩術	六百五十一
方法	六百五十一
適應症	六百五十二
第三節 婦人科的電氣療法	六百五十五

第十九章 骨盤內結締織疾患

解剖 小骨盤內之空隙。除他臟器存在之部分外。悉以結締織充之。骨盤內結締織與子宮相接。橫於其左右前後。成廣韌帶之兩葉。外方達於骨盤筋膜內方之各側。至於子宮及膈上方。係以喇叭管爲界之結締織部分。骨盤結締織之後方。連續於肛門近傍之結締織。前方連續於膀胱近傍之結締織。又一方與膀胱及頸部間之結締織連續。他一方與膈及直腸間之結締織連續。終於膀胱之前。與膀胱及恥骨縫際間之結締織連續。於直腸之後方。與直腸及薦骨間之結締織連續。而向上方。則此等結締織。與在腹膜下之漿膜下結締織層相連續。即後方與腰椎柱相接。前方及側方沿腹壁而走。其各側與坐骨直腸窩之脂肪。僅由肛門舉筋之罅隙而交通。與下肢之間質結締織。於股弓之下方。沿大股脈管而連絡。又與臀脈管相伴。貫大坐骨孔。而與之連續。此外僅於子宮圓韌帶之經路中。及薦坐結節韌帶之下方連結。

上述空隙之各部位。其結締織之厚度有種種。頗宜注意。

強固而且硬韌之結締織。爲子宮廣韌帶之基底。在子宮血管進入於子宮之處。(基

底韌帶) 平滑筋層之大束。亦在於此處。獨爾拉斯氏韌帶之基底。亦頗硬固。在喇叭管下方之廣韌帶上部分之結締織。甚鬆疎。其他膀胱及恥骨縫際間之結締織。直腸及薦骨間之結締織。亦甚鬆疎。

骨盤結締織內出血(血栓、血腫)起於頸管之損傷。分娩時頸管破裂後。及喇叭管妊娠時喇叭管破裂後。又膻或外陰部。與尖銳物體衝突。老年或幼年者之膻。遇粗暴之生殖行為。及於膻或頸部施手術等。亦往往起內出血。隣接臟器之損傷。亦惹起此出血。若無此損傷。而起腹膜下血腫者甚少。該血腫之原因。爲具多數分歧血管叢之部分(即廣韌帶、膻穹窿部、膻底、前庭及膻下方部分)之鈍體侵害。

廣韌帶膻穹窿部膻底。在骨盤橫隔膜之上方。前庭及膻下方部分。在骨盤橫隔膜之下方。(參照第四章及第六章)

韌帶血腫之症候。與大血液滲漏之症候相同。爲劇痛、失神及其他急劇貧血症狀。類症鑑別。須與子宮後血腫相識別。此際當注意者。爲既往症。韌帶血腫所固有者。爲側方占位。

占居側方之子宮後血腫。往往時常誤診爲韌帶血腫。且當時往往於韌帶血腫發見之

部位。生此誤診。頗宜注意。

此誤診因韌帶兩葉間之血液滲漏之故。此兩葉甚相壓排。其後方於子宮之後方膨起。獨徇拉斯氏腔受滲漏血液之灌注。呈充滿之觀。

韌帶血腫吸收後。子宮復移動。子宮後血腫吸收後。反是。子宮常固定。韌帶血腫之吸收。多非常徐緩。

療法。待期的療法最佳。若因化膿而發熱不止。則宜施腔式切開。

骨盤內結締織之炎症

解剖。急性炎症之初期。最顯著者。爲淋巴血栓。即腫脹如念珠狀之淋巴管。爲膿（即白血球）及釀膿菌所充實。淋巴管周圍組織。呈水腫狀。靜脈管內之血液凝固。若發病性甚劇烈。細菌或其毒素。瀰滿全身。則此局部症狀。已足致死。該炎症常併發廣泛性或限局性化膿性腹膜炎。此化膿性腹膜炎。生纖維沈着。限局性者。炎症僅在骨盤內臟。又通常呈大下腹腺（肝臟、脾臟、腎臟）並心臟筋之實質的變性。

若不因此期之機轉致死。則更於骨盤結締織起變化。此即結締織之化膿性融合也。

此作用限局於固有之骨盤結締織。然亦有侵及骨盤及隣接部結締織之部分者。膿瘍前方蔓延於膀胱近傍組織。後方蔓延於直腸近傍組織。上方及前方。有穿掘腹膜者。有及於腹壁下者。後方有自腰筋鞘沿脊柱而達於腎臟附近組織者。

又骨盤結締織起化膿性融合時。該結締織中之靜脈。常起血栓。此機轉限於下腹靜脈及內精系靜脈之枝椏。然亦有進而起內腸骨靜脈總腸骨靜脈股靜脈之血栓者。若經過甚久。則血栓遂及於大靜脈。有自其分歧點侵及他側總腸骨靜脈者。血栓之廣狹。與組織之化膿性融合。無一定之關係。若滲出物甚多。則血栓生成甚少。或起血栓生成之滲出物生成。不甚顯著。又血栓之傳染力。有強弱之異。子宮靜脈區域之血栓。往往於傳染前既成立。其原因多為妊娠。

廣大之化膿性骨盤結締織機轉。常侵隣接部位之腹膜。必生瘻着。

因血栓而續發之機轉。為其侵犯部位內之浮腫及栓塞性機轉。前者於侵及股靜脈之時。為股白腫。後者先起於肺臟。其起於脾臟與他臟器者。為續發性。

若因自然破壞或施術而排膿。則先遺留腔洞。其腔洞漸次閉鎖。而於其部位。留強韌之癥痕性組織。其結果牽引以前壓排之隣接臟器（子宮、腸管等）於反對之方向。且

起變位。

若無滲出物生成。自始卽爲慢性經過之症（萎縮性子宮近傍炎、後子宮近傍炎）則於基底韌帶之範圍內。其結締織有胼胝狀癥痕性部分存在。此部分多連續於獨拊拉斯氏韌帶。時或連續於膀胱近傍組織。如斯之胼胝機轉。於骨盤內結締織。屢發生之部位。爲因慢性喇叭管炎及卵巢炎性機轉。而喇叭管卵巢與廣韌帶之腹膜後葉癒着。炎症蔓延而移行於骨盤結締織之部分。

原因 經過之有差異。全因傳染病毒（卽傳染分裂菌）之差異。依諸家之研究。其傳染因醱膿分裂菌而起。而醱膿性黃色葡萄狀菌甚少。多爲醱膿性連鎖球菌。解剖的及臨床的症狀之有差異。因連鎖球菌之多少。發病性之強弱及其侵入部位之異。又因骨盤結締織各部位之組織的關係之異。

侵入部位。爲包藏於骨盤結締織之臟器之表面。卽生殖管直腸或膀胱之損傷者。或可與子宮同視。而在產褥或傷害狀態者是也。例如因常習性便秘。而毀損直腸粘膜炎。縱粘膜炎甚微。而爲腸管微菌之侵入門。然若直腸粘膜炎。毫不損傷。則微菌決不能侵入。此尼賽爾氏屋潑次氏等所證明也。

因鈍體、暴力、產褥等而損傷。細菌即由他病竈。因血行而進入於骨盤結締織內。此洛斯托氏所唱導也。

生殖管範圍內之創傷及傳染。原因於分娩者最多。而頸管破裂。陰會陰破裂。實為其侵入門。然亦非必需如斯之廣大裂口。例如正規分娩之際。因子宮內面之創傷。亦起傳染。故雖無甚大之創傷。而有發病性細菌。進入於產婦之生殖器。則起傳染。並起骨盤細胞組織之續發的疾患。

此外婦人科手術及診察之際。（即施消息子診。子宮內腔之擴張。搔爬。膻部及膻手術等之際。）不十分行制腐消毒。亦為傳染之原因。又若膻內有異物。摩滅表面。則亦起同一作用。

較以上稍輕微之原因。亦有誘起骨盤結締織之炎症者。即月經、月經時感冒、便秘、膀胱加答兒、骨盤骨及關節之炎性疾患等是也。前三者為不甚濕潤。且無滲出物生成之慢性症之原因。

骨盤結締織炎症。多因膿敗之子宮及膻之腫瘍或筋腫而起。於子宮癌之附近。發見之小細胞浸潤。其一部亦呈炎性性狀。即非新生物的性狀也。

經過 急性骨盤結締織傳染。有迅速致死者。亦有呈複雜之作用。頗久而治愈者。

前者傳染後數日。此機轉既侵腹膜。而發腹膜炎。起顯著之腹部膨滿。疼痛。鼓腸及嘔吐。子宮近傍炎性作用。全然減退。體溫忽達於高度。亦有至中等度而止者。而心臟之作用險惡。脈搏甚頻數。且微弱。呈重篤之中毒症候後。逾日即死。此症名爲急性敗血性結締織炎。若分娩後即發。則稱爲淋巴性產褥熱。

其他至後。往往於骨盤結締織。生膿性滲出。發熱。心臟之作用。或佳良或不良。骨盤結締織之疼痛劇甚。而腹膜炎性症狀。不甚顯著。或全減退。(此爲骨盤結締織有化膿性癒着傾向之急性敗血性蜂窩織炎。若續發於分娩後。則爲靜脈血栓性或膿毒性產褥熱。)

該症早期。熱候呈弛張性或間歇性。即以惡寒戰慄。而發高熱。骨盤結締織滲出物。漸次破壞或吸收。故或即治愈。或滲出物益蔓延。久臥病床。卒以致死。若此作用存在既久。則於肺及其他臟器起栓塞性機轉。起種種之症狀。關節腫痛之化膿及肋膜炎性滲出物之形成。實完備膿毒症之症狀者也。

此兩症之經過各異。然其初期。兩者無明確之區別。往往以併發腹膜炎之重症淋巴

性敗血症而起。呈膿毒症之經過。

若爲骨盤結締織固有之膿性滲出物。則滲出物之原發部位。與起傳染之部位相關。在於韌帶基底之滲出物(原發性)因頸管傳染而起。前者向後方。蔓延於骨盤。後者向前上方。蔓延於腸骨翼。

若頸部之傳染。起於其後方區域。則滲出物生於頸部後方。反是起於其前方區域。則滲出物生於頸部前方。膀胱之傳染。則於膀胱之附近或膀胱前腔生滲出物。

滲出物於初期。造堅硬強直之塊。此塊與原發傳染臟器連絡。爲不動性。多有疼痛。此硬結漸次除去。滲出物接近於表面。則呈波動。若不加人爲。則膿向表面自開。即沿腸骨翼而廣汎之高位滲出物。多發於怕潑爾氏韌帶之上方。又在骨盤內。低發於韌帶基底者。則破開於直腸。又此滲出物。因頸管破裂而起者。則破開於頸管內或腔內。膀胱附近滲出物。多於膀胱自開。

又偶有違型破開部位。若腫瘍過大。坐骨截痕而流注。則破開部位爲臀部。若移行於坐骨直腸窩。則爲肛門及會陰部。若貫通閉鎖孔。則爲內轉筋部。

自開之穿孔口甚小。往往不能自彎曲複雜之腔。排泄膿液。如此則膿瘍復充滿。再於

原部位或他部位破開。膿瘍腔之閉塞而不再分泌。在三月或年餘之後。此際患者因發熱及化膿不止。而甚羸瘦。形如枯骨。月經漸閉止。子宮萎縮而甚小。欲免病苦而全恢復。必遲遲至久乃可。因化膿性機轉。尙遺留胼胝癍痕。癒着甚久。其結果骨盤臟器變位。往往因是發固有之症狀。

診斷 頗易。欲知其精細。則甚難。

觸診所見。易致誤診。然現今吾人認爲急性或慢性喇叭管炎。卵巢炎。喇叭管卵巢炎。卵巢周圍炎。喇叭管周圍炎之疾患。往時多以子宮近傍炎目之。則誤診亦非無因。此等炎性機轉。起於子宮近傍者。多相合併。且皆併發輕症或重症之骨盤腹膜炎。然不可不下精密之局所解剖的診斷。蓋此等臟器中。必有一臟器被侵最甚也。故必發見此臟器後。以定其疾患之名稱。

故觸診所見之外。既往症及子宮分泌物之細菌的檢查。在診斷上有甚大之價值。對於淋疾性喇叭管炎及喇叭管卵巢炎之類症鑑別亦然。此機轉若續發於既知或推定之創傷後。則爲子宮近傍炎性滲出物。於因治療而施之創傷後亦然。

若患者嘗罹淋疾。於頸管分泌物中見有淋疾球菌。則爲淋疾性喇叭管炎。殆已確實。若此機轉。基於流產產褥。則子宮分泌物之細菌的檢查。爲陰性。而自膕穹窿部行診斷的穿刺。則見其排泄之膿汁中。有固有之細菌。時或有淋疾球菌。若此試驗亦爲陰性。則觸診之際。須注意下記之類症鑑別的動機。

子宮近傍炎性滲出物。多在偏側。且多在頸部之側方。概扁平。而於側方。直接移行於腹壁。其周圍之限界不明。全爲不動性。淋疾性喇叭管炎之炎症。往往於一偏側呈重症。然常侵及兩側。

肥厚之喇叭管峽部。可接於子宮而觸知之。滲出物爲圓形。其輪廓向上方。往往橫於後膕穹窿部。有呈移動性者。卵巢膿瘍亦起於兩側。其所見甚酷似。

子宮近傍炎性滲出物。在頸部之後方者。多扁平。且低向兩側放射。而達於獨拮拉斯氏皺襞。以包裹性腹膜內滲漏或液體充滿之。與橫於獨拮拉斯氏腔之臟器（喇叭管囊腫、卵巢膿瘍）區別甚易。因後二者直接橫於後膕穹窿部。後膕穹窿部向於膕而膨隆。且呈波動故也。反是觸診時。其抵抗與起慢性炎衝癒着於獨拮拉斯氏皺襞。而不甚增大之附屬器（喇叭管、卵巢）相應者。頗難識別。且有不能識別者。

於上方直腸部之傳染性機轉。及自膿敗之癌腫發生之滲出物亦在於骨盤組織。故往往與自生殖器發生之滲出物相酷似。

與盲腸周圍炎之鑑別。多可因既往症及經過而知。且其滲出物。多在於腸骨翼上。或其後上方。而實位於右腸骨櫛之上方。

波動、疼痛、發熱等。於類症鑑別上。毫無價值。

療法 當子宮近傍炎之初期。其療法與施於其他炎衝者相同。即命患者臥床安靜。貼冰囊於下腹。若發腹膜炎性症狀。則服用阿片。貼冰囊後。萬一不快。則施潑列斯氏溫罨法。若將發化膿性融合。則行此罨法尤佳。又或代以溫湯婆之類。亦一便法也。要之一般療法。全為對症的。故宜使食淡白之食物。若無腹膜炎存在。則注意於排便之整調。而行灌腸。有時亦宜排尿。不可用下熱劑。又不可用酒精。

余於初期急性之時期。斷然戒止用吸收療法。例如浴治法、軟膏塗擦、藥劑之插入等。此等於慢性症或化膿機轉之經過後。效驗最著。於傳染後效驗甚少。蓋沐浴時身體運動。往往有害。吸收藥之塗擦。墮填塞等。亦不免有機械的侵害故也。

若發化膿性融合。則其療法有二。一待膿瘍集合。起甚大之膿瀦留。次層表面膨隆。且

菲薄而後行切開。一不待此等症狀之起而行之。

以上之方法中前者係古法。後者爲勿列乞氏及余等所賞用。前者之利益。在切開後膿瘍腔即閉鎖。且其切開用小手術已可。其不利在施行切開需時頗久。後者之特點。在能短縮疾病經過。其不利在行複雜之剝離。檢索膿瘍時或與豫想相違。不能短縮疾病經過。又有早期切開膿瘍後。化膿持續甚久者。此因切開後細菌再得發病性。其化膿益亢進故也。

呈固有之狀之膿瘍。須自側方下腹部。或膻。或內轉筋部。或臀部切開之。其切開宜極廣大。膿瘍等不須洗滌。無論如何。欲行洗滌。則用殺菌水或無害消毒藥（硼酸溶液）足矣。創面以插入橡皮排膿管維持之。至膿瘍腔閉塞。始徐徐短縮其排膿管。有時自腹壁切開後。用消息子或長麥粒鉗子。自膿瘍腔向膻。穿一對孔。頗爲適法。

未觸知波動之際。欲剝離切開子宮近傍炎症。則當視疾患之部位。先從化膿最早之部位切開之。即若自腹壁切開。則當與怕潑爾氏靱帶相接。於其上方與該靱帶平行。而切開之。或自前後側方膻穹窿部切開之亦可。若自側方膻穹窿部剝離。則往往有強度之出血。此因切斷子宮動脈之下方枝故也。若創面之大。不足充分排泄。則當切

除頸部。若切除而不奏效。則行子宮全摘出。但切開之際。不可牽引膻部於前方。若不得已。則壓迫膻部於側方可也。

若滲出物在於骨盤深部。則行會陰之橫徑切開。或於會陰之側方。施一截創。自此處進入於膻及直腸間。或膻之側方之法。較爲拙劣。但自膻行截創。雖易達於滲出物。而自會陰進入。則治療上却能奏良效。

子宮近傍炎性滲出物。雖已排出或吸收。而遺留之胼胝及癍痕。往往尙須治療。此際應用吸收催進療法。日日用偲利設林填塞。送入膻內。

此填塞用管狀膻鏡。醫士自送入之。且用同法除去最佳。填塞能亢進強度之水狀分泌。故使用填塞後數時。患者宜取水平背位。

若不用單純之偲利設林。可以沃度加里與偲利設林相混（一對三）之液代之。用此溶液。若有沃度發疹。或口中生可厭之味。則用單純之偲利設林可也。又同法用依比知阿爾及偲利設林之混合液。亦甚有益。

此時夜間則用鹽水潑列斯氏罈法於腹部。其方法用水一立得耳混合四分之一磅。克洛依次那哈。開層。慈爾察。固克察爾苦乞（地名）泉鹽。浸漬之而貼於腹部。晝間用

勿倫崔斯、斯他盆、洛盆斯汀、愛爾斯的爾（地名）泉泥之泥罨法。須數點鐘。併用如斯療法。或單用溫坐浴。半身浴。全身浴均可。全身浴須加四至十磅泉鹽。

用浴湯行此療法。其效尤著。即泥浴以勿倫崔斯等泉泥為主。海水浴用克洛依次那。哈泉鹽等。海濱之溫海水浴。亦有效。患貧血者。用泥浴較用海水浴為優。

骨盤結締織炎症後。遺留之靜脈擴張。致起強度之子宮出血者。用邁令泉之浴療及飲用療法。甚為有效。

余有時賞用熱性腔灌注。（列氏四十度）

除急性炎症後。續發慢性狀態者外。尚有於骨盤結締織。自始即為慢性。經過不形成形性滲出物者。此炎症與起於萎縮性膿瘍腔者相似。該部分即短縮。且起癍痕。此炎症屢屢於處女見之。多發生於後骨盤半輪之骨盤結締織。發生於獨孿拉斯氏皺襞者最多。（後子宮近傍炎）

其原因殆係粘膜表面之輕微損傷。例如因頑固便秘。而直腸粘膜之損傷。或因手淫等而腔或腔部粘膜表面之損傷等是也。

此等萎縮性炎症。不可輕視。其結果惹起神經裝置（例如頸神經節、子宮近傍大神經節）之壓迫及子宮變位等。定型銳角性子宮前屈。多基因於兩側性或偏側性後子宮近傍炎。該疾患之臨床的症狀。多爲歇斯的里症狀。此歇斯的里性各症狀。亦因他生殖器疾患而起。其主要徵候。爲持久性放射性腰痛。月經困難。及重症之神經性消化不良等。

診斷 若開腹術之際。獨齋拉斯氏皺襞部位之腹膜癒着。不與後子宮近傍炎。呈相同之觸診所見。則診斷頗易。乞勁斯氏就生前診斷爲後子宮近傍炎之屍體檢究之。屢屢發見子宮周圍炎。然氏以爲子宮近傍炎而說明之。

療法 與滲出物遺殘之療法相同。用吸收療法。即泥浴海水浴及其他按摩法等。若此療法無效。則切開之。剝離其瘢痕。

廣韌帶之腫瘍。自骨盤結締織及其筋層發生。或自包藏於骨盤結締織內之胎生時臟器遺殘發生。

前者爲纖維腫、筋腫、肉腫、軟骨肉腫、脂肪腫。後者爲副卵巢囊腫、迦爾氏管囊腫、副腎遺殘腫瘍、皮狀囊腫、癌腫。

前者中筋腫最多。此自骨盤結締織之平滑筋層發生。其被囊多廣延。移行於子宮之外筋層。此筋腫因慎重之剝離。而侵入發育於韌帶中。故可與展開韌帶之頸部筋腫區別。又此筋腫有如人頭大者。又有比人頭更大者。

肉腫依洛斯托氏之說。僅見七例。脂肪腫更少。

自迦爾氏管發生之囊腫。依韋爾氏及克倫氏之說。爲單房性。有漿液內容。以單層圓柱上皮被覆之。休莫爾氏於廣韌帶。屢屢發見副腎遺殘。自此遺殘發生之腫瘍甚少。只於未分娩之胎兒及幼兒見之。

皮狀囊腫。依洛斯托氏之說。曾實見十六例。(余於老年之未婚婦。實見一例。此際腫瘍於直腸內破裂。)

癌腫多自沃路富氏管之遺殘發生。海爾富氏及余曾見二例。

以上腫瘍之外。自隣接臟器(卵巢、子宮)發生之癌腫。有進入發育於韌帶內。以伸展韌帶者。此等多起於子宮筋腫。時或起於卵巢囊腫。

此等腫瘍之症候。多爲機械的障礙。而起子宮變位。其結果起膀胱變位。招直腸之壓迫。時或起分娩障礙。肉腫之發育迅速。最可注目。

局部的診斷頗難。往往不能。蓋韌帶腫瘍。欲以觸診與自子宮、卵巢或副卵巢發生之韌帶內或假性韌帶內發生腫瘍相識別。固不易也。

診斷上必要之事項如下。即骨盤結締織之纖維狀腫瘍。其良性者常堅硬。及附屬器之硬性腫瘍。殆全自卵巢發生。並卵巢纖維腫及筋腫。決不爲韌帶內發生等是也。

開腹後診斷便易。此因纖維腫及筋腫。可自其固有之發生點。而診斷之故也。腫瘍常包裹於韌帶內。惡性腫瘍則不然。若肉腫發生之際。隣接臟器（例如卵巢）亦罹患。則原發性者。爲卵巢肉腫。抑爲韌帶肉腫。往往不能鑑別。余嘗自韌帶剔出肉腫一個。此際腫瘍。深在於韌帶內。向骨盤而發育。故可知其爲韌帶腫瘍。然於切除之標本。或於手術時。不發見卵巢及喇叭管末梢端。此外尙有一例。如手拳大之有莖肉腫性卵巢。位於韌帶腫瘍上。此卵巢因診斷而摘出。然韌帶腫瘍。因有不能切除之腸轉移存在而遺留。

手術 此等腫瘍之手術。爲韌帶之切開及剝離剔出。處置腫瘍床。須縫合及埋沒或排膿。排膿宜向腹壁創面。或縫合韌帶後導引於腔。於剔出腫瘍之韌帶深部。似不能行止血法。故縫合被囊於下方腹壁創面角。及用沃度仿謨綿紗填塞。最爲確實之方

法。技術上欲確保止血。故筋腫之際。行子宮腔上切斷術或摘出術。爲余所不贊成。韌帶筋腫。爲一切筋腫中最適用姑息的手術者。余於多數眞性韌帶筋腫行手術。然韌帶腫瘍。手術時認爲惡性。行根本的手術。可自周圍部切除者。則切除之。同時摘出子宮者。不過一例。

位於深部之腫瘍（不甚廣大者）亦可自橫徑正中或側方會陰截創施術。

例 一二十九歲之患者。其主訴爲甚可嫌惡之背部疼痛。余於該患者之左側後方。發見固定之銳角前屈子宮。及於骨盤結締織之左側後方。發見硬固之癥痕。故卽自腔穹窿部切除癥痕。此癥痕如蠶豆大。爲纖維狀塊。教授托邁氏行顯微鏡的檢查。發見該腫有筋纖維。且有以圓柱上皮被包之腺性形體（廣韌帶畸形腫）。

自圓韌帶之組織。亦發生纖維狀腫瘍。卽筋腫纖維腫。淋巴擴張性筋腫。及其他以圓柱上皮被包。且有自沃路富氏管發生之囊胞之筋腫及肉腫等。此等腫瘍甚稀少。概自圓韌帶之腹腔內部分。或在於鼠蹊管中之部分。或放射於大陰唇之部分發生。

余從前摘出之多數圓韌帶腫瘍中。一爲肉腫。於老婦之鼠蹊管發生。侵入發育於大陰唇。其他皆爲筋腫。自圓韌帶之腹腔內部分及廣韌帶之附近部分發生。患者治癒。

圓韌帶水腫者。即擴張而遠達於鼠蹊管內之拿克氏側室之漿液瀦溜也。其狀態於男子屢屢遇之。因水腫與腹腔。或交通或不交通。而區別爲有孔性水腫及囊性水腫。後者時或現於鼠蹊部。因呈波動之緊張性腫瘍。而感知障礙。此時宜摘出病的拿克氏側室。圓韌帶或遺存。或短縮。

甚大而發生於腸間膜根之某部位之腹膜。後脂肪腫。粘液脂肪腫。肉腫。囊腫等。皆可算入骨盤結締組織腫瘍中。此等腫瘍。有非常大者。又囊腫自卵巢遺殘發生。

診斷甚難。其可下診斷之例頗少。(余有一例)若腫瘍自腎臟部之側方部分發生。則亦如腎臟腫瘍。因其發育而相當之結腸部分轉位。若自其內方部分(即腸間膜根)發生。則腸管轉移於前上方。此等腫瘍。若自上方進入發育於廣韌帶。且使之伸展。則此腫瘍使子宮取前位。且使之上昇。

脂肪腫及脂肪粘液腫之固有硬度。診斷上甚有價值。時或依不受變化之兩側附屬器之觸診所見。而診斷之甚易。

依克諾爾氏之調查。此大腫瘍之報告。至千八百九十三年止。約有二十例。此後尙增加若干類例。摘出之結果。其轉歸多不幸者。余於生體目擊此腫瘍。凡七例。內五例。手

術之結果頗良好。其一例爲純正之脂肪腫。重量一萬約四千五。手術之方法爲剔出及腫瘍床之縫合或向上方而排膿。手術之際認爲粘液脂肪腫之若干腫瘍。其後再發而爲粘液肉腫。

包蟲腫者。於生殖管範圍內。多發生於廣韌帶。休爾氏報告卵巢包蟲之二例。此殆爲蛹蟲自直腸或自生殖管或因血行而達於此處。該蟲有爲中等大腫瘍。而在於子宮直腸及骨盤間者。若發育增大。則發生於此部位之腫瘍。常呈壓迫及箝頓症狀。遂有化膿及破開者。

此外爲多發性。於韌帶內或腸間膜之部分。生數個囊胞。

若非因感知水泡狀振顫。而推定診斷。或因發見穿刺及鈎環而確定診斷。則往往目該腫爲子宮近傍腫瘍。而行手術。手術之目的。在剔出囊胞。若不能完全剔出。則於臍或腹方。施廣大之切開。且促囊胞之化膿。

余行手術之二例。皆爲多發性囊胞。而在於骨盤結締織。子宮及下行結腸間膜。剔出極難。費莫大之勞力。均能治癒。

第二十章 腹膜之疾病

腹膜炎者。因細菌之進入於腹膜而起。結核性及淋疾性腹膜炎之特殊症與敗血性腹膜炎之急性者。參照第二十三二十四二十五三章

第一節 腹膜炎性膿瘍

子宮周圍炎性膿瘍

若敗血性滲出性腹膜炎既治癒。則滲出物之一部。徐徐吸收。然他部久不吸收。殆至三月之久。有包裹而存在者。若其腹膜炎本非廣汎性。滲出物形成。自始即限局於腹腔之一部分。則發見包裹之化膿竈。

前者於腹膜之諸部位。發見滲出物殘餘。此等多在於腸管之間。腸及網膜部分或他內臟之間隙。其他則限局於滲出物之原發部位。若其傳染發自既傳染之膽囊。則於其周圍。自炎衝之蟲狀突起。生滲出物於迴結腸部。又自傳染之子宮或喇叭管。生滲出物於骨盤內或其上部。

後二者名爲滲出性子宮周圍炎。滲出性骨盤腹膜炎。

自女子生殖器。起敗血作用。最頻繁者。爲此種包裹性腹膜炎。

子宮周圍炎性滲出物。與子宮之周圍的關係上。有種種之位置。存在於子宮之左右前後及上方。基因於產褥傳染之滲出物亦然。若滲出物因敗血作用。自喇叭管炎或子宮近傍炎移行於腹膜而生。則常在側方。若生於喇叭管炎或子宮近傍炎後。或與子宮之前上方之滲出物相同。因連鎖球菌。自傳染子宮內腔。直接移行而生。則在子宮之後方。膿敗之血腫。亦當算入滲出性子宮周圍炎中。此血腫亦在子宮之後方者也。在子宮之前方之滲出物。多自重症敗血性膀胱炎發生。

腹膜內膿瘍之臨床的症狀。自敗血性腹膜炎之急性時期為始。該膿瘍於傳染後即呈腹膜炎症候。腹部疼痛。鼓腸。高度發熱。脈搏頻數。嘔吐。舌乾燥。此不安之症狀。漸次減退。嘔吐及鼓腸先去。發熱及脈搏頻數尚存。然熱候次第赴於弛張性。體溫及脈搏之弧線頂點次第低下。朝時之弛張尤甚。又為間歇性。約持續一週間。此際化膿瀰溜之部位。呈不動緊張性硬結。

其他則自始即呈局部炎衝之症狀。無鼓腸及全腹部之疼痛。而有發熱。只一部位。有劇甚之疼痛。於此部位。漸次可觸知被囊性滲出物。

自此時期後數週或數月間。症狀相同。無顯著之變化。至熱候殆呈平溫之時期。有體

溫復上昇。呈其他病的症狀者。此際患者次第衰弱。羸瘦。食慾不振。不眠。體溫上昇之際。往往有惡寒甚烈。其惡寒或爲一時性。於背部覺知。若惡寒之症候頻發。則可知其自滲出物周圍之靜脈。併發靜脈血栓炎症。

此等症候益增惡。衰弱瘦瘠益甚。疾病亘數週至數月。則必致死。時或起肺栓塞之急劇作用而致死。或其前於他臟器、關節、髓輪起轉移性機轉。

又滲出物向外方。求漏出之途。於其表面自開。其在腹腔內之高位者。時或於腸或腹壁破開。其低在於下腹部及骨盤者。於陰、直腸、膀胱或喇叭管破開。若如上破開。則一切症候皆弛張。該膿瘍能完全排泄。則次第治癒。

其他膿性滲出物之排出。有只排出一部者。此因穿孔口甚小。或膿瘍腔有窩孔性彎曲。而滲出物不能完全排泄故也。此際症候暫時弛張。即更起前症狀。膀胱喇叭管穿孔。排膿最不完全。

腸腹壁或陰穿孔。排膿常甚佳良。

若自開後自然治癒。則化膿之持續最久。若化膿止而膿瘍腔閉塞。則患者雖次第恢復。而膿瘍囊肥厚之胼胝。依然存在。胼胝及胼胝與其周圍腸管之癒着。使患者不易

復於以前之健康狀態。

又或不見膿破開。而以前觸知之滲出物漸不明。雖若有抵抗存在。而漸次治癒者亦有之。

被囊性膿性滲出物。含有細菌甚多。膿殆為病原菌中連鎖球菌之純粹培養。若經過緩徐。則連鎖球菌之發病性減弱。遂至死滅。而徐徐消失。此際水狀成分。愈被吸收。元來容易流出之膿。變而為濃厚粘稠之黃色粘液狀塊。此症膿之吸收極徐緩。需時甚久。

又為膿瘍腔之一部之腸壁。每受傷害。細菌即自腸內。通過腸壁而移植。而細菌集合成斑。即於其處。發見無數大腸菌。大腸菌於膿中往往發生瓦斯（瓦斯膿瘍）

診斷 依臨床的經過。若於臍部自腹壁觸診。則即觸知抵抗。又膿瘍與腹壁之間。縱尚有腸管。而細按之。則於膿瘍之周圍。亦可觸知抵抗。又若膿瘍密接存在於腹壁後方。膿瘍上之腹壁。已極菲薄。則可觸知波動。若橫於腹壁後方。而達於下腹部之大膿瘍。則不可不識別其為實性膿瘍。抑為保有液體之新生物。然後可下診斷。此際若為平溫。或發熱輕微。則甚難識別。

膿瘍常不變位。且患者之位置。無論如何。而膿瘍之對於腹壁之位置關係常相同。又與腹膜緊着之腫瘍及卵巢腫瘍。莖蒂迴轉後。或該腫起炎衝後。與腹壁癒着者亦然。有如上之關係。故欲免誤謬頗難。

附近於內生殖器之滲出物。占位於子宮之側方者。與子宮近傍炎性滲出物之類症鑑別。實爲必要。然往往不能識別。如斯者。骨盤結締織往往起炎性浸潤。自此浸潤而惹起腹膜傳染者頗少。

若滲出物在子宮之後方。則觸診所見。與於血腫及喇叭管囊腫所見者相似。欲與血腫識別。須以有細針之注射器。行診斷的穿刺。乃可確定。

療法 排泄現存之膿於外方。以促膿瘍腔之閉鎖。圖此機轉之治癒。唯選擇適切之時期當如何。尙屬疑問。

位於腸管之間。與腹壁相隔之膿瘍。往往存在於中腹部分。招腸之損傷。雖慎重剝離進入。而防腸之損傷甚難。此時之膿。接近於腹壁之某部位而起。至於腹壁下。需時頗久。故可待其機之熟。而切開之。切開之前。以細針透徹腹壁。作切創。自此切創。慎重穿刺切開之部位可也。

如此者。試於抵抗部位聽取打診音。其呈鼓音者。爲與腸管相當之部位耶。抑因膿瘍中之瓦斯而生鼓音耶。頗難決定。膿瘍發於內生殖器之附近者。其初離可行單純切開而排膿之表面尙遠。而深在於其後方。此膿瘍無接近於腹壁之後方者。亦無壓迫膈穹窿部於下方者。

此等不宜行無效之手術。或欲免意外之副損傷（輸尿管、腸部分）亦必待腫瘍之稍顯於表面。膿瘍未現於表面之前。於患部應用潑列斯氏溫罨法或的爾莫福爾振起貪慾。時時灌腸。以整理便通。且調節睡眠。用此療法。滲出物往往吸收。或於腸自開。然此療法之經過中。若無副損傷。而有可處置滲出物之望。則不須久待。自腹壁於恥骨地平枝之上方或怕潑爾氏靛帶之上部。剝離切開之可也。若側膈穹窿部爲適當之部位。則自此部位切開之亦可。後者須豫行穿刺。穿刺達於膿瘍。乃沿其穿刺針。以細長刀進入切開之。次送入麥粒鉗子。且開鉗子。而破開小孔。使多量之膿流出。若自腹部切開之。則向膈穹窿部造一對孔爲佳。造此對孔。以用鈍器（卽長麥粒鉗子）爲便。自腹部向膈而貫通之可也。自膈開口。則用勿倫開氏套管針鉗子最佳。上腹部之膿瘍。既自腹壁切開。則宜長久開放。且用硬直之橡皮管排膿。廣大而彎曲。

之膿瘍腔。待其閉鎖。需時頗久。

在內生殖器之周圍之膿瘍。其療法亦同。有時或行前章所記載之子宮近傍炎性滲出物之療法。(子宮摘出術、陰部切斷術)

使獨爾拉斯氏腔膨隆之滲出物。只以刀廣切開之。以綿紗或橡皮管排膿。此等膿瘍腔。閉鎖較速。存在甚久之腹膜膿瘍後遺留之多數硬結及胼胝。其療法與子宮近傍炎條下所記載者相同。

第二節 癒着性骨盤腹膜炎、癒着性子宮周圍炎

腹腔之癒着性炎症之原因。其一部與敗血症、淋疾及結核症之諸章所論述者相同。若連鎖球菌、葡萄狀菌、淋疾球菌、於腹膜移殖。則起纖維素性滲出。以粘着於觸接之臟器表面。而敗血性傳染。多形成稍廣大之膿性滲出物。若患者堪此機轉。則流動性滲出物自吸收。或自開。或切開排出後腔自閉鎖。僅殘留硬固之癒着而已。若炎症侵腹腔之廣大部分。與於敗血症所見者相似。則癒着之生成殊廣大。腸相互粘着頗固。且粘着於腹壁網膜。此等部分。又與發生炎症之骨盤臟器粘着。

若炎症機轉限局於骨盤臟器。則僅於子宮、卵巢、喇叭管、膀胱、體壁腹膜部分間。見癒着而已。此癒着起於下方網膜部分間者亦多。上行性淋疾之際。其癒着亦呈類似之症狀。

腹式手術之際。往往有發病性減弱之少數細菌侵入。故於手術野之範圍內。有些少之癒着。

癒着形成。多數基因於細菌作用無疑。然腹腔之癒着形成。則尙有其他原因的動機。若某部位之腹膜受傷害。失其內皮被覆。則此部位與相對之腹膜部分癒着。雖健全之部分。尙且癒着。如斯之內皮損失。或因營養障礙而起。又或因血液滲漏。或因異常卵附着而甚伸張之喇叭管。與其周圍部癒着。又腫脹成水腫狀久爲後屈位之子宮。與骨盤後壁癒着。此外以非吸收性材料製成之結紮絲及縫合絲。縱使無菌。而因器械的刺戟之持續。亦生癒着。

此腹膜之成形性反應。於二三腹式手術之際。最爲必要。即腹壁固定術之際。於腸或他臟器置累姆氏縫合之際。因器械的刺戟而起腹膜癒着。最爲必要。

癒着性子宮周圍炎。有爲慢性。且無喇叭管炎及卵巢炎可證者。與骨盤臟器之原

發性變位。亦無關係。其好發部位。爲在子宮後方之腹膜部分。獨爾拉斯氏筋之被覆。獨爾拉斯氏竇之被覆等。依既往症。可知此症屢發於發育期。患者往往以月經時感冒爲此疾患之端緒。

此等子宮周圍炎之起原。爲子宮、喇叭管或卵巢之原發性炎性。然亦有爲潛匿性者。

其他炎衝之發原在直腸。自直腸及於直腸附近。次移行於腹膜。勿倫特氏以其他發育阻止之局部現象。例如獨爾拉斯氏腔。生深陷凹。以致發育障礙。爲此炎症之素因。S 狀彎曲部周圍之腹膜微小部癒着。殆因月經時出血或因急性腸機轉而發生。

癒着性腹膜炎之急性時期之症候。於本章之前部並敗血症、淋疾、結核症章下。說述之。若急性炎性機轉鎮靜。則生癒着。爲炎症之持久性遺殘物。因此癒着而誘起障礙與否。與其部位及廣袤有關。亦有無症候而生癒着者。例如網膜之癒着。腸之癒着是也。若腸癒着時。蒙腸蠕動之影響而伸張。則其癒着自然分離。又些少之癒着。能誘發重篤之症狀者亦有之。

此等之苦惱。爲疼痛而癒着臟器之牽引及伸張。最劇烈之疼痛。起於網膜癒着之際。例如鼠蹊歇爾尼亞、股歇爾尼亞、腹歇爾尼亞或骨盤臟器之網膜癒着之際是也。疼痛之外。尙有惹起癒着臟器之機能障礙者。因癒着而膀胱及腸機能有傷害時尤甚。排尿時及排尿後。有難堪之劇痛。障礙瓦斯及糞便之通過。終至完全妨礙。(吐糞症)

若癒着之臟器。固定於此異常位置既久。(固着性後屈。固着性子宮脫。續發性變位。卵巢及喇叭管之固定) 則遂呈重篤之症狀。此等之合併症及療法。於子宮變位。喇叭管。卵巢及膀胱疾患之章與按摩療法之章下說述之。茲僅就因腸管癒着而起之最重篤之症狀。(即吐糞症) 簡單說明之。

因腹膜癒着而起吐糞症之際。吾人所屢遭遇之機械的作用。爲腸管之屈曲或內箝頓。前者腸管於癒着部位。屈曲而成銳角。瓦斯及糞便。不能通過。後者腸管或他臟器部分與腹膜或網膜或腹壁癒着。造成一門。小腸管通過此門而滑出。以致全腸管連續絞出。此機械的作用。與箝頓歇爾尼亞相同。

前述二原因外。於吐糞症屢起之機械的原因。爲腸間膜之軸轉。(S狀彎曲部及

結腸下方部之軸轉尤甚）與原發癒着全無關係。此素因生自長腸間膜或結腸間膜。專食野菜之人類最易罹之。此機械的作用之起。其最緊要之條件。爲該腸管部分之移動。

其他在本章所論區域外者。爲因腸疊積而起之吐糞症。又有因純正之腸麻痺（腸間膜血管之栓塞及血栓）而起之吐糞症。如斯者。與敗血症之類症鑑別。最爲必要。

因腹膜癒着而起之腸管疎通障礙症。不免生腸管麻痺。內箝頓之際。其起尤急遽。且顯著。此腸管麻痺。因箝頓腸管時之血行障礙而生。卽起靜脈性鬱滯。遂箝頓於腸片之區域內。生廣大之壞疽。

若只因屈曲而生。則腸管麻痺。僅在腸片之輸入脚。因糞便及瓦斯鬱滯而內箝頓之際。輸入腸管麻痺之原因亦同。

上述二者。腸管麻痺。爲終末症候之誘因。而腸管機能不全。腸細菌及毒素之腸壁竄入。腹膜炎。敗血症等。皆因此而起。

腹膜癒着之過半數。爲於腹腔行手術之結果。故吐糞症之症候。多起於手術後。此際

患者尙在治療中。其發熱爲與黴菌作用有關之徵候。放屁無障礙而逸出。或初稍遲滯。至數時後全停滯。此際更發熱。無腹膜炎性症候。而放屁全止。大便亦秘結。至直腸纒形部。無糞便之痕跡。或僅有着色如糞之片塊而已。患者因腸管之疎通障礙。而下腹膨滿。有不快之感。起可厭之嘈噁。吐出食物。腹吐膨滿。於瘦瘠之腹壁。見膨脹之上行腸管隆起。仔細觀察之。則知其隔富於脂肪之腹壁。並非鼓腸。只腸管之大部分或小部分膨滿而已。此際脈搏頻數且細小。脈波低。呼吸促迫。顏色蒼白。眼窩陷沒。顏貌呈不安之狀。

此時期亦如初期。其腸管疎通障礙。偶然遇幸福之機會。而除去機械的妨害者。往往有之。此因其原因之癒着。不堅固且不廣大而破裂故也。卽腸內瓦斯排泄後。糞狀腸內容物。亦卽漏洩。然若不加療治。決不能遇此僥倖之事。故吐糞症之症候既發。則其豫後必甚不良。

診斷 呈顯著之複雜症候者。診斷不難。此症候足以確定診斷。最難者。手術後之腸管疎通障礙與尙旺盛之腹膜炎性機轉之識別也。

若順當之恢復後數週。起吐糞症。則癒着形成。實爲唯一之病原地。當卽矯正之。又若

發熱。則呈顯著之腹膜炎症候。體溫上昇。常有腹痛。此時腹膜癒着。雖爲疎通障礙上之主部分。而腸麻痺亦不可不目爲腹膜炎性機轉之局部症候。

豫防 若癒着而其原因爲細菌的炎症。則其豫防法。與第二十八章無菌療法及防腐療法所述者相同。腹式手術之際。術者助手等。皆用殺菌橡皮手套。以殺菌橡皮布。縫合於腹壁創面。以爲腹壁被覆。此爲防遏細菌移殖於腹膜之確實方法。且避腹膜之損傷及侵害。又存在於腹腔之創面。亦皆須慎重縫合。而以腹膜被覆之。若某部位不能行此。則燒灼創面使之結痂。以防遏其與相對之腹膜部分癒着。最爲良法。

手術之際。須行無菌療法。於痂皮之應用。尤宜留意。因痂皮亦加死組織。常爲培養基。且易起癒着故也。熟練而迅速且慎重之制腐的及無菌手術。可免癒着形成。其作用較灌注食鹽溶液或泰佛爾氏溶液（食鹽七、五曹達二、五水一〇〇、〇）或手術終結後縫合之前。插入以油浸漬之布片於腹腔內爲優。近時福開爾氏頗稱揚以亞刺比亞護謨之濃厚溶液。塗布於內皮剝脫表面。應用此等材料。能完全防細菌之發生與否。尙難明言。蠕動因菲續斯企固明之皮下注射（撒里矢爾酸菲續斯企固明〇、〇〇〇四每日三次）而亢進。又腹式手術後。必用人工。使不至長久便秘。蓋原則上

至遲第五日。必須注意通便也。

療法 僅推測之。腹膜炎。或既存立之。腹膜炎。皆不可投阿片。宜先除去其疎通障礙。最有效之方法。爲腸之高位灌注。其方法以食道嚮西。送入食道。達於下行結腸。流入半或一立得耳之水。此外則行胃洗滌。若此方法不奏效。則反復行之。至久。開腹壁而檢索其癒着。

若手術後起吐糞症。則吾人依該手術實驗上之知識。以檢索癒着。

內生殖器之手術後癒着。常在骨盤。故切開後。先向骨盤行觸診。若癒着不廣大。則以手指削除之。此際腸之傷害。宜慎重縫合之。若癒着甚廣大。且堅固。則造腸管吻合爲便。若不得已。則於腹壁創面。縫合癒着之腸管。造異常肛門可也。

既除去疎通障礙。則宜力使腸蠕動亢進。有時宜行菲續斯企固明之皮下注射。若患者可離床。則慢性炎性機轉之際。應用之吸收療法。浴治法（參照子宮近傍炎章下）及腸官能之調節。必宜一一行之。腸官能之調節。當使用緩下劑。

第五編 尿道及膀胱之疾病

第二十一章 尿道及膀胱之疾病

第一節 尿道之疾患

尿道疾患之大部分。既於畸形淋疾及外陰部疾患之章下記述之。形成異常中有尿道缺損。即尿道下破裂及尿道上破裂。內生殖器之形成機缺如症之尿道異常廣大等。狹窄及絞窄。多爲重症之分娩外傷之結果。陰及排尿器間。有甚大之瘻孔者。尿道之小部分。往往於其上端絞窄。或全然壅塞。余於陰之廣大分娩損傷。見尿道之橫徑全破裂。

絞窄之際。以刻度桿行整然之擴張。可使之治癒。此擴張。余用子宮擴張器行之頗佳。(參照第十一章)

瘻孔之際之閉鎖。可以瘻孔手術除去之。

某種之變形。發尿失禁之症候。尿道之擴張。即屬於此。此爲先天的形成異常。或起於容積甚大之結石抽出後。或其他損傷後。因手術而局部缺陷後。並分娩外傷後。又用

手術而治癒之瘻孔同時侵及尿道上部之際亦起此。

膾及子宮脫出之際尿道之上部相牽引離開遂屢起尿失禁。

療法 若除去子宮脫（參照第九章）後不能治癒則宜使病的擴大之尿道狹小。

姑息的療法 用漏斗形百撒里母（硬橡皮製）挿入膾內頗能有效該法能持續壓

迫尿道。

手術則自膾切除尿道之一部且行該部之形成的狹小甚有效後療法為挿入留置

加答答兒或於上方構成膀胱膾瘻或行尿道之軸轉其方法在剝離尿道從其長軸

迴轉百八十度至三百六十度再縫合之。

於尿道周圍注射拍刺芬亦佳然哈爾盆氏等因注射後起肺栓塞故不用此法。

又或起尿道之淺在性粘膜炎傷即長形或卵圓形尿道瘻裂也此等為因導尿分娩

外傷兒頭之壓迫而生者。

此損傷於排尿時誘起灼痛然點滴二%硝酸銀溶液或塗擦硝酸銀軟膏或挿入含

有〇、五至一%硝酸銀之尿道坐藥皆能治癒。

粘膜炎症中最頻繁者為淋疾性炎症該症之急性時期可依第二十三章所述之方

法處置之。後以浸漬於硝酸銀（一至一〇%）或蛋白化銀之捲綿消息子。清拭尿道。兼治療頸部及子宮之淋疾。

診斷。粘膜疾患。可由視診而確定之。即挿入眞直管狀膀胱鏡。或余之漏斗形膀胱鏡於尿道。而徐徐牽出之。以由凹面反射鏡反射之燈火或光線。照尿道粘膜。且牽且照。可逐次照見與管狀鏡或漏斗狀鏡之開口部相當之粘膜各帶。

外陰部之狼瘡性破壞及侵蝕性潰瘍。往往侵及尿道。

余遇新生物中。一黑色素性肉腫。曾施手術。血管腫及纖維腫。雖曾實驗。然甚少。外陰部癌腫。往往於其進步時期。侵及尿道。

良性腫瘍中。有所謂尿道息肉者。該腫與尿道口相接。多爲富於血管之小乳疳腫。大如豌豆。或爲廣大之粘膜肥大。自尿道開口部翻轉脫出。（尿道脫）

高度之尿道粘膜脫出。甚少。大抵起於小兒及老婦。然淋疾傳染後之粘膜炎症。亦爲其誘因。或僅下方部分脫出。則稱爲單純脫出。或上方部分。過尿道之健全下方部分。而翻出於外方。則稱爲翻轉性脫出。

療法。前者行單純切除及縫合。後者則須複雜之手術。依下記之方法行之。頗佳。即

自臆於粘膜炎大起始之尿道部分。置矢狀徑切開。切除肥大性尿道粘膜炎。至脫出消失而止。而縫合其切開口。有時須切開全尿道。切除過剩粘膜炎而縫合之。

切除尿道腫瘍之法頗簡單。若腫瘍爲良性。則以剪刀切除之。底面以派克令氏燒灼器燒灼之。若爲惡性。則宜多切除附近之健全組織。如斯則尿道之一部切斷。其切斷端之殘留尿道粘膜炎。可以二三縫合。使與臆粘膜炎癒着。尿失禁之療法。前既述之。

第二節 膀胱之疾患

膀胱及輸尿管疾患之診斷。可用三種試驗方法。即檢尿、膀胱視診（即膀胱鏡診）及膀胱觸診是也。

排尿試驗用二個玻璃盃行之。患者若有尿意。則以綿球清拭外陰部後。以二個相異之玻璃盃。使之排尿。前後二吹。若自尿道。流出混合物（血液、膿）則此混合物僅在第一玻璃盃內。第二玻璃盃內之尿澄明。此際患者自覺尿盡排出。則即插入導尿管。以檢其遺留尿。此試驗之結果。可決定膀胱之果有機能與否。

此際之尿。或使之旋轉沈降。或僅使之沈澱。鏡檢其沈澱物。又濾過其澄明之尿。且

行化學的檢查。化學的檢查者。檢蛋白、糖及亞西頓之存在也。若蛋白之外。有膿存在。則比較兩者。可得其比例。即用托邁斯氏計算器。可於一立方仙迷突。見五萬膿細胞。若發見 0.1% 蛋白。則可確定其爲腎性蛋白尿。

形體學的有形成分。可以批配托。自細長漏斗狀玻璃盃採之。而試驗其新鮮者。外觀新鮮之組織破片。可得句埋染色。且截切之。若陷於壞疽之組織破片。則不能着色。故欲檢之。不過想像而已。不足確定診斷。

新鮮之沈澱物。試驗後取其少量。置於覆蓋玻璃上。而乾燥之。以美既倫青染色。以同質之油浸裝置鏡檢之。

若此際有須與淋疾球菌相識別之球菌。則以美既倫紫等着色。且依耐蘭姆氏法脫色。

訥乞氏膀胱鏡。爲有美爾既氏彎曲。且末端有小愛其生氏燈火之閉鎖加答答兒。凹形膝屈曲部。有一窗。其後方有三稜鏡。射入於窗內之形像。投入於長加答答兒部分之軸。於長加答答兒部分。更挾一複靈視（光學的裝置）以廓大反映之形像。此形像可於加答答兒之遊離端見之。訥乞氏之第二號膀胱鏡。則窗及三稜鏡。不

在膝部。而在膀胱鏡之短脚。在膝部之凸面側之靈視。以平面鏡代之。以投入形像於長脚之軸。橫退爾氏對於女子膀胱。不重視美爾既氏屈曲。因此屈曲僅能使膀胱鏡容易挿入於男子膀胱故也。故氏使膝部之角形益鈍。實為適切之方法。氏自愛其生氏燈火。導複導線於膀胱鏡柄。於此處使複導線與電氣的燈火中心（或蓄電槽或電池）結合。其把柄有適當之觸接移動器。以便於遮斷電流。及接續電流。

因閉鎖移動器之移動。而燈光電線之作用充分後。於暗室內。使患者在婦人科的診察位置。以一%之硼酸溶液一〇〇或一二〇立方仙迷突。充其膀胱。若膀胱之內容溷濁。則洗滌之。至其內容流出液澄清而止。又膀胱鏡診之際。若膀胱之內容再溷濁。則應用尼既氏灌注膀胱鏡。用此鏡則鏡診時可行洗滌。膀胱鏡診前。欲尿道無疼痛。則注入二%古加乙涅溶液一二立方仙迷突於尿道。遮斷光源之後。送入膀胱鏡於膀胱內。該器械移動於前後可見。溫愛其生氏燈火。不觸於膀胱壁。而在於硼酸溶液中。與觸接器接觸。以燈光照之。自長脚之遊離端。窺其形像。

小窗不能使全膀胱內面。成形像而映於觀者之目。內面之最大部亦然。故欲觀察全

膀胱內面。必移動膀胱鏡。此運動依方式行之。不可忽過膀胱之各部。故依下之方法最佳。

即深送入膀胱鏡（不達於膀胱之上壁）後。徐徐牽出之。而觀察膀胱前壁之中央部分。並左右廻轉其把柄。而觀察膀胱之側方部分。

次深沈其柄。且廻轉百八十度。而觀察後下部膀胱壁及埋脫氏三角部。

欲正當了解膀胱鏡的形像。須依下之事項。即第一號膀胱鏡呈倒像。第二號膀胱鏡呈直像。在其實際之位置。

既知以上之事實。則可知物體簡單者。形像之判斷及物體之位置亦簡單。若廻轉運動膀胱鏡。映取廣大之形像。則生複雜之錯像歪像。故如斯之映像為複像。

欲視物體之自然大。須置物體距膀胱鏡窗約二十五密突。若過近則物體廓大。過遠則物體縮小。

健全狀態之下。膀胱內部所受之光線印像。帶黃赤色。貧血者為蒼白色或白色。膀胱之頂部有氣胞浮游而振顫。其形狀往往似亞鈴。於膀胱底。見輸尿管開口。若未熟練者。則因輸尿管之機能而知之。即每一二秒時。開口一次。因開口後起液體運

動。故可知其開口也。兩開口之距離不一定。從菲爾胎氏之說。則在一三至三五密
迷突之間。又於兩輸尿管開口間。往往見突然發生之皺襞狀粘膜隆起。此實因膀
胱筋層之收縮而生者也。此外往往有大如粟粒之多數小囊腫。在於理脫氏三角
部。且有在於尿道口內者。

膀胱鏡診既終。則卽行尿道鏡診。

開理氏膀胱內部視診法。稍簡單。其方法使患者爲背臀位（卽向上臥）以桿擴張尿
道。達於十至十四密迷突。然後插入有把柄之同厚管狀鏡。則因患者在特殊位置。而
膀胱內消極壓。能使空氣流入。膀胱因之膨脹。於是以前頭凹面鏡。射入反射光線於
膀胱內。觀察膀胱之各部分。尿道擴張時甚疼痛。或須截切尿道口。故有時用麻醉劑。
若膀胱極充滿。則自腹壁行觸診。甚易。卽於正中與耻骨縫際上相接。觸知波動之球
形腫瘍。若因腫瘍自生殖器發生。發育於骨盤內。而轉位於上方。則觸知充滿狀態之
膀胱甚易。自腹壁觸診空虛之膀胱。僅於膀胱壁甚肥大。因炎性或新生物而浸潤之
時。能達其目的。

膀胱內部可得觸知之變化。若行雙合診。送入一指於膀胱內。則最可觸診。然此

觸診有疼痛，故必施麻醉而行之。又此際雖用甚纖細之手指，其結果亦起尿道口之表在性破裂。觸診後二三日，往往患尿失禁，不可不慮。故膀胱觸診，非必要時，不宜行之。若不得已而行之，則用小指爲宜。此觸診之際，接續插入刻度桿（卽余之子宮擴張器）最佳，以第七號始至一三、一四、一五止。然開口部尙不免破裂。觸診既終後，當縫合之。

膀胱鏡診，除急性膀胱炎之外，凡膀胱疾患，皆應用之。用膀胱鏡診而難明之疑點，例如腫瘍之局處的關係等，則須行觸診，乃可明之。

膀胱轉位於婦人屢見之。多因子宮頸管部分、廣韌帶、陰之變位及變形而起。卽妊娠子宮及因腫瘍而變形之子宮後屈、子宮脫、前墮脫、頸部及廣韌帶之腫瘍之結果也。此等變位之結果，膀胱不能完全收縮，排出不全。又因遺殘尿生成而起炎症。又重症之膀胱加答兒，每因膀胱變位而續發。

膀胱粘膜炎及膀胱壁之炎症，該症屢屢發，亦如發於他粘膜炎者。因寒冒而誘起充血狀態，又與尿共達於膀胱而有化學的刺戟之物體，堯菁類、鹽素酸加里、酒精飲料等，亦誘起膀胱加答兒。

炎症之原因。以細菌爲最多。間有淋疾球菌之傳染。移行於膀胱。然多爲他釀膿菌之傳染。細菌性膀胱加答兒之際。發見之分裂菌有多種。洛唯氏發見八種病的分裂菌。及四種非病的菌。該氏發見之釀膿菌。爲葡萄狀球菌。尿釀膿性連鎖球菌。結核菌之三種。及罕見之二三種。淋疾球菌爲膀胱加答兒之原因者甚少。大腸菌多爲其原因。細菌之侵入。有種種方法。或因寒冒。異物。結石等。而膀胱粘膜之抵抗力減少。則分裂菌自外陰部或尿道之下方部分竄入。以惹起炎症。結石生成。重症先天性及後天性。缺損。卽罅裂形成及瘻孔形成之際。常有膀胱粘膜之炎症。又外陰部之敗血性炎症。往往蔓延。及於膀胱。然傳染原因。多直接輸入。因加答答兒而輸入者尤多。

加答答兒性膀胱加答兒。於女子屢見之。此非必因繁殖於外陰部及尿道下部之細菌。因加答答兒。而送入於膀胱內之故。却因加答答兒之構造不備。隱蔽傳染材料於其凹窩內故也。

故加答答兒。宜用粗五六密迷突。容易消毒。前後各開一口。而無眼且無窩者。用玻璃製而融熔兩端開口部。使極滑澤者最佳。且不可久用。普通玻璃製加答答兒。雖亦可用。然必煮沸而用之。彈力性加答答兒。欲其無菌實難。

細菌於膀胱加答兒起二種作用。第一細菌分解尿或尿素，使尿起安母尼亞性醱酵。而起安母尼亞性醱酵之尿，作用於膀胱壁，而刺戟之。第二細菌繁殖於膀胱粘膜，進入增殖於粘膜及深部組織，而起作用。唯第一作用，非病的細菌，亦有之。

依洛唯氏之實驗，無論病的或非病的菌，送致於動物之健全膀胱內，決不起膀胱加答兒。然若結紮膀胱，使尿鬱滯，則非病的菌，因尿分解而起單純加答兒性膀胱炎。病的菌，則初以同一方法，起單純膀胱炎，然即移行於化膿性膀胱炎。

以上之實驗，實足理解膀胱炎之發生。蓋尿鬱滯實為其發生之主要原因也。重症之膀胱炎，於膀胱排泄困難之疾患後，往往見之。充實骨盤之子宮，子宮附屬器之腫瘍，妊娠後屈子宮，筋腫性後屈子宮，有膀胱歇爾尼亞之子宮脫，往往起持續甚久之過度尿閉。又病的菌自尿道（自然或因加答兒）進入於膀胱內，因化學的刺戟或傳染而生炎症。因尿分解而生之膀胱炎，若既起膀胱之高度膨脹，則甚為危險。

若膀胱壁因疾病而其抵抗力減弱，則細菌必自隣接部，貫膀胱壁，而移殖於膀胱內。如此者，細菌自膀胱近傍部膿瘍，子宮近傍部化膿竈，子宮附屬器炎性化膿竈及因

炎症而與膀胱壁粘着之腸部分移殖。若骨盤膿瘍。於膀胱自開。排泄膿於膀胱之際。其膿尙含有發病性細菌。則亦起炎症。膿若無菌。則膀胱炎閉息。

膀胱炎之症狀。若爲溫熱性化學的或器械的刺戟之結果。則症狀爲粘膜炎（三角部最甚）之發赤、高度之血管充實及血管擴張等。

若其原因爲細菌。則炎症症狀更顯著。卽血管充血、粘液分泌益旺盛。粘膜炎爲潰瘍所被。三角部尤甚。如此者。細菌性刺戟之外。有機械的侵害。則症狀益著。（導尿管、結石）其時期益進。則葡萄狀球菌或大腸菌。竄入於粘膜炎組織中。若旺盛則其反應呈濃厚之青赤色。又因炎症而粘膜炎浸潤且肥厚。至後期則粘膜炎下層及筋層亦浸潤且肥厚。膀胱壁因之強直。擴張固難。收縮亦甚難。至膀胱壁之強直及浸潤。達最高度。可得觸診膀胱者。多爲腎臟及腎盂結核症之結果。或爲膀胱壁之結核菌傳染。

因細菌竄入。而膀胱壁受其侵害。已達極度。則粘膜炎陷於壞疽。此起於葡萄狀球菌並大腸菌傳染之際者也。此際粘膜炎爲碎片。往往全部剝脫。而與尿管共排出。或藉麥粒鉗子之力而排出。膀胱壁因是甚菲薄。余嘗見內層腐死剝脫後。殘存者。不過膀胱之腹膜被覆。若自此時期始赴治療。則只遺殘高度萎縮之臟器。內面以一種菲薄上皮

層被之。膀胱過度菲薄。往往自膀胱內部。誘起腹膜傳染。且有膀胱壁破裂者。輕度之大腸菌性及球菌性膀胱炎。若不起廣大之壞疽。則治癒後可望組織的全治。膀胱炎之經過。與疾患之輕重難易。全無關係。化學的膀胱炎。其唯一之症候。為排尿前後有疼痛。然常不劇烈。又屢起尿意頻數。細菌性膀胱炎。先亦呈此症狀。若疾患更高度。則膀胱部有甚可厭惡之持續性疼痛。或重感。雖尿量甚少。膀胱亦呈反應而收縮。尿自然流出不止。此外尚有因細菌作用。而起膀胱筋層之麻痺者。膀胱於尿意催進前。已覺充滿過度。

更高度之細菌性膀胱炎。往往發熱時。或發非常之高熱。該炎症於膀胱壁破壞之時。頗為危險。即惹起重篤之敗血性全身傳染及腹膜炎。若偶然過度充滿。膀胱破裂。則其結果惹起電擊的迅速之腹膜炎。且輸尿管或腎盂。亦自膀胱蒙傳染。起化膿性腎盂兼腎實質炎。或化膿性腎臟炎。以至危及生命。

如斯女子膀胱炎之高度者。於文明國不多觀。且有療法。使不至危及生命。若細菌的膀胱炎既治癒。則多殘存膀胱機能障礙。膀胱粘膜陷於壞疽。若排出。則殘存之癥痕。膀胱或萎縮膀胱。多不復有完全之伸張能力。即尿意頻數。及括約筋之閉

鎖不全。較炎症持續更久也。

診斷 化學的膀胱炎。毫無他覺的所見。若膀胱炎為細菌的。則必須檢尿。可於尿中發見膿、血液、組織碎片及細菌。若尿呈中性或亞爾加里性反應。放安母尼亞性臭氣。則起膀胱炎無疑。病的混合物。究起自膀胱之下方。（即尿道）抑起自膀胱之上方。（即輸尿管）必須識別。前者可由二玻璃盃試驗而知。更以加答答兒使之排尿。則可得確實鑑別。

腎盂輸尿管炎及膀胱炎。可由膀胱鏡診而鑑識之。即於證明之膀胱內容中。可明見自輸尿管流出之溷濁絮片。膀胱壁無炎衝性發赤。此外可為診斷之補助者。為沈澱物中含有之上皮細胞。腎盂之上皮細胞。為甚長之曳尾狀細胞。膀胱之上皮細胞。則短小。然余以為此鑑別的動機。無甚大之價值。

尿中之膿。非自膀胱壁排除。乃自穿孔於膀胱之膿瘍流出者。用膀胱鏡可得確診。即膀胱粘膜。呈蒼白色。時或發見腫瘍孔。

膀胱內之空氣。為尿之發酵產物。（大腸菌或要酸素性乳酸菌）又有因與腸管交通而發者。

若尿中含有糞便之混合物。其多量者。可即由臭氣及外觀而決定之。其少量者。則必藉顯微鏡之力。始能決定。糞便之混合。爲表示膀胱與腸部分交通者。此交通因新生物（癌腫肉腫）之破壞而起。或骨盤結締織。膀胱近傍部。喇叭管或腹膜炎性膿瘍。一方於直腸或彎曲部或結腸自開。他方於膀胱自開之時。亦起此交通。

療法。因化學的或溫熱的刺戟而起之單純膀胱加答兒。不需局部療法。施一般療法足矣。即每日內服撒魯爾一瓦至二瓦。飲用牛乳扁桃乳或混合牛乳之石灰水等。不用香辛料。若有疼痛時。則施潑列斯氏局部療法。或於膀胱部貼布的爾莫福爾。行溫坐浴及全身浴。又或以阿片及莫爾比涅爲散藥丸劑。水藥。皮下注射或坐藥而用之。時或混食荳蔻幾斯（荳蔻越幾斯〇、〇〇一阿片越幾斯〇、〇一二柯柯阿酪二、〇）

若爲細菌的者。多因加答答兒排尿而起。頗宜注意。故再述說其豫防法如下。用加答答兒之際。以消毒藥拭淨其外陰部。注視而以加答答兒送入尿道。決不可於褥衾中送入。

又欲保清潔。則宜用玻璃製加答答兒。用時宜煮沸之。或煮沸之而貯於消毒液（

昇汞、石炭酸、酒精）中，用時取出之。

細菌性膀胱炎，宜行局處療法，即每日以消毒藥洗滌膀胱一次，洗滌液較用於陰、子宮、創面者更稀薄，常能有效。故用〇、五%石炭酸、二%硼酸、〇、一%過滿俺酸加里、〇、三三%撒里矢爾酸、〇、一%鹽酸、一%單仁、〇、五%硫酸亞鉛、〇、五%明礬可也。最佳者，用硼酸硝酸銀一對二〇〇〇及蛋白化銀一對二〇〇〇。此三劑最能奏效。洗滌器輕便者，為漏斗形洗滌器，插入玻璃製漏斗於膀胱，以接續圓錐與澆注器之橡皮管接合。如斯而圓錐與漏斗或接合或分離，則洗滌液即因之或流入或排出於膀胱內。洗滌液之溫度，宜常與體溫相同。第一次注入量宜少，若不堪行洗滌，則注入沃度仿謨乳劑（沃度仿謨五〇、促利設林四〇、水一〇、護謨〇、五）約五十五，能奏卓效。

若炎症未陳舊，則洗滌數次，頓覺輕快，然欲其完全治癒，則尙需時日。

甚重症者，用殺菌水洗滌之，次注入〇、五%硝酸銀溶液一次（約一〇至二五瓦）敗血性膀胱炎之壞疽性剝離性者，以有害性消毒藥洗滌，須慎重注意。此際先以水或食鹽水洗滌之可也。

極重症者。宜時時注意。使膀胱常空虛。若尿爲亞爾加里性。細菌迅速增加不已。則生毒素。而作用於病的膀胱壁。此恒常性膀胱空虛。於重症膀胱炎之際。既因裏急後重而得之。然膀胱不因裏急後重而全然空虛也。有時須插入留置加答答兒。余行此之時。用單純玻璃加答答兒。以紳創膏固定之於陰阜。一種短小之斯開奈氏馬蹄形加答答兒亦可用。卽置其肥厚之一端於膀胱內。自能固定。然因是而難堪之裏急後重益高度。若尿爲膿性。而混有組織碎片。則往往閉塞加答答兒管腔。

余於重症。造一膀胱腔瘻（膀胱切開術）而得良效。此法往時已行之。當時受反對之批判。然現今則一般是認之。其卓效在能使疼痛立時鎮靜。若瘻孔不過大。則膀胱疾患治癒後。往往自然閉鎖。膀胱切開術之主要適應症。爲全膀胱壁甚浸潤。有甚難堪之裏急後重及發熱。且難行膀胱洗滌之時。瘻孔造成後。尙殘存膀胱炎。則宜行洗滌。其洗滌液自尿道注入。自瘻孔流出。

現時余創意之高位恥骨縫際上卽腹膜外膀胱切開術。多數學者。以爲不能較膀胱腔切開術爲優。

膀胱之搔爬。於有廣汎之粘膜炎壞疽之時行之。然必豫自上方或下方施膀胱切開。次

行稍酸銀洗滌。

重症之膀胱炎。宜行藥石療法。即以麻醉劑緩解疼痛。以莫爾比涅阿片及莨菪鎮靜尿意頻數。又必使亞爾加里性尿。變為酸性。因膀胱炎之細菌。於酸性尿中不能繁殖。或發育不良故也。而欲使尿生酸性。則內服藥外。尚須行藥劑的消毒。內服藥為撒里失爾酸。撒里失爾酸。曹達。撒魯爾。單仁劑等。殺菌作用。最確實者。僅亞篤洛必涅（每次一〇）及海爾米托爾（每次一〇）此等藥劑。於非細菌性膀胱炎之際。不須用之。

重症之膀胱炎。其全治頗需時日。若最不良之症候既緩解。則行上述之飲用療法可也。

結石生成。於男子屢見之。婦人罹此者少。蓋若其原因為膀胱炎。則於女子。治療甚易也。又女子雖生結石。其小者自尿道通過頗易。故不至生大結石也。

結石為尿酸所成。其周圍有磷酸安母尼亞。麻苦涅。矢亞。或碳酸石灰之結晶。原發性沈澱。好發生於膀胱壁之絨毛狀乳嘴狀息肉之周圍。時或於送致膀胱內之異物（即毛髮針及手淫用具等）之周圍發之。又骨盤臟器之手術。後自隣接部竄入於膀

膀胱內而化膿之結紫絲之周圍亦生結石。

膀胱加答兒存在之時。若結石生成。則加答兒因之持續。又有因結石生成而惹起加答兒者。此際起高度之尿意頻數。強度之膿性尿。含有血液。

診斷不難。即自膻及腹壁行雙合診。則於膀胱內。觸知其抵抗頗易。然初時或生疑念。不能斷定。此抵抗果與結石相當耶。抑與新生物或其他異物相當耶。有此疑念。則用X光線寫真術。可得冰釋。且用膀胱鏡。或自尿道觸診。亦可得確診。

除去婦人之結石亦較易。若結石尚軟。(尿酸結石)則自尿道送入強力之麥粒鉗子。破碎結石。使爲小片。漸漸牽出之。或洗出之可也。若結石太硬。難行簡單之結石破碎術。則行膻膀胱切開。最宜。膻膀胱切開。較行暴力的尿道擴張爲優。此擴張往往使尿道破裂。故堅硬之結石。至大如鳩卵者。宜行膻膀胱切開。以彎曲之強消息子狀器械。於欲施切開之方向。壓迫膀胱。使之突出。而自膻前壁。切開膀胱。此切開後。擠出結石。開放之。以待其創面縫合。或炎症治癒。結石除去後。遺殘之膀胱加答兒。須洗滌之。然後加療。若結石甚大。行上述之手術。尚不能除去之。則手術後更行結石破碎術。或行高位截石術。即於恥骨縫際上方。置橫徑切開。而施膀胱之腹膜外切開。以自腹部

摘出之可也。

腫瘍 於膀胱偶見有纖維腫、筋腫、粘液腫、肉腫、皮狀囊腫、腺腫等。其較為良性之腫瘍起於膀胱內部者為乳嘴腫。即乳嘴性纖維腫絨毛茸腫是也。此腫瘍挺出於膀胱腔內。分歧為樹枝狀。甚富於血管。而血管新生之細微間質尖頭。以多層上皮被覆之。症候 血尿。尿中有膿及粘液塊混合。至後起顯著之裏急後重。

此等腫瘍之外。余屢見扁平乳嘴腫狀粘膜增殖。此增殖多甚廣大。然發生於膀胱內面之局限區域。其內一例。侵全三角部。他例侵膀胱頂部之全部。

腫瘍多有細長之莖蒂。手術前有已如兒拳大者。腫瘍之構成。及手術後屢屢再發。與癌腫相酷似。故可目此腫瘍為絨毛癌。

膀胱之癌腫較少。多占位於膀胱之後下方壁。在頗廣大之基底上。成分歧為樹枝狀之腫瘍塊。即組織上確與絨毛癌之名稱不背之膀胱絨毛癌也。亦有扁平而稍隆起者。此腫瘍表面有尿酸鹽類沈着。因是觸知腫瘍之粗糙。又偶有癌腫在於膀胱頂者。其增進之際。膀胱壁之大部。因腫瘍形成而被侵。用顯微鏡窺之。見其移行於乳嘴腫。此外尚有呈髓狀浸潤者。

因癌腫而起之症候。於初期爲膀胱出血。若腫瘍頗大。表面之壞疽顯著。則未被癌腫侵及之粘膜。併發稍強之加答兒。若尿之酸性消失後。則往往爲竄入於膀胱內之分裂菌之佳良培養基。如此者。因發於早期之膀胱加答兒。膀胱壁之浸潤及挺出於膀胱腔內之腫瘍。而起刺戟。屢誘起尿意頻數。因膀胱熾衝。而其收縮時發劇痛。故尿意頻數。爲患者最感苦痛之症候。且亦如高度加答兒之際。發膀胱麻痺。豫後甚不良。癌腫多在於膀胱之兩輸尿管開口部之間。且與之相接。故不能全摘出之。偶有在於膀胱頂之癌腫。占手術上佳良之位置。故豫後較良。癌腫若不施術。則必致死。與他癌腫同。此非因通常出血而死。亦非因起轉移陷於癌黑液質而死。實因強度之膀胱加答兒。持續既久。其結果發腎盂炎。且續發化膿性腎臟炎而致死也。

膀胱腫瘍之診斷。可由膀胱鏡診而確定之。絨毛狀腫瘍。因膀胱鏡之廓大。呈固有之形像。若認識之。則必需療治。故下診斷之時。不可不確定腫瘍之性質。若偶有混於尿而排泄之破塊。或以麥粒鉗子撮取之小片。則實爲必需之檢鏡材料。若欲除去腫瘍。則必更觸診膀胱。精查腫瘍附着之關係。至腫瘍之組織的並局處的症狀全然明晰。

後。乃可摘出之。

若因觸診而認知其有細長之基底。則可以強力之麥粒鉗子。自其基底。切除腫瘍。自腔或膀胱頂。進而切開膀胱後。乃行手術。此為最確實且佳良之方法。若不能確認其腫瘍為良性。則不可不行如上之手術。此等腫瘍之基底。甚富於血管。若有創傷。則出血甚劇。此出血以冰冷灌注止之。若不止。則以沃度仿謨綿紗填塞膀胱。又摘出膀胱腫瘍後。必持續挿置加答答兒數日。

類例

一四十八歲之未婚婦B。月經既閉止。一年以來。有少量之血液狀排泄。持續不止。數月以後。尿之保留不全。而尿意頻數。

外陰部毫無病的徵候。患者以前未受治療。尿道頗擴張。以示指送入甚易。於膀胱內可觸知軟且大之腫瘍。該腫有粗一仙迷突之莖蒂。與膀胱底相連續。千八百九十二年十月九日。施麻醉。得完全觸診膀胱。遂得確知腫瘍如鴛鴦大。且莖蒂在於正中線外之左方。殆與子宮內口相對。而移於膀胱壁。

自腔部至膀胱頸。行膀胱腔壁切開。固定此膀胱腔創面於腔口。於膀胱腫瘍之莖

蒂之周圍掛鈍鉤而牽引之。不結紮莖蒂。以派克令氏燒灼器燒灼其基底。此因有惡性腫瘍之疑故也。後即捕捉腫瘍。自膀胱摘出之。

後出血甚劇。以冷灌注止之。此灌注插入尿管於尿道中而行之。洗滌液自膀胱腔創面排泄。但欲避後出血。可豫開放人工的瘻孔。十月二十七日。切開創緣。造新創面。用手術閉鎖該瘻孔。即得完全治癒。十一月十三日退院。此腫瘍實爲乳嘴腫。膀胱癌之手術的療法。在摘出其腫瘍及腫瘍所在之膀胱壁部分。若腫瘍在於膀胱頂。則於恥骨縫際之上方。行橫徑切開。露出膀胱於腹膜外後。自上方切除膀胱之當該部分。

若腫瘍在於膀胱三角部之附近。則亦行恥骨縫際上膀胱切開術爲佳。

有癌腫占居膀胱內面大部之一例。怕列克氏初行下記之方法而奏效。即自膀胱切斷輸尿管。以其開口部。縫合於腔。次自耻骨縫際上方之橫徑截創而入。自周圍部剝離膀胱。而自腔及膀胱。沿橫徑切斷尿道。遂自此截創。牽出膀胱。而全摘出之。其生自上方之腔洞創口。以沃度仿謨綿紗填塞之。俾發生肉芽而閉塞。次行腔閉塞術。開放尿道。如此則腔爲尿瀦溜器之用。保持健全之膀胱括約筋。常得營其機

能。

又摘出膀胱之際。有接合輸尿管於直腸者。於男子宜行此法。

以上兩法。皆不免起上行性輸尿管炎。次又起腎盂兼腎實質炎。頗爲危險。

膀胱之神經官能症。爲基因於膀胱壁之病的變化之狀態所誘起。

膀胱痙攣。殆爲一切炎性膀胱疾患並膀胱腫瘍及結石生成之症候。然亦有無現在之疾患。僅因月經時感冒或飲用不良之酒類後。尿含刺戟性。而誘起膀胱痙攣者。宜除去其傷害。靜臥。行潑列斯氏罨法。或用的爾莫福爾。加溫於膀胱部。又用麻醉劑。以除去其症狀。

膀胱麻痺。不可誤診爲器械的利尿障礙。此障害於種種膀胱變位之際見之。子宮脫之膀胱歇爾尼亞。妊娠或筋腫性後屈子宮或後屈子宮妊娠之際。向後上方之膀胱變位。骨盤臟器之腫瘍。筋腫。充滿骨盤之卵巢腫瘍等。壓迫尿道。以妨尿之排泄。或使膀胱不能完全排出。

此固有症候。爲特殊性尿閉。患者屢起尿意頻數。雖用力排尿。而膀胱依然充滿。亦間有因久罹膀胱炎。而起膀胱麻痺之狀態者。

真正之麻痺。起於中樞神經系統、脊髓疾患、灰白變性、腦膜炎、髓損傷之際。時或起於膀胱神經（此神經自尾閭骨神經叢而來）之手術的損傷後。對於膀胱炎後遺留之麻痺。能奏卓效者。爲感傳電流。

第二十二章 膾瘻及子宮瘻

膀胱膾瘻

膀胱及尿道上部與膾之交通。因傳染性機轉或創傷而生。創傷之種類甚多。時或因不正或不適當之百撒里母存在甚久而膀胱膾壁陷於壞疽。（參照第六及第八章）近時因子宮全摘出之結果不良。而生膀胱膾瘻者不少。余曾見有二三例。因膀胱加答兒。行膾膀胱切開術。而遺留瘻孔。時或因產科穿顛器之滑轉。或送入不正。或誤用純鉤銳鉤等。而生瘻孔。然定型的膀胱膾瘻。非直接因創傷而生。實因分娩經過甚久。前進胎兒部分壓迫膀胱膾壁。致陷於壞疽。而生。故膀胱膾瘻。每生於狹小骨盤。而佝僂病性骨盤。尤易生此。若骨盤廣大。則膀胱膾瘻。常生於遷延性橫位之後。余實驗之最大瘻孔中。有二三例。原因於此橫位。

然則膀胱膹瘻之起。非產科技術之過失。乃不能適用產科手術之罪。蓋分娩之際。醫士侍產牀。於適當之時期。行穿顱術或挽出術。不使軟部受壓迫之危害。則不至構成瘻孔。故瘻孔之生。多在無醫士產婆之地方。又瘻孔專爲貧人之疾病。因生計困難。不獲藉醫士之補助故也。俄羅斯、波蘭、匈牙利等。實爲患瘻孔者之巢窟。然此限於多狹小骨盤之地方。婆耳底克海岸州之地方人民中。獨爾派脫。殆無狹小骨盤。余六年間行瘻孔之手術。僅二十三次。而勿列乞氏於勃累斯勞。行瘻孔之手術。十二年間。多至二百次。勿列乞氏謂異日教育普及。醫士增加。則東方地方。瘻孔自見減少。此說雖可信。然現今尙不能證其確實。因余於勃累斯勞就職後。七年間。行瘻孔之手術。既一百次。至近年仍不見其減少故也。

此定型的瘻孔之生。多呈固有之症候。狹小骨盤或橫位之婦人。若分娩經過至數日。其幸者或得自然分娩。其不幸者必因手術而分娩。產兒或瀕死。或既死。而產婦若無危險。橫臥床上。如斯之產婦。全不自覺尿意。膀胱充滿既久。尿遂自然流出。膀胱膹壁。在胎兒與骨盤之間。久受壓迫。以致營養障礙。膀胱不能堪持久之緊張。則若拔桶底者然。於傷害之部分破裂。又有分娩後尿卽流出者。此因分娩時既磨滅穿孔故也。

此後之經過。自能了解。褥婦經過重症褥熱後。尿恒點滴流出。濕潤外陰部及大腿之內面。遂生廣大之濕疹。此濕疹因尿之淋瀝而常濕。若不然。則既感苦痛之患婦。益增其苦悶。

膾之所見多甚顯著。膾壁因浸潤而強直。往往於他部位。見廣大之癍痕。爲分娩損傷之遺留物。前壁之缺損。或大或小。若缺損大。則可送入內診手指於膀胱殘部中。小缺損亦易認識。缺損之邊緣。多甚尖銳菲薄。若缺損小。則邊緣稍可移動。然若爲大瘻孔。則不動性之邊緣。緊着於骨盤前壁之骨部分。

若挫折的暴力之作用甚久。則於瘻孔部位。與膾連續之膀胱後壁。及與之相對之膀胱前壁。往往全缺。即膀胱全然挫斷爲上下（尿道）二部分也。如斯者。於尿道與瘻孔相會之部分。閉塞尿道。然此種閉塞。亦有因癍痕生成而生者。

膀胱殘部之粘膜。殆常呈高度之炎性症狀。此因產褥時膀胱與膾之交通甚廣。及大缺損。而粘膜部分壓入於其缺損部中。該部分之靜脈鬱滯。故起此炎症也。大瘻孔可由觸診而認識之。其小者可藉鴨嘴狀膾鏡之助而知之。若瘻孔甚小。例如反復數次之手術後。其瘻孔殘部。隱匿於膾前壁之皺襞後。則難以內診手指觸知之。

如斯者。以一半格魯兒化鐵綿花填塞全膾。以極稀薄之加爾薄爾溶液。注入膀胱。但若有瘻孔。則填塞之綿花。當瘻孔部位。染堇色斑點。

豫後 關於瘻孔之大小。極小之瘻孔。有時自然治癒。雖不治癒。而於生命上豫後亦良。然因瘻孔生成而起之膀胱加答兒。頗為危險。炎症蔓延於腎盂。其結果遂起化膿性腎臟炎。

瘻孔又為結石生成之素因。廣大之腎結石。終誘發續發性尿毒症。危及生命。豫防 分娩之際。施合理的處置。於狹小骨盤。尤宜加意。若前進兒頭之壓迫。持續甚久。則於適切之時機。宜用鉗子穿顱器或廻轉術及挽出術而避之。

然雖分娩經過甚久。既有膀胱壁挫傷之疑。而於產褥之初期。即用加答答兒。使其排尿正整。則傷害之組織。不至陷於完全之壞疽。此休爾氏所證明也。如斯者。余挿入留置加答答兒。須二三日。

療法 可迅速說述之。且記載之亦甚易。然實行甚難。

若瘻孔極小。則以硝酸銀桿。發煙硝酸。烙鐵。腐蝕創緣。可自然治癒。然此法往往無成效。若反復行之。則小瘻孔次第擴大。此多在瘻孔邊緣菲薄。而其周圍組織甚緊。

張之時。於小瘻孔施手術的方法。則效驗更確實。

手術。欲轉歸佳良。宜豫使膀胱加答兒輕快。手術前數日間。以礪或稀薄昇末水（二對二〇〇〇）洗滌膀胱可也。

手術之際。須使手術界全然露出。此為施術之一大眼目。尼辭氏用極拙劣之腔鉤或腔鏡裝置。

依余之經驗。則最良之腔鏡把持器。為能知手術方法之助手之手指。

余用非常簡單之裝置及器械。先使患者麻醉。臥於簡單之手術臺上。但該手術臺之臀板。可高低自在。以屋篤氏把脚器。支持其膝。使立於兩側之助手。扶持其脚。用第二十九章所述長短廣狹之種種創鉤。鉤固定用腔鏡。此外更用二、三有鉤鉗子。鉤腔部及瘻孔緣。又或用扁平鉤及有鉤鑷子。

切開用尖銳之直斯卡爾配爾。間或用有角刀。以彎曲之套管針狀短針縫合之。此時以措臺爾氏持針器把持該針。（難到達之隅角。以哈厚氏針及附屬之斜嘴持針器縫合之頗便。）縫合絲用金屬線。因該線無滲潤之憂。且不至誘起針刺溝化膿故也。金屬線用細者。若粗者不免生甚大之針刺口。

中等大瘻孔及小瘻孔。其新創面形成及縫合頗易。新創面形成之後。可使創緣相對。不因組織緊張過甚。而妨其癒合。然若缺損極大。則兩創緣相離。不易接合。如斯者。宜於瘻孔附近。碎切及剝離其瘻痕。使創緣移動。創緣雖甚相離。而切除瘻痕後。可使之接合。

使瘻孔邊緣移動。尚有韋在孟氏之方法。氏插入刻度之硬橡皮球。徐徐擴張其腔。以伸長其陳久瘻痕。有時能使最強直且硬韌之瘻痕破碎。

此相伯仲之兩法中。依余之經驗。則觀血性手術。較無血方法爲優。韋在孟氏之方法。雖若緩和。然欲其效果確實。而十分行之。則有劇痛。患者必能久忍耐。方可。故余決不試行之。切除瘻痕。往時不行於瘻孔手術以前。而與手術同時行之。

然僅離開及切除瘻痕。而膀胱脛瘻之治癒狀態。不甚佳良。瘻孔之新創面。不因剝離瘻孔緣而形成。僅切開該緣。以保存所有之組織。即可造甚廣大之創面。又單以埋沒腸線縫合。縫合膀胱。而以金屬線或絹絲縫合腔。而被覆於其上之方法。余行之已久。實爲膀胱脛瘻手術之一大進步。此因適用於頸管瘻之原則。現今普及。而應用於膀胱瘻故也。此法邁肯氏始行之。蓋以瘻孔之單純新創面形成爲不足。進而於瘻孔附

近。分離膀胱及膻。且切開瘻孔緣之全周圍後。於此處自膻剝離膀胱。若瘻孔達於膻部之附近。或達於膻部。或達於膻部中。則自子宮剝離之。由是膀胱與膻相分離。膀胱能移動。膀胱上之瘻孔。毫不緊張。即可縫合。凡自膻或子宮分離膀胱。宜以手指或有柄布片削除之。或以剪刀輕微行之。若剝離而奏效。則膀胱自復於其正常之形態。若膀胱之一部。以前因瘻孔而翻轉。其翻轉亦自能恢復。次單以腸線縫合膀胱缺損。且於此閉鎖之膀胱上。縫合膻缺損。以被覆此閉鎖之膀胱。保護膀胱創面。其方法視狀態而異。若本能移動。或因切開及切除瘻痕而能移動。則沿橫徑或斜徑縫鎖膻缺損。或自膻粘膜切取瓣。縫合之於膀胱創面上。若自子宮頸部剝離膀胱。則豫使子宮固定於膻壁。但須使矢狀徑縫合。貫膻瘻孔壁。同時貫子宮頸部。今舉特別之方法如下。

(一)瓣狀成形術 造新創面。於瘻孔之一緣。垂直作長一至三仙迷突之切創二條。而自瘻孔邊緣及此切創。穿掘膻粘膜。則此瘻孔緣移動。且可相對而縫合之。瓣之下方。施二三行之埋沒縫合。此外則自側方或後方膻壁。造有廣莖之瓣。

(二)先僅縫合易接合之瘻孔一部分。殘部俟初時之手術治癒後縫鎖之。

(三)若瘻孔之邊緣緊着於恥骨下行枝。則手術前宜剝離之。但行此法時宜施恥骨縫際上部之橫徑切開。以手指或小刀及骨膜剝離子創除之。如斯者。若全自尿道沿橫徑挫斷膀胱。則使膀胱能移動後。可於尿道形成新創面。縫着膀胱於其上。

(四)若瘻孔爲不動性而於膾占高位。則可自膀胱內部施術。即行高位截石術。牽引披開膀胱創面。以造新創面。而以腸線縫合之。

(五)勿洛因氏法。移植子宮於瘻孔之新創面。形成及腸線縫合後。閉鎖子宮外口。切開獨拊拉斯氏腔。牽引後屈之子宮於膾內。而縫合子宮後壁(即上壁)於造新創面之瘻孔。但必先穿孔子宮底。即沿橫徑切開。縫合子宮粘膜於漿膜後。乃行此法。治癒後經血自此孔流出。

此等方法中自(一)至(四)余行之有效。然尚有當附記者如下。(一)非剝離膀胱甚廣。則不能行之。且其結果甚不確實。然若可剝離膀胱至甚廣。而不能以他法被蓋縫合之。膀胱創面。則應用此法。最爲利益。(二)及(四)於自膾分離膀胱之際。殆非必要。(三)有時可與以上之分離膀胱共行之。

反是有利用子宮閉鎖瘻孔之一法。此方法甚簡單。即以有鉤鉗子。牽引膾部於下方。

若於膻形成癥痕而不能轉位。則固定之。與膻部近接。而於前方置橫徑切創。自此切創之兩端。向下方置第二切創。在於瘻孔之周圍。遂自第一切創進入。而剝離子宮頸部。此剝離不至切開前腹膜皺襞而止。然後切開組織。使第二切創陷凹。且擴大之。其創面至少有一仙迷突之闊。此際宜注意。勿於膀胱壁穿孔。然後縫合此大創面。

若創面相互之接合佳良。則瘻孔之閉鎖。僅須縫合少許。

有時兩創面不相對合。然因膻部附近之組織。具移動性。亦可使之接合。後療法甚簡單。十日間使膀胱常空虛。創面不受些少之緊張。若瘻孔存在甚久。則侵害膀胱之伸張性。故於瘻孔之癒合新成。有抵抗甚弱之部位存在之時期。不可使之伸張。余以玻璃加答答兒。插入於膀胱。以一條絆創膏片。使之固着於陰阜。而接續橡皮管於加答答兒。此因以單純之橡皮管或彈力性加答答兒。插入於膀胱。則此等橡皮管。每易因加答答兒性膀胱粘膜所分泌之粘液或尿酸鹽類而閉塞故也。用斯開奈氏馬蹄形玻璃加答答兒亦適當。

若瘻孔達於尿道。則不可以留置加答答兒。插入於尿道。宜插入於尿道及恥骨縫隙間新構成之瘻孔。此新造瘻孔。待加答答兒除去後。自能治癒。

余於手術後十四日前。決不拔絲。蓋因一縫合或他縫合之緊扼。而再生小瘻孔。不加治療。亦能閉鎖。若因創面之破綻。而生瘻孔。往往須再行手術。

瘻孔大者。行派列克氏法爲佳。即豫以彈力性加答答兒。自尿道消息兩輸尿管。手術時。放置此消息子。則同時輸尿管缺損之存在。不至略過。又手術之際。不至於輸尿管中造新創面。縫合之際。不至結紮輸尿管。若不遵守此法。則瘻孔手術終後。即發尿毒症候。至不可不除去側方縫合。

臃閉塞術。即臃之手術的閉鎖。於無他術可施之時。不得已而行之。其結果不確實。交接不能。爲妙齡婦人及既婚者最苦痛之症。然不足深憂。蓋人工的鎖臃。若非在外方。則良人之力。能使之生盲囊。遂得交接。足以慰藉患者也。

臃閉塞術之結果。更生成可厭之尿結石。於臃遺殘發見之。或於該處粘液塊之周圍。或月經未閉止時。於複雜尿滯溜器之凹窩中。大小血塊之周圍。有尿鹽類沈着。此等結石構成。非常迅速。其增大如雪崩。余曾見臃閉塞術後。數個月既生結石。一年半後。非常巨大。欲除去此結石。遂不得不施膀胱之手術的切開。

余又見受臃閉塞術之患者。數年間健全生活。蓋結石生成。可以定期的膀胱洗滌。

及保存尿之酸性之藥劑豫防之也。

膾閉塞術。於不能行上述之瘻孔閉鎖法之時行之。但必尿道括約筋尙全存方可。若術者之施術益熟練。則行此手術的救急手段之時益少。余自數年前。已無施此手術之機會。

手術方法。自尿道口之後方約一二仙迷突之處爲始。於膾內造輪狀新創面。其高約一仙迷突或一仙迷突以上。此輪狀創面之最下緣。殆與處女膜遺殘同高。次於矢狀徑之方向縫合之。縫合線爲單行。唯與尿道口之下方相接之部分。分歧爲肉叉狀。因其組織之自然癒着力。最費思慮故也。

若瘻孔極大。占尿道之大部。尿道僅保持一二仙迷突。則行膾閉塞。亦不能防尿失禁。宜全閉塞外陰部及尿道。形成直腸膾瘻。則因肛門括約筋之作用。可防尿失禁。（直腸的膾閉塞術）若尿道陷於壞疽而消失。則不能構成營筋作用之尿道。如斯者。余以爲必行此手術。

膀胱子宮瘻。較膀胱膾瘻爲少。其原因與膀胱膾瘻同。
瘻孔在頸部。

頸部可造新創面之組織頗廣。故手術的閉塞。可用舊術式。至移動子宮於下方後。時或沿兩側或頸前壁切開頸部至瘻孔而止。以造新創面。海爾富氏先自膈使子宮與膀胱分離。單縫合膀胱孔口。此法余行之既久。屢能奏效。

若此方法不奏效。托倫氏法亦不成功。則試行子宮閉鎖術。其方法於子宮外口或後唇形成新創面。次於瘻孔之下方膈前壁之一部。造新創面而閉鎖之。患者治癒之後。自膀胱排出經血。膈之長如故。故不至妨交接。

膀胱腸管瘻如前章所說明。因炎性機轉而生。其小者時或自然閉鎖。若不然。則行開腹術。自膀胱剝離腸管。兩臟器上之開孔。可以二列次縫合閉鎖之。但必先使創緣平滑。有時須行密克列氏排膿法。

膀胱膈瘻。膀胱子宮瘻。屢因壓迫壞疽而成立。輸尿管瘻。亦然。壓迫壞疽。每為其原因。然多因器械（例如婦人科手術之器械）之創傷而生。亦有因剪刀狀穿顛器或產科鉗子匙部之銳緣而生者。

此瘻孔之手術甚困難。益特爾氏始為合理的手術之考案。即自膈於生瘻孔之輸尿管中。插入一個彈力性加答答兒。先於腎臟方向插入。次於膀胱方向插入。加答

答兒之一部。突出於膀胱中。以之爲支床。於孔口造新創面而縫合之。如答答兒。或放置之。或除去之俱可。

此後輸尿管瘻手術。宜按秩序行之。新術式於膀胱端不甚注意。因不易發見或不足利用故也。

賽代氏膾式輸尿管瘻手術。於輸尿管瘻之側。造一個膀胱瘻。而於該瘻孔部域。縫合膀胱粘膜於膾粘膜。次於膾穹窿部。於輸尿管瘻及膀胱膾瘻之周圍。造新創面。而沿橫徑縫合之。

邁肯氏膾式輸尿管瘻手術。於輸尿管瘻之附近。造一個膀胱瘻。次於輸尿管瘻之周圍。置卵圓形之切創。與膀胱膾瘻適合。此切創稍陷凹。且使輸尿管瘻弛緩。次反轉此卵圓形。而移植於膀胱瘻。以縫鎖膀胱瘻。如斯而輸尿管瘻。因人工的膀胱瘻瘻。而穿孔於膀胱。

從來所行之輸尿管瘻手術。共有三法。

膾式。賽代氏法。於輸尿管瘻之附近。造膀胱膾瘻。縫合輸尿管瘻於此。待膀胱與膾之接續的交通確實後。遂自膾。於兩瘻孔之周圍。造共同之新創面。幅約一仙迷。

突而縫合之。膀胱及輸尿管皆開口於膻穹窿部之最小窩。但此窩因成形術而爲其餘膻部分所閉塞。

其他膻式方法皆準據此原則。

寇姆氏以局潑氏鉗子除去輸尿管瘻與人工的膻瘻間之距狀物。

局爾生氏自膻切開輸尿管瘻孔於其附近造膀胱瘻。縫合輸尿管粘膜於膀胱粘膜。

阿肯氏法 接近於輸尿管瘻造膀胱瘻。自此瘻孔創緣於輸尿管瘻孔之周圍。施

輪狀切創而使此切創造瓣以縫合於膀胱膻瘻中。

腹膜下式 維乞爾氏行開腹術探求輸尿管腎臟端使膀胱接近於側方輸尿管。

縫着於側方骨盤腹膜後於腹膜下導至膀胱以移植於膀胱。

腹膜式 樸乞氏等以腹膜式移植輸尿管於膀胱。

邁肯氏始於腹膜外行手術與直腹筋外緣相接置切創達於腹膜壓排腹膜於側方及骨盤方向進入於後下方達於精系脈管輸尿管於此處附着於腹膜而顯。剝離膀胱腹膜之一部自尿道送入麥粒鉗子於膀胱使剝離腹膜之膀胱部分隆起。

於麥粒鉗子之尖端切開之。然後捕捉輸尿管端。導至膀胱內。以縫合於膀胱。但其縫合。須使膀胱被包輸尿管。爲毛皮手套狀。填塞創面。

術式之選擇如下。

婦人科手術後。所生之輸尿管瘻。其狀態較佳。且具移動性。故手術上頗便利。若可自陰行手術。則行邁肯氏腔式手術可也。

若瘻孔全不能移動。則宜行邁肯氏腹膜外移植法。若此法不奏效。則行腹膜式。

若輸尿管瘻。行各種手術。皆不奏效。則從勿列乞氏。造膀胱腔瘻。於其下方。試行腔閉塞。縫合輸尿管於直腸或其他腸管部分。若亦無效。則惟有摘出該側腎臟之一法而已。但此手術。須確實證明他腎臟健全。且無可治此疾患之他方法。然後行之。

小腸腔瘻。爲潰瘍性機轉（喇叭管炎性、淋疾性或結核性）之遺殘。或爲分娩時損傷。而癒着於獨喬拉斯氏腔之小腸。自後腔穹窿部以穿顛器等尖銳之器械穿孔之時。或腔之廣大裂傷後。小腸脫出。其全部或一部陷於壞疽之時生之。

後者之瘻孔。往往萎縮而狹小。或小腸內內容物。悉自腔漏出。

單純之瘻孔。可行手術閉鎖之。若瘻孔中有小腸管之二脚開口。則手術前。宜除去輸

入輸出兩腸管間之距狀物。使瘻孔變爲單純者。卽以肩倍爾氏鉗子。使距狀物消滅。至瘻孔之上方。腸管兩脚。廣相交通。始自膾圖瘻孔之觀血的閉鎖。此方法以理想的目的爲主眼。

余常奏效之方法。行開腹術後。剝離小腸管脚。於瘻孔緣。造新創面。而縫合腸管及其他瘻孔。若瘻孔於破裂甚廣之頸管之最下部開口。則不得已行徐孟氏法。卽於下方。更造一個甚廣之膾直腸瘻孔。次行膾閉塞術（卽直腸的膾閉鎖術）。

直腸膾瘻。間或因分娩經過甚久而生。然因尖銳之產科器械而生者多。或因達於上方之會陰損傷。僅其下部治癒。或因行全會陰成形術。其最上部分不癒着。而存瘻孔。又或爲直腸周圍炎之結果。若不適當之百撒里母等。磨滅直腸膾壁而穿孔。亦生該瘻。

又婦人科手術後。卽子宮全摘出後。往往有瘻孔遺留。化膿性喇叭管囊腫之根本的手術後。卽膾式子宮及喇叭管摘出後亦有之。

診斷。若瘻孔在於低部位。則診斷甚易。若在於高處。則往往誤診爲小腸瘻。欲避此誤診。須觀察排泄之腸內容物。若此法不成功。則自直腸及膾行觸診。並藉消息子之

助可也。

若因穿顛器之滑轉及其他尖銳之機械而生瘻孔。則有自然治癒之傾向。然生於膻會陰破裂之最上位者。即因新生全會陰裂傷或陳久裂傷之成形術而生者。毫無此傾向。

直腸膻瘻之症。候較全會陰裂傷之症候更重篤。全會陰裂傷者。撮合臀部。可稍防尿失禁。至瘻孔。則無由施此救急方法。

瘻孔在於膻之上部分者。因新創面形成。而有肥厚組織。

新創面因切除瘻孔緣。或僅切開之而形成。欲達於瘻孔頗難。時或有非常困難者。則於膻施廣大之切開爲便。

反是會陰破裂或會陰手術遺殘之瘻孔。其直腸膻壁。多甚菲薄。且甚少。如此者。亦直接因新創面形成而治癒。或如鱒泰氏所主唱。施廣大之後膻壁縫合。包括瘻孔於其中。余以爲宜再形成會陰直腸膻破裂。於瘻孔之區域。廣切開膻後中隔。以縫合直腸及膻。此最真確之方法也。但須依陰唇成形術之原則（參照第五章）行之。

若因癌腫崩壞而生瘻孔。則不能行手術的療法。此瘻孔之生。多在癌惡液質之極

期。若行手術。徒使患者苦痛。不能奏效。姑息療法可試者。腔閉塞是也。

第六編 女子泌尿生殖系統之細菌的疾患

第二十三章 女子生殖器之淋毒性疾患

淋毒性傳染之侵男子生殖器也。通常起尿道炎。若侵女子生殖器。則因此生殖器之構造多歧。而富於粘膜。喚起頑強且有害之諸般病症。該傳染之固定根據地。爲固有之生殖器。外陰部、陰門、尿道、膻、子宮、喇叭管、卵巢無論已。且因剪綵而延至腹膜。凡生殖器之部分。無一不被其侵蝕。而近接臟器。亦蒙其影響。

輒近二十年來。此疾病之細菌的解剖的並臨床的研鑽愈進步。此疾病亦愈明。又如傳染性細菌之傳染方法。生活力及粘着力。其於生殖器內外之生活狀態。傳染及繁殖力與結婚、不妊等之關係等。皆精細研究。以謀歸一。此實有益之事也。

彼起傳染之病菌。自千八百七十九年。尼賽爾氏發見淋疾球菌後。其性質乃確定。該菌非因素因、寒冒及其他外傷等。喚起以上之疾病者。若淋菌一至於尿道、子宮及喇叭管、直腸、鼻腔、口腔之粘膜或結膜上。則生膿漏性炎症。起不良之結果。故彼初生兒之膿漏眼。非用硝酸銀等淋毒菌抵抗藥。不能防止之。該毒決無先天性或後天性免

疫性。凡因觸接傳染或其他方法而生之淋毒疾患。悉可斷定其因古諾酷肯而起。

古諾酷肯。爲形體學及生物學上不易認識之微細菌。有時極難證明。若如連鎖球菌。有固有之形體。或如結核菌有特有之染色法。則對於淋毒菌之證明。解決上不起論爭。又對於診斷。不至如現今之困難。淋菌之形狀。爲複球菌。其相對應之面。彎曲而呈凹狀。與珈琲豆相似。其增殖於垂直面相互而起。呈葡萄房或葡萄狀菌之觀。不呈連鎖狀。而集簇發生。以阿尼林色素。着色頗易。用累富氏之亞爾加里性美既倫青液染色。尤爲美麗。若從猗蘭姆氏法。則核脫色。於猗拉傾。阿迦爾。卡爾篤。勿爾培養基。不能發育。培養基須加入血清。尿。腹水。陰囊水腫液。卵巢囊腫液。該菌於膿中發見之。膿球中尤多。於動物體中。不能誘起何等疾患。

此外成人於通常生活狀態屢遭遇之傳染機會爲交接。淋菌之播殖作用。能至數年。在男子則潛伏於尿道之後部。在女子則潛伏於頸管腺腔中。故與有淋疾之人交媾。必釀此不幸之疾病。此徵諸病毒菌之性質。及其傳染力之旺盛而自明者也。

從奈癆拉氏之意見。則凡感染淋毒之男子中。殆有九十布仙有感染力。而毫不呈自覺的及他覺的症候。此即所謂潛伏性淋疾也。而尙有波及其害毒者。如斯傳染力之

永久存續。雖爲學者所證認。然現今所得之統計率。較三十年前奈爾拉氏所得之統計率。有減少之傾向。男子慢性淋疾之症候。爲尿中有淋線條。及軍人淋瀝。此可確定。男子淋疾之傳染力。尙存在者也。然於此有淋疾痕跡者中。檢查淋菌甚難。欲就此斷定淋疾之有無。頗爲難事。故欲據此結果。決定離婚結婚等重大之事件。非託諸熟達細菌的技術及鏡檢之醫師。而審查判定之不可。

因臨床的經驗及細菌的檢索。而知下之事項。於淋疾之發生及病理。實爲必要。男子尿道口廣大而哆開者。女子分泌物之進入。甚易如斯之。男子自較他男子易傳染。

女子生殖器之解剖的關係。亦對於淋性疾患。有莫大之影響。妙齡女子。逞其春情之際。毒素與膾之上部及頸管接觸。甚易至處女等。膾口狹隘者。第一尿道先蒙其感染。其因淋毒。性膿狀分泌旺盛。而感染也。受極猛烈之侵襲。起上行性淋疾。其症狀之劇烈。殊非慢性潛伏性淋疾傳染之比。

若在產褥。則淋菌存在於黑露中。有起上行性侵蝕之性質。新婚者。因結婚而感受淋毒。往往夫妻均不呈症候。而經過。然若有第三者。犯此淋疾。

性。夫。妻。縱。其。夫。妻。無。淋。疾。之。現。症。而。此。第。三。者。必。發。生。急。性。淋。疾。以。償。己。之。罪。過。凡。與。有。淋。毒。之。婦。人。交。接。非。必。常。蒙。其。感。染。此。因。慢。性。淋。疾。之。淋。毒。菌。有。時。不。在。生。殖。器。之。分。泌。物。中。也。然。生。殖。器。之。強。度。刺。戟。頻。回。之。交。接。月。經。及。產。褥。時。之。分。泌。物。能。促。淋。毒。菌。之。現。出。以。喚。起。傳。染。之。機。會。如。此。狀。態。之。下。雖。無。何。等。症。候。而。經。過。之。男。子。淋。疾。亦。不。免。再。發。男。子。因。其。妻。女。而。發。病。性。極。盛。之。淋。疾。感。染。益。廣。

潛。伏。性。男。子。淋。疾。即。無。症。狀。而。經。過。而。尚。有。傳。染。之。性。質。者。往往。因。過。度。之。交。接。而。再。發。雖。經。過。十。年。至。二。十。年。者。尚。能。發。顯。

(新。婚。旅。行) 而。再。發。雖。經。過。十。年。至。二。十。年。者。尚。能。發。顯。
幼。女。之。淋。毒。性。陰。門。腫。炎。雖。或。因。姦。淫。或。因。生。殖。器。遺。傳。而。起。然。因。與。海。綿。被。布。等。物。體。偶。然。接。觸。而。起。者。頗。多。(此。徵。諸。法。伊。篤。氏。婦。人。科。書。第。一。卷。摘。載。之。盆。姆。氏。之。說。而。自。明)

淋。毒。菌。與。組。織。之。關。係。徵。諸。盆。姆。氏。及。惠。爾。托。氏。之。試。驗。而。自。明。

淋。毒。菌。在。體。中。所。至。之。處。先。侵。圓。柱。上。皮。次。侵。柔。軟。而。幼。弱。之。扁。平。上。皮。經。產。婦。之。外。陰。部。墮。等。陳。久。而。化。角。之。磚。狀。上。皮。全。不。蒙。其。侵。蝕。

因。淋。毒。菌。之。炎。性。刺。擊。而。有。膿。球。之。播。殖。組。織。內。之。小。細。胞。浸。潤。表。面。之。膿。性。產。出。等。

古說謂淋疾菌唯侵粘膜。決不能侵入於結締織之深部。或他物質中。此說據惠爾托氏之實驗。全屬非是。且淋毒之傳播體內。至爲危險。惠爾托氏於子宮筋層之深部。膀胱壁之血栓性血管內。及淋巴管內。發見淋毒菌。層巒氏於子宮筋層所包圍之膿腫內。發見固有之淋毒菌。又惠爾托氏於喇叭管內。見有貫壁而達於腹膜上之淋毒菌。

淋毒菌之深竄入於深結締織內及筋層內。徵諸前述之所見。似已無疑。然正常之淋疾傳染。其病的作用。限局於粘膜內。

於生殖器各部分之淋疾傳染如下。

一 尿道。男子交接之際。蒙淋毒之感染者。先爲尿道。而發固有之劇痛。於是發淋毒性尿道炎。膿性排出物甚多。女子則不然。淋毒在於尿道者甚少。自其症狀之強弱。病竈之大小言之。亦不如男子。

吾人問既往症之際。若因現時及過去。無利尿困難症。卽以爲無女子生殖器淋疾存在。往往致誤。又或據女子之自述。卽以之爲淋疾。或一〇〇例中之九十九例。因發急性灼熱及排尿時疼痛。與男子淋疾同。卽以之爲淋疾。亦往往致誤。例如新婚婦人於

新婚旅行之際。因交接苦痛。而排尿之際。往往灼熱。至數日之久。損傷部位。因排出之尿而濕潤。故常覺疼痛。該部位雖無感染。亦發疼痛也。列酷爾氏及奈拈拉氏。計算男子淋疾之發生率。爲八〇布仙。若因如上之病訴。而診斷爲結婚當夜傳染之淋疾。不免無稽。然亦不能斷言女子決非如男子之有急性淋毒性尿道炎也。女子尿道之解剖的性質。其短且廣闊。不若男子之尿道後部。有固有之潛匿所及腺管。故其傳染僅在尿道粘膜之上表。其炎症較少。苦痛亦微。故不久即可治癒。或不呈何等症候。而經過。只偶有竄入於組織之深部而起障害者。其尿道全部肥厚。表面糜爛。而起疼痛。

二 陰門及腔。在成婦僅稍蒙淋毒性傳染。在幼女則腔前庭爲固有之病竈。至患淋毒性陰門炎。因彼幼嫩纖弱之上皮。對於淋菌之抵抗力最薄弱。而大陰唇相接觸甚密。前庭之皺襞及凹滯。濕潤溫暖。故對於該菌。爲屈強之營生地。於此處。發赤腫脹。且疼痛之下。炎症及膿性分泌。增進。此際外陰部之周邊。呈脂肪狀。一部分以乾燥之分泌物被之。若使大陰唇間哆開。則凹滯及皺襞。皆充滿膿汁。至炎症之蔓延於女兒腔內也。因腔口狹隘及處女膜存在。而不能知其蔓延區域之深淺。然自腔內排出之膿性分泌物。足爲腔被侵蝕之證。凡成婦生殖器。有處女的素因愈多。則對於病毒傳染

之感受性愈強，故婦人愈幼少，陰門膺炎之症狀愈著明。各個人之皮膚及粘膜之特質，例如彼金髮美人之纖弱上皮，對於病毒之抵抗力極微弱。此特質在成婦為於難見之部位。生病竈之素因耶。此尙待研究者也。

經產婦之外陰部及膺哆開，且其細胞硬韌，故若非於月經閉止期，起萎縮性膺炎，使其局部更適於病菌發生，則對於淋毒菌有抵抗力。然不得云成婦無膺炎。余曾因重態之上行性淋疾，而施膺式子宮及附屬器之全摘出。摘出後甚久，尙於膺內證明有淋菌之分泌物。如此頑固之實例頗多。

淋疾性膺炎之主徵，為膿分泌，發赤、腫脹及疼痛。於甚腫脹之粘膜上，往往見上皮缺損、糜爛。乳頭頂上尤甚。

細菌於前庭占據之好部位，為尿道之最下部及其外口之附近，並存在於舟狀窩之小腺管及小窩孔，而排爾托氏腺管尤蒙其侵蝕。淋菌過排泄管（以圓柱上皮被覆者）而竄入於腺管之深部，以閉塞開口部，遂起分泌鬱滯，生囊腫或假性膿瘍，或破裂而造瘻管。催進膿汁之分泌，與敗血性黴菌起混合傳染之際，亦起腺之膿瘍形成。排爾托氏腺管之開口部隆起而細小，以界限明確之炎性紅暈圍繞之。層猗爾氏稱

爲淋毒斑。爲淋疾之特徵。

三 舊說以膾淋疾爲女子淋疾之固有病竈。現時學者反之。以子宮爲固有病竈。尤以頸管爲最。蓋頸管有亞爾加里性粘液。其粘膜富於皺襞。且有圓柱上皮。又富於葡萄狀粘液腺。故歡迎淋毒菌。爲其適當之居住地也。若淋菌因交接而與精液共直接送致於子宮外口。則棲息於上皮中。於此處爲眞寄生蟲。而侵及健全組織。

孟辭氏於未妊娠且未產育之婦人之生殖管。試細菌學的研究。其結果遂知無病菌之頸管。除淋毒菌及結核菌外。對於其他細菌。有器械的化學的及理學的保護力。但頸管對於淋菌結核菌。無殺菌力。

其他細菌。敗血菌。腐敗菌等。因一定之手術及產褥時外傷或癌腫。壞疽性類纖維腫有腐敗性組織而感染。

徵諸經驗。若不用麻醉。而行子宮頸管之手術。俚子宮之下部。有知覺神經。故限局性頸管淋疾之際。雖子宮口唇腫脹。發赤及糜爛。粘液性膿狀分泌甚多。而全不覺疼痛。或微覺鈍痛而已。

若頸管淋疾。不與尿道或陰門淋疾併發。則女子僅見些少之帶下。毫無淋疾傳染之

症狀。

子宮內口。果對於淋菌有防禦力耶。淋疾果如益姆氏所云。限局於頸管部。唯呈固有症狀之時。侵及子宮體部耶。或如惠爾托氏及層爾爾氏所云。子宮內口。對於淋菌。全不構成牆壁。而體部淋疾與頸管淋疾合併者。其數甚多耶。此等問題。尙未能完全解決。益姆氏就自己實驗之一百十例驗之。證明二十七%爲子宮淋疾。十三%爲喇叭管淋疾。

若呈急性子宮實質內膜炎之症狀。發熱。下腹部及腰部起劇痛。膿性分泌物增加。子宮腫脹而硬直且甚銳敏。則其因淋菌而起無疑。又以小細胞浸潤爲表徵之間質性子宮內膜炎。多因淋疾傳染或其結果而起無疑。至體部淋疾。亦有經過甚慢。其症候不甚著明者否。吾人於此尙不能下明確之斷定。

於子宮頸部及體部之急性症狀。其經過通常在二三週間。爾後遂爲慢性子宮淋疾。苦痛甚微。然若喇叭管及腹膜尙罹患則不然。交接過度之後。分泌旺盛之分泌物及子宮口之糜爛。爲存在甚久之遺留症候。與男子之軍人淋瀝及尿線條相若。

四 女子淋疾之陷於重患者。淋菌達於喇叭管。更進而侵入於卵巢。及腹腔內。惠爾

托氏專心研究之。能明確其狀態。即所謂上行性淋疾是也。生殖器之健康。永久受其障害。其變化於喇叭管炎症章下述之。

淋疾與生殖器機能之關係。因生殖器各部位之內部感染之淋菌之性質及其蔓延狀態而異。

絕對的不妊。因男子及女子淋疾之妨遏受胎而起。男子淋疾之蔓延最甚。殆有八〇%。除去此不妊原因。實爲男子及女子當然之義務。然有淋疾之婦人。亦能受胎妊娠。以至分娩。此可以初生兒膿漏眼證之。蓋產道內有淋菌侵生兒之眼中及眼邊也。

夫婦間不妊之罪。究在何人耶。理爾氏及矮賽爾氏證明有七〇%其不妊之原發性原因在其夫。男子授胎不能症。爲淋疾的變化之結果。而其種類頗多。即因兩側副睪丸炎及精系炎以致輸精管變位而起之精蟲缺乏。因精囊液及攝護腺分泌物之病的變化（化膿精液）而起之精蟲死滅。及因狹窄而起之精液缺乏等是也。婦人亦如男子。其及於生殖力之影響。與疾病之輕重及淋菌之蔓延狀態有關係。若越子宮內口而上行。則往往有不幸之轉婦。先侵喇叭管。閉塞之。而爲膿汁所充填。此時雖有妙技。終不能恢復其生殖力。

淋疾與播殖作用之關係。不祇因受胎障害而起之不妊而已。據多數之觀察。淋疾性體部內膜炎。能使卵之附着及發育。繼續至某時期。然至病竈進行。而起子宮脫落膜炎。則不免流產。此說頗有理。然則淋疾亦爲流產之原因也。

其後克累尼氏於發熱褥婦二百九十六人中。證明三十一人。爲淋疾性內膜炎。橫退爾氏於百二十一人中。證明六人。爲淋疾性內膜炎。故兩氏謂淋菌在於子宮之暴露中。爲屈強之培養地。蓋產褥與月經時同。實爲女子淋疾之一大危險之時期。從前不呈症狀而經過之淋疾。於產褥增進發生之機會。而呈重症。由是觀之。淋疾性產褥變化。誘起淋菌之上行。因此而起一子後不妊症。自瞭然也。

播殖作用之外。生殖器機能。亦受其障害。淋疾性內膜炎之存在也。起月經障害。出血頻數。卽月經後不多日而再潮。且出血甚多。血久不止。而常有疼痛。又侵蝕子宮體部。若侵及喇叭管及骨盤腹膜。則因疼痛而不能交接。

女子生殖器淋疾傳染之病症經過。千差萬別。故其豫後。亦難定。余以爲傳染病菌之發病性之強弱。與因該菌而發生之疾病之種類。大有關係。

就診斷而論。女子淋疾。亦與男子淋疾異。男子唯末期。其遺留症之傳染力。極難證明。

初期則可確認之。反是女子則雖甚早期，已不能確實診斷。女子生殖器之何部分被侵蝕，或爲限局性耶，或爲上行性耶，甚難區別，非觀察甚久且反復試驗不可也。

如此者，必待淋菌之細菌的證明，乃可確定診斷。

其初急性時期，淋菌在於尿道之分泌物中，並陰門腔炎、頸管炎、內膜炎、喇叭管炎、腹膜炎之膿汁中，其數甚多，呈固有型。細菌的所見，可確認之。此亦如男子之淋疾性尿道炎或初生兒膿漏眼。淋菌之鏡檢的證明甚易也。炎症旺盛之時期，淋菌不與他細菌混合，故淋菌試驗甚便。化膿性喇叭管囊腫等之被囊性化膿腔內，淋菌單獨存在，故除與結核菌營共同生活者外，混合傳染之所見，不能無疑。然於被包之膿腫內，淋菌自然死滅，漸次減少，故喇叭管膿腫之內容物，大抵無菌。層爾氏實驗之百二十二例中，有七十五例喇叭管膿無菌，四十七例有菌，而其中二十八例有淋菌。故可知自尿道或頸管排出之分泌物中，淋菌愈減少，則他細菌愈增加，其分泌物之性狀益不純，至甚難判斷。

豫防法及療法

女子淋疾之豫防法在豫防治療男子淋疾且使之治癒以因結婚而感染淋疾之種種不幸忠告男子對於結婚者行慎重適當之試驗以知其淋毒之有無若尙有傳染力則禁其結婚如此稍可防止因結婚而得之淋疾。

女子淋疾之療法決不可千篇一律全關係於傳染之廣汎狀態。

於急性疾患之時期宜避過激之處置若於此時期施急劇之療法徒使淋菌易潛匿遷延而不能頓挫其機轉惟其病竈祇在於生殖器之下部（即尿道、陰門、膻、頸管）之時則行膾洗滌清淨局部及行菴法坐浴局部消炎法足矣。

若患者安靜臥床局部亦保安靜不行交接同時治療男子之淋疾則可防遏其傳染之蔓延深入於女子生殖器之內部。

故治療法在保護病的作用之侵蝕部位豫防害毒之更進入此較諸徒施急劇之治療不能除去病患反助疾患之傳播者爲優也。

淋疾性疾患在於外陰部頸部體部喇叭管及骨盤腹膜之各部位者其療法於此等生殖器部位之疾患條下述之。

第二十四章 女子生殖器及腹膜之結核症

總論

傳播之方法發生部位發生率

知結核症於生殖器傳播之方法最爲緊要。惟須確定此傳染病之本體，侵入門及其發病體之傳播徑路後，乃可知之。解剖的診斷之根據，須俟固有之組織的所見確定，並認識其原因，而後得之。關於此二要項，一方行肥爾氏之解剖的試驗，氏所記載之結締組織結核，雖非吾人所遭遇之結核性疾患之固有型，然解剖上之所見，因是可得歸一。一方自該病發病體（洛勃氏所發見）認識其原因，蓋自酷霍氏行接種試驗，得陽性成績以來，已確定結核菌不需他結核性物質之共同作用，而能喚起真結核症，而酷霍氏等於一千八百八十年之初期，聲言無桿菌即無結核，無結核即無桿菌，爲世間所公認。然則莫爾氏以前解體上之觀察，價值甚少。

局所結核症之觀念，於生殖器結核症之理解上，極爲必要。於海綿狀關節炎症之肉芽內，於乾酪狀變性或單純增大之淋巴腺內，於其他腺病性皮膚潰瘍內，狼瘡之小結節內，及漿液膜等，證明前後相接而固有之結核，則該觀念始確定。此試驗之結果，

使吾人有接種結核症之意見。

如此者，亦如各種傳染病，與其病菌之數及毒力之強弱，並被侵者之體質（局處組織之局處性及一時性素因等）大有關係。凡招全身或局部衰弱之影響（既往外傷、炎症、組織弛緩、鬱血等）及與之關聯而失抵抗力及防禦力之各細胞之化學的作用之障礙，能使侵入之病芽附着、播殖及增加，且使病勢進行日盛。

關於一般素因之問題，多年孜孜研究，為議論之主題。例如唱道遺傳性之觀念，有種種異說。一方為體質之遺傳，一方為病菌自己之遺傳（受胎傳染、胎盤傳染）薄令氏之關於結核傳染之區別，最為適當。

(一) 無素因而傳染者（接種結核）

(二) 有後天性素因而傳染者（局部及全身虛弱）

(三) 遺傳性素因（癆瘵質）

近時遺傳說全廢棄。局部的素因最占勢力，且承認傳染病菌。大抵因哺乳期之營養物（牛乳）進入。

有特種之毒素能自然侵入，或因外傷侵入，然大抵於與外界相交通之處侵入。其侵

入門爲皮膚、呼吸器（呼吸器性結核）、消化器（消化器性結核）、泌尿生殖器。但自泌尿生殖器侵入者，不論男女，其局限疾患，非獨起於侵入部位而已。如粘膜炎等，有病菌通過，不受傳染，而傳染於其他各部者，細菌最易附着之部位。在病理解剖學上，爲氣管枝周圍及縱隔膜淋巴腺結核性疾患。潛伏於此病竈內甚久。若蒙外界之打擊，則介血管或淋巴管，向其他抵抗力弱之臟器輸送。至是始喚起局限結核症。固持潛伏狀態之觀念，於生殖器結核，有時亦爲必要。徵諸經驗，外傷（分娩外傷）之後，往往劇發全身結核，或潛伏於生殖器內，而尙有發病性之細菌，急劇開其進路。至瀰蔓於全身。韋姆氏認結核之潛伏性，基於遺傳，而不認其基於不可捕捉之素因。眞傳染性病菌，因遺傳性保有之，在幼少之人體，尙爲潛伏狀態。至適當之時期，始促其發生（腺病性腺及關節疾患爲遺傳性結核之初期症候）。

若腹膜之一般結核，侵及被生殖器管之內方部分之漿膜，則其生殖器之結核性疾患，常先局限於粘膜炎。吾人於他臟器結核症所認知之病理解剖的變化，於生殖器結核，亦確認之。卽起粟粒結核，呈散芽性狀態，小病竈融合而成肥厚之層，起乾酪性浸潤。又因結締組織增殖，呈纖維性結核，且見纖維性胼胝之構成，廣泛性硬化結核症。

結核性機轉。於標本不能以肉眼認識之。此時無固有之小粟粒結節大結節及乾酪性崩壞產出物。而結核性變化。只於生殖器粘膜上。現炎性疾患。如此者。欲知其有結核性變化否。只可據顯微鏡的試驗而決定之。非精細知悉其結核性組織變化之種類型像。不能確定。

類症鑑別上之所見。如病竈中央部壞死（乾酪變化）之證明。變化之組織塊及分泌物中。酷霍氏細菌之證明。固為陽性。然尚不能確定其為結核症。結核症急劇發生之時。（例如為續發性疾患而起之症）往往全無固有之構造。即於結核性新生物。不見含有巨態細胞之結核。只見白血球之疊積。不能以之斷定其為結核也。

結核性機轉所在之處。包藏病竈及傳染病菌之組織。無不見壞疽的崩壞。現今吾人以所患臟器部分。有陷於壞疽之傾向。為病竈缺血管所致。且亦基於毒素作用。此作用於移植結核毒素後。或注射死菌後。亦呈同樣之結果。死滅之組織部分脫落。而所患腔臟器之間腔內。疊積乾酪性物質。乾酪性頹敗物內。有固有之細菌甚多。亦有反是而全不發見何物者。

對於種種療法。而抵抗力甚強。且有再發傾向。為該疾患頑固之標徵。結核症於生殖

器亦因石灰變性或白堊變性。癥痕新生而治癒。然如斯標本。現今尙未見之。且屬罕有。彼限局部位之結核性疾患。皆有誘起全身症之傾向。有時甚爲危險。不可不知。生殖器結核症亦然。故治療上之方針。不可限於局部治療。須講一般療法。

吾人於臨床上稱某例爲良性。某例爲惡性。大抵與病症之程度有關。而稱爲結核症者。則不皆然。蓋因其病菌之發病性之強弱。而其病型及經過之狀態各異者也。

生殖器之結核性疾患。有爲全身粟粒結核之局部現象者。其臨床的症狀輕微。而對於全身症候。頗宜顧慮。或事實上爲局處的變化。而因其局處症候。惹人注目。後者可更分之。爲原發性。或續發性。然此二者之明確區別甚少。且通常包括轉移性症之續發性結核症。尙當附確實之定義。從病理解剖學者之見解。則爲續發性結核（腸生殖器）而不爲轉移。且現新傳染病竈。而其發生全與原發性相等。桿菌與食物共送入。亦如咯痰中之細菌。誘起腸管之結核症。前者多起原發性傳染。後者則起續發性傳染者也。血液性及淋巴性傳染。稱爲轉移性傳染。最爲適當。

此區別。須待剖檢後。乃可確定剖檢之時。最宜慎重。不然。則細小之感染部分。甚易看過。以此慎重之念慮。而剖檢之際。若十分注意。則可見全身結核性病竈之發生率愈

增加(九七%)近時奈爾理氏所發表之結核性臟器患部、腺管或硬變部分之退化構成毫無形跡。而其病的作用、尙能再燃之事實。於生殖器系統之原發性結核之發生率問題上、大有關係。況結核性病竈之大小、廣袤、病勢之進步、與細小之乾酪變性或石灰化氣管枝淋巴腺相反、不足以證明原發性病局也。

諸解剖家於原發性生殖器結核、有反對之之論說。亞孟氏謂各種生殖器結核、因續發性傳染而起。又慎重觀察、而稱爲原發性結核症者、據現今之見解、尙不能無異議。原發性結核症、臨床上不能證之。原發性疾患、因接觸傳染或接種(外發性傳染)而起、卽如下。

(一) 因交接而傳染者。

(二) 於分娩時或分娩後傳染者。

(三) 由其他方法傳染者。婦人科的診察、(手指、器械、加答答兒、海綿、洗滌溶液等)手淫等、皆爲其機會。

續發性結核症、起於觸接的及連續的、卽

(一) 隣接臟器(腹膜、腸管、膀胱)之結核性機轉波及於生殖器者。

(二) 介血管(血液性傳染、轉移性傳染、血栓性結核)而自他原發性病竈侵及者。
(三) 自外部移植他人之結核性分泌物或老廢物(咯痰、糞便、尿、排出性結核)於膾內而起者。(續發性原發傳染)

腹膜及輸卵管往往同時為結核所侵。此大都為結核症自腹膜移植於生殖器者。或先侵輸卵管。波及於腹膜。又有不侵子宮體及輸卵管。獨侵膾及子宮膾部者。如此者。若非轉移。則必待由外部接種。因交接(自家傳染或異性傳染)而起者。最居多數。故結核性傳染之徑路有種種。

(一) 自既存在之病竈。為血液性或淋巴性傳染。

(二) 自罹患隣接臟器直接侵蝕。

(三) 創傷傳染。(分娩、外傷、手術、診察等)

(四) 交接。

(五) 結核性排泄物。

若結核症既發生於生殖器。則沿粘膜持續下行。或上行。然普通為下行性。其占位部。以輸卵管為主。因排出之分泌物。而侵及子宮粘膜。俾陷於疾病。此機轉之下行性侵

蝕。爲自罹患腹膜侵輸卵管。然後侵蝕子宮及生殖器之下部分。結核發生之特別素因如下。

(a) 營養不良症狀、不全增生狀態、發育異常、萎黃病、美爾累氏謂不全增生之八〇例中、二十四例爲生殖器結核症。此不全增生、因心臟脈管之不全增生而起。分泌物蓄積、誘起炎症甚易。

(b) 既往之淋毒性或梅毒性傳染。

(c) 最易爲傳染病菌所侵蝕之產褥狀態。

生殖器結核之發生率。徵諸德國文獻。勉舉大多數之統計的蒐集。以究男女之發生率之關係。更論及生殖器各部分之結核多少之度。最後解決原發性及續發性生殖器結核之關係之問題。

(a) 男女之關係。

因肺癆而致死之男子。其泌尿生殖器結核之發生率。在二至三布仙之間。古之學者。剖檢罹肺癆之婦人。發見生殖器結核之發生率。爲一布仙。而休賴姆氏於三三六六例之剖檢。僅發見三十四例。有泌尿生殖器結核。然近時學者。謂其發生率甚

增加。惠理氏詳細研究謂有八、五布仙。斯托氏剖檢結核患者三十四例中，謂有二〇、五布仙。手術之際，所得之實驗例，雖與最初之發生率一致，然其間有多少昇降（一、五至四布仙）至近時其數更增（七、七布仙）。

生殖器之結核性疾患，其所侵以相對比之部分爲主。（副睪丸—輸卵管，子宮—精系）男女皆然。然其間有特別之差異。在女子多爲孤發性生殖器結核。在男子多爲併發性泌尿生殖器結核。據屋盆氏之統計，生殖器結核之發生率，在男子爲一三、五布仙，在女子爲六九、五布仙。而泌尿生殖器結核，在男子爲五九、五布仙，在女子爲二、七布仙。故泌尿生殖器結核之語，用於婦人，似不合理。此兩器之疾患，各獨立而發生者也。

尿道之結核，亦如生殖器結核，介血管而進，多爲續發性，往往起於肺結核之末期。此機轉之自尿道上行，全屬疑問。其傳播殆常自初侵之腎臟下行者也。排尿之際，移植結核於外陰部與否，現今尙不明。

（b）由生殖器結核占位之發生率觀之，以輸卵管爲主，而兩側輸卵管殆常同時被侵。

於既報告之諸例症。見生殖器各部分。同時被侵。有二三例與鎖脛同時有結核性變化。

(c) 原發性。及續發性。結核。之關係。徵諸統計。實例之數愈增。原發性結核亦增。即勿累理氏於十五例中。計原發性結核。有六布仙。莫斯累氏於四十六例中。計有一九、五布仙。斯配托氏於百十九例中。計有二四、五布仙。哈勃爾氏於八十四例。施解

頸管	膾、外陰部	子宮	卵巢	喇叭管	實例之數	研究者
1	3	1	7	三四	四七	莫斯累氏
1	9	10	15	103	119	斯配托氏
1	1	7	4	10	13	哈勃爾氏
1	1	1	1	11	14	斯苦爾氏
11	4	47	14	57	67	烏每爾氏
0	0	3	2	7	7	斯托爾氏

體。其中三十五例爲女子。而此全例中。二十九例爲原發性結核症。五十五例爲續發性結核症。此原發性者中。十六例爲男子。十三例爲女子。此十三例中。五例爲孤發性生殖器結核。五例爲併發性泌尿生殖器結核。三例爲孤發性泌尿器結核。屋爾托氏於百五十五例中。計原發性結核。有一八布仙。

此等計統。不能與事實一致。前既述之。此殆因於生活體下診斷者。皆除去之。無慎重剖檢之報告者。亦除去之故也。依近時之經驗。剖檢之際。亦易看過舊結核竈。

以上所示結核之統計數。於小兒。不適合。小兒多因他臟器結核而致死。生殖器結核甚少。卽不幸而侵及生殖器。不過在臙及外陰部而已。老年婦人生殖器結核亦甚少。

腹膜結核。頗不少。(菲理勃氏於二二三〇之解體。見有四布仙。密斯退氏於二八三七之解體。見有一、六布仙。)據愛勃斯氏調製之一覽表。驗其發生之徑路。眞持發性原發性腹膜結核。僅有四、三布仙。而計有八一、八布仙者。蓋皆合併肺結核者也。據從事於外科的婦人科手術者之經驗。生殖器結核。爲一切結核之因。男女之關係。依外科醫之報告。爲三六與三五〇之比。而病理解剖家所得者。爲一二〇。

與三一之比。此等差之生。殆因受外科的補助之故。小兒及青年。罹結核最易。（一八—三〇歲）

實驗

研究結核之傳播及其發生之實驗甚多。不遑盡述。依實驗。研究生殖器結核之發生者亦不少。前者之研究中。哥姆氏之研究。為最著明。因此等研究。而知因結核菌侵入而起於組織內之變化。可視為固定組織細胞（結締組織細胞及上皮細胞）之增生。次作用於血管壁。遂致白血球溢流於組織間。關於生殖器之實驗的研究。從其趣向而異。

（一）送結核菌之純粹培養於腔內或子宮角內。於其部分之粘膜炎試之。欲確定其起結核性變化否。其成績不一定。某學者謂腔壁損傷。為病菌播殖之要件。同時酷爾尼氏及獨瑟洛氏。徵諸試驗。雖無些少損傷。而亦得陽性成績。送結核菌於子宮角內之結果。諸家之報告。殆相一致。縱以前未有損傷。苟病菌侵入。發生結核病竈。而隣接腹膜後部淋巴腺。蒙結核性變化甚早。

(二)關於病菌之上行性侵蝕之試驗。一部得陽性成績。

(三)據第三之試驗。而知以人工。能使動物起結核性卵巢炎。其起處之微小囊狀變性。及結締組織發生。有促進治癒之傾向。

(四)更進而試驗以患肺癆者之精液。(該患者之生殖器臨床上可視為健康之時)能使動物起結核性疾患否。其結果若爾脫氏得陽性成績。氏證明患肺癆者之生殖器健全之時。其精液中有結核菌。遇富克氏注射純粹培養之結核菌於薔薇靜脈內。所得之成績亦同。然若患結核者之精液中。桿菌之數不多。則因交接而女子感染與否。尚屬疑問。

(五)關於結核之遺傳。例如胎生時傳染及由胎盤傳染之試驗之結果如下。此等試驗中。矮奪爾氏之所行者。其試驗之數。秩序。範圍。及斷案。俱較他人為優。此對於本問題最有益者。結核菌自母體移行於胎兒之主要原因。茲姑勿論。而因此試驗。可知有起結核性傳染之虞。且證諸事實上亦甚頻數。(因試驗動物之種類。而對於結核性傳染之關係各異。往往某動物為免疫質。而他動物為感受性。如天竺鼠即屬於後者。)

醫姆氏於泌尿生殖器結核之實驗。知其不能自尿道膀胱以及於輸尿管腎臟。此事實與徵諸此種實驗而是認之法則相一致。該法則如下。即結核菌與膿菌及淋毒菌相反。其進行非與流液（淋巴流及血流）相逆。亦非於流出之分泌液之方向逆行。換言之。即非上行蔓延者也。

病理解剖

一 喇叭管

女子生殖器結核全例中。殆有十六布仙。可目為輸卵管結核。（梅爾氏精查之生殖器結核百七十二例中。百五十七例為輸卵管結核。）此因喇叭管壁對於結核細菌之占營。為最屈強之培養地故也。喇叭管不特對於結核菌為然。即對於他傳染病菌。亦有此關係。其迂回之形狀。對於分泌物滯積之良好關係。剪綵末端之粘着傾向並血液分佈之狀態等。亦為其主動機。

嚴格評論之。則全無原發性輸卵管結核。即偶有之亦甚少。此即克累勃氏等所唱道也。屋爾托氏謂依現今吾人知識之程度。則如前所述。尚不能信為確實。然就蒙炎性

變化之輸卵管。詳細觀察之。見感染結核者之實數增加。且兩側喇叭管皆侵及。殆爲例規。若以解剖學上之變化爲基礎。則可區別之爲數種。惠理氏區別之爲(a)粟粒性(b)慢性廣汎性(c)慢性纖維性結核。然克拉因、邁爾、惠爾托氏之分類法。更爲適當。卽如下。

(a)急性(續發性)症 有圓形細胞浸潤。巨態細胞或全缺。或甚少。粘膜急劇陷於壞疽。甚富於細胞。

(b)慢性(原發性)結核症 粘膜存在甚久。皺襞呈強度之腫脹增殖。有固有之結核結節及多數巨態細胞。細菌甚少。或無之。筋層肥大。其間隙充滿乾酪塊。如此原發性及續發性生殖器結核之區別。雖若甚明。然無確乎不易之解剖的區別也。欲詳示結核性疾患於輸卵管壁之占位部。當先示(a)喇叭管內膜炎(b)實質性喇叭管炎(c)喇叭管周圍炎之區別如下。

惠理氏報告之纖維性症。視爲有治癒之傾向。此恰似以二三種之症。視爲同一機轉之種種時期也。

急性及慢性兩者間主要之區別。卽前者起乾酪性崩壞甚急速。後者則此傾向甚緩。

慢。

結核之初期。只起加答兒性腫脹。因其爲上行性或下行性機轉。而其變化之顯著。在喇叭管之子宮端或腹腔端。重症呈強度發育之化膿性喇叭管炎之形狀。如兒頭大有含膿汁二立得耳者。

其變化於中間時。既呈固有之形狀。喇叭管之形狀。其壁之肥厚。剪綵之性質。粘膜及腹膜外皮之變化及其分泌物等。可以肉眼明知其疾患。

然薔薇環狀、峽口性腫脹、水雷形等之形狀。不足以確定診斷。腫脹之輸卵管位置。亦如他炎性疾患之際。轉於後下方。固定於獨爾拉斯氏腔內。於周圍起廣大之瘻着。間有侵蝕腹膜後部淋巴腺者。

二 子宮

頸管被侵蝕之例甚少。通稱之子宮結核。專爲體部粘膜之疾患。倫奈氏及累勃爾氏始觀察之。殆常爲續發性。往往與輸卵管結核相合併。某學者謂喇叭管結核。必與子宮結核共發。而現今則謂子宮結核。因喇叭管結核而續發。其傳染方法。由於下行性

機轉。此見解與昔時異。現今診斷法精細。行正確之組織及顯微鏡的檢查。故子宮結核之實數增加。滑斯氏於十個月間。見臨床上可證明之六例。苦累氏於十八個月間。見子宮體部粘膜呈結核性變化者五例。此為最可注目者。早期解剖的變化。僅與輕度之加答兒相等。至進行之度益強。遂破壞粘膜。起筋層之結核浸潤。終侵及漿膜下結締織。

解剖上區別爲二種。

- (a) 急性粟粒性症。(小結節之散芽瀰蔓於內膜全部而形成潰瘍者。)
- (b) 慢性廣汎性乾酪性內膜炎。

後者屢屢遭遇。體部內腔。全充填乾酪性物質。無論何期。尙保存之壁組織。皆發生結核性結節。此外撲棄氏尙區別第三之間質性。惠理氏尙區別第三之類纖維性。邁爾傾氏及斯托爾氏謂以上結核性諸症。僅爲進行之種種時期。卽粟粒性者。爲初期。潰瘍性者。爲末期也。而此種終使內膜全體。陷於乾酪變性。苦爾乞氏更分出子宮膿腫。此於月經閉止期之老婦。屢屢見之。如此者。爲續發性之子宮水腫耶。亦一疑問也。滑斯氏自散芽性粟粒性表在結核症。區別其末期之廣汎性結核性內膜炎。名曰子宮

癆。烏倫獨氏別論出扁平潰瘍形成。然此不甚明確。因粘膜炎時或全部變化為肉芽組織。又或起乾酪狀變性故也。

子宮內口常有分明之境界存在。

粟粒性症之初期。其占領地。以子宮底為主。粘膜炎有灰白色之結節。其結節漸大。有如帽針頭大者。妊婦產婦。往往有胎盤結核。為全身結核之局部現象。

潰瘍性者。粘膜炎之大部分崩壞。其壞裂不規則。而顯乾酪性沈着。

以肉眼視子宮。似屬健全。然頗增大。而其內容物及壁之乾酪性。最可着眼。

組織的所見。初期與間質性子宮內膜炎相似。上皮之一部分剝離。間質組織。常起小細胞浸潤。腺管有時全變化。至起上皮之病的化生。此上皮形態之變化。可視為結核性機轉之結果（上皮剝屑、出血）

廣汎性浸潤性者。多不能保存正常之形態。不能見上皮。腺管及血管。疊積於粘膜炎部位之乾酪狀物質。為不能染色之小細胞層。其次層尚為生活細胞所成。處處有巨態細胞。可得明視。此巨態細胞。實為診斷之標徵。酷爾尼氏名此最頻發之慢性症。曰乾酪性浸潤兼壞疽。以與泌尿器系統之同一疾患相比。（腎盂結核）結核菌之數。亦如

狼瘡及睪丸結核。極爲少數。又無固有之結核性小結節。筋層有抵抗力較久。然至後遍生結核結節。結節之周圍。至起小細胞浸潤。

休脫氏報告子宮粘膜之定型表在性疾患。爲細菌性結核性加答兒。那沙氏見子宮腔部及子宮內膜之扁平表皮細胞癌之合併症。又子宮之粘膜茸腫。可爲結核性疾患之占坐。且有自隣接疾患部。介淋巴管。而入於筋層中。或自結核性輸卵管腫瘍發生者。

三 卵巢

卵巢結核。往時諸家。以爲非罕有之症。此惠理氏所留意也。巨累米、沃路富兩氏。嘗蒐集卵巢結核一四九例。蓄次托氏精查之。又追加八例。結核性疾病甚多。而卵巢結核則較少。

卵巢結核之原發性發生部位。不能於人體上證明之。惟因動物試驗。而證明之而已。原發性卵巢結核之報告例。不免有疑義。

惠理氏謂與生殖器之結核性變化相伴。而侵及輸卵管者。其比例數爲四四。此比例

數。沃路富氏謂尙爲小數。氏所得實爲六〇。如此者。同時有腹膜或喇叭管結核存在。且皆侵兩側。無癒着。

切除之臟器。以肉眼不能見其變化。故其疾患甚易看過。往時不過記載乾酪性或乾酪性膿性症。爲牛殖器結核之局部現象而已。

乍見若健康之臟器上。往往有病竈爲粟粒性。以顯微鏡視之。頗細小。而有規則。在於皮質。因是可確定其傳染之起自卵巢外表。而病竈多爲有壁在性核之巨熙細胞所成。此細胞以多數上皮狀細胞及圓形細胞圍繞之。全無乾酪變性。施精密驗查之四十八例中。二十六例。喇叭管爲其起源。二十二例。腹膜爲其起源。

區分爲結核性卵巢周圍炎及眞卵巢結核二者。最爲適當。前者可視爲自附近蔓延者。自罹患腹膜蔓延者尤多。後者可區別之爲粟粒性、乾酪性及膿瘍性症。往往化膿。以上記載之四十八例中。二十例屬第一類。十三例屬第二類。十五例屬第三類。

四 頸管、膾部

頸管之孤獨性疾患甚少。酷爾尼氏檢查因結核而死者。至二年之久。竟未見有

頸部罹患之一例。斯配托氏於子宮體部結核一一九例中。僅見六例。侵及頸部。(五布仙)又頸部於分娩時雖有表在性損傷。而於產褥時子宮劇發結核之際。常能免其侵蝕。此有可特記之價值者也。即兩側喇叭管及子宮體部被侵害。子宮頸部。殆常不蒙侵蝕。然亦不能謂該部全為免疫性。

頸部疾患。往往可視為下行性機轉之續發局部現象。此疾患常起加答兒性。及潰瘍性。變化其變化於生體。往往不能確知。須手術的除去後。或患婦死亡後行剖檢。而後可下診斷。因易誤診為黴毒及癌腫。故須再三確診。初為粟粒性結核而現出。次起潰瘍性崩壞。然後生表在性潰瘍。

又有為原發性疾患。僅以腫瘍或乳頭性新生物之形態。單獨起於膺部者。頗硬固。且裂壞。而一部分崩壞。往往誤診為膺部癌或肉腫。又有發生表皮癌珠。組織的所見。與癌腫之所見相同者。亦易誤診。

占位於頸部之結核。僅於一二例見之。體部粘膜之結核。早期無可以肉眼認識之變化。頸部粘膜之結核亦然。以顯微鏡視之。其構造常無變化。僅於粘膜之結締織中。或筋束間。見數個結核性結節散在。此結節之中央。有甚大之巨態細胞。(與咽頭及舌

結核相同)

體部結核。於子宮內口之處。常停止其侵蝕。又間有頸管內結核。亦以子宮內口部爲限界。

膾部結核。有上行性侵蝕之傾向者少。往往蔓延於膾穹窿部。於此處起潰瘍性症。吾人據以上之觀察。可區別頸管及子宮膾部結核。前者區別爲粟粒性(栓塞性)及廣汎性浸潤性症。後者區別爲腫瘍性增殖性及潰瘍性症。關於發生部位。兩者皆爲原發性。然原發性症甚少。續發性潰瘍性症。可認爲下行性粘膜炎結核之局部症狀。此爲吾人所屢見者。

確實證明之原發性頸部及膾部結核。爲結核性病菌直接自外部通膾而侵入者。若其夫有生殖器結核。則大抵因交接而移植。

五 膾、陰門

膾結核。爲續發性疾患。間有因血行而起者。(粟粒性症)下行性結核。因流出之分泌物之傳染而發者。最爲頻繁。又有結核性潰瘍。自直腸破壞。穿孔於膾。構成瘻孔而起。

該部之結核者。

膾結核往往發生於小兒期。(近時報告之例證中五〇布仙爲七個月至二歲之小兒)其症候先起膿性分泌。構成固有之潰瘍。又麻疹之後。往往見膾結核。此等殆因接觸傳染及結核性母體之分泌物。老廢物之傳播而起。又膾結核往往與外陰部之原發性接種結核併發。

膾結核與皮膚結核相類似。血管之周圍有小細胞浸潤。其浸潤病竈。融合而益陷於崩壞。潰瘍之形狀不規則。邊緣硬變。分泌黃色之血清。不出血而有疼痛。其發生之部位不一定。高年者罹之。往往誤診爲黴毒及癌腫。屋潑氏之七例中。三例喇叭管蒙侵蝕。不侵蝕子宮。然腹膜結核。常同時存在。斯潑令氏之例。皆爲續發性。只皮爾氏之一例爲原發性。

膾結核。多與外陰部結核相合併。然亦有結核性疾患。限局於外陰部者。千八百八十五年以前。斯配托氏只見一例。據最近之經驗。眞狼瘡亦有限局於外陰部者。有一二例外陰部之結核性疾患。帶狼瘡狀之性質。此等潰瘍性機轉與息肉性增殖併發。(潰瘍及組織肥大)一方之機轉。以破壞的進行。沿陰唇及會陰而蔓延於直腸。生溝

狀陷凹及瘻孔。一方於破壞組織部分之周圍。屢呈息肉狀性質。且有柔軟組織塊。可比膠狀肥大之粘膜。潰瘍凹凸。而側方邊緣一部分穿掘於皮下。底面呈眞紅色。頗易出血。而其面常以頹敗物被包之。其侵蝕自外皮猛進於粘膜上。至蠶食腔口及直腸粘膜。與腫脹性狼瘡或肥大性狼瘡甚相似。而鼠蹊腺不腫脹。卽腫脹亦極微。然依最近之組織的試驗。則此等疾患。若起於娼婦。則無與狼瘡混同之處。反是則不可不與特種之外陰部慢性潰瘍(象皮病)區別。吾人記載於外陰部侵蝕性潰瘍之總稱之下者。多數屬此種類。至組織的檢查。現今尙未企及。

如斯女子外生殖器之起種種皮膚結核。似已確定。然眞外陰部狼瘡之存在。當世學者。尙以爲一疑問。可確認者。只益奪爾氏之一例而已。

於眞狼瘡。證明結核菌亦極難。僅可證該疾患有結核性之原因而已。狼瘡性者。其構造上必有固有之狼瘡結節。

於理愛克氏之例。發見結核菌及淋菌。此後吾人尙得數回陰性成績。然終於一覆蓋玻璃標本。發見多數細菌。而確定其能起新鮮之結核破潰。

依吾人現今之學識。則急性外陰部傳染之後。組織起變化。但此變化。不足特別指示。

雖發生弛緩性症（外陰部侵蝕性潰瘍）然其原因非施精密之組織的檢索不能知之。又有外陰部結核絕無潰瘍構成者。亦有微毒與結核併發者。此於娼妓屢見之。然類症鑑別愈難。

六 腹膜

腹膜結核因血行（自肺臟或腺竈等）而傳染者。茲姑勿述。本章所述者。有腹膜被膜之臟器（腸管、內生殖器）蒙結核性傳染而起機轉之蔓延者也。此機轉之際。獨拮拉斯氏腔亦預焉。可知其自結核性生殖器移殖之頻繁矣。從惠拮爾氏之說。則腹腔之最深部。為污物捕留場。故細菌性元素。依重力之原則。而羣集於此。然亦有自肋膜之疾患（或為一般結核性漿膜炎之局部症候）或結核性縱隔膜淋巴腺發生者。此際淋巴管。為結核菌蔓延之主要徑路。而腸管及生殖器皆健康。時或不發見原發性病竈。或因病竈細小而畧過。如此者。克爾菲氏用原發性特發性腹膜結核之名稱。

腹膜結核。可別為三種。

(a) 固有之結核性結節。亘內臟部及體壁部腹膜全面而起散芽。腹膜肥厚充血。呈炎性的症候。如此之種類。常有多少漿液性滲出物。(結核性腹水) 漿液之量。與結核機轉之範圍之大小及強弱。毫無關係。以組織的構成固有之結核。故以肉眼或顯微鏡視之。診斷甚易。

(b) 起癒着。併合網膜及腸間膜之纖維性硬結。與一二腸管緊密癒着。而病理解剖之際。不能使各臟器分離。有時可注目者。爲腸間膜之高度短縮。若有腹水。則腹水亦因是限局於左腹片側。腸管之彎曲及癒着構成之結果。遂起便秘。如此者。稱爲乾性症。(乾性結節性癒着性腹膜炎)

(c) 結核結節集合而變化融解爲巨大之乾酪塊。且腸間膜腺變化起限局性。被包性。膿性。腹水。形成如此者。時或於腸壁起廣大之乾酪變性。壞疽。化膿及潰瘍性機轉。崩壞之結節。遂於腸管間腔內破壞而穿孔。至構成瘻孔。病理解剖家愛品氏報告酷似獸類結核之諸症。此症結節頗大。恰似膠着。而其結節殆平等配列。

診斷

吾人綜合參照從來所得之多數經驗而診斷學上可區分爲三種。

(一)可確定診斷者。

(二)有生殖器結核存在之疑者。

(三)無著明之病的變化且無症狀僅於死體解剖之際偶然發現者。

可確定診斷者如下一以顯微鏡檢查搔爬或切除之組織片二於排出之分泌物中證明結核菌三以分泌物行動物試驗而得陽性成績(接種於天竺鼠之腹膜之成績)此外皆難信用不免誤診。

結核菌之試驗得陰性成績不能即否認結核。因結核菌時或缺如故也。若有肺癆之素因或有結核之固有徵候者(經過之結核機轉之殘物可疑之肺疾患角膜溷濁皮膚骨或腺癥痕耳疾患)起腹水而同時子宮附屬器有可觸知之變化例如喇叭管肥厚子宮增大分泌過多而帶乾酪性性質於膈部及膈粘膜並陰唇證明潰瘍性機轉之時殆可確實下結核之診斷海迦爾氏及其門弟主張嬰兒子宮並成形異常及生殖器之發育不全者多可診斷爲結核。

喇叭管呈薔薇冠形或峽口呈結節性肥厚等非特種之變化診斷上毫無價值。此於

喇叭管之他炎性機轉屢見之。

喇叭管之形狀與基於他原因之化膿性喇叭管炎之形狀無異。若有廣汎之化膿性機轉，則與隣接臟器緊密癒着，不能單獨觸知，故不能精悉喇叭管之形狀。

診斷上有價值者，爲在於獨巒拉斯氏腔之移動性小結節。此海迦爾氏及其門弟所報告也。此小結節可自直腸觸知之。在於廣韌帶之後面及薦骨子宮皺襞內。然若有他惡性腫瘍，於卵巢發育起腹膜轉移，則亦生特種之結節，頗宜注意。

於月經無固有之障礙。月經過多、月經不潮及異常出血等，皆無足記。月經過多，爲與子宮附屬器之炎性變化相伴之症狀。月經不潮，不外萎縮之結果。然若病勢增進，因結核性機轉，而子宮粘膜炎完全破壞，則確有月經不潮者。又內生殖器之萎縮，於肺癆之早期，爲惡液質之局部症狀，或無生殖器之局部結核，亦能起此。

分泌物，非子宮結核之特有症候。然若有結核，則爲純粹之膿性。若混合乾酪性物質，則確有結核之疑。必行顯微鏡的檢查，又可用診斷的搔爬術。

視診所得各部之特種疾患，甚易略過。而膈部、膈壁及前庭之病的變化易見者，往往誤診爲他病的變化。如呈腫瘍狀之原發性膈部結核，常以爲惡性新生物。（癌腫、肉

腫)潰瘍性機轉。往往誤診爲微毒性或下疳性。

外陰部結核。第一與微毒(潰瘍性、硬化症)第二與潰瘍性外陰部癌腫。第三與軟性下疳(侵蝕性潰瘍)須相識別。因其無微毒經久之硬性潰瘍之固有型狀及其他微毒症候。且狼瘡於潰瘍之周圍。呈固有之肥大性機轉。故鑑別此兩者頗易。而其久停止於同一狀態。無癍痕構成之傾向。及轉移構成。則可與癌腫相區別。至下疳的潰瘍。則必發生橫痃。

腹膜結核之診斷時或甚易。然困難者多。疾患之初。爲潛伏性。至發腹水。起苦痛。其症狀始明瞭。其他症候。爲惡心、衰弱、頭痛、口渴、不眠、盜汗、食慾不振、嘔吐等。

此外最著明者。爲頑固之便秘。或下痢便秘交互而至。皮膚呈固有之乾性變化。因腹水之多少。而早晚起呼吸困難。此因橫隔膜被其扛舉故也。時或起膀胱困難。既往症有月經不潮或不妊症等。

又腹圍之變化。患者自己亦感知之。腹部之形狀及觸診所見。因其內容液之量而異。若水液少。則有形狀不規則之腫瘍塊(假性腫瘍)於臍部顯出。波動及打診之關係亦異。此多爲囊狀水腫。

腸管之屈曲部分。因瓦斯而膨脹於上方。打診時呈鼓音。若患婦幼少。則腹部徐徐膨滿。稍有苦痛。若腹腔內有限界不明之腫瘍塊。或限局之液蓄積。則患者漸赴衰弱。體量減少。有結核性素因或其他結核性疾患之人尤甚。至陷於貧血。則雖乏確然之他覺症候。全身障害甚微。亦可診斷爲結核。

最易誤診爲限局性液蓄積（被囊性腹水）者。爲卵巢囊腫。患者若係高年。則不可不慮其爲腹膜之癌腫。或爲發生部位不明之惡性腫瘍之轉移。如此者。決宜行舊。酷。霍氏資佩爾苦林之注射。以驗其呈固有之反應與否。

療法總論

預防上之注意。對於乳兒之營養。宜遵守普通之方則。（牛乳之派斯托氏保貯法）此外宜供給增身體之抵抗力之材料。避傳染物。不與有肺患素因者結婚。若有結核病竈。則說法使之治癒。無治癒之望。則早行手術。需產科的治療者。若必行內診。則手指及器械。宜嚴重消毒。產婦勿與結核性之產婆及醫師相近。排出有結核菌之唾液者。或催下痢的腸排出。有腸結核之疑者。其排出之物質。達於腔口。逞其傳染。此不可不

注意者也。

生殖管之結核性疾患。以手術根治之。爲該累氏所反對。然現今吾人頗傾於他勸的。施手術之方針。自所患臟器。除去結核性病竈。蓋其疾患全無苦痛。而往往因此病竈。惹起粟粒結核。故行根本的手術有益。若肺癆已至末期。其生命決不能久存。則行根本的手術亦無效。反可放棄之。

可視診之結核性潰瘍。或燒灼之。或以沃度丁幾或乳酸處置之。應用沃度仿謨。可治癒陰唇。膾及膾部之局部結核。然不免再發。吾人於他結核性局部疾患。（骨及關節疾患）施根治的療法。得佳良之結果。故於生殖器結核。亦行此手術。甚爲適切。於結核性子宮內膜炎。施搔爬術並適當之後療法。可促其治癒。然若該疾患部之全部。可以手術摘出。則與附屬器共除去之可也。故與其徒行種種方法。消費時日。不若卽行根本的手術療法。

於膾部之疾患。不可施膾上切斷術。因吾人尙不能知其已侵及子宮體部與否故也。吾人遇喇叭管起他炎性變化。則摘出之。且摘出子宮。於結核性疾患亦必如此。故依諸家之意見。贊成行腹式根本的手術。

若無痛而變化亦甚少。則不行手術。而行藥液及營養療法。可待其自然治癒。藥液中有效者。從各爾特氏之說。用結麗阿曹篤。古挨夜酷爾及依比知阿爾等。此藥液於腎臟、膀胱疾患。最能奏效。可醫自覺的苦惱。加里石驗之塗擦療法。有時亦奏卓效。然無論行何療法。必先考慮全身狀態及他結核病竈。肺之病竈。往往爲此等臟器之原發竈。故可以肺之狀態爲標準。若爲合併症而起者。則往往因手術的療法而再發增進。此不可不注意者也。一般療法。雖幼年亦宜行之。從現今之法則。講一般療法。無論手術前及手術後。皆以實行之爲要。

海迦爾氏報告之手術後有效之成績及持續的治癒。有可賞用之價值。酷霍氏之資佩爾苦林注射。往往試用於陰唇結核（狼瘡）然治療上之結果。尙不能達其目的。幼者罹此疾患。有自然治癒者。然依經驗。結核性腹膜炎之際。以開腹腔而圖其治癒爲正規。此際有腹水及散種性小結節者。其豫後最良。若爲乾性疾患。則依統計。治癒之望甚少。開尼喜氏於結核性腹膜炎。計因腹壁切開而治癒者。有六五布仙。累爾斯氏有七〇布仙。而菲理怕氏於一三〇手術例。計僅有二一例赴治愈。九六例中。四八例之治癒。在一年以上。三〇例在二年以上。有腹水者。原發竈之治癒。據最近報告。數

率在六七—八五布仙之間。若爲乾性症，則較他症爲不良。（五七—六一布仙）

愛斯烹氏苦心蒐集死亡率率，其統計數大有增減。因他臟器結核而致死者，若列入統計數，則雖最良之症，其死亡之數增加，達於四三布仙。於乾性結核性腹膜炎，切開腹壁後，得七二布仙之死亡數。又手術後持續的治癒，因觀察時日之伸長，而不良之報告，增加其數。究其實，則局處之疾患已治癒，患者早晚起他臟器或原發病竈之結核性機轉也。一二學者，謂開腹術不能助成治癒的傾向，則因手術而治癒之價值，反不若自然的治癒。據最嚴密之鑑定，五〇〇例中，假定治癒期爲三年，則有腹水者有二三、二布仙治癒起癒者，僅有九、八布仙治癒而已。如斯則手術的處置，似無意味。然勿倫特氏謂不良之症，亦能正規治癒，徵諸解體，確有解剖的全癒之例症也。

現今於腹膜結核，切開腹腔後，搜索喇叭管及蟲狀突起，若罹患，則亦除去之。若此等臟器部分，直接爲該疾患之起源，則尤宜除去。

截斷創之大小，及施切開之最適當時期，諸家各異其意見，但兩者皆不足重視。往往有反復行手術，終能治癒者。

康達民氏之攷案云，通常開口腹腔之時，實用後膈腹腔切開術，此方法亦頗有利。（

傳染之危險少、臥床之時日短）於特種之例（身體甚重之患者）不得不試用之。然吾人據上述之理由，實不贊成此法。

施甚小之切開後，行腹腔之排膿之法，現今吾人全廢棄之。

切開後治癒方法上之原則，現今尙不明瞭。多數學者，謂與切開後結核病竈之組織的變化有關。

於漿液性症，有切開腹壁，速排出其滲出液，而使腹腔乾燥者，被壓迫之血管，脫其重荷，則起強盛之實性充血，吸收佳良。又有促結核性物質之纖維性構成者，此治癒方法，於臨床上，良性之症，屢屢見之。對於此變化之詳細記載，諸家各異其意見。楷爾騰氏，則謂纖維性變化，為續發性，乃已近治癒之狀態也。結核之際，結締組織增生頗盛，毫不停止。迦乞氏以治癒為類上皮細胞之徐徐變性，至解毒素之效力，現今尙有疑之者。

又防腐劑之應用、日光及大氣之效力（空氣吹入法）等治療法，雖亦可用，然不可謂特效法。因癒着構成（即為乾性癒着性症）而治癒之法，亦被排斥，蓋反復施開腹術，不使起癒着，亦能全治故也。至欲脫重荷，免壓迫，而行穿刺術，亦必無效，為人人所共

知。

於屢屢目擊之乾性及膿性症。手術之效力。從未一睹。腹膜結核治癒後。被侵蝕之他臟器。亦有治癒之傾向。亦為奇事。

生殖管為及於身體上結核之影響。胎盤之結核。

累倍氏徵諸學理。謂結核之婦人。營受胎及分娩機能。處最不利之地位。即如下。

(一) 結核停止後。結婚而妊娠則再發。

(二) 肺病病勢進行。往往妨止受胎。然初期尚無所妨。

(三) 流產、妊娠及產褥等。總類例之四分之三。因之不利。常使既存結核發育。且甚增進。

(四) 產褥時有病素存在。則直接誘起疾患。

分娩時之努力。及授乳甚久。能促進肺患之度。此古來學者所唱道也。現今主張此說者亦多。亦生氏謂結核起於妊娠之初。或新襲擊。其豫後最不良。邁拉氏謂如斯者。妊娠不免中絕。

如上所述。結核與妊娠。互起不良之影響。彼育托、菲托氏等二三學者。雖不無反對之

意見。然吾人依自己之經驗。是認一般學者之所論。

急性肺結核。於產褥經過中。或產褥後。往往卒起而致死。如此狂奔的病變之起。由於營深吸氣（因分娩作用）更喚起吸引性結核。如此者。產婦之血液之性質、血壓之關係及抵抗力減退等。亦與有力焉。而此際呈一般之結核變性耶。或其發源限局於子宮內（胎盤附着部）耶。尙屬疑問。然實際結核之發育。僅於胎盤附着部現出而爲限局症狀。此吾人可想見之事實也。

結核性傳染之發生於胎盤組織內也。吾人據一二憑證而知之。此病竈甚少。然胎盤結核。甚有趣味。累孟氏之記載如下。

胎盤者。以肉眼視之。爲通常之狀態。母體面之組織內。有散在之圓形結節。呈灰白色。透明。如粟粒大而突起。以顯微鏡視之。則此病竈呈固有之病變。（中央壞疽、倫薛氏巨大細胞）可證明結核細菌。此固有之結核結節。在於脈絡膜絨毛之內部。圓形細胞結節。在於脫落膜之中。

結核菌有自母體通胎盤而傳播於胎兒之機會。現今已證認之。於動物中就犢牛試驗之既久。至於人體。則子宮內胎盤傳染。據皮爾氏及休莫氏之所見。始確定之。然結

核菌或其病的產出物之得進入於胎兒內。爲美爾氏騰美氏及柴爾氏所發見。而先天的結核之主論者韋姆氏之學說。乃可確認。

第二十五章 腐敗作用

有腐敗作用之疾患。於女子生殖器。屢屢遇之。此腐敗作用之語。如何理解耶。蓋凡么微細菌。侵入於人體之傷口內。於傷面及其周圍。起局處炎症。或更自傷口。進而侵犯全身者。悉爲腐敗作用。此腐敗作用。可稱爲創傷傳染。或創傷中毒。若其症狀瀰蔓於全身。則可稱爲血液中毒。

病理 破瓜期前及月經閉止期後之女子生殖器。常不至有爲傳染門戶之創傷。然於春情發動生殖機能甚盛之時期。則易致種種創傷。如分娩之際。創傷在所不免。因是傳染而起固有之腐敗作用。誘起所謂產褥熱。然不特妊娠末期之分娩爲然。卽流產亦致創傷。而妊娠之早期中絕。往往爲起敗血性疾患之機會。吾人欲一見而知其原因甚難。又交接手淫之際。亦有外傷。治療上之行爲。如洗滌及行腐蝕法之時。用消息子。子宮鏡。子宮環之時。亦不免有創傷。彼子宮環之挿入位置不正。或其表面粗糙。

等。往往於腔內生壓迫潰瘍。爲腐敗菌之侵入門。爲醫士者。行婦人科的手術之時。對於敗血性傳染。自己亦當保護。然該菌往往自其傷面侵入也。

原因 腐敗作用。非單純之疾患。吾人就此敗血性疾患。而精細研究之。益知其因種種之微體。附着於傷面。而起炎症。發熱及其他敗血諸症。吾人所遭遇之病菌。可大別之爲二種。

其一於死滅之物質上。或生活力被阻害之組織上。增殖發生者。此種細菌。不特發生於創傷之壞死面。又發生於創傷分泌液內。此細菌種屬之代表者。爲腐敗菌。其形體各異。有桿菌及球菌等。彼釀母菌之發生增加。分解含糖滋養液爲酒精及炭酸。腐敗菌亦然。於創傷分泌物內。隨其發生。喚起破壞。而發生有毒之物質（毒素）此毒素自傷口吸收。遂至發熱。腐敗菌之作用方法。於自創傷面排出之分泌物中。含有細菌。且因鬱積而受高壓之創傷。皆目擊之。即以腐敗產出物之吸收爲始。發熱次之。若排出滯積之分泌物。洗滌傷面。除滅腐敗毒。則吸收停止。體溫亦即復舊。因此腐敗素而中毒者。稱爲腐敗性中毒。敗毒症。托克新中毒症。或吸收熱。實扶垓里菌。破傷風菌及大腸菌與創傷之關係。亦與腐敗菌相同。此等細菌。只於創傷之表面播殖。其與腐敗菌

相異之點。在產出有特種作用之毒素（實扶埕里毒素、破傷風毒素）呈腐敗作用之第二類細菌。爲有竄入的性質。侵細胞及體液者。即侵入於生活之組織內。而繁殖者也。故比腐敗細菌。尤爲危險。蓋腐敗菌。僅於傷面之上表繁殖。吾人用防腐劑。妨止其進行尙易。而此細菌則不然。其排出之有毒物質。浸淫於組織內及體液中。用防腐劑。亦不能達其目的也。其恢復與病菌之竄入及局部細胞對於此之反應。大有關係。要須視其病菌與細胞爭鬪之勝敗。而決定之。腐敗性創傷中毒。係自創傷面吸收腐敗毒所致。前既述之。反是病菌侵入於生活之身體組織內。則稱爲創傷傳染。創傷傳染之么。微菌中。醱膿。連鎖狀。菌。醱膿。葡萄狀。菌（金色及白色）爲最著明。且傳播最廣。其發病性（即竄入力）較其他醱膿性微菌更著明。且其變化極迅速。同是連鎖菌及葡萄狀菌。而彼輕度之瘰癧。僅起上表性化膿。其他則爲進行性。起蜂窩織炎。終呈一般之敗血症。有數日即死者。該病菌之發生於體內也。其發病性急劇猛烈。若自動物移植於動物。則起連鎖菌培養。有高度之發病性。其一肉羹汁培養之一億分之一。能使家兔經二三日而即斃命。於人亦然。彼混於塵埃之病菌。於傷面不起甚危險之症狀。然若自既罹創傷傳染之人體移植。則其作用最劇烈。而爲破壞的。

腐敗作用之種類。吾人先就起於婦人生殖器之腐敗作用之種類述之。

第一節 腐敗性中毒症

因採取有毒性腐敗物質而起之創傷熱。於產褥熱屢見之。滯溜之惡露、滯積之凝血、卵膜或胎盤殘片等。爲腐敗菌之培養基。而有吸收力之子宮腔表面。足爲採取形成毒素之助。此吸收熱。於非產褥時。往往亦自生殖器起。如敗壞之纖維腫。或子宮內膜之過度腐蝕。或行湯熱法後殘敗之結痂。爲其適例。其作用與於產褥時作用於腐敗之胎盤殘片無異。若因有刺戟性且易分解之異物。而腔內膿敗。同時有易採取腐敗素之潰瘍。則亦發熱。腔壁之健全扁平上皮。不能十分吸收。故癌腫惡膿。或腐敗之腔內惡露等。往往不發熱而經過。又若不嚴重消毒。而穿刺卵巢囊腫之際。輸送病菌。使囊腫內容物漸次變化爲腐敗性物質。則亦有固有之吸收熱。又吾人於手術的處置之時。亦見有吸收熱。卽創傷分泌壞敗。而膠着於創傷表面。或因排膿管之裝置不全。不能排出於外部之時。往往有吸收熱也。

腐敗性中毒之時。形成腐敗之程度愈高。其熱度愈上騰。若急劇防止壞敗分泌物之

排出。則猝然惡寒。熱候上昇。然若爲單純之吸收熱。則脈搏及患者之全身狀態。常甚佳良。

欲圖治癒。則腐敗熱之際。宜排除死滅之腐敗組織塊。且使創傷分泌。速向於外部而排出。蓋腐敗作用既進行於胎盤殘片。或不能摘除之化膿筋腫結節內。則防腐的洗滌。既屬無效。決不能防遏其進行。故子宮腔內既有壞敗之殘塊。而起腐敗性中毒之時。宜先使子宮腔空虛。而後施防腐的洗滌。結局則子宮腔自然清淨。即因顯著之化膿。而陷於壞疽之部分。皆得除去也。此作用并及於子宮分泌物之品質。初爲膿敗性。日放惡臭。而次第化膿。至壞死之全部分排除。則無臭。其創傷亦清淨。及表皮新生。則爲純粹粘液。

第二節 敗血性傳染症

起創傷傳染之病菌。呈有機體之強固反應之時。其障害尙不及創傷內部。且侵蝕不深。如此者。傳染作用。限局於創傷部及其隣近之範圍。吾人於外陰部及腔之傳染性創傷（潰瘍）限局性敗血性內膜炎見之。病菌更上行者。於限局性敗血性喇叭管卵

巢炎見之。若其侵入門更開放，則病菌竄入於淋巴管及血管。敗血性之微體傳播於淋巴管內部，則起骨盤蜂窩組織之蜂窩炎及腹膜傳染（敗血性腹膜炎）介血管而蔓延者，則起血栓性靜脈炎、膿毒症及敗血症。

A 外陰部及膻之創傷傳染

外陰部及膻之創傷，因分娩外傷或偶發性損傷而起。或因手術的動作而起。若使其創口露出，在易見之位置，則其傳染甚易知悉。傳染之後，健康而帶赤色基底。於其創面部位生義膜，以被其表面。此義膜或非薄而呈灰色，或肥厚而為乾酪狀膜。與彼纖維索性實扶堦里性產出物相異。為么微細菌侵入之壞疽所成。位於組織層之深部。唯因敗血症之細菌（連鎖狀或葡萄狀菌）而生者。其義膜呈白色，無臭。若其作用更進，而腐敗菌加入，則其義膜呈帶脂性灰白色之性質。而有腐敗性臭氣。傳染之創傷周圍發赤，創緣腫脹。此腫脹自會陰及外陰部以及於陰唇及陰核，呈水腫狀。故吾人雖未檢其創傷，亦可豫想其傳染之存在。壞疽性創傷面及生活組織間之境界，因有白血球之結締織之肥厚浸潤，早期即形

成肉芽壁甚速。該壁能妨止么微體之更侵入。同時因化膿而促進壞死組織層之脫落。吾人先於其創傷之一部分。次於其全範圍。見其上表之被膜剝離。其下方發生健康之肉芽。則創傷之清淨可知。如斯傷面清潔之後。始自傷緣見上皮之播殖而治癒。外陰部及膻之起傳染創傷也。其局處的症狀。為疼痛及分泌過多。若創傷在膻之深部。則惟於骨盤內起鈍痛。而外陰部之創傷反是。起炎性的疼痛。排尿之際。起灼熱。初期分泌物稀薄而為漿液性。至末期則混白血球甚多。而為膿性。傳染之細菌。可於分泌物中證明之。

因局處傳染而全身起反應。常發熱。時或以惡寒為始。

療法。先使創傷露出。有時除去縫合。以排泄其分泌物。陷於壞疽之痂皮。每日以沃度丁幾腐蝕之。此法有二效。一使病菌死滅。一使發生肉芽。

遇膿敗性創傷。則每日數回以綿紗布片被之。其布片須蘸三%之醋酸礬土液或格魯兒水或三%之過酸化水素液。肉芽形成之進行中。每日以昇汞或列曹爾水洗滌之。可達其目的。

B 敗血性子宮內膜炎

若敗血性細菌侵入於頸管部及子宮體部內膜之創傷部位，則其侵蝕狀態與在於腔壁傳染傷口之機轉相同。

現今敗血性內膜炎，僅於傳染之褥婦見之。然在消毒法未行之時代，則不潔之子宮擴張、消息子診、腐蝕法及搔爬法等之後，往往發生此症。

子宮體之粘膜，爲吾人所不易見，故不能究知其粘膜變化之狀態。惟於子宮口哆開之際，見頸管粘膜有白色之義膜存在而已。其義膜時或肥厚而被子宮腔內。若炎症漸次治癒，則此義膜漸次剝離。徵諸剖檢，而知其於子宮體部粘膜之侵蝕狀態，與其於頸管部相同。

局部疼痛、分泌增加及發熱，爲敗血性內膜炎之症狀。而其經過之難易，有種種差別。或體溫上昇，子宮僅有中等度之疼痛。粘膜之上，蒙菲薄之義膜。全機轉經二三日而全止。唯於子宮分泌物中，證明連鎖狀菌。由是而知其起敗血性傳染。此毒素之力甚微弱者也。若病菌之毒力頗強，則其症狀亦呈不良之性質。疾患以戰慄爲始。體溫昇騰至三十九度或四十度。全身狀態自初期即甚重。全下腹部起劇痛。粘膜之上，顯固有之義膜。如是經一週或一週以上，體溫依然不下降。而漿液性之分泌，變爲膿狀。義

膜自然剝離。粘膜亦自清淨。然敗血性內膜炎之高度者。其傳染往往及於子宮近傍組織。腹膜呈一般敗血症狀。於產褥。則因胎盤附着部子宮之血管及淋巴管之發育旺盛。而對於病菌之侵入。爲佳良之狀態。故內膜殆爲全身傳染之發源處所。敗血性內膜炎之療法。往往用局處防腐法。以消其傳染粘膜面之毒。然據動物試驗及實驗等。欲使傳染組織內之病菌死滅。用防腐劑。不能達其目的。於露出之創傷面。且然。況於子宮腔之狹隘。而富於凹凸之粘膜管乎。其不能奏效明甚。此外插入器械於子宮腔內。則易造成新創傷。傳染機轉。往往因之蔓延。故手術的局部療法。皆不可行。子宮搔爬法。於局部有害。故廢棄之。搔爬後。被膜雖可除去。然因是形成新創傷。此時病菌更移殖。而壞疽被膜之下。可防禦傳染之肉芽壁。仍復破壞。故吾人以防腐的洗滌。爲最良法。蓋消毒不及於創傷被膜之表層以下。不若除去其創傷分泌之爲愈也。褥婦之頸管甚開大。洗注子宮腔。可不加強刺激。若非褥婦。則必以人工開大其子宮頸管。而施行消毒法。若依前記之理由。不能於感染之臟器。行以上之方法。或以韋龍氏子宮內注射器。注入消毒劑（沃度丁、昇汞、酒精、沃度仿謨、乳劑等）不能有效。則單行腔洗滌可也。

敗血性內膜炎。常起有機體之急劇反應。白血球密積於感染組織層之下部。以防止病菌之深侵蝕。吾人用適當之療法。可促其自然治癒。最必要者。爲攝取多量之酒精及易消化之食物。以使其營養佳良。傳染熱無害而反有益。故不須用解熱劑。疼痛則以冰塊及麻醉劑鎮之。

C 敗血性喇叭管卵巢炎

子宮內膜之敗血性炎症。於喇叭管之子宮開口部停止。么微體不侵入於此管腔之細微間腔。偶有病菌過此狹開口部而侵入者。實屬例外。此時傳播於喇叭管之粘膜上。其動作極迅速。所呈之症狀。與於子宮內膜所呈者同。粘膜炎。起壞疽及炎衝。分泌物初爲漿液性。後爲膿性。其流出於腹腔口內之膿液。誘致傳染菌於骨盤腹膜。故卵巢亦參加於此炎衝。而形成膿瘍竈。若有幸福。則骨盤之漿液膜及隣接臟器。早構成纖維素性癒着炎症。而喇叭管管口及卵巢之膿竈。亦爲所被囊。遂形成附屬器腫瘍。癒着之腸管及網膜部分之被囊內。包有蓄膿之喇叭管及化膿之卵巢。若因纖維素性漿液膜炎而起之閉塞作用停止。則病菌奔出於腹腔內。而敗血性喇叭管炎。

遂誘起一般敗血性腹膜炎。通常致死。

敗血性喇叭管卵巢炎之症狀。於疾患之初期。與敗血性子宮內膜炎之症狀相同。然即起腹膜刺戟之症候。下腹部疼痛。起腸管麻痺。腹部膨滿。惡舌。惡心。嘔吐。脈搏細小而頻數。子宮兩側之偶發性疼痛。與甚劇之壓痛。為炎症侵及喇叭管之標徵。急性症狀既經過。則行雙合診。可觸知一側或兩側之附屬器腫瘍。

療法第一由癒着性炎症。喚起傳染病竈之包囊。由是可促其自然的治癒。其方法先使安靜橫臥。避一切勳作及局所的處置。於疼痛部貼冰囊。投可止腸之蠕動且可止疼痛之大量莫兒比涅及阿片。待其危險之時期既過。然後徐講處置之法。即若觸知附屬器腫瘍之大小及疼痛。有減小萎縮之傾向。則吾人用溫罨法。沃度劑等。促其吸收。可達治癒之目的。然其治癒極徐緩。喇叭管及卵巢。不免起廣泛性癒着。若反是而疼痛增加。腫脹再起。體溫之經過。帶化膿性熱之性質。則知其已有不能吸收之膿竈。宜切開之。挿入排膿管。或同時摘出化膿臟器。

D 敗血性子宮近傍炎

病菌之自子宮頸部或內膜之創傷侵入也。若其徑路爲淋巴管，則先入於廣韌帶之鬆粗細胞組織內，惹起廣延性炎症。卽子宮近傍炎。終起骨盤內結締織炎。傳染性病的作用。從解剖的徑路而廣汎。其徑路因骨盤內各結締織層之連絡而成。然則自子宮近傍結締織觀之。其浸潤在前方。則殆遍於膀胱及頸部間之細胞組織內。在後方則沿獨癢拉斯氏皺襞。及於直腸之結締織被膜內。或達於上方腹膜後細胞組織內。炎症之傳播。往往更及於骨盤外側。而自此處到於前腹壁之腹膜下細胞組織。起硬性浸潤。其高達於臍窩。

骨盤細胞組織之敗血性傳染之際。組織的機轉。與於身體他部分之蜂窩織炎所見者同。么微細菌。侵入於細微淋巴腺之內部。呈羣集或配列之狀。經暫時。卽侵襲結締織之大區域。此處因傳染而起反應。與他部位同。感染之組織部分之周邊。爲白血球所輻轉。而爾後之經過。視傳染病菌及於組織上之作用而異。若因么微體之作用。而局部細胞組織死滅。則陷於壞疽之諸病竈。以一肥厚之白血球壁圍繞之。順次融合。而因白血球之來往。變成化膿竈。漸漸集合。形成極大之膿瘍。若排除其膿瘍之內容物。吾人尙見有多數死滅之組織殘塊。浮游於膿中。若如丹毒之連鎖球菌等傳染性

菌全不呈化膿作用。則其傳染機轉。僅呈充血。起漿液性滲潤。圓形細胞。亦溼潤而已。細菌死滅。炎症的浸潤。全不化膿。因滲出物之單純吸收。即能恢復。此化膿及單純性吸收作用。皆於子宮近傍炎之時見之。

此疾病全爲急性。以高熱而起。惡寒伴之。其始之局處症狀。爲侵襲部分之疼痛。若該疾患侵兩側。則子宮兩側疼痛。高熱既久。骨盤蜂窩織浸潤。自子宮隅角爲始。而及於側方骨盤蜂窩織。若更進行。則及於前方或後方及上方。初期浸潤。呈水腫狀。或捏粉狀軟性。與周圍之境界不明。至滲出液徐帶硬性而堅實。其境域始明瞭。若侵蝕之局部。陷於膿性融化。則體溫之經過。帶化膿熱之性質。朝時減退。夕刻上昇。吾人於滲出物內。觸知其軟化部分。後又觸知其波動部分。此部分遂破裂。至膿瘍內容物排除。而熱度下降。膿汁因自己之重量。而沈降於下方直腸周圍結締織內。遂於直腸內自開。亦有於膻內或膀胱內破裂者。或於怕派爾特氏韌帶之上部。通前腹壁而穿孔。或於其下部（上腿部或腰部）沿脊柱之側方。通皮膚而破裂於外部。如斯膿瘍之自潰。往往能促膿腔之治癒。然亦有分泌物仍留滯。再起化膿。構成瘻孔者。起慢性骨盤蜂窩織化膿。形成複雜之瘻孔。其疾患往往亘月餘之久。

敗血性之微體。以種種方法。自生殖器侵入於腹腔內。因分娩時及催進分娩之器械的方法。消息子診及搔爬（產褥時）等。而子宮或後膻穹窿部破壞或穿孔。直接起此炎症。或行開腹術。而手指及器械。不十分消毒。亦起此炎症。通喇叭管而達於腹膜上之傳染徑路。前既述之。此外則介子宮壁之淋巴管而進。即敗血性病菌。依此徑路。而自子宮內膜。侵蝕至子宮之漿液膜表面。最後傳染之機會。為廣韌帶內之傳染性化膿性靜脈血栓。如此者。病菌自靜脈管腔。竄入於鬆粗之骨盤蜂窩織內。而急速達於周圍之漿液膜。

若細菌之移殖。限局於一部。而發病性微弱。則傳染病竈。直因漿膜之纖維性炎症。而為所被包。敗血性膿狀炎症。只起於骨盤腹膜之一部。時或全部被侵。然其機轉不進行於腹腔內。故吾人於此局處的炎症。稱為子宮周圍炎。喇叭管周圍炎。卵巢周圍炎。及骨盤腹膜炎。骨盤腹膜之限局性敗血性炎症。通常構成化膿。病菌全死滅後。該化膿益吸收而濃厚。終僅留纖維素胼胝而已。然若化膿構成饒多。則腹膜膿瘍自開。破潰於膻。膀胱。腸管。或通腹壁。而破潰於外部。

若因毒素力強大之病菌傳染。則起一般敗血性腹膜炎。此病菌之增殖及傳播。極為

若經過良好者。滲出液之化膿即停止。此際因反應的炎症而傳染之進行中止。熱度下降。吸收無障礙。

傳染性子宮近傍炎之診斷。須於子宮之側方。證明骨盤蜂窩織內之炎性滲出物。乃可確定。此滲出物因既往之外傷而起。其外傷大抵起於分娩時。此時發熱。而依既述之方法擴延。最易誤診者。為廣韌帶之血腫及子宮附屬器腫瘍。後者往時以為子宮近傍炎。而處置之。現今鑑別尚易。然亦有誤診者。附屬器腫瘍。與骨盤蜂窩織無關係。位於子宮之後方。較壓迫膻穹窿部之子宮近傍滲出物。位置略高。固定於子宮角及子宮。若位於患部兩側。則自兩側包圍之。若疑其為子宮近傍腫瘍之化膿。或包容血液。則單以怕拉氏注射器穿刺之。即克確定。

子宮近傍炎之療法。宜安靜臥床。於腹部貼冰囊。投麻醉劑。經過急性時期。則施溫海水及泥浴。熱性灌注等。而促其吸收。遺留滲出液者。不行上述之方法。僅行按摩法。已能達其目的。若滲出液起化膿性融合。則其膿瘍於近外表之部分切開之。此場所為怕派爾氏韌帶之上部鼠蹊部位。導排膿管於膻方。俾膿汁能排出。兼妨止膿之流注。

E 敗血性子宮周圍炎及腹膜炎

迅速。因漿膜之反應的炎症而起被包作用。治癒期因之遲延。而自腹膜之最深部（即獨緝拉斯氏腔）達於上方肝臟之表面。其稀薄而漿液性膿狀滲出物及纖維性被膜（被包腹腔臟器之帶赤溷濁漿液膜者）中皆有傳染菌。該菌多係連鎖球菌。有經數日即瀕於危險者。滲出液透明。而為漿液性。纖維絮片之外。尚有細胞。然若經過甚久。則混和多數白血球。而帶膿性。限同性骨盤。蜂窩織炎及一般腹膜炎之初期。症狀相同。隨惡寒而發高熱。下腹部疼痛頗甚。緊張膨滿。在傳染病竈範圍內與漿液膜外被共起炎衝之腸管部分麻痺。起便秘及瓦斯之瀯溜。舌乾燥。有嘈噁及嘔吐之傾向。各種食物。無一可口者。脈搏於早期甚小而頻數。一般症狀頗重。如斯傳染病竈生被囊者。上述症狀。經數日即恢復。順次消散。不然則起廣泛性腹膜炎。其症狀益增進。疼痛頗廣。自骨盤向上方。而達於橫隔膜。雖輕微之振盪（例如談話）及壓迫（例如加被）亦足增加其疼痛。炎症蔓延愈甚。腸管麻痺愈增加。腹部膨滿。全部若大鼓然。舌硬固。渴甚。吐瀉物變為粘液性。膽汁狀塊。雖不飲用液汁。而嘔吐不止。屢起嘈噁。時或吃逆。至一點鐘之久。患者不眠不安。脈搏微弱。至難計數。四肢厥冷。粘着性之冷汗被皮膚。淺在性促迫呼吸。既警告最後

之時。然意識決不瀰濁。

腹膜內手術後。創面或切斷端。不加意處置。而放置之。則自該部滲出之血液及創傷分泌物。必因手術時。偶侵入於腹腔內之腐敗菌而起分解。因是而發之一般腹膜炎。其症狀經過又自異。蓋如斯者。因吸收腐敗病素。而呈中毒症狀。如發熱、疼痛、腹部膨滿等之炎性症狀。全缺如。唯脈搏時時增惡。顯出嘔吐及腸麻痺等重篤之中毒症狀。骨盤腹膜炎之療法。前既述之。即用敗血性喇叭管卵巢炎之療法可也。麻醉劑、冰片、安靜等。於發病之初期有效。於末期行加熱療法。同時排除包囊之膿腔。廣汎性敗血性腹膜炎。無有效之治療法。重篤者皆致死。起於產褥之敗血性腹膜炎亦然。切開腹腔。洗出排除其滲出物。施排膿管。於豫後上不能收何等功效。對於患者之苦痛。用莫兒比涅或阿片末及冰囊。頗有偉效。若手術後起腐敗性腹膜炎。則必掃除其內部。若尚在早期。則再切開腹膜。而挿入排膿管。導腐敗之分泌物於外部。最有良效。

F 骨盤靜脈之血栓性靜脈炎、股白腫、膿毒症及敗血症

女子生殖器之周圍。靜脈分佈爲網狀。故生殖器之敗血性傳染。於此靜脈走行範圍

內。逞其進行。因敗血性細菌體竄入於靜脈內之狀態各異。而其經過及轉歸亦異。遂呈二種病型。

最幸者。細菌於大靜脈之內膜中播殖。僅血管之內皮細胞起壞疽。其結果血管壁粗糙。誘起廣泛性血液凝固（血栓性靜脈炎）所生之血栓。能令血流停滯。因血管之疏通障害。而高度之血腫。波及於該血管之流通範圍。骨盤靜脈之血栓性靜脈炎。易侵外腸骨靜脈及股靜脈。閉塞之。而於足部起固有之腫脹（股白腫）此病型為起於產褥之合併症。最為著明。生殖器手術後。亦往往起此。若得良好之結果。則血栓不化膿。而臟器化經。數月而全吸收。血管再疏通。腫脹亦消散。

以高熱為始。久臥病床。一般狀態甚衰弱之時。豫後亦佳良。療法以絕對的安靜臥床為主。解除血栓。以免栓塞之危險。若起股白腫。則於患側之足部。裝置鋸製副木。而扛舉之。足部甚疼痛之時。施行濕布。即能緩解。運動須待熱候下降十四日後。方可行之。

若進入於靜脈內之細菌。帶膿。膿性。而其血栓陷於化膿性崩壞。則其狀態大抵不良。若化膿性物質融解及浮游。則呈膿毒症之病型。該症與靜脈血栓及股白腫不同。常

呈再歸之惡寒戰慄。構成轉移。若膿毒症因小靜脈之一局部化膿而起。則能治癒。然若因大靜脈管(例如廣韌帶之靜脈叢、子宮靜脈或精系靜脈等)之血栓崩壞而起。則數週及數十次戰慄發作之後。大抵致死。

如此者。惟有摘出化膿之靜脈或結紮之以圖治癒之一法。此法於前記血管。既屢試之。僅奏效一次而已。不足為適法。

若因毒索力強盛之病菌傳染。或有機體之抵抗力微弱。例如消失多量之血液或罹糖尿病。則由創傷竄入之敗血性病菌。於一定部位。呈組織之反應。雖無滲出物或化膿構成。而已彌蔓於全身之血液內。逞其威力。此創傷中毒。極為罕有。吾人稱之曰敗血症(其狹義為血液中毒)起於生殖器損傷後。此損傷不必大。以暴力擴張萎黃病性幼女之處女膜性狹窄後。每有急劇致死者。解剖的所見。為脾臟肥大、肝臟、腎臟之腺上皮及心臟之筋纖維呈脂肪變性。各部分之血液。含有細菌(通常為連鎖菌)而脾臟、肝臟及腎臟之毛細管內尤多。其管腔閉塞。臨床上敗血症呈高熱。一般狀態頗重。於局部疾患未著之時。既呈虛脫症狀。

療法必於創面消毒。又必強壯體力。而對於侵入之病菌。始有抵抗力。此外宜多飲葡

葡萄酒、香賓酒等。一方助有機體之燃燒。其熱候能妨止他重要物質之消耗。一方爲解毒劑有效。同時能亢進心臟機能。凡敗血性之患者。宜多攝取營養物。固形食物。因發熱而不欲食。食之亦不易消化。不若取流動食物。若熱度甚高。呈嗜眠狀。心臟衰弱。則於二十八度之溫浴內。灌注冷水。(攝氏十八度或二十度)有效。若患者無感覺。脈搏細小頻數。呼吸爲淺在性。則取溫浴。灌注冷水後。必再希望食餌。呼吸爲深在性。心臟之機能恢復。脈搏良好。前此無力性之顏貌帶活氣。凡因細菌中毒者。熱爲身體之治療的反應。故對於敗血性疾患。不宜投解熱劑。吾人多用規尼涅。安知必林等。能使體溫下降一二度。然數時後。卽再惡寒戰慄。體溫上騰。而一時性體溫下降。忽變爲惡寒。其不良之影響。及於心臟。爲害頗甚。

對於敗血性疾患而用解熱劑之療法有望者。爲血清療法。其方法與實扶垓里血清療法相同。邁爾氏等。於動物接種強力之連鎖菌。而得連鎖菌免疫血清。動物試驗之結果。該血清對於人工的連鎖菌傳染。能收良效。血清之作用。非直接及於細菌者。因連鎖菌於連鎖菌免疫血清內能生育故也。凡血清保護之動物。細胞貪食作用甚盛。其結果細胞內之連鎖菌撲滅。病菌遂不能移行於血液中。然於人體用此血清療法。

之效果。今日尙未顯著。除因注射血清。而傳染力破壞。體溫下降。速赴治療者外。於早期用大量血清。往往無何等效果。但他日者。該血清對於病菌之防禦力增高。爲對於敗血症之有力特效劑。亦未可知。

第七編 診斷學總論

第二十六章 症候學總論

吾人於女子生殖器諸疾患。所最屢遭遇之症候。爲異常出血。異常粘液排泄。受胎障礙及附近或遠隔部位神經裝置之障礙等。

月經過多者。月經過剩之謂。而子宮出血。則謂兩月經間。無間歇時。且不與排卵相伴之異型出血。此症狀與子宮粘膜炎及隣接筋層之增生性疾患及新生物（即增生性子宮內膜炎。良性及惡性粘膜炎。茸狀粘膜炎。纖維筋腫并粘膜炎。增生性之壁內纖維維腫）相伴。出血甚劇。往往致非常貧血。若因崩壞之子宮癌或筋腫而出血。則其顏貌如蠟呈黃色。狀極可憐。

若子宮出血。爲因子宮側韌帶絞窄而鬱滯之結果。則其出血甚顯著。子宮變位。子宮脫。子宮後屈之時皆然。子宮內反之時尤甚。

各種急性生殖器炎症（即子宮及附屬器淋疾。敗血性疾患等）之際。其出血不甚顯著。吾人於急性傳染病所遭遇之急性內膜炎。實質炎之際。其出血亦爲中等度。

月經不潮者。即春機發動後之經血休止。此於生殖器閉鎖、子宮全不發育或發育不全等之畸形見之。卵巢之發育不全。不營排卵機能者。雖子宮有正常之大及形狀。然月經亦因之不潮。

續發性月經不潮。因子宮或卵巢之重篤炎性疾患或傳染性機轉而起。因癆瘵性疾患而起之全身營養障礙、肺癆、腎臟炎、糖尿病等。亦誘起月經不潮。全身病中。爲其原因的動機者。萎黃病也。高度之萎黃病。往往停止月經數年。又或授乳過久。經過授乳期。而月經依然不潮。(子宮授乳期萎縮)

代償性月經者。月經不潮。而自他臟器(鼻腔、胃、直腸等)起定期的出血之謂。確實之例甚少。

可憐之精神病者。生此代償性出血。自覺甚快。彼等欲自耳、鼻、眼等出血。近日遂發見一種刺衝用針。

月經時及其前後。生殖器有疼痛者。吾人稱爲月經困難。

據舊分類法。則分月經困難諸症爲炎性、充血性、神經性及卵巢性月經困難等。此分類不可謂不當。雖無一定之着眼點。然由是可知誘起月經困難之生殖管諸疾患。且

可推知月經困難之性狀。千差萬別。故余以爲此分類法。較僅分爲充血性及機械的月經困難二種之新分類法爲優。

此機械的月經困難之名稱所由起。謂經血鬱滯極多。或鬱積於狹小之子宮口後方。因排泄而需子宮之努力者也。因此努力而生疼痛。即發所謂疼痛性子宮收縮。首唱是說者。爲徐姆氏。以頸管之病的狹隘。子宮之前方屈曲及子宮粘膜一部剝離。（膜性月經困難。參照第十二章）爲月經時疼痛性子宮收縮之原因。此等症候。於子宮及陰閉鎖之時。愈旺盛。此在徐姆氏以前。已爲人所共知。若子宮前屈。則不問月經時有疼痛與否。頸管常有最完全之通路。此休爾氏所證明也。

現今生殖管之病的機轉。批判極精細。診斷學已達完全之域。確知月經困難之原因。多爲炎症狀態。而尤多爲卵巢炎。喇叭管炎及兩者併發。或子宮之炎症狀態。有此論據。而對於月經困難之現象。可下一定之解釋。月經時及其前。生殖器之動脈性充血。能使疼痛性炎症機轉。益增其疼痛。且使潛匿性炎症機轉。亦起疼痛。此於卵巢及喇叭管之疾病見之。子宮之炎症疾患。動脈性充血之外。尙有增加疼痛或生疼痛之一動機。即收縮是也。子宮內容物。皆因子宮之筋力而排出。或防遏其逸出。經血

亦然。子宮健全之時，其收縮不與疼痛相伴。若有炎症，則收縮時有疼痛。此現象與產褥時同。

月經困難，從原因的疾患之異，而有種種感覺。或疼痛後即出血，出血時疼痛停止。或僅出血時有疼痛，或出血時及其前有疼痛。某患者訴骨盤內之鈍痛、灼痛，其疼痛放射遠及於背部之遠隔部位。此疼痛或為持久性，或為間歇性，又或一時增進，一時輕快。

利尿困難者，即疼痛性尿意頻數，往往與月經困難併發。且往往起頑固之便秘。又或於遠隔臟器與骨盤症候併發，而為消化不良、嘔吐、偏頭痛等之症候。

月經困難之症候，月經時外，無疼痛者多，有疼痛者少。有疼痛者，月經困難，不過為常存之苦痛稍亢進而已。

月經困難之合理的療法，在療治其原因的疾病。對症的療法，命患者靜臥，用麻醉劑，時或行局部瀉血法。

對症療法，尚有當注意之點。機械的月經困難論，既不足取，而其疼痛因炎性機轉而起。於經血性充血之時期尤甚。子宮之排出，其血液愈頻繁，其收縮愈旺盛，則此疼痛

亦愈劇烈。因同一作用。而產褥時所發之後陣痛。與骨盤腹膜炎併發之際。子宮之收縮愈頻數。且愈強大。又或子宮內容物之排泄愈困難。則其疼痛益多。與胎盤及卵膜遺殘之時無異。

然則欲使月經困難緩解或治癒。非除去子宮之收縮不可。即使子宮內容物易排泄。或全不收縮。或僅稍收縮而流出是也。故月經困難之對症療法上。子宮或頸管之擴張。爲適切之方法。而行觀血的擴張法。或以鈍體行之。皆爲現今卓越之方法。於慢性內膜實質炎亦行之。

富理斯氏等有興味之實驗如下。即於下鼻甲介骨及鼻中隔結節。塗布古加因。除去月經困難之疼痛。且腐蝕此等部位。可得持久的治癒。(鼻性、月經、困難)氏謂月經的充血。起鼻粘膜炎之腫脹。此腫脹復誘起生殖器之疼痛。然此實驗未確定。蓋殆爲全身麻醉作用。或爲感應作用也。

健全之婦人。月經時不見熱候。上昇月經來潮之初。僅上昇二三分。然決不越平溫之限界。無達於三十八度者。

然若生殖器有炎性機轉則不然。炎症尙在急性時期。且發熱者。月經時往往見熱候

上昇。縱炎症經過既久，體溫表線上已不能認其存在，而月經時尙往往發熱。經血性充血，催進吸收作用，故分泌物瀦溜所（與全身之脈管交通已斷者）之吸收，在月經時，然則月經時及月經中間時，體溫之差異，於判定骨盤結締織炎性、子宮周圍炎性、卵巢炎性及喇叭管炎性機轉之時期，爲必要之徵候。

此急性炎衝之經過頗久，全無發熱之物質存在，僅於炎性部位有癥痕及胼胝，或瀦溜之分泌物，已無菌毒，則月經時得平溫。

生殖器疾患之局部症候，極緊要且頻發者，爲不妊症。往時以不妊症爲婦人病，遇不妊之夫婦，僅治療婦人而已。千八百六十八年，徐姆氏謂遇不妊症，須精細檢男子之生殖器，不特檢男子之生殖器而已。氏尙有各個着眼點。今日此問題已明瞭。

男性授胎不能症者，卽不能使女子懷胎之症也。其原因或爲無交接之能力（交接不能症）或爲精蟲異常（授胎不能症）交接不能症之原因，爲男子生殖器之畸形及腫瘍形成、神經性傳達行路之疾病（腦疾患、脊髓癆、脊髓炎）末梢神經疾病、酒精及莫兒比涅等毒物之妄用、神經衰弱、一時性精神障礙等。授胎不能症之原因，爲精蟲缺如及精蟲死亡。

精蟲缺如。於春機發動期前及老年見之。後者各個人有差異。若在可能生殖之年齡。則精蟲缺如。爲兩側睪丸或輸精器官疾患之結果。而腫瘍形成。卽癌腫、肉腫等及睪丸陰在。或睪丸萎縮（爲高度陰囊水腫之結果）等。爲其原因。而原因於淋疾傳染者。最居多數。淋疾性副睪丸炎。或精系炎。往往壅塞輸精管。而睪丸因之萎縮。富爾勃氏以此萎縮爲不動作性萎縮。結紮精系後。睪丸迅速萎縮。爲開累爾氏所實驗。而兩側副睪丸炎。致起持久性精蟲缺如。頗爲確實。據富爾勃氏云。理拮惡氏實驗。兩側副睪丸炎八十三例中。七十五例。起持久性精蟲缺如。若兩側睪丸甚萎縮。則起交接不能症。與精蟲缺如相合併。一時性精蟲缺如。亦爲男子感染淋疾之結果。於精囊輸尿管絞窄及變位之時。目擊之。或起於房事過度之後。精查不妊夫婦之生殖器。往往見不妊之原因。在於男子。排令氏謂不妊夫婦二百例中。三十六布仙。爲精蟲缺如。十九布仙。爲精蟲死少。而精蟲缺如之男子六十三布仙。爲結婚之際。既感染淋疾者。

授胎不能症。又因健全精蟲之機械的排泄障礙而起。尿道口異常。淋疾性尿道絞窄。尿道炎後癥痕形成。攝護腺肥大及因膿瘍形成而射精管壅塞。或變位之際。皆

起此症。

因不妊而訪醫師者多爲妻女而非夫治療之者爲婦人科醫然婦人科醫遇不妊之夫婦必就其夫精查其生殖器機能不可怠忽。

精蟲之顯微鏡的檢查甚易使患者用橡皮被覆交接後搗齋送致其橡皮被覆可也。

若不妊症之原因爲女子生殖器異常則(一)因卵形成裝置異常而不能形成胚種。(二)因他生殖管變化而精蟲細胞不能與卵細胞邂逅。(三)子宮不能孵化卵即無使妊娠達於生理的終末之能力也。此缺陷稱爲習慣性流產。以上兩種狀態相合併者亦有之。

卵形成不能。生理上在春機發動期前及與月經閉止同時而排卵機能消失之後。若病的狀態則必發育異常而卵巢全不形成或不完全形成。或僅爲嬰兒發育階級此狀態往往與子宮等之成形機缺如相合併。

兩側卵巢之腫瘍形成並急性及慢性卵巢炎皆妨害胚種生成。卵巢皮質之炎症尤其淋疾實爲炎症之主原因。

輸卵裝置。亦因淋疾傳染而罹患。僅淋疾性喇叭管炎。既爲受胎障礙。而續發性喇叭管周圍炎及子宮周圍炎。妨害輸卵機械的作用尤甚。喇叭管剪綵口之閉鎖。亦爲淋疾性喇叭管炎之結果。

淋疾傳染。爲女性不妊症之原因。此奈荷拉氏所證明也。但氏自解剖上解釋此症狀頗誤。以子宮周圍炎爲其眞原因。經近時多數學者之研究。及近世腹部婦人科學界諸手術家之實驗。始確定奈荷拉氏發見之原因的關係。

絕對的障礙精蟲與卵子邂逅之疾患。爲喇叭管腹口之炎性閉鎖。兩側化膿性喇叭管炎。後天性及先天性閉鎖諸症。

又諸般生殖器疾患。能使精蟲與卵子邂逅甚難。此爲輕症子宮及喇叭管炎。子宮及陰之腫瘍形成即筋腫、肉腫、癌腫等。子宮變位中。子宮脫。子宮內反及子宮後轉等皆是。

子宮腔部之畸形。往往致受胎困難。子宮外口之畸形尤甚。因加答兒甚久而起之腔部硬化症。妨害精蟲之進入或移行。不妊症之原因。在頸管狹隘者甚少。蓋僅通過二密迷突消息子之頸管。已甚狹隘。然與喇叭管相比。尙廣大幾倍。若精蟲能通過喇叭

管。則狹隘之頸管。毫不妨精蟲之通過。

然頸管廣大者。較狹隘者易受胎。嘗分娩之婦女。較處女易受胎。於頸管施多數截切於不妊症之治療上。頗奏卓效。

膣及處女膜之癍痕性。及先天性狹窄。亦為受胎障礙。

內膜炎亦往往為不妊症之原因。

精蟲於膣中失其生活力甚速。此因累佛氏之檢鏡的試驗而確定。在理氏發見精蟲在膣分泌物中。不問其分泌物之為正常或病的。皆失其運動力。然若在正規頸管之分泌物中。則其運動力保持甚久。

子宮後屈之時。受胎障礙之原因。多為子宮加答兒。蓋後屈之際。子宮加答兒。殆為必發之症也。

久不妊娠之婦女。受子宮搔爬術後。往往受胎。吾人據配退爾氏之試驗。而知卵不在子宮粘膜上。實進入。占居於粘膜中。搔爬後。子宮內面之創面形成。能使卵易沈着。然內膜炎性粘膜疾患。使卵不能沈着。此際欲治癒不妊症。必使達於子宮粘膜之受胎卵。不於粘膜上死滅。

女子生殖器疾患，併發膀胱及腸管之症候者頗多。

膀胱屢爲生殖器疾患所侵，淋疾之際，尿道亦爲其所侵，時或侵及膀胱，若生殖器罹敗血性疾患，則生骨盤腹膜炎性癒着，或化膿性滲出物，因是膀胱壁被其牽引，或移動，且爲炎衝所侵，滲出物時或於膀胱內破壞，發膀胱炎，又急性炎性疾患，往往須長時導尿，因是亦發膀胱炎。

炎性機轉，參照第二十一章，炎性機轉治癒之時，遺留生殖器疾患之併發症狀，須醫治者，英人名之曰刺衝性膀胱，刺衝性膀胱者，膀胱之知覺稍過敏，其充滿僅達於中等度，而膀胱壓縮筋筋層之官能已起之謂也。

又有純以機械的方法，而自內生殖器疾病侵及膀胱者，膀胱周圍癒着，往往爲子宮實質喇叭管卵巢炎症之結果，尿道及膀胱頸之壓迫，每因子宮之炎性腫脹及腫瘍而起，因子宮頸部及廣韌帶之大腫瘍而致膀胱體之牽引者尤多，如斯者，發特殊性尿閉，爲該疾患特有之膀胱症候，特殊性尿閉之際，膀胱雖充滿過度，然尿意頻數不止，每次排尿少許，故患者常覺有多量之排尿。

腸管之障礙 婦人病中，吾人所屢遭遇者，爲頑固之便秘，此亦有因機械的原因

而起者。即因內生殖器之新生物及炎性腫瘍、子宮之後方變位等而起者也。又無以上之原因。而婦人女子亦屢屢起便秘。蓋不適當之教育及生活、惡習與內臟下垂症相合併之腹壁弛緩。爲其緊要之原因。

女子生殖器疾病。與皮膚疾患之發生的關係。今尙未能詳細說明。勿洛因氏於姪婦屢發見人工蕁麻疹時。或於生殖器成熟之婦人發見之。（據勿洛因氏云。患萎黃病者。不發此現象。）但人工蕁麻疹者。以指頭或鈍體。摩擦胸部及腹部等之皮膚。而該部位呈鮮紅色。經數時而不褪色者也。勞克氏發見皮膚之發疹及炎症。與女子生殖器疾患有關。勿洛因氏以卵巢之內分泌（輸入的分泌）說明之。且以血液循環器及血液。爲誘起皮膚病之媒介。海路富氏等以此等皮膚病。爲歇斯里的及神經衰弱之局部症候。與神經系統之變動有關係。

今試舉其類例如下。

一二十四歲之婦人 A. K. 十四歲以來。有月經。罹高度之萎黃病數年。二年前結婚。至今尙未懷胎。千八百九十八年六月。患者以一個月以來。胸部有蕁麻疹。其他身體各部亦有之。乞余診視。蓋患者疑蕁麻疹與生殖器疾病相關聯故也。余檢視之。

於子宮之左方。見一囊腫。如兒頭大。

施手術後。始知此囊腫爲與周圍癒着之喇叭管卵巢囊腫。右方卵巢與喇叭管之癒着離解。切除喇叭管囊腫後。經數日而尋麻疹消失。亦不復發。經三四年後。患者健康生活。而迄未妊娠。

陰毛發生異常。於男型生殖器畸形。陰陽體。往往見之。

同處疼痛中。與子宮收縮相伴之疼痛。頗少。患者所訴。多不甚明。此等疼痛。或爲鼠蹊部之牽引。薦骨之壓迫。膀胱之壓迫。下腹部之痙攣性定期的牽引等。疼痛愈旺盛時。與分娩陣痛愈相似。於子宮之異常分泌。或分泌過多。或有巨大之粘膜炎腫。體部癌腫。粘膜炎下腫瘍突出於子宮腔內。且伸張內腔之際。常目擊之。

病的內容物之外。若知覺銳敏。且具興奮性。而爲急性或慢性炎性臟器。則此陣痛殊劇烈。此於月經困難之章下已述之。

此等疼痛中之定型。爲月經間痛。於兩月經中間時之半。此疼痛增進。爲子宮收縮之特徵。疼痛發生時。自生殖器流出粘液甚盛。排出與疼痛同時停止。此月經間痛。爲慢性內膜炎之固有症候。

收縮之感覺之外。吾人於女子生殖器疾病。遭遇種種症候。此等症候。起於神經系統範圍內。吾人分此等症候爲二種。一局限神經疾患。卽爲生殖器疾患之神經障害。二爲因生殖器疾病而起之一般神經官能症。前者局限於骨盤。有疼痛之部分。與病竈相一致。炎性卵巢、炎性喇叭管、新鮮之癍痕。均起疼痛。此疼痛因機械的傷害。內診手指之觸接。通過側方之糞柱之壓迫。交接時陰莖而增劇。

然往往有疼痛性感覺。患者不能明確知其所患臟器。而存在於骨盤範圍者。腸骨部疼痛、膻口疼痛、放尿時疼痛、薦骨尾骶關節痛（薦骨痛）皆屬之。病竈與主要疼痛局限部位之直接關係。甚易推知。例如薦骨痛因骨盤結締織或卵巢間膜韌帶之蜂窩織炎性機轉蔓延而起。因是可知骨盤結締織或子宮周圍炎性機轉之移行於坐骨神經叢。於一側或兩側下肢起疼痛之理。然其他則無此直接原因的關係。此等現象。吾人與海迦爾氏以腰髓症候之名稱總括之。腰髓爲通過骨盤之多數神經末端之中樞。卽自病竈於遠隔之部位發反射的疼痛之中樞器也。此與慢性卵巢周圍炎之際。於膻口感疼痛相同。

下肢之疼痛感覺及麻痺現象。雖於遠隔徑路現之。然與及於坐骨神經叢之直接壓

迫有關係。後屈子宮體之壓迫。坐骨神經叢於離大坐骨截痕部位之腹膜之牽引或刺戟。自骨盤結締織蔓延於腹壁下之蜂窩織炎及於股神經叢之枝樞之壓迫。皆呈此現象。

與直接壓迫無關係。而確與生殖器疾患有關聯之症候如下。

(一)一四十歲之婦人K. D. 爲六回之經產婦。最終分娩。爲三年前。二年以來。腰部及下肢疼痛。有便秘之傾向。時或不能排尿。一年前至今。下肢之疼痛及衰弱益甚。殆常平臥。

子宮甚後屈。而肥厚增大。內腔達於十仙迷突。兩側骨盤結締織柔軟。兩卵巢之大如常。患者訴下肢疼痛。步行困難。步行時身體前屈。此現象據橫倍爾氏之神經學的診斷。爲因兩側坐骨神經範圍之廣大神經炎而起者。呈顯著之電氣變性反應。千八百八十九年十月二十日。行子宮之腹壁固定。機能上奏效顯著。患者今能自由直立步行。下肢疼痛。殆全消失。疾病減退。腓骨筋、脛骨筋。兩側皆未如常。然已呈電氣興奮性。

(二)一婦人K. 現年三十八歲。結婚十年而未產一兒。幼時及結婚後數年健全。五

年前始覺步行困難。無疼痛。而易覺下肢疲勞。此疲勞感覺年年增加。自此時期始由醫師診視。發見有子宮發生之腫瘍。月經不甚旺盛。而月經時疲勞感覺增進。千八百九十一年十一月一日。余發見筋腫。大部分在於骨盤內。達於臍窩。患者步行困難。呈固有之狀。橫倍爾氏下痙攣性脊髓麻痺之診斷。

同年十一月十二日。行筋腫摘出術。行海迦爾氏膈上部切斷術。

手術後。患者便覺有佳良之變化。從來平臥時亦感覺且時或妨安眠之下肢痙攣性牽縮減退。筋腫摘出後。患者得長時安眠。甚快癒。而十二月三日離床。痙攣麻痺性步行之狀。僅留其痕跡。而下肢甚覺有力。

其後經半年。患者以書翰報告身體健全。

生殖器疾患與遠隔徑路之神經性症候之原因的關聯。甚難了解。此症候大部分包括於歇斯的里之名稱之下。自實地醫學之近世分科的研究既起以來。此症候為神經病理學者及婦人科學者所屢遭遇之一區域。其性狀千差萬別。無唯一之徵候。可定診斷。歇斯的里之症候。不單獨發生。亦不呈主要之徵候。與生殖器疾患密接之關係。不能精密證明之。研究歇斯的里之種種病症。而後知如上所述。且視歇斯的里。全

爲虛病。該患者意志薄弱，必不具確乎之性格。可視爲無教育兒女。醫士對於患者，不可以醫學上之見地處之。而當以教育上之見地處之。論破此見解者，爲今日婦人科醫及神經學者之功績。

據現今之學說，遠隔徑路之神經性症候，與生殖器疾病有關係者，與歇斯的里之關係如下。

非有原發性歇斯的里存在，而以上症候，直接與生殖器疾患有關耶。或有歇斯的里（即衰弱變動之神經系統）存在，而生殖器疾患，爲其誘因，爲挑發者而作用耶。

歇斯的里之本態，爲意識極輕浮，且營非常之身體的變化。歇斯的里之原因，爲起於生殖器圈內之作用（迅速遞發之產褥、失血等之傷害的影響）或基因於他動機（例如遺傳）之神經系統之障礙。

與生殖器遠隔症候之傳播或媒介，據橫特斯氏之說，爲由於神經、脊髓、中樞器，或局部神經疾病既止，由生殖器疾病反射，而中樞神經系統興奮之故。此等症候，吾人稱爲反射神經官能症。此名稱與此兩種之傳播方法，實相適合。

如此之症候。其性狀千差萬別。卽一般神經質、興奮性、不眠、消化不良、神經痛、乳房痛、薦骨痛、肋間神經痛、坐骨神經痛、神經性顏面痛。

上下肢、胃、噴門（噯氣）橫隔膜之痙攣（吃逆）及強直。

聲帶、四肢之麻痺。

痙攣性咳嗽（歌斯的里性咳嗽）

呼吸逼迫、喘息。

此等症候中。急性者。因壓迫所謂歌斯的里性發作之發現帶而發。對於與生殖器關聯之歌斯的里最必要之發現帶。在下腹部。爲在正中線側方之部位。諺爾苦氏謂自此部位可觸知卵巢。故該氏稱此關係曰卵巢痛。此卵巢痛與卵巢毫無關係。因摘出卵巢之婦人。亦發此卵巢痛故也。卵巢痛不過示下腹部諸臟器被侵襲而已。此等臟器。爲全內生殖器。或爲其一部分。而非卵巢也。

最屢發此症候之生殖器疾病。爲子宮後屈、子宮、卵巢、喇叭管、骨盤腹膜之慢性炎性機轉。

與生殖器疾病關聯與否之診斷。非內診不能決定。此症候與生殖器疾病有關耶。或

有歇斯的里之基礎而現出耶。甚難判別。洛美爾氏依歇斯的里性固有徵候而識別之。歇斯的里之特徵。在結膜反射及口蓋反射之止。以手指或一物體觸之。並不轉瞬及嘔逆。此必要之類症鑑別的標準。不能判別歇斯的里爲原發性抑爲因生殖器病而發者耶。遇重症歇斯的里現象。須與有經驗之神經病理學者商量。

原因生殖器病之療法。若選擇得當。施行得宜。則必可使神經性歇斯的里性症候消失。喚起俗人及未熟醫士之注意。卽生殖器疾患既甚陳久之時。行適當之局處療法。亦可使此等症候消失。然若距生殖器疾患之初期甚遠。神經現象獨立。則既難以婦人科的療法治之。

尚有宜注意者。歇斯的里性神經官能症。非皆可歸諸生殖器疾患。而爲反射性神經官能症也。治療現存之生殖器疾患。同時除去神經官能症者固有之。然不甚確實。由感應作用而起之效果。如何大耶。吾人不能無疑。然婦人女子往往被其誘惑。若吾人能知此慎重之見解。則神經性症候。及同時存在之生殖器疾患與神經性症候之關係。解釋上不至有誤。若不易說明。則必與神經學者商議。

此勸告最爲必要。蓋此難局今尙未能向各方面說明之也。克累尼氏等。疑其受生殖

器疾患之影響。因刺戟傳達或反射而發一般神經性症候。氏以爲生殖器病及機能的神經病雖交至。然其原因不相關聯。又謂生殖器病亦有有害之影響。及於神經系統。又謂決不可輕視生殖器疾患之及於神經系統及婦人精神之影響。歇斯的里之陳腐名稱。事實上包括廣漠之神經性複雜症候。子宮及其附屬器疾患往往發歇斯的里之主要且最頻繁之症候。

第二十七章 婦人科診斷法

第一節 臨床的診察法

婦人科學之主要診察法爲觸診法。觸診之必要。與診察肺臟及心臟之際。聽診及打診之必要無異。又與檢查眼底之際。調節機弛休之緊要無異。蓋觸診法實爲助診斷之唯一方法。婦人科的診察之際。尤不可缺。且不能以他方法代之。

女子生殖器在於骨盤腔。一部橫於腹腔。診斷的觸診之際。吾人可自腹壁、膻、直而腸按診觸知之。

確定診斷之主要問題與視官無關。係觸診之物體宜明確知其形狀。且此想像之知

覺必與成形的映象一致。此映象明瞭可於紙上模寫之。指示此映象必使人人得知其觸診所見（即生殖器所見）。

觸診知覺之能變為成形的映像否。視其手段之熟練如何。此範圍內。材能或優或劣。或全無能。蓋婦人科診斷學。為診斷學中最難習者。然於臨床講義。每一學期。必得適度之熟達。此余之所經驗者也。

婦人科的診察。必須診察他身體部位。蓋患者非能自類別所患疾病而乞醫師之診察也。

若由既往症而得可想像婦人科的疾患之原因。則先以視診腹部為始。使患者脫却股衣及緊扼中腹部之上衣。露出下腹。橫於診察長榻（有堅實之褥床者）患者往往放尿。而膀胱空虛。然須問其最後放尿在何時。有時宜使放尿。由是觀察腹部。檢其如何膨滿。腹壁硬直或弛緩等性狀。又閱其有無線條。次打診腹部。確定肝臟腎臟之部位。此際所發見之腫瘍界及顯著之濁音界。於皮膚上以鉛筆劃示之。

最後觸診腹部。確定其腫瘍之硬度。若腹壁十分柔順。則觸診腎臟。

次診察生殖器。先視診外陰部。檢外陰部之閉鎖能力如何。留意於前庭之癍痕及缺

損。片側或兩側臃壁之脫出。且注意外陰部粘膜及臃口之分泌物之性狀。次診察內生殖器。此際當服膺之緊要條件如左。

內診之際。宜嚴守防細菌傳播之原則（參照無菌及防腐療法章下）。

器械之消毒甚易。手指之消毒頗難。故廣大之實地的動作之際。欲期無菌。實非易事。故每診察時。吾人用橡皮手套及橡皮指套。可使吾人之觸接表面。全然無菌。且用此被覆。則吾人之手指。不與細菌接觸。可無傳播之憂。

每內診之前後。須以微溫湯、石鹼、酒精、利曹兒、石炭酸或昇汞洗滌手指。嚴密消毒。於內診手指。塗布殺菌脂肪（刺納林）或以利曹兒濕潤之頗佳。若有附着於健全粘膜之細菌。不免傳染。則診療時行內診。有傳播於他患者之虞。必須特別注意。（淋疾球菌）若行直腸診或診有癌腫之疑之患者。則必用橡皮手套或橡皮指套。

若內診時用左手。則立於患者左側（若用右手則立於右側）欲不與附着於陰毛及外陰部之異物相觸。故以右手披開大陰唇。以左手之示指。挿入於臃內。此時以左手之手掌。向於下方會陰。用力壓陰唇繫帶及會陰於下方。不可與知覺過敏之尿道口相觸。徐徐以手指向於子宮臃部而送入。於其時觸診臃壁之表面。摸索子宮臃部。外

口之大小、性質、形狀及外口周圍部之性狀等。

初診時先以一指挿入於腔內，以知其腔之廣狹。次送入中指。若此婦人曾分娩，或會長時交接，則內診時可不至有損傷或疼痛。

潔白之處，女其處女膜多未毀傷，以一指挿入於腔內，頗非容易。如此者，不可自腔行觸診。宜自直腸行之，與觸診幼女同。若因觸診而發見，必行局處療法，則不得不犧牲完全之處。女膜然單純之診斷，可無需此。

若得實行，則常以二指自腔觸診，測定廣袤及距離，較用一指精確。覺知觸診二指間角度之筋神，可依指頭之距離，想像其精密之映象。若以一指觸診，則越觸診物體之表面，或運動於其周圍之指頭之運動範圍，實媒介觸診物體大小之觀念。此觀念甚不精密，一言以盡之。卽有長、廣、高三廣袤之觀念，須自腔以二指行觸診，乃能明白。

以手指送入於腔內之際，不可使患者苦痛，又不可使興起色情、疼痛及色情。興起能使腹壁筋族收縮，其結果自外部按診之手指不能達於骨盤內臟，故於前庭之前方，宜勿與尿道口及陰核相觸於內診。手指塗布滑澤之物質，徐徐送入，又於腔內宜少。

運動以減少摩擦。

置左手之手指於腔內，貼於陰阜之上方，以右手壓入腹壁（須軟而有力）與內診手指相對向而行觸診。

欲精密觸診骨盤臟器，則必使患者十分弛緩其腹壁疼痛及興奮之外，他精神感動如心痛等，亦能使腹壁緊張，多數患者，至診察所，往往已負心痛，患者於此處所受之感情，不滴於安靜心神，故醫士宜使患者勿起惡劣之感，余之診此患者也，不於普通之診察榻診之，而用有單純堅壁之臥床，凡有妨診察之衣服，皆除去之，若患者不肯將衣服全行脫却，則弛緩之，且以除下之上衣及股衣，蔽其足部，以披開之，胸衣及襯衣，蔽其上體。

又自外部行觸診，須使患者安臥，不可緊張，患者薦骨陷凹（步兵薦骨）腰椎柱前彎而仰臥之時，送腹腔之內容物於前方，助成前腹壁之緊張，故宜使其腰椎柱後彎，屈體而臥，患者之位置，臀部宜高，腰部及背部宜低，肩胛又宜高（即與臀部同高）頭部宜更高，欲得此位置，宜以填塞甚堅（不可過低）之楔狀枕，置於臀部之下，陰部及肛門，與枕緣相接，患者既在此位置後，開脚而使大腿與軀幹軸成直角。

如斯則強直之腹壁。亦可按診。

觸診時。不可不明骨盤全內容物之局處的形象。不然則自陰及腹壁行觸診。必不能得滿足之結果。有時須行直腸診。

若膻稍強直。則不能移動至其高。故欲觸知子宮之後（上）面及廣韌帶之後面及卵巢頗難。此等部分。可自直腸觸知之。以一指送入於直腸。多數患者能忍受。僅少數患者起旺盛之裏急後重。腹壓不能弛緩。如斯者。有時可以慰諭助之。置示指於直腸。以拇指挿入於膻內頗便。蓋拇指能使示指便於檢索也。

若兩手指皆熟練。雙合診。則甚為便利。即以左手自陰行觸診。以右手自腹壁行觸診。或交換左右手行之可也。

實地上日常之狀態。以兩手指皆熟練為要。臥床或右側與壁相接。或左側與壁相接。移轉臥床。或轉患者之位置等。非可時時行之。若兩手指皆熟達。則宜時時練習。常保持之。不可失忘。

時或於一例。自膻行觸診。須用左右兩手指。身體之強迫位置。手指之強迫姿勢。均有妨觸診之知覺者也。手指之甚外轉。為最不便之手指姿勢。若在外轉及內轉之

中間位置則甚爲便利。而覺知觸感甚易。然此中間位。僅適於觸診向手掌面之骨盤半部。欲觸診骨盤之側方部分。則對於左骨盤半側用左手。對於右骨盤半側用右手可也。

若初診時觸診不完全。不能下明確之診斷。則次日行第二次診察。往往能奏效。余遇重症。常反復診察。因是診斷可得明晰。

若爲正規之狀態。則以上述之方法。觸知前轉子宮之位置。形狀。試移動之。而證明其屈撓性如何。與兩卵巢相觸。覺知其縱軸自後上方向前下方。觸診獨爾拉斯氏皺襞。知其柔軟之度。且知其附着點距子宮外口。在二仙迷突上方。觸知子宮血管附着部。及喇叭管之一小部分。

此外有消息子診。此雖屬觸診法。然加入於計測法。較爲適當。

徐姆氏輸入消息子於婦人科學之後。其效力初有過重之價值。其應用範圍亦頗擴張。然現今婦人科診斷學上。雙合診盛行。消息子之聲價。大爲失墜。

子宮消息子。現今用爲計測器。故消息子不可不有刻度。不僅有直徑四密迷突之一節而已。凡爲九片所成。有結節數個。大小各異。其直徑自一密迷突至十密迷突。

以此機器可精密確定子宮腔之長短廣狹。

普通使用者爲休爾氏消息子。然欲確定子宮之位置。現今既不用消息子而行雙合診。可得確診。只甚複雜之狀態。雙合診不能奏效者。如子宮之側有腫瘍。子宮不與內診手指相觸。或子宮壁（或子宮附近）有腫瘍。不能認識其凸隆是否子宮。則仍藉消息子之助。測定子宮腔之方向。以完備吾人之觸診形象。

消息子不可以強直之機器。目之其彎曲。須與由雙合診而想像之。子宮位置一致。消息子彎曲與子宮之正常位及最頻繁之病的位置適合。使用消息子之際。決不可用暴力。且不可用管狀子宮鏡。送入消息子。定子宮內腔之經過。計測子宮之長短或頸管之廣狹。必用消息子。則須慎重監視而行之。固定腔部於一個或二個溝狀子宮鏡中。以有鉤鉗子鉤之。消息子彎曲與豫計測之子宮之位置一致。以送入於子宮。至腔部及消息子之宜先消毒無論已。

婦人有因消息子診而致死之實例。甚爲悲慘。此因使用傳染性消息子。誘起敗血性實質炎。續發腹膜炎而死亡也。故施子宮消息子診。必須行嚴重之制腐的豫防。又欲以消息子送入於子宮內。必須以昇汞溶液豫洗滌其腔。

膀胱之消息子診。甚爲緊要。膀胱之後壁。以強直之組織與子宮頸之全前方部分癒着。故頸部前壁之移動。位置及變形。與膀胱後壁之移動。位置及變形無異。然則膀胱與子宮之變形及變位。往往相關。僅於膀胱位置。施消息子診。往往不能決定其爲子宮腫瘍或附屬器腫瘍之診斷。

欲明白其形象。必行計測法。普通之腰圍計測。腹部膨滿之卷尺計測及前述之消息子計測等。姑置之不論。遇內生殖器之增大及腫瘍形成。必用觸神規。以確定其大小。自外方隔腹壁而行之計測法中。最緊要者。爲測定由雙合診而觸知之廣袤。置觸神規之一腕。於臍或直腸。置他腕於腹壁。而計測之。此等廣袤之過大。觸知甚易。

此等診察法。大抵成功。然若（一）患者腹壁不能弛緩。（二）所見複雜。（三）在於腫瘍骨盤內。此腫瘍骨盤。在於子宮之側。與子宮難區劃。或不能區劃。（四）因壓迫及牽引。而其影響及於骨盤臟器之腫瘍。充滿腹腔。（五）腹壁甚富於脂肪。（六）多量之遊離液。充滿腹腔。則以上之方法。不能奏效。

如斯者。吾人不得不先用深麻醉。且需助手。若必施呀囉仿謨麻醉而診察。則須具備多數條件。

患者必臥於一定之檢診臺或椅子。而開大腿。看護婦扶持之。或以適當之把脚器支持之。

麻醉須深。

時時因嘔苦而中絕之淺麻醉。甚不確實。診者若在不適當之位置。如苦患者之脚。傾倒於內方等。則其診察較其他有效方法難奏效。

若腹壁十分弛緩。以手指送入於肛門。患者亦不起反動。則恰如無腹壁存在者。往往可於兩手指間。把握骨盤臟器。且多數婦人科的疾患。例如喇叭管、骨盤結締織、骨盤腹膜部分之血液及膿瀦溜、子宮外妊娠等。柔軟且不用強力。而可觸知之。此深麻醉之大利益也。

凡可助診斷之原因。悉宜注意。不施麻醉而診察。明疾病之性質。後始可行麻醉。診醉之前。須確定何部分最疼痛。麻醉觸診之時。亦宜注意於此部分。因此時患者不能指示其疼痛。或雖疼痛而不能自訴。故也。疼痛實為健康之守護者。如此。則可由觸診而知其精細。用四指行直腸診之法。余已不用。

以全手指送入於直腸而行觸診。則手指在強迫姿勢。利益甚少。且往往起直腸之創傷。

於骨盤內觸知其爲病的者。殆皆屬骨盤臟器。此雖爲婦人科醫之所領。然腫脹之全部或大部在小骨盤之上者。(腫瘍、滲出物、血液滲漏等)則不盡然。吾人對於此等。必用特殊之診察法。

第一須確定可疑之腫脹。果爲新生物耶。極多數之下腹腫瘍爲囊腫性。大部分爲液體所成。首宜決定者。此液體遊離存在於腹膜內(腹水)耶。抑爲被囊性耶。此可由打診確實決定之。

遊離腹水之呈波動。較被囊性液體。尤爲著明。察腹水時。於打診上發腸音之部位。亦可觸知波動。被囊性腹水則不然。無論在如何之體位。遊離液體。必沈降於最低部位。腸管浮動於其水面上。若卵巢囊腫甚大。則與前腹壁相接。故雖在背位。亦於腹部之最高部位。呈濁音。於最低部位。呈腸音。此蓋自被壓排之小腸管及橫於此處之上行下行結腸發出之音也。

打診音之差異。不甚顯著。液體瀦溜於遊離腹腔內。於背位患者之臍部。毫不發見腸

音。如此者。因腸間膜過短。小腸管不能浮游於液體表面上所致。中等大之腹水。因腸間膜之短縮。打診的所見。往往陷於誤診。與於腹膜之癌腫及結核症所見者相同。欲確定其爲囊性腫瘍或實質性腫瘍之診斷。必搜索其腫瘍之發生地。其詳細於子宮及卵巢新生物之章。下記述之。本章僅述下記之事項。

若腫瘍較小。不越大人頭大。則尙未充滿全腹腔。而離原發臟器之腹腔部分廣闊。中等度大之腎臟腫瘍。位於右或左中腹部。中等度大之肝臟或膽囊腫瘍。在於右上腹部及中腹部。而下腹部分遊離。

若腫瘍甚大。則充滿腹腔大部。打診及觸診上容易區劃之腸管部分。被壓排於橫隔膜下及後方。使腹壁膨隆。而腫瘍多與腹壁密接。腹腔臟器之大腫瘍。卽肝臟、膽囊、脾臟、腎臟、腹膜後脂肪組織或結締織。內生殖器之腫瘍等皆然。婦人科醫對於內生殖器腫瘍。宜先行類症鑑別。

不由內生殖器發生之大腫瘍。不充滿骨盤之全部。亦不充滿其上部分。腎臟腫瘍、脾臟腫瘍。達於骨盤入口內者較少。甚大者。於耻骨縫際之上方。打診上可證明腸帶。腫瘍小則腸帶愈大。腎臟腫瘍。往往壓排腸全部於前方。又常壓排腫瘍側之結

腸於前方。此等腫瘍。打診音於腫瘍側至後方呈濁音。脾臟腫瘍。則多呈扁平之皿狀。與不增大之臟器相等。往往觸知二三固有截痕。膽囊腫瘍。達於下腹部者甚少。然余見有一患者。因膽囊腫瘍而腹部膨滿。腹圍達於百仙迷突。

使結腸膨脹。以明結腸與腹腔腫瘍之局處的關係。甚爲便利。其方法以有吹子之橡皮管。插入於直腸或S狀彎曲部。以唧入空氣。有時須豫行浣腸。使腸空虛。全結腸之輪廓。隔腹壁而見其區劃甚明。此方法非常有效。若診斷困難。則必行之。

欲確實證明腫瘍與內生殖器之有無組織的連絡。當用休爾氏法。卽以鉗子鉤子宮腔部。牽引之於下方。使助手以兩手指密接於骨盤入口上。而捕捉腫瘍。牽引之於上方。或一側。或他側。若腫瘍與子宮緊着。爲子宮之腫瘍。則助手之動搖腫瘍。必波及於有鉤鉗子。鉗子亦隨之動搖。時或牽引鉗子。至於腔內。卽腫瘍不由子宮發生。而因炎症與子宮癒着者亦然。

若腫瘍與獨巒拉斯氏腔及直腸之腹膜癒着。則用此法。最可觀察腫瘍與骨盤臟器之連絡。若牽引腫瘍於上方。則可見全肛門部及會陰部分。被牽引於骨盤內。若爲卵巢及副卵巢腫瘍。則助手之牽引腫瘍。不至如前波及於子宮或腔部。鉗子。

僅腫瘍莖蒂（此腫瘍莖蒂頗長且可伸長）緊張而已。此緊張可自直腸或腫瘍側之隆穹窿部覺知之。

若子宮因筋腫或妊娠而增大。爲中等度。則不能自直腸捕捉子宮底。然牽引卵巢腫瘍之際。往往於以二手指自直腸摩子宮之部位。覺有如捻轉之運動。可知其牽引及於子宮之菱角。

然若子宮甚增大。則此方法不能奏效。如斯者。於自直腸行觸診之子宮部分。覺知自腹壁及於卵巢腫瘍之牽引。爲何形狀可矣。此感覺不甚明。則可疑之腫瘍。往往非爲子宮腫瘍。

此診斷法雖可信用。然亦有時謬誤。與喇叭管癒着甚廣之腹膜後大脂肪腫。觸診時往往與卵巢腫瘍相似。此余之所實驗也。其後余施術之若干例。亦呈此觸診形象。網膜脂肪腫因其與骨盤臟器癒着。而亦呈卵巢腫瘍之觸診形狀。被囊性腹膜炎性滲出物。有時亦呈此觸診形象。

子宮內部之觸診。常需有豫備行爲。唯附着於頸管或挺出於頸管內之筋腫。體部癌腫。營子宮之流產作用時。產褥期間。頸管廣大。可插入一指。以觸診子宮內部。此外必

須先擴張子宮。用膨脹性栓子如壓搾海綿頗佳。用刺密那利亞最佳。在防腐療法未行之時代。用此等擴張器。甚為危險。釀膿菌往往因是而自腔或外部進入。且此等機械之應用法。往往不能免細微之損傷。頸管、子宮內腔之上皮剝脫。此等損傷。於膨脹栓子存在之時。每起傳染。其結果起重症敗血性實質炎、喇叭管炎、腹膜炎。

若嚴守必須之防腐法。則能使刺密那利亞擴張之危險甚小。蓋刺密那利亞擴張。為開大子宮內部之最良且最確實之方法也。

刺密那利亞擴張之最良法則如下。

先以石鹼及刷毛清拭腔及外陰部。次以昇汞水清淨之。然後貯於消毒綿或十布仙沃度仿謨依的兒或一布仙昇汞酒精。刺密那利亞桿。須與由消息子發見之頸管同大。投於煮沸石炭酸溶液或昇汞溶液中。約置二分時後。以消毒鉗子取出之。以殺菌布片捕握之。其彎曲與由消息子確定之子宮彎曲同。次磨耗刺密那利亞桿之粗糙面。再以強度之昇汞水淨拭之。頗為有益。

欲免由刺密那利亞而起之傳染。須以小橡皮被覆物被包之。而送入於子宮。亦非無

益。

次牽引膻部於下方。使子宮口露出。慎重挿入刺密那利亞桿。然後於膻部之前方。置濕潤之消毒綿球。十分填塞其腔。

於是使患者臥床。每三時計體溫一次。五時至八時之後。除去刺密那利亞桿。而以單純加答答兒洗滌子宮。

粗四至五密迷突之刺密那利亞桿。此時膨脹而達於十密迷突。如斯擴張一次。則可保持至久。此擴大於內膜炎之洗滌療法固宜。於觸診則不適當。

欲擴張子宮內腔。通常除去第一刺密那利亞桿後。即再送入一條刺密那利亞桿。頗爲適當。第二桿須粗十密迷突。八時後。膨脹至十五密迷突。通常可送入示指。

觸診子宮內部之際。須以手指自外部按診。與雙合診之際相同。有時須施麻醉。

前述之膨脹栓子不可用。壓搾海綿。於未擴張之子宮。不易挿入。且不能完全消毒。

此法既行。又發見用刺密那利亞甚爲危險之原因。遂製造他種擴張器。即爲圓錐形或圓筒形之彎曲金屬。玻璃或硬橡皮桿。自細至粗。次第挿入於子宮內。但祇可行一次。此外又從手套擴張法。製出金屬製擴張器。

此等機械各有特性。膨脹力不如刺密那利亞之強大。蓋用此等器械。僅施術一次。到底不能擴張毫不開大之子宮。至指頭大。而可得觸診也。唯於產褥時。流產後之子宮及既因腫瘍而擴張之子宮。頗能奏效。以此目的。填塞於子宮之沃度。仿謨綿紗亦然。

由觸診計測消息。子診而得之結果。均須保存。然僅以言語記載。終不完全。且記錄於種種關係。皆不適於實用。又往往比他良法。多費時間。表示立體的物體之最良法。爲圖畫。即模寫圖是也。此方法之完成及其普及。爲休爾氏之功績。

觸診所得之物。若甚簡單。則縮小之。製爲骨盤模型圖可矣。休爾氏法。最近自然。且爲最良法。而示自然大之三分之一。於子宮。子宮內或其側。觸診而得之抵抗。疼痛。以黑色及斑色鉛筆。繪特異之圖紋示之。即以簡單之線。點。陰影。之字形線示之也。而如斯則可豫防所計測之臟器過度萎縮或肥大。

各所見皆繪三圖。即矢狀徑。冠狀徑。水平骨盤斷面之三圖是也。

若頗複雜。如骨盤及腹腔之腫瘍。則余好製自然大之圖畫。如斯之模型圖。較縮小至三分之一者。尤可描寫所見。

腔鏡視診。使用管狀腔鏡。在熟練之試驗者。可無需此。熟練者以觸診手指。能認知腔部。子宮外口及其粘膜。腔壁表面之性狀。未熟練者。則不可缺腔視診。普通使用之腔鏡。爲有斜斷端之邁尤爾氏乳色玻璃腔鏡。其口徑有三四種。欲知腔內面全部之顯著完全之形象。宜用徐姆氏或徐孟氏腔鏡。此腔鏡爲創鉤狀器具。披開腔壁。且支持之。

若有助手。則使患者臥於檢診臺。以兩個徐孟氏腔鏡。披開其腔。鏡診時。使患者爲膝肘位。用此種腔鏡一個。以扛舉腔後壁。其餘腔壁。於此位置。由大於腹腔內壓之氣壓伸展之。依此方法。可視診腔內。達於子宮腔部。

婦人科的診察。不問複雜或簡單。皆不可不以柔軟之內診手指行之。單純之診察。不可使患者感苦惱而叫疼痛。診察後患者之腹部。不可遺有綠色或青色斑。婦人生殖器之疾患中。炎性疾患最占多數。如變位。新生物等他種疾患。亦往往與炎症相合併。又自生殖器發生之腫瘍。損傷甚易。粗暴之診察。往往有重大之傷害。如化膿性喇叭管炎。化膿性子宮周圍炎。性滲出物之再發。子宮外胎囊。後血腫或卵巢囊腫之破裂。脆弱且捻轉之卵巢腫瘍莖蒂之切斷等。皆因粗暴之觸診而起。行手術後。

雖有能保生命者。然生命不保者甚多。爲醫士者。不可因診斷而釀危害也。

試舉一例如下。一五十歲之婦人M。發見巨大之囊腫性腹腔腫瘍。因觸診時不甚注意。而此認爲卵巢囊腫之腫瘍破裂。余卽行開腹術。知充滿於腹腔全部之囊腫內容物。含有鏈鎖球菌。除去破裂之左側卵巢囊腫。手術雖簡單。然卽起重症腹膜炎。中毒。手術後經一時。心臟機能不良。不能觸知橈骨動脈之搏動。十二時後死去。剖檢時。臟器毫無變化。心筋層健全。

此不幸之轉歸。余之所屢屢實驗者也。余試幼年而乏經驗之同僚或實習者之觸診。或上述之休爾氏法。往往見囊腫壁。後血腫。子宮外胎囊之破裂。腫瘍莖蒂之破裂。故余於教室。遇易損傷之疾患。如喇叭管妊娠等。於臨床講筵供覽後。卽行手術。則凡因未熟練之觸診而生之危險。於適當之時機。因是可得豫防。

需手術之診斷的方法。如診斷的穿刺。診斷的切開。診斷的開腹術。診斷的膈腹腔切開術。及膀胱、尿道口擴張後膀胱之觸診。於所屬之各章下說述之。

第二節 組織的及細菌的檢查法

本節簡單記載之檢查材料。據純粹之外觀的着眼點。或從採取之時期選擇之。婦人科的手術之前。所當試驗者。爲自然排出物。卽如下。

(a) 組織成分。子宮成形性圓壙、破片、膜、海綿狀或脆弱之小部分。

以肉眼可認識者。爲胎兒部分、胎盤或卵膜之大片、葡萄狀鬼胎之房片。

顯微鏡的細折標本。爲胎盤絨毛、癌珠。

行包埋法(參照下述之方法)後。細小卵膜遺殘、脫落膜(流產後脫落膜不全復故、

子宮外妊娠之際)有腺或無腺之粘膜、正常及月經時子宮粘膜、胎盤、脫落膜遺殘、

卵膜之標本。可使吾人得確實之診斷。

若腫瘍分子(良性茸腫、筋腫、癌腫、肉腫、鬼胎腫瘍)自然排出。則往往陷於壞疽。甚難

認識。如此者。可由下述之方法(診斷的搔爬、診斷的切除)而得檢查材料。

(b) 分泌物。形體學的。不足利用。細菌的當檢查者如下。

淋疾球菌。清拭進入門後。自淋疾球菌之蕃殖地(卽頸管及尿道)採取之。

欲供診斷。須製物體玻璃乾燥標本。若着色則爲定型的小麥麩包形。或珈琲豆之形

狀。且取細胞內位置。

釀膿菌。於培養肉汁。行準備培養。溷濁顯著後。於德利設林。亞迦爾。行穿刺培養。

大腸菌。（膀胱炎等）行斜拉傾平面培養。

實扶垓里菌。（時或於敗血性褥婦之黑露中發見之）行累甫爾氏血清培養。尼賽爾氏複染色法。

又或先由適當之方法。而得檢查材料。其方法如左。

（一）診斷的搔爬（子宮）宜十分搔爬之。（須行無菌的消毒）此因初期之新生物

（例如在於喇叭管角之癌腫）往往逸出故也。體部及頸部。不須分別搔爬。若為良性疾患。則構造細長而位於核之基底者。吾人知其為頸管腺。若為惡性疾患。則適應症之斷定上。新生物之發生部位為何。毫無關係。吾人決不可以肉眼的檢查。遽定其診斷。觸診所見為陰性之時亦然。（蹄形狀搔爬器同時亦為消息子）癌腫分子。汚色脆弱。甚易壓潰。粘膜片有彈力。呈玻璃狀透明之色。然肉眼的診斷。不甚確實。確實之決定。必將搔爬之全材料。精確之顯微鏡的檢查。而後得之。

搔爬而得之破片（血液及血清須注意傾瀉之）即投於純酒精中。於三十七度。浸漬三四時。但須交換酒精一二次。時時振盪玻璃瓶。次傾瀉酒精。注入純酒精及硫酸依

的兒(同量)破片以室溫貯藏。於其內約二三時。傾瀉依的兒酒精之後。滿注乞令勁。其濃度爲中等度。經二三時。而注加於玻璃小盃。於玻璃鐘內。使之徐徐乾燥。至其硬度如軟骨。(持續十二至十五時)切拔之。而以古魯肯謨。使之附着於木片後。點滴七十布仙酒精。以與樞軸平行定置之密克洛托姆刀切斷之。以明礬措爾明。披克林酸等着色。復以酒精、石炭酸等處置之。

先以弱廓大精細檢之。當鑑別者。爲腺質性。內膜炎。及癌腫。雖有過剩腺增殖。(鋸狀及拔栓子狀)然各腺各有其性質。卽有臟器樣性狀無疑。若失此性狀。固有層破壞。各分離之腺。(間質組織此時亦頗減少)以無數相吻合之細管代之。且見細胞巢進入於筋層中。則可下惡性腺腫或腺腫性癌之診斷。又處處呈上皮多層者。大抵爲腺腫性癌。

若以平面截切而得多層上皮。則芟除腺上皮。每致誤謬。上皮之一部。常於核之上方或下方被切斷。外觀上若無核。故吾人可認識其爲腺上皮。於隣接之部位。亦常發見正型的腺之縱斷及橫斷面。

癌腫及肉腫 吾人專觀察腫瘍組織。則構成腫瘍之細胞間組織之缺如。可與肉腫

相識別。確定癌腫之診斷。在癌腫及肉腫之中間者。爲脫落膜肉腫（脈絡膜上皮細胞腫）上皮狀細胞之細胞突起之外。於同一切片。一部與其細胞突起相關聯。而爲不等奇異之形狀。發見有多數暗色核及瀰蔓性着色原形質之巨態細胞狀形體。時或有絨毛殘餘爲基質。而該形體在其上。

間質性內膜炎及肉腫。由腺之關係。可決定之。若爲緻密浸潤之細胞豐富之組織。而尙認爲腺者。則非肉腫。如此者。亦可以弱度之廓大。檢其細小組織部分。若無腺而細胞之性狀錯雜。則爲肉腫。

肉腫及筋腫。圓形細胞肉腫。多形細胞肉腫及血管肉腫。可由其固有之點。與筋腫相區別。紡錘形細胞肉腫。與平滑筋纖維之核稍爲矩形者相反。其核亦爲紡錘形。常須檢多數切片。此因錯綜於種種方向之筋腫小纖維。呈橫斷或斜斷面。不免誤視爲圓形或紡錘形細胞故也。如此者。鑑定上用大組織部分爲宜。

腺質性或間質性內膜炎及流產後內膜炎。流產後內膜炎之診斷。因發見胎兒要素而確定。胎盤絨毛有特有之形狀。進行性變性者亦然。絨毛表面之重複細胞層。可證妊娠初期之流產。有脫落膜性狀之細胞大羣簇（有構造不明之核之大細胞）可

爲診斷之助。無絨毛者亦然。雖無脫落膜細胞。而依腺之固有變化。(腺腔之擴張、突出於腔內之扁平乳頭形成而乳頭乏結締織、外觀上僅爲汚色上皮所成、粘膜間質減少)可下妊娠時流產之臨床的診斷。

(二)當行診斷的切除者如下。

(a) 膈部。於肉眼的變化之組織與健全組織之境界。切除之。破片較搔爬所得者大。其構造稍堅固。故造凍體切片頗宜。

其方法先固定其切除之片塊。於五立方仙迷突仿爾買林及百立方仙迷突密累爾氏之混合液中。且使之硬化。但此液須待用時調製之。以三十七度之溫度。貯切片於其中數時。次以流出之水道水洗之。以與橈軸成四十五度之角而固定之。截割刀切斷之。着色用明礬措爾明、披克林酸。

依前述之法則。可下診斷。今舉其當鑑別者如左。

癰爛及癌腫。腺在筋層之較深層。尙不足證明其爲癌腫。必觀察腺之數量及性質。(上皮多層、實性索條等、參照前章)

(b) 自子宮外口突出之腫瘍。或達於子宮外口之腫瘍。在於高部分(頸部、體部)

者。即良性粘膜炎腫、茸狀筋腫及肉腫是也。時或有頸管癌腫及惡性鬼胎腫瘍等。

(c) 膾及外陰部之腫瘍。癌腫、肉腫、胼胝腫(又結核及狼瘡)等是。膾之腺腫性癌。常有潛伏性頸管癌腫之疑。因前者或為後者之轉移故也。

(d) 穿孔性腫瘍。卵巢癌腫或肉腫。最易於膾或前腹壁穿孔。

(e) 膀胱腫瘍。纖維乳嘴腫、癌腫肉腫。最須行慎重之包埋法。腫瘍與發生地之關係。為決定上緊要之事項。

(三) 診斷的穿刺。大都自膾行之。所採取者如下。

血液。當鑑別者。為子宮後血腫、卵巢血腫、子宮血腫、膾血腫等。須精密注意既往症及局部的關係。

漿液性液體。為副卵巢囊腫、卵巢囊腫、喇叭管水腫。陳久血腫之內容物。往往亦變化而透明。

皮狀囊腫液體。以肉眼視之。與膿酷似。不染色之標本。有脂肪等。

膿。發於附屬器者。最居多數。當檢驗者如左。

(a) 有形成分。組織的反應(多數新鮮膿球)愈旺盛。炎性機轉愈新鮮。細菌之傳

染力愈強大。

(b) 顯微鏡的 須檢淋疾球菌、釀膿菌、結核菌。

(c) 培養的 欲與自臍部發生之不潔菌相鑑別。故以弱亞爾加里性培養基培養之。溫度一如體溫。培養的 識別淋疾球菌。宜於常用培養基。行平行培養。或注加無菌的採取之囊腫液體。腹水液體。或血清於常用培養基。(一與三之比)而行平行培養。婦人科手術時。欲明其所見。須行下之檢查。

(一) 形體學的及細菌學的膿檢查。

以移動性之故。不能自臍行診斷的。穿刺之喇叭管囊。有膿性內容者。後血腫或皮狀囊腫。不能自臍行穿刺。且有傳染(由癒着之腸管)之證者。與子宮癌併發之化膿性喇叭管炎等。均須施以上之檢查。但後者吾人於勿洛因氏全摘出術之際。遭遇之。摘出術之際。若此膿囊不免破裂。則依顯微鏡的所見。吾人將如何處置新鮮之傳染性膿(細菌多數完全膿球)耶。必先決定。然後可決定閉鎖腹腔或排膿。

(二) 組織的檢查。

(a) 婦人在生殖營爲之年齡。卵巢之扁側腫瘍形成。而他側卵巢。外觀上不受變化。

則宜摘出其他側卵巢與否。往往與除去之卵巢之組織的檢查有關。上皮之多層及不整正。不問其上皮性新生物之爲腺腫性或乳嘴性。而爲惡性之確實證徵。若爲間質性（纖維腫或肉腫）則數量的及性質的過剩增殖（稠密擠排之多形細胞）足爲惡性之證。

(b) 腺 決定其爲硬結或轉移。於豫後上頗有價值。因子宮之惡性腫瘍。其呈硬結外觀之部域的腺。常宜摘出故也。

(c) 腹膜之癌腫及乾酪性乾性汎發性結核性症 兩疾患之鑑別。肉眼的甚相酷似。然於行診斷的切除之結節。可確定之。（巨態細胞。或結核菌。或不呈乾酪變性之癌巢）手術之經過。實地上無所異。

手術後檢查除去之組織部分。最費吾人之思慮者。爲豫後如何之問題。吾人欲解答此疑問。雖專力於腫瘍之診斷（扁平表皮細胞癌。內皮細胞肉腫）然其解答尙未能十分滿意。

惡性腫瘍之固有特點。吾人所可認者如左。

成長之迅速。急速之構成。多數之間接的核分割。

周圍組織(卵巢腫瘍之基底或莖蒂、子宮新生物之骨盤結締織)中之進入部域的轉移。於最菲薄之切片，檢其摘出腺之緣竇，可見腫瘍細胞沈着之有無。(腺之轉移的疾患胚胎於此處)

遠隔轉移 在腫瘍之區域內，大血管或淋巴管內，有該腫破壞之證，則可想像之。(從惠辭爾氏之法，行血管壁之彈力性纖維之着色，則可認識脈管)

最後吾人研究手術後不幸之轉歸，可發見其原因。

間有虛脫、震盪症，可下急性敗血症之診斷者。

此試驗(細菌學的剖檢)之方法如下，即死後以白金線(用煮沸機器等消毒)自手術創採取被內臟部及體壁部腹膜之液體層或濕潤層少許，移植之於培養基。(避防腐液之到達)因淋疾球菌最不為急性敗血症之原因，故用偲利設林、亞迦爾或培養肉汁可矣。美既倫青標本，可就細菌(為敗血症之原因者)之種類，而下診斷。

第八編 療法總論

第二十八章 防腐療法、無菌療法

防腐療法及無菌療法。皆用種種藥液。以達同一目的。即保護創面。防禦妨害治癒之細菌也。理斯泰氏防腐療法。用化學的作用之消毒藥。以殺滅細菌。殺菌性消毒液之與新創面相接觸。亦不避忌。然人體及動物之組織細胞。對於化學的作用頗銳敏。較細菌體尤甚。故創面消毒之時。破壞組織細胞。於治癒上有不良之影響。若用無菌療法。則組織可無傷害。此無菌療法。不使化學的消毒液。與新創面相接觸。且不使細菌得達於創面。故能使創面無菌。今試示切斷創面之一例。讀者可知此兩法之差異矣。理斯泰氏防腐療法之法則。灌石炭酸噴霧於新創面。以石炭酸水洗滌之。且以石炭酸綿紗爲繃帶。赤色創面。因石炭酸之作用。至起白色腐蝕痂。無菌療法則不然。洗滌創面。用無害之生理的食鹽水。所用之殺菌繃帶材料。亦不附加消毒藥。故防腐療法。在撲滅創面上之細菌。以消毒創面。無菌療法。則使新創面無菌。以消毒爲無益有害。而嚴密保持創面之無菌。不使起敗血。此無菌療法。以確實之熱性或蒸汽消毒。代化

學的消毒藥之作用。

絕對的或純然之無菌療法。實際上頗不易行。且必全避化學的消毒藥。此無菌療法。殆可謂不能實行者。欲使手指及手術界之皮膚無菌。決不能廢棄消毒液。故現今有混合法。即於新創面不用消毒藥。而以熱性消毒。使之無菌。一方以化學的消毒藥。供皮膚之消毒。無菌療法。需完全之裝置及準備。教室中可行之。然實地醫常不能行。然則外部之事態愈不佳。則愈宜用易調製而輕便之化學的消毒藥。若懼組織之化學的傷害。反誘起危害更甚之傳染。不免誤謬。且無論如何。於有菌創面。用防腐療法。較無菌療法為優越。乃理之當然也。

一 手指及手術界之消毒法

最難行消毒法者。為皮膚。因不能行熱性消毒。不得行機械的清淨法。且需殺菌性化學的物質之作用。試以弱度之廓大。於顯微鏡下。檢人體之皮膚。則可見表皮之窪溝縱裂中。相集積而可比冰塊之表皮層下。皮脂腺及毛囊開口中。潛匿細菌無數。欲撲滅之。障礙甚多。事實上。至今日。迄未得有能使皮膚完全。且確實無菌之良藥。吾人

所用之消毒法。不過使皮膚比較的無菌已耳。依應用藥劑之種類及持續之如何及皮膚之性質。漸近於完全之程度而止。若皮膚滑澤且柔軟。則消毒較易。反是若皮膚（例如爪）有深溝及陷凹。或有多數腺及毛囊。或爲鱗狀粗糙之表皮所被。則甚難消毒。濕疹性皮膚。殆不能消毒。身體各部之皮膚創傷亦然。即僅表皮之深輝裂亦無不然。

消毒藥之作用。僅及於皮膚之最上層。故手術之初。檢其手指。雖若無菌。而手術時。手指運動。表皮剝脫。露出深層。即自腺開口起分泌。潛匿於其中之細菌。現出於表面。外觀若無菌之手指。實有細菌甚多。此細菌皆有生活力。最適於手指之消毒者。爲富爾勃氏法。先剪短指甲。以熱湯。石鹼及刷毛（或細微之砂粒）洗拭手指。約十分時。此際以爪鏟清淨全手指之爪床間。此機械的清潔法。可除去較粗之垢埃。及最上表皮層。使表皮脫脂。且弛緩。以清潔之水道水洗手指後。以粗糙之殺菌手巾。盡力摩擦之。以七〇至八〇布仙酒精。洗滌手指。且以刷毛擦之。酒精有脫却脂肪且直接殺菌之作用。并能侵入表皮之深部及腺開口。此於手指有小創面時可證之。入手指於酒精中。創面即覺疼痛。

以酒精消毒皮膚實爲不可缺之要件。其作用迅速且確實。總較他消毒藥爲優。手指自酒精中出。即浸入於一千倍之溫昇汞水中。用刷毛消毒約五分時。

欲依以上方法。完全消毒。當視手指爲最要。不可使有創傷。亦不可使手指與腐敗之物質相觸。以致污染。若手指之皮膚有創面。或消毒前四十八時內。與傳染性物質（膿、創面分泌物、死屍部分等）相觸。則無論如何之消毒法。對於敗血性細菌之傳播。不能有確實之保證。欲手指之皮膚不與創面相觸。宜用橡皮手套。

勿理氏創造之紙薄橡皮手套。裝填於綿紗層之間。用蒸汽消毒。密閉而貯之。以供無菌使用。消毒之前。手套內面。撒布滑石（滑粉）可使手套消毒。且被覆乾燥。摩擦之皮膚亦易。與光澤手套無異。如斯之手套。與手指密接。可不妨觸覺及微細之運動。凡由醫士之手指而敗血症之傳播。此橡皮手套可防遏之最爲確實之方法。

二 手術界皮膚之消毒法

滑澤且柔軟之腹皮。消毒甚易。然若有毛髮。有多數之皺襞及腺。且以饒多之脂肪被之。如外陰部之部分。則無完全消毒之效。雖於此部位。嚴密行之。然消毒一次。尙難使

之全然無菌。必需長時之豫備處置。手術之二三日。既剃除陰阜之毛髮。每日使患者沐浴一次。每次以石鹼及軟刷毛清淨外陰部。手術之前一日。貼用昇汞壓抵巾。手術前。更以石鹼、酒精及昇汞水消毒一次。其方法與手指之消毒相同。

膾、膾部及頸管。亦必以同一方法消毒。此際先挿入膾鏡。以伸張各部。以昇汞水行根本的摩擦。次每日以昇汞水洗滌二次。手術前復用膾鏡一次。露出膾之皺襞及頸管之凹窩。用適宜之綿塊或綿紗片。以軟石鹼、酒精、昇汞水順次消毒。并用燒灼器。使膾部之創面或潰瘍結痂。膿敗之組織部分。數日前既以剪刀及銳匙除去。須燒灼至底面。

因尿道口及肛門附近部之污染。而持續用繃帶。必不能長久維持陰部無菌。故手術時。須豫以加答答兒。排泄膀胱。以防其因尿而生不潔。又於直腸施填塞。於肛門前緊張昇汞壓抵巾。以鑷子固定之於皮膚。以防其自腸管生不潔。此外手術前當先療治傳染性膀胱加答兒。以免起陰部創傷之重症傳染。又豫行腸排泄。以免手術時排便。若疑創面不潔。則以千倍之昇汞水洗滌之。於腹腔則以〇、六%之食鹽水洗滌之。手術後數日間。以昇汞水反覆行洗滌。兩便排泄後。尤宜行之。使外陰部常清潔。每次

貼用之綿花片及綿紗片須易新鮮者。於創口表面撒布沃度仿謨或鹽基性沒食子酸蒼鉛末。三四日後。除去腔填塞。蓋不問加入沃度仿謨或其他防腐藥與否。填塞中之創傷分泌物。於此時期已分解故也。

三 機械之消毒法

欲使機械無菌。以有蓋煮沸器。煮沸十分時可矣。鍍銀機械以一%曹達水（用雨水或蒸餾水皆可）煮沸之。可除去其鏽。唯刀之消毒。若煮沸之。則失銳刃而鈍。故以浸漬於三%石炭酸水為宜。盧汀氏煮沸裝置。甚為便利。此煮沸器有特殊之金屬製網籃。可入機械於其中。煮沸後再取出之。

手術時浸機械於二%石炭酸水中。故手術時偶然附看於機械之細菌。不至為害。若以乾燥器械行手術。或浸機械於殺菌食鹽水中。手術既畢。往往於食鹽水或機械。較見多數細菌。此細菌一部。自手術界及手指之皮膚深層而來。一部自空氣中之塵埃而來者也。

欲消毒容易。故機械全用金屬製。表面平滑清潔。不可有小腔洞、窗孔、關節等。妨煮沸

水之通過。

四 繃帶及縫合材料之消毒法

綿紗壓抵巾、綿紗片、繃帶等各種繃帶材料、手巾、手術衣、手套、刷毛等、用流通之高熱蒸汽（一一〇—一一五度）消毒。最爲確實。一氣壓（攝氏百十五度）之壓力之下。欲使甚大之物體（充滿之繃帶罐或籃）完全無菌。非使蒸汽作用三十分時不可。材料宜即時消毒。自消毒裝置取出。即使用之。若貯久。則有污染之恐。製造所或藥舖所鬻之消毒繃帶材料亦然。

若繃帶材料不能行蒸汽消毒時。則行煮沸消毒。三十分時。可使之無菌。冷卻後濕潤時即使用之。救急之際。浸布片及壓抵巾於石炭酸或昇汞水中而消毒。然此等液。須一定時（十五分至二十分）之後。始呈其作用。

普通使用之縫合材料中。絹絲及天蠶絲。以依的兒及酒精脫脂後。以一千倍昇汞水煮沸十五分時。即能消毒。若僅以水煮沸。則雖亦能消毒。然注加昇汞。則於絹絲或天蠶絲。見昇汞蛋白化合物之成生。此化合物。緊着於此等縫合絲。結紮之際。偶有細菌

附着於縫合絲。與之共達於創面。能止其發生。縫合絲之結節。能使身體之細胞及體液之殺菌力微弱。故往往由結紮節及縫合而發傳染。

不可於水中煮沸之腸線。其簡單之消毒法。爲浸漬貯藏於倍爾穡氏昇汞酒精（昇汞一、水二〇、純酒精八〇）中。如此則腸線爲昇汞所飽和。有防腐性。若欲得全然無菌而抵抗力強大之乾燥腸線。當用克累納氏苦母爾消毒法。

五 塵埃（空氣）傳染之防禦法

與觸接傳染（即細菌由不完全消毒之手指、機械、綿紗片、縫合絲等而直接傳染者）相反之空氣傳染或塵埃傳染。其危險較少。蓋塵埃中之細菌。通常無劇烈之發病性。然創面分泌物甚多。乾燥而與塵埃混合之傳染病病院中。塵埃中之細菌。有發病性能誘起危篤之創傷傳染無疑。

因防禦空氣傳染。而理斯泰氏所行之石炭酸噴霧。久已廢棄不行。蓋塵埃與石炭酸噴霧暫時接觸。不足以撲滅細菌。細菌反與蒸汽共達於創面也。於周壁平滑且少塵埃之室行手術。宜濕潤床面。不使塵埃旋迴揚起。以避空氣傳染。自表皮鱗屑及術者

助手之頭髮、鬚髯脫落之塵埃。可以濕潤之被帽及鬚髯帶防之。因大聲談話而自口角飛散之有菌唾液分子。污染創面。最宜避之。故手術時宜守沈默。或用口帶。新鮮之創面。露出之腹膜、腸管等。常以殺菌壓抵巾被覆之。僅露出將施術之創面部分。創面周圍。以浸於昇汞水之消毒布片被覆之。以防手指、機械、縫合絲等之與皮膚接觸。因皮膚之消毒。不能十分確實故也。同時自空氣落下之塵埃。亦得消毒。但塵埃中之細菌。與昇汞水接觸。而後死滅。

第二十九章 婦人科療法總論

第一節 婦人科的外科手術學

小手術可不用麻醉而行之。然如搔爬、恩每脫氏手術等。凡費長時（五分以上）需切開及縫合者。皆必藉麻醉法之助。

余於外陰部及臍行小手術。常用古加因塗布及古加因皮下注射（一〇%）為局處麻醉藥。其作用時或顯著。然往往全無效。

余於費時甚少之開腹術。常用休拉氏浸潤局處麻醉法。其法於當切開之腹壁皮膚

之皮下組織中。注射下記之液量(鹽酸古加因○、二鹽酸莫兒比涅○、○五格魯兒那篤僧母○、四蒸餾水二○○、○)擦去其發生之腫脹。然後切開。其作用時或不顯著。仍須行全身麻醉。

吾人行大手術。如開腹術等。決不能不用麻醉藥。行開腹術。不特必需局處麻痺作用。且必需筋麻痺作用。

麻醉藥用呀囉仿謨或依的兒。論兩者之優劣。則呀囉仿謨為優。但慎重熟練之術者。遇有重症心筋變性之患者。雖亦可用呀囉仿謨。然以用依的兒為宜。因吸入呀囉仿謨而起之主要症候。如下表所示。此表為乞姆並氏所作。余改訂之。



(註)瞳大。示瞳孔散大。瞳小。示瞳孔縮小。角反。示角膜反應。瞳反。示

瞳孔反應。

即先為無意識。次為興奮期。起嘔吐及喧騷。嗜酒者尤旺盛。此時期已為瞳孔散大期。惟尚有角膜反應及瞳孔反應。次為深麻醉期。瞳孔縮小。角膜反應。瞳孔反應皆消失。無論行何手術(內診之際亦然參照第二十七章)麻醉必達於此時期且不可中止。此時若更多用呀囉仿謨。則至瞳孔散大之時期。瞳孔反應消失。此為危篤症狀。若不注意。則患者即呈呼吸異常。終至呼吸靜止。次即為心臟麻痺之時期。脈搏不得觸知。終至心臟機能靜止。

此致死的麻醉經過也。麻醉時當注意者。即於兩粗線間之時期(即手術時期)麻醉不可中止。麻醉之方法如下。

滴落呀囉仿謨數滴於呀囉仿謨吸入用假面上。濕潤假面。置於患者之鼻孔及口腔之前方。次連續滴下。則為瞳孔散大期。次為瞳孔縮小期。以後不絕滴下少許。則不再回歸有反應之瞳孔散大期。決不可滴落過多。致為無反應之瞳孔散大期。此際麻醉者。注視患者之胸部及腹部。監視其呼吸。并留意於頸動脈。視其心臟機能如何。若患

者嘔吐。則回轉頭部於側方。時或以有柄綿紗片。自咽頭淨拭胃內容物。若患者之舌。沈降於後方。則使其下顎爲不全脫白之狀態。或以舌鉗子。牽出其舌。此外於麻醉之危險時期。適應症之遵守。如前表所示。

依的兒。麻醉之症候。酷似呀囉仿謨。麻醉之症候。麻醉之起。較呀囉仿謨遲緩。唾液分泌旺盛。又有發火危險。爲此法之障礙。且頗不利。

有肺疾患者。不可用依的兒麻醉。

行依的兒麻醉。宜用大假面。足被覆顏面全部。且向於外方以橡皮裝置密塞之者。俾賽爾氏震盪假面最爲適當。

近時行皮爾氏脊髓局部麻醉法。其方法使直立之患者前屈於第三及第四腰椎間。(即與腸骨翼同高)或其上方或下方之脊椎骨間腔。用強力之穿刺針。以深穿貫之。達於腰部蜘蛛膜下腔。即見有二三滴澄明腦脊髓液。自針流出。由是注射含有○五—○一古加因(倍太育加因)之溶液一瓦。則下肢及骨盤臟器。遂起疼痛麻痺。其作用之持續。約三十分時至二時。可使無痛。雖甚複雜之婦人科手術。亦可應用之。然此法頗危險。甚或致死。不可不注意也。此危險因古加因中毒。若用害毒較少之

藥品則無效驗。故皮爾氏自己亦不常用此法。

婦人科醫往往見手術後麻醉麻痺。余唯於上肢見之。此麻醉麻痺時或自然消失。然往往久用感傳電氣後方能消失。此因壓迫鎖骨或上膊骨頭之膊神經叢所致。與睡眠麻痺相同。其後余行手術時用特殊之把手器。伸展其手腕於軀幹側。即不見麻醉麻痺。

凡由自然道得達於內外生殖器者。關於內外生殖器之手術。而婦人科的外科手術。不過稍有特殊之點而已。

於深部及外陰部行手術時。患者之適當位置。為臀背位。即置臀部於手術臺之邊緣。或邊緣以外。背部依脊柱後彎性而屈曲。大腿與軀幹成直角。且相離開。

手術未終之時。患者宜常保此位置。此時之腳。須支持之。因此目的而發明之裝置。稱為把腳器。其種類甚多。通常用勿理欺氏形。層爾氏形亦佳。余為助手時。發見最佳之把腳器。為立於患者兩側之助手之背部。今余之助手亦以為然。

若手術野在於膾、膾部、子宮。則必以創鉤狀機器。披開膾壁。（匙狀徐姆氏及徐孟氏膾鏡）對於前後膾壁。往往用膾鏡二個。時或用第三及第四膾鏡。

現今內生殖器手術之際。所用之腔鏡。爲創鉤狀。手術時使助手把持之。欲使手指不疲勞。故裝一適當之把柄。此腔鏡之把柄。爲劍柄狀者最宜。

有固有之裝置。可自然支持之腔鏡。於腔部行小手術之時用之。卽克斯酷、莫鐸、韋在孟等諸氏之腔鏡也。費時過久之手術。不可用此器械。此則必藉助手之幫助。卽使助手把持創鉤或腔鏡而監視之。

當行手術之部分。如腔部、腔壁之一部等。以有鉤。鉗子。鉤之。且牽引之於前方。休爾氏等之有鉤鉗子。使用最便。余之有鉤鉗子。堅固且可把攬。又不至如他鉗子。毀傷組織。余以此鉗子把握之臟器部分。往往以有鉤重錘。牽引之於前方。如此則可不用貴重之助手手指。

於腔及腔部行小手術。不需五分至十分時。且無疼痛。或疼痛甚少者。依休爾氏之考案。宜於膝肘位行之。如此則可不用助手或把脚器。又可不用支持腔鏡之手指。僅於此位置用一個匙狀腔鏡。扛舉後腔壁可矣。流入之空氣。能伸展其腔。較於背位送入腔鏡。伸展尤易。英國及亞美利加現今通行之側位。殆亦有相同之利益。內外生殖器之手術。創用繃帶縛之甚難。故余不用繃帶。而撒布沃度仿謨。或鹽基性

沒食子酸蒼鉛於臃、臃部、臃穹窿部之手術創面。於外陰部之創面亦然。使患者常臥床。至創面生堅固之癍痕（即可得拔絲之時）而止。計其體溫。或用綉下劑。以整正其便通。

手術後數日間。往往用導尿管。排泄其尿。受婦人科的手術之多數患者。手術後。往往歷數日不放尿。此因不熟於仰臥排尿所致。其他關係。與褥婦相同。自附近創傷。蔓延而起尿道腫脹。或因尿之濕潤。誘起疼痛。遂至不能排尿也。

多數患者。手術後數時間。需置加答答兒（參照第二十二章）此時往往因導尿而起膀胱加答兒。故須留意於膀胱炎章下之消毒法。

自腹腔行內生殖器之手術時。必行開腹術。

患者之準備中。關於無菌療法及防腐療法者。既於前章述之。若其疾患必需手術。則數日（二日）間。須為腸管之準備。即日日促多量之排便。每日投次硝酸蒼鉛〇、五。二次。若無此準備。則腸管充滿。因瓦斯而膨脹。起蠕動。往往因是而難行腹腔手術。準備時。腸管全部蒼白。無瓦斯。且靜穩。

腹壁切創往往沿白條施之。截創在兩直腹筋間。出血甚少。然若當行手術之疾患部。

位不在正中而不能使該臟器向正中面移動。則祇可置截創於正中外。此際當注意者。在避下腹動脈。

切開之長短。視當除去之腫瘍之大小。時或視手術之難易如何。大抵自耻骨縫際。達於臍窩之附近可矣。

沿白條施切開之際。切斷之各層如下。即表皮、真皮、脂肪層（富於脂肪之婦人其厚有至數仙迷突者）淺筋膜是也。此外尚有筋層、深筋膜、腹膜等。

於腹腔操作之際。欲使腹膜自創緣脫去。且不傷害。則腹壁切開後。須以絹絲與外皮縫合。或以壓搾鉗子或有鉤鉗子鉗撮之。

行手術時。余創意之耻骨縫際上切開。頗為便利。切開腹壁。須與耻骨地平枝相接。於其上方時。或於陰毛叢生部之區域內。施橫徑切開。以及於筋膜。次披開牽引此截創。以刀切開皮膚、脂肪層。於上方與筋膜相離。而於正中線切開筋膜及腹膜。此方法便於瞻望下腹腔。余以此切開法。曾切除稍能縮小之卵巢大腫瘍。又摘出全部癒着之中等大筋腫。然此方法不能擴張截創。故僅於施術甚易之定型手術之際用之。即不須以全手指進入於腹腔。則可行之。除去難縮小之實質性大腫瘍。不

能用此方法。

腹腔之縫鎖。須依切創之順序行之。即先沿矢狀徑縫合腹膜、筋層及筋膜。沿橫徑縫合脂肪層及皮膚。脂肪層及皮膚必以埋沒腸線縫合。縫合於筋膜上。此方法之利益如下。

(一) 可免腹歇爾尼亞。

(二) 叢生毛髮。則不至露出癥痕。

烹能斯氏變更此法如下。即氏不僅於外皮施橫徑切開而已。並及於筋膜。使筋膜與筋層分離。然後縱切開筋層及腹膜。余以此變式試數百次。理想上與余之原方法同。此兩切開法。皆為世人所稱贊。多數婦人科醫。皆熟達此兩法。

除大腫瘍可牽出於腹壁外者外。欲於腹腔內施術。則切開腹壁後。必須以鈍創鉤。腹鉤。腹鏡。披開創口。如斯則視界廣而於深部之手術上。大有便益。

若固有之手術野。在於骨盤深部。則雖施大切開。往往不能達其目的。在於其上方及前方之腸管。大部分不得瞰見。如此者。往時使小腸陷沒。以殺菌溫濕布被包之。此法非無疑議。腸管盤踞之廣大之面。必致冷却。時或於其附近。有病的分裂菌侵入。

托倫特氏謂由骨盤高位驅逐腸管於手術界之範圍外，最爲確實。此方法於婦人科的腹腔外科手術上，有最大之價值。蓋婦人科腹腔手術，悉於骨盤內或下腹內行之。無論如何，必使腸管轉位於上方也。多數手術家行婦人科的腹腔切開之際，專應用骨盤高位，使手術患者之位置，與水平成四十五至五十度之傾斜角。手術時可變易其傾斜角，或使增大，或於縫合時再使之在水平。近時製造之婦人科手術臺，各有特殊之構造，其傾斜角均能自由變更。此等手術臺，大抵便於攜帶，且有適當之把腳器，可得變更爲檢診臺或腔式、外陰部、膀胱手術之手術臺。最良之手術臺，依余之經驗，爲斯泰斯氏手術臺。余復改良之。斯退爾氏及勃臘此氏臺亦佳。局斯脫氏及邁特層氏手術臺，雖複雜，而其構造甚精巧美麗。

術者立於患者之腳間。（患者之臀部在於短手術臺之邊緣）助手在於其左側。此方法，多數手術家皆用之。謂易使骨盤深部之臟器露出。然余未見其便利。止血法依普通之方法行之可矣。小血管於手術時既止血，大血管則以動脈鉗子把握之。然後結紮。

臟器部分，如廣韌帶、骨盤結締織、子宮側韌帶等，施束結紮最宜。此結紮用強固之結

紫絲。將多數血管與周圍組織共結紮之。次非爾氏等。於細長之組織部分。不施結紮。而以壓迫代之。僅作用數分時。大血管已完全閉塞。此際所需之鉗子。須鉗撮一次後。卽有非常之挫折力。故此鉗子必非常堅實且大。然徵諸經驗。此方法實不足恃。挫折靱帶之後。仍須結紮。若先施此法於組織。次行束結紮。則甚爲便利。

束結紮。余不用腸線。而用麻絲。有殺菌性者。卽苦母爾麻絲。開腹術後。宜如何排膿耶。此原則上最緊要之問題也。

於普通乾燥手術。可不需排膿法。且排膿後。治癒遲滯。有續發性傳染之虞。故宜避之。此說爲學者所贊同。然亦有必須排膿者。蓋手術之轉歸。或治或不治。與排膿法之或用或不用有關也。

謔斯徐氏發明創面及創傷體腔排膿法。實於外科劃一大時期。蓋前此未知細菌之危險。毫不避之。故創傷雖有治癒之傾向。亦悉化膿。又與細菌作用無關係而起之創面分泌物。如血液、淋巴樣液體等。亦爲手術時進入之細菌之培養基。氏之方法。雖不能使無菌。然排出創面分泌物於體外。避傳染菌之繁殖。不至爲創傷治癒之障礙。誘起全身傳染。實爲一大進步。有此發明後。醫界上遂有一未曾有之大進步。卽發見分

裂菌及其對於創傷之作用。並發明自手術創面排除之之法則是也。謔斯徐氏排膿法。現今雖非必要。然手術之際。不能絕無細菌。蓋尙不能行絕對的無菌之手術也。

往時用橡皮、玻璃管排膿。今則用浸漬於沃度仿謨之綿紗或殺菌綿紗。婦人科開腹術。以密苦理氏法爲最佳。余專用之。以達排膿之目的。其法以方形沃度仿謨綿紗片爲囊狀。附着長絹絲於其中央。自腹壁創口。導之於獨穉拉斯氏腔之最深部位。時或以一條沃度仿謨綿紗片（或長或短或堅固或粗鬆無定）填塞之。其遊離上端及該囊之開口部。自腹壁創口之最下角。導之於外方。縫鎖創口殘餘。於其上施被蓋繃帶。此排膿法可用於種種目的。（一）以壓迫爲填塞。而有止血之作用。（二）吸收創面分泌物。於綿紗周圍起反應的炎症。使周圍腸管及腹腔臟器之粘着亢進。以使綿紗所在之部分。對於其餘腹腔。閉鎖甚速。

第一目的。於手術後用纏縫結紮、鉗撮、結紮等而創面之止血不能確實之際。行此排膿法（如此者可名爲填塞法）余常用密苦理氏填塞。挿置二十四時後除去之。次完全縫合腹壁創口。

此止血方法。不過爲救急法。原則上雖最小出血。悉宜結紮或縫合而閉鎖之。以排膿法防禦其餘腹腔之傳染。於填塞之最近周圍隔離傳染之時。定可行排膿法之適應症甚難。吾人知腹膜能撲滅進入之細菌。使之無害。此於發病性甚弱之細菌。關於其繁殖之條件。多不存在（例如無多量之創面分泌物、血液）之時。例如細菌由附屬器腫瘍傳播於手術野之時。屢實驗之。然此外則不然。即新鮮喇叭管炎之際。連鎖球菌或葡萄狀菌或頸管癌腫之際。此等細菌皆不然。手術之際。流出之膿之精確鑑定。或依密苦理氏填塞法。行手術野之持續的隔離。或信任腹膜之殺菌力。而不行密苦理氏填塞法。足定其適應症。然亦必有多數經驗乃可。

吾人行手術時。用橡皮手套。又以殺菌橡皮布。被手術患者之腹壁。防細菌自手指及腹壁進入。然手術之際。或因切開而細菌自喇叭管囊。被囊性膿瘍流出。或自切開之腸部分流出。若此等細菌。與手術界接觸。且有菌液體甚多。則手術界全爲細菌所瀰蔓。

手術時流出之膿之有菌含量。細菌之量。種類及其他性質。余七年以來。做罈泰氏之例。時時施顯微鏡的檢查。得證明之。此檢查除細菌外。并檢膿以外之有形成分。白血

球多耶。少耶。新鮮耶。陳久耶。或膿之部位只有頽敗物存耶。皆宜注意。此等檢查。可審知其情況。膿若毫無細菌。只含有頽敗物。則爲陳久且無菌之無害液汁。不足注意。

若有細菌。則檢其性狀。數量。又必檢各種白血球。喇叭管膿。含有淋疾球菌頗多。若從正當之原則而行手術。則該菌只有少數。如此之膿。對於腹膜。不釀危險。

若發見葡萄狀球菌。複球菌。連鎖球菌。大腸菌。則大異其趣。其數頗少。膿中白血球亦少。或全無之。而僅有組織片及頽敗物。則無大危險。然使此種細菌。其數甚多。白血球新鮮。且亦甚多。則此膿甚可畏懼。故如此者。余不閉鎖腹膜。而從密苦理氏法排膿。然亦時有不排膿而治癒之實例。但吾人不能由顯微鏡而知細菌之發病性之強弱。僅能知其數之多寡。故余挿置排膿綿紗。以期安全。

又手術之際。若腔。胸。臟。器（即腸管。膀胱。輸尿管）起穿孔。性損傷。則用填塞法或密苦理氏排膿法。隔離手術野。最爲適當。此等臟器。雖行極精密之縫合。尙不足恃。往往向缺保護之腹腔破開。若有糞便或尿排泄。則致死。故以施填塞爲佳。既施填塞。即起堅

固之癒着。而造一瘻孔。雖破開亦能誘導於外方。若因敗血性腹膜炎而行開腹術。則不閉鎖。而挿置綿紗。以開放腹腔可也。時或於中央切創之外。更以側方腸骨部截口處置之。

屋爾斯氏施手術時。不行膿檢查。然膿亦非必有害。往往於此例爲無害之液汁。於彼例爲迅速致死之毒物。氏以爲排膿常誘起續發性傳染。然余不贊成此說。徵諸經驗。苟用繃帶得宜。則密苦理氏排膿法。決無起續發性傳染之憂。

若以止血之目的而填塞。則二十四時後。宜除去其填塞。且閉鎖之。其他則須填塞六日至八日。交換繃帶之際。用容積較小之綿紗。或只以疎緩插入之綿紗。與之交換。此交換至瘻孔因肉芽發生而閉鎖後始止。其填塞存置四十八時以上。然後縫合之。以完全閉鎖腹壁。

若骨盤內有廣大之腔洞創面。且分泌頗多。卽廣大之韌帶內腫瘍剝離摘出之際。則以自腔排膿爲宜。如斯者。向腹腔。超過腔洞創面。且超過自此處至膈之綿紗片。而閉鎖腹膜。

腹壁創口之閉鎖 往時僅用穿通縫合。頗不適當。欲使精密癒合。且免哆開及歇爾

尼亞形成。則必縫合數層。腹膜及淺筋膜。必各自縫合。筋膜必精密癒合者。欲豫防歇爾尼亞發生故也。

縫合方法有種種。或用連次縫合。僅穿貫之。或模倣裁縫機械之縫合。前者創緣之接。不甚良好。後者則創緣能精密相接。然此只應用於腹膜而已。

余欲保異常之精確。故僅用結節縫合。

深層之埋沒縫合。須以易吸收之縫合材料行之。即用殺菌腸線頗佳。最佳者爲苦母爾腸線。仿爾買林腸線次之。皮膚縫合。用青銅線或天蠶絲。最爲適宜。因其平滑。最能保持無菌。且不誘起縫合絲化膿故也。此縫合雖放置一週。亦不起針刺溝化膿。表面縫合。不宜用絹絲。

余於開腹術所應用之縫合法如下。

腹膜用連次腸線縫合。各自接合。筋膜及腹壁。以金屬線縫合之。各結節縫合。畫8字形。其小環僅縫合筋膜。大環縫合皮下脂肪層。真皮及表皮。此縫合法。有一大利益。即筋膜能堅固結合。至拔絲之時也。筋膜亦用埋沒腸線縫合。各自縫合。然或受嘔吐及咳嗽之影響。有一個或他縫合癒着遷延。或腸線於筋膜癩痕未甚堅硬之前。既被吸

收。此法即爲一種二層縫合。可防禦腹歇爾尼亞發生。

繃帶。其簡單。往時余僅於創面上。貼一塊殺菌棉花。塗布「フオートキシリン」而已。此爲密閉繃帶。可維持數週。於其上貼棉花一厚層。以紋布或佛蘭絨之廣腹帶縛之。現今余於創面。撒布鹽基性沒食子酸蒼鉛或沃度仿謨或亞伊洛爾。以棉花被包之後。選用整然之纏絡腹部繃帶。纏絡腹帶。達於臍窩上。依膀胱狀繃帶之法。被包兩大腿。此腹帶之利益頗大。患者之手指。可不與創面相觸。麻醉後嘔吐作用之際。腹帶能保護腹壁。即恢復後患者運動之際。腹壁亦賴其保護。

用腹帶時。若下方創角。與繃帶同高。則以綿紗及「フオートキシリン」粘着下方創角。若達於內生殖器。則可不用開腹術。而自他徑路（即臆）行之（臆切開術）。

此方法初唯因子宮摘出或獨猗拉斯氏腔（密接於後臆穹窿部者）之切開而行之。又使變位子宮附着於臆之方法既行。而自前臆穹窿部所行之腹膜切開。於他手術亦用之。

後臆穹窿部之切開。雖應用於漿液性或血性滲出物之排出。然於複雜之手術。例如於喇叭管或卵巢。全然不用。與開腹術比較。技術上無利益而有害。但子宮若不甚大。

或可縮小。則臍切開術。實爲摘出子宮或附屬器之通行方法。（參照子宮筋腫、癌腫、炎性附屬器疾患之章下）

若欲自前臍穹窿部行之。則於前臍穹窿部。施橫徑切開。移動膀胱。切開膀胱子宮腹膜皺襞。此較自後臍穹窿部行之者。易達於附屬器。且可於佳良之條件下。行摘出或手術的矯正。而其緊要條件。爲必有移動性。而牽出附屬器於臍內。

臍切開術與開腹術比較。其應用範圍甚狹小。蓋其局處狹隘。而當摘出之臟器頗大。且癒着。故技術上頗形困難。往往不能奏效。若前後臍切開不能奏效。則行子宮摘出。頗爲適當。且甚便。此子宮摘出。非因當行手術之疾患而行之。實因技術上之便利而行之。蓋子宮無罪而除去也。與開腹術比較。則此爲非常之缺點。

臍切開術之利益。在可免腹壁切開及歇爾尼亞形成。臍切開時。傳染腹膜之危險甚少。術者助手。殆不與腹膜大部分相接觸。縱實際有種種細菌傳播。而其傳染亦僅限局於骨盤腹膜。但在骨盤腹膜。炎症無被包之危險。治癒頗易。此臍式內生殖器手術。所以能得多數贊成者也。場所狹隘之關係上。應用範圍雖狹小。然今已脫其範圍爲多數手家術所應用。

腔切開術與開腹術比較。甚不利益之點。依屋托氏之方法。可除去之。即腹腔鏡診是也。患者骨盤高位。且以腔鉤披開其腔。則自前腔腹腔切開創口。以適當之反射光線。可窺見腹腔之大部分。若腸管十分沈下。則不特窺見骨盤之大部分而已。且可觀察橫行結腸、胃、肝臟之一部、膽囊及脾臟。

手術既終。則自腔縫合創口。若創面不十分止血。則必因止血而存留鉗子。若於有菌組織施術。而不十分殺菌。則必開放腹腔。以沃度仿謨填塞封鎖之。此填塞須放置七日。有時須交換挿入。此時或挿置留置加答答兒。或整然導尿。惟腔填塞佳良閉鎖之時。任其自然放尿可也。

腹腔手術之後療法。頗簡單。行手術之當日。患者停止食物。又不可飲用酒、水等。若煩悶口渴。則時時以濕布清拭口內。至第二日。嘔囉仿謨惡心消失後。始使患者飲混牛乳之茶。每二時間。飲二食匙。第三第四日。飲混牛乳之茶或卵、麥酒。或混卵之肉汁。半杯一次。第四日以後。可多食營養物。然須精密注意。至第八日。此後常食消化佳良之食物。至離床之日為止。

欲促糞便。往時不用何物。欲使腸管長時靜止。則現今尙往往投阿片劑。然有發腹膜

炎之恐。余現今行無菌手術。以用阿片劑鎮靜腸管爲過誤。蓋腸管之互相癒着。且與腹壁及手術創面相癒着。惟腸管全靜止之時爲然。多數手術家。手術後第四日。卽投緩和劑。如李鼠皮茶。和胸散。枸橼酸里母那埕。香賓酒等。惟腸管受穿孔損傷而行縫合之時。用阿片劑。至腸創傷堅固癒合之日爲止。

若經過佳良。則十日至二十日間。患者便能離床。

選擇手術時期。不可有誤。往時手術。總於月經時外行之。近時不拘泥此法規。余爲患者。節貴重之時。日於月經時往往行之。然余以爲嚴守舊法規爲宜。因婦人月經時不潔。不易使手術野無菌也。月經時前亦不宜行開腹術。因諸臟器受月經前鬱積充血之影響。其出血甚盛故也。

第二節 婦人科的按摩術

方法 此法爲按摩術泰斗丑拉氏所創。歐勁氏等更完成之。

先使患者如雙合診時。臥於堅固之床。以一指或二指。送入於膻。有時送入於直腸內。此等內手指。達於當按摩之疾患局部。以他手指自腹壁。向當按摩之部分。行環狀運

動、摩擦運動或壓迫運動。其壓迫初甚緩和。漸次強大。此際膻或直腸內手指（支持手指）須極安靜。此按摩術持續十分至十五分時。每日或隔日一次行之。行此療法之初。使患者臥床。以檢溫器精密檢其體溫。若體溫爲平溫。且重篤之吸收現象休止。則可行按摩法。

若患者發疼痛。或現有之疼痛增進。而體溫依然爲平溫。則行按摩法亦不妨。此運動之目的。在伸展子宮周圍炎性癒着。且徐徐剝離之。移動骨盤結締組織癥痕。催進慢性炎性臟器之緩慢血行。使之亢進。且支持之。故摩擦運動。當於靜脈流及淋巴流之方向行之。又使炎性滲出物消失。更使弛緩且失其官能之子宮側韌帶筋層振興其機能。

對於內生殖器之慢性炎性腫脹。與按摩術有同一作用者。爲恒常壓。卽勿倫特氏霰彈囊療法（以重千瓦之霰彈。置硬囊中。以之充滿腔內。以重數磅之霰彈囊。貼於下腹部。應用數時）是也。

雙合按摩術之方法。於腹膜炎性癒着或骨盤結締織之癥痕性膀胱應用之。於血腫之殘餘。子宮喇叭管。卵巢等各臟器之慢性炎症亦行之。於子宮脫亦然。

依維層氏之考案。可以硬橡皮製屋翕曲拉托爾代內指。余雖以爲不適當。然若時時以有鉤鉗子牽引臍部而行按摩法（層爾氏牽引按摩法）則於子宮周圍及子宮近傍炎性機轉之伸展及徐徐破碎。頗爲有益。

適應症 自學理上批判。婦人科的按摩術能奏偉效者。爲慢性骨盤腹膜炎。與臟器之炎症及變位相伴者。後方或側方子宮固着。喇叭管及卵巢之固着。此等臟器之慢性炎症等。施手術或休爾氏分離法。實爲適當之方法。若不能行此方法。則行按摩療法。能奏卓效。

然則行他療法。不能成功者。往往以按摩法而奏效。例如頻發之癒着性子宮周圍炎。亦因此法而治癒。

癒着性子宮周圍炎、喇叭管周圍炎、卵巢周圍炎之際。按摩法之機械的效果。可比較行該療法前後之觸診所見而知之。余於獨爾派托以一部分固定之材料。行診察實習。嘗集外來或入院之患婦二三十人。以之爲基礎。復加以妊婦及其他外來及入院之患婦。發見常至吾人之練習教室之患婦二三十人中。有一人因左側後腹膜炎性卵巢周圍炎性癒着。而有定型性前屈。余向於各初學者。以此患婦爲示。

效。各初學者。就學理上必要之點。觸診之。此患婦一年中。受雙合診百次以上。此觸知及觸診之次數甚多。而毫不受影響。固着漸失其一定固有之性。二三年後。全然消失。

屋爾斯氏謂按摩術。於炎性浸潤有效。即於喇叭管之創傷浸潤。喇叭管囊腫時之喇叭管近傍炎及骨盤結締織炎症有效。

關於炎性液體瀦溜之種種疾患。如喇叭管囊等。應用按摩術。須特別注意於膿及癌腫。不可行按摩術。韋倫托氏曰。吾人所行之臨床的觀察法。往往不能判決喇叭管瀦溜之液體爲膿性耶。粘液性耶。或血液性耶。於喇叭管血腫。行按摩法。並無危險。且能奏效。然於化膿性喇叭管炎行之。則甚爲危險。若膿尚有發病性。則往往危及生命。此範圍內。各個人之差異特甚。多數患者。以施銳利之外科的療法爲適切。且佳良。此外則純粹之對症的療法。消炎療法。安靜或浴治法爲優。欲定適應症。須依下之規定。即此等炎症。達於慢性時期者。皆可行按摩法。於危性時期。不宜行之。

對於子宮脫。有按摩法及醫療的體操等二三操作。其一爲扛舉子宮。使助手以兩手

自腹壁把攔自膝整復之子宮。牽引移動子宮於上方。此動作可使助手從韋倫托氏之法則行之。其方法使助手立於患者之側。顏面與患者相背。而行所謂扛舉。此外應用於子宮脫之行爲。爲二個抵抗運動。即膝離開及膝集合是也。其方法使患者橫臥。運動其大腿於一方向或他方向。其時按摩者與抵抗於患者。此運動能使骨盤底之筋層及括約筋有強力。韋倫托氏報告曰。余以此運動治癒子宮脫四十例。（參照第九章子宮脫）

按摩法須應用甚久。至數週數月。對於此等疾患。始能收確實之效。故必視患者之資性及貧富。而定其應用與否。

第三節 婦人科的電氣療法

婦人科學中。電氣之應用。須具有專門智識。

此科亦如他科。應用平流及感傳電流。感傳電流。以機械的作用誘起感傳之臟器筋部分之收縮。於婦人科學。其應用區域較狹小。

平流電氣於婦人科學。須應用最強度。往往至二百密安培。或較此更強。於婦人科學

之範圍內，欲悉應用電氣療法，不可無善良之裝置，即必要之多數元素及種種電極之外，尚須有電流選擇器、電氣調節器及確實之流電氣計。

婦人科的電氣療法，對於平流電氣，亦呈極作用，極間作用及極外作用，極外作用，多為障礙，生可厭之副作用，起頭痛、胃痛、赤痢，極間作用與極作用之區別，不甚明白，蓋此不過理論上之區別而已。

實地應用上，消極所發之作用，必甚強，其作用常為刺激性，喚起充血，或出血，同時有吸收力，蓋消極於膿瀦溜滲出物、腫瘍之退行，實為有效之極。積極之作用，以止血為主，除去鬱積，充血，有鎮痛作用。

斯配托氏及洛在氏等，精密研究與極接觸之組織，證明強電流之兩電極，發腐蝕作用，腐蝕作用，強者為積極，弱者為消極，因電氣分解，而於與極接近之組織，所生之酸，能使積極為腐蝕作用，此酸以亞格魯兒酸（自組織之鹽類發生）及亞硫酸（自蛋白之硫酸發生）為主，腐蝕痂與因礦物酸而生者相同，然則子宮內積極，即亞僕斯氏所謂陽性化學的電氣燒灼法，實為最良之止血劑，反是於消極為腐蝕作用者，為亞爾加里，腐蝕痂與因苛性加里而生者相同，同時於周圍組織，發生腫脹及瓦斯。

婦人科學中。電氣療法。以一極爲主。吾人名該極曰自動性極。故吾人用自動性積極或自動性消極之名稱。其他曰中性極。

吾人常使自動性極。近接於病竈。或挿置於其中。卽挿入於陰或子宮內也。貼置中性極於腹部。吾人稱之曰陰腹部或子宮腹部電氣療法。

電極中自動性極。爲種種材料所製成。陰電氣療法。用球形木炭電極。子宮電氣療法。用普通使用之電極。粗約三至六密迷突。爲子宮消息子形。以鉛製之。韋洛在氏則用白金消息子。因鉛之表面易被侵蝕故也。電氣刺針法。用短劍狀或針狀電極。

若應用中性極於腹部。則須使其作用甚弱。故必廣大其形。以鉛板製之。而於中性極與皮膚之間。挿入濕枕或濕毛布片或充滿粘土之囊。

從適應症或當應用電氣之條件。而以積極或消極爲自動極。

當應用之電流。力甚異。欲除去子宮周圍疼痛。用一〇至二〇密安培之電流最佳。然筋腫或喇叭管瀰溜囊腫之電氣療法。及除去子宮內出血。則須用二五〇密安培之電流。此電流若不施麻醉。則甚難行之。對於強電流。其知覺之銳鈍。因人而異。多數婦人能堪一五〇密安培之電流。亦有電流力僅一〇〇密安培。卽須麻醉者。徵諸經驗。

應用一〇〇密安培以上之電流。力常覺疼痛。

電流應用之數量、持續及回數、與疾患及患者之知覺銳鈍有關。持續時間、平均五分鐘至十分。弱電流須日日應用。然電流愈強、則回數愈少。若應用甚強之電流及感傳刺針法、則患者必就禱。

電氣的手術、必嚴密消毒、乃可施之。且須慎重注意。因子宮內電氣療法、若違消毒之法、則往往呈甚危篤之症狀、與危險之電氣刺針法相同。

電氣療法持續時、恒有排泄物。弱電氣亦然。故宜使患者行收斂性或消毒性腔洗滌。經時既久、婦人科的電氣療法之應用範圍漸狹小。當施術之疾患、附屬器炎症、子宮出血及筋腫等、熟練之手術家、可行外科的手術。唯不須手術之慢性機轉、可以無害而有效之方法療治之。

然對於後者、有時必變更其治療法。近時卡拉並氏謂電氣之腔腹部應用（於球形木炭電極捲纏濕綿花、以之挿入於腔內、每二三日行一次）於慢性喇叭管炎或附屬器炎、最爲適切。

近世婦人科全書終

丁氏醫學叢書提要 各省買書者書款
從郵局亦可匯寄

總發行所 上海新馬路昌壽里五十八號 中西醫學研究會

分發行所 上海棋盤街 文明書局

新撰急性傳染病講義

傳染病之害烈於毒蛇猛獸而急性者為尤甚。卒然而發。病家咸出不意。奄然就斃。醫生每謝莫治。死者比比。生者皇皇。烏可無以

拯之哉。是書為無錫丁福保君所譯。臚列急性傳染病三十餘種。每種分七段。一定義。二原因。三症候。四解剖的變化。五診斷。六豫後。七療法。為急性傳染病書之詳且備者。學理精當。本諸實驗。方劑豐富。效可通神。至其如何豫防。如何處置。猶餘事也。 每部一元二角

赤痢實驗談

是書乃無錫丁福保最近之作。其學說治法。一本於實驗。詳論病因。病理解剖。類症鑑別。治療法等。最後又羅列實驗之病床日誌。為從古未有之書。使閱者可以案病施藥。案藥治病。即素不知醫者。亦可自行療治。自此書出版後。各埠函購。已紛紛不一。實驗而得良好結果者。咸來報告成績。則是書之價值可知。苟商學各界。人置一編。吾敢謂赤痢病。將來可絕跡於吾國也。 敬告諸君。請歡迎之。 每部四角

增訂第五版醫學指南

無錫丁福保著。凡歷代醫學之源流。中西醫學之分科。內科學藥物學之大要。內經本草等各書之謬誤。皆言之甚詳。為門徑中之門徑。階梯中之階梯。故曰指南。著者欲以醫學智識。普及齊民。故定價極廉。 每部收回印工洋二角

醫學指南續編

丁福保著，其內容有解剖學、產科學、藥物學、看護學、診斷學、花柳病學、衛生學、胃腸病學、兒科學、中外醫通、名醫列傳，以及種種內科學各序，凡三十餘種，其材料之豐富，理論之新穎，為醫學論說中獨一無二之作。每部三角。

外科學一夕談

無錫丁福保述，是書乃普通之外科學也，書分二十四章，凡一部分之充血、貧血、血塞、出血、炎症、膿瘍、壞疽、潰瘍、損傷、創傷、切傷、打傷、刺傷、銹傷、電傷、骨折等，及種種之症候、治法、處置法，大略已備，又能以淺顯之筆，達深奧之理，閱之一目了然，實為家庭中不可不備之救急書也。每部三角。

生殖譚

日本渡邊光國著，無錫華文祺丁福保合譯，共分二十三章。一、總論。二、男子生殖器之解剖。三、女子生殖器之解剖。四、五、骨盤。六、乳房。七、男子生殖器之生理。八、女子生殖器之生理。九、交接。十、女子生殖器交接時所起之變化。十一、卵之妊娠。十二、妊娠後母體之變化。十三、胎兒之發育。十四、妊娠之持續。十五、可隨意得男兒及女兒之說。十六、生活狀況對於生殖力之影響。十七、全身疾病對於生殖力之影響。十八、結婚之注意。十九、結婚者須知之事項。二十、男子之生殖機能障害。二十一、花柳病之害。二十二、女子之生殖機能障害。二十三、交接過度及手淫之害。每章各有子目，條理井然，學說精確，卷末復附有妊娠攝生法。每部大洋六角。

皮膚學美容法

無錫丁福保譯，是書雖定名為美容法，其實凡皮膚上普通症候，已包羅無遺，凡所述洗顏、入浴、塗顏、面皴、痤瘡、皮乾、疥癬、雞眼、疣贅、酒渣、多毛、脫髮、母斑、雀斑、汗斑、赤鼻、皸裂、凍傷、苔蘚等，種種治法，既詳且備，而又詳於藥方製法，更為難能可貴，研究美容術者，詢必要必閱之編也。每部四角。

一外科 創傷療法

人體之創傷。處置不將其當。則外界之黴菌。侵入其間。化膿潰敗。釀成種種危症。甚至失其生命。滋爲可畏。吾國醫師。第知創傷之危險。而不知安全之療法。甚非所以慎重人命之道也。是書爲療治創傷之專書。共分十六章。無錫丁福保譯。凡消毒法。縫合法。結紮法。制腐的注射並穿刺法等。無不美備。而各種外科器械。消毒器械等插圖及其用法。尤爲精詳。熟讀此書。外科之能事已過半矣。 每部大洋一元四角

一中醫 醫界之鐵椎

日本和田啓十郎著。披瀝漢醫之真髓。剝奪西醫之僞裝。歷舉漢醫之所長。比較西醫之所短。大聲疾呼於西醫最發達之日本。猶東海壯士。於天下留伏之時。椎秦皇於博浪沙中也。故名曰醫界之鐵椎。原書近甫出版。爲日本最新出之書。今已譯成漢文。凡研究中醫者讀此。可以知日本漢醫之學識不在西醫之下。此爲日本醫學界中別開生面第一奇書也。 每部八角

內科學 一夕談

初等習醫。每若齊竊遠奧。有望洋莫及之歎。金匱顧鳴盛先生特譯是書。以爲初學津梁。全書分三章。第一章爲治病。凡傳染病。呼吸器病。消化器病。泌尿生殖器病。全身病。神經系病。中毒症。皮膚病。外科。婦人科。眼科。耳科等。無不備。症狀治法無不詳。第二章爲參攷。述皮膚晒黑之治法。自製牙粉法。藥品用量表。尺度比較表等。第三章爲看護法。述病室之佈置。褥瘡之豫防。患者之飲食。脈搏。體溫。看護法大意。消毒藥及用法。看護婦人小兒及療法。外科之救急手術等。熟讀此書。於內科外科及看護法。已得其大概。出面問世。不患束手無術矣。 每部六角

學校健康之保護

無錫丁福保編纂。分上下兩編。上編述學校生活及于健康上之影響。凡空氣之良否、疫病之傳播、及課業之妨害健康者。皆屬之。

下編述學校衛生之設備及法則。凡校舍之適否、教授之衛生、以及學校醫之責任、學校救急辦法之如何等。皆屬之。其間附錄肺癆病淺說及運動健身、節食養生、深呼吸、皮膚衛生、氣浴等法。皆有關於學校全體及個人之名著也。是書之成。實由徐君一沐敦促而成。徐君痛我國學校。於衛生多不合宜。學生有以身殉學者。函勸仲祐先生。補助學校衛生問題所不逮。先生遂成是書。措詞清淺。說理精詳。熱心教育者不可不讀也。

每部五角

藥物學一夕談

西洋藥品。浩如煙海。與我國之本草無異。初學者茫然不知何所適從。是書為無錫丁福保所譯。書中所載者。皆重要之藥品及其用法。初學

者得之。可免徘徊歧路之感矣。全書分總論及各論兩編。總論分十一節。歷述藥物之作用、分量、精粗、性質、及其用於人體之如何發落等。各論分四大類。第一類為神經肌肉毒。分嚼囉仿謨亞爾保兒類、安母尼亞類、珈琲涅類、斯篤里尼涅類等十七小類。第二類為障礙局部營養之有機化合物。分粘漿劑、矯味藥、茶劑、汗臭神經劑等十二小類。第三類為無機化合物。分水類、食鹽類、芒硝類、亞爾加里類等九小類。第四類為消化腺酵素並滋養品。分脂肪及消化醱酵素類、含水炭素類、蛋白質類等三小類。卷末復附實驗良方甚多。若按方施治。必能屢奏奇效。每一藥品。皆附西文。以便學者。

每部大洋六角

西洋按摩術講義

按摩一法自古有之。蓋病有非藥物所能見效者。則按摩之術。列矣。吾國專書已渺不可得。僅僅散見於周禮。藏文志等書而已。無

錫丁福保。曩曾留心於是術。而苦無參考。近得西洋按摩術。急譯之以供同好。希世之珍。誠當之無愧色矣。主其書中手法之詳盡美備。演習之易於從事。及圖解之明晰。學理之條暢。猶其餘事也。注留衛生者。其亦先睹為快矣。 每部五角

腳氣病之原因及治法

無錫丁福保編譯。腳氣為傳染病之一種。其起也多出於不意。遷延弗治。治之弗當。則即陷於衝心期而不能救。可危可畏。莫

此為甚。無怪吾國人之死於腳氣者夥也。是書分上下兩編。上編為中國舊法。分名義。原因。症狀。治法。四章。諸家學說。經驗良方。無不搜羅備載。下編為外國治法。凡腳氣之症狀。解剖的變化。診斷。豫後。療法。及其所以發生之原因。因載之尤詳。腳氣衝心。唯一之療法。為射血法。他書多不載其手術。此書并其學理亦詳載之。洵最佳之腳氣病專書也。讀者并可藉此一覘中西醫術之異同焉。 每部六角

醫話叢存

丁福保編輯。其自序曰。鍾嶸詩品。劉勰龍詩文之話。莫古於是。厥後之詩話。詞話。四六話。製義話。作者夥矣。福保少習岐黃。恥以雕蟲小技。自炫於世。故不話詩。不話詞。不

話駢。四儷。六而話醫。作醫話。

唐王勃撰醫話序一卷。即醫話之鼻祖也。其後有願體醫話（史摺臣著）友漁齋醫話。柳洲醫話（王孟英著）潛齋醫話。存存齋醫話（趙彥暉著）惜餘醫話（柳寶詒著）等。作者林立。奚事余之駢拇枝指。為然余之所欲。話者與舊學說不同。或話所聞。或話所見。或轉述師友之所聞。所見。而曩時之所甄錄。以備遺忘者。亦附存焉。不分體例。不別門類。銖銖積積之漸成卷軸。故曰叢存。 每部五角

實驗却病法

此書乃德人山都氏原本，其習練法共十九式，爲正式之運動，其效果有四端，能使全身肌肉及各臟腑同時發達，一也，能堅忍耐勞，二也，能增加抵抗病毒之力，三也，子女有壯健活潑之遺傳性，四也，凡習此術者，一月小效，兩月大效，能使全體內外發達極速，以達却病之目的。 每部三角

歷代醫學書目

無錫丁福保編輯。其第一類，曰素問靈樞。凡六十一種。第二類，曰難經。凡十七種。第三類，曰甲乙經。凡三種。第四類，曰本草。凡百五十九種。種探炮製附焉。第五類，曰傷寒。凡百一十種。第六類，曰金匱。凡一十九種。第七類，曰脈經。凡九十七種。太素脈附焉。第八類，曰五臟。凡三十三種。骨與經絡附焉。第九類，曰明堂鍼灸。凡八十五種。第十類，曰方書及寒食散。凡三百七種。第十一類，曰疾病總。凡二百三種。皆一書兼備數科，不能分隸者也。第十二類，曰婦科。凡五十六種。而胎產居秦半焉。第十三類，曰小兒科。凡八十七種。而痘疹居少半焉。第十四類，曰瘡腫。凡五十種。癰疽、癩癧、發背、痔漏、外傷等，皆屬於此。第十五類，曰五官。凡三十六種。耳、目、口、齒、咽喉等，皆屬於此。第十六類，曰腳氣。凡八種。第十七類，曰雜病。凡五十二種。痲瘡、虛癆、痧症、吐血等，皆備焉。第十八類，曰醫案。凡二十四種。第十九類，曰醫話。凡一十六種。名醫傳、醫史之類附焉。第二十類，曰衛生。凡六十四種。服食導引之法附焉。第二十一類，曰祝由科。凡一十一種。五運六氣之說附焉。第二十二類，曰獸醫。凡六種。退置末簡。貴人賤物之辨也。 每部二角

食物新本草

無錫丁福保譯述。共分十章。一，緒論。二，穀類之部。三，飲水之部。四，製化食品之部。五，酒類之部（附脂肪油）。六，野之部。七，菓實之部。八，魚肉之部。九，鳥肉之部（附鳥卵）。十，獸肉之部（附乳汁）。吾人日常飲食之品，無不舉具。每品分性質効用注意三節說明。其化學成分，指示其有無毒素，使人知何者食之有益，何者食之有害，誠家庭必備之書也。 每部六角

身之肥瘦法

是書為日本田村化三郎原著。無錫丁福保江陰徐雲合譯。分為三編。第一編為肥法。共四十一章。第二編為瘦法。共十五章。第三編為結論。共十二章。末附

肥瘦法之問答數十則。說理精實。治法奇妙。試驗於實地。確能使肥者瘦。瘦者肥。非空言可比。吾國男女。蠢然如豕者有之。骨立如柴者有之。非惟大損美觀。抑且易致疾病。甚非所以珍衛身體之道也。欲得瘦肥合度者。盡讀此書。每部六角。

新脈學一夕談 發熱之原理合編

無錫丁福保編譯。新脈學一夕談。分上下兩篇。上篇論脈之根原。下篇論脈之應用。發熱之原理。分十三章。一、體溫發生之理由。二、體溫之散。三、身體之溫度。四、體溫之調節。五、熱病之名義。六、熱病之原因。七、熱病之經過。八、熱病之種類。九、熱病之症候及診斷。十、熱病之轉歸。十一、熱病之治法。十二、常下體溫。十三、檢溫法。西人論脈論熱之學。於此可見一斑。每部四角。

神經衰弱之大研究

無錫華文祺丁福保合譯。共分七章。一、症候。二、原因。三、經過及轉歸。四、診斷。五、攝生法及豫防法。六、治療法。七、改良稟賦法。吾國人士。狂於種種惡習慣。多陷於神經衰弱。強健者變為頹廢。聰明者變為魯鈍。精力既消。年命亦促。乞靈於藥石。而素靈以來。絕少特效之方。醫家棘手。救治為難。偃蹇以死者。比比是也。是書原原本本。理法兼詳。詳筆淺語。盡人能解。出而問世。神經衰弱者。庶有豸乎。醫家病家。宜各置一編也。每部三角。

診斷學一夕談

無錫丁福保述。此普通之診斷學也。凡關於望診打診聽診觸診之事件。無不撮要備錄。末附中國診斷學摘要。皆黃帝岐伯以來。諸大家經驗之學說。簡而不煩。最便於初學。每部四角。

家庭侍疾法

無錫丁福保譯。吾國病者多死。其咎半在醫士。半在侍疾之人。吾國素無看護婦。侍疾者多爲病者之親族。仁愛有餘。而學識不足。每以佈置無方。護持失當。致病者陷於危篤。愛之適以害之。良可歎也。是書共分十七章。一、侍疾之職守。二、病室之設備。三、臥床之設備。四、病人之衣服。五、重要之輔助法。六、治療之輔助法。七、疾病之觀察及報告。八、種種傳染病之觀察及其料理。九、重要內科之症狀及其調理。十、產婦之調護。十一、小兒養育法之大意。十二、必要之救急處置。十三、制腐法及防腐法之解釋。十四、繃帶術要領。十五、當記憶之藥品及繃帶材料。十六、病人適宜之飲食物。十七、參攷篇。每章復分細目。於侍疾之法。詳載無遺。譯者以淺顯之筆。揮寫而出之。誠家庭不可不備之良書也。每部八角。

妊娠生理篇

是書爲日本醫學博士今淵恒壽所著。無錫華文祺丁福保合譯。凡婦人如何受孕。自受孕以至分娩。如何狀況。如何衛生。胎兒在母體中。如何發育。如何成長。醫者對於妊娠。如何診斷。如何檢查。對於胎兒。如何鑒別其爲男爲女。爲單胎。爲雙胎。又如何鑒別其爲生爲死。爲頭位。爲臀位。無不分門別類。一一具載。非特產科家不可不讀。卽家庭之間。亦不可不讀也。每部七角。

新傷寒論

無錫丁福保譯述。共分三篇。其第一篇。曰傷寒初步。爲醫學士宮本叔所著。論傷寒之病原。傳染。病狀。病室之注意。回復期之注意。食物之注意。及消毒法等。理淺詞顯。皆人所易知之事。列於卷首。示引入入勝之意也。其第二篇。曰傷寒粹言。爲醫學士橋本節齋所著。述定義。原因。症候。診斷。豫後。解剖的變化。療法等。學理深邃。非淺人所能曉。皆醫學家專門之事也。其第三篇。曰傷寒類症鑑別法。爲日本寺尾國平所著。凡疾病之與傷寒易於混淆。一時難於辨別者。計二十五種。茲將二十五種之病狀。與傷寒病狀。一一比較其異同之點。醫生診斷時。可以不爲疑似之病狀所誤也。統觀以上三篇。有淺顯者。有深奧者。有精奧者。實其研究。有鑑別法。助其診斷。吾於傷寒一症。嘆觀止矣。洋裝精本每部五角。

醫學補習科講義正續二編出版

無錫丁福保編、著、醫學博士二十
十五人之新學說、乃醫學界中獨

一。無二之巨著也。其目次如下。○生理衛生學概論○北里博士說傳染病○長與博士論胃之攝生法○士
肥博士論淋病與家庭○井上博士述眼科衛生談○中川氏述病人注意之要點○結核之豫防法○吳秀
三博士論神經之攝生○遠山博士論家庭與黴菌○木下博士論產時之創傷傳染○井上博士論便秘○
伊庭博士論婦人之妊孕力○伊庭博士論不妊症○緒方博士論分娩時之攝生○中川氏述花柳病○井
上博士續眼科衛生談○宮本叔博士論黑死病○竹中博士論黑死病豫防法○吳秀三博士論狐憑病與
歇私的里之關係○三輪博士論小兒病之注意○弘田長博士論小兒之衛生○井上博士再續眼科衛生
談○中川氏述日本醫學界之象○井上博士腸胃譚○岡田博士論耳之攝生○木村博士肝臟譚○緒
方博士論乳兒之衛生○瀨川博士論小兒身體上之監視○遠山博士論消毒法大意○石原久學士論口
內衛生之注意○緒方博士論妊娠中之養生○岡村博士論皮膚之衛生○桐淵博士論婦人及小兒之眼
之衛生○三輪博士創傷譚○衛生叢譚○大澤博士論身心之養生○大澤博士生殖譚○三島博士家庭
之學校衛生○筒井博士徵毒與家庭之關係○中川氏婦人之衛生雜話○消化之衛生雜話○凡腸胃肺
臟肝臟神經皮膚耳目生殖器等之衛生生理病理以及傳染病花柳病小兒科產科婦人科等之微言大義
無不略具於此學者未能研讀一過可以得普通之生理衛生可以得普通之醫學智識可以為學習專門內
科學之基礎故是編之終即續之以內科學○續編之總目 傳染病凡三十三種、運動器病凡四種、
全身病凡十五種、消化器病凡二十種、腹膜病凡二種、肝臟病凡六種、循環器病凡二十種、呼吸病凡二十八
種、腎臟病凡十七種、神經系病凡六十五種、每種疾病之原因病狀斷療法皆言之甚詳為醫界中最新之
書也。每部二冊、共有八百餘頁、定價三元。

肺癆病學一夕談

丁福保譯述。首論空氣療法。次論安靜及運動。次論皮膚之堅強。次論飲食。(內有朝食午食夜食一定之食單)次論被服。次論

發熱。次論盜汗及不眠。次論咳嗽咯痰及咯血。次論下痢。次論輕快及治愈。次論職業。次論肺病預防法。每部大洋三角

病理學一夕談

丁福保譯述。第一章、疾病之意義。第二章、發生疾病之原因。第三章、病竈與症狀。第四章、天然療法與人工療法。第五章、死亡與對於死亡之科學

的觀念。第六章、局部與全身病。第七章、病變之種類。第八章、漢醫學之病理思想。第九章、關於人體之迷信。學說精選。文義淺顯。讀者無不瞭解。每部大洋三角

中外醫通

日本藥學家赤木氏原著。無錫丁福保譯述。其原本今年四月出版。在日本亦為最新之書。每一種病。詳列中西經驗各方。使閱者知某病用中國方則為某藥。用外國

方則為某藥。將上下數千年東西數萬里扞格不通之處融會而貫通之。集衆腋以為裘。穿明珠而作串。其微辭奧旨多述。舊聞閱者如入山得徑。榛蕪豁然。又如掘井逢源。溢然自出。蓋以吾國古方居全書十分之九。外國方值居十分之一。學者易於觸類而旁通也。凡一十二章。其第一章傳染病。第二章呼吸器病。第三章消化器病。第四章全身病。第五章神經系病。第六章循環器病。第七章排泄器病。第八章五官器病。第九章皮膚病。第十章婦人科病。第十一章小兒科病。第十二章外科諸病。每部兩元

看護學

無錫丁福保譯。共十六章。其次第共分五步。一、解剖生理之概要。二、看護法。三、綁帶法。四、看護傳染病雜病之通則。五、救急法。女子教育學科中宜添授看護學。為他日作良妻賢母之

助。不但醫院中宜添設看護婦也。中國之有看護學。當推此書為鼻祖矣。每部大洋七角

分娩生理篇合編

日本醫學博士今淵恒壽原著。無錫華文祇丁福保合譯。分娩生理篇。專論分娩時之狀況。產婦之生理。胎兒之體位。產婆之手術。皆詳焉。產

婦生理篇。專論分娩後之狀況。產婦之生殖器變化及攝生看護法。嬰兒之生理的狀態及營養護持法。皆詳焉。每部八角

古方通今

極效之古醫方。其分量往往數兩數升。與今制不合。因此不能通用。是書將古之權衡。改爲今之分量。其方藥尤有特效。每部二角

胃腸養生法

無錫丁福保譯。胃腸病學。中國向少專書。歐洲發明此學。亦在近三十年間。日本醫學博士長與稱吉氏。留學歐洲。專治胃腸學。返國後。創胃腸病院。立消化

機學會。與同志研究討論。舉其學說及經驗。可爲胃腸病之豫防法者。勒成此書。以期普及。其內容論飲食之目的。消化之生理。齶齒之豫防。胃腸之運動官能。營養品滋養物之區別。食品之分析。肉類魚類之選擇法。穀類。豆類。菜蔬類。果實類。以及飲料水。乳汁。鳥卵。嗜好品等之良否。攝食之時間。食物之分量。食時食後之規則。食器之取舍。病人及健康人之標準食餌等。燦然布列。著爲大觀。其文淺。其理明。其試驗確實而易行。雖屬養生一門。實非尋常衛生書可比。吾國之苦胃腸病者。不可不讀也。每部七角

內經通論合編

無錫丁福保編輯。吾國自古以迄周秦數千年間。醫學家之微言大義。皆萃於內經二書。今之醫者。大抵鄙備無文。往往不識內經徑塗。是書將古今之

人論內難者。纂輯成書。提要鉤元。言簡而意賅。學者瀏覽及之。可以得其大凡矣。每部三角

傷寒論通論

丁福保編輯。蒼萃古今論之論傷寒者於一編。爲傷寒論之門徑書。有仲景自序之箋注一首。尤爲博雅。可以救近人蒙陋不文之弊。每部二角

刪定傷寒論

仲景集漢以前醫學之大成，著為傷寒論，卷帙浩博，一時不易卒讀，日人蔣傳，寒論刪繁就簡，細分章句，而成此書，乃傷寒論之節本也。每部二角。

新纂兒科學

無錫丁福保譯，是書凡四十四章，先論小兒生理解剖，與成人不同之處，次論母乳之組成，及普通檢查法，授乳之規則，產母不得授乳之條件，乳母之選擇

及攝生方法，次論用獸乳養兒時當注意之規則，次論代獸乳之普通乳兒營養劑，次論初生兒假死，次論初生兒牙關緊急及破傷風，次論初生兒敗血症，次論初生兒黃疸，次論急性脂肪變性，次論臍疾患，次論乳齒初生時之疾病，次論小兒口腔疾患，次論咽喉頭後膿瘍，次論食道疾患，次論乳兒消化不良症，次論小兒胃炎，次論小兒虎列拉，次論急性慢性腸炎，次論腸管寄生生物，次論喉頭疾患，次論氣管枝炎，次論肺炎，次論結核性腦膜炎，次論慢性腦水腫，次論小兒脊髓麻痺，次論小兒急癇，次論小兒舞蹈病，次論腎臟炎，次論陰門陰囊炎，次論佝僂病，次論腺病，次論梅毒，次論間歇熱，次論天然痘，次論種痘，次論麻疹，次論猩紅熱，次論實扶的里及血清療法，併發病與續發病，次論流行性風疹，次論流行性腦脊髓炎，次論流行性感冒，次論百日咳，小兒之病，略盡于此，各病之末，附以治法處方，探幽索奧，精詳美備，誠保赤之慈航也。每部一元二角。

中西醫方會通

無錫丁福保編纂，凡十章，一、呼吸器病，二、消化器病，三、神經系病，四、傳染病，五、全身病，六、皮膚病，七、泌尿器及生殖器病，八、目病及耳病，九、外科各

病，十、婦科各病。此書有五大特色：一、病解及攝生法，精詳完備，便于診斷治療。二、中國方外國方，兼收並取，可以隨意選用。三、外國方內所選用之藥，皆性質平和，無劇烈之品，病人服之，有益無損。四、外國藥之用量，一律改用中國分兩，可省複雜難配。五、外國藥之製法簡單者，本書間亦載之，可以照法自製，誠醫界不可少之書也。每部二元。

新法之
洗冤錄
近世法醫學

學術愈進化。殺人之術亦愈多。檢查死屍之法。不得
不益求精密。此各國之法醫學。所以隨世運而日益

進步也。是書爲日本田中祐原本。徐雲丁福保合譯。論男女之半陰體。論不能生育。
論色情上之犯罪。論妊娠。論分娩及墮胎。論小兒之殺害。論各種器械之損傷。論生
前及死後損傷之區別。論自殺及他殺。論身體各部之損傷。論溺死。論絞死。扼死
等。論各種毒藥殺人之証據。論凍死。餓死。燒死。電擊死等。論死體各種之現象。論各
種檢查之法。無不至精極詳。有裨實用。較諸我國舊有之洗冤錄。殆有霄壤之別焉。
每部價洋一元八角。發售處上海棋盤街文明書局。上海新馬路昌壽里譯書公
會各省購書者書款從郵局亦可匯寄。

不妊症及治法

金匱周藩譯。婦人七出。無子居其一。然無子之罪。往往
不在女子而在男子。本書論不妊症。先述女子不妊之
原因。次述男子不妊之原因。次又述婦人不妊之臨床上所見。關於夫之診查。尤致
意焉。然後述不妊之療法。蓋除三分之一爲男子不妊外。婦人不妊之可得療治者。
居十之八九。此書誠婦科之至寶也。每部定價四角。

公民醫學必讀

無錫丁福保編、公民之體格、至爲寶貴、不具醫學智識、每爲庸醫所誤、是書分上下兩編、上編論中西醫學之要理、下編臚列各種普通疾患、及最

普通最簡易之療法、其藥劑皆用極和平者、凡猛烈之藥、概不列入、每部二角

家庭新醫學講本

無錫丁福保譯述、譯者爲普及醫學起見、特編是書、以供家庭演講之用、分呼吸器病、消化器病、全身病、神經系病、傳染病、雜病六

門、病名之下、並附中國舊名、病原症狀療法、言之甚詳、藥劑平和、中西皆備、熟讀之、雖非醫生、亦能治病、雖有錯誤、亦無危險、文理清淺、盡人能解、每部四角

初等診斷學教科書

無錫丁福保譯述、詳論望診法、問診法、檢查體溫法、檢脈法、檢尿法、打診法、聽診法、腹部診查法、小兒診斷法、骨相法、以淺顯之語、達艱

深之理、雖普通人閱之、亦能解診斷學之大略、以助醫生之不足、此乃學醫者之指南針也、臨牀醫學之基礎也、每部定價七角

普通藥物學教科書

無錫丁福保譯述、共正續二編、凡配藥藏藥處方等法、皆言之甚詳、而健胃、強壯、解熱、防腐、收斂、麻醉、驅蟲、變質、吐瀉、利尿、皮膚病等普

通藥、及近發明之新藥、亦無不備具、某藥有效、某藥無效、皆據極確實之經驗、詳言無隱、學者果能照方施治、皆獲奇效、誠藥物學中最易明白、最有經驗之書也、每部二冊定價一元六角

蒙學衛生教科書

無錫丁福保著、共三十六課、內分飲食空氣日光運動休息等、爲衛生學中最淺顯最簡明之書、已銷售至十萬部、爲南北各學堂

通行之本、每部一角

赤痢新論

日本醫學博士志賀潔原本，無錫華文祺丁福保譯述，首論赤痢菌，次論疫學，次論病理及解剖的變化，次論症候，次論合併症及遺後症，次論診斷，次論經過及豫後，次論食餌及理學的療法，血清療法，藥物療法，次論豫防及撲滅等，以下論熱帶赤痢，學理最新，療法詳備，不惟為我國醫書中所未見，即在醫學最發達之日本，亦為得未曾有，醫者第能熟讀此書，其於赤痢之治療，必可無敵於天下，每部四角

新撰病理學講義

全書共三冊，無錫丁福保譯述，論人類所以得病之原因，論病原與病狀所以相關之理由，論病原所以殺人之緣故，內科外科無不具備，間及解剖病屍，以明某某腑所以受病之實據，此外寄生蟲及細菌之形態性質，亦詳載靡遺，理論精博文詞，淺顯吾國素靈以來，諸醫籍罕有其比，真醫界中從來未見之奇書也，每部大洋四元

家庭新本草

無錫丁福保編纂，我國士夫每憚西藥力猛，不敢嘗試，復嫌中藥力弱，不能奏功，此書所載藥品，皆係中藥，曾為西人化驗，確有實効者，性極平和，猛烈者已盡刪去，用於家庭，最為合宜，所論藥性，及處方，與舊本草不同，共分十五類，曰強壯劑，曰瀉劑，曰利尿劑，曰發表劑，曰退熱劑，曰祛痰鎮咳劑，曰殺蟲劑，曰止痛及甯睡劑，曰收斂劑，曰刺戟劑，曰變質劑，曰防腐消毒劑，曰吐劑，曰緩和劑，曰雜錄，末附普通防疫法，言傳染病之細菌，及豫防之法甚詳，皆居家必要之智識也，每部四角

公民衛生必讀

無錫丁福保編，欲為立憲時代之公民，不可無健全之體格，不可無衛生普及之思想，是書蒐羅宏富，凡關於個人衛生，公衆衛生之事，分門別類，靡不備載，先出初編，每部二角

新醫學六種

無錫丁福保編纂。是書共六種。一爲永免咳嗽法。二爲實驗良方一夕談。三爲小兒服藥一回之用量。四爲診斷書舉隅。

五爲病理學材料實地練習法。六爲醫血療法。搜羅宏富。以嶄新之學說。示確當之治療。爲醫學界放一異彩。每部大洋五角。

預防傳染病之大研究

傳染病流毒地方。至爲慘酷。一人罹之。數十人踵之。甚至千百人同歸於盡。地方治安。不因水火刀

兵而爲之擾亂。此各省地方自治公所不可不加意預防者也。特是欲防傳染病之流行。必知各種傳染病之性質。自治諸公。未必盡人知醫。而我國醫學。復以窳陋聞於世。其不能盡知傳染病之性質也。可知。不知傳染病之性質。安能戰勝傳染病。而永保地方之治安哉。是書爲無錫丁福保先生所譯。共分八章。一緒言。二傳染病之定義。三傳染病之特色。四病原性微生物之性質。五傳染及流行。六免疫。七傳染病之預防。八各種傳染病預防法。每章各有分目。凡關於傳染病之學理。無不纖悉畢載。瞭如指掌。欲知傳染病之性質。而預防傳染病。以保地方治安者。不可不讀此書也。每部大洋五角。

國民醫學綱要

無錫丁福保譯述第一類序錄。爲各種醫學書序。學者讀此。可以識醫學各科之大略。及歷代之變遷。誠門徑中之門徑。階梯中之階梯也。序錄之後。曰肺癆

病新學說。曰產後之攝生。曰胎生學大意。曰產科學大意。曰育兒法大意。皆普通智識中之最要者也。其次曰傳染病學大意。曰內科學大意。曰外科學大意。曰皮膚病學大意。曰婦人科學大意。曰微菌學大意。凡系狀菌。芽生菌。分裂菌等。其名目亦略備焉。其次曰內科病之救急法。凡卒倒。疼痛。肺血。胃血。腸血等。急治之法悉備。曰中毒之急救法。凡鴉片中毒。菌中毒。石炭酸中毒。以及昆蟲之刺傷。瘋犬之咬傷等。急治之法悉備。曰異物之取出法。凡外物之入於呼吸器。消化器。以及五官器者。其取出之法悉備。曰火傷及凍傷。曰止血法。曰失氣及假死。皆救急法中之不可不知者。曰創傷。凡頭部之創傷。耳之創傷。面部之創傷。舌之創傷。眼之創傷。頸部之創傷。食道之創傷。胸部及臟腑之創傷。救急之法悉備。以上各書。在一二月內。已可卒讀。普通醫學智識。可以得其大凡矣。共分三編。每部一元二角。

普通醫學問答

無錫丁福保譯述丁氏醫學叢書中此爲最淺共分二十一章大自傳染病及各器官病小至發汗及睡眠罔不擇要備錄熟讀此書普通症候已可着手療治誠

初學之津梁也 每部大洋五角

西藥實驗談

是書爲函授新醫學講義之一無錫丁福保編述共分十七節一序言二退熱劑三下劑四利尿劑五收斂劑六祛痰劑七麻醉劑八興奮劑九強壯劑十防

廣消毒劑十一驅蟲劑十二變質劑十三清涼劑十四吐劑十五刺戟劑十六緩和劑十七附錄共載藥品八十九種每種分形狀應用貯法處方四項處方少則八九多則數十每方之下復註所治之病眉目清晰效驗如神按病開劑應手可愈醫家不可不各置一編 每部大洋一元六角

妊婦診察法

無錫丁福保譯述。是書爲診察婦人妊娠時一切之方法。內容分一問診。二狀態。三骨盤之診察。四外陰部之診察法。及妊娠徵候摘要。并附治妊婦嘔吐法。是書說理精確。言之不厭其詳。爲最完全之診察妊婦之書。每部大洋三角。

近世催眠術

日本熊代彥太郎原著。丁福保華文祺合譯。日本催眠術書。前後計二十餘種。惟是書爲最近出。其法亦最新最確實。凡疾病之適用於催眠術者。如歇私的里。強迫狂。恐怖症。色情異常。神經衰弱。遺尿。不眠。頭痛。睡眠病。神經痛。神經性心悸亢進。眼球痛。遺精。精液早漏。陰萎。交接不能等病。俱有極良之效果。又能應用於外科小手術。及產科之陣痛。可見新法之催眠術。對於治療上有最高之價值矣。又有利用催眠術以助偵探。或使罪人供其罪狀。用以助審判之資者。其用法尤爲神妙。學者盍一研究之。每部五角。

精印人體生理圖五幅

每圖皆有說明語。茲已譯成華文。述全體生理。類爲簡要。第一圖骨格。第二圖肌肉。第三圖消化器。第四圖呼吸及腦髓。第五圖腦筋。每幅廣二尺。長三尺。今由東洋五彩精繪印成。懸諸課堂。最爲合宜。教育家必需之品也。定價洋一元。

免疫一夕談

傳染病之流行也。老幼男女。有傳染者。有不傳染者。有一傳染而終身不復傳。染者。有一傳染而至於再至於三者。其所以不同之理。吾國自古迄今。懷疑真

決。邇來東西洋細菌學日益發達。凡細菌及於人類之利害。無不條分縷析。纖毫靡遺。吾國不可不一讀其書。而一辨其惑也。是書爲江陰徐雲無錫丁福保合譯。共分二十章。一、誘導論。二、先天性菌如疫。三、先天性菌免。四、先天性毒免疫。五、後天性毒免疫。六、後天性免疫之原因。七、抗毒素之作用性質。八、抗毒素之發生原因。九、菌溶解素。(即抗菌素)十、攻擊素。十一、凝集素。十二、溶菌性酶。十三、對於動物細胞成分之免疫質。十四、血球溶解素。十五、抗血球溶解素。十六、血球凝集素及抗血球凝集素。十七、細胞毒及抗細胞毒。十八、沈降素。十九、免疫質之傳播。二十、人工免疫法之原理。東西洋細菌學家之學說。胥備於是矣。每部大洋五角

傳染病之警告

吾國以疫癘比於天災。此謬說也。疫癘流行之地。同胞死者相藉。而旅居之西人。死者獨寡。豈西人血肉之體。異於吾國同胞哉。蓋先事預防之得

其法也。吾國人士。既無衛生智識。復無防疫方法。疫癘一起。驚惶失措。舍束手聽天之外。無他策。愚哉。疫癘非刀兵水火。而刀兵水火且可避。可防。可使之消滅。彼疫癘何獨不能避之防之消滅之哉。無錫丁仲祐先生。痛去年東省疫癘流行。同胞無罪就死。特譯是書。以警告將來。全書分上下二編。上編總論疫之所以起。與人之所以染疫。下編分論各種疫癘之病原。症狀。及傳染之路。預防之法。消除之方。同胞苟熟是書。實行於家。則一家可免其害。擴而充之於郡於省於國。則一郡一省一國亦莫不皆然。而疫癘從此絕跡矣。彼西人之所以能免疫者。亦據是書也。每部大洋四角

肺癆病救護法

肺癆自古為東西各國患。擾其鋒而死者。歲不可以傳指計。歐美醫家。力求防禦療治之法。其勢乃大衰減。獨我中國。不知利害。熟視之若無所觀。既不研究強身之術。與之相抗。又未開發特效之方。以治既病。一任其勢之蔓延。宜乎死者日益夥也。是書為無錫丁福保所譯。防治肺癆之書。此為最新。凡可以祛除肺癆者。臚載無遺。可行於個人。可行於全國。未病者據之可免傳染。既病者據之可望全治。學說嶄新。治法確實。足見世界進化之速。而肺癆終必為人類所戰勝也。吾國得此。當亦無慮肺癆之為患矣。每部大洋六角

瘰癧之原因及治法

我國患瘰癧者最多。醫生大抵不能悉其病原。又不能明其病理之變化。故數千年來。皆無正當之治法。日本醫學博士三輪德寬撰。諸書之菁華。積多次之實驗。而著是書。論治法及原因。詳備無遺。無錫丁福保譯成漢文。又忍閱者於新名辭。不易了解。別將書中各種專名。詳細解釋。冠之篇首。名曰誘導篇。是書勾深索隱。開發詳盡。不但吾國論瘰癧書中無此鉅作。即在日本外科書中。亦為不可多得之新著也。定價大洋七角

醫說十卷

宋張杲撰。是書分四十七門。集自秦至宋之大成。欽定四庫提要謂其「取材既富。奇疾險症。頗足以資觸發。而古之專門禁方。亦往往在也。蓋三世之醫淵源有自。固與道聽塗說者殊矣。」此書之所以貴者。其所引之書。皆唐宋以前古書。其簡要之處。方亦皆唐宋以前之古方。語語有實用。字字有來歷。學者讀此。可以知吾國宋以前醫學程度之高。

續醫說十卷

明俞弁撰。是書集宋以後至明之大成。援據賅博。立論能發前人所未發。

一一書

共二十萬言

外間絕少善本茲特刊印
五百部 定價一元四角

內科學綱要

無錫丁福保譯述。共二十八類。曰傳染病篇。曰血行器疾患。曰鼻腔疾患。曰喉頭疾患。曰氣管枝疾患。曰肺臟疾患。曰腹疾患。曰腎臟疾患。曰副腎疾患。曰膀胱疾患。

患。曰生殖器疾患。曰血液疾患。曰脾臟疾患。曰運動器疾患。曰新陳代謝疾患。曰末梢神經疾患。曰骨髓疾患。

曰延髓疾患。曰腦髓疾患。曰官能的神經疾患。曰中毒篇。所載之病。都四百四十種。其病名爲吾國所固有者。

則以吾國之舊病名條注而列於下。如以中消病注糖尿病。以中風注腦出血等。爲古人所未知而於教會

醫院中已譯有定名者。則以舊譯名條注於下。如以胃生毒瘤注胃癌。以傷風時症注流行性感冒等。設既

有譯名。復有古名。則古名與譯名摺拾。首萃而咸列之。如實扶的里之下。注舊譯作假白皮。或白皮痧。或時

疫白喉。卽爛喉痧。古名脾風。喉風。馬痺風。鎖喉風等。是書於各種疾病。每詳列子目八項。曰原因。言疾病之

眞源也。如結核桿菌。爲肺癆之因。百斯篤菌。爲鼠疫之因。曰潛伏期。言病原隱伏於體內之日數也。如痘

瘡之潛伏期。約十日至十四日。爛喉痧之潛伏期。約二日至七日。曰前驅期。言發病以前之先兆也。如傷

寒未發以前。其先兆爲食慾不振。全身倦怠。頭痛不眠。筋肉疼痛。就業厭倦等。曰症候。言患者之病狀也。如

傷寒之第一週。爲何種病狀。其第二第三週。則爲何種病狀。曰合併症。言患者於本病之外。兼患他種疾病

也。如患傷寒者。兼患氣管枝炎。或肺炎。或心囊炎。或腎盂炎。或脾臟破裂等病。曰轉歸。言疾病之輾轉進

行。歸於治愈。或死亡。或廢疾。或畸形之預料也。或作預後。舊譯作決病。如肺癆病在第一期。可預決其能愈。

在第三期。則預決其必死。曰療法。治病所用之藥品。及手術之方法也。療法中有對症的者。卽言病人患

咳症。則對其咳症而治之。患便秘與發熱。則對其便秘發熱而治之。曰類症。言各種類似之病症。直抉其異

同之點。下精確之斷語。以斷定其病名也。

病之無潛伏期。前驅期。合併症者。則闕之。

病之無潛伏期。前驅期。合併症者。則闕之。

每部兩元五角

藥物學綱要

無錫丁福保譯。共十六章。曰麻。醉。藥。用。以。侵。神。經。系。之。中。樞。或。神。經。系。之。末。梢。變。換。神。經。細。胞。之。化。學。的。成。分。而。奏。鎮。靜。神。經。機。能。鈍。麻。全。身。知。覺。麻。痺。延。

髓及呼吸中樞之效者也。曰興奮藥能奏強壯心臟刺戟神經快利呼吸催進血液盛淫欲而去睡眠之效者也。曰解熱藥用以減退病人之身熱者也。曰清涼藥由主宰於心臟及尿管之神經中樞之作用以減退酸化機能及體溫之亢進血液之循環者亦解熱藥之一類也。曰防腐及消毒藥用以防物質之腐敗發酵又能奏殺滅傳染病微菌之效者也。曰驅蟲藥用以驅殺寄生於腸管及皮膚之蟲類者也。曰變質藥或用以改良新陳代謝之作用者謂之清血藥或用以溶解分散病的沉着物者謂之解凝藥。凡各種之慢病身體內有障礙之毒物者能以此類藥品驅逐而撲滅之。曰強壯藥內分苦味藥消化痰補血藥三種皆能改良營養變衰弱而為強壯者也。曰收斂藥能收縮組織狹小血管減少分泌而止血且有制酵防腐之作用者也。曰刺戟藥貼於皮膚或組織能奏引赤發泡腐蝕三種之效者也。曰下劑其間雖有峻下緩下之別然皆能刺戟腸粘膜催進大腸之蠕動逐去腸之內含物者也。曰吐劑使延髓嘔吐中樞受刺戟利用胃壁腹筋及胸筋痙攣性之收縮以驅逐胃之內容物兼有祛痰之效者也。曰利尿藥能奏分泌尿增多之效。凡水腫淋疾及膀胱炎症均利用之。曰祛痰藥能稀薄氣道之分泌物或使分泌物增多易於咯出以奏祛痰之效者也。曰發汗藥或刺戟汗腺之神經或催促血液之循環以增加皮膚水分之排泄者也。曰緩和藥為粘滑性之物用以減退物質之刺戟性及過敏之知覺者也。每藥之下皆列西文原名於購藥極便。凡藥名之異品及教會中之舊譯名皆詳注於目錄內以便檢查。洋裝精本每部一元五角。

生理衛生學講義

京師譯學館生理學教習丁福保編輯。第一編總論。第二編各部生理。第三編各部病理及治法。每部大洋五角。

蒙學生理教科書

無錫丁福保著，共二十七課，內分骨骼、肌肉、皮膚、消化器、循環器、呼吸器、排泄器、神經系、五官器等，提要鉤元，縮長篇於尺幅，爲生理學中最簡之書，故南北各學堂，都用此書爲課本，現已銷至十餘萬部矣。每本一角。

新內經

無錫丁福保編纂，第一集曰新素問，上編論縮短人壽之原理，凡十章。一、柔弱之教育。二、放逸之淫樂。三、腦力使用之過度。四、疾病及不合理之處置。五、不潔之空氣。六、飲食之過度。七、

害人壽之氣質及情慾。八、誇大之想像力。九、毀壞人體之毒物。十年齡及早老。下編論延長人壽之原理，凡十九章。一、遺傳上壯健之出生。二、合理的身體之教育。三、活潑能動的之青年。四、慎伉儷以外之肉慾。五、幸福之夫妻關係。六、睡眠。七、身體之運動。八、新鮮之空氣。與適當之溫度。九、田園生活。十、旅行。十一、清潔與皮膚之衛生。十二、良好之食品。十三、精神之平和。十四、快適之感覺及刺戟。十五、疾病之豫防及療法。十六、變死之救助。十七、老年之衛生。十八、精神及身體之修養。十九、因體質氣候及生活法不同之各長壽法。其第二集曰新靈樞經，凡二十一章。一、細胞。二、組織。三、骨骼之解剖。四、骨骼之生理衛生。五、肌肉之解剖。六、肌肉之生理衛生。七、皮膚之解剖。八、皮膚之生理衛生。九、消化器之解剖。十、消化器之生理衛生。十一、循環器之解剖。十二、循環器之生理衛生。十三、呼吸器之解剖。十四、呼吸器之生理衛生。十五、排泄器之解剖。十六、排泄器之生理衛生。十七、神經系之解剖。十八、神經系之生理衛生。十九、五官器之解剖。二十、男女生殖器之解剖。生理。二十一、男女生殖器之衛生。爲醫家必讀之書。爲

教員學生必讀之書。可爲高等小學堂中學堂生理衛生學最新之課本。洋裝二冊。每部一元四角。

內科全書

無錫丁福保譯述。共分七類。曰傳染病。篇如腸室扶斯（即傷寒）實扶的里（即爛喉痧）虎列刺（即霍亂）麻拉利亞（即瘧疾）等。凡二十三種。曰呼吸器病。篇如鼻答加

兒（即鼻之流涕凡粘膜內多流出液。皆謂之加答兒）喉頭加答兒（舊譯作聲管炎）氣管枝加答兒（舊譯作氣管炎即咳嗽）咯血（即欬血）肺結核（即肺癆病）等。凡三十種。曰循環器病。篇如心臟內膜炎（舊譯作心房炎）心包氣腫（舊譯作心包絡積水與氣）胸部大動脈瘤（舊譯作胸總脈管生血囊）神經性心悸亢進（舊譯作心跳症）等。凡十七種。曰消化器病。篇如胃癌（即胃毒癰）腹水（即水臌）胃潰瘍（舊譯作胃內皮生滑瘡）腸結核（即腸癆）胃加答兒（舊譯作胃炎）食道狹窄（即膈症一作噎膈拒食）耳下腺炎（即疝腮）肝臟膿瘍（即肝癰）腸管內寄生蟲（即腹內蟲症）等。凡三十五種。曰泌尿器病。篇如遺尿（即小便不禁）膀胱炎（即膀胱熱症）腎臟結核（即腎癆）腎臟癌腫（舊譯作腎生毒瘤）尿毒症狀（舊譯作尿毒入血）等。凡十六種。曰運動器病。篇如腺病（即癩癰症舊譯作頸胸吸核腫脹）貧血（即血虛）佝僂病（舊譯作小兒骨軟症）血友病（即出血不止）蜜尿病（即中消病又名消渴）關節癱麻質斯（舊譯作風濕古名痛痺）等。凡一十九種。曰神經系病。篇如癩癰（即羊顛風）腦出血（即中風）腦膜炎（即驚風）神經衰弱（舊譯作腦筋失力）歇私的里（舊譯作煩惋善怒）等。凡三十種。每一病名之下。亦列西文原名。凡數會中已有舊譯名者。亦詳注於目錄。中藥品之治療法。不載分量者。檢卷末之藥物分類用量表。即知對症的療法者。即便秘而療以瀉藥。咳嗽而療以鎮咳藥。發熱而療以退熱藥等。對各症而施各種療法也。洋裝精本。每部兩元。

肺癆病預防法

無錫丁福保譯述。是書共二十一章。第一、原因。第二、注意。第三、衣服。第四、呼吸器。第五、烟草。第六、入浴。第七、飲物。第八、食物。第九、運動。第十、寢室。第十一、談話。第十二、勤勉。第十三、職業。第十四、藥物。第十五、溫泉。第十六、病狀。皆本竹中成憲原書。而參考各家之說者也。第十七、肺癆病初期之診斷法。第十八、肺癆病醫案一則。第十九、肺癆病類症鑑別法。皆寺尾國平之所著也。第二十、衛生古義。皆古人衛生學之精理也。第二十一、虛勞古義。凡素問、難經、金匱、金元四大家等。關於肺癆病之學說。皆備載焉。洋裝精本每部五角。

新譯竹氏產婆學

凡妊婦之攝生。分娩時行事之秩序。產婦之攝生。初生兒之發育。小兒之營養。產婦及初生兒之疾病。難產及手術等。皆言之甚詳。為吾人普通智識中不可缺者。中國之有產婆學。當推此書為鼻祖矣。洋裝精本每部六角。

家庭必讀 育兒談

無錫丁福保譯述。共八章。曰嬰兒之發育及看護者。凡健兒之現象。及身體精神之發達。與夫小兒衣服居處運動之事屬焉。曰嬰兒之母。乳養。育。當生母之授乳。停乳。乳房之注意。及授乳之時間規則。斷乳等皆屬焉。曰乳母。言生母之乳時。及不能授乳時。辨別乳母之性質。及

管理監視之法。曰牛。乳。言牛乳之性質。管理法。及稀釋法。曰乳兒。榮養法之謬誤。羅列小兒飲食之不良品。及食物調理之法。曰自襁褓時至七歲之養育法。自衣履。沐浴。寢室。以至呼吸器。運動器。及五官等。言之甚詳。曰病兒看護法。及諸病豫防法。凡普通之疾病。及傳染病之豫防法備焉。曰智育。精神上之教育屬焉。每部四角。

增訂第十版 衛生學問答

無錫丁福保著。是書共九章。講生理衛生學最詳備。一。刻於山西武備學堂。再刻於無錫埃實學堂。三。刻於蘇州中西小學堂。今第十六次增訂改良本。已在日本印成。與舊本迥別。每部大洋五角。

欽定四庫全書提要醫家類

我朝四庫全書其富過於前代所藏遠甚。即以醫家一類言之。著錄者凡九十六部。一千七百四十三卷。

而存目之書亦有九十四部。六百八十一卷。附錄六部二十五卷。可謂多矣。曾文正云。著述者之業若江海然。非一人之腹所能盡飲也。要在慎擇焉而已。學者欲讀古書。非得提要鉤元之法。無由得其門徑。而擷其精華。四庫提要。編纂者皆一時名士。即論醫家一類。抉擇精嚴。品評確。披讀一過。於我國醫學之淵源。歷代醫籍之流派。已能得其大凡矣。用時摘出。印成單行本。以供吾國之研究醫學者。每部三角。

國朝名人書札

此書乃搜集國朝名人百餘家通用手札編輯而成。共分十四類。一通問類。二、復答類。三、請求類。四、復謝類。五、延請類。六、辭卻類。七、餽贈類。八、祝賀類。九、唱慰類。十、借助類。十一、頌贖類。十二、論述類。十三、規諫類。十四、家書類。每類又分子目數十門。指明其所

爲何事。所求何物。全書書札幾及千篇。分訂三巨冊。世界文化日進。人日日繁。紹華轉眼。寸陰可貴。吾國各界。素尚尺牘。一紙顯文。不憚攻究。費時失事。莫此爲甚。何如撮一部成書。振筆直抄。以節下之時間。用於有爲之事業乎。此同人編輯此書之宗旨也。每部大洋一元五角。

張嘯山先生尺牘

二角

譚子居先生尺牘

二角

顧亭林先生尺牘

二角

洪稚存先生尺牘

二角

朱鼎甫先生尺牘

二角

管異之先生尺牘

二角

吳穀人先生尺牘

三角

芙蓉山館師友尺牘

二角

陳其年先生尺牘

二角

劉美初先生尺牘

二角

允西堂先生尺牘

二角

李申者先生尺牘

二角

總發行所在上海新馬路昌壽里靜書公會 ● 寄售處上海棋盤街文明書局 ● 買書者書款從郵局亦可匯寄

- | | | | |
|--------------------------------|------|------------|------|
| 枚叔集司馬長卿集司馬子長集合本 | 價洋三角 | 揚子雲集 | 價洋三角 |
| 班孟堅集王叔師集鄭康成集合本 | 價洋三角 | 蔡伯喈集 上下二冊 | 價洋五角 |
| 劉公幹集應德棖集阮元瑜集孔文舉集王仲宣集陳孔璋集徐偉長集合本 | 價洋三角 | 魏文帝集 | 價洋六角 |
| 魏武帝集 | 價洋三角 | 阮嗣宗集 | 價洋三角 |
| 曹子建集 上下二冊 | 價洋七角 | 左太冲集潘安仁集合本 | 價洋三角 |
| 稽叔夜集 | 價洋四角 | 陸士龍集 | 價洋四角 |
| 陸士衡集 | 價洋三角 | 謝康樂集 | 價洋三角 |
| 陶淵明集 | 價洋四角 | 鮑明遠集 | 價洋三角 |
| 謝法曹集謝希逸集合本 | 價洋二角 | 謝宣城集 | 價洋三角 |
| 顏延年集 | 價洋二角 | 梁簡文帝集 | 價洋四角 |
| 梁武帝集 | 價洋五角 | 梁昭明太子集 | 價洋三角 |
| 梁元帝集 | 價洋三角 | 江文通集 | 價洋五角 |
| 沈休文集 | 價洋五角 | 隋煬帝集 | 價洋三角 |
| 任彦昇集陳 | 價洋四角 | | |

診斷學大成

是書為日本橋本節齋著。無錫丁福保譯。共分三編。一既往症診查。二現症診查。三應用診斷學。其內容為視診、觸診、打診、聽診、檢溫、檢痰、檢糞、檢尿、檢細菌等。又詳論診查全身皮膚、呼吸器、血行器、消化器、泌尿器、生殖器、神經系等法。全書博大浩瀚。章節分晰明瞭。圖畫精緻入微。誠吾國醫學界從來未有之大診斷書也。每部四元

子之有無法

日本醫學士田氏原著。無錫丁福保譯。首論無子之罪。果在男抑女。次論石男而得子法。次論人工妊娠法。次論陰萎不足。次論流產預防法。次論無子法。其附錄論男女之種類不同及月經。論男人之無子為精蟲。女人之無子為子宮病。論花柳病與無子相關之理。每部三角

歷代名醫列傳

丁福保編輯。自扁鵲、倉公、張仲景、華元化、王叔和、以及宋元明各大家。本朝之徐靈胎、尤在京、葉天士、陳修園、王清任、趙靜涵等數十人。皆人各有傳。而碌碌無所短長者不與焉。凡歷朝醫事之得失。因革及所以進化。所以自畫之故。則此可瞭然於心目間矣。西人發明血液循環之哈斐氏。發明種牛痘之占那氏。以醫術名廣東之嘉約翰氏。發明細菌學及消毒法。號稱近世之醫聖者古弗氏。亦附傳於簡末。仿阮氏、噯人傳例也。每部大洋五角

南洋醫科考試問題答案

修律大臣奏定法典草案第二百九十六條。凡未受公署之許可。以醫為常業者。處五百元以下罰金。故兩江總督端制重有考試醫生之舉。共分五等。此編即無錫丁君福保考列最優等之試卷。猶日本之醫術開業試驗問題答案集也。其問題皆辨析精微。足資啓發。可為各省考試醫學之程式。尤為行醫者所宜究心也。每部大洋二角

花柳病療法

無錫丁福保譯述，先述花柳病學之歷史，次述淋病，次述軟性下疳，次述梅毒，次述花柳病之新藥方，書中所論病源病狀及療法，皆理明詞達，閱之即能瞭解，其藥方皆從確實之經驗得來，苟能照方試治，必得事半功倍之效。每部定價七角。

實扶埏里亞血清療法

實扶埏的亞症（我國名爛喉痧）以免疫動物血清治療，百無一死，不用嘔吐化痰之舊法，僅用血清注入皮內，爛喉痧之毒素即不能逞其作用，以傷人體細胞，為爛喉痧之特效藥，此書為陽湖李祥麟譯述，凡血清之製造法及免疫原理，與夫注射之分量及手術，皆懇篤說明，誠喉科之寶鑑，醫界之良書也。每部五角。

德國醫學叢書

無錫丁福保譯述，其第一編曰安氏外科學，第二編曰皮氏外科學，第三編曰維納內科學，第四編曰莫氏小兒科學，第五編曰惠氏兒科學，第六編曰富氏產科及婦人科學，第七編曰倍氏神經系病學，第八編曰馬氏精神病學，第九編曰喜氏頸病及胸病，第十編曰施氏喉頭病學，第十一編曰司氏眼科學，第十二編曰克氏耳科學，第十三編曰加氏皮膚病學，第十四編曰伍氏泌尿器病學，第十五編曰諾氏花柳病學，囊括閎纖，甄綜秘要，誠方書之淵海，診治之津梁也。每部大洋三元。

丁生理衛生教科書

日本高橋本吉、山內繁雄合編，無錫丁福保譯述，丁君於醫學研究有年，曾應江督醫科考試，得有最優等文憑，任京師醫學館生理學教習，二年有奇，故於生理衛生一科，研精覃思，確有心得，其譯述是書，斷非率爾操觚者可比，原書在醫學最發達之日本，亦為條理完密，簡得宜之善本，前經丁君譯出，自無鉤棘支離之弊，其案語足使學者引伸觸類，津津有餘味焉。每部七角。

醫學界破天
荒之奇著

無藥療病法

是書爲日本系左近所著，無錫華文祺譯，系氏著藥物學甚夥，久爲日本醫學界所推重，近又以世人多不講求病中攝生之法，一

且避病，輒濫用藥劑，非唯無益，且因是以致不測者，往往而有，系氏怒焉傷之，特發憤著爲是書，凡不服藥劑，而可療治之病，如神經性胃病，神經衰弱，歇私的里，陰萎，遺精，初期之肺病，某種之心臟病，糖尿病，及腦病等十餘種，無不一一詳述其原因症候，及其無藥之療法，雖素無醫學上智識者，苟能熟讀此書，其識解已決非時下之西醫所能望其項背，故此書非惟爲我國醫學界所未見，即在醫學最發達之日本，亦爲從來未有之奇著，爰急爲移譯，出以供我四萬萬同胞之快觀，首版印刷無多，購者從速是幸。每部洋裝一冊定價四角

實驗衛生學講本

日本醫學士山田氏原著，無錫丁福保譯述，先述人身之生理，次述起居，衣服，飲食，及身體攝生等。次述醫師，藥劑師，看護師等。次

述外傷，出血，挫傷，骨折，脫臼，毒創，電震，溺死，溢死，絞死，窒息，火傷，凍傷，中毒等。次述病人之處置法，病室臥牀等之裝置，看護人應守之規則，及瀕死之處置等。次述病人之食物，睡眠，大小便，發汗，流涎，咳嗽，嘔吐，痔瘡，體溫，呼吸，脈搏等。次述內服藥，秤量，吸入藥，塗布藥，塗擦藥，點藥，罂法，注射，浴法，海水浴，轉地療法，手術，器械，消毒法，繃帶法等。次述傷寒，霍亂，赤痢，鼠疫，痘瘡，爛喉痧，發疹，流行性感冒，肺炎，瘧疾，肺癆，癩病，梅毒，淋病，耳目口鼻及皮膚病，胃腸病及寄生蟲，心肺及肋膜病，腎臟病，糖尿病，萎黃病，壞血病，腦脊髓病及癲狂，男女生殖器官病，膀胱病及肛門病等。次述妊娠，分娩，產褥，嬰兒，小兒之養育法及小兒病等。凡五十課。在家庭或學堂內，日講一課。約二月即能畢業。其所論之學，皆與吾人有密切之關係。其所述之學理，即在醫學最發達之日本，亦爲最新而最有實驗者。非特在衛生書中，別開生面，即在醫學社會中，亦可爲進化之一助矣。每部一元

診斷學實地練習法

無錫丁福保述。醫生不知診斷學。胡能爲人治病。吾於是。初等診斷學教科書。然雖知診斷學。而無練習之法。又胡能

於疾病之疑似處。而下真確之斷定語。吾於是。述診斷學實地練習法。是書共二編。上編凡一百四十三問。每問先列病人之姓名年齡。次將各種詳細病狀。及脈息。體溫。打診。聽診。視診等。所得之現象。雜列備具。再次則問學者此爲何病。宜用何種療法。下編凡一百四十三答。將上編之所問者。一一答之。先列斷定之病名。次列療法。及處方。學者閱一問。即宜反覆思維。此病當爲何名。或兼患某症。當用何種療法。用何種方藥。管子曰。思之思之。又重思之。此其時矣。思索已定。然後檢閱第二編之答語。若斷定之病名。悉合。療法亦合。則閱者自信力益堅。療病之原理。益能了解。或手舞足蹈。可以慰苦思力索之疲勞也。若診斷與療法悉誤。學者宜將答語探思而熟考之。以備臨牀時之應用焉。吾知是書一出。學醫者始有下手處矣。師以是教其生徒。父兄以是教其子弟。友朋以是互相督課。各省醫學會會員。以是爲開會時問難之資。則於診斷之實地練習。吾知其必有得也。有志改良醫學者。其勉乎哉。洋裝精本每部一元

化學實驗新本草

無錫丁福保述。是書有五大特色。書內皆中國藥品。一也。各藥品所含之成分。皆從化學實驗而得。二也。每藥先列中國學說。次列

日本學說。次列英美學說。可以正舊說之謬誤。可以得中西之互通。三也。藥性有新發明者。甚多如熟地。內含鐵質。麻黃。有利尿作用等。四也。無模糊影響之談。無嚮壁虛造之說。與舊本草迥然不同。五也。是書凡五易稿。至今歲始成。其第一章。麻醉劑。第二章。興奮劑。第三章。加熱清涼劑。第四章。驅蟲劑。第五章。變質劑。第六章。強壯劑。第七章。收斂劑。第八章。刺戟劑。第九章。下劑。第十章。吐劑。第十一章。利尿劑。第十二章。祛痰劑。第十三章。發汗劑。第十四章。緩和劑。第十五章。防腐消毒劑。第十六章。雜類。每部大洋一元四角

腦髓與生殖之大研究

無錫黃君森若素耽哲學。每遇一事一物之有趣味者。必反復研究。想入非非。故其學術。深宏奧衍。其精

細入微處。尤覺頭頭是道。此即黃君研究腦髓與生殖之作。分爲二編。其第一編之第一章。爲腦髓之解剖。以鳥類、魚類、爬蟲類、獸類等之腦。證明智識之發達與腦之大小有無關係。第二章。以人腦與猴、猩猩等之腦相比較。且取初生以至年老之腦量。與歷史上著名大家之腦量相比較。以證明智識之發達與腦之重量有無關係。第三章。詳載貓、犬、鳥、兔等。以電流通入其腦。或取去其腦之一部分之種種試驗。證明智識之發達與生理上有無關係。第四章。備載東西諸大名家自述之要理。第五、第六兩章。則說明觀念、記憶、想像、智識、概念、五大端。而發明洗心滌慮爲養腦之不二法門。其立論之高妙。誠古來論腦家之獨闢蹊徑者也。其第二編之第一章。詳論生殖。第二章。詳論人與生物。經一細胞而至成形之種種變態。所以證明唯物論家精確之談。以歸處於惟心者也。海內君子欲研究生人生物之故。及人物所以能知覺運動之理由者。請手置一編也可。定價大洋四角。

人體寄生蟲病編

日本小西俊三君著。丁福保譯。吾人各種疾病。大半因寄生蟲而發。是書之第一章。爲腸管內之寄生蟲。內分圓蟲類。及扁蟲類。如

蛔蟲。燒蟲。條蟲。是也。第二、第三、第四章。爲肺臟、肝臟、腎臟之寄生蟲。如肺臟二口蟲。肝臟二口蟲。及腎蟲等是也。第五章。爲糞便之檢查法。第六章。爲生活於血液中之寄生蟲。第七章。爲來襲於外皮之寄生蟲。第八章。爲生活於結締織內之寄生蟲。皆搜輯東西諸家之學說。細大不遺。加以實驗。故精而不隘。博而不濫。縷分剖析。具有條理。能使世之治蟲病者。左右而達其源。亟譯出之。以供醫林之採擇。爲吾國論蟲病書中最新之鉅製也。每部大洋七角。

半夏消痰丸

每瓶大洋一元

功效 一治溫痰、寒痰、燥痰、濕痰，以及老年痰多等症。二治各種痰之不易吐出者。能將氣管內之分泌液化薄，故爲祛痰藥。三治晨咳、夜咳、燥咳、寒咳、勞咳，以及傷風咳嗽等症。故爲鎮咳藥。四治呼吸器病之喘息，及心臟病之喘息。故又爲呼吸困難之緩解藥。有此四端，所以咽喉炎、氣管支炎、肺勞病、百日咳、流行性感冒、氣管支喘息、肺炎、肋膜炎等，皆可治之。

用法 每食後服四粒，至五六粒爲止，一日三次，用開水過下。

衛生 房內空氣宜流通，嚴禁煙酒。宜習練深呼吸法。深呼吸者在日光下潔淨之空氣中挺身直立，緊閉其口，將肺內之濁氣從鼻孔盡力呼出，呼至不能再吸。於是將外面之清空氣從鼻孔用力吸入，吸至不能再吸。第一次行完後，休息片刻，再行第二次。每日朝暮可作二回，每回可作十餘次。其效果能使肺臟擴張，肺內之容積變大，肺葉之尖因深呼吸之鼓動力，亦能盡其功用，以營其呼吸預防肺病之法，莫妙於此。

無錫丁氏監製

總發行所上海棋盤街文明書局及各埠文明書局

新萬國藥方

無錫丁福保譯述。其第一編為呼吸器病。第二編為消化器病。第三編為循環器病。第四編為神經系病。第五編為泌尿器病。第六編為生殖器病。第七編為運動器病。

第八編為全身病。第九編為皮膚病。第十編為中毒症。第十一編為外科病。第十二編為婦人科病。第十三編為小兒科病。第十四編為耳科病。第十五編為眼科病。統核其病名共五百八十餘種。總計其藥方共一萬零七百一十有四包。羅繁富選擇甚嚴。有與必搜。磨變弗備。在方書中誠可謂空前之作矣。每部定價洋三元。

普通醫學新智識

南洋考取最優等內科醫士丁福保譯述。是書在新醫學中最高淺要。一切普通人閱之。皆能字字明白。為門徑中之門徑。階梯中

之階梯。尤詳於婦科一門。為他書之所獨無。誠家庭必備之書。為普通學中所不可闕者。每部四角。

產科學初步

日本醫學士伊庭秀榮著。無錫丁福保譯。全書分八章。一骨盤。二正規妊娠。三正規分娩。四正規產褥。五異常妊娠。六異常分娩。七異常產褥。八初生兒之疾

病。章節井然。譯筆淺顯。譯者復附以西洋學說。是產科學中最完全之書也。吾國舊產科學。腐敗已極。識者頗以產婦胎兒之生命為憂。熟讀此書。可以不藉腐敗之產醫產婆。而自能為力。無足憂矣。每部大洋七角。

喉痧新論

無錫丁福保譯述。上編喉痧淺說。凡喉痧傳染之歷史。及豫防法。本病發生時之注意。及血清療法。及恢復期之注意。言之甚詳。為人人所當知者。下編喉痧粹言。凡原因及

解剖的變化。及症候療法。等說理精卓。為吾國舊醫書所遠不迨者。每部大洋二角。

瘧疾新論 霍亂新論 合編

無錫丁福保譯述。貫穿中西。抉擇精當。深奧之學理。以淺顯之筆達之。其材料之富。理法之新。實可謂登峰造極。每部大洋二角。

Handwritten scribble and the number 3000.



Handwritten text: 05
159,000 ③