

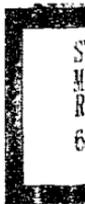
職業教科書委員會審查通過

婦 科 學

程 浩 編 著



商 務 印 書 館 發 行



MA
R711
6

書科教校學業職

學 科 婦

著 編 浩 程

書叢會員委育教學醫部育教原



3 1774 1219 8

行發館書印務商

職業學校教科書委員會委員

(以姓名四角號碼爲序)

鍾道贊	陳意	黃任之	李壽恆	朱博泉	譚勤餘	唐凌閣
鄭西谷	陳朱碧輝	黃紹緒	蘇繼廣	魏元光	王雲五	唐雄伯
	周盛唐	黃質夫	葛敬中	吳福禎	賈佛如	唐志才
	周昌壽	林美衍	葛成慧	潘序倫	何清儒	章之汶

編印職業教科書緣起

我國中等教育，從前側重於學生之升學。但事實上能升學者，究佔少數。大部分不能不從事職業。故現在中等教育之方針，已有漸重職業教育之趨勢。近年教育部除督促各省市教育行政機關擴充中等職教經費，並撥款補助公私立優良職業學校，以資鼓勵外，對於各類職業學校之教學，亦擬有改進辦法。其最重要者，為向各省市職業學校徵集各科目編講義，擇尤刊印教本，供各學校之採用。先後徵得講義二百餘種，委託敝館組織職業教科書委員會，以便甄選印行。敝館編印中小學各級教科書，已歷多年，近復編印大學叢書，供大學教科參考之用。關於職業學校教科書，亦曾陸續出版多種，並擬有通盤整理之計畫。自奉教育部委託，即提前積極進行。經於二十五年春，聘請全國職業教育專家及著名職業學校校長組織職業學校教科書委員會。該會成立後，一面參照教育部印行之職業學校課程表及教材大綱，釐訂簡

明目錄，以便各學校之查考，一面分科審查教育部徵集之講義及敝館已出未出之書稿。一年以來，賴各委員之熱忱贊助，初審複審工作，勉告完成。計教育部徵集之講義，經委員會選定最優者約達百種，自廿六年秋季起，陸續整理印製出版。本館已出各書，則按照審查意見澈底修訂，務臻妥善，其尙未出版者，亦設法徵求佳稿，以求完備。委員會又建議，職業學校之普通學科，內容及分量，均與普通中學不同，亟應於職業學科外，編輯普通學科教本，以應各校教學上之迫切需要。敝館謹依委員會意見，聘請富有教學及編著經驗之專家，分別擔任撰述。每一學科，並分編教本數種，俾各學校得按設科性質，自由選用。惟我國各省職業環境不同，課程科目亦復繁多，編印之教科書，如何方能適應各地需要，如何方能增進教學效率，非與各省實際從事職業教育者通力合作不為功。尙祈全國職業教育專家暨職業學校教師賜以高見，俾敝館有所遵循，隨時改進，無任企幸之至。

中華民國二十六年七月一日 王雲五

目錄

第一編 總論

第一章 婦科檢查法……………一

第一節 問診……………一

第二節 視診……………三

第三節 腹部外診……………四

第四節 陰道內診……………五

第五節 直腸內診……………九

第六節 子宮鏡檢查……………九

第七節 子宮探子檢查……………一一

目錄

第八節	分泌物檢查	一二
第九節	組織檢查	一三
第二章	婦科一般症候	一四
第一節	月經不調	一四
第二節	痛經	一五
第三節	局部疼痛	一六
第四節	頭痛頭暈	一七
第五節	白帶	一八
第六節	胃腸障礙	一九
第七節	便秘	二〇
第三章	婦科一般療法	二一
第一節	陰道洗滌法	二一

第二節 栓塞法……………二二三

第三節 腐蝕法及燒灼法……………二二五

第四節 子宮頸擴張法及子宮刮術……………二二六

第四章 婦科與產科之關係……………二二七

第一節 障礙生殖之婦科疾病……………二二七

第二節 障礙胎產之婦科疾病……………二二九

第三節 因胎產而起之婦科疾病……………三三三

第二編 各論

第一章 生殖器發育不全……………三二七

第一節 外生殖器發育不全……………三七

第二節 內生殖器發育不全……………三九

第二章 生殖器炎症……………四五

第一節 女陰炎症性疾病……………四五

第二節 內生殖部炎症性疾病……………五三

第三章 子宮異位……………七六

第一節 子宮全部異位……………七八

第二節 子宮傾斜異位……………八一

第三節 子宮屈折異位……………八三

第四節 子宮形態異位……………八九

第四章 淋病……………九三

第一節 總論……………九三

第二節 各論……………九八

第五章 梅毒……………一〇七

第一節 原因……………一〇七

第二節 傳染徑路……………一〇七

第三節 症候……………一〇八

第四節 診斷……………一一一

第五節 療法……………一一二

第六節 梅毒與結婚……………一一四

第六章 結核……………一一五

第一節 總論……………一一五

第二節 各論……………一一九

第七章 腫瘤……………一二二

第一節	女陰腫瘤	一二二
第二節	陰道腫瘤	一二七
第三節	子宮腫瘤	一三〇
第四節	輸卵管腫瘤	一三七
第五節	卵巢腫瘤	一三七
第八章	月經及白帶	一四一
第一節	月經之生理	一四一
第二節	月經之異常	一四三
第三節	白帶	一五一
第九章	因分娩所致之生殖器損傷	一五三
第一節	尿瘻	一五三
第二節	直腸瘻	一五五

第三節	子宮頸破裂·····	一五六
第四節	會陰破裂·····	一五八
第十章	內分泌與婦科之關係·····	一六一
第一節	內分泌之種類及其生理作用·····	一六一
第二節	內分泌異常所發生之種種障礙·····	一六四
第三節	內分泌不全所起之不妊症·····	一六六
第四節	內分泌製劑在治療上之價值·····	一六七
第十一章	泌尿器疾患與婦科之關係·····	一六九
第一節	由婦科病所發生之泌尿器疾患·····	一六九
第二節	由泌尿器病所發生之婦科疾患·····	一七一
第十二章	胃腸病與婦科之關係·····	一七三

第一節 由婦科疾患惹起之胃腸病……………一七三

第二節 由胃腸病惹起之婦科疾患……………一七六

第三節 易與婦科病混淆之胃腸疾患……………一七七

第十三章 神經病及精神病與婦科之關係……………一八〇

第一節 陰部知覺神經過敏所起之障礙……………一八〇

第二節 因內生殖器疾患所起之各種神經痛……………一八一

第三節 神經衰弱……………一八一

第四節 希司忒利亞……………一八三

第十四章 外傷與婦科之關係……………一八七

第一節 因外傷所致之婦科疾患……………一八七

第二節 因外傷而增劇之婦科疾患……………一八八

婦科學

第一編 總論

第一章 婦科檢查法

婦科，係一種研究女性生殖器疾患之學科，內容複雜，頭緒紛繁，欲探悉病態之底蘊，除生殖器部分應詳細檢查外，更須顧及其他各臟器有無異常，搜羅無遺，始能明白究竟，故檢查方面自不宜草率從事，茲分敘如左：

第一節 問診

婦科病人之詢問，因涉及生殖器官，婦女往往爲羞恥觀念所蒙蔽，未能應對周詳，須用極溫和之口吻，隨機應變，徐徐探討，始能有充分之收穫，問診時應注意之各項如下：

(一)姓名、年齡、職業、住址、未婚或已婚、主訴。

(二)結婚年齡、生產次數、已往妊娠、分娩及產褥之經過、曾否有流產或早產。

(三)月經 初潮歲月，是否調正，間隔日期，持續日數，經前，經後，及經期中有無苦痛或疼痛，疼痛部位，經血顏色，經血性狀，有無血塊或膜狀物，尤須注意最後一次月經之日期，倘停經已久，尚在生殖年齡，無論患者自己聲明為處女或嫠婦，概應於無意中另行妊娠檢查，以免診察及治療上發生極重大之錯誤。

(四)白帶 顏色，臭氣，經前，或經後，持續日期。

(五)出血及疼痛 經期以外，是否有大小出血，平時下腹有無疼痛，並出血與疼痛之性狀。

(六)未婚前及幼年期 是否健康，有無重篤疾患。

(七)配偶 患不妊症，或習慣性流產者，尤須注意配偶方面是否有梅毒、淋病，或結核等疾病。

(八)家族 父母，兄弟，姊妹等是否健存，如有病故，應記其死因，並有無神經衰弱，結核，及其他

遺傳關係。

(九)最後詢及大小便情況，有無頭痛，心悸等現象。食慾及睡眠情形，體力與精神如何。

(十)性交與性欲的異常，在婦科上極爲重視，但往往不能吐露真情，殊覺缺憾。

第二節 視診

患者如能裸露全身，詳細受檢，則最爲確實，願事實上大抵不容如此處理，惟腹部、女陰、乳房等部分，必須充分顯露。

(一)腹部 有無特殊凹凸形態，是否具有新舊妊娠線，或怒張之靜脈，以及皮膚色澤，臍之狀態等。

(二)女陰 注意有無畸形及扁平濕疣，或發炎紅腫之有無及其程度，分泌物或血液附着之顏色與性狀，陰門洞開，或陰唇密着，有無陰道外翻或腫瘤脫出等發現。

(三)會陰 有無破裂之癍痕。

(四)肛門 有無內外痔，扁平濕疣，及糜爛面。

(五)乳房 弛緩、緊張、或萎縮、乳頭暈之顏色等。

(六)其他 一般肌肉、脂肪，及骨骼之發育狀態。

第三節 腹部外診

女性內部生殖器均包藏於下腹腔，故腹部外診在婦科檢查方面殊屬重要，且因不與陰道內腔相接觸，自毋需嚴重消毒，手續極爲便利，如能熟練，有時即不行內診，亦可明瞭大概，對於不願受內診檢查之患者尤爲適用，除視診已見前述外，以觸診爲最重要，次之打診，至聽診僅於與妊娠鑑別時用之。

(一) 觸診 腫瘤之大小、部位、境界、性狀等，俱可以一手或兩手平置於腹壁上接觸之，每能明白其究竟，至壓定痛點，區別痛位，並推測炎症進行之程度，藉此亦能獲得相當之解決。當診察時雙手必須溫暖，以免患者腹部因激刺而起緊張，手之使用，大抵着力於指尖，因該部觸覺敏銳，容易判別真相。如患者毫不感覺疼痛可及的壓入深部，然用力不可過猛，以免發生疼痛，亦不可太輕，以免有搔痒之感，若僅觸及皮表，則檢查不切實際，功效全失，並須全部搜索，不可忽略。腹部脂肪肥厚者，檢查較爲困難。遇有巨大腫瘤幾擁滿腹腔者，雙手手掌與手指應同時並用，更向左右振搖，以鑑定內容之性狀。

(二)打診 下腹在平時因內部佈滿腸管，打診上均呈鼓音，如現濁音或比較濁音，則有腫瘤及腹水之疑，欲確定腫瘤之部位、境界、或性狀之際，往往與觸診合併使用。

第四節 陰道內診

內診原不在助產士工作範圍之內，惟在鄉村僻壤之工作人員，有時對於初期妊娠與婦科疾病之鑑別，有不得不應用內診者，則於嚴密準備之下施行之。

(一)內診檢查前之準備 施行內診者兩手須嚴重消毒，外加滅菌橡皮手套，患者女陰部用消毒液洗滌，如須採集分泌物作為塗佈標本用者，當於採集後再行洗滌，膀胱直腸務使空虛，必要時宜行導尿與灌腸，如患婦顯露胆怯或含羞狀態，宜用言語寬慰之。

(二)內診時所取臥位 最適當者為仰臥式，使患婦背臥於診察檯上，半仰上體部，屈曲兩腿膝關節，分置於支持架上，臀部置於檯沿稍外方。或取橫床臥位，即使患者橫臥於床上，兩足踏於床前左右分列之檯上，臀部稍突出床邊，兩腿充分展開，上半身墊以棉被等使其稍稍仰起。倘病勢嚴重，臨時匆促，不及如上法洗滌陰部，即用脫脂棉浸入消毒藥液拭淨外陰部，即就病床上取仰臥位，

屈曲大腿及膝關節，施診者立於床沿，俯屈身體，施行檢查。

有時欲辨識子宮垂脫之程度，使患婦取直立式，與仰臥式檢查互相比較，或對於腹水病人使取仰臥式，並將臀部墊高，其他如膝肘臥式，膝胸臥式，側臥式等，則極少應用。

(三) 內診方法

(甲) 通常以一手之拇示兩指撥開陰唇，同時可檢視陰蒂及其包皮，尿道外口，陰道口，處女膜或藏女膜痕，陰道內壁等有無異狀，次以他手示指伸入陰道內腔，拇指翹起放置於陰唇口側方，餘指屈曲於手掌面，未經產者，有時僅能通一指，經產者得用示中二指，但不可觸及神經過敏之陰蒂。

(乙) 外手移置腹壁，與內手相應，搜查內部有無異常變化，是稱雙合診。

(丙) 內外手之應用，均着重指端，而外手尤宜深深壓入腹壁，如發現劇烈疼痛，應即停止，並記明痛點所在部位。

(丁) 內診完畢，取出內手，宜檢視有無特殊分泌物及組織碎塊，或血液等附着，應詳細審視之。

(戊) 有必要時再行陰道洗滌，或繼續施行子宮鏡等檢查。

(己) 內診時大抵以右手爲內手，左手爲外手，平常應練習左右手得互爲內外手，則檢查子宮附屬器等更爲便利。

(四) 內診上所見

(甲) 內手指進入陰門時，陰道口之寬緊，陰道壁之性狀，均能在觸覺上辨識清楚，同時於陰道深部可感得有宛似軟骨硬度之圓柱體，是卽子宮陰道部，向後下方垂脫，其末端卽子宮外口，如係經產婦呈橫裂狀，健康者，表面平滑，設發現凹凸不平之小顆粒，卽可測知有糜爛面。

(乙) 未經先行灌腸者，有時於陰道後壁可觸得硬性之宿便塊，倘直腸內患有較大之內痔，亦與此相類似，但不能推動而糞便則可用指壓出之。

(丙) 陰道前後穹窿部正常時呈柔軟狀態，如緊張而帶硬性，則內部必有發炎，化膿，或膿汁沈降之傾向。

(丁) 陰道內部既檢查明白，其次進行至子宮，則必須用雙合診，卽內手沿子宮頸陰道部達於陰道前穹窿深處，同時外手自腹壁恥骨聯合上約三四橫指部位深深壓入，於是內外兩手之

間，可觸得上闊，兩側較狹，表面平滑，略帶扁形之子宮體，並須確定頸體屈曲之角度，所有子宮之大小、位置、硬度等均當一一驗明，而陰道部特別柔軟者，殊有妊娠之可疑。

檢查子宮之大小與硬度，事實上不甚困難，其生理與病理之區分亦較容易，惟位置之正常與否，須略有經驗，以子宮富有運動性，底部可推送至臍與恥骨聯合之間，陰道部可牽引達陰道入口，前方可抵於恥骨聯合後面，後方可達薦骨，兩側可接近骨盆側壁，其移動範圍既如此廣泛，在初步實習時，往往底體不分，或誤體為底，或誤底為體，至頸體角度之大小，尤難辨認。

(戊)檢查子宮附屬器，內手用同名手，外手用異名手，則較為便利，例如檢查子宮左側部以左手為內手，右手為外手，右側部反此。沿子宮側緣達子宮輸卵管角部，再轉向外側方，內外兩手指間可覺得有大如鉛筆桿之索條，是即輸卵管，但漸至腹腔端，因組織柔軟，如無炎症腫脹等變化，雖檢診者有相當之經驗，亦苦難觸知。沿輸卵管下方，可觸得長卵圓形之卵巢，大如雀卵，若該部膨大，則有腫瘤之疑。

內診時，如覺有變態，當介紹至專科醫師處，詳細檢查。

第五節 直腸內診

在婦科檢查時不常用之，每於未婚患者，女陰畸形，女陰炎症甚劇，及欲查骨盆後之炎症變化等時用之。檢查時之位置，與陰道內診同。其消毒手續，較爲簡單。檢查之先，必須灌腸。檢查之手，帶橡皮手套，或手套。在陰道內診之後，不可直接即行直腸內診，必須另換手套，以免淋病之傳染也。

第六節 子宮鏡檢查

無論陰道或直腸內診，均以手指之觸覺替代視覺，惟子宮鏡檢查，可直接目睹，但僅限於子宮頸陰道部，子宮外口，陰道穹窿，及陰道壁等部分，故祇可作爲陰道內診之一種補助方法。子宮鏡大別爲兩種，其使用方法各有不同。

(一)管形子宮鏡 管體平滑，中空，管之一端呈斜面，即先放入陰道之內端，他端用手把持部分稍廣大，即露出之外端，有大小不等之號數，質地普通用玻璃或硬橡皮或金屬製成。

使用時先選定相當之號數，以一手撥開陰唇，他手執持該鏡，於內端表面塗以消毒油劑，將斜

面之凸出部抵壓會陰，依據骨盆軸方向，徐徐送入，於是子宮頸陰道部與外口，即在管內可以窺視，如一次不能達到目的，不妨再三試驗，倘欲透見陰道上部黏膜之變化，可將該筒爲抽送運動，檢查完畢，仍向會陰部抵壓而取出之。

(二)瓣形子宮鏡 有種種式樣，分前葉與後葉，後葉呈溝狀，較前葉廣闊，前葉扁平，或略呈凹形，各有把柄，其兩葉相連接者，形如鴨嘴，把柄合而爲一，質地均係金屬製成。

使用時，先於葉端塗以消毒油劑。如係兩葉分離者，先將後葉斜形插入陰道，次抵壓會陰，移至陰道後壁，充分進達深部，以一手執住把柄，並充分壓下會陰。前葉因較狹小，繼後葉而放置於陰道前壁，自屬容易，並將把柄向前方牽引，於是子宮頸陰道部及口外，在兩葉間充分顯露，設不能達到目的，可將前後葉體相當移動，自能發見適當之地位，取出時宜先取前葉，後取後葉。至兩葉相連接者，其插入手續先將兩葉閉闔，側轉插入陰門，繼轉正，次推動或旋轉把柄，前後葉即張開，更覺便利，但對於治療之處理，有時非兩葉分離者不可，必要時尙需增加扁平之子宮鏡側葉，始能擴大範圍，操作裕如。

各種子宮鏡於應用前必須煮沸消毒，此種檢查往往於陰道內診後隨即使用，但患婦必須仰

臥手術檯上，臀部應突出檯邊，兩腳分開，否則後葉把柄受阻，放置不能適當，檢查必歸失敗。

第七節 子宮探子檢查

子宮之外形，用以上各種檢查大抵可以明瞭，有時欲測計子宮內腔之深度與方向，試驗子宮內壁之性狀，或內口有無狹窄閉塞等異常時，則須運用子宮探子而確定之。

子宮探子爲金屬製成，尖端呈球頭形，下部爲把柄，上面附有劃度，生理的子宮內腔約七公分左右，故在該處劃度，特稍行隆起，以爲標識，在使用以先，必須嚴重消毒。

子宮探子使用條件，是種探子插入子宮內腔，不免有危險性，事前應考慮周詳，並須具備下列各條件：

- (一) 無妊娠之疑似，否則極易釀成流產。
- (二) 陰道，子宮，及其附屬器，均無急性發炎疾患，否則助長炎性之進行。
- (三) 陰道及子宮頸陰道部無淋病性化膿病狀，否則促成淋菌上犯之機會。
- (四) 子宮近傍，女骨盆腹膜等無滲出物或炎性變化，否則勢必蔓延擴大。

(五)不在產褥期或流產後，否則容易穿孔。

子宮探子之檢查，危險性甚大，助產士不可應用，故使用方法及檢查所見均從略。

第八節 分泌物檢查

分泌物檢查，手續並不複雜，對於診斷方面，有時可獲得極大的助力，其採取方法如次：

(一)準備檢查用之玻璃片數張，須預先拭淨，務使不染纖塵。

(二)用長的消毒棉花棒，放入陰道，措取其分泌物，隨即塗一薄層于玻璃片上，乾燥後，即可染色，乃行顯微鏡檢驗，如須送他處檢驗，或暫時放置者，另覆玻璃片於其上，並貼一紙，記明患者姓名及號數，另將檢驗單上，採取日期，採取來源，採取物名，檢驗目的等事項填寫清楚。

(三)如目的為檢驗淋菌，應更採取外尿道口分泌物，作成同樣之塗佈標本，但須將來源分別記明。

(四)倘欲直接採取子宮外口，或頸管內分泌物，則以子宮鏡露出子宮頸陰道部及外口，以長的消毒棉棒插入頸管內而採取之。陰道與子宮外口應嚴重消毒，否則有攜帶細菌侵入子宮腔內

之虞，故通常往往僅取自外口之分泌物，以免危險。

(五) 外陰部及陰道入口處，本多細菌，大部爲腐敗菌，並混有鍊球菌，葡萄球菌，及大腸桿菌等，因陰道有自淨作用，故不足爲害，進至陰道深處，有毒之病原菌即消失，平時採集分泌物，自以深處爲宜，否則鏡檢結果，反多懷疑。

第九節 組織檢查

有時行使各種檢查以後，猶不能確定診斷，須刮取子宮黏膜，或切取外陰、陰道部、頸管等處之病的組織，作成切片，再行鏡檢者謂之組織檢查。

第二章 婦科一般症候

婦科病之門類繁多，或長生腫瘤，或局部發炎，或受細菌侵襲，或由神經系統反常，或由其他臟器波及，或起自內分泌，或發源全身病，原因不同，症候自異，顧通常患婦之主訴，不外以下幾種：

第一節 月經不調

月經係子宮黏膜面定期性出血，平均每四星期來潮一次，或相差數天而仍整調者，無庸過慮，其持續日期平均為三至五日，如超出此種常規，是謂不調，或前後相差日期漫無標準，或量多持續期久，或量少持續期短，均屬病理的變態。量多持續期久者，因出血超過生理的範圍，每併發慢性貧血。其原因如次：

(一) 直接由於子宮黏膜發炎充血，或長生腫瘤。

(二) 間接由於輸卵管炎，卵巢炎，或骨盆結締織炎及骨盆腹膜炎。

(三) 受器械性障礙，如子宮垂脫，子宮角度異常等。

(四) 肉體過於勞動，精神極度興奮，或房事過度，手淫等。

量少持續期短者，每現種種現象，如胃腸障礙、頭痛等，其原因如次：

(一) 內部生殖器發育不全。

(二) 子宮內膜或卵巢病的萎縮。

(三) 嗜好品慢性中毒，如鴉片、酒類、及紙烟等。

(四) 精神異常感動，如過度抑鬱、悲哀等。

其他，如急性傳染病患者，倘適在月經來潮之際，可使其突然停止，或反使經期提早，而大量出血，又如因內分泌障礙者，以其機能失卻平時互相關連之平衡性，每致發生月經過多或過少，更有月經過多之遷延日久者，必併發慢性貧血。而素患慢性貧血者，反有時患月經過多症，凡此種種，自須特別注意。

第二節 痛經

或發於經前，或與經潮同時發作，或現於月經間歇期中，其疼痛部位，如由輸卵管或卵巢發炎者，在下腹側方。倘因器械性障礙，如頸管狹窄，子宮角度過於屈曲等，致經血積滯不能暢流而起者，均在下腹正中。其因迷走神經緊張而發者，可遍及下腹部。至疼痛之性狀，或與陣痛相似，或帶痙攣性，或呈牽引性，且大抵為發作性，持續不斷者少。其於月經間歇期發作者，亦稱月經中間痛，往往左右兩側互相交換，或謂為慢性子宮內膜炎之症候，或謂與排卵有關，係由腫脹成熟之濾泡刺激而起，有時乳房現緊張感疼痛，繼即排泄黏液性白帶。月經疼痛非常劇烈，痛後排出膜狀物，或呈子宮內腔之囊狀者，特稱膜狀痛經。

痛經患者，每合發胃腸障礙，甚至惡心嘔吐，同時往往有頭痛，三叉神經痛，頭暈等神經症，至月經停止，各種病狀均歸消滅。月經中間痛時亦然，至黏液性白帶排泄後，疼痛遂止，即在正式月經來潮時亦不發現。

第三節 局部疼痛

局部疼痛，不一定於月經期發現，忽而下腹兩側有壓重感，忽而變為一側，忽而向腹股溝部牽

引，忽而向薦骨部壓迫，忽而向膀胱部侵襲，忽而呈痙攣性。其原因，或由于子宮腔內異常分泌之蓄積而起，或由巨大黏膜息肉，黏膜下肌瘤，及子宮癌等新生物之膨隆所致。

子宮黏膜受炎症之刺激，致知覺過敏者，屢屢發現陣痛狀疼痛，倘起自右側時，與盲腸炎之鑑別頗須注意。

婦科病每因感覺異常而呈種種之症候，如患輸卵管炎，卵巢炎，及新生癥痕者，往往由內診手指、宿便、性交等器械的刺激，使其痛覺異常過敏，患尾骨部疼痛者，病源或係骨盆結締織及子宮外膜炎，如侵入坐骨神經叢，則症候顯著，且放散於兩側下肢，有時神經直接受壓迫，而現疼痛或麻痺現象者，係受後屈子宮之牽引，或刺激腹膜之影響。

第四節 頭痛頭暈

頭痛頭暈，常不時發現，與月經無絕對關係，係因體力及精力過度疲勞而起者有之，甚則併發三叉神經痛，後頭痛，偏頭痛等，頭暈劇烈者，可突然卒倒，其症候之輕重，與生殖器疾患之病勢，有時不能為正比例如輕度頸管糜爛，能惹起非常之偏頭痛及頭暈，而重篤之子宮癌，化膿性輸卵管炎等，

可以毫不發見此種現象。凡屬神經質婦人，或患希司忒利阿者，常易被侵犯，蓋女性之神經，本較男性爲過敏，而生殖器神經之分佈，更與腦脊髓相連鎖，故生殖器病變，同時每每進襲腦神經，倘因內分泌障礙而起之月經不正規，或性慾不調和者，此種症候每特別顯著。

以上月經痛、局部疼痛、頭痛、頭暈等，大抵每月發作一次，有定期性，故可併稱爲痛經，其不定期性而病情特殊者，自不能包括在內。

第五節 白帶

由陰道內泄出一種分泌物，呈白色、黃色、或帶紅色，概稱之爲白帶。健康之陰道黏膜本無分泌腺，僅有少量陰道血管及淋巴管之漿液性滲出物，並混有黏膜表層之脫落上皮，呈白色乳脂狀，故生理的陰道分泌物，其大部分係由頸管分泌而來，但液量不多，決不至向外溢流。設內部生殖器有異常變化，則發現帶下，或無其他自覺徵象，或與內部炎症候相比例，炎症輕則量少，重則量多，在大量泄出時，往往兼有下腹疼痛，女陰受分泌物之刺激，常有癢感。白帶內容，僅賴肉眼檢查，難下確斷，非製成塗佈標本，實行鏡檢不可。黃色白帶，爲含有膿性之徵，赤色白帶必混有血液，是無疑義。

白帶不應有著明臭氣，倘患惡性腫瘤，如頸管癌、陰道癌等，則泄出物呈臭氣，數步以外即可嗅得，有時於此種泄出物中，能證明癌腫或肉瘤組織脫落碎片，此係帶之最惡者，癌腫每於年老婦人見之。

白帶之持續日期頗不一致，或發於經前，或繼於經後，或與月經無關，或僅連續數天，或竟遷延不止，而病勢之輕重，與持續之久暫，無絕對影響，一方面詳查病源之所在，一方面鏡檢白帶之性狀，始能明白判定。

第六節 胃腸障礙

內部生殖器官一旦發生病變，必現消化不良，食慾不振，以及種種胃腸性疾患，設障礙非常顯著，則有吞酸、噯氣、惡心、嘔吐、胃痛、腹脹、腹瀉等症候，酷似慢性胃炎或腸炎，有時且大便中帶有黏液，而病根所在之內部生殖器官，尚無劇烈之自覺症候，每每忽視為一種內科疾患。故在婦科診斷上，應追本溯源，搜求其原發病，如慢性子宮炎、子宮異位、內分泌障礙等，施以澈底治療，則胃腸症候，不難附帶解除。月經所以影響于消化器之官能者，無論其障礙之原因為何，必有兩種事實：一為胃之分泌

及運動力於經前期及月經期有所變更，二爲此種變更依個人之特殊素質，可誘致症狀。

第七節 便秘

婦科病人往往患習慣性便秘，蓋內部生殖器官概與腸管相貼近，凡有膨大之腫瘤，或子宮位置不正等，在在可以壓迫腸管阻礙大便之暢通，如同時患痔，則症候更明顯。

第二章 婦科一般療法

婦科一般療法，大則剖腹去瘤，小則塗膏塞藥，其包括範圍頗為廣泛，而大半屬於外科方面之處理。至注射服藥，則為內科治療，其他一切理學療法，在婦科上亦有相當價值。惟此等手術，關係重大，偶有不慎，危及生命，自非助產士學力所能及。茲將一般日常必須應用之治療方法，分敘於後：

第一節 陰道洗滌法

無論任何處置，均應先洗滌陰道，然後再行內腔之各種操作，即在陰道內診時亦復如此。供洗滌之用具，有種種構造，普通為搪磁製圓筒，下有短小嘴管，連接數尺長之橡皮管，管端附有嘴頭，可以自由起閉。洗滌時先將溶液傾入筒內，通過橡皮管，開放嘴頭，即有液體溢出，其操作順序如下：

第一項 操作順序

(一) 施術者將兩手洗淨，如患婦有傳染病疑似者，則加帶橡皮手套，較為妥當。洗滌用之嘴頭

及橡皮管，必須煮沸消毒。灌漑桶之內面亦宜充分消毒。

(二) 患者仰臥於手術檯上，或採取橫床臥位，屈曲股膝關節，突出臀部。

(三) 洗滌器懸置於手術檯旁，其高度距女陰約二三尺，開放嘴頭，壓出空氣，同時試驗溶液之熱度是否適當。

(四) 沖洗女陰，如有分泌物附着者，應揩拭潔淨。

(五) 一手之拇示兩指撥開陰唇，他手指引嘴頭伸入陰道。

(六) 陰道內腔須全部沖遍，嘴頭不可強壓陰道壁，如有疼痛感覺，立即拔出。

(七) 桶內溶液將完畢，即可取出嘴頭，以免竄入空氣。

第二項 陰道洗滌之禁忌

(一) 產褥期內子宮口尙未完全恢復原狀者，一經洗滌，溶液誤入子宮，發生刺激作用，反使惡露日期延長，或復現血性惡露，甚至出血不止。

(二) 月經期中，一經洗滌，反使經期延長，或經血過多。

(三) 外陰部有急性化膿性炎症者，洗滌後反使陰道之自淨作用減退，助長細菌侵襲之機會。

(四)陰道炎症正在急性期，疼痛劇烈者，不可免強行使洗滌。

第三項 洗滌液之種類

(一)洗滌之液體，視其目的而異，若為清潔劑，則用無菌清水即可。若為消毒作用，則用抗毒劑，如二%硼酸，或〇·五——一·〇%來蘇，〇·一——〇·五%過錳酸鉀，則兼有消毒除臭之功。普通多用之。若為收斂，則用〇·一——〇·二%硝酸銀，或〇·三——〇·五%鞣酸，或一%明礬等液體。

(二)液體之溫度，普通皆取微溫，有時在治療上，亦有用冷性，或熱性者，然冷性每有致虛脫失神者，故不多用，熱性則須另有熱性洗滌裝置，以免刺激女陰皮膚。

第二節 栓塞法

婦科上之藥物栓塞法，因其應用之部分不同，分為陰道、頸管、尿道、肛門等，更因所用材料之差異，分為紗布栓塞、棉花球栓塞、坐藥栓塞等。紗布及棉花球，僅適用於陰道，坐藥則陰道、子宮頸管、尿道、肛門等處均可栓塞，茲分述如次：

第一項 紗布栓塞法

紗布栓塞法，爲婦科各種大出血時之救急處置，卽以消毒之紗布充分緊塞陰道，暫時可制止出血，使患婦能搬運至設備完備之醫院，行根本治療。其栓塞法：

(甲) 女陰及術者兩手充分消毒，取出陰道內凝血塊。

(乙) 用消毒瓣形子宮鏡，開張陰道，檢視血液是否自外口續續流出。

(丙) 先以消毒紗布條緊塞陰道後穹窿，次及前穹窿，然後將全腔栓塞。

(丁) 子宮鏡除去時，仍直先取前葉，後取後葉，並須用手指抵住紗布，以免隨葉帶下。

(戊) 子宮鏡既除去，必留有空隙，再酌量送入紗布，務使塞緊，但陰道外口稍上方，宜稍鬆，以免

壓迫膀胱，小便發生障礙。

(己) 栓塞已畢，斷端須塞入陰道，不可懸垂外方，加蓋消毒棉墊及丁字帶以資固定。

此種栓塞紗布條，留置于陰道內，最多二十四小時必須交換，或除去之。

第二項 棉花球栓塞法

此種棉花球繫以七八寸長之絲線，須預先製就消毒，應用時以子宮鏡張開陰道，鉗取棉花球，

醃以對症治療之藥液，塞入陰道深部，除去子宮鏡，留置絲線之一端於外方，經過十二小時，或五六小時，由護士或患婦拉住綫端，牽出棉花球，在治療期間，每天或隔一、二天應行陰道洗滌。所用藥液爲一〇%魚石脂甘油，或一〇%蛋白銀甘油，或一〇%酸酐甘油。粉劑如碘仿，或次沒食子酸銨等。

第三項 坐藥栓塞法

最常用者爲陰道坐藥，次爲頸管坐藥，尿道坐藥，肛門坐藥等，尿道坐藥每用於淋病，肛門坐藥於陰道內不能塞藥時之一種間接治療，見效不著。陰道坐藥之塞入，須直達穹窿部，其他各種坐藥亦須全部插入，否則容易滑出。藥物栓塞之種類，或爲消毒或爲止痛，或爲收斂，或爲止血，或爲殺蟲，因症施治，不勝枚舉。

第三節 腐蝕法及燒灼法

子宮頸陰道部糜爛出血時，或用藥劑腐蝕，或用電氣烙器燒灼。於腫瘤切除手術時，或陰道部搔爬以後，爲止血及消毒目的，亦可用燒灼法。是爲醫師之工作，助產士不可濫用之。

第四節 子宮頸擴張法及子宮刮術

凡欲施行子宮腔內手術者，必須先將頸部擴張，始能放入器械，或手指。子宮刮術爲刮取子宮內腔黏膜之手術，或爲治療，或爲採取診斷材料之用。在此兩種手術之前，均應行陰道洗滌消毒。所用器械如子宮鏡、雙爪鉗、黑加氏擴張器、子宮探子、刮匙等等，亦均須嚴重消毒，尚須備有消毒紗條，以爲栓塞之需。此二種手術，如處置不當，危險甚大，助產士不得施行，可爲醫師預備器械及消毒等工作。

第四章 婦科與產科之關係

凡各種疾病，每非單純性，而致病之原因，尤見複雜，顧各科之關係，更以婦產兩科最爲密切，如流產以後，處理不當，常形成子宮內膜炎，子宮異位等，可陷於不妊症，卵巢腫瘤能障礙分娩等等，不勝枚舉。

第一節 障礙生殖之婦科疾病

因或種婦科疾患，使生殖能力減退或消滅者，不外以下數種：

第一項 外陰及陰道疾病

外陰及陰道疾病，障礙於生殖者，如先天性或後天性陰道閉鎖，處女膜閉鎖，陰道瘻等，又如女陰或陰道之腫瘤，陰道之高度癥痕性狹窄等，足使交接困難，而致不妊。然須注意者，受胎之條件，精子能入內生殖器，即可成功。故內部生殖器及排卵機能健全者，即有受胎之可能。近今雖有人工

受妊法，能否奏效確實，尙在試驗期中。況外部生殖器之發育不全者，其內部生殖器亦往往不健全，則受妊更屬無望矣。

第二項 輸卵管疾病

先天性兩側輸卵管發育不全而屬盲管者，則此路不通，難望生殖，或由於後天性者，如子宮內注入腐蝕劑，因手續不當，藥液流入輸卵管，發生管腔高度狹窄或閉塞，或因炎症侵襲之結果，使管壁互相癒着，或炎症之存在，均可阻礙卵子之通過，凡患淋病者，最易波及輸卵管，次之爲結核，如僅一側被犯者，尙有妊娠之可能，兩側者，生殖能力同告消滅，即該病治愈以後，其局部病態，每仍遺留，能恢復健康者，極爲少見。

第三項 卵巢疾病

卵巢爲卵子之產生地，如其表層白膜發生炎症，則已成熟之卵子不能壓出濾泡，必自取滅亡，卵巢周圍炎，亦妨礙卵泡之破綻，倘一旦患有腫瘤，且侵襲全部，則排卵機能即行停止，無論炎症或腫瘤，兩側全部被犯者，必無生殖能力。

第四項 子宮疾病

子宮爲妊卵附着發育成長之場所，如內膜發生瀰蔓性炎症，則不適於營養妊卵，其因腫瘤之崩潰，使黏膜失卻生理之常態，情形亦與此相似。至於子宮異位，因精液不能射於外口附近，精子每被陰道酸性分泌物所撲殺，凡有上述各症者，並非絕對無生殖力，但其正常妊娠之機能，必大爲減退。

第五項 分泌異常

精液射至陰道穹窿部以後，其精子能維持生活力，得游入子宮者，全賴鹼性之頸管腺分泌液，如頸管發生炎症或癥痕組織，腺體破壞，則此種分泌液無從排泄，或因陰道炎性疾患，其分泌液酸性特別顯著，或因已往分娩形成膀胱陰道瘻，混入尿分，均足障礙精子之生存，至內分泌腺，如卵巢、大腦垂體、腺前葉等之機能減退者，必使生殖力降低或終止。

第二節 障礙胎產之婦科疾病

具有生殖能力，但因某種婦科疾患，對於妊娠、分娩、產褥等經過，發現著明障礙者，可大別爲以下數類：

第一項 畸形

重篤之內外部生殖器畸形，根本無生殖能力，自不能受孕，其比較高度足以妨礙胎產者，如左：

第一目 陰道中隔

妊娠期中並無異常，但分娩時則起極大障礙，故宜先行手術割去之。

第二目 異常子宮

如分裂形雙子宮往往致小產，副角子宮妊娠危險更甚，在妊娠前期中即起破裂，其症候酷似輸卵管妊娠破裂，非即行剖腹術，每致喪失生命。其他子宮發育不全，或形態失常者，常起流產或胎兒早期死亡，幸而維持至正常產期，必有陣痛微弱及弛緩性出血之虞。

第三目 異常輸卵管

先天性輸卵管發育不全，狹窄，或過於細長迂曲，精子與卵子會合以後，不能正式輸送至子宮，但又中途滅亡，於是形成子宮外妊娠，均無正規分娩之希望，其危險與副角子宮妊娠同。

第二項 炎症

生殖器任何部分發生炎症之際，對於胎產均有輕重不等之影響，茲分述如下：

第一目 外生殖器官炎症

患女陰炎者，妊娠以後症候增劇，患前庭大腺炎者，因含有淋菌、鍊球菌，或葡萄球菌等病原菌，如已近產期，宜迅速治愈，否則在產褥期中，極易惹起產褥熱。

第二目 內生殖器官炎症

患陰道炎者，在妊娠期中分泌增加，痒感更甚，苦痛異常，患頸管狹窄者，其原因或為炎性治愈後之癍痕性收縮，或由該部用腐蝕劑之後而起，或係手術後之不全癒合，於分娩經過中，每有產期延長，早期破水，陣痛微弱，或痙攣性陣痛等症候發現，患慢性子宮內膜炎者，妊娠初期往往孕吐劇烈，妊卵附着處之子宮底蛻膜異常肥厚，炎症進行，則成蛻膜胎盤炎，或以癰着不固，時見出血，終至胎盤早期分離而致小產，或因妊卵正常附着之地位，為炎性所侵襲，不得不改取以外適合營養之健康黏膜，於是胎盤位置發生異常，甚則形成前置胎盤。設底蛻膜與子宮壁起硬化者，分娩時胎盤稽留，難以剝離，同時患子宮實質炎之際，以子宮肌收縮不全，產後發生弛緩性出血，及產褥期中血性惡露異常增多。

患輸卵管炎者，內腔腫脹縮小，或癍痕狹窄，或纖毛運動失去生理機能，或反方向蠕動等，均足

障礙妊卵之通路，形成子宮外妊娠，倘精子與卵子會合以後，輸卵管突爲子宮內輸入之分泌物所閉塞，其爲害亦與此相同。

第三項 子宮異位

先天性子宮前傾前屈症，極難受孕，至後傾後屈症，妊娠達三——四月時，子宮不能上升，受阻於小骨盆腔者，則釀成箝頓症或流產。

第四項 腫瘤

第一目 陰道或女陰腫瘤

該二部分之腫瘤，可阻礙分娩時胎兒之排出。

第二目 子宮肌瘤

患子宮肌瘤者，一旦妊娠，如生於黏膜之下，每破裂出血，終至流產。如生於漿膜之下，因連以長莖，在妊娠經過中，易起莖部捻轉。患子宮癌者，如發生於體部，黏膜崩潰，不適於妊卵之營養，極難妊娠，如發生於頸管或陰道部，仍能受孕，但往往流產，持續至妊娠末期者極少，且因子宮實質爲癌組織所侵襲，有惹起子宮破裂之虞，分娩時期著明延長，產褥期中弛緩性出血，更以組織不健全，抵抗

力薄弱，易起細菌傳染而致命。

第三目 卵巢腫瘤

患卵巢腫瘤，如卵巢囊腫等，往往因瘤體巨大，使妊娠子宮不能上升，或受其壓迫，移行於異常位置，遂致流產，如係有莖腫瘤，每起莖捻轉，同時刺激腹膜，則危險更甚。如瘤體尚小，妊娠以後，能迅速增大，即幸而達分娩期，因小骨盆內受腫瘤之擠壓，以致產期非常延長，甚至無法自正規產道娩出者有之。

第三節 因胎產而起之婦科疾病

胎產固大抵屬於生理方面，但其經過中，常因病的變化，致產後遺留婦科疾患者，頗不在少數，茲分述於次：

第一項 因妊娠而起的

受孕以後，妊卵即生長脈絡膜絨毛，侵入子宮壁之深層，逮妊娠告終始引消失，當流產或早產之後，設此種絨毛於子宮壁仍不斷增殖，或係患葡萄狀鬼胎，本屬脈絡膜絨毛過生變性而起，故婉

出以後，子宮壁如不行刮術或未經刮盡，則極易增殖，如是增殖之絨毛，經過數月至數年之久，散在於全子宮腔內，形成惡性脈絡膜上皮瘤，有不正規之出血，反復不止，有時向陰道轉移，倘轉移至肺或腦而起出血者，不久即可致命。

第二項 因分娩而起者

如開口期尚未終了，即施抽行出術或鉗子術者，常起頸管破裂，嗣後，形成巨大癰痕，阻碍月經外溢，發生月經痛，或爲慢性子宮內膜炎之誘因。分娩期異常延長，前置部分壓迫膀胱過甚，組織挫滅，與陰道直接貫通，形成瘻管，或因會陰大破裂，侵襲直腸，產後一部分大便折入陰道，均足使陰道不潔，減退其自淨作用。或因刺激而起慢性陰道炎，子宮外口糜爛，及內膜炎等病症。分娩次數過多，或分娩時不待子宮口充分開大，將胎兒強迫抽出者，極易惹起陰道垂脫及子宮垂脫，陰道垂脫者，內壁外翻，其爲害雖較瘻管爲輕，顧亦足以爲內部生殖器發生炎症之原因。子宮垂脫者，如顯露於陰道之外，則經久以後，每起韌頓症。又有所謂子宮翻轉者，大抵在產褥期中，因出血過多而死亡，如幸而仍得維持其生命，則有重篤性內膜炎，混有膿血，漸因子宮內口狹窄縮小，致脫出部陷於壞死。

第三項 因產褥而起者

當產褥期中，如臥床過久或起坐過早，均可釀成子宮異位，以致產後月經不調，月經痛，月經過多，排出血塊等次第發現，素有淋病者，產後極易進行，尤以輸卵管炎爲最多。又因處置不潔或創傷中毒，或創傷傳染，於產褥期終了，子宮內膜經過病菌之侵襲，往往不能完全恢復其生理機能，而形成症候不同之各種月經變化，因此患慢性子宮內膜炎者，殊不在少數。

此外，如授乳時期過度延長，或生產過多，均能使內分泌極大之影響，絕經期提早，容易衰老。

第二編 各論

第一章 生殖器發育不全

女性生殖器先天性發育不全，或有外形可求，或隱蔽內部，非精密檢查，難識其真相，茲依據其解剖部位，分別述之。

第一節 外生殖器發育不全

第一項 一般性的發育不全

女陰之一般性發育不全，則女陰全部缺損，甚爲罕見，或全部奇小，則多伴有全身之發育不全。

第二項 部份性的發育不全

女陰之部份性發育，而有種種畸形，分述於後：

第一目 直腸及肛門異常

直腸在發育時，於其下端，作一盲囊，未開口於後部，是爲肛門閉鎖。或與尿生殖竇之胎時交通存在，則開口於陰道前庭，是爲前庭肛。直腸與陰道中隔具有裂隙者，是爲先天性直腸陰道瘻。

第二目 膀胱及尿道異常

膀胱及尿道異常，呈一種分裂形態，其尿道上壁全部或一部缺損，缺損之邊緣與腹壁相癒合，謂之尿道上裂，尿道全部或一部缺損，膀胱直接開口於陰部，謂之尿道下裂，同時每合發陰蒂肥大。

第三目 假性半陰陽

設一人兼具兩性內外生殖器官，既可爲女性，又可爲男性，如是者，稱真性半陰陽，以不能生殖，雖偶有報告，均係一代而終，故極爲稀見，臨診上所發現，悉爲假性半陰陽，其性別之鑑定，當以具有卵巢或舉丸爲主體，若僅視外表，每易誤診，如男性假性半陰陽，其陰莖細小極似陰蒂，舉丸潛伏，陰囊左右分離，兼有尿道下裂，與女性陰極相類似。而女性假性半陰陽，反宛似男性，蓋其陰蒂非常肥大，相等於陰莖，大陰唇互相癒合，僅留一孔，酷似男子尿道下裂，倘卵巢復脫出下垂，使陰唇膨隆，則又彷彿男子之陰囊，如是陰陽混淆，竟與同性相配偶者，據醫籍所載不在少數。

凡患假性半陰陽者，內部生殖器大抵不全發育，故在第二性徵方面，如女子之乳房，並不豐隆，全身皮下脂肪未見飽滿，骨盆帶男性，聲調比較尖銳，或直至死後解剖屍體始判定其性別者有之。

第三項 療法

如遇此種患者，當介紹其至專門醫師處，施行矯形手術，肛門閉鎖者，作成人造肛門，陰道、前庭、會陰等處之口部，或直腸與陰道中隔之裂隙，應行成形手術。尿道上裂或下裂者，手術困難，大都失敗，患假性半陰陽者，在男性或女性鑑定以後，亦非手術所能根治。

第二節 內生殖器發育不全

內生殖器畸形，或單獨發現，或合併外生殖器畸形，其影響於性交、生殖、胎產諸端，視程度之深淺，而有種種之差別。

第一項 陰道發育不全

陰道全部缺損，合發子宮及其附屬器發育不全，或為雙陰道，或具有陰道中隔，同時往往兼有雙子宮及中隔子宮。

第二項 鎖陰

先天性處女膜完全封閉，或陰道腔膜狀閉鎖，其子宮及卵巢內分泌正常者，性的生殖機能成熟以後，經血受阻而不能外溢，以致陰道形成血腫，以後漸積漸多，下腹部恥骨縫上方可觸得腫瘤，每屆月經來潮，下腹有劇烈之痙痛，膀胱及直腸有著明壓迫現象，如此遷延日久，經血停滯於子宮腔內，則成子宮血腫，更進折入輸卵管，或溢入腹腔，而惹起腹膜炎，有時閉鎖之膜體，敵不過血液內壓，遂自然破裂，將經年累月所蓄積之血液漸漸外流，各種症候不久均見輕快，但須預防細菌侵襲，以免發生不良之轉歸，故對於局部清潔須特別注意。

第三項 子宮異常

第一目 子宮全缺損

原有所在部位不能觸得子宮，僅於腹膜外可發現其痕跡，每併發卵巢發育不全，或外陰畸形，無月經，性能極薄弱，生殖力消滅。

第二目 幼稚子宮

成長以後，子宮體部永不發育，頸管奇長，不失小兒時形態，其附屬器往往有連帶影響，軀體一

般矮小，智力不強，亦可爲全身發育不全之一分症，月經極少或全無，生殖無望。

第三目 子宮全部萎縮

身體發育無異常，惟子宮特別萎縮，大抵神經衰弱及貧血，月經過少，同時內分泌有障礙，可稱子宮發育不全症。偶有妊娠者，胎兒難以發育，必致流產。亦有因授乳時期過長，而子宮發生萎縮者，追授乳停止，即可漸漸恢復，其甚者亦可成恆久性，而經閉不孕。

第四目 分裂形雙子宮

子宮全部分裂爲兩個，具體較小，每兼有雙陰道，如卵巢及輸卵管發育正常，仍有生殖能力，但因子宮體積不能容納胎兒之發育成長，終至流產或早產，或分娩時受阻於雙陰道，以致釀成難產。

第五目 雙角雙頸子宮

子宮底部深凹內陷，將子宮分成兩個細長形之管腔，幾不能分別體頸，上方呈左右兩角，下方具有兩頸管，往往合併陰道中隔，無月經，或絕少，妊娠力消失。

第六目 雙角單頸子宮

子宮底之內陷較淺，頸管係合一者。

第七目 雙角中隔子宮

子宮底外形正常，內腔生有中隔，上端左右形成角狀，或與陰道中隔相連接。

第八目 雙口子宮

子宮體腔正常，頸管由中隔分為雙口，偶有妊娠，在分娩之開口期中發生著明障礙。

第九目 雙底子宮

僅子宮體稍向內陷凹，其他均正常，分娩時陣痛微弱，或胎盤位置異常。

第十目 副角子宮

子宮角之一側如常，他側萎縮。

第十一目 單角子宮

子宮體不發育，為一側性之單角子宮，合發一側性輸卵管及卵巢缺損。

第四項 輸卵管異常

第一目 輸卵管全缺損

輸卵管全缺損 大抵與卵巢缺損併發，第二性徵呈男性化。

第二目 幼稚輸卵管

幼稚輸卵管 每合發幼稚子宮，具體細長，無生殖力。

第三目 側支輸卵管

輸卵管之一部分分歧，如與原有管腔相交通者。容易惹起子宮外妊娠。

第四目 雙支輸卵管

於一側具有兩個輸卵管，每與卵巢附體合併發現。

第五項 卵巢異常

第一目 卵巢全缺損

兩側均缺損者，無月經，無性能，即子宮發育健全，亦絕對無生殖力，第二性徵如乳房，骨盆，聲調等均呈男性化。

第二目 一側卵巢

僅有一側卵巢，其排卵機能雖尚保存，顧缺損側之輸卵管及子宮角多呈殘廢性，故妊娠機會較少，既有之，往往亦致流產或早產。

第三目 分葉卵巢

將卵巢劃分為數部，其排卵機能多少減退。

第四目 卵巢附體

正式左右卵巢之外，猶有第三卵巢，或於卵巢表面長生數個之類似組織，此種變態往往於死後屍體解剖時始能確定。

以上所述各種內生殖器之先天性畸形，有須手術治療者，有非手術所能奏效者，有須內分泌治療，功效如何，尚未可定者。總之此種病人，即應為之介紹專科醫師，詳細診察之，故療法從略。

第二章 生殖器炎症

凡受器械、化學、溫熱等之刺激，或由細菌及寄生蟲等之侵犯，以致局部起紅、腫、疼、熱等病的變化者，是為炎症簡單之定義。顯露於外方之生殖器，因可以目睹，不難診察，其蘊藏於內部諸生殖器官，往往與內科炎症疾患難以鑑別，自不可不注意婦科檢查，以判定其病源領域也。

第一節 女陰炎症性疾病

第一項 女陰炎

原因 可別原發性及續發性兩種：

原發性之起因：

- (1) 陰部不勤加洗滌，以致藏垢納污，醜醜異常，尤以幼女為最多。
- (2) 手淫，不適合之性交，強姦等致釀成器械性損傷。

(3) 花柳病如梅毒、淋病等。

(4) 肥胖婦人因脂肪過多，陰唇密着處及大腿內面之皮膚皺紋極易糜爛，尤以夏季或長時間步行之後為多見。

續發性之起因：

(1) 內生殖部如陰道、子宮等患有炎症，分泌必增加，故白帶多者，每續發本病。

(2) 惡性腫瘤，如子宮癌、頸管癌等，其分泌物均富有刺激作用。

(3) 產褥性創傷潰瘍之一分症，尤以敗血症性產褥傳染時為較多。

(4) 尿道瘻，直腸陰道瘻，或糖尿病。

(5) 受急性傳染病之波及，如天花、麻疹、白喉、猩紅熱等。

(6) 繼妊娠而起之鵝口瘡傳染。

(7) 續發於子宮之結核性潰瘍。

症候

無論任何原因在急性期中，女陰必紅腫、灼熱，並黏滿分泌物，痛痒不一，更進則潰爛，或合發瘡

瘡，濕疹。若不發現此種症候，倘侵入深層，則起蜂窠織炎，甚致崩潰壞死，其他以原因各別而有差異：
(1) 由肥胖病而起者，腹股溝及大腿內面等處可發現紅斑，或表皮剝離、濕潤，同時因皮脂腺分泌旺盛，陰唇間溝附有白色脂肪，且時發時愈。

(2) 由淋病而起者，每合發尖頭濕疣，為一種乳頭形或圓錐形小腫瘤，初單獨分立，復漸漸融合，呈蒼白紅色，其大者可覆蓋女陰全部，並延及會陰。往往有前庭大腺炎，以致陰唇腫脹，用手接之，可觸得腫脹之腺體，其自行破潰者，得壓出膿汁，同時外尿道口必紅腫。排尿時有灼熱疼痛，將分泌物作成塗佈標本，可發見淋病雙球菌。

(3) 由梅毒而起者，每合發扁平濕疣，大抵分裂散在於女陰會陰等處，呈紅褐色或褐色，間有呈鮮紅色或青色者，於陰唇繫帶、陰蒂，或陰道入口，有小硬結節或潰瘍，腹股溝淋巴腺腫脹無痛性，是為梅毒性下疳，一經檢查血液，乏色曼氏反應呈陽性，診斷即可確定。

有時因濕性刺激，皮膚乳頭亦能增殖，宛如濕疣初期，但決不能檢得淋菌，乏色曼氏反應呈陰性，至前庭大腺，亦有因葡萄球菌、鏈球菌，或大腸菌等而起者，但大抵係侵襲一側。

(4) 由軟性下疳而起者，有多數小潰瘍，徧生於女陰部，甚而蔓延至大腿部及臀部亦有之。潰

瘍小而邊界甚清，表面覆有稠膿，其底淺，且併發疼痛而易於化膿之橫疹，故可與梅毒性下疳區別。

(5) 由急性傳染病續發，或重篤性產褥傳染等，往往局部潰爛以後，遺留女陰狹窄，形成後天性畸形。

(6) 由妊娠充血之結果而發生鵝口瘡者，具有白色斑點，或合併呈膜狀，與小兒口腔之鵝口瘡係同一病變，行使鏡檢可發現鵝口瘡菌，小兒及非妊娠時，或患糖尿病者，亦能被其侵襲。

(7) 續發之結核性潰瘍，亦稱陰性狼瘡，有一種特異小結節，向皮下侵蝕潰爛，有侵潤性，附有污穢痂皮，如侵入深部，則形成瘻管，每見於女陰下方之會陰部，往往組織崩潰，呈狼瘡性畸形狀態，大陰唇等處亦常有散在性之小結節，倘無合併症，則不現疼痛，是其特點。

(8) 由癌分解物刺激而起者，有特異之臭氣。

療法

以考察原因爲要着，一般的療法用消毒液清潔局部，拭去分泌物或膿汁，痒感劇烈者，用百分之三石炭酸水塗敷，對於腫脹，用熱罨法，對於潰爛，用硼酸軟膏等，如合發癬瘡或蜂窠織炎已化膿而病情深重，當請醫師診治之。

(1) 對肥胖病性者，常撲以收燥之粉劑，如等分之氧化鋅滑石等。
(2) 對淋病性者，同時用淋菌疫苗注射，如已合發巴兒多林氏腺炎，切開排膿，是非根本處置，以剔出整個腺體為最佳。

(3) 對梅毒性者，行驅梅毒療法。

(4) 對於軟性下疳，即塗以純石炭酸或鉻酸，繼塗以酒精，塗藥時雖痛，但未幾即止。

(5) 對各種濕疣，小者用腐蝕劑，大者剪除，電氣燒灼。

(6) 遺留女陰狹窄者，行女陰成形手術。

(7) 對鵝口瘡菌而起者，常拭去斑點或白膜，以消毒藥液洗滌之，不難治愈。

(8) 對於結核性者最為頑固，創面用腐蝕劑，或切除潰瘍部，同時行使全身療法。

第二項 女陰瘙癢症

本症係一種神經性疾患，或受其他病變之影響。

原因

(一) 屬於神經性方面 每見神經質婦人，或失眠患者，結果，能陷於憂鬱狂而自殺。

(二) 屬於症候性方面 如次：

(1) 糖尿病患者，因尿中糖分之刺激，同時每易受鵝口瘡菌之侵犯。

(2) 化膿性陰道及子宮炎所排泄之分泌物刺激所致。

(3) 手淫接觸或月經影響。

(4) 陳舊性會陰破裂，及尿道瘻之尿酸鹽刺激，且溢流有腐蝕性之白帶者。

(5) 肥胖病患者，或閉經期以後之老婦。

(6) 蟻蟲或鞭蟲之游走附着。

症候

(1) 女陰部有不能忍耐之痒感，用手搔或衣服摩擦以制止之，但非持續性，而每發於睡眠，溫暖，性慾衝動，劇烈運動，或排尿之後。

(2) 痒感屬散在性，或由其他之一定點而波及於女陰。

(3) 外陰黏膜大抵潮紅腫脹，可發見深淺不一之搔傷痕跡，搔傷以後呈灼熱感。

(4) 女陰皮膚肥厚乾燥，或合發濕疹及癬瘡。

(5) 前庭內面之皮脂腺擴張，陰毛方向不整。

(6) 或爲女陰癌之初期症候。

療法

(1) 清潔最要，每日坐浴數次，以肥皂清洗陰部，再以五——八%石炭酸塗佈患處，如患者有過敏性，塗佈之後，應即拭去。或用三%石炭酸軟膏塗佈亦可。

(2) 如爲老年性者，則塗以碘酒，每能奏效。

(3) 刺激性飲食物，均應禁忌。

(4) 原因治療。

第三項 女陰乾燥

原因 諸說不一，尙無定論，茲姑列如左：

(1) 係繼女陰瘙癢症而發之疾患。

(2) 係癌腫進行之初期病變。

(3) 係特發性，或與內分泌有關，故於成熟期及妊娠期中，均能發現。

症候

(1) 女陰萎縮變形，黏膜呈青灰色或白色，乾燥肥厚，類似癩痕，表面粗糙，尤以前庭，陰蒂，及繫帶等處爲顯著。

(2) 陰道入口縮小，每妨礙性交，或現排尿困難。

(3) 如乾枯蔓延至大腿內側及肛門等處，則步行常受其牽制，難以自如。

(4) 患有與女陰痒症相似之痒感及灼熱感。

(5) 經過慢性，無自然治愈之希望。

療法 與女陰瘙痒症同，不得已時，除切除患部外無他法。

第四項 侵蝕性潰瘍

原因 不明。

症候

(1) 潰瘍呈特異狀態，表面未見險惡，但侵入深部。

(2) 每發於舟狀窩，其蔓延於陰唇間及尿道口者亦有之。

(3) 潰瘍邊緣如鋸，其周圍及底部呈浮腫狀，壓之如豚脂，徐徐進行，使組織崩潰，形成膀胱瘻，直腸瘻，或直腸狹窄。

(4) 此種潰瘍在性交之際，不至出血及損傷，排尿時亦無灼熱感，故自覺症候極為輕微。

療法

內服碘化鉀，局部用乳酸，氯化鋅等腐蝕，然效果不佳，非逕行切除之不可。

第二節 內生殖部炎性疾病

第一項 陰道炎

陰道原非無菌器官，有時且可藏病原菌，但因陰道有酸性自淨作用，故不足為祟，如發生或種原因，使其殺菌力減退，則不僅原有細菌得能發育繁殖，並與外來微生物以侵襲之機會，其他如器械，化學等之刺激，寄生蟲之附着，亦足以釀成炎症。

原因

(1) 一般體格衰弱者，抵抗力減退，為細菌繁殖之素因。

- (2) 幼女黏膜嫩弱，最易感染淋菌。
- (3) 子宮內泄出炎症性分泌物，或癌之分解物，發生腐蝕作用。
- (4) 急性傳染病，如猩紅熱、天花、麻疹、霍亂、傷寒等之續發病變。
- (5) 結核進犯後，每形成潰瘍，或疑似爲原發性，或謂由血行傳染。
- (6) 梅毒亦可進犯黏膜而成潰瘍，但不多見。
- (7) 患感冒之際，陰道黏膜容易充血腫脹，惹起輕度炎症。
- (8) 蟻蟲由肛門游出，侵入陰道，對於幼女有過敏性。
- (9) 陰道鞭蟲。
- (10) 菌性病如鵝口瘡菌等。
- (11) 陰道垂脫，高度會陰破裂，及陰道瘻。
- (12) 子宮垂脫，或子宮整復器之器械性刺激。
- (13) 手淫，房事過度，粗暴性交等。
- (14) 藥物之過量使用，如石炭酸，氯化鋅，魚石脂油等。

(15) 不潔。

症候

(1) 白帶呈乳汁狀，或黏液膿性，如組織破潰，每混入血液。

(2) 在急性期中，有灼熱、痒感，如轉為慢性，則此種症候消失。

(3) 用陰道鏡檢查時，黏膜紅腫，蔽有分泌物，一經拭去，即有小出血，慢性者，充血現象消退，黏膜呈蒼白色。原因於菌性病者，紅腫之黏膜表面附有白膜。由結核而起者，可發現特異之潰瘍。陰道穹窿部，與子宮頸陰道部癒着者，稱癒着性陰道炎，多見於閉經期後之老婦。如原因於頸癌者，同時可檢得該部之癌腫變化。

(4) 由蟻蟲、鞭蟲而起，於分泌物中能檢出此種寄生蟲。

(5) 由急性傳染病而起者，有著明之全身症候。

(6) 炎症劇烈進行時，併發陰道蜂窩織炎，尤以產褥期中容易發生，結果，如組織崩潰，則釀成陰道癒痕性狹窄，其因腐蝕劑過量使用之後，亦可變為此種陰道畸形。

(7) 子宮整復器放置不合法，經過相當時期，因其壓迫陰道前後壁，初起陰道炎，次該部陷於

壞死，形成膀胱或直腸陰道瘻者有之。

療法

(1) 原因治療。

(2) 用消毒劑，收斂劑等行陰道洗滌，再行局部塗藥法，所塗之藥為碘酒和甘油似最有效，或用魚石脂油製成坐藥栓塞陰道。

(3) 病原在淋病，應禁止陰道洗滌，以免病勢上行。

(4) 症候獨在急性期中，倘常行消毒劑，如石炭酸類溶液等，反能促進炎症，不若改用收斂性粉劑，較為適宜。

(5) 對於壞死組織，應用外科處置。如組織狹窄過大者，為防止發生癍痕性狹窄起見，行紗布陰道栓塞。

(6) 合發蜂窩織炎之已化膿者，切開排膿，行外科處置。

(7) 合發陰道瘻或後天性畸形者，行成形手術。

附記 陰道炎中有兩種特殊者，列述如左：

(甲) 顆粒性陰道炎 黏膜乳頭腫脹，呈顆粒形粗糙面，炎症甚輕，於妊娠期中陰道起充血時特別顯著，至產褥期大抵自然消失。患淋病者，常有此種現象。

(乙) 陰道壁小泡增殖症 黏膜腫脹，具有多數白色小泡，內含氣體，大抵由普通大腸菌所產生，亦每見於孕婦，至產褥期消失，治法，或用甘油栓塞，或用硼酸水洗滌之。

第二項 急性子宮內膜炎

子宮在組織上固分為內膜、肌層、外膜三項，但受細菌性炎症侵襲之際，多由內膜併及肌層，甚至達於外膜，故急性子宮內膜炎，實係子宮實質性內膜炎之簡稱。

原因

(1) 消毒不完全之子宮內手術或檢查。

(2) 產褥期內侵入化膿細菌，惹起創傷傳染。

(3) 細菌種類大抵屬於化膿性鏈球菌及葡萄球菌，次之為淋菌，結核菌，大腸菌等，間有由白喉菌或梅毒體，但甚少。

症候

- (1) 發生於產褥期或流產後爲最多，泄出污穢黃褐色，或膿性分泌物，或壞死組織片。
 - (2) 子宮部有壓痛，並自訴下腹及骶骨部有牽引性疼痛，同時體溫上升，精神不安。
 - (3) 子宮硬度減退，如在產褥期，則尤覺柔軟。
 - (4) 合發腹膜炎者，惡心嘔吐，腹壁緊張劇痛。
 - (5) 由淋菌傳染者，常併發輸卵管炎，下腹兩側有發作性或持續性疼痛。
- 療法

- (1) 患者須絕對安靜，以免蔓延於附近器官。
- (2) 對淋菌或梅毒，兼施原因治療。
- (3) 產褥期子宮收縮不全者，可併用麥角劑。
- (4) 腹部放置冰囊，或包以濕布，或用消炎劑外敷。
- (5) 洗滌子宮，有使病菌經輸卵管進入腹腔之虞，故其洗滌液須在低壓下慎重施行。
- (6) 刮子宮，或子宮內擦拭，雖可將顆粒層除去，但不久仍可長生新顆粒層，反惹起子宮劇烈炎症，而發現全身傳染，不宜妄試，但胎盤殘片稽留者，則屬例外。

第三項 慢性子宮內膜炎

原因

多由已往細菌性之急性子宮內膜炎轉變而起，內膜肥厚，間質增加，及小圓形細胞浸潤，故亦可稱為慢性子宮間質性內膜炎。

症候

臨床上之症候，與下述之子宮內膜增殖症相同，且每侵犯子宮肌層，又與子宮實質增殖症一致。

治療

祇可行消炎性陰道洗滌，陰道坐藥，陰道棉球栓塞等。子宮刮術則無益而有害。

第四項 子宮內膜增殖症

子宮內膜增殖症 由於炎症之內膜肥厚，腺之增殖肥大，故又名腺增殖症。

原因

(1) 子宮異位及子宮內新生物。

(2) 子宮附屬器之炎症。

(3) 月經之不衛生，手淫，不自然之交接。

(4) 卵巢分泌異常。

症候

(1) 月經異常，每有不正之出血，痛經等。

(2) 排泄乳汁狀白帶，於月經前後尤多。

(3) 多併發實質增殖症，子宮平等增大，下腹有壓重感，每患尿意頻數及便秘。

(4) 經過慢性，患者因反復月經過多，呈貧血狀態。

(5) 患病經久不治，足以釀成希司忒利阿及種種神經症候，胃腸障礙等。

(6) 不妊，或習慣性流產。

療法

(1) 原因治療。

(2) 注意一般優生法。

(3) 陰道及子宮洗滌，陰道及子宮藥物堵塞。

(4) 子宮刮術。

(5) 爲暫時止血計，可用麥角，垂體素之注射常起反應，不可爲療治之用。

第五項 子宮頸炎

子宮頸炎，或爲急慢性子宮內膜炎，子宮內膜增殖症等等一分症，或自爲原發病，但其病變情勢，與體部相同，亦有細菌性與非細菌性之區別，其原因與體部內膜炎或增殖症一致。

症候 急性者，僅見於產褥期或流產之後，因子宮體部變化顯著，頸管部大抵不甚注意，願婦科方面之頸管炎，多半屬於慢性，而爲臨診最常見之疾患，茲分述其病態如次：

(1) 用子宮鏡檢查時，外口呈深紅色，乳頭如顆粒狀隆起，受鏡瓣磨擦，或棉花拭抹，即起出血，並連及頸管內膜，亦有同等之變化。

(2) 深紅色顆粒隆起之周圍，繞以淡紅色分界輪。

(3) 或顆粒層內外生有濾泡，同時頸管實質肥厚，陰道部擴大，其理由與子宮實質增殖之際，使子宮體積增大相同。

(4) 帶下呈白色，膿厚之黏液，如有合併傳染者，呈黃色或綠色，如混入血液者，呈淡紅色或附有血絲。

(5) 月經每過多，因充血之顆粒極易破裂出血，故呈月經不調。

(6) 未經生產者，因頸管內腔腫脹之結果，常使分泌物溢流發生障礙，時現陣痛狀疼痛，月經來潮時亦復如此。

(7) 病勢遷延日久，各種神經症狀，如腰痛，下腹牽引痛，頭痛，胃痛等先後繼起，以致漸趨於神經衰弱，或釀成希司忒利阿。

(8) 有時肥厚增殖之黏膜變為息肉，懸於陰道內，甚至直達到外方。

(9) 屢患不妊症。

(10) 如經久不治，易變為癌。

療法

(1) 用消毒液洗滌陰道。黏液附着甚固者，以百分之一炭酸鈉溶液拭去之。

(2) 對於顆粒用百分之五至一硝酸銀，百分之五石炭酸等腐蝕，或電氣燒灼，或刮之使平，或

以刀尖刺破，均可由醫師酌量使行。

(3) 對息肉行手術摘除。

(4) 消炎，收斂性陰道藥球等栓塞。

(5) 注意全身營養，並原發病及合併症。

第六項 子宮萎縮症

本症屬於先天性者，為內部生殖發育不全之一分症，或單獨發生。屬於後天性者，在老衰期及哺乳期中見之，是為生理的現象，但於三十歲以內即起萎縮，或哺乳期以後仍不能恢復原狀，則歸於病理範圍。

原因

(1) 由產褥期而起者，重篤化膿性疾患，如敗血症時子宮實質化膿潰瘍等。

(2) 由衰弱疾病而起者 如結核、慢性腎炎、糖尿病、白血病、慢性嗎啡中毒、脊髓癆、甲狀腺性惡液質、高度貧血等。

(3) 由急性傳染病而起者 如傷寒、猩紅熱等。

(4) 由營養障礙而起者 如歐戰時民間營養不足，致患本病之婦人突然增加，特稱戰爭性無月經症。

(5) 由精神障礙而起者 急劇之精神感動，如悲哀，憂鬱等。

(6) 由內分泌障礙而起者 如卵巢剝出，卵巢化膿，哺乳期過久之卵巢機能失調，或受愛克司光線放射後之卵巢萎縮等。

症候

(1) 以月經停止，不妊爲主症。

(2) 子宮全體短小，壁薄而軟，位置後傾。

(3) 子宮頸閉塞，而有子宮積水，或積膿者。頸管非完全閉塞者，其積液僅屬一時的，嗣則按期流出，有類子宮頸癌之特臭。

療法

(1) 注意原因治療，如由哺乳期過長發生者，應即斷乳。

(2) 採取富有脂肪蛋白之食品，行適當之運動以強健身體。

(3) 內部生殖器官無炎症變化者，可酌用熱性陰道洗滌、海水浴、子宮內通電等。

(4) 內分泌劑可以試用。

第七項 輸卵管炎

原因

(一) 傳染性者 輸卵管原係無菌臟器，但受細菌之侵襲而起炎症者，確非少數，其傳染原因如次：

(1) 淋菌係上行性，極易自陰道經子宮，進犯輸卵管，在本病之統計，約有半數以上。

(2) 結核菌係下行性，通常由血行或淋巴道進犯，但由腹腔進入者亦有之，或由男性精液含有結核而被傳染。

(3) 化膿菌傳染者，大抵在分娩或流產之後，於產褥期敗血症時發生。

(4) 大腸菌傳染者，由腹腔內有化膿性疾患，如盲腸周圍炎等而起。

(5) 由腸寄生蟲侵襲者，如輸卵管與腸壁癒着，形成瘻管時見之。

(二) 單純性者

(1) 化學刺激，如子宮內以氯化鋅、硝酸銀、碘、石炭酸等溶液，使用不慎。

(2) 溫熱刺激，如熱性或冷性陰道洗滌，月經期中感寒等。

(3) 器械刺激，如按摩、粗暴性交、衝傷、墮落等。

(4) 子宮位置異常，輸卵管起鬱血性炎症。

此種單純性輸卵管炎，因抵抗力減退，極易受細菌侵犯，形成傳染性輸卵管炎。

症候

(1) 下腹之一側或兩側發生疼痛，於身體勞動、月經來潮、性交或排便之際，比較著明，有時為痙攣性發作，稱輸卵管疝痛，其已形成輸卵管膿腫者，反無疼痛。

(2) 月經不規則且過多，有劇烈之痛苦，病勢重者，腹部膨滿壓重，尿意頻數。

(3) 內診之際，腫脹之輸卵管，延子宮角向外側方，於內外手指間，要觸得宛如香腸形之病態，且有移動性，如內容為膿性，大抵小而軟，或堅硬與周圍癒着，腫脹大者，垂降於直腸子宮陷凹，位於子宮近傍，倘行直腸檢查，更為顯著，但須預先灌腸。

(4) 依據輸卵管之解剖，一端開放於腹腔，如一旦化膿，自極易侵犯腹膜，陷於死亡，但此種惡

劣之現象，除產褥期敗血症外，尚不多見者，蓋輸卵管發炎時，其腹腔開口端往往與周圍骨盆腹膜相癒着，防止其炎症性分泌物及膿液之溢出，以致形成輸卵管水腫或輸卵管膿腫，同時得逕向子宮腔下流，故管腔內分泌物蓄積過多者，其疼痛亦特別沉重，待自經子宮腔向外泄出以後，腫瘤縮小，疼痛減輕，因此輸卵管有炎症變化，其帶下必甚多，倘輸卵管子宮端亦遭閉鎖，則異常腫大，有時可達小兒頭大。

(5) 細菌性者，往往不限局於輸卵管，常有子宮及陰道之合發疾患，或波及卵巢，或蔓延骨盆腹膜，如急性期達於腹膜者，有著明之自覺症候，如劇痛嘔吐等。

(6) 本症每由急性轉為慢性，或於月經來潮，症候轉劇，經止復消，循環不已，歷數載之久，或開始即為慢性，倘受某種刺激，如劇烈運動，分娩，感冒等而轉變為急性或亞急性。

(7) 病勢遷延日久，營養大受障礙，且每現神經衰弱或希司忒利阿。

(8) 兩側輸卵管被侵犯者，陷於不妊症，有時炎症已去，而病後輸卵管不能恢復正常，亦復不能受孕。

(9) 輸卵管與膀胱或腸管癒着者，可形成瘻管。

(10) 急性進行期中，體溫每上升。

療法

(1) 急性期絕對安臥，生殖器官亦須使其寧靜，故嚴禁行房，如原因於淋菌性，而已現腹膜炎，症候非常危惡者，行此保守療法，得以迅速輕快，收良好之效果，疼痛劇烈者，放置冰囊，或包以濕布，其他局部療法反見有害。

(2) 慢性期行熱性坐浴，熱性陰道沖洗，甘油、魚石脂油等陰道栓塞，增高營養，整理便通，生殖器官仍宜使其安寧。

(3) 淋毒性者無論急慢性，均應由醫師行疫苗療法，以求速愈，結核性者，經過最慢，根治尤難。

(4) 對於輸卵管膿腫，可行手術療法。

第八項 卵巢炎

卵巢炎或為子宮附屬器炎之一分症，或單獨發現。

原因

(一) 傳染性者

(1) 淋菌、結核菌、化膿菌、腐敗菌及梅毒等。

(2) 傷寒菌、大腸菌、肺炎菌及放線狀菌等。

(二) 非傳染性者

(1) 屬於性的方面者，如性的過度刺激，性慾抑鬱，及中絕性交等。

(2) 屬於神經方面者，如神經衰弱，希司忒利阿等。

(3) 屬於中毒方面者，如磷、砒、水銀等。

症候

(1) 急性者，卵巢腫脹，甚至有大小不等之膿瘍，實質及卵濾泡每被侵犯。

(2) 炎性變化與其他臟器同，強度充血，卵巢組織為漿液所浸潤，其波及腹膜者，則形成腹膜

卵巢炎。

(3) 炎性最劇烈者，屬於淋菌，例如患急性子宮淋毒炎者，其淋菌經過輸卵管，侵入已破裂之

囊狀濾泡，適足為害，其局限化膿時，稱卵巢實質膿腫。

(4) 卵巢膿瘍蔓延於腹膜、輸卵管、膀胱者，常向腸管破潰，而起混合傳染。

(5) 特別頑固性者，爲繼盲腸炎續發之卵巢膿腫，可互一月之久，有消耗熱。
(6) 急性者，常一側劇痛，與淋毒性輸卵管炎相似，難以單獨判定。
(7) 慢性者，骨盆內有鈍痛，於月經來潮，劇烈運動，過勞，硬便刺激，性交等尤爲顯著，炎性下降時最爲過敏，月經過多，往往不妊。

(8) 化膿性及腐敗性者，大抵於產褥熱併發。

(9) 內診時，卵巢增大，過敏，歸併發輸卵管炎，子宮炎，或骨盆結締線炎，症候之執輕執重，有時難以區分。

(10) 本症極易再發，長期立業之女教員，女店員尤然。

療法

(1) 先注意炎症原因，而行原因治療，如產褥期中其他部分炎症均愈，而限局於卵巢者，則於陰道切開之。

(2) 一般症候凶險，有著明消耗熱者，醫師可酌行摘出手術。

(3) 對於消炎處置與輸卵管炎同。

第九項 骨盆蜂窩織炎

小骨盆內如膀胱，子宮輸卵管，直腸等，均屬有腔臟器，並覆以腹膜，腹膜之下，則以結締織互相連繫，此種結締織稱爲骨盆蜂窩織，外側達於骨盆肌膜，內側達於子宮陰道，上方以輸卵管爲界，後方與肛門周圍結締織，前方與膀胱結締織相接合，即位於頸管與膀胱，及直腸與陰道之間隙間，直達於恥骨縫及薦骨部。

原因

- (1) 係一種創傷傳染，每於分娩，或手術之後發現。
- (2) 由小骨盆諸器官發炎，化膿等而起。
- (3) 病原菌以鏈球菌爲最多，次則葡萄球菌，結核及淋菌極少，感冒菌及白喉菌亦有發現，大腸菌及放線狀菌間或有之。
- (4) 宿便刺激，月經時不衛生。

症候

- (1) 重症者，祇見於產褥期，細菌毒力強盛，大抵爲鏈狀球菌侵入淋巴道而起之敗血性症變，

越一星期之久，因瀰蔓性腹膜炎致死。

(2) 產褥期以外發現者，症狀較輕，傳染以後，歷五——六日始起惡寒戰慄，發高熱，脈搏尙正常，一般全身症候不顯著，一側骨盆深部有疼痛，波及兩側者少，其疼痛性狀不一，每向下肢放散。

(3) 內診時子宮側方有劇痛，或腫脹過敏，行直腸及陰道診察時，可確定滲出物所形成腫瘤之境界及大小，但其形狀，或長或圓，時有不同，如高度浸潤於闊韌帶之間，常呈卵圓形。

(4) 滲出物初腫脹柔軟，漸漸變硬，但無移動性，其巨大者，按之如骨組織。

(5) 一旦化膿，自中央開始，遠心性放散，有時表面可觸得波動。

(6) 滲出物之結果，或吸收，或向皮膚、膀胱、直腸等處破潰，形成瘻管。

療法

(1) 急性期絕對靜臥，以防病勢蔓延擴大，局部放置冰囊，注射殺菌劑，清血劑。

(2) 炎症有吸收希望者，以消炎劑外敷，及陰道內藥物栓塞。

(3) 已化膿無法制止者，切開排膿。

第十項 骨盆腹膜炎

子宮外膜亦屬骨盆腹膜之一部分，故骨盆腹膜炎與子宮外膜炎，兩者在臨診上頗難區別。

原因

(一) 傳染性者：

(1) 屢見於分娩後之敗血症，由腹腔手術不潔發生者，亦偶有之。

(2) 生殖器內部外傷，如子宮穿孔等。

(3) 腹腔內臟器炎性之波及，如化膿性卵巢炎、腸結核、淋毒性輸卵管炎、盲腸炎等。

(4) 病原菌有鏈球菌、葡萄球菌、大腸菌、結核菌、淋菌等。

(二) 非傳染性者

(1) 器械的刺激，如卵巢腫瘍之莖捻轉。

(2) 異物的刺激，如子宮外妊娠之血液蓄積。

(3) 子宮內洗滌不慎，或惡性腫瘍之刺激。

症候

(1) 傳染性者，腹膜有滲出物，亦稱滲出性腹膜炎，非傳染性者，腹膜每互相癒着，亦稱癒着性

腹膜炎。

(2) 急性者，體壁腹膜及內臟腹膜均強度浸潤混濁，滲出物向直腸子宮陷凹沈降，每形成膿腫，其後或吸收，或發弛張性高熱向腸管破潰，而潰向子宮、膀胱、陰道及皮膚者，則較少，同時分向直腸及膀胱破潰者亦有之。

(3) 患者劇痛、發熱、下腹腫脹、惡心嘔吐、病勢進行、脈搏增速、鼓脹更甚，子宮因直腸子宮陷凹蓄積膿液，被壓向前方，其膿腫部位較骨盆蜂窠織炎為高，可上達臍部。初境界不分，經過相當時期漸漸明瞭，有時急性期已過，體溫已退至常溫互一星期，滲出物已被包裹者，因偶不經心之運動，即可再轉為急性。

(4) 非產褥性者，一般經過較佳，結果，或突發重篤卵巢膿腫，化膿性輸卵管炎等，如係右側者，常由盲腸炎繼發。

(5) 最初發病時，有惡心、嘔吐等一般腹膜炎症狀，或不久即死亡，或漸漸消失，如在經過中復侵及上方腹膜，則此種症狀重行發現，並有強度鼓脹，呼吸促迫等現象者，亦足以致命。

(6) 非傳染性者，無膿，滲出物極少，且無細菌，但此種癒着性腹膜炎，局部抵抗力薄弱，故易受

細菌侵襲，而轉爲傳染性者。急性炎症減退以後，或轉變爲癒着性腹膜炎，兩者可互爲因果。

(7) 患者於病愈以後，每有痛經，性交不快，不妊等遺留症。

療法

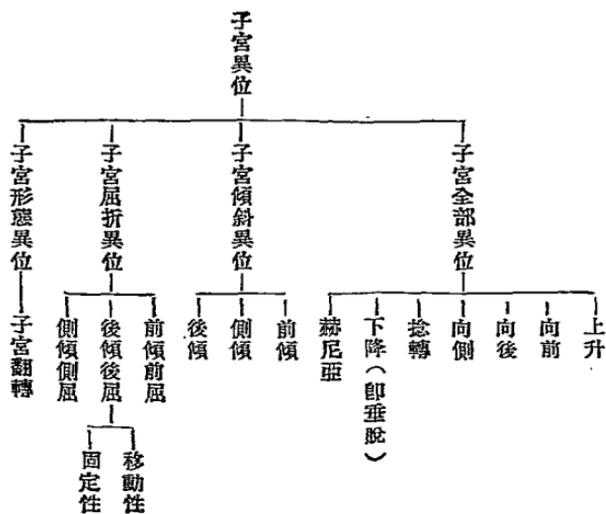
- (1) 與骨盆腔窩織炎大致相同。
- (2) 濃汁沈降於直腸子宮陷凹者，切開排膿。癒着強度者，行開腹術剝離之。
- (3) 癒着輕度者，試行按摩法，熱性陰道洗滌，透熱療法等，或可奏效，同時治其原因病。

第三章 子宮異位

子宮在成熟期以後，當膀胱直腸空虛之際，幾呈水平位置，頸管彎向下方，其彎曲度經產婦較深，但均屬弧形，並非膝狀折屈，與骨盆軸一致，而稍帶前傾前屈，正常時能保持此種位置，全賴各韌帶之維護，與骨盆底肌之支持，如固定子宮頸，使位於正中者，為自骨盆側壁肌膜至子宮頸之基韌帶，助成子宮口前屈者，為自子宮後壁達薦骨部之子宮薦骨韌帶，防止子宮之後傾後屈者，為自子宮底側方至恥骨結節之圓韌帶，使子宮置於中央者，為兩側闊韌帶。

子宮與腹部諸臟器相同，有運動性，其正常伸展能力較肝脾著明，但不敵腸管活潑，且與附近臟器，如膀胱及直腸之盈虛有關，膀胱充盈，子宮全部被壓向後上方，直腸充盈，則被壓向前上方。又於體位之變動，亦有相當影響，當直立時，子宮體部稍向下，背臥時稍向上，此種調節機能全賴韌帶之伸縮性，故生理妊娠子宮可上升至劍突下方，不致發生障礙，一旦伸展力不健全，即起病理變位，但其發生原因，每不在韌帶本身，大抵由鄰近器官原發病之引誘而起。

子宮異位，病態複雜，或屬子宮全體移動，或屬子宮軸與骨盆軸之傾斜異常，或子宮形態變換，為明瞭其系統起見先列表如次，以後再一一分述之。



第一節 子宮全部異位

由某種病的關係，使其全體移動於異常之位置者，有種種：

第一項 子宮上升

子宮下方必有腫瘤，或陰道內蓄積血液，於陰道內閉鎖時見之。

第二項 子宮向前

子宮後方必有腫瘤，同時膀胱被壓向前上方，甚至越出骨盆，排尿發生障礙，使膀胱過度擴張，並釀成炎症。

第三項 子宮向後

大抵由直腸子宮陷凹之滲出物吸收後，使子宮後壁與骨盆後壁相接近或愈着，非屬子宮前方有腫瘤所致。

第四項 子宮向側

子宮全體向左側或右側者，或受同側炎症侵襲結果所發生癥痕及硬結之牽引，或由對側之

腫瘤，或多量滲出物之壓迫而起。

第五項 子宮捻轉

闊韌帶因癥痕或硬結而縮短，不僅侵犯側方，同時其後方直腸子宮陷凹亦遭波及，例如起於左側直腸子宮陷凹者，牽引子宮底向右方，使子宮全體呈捻轉狀態。

第六項 子宮下降即子宮垂脫

此症大抵屬慢性，而與陰道垂脫合發。

原因

(1) 由上方壓迫而起者，以子宮後傾爲原發病，子宮底向上方，子宮長軸與陰道長軸相一致，腹腔內壓不絕直接加於子宮底面，使子宮全體不得不下沈降。或受上方卵巢及子宮腫瘤之壓迫而起。

(2) 由下方牽引而起者，以陰道垂脫爲原發病，子宮不僅失去骨盆底肌支持作用，同時並受其向下牽引，如體部尙能保留原有狀態，則頸管單獨亦能下垂。或由子宮內巨大息肉之牽引亦可釀成本症。

(3) 產褥婦起立過早，會陰高度破裂，多回經產婦在老衰期因組織之弛緩等均易發生。

(4) 急性突然發作者，僅於素患韌帶弛緩及骨盆底肌之支持不健者忽然由高處躍下，或強度增加腹壓時見之。

症候

(1) 子宮下降程度尚輕，留置於陰道內者，謂之子宮下垂，一部分顯露於女陰外方者，謂之不脫出，全體顯露者，謂之全脫出。

(2) 子宮垂脫與陰道垂脫互為因果，陰道前壁翻出時，每合發膀胱脫，後壁翻出時，每合發直腸脫，子宮全脫出時，陰道全部每見翻轉。

(3) 輕度者，內診手指在陰道口附近即可觸得子宮頸陰道部，陰道管腔特別縮短，高度者，脫出部分呈腫瘤狀，但可檢得子宮外口，故診斷不難確定，子宮常呈糜爛狀外觀。

(4) 患婦直立時，下降著明，仰臥時仍可退縮，如女陰狹窄，使脫出部呈嵌頓症狀者，初呈鬱血性浮腫，繼陷於壞死。

(5) 本症除突然發作者外，經過均為慢性，合發膀胱脫及直腸脫時，大小便必現障礙。初期僅

於勞動時有下墜感覺，病勢漸進，始於下腹及骶骨部有牽引性疼痛。

(6) 此種垂脫在未發生嵌頓者，均可還納，故對於性交並無障礙，且仍能妊娠。

療法

(1) 用各種形狀之整復器，使還納以後，不再下降，但該器一經除去，仍復垂脫，僅屬姑息療法而已。

(2) 根治療法 由專科醫師，施行手術治療之。

第七項 子宮赫尼亞

子宮赫尼亞爲子宮轉位，凸入腹囊，常爲腹股溝赫尼亞或股赫尼亞，初係子宮附屬器先脫出，次子宮亦被牽引，於畸形或發育不全者見之，內診時子宮部位空虛，而病變部移轉。療法行整腹術。

第二節 子宮傾斜異位

生理的子宮傾斜度，底部與恥骨縫接近，體部位於膀胱上面，子宮頸陰道部懸垂於陰道後壁，頸部與體部呈一三〇度角，如越出此種常軌，即屬病理變態。

第一項 子宮前傾

原因

(1) 子宮體部重量增加之疾患，如子宮體部腫瘤，慢性實質炎等。

(2) 骨盆蜂窩織炎之結果，牽引體部向前下方，頸部向後下方。

症候

(1) 體部過度前傾，壓近膀胱，屢現尿意頻數。

(2) 內診時，子宮頸陰道部移向後上方，不易觸得外口，頸體之角度消失，全體呈上下傾斜之一字形，其頂點為陰道部末端，終點為子宮底。

(3) 每現月經困難，並易患不妊症。

療法 除去原因病

第二項 子宮側傾

子宮側傾，由腫瘤壓迫及癥痕牽引而起，子宮在骨盆腔內呈橫軸，體與頸各位於側方之反對方向，角度消失。

第三項 子宮後傾

子宮後傾，適與前傾相反，體部轉向後方，與骶骨部接近，陰道部轉向前方，內口傾向恥骨縫合，角度消失。

第三節 子宮屈折異位

傾斜異位之單獨發現者甚少，大抵與屈折異位合併，如前傾每帶前屈，後傾每帶後屈。

第一項 子宮前傾前屈

子宮體向前傾斜與前傾同，但角度反呈銳角。

原因

(1) 大抵屬先天性，或係子宮發育不全。

(2) 附近子宮內口後方之韌帶組織，受炎性侵襲之結果，發生癥痕，並單獨牽引內口部向後方，以致生理的屈折度縮小。

(3) 一部分原因與前傾相似。

症候

(1) 排尿排便，及性交時，荐骨部有疼痛。

(2) 角度狹小，經血不易暢流，積滯於子宮腔內，須經幾度之收縮，始能壓出，故有著明之痛經，同時生殖力減退。

(3) 內診時於內口相當部分大抵硬固。

(4) 患婦每有希司忒利阿，及種種神經症狀。

療法

(1) 原因治療。

(2) 痛經著明痛苦者，擴張頸管，行子宮刮術，病勢可以稍殺。

(3) 手術矯正。

第二項 移動性子宮後傾後屈

子宮向後傾斜與後傾同，但其內口部呈膝狀彎曲，角度縮小，底部陷入直腸子宮陷凹，但不起癒着，仍有移動性。

原因

(1) 子宮內口部在妊娠及分娩時非常增大，速產褥期猶未恢復原狀，此時充盈之膀胱易使子宮轉向後方，腸管即乘隙進入膀胱，子宮陷凹，於是腹腔內壓得直接加於子宮前壁，而起後傾後屈。

(2) 幼女常因小便積滯之習慣，亦足釀成同等之病變。

(3) 產褥期中子宮角度擴大，韌帶弛緩，如仰臥日期過久，容易發生本症。

(4) 骨盆蜂窩織炎之癥痕性萎縮，牽引子宮頸向前方，子宮體向後方。

症候

(1) 荐骨部疼痛，或放散至肩胛及下肢，有時發現子宮神經衰弱症狀，如頭部持續性鈍痛，常在後頭部或頂部，四肢有蟻行感覺，甚至與衣服被褥等接觸，即起劇痛。

(2) 月經過多、痛經、白帶、生殖力減退。

(3) 壓痛過敏，腹部膨滿，慢性便閉，尿意頻數。

(4) 患者就診，每不自覺本病，而以神經症狀，如頭痛、心悸、容易興奮、憂鬱、性情變換、失眠等為

主訴，宛如一種官能性神經疾患。

(5) 有時胃部壓重感、惡心、嘔吐、食慾不振等又酷似胃病。

(6) 內診時子宮頸陰道部位於深處，外口傾向前方，子宮體於恥骨縫合處不能觸得，而移至陰道後穹窿，形似腫瘤，有時於直腸子宮陷凹內，併可檢得下降之卵巢，如再行肛門診，比較更為確實。

(7) 子宮向後傾屈者，其附屬器常因扁韌帶牽動之影響同時移位。

(8) 子宮檢查時，經產婦外口翻開，周圍糜爛，上附黏液。

(9) 移動性者，以兩手插入陰道，由陰道前方向後方壓迫，同時外手握底部向前方，極易將子宮恢復為原位者，則為未曾固定。

(10) 有時醫師為補助診斷起見，用子宮探針檢查，以確定內腔之方向。

療法

(1) 子宮托整復法 先將子宮位置整復，其法與檢查移動性相似，或併用鉗子輔助整復之。位置整復之後，再將子宮托帶上，經過相當時日，須取出消毒後，重行置入，以免陰道壁受刺激而發

炎，或起壓迫性潰瘍。

子宮托之種類甚多，常用者爲卵圓形環，係硬橡皮，或賽勞定所製成，偶有由鑲及玻璃製成者。其大彎向上，小彎向下彎曲，置入陰道後，大彎當陰道後穹窿，小彎洽在陰道入口。子宮托有各種大小，視陰道之廣狹而選用之。其彎度亦須視後屈之狀態而有種種，硬橡皮或賽勞定製者，可投入熱水中，隨意彎曲之，冷後即可適用。

子宮托之消毒，硬橡皮或賽勞定製者，煮沸時間，以五分鐘爲度，因其過熱變形，故不若以百分之七十之酒精，或千分之一之昇汞液，浸二三十分鐘者爲佳，由陰道取出後，因其附着分泌物，故須先用清水洗淨，然後再浸於消毒液中。

(2) 手術整復法 以縮短圓韌帶，牽引子宮向前方之各種術式爲最佳，通常用者爲亞歷山大式手術法。至固定子宮於前腹壁，或陰道前壁，僅於老婦無生殖能力者，偶爾行之。

第三項 固定性子宮後傾後屈

固定性子宮後傾後屈，其傾屈形狀與移動性同，但發生癒着，故特稱固定性。

原因

(1) 初爲移動性，繼後受骨盆腔腹膜炎或蜂窩織炎侵襲之結果而固定。

(2) 由敗血性、淋毒性、或結核性等所惹起之子宮外膜炎，形成癥痕性癒着。

(3) 因盲腸周圍炎，或輸卵管妊娠後續發。

症候

宮者極少。

(1) 大抵與子宮附屬器併發，尤以輸卵管變化，如閉塞、彎曲、絨毛消失等爲最多，單獨限於子宮者極少。

(2) 月經來潮，或劇烈運動時，腹部及骶骨部有疼痛，有時子宮外膜炎增惡而體溫上升。

(3) 有時癒着牽引直腸，骨盆腔後壁之直腸子宮陷凹縮小，或形成狹長之索條，或直腸直接與子宮後壁相癒着。或索條牽引輸卵管及卵巢而起變位，或網膜及膀胱等併起癒着。

(4) 內診時除子宮不能使其恢復原位外，並可檢得索條、癥痕，或其他炎症變化。

(5) 其餘症狀與移動性同。

療法

(1) 首先應除去固定之障礙，使癒着之癥痕軟化，可使用熱性陰道洗滌，或按摩，但骨盆腔

器尚有急性或亞急性炎症變化者，絕對禁忌。

(2) 整復法無益有害，自應放棄。

(3) 手術療法時，亦宜先剝離癒着部分，使恢復其移動性，但與骨盆後壁癒着強固者，每因此損傷大動脈，發生極大危險。

第四項 子宮側傾側屈

子宮側傾側屈，大抵與前傾前屈，或後傾後屈合併，單獨發生者極少，僅於受腫瘤壓迫見之。

第四節 子宮形態異位

子宮失去生理的洋梨形狀，既不陷於異常傾斜，又不發生過度屈折，臨診上所見者，為子宮內翻。

子宮內翻 子宮底凹入子宮內腔，呈漏斗狀，內壁達於內口，陰道，甚則全部翻轉，脫出於女陰之外，其底內壁在外口以上者，稱為不完全內翻，內壁全部翻轉於陰道內者，稱子宮完全內翻，再進顯露於外陰者，稱子宮翻脫。

原因

(1) 產褥性內翻 當分娩直後或後產期中，每因用力牽引臍帶，或臍帶過短，使尚未剝離之胎盤，與子宮壁共同下降，以致發生內翻，或因胎盤逼出法施術不當，子宮底凹入以後不能再行伸展，或在後產期無故使用強度腹壓，弛緩之子宮壁受其影響，陷入內腔。

(2) 腫瘤性內翻 巨大之黏膜下肌腫或茸腫，因腫物重力向下不絕牽引，年深月久發生部分性內翻。

症候

(1) 產褥性者，均急性發作，如完全內翻時，大抵因虛脫大出血而致死，不完全內翻時，如出血較輕，漸變為慢性，患婦有骶骨部疼痛，每每排尿困難，日久不治，亦必徐徐翻脫於陰門，表面粗糙，有炎症性分泌物附着，終陷於壞死。

(2) 腫瘤性者，經過緩慢，其翻轉程度與腫瘤重量為正比例，但全部翻轉極少，出血不著明，時並無疼痛。

(3) 不完全內翻者，內部檢查以直腸診為最確實，子宮呈蘋果形，位於陰道內方，底部凹陷，可

以手指伸入漏斗部，其近傍能觸知卵巢，同時輸卵管及闊韌帶等均呈異位。

(4) 子宮鏡檢查時，翻轉子宮呈紅色，或輕度出血，或被有灰白色苔皮，係陳舊性之表示，或受腫瘤之牽引，子宮黏膜萎縮，或於輸卵管口出血。

(5) 腫瘤性內翻，有時行雙合診易與有莖肌腫懸垂於開口之頸管者誤診。

(6) 完全內翻者，露出於女陰外方，與子宮垂脫之情狀相似，惟此則表面粗糙，且不能檢得子宮外口。

(7) 慢性者，月經過多，時有不規則出血，分泌物增多，或有惡臭。

(8) 下腹有下墜感，體力勞動後尤為著明，翻轉程度高者，性交發生障礙。

療法

(1) 於麻醉時行整復術，先將陰道洗滌消毒，術者之手，亦須嚴密消毒，即用有鉤鉗固定子宮前後唇，將指尖互相併立成圓錐形，伸入陰道，送翻轉部於高位，同時將前後唇謹慎向下牽引，外手試探其整復底部上升之程度，次以消毒紗布填充內腔，經過一日除去，或再交換紗布栓塞之。產褥性內翻之新鮮者，大抵可以奏效。

(2) 陳舊性者，翻轉漏斗發生狹窄，呈強直性時，以陰道擴張囊可使組織柔軟，壓迫底部向上方，次行內腔栓塞，如無效，再用手術治療。

(3) 手術療法，近世通用者為斯賓理氏法。法即將陰道前壁橫割一口，將膀胱分離，繼將子宮頸割一正中之口，直達子宮底部，用指將翻轉之子宮整復，再將割口縫合之，并於陰道之創口，置一橡皮管，因常有化膿之危險也。

(4) 翻轉部嵌頓壞死者，剔出子宮，以免病勢擴大，而起混合傳染。

(5) 腫瘤性者，行根治手術，摘出腫瘤以後，大抵可自然整復。

第四章 淋病

第一節 總論

第一項 原因

淋病爲一種由交媾或接觸傳染之疾患，病原菌爲淋菌，其形如左右腎臟相並，故爲雙球菌。初犯黏膜，次侵入上皮深層，其傳染無須上皮損傷，亦易侵及健康黏膜。惟淋菌在乾燥時，可以迅速死滅，在濕潤部分，尤其在體液中，可以永遠生存，保持長時間之傳染能力，若侵入被包裹之管腔，如輸卵管膿腫中，不久即死，但其遺留毒素，仍有侵襲力及破壞力。

第二項 傳染路徑

(1) 男性傳染時，初犯尿道黏膜，漸趨漸進，侵及睪丸及膀胱，女性生殖器之構造較爲複雜，故其傳播範圍亦較男性爲繁，開始即向尿道及頸管黏膜同時攻擊，對於陰道及女陰，因上皮抵抗力

較強，難以侵犯，故一方向子宮及輸卵管黏膜，腹膜等進行，一方並由尿道達於膀胱，同時每患淋病性前庭大腺炎。男性患病兩側舉丸炎者，生殖力即消滅，女性不妊症之原因，大抵屬於兩側輸卵管之淋病疾患，情形頗相類似。

(2) 淋病對於充血生殖器官，能助長其蔓延，如月經來潮，房事過度，劇烈運動等，尤以產褥期爲然，又若子宮內腔檢查及治療，如插入探子、腐蝕、刮術等，均能使其獲得一新殖菌地。

(3) 男性傳染以後，往往不能根治，在此未愈期中，可隨時移植於女性，發生新的病變，症候增惡，反之，女性對於男性亦然。

(4) 夫婦均患淋病者，生殖器官俱藏有淋菌，但經久以後，可不現何種症候，在某種情形之下又復再復，如妊娠產褥等是也。

(5) 夫婦間患淋病日久可互相保持，不現何種症候，但如與其他異性交接，仍有極大傳染力。

(6) 男性已愈，女性自己亦能轉變劇烈。如夫因病或遠游者，則妻之淋病治愈較快，男子因是時性的方面能守安靜，淋毒潛伏不現，或歸全愈，倘女子仍未根治，則此後猶能再發，故經闊別後之性交，每使男性復患急性淋症。

(7) 各種病症已去，但其黏膜猶隱有淋菌，是稱潛伏病變，慢性症可綿亘數年之久，一旦生殖器官受刺激，如房事過度等，能使健康之黏膜而繼起傳染。

(8) 男子經年以前患急性淋症，現在一切症候已歸消滅，且絕無分泌物發現，自覺已經恢復健康而結婚者，但在蜜月期內，屢行極興奮之性交以後，淋病每每再現，淋菌大量繁殖，女性亦被傳染，且屬急性，有時男子竟誤會由新婚婦傳染者，實屬錯誤。

(9) 幼女傳染，非因交媾，如與淋病患者同睡，接觸含有淋毒之衣布及檢溫器等均可發生。

(10) 初生兒不受先天性遺傳，其發生淋毒性膿漏眼者，大抵於分娩時由母體產道傳入，或接觸同病之小兒而起。

(11) 內診時消毒不全，由檢查者之手指，子宮鏡，及其他應用器械帶入者有之。

(12) 妓女、蕩婦、嫖客等為淋病傳染之中心人物，由此轉輾散佈社會。故在民族健康的立場上言之，娼妓實有禁制之必要。

第三項 症候

潛伏期頗有不同，通常大抵於傳染後三日內即發現炎症，尿道在排尿時有灼熱感覺，同時腫

脹，經六至八天，大量膿性帶下，或有痒感，及生殖器官灼熱感，但患婦感覺鈍滯者，則考查比較困難。淋菌侵襲後，不發生免疫力，其病起始必爲急性，速後轉爲慢性，復能由慢性再轉爲急性，此時如以爲新傳染，實屬錯誤。

淋病可表現之徵象異常不一致，其僅侵犯下位器官者，症候輕微，並迅速消失，如病毒猶長時間保存其傳染力，常與重症型相區別，凡屬重症，下腹及荐骨部疼痛，月經不正常，經年之久，陷於神經衰弱及精神憂鬱，輕症者，排尿灼熱，外陰紅腫，性交時感覺疼痛，但此種症候不久即消滅，惟白帶猶存，有時可併發女陰炎。

細菌與膿球同時侵犯黏膜，故表面流有膿汁，進達結締織者，形成膿瘍，起混合傳染，有時亦能侵襲肌層，如子宮實質及輸卵管壁等，或蔓延至腹膜，其傳播關節及心內膜者亦有之。

妊娠診察，或子宮內治療，可使病勢上行，月經期，及產褥期中均能使病勢擴大。

本病占婦科病之一〇——二〇%。

第四項 診斷

(一)急性期，於尿道，子宮頸部，女陰，陰道，及前庭大腺等處之分泌液中，均可證明淋菌，對於各

種膿性白帶，均有本症之疑似，以實行鏡檢爲是，如由尿道內外溢者，已足爲淋病之表示，速轉爲慢性，則淋菌發現，非常困難。

(二) 臨床診斷，注意既往症，配偶疾患，產褥期經過，初生兒淋病性眼炎等，必要時夫婦均須經詳細之檢查。

(三) 子宮有過敏感覺，同時有膿性白帶者，大抵爲子宮淋病。若下腹側部有過敏感覺，宜考查既往症，研究其爲附屬器腫瘤，敗血性輸卵管炎、結核、盲腸炎、輸卵管妊娠等，自有鑑別之必要。

第五項 療法

(一) 杜絕不潔交媾，配偶曾患本病，非經全治，不得結婚或同衾。

(二) 在急性期嚴守安靜，多飲飲料使其洗滌尿道，同時服利尿劑；大便亦須使之通暢，女陰用昇汞水洗滌，每天行坐浴，或攝氏三十三至三十五度全身浴，對急慢性均能有效，但浴水內須放入消毒劑。熱性之陰道洗滌，亦頗有消炎之效。腹部劇痛，放置冰囊，或用熱卷法，速急性期過去，始可行局部處置。局部處置法，詳各論中。

(三) 禁忌刺激性飲食物。

(四) 硝酸銀及其他銀製劑，對淋病頗有效。

(五) 菌苗療法對本病亦頗有效。

第二節 各論

第一項 淋病性尿道炎

症候 尿道外口爲本病之原發部位，傳染初期即現紅腫，排尿灼熱，不暢，頻數，黏膜輕度外翻，尿道隆起處壓感過敏，漏泄黃綠色膿汁，其中含有多數淋菌。急性期經過數星期，黏膜轉呈蒼白色，尿道內猶能泄出膿點，經過六至十星期，如治療適當，病勢不蔓延，可以全治，有時或較速，倘變爲慢性，尿道口之乳頭腫脹潮紅，或生尿道口息肉。慢性淋病可經數年之久而屢發，但結果發生尿道狹窄者較男子爲少。其急性之經過，亦較男子者爲輕，且不甚明顯。

有時在急性期，尿道口周圍形成膿腫，破潰於尿道或外部。因尿道甚短，往往侵入膀胱起炎症變化，然至進達輸尿管及腎臟者，則極稀。

療法 對於急性者，用前述之一般療法。慢性者可於尿道注入藥液，如一——三%硝酸銀液，

或二——一〇%蛋白銀液等在未注入藥液以前，先使之排尿，次注入一〇%之科卡因，免其疼痛。惟注入藥液時，須特別注意，不可將藥液注入於膀胱內，以免惹起膀胱炎。注入之後，再以棉球填尿道口部，俾藥液可於尿道中停留數分鐘。此種藥液注入，每日一次即足。女陰清潔，尤為緊要。

第二項 淋病性女陰炎

症候 外陰在成人具有堅固扁平上皮，比較難以傳染，如陰道內排泄淋病性分泌物，發生刺激作用，則奇痒灼熱，步行時因摩擦而有疼痛，如能臥床，經過較短，同時小陰唇，陰蒂，前庭等均紅腫，有熱感，並知覺過敏，分泌增加，或呈糜爛，或被有假膜，且易出血，倘患婦適在妊娠期，此種症候特別顯著，局部高度紅腫，每附生膿疱，於分娩後，極易惹起產褥熱。

幼女被傳染者較成人為多，大抵由接觸混有淋病性分泌物之衣衾、手指等而起。屬原發性，經過緩慢，成人多由性交傳染，係續發性，經過較速。

本症可併發腹股溝淋巴腺腫脹及前庭大腺炎。患前庭大腺炎者，均屬成人，自被傳染發病至分泌鬱積，無特殊症狀，呈假性膿腫，以後大陰唇黏膜處隆起，可達小雞卵大，緊張，高度潮紅，呈波動結果，如自行破潰者，膿汁向陰道內溢流，每成瘻管，或囊腫狀擴大。混合傳染者，有時發熱，並可證明

化膿性葡萄狀球菌。大抵女陰左右兩側均被侵犯，倘已陷於化膿，尤難限於一側，至轉變為慢性，腫脹範圍縮小，腺排泄口周圍有著明紅暈。此種前庭大腺炎不一定與女陰炎陰道炎等併發，僅由輕微之白帶而起者有之。

此外因淋病性分泌物之刺激，外陰皮膚及黏膜，常現粟粒大之乳頭突起，是即尖頭濕洗，呈蒼白紅色，繼而各個分裂者，互相融合，自皮膚或黏膜表面高聳，乳頭表面微紅，附有漿液性分泌物，通常無痛，一經糜爛，有不堪忍耐之灼熱及痒感。好發部位，於外陰方面可蔓延至會陰肛門，或侵入直腸，內面則可由小陰脣波及陰道入口，甚至直達陰道深處，子宮頸陰道部等處，或自尿道外口侵入尿道黏膜，則排尿發生障礙。治癒後易再發，與帶下之輕重有絕對關係。設表面糜爛起混合傳染者，體溫上升，但並不多見。

療法 在炎症初期，令其靜臥，溫浴，或溫熱罌包。炎症漸輕，而分泌物多者，則清潔女陰，同時再用藥液，如硝酸銀、蛋白銀等塗佈之，其藥液之濃度，則依年齡及症狀而異。前庭大腺炎或切開排膿，或完全剝出，亦視病情而異。

第三項 淋病性陰道炎

症候 幼女陰道組織柔軟，容易被犯，成人在妊娠期，陰道每呈鬱血現象，抵抗力減退，故常有發現，平素患陰道外翻及垂脫者，足爲本病傳染之素因。黏膜潮紅腫脹，乳頭呈深紅色突起，易於出血，兼有糜爛及膿性分泌物。係屬間接傳染，由頸管分泌之刺激所致。無論成人或幼女之陰蒂知覺必過敏，故診察非常困難，設能用子宮鏡檢查，可發現被覆於黏膜上之膿塊或痂皮，時有下腹痛，往往發熱。

急性期經過一至二星期，症狀減輕，帶下變爲漿液性，經過六至十星期病勢稍退，如轉爲慢性者，僅有所謂由淋毒形成之顆粒性陰道炎而已。

療法 急性之初期，避免局部治療，只令其靜臥，坐浴，清潔女陰，及溫熱罨法。再用陰道洗滌，并用硝酸銀或蛋白銀等藥液，或用魚石脂甘油之陰道栓塞。菌苗注射，有謂對於小兒之淋病性陰道炎，較其他急性淋病爲有效者。

第四項 淋病性子宮頸管炎

本症爲原發性，受男性含有淋病之精液，在性交時直接侵襲而起，非由女陰向內犯者。頸管之圓柱上皮最適於淋菌之繁殖，該部黏膜富有腺體及皺紋，更足以爲潛伏區域，遺留永久之病根。逮

轉爲慢性，常限局於獨立之小部分，表面每有淋毒集團，或浸入深處，分泌物減少，但毒性仍強，受性交、飲酒、月經來潮、劇烈運動或分娩等等刺激，迅速增劇，化膿，同時毒力猛進。

症候 白帶爲本症自不能免之症候，骨盆部鈍痛，於運動時更顯著，用子宮鏡檢查時，子宮頸陰道部腫脹潮紅，可以目睹，外口排出膿汁，周圍糜爛，或續發女陰炎。至轉爲慢性者，分泌減少，且難以檢出淋病，患婦自以爲已告全治，但仍有傳染能力。

本症既屬原發病變，與淋病性尿道炎同一情形，一經傳染，必有症狀發現，故凡檢查淋菌，必同時採取尿道口及頸管分泌物製成塗佈標本，分別染色鏡檢。

有時炎症可使一部分之腺管閉塞，分泌物滯留，而成那坡氏囊腫，又曰子宮頸腺囊腫，囊腫內爲清液，如受傳染，則渾而帶膿。

療法 避免一切之局部刺激，如陰道洗滌，陰道內診，均有促淋菌上行之虞，故仍用一般的安靜療法。慢性者可用局部治療，洗滌陰道，用一——二%硝酸銀塗佈於子宮頸陰道部糜爛面，以及頸管之中，或以一——二%汞色質（即二二〇液）塗佈之。又可以魚石脂甘油或蛋白銀甘油等陰道栓塞。此外有刮淨或燒灼子宮頸內膜者，然其法不甚可恃，且有蔓延向子宮及輸卵管之危險。

第五項 淋病性子宮體部炎

本症由頸管淋病上行所致，但頸管淋有時終止於內口部，則於體部不發現症候，而進達輸卵管後，始起病變，且臨診上逕由頸管淋突發輸卵管淋，事實上亦頗常見。

症候 子宮腔黏膜受傳染者，大抵體溫上升，或兼有惡寒戰慄，骨盆部劇痛，有時發作性增高，並現重篤之病態，診察時非常過敏，子宮平等增大，加以被動的運動，疼痛更著明，白帶每呈血性，但此種急性期不久即過去。慢性期經過與頸管淋病相似，月經過多，子宮增大，觸診過敏等症候，又與傳染性子宮內膜轉變為增殖性者，幾無差別。

本症傳播至輸卵管，卵巢，及骨盆腹膜者，經過長久，如混合傳染，症候猛烈，或形成化膿性輸卵管炎，化膿性骨盆腹膜炎，最終卵巢亦被侵犯，而成膿瘍。

療法 急性者與子宮頸管炎同，局部治療須絕對禁忌。慢性者雖有子宮腔洗滌及栓塞之法，然因其利少害多，故不常用之。仍以陰道栓塞，較為妥當。

第六項 淋病性輸卵管炎

症候 本症為淋病常有之疾患，淋菌侵入以後，即摧殘其管壁絨毛，使其運送妊卵之能力減

退或消滅，病勢轉爲慢性，或全治以後，每致管腔起癥痕性狹窄，難以妊娠，並足以釀成子宮外妊娠之原因，故患病以後，大抵生殖力衰弱，但仍能照常妊娠，分娩者亦有之。

急性症發現之際，下腹側方疼痛，發作劇烈者，必須就褥，初爲一側發作性開始，繼波及兩側，診察時輸卵管部過敏，腫大，如在右側，易與盲腸炎誤診，惟體溫微升或竟無熱。急性期過去，常遺留下腹及荐骨部疼痛，月經來潮，運動劇烈，房事過度等，每於輸卵管部有著明疼痛，甚至再轉變爲急性，而產褥期中尤有復發之虞。

淋病進入輸卵管，其腹腔端每閉鎖，故併發腹膜炎者不多，如混有化膿菌，膿汁充滿管腔，腹腔端難免開放，於傳染後數星期，即可波及腹膜及卵巢，同時體溫可著明上升。

淋菌既傳播至輸卵管，大抵距離原發傳染已有相當日期，或原發部分如頸管等病勢早已消失，且分泌物中不能檢得淋菌，常致診斷錯誤，故凡對於病歷之陳述，有涉及淋病之疑似者，幸勿忽視。

患婦生命雖無直接危險，但因病勢遷延，每使月經失調，體力不健，神經衰弱，或釀成希司忒利阿。

療法 除菌苗注射外，與一般之輸卵管炎同。

第七項 淋病性卵巢炎

本症由輸卵管淋症間接傳染，因排卵以後之卵巢黃體，最適於淋菌之繁殖，而形成黃體膿腫，或與輸卵管壁相交通，能變為輸卵管卵巢膿腫，每與淋病性化膿性輸卵管炎併發，故症候混同，難以鑑別，卵巢經此破壞以後，排卵機能大受影響，生殖力非常減退，月經著明失調，其療法與輸卵管炎同。

第八項 淋病性骨盆腹膜炎

本症由輸卵管淋症續發，在急性期有惡心嘔吐等泛發性腹膜炎症狀，幸病變仍限局於骨盆腹膜，經過數天以後必可減輕，如合發盲腸炎，或素患慢性盲腸炎，經過淋毒之刺激而破潰者，則起混合傳染，腹部鼓脹，疼痛非常劇烈，體溫持續不下降，患者有陷於死亡之虞。

骨盆腹膜炎之結果，成繼發骨盆結締炎，或因癥痕性索條之牽引，使子宮位置發生異常。

療法 絕對安靜，用熱溶液灌洗陰道，或腹部熱罨，可使消炎，或用碘酒、甘油塗陰道，或用陰道栓塞等。對於慢性者亦可使疼痛及充血減輕，惟仍不能根治，根治則為手術療法。

第九項 淋病性直腸炎

本症是由附着女陰之淋病性分泌物，經搔痒、洗滌等帶入，或由灌腸、體溫計等間接傳達，或受肛門附近尖頭濕疣漿液分泌物之侵襲，肛門灼熱、痒感，排便時每混有膿汁及黏液，有劇烈之疼痛，或裏急後重，或形成膿腫潰裂，經數週治癒，或轉為慢性，結果發生直腸周圍炎或狹窄。直腸受淋菌傳播之機會雖多，但本症在臨診並不多見。

療法 首宜安靜坐浴，注入千倍硝酸銀液，或用魚石脂坐藥，服緩下劑。直腸周圍炎，則用威爾松氏油膏塗擦之。

第五章 梅毒

第一節 原因

梅毒爲由不潔之性交而感染者，可由生殖而遺傳於子孫，是爲先天性梅毒。其病原體爲梅毒螺旋體，存在於第一期及第二期梅毒性病變內者最多，第三期者，殆難發現，又可存在於梅毒患者之血液、腦脊髓液及內臟組織內。對於乾燥及溫度之抵抗力甚弱。

第二節 傳染徑路

- (一) 由性交傳染占最多數。
- (二) 由接觸混有梅毒螺旋體之血液、唾液、乳汁、尿液而起。
- (三) 乳媽患梅毒者，可由乳汁傳播於嬰兒。

(四)染有梅毒性分泌物之衣服、被褥、食具、器械、及醫師、助產士、或護士等之手指，均可爲傳染之媒介。

第三節 症候

本病症候之經過可分爲三期。

第一項 第一期梅毒

第一期梅毒爲經初期硬結至發全身症狀止，約經過三月之久。

(一)被傳染後，約經過三星期之潛伏期，該部卽生初期硬結又名硬性下疳。小者如豆，大者如銅元，或扁平，或橢圓，或正圓形，皮膚發赤，腫脹，或表皮剝脫，形成潰瘍，無痛，數僅一個。多生於陰道入口，上下連合處，陰蒂包皮，子宮頸陰道部。其經過視症狀之輕重而異，平均爲五六星期而治愈。

(二)初期硬結，除陰部外，如口唇、舌、扁桃腺、齒齦、眼瞼、乳頭、手指、四肢以及軀幹等亦可發生。

(三)皮膚初生丘疹，漸次增大，表皮剝脫，而成淺在性糜爛面，多生於小陰唇及子宮頸陰道部，約經三——六星期始告治愈，遺留色素沈着，或色素缺乏。

(四) 在傳染後，經過潛伏期，在其侵入部形成乾性丘疹，初如粟粒大，稍隆起，境界明瞭，以後可漸增大至一立方厘米，觸之不硬，表面有落屑，終至不留癩痕而消退，雖不致破壞，然能惹起附近淋巴腺變為硬結而腫脹，無痛，多好發於腹股溝、淋巴腺，故名無痛性橫痃。

第二項 第二期梅毒

第二期梅毒為全身症狀期，於感染後三年間反覆發生。

(一) 當第一期轉入第二期之際，或有頭痛，類似風濕之筋骨痛等前驅症候。

(二) 軀幹或四肢之屈側，或手掌、足底，發生紅色薔薇疹，或同時發熱；或於陰部、肛門周圍等發生濕潤性丘疹，每互相融合成扁頭濕疣，含有大量梅毒菌，故傳染力極大。

(三) 有時顏面發疹，表面增殖如覆盆子。有時與他種梅毒疹併發，現水疱性及膿疱性梅毒疹。

(四) 發疹後，色素沈着，呈暗褐色。或於頸部現白斑，見於肩胛、臂、上胸等處，及陰部者，則較少。

(五) 黏膜部分，如內部生殖器、鼻、口腔、咽頭、直腸、尿道、膀胱等處，常起炎性變化，內臟黏膜亦每被侵襲，如梅毒性黃疸。

(六) 脫髮為梅毒之特徵，其部位之大小大抵在拾分銀幣以下，呈散在性。眉毛及眼毛被犯者，

亦有之。

第三項 第三期梅毒

第三期梅毒約經過三五年，以及十數年不定，而發生樹膠樣腫，潰瘍性梅毒，骨及各臟器之疾患，兼及神經系統。

(一)潰爛之梅毒疹，侵入皮下組織，底面附有脂狀苔皮，每呈腎臟形。

(二)陰部、骨質、淋巴腺等發生無痛性硬結，漸向皮膚進行，呈紫藍色，後則崩潰，底面較深入，觸之有痛，且易出血，是為樹膠樣腫，或形成瘻管，發現於下腿、頭蓋、鼻部者為最多。

(三)黏膜呈淺深不等之潰瘍，並侵襲深部骨質，如硬口蓋、鼻中隔等處，其犯口腔、咽頭、軟口蓋者亦不少。

(四)內臟梅毒為梅毒之重症，如梅毒性腎臟炎，肝臟炎，脾臟炎，心內膜炎等。

(五)神經梅毒，如犯腦動脈者，常有眩暈，頭內壓重，精神障礙，或類似中風。其因骨膜梅毒性肥厚，以致發生種種腦壓迫症狀，或因續發神經炎而起麻痺現象。梅毒經久未能全治者，每患神經衰弱或恐怖症。

(六) 梅毒性脊髓病之症候，爲腿部刺痛，髓反射消失，瞳孔強直，視聽障礙，膀胱直腸麻痺等，但僅發現其一部分，而漸漸消失者亦有之。

(七) 視力障礙，以原發性視神經萎縮爲最不良，聽力障礙，由毒力侵犯鼓室而起者居多。

(八) 骨質之崩潰，以脛骨前面，頭蓋骨、鎖骨、肋骨、胸骨、手指骨等爲常見。

(九) 毒力劇烈者，咽喉起重篤之樹膠樣腫，或先犯聲帶，發音卽嘶嘎，其侵犯肺臟者，與肺癆相類似。

(十) 樹膠樣腫現於食道，則起狹窄；現於胃則發生梅毒性胃炎，重症者，宛如胃癌；現於腸管，以直腸爲多，崩潰後，每起狹窄。

第四節 診斷

梅毒爲一種血液毒，故診斷上以驗血爲要着，而乏色曼氏反應爲現今所常用，但仍非絕對確實，第一期梅毒約六二%呈陽性反應，第二期梅毒約九五——一〇〇%呈陽性反應，第三期梅毒出入最巨約五〇——一〇〇%呈陽性反應，於脊髓液，膿疱內容，或肝脾腫糜爛液等可直接證明

梅毒菌。

除華氏反應外，又有所謂沈澱反應及混濁反應，其結果各有優劣，可與華氏反應相對照，最通用者為康氏反應，因其方法簡單，容易施行也。

此外對於現在症，如各部分之梅毒疹、潰瘍、樹膠樣腫等，既往症如流產、早產及死產等，均可為診斷之助。

第五節 療法

(一) 水銀劑 有種種用法。

(1) 水銀軟膏塗擦 每日塗擦二——五瓦，每次塗擦二〇分鐘至一小時，應於就寢前施行之，繼續六星期，是為一個治療期。其塗擦部分之順序如下：

第一日左臂屈側面 第二日右側大腿內面 第三日右臂屈側面 第四日左側大腿內面 第五日背 第六日胸或腹 第七日停止塗藥，沐浴，浴後散布滑石粉於皮面。

(2) 水銀劑注射 用昇汞，蒸氣製甘汞，柳酸汞等之油劑，行臀肌注射，近時有將有機酸汞

改良行靜脈內注射者。

(3) 水銀劑內服 大抵用碘化低汞，甘汞製成丸劑或溶液內服，因其易致消化系發炎，故近多不用。

(4) 水銀劑散佈，用甘汞散布於濕疣之濕潤面，有直接撲殺梅毒螺旋體之功效。

水銀劑之使用，流弊滋多，如皮膚發疹或膿疱，口腔炎，腸炎，肝臟脂肪變性，蛋白尿等，甚至起出血性腦炎或心臟衰弱而致命。為防止口腔炎，應常用含漱劑，防止腸炎則注意飲食。

(二) 鉍劑 多作注射用，其副作用與水銀劑相似，惟一般為害較弱，素患心瓣膜病及結核症者，自以不用為是。

(三) 砒劑 供注射用者，為馳名之洒爾佛散（六〇六），新洒爾佛散（九一四），專供靜脈注射，近是又有聖露洒爾佛散，為一種透明黃色溶液，可供肌肉注射，故極便利。洒爾佛散注射之後，有時有副作用發生，即體溫上昇，消化、呼吸、排泄以及腦神經等器官之症狀，然概為一時性，決不遺留何種持續的障礙。至內服砒劑，則收效極弱。

(四) 碘劑 大抵用碘化鉀內服，或供注射用，其副作用為咽喉乾燥，鼻炎，流淚，甲狀腺中毒性

障礙等。凡使用碘劑時，決不可再用甘汞或其他水銀劑。

第六節 梅毒與結婚

梅毒能遺傳於後嗣，爲害民族，影響殊大，凡曾患本症者，究於何時始可結婚，或治療至何種程度，始能避免傳染於他人，茲述其原則如次：

- (一) 第一期時即就醫，三年內並無症狀發現，且乏色曼氏反應呈陰性者。
- (二) 第二、三期時，須經充分治療，至症狀消失五年以後，乏色曼氏反應呈陰性者。
- (三) 女性梅毒較男性尤易潛伏，如在第二期以上者，即在治愈後五年結婚，仍以防止受孕爲是。

第六章 結核

第一節 總論

結核病在各地方普遍傳播，早成爲一種醫學的社會問題，女性生殖器屬於女性身體之一部分，此種臟器之能發生結核病，自是一種可能的事實，顧病變進行徐緩，如蘊藏於內部，則診斷更爲困難，據德國統計報告，真性生殖器結核在婦科疾病中占二%，而生殖器部分呈結核變化者占四——五%，故無論臨診上是否能發現婦科病人之肺結核，而生殖器結核病之現象，不可忽視，應設法搜討，以明究竟。

生殖器結核在年齡上，自數個月之嬰兒起至七十歲以上之老婦止，均有感染的可能，而以二〇——三〇歲之壯年爲最易被侵犯。

原因

(一)下行性者，均係續發，以肺結核爲原發中心，傳播至腸管、腹膜等生殖器官之鄰近臟器，或由血行及淋巴道等間接感染。

(二)上行性者，或與患生殖器結核者交媾，由其精液接種，或由手指、器械等混有結核性痰，大小便，或濃汁傳入，事實上較下行性者爲少。

症候

女性內部生殖器結核，有時即舉行開腹術，亦不能下確實診斷，非再行病理組織檢查不可。本病患者之診斷，既如此困難，故對於以往病歷最宜深切注意，一則因屬於一般身體衰弱，一則因生殖器晚期發育，卵巢機能幼稚所致，同時陰脣，會陰發育障礙，子宮發育不全且後屈，卵巢高位，恥骨弓狹窄，荐骨岬高位，輸卵管狹溢，但此等症候須與非結核性發育不全者相區別。

有時，因子宮附屬器，尤以卵巢之結核性病理刺激，使月經初期反而提早，此時須檢查乳房發育狀態，以資參考。月經不調，月經過少，痛經等，本病患者在破瓜期以後即能發現，並約有半數以上陷於不妊症。下腹部尤以荐骨部疼痛爲最著。

診斷

本病與淋病有嚴重鑑別之必要，其他對於有莖之卵巢囊腫及盲腸炎之區別，亦不可忽視，有四分之一之本病患者，合發一般的結核性腹膜炎而致命。

舊結核素試驗，可爲診斷之助。又腹膜腔內結核，往往於直腸子宮凹陷生小結節，於陰道或直腸內診，可以觸知，亦爲診斷之一助。

家族病歷亦宜詳細搜討，本病有三分之一目家族傳染，幼時是否患肺結核，或其他結核疑似症，蓋有時肺臟不能發見特殊之變化，而生殖器結核病變已在進行。又有結核性體質，營養不良，及有結核性可疑之症候，其生殖器之炎症，應首先疑及本症。確實之診斷，則非賴組織及細菌之檢查不可。

經過

生殖器結核與肺結核自是相同，均取慢性經過，但其病勢之進程度，與原發之肺結核未必一致，有時生殖部結核已極顯著，而肺結核反毫無症候可以發現，有時肺結核非常高度，而生殖器部結核，竟幸免被犯，或隱伏不露，惟腸結核著明時，其蔓延於生殖器部比較容易。

療法

(一)預防法，摒絕嗜好，如酒煙辛辣食品等，均在禁忌之列，凡患肺結核者，性慾極易衝動，使生殖器部得有傳播之機會，故對於此種假性興奮，宜自行抑制，房事過度，且可使已患生殖器結核者，蔓延擴大，如夫婦間丈夫患結核性辜丸炎，在未經治愈以前，以拒絕行房爲是，在產褥期間，尤宜注意。其他過度使用精力及體力，或抑鬱悲觀，均足以爲本病之誘因，或使病勢轉劇。一般肺結核的防範與攝生，對於生殖器部結核均可使用。

(二)一般療法，鈣劑注射，投以滋補強壯劑，並注意日光，空氣及營養，轉地療養，與一般的結核療法無異。

(三)局部療法，及手術療法，於各論中述之，惟手術時爲避免刺激肺臟起見，不宜行吸入麻醉，如肺部腸管及腎臟之結核症候非常顯明者，仍以放棄爲是，否則反有促短生命之危險。

(四)X光綫，及銹深部放射等均能奏效。

總之，結核症係一種慢性疾病，在治療方面，儘可長時間詳細診察，然後再行最後之斷然處置，故手術處置不必過急，先嘗試行穩健療法，倘經過中漸見效果，不必定需手術，或肺臟之原發病變非常惡劣，則摘出局部病變更非必要。

結核症與生活環境有重大關係，如經濟寬裕，對於調養方面自無問題，否則無論如何，難圖根治，如家務龐雜，種種操勞無法避免，處境又復貧寒，決難澈底治療，即忍痛行內部生殖器摘出術，但因非原發性，故仍有向其他臟器蔓延之機會，結果終成絕症。

第二節 各論

第一項 女陰結核

本症原發性者少，大抵屬幼女，續發性者，係由子宮結核蔓延而起，或為出血性，陰脣、會陰、或陰蒂等處，呈不易治愈之潰瘍或狼瘡，甚至形成瘻管，或呈有潰瘍傾向之橡皮病，其限局於一處者極罕見。

療法以碘酒或乳酸腐蝕潰瘍，稍進者，或行刮術，或用燒灼，或施割除。無論何法，再發事所不免。局部治療之外，全身療法仍不可忽視。

第二項 陰道結核

本症原發性者少，大抵亦屬於幼女，續發性者，受子宮或外療部結核之波及，每為出血性，於陰

道後穹窿及陰道入口之後方，呈粟粒狀小結節，或頑固性潰瘍，潰瘍邊緣不正，向下凹入，底面污穢，如不起混合傳染，決無疼痛。療法同前。

第三項 子宮頸結核

本症在學理上有原發的可能，續發性者，間有由結核性子宮內膜感染，或爲出血性，爲限局於子宮陰道段，初呈粟粒狀結節，繼變潰瘍，或成糜爛。治療方法，則須視病之輕重，而酌定用穩健療法，或手術療法。

第四項 子宮體結核

本症往往由結核性輸卵管炎傳播而起，故輸卵管角及子宮底爲其常發之部，或爲急性粟粒結核，或爲慢性之結核性子宮內膜炎，於上皮下生粟粒性結節，或破潰而成表在性潰瘍，內膜病變漸侵入組織深部，破潰腺體而達肌層，則子宮增大，但每限於內口部，不再下行，療法同前。

第五項 輸卵管結核

本症最多，每爲續發性出血性，可由其他生殖器結核感染而來，初犯間膜，次爲內膜，其由腹膜傳染者，稱輸卵管周圍炎，但極稀有。每侵襲兩側，黏膜紅腫，生長結節，繼而陷於壞疽。管壁肥厚，管體

腫大，管腔內充滿乾酪性物，經過緩慢，疼痛輕微。如由腹膜結核傳染，在直腸子宮陷凹內可觸得小結節。

療法在極初期，可用穩健療法，病變不與周圍黏連，而他部亦無著名結核病變者，則行手術療法，將輸卵管與子宮一同摘出。

第六項 腹膜結核

本症大抵由肺結核血行傳染，或續發於輸卵管結核，初既無壓痛，又無熱型，惟腹部膨隆，內有腹水，如起癒着性者，腹部反凹沒，直腸子宮陷凹內可觸知小結節，月經每過多，大便失常，時或下痢，時或秘止，往往交換發現。療法有時可用內科治療而奏效，對於外科手術療法，則視其症狀而異，是否絕對有效，則又議論紛紛，未能一致。

第七章 腫瘤

吾人身體內外各部，均能長生各種不同之腫瘤，女性生殖器官，尤以內部生殖器患腫瘤者，殊不在少數。此種腫瘤因內容組織的變化，有纖維瘤、脂肪瘤、肌瘤、囊腫等名稱，經過緩慢，屬於良性。所謂癌瘤、肉瘤等，則經過較速，且病勢凶猛，每轉移於其他臟器，有絕對的生命危險，故屬於惡性，癌瘤多侵犯老年人，而絨毛膜上皮癌，進行尤速，多發於產後，或葡萄狀鬼胎之後，則又不限於老年人矣。

第一節 女陰腫瘤

第一項 女陰橡皮病

本病屢見於二〇——四〇歲之壯年婦女。

原因

(1) 由一種絲蟲侵犯淋巴管且閉塞之。

(2) 由丹毒、淋病、梅毒等所惹起之淋巴器官疾患，使淋巴管閉塞或被破壞。

(3) 手淫等器械之刺激。

症候

(1) 皮下細胞組織增殖，皮膚緊張，柔軟，壓之似有波動，表面平滑，或呈結節狀分裂。

(2) 發生於大陰脣、陰蒂及小陰脣，侵犯一側或兩側不一定，全體呈白色巨大腫瘤，重量可達三十磅，而懸垂至膝部，因此惹起步行、交接、及排尿等障礙，腫瘤小時，並無自覺症狀。

(3) 形成潰瘍者極少，對生命無甚危險，但不能自愈。

療法 手術摘除

第二項 女陰囊腫

原因

(1) 淋毒侵犯前庭大腺之結果，致腺腔閉塞，分泌物滯留而成。

(2) 受炎症侵犯以後，腺口排泄不能充分，終至封鎖。

症候

(1) 位於小陰脣後方，突出陰道入口，爲平等緊張之腫瘤。

(2) 大抵僅犯一側，大如葡萄或雞卵，每致妨礙性交。

(3) 內容呈黏液水狀。

療法

(1) 有時自潰，其自癒時間極長久。

(2) 腫瘤內注射碘酒或其他腐蝕劑，使其自行萎縮，然其奏效不確。

(3) 切開腫瘤，排除內容，行一般防腐處置，但有再發之虞。

(4) 剝出囊腫，是爲根本辦法。

第三項 女陰癌

本症較子宮癌少，常爲原發性，以絕經期之婦女爲多，但少年婦女亦間有發現者，至病之真因，與一般癌瘤相等，雖全世界醫學專家不斷努力搜討，迄今猶未覺得其確實原因，僅略知其誘因如次：

(1) 分娩次數過多，與其成因有相當連帶關係。

(2) 由陰門痒症及陰門硬化症之轉變而起。

症候

(1) 癌瘤形成之新生物，大抵屬於扁平上皮癌。

(2) 部位在大陰脣最多，次陰蒂，小陰脣，以前庭大腺及陰道周圍為最少，常向肝、肺、脾、腎等臟器轉移。

(3) 初在表面，視診上於健康皮膚生小結節，每無特殊自覺症疾，診斷尚非困難，可切除其一部分行病理組織檢查，則不難確定。

(4) 腫瘤壓迫尿道者，排尿障礙，或尿經過崩潰部而起疼痛。

(5) 形成潰瘍者，發劇痛，每出血，分泌物有帶下惡臭，病在陰蒂，出血尤著。

(6) 病勢侵入深部，腹股溝淋巴腺必腫脹。

療法

極輕度者，用X光綫，及銻之放射有效。

早期行手術切除，並將腹股溝腺共同剝出，再須用X光綫及銻之放射為後療法。

第四項 女陰肉瘤

原因不明，常犯少年婦女，較癌瘤更惡劣，進行極速，轉移亦快，臨床症候與癌瘤相似。根治手術遲則無效。

癌瘤與肉瘤有黑色素沉着者，稱黑色肉瘤及黑癌。

第五項 女陰血腫

原因

(1) 妊娠時血管擴張，極易發生皮下溢血。

(2) 分娩時受器械或先露部分之壓迫而起。

(3) 鈍性物體之打擊或衝傷。

症候

溢血蓄於患部，或積滯於組織之疏松處。大陰唇呈青紅色，疼痛緊張膨隆。如受化膿性細菌之侵襲，則易形成蜂窩織炎。

療法

經過一週之久，靜待自然治癒。有炎症性傾向者，用濕褌法，如無效，則行手術切開之。

第二節 陰道腫瘤

第一項 陰道囊腫

原因

- (1) 先天性陰道發育障礙，一部分殘遺而成。
- (2) 由炎症性疾患，或外傷結果所起之變化。

症候

- (1) 位於陰道前方或側方，大如豌豆，雞卵，甚則如小兒頭。
- (2) 由結締織及平滑肌形成，平等有彈性，呈白色或帶青色，內容為黏液性，黏液膿性，血性，或呈黏土色。

(3) 大抵無自覺症候，接近陰道入口者，有重感及壓迫感，障礙性交及分娩者不多見。

療法 根本剷出

第二項 陰道肌瘤

瘤呈圓形，大抵硬固，有時有莖，與底部相連絡，具體小者多，達數磅重者極少，較大時有牽引痛及壓迫感，或影響直腸及膀胱，大小便發生障礙。

療法 手術剝出

第三項 陰道癌

發病年齡在三〇——六〇歲，占女性生殖器官癌一——二%，原發者少，每續發於子宮癌，續發於外陰者較少。真因不明，僅知其誘因如次：

(1) 子宮整復器長時間放置之刺激作用。

(2) 多回經產。

(3) 子宮癌之波及。

症候

(1) 常發於陰道後壁，尤以子宮頸陰道部上部為多。

(2) 初期黏膜生菌狀結節，無自覺症候，分泌增加，故白帶特多，繼而崩潰，呈鐘形潰瘍，周圍硬

固，分泌物呈黏液膿性，發惡臭，不定期出血，性交及運動後最爲顯著，更向陰道全壁蔓延，並波及子宮周圍結締織，甚則形成陰道直腸痿縮，大便可自陰道排出。

(3) 遷延日久，患者陷於惡病質，高度貧血，及神經衰弱。如神經不受壓迫，局部無疼痛。

療法

(1) 原發者廣大切除。

(2) 續發者，連同原發病變部共同切出或剔出。

(3) X光綫，及銹之放射。

第四項 陰道肉瘤

發病年齡不定，少女較多，發生於初生兒者，或謂與先天有關。

症候

(1) 幼女被犯者，大抵在陰道前壁，腫瘤單獨，每呈息肉狀，繼變爲葡萄狀突出於陰門，極易出血。

(2) 成人被犯者，或與幼女相同，惟大抵前後壁均發生，或起蔓延性浸潤，分泌增加，時有血崩。

(3) 病勢進行極快，轉移亦速，不久膀胱、直腸、腎臟均被波及，腹股溝腺每腫脹，如不早治，於短時期內即可喪失生命。

療法

(1) 早期將陰道連同子宮，及腹股溝腺一併剝出。

(2) X光綫及銑之放射。

第三節 子宮腫瘤

第一項 子宮肌瘤

子宮之任何部位均可發生肌瘤，或位於黏膜之下，或位於肌層之中，或位於漿膜之下。黏膜下肌瘤，突出於子宮腔內，漿膜下肌瘤突出於腹腔，兩者或以莖與子宮壁相連絡，稱肌瘤性息肉，其在肌層內發育者，稱間質性肌瘤，腫瘤大抵在子宮體部，發生於頸管者，僅占一〇%，硬度不定，或頗柔軟，或極堅硬，年齡以壯年為多，閉經期以後每轉變為癌瘤，故極少發現。起病之真因未明，或謂與卵巢內分泌有關，或謂多產手淫等可為其誘因，或謂營養佳良，脂肪過多者，比較多見。

症候

(1) 凡患本症者有著明之出血現象，即經期持續延長，經血過多，於經期外亦常有不正規出血，故準確的經潮日期難以自己判定，分泌物增多，經久以後，患者高度貧血，有耳鳴，眩暈，疲勞等衰弱現象，同時顏面蒼白，血液內血色素減少。

(2) 月經來潮時，腫瘤因充血而腫脹，經血增多，子宮壁異常伸展，致下腹發生劇痛，如黏膜下肌瘤性息肉，有時因子宮收縮，可脫出於子宮口，如漿膜下肌瘤性息肉之莖特長者，可惹起腹膜刺激症狀，疼痛非常顯著。

(3) 子宮因腫瘤之位置而起變態，或傾斜異常，或屈折過度，內腔失去固有之三角形狀，外形又凸凹不平，如瘤多數散在且呈硬性者，有時行外部檢查與胎兒之大小部分頗相類似。

(4) 腫瘤巨大者，影響鄰近器官，如胃、腸、膀胱、腎、心、肺等起種種壓迫現象，例如消化障礙、便秘、排尿障礙、呼吸困難、脈搏不整、下肢浮腫等，倘壓迫神經幹，有向下肢放散性疼痛發現。

(5) 不妊數約占三〇%，即妊娠以後，因子宮常由腫瘤之刺激而起收縮，或以子宮內腔異常，不適於胎兒發育，故極易流產。

(6) 肌瘤進行中，卵巢每增大，輸卵管紅腫，骨盆內各臟器呈一般充血現象，性交及劇烈運動以後，每惹起出血並下腹疼痛。

(7) 患肌瘤者，妊娠以後，除停經外，不規則出血亦有不復發現者，外部檢查，於柔軟子宮壁可觸得硬性結節，且與胎兒之各部分無關。

療法

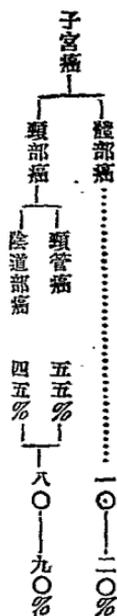
(1) 子宮肌瘤對於生命無直接危險，如患者不願行施手術，投以止血劑，止痛劑，補血劑等姑息療法，但遷延時期，仍不能根治，反而加重其貧血症狀。

(2) X光線，及銨放射，對本病有卓效。

(3) 手術剝出。

第二項 子宮癌

子宮癌在一般腫瘤之統計占大多數，茲依據其所占部分及百分比，列表於後：



真因不明，誘因與陰道癌相同，而與遺傳似有相當關係，且貧乏者，容易被犯。

症候

(1) 體部癌或侵犯子宮全部黏膜，內壁粗糙，外壁亦復凹凸不平，終至組織崩潰，內腔擴大，或限局於一部，始而呈結節形，後成潰瘍，或以莖與子宮壁相連絡而呈息肉狀，但腫瘤表面有潰瘍，不如肌瘤時之平滑。體部癌病勢進行徐緩，每轉移於陰道後壁及卵巢，但其周圍組織及鄰近器官遲早均被其浸潤，在絕經期以前發生者，其出血每易誤為月經不正，惟每天必有定時之陣痛狀疼痛，是為特徵。

(2) 頸管癌始則肥厚，繼而崩潰，每越過子宮內口波及上方，向下方蔓延者較少。其病變已達外口者，用子宮鏡檢查，即可目睹，否則僅見頸部肥厚，診斷較難。

(3) 陰道部癌或呈菜花狀，或肥厚硬固，或崩潰呈鐘形，每波及陰道底部，骨盆結締組織多被浸潤。內診時極易出血，用子宮鏡檢查時，可發見其種種變態。

(4) 無論發生於何部，均不免出血，於性交、勞動、排便等特別顯著，經期紛亂，絕經期以後復來月經，時發不已者，即有本病之極大疑似。

(5) 子宮癌未崩潰時，僅有黃色白帶，至無特殊之分泌物，次則混有血性，至組織崩潰後，每起腐敗分解，故白帶放惡臭，且液體之濃淡不定，顏色亦時有變換。

(6) 體部癌當陣痛狀疼痛發作時，子宮即收縮，將崩潰之癌組織，及其積留之內容物，共同排出以後，頓覺輕快；至頸部癌於腫瘤擴大時，始起壓迫現象，骨盆深部發生疼痛，或向下肢放散，或同時下肢浮腫，如波及腹膜，則更為劇烈。

(7) 子宮癌有著明之浸潤性及侵蝕性，如蔓延至膀胱可形成膀胱陰道瘻，蔓延至直腸可形成直腸陰道瘻，或與腹膜癒着穿孔，向皮膚破潰，形成瘻管。

(8) 病勢進行中，因出血，疼痛，胃腸障礙，及其浸潤蔓延之兇猛，使健康上大受損失，面色蒼白，肌肉瘦削，高度貧血，發生所謂癌性惡病質。

(9) 凡有本病之疑似，應即切除其一部分，或為試驗搔刮，實行病理組織檢查，俾早期確定診斷。

(10) 本病如不早期根治，三年內即陷於死亡，臨床上每因就診過遲，或發覺過晚，致不及挽救其生命者，比比皆是。

(11) 癌瘤之死因，或由極度衰弱大出血，或由心腎病變，如尿毒症，心肌變性，或轉移於內臟重要臟器，或續發敗血症，腹膜炎等致命。

療法

(1) 愈早結果愈佳，遲則無效。

(2) 早期將子宮全體及有轉移疑似之各臟器一併剔出，所有子宮領域內之淋巴腺亦當連同除去，倘能再施以X光線，及銥之深部放射，則可預防復發，收效更宏。

(3) 單用X光線深部放射，其效力遠遜於銥，近來先用X光線，而後繼用銥之放射，頗有效力。

(4) 銥之放射次數或時間不足，及手術不廣泛，均有再發之虞。

(5) 各種腐蝕劑，及局部電氣燒灼，僅能解除一時苦痛，非根本療法。

第三項 子宮肉瘤

本症不若癌瘤之每現於老年，且好犯體部，與癌適相反，其發生於黏膜者，稱子宮黏膜肉瘤，發生於肌層者，稱子宮壁肉瘤。原因不明。

症候

(1) 白帶呈肉汁水狀，疼痛性狀與癌相似，亦常有不正出血，惟惡臭較弱。

(2) 破壞力特強能潰穿子宮壁，轉移至肺肝等處。

(3) 發生於頸管呈葡萄形者，特稱葡萄狀肉瘤。

(4) 早期陷於惡病質，二年內即可致命，較癌瘤尤速。

療法 與子宮瘤同

第四項 子宮絨毛膜上皮癌

本症係一種極惡病之腫瘤，較癌瘤及肉瘤尤為凶猛，以起於葡萄狀鬼胎之後者為最多，次之流產，再次之早產及子宮外妊娠，正規分娩及妊娠期中，亦偶然能發現，原因不明。

症候

(1) 子宮腔內脈絡膜絨毛上皮發育增殖，每犯體部黏膜，侵襲肌層及漿膜者較少，呈腫瘤狀，或一般隆起，表面平滑，質地柔軟，漸可達小兒頭大，有時因子宮口擴大，可以手指觸知。

(2) 不定期出血，同時子宮漸漸增大，是為主要徵象。

(3) 轉移極速，以波及肺臟為最多，次腦、腎、脾等均可受其蔓延而起出血，如轉移於陰道，為小

結節，繼破潰，則出血更劇烈。

(4) 發病後一年內因失血，轉移，惡病質等致命。

療法 應在未起轉移前早期行子宮全部剝出術，遲則無效。

第四節 輸卵管腫瘤

本症大抵由卵巢或子宮腫瘤續發，單獨原發者極少，故從略。

第五節 卵巢腫瘤

第一項 濾泡囊腫

本症爲成熟濾泡受炎性阻礙，不能自然破裂而排出卵子，於是其內容濾泡液漸次蓄積膨脹，有時可達人頭大小，但行穿刺術除去內容，即可治愈。

第二項 黃體囊腫

本症占卵巢腫瘤之最多數。由卵巢之腺上皮不絕增殖，及其所產生分泌物蓄積而起，或僅犯

一側，或兩側均受侵犯，真因不明，患者年齡大抵在三十五至五十歲之間。

症候

(1) 腫瘤呈球形或長圓形，壓之無痛，有波動，表面或平滑，或現凸凹。

(2) 初位於小骨盆內，往往壓迫子宮向後側方，無顯著自覺症候，至升至大骨盆，移位於子宮之前上方，則漸起壓迫現象，如腰痛，大小便排泄障礙，及達高度，下肢浮腫，呼吸困難，胃腸不安，腹壁伸展膨隆，現妊娠線樣癍痕，且能分泌初乳，但決不能觸及胎兒大小部分，及聽得胎兒心音，可與妊娠相鑑別。

(3) 犯兩側者，月經停止，犯一側者，月經過多，過少，頗不一致。

(4) 腫瘤充滿全腹腔時，打診上呈鼓音，周圍呈濁音。

(5) 腫瘤大抵有莖，如位於闊帶兩葉間，往往無莖，而其發育僅限制於小骨盆內，難以移動。莖長者，可於運動，體位變換等動作過劇時發生莖捻轉，同時輸卵管，子宮等均被牽引，設腫瘤重量過巨，莖復細小，竟致捻斷者，腹部非常疼痛，或突然虛脫而死亡。

(6) 一側卵巢發生者，仍能妊娠，如在妊娠、分娩、產褥期中突然破裂而起混合傳染，或因內部

生殖器炎之傳播，均可使其陷於化膿，病勢急變。

(7) 本病係慢性疾患，無自然消滅之希望，遷延日久，營養大受障礙，全身肌肉瘦削，脈搏細小頻數，臥床不起，終乃衰弱以死。

療法 行卵巢切除術

第三項 皮樣囊腫

本症係胎生時畸形殘留物，發生年齡不定，可達人頭大，呈球形或長圓形，腫瘤內面具有皮膚構造，或囊內盡屬毛髮，並含有粥狀黃色之脂肪液，囊內面有局部粗糙之皮樣突起是為皮樣栓，剖解其突起部分，可發現各器官組織之雛形，最常見者為頷骨及齒之一部。進至老年每起癌瘤變性，故發覺後即應切除卵巢。

第四項 卵巢癌

卵巢癌或為原發性，或由原有腫瘤續發癌瘤變性，或自其他臟器癌瘤轉移而起。

症候

(1) 原發性者，在春機發動期前後即有發現，是其特點。

(2) 大抵兩側均被侵犯，故月經每停止，腫瘤凹凸不平，而且硬固，如與周圍組織相癒着，則有疼痛，並起腹水。

(3) 病勢進行極速，能向各內臟轉移，不久即陷於惡病質。

療法

早期剔出卵巢，並再施X光線，及銨之放射，以防復發。

第五項 卵巢肉瘤

發生年齡雖不定，但多在春機發動期前後。其症候及療法與卵巢癌大致相同，故從略。

第六項 卵巢畸胎瘤

本症亦係胎生之殘留物，惟發育迅速，往往併發腹水，且易惡性變化，故宜早期剔出之。

第七項 卵巢內皮及外皮細胞瘤

由卵巢血管及淋巴管之內皮或外皮肉瘤變性而起，與卵巢肉瘤之實質變性不同，但臨床症候及療法則一致。

第八章 月經及白帶

第一節 月經之生理

月經係定期性子宮黏膜出血，在卵巢機能成熟以後之女子，受腦垂體前葉之鼓動，促成排出卵子，次即誘起月經來潮，平均每四星期發現一次，如每次相差一二日，或每三星期，每數個月來潮一次，而仍有準確之定期者，尙不足以列入病理範圍。

初潮年齡因地帶、人種、風俗、遺傳等而有差別，如熱帶地方各種生物較易成長，故民族之成熟期亦提早，都會女子受環境各種「性的刺激」，自應較安靜之鄉居村民爲早熟，家族間上代女性月經初潮年齡，每與後代有相當關係。中國女子初潮平均在十三、四歲之間，但早至十二歲，遲至十八歲者亦有之。

初潮以後之月經周期每有延遲，但在一年以後必漸趨於正規，否則是屬病理現象。

月經持續日期平均三——五日，但亦有延長至一星期者。出血全量普通約一〇〇公分左右。經血呈暗赤色，而決非鮮血，無凝固性。

凡月經來潮以前，生理的亦有前驅症候，精神方面每呈異常煩悶、容易發怒、悲觀、下腹有牽引性疼痛、乳房緊張、頭痛、食慾減退等，如以上症候劇烈，必須臥床者，則屬於病理範圍。

女子之生殖器發育，爲第一性徵，次爲月經初潮以後，骨骼發育，特別爲骨盆之擴大，臀部因亦增大，全身脂肪增厚，故皮膚細嫩，乳部膨隆，體格呈曲線美，聲調亦變嬌柔，陰阜及腋窩部生長叢毛，性慾漸漸顯現，變却兒時之雅態，此爲第二性徵，此種時期，統謂之爲春機發動期。

絕經期普通在四十六至四十九歲，少壯之生殖時期，平均在三十至三十五齡之間。至絕經期以前，月經量漸減，周期每紛亂延遲，時有眩暈、失眠、心悸、抑鬱等現象發現，至月經正式停止以後，各種症狀以及第二性徵均漸消失。

子宮黏膜因月經而起之^變周期變化，即月經前四、五日黏膜漸漸充血肥厚，表面粗糙，腺體分泌旺盛，血管擴張，達黏膜充血過盛，不能容受時，即破裂出血，是稱月經，經過一定日期，腺體分泌減退終止，黏膜復歸平滑，血管萎縮，是謂間歇期，如此循環，週而復始。

第二節 月經之異常

第一項 無月經

本症可分爲生理性、真性、假性三種：

(一)生理性無月經 妊娠以後，排卵中止，子宮黏膜形成蛻膜，不復起周期變化，自無月經。產褥期終了，經過一二月經潮又起，但如自己授乳者，在哺乳期中亦無月經，願每月照常來潮者亦有之。

(二)真性無月經 先天性缺少子宮或兩側卵巢，或因疾病將該臟器剝去，或用X光線放射，使卵巢萎縮者，則無月經發現。

(三)假性無月經

原因

(1)先天性處女膜，陰道，及子宮口等閉鎖。

(2)全身衰弱，如重症肺結核、糖尿病、脂肪過多、酒精或嗎啡慢性中毒、高度貧血、萎黃病、急性

傳染病後等。

(3) 精神感動，如恐怖、悲哀、想像妊娠等。

(4) 卵巢或其他內分泌障礙，及維他命戊缺乏症。

症候

(1) 先天性畸形所致者，已屆春機發動期年齡，月經不潮，但第二性徵已有表現，每月必腹痛一次，下腹漸漸膨隆，一經婦科診察，不難鑑定。

(2) 由全身衰弱而起者，除脂肪過多症外，必羸瘦異常，面色蒼白，每併發胃腸障礙，大抵由月經過少漸變為無月經。如係少女，則往往達成熱期月經未曾發現，至脂肪過多症，每犯壯年婦女。

(3) 精神感動者，月經多突然中止。

(4) 卵巢內分泌障礙者，性感缺乏，至維他命戊缺乏症，每無特殊現象。

(5) 有由身體他部，如鼻、胃、腸、肺等之周期性出血，而代月經者，是曰代償性月經。

療法

(1) 查究其原因，對於畸形，行手術治療。

好。

(2) 精神異常投以鎮靜劑，全身衰弱投以補血強壯劑，注意營養、日光、空氣及運動等，戒除嗜

(3) 注射內分泌劑，常服青菜，或服用催經劑。

第二項 月經過少

凡全身營養障礙，精神受刺激，內分泌障礙，維他命戊缺乏症等均可發現。

症候

或突發，或為無月經之前驅症，量少，持續日期減短，周期每呈紛亂。

療法

除去原因，與假性無月經大致相同，局部處置如熱性陰道洗滌，通電，陰道部亂刺法等每無確效。

第三項 晚期月經

當成熟期之年齡，不見月經，遲至二十歲左右始行來潮者，是為晚期月經。

原因

(1) 內分泌腺先天性發育障礙，後天性維他命戊缺乏。

(2) 一般發育障礙，及內部生殖器發育不全。

(3) 精神異常，如白癡、愚魯、虐待等。

症候

大抵精神方面比較顯著，第二性徵發育不全。

療法

以後月經正常者，無須治療。如月經過少，投以內分泌製劑及滋補強壯劑，或施精神教育。

第四項 早期月經

月經來潮特殊提早至十二歲以前，在我國地方當爲早期月經。

原因

或因上代遺傳，或卵巢排卵機能早期成熟。

症候

大抵無自覺症候，第二性徵亦提早發育，惟精神方面大抵猶不失幼年之稚態，將來容易老衰，

壽命縮短。

療法

實施精神教育，以防性的早受刺激，結婚仍須待至相當年齡，不應早婚。

第五項 月經過多

本症或經血過多，或持續過久，或兩者合併發現。

原因

- (1) 高度或急性貧血以後，每致月經過少，但在慢性貧血時，月經常反見增多。
- (2) 急性傳染病以後，常月經過少，但在細菌毒素進行時期，可使月經增多（因而月經停止者亦有之）。

(3) 脂肪過多症，可使月經減少，亦可使其增多。

(4) 子宮內膜炎，實質炎，子宮外膜炎，及附屬器炎等。

(5) 子宮及附屬器腫瘤。

(6) 體內各分泌腺失去平衡性，每致月經過多或過少。

(7) 身體劇烈運動，或精神感動，尤以正在經期中為然。

(8) 全身病如心、腎、肝、及血液疾患。

(9) 絕經期將至，每有幾度月經過多。

(10) 經期及產褥期不攝生，習慣性手淫，房事過度等。

症候

(1) 經血內時混有凝血塊，間歇期短，如合併附屬器炎性變化者，腹部疼痛。

(2) 經久以後，陷於慢性貧血，與由慢性貧血而起者，得互為因果。

(3) 身體漸漸虛弱，合發神經衰弱症候，如心悸、耳鳴、失眠、食慾不振等。

(4) 突然呈血崩者，非月經過多，係子宮出血，或流產，應特別注意其既往症。

療法

(1) 查究原因，實施根治。

(2) 對症療法投以止血劑。

(3) 子宮周圍及其附屬器無炎性變化者，得行熱性陰道洗滌。

(4) 有血崩現象者，行陰道或子宮內栓塞。

第六項 痛經

痛經或稱月經困難，以下腹疼痛為主症，同時有種種神經症狀。

原因

- (1) 子宮口狹窄，子宮發育不全，子宮傾斜或屈折異常，子宮內腫瘤等，使經血積滯而成者。
- (2) 受子宮周圍及其附屬器炎性或腫瘤刺激之影響者。
- (3) 由卵巢機能所起之障礙，使子宮黏膜發生異常變化者。
- (4) 因排卵關係而起者。
- (5) 患神經衰弱，希司忒利阿，神經質，及迷走神經緊張者。

症狀

(1) 疼痛性狀 因經血積滯所致者，為促進排泄起見，子宮發生強度收縮，故現發作性陣痛狀疼痛，並向下肢放散，或同時荐骨部有牽引痛。由子宮及其附屬器炎症而起者，多在下腹部，為持續性疼痛。其偏向於一側而陣痛狀發作者，每為輸卵管疾患。疼痛劇烈時往往呈痙攣性，患者有不

堪忍受之苦痛。

(2) 疼痛時期 或經前二三日內開始，患者自覺為月經來潮之前驅症候，或與月經同時發作，或見於月經間歇期，是稱月經中間痛。其持續不一定，或經血排泄後即消失，或與經期相終始，至經期後發現者則頗少。

(3) 經血性狀、疼痛不顯著者，大抵呈液狀，疼痛劇烈者，往往呈凝血塊或膜狀碎片，如排泄物呈整個囊狀，宛如子宮腔者，是稱膜狀月經，故痛感最盛。凡患月經困難時，經潮以前，白帶必多。

(4) 一般症候 頭痛，偏頭痛，胃腸障礙，疼痛劇烈時，冷汗淋漓，四肢厥冷，甚則惡心嘔吐，病久以後，常陷於營養不良及神經衰弱等症。

療法

(1) 對症治療，投以止痛劑，俾獲一時之輕快。

(2) 局部治療，下腹置以熱水袋，或溫濕布，對於膜狀痛經，或子宮口狹窄者，得行頸管擴張法，俾其易於排泄，對於月經前疼痛，行子宮頸陰道部瀉血法，但均不免再發。

(3) 卵巢內分泌製劑，及鎮靜劑不妨試用，但效力難以確定。

(4) 由于宮屈折或傾斜異常而起者，經手術矯正後，症候即可消滅，因腫瘤所致者，須剝出之，由炎症而起者，應治其本病，始能根本解決。

第三節 白帶

白帶與痛經同為婦科病之普通疾患，在絕對生理條件之下，本不應有白帶泄出，但因一般對於生殖器官，生藥不注意，以致釀成女性間之社會病，其完全由疾病而起者，亦不在少數。

原因

- (1) 陰道不清潔，受分泌物或經血附着腐敗之刺激而起。
- (2) 產前產後不攝生，手淫或房事過度。
- (3) 各種內外生殖器之炎症疾患，或腫瘤，或子宮變位。
- (4) 分娩時所造成之會陰破裂，陰道及子宮下垂。
- (5) 陰道鞭毛蟲。
- (6) 全身病如結核，萎黃病，腺病質，脂肪過多，習慣性便閉，慢性貧血等。

(7) 各種花柳病，及急性傳染病之後遺症。

症候

(1) 無論何種年齡，自幼女以迄絕經期以後均可發現，惟幼女或處女除不潔外，大抵屬陰道炎及女陰炎，年老者，須注意癌瘤之變化。

(2) 白帶呈白色者，黏稠異常，不易拭去。呈黃色者，稠度較弱，病變較重。呈綠色者，大抵混有化膿菌。

(3) 女陰每因分泌物之刺激，發生痒感，或因搔傷而起膿泡及濕疹。

(4) 已婚或經產婦檢查時，同時子宮外口糜爛者，最占多數。

(5) 倘分泌物如水狀，多量排泄，且有惡臭者，有惡性腫瘤之疑似。

(6) 將白帶鏡檢，判定有無病原菌或寄生蟲。

療法

(1) 單純性者，注意清潔及攝生。

(2) 檢查原因，實施根治。

第九章 因分娩所致之生殖器損傷

第一節 尿瘻

膀胱、尿道、輸尿管等受損傷，尿液自創口泄出，其經久不愈者，則成瘻管，因其部位不同，而分下述數種：

(一)膀胱陰道瘻 本症在各種尿瘻中為最多。瘻孔大小不定，或細小如針，或成大穴，部位每在陰道前上壁，細小者，不易發現，巨大者，其破裂之膀胱壁可以目觀，於產褥初期因周圍組織浸潤，反致尿閉，經過一週之後，始起尿失禁，但瘻孔廣泛時，於分娩後即現尿漏。受婦科檢查者，自均係陳舊性，在觸診上，可發現由瘢痕形成之瘻孔組織。

(二)尿道陰道瘻 瘻孔大小，部位在陰道前下壁，尿仍能停留於膀胱，惟排尿時一部分向陰道排泄，平時並無尿失禁現象。

(三) 輸尿管陰道瘻 極少，部位在陰道穹窿部。
(四) 膀胱子宮頸瘻 子宮頸與膀胱間組織穿通，形成瘻孔，一部分尿自子宮頸折入陰道泄出。

(五) 膀胱子宮陰道瘻 部位在子宮前唇與膀胱間，或前唇呈穿孔狀，或被挫滅，直接與陰道相交通。

原因

(一) 先天性之陰道或頸管狹窄，陳舊瘢痕，高年初產婦等，軟部產道組織之彈力性減退，或幼年產婦產道組織過於柔嫩，分娩時易致損傷。

(二) 產科手術處置之不當，如產鉗操作過猛，濫用高位產鉗，或因穿顛碎胎等所致之穿孔。

(三) 兒頭太大，或胎勢異常，分娩時間過久，軟部產道被壓，而發生壞疽，以後該部組織脫落，即生瘻管。

(四) 狹窄骨盆及胎位異常。

症候

生殖器炎症。

- (1) 尿道液泄入陰道，黏膜受其刺激，每致成陰道炎。同時陰道自淨作用消滅，容易惹起內部
- (2) 女陰部皮膚常因此發生濕疹及糜爛或疼痛紅腫。
- (3) 患者因尿液附着分解，發生奇臭重症者，平時非使用尿布不可。
- (4) 性交不起障礙，但妊娠力減退。
- (5) 每合發膀胱炎，尿道炎，慢性腎臟炎，子宮頸管炎等症。
- (6) 尿瘻經久不治，膀胱之生理機能退衰，以致起肌性萎縮。如膀胱呈裂口者，尿液幾全部自陰道泄出，於是尿道亦漸萎縮。

療法

- (1) 瘻孔新鮮且細小者，可有自然治癒之希望，或試用腐蝕劑以促其瘻痕收縮。
- (2) 瘻孔大者，或陳舊者，則非手術閉鎖不可。手術之時間，在分娩後至少當過二月。

第二節 直腸瘻

大抵由產科器械使用不慎，穿通腸壁，或由會陰破裂而起。

症候

(1) 瘻孔位於陰道後壁中央，或穹窿部。

(2) 硬便因容積大，不致誤入瘻孔，軟便則一部分必竄入陰道，但瘻孔過大者，亦可由陰道排出硬便。

(3) 陰道因常受腸內氣體，或軟便之刺激，每有紅腫灼熱感覺。

(4) 行直腸診及陰道內診，瘻孔所在，不難認定。

(5) 經久以後，患者精神不快，因陰道不潔，可為內部生殖器慢性炎症之誘因。
療法 與尿瘻同。

第三節 子宮頸破裂

由分娩時子宮口未全開放，濫行手術，或子宮頸之硬韌，或子宮位置之異常而致。
症候

(1) 在分娩時有不易制止之大出血，自應即行縫合，當屬產科範圍，不必再述。
(2) 在婦科方面，均係陳舊性，或頸管呈數公分長之裂口，或形成癍痕性癒着，或外口因癍痕收縮，特別狹小。

(3) 白帶增加，每併發子宮炎性疾患。

(4) 外口狹小者，經血流出起障礙，有顯著之痛經，如薦骨部疼痛，下腹痛，頭痛等。

(5) 頸腺每被破壞，能保留精子活潑運動之鹹性分泌液減少，故易患不孕症。

(6) 如破裂處深長，接近子宮內口，呈硬固之癍痕者，在第二次分娩時，開口期必特別延長，或發生早期破水。

(7) 如裂口係開放性，且極深長與腹膜相距不遠者，在第二次分娩時之開口期中，有損及腹膜並子宮破裂之虞。

療法

(1) 手術治療。

(2) 如患婦已經妊娠者，則俟胎兒成熟後，行開腹術，取出胎兒，以免臨產時發生致命之危險。

(3) 此種手術宜在月經後施行，且當嚴重消毒。

第四節 會陰破裂

會陰破裂在產科方面常有發現，或縫合後重復裂開，或任其放置，結果，致日後發生種種疾患者，自屬婦科範圍之內。

症候

(1) 陰門翻開，後陰道壁下部可以目觀，陰唇繫帶及其附近有不整形之癍痕組織，即第一度會陰破裂，重症者，會陰深部肌層斷裂，或肛門括約肌亦遭波及，致軟便失禁，即第二度會陰破裂，最重症者，肛門括約肌，直腸陰道中隔之一部均現斷裂，直腸與陰道腔直接交通，即第三度會陰破裂。

(2) 輕症者，如第一度會陰破裂，自覺症候不甚著明，故在副症候如局部濕潤，糜爛，乾燥等未發現前，每多忽視。

(3) 重症者，或經過產褥期一度浮腫潰爛後，或合發內部生殖器炎性疾患，則白帶增加，並有下腹痛，痛經症候。

(4) 合發陰道垂脫者，事實上不在少數，陰道前壁同時外翻，露出之黏膜呈硬化狀態，內診之際，子宮陰道段因會陰破裂，陰道縮短，故似較近外口。

(5) 量重症者，軟便排泄時，得混入陰道，硬便亦易於陰道壁相接觸，或下端不全愈合，中留小孔，則成瘻管。或因複雜癍痕致肛門括約肌及直腸壁縮小，則發生頑固性便秘。

(6) 第三度會陰破裂者，於肛門部可發現外翻之直腸黏膜，如兼患痔核則紅腫更甚。

(7) 破裂癍痕在會陰中央部，陰唇連合及肛門周圍並未損傷者，稱中央性會陰破裂。

(8) 巨大之會陰破裂，或合發陰道脫垂者，性交時射出之精液常溢流於外方，以致陷於不孕症。

(9) 年老以後，肌性之陰道管漸漸緩弛，如復患此種陳舊性會陰破裂，陰門閉鎖不全，極易起子宮垂脫症。

(10) 凡合發陰道垂脫或子宮垂脫者，患者自訴常有下墜感覺。

療法

(1) 藥物療法，祇對於所惹起之副症候，可以奏效，欲除去本病，非手術不可。

(2) 手術向例應消毒，但腸黏膜外露者，對於劇烈之消毒劑，如來沙爾，昇汞等可起中毒現象，應改用千分之一 Rivanol 或百分之三硼酸水沖洗，或用百分之一汞色質液塗佈等。

(3) 手術時期對於此種陳舊性者，當在產褥期後一月，斷乳期以後，或月經來潮以後，否則不易愈合。

(4) 手術前須灌腸，手術後服流動食品，並投以鴉片劑，制止腸蠕動，與一般肛門手術時相同。

(5) 手術終了，施以防腐綳帶，不必如產褥期之每天行會陰洗滌，但創面須保持清潔，故排尿後宜用消毒棉花拭淨，或酌量撒布消毒藥水，或藥粉。

(6) 術後須絕對靜臥，在創面未愈着以前並禁止下肢運動。

第十章 內分泌與婦科之關係

吾人體內如汗腺，唾液腺，前庭大腺等，均屬外分泌腺，各具有排泄管，其分泌液向外方排出，是謂外分泌。至內分泌與此絕對兩途，由無排泄管之各種內分泌腺，直接輸送分泌液至血行，更循行各臟器發生其特殊作用，有指揮性能，助長發育，並互相連鎖之功能。

第一節 內分泌之種類及其生理作用

(一) 卵巢 係一種生殖腺，與男性睾丸相等，為內分泌之主體，將卵巢剔出以後，生殖能力即消滅，同時第二性徵起異常變態，內外生殖器均呈萎縮現象，先天性卵巢缺損者，亦有同樣情形，茲分述其生理作用如次：

(1) 對於月經及妊娠關係 以黃體為最著明，真黃體產生必在成熟期以後，一旦妊娠始正式成立，至妊娠第三月發育達最高度，並促成蛻膜產生，助長子宮增大，同時有抑制排卵機能，

故妊娠以後，月經及排卵均停止。在每次月經週期中所起之黃體變化，是謂假黃體，當月經間歇期呈充血現象，於月經前期新生血管，入月經期復萎縮，如是自初期月經開始，以迄老衰之絕經期，制止循環不已。

(2) 對於生殖及發育關係 以濾泡系統及間質腺細胞之支配力最為著明，如濾泡受X光線深部放射後，同時生殖停止，間質腺設被破壞，第二性徵即起變化。

(二) 垂體腺 位於頭顱蝶鞍窩中，具有前後兩瓣，前瓣大而稍硬，後瓣小而柔軟，其生理作用，兩瓣各有不同：

(1) 前瓣主宰生殖腺發育及性慾機能，而同時受生殖腺之制止作用，互相保守其平衡性。卵巢被剝出者，前瓣異常肥大，以致心慾亢進，婦女之早熟或晚熟，與此更有連帶關係。

(2) 後瓣能刺激平滑肌及子宮肌等，起收縮作用，故其製劑可供收縮子宮之用。

(三) 松果腺 位於第三腦室，對生殖器發育呈抑制作用，以防早期成熟，春機發動期以後，僅留痕跡，但對於新陳代謝上猶能發揮其能力。

(四) 甲狀腺及副甲狀腺 甲狀腺位於頸部兩側方，主宰骨及毛髮發育，與生殖腺有連帶性，

於成熟期，月經期，妊娠期等均可偶然肥大，且對妊娠毒素有中和作用。

副甲狀腺附於甲狀腺之後方，左右各二，有仰制末梢神經之興奮作用，以防妊娠痙攣及子癇發作。

(五) 胸腺 在幼年期頗發育，有助長身體發育之機能，但卵巢機能成熟以後，即受其抑制而歸退化。

(六) 腎上腺 有助長性器官及第二性徵發育之功能，兼有中和毒素作用，故妊娠時該腺肥大。

(七) 胰腺 其功能與腎上腺相似。

(八) 脾臟 有抑制生殖腺早熟之功能，妊娠中常肥大。

(九) 乳腺 性能成熟時期，乳腺內分泌即發育，妊娠期中促進分泌初乳，至分娩後正式分泌乳汁，產褥期中由哺乳可促進子宮收縮，授乳期中抑制月經及排卵，但經過產褥期不久又復妊娠或月經來潮者亦有之。

(十) 胎盤 有使妊娠子宮肌層及黏膜肥厚之作用，故子宮能相應妊娠月數而增大，並促進

乳汁分泌，與卵巢真黃體之功能相彷彿。

此外，肝臟在月經期中呈充血狀態，如妊娠毒素暴增，肝臟之生理機能不能抵抗，則起種種變化。

各種內分泌腺，均與神經系相關聯，故一旦內分泌發生障礙，舉凡消化器，循環器，新陳代謝機能，及一切內臟等均可蒙受影響，自無可疑義。

第二節 內分泌異常所發生之種種障礙

(一) 卵巢機能亢進者，如係幼女，則早期成熟，如在春機發動期以後，則月經過多，或血崩；卵巢機能減退者，如原因於先天性，則生殖器發育不全，第二性徵不顯著，月經初潮延遲，或月經過少，或無月經，如原因於後天性，月經量少，或停止；卵巢機能消滅者，如兩側卵巢剝出之後，則長生鬚鬚，聲音失去尖銳化，倘在幼年，可使其始終不發生性慾，倘在中年，生殖器萎縮，月經停止，全身脂肪過剩，常在心悸，耳鳴，熱感等症候，易與一般神經衰弱誤診。

(二) 垂體腺前瓣機能亢進者，身體異常發育，性慾旺盛，身體末梢部分，如手足，口鼻等處異常

肥大，反之前瓣機能減退者，則身體矮小，生殖器萎縮，而脂肪量增加，性慾缺乏，月經過少或停止，不易妊娠，至後瓣機能亢進或減退者，與陣痛強弱有絕對關係。

(三) 松果腺機能亢進者，因抑制過甚，發育延遲，智力滯鈍，減退者，性能早期發現，內外生殖器及第二性徵均失去幼年期狀態，身體異常發育，如其機能衰弱在成熟期以後，則患婦陷於惡病質及脂肪沉着。

(四) 甲狀腺機能亢進者，如持續不已，則月經過多，子宮及卵巢均增大，月經初潮提早，絕經期延遲，頭部異常腫大，該腺機能減退者，如原因於先天性，生殖器發育不全，身體矮小，智力薄弱，如原因於後天性，發現月經異常，倘係地方病，則該腺每多腫大。

副甲狀腺機能不全者，除常發生子癇及妊娠瘰癧外，且有骨軟化症，及毛髮，齒牙等營養障礙。(五) 胸腺至春機發動期例應縮小，如仍保持其原態，則性能成熟必受阻礙，對疾病之抵抗力減退，在幼小時如該腺機能不全，則性器及第二性徵發育均遲滯。

(六) 腎上腺機能亢進者，成熟期提早，外陰部豐隆，身體顯然增長。減退者，生殖器發育不全或畸形，外表男性化，如在中年期發生者，則每致不妊，生殖早期萎縮，妊娠及分娩期中，容易起子癇。

(七) 胰腺機能不全者，性慾缺乏，外部生殖器及乳房發育均受障礙。

(八) 脾臟機能不全者，內部生殖器早期成熟，乳腺肥大，同時消化力減退。

(九) 乳腺內分泌旺盛者，性慾每亢進，衰弱者，乳汁分泌減少。

(十) 胎盤內分泌異常者，每致流產，或胎兒早期死亡，且易起子癩。

第三節 內分泌不全所起之不妊症

內分泌異常者，對於性器發育既有重大影響，此種不妊症之關係，尤以卵巢，垂體腺前瓣，腎上腺等為最顯著，願不能生殖之原因極為複雜，如輸卵管閉塞，後天性陰道閉鎖等，則與內分泌無絕對關係，是因不能受孕，結果而致不妊症，茲將此種病態除外，僅述其原因於內分泌者如次：

(一) 由先天性發育不全所致者，如內部生殖器高度缺損等。

(二) 由後天性病的變化所致者，如慢性卵巢炎，卵巢腫瘤，垂體腺前瓣萎縮，松果腺早衰，腎上腺機能不全及性神經衰弱等。

患不妊症者，如不能搜獲患婦之異常變態，則有檢查男性身體及精液之必要，因男性如生殖

腺發育不全，或有病變亦可發生不妊症。惟單純性之卵巢分泌，或垂體腺前葉分泌障礙，同時不能發生解剖及其他病的變化者，如性慾缺乏，兩性間性慾不調和等，則患者往往不願申訴，在診察上常引為遺憾。

第四節 內分泌製劑在治療上之價值

自臟器製劑發明以來，在治療內分泌疾患方面頗多收穫，例如：

(一) 卵巢製劑，最初為混合劑，後發明黃體製劑，專治月經不調，月經苦痛，及妊娠嘔吐等，現則黃體製劑重加改良，不但有調節黃體內分泌之功效，凡月經過多，過少，習慣性流產，少女卵巢分泌亢進之血崩等，均可使用。更製成一種卵巢濾泡劑，對於月經過少，月經不利，成熟期以前先天性發育不全，絕經期之種種苦痛等均可採用。

最近於妊婦尿中提出濾泡內分泌素，奏效更為確實，舉凡各種卵巢性月經障礙，卵巢機能減退之脂肪過多，早衰，以及乳汁分泌不良，惡阻，神經衰弱，憂鬱，失眠等，常有相當功效。

(二) 垂體腺前瓣製劑，對於生殖腺機能障礙，月經初潮延遲，月經不利，絕經期苦痛，痛經，性慾

缺乏，卵巢性出血等，或單獨使用，或與濾泡製劑交代治療，月經前半期用前瓣製劑，後半期用濾泡製劑，蓋濾泡製劑能使子宮黏膜充血，前瓣製劑，則促成卵子成熟，兩者結合以後，則相得益彰，但治療經過須較長久，對於成熟期以後之發育不全症無效。

(三)垂體腺後葉製劑之催生劑，對於陣痛微弱，顯有卓絕之功效，惟因其能增高血壓，故近時更有一種新製劑可無此弊，即子癩產婦亦可適用。然因此種藥力甚大，有使子宮破裂，胎兒窒息之虞，故開口期中，多不應用。

(四)甲狀腺製劑，對於甲狀腺機能障礙所起之發育不全，脂肪過多症，妊娠中毒等可以試用，但使用大量有流產之虞，須注意及之。

(五)腎上腺製劑有收縮血管，增高血壓，促進血液凝固，制止氣管支痊孳等作用，但對於子宮收縮之止血無效。

(六)胰腺製劑能治乳兒綠便下痢，小兒黏液性下痢，糖尿病，營養障礙等。

(七)脾臟製劑對於各種臟器出血，有促進血液凝固之止血作用。

內分泌製劑，市販者層出不窮，但單位不準確者，功能薄弱，每無良效。

第十一章 泌尿器疾患與婦科之關係

泌尿器官如腎臟、輸尿管、膀胱、尿道等，與生殖器相接近，其生理作用固各有不同，一經患病，則互相牽制，或因婦科病而惹起泌尿器疾患，或因泌尿器疾患而惹起婦科病，實不少見。茲分述於後。

第一節 由婦科病所發生之泌尿器疾患

(一) 子宮或陰道垂脫之程度高者，同時被牽引下垂，以致蓄尿起障礙，經久以後，小便頻數，或合發慢性膀胱炎。

(二) 巨大之卵巢腫瘤，膀胱及腎臟均可受其壓迫，發生尿意頻數，浮腫等症候，或與膀胱壁相癒着，甚至破潰穿孔。

(三) 子宮後傾後屈者，膀胱受子宮體部及陰道段壓迫，每致尿意頻數，病勢重篤之際，時患尿閉。

(四)子宮肌瘤發育於小骨盆，或患巨大肌瘤者，膀胱每被壓迫，排尿時有疼痛，不暢，或時現尿閉等現象，如輸尿管亦受其影響，則腎臟呈水腫狀。

(五)生殖器各種惡性腫瘤，極易轉移於腎臟及膀胱，因而手術時起極大困難，或膀胱壁被浸潤潰穿者有之。

(六)膀胱子宮陷凹及該部骨盆結締組織起化膿性炎症，或癥痕收縮者，膀胱自必蒙受病的障礙，該部有壓重，疼痛等症候。

(七)骨盆狹窄或胎位異常所釀成之難產，兒頭壓迫膀胱過久，或組織被挫滅發生瘻管，或膀胱機能永留障礙，平滑肌收縮力減退，每於過度勞動後發生小便失禁。

(八)子宮周圍炎，卵巢炎等，常併發膀胱炎。

(九)腹壁弛緩之多回經產婦，因腹腔內壓降低，能使腎臟轉位，上可達肋骨弓下部，下可入小骨盆，骶骨部，背部，腰部等處，有放散性神經痛，於月經或過度勞動時增劇。

(十)房事過度或手淫，致性神經衰弱者，能使膀胱知覺過敏，尿意頻數，有不能忍耐之苦痛。

(十一)子宮及卵巢疾患，能起反射性使膀胱發生痙攣，其症候與膀胱知覺過敏相似，但不易

排尿，如尿道口因痙攣而閉鎖者，則現尿閉。

(十二) 淋病侵襲時，外尿道口亦首先被犯，以後則分向生殖器及泌尿器兩路進攻，內部生殖器方面，以輸卵管為病的焦點，泌尿器方面，因女性尿道較短，極易起淋病性膀胱炎，但再進至輸卵管及腎臟者，則甚少。

(十三) 患妊娠腎或子癩之後，產褥期終了，遺留慢性腎臟炎者有之。

(十四) 幼女陰部不潔者，常惹起膀胱炎。

第二節 由泌尿器病所發生之婦科疾患

(一) 膀胱結石之巨大者，壓迫子宮使其轉位，如結石移動至內尿道口，則起尿閉，平時有排尿障礙及疝痛，如膀胱壁被擦傷，排泄血尿，如釀成穿孔，子宮外膜同時亦遭波及，發生炎症。此種膀胱結石之原因，或由習慣性尿閉，或由膀胱炎，或由異物竄入尿道，停留於膀胱內，以後逐漸受尿中尿酸鹽類之集積，則徐徐增大。此種異物，如即可為結石之核心。

(二) 患腎臟病者，身體末梢部，如陰脣等處發生浮腫，設起潰爛，極難治愈。

(三) 由某種原因，膀胱內蓄積尿量至三百公分以上，壓迫子宮著明向後方，其部位適在小骨盆中央，或突出於上方，且呈硬性，故容易與子宮誤診。

(四) 膀胱內蓄尿過量，雖尚不失生理狀態，但因陰部神經受刺激，常惹起性慾衝動，故夜間多使忍尿，亦為節慾之要着。

(五) 平素腎臟機能不健全者，妊娠以後，可發生妊娠腎及子癩等症，經過一度分娩，腎臟即多一次之擔負，終必釀成慢性腎臟炎等疾患，使體力亦漸衰頹。

(六) 患腎臟結核者，常波及內部生殖器，症候均不甚顯著，重篤時始發現血尿，月經障礙，尿中可證明結核菌。

(七) 各種尿瘻，無論為外傷，分娩，或其他疾病所致，對於妊娠均有障礙。

(八) 患急性腎臟炎時，月經或突然停止，或提早來潮。

第十二章 胃腸病與婦科之關係

凡有內部生殖器官患者，如子宮內膜炎，輸卵管炎等，患婦每自訴食慾不振，飽滿等胃腸障礙，故婦科病在臨診上合發消化器官變化，在事實上確非少數，或將婦科方面之症候，如月經不調等祕而不宣，祇陳述胃腸障礙，若不澈底追究，極易延誤，或某種疾患之症候，既似病在內部生殖器官，又如病在腸管，一時魚魯難分者亦有之。

第一節 由婦科疾患惹起之胃腸病

(一) 月經期中能使口內黏膜，如舌繫帶，舌緣等發生黃色或灰白色斑點，附着甚固，難以拭去，大抵經過一、二星期每能自愈。

(二) 口涎分泌過多，大抵在妊娠三、四月中發現，但子宮及卵巢患病時亦能反射而起。

(三) 分娩次數過多，腹壁弛緩，容易發胃臟下垂，甚至達於臍下，食後有惡心、嘔吐、飽滿等症候，

胸骨劍突下部呈陷凹狀。

(四) 生殖器疾患遷延不治，以致精神憂鬱，可發生胃酸分泌過多，有食後胃痛，吞酸，胃部壓重等症候，對澱粉質之消化力減退。

(五) 患子宮病者，胃部知覺神經常起變化，或容易飢餓，但攝食過飽，又覺不快，或終日不思飲食，或嗜酸辣等刺激性食物，病久身體日漸衰弱，對症治療無結果，非治其原發性之本病不可。

(六) 月經不調，痛經，子宮後屈等，每併發神經性胃痛，係發作性，但與飲食無關，在經期中特別顯著。

(七) 巨大腫瘤，如卵巢囊腫，子宮飢瘤等，可壓迫腸管，使糞便不易通過，時而便秘，時而嘔吐，甚至嘔出糞汁，且有發作性疝痛，用瀉藥或灌腸無效，如與腸壁相癒着者，則症候著明。

(八) 子宮後傾後屈者，每有習慣性便秘，腹部膨滿，頭痛，眩暈等症候，用瀉藥僅能暢通於一時，如便秘日久，體溫上升。

(九) 內部生殖器病因分泌神經受障礙，可排泄白色黏液狀糞塊，排泄以後，頓覺輕快，排泄以前，腹部有發作性劇烈疝痛。

(十)子宮卵巢等發炎化膿時，其毒力常侵入門靜脈，以致肝臟陷於化膿，增大，壓痛，按之發咳嗽，局部有向右肩及上肢放散性疼痛，急性者可破潰併發腹膜炎，慢性者，持續較久，自然治愈之希望極少。

(十一)產褥期已終了，患者肝臟起萎縮，同時發生黃疸，有著明之精神症候，經過兩週死亡，是屬險症。

(十二)絕經期後，或壯年女子因內分泌障礙而停經者，脂肪沈着於肝臟時，可促短壽命。

(十三)子宮，卵巢，乳房等患癌瘤者，每轉移於肝臟，起惡病質，在一年內必死無疑。

(十四)多回妊娠，內部生殖器腫瘤等。均能使膽汁蓄積而起膽石症，細小者得自腸管排泄，巨大者，在月經來潮或妊娠之際，常發膽石疝痛，部位必屬右下肋部，但每向各處放散，如膽管閉塞，則現黃疸，大便內有時可證明結石砂。女子精神容易感動，亦為本病誘因之一，故統計上較多於男子。

(十五)內部生殖器有急性化膿病變者，每波及腹膜，以敗血性為最劇烈，在四十八小時內即可畢命。

(十六)子宮脫出者，同時起直腸脫，排便每起障礙。

(十七) 凡足以使直腸靜脈受壓迫之婦科病，如小骨盆腔內之子宮飢瘤，巨大之卵巢囊腫等，均可發生痔核，或使其增大。

(十八) 子宮體部癌瘤，或化膿性骨盆窩織炎，有時能潰穿直腸，形成瘻管。

(十九) 巨大卵巢囊腫，每與腹膜、腸管、肝臟、脾臟等發生癒着，其多方癒着者，手術時剝離非常困難。

第二節 由胃腸病惹起之婦科疾患

(一) 腸寄生蟲如蟯蟲，其雌性者，常自肛門游出徘徊於女陰部，或進入陰道內，局部有劇烈痒感，每釀成炎性變化，或為手淫之原因，甚則由陰道侵犯子宮，經過輸卵管直達腹腔者有之。

(二) 患薑片蟲病者，身體發育必受障礙，月經晚潮，如在壯年，每有月經不調，痛經等現象。

(三) 蛔蟲產生量過多者，可穿通腸壁侵入腹腔，盤旋於內部生殖器官外方，則現顯著之刺激作用，每有輸卵管部疼痛等症狀。

(四) 條蟲及十二指腸蟲等為害劇烈者，身體衰弱，同時月經不調。

(五) 包蟲除寄生於腸管外，於輸卵管、卵巢、子宮等器官，亦可發現其囊胞。

(六) 高度腹水或鼓腸，如致內部生殖器如子宮、卵巢等發生變位。

(七) 原發性腮腺炎，每合發乳房炎、卵巢炎、及陰道炎，或有乳房脹痛、白帶增多等同時發現。

(八) 慢性胃炎經久不治者，常惹起月經障礙及痛經。

(九) 神經質婦女常自覺腸管跳動、腹鳴、時或便秘，係由腸運動神經障礙而起，在經期中尤為著明。

(十) 凡能使下腹充血之各種腸疾患，如霍亂、傷寒、赤痢、及急性腸炎等，倘適在月經期中，能使其突然停止或過多，設在經前發作，可使月經提前來潮。

(十一) 患扁桃腺及腺樣體增殖症之幼女，往往顏面表情滯鈍，智力減退，初期月經每延遲。

第三節 易與婦科病混淆之胃腸疾患

(一) 盲腸炎及盲腸周圍炎，在急性期右側下腹部有劇痛，或能觸得腫物，兼有惡寒發熱等症候，極易與右側急性化膿性輸卵管炎誤診，其誤診因於：

(1) 部位相彷彿，疼痛均劇烈，為免除壓痛起見，於麻醉下檢查，或可區別腫物之大小與性狀。

(2) 兩者均可有嘔吐，發熱等症狀，但盲腸炎每每較為顯著。

(3) 有時兩者合併化膿，雖行開腹術，亦難鑑別其孰為原發，孰為續發。

在慢性期又極類似右側慢性輸卵管炎，右下腹時發疼痛，體力過勞時較為著明，遷延日久，對於營養均有障礙，且有時與輸卵管相癒着，經期中發現痙痛，內診上更難鑑別，往往因此內科與婦科發生診斷方面不同之意見，直待開腹術後始能判定者有之。

(二) 腸管內有糞便塊蓄積，初學者每易誤為腫瘤，觸之有移動性，硬度因宿便之程度而有差異，一經灌腸，不難排除。

(三) 卵巢囊腫與腹水，均能使腹部膨隆，其鑑別點如次：

(1) 卵巢囊腫向前隆突呈球狀，於體位變換時所受影響少，腹水在仰臥時，側腹膨隆，前腹扁平，直立時下腹較為突出。

(2) 行使打診，卵巢囊腫部分無論上方及側方，均呈濁音，腹水則濁音界因體位變換發生

波狀，下方最濁，漸至上方漸帶鼓音。

(3) 觸診時，卵巢囊腫無波動，腹水量少者，波動著明，量多者，因腹壁緊張，幾難證明。

(4) 卵巢囊腫兼患腹水時，腹水量多囊腫小者，可觸得極易浮動之腫物，同時濁音界因體位不同而起變換，如囊腫大者，則不能移動，欲鑑別其膨大部分之內容物，究屬何方面，在極嚴重消毒之下，行穿刺術，如係腹水，呈漿液狀，如係囊腫，則黏稠如膠，但此種穿刺，危險頗多，非萬不得已時不可濫用。

第十三章 神經病及精神病與婦科之關係

女子精神容易感動，神經容易興奮，故婦科病與此兩方面關係至為密切，當性神經衰弱時，其發現之神經衰弱症候最為複雜，有時因屢經妊娠及分娩，而遺留神經障礙，有時因先後天性陰道知覺過敏，至性交發生困難者。

第一節 陰部知覺神經過敏所起之障礙

病變大抵在陰道入口部分，無解剖上特殊變化，當初度性交之際，疼痛劇烈，陰道及骨盆底肌亦起痙攣，以後即與細如髮絲之物相接觸，頓覺疼痛，終至不能性交，此種患婦非在麻醉下不能行使內診。療法切除處女膜邊緣基礎部分，即可治愈。

已婚婦陰道知覺過敏，大抵為重篤之陰道炎，倘被強迫性交，該部亦可發生類似痙攣之症候，惟決不如處女之劇烈，本病治愈，即可消失。

第二節 因內生殖器疾患所起之各種神經痛

(一)三叉神經痛 子宮卵巢等患急慢性炎症或腫瘤，能反射性發生三叉神經痛，大抵偏於一側，不定期發作，往往有蟻行感。

(二)乳腺神經痛 大抵在第四至第六肋間神經領域內，左側者多，有發作性，乳腺起硬塊，於希司忒利亞病人尤為常見。

(三)坐骨神經痛 臀部，下肢後面，以迄足外緣，足背等處有持續性疼痛，於子宮異位及內部生殖器有炎性滲出物時見之。

(四)尾骨神經痛 內部生殖器有炎性變化，或子宮位置異常者，屢有發現，於劇烈運動或排便時尤為著明。

第三節 神經衰弱

本症係一種機能障礙，純屬精神變化，神經方面不能發現解剖異常。

原因

- (一)內分泌失去常態，房事過度，手淫等。
- (二)頑固難癒之婦科疾患，終日愁鬱，無法解脫。
- (三)青春期中性慾強迫抑制，失戀等。
- (四)分娩過多，養育過繁，精神體力均感疲勞等。
- (五)其他屬於內科方面者，從略。

症候

- (一)失眠每屬於主要症狀，輕者於就睡時必轉輾反側，二小時始能熟睡，重者每夜僅能睡二小時，甚至澈夜不眠，因之陷於高度衰弱，或發生憂鬱狂。
- (二)患者自覺肌肉跳動，每現顫部或四肢，皮膚有蟻行感覺。
- (三)脈搏常起變化，稍受精神感動，或工作過勞以後，可突然增多至百跳以上，同時自覺心悸異常。
- (四)心慾極易衝動，但排卵機能每減退，故不易妊娠。

(五) 月經大抵過少，日期不準，持續亦較短。

(六) 小便量過多，且常有尿意。

(七) 消化不良，攝食無味，胃部時感飽滿，或發神經性嘔吐，與妊娠嘔吐，或慢性胃炎，容易誤診。

(八) 頭痛時發，腰背亦然，有時陰部及肛門等處有震顫感覺。

療法

(一) 精神療法最爲重要。

(二) 除去原因，如頑固不治之婦科疾患等。

(三) 投以鎮靜劑、滋補劑、健胃劑，至催眠劑不可濫用。

(四) 內分泌製劑有時能奏效。

第四節 希司忒利亞

本症亦係一種精神疾患，與婦科病有相當之連帶關係。

原因

- (一) 性慾不能發洩，如老處女，寡婦等。
 - (二) 性慾發洩不暢，如配偶患陽萎，或交接不能等。
 - (三) 凡能誘起神經衰弱者，同時亦足以爲本症之原因。
 - (四) 絕經期中內分泌漸漸衰退，精神失常時亦能發生。
 - (五) 授乳期過久，或因分娩過多又復妊娠者，常覺抑鬱不歡，於是精神方面大受障礙。
 - (六) 其他內科原因從略。
- 症候

- (一) 個性特強，自私自利，情緒極易衝動，好誇大說慌，行事大抵多陰險。
- (二) 健談，而談話多不中肯，使人聽之發倦。
- (三) 知覺過敏，卵巢部最爲顯著，次爲乳房，肋間，恥骨縫合等處。
- (四) 偏側性頭痛，荐尾部疼痛，大抵爲發作性，長時間持續者較少。
- (五) 有時陰部知覺鈍麻或失脫。
- (六) 性慾失常，或極端亢進，或高度減退。

(七)嗅、視、聽、觸等感覺均可現異常變化。

(八)本病具有特殊之發作現象，每有悲哀、愁鬱，或家庭間勃谿爲其誘因。發作可分爲兩種：

(1)輕症者，突然起四肢痙攣，意識混濁，瞳孔散大，宛如假死，經過若干分鐘漸次清晰，但仍號叫啼泣，不受勸解，任其發洩以後，始恢復常態。

(2)重症者，有數天抑鬱憤怒之前驅期，次痙攣發作，其症狀與輕症相同，惟持續時間較久，同時角弓反張，眼球凝視不稍轉動，再後發生幻視，幻聽，語無倫次，經過約半小時之久漸漸蘇醒，然對於惹起本病發作之誘因，仍嘮嘮不休，結果與輕症同。

本病發作無定期，或數天一發，或整年不發，以誘因之強弱支配病症之輕重，但病勢沉重，雖稍受精神感動即可發作。

(九)性情暴躁，好與人鬪爭，在月經期中更易衝動。

(十)本病常與各種婦科病併發，故舊說常視爲子宮病之一種分症。

療法

(一)調節正當性慾，根治婦科病。

- (二) 精神休養，投以鎮靜劑，強壯劑。
- (三) 發作時應防止卒倒受傷，欲使早期蘇醒，可壓迫卵巢，乳房等處。
- (四) 內分泌劑可以試用。

第十四章 外傷與婦科之關係

外傷如墜落，傾跌等，可突然發生婦科疾患，或使原有婦科疾患之病勢增劇，甚至因而喪失生命。

第一節 因外傷所致之婦科疾患

- (一) 股關節脫臼者，勢必跛行，經久以後，骨盆傾斜，如在幼年可發生斜形骨盆。
- (二) 突然由高處墜下，因而發生子宮脫出者有之。
- (三) 鈍傷，火傷，及一切破裂性外傷之在陰部者，極易侵入細菌，起混合傳染，或陷於敗血膿毒症，或結果形成癍痕組織，發生陰道狹窄，子宮口狹窄，或遺留各種瘻管。
- (四) 強姦，尤以幼女被姦者，可釀成外陰及陰道管腔之裂傷，一時流血過多，或創傷傳染者，有生命危險。

(五) 婦科檢查時，常有發現陰部受手淫工具之外傷，或殘留玻璃碎片，軟木塞等事實，遷延日久，往往惹起陰道發炎及白帶等症。

(六) 乳房被打擊時，每起鬱血性乳房炎。同時腋窩淋巴腺腫脹，疼痛，如不幸陷於化膿，宜迅速切開爲佳。

(七) 月經期中如下腹突受拳擊，跌傷等，每致月經過多，疼痛，同時或有輸卵管疝痛。

第二節 因外傷而增劇之婦科疾患

(一) 凡患內部生殖器官炎症者，設遇有傾跌，腹部打擊等情事，則病勢惡化，如輸卵管膿腫或直腸子宮陷凹蓄膿等症，可因此膿腫破潰，範圍擴大，甚至惹起急性腹膜炎而致命。

(二) 患巨大卵巢囊腫者，受衝突性外傷以後，囊腫受震動，每有劇痛，猝倒等現象。

(三) 患子宮黏膜下肌瘤者，於墜落之際，容易發生子宮內翻而突然失神，同時出血。

(四) 患女陰炎者，每因搔痒，或褲袴擦傷，合發癰腫。

中華民國二十八年二月初版

◎(4275)

職業學校
教科書
婦科學一冊

每冊實價國幣柒角伍分

外埠酌加運費匯費

編著者 程浩

校閱者 葛成慧

發行人 王雲五
長沙南正路

印刷所 商務印書館

發行所 商務印書館
各埠

◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎
◎ 有 所 權 版
◎ 究 必 印 翻
◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎

G四二一上

朱

(本書校對者潘同書)

4

20754



醫學
科書
婦科