

新婦產院醫設附學大濟同王國

告報作工

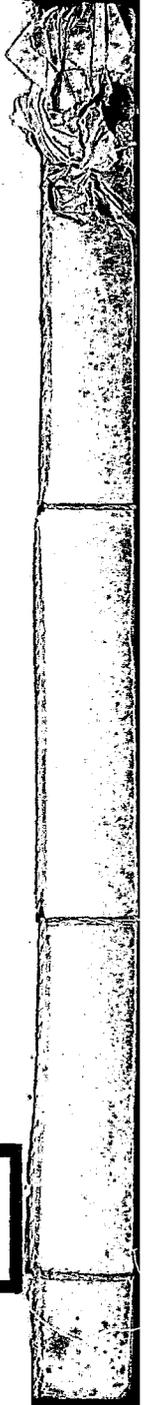
同言北平圖書館

惠存

月六年三十國民
賓宜川四

國五五平

SKBC
MG
R71-53
1/2



目錄

(一) 臨床罕見之皮膚囊腫一例

胡志遠

(病理及臨床報告)

(二) 子宮良腫原因之探討

梁勉程

(三) 壹百拾例白帶之顯微鏡檢查

林捷嘉

(四) 本院三年來不孕原因之統計及治療

劉新華

王鍾珍

NR
R71-13
1
2

大綱：

臨床上罕見之皮樣囊腫 (Dermoid cysts) 一例
(臨牀及病理報告)

胡志遠

- (一) 序言
- (二) 病歷
- (三) 臨牀檢查
 - (a) 外部檢查
 - (b) 陰道雙合診檢查
 - (c) 陰道開張器檢查
 - (d) 化驗檢查
- (四) 臨牀診斷
- (五) 治療
- (六) 手術情形
- (七) 病理報告
 - (a) 巨體檢查
 - (b) 顯微鏡檢查

卜)



(一) 病理診斷

(二) 討論

(三) 結論

(四) 編後言

(一) 序言：卵巢皮樣囊腫屬畸形瘤，為常見之症。據 *Ellis* 氏之記載約佔各類卵巢腫瘤總數百分之十五至廿，至國內之統計若何，尚無從稽考。卵巢皮樣囊腫常為普通之卵巢囊腫併發，大者罕越人頭，其組織多為外中二胚葉之產物，有腦質、神經、皮髮、脂肪、牙齒、軟骨、骨及肌肉組織等。內胚葉之產物如消化器官等之組織則較少。該項腫瘤之位置通常多在卵巢之內，故符其長成後正常之卵巢組織全被破壞，消失於無形，或殘留一部於瘤之表面，非經病理檢查不易發現其踪跡。本文所報告之一例，非但其臨床情形為罕見之例，頗饒興趣，且對於畸形瘤之根源及發生問題，占足供討論之價值，爰將該例之病史、治療及病理報告錄之於下。

(二) 病歷：病婦郭姓，四十二歲，十七歲結婚，生四男五女，均健在，關於其家族歷史無足記述，特殊遺傳情形亦無可說，病者身體素健，月經情

形亦正常，於結婚半年後（即廿五年以前）覺右小腹有鵝蛋大硬塊能推動，畧有微痛，七八月後即長大如飯碗大小，以後日益增長，越十年腹背部較末期之妊娠為尤大，腹壁脹隆，呼吸短促，胃納大減，行動極感不便，有時有微熱及寒感，食慾減退，身體瘦弱不堪，一日由一僧侶索得一土方，其藥作紅色粉末，病者每日以此敷於腹壁臍窩處（想係汞之化合物），十餘日後，該處皮膚發生一手指平大紅塊，中現一白点，約月餘後突於夜間穿破，膿如泉湧，且混有豆滓樣物流出，本末膨脹之膿，頸形縮小，身體轉健，惟膿流出不暢時則立感不適，自穿孔迄今已十五年，曾生瘡四次，以膿壁膿液常流未能斷根，求院求醫。

(三) 臨床檢查

(a) 外部檢查：病者一般狀態尚佳，營養中等，体温37，脈搏70，頸頭各部無異常，心尖震第一心音界帶雜音，其擴大現象，肺部無病象，脾肝亦無脹大情形，上腹各部亦無壓痛之徵，下腹畧突出，右側更較明顯，臍窩之左側下方約半握處有一鉛筆粗之瘻管口，邊緣甚不齊整，有瘻痕組織，堅實，以探針試之，皆通腹內，右下方

深約十二至十三公分達管底。檢查時膿液不斷流出，色黃質厚，臭味，以鑷子伸入管內得頭髮多根。管之周圍皮膚有圓形慢性濕疹一塊，其直徑約二公分，其邊緣明顯，並有小米大顆粒物散佈其間其餘四肢各部均無異常。

(b) 陰道及合於檢查：腹部柔軟，子宮大小，硬度均正常，位置靠近左側骨盆壁，前庭可移動無壓痛。子宮陰道部大小及硬度均正常。子宮右側前方有一長圓形之瘤腫，其上端大如人頭，高出於骨盆之上，質軟，能移動。與子宮無影響。下端界小如胎兒頭，質頗硬，移動性較小，無壓痛。右側輸卵管，卵巢未曾摸得。左側子宮附屬器皆正常，子宮旁組織亦無異常。

(c) 陰道開張器檢查：小陰唇哆開，會陰有第二度之裂隙，破裂裂床道口正常。子宮陰道部大小合度，子宮口呈橫裂狀，邊緣不齊。陰道黏膜整粒界平坦，無發炎狀態，分泌白色黏液物質，並不多。

(d) 化驗檢查：

(1) 血液：血壓 100/60 mmHg。血凝時五分鐘。去血時三分鐘。紅血球總數 3,500,000/mm³。血色素 65%。白血球總數 9,500/mm³。分類：中性 80%

桿核₂或酸性₁或鹼性₀單核₂或淋巴₂或₀，血球沉降速度試驗

第一小時 20mm 第二小時 5mm 坎氏反應陰性。

(2) 小便：黃色，澄清，反應酸性，蛋白質反應陰性，糖反應試驗陰性。

顯微鏡檢查：無圓柱體，紅血球₊，白血球₊，上皮細胞₊，細菌₊，餘無他。

(3) 子宮頸分泌物顯微鏡檢查：淋菌₊，白血球₊，陰道：乳酸桿菌₊

白血球₊，上皮細胞₊，格蘭姆陽性及格蘭姆陰性球菌及雙球菌₊，葡萄

菌₊。

(4) 大便：色黃，固體，蛔虫卵₊，白血球₊，餘無他。

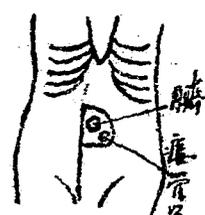
四、臨床診斷

右側卵巢之皮樣囊腫，其組織發生壞死，其相對之腹壁面發生瘻，令形成漏管，經腹壁向外穿孔，因之引起續發性之細菌感染。

五、治療

用伊脫麻醉劑施行手術治療。先將病內之分泌物盡量擠出，以免波及手術部。再用百分之十碘酒紗布於瘻管，後用紗布數層疊後蓋管口，而以縫線固定於皮膚上。在右側直腹肌旁老濕疹處上起臍窩上二指處下至恥骨縫合上方行一十二指之切開，腹膜剖開後即見一

(三)



臍腫，腹膜無炎現象，亦無癒着情形，腹腔內無積水，將該瘤提起，見子宮尚連帶一瘤，體積較小，瘤壁較硬，腹壁之輸卵管即此瘤相通，輸卵管正帶中為手術便利起見，輸卵管及卵巢之固有系帶在子宮右角一併加扎剪斷，後再結紮提卵帶而剪斷之，該瘤之柄既斷，僅中央仍藉總管與腹壁相連，遂在臍窩及總管左側行一約五公分之腹壁切開，而延長其兩端，使與右側之腹壁切開相連，呈弓形，由此所成之半圓形皮塊，包括臍窩及總管，不連腹內之囊腫一起取出，後將右側圓韌帶縫於子宮後壁，藉以覆蓋，蓋右側韌帶及輸卵管之斷端，檢視左側輸卵管及卵巢均正常，遂將腹壁之刀口縫合，手術告終。

(六) 手術後治療情形

手術後情形尚好，惟尿管不易維持清潔，病者時覺下腹左側腹壁疼痛，用溫鹽法無效，於第十日該處發現膿瘍，經切開排膿後，廿日即癒，令出院。

(七) 病理報告 (a) 巨體檢查

檢物係腫瘤二件，由大小二囊腫連接而成，大者外表平滑，色灰紅，

半透明，呈為長圓形，體積計 3.7×6.0 公分，剖視之，內容為血樣液，質約 500cc，內壁光滑，分為三室，中室下部之壁間後有兩未大囊，(小囊，*Small sacs*)，聚集成叢，小者在大者之下，彼此間一部份之壁互相緊連，形近橢圓，體積計 2.5×3.5 公分，其下方連輸卵管間膜及完全好之輸卵管，此平腫之下，復有一腎形之塊物，體積計 $3.5 \times 3.5 \times 1.5$ 公分，小囊腫以大囊腫之癒着處之中央側一面又有一長橢圓形皮狀相癒着，中有一通之瘻管，其內容係黃色之膿液，有臭味，難以脂肪，內壁下部有大小二丘，大者有 0.5×0.5 公分，小者有 0.3×0.3 公分，大丘上有門齒四牙，小丘上有門齒一牙，頭髮一束。

附圖：

顯微鏡檢查：

(一) 小囊腫之壁：小囊腫壁之切片，以顯微鏡視之，可分四層，最外層為結締組織，纖維組織，頗厚，大部為較老之纖維，而無細胞核，次之為橫紋肌層，占顯微鏡下，肌纖維發育甚佳，聚集成束，各束之間，具有結締組織，發現程度之水腫，更次層為稀疏之結締組織，其中有一二處雜以脂肪組織，其結構與平常之皮下層相似，最內層為最厚之線一層之扁平表皮 (*Plattungsfolle*)，且數處已角化 (*Verhornung*)，該層之下發現許多

及脂腺 (Lipid gland) 亦可偶見毛囊 (Hair follicle) 在皮脂腺之間 尚有
少許之橫紋肌纖維及淋巴細胞之浸潤。

(二) 手掌之突起部 切片之表面覆以一層之扁平表皮 並其角化
一部之表皮已脫之落 其下之組織 有夾性變化 已變成肉芽組織 (Granulation tissue)

(Bacterial invasion) 有多形核白血球 淋巴球及大單核細胞之浸潤 其他表皮
下之組織 異常稀疏 發現水腫 其性質等於巨噬表皮下之乳頭層
(Stratum papillare) 此層下之組織 為結構較鬆之結締組織 其下可

見大小不等之管腔 緣以一層之細毛上皮 (Thin mesothelium) 其外圍有一圈之
結締組織 難以肌纖維 有一震管腔內兩積膿性之渗出液 管腔

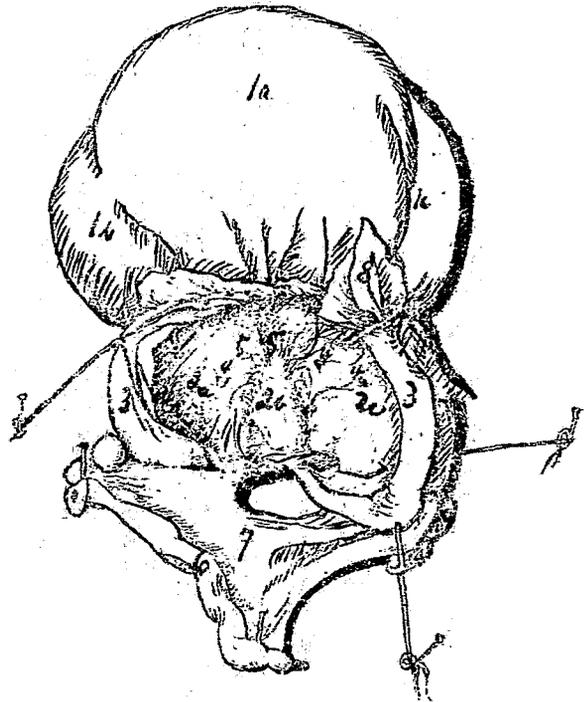
之旁 常見塊形之軟骨及類似黏液腺之腺體 此外在該層中尚
有散在之橫紋肌纖維及脂肪組織 血管等 要之此層之結構非

常奇特 不類任何身體各部之組織 恐係發育不全之胎組織。

(三) 腎形之塊物

此塊物之切片 全由纖維組織所構成 纖維排列甚少 或束 大半縱
橫交之 紛亂無序 其細胞多紡錘形 核甚明顯 可知尚幼稚 却
無細胞核之分裂象 (mitosis) 細胞之形狀及大小 大多一致 全部組織

皮樣囊腫之剖視圖



註：1a 比 卵巢囊腫之室 2a 比 皮樣囊腫 內面之三十丘
 3. 剖開後皮樣囊腫 4. 牙齒
 5. 毛髮 6. 輸卵管
 7. 輸卵管間膜 8. 皮樣囊腫 相連之 腹部皮塊
 9. 腹膜之管 10. 皮樣囊腫 相連之 纖維腫

中之血管不穿。

於斷：(一)及(二)：卵巢皮樣囊腫發生續黃性之感染。曰纖維腫。

討論

本例係一卵巢之皮樣囊腫，既經臨床鑑定，又經病理檢查所證明，實無疑問，茲容再予討論。惟據巨體檢查之記載，皮樣囊腫之上方，尚有一單純性囊腫，此腫由何而來，按諸前人之記錄，均考考據，為卵巢皮樣囊腫之例中所罕見之物。川島氏認為兩者不期相遇，係併發之變化也。在本例兩囊腫之分界甚明，上不相處，各不相雜，故亦應作以解。至於皮樣囊腫下方之一卵巢形之組織塊，經組織檢查，證明為一纖維腫，且有一柄，與皮樣囊腫相連。惟其發原之處，尚為疑，蓋卵巢之纖維腫，亦為罕見之物，且發於其表面者，常僅一柄。本例實為此種變化之又一引證。故此纖維腫而上述之單純性囊腫，可等量齊觀，同為併發之變化。惟究其發生之時間，則纖維腫之發生，當在皮樣囊腫之先，蓋非如此，若發生於卵巢既受皮樣囊腫之侵，則卵巢本身之組織，已全改觀，其纖維組織已全消失，何以尚能發生此腫，此理甚明，無待申述。簡言之，本例之腫瘤，按其性質

實有三種：一為皮樣囊腫，二為單純性囊腫，三為纖維腫，按其地位則同在卵巢，按其病原上之關係，彼與並不相涉，實為併發之變化。次之就皮樣囊腫發生之原因作一檢討。Barnet氏曾說婦女奇痛 (Ovarian) 之發生由於成熟卵子之極細胞 (Polecell) 與卵子同時受孕所致或在卵之分裂時期，二部 (Teilstück) 之分裂球 (Furchungskugel) 共部聯繫，停止發育，卵則長成胎兒，該部則成一不完全之怪胎，即為怪痛。此說為 Mac Callum 氏等所反對，蓋 Cornet 氏之常說根據於馬迴虫 (Ascaris megalocephalus) 卵子發育之觀察，極細胞之受孕，在人體從無明証，其理未能應用於人體，故已無討論之價值。次按 Ross 氏之說謂怪痛奇痛之發生乃開始於卵子受孕之後，當在分裂時期之起端，在正常之發育情形，此時整卵分裂成球，當劃分為兩部，一為身體部 (somatische Blastomeres) 一為生殖部 (sexuelle Blastomeres) 生殖部之細胞，在適當時期，於身體部細胞而遊離，當入生殖腺 (Keimdrüse)，是為生殖細胞 (Keimzelle)，而身體部之細胞，向另一方面而發育，形成其餘身體之各部，在異常發育狀態之下，情形則不同，一個或多個在分裂球未能於適當時期將兩部細胞劃分，偏離當生殖部細

胞奔入生殖腺之時，身體部細胞隨之同行，途中途被攔阻與生殖細胞
脫離聯繫為同時間之失之過遲，發育遂失正常形成一畸形之組織
團。是為怪奇瘤，故其性質實為不正常發育之身體部 (Anatomical
Malformation) Ludwig 之學說，迄今有附和者，亦有反對者。Baker 氏
始終認此為一種之假說。Manning 氏所見亦如此，兩氏以為 Ludwig 之學說
然屬實則以怪奇瘤腫何以罕見之於葉卵及畢丸之內，又何以在同一卵
巢之內，同時能發生數個同樣之腫瘤。McCullum 氏之見解，折衷於兩
者之間，就怪奇瘤發生之地位而論，可分兩種，一為發生於生殖腺高者，
一為發生於其餘身體各部者，認 Ludwig 之學說，僅能應用之於第一
類之怪奇瘤，由以觀之，其說不能適合於本例。茲再舉第二種之
學說未討論之，此說即為愛及性之發育論 (Theophrastus) 倡於 1842
氏，彼以不等動物之卵子，用各種方法刺激之，卵子能開始發育，一為
如受孕亦然，結果產生各種之畸形組織物，其怪奇瘤同以彼說
說明之，以同樣方法研究蛙卵等之愛及性發育，所得結果亦異常
圓滿，各種之怪奇瘤幾無一不可以人造，誠為醫界人之發明，此種事
實，雖僅見之於不等動物，在人類為如何，Ludwig 氏尚不置信，然

吾人以為一般動物發育之原則相同，即予之能接受外界之刺激，亦人之
當如是，何以此理不能應用之於人體，本例之病原，既不能引起之，及
其之兩種學說，以求解決，認愛女性之發育論，為唯一之可能性。
其次之對皮樣囊腫，應當發生之原因，亦一探討，此類囊腫之穿孔孔
雖僅見於鮮，然類皆初至於腹腔，如本例之穿孔孔，出於腹外者，殊不多
見，按各國學者之理論，囊腫穿孔孔之原因，有三：(一)化膿性穿孔孔，因
痛極細於痛組織，循此發生障礙，靜脈積血，引起坏死，自之穿孔孔
(二)痛壁因內壓增高，當養不足，發生坏死，而穿孔孔，在本例一說，之穿孔
孔，必須痛壁或腹膜先有發炎現象，查本例之病理，及手術報告
痛之外表及各室之腹膜，並無此種變化，可見決非化膿性穿孔孔，皮樣
囊腫之內，固有膿液，或為化膿性之穿孔孔，似屬可能，不過本例之穿
孔，係向腹外，其膿性變化，係穿孔孔，由外界細菌侵入所致，並非穿孔孔之
原發原因，以之痛組織，循此障礙，因之出血，而穿孔孔，在本例之論痛
病外，均無出血情形，故予之說，不能應用之於本例，至若三說，謂穿
孔由於痛之內壓增高，痛壁發生營養障礙，釀成坏死，因之而穿孔，在
本例之未必，然，是本例囊腫之穿孔孔，別有其道，查其穿孔孔之方向，

係向腹外，故在穿孔之前，囊腫必先須向腹壁癒着，否則決不能直接向腹外穿孔，癒着之原因何在，雖不甚明悉，但按病史，似由腹壁上一種軟弱處發生刺激所致，其效力深及腹膜，引起該處局部之發炎，持成囊腫，與腹壁間之癒合，並招致腹壁各層組織之坏死，乃形成漏管，洞穿囊腫，故囊腫之穿孔，係從腹壁上原發性變化而致，此又為本例文化特殊之處，為文獻中所未載，認有記述之價值者也。

結論

(一) 本例報告一例卵巢之皮樣囊腫，因時在卵巢內併發單純性表腫及纖維腫。

(二) 卵囊之皮樣囊腫，曾與腹壁相癒合，向外穿孔，而成漏管，此種併發之變化之病原，在本例甚為奇特，在本文中詳論之。

(三) 怪奇之瘤之病原論，以討論及之。

編後言

本文之病理部於多蒙在鏡研教授協助指導，特此鳴謝。

參考文獻

- 1) Bonnet: *Sachbe und Prakt. Lehrbuch der Gynaekologie* 1933
- 2) Bort: *Kochoff, Patholog. Anat. 8. Aufl., Bd. I, 1936.*
- 3) Bosaeus: *Q. 8.*
- 4) Ewing, J.: *Morphologic Diseases 4. Ed. 1940.*
- 5) Franks, R. T.: *Gynaecology and Obst. Pathology 2. Ed. 1931*
 - (a) *Impar: Q. 1)*
 - ?) *Paegnes, Lech: Q. 8.*
- 8) *MacCallum, W. G.: A Text-Book of Pathology 6. Ed. 1936*

子宮後屈原因之探討

梁勉群

(一) 序言

婦女患子宮位置異常者，佔婦科疾病大部份。尤以子宮後屈為最常見。本院婦科門診病人，向多發見此症。作者於五百二十例中，即發見百例。確患子宮後屈者，約佔婦科疾病百分之十九。因缺乏參考文獻，故歐西方面，精確之統計，無從得知。此種婦女，有因多年未孕，來院檢查者，百例中，有二十九例發見子宮後屈。其中十五例係患不孕症者，因經痛來院求治者，有四十之例。餘因其他疾病而發見其患子宮後屈者，亦共有鑑於此，其原因之探討，似亦值吾人之研究。

子宮之正常位置為浮游性前傾前屈，即子宮陰道鼓向後下方，俯部向前傾屈，子宮頸與膀胱部間成一定角度，而向前彎曲。子宮因其周圍臟器之狀態，尤以直腸膀胱之盈虛，腹壓之增減，子宮固定位於其置機能之地，緩急均能受其位置。若子宮體向後傾斜，而近薦骨子宮陰道鼓向前達恥骨部者，謂子宮後傾，如子宮向後彎曲，係部深入薦骨窩而為子宮頸合成一角度，謂子宮後屈，兩者之成因及症候相同，故吾人可視作同一病症。

(二) 子宮後傾原因

子宮後傾原因可分為先天性及後天性二種：前者較少，後者較多。引起於產褥者為最，至於各年齡皆常見。然本院所見多數為少壯婦女，以嫁後無嗣，未院求醫，至婚前雖有經痛等症候，因環境關係，且限於舊禮教，雖痛苦萬狀而不敢就醫，故未嫁婦女之子宮後傾之情形如何，以病例太少，殊難臆斷。

後天性子宮後屈，可分為非產褥性及產褥性：就統計所得，非產褥性者有六十三例；產褥性者有二十七例。但產褥性者於產前是否已患子宮後屈，抑產褥失調而起，則不可定斷也。

(甲) 非產褥性後屈原因何而起，雖不易知，但不外下列數原因：

(1) 子宮或全身發育不全：或僅有子宮發育不全，子宮中於雜卵，甚至鰾卵大致全身發育不全，或僅有子宮發育不全，子宮中於雜卵，甚至鰾卵或梅毒六十，子宮頸較長，陰毛稀少，月經少而不準，就作者統計有八例，其中一例為十九歲未嫁之女子，因原發性閉經，未治者。

(2) 惡便習慣：以前我國社會環境特強，多數女子皆有惡便之惡習，有用旅途不便，或工作時間無定，有及工廠中工作七八小時，膀胱容積漸

形增大，甚至整日不解小便，亦不覺痛苦，漸至養成此惡習，蓋膀胱充盈時，子宮被壓以候，然其空虛時應立即復位，若此惡便之惡習不除，則膀胱與子宮體間發生空隙，小物充入其間，腹壓不絕，壓在子宮前壁，月積月累，子宮遂成反側，反屈位置，入通常產後半日即可自行恢復，但有因分娩過久，或難產，尿道及膀胱底壓迫太甚，膀胱括約肌發生水腫，致不能小便，根據本院之統計，子宮反屈以此種原因為最多，非產褥性者有廿九例，主產褥性二例，幾佔全數三分之一。

(3) 慢性便秘引致子宮反屈，不大有廿七例，急此病者，直腸充盈時，子宮頸被壓至前方，接近恥骨縫，而子宮體猶理向反側，而隣近腸骨，日久則不易復舊也。或有產後前子宮尚未復舊，反屈，既經分娩，於產褥期患頑性便秘，亦可發生，由於此種原因而起者有廿七例，其中五例為產褥性者。

(4) 腹壓突然變化，最致子宮反屈，為滑倒，產褥期，舉重及慢性咳嗽等，此不過為一誘發原因而已。據統計有一例，因短劇裂滑倒，四例，因患慢性咳嗽，其中一例係患氣喘症，又一例於產褥期患慢性氣管炎，閱二月始愈，當咳嗽頻繁時，腹壓立時增高，若子宮本

有後屈之傾向，其時子宮適呈直立狀，如味嗽過久，則腹壓不舒，如於前壁，日久致成後屈位。

(5) 由於痛腫壓迫子宮成後傾後屈者，本院至今未遇見。

(乙) 產褥性子宮後傾後屈，致非產褥性者，然本院因病例不多，故百例中有三十六例，佔全數三分之一不奇。產褥中盆骨底柔軟弛緩，陰道廣闊，子宮與其周圍結合尚未鞏固，一旦產褥失調，如早期起立，仰臥過久，勞動便秘等，皆易引起子宮變化。茲分述如下：

(1) 由於盆骨底機能不全而起者，子宮於分娩後，即取前屈位，置產褥三日，子宮收縮甚速，若此些正當攝生，則易於成後屈，或於流產後亦然。由於分娩過慢，難產手術或分娩過急，致盆骨底肌肉受傷，會陰破裂，韌帶機能薄弱，故盆骨機能弛緩，而不能保持子宮之正常位置，遂成後傾後屈。按統計有六例為陰道下垂及會陰破裂，第一度以上者，其中三例為產鉗挽出，二例為急遞分娩，二例為橫位用新頭術取出胎兒，至於會陰破裂者，第一度者，均不可認為其原因，蓋此破裂不對稱，子宮位置也。凡會陰破裂裂第一度以上及陰道下垂者，均須施行盆骨底機能檢查，法將示指探入肛門，如不使其大便然，

若盆骨底肌能正常，則覺手指被收緊，若細緩或不全，則考以縮之感，凡會陰破裂者第一度者，其盆骨底肌能檢查皆正常，會陰破裂者二度者，則較弱，其伸高性，患破裂者三度者甚弱，但曾施會陰切開術而經適當之縫合者，則必影響，故會陰破裂整復之重要於此可知。

(2) 由於產褥失調或產褥期缺正帶攝生而起：

凡產婦仰臥且易引起子宮皮膚底，據我國明慣，產婦因滿月後始可去門，故我國產婦臥床數天，或產前子宮已成皮膚底，因產褥期仰臥過久，復回甚久，產後按統計所得，有六例臥床一月以上。

例：起產過早，易引起熱，或因產褥期中一切器臟，子宮及其附屬器官之種種病，而產者相當時期而恢復其健康之位置，是時如產婦有增加腹壓之動機，如早期起立，則子宮不勝保持其位置，適至於病理狀態，百例中有二例產後一日起床，五例幸我醫婦女，若非操勞者均有相當攝生之道，故由此而起之子宮皮膚底者，尚不多。

(3) 由於內生殖器或盆骨內之器臟發炎而起，子宮皮膚底此為

產褥期最常及最嚴重之原因，蓋其不論產褥之原，常使盆骨底肌
 能不全，因盆骨內結構複雜及子宮附屬如器官發其炎，易產生滲出
 物，候其痊愈愈吸收，結，構成癥瘕，候子宮癒着於皮方或由癥
 瘕萎縮而平形成皮瘡也，此種原因直接可使子宮皮瘡或子宮頸
 牽引前方時，則子宮體循理而皮傾度，就統計所得：十五例係於產
 褥期患其瘡也，其中十二例曾患子宮附屬器炎（子宮炎）三例確患
 輸卵管炎內檢查時子宮皮瘡係在傾向一側，曾憶一病例：某婦于未探
 孕前因白帶驟增，去院而晚，當時檢查結果，子宮子宮前底位，子宮附屬
 器無異常變化，閱三月後，該婦復去檢查，據謂於半月前曾患流產
 一次，產後腹痛甚劇，且發高熱，閱半月始愈，多時經檢查及其斷
 為慢性淋性子宮附屬器炎，蓋察得子宮已成皮瘡，因癒着而不復發
 性也，故房於此種原因者，其代法之子宮均不可復位或整位自由於癥瘕
 癒着而成固定性皮瘡。

茲為明瞭起見特將各種原因列表於後：

產後發熱	29	22	8	1	3
產後腹痛					
產後惡露不盡					
產後血暈					
產後失血					

(2) 月經過多：子宮收屈時，開瓣帶捲舒，子宮體充血而致經血過多，非之，月經過多，經期延長或停經二三日後，血液呈稠之帶，混血塊，因子宮血流不暢之故。根據統計有十二例，經期超前十日，而經血延長一星期至十日許。

(3) 白帶增多：收屈之子宮血流不暢，易成糖質血，粘膜肥厚，濟去物增多，故白帶增多，因事未治者有十八例。

(4) 便秘：直腸與子宮相連，遂成便秘，便秘愈重，則子宮收屈愈重，二者互為因果，據統計有五例，因此就診也。

(5) 小便頻數：收屈之子宮其陰道較必向前傾，膀胱與尿道被壓迫，故則小便頻數，如壓迫過緊，可成奇異性血淋症 (Jackson's Paradox) 各種症狀，可例中未述也。

(6) 一般症候：患者常訴頭痛，胃痛，消化不良，惡心，嘔吐，疲乏，全身疼痛，及神經衰弱等，為其他器臟病內科醫師斷定無病，患者均可認為子宮收屈之一般症候。就統計有五例，易患頭痛，全身疲痛，之數，蓋有收屈神經痛，患者大都有石快感，或如神經不可解之痛，吾亦那輕生，其器臟病而未也，此種病症，母寧以神經衰弱或神經痛說。

明之，蓋帶見於臨產上之事實，每有子宮皮屈縮口收，產程痛苦頓然
 消失，更有一患女僅帶一子宮托 (Gardner) 而其位置至末竟全縮口，其
 病候之忽然治癒，或有多年之痛苦，經由科治癒，無效之精神衰
 弱，一旦施以整位療法而痛苦完全消失，故子宮皮屈縮於神經衰弱
 時，亦或為因果。

子宮皮屈縮 之病候	同初產候					總病候
	坐痛者	經痛	月經不調	白帶過多	腰痛	
例數	18	42	12	18	5	5

(三) 子宮皮屈縮之危險之關係：

患子宮皮屈縮者，其受孕率大減，故子宮皮屈縮引起之病症，但非絕
 種不能受孕，蓋正帶之子宮位置，其性受所射之精液，均將於陰道
 皮穹窿處，故該處有精虫棲之稱，若子宮皮屈縮，則受者不滑，而
 精液甚易流出，又子宮皮屈縮，與子宮皮發育不全合併，更易感不孕症，
 然非絕種不能受孕，據本文統計：

有九例從未生育，其中七例係婚後四年以上，無嗣者。
 皮屈之子宮既已受孕，在婚後三三月其位置仍舊皮屈，以與子宮漸

謝長火界入腹腔，妊娠之月已為其主信 (Mittelschmerz) 謝為盆骨腫而
回復者，而傾前位，在其未自動復位前，產婦覺尿道被壓迫而疼痛
行陰道內檢者或性交時亦然，此時厥意類酸，重者甚至或為奇異
性麻淋瀝等之。

子宮收屈易發生流產，約在妊娠三個月間，於九月初發，此時調較
帶捨特發緊，靜脈被壓，血流不暢，子宮充血，而脫產膜 (Detachment)
甚易出血，且其自動復位至其主位時，即有排出之傾向，兼以子宮微
收縮，故胎卵易剝離排出，流產後子宮仍取其後位，係二次妊娠三個月
重演相同之不幸事，故子宮收屈常為流產及習慣性流產之原因，就
統計所得有十七例患流產，其中一例甚至連接流產三次。

如妊娠二至四月仍未流產，而子宮又不能自動復位，仍留於小盆骨
腔內，且胎卵不斷長大，故子宮更成病理之位置，即子宮嵌頓於小盆
骨內，構成所謂嵌頓性妊娠，子宮收屈 (Retraction uteri gravidæ in aqum)
其症候甚為嚴重，此時直腸被子宮壓迫，致不可大便數日，大便不
解，而鬱積於膀胱，肌肉弛緩甚至麻痺，根據 O'Keefe 氏之
考，彼曾見十例積至十週，膀胱擴大，高達臍部，若不速根治則小

便中之細菌日益繁雜，且不清潔之導尿管法，尤易引起極嚴重之膀胱炎，膀胱黏膜坏死，小便混濁，且帶血，膀胱黏膜呈棕色甚美，膀胱壁漸次潰爛而穿破，腹膜中充滿膿液，遂引起急性腹膜炎，患者往往因血液

(四) 結論：

子宮皮症為婦科最常見之一種，根據文獻所載其發生之原因及症候極為繁雜，作者曾將可例子宮皮症之原因及症候作一系統之統計：

(一) 非產後性之子宮皮症最大原因為惡便習慣及瀉性便秘。

(二) 產後性之子宮皮症其最常見之原因，為內生殖道炎，會陰高

度破裂及產後期仰臥過久。

(三) 子宮皮症之症候以疼痛、白帶、月經過久為最多人。

(四) 子宮皮症之治療法與梅毒之治療法亦曾以統計之方法作一比較。

参考文献:

- 1) 奥村寛, 性. 精神療法に就いて. 東京: 医学書院, 1929.
Pathologie des Weibes, 186. 2. 1929.
- 2) W. Stöckel: Lehrbuch der Gynäkologie
- 3) A. Stöckel: Handbuch der Gynäkologie, Bd. 2.
- 4) Anagnost: Praktische Gynecologie
- 5) Von W. Kopf: Die Behandlung der Menstruation durch
Körperveränderung und Ernährung der Beckenorgane
Chirurgie I. 957 (1929)
- 6) V. Jaodker-Parkes: Lehrbuch der Gynecologie

壹佰拾例白帶之顯微鏡檢查

林挺嘉

白帶係婦女生殖器官過甚分泌之總稱。為婦人病學中重要症狀之一。患者多為此不伴之必所困擾。精神身許俱受損害。影響國家社會及民族健康。極為重大。

普通一被康健婦女之陰道結膜。均被一厚黏液層。此黏液大部係來自子宮頸者。富動物激劑。於陰道內此激劑經陰道桿菌之發酵作用。成適度之乳酸。其濃度適足以阻礙別種病菌之繁殖。而自身又含刺激性。普通陰道結膜量僅適足以湿润陰道結膜。達至陰道前庭時幾已全部蒸發。強者益故無外流可能。因此欲維持正常之陰道。必須須陰道結膜之製造。菌種及酸度成一定適合之比例方可。否則可引起過甚分泌。此外其他生殖器官。如子宮頸。亦對卵液等之功能。必須正帶。否則亦可發生白帶也。

依臨床上之經驗言之。引起上述功能異常。即生白帶之起因。及發生地點頗為複雜。多致生殖器官之疾患。如炎病。淋病。陰囊。及常機械或藥品刺激子宮頸。或會陰破裂。寄牛虫之損害等。均可直接引起白帶。再如卵液機能不全。頑性便秘。善黃病。腺病。及病後弱等。亦可

直接或間接引起白帶。言及發生白帶之地點，則全部生殖器官，自輸卵管至陰道，均可發生。過甚必。因此欲推究發生白帶之原因及地
點，而為精確之診斷，頗非易事。一般大抵均先顯問診，再以子宮鏡
作陰道視診，細菌檢查，雙手檢查，不進至全身檢查，再於陰道沖
洗，置一尺約四公分寬約二公分之錐形 Schiller 氏試驗棉花
栓塞於陰道上端，子宮口附近，冀得探尋發生白帶之原因及地點。
如次日取出栓塞時見栓塞中央附有分泌液，察邊乾燥，則此分泌液係
來自子宮頸，子宮內膜或輸卵管者，反之如僅見於栓塞旁邊，則有必
係分泌液中央乾燥者，則必係陰道白帶無疑。

上述各種檢查步驟，均甚重要。然依 *Kraus, Seeliger, Selowitz* 及
其他各學者之臨驗，顯微鏡上之細菌種類檢查特別重要。因據此
別凡視診、問診所不能確實診斷者，藉顯微鏡之幫助，常可確
定其性質及其來源。又藉彼恆可供雙手檢查等以線索其結果均
吻合。

據德國學者 *Kraus* 及 *Selowitz* 氏研究結果可分「白帶」為四種程度
第一種淨度：純為 *Schiller* 氏陰道桿菌，上皮細胞之纖維織之積液

(11)

及於少數之白血球。

第一度淨度：陰道桿菌減少同時出現球形桿菌，陰道球菌，更易刺菌

及孳氣性菌等。

第二度淨度：幾無陰道桿菌，全視野幾全為假性白喉桿菌，四

疊菌及孳氣性鏈球菌所佔據，白血球減少。

第三度淨度：完全無陰道桿菌，僅有膿菌及極多之孳氣性菌等。

白血球極多。

據 *Wallerstein* 氏之意見並為各國學者所贊同者，第一度

為正常康健婦女之陰道，第二度為因身體氣質不良，內分泌

障礙所引起之白帶，第三度多為因生殖器官之各種疾病致使

正常淨度受異或組織損傷所引起者，第四度多發現於各種因

炎症所生之白帶，此分類甚為重要，蓋其便利診斷也。本科亦法

用此法證明後者見鮮者誤。

惟於此須注意者，即通常一般婦女外陰部會陰與肛門附近常

有大腸桿菌，生性桿菌，性大便秘結者，此外可能腐蝕球菌等

菌等又孳膿菌等，因此欲求檢查之結果正確無誤及避免其接觸

此種類區別之據上表所示，白帶多發生於廿歲至廿歲間，已如前表因
 此時性生活，甚為繁密，又因分娩，會陰破裂等因，故易遭感染，其後遺症甚
 繁，以陰部之項沖況消毒，所用之檢查器械，上須無菌方可。
 據此種方法，作者曾將本於附設醫院門診部，有育帶者，當係
 發到，依照顯微鏡檢查及臨床診斷，結果詳加研究，其結果如下：

年齡	第一度	第二度	第三度	第四度
五至十歲	1人	18人	72人	16人
十一至廿歲	109人	31人	53人	21人
廿至卅歲	62人	31人	16人	2人
卅至四十歲	1人	1人	1人	1人
四十歲以上	1人	1人	1人	1人

討論

此種類區別之據上表所示，白帶多發生於廿歲至廿歲間，已如前表因
 此時性生活，甚為繁密，又因分娩，會陰破裂等因，故易遭感染，其後遺症甚

症，未婚婦女之白帶，多屬生殖器官外之原因。因多數未婚者多
拘於習俗，未敢公然就醫，故無法詳加研究。四十歲以上有
白帶者，大抵係因惡性癌腫之腐蝕所致者。白帶來源多在
陰道。

(二)原因探討：據顯微鏡上細菌種類檢查結果，因炎症致
成者，或第四潔淨度者為最多，其次則為因氣質不良或內分
泌障礙所引起者，第二潔淨度之「白帶」。

白帶因生殖器官外之原因所起者，最多為頑性便秘，次之為
萎黃病 (Ulcer) 及腺病 (Skryfaloac)。因久病體弱，慢性毒藥中毒
神經質者，亦可發生白帶，其白帶之特徵為白色混濁無味，
時呈黏性，呈乾狀者。

因氣質不良致生白帶者，多屬營養不良型 (Tajant-katolika
及衰弱型) (Kakawadur Tjajus)。其外觀多甚細弱，體重不足，
及皮膚蒼白，且無體力，骨骼細小長頭，肋骨骨直下等，精神易於興
奮，容易疲勞者。

因內分泌障礙即生白帶者，多為腦下垂性肥胖病症或甲

業性之肥胖症，其月經多不調，量較少，屬於此類者八人。

余雖破表使外界病菌容易進入陰道引起炎症，本李伯檢例中共十九人。

淋病在目前中國社會極為普遍，患者多無根治之決心，因此多轉成慢性，因此檢查特別困難，且多伴以羞水 *Wetness* 或 *Discharge* 之徵象，又 *Chlamydia* 氏腺多隱有淋菌，引起復發，宜一併檢查，自時注意經前經後是否復發，最好將者重之分泌液作細菌之培養，夫婦同患淋病時須雙方同時根治方可，據問診所得於此李伯檢例中未書者或現患淋病者共六十七人，未詳細者廿七人，確無淋病者僅五十六人。對此廿七人未詳者本須詳加檢查，然因事實上之困難實現誠憾事也。

病腫本身可腐蝕，亦可因組織障礙細菌感染致生白帶。

因異物刺激即生白帶，在中國尚不多見，惟今日避厚之風漸熾，此類白帶大有增多之趨勢，此李伯檢例中有一人因沖洗過度致生白帶。

白帶亦可因子宮頸裂起，因產褥感染或不潔淨之檢查。

因現代消毒方法日精，不常多見。

因生理止分泌過甚者，多在妊娠期間發生，白帶。

結論

1. 白帶，甚為普通，因白帶，求醫者，佔婦科病例中全數之百分之十。

2. 青年白帶者，之年齡，以廿至卅歲者為最多，致成白帶之原因，淋菌佔百分之三，陰道纖毛滴虫佔百分之十，此外體質不良，陰破裂者，亦多有陰道「白帶」。

3. 白帶之顯微鏡檢查，為其中助探求白帶來源之重要步驟，4. 白帶之治療，方法甚多，必須針對其發生之原因，方可奏效，陰道沖洗，治療，僅限於普通之陰道「白帶」，*Acetone* 或 *10%* *Formolysol* 對陰道纖毛滴虫，特別有效。

參考文獻：

- 1) V. Jucker: Die normale und pathologische Genitalflora mit dem Fleckenproblem
- 2) Med. Symptom. 125 H. 1/2 Kowgorsker

- 3) Menge: über den Namen Genetalia beim Meide
- 4) Nimmenger: Handbuch von Steffens L. C. Bd 1. 2 1950
- 5) Schroder: Ztl. Gymn. 1921 Nr. 38/39
- 6) Koser: Ztl. Gymn. 1920 Nr. 2 und 4
- 7) Mann of Berlin: Bakteriologische Untersuchungen über
Granulaterie der Nistacklungen und Nistgangeszellen
Frisch vom Kindes- bis im Erwachsenenalter
und Sprachstörungen und Sprachstörungen der Kältsinn.

本院二年不孕症原因之統計及治療之經驗

劉新華

凡女子婚後四年尚無生育者可謂不孕。按此症有原發及續發之分。前者係婚後從未生育，後者則曾受孕一次或多次者。

數十年來，不孕症由女子一方負責，因此男子雖有不孕原因，亦不致醫治。此種傳統思想，實屬謬誤。殊不知生育須以男女雙方健全為先決條件。按諸統計，不孕原因，三分之一由男子發生，三分之二由女子發生，尚餘三分之一則由男子間接負責。蓋如男子染淋病後傳染其妻，以致不孕者有之。

不孕原因頗複雜，茲就常見者畧述如下：其原因大別不外三種：
（一）交接不能（二）生育不能（三）受孕困難。今請先述男子之原因如下：

（一）交接不能 (Impotentia Coeundi)：其原因可分局部及一般二種。前者如先天或後天遺傳之生殖器畸形，又患淋疾或受外傷等，生殖器能之弯曲不能勃起。一般原因：如患糖尿病，脊髓癆，腎臟失重，病後之極度衰弱者，他如嗎啡酒精中毒，或神經衰弱，精神失常等事過度等。

（二）生育不能 (Infertilitas generandi)：如精液缺乏 (Aspermia) 及

精于致云 (Spermia) 二者性之均等阻碍，然為男子不能之最大原因，
大率係由淋疾性副辜丸炎後左右二側之輸卵管阻塞所致，然仍由少數
患此症之男子有生殖能力者，尚有精于量之 (Oligospermia) 及精于均病
(Microspermia) 不能不能之因，前者係於液中之精于含量極少或其運動
急情不敏，以者係精于於液射出時已腐死也，又有辜丸或副辜
丸之患結核、痛腫等，失此器官之機能，或經用倫脫根線或鏡鏡照時
亦不能生育。

女子之原因

(一) 交接不能：(1) 如生殖道之畸形：如处女膜及陰道閉鎖 (2) 陰道癢痕
性狹窄 (3) 陰道瘻瘻 (Vaginitis)：由男子之陽萎或性交不得其法，
歇斯時里之婦人或女子之嫌惡男子者，尚有堅固不能伸縮之处女膜均
可引起陰道瘻瘻，致根本不可性，(4) 子宮頸或陰道痛腫之致於
亦可阻碍交接。

(二) 生殖不能：(1) 子宮或卵巢缺如，(2) 子宮口閉鎖，輸卵管閉鎖，此時絕無
受孕之機會，(3) 一部或全部女子呈一般發育不全狀態，其卵于係未完
全成熟，單行排去，或不能受胎，或雖受胎而不能着床，因受及於子宮

不能製造脫落之故也。(c)生殖器官發育不全，此時子宮常有上述原因不能受孕，且子宮一經極易狹窄，通常時子宮外已有粘液栓，性交時可排出許許，似有吸引精子之用，但狹窄時粘液甚少，致不易排出，似時生育上有影響者，此外都氏病 (Douglas's Disease) 淺平，亦為一受孕之極大障礙，蓋正常時女性盆腔液貯於該處，故又名盆腔池 (如該處淺平，則盆腔液於性交後不能久貯陰道內)。

(三) 受孕困難 (Impotent Conception)：(a) 附屬器炎，此症可由淋疾結核或產褥傳染引起，然大半係由淋疾上升，侵及子宮或輸卵管粘膜，上及收口消失，粘膜互相黏合，兩端閉鎖，致膿液聚積其中，成輸卵管膿腫，則大抵在輸卵管荒蕪，生育困難。

(b) 子宮銳角前屈：機械的妨碍受孕，且大部多子宮發育不全，或子宮肌腫，除機械的妨碍受孕外，或因病腫起，而致子宮內腔狹窄，或胎卵道附著於肌腫部分，致不易生長，或因患肌腫而致寒冷者有之。(c) 子宮後屈：此時因子宮陰道駸向前移位，受孕機會減少，且液池淺平，則粘液於性交後不易在陰道內貯久，(d) 內分泌障礙：如脂肪過多，粘液不固，(e) 都氏病及腦下垂體之機能亢進或不全等症。

收受孕机会减少。如子宫内膜炎。此时子宫排出异常之分泌物，损害精
 子或卵子受胎机会不易着床。如患子宫颈癌及卵巢癌，子宫或输
 卵管腺性纤维增殖症：Hydrometra (Mucellous) 均不易受孕。

凶险他命快之：缺乏纤维他命 (Vitamin B) 时，男女均不易生育。白
 带丸退化以致不能生殖，女子缺乏纤维他命时，胎兒不易生长，易成流
 产。凶会陰破裂，此时如陰部開，致精液不易入留陰道内，或因细菌
 傳染入陰道，引起白帶，危害精子。凶性慾冷淡，有條病，患痛使然，
 有性先大後然者，然大部性慾冷淡之女子仍能受孕。凶子宮口糜爛，
 子宮口糜爛，常易流血，血液中之白血球常將精子吞滅。凶陰道分泌
 性反應遲鈍時，對於精子生活條件不適。

綜觀上述不孕原因，其複雜可見一斑。本院遷川二年於茲，所遇不
 婚凡一百例，茲將其原因統計列表如下：

病名	例數
子宮頸炎	13
子宮內膜炎	22
白帶	5
子宮口糜爛	16
性慾冷淡	4
輸卵管炎	3
子宮頸癌	5
子宮內膜癌	6
子宮炎	13
白帶	4

如發現內生殖器有癒着等現象時，則輸卵管即有阻塞之可能。此時可作輸卵管貫通術 (Pantakation)。其目的不外有二：(一)藉此診斷輸卵管之通暢否，(二)遇有輕度之粘膜癒着時，可藉此度開，甚或因此恢復原有之通暢。手術以在二月經之中間期施行為最適宜，術前宜注意五點：(一)須檢查子宮分泌物有無淋菌；(二)如有急性或次急性之附屬菌炎，或赤或紅血球沉降增加時，則禁止施行；(三)此術於經期，子宮外孕，生殖器官結核，產褥期等不可施行；(四)術前數日注意外陰部及陰道之清潔，且避免房事，以免細菌之傳入；(五)輸卵管貫通雖為極小之手術，然亦應有可靠之消毒，始可施行也。

法前貫通針一端連一氣壓計，一端通入子宮腔，然後漸次增加壓力，然不可太猛，壓力最高不能超過 300 mmHg。否則重者，輸卵管可破裂，或有空氣栓塞之危險。惟列有皮膜氣腫現象者，普通用 100-150 mmHg 壓力，即是使空氣通過輸卵管，正常時在腹壁兩側聽診有水泡音，如起這些水聲，始能聽得此音者，可認為管度之閉鎖現象，其管度閉鎖者可藉此貫通。按統計百分之十因此受胎，故此法亦可應用於治療也。

除輸卵管貫通術外尚有因X光透視或攝影亦可證明輸卵管之通暢
而否，法用 10% iodipine 60 注入子宮腔內用X光透視則 *Johnson* 高倍
顯影，即表示該管閉鎖或有膿腫，正常時 *Johnson* 在二十四小時內已進
入腹腔而散佈於小骨盆內矣。

石雖原因，既複雜難，根治之困難，故可想見，本院所見不孕婦女數
在石解，或因石故遺移，所有病歷均告遺失，無從稽考，入內以來，更
因一部病人，未遵婦科規治療，可報告者不多，茲擇將經治之病
例，摘要報告如下：

一、子宮發育不全三例：

(一) 江某，二十六歲，係本校職員，結婚六年不孕，初潮係十三歲，自
十七歲起患經痛，經期恆超前或錯後四五日，子宮位置異常，發育不
良，痔瘡極大如拇指，耐腐蓋正常，當即於短期內於三月起注射 *Staphylococcus aureus*
(*Staphylococcus aureus* *benzylalginat*)，每隔二日注射一次，注射壹匣(共五匣)
每盒含一萬國際單位)六月經期正視，即不續治壹匣，於二月即受孕。
(二) 某婦人，二十六歲，家住，結婚十二年，十年前有一男孩，迄未生育，經

本院診所係程度之子宮萎縮，當即注射 *Progesterone* 壹匣，其效甚速。

(三) 浙江人，二十七歲，結婚十年不孕，本院檢查，呈此類病症，當即注射 *Progesterone* 十萬國際單位，半年後受孕，甚著。經注射 *Progesterone* 十萬國際單位，半年後受孕。

二、子宮陰道及糜爛三例：

(一) 河南人，二十四歲，嘉陽煤礦職員，結婚八年，六年不孕(男強，近半年受孕)，經檢查發現子宮收縮，度有正常，附屬品亦常，子宮在度康，且流血，經用百分之十二確度銀腐蝕，後再用魚肝油塗於塞 (*Salicylic acid in tampon*)，一星期後，病狀即行止，流血，越三月後因陰部流血，本院出診，經檢查，知係子宮之糜爛，去愈，當即繼續治療，每隔一日用確度銀腐蝕，改用魚肝油塗塞，每星期用百分之五之確度銀腐蝕，作子宮陰道敷洗 (*Salicylic acid*)，共作二次，即愈。三月後受孕。

(二) 廣東人，二十四歲，家屋結婚四年不孕，月經不規，陰子宮冷，通散糜爛外，無其他病，存存，當即如上述治療，及治療中，月經即不來，潮。

(三) 宣寧人，二十六歲，結婚九年，婚後一年產一女，主訴陰每月有痛，車潮一次外，每隔數日下崩流血數滴，經檢查均係正常，係子宮。

... 經因... 銀... 加用... 二星期...
七月... 後...

三子宮皮法一例

宜贊人三十五歲結婚六年，育生首，經檢查陰子宮皮法...

... 當即施行... 斯氏手術 (McKenney's Operation)

... 亦未收受...

四陰道及子宮皮法一例

本院因康... 護備... 故陰道... 皮法...

... 試驗... 藍色... 紅色...

... 廣東人... 二十五歲... 結婚...

... 陰道... 皮法...

... 試驗... 藍色... 紅色...

... 試驗... 藍色... 紅色...

... 試驗... 藍色... 紅色...

... 試驗... 藍色... 紅色...



入子宮腔內，乃將一棉花棉塞漫開，將液置於子宮口外，靜臥一日，如二
 次不成，可再多次試驗。術前各應用器具如子宮注射器及二葉子宮
 鏡等，宜保持乾燥。子宮圓錐宜避免應用，恐子宮流血有礙轉
 子。查該病在本院曾一次準備試驗該術，以因男子心理影響甚深，
 少時時引起陽萎，致根本未能施行，據統計人之受胎可取百分之
 三。本教區各醫院因不備病例方，未能詳實也。

結論

(一) 如是有淋病嫌疑者，有淋病史者，當詳為剖解，說明在病
 時不能受其傳染，蓋其詳知檢查，俾查照及可速於根治。

(二) 淋病刺激法，以開前為收效最大。

(三) 世宮養育不全，*Propharm. D. Chlorium* 與 *opium* 均能

獲效。世宮之效藥，尚有 *Chlorium* 經試用，效果不確。

(四) 查肝油於毒劑於陰道，屢屢治癒，收效甚偉，實足介紹也。

參考文獻：

Archiv. med. Klinisch 1939, Nr. 9-10. Die Behandlung der urethralen.

Langenscheidt-Verlag

Alte deutsche Rechtschreibung 1837. Nach der handschriftlichen Vorlage.

der Traktatsausgabe

Dr. Speiser: Lehrbuch der Grammatik

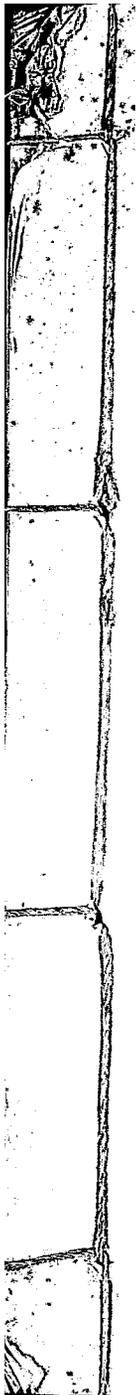
v. Gaidler: Praktikum der Grammatik

historisch-kritisch: die deutsche Grammatik und die Orthographie.

Verdachtsfragen.

Umsatz, N.: die deutsche Satzungslehre

此書歸入科學...商務印書館出版



50