

14.788/ATB.

女性小骨盆化膿性病灶



人民衛生出版社

女性小骨盆化脓性病灶

Д. Н. Атабеков 著

沈 祝 莹 译

薛 君 桐 校

人民卫生出版社

一九五九年·北京

內 容 提 要

著者根据自己多年經驗写成此专著,其中引用了許多有价值的病历叙述了女性小骨盆化膿性病灶的病因、診斷、并发症及治疗等問題。并用实际病历說明了該病的診斷、治疗方面可能发生的錯誤,有力地批判了对此病的保守疗法,提出本病最根治的方法是經腹手术治疗。同时作者还介紹了一些平时少用的疗法。

这是一本有价值的参考书,供妇产科医生、外科医生参考。

Проф. Д. Н. АТАБЕКОВ

ГНОЙНЫЕ ОЧАГИ В МАЛОМ ТАЗУ У ЖЕНЩИН

(КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ)

Издание второе

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА-1957 г.

女性小骨盆化膿性病灶

開本: 787×109 2/3 2

頁張: 2 $\frac{7}{16}$

字數: 53千字

沈 祝 賁 譯

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京常用出版業營業許可證出字第〇四六号)

• 北京紫雲區碑文廟街三十六号 •

北 京 市 印 刷 三 厂 印 刷

新华書店科技发行所发行 • 各地新华書店經售

統一書号: 15048·1731

1959年9月第1版—第1次印刷

定 價: 0.30 元

(北京版) 印數: 1-3,000

目 錄

序言

第一章	問題的現狀·····	1
第二章	女性小骨盆腔內化膿性變化的病因·····	4
第三章	化膿性變化的誤診與併發症·····	5
第四章	小骨盆腔內有化膿灶時末梢神經系統的改變···	17
第五章	陰道切開術與穿刺術·····	20
第六章	向膀胱與直腸穿孔的膿腫·····	26
第七章	麻醉的選擇·····	54
第八章	異種血液療法·····	56
第九章	腹膜與生殖器結核性化膿性變化的治療 (А. Д. Сперанский 氏法) ·····	60
第十章	一種女性生殖器畸形(陰道閉鎖)及其併發症 的治療·····	68
第十一章	小骨盆腔內炎症性變化的 А. В. Вишнеvский 氏奴佛卡因封閉療法·····	70
第十二章	腹部手術·····	72
結論	·····	74

第一章 問題的現狀

俄国医生医学博士 E. E. Маковецкий (1888)的学术論文“关于妇女盆腔内积脓的問題”是很有意义的，因为作者以历史观点对该病之致病因素作了研討。他引用了 Клоба 博士(1864)的意见，后者认为将輸卵管内脓汁之蓄积称謂“輸卵管脓肿”是不正确的，这种病应称謂輸卵管积脓 (Пиосальпинкс)。这个名詞到目前，在妇科学中仍在使使用。

学者 Мартин(芝加哥)认为产褥期感染在輸卵管疾病的病因中意义最大。在他所观察的287例輸卵管疾病患者中有70例与分娩有明显的关系，并且都有子宫复归不全。Мартин, Ванди, Гегар 认为輸卵管积脓的病因是淋病。在其他造成輸卵管积脓的原因中应提出伤寒及磷中毒。在 E. E. Ваковецкий 的学术論文中有一例是梅毒性輸卵管积脓。

Н. М. Какушкин 于哈尔科夫召开的产妇科第五次代表大会上(1914)所作“关于子宫附属器炎症的外科治疗”的报告中，把輸卵管积脓的治疗方法分为“姑息的，保守的与根治的(即手术的)三种”。

按照 Н. М. Какушкин 的意见，姑息疗法就是經阴道或經腹壁使脓肿内容排空。他描述姑息的手术操作如下：在阴道后穹窿作横切口，以后用敷裹鉗子或手指将脓肿钻通。手术后的头几天放置橡皮引流，以后改用紗条。按照 Н. М. Какушкин 的材料这种病例的死亡率波动在 33.3% 以內。

为了恢复附属器的机能，Мартин (芝加哥)使輸卵管内脓汁排空，并搔刮管腔。扩张輸卵管狭窄部后，打开粘连的卵管腹腔端，洗滌輸卵管并作卵巢組織之移植 (引自 Какуш-

кин)。Н. М. Какушкин 认为这种手术是危险的,同时指出这些器官由于所发生的病变致使不能再生。

А. М. Холодковский 在列宁格勒召开的妇产科第七次代表大会上(1926),根据有关这个问题的大量材料作了报告。他将女性生殖器炎症的治疗分为三类:保守疗法,保守的手术疗法及根治的手术疗法。同时他又指出并非全部患者都要经历这三个阶段。按照他的意见:作根治手术的患者几乎都没有发生卵巢机能减退的现象,因为协作器的机能遮掩了卵巢内分泌缺乏的现象,А. М. Холодковский 谓:若治疗仅限于第一阶段,及延迟转用第二或第三阶段之治疗能使患者之健康情况恶化,手术预后不良。最后,现在认为血沉情况并不能成为手术的禁忌症。

应当提到 Л. А. Кривский 于哈尔科夫召开的妇产科第五次代表大会上所作的报告。他按照适应症与操作方法将手术疗法分为两大组。第一组中包括卵巢及输卵管积脓的患者,第二组包括炎症残余现象的患者,如输卵管积水,粘连,折屈)。第一组中患者手术的适应症是保全生命。Л. А. Кривский 仅对施行过长期的系统的保守疗法的患者才使用手术治疗。在可疑附属器积脓的情况下施行剖腹术,同时,照例地只摘除有病变的部分,此时,如有可能,则保留卵巢。手术后各组中死亡率的情况如下:在院内行手术发生腹膜炎的 17 个妇女中,手术后死亡者 6 人(35%),有输卵管化脓的 19 个妇女中,1 例由于腹膜炎而死。

沃罗涅日斯基医学院妇产科 Тугер 曾报导了 240 例因附属器炎症而施行的开腹术。但是应当指出在上述材料中附属器化脓性炎症之患者仅为 23 例。该院广泛应用 Микулич 氏填塞法,为了保护盆腔结缔组织,将纱布紧填腹腔中直达于

腹膜。

在專門的医学文献中，俄国医生們对女性生殖器炎症方面的研究著作占极重要的地位。但可惜的是他們对无数后果严重的并发症的成因沒有給予明确的概念，而且对这些并发症的治疗方面的材料也研究得不够。

許多輸卵管化脓性炎症引致急性腹膜炎，造成很大的死亡率。从附属器发生的化脓性炎症可穿孔至膀胱，直腸（兩者同时存在或仅在一处）。这类并发症常于病例迁延的情况下遇到，这一点正說明妇科医生对小骨盆腔内有化脓灶的病例还重視不够。迁延型的患者所发生的并发症往往特別严重，此时于血管系統与实质性脏器中都有严重的病变，使实质性脏器产生淀粉样变性。

对女性慢性生殖器炎症在淀粉样变性的发生上之作用，至今还没有給予足够的重視。Р. Б. Кацнельсон 自己的在博士論文中指出：在 205 例被解剖的淀粉样变性的患者中，有 11 例的发病原因为附属器疾患，即 4 例慢性化脓性附属器炎与 7 例子宮与附属器結核。这些病若能及时地根治，則在这些患者就能預防淀粉样变性之发生。

目前，由于現代医学之发展与泌尿科技术的提高，使我們有可能及时診斷出骨盆内化脓性疾病，以此而預防膀胱与輸尿管下部的一些严重并发症。

在我們观察下的两个患者，由于化脓性卵巢囊肿引起并发症，在輸尿管周圍形成圓筒型硬固浸潤，使該部輸尿管变得很細，并形成进行性輸尿管积水与腎盂积水。这两例在取出化脓的卵巢后都发生了預料之中的繼发性輸尿管瘻，其中一例于长期观察后，腎功能衰退，另一例在主要的手术后，作了輸尿管移植于膀胱的手术（輸尿管膀胱吻合术）。后一患者于

几个月内有持久的腎盂炎現象，于手术后症状才消失，小便正常。

注意上述一些报导后，我們詳細檢查每个女性生殖器炎症患者之泌尿器上部与下部的情况，以保証不发生上述并发症。

第二章 女性小骨盆腔内

化膿性病变的病因

过去常常认为女性生殖器化脓性病变的病因仅与淋病有关。現在許多国内和国外的专家都反对这个意見。

于淋病感染的过程中，病变往往向兩側附属器扩散；但在施行手术时却常常見到感染仅限局于一側，尤以左側为多见。

由我們的一些材料中看出：生殖器的化脓性病变常常在10—18岁时已开始发生。在我們观察的病人中有数例是附属器脓肿穿孔至膀胱，其中有四例，这种并发症是由于附属器結核引起的，而且一例发生于15岁的女孩。

由于生殖器与盆腔内之腸管密接，临床学家們經常能証明感染之滲入腸管，生物学家們根据实验研究也能証实此点，由此可见，小骨盆腔内的化脓性病变可以由于生殖器内各种不同的感染源而引起。我們认为，产后并发症与流产后并发症（常于非法流产时）在附属器化脓性病变的发生上作用不小。

病变主要发生于輸卵管腔中，該处有感染源侵入。对这种情况应加以注意，特別在手术时不应遺忘。这些病例禁忌采用腹膜外切开排脓。但很可惜的是，在一些专门性杂志及

参考书中还可以遇到一些不同的观点，他們完全不考虑这个重要的事实。小骨盆腔内之脓汁蓄积往往先在生殖器官（输卵管，卵巢）内形成，以后扩散至盆腔結締組織及盆腔内其他脏器中。現在对以前关于子宫旁結締組織炎的概念有了不同的看法。小骨盆腔結締組織内若有促使肿块形成的炎性浸潤存在时，則手术治疗或保守治疗定属无效。應該仔細研究这种炎症过程，拟出有效的疗法，以便学会防治这种病变，否則常能导致殘廢。

第三章 化膿性病變之誤診与并發症

根据許多材料的研究可以作出結論，許多医生甚至一些有經驗的医生亦会发生診斷上的錯誤。特別是容易把化膿性炎症与子宫旁組織炎或新生物（纖維瘤等），混淆不清。

当妇女小骨盆腔中有化膿灶时，盆腔結締組織起着很大的作用，发生反应性炎症，作为机体防御力的一种表现。当附属器有化膿性炎症时，可形成渗出性的囊状肿物，且于盆腔中蓄积的脓汁扩散途徑不同：有一些病例，当左侧輸卵管有化膿性炎變时，炎症蔓延于乙状結腸与小腸的腸袢間，前方与膀胱后壁相連，另一些病例炎症扩散形成团块，呈肿瘤状，其中包括小腸的腸袢，盲腸与闌尾以及与之粘連的已有改变的右侧附属器。盆腔内有化膿性症變时腸袢的这种状态常成为腸阻塞的原因，这种情况我們在实际工作中曾經常遇到。

借临床观察及實驗室化驗等方法确定生殖器官中有化膿灶时，往往在使用保守疗法后（常为长期而无效的治疗）不可避免地会考虑到是否需要手术的問題。

女性生殖器官炎症常长期未能发现。患者們在家中常有数

次伴有高热的急性发作，当时的观察有时很简单。当情况稍有好转后即转到门诊治疗，有时并没有充分的理由即被送至南方的疗养院（克里木，高加索的矿水温泉等地）。在这种情况下，疗养院的治疗很少能使患者恢复健康。

在我们的材料中，附属器有化脓性炎症的全部患者中，大约19.6%有严重的并发症（脓肿穿孔至膀胱，直肠，输卵管脓肿破裂伴有继发性腹膜炎，子宫膀胱陷窝或子宫直肠陷窝中有包裹性渗出物等）。这些都说明医疗机构对生殖器炎症的患者有时照顾得还不够。

当确定小骨盆腔内有脓肿时，只有开腹手术才是有效疗法。绝大多数病例化脓性“肿物”的周围有小肠的及大肠的肠袢环绕及粘连，乙状结肠最为常见。网膜的游离缘与化脓的附属器及尿路粘连。阑尾常位于化脓性团状物中。如果医生将盆腔内化脓灶误诊为盆腔结缔组织积脓，作腹膜外切口排脓时就会发生错误。但在化脓性炎症位于子宫直肠窝及比较少见的位于子宫膀胱窝（原文为 Передний дуглас——編注）时，可作阴道切开术。作过这种手术以后可以残留瘘孔，因为化脓的输卵管或卵巢囊肿的分泌机能并未停止。若病程长期经过则能使一些实质性脏器发生淀粉样变性。因此这组患者的治疗效果决定于正确的诊断与及时的适当的手术。

由于一些医生们对女性生殖器化脓性病变的治疗没有明确的概念，因而对这些患者使用姑息的手术，以致不能得到应有的效果，反而使疾病加重。由于体内长期有化脓灶存在，结果有时致使一些实质性脏器发生严重的病变，特别在肾脏中发生淀粉样变性。下面列举一个发生上述情况的病例。

患者×，24岁，于1951年7月12日因手术后腹部及后穹窿部遗留化脓性瘘道，且由该处排出大量粘稠脓汁而入院。

既往史：13岁月经初潮，间隔28日，持续5—6日，量中等，初潮后立即建立周期。20岁结婚。妊娠两次：第一次为三个月流产，继发附属器炎，且病程甚长。第二次妊娠经过正常，足月分娩，产时施行露足倒转术及穿颞术（1950年10月16日分娩）。由于查出在小骨盆腔内有渗出物，故作了切开，情况如上述。

阴道检查摸到充满全部小骨盆腔，且上方达到脐部的肿物。

内脏未见有病变。血压90/75毫米水银柱，脉搏每分钟80次，充实且有规律。心音纯。尿正常。血液：血色素45%，血沉一小时60毫米。

1951年9月7日脓汁培养有链球菌。Quick氏试验：2小时内排出安息香酸钠36.8%，4小时内排出66%。

毛血管镜检查材料指出机体抵抗力良好。

在长期观察后，进行根治手术取出由左侧卵巢发生的巨大化脓性肿物。在剥离肿物与周围粘连时脓肿破裂，流出粘稠有臭味的脓汁。肿物与降结肠及乙状结肠紧密粘连。

摘除左侧附属器及右侧输卵管，右侧卵巢部分切除。

切开后穹窿，阴道内放引流。手术后经过平稳。1951年10月19日于情况良好下出院。

盆腔内化脓灶的疗法决定于正确的诊断。为了避免肠管与泌尿系的一些不必要的并发症，应采用开腹的方法清除小骨盆内的脓肿。因为只有此法才能取出脓肿。当脓肿局限于一侧时可行保守的手术，必要时，可重复手术并根据局部情况可采取其他措施。腹壁通常应紧闭，但出血不止的病例例外，此时适宜采用 Микულიн 氏之纱布填塞法。在我们的材料中，于小骨盆腔内脓肿之手术过程中有70%之病例有脓汁溢出。病程长是这种现象产生的原因，于每次急性发作时都伴有卵巢或输卵管或化脓性团状物的小破裂，但是由于与周围的腹腔内脏器相粘连，炎症未能蔓延很广。当骨盆腔内有广泛的

脓肿时，照例地切开后穹窿，并在阴道内放纱条引流。

现在对附属器化脓性病变开腹后腹部伤口内不作填塞的处理有很好的评价。外科医生们很注意这个问题，他们已手术了数以千计的病例。在观察了一些重型化脓性疾病的患者后，得知腹膜具有使炎症局限的特性。外科医生们主要是在一些急性阑尾疾病时研究了这个问题，因为阑尾炎常是形成各种不同程度及范围的腹膜炎的原因。

К. Д. Есипов 引証了斯克利弗索夫斯基命名的莫斯科医学院中很多的材料(自 1924 年至 1928 年 2 月共 822 例)，该院对急性阑尾炎患者广泛使用了紧缝腹部伤口的方法。在 5 例行腹腔内填塞的患者形成了粪瘘。伤口开放者可发生肠管膨出，这是造成继发感染常见的原因。同时亦常见到手术后腹壁疝，有时还相当大。А. Кишнер 曾用大量材料(于 1926 年内 16,000 例化脓性腹膜炎)研究过这个问题，而且作出结论：认为无论用引流或填塞的方法都不能使腹腔内的脓汁流出。因为腹腔与任何放入其中的异物经 24 小时后都会发生分界过程。几个小引流管不能使腹腔内的脓汁排出，因为手术后肠管很快贴在引流管口上，使管口闭塞。在祖国的外科医生中主张紧缝腹膜者除 К. Д. Есипов 外，还有 Ф. Ю. Розе 医院中的 А. Н. Деканский 博士(在哈尔科夫)及 И. Н. Свечников 在 Калуги 中描写过(新外科杂志 Т. 20, кн. I, 1930)。И. Н. Свечников 对 108 例穿孔性阑尾炎患者使用了紧缝腹壁的方法，并作出结论：及早切除感染源(即阑尾)是成功的因素。赞成填塞法的有 И. И. Греков，他主张在有病变的腹膜部分，应填放大量纱布。

纱布填塞很少有利于脓汁自腹腔排出，纱布虽有毛细管吸引作用，但此吸引作用维持的时间不长，因为当纱布饱吸脓

性分泌物被浸軟后，脓汁即存留于紗布，成为引起继发感染的病原。因为妇女有使腹腔内液体經后穹窿通暢流出的良好解剖条件，故除开腹手术外加用阴道手术，对小骨盆腔分泌物的引流有很大作用。

女性生殖器炎症可以引起腸阻塞。因此，当发现有化脓性病变时必须考虑上述情况，以便及时施行必要的处置，以免发生并发症。

根据我们的材料，有理由对女性生殖器炎症的患者，发生腸阻塞的問題，作出肯定的結論。

小骨盆腔中化脓性病变并发腸疫痛的一些病例具有特別意义。A. Д. Соколова 于 1927—1951 年内搜集了 25 例腸阻塞。在我们的材料中亦有一些值得特別注意的病例。

举出几个病历。

例 1 患者 M., 22 岁，1950 年 12 月 22 日入院，主訴为陣发性下腹痛与持久性便秘。

自 1947 年起即开始治疗附属器炎。1947 年 5 月因盆腔腹膜炎住于巴甫洛夫郊外医院，用过保守疗法，出院时情况良好。

1950 年 1 月炎症有新的发作，又入巴甫洛夫郊外医院，仍用保守疗法。自此时起发现頑固的便秘，且大便量少。

局部情况：外生殖器正常，子宮頸呈柱状，子宮及左側附属器形成肿瘤样团块物，堅硬，疼痛。

自 1950 年 1 月 10 日到 15 日沒有大便，全身状况恶化，出現恶心，嘔吐，舌被苔而湿润，腹壁柔軟，中度鼓腸。

腹部触診摸到因充滿粪便而扩张的腸袢（积粪）。

腸中灌入造影剂后（钡餐），作 X 綫檢查，发现直腸壺腹部正常，其上方有相当距离之狭窄，再上方的乙状結腸及降結腸显著扩张。

由于施行虹吸灌腸及一系列的保守疗法后阻塞仍未消失，故于 1951 年 1 月 13 日施行了紧急手术。

在盖克塞钠(Hexenalum)2.0 (它相当于 sodium evipar——譯注)麻醉下打开腹腔。在伤口中露出显著浸潤与极度扩大的(其形类如“輪胎”)乙状結腸与横結腸,其中充滿硬的粪块(图1)。

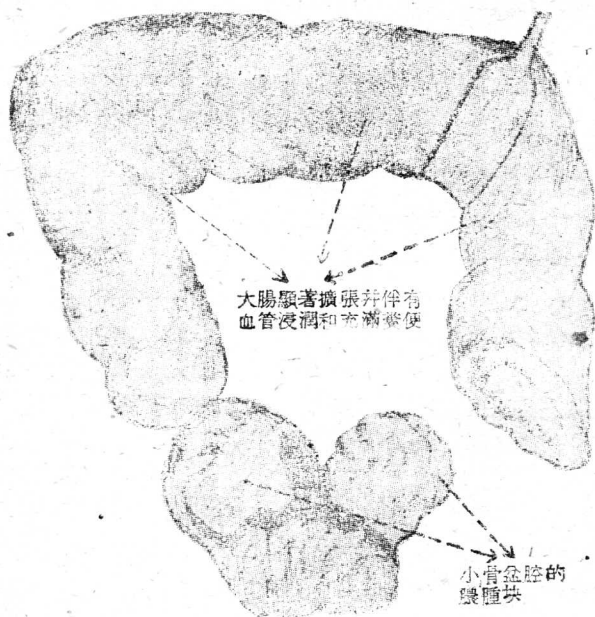


图1 大腸擴張,其中充滿硬的粪便。下为盆腔內的膿腫塊。

子宮及左側附属器形成一个团状“肿物”。左側卵巢如男人手拳大,粘于乙状結腸前壁,明显地压着管腔。这部分几乎不能活动的腸管,降于充滿着堅硬粘連的子宮直腸陷窩中。

由于病人情况严重,决定先在左髂凹部作粪瘻,以后再摘除化膿的囊腫。

化膿性肿物未能用手术摘出。經粪瘻排出了大量的粪便,术后第五天能經粪瘻自然排便。粪瘻开口漸漸縮小,一个半月后粪瘻自然封

閉。腸阻塞現象又逐漸加重。

此例炎症病變引起了器質性狹窄，以及兩側附屬器與盆腔結締組織的嚴重改變。

為了治療復發的腸阻塞現象施行了摘除化膿性卵巢囊腫的根治手術。

1951年4月12日在2.0 蓋克塞納及10.0 乙醚的麻醉下手術，于臍耻間作正中切口打開腹腔。

傷口中露出大腸與小腸之腸袢。檢查生殖器官時發現：右側附屬器呈新生兒頭大的團狀物，緊粘于小腸及乙狀結腸的腸袢上。子宮大小正常，其後壁亦與腫塊緊密粘連。左側附屬器無特殊變化。闌尾粘于右側附屬器形成的團狀物上。在腸管及闌尾之粘連中剝離腫物，腫物的囊壁于剝離時破裂，有約700毫升綠色帶惡臭的膿汁流至傷口中。摘除腫物之同時切除了子宮角。施行一般的闌尾切除術，并包埋斷帶。切開後穹窿。在陰道內放了紗條引流。腹壁緊閉。手術後經過平穩。病人于1951年4月25日于良好情況下出院。

組織學檢查：右側附屬器慢性化膿性炎症。

另一病例发生了小腸不完全性阻塞与右側化膿性輸卵管卵巢腫物。

例2 患者B, 48岁, 1949年4月30日因不完全性腸阻塞現象入院。既往史中在兒童期曾患麻疹。10岁时曾跌倒在打麦机下，腹壁受傷。傷口曾化膿，以後形成了瘻，瘻自然愈合。

既往史：15岁月經初潮，間隔四周，持續6日，量多，23岁結婚。从未懷孕。

最近14年来因附屬器炎在門診治療。1946年由于以前的急性发作并疑診为附屬器結核故用 Сперанский 氏法治療，此後病人會稍覺好轉——左下腹疼痛停止。1943年前自覺良好，以後腹痛復發。3月8日月經如期來潮，量很多。患者至莫斯科區 Латошинский 醫院就診，在該院施行了刮宮術。術後仍有少量血性分泌物持續。4月20日體溫正常出院，但于4月24日體溫又增高，左髂凹部出現疼痛并加劇，患者于

4月30日又重新入院。

入院时体温高于39°，腹部中度胀气，紧张，疼痛，恶心，吃逆，排便及排气部分阻碍。

局部情况：子宫前屈，向右前移位，不大，境界不清。子宫左后方有一囊性肿物，大如两个手拳，活动性小，有压痛，肿物下极稍向阴道后-侧穹窿突出。

在短期保守治疗后作了根治手术，将子宫及有病变之附属器全部摘除。

6月2日在2.0 盖克塞纳及30.0乙醚麻醉下手术。打开腹腔。剥离部分粘于下方肿物上的网膜。粘连着的小肠盖于肿物上。附属器紧粘于子宫直肠陷窝内。右侧为输卵管卵巢肿物，壁厚，其中有数个单独的囊腔。左侧为输卵管积水。子宫如6周妊娠大小，在壁内深处有纤维瘤结节。摘除了子宫及附属器。

胆汁培养为变形杆菌。

组织学检查：组织象呈慢性渗出性化脓性非特异性病变，病变过程持续很久（组织及血管有显著的硬化）。没有特异性之病变（即结核）。

手术后曾发生休克现象，作了输血，注射了生理盐水并用青霉素治疗。

6月12日发现了部分性肠阻塞现象。于注射高渗盐水，氯化钠，施行虹吸灌肠及洗胃后这些现象消失。

手术伤口第一期愈合。曾有两次体温上升，高于38°，以后转为微热。6月27日出院，情况尚好。

例3 患者中，48岁，1951年2月2日因肠阻塞及附属器肿物由急救车送至 МОНИКИ。

自1938年患附属器炎。1921年结婚。妊娠6次：分娩3次，流产1次，人工流产2次。

1950年4月因两个半月闭经于居住当地就医，未发现妊娠。1950年5月发生下腹痛，体温40°。5月4日入沃斯克列先斯克区的 Кривянский 产院采用保守治疗（青霉素及其他）11月出院，情况尚好。

便秘，全腹有陣发性疼痛，腹脹，2—3天无大便。

入院时主訴为陣发性下腹痛，疼痛在入院前三天突然发作，伴有便秘及排气障碍。

腹部均等膨脹，緊張，压痛（下部較重）。深部触診时摸到充滿糞便的腸袢。

妇科情况：外生殖器正常，阴道容积正常，子宫颈柱状，清洁。后穹窿剧痛坚硬。右侧摸到一个肿物：硬，表面光滑，与子宫共同形成团块。左侧也可摸到有弹性，境界不明的肿物。

X线检查：在造影剂进入后96小时检查直腸壺腹部仍未充盈，腸的远端充盈良好。

血、尿化验正常。

住院后的第七天用保守的方法（蓖麻油，油灌腸，相应的飲食）才达清洁腸管，并使每日自然大便。

自2月15日开始有血性阴道分泌物。

2月20日在盖克塞納(2.0克)麻醉下开腹。伤口中露出与脏层腹膜及小骨盆腔内脏器粘连之网膜。于剥离网膜之粘连后看到左侧附属器有显著的增厚与扩张，右侧有男子手拳大的化膿性囊肿，与子宫密接形成一个团块。附属器与小腸及乙状結腸前壁紧密粘连，以左侧較多。很明显地压着腸管之管腔。当从右侧剥离肿物之粘连时包囊破裂，流出大量綠色有臭味的膿汁。

行阴道上段子宫摘除术与附属器摘除术。手术后经过平稳。病人出院时情况尚好。

此例指出于生殖器有化膿性病变并发腸阻塞現象时，医生应采取怎样的处理原則。

例4 患者T., 31岁，是用急救車送到 МОНИКИ 的外科病房的，診斷为腸阻塞。患者曾于1940年因闌尾浸潤施行手术。手术后发现有周期性发作的腹痛，食欲不振，排便与排气障碍，体温升至38°。五六日无大便，以后疼痛消失，大便与气体自然排出。最后一次发作始于1951年9月2日，出現剧烈腹痛与嘔吐，不能排气，无大便。

12岁月經初潮，持續5—6日，間隔28日，量多，无痛經。25岁結