

江蘇戴農李編輯

婦科學提綱

(全)

北京
長安醫院
出版

長安
醫院

醫學講習所

出版

醫書

解剖學粹

細菌學提要

生理學講義

外科學粹

簡明外科各論

外科手術撮要

花柳病學精義

簡明皮膚病學

傳染病講義

實用裁判醫學

藥物學粹

診斷學提要

衛生學粹

簡明產科學

婦科學提綱

內科學粹

簡明病理學

長安附設醫學講習所簡章

第一條 本所以普及衛生知識便利補習醫學造就實地醫家爲宗旨

第二條 本所講習科目分八科如次 一 家庭醫學科(看護學救急法附) 二 藥物學科(診斷學

處方學附) 三 衛生科(細菌學傳染病學法醫學附) 四 皮膚花柳科(生理學組織學

附) 五 內科(病理學附) 六 外科(解剖學附) 七 婦產科(胎生學兒科學附)

八 眼耳鼻喉科學附)

第三條 每六個月爲一修學期每期講習一科每修學期滿考試及格給與修業證書繼續修學滿八學期

或得有各科修業證書者換給畢業證書

第四條 各修學期所講習之科目及講習時間於開班時定之

第五條 各修學期每日授課鐘點由二小時至三小時實習臨症隨時規定

第六條 聽講者之程度以文理清順稍具科學知識者爲合格

第七條 每一修學期學費暫定爲十八元講義費在內一次或分兩次交納中途退學者學費講義費概不

退還

第八條 宿簾紙墨筆一切費用悉由聽講者自理

△注意△

●疾病之由來養生之大道瘟疫之防避看護之方法爲常人所應知而醫書所載過精過詳決非常人所能領略本所特授家庭醫學一科別類分門淺解深義以求衛生知智之普及卽素無醫學基礎者亦可了然生存之理此便利之點一也

●於短少時間(六個月)內可以習得一部分之應用醫學此便利之點二也

●畢業不以年限拘定而以學科計算一修學期滿是否繼續修學悉可自定此便利之點三也

●講義鐘點悉在下午四時以後學者可以半工半讀此便利之點四也

●有志於醫學中一科目者可以於開班時按科補習此便利之點五也

江蘇 戴農季 編輯

婦科學提綱

(全)

發行所 北京長安醫院附設醫學講習所

婦科學提綱 目次

第一編 女子生殖器之局所解剖	一頁
第二編 女子生殖器疾病之診斷法	五
第一章 既往症之詢問	五
第二章 現症之檢查	六
第一節 觸診法	六
第二節 視診法	八
第三節 子宮消息子檢查法	九
第四節 子宮內面之檢查	一〇
第五節 膀胱鏡檢查	一一
第六節 解剖診斷	一二
第七節 細菌學的檢查	一二
第三編 婦人疾病之療法總論	一三
第一章 陰洗滌	一三

婦科學提綱 目次

第二章 子宮洗滌及子宮內注入法	一四
第三章 浴滌法坐浴及足浴	一五
第四章 鹽及子宮之湯筋插入法	一六
第五章 子宮桿及鹽球之應用	一七
第六章 局部瀉血法	一七
第七章 烙鐵及派沙連之應用	一七
第八章 乾燥熱氣療法	一八
第九章 透熱療法	一八
第十章 林道精放射線療法	一九
第十一章 拉丟謨及迷少脫倫謨療法	二一
第十二章 接種療法	二二
第十三章 按摩法	二二
第十四章 麻醉法	二三
第十五章 婦科制腐法	二五

第四編 月經	二五	第六編 膻之疾患	四八
第一章 月經之生理	二五	第一章 處女膜之疾患	四八
第二章 月經障礙	二七	第二章 膻之畸形	四九
第一節 無月經	二七	第三章 膻之炎症	五〇
第二節 月經過多	二九	第四章 膻瘰	五三
第三節 月經困難	三一	第五章 膻之新生物	五五
第五編 外陰部之疾患	三六	第六章 膻內異物	五七
第一章 外陰部之畸形	三六	第七章 膻之外傷	五七
第二章 陰門肥大及變形	三七	第七編 子宮之疾患	六二
第三章 陰門炎	三七	第一章 子宮之畸形	六二
第四章 陰門之新生物	四一	第二章 子宮萎縮	六三
第五章 外陰部之損傷	四四	第三章 子宮閉塞	六四
第五章 尾閥骨痛	四七	第四章 子宮轉位	六五
第六章 陰門淋瀝	四七	第五章 子宮之炎症	七七

第一節 子宮實質炎……………七七

第二節 子宮肥大……………七九

第三節 子宮粘膜炎……………八〇

(附)子宮粘膜炎……………八七

第六章 子宮之新生物……………八七

第一節 子宮筋腫……………八七

第二節 子宮肉腫……………九五

第三節 子宮肉腫……………九九

第四節 子宮腺腫……………一〇〇

第五節 脈絡膜上皮腫……………一〇一

第八編 輸卵管之疾患……………一〇一

第一章 輸卵管之畸形……………一〇一

第二章 輸卵管之炎症……………一〇二

第三章 輸卵管妊娠……………一〇六

第四章 輸卵管之新生物……………一〇七

第九編 卵巢之疾患……………一〇七

第一章 發育異常……………一〇七

第二章 卵巢之轉位……………一〇七

第三節 卵巢赫尼亞……………一〇七

第二節 卵巢下垂及脫垂……………一〇八

第三章 卵巢血腫……………一〇八

第四章 卵巢肥大及萎縮……………一〇九

第五章 卵巢之炎症……………一〇九

第一節 急性卵巢炎及卵巢周圍炎……………一〇九

第二節 慢性卵巢炎……………一一一

第六章 卵巢新生物……………一一〇

第一節 囊腫性腺腫……………一一六

第二節 卵巢瘤……………一一一

婦科達提綱 目次

第三節 皮膚樣囊腫……………一二七

節四節 卵巢之間質性新生物……………一二七

第十編 骨盤蜂窩織及骨盤腹膜之疾患……………二一八

第一章 骨盤蜂窩織炎……………二一九

第二章 骨盤腹膜炎……………二二〇

第三章 腹膜內血囊腫……………二二一

第四章 腹膜外血腫……………二二一

第五章 扁韌帶圓韌帶之新生物……………二二三

第十一編 膀胱及尿道之疾患……………二二三

第一章 膀胱炎……………二二三

第二章 膀胱絨毛腫……………二二五

第三章 尿道疾患……………二二五

第十二編 婦人生殖器淋疾……………二二六

第十三編 婦人生殖器及腹膜之結核……………二二八

第十四編 無子……………二三〇

第一編 女子生殖器之局所解剖

外陰部。由大小陰唇及前庭而成。以處女膜與陰道分界。以陰唇繫帶爲外陰部會陰部之境界。陰唇繫帶之後。有凹陷部。曰舟狀窩。

(一) 陰(陰道) Vagina 爲擴張性膜樣之管道。前后兩壁。互相接觸。陰管所取之方向。殆近於水平。其前方爲尿道。及膀胱後下方爲會陰及直腸。後壁較前壁長。陰管上端稍膨大。圍擁子宮外口之上部。此處名陰穹窿。下端則開口於外陰部。陰壁有三層組織。內層粘膜爲重層扁平上皮。以處女膜爲陰門及陰之分界中層爲筋層。陰道之前後兩壁皺襞甚多。名之曰陰柱。筋層係由平滑筋纖維而成。外縱走內輪走。其筋束間。有靜脈管甚多。外層爲結締織層。由強固之結締織纖維。及多量之彈力纖維而成。陰管達經閉期則瘦削。縱徑短縮。上下兩端狹窄。穹窿部消失。皺襞消失。陰之動脈曰陰動脈。爲子宮動脈之分支。而直接由腸骨動脈來者亦有之。靜脈。在筋束間爲靜脈網。集合爲陰靜脈。淋巴管。分佈於粘膜層。及筋層集合而與鼠蹊腸。腸骨最下之淋巴腺。子宮頸部之淋巴腺相連續。神經。爲陰部神經之分支。

(二) 子宮 Uterus 分爲子宮頸子宮體兩部。其兩部之界爲內口部。由外面觀之。見輪狀之溝。卽頸體兩部



之境界也。其體部被腹膜所掩覆。而頸部則在腹膜之外。子宮體部之粘膜。其上皮細胞核。在細胞中央。排列不整。而頸部之粘膜。其上皮細胞核多近細胞基底。排列則甚整齊。子宮體之上部。爲子宮底。輸卵管連繫於底部之左右。子宮頸部更可別之爲三部。最上部。曰腔。上部。爲後穹窿部。附著部之上部。最下部。曰腔。下部。爲前穹窿部之下部。後穹窿部之下。前穹窿部之上。曰腔。中部。子宮之全形。在平時前後兩面壓扁。爲扁平梨子狀。左右兩緣附著扁形帶頸部亦微扁。前端爲子宮之外口。子宮體之縱軸與子宮頸管之縱軸。並非直線。體部之縱軸。稍向前屈折。惟月經期內。子宮膨脹。前屈折之角度稍減。子宮外口。在未產婦。爲橢圓形之小橫裂口。在既產婦。則外口之兩側生裂隙。而外口亦較廣。

子宮之位置。決非固定不移。因年齡、體位、子宮之性狀、固定裝置、腹壓及隣近臟器之盈虛等而不同。通常亦非在體之正中。概偏於右側。其五分之三。在骨盤腔之右半側。五分之二。在左半側。且右緣概稍向前。而膀胱盈滿時。子宮向後上方轉位。膀胱空虛時。子宮向方屈伏。屈折角增加。若在直腸充滿時。子宮則被壓向前。子宮在小兒期。其頸部甚長。約占子宮全長三分之二。至春動期體部增長。頸部祇占全長三分之一。至閉經期則子宮全體縮小。

子宮之硬度。因年齡、生殖官能、而有異。在可婚期前。及閉經期後。最硬。在月經期前稍柔軟。姙娠期內最柔軟。經期後則硬固。

子宮、粘膜。子宮頸之粘膜。有甚多之皺襞。而積因之甚廣。子宮頸之分泌物量亦較體之分泌物最多。子宮腔之粘膜。有無數之管狀腺。由表面而達筋層。此腺管及粘膜之表面。概由毳毛圓柱細胞被覆之。細胞之核在胞體中央。基礎著明。其毳毛常由子宮底向頸管運動。子宮筋層有三層。內外兩層皆縱走。中層為輪走甚厚且富有血管。

子宮血管之主要者。為子宮動脈。及內精系動脈。子宮動脈為內腸骨動脈之分枝。沿骨盤側壁下行。達扁韌帶之基部。則向內方屈曲。達子宮之側方。再向下方屈曲。而分佈於子宮側面內。精系動脈（卵巢動脈）以腹部大動脈為起始點。有時為腎動脈之分枝。在腹膜後沿大腰筋斜向外下方下行。與輸尿管相交。進入扁韌帶內。沿卵巢之下方。經卵巢韌帶。達子宮沿其側壁下行。與上行之子宮動脈相吻合。靜脈之經過。與動脈相同。子宮富有靜脈。其數約八倍於動脈。此多數之靜脈。合併成二大靜脈叢。即精系靜脈叢及子宮靜脈叢。是也。生殖器之淋巴管。與傳染機轉。及惡性新生物之蔓延。至有關係。故淋巴管之徑路。不可不詳悉。子宮粘膜有毛樣淋巴管之密網。圍繞粘膜之血管及腺。而移行於筋層之淋巴管。多數相吻合。達子宮筋層之表面。更集成深。在漿液膜下。淋巴管網。其在子宮體部者。於子宮側部集合。成數條輸出淋巴管之主幹。沿精系動脈入扁韌帶向外行。與腰部淋巴腺（下腰腺）連續。在子宮頸部者。亦於子宮兩側。成巨幹沿子宮動脈。向骨盤橫走。與腸骨動脈分枝部之淋巴腺（下腹腺、腸骨腺）連續。子宮之神經甚複雜。有脊髓神經及交感神經。

之分佈。其脊髓神經之主部。由腰髓發生。通過第一至第四腰結節。於下行大動脈之前。或其隣近部。與交感神經叢相連合。而荐骨神經之一部。亦直接而達子宮。所有脊髓交感諸神經。在荐骨孔部集合。成神經叢。此曰大子宮神經叢。

子宮動脈與輸尿管之關係。輸尿管由管骨盤漏斗帶附着部之後。達小骨盤循卵巢之後緣。入扁帶帶內。通過骨盤結締織漸次接近子宮頸。經膀胱穹窿部由後面連續於膀胱。故輸尿管之經路。最初在子宮動脈後。經過中則與輸尿管互相交叉。其交叉點與子宮之距離約為十六至二十二公厘。於子宮全摘出時。若在離子宮外側二公分之處。結紮血管。則不免有誤紮輸尿管之危險。

子宮之固定裝置。子宮之位置由圍攙子宮頸部周圍。各種強韌之結締織及腹膜而保持其位置。而所謂固定裝置者。即圓韌帶。扁韌帶。膀胱子宮韌帶。直腸之韌帶。吐克拉斯皺襞。骨盤底及骨盤結締織等是也。

(二)輸卵管(喇叭管) Oviductus 以子宮角為起始部。與卵巢韌帶平行。向外後方橫走。全管得分為峽部及壺狀部之二部。峽部之內端。開口於子宮。壺狀部之外端。開口於腹腔。全長約為十公分。輸卵管內層之粘膜有毳毛圓柱上皮。在閉經後。則毳毛上皮漸次萎縮。毳毛消失。圓柱上皮變為磚狀上皮。又輸卵管粘膜之皺襞在峽部有三四條主皺襞。在壺狀部除主皺襞外。尚有甚多之副皺襞。

(四)卵巢 Ovarium 為一種腺體。在子宮兩側。左高右低。包圍於扁帶兩葉之間。由卵巢懸垂帶。中卵巢

膈。及卵巢韌帶而保持其位置。卵巢之移動性與身體之移動無關而與子宮之變位甚有影響其動脈爲內精系動脈之分歧。靜脈概集於卵巢門而移行於卵巢靜脈叢。淋巴管以濾泡周圍爲起始部。亦集合於卵巢門。而與脊柱淋巴結節（上腰腺）相連續。神經則有由腎臟神經及精系神經節而來之分歧。

（五）副卵巢。爲多數排列之盲管。在扁韌帶兩葉內。卵巢及輸卵管之間。

第二編 女子生殖器疾病之診斷法

第一章 既往症之詢問

詢問既往症時。必須溫和縝密。從一定之順序。而詢問其疾病之狀況。方能抉擇其點要。爲診斷資料。其詢問之次序略如下。1 年齡、職業、住居、遺傳、既往之疾患、及全身之狀態。2 配偶之有、無、經產、與否、經產之次數。既往分娩之難易。各產褥之經過。流產、早產之有無。小兒之健弱、泌乳之狀態。配偶者有無疾患。最終分娩之時期。3 月經、初潮之時期。邇來之經過。經血之分量、性質、及持續之長短。結婚分娩後、有無變調。平素或經行時。並其前後、有無疼痛。及他種異常、疼痛之部位、時期、及性質。若何。對於經竭者。其最終月經之時期。月經停止後。有無異常及出血。4 分泌物（帶下）之多少、性狀、及出血之狀況。5 疼痛之部位。（荐骨部、腰部、下腹部、腎部）性質（刺痛、鈍痛、變痛、放散痛、間歇性、持續性）時期。（月經期、交接時、運動時）疼痛後排泄物之有無。下腹部有無硬塊。其性狀若何。6 便秘、抑下痢。利尿若何。有無痔疾。及裏急後重等症狀。7 惡寒。發熱之有無。其

狀況若何。8 從來之療法若何。(最須問者爲在他處曾受過局處的手術之療法。)

第二章 現症之檢查

現在症之檢查。有種種必要之方法。卽觸診法。視診法。聽診法。消息子(探子)檢查法。子宮內面之檢查等。是也。而顯微鏡檢查。膀胱鏡檢查。林道精線檢查。頗多用之。施各種檢查法時。患婦應取各種適宜位置。故於檢查之前。先論各種位置。A)直立位。置。惟檢查腹壓與陰部之關係時用之。如陰唇脫腸子宮脫之檢查(B)側位。或普謨斯。Sims氏位。使患婦取側臥位。若係左側臥位則左側上肢向后方伸展。胸腹向下。左側下肢稍屈曲。右側下肢強屈曲。使膝脗兩關節成直角。大腿接近腹部。檢者立於患婦后方。以一手拍按會陰部。然後施內診。或用普謨斯氏子宮鏡。C)膝肘位。或俯位。使患婦腹部向下。大腿對於床面。取鉛直之位置。軀體之上部下降。骨盤部高舉。以肘膝關節支撐於床面。則陰門哆開。腹腔內臟向橫隔膜倒壓。此位置雖不使於觸診檢查法。而便於膀胱膀癭之手術。D)背位。或仰位。此爲最常用之位置。患婦取背位。膝股兩關節屈曲。下肢向左右離開。張口呼吸。使腹內壓減少。於此位置。內外兩診及雙合診皆便利。若更使大腿緊貼下腹。則曰尾間背位。若舉高骨盤部。使腹腔內壓更減時。則曰探石術位。若頭部更低。兩脚向上。則曰骨盤高位。觸診法。可區別之爲外診。內診。雙合診(探官術)之三種。分述之如左。

第一節 觸診法

(A) 外診。使患婦取背位。檢者立患婦側方。以兩手掌輕按下腹部。而診察其大小軟硬形狀。以及是否弛張。抵抗之強弱。次加以輕壓。而檢其有無疼痛或腫瘍之有無。若有疼痛之處。更宜檢查其部位。若觸有腫瘍。則併用打診法。檢其形狀、境界、及移動之有無。與他臟器之關係。若有波動。應施穿刺法。調查其內容。若疑為妊娠。須並用聽診法。而辨別之。但遇大網脂肪過多之患婦。或在直腹筋緊張時。鼓腸時。糞便滯積時。則外診甚為困難。不得已。可先用罌囉麻醉。然後外診。

(B) 內診。有兩種方法。一為腔內診。一為直腸內診。a 腔內診者。兩手消毒之後。以一手之拇指豎直。中環小三指屈曲。示指塗油伸直。經會陰部。由後方送入陰道內。此時宜防止陰唇陰毛隨檢指嵌入。順次檢查陰唇繫帶、陰入口、陰壁、及直腸、膀胱等隣近臟器。觸診子宮陰部之位置、形狀、大小、軟硬。以及外子宮口之形狀、大小、粗滑、軟硬、附着、癩痕、贅生物、疼痛之有無。但在陰道狹窄、陰閉塞、及有處女膜時。不能內診者有之。此時亦應先麻醉而後內診。b 直腸內診者。於不能行腔內診時。或補助腔內診時行之。手指送入法與前同。於腔腔強硬之未產婦。或子宮後有腫瘍時。直腸內診頗有價值。

(C) 雙合診(探宮術)為婦科最適用之法。式亦為最確實之診法。以其兼有內外兩診之用也。先以一手(外手)稍屈曲指端。向臍部按恥骨之直上部。乘患婦呼吸氣時。靜向下壓。同時以一手(內手)示指送入陰腔。達前穹隆部。使子宮體向上舉高。此時子宮體適在內外兩手之間。靜。憑觸診則子宮之大小、形狀、軟硬、及移

動性等。皆可得而檢知。檢查子宮體後。內外兩手移向子宮左右側。再次移至子宮後側。而觸診之。苟技術熟練。則輸卵管、卵巢、輸尿管、膀胱、直腸等。皆可得而觸知。但腹壁肥厚緊張。知覺過敏時。或膀胱直腸充滿時。往往爲雙診之際。亦應施麻醉後再診。或內外兩診分別行之。

第二節 視診法

視診法有二。一則單用手指。使陰唇離開。而施視診。一則使用子宮鏡 Speculum 而行視診。若單檢視外陰部之創傷、癩痕、潰瘍、腫瘍、發疹、子宮脫、腫脫。以及分泌物之有無等。由第一法即可達其目的。（他若腹壁之着色、弛張、妊娠癩痕、靜脈怒張、骨盤之廣狹、畸形。同時亦宜檢視。）若欲視診陰腔、子宮腔部、外子宮口之狀況。則非使用子宮鏡不可。子宮鏡之種類甚多。然大別之可爲管狀及瓣狀二種。管狀者。用乳色玻璃、金屬、硬樹膠、木材製成。有大有小。而最常用者。爲賈哀兒 *Jaeger* 氏管狀鏡。使用此管狀鏡時。以一手哆開陰門。他手執塗油之管狀鏡。置鏡前端之後緣。貼陰唇繫帶部置鏡。前端前緣。在尿道之下。向後上方徐徐施前進運動。插入陰內。迄子宮鏡之尖端。達陰穹隆部時。子宮腔部則現於管內。管狀鏡之使用法。雖甚簡便。但有壓迫尿管。及不能詳視陰部狀態之缺點。故近來多用瓣狀子宮鏡。瓣狀鏡最常用者。爲西蒙 *Simon* 氏子宮鏡。有前後兩葉。前葉扁平。用以壓定前腔壁。後葉爲溝狀。用以壓定後腔壁。使用時。先以一手哆開陰唇。他手執塗油之後葉。斜置腔內。輕壓後壁。至後葉尖端達後腔穹隆部時。同時回轉後葉。使柄向下。壓定後腔壁。次以他手插

入前葉。壓定強前壁。則子宮腔部。露出於前後兩葉之間。視診之範圍。較管狀鏡廣大。但施腔洗滌及小手術時。必須助手。故改用庫司靠 Coo's 氏二瓣鏡者不少。即以閉鎖之狀態。斜插腔內。然後開張兩葉。而以固定裝置固定之。則雖無助手。亦可施種種之處置。

第三節 子宮消息子(探子)檢查法

子宮消息子 *Uterusonde* 爲伸屈自在之金屬製圓桿。有二至四公厘之直徑。前端稍膨大爲球形。離球頭每一公分。刻一度目。至七公分之處。有一小突起。微屈曲。蓋七公分適合於子宮之常長。而屈曲適合於子宮腔曲度。消息子之全長。約爲三十公分。前部之七公分爲銀製。後部則爲銅造。或青銅製也。使用消息子之先。宜預行雙合診。測知子宮之形狀。用子宮鏡使子宮腔部露出。洗滌腔。以消毒藥液。浸綿紗或綿花。清拭子宮外口。然後以內指爲導子。將消息子插入子宮頸管內。迄消息子達子宮內口部時。輕壓消息子柄部。使向會陰部低下。則消息子順自然之方向而入子宮腔。若消息子送入困難。可以銳鈎或認兆 *Kausen's* 氏鉗子。挾子宮腔部向外方牽引。然後送入。當使用消息子時。消毒最要注意。(防傳染質之輸入)忌用暴力。(防子宮粘膜之損傷)子宮穿孔。故子宮消息子最忌濫用。若用之不得其法。爲害匪淺也。述消息子使用之禁忌。及適應症如下。(禁忌) 1 有妊娠之疑時。禁用消息子。因通消息子而流產者不少。或子宮外妊娠。因消息子送入。而胎囊收縮及破裂。2 子宮及其近傍有炎症。尙有疼痛時。禁用消息子。蓋炎症往往因通消息子而增。

惡。故使用之前，必先檢子宮之周圍。³月經時，傳染性子宮頸內膜炎時，子宮出血時，禁用消息子。蓋有菌毒深入及大出血之虞。⁴對於產褥子宮，及他種之柔軟子宮，禁用消息子，恐有子宮穿孔之危險。（適應症）¹欲知子宮之長徑，而腹壁甚肥厚，或子宮壁甚弛緩，雖施雙合診，而不能測知，則一面用消息子送入子宮腔，一面用外手接觸腹壁，如此則不獨能知子宮之長，兼能測知子宮之厚。²可以推知子宮粘膜炎之病的狀態。若在粘膜炎健全時，送入消息子毫無阻礙，（但消息子因頸管粘膜炎變，不易送入者有之）若在有炎症時，則粘膜炎之局部或全部粗糙，易發疼痛。子宮腔狹窄者，消息子固定於子宮腔內，廣闊者消息子滑動。子宮內膜增殖時，則有柔軟腫脹或凸凹不平之感觸。³可以判別子宮腔之方向。在子宮轉位雖無使用消息子之必要。然在子宮周圍有炎症滲出物，或腫瘍時，單由觸診，難以知其方向時，則非用消息子不可。⁴可以決定子宮之虛實。⁵檢查子宮口之廣狹，通塞，可用消息子。⁶檢查子宮之移動性，亦可用消息子。

第四節 子宮內面之檢查

子宮內之疾患，用子宮消息子，或搔取子宮粘膜炎片，用顯微鏡檢之，雖可略知一二，若更須確實診斷，則非擴張子宮，以手指觸診子宮粘膜炎面不可。但子宮頸甚狹窄，手指不易通過，故檢查子宮內面之前，不得不先施子宮頸之擴張法。擴張之法，有二：一曰漸次擴張法，一曰急速擴張法。施漸次擴張法時，先令患婦取尾閭背位，洗滌陰腔，以西蒙氏子宮鏡，壓腔後壁，次以一手執銳鉤或鉗子，挾定子宮腔部，向前緩緩牽引，以淡制腐

液洗滌子宮腔部。他手用麥粒鉗子。挾持清潔消毒之膨脹子 (Chelmitzel) (膨脹子者吸收水分。而能增其容積之物質也。如拉米那里亞 Laminaria 卽昆布及壓縮海綿等。皆可製成粗細種種之桿。而應用最廣者。爲拉米那里亞桿。至其消毒方法。則用硫酸阿母紐謨之飽和液煮沸。約二十分時。次以熱水洗滌。而貯藏於十倍昇汞酒精內。以備用。) 送入子宮腔。僅留後端於子宮口外。用鹽湯崩以防止其滑脫。待六—一二時後。子宮內口擴張。能通過手指時。除去膨脹子。以溫水及消毒液。反復洗滌子宮腔。然後觸診。欲急速擴張時。則用器械擴張法。用害蓋兒 Hegar 氏擴張器。(爲硬樹膠或金屬製玻璃製之棒。有粗細種種。) 由小至大。順次擴張子宮頸管及內口。或用休路哉 Schiess 氏金屬製擴張子。或先結紮子宮動脈。切開子宮頸。血性擴張法亦可。

第五節 膀胱鏡檢查 Cystoscopy

膀胱鏡檢查法。乃婦科診斷上不可缺少之補助法也。因婦人生殖器疾患。與膀胱之關係至深。如淋疾、結核、瘻管等。皆有連帶之關係。故借膀胱鏡之力。檢查膀胱。得以下生殖器病診斷者。屢見不鮮。最常用者。爲尼萊之氏膀胱鏡。於檢查膀胱之前。先洗滌膀胱。至洗液透明爲度。後用1%硼酸水約一百—一百五十立方公分。注入膀胱內。尿道內則注入2%可加因 Cocain 液。1—2立方公分。取福馬林 Formalin 氣消毒之膀胱鏡。塗殺菌甘油。徐徐插內膀胱。通電於膀胱鏡前端之小電燈內。則膀胱內面之狀態。可以由膀胱

鏡外端。窺得內面之倒像。膀胱鏡宜深深送入。再稍向後抽出。同時迴轉其柄。使其前端向左向右。以檢查膀胱之前面。次迴轉膀胱鏡柄。約為一百八十度。而照耀後壁及三角部。三角部之尖端。為輸尿管之開口部。凡健全之膀胱內面。其色蒼白。炎症時則充血。充血有局部全部之別。他。若膀胱之腫瘍。結石。潰瘍。異物等。悉可就膀胱鏡之力而明視之。檢查後。滅却電燈。然後徐徐抽出。再洗滌膀胱一次。

第六節 解剖診斷

婦科之解剖的診斷。可以補足臨床的診斷者不少。如臨床上有惡性腫瘤之疑時。取組織之一片以顯微鏡檢之。則可以確定為何種腫瘤。對於子宮頸管之上部。及子宮體部之粘膜。欲施解剖的檢查。可行子宮內膜之診斷的搔爬。對於頸管下部。陰部。陰道。外陰部之解剖的檢查。可行診斷的截除搔爬時。以搔爬子 Cervix（長約一公分寬深各〇·五公分）硬化封固切片染色而鏡檢之。

第七節 細菌學的診斷

婦科之疾病。由細菌傳染而生者極多。淋菌、膿菌、普通大腸菌、結核菌。故婦科之細菌學的檢查。不獨為塗抹染色標本之檢查。且須行種種培養試驗及動物試驗也。（可參閱細菌學專書）

第八節 林道精 Roentgen 氏線之應用

林道精線。在婦科診斷上之應用不廣。蓋陰影稍明瞭者。祇成熟胎兒之骨。皮膚樣。囊腫。及畸形腫中之骨齒。纖維腫之灰化者。子宮外妊娠。膀胱及子宮中之金屬性異物。腎。輸尿管。膀胱之結石等。可以見耳。

第三編 婦人疾病之療法總論

第一章 腔洗滌

腔洗滌之目的有二。一以洗滌爲手術之預備。一以洗滌爲療法。(如腔及子宮部粘膜炎之疾患)常用此法而間接亦影響於子宮及其附屬器。洗滌時。使患婦取背位。置灌注器 Irrigator 於高處。其水面與陰門之高差。約爲三—四尺。先驅去灌注器腔管內之空氣。輕輕送入陰道。腔管以達陰道中央爲度。洗滌後。使患婦仍保持背位。約十五至二十分鐘。令患婦努責。或以手指子宮鏡等。壓後繫帶。開陰道。俾洗滌液流出無餘。然後起立。洗滌用之器械種類甚多。而以萊特(Light)氏改良之玻璃製灌注器最便。灌注器底部之一側。附有長一·二—一·五公尺樹膠管。管之下端連腔管。(長約二十公分。微彎曲。末端棍狀而膨大。周圍有排泄孔之玻璃或硬樹膠管也。)樹膠管與腔管之間。有一活栓。可以自由開閉。此外如樹膠製腔洗滌器。壺狀自用洗滌器。亦可用以洗滌。洗滌液之溫度因病症各有不同。如在腔炎。頸管炎。及子宮腔有多量之剌戟性惡臭之帶下時。用攝氏三一度至三六度之溫液。在頑固之子宮出血時。用攝氏三七度至四六度之熱液。在腔及陰部出血時。用寒冷之洗滌液。洗滌之次數。通常一日一次。或三次。帶下甚多時。一日可洗滌五—六次。但月

經來時。不宜洗滌。洗滌雖爲婦科常用之療法。然亦有甚多之危險。或因過冷過熱之刺激。而發振盪。卒倒。惡寒。嘔吐。等症狀。或因膈擴張過甚。而腹膜炎增惡。或因洗滌時。洗液竄入靜脈內。（子宮癌時）子宮腔內。子宮擴張發劇痛嘔吐。腹腔內（經輸卵管而入）或淋疾因洗滌而上昇。此皆宜注意者也。

第二章 子宮洗滌及子宮內注入法

子宮洗滌之目的。在除去子宮腔內之分泌物。使子宮內面與藥液接觸。而受其作用也。洗滌子宮時。使患婦取背位。側位或膝肘位。預施精密之觸診。後將子宮陰部露出於子宮鏡內。洗滌陰腔及子宮頸。消毒後。將消息子送入子宮腔內。預定其方向。長短。廣狹。然後將完全除去空氣之子宮導子 *Wagener's* 送入子宮腔而洗滌之。洗滌之間。宜注意患婦之容貌。脈搏。及疼痛之有無。若患婦覺下腹疼痛。則宜停止子宮洗滌。洗滌液水柱之高。不可過一公尺。洗滌液之用量。約爲一—二公升。洗滌所用之液。爲殺菌水或食鹽水。一—四%之石炭酸 *Acid carbolic* 水。沙利先酸 *Acid salycilic* 水。奇冒爾 *Thymol* 水。過錳酸鉀 *Pernanganat* 水等。而昇汞水或強收斂性之藥液。皆屬禁忌。子宮洗滌後。宜靜臥一—二時間。并須時時檢其體溫。及脈搏。子宮洗滌法。於慢性子宮內膜炎。子宮手術之預備及後療法用之。但產褥後子宮。或子宮有急性亞急性炎症。或子宮附屬器有炎時。概不宜洗滌。子宮洗滌時之危險較洗「陰」時之危險尤多。洗滌時更須注意。子宮內注入法者。以注射器注射藥液於子宮腔之法也。其方法與子宮洗滌法同。但年來多廢而不用。故略

之。

第三章 浴治法坐浴及足浴

浴治法之應用頗廣。患婦如無局所之障礙而神經衰弱者，可行冷水浴或海水浴。如神經性婦人有陰門墜子宮之輕炎症，或子宮及其附屬器有輕症。慢性炎症兼有知覺過敏，其炎症有再發之傾向時，可用硫酸溫泉浴，或鹼性鹽泉及礦類泉浴。如熱性產褥後子宮及其附屬器有慢性炎症滲出物時，子宮纖維筋腫之初期，各種慢性卵巢炎，輸卵管炎，有炎症之卵巢囊腫，可用鹽泉浴，如月經過多，或子宮周圍及腹膜有炎症滲出物時，可用沼澤如貧血症，萎黃病，產褥後手術後之衰弱，可用含鐵泉浴，如無月經或月經困難，可用含碳酸之鐵泉。但陰門及陰道有急性炎時，妊娠時，則禁用浴治法。上述各泉水，除用作全身浴外，用為飲料亦有功效。

溫坐浴有使骨盤內充血，促進吸收，鎮定疼痛之功。故生殖器之發育不全，生殖器之慢性炎症，月經痛，月經不調，以及陰門炎（傳染性）陰門癩瘡症（老人性糖尿病）巴路討林腺炎，陰門多發腫等用之。坐浴用溫之溫度，約為攝氏三十四度至四十二度，坐浴時間由十分時至一時間。浴後宜半臥一時間。於朝起後或臨臥前行之。冷坐浴則用之者甚少。

兩足溫浴，有催經作用。兩足冷浴，於更年期子宮出血者用之。

第四章 經及子宮之湯崩插入法 Tamponade

鹽湯崩爲棉花或綿紗製之圓形小塊。其中央縛一線條。用以蘸沾各種藥液。而填塞陰腔者也。湯崩插入之目的有四。(一)使子宮腔部或陰粘膜常受藥液之作用。并遠達於子宮及其附屬器。(二)用以止腔創傷及子宮之出血。(三)用以防止子宮內膨脹子之滑脫。(四)用以檢查子宮分泌物之分量及性狀。當湯崩插入之前。宜先清潔外陰部。次以二瓣子宮鏡開張腔。洗滌腔。及子宮腔部。消毒後。以湯崩鉗子挾強湯崩。插置於目的之部位。子宮湯崩之插入。宜先擴張子宮口。然後以殺菌紗布細條填塞子宮腔。其湯崩之末端宜懸垂於陰穹窿部。決不能懸垂於陰門。以防尿之浸潤。對於第一目的用之鹽湯崩。爲海碘仿 Jodoform 奇冒爾 Thymol 硼酸 Acid Boric 等紗布海碘仿 Jodoform 海碘仿唐寧 Jodoform Tannin (等分混和) 明琴。明琴蔗糖。等分。啤酒釀母白陶土等藥末。純甘油 Glycerio 唐寧 Tannin 碘化鉀 Kali Iodid 海碘仿依黑奇奧爾 Ichthyol 代馬奎 Dermacol 奇冒爾 Thymol 奇奧開爾 Thyonol 依突落爾 Ithol 阿依繞爾 Airoi 阿苦套爾 Actol 等之一〇%甘油。卵白銀等。若在生殖器有知覺過敏時則加用二%之抱水克樂拉爾 Chloral hydrat 〇·二—〇·五%之嗎啡 Morphin 或〇·五—一%之可太因 Codein 於上舉各藥液內。對於第二目的用之鹽湯崩。爲單純湯崩。或蘸沾一半鹽化鐵 Ferrl sesq. -ni. Achlorat 液。〇·一%鹽化副腎素 Adrenalin hydrat 等止血藥。

子宮湯崩用殺菌紗布海礪仿紗布(一〇—二〇%)昇汞或硼酸紗布等。各種湯崩放置於陰及子宮內之時間。概不能過十二時間。但亦有放置二十四時或二—三日者。是因藥液之種類及湯崩之目的有差異耳。

第五章 子宮桿及陰球之應用

子宮桿及陰球之應用。其範圍甚小。即以各種藥劑與脂肪甘油克阿。脂混合所製之桿球也。子宮桿送入方法。與膨脹子送人法同。但子宮及周圍有炎症時禁用之。陰球於子宮附屬器之慢性炎時用之。此外對於生殖器粘膜有塗布藥液或散布藥粉之法。近來用之者不多。若有欲用藥液塗布子宮腔之必要時。必先用消息子或子宮小桿包纏乾燥綿花。以旋轉運動拭去其分泌物。若分泌物粘稠則小桿前端之棉花可先沾苛性鉀液。或炭酸鈉液。而腐蝕之。然後用藥劑(收斂藥、催吸收藥、腐蝕藥)塗布。

第六章 局部瀉血法

生殖器之慢性充血狀態(子宮實質炎時)可行此法。瀉血之前。使子宮陰部露出於子宮鏡內。以乾綿花拭去粘膜面之粘液。及膿液。再用石炭酸水或碘酒消毒。然後取亂刺刀。刺切陰部。刺深約半公分至一公分。切二—三處所。一回瀉血。以十五至三十公分為度。瀉血後。局部消毒。用硝酸銀棒或一半鹽化鐵液止血。用海礪仿。依黑奇奧爾唐。樟甘油等。塗湯崩壓迫止血。經六時或十二時後除去之。瀉血之次數。一週一次。

第七章 烙鐵及原沙連 Pessaria 之應用

烙鐵現已不用多用。電氣燒灼器，或烙白金 *Paquein* 於不能施手術之陰癬腫、子宮癰腫、茸腫莖之離斷。全陰部除去時用之。派沙連爲一種固定器。使復位之子宮保持其正當之位置時用之。種類甚多。用法不一。（詳見各論）。

第八章 乾燥熱氣療法

熱氣療法，雖有用於外陰部或陰內者。然以用於腹部之皮膚者爲最多。法以電燈或酒精燈炭火將空氣加溫送入分溫匣。將保溫匣蓋覆於季肋及大腿之間。初次用時。用六〇至七〇度之熱氣。約三十分鐘溫暖腹部。逐次增其溫度以患者能以忍耐之度爲標準。且延長時間至三—四日後可以持續至一小時爲度。每日一次。但月經時發熱者。有心臟病者。肺癆末期患者禁之。此療法可以促進慢性炎之滲出物之吸收並有輕減疼痛之效。

第九章 透熱療法 *Diahermie, Thermopenetration*

人體內通過高壓電流時。凡通路之組織內。發生溫熱。應用此熱。溫暖身體之某部分。以期達疾病治療之目的者。謂之透熱療法。普通之溫熱療法。如熱氣療法。溫燈法等。其加溫之部僅限於身體外部及皮膚直下之數公釐而已。而透熱療法則不然。非特皮膚不起變化。直接可以溫暖體內臟器。使起實性充血。現減損作用。及鎮痛作用。若用之於全身。更可催進新陳代謝。遏制潛伏於深部各種細菌之發育。并能撲滅之。細菌中之

淋菌在四十度溫度卽失其生活力故在淋疾初期透熱療法之效最顯。凡淋毒性關節炎、亞急性及慢性之淋毒性子宮內膜炎、淋毒性子宮附屬器炎、淋毒性尿道炎、婦人生殖器結核以及一般可以用鬱血療法溫熱療法時。本療法皆有卓效。透熱療法之器械。有導子兩個。將欲透熱之臟器挾於兩導子之間。導子雖有種種而婦科所用者。概分陰導子及平板導子兩種。陰導子爲金屬棒。平板導子爲容易屈撓之鉛板。大小種種不一。俾可與皮膚面密貼。皮膚與導子之間不可稍有間隙。蓋一有間隙則皮膚面有刺戟之危險也。陰導子置陰內。平板導子依病竈之部位。而貼於下腹部、腰部或側腹部等處。兩導子位置固定之後。方能通電流。逐漸增強達一定度。再持續於一定時間。漸次減弱電流。俟電流全停止後。方可除去導子。若電流之強度劇然變化。或通電之間。移動導子。皆非常危險。此使用時必得注意者也。電流之強弱。悉視導子之大小、組織之種類。部位之廣狹而不同。大凡導子一平方公分用十至六十米釐安培 (Milliampere) (電氣力單位) 若兩導子之面積不同時。則以小者爲準。但此種算法亦未必確實。總以皮膚能以忍耐之範圍爲要。至各回透熱之時間。爲五至三十分。每日或隔日行之。治療之日數。約爲數日或數週。又透熱療法亦可用於手術。卽用面積甚小之針狀導子。發生非常之高熱。使組織之蛋白質凝固。組織破壞。故於惡性腫瘤及狼瘡等之掃除或破壞等。有用之者因。無出血之危險。特名之曰冷腐蝕法 (Kalkautik)

第十章 林道精放射線療法

近來婦科治療。用林道精放射線者頗廣。以其對於生殖腺有特別作用也。卽此放射線。可以使卵巢萎縮。使卵巢細胞原始濾泡成熟濾泡等。發生硝子樣變性。對於黃體。胚上皮細胞間質組織。以及輸卵管等。雖無甚大之作用。而對於更年期子宮出血。及月經過多。月經困難。陰門瘙癢症。有良效。其應用最廣者。爲子宮筋腫。及各種惡性腫瘤。其中最見有效力者。爲出血之間質性筋腫。(發生於四十歲以上之年齡者) 但腺腫性筋腫。及已現惡性變性。化膿。軟化。之筋腫。或兼有附屬器疾患之筋腫。皆不宜用。又使月經閉止時。用皮膚極量三四%。其閉止之程度。視放射時間之多寡。對於筋腫施一次強度之放射。對於子宮附屬器之結核。須三四回放射。對於肉腫腺腫。其效遲。對於外陰部癌。亦須強度放射。而對於卵巢癌多無效。

施本療法時。其照射之方法亦。有數種。略舉之如下。(一)使患婦取背位。凡照射部以外各部。悉用鉛板或含鉛物掩護之。照射部祇蓋覆一公厘厚之山羊皮數層。爲濾過放射線之用。使用五 R.V. 硬度之球管。通三至五米厘安培以下之電流。燒點與照射面間之距離。約爲三十八公分。照射三—四日。每日持續六分鐘。全表面配量。不可過五日(十x)間歇二週間後。再如前法照射。此法治療日數。約須三至四個月。(二)強力深透。照射法。使患婦取輕度之骨盤高位。用三公釐厚之鉛板濾過照射線。用十三 R.V. 硬度之球管。燒點與照射面之距離。約爲二十至三十公分。歇期爲五至六日。其他與前法同。此法可免出血增加之危險。(三)分野。濾過。近接術式。使放射線由諸方面照射骨盤內部。而使其作用集中於一所。以期迅速奏效。則治療日數

可以減至一個月(四)由陰、照射、子宮、筋、腫、法。外陰部用鉛板掩護之。陰內插用含鉛玻璃製之圓筒狀子宮鏡。球管硬度為七—八。燒點照射面間之距離。為三十二公分。電流強度為一。〇—二。〇米厘安倍。不用濾過器。日照射十至十五分間。不可過三—四H。間歇二—三週間。反覆一次。

第十一章 拉丟謨 (Radium) 及迷少脫留姆 (Mesothorium) 療法

拉丟謨有 A B C 之三線。並有拉丟謨愛馬那寫 Radiumemanation 愛馬那寫之性狀。與普通氣體相同。由強壓極寒可以液化者也。

拉丟謨之 C 線。與林道精線極相似。拉丟謨之生物學作用。亦與林道精線相同。臨床上最多用者。為拉丟謨之臭素鹽。有管狀、多角形、橢圓形、種種不同之製品。凡更年期出血內分泌異常之出血。附屬器炎症、子宮癰、陰門陰之良性腫瘤。皆可用此療法。其照射之分量。〇。〇〇。悉視拉丟謨一定而積之含有量。濾過之程度。照射之時間。照射時間之配列等。而不同。普通用者。拉丟謨量五〇—一〇〇公釐 (過少時非特無效。惡性腫瘤之發育反因而而增)。使用時間。概由三十分至二十四時間。一日一次。連續二—四日。間歇一—三週。反覆一次。其用法。先以拉米那里亞之擴張子。開大子宮口後。施愛奇與克樂來突麻醉。插入拉丟謨製劑於子宮腔內。外塞綿紗。防其滑脫。放置三六—四八時間。但治療經過中有。電氣、頭痛、不安、嘔吐、食慾減退等。

副作用。又施本療法之前，須檢查腎之機能及血液蓋。有腎臟機能障礙及血液中有窒素滯積者，本法悉宜禁忌。

迷少脫留膿 Mesothorium 之發賣品亦多為其臭化鹽。其作用及用法亦與拉去謨無異。惟透過力稍弱，無A線及愛馬那穹之發生耳。

第十二章 接種療法（疫苗療法） Vaccinotherapy

接種療法者，用病原菌之死菌體，或菌成分，注射患者體內，使其刺戟，形成抗體，以期病機治癒之法也。為一種活働性免疫療法。婦科之疾患，如慢性淋毒性尿道炎、輸卵管膿腫、急性子宮周圍炎、淋毒性關節炎、慢性子宮內膜炎、輸卵管之急慢性炎等，皆可試施接種療法。一日注射之量，約為〇·三—〇·五立方公厘。

第十三章 按摩法

婦科按摩法之目的有二。一以按摩法擴張癢痕收縮之組織，軟化、壓挫、剝離病的痛著、分散、移動病的產物。（如渗出物、滲血等）而促其吸收。一以按摩法，使血行及淋巴管流迅速。按摩之方法，可分為局部療法及體操療法兩種。A施局部療法時，先命患婦排便排尿，俾直腸膀胱空虛。取仰臥坐位，下肢屈曲接近腹部，向兩側分離。術者在患婦側方，以一手由患婦屈曲之膝關節下，伸達外陰部，以示指或示中兩指送入陰腔或直腸內（或示指送入陰腔，中指送入直腸內）。舉上，欲按摩之組織或器官，支持而固定之。他手則輕貼腹壁上，先將腸管由骨盤入口，去，漸次加壓於欲按摩之組織或器官。以外手之示中兩指，施求心性環狀運動，而

按摩之。惟按摩輸卵管時。則施遠心性環狀運動。若在外手不能直達之部分。則僅以陰內或直腸內之手指按摩之。按摩之強度。由病的變化。器官之構造。局部知覺之敏鈍。腹壁抵抗之多少。而不同。然對於卵巢、輸卵管、宜輕。而對於癰痕索、硬固之滲出物及子宮。則應施相當之強力。按摩方法。除上述之環狀運動外。施擴張、摩擦、壓迫、牽引、震動、等運動者。有之。而在移動性子宮後屈症時。有所謂修正運動者。其法與婦科所用之整復法相同。

隨操療法者。而以促進骨盤內動脈血行為主眼。其應用方法有二。(一)使生殖器內血液之輸入量增加。故專施腸腰筋之諸種運動。於無月經及月經困難時用之。(二)使生殖器內血液之輸入量減少。故專施上肢、背筋、及下肢後外側諸筋之抵抗運動。於有實性充血之。各生殖器疾病用之。

按摩之禁忌症如下。1 生殖器及鄰近臟器有惡性糜瘍時。2 急性炎症時。3 有化膿性滲出物時。4 妊娠時。5 重症臟躁病及神經衰弱症時。6 生殖器機能興奮時是也。

第十四章 麻醉法 *Narkose*

婦科診斷時及手術時。屢有用麻醉法之必要。至關於麻醉之諸規定。與外科學之麻醉法相同。(一)有用嗎羅仿或以脫 *Aether* 麻醉者。有先用他種麻醉藥(補樂姆愛奇爾 *Bromaelhyl* 苦樂兒愛奇爾 *Chloroethyl* 麻醉後。祇用以脫使其麻醉狀態持續者。有先用以脫後用他種麻醉藥使麻醉狀態持續者。(二)有用嗎羅

仿以脫之混合麻酔者。Chloroform Aether Mischarkose。有用比樂特氏 Bilitrois 混合劑（囁囉仿 100.0 以脫 20.0 酒精 30.0 或囁囉仿 1.0 以脫 3.0 酒精 1.0）有兼用布拉翁 Braun 氏麻酔器及若留尼 Koenig 氏滴下器者。（三）有施西奈代林 Schneiderlin 氏注射法。及比兒 Ber 氏腰髓麻酔法之併用者。西奈代林氏麻酔法。以西奈代林注射液（溴水素酸斯靠泡拉明 Scopolaminum hydrobromicum 0.003 鹽酸嗎啡 Morphin hydrochloric 0.1 蒸餾水 10.0）注射上腭內部。手術前三時間注射一次。過二時間。再注射一次。每次注射一立方公分。第二注射之後約一時間。續行止兒氏腰髓麻酔法。比兒氏腰髓麻酔法者。以麻酔藥注射於脊髓管內之法也。最初所用之麻酔藥爲可克因 Cocain 因其有副作用。故混副腎素 Adrenalin 嗎啡 Morphin 安替比林等藥劑。或以食鹽水脊髓液溶解。可因克而減其副作用。其後則改用斯套因 Stovain 奧依克因 Eukain 鬧泡克因 Novokain 阿里冰 Alipin 等。近出則多用突樂伯可克因 Tropakokain 液（突樂伯可克因液之製法。甚爲單簡。先將盛三十公分之有色瓶。消毒傾入已殺菌之蒸餾水二公分。加突樂伯可克因 0.1 公分。混和之。連瓶置沸器之熱水中。約三分鐘殺菌。冷卻後待用。此液宜臨時配製。稍久則起變化。奏效不確實。其注射之方法。先將第三第四腰髓或第二第三腰椎相當部消毒。取腰椎穿刺注射器（內容二公分者）之注射針。水平刺入筋內。達脊髓管內。則有透明之脊髓液流出。以注射筒吸取突樂伯可克因水溶液一公分。再吸取脊髓液一公分。混和

之。完全排去管內空氣後。緩緩射入脊髓腔內。則拔去注射針以海碘仿紗布及絆創膏貼壓刺痕。俟足趾不能運動或腹部疼痛消失時（約在注射後五—十分時）即爲手術適宜時期。合併麻醉之持續。約爲二—四時間。此合併麻醉法。在婦科手術（如開腹術、膽囊式手術等）應用頗廣。

第十五章 婦科制腐法 Gynaek. Antisepsis

婦科用之手術臺、手術室、以及患者、術者之消毒、縫合材料及器械之消毒法。最宜注意。至生殖器之消毒。於手前一日剃去陰毛。洗滌外陰部。於手術前。更反復以昇汞、苦來臭、林里少爾洗滌。手術直前。不斷以消毒液灌注腔內。以指或麥粒鉗子挾綿紗球拭擦之。患者手術前之準備。及手術後療法與外科同。

第四編 月經

第一章 月經之生理

月經（天癸、經、行經、經水、月信、月事）Menstruation 女子至十四五歲時。則由子宮排泄血性液。約每隔二十八日。排泄一次。是曰月經。月經初潮即第一次排泄血性液之時期。名曰破瓜期。破瓜期因人種、氣候、及開化之度。一般之生活法、營養等之關係。有遲有早。人各不同。然大多數在十四至十六歲之間。此血性液之定期排泄。約持續三十年。至四十歲或五十歲則停止。此時期曰經竭期。每次月經之持續。約爲三—八日。若僅持續一—二日者。則爲子宮疾患之一徵候。有時於月經之先分泌多量之粘液。及月經終了之後仍持續一

一二日。每次血性液排泄之量。固由月經持續之長短有多寡。然概在一百至二百五十公分之間。月經之主成分爲血液。餘則爲混入之子宮及腔之分泌物。腔分泌物爲酸性。故月經不凝固而爲流動性。月經之解剖生理及排卵機。與月經之關係。現仍議論紛紜。莫衷一是。而其中最有力之學說有二。一說謂卵單之濾泡達破瓜期。則成熟。即濾泡液逐漸增加。濾泡增大。刺戟組織內之神經末梢。此刺戟雖甚微弱。因其爲持續性刺戟。故亦能因反射的使內生殖器充血。其結果有二現象。一爲濾泡液之急劇增加。濾泡破裂而卵子遊離。排卵機。一爲子宮充血。粘膜之毛細血管破裂而出血（月經）。卵若妊娠。則附著於血管破裂之粘膜。一說謂卵之成熟。不必與月經關聯。卵胞隨時可以破裂。然在卵巢之機轉其影響常波及於生殖器。因其結果。子宮粘膜實質。則定期的充血及腫脹。若卵子妊娠。則子宮之粘膜後變爲脫落膜。否則不妊娠時。則反射的使粘膜腫脹。達於極點。血管破裂而出血。然後粘膜復舊。故出血不必爲卵成熟之徵候。毋寧視爲妊娠未成就。反射刺戟機之結果。由是可知。妊娠者。乃由最終月經後之成熟卵子之妊娠。非由最終月經之卵而成就者也。就此種關係說明妊娠之成立。及判別妊娠之發育期。極有價值。

關於月經之解剖機轉。諸家所見。亦各不同。而最有力之主張。略謂子宮粘膜在月經期內。其間質由漿液性浸潤而腫脹。其上層肥厚增大。間或續發輕度之脂化而脫落。子宮腺亦腫大擴張。且迂曲延長。粘膜最上層之血管充盈破裂。而爲血性排泄之根原。而卵巢輸卵管在月經時。亦常腫脹云。

月經來潮時，體溫約有一度昇騰者。或有下降者。有脈搏增加者。有下肢痛、腰痛、薦骨痛、胸腔之牽引痛、胃痛、痛頭、外陰部之刺戟、尿意頻數、生殖慾亢進及諸種之神經症狀者。此等與月經關聯之不快症狀。人各不同。有輕者。要非必發之症狀。或別無痛苦。或有於前後兩二次月信之間。有與月經時相同之不快症狀者。比曰中間痛。以上不快症狀。於生殖器有疾患時爲尤著。經期後。生殖器受老人性變化。陰門縮小。脂肪減少。陰腔狹隘。陰壁滑澤硬固。失其彈力。子宮腔部消失。子宮縮小。弛緩而非薄。

第二章 月經障礙（月經不順、月經異常）

第一節 無用經 Amenorrhoe

婦人在生殖器成熟期內。毫無惡液質、妊娠、等原因。而經血缺如者。曰無月經。而月經早期閉止。或已達生殖時期。仍無月經之來潮。或月經非全缺如。惟量極少者。皆得視爲無月經。無月經症。有一時性。及持續性兩種。持、續、性、無、月、經、者。於子宮缺損。求心性子宮萎縮。子宮壁非薄。子宮腔短縮。子宮腔缺損。（因搔爬、腐蝕、或產褥傳染性疾患後。子宮腔癒着）。卵巢之惡性腫瘤時見之。一時性、無、月、經、者。生理的妊娠。及泌乳期見之。而病理的一時性無月經。則甚多。如外心性子宮萎縮（子宮壁非薄。子宮腔如常）。慢性子宮實質炎。急性傳染病。（猩紅熱、酷烈拉、替扶斯）慢性疾病。（肺癆、梅毒、腎臟炎、白血病、惡液質）新陳代謝疾病。（萎黃病、糖尿病、尿崩病、巴賽多氏病、安狄宋氏病）精神病。（鬱憂病、恐怖性神經與癡、麻痺性痴呆）肥胖病、肥大

性鼻炎。急性慢性之貧血。嗎啡、鴉片、水銀、酒精、亞砷酸、磷素等中毒時。概有一時性無月經之症狀。他若生活狀態之變換。過度之勞動。營養之不足。酸素之缺乏時。亦見之。又或於定期月經時。祇有頭痛、腰痛、胸內苦悶、胃腸障礙。兼有鼻粘膜（鼻血）、肺（咯血）、胃（吐血）、直腸（痔血）潰瘍創傷等之出血。而無月經之來潮者。此曰代償性月經。

療法 對於一時性經閉者。宜先治其原因。兼用滋養強劑。（肉類、酒類、血色素製劑。）小兒性子宮及內分泌腺。礙者。山地療養。冷水摩擦。海水浴。及適宜之運動。定時起臥。全身療法有效。若營養不良。生殖器之血行不足時。塵坐浴。蒸氣浴等。下半身日光浴。亦有效。并用通經藥。若薩菴那 *Sabina* 沙扶蘭 *Satran* 沙利先酸 *Acid Selicylic* 劑。蘆薈鐵丸。各種鐵劑。山道年丸。過錳酸鉀丸。亦異他如冰。（一日服二・〇—五・〇）酸 *化錳 Mangan Oxyd*（〇・〇六—〇・一二食後服）奧伏林 *Ooborin* 奧發拉丁 *Ovariden*（一日六錠）耀新質 *Lothii* 開崔突林 *Pituitrin* 筋肉注射（一立方公分）開茲克拉道爾 *Pingadol* 注射（二立方公分）布（布郎埏 *Brand* 氏丸等兼用鹽類下劑。或刺戟局部而施陰部亂刺熱性鹽液注。法貼用水燈。通平流電氣（一週三次）或施卵巢移植法。子宮消息子插入。子宮派沙留護。子宮按摩法。子宮粘膜爬除等法。或腐蝕下甲介之腫脹亦可奏效。

處方

耶拉巴 Jalapa 〇・二

蘆薈 Aloe 〇・二

還元鐵 Ferri. reduct. 〇・五

爲丸一日內服二—四丸

處方

山道年 Santonia 五・〇

過錳酸鉀 Kali permanganat 五・〇

混和分作百丸一日服二—三丸

處方

(硫酸鐵 Ferri Sulfuric. 三・〇

碳酸鉀 Kali carbonic. 三・〇

突浪康突樹膠 Gummi tragacanth.

適右爲二百丸一日內服五—十五丸

第二節 月經過多 Menorrhagic.

月經過多者。經血之量極多。持續亦久。因之而危害健康者也。(不可與子宮出血 Menorrhage 相混) 凡月經時。忽有多量之出血。或月經期中出血之量忽多忽少。或一旦停止之後。忽有大量之出血。以致有高度之貧血及他種障害者。皆屬之。

原因。現時尙未有定論。而慢性便秘。脂肪過多症。血友病。外兒耗夫 *W. a. Hof* 氏紫斑病。心肺。肝。胃。之疾病。子宮轉位。子宮慢性炎症。子宮附屬器之疾患。生殖器之淋病。手淫。房事過度。分娩流產之類。仍。生活法之不適當。營養不良。以及劇烈之感動等。無一不與本症有關係。故。蘭布如 *Nord* 氏。就患婦之年齡。而區別月經過多之原因。爲三。(一) 少女之月經過多。概由於神經系統之障害。由全身療法可以治之。(二) 中年婦人之月經過多。概由於分娩及產褥。由局部療法可以治之。(三) 四十歲以上者之月經過多。概由於子宮之腫瘍(惡性腫瘍最多)云。

症狀。月經過多者之子宮壁。多菲薄。且弛緩延長。容易移動。子宮腔部有多數之那波禿卵 *Nabothian* 及糜爛。并有多量之透明之分泌物。此糜爛即月經過多至有關係。糜爛治癒。而本症輕快者不少。又月經過多時。雖概無痛楚。而往往有一器官之知覺過敏。如皮膚之知覺過敏。或頭痛。羞明。嫌惡雜音。有異常之嗅覺。末期。且發雷熱。斯性疼痛等。或現高度之貧血。變爲臍躁性。在老年者起惡液質。

預後。悉視原因之若何而定。概無直接之危險。然遷延日久。則有貧血。心筋變性之虞。因子宮內膜炎。後

屈。青腫等而發之月經過多。其預後較爲佳良也。

療法 以療治其原因爲主。而對症療法亦不可缺。若已陷於貧血者。則與以鐵劑。或印度大麻酒 *Tinct. cannabis indicae*。(10—15滴。每日服三次。麥角浸 *Inf. secal. Cornut.* (4%水浸劑 100:1) 一日六次分服。黑得拉斯奇甯 *Hydrastinin* (1:10) 爲三十九一日三次。每次一二九。里得拉奇斯 *Hydrastis* 一回三十滴。一日三次。之內服愛爾蘇清 *Erugin* 水劑注射。對於脈搏頻數。因心臟疾患而起者。用毛地黃 *Digitalis* 浸劑或酒劑。他若 10% 之斯奇布奇青 *Stypticin* 之注射。或 0.5% 五錠劑之內服。斯奇布奇青 *Stypticol* (0.5:1) 沙里比林 *Selinin* 0.3:1。副腎素 *Adrenalin* 流動性之哈瑪 賣里斯 *Samamelidis*。及黑得拉斯奇斯克那但奇斯管 *Ex. Hydrastis canadensis*。撒克靠如甯 *Secacornin* (0.5:1) 注射。西斯養侵經 *Sistonensin* 亦爲常用之品。若係極頑固之症。有反復行子宮腔之爬除術者。但有人主張不能爬除。有害無益。或兼用耗列兒水 *Liquor arsenicalis* (*Liq. Kali ars-enic*) 每日三滴。經行時用之。局部用止血劑。以棉花蘸一半鹽化鐵 *Ferri Sesquichlorat* 十倍鹽化副腎素 *Adrenalin* 溶液。懸於消息子或子宮管。送入子宮腔。二—三時取去之。或以百度以上之熱氣送入子宮腔內。或注入 50% 酒精於子宮內。腹壁外部兼用溫卷法。或冰囊。此外以 50 度以上之溫收斂劑液。明禁時。察單液液 (一二公升) 灌注腔。使子宮血管收縮。又或施以湯崩。更年期可施卵巢切除。子宮全摘術。

及深部林道精療法鏡療法亦或有用之者。惜無甚功效耳。

處方

乳酸鐵 Ferri Lactici

薩比那 Sabina

酒製番木鱉膏

各二〇〇

〇・五

為三十九一日三回每次一九

處方

麥角酒 Tinct. secal cornuti

合列兒 海列氏酸(硫酸 Acid. sulfuric 一分酒精三分)

桂皮酒 Tinct. cinnamomi

二〇〇〇

四〇〇

一〇〇〇

以三十滴和水每二時服一次

第三節 月經困難 Dysmenorrhoe

經期間有不快症(狀薦骨疼痛下、腹重感、粘液排泄、尿意頻數等)異常劇烈且影響及於飲食誘發全身症狀。日常之動作亦不能堪者。概謂之月經困難。常為子宮炎、子宮轉位、子宮新生物之一症候。此不可不

注意者，也略可別之爲三種如次。

(A) 官能性月經困難。其血液由粘膜排泄是因病的官能而起之症也。或由於特發。或由於子宮及周圍之炎症而起。又得區別之爲特發性、及充血性、二種。

(a) 特發性月經困難者。卵巢及子宮之周圍毫不見有構造的變化。而發月經困難。卽通常所謂神經性月經困難是也。在經期數日之前。先有精神憂鬱。食慾缺乏。噁氣。鼓脹。頭痛。半頭痛。薦骨痛。下腹痛。尿意頻數。一—二神經之神經痛。瘧變。搐搦等症狀。間亦有皮膚發生水泡或紅斑樣發疹者。此等症狀。於月經出潮時。則消失或輕快。

(b) 充血性(繼發性)月經困難者。卵巢及子宮周圍有慢性炎症(子宮實質炎、內膜炎、滲出物、腫瘍)子宮粘膜之普通官能。因病的而變化。發月經困難。其症狀與特發性者略同。惟其骨盤臟器之充血症狀。如卵巢部之放線樣痛。子宮膨大充滿之感覺。陰道熱感。持續性之小出血。血行系興奮(心悸亢進。眩暈頭痛)等。於月經未來之前。業已顯著。故得與特發性者區別。

● 因未明。或謂由於子宮知覺神經之過敏。或謂由於月經時血液不易通過毛細管壁之故。或謂因子宮粘膜之剝離困難。故毛細管鬱血。皆屬臆斷之辭。不可據爲定論。總之於月經前或月經中。生殖器中有多量血液輸入。及子宮既有炎症。自有血行之障礙。而血液之性狀。亦大有關係也。

(B)器械的月經困難者。因子宮頸管或陰管之不全狹窄。經血之排出一時被阻礙之症也。如先天性子宮口及頸管狹窄。後大性粘膜之克阿塔爾性肥厚。手術或腐蝕後之瘡痕收縮。肉芽組織之增殖子宮內口之茸腫。子宮頸轉位。處女膜強固等之月經困難屬之。其症狀與官能性者同。惟陣痛發作之症狀著明耳。若經血稍能排泄。則症狀自然輕減。若再稍有阻礙。則障礙復發。故月經期中時時發作迄一次月經既終。困難隨之消失。患婦得以恢復健康之狀態。及次回之經期則症狀復現。

(C)膜樣月經困難者。症狀亦與前述者相同。惟有膜樣斷片之排出。及容易再發為其特徵。關於此膜樣物之排出。各家主張雖各不同。而與慢性子宮內膜炎有密切關係。已無疑義。當膜未排出之前。往往發劇烈陣痛樣之疼痛。此膜之排出時期。多在月經之第二日或第三日。延至第四日者甚少。膜之構造。由纖維性元質而成。筋纖維及膠質極少。故能成連續之大片。有本症者。多不能妊娠。縱有妊娠。於產褥之後。仍可以再發。

療法 官能性月經困難。以預防法為最要。於經行之初期。使患婦平臥。禁止精神及身體之過勞。凡可以誘發疼痛之事項。悉避去之。溫暖下腹部及四肢。節飲食。不可使胃過於充滿。若有便秘。則與以下劑。下腹之疼痛。可貼用芥子泥。持續八—十五分。時內服藥。為醋酸阿母尼亞水 *Lis. Ammon. aceti* (五·〇—水 一〇〇·〇—日三次服。及樟木酒 *Tinct. Guajacoli* (一日二次。每次一茶匙)或發作時。於鼻腔內下具

骨之前端塗布二〇%之可克因溶液。或以電器燒灼器。潰鼻腔之一部。可以使疼痛消失。或內服耗列兒水。若以上諸法不能奏效。則選用麻酔劑。但鹽酸嗎啡不可濫用。可先用海羅斯清 Hyoscine 注射。或若貴膏之坐墊。或行抱水克樂拉爾及臭素鉀 Chloral hydrate u. Kali Bromat. (各一・〇—一・〇〇)之直腸灌。以輕減其疼痛。或腹部擦入鎮靜性之膏劑。或旁垂崩 Pondion 注射。其他於疼痛時。每一時服修酸賽溜母 Teriam Oxalic. 〇・一。或以磷酸亞鉛 Znc. Phosphoric. 〇・一。及若貴膏爲丸。一日內服二次。持續數月。或阿羅尼突酒 Tinct. Aloin 混合臭素鉀內服。或用阿片劑。或安其必林 Anipyrin (內服一・〇。灌腸二・〇) 或持續內服。或甲狀腺劑。卵巢製劑亦可。經行之前。若能證明子宮之虛性充血。可以於腔部施亂制法。或貼用水蛭。他若沙里比林。或米古來特。Iguanin. 非那奇青 Itheacain 等亦有用之者。又月經困難。往往有於分娩後。自然消癒者。而於分娩後反增惡者。亦有之也。

器械性者。原因療法最爲重要。施之宮頸子宮腔擴張法。搔爬法。子宮位置矯正法。膝肘位灌腸法等。若極頑固。且兼有生命之危險者。則截除兩側卵巢。以期月經之早閉。或又線療法。

膜樣性者之療法。用過錳酸鉀 Kali Permanganat 丸。每回〇・〇五酸化錳 Mangan. Oxidat. 丸。每回〇・六一〇。一二。里得拉斯奇斯克那但奇斯 Hydrastis canadensis 甘朮及阿片 甘朮〇・〇五阿片〇・〇一。等藥劑。可以試用。蓋本症尚無特效藥也。內服藥之外。如子宮腔之擴張。子宮頸之切開。月經來潮前。

之子宮粘膜爬除。腐蝕渣積仿球之填充。子宮腔部之亂刺。電氣。積極在子宮消極在腹壁。療法等皆可試用。

第五編 外陰部之疾患

第一章 外陰部之畸形

女性胎兒。在胎生三個月時。其共同排泄孔。分爲二部。一爲腹孔。即泌尿生殖器。一爲背孔。即肛門。開口於腹孔者爲陰。與尿道。於背孔者爲肛門。而泌尿生殖器及肛門孔。皆在同一之淺凹陷部。此即生殖溝也。又胎生兩個半月時。生殖結節（陰核）約長一・五公釐。其肛門側分裂爲尿道溝。尿道溝之緣。若在男子則結合而爲陰莖。在女子則爲生殖皺襞。而形成小陰唇。又生殖結節兩側之生殖隆起。則形成大陰唇。外陰部之發育既如上述。則外陰部之畸形。自易理解。茲略舉外陰部之畸形如次。

（一）完全肛門閉塞。既無會陰。而生殖溝之上方亦不通過。（二）前庭肛門閉塞（先天性肛門閉塞）生殖溝上方不通過。以會陰遮蓋直腸及膀胱。或無會陰部。而腸開通於泌尿生殖竇。（三）女子尿道下裂。症膀胱直接開口於腔內。此時陰核長大。有勃起性。多合併會陰缺損。陰之後界由薄膜形成。（四）尿道上裂。症陰核及小陰唇破裂。尿道上壁缺損。且有恥骨縫際之裂隙。及膀胱前壁之缺損。（五）女性半陰。陽者爲女子之特異畸形。其外觀與男子生殖器相髮髯。而有女性生殖腺者也。即陰核甚肥大如陰莖。大陰唇恰如陰囊。其

下部有縫隙，小陰唇萎縮包皮短。其下有小孔而開口於泌尿生殖器溝。與男子之尿道下裂症相類似。其內生殖器多兼有諸種之發育不全。乳房仍屬女性或不甚發育。

療法 對於第一第二兩畸形。割斷組織之前後畸形完可以生活。對於其餘各畸形施手術亦多無效。

第二章 陰門肥大及變形

(一)陰門肥大。本症之多數。以手淫爲原因。蓋婦人之手淫。以手指或器物送入陰腔內者甚少。而以柔軟物體摩擦處女膜或小陰唇者較多。但小陰唇概不肥大。反因手淫而非薄延長。懸垂如瓣。且多兼發大小陰唇之慢性炎症。惟大陰唇甚肥大。甚至形成一種假性象皮病。而因腎臟疾病(陰門水腫性肥大)及尿道會陰腸直周圍炎或巴路討林腺炎等(反應症狀)大陰唇腫脹者亦有之。

(二)陰門脫腸(陰門變形)最多者。爲陰唇、鼠蹊、脫腸。即腸之系歸沿圓韌帶之經過。由鼠蹊管下降。而達大陰唇者也。脫腸甚大時。往往起器械的障礙。若此者。名之曰前大陰唇脫腸。若由扁韌帶前之骨盤莖膜及陰門舉筋間之隙隙下降。而達大陰唇之後部者。名之曰後大陰唇脫腸。又間有所謂會陰脫腸者。本症按普通脫腸之通則。甚易診斷。卽由腫脹之有增減。由腹壓增加而增大。容易整復。觸診時有雷鳴。脫腸門可以觸知等點。診斷之療法亦與他種鼠蹊脫腸同(參閱外科各書)。

第三章 陰門炎 Vulvitis

原因陰門炎者。處女膜外方生殖器部炎症之總稱也。此症由外傷（強姦）而發者最多。或由於各種帶下（不潔婦人）或由於蟻虫之轉入。或由於手淫。或由於過度之交接。以及淋毒之傳染。妊娠之充血。尿病。膿。濕疹。疥癬等疾患而起。

症狀及病理解剖 小陰唇變為紅色巨大之隆起。閉塞陰腔。分泌多量有惡臭之膿液。初甚濃厚。漸次稀薄。而隣近皮膚之毛莖。皮脂腺。汗腺等。亦被波及而發炎。陰門濾泡炎。或形成含有膿液之小結節。（陰門腫）或因炎症浮潤。而形成緊張之腫脹。（陰門蜂窩織炎）其多數概可自然消散。變為廣大之膿腫者實鮮。巴路討林腺續發炎症時。其開口於陰唇間之排泄管。變為灰赤色之肌狀。而突出於暗赤色之隆起上。此腺一經腫脹。其分泌物滯溜時。則有多量之排泄。若化膿時。往往因起坐行走。或交接而被裂漏。泄膿液。或其膿液下降形成直腸周圍炎者。亦間有之。有時其腫脹隨月經而增減。因每次排膿。患婦頗為所苦。

糖尿。病性。陰門炎時。局部之皮膚腫脹。為赤銅色。如敷有粉末。或表面濕潤有溢血斑。患部之組織脆弱乾燥。其變化極易擴張。忽爾延及陰阜。忽爾延及大腿內面。及會陰部之皮膚。此變化與糖尿病之變化相消長。異常頑固。陰門呈蒼白色。治癒之後。易於再發。凡為尿所傳染之部分。細菌甚易繁殖。且易發癰。甚至有發蜂窠織炎者。

陰門進行性皮膚瘦削症。為布萊斯開 *Bryson* 氏所記述。大小陰唇及陰門之皮膚粘膜。皆萎縮乾燥。而呈

白色。以厚皮被覆之。乳嘴結變爲癩痕。皮脂腺減少。皮膚甚緊張而脆弱。指壓之易生齧。墜入口狹窄而硬固。知覺過敏。且易發痒。排尿管脫糞時。有持續性緊張之感。故布萊斯開氏名之曰陰門硬變症。多發於四十歲以上之婦人。原因雖未確定。似與老性變化。慢性炎症。梅毒淋炎。陰門瘙痒症。癩病等皆有關係。至解剖所見。可以證明結締織之慢性炎症性肥大。及癩痕性萎縮。而脂肪。汗腺。皮脂腺。毛髮。血管。神經等。皆消失。又在年老少婦人。陰門之乳嘴。非常膨脹。而以陰唇內面最爲顯著。因搔爬則塗血生皸。以致變色。此曰乳頭肥。大症。其小結節。甚低。多孤立。完全由外皮被覆。而限局於粘膜與外皮之移行部。此與因淋毒爲起因之尖銳。贅疣不同之處也。

凡急性陰門炎。發熱者甚少。而疼痛甚劇。若皮膚及尿道。亦續發炎症。則檢診及排尿時。頗感痛苦。并有裏急後重及灼熱之感。有多量之粘稠刺戟性之分泌物。甚易流傳而達大腿。因瘙痒而手淫。因搔破而形成小潰瘍。但其經過大抵爲一週半至二週。在小兒其經道稍長。又慢性炎症。因持續性之瘙痒及疼痛。患婦頗爲所苦。其瘙痒在夕時最盛。而溫暖時精神興奮時。飲用酒精類時。其度亦增。更或變爲神經樣疼痛。患婦現因之營養生障礙。或陷於神經性。甚或發鬱憂症。凡慢性症有著明之搔痒時。概稱之爲陰門瘙痒症。Pruritus vulvæ。然。瘙痒症亦有爲神經性官能病者。如月經前後之瘙痒症。因手淫而發之瘙痒症。妊娠後半期之瘙痒症等是也。

診斷 參照以上症候。由視診已可略知。而在急性症時。則以潮紅腫脹等症狀。在慢性症時。則以分泌增加。瘙癢及知覺過敏等症狀。為其特徵。若有糖尿病之疑。則應檢尿。有淋疾時。則應檢查淋菌。然確係淋疾性。亦不能發見奈賽兒氏雙球菌者。但巴路討林腺及鼠蹊常腺常被波及而發炎。

療法。原因療法為主。而局部清潔尤不可忽略。既已發炎。由陰門洗滌。及塗灌注。大可以輕減其自覺症狀。洗滌之微溫液。為〇·二·%鉛糖水。或〇·五·%醋磨水。〇·六—一·%克列奧少突 *Neosalvarsan* 水。一—三·%石炭酸水。〇·一—〇·二·%昇汞水。或水楊酸水。三·%硼酸水。〇·五·%里少爾 *Lysozin* 水。一—二·%伏馬林 *Fonalin* 水等灌注。次數一日二—三回。反覆行之。有損傷或知覺過敏時。施冰菴法。貼拉沙 *Lysozin* 氏膏。(苦扁桃油一〇·〇·%甘油二〇·〇·%)或一·%硝酸銀(多用於乳頭增殖症) 皓禁、鉛糖、海碘仿等軟膏。或用一〇·%硝酸銀液。硝酸銀棒。碘酒。或木太兒 *Mygale* 之酒精或甘油溶液。(三與三〇之比) 一·%之依希奇奧兒 *Ichthyol* 水。塗布或貼用五—二〇·%軟膏。或五·%之奧突仿 *Orthoform* 軟膏。其以糖尿病為原因者。須注意其原因。施硫黃溫泉浴。或於每晚臨睡前一—二時。施三二度以下之坐浴。疼痛甚者。塗藥仿仿苦扁桃油。(一與五之比) 莖莖或嗎啡軟膏(二—四·%) 可克因(五—一〇·%) 水或軟膏。五·%之薄荷油等麻醉劑。內服催眠劑。(斯如佛拿 *Solonal* 等) 砒素劑、臭素劑、或施林道精線療法。防害睡眠時持續服用臭素劑。對於巴路討林氏腺之化膿瘡。瘡及蜂巢織炎。雖可由壓迫而穿孔。化膿時概宜切開。然後消

藥。洗滌施制腐爛帶。若乳頭肥大症及陰門硬變症施。上述療法無效。甚搔痒劇痛者有由陰入口切除環狀片而奏效之例。

處方

臭化安母尼亞

臭化鉀

臭化錫

抱水克樂拉爾 *Choral hydrat*

鹽酸嗎啡

亞篤樂賓 *Atropin.*

水

各五・〇

〇・〇五

〇・〇五

二〇〇・〇

混合朝夕各一—二食匙

第四章 陰門之新生物

(一)陰門象皮病。(淋巴性陰門肥大症。)此症多發於熱帶及溫帶各處所。於二〇—三〇歲壯年期之婦人見之。最多為大陰唇。次為陰核。小陰唇最少。本症因為淋巴管疾患之續發症。亦有由梅毒而誘發者。而由

生殖器之異常刺戟發生者（手淫、濕疹、白帶下）則小陰唇肥大。象皮病之發生極緩慢。然增育不止。往往成爲巨大之新生物。懸垂於兩股之間。生殖器之障礙。其表面若無炎症狀態及潰瘍。則平滑。微有皺襞。以普通之外皮被之者曰平滑象皮病。若表面不平滑。有數多之圓形小結節。密布表面。或以細莖與腫瘍聯續者曰結節性象皮病。本症於月經期或妊娠期內。往往脹腫痛疼。至經竭期或產褥期則縮小。然亦有於經竭期忽然增大者。

(1) 陰門乳頭增殖及乳頭腫（所謂尖銳疣贅 *Spitz Condylome*）者概由淋毒之刺戟而發生。然清潔之處女亦間有之。又有發生於妊娠中。至分娩後則自然消散者。此新生物多生於陰阜及大小陰唇。蔓延於肛門周圍。爲林檎大白色絨毛狀之圓形腫瘍。隆起爲菌叢狀。大小陰唇被牽引而變形。若其數甚多則爲厚約二—三公釐長約一公分之腫瘍。處處有小絨毛之散布。療治之方以沙比那 *Sabine* 末及明礬各等分散布。或塗布四倍之克樂謨酸 *Acetic Acid* 溶液。甚大者則切除或燒灼之。又發生於尿道周圍爲有莖或無莖之茸腫樣物者曰肉瘡 *Carcinoma* 是由粘膜及濾泡增殖而成者也。乳頭腫即乳頭肥大。爲單純之腫大。而不分歧。以與尖銳疣贅區別。多生於陰阜。其大如粟或如櫻實。

(2) 陰門囊腫 *Cysta* 最多者爲巴路討林氏腺之囊腫。由腺竇發生者多。深在。有葉樣之構造。而由排泄管發生者多。表在。呈卵圓形。陰門常因之而變形。囊腫之內容。甚粘稠牽線。色透明。或呈深褐色。腫瘍之壁由

結締織而成。甚薄。有彈性。無痛覺。占居小陰唇之後三分之一。又於大小陰唇中往往有發生不明之囊腫者。大小不定。含有漿液性或粘液性之內容。陰門部發生皮膚樣囊腫者甚少。粉瘤多發生於大陰唇之後部。容積甚大。

(四) 陰、門、脂肪腫。甚大。多生於大陰唇及陰阜。爲限局性。有葉樣構造。柔軟而增育頗速者有之。此腫瘍於妊娠中增大。至產褥期縮小。或月經中增大者亦有之。

(五) 陰、門、纖維腫。纖維、軟骨、腫、骨、神經、腫、血管、腫。觸接傳染性軟腫。及粘液腫。甚少見。故從略。

(六) 陰、門、痔。比子宮疝少。而比臍疝多。其發生部位雖有種種。概以陰核陰唇皺裂及巴路討林氏腺等爲最多。其皮膚病或爲表面性潰瘍。或於深部形成硬固之結節。或呈潮蔓性浸潤。疼痛不甚。在初期反覺瘙癢。然亦有覺劇痛者。向周圍蔓延浸潤甚速。若其一部頹敗。則發惡臭。甚不快。易出血。最先浸潤鼠蹊。巴路討林氏之瘰癧較少。多於大陰唇之後部生硬結。與腺之囊腫相勞瘳。凡瘰癧多發於高年之婦人。而陰門瘰癧却多見於少婦。瘰癧診斷時。在皮膚已有表面性或深在性潰瘍及浸潤者。固甚易。若在皮膚表。而有隆起之瘰癧。尙未分解。則診斷甚難。苟腫瘍之基礎部。有特異之硬度時。則有瘰癧之疑。更宜與下述各症區別。(一) 陰門剝屑疹 *Leucoplakie* 者。限局於大小陰唇內而隆起爲白色胼胝。由此發生類癩者甚多。若有類癩之疑時。宜速施顯微鏡檢查。(二) 尖銳疣贅。在妊娠期。中往往爲菜花狀。其表面腐敗。則與乳嚙性瘰癧相勞瘳。

但其基部柔軟。(三)陰門梅毒之初期硬結及第三期潰瘍。易與癌腫誤診。可試用驅梅毒劑。(四)結核性潰瘍(陰門狼瘡)其基底之浸潤少。

(七)陰門、肉、腫。及黑色素、肉、腫。發生於外陰部者甚少。於處女時見之。形成彌蔓性腫脹。由紡錘形圓形巨態或黑色素細胞而成。而以黑色素細胞性肉腫為最多。此腫瘍先不增大。有突然呈惡性。侵及淋巴腺。轉移於他處皮膚之特性。否則祇有山步行摩擦表面。以致形成糜爛及潰瘍耳。由顯微鏡檢查。以與癌腫區別。

療法。悉宜施以手術。當摘出時。宜分層切開。隨時縫合。或預施深縫合後。然後截除。蓋多屬富有血管之腫瘍也。摘除縫合之後。施以防腐繃帶。但陰部組織柔軟。不可過於緊迫。最初六日間宜停止便通。由尿導子 *urinary catheter* 排尿。以防污染繃帶。近時對於惡性腫瘤。施林道精放射線。得有良好之結果者不少。

第五章 外陰部之損傷

外陰部之損傷。多由於分娩機轉而發。(詳見產科學)其損傷部位。最多者為會陰部。次為小陰唇。為橫裂傷。或穿孔者不少。但由於強姦墜落外襲物而發生者較鮮。外陰部損傷之主要者。為會陰、破裂。因其破裂之範圍。可分於甲乙二種。(甲)不全破裂。會陰部之縫隙斷離。自陰門之後繫帶而達肛門直前。陰內之龜裂多在中央。達後壁柱之下端。其一側或兩側迂迴。是因胎兒後頭之通過而發。甚或壁柱斷離。祇存側方之一片。若自然治癒。則縫隙部生白色硬矜之癢痕組織。由其呈芒狀突起牽引周邊。生皮膚之隆起。本症縱不併發。

腸之損傷。因瘻痕收縮。直腸前圍之擴張性大減。以致有排便之障礙。及陰門膨脹。故側故側陰壁隨前後陰壁挺出。兼有膀胱脫。續發直腸脫者不少。(乙)全破裂者。多於直腸前圍之中央破裂。其破裂上行與腔內之損傷相會合。因其瘻痕收縮。以致直腸膨開。括約筋之斷端非常退縮。其膜為鮮紅之隆起而突出。

症狀 其大小深淺。各有不同。產褥性出血少。非產褥性出血多。且因人而症狀異。或毫不覺困苦。或起立步行亦甚艱難。或因陰門膨開而合併子宮脫。直腸脫。膈壁脫。陰部之刺戟症狀。不孕。不隨意之排便。放屁。交接便秘時之疼痛。患婦精神變調而成鬱癡症。

療法 因新舊而不同。

(一)對於新鮮之破裂。使斷裂部照舊位置縫合。此時先施麻醉。置患婦於適宜之位置。(婦人分娩後疼痛之感覺甚鈍。雖不施麻醉亦堪數針之縫合)。創面嚴重消毒。以持續灌注。而除去其附著之血液。及不潔物。以剪子切斷其組織之斷片。施深縫合使創緣(會陰及後結合)密接。術後結縛患婦下肢。靜臥兩星期。大小便時亦不能變更其位置。會陰部之縫絲。約俟一〇—一四日拔去。不宜洗滌陰腔。若破裂已經過十六時或二十時間者。不能即時縫合。須有一〇—一四日間之猶豫。俟良好之肉芽發生。其表面以石炭酸綿輕摩之。或以銳匙爬除之。以殺菌水洗滌。然後縫合。

(二)對於陳舊之不全破裂。可以施 a 腹縫合術。(參閱陰脫)或 b 羅松太突(Lasson's)氏之瓣切開法。

於陰及直腸之瘰癧性界限。施橫切開使兩者分離。於此切開之兩端。再施前長後短之縱切開深切之。俾容易移動。向上下牽引。於其中間。由左右側緣施三、四銀線縫合而成形會陰。c. 馬路 (Martin) 氏法。以球鉗手挾會陰瘰癧之上境界。向下方牽行至腔口。再令助手以二球鉗子使陰門膨開。次於兩鉗子之間。切除剝離瘰癧部。使創面滑澤。以腸線先施沈羅維縫合。次形成會陰。則切除一瓣。即上方以後壁柱。下方以瘰癧下端肛門前。側方以小陰唇之下端為限界。平滑側緣終由創緣上角向會陰縫合。d. 溫開爾 (Winkel) 氏法。於後膈壁之下部。約五公分處。施縱切開。達後繫帶。由此於兩側達粘膜外皮經界處。施弓狀切開。至大小陰唇。之移行皺襞。於是形成粘膜腔。由中央切開線。厚剝離。翻轉於上方。其下之全創面。用銀線施下一三沈降結節縫合。而縫合於中央。更以絹絲使之創絲結合。e. 會陰縫合。術對於會陰全破裂。勢必新造會陰。形成腸室兩管。法於前數日即實預備。防止出血及腸內容之洩漏。精密視察。施術面切去瘰癧部。若施繃絡縫合。則先縫合直腸粘膜。次粘粘膜。最後縫合會陰。若施結節縫合。則先於直腸粘膜。施一一二縫合。次於瘰癧粘膜。施一一二縫合。再次於直腸粘膜。施縫合。如斯反覆縫合。最後始縫合會陰。凡會陰成形術之後。療法。極為重要。即術後第一日。禁止食物。用鎮吐劑。防止嘔吐。嘔心。第二日。與少量之流動滋養品。第四第五日。內服蓖麻子油。一五—二五公分。通便一次。便通之後。始與以普通之易消化食餌。預防鼓腸及放屁。可插置柔軟之樹膠管於直腸內。睡眠。中宜結縛下肢。至少靜臥三星期。若起坐過早。新創面有挫斷之虞。手術面苟

無便、尿、月經之污染。決不施洗滌。施洗滌亦不能濫用陰鏡。腸內縫合絲概自行脫落。會陰部之縫合絲自第十第十二日之間。每日可以除去一二絲。俟創絲完全癒合。方能退院。交接及勞動在六個月之後。前體對禁止。

第六章 尾閭骨痛 Coccygodynia

尾閭骨痛者。爲婦人諸種生殖器疾患（子宮口卵巢腫、直腸及陰門疾患）之一徵候。及由外傷（分娩鉗子分娩）之捻轉及骨膜炎而發者也。疼痛之部位。在尾閭骨關節。步行起坐脫糞交接時覺疼痛。其強度不同。有時尾閭部覺鈍痛。且有劇烈之性質。性頗頑固。常反覆。壓迫尾閭部時過敏。因他動之運動。亦起劇痛。或謂尾閭骨痛可分胃性及雷瑪替斯性之二種。或謂係一種神經疾患。或謂由於薦骨神經及尾閭神經叢之疾患云。

療法 宜治療原病。對於尾閭骨之原發性發炎時。宜安靜側臥。施各種療法。用直腸之麻醉坐藥。內用緩下劑。以通便。炎症甚劇者。貼水蛭或銀針。已化膿者。切開。又或施附着於尾閭體各腿之皮下切斷。或初除尾閭骨全部。

第七章 陰門淋瀝 Incontinentia Seu Carrulus vulvae

除分娩機轉之外。若子宮及陰腔有腐敗柱腫瘍。發生氣體。當呼吸時。其氣體由陰門逸出。發生一種騷鳴聲。

音者。曰陰門淋瀝。或謂因腔入口有裂傷。且陰門羸瘦。腔閉鎖筋之作用消失而發生。是因空氣由外吸引而入陰門之故云。

第三編 陰之疾患

第一章 處女膜之疾患

(一) 處女膜之畸形。有種種。(a) 處女膜全缺。或僅留痕跡。(b) 中隔處女膜。常與中隔壁合併。然單一腔腔而處女膜亦有雙孔者。(c) 腔上方有第二處女膜者。曰複處女膜。(d) 處女膜增殖。(e) 處女膜變態極多。如環狀處女膜。半環狀處女膜。邊緣菲薄環狀處女膜。剪絲狀處女膜。葉狀處女膜。字狀處女膜等。變化萬千。難以縷舉。

(二) 處女膜之組織異常。亦有種種。如(a) 處女膜之血管異常富饒。(b) 處女膜富有結締織。甚強硬呈纖維性。且有含筋纖維者。(c) 處女膜有孔甚多。宛如篩狀。(a) 處女膜非常柔韌。處女膜之異常。不獨月經及分泌物之排泌困難。且妨害交接。不能懷孕。或經孕而墮。礙分娩。

療法。切開切除。但較易出血。手術時須注意。

(三) 處女膜閉塞。有先天性及後天性之別。先天性者。至排卵機開始。月經來潮時。其障害始現。月經不能排出。蓄積腔內。腔管擴張。甚至波及子宮輸卵管。此曰腔血腫。Hæmatocolpos。血腫內之血液。混有腔上皮血。

稠厚，故切開處女膜，亦不流泄，膨出如虫樣。

血腫增大之障害。爲生殖器腹部、薦骨部之疼痛、緊張及重感。血腫愈大，壓痛及陣痛樣疼痛愈甚。且有頭痛、失眠、發熱、利尿困難、便秘、尿閉、羸瘦等症狀。血腫有自然穿孔破裂者。血液排出後之危險。爲空氣竄入，生敗血症。或輸卵管破裂而起腹膜炎。

處女膜閉塞之診斷甚排易。即年齡達破瓜期。而月經不來。生殖器發生腫瘍。由粘膜樣膜被覆之。此膜向小陰唇移行。但須與陰囊腫、陰脫垂、茸腫區別。

療法 擇處女膜最薄處。施十字形切開。剪去切開瓣之銳角。使血腫緩緩排出。不使空氣竄入。禁止手指滑蔥子之送入。排血後即完全洗滌。且每日繼續之。若兼有子宮擴張。網知輸卵管囊腫時。易有破裂之危險。宜先施小切開。排血時不可壓腹部。此宜注意者也。

第二章 陰之畸形

(一) 陰、缺、損多與子宮缺損合併。

(二) 陰、閉、塞。有先天性後天性之別。先天性者。陰之一部爲索狀。多強硬而厚。後天性者。閉塞之部不定。其厚薄形態亦各不同。先天性者。巨陰全長。子宮亦多不能完全發育。無分泌物之滯溜。若子宮之發育適度。則破瓜期之陣痛。與處女膜閉塞相同。然在貧血虛弱之婦人。既無月經之來潮。故僅滯溜粘液。障害亦不甚。若月

經整然來潮時。腔內蓄積血液成腔血腫。漸次增大。由小骨盤上昇。壓迫膀胱直腸。續發諸症狀。甚至合併子宮血腫。輸卵管血腫。

療法 膜樣閉塞。與前述處女膜閉塞手術。同。若閉塞部甚厚。血囊甚深。由膀胱直腸及陰道。不易直接切開時。則擇其較近便者行之。三者之中。自以由陰門通達血腫為最佳。若中隔甚厚。不能直接切開。宜先以鈍力鬆開組織。開放積留。內容完全排泄後。以複管導子。洗滌腔洞。但子宮及輸卵管亦有疾患時。則內容之排泄不可過急。須聽其自然流出。後以海碘仿棉紗填塞之。術後須預防瘻痕之收縮。可縫合閉塞腔之粘膠。若既狹窄又在深部。則先插置樹膠管。俟患婦身體恢復。然後截除瘻痕。再縫合閉塞腔及陰粘膠。又術後欲達收縮腔洞及持續性消毒之目的。可以施溫湯之灌注。

(三)雙腔。常與中隔處女膜合併。後骰柱之發育多不良。若為單一子宮。則腔中隔之上緣附着於子宮頸部。腔部缺損。中隔甚柔軟。而易延長。一腔擴張。而營生殖機能者不少。

療法 為切中隔。

(四)腔之過狹及過短。常與胎兒子宮小兒子宮合併。

第三章 腔之炎症 (腔炎) Kolpitis, Vaginitis

原因 腔炎者。由處女膜至子宮外口間。腔粘膜之炎症也。腔炎概屬傳染之結果。而淋毒之傳染。尤為重要。

他若不潔物之插入。子宮內膜炎之帶下。及膀胱。瘻之淋瀝。尿子。宮惡性腫瘍之分解物。碘。酒。硝酸。鹼。昇。汞。之誤用。饑。虫。之轉入。而發。陰門。秋。扶。的。里。直。腸。尿道。周圍。炎。之。波。及。而。發。者。不。少。而。因。妊。娠。性。充。血。以。致。粘。膜。充。血。肥。大。乳。頭。腫。脹。上。皮。脫。落。甚。泄。膿。液。或。乳。汁。上。皮。樣。之。塊。物。者。有。之。少。女。若。有。陰。門。炎。兼。陰。炎。可。視。為。陰。病。質。之。一。症。候。

陰。粘。膜。本。與。外。皮。相。似。無。分。泌。粘。液。器。官。誰。有。器。而。不。得。謂。之。粘。膜。故。亦。無。所。謂。喀。塔。兒。炎。彼。所。謂。白。帶。下。者。非。由。於。陰。炎。實。子。宮。內。膜。炎。之。結。果。也。蓋。子。宮。分。泌。物。增。加。則。陰。腔。濕。潤。苟。子。宮。之。分。泌。物。中。含。有。有。機。小。體。則。陰。粘。膜。被。刺。戟。而。腫。脹。剝。脫。以。至。分。泌。膿。液。呈。急。性。炎。之。症。狀。其。炎。症。有。時。祇。限。局。於。下。三。分。之。一。由。著。明。之。塊。狀。隆。起。為。境。界。或。祇。於。陰。穹。窿。部。發。生。散。在。性。炎。竈。然。腫。脹。則。波。及。至。被。膜。全。面。發。炎。之。扁。平。細。胞。薄。菲。薄。而。剝。脫。生。線。狀。斑。狀。之。組。織。損。失。有。時。陰。上。皮。下。之。乳。頭。因。細。胞。浸。潤。形。成。硬。固。小。結。節。者。曰。顆。粒。性。陰。炎。此。結。節。數。個。相。集。或。併。列。於。粘。膜。之。皺。襞。上。或。相。集。而。現。存。於。陰。穹。窿。部。及。陰。壁。其。細。胞。之。浸。潤。甚。強。富。有。血。管。向。表。而。之。直。下。進。行。若。被。覆。之。上。皮。剝。脫。則。遊。離。而。暴。露。呈。深。紅。色。而。隆。起。浸。潤。減。退。時。則。上。皮。再。生。祇。能。觸。感。顆。粒。若。移。行。於。侵。性。顆。粒。性。陰。炎。時。則。分。泌。物。甚。多。為。粘。稠。膿。樣。易。滯。溜。於。陰。腔。及。皺。襞。內。由。細。菌。之。發。生。而。分。解。刺。戟。性。強。時。陰。門。及。會。陰。之。皮。膚。生。廣。汎。之。糜。爛。而。又。因。糞。尿。汗。塵。埃。等。之。污。染。及。衣。服。之。摩。擦。更。為。治。癒。之。障。礙。

又年老婦人於經竭後，或於三十歲後，發生一種炎症，亦形成顆粒，兼有扁平上皮之消失及減少，且有無數之皮下滲血粘膜蒼白色，肥厚乾燥，皸裂甚易，固著者曰：慢性著論性炎症，此現象概限局於子宮陰部或之一部，或具全部而達陰門，甚或陰管全部阻塞，此種之老人性變性之特異者也。

囊狀腫，肥大者多見於妊娠中，膀胱有粗大之顆粒，其顆粒中有囊狀之空隙，含有氣體，因粘膜之結締織間含有空氣，故又曰氣腫性陰炎。

謔謔、腫、性、陰、炎。於梅毒婦人見之。

菌、性、陰、炎。生殖器內之細菌有大腸菌、膀胱分枝菌與依去謔阿爾比廣斯 *Oidium albicans* 三種，其由奧依去謔阿爾比廣斯所生之炎症，即蜜鵝口瘡，常見於妊娠中，粘膜上形成白斑，多限局於皸裂之頂點，不甚蔓延，但白斑亦不易拭去，強拭之則出血。

症狀 腔炎病狀之發現，有急慢性兩種，若疼痛性急性期既過，殆取無症狀之經過，縱分泌之量甚多，亦不因滯溜而放惡臭及刺戟症狀，故婦當不注意，但急性期之症狀，初為局部腫脹，灼熱，壓疼，痛次則惡寒發熱，交接及脫囊時有障礙，分泌液之量極多，性質不定，或為黃色之膿樣，或為乳白色之粘液樣，其中含有多數之有機小體，若混有血液則帶暗色，並混有多數之上皮，粘液塊及污穢物，此期持續約二—三星期，則移於慢性陰瘰塔兒，患婦因體液持續消失，漸陷於貧血，皮膚蒼白，食機不正，大便秘結，交媾疼痛，不能妊娠，若

在粘着性陰炎。則以劇甚之灼熱疼痛爲主徵候。有時毫無症狀。而腔腔漸次閉塞。腔之狄扶的里炎及特發性壞疽則發高熱。或排泄巨大之壞疽片。

療法 清潔局部及精神療有效。貧血性及腺病性者。以全身攝養最爲必要。局部洗滌液。與陰門炎所用之藥液同。或用千倍奇冒兒水。5%克樂爾水 *Aq. chlorata* (除臭) 福馬林水一千公分福馬林二—三食匙) 二%過酸化水素。洗滌後。用唐密甘汞海碘。海碘仿。甘油之湯崩。此類湯崩。約八—十二時交換一次。或試用八%他拉尼亞 *Ratanhia* 膏。三—一〇%少造耀計爾餅 *NatriumSul* *Bojodol* 軟膏。三〇%阿里斯奎兒 *Aristol* 球。皮阿枯他寧 *Pyoktanin* 錠。〇·一) 或溫湯之灌注。對於慢性炎。用乾燥療法。醱酵療法(啤酒醱酵素等) *Zymn-Therapie* 或乳酸菌培養之乾燥末(一·〇—二·〇) 療法對於粘着性炎。以再溜木醋或乳酸。腐蝕之。乳頭曝露者。塗布碘酒或硝酸銀液。或二—三%蒲樂他如過 *Protaso* 溶液。若甚痛者。則塗布碘酒甘油等分之液。仍無效者。則切除其乳頭。局所清潔之外。內服蓖麻子油。燬性鎂或硫酸鎂。或甘汞(〇·二五) 等下劑。禁用刺戟性食物及飲酒。使營適宜之運動。腺病性者。內服肝油。鐵糖漿。西那劑。蛋白鐵液。補藥湯 *Bulian* 鐵錳派蒲通液。或行轉地療發溫泉療法等。壞疽性者。施外科手術。

第四章 膿瘻 *Vaginitis*

婦科學提綱

體經者。陰口刺戟感受性亢盛。而陰括約筋及肛門舉筋或大腿內送筋、背筋等發痙攣性收縮之症也。痙攣同時有自覺的疼痛。故陰莖或陰鏡不能插入。有時輕撫陰門或想像交接。亦發反射的痙攣。而手淫、淋疾或生殖器的興奮。勃起不全。陰入口之損傷等。亦可為本症之誘因。患婦疑慮自己陰具之不備。或神經性（鬱愛性）身體日見羸瘦。稍觸陰部。即生劇痛。不獨起反射的痙攣。即輕微之興奮及運動。或大小便之排泄。亦甚覺痛苦。檢查局部。粘膜潮紅糜爛。濾泡腫脹。分泌增加。有乳頭性增殖。處女膜變硬等變化。有時粘膜有創傷。尿道口有血管腫。陰生潰瘍。內診時。觸接陰入口。即發劇痛。骨盤底筋起強烈之收縮。陰口因之閉鎖。手指陰鏡難以送入。經施麻醉而後內診。患婦於無意識之中。仍現逃避之狀。若係子宮內膜炎之一症狀。則非手觸接陰穹窿部不發疼痛也。

療法 以保守安靜。局部避各種刺戟。嚴禁交接為初步。次使知覺鈍麻。漸次擴張陰腔為第二步。用嗎啡（ $\text{O}\cdot\text{O}\cdot\text{I}$ ）莖岩（ $\text{O}\cdot\text{O}$ ）等為坐藥插入。或塗布可克因水（ $5\text{—}10\%$ ）行溫湯坐浴。或用苦扁桃水。亞麻仁煎等。或加粘滑劑之微溫湯。施陰灌注。通利大便。禁止同衾。避刺戟性食物。或酒精性飲料。若疼痛輕減。手指可以送入時。則每日送入稍大之管狀子宮鏡。漸次擴張陰腔。至達一定程度。毫不覺疼痛時為止。或有通平流電氣（一極置於腹壁上。他極置會陰部或陰入口）而得良效者。然一次治愈再發者不少。再發時。可施根治療法。截除處女膜及知覺過敏部。法使患婦取尾閭背位。施深麻醉。用鑷子挾處女膜。以狹兩刃刀

於舟狀窩上方。穿入處。女膜沿。陰壁。環狀截除。全處女膜縫。其上端移行於尿道口時。則除去其一部。陰口在恥骨縫際上時。則切開後縫合一·五—二公分。以粘膜被覆其剖面。手術中雖有出血。多屬靜脈血。屢壓迫即可止。血術後以海碘仿綿紗插置之。若治後仍餘有一部分之知覺過敏。須用西蒙斯鏡施漸次擴張法。又對於精神興奮之神經性婦人。則有兼施一般療法之必要。如轉地療養。溫泉浴。全身推拿。生法。內服臭素劑等。

第五章 陰之新生物

(甲) 陰之良性病。瘡。陰粘膜腺質頗少。故新生物之發生亦較少。由1乳頭腫。2尖銳疣贅所成之巨大腫瘍。由陰內發生。達子宮膈部者有之。常於妊娠中增大。3纖維腫。4纖維筋腫。及5筋腫。或為硬固之豌豆大兒頭大之結節。或為甘肅狀。發生概緩徐。預後佳良。惟巨大者則妨害分娩。6囊腫之發生有種種。或由陰壁之腺質發生。(諸瘤囊腫)或由創傷滲出血液形成囊腫。或由淋巴腔發生。有內皮被膜。而成或由蓋特奈爾(Gartner)氏管。或耗夫Wolf氏體之痕跡而發。凡囊腫之發育甚緩。於陰前後壁發生一個或併列數個。內容為漿液性。無色。濃厚。牽縷。或帶赤色。褐色。綠色。或含有如皮膚樣囊腫之上皮性物質。囊腫之壁甚厚而硬固。由結締織所成。亦有甚菲薄呈彈力性者。壁之內面常有一層圓柱狀上皮。有時且有顏毛上皮。而上皮全無者亦有之。囊腫症狀。多不著明。有陰之炎症。下垂感覺。排尿障害。交接時之疼痛等。經過亦緩慢。常取分解及化膿之轉歸。

療法 纖維腫、纖維筋腫、筋腫之療法。爲切除或剝除。在深部之小囊腫毫無障害者則放置之。若欲施手術必除去全囊腫。施深縫合。其手術式或於與周圍平面同高之部位切除之。縫合囊底之周圍於腔粘膜。或於囊腫上部切開腔壁。使全囊腫由腔之周圍組織分離。而施深縫合。然腫瘍大時有損傷直腸及膀胱之危險。須注意。

(乙) 膿之惡性腫瘍有四。

(1) 膿癰腫原發者不多見。概發於腔後壁之上部。或爲分散性之小結節。或爲有硬固基底之潰瘍。或爲巨大之腫瘍。而閉塞腔。或限局於一處。而向深部發育。達骨盤底。症狀不顯著。以交接後出血爲其初徵。有時疼痛。出血。血腐敗性分泌。壓重感覺。膀胱及直腸之裏急後重等症狀。至末期現瘤狀性惡液質。因症狀不顯。故診斷頗困難。成潰瘍時。易誤爲梅毒性。欲區別之。非施顯微鏡檢查不可。預後不良。繼發性膿腫。甚夥。或連續子宮。而發生。或爲轉移痛。經過概迅速。呈子宮痛之症狀。

(2) 及 (3) 惡性脈絡膜上皮腫及內皮細胞腫。發生於腔腔而甚少。

(4) 肉腫。原發者少。亦發生於幼婦。或老婦。症狀與膿腫同。

療法 施腔截除法者不少。其法於會陰部。由左右施橫切開。先以指或刀柄向上方剝離直腸腔間之腫瘍塊。此時須注意。不可損傷直腸。次剝離原癌之側部。後切除腫塊。若腔全壁悉爲腫瘍所侵。不能切除時。則

僅施對症療法。

(內)梅毒腫(謾謾腫)陰之梅毒腫或梅毒毒性陰炎甚少見。

第六章 腔內異物

(一)手淫用之諸物(木棍、線捲、雞卵)(二)防禦受孕用之諸物(湯崩、海綿)(三)犯罪諸物(人工流產用器、金銀貨幣)(四)欲達治療目的而應用之諸物(派沙留謨、湯崩、海綿)(五)由近鄰器官而轉入之諸物(蟻虫、蛔虫)(六)因墮落而入之諸物(木石等碎片)等。若異物甚小。而滑澤。不易變化者。患婦每不自覺。經過甚久。然因粘液及月經之鬱滯而沈著。石灰質及碳酸鹽類時。則刺戟粘膜。發生潰瘍。漏泄有惡臭。腐敗性血性分泌物。甚至穿孔達鄰近之器官。有時腔壁顯著。在異物周圍形成發囊。

第七章 腔之外傷

腔之外傷。有自然發生者。有由於外力者。得分為單純及複雜兩種。¹單純者。除分娩時所發之外。傷外。於未產婦亦見之。其原因約有五種。即(一)初度之交接。(二)異物之侵入。(三)手術時全手之送入。或內翻子宮之整復。(四)不熟練之婦人科檢查。(五)強姦等。複雜者。指同時穿通鄰近器官之外傷而言。次述之膀胱腫。及直腸腔瘻。為其主要者也。

(甲)膀胱腔瘻(尿瘻)

膀胱、陰、瘻。多由分娩時之創傷如骨盤狹窄之婦。人或分娩經過持久者見之。其生殖器及膀胱之間易因壓迫而起壞疽。二三日後壞疽部脫落。形成瘻孔。其他若由鉗子、碎顱器、導子等器械直接穿孔。而成瘻孔者亦有之。產褥之外如派沙留誤之插入。因膀胱結石而起之粘膜炎。爛。生殖器粘膜炎之潰瘍性破壞。子宮周圍膿腫。以及他種惡性潰瘍等。使陰壁破潰而形成瘻管者不少。膀胱瘻之位置。因分娩機轉之狀態。種種不同。或在中央。或在側。有時孔口極小。僅能通過毛髮。有時甚為廣大。膈全壁破潰。其邊緣因癰痕性收縮。故孔形不整。膀胱粘膜炎常突入瘻孔。往由陰腔見有鮮紅色之天鵝絨塊。若尿之性質正常。陰及陰門無着明之反應。若尿分解時。則誘發強劇之刺戟症狀。陰粘膜炎。易於崩壞。且有時沈著尿酸鹽。至瘻孔之命名。因位置有不同。凡膀胱與陰交通者。雖總稱之曰膀胱陰瘻。概為圓形橢圓形或裂隙狀。斜通膀胱腔中隔。若交通之處甚高。子宮口唇之前。緣適當瘻孔之後緣。時則曰淺。在膀胱子宮陰。瘻。子宮口前唇之一部破壞。膀胱與子宮頸管及陰交通則曰深。在膀胱子宮陰。瘻。若瘻孔全通於頸管時則曰膀胱子宮頸瘻。此外尚有輸尿管、陰、瘻。尿管、子宮頸、尿道、陰、瘻等。

症狀 尿瘻最要之徵候。為不隨意之排尿。通常發病。在分娩後第三—五日。有時於一定體位。始有不隨之排尿。毫無其他障礙。或於一日間由瘻孔有不隨意之排尿。至翌日仍由尿道排尿者。然瘻孔巨大時。則全由陰腔排尿。其他如尿道陰瘻時。惟於由膀胱排尿時。有尿漏。此時不得謂之不隨意排尿。在輸尿管瘻孔時。尿

之一部流入生殖器官。而由他側健全之輸尿管排泄之尿。仍可蓄積於膀胱。經時隨意排除。若不隨意之排尿量多時。則障害生殖器官能。又有尿瘻時。月經屢屢停止。瘻孔治癒後。始再來潮。又因尿瘻而月經不正或月經時疼痛。因尿水浸潤粘膜發。生惡臭。交接時。因尿臭生一種不快感情。因之不能受孕。患婦之身體狀態。因瘻孔之位置而不同。瘻孔小且在高位者。雖無甚障害。然因尿液常刺戟外陰部及股間。皮膚發炎症。患婦精神抑鬱。在重症者。因皮膚濕潤。尿臭。疼痛等。起全身障礙。食機不振。夜不安眠。屢罹感冒。體力漸次減損。貧血。發鬱憂症狀。且便秘。患婦之身體縱安靜。而精神沉鬱。祇因尿瘻一端而致死者亦間有之。

診斷 瘻孔大者。由視診可以診斷。瘻孔小者。則非借消息子或著色液體。澱菌牛乳等注入膀胱。不能發見。最困難者。膀胱子宮頸瘻及輸尿管瘻。前者雖可由消息子而察知。後者則非擴張尿道。以手指觸診膀胱內面。或以膀胱鏡照視膀胱內面不可。

預後 非甚不良。縱瘻孔之存在已久。小者由瘻痕收縮亦可自癒。大者可施手術的療法。不施手術者。因局部所炎症。衰弱。腹膜炎。結核。潰瘍之蔓延而死。手術後之死因。為腹膜炎。腎孟炎。膀胱子宮及直腸間之化膿敗血症等。

療法 對於新鮮之細小瘻孔。則於腔內填塞海碘仿綿紗。同時取俯臥側臥之位置。膀胱內插置停留樹膠製之導子。俾排可以自由。以催進瘻孔之自然治癒。若不奏效。則以硝酸銀。克來奧。少突。Lecor。碘酒。

硫酸、或烙鐵等。腐蝕燒灼瘻管。及瘻管之腔緣。(一公分寬)使起瘻痕收縮。此法隔日或二三日反覆一次。新鮮之瘻孔大約三—四星期可愈。若腐蝕仍不見效。必得施手術的療法。但在分娩後八星期以前。或腫及子宮有痛腫。患婦甚衰弱者。則禁施手術。又瘻孔近鄰及外陰部有炎症時。必先施坐浴。使患婦安臥。局部散布海鎮仿。俟炎症全消。方能手術。

手術療法。使患婦取側位。膝肘位。或膀胱探石術位。陰及陰門清洗消毒。若有創傷部。則先以1%硝酸銀液腐蝕之。然後送入滿狀子宮鏡。壓腔後壁。以扁平鈍鉤。開張兩側壁。再以板狀子宮鏡。舉提腔前壁。俾瘻孔部呈露目前。若瘻孔之部位甚高。則以絲線穿貫子宮口唇。牽引子宮向下。達至入口。迄可以直達瘻孔。則於其邊緣作新創面。將瘻痕完全切除。形成寬大平滑健康組織之創緣。以冷水灌注止血。若有動脈進血。則捻轉之。然後縫合上下創緣。術後以滅菌微溫水注入膀胱一次。檢驗縫合是否嚴密。腔腔內插置海鎮仿湯崩。後療法。有主張宜插置持續尿管者。有謂宜定時以尿管導子導尿者。諸家主張不同。術者宜視當時之狀況。以定取捨。八日之後。可以離床。至第一二—四日。可去縫絲。手術後四日之內。取流動性易消化之食物。第四日灌腸。便通之後。始可漸改固形食物。手術時。無須嚼麻酔。患婦概能忍耐。若在瘻孔廣大。其邊緣不正者。則宜應其形狀作適當之新創面。若有尿道狹窄或閉塞者。務於施術前開通之。又瘻孔之傍有輸尿管。結紮時。須注意。不可一同紮入。

手術後之偶發症有三。(1)膀胱出血。此出血甚劇。有時充滿膀胱。脹而達臍部。發高度貧血。此時若注入冰水或稀薄之一半鹽化鐵。或下腹部貼冰袋。非特無效。且發往往生血塊。膀胱經攣增劇。防害愈着。有形成膀胱結石之虞。(2)腹膜炎。是由於手術時。損傷腹膜所致。患者因之死亡者不少。(3)手術部之隅角。或中心。殘遺小瘻孔。用腐蝕法即可治癒。

膀胱子宮頸瘻。及輸尿管瘻之手術。最為困難。對於膀胱子宮頸瘻。亦以露出瘻孔。形成創緣。然後縫合為則。若瘻孔不能露出。則於前後子宮口。作新創而縫著之。使子宮分泌物由尿道排泄。或將子宮頸牽下於側方切開。先於露出之瘻孔。造新創緣。縫合後。再接着於切開之頸部創。或施恥骨上切開法。由膀胱內面縫合瘻孔。或先將膀胱由子宮頸剝離。於兩者之瘻孔作新創緣。各別縫合。(子宮瘻孔。及輸尿管子宮頸瘻亦適用此法。)此等術式。而以各別縫合法為最優。(a)輸尿管瘻之手術最為困難。或送入導子縫合。或閉鎖子宮。或截除輸尿管瘻側之腎臟。或由腹腔以人工的使輸尿管與膀胱接續。或閉鎖陰腔。或先形成人工直腸瘻。次閉塞陰門。或切開後穹窿部。達杜苦拉斯 Douglas 氏腔後。轉子宮體。造新創面。而縫著瘻孔。術式雖多。皆非萬全。故手術困難時。祇有對症療法。即於外陰部置蓄尿器。藉減患婦之痛苦。

(乙)直腸瘻

直腸與陰腔通者。曰膈腸瘻。亦屢由分娩攣轉而發。由於直接之創傷者蓋鮮。由腸或陰壁之疾患(結核、梅

毒新生物或病的產物。而發者更少。瘻孔多在直腸及陰間。而小腸瘻亦間有之。

症狀 以腸內容移行於陰腔爲主徵候。若係小腸瘻。每於食後有稀薄黃色糜粥物。由陰排泄。且不絕由陰門漏洩氣體。室粘膜因接觸腸內容之故。發刺戟症狀。患婦頗爲所苦。

療法 瘻孔填充法。與膀胱瘻同。或綳離腔粘膜。先縫着直腸瘻孔。然後閉鎖腔瘻孔。或腐蝕之。瘻孔亦可自然閉塞。若瘻管甚低。在會陰之直後時。則切開作新創。而然後縫合。

第四編 子宮之疾患

第一章 子宮之畸形

女子生殖器。由胎生時之繆列爾 Müller 氏管生成。在胎生第八星期。兩側之繆列爾氏管互相癒合。其最下部形成陰腔。中部形成子宮。上部仍分離而爲輸卵管。故此管之有若不全。或遺存中隔或左右之發育不均。左右各自發育。皆爲發生子宮畸形之原因。茲舉子宮之畸形如次。

(一) 無子宮(子宮全缺)者。不獨子宮祇有痕跡。卽卵巢輸卵管亦多缺如。(二) 一角子宮者。一側之繆列爾氏管不發育。而對部擴張。缺損側之卵巢輸卵管及圓韌帶亦缺如。但一角子宮之官能。依然完全。可以分娩。(三) 中隔子宮者。子宮腔有完全之障壁。(四) 不全中隔子宮。有部分之障壁。(五) 二子宮。子宮腔一。而子宮口重複。(六) 雙頸複角子宮。繆列爾氏管各自發育。子宮體頸皆重複。(七) 重複雙角子宮者。子宮重複而頸

備合者也。

子宮畸形之診斷，頗不易，有時須施嚼囉仿麻醇，施雙合診，探查圓韌帶部，獨知硬索，雖可概知但仍須施直腸膀胱之檢查，始得十分之診斷，畸形屬先天性無療法。

第二章 子宮萎縮 Atrophia uteri

子宮萎縮，有先天性及後天性兩種。(甲)先天性萎縮者，生殖器官各部之發育如常，子宮之形狀亦完全，惟子宮體較小，壁甚薄，其發育之程度與胎兒或小兒之子宮相同，胎兒子宮者，其樹枝狀皺襞，雖達子宮底部，而小兒子宮之樹枝，祇達體腔而消失，體短頸長，壁甚薄，惟頸部有厚筋層，陰部甚小，外口頗狹，卵巢或全缺，或僅留痕跡，無排卵機，無月經之來潮，或有少量之月經，發中間痛之症狀，陰腔概短狹，外陰部之發育不全，乳房小而扁平。(乙)後天性萎縮者，婦人年齡達經竭期，子宮漸次萎縮，筋層菲薄，子宮之全體短縮，如非薄之筋囊，此曰老人性萎縮，又產後，後有起子宮之萎縮者，其萎縮有二種，一則與老人性萎縮同，一則容積毫不減小，惟因筋層組織之脂化，子宮失其緊張力，非常柔軟，恰如姙娠第二第三月相似，由腹壁觸診甚難，消息子送入時易起穿孔之危險，檢查時須注意焉。此外如授乳過久，子宮施搔爬法過度，肺結核，糖尿病，巴賽多氏病，阿狄松氏病，脊髓病，慢性腸炎，腎臟炎，腹膜炎，卵巢掃除後，子宮炎後，亦有起子宮之萎縮者。

療法 先天性者，無確實療法，祇可試用溫水之子宮腔灌注，電氣治療，瀉血，搔爬等刺戟療法，後天性者，內

服滋養劑及鐵劑，脂肪過多者，施脫脂療法。（內服鐵泉，及鹽類瀉劑，洗海水浴，運動身體。）局部施溫湯灌注，及食鹽之坐浴，陰部亂刺法，或於子宮腔內，送入象牙製，亞鉛製，銅製之子宮桿 *Tarraker's stick*，以期刺戟其粘膜，促進其筋組織之發育，對於產褥性者，亦可施坐浴微溫水之灌注。法及子宮按摩法，有時內服過錳酸鉀（ $0.06-0.1$ 日三四回）及山道 *Santonin* 有效。

第三章 子宮閉塞 *Arcesia uteri*

子宮閉塞，亦有先天性後天性之別，而後天性閉塞居多，其部位概在頸管外口及內口，常發於難產，生殖器之狄扶的里梅毒，新生及物腸替扶斯，猩紅熱，酷烈拉之後，或產婦人科手術後。

症候：閉塞症候，以通紹之際礙為初徵，因經血不能排泄，則下腹部發特異之緊張性疼痛，定期反覆，其疼痛及不快感覺漸次增劇，且為持續性，因腹膜受刺戟則疼痛，嘔氣，嘔吐，現貧血症狀，及膀胱直腸之際礙，閉塞之上部，因經血及粘膜分泌物之滯溜擴張，而成子宮血腫，此血腫之轉歸，或破裂，而穿通直腸膀胱或壞破而漏泄於腹腔腔內，或血腫內容分解，固形成分沈澱變為子宮水腫，由直腸及膀胱可以觸知球狀腫物。患婦羸弱異常。

療法：開通閉塞部，使內容得以徐徐流出，施子宮洗滌法，然後用子宮湯崩樹置或膠管於切開部，以防切口之閉塞，手術時，防腐消毒最應注意。（參閱閉塞療法。）

第四章 子宮轉位

(一)前轉 有先天性後天性之別。子宮體增大肥厚，頸部硬固，生理的屈曲消失，體部下行，超過常位，達穹窿部之直上，陰部下，子宮外口向後上方，與薦骨岬相對，常由慢性子宮實質炎，子宮外膜炎，子宮體部之腫瘍及內臟之重壓，腹壓等而續發。

症狀 下腹部有不快感，尿意頻數，便秘，同時有慢性子宮實質炎之症狀，及下腹中央部疼痛久之則發臟躁病症狀。內診時，手指易達子宮陰部之前唇，位置較健體稍深，非迂迴至其後方不能發見子宮口，雙合診時，子宮體在前穹窿部，子宮底對向恥骨縫際之後面，子宮體之移動性減少。

療法 先治其原因，攝取富滋養分易消化之飲食物，注意體育，嚴行局所療法。由慢性炎症發者，俟炎症退後，再行器械的療法，即先保持子宮陰部，整復子宮之位置，用彈力性樹膠製之輪狀陰派沙留誤，使後陰穹窿部不能偏倚於陰後方，自因連帶之關係而體部之位置整調，對於子宮之慢性刺戟，施亂刺法，或內服碘化鉀或於陰部施楔狀切除。

(二)後轉 膀胱充滿時，子宮被壓迫而後轉，此一時性之後轉也。但圓形帶弛緩時，膀胱雖空虛，而後轉之宮亦不能復位，鄰近部同時若有組織之附着，子宮之復位益難，則為永久性後轉子宮，或生理的前屈消失，或雖維持舊形，而子宮底向薦骨窩，頸部向前方。

症狀 一時之後轉離無若何之症狀，而永久性者則有腰痛、便秘、下腹部有緊滿感、頭痛等症狀。內診時，其異常之位置，容易察知行，雙合診，可以觸知子宮底在頸部之後。若試用消息子檢查，則消息子直向後方深進，惟子宮底部稍向前方彎曲，須整復其位置。

療法 與子宮後屈症同，須整復其位置。

(三)前屈 生理之子宮前屈，其角度約為一百三十五度。過此度者，則為病的前屈。子宮陰部與陰腔仍在同一之方向，而頸部屈曲，故子宮體在陰穹窿部之上，方子宮底部向恥骨縫際，子宮腔與子宮頸管適在反對之方向。先天性之前屈症極少，後天性者最多，如子宮底之筋腫、後骨盤結締織炎、分娩流產後之子宮復故不全、子宮實質炎、淋毒性子宮內膜炎、月經時之寒冒、不正位置之交接、常習性便秘、腹脹等，皆足以助成子宮前屈症。就其前屈角度之大小，得區別之為三度。前屈角為鈍角者，曰第一度。直角者，曰第二度。銳角者，曰第三度。

症狀 子宮底既壓迫膀胱，故有尿意頻數症，因結締織炎而發者，且有排尿疼痛、裏急後重症。此外如頭痛、月經困難、不妊症，亦為本症重要之症狀。或幸而妊孕，其產褥期內，往往因惡露鬱滯而起吸收熱，行雙合診時，須先放尿，使膀胱空虛，檢其體頸之方向，屈折之角度，後部着之有無，及體頸兩部移動之有無。或施直腸內診及消息子檢查，亦可知其屈折之狀況及方向。

療法 原因療法，最爲必要，若後骨盤結締織有炎症，宜令患婦靜臥，通利大便，或施微溫湯之灌腸，緩和瀉下劑有疼痛性，裏急後重時，用泰巴因酒灌腸，或黃芩膏（○・○二）抱水克樂拉爾（○・五）鹽酸蘇克因（○・○一）等藥，對於月經困難之症候的療法，爲紫秦因丸（○・○一二）內服，每週一次，擴張子宮頸管，插置海磯仿甘油湯，或子宮腔內通電，或於月經前施亂刺法，陰部之局處瀉血，子宮有炎症時，施子宮洗滌法，由淋毒而起之炎症，用子宮小杆塗布二%硝酸銀於全子宮腔，炎症已退，勿不孕者，宜先查其原因，或擴張子宮頸管，或用子宮內派沙留誤，但派沙留誤療法，用之不當，非獨無效，且有誘發劇痛，及子宮炎之危險，此應注意者也，他若子宮頸部之切斷，卵巢之切除，子宮之摘出等法，亦有用之者。

（四）後屈 宮腔部接近恥縫骨際，子宮體陷人，薦官窩內，頸部屈折而向後方，就其屈折角之大小，亦可區爲三度，後屈症後天性者多，概由產褥期之處置不良，子宮周圍炎，（卵巢炎，輸卵管炎）子宮實質炎，子宮固定裝置之弛緩，（圓韌帶）大便之蓄積，膀胱之充盈，腹壓之增加，手淫等而起，而由高處墜落之震盪，亦有突發子宮後屈者，後屈子宮之內口部弛緩柔軟，壁甚薄而硬，子宮既因後屈而變形，扁韌帶及杜庫拉斯皺襞，亦不免有多少之變化。

症狀 患婦在急發之後屈症，下腹部有強烈之壓重感，及疼痛，甚或卒倒，在緩發症，覺骨盤腔內有充盈之感，直腸膀胱有壓迫感覺，原有之痔疾，症狀增惡，有頑固便秘，而排尿障害（尿淋瀝，膀胱炎）尤爲著明，尿

閉者有之，後屈症之初期，往往有月經過多之症候，并發腰痛，下腹之牽引痛，眩暈，偏頭痛，消化障礙，胃痛，四肢厥冷，步行麻痺，起立困難，以至脫力，精神沈鬱，起臟躁病之症狀，有後屈症者，不能妊娠，縱妊娠亦有流及產姪，娠顛頓（概在第三個月即所謂妊娠子宮後屈症是也）之危險。

後屈子宮之診斷即子宮全體低降，子宮底與子宮陰部之後方相接近，內診時，內指於後穹窿部，可觸知底部，并能觸加頸體間之屈曲，插入消息子則於頸部之後，強向後方屈曲。

療法 對於後屈症之無自覺症狀或年齡將達經期者，放置之亦無不可，苟有整復之必要，應先視炎症，際着之有無，若炎症未消，必俟炎症消後，方能施整復術，後屈症之療法，有整復療法及手術療法二種。

(一) 整復療法, Reposition 亦有種種：(1) 使患婦俯臥，則子宮體自向前轉而復位。(2) 使患婦側臥，以溝狀子宮鏡送入陰腔，壓抵會陰後隆壁及後穹窿部，則後屈子宮因之而復位，但此二法常有不能達整復之目的者，則施(3) 兩手整復術，使患婦仰臥，以一指或兩指送入後穹窿部，或直腸內，拾舉子宮向上，以外手引壓子宮底向前，同時內押子宮頸向後，迄子宮體部由前穹窿部之上方可以觸知，子宮陰部全向後方時，整復術始告完成，若腹壁肥厚，兩手整復術不能實行時，則施(4) 子宮消息子整復法，即以普通之消息子之彎曲側向後方，輕轉送入子宮陰，然後迴轉消息子，由後方向前，并徐徐下降其柄，則子宮因之而復位，但此法缺點甚多，穿孔，非良法也，若上述各法仍不能達整復之目的，則宜空虛其膀胱直腸，施全身

麻醇檢查其修復障礙之所在，而修復之。若一旦後屈之位置既已修復，則必固定之。通常後屈症所用之固定器，爲時筑 *in. de. 氏* 環（挺舉派沙留謨），（8）字形或橢圓狀派沙留謨，至派沙留謨之插置方法，卽於子宮修復之後，先擇大小合宜之派沙留謨，塗油哆開外陰部裂口，避開尿道口，使派沙留謨之下端斜插送入陰內壓之沙留謨之上部，使子宮陰部陷入環孔中，插入留謨於後穹窿部而固定之。若插置（8）字形者，則大圈向前小圈向後拍薩留謨固定之時，日須久，可以持續至妊娠之後半期。若每日以一·五%之石炭酸水或里少爾水或他種消毒水洗滌陰腔，一二次則雖放置五六月亦決無發生惡臭之虞。

（B）手術療法，於修復法無效時用之，其法約有三種：（1）陰式手術（陰固定法）先以一%里少爾水洗滌外陰部及陰腔，後取西蒙氏子宮鏡之後葉送入陰腔，壓下陰後壁，以複鉤牽出陰部之前唇，送入複管導子於子宮腔內，次以一%里少爾水洗滌之，再用男用尿導子，由尿道插入膀胱，押舉膀胱向前上方，同時牽引陰部達陰入口部於尿道口之上方，施縱切開，由此創口剝離陰壁，結紮出血之血管，以手指或鑷子開放腹膜，以有鈎鉗子把持子宮屈體，取小鈎鉤着子宮底牽引之，使達創口，此時陰部之複鉤可以除去，子宮底部既露出於腹膜創孔，則以彎針刺入一側之陰壁於膀胱下部貫穿前子宮壁，由他側之隙創緣刺出縫合二—三針，則子宮可以固定於陰壁。（2）圓形帶短縮法（亞力山大 *Alexander* 氏手術）卽由鼠蹊管中牽出圓形帶，切短之而固定子宮之法也，先以派沙留謨固定修復之子宮，剃去陰毛，以指壓入左側外腹輪

作指印痕。局部消毒。由恥骨結節爲起沿蒲巴如突氏韌帶。施長約六—八公分之皮膚切開。見白色有光澤之外斜筋。夾膜。進入外鼠蹊輪。之鑷子。把持脂肪塊而牽引之。若仍不明圓韌帶之所在。則切開夾膜。自可發見。韌帶。此時再檢查子宮之位置。是否端正。然後牽出圓韌帶。約二—四公分。將韌帶縫著於夾膜之下面。剪除多餘之韌帶。同時閉鎖腹膜。夾膜及皮膚之創緣。施防腐繃帶。3. 腹壁固定法。Ventriculo-ovario 卽固定子宮於腹壁之法也。先施開腹術。將圓韌帶子宮附著部。縫合於腹壁。或於子宮底部施固著腹壁之縫合。或先於腹壁左創緣。施三縫合。由一側貫通子宮筋層達他側。再穿通右創緣。然後施結節縫合。更或插置玻璃排膿管於杜庫拉斯腔。約四星期。一以支持子宮。一以使杜庫拉斯腔閉着。此等術式。雖不能收完全治癒之功。而後屈之障害。可以少減。若在月經閉止期之婦人。因後屈症。而子宮出血甚劇。症狀甚惡者。不得已施

4. 陰內子宮摘出術。總之因癒着不能整復之後屈症。祇有施對症的療法而已。

(五) 子宮前位及後位。子宮之形狀毫無異常。其全體在前方者曰前位。由子宮部發生腫瘍。而子宮向前。若腫瘍發生於深部。則前位子宮兼取上位。子宮全體接近於後骨盤壁者曰後位。常因杜庫拉斯腔兩腹膜。葉之炎症。著而起。此時子宮不能向前方移動。膀胱空虛時。子宮膀胱腔空闊。腸管則占居其中。又由于子宮前方發生腫瘍。或因杜庫拉斯腔中血腫排除後而發者亦有之。

(六) 子宮側位。子宮側轉。子宮側屈。子宮轉位。

子宮之左位及右位，側轉側屈等，常因扁韌帶之新生物，及子宮周圍炎症而續發。子宮捻轉者，子宮沿縱軸而旋轉之謂也。此等子宮之轉位，在臨床上無甚重要，故從略。

(七)子宮及陰之下垂及脫垂。Descensus et Prolapsus uteri et vaginae 陰及子宮之垂脫，概由於骨盤之結合弛緩而發。多數由於產褥，由新生物或他種疾患發者蓋鮮。即因陰腔甚擴張，形成廣闊之管，管壁押出於哆開之管腔內。上部之生殖器失其支持，從重學之法則而下垂。故妊娠產褥，衰老，消耗性疾病，（肺癆，霍亂，赤痢，腐敗熱）以及子宮轉位畸形，陰壁之新生物，囊腫，卵巢囊，子宮筋腫，腹水慢性便秘等，往往為本症之原因。或誘因，但處女無生殖器之變化，亦有發脫垂者。其原因概由於手淫。其由於家政之勞動，及墮落者蓋少數耳。子宮及陰腔之脫垂，二者互相關係，就其垂脫之程度及狀態，得區別為種種。其由癱瘓組織後結合弛緩者，陰門哆開，陰壁之下部為不正之塊狀隆起而膨出者，曰陰下，垂。子宮下降，子宮陰部露出於塊狀隆起之間者，曰陰子宮下，垂。症又若陰前壁之下半膨隆於陰腔內者，曰前陰脫垂。陰前壁之大部分膨出者，則多兼有膀胱脫。若陰前壁之上三分之一脫垂者，曰上前陰脫垂。若兼有前陰腸脫者，曰上前陰脫垂。兼前陰腸脫，後穹窿部脫出者，曰後陰腸脫。兼後脫垂，陰後壁之下部或下三分之二，脫垂於陰門之間，初發為梅子大之隆起，漸次直腸之前壁亦突出為腫瘍狀。此腫瘍常達手拳大。內含糞便及氣者，曰直腸脫。兼後陰脫垂，子宮或子宮及陰同時脫垂者，曰子宮脫垂。本症多於二五—三五歲之婦人見之。子宮先下降於

陰腔內，次現於陰門之間，後出於陰門之外，前後穹窿部消失，頸部延長，非薄而現萎縮狀，腸管、輸卵管、卵巢等，亦常進入於脫垂內，脫垂部粘膜之變化甚著，皺襞盡失，粘膜面乾燥，外觀與外皮同，子宮口露出之頸粘膜，與外氣接觸，其圓柱狀上皮亦失其性質，又因衣服之摩擦，糞便之污染，易起急性炎症，而生糜爛，形成潰瘍，或為壞疽狀，容易出血，分泌稠之漿液，鄰近之皮膚亦發生炎症，其外觀與惡性之疾病相類似。

症狀 在產後或身體過勞，急驟發生之子宮脫垂，患者於下腹部發激烈之牽引性疼痛，或因之而失神卒倒，或於二三日內，因虛脫尿閉，腹膜炎而死亡，在慢性者，其症狀徐緩，先於下腹部有壓重感，陰門哆開，步行不便，若兼有膀胱脫，則有排尿困難，若兼有直腸脫，則有便秘，漸次則覺腰痛下，腹痛，努力，咳嗽荷重時，疼痛加增，其脫出之腫瘍，在初期尚有時消失，夜間安臥時，或靜坐時，尚能自然歸納，惟晝間起立行動時，或作業時，始脫出，若脫垂漸達高度，則不分晝夜，悉垂脫於陰門之外，腰痛增劇，發臟躁病之症狀，及消化障礙，（胃痛，噯氣，嘔吐，食機不振）身體則逐漸衰弱，羸瘦，月經概無變調，但量有多寡，不妊，雖亦為本病症狀之一，然非必發者也。

診斷 高度之子宮脫垂，甚易診斷，但在病之初期，安靜時陰壁及子宮往往自然歸納，不能發見脫垂，必須令患婦起立努責，或咳嗽，或以麥粒鉗子牽引子宮，或壓迫腹部，使脫垂之度增加，方能檢查各部相互之關係，次按子宮之位置，檢其與陰壁之關係，再以消息子，測子宮頸體兩部之長短，及膀胱直腸是否同時脫垂。

然後修復，全下垂部分，於骨盤內，再檢查子宮之位置，骨盤底（會陰）窿穹窿部及兩側窿壁之狀況，預後及經過。苟不速治，下垂之度漸增，腹膜癒著於子宮底部，隨同脫出於因脫垂所生之空隙，由滲出物而填充之，修復則更爲困難，子宮之脫垂與生命，雖無直接之關係，然自然治癒者亦決無，若放置之，不施治，則下垂日漸增劇，起運動，股糞，排尿等之障礙，疼痛精神沈鬱，發騷躁病症狀，又或脫出之部因箝頓而瘵，壞死，起腐敗性炎者有之。本症之經過概緩徐。

療法 預防法，凡有墮及子宮下垂之傾向者，於產褥之第一日，即令直腸膀胱空虛，取側臥之位置，內服哀爾索清 Ergon 禁止早期之勞力，施丁字帶保護會陰，局部用強收斂性藥液，行陰洗滌及坐浴，促進生殖器之復故，既已脫出，仍屬初期者，亟宜修復而固定之，若脫出部腫脹，難以修復時，則使患婦取膝肘位，用瀉血法或冷卷法，去其腫脹，然後塗石炭酸阿列夫油於脫垂之部，徐徐向骨盤軸之方向而上壓，修復後，用瀉湯崩而固定之，又若脫出之部已生有潰瘍者，修復之前，必須治癒，然後固定之，或有不用瀉湯崩而用種種派沙留謨者，即以環狀派沙留謨或藥養 Poser 氏床克西林古 Zwanck Schilling 氏之子宮架 Aystrophor 或有莖環 Gesheller Ring 等送入窿腔，負載子宮防止其垂脫，但此等派沙留謨之療法，往往有繼發子宮外炎膜及骨盤結締織炎者，現時概不實用。

脫垂之手術的療法，最爲盛行，即根治法 Radicalbehandlung 是也，脫垂之種類既多，手術亦各有不同，然皆

以使骨盤底鞏固，膻口縮小，防禦膻及子宮之垂脫爲目的者也。其法甚多，略舉數法如次：(1) 前膻壁縫合法，*Kolporrhaphia anterior* 爲膀胱脫兼前膻壁脫垂之適應手術，視脫垂之程度，由前膻壁截除卵圓形之粘膜一片，再縫合其創緣之法也。施術時，先使直腸膀胱空虛，患婦取尾閭背位，洗滌局部，嚴重消毒，施嚼囉仿全身麻醉，以壓抵子或銳鉤彫開陰唇，術者取鉗子拊着子宮之前唇，強向下方牽引，豫定切除之粘膜，一而由左下方起，切割粘膜全層，牽膀胱嚙開之疎鬆結締織，以手指或刀背剝離膜瓣，剪平創面，完全止血，分深淺兩層縫合創緣。(2) 後膻壁縫合法，*Kolporrhaphia posterior* 爲後膻壁垂兼腸脫之手術，由後膻壁及膻入口之全後部，截除粘膜，縫合創緣之法也。其截除之粘膜部，取類三角形，尖端離膻穹隆部約二—三公分，基底達會陰之皮膚粘膜，截除之後，亦施兩重縫合，而縫合之縫合之次序，則以尖端始會陰部終，上述前後膜縫合法外，對於截除之粘膜面之形狀，各家所施者又不同，種種變形手術甚多，如會陰膻壁縫合法，*Perinaeosis* 中央室壁縫合法，*Kolporrhaphia mediana* 等是也。又膻部切斷術及按摩等法亦有用之者。若兼有後屈症者，同時施後屈症之手術，脫出之子宮，發生惡性腫瘍者，施子宮全摘出術，後療法爲結縛患婦兩足仰臥十數日或二十日，一晝夜間以消毒之導子取尿二—三次，至第四日或第五日投筴麻子油通便，此時可漸與易消化固形之食餌，膻之洗滌，雖非必要，然於排尿後，外陰部必須清潔，至第一二—三四日，會陰之縫合絲可以取去，第一七—二三日始許起坐，第二四—二五日，可除去粘膜之縫合，必於二月

以後始許自由步行，但仍須禁止交接及勞働。

(八)子宮上昇。Elevatio uteri。子宮上昇，悉由外襲之誘因而發，爲他種疾病之一分症。本症或發於子宮由下部昇上，或由於上方之牽引，如陰閉鎖時，血液或滲出物之滯留，子宮外妊娠，小骨盤或陰內發生腫瘍時，子宮被壓迫而上昇，又如巨大之卵巢囊腫，子宮漿液腺下筋腫，腹膜炎之癒着，及子宮腹壁固定手術後，子宮因上部之牽引而上行是已。子宮上行時，膈管延長，其粘膜之皺襞消失，子宮陰部平滑，陰腔向上狹窄，爲漏斗狀，其尖端卽子宮外口，子宮頸亦甚延長。

(九)子宮內翻。Inversio uteri。子宮內翻者，子宮底沉降，內翻通過子宮口，而顯露於陰腔內之症也。發病之原因，或由於分娩時臍帶之牽引，或由於產褥時期中過度之勞責及墜落，又子宮發生腫瘍，（粘膜下筋腫增大爲茸狀時）周圍子宮壁甚萎縮，或脂變，因腫瘍重量之牽引，及腹壓之關係，子宮因而內翻。內翻之程度有輕重，故可別之爲三度。1 子宮底內子宮內腔凹陷，若血狀者。2 子宮壓陷。3 子宮底達子宮內口者。曰不全子宮內翻。3 子宮全體翻轉者。曰全子宮內翻。又子宮體內翻，同時腔壁之一側或兩側垂脫者。曰全子宮內翻，兼垂脫。子宮內翻時，其內膜之變化有不同，若以顯微鏡檢之，在壓翻者，其粘膜無甚變化，在全內翻者，粘膜菲薄，頸部之粘膜或缺損，或因炎症作用而變爲肉芽樣組織，腺組織大半消失，然增殖之部分亦有之，在全內翻者，其狀態雖與不全內翻同，若時日稍久，則子宮內膜變爲複層之扁平上皮，但內翻之

部分陷於壞疽者，則較少也。

症狀 產褥時之內翻，多係卒然發生，症狀頗為危險，或出血甚劇，因之而陷於貧血，或因震盪症而失其生命，若內翻之發生緩慢，症狀亦不急劇，自覺症惟有月經增量，黏膜之分泌增多，薦骨部疼痛，及壓重感，便秘，尿利困難而已，車婦亦逐漸衰弱。

診斷 由既往症，得以推知者不少，若施雙合診時，陰內觸有圓錐之腫瘍，外手觸知子宮底部之漏斗形，此漏斗在內翻之診斷，最為必要，若腹外不能觸知漏斗，則由直腸或擴張尿道，由膀胱而搜索之，方得確實之診斷，又子宮內翻有誤診為粘下膜筋腫者，須注意，若係有莖之筋腫，其腫瘍與子宮之間有狹窄輪，若無莖時二者之區別甚難，惟子宮體較腫瘍為柔軟，可為鑑別之點。

療法 因產褥而發者，常有胎盤之附着，宜剝離而整復之，但有空氣竄入胎盤血管之處，故近時概先試施整復法，若不能整復，始注意剝離胎盤，然後整復，其整復之方法，為兩手整復法，即先施深麻醉，一手按着腹壁，固定漏斗部，以他手握子宮體，用指尖由頸部或最後翻出之部，漸次壓入，施此法時，必反覆忍耐行之，則整復之目的可達，又或令患婦臥於腔內填塞海鹽枋甘油湯，施按摩術俾內翻子宮之腫脹消，失整復頗可見效，而用空氣或水之圓錐漏斗擴張器，Kegaltichis-tampon 者有之，若非產褥性之內翻症，宜先去其原因，如右筋腫時，則注意截除之，若仍不能整復，則施行手術，切開穹窿部，達杜庫拉斯氏腔，搜索內翻漏

斗，切開子宮後壁（五公分）翻轉子宮，然後縫合其腹膜創，閉鎖杜庫拉斯氏腔。若以上各法仍然無效，則施隱式子宮全截除術。

第五章 子宮之炎症

第一節 子宮實質炎

(一) 急性子宮實質炎 Acute metritis

本症概由於子宮內膜炎或外膜炎之波，及尤以淋毒性內膜炎爲主要原因。他若產褥、月經期之感冒、外傷、交接過度、勞動過劇，或粗暴之婦人科檢查、不潔器械之應用，皆足爲本症之誘因。其病理，解剖所見，子宮甚腫大而柔軟，組織內充血，有漿液及圓形細胞之浸潤，同時子宮之內外兩膜亦充血肥厚。

症狀 惡寒、戰慄發熱，下腹部及薦骨部有牽引性劇痛，并有壓痛，甚或全腹部疼痛。雖咳嗽談話等輕微之運動，其疼痛之度亦因之而增。尿意頻數，直腸有壓重感，或裏急後重。若發病在月經期中，則月經忽然停止。數日之後再顯，其量且甚多，但實質炎有子宮出血者亦不少，或由子宮流出膿液。若實質炎波及腹膜時，則發腹膜炎（嘔吐鼓脹）之症狀。

診斷 子宮頸體兩部有同等之腫脹，知覺過敏，消息子送入或雙合診時，疼痛不堪。子宮全部柔軟，同時後穹窿部亦腫脹而呈水腫狀。

預後 佳良，治療得宜，於數日之後疼痛漸減而治癒。若發生化膿性腹膜炎時，則甚危險，或由急性變為慢性則治癒甚難。

療法 靜臥，下腹部用冷袋法冰囊，或反之而用溫袋法，內服緩下劑通便，疼痛甚時用阿片嗎啡之內服，或皮下注射，或於恥骨縫際部貼用水蛭，亂刺腫部射血，有化膿之徵候者，施完全之消毒法，而排泄其膿液，或施子宮之切除術。

(二)慢性子宮實質炎 *Chronische metritis (uterus infarcti)*

本症多為急性實質炎之續發症，而產褥流產，月經異常，子宮內膜炎，子宮轉位變形，月經時之感冒，荒淫手淫，便秘，妊娠，血行異常亦為其原因，然為特發者亦有之，其病理，剖為子宮增大，壁肥厚，結締組織增殖，血管擴張，或較窄，子宮內外膜亦肥厚，炎症去後，因癍痕收縮，子宮漸小而硬化。

症狀 腰部下腹部或薦骨疼痛，且有壓重感頭，痛，肩，脾痛，尿意頻數，月經增量，反覆出血，便秘，惡心，嘔吐，胃痛發病於產後者，則惡露持續，兼有內膜炎時，白帶之量增加，而白帶之量因疼痛之度有增減，病勢遷延，則食慾減少，身體衰弱，下肢常自覺麻痺，手足寒冷，或有臟躁病之發作，受胎之關係不定。

經過及預後 經過甚緩慢，病勢弛張，治癒頗難，於生命雖無直接之危險，然亦有由營養之障害或出血腹膜炎等而死亡者，又或由於精神之不快而陷於臟躁病。

診斷 由于宮之平等增大，壁肥厚，知覺過敏，經過緩慢等，得以診斷之，而妊娠，子宮實質筋腫與本症有類似之點，宜鑑別之。

療法 宜注意產褥期之攝生，大小便之整理，又產褥惡露消失之後，宜以加木醋或單寧之五十度溫水，施清潔及消毒之灌洗，內服麥角，哀爾告清，黑得拉斯奇斯等，促進子宮之復故而預防之，固有療法，在初期最宜安靜，腹部施冷濕熱法，陰腔內施消毒藥或收斂性溫水灌洗，坐浴（三二度），內服緩下劑或灌腸，飲牛乳，或新鮮之果品，知覺過敏之婦人，同時有子宮周圍炎者，用嗎啡，鴉片，可克因等之藥，或用依希奇奧，碘化鉀，甘油，海鹽，仿湯崩，或用瀉血法，兼用強壯劑而增其體力，在炎症全退後，施按摩法或頸部切除法。

第二節 子宮肥大 Hypertrophia uteri

子宮肥大有全部局部之別，主理的全部肥大，於妊娠時見之，而全部肥大之多數，概以實質炎為其起因，雖子宮筋腫血腫，子宮位置之異常及血行障礙等，亦得為其原因，但當時仍有多少之炎症症狀也，局部肥大之最多者，為子宮頸部及陰部之肥大，頸部呈特異之形狀，陰部之上中兩部肥大，突出於陰腔內，甚或有露於陰門之間者，所謂陰部肥大是也，至局部肥大之原因雖不明，而與手淫頗有關係，至分娩產褥亦未嘗不無影響。

症狀及診斷 下腹部有膨滿及壓下之感覺，有膀胱直腸之壓迫症狀，裏急後重，因粘膜糜爛，分泌增加。

平時有白帶下，月經時有強烈之出血，雙合診時，子宮體在普通之位置，頸部平滑，陰部延長，口唇肥厚，有平等之硬度。

療法 下腹部有未滿感時與以蝮下劑，施坐浴及溫水之坐部灌注，施唐寧甘油湯煎或亂刺法子宮粘膜炎，下腹膨脹，而止其帶下，若症狀仍不輕減，壓重之感覺甚重者，則施頸部之切斷或楔狀切除。

(一)子宮頸切斷，Amputation colli uteri 之術式有種種而常用者為西來得 Schroeder 氏法，其法先切開子宮頸之兩側，達穹窿部，翻轉兩唇，細檢頸管之粘膜，以病部與健部為境界，對於子宮壁施鉛直之橫切開，達子宮實質，再由唇之外側，沿頸部長軸之方向施第二之切開，與橫切開相會合，則唇之一半脫離，然後折轉殘留唇瓣之下端密接於第一斷面之上，創緣以縫絲穿通全創底，而結紮之。(2)楔狀切除者，先切開頸之兩側，然後由前後兩唇截除楔狀組織。

第三節 子宮粘膜炎之疾患

(一)急性子宮內膜炎 Endometritis acuta

本症以淋疾之傳染，月經時之感冒，刺激性藥液之子宮灌注，檢查時及使用器械時之消毒不完全，或急性傳染病，如梅毒等為原因，子宮之粘膜腫脹潮紅，膜下有小盜血斑點，分泌機能先減後增，分泌物粘稠而為血樣，內含剝落之上皮，常混有少許之膿液及腺組織，故帶黃赤色或為膿樣於膜之凹陷部，見有黃色

或白色之點，在腐敗性急性內膜炎時，全身症狀甚劇，發熱，並有多量之漿液性、血性、或膿性放惡臭之分泌物排泄。

症狀 患者於發病之初有惡寒戰慄，發熱，鼠蹊部腰部有鈍痛，骨盤內有灼熱感及緊滿之感覺，尿意頻數，五—六日後，熱度及疼痛漸減，而分泌之最反增多，初甚稀薄，漸次濃厚，或混有血液，子宮粘膜炎之知覺過敏，且易出血，二—三週後，疼痛及分泌物輕減，若攝生及治療不得其宜，則轉成慢性內膜炎。

診斷 就發熱、分泌物及子宮之自發痛、壓疼等，得以推知為急性內膜炎，陰部潮紅腫大，粘膜炎於剝離，消患者檢查時，粘膜粗糙，易出血且過敏。

療法 安靜攝生，整理大便，禁止交接，及藥液器械之濫用，內服解熱劑，並施微溫水之坐浴，灌注，下腹部疼痛或緊張時，施溫浴法，反覆施亂刺法，瀉血，而去其充血。

(二)慢性子宮內膜炎 Endometritis chronica

本症由急性子宮內膜炎繼發者甚多，他若月經時之不攝生，頸管之狹窄，淋毒之傳染，氣候及習慣之變常，子宮內異物之竄入，子宮及周圍之新生物，分娩，急性傳染病，子宮內翻，子宮脫，子宮實質炎，腺病，結核，萎黃病，心臟病，肝臟病，中毒，老衰等，皆得為其原因，子宮粘膜炎腫脹，血管增殖，溢血，其分泌物增加，且長時間，續就其部位之不同得區別之為體部炎及頸部炎之二種。

(甲)子宮體粘膜炎之慢性克阿塔爾(慢性子宮內膜炎)

一般所謂慢性子宮內膜炎者，概指體粘膜炎之慢性克阿塔爾而言，其血管非常增加，同時時間組織內之細胞浸潤亦甚，且腫脹溢血，粘膜炎之而肥厚，慢性內膜炎因顯微鏡的構造不同又可分別之為數種如次：(1) 湖質性體內膜炎，為最普通之症，內膜之間質內有圓形或紡錘狀細胞之浸潤，極易出血，為其特性，然有強度之月經困難者，亦見之。(2) 喉質性體內膜炎，子宮內膜之全面或局部，腺狀組織延長，且為樹枝狀之分歧，或粘膜炎表面凹陷形成新腺，腺與間質性內膜炎併發。(3) 肉芽性內膜炎，粘膜炎甚肥厚，其厚徑有達一—一·五公分者，間質繁殖，腺質被其壓迫，有梭棹之部分及擴張之部分，分歧亦同時增加，故粘膜炎之橫斷面，如篩眼，或名之曰慢性增殖性內膜炎。(4) 流產後內膜炎，流產後脫落膜之一部殘留，其周圍之粘膜炎起細胞浸潤，漸次而蔓延於子內面之全部，間質繁殖，腺質亦微有增殖。(5) 落屑性內膜炎，子宮發炎後，其粘膜炎之一部或全部剝離，其剝落之粘膜炎常混於月經時之血液內而排出，或定期的每月經時排出，或二—三個日排出一次，其剝落膜之一面平滑，他面則粗糙，顯微鏡下見有彈力纖維，結締組織及大核之細胞，此種內膜炎，於未產或經產婦人見之。(參閱膜樣性月經困難)。(6) 淋毒性內膜炎，起因於淋毒菌之傳染，以急性始以慢性終，分泌物甚多為膿樣，急性期內出血者不少，此炎症易蔓延於輸卵管及子宮周圍。(參閱子宮淋炎)。(7) 結核性內膜炎，有上行性及下行性兩種，下行性者即他臟器之結核下行而達子宮內膜之謂。

也。上行性者，由有生殖器結核之男子而傳染者也。兩者之中，以下行者爲多。子宮內膜面有乾酪樣易破碎之分泌物及小結節，此種內膜炎，往往有月經之閉止。

症候 由急性炎轉來者不少。故白帶有色，月經不正，體身違和，分泌物或有惡臭，而常無痛疼。故本症初期往往有不自覺者。若最初期卽爲慢性者，其主要之徵候則爲（1）漏液，水樣或膿樣，粘稠而帶有黃綠褐等色。若同時子宮頸狹窄，排泄物不能排出，停留子宮腔內，則發陣痛樣之疼痛。若頸管有炎時，症其分泌之量更多，且甚濃厚。子宮外口之粘膜外翻（2）出血，於間質性及肉芽性內膜炎時屢見之，因之而陷於貧血者不少。（3）疼痛，剝屑性內膜炎。在月經期中或間歇期間，往往起劇烈之疼痛。（4）知覺過敏，子宮消息子檢查時，覺疼痛（5）不孕，一由於變性之分泌液使，精虫失却生活力，一由於卵子不能固着於粘膜面之故也。此外患者全身違和，四肢倦怠，吞酸，便秘，頭痛，神經痛，漸次發現臟躁病性症狀。

診斷 本症由出血及多量之分泌物已可略知，再施消息子檢查，則子宮內面有粗糙感，疼痛出血，或以銳匙搔取粘膜之一部鏡檢之，則診斷更爲確實。

預后 患婦因疼痛及有多量之漏液出血，則漸次衰弱貧血，且對於治療頑固抵抗。

療法 有慢性子宮內膜炎之患者，須絕對的禁止交接，療法有種種，略舉之如下：（1）子宮腐蝕，洗滌法，先擴張子宮頸管，後以○·○五—○·一%昇汞水，或二%石炭酸水，或○·五%之苦來奧林 Kreolin 水。

一、二%福馬林水。洗滌子宮腔。但洗滌液有通過輸卵管而達腹腔之危險。故往往以藥劑小杆送入法代之。其法先以包纏殺菌棉花之消息子。清拭子宮腔。後插入含有明礬或唐寧或一半鹽化鐵液或鹽化亞鉛之樹膠杆。使患婦平臥二—三時間。待小杆漸次柔軟溶解。俾藥液蔓延於全粘膜。而此法隔數日反覆一次。或有利用白蠟及克柯阿酪製之含藥小囊。壓入子宮頸管而得倖效者。(2) 以消息子包纏含有鎂 *Magnesia* 末或三%重碳酸鈣液之棉花。拭去子宮粘膜之粘液。次以蘸五—五〇%鹽化亞鉛水之棉花而腐蝕之。每一週一次。有潰瘍時用三三%克樂護酸 *Vaid chromic* 水。一〇—二〇%之硝酸銀液。五%之硫酸銅液。五〇%之酒精塗布。(3) 對於出血則與以麥角。黑得拉斯齊斯酒。黑得拉斯奇。密斯奇。布奎爾。沙里比林等藥劑之內服。(4) 或施子宮腔之乾燥療法 *Trockenbehandlung - Lung* 使患婦側臥。牽引子宮向前。先以細消息子探明子宮腔之方向。次以消息子將長五十公分寬二—三公分之海鹽仿綿紗條由一端漸次送入。填塞子宮腔。綿紗條之末端露出於子宮口。此法可反覆數回。若不用海鹽仿綿紗。用明礬。皓礬等粉末散布之棉花或小球亦可。若施以上諸法仍無效果。反覆出血者。則施粘膜搔爬法 *Abrasio mucosa* (用嚼囉仿麻碎或不麻醉或於手術一時前內服黑篤那爾 *Hedonal* 1. — 11. 〇亦可) 使患婦取尾閩背位。外陰部置腔嚴密消毒。兩腳近接腹部。而以蒙氏半溝鏡壓抵隨後壁。以銳鉤挾子宮前唇。牽出之。達喉入口。更洗滌消毒。先以消息子探查子宮之方向。次以搔爬器 *Curette* 送入子宮腔。達子宮底。加以輕壓。由上而下。由左而

右，搔爬子宮粘膜面之全部。最後搔爬子宮底。及兩輸卵管角。其被爬除之粘膜塊，則自頸管湧出。集收之。可爲檢查之材料。搔爬時，概不甚出血。術後以殺菌之海鹽仿綿紗插入。填塞子宮。放置一二三四時間。然後取出。搔爬後，患婦宜靜臥四—五日。由術後第三日起，每日以二%石炭酸或三%硼酸水。五千倍昇水澆淋陰腔一—二次。並插置海鹽仿綿紗。若甚覺疼痛時，則下腹部用濕冷瘧法。或貼敷數葉莢或灰白軟膏。至第六日可插入子宮鏡。窺察陰部。此時多無手術之痕跡。然時或仍有帶下。或間有出血者。則反覆搔爬之。又瑪庫斯蒸氣腐蝕法 Die atomocautis von binous 亦爲人所實用。此法有特別之裝置（聘庫斯氏蒸氣腐蝕裝置）。其溫度爲一〇五度，乃至一一五度。腐蝕時間十秒至三十秒足矣。

(2) 頸管慢性克阿塔爾 *Chronischer cervix catarrh*

頸管克阿塔爾之單純者，粘膜腫脹充血。分泌增盛。經過既久，則圓柱狀上皮增殖。粘膜之皺襞隆起。向外子宮口膨出爲柔軟鮮紅色之小塊。且圓柱上皮漸次爛蔓。壓逐陰部之扁平上皮。而占領其部位。陰部之粘膜亦凸凹不平。皺襞陷沒之部，成爲腺管。分歧增殖。故其分泌面因之而益廣。此現象謂之糜爛 *Erosion*。若有乳嘴狀之突隆者。曰乳頭性糜爛或潰瘍 *Capillare Erosion od. Ulcus*。若腺狀之凹陷部內。滯留分泌物而擴張爲囊狀。或那波禿卵腫大時。則曰濾胞性糜爛。糜爛面有擴張之靜脈時。曰靜脈擴張性糜爛。此表面之變化。常誘起頸部實質之變化。腺增殖。進入結締織下層。故血管增生。細胞浸潤。頸部之容積因之而增。

在于宮口唇之側結合斷裂時，粘膜外翻，陰部殆被其被覆。外觀與癩腫相類似，即所謂頸部粘膜之外翻症。
ectrochium 者是也。

症狀 頸部增殖之粘膜組織，膨出於子宮外口，其性脆弱，易於出血。且過敏，於大便秘時勞動時或交接時，發刺痛。帶下爲血性，或爲無色透明白色黃色之分泌液。或有帶褐色者，稠薄不定。因疼痛及多量之帶下，患婦常陷於衰弱狀態。頸部深在隙之排泄管口，常因慢性炎而閉塞，形成潴留膿泡，周圍被其壓迫，誘發腰部之持續性帶痛。若發外子宮口之狹窄時，則疼痛增劇，頸管擴張，上陰部延長，並成不妊症。

經過 頗緩慢，難治而。易再發。放置之則增惡，然至月經停止期，亦有自然治癒者。

診斷 頸部粘膜腫脹外翻，外子宮口之周緣有糜爛面。若子宮外口甚狹窄，須切開其兩側，翻轉兩唇，而觀察頸部之全內面。外口之糜爛與癩腫之初期甚難區別。必爬取粘膜之一部，鏡檢之，始能判別也。

預後 雖無直接之生命關係，然因多量之分泌及疼痛，而妨害健康。且續發惡性腫瘤。

療法 安靜，禁止交接，通便。反復亂刺陰部，而去其充血。若有滲溜膿泡，則穿破而去其內容。糜爛面塗布純木醋，碘酒，每隔二—三日用腐蝕藥，（如鹽化亞鉛，硝酸銀或稀硝酸）腐蝕之。腐蝕後再洗滌，而昇汞甘汞，海碘仿，純碘，碘化鉀，派羅斯特氏液 *Liquor Bellousi*（次硝酸酸化汞液）一半鹽化鐵液，蒲樂他魯過 *Prolargol* (2%) 等，亦有用之者。但必先拭去頸管粘膜分泌物。後用上述藥劑塗布。此應注意者也。又或用

五—一〇%之依希奇異。水塗布亦可。對於膿質之增殖者。非用烙鐵燒灼或發煙硝酸腐蝕不可。但有子宮口狹窄閉塞之缺點。若屬乳頭性糜爛。則施頸部粘膜之截除。

(附) 子宮粘膜茸腫

茸腫與子宮內膜炎有密切之關係。即頸部粘膜之濾泡。貯溜粘液。內容增加。則以自己之重量而牽引周圍之粗鬆結締織。漸向表面隆起為茸狀。在子宮外口之隣近。呈著明之結節。其內容或稠而透明。或為膿樣而溷濁。此結節或多數集簇。或各個分離。其外觀類似息肉。亦有加鷄冠狀懸垂於頸管腔及陰腔內者。症狀。茸腫小者。不現症狀。增大時。則帶下增多。混有血液。屢發劇痛。間有子宮之出血。或祇為慢性克阿塔兒症狀。其疼痛為陣痛性。於月經期間增劇。又於老年婦人。常有毫無症狀。祇有薦骨之疼痛者。

診斷 由視診觸診而診斷之。但初期潛伏於子宮內者。不易視察。

療法 除去茸腫。有莖者以麥粒鉗子沿基礎部而絞斷之。莖蒂硬而大者。宜先以一針穿其基礎。結紮兩側而後切斷。後用糜一半鹽化鐵液之湯崩壓迫止血。若周圍有病變之粘膜。須同時切除。預防再發。

第六章 子宮之新生物

第一節 子宮筋腫

筋腫為子宮新生物中之最多者。其原因雖不明。然與年齡。不孕。結婚。不無關係。就諸家之統計觀之。由二十

歲起至五十歲之間，筋腫之數與年歲俱增。至五十歲後其數漸減。發生筋腫之人數，既婚者較未婚者多。既婚者之數為七七·五—七九·五%。未婚者之數，不過二〇·五—二二·五%耳。至不孕之關係，各家之說又各不同，或謂筋腫非由不孕而生，而不孕為筋腫之結果。然觀近時之統計，則雖發生筋腫，妊娠者亦不少。又筋腫之發生與月經，子宮之直接間接刺戟，卵巢之變化，遺傳素因等，皆不無關係也。

病理解剖 子宮筋腫之構造，由於滑平筋纖維及其間所存之纖維結締組織而成。富有淋巴管、血管，而神經則甚少。其筋纖維較平常子宮之筋纖維寬粗，且有大核。此種筋纖維多者，單曰筋腫。若纖維結締組織多，筋束及血管較少者，曰纖維性筋腫。若富有血管者，曰血管擴張性，或蜂窩織性筋腫。包含數多之小囊腫者，曰囊腫性筋腫。包含多數之淋巴管者，曰淋巴管擴張性筋腫。更有所謂腺腫性筋腫者。其周圍無判然之界限。筋腫內包含有圓柱狀上皮或纖毛上皮之組織者也。筋腫多存在於子宮筋組織內，以粗鬆之結締組織包裹之。與子宮實質分界，易於剝離。此腫瘍發生一個數個或數十個。大小種種不一。常向筋纖維抵抗力較少之部分壓排，而占領其部分。向子宮之外表或子宮腔內而增育。其硬度不定。纖維結締組織多者硬，有骨樣之硬度。筋纖維多者柔軟，或有假性波動。剖面為葉狀，其色赤，或呈褐色，或呈蒼白色。因結締組織及筋纖維之多寡而不同。筋腫經過之中，常有軟化、硬化、石灰化、化膿等變化。同時子宮內膜增殖，或生大小不等之粘液背贅。富有血管，易於出血。子宮筋腫，除單純者外，有為囊腫、筋腫、腺性肉腫，又或與癌腫合併。子宮頸體兩部皆

能發生筋腫。而以發生於體部者爲最多。茲就體頸兩部分別論之。

(甲)體部筋腫。發生於子宮體部之。又可區別之爲漿液膜下。間質性及粘膜下三種。最多者爲間質性筋腫。(1)漿膜下筋腫(腹膜背腫)筋腫向子宮之外圍增大。而突出於腹腔內者也。在初期雖有廣大之根蒂。然漸次發育。與子宮壁分離。或僅相連繫。腫瘍增大時。牽引子宮上行。而起頸部之延長。甚至子宮頸部組織離離。若同時子宮捻轉。則發子宮之水腫。血腫。或粘膜之萎縮。又筋腫發生於子宮之側緣時。則突入於扁韌帶內而增育。漿膜下筋腫。概爲多發性。有一個數個之核。大小及發育之遲延不定。歸轉不良。尤以合併腸嵌頓者爲然。(2)粘膜下筋腫。(纖維性背腫)向子宮腔內增殖之筋腫也。其形成根蒂之關係。與前者同。爲息肉狀。屢爲子宮內翻之原因。其形狀先爲圓形。漸次增大。或爲長卵圓形。或爲梨子狀粘膜下筋腫多係單發。質較柔軟。石灰化者亦少。(3)間質性筋腫。(壁內筋腫)生於筋束間。向內方或向外方。或同時向內外兩方增大。隆起。若向外方膨出。則類於漿膜下筋腫。若向內方突出。則類於粘膜下筋腫。惟不形成根蒂。周圍以子宮實質包圍。富有血管。增育迅速。成巨大之腫瘍。因之子宮腔延長。子宮壁肥厚。不等變形。輸卵管轉位。此筋腫多生於子宮底或子宮後壁。核有一個。或數個。若經過中受前述之變性而生空洞者。則曰囊狀筋腫。(乙)頸部筋腫。筋腫之發於頸部者較少。其發育之狀態亦如體部之筋腫。(1)漿液膜下筋腫。漸次增大。進入扁韌帶內。而成韌帶內筋腫。填充膀胱子宮腔。或子宮直腸腔。(2)粘膜下筋腫。通長爲背狀。下垂於頸管。

或腔內。牽引子宮。繼發子宮脫。此其狀筋腫往往露出於陰門之間。受周圍之絞攣而陷於坯疽者不少。
 3) 實質內筋腫。子宮唇之一側爲平等之肥厚。他側爲半月狀而圍擁之。漸次增大。子宮前被壓迫而向側方或上方轉位。

症狀 筋腫發生之部位不同。故其症狀亦有異。(1) 漿膜下筋腫之初期。毫無症狀。增大時。子宮及隣近之臟器被壓迫牽引。始有腰痛。腹內有壓重感。及牽引性疼痛。外陰部下肢浮腫。腹水。并有消化排便利尿等障礙。月經時症狀益增惡。(2) 粘膜下筋腫。則子宮擴大。粘膜被壓迫。子宮出血。月經增量。經期延長。且有不定之出血。逐次陷於貧血之狀態。至經竭期。而月經不停止。且有陣痛或薦骨痛。不妊。陰部有充滿及壓下之不快感覺。(3) 間質內筋腫。其症狀與前二者同。小者不現症狀。漸次增大。則疼痛出血。帶下之量甚多。并有種種之壓迫症狀。頸部發生之筋腫。出血者甚少。有子宮口位置之變更。月經困難。頸管閉塞。不妊等症狀。

浪島 Jandau 氏就子宮筋腫之症狀。略別爲自覺症及他覺症如次。

- (他覺症) 1 出血。(月經過多。子宮出血) 2 帶下 3 子宮及陰之變位。子宮內翻。妊娠子宮后屈。子宮及陰脫 4 子宮及陰之變形。(其變形與血腫之結果同) 5 不妊或流產 6 子宮附屬器疾患。(輸卵管囊血腫。水腫。膿腫。卵巢疾患。慢性炎。壓迫性萎縮 7 泌尿器障害 8 貧血及心臟(筋變性)他臟器之障礙(胃腸克阿塔兒) 9 血行器障害及變化。(水腫。腹水。靜脈瘤。血拴。心臟肥大) 10 腹

腔胸腔內臟之器械的壓逐(1)乳腺之腫脹及泌乳。

(自覺症) (1) 疼痛。陣痛。壓痛。腹膜炎性疼痛。月經困難痛。(2) 呼吸困難。(由於筋腫或腹水) (3) 貧血之自覺症。(心悸亢進。眩暈。卒倒) (4) 反射的嘔吐。(5) 利尿困難。

經過及轉歸 甚不一律。若其發育停止於一定度。則起萎縮而自愈。或與子宮分離。由子宮腔而排出。若發育不已。或出血分解。或誘起子宮之內翻。或腐敗化膿。或出血及其他之疾患。患婦因之而死者有之。

診斷 對於患婦之年齡。月經之關係。妊娠之有無。自覺腫瘍之時期。並腫瘍發育之狀況。皆宜注意查詢。次則直接觸診腫瘍及子宮附屬器。並應用消息子。診查子宮腔之長短形狀。消息子檢查。有出血劇痛傳染之危險。用時頗有限制。筋腫概為圓形巨大之腫瘍。由腹壁可以觸知。子宮壁有局限之肥厚。子宮形狀變更。附屬器(圖韌帶等)之變位。聽診時。聞有騾鳴。(血管雜音)子宮腔延長。且偏於側方。若係漿液膜下。粘膜下筋腫。及頸部筋腫。由觸診視診即可以辨別。若施顯微鏡檢查。則診斷尤為確實。

類症鑑別 (一) 妊娠。妊娠時月經停止。陰部柔軟帶紫赤色。并有他種妊娠之徵候。(二) 子宮血腫。子宮外膜炎及骨盤。窩織炎。三者所生之腫瘍。表面多不平。充盈於小骨盤。與骨盤壁相移行。發熱。有劇痛。及急性貧血症狀。施以適應之療法。則容積縮小。或觸有波動。(三) 子宮實質炎。子宮體或頸部之肥厚。或體頸兩部肥厚同等。子宮腔毫不傾偏。(四) 卵巢腫瘍。(五) 腹膜後腫瘍。(纖維腫。脂肪腫。肉腫) (六) 子宮內翻症。(七)

子宮後屈症，皆宜鑑別。

預後 雖無生命直接之危險，而因小骨盤之壓迫，常有身體精神之障礙。又因出血化膿心臟之脂肪變性，褐色變性，血栓，腹水，尿毒症，敗血症，膿毒症，死亡者有之。

療法 有對症的辦法，手術療法二種。

(甲)對症療法，概以止血爲目的，故通常用者，爲哀爾索清之皮下注射。(〇·〇五—〇·一)麥角甙之內服(一·〇—一·〇)黑得拉斯奇斯，黑得拉斯奇寧(一九〇·〇五—一·三—一·六九)斯奇布奇青，斯齊布套爾，毛地黃酒(一〇—二〇滴)等之內服，又若腔內之溫水(五〇度)或冷水(六一—二度)灌注，鹽化亞鉛液之子宮湯崩，筋腫粘膜燒灼法，筋腫粘膜搔除法，電氣溶解法，(Electrolyse) 甲狀腺剷療法等，皆可以試用，而銹療法或林道精放射線療法有效。

(乙)手術療法 (A) 腔式筋腫截除術 Kolponyotomie 由陰腔切除筋腫之手術也，粘膜下筋腫下垂於腔內者，以鉗子或彈力性球鉗子捻挾其根部，而捻轉離斷之，若鉗子不能達其莖部則用電氣蹄係而絞斷之，若筋腫甚大，在腔內欲切除其一部時，必預防其出血，以二重縫線之縫合針穿過根部，分兩側結紮，然後切除之，若筋腫根蒂極大，且有稍厚之粘膜被覆時，則施壁內筋腫剷除法，Eucleion 先切開粘膜，使創口哆開，以指送入腫瘍及子宮實質間，漸次剷離其連續，後以鉗子牽出之，如上所述各術，對於頸部之筋

腫物易行然後於體部之筋腫則有難於施術者。但體部筋腫因增大而起陣痛，由內口壓下，以至頸管擴張時，亦可施隱式剝除法也。子宮頸管及膀胱間或杜庫拉斯腔之腹膜下發生筋腫時，則切開被覆筋腫之陰穹窿部然後剝除筋腫而施，特種之隱式筋腫截除術，Vaginale myomatonic截除之後再閉鎖陰穹窿，置以湯劑。又若筋腫為多發性，施特種之隱式筋腫截除術，縱能剝除其一部分，然難免再發，故由陰內試施子宮全截除者有之。

(B) 腹式筋腫截除術，切開股壁然後截除筋腫之法也。ventrale myomatoni (Myomectomie) 隱式手術不能截除之筋腫，則施腹式之截除術。萬施手術時，手術之原則必得遵守，即手術室及手術台器械術者助手之消毒助，手人數宜少，器械之準備消毒，患婦於數日間服用下劑，手術之前一日服以蓖麻子油，且頓服次硝酸蒼鉛。○五。手術之前三日，前一日，用小量之毛地黃浸劑(一日○·三—○·五)或帝加林 Digiti。(一日一·五—三·○)手術之前，更灌腸沐浴剃去陰毛，以加里石鹼酒精及殺菌水清潔腹壁，或以藥酒塗布消毒，使患婦取仰臥水平位，或骨盤高位，術者立於患婦右側，助手與術者對立，置已消毒之器械棉紗於術者之近傍，術者執門刃刀沿白線切開腹壁，達筋層，其切開之長短視腫瘍之大小而定。概由臍部或由其下部起，遂恥骨縫際上二指橫徑處止切開皮膚及筋層，發現腹膜時，以鑷子提舉腹膜然後切開，達腹腔。始施筋腫之截除手術，但因筋腫發生之部位，而手術又有不同，分別述之如左。

(一)有莖，漿膜，下筋腫，此筋腫之手術甚爲單簡。開腹後，先將筋腫牽出腹腔外，以二重縫合絲之鑿針穿通莖部，剪除鑿針，分兩側結紮，雖結紮部約一—二公分處，切斷莖蒂，次以腹膜密縫其創面。

(二)子宮體之筋腫，若筋腫在子宮附屬器之上方，則子宮及其附屬器仍可留存，祇以楔狀切除筋腫。若此時子宮腔開放，其粘膜露結出，則以一〇%之石炭酸水或燒灼器消毒，然後密縫子宮壁，若筋腫在子宮附屬器之下方，則施腔上子宮切斷術。Amputation Uteri Supra Vagina 手術之準備，與一般剖腹術同。及子宮頸之消毒後，頸管內深填海狗仿綿紗，然後切開腹壁，將子宮牽出腹創外，向一側牽引。先對於一側之輸卵管扁韌帶子宮動脈施二重之結紮，切離之，次及他側，其結紮切離同前。子宮前後面之腹膜亦須切離剝離，先以楔狀切離子宮之後壁，次及前壁，完全截除後，使創而成漏斗狀。子宮頸腔或頸管開放時，以一〇%石炭酸水或昇汞水清拭粘膜面，或以燒灼器燒灼之，結紮血管，先縫合漏斗尖端。次施三—五個深縫合縫，著子宮斷面然後施淺縫合密縫腹膜緣，其兩側扁韌帶之斷端，以腹膜之縫合而被覆之，再細檢創面，有無出血。後以大網膜爲創面及腸管之中隔，然後縫合腹創。若同時施子宮全摘出者，曰子宮及筋腫全剝出術。Fanysteronyonecrome 此時宜剝離膀胱，牽引腫瘍向前上方，由上方先切開後穹窿。次以手指爲引導，達前穹窿部，而切開之。結紮切離兩側之結締織，然後摘出。

(三)漿液，膜，下筋腫，增育於骨盤蜂巢織者，則施馬路丁 Martin 氏剝除術，Euclestion 手術之先，胸及

子宮頸宜嚴重消毒。術前後於腔內插置海碘紡綿紗。行剖腹術將子宮牽出腹腔外。先於腫瘍之最高部切開腹膜。次以指或鑷子於腫瘍及被膜之間漸次剝離。俟腫瘍動搖。則以鉗子牽引之。使由被膜脫出。若與輸卵管著時。則結紮而離斷之。腫瘍截去後。其腔洞內常有出血之動脈。宜一一結紮之。然後密縫創面及腹膜創緣。

如上所述各法。其切斷端之沈降於腹膜內者。曰腹膜內處置法。若將切斷端縫著於腹膜創之下角者。曰腹膜外處置法。腹內腹外二者之優劣。各家之主張不同。行其所好者可矣。

後療法。手術後二十四時內間禁止飲食。取絕對的安靜。第二日與以冷茶粥。第三日後。則與以下劑。或灌腸。腹創之繃帶。因切斷端之處置而不同。腹膜內處置法時。繃帶交換概在第八—一〇日。同時去其縫絲。至第一六一—二〇日。方許其起坐。

第二節 子宮癌腫

婦人發生癌腫之部位。以子宮爲最多。約占癌腫總數三分之一。且以子宮頸部及陰部爲最好發部。而子宮體次之。就年齡之統計觀之。四十歲至五十歲之間爲最多。又無配偶及未產婦較有配偶及經產婦之發病例少。且經產婦之癌腫多發生於陰部及頸部。未產婦多發於體部。癌腫常發生於勞動社會之婦人。上流社會則較少。癌腫之原因雖未闡明。而子宮內翻。子宮粘膜炎。破裂。炎症。糜爛等。常爲癌腫之前驅。

(甲) 陰部及頸部癌腫 *Posio-carcinom n. cervix carcinom*

陰部癌腫由陰部外面所被覆之脛粘膜發生，其結締組織之病機多者，有刺戟症，狀爲乳頭增殖，表面性癬。若結締織之病機甚少，則初期雖亦爲潰瘍，但向深部進行，形成大空洞。潰瘍緣向外翻爲翻花腫，隆起於陰腔內，爲茸狀，陰部癌腫，向川粘膜移行者多，向頸管內蔓延者甚少。

頸部癌腫之狀態亦有二。(1) 頸部粘膜，概因頸管慢性克阿塔兒之誘引而發生，頸管變爲潰瘍性空洞，向子宮體蔓延甚速，而蔓延於陰部則甚緩，常久保存賤質之性質。(2) 頸部之癌結節，即頸管壁內發生限局性癌腫，漸次增大，全頸部變爲不正形腫瘍，其中部壞死，向陰部或頸管內破壞，漸向子宮腔及周圍蔓延，又癌腫向周圍蔓延之狀，況有連續性蔓延及淋巴管蔓延之二種。

症狀 癌腫之初期無病狀，病勢進行，有多量之分泌物，或因組織之一部破壞而出血，患者始自覺之初時，月經增量，持續長久，然後有不規則之出血，又因交接，通便，勞傷等而增劇，其出血之量有多寡，色亦有濃淡，混有血塊者有之，分泌物初爲漿液，無臭，漸次則有一種如腐肉之臭氣，色污穢，並含有血液及組織之斷片。

腫之初期或無疼痛，或發劇痛，或達末期亦無疼痛，種種不一，其疼痛常帶刺激性，或祇薦骨痛，若癌腫之浸潤，蔓延於骨盤結締織，則發劇痛，浸潤之部愈廣，其疼痛之度愈增，腹筋組織有特異之硬性，並有腹膜炎，痛，子宮痙痛，若癌組織侵及膀胱，則尿意頻數，排尿疼痛，續發膀胱瘙癢時，則尿液由陰腔流出，又局部之症

狀外，有全身之症狀，即衰弱、貧血、便秘，下痢，食欲缺損，消瘦，浮腫，或發尿毒症，輸因尿管壁，受癌性變化而閉塞，腹膜炎而發噎氣嘔吐等症狀。

經過及診斷 經過一年或十年就出血疼痛惡臭之帶下特異之潰瘍面，可得而診斷之，然誤診者亦不少，欲得確實之診斷，非施顯微鏡之檢查不可。有謂交接後之出血，婦人頑固執拗之性，或陰部呈煉瓦之紅色，可為早期之鑑別。

預后 不良。若能早期診斷，早期施根治手術者，不無治癒之希望。

療法 痔腫之原因不明，無從預防。然盡力去其誘因，亦未始非預防之道，如淋毒性之白帶下，粘膜之慢性炎及頸部實質之慢性疾患等，皆宜從速治療，不得疏忽。

初期翼其全治，宜早施根治之手術，即子宮局部之切除（頸部之楔狀切除，陰下及陰上切斷）及子宮之全部剔除術。若癌性浸潤已蔓延，則手術之時期已過，祇有施對症之療法而已，如用3%過酸化水素水，或0.1%奇冒爾水，行處之洗滌，而去其惡臭，用麥角劑等而止其出血，或爬除燒灼，腐蝕，插入湯崩（一半鹽化鐵液或純酒精）內服麻醉劑等法，為暫時止血防腐止痛之計。膀胱輸尿管已被侵蝕，或已傳達腹膜時，則爬除術又屬禁忌。近來氙療法，林道精放射線療法，雖盛行一時，而手術療法，仍不能廢棄。

乙) 體部癌腫 Carcinoma corporis

子宮體部之病腫較頸部少。發生於未產婦者最多年齡之關係亦以五〇—至六〇歲之間爲其發生最多之時期。概以內膜炎子血出血及腺腫爲前驅子宮體部之病腫。概由腺組織而發生。其中由腺質性體內膜炎而發生者不少。或由子宮腺腫變成。其腺管內上皮細胞增殖成痼索。又腺狀增殖向深部進行。竄入筋組織內時。則生硬固之結節。誤認爲間質性筋腫者有之。惟其子宮粘膜面形成絨毛狀之新生物。分解甚速。成潰瘍。漸次進行而達深部。並波及近部之臟器。

症候 帶下增加。出血。疼痛。漸次羸瘦。爲主徵候。初期之帶下。常帶血色。末期則發生惡臭。內含大小不等之組織片。疼痛雖有時缺如。而每日有定時之疼痛者有之。

經過及診斷 經過數年就臨床的症狀難以確診。若在經期後之婦人。有不正之子宮出血。頸部健全。體部增大。柔軟而知覺過敏。有多量之帶下。混有血液。放惡臭。其子宮表面觸有結節狀肥厚時。則有體部病腫之疑。然尤須爬取病變之一部。施以顯微鏡檢查。始能確診。

預後 較頸部病稍良。手術之時期亦較多。

療法 診斷未確時。施子宮克阿塔兒之處置。已確定其爲病腫時。則速施隱式子宮全剔除。*Excipatio uteri vaginalis* 其法極多。述隱式子宮全剔除手術如下。其術式於手術前先排泄腸之內容。手術前三時間及三十分時。施鄒奈埏林氏所靠波拉明之皮下注射。更於手術直前併用養藥。怕可克因或斯查怕因液之腰椎

洋射法，或術囑囑仿全身麻醉亦可，手術時陰腔內用石鹼及溫湯，後以石炭酸求去，分洗滌，最後插入五〇%之酒精棉紗，使患者取尾間背位，送入半溝鏡及保陰器於陰腔內，取出陰部，以馮弗氏鉗子鉤著前唇，向陰裂間及會陰部牽引，於前陰窩部之子宮附着部，施以橫切開，以曲剪鉗力分割，膜下組織，因之子宮頸部及膀胱間之聯絡剝離，達膀胱子宮腹膜皺襞，切開後達子宮之前面，再於子宮陰部左右，以二個之鉗子，固定陰部，子宮頸管插入直剪之一枝，沿前面而施縱截割，次於截割創之最深部，更以第一之鉗子，固持之，向左右牽引，更沿前面割截，若此進行，則子宮翻轉，而子宮底部，現出於陰裂之間，除去舊用之鉗子，易以新鉗子，牽引子宮，向一側，令一側之卵巢輸卵管露出於陰內，由薦骨漏斗帶，達圓帶帶之上，順次結紮之，子宮側以動脈鉗子止其出血，而離斷之，逐次結紮，切離子宮下部，子宮動脈，他側之結紮，切離如前，後再切斷杜庫拉斯腹膜皺襞，及後脛壁之結合，於是子宮全部及附屬器，剔出矣，然後閉鎖陰窩部之創緣，而插入海倫仿棉紗，手術完了後，患者宜靜臥，下腹部施以冷浴法，排尿困難時，則導尿，若無屢氣，嘔吐等症狀，則次日即可與以粥湯，牛乳，肉汁等，第三日則交換綿紗，無便時灌腸，十日之後，可以離床，而於手術前後施林道精放射線療法，尤堪為手術之補助。

第三節 子宮肉腫

肉腫之發生於子宮體部者，較頸部多，其發生之狀態有二，一則發生於粘膜而填充於子宮腔內，最多為圓

形細胞肉腫，次爲紡錘狀細胞而巨大細胞肉腫爲最少，肉腫增殖，則突隆於子宮腔，或侵子宮實質，漸陷於分解，子宮壁破壞穿孔而達腹膜，其由子宮頸粘膜炎發生者，則增殖爲菜花狀，若乳頭腫脹水腫，則與葡萄狀鬼胎相似。一則發生於子宮實質內，其關係與筋腫同，故又有纖維肉腫之名。

症狀 粘膜肉腫，多於幼婦女見之。其症狀有出血，帶下，疼痛之三者。帶下之量概甚多，且爲水樣，非至末期無惡臭，疼痛有缺如者，有頗劇烈而定期反覆者，又或有下腹之定期性疼痛及陣痛樣之腰痛者，種種不一。子宮體肥厚，知覺過敏，頸管哆開，或腫瘍之一部，閉鎖子宮之內口，發子宮水腫或血腫。觸診時於子宮腔覺有海棉樣之增殖，實質肉腫之症狀亦與粘膜肉腫同。惟發育較前者迅速耳。有廣大之根蒂，或以細莖與實質相連結。帶下代血色或爲膿樣。惟於粘膜破潰時，始有惡臭，亦有薦骨痛腰痛等症狀。

診斷及預後 由上述各症狀及顯微鏡之檢查而診斷之。預後多不良，實質肉腫較粘膜肉腫良。

療法 與癌腫同。施子宮全摘出術。

第四節 子宮腺腫

子宮腺腫，有散在性及背腺性二種。(1)散在性者，先是子宮腺間組織有小細胞之浸潤，新生無數之縱橫錯綜分歧之腺。由些少之結締組織相連結，常爲癌腫之前階級。故又名惡性腺腫。(2)背腺性者，乃腺質增殖成大小不等之隆起，以細長之莖與子宮壁連綴。又腺腫發生之時期，多在經竭期前，卽三〇—四〇歲之間。

而於淋毒性子宮內膜炎或他種之慢性子宮內膜炎及產褥後，瘰癧質婦人，筋腫之粘膜等尤易發生，症狀以出血爲主徵候，月經不調或過多，因之患婦陷於貧血之狀態，衰弱瘦削，但脂肪沈着者亦有之。骨盤內有壓重感，腰痛，帶下有時缺如，或有多量代腐敗性之帶下。

診斷及療法 由鏡檢粘膜片及出血等而診斷之，在初期先爬除子宮粘膜，次以一半鹽化鐵液腐蝕之，然難免其再發，若欲施根治之法，行子宮全切除可也，背腫性者與他腫之背腫療法同。

第五節 脈絡膜上皮腫（脫落膜腫）Chorio-epithelium

本腫瘍之性極惡，由浪格航朔細胞及新奇求謨 *Caryoma* 所構成，常發生於流產分娩及葡萄狀鬼胎後，其腫瘍細胞侵入子宮之靜脈管，或下大靜脈管內，移轉於脛壁及肺臟內，而生轉移病竈。

症狀 分娩數週或一年之後，發劇烈之子宮出血，患婦即時陷於高度之貧血，若已轉移於肺臟時，咳嗽，咯痰，咯血發熱漸次衰弱，如肺結核然，期月之間而死亡，腫瘍在子宮內或有廣大之基底，或以息肉之狀態而與子宮壁相連繫，表面爲平滑葉狀結節，有海棉樣之硬度。

診斷及療法 由鏡檢而診斷之，行子宮全切除術。

第八編 輸卵管之疾患

第一章 輸卵管之畸形（喇叭管之畸形）

輸卵管之畸形有全部缺如。一側輸卵管之形成不全，兩側之長短不均，副卵管口，副剪綵等，概與其他生殖器之畸形合併。

第二章 輸卵管之炎症

原發性輸卵管炎，Salpingitis 極鮮，常爲子宮腹腔腸管疾患之合併症，而繼發於他生殖器官粘膜炎之克阿塔爾者爲最多。次爲產褥傳染之前驅，其三分之二續發於子宮內膜炎。慢性子宮實質炎，子宮轉位及屈曲，三分之一起因於子宮外膜炎，或骨盤蜂窩織炎，餘者續發於腹膜炎，卵巢囊腫，卵巢腫，淋疾，梅毒性潰瘍，巴路討林氏肺炎，鼠蹊腺炎等，概由葡萄球菌，連鎖狀球菌，及大腸菌之傳染而發，但近來發見輸卵管原發性結核，或於輸卵管中含有物發見淋毒菌者不少，而肺炎球菌，放線狀菌，敗菌亦間有之。輸卵管炎之半數概發於兩側，若僅發於一側，則以左側者較多，又輸卵管炎之半數以上，無細菌之存在，是或由於膿窠被囊造成之後，有機體微體死滅之故，亦未可知。

病理解剖 其現象有種種，急性炎症時粘膜炎爲鮮赤色，上皮依然保存，粘膜上皮下及筋層深部，有大小之溢血。有細胞之浸潤，粘膜一般肥厚，而皺襞之膨脹最著者，曰克阿塔爾，慢性輸卵管炎，若輸卵管皺襞之凹部生小腔洞，其橫斷面恰如鴉質之符入，鏡檢上頗似腺部糜爛者，曰增殖性克阿塔爾，輸卵管炎，此等克阿塔爾性疾患，其分泌之量增多，粘稠而透明，間帶血色，若有淋毒菌等發炎體竄入，則粘膜忽發高度之小細胞

浸潤，并越過粘膜而達筋層，筋束被壓排，發脂肪變性，血管甚充盈，有溢血斑之散在，若此者，曰間質性輸卵管炎，又，膜之上皮常破壞，皺襞被蠶食，且陷於潰瘍，皺襞全部消失，同時又因管中各處發生閉塞之結果而形成腔洞，管壁既被浸淫，則為硬固之癥痕塊，甚肥厚，筋層全消失，有時壁中生多數空洞，空洞內面無上皮，或僅有一層上皮，內含膿塊或粘液核內容物者，曰濾泡性輸卵管炎，且此等腔洞，有微細之間隙互相交通，或竟全相融合，充盈此腔洞之膿塊，或為稀薄液樣，或為濃厚乾酪樣，若有固形物沈著於管壁時，則濁濁而遺有放惡臭之液體，但概無細菌，碎脆之管壁僅與隣近之器官癒着，得穿通腹腔，而有傳染性，或有筋層之遠心肥大者，亦間有之，輸卵管之漿液膜，於發病之初，即肥厚，有滲出物，不獨其迂曲互相癒着，常包羅子宮及卵巢，形成團塊，以至不能區別，至發炎側輸卵管之形狀，大小，位置，常與管腔內容之狀態，及特異之發炎體，分解體竄入之關係，而有不同，又或管腔起高度之狹窄或全閉鎖，其內容滯溜，或形成橙子大之囊腫，或為念珠狀，或其中之一，二部增大，其剪線或癒著於腹膜面，或癒著於鄰部，有時輸卵管口閉塞，或其管口沉沒閉塞於滲出物中，或與卵巢及鄰近臟器癒著，又若剪線沈降於卵巢之濾胞腔，則曰卵巢輸卵管，因管口閉塞，輸卵管之內容，漸次增多，若內容止於漿液性時，曰輸卵（喇叭）管水腫，Hydatosal pink。若內容為血性或帶血性時，曰輸卵（喇叭）管血腫，Hematosal pink。（常由輸卵管妊娠而發生），若有淋菌，醜菌，結核菌，放線狀菌等竄入，內容變為膿樣時，則曰輸卵（喇叭）管膿腫，Pyosal pink。

症狀 輸卵管炎，無特異之症狀，概以骨盤腹膜炎之症狀為症狀。初期症狀，常接踵外陰部尿道或子宮之炎性症狀而起。於下腹之一側或兩側，起鈍痛之感覺。初為間歇性，漸為陣痛性而增劇。尤以月經交接，勞働時，為最甚。發熱，併發腹膜之刺戟症狀，消化不良，便秘，貧血，羸瘦，月經不正，而量多。且疼痛，對於治療極有抵抗。患者常有躁性症狀，遷延月日，則陷於一種惡液質，常以因輸卵管囊腫，壓迫骨盤臟器，或下腹神經之症狀為最明。有時反以子宮外膜炎之症狀為最著。若突然發危險之急性腹膜炎症狀，則為囊腫破裂之徵。患婦因之而危及生命。

若輸卵管之內容，向子宮腔漏泄時，曰過泄性輸卵管炎，*Salpingitis proluxans*。即先有疼痛（喇叭管陣痛）持續之後，由空腔突然排泄多量之液，於是子宮側方之囊腫消失，突覺輕快，久輸卵管內出血（輸卵管血腫）。若非續發於喇叭管妊娠者，其量概少，然往往生急性貧血。恢復甚難。其症狀，概以內容之壓迫增加為起因。即從來之鈍痛，一變而為強烈之疼痛性緊迫。又若管囊穿破時，則續發腹膜炎之症狀，出血幸得停止。患者得以恢復，否則貧血近行，因腹腔內出血而死亡。輸卵管內容化膿時（輸卵管膿腫）有劇痛，發熱，惡寒，患婦即時羸瘦，衰弱，尤以內容增加迅速，突然破裂時為然。若取慢性之經過時，膿液漸次受退行變性，全被吸收，與近部癒著而治癒。間或穿通腸管膀胱腔而排泄膿液，患婦因之而死亡。

診斷 若能觸知腫脹之輸卵管，下腹部有壓痛，或能證明墜子宮之炎症卵巢之變形等，方能確定。

預后 不良，易於再發。除腐敗性及結核性外，較良。與尿管交通者，最為危險。

療法 預防法，最有價值。對於有淋疾之婦人，宜制止其病機上行。凡子宮內療法（消息子插入注射）皆屬禁忌。海淋疾之治療法，決不可等閑視之。又輸尿管有疾病時，是凡子宮之手術，皆不能行。輸尿管之病機，有新舊，故療法亦有不同。新鮮之炎症，常有破裂之虞，故強烈之攻擊療法，不堪應用。惟有使身體，及生殖器安靜，嚴禁交接而已。若已移行於輕度慢性期時，可行暖洗滌，插置海碘甘油，或依希奇奧兒湯崩，疼痛時，施子宮腔部之瀉血，及下腹溫濕奄法，與以阿片等之麻醉劑，或與下劑而誘導於腸管慢性者，或施松節油注射，或試用攝氏三五度之溫水浴，或全身浴，並注意全身攝生法。最慢性者，或施負荷療法 *Belastungsmethode*，即先洗陰腔，次以玉球子 *Kolpeuryter* 樹膠袋 *Condom* 等插入腔內，內注水，或砂粒，空氣，或五百至一千公分之水銀等而填充之，至患婦微覺有壓重之感時為度。此療法每日持續三—四時間，自覺症往往因之而緩解，疼痛亦減輕，或因之而全治者有之。透熱療法，碘劑內服亦有效。若上述療法仍不見效，患婦漸次瘦弱時，有用長套管針於子宮頸直後，穿刺輸尿管囊，而排泄其內容者，但穿刺法，僅於囊壁密接喉穹窿時用之。若夫根治療法，則非截除輸尿管不可，但施輸尿管截除術 *Salpingotomy* 時，往往同時截除卵巢，故又曰輸尿管兼卵巢截除術 *Salpingo-oophorectomie*。又有同時截除子宮頸者，故又曰附屬器手術 *Adnexo-periton*。當手術時，須預防內出血之危險，可於手術前後，注百立方公分之生理的食鹽水於體內，截

除之方法。或先切開腹壁。腹式或先切開腔。腔式而後施行截除輸卵管之手術其切開腹壁而截除之法。與卵巢截除術同（參閱卵巢疾患編）

第三章 輸卵管妊娠（喇叭管妊娠）*Graafian tubaria*

輸卵管妊娠爲子宮外妊娠中之最多者。其妊娠多數於早期中絕。變爲輸卵管血腫。此血腫與普通之血腫不同。其內容血液多凝固。呈血塊或肉樣塊。輸卵管之腹腔端不全阻塞。爲其持異之點。輸卵管妊娠。就其妊娠之位置有（一）輸卵管腹腔妊娠。（二）輸卵管子宮妊娠。卽間質性妊娠。（三）固有輸卵管妊娠。之區別。輸卵管、腹腔、妊娠者。妊娠在剪絲端。其周圍不盡由輸卵管壁被覆。大部分突出於腹腔內。輸卵管子宮妊娠者。卵增殖於子宮組織間。以子宮爲胎囊之壁。固有輸卵管妊娠者。爲最多之症。胎卵發育於囊狀。輸卵管內。其粘膜甚增殖。受容脈絡膜之絨毛。漸次發育。發現腹膜之刺戟症狀。至胎兒之被囊。由外方檢之（1）腹膜（2）輸卵管筋組織（3）輸卵管真脫落膜（4）輸卵管翻轉脫落膜（5）脈絡膜（6）羊膜之六層是也。

症狀 子宮外妊娠多無症狀。惟於第二至第四個月時。因外傷或交接之誘因而破裂。此時初有多少之腹痛。爲前驅。次則突然發猛烈之疼痛。腹腔內出血。呈貧血之徵候。脈搏消失。卒倒。因虛脫而死。或於妊娠第二—第三月。輸卵管破裂。爲輸卵管流產。 *Tubebort* 突然子宮出血。有流產之徵。持續數日或數週。屢屢

起劇甚之疼痛，而排泄肉樣塊，患婦因之而貧血衰弱，已死胎兒，若被吸收，乃爲極僥倖之機轉。（本症詳見產科學）。

第四章 輸卵管之新生物

輸卵管之原發性腫瘍極少，據諸家報告，雖有纖維腫，筋腫，腺腫，性筋腫，囊性腺腫，肉腫，癌腫，脂肪腫，乳嚕腫等，新生物，概發生於經期之年齡，經過爲潛伏性，診斷不易，治療亦難，苟能診斷確實，只有施開腹術，截除輸卵管之一法。

第九編 卵巢之疾患

第一章 發育異常

卵巢之發育異常中，有卵巢全缺，同時多有子宮之全缺，一側卵巢缺如者，於一角子宮見之，又或有齒泡，及卵簇，損者，或祇存結節狀卵巢之痕跡者，其中如痕跡卵巢，自無受孕機能，但注意攝生，亦可達半熟之程度。此痕跡卵巢，常與痕跡子宮合併，卵巢過數者，於普通卵巢之外，有第三卵巢之謂也。以上各發盲異常，往往因諸般癒着，臟器之轉位，及腹膜炎性渗出物，等防碍觸診，以至不能診斷者不少。

第二章 卵巢之轉位

第一節 卵巢赫尼亞（脫腸）

婦科學提綱

卵巢赫尼亞多發於鼠蹊輪及大陰唇，發於一側或兩側，有被蓋，與普通之脫腸同。卵巢之達赫尼亞蓋也，多屬先天性。後天性者少，卵巢之發育及排卵機等，決不因轉位而異常，惟困難於整復，易受創傷，呈慢性刺戟狀態故。卵巢始發炎症或變性，轉位之卵巢，發生炎症時，漸次腫脹發劇痛，呈鉗頓之現象，次則溢血，化膿，分解，向內方或外方破潰。此症頗易誤診為鼠蹊淋巴腺炎，然細察之，由赫尼亞蓋頸之存在，得以鑑別。且變位之卵巢，有特異之形狀，硬固而緊張，與子宮連續，且於每次月經時腫脹，月經間歇時縮小。

療法 有一定之障害時，施整復術。用赫尼亞帶以預防再發，若有定期性反覆著明之障害，或因炎症有劇烈之反應現象時，則截除卵巢，閉鎖其脫出門。

第二節 卵巢下垂及脫垂

卵巢低位，概無症狀，惟罹病及變性時，則容積增大，不獨知覺過敏，且有傍頓症狀，此時則有截除之必要。此傍頓症狀由於子宮及腸之壓迫，交接之刺戟，派沙留謨之插入及并發之肢膜炎而起。若施雙合診時，於後膈穹窿部之一側，觸知有知覺過敏部，及有特異形狀之小腫瘍，可以診斷，交接時若覺疼痛，則先試用派沙留謨而療治之，若併發卵巢周圍炎，骨盤腹膜炎，屢有障礙之發作，諸種療法無效時，則切開腹壁或切開後穹窿部摘出卵巢。

第三章 卵巢血腫

每次月經時，卵巢腫脹充血，其濾泡及隙間結締織出血。若各個濾泡腫脹為豆大或榛子大，溶合則形成一大血腫，竈甚或達手拳大，是為血腫。內藏凝血甚多，或萎縮而遺著色癍痕，或破裂而內容流入腹腔，或長久不變其狀態，或有時分解，本症視病竈之大小，症狀有輕重，所現之症狀為卵巢機能之症狀及出血之現象也。療法亦不定，有時有手術之必要。

第四章 卵巢肥大及萎縮

肥大見於小兒者，因生殖器之早期成熟，概因間質細胞及成熟濾泡之增多而肥大，而卵巢往往因老衰及壓迫之關係而萎縮。

第五章 卵巢之炎症

第一節 急性卵巢炎及卵巢周圍炎 Oophoritis acuta Perioophoritis

原因 急性濾泡性卵巢炎，概以產褥、急性熱性全身病、生殖器黏膜炎、淋毒、砒石及磷之中毒等為原因。或由腹膜炎之波及而續發。

病理解剖 卵巢充血腫脹，濾泡液瀰濁，或間質結締織內有小圓形細胞之浸潤化膿，形成膿瘍，或穿孔而續發化膿性腹膜炎，或膿瘍之周圍因結締織增殖，形成癍痕而包裹之，膿汁漸變濃厚，又卵巢被膜之纖維結締織增生肥厚，常與直腸、輸卵管、骨盤壁及子宮附着，併發卵巢之位置異常。

症狀 無固有症狀。雖常有劇痛及全身症狀。而其併發症之腹膜炎及子宮外膜炎之症狀（惡寒戰慄、高熱、脈搏微弱、便秘、嘔吐、惡心、呼吸捉迫、虛脫、窒息、昏睡）反甚著明。故症狀之屬於卵巢炎、抑屆於其併發症者區別之甚不易也。

診斷 甚不口。惟於有腹膜炎及子宮外膜炎之症狀、兼能觸知增大腫脹知覺過敏之卵巢時始能診斷之。
療法 安靜平臥、子宮腔部施瀉血法、甘油湯劑插入、腹部用冰菴法。若既確定膿瘍在易達之位置時、則由腔內用套管針排膿或行剖腹術、而去其疾患之部分。

第二節 慢性卵巢炎 Oophoritis Chronica

原因 由急性轉移者甚少。常於營養不給之產婦見之。而生殖器之淋疾、梅毒、急性發疹病、感冒、發熱及子宮頸部手術後、流產恢復期、經期、亦有發生者。

病理解剖 木症為一種間質性炎。卵巢腫大、表面凸凹不平、被膜肥厚、間質增殖、濾泡萎縮、或含有溷濁之膠樣或血樣之內容。血管則一部擴張一部閉塞。

症狀 種種不一。下腹之一側或兩側常有變痛、因輕微之運動、排便或交接而發作。月經時或月經前。其疼痛之度增劇。若有多量之經血排泄、則一時大為輕快。此疼痛常向荐骨及大腿放射。以至運動艱難、防害睡眠、并發他部之神經痛、因之患婦陷於神經性、他若憂氣、噁心、食慾不振、利尿及排便之障害、或發偏頭痛、或

每夕發熱者亦有之。月經之關係不定。或過多或全缺。

診斷 若能觸知卵巢之腫脹、疼痛、及與輸卵管子宮之連繫，方能下確實之診斷。

療法 病之初期，先施消炎療法。由陰部或腹壁瀉。投以下劑，繼施溫湯（五〇度攝氏）之陰灌注。直腸之冷水灌注。碘劑之全身或局部之應用。溫泉法及灰白軟膏之塗擦。至退行期，則施按摩法及溫泉療法。注意攝生。禁止交接。若全身症狀著明，或卵巢神經痛劇烈時，則摘出其卵巢。但鑒着者不易剝離。故剝除之先，必先吸引其膿汁。

第六章 卵巢新生物

第一節 囊腫性卵巢 Ky. terdenon

原因 與先天性因素有關。發生之年齡不定。據奧斯耗生 Olsauska 氏之統計，則以二〇—三〇歲之間之婦人為最多。

病理解剖 本腫瘍為一種囊腫。其腫囊由小腺管之擴張而形成。若此囊腫漸次增育，則有二種變化。一則為 A 腺質增殖性囊腫。內容為膠樣。故又有假性粘液性囊腫之名。一則為 B 乳嘴增殖性囊腫。內容稀薄為水樣。故又有漿液性囊腫之名。

腺質增殖性囊腫者，其囊壁中新生腺管之排泄口，在囊腫內閉塞。於是盲端擴大。而更變囊腫。如此層層相

因於囊壁中有無數之腺管及囊腫，故於稍大之囊腫，常有多數之小囊腫，乳嘴，增殖性，囊腫者，甚硬固，其囊腫之內外面，有數多乳嘴隆起，有各個分離者，有無數集合為一大乳頭者。面填塞囊腔，一面則向腹膜突出。為菜花狀，此乳頭易變為惡性，囊腫增大則扁勒帶常為其莖蒂，又或與輸卵管相連通，而扁勒帶輸卵管毫無變化者，亦有之。此兩種囊腫，常於一卵巢見之，且二者有相移行之性。囊腫之形狀容積及硬度，甚不一。定。根蒂發育亦不同，囊壁由稍肥厚之結締織層而成，血管分佈之多少亦不等。線質性，囊腫之內面，有一層低圓柱上皮，外面有孱弱之低上皮，而乳嘴性囊腫之內面，有多數之乳嘴，其乳嘴之上皮具有毳毛，乳嘴之基底富有血管之結締織，乳嘴性，囊腫之內面，為漿液稀薄透明，有微臭，呈中性或弱鹼性反應。比重為一〇一〇一一〇三〇，有灰白色，黃色，綠色，褐赤色者，內含有脂化之上皮。若凝固物多時，則漿液潤濁，且有多量之沈澱，而固形成分之全量，約為五——一〇%。顯微鏡下見有多少毳毛上皮細胞。此細胞或已脂化，或已分解，或如膠樣變性。此外有組織斷片顆粒，細胞血球，色素塊，蘇來斯太亞林之菱形結晶等，膠質，增殖性，囊腫之內面，概為膜上皮膚之分泌物，甚為粘稠，動搖之則震顛，觸着之則粘著。此即所謂假性粘液素與粘液素相類似。內含蜜素甚少。若加酸類液煮沸之，則生還元性物質，然醋酸無變化。此與粘液不同之處也。囊腫漸次增大，與腹部諸臟器相論著，且因內容之壓迫及外襲力而破裂者不少，若內容為漿液性或膠樣液時，腹膜之刺戟尙少，或可漸次吸收。若內容為膿液或腐敗性時，則續發腹膜炎，而取不幸之轉歸。又若囊腫之發育

停止，則起退行變性。內容之大部分逐次吸收，而腫瘍縮小。

症狀 腫瘍之初期，概無症狀。若漸次增大，腹部始有膨脹之感，或有在腫瘍尚小時，卽有腹部之不快緊強，及充滿之感覺者。或有膀胱及直腸之障礙，然腫瘍上昇而達腹腔內時，上述之症狀則一時消失。然後因腫瘍之增大，則發呼吸困難，及壓迫充滿之感覺，而腫瘍發育於帶內，或有著明之滯着時，由發育之初期，則發劇烈之放線狀疼痛，強度之壓感者有之。月經之障礙有種種。兩側卵巢發生囊腫時，無月經。一側卵巢發生時，月經之性量有變化，月經延長。經過七—八日，下腹劇痛，熱感。月經過多，其間歇期有多量之帶下。子宮內膜炎之症狀，頗顯著。小兒發生囊腫時，則月經過早，此外有尿意頻數，不隨意之排尿，尿量減少，蛋白尿，消化不良，便秘，顏面羸瘦（卵巢顏面）*Face of ovarica* 下肢水腫，腹壁之靜脈怒張，心悸亢進，及全身惡液質之症狀，身體漸次衰弱，而陷於死亡。又或腫瘍之表面有癒着時，常因輕微之運動起劇烈之疼痛，腹部鼓脹，嘔吐等症狀。若囊腫破裂時，則突然發虛脫之症狀。然症狀毫無者亦有之。若囊腫內容出血化膿或分解時，則患婦發消耗性熱，或陷於高度之貧血，囊腫與生殖機能之關係則無一定。

診斷 於患婦之腹壁弛緩，膀胱直腸空虛時，施雙合診而觸診之。若腫瘍之形狀、位置、彈力性、硬度，并腫瘍與扁帶子宮之關係等，可以觸知，然後施以打診聽診及試行穿刺而確診之，或有不能確診者，則施診斷之剖腹術，而診定之。或囊腫雖已確定，其囊腫變化之有無亦不可不檢明。所謂變化者，即囊腫與近隣臟器

之纏着囊腫之破裂。陣蕩莖蒂之軸旋惡性變性等是也。與本症類似者，有妊娠、漿膜下子宮筋腫、輸卵管之腫瘍、骨盤蜂窩織炎之滲出物、糞使、腹水、腎臟水腫、腹腔腫瘍、子宮肥大等。皆宜詳細鑑別。

經過 概爲慢性。經過三—四年，或一〇—一五年而死亡。

預后 不良。然手術之期愈早，預后愈良。

療法 囊腫自然吸收者甚鮮。除手術外，無有效之方法，而手術亦有種種，略述之如下。

(甲)穿，刺法。本法爲姑息療法之一種。除去腫瘍之內容，緩解患婦痛苦之法也。法使患婦仰臥，腹部纏絡布片，助手牽引其兩端，與腹腔以適宜之壓力，由觸打兩診確定腫瘍之位置。其前面確無腸管之存在時，以套管針於白線或波動最著明之部分而貫通之。徐徐排出其液體，漏泄既盡，則技去套管，創孔貼絆創膏，外施繃帶，使患婦嚴守安靜。此外於穿刺後雖有注射藥液（碘酒及蒸留水各一〇〇・〇碘化鉀四・〇）或插置排膿管之法，然成績皆不甚佳良也。

(乙)卵，巢，囊，腫，截，除，術 (一) 腹式卵巢囊腫截除術 Abdominale Ovariotomie 手術方法。及次序。分節述之如下。(1) 手術之準備。先使患者入浴灌腸。剃去腹部及陰部之毛，以石鹼毛刷清洗之。繼以酒精昇水消毒，然後以殺菌布被覆全腹部，或以酒精塗布消毒，殺菌布之中部，製一長三〇—四〇公分，闊約一〇公分之切口。使手術面由此露出。(2) 患婦之位置。取骨盤高位，施全身麻醉，或腰髓麻醉。(3) 腹壁之切開。執圓

剪刀沿白線切開皮膚及脂肪組織。若有血管流血時，以止血鑷子止血，其切開口之長，因腫瘍之大小不同。切開至筋膜，露出直腹筋，探索筋肉間之結締組織間隙，而分離之。現出腹膜下脂肪組織，再被開脂肪層，則露出菲薄之腹膜。以二鑷子鉤舉腹膜，於二鑷子之間切開腹膜，以二指送入腹膜之切開口內，沿指間向上下切開，次以腹鏡支持腹壁。(4) 腫瘍之排出，若腫瘍周圍無甚何着，且不甚大時，以手牽出之甚易，若為巨大之腫瘍，則必先穿刺之，排出其內容，使其縮小，然其內容決不能任其流入腹腔內，須預防之。腫瘍既因穿刺而縮小，則以繆氏鉗子徐徐牽出，有癒着時，則以鈍力剝離之。(5) 莖帶之處，置莖帶小時，以二重線縫合鉗穿通，分兩側結紮，於離結紮部一——五公分處切斷之。若莖帶廣大，則施數個之結紮，切斷端有大血管之露出時，則各別結紮，止血既已完全，則以腹膜被覆莖帶之斷端，而還納於腹腔內，卵巢截除時，若見兩側卵巢皆有腫瘍，則子宮底及輸卵管可同時截除。(6) 腹壁之縫合，概由創口之兩端向中央縫合，其縫合之方法，有施一次之深縫合者，有分層縫合者，縫合將畢時，由兩側壓迫創緣，以驅逐腹腔內之空氣。(7) 腹創之繃帶，縫合部，被以殺菌綿紗，上蓋殺菌棉花二——三重，次施稍緊之繃帶。手術完了，移患婦於溫暖之臥床，四肢用湯婆取溫，又於縫合部散布海鹽仿或克賽如仿 Xerolin 蒼鉛代瑪委等。

手術後，脈搏微弱，頻數時，施食鹽水皮下之注入，疼痛時投以害老因 Hecol 嗎啡，可克因等，嘔吐嘔氣或酸氣時，單與冰塊嚴禁食物。口渴時用冰塊或鹽酸里母那太，一日二——三次，以導子導尿，第四日用下劑或

位體腸。俟通便後，始可與以粥湯肉汁及鷄卵等，續帶至第七日第十日交換，同時去其絳絲之一部，第二二三四日可以生起，一五——一六日可退院，但術後腹帶之使用，須持續半年之間也。

(二) 陰式，卵巢，截除術，法以西蒙氏鏡送入陰腔，壓下後陰壁，以二球鉗子，抉定子宮前唇，牽出，遂陰門，次於腹，部與前陰穹窿部之境界部，先施長約一公分之橫切開，其上創緣以球鉗子強向上方牽引，繼用剪刀切開，漸向深部，且向左右延長，各一——二公分，此切開時，宜注意者為輸尿管，故以密接子宮切開，為宜，由是子宮頸子宮前壁與膈分離，手指即由此創口伸入，觸知子宮膀胱皺襞，撮挾之，向下牽引，以剪刀縱斷之，切開腹膜，而達腹腔，再由腹壁壓迫腫瘍，使其露出於陰穹窿之創口，以套管針穿刺之，排去內容，腫瘍縮小，則由創口脫出，結紮其莖蒂而離斷之，術後縫合創口，或單填塞海礁仿棉紗。

第二節 卵巢癌腫

原因 不明，有特發性者，有由卵巢囊腫之變性而成者，有由子宮或胃臨之轉移而發者，乃屬罕有之疾病，而卵巢癌發生之年齡，與他臟器之癌腫異，發生於幼婦少女者不少。

病理解剖 癌腫發生之原基，為卵巢表面之上皮，或為其濾泡上皮，或為其間質，發生之原基，既有不同，故狀態亦有異，由間質之瀰蔓性浸潤而起者，卵巢雖增大，而其形狀仍無變更，若發生獨立之結節，則全卵巢變為不正凸凹不平之腫瘍，表面平滑，有髓樣或纖維樣之硬度，而表面為翻花狀者，亦有之，癌腫斷之而全

部爲同質，色灰白，細檢之，則見有灰白水腫樣之結締織列，包擁豆大或鷄卵大髓樣柔軟之癭巢。或有軟化竈，出血竈。鏡查之，有癭腫細胞，此腫瘍常向周圍浸潤，與周圍臟器相着，形成一團塊形，又轉移於腸間膜及腹膜後淋巴腺者不少。

症狀 幼年發病，症狀常爲潛伏性，有慢性腹膜炎之症狀，起惡液質，鼠蹊腺，肝脾，胃，腹膜，肋膜等生癭結節，卵巢癭腫，劇然增大，則發疼痛及發腸閉塞，腹水甚著。

診斷 就腹腔之有腫瘍，腹水之迅速增加，發劇痛，上腿之水腫，或由杜庫拉斯腔觸知有結節特異形之卵巢，陷於惡液質極速，而診定之，若穿刺液內見癭細胞，則診斷尤確。

療法 速施卵巢之切除，若手術之時期已過，則施對症療法。

第三節 皮膚樣囊腫（胎兒腫，畸形腫） Dermoid

本腫瘍爲卵巢之卵性新生物，其症狀與前述卵巢之腺腫性囊腫之症狀大同小異，惟囊壁甚厚，內有皮膚之性質，發生毛髮，皮脂腺，及齒牙，眼球，及各臟器之組織，爲其特有之點多，發生於兩側，常以廣莖之基礎，與近鄰着，尤易與膀胱隣著，或生於子宮之前方，質硬固，觸之有實體性腫瘍之感，若與鄰近臟器而著穿通，則一部分之內容排泄，且往往因穿孔而治癒，但此腫瘍有變爲癭腫之傾向，故以早期手術爲宜。

第四節 卵巢之間質性新生物

卵巢間質，發生之新生物，爲纖維腫，纖維筋腫，肉腫，軟骨腫，骨腫，內皮細胞腺等。

症狀 因腫瘍之增大，發壓迫症狀，及腹水，變性者且發轉移腺病。患婦因之而死亡。

療法 施手術療法，即卵巢囊腫截除術（見前），卵巢截除術，及卵巢局部截除術是也。

卵巢截除術 Ovarian 由腹壁切開，或由前或後穹窿部切開，或由鼠蹊管切開而截除之。（一）由腹壁切

開，截除卵巢之法式有二。a 於腹壁之白線部，切開四—五公分，送入示指搜索子宮，沿廣韌帶上緣搜索卵

巢，若卵巢被以腹膜炎性滲出物時，可以手指穿破，或切離之，後以中指示指或鉗子，挾持卵巢及輸卵管，牽

出腹創外，以有二重絲之針，穿通卵巢根膜，分二—三部分，向兩側結紮，離斷卵巢，斷端則處置於腹膜內，如

此，切除一側後，再切除他側，至腹創縫合，及後療法，與卵巢囊腫切除法同。b 於腹壁側方切開，直達卵巢之

法式，最便於於卵巢位置深在時，但卵巢轉位，卵巢有炎性者，着時，輸卵管有疾患時，此法式甚爲困難。（二）於

前或後穹窿之中央，切開約三—四公分，開放膀胱腔，或杜庫拉斯氏腔，搜索子宮卵巢，向下牽引，結紮

卵巢之根膜而離斷之。（三）由鼠蹊管除去卵巢之法，應用者甚少，故從略。

卵巢局部截除術 Resectio ovarii 其切開，通常爲楔子狀，剝離患部，創部施結節縫合，或纏絡縫合，止血完

備之後，還納腹腔內。

第十編 骨盤蜂窩織及骨盤腹膜之疾患

第一章 骨盤蜂窩織炎 (Parametritis, Beckencellulitis)

骨盤蜂窩織炎者，卽子宮周圍、膀胱直腸周圍之蜂窩織之炎症也。故又有子宮周圍蜂窩織炎 Cellulitis parametria 腹膜外滲出 (膿瘍) 或廣韌帶蜂窩織炎等名稱。本症屢爲腐敗性，其中繼發於普通產褥及流產，或由於不潔手指外科手術等之創傷傳染，或以梅毒淋疾及結核之潰瘍，及腸管大腸菌之侵入爲原因者。曰腐敗性骨盤蜂窩織炎，其由外傷或生殖器過度之刺激 (交接過度，手淫) 或由全身衰弱而起者，曰非傳染性，或良性骨盤蜂窩織炎，概取良性之經過。然移行於萎縮慢性骨盤蜂窩織炎 (後骨盤蜂窩織炎) 者不少。

病理解剖 急性期於廣韌帶內及骨盤底之上層，滲漏浸潤，發膠樣水腫 (潮蔓性蜂窩織炎或曰急性化膿性水腫) 輕症者，易起癰痕收縮，傳染性者則化膿。本症屢有骨盤腹膜炎合併，其腹膜充血，生滲出物。形成厚膜或網狀膜，或與腸癒着，又炎性滲出物，漸次濃厚，或全被吸收，或與近隣之炎腸等癒着而穿孔，排膿。或骨盤內臟器轉位，此外發現子宮周圍膜炎者亦不少。

症狀 初期有惡寒、發熱、體溫稽留，脈搏呼吸增加，下腹一側疼痛，此疼痛在初期達於極度，安靜既久，則減弱消失，由月經外傷而再發，尿閉，裏急後重，子宮過敏，泄增加，嘔氣，便困難，持續性之尿意頻數，外陰部因尿之淋瀝刺激，而疼痛，排尿困難，下肢腫脹。

慢性與症子宮外膜炎同，有消化不良，頭痛，痔腫脹，及神經症狀。患婦變為躁性內診之，於子宮之周圍，觸有巨大之腫瘍，子宮轉位，且知覺過敏或由遠隔臟器之障礙而死亡。

療法 預防爲最要急性期用消炎法，取絕對的安靜，下腹部施冷法或溫菴法或貼發泡膏或黃芩灰白軟膏。或投緩下劑，取易消化之食餌，有腹膜炎症狀者與阿片劑，病機已靜止時，以碘劑之內外用，促其吸收。兼施坐浴，全身浴，溫菴法。與強壯滋養劑，施溫湯之鹽灌注，慢性期，用海鹽仿坐藥，直腸灌注，唐寧甘油湯，行含碘鐵泉浴，硫黃浴，海水浴，化膿時，穿刺排膿，或施切開，陳舊炎症，無疼痛時，可用按摩療法（左手置臍內，右手貼腹壁按摩，一日一—二次，每次二—一五分時），但有淋疾子宮內膜炎，腹膜脂肪過多，急性炎症，疼痛，神經興奮者，及月經時禁之，負荷療法，亦有用之者。此外一〇%之依希奇奧兒甘油湯，崩或陰球，亦爲常用之療法。

第二章 骨盤腹膜炎(子宮外膜炎) Pelveoperitonitis

原因 本症常爲汎發性腹膜炎之一現象，由生殖器之變化轉位而續發，由於產褥及分娩者爲尤多，但淋菌性者亦不少，若此者，總稱之曰傳染性骨盤腹膜炎，其續發於急性慢性子宮內膜炎及實質炎者，則曰克爾塔兒或非傳染性骨盤腹膜炎。又子宮及其附屬器之變位，及新生物隣近臟器症亦得爲本症原因。

症狀 有急性慢性之別。急性症，有普汎性腹膜炎之傾向者，有疼痛，惡寒，戰慄，高度之發熱，脈搏，呼吸頻數。

便秘，鼓腸，惡心，嘔吐，呼吸，促迫，虛脫，昏睡等症狀而死亡。慢性者，症狀多潛伏，僅有，肋骨部及腹部之持續痛，每於月經時，交接時發作，兼有膀胱之不快刺戟症狀。

療法 急性者，用消炎法，內服阿片劑，炎症稍退，仍應靜臥，注意通便，形成膿瘍者，切開後，穹窿部，穿破膿瘍，慢性者，施羅灌注，直腸注入法，及前症所述之療法。

第三章 腹膜內血囊腫 Haematocoele Nutraperitoneale

腹膜內之遊離性出血，發於子宮前後左右，形成被囊者，曰血囊腫，內血囊腫，概以子宮外妊娠，出血性骨盤腹膜炎，卵巢輸卵管疾患為其原因，而由月經前後暴烈之交接及下痢，婦人科手術診斷發生者，亦間有之。症狀 由原因而不同，概先以不定之障礙為前驅，有月經障礙，或有骨盤腹膜炎之症狀，或有月經閉止，而突然由發寒發熱，而發病者，亦有之，本症因有症狀，有三，即 1 局所腹膜炎（疼痛，鼓腸，嘔吐），2 內出血（急性（加時虛脫）慢性貧血（皮膚粘膜漸蒼白，脈微弱，頸數心悸亢進，煩悶，耳鳴，卒倒，氣視野不明），3 腫脹之腫脹，以及便秘，尿意頻數，下肢疼痛，搦血性帶，下子宮出血，腫瘍先軟後硬，或且漸次增大，經過及預後 經過慢，預後良好，穿通者不良。

療法 與骨盤腹膜炎之療法同，一面與與奮劑，已止血者，催近吸收諸藥。

第四章 腹膜外血囊腫 Haematoma extraperitoneale

腹膜外血囊腫者。於腹膜之下。扁韌帶之間。填充於子宮頸子宮體之前後腔者也。本症由月經時血管破裂爲起因。即以劇甚之勞働及衝突墮落。過度生殖器械刺戟等爲原因者最多。但不能證明其原因者。亦不少。

症狀 概無前驅症。患婦突發下肢之劇痛。甚覺疲勞。或失神卒倒。疼痛之性質爲痙攣樣或陣痛樣。患婦即現著明之貧血。發病若在月經期間。則月經突然閉止。然後再有多量且持續之出血。有劇烈之尿意頻數及窘急後重。下肢之知覺過敏。於強壓及直接觸接腫瘍時始發現。但與腹膜炎合併者。則其度增。於子宮側方或骨盤入口中央。觸和有腫瘍之存在。子宮柔軟。腫瘍在初期有過度之緊張。有時柔軟如捏粉。常有知覺過敏。

診斷 發病急劇。概於外傷或月經時卒然發生。無熱。子宮變位若既往症不明。經時已久者。則診斷匪易。此時先得診定漏物之在腹膜內或腹膜外。更就子宮之方向。妊娠症狀之有無。莖根是否連繫。等與輸卵管腫瘍。子宮外妊娠。子宮屈曲。鑑別。

腹膜外血囊腫 1 不隨患者之位置而變位。2 祇初期有知覺過敏。3 上方之界限明瞭。4 多在子宮之側方。在扁韌帶間。蔓延於腹膜下骨盤腔。凹凸不平。5 吸收時不發熱。

腹膜內血囊腫 患者變更體位。子宮則遷於後方。2 有持續性知覺過敏。3 上方界限不明。4 多於子宮

後方。壓下後穹窿部，吸收時發熱。

預發 概佳良，經過六—八個月，不施治療，亦可自癒。其劇烈之症狀，亦可由適當之療法而治癒。但由貧血穿通腹膜而死亡者亦有之。

療法 施對症療法，強壯療法。催進吸收各藥。陳舊無炎症者，可施按摩法。有時有施攻擊療法（剖腹切除血囊）之必要。

第五章 扁形帶圓形帶之新生物

有發生囊腫、筋腫、肉腫、軟骨腫、脂肪腫、皮膚囊腫之報告，但其例甚少。茲從略。

第十一編 膀胱及尿道之疾患

第一章 膀胱炎 Cystitis

女子之尿道短，無攝護腺，自無因尿蓄積而續發之疾病，但易合併周圍之炎症，故女子膀胱之疾患，與男子比較，自異其趣。膀胱炎概為傳染之結果（大腸菌性膀胱炎，淋疾性膀胱炎）而因異物之竄入。導尿予之送，入近部炎症之波及而發者不少。

症狀 膀胱部，有壓感及疼痛。尿意頻數，裏急後重，排尿後有尿道殘之感。排尿時灼熱疼痛。（1）單，純，性，炎，不發熱，尿渾濁，初混血液呈血褐色，後為渾濁性粘液樣膿及粘液。沈澱器底，慢性症，若用鹼性飲料，則膿量

增加疼痛增劇，如是反覆於數年之間。(2) 菌性，炎急性時發全身症，同時有膀胱之不全麻痺或全麻痺。(3) 膜，炎，尿帶褐赤色，濃厚爲膠樣，混有凝固及腐敗片，放惡臭，粘膜部分脫離，入尿道，或不能排尿，或排尿後發痙痛，裏急後重。(4) 產褥性者，易合併腎盂炎，腎臟部突發猛烈之疼痛。(5) 結核性，炎概屬下行性，持續於數年之間。

診斷 由自覺症及的檢查，可以診定，細菌性膀胱炎，除結核性外，其尿皆呈鹼性，又排尿前疼痛，裏急後重者，病在尿道內口，排尿時疼痛者，病在尿道，排尿後有疼痛之感者，爲骨盤腹膜之病的狀態。

療法 安靜，多飲水，禁刺激性物，尿中有雲翳，無熱及裏急後重者，僅內服沙利先酸及各尿道消毒劑，恥部骨陰部用溫濕法，裏急後重者，與嗎啡，亞篤羅賓，合劑內服，或可克因液局部之注入，尿中有多量細菌時，施膀胱之洗滌(急性者不能洗滌)，尿惡臭者服樟腦酸，高熱由洗滌亦可輕減，慢性症，多數合併子宮後轉，或謂亞熱山大氏手術，可爲膀胱炎之根治療法，硝酸銀液注入，亦有奇效。(由〇・〇一一〇・二%)

處方

鹽酸嗎啡

〇・〇五

亞篤羅賓

〇・〇〇五

水

一〇・〇

右每二時服一次每次五—二〇滴

處方

(1) 傍奎崩

〇・〇二

(2) 派拉頓那膏

〇・〇二

(3) 可泰因

〇・〇三

右爲坐藥

第二章 膀胱絨毛瘤

此腫瘍生於膀胱三角部，其狀態如乳瘤，各有血管。由門柱上皮被之呈絨毛狀，其外觀爲甚柔軟圓形之塊，細莖懸垂，容易出血。

症狀 有排尿障礙者少，但往往因尿中有浮遊之絨毛故排尿時時中斷，常出血，患婦陷於高度貧血，變爲惡液質。尿漸濁，餘尿有膿球，門柱上皮用膀胱鏡檢查可以明視，雙合診可以觸知。

第三章 尿道疾患

(一) 尿道上裂症及下裂症爲先天性畸形，略述於前外陰部畸形章，茲不贅述。

(二) 尿道炎 Urethritis 以淋疾爲原因者爲最多，餘若癰腫膿液之流入，導尿管送入時之外傷，亦得爲本

症之原因，患婦於排尿時，感劇痛，且有強度之裏急後重，故預防尿道之裂，宜用細小之導尿子，與男子用導尿子之法正相反。

(三)尿道，官能障礙，及神經症，以子宮脫出，後屈症，手淫，外傷，慢性膀胱炎，陰門搔痒病，癢病，為原因，因腹內壓力之增高，咳嗽，勞力失笑，身體屈曲勞働，有不隨意之漏尿，治宜用強力收斂藥，行醫洗滌，或用罌得，柳奇斯內服，而原因治療，尤屬重要，或施手術治療，使尿道口緊約，則遺尿可止。

(四)尿道，粘膜之脫出，本症間見於少女及老婦，原因不明，有利尿之困難，於尿道前形成直徑三至五公分之膀胱紅色腫瘍，新鮮者容易整復，其表面成潰瘍狀壞死狀者不少。

(五)尿道，新生物，女子尿道發生之腫瘍，有疣贅，葡萄囊腫，纖維腫，粘液腺腫，靜脈瘤，肉瘤，癌腫等，概無顯著之症狀，微有灼熱感，漸大時，陰部有牽引痛，排尿障礙，尿道搔痒，刺痛，灼熱，裏急後重，腫瘍愈大，尿道愈擴張，粘膜炎，疼痛劇烈，而腰部，大腿，放散，起立步行時，增烈，交接不能，食慾亢進，疼痛不能安眠，原因出血炎症，身體逐漸衰弱，內吸藥無效，施對症療法，或手術療法，切除腫瘍。

第十二編 婦人生殖器淋疾

婦人淋疾，概由與淋疾男子交換而感染，但因已染病毒之內指，醫鏡，消息子派沙留誤，手巾衣類入浴而傳染者亦有之，由陰門產腔之淋症，一面由尿道波及膀胱，輸尿管，腎臟，一面由子宮，腰部，頸部內膜波及實質。

周圍組織，外膜，輸卵管，內外骨盤腹膜，卵巢等，更由轉移而遠達腿，關節，鼻，中耳，乳腺，皮膚，心臟等部。

(A) 陰門及，陰之，淋，疾。大陰唇兩側，附着乾燥之分泌物，哆開陰唇，其內面及陰入口潮紅，過敏。小陰唇及處女膜上有漿液性分泌物，且屢有膿汁，洗滌之，則見由陰腔有肉樣之分泌物流出，若在月經期，則症狀更劇。排膿極多，且續發濕疣及潰瘍。又老人期，感染性增加，雖無特異之陰門炎症候，常因帶下之結果，發陰門搔痒症。在急性期，陰鮮紅腫脹，充填多帶之膿液。慢性期，則有陰部之糜爛，經過中巴路，討林氏，常發炎。

(B) 尿道，淋，疾。尿道口充血腫脹，粘膜外翻，若壓迫尿道，有膿流出，疼痛，尿道增大，并有膀胱之裏急後重。排尿時有灼熱感，急性期經過甚短，若移入慢性期，則全無症狀，亦不排膿。

(C) 子宮，淋，疾。急性期，子宮腔部潮紅腫脹，呈顆粒狀糜爛，最初，淋疾祇限局於陰部，因月經產褥流產而上行，一旦淋菌達子宮腔，則起淋疾性子宮內膜炎，其性頗劇，侵襲全粘膜面，子宮腫脹，發陣痛樣疼痛，有壓痛，及血性膿狀之帶下。(與急性實質炎之症狀同)持久則，合併淋疾性輸卵管炎，疼痛益增，慢性炎中，以頸管慢性淋疾最為重要，無自覺他覺症狀，表面有硝子樣分泌物，內含淋菌，稍濁，濁帶綠卵白樣粘液塊，懸垂於子宮口，拭去甚難，強去之，則子宮內面出血，且易再發，為不妊之重要原因，恒數年不能治。

D) 淋，疾，性，輸，卵，管，炎。淋菌之入輸卵管也，有二種，一由淋巴管通過子宮實質，常因產褥之損傷而傳染。此時發子宮外膜炎，剪絲端，帶着，輸卵管閉塞，形成輸卵管水腫。一由粘膜上行入輸卵管，則粘膜化膿破潰。

管壁浸潤發骨盤腹膜炎及輸卵管周圍炎。

(E) 卵巢淋疾。發生卵巢腫痛。諸般癥著。凝塊狀腫瘍。且續發卵巢結核。

F 肛門及直腸淋疾。排便時肛門灼熱疼痛。排泄液。形成潰瘍。末期則毫無瘰狀。

女子生殖器淋疾。與月經。妊娠。產褥之關係。月經後淋疾之排膿增加。淋毒性子宮外膜炎亦往往發作於月經之後。妊娠時。容易發淋疾。但妊娠之帶下等。未必全屬淋疾。是定應注意者也。淋毒性子宮外膜炎。及骨盤蜂窩織炎於產褥時發病者甚多。

療法 急性時以除去淋菌培養物。撲滅淋菌為主眼。故洗滌陰腔有效。洗滌液之常用者。有鹽化亞銀。硝酸銀及其製劑。青酸化汞等。先用稀薄液。後用濃厚液。則帶下可以減少。尿道淋時。利尿為要。此外如每日入浴。清潔陰部。整調便通。禁止交接。避却酒精飲料等。亦屬緊要。

慢性症時。以免却再發。減少痛苦為主眼。即施陰腔及頸管之一%硝酸銀或一〇%蒲樂他爾。蒜綿紗湯崩。每日交換一次。至第二日起以〇·二%硝酸銀水。施子宮洗滌。每日二次。洗後注入硝酸銀軟膏於子宮腔內。而施陰湯崩。後療法。為依希奇奧爾。鹽化亞鉛。硫酸銅液之洗滌。

第十三編 婦人生殖器及腹膜之結核

生殖器結核。有原發性。續發性。兩種。原發性者。由觸接傳染。或移植而成。立結核。祇限於生殖器。續發性者。則

由觸接聯絡而成，常爲汎發性粟粒結核之一分症。同時他臟器已有結核病竈之存在。結核傳染之道途，約可別爲五項：1 血液傳染。2 近隣結核之侵襲。3 創傷傳染（分娩、外傷、手術、檢診）。4 交接及結核性漏物之生殖器沈着是也，而發生結核之素因又有1 營養不良及營養障礙畸形。2 既往之淋疾或梅毒傳染。3 產褥之三者。婦人生殖器中罹結核最多者，爲輸卵管。據諸家之統計觀之，爲六—二四·五%

症狀 因罹患之臟器而不同。輸卵管結核，則管壁腫脹，與周圍粘着，固定，或呈輸卵管膿瘍，內合多量膿汁，子宮結核，失發輕度炎症，繼則粘膜破壞，或時節層及漿液膜下結締組織，亦起結核變化，或於全內膜面發生小結節，而成潰瘍，或子宮腔內填有乾酪性物，卵巢結核甚少見。子宮頸部腔部之結核，往往發潰瘍性變化，或腫瘍形成，爲乳嘴狀，腫及陰門結核，其狀況與皮膚結核同。先有小細胞浸潤，病竈溶合分解成塊，緣硬固不正之潰瘍，分泌黃色漿液，無痛，不易出血。腹膜之結核，或發生散在性小結節，腹膜肥厚，有血發炎。結發核性腹水，或生瘻着。大網及腹間膜有纖維性硬化，腸間膜短縮，而爲乾性結核性腹膜炎。或結核結節變爲巨大之乾酪塊。生化膿性腹水。續發穿孔及瘻孔。

診斷 (1) 注意結核性之素因。遺傳體質。(2) 腹水及子宮附屬物之變化。(輸卵管肥厚，子宮肥大，帶下如乾酪腫部，陰腔陰門潰瘍)。(3) 輸卵管與周圍粘着，由杜庫拉斯窩可以觸知小結節。(4) 月經無特別之異狀，經血過多，無月經，或不定之子宮出血，帶下除有乾酪物外，別無特異之點。(5) 腹部之塊結。(6) 全

身營養障礙(7)搔把組織鏡檢或動物試驗。

療法 對於潰瘍用碘酒、乳酸塗布或速施根治手術。或專施藥物的攝生療法。有腹水者放水及開腹有效。

第十四編 無子

妊娠成立之要約有二，第一爲交接，第二爲成熟卵與有活機能精虫之會合。一旦卵既妊娠，則由于宮包藏而移於妊娠。故無子者，夫婦二人分担其職，不得單歸罪於女性也。婦人之無子，非獨立之疾病，實爲生殖器官諸病。組織變常，先天性畸形及位置異常之結果也。約而言之，無子者，一則關於卵之障礙，一則關於精液之障礙，屬於甲者，如卵巢之各疾患(卵巢之萎縮、缺損、濾泡之囊狀變性)及卵巢諸新生物(輸卵管及其周圍之疾患)(骨盤腹膜炎假膜、剪綵變性、癒着變塞、輸卵管腹腔端與近隣臟器癒着、扁韌帶之新生物、輸卵管粘膜炎、弛緩、肥厚、分泌栓塞、輸卵管子宮口閉塞)子宮之疾患(子宮實質炎、內膜炎、肉芽性增殖、肌瘤、纖維子宮組織變性)等，此外體質疾患、營養、生活法、天性、氣候、血族結婚、夫婦不和睦、與無子亦不無關係。療法 原因療法爲最要，對於子宮轉位，用派沙留誤或他種方法正其位置。以喚起生殖器官之生活機。(對於無子婦人，第一次注意其器械之障礙)試用溫泉浴、下腹部之按摩及體操，有擴張延長異常癒着之效。或於陰部、穹窿部塗布碘酒，施腔湯崩，亦可因其壓迫而得良效者。

婦科學提綱 正誤表

頁	行	誤	正
三	三	礎著	礎膜著
四	四	尿由	由尿
四	六	輸尿管耳	子宮動脈
四	十一	開口	開口
五	一	韌帶	韌帶
八	五	視○	視診
一〇	六	子窿	子宮
一三	二	之灰	之石灰
一三	五	宮部	宮窿有
一三	一二	窿有	窿部有
一四	三	宮窿內	宮腔內
一四	二三	洗二窿	洗滌窿

一八	六	分溫	保溫
二一	一二	奇與	奇爾
二七	七	用徑	月經
二八	一二	布)	分)
二九	一二	適	適宜
三一	二	十倍	千倍
三三	六	出潮	潮初
三三	一二	·因	原因
三五	三	一二	一水二
三五	七	腔部	窿部
三五	一〇	施之	施子
三五	一一	又線	×線
四〇	三	常腺	腺

婦科學提綱 正誤表

四一	九	〇・〇五	〇・〇〇五	五二	七	腔分枝	腔分枝
四六	二	路口	路丁	五三	三	瘻	瘻法
四六	三	腔口	腔口	五三	四	林水	林(水)
四六	九	竇預	預	五三	六	餉三	餉
四六	一三	放庇	放庇	五九	一四	排可	排尿可
四七	二	之後前	之前	六二	六	四編	七編
四七	三	縫對	絕對	六四	八	過經	通經
四七	五	節痛	骨痛	六四	一四	樹置或	或置樹
四七	八	胃性	感冒性	六五	一二	下行	上行
四七	一〇	初除	切除	六五	一二	轉之	轉子
四八	三	三編	六編	六六	三	須整復其位遺	
四九	五	甚排	甚非	六七	七	子突	子宮炎
四九	一四	障害	障害	六七	八	恥縫骨	恥骨縫
五二	一	炎症	腔炎	六八	七	瘻管	手術

六七	四	壓之	壓入派
六九	四	入留	入派沙留
七三	四	療壞	陷壞
七三	一一	渡沙	派沙
七三	一三	炎膜	膜炎
七四	九	後膜	後腔
七五	一〇	底內	底向
七六	七	粘下膜	粘膜下
七七	七	釋剖	解剖
八三	五	時症	症時
八四	一三	以西	以西
八九	六	遲延	遲速
九三	六	肢壁	腹壁
九三	七	萬施	常施

婦科學提綱 正誤表

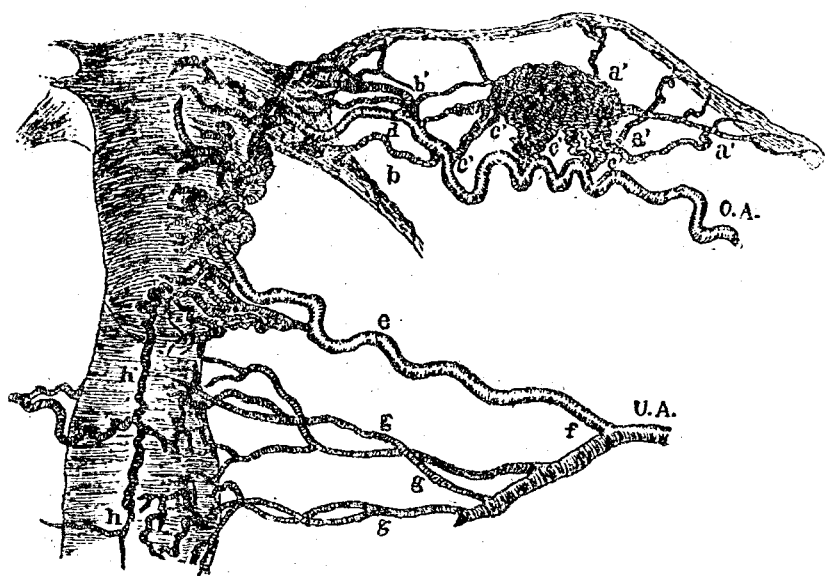
九三	一一	器械	器械
九四	四	露結出	露出
九八	二	一至	一
一〇一	五	他腫	他類
一〇二	六	腫	炎
一〇二	一二	塔面	塔爾
一〇二	一三	腔洞	腔洞
一〇四	四	常以因	常因
一〇六	一	壁腹式	壁(腹式)
一〇六	一	腔遠式	腔(腔式)
一一〇	二	捉迫	捉迫
一一二	二	者面	者一面
一一四	八	拔去	拔去
一二六	二	生起	坐起

婦科達提綱 正誤表

一六三	陰門	陰門
一八四	前或	前或由後
一九一〇	炎腸	臟器
一九一三	泄	排泄
二〇一三	器症	器炎症
二二一四	血囊腫	血腫
二三二一	血囊腫	血腫
二三二四	下肢	下腹
三二六	下肢	下腹
四一	血囊腫	血腫
一一二二	血囊腫	血腫
一二四一	有膀胱	有膀胱
一二四五	及的	及尿的
一二四一〇	熱此	恩山

一三〇	一次	一須
一二九	結發核	發結核
一二八	亞銀	亞鉛
一二八	腫瘍	腫脹
一二七	肉樣	肉汁樣
一二六	交接	交接
一二六	肉吸	內服
一二六	原因	因
一二六	而腰	向腰
一二六	勝紅	暗紅

(面後) 脈動之器殖生內人婦

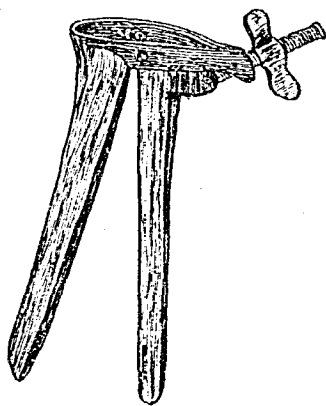


- O.A. 內精系動脈
 U.A. 子宮動脈
 其一大分枝
 d. 兩主分枝之吻合
 e. 喇叭管動脈之外
 枝 b. 內枝
 c. 卵巢動脈
 b. 圓韌帶動脈
 g. 腔動脈
 h. 不對腔動脈

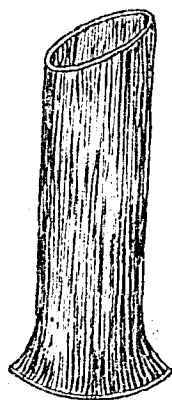
半溝狀鏡



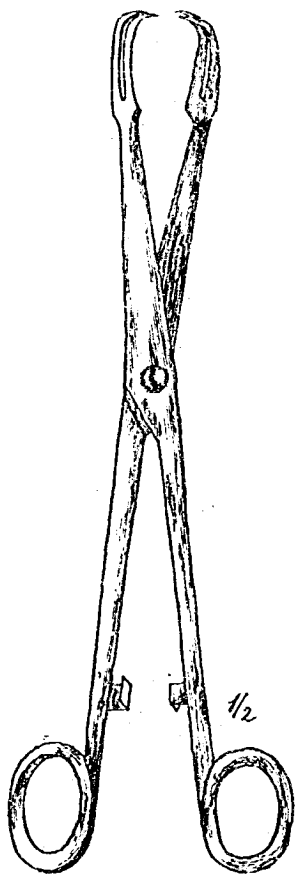
二瓣鏡



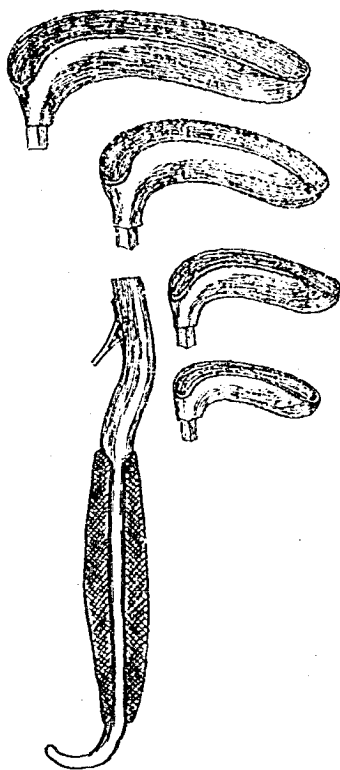
管狀鏡



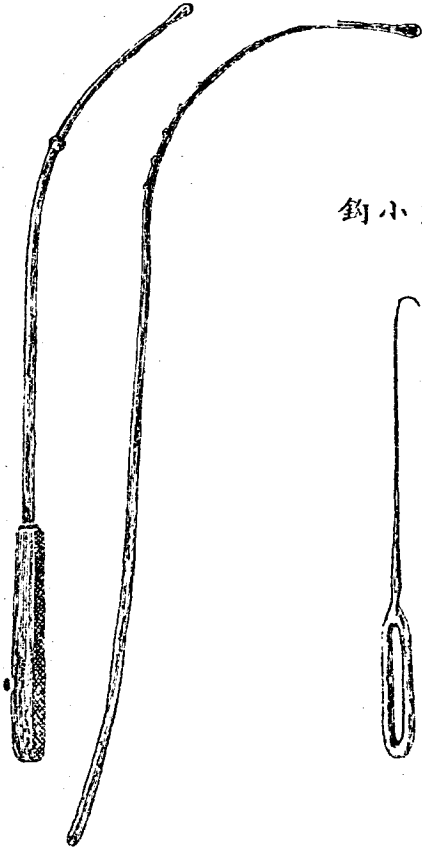
子 鉤 氏 繆
鉗 有 道



西 氏 隆
蒙 保 器



子息消宮子



鉤小銳

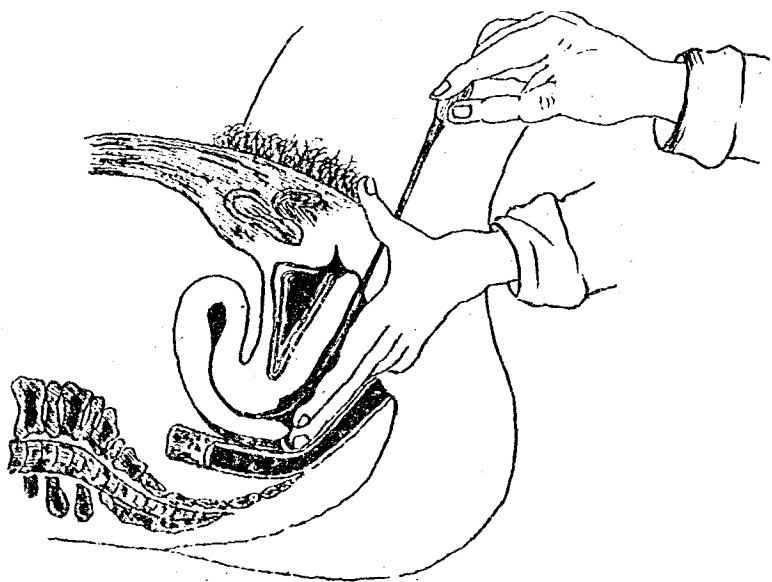


鉤銳復



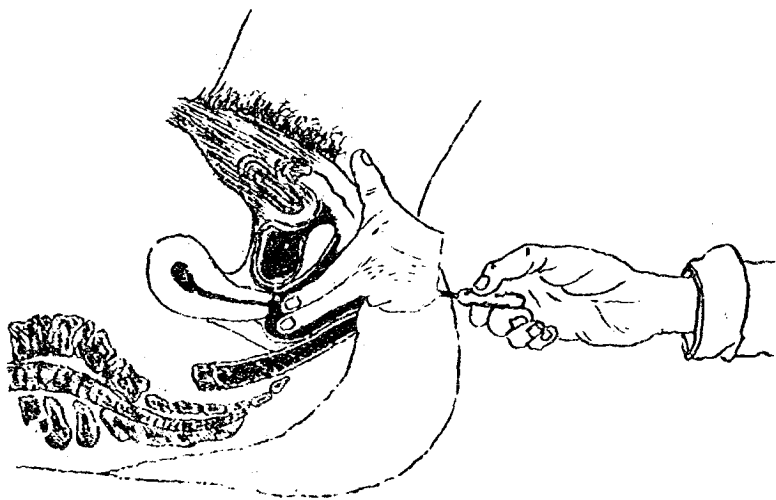
子息消入送内管頸宮子

($\frac{1}{3}$ 節一第入送子息消)

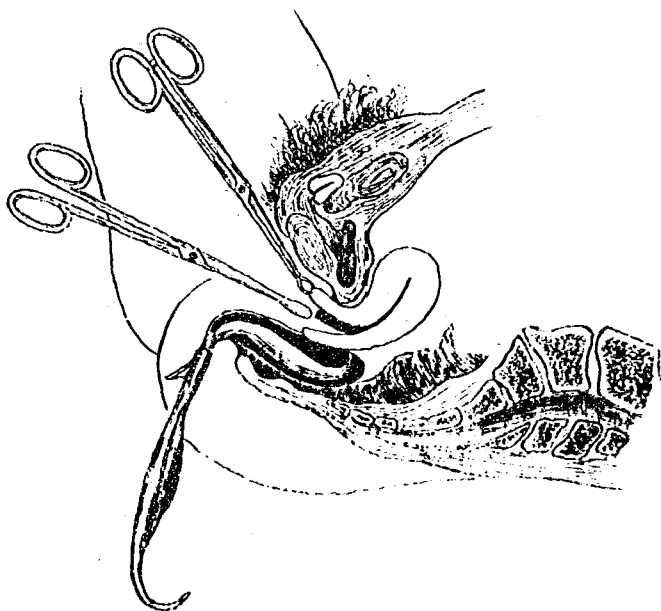


子息消入送腔宫子

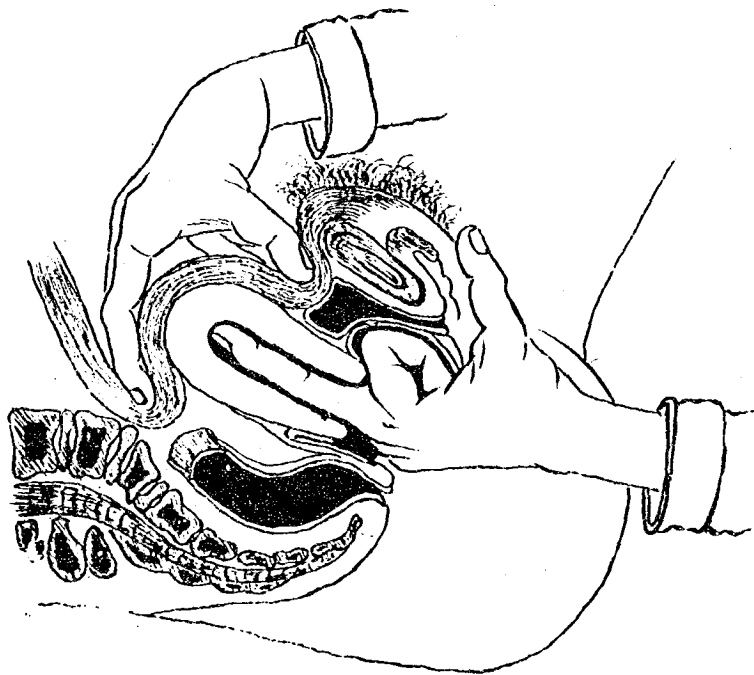
($\frac{1}{3}$ 節 = 第入送子息消)



膨脹子送入法

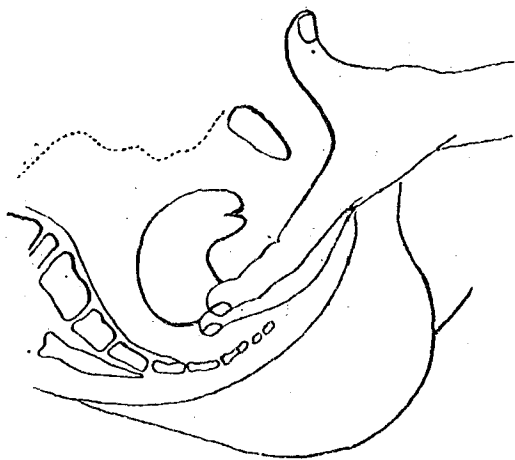


(1/3) 子宮腔觸診時之位置

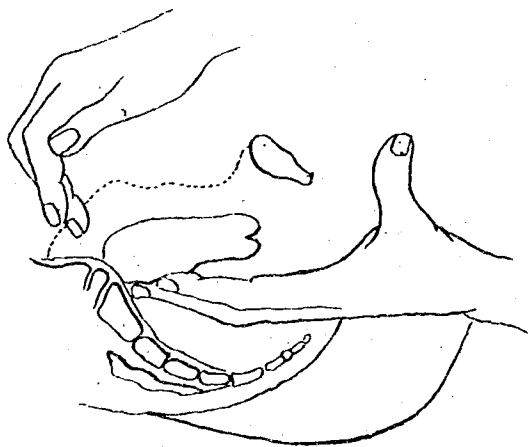


後屈子宮提起法

第一節



第二節

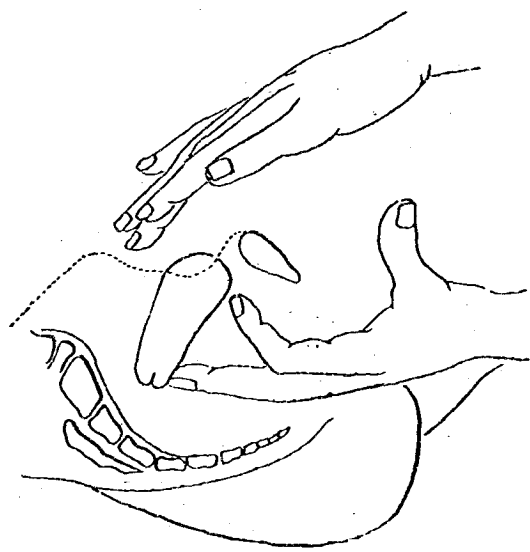


後屈子宮提起法

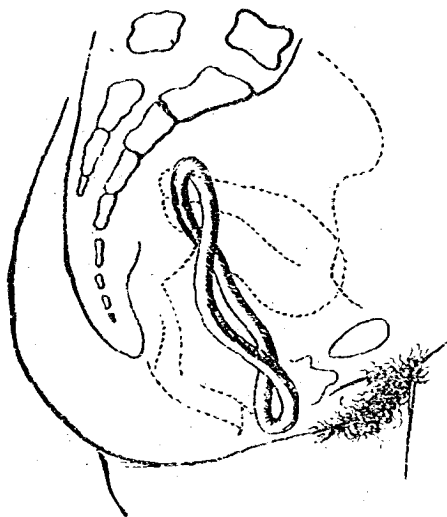
第三節



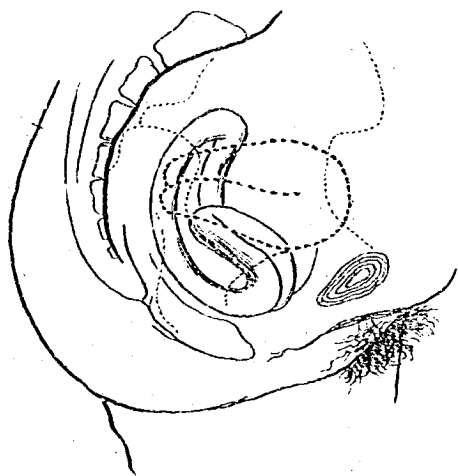
第四節



8 字形派沙留謨

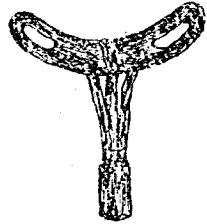


藕狀派沙留謨

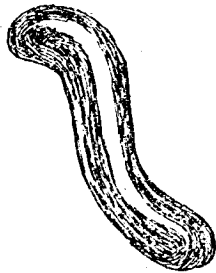


環莖有

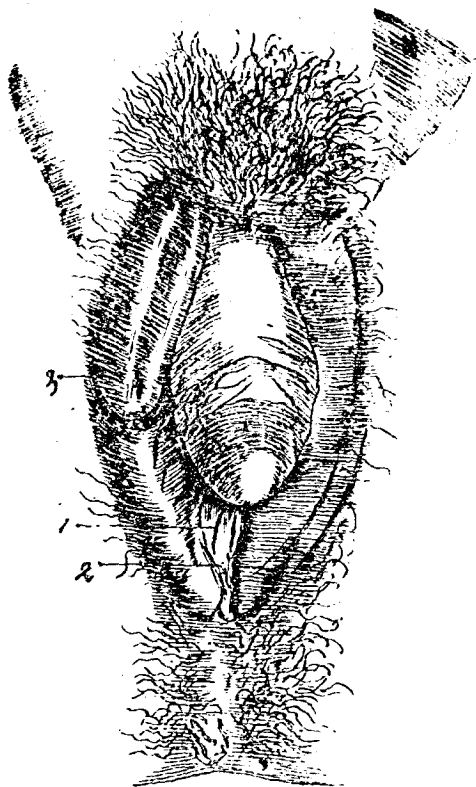
架官子



謨留沙派



外 女 性 半 陰 陽

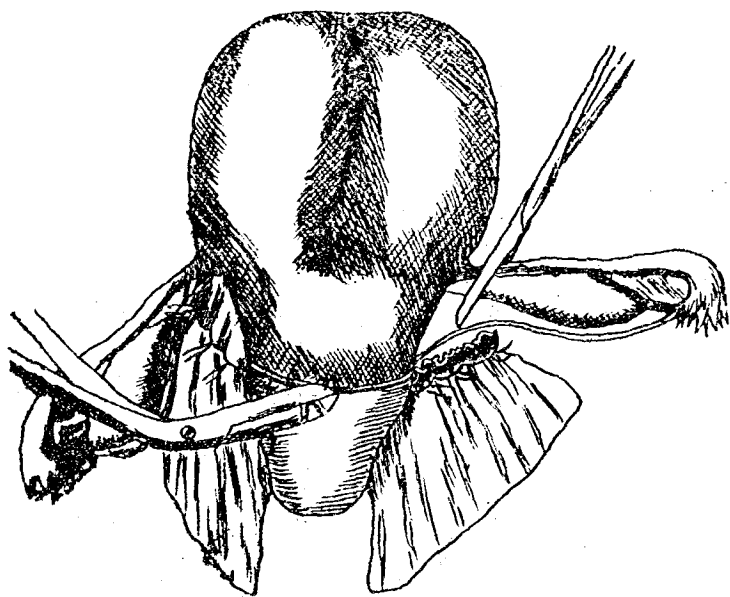


鈍 搔 爬 子

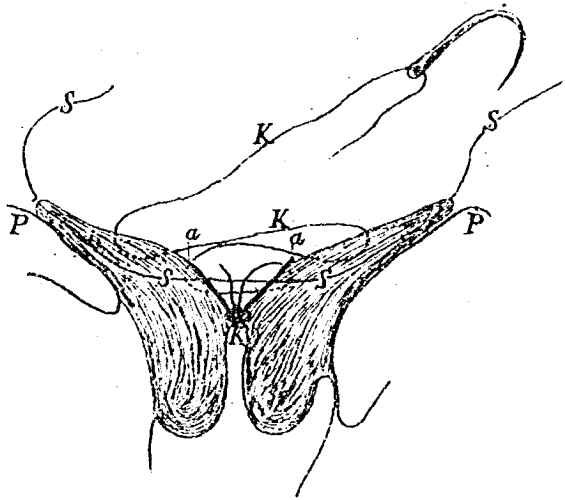


銳 搔 爬 子

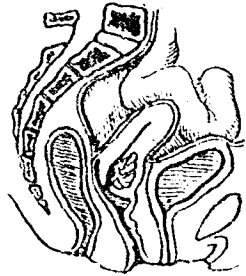
斷切子宮上脰



法着維瑞斷宮子

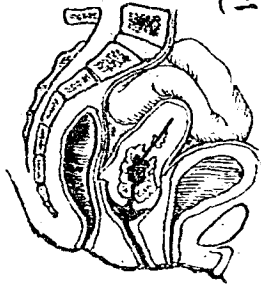


(一)



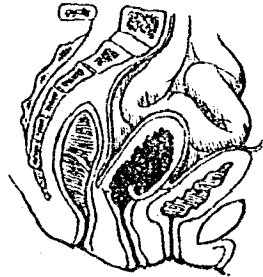
頸之癌結節

(二)



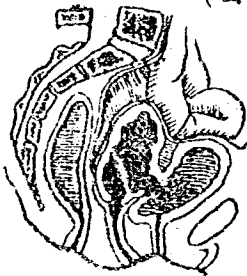
頸之癌性潰瘍

(三)



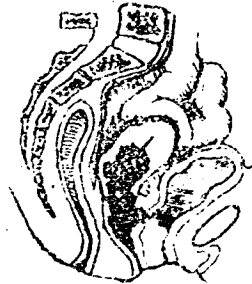
癌已侵于子宮體

(四)



癌穿過膈肌

(五)



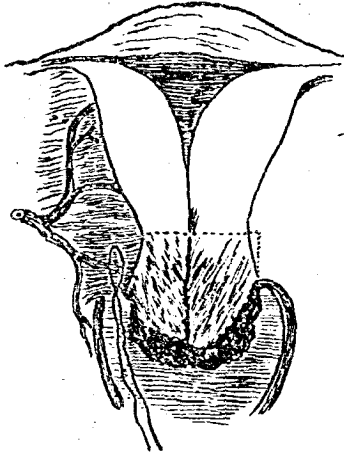
癌穿過膈肌

(六)



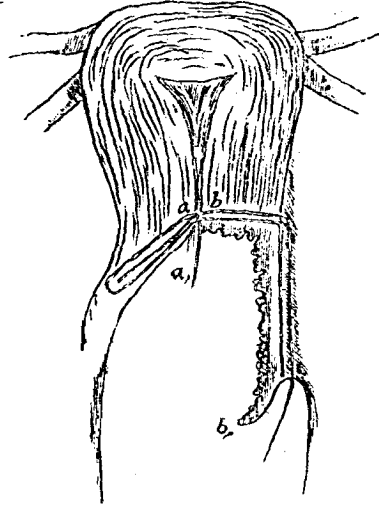
癌穿過膈肌及直腸

除截位高之頸宮子

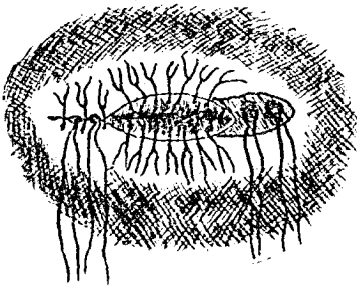


子宮頸
之高位
截除
法

不能手術
之子宮頸
癌截除

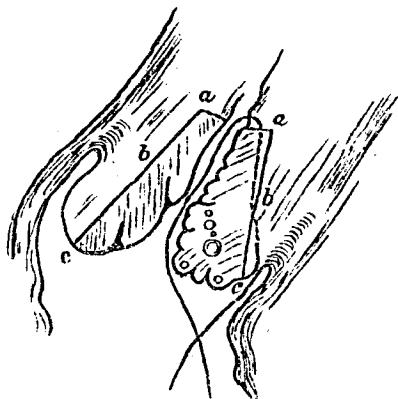


a b 腔緣
子宮頸切
除之緣



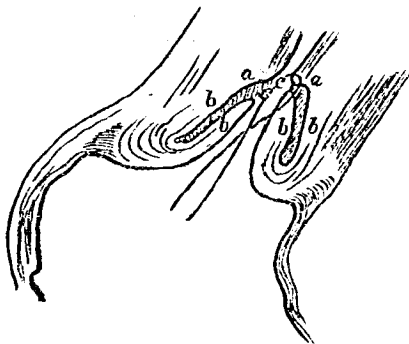
蕭未德氏下脰

(切斷法)



蕭未德氏下脰

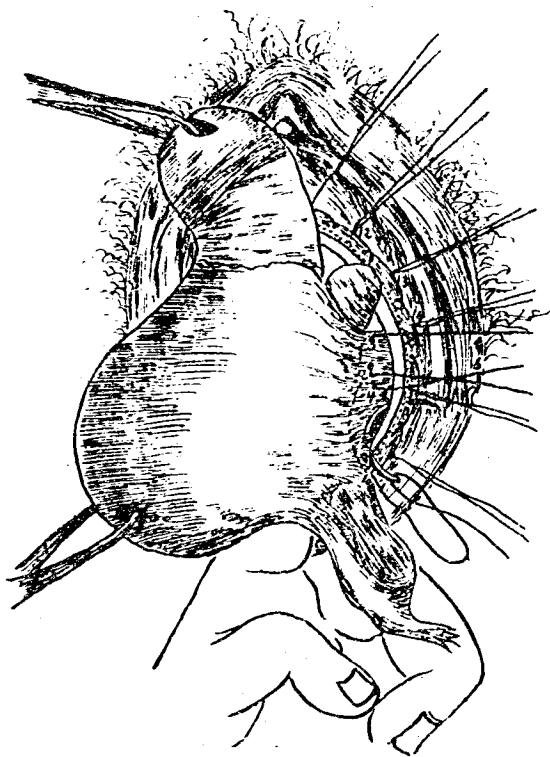
(縫合法)



出 剔 官 子 式 腹

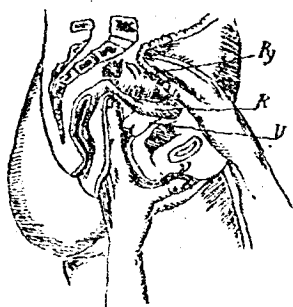


出引全宮子式腫

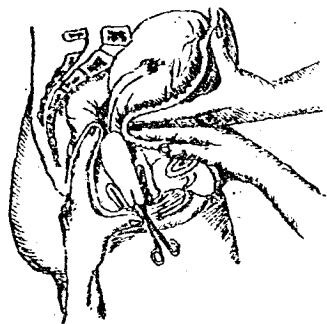


輸卵管之雙合瘻

Py. 膿腫
凡直腸
U. 子宮

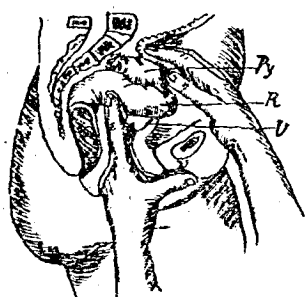


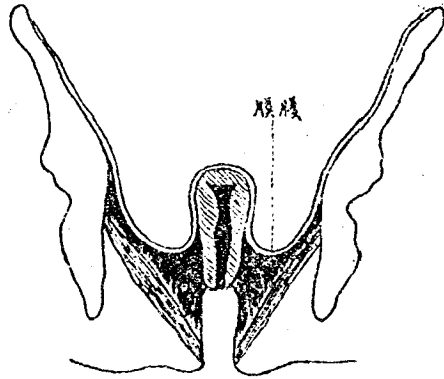
卵巢囊腫之雙合瘻



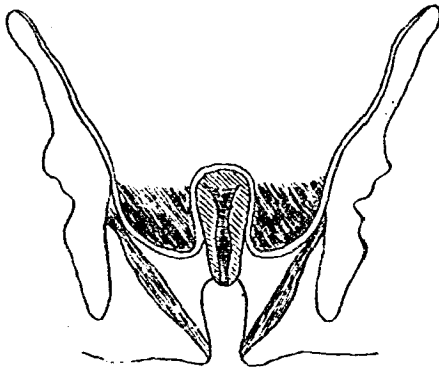
輸卵管之雙合瘻

Py. 膿腫
凡直腸
U. 子宮





骨盤蜂窩織
炎性滲出物



骨盤腹膜炎
性滲出物



婦科學提綱定價大洋七角

編著者 江蘇 戴 農 季

印刷者 直隸 李 次 坪

總發行所 北京安定門西大街
長 安 醫 院

印刷所 天津河北元緯路廣讓里
春 秋 印 刷 局

分售處 各 大 書 莊

