

Y

6

H41
12

葛氏
婦科全書

英國 孔美格
天門 魯德馨
美國 雷白菊
編譯

中華民國十九年十月

中國博醫會出版
上海廣學書局發售

GYNECOLOGY

BY

WILLIAM P. GRAVES, A.B., M.D., F.A.C.S.

Professor of Gynecology at Harvard Medical School; Surgeon-in-chief to
the Free Hospital for Women, Brooklin; Consulting Physician to the
Boston Lying-In Hospital

TRANSLATED

(From the Second Edition)

BY

J. G. CORMACK, F.R.C.S., Ed.

TEH-CHIN LEO AND M. PHILLIPS, M.D.

With 244 Illustrations

PUBLICATION COMMITTEE
CHINA MEDICAL ASSOCIATION

1930

PREFACE

There is no need to say anything to commend Dr. W. P. Graves' Manual of Gynecology: suffice it to mention that it was selected by the Publication Committee for translation into Chinese on the recommendation of many prominent American gynecologists. When the matter was laid before Dr. Graves and Messrs. Saunders & Co. they kindly gave very cordial approval to the translation being made.

In the preface of the original book the author states that Part I is intended to show the relation between Gynecology and the general organism, while Part II is designed primarily for the undergraduate student taking his initial course in Gynecology, and Part III deals with the operative procedures which, in the author's experience or judgment give the best results. In the present translation Part I has been abridged, and a few sections in other parts of the book which deal with conditions described in works of Surgery have been omitted; otherwise the scope of the translation is the same as the original.

Dr. J. G. Cormack, of Peking, has translated the sections on Gynecological Inflammatory Processes and Operative Gynecology. Dr. Margaret Phillips, of Peking, has translated the section dealing with Defective development, Malpositions, Injuries and Special gynecological diseases. In this translation work they were assisted by Mr. Kuan Kuoh Chien. Part I was abridged with the assistance of Dr. Helena R. Wright and translated by Mr. T. C. Leo, who also translated the sections on New Growths and Gynecological Technic, and has further unified the Chinese style of the entire translation, and seen the book through the press.

The Presbyterian Mission Press, Shanghai, has spared no pains in attending to the technical details of printing. The book is now published in the hope that it may be of assistance to the students and practitioners of medicine in China.

On behalf of the Publication Committee
of the China Medical Association
P. L. McALL.

Tsinan, May, 1926.

弁 言

友邦人士爲吾國謀醫學之發展而創立博醫會而創立博醫會編譯部十餘年來成績卓著英美諸醫書傳播流行於吾國而確有重大價值者厥以此爲嚆矢

博醫會編譯之書予所寓目者不尠近又承寄贈第三版歐氏內科學覆按之每易一版必經一次之改正且每次必有人專爲之校悉心釐訂要以不背原本爲主以詞意顯達爲宗卽此書已可窺見一斑矣

魯子進修德馨同在科學名詞會有年矣去夏集於武林以近譯葛氏婦科全書示余是書原著者爲美國哈佛教授 William P. Graves氏久已膾炙人口風行歐美茲取其第二版逐譯三閱年而蕙事全書約五百頁都三十萬言掙捌二百四十餘幅惟後卷發育不全及婦科特殊病一部係美國雷白菊女醫師所譯炎病部及手術部係英國孔美格醫師所譯皆經魯子所手校其餘各部則爲魯子所自譯原書之賅博與夫譯筆之簡明精當一切術語之悉遵名詞審查會所定本書將非僅爲吾國婦科書中空前之宏著在博醫會所出之羣籍中亦當推爲嶄新之鉅編也。

最近魯子自濟南貽書云本書付梨棗已數月矣出版已有期矣盍速爲一言予淺學不文慮無以副其期望也然又不敢負良友之遠矚爰撮舉其內容大要而弁之於端

民國十五年四月十八日

吳濟時

時在江蘇醫科大學

譯 例

- 一、婦科一書在我國迄無善本。美國多數婦科專家咸推獎葛氏(Dr. William P. Graves 美國哈佛大學婦科教授)所著婦科全書,爰譯成漢文,以餉遺學者。
- 一、本書計分三卷:卷一記載婦科與全體各部之關係,包括生殖器之生理等等;卷二詳述婦科病症,內分特殊炎病,普通炎病,生殖器腫瘤,發育不全及異位,損傷並特殊婦科病等等;卷三則為婦科手術學及婦科技術。
- 一、卷一係擇要節譯。其餘除數段之純屬外科範圍未便闡入外,概照原文全譯。發育不全異位損傷及婦科特殊病係美國雷白菊女醫師所譯,炎病部及婦科手術係英國孔美格醫師所譯,均由北通州管國全君為之筆述,經鄙人手校。其餘各部則為鄙人自譯。
- 一、書中所用術語,凡為科學名詞審查會所已定者,悉採用之,其餘遵醫學辭彙。譯音之字多根據江蘇省教育會編纂之人地名詞譯音表。
- 一、書中所用度量衡,米突制及英制併列,俾便覽者。
- 一、閱者如有以書中錯誤指示者不勝歡迎。

鑒識於齊魯大學

CONTENTS

目次

卷一

婦科對於全體之生理及關係

PHYSIOLOGY AND RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GENERAL ORGANISM

	頁數
子宮及卵巢之生理	PHYSIOLOGY OF THE UTERUS AND OVARIES 1
月經之生理	PHYSIOLOGY OF MENSTRUATION ... 2
受孕之生理	PHYSIOLOGY OF CONCEPTION ... 7
卵巢之生理的解剖	PHYSIOLOGY ANATOMY OF THE OVARY 9

婦科對於全體生活之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GENERAL ORGANISM	16
婦科與內分泌腺之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GLANDS OF INTERNAL SECRETION 16
卵巢	Ovary 18
大腦垂體	Hypophysis Cerebri 33
甲狀腺	The Thyroid... .. 38
腎上腺	The Suprarenal System 41
松果體	Corpus Pineale (Epiphysis) ... 43
胎盤	Placenta 43
婦科對於乳腺之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE MAMMARY GLANDS ... 44
婦科對於皮膚之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE SKIN 45
婦科對於特覺器之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE ORGANS OF SENSE 47
婦科對於消化器之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE DIGESTIVE TRACT 48
婦科對於呼吸器之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE RESPIRATORY ORGANS ... 49
婦科對於血之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE BLOOD 50
血清診斷法	Serodiagnosis 53

婦科對於循環器之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE ORGANS OF CIRCULATION ...	53
心臟	The Heart	54
婦科對於神經系之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE NERVOUS SYSTEM	55
生殖器之乖戾	SEXUAL DEVIATION	61
生殖器對於附近器官之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE NEIGHBORING ORGANS ...	65
婦科對於膽囊之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GALL-BLADDER	70
婦科對於急性傳染病之關係	RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO ACUTE INFECTIOUS DISEASES ...	75

卷 二

婦科病症

GYNECOLOGIC DISEASES

炎病	INFLAMMATIONS	77
淋病舊名白濁	GONORRHEA	77
小兒之淋病	GONORRHEA IN CHILDREN	80
成人之淋病	GONORRHEA IN ADULT	81
尿道炎	URETHRITIS	81
尿道腺炎	INFLAMMATION OF SKENE'S GLANDS	83
前庭大腺炎	INFLAMMATION OF BARTHOLIN'S GLANDS	84
子宮頸內膜炎	ENDOCERVICITIS	86
子宮內膜炎	ENDOMETRITIS	89
輸卵管之淋病	Salpingitis, Gonorrheal	89
淋性輸卵管炎所致之慢性盆炎	CHRONIC PELVIC INFLAMMATION AS A RESULT OF GONORRHEAL SALPINGITIS	100
血清及菌液(菌苗)於淋病之治療	Serum and Vaccines in Gonorrheal	105
生殖器結核病	GENITAL TUBERCULOSIS	106
結核性輸卵管炎	Tubes	106
子宮結核病	Uterus	108
卵巢結核病	Ovaries	109
子宮頸結核病	Cervix	109
陰道結核病	Vagina	109

女陰結核病	Vulva 109
結核性腹膜炎	Peritoneum 109
普通性炎病	GENERAL INFLAMMATORY PROCESSES 112
女陰炎	INFLAMMATIONS OF THE VULVA ... 112
軟下疳	Soft Chancre 113
皮膚之損害	Skin Lesions 113
陰唇狼瘡或曰腐蝕性瘡	Esthiomene 115
女陰象皮病	Elephantiasis 116
女陰(皮)乾枯	Kraurosis 117
女陰瘙癢	Pruritus 118
陰道炎	VAGINITIS (COLPITIS) 120
子宮頸炎及子宮頸內膜炎	CERVICITIS AND ENDOCERVICITIS ... 123
子宮內膜炎	ENDOMETRITIS 124
傳染性子宮內膜炎	Infectious Endometritis 125
慢性間質性子宮內膜炎	Chronic Interstitial Endometritis 126
腺組織肥大	Gland Hypertrophy 126
子宮炎	METRITIS 128
卵巢炎病	INFLAMMATION OF THE OVARY ... 128
傳染性卵巢炎	Infectious Oöphoritis 129
間質性卵巢炎	Interstitial Oöphoritis 130
子宮鄰結締織炎及骨盆蜂窩織炎	PARAMETRITIS AND PELVIC CELLU- LITIS 132
骨盆蜂窩織炎	Pelvic Cellulitis 133
子宮鄰結締織血腫	Parametrial Hematoma 136
尿道炎	URETHRITIS 137
贅生物	NEW GROWTHS 139
女陰(陰門)之腫瘤	TUMORS OF THE VULVA 139
纖維瘤及纖維肌瘤	Fibroma and Fibromyoma ... 139
脂瘤	Lipoma 140
女陰癌	Carcinoma 140
女陰肉瘤	Sarcoma 142
靜脈曲張(蜿蜒靜脈腫)	Varicocele 142
尿道肉阜	Urethral Caruncle 143
尿道脫垂	Urethral Prolapse 144
陰蒂腫瘤	Tumors of the Clitoris 144

陰道之腫瘤	TUMORS OF THE VAGINA	145
尿道肉瘤	Sarcoma	145
陰道癌	Carcinoma	145
陰道囊腫	Cysts	146
子宮之贅生物	NEW GROWTHS OF THE UTERUS ...	151
子宮肌瘤等	Myoma	151
腺肌瘤	Adenomyoma	164
子宮肉瘤	Sarcoma	165
子宮頸息肉	Cervical Polyps	168
子宮頸癌	Cancer of the Cervix	170
子宮癌	Cancer of the Body of the Uterus	190
惡性絨毛膜上皮癌	Chorio-epithelioma Malignum ...	193
卵巢之腫瘤	TUMORS OF THE OVARY	198
卵泡囊腫	Follicle Cysts	198
黃體囊腫	Corpus Luteum Cysts	200
實質(實質)性腫瘤	Parenchymatous Tumors	201
囊腺瘤	Cystadenoma	201
卵巢癌	Carcinoma	206
皮樣囊腫	Dermoid Cysts	208
畸胎瘤	Teratomata	210
卵巢之間質發生性腫瘤	Stromatogenous Tumors	210
肉瘤	Sarcoma	211
卵巢腫瘤之症狀	Symptoms	212
卵巢腫瘤之診斷	Diagnosis	215
卵巢腫瘤之治法	Treatment	216
卵巢腫瘤之豫後	Prognosis	218
卵巢冠囊腫	Parovarian Cysts	218
輸卵管之腫瘤	TUMORS OF THE TUBES	219
輸卵管癌	Carcinoma	219
輸卵管之他種腫瘤	Other Tumors of the Tube	221
圓韌帶之腫瘤	TUMORS OF THE ROUND LIGAMENT ...	222
骨盆內結締織之腫瘤	TUMORS OF THE PELVIC CONNECTIVE	
	TISSUE	222
發育不全	DEFECTS OF DEVELOPMENT	227
子宮之先天損失	CONGENITAL DEFECTS OF THE UTERUS	231
陰道發育不全	VAGINA	233

卵巢及輸卵管發育不全	OVARIES AND TUBES	234
尿道及膀胱之缺損	URETHRA AND BLADDER	234
肛門閉鎖	ATRESIA OF THE ANUS	237
假兩性畸形	PSEUDOHERMAPHRODITES	238
子宮異位	MALPOSITIONS OF THE UTERUS	240
子宮後傾及後屈	RETROVERSION AND RETROFLEXION	243
弛緩所致之子宮後傾	Retroversion due to Relaxation	244
粘着所致之子宮後傾	Retroversion due to Adhesions	252
腫瘤所致之子宮後傾	Retroversion due to Tumors ...	253
子宮脫垂及前脫	PROLAPSE AND PROCDENTIA ...	258
子宮脫垂	Prolapse	253
子宮前脫	Procdentia	257
子宮前屈	ANTEFLEXION	261
子宮內翻	INVERSION	264
生產所致之傷害	INJURIES DUE TO CHILDBIRTH	266
子宮頸破裂	LACERATION OF CERVIX	266
膀胱膨出(參見子宮脫垂)	CYSTOCELE	268
會陰破裂	LACERATED PERINEUM	270
膀胱痛或曰膀胱瘻管	VESICAL FISTULA	276
腹赫尼亞	ABDOMINAL HERNIA	278
臍赫尼亞	Umbilical Hernia	279
手術後之赫尼亞	Postoperative Hernia	281
特殊婦科病症	SPECIAL GYNECOLOGY DIS-	EASES
異位妊娠又名子宮外孕	ECTOPIC PREGNANCY	283
痛經又名月經困難	DYSMENORRHEA	289
木質性痛經	Essential Dysmenorrhea ...	289
脫膜性痛經	Membranous Dysmenorrhea ...	294
少年經閉	Amenorrhea of Youth	296
少年月經過多	Menorrhagia of Youth	296
銻於非惡性婦科病療法之應用	RADIUM IN THE TREATMENT OF	NON-MALIGNANT GYNECOLOGIC
	DISEASES	297
陰道痙攣	VAGINISMUS	303
陰道閉鎖	GYNATRESIA	305

生殖器萎縮	GENITAL ATROPHY 310
子宮機能不全	UTERINE INSUFFICIENCY 315
生殖器幼稚性及不孕性	INFANTILISM AND STERILITY ... 317
婦科病之症狀總論	GENERAL SYMPTOMATOLOGY IN GYNECOLOGY... .. 330
異常分泌物所致之症狀	SYMPTOMS DUE TO ABNORMAL SE- CRETIONS 330
月經異常	ABNORMALITIES OF MENSTRUATION 333
經閉	Amenorrhea 333
血崩症	Metrorrhagia 337
疼痛	PAIN 338

卷 三

婦科手術

	OPERATIVE GYNECOLOGY	343
女陰(陰門)之手術	OPERATIONS ON THE VULVA	343
女陰截除術	VULVECTOMY	343
女陰癌之特別手術	SPECIAL OPERATION FOR CANCER OF VULVA	344
前庭大腺之手術	OPERATIONS OF BARTHOLIN'S GLANDS	346
子宮頸之手術	OPERATIONS ON THE CERVIX	348
子宮頸擴張術	DILATATION OF THE CERVIX	348
刮術	CURETTAGE	349
子宮頸成形術	TRACHELOPLASTY	350
子宮頸截斷術	AMPUTATION ON THE CERVIX	353
舍饒德氏手術	SCHRÖDER'S OPERATION	355
陰道之手術	OPERATIONS ON THE VAGINA	357
陰道前壁成形術 (著者之法)	ANTERIOR COLPOPLASTY (AUTHOR'S METHOD)	357
治官能性小便失禁之手術	OPERATION FOR FUNCTIONAL IN- CONTINENCE OF URINE	360
陰道前壁成形術 (克拉克氏法)	ANTERIOR COLPOPLASTY (CLARK'S TECHNIC)	361
厄美氏會陰成形術	EMMET'S PERINEOPLASTY (AUTHOR'S TECHNIC)	363

克拉克氏會陰成形術	CLARK'S PERINEOPLASTY	367
緊張會陰擴大術	ENLARGING A TIGHT PERINEUM ...	371
膀胱瘻管之手術	OPERATION FOR VESICAL FISTULA	372
陰道閉鎖之手術	OPERATIONS FOR ATRESIA OF THE VAGINA	377
陰道缺無之手術	OPERATIONS FOR ABSENCE OF VAGINA	378
舒貝特氏陰道缺無之手術	Schubert's Operation	380
包文氏陰道缺無之手術	Baldwin's Operation	381
陰道剖腹術	VAGINAL CELIOTOMY	383
陰道前壁切開術	Anterior Colpotomy	383
陰道後壁切開術	Posterior Colpotomy	384

子宮異位之手術

OPERATIONS FOR UTERINE MALPOSITION		385
子宮後傾之手術	OPERATIONS FOR RETROVERSION ...	385
俄耳好森氏之懸吊子宮手術 (著者之辦法)	OLSHAUSEN'S OPERATION FOR SUS- PENSION OF THE UTERUS) ...	385
吉利安氏手術之種種	VARIOUS FORMS OF THE GILLIAM OPERATION... ..	387
森孫氏手術	Simpson's Operation	387
美俄氏之改良吉利安氏手術	Mayo's Modification of Gilliam's Operation	389
克利氏改良吉利安氏手術	Kelly's Modification of Gilliam's Operation	389
包耳第氏手術	BALDY'S OPERATION (亦稱 BALDY- WEBSTER 手術)	390
亞歷山大氏手術	ALEXANDER'S OPERATION	391
子宮前屈之手術	OPERATIONS FOR ANTEFLEXION ...	393
子宮前屈之杜德雷氏手術	DUDLEY'S OPERATION ON THE CERVIX FOR ANTEFLEXION	393
子宮脫垂及前脫之手術	OPERATIONS FOR PROLAPSE AND PRO- CIDENTIA	394
子宮前脫	PROCIDENTIA... ..	394
洼金氏子宮脫垂及前脫之間位 手術	WATKINS' INTERPOSITION OPERA- TION	395
哥斐氏子宮脫垂之手術	GOFFE'S OPERATION... ..	398
美俄氏之前脫手術	MAYO'S OPERATION	399

子宮內翻之保存的手術	CONSERVATIVE OPERATION FOR IN- VERSION OF UTERUS	400
斯賓理氏治子宮內翻之手術	SPINELLI'S OPERATION FOR IN- VERSION OF UTERUS	400
子宮截除術	HYSTERECTOMY OPERATIONS	402
陰道上子宮截除術	SUPRAVAGINAL HYSTERECTOMY	402
完全截除子宮術	COMPLETE HYSTERECTOMY	408
陰道截除子宮術	VAGINAL HYSTERECTOMY	410
瓦吞氏治子宮癌之闊大手術	WERTHEIM'S EXTENDED OPERA- TION FOR CANCER OF THE UTERUS	412
治子宮頸癌之陰道截除子宮術	EXTENDED VAGINAL HYSTEREC- TOMY FOR CANCER OF THE CERVIX	419
肌瘤截除術	MYOMECTOMY OPERATION	422
剖腹截除肌瘤術	ABDOMINAL MYOMECTOMY	422
陰道截除肌瘤術	VAGINAL MYOMECTOMY	425
輸卵管及卵巢之手術	OPERATIONS ON THE TUBES AND OVARIES	427
輸卵管卵巢截除術	SALPINGO-OÖPHORECTOMY	427
輸卵管截除術	SALPINGECTOMY	428
輸卵管造口術	SALPINGOSTOMY	430
絕孕之輸卵管手術	OPERATION FOR TUBAL STERILIZA- TION	431
卵巢之手術	OPERATIONS ON THE OVARIES	432
卵巢部分截除術	RESECTION OF THE OVARY	432
卵巢組織移植術	TRANSPLANTATION OF OVARIAN TISSUE	433
婦科技術	TECHNIC	435
病者之檢查	EXAMINATION OF THE PATIENTS	435
在私宅中行骨盆之檢查	PELVIC EXAMINATION IN A PRIVATE HOUSE	436
腹部手術	ABDOMINAL OPERATIONS	439
施行腹盆手術之詳說	Technical Detail in Conduct of Abdominal Pelvic Operations	440
開腹病案之手術後療法	Postoperative Treatment of Abdominal Cases	444
成形外科之技術	TECHNIC OF PLASTIC SURGERY	446
成形手術施行之細則	Technical Details	447
成形手術之後療法	After-care	449
索引	INDEX	452-475

葛氏婦科全書

卷一

婦科對於全體之生理及關係

PHYSIOLOGY AND RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY
TO THE GENERAL ORGANISM

子宮及卵巢之生理

PHYSIOLOGY OF THE UTERUS AND OVARIES

幼女十歲之內其生殖器於生理上無大關係。女胎當末數月內其子宮即畧見發達，迨出生時或已有溢液，與真正經血相似。後此數月則反形退化（減小），自此時以至發身期發育甚緩。

女嬰出生時子宮高居盆內，且因有腸位置在膀胱子宮陷凹內致子宮被壓往後。故此時子宮軸向上且為直線。初十年間漸深沉入盆，致頸與體屈成角度，謂之前屈形（ante flexion）。又有畧行退後朝向骶骨之趨勢。倘至成人時仍居此位者是曰幼稚性位置。

女子內生殖器在十歲內發育甚微。但將屆發身之期則發達速而顯著。處女之子宮尋常須至發身期後數年始發育完全。

處女之子宮長七至八粉（7—8 c.m.），重四十至五十克（40—50 gm）。
產婦之子宮較處女者其徑平均大一粉，輕重



多二十克。在授乳期內子宮暫畧萎縮，但肌纖維並未減少，至授乳停止則又復至原有之大小矣。當經絕 (menopause) 後子宮則恒久萎縮，因其體積縮小而肌織亦減少也。

小兒之卵巢在十歲內發達亦甚慢。嬰孩時卵巢窄狹而纖柔。將近發身之期則發育甚速，故較圓而成卵圓形。長成之卵巢其大小長三至五粉，寬二至三粉，厚一至一五粉。

輸卵管在胎兒時期係緊相盤繞，迨近出生時則畧為伸直，而其近子宮之段尤然。兒年漸長，管亦漸變直，迨至發身期則不甚紆曲，婦女生產之後輸卵管幾變作直形矣。有時至成人時仍作盤曲之狀而為幼稚性特徵之一種，且有以此為不孕 (sterility) 或輸卵管妊娠之原因之一者。

女子當發身時其屬性之特狀殊為顯著，如乳房發達，骨盆變闊腰部稍細，骨較輕，體較豐潤，全身無毛，惟腋及陰阜則否。

初生時無論男女，乳房皆大，惟出生後數星期內則漸小。屆發身期乳房發育甚速，且於行經時暫顯增大者約由於卵巢內分泌 (internal secretion) 之感應所致。

女子發育最完全及生殖力最大之期約在三旬之中。

月經之生理 PHYSIOLOGY OF MENSTRUATION

月經之始現約由一卵初次完全成熟所致。行經開始約在十四歲，亦有早在十一歲遲至十六歲者。此皆為行經正常之限度。未屆發身期之小兒而有月經者，約因內分泌腺之作用紊亂所致。其過遲者則大抵由於卵巢或他內分泌腺之機能不全使然。

尚有他種原因亦與行經有關如氣候是。但此究非如曩者所認之重要。尋常以為熱帶婦女八九歲行經，寒帶婦女則較之遲甚。然據 Engleman 氏之詳細調查表則知不然，蓋無論

熱帶寒帶之婦女其行經期平均計之皆起始於十四歲半。有人謂北極之婦女一年中只行經二至四次，冬季全無月經。

遺傳性及種族確有關於行經，但其差異不甚。至於社會生活情況亦與行經有關，如貧寒較富貴者行經晚而絕經早，此大抵因其勤勞而食品不佳也。又有人調查謂居鄉者較居城者發身期較遲，其理亦同。下列之表係就歐洲諸國調查所得之結果，其社會情形與中美二國不無異同，學者宜注意及之。

行經之年限大概為三十至三十五年

Kniger's 氏表

三十六至四十歲經絕者	百分之十二
四十一至四十五歲經絕者	百分之二六
四十六至五十歲經絕者	百分之四一
五十一至五十五歲經絕者	百分之十五
三十五歲以前及五十五歲以後經絕者	百分之七

行經早者大概絕經亦較晚。此種婦人經血甚旺，且有發生肌瘤之特殊素質。此素質能延長行經之年數。

未經生產之婦及處女達絕經期較曾經生產者微早。

上等社會婦女之經絕期確較貧寒者為遲，平均在四十五歲以上或將近五十者為多，實處優養尊有以使之然耳。

尋常謂熱帶婦女之經絕期較早於寒帶婦女。但據調查統計似有不然，蓋氣候之寒暖於月經之停止無確定之影響。熱帶諸國中之婦女所以絕經早者因其生產甚早，致華年早逝也。

行經之作用既開始，首先數次往往不按規則，迨完全成立後則月經之間期為二十七至三十一日。有一種婦人特慣於每二十三日行經一次。此在行經早而絕經晚者往往如此。

每二十一日或二十三日行經之婦女約係因有病理的情況使之然也。

健康婦女行經之時限平均爲三至四日。但有幾微長短者亦爲常例。然倘歷時只一二日或五日以上者則大抵不能謂其盡合生理之限度。

每次行經所失之血量醫者不一其說，平均計之未嫁者五十克，已嫁及經產婦則畧多於此。月經之血較尋常之血畧稀而色淡，內含雜質並子宮子宮頸及陰道等之分泌物。經血之最要特性爲不能凝固。昔者以此爲子宮頸之粘液屬鹼性所致，究之其真確原因今尙未悉。

行經時骨盆內各血管皆充血，故子宮畧增大而軟。輸卵管及卵巢亦皆腫脹。外生殖器顯然充血。乳房畧較豐滿而微作痛，觸之更甚。亦有甲狀腺腫大者。

行經時雖間有覺身體異常健爽者。但大多數則顯身體及精神之萎頓，就中如腦部平衡不定，易怒，易發各種神經病之症狀。且此時作頭痛者亦甚常見。

婦女至行經時多半有盆內不舒之感，有似重物下墜或覺壓迫。若真作痛則成痛經或月經困難（*dysmenorrhea*）矣。詳後痛經篇。

凡小腹有病狀者如闌尾炎（又名蚓突炎），輸卵管炎等，當行經充血時皆增重。就實際言之，身體之一切生理作用幾皆可受月經之影響，如於消化系則胃口遲鈍，易於作嘔，腸內生氣，大腸粘液加多，且或便秘，或腹瀉不等。於循環系則或顯不規則脈搏，或心悸，血管舒縮異常，如面色潮紅，手足發冷，生汗等等。鼻及咽喉之粘膜往往腫脹，致由口呼吸，亦有鼻出血者。聲帶亦腫，致聲音改變。聽官亦不如尋常靈敏。辨色之能亦畧遜。皮膚亦於此時或有顯狀，如發疹，疥皰疹及蕁麻疹，溼瘡等等。

適當經期之前或行經剛畢之際性慾往往增強。惟行經期間內則大抵減弱，然亦有增強者。亦有婦女在經期間相距之中途覺不舒適及作痛，與行經時無異。此種月經間之疼痛，或由於子宮壁發生纖維肌瘤(fibroids)或他病所致。亦有不能發見其損害之所在者。

早發月經 Precocious menstruation. 此係指二至四歲之小兒發現月經，兼顯乳房及生殖器異常發達，陰毛早生，性慾奮起，致犯手淫。此種情況大抵由於內分泌腺異常使然。其詳可參見內分泌器章。

替代性月經 Vicarious menstruation. 原因迄未甚明，但確時有見之者。其現象當行經期身體之某部即行出血，而以由鼻出血者居多。其他由唇，乳房，肺，直腸，痔，潰瘍或他創傷出血者亦有之。有時截除子宮後留一卵巢，或卵巢組織之一小塊植於他處者，亦或致有替代性月經發現。

精神的感觸有時可致月經異常，而以驚恐或憂慮為最。有婦女經期素調，迨神經忽受震撼，則月經已至者忽止，或未屆期者忽至。在婦科醫院常見有待施手術者，因憚於手術之危險，遂至月經不按期而忽至。亦有因渴望受孕心常繫念，或存畏懼受孕之心者，皆可使月經延期數日或一星期始至。

行經時期可否施行骨盆內手術之一問題，醫家意見不一。有於病者行經時決不為之施手術者，亦有不計及此者。尋常於行經時施手術大都無大關係，然間有因手術引起駭人之症狀者。此等症狀約於施術後三十六至四十八小時內發現，與沉重之休克(腦震盪)極相似。醫者或以為病者發現此狀係因腹內有繼發性出血而為之復行開腹檢驗。此等症狀大概歷數小時即止。所以致此之原因今尚未確悉。

經絕期 Climacteric or Menopause. 月經之停歇尋常甚漸，歷數月或數年始止。間有忽然停止者，然罕見。多半係經血漸少，或經期間之時限延長，以致漸次停止。又有將屆經絕期之前，反顯血路甚旺且間歇之時限較短者。究之此時血多不可視為生理的現象，否則貽誤滋多也。經絕期月經過多之病因之最普通者為癌 (carcinoma)，纖維肌瘤 (fibromyoma) 及息肉 (polypus) 等。但有時不能查出有何病理的改變，故疑其必因子宮之縮力不全使然。子宮縮力不全不能認為生理的事項，因其或礙及婦女健康至數年也。

月經既已全絕，則各生殖器皆有萎縮之改變，惟其程度人各不同耳 (詳後生殖器萎縮)。

許多婦女經此經絕期無何不爽之狀發生，此謂之正常情況。但多少顯體質或精神的異常狀況者實居多數。其狀或臨經絕時始顯，或於經絕之前數年即起，且纏綿至經絕後頗久始止。此類異常之狀常見者為面部潮紅，心悸，時聞營營聲，眩暈，易怒，煩悶，種種神經系病或嚴重之精神病。人常信婦女至此時期其身體必有改變，如聲音深沉，脣頰生毛，身體肥胖，面容體式失其艷麗等。但身體肥胖未至經絕期即顯，而艷容則一過青年即漸喪矣。至若面部生毛並不常見，不過為某種個人年老之據耳。婦女之生來美麗者臨絕經時或更嬌嫩。

上述關於血管舒縮及精神之改變，人多謂其由於卵巢之分泌作用停止所致。卵巢萎縮對於此類顯狀不無關係，而以關於血管舒縮者尤然，但未免言過其實。須知凡顯劇烈之症狀者，多屬有神經系官能病之婦，在腦力穩健者改變殊少也。

臨絕經時之前，性慾往往增強。此雖可歷時頗久，但漸次減弱者居多。

婦女至五十歲或五十歲後，其本性全為改變，因此時生產之劬勞既過，安心於老境，致心力及體力特形充足，以享一二十年之美好生活。

受孕之生理 PHYSIOLOGY OF CONCEPTION

兩性交合時，生殖器之腺分泌加多。精液係着於陰道後穹窿，曰精池 (receptaculum seminis)，即正常子宮頸坐落之處。精子之得達子宮頸管內，固多賴其自動之力，而子宮頸及粘液亦不為無助。蓋慾情激盪則頸腺粘液交流，不啻作精子之導線。子宮頸粘液屬鹼性，適於精子之活動，陰道液屬酸性，足以致精子速死也。又子宮頸之運動亦與攝入精子有關。究之仍以精子之自動的上行為最要，因間有截斷子宮頸而亦受孕者。女子慾情亢進，於受孕或頗重要，但亦不盡然，蓋冷情女子及麻醉受孕者業經證明為例不少。

精子與卵之連合係在輸卵管之繖端或卵巢之面，已為近世所公認。兩性合體 (amphimixis) 之成功，由於精子穿卵之包膜，精子含核之頭部鑽入卵內，即將其尾脫去。精子一經入卵則卵膜立即變厚，以阻止他精子之鑽入。孕卵遂被管繖導至管內，後則半藉管內之上皮細毛運動，半藉管壁之蠕動，而送達子宮。孕卵達子宮約需數日至一星期。此際孕卵有侵蝕之力，既達子宮腔則鑿子宮內膜而棲止之，賴母血之榮養而進行發育，若寄生物然。倘孕卵在達子宮之途次遇何窒礙，則沉於管之粘膜而成子宮外妊娠。

行經時子宮內膜之生理的解剖

PHYSIOLOGIC ANATOMY OF THE MENSTRUATING ENDOMETRIUM

婦女經期改變之循環可分三期：(1) 月經前之充血期
(2) 行經期 (3) 月經後復舊期。

月經前充血 Premenstrual congestion

大約起於經信前十日，為粘膜顯著之變厚，由於子宮內膜腺過長及液體之滲潤於間質內所致。粘膜較尋常厚至二三倍，其徑或至六七耗。膜面不平而有皺紋。此際子宮內膜與早期真脫膜(decidua vera)酷肖。間質細胞加大，色淡而腫脹，間以水腫性滲液。粘膜可分為界限不甚顯著之二層，深者包含擴張而肥大之腺曰海綿層，淺者較堅，含腺之部分較少，曰緻密層。擴張之血管(多見於海綿層緻密層之間)負載多量之血。因血球滲出及管壁綻裂遂有血注於粘膜之間質內，且循抵抗力最弱之線趨向膜面，形成上皮下之血腫。迨入循環之第二期子宮收縮，遂將此處之血由粘膜逼出於子宮腔而為經血。血之入子宮腔，半由於上皮細胞間之小隙，半由於細胞層之破裂，且有細胞小塊脫離與經血混雜而排出。

月經流畢，粘膜開始復生。分泌物變清淡，旋即無之。粘膜復其原有之厚度，即二三耗。血管皺縮至尋常之大小，所有滲於管外之血漸被吸收，致一時現藕色之小點。破損之表面上皮層由新細胞之再生而修復。肥

第一圖



經前期之子宮內膜

小力鏡檢。圖下部為子宮壁肌層，與子宮內膜對照有別。子宮內膜深部之腺依然小，其上皮細胞不長，因此部之腺尚未行功也。間質細胞小而密列。子宮內膜中部之腺則已擴張，其上皮皺起，上皮細胞腫脹而實行分泌粘液。間質細胞較大而相距較遠。在右側，小血管之擴張頗為顯著。圖上部之情況與中部異，惟間質水腫尤甚。全體皆微有圓形細胞之浸潤。

大之粘液腺，當經前期變長而曲且充以分泌物者，於行經期排出其液，至行經完畢則回復其細長形。行經後粘膜間質之水腫消退，腫脹之間質細胞復其原狀。月經後之修復期歷時約十四天，至此粘膜按時之變化再見。

倘月經不至，例如已經妊娠，則粘膜遂保留其月經前期之特性而變為真蛻膜。

當往復改變時，粘膜產生動物澱粉 (glycogen) 加增，行經時最甚，經後則不生，至經前期再現。此動物澱粉之產生係供卵之滋養無疑。

有謂當行經時粘膜之表面上皮細胞失其細毛，至月經後再生期修復之。

子宮頸粘膜與月經之出血無關，惟分泌粘液較多耳。至於輸卵管粘膜是否參預月經之出血，尚為一疑問，尋常大概無關，但於行經期施手術有時發見輸卵管亦有經血。

第二圖



行經時之子宮內膜

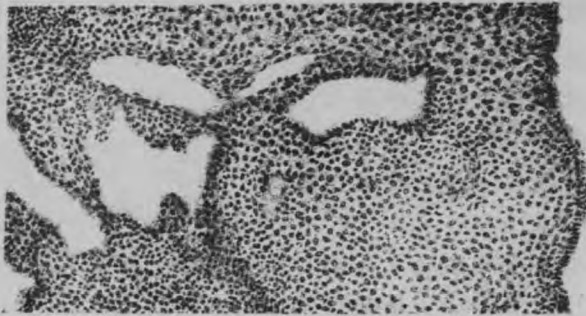
小力鏡檢。圖上部有方，表而上皮已脫去。各腺之分泌物已排盡而塌陷。上皮細胞依然腫脹。間質極其水腫，且浸潤以血。在圖下部諸腺，仍微擴張，惟間質水腫甚輕。

卵巢之生理的解剖 PHYSIOLOGIC ANATOMY OF THE OVARY

卵巢在女子生殖器中居特殊地位，故其官能的解剖為研究婦科者應特殊注意之一端。

卵巢覆蔽以單層界扁之立方細胞層，名曰生發上皮 (germinal epithelium)，在卵巢門與腹膜之內皮參差交連。此生發上皮在胚胎時代原與輸卵管之上皮及子宮粘膜連續。雖形性

第 三 圖



月經後之子宮內膜

小力鏡檢，表面上皮正在再生，諸腺依然擴張，惟上皮不高厚，細胞核小而列於底部，近頂部，間質尚畧水腫，但細胞已較小，血管已塌陷，微有圓形細胞及血球之浸潤。

改變，作用不過為卵巢之包裹物無關重要，然實有特大潛勢力之生長性而約為主質性卵巢囊腫發生之要因。

在小兒時期卵巢面多半光滑，然至發身期以後因排卵結痂，致使其面失其圓滑之狀況。在生發上皮之下為一薄而畧堅之纖維織層，卵巢之畧帶白色，蓋由於此，此層名白膜 (albuginea)。白膜至發身期始完全發育，至此包括結締組三層。當年老及某種病患時則變為甚厚，倘異常堅厚，則或與不孕之原因有關。

白膜以下為卵巢之主質層，乃特殊之蜂窩結締織內含小泡所組成。在卵巢門沉入主質層者為內質層或曰髓層。血管、淋巴管、神經、結締織及從闊韌帶而來之肌纖維皆出入於卵巢門。在髓層內可以發見小腺性導管，昔有謂係午非氏管 (Wolfian ducts) 之遺跡且與卵巢冠 (parovarium) 相連者。近則認為係生發上皮之支部。

卵泡 Follicles 全含於主質層內，卵泡之數在出生時有人計之約為三萬，出生後並不增加，新泡已為近世所公認。卵巢之主要官能，在能使卵泡發育及成熟，此種作用開始甚早，大概女嬰在胎內足月時即起，自此時至發身期將成熟之卵泡變為閉鎖或頓挫(中途而廢)，一至發身期則開始發育成真黃體 (true corpora lutea)。自發身期以往，卵泡之發育繼續進行，至經絕期始完全衰退。

第四圖



初生兒卵巢之卵泡形成

在上皮之外生發層內，可見有種子細胞，生發上皮向內長入，卒則成一細胞單層以圍繞種子細胞。

卵泡成熟之程序可分三期：(1)始基的卵泡期，(2)卵泡成熟期，(3)成熟的囊狀卵泡期。

(1)始基的卵泡 Primordial follicle. 包埋於卵巢之間質內，適在白膜之下面。內含裸體之卵，繞以一單層扁平上皮。始基卵為橢圓形無卵膜之細胞，其大小不多改變。細胞體為清明之原漿所成，內含極細之網狀結構，胞體之中心為圓核，有膜包之。核內含一偏心之核仁，在胎兒及新生兒或不見之，大抵因發育尚未成熟之故。卵泡之上皮層係發源於圍繞卵巢之生發上皮，已經證明，且為一極關重要之物，後當詳述之。

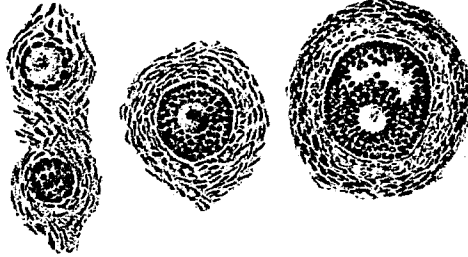
卵巢之基本官能在使始基卵泡繼續成熟。卵泡之數逐次減少，直至經絕期排卵作用停止。

(2)卵泡之成熟 Ripening of follicle. 卵泡開始成熟時周圍之上皮細胞遂分裂增殖，集聚成數層。至此，細胞較大且較方而密切圍繞其卵。此細胞團內不久即顯小空，旋充以清液謂之泡液 (liquor folliculi)。含液之泡空為新月形，包繞卵之一部分。

上皮細胞之數層繼續繞卵,如是所成之圈突入泡液之內有若半島。繞卵之細胞之集合者名卵丘 (cumulus oophorus [discus proligerus]),而繞卵泡周圍之上皮,其餘部分則名粒膜 (membrana granulosa)。

第五圖

卵泡內進行此改變時,其外亦有結締織包裹物包繞之名卵泡膜或曰卵泡鞘 (theca folliculi.) 卵泡膜顯然分二層,其離卵泡遠者名外層或外鞘,貼卵泡者名內層或內鞘。



卵泡之早期發育

左圖為兩個始基卵泡,上者顯示卵及包繞之卵泡上皮,下者顯示卵泡上皮所以全包其卵之式。中圖顯示卵成熟時之早期,當其期卵泡上皮繁殖成數層。右圖顯示卵泡上皮之更進的發育,及新月形間隙含卵泡液之開始。結締織列成環形之纖維所成,內含滋養卵泡之血管及淋巴管。內層亦為結締織組成,但較外層鬆甚。此等細胞大而富於原漿且為上皮樣類,成熟期將終時實比粒膜之上皮細胞為大。

同時卵亦起一種改變,繞以堅韌一致之被膜名透明帶 (zona pellucida)。卵之原漿非直接接觸此透明帶,其間蓋有卵黃圍隙 (perivitelline space), 隙內有液,故卵得運動自如。卵泡發育時其含清液之新月形空充液更多,此蓋由於卵泡膜血管之滲透及粒狀細胞之空泡形成而來。此液為淡薄之漿液,內含白蛋白 (albumin), 為卵榮養之源無疑。卵既繞以數層粒形細胞(卵丘),故不與此液直接接觸,其吸收榮養乃假手於細胞間之微細網狀結構,網之原纖維 (fibrils) 達及透明帶。

卵泡漸長大則自白膜後退較始基卵泡包藏更深。

上述諸改變完成時卵泡即成熟，至此遂謂之囊狀卵泡 (Graafian follicle)。自此時至經絕期，卵泡從始基形至成熟形發育之各期，皆可見之於卵巢主質內。各卵泡中皆有許多神經纖維伴隨毛細血管延至卵泡之上皮，且成小結於較大之卵泡之粒膜內。

卵泡中有時可見含二卵，且間有含三卵者，但罕見。此種現狀，多見之於未成熟之卵泡。其開始即為雙卵，或兩個始基卵之合併，抑或係一個卵泡之分裂，今尙未明悉。

(3)囊狀卵泡 Folliculus oophori vesiculosi (Graafian follicle)。卵泡既成熟，漸向卵巢之表面移動，薄滅卵巢之外層。卵巢表面受壓之處顯一灰白色半透明之點，其後卵乃由此點而排出。

穿卵泡之力，論者不一其說，多數之意見如下：卵泡外膜血管既為有力之發育，則卵內膜細胞之大小及數目遂亦加增，趨向卵泡之中心，且漸次推卵丘與其卵向卵巢之表面。又卵泡液之漸次加增亦可為增加內力之一助，在月經充血期尤然。

黃體 Corpus luteum。卵泡破裂而卵排出後黃體即開始形成。皺縮之卵泡中心旋即充以血，此血一部分來自泡膜之血管，一部分來自卵排出處之傷口。在動物此血塊不必常有，而在人之黃體則莫不有之。

圍繞卵泡中心血塊者有皺起之黃色膜，其色與黃體無殊，乃表示粒膜之肥厚的上皮細胞者。此細胞大而為多形性，內含大核與蛻膜細胞畧似。細胞體含脂滴及黃色色素小粒，此謂之黃素細胞 (lutein cells)。有小血管及結締織之放射形突伸入此黃素層內以榮養及維持黃體。此種大上皮細胞含淡色之核，位置與蕩壁之小血管相接，故醫界認內分泌之發源處在黃體內。

黃體發育至極點以後則漸皺縮，黃色質消散，黃素細胞變為透明塊，藉結締織之小組接合之。此透明無色之塊漸捲起呈雲狀之廻轉而成白體 (corpus albicans)。此種退化的遞演需時約四星期。白體可存留甚久，但透明質則完全被吸收，先時黃體之遺跡盡行消失，僅於卵巢面留一瘻痕凹而已。

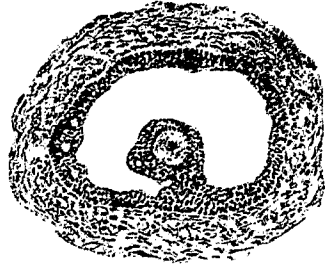
黃體之大小頗不一致，即在未孕之婦有時其徑亦可大至二徑。倘妊娠則其發達更著，約在第二月達其極點，至第三月始漸退化，惟甚緩，故有時在孕末期猶能指明。倘不受孕則黃體退化甚速，約至一月之終即已皺縮。

卵泡閉鎖 Follicle atresia 當婦女行經時代之三十至三十五年間每年約有十四至十八個卵泡完全成熟，故終身共有四百至六百個成熟之卵。夫出生時之卵泡實有三萬已如前述，則發達成熟者僅居少數，其餘概於發達期中止進行，此種現象即謂之卵泡閉鎖。此作用屬於生理的，開始於初生時期，至經絕期為止。

閉鎖之原因，有謂由於局部之血養不足，或埋藏過深，不適於卵泡之穿破。卵泡閉鎖之程序如下：

卵漸漸起脂肪變性而液化，粒形細胞亦成空泡變性，且陷於卵泡之中央腔內。全泡遂皺縮而呈不規則之外形。此

第六圖

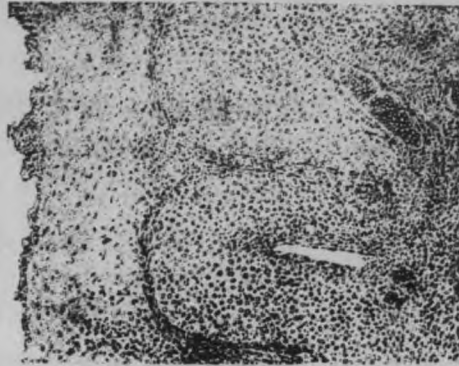


囊狀卵泡

卵泡之外繞有兩重結締織層，外層 (theca externa) 係纖維織，內層 (theca interna) 多係細胞織。卵則伸突於透明之間隙內，繞以上皮細胞圍曰卵丘 (discus proligerus or cumulus oophorus)。覆囊卵泡之上皮數層組成粒膜 (membrana granulosa)。新月形間隙充以漿液曰卵泡液。

時內膜之細胞開始生長，作上皮樣形與粒膜之黃素細胞酷肖。內膜或變至甚厚而不平，有似粒膜。又如真黃體之有血管及結締織長入，故其結果之情況與黃體無殊，其不同之點在黃素細胞係根本於結締織而非根本於上皮。

第七圖



卵黃體

小力鏡檢。頂部為黃體之中央，所見之邊緣係血凝塊之緣。伸入此血凝塊者有纖維形物，為黃素細胞所成，使黃體緣呈特殊之摺摺狀況。介此二層間有結締織一薄層。在黃素細胞層以下即黃體之外圍為外膜(theca externa)，內含許多血管。

卵泡閉鎖在妊娠時特著，此時無排卵之作用，故將近成熟之卵泡多半變為閉鎖。

卵泡閉鎖可分消滅及成囊二類。由是言之，卵巢內小囊形成係屬於生理的，然倘長至過大則屬病理的矣(參看卵巢滯留囊腫)。

婦科對於全體生活之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GENERAL ORGANISM

婦科與內分泌腺之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GLANDS OF INTERNAL SECRETION

內分泌之研究在近世最關重要，凡醫學各科莫不涉及其範圍，而在婦科更甚，因婦女身體特易受內分泌腺之感應而起生理及病理的改變也。但此種新學知識醫家不一其說，本篇無庸詳述，只擇其最要而關切於生殖器者論之。

內分泌之要源為無管腺，由其某種細胞生出一種化學質名曰內泌素或曰何耳門 (hormones) 者被血吸收以感應他器官之官能。內分泌之名稱係就狹義言之者。就廣義言之，凡身體各組織皆有分泌特別化學物入血以感應身體他部之作用，如是則全身不啻為一複雜之內分泌系統矣。然今所論者僅限於能產生內泌素(何耳門)之器官及特有生理之殊性而關重要者而已。此類器官組成無管腺系，包括甲狀腺、胸腺、腎上腺、大腦垂體、松果體、生殖腺、胰腺及他數器如腎及腸胃之粘膜，近有將胎盤列入之者。

內分泌之學說，雖謂遠距離器官之彼此相感係藉化學的反應，與昔日所謂係受神經系之直接感應者不同，但神經系對此亦有重要之關係，蓋許多因內分泌所致之現象係由其化學作用施於交感神經而起也。內分泌腺本身為交感神經所分

布故多受交感神經之管理，是以無管腺與交感神經系之關係甚爲密切，而就婦科論之則所關尤重，因婦女之神經系特易被感也。例如生殖器對於交感神經所分布諸器官之緊張極有感應之力，此爲吾人所知者。而此感應在女子較男子更顯。屆女子特別時期如行經、妊娠等期，則凡受交感神經系所主理之作用皆受感增強，是以或現發揚之狀，或顯異常之態。當月經閉歇生殖器作用停止之時，內分泌能感交感神經系致血管舒縮之功暫時紊亂。又在發身期交感神經系所主理之諸作用頓現活潑氣象，而女較男尤著。上舉交感神經系之受感不盡關乎生殖腺之內分泌，而其他無管腺之互助作用亦與有關焉。

內分泌系諸腺之互助作用其理雖未盡明瞭，但學說則確已成立。總括言之，無管腺之互助作用不外使身體得完全之平衡，保持諸腺相濟相克之適當。若一腺有病或受傷或摘出，則原有之平衡紊亂，而身體亦將因他處之腺之異常作用而受影響也。其互關障害之因某一腺所使而致其相關之腺受累異常者謂之官能不良 (dysfunction)。此外官能不全或官能過度 (hypo- and hyperfunction) 亦皆指腺功改變而言。至若無管腺互關作用之理及其分泌異常時之如何調劑甚爲複雜，近今不過畧知一二而已。

先時醫界皆以爲內分泌僅係由上皮質所產生，蓋內分泌器之結構就組織學言之，係較大而色淡界線不顯之上皮組織，內含許多毛細血管，故能將細胞產生之質運輸入血循環。此等論述，僅適用於某特種之內分泌組織，而未可賅括一切，因近今發見結締組織亦有能產生內分泌者。且一腺或兼具上皮及結締兩種組織，其分泌則各從其類，並各有其用而並行不悖，大腦垂體、腎上腺及卵巢卽其例也。

卵巢 OVARY

卵巢爲一種真內分泌器，可於卵巢之截去，或移植於他處，或注射其質於組織內所得之結果而證明之。倘在慾性尙未發達之年齡截除卵巢者，必致生殖器之發育遏止。若已成年截除卵巢，則子宮、陰道外生殖器等等皆立顯退化而萎縮特甚。又經在動物試驗其理亦同，即截除其卵巢移植之於身體之他部，則其外生殖器之萎縮可免。若此試驗施於幼小之動物則其外生殖器之發育如常。且也動物之卵巢截除後，其求偶性概不發動，但倘日後能植入卵巢組織則其求偶性或可恢復。又倘將卵巢精(ovarin)注射於幼稚動物之體內，則見其外生殖器均充血而分泌，與求偶時所見者相似。以上所述不過爲證明卵巢內分泌之諸多證據中之數端而已。

卵巢分泌物之正確性質尙未查悉，且究係產自卵巢之何種組織亦屬茫然。大抵其不同部分所分泌之質各有其特用，就中有二種結構最可爲分泌何耳門之源即黃體(corpus luteum)及卵泡(folliculus oöphori)是也。

黃體須至生殖器發達成熟時始顯，故生殖器在發身期以前之生長發育等必賴乎卵泡之內分泌維持之。因在已截除卵巢之女子，此種生長發育概易常態故也。

除卵泡以外黃體亦爲卵巢重要分泌物製造之所在。黃體非至發身期不發育，其發現與月經之循環及受胎作用有關，故一至經絕期黃體形成停止後此等現象即消滅。

保恩(Gustav Born)氏首先發表黃體爲一種內分泌器官之意見，且謂其約能主管種卵及孕卵在子宮內發育之事。Fraenkel氏用實驗法佐證保恩氏之說，並言黃體猶有其他生理上的官能，即發身期令子宮增大並後此之月經循環的充血是也。Fraenkel氏曾發表其結論，謂黃體內分泌能準備子宮接受孕卵

及其發育,在不受孕者則令月經再行。雖反對此說者頗不乏人,然黃體之爲內分泌器已爲近世所公認,不過尙未知其究竟耳。

近有 Leo Loeb 氏用實驗法證明黃體能阻止排卵。且證明黃體截除後排卵可加速,妊娠時之無卵排出即由於黃體繼續存在之故。Loeb 氏最重要之貢獻爲藉動物實驗指證黃體主持子宮之生長,及製造一種物質令子宮有感受作用。在未孕之動物此物質於子宮粘膜呈蛻膜之反應。惟因黃體退化,蛻膜不久即消滅。而在妊娠之動物,蛻膜反應則大著,且於孕期中常存而成子宮蛻膜(decidua)。故此種蛻膜之成不外由於黃體之久存及孕卵生長之刺激使然。倘當黃體製造其「生長性物質」之際,將未孕動物之子宮切開,或刺激其粘膜,則子宮粘膜呈一極著之蛻膜之反應,甚或成所謂蛻膜瘤(deciduoma)。在未孕之動物此蛻膜瘤不久即消失。

醫界中有謂卵巢間質細胞亦製造一種內分泌物者。此項細胞之構造與黃體細胞相當,體大而爲多邊形,原漿內含脂樣小粒。其核不大,常偏離中心,含染色極少,一如黃素細胞之帶黃色,且與辜丸之間質細胞相似。又不顯絲狀分裂狀況,正與黃素細胞者同。

卵巢間質細胞與閉鎖卵泡之黃素細胞相同,或至少係由之發生,已爲近世所公認。間質細胞狀態之不定可以下列事實說明之,蓋當卵泡閉鎖時在某種動物或某種情況下,泡膜之黃素細胞散開,質言之即其與卵泡外膜分離而沉着爲腺樣塊或漫散於卵巢間質內。例如在兔體,黃素細胞散開作腺樣塊,因有間質腺(interstitial gland)之稱。而在人之卵巢,泡膜之黃素細胞散開不多見,乃限於卵泡之外膜內,故在人之卵巢不見有間質腺。間質細胞之官能不論限於卵巢外膜或散布卵巢間質內,其爲內分泌之產生者固無異也。

倘吾人以間質細胞與卵泡黃素細胞相同之說爲然，則必承認間質細胞之產生實爲卵泡閉鎖之一種官能。倘藉動物試驗及他法能證明間質細胞爲內分泌之產生者，則吾人可斷定卵泡閉鎖非屬病理的，乃屬生理的，因其閉鎖之目的在造成內分泌故也。

卵巢內分泌之由黃體及閉鎖的卵泡二者所產生既經證明，至此應將此二者生理學上的關係詳述之。泡膜黃素細胞之官能大抵有二，其原漿內之有脂點及包繞之血管網之密密，昔年以爲係供給滋養物，資卵之發育，近世則以爲其能製造內分泌。此外復有人假定其對於生殖器之興奮及第二期性狀之發育有特殊之威力，此種假定近已實驗證明其非誣。

反對此說者以爲間質細胞根本爲結締組織，而非尋常內分泌之上皮細胞也。但實際上究有不然，因他種結締織已具有內分泌之官能，最著者爲腎上腺之外質及睪丸之間質細胞，製造內分泌之組織有特殊之染色性，其根本爲結締織之細胞者殊不少，例如漿膜細胞，肝之星形細胞，血及淋巴組織之小網並骨髓，皆已證明。

間質細胞生長之方式亦爲一有趣之事。蓋間質細胞發生於卵巢間質原始之結締織細胞，至某種時期始變活潑而具間質細胞之形性及執行官能。因此可以推想未區分之卵巢間質細胞有內分泌之能力，於製作卵巢膏療病之事或可利用。

研究卵巢內分泌之重要問題在知其何種質中具有此特殊作用。Loeb氏黃體阻止排卵且與蛻膜之生長有關之說已經成立。又卵巢之間質腺有主管第二期之生殖器發育亦已確定。因用實驗法證明以X光線毀滅卵巢之純粹生殖部分後其屬性特狀仍存，而於早期截除卵巢者則性狀將有大變。又有主張卵巢分泌之作用非直接的，亦非特殊的，乃係對於他

種互關而有力之腺之均勢感力，卵巢分泌蓋藉此等腺之活動情形而放出或閉止。

凡內分泌腺障害所致之臨診狀況，不外由於腺分泌質之動力不完（曰官能不全）抑或動力異常加增（官能過度）使然。官能不全非僅分泌力減少之關係，亦為分泌器完全毀壞或摘出之結果。研究無管腺除去或毀滅之關係時須知身體之受其影響非惟因失特殊分泌物，實因他腺之官能因此失其平衡所致。

卵巢之官能不全 Hypofunction of the Ovary. 成年前截除 卵巢 Castration before maturity 吾人已知幼年截除卵巢（舉丸亦然）能阻止生殖器之正常發育，又能使他種無管腺亦顯改變，最著者為大腦垂體（hypophysis）前葉增大。

垂體之此種增大，多數人認為係骨骼不正及脂肪積聚而顯去勢樣（eunuchoid）特狀之原因。有謂此種現象由於骨骺關節成骨遲緩所致，此不但令骨骺之生長加增，亦且使之偏軟。吾人見去勢（截除舉丸或卵巢）（castrated）者其四肢之長度顯然增加，而顯骨則比較過小，與面部不稱。此種體格之改變無論在人或動物皆可見之，是以無怪蝶鞍（sella turcica）亦常因垂體之肥大而增大也。由此可知生殖腺與垂體有互制之關係，故幼年截除卵巢或舉丸致其制止勢力消失則垂體遂發育過度而顯骨骼改變矣。

去勢者其他特狀為脂肪組織積聚。雖不必盡皆如此，然顯此特狀者實居多數。肌內浸以脂肪。其脂肪分布於全身之情況與肥胖性生殖無能營養不良（dystrophia adiposo-genitalis）相似，即在腹下部，陰阜，臀部，髖部，股部及乳腺等處特多。又在上臉亦顯特殊之加多，至上臉垂下如囊。且毛髮之生長亦不全。

關於女子在發身期前截除卵巢所得之記載不多。從人類少數例中或動物實驗，知女人幼年截除卵巢所顯之情況大概為生殖器及乳房之發育欠缺，且其骨骼之改變與男子之去勢者相似。

成年後截除卵巢或去勢 *Castration after maturity* 在發身期前去勢之結果多見之於男子，後期去勢之結果則見於女子之機會較多，因醫者往往施手術以截除女子內生殖器故也。

從臨診上觀察之，後期截除卵巢所受影響甚微，且不貽精神上或體格上以重大之改變如去勢者所逆料。昔時以為後期截除卵巢能誘起男子性狀之發育，如聲音變深沉，並致脂肪組織增加，今乃知其不然。

總早期截除卵巢所顯之脂肪積聚確係由於內分泌腺之有改變所致無疑，且大都在垂體。當完全成熟時截除卵巢則影響於他內分泌腺者甚少，故所顯之障礙症狀甚輕而暫，且有時完全不顯。

女子後期截除卵巢最顯著之現象為生殖系統萎縮及一時的血管舒縮紊亂。卵巢截除後之萎縮容後述之，且另詳於生殖器萎縮篇。至於所致血管舒縮紊亂之症狀則於婦科與神經學之關係章內詳之。

幼稚性 *Infantilism*. 卵巢早期之官能不全與發育不全或幼稚性之關係，現仍為一可疑之問題。多半之發育不全，諒由於他種原因，不必因缺乏卵巢所致（參看幼稚性及不孕章）。

萎縮 *Atrophy*. 卵巢在發身期前影響於局部或全身者雖似不大，然當婦女生育及行經時代則吾人確已證明卵巢不但對於子宮或外生殖器之營養有明定之勢力，亦且於全身之化學作用不無重大之關係。此在卵巢達完全成熟後萎縮或割去而致子宮及外生殖器萎縮者，甚為顯著。當卵巢萎縮時其

體積縮小,卵泡之成熟中止,及卵泡內起變性作用。此種變化既完成,月經即閉止,子宮變小而軟,子宮頸皺縮變扁。陰脣個滿之形勢變弱,小陰脣鬆軟不似前之凸起,卒則完全消失。陰道及陰脣之粘膜色淡,無彈力性而收縮,且或誘起煩苦之症狀就生理言之,授乳期及經絕期卵巢之作用天然不全。有謂卵巢之授乳萎縮及子宮之繼發性萎縮為乳母不易之現象。有謂此現象在生產後第三月發現於第七月消失,縱繼續授乳亦然。Foges氏則證明此種萎縮係由於卵巢之官能停止,與授乳無關。

病理的卵巢作用不全,或由於骨盆局部的炎症及瘤所致,但此甚罕見。因卵巢組織多繼續執行其官能即在僅有一部分存在時亦然。卵巢萎縮有時係繼傳染性或體質性病而發,如猩紅熱,關節性風濕病,甲狀腺病,貧血,麻痺等等(參看生殖器萎縮篇)。

官能性經閉 Functional amenorrhea在發育完全成熟之婦女月經一向正常而忽發生經閉者,大抵由於卵巢官能不全之結果。此種學說可由卵巢膏劑對於此種病者之奏效迅速證明之。

不孕及月經困難由於卵巢官能不全之程度迄未確定。卵巢膏劑於此類情狀間可奏效,最近已有證明。

卵巢之官能過度 Hyperfunction of the Ovary. 卵巢分泌過多之關係迄今尚為理論的,未能建立於科學基礎之上。其腺質異常活潑,或以為可顯月經過多,並或致生殖器早熟及懷孕過多。從臨診方面觀之,此問題最要之點為子宮出血之不可用解剖學說明者,即在有可指明之解剖學的改變如肌瘤,慢性子宮內膜炎,腺質肥大,慢性子宮炎(即結締織增多),慢性卵巢炎,及卵巢小囊形變性等者亦包括在內。又月經異常過多而子宮或子宮附屬物之組織無肉眼及顯微鏡的改變所謂子宮機能不全者亦包括在內。

子宮出血所以信爲由於卵巢分泌過多者蓋根據卵巢分泌與月經相互之關係，其理論之順序如次：

子宮官能確受卵巢之支配，因無卵巢即無真月經。當行經時子宮之血管擴張，在子宮內膜者尤甚，且正常之月經不凝結。此種現象醫界以爲係卵巢製造一種內分泌運至子宮之血管，迨積聚既足，遂使子宮內膜之毛細管擴張，且減其血之凝結性而成月經。

內分泌之質施其作用於子宮內膜之小血管壁致起透明性改變俾血球易於滲出。當此令血管擴張及月經不凝結之質隨月經排出後，月經出血即停止。卵巢繼續製造此質，繼續運至子宮，迨積聚充足，月經遂再至。由此言之，可知子宮之異常出血不外子宮受貯卵巢內分泌過多。

此種理論並非無科學證據者，Schichele氏實驗子宮之感力及卵巢膏劑對於血凝結之關係極有意味。氏用施手術取出之子宮內膜及卵巢製成膏劑，加入動物血清及血漿，觀察凝結比較之改變，證明子宮及卵巢所製之膏能遲滯血凝結。又證明用子宮無異常出血者之卵巢所製之膏，其遲滯血凝之力比子宮膏爲大。在有劇烈之月經過多或他種出血者，其子宮所製之膏之力較卵巢膏尤大。又察知此膏之製自子宮內膜較製自子宮肌層者更爲有力。

總之從月經異常延長者之器官所製之膏，其遲滯血凝之力大於月經正常者之器官膏之力。

由此觀之，卵巢產生一種物質運貯子宮及子宮內膜，有使局部血管擴張及血凝阻滯之力。卵巢官能過度則分泌必多，故使經血加多或延長其時期也。

排卵與月經 Ovulation and Menstruation. 排卵之時期與月經有無確定之關係，爲一久未解決之問題。對於此點之觀察頗無定論，因黃體之準確時代不易測定。有分黃體之時代爲四期者，一曰增生期，二曰血管形成期，三曰成熟期，四曰退化期。近世對於排卵與月經之明定時間雖不復爭論，而二者相互之準確期限則迄未確定。據 Frank 氏說，排卵僅隨月經而有，且卵之受精係從第一次月經不至以前起算。成孕之成功尋常可證明係在月經後第一星期內，且最適於受胎之時爲月經剛畢之後。

卵巢移植術 Ovarian Transplantation. 卵巢爲內分泌器官說最妙以卵巢組織之移植術或移植術證明之。用此等實驗使卵巢所受之神經直接感力斷絕,其分泌物顯然藉血循環行其化學作用於遠部之器官。

試將幼小動物之卵巢截去,至成熟期時倘用卵巢組織種植其皮下則其生殖器照常發達。牝狒狒 (female baboons) (其月經與人類相似) 卵巢摘出後倘用卵巢腺質移植於其體之數部則月經可以保存。上述之實驗實爲卵巢分泌之化學的感力之確據。行卵巢移植實驗者甚多,關於移植組織之存在力(壽限)尚無定論,據作者之經驗及他人之報告證明倘所植之卵巢生根順利則繼續存活,且執行其官能於一時,然後漸退化爲無官能之纖維質。移植植物之壽限視乎種種原因而定。從本身截除之腺復種於本體較由同種之他體取得而移植者其生活力較長,生根較佳,此因不同之體之血及組織有互殘作用之故,又同種移植之血屬相同者較血屬完全無關者結果爲佳,蓋在血屬同者其互殘作用較遜也。卵巢移植之成功與摘出後歷時之久暫有關,例如摘出後立即接植,較遺於冷處良久或用化學物如碘或熱滅菌後始接植者爲得手。接植之所在亦頗關重要,其新包埋處之組織須富有血管以便新血管之長入。

卵巢移植植物之壽限雖在移植得手者亦不能永存,大抵生活兩三月至一年。在生根佳良者間或可延至二三年。

人體卵巢移植之組織學的改變可參觀原本第二十一圖。此圖所繪之卵巢組織係從自身移植於子宮角六年後摘出者。於此可見卵泡之發育停止,又可見一老黃體之遺跡及一處有一小閉鎖之卵泡。惟不見有始基卵泡,此由移植非常得手並卵巢組織得其移植處之血養佳良使然。移植組織之體積減小不少,此爲常見之事。至於移植卵巢之增大者大抵由於卵泡之囊性變性,不必因卵巢主質之再生也。

卵巢移植為研究婦科者最有趣味之一端，因有許多困難之骨盆的問題似可藉之而解決也。雖其實效迄今尙未能令人滿意，但倘技術改良，卵巢官能之生理學的知識進步，則其利用終有達目的之一日。

用卵巢移植術療治婦女不孕殊令人失望。而在動物之異種移植得成功之報告者則殊不少。在一九零五，一九零六年間據報告婦女之卵巢截除後接植他婦之卵巢組織於子宮竟獲受孕並妊娠至足月者有二例。雜誌上所載兩側之輸卵管完全截除，將本體之卵巢組織接植其子宮角後而受孕者甚多，此等胎多數流產，且證據多不甚充足。著者行此手術多次，關於生育一項迄未得若何效果。

卵巢移植術曾經用以治療婦女之因外科手術喪其卵巢而子宮存留者所感之痛苦。

因截除兩側卵巢存留子宮者往往有盆內不舒適及血管舒縮紊亂狀況，有時甚重而久。患者得他婦女之卵巢組織移植後而月經暫再現其症狀減輕者曾有數例。究之此手術之結果極為不定，因異體移植成功殊難也。

未成熟之動物截除卵巢後，倘用其他卵巢組織移植其體，其生殖器可照常發達，已如前述。在人體亦有相似之效果，即將成丁女子之卵巢截除後倘復植入以卵巢組織，可免生殖器萎縮及月經停止，至少能維持於一時。但此僅於子宮尙存者為然。此等婦女月經之再現，尋常多在行手術後三月或四月。至於移植他婦女之卵巢組織者則所得之效果較遜。又移植手續之行使範圍有限，因截除兩側卵巢獨留子宮者不能無弊，且卵巢既病至必須自盆內截除，大抵已不適於植入身體之何部。

最適於卵巢移植者爲行子宮截除術兼須取出無病之卵巢者。其移植之器官可企其能供給內分泌，足以防止潮紅及其他因血管舒縮所致之症狀。手術之行使，關於其效用醫界之意見不一，有謂移植卵巢確可防止其症狀者，有謂無甚效驗者。著者曾經施用多次，且嘗觀察其成效列爲圖表知其與截除子宮兼去兩卵巢者之無煩苦的經絕症狀殆無殊異。著者從前往往於行子宮卵巢截除術後將卵巢組織移植於闊韌帶葉內，則見卵巢組織在彼變爲囊形而疼痛，且間有發生奮力行經之苦悶及代償性鼻衄者。後此則將腹直肌與其腱膜間作一袋，植卵巢於其間。其中植入之腺質按期增大且顯觸痛者有數例，此殆由於卵泡之囊性變性使然。腺質迅速長大至幾如拳而忽然塌縮者有一例。醫家有主張植卵巢於皮下之脂肪內者。著者嘗見一曾經行此手術之婦人，察得其卵巢組織變爲囊腫特甚，在脂肪內延布，以致須行數次手術始能除盡。

由上述之經驗觀之，可斷言子宮卵巢截除後移植卵巢其益甚渺或全無。倘在易達之處施行手術無何危險且特爲情感之故者或可用之。

關於子宮截除後卵巢移植術之可行與否，據 Tuffier 氏之「子宮不在，移植卵巢無益」之說實可爲著者意見之佐證。

對於青年婦女之官能性經閉者，用卵巢移植術治療頗有研究之價值。醫界對此問題尚無何等經驗。著者曾施用此術於二青年經閉之婦女，將在同時截除子宮之另一婦人之無黃體之卵巢截取兩片植入此青年經閉婦女之子宮頸前唇，其後一婦人行正常之月經三年，一婦人行經五月，足徵其受植入卵巢組織內分泌之威力也。

器官(製劑)療法 Organotherapy. 卵巢製膏之療效現已由理論時代而入於成立時代，關於其精華之性質及內分泌製

造究在卵巢之何部，與夫其他之許多問題迄尙未盡了解。以前多以爲卵巢膏之效用不佳，近則因製劑改善，卵巢之生理學的知識進步，及受治者之得當，故所得之效果不特使人滿意，且有時神妙不可思議。

卵巢膏劑治療患卵巢官能不全或卵巢內分泌缺乏者殊爲有益，最著者如救濟經絕期（無論天然或人爲）所感受之潮紅，眩暈等症狀。在用之得當者此等症狀可大爲減輕，或完全消退，其無效者特例外耳。是以凡截除子宮患血管舒縮性症狀（至少有百分之八十不能免此症狀）者用此法治之極爲有益。

次於救濟經絕症狀者爲療治青年婦女之患官能性經閉及月經困難。其效果雖不如治經絕者之恒定，然大多數可奏一部或全部之效。

第三種收奇效者爲救正婦女外生殖器血循環缺乏。在動物實驗證明卵巢內分泌於外生殖器有特殊充血之效力已詳前述。在年老之婦女因局部之血養不足致患各種外生殖器病如女陰瘙癢，女陰皮乾枯，癰病及其他女陰病者用卵巢膏治之有效，此亦大可助證上述之動物實驗者也。

除上述三種外，卵巢膏劑對於其他種種之婦科病亦大有裨益，已經人報告。Burnam氏用以治療經絕期前一月內之神經衰弱之婦人奏效甚佳。Dannreuther氏報告屢次流產之婦人治以此劑可使足月，且謂其治療妊娠之惡性嘔吐有效。間有謂其能治不孕者，但其此種效驗殊不能無疑。其似因卵巢分泌過多及月經過多所致之病，以卵巢膏治之無甚效果。

卵巢膏劑之製法今尙在實驗及研究中。依公認之學說，卵巢內分泌係由黃體所產生，故近今所用膏劑多半製自豬或牛之卵巢黃體。妊娠時之黃體既比排卵時者較爲安定，故醫

界中有以爲必須從妊娠動物之卵巢製膏者，而著者及同人曾施用新鮮卵巢所製之膏知其效力與黃體膏殆無殊異。

施用卵巢膏極無危險除胃微受擾外無他毒效，有力稱繼續用之能使血壓減低者，此大抵在用黃體膏者較用全卵巢膏者爲著。

無論爲卵巢膏或黃體膏其劑量相同，每劑五厘(.34 gm)每日三次或四次，現今所用之膏劑多半係一厘代表新鮮卵巢質六厘或七厘。

最要者製劑須新鮮，因陳腐者大抵爲不良效果之原因。

卵巢之化學的知識愈進步及製劑與服用之方法改良後此膏之爲用將益彰，殆可斷言者。卵巢製成膏後其分泌物之重要成分必有改變及損壞，其治療經絕症狀之功效不過爲其全體效力中之一部分，此於其無阻止子宮萎縮之效可以知之，且也卵巢分泌物在身體內係直接入血循環，而膏劑療法則須經過消化器，故分泌物之化學質不無改變，此亦須記憶者。

性之確定 DETERMINATION OF SEX

研究內分泌尙有一重要問題，即其涉及性之確定與第二期生殖性狀之區別是。

關於性之來源之學說可分下列三派：

- (1) 性之本能豫定於卵或精子內。
- (2) 性之確定在受精時或適在受精後。
- (3) 生殖細胞(卵及精子)在受精(結合)時無男女之分，須至成胎後之某時期始定。

據生物學的考察，發見性之本能於上述三途皆有關係，例如在某下等生物，其所產之卵之屬性能受環境如熱、冷及濕

度之影響。又有所產之卵分大小兩種，大者產生雌性，小者產生雄性。此二者皆證明屬性豫定於卵內。

在數種昆蟲，其屬性之定由於兩種精子，其判分視乎精細胞內所含易染體 (chromosome) 之數而定。此則含一個副易染體者產雌性，否者產雄性。

在哺乳類之高等者關於性別之時期及性質不能確知。然相當於上述第三法之證據似有所發見，其分別在受精後頗久始定。在人類所謂原生殖跡 (primitive genital trace) 者非孕至第五星期不分，至此時始顯然發育為單性腺即或為卵巢或為辜丸。在第五星期以前，原生殖跡似具兩性之可能，因此故見有發生真兩性畸形 (陰陽人) (hermaphroditism) 者，猶言兩性原質可發生於一側或兩側之腺內，甚或一側為男腺一側為女腺。至於所以決定原生殖跡發育成卵巢或辜丸之要因，今尙無所知曉。

兩性之殊異除生殖腺本體外尙有其他不同之點，最要者為腺之排出管及生殖器包括外生殖器及乳房在內。此類器官莫便於稱為第二或繼發生殖器 (secondary sexual organs)，因其發育與原發生殖腺有關也。此外身體之一切組織如骨骼之情形，脂肪及毛髮之分佈，喉之形成，皮膚之粗細及肌之發育等皆饒有特異之點。又精神及才智男女亦各殊其途。凡此種種不同除生殖腺 (卵巢及辜丸) 外，皆可視為第二或繼發性狀 (secondary sexual characteristics)。

原發組織與繼發組織間尙有重要之細胞不同之點。生殖器含生殖細胞或生殖體 (germ cells or gametes) (卵及精子)，其官能為增殖，即每細胞能增殖成一完全之個體，是以生殖細胞具有不死之潛勢力。生殖細胞外，身體一切之細胞皆謂之體細胞 (somatic cells)，構成身體之種種器官及組織，屬於可死的，隨個

體之人同死。男體女體之各種體組織繼發性狀之不同，良有以也。其構造不同之最著者謂之繼發生殖特狀或曰繼發性狀。

原發生殖細胞之性的差異由於數端，前已論及。在人類其變化起於受精後若干時，於第五星期發育特異之腺（卵巢或辜丸）而始顯。由此發生一問題，即體細胞之屬性是否預定於卵內抑或待後因生殖腺藉一種內分泌之威力而定是也。關於此點論者之意見不一，據 Biedl 及他氏謂體組織原始固無不同，非俟生殖腺發育後不顯殊異，可證實此說之事實頗多。

在胎之早期，第二生殖器無屬性之特徵。原午非氏器（Wolfian apparatus）與苗勒氏器（Müllerian apparatus）位置平列，有一總管相通（見胎生學章）。至第三月之末，此二器中之一開始發育而擠消其他一器。其器之孰發育孰否視生殖腺（此時已顯區別）之性質而定，若腺為男性則午非氏器發育，女性則苗勒氏器發育。二器中無論孰佔優勢，其他一器仍有遺跡存留，縱至足月時亦尚未消滅。因此，故可謂在最早時期關於第二生殖器完全為雙性，而最後屬性之判分乃在生殖腺發育後由其威力而定。除生殖器外各種體組織皆同顯此變化，因在初生時兩性即顯有許多結構不同之點。此等繼發屬性特狀成於出生以前者殊不少，良以即在最早時期截除卵巢或辜丸，其後男子終身仍顯男子之特性，女子仍顯女子特性也。

近世盛行之學說謂繼發生殖器及繼發體組織特狀之屬性的差異，由於生殖腺之內分泌所致。又謂此種特殊之內分泌由於生殖腺之間質細胞即辜丸之雷狄吉氏（Leydig）細胞與卵巢之相似間質細胞所製造。

與此說矛盾者即常見有關於生殖腺與繼發性狀不符之事實，例如苗勒氏器與午非氏器並行發育於單性生殖腺之體

者殊不少。繼發生殖器與其所具之生殖腺相反者亦有之，種種假兩性畸形 (pseudohermaphroditism) 即屬於此類。猶有原發繼發生殖器皆如常而或顯反性之現狀者，例如女子而有男子之狀態，多毛，聲音深沉，男子而顯柔情嬌弱，無鬚等等。更有奇異之例，見於人生之某時期，幾令其生殖性狀完全變換，此多為生殖腺受傷或病患之結果。

兩性畸形 (陰陽人) 之種種現狀，據 Biedl 氏說足以證明卵巢或睪丸於第五星期所從發育之原生殖跡仍存其始基的兩性狀態，而在發育之生殖腺保留在製造各殊內分泌之男女兩性之組織。此種狀況 Biedl 氏謂之腺性兩性畸形 (glandular hermaphroditism)。在動物見之不少，即在高等者亦有之。所謂卵巢辜 (“ovotestis”) 曾經證明在人體者有數例。

據此以觀則兩性畸形實為生殖腺內製造兩性內分泌之結果，而其繼發性狀之不齊則視兩分泌組織之特殊活動而定。屬性殊異之學說據 Biedl 氏所述者約言之如下：

(1) 性別可於卵受精時定之，或受精後許久始定。在人類多屬於後法。

(2) 生殖腺係發育於原生殖跡。原生殖跡在開始為雙性，腺性兩性畸形 (卵巢辜) 即其例也。所以使原生殖跡轉為卵巢或睪丸之勢力現尚絕無所知。

(3) 繼發屬性特狀 (包括繼發生殖腺) 之成立由於生殖腺所造之內分泌之感力所致。

(4) 生殖腺與繼發性狀所以不符如見於兩性畸形者，似由於生殖腺內具有男女兩內分泌器 (腺性兩性畸形) 使然。

以上所述，多係指證人體在最早胚胎時期之雙性特狀，而非解決性之預定於卵內或精細胞內之問題。因在第五星期

原生殖跡所以判分之原因並未說明，則當受精時或受精前生殖細胞或即有判分之潛勢力，可想見矣。

繼發屬性特狀之成立是否僅如 Biedl 氏所云完全受感於生殖腺之內分泌之簡單，不能無疑。據吾人所見，多半之無管腺對於人體之生長及性的發育具有雄大之勢力。腎上腺皮質瘤能使病者發現男子之繼發性狀，此可證明生殖腺外他無管腺亦與性之判分有關，而兩性畸形似可由全身內分泌腺之不齊一所致。倘無管腺具多少之屬性作用，是否其自身有屬性之不同，且倘如是則其性別與生殖腺之關係是否為原起的抑為繼發的，此等問題今尙未能解決也。

大 腦 垂 體 HYPOPHYSIS CEREBRI

垂體與生殖腺在官能上有最密切之關係已經證明，故婦科學家不可不研究之。

就臨診言之，垂體前葉改變能令全身起特殊之反應，如巨大畸形 (giantism) 及肢端肥大病 (acromegaly) 前葉之官能尤與生殖腺有相互之關係。前葉膏劑對於生殖器確有威力。垂體後葉之膏劑則於某種無橫紋肌之器官 (子宮在內) 有特殊作用。

垂體與生殖器之互關情形已藉實驗及臨診之事實證明無遺。如以前施術將前葉截去一部分，則其分泌物缺乏遂使長成之動物生殖器萎縮，在未長成之動物則使其生殖器永為幼稚性而不發達。

垂體與生殖器之關係，尙有用種種垂體膏劑作生理的實驗證明者。以前之實驗多半用後葉膏劑。曾經人相繼發現此等膏劑對於子宮、膀胱及腸之肌織有興奮作用。迨後又發

見其具有催促生乳之威力。其催乳也或作乳腺分泌細胞之特殊興奮物，或為圍繞輸乳管之平滑肌纖維之收縮原動力。

最近又有 Goetsch 氏公布最有旨趣之實驗。氏蓋根據前葉之部分摘出能使生殖器發育障礙之理，反證用前葉膏劑每日飼幼小之動物有誘起其生殖器早熟之可能。曾試於鼠體，飼之數月而知其果然。

從臨診上觀察，垂體與生殖腺之互關作用可由多方面顯明之，最著明者為妊娠之影響於垂體之大小及重量。有人研究在妊娠時期死亡之婦人發見其垂體肥大，其肥大僅限於前葉，後葉非惟不同時增大，且畧受肥大前葉之壓迫。觀察垂體之切面則見其色較淺，且體質較軟，壓之則溢出乳樣汁。此種改變由於前葉細胞質變化之結果。又發見其不易染色之細胞（主細胞）變為一種完全新細胞類，謂之妊娠細胞，體積大且集聚成叢。諸細胞排列成闊柱及小泡，且當妊娠之極期時或呈腺瘤性過長之狀況。間有見肥大特甚至能壓迫視束交叉致發生雙顛側偏盲。至於孕婦之間顯面部及肢端肥大情狀者醫界亦以為由於垂體前葉肥大之故。當分娩後不數月垂體即退化，惟主細胞增多之數則永存。以後再妊娠，此反應並增強，迨妊娠若干次以後或起腺病性之變性（strumous degeneration）而顯垂體機能不全之症狀。

截除生殖腺能使垂體發生顯然之改變。Fichera 氏首先發見許多動物之卵巢或辜丸截除後垂體極增大，且官能過度，其前葉細胞之染色質亦加增。迨後 Tandler 及 Gross 兩氏證明在人體亦有類此之變化，蓋截除辜丸或卵巢者多擁有增大之蝶鞍，實垂體肥大之明徵也。且證明幼年去辜丸（或卵巢）者之骨骼的特狀，大體與巨大畸形病者同。夫去勢者（去辜或卵巢者）之脂肪沉積及皮膚毛髮之異常，可以想見某種垂體病類

此之特殊現狀矣。 Tandler 氏曾證明一去卵巢之婦人有垂體增大之事。

垂體器具生殖器之作用已經醫界假定，故生殖腺當成熟時截除後刺激性慾之內分泌作用即由垂體擔任，不難想見。垂體前葉擔任此種工作之代價肥大，不啻為天然的供應。又有可以借證之一事，即後期去勢後往往反應性慾增加，此大抵由於前葉增生之屬性質刺激使然。

因垂體改變影響於生殖腺者其關係視垂體官能之增加或減小而定。官能過度者名垂體機能過敏 (hyperpituitarism)，由於前葉因腺瘤性增大或過長以致行功過度之故。此種增加之分泌作用出自嗜染性細胞，該細胞固可視為垂體之屬性的要質也。倘前葉在發身期前因病過長其結果為巨大畸形，在成年後過長者則顯肢端肥大。

當此等病之早發過敏期，可令其他某種內分泌器感受刺激，而以生殖腺為最。例如巨人其生殖能及繼發性狀或皆早熟，肌力亦異常強大。肢端肥大者當早期時不但性慾或可增強，即一切智力體力亦莫不如此。然歷時既久，無論在巨人或肢端肥大者垂體前葉之過敏組織漸次退化，有囊形變性之趨勢，於是前之官能過度者至此則又變為官能不全矣。身體其他內分泌腺亦顯相當之官能不全，而生殖腺尤然。男子失其慾性成為陽萎，女子則經閉而不能受孕，終至生殖器萎縮而後已。肢端肥大者之卵巢顯萎縮改變，由於卵泡及間質萎縮而無黃體之故。

垂體官能不全或曰垂體機能遲鈍 (hypopituitarism) 者或繼巨大畸形及肢端肥大之經過一過敏時期後而起，抑或原發，極不定。原發者或為某種固有變性之結果，或因垂體自身或鄰器壓迫所致。後者尤常見。倘顯於發身期以前，其骨骼之生

長阻滯，成眞侏儒形，與巨大畸形之在發身期前由於垂體官能過度而致者適相反。此種人有特殊之形狀，除體勢短小外其生殖腺之腺質及間質皆不全發育，毛髮缺乏，脂肪之分布奇特，一如前述之肥胖性生殖無能營養不良者。生殖器及繼發性狀皆幼稚，新陳代謝之作用遲鈍而顯多尿（polyuria）或顯視神經受壓之症狀。換言之此等侏儒形人，其身體之改變與犬之截除垂體前葉一部分者相當。

倘垂體機能遲鈍病發於成年以後亦顯相似之改變，如肥胖，毛髮過少，生殖器退化及官能不齊，並新陳代謝之種種異常，惟程度較淺耳。

垂體機能過敏及機能不全之外尚有在同時垂體官能增加及減小並見所致之症狀，此等情形謂之垂體機能障礙（dys-pituitarism）。

器官(製劑)療法 Organotherapy. 就治療言之，垂體後葉膏劑（曰垂體素 pituitrin）最有效力，在產科上尤著。此膏劑對於一般無橫紋肌雖皆有興奮之感力，而對於分娩之子宮似尤有特效。因其既為子宮收縮之有力興奮劑，故用之於催產及防止產後出血有益。其毒性少，但在分娩時用之不無危險。大概在分娩之初期不宜用，否則恐致過度之疼痛，因子宮收縮太甚之故。倘子宮肌壁有薄弱之處或分娩梗阻，可致子宮破裂，此外在兒體之餘部不能速出時或致窒息之險。垂體素能令血壓驟高且歷時微久，因此有時與病者有害。當分娩之第二期分娩之進行停止者用此膏劑最為有益。用此膏可令許多須施低部產鉗術即產鉗施於盆內之下部（low forceps operation）者無庸實施，而須施高部產鉗術者祇施低部產鉗術即可產出。

對於產後出血之治療，垂體素不優於麥角素（ergot）。有人主張與麥角素並用者，其效較麥角素為速，但較暫。因此莫便於先用垂體素繼用麥角素。

Williams 氏謂垂體素可作預防剖腹產術出血之用。惟不可在小兒產出前投以此藥，因有令小兒窒息之堪虞。最妙在小兒剛產出後用垂體素一銖 (1 c.c.) 直接注射於子宮後壁，則子宮即呈速而有力之收縮。

垂體素對於治療行腹手術後所致之腸癱及膨脹有益，甚且有人每次施術後皆用之。第一劑在手術後四至六小時用之，以後每隔四至六小時復用，或須用至數次。曾發見其於劇烈之膨脹殊有效驗，且顯然收起死回生之效者有二例。

有謂垂體素於手術後之尿管溜有刺激膀胱收縮之用，但據吾人之經驗其效果頗令人失望。

垂體素尋常係裝置於封固之壺腹玻管內，劑量一銖，宜注射於肌內。據吾人之經驗為手術後膨脹用者從未見有何毒效。

曾有人謂垂體素於治療官能性月經過多有效，在青年女子尤然，但著者則見其益甚小。

垂體膏劑於治療患垂體機能不全者極為有效。據 Cushing 氏謂此等患者多係垂體之前後二葉皆病之故。在患垂體病者男子慾情及交媾勢力之喪失，女子之經閉及不孕，據吾人所知大概由於前葉障害；而脂肪之積聚及新陳代謝之不齊則因後葉機能不全所致。職是之故 Cushing 氏及其從者主張用兩葉製成之膏劑治療之。

垂體全部所製之膏在婦科上適用於月經不調之因垂體機能不全而致者，此則可與卵巢膏劑並用。Goetsch 氏極力稱道欲得垂體療法之良效，須繼續用至許久且漸增其劑量。氏主張開始用全部垂體乾膏五厘，每日三次，劑量漸增，至奏效著明而後已。

甲狀腺 THE THYROID

婦女當生育時代甲狀腺之大小時有變更，此為早經發見之事。但至晚近用臨診研究及動物試驗法始將此理論立諸科學基礎之上。

當發身期甲狀腺時或顯然增大，此則女較男尤常見而重。且在少女發身期所顯之諸多症狀，如心悸，血管舒縮紊亂等或由於此腺分泌過多之故。

用實驗法證明卵巢與甲狀腺間確有一種對抗作用。幼小動物之截除卵巢（或睪丸）者其骨骼中有數骨異常長長，脛骨尤甚。而在摘出甲狀腺之動物則同一之骨（如脛骨）奇短。早期摘出甲狀腺能使卵巢或睪丸畧起變性，延遲其發身時期，且大限制其人之生殖力。

當行經時甲狀腺腫大，此為人所早知。其腫大並非由於充血，因其有時為永久甲狀腺腫（goitre）之起點可以證明之。

婦女有甲狀腺病者常顯月經不調。Kocher氏發見婦女患甲狀腺腫不當摘出而摘出者則顯月經過多，且用甲狀腺膏治之有效。此種情形，氏名之曰無甲狀腺性月經過多（menorrhagia thyreopriva）。甲狀腺與生殖器之關係尚有未明者，即有時在甲狀腺機能遲鈍或粘液性水腫（myxedema）者仍有經閉，且於甲狀腺病時無論月經過多或經閉，治以甲狀腺膏皆可奏效，此則不可解者也。

甲狀腺功能與月經之關係就臨診上觀察似有所據。Klokow氏報告一十七歲之女子，當其月經遲延之時恒顯甲狀腺腫，迨月經一見甲狀腺腫即立消。Steinberger氏報告一十六歲之女子，當某次月經之期經血忽閉，同時發生甲狀腺腫，治以碘劑，腺腫消退，月經遂再現。

甲狀腺腫大在妊娠時最為顯著，有人證明此種腫大約居孕婦百分之九十。Lange氏謂其為生理之變化，且多係肥大而不必由於充血，因用碘療治能使之奏效也。

Lauge氏又聲明一種意見，謂孕婦之甲狀腺不腫大者即顯腎性蛋白尿，證明甲狀腺之腫有抵抗因妊娠所排洩之某種毒質之作用。在無此甲狀腺腫大之分泌物之保障者則有害於腎。甲狀腺腫大尋常至妊娠期末即漸消失但從妊娠時繼續腫大致成永久甲狀腺腫者已報告不少。

妊娠時甲狀腺腫大尋常甚輕微，但有記載其腫至極大，至危及病人之生命，須施氣管切開術或引致小產者。當分娩時或謂甲狀腺更為腫大，間有因此致呼吸困難及死者。分娩後腫大漸消，惟於授乳期內尚不能全退耳。

經絕期之影響於甲狀腺尚無所知。突眼性甲狀腺腫 (Graves' disease) 發於經絕時者嘗見數例，因此有人推想經絕期之神經病性及血管舒縮紊亂性症狀皆為甲狀腺官能過度之結果。

子宮肌瘤與甲狀腺病之關係於一八九一年首經 Freund 氏揭載。雖經過許多有趣之研究，然其關係究不無變易因二病並見者頗為不少。

Glaessner 氏報告某病者患子宮肌瘤並突眼性甲狀腺腫，至經絕期二病皆痊。又 Fränkel 氏用X光線治療一在同時患子宮肌瘤及甲狀腺腫者，氏謂二病之告痊皆由於卵巢被毀傷之所致。

最近持子宮肌瘤與甲狀腺有關係說者為 Neu 氏。氏於久患纖維肌瘤之常顯心臟損害者嘗加以研究，且名此病況為肌瘤心 "myomherz." 此種肌瘤心謂由於心臟受甲狀腺病之影響，良以該腺病時有時有肌瘤伴發也。

甲腺機能過敏 Hyperthyroidism. 巴息朶氏病 (Basedow's disease) 婦女患之者約八倍於男子，且多係發生於生育時代，大抵兼顯生殖器萎縮，往往有經閉及不孕之趨勢。惟不孕並非常久的，若一旦受孕則於有病之甲狀腺不利。有謂間發妊娠有利於此病者曾見數例，但一般經驗則與此相反。

突眼性甲狀腺腫往往伴發以婦科病，如盆臟錯位，盆內炎等。此等病應否施手術殊為一重要之問題。外科手術之震盪有時令病益劇，故非在有施手術之必要，或甲狀腺病顯然係因盆內損害加重者，不可施手術。

患突眼性甲狀腺腫者可否結婚及生殖殊為一重要之問題。於此有須注意者即無論病之根性或種種神經系官能病皆可遺傳其後代，而妊娠能使病勢增劇尤令病者有直接之妨害是也。

甲腺機能遲鈍 Hypothyroidism. (又名粘液性水腫或克汀病 Myxedema, Cretinism) 甲狀腺機能遲鈍所顯之病況，吾人蓋由動物試驗及人類因甲狀腺腫行手術暨甲狀腺缺乏或傷害性病之臨診結果而知之。

幼小動物之甲狀腺摘出後恒顯不易之特殊狀況，即生長立即窒礙，長骨尤甚，毛髮之生長改變，溫度低下，皮膚變厚，主動脈粥樣化，生殖器發育不全，不孕及痴愚等等。在較大之動物改變不如是之著，所顯者為神情呆滯，皮膚及消化紊亂，消瘦，貧血及對疾病之抵抗力較小等等。生殖器官能減小，但不必完全毀壞。

此等動物實驗之結果與人類之摘出甲狀腺(包括甲狀旁腺)後所顯者極相類似。該病況謂之「甲狀腺割除後惡病質」(cachexia strumipriva)及「手術後粘液性水腫」(postoperative myxedema)，在年輕者甲狀腺完全截除後其改變與見於動物者相似。生殖器之發育或完全阻止或愆期甚久。

先天粘液性水腫或甲狀腺發育不全者係指甲狀腺完全無有之情形而言。其狀頗為特殊而為人所熟知，例如身體矮小，面貌癡呆，舉止魯鈍，皮膚乾燥，鼻梁寬廣，鼻孔闊大及口唇肥厚等等。生殖器亦顯然發育不全，且才智不足。此病或謂得

之遺傳，由於受父母之血屬關係或嗜酒之影響。此病不滿六個月不發現，此或因在胎內及哺乳期小兒接受其母之甲狀腺分泌物所致。

小兒粘液性水腫為甲狀腺早期萎縮之結果。小兒出生後如常，至第六七歲時始顯此病。患者女孩較男孩多甚。當發身期生殖器依然為幼稚形。其他狀況與先天粘液性水腫相似，惟程度較淺耳。

成人粘液性水腫較小兒者為常見，且在某某數國特多，由於甲狀腺因炎病或單純萎縮所致。其特狀為皮膚乾枯粗厚及冷，且顯腫起處，而面、頸及四肢尤甚。手肥而短，眼瞼下垂，上唇厚而凸出。病者神氣呆滯，且頑鈍怠惰。言語低而無表情能力。泌汗完全停止。血液之赤血球及血紅素皆減少。

粘液性水腫所致之特殊生殖器症狀多於月經有礙，或令經閉，或令月經過多。二者治以甲狀腺膏皆能奏效。此病不必皆改變生殖器，惟有時可致顯著之萎縮。

腎上腺 THE SUPRARENAL SYSTEM

生殖腺與腎上腺之官能的關係，Meekel氏首先論述之。氏發見動物之賦有最強生殖力者亦具有顯然發達之腎上腺。並謂在鳥類及兩棲類當求偶期兩腺皆顯肉眼的改變。此說發明於百年以前，近已有一部分為醫界所證實。

兩腺之發育不全往往並見，此由於二者在胎時相接甚近之結果無疑。黑人之生殖腺及腎上腺發育皆較白種人為優，此可為證實 Meekel 氏說在人體之一種事實。

兩腺互關之其他證據即在生殖器內間見有副腎上腺之外層組織，甚至並為嗜銻性組織 (chromaffin tissue) 者。有謂在卵巢內嘗見此嗜銻性組織。在發育不良之人生殖腺幼稚者

其腎上腺亦必較小。惟現今則認為非由於生殖器不全之特殊結果，乃為全身發育不全之一部分。在胸腺淋巴質病(status thymicolymphaticus)亦兼顯生殖腺及腎上腺發育不全。

關於腎上腺官能過度之情形，曾經報告有許多女子假兩性畸形與腎上腺瘤併發者，大抵二病有同源之關係。

小兒患腎上腺瘤者能使其生殖器早熟，患之者多為女子。其特狀為原始或繼發的性狀發育異常早現如外生殖器、陰毛、體格皆早熟，但究無生殖腺真實的官能，即行經或射精之情狀。

概言之，依臨診之經驗似證明女子之患腎上腺外層質腫瘤者能令其顯男性之繼發性狀，而其內生殖器則同時有發育障礙之情況（據 Vincent 氏說）。

卵巢摘出後繼以腎上腺肥大，此為醫界所共認，但此是否表示因卵巢內分泌之喪失而為一種代償的作用，則尚不能確知。因此引人注意黃體細胞與腎上腺外層質細胞類似之近切。又腎上腺內外質（皮質髓質）之組織當妊娠時皆變肥厚，值行經時或亦然此由於其官能增加之結果無疑。

患阿狄森氏病 (Addison's disease) 者往往生殖力稟賦不全，此係關於全身發育不全之一部而為得病之素因。繼發生殖性狀亦有變異。女孩患之者每每阻其月經之出現。倘成人患之，則以經閉為最早發現之症狀，此在診斷上最關重要。其有月經困難及月經過多者極少。女子患阿狄森氏病者罕能受孕，縱孕亦易於流產或早產。孕之效果於病為有害。

阿狄森氏病之色素沉着以在外生殖器附近為最著，且或僅限於此處。有診斷之旨趣者為盆內生瘤時（纖維肌瘤特甚）有時亦使皮膚着色，與患阿狄森氏病所致者酷似。

松果體 CORPUS PINEALE (PINEAL GLAND, EPIPHYSIS)

據臨診及實驗觀察,可以推知松果體分泌一種物質在幼年當其退化以前能約束生殖器之發育。在松果體機能不全者則增進生殖器之發達。是以投以松果體膏劑似應妨礙生殖器之成熟。但據 McCord 氏實驗則證明究為不然。氏最近報告謂用松果體飼幼小之豚鼠,所得之結果雄者舉丸異常早熟,雌者生殖器亦發達較早,此正與一般學說相左。

胎盤 PLACENTA

有謂胎盤影響於孕婦者甚大,且於卵在子宮內初顯蜕膜反應以後凡妊娠之種種改變多係受胎盤勢力之支配。黃體之如何準備子宮內膜以便卵之棲止前已論及,且卵之生活及生長在起初數星期內多有賴乎黃體之完整。此後此種職務有謂即轉歸胎盤擔任。經過一定時期後卵巢於妊娠之進行即無關重要,蓋可於截去兩卵巢後無碍孕之進行證明之。

產後子宮復舊的變化係因胎盤之除去,非因胎之關係,此於死胎及水泡狀胎塊之仍顯妊娠症狀可以知之。

胎盤之為一種內分泌器,最近由 R. T. Frank 氏研究無疑。氏除證明上述理論無訛外並有表明胎盤內分泌作用之他種證據。氏曾用截除卵巢之動物實驗妊娠勢力之不必導原於卵巢。發見用胎盤質乳劑或溶液注射於動物皮下能使其子宮迅速過長,子宮體之重量有時大於尋常動物者五至九倍。子宮之增大在注射後六至八日即顯。子宮肌織及粘膜皆同肥厚。此種反應於子宮之移植部分亦可誘起。且也此種作用並不因腎上腺、胰腺,或甲狀腺之除去抑或甲狀腺並腎上腺同除出而有所變更。

注射胎盤質於家兔之體後其乳房亦有相似迅速及顯著之過長，且倘繼續注射並有初乳可擠出。

Frank 氏所贊成之 Herrmann 氏說如下：「黃體及胎盤之精華可用同一方法提出，就化學言有同一之性質，就生物學言對於子宮及乳房有同一之效果」。

婦科對於乳腺之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE MAMMARY GLANDS

乳房與生殖器之關係甚為顯著，但其所以然之故尚不甚明悉。女子之乳房當發身期發育甚速，當行經時增大者殊為常見，至妊娠時有顯著之肥大，至經絕期乳房萎縮。夫乳房之定期發育及作用何以視生殖器之官能為轉移，尚無定說。

曩者以為乳房與生殖器間有一種特殊之神經聯絡，今據實驗則知不然。證明乳房之官能完全不與任何神經有關之實驗為 Ribbert 氏所發見。氏曾將懷孕之家兔之乳房移植於其一耳上，迨家兔生產後移植之乳房竟至分泌乳汁。據此及他種實驗，可知乳腺之改變係由於血循環中有某種化學質代表真內泌素者使然無疑。於此有最確實之證據即 Schauta 氏曾在某胸骨聯胎畸形者發見其一受孕而生一正常之小兒，兒生出後姊妹二人之乳房皆生乳是也。

乳腺之發育及官能係由某種化學內泌素所主理之說雖似確定，但該內泌素之來源則尚未明悉。從事實驗及假定者雖煞費苦心，但其結果多未能一致而令人信服。

夫乳房當發身期之發育，行經時之腫脹及經絕時之萎縮，大都係受卵巢一種分泌物之感力，似可無疑，因早期截除卵巢者此類現象皆不顯也。乳房當孕時之肥大及產後之生乳似關於其他要因，良以當孕時截除兩卵巢後此等作用仍顯，且證

明此等作用尙與卵巢官能之閉止有相依之處(卵巢截除後生乳期延時較長,而尋常婦女月經回復時則生乳作用即形障害),乳房當孕時及產後之行功非係受子宮之支配,亦已證明。

婦科對於皮膚之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE SKIN

在某種皮膚損害於生殖器之生理及病理上確有重大之關係。夫皮膚之改變當生殖器作用之特殊時期如發身期,月經期,妊娠期,產後期及經絕期,最爲顯著。

月經期皮膚之改變 Menstrual Changes in the Skin. 月經前數日皮血較爲充盈,頰,胸及股之皮尤著,此在皮色較淡者最易看出。皮膚此等充血迨月經一現即退,且後此數日反較尋常尤淡。在皮色紅者月經時之充血不甚顯,但就尋常色淡之處如眼圍,口周及頰等處觀之則仍可察知。

有許多皮疹與月經期相關者名之曰月經疹 (menstrual exanthemata)。月經疹之臨診狀況極不一致,或稀疏,或瀰漫,或限於一部,或徧及全身,或爲蕁麻疹性,泡性,斑性,丘疹性,與多形滲出性紅斑 (erythema exudativum multiforme) 之狀況酷肖,甚或與結節性紅斑 (erythema nodosum) 相似。

疹之所在尋常在股,腹及乳房,但亦可發現於身體之他部,於經前數日發現,至行經畢時消散或經畢後數日始消。間有僅在月經期之間時發現者。疹形最常見者爲屬性泡疹 (herpes sexualis) 或月經泡疹 (menstrual herpes)。此疹多顯於口脣及鼻孔,或顯於眼或耳之附近,間有顯於乳房,手指及手掌者。亦或累及口或陰戶之粘膜,有謂可累及眼之角膜者。

月經之泡疹或可與他疹伴發,甚或伴發以皮出血者。

生殖器泡疹往往見之於妓女及生殖器易受刺激之婦人，然其發生往往與月經之功用有密切之關係。有時有一種紫癍性紅斑於月經前數日發現，往往腫脹而痛。

又有一種出血性皮膚損害由於代償性月經所致，或見於完好之皮膚，或見於粘膜或癩痕，創傷及潰瘍等處。

時或於月經期及經絕期有急性水腫伴發。水腫多見於臉部，下肢或外生殖器。天胞瘡 (pemphigus) 或見於青年女子之月經尚未正式成立或患月經困難者。

濕疹 (eczema) 有時與盆病伴發，故有以爲此二病或有神經系病之關係者。經絕後往往有濕疹發現於頭皮及耳後頗爲常見，因有經絕濕疹 ("climacteric eczema") 之特稱。外生殖器及其附近之濕疹往往與瘙癢病 (pruritus) 及盆病之有刺激性溢液者併發。此種濕疹由於皮膚接觸該溢液而起化學改變所致。

粉刺 又名瘰瘡 (acne) 在發身期極爲常見，而在男子尤甚。在成年婦女之患粉刺者往往其膿胞之發現與月經有明確之關係。此種粉刺多顯於頰部。患骨盆內病致月經不調或月經過少或白帶者是爲粉刺發現之素因。婦女至經絕期亦往往患粉刺性疹。

癰病 (furunculosis) 之發於外生殖器有時爲慢性病，或令病者煩苦不安。其常發者爲卵巢官能不全之一種現狀，良以外生殖器之抵抗力薄弱不能剋服生膿細菌之故。曾有用卵巢膏治之而獲愈者，是足證此說之無誤也。

丹毒 (erysipelas) 與月經之作用確有某種關係，因曾見有丹毒定期發作與月經同時者。

色素沉着與盆器官作用有極密切之關係，當發身期色素極增加，在外生殖器之皮，乳頭及腹白紋 (線) 最顯。當孕時上述諸部之着色尤特顯著，而面部亦顯褐色不整齊之斑，(名姪

娠黃褐斑 *chloasma gravidarum*). 色素增加常見於患月經不調者, 經閉及月經困難尤然. 盆內生瘤(大卵巢囊腫特甚) 往往有顯著之色素增加.

白斑病 (*vitiligo*) 與腹內瘤並見者不少, 或以爲由於瘤之毒性感力所致. 此說不爲無因, 蓋瘤割去後皮膚損害即大見效也.

婦科對於特覺器之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE ORGANS OF SENSE

特覺器與生殖器之關係殊爲明確, 最著者爲關於月經作用之顯狀.

眼 可因生殖器勢力起種種官能的及病理的改變.

盆器官之傳染病可直接由傳染物累及其眼, 抑或間接由血循環成栓子累及之. 前者之傳染以淋病爲最常見之例, 白喉病亦或可如此傳染. 眼之遷徙性傳染極罕見, 惟在產褥熱偶或見之. 栓子性 (*embolic*) 傳染可累眼之任何部分, 但以累視網膜爲最普通, 因此可誘起全眼球炎 (*panophthalmia*).

產後染膿毒有時可致眼內出血, 此因血組成有毒索性改變及毛細管壁之較易滲透所致.

鼻 鼻與生殖器有奇異之關係, 有時竟無從說明之. 嗅覺爲生殖器有力之衝動物. 當月經期鼻內往往有顯著之改變. 代償性月經之顯於鼻者較顯於身體之其他任何部分爲多. 月經正常者於經絕期亦往往易有鼻出血. 當發身時期鼻衄者甚爲常見. 月經時常見鼻分泌物異常, 或作急性鼻卡他而溢液甚多, 或鼻粘膜異常乾燥. 嗅覺障害有時於月經時見之, 多係嗅覺過敏或錯亂.

鼻與生殖器關係最顯著之一例，即有時麻醉鼻粘膜能影響於月經困難是也。試用百分二十之古加素溶液(cocain solution)數滴敷於鼻下甲之前端及鼻中隔結節，據名醫謂往往可治極劇烈之月經困難並阻止其許久不致復發。

婦科對於消化器之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE DIGESTIVE TRACT

生殖器與消化器之關係多在月經時顯著。腮腺之工作加增，殊為常見，故有時可謂之為月經性流涎。

尤重要者為月經與胃障害之關係，胃之官能及機質皆受其影響。官能性症狀多於月經前期發現，且纏綿至月經期，然有時迨月經一現即退。最常見之自覺症狀為胃口喪失，氣脹，惡心，嘔吐，味覺變常，嫌惡某種食物於肉特甚。口有臭味，胃部痛，覺饑等。此種症狀在有神經系官能病及月經異常(月經困難者特甚)者尤甚常見。

除上述胃之輕恙外，或更有較為嚴重之障害。胃粘膜或有代償月經之出血，時或甚為重大而失血極多。有顯劇烈之胃燒痛及類似胃潰瘍之症狀者，欲鑑別診斷之殊非易易。著者曾見一此種病案，其腹有瘀痕五處，蓋被誤認為有重大之腸病曾經剖腹五次也。

月經影響於胃之勢力可於行經時胃機質損害之加重證明之。此在胃潰瘍最著，因當經前期及經期特易出血也。是以胃之按月出血是否代償月經而無胃部之損害，抑或該血係出自潰瘍之因受月經影響，殊難言也。

月經所以影響於消化器之官能及其情況，所知甚少。Wagner 氏綜合討論此事之結言如下「無論障害之原因若何，必

有兩種事實：第一，胃之分泌及運動力於經前期及月經期有所變更；第二，此種變更依個人之特殊素質可誘致症狀。

月經性胃病，除神經衰弱及希司忒利阿病者之易患外，亦見之於萎黃病及貧血者，而在有先天或後天之胃錯位者尤為常見。胃錯位者多屬於發育不全，其胸壁長而狹，內臟下垂及盆臟異位等。

病者胃部有機質損害時，多於月經期其症狀增劇。

腸管之代償月經出血，有時於患腸熱病（傷寒）時見之。又有一常見之事實，即當月經時舊有之痔易於出血。

腹瀉亦或與月經為伍，有謂竟佔百分之四十九者，所舉未免過多。便秘亦非罕見之狀。猶有月經期間久患便秘，而當月經時反大便通暢甚或腹瀉者。

經絕期有時顯某種消化器症狀，如咽及食管疼痛，神經性消化不良與腸胃充氣，胃灼痛，嘔吐等。

頑固之腹瀉有時為月經將絕之先兆，其瀉係關於神經性之分泌過多，並無卡他或炎之徵。

畧較常見者為經絕期頑固之便秘，且極易氣脹。Wagner氏謂經絕期之便秘極難收尋常治法之效。氏嘗用卵巢膏療法而奏佳效者有二例。

腸出血時或於經絕期見之。其出血多由於痔，因痔之患於彼時較重也。亦間有腸粘膜之真正經絕期出血而並非由於癌者。此或與常見之陰道粘膜因老年萎縮而出血者同其理由。

婦科對於呼吸器之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE RESPIRATORY ORGANS

當月經時聲帶畧顯生理上的改變，致聲音微變，此於操歌唱為業者頗為重要，有於月經時或須禁忌歌唱者。

肺慢性病往往於月經及妊娠時增重，肺癆尤甚。又月經於較急之肺部病如枝氣管炎，肺炎及胸膜炎亦有不良之影響。在肺結核於月經時其盜汗，卡他及頭痛之趨勢皆增重。體溫亦易於此時升高，肺之出血尤易發現。此時之咯血或誤認為代償性之月經。反之慢性肺結核常兼月經閉止，據謂不必由於子宮萎縮所致。

在經閉而有發育不全或萎縮之生殖器者，有時或見其肺部有真正之代償行經。

肺之急性傳染病或可由血循環轉移於生殖器。害肺之種種傳染微生物中最易累及盆臟者厥為肺炎球菌，蓋嘗見之於卵巢囊腫之膿性內容物及盆結締織炎與子宮漿膜炎之滲出物並輸卵管積膿之膿液等內也。又特為誘起小兒腹膜炎之常見要因。生殖器及腹膜結核病大多數約發源於肺之老性或隱性病竈。

婦科對於血之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE BLOOD

月經 Menstruation. 經血之所以不凝為久經研究之一問題，但迄今尚無充分之論證。據近世所知，經血之不凝並非血液全體改變之一部，因月經時全身血凝結之性質實無所變異也。今所公認阻滯經血凝結之化學力乃限於子宮內，但究屬何種化學質則尚無所知。據 Schickele 氏實驗該質係由子宮內膜受卵巢分泌物之威力而生出（見前）。

研究行經婦女循環中之血液，證明有某種特殊之改變。當經前期赤血球每立方耗增加一百萬或一百五十萬，適當經期之前則退歸常度，甚或較常尤少。血色蛋白或曰血色素 (hemoglobin) 亦顯定期之升降，惟不必與赤血球之變異並行。

當月經開始往往微顯白血球增多，惟當月經正旺時則顯然減少。在經前期血液之鹼性較遜，比重亦較低。晚近證明血中之脂質亦顯定期之改變。凡此諸改變似非由於月經之失血所致，因以尋常之事實較之所失之血不足以造成此種改變也。醫界多認為由於定期之血毒症，此不但根據其血之變異，亦且於其身體及神經所受之影響而知之。

此循環毒素之性質蘊蓄於卵巢內泌素內或他內分泌腺之分泌物內，其活動之均勢受卵巢官能之定期（每月）改變而障害。

萎黃病又名**綠色貧血** Chlorosis。為少女當發身期或適在發身後所見之病，且迨後或可復發。其血雖無特別之徵狀，然按之正規其血色素必顯然減少，而赤血球並不為相當之減少，例如平均烈度病者血色素或呈百分之五十至六十，而赤血球則與常無異。但倘血色素大減者如僅有百分之三十或二十甚或百分之十，則赤血球亦甚減弱。萎黃病血之一特點即其凝結力增加，且易於成血栓。

從上觀之，可知月經困難為萎黃病常見之症狀。近有以為萎黃非為原發病乃係繼隱性結核病或結核之初起而發，且謂萎黃病之種種症狀如頭痛，眩暈，心悸，不寐，消化不良，疲弱等等係由於結核毒素所致者（據 Payer 氏說）。總之隱性結核雖不必為萎黃病之單獨原因，究當視為其原因中重要者之一。

血友病又名**易出血病** Hemophilia。自來以為此病僅為遺傳於男子之病，雖可傳及女子然其本身不發現僅能遺傳其子。近今知婦女亦可患此病，惟不及男子之常見。此病有二類，一曰家屬的，一曰散發的。家屬類之血友病，其血粘稠而流出慢，白血球常常濇出，多核白血球減少，單核白血球反多。血凝甚慢，須歷時兩小時半至九小時甚或十二小時。

散發類者血薄而如水，血球之數如常，血凝需時三十至五十分鐘。

此病所以在此論及者因其於婦女之成年時殊為有關。大抵在發身期所見之許多劇烈月經過多及血崩症有血友病之源。此病間或不易與月經過多性萎黃病區別。

患血友病者經期之初現並不遲延，惟月經成立後經血過多，且極難治理，甚或可因之致命。有報告一百二十一醫案中致命者竟達十人。盆臟不見有何解剖學上的改變。生產時有重大或致命之出血者嘗見數例。

治法。在設法改變血液之化學組成使之易於凝結。或敷斂性溶液於子宮腔，此則以氫酸鈣 (calcii chloras) 溶液(3%—8%)及腎上腺素 (adrenalin) 為有用。有注射百分十之筋膠 (gelatin) 溶液於血內而獲效者。此等方法近時則用人血轉輸法或曰輸移法 (blood transfusion) 或動物血清注射法 (特以製自馬或家兔者為多) 替代之。

血外瀦 Extravasation of Blood. 血之多量外瀦如常見之於子宮外妊娠者，有特殊失血後之情況，即赤血球之數減少並白血球過多。倘不再出血則赤血球旋即再生，惟吸收血內變性所致之產物可令白血球增多之狀不退。倘所積之血漸變濃厚則有纖維蛋白或曰纖維素物包繞之 (此在歷時久而未染毒者多如此)，白血球增多情狀遂退。倘所積之血受染毒則白血球增多之狀回復，且與顯於他種膜性病之經過相似。

血外瀦後之白血球增多 (或為變性血腫吸收之結果)，有時致使子宮外妊娠與子宮附件炎病不能區別，因二者之諸多徵象及症狀相同也。

壞死性組織 Necrotic Tissue. 壞死性組織所生之產物吸收入血，亦令白血球增多至一萬五千或尤多 (尋常為六千)。

此爲一重要之情狀，多於振轉之卵巢囊腫及壞死性肌摺見之。倘染毒（如粘連於腸者往往如此），則白血球增多之經過與尋常炎病者同。

血清診斷法 SERODIAGNOSIS

阿褒好屯氏之妊娠與癌試驗法 Abderhalden's Test for Pregnancy and Cancer. 德國化學家阿氏發明血清試驗以資妊娠與癌之鑑別，雖尚在試驗期，然倘能改良而簡單其技術則於臨診上有極大之便益。

阿氏開始其工作於妊娠之研究。夫當胎盤發育期，絨毛膜之絨毛被排於母血內，此久爲醫界所公認，阿氏復證明此種物質在血循環內不啻爲一種異物性蛋白質，能製造特殊消化性酵素於血內，且倘將母血採取貯於玻管中，此等酵素對於他體之胎盤組織仍能繼續行其消化作用，職是之故，氏遂以之爲診斷妊娠之一方法。

測驗此特殊之保護性酵素之有無，法將受試驗者之血清採集少許，使與胎盤組織之試劑接觸，觀察該血清有無消化胎盤之能力。

關於阿氏試驗之意見，今尙未能一致，有謂在臨診上似太無根據，有謂頗爲可靠者。試驗法須嫻熟而加以細心，否則極易錯誤，因此尙未能爲一般醫家所通用。

婦科對於循環器之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE ORGANS OF CIRCULATION

男女循環器有數種不同之點，茲試述於下：

女子之心臟及血管，在比較上及絕對上較男子者爲小而弱。心臟在某種時代重量並較小，據 Müller 氏謂女子之心臟

在三四十歲間,平均重 234.7 克,男子則重 297.4 克。男女血管之異點係因男子血管壁之中層較厚,某謂此於病理臨症上或甚重要。

在女體,主動脈分叉處較高者為多,而心尖較高則由於胸廓較短,心臟較小之故。就生理言之,女子之脈搏率平均較高而波動較大。

女性血管舒縮之應激機,特易受情緒之影響,甚至能致子宮之出血,此為習見之現象。此種血管舒縮敏感性,於女子之生理上及病理上皆有種種之重要關係。

女子之血壓比較男子為低,且波動易至較大,因其脈搏之關於血管舒縮及精神感應上,不似男子之安定及少變異也。

心臟 THE HEART

當發身期,心臟之大小大增。月經成立,其心臟往往有官能上的節律不齊,此或頗關重要。最常見者為心悸及血管舒縮性的顯狀,如潮紅,轉白,發暈,眼跳等等。重者脈速顯著兼有心區疼痛,呼吸短速而覺鬱悶,此等症狀於月經發現後則消除,至下屆月經則再現,惟嗣後遞次較輕焉。此等例於心臟之損害或心大小及張力之改變皆不能查出。

發身期之循環器障礙,多見之於有遺傳性神經薄弱性及幼時環境之有以使其腦力不穩者。間有由於甲狀腺腫大及甲狀腺機能過敏所致。萎黃病,貧血及種種發育不全皆易於發身期發生心症狀。

上述諸症狀有時有纏綿至每屆月經則再發現者,在有痛經者尤然。Jaschke 氏記載一種病案,據謂心症狀與月經疼痛症狀交相發現,名之為替代性痛經 (“vicarious dysmenorrhea”)。

心之官能的應激機增加,嘗於經絕期見之。在此時期亦常有特殊之血管舒縮症狀發現,多為暫顯之熱潮紅及覺熱,已於經絕期條下詳之。

Schickele 氏謂經絕期之血管舒縮症狀由於血壓增高，良以先時抑制血壓之卵巢分泌物至此缺如之故也。不過此說迄未完全證實

因纖維肌瘤等出血所致之繼發性貧血，顯心臟一時的代償性增大，亦可誘起靜脈壁之改變而易發生血栓。血栓既成則有受染毒而發出毒性小栓子入血循環之危險。

婦科對於神經系之關係

RELATION OF GYNECOLOGY TO THE NERVOUS SYSTEM

月經對於神經系之勢力 *Influence of Menstruation to Nervous System*. 考慮生殖器與神經系之關係時，必先憶及月經作用之影響於婦女全體者之如何重大。

在一八七八年時有 John Goodman 氏宣布月經循環說 (*the cyclical theory of menstruation*) 之論文，是為主張月經官能非純粹為局部作用，乃全體循環系重大改變之表現的嚆矢。氏並謂循環系之此種定期改變，係受神經系之支配，且本乎有節律的休息及活動之定律，例如表現於心作用者是也。

又哈佛大學於一八七六年之“婦女月經時休息問題”之徵文中，有女醫 M. P. Jacobi 氏首先解釋月經之波浪學說，其貢獻於研究盆內器官之生理學者最有價值。依此學說，經血係表示儲蓄準備供給妊娠之餘冗滋養質，但於未受孕時則作經血而流出。

Jacobi 氏謂月經在婦女新陳代謝作用中蓋呈一有節之波浪線，達其最高點適在月經前，其最低點則適在月經後。Jacobi 氏為證實其學說起見，曾每月檢查婦女數人，發見適在經期之前時體溫、血壓、肌力及脈搏皆增加，屆行經時則漸減小，至經畢則達其最低點。

上述觀察，曾經他研究家證實無誤，在一八九〇年有 von Ott 氏與其門人 Schicharell 氏考究無病婦女五十七人，於六十八次月經期中觀察其體溫，脈搏，血壓，肌力，肺量，吸氣及呼氣並眼之反射等而知女體官能之活力於適在月經前時為最高，迨經血開始時則漸減。Ott 氏創作一曲線表示無病婦女生活現象每月之高低（見圖）。

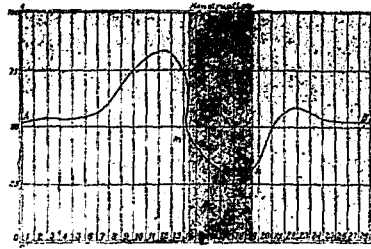
至於此種降落月經浪之生理的原因，究係因卵巢內分泌物之結果或由於中央神經系之按節改變，抑或二者皆無關涉，迄今尙未明確規定。Ott 氏曲線顯示康強女體活力之按月降落，殊足以表示其在各種事項上皆本

乎此例。此於明悉婦女之平時及病時上皆極關重要，H. Ellis 氏謂 Ott 氏曲線倘引伸考究之後，則於婦女之一切感覺，情緒及智力殆皆可適用。

讀上述婦科於全體關係之各篇，則知當月經時之種種改變幾於身體無部不見，如感覺器，消化器，皮膚循環器等皆有與焉。而在健全婦女之精神及神經機關其符合於月經之曲線尤極顯著，蓋彼時感覺敏，情緒易動，易怒，易發乖戾性火及無故反覆。自治力較弱而易鬱悶。當月經時神經反射力妨害，其才能及機敏較遜。

以上所述皆指婦女健全時而言，至於病時曲線雖同其高下，惟改變或更顯著。

第 八 圖



Von Ott 氏表示月經潮之曲線

研究月經與神經改變之關係，如自病理研究須從兩方面觀察。第一，神經病之完全由於月經官能異常所致者，此則治療其月經困難則神經病自癒。第二，神經系異常之因月經作用而增劇者，此則於調經之後雖不必然能治療其神經異常，然亦可使之輕快。

(1) 月經不調所致之神經薄弱或曰神經系官能病 *Neuroses as a result of menstrual irregularities.* 致神經薄弱之月經不調病中以痛經為最重要。所謂痛經或曰月經困難者係指本質的痛經而言，包括子宮之痙攣性疼痛，平常在小腹之前覺之，間有覺在瓶部者。至於盆炎，慢性闌尾炎或他種腹病之疼痛之因行經增劇者，則不屬於本質的痛經範圍之內。本質痛經定然為純粹物理的徵象，且大多數有明定之解剖學改變。尋常與真痛經伴發者為生殖器之局部的發育不全，往往有子宮異位，由發育上之關係而成後退的前屈或後傾彎屈，抑或異位而無發育不全之事。此等病者多有身體他部完全健好，且往往無腦力平衡缺乏之素因。經期之疼痛初尚影響於病人甚微，但女子之年事漸長則有易受衝動，力竭及萎頓等之神經系的症狀發現。月經時萎頓之程度漸次增重，經期後之恢復常態遞次緩慢。後則第一次之惡效尚未全脫，二次之惡效踵至，於是病者之神經系繼續遭此打擊，卒不免漸受其惡劣之影響，故無怪痛經病者歷時既久幾皆成神經薄弱性也。須注意者，不可誤認此種痛經為神經系官能病之結果。間有謂精神病或神經病可引起慢性痛經者，此種事實間或可能，但確罕見。故此婦科家對此類病案，首當盡力設法減輕其盆內之病痛。惜乎本質之痛經治療殊為困難，但受外科手術療治，其神經系的病況立即見輕者殊不少（百分之五十至七十五）。有時痛經無法治療，病者成為廢人至累其自身及其親屬，此則以截除其

寧丸及子宮爲妙，在確乎適應受此術者，其精神及神經的病況可獲完全治癒。

除痛經外，他種月經不調亦或可爲輕性精神病之根源。例如月經過多或使病者體力耗損而成神經衰弱之狀況，在兼畏懼患痛者尤甚。繼續之經閉或亦爲精神萎靡之原因，但伴發重大之精神紊亂者如早老性癡呆，則只可視爲此病之一種症狀。

學者須注意精神紊亂能暫時影響於月經之官能。常見有許多婦科病人，於準備行手術時其月經忽亂規而至。凡精神受驟然之震盪往往可致其月經立至。尋常之腦力震盪，雖常聞能致月經永久不調，然確鑿與否殊不能無疑。驚恐或精神震盪亦可致經閉，例如常見婦女因恐懼受孕而致月經愆期半月或十日。

(2) 月經對於精神及神經的病理狀況之勢力 Influence of menstruation on pathologic mental and nervous conditions. 此指原病在神經系之自身自遺傳性官能紊亂以至重大之腦機質病皆包括在內。此諸病況，至月經期即行增重，殆已無疑。倘益以月經異常則神經系之反感必更嚴重。

神經紊亂，或僅藉定期之劇烈頭痛表示之。行經時往往有希司忒利阿 (hysteria)，希司忒利阿性癲癇病 (hystero-epilepsy)，癲癇 (epilepsy)，色慾狂 (erotomania)，耽酒狂 (dipsomania)，竊盜狂 (kleptomania) 及憂鬱病 (melancholia) 等之一，單獨的或特著的發生。婦女有干法或自殺之趨向者亦往往於彼時實行之。

上述病況本歸神經病學者及精神病學者治療之，然其中婦科家能使輕快者亦有數種。痛經或月經過多應受婦科家之治療，因倘能治癒此等症狀則大可救濟其神經之刺衝。此

等病案中有少數其精神病狀單在月經時發現者，此則宜施卵巢截除術。

關於生殖器之輕性精神病 Genital Psychoneuroses 概括言之，凡慢性盆病之致長久或頻發的疼痛或煩苦的感覺者，皆足以誘起神經系的官能病及輕性精神病，其輕重視症狀之久暫及烈度並病者對於神經刺戟之天然抵抗力如何而定。生殖器神經病之性質，與由於身體他部而起者無異。

療法 在注意其受刺戟之局部原因，並須有正確之診斷及機智之辨別，因此種病者，倘治療失當則結果甚惡。治療之成敗在能否救濟局部之刺戟症狀。倘確能斷定其非因盆病所致始可用神經學的方法療治之，因各種婦科療法對之皆不免反致危害也。

卵巢截除之關係 Effects of Castration. 因子宮截除及卵巢截除須常常施行，又兼行此二術後或可發生重大之精神病為一般人所深信，以致婦科學者對之不能不特加注意。此種觀念，近代外科醫士益復故甚其說。但據吾人之觀察，其人為絕經所致之症狀並不多於天然之絕經者。

經絕期之神經系的症狀可分為血管舒縮的紊亂及輕性精神病兩類。血管舒縮性症狀中之最要者為熱潮紅 (hot flushes)，亦或有眩暈，手足發冷等顯狀。此等症狀之平均期限為二至三月，然亦或纏綿較久。在手術後致有疝性或刺戟性併發病與赫尼亞，手術後粘連，傷口染毒，及特在子宮頸殘株及陰道壁脫垂者，易使症狀加重並延時較久。卵巢膏劑為血管舒縮病之主藥，幾概可救治之。

熱潮紅之原因與卵巢之截除不無關係，但究其何以發生此改變則尚未確悉。有謂由於卵巢內分泌之制阻血管作用

消失而致血壓增高使然。但在某婦科醫院研究此種病案凡五十人，未見一人有卵巢截除後血壓增高之事實。

熱潮紅之發生必另有一種或數種原因，於其常見於卵巢無病之婦女可知。著者嘗見一子宮官能不全之婦女患程度甚重之熱潮紅數年，迨為之截除子宮及卵巢後熱潮紅等症狀全消。

血管舒縮紊亂不必然常誘起神經系症狀，惟在程度甚重或頻發致或騷擾神經系過甚者則或然耳。

凡人為的絕經後所發生之神經系的紊亂，如血管舒縮及輕性精神病等症狀，於生理的絕經後亦或可發生。Dubois氏以研究此病三十餘年之經驗作一結論曰：神經薄弱的顯狀多半由於恐懼煩悶等情之精神打擊偶然發生於經絕期所致。

生殖器之乖戾 SEXUAL DEVIATIONS

手淫 Masturbation. 各種生殖器之錯行在婦女最為重要者為手淫。此事人多未之重視，非但其事之未及詳察，即其影響於品行及健康亦少加注意。

手淫一問題在女子不及男子之易於了解，關於此事之論載多含混而矛盾，因此有審量證據及佐以臨診觀察而作一結論之必要。據 Freud 氏謂小兒當哺乳期及四五歲時，其生殖器特呈敏活之現象，男女小兒皆然，並非關遺傳退化，實為生殖器生理上之前驅作用。然倘不能天然制止，則成病理的素因矣。

倘幼時手淫現象過度殊不易制止，甚或可隨身體之動作而發生。除有時為才智退化之一種合併症外，尋常手淫之兒多係開知識及發達較早者。在恬不知羞之兒則為之若行所

無事，且多不必然妨害其身體。此種小兒宜設法使不與他兒接觸，恐其流毒社會也。

未能制止手淫之小兒之將來殊不易預定。在有遺傳退化之關係者，其手淫之習性或可為後來重大精神病之一種合併症。其餘屬自身戀愛者將來或可轉為戀愛其同性，致有性慾乖戾之事。此種個人之身體才具皆極如常，且成丁後之智力及生殖力均甚大。

又女子當發育期之天然約束反應，可制止手淫的傾向，加以良環境之感化，卒可使其性慾之潮流歸於正途；惟神經薄弱狀較易發現耳。

猶有一要類，雖知恥觀念頗強，但未完全克服其性慾之興奮，其結果精神上常感奮鬪之苦，致樹將來精神病之基。此種個人身體上所受之虧損，往往甚於不能制止性慾者，因此形容憔悴，易犯消化不良，抗病力衰弱，才智遲鈍，冷淡無情，不願與人交往。倘童年時代之女子而有習性之手淫，則或為異常兒時手淫之續行，或係早發未遂之性慾興奮不定。倘此惡習太深，則往往有精神病伴發。此種病人往往患重大之女陰炎，由於用手刺戟之結果。倘手淫係於此時新習染者，則所致惡果約常較輕。

早犯手淫殊不利於婚嫁，蓋手淫成習者於正當交合時多呈委頓狀況，此因生殖器於性覺已發生固定也。

幼年習於手淫者於其人之行檢亦有重大之關係，除可誘致神經薄弱外，極易存兒時僻性而不可破。不但在性慾上自身戀愛，即諸事亦懷自利之心理，如妒忌、殘暴、執拗等。此等兒性之特狀本應於知識稍開時因知恥自責等稟賦而消除，倘持續兒時之手淫行為，則其他兒性不免亦因之固定矣。

成年女子犯手淫之多少殊不易言定，據 Gutseit 氏意見，女子十九或二十歲後設法自遂其性慾者殆為極通見之事，但此說未免過甚耳。女子對於此事多諱莫如深，故確切之數實難徵得。凡幼時之染此習越過生理限度者，則成年後必有多少之繼續或再犯，似可深信，而在正當交合時不得愉快之女子尤然。

總言之，女子成年後之犯手淫者較男子為多，因男子二十五歲後比較的少有此習慣也。

成年女子罕有因此事就診於醫士者，故知倘中年而犯手淫，其害必不似幼者之顯著，且其妨害精神上及身體上之程度亦不及男子者之重大。然據 Hirschmann 氏則謂生殖器有構造性質特別易因手淫致疾者，亦有不致明著之損害者。是以手淫過度之可能為害未可輕視也。其惡果之最著者為神經薄弱反應，此則神經學者較婦科學者知之尤詳。

婦女手淫所致身體上之改變往往不甚明著，然有時或有顯狀可據，此則以小陰脣之伸長及弱小為最常見。此改變多係兩側相同，間亦僅有改變一側之小陰脣者。此種變形，約係因用特殊之方法致令陰脣漸事伸張之結果。然此或與男子手淫者之致陰囊伸長及弛緩之特狀相似。手淫過度所致之劇烈女陰炎容另詳之。至於其他改變則為盆內持續充血之結果。青年女子之患劇烈月經過多者，就中必有以手淫為其起因者，惟尙未能徵集可靠之論證耳。在極著之醫例，見子宮增大甚，且往往後傾，腺亦變成永久之肥大。月經過多之程度重而持久。

嘗見一極著之例，為一年十歲之少女，其下腹及股之淺小靜脈皆擴張殊甚。手淫之可為圓韌帶靜脈曲張之主因或副因，與男子陰囊靜脈曲張同一原理，殆可必然。

交媾困難 *Dyspareunia*。此問題關於女子身體及精神之幸福大而且要，未經人所充分注意，本編爰特論之。所謂交媾困難者不可與痛性交媾困難混為一談，就狹義言之，蓋指性慾雖存而正當之情快亢進不能因交合發生之狀況而言。交媾困難或為疼痛之結果，但疼痛不必為其伴發之現象。性慾麻痺，淡情陰萎等名稱有時用之以當交媾困難。

欲了解交媾困難之原因，必先明悉性慾之何以衝動。惜此種知識吾人今尙未具，只得暫以渺茫之學說為考據。其神經學說如下：交媾時激勵陰蒂，女陰，前庭及陰道等之感覺神經，此種激勵傳至大腦皮質，在彼發生愉快感覺。從大腦皮質再發出一種生殖脊髓中樞之反射興奮，而激動生殖器，至有陰蒂勃起及各腺之分泌物發射等現象。

上述理論殊不完備，因絕未言及內分泌之關係也。夫內分泌腺與性慾之確有關係似殆可無疑，惟未能悉耳。前以卵巢為性慾之發軔地，今知其尙居第二之位置，至於他種內分泌腺對於生殖器之勢力則迄無明白之見解。又有謂化學物與性慾有關者。

吾人既認性慾動機之神經理論及化學理論皆不充分，故為便利起見，不得不就交媾困難基本原因之 *Kisch* 氏分類法言之如下。

一。女子生殖道之感覺神經末端之興奮不全或完全缺如，因此不能將興奮傳至神經中樞。

二。大腦皮質發出制阻力，因之愉快的感覺及識別受其妨害。

三。脊髓反射中樞（生殖脊髓中樞）之激動機減弱或中止，此足以使發射分泌物之感覺萎頓也。

觀上所述，可知交媾困難不出下列三途：（一）局部敏感性之缺乏，（二）中樞愉快感覺之缺乏，（三）分泌物之缺乏。

局部敏感性缺乏者，據謂係一時的，則屬生理現象，女子破瓜後之若干期內往往有此情況。倘此種委頓為恒久的，則係早年手淫之結果。此案之診斷殊關重要，因倘由於先天性神經不全則無法治療，而在屬心理的遏制則或可設法治療。

中樞愉快感覺之缺乏由於許多特殊原因，就中以局部疼痛為最要，因疼痛先達大腦皮質，足以制止其愉快感覺也。所有破瓜時之性慾麻痺或完全由於破損處女膜所致。凡生殖道在解剖學上足以使交媾疼痛者，亦可謂交媾困難之原因。此類原因之最常見者，如骨盆之新舊炎病，種種陰道炎病，陰道壁癢痕，或陰道腫瘤，女陰炎，前庭大腺炎，尿道肉阜炎，會陰癢痕，陰道膀胱漏，或直腸陰道漏等是也。

與疼痛有關而為交媾困難原因之一者厥為畏痛，此全屬心理的制阻。破瓜後之性慾委頓或因此故。

交媾困難又或純因感情制阻之暫時結果，如悲哀，憂慮，恐懼，對丈夫淡泊或憎惡等，此種交媾困難狀況謂之相對的交媾困難。女子生殖器敏感性之有賴於心理的感化，較之男子者為重。有時女子結婚後數年內情猶濃密，後則其性慾漸形不振或完全委頓，此在無機質病或內分泌腺之官能改變者多半由於夫婦間之同感漸缺使然。心理制阻的交媾困難間或為性慾顛倒之結果，因其同性戀愛甚強，反以正當交合為不快也。

所謂第三類者，其局部敏感性及心理的愉快雖無何缺，然因生殖脊髓中樞之應激機不全，故最後之動情的溢液不備。此為婦女常訴之情實而往往可誘致神經薄弱現象者。此固因天生之脊髓中樞不全者，究之由於交合未達充分愉快之

程度者實屬不少,如中斷性交合,男子陽萎或洩精過早及種種避孕方法等皆足致之。

有數種病況雖其局部及心理之應激機甚強,然卒不能得充分之愉快,此足以使患者恒處於不得壓足之境,致成慕男狂(nymphomania)及不斷之手淫,而往往須精神病家救治之。

婦科家最常遭遇之交媾困難醫案為就治不孕之婦女。此兩種病況在原因上必有相關之點。Kisch氏發見六十九個不孕之婦女中,其有交媾困難者居百分之三十八,惟未言其尚有其他不孕之原因與否耳。雖淡情婦女及受麻醉者或有受孕之事實,究之尋常之受孕非有完滿之快感不可。至於關乎屬性反應之前庭大腺及子宮頸粘膜腺之分泌物與夫子宮頸之吸引運動並精液着落陰道處之反應等種種動機,雖非妊娠之絕對必需,然確皆有助妊娠之成功。而此等動機在交媾困難之女子往往呈惰性狀態也。

生殖器對於附近器官之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE NEIGHBORING ORGANS

膀胱 The Bladder. 當子宮之位置發生病理的改變時,膀胱之形及位亦隨之變更。在子宮因瘤之壓迫致向上移位者,膀胱頂亦被牽往上,但此改變不必然發生症狀。子宮向後移位(後轉,後屈)尚不大改變膀胱之位置,惟於子宮膀胱之附着處微有牽曳,却不足以發生膀胱症狀。至於子宮下降則影響於膀胱者甚為重要,因其為膀胱膨出之主要因子也。

膀胱膨出不但致盆內壓迫之症狀,且因其膨出部之積尿不易洩盡,致為膀胱粘膜受染及膀胱炎之素因。

在受盆內腫瘤之壓迫者可使膀胱地位活動不定。上方之腫瘤可壓之使其深沉於盆內,下方之腫瘤可推之往上至腹

壁或偏於一側。但妊娠之子宮或壓迫膀胱之中央使其壁呈雙側之膨脹。在腹膜後有大腫瘤者可致膀胱之形極不規則。此等患者之膀胱所顯之受惹症狀多半極微，即在壓迫或離位重大者亦然，殊非意料所及。究之離位之情況可為膀胱受染及刺戟之素因者，其關係在臨診上或甚重大。當妊娠時倘子宮之位向前，則可使小便頻繁，倘子宮底係向後屈者則子宮頸可壓迫膀胱頸而致礙及溺尿之作用或小便失禁。嵌頓之子宮後屈，或足以阻礙膀胱頸之通暢而致尿滯溜。當生產時各盆臟皆充血，膀胱壁亦然，故易發生膀胱炎，在必須導尿者尤易激起之。又膀胱可因分娩之壓迫及器械之施用而受損傷，膀胱陰道中隔因之或被撕破或壞死而成瘻管。分娩時膀胱所受之傷往往害及膀胱之括約肌，致其閉鎖不全而使病者不能約束其小便。

生殖器之炎病往往可累及膀胱。淋性盆腹膜炎雖多限於盆之後部，但在甚重大者或並可累及盆之前半及膀胱。盆器官之膿毒病有時可與膀胱粘連及破入膀胱，其例如輸卵管膿腫，卵巢膿腫，壞死性輸卵管妊娠，卵巢皮樣囊腫及乙狀結腸之憩室膿炎等。陰道上切除子宮後發生之子宮鄰結締織炎或產後膿毒往往可累及膀胱，反之，重而且深之膀胱炎有時亦可累及子宮鄰結締織。

陰道癌非至病之晚期不累膀胱，此亦因癌之多起於陰道後壁也。而子宮頸癌則往往延及膀胱，雖亦累及陰道壁，然比較為遲。膀胱及生殖器之患結核病，各不相關，如二者之一感染此病，從無有延及其他之趨勢。

輸尿管 Ureters. 生殖器之影響於輸尿管，在因有壓迫或使之變位之事致礙及尿之運輸。輸尿管因妊娠致不全閉塞而積尿者，曾見之於死後剖檢，此大抵非直接壓迫之結果，約由

於輸尿管粘膜炎及水腫所致。間有子宮周圍之滲出物結成癥瘕於輸尿管附近，迨皺縮，使輸尿管狹窄致該管或腎盂積尿。

腹膜後腫瘤特易癥及輸尿管，如韌帶內纖維瘤及卵巢囊腫之大者必使輸尿管之位置改變，此為截除腫瘤時所必須注意之點。

子宮頸癌最後可累及子宮周圍之組織而包圍輸尿管，時或使之狹窄或閉塞，但尋常不累及管壁自身。此在根治子宮頸癌時殊為一棘手之事。

行骨盆深部之手術時，或誤傷輸尿管致成輸尿管癆。

輸尿管之疾患如結石往往可致映射盆器官之疼痛，致使醫士診斷錯誤及治療失當。

生殖器於腹膜及腸之炎病之關係容後另詳。

直腸及乙狀結腸 Rectum and Sigmoid Colon. 直腸與婦科病相關之點甚多，最常見者為會陰破裂後之脫肛，且往往兼患子宮及膀胱脫垂。脫肛多妨礙大便之通暢，且使病者感陰道似有物突出之苦。然脫肛之自身倘非子宮及膀胱脫垂，少顯主觀的症狀。修復直腸陰道瘻及括約肌撕裂，為分娩受傷之外科成形手術之重要部分。

痔瘡於妊娠及分娩所關殊大。分娩時之壓迫及伸張直腸括約肌，往往可誘發痔瘡或使已有者增劇，致其靜脈永久擴大甚或綻裂。會陰撕裂則致括約肌周圍之組織鬆解，因此痔靜脈失其維持而變擴大。故會陰修復後往往痔瘡亦癒也。產後之劇烈子宮鄰結締織炎或可使直腸之管空縮小，甚或閉塞，曾見數例。

子宮後轉與直腸之關係，論者尚無定論。多以為後屈之子宮為日既久可粘連於直腸。僅接觸覆蔽直腸之腹膜似不

至發生粘着。然大抵因子宮沉重(其後壁有纖維瘤者尤然)足以妨碍直腸之蠕動,致使連於腹膜之直腸壁發炎也。此種病演有時爲便秘之結果,縱子宮不向後屈者或亦致之。此爲一痛而難治之病,名子宮後鄰結締織炎,子宮鄰結締織炎之爲原發者似亦有之,此則因粘連物之牽曳子宮後壁而致繼發子宮後屈。子宮後鄰結締織炎而有直腸與子宮後壁之粘着者,間或係由於使用子宮托之不善所致。

直腸於急性盆炎之關係已詳他章,茲僅言輸卵管及卵巢之膿腫有時破入直腸致成癩管或可自癒或成久癩。又許多盆之淋性或結核性膿腫,因其粘連直腸致腸管內之細菌或透過直腸壁而使該膿腫成混合傳染。

子宮頸癌在晚期侵襲直腸往往釀成癩管。陰道癌亦侵襲直腸,但僅在病甚之期爲然。至於直腸下部之癌則累及陰道壁比較爲早。

在行盆之重大手術時(在粘連甚大者尤甚),直腸因隆起之關係極易受傷。直腸壁撕破者約不難縫合之,且倘調護得當不至形成癩管。傷後所致之癩多半因當時直腸壁之損害不重,醫者未及覺察。倘用紗布排液物與此等傷接觸必至發生癩管,曠是之故腹腔內切不可用紗布排液也。手術後之直腸癩無論通於腹腔或陰道,大抵終可自癒,惟間或不然。

直腸病所顯之症狀宛若生殖器之有損害者,故或致診斷錯誤,此在乙狀結腸下部或直腸上部之急性憩室炎爲最,因其狀況甚有似乎輸卵管膿腫。

慢性結腸炎之疼痛往往傳至輸卵管及卵巢,有時因此錯誤致病者受無謂之手術治療。

闌尾又名**蚓突** Appendix 闌尾以其位置之關係極易受盆臟病之累及,在尋常時闌尾之尖多居盆內接近右輸卵管及

卵巢，而在其下垂者或在能動之盲腸則闌尾可全居盆內，甚或達至直腸子宮陷凹之底。

闌尾與盆臟之交感關係多基於炎性作用。卵巢瘤能推盲腸及闌尾至異常之位置並間或可使致病，然罕見。

輸卵管之劇烈炎病似尚無特易累及闌尾之性，然輸卵管炎之粘着則有時可累及之。闌尾炎之此種被累尚係外部的，用鏡檢之則知係闌尾周圍炎，罕有引起急性闌尾炎之危險者。然闌尾周圍發生之粘着可使之固定，而為以後急性闌尾炎發作之素因，並致慢性炎之症狀。

至於急性闌尾炎之有膿性滲出物者，則最易累及右輸卵管甚或累及全盆，此因地心之攝力歸納此炎性產物於直腸子宮陷凹而遂染及子宮附屬物也。是以少女之患急性膿性闌尾炎者往往可致輸卵管閉塞及粘連，子宮後轉及粘連，並卵巢外質慢性增厚等重大之損害。倘此病發於發身期以前或兒時，則或可阻其生殖器之發育而有經閉或月經困難，神經薄弱及不孕等現象。急性闌尾炎之發於成年後者其損害生殖器之程度為致不孕，子宮外妊娠及子宮移位等。

慢性闌尾炎及慢性輸卵管炎之併見者甚夥，然按二病之起因則全不相關。慢性闌尾炎在婦女見之極多，惟多不顯重大之症狀耳。在死後剖檢及行開腹手術順便截除之闌尾，用目力或鏡檢證明其有發炎之據者，至少佔百分之六十故可視之為無用而有害之器官，於凡行開腹手術時不妨多用數分鐘順便截除之。

慢性闌尾炎與月經有明確之關係。經前及月經時之充血可使闌尾部之炎病增劇，故患慢性闌尾炎者於經期腹痛更甚。甚有只在該時作痛而平時無痛者。且也急性闌尾炎之發作往往在行經時而起。

闌尾炎之經過，當妊娠及生產時甚為重要。大抵非因妊娠為闌尾炎之素因，乃已有之隱性闌尾炎於妊娠時易復犯或轉為急性也。助成此結果者當然有許多要因。據謂螺旋形或糾搭之闌尾可因子宮之長大而被伸張及牽曳，且舊粘着亦可因子宮之增大致被撕裂。又妊娠時之便秘及盆腹臟之靜脈充血皆足助成闌尾炎之發作。闌尾炎之輕者其經過在妊娠時與平時無異，但倘有穿破或化膿之事則腹膜炎之險較不孕時大甚。其故蓋因盲腸及闌尾於孕時離其安全之隱窩，被逼向前上至入遊離之腹腔。網膜亦因增大子宮之障阻致不能行使其防堵之作用而被禁於腹之左側。又平時急性闌尾炎之滲液可積聚而隔絕於一處，在孕時則不能，因骨盆已充滿妊娠之子宮無從再容滲液，是故腹膜當孕時極易受闌尾膿病之傳染也。

尤危險者為急性化膿性闌尾炎之見於分娩時或闌尾膿腫之附着於子宮壁而致早產是也。子宮之體積既忽然減小，腹臟之位置因之變更，致將保護之粘連物撕裂而使膿液流入遊離之腹腔內，成為外科手術不易救治之疾患。

總言之，慢性或亞急性之闌尾炎當孕時殊有變為急性之傾向，故倘有化膿或成膿腫或穿破之事則其誘致普徧腹膜炎之險在孕時大甚，而在分娩時（無論足月或早產）尤大。故凡當孕時疑有闌尾發炎者當立即為之截除。倘闌尾炎在卡他性期或慢性期則截除後間或致流產，但多不必然。

婦科對於膽囊之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO THE GALL-BLADDER

盆病與膽囊病除惡性瘤之或可互相轉移外，在原因上無何直接或間接之關係。然膽囊病之有待婦科考量之點則正

多。凡行腹部檢查時不可不注意膽囊之情況，而在有右側痛或腹上部之暗昧症狀者特甚。

凡行腹內檢查準備施骨盆手術時，婦科家必須查其有無膽石之患，是為最要。此等醫例可分兩類：(一)病者之歷史證明有膽石所致之症狀者，(二)膽石之有，初非意料所及者。第一類，倘無若何妨碍可於施骨盆手術時於膽囊亦施以相當之外科治療，如其不然，則告病者以後須再受第二次手術。第二類，為偶然發見之膽石，事先無可認之症狀，究應如何治療較難決定。吾人對於行骨盆手術時所發見之膽石，倘非情形簡單不主張立施根治術，多半宜俟病者漸癒時為之說明情形，迨病者痊癒後得其許可始為之摘出其膽石。凡行骨盆手術之先，醫者應就所知腹盆內意外之病況向病者說明，為其人將來之健康起見務取得相機辦理之許可，庶臨時不致躊躇。至於神經薄弱或愚魯之病者必須訂定妥協以免起無謂之驚恐，而於某種病人以書面訂之尤妙。

凡行骨盆手術時皆宜順便檢查膽囊，惟在割口過小不能容手入內或有膿毒者則不宜檢查，因恐將膿毒傳至腹腔上部也。由腹下之正中割口向上捫診膽囊，必須熟悉解剖學之部位及有捫診之經驗，因塌陷之膽囊往往不易與小腸之一曲辨別。

倘發見膽石，且決定立即摘出者，則往往喜將在腹內之左手作割口之嚮導並握持膽囊，如此膽石乃極易逼出。此法雖簡而速，無如危險時多，蓋因手指不免沾染膽汁當從傷口抽出時難免有染及腹膜之險。最安全者係先完畢骨盆之手術並將腹傷妥為敷裹，然後照膽石手術所當準備之各節行之，而安置病人之位置尤關重要，因非至膽囊顯露不能預定手術之範圍也。

腹膜之粘連 ADHESIONS OF PERITONEUM

就婦科論之，無論因何種原因所致之腹膜炎，其最要之結果為粘連物之形成。此不外由於兩接觸面之上皮層之損傷或殘毀所致。當相對之漿膜面剝蝕後則漿膜下層之結締組織纖維蛋白之細絲，內潛入遊走細胞（成纖維細胞）而遂連合，故最後成為真結締組織之合體矣。粘連物有抗禦液體壓迫及防止傳染延布之作用。在早期，粘連物尚薄而易於用手分離，但為日既久則變堅密而收縮如癥。其最後之性質及結果乃視乎致粘連之原因而定。

腹膜上皮無論受何種損壞必皆發生粘着。損壞腹膜面最要之原因為：（一）細菌傳染，（二）化學的損傷，（三）機械的摧殘，（四）局部血養障害所致之表面壞死。

（一）細菌性腹膜炎 Bacterial peritonitis. 於婦科有關之腹膜炎為限於骨盆內者，此以淋病傳染者為最重要。淋性腹膜炎係由外生殖器之原發病循輸卵管傳至盆腹膜者。此等病大多數限於盆之後半，故發生之粘着亦多在該部。輸卵管及卵巢之表面首先受累，故最早之粘連物係成於卵巢卵管與闊韌帶後方之間者。倘病勢進行則所成粘連愈多，致使子宮及子宮附件之後面與直腸及乙狀結腸或腸他部之垂於盆內者連合。粘連物收縮則牽盆臟往後下致沉入直腸子宮陷凹內。病之所以限於盆內者半因地心攝力，半因大網膜及乙狀結腸之保護作用俾不至延及盆上口之上。淋性腹膜炎所致之粘着絕少消散之趨勢，乃漸變緻密而堅韌。且其收縮之力頗著，往往使器官之位置大變。

盆臟因產後感染膿毒者所致之粘着不似淋病者之多，故毒之勢不常限於盆內，而往往延至全腹膜腔誘發瀰漫性腹膜

炎而致命。此種傳染多爲鏈球菌所致，其毒力極大，在保護性粘連物尙未形成以先，致命之毒素已被吸收而致人死也。除鏈球菌外亦有他種菌可於產後染及盆臟，其中最要者爲葡萄球菌屬。

猶有一種常見之細菌性腹膜炎所致之粘着係結核病所產生者，其受侵或由於普徧性腹膜炎之連續傳染，或由於遠部如肺或淋巴腺之結核病竈藉血流所傳及。結核所致之粘連物極堅密而富於血管，故不能分析之而不傷及受累之器官。結核性之粘連物雖最頑強者亦或有完全消散之特性，此爲淋病粘連物所從未見者。

(二) 化學物損傷所致之粘着較爲罕見。膽汁洩入腹腔所致之刺激及粘着卽其一例，又腹膜假粘液瘤所見之粘連性腹膜刺激亦其一例。無毒血塊在盆內所成之粘着如輸卵管流產所致者亦必有其化學的刺激無疑。猶有一最佳之例可證腹膜粘連之由於化學物所致，如某人以油置腹內意在防止粘連者結果竟適得其反是也。

(三) 機械的摧殘所致之粘連係因腹膜上皮受力學的毀傷致相對之面粘合之故。此等事例最常見之於有大瘤者，蓋腹膜上皮受瘤之壓迫壞死而致發生粘着。

至於腹膜因手術受傷所致之粘着亦包括在此項之下，惟此等粘連之究因外傷抑或輕微染毒所致則殊不易言定。而肉面或創傷殘邊之可成粘着似爲不可免之事實。伸出之腸線結亦可發生同樣之結果。其他由於外傷之原因爲腸之處理潦草，乾紗布及腹壁牽開器使用不當，並暴露空氣過久等等。

研究外傷性粘連最重要之事在特意施術造成一種粘連物以扶托下垂之器官，此則外科家必須明悉粘連形成之生理作用，蓋苟不明此作用則其建設性手術將多歸於失敗。

夫相對之上皮面倘非先行剝蝕或毀傷則不能發生粘連此爲吾人所共知者。腹膜之此種事實正與皮膚及粘膜者同是以倘意欲於兩腹膜面間造成一永久之韌帶性附着，必須確知粘連區兩面之上皮是否毀損，甚緊之結之壓迫可致腹膜接觸面剝蝕或擦損或殘毀。

此法最常實施於行腹側固定術或懸吊術(ventral fixation or suspension)之手術。曩者行此手術係將子宮底之後壁縫數針於腹前壁，且刮損其相對之腹膜面。此足發生闊大之粘連使子宮緊貼於腹壁致毫不可動而爲將來妊娠之極大障害。所謂腹側懸吊手術(ventrosuspension operation)者係作一鬆結使腹膜面連合，此則腹膜往往完全癒合而不發生若何粘連，或粘連之區甚小致子宮之重量牽腹膜成長條形，可誘起腸管糾纏而不通之危險。

Gilliam 氏式手術之成功卒賴乎圓韌帶與腹膜間於貫穿處成粘着之故。

Olshausen 氏手術之有效在乎圓韌帶結於腹壁之縫甚緊，致結內之腹膜上皮可被殘毀。倘所作之結過鬆如用腸線或動物肌腱作者則多不能造成永久纖維織性之粘連。

(四) 表面壞死所致之粘連。此種粘連之例最常見之於腫瘤帶振轉之粘附於比鄰器官之腹膜面。此因腫瘤漿膜面之血養因帶振轉而受阻，故有內皮細胞毀損及壞死之結果。凡他種原因之足以礙及腹膜之血循環者亦可致相同之結果。

至於微生物之或可因腸道停滯而穿過腸壁發生粘着，於腸粘着條下論之。

婦科對於急性傳染病之關係

RELATIONSHIP OF GYNECOLOGY TO ACUTE INFECTIOUS DISEASES

除妊娠及產後期外,急性傳染病累及生殖器者不多見。繼此等病而發之常見併發病爲急性膿毒性陰道炎,有時延及子宮頸及子宮粘膜。患此者多爲小兒,且或係繼傷寒,霍亂,肺炎,天花,麻疹,猩紅熱及流行性感冒而發者。陰道炎有時甚重且或致壞死而令陰道腐脫。此等劇烈炎病可致陰道面發生粘着而成一部或全部之陰道閉鎖。有時陰道炎及其壁之粘合當時不及覺察,迨發身期有月經阻塞之狀始知之。許多陰道閉鎖,前以爲係先天性或偶然淋病傳染之結果者,殆必有由於幼時患急性傳染病所致無疑。

陰道受染之原因有時莫可究悉,因原發性全身病之特別微生物不必盡能於陰道分泌物中發見也。大抵由於其人之抵抗力因病衰減,陰道失其殺菌之能力,潛藏於女陰之微生物乘勢上行繁殖於陰道之故。陰道溢液中發見之微菌尋常爲鏈球菌,葡萄球菌及大腸桿菌等類。

輸卵管或可受急性傳染病如傷寒,肺炎及流行性感冒之特殊細菌之傳染,惟不多見。此種傳染,其細菌之達及輸卵管大抵假道於血循環。

患急性傳染病時往往可使月經紊亂,即經信過勤及經血過多。傷寒後或有若干時期之經閉,及生殖器萎縮至數月之久。

患傷寒時,卵巢之始基卵泡及囊狀卵泡中或有若干受其摧殘,甚者或致諸卵泡全死而有卵巢萎縮,經閉及不孕之結果。卵巢之此種損害,究由於傷寒桿菌之循環於血內所致,抑或由於一種毒素所致,迄尙未知。

白喉病亦可繼發或原發於陰道內，使之潰爛且或腐崩而致閉鎖。

流行性感及胃累及生殖器者估數甚大，而以致月經不調為最。病發之始，往往使月經忽現，甚至經閉已久者，亦然。其月經之紊亂或為月經過多，但屬血崩症者居多數。此等患者之子宮大而溼軟。最特殊者流行性感胃所致之血崩症於本病消退後可纏綿甚久且極難治療。

流行性感亦或使盆臟感受急性傳染，就中見諸記載者如輸卵管炎，子宮鄰結締織炎，尿道炎及膀胱炎等。盆臟之慢性或潛伏性淋病傳染往往可因流行性感之發作而激起其新活動。又盆內腫瘤如癌，子宮纖維肌瘤及卵巢腫瘤等有時於感染流行性感時速行增大。

瘧疾亦或致血崩症，且其血崩或與瘧疾之按時發作有關，即每日於一定時刻發現是也。

概括言之，任何急性全身傳染病，皆可致若干時期之經閉兼卵巢，子宮，外生殖器及乳房萎縮。然此多屬暫時之現象，倘非卵泡有何特殊之損壞則於病人之體力及健康恢復時皆同行恢復。

卷二

婦科病症

GYNECOLOGIC DISEASES

炎病

INFLAMMATIONS

淋病 舊名白濁 GONORRHEA

因此病流行之廣，患處之難於治療及其影響於身體之抵抗力並個人之健康者甚大，故淋病在婦科中實為最要之病之一種。且也因女生殖道較為複雜，故婦女患此其狀殊為不一，而其危害於健康及生命較在男子更甚。

淋病在諸傳染病中有其特殊地位，不但因其臨診狀況之有異，亦實因淋雙球菌較他病原菌之有特性也。淋菌之顯微鏡下的狀況及其形態本編不及備載，今專就所致淋病之臨診特點言之而已。

人體對於多種病原菌多少皆有免疫性 (immunity)，惟於淋菌則不然，無論昔已感患或個體免疫或先天種族免疫皆不足抵抗之。惟有時夫婦中之一患此，二人間似有互相免疫之能，但苟予以適於淋菌滋生之機，則夫婦之一或即感受其患，且此二人皆可傳染第三者而使成急性淋病。

淋菌最適宜之居處為粘膜面，寄居於上皮細胞之間。其侵入位置較深之腺腔如子宮頸及女陰等之腺者甚少，不過託

足於腺之導管內而已。且無穿入皮下結締織之性，亦罕入淋巴管及血管，惟有時或然，故有累及關節或腱或心瓣者。又嘗有報告全身性淋菌敗血病 (gonococcus septicemia) 者。淋菌特喜人類之某種粘膜面，既落其上，立即繁殖，一如他種細菌之滋生於合宜培養基然。且組織面不必有擦損或破傷，即平常之無傷上皮面，亦足資其生活及繁殖。

倘淋菌錮閉於一處如於輸卵管積膿 (sactosalpinx)，則不久即死，而在分泌流通之處可生存甚久，且其毒甚劇。

淋菌專爲人類的寄生物，外乎人身則絕無，且甚難接種於動物之組織。且也只能用人體分泌物之培養基方能培養之，如培養於尋常瓊脂基 (agar media) 不能生長，惟瓊脂之和以人血者則滋生繁盛。又能滋生於陰囊水腫液、腹水、卵巢囊瘤液，甚或人尿內。而於肉羹、動物血清，及他種種尋常培養基內概不能滋生。

淋菌尤有一特性，即須在濕潤情況下方能傳染，且只能滋生於濕面，在乾燥情況時則速死。是以淋病幾係絕對的接觸傳染病，除小兒外罕有間接傳染者。凡生殖器之淋病，概係由於交媾傳染。婦女之患急性淋病不外受男子之急性或慢性淋病之傳染，反之男子之受染亦然。

就臨診方面言之，淋菌尚有一最要之特性，即其能潛伏甚久是也。此與他種病原菌之芽胞期不同，乃指其盤居於人體組織內而暫不顯作用耳。是以病者雖有淋病而不顯症狀。淋菌既逗遛於上皮細胞之間，故無毀滅上皮之事不能害及該菌，因此該菌能久伏其處，非至四周組織之血循環有改變時刺激之不顯活動作用。淋菌能潛伏之期限尙未確定，有謂其潛伏二至十餘年者。大抵在男子平均潛伏三至四年，在女子約

較此尤久。雖有報告其潛伏至二十或二十五年之久者，然不能無疑。

淋菌最喜潛伏之處為組織之隱秘及保護妥適之皺襞處，如男子之前列腺女子之子宮頸腺及前庭腺之導管，並輸卵管內膜之皺襞內。此潛伏淋菌誘致急性淋病之法有二。一，使本病者復顯淋患。二，傳遞他人而更得一適宜滋生之處致激起急性病。適於潛伏淋菌發動之情況，如房事過度，行經，生產或骨盆內施行不當之手術等，因使該處充血俾淋菌多得養育也。淋菌有此久於潛伏之險詐性，故所用種種防止其為害人類及影響身體健康之方法多歸失敗也。

據 Amann 氏謂淋菌既入人身不必經一定之潛伏期，乃係速為生長繁殖，約由十二小時至二日組織即顯反應。而 Norris 氏則不以為然，謂淋病平均確有三至七日之潛伏期。

淋菌最喜居於人體一定之表面組織已如前述。為適應其發達及活動，該組織必須為柔軟、嬌嫩且常濕潤而富於血之供給者方合。該面必或為改變之上皮如尿道膜，或為嬌嫩之鱗狀上皮如陰道膜，或為圓柱狀上皮如子宮頸內膜，亦或為內皮如盆腹膜，或為嬌嫩之上皮如結合膜等。

女生殖系各部之上皮皆適於淋菌之生長。諸部中之一有受其累者則或獨自成一特病，或兼傳染本系之他部而與之同患。

生殖系中可受其傳染之諸部（輕重不等）如下：（一）女陰及陰道（小兒），（二）尿道，（三）尿道腺，（四）前庭大腺，（五）子宮頸內膜，（六）子宮內膜，（七）輸卵管內膜，（八）卵巢，（九）盆腹膜。

欲明悉婦女淋病之種類，可按下列次序研究之：（一）女陰陰道炎，（二）尿道炎，（三）尿道腺炎，（四）前庭大腺炎，（五）子

宮頸內膜炎, (六)子宮內膜炎, (七)輸卵管炎, (八)卵巢炎, (九)盆腹膜炎。

小兒之淋病 GONORRHEA IN CHILDREN

女陰陰道炎 Vulvovaginitis. 女陰及陰道之原發性淋病幾盡爲小兒及少女所患之病。此因其女陰及陰道之改變鱗狀上皮柔軟而嫩,極易受淋病之傳染也。但長至成人則女陰陰道之上皮微成角化而較有抵抗力,是以成人之女陰及陰道感染原發性淋病者殊罕。在成人淋病之甚重者及忽於施治者,或可致女陰及陰道受繼發性傳染,但此不必僅由淋菌使然,多係兼雜他種細菌而屬混合傳染也。

小兒女陰陰道炎之傳染途徑有時不易測定。在下等社會人中有因不潔之行為而起者。亦有因用沾染淋菌之毛巾,海綿或被褥等所致者。具隱性淋病之婦人於生產時可致病增劇,因惡露爲培養淋菌最適之質,而小兒之受染往往因沾染此惡露之故。上述諸傳染頗爲明顯易查。惟有時於素講衛生之學校或醫院,忽有淋病發生,致小兒互相傳染,則其傳染之途徑殊不易查得。根究此種傳染時最宜記憶者,即淋病非關乎濕潤之物不能傳播是也。

小兒患淋病性女陰陰道炎時,其外生殖器必紅腫作痛,兼顯甚著之觸痛。病部浸以膿液極多。若不乘早療治,可纏綿數星期甚或數月之久。病勢罕有由陰道延至子宮及輸卵管者,但陰道膜則易發生潰瘍致有相粘之後患而爲後天鎖陰 (gynatresia)常見之原因。有種種併發病可因女陰陰道淋病而發生。尿道受染者殊不少,子宮頸受染者尤多。其他較罕見之併發病爲腹股溝淋巴腺炎,膀胱炎,前庭大腺炎,肛門尖頭濕疣,關節炎,眼炎及直腸炎等。間有腹膜炎者,罕係由子宮及輸

卵管病之上延，而多係因淋菌敗血病使然也。此種淋性腹膜炎之豫後尙佳。倘能早定診斷，只須用尋常之法治之，無庸剖腹。

療法 小兒之女陰陰道炎甚難療治，必須精心耐性爲之。在急性期因患處痛甚，故除潔治外生殖器外不能施行他種療法。卽用潔治法亦須慎意爲之，最妙令病兒住院就治，且須防其傳染他兒是爲至要。急性症狀既稍退，可用百分二·五至五之坡他戈 (protargol) 或百分二五之阿久羅 (argyrol) 溶液灌注陰道，兼施潔治陰道之灌洗術。若用此法能兼使之靜養及患處十分潔淨，則病勢大抵速見減輕，惟全癒或需時日耳。倘非住院受治，其結局往往不能如是之佳。

方將成人之處女患此者，雖局部療法易於施行，但若能令其住院派有經驗之看護照料之更佳。每日須用熱溶液灌洗陰道四至六次以潔淨之，並每日或隔日用坡他戈溶液(百分之五至十者)注射一次。如此療治，其溢液不難速止，但須繼續用此法至十日或二十日以上。既出院後，每日仍須由其母或看護監督灌洗。倘病復發，立再入院療治。此病確已完全癒否不易指定，因陰道分泌物之顯微鏡的檢查不甚可靠也。

曾有人報告小兒之女陰陰道炎用淋菌菌液(伐克辛)治之，其收效較用之以治任何他種急性淋病皆佳。

成人之淋病

GONORRHEA IN THE ADULT

尿道炎 URETHRITIS

成人之淋病其原發感染多在尿道。但欲確定其先起於尿道者之數究屬若干則殊不易，大概計之，約佔百分之六十至

百分之九十。所以不易確定者，蓋因染及尿道之狀甚輕而病者不甚注意也。且原發性之尿道炎大抵須經數星期或數月後始顯上升之較重淋病症狀，故其初發與後起諸狀之關係或不顯然。凡成人患淋病者大都皆然。病原發處以尿道為第一，已如上述，其次則為子宮頸內膜。除小兒外原發於陰道者罕見。淋病所以先顯於尿道亦有至理，因女尿道之上皮最適於淋菌之生長，與於男尿道口者正同，且在交媾時該處為先受染之一點。有時兩三處同時感染。又原發性病起於子宮頸而繼發於尿道者亦不少，因尿道口位置於前庭，由陰道排洩之液難免不滯積幾許於蓋尿道口兩側之皺襞間。此病平常只限於尿道三分之下一。

受男子急性淋病之傳染者多係先染尿道，或尿道並子宮頸同時受染，受男子之慢性淋病傳染者，則大抵先累子宮頸。

在青年或陰道口較小者以尿道先受染者居多。在產婦或陰門鬆大者則多係子宮頸先受染。

顯著之淋性尿道炎之狀況甚為特殊，幾一見即可斷定，如前庭甚紅，潤之作痛，且浸以膿。尿道口腫而外凸，擠壓之則出稠膿，用顯微鏡檢查可見膿內含淋菌頗多。診斷尿道炎時，宜記取尿道炎雖已痊癒，然前庭或仍發紅，尿道口或仍外凸，而在兼有尿道腺炎者尤然。又陰道炎或子宮頸內膜炎者往往有白帶流出遮蓋前庭，且其一部分逗遛於尿道口致疑為尿道所出之膿。故欲檢察尿道炎莫妙於先將前庭及尿道口拭淨，而後由尿道擠膿檢查之。尿道炎亦有因大腸桿菌致者，但此種尿道炎多係先遭淋病之損害而後始受此染。

症狀 婦女患尿道炎或時發時止而不覺有何不舒之狀。有時只於小便時暫覺不舒，與尿澀時所受之激刺相似。正規的尿道炎之初狀則與男子者同，先於小便時覺不舒適，繼則灼痛，小便後有膿流出，但病者或不自覺。小便時之痛有時極烈，

或併發尿道潰瘍及出血。外生殖器腫脹，往往使病者覺盆內壓迫而疑其有子宮脫之患就醫診察。病之經過較之男子者為輕，且不及男子者之明顯。病期平均三至六星期，但急狀尋常只歷數日。此病倘非因局部療治失當，罕有向尿路上延之趨勢。淋性尿道炎間有變成慢性者，此多因尿道腺兼受其害而然。此種慢性尿道炎可纏綿甚久而難治癒，久之則加雜他菌以致雖膿液內久無淋菌而病迄不痊。溲尿時終有多少不舒適之感。

治法 急性淋性尿道炎每能自癒。多有不必要用局部療法者，但須留意預防其上延而累及生殖系之他部。若施局部療法最妙注射波他戈 (protargol) 溶液 (百分之二至十者) 於尿道，但慎勿逼溶液入膀胱內。可用棉球填尿道口俾藥液留存尿道內數分鐘。適在注射前令病者小便，注射後須待一小時再行小便。藥液之濃度以病者能忍受不致作疼為準。在就診者可頻施陰道灌洗術使之極潔，大抵可免病之上延。

慢性尿道炎之治法 在注意療治其尿道腺炎，因其為致慢性炎之要因也。

淋病所致之尿道狹窄在婦女少見，因病勢較男子為輕，且尿道粘膜之受害亦較暫也。倘致狹窄則症狀與男子者同，即小便頻數而困難或有時失禁等。其治法在不施麻醉劑將尿道漸行擴張，或施用麻醉劑而用強力擴張之。

尿道腺炎 INFLAMMATION OF SKENE'S GLANDS

尿道腺係分泌之二小腺，位於尿道口之兩側，其作用約係滑潤粘膜，餘尙未詳。其腺管有極小之出口距尿道口甚近，一如前庭大腺管口之居近陰道口然。另有一腺居於二腺中間而畧在前。淋病雖或有原發於尿道腺者，但究以由尿道炎累

及者居多。此腺發炎可爲患淋病之鐵證，因其罕受他種細菌之染也。

尿道腺炎時則尿道口紅腫。腺管尋常不甚顯明者至此則變粗而流淋病之膿。尿道炎癒時尿道腺病亦往往同時癒，然亦有獨自成慢性炎日久不癒者。久之淋菌一如在他部之慢性淋病可被別種細菌排擠以盡，致該腺成一貯膿之袋，常激刺尿道及尿道口。此等情況每令病人憂鬱喪志，倘自知其爲淋病致者則尤甚。

此病有時深入組織內而成一慢性尿道周圍膿腫，後穿破於尿道內，致間時或恒常有膿液由尿道口流出。慢性尿道腺炎可使該處生肉芽，肉阜，或致尿道膜外翻。有時使尿道口殘毀而變大，致病者不能完全自制其小便。

治尿道炎而尿道腺炎不能同時癒者，可用鈍尖注射針注射波他戈或碘酒於腺內。在日久不癒及成膿袋者或須細心將腺剖出。

前庭大腺炎 INFLAMMATION OF BARTHOLIN'S GLANDS

前庭大腺係二葡萄腺分列於陰脣後連合之兩側，有滑潤之功。在處女者二腺之口相接近，而在陰門鬆大者則相離頗開。其腺管之小口平常易見，因可藉陰道口兩側之處女膜痕之肉阜指明其位置也。此二管口可爲陰道口修補術界限之最佳標識。

前庭大腺炎雖有原發者，但究以繼他處而發者居多，而以尿道爲最。除淋菌外罕有爲他種細菌所染者，故前庭大腺炎可爲患淋病之確據。初起於腺之短管。繼則有他種膿菌參入而將淋菌逐出。後此則炎勢或延至腺內而立成急性膿腫，抑或潛伏俟後始成膿腫。有時初起之淋狀過去而不顯腺受

累之據，直至他種淋狀全癒許久後始發現。尋常只累一腺，但二腺同時或先後受累者亦有之。

倘非將腺完全割去，大抵炎必復發。其復發之時無定，以經年始發者居多。且復發之輕重不等，有只腺纖微腫而畧顯

第九圖



前庭大腺

大力鏡檢。上部為腺管，襯以平扁之立方上皮細胞層。腺實質以長方形上皮細胞一單層，分泌粘液。

第十圖



前庭大腺囊腫

顯示在陰門一個之特殊腫脹。前庭大腺膿腫之外形亦與此同。

觸痛者，亦有成爲大膿腫者。前庭大腺膿腫之狀況甚爲特殊，腺腫大致陰門之直線偏於一側，故一見即知。在急性期，疼痛及觸痛甚烈。若係原發性淋病之膿腫，試將陰唇分開則見該處發紅，浸以膿液。復發性炎之膿腫之經過則大約較輕。

治法 在將前庭大腺完全割去。在急性期者須將膿腫剖開放出其膿，迨傷口潔淨生肉芽時，再將腺割去。在復發類炎勢較輕者，可將腺囫圇剖離而勿放膿，迨斷腺管時其膿自出。此較先放膿爲優，因膿一出，則囊塌陷而甚難去之矣。手術之細則詳後手術篇。

有時前庭大腺之炎勢已退而腺管閉塞致腺之分泌物不克外洩而成一潰溜囊腫 (retention cysts)。此係後患，多於炎退

許久或多年之後始發現。囊腫有時自消，經久或復漲。亦有不消而漸長成大腫瘤者。平常不痛，但往往有碍交媾，甚或致小便不利。前庭大腺囊腫之治法在將囊腫圍圈割去，因其易於復發也。割去時割口須在皮膚，不宜在近腺管口之陰門軟膜入手。果能細心解剖，不難將囊腫圍圈剝出。若誤刺破囊腫則坍塌而不易解剖矣。宜記憶者割去前庭大腺或囊腫，並非易行之手術。解剖時必深入傍陰道之組織，然在彼每多出血，故此等手術不可施局部麻醉劑為之（見後手術篇）。

猶有一種復發性前庭大腺炎，可使腺微腫而不舒適或疼痛。腺之腫大雖或非目力所易見，但若用拇食二指由陰道口捫之則可覺知。無論腺小如何，苟其能致症狀則須割去，因會陰部之常感不舒，無論因何原因所致，皆足使人心神不安，而引起嚴重之後患較原病更為重要也。

子宮頸內膜炎 ENDOCERVICITIS

在研究子宮頸內膜及子宮內膜之淋病以前，莫妙於先將子宮頸與其體之構造上的數要點畧述之。夫子宮底與子宮頸最好視之為兩種特立器官，因其組織的結構，生理的官能及病時之病演皆畧有不同，迨後研究子宮病患時必常有涉及此點者。

子宮頸之粘膜與子宮體者頗為殊異。子宮頸內膜包涵許多複雜之葡萄腺，腺管開向子宮頸管。頸腺內之上皮係圓柱狀之杯形細胞所成。此腺分泌真正粘液（其作用殊屬重要）。子宮頸內膜綫成裝橫，由中線放射而呈樹形，當子宮頸內膜炎時此類裝橫於炎之進行甚為有關。

子宮頸內膜於臨近內口處則畧改其形，其腺之樹狀漸隱，上皮之圓柱細胞亦較短。及至內口，則其膜與子宮體之粘膜或曰子宮內膜漸歸一致。

子宮內粘膜之腺係單管腺，內襯以立方上皮細胞。子宮體內之表面上皮亦係與此同式，惟有細毛耳。子宮內膜分泌一種淡液而非真正粘液。

綜上觀之，子宮頸內膜與子宮體內膜無論就組織學及生理學言之皆不相伴，且在感受同一病患時亦各有異。

平常子宮頸內口不啻為一屏障，除淋菌，結核桿菌及精子外有防阻各種細菌侵入之作用。但在因人工擴張或生產後未完全閉合時，則任何病

菌皆有進入之可能。是故在未經妊娠之子宮除淋病菌外罕有上升性傳染可達子宮體內膜及輸卵管者。子宮頸內膜則不然，因頸外口既不能完全作一屏障，頸內粘膜皺襞又適為容留各種微生物最適之處而對淋菌尤然，無怪其易於受病也。

子宮頸受淋菌傳染有原發性、繼發性之別。其原發性之多寡，論者頗不一致，有人謂居百分之十，有人謂居百分之四十。大概症狀顯於輸卵管者多由子宮頸傳染而來。因子宮頸為人身敏感遲鈍諸部中之一，故子宮頸有病或發炎，其痛甚微，或竟無疼痛。且於病初期所流之液病者或不甚理會也。

凡患淋病者在初期或晚期大半必累及子宮頸內膜。急性淋性子宮頸內膜炎在初期倘非係合併傳染之一部份，則大抵不須用特別之法療治，僅用普通之療法可已。此症用目力視察之，則見頸內色紅，其粘膜凸而外翻觸之則畧痛，捫其腹股溝腺或亦痛。子宮頸腺分泌粘液，雜以淋性溢液甚多。且在行經期有異常之狀，如月經過多是也。

至若慢性淋性子宮頸內膜炎，則在臨診上為一特別重要之病，且最難療治。其病起於子宮頸內粘膜，先累及腺管，與淋病累及尿道腺及前庭大腺管無異。其後他種細菌混入，致淋菌漸次被排擠，於是遷徙至該處葡萄腺之複雜管內。此病激

第十一圖



子宮頸腺

小力鏡檢。係腺之橫切面。腺內襯以圓柱形細胞，其核列於底部，致胞之強部為透明之原漿。此等腺列於子宮頸之結締織及肌織中，不似子宮內膜腺之有細胞發生性 (cytogenous) 之特殊結構。圖鏡之。

刺粘膜細胞致其分泌過多，故有粘液性之膿繼續流入子宮頸管而成白帶 (leukorrhœa)，此本病之特狀也。有時炎勢可致一部分之腺管閉塞。管既被塞，而腺仍分泌，遂成潴溜囊腫。在各種慢性子宮頸炎，皆可由此種病演而成潴溜囊腫，普通謂之那坡氏 (Naboth's) 囊腫，因那氏首先發明故也。囊腫內之液清亮，惟腺受染者則其液渾而帶膿。

子宮頸內膜炎非似前庭大腺炎為淋病之特徵，因生產破裂可起此患，甚或處女亦可起此患也。子宮頸內膜為潛伏性淋菌最適居住之處，其居多在膜之皺襞或腺管內，迨此等處因交媾、行經或生產時而充血，細菌遂大舉活動而病乃發作。

慢性淋性子宮頸內膜炎既成，則其狀況與男子之後淋 (gleet) 畧似，常有刺激性白帶流出，雖屢用水灌洗亦不易制止，且無療病之功。因藥液不能達至患處，只可沖去陰道之積液以免流至外生殖器而起刺激。如此常流白帶，致令病者神經系生不良之感，若病者自知其為淋菌所致則尤甚。蓋既自愧，又以自療無效，故其害於身體之健康較甚於局部病也。是以子宮頸內膜炎可視為生殖器性神經病最要原因之一。

治法 務須將藥直接達至子宮頸內膜。若以搽藥洗藥等施於陰道及子宮頸之陰道部份，只能潔淨陰道而不能達至病處。有時將藥屢施於子宮頸管或可獲癒。此外尚有一較速而不甚可恃之法，即刮淨或燒灼子宮頸內膜是。若諸法罔效，可治以什羅德氏 (Schröder's) 手術，將子宮頸內膜盡行除去，但此術施行頗不易 (見後子宮頸之手術)。

白帶多非由子宮內膜而來，乃由子宮頸內膜而來，故用刮術時須細心施於子宮頸內膜，蓋即病之所在處也。若貿然施於子宮內膜，非惟無效，反令病傳至子宮內，由是延及輸卵管及盆腹膜，而徒有害也。

子宮內膜炎 ENDOMETRITIS

子宮內膜對淋菌傳染似有特殊之免疫力。淋菌由子宮頸內膜上延至輸卵管時，雖一時寄居子宮內膜，但使之起急性炎者殊不多見。蓋子宮內膜猶如橋梁，可資淋菌之經過而不適其久居也。此於子宮附屬物患急性病所同割出之子宮以顯微鏡觀察其內膜不見有發炎之徵可證實之。故患淋性子宮內膜炎者多不宜直接施局部療治。即確知病在子宮內膜亦可聽之，或治之亦須小心。若施刮術則甚險，因能將病延至盆腔，或誘起子宮附屬物之宿病使之復發也。至於應用子宮內塗搽或灌洗等法，亦不無危險。

在久患盆內炎病者，有時用顯微鏡檢查能發見子宮內膜有慢性炎之據。此多因產後染毒所致而非急性淋性子宮內膜炎之結果也。當盆炎復發時則子宮或異常出血，因之處理頗感困難，倘醫者不察妄施術於子宮，其盆炎將益加劇。頑固之白帶，為慢性子宮內膜炎常見之症狀。月經困難，不孕及流產等亦或因之所致。

治法 慢性子宮內膜炎不易診斷，故少有單獨療治之者。患此病時，大抵子宮附屬物亦兼有慢性病，故多與之同時療治。

輸卵管之淋病

GONORRHEA OF THE TUBES

輸卵管之淋病罕有立隨尿道淋病或子宮頸淋病而起者。夫子宮頸內口儼如屏障，能阻止多種細菌之侵入，惟於淋菌則其用較遜，故雖能阻止於一時，卒不免任之通過而延至輸卵管也。淋病初起後須經數月或數年始發現於輸卵管。

淋菌既通過子宮頸內口之屏障則進行至輸卵管，而為害於子宮內膜則甚微。卵管峽之口徑雖甚小，但凡能通過子宮

內口之液體或細菌皆能通過此峽，故淋菌易達輸卵管之粘膜，此粘膜之皺襞細嫩，極適於細菌之繁殖及生長。

第 十 二 圖



無病輸卵管中部之橫切面

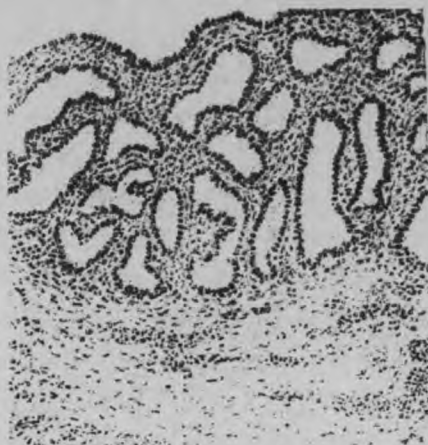
小力鏡顯示管腔。腔內雖全充滿以粘膜皺襞名曰絨毛，絨毛在腔內無所附麗，內含結締組織之間質及血管。其面被以有細毛之圓柱上皮。

病理 輸卵管內膜炎 Endosalpingitis。初起之時粘膜之皺襞紅腫，管腔內充以溢液，溢液含膿與否則視炎之輕重及久暫而定。輸卵管變長而粗，其繖端亦紅腫而粗厚。至此地步則為單純性輸卵管內膜炎（亦名卡他性輸卵管炎），或較重之輸卵管炎之初期，抑或病即由此終止。兩管或同時全癒，或一管獲癒他管漸致損壞。然初起，二管係同受累則無可疑。在單純性輸管內膜炎期，病者或不自覺，然亦有覺疼痛甚烈且全身症狀遠過管病所應顯者。

輸卵管積膿 Pyosalpiux。炎勢進行則成膿性類，其粘膜上皮之細毛則脫落，皺襞潰爛相粘。迨炎勢延至肌層及漿膜下

層則管壁加厚，輸卵管
管口漸閉塞，此約因
管壁相粘而牽縮所致
管峽之口亦閉合，如
此該管遂成一膿囊可
脹至甚大，此積膿之
管往往彎曲而粘連於
闊韌帶後面，或畧高起
而粘連於大腸、腹壁或
膀胱等，輸卵管積膿
時必有盆腹膜炎，卵巢
生發性上皮炎及腹膜
下蜂窩組織炎(在闊韌
帶間之蜂窩織尤然)伴
發，輸卵管積膿間有

第十三圖



慢性小泡性輸卵管炎

小力鏡檢，頗足表示輸卵管粘膜炎之結
果，所有絨毛已互相粘連融合而成腔隙間隙，謂
之小泡，泡內覆以管之上皮而未延至管壁內，
炎至此期已靜息，故不見有圓形細胞之浸潤。

第十四圖



急性膿性輸卵管炎

輸卵管極其腫脹，可見有膿自一管之端滴
出，管壁亦極脹，尚未達粘連及閉鎖之期。

自癒者，但致盆內器官
及腹膜受終身之害者
則居多數。

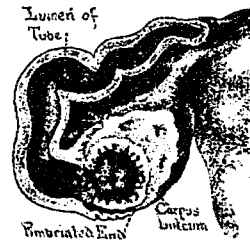
輸卵管卵巢炎

Tubo-ovariis. 輸卵管
之繖端閉塞與上述者
不同，此因管之滲出物
流於卵巢面，而繖遂易
附着於卵巢致管口閉
塞，此種閉塞為害甚
鉅，因炎勢可藉以延及
全卵巢。前論之管口

閉塞尚無害於卵巢，至多亦不過染及其表部，惟輸卵管纖端附着卵巢者則致膿炎侵入卵巢組織可使其組織之一大部份毀壞。在平時卵巢之白膜組織頗為堅緻，細菌不能侵入，但至黃體已熟而卵排出時，則卵巢在該部之組織不免暫時薄弱而無抵抗力，且又有出卵之裂隙細菌遂易由之侵入。況黃體腔內之黃素細胞及血液又皆為淋菌生長最適之物。倘輸卵管當此時附貼於退化之黃體而，則黃體腔瞬即受輸卵管膿腫之波及。膿腫增大時輸卵管壁及張展之卵巢組織悉成膿腫囊壁，此謂之輸卵管卵巢膿腫。卵巢組織從不因此完全毀損，縱兩側之卵巢皆炎，無論輕重，其排卵及月經依然不停。惟卵巢所受之害則屬永久的，終不能恢復原狀。輸卵管卵巢膿腫之進行，與輸卵管膿腫同，惟其經過較重耳。

輸卵管水腫 Hydrosalpinx. 此乃輸卵管患淋病將管口閉塞，致管壁變薄而透明，內含漿液性之清液。昔者以為係輸卵管膿腫之終期，因膿菌既滅，膿漸化為清液。今則此說已無人贊同，而多以為初起即係漿液性也。Norris氏謂淋性輸卵管水腫多半係因該管兩端被塞而液積於其內，與輸卵管膿腫同，不過其炎之進行尚未至成膿之期耳。換言之，實為淋病感染之較輕而中止較速者。又有以為輸卵管水腫係於化膿期既過，分泌物已變清明之時管口復行封鎖所致者。所以變更前說者因 Menge 氏嘗研究此病，從未在該液內發見有何細菌，且輸卵管壁亦無發炎之據。管壁及粘膜雖被壓甚薄，但並無不完整之處。

第十五圖



輸卵管卵巢炎

顯示發炎之輸卵管如何連於卵巢及其母質所以藉黃體口通於卵巢之圖式。

輸卵管水腫亦可由管外之盆炎而致，此因管周圍炎而使管口閉塞之故。結核病、產後感染及闌尾炎等皆可誘起之。致壓迫性粘着之盆內腫瘤（特如子宮肌瘤）亦可為輸卵管水腫原因之一。

輸卵管卵巢囊腫 *Tubo-ovarian cysts*. 此或可變成輸卵管卵巢膿腫。大半約因輸卵管粘連於一卵巢囊腫，迨後囊腔與管相通而成。

輸卵管血腫 *Hematosalpinx*. 蓋即輸卵管內積血，多由子宮外孕或陰道鎖閉所致。但在輸卵管膿腫或水腫亦可因壓迫或振轉致管壁之血管破裂而使血流入管腔。

結節性輸卵管峽淋病 *Gonorrhoea isthmica nodosa*. 輸卵管峽之淋病或僅限於該峽或全管皆感染不定。大抵係慢性病，但亦有急性者，其特狀為於子宮之一角或二角發生一硬結而封鎖輸卵管。此種炎病名曰慢性輸卵管間質炎。其較合學理者莫如稱之為結節性輸卵管峽炎。此病所以極關重要者，因外科醫士為患淋病者截除輸卵管時往往僅於近子宮角處將管截斷，而不知管之峽部日後仍可釀成慢性輸卵管間質炎甚或發生頗大之膿腫也。是故於因淋病截除輸卵管時，必須作一楔形口於子宮角內，將峽部連輸卵管盡行割去。

盆腹膜炎 *Pelvic peritonitis*. 凡患淋性輸卵管炎者，必累及盆腹膜炎，此實為難免之情況，因管內之漿液性或膿性滲出物難免不由管之嫩端流出而染及與之接觸之腹膜面。腹膜既炎，則致其上皮毀損，因此相接之面互相粘連。此種粘連初時尚淺而薄，易於分開，迨經數星期或數月或數年後則漸變堅結，卒至極堅韌而無可退讓且收縮而牽引盆內器官至移位殊甚。淋性輸卵管炎所致之盆內粘着重要非常，婦女之因此種併發病就診者在婦科臨症中極為常見。

淋性輸卵管炎所致之粘連情況，通常謂之慢性盆炎。倘欲洞悉此慢性盆炎之外科及臨牀狀況，必先明此粘着所致之解剖學上的改變。初次為病人施行手術者將見盆內器官混亂不清，設非熟手必以分開粘着為異常困難。但粘着之成，有一定之則式，苟明悉其理則雖甚重之粘着亦易分開而不使病者受傷。其訣在知直腸子宮陷凹之位置，蓋無論其人之或立或坐或臥，該陷凹皆係最低之處，故盆炎滲出之液必流入此點。至若膀胱子宮陷凹則位置較高，已出輸卵管排液端之範圍，苟非病甚重大罕受傳染，由此可知盆之後半受染最重也。粘着既成且機化後，則輸卵管及卵巢皆紆曲向後而粘連於闊韌帶之後葉及子宮並陰道之後壁，且牽引向下而深入盆內。腸則粘連於各器官之面故全盆皆充以此種雜合之團（包括子宮及其附屬物與腸）矣。此類病者幾無不可施行手術者，惟於粘着之解剖時須循序辦理耳。

盆炎之病理在實際上殊與子宮後轉及子宮後屈有關。炎病既大抵限於盆之後部，故粘連物收縮時必牽引子宮向後致成後傾之位置而緊粘於其附屬物及腸。此為子宮向後移位第二常見之原因。子宮或可後轉而成輕重不等之後屈。有時子宮之中央被粘着牽引向後，然不足以使子宮體後轉或後屈，遂成前屈之勢。在子宮附屬物有粘着者因子宮兩側之張力不均，可致子宮偏向一側。

急性輸卵管炎之症狀 症狀甚不一致。有許多症狀甚重而輸卵管之改變甚輕者，亦有子宮附屬物之殘毀改變甚為重大而症狀反甚輕微者。

許多患輸卵管炎者其外生殖器之初染症狀或毫不顯，而在中年婦女尤然，故得病之期限不易言定。在年輕女子之患此者，則淋病之經過較有規則，蓋因其組織較嫩而感受性較大

也。其經過約畧如下。由交媾受染後歷二三日則便溺時覺有燒痛，經數日痛漸止，旋見有膿液並感輕重不等之尿道炎。在尿道炎不重者，病者往往只憶及曾有溺時尿道灼痛，並流白帶之經過。惟尿道粘膜腺受累者則尿道炎症狀較重。其後尿道炎漸退，白帶仍流不止，其輕重視會否受適當之療治以爲斷。再經二三星期或畧久（有時較暫）前庭大腺之一或受累而成膿腫，因痛甚而多於此時求醫。醫士爲之敷以熱濕罌劑或割開放膿，旋即痊癒，但隔若干時則又復發。白帶依然有之，惟其性質畧有改變，不似前此之爲稠膿性，乃變成粘液性而成絲，此因子宮頸受累而然，良以子宮頸腺受刺激分泌粘液過多也。但白帶內不易察見淋菌，縱直接取子宮頸之液檢查亦或不見。此爲判定確能傳染與否所宜注意之點。再歷若干時期（數日，數月或數年不定）病者忽感腹內甚痛，下腹之觸痛尤劇。體溫畧高，往往兼有嘔吐及便秘。疼痛尋常綿亘於全腹下部，但或有限於一側者。病者不得已躺臥而求醫。若痛限於腹右側，醫者或誤認爲闌尾炎，將其送入醫院而截除闌尾。但近時或不然，普通之醫士大抵皆能辨明此病矣。

急性輸卵管炎之病期約爲一至六星期，較闌尾炎之經過畧久，此可作診斷之標準以助醫者分辨病者所述往日之腹痛果係何病也。設痛在右側而躺臥未至一星期，其係輸卵管炎抑係闌尾炎不能一定，但多半係闌尾炎。若躺臥已歷數星期之久，則多半係輸卵管炎無疑。

急性輸卵管炎罕有致命者，每漸自消退，在初得者尤然。亦有自癒完全者，但不甚多見。尋常則於急性狀已過，即變成慢性病，間時復發，其復發之輕重不等。

輸卵管膿腫破裂係罕見之事。Lamoureux 氏於一九一二年曾搜集確屬此種之病案只二十七人。初起頗遽速，有謂病者或自覺係輸卵管炎

破裂。痛先限於盆內，後則延徧全腹而顯普徧性腹膜炎之各狀。診斷殊為不易，多誤為闌尾炎所致之腹膜炎，惟在醫士素悉其人之情形者或不致誤認。其豫後較之因他種原因所致之普徧性腹膜炎為佳。若早施手術治之，獲癒者居百分之五十。

急性淋性輸卵管炎之最常見者約係慢性炎之增劇。以前不必然有急性炎況發生，因有自初起即不顯急性症狀者。急性繼發性輸卵管炎其為害較初發者為烈，因前此所患之慢性炎已漸次損害盆內器官使之異位或成粘着之畸形。例如一輸卵管既粘連於卵巢，則卵巢受炎之害必較未被粘連者為甚。在輸卵管與腸粘連者，則輸卵管急性炎時易損毀腸壁而使腸內之細菌可乘此入盆，致成混合傳染。此種混合傳染尤易加增誘發腹膜炎之危險。因繼發性輸卵管炎之粘着易致大膿腫之形成也。在初發者輸卵管繖端之口於未閉塞以前病即減退，繼發者則不然，因已成之粘着甚固，易限膿於一處，故易成輸卵管大膿腫或輸卵管卵巢膿腫也。

繼發性急性輸卵管炎之症狀及經過與初發者相似。惟大抵有既往之相似炎病或慢性盆炎之歷史。此種輸卵管炎若療治得當亦易消退與初發者相同，但有時所成之膿腫狀極險惡以至有早施手術治療之情事。

急性輸卵管炎之診斷 凡患急性輸卵管炎者皆顯二特狀，若醫士能注意及之，則診斷較易。（一）腹部之情形可用捫診法察得之。（二）盆內兩側之情形可用雙手檢查法察得之。腹部之情形甚為特殊，以手齊恥骨上橫捫腹下部則手掩之處一致強硬而痛，但臍以上除甚重者外其強硬及痛皆顯然較輕。夫腹下部強硬及痛之有定界，是為此病所顯局部性腹膜炎之特狀，由陰道檢查往往可在盆側及盆後捫悉有觸痛之塊，此為該病之確據。但有時雖不能捫得此塊而有子宮附

屬物之定區觸痛，則亦可定其爲此病。真正之觸痛當與不善手診所致之不舒服區別之。

診斷時所有病人之歷史，狀況及流品等雖皆重要，然不能據以無訛。細心檢查外生殖器，於診斷上甚有補助。處女膜未破者雖爲輸卵管炎之反證，但究非絕對不能致此病者。至於尿道炎，尿道腺炎，前庭大腺炎等之淋病徵狀則約皆爲輸卵管炎之憑證。陰道液內含淋菌者亦然。若外生殖器無淋病之徵狀，不可視爲非淋性傳染須知在初發之輸卵管炎其外生殖器之原病或甚輕而暫，或以子宮頸爲原發處也。在繼發性輸卵管炎，其淋病之外徵或又早已消退，故有時未可據也。

診斷輸卵管炎有時取患者血液用補體結合試驗法 (complement fixation test) 診斷之，此與梅毒之乏色曼氏試驗法相似。在熟悉此法者據謂頗可爲診斷淋病之助。但急性淋病初起者用此法無效，因須在得病三四星期後始顯反應也。在亞急性或慢性淋病則其效果據云與梅毒之用乏色曼氏試法相等。

急性輸卵管炎之鑑別診斷 易誤認爲急性輸卵管炎之病爲闌尾炎，子宮外孕，囊腫蒂振轉，纖維肌瘤染毒或振轉及乙狀結腸憩室炎等。

闌尾炎與輸卵管炎大抵易辨，因疼痛之位置及腹壁觸痛點不同，在成人約較輸卵管炎者高三吋。且闌尾炎之痛多初起於腹上而後始移至右側，輸卵管炎之痛則尋常起於盆內。但此種區別非絕對可恃，因有時輸卵管炎之痛係由腹中而起，且倘闌尾炎延及輸卵管（少女多如此）則初起疼痛之位置殊不易辨別。輸卵管炎之局部症狀往往顯於腹之兩側，惟一側或較重耳。若限於左側則約非闌尾炎，然亦不敢必非。捫腹多半亦可得一確實之據。在限局之闌尾炎，右側之腹直肌顯不隨意之僵硬，左側者亦然，且其僵硬在馬克李內氏點 (McBur-

ney's point)最顯,而在有滲出物者尤甚。至若限局之輸卵管炎則兩側腹直肌之臍下部分皆顯強硬,惟一側或較甚耳。

用雙手檢查法尤可得真確之診斷。雖似確為闌尾炎亦不可不用此法鑑別之。無併發病之闌尾炎,用指由陰道診之,盆內不顯觸痛。而急性輸卵管炎則盆內觸痛必顯,且甚為特殊。子宮附屬物中大抵可捫悉有明著之塊,在處女膜未破者雖為輸卵管炎之反證,但亦不敢必非,因淋菌能由女陰達及輸卵管也。所有淋病之徵狀如尿道出膿,尿道腺炎,前庭大腺炎等皆足以資輸卵管炎診斷之助。若處女膜未破,雙手診查須由直腸行之。但須切記由直腸診察時覓子宮及子宮頸較由陰道查得者似乎大甚。

若闌尾炎累及右輸卵管,則鑑別診斷較難,但究之盆內之觸痛部位猶較無併發病之輸卵管炎為高。

此二病之初起及其經過在初數日內極相似,但闌尾炎或因腹膜受累而加重頗速,或不數日而即見減退。輸卵管炎則反是,少有普遍性腹膜炎之傾向,而局部之急性症狀則歷時頗久。

若發生普遍性腹膜炎多半係因闌尾炎而起。至若重症輸卵管炎之足以誘發普遍性腹膜炎者,則子宮附屬物必有顯然腫大之據。

急性輸卵管炎與子宮外孕之鑑別約不甚難。子宮外孕之痛有如刀刺,但不似輸卵管炎者之恒久。腹壁之觸痛及強硬亦較輸卵管炎者為輕,或全無。由陰道診查覺子宮附屬物之腫大二病或無大區別,但輸卵管炎之觸痛往往顯甚。在陰道有膿性排出物或有淋病之他類徵狀者約可據以診為輸卵管炎。

在輸卵管炎,其全身症狀較烈,白血球增加之狀尤為顯然,在子宮外孕往往有月經不至之徵,但非盡可恃耳。

慢性輸卵管炎與子宮外孕所成之血腫甚難辨別,已詳子宮外孕篇。

囊腫帶振轉所顯之狀與輸卵管炎者甚相似,且在帶振轉者多兼有急性炎患,故鑒別匪易。而鑒別又有莫大之關係,因囊腫帶振轉者須立施手術,而急性輸卵管炎則大抵須稍延時日也。

病之歷史亦甚為重要,不過二病或皆有復發之事實耳。在囊腫帶振轉之初起雙手捫診時,在腹之一側顯觸痛及硬塊(在兩側皆有囊腫者則不然),且此時囊腫可以移動,不似輸卵管炎之塊之固定一處也。若振轉已受染而致腹膜炎則大概難於辨別,但病既至此皆有立施剖腹術之必要,若為振轉此可救其生命,若係輸卵管炎此術亦無害於病人,且或可使病速癒。

上述囊腫帶振轉及被染各節,於有帶之纖維肌瘤亦適用之。

乙狀結腸憩室炎之症狀有時與急性輸卵管炎酷肖。其似輸卵管炎較似闌尾炎為尤甚,因乙狀結腸長而活動,發炎部之憩室可深沉於盆內致捫時不能與子宮附屬物腫大者區別。惟憩室炎僅限於腹之左側,且患之者多已過患輸卵管炎之年齡。著者初次見此病,即誤診為輸卵管膿腫。

急性輸卵管炎之治法 若確知其為此病,可用待期療法或曰治標法,即靜臥於床,勦用熱水灌洗陰道,及敷熱物於腹部以減輕疼痛。因此種腹膜炎限於盆內,少有成普遍性炎之趨勢,故最佳用瀉藥及灌腸以通利大便。隔二三日檢查其血一次,視其白血球加增與否藉得病勢進退之標準。凡患急性輸卵管炎者若受適當之看護及療治,多半可輕快或痊癒。

決定以後須施手術與否則視乎數事。若係初得之輸卵管炎自見減退，用雙手診察無該病遺留之據者，最妙不用手術只常行觀察而已，因病或可自癒也。倘於此時爲之剖腹往往不見盆內器官顯何異常之處，惟日後或發炎甚劇，故莫如俟其有無他急性病患發生，或器官有無慢性炎之粘着，抑或病不能自癒時始行決定之爲愈也。倘輸卵管炎初發酷肖闌尾炎，或囊腫蒂捩轉，或子宮外孕致醫者惶惑莫定時，則以立施手術爲佳，因此三病皆有早施手術之必要，縱剖腹後見其係輸卵管炎，倘善辦理亦無妨害，並或可使之速癒。若輸卵管炎而致盆臟永久毀損則屬慢性盆炎範圍，容後詳之。

繼發性急性輸卵管炎亦宜按病勢療治。但較原發者少趨重保守方面，因其損毀器官之事實已顯，故一俟急性既過即可施行手術。平均計之約俟十至二十日足已。有時急狀不退必須施手術以救其命，此在盆內有大膿腫而有混合傳染之經過者尤然。此等膿腫或亦見之於原發性輸卵管炎，惟不及在繼發者之更多。夫輸卵管既被炎性粘連物牽向下後，故膿腫往往深居直腸子宮陷凹之內，至增大時則穿向陰道，因此或可於陰道後壁刺破之。平常不可由此處割開，惟至緊急時則不得不如此耳。可令病者靜息，並用熱水灌洗陰道，迨體溫及白血球之數如常乃準備爲之施術。手術之種類視乎盆器官受害之輕重而定。在器官受害甚重者須用陰道上截除子宮法將子宮及其附屬物盡行截去，並由陰道設排液物（見713頁）

淋性輸卵管炎所致之慢性盆炎

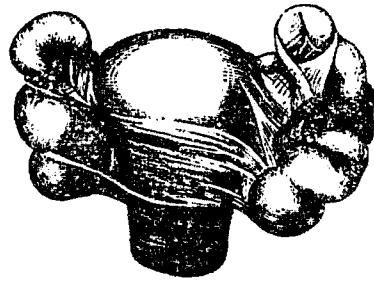
CHRONIC PELVIC INFLAMMATION AS A RESULT OF GONORRHEAL SALPINGITIS

慢性盆炎一病在婦科及普通臨診上皆至爲重要，不但因患此者之衆多而其所致全身之結局亦極不一致，且所關甚廣。

試觀前述輸卵管炎之病理即知其慢性期能使盆臟漸發生粘着，致生殖器官移位而固定之。慢性盆炎之症狀蓋直接或間接由此粘着而起者。慢性炎或係繼急性炎而發，亦有係漸起而不顯初發之情狀者，此因初起之感染甚輕病者未及注意之也。然所成之粘着或甚重大，以視初起之輕微不可同論。甚有盆內之慢性炎甚為闊大而病者竟毫無自覺症狀者，此於因他病施手術時偶或見之。究之尋常症狀頗顯而甚特殊，最常見者為下腹之一側或二側作痛。其痛或恒久或間發無定，用力時尤甚。尋常不甚劇烈而只似有物牽曳，或隱痛，有時僅覺盆內不舒適。痛之位置恒在腹下部，在右側距關尾炎痛點下二三吋處。其併發之症狀甚多，身體諸官能多受其妨害。

患慢性盆炎者其面容甚為黯淡，在少女則失其少年之姿態而變為蒼老。盆內常覺作痛，致神經系受重大之激刺，因此神經薄弱，急躁，自慮，抑鬱或屢發希司忒利阿情狀。消化不良為常見之狀。因大腸粘着每有便秘及粘液性結腸炎。又神經系及消化作用紊亂故顯頭痛。若直腸子宮陷凹內有粘連之塊或子宮後轉皆可致骶部作痛。病此之婦女多不受孕此亦足為精神不快之原因。因伴發子宮頸炎致有白帶，尤使其心神煩悶。有時顯膀胱症狀，但不多見，此因炎勢尋常不延及盆之前半也。

第十六圖



慢性輸卵管炎

兩輸卵管皆閉合且因粘連而糾纏。

月經不調亦爲常見而重要之事。慢性盆炎所致之月經異常有時不易說明。有人以爲係關乎主管月經之卵巢分泌物障害所致，但未能證實。往往發現痛經或月經困難情狀，即盆內之痛於行經時更爲增劇。然不可視爲原發性之痛經，乃繼發者也。此無非因被粘連而不能移動之器官之充血所致。間或暫顯經閉，病者以爲受孕試行墮胎，致受大害。

血崩及月經過多者非罕見，診斷時須憶及之。例如月經一次過多後即閉止，倘兼盆內作痛，捫之有塊，則極易誤認爲子宮外孕。子宮異常出血有時引起醫士施子宮刮術，此爲危險之舉，因可誘致慢性病之極險活動也。

此病有一罕見之事致病者甚爲驚懼，即忽然由陰道流出甚多之水或膿是。此或按時流出，因輸卵管水腫或膿腫之液忽返流入子宮之故。輸卵管峽本能防液流過，但有時因峽之活門作用不全致管內所積之液或膿可流入子宮及陰道。倘僅於積液之壓力加增時流出，則多係自動的而按期發現。

慢性盆炎之治法 分內科治法及外科治法。內科治法在由陰道療之以減輕其炎勢。外科治法則在截除已壞之器官或器官之一部份。

內科治法包括用熱溶液灌洗陰道及塗碘酒或置塞子於陰道穹窿。據吾人之經驗於急性盆炎者用熱溶液灌洗頗能使炎減退。於慢性者此法亦大能使疼痛及充血減輕。塗碘酒於陰道可收外惹內效之益，並可消毒。而塞子之浸甘油及魚岩乾餾油 (ichthyol) 者與藥泥塞劑之效用相似。用此等治法可暫減其症狀，惟不能分解盆內之粘着，故非斷根之療法。然亦有用灌洗及塞子使病者舒暢，甚至無須用斷根療法者。究之遲早須用手術治之者實居多數。

慢性盆腔炎之有粘着者有時用電之熱力療之，名透熱法(dinthermy)。但在化膿或出血者則不可用。其法用直接高率電流使通過盆內器官，即將大電極之一置於腹上，一置於腰骶處或陰道內，漸次增其熱力歷三十至四十分鐘之久。有謂用此法可減輕疼痛，並可使粘着消散而器官活動。報告此法之結果甚佳者曾有數人。此法按之用熱灌洗法治慢性盆腔炎而獲效論之似頗近理，但究之能使粘着實行消散與否則不能無疑。

慢性盆腔炎之外科療法有採保存方法者，有採根治方法者。究以何為適宜則視乎組織受害之大小，病者之年齡及其人之流品等而定。保存之外科術意在盡力保存盆內之器官是。此法往往可行，例如一輸卵管壞盡他輸卵管尚有全癒之機，或一卵巢受粘着或囊性變之累甚闊大而他卵巢或不至受大害，或輸卵管一部份無恙不過他部份無法救治等，皆宜熟審利弊採保存方法治之。關於保存子宮附屬物之種種手續及方法容後詳言。

若器官已毀壞不堪用保存手術無益，則須用斷根療法將子宮及其附屬物由陰道上盡行截除之。採用保存手術抑或斷根手術之決定在乎醫士之經驗及其病理學之智識與確知該病人之歷史及其流品並是否願將各器官犧牲等事。各外科家對於當用保存手術與否之意見不一致，故不能定一成規以求適合於各人。雖有普通之原則可資決定指導，但究以醫士之卓見為主體也。

由保存法及根治法之結果觀之，不能不認根治手術較為適宜，蓋所得痊癒之數實較多也。此因施保存術後多易成粘着之故。許多手術如輸卵管截除術，輸卵管卵巢截除術，輸卵管成口術，卵巢一部切除術等，皆不能免遺留易成粘着之面，雖細心為之，腹膜之傷口仍難期平滑，且必有數個線結或縫顯露而作腹膜之刺戟物。且也在施術分離粘着時盆腹膜難免不受傷害，易於復成粘着，此在子宮後壁及闊韌帶之後層尤然。卵巢面上皮細胞受傷者亦每致此。

至若斷根手術如陰道上截除子宮術(詳後)則不致顯露損傷之腹膜面,惟在直腸子宮陷凹最深之處不免顯露,然無大害。手術後腹膜之與腸及網膜接觸者乃其在盆前半之部份,而此部份尋常不患粘着性炎,故光滑而無傷。又此法所顯露之線結只一個,且係在不能為害之處。

由此觀之,此二手術後所成之粘着輕重大不相同,故結局亦甚有異。保存的手術可使病者收暫時輕快或全癒之效,但歷數月或一二年或因疼痛復發而復求醫治。其痛之復作由於盆內復漸成粘着致器官移位或固定也。但因用此手術獲癒者實多於不癒者,故此手術對於某種情況施之殊為有益。

雖根治術行之適當者獲癒之數多於行保存術者,但因有反對之者,故不能不詳為述之。第一,有人以為除去子宮及其附屬物後可發生神經系病。此因曩昔之截除子宮術未盡完善,致有盆內粘着或脫垂之弊而為神經系病之要因使然,近則不以此反對為要矣。

若在少女,無論會否出嫁,設非器官殘壞不堪無法救治,不宜施斷根手術。所以須用保存術之理由,半因關於本人之心意,半因關於將來婚嫁之事,故甚或雖知以後仍須行根治術者亦暫以保存術治之,蓋猶有幾希之望即日後或能受孕是也(見不孕篇)。

病者之境遇亦關重要,未施手術之先醫者必須明悉之。例如有一貧窮之孀婦其子女皆賴以生活者,則根治術有完全獲癒之望故施之甚為適當,反之,若係同年齡方嫁之婦女則此手術似不適宜。在月經將絕或已絕之婦女倘非病患甚輕以用斷根手術為佳。在已行保存手術一二次而無效者則當然宜用根治術。

病人之器官已壞至無救之地步者則無論其年齡境遇如何，須施斷根手術，可無疑義。有時用雙手診查不見重大之病況，迨剖腹後始知，然因未先得病者願犧牲器官之同意，必致醫士進退維谷。故凡須行手術於盆臟者，在術前若疑曾有發炎之患，須先向病者說明原委，並商得其本人及其丈夫之許可，俾醫士為病者之健康及幸福起見有相機辦理之權，此最為緊要。

血清及菌液(菌苗)於淋病之治療 Serum and Vaccines in Gonorrhoea 用血清及菌液治療淋病今尙未達到收效完滿之地步。其對於急性尿道炎及急性或慢性盆炎，據近代所知皆無若何之效果。惟在淋性關節炎及小兒女陰陰道炎則收效最佳。而於女陰陰道炎更為有益，宜用之為主治療。

抗淋菌血清尋常係採自無病之公羊，法用已死及生活之淋菌培養物，注射於羊體，漸次增加劑量，使得抵抗力，後採取其血清。此血清之劑量為二 c. c.，注射皮下二至五次，每次間隔一日至五日視所顯之反應如何而定。其反應為體溫略高，微覺不爽，注射之點略顯紅腫。生殖道原有之溢液於注射後數日內畧見加多。

菌液療法係用已死之淋菌混懸於生理鹽水內使成一定之多寡，每 c. c. 溶液確知含細菌若干。菌液有由自身特製者，有現成者。自身菌液係用病人本身之淋菌生長於培養基而殺死者所製成。現成或曰製就之菌液則係用數種培養物之取自不同之體之淋菌(約八至十亞種)所製成。自身菌液之功效似尤優於現成者。菌液之用法係注射皮下，平均四至五次。首一劑約含細菌五兆，漸增至含二十兆或尤多。其反應與血清者相似。

注射死淋菌所得之反應可據以鑑定其人之是否患淋病。但其此種用途今猶未見通行。

生殖器結核病

GENITAL TUBERCULOSIS

婦女生殖器之結核病多只限於輸卵管及子宮內膜。但間有爲例外累及女陰、陰道或子宮頸者。關於此病之研究已經證明數要點爲學者所必知。

(一) 用實驗法試將結核桿菌之純粹培養物投置於有感受性之動物之陰道而，倘陰道面之上皮細胞未受傷損則細菌不能在彼生長。但若將此培養之細菌投置於子宮角則必發生病象。

(二) 雖有人實驗證明患肺結核之男子之精液內含結核桿菌，但在交媾時能否傳病則尙屬一疑問。

(三) 遺傳一問題極關重要。爲母者如身體某處有結核可由其血液傳及其胎，此所已知者。又胎及胎盤亦可由交媾而受染。惟此類傳染最罕而屬偶然之事，最要者爲有結核病之父母所遺傳之個體具結核性之素質，因所稟受之某種上皮組織較爲虛弱，無力抵抗結核菌之侵襲。

(四) 婦女生殖器之結核與尿路極不相關，並無從生殖器傳至泌尿系之趨勢。

(五) 有以爲生殖器之結核可由生殖道上升，如由子宮頸升至子宮內膜後至輸卵管者，但此甚罕見。惟由輸卵管向下傳至子宮內膜則確有之。

結核性輸卵管炎 Tuberculous Salpingitis. 輸卵管內膜及外膜(輸卵管腹膜)皆可受結核病之傳染。輸卵管之適於結核桿菌之生長與適於淋菌之生長無異，此因管紆曲而其內膜富液汁之故。

輸卵管結核無論在其內膜或腹膜必係二側同患。此病是否原發於輸卵管，其傳染究係由上升或下降抑或由血流自遠處傳至，尙未能規定。

外生殖器之某部有結核病而上行染及輸卵管者極爲罕見或絕無，此與淋病之進行正相反。

下行傳染者係由於管上之腹膜或腸之結核所傳至。此可累及輸卵管腹膜或輸卵管內膜或兼此二者。若只管之腹膜受累，尙係腹膜普通結核性炎之一部分，惟管內膜受累者則成一特病矣。

由血流傳染者係由某遠部（多係由肺）有結核病而細菌由血轉移至輸卵管所致。有時原病之處或已痊癒而其傳至之菌繼續滋生於新處致令人以爲係原發於輸卵管，而不知實爲繼發也。

除爲急性全身粟粒形結核之一部分外，凡結核性輸卵管炎皆屬慢性。

結核性輸卵管內膜炎 (tubercular endosalpingitis) 之進行畧與淋病相似。初起爲卡他性炎，只累及粘膜之淺層。其管口或閉塞頗早，而致演成結核性輸卵管積膿。若係純粹結核病，管內所含多係白而稠濃有似乳酪之物，但混合傳染者爲多，此則其膿液與由淋病而致者正相似。且有結核與淋病同發者。病此之輸卵管，其面上有時有粟粒形結節（核），於結節內可尋得結核桿菌。但有時必檢驗輸卵管壁始能查出。

結核性輸卵管外膜炎係於輸卵管之腹膜面顯粟粒形之結節。此或僅累及輸卵管自身，亦有爲結核性腹膜炎之一部分者。輸卵管外膜之結核可由管口傳及內膜。反之，輸卵管內膜之結核病亦可由此口或直接透過管壁而累及外膜。

結核性輸卵管炎幾皆伴發盆內粘着，在病重者尤極堅厚，以故粘着之塊無法分離。此與淋病所致之粘着不同，因其罕有不可割離者。

症狀 無腹膜炎伴發之結核性輸卵管炎，其症狀與慢性淋性輸卵管炎者同。由盆內檢查其狀亦無異，故倘非有未破之處女膜殊不易斷定其為結核性也。若身體他處亦有結核病似可為診斷之指導，但有時或致誤認。倘生殖器之結核伴以一般結核性腹膜炎者，則其診斷或無可疑。

進行 結核性輸卵管炎之進行甚緩而隱。倘發於幼年能使其人之局部或全體發育不全。經閉有時為此病之結果，在累及子宮內膜者尤然，不能生育。

治法 結核性輸卵管炎之治法與慢性淋性盆炎同，惟在青年以用斷根療法截去子宮之事為多。此因施保存手術後病狀易於復發，且因子宮內膜業已受累者居多也。

有時盆內粘連之塊甚堅，連腸亦包括在內，致毫無施術餘地，但此等醫例倘能施以相當之衛生療法猶可獲癒，此因慢性粘着能漸消散，與由淋病所致者不同。

結核性輸卵管炎之診斷多係在開腹後始認定。有時行盆內手術時，偶見有陳舊皺縮之纖維性結核性輸卵管，可割去之而無須擾害他器官。

子宮結核病 Tuberculosis of the Uterus. 子宮之結核病尋常限於子宮內膜，大抵為輸卵管結核之伴發或繼發者。其傳染係下行延布者，已述如前。究之結核性子宮內膜炎之受累於輸卵管結核病之確數殊難言定，據名醫謂約佔半數，此於決定當施保存手術抑或斷根術之事上甚為重要。子宮內膜之結核病尋常只在粘膜，且用顯微鏡檢查僅見有小結節散布於其間質內。然有時延蔓較廣，致其面潰爛。間有侵入子宮肌層，甚或使子宮成乳酪樣之壞死者，但甚罕見。

結核性子宮內膜炎之自身非係顯病，故多係於檢查子宮刮出物時偶然發見之。若發現症狀，則最常者為頑固之白帶。若內膜已潰爛則或出血。有時歷久不見月經。

子宮內膜結核病既多爲結核性輸卵管炎之繼發者，故刮術及消毒藥等之局部療法皆屬無益。

卵巢結核病 Tuberculosis of the Ovary. 卵巢結核多係繼結核性輸卵管炎而起。間有數例據謂係獨立的卵巢結核病，然其傳染無非藉血流由遠處輸送而來。至於原發性卵巢結核之有無，殆與原發性輸卵管結核之有無同爲一疑問。

子宮頸結核病 Tuberculosis of the Cervix. 子宮頸罕受結核病之傳染。若有之，約係原發性。其式爲無定形之潰瘍，若欲與梅毒，或癌，或單純性潰瘍鑑別，可用顯微鏡檢其切出之物即知。

陰道 Vagina. 單發之陰道結核病亦罕見。若有之大抵見於小兒。其顯狀係於陰道面成無定形之潰瘍。

女陰 Vulva. 女陰之結核病與狼瘡同。作闊大之潰爛兼組織發生息肉樣之肥大。病可延至會陰，肛門，直腸或陰道內。潰瘍無定形，其面蔽以似粘泥之崩壞物。潰爛或甚重大以至使陰唇成癭。

女陰結核或酷肖象皮病，梅毒，狼瘡或癌，以至非用鏡檢其切除之組織不易區別。

女陰結核之治法與身體各處狼瘡之治法同。若病尙未延及比鄰之組織，往往以施行女陰切除術爲妙。

結核性腹膜炎 TUBERCULOUS PERITONITIS.

此病雖不專屬乎婦科範圍，然因其與生殖器結核病有密切之關係，且爲婦科臨診所常見，故不能不紀述於此。

結核性腹膜炎可分三類。第一類爲粟粒形之結節散布於腹腔腹膜之全部或一部。恒有水腹(ascites)伴發，腹水內往往含血。粘着之有無不定。此類稱爲有水腹之結核性腹膜炎。

第二類所特顯者爲廣闊之粘着而無腹水。腸網膜，腸系膜等互相粘連成爲不能分離之塊。倘延及盆內則盆臟亦被粘連。其粘連甚堅，以至無法鬆解粘腸而不傷及其壁。粘連之情形似乎牢不可破，然日後完全消散者曾亦有之。此類謂之乾粘連性結核性腹膜炎。病勢有限局者，有普遍者。第一第二兩類有時併見於腹之不同部分。究之第二類或係第一類之晚期。

第三類爲結核性之結節相粘成塊者。此等塊易壞死而成癩。結核性之結節有時繞腸成限局之環形塊，該部之腸系膜淋巴腺亦腫大，致病情與癌酷似，非用顯微鏡檢查不能區別。此類名爲結狀結核性腹膜炎。

結核性腹膜炎之症狀依其類別而畧有不同。第一類非至腹內積水甚多往往無明顯之狀。此類最常見之於幼年。先顯者爲全身症狀，如體弱，盜汗，體重減輕及失眠，消化不良等。在處女則月經不見，發育遲緩。嗣因腹大或呼吸短促始知其有腹水。

第二類之全身症狀與第一類同，惟腹痛之狀較爲顯明。粘連之塊或可由腹壁捫出，有似腫瘤，故往往於剖腹後始知其病爲粘連性結核性腹膜炎也。

結狀結核性腹膜炎較上述二類更烈。其毀傷組織之勢甚大，故腹部症狀甚重。囊內或帶血及膿，致症狀與腸癌者酷肖。

診斷 結核性腹膜炎之有水腹者大抵不難診斷。青年人之患水腹而無心病，腎病，或身體他部之水腫者多可定其爲腹膜結核病。若已至發生癩之年齡則頗不易鑑別之。在狐疑莫決者可用結核菌素試驗法作診斷之助。

粘連性結核性腹膜炎之正確診斷殊為不易，而在團聚粘着塊之累及盆臟者尤然。粘着之塊甚堅，致有時誤認為粘連性卵巢瘤或纖維肌瘤。其病情尤與惡性卵巢囊瘤所致之腹膜炎相似，甚至雖剖腹後非詳查亦不能辨別。

結狀結核性腹膜炎無論由腹外或剖腹視之皆與瘡酷似，若剖腹後而見有粟粒形之結節則易診斷，但病重者往往無此等結節之徵。

治法 結核性腹膜炎之治法為一費推究而有意趣之問題。在有腹水者應施手術與否殊為一疑問。昔見剖腹放液後獲癒者頗多，故以為係由於腹腔露光及空氣之所致，因此外科學者多主張割口愈長愈妙俾多顯露腹膜，於是此法遂為一時所通行。嗣後又發見有許多不用手術而亦痊癒者，故近來對於是否須施手術之意見尚不一致。光及空氣之療法近人多不以為然。有謂剖腹放液有使原病變成粘着之益，俾較易自癒。總之剖腹之有時有益而絕少危害，可無疑義。在液之加多至礙呼吸及他種不爽者則放液之舉在所必行。此以開腹放之較用針刺為妙，蓋恐腸已粘連腹壁，刺時或傷及之也。若施手術亦必兼用結核病之全身治法。

乾粘連性腹膜炎之多限於盆內者，大抵宜施手術，其辦法與結核性輸卵管炎者同。但倘腸已受累甚廣則不可施術，因非至多出血及傷害腸壁不能將粘着分開也。此等不可施術之案究非絕無治法，倘善遵衛生方法調養，有時亦能見效。

豫後 對於水腫性及粘連性之結核腹膜炎結局之意見頗不一致。或謂獲癒之數不少，或謂結局甚惡。但有相同的一點即謂人死不必由於腹膜本病，乃因兼發他種結核所致。就余所見者而論，其結局尚佳。

於此有須注意之一事，即剖腹而知為第一二類之結核性腹膜炎者萬不可用排液法（引流法），若用之必致難治之癰。

結狀結核性腹膜炎不易用外科術治之。此病大抵係於疑其為腸瘻或闌尾炎或結腸憩室炎等而剖腹時始見。倘非有腸塞或膿腫則無庸施治，因若將腸切除一段，日後難免不成恒久之糞瘻。結狀結核性腹膜炎亦有時自癒。

總言之，此病所需之療法即一般衛生法，與治他處之結核病同。若腹水甚多，可開腹放之以助其速癒。粘着性及結狀結核性腹膜炎多由於診斷錯誤而開腹，但一經發見其為腹膜結核，除病限於盆器官且腸未受重累之或須行手術治療外，則以逕行縫合腹壁為妙，且不可設排液管。

普通性炎病

GENERAL INFLAMMATORY PROCESSES

女陰炎 INFLAMMATIONS OF THE VULVA

女陰既為堅密之上皮細胞所保護，故對傳染病之抵抗力較大，惟因炎性刺激物經過之之多，致其罹病之數依然不少。

急性原發性女陰炎除小兒外少見，其原因以淋菌為最要。成人之女陰炎多係繼生殖道他部之炎病而起者，例如子宮內膜炎，子宮頸或陰道之炎是。亦有因受化學物之刺激所致者，如惡性瘤或壞死性瘤塊之液，或糖尿、膀胱痛、直腸瘻等病致上皮淺層受浸漬而毀損，因此無力抗抵細菌之侵襲。亦有由外傷及交媾不當，或手淫染毒，或搔傷，或行經時不潔，致皮搓破等而起者。

女陰炎之症狀為病處紅腫，作癢，分泌物加增，小陰唇水腫特甚等。

有一特種女陰炎約由女陰瘙癢抓搔過度而起致陰蒂及包皮腫甚。當女陰炎時浸淫其處之液視病原而有異，以淋病所分泌者為最盛。分泌物既乾，或有粘着及潰瘍形成之事。急性炎之痛甚烈，有如燒灼而被壓，小便時灼痛尤甚。急性期漸過，痛亦漸減而變為瘙癢。

至於女陰及前庭大腺等之淋性炎已詳淋病條下，茲不贅。

軟下疳 SOFT CHANCRE (ULCUS MOLLE)

軟下疳多發生於近陰唇繫帶處，然有時作許多小潰瘍循生於外生殖器之面，甚或腿及臀部亦有之。軟下疳之特性為潰瘍之數衆多，且極易致橫痃（腹股溝淋巴腺腫）。潰瘍尋常小而其邊之界限甚清，且蓋有稠膿。其底淺，無梅毒下疳之底之堅硬，故可與之區別。

軟下疳為花柳病之一，尋常疼痛，且兼有或輕或重之女陰炎，致病者更覺不舒。橫痃 (bubo) 易於發生，甚痛楚而往往化膿。若塗以苛性溶液如純石炭酸或銻酸，繼塗以酒精，大抵易於治癒。塗藥時雖暫覺痛，但未幾即止病者多願受之。

橫痃發現時令病者靜養及敷以熱濕布，有時可使之消散。倘已化膿則必須割開放之，惟傷口癒合頗慢耳。患橫痃之病者宜躺臥靜養，養行動則致病加重也。

皮膚之損害 SKIN LESIONS

女陰最常見之皮膚損害為擦損性濕疹 (eczema intertrigo)，此多見於大小陰唇間之溝，或女陰與股間之隙內，致該部之皮變紅或棕，其色或久不退。此病多因不潔而兼生殖道或尿道有刺激性液流出所致，肥胖婦女於暑熱時多見之。他類之皮

膚損害爲溼瘡,疱疹,牛皮癬,傳染性軟疣等。間有苔蘚性皮硬結病,與女陰乾枯病甚相似。

皮脂溢出 (Seborrhoea) 爲常見之患,係白色分泌物,多在小陰脣上。有時皮脂腺成爲小囊腫或至染毒而化膿。此囊腫多在大陰脣上,有時致病者懸念不安。自行消散者居多。

倘囊腫疼痛或使病者焦慮,可用局部麻藥割去之。否則不必施治。

癰病 (Furunculosis) 此患或由不潔而起,然有時於每次行經時發現。又或爲一特原病,發於將近絕經之時,約因局部血循環障礙所致,大抵與卵巢官能不全有關。後者治以卵巢膏劑甚效。

梅毒 (Syphilis) 下疳之發於女陰者狀況與見之於男子者正相似,爲光滑而界限甚清之潰瘍,其底堅硬,周圍組織呈青白色。惟在婦女潰瘍極易發生衆多,此因小陰脣密邇互相傳染所致。故兩陰脣之潰瘍多係兩側相對者。外生殖器之任何部分皆可發生,但最常見者爲接近繫帶,陰蒂及小陰脣內面等處。

下疳周圍之組織往往亦顯硬腫,且易糜爛頗大。兩腹股溝發生無痛性橫痃。後則發現二期之皮疹。

此病因有局部之水腫,潰瘍之衆多及初瘡之糜爛或致誤認爲象皮病,結核病或狼瘡,但可藉密螺旋體之發見及乏色曼氏陽性反應兩種證據診斷之。

尖銳濕疣 (Condylomata Acuminata) 此爲瘻狀或乳頭形之贅生物發生於陰脣及外生殖器之附近,其起源往往因狎褻花柳由淋病所致。其頭爲尖形故曰尖銳濕疣,與梅毒所致之扁平濕疣有別。此瘻成叢多發生於大小陰脣,其他單生或成叢之疣則散布於附近之臀及股部,甚有畧延入陰道內者。有時

疣最甚大，或有誤認為瘡者。然在有經驗者則不難診斷之，濕疣自身尚不至令病者感何苦痛，但因往往兼有白帶浸漬其處致或作痛。又其形狀或予病者以重大之懸慮。

第十七圖



尖銳濕疣

本圖所見係塗成分開之圖，尋常則濕疣之位置較為散漫，布於女陰及附近部分。

乳頭之生長全在表面，從不侵入皮下組織，故易施治。用刮匙刮淨乳頭，隨塗以碘酒，即可速癒。倘濕疣延至前庭之軟部及陰道口，去之必出血甚多，若正值懷孕則尤甚。若疣甚為闊大，最妙用全身迷蒙藥去之。

陰唇狼瘡或曰腐蝕性瘡

ESTHIOMENE

此病之原因尚未確悉。

第十八圖



女陰狼瘡 (Esthiomene)

陰唇變肥厚，甚似象皮膚。陰部有闊大之潰瘍，潰瘍區有兩個對稱之傾向。

其原名 (esthiomene) 有侵蝕之意，故與侵蝕性潰瘍同。係於女陰部呈廣闊之發炎及潰爛。病處甚腫，淺面有死腐處。多在二唇相接觸之部分，故潰爛為對稱的。患處蔽以惡臭之膿液。

此病多見於娼妓，故有人以為與梅毒有關，但以治梅毒法治之無效。又有以為係由於外生殖器之淋巴鬱積所致者，因有時截除腹股溝之淋巴腺後或發生此病也。此病每兼伴發直腸狹窄。

陰唇狼瘡之狀況與癌及尋常狼瘡相似，切去一塊用顯微鏡檢查乃可辨別。

有數種女陰炎（起於未治之淋病者尤然）致陰唇甚為腫大而亦有相對之潰瘍頗類似陰唇狼瘡，但施局部療法即癒，因此可區別之。

陰唇狼瘡之症狀為外生殖器燒痛致病者甚為不舒。局部療法無效，非將女陰完全截去不能痊癒。

女陰象皮病 ELEPHANTIASIS VULVAE

此係使女陰粗糙而腫厚之病，累及小陰唇或大陰唇，或二者皆受累。病之外形不一，按其形殊而命以特名。例如有一種表面光滑者，名為平滑性象皮病 (elephantiasis glabra)，有一種表面具無定形之結節者，名為結節性象皮病 (elephantiasis tuberosa)，又有一類表面發生許多疣狀物者，名為濕疣性象皮病 (elephantiasis condylomatosa)。有時患處肥大特甚致成有蒂之瘤，曾見有重至三十磅者。

歷時既久，或致潰爛甚重而變成陰唇狼瘡之形狀。就組織學論，此病由於上皮下之結締組織有慢性硬結性之肥厚所致，惟濕疣性類者則不然，無論目力或鏡檢皆與尖銳濕疣同。

象皮病之原因迄未甚明。其發現多在生殖器成熟之年齡。在東方見者遠多於素西，故有人以為由於某種寄生生物如由血蛭所致。非洲某族土人其小陰唇每異常增長亦稱之為象皮病。

象皮病之初起多不顯症狀。後則患處或甚顯水腫致常有淋巴流出。若表面潰爛則甚作痛，與陰唇狼瘡相似。腫厚之甚者大有礙於交媾。治法，按病勢之大小截去女陰之一部或全部。

有一特種象皮病見之於南美洲居於卑濕地附近森林之黑人。由於淋巴管被血絲蟲阻塞所致，亦有由梅毒及他種發疹病所致者。其纖維組織之增生初非由於淋巴之鬱滯，乃因患處屢發丹毒性病之結果，蓋每發一次則使組織增生一次也。此病多見於男子，累其陰囊及下肢。在婦女則累及外生殖器，約與東洋諸國之象皮病同。

女陰(皮)乾枯 KRAUROSIS

此病所顯者係女陰部之真皮硬化，表皮變薄，真皮下之結構織加多，並彈性纖維及色質消沒。故女陰面變白而似羊皮紙，極易坼裂。病久者女陰各部之形跡皆漸消失而皺縮如皮革。有時延及肛門。健皮與患部之皮往往有頗清之界限。

女陰乾枯之原因尚不甚明。大約不外有刺激性液日久流過起一種化學作用致女陰皮之組織漸次改變。凡女陰瘙癢病無論原因若何，皆可使患處之皮變成白革性。倘刺激不已，則該皮色永無復原之日。有以此病為固有之原發病者，但尚未證實。

女陰乾枯實與老年萎縮有關，可與該病參酌研究之。又此病或為女陰瘡之起根。

症狀，為患處癢甚，致病者幾不欲生。
治法，病久者若未延累陰道前庭過甚，以將女陰截除為佳。曾見報載有用卵巢膏獲癒者，約因此膏能使外生殖器充血，俾該部血循環較佳之故。

第十九圖



女陰乾枯

陰蒂及小陰唇已消沒，女陰變白且成瘻管。陰道口窄縮而強硬。本圖所示係一嚴重之例而不可施手術者，因病已延至陰道口及尿道口也。

女陰白斑病 Leukoplakin, 爲界限不甚顯明之病,與女陰枯乾畧似,但係作白斑散布於女陰區而非如女陰枯乾病之累及全女陰也。又白斑病之組織改變較女陰枯乾者爲淺,多只限於表皮,而女陰枯乾病則改變在真皮內。女陰白斑病可爲女陰癌之起點。

帕哲忒氏病 Paget's Disease 此患間有發生於女陰而爲女陰癌之起始者,其特狀爲局部騷擾,發生白泡,病區增厚,卒則潰爛而出血。曾有二名醫詳爲研究,謂其可爲女陰癌之原因。

女陰瘙癢 PRURITUS

女陰瘙癢之爲病與女陰枯乾有密切之關係,因其常爲乾枯之初步也。病初起時女陰真皮變紅而增厚,兼作燒癢,繼則皮面漸變暗白色如革,易致拆裂。病勢進行則成爲女陰枯乾病,但二者間實無明定之界線,莫如視之爲一病而時期有前後之別爲妙。

瘙癢大抵係因有刺激性液使皮膚起化學作用而改變所致,與乾枯病相似。

但又有以此爲原發性病係表皮之纖維性變或硬化者,換言之即其病理的改變與乾枯病相同,故莫如稱組織之改變爲乾枯病,而以瘙癢名其因改變所致之症狀之爲愈也。

女陰瘙癢大抵由生殖道或尿路之上部有溢液所致,故凡因此患就診者醫者務須詳細考查以冀發見其來因。

原因 原因甚多,最常見者爲糖尿。此由於化學性之刺激所致,倘尿中之糖大減則瘙癢即止也。故凡患瘙癢者須立即檢查其尿爲要。有數種白帶亦或爲瘙癢之源,例如由子宮癌或壞死性息肉,潰崩之纖維瘤,子宮托,子宮頸炎及子宮頸內膜炎等所出之刺激性溢液是也。又有一要因即陰道或子宮

頸畧閉鎖致月經及粘液不能完全流出，積久染毒或起化學之改變而作外生殖器之刺戟物。

在月經將絕或已絕之婦女其老年性萎縮或可為女陰瘙癢之原因。老年萎縮所致之女陰改變畧與久患瘙癢所致者同，即表皮變薄而平，結締組織增加而彈性纖維消失。此種改變可使女陰易受化學物之刺激。又老年萎縮能致陰道分泌異常，致陰道之上皮細胞脫落過多而發生刺戟性陰道炎。且也萎縮時，可因陰道外口之縮小，或因使子宮頸口畧窄或間歇狹窄，致子宮或陰道之液不易流出而變為化學的刺戟物。又大陰唇生癬，或皮脂過多亦或致女陰瘙癢。

治法 須先查得其刺戟之原因則不難奏效。糖尿病及上述種種病况大概不難診斷而施以相當之治療。惟老年萎縮與此病相關之切或為人所忽視，故若見起因不甚明著者當察明是否由於老年萎縮之故。療治之理在使陰道及子宮分泌物流通適當。若陰道口有活頁之阻礙，可用成形手術使成漏斗形。若陰道狹窄或閉鎖須行相當之手術。在子宮頸狹窄者可作一人工裂口使其邊外翻。倘狹窄處過高施術不便則先擴張之，若復狹窄則或須將子宮並其頸盡行截去(手術之細則詳後)。

若瘙癢係由於老年性陰道炎而非由於狹窄，則塗以碘酒往往可制止其溢液。

姑息療法往往只收一時之效。普通用者為涼性溶液或軟膏，其成分通常為石炭酸，酒精，哈嗎米利(金縷梅)，薄荷腦等。純魚岩乾餾油(魚石鹼)搽患處有時可止癢。亦有用含科第印(codein)，科卡印(cocain)等之甦劑(坐藥)者。銦及X光線有時甚效。

若病已甚久，組織之改變已固定，則宜按乾枯病治之。因至此時期雖除其病原而症狀仍存，故須施截除女陰術方可。但未施手術之先宜試用卵巢膏若干日，每劑五囀（盛膠壳中），每日四次，以覘其有效與否。

陰道炎 VAGINITIS (COLPITIS)

若綜計陰道可受損傷之情由如交媾、生產、醫事檢查、器械施用及異物投入等，並傳染機會之多如由交媾、手淫或由直腸膀胱所傳達者，則知所見陰道炎之數實不足以當其什一也。陰道之所以具此免疫性，一因其表面有鱗狀上皮細胞為之保護，一因其分泌物屬酸性不適於細菌生長之故。在幼年時陰道雖易受各種傳染（於淋病尤甚），但一至成年則罕有發生原發性炎者。除童年外，凡陰道炎必由於陰道上皮受有機械或化學的傷害而後病菌始能侵入，例如成人之淋性陰道炎係因淋性子宮頸內膜炎之卡他性溢液先浸軟陰道上皮而後他種細菌侵入已傷之面始釀成之。又血循環改變使陰道局部充血者亦為助長陰道炎之事，故陰道傳染見於妊娠時為多，且在心腎病及肝病時有阻性充血者陰道炎更為多見。

陰道炎有係急性瀰散性累及陰道壁者。此雖間或見之於成人，然多為小兒之患，小兒淋性陰道炎即其一例也。其狀，全陰道膜皆紅腫，易出血，滿浸以炎性分泌物。

在限局之慢性陰道炎，炎勢只限於陰道之數處，致膜面呈斑點狀。此種陰道炎於老年萎縮時最顯，因其發紅而易出血之斑點，則與陰道膜無病部分之萎縮變白而平滑者不同也。該紅點之大小自針尖至一二釐不等。

陰道炎之各期或皆兼有上皮細胞脫落及潰爛，後則陰道面相粘着，致成一部或全部之狹窄。

各種陰道炎皆有白帶，其多少稀稠無定。在急性瀰散性陰道炎者為膿性，且稠厚而甚多。在輕性慢性炎者則渾濁而略似血清，其由於老年萎縮者則色白而似乳，因其中含有許多脫落上皮細胞也。若陰道面出血則溢液為棕色或紅色。

原因 陰道炎最常見之二種原因為淋病及老年萎縮。陰道梅毒及結核病似尚罕見。

日久之子宮頸內膜卡他炎可致難治之陰道炎。慢性子宮內膜炎及交媾或手淫過度者亦或致此病。

用子宮托及棉塞或亦為陰道炎之常見原因。倘所用之托不適，或經用日久而未洗淨，則能使陰道上皮潰爛，甚或使托包埋於陰道壁之新生上皮內。其他異物之存於陰道內者亦可致陰道潰爛及慢性炎。

陰道炎間有由傳染病如麻疹，猩紅熱，傷寒，天花，白喉，霍亂等病而起者。此類炎係瀰散性，陰道蔽以白膜一層，其結果或致潰瘍而成狹窄。

患產褥熱者偶或伴發局限之陰道炎，後使陰道壁成閉塞之粘着，多在陰道之上部近子宮處。

陰道或子宮頸不全狹窄者往往兼發陰道炎，因其分泌物阻滯而起化學改變致傷害陰道上皮之故。

在小兒有一種急性女陰陰道炎與淋病致者相似，係由於直腸內遊走之線蟲如蟯蟲 (*Oxyuris vermicularis*) 墜入陰道所致。有人報告嘗見此種寄生蟲由陰道遊行至子宮，經過輸卵管而入腹腔致有極危險之結果者。

陰道尚有其他寄生蟲，一為尿生殖器阿米巴 (*Amoeba urogenitalis*) 屬原生動物類亦或侵入膀胱致有血尿，一為陰道台可門原蟲 (*Trichomonas vaginalis*) 能繁殖於陰道酸性液中。又有埃及血吸蟲 (*Schistosoma haematobium*) 多見於埃及婦女之陰內。此

蟲本多係寄生於尿路,但有時亦繁殖於女陰表皮致生小疣酷似尖銳濕疣,又或侵入陰道粘膜使之變厚而如革。倘寄生於子宮頸則發生乳頭狀贅生物與癌相似。

又有數種微菌能致陰道炎,用目力察之,見其為小白斑散布於發紅之粘膜面。患糖尿者極適於微菌在陰道之發生。

症狀 慢性陰道炎之較輕者或無自覺之症狀,惟分泌物起化學性之刺激時則外生殖器作燒而癢,且有小便頻而痛。若炎為急性或劇烈者則覺陰道下墜,作燒,致病者覺盆內有病以為係子宮脫垂。常流白帶,病者往往因此求診。

療法 第一在檢查陰道最初刺激之來源。此事約不甚難,因除不多見之特種局部淋病結核,梅毒等所致者外,其起原多不在陰道而在他處。獨惜煽動之原因除去後,陰道炎未必全消。局部之治法包括灌洗法(鹽液,硼酸,明礬,碳酸氫鈉,過錳酸鉀,銀製劑等)及局部塗藥法。所塗之藥以碘酒為最效,有時用棉球浸甘油或魚岩乾餾油,與灌洗及塗碘酒兼施有益。亦可用魚岩乾餾油之陰道挺劑,但其效不大。老年性陰道炎倘非因陰道分泌物阻滯而起者,搽以碘酒而不用棉球亦甚奏效。

陰道炎全癒之希望不盡能如願相償。頑固之陰道炎莫如留院診治,因看護得當,治療有則,較諸日來院者可期速癒也。

氣腫性陰道炎 *Vaginitis Emphysematosa*。此係特別之病只於孕婦發現,生產後則自癒。溢液及症狀甚少,故多不自覺。其特狀為陰道面發生小泡,泡之大者或如小囊腫,刺破之則放氣少許。

此病之原因尙未確悉,但頗可信其為產氣桿菌所致。此病在臨診上無關重要。

陰道氣響 Garrulitas Vaginae. 此係於遽然轉動時有氣由陰道洩出而作響。有人以為係由陰道內產氣桿菌所致，但未必然。大抵由於機械作用，因陰門未完全閉合也。

陰道鄰蜂窩織炎 Paravaginitis (Paracolpitis). 此係陰道周圍蜂窩組織之急性膿性炎，概因陰道受重傷如生產時用產鉗或交媾過猛或試行墮胎等致染毒深入所致。此種炎甚重要，因能延入盆內可誘起致命之腹膜炎。有時其傳染係限局的而於就痊時最易成陰道狹窄之患。

治法 在用冷或熱消毒藥液灌洗，至就痊時宜用膠皮或玻璃栓插入陰道預防其壁粘着。若有限局之膿腫，可割開而設排液物。

子宮頸炎及子宮頸內膜炎

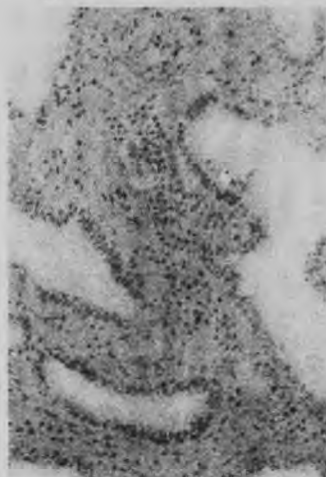
CERVICITIS AND ENDOCERVICITIS

非特原性之子宮頸炎多半由於糜爛或外翻而破裂所致，其詳見生產破裂篇。

子宮頸糜爛間或見於處女，其久流白帶多由此而起。糜爛之原因尙不甚悉。大概因有異常機械的刺激，因多見於子宮頸異位致觸於陰道前壁，或子宮頸過長而接觸陰道後壁過甚之情形也。

在生殖器萎縮及陰道炎時子宮頸或亦隨之發炎而成粘着，卒至狹窄而致子宮積水或積膿（見子宮積水積膿篇）。

第 二 十 圖



慢性子宮頸內膜炎之頸腺

大力鏡檢，請除擴張，且充以粘液，內含剝脫之上皮細胞，圓形細胞及細菌，但因製切片時均被抹掉。圖左上角等處之上皮已無存。腺間之間質水腫，且有圓形細胞浸潤之。

子宮頸炎及子宮頸內膜炎之症狀爲常流白帶，其治法在塗以碘酒，或施手術使子宮復原形及原位，於極難治愈者可施 Schröder 氏手術將子宮頸內膜盡行除去則能使瘕(手術詳編末)。

子宮內膜炎 ENDOMETRITIS

子宮內膜或名粘膜爲一多經誤會之組織，蓋昔以爲諸多病害可發生其處，而實不知其爲一頗具抵抗力之組織也。

夫子宮內膜原爲種卵之所，故對傳染及惡瘤之免疫性殊較他膜爲大。除產後期外，無論於何種細菌皆能抵禦，惟結核菌及淋菌有時可染及之耳。究之子宮內膜之患結核者殊少見，且淋菌之由子宮頸上行至輸卵管不過假道子宮內膜，罕有久棲其處者。

至若產後期則因胎盤分離致膜面之一部剝蝕，餘部亦腫，且內口開張失其防衛之作用，故內膜於此時易受病原菌之害也。較重之子宮內膜炎係多見於此時，而慢性炎之改變亦往往基本於此。

子宮內膜炎之問題今多紛紜其說，因沿用昔日子宮內膜病理未明之名稱使然。舊書中或有未將子宮體之粘膜與子宮頸之粘膜分清，故往往誤將限於子宮頸之病謂爲子宮內膜炎。且也有許多盆內之病亦誤認爲係發生於子宮內膜，致施子宮刮術或局部療法，不但無用或反有害。卽如盆炎，子宮異位，白帶及月經不正等病幾以施治於子宮內膜爲常例。又凡屬子宮管內之各病皆混以子宮內膜炎稱之而以之爲關係甚重。近者病理研究進步，始將此謬誤改正，蓋知子宮內膜在婦科諸病中不過僅佔一小部分而已。

吾人須將此名稱專用之於子宮內膜發炎之情形，卽僅指

由病原菌而起之傳染及由此傳染所致之慢性改變而言。至生理學及病理學上所致之血循環改變應各有相當之名，不可如昔者之概括於子宮內膜炎內。

子宮內膜病尙未有適當之分類，故對於此問題之陳述須力求簡易。

子宮內膜之改變昔統稱子宮內膜炎者，可分為三類：

(一) 傳染性子宮內膜炎，由細菌侵襲所致。(二) 慢性間質性子宮內膜炎，由以往之傳染性感染所致。(三) 腺組織肥大，由血循環改變所致。

傳染性子宮內膜炎 Infectious Endometritis. 子宮內膜嚴重之感染大多數見之於產後，蓋其時子宮內膜因胎盤之分離而有剝蝕之區，且子宮頸管口開大及各部充血，故特易受毒。最常侵襲之細菌為鏈球菌，葡萄球菌及潛伏之淋病球菌等。所發之炎或限於內膜面，或深入子宮之肌壁。又或經由輸卵管或子宮壁之淋巴間隙而延及盆腔致腹膜炎。

傳染性子宮內膜炎亦有由淋病而起者。最重者為產後潛伏淋病之誘發。因此時子宮內膜失其平常抵抗淋菌之能，故受染甚重而危險。產後之膿毒感染由於淋菌者殊非少數，其結果多為慢性炎而不能復孕。

治法 急性傳染性子宮內膜炎除為產後膿毒感染外，多無須特別療治之。須知子宮內膜之染膿毒者用刮匙療治甚為危險，因能闢一新路使炎患染及盆腹膜。子宮內膜可因不潔之器械探過內口而受傳染。又或因用刮術致將子宮頸內膜之傳染性細菌植於子宮內膜，此亦為用刮匙危險之一端。

子宮內膜結核病與傳染性子宮內膜炎同類，已詳於前。

老年性萎縮有時可為子宮頸及子宮內膜受染之素因，致發生粘着及一部或全部狹窄。其結果使膿液積於子宮內而成子宮積膿 (pyometra)。

慢性間質性子宮內膜炎 Chronic Interstitial Endometritis.

此病之病理及症狀尚未深悉。蓋子宮內膜之組織因受傳染性病之害而有改變也。余曾考查若干病案多係曾經小產及兼有盆內炎之患者。

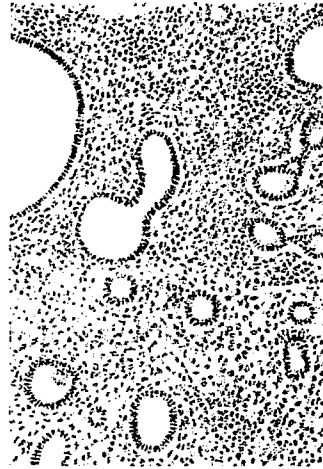
子宮內膜變厚多少無定。檢以顯微鏡則見其變厚係由於其間質加增及小圓形細胞浸潤所致。其有異常之出血而兼盆內炎者或由於有此病之故。慢性子宮內膜炎不易診斷。單獨療治亦或不甚奏效。因局部用藥殊難達及。而施手術又恐激起潛伏盆炎之新活動也。

此慢性子宮內膜炎可分數類。檢以顯微鏡可判別之。只據症狀則不能分辨。

腺組織肥大 Gland Hypertrophy 有數式之子宮內膜肥厚昔以為係炎病所致。因名之

為子宮內膜炎。今則知係由血循環之改變而起。許多子宮內膜之肥厚人皆以為為屬乎病理。但按諸科學證明子宮內膜確有生理的肥厚。定期發現。即行經時所見者是也。此時子宮內膜普遍增厚。其主質因血管充血而腫脹。並有液滲於其細胞之間。且腺泡變長而成螺旋形。凡此變異。起始於行經之前。極盛於行經期間。經畢則漸退。至下次月經時復現。故凡經前經後之子宮內膜肥厚係屬生理之事也(參見第8頁)。但恒久肥厚

第二十一圖



慢性間質性子宮內膜炎

小力鏡檢。顯示腺之擴張。蓋此病有時有此情況也。上皮細胞平而不致活。諸腺大部呈環形。而在月經前期之擴張期外形多不齊。間質較平時緻密。且可見小圓形細胞之集塊。

或肥厚過甚者則屬病理，惟未必發現症狀耳。肥厚最甚者可使粘膜變成大小不等之皺襞，謂之息肉性肥厚。其顯著者有時稱為子宮內膜腺瘤或不易與腺癌鑑別，究之其腺之式依然未變，且無侵入子宮肌組織之傾向。

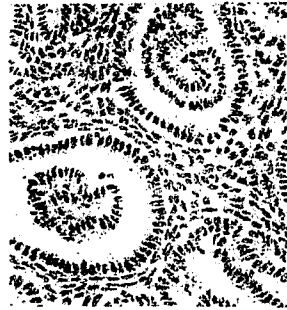
凡生殖器有日久之充血或阻性充血者皆可使子宮內膜增厚，此可斷言也。此等充血見於生理的行經。至於病理的肥厚則由於子宮異位，盆炎，脫膜性病，屢犯小產，子宮外孕，手淫，交媾過度等所致。有時過甚之息肉性及腺瘤性之肥大顯係一種獨立病，其原因尙未明悉。

腺肥大之因盆內充血而繼發者多不顯何症狀。雖或因子宮內膜腺分泌過多而稍流白帶，但此種白帶確無特性。或謂子宮痛及觸痛為子宮內膜肥厚之症狀，究之此症狀似由於盆炎而非由於繼發之肥厚也。肥厚最特別之狀為月經過多，但月經過多之原因吾人未能深悉，故難斷言肥厚為月經過多之因抑或其果也。

在息肉性及腺瘤性之肥厚，則白帶，月經過多，子宮痛及觸痛並痛經，皆可為其特顯症狀。

治法 子宮內膜之肥厚既多係生理的或係一種繼發病況而其自身不顯症狀，故施治時當注意盆內之原病而不必專注於子宮內膜。設有甚重大之息肉性或腺瘤性肥厚，則治療之主旨在制止其月經過多。藥物如麥角，金印素，金縷梅（哈瑪

第二十二圖



子宮內膜之腺質肥大

大力鏡檢。諸腺密列，其間之間質為所壓迫。上皮細胞長而行功敏活。本圖特示腺質上皮之呈簇狀內翻於腺腔內，以成結締之乳頭而被以上皮。

米利)等皆無甚功效。有謂垂體素(pituitrin)甚效者,於少女尤然。

刮術或可暫止血痛,但不久內膜復又肥厚致須再三施之。姑息療法有時亦無大益,欲免其長久失血或不得不用陰道上截除子宮術。近有用射線(radiation)療之而獲佳效者,但於青年婦女用之須慎而必富有經驗者方可,蓋恐殘毀卵泡致日後不能受孕也。

子宮炎 METRITIS

子宮炎名稱用之之寬泛殆與子宮內膜炎者同弊,凡子宮體之炎症及循環的改變皆屬之。就嚴格言之,宜專用之於細菌傳染之發炎。真正子宮炎多半由於產後受重大之傳染而起,由內膜延入子宮體之組織。近來產科之技術改善,因此產後子宮炎少見。除產後致者外子宮受染者甚罕。淋病性子宮炎經人報告者有數例。至由結核而起者則係由內膜延入子宮之組織者。

治法 傳染性子宮炎多歸產科治之。所採方法,多偏重保存及待期療法。若子宮內有傳染性或腐爛性物質可刮除之,但勿刮至過深為要。極劇烈者有時須速將子宮完全截去而於盆內設置排液物。

卵巢炎病 INFLAMMATION OF THE OVARY

卵巢炎之問題論者之意見不一,因關於其分類及其組織改變之解釋各有不同也。故對此問題不得不按自己之見解而將卵巢炎分為傳染性及間質性之二類。所謂傳染性卵巢炎者係由細菌侵入所致,包括急性期及慢性期而言之也。所謂間質性卵巢炎者包括數種不甚明瞭之變性情況而言。此

種變性並顯於卵巢之主質與上皮組織，由於全身性病或舊炎病或血循環之改變而起。就細菌傳染之意義言之，間質性卵巢炎殊非一種真炎病也。

傳染性卵巢炎 Infectious Oöphoritis 卵巢之直接傳染普通係由產後之膿毒症而起，以鏈球菌為最常見。經行之路多係由盆腹膜炎所傳及，因卵巢面與發炎之腹膜相接故先受累。卵巢白膜尋常能防阻細菌侵入卵巢實質，因此炎勢只限於卵巢之周圍。然在甚劇烈者則可侵入卵巢使成急性膿性卵巢炎。此種劇烈炎病往往致命，倘可就癒則卵巢必發生堅厚之粘連物而潛伏慢性膿腫於其間，非至染患漸消或施外科手術治療不能痊癒。此種卵巢炎可謂之真慢性卵巢炎。

產後膿毒之染及卵巢，除經由表面上皮及白膜外，尚有他道可假，例如可由子宮鄰結締經卵巢門而入卵巢間質是也。據 Gebhard 氏謂產後染毒並可因腐敗性血栓形成經子宮周圍之血管而達及卵巢。

除產後受染外卵巢炎多半由淋性而起。伴淋性輸卵管炎而發之腹膜炎之可累及卵巢表面已於淋病條下論及。又卵巢內質亦可因輸卵管之傳染經輸卵管口而由黃體之破口或卵泡進入卵巢而使卵巢化膿，致成為輸卵管卵巢膿腫。此種複性膿腫其包藏細菌之時期較單純性輸卵管膿腫為久，故病勢較為劇烈而經過亦久，且尤當施行外科根治法。

一般化膿性之結核病可由輸卵管延及卵巢，與淋病之傳染情形相同。腹膜粟粒形結核病亦可累及卵巢表面，雖間或可由卵泡之破口而侵入卵巢間質，但罕有穿過上皮層及白膜層侵入者。獨立之卵巢結核嘗見數例，此係在遠部有病竈藉血液傳染者。

卵巢囊腫之振轉或與腸粘連者可因其處之壞死而受傳染，其常見之細菌爲大腸桿菌或葡萄球菌屬之某種，致令囊腫變成膿腫。右側卵巢之表面有時可受急性闌尾炎之染，在少女尤甚。

傳染性卵巢炎有時可致卵巢內出血而成血囊腫，容於卵巢腫瘤條下詳之。

至於慢性傳染性卵巢炎不過爲一般骨盆炎之一部而不能謂爲一種特殊病。其所致症狀因有粘着將卵巢固定，故在臨診上不能不分清。慢性傳染性卵巢炎或有間質性炎與之伴發，或竟變成間質性炎。

間質性卵巢炎 *Interstitial Oöphoritis* 此病之發生情形今尙不甚明瞭，按上文所述非屬傳染性病，乃組織之一種變性耳。

在初期該器官之體積增大，因間質肥大之故。間質細胞增生但不失其本形。包繞卵巢之白膜亦增厚。間質改變時兼有主質之變性。初卵泡減少殊甚，將熟之卵泡極易閉鎖而成囊。又卵巢內質層之血管壁往往增厚而成透明之塊，蓋指示血管有閉塞性炎也。迨後期則卵巢發生囊性變化，往往一囊甚大而擠消其餘之小囊，致使全卵巢成爲一囊瘤，其大小不定（見卵巢瘤篇）。其所以成囊者按 Gebhard 氏之意見係因白膜甚堅，卵泡不能破裂，而致生理作用受阻之故。亦有係因間質變硬而主質消滅致卵巢萎縮而變成纖維性物與年老相同者。

病原 原因有甚清楚者，有毫不顯明者。久被包埋於粘連物中之卵巢往往顯間質性卵巢炎。此種情形雖係繼以前之傳染而發生，但不可視爲炎病，乃因血循環障害及卵巢正常作用不能執行有以致之也。卵巢變性有時係繼急性傳染病而起如傷寒、敗血病、天花、霍亂、猩紅熱及劇烈之中毒，如砒、磷等。

卵巢之變性或甚重大，致卵巢之功用盡失而不能行經及受孕，此則卵巢與他器官同為病後之局部變性而非因受傳染使然也。在授乳萎縮及早衰者卵巢亦有類此之改變。其他可誘起卵巢變性之原因概本於血循環之障害，就中如萎黃病(chlorosis)，經期感受傷害(如傷風，用力過度)，產後子宮復舊不全，慢性心病，生殖器之刺激，或交媾不良，子宮外孕，或盆內腫瘤之影響(肌瘤尤然)等皆足為卵巢循環障礙之原。上述諸患或皆可伴發卵巢炎，但二者間明確之相互關係以吾人現在之知識尚不能作肯定之說明。

症狀 傳染性卵巢炎之症狀與盆炎者同，學者可參觀淋病篇。

關於間質性卵巢炎症狀之意見，近已有頗大之變更。吾人已知卵泡閉鎖乃屬生理之事，且在行經年齡間正常之卵巢實皆有小囊形成之事而不覺疼痛。即卵巢有異常之囊性變亦無何痛苦，雖成為滯溜囊腫亦然。然倘有粘着發生或腫大之卵巢扭轉或闊韌帶之靜脈充血時則致覺痛。抑尤有進者，卵巢硬化亦未必作痛，如年老婦女卵巢皆起硬化，但不覺痛。所謂卵巢痛者多半由於腹膜之粘着，闊韌帶靜脈之曲張，卵巢血管之扭轉或由於卵巢之重墜等而起。此諸原因中以腹膜粘着為最多見。此等粘着雖在熟手亦或不能查出，故往往診斷之為卵巢神經痛。

又有一普通之誤解，以為囊形變性能使神經系顯反射之症狀，如希司忒利阿輕性精神病等，此於神經學篇已詳。

間質性卵巢炎每為不孕之原因，就病理論並不足為異。

治法 傳染性卵巢炎之治法與盆炎者同。

間質性卵巢炎可按其致症狀之伴發病療治之。苟非成異常之囊腫，不易診斷。如其已成囊腫，當行外科手術。手術

之應採保存法(部分切除)抑或斷根法(全卵巢切除);視囊之大小爲奪。在囊形變性之不甚重大者亦以截除卵巢爲妙,蓋僅切除一部分多屬無益或反有害。

至於未及期之卵巢硬化或萎縮,則可以卵巢治療之。

子宮鄰結締織炎及骨盆蜂窩織炎

PARAMETRITIS AND PELVIC CELLULITIS

骨盆蜂窩組織之解剖學 盆腹膜下有複雜交通之間隙充以疏鬆之結締組織,稱爲盆蜂窩織。此組織畧行包裹盆內之各器官,而輸尿管及盆內大血管亦包埋於其間。該組織在數處極爲鬆緩故有蜂窩織之名。其餘部分則較緻密並含某種平滑肌纖維。此厚密之部分組成子宮之諸韌帶。其肌性纖維於子宮血管之將入子宮處特形顯著,使該組織更有支扶之力故稱爲子宮之主要韌帶。

盆蜂窩織之數部就所聯屬之器官而命以特名。例如與子宮相接者名子宮鄰結締織,近膀胱者名膀胱鄰結締織,近直腸者名直腸鄰結締織是也。又此諸部所患之炎病亦就部位而名之爲子宮鄰結締織炎,膀胱鄰結締織炎,直腸鄰結締織炎等,而總名則爲盆蜂窩織炎。

子宮鄰蜂窩織,圍繞子宮及子宮頸之在盆隔膜以內之部分。其最要之部分爲在兩闊韌底之處。上包括以闊韌帶之二層,下漸沉沒於陰道壁,前方有柔細組織少許介於膀胱與子宮前壁之間,後方則腹膜緊貼於子宮後壁及子宮頸並陰道,故其間之結締織最少。

與子宮鄰結締織有密切關係者爲繞膀胱之蜂窩織。在前與佔據膀胱前間隙之疏散纖維織交通。在後子宮鄰結締織與直腸鄰結締織少有直接接連之處。介直腸與陰道間亦

有一層結締織向後與直腸瓶骨間之組織交通。腹膜下之蜂窩織向兩側達及腹壁，向後達及腰椎。

盆蜂窩織除上述諸交通外並有由小道分枝達及他處者。例如經尾骨肌與提肛門肌間之一小孔而與坐骨直腸窩之脂肪交通，又由股管循股血管而與下肢之鬆結締織交通。並由坐骨大孔通於臀部，及循圓韌帶通於腹股溝部。

盆蜂窩織所佔之區域可視為一種腔隙，蓋傳染可循此抵抗最弱之處而蔓延，滲出之血可由此而透入，腫瘤亦易由此而散佈也。是以盆蜂窩織之病理可分三種狀態言之。一曰炎病，一曰血腫，一曰腫瘤。以下所論者為第一第二兩種，其第三種則於腫瘤篇另詳之。

骨盆蜂窩織炎 PELVIC CELLULITIS

盆蜂窩織之受染係由細菌經淋巴管而侵入所致，普通多發生於子宮鄰結締織。其炎患或限於一處或延及蜂窩織之其餘諸部。覆被之腹膜往往為所累及而成局限之腹膜炎，抑或蔓延成普徧性腹膜炎。其傳染之病機或屆浸潤期而中止，或進行至廣闊化膿之險境，無定。其病情之範圍既大小不一，故病之輕重亦大相懸殊，有輕至無關重要者，有重至致死甚速者。

盆蜂窩織炎每足使經過炎區之靜脈形成血栓。子宮鄰結締織炎所成之血栓大抵只在腹下靜脈之枝及精索內靜脈，但有時可延及腹下靜脈，髂總靜脈及股靜脈甚或下腔靜脈。

炎勢與血栓形成無一定之關係。有時子宮鄰結締織之浸潤頗輕微而所成血栓反甚大，亦有反乎此者。血栓形成最要之結果為肺動脈栓塞及股靜脈受累而下肢水腫。

若蜂窩織之炎進行至化膿之程度，則所成之膿腫可破入鄰近器官，如陰道、直腸、膀胱間或可破入子宮頸。蜂窩織炎就癒時則成甚堅之瘻，此可使盆內器官移位殊甚及固定不動。

子宮鄰結締織炎大半由產後而起。其關於產科方面之各節茲不具論。

就婦科方面言之，子宮鄰結締織炎多為施骨盆手術之併發病。最常見者為因盆炎施子宮截除術後而併發者蓋其時腹膜下之蜂窩織內已有傳染之動機存在，故可誘發之。又盆腹膜炎之可累及其下之蜂窩織正與蜂窩織炎之可累及腹膜者相等。有時截除盆器官可激發蜂窩織炎及局部染膿毒（多在子宮鄰結締織）。若無適當流出之路則成膿腫於盆內。凡行盆手術時使蜂窩織受染者皆可誘發蜂窩織炎或曰子宮鄰結締織炎，例如子宮內膜本有膿毒病若截除子宮時措置稍不細心，即可使子宮鄰結締織受染也。又子宮鄰結締織血腫之染毒者亦可使子宮鄰結締織發炎。

施行小手術如擴張術、刮術、探子之使用及子宮頸之手術等，倘消毒未善亦可誘起子宮鄰結締織炎。甚至陰道異物之致局部潰瘍者其炎毒亦或可由淋巴管而達及子宮鄰結締織，但此少見。

屬婦科之子宮鄰結締織炎之最要因子，為子宮及子宮頸之壞死性病，如腐崩之纖維肌瘤或癌之傳染。子宮頸癌每包含毒惡之細菌，尤易染及子宮鄰結締織。此點在臨診上所關甚要，因捫診往往不易辨別其究為子宮鄰結締織之受炎病所浸潤抑或為癌之蔓延也。其可施手術與否蓋全恃此點而定奪。繼癌之染毒而起之子宮鄰結締織炎，或可延及盆腹膜使發生限局性腹膜炎或普偏性腹膜炎。

症狀 手術後子宮鄰結締織炎之要狀爲盆內疼痛,往往一側較甚。因膀胱與子宮接近,炎患往往延及膀胱鄰結締織,故多顯膀胱受惹及輕性膀胱炎之症狀。體溫畧爲升高,若化膿則白血球之數顯然增多,局部症狀亦加重。

手術後子宮鄰結締織炎雖或可致命,但通常多非一甚險之併發病,不過或遷延數星期始行痊癒耳。若化膿而自行流出或施術放出者往往可冀速癒。至於無膿的浸潤性子宮鄰結締織炎雖其經過較爲緩和,但歷數星期後或數月後,往往復發一二次。

施骨盆手術時有時見有一種極慢性子宮鄰結締織炎,由於輸卵管炎成粘着於盆後部所致。其所成之癒性組織極爲堅密,致使手術之困難及危險更甚。此種情形多半爲因前患輸卵管膿腫而施行陰道後放膿術之結果,故此術非至萬不得已時概不宜用。

行大手術截去子宮頸癌時有時亦見有慢性子宮鄰結締織炎爲之阻礙,致使輸尿管及子宮血管等之分離極感困難。曾經用銳療治者往往有輕重不等之癒性子宮鄰結締織炎。

手術後子宮鄰結締織炎大抵不難用指檢診斷之。子宮頸固定毫不可動,頸圍之組織硬如木板,與惡性瘤之浸潤或子宮鄰結締織血腫相似。其變硬處在子宮頸之一側或兩側直達盆壁,並或延布向前致膀胱鄰結締織亦變硬。尋常捫之覺痛。若已化膿則腫處必擴大而變軟,兼顯白血球增多及全身症狀加重。

鑑別診斷 傳染性子宮鄰結締織炎與手術後子宮鄰結締織血腫有時不易區別。然血腫之觸痛往往較輕,全身症狀較少,白血球之數不甚增多或完全如常。

與子宮頸癌伴發之子宮鄰結締織炎倘係慢性浸潤性類，殊難與惡性瘤之浸潤區別。若病進行較急則顯盆內炎之特狀。此類病者不宜爲之施手術，亦不宜施銃療法，因不但使炎加重且使癌之惡性更烈也。

銃療法每可誘起子宮鄰結締織之炎性反應，若隨銃療法後施以斷根手術則術後最易發生染毒性炎之危險。

療法 手術後子宮鄰結締織炎往往用姑息療法治之，因此患每能自消不至化膿。最佳之法在使病者躺臥牀上，頻用熱水灌洗陰道。如此治之經數日或可自行消退，但有需數星期或數月之久始愈者。若已化膿則須開放，通常多由陰道施之。手術後之子宮鄰結締織膿腫，有時可細心擴張子宮頸殘株之管而放之。若曾於陰道設置排液物者則只開大排液之口足矣。若係擴大分枝之膿腫，由陰道排液口放之恐不濟事，有時須在近腹股溝處割一口，將腹膜推進，使膿由腹膜外流出，亦有須在臀部會陰，或坐骨直腸窩放之者。

子宮鄰結締織血腫 PARAMETRIAL HEMATOMA

血腫雖非炎症，然時與子宮鄰結締織炎伴發，故並論之於此。血腫之成，由於外傷出血於子宮鄰結締織內所致。滲出之血不能外流，遂凝結而變成硬腫塊。此腫塊約常限於子宮鄰結締織部，然或可經蜂窩織間隙上擠至臀部而成浩大之腫塊。

劇烈之血腫多見於產婦，繼子宮頸破裂至闊韌帶兼子宮鄰結締織之靜脈破裂後而起。

婦科中所見之血腫多係由於摘除腹膜後或韌帶內之腫瘤時有多量血液流入蜂窩組織中所致。可於有局部迅速腫起及病者顯虛脫之狀而知之。此種出血或可致命，或速凝成塊而不致大害。

手術後子宮鄰結締織血腫甚爲常見在陰道上截除子宮者尤易致之。此由於止血不全及術後血液滲入子宮鄰結締織間隙之故。此等情形非於出院前醫士由陰道檢查或不能知。有時僅致病者恢復稍緩時日。其狀爲體溫持續畧高，病者覺盆內不舒。亦有手術後數小時內病者暫顯休克（虛脫），脈搏甚速而侍者不知其故者。

子宮鄰結締織之血腫由陰道診查之，覺子宮頸殘株之周變硬如木，且固定不動。其硬結或向前蔓延至膀胱部，有時並延及盆壁。

血腫尋常消散甚緩，有歷數星期或數月始消盡者。亦有受染毒變成子宮鄰結締織膿腫者。

療法 最要者在預防其成血腫。於施截除子宮術時小心將出血各點縛妥，若能使無出血之點則尤妙。本編後部（手術章）所云用腹膜掩蓋子宮頸殘株使滲出之血流入腹腔之法甚佳，因較流入子宮鄰結締織易消散也。

血腫既成，絕對不可用手術治之。只使病者躺臥，頻用熱水灌洗陰道可矣。但血腫已受染成膿，則其治法與化膿性子宮鄰結締織炎者同。

尿道炎 URETHRITIS

急性尿道炎幾盡由淋病而起，已詳於淋病篇。

慢性尿道炎或爲急性淋病之結果，或淋病初起卽爲慢性者亦有之。亦有由他種細菌如大腸桿菌及葡萄球菌所致者，然甚難言其原病之是否爲淋患。因慢性尿道炎之本爲急性淋性炎之結果而迨後因雜染他菌竟使淋菌絕跡者亦有之。原發性大腸桿菌性尿道炎確曾見之，但較罕耳。慢性尿道炎有限於尿道之某部不必累及其全體者。主要之症狀爲小便

時灼痛。倘久不痊癒或可影響於病者之神經系，而在知其爲花柳病者尤然。治法 局部施用百分五之硝酸銀溶液須假以時日及有耐性爲之。

贅生物 NEW GROWTHS

女陰(陰門)之腫瘤 TUMORS OF THE VULVA

纖維瘤及纖維肌瘤 FIBROMA AND FIBROMYOMA.

女陰之真纖維瘤較爲罕見，有則幾盡在大陰唇。其體積鮮有大於雞蛋者，然尤大者亦有之。此瘤起於大陰唇之結締組織，尋常堅硬，不連他物，故易剖除。有因瘤體重而下垂，牽皮與俱，以成一蒂者，則其堅度變軟而柔，此種謂之懸垂軟纖維瘤 (fibroma molluscum pendulum)。

纖維瘤內，有含平滑(無橫紋)肌纖維者，亦有現腺性或囊形之小孔而呈腺肌瘤性(adenomyomatous)組織之狀況者。時或發見一柔弱之蒂，將腫瘤與腹股溝管相連。此種連屬，合以腫瘤之組織學的情勢觀之，則知肌性及腺肌性瘤之發生，大抵根諸圓韌帶，良以酷肖之也。

症狀 視腫瘤之大小及位置而定，大都不外行走不安，交媾窒礙等狀，倘腫瘤大或懸垂，則兼感受牽或沉重之苦。值行經時及行經前，瘤易發腫，諸症狀亦增劇。

診斷 尋常不難，然有時或與陰唇赫尼亞(labial hernia)，脂瘤，或前庭大腺囊腫(cyst of Bartholin's gland)混淆。纖維瘤有變爲肉瘤(癌)(sarcoma)者。

療法 在施外科手術，大抵不難剖出之。懸垂類者，往往祇將其皮蒂剪斷，瘤即脫去。有時瘤之生長雖無礙及病人，亦宜施行手術，恐其或變性為惡瘤也。

脂瘤 LIPOMA

脂瘤生於女陰者罕。有之則在大陰唇或陰阜，為脂肪組成雜以幾許纖維結締織。間或可發見粘液瘤性 (myxomatous) 組織，此則宜謂之為混合瘤。

或云脂瘤值妊娠則增大，產後則縮小，行經時亦發腫。陰唇脂瘤軟而幾顯波動，故有時不易與囊腫區別。

治法 施外科剷除術。

女陰間或生一種罕見之腫瘤曰女陰汗腺樣腺瘤 (adenoma hidradenoides vulvae)。其性良，為諸多腺管密列所成，而有少許結締組織雜繫之。腺裏襯以有規則之上皮。其結構顯示汗腺之特況，故名之。

女陰癌 CARCINOMA OF VULVA

女陰癌不甚常見，非至中年後大抵絕無之。其起也多根於尿道口、陰蒂，或大小唇間之溝，鮮有起自前庭大腺者。在病勢已進行者，其起源每不易辨明。

女陰癌之大多數屬鱗狀上皮類，惟起自前庭大腺者則為腺癌性 (adenocarcinomatous)。猶有一種黑色癌 (melanotic carcinoma)，特罕見耳。子宮癌亦或可繼發於女陰，此則其結構與原發之癌同。夫癌尋常生於一側，其形開始即參差而為結節性，不潰爛，繞以幾許之萎縮皮組織 (kraurotic tissue)，且似由該組織發生者。女陰之淋巴循環既甚富裕，故此部生癌殊為惡烈，早遷徙於腹股溝淋巴腺，且由彼轉達於腋部之腺。

症狀 早期不痛，往往不於此時就診。迨腫瘤糜爛或腹股溝腺受累，症狀乃顯。病處覺癢而灼熱，外陰部恒蔽以血性濁液。腹股溝腺之受累或甚闊大，其劇烈視原發癌尤過之。晚期疼痛慘酷，倘或栓塞小腿靜脈則益難堪。

診斷 僅用望診間或不易決定。在早期作疣形及開始糜爛時，或酷肖梅毒。及晚期潰爛既甚，則或不克與陰唇痕瘡或曰侵蝕性潰瘍 (esthiomene) 區別。尤以晚期為難，因女陰一側患癌，往往由接觸之故染及對側，致兩側齊爛，恰與侵蝕性潰瘍類似也。至於象皮病 (elephantiasis)、結核病 (tuberculosis)、甚或尖銳濕疣 (condyloma acuminata)，時或誤認為癌。凡稍涉疑貳者，宜將瘤割取少許以顯微鏡檢

第二十四圖 查之



女陰闊大之極起於尖銳濕疣。

第二十三圖



女陰癌之早期

可見在陰唇後連合處之組織已受浸潤及開始潰爛。

療法 倘可施行手術，宜及早作絕根之處置。法行廣闊之女陰截除術 (vulvectomy) 兼左右腹股溝淋巴腺之解剖。惜就診者多為時已晚，而病之傳徙又早，故豫後 (prognosis) 往往不良。倘已無法施手術，則惟有以銻 (radium) 治之以減其狀。

有謂最善之法，係先將腹股溝部以巴色氏法 (Basset technic) 充分解剖，俟兩星期乃以熔器灼去其癌。傷口不用何種修補手續。

女陰肉瘤 SARCOMA OF VULVA

此患較女陰瘡爲罕見，在臨牀觀察上無判然之特狀可徵，初起爲限界之卵圓形硬瘤，與纖維瘤初無區別，惟生長較速耳，病進行則浸潤周圍之組織，糜爛而類似瘡或侵蝕性潰瘍。惟以顯微鏡檢查，則惡瘤之種類乃昭然若揭，如梭形及圓形細胞類，或粘液肉瘤 (myxosarcoma)，及上皮瘡 (perithelioma) 等皆可鑑別之。女陰肉瘤之屬黑色類者不少，此則根於色痣而起無疑。

療法 施絕根手術，與治女陰瘡同。

罕見之女陰瘤

嘗經醫案記載者，如女陰之神經瘤 (neuroma)，泛生軟骨瘤 (enchondroma)，粘液瘤 (myxoma) 骨瘤 (osteoma)，畸形瘤 (teratoma)，包蟲囊腫 (echinococcus cyst) 等。

前庭大腺囊腫 Cysts of Glandula Vestibularis Major (Bartholini) 已詳於前 (55頁)，但瘡之發生於此腺者亦嘗有之。

陰脣水囊腫 (積液) Hydrocele Muliebris 此係由腹股溝管延入一側大陰脣之囊腫。表示腹膜鞘突 (processus vaginalis peritonei) (Nuck's canal) 之積液也。

靜脈曲張 (蜿蜒靜脈腫) VARICOCELE

女陰之有此患，幾盡因妊娠所致。靜脈怒張而成一形式參差之瘤，約常在女陰之一側。迨分娩後，或全行消散，或遺留數靜脈恒久擴張。此多見於陰蒂附近。

靜脈擴張過甚者則致痛楚，且或有破裂之堪虞。破裂有時出於自然，或因奮力或外傷而致。破裂後則有大血腫 (hematoma)，倘皮亦破則致嚴重甚或致命之出血。

療法 施手術不甚相當，惟產後許久猶頗張大者可施之。最妙令其臥牀靜養，日行膝胸臥勢 (genupectoral position) 兩三次。

尿道肉阜 URETHRAL CARUNCLE

依本質論，此係前庭之一種粘膜息肉。其最常見者為一小息肉狀贅物，附以廣基或纖維，發生於尿道口。色極紅而觸痛常甚顯著。間有發生衆多，延蔓前庭一大區致或疑之為癌者，特極罕耳。

以顯微鏡檢之，如為真肉阜必蔽以鱗狀上皮，其下之結締組織往往受圓形細胞之浸潤。該上皮層復分隔入深組織內，橫切之其狀況酷肖鱗狀細胞癌。有謂透過此阜之管狀腺，其所襯裏之上皮其殊度由鱗狀而達圓柱形，並有基底膜。

就臨診言之，此病殊令人厭。雖不限定年齡，然以老婦為多見。於便溺或交媾時常致劇烈之痛楚。

診斷 大抵不難。然時或不易與脫垂之尿道粘膜區別，則惟有檢以顯微鏡，蓋肉阜係蔽以鱗狀上皮，與前庭者同，而脫垂之尿道粘膜則覆被以與尿道相類似之上皮也。闊大之肉阜廣布於前庭者易誤認為癌類，此則宜割取藉顯微鏡診斷之。所有在顯大時與癌相似之點務宜注意及之。

療法 單純之尿道肉阜，約可施用古柯素 (cocain) 而割除之。然時或因觸痛過顯，甚至局部麻藥病人亦不能忍令施用者，此則須施全身麻醉劑。該肉阜亦可用電擊法 (fulguration) 除去之。

倘肉阜衆多而廣，以不施外科手術為妙，因其多再發也。最佳之療法係再三施用高率(周波)電流 (high-frequency current)，雖間有未能永久治癒者，然較易抑制之耳。

尿道脫垂 PROLAPSE OF URETHRA

尿道粘膜脫垂在老婦多患之，然嬰兒及未成童之女孩亦有患之者。成年之尿道脫垂每為老年的萎縮之結果，顯係由於前庭皺摺之皮牽引鬆緩之尿道粘膜所致。其最通常且單純之類，宛如尿道粘膜外翻，由尿道口周圍之一部或全部伸出，常易誤為尿道肉阜。單純類者每無症狀，惟輾轉因洵或為發生痛苦之原因。該部血管之充血及收縮，其變異或有似於痔，兼有血栓形成，腫大，出血等狀。極劇者，脫垂之膜或有壞死及腐崩之事。其已有血栓形成者，厥狀微類似痔。

療法 視患之輕重為衡。輕而無徵候者，不必特加治療。倘充血，血栓形成或將壞死者，最妙施行手術（與痔症者同）將粘膜之脫垂及腫大部分割除之，割緣以細腸線縫合。

小兒之尿道脫垂，據奇立氏（Kelly）云係起於襁褓時期，累及尿道粘膜之一部或大半不定。復溺時則痛，紅腫，且或出血，病之起也或漸，抑或因損傷而猝致，如強淫，猛咳，久瀉及他局部傷害是也。治之惟有施行外科割除術。

陰蒂腫瘤 TUMORS OF THE CLITORIS

此患較罕。在假兩性畸形（假陰陽人 pseudohermaphroditism）者其陰蒂常甚大，一如小陰莖，惟無尿道穿通耳。此則有時當割除之，而於致激惹者尤宜。後天的陰蒂肥大（hypertrophy）亦間有之，諒因手淫所致。然究係由手淫而致肥大，抑或因肥大易激而發生手淫，尚不能無疑。蓋手淫之結果有時致陰蒂萎縮（atrophy）也。肥大至礙事者當施陰蒂截除術（clitoridectomy）至於因手淫而闔去正當之陰蒂，其益尚未可必。

間有患陰蒂癌者係繼女陰瘡而起，亟宜行外科治療，即將女陰完全截除並解剖腹股溝部之淋巴腺。

陰道之腫瘤

TUMORS OF THE VAGINA

陰道肉瘤 SARCOMA OF VAGINA

陰道肉瘤不多見。凡分二類，(一)見於小兒者，(二)見於成人者。

小兒陰道肉瘤大抵係先天的，且由中胚葉當發生于非氏管 (Wolffian duct) 之早期時分離之部分而起。依組織學論之，此等腫瘤原為粘液組織，結締組織，及平滑與橫紋肌纖維並肉瘤組織變形所成。是以就狹義言之非為真實肉瘤，不過屬畸形類之混合瘤耳。尋常起於陰道前壁，間有起自後壁者。瘤從陰唇突出，狀類息肉或葡萄球，未幾即壞死，致陰道充以一腐死肉團。其病質浸潤陰道深層，尋累子宮頸及膀胱，延至子宮體及女陰，侵入骨盆結締組織，並傳徙至附近淋巴腺。倘係起於陰道後壁，則不多累直腸。患此者幾盡致命，治療者甚少。其一線之望則在及早診斷而施以子宮陰道之摘出術 (extirpation of uterus and vagina)。

成人陰道肉瘤其式與生於身體他部者同。有黑色性，粘液性，毛細管擴張性及巨細胞等之別。其起也或為結節，或在陰道任何部分浸潤生長致陰道全體成一硬塊。患者殊少獲癒之望。倘診斷早定，則宜將子宮及陰道全部截除。

陰道癌 CARCINOMA OF VAGINA

陰道原發性癌畧屬罕見。有則大抵起於陰道之鱗狀上皮。間有為腺癌式者，此則諒因由涵於陰道粘膜內之先天性囊或腺質而起也。

其繼子宮癌而發者則常見之，許多報告中之原發性癌，實際亦屬此類無疑。

原發性陰道癌約常起於陰道後壁。惟其如是，故有謂係因損傷如使用子宮托 (pessary) 之結果。究之預有患癌之組織是否因子宮托所誘致，殊不能無疑。癌初起為環形而有定限，四周微高起變硬。原區漸延蔓，浸潤鄰陰道之結締組織，直至全道受累。潰爛出血之狀早顯，徵候與子宮頸癌無異。

陰道原發性癌之診斷大抵不難，惟連累子宮頸者則不能辨悉其原起之位置。

豫後殊不良。診斷早者可施摘出術。術式視原起之位置而定。倘在陰道之上部，最妙以瓦通氏擴大術 (Wertheim extended method) 剖開腹壁將子宮及陰道摘出。倘癌距近前庭，則在下方施術，或兼開腹摘出之。在不能施手術者，用銻 (radium) 作姑息療法時或有益。如病已延至直腸，非將子宮陰道及直腸概行剔除，無癒可望。此則必須為之設人工肛門。

陰道繼發性癌殊為常見，尤以子宮頸癌之進行者為然。無論子宮頸癌之為外轉抑內轉者，終有累及陰道鄰結締組織之趨勢，而在前壁介陰道與膀胱之間者尤甚。職是之故，當施子宮頸癌之斷根手術時，須除去陰道愈多愈佳。子宮體癌不直接延累陰道，但時或由遷徙性移植染及之。

陰道亦可發生絨毛上皮癌 (chorio-epithelioma)，但原發於陰道者罕見，多為子宮內原發性癌之傳徙者。

陰道囊腫 VAGINAL CYSTS

陰道壁之小囊腫較為通見。其體積小者，如榛子，大者如核桃，間亦有甚大至上延入闊韌帶者，然罕見。囊腫約常現於

陰道前壁，爲數單一或衆多，患者不拘年齡，即小兒亦或患之。迨自陰道口突出始及察知。

原因頗不一致。其確由胎時粘膜包封腺質而起者殊多，小囊腫皆不外此例。大者約有發源於卵巢冠縱管 (Gürtner's duct) 者。在狹窄或單側 (unilateral) 陰道之患此者，有謂係由腺織而起，所以代表未發育之苗勒氏管 (Müller's duct) 也。囊腫有數個者不及單一者之常見。倘其循一線發生，諒根於卵巢冠縱管而起，若凌亂無次，則大抵由陰道包封之腺質而起也。

陰道小囊腫不必然致何種自覺的症狀，惟已適嫁者則或有礙於交媾且或有礙於生產耳。

診斷之極易，幾無他患可與此混淆。囊腫之壁薄，視以一單層上皮，內含清液。

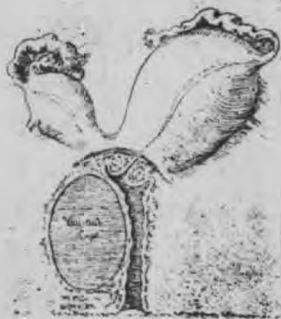
療法須施手術。小囊腫尋常無難取出，但宜謹慎勿傷膀胱。大者治之或甚棘手，而其向內上延及於闊韌帶葉間者尤然。是以除去之法，當酌量各病案之情形而定之。

陰道前壁囊腫有時與尿道交通，此殆非真式囊腫，無寧謂之爲尿道憩室 (支管)。屬於此式者大都基始於尿道圍膿腫 (peri-urethral abscess)。囊腫在陰道下部距近前庭者，或由包封於內之上皮小區而起，例如撕裂或修補會陰時遺有幾微粘膜於內，愈後發育成囊。此類囊腫合名之爲會陰囊腫，惟其多因高處剝脫所致，故或高居陰道之壁，且每在一側。此類囊腫之內容爲黃色半液體之皮脂性物，且表顯包涵上皮之機能而滯積分泌物。其大小約如豌豆，亦有大如榛子者。大抵不致痛楚，然有時令人在陰道口感刺激之狀，因之或致交媾困難 (快感缺乏) 甚或劇烈之陰道痙攣 (vaginismus)。治法有妨礙者施術剷除之。

尙有特類陰道囊腫，緣有一不通之第二陰道所致。此則因發育失當之故，分兩種言之。其一，係發現一未成熟之子宮及一未成熟之盲端陰道，二者之管悉不相通(25圖)。

其未成熟之子宮之頸與發育妥善之子宮之頸交相融合。分泌物積蓄於盲端之陰道內而致囊腫，其式如圖。其二，係發現雙子宮，雙頸及雙陰道，而陰道之一無外口，此則不通之陰道充以經水等而為特殊之柯柯(chocolate)色液。有時液多壓大，致漲破入正常之陰道。苟

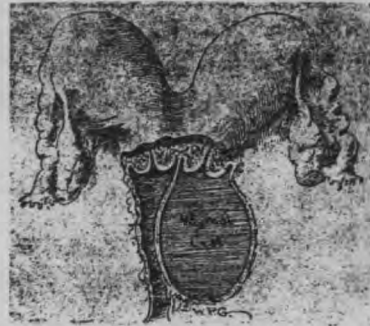
第二十六圖



無口額外陰道所致之囊腫

一個之子宮角，子宮頸及陰道發育完滿。一個之子宮角則為始基形，子宮頸融合而無管，陰道亦發育不全且無出口，故積分泌物而成囊腫。

第二十五圖



無口額外(多餘)陰道之囊腫

本圖所示者雙子宮角及頸皆完全發育，其陰道亦有二，但其一無口而變為囊腫，充滿以自該個子宮角而來之經血。

第二十七圖



無口額外陰道所成之囊腫

顯示著者在正文中所論之一案。一個之子宮角已於前此被某醫殺除，其無口陰道所成之囊腫，因張力壓成一口通於子宮頸管。陰道囊內之液已染毒，故子宮分泌物積其內者概變為穢臭之膿液。

如是，則囊之內容受染，不通之陰道遂成一污所，將恒久或定期排泄穢膜入正常陰道矣。

纖維肌瘤及肌瘤 Fibromyomata and Myomata. 此等瘤生於陰道者殊罕見，曾經列案報告者不滿二百。係自陰道壁之平滑肌組織發生，其體積不大，常為息肉狀，每起自陰道後壁。瘤極易感染，壞死及腐崩，且間或變形成肉瘤。大抵限界清晰，一如子宮肌瘤之能從周圍組織別出。時或生長散漫，非解剖之無從除去，此則約為腺肌瘤(adenomyomata)而大都發生自卵巢縱管者。造瘻宜施手術除去之。

直腸陰道隔之腺肌瘤 Adenomyomas of Rectovaginal Septum 不甚常見，然實際上多有係此瘤而因診斷錯誤致忽之者。近中認定及報告者有數案。叩倫氏(Cullen)今嘗言其重要，且有精密之記載問世。茲將叩倫氏類別之例列下，以為吾人觀察之參考。

1. 小腺肌瘤居直腸陰道隔較為遊離。
2. 腺肌瘤粘連於子宮頸後面兼直腸前面。
3. 腺肌瘤將子宮頸與直腸粘合，且延蔓至一側或兩側之闊韌帶。
4. 腺肌瘤累及子宮頸後面及直腸與闊韌帶而成一緻密之塊，無法分解。

大多數係於子宮頸後覺之為瀰漫之增厚，子宮頸及直腸咸受其累。有時瘤為結節形顯粘着肌瘤之壓印。倘生長闊大，則盆底全部及陰道穹窿或皆變硬。在早期約不粘連而可動，往往附着於子宮頸後壁。

由直腸診之，瘤之界限大抵清晰。直腸粘膜約常不受損害，惟其質塊凸入腸腔，間或令之收窄。該處粘膜或變為息肉狀。

以顯微鏡檢之，其所顯之情形與子宮腺肌瘤無異，即為無橫紋肌與結締組織纖維所成，另有子宮粘膜式之腺質單獨或成羣散布其內。其腺恒列於蜂窩組織之牀內，一如子宮內膜之間質之圍繞其腺然。腺質時或擴張而成頗大之囊腫。腺肌瘤發生之理尚未盡悉，然就其特殊之結構論之，必涉及子宮粘膜或苗勒氏導管無疑。

症狀最昭著者為月經過多，據叩倫氏報告患之者皆在行經之年齡以內，自二十五至五十三歲。痛經狀不必盡有之，有則或甚劇烈。直腸疼痛有時為顯然之症狀。倘腸腔阻塞，則直腸不適之狀或甚重大且頻頻溢液及肛門沉脹。倘病勢延累闊韌帶且徧及盆底，則盆部全感不適，且有疼痛射至腿部，因神經受瘤侵之故。

診斷腺肌瘤有時不易，最易與之混淆者為連累陰道及直腸之癌。須注意者，在腺肌瘤，直腸粘膜恒不受害，惟或作息肉狀肥厚而已。在低下之子宮纖維瘤或子宮頸纖維瘤兼慢性盆炎及子宮鄰結締組織炎 (parametritis) 者，或不易正確鑑別之，究之此等患概不累直腸壁，每可徵實。

茲將叩倫氏所舉直腸陰道隔之腺肌瘤之外科療法引述如下：

1. 瘤為小結節而各不相連長於陰道後穹窿者，不難由陰道割口除去之。
2. 瘤佔據子宮頸後面且延往兩側者，則於妥慎剖出子宮後，由腹割口將子宮全行截除。
3. 倘瘤緊粘於直腸，則宜連帶子宮將直腸除去一楔形塊。其法最妙先將子宮全體剖鬆，從前旁揭示陰道，然後乃將子宮及直腸擡出盆外，便於規畫，以子宮作把柄握持而將直腸應去之部分及子宮一併切除。
4. 設或腸腔過窄，應將直腸完全除去一段（與子宮併除）而為之行吻合術 (anastomosis)。
5. 病勢過劇盆臟盡都粘合者，莫如橫斷其乙狀結腸，倒轉其下端而縫閉之，將上端牽出於左髂凹處造一恒久之結腸瘻 (colostomy)。迨病者元氣畧復，乃將其子宮、直腸下部及闊韌帶一併切除。

夫此等瘤在組織上雖無惡性，然足致粘連之弊，倘除根未盡殊易貽後日之患。

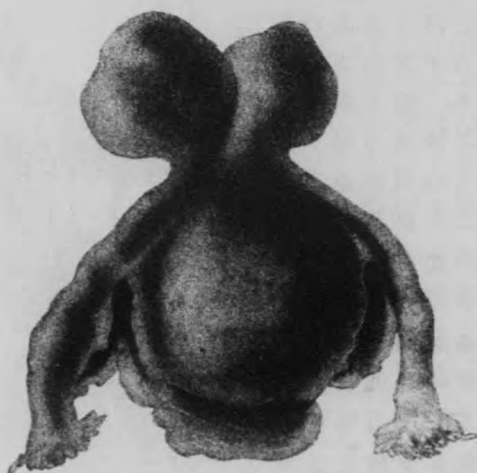
子宮之贅生物

NEW GROWTHS OF THE UTERUS

子宮肌瘤等 MYOMA OF THE UTERUS

此類包括纖維樣瘤 (fibroids)，肌瘤 (myomata)，及纖維肌瘤 (fibromyomata) 或曰平滑肌瘤 (leiomyomata)，為平滑肌纖維及結締組織組成，稀疏發生於子宮壁。其結構亦有類於子宮之壁。所有肌組織與結締組織之比例的多少，在各瘤有異。大概瘤長漸久，則結締織有增加超過肌組織之趨勢，婦女產後其子宮壁亦有類此之變化。

第 二 十 八 圖



子宮漿膜下之肌瘤

瘤組織之何以發生尚無定論說者有謂發源於子宮之肌細胞，結締組織細胞，或起於血管壁抑或誤位之胚細胞，究之其真因迄未明悉。綜觀許多醫例似證明遺傳性與原起多少有關。黑族女子患此較為常見，故種族亦可為病原之主動。有以卵巢內泌素 (hormones) 之異常為原因者，然無從徵實。月經之官能為肌瘤發生之要因殊無疑義，因其僅見於行經年齡之婦女也。又生產亦似與瘤之發生有關，在從未生產者實較多子者患之畧易。

子宮纖維肌瘤大都生長於子宮壁在輸卵管口內以上之處，真實子宮頸瘤罕見。瘤在子宮壁之特殊位置在臨症上頗為重要，故纖維肌瘤可藉其發生之所在而定明之。此類腫瘤凡分為三屬：(一)漿膜下者 (subserous)，(二)壁內者 (intramural)，(三)粘膜下者 (submucous)。又可按其生長時之方向區別之，例如腫瘤之發育有反背子宮管之趨勢者謂之遠心性生長，注向或着入子宮管者則謂之求心性生長。瘤之所向諒係朝子宮壁之抵抗力最小之部分進行，如肌瘤開始距近外面，當然向腹膜方面生長而變為漿膜下類，倘起時距近子宮管勢必長向子宮內膜而為粘膜下類。設或起點在子宮壁之中心雙方組織之抵抗力均等時則其位多不變而為壁內或曰間質瘤矣。纖維肌瘤或只單一，或衆多而在同一子宮顯各式之發育。

第二十九圖



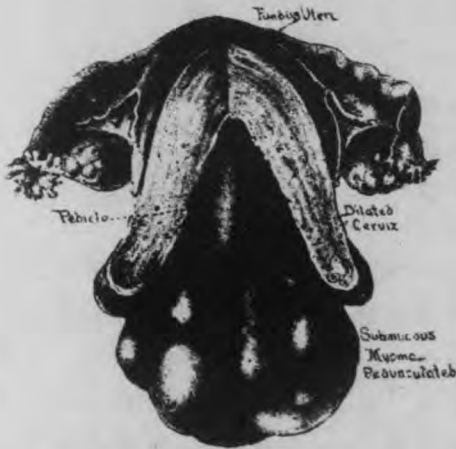
成蒂扭轉之漿膜下肌瘤

顯示網膜結連於瘤部，如是則成寄生性肌瘤，由所結連之網膜之血管營養之。

漿膜下肌瘤恒為遠心性類，如此繼續向外生長，直至僅由一蒂連於子宮，以為通血管滋養之道。遠心性瘤有偏向過甚，至宛如成一切線脫去，完全與子宮斷絕關係者，此則名之曰浮動或寄生性肌瘤。網膜約常附著於此等瘤之上而供給之以少量之血管。

壁內或曰間質纖維肌瘤極有影響於子宮壁，或致子宮及其管甚為歪曲。此等瘤無明定之被膜，然易自周圍之子宮組織剖出。其

第三十一圖



有蒂之粘膜下肌瘤由子宮頸外口突出

第三十圖



壁內(或曰壁間)肌瘤

形似球，故有球形肌瘤 (ball myomata) 之稱，與腺肌瘤之參差浸潤子宮組織而不能囫圇摘出者有異。

粘膜下纖維肌瘤恒係求心性者，有時侵佔子宮管而使之殊為歪曲，或有蒂在管內朝下長，擴張子宮頸而出現於外口。亦間有自行與子宮脫離而自陰道

下出者。夫粘膜炎下瘤致子宮及其頸遍體肥厚，蔽瘤處之子宮內膜菲薄，而其餘部分則概肥厚而為無端出血之要原。

有時遠心性肌瘤發生於子宮側，向外介居闊韌帶葉間，以成韌帶內纖維瘤或肌瘤。

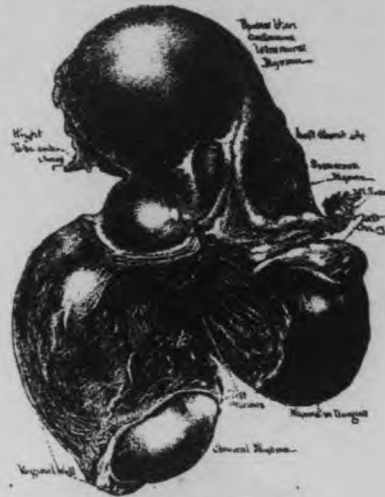
子宮肌瘤少有發生於子宮頸在齊內口下者，有之亦罕見。尋常稱為子宮頸瘤者多發生於子宮體下截，不過長向下而侵佔頸組織耳。其真正發生於頸者極罕，苟有之，殊重要，因該處不似子宮體所在之寬泛，故致壓迫之症狀較早。有時變塞骨盆下部，閉阻膀胱及直腸之通利。因其位置之隘，故施摘出術亦難而且險。

肌瘤之變性 Degeneration of Myomata 子宮肌瘤最易起種種變性，此多因養瘤之血不充分而使瘤有特性也。

透明性變 Hyaline degeneration 凡子宮纖維肌瘤幾盡畧有此式之變性。其情勢僅顯微鏡可辨，且在臨症上無關重要。

阻性充血所致之變異 Changes due to passive congestion 此則致瘤內畧含血之水樣成分。分三類言之，曰水腫性，粘液腫性及囊腫性是也。在水腫性類 (edematous form) 瘤變大且軟，因靜脈受阻而有滲液滲出所致。此或由於有蒂纖維肌瘤之振

第三十二圖



子宮頸肌瘤

行手術割出之標本。下二塊係兩個大體較之頸纖維肌瘤，其一充盈直腸子宮陷凹，一伸入陰道內與陰道開口。陰道壁業於手術時截除，在本圖下部之一瘤之外圍可見之。

轉，或全部肥厚之子宮振轉，或他礙及瘤血回行之事項之結果，纖維肌瘤之速行發展者大都純由水腫而致增大之故。粘液腫性類 (myxomatous form) 名稱上殊欠妥洽，良以其不過水腫類之愆期者耳。結締組織細胞因漿液之浸潤致交相遠離而酷肖真粘液瘤之細胞。囊腫性變 (cystic degeneration) 此由滲出之血清限於瘤之定區以合成腔是也。有時若干小囊聯合以成甚大之囊腫。

子宮腫瘤之成囊腫除阻性充血外猶有他故可致例如血管淋巴管之可改變為血管瘤性及淋巴管擴張性囊腫者是。在大囊腫性肌瘤中，確有因襯囊細胞之異常的分泌作用所致者，如腺肌瘤之成囊是其一例。又囊腫或為肌瘤之局部壞死及組織液化之結果。此則有時見之於纖維肌瘤之治以射線療法者。囊腫亦可由腺肌瘤之腺質而起。

紅色變性 Red degeneration 者指組織顯一種鮮紅色之變是也。可分二類曰血栓性類及血管瘤性類。血栓性類 (thrombotic type) 在妊娠時患腫瘤者極為常見。此等瘤變性甚速且易受腐染，其生長快而或甚痛楚，觸之極疼。易兼顯發熱及他體質性症狀。血管瘤性類 (angiomatous type) 切之其面多血，出自許多薄壁之血管。此類在臨症上不似血栓性類之重要。

脂肪性變 Fatty degeneration 此種變性特於妊娠時有之。脂肪區或散見於全瘤，或瘤全部幾盡變為脂肪。脂肪性變亦見於經絕後之萎縮的纖維肌瘤。

瘤壞死 Necrosis 此則於其血之輸給斷絕時見之。當孕時易成此患，而為危險之併發病。部分的壞死與囊腫形成者，倘非受染，則或無症狀發生。若瘤面有壞死之處，則結果較為嚴重，因受損之腹膜可粘連於腸，由此將有更大受染之險也。紅色變性亦見於壞死之初期，尤以在妊娠時為然。其壞死始於

瘤之中心。肌瘤性組織失其彈力，且因血色質彌散之故，變為淡紅色。壞死進行，則色轉褐或帶綠色。卒則組織枯乾而皺縮，或化為液體。

石灰性變 Calcification 者係鈣鹽沉著於瘤組織也。此見於遠年之纖維肌瘤，往往在經絕之後有之。石灰沉著區或為播散的或遍累全瘤。倘瘤數衆多，其中有有鈣鹽沉著者，亦有不然者。

退行性變 Regressive changes 見於月經閉止之後，其變與在子宮者同。主要者為肌組織對於結締組織之依比例的減少，結締組織漸失其細胞成分，馴致近似瘢痕組織，而瘤體遂因是皺縮焉。子宮腫瘤之此種萎縮嘗引人據信為於經絕後之或可消散或被吸收；然大抵從無消散者。瘤既萎縮，未可遽以為即出危險之外，蓋仍易起種種變性也。又瘤之萎縮不盡限於經絕期，因有時在產後亦見之。

肉瘤性變 Sarcomatous change 此在遠年之腫瘤於經絕期後常見之。其變尋常初起於近瘤中心之定區，後則全瘤受累，且可傳徙至遠處。子宮良瘤之變為惡瘤其數殊無定則，約畧為百分之五。據最近用改良染色法所查得，證明診斷多有乖誤，蓋實際上不過為百分之一耳（參見子宮肉瘤）。

欲將富於細胞之肌瘤與肌性肉瘤分辨詳悉，可參酌考慮以下諸點。

(1) 肌組織之構造及其細胞之富多情形，(2) 細胞核之變異，(3) 細胞核之分裂，(4) 胞間纖維之內容（透明），(5) 巨大細胞，(6) 瘤之界限。

尚有其他要點如下：

1. 細胞富而結締纖耑者不能據定其為肌性肉瘤，因尋常肌瘤之富於細胞者亦或顯此情況也。
2. 肌性肉瘤之細胞核，其形式與尋常肌瘤者無顯然相反之變異。
3. 僅胞核分裂不能據以裁判，惟有多數分裂者則可，尤宜注意檢查瘤之未經變形之最幼部分。
4. 透明性變亦常見之於肌瘤，大抵可作瘢痕變性觀。

5. 巨大細胞在診斷惡瘤上殊有特別之價值。蓋在良瘤見之甚罕，縱有之亦屬孤立的。而在肌性肉瘤則極衆多，在透明塊之界線內尤其富裕。

6. 良性瘤有明判之界限。肌性肉瘤非爲純正之浸潤性增殖，乃係透入淋巴管者。

子宮內膜之腺癌 (Adenocarcinoma) 與肌瘤伴發者不少，尤以在有大而久之腫瘤者爲常見。此並非肌瘤之發生癌腫性變化，因兩者在組織學上完全有別。大抵肌瘤作機械的刺激子宮內膜而助癌之發展則容或有之。

癌之侵入肌瘤者間有之，惟甚罕。其所以延入瘤體較甚於子宮壁者，諒因循抵抗力最弱之線也。

感染細菌 Infection 子宮肌瘤可由數路感受染毒。例如，從淺方可因淋病或產後受毒所致之盆腹膜炎而染及之。此種炎限於瘤之腹膜面而顯粘着之患。壞死性肌瘤因覆被之腹膜損害而致粘連。其對於腹膜之傷害爲外周血輸給之窒礙所致。纖維肌瘤亦可粘連於腹膜面，此因壓力或抵觸硬面而損害漿液膜之故。壞死性瘤之與腸粘連，約由嚴重之感染及腹膜炎之結果，傳染之路不外腸壁。此爲孕婦患瘤特別險症中之一。

猶有一類傳染係由血循環達至，此則在瘤組織內可發見病原細菌，且致患者發熱，是其據也。又在許多患子宮肌瘤之絕無淋病或產後染毒而竟併發急性盆炎者亦本此理。此類炎症有時甚闊大，累及子宮附件而致頗大之盆膿腫。

息肉狀粘膜下肌瘤往往受染毒而壞死。漿膜下肌瘤間有值產後期化膿者。

患者之數 Frequency 子宮肌瘤見之極爲頻繁，婦人之患此者至少佔百分之四十，而未嫁之中年婦女幾盡有之。然其中發現現象者僅居少數，多半皆係無恙。二十五歲以下患者罕見，尋常發生大都始於二十五至四十歲之間，且其致症狀

而求醫約已四五十歲矣。月經絕後能否發生新瘤殊屬疑問。以故肌瘤之起始約不出女子孕育時代之外。

瘤生長之快慢極不一致，尋常甚慢，非經歷數年之久不足引人注意。亦間有發育甚速致往往誤認為肉瘤者，此則其細胞在顯微鏡下殊類肉瘤細胞，非精密及嫻熟之檢查不可分辨。然在許多肌瘤之迅速增大，並非由於瘤質之實行蕃殖，不過因水腫或變性抑或發炎所致耳。

肌瘤值妊娠時大抵增大，然間有體積反小者。有時暫為增大，繼之以生長停止甚或萎縮。肌瘤於月經閉止後而增大者皆由瘤變性使然。

症狀 子宮肌瘤之症狀大半視瘤之位置而定，倘位置適當，縱或長至頗大，病者亦不覺不舒適。漿膜下肌瘤長向腹腔或可為骨盆邊所支持。牽子宮與俱，不惟不致盆內受壓，反逆行之故該婦患此經年猶不覺也。且有以腹內硬塊為身體應有之物者。

倘瘤之位置足以壓迫盆內臟，則有症狀踵至。例如生長於子宮之下後壁者較生於底(頂)者之易於下壓盆底。此種盆內下壓之狀，無論因何而致悉為婦科最要症象中之一。病者常感沉脹，雖無實際疼痛，然久之殊有礙於健康。行立稍久即覺疲乏，勞動者力耗不克任事，即小康者習常所有之種種活動亦憚於為之。此種盆內壓迫對於神經系發生之乖效在臨症上極為重要，務宜記憶考慮子宮肌瘤之治療。

除上述諸狀外，亦可發生他種受壓症狀。如瘤壓及直腸則致便秘，半因腸腔攔阻，半因直腸壁肌蠕動窒礙也。間有壓迫之肌瘤將腸全行阻閉者。倘瘤生於子宮前壁則可誘致膀胱受激之狀，然有時不盡然。有謂有令尿完全閉止者。其阻閉膀胱之瘤尋常係發生於子宮頸者。

子宮肌瘤因其生長之位置或可壓迫坐骨神經致腿部痛楚。瘤之大者有時伴發皮膚青紫及心悸，因其體積過大且重也。

無併發病之肌瘤壓之不疼，尋常不致痛楚，惟間於行經時或然。盆內痛及顯觸痛者約常為炎患之指徵。倘患勢較急則其經過一如任何盆炎者。在顯觸痛性之肌瘤而無急炎者大抵表示有粘連之患。猝然發作腹痛有時為瘤振轉所致，須立即施行手術。

間質性纖維肌瘤極易致月經困難，而月經間期之疼痛乃間質瘤常見之徵候。

肌瘤最要之關係為子宮出血即月經過多(menorrhagia)，經血中有血塊，經期亦較常延長，月經間期往往縮短。

前所舉之三類瘤皆可致子宮有異常之出血，但以粘膜下或求心性類為尤普通。遠心性瘤雖長甚大有不令月經過多者。久患月經過多大有礙及健康，因之繼發性貧血踵至，血色蛋白(血紅素 hemoglobin)減至百分之二十五甚或至百分之十。

出血性瘤除因頻頻失血所致之體質性症狀外，尚大有害於神經系統，而在有神經薄弱之素質者尤甚。

息肉狀粘膜下瘤不但致令月經過多，亦致血癩(子宮出血 metrorrhagia)，此因瘤往往壞死遂有血於月經間期自壞面流出也。血出自此，或甚驚人然須憶其每係來自靜脈，故絕少致命者。又此項壞死性瘤可誘致穢濁之白帶，其臭氣及成分皆酷似子宮頸瘡所流者。

身體他器官關於子宮肌瘤或亦有變異之事發生。其中最要者為心臟損害，甲狀腺機能過敏(hyperthyroidism)及糖尿病。而尤以心功紊亂最著而常見，此或關係中年後患遠年之大肌瘤，抑或久患月經過多及繼發性貧血之故。其主要之狀為心

臟代償性擴張 (compensatory dilatation). 倘將腫瘤除去,心臟即自行復正,如忽焉不治,心臟將失其代償之功而不克勝任(見55頁).

子宮肌瘤與妊娠 二者間之關係殊為重要,因不但妊娠有種種影響於腫瘤生長之事,而腫瘤於妊娠全期亦可誘致危險之關係也.

據經驗所得,子宮肌瘤值妊娠時可生長甚速. 此則瘤質似與子宮壁同其生理上的肥大之理. 瘤之增大或為恒久的,抑或於生產後漸就退化. 間有於孕時萎縮者,然係例外. 瘤之血養當妊娠時大抵減少,倘為漿膜下類或有蒂者尤然,如此則關係甚大,因可致瘤壞死而有染毒之堪虞也. 脂肪性變亦為妊娠時腫瘤變異中之一端.

腫瘤於妊娠期所誘致之惡果,小產其最著者. 諒因間質性瘤妨害子宮壁肌之緊張,致有異常之收縮以逼出其胚也. 粘膜下瘤可使子宮內膜有異常之改變. 膜之覆被瘤面者變薄而平,餘則肥厚,因此子宮內膜遂不甚適於胚之繼續發育.

子宮肌瘤畧有礙於生育,殊無疑義,雖有反對此說者,究之不孕之百分數有瘤之婦女確似高於無瘤者. 凡婦女之不生植者平均為百分之十二至十五,而在有肌瘤者則約有百分之三十不孕. 其所以致不孕之理則迄未明晰. 反之,因瘤延長行經之年齡,故時或宜於受胎也. 肌瘤大或位置足以阻塞子宮管者,有時大有礙於分娩之事.

肌瘤與行經之作用,殊為一可注意之事. 婦女之發生肌瘤者,往往有行經特早之歷史,而月經閉止亦較常婦為晚,每至五十或五十歲以上. 患肌瘤之婦大抵月經旺盛,且於肌瘤未顯以前,常多年有經血凝塊之情勢.

診斷 大多數之子宮肌瘤診斷不難. 據其特殊之堅度,結節形及子宮不對稱等事,約可解決之. 然猶有多端可涉誤斷.

捫診腹部最要之徵，爲能覺子宮底適居恥骨聯合之後，在無孕者有此情況大抵指示子宮患肌瘤也。然須記憶盆後部之附件有瘤者，亦可推子宮往前。此項粘連性瘤不拘發生於卵巢或輸卵管，與子宮結作一團，每易認爲子宮肌瘤，雖在練達者診斷亦或有誤。此種錯誤究非嚴重，因無論爲此爲彼，倘致症狀，皆可施剖腹手術也。

頑固之子宮體癌與對稱性水腫之肌瘤有時難於區別。倘有子宮出血之往事，則當疑其爲癌。最妙預行子宮內檢查法，採取瘤質少許藉顯微鏡診斷之。此甚重要，因縱於開腹後或猶未能將二者分辨也。所以必須診斷確鑿者，蓋在肌瘤宜施陰道上子宮切除術，而在子宮體癌則應以瓦吞氏法(Wertheim's method)將子宮全部截除也。

子宮妊娠與肌瘤有時極難鑑別。在對稱性水腫之肌瘤或酷肖子宮有孕。倘有疑義，最可靠之佐證乃審詢其月經之歷史，蓋妊娠致月經停止而肌瘤則每令月經過多也。然須記憶者，孕婦亦間有按期出血，肌瘤亦間有致月經暫閉者。猶有他徵可資診斷之助，而尤以診查子宮頸之堅度爲最有價值，蓋患肌瘤之子宮其頸不似妊娠者之特別柔軟。然倘使有劇烈之裂傷兼頸唇外翻，亦難於確定之。驗其乳房之情勢及陰道粘膜之有無藍色亦偶有用。倘開腹時猶不能決，則可視察子宮之顏色，患肌瘤者其色畧呈水紅，妊娠者則爲深紫色。如終有疑，最妙縱行將子宮切開，不難立即確定。黃體(corpus luteum)時或可據以表示其真相，但不盡可恃，倘其甚大，約爲妊娠之一證。

曩者曾通用子宮探子以診斷子宮肌瘤，惟所測知之消息少而危險大，故不可用。阿褒好屯氏試驗法(Abderhalden test or reaction)在區別子宮肌瘤與妊娠之事上殊有價值。

療法 視瘤之大小及生長之速度與所致之症狀而定。多有毋庸治療者。漿膜下之小瘤已靜止或生長甚緩且無症狀者可聽其自然，但須按期就診俾知有無變遷，而在可孕者尤然。月經絕後不甚大之萎縮肌瘤，如不致症狀即不必治理，惟須時加注意其有無變性之事項。

腫瘤之大者既經查明，縱不致症狀大抵亦應除去，良以遲早必有困苦發生，且於嚴重症狀或併發病未作以前除去之則手續較易而且安全也。

肌瘤之致症狀者大半宜施外科治法，如出血，壓迫，感染及變性等所致者是也。後述三者所致之症狀非治以外科手術不為功。

至於出血，倘非因瘤內變性所致，不假外科治之亦時或有效。據著者所見，粘膜下肌瘤之出血係自非蓋瘤面之肥厚的子宮內膜而來，因此以銳匙刮之有時可輕減月經之過多。究之其效多為暫時耳。此法對於月經將絕之病者殊為有用，蓋冀瘤將來萎縮也。此種療法僅於瘤之小者或不甚大者適用之。

有數種藥品常用以治因肌瘤所致之月經過多，其最著者如麥角 (ergot) 金印草 (hydrastis) 及金縷梅 (哈瑪米利 hamamelis)。此等藥之效果殊不滿意。近頃有謂用垂體素 (蝶鞍腺精 pituitrin) 制止非產後之子宮出血頗有佳效。

有時肌瘤出血可用銻 (radium) 或愛克司光線 (X-rays) 制止之。銻有毀滅卵巢小泡之作用，就近代學識所知而卵巢有主理月經之能，是則銻之止血是否由於直接影響子宮組織尚為一有疑之事。無論如何此種治療對於子宮肌瘤有時殊有效益，而在將近月經絕期或不勝外科手術之病者尤為有用。然亦有弊害致不能廣行。除銻所致之燒灼一端外，其於瘤之

變性者，感染者或惡性病，皆有增重其患之危險。又銑治法倘用之失當，則可致瘤變性，壞死及發炎，故非有經驗者不辦。

經絕後之出血，暗示瘤之變性或為惡瘤，故不宜於該時期用銑治療。

肌瘤截除術及子宮截除術 Myomectomy and Hysterectomy 子宮肌瘤之外科治法有二，曰肌瘤截除術及陰道上截除子宮體術是也。當行盆內手術時如偶爾發見小肌瘤，除瘤數衆多或位置甚深不易辦理者外，概祇宜施瘤截除術除去之。

頗大之瘤致症狀者，大抵可割除之，至宜施行何種手術則為一問題。此問題亟應判定詳悉，因於慢性盆炎為保存主義或根治主義之問題也。醫者務宜先熟權兩種手術之得失。倘肌瘤頗大而其蒂不顯者，瘤截除術較子宮截除術為難辦且出血多。闊大之肌瘤施截除術後其恢復期內有時極為困苦，而在子宮截除術後者則非常佳良。且也既自子宮壁截除一二肌瘤難保將來不復發生，而在少婦復發之機尤多。又肌瘤截除術因其傷邊及縫線結之地位關係，故手術後粘連亦較子宮截除術者為多。因此數種弊端，故用之或有不宣。然在某種情況尚不背於外科原則，則不能不行之。其最要之適應證為少婦而欲懷孕者，及情甘坐肌瘤截除術之弊而不願喪失子宮者，皆是。婦女在受胎年齡內曾經施行肌瘤截除術者，務須按期就診，直至月經既絕。

子宮肌瘤之須施手術者，最妙開腹，以陰道上截除子宮術治之。夫由腹路之優於由陰道路，利益之多，未遑枚舉就其舉大者言之，即可獲得更有實效之手術後盆內支持物。

陰道上手術較全部子宮截除術似為更佳，一因較簡單而且安全，一因留下子宮頸可得尤善之盆內支持物也。全部子宮截除術唯一之優點，在免殘餘之子宮頸將來發生癌腫。此

患容或有之，究極罕見。倘一概以全部子宮截除術治之，則手術之死亡數必較偶有癥腫繼陰道上截除術致者尤多，可斷言也。

陰道上子宮截除術之辦法詳後手術章。行此術之要旨在取得恒久之盆內支持物及避免手術後粘連之事。此二目的倘能達到，則其結果最為佳善，而在兼有神經系紊亂者收效尤著。至於應否遺留一側或兩側之卵巢，論者不一其說。留卵巢組織之優點尚未可必信。

息肉狀肌瘤可由陰道除去之。倘其有固蒂宜用鈍尖之剪除之，莫如施行麻醉，蓋有時出血頗人也。壞死性肌瘤有毋庸麻醉能用指除去者。治老婦宜記憶此點，以其有壞死性瘤者殊為常見。

腺肌瘤 ADENOMYOMA.

腺肌瘤為子宮肌瘤之一特類。其與尋常肌瘤有異者，由其在子宮壁生長瀰漫及由其肌瘤織中包涵許多腺狀組織也。腺內襯以上皮與子宮內膜者極似而大都相同，腺周繞以細胞性結締組織與子宮內膜間質大同小異。

腺肌瘤之原，殊有科學研究之價值。據 von Recklinghausen 氏考察之結果，曾信此等腫瘤概自午非氏體之賡質 (reste of Wolffian body) 所發生，且在其標本中證明腫瘤結構有類似腎之曲細管及血管球 (小球) 者。嗣又經 Meyer 氏 Cullen 氏及 Opitz 之研究，顯示腫瘤之腺質大都自粘膜腺發生且與之相連。Meyer 氏又證明數種漿膜下小瘤之上皮性物確係發源於子宮面之腹膜上皮。承認腺肌瘤祇有一類即生於子宮鄰結締織 (parametrium) 者乃約由胚性賡質而起。

腺肌瘤大半起於子宮後壁，多距近子宮角。然亦有生長於子宮之他處甚或在子宮頸者。間或作息肉狀瘤於子宮管內。瘤之體積不大，罕有大逾橘者。因其生長漫散故每不易分辨其與子宮壁之界限，而在位近腺織如長於子宮角者尤然。實則據 Meyer 氏謂，瘤之生於此部者並非真瘤，不過為子宮之炎性肥大（過長），即謂之為腺肌炎（adenomyositis）亦未始不可。又腺肌瘤每與慢性盆炎伴發，且或由之所致，此則結核病最與有關。

腺肌瘤在臨症上大抵無甚重要。倘非成息肉於子宮管，罕有致嚴重症狀者。

症狀 致子宮月經過多及行經疼痛。據 Cullen 氏之考究謂診斷此瘤並非甚難。腺肌瘤無特別變性為癌之趨向，縱有之亦罕視。

子宮肉瘤 SARCOMA OF THE UTERUS.

子宮肉瘤遠不及子宮癌之多，其例約為一比四十。其起也恒由於子宮之結締組織，但由肌層者或由粘膜者無定。因此按其起原分為兩要類。起於子宮肌層者幾盡為纖維肌瘤所變成，是曰肌瘤惡性變。此類特稱肌肉瘤（myosarcoma），較起於粘膜者多甚。患之者大都係中年婦女，最常者約為五十歲。其起於粘膜者似較早，據 Döderlein 氏報告，曾見之於五歲之幼女，而肌肉瘤之最早發者則為二十歲。子宮肉瘤之病原迄今尚無所知。

粘膜之肉瘤 以肉眼察之則見其生長瀰漫或為息肉形。息肉形而有蒂者則瘤由子宮頸管伸出，嗣乃死腐自行脫落，或施術除去，然旋即再長。因其旋去旋長，故或謂之為反復性肌瘤，迨經顯微鏡檢查始曉然於其真性也（33圖）。倘係起於子

宮頸粘膜，則作葡萄球狀息肉充填陰道腔，卒則伸出陰戶外，致成所謂葡萄肉塊 (Grape-mole)。

子宮粘膜瀰漫性肉瘤向四周延蔓於子宮壁之情勢與子宮體之腺癌倒轉者正同。

肌肉瘤 Myosarcoma 尋常肌瘤之起肉瘤性變每自近中心處始，其界劃或判然或延蔓於四周之組織不定。此等腫瘤易起種種形式之變性，故以肉眼視之有時亦能依瘤之顏色、壞死或積液等情況而將其肉瘤性部分與好組織辨別。

鏡檢 成子宮肉瘤之細胞極不一致，Meyer 氏分之為肌細胞肉瘤（此則肌細胞與肉瘤細胞混合）、梭形細胞肉瘤，及圓形細胞肉瘤。或兼有各式細胞而大小不一。子宮粘膜肉瘤則多為圓形細胞所成。此式之瘤（特在瀰漫者）有時不易與子宮體之腺癌區別因在久患之腺癌失其腺性特況庶細胞之狀態及排列法酷肖乎圓形細胞肉瘤也。反之，子宮粘膜之瀰漫性肉瘤之細胞有時顯泡狀排列，致甚類乎腺癌。此則或謂之曰腺性肉瘤 (adenosarcoma)。又有富於血管或淋巴質者，則曰血管肉瘤 (angiosarcoma) 或淋巴肉瘤 (lymphosarcoma)。子宮黑色肉瘤 (melanosarcoma) 亦有記載者。瘤之囊腫性變或用之稱囊腫性肉瘤 (cystic sarcoma)。肉瘤及癌生於同一子宮者時或有之。

診斷 大多數之子宮肉瘤殊難下正確之診斷。倘瘤為息肉式而現於陰道者，不難取一片藉顯微鏡察驗之。所謂反復性肌瘤可據其特徵而知為肉瘤，但仍須將除去或脫落之標

第三十三圖



葡萄球狀肉瘤

可見陰道內充滿以葡萄球狀之瘤塊。

本行以鏡檢尤確。至於肉瘤之較爲曖昧者診斷殊屬茫然，大抵非於手術後或剖檢 (autopsy) 用鏡察考不克辨明之。然有數種症狀可資疑爲肉瘤，尤以子宮出血一狀爲最要。凡少女在春機發動前而有陰道出血之事，倘非行經過早必有嚴重之關係，因每指證子宮或陰道有肉瘤也。中年後而有出血性及腐崩性息肉者，宜受顯微鏡的檢查。當行經年齡，而子宮粘膜患瀰漫性肉瘤，則其症狀與子宮體腺瘤者無少異，即子宮出血，並有穢濁之溢液。其診斷亦復相同，最妙於正式手術前，施麻醉 (迷蒙) 法，取出一片檢以顯微鏡。

肉瘤之係肌瘤變成者診斷罕能確實，此等肉瘤每僅於循常法檢查諸肌瘤時發見之。值行經年齡顯月經過多及子宮 (肌瘤性) 速大者，不啻爲惡性變之朕兆，然此究非惡瘤之特徵，因肌瘤亦有非因惡性變之刺激而遽增大者。經絕後，倘其肌瘤出血而速增大，殊可疑之爲肉瘤性變，但 he 種變性或亦致此狀。肌瘤速大兼顯水腹 (ascites) 約爲肉瘤性變之指徵，因水腹罕有見於非惡性瘤者。體重減及惡病質 (體質衰憊) 亦爲表示肉瘤之要狀。

統計肌瘤變爲肉瘤之數，論者謂自百分之一至逾百分之十不等，此種懸殊蓋由鏡檢診斷之誤，因許多速長之肌瘤其組織極類肉瘤，非在經驗有素者未能鑑別之。子宮肌瘤之真起肉瘤性變化者大抵在百分之一與二之間。

子宮肉瘤傳子瘤於身體他部之能力較子宮體或頸之瘤者尤其甚，因此其性爲最惡。此種傳徙性因瘤式而微有不同，最危者爲子宮粘膜之瀰漫性肉瘤，以其傳徙甚早也。次者爲息肉式肉瘤。至於子宮肌瘤之肉瘤則最良，然亦有不盡順利者，因有時限於肌瘤內之一小區尙不爲害，一經除去，反傳徙廣闊而致命也。

療法 倘可施手術則宜將全子宮摘出 (total extirpation), 最妙以瓦吞氏法 (Wertheim method) 行之, 不可施手術者殊難於爲力, 就及 X 光線治法大半無效, 且於變性之肌瘤適有害之, 良以易激起惡瘤之新動機也。

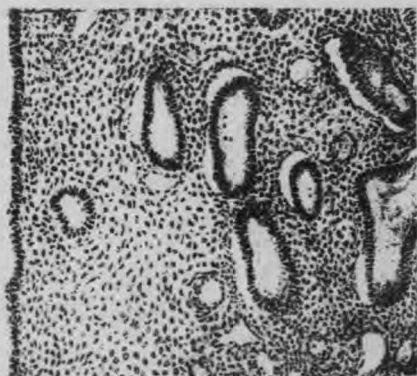
子宮頸息肉 CERVICAL POLYPS.

子宮頸粘膜性息肉見之極多, 患者大都在四十歲以後, 亦間有較早者。經絕後極爲常見。此種息肉不啻子宮頸粘膜之一種肥厚, 內含該膜之各質, 尋常有一細蒂, 故易於摘去。然有時無蒂而其基廣, 其體積大者絕無, 爲數往往不只一個, 其色鮮紅或帶紫, 以指診查每能覺其爲活動之軟體在子宮頸外口之環處。子宮頸管之任何部分皆可發生之, 倘見一個凸於外口者, 大抵猶有其他高居管之上部。息肉爲子宮頸肥厚之粘膜組成, 其腺擴張而爲囊形, 充以清澈之粘液, 當以器械夾持時, 易於破裂而塌陷。息肉無變爲惡性之趨勢, 然絕不可視爲無害, 且有時在臨症上殊爲重要。

症狀 要狀爲出

血。有時患之許久尙不及覺, 其出血之狀大抵輕微, 易令月經增多及經期間微有血出。倘經絕期既過, 則時遺少許血迹於裏衣之上。然亦有息肉雖小而成爲大量出血之源者。病者因而得繼發性貧血者殊不少。

第三十四圖



子宮內膜之粘液性息肉

粘膜性息肉往往致頑固之白帶(leukorrhoea)。由其易於腐蝕而受染釀成子宮頸內膜炎，故頻發白帶爲其唯一之徵候也。

診斷 此病之診斷甚爲重要，因其所致症狀頗有類於惡瘤者。息肉大多數可以探知及察見，雖居子宮頸管稍上之部分亦然，良以致外口較常開大也。就實際論，有上述諸狀而頸口異常開大者，殊可疑其爲有息肉，縱先不明顯，後必徵實。有蒂息肉之形態(肉眼見者)甚爲特殊，幾無他物可與混同。惟無蒂類而高居頸管上部者或誤認爲癌。以顯微鏡驗之，其式與子宮頸肥厚之粘膜無少異。息肉之較大者有時可誤爲變性之息肉狀肌瘤，務須以顯微鏡精密分辨，因該瘤時或爲惡性(腺肌瘤，反復性肌瘤)也。子宮頸息肉不必然盡能以指探及觀察診斷詳悉，有時須令麻醉而行使子宮內之檢查。其有不規則出血之狀者，當疑其子宮頸有息肉未可輕忽，因檢查子宮內時倘不細心用刮匙或息肉鉗探查頸管之上部，極易遺漏之也。

療法 在施術除去之。有蒂之息肉居子宮頸外口者，不難由張開器(speculum)內剪脫之，究之此非正當辦法。最妙莫如令其麻醉行使全部子宮內檢查，蓋多半除顯見之一息肉外，猶有一二初發小者高居頸管上截。緊要者須將頸管妥爲刮之，因每有併發之子宮頸內膜炎極易於息肉去後頑固難治也。刮去息肉時大抵出血極少。惟無蒂者或須解剖而以細腸線將傷口縫兩三針。

界限清晰之子宮內膜粘液性息肉較起於子宮頸粘膜者爲少見。其構成及症狀與治療皆同。當探刮子宮管時，易於將此項息肉遺漏，曠是之故，凡行此手術應以胎盤鉗(placenta forceps)探查全管爲妙。

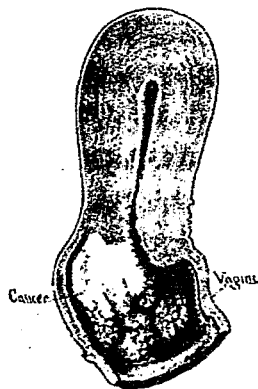
子宮頸癌 CANCER OF THE CERVIX.

癌之起於子宮頸者必須精密與起於子宮體者鑒別。茲二者，無論就組織上或臨症上觀察皆顯然有異，因是引人著重子宮頸及體不啻兩獨立器官，蓋其病理及生理的作用皆迥不相侔也。

病理 子宮頸癌至就診時約為鱗狀細胞癌。然其初萌芽也或不一致，乃視起於頸之何區而有異。學者須記憶子宮頸之上皮分為兩部，即覆被頸之陰道部分者與頸管部分者（此稱子宮頸內膜）是。其覆被陰道部分之上皮實為變形之表皮（modified epidermis），一如皮膚之為若干層鱗狀細胞所成，惟無毛囊皮脂腺及汗腺耳。其頸管之鱗狀上皮細胞，適在外口之上處即趨化為真正粘膜細胞而襯裏於頸內膜與頸內膜所分成之樹狀腺之表面。在未產婦之無異常者，頸內膜完全受陰道部分外圍之遮護。倘子宮頸既經撕裂，則頸內膜遂畧向外翻，其色較陰道部分之鱗狀上皮為紅且更粗糙其式宛如糜爛也者。雖實有糜爛者，然尋常不過係一種外翻或曰外轉之現象耳。

子宮頸癌時或起於子宮陰道部之鱗狀上皮，或外翻區之移行上皮（transition epithelium），或頸管內發育完善之圓柱形粘膜上皮不定。倘係起於陰道部分之上皮，則起始為常型之鱗狀細胞癌或曰上皮癌（epithelioma）而有多邊形大細胞及成癌樣珠（caneroid pearls）之情形。

第三十五圖



子宮頸之外翻癌

此係起於子宮頸陰道部之移行，成開花形團長向陰道，頸壁之受侵較輕。可知此類不及內翻類者之危害。

若起於外翻之粘膜或頸管內，則其結構初為腺樣的，但不久即失其腺性，細胞之布列漸實而近似鱗狀細胞類焉。至就診時因多已延蔓不堪，故每難藉鏡檢而定病之究係起自何處也。因此，凡子宮頸癌幾盡被診斷為鱗狀細胞癌或上皮癌也。間有起於頸內膜之癌不變其腺式馴至成異腺癌者，但不常見。

子宮頸癌發生之點學者務宜記憶，因病之經過視發生之所在而畧有異同也。例如起於陰道部分之上皮者，作乳頭狀贅肉朝外長，直至如椰菜花之特殊形式。此種癌幾無延向子宮體之趨勢，且侵入子宮鄰結締織及淋巴腺較頸內膜癌者為遲。然較易於侵入陰道壁及延蔓至膀胱。

頸內膜癌亦或作乳頭形朝外長，特在起於撕裂之頸之外翻粘膜者為然。但究有一種特性，即向內朝頸壁及子宮鄰結締織而長是也。患之者或頗久尚無癌狀之表徵。其延及子宮鄰結締織較子宮陰道部分之癌為早，且易於傳徙至本處之淋巴腺。又或由上皮之結締織延蔓至陰道壁，致其增厚而硬，然覆被之上皮無恙。由是觀之，此種癌殊為陰險，以其或已進至篤重而人尚不之覺也。

病者大多數於就診前病勢業經進步，無論大體視察或顯微鏡檢，皆難於指定其原起於頸之何部。以下所論不分類別，統歸納之為子宮頸癌。

年齡關係 患子宮頸癌者似以四十至五十歲者為最常見。

第三十六圖



子宮頸之內翻癌
Cancer 癌 Ulceration 潰爛

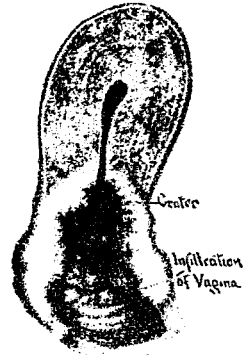
本病多侵入子宮頸壁，其長向陰道之趨勢甚微。且在此類子宮鄰結締織之受侵較早。據圖所示，可知此病或不易用指診偵查，故險惡特甚。

有某研究家 (Koblanek) 彙集此項醫案凡六千零七十一綜計三十至四十歲者百分之三十三零七,三十至六十歲者百分之二十四。間有晚於六十早於三十歲者。據著者經驗所及,最幼者亦有二十五歲。然他家報告,有嘗見於一十八歲之處女者。(中國迄無此類統計,故患者之多少及年齡之分配無從徵考。)

原因 子宮頸癌之與子宮體他種惡瘤有別者,由其在發生上每有極恒定之病因助成之所累之子宮頸幾盡皆曾有炎患或損傷大抵由分娩致者。綜計患者曾經生育者佔百分之九六 五至九八,且大多數為歷產婦 (multipara)。

瘰癧組織適於癌之發生,殆為近世所公認。一說謂子宮頸撕裂後,上皮細胞即有侵涵於粘膜下組織者,一俟轉變之時期既至,間質開始喪失其抵抗力,侵涵之細胞遂乘勢生長焉。一說謂頸管外口之損害,足以剝奪防禦性粘膜之作用,不第纖柔之膜易於繼續受傷,而且平時在頸管一如保護性塞子之粘液,今乃運行傾入陰道,故易資癌之發生。二說無論孰是,而子宮頸有粘膜外翻或外口糜爛者,其為癌之特別素因也殊無疑義。外翻及糜爛最常之原因為子宮頸撕裂。然嘗在未產婦 (nullipara) 有時在處女亦見其頸粘膜糜爛者,原因未悉。諒少數見於此類婦女之癌,必起根於此種糜爛無疑。有一理由與損傷為癌病原之學說相反者,即子宮前脫或曰脫垂本極易受傷,而患癌反非常罕見者是。解答此題者謂子宮脫垂者其表皮變至甚厚,不啻一有力之保護物故也。

第三十七圖



子宮頸之已進行的癌

癌已侵襲子宮頸壁之全部,且漸延至陰道及膀胱之壁,其開口表示施劑術及烙術後之情形。

據 Theilhaber 氏之研究謂子宮癌之發生與生活狀況有關。子宮頸癌多見於貧寒及營養不良之婦女，而子宮體癌則多見之於小康者。後者縱發生子宮頸癌，為年亦較貧者為晚。

至於子宮肌瘤，據稱多見於富者，其所持理由如下：子宮癌所以在貧人多見者不盡由其生育衆多，乃因富女行經之年限往往多於貧女五年，因是充血之子宮易於發生肌瘤，而營養不良之子宮則適於癌之發生也。

症狀 子宮頸癌極其陰險，早期每不顯明定之症狀，且縱有早狀，亦不易引起病者或醫士之注意。子宮頸癌之三要狀為白帶（陰道溢液），出血或曰紅崩，及疼痛，三者順序而顯。

陰道溢液 初為正常分泌物因充血而致增加，並由於新成細胞之分泌作用使然。是以祇分量多於尋常，而性質則無以異也。然漸則血管壁因腫瘤發大而改變，較易滲透，分泌物遂混以血漿（plasm）而為水樣液矣。此種水液甚為特殊，臨症遇此，當疑為子宮頸癌之表徵而亟宜為之詳細診察。晚期，當癌之淺細胞殘毀繼受腐菌感染而致腐壞時，則溢液極穢濁且有令人惡心之特臭。

出血 半因毛細血管因癌細胞之作用而糜爛所致，半因嬌柔之參差癌面於身體動作，男女同室或診探時傷損之故。是以開花式癌之起於子宮頸陰道部分者其出血必易於子宮頸管內之浸潤式癌，蓋後者難於傷及。開花式癌不及浸潤式者之陰險，因其出血較早，示警告也。頸癌出血幾盡自靜脈，故因此致命者殊罕。凡交媾或探診易於出血者為指示子宮頸癌之要徵，其他疾患鮮有如此其易且多者。

第三要狀厥維**疼痛**，於早期診斷無借重之處，因大抵已屆不可割治之時始顯此狀。此緣於子宮頸之感覺異常遲鈍，當病尚限於該部時病者毫不感痛也。然值癌勢侵入子宮鄰結締織或遷徙至淋巴腺時則痛作焉，且其劇烈與癌同進。痛甚特別，顯於骶部之一側近坐骨部處。雖疼痛尋常為不可救治時之顯狀，然亦間有例外者。

居子宮頸前唇之瘡多長向陰道，且擴及膀胱壁致膀胱炎之症狀。此多係晚期之狀，然間有在尙可施手術時已侵入膀胱者。究之係一嚴重之併發病，往往治後復發。在晚期有時致膀胱有瘻孔。延至子宮鄰結締織而累及輸尿管者，可致輸尿管積尿或腎盂積尿之症狀，因輸尿管阻塞也。瓦吞氏(Wertheim)證明輸尿管壁極富於抗拒瘡質之性，故其積尿狀乃緣外壓使然。直腸罕有受累者，有則見於最晚之期。

瘡患有時蔓延至子宮鄰結締織及盆內腹膜，此因浸潤性頸內膜瘡之起於後唇者，深入頸壁之間(基)質而向後延至直腸子宮陷凹之故。

病甚進步時，外生殖器或極水腫，蓋由盆靜脈血栓形成使然。發生子瘡於身體他部者絕少，縱至最後亦大抵不顯。

子宮頸瘡至晚期則有全身症狀發現，如稽留熱及極重之惡病體質。體溫之升高有種種解說。所顯熱式人各不同者，大抵暗示其原因有異也。高稽留及弛張熱為腐敗及膿毒血病(pyemia)之特徵，關於細菌傳染瘡質所致。腐血性熱(sapremic fever)而有較遲於膿毒性熱之脈搏者，由於吸收腐壞之瘡穢所致。至於不規則之熱，則由蛋白物質之毀滅而被吸收使然，如壞死性纖維肌瘤及崩解性血囊(hematocele)是也。子宮頸瘡雖已甚重，然倘施刮或烙等姑息手術每收輕快之效，此大抵由於滅其毒素吸收之量故也。發熱尋常早期無之，故於診斷無大借助。

惡病質之緣子宮頸瘡致者極重，幾非身體他部之瘡所可比擬者。又兼有甚重之消瘦。但此二狀早期皆不顯。此種惡病質之釀成，由於胃口脫失營養不良及赤血球之損耗所致，究其故不外因細菌作用或蛋白質腐壞所生毒素之被吸收也。

豫後 病期從初顯症狀時起計自一年至三年不定，視調護如何耳。間時施姑息手術以除腐塊及恒潔治病處者，其生命可延長而且不甚困苦。病者之死大都由於消耗及力竭。善於調治者多無子瘤及間發病之發生，故得苟延殘喘。疏於治理者，其畢命較速。

夫子宮頸癌雖係殺人的惡病之一種，然倘早為診斷，尚極有外科治愈之望，因其遷徙之趨向甚微也。所以不及早診斷者，一因病初起之陰險，一因病者對於症狀漠不關心及醫者忽於細查陰道內之故。德國民智較開，病者就診較早，故可施手術之百分數視他國為多。

診斷 不甚難。子宮頸癌為開花式大團，甚特殊，除腐崩之肌瘤性或粘膜性息肉外，無他物可與混淆。然息肉有蒂，不難以摺診或視診分辨之。

潰爛者診斷較難。每有子宮頸硬及參差不齊，足引人注意及之。組織易碎及出血為最要之徵，且不能幸免者。結核及梅毒性潰瘍罕生於此部，然有則或類似癌，但檢以顯微鏡立辨。至於着不合式之子宮托(pessary)或子宮前脫所致之擦損的潰瘍，有時可誤認為癌。但因子宮托致者，治之則速癒；因子宮前脫致者，平而乾，幾不出血，且有界畔分明之瘰痕邊。又子宮前脫其頸生癌者極少。總之，凡稍涉疑貳，須用顯微鏡檢察之。

子宮頸之尋常糜爛有時甚類似癌。一般子宮頸炎而有糜爛常見之那波替氏囊腫(Nabothian cyst)形成者，或可誤為泌潤性癌，而糜爛者間於指診時或交媾後亦如癌之易於出血。但子宮頸炎之發見那波替氏囊腫者，大抵為非癌患之憑徵。且有謂癌絕無此項囊腫者。然余則以為不然，因曾於早期之

癆發見該項囊腫叢生及子宮頸炎也。此諒由頸癆發見較早，繼時尙伴以囊腫性頸炎之故。

起於子宮頸內膜之浸潤性癆有時甚難診斷，而在有老年性萎縮之子宮頸尤不易認。蓋子宮頸每無顯然之增大，且其向外之式由窺器中所見或完全如常。其徵兆惟有水樣溢液或出血。可與此式癆混淆者為老年陰道炎、老年子宮頸炎，或子宮積膿 (pyometra)。後者，陰道壁之糜爛處或有血出，且假令子宮頸或陰道因粘着而致半塞，則其溢液亦或極穢污而有似癆者之惡臭。究之，該溢液往往稠厚而類乳皮，含脫屑之上皮頗多，與癆患之稀薄水樣液有別。倘出血，則宜就森斯氏臥位 (Sims' position) 細檢其血是否出自子宮抑或出自陰道之淺爛處。如確出自子宮，殊可疑其患癆而亟宜為之行子宮內之檢查。

凡診斷癆案，無論疑似或確信，非切除一片用顯微鏡檢察不可。縱已不成問題，亦當依法照辦，蓋含此不足為完全或確鑿之據也。似此，顯微鏡於診斷極關重要。醫者於子宮癆之失於治理或處置失當者，其咎幾盡由於忽畧此法。所惜者自子宮頸取標本備檢，不甚易辦，以故一般醫家，往往對此要點輕輕放過。舉辦之手續在令病者作森斯氏臥勢，且藉助森斯氏窺器為之。光線宜足，至少應有助手一人襄辦其事。須用長陰道剪及鉗，或市間所售之數式特器為之亦可。從潰爛區取標本時，倘組織易碎而出血，則或甚難辦。只須剪除組織一小片，立即設置百分五之佛馬林 (formalin) 溶液中，送交病理學家作凝凍切片而檢查之。至於自子宮頸之浸潤式癆取標本，則最妙以小刮匙為之。無庸用何種麻醉劑。出血不甚多，且易以塞子制止之。

可否施行手術 Operability 子宮頸癆既經斷定，則宜決其施手術之可能性，此視病越過子宮外之程度而定之。癆勢

侵入子宮鄰結締織或浸潤陰道壁者，則子宮變為固定，故據子宮之活動與否可測知病蔓延之概況。然此狀不盡可憑因他故亦或致之。例如開花式大癌從子宮之陰道部分擴及陰道者或亦致子宮固定，究其實，將大團刮去後則子宮將見較為鬆解活動，而知病之延及子宮鄰結締織者殊無幾也。又子宮鄰結締織之浸潤之全為炎性者其例亦不少。僅以指診殊難將其與癌患分辨，或竟於開腹後猶未能道其異點。是以許多可施手術之病案，初診察之一似絕望也者。尤有進者，施手術之可能性往往只能行探察開腹術始可定之，倘有一線可治之望，即當執行，切勿猶豫。

癌患累及本部之淋巴腺者，有謂不宜為之施去根手術，良以勢必復發也。夫淋巴腺既受累，當然豫後不良，但不能遽謂為絕望，因曾有將淋巴腺摘出後病竟永不再發者。且也，淋巴腺之增大不必盡為癌所累及，其中屬炎性以鏡檢而無癌徵者殊不少。倘果係癌之遷徙，則一腺受累者縱極闊大亦較多腺受累為優。

膀胱壁及輸尿管周圍組織之受累，不必為反對手術之指徵，因膀胱可切除一部分，輸尿管則可自受累之組織剖離或截斷而移植於膀胱，後亦不至復發也。

又可否施手術之問題關於所用方法者亦甚大。近年來因大剖腹術之進步，是不管多予子宮頸癌以可治之良機。向之以為合於施術者總計不過百之十至十五，今則增至平均百之五十，且有謂可達百之六十以上或九十者。

手術療法 近代以手術治子宮頸癌之要法有二，即或由陰道或由腹壁將子宮全部摘出是也。

開腹摘出子宮以治頸癌，為 W. A. Freund 氏於一八七八年所創用，先由在屍體之經驗，繼行之於病者而有效，乃公布其法

於世，是曰 Freund 氏手術。嗣經 Wertheim 氏辨別其用途，且改良之，而其用途益廣。此種改良技術之辦法詳後手術章。

夫以闊大之腹路治子宮頸癌，其法似宜優於由陰道者，殊無疑義，良以場所較闊便於解剖子宮鄰之結締織，故以之治病之甚為進行者尤為得當。

以療後期滿五年之數計之，腹路手術殊佳，且可以之治較久之病。然統計表所載由陰道施術之死亡率畧低於由腹路者，但此因由腹路割治之案平均較重於由陰道者，是不可不重言之也。

試將行腹路手術之結果，平均類列如下

可施手術性百分之五十，指一切就診之此項病人而言。

臨時死亡率居百分之十一至十五，最常致命之原因，為腹膜炎及出血而致之休克（精力猝衰）。

治癒數按滿五年後計算，佔百分之三十

療治子宮頸癌之他法

Other Methods of Treating Cancer of the Cervix.

射線治療法 Radiation Treatment 近今吾人之知識與經驗，對於射線或曰射光之治療惡性病，殊不足以云示範來茲；不過就其已施行者撮要言之，以作將來發展此項有希望之療法之張本耳。

夫以射線作姑息劑，療治數種癌患，其效益之宏，洵無疑義，惟為永久斷根之用，則尚無定論。但倘使長於該門學識，且應用優良之法，未始不可治癒多數癌患也。

近代以射光治種種上皮癌，嘗得最良之效果，實因此式癌較易接近之故。子宮頸上皮癌之治以此者咸美不勝收。因是，婦科家對此問題，尤有特別之關係焉。

治癌之放射法，今所用者有數種，曰愛克司光線(X-ray)，曰變鈾(mesothorium)，曰銻(radium)，曰放射物又曰流出物(emanations)是也。愛克司光線大抵僅為佐理銻及變鈾之用，對於組織雖同有生物學上的效驗，然其透入性則遠不逮該二物。

接近世所說，銻及變鈾之影響於組織也蓋藉三種射線，曰甲射線，乙射線及丙射線(alpha, beta and gamma rays)，三者之速率，透入性及顯於組織之效，皆互有不同。其中以丙射線及硬乙射線於治療癌腫有卓絕之妙用，蓋除其較大之透入性外，復有毀滅癌細胞而不傷及附近正常組織之擇別作用。

茲將李南氏(Burnam)所論銻之物理性質述之如下：

銻係金屬原質，歸錒銀屬。與礦物酸立即化合成鹽類，其原子之不鞏固，在放射原質屬中首屈一指。銻本體由鈾(uranium)原子還原而成。失其原子一部分以成一種氣體，名曰銻放射物(radium emanation)，且依次遞進而為一序列固體原質。所謂銻C者，在序列中居第三，特與醫學有關乙射線及丙射線從之出焉。銻放射質於銻形成後立可自銻分出。定量之銻能發出定量之放射質。當放射物達至極度後，則裂解，與形成時同率。約歷四日之久，其定量減至一半。倘將銻或銻放射質固封於玻器或金器內，則漸發生銻C。封銻於玻管內經三十日之久，始達銻C之最大量。至於放射質之達至最大量祇須三小時半。銻C自身固可提淨，然因其僅有二三小時之短限，故不克作治療之用。

放射物之大要特性，在能發出不可見之射線。此等射線，切勿混為放射質，因放射質為一種原質正如銻本體也。射線按物理性分為三種即甲，乙，丙射線是。

甲射線為荷陽電之氦(helium)原子。其透物之能甚小，以薄寫字紙即可完全阻其透過。凡有機無機物與之接觸者，極易被其誘起化學之變遷。

乙射線荷陰電之質點，即電子，其速率幾與光等，且易透過活組織數種(cm)之深。亦極有誘致有機物起化學作用之能。

丙射線非係特異質點，不過震動空中以太，與尋常光及愛克司光線相似。惟其波動之度短甚，且富於透過性，是其特別也。又有令有機物變化之能力，但較甲乙射線為遜。倘將銻鹽封於玻管內，則在管內發生甲乙丙射線。甲射線尚禁錮於管內，乙丙射線則透過管壁，向六面放發，射入繞之物件內，而成一放射球。若用厚二耗(mm)之鉛片將玻管包圍，能阻隔最硬

乙射線之透過。是以爲醫學治療起見，可將三種射線合用，或兼用乙丙射線，或單用丙射線皆可。惟不能單用甲射線，且除實驗外單用乙射線亦難。

綜上觀之，銦或其衍化物(derivatives)可由兩種途徑應用：(一)一如他可溶之藥，由口或皮下或靜脈內入體。(二)對於玻璃管或其他器內，敷貼體外或體內，與愛克司光線管之用法畧同。

欲防止軟甲射線及乙射線之燒灼癌組織或致不適之刺激，必用濾器隔之。迄今尙無完備之法，不過用數種金屬將銦質包裹。金屬濾器用鉛、銀、黃銅、金、鉑或鉛製成。究以何種最善，尙無一致之主張，惟有云黃銅製者令丙射線喪失最少。

對於某病者須用放射物質之量及施用之時限，論者亦不一其說。據經驗最富者言，治子宮頸癌，當用銦或變徑五十至一百毫(mg)，歷時自三或五小時乃至五日或五日以上。間歇十日或三星期再爲治之。丙射線雖能透過堅鋼數寸，然其毀滅癌細胞也僅透及三四厘米(cm)深。丙射線除毀滅之能外，尚有阻止癌細胞生長之作用。

丙射線之毀滅細胞之程序，先令細胞原漿腫脹成空泡及使胞核皺縮，繼則使其被噬細胞吞噬而見吸收。遺缺由同質性結締組織填充之。

射線於局部之作用殊與腫瘤之性質有關。在久遠之癌銦之功效或較微，而於內翻者尤然。吾人之意見，以爲癌之組織對於銦之感應，所關甚重，蓋子宮頸腺性癌不及鱗狀細胞癌之易於收治療之效。身體他部之癌之見效亦然，諒因癌細胞自身具有易感之特性，抑或因上皮性癌之易於接見銦質所致也。子宮頸癌之起於頸管內膜者極有朝內延向子宮鄰結締組織之趨勢，故射線較難達及之。而純粹鱗狀上皮癌起於頸之陰道部分之上皮者，則多向外長入陰道，治以銦可收奇效。縱或癌甚大且開花注滿陰道，只須以銦療之數次，行見其於三四星期內歸於烏有，並無出血及溢液矣。

子宮頸及陰道穹窿之情況經銹療法至數次後，頗顯特殊之變異。癌之原位遺留一黃色厚膜緊粘其處，該膜或歷數月始消。子宮頸及陰道穹窿皺縮，與老年性萎縮畧相類似。向之寬闊穹窿今則縮成圓錐，頸居錐尖，完全失其原形而變為淺凹。陰道上部襯裏以上述之黃色粘附物。以指診之則覺為緻密之纖維組織。子宮鄰結締織多半僵硬，陰道鄰組織 (paravaginal tissue) 亦或覺顯然增厚，而在陰道直腸隔特甚。陰道鄰組織受射線後，倘反應劇烈，則往往顯膀胱或直腸之症狀，視何器官當浸潤之衝而定。膀胱或直腸之粘膜受累，則致膀胱炎或直腸粘膜炎。

夫致陰道鄰組織受累而影響於鄰近器官者，多因掩護不全使然。且或致痛管，於銹療法後許久始現。倘值浸潤期 (反應期) 施手術，是不啻適逢其難，良以蜂窩組織曖昧莫分，分界處之平面消沒，且出血多而難制止也。

子宮鄰結締織及陰道鄰蜂窩織之增厚，大抵屬一種炎性反應，蓋經過三四星期則漸減，且組織之堅度視前微柔。堪注意者，倘施銹療法時已有盆炎之患，施之將令炎患益急。又倘於此反應期施斷根手術，極易招致嚴重之腐敗作用。據此二點，則療效之有炎性之說益信。

治療歷六七星期，子宮鄰結締織復又變緊且硬，此由於痂樣皺縮即蜂窩織緻密硬化使然。倘於此際而行手術必大感困難。分界處既消沒，故於將膀胱與子宮頸及陰道分離並清理輸尿管時必至有險，且非熬費心力不辦。

據富蘭克氏 (Frank) 見解，子宮鄰結締織之皺縮，為銹所致暫時療效之印證。就組織上觀察，經最高度射線後，銹直接顯作用於癌細胞之範圍不過一·五厘米，然其獲療效之區域則或廣甚。富氏謂欲推算此點，必透解他種局部要因。據云，患者

宮頸癌者，大抵自子宮頸四周發生多量結締組織(子宮鄰結締組織)，射線感應之之時，則該組織即收縮，硬化，且或蕃生，遂令淋巴管及小血管永閉，是不啻絕癌之糧而餓死之也(一如外科縛血管之效)。

必將銻與癌觸接或納入其內，丙射線方毅然行其擇別之妙用。苟有正常組織間隔者，劑量必須加增而功效反遜。

劑量過大與不足，均足以致害。蓋銻劑之力過大，組織難免不過於被其殘毀及吸收；不足，則適以激勵癌之新動機而生長益速也。

銻治療之效力大小，視下舉數項而定，用之者須預為審查及之：(一)所用之量幾何，(二)濾過之量及性質，(三)距癌緣之近遠，(四)暴露之時限，(五)組織之抵抗力，(六)貼置或暴露之次數及久暫。

子宮頸癌之適於銻治療者收效極著，溢液及惡臭止息，不復出血，癌腫及結節迅速消滅不見。有時未治前似絕無望者，治後以指診竟不能查見癌徵。疼痛亦大抵立止。又癌之經外科手術後復發者，早以銻治之亦佳，而在陰道穹窿之痼處復發者尤效。

無論癌或正常之細胞，愈幼者愈善感受銻之作用。倘癌已累膀胱或直腸壁，治以銻，則易致大癩管，醫者不可不知也。

行銻療法後，多半顯全身反應極微，然亦有訴頭痛，厭食，腸及膀胱痛楚，便秘或瀉泄者。時或見溫度升高，諒因激起局部之炎患或吸收壞死之細胞質所致。年邁及血貧體衰者用後或令其極感不豫。嘗見一於首次銻療法後顯急性腎炎而症狀極重者，但迅即退却。

夫銻療法所以在婦科上奏效最佳者，誠以子宮頸癌之傳徙性較少也。倘癌勢已延及淋巴腺，則效驗較遜，僅用之治原

發處可耳。然有謂射光於原發處或可令繼發之淋巴腺病退行者。雪耳氏(Scheuer)以爲愛克司光線之透達受累之淋巴腺及浸潤之子宮鄰結締織,尤善於變鉅及銥之射線。

適於銥療法病案之慎擇 Selection of cases for radium treatment.

子宮頸癌之宜否施行銥治療,有諸多要端須賴經驗定斷。最要者爲斷根手術與銥治療二者之擇別。倘其彰彰然可以割治,絕不可以銥先治之。雖其收效極佳,且無手術之煩難危險,究其實此種病者治以嫺熟之手術亦多能愈而罕危及生命。切勿以爲先治以銥,可令以後手術之煩難減少。

以上所述,僅就確可施手術之病案而言,並不反對其爲準備手術之用。蓋有許多不可施手術之子宮頸癌,經銥療後即變爲可施者,此爲銥特別妙用之一。例如可否施手術在猶疑問視醫者之技巧及膽識而定者,則手術之死亡率必高,否亦極易復發,以銥預爲治理則術時庶易得手。間有最著名之外科亦不敢冒險辦理之案,經過一期之銥療法,竟成可施手術者。凡爲以上情事行銥療法者,須令病人頻頻就診,以便慎擇何時最宜外科手術之實施。大抵以銥療後三星期爲最當。術治此種病者,不必解剖其子宮鄰結締織及陰道鄰組織過廣但行完全子宮截除術 (complete hysterectomy) 並除去陰道壁愈多愈善。如此辦理,病者可享一二年之健康及舒適,且間有永不再發者。

第三類,即病浸淫過重,諸法罔效,此則用銥爲最有價值之姑息療法。治後,出血及穢液大抵暫止,疼痛有時全退,否則亦必減輕。是以凡久遠之子宮頸癌,除有直腸或膀胱痛者外,幾皆可以銥治之。

第四類,即外科手術後癌患復發於陰道穹窿或側壁。此類極宜於行銥療法,惟有通於膀胱或直腸之痛管者則否。早

期復發，倘善用銥治之，大抵可制止甚久。故受手術之病者，宜不時就診，以便察知有無復發之象。

第五類，可行銥療法者爲已施合宜手術之病者。多有人主張對此類宜按時施銥於陰道穹窿，以爲預防復發之用。

第六類，涉及銥療法者，即於手術後顯遷徙性復發於淋巴腺者。此則其痛楚慘酷，非用大劑嗎啡，不能稍減。據吾人之經驗，以銥置其陰道穹窿，除稍能慰藉之外，爲益殊少。有報告用多量之銥，外敷於距痛處最近之處少頃，嘗獲佳效者。倘用尋常分量如此辦理，則收功小或毫無效。

猶有一類須考慮者，即已有通直腸或膀胱或通二者之痛管，或痛管雖未形成而潰爛已深勢將穿通者。在痛管已成者用銥殊屬無益，因痛管倘係由癌釀成，治以銥適足擴大之，且罕能於此期制止癌之進行也。若痛管爲前此行銥療法之結果，再用之則適招增劇。（吾人嘗見銥療法所致之膀胱癌數人，就大體診察及鏡檢皆證病跡已消，惟陰道膀胱隔之組織喪失甚鉅。其中有一人經施手術將痛管縫閉）。在潰爛勢將成癩者不可用銥，蓋用之則速其成，且以後不復可行此療法也。

子宮頸癌施銥療法之細則 此項療法迄今猶在試驗之時期，論者聚訟紛紜，故其應用尙無明定之準則可遵。茲試就著者等個人採用之常例述之以餉學者。醫院及個人有銥之原質足供放射物用者，近世頗少。治療多數病人時（治療各病病人或亦然）銥放射物質優於常用之銥鹽。然用放射物，設備甚貴，且需專家擔任，尋常醫院不易舉辦，故本編暫不備錄，只將直接用銥鹽之法述之，因近來銥之產物日增，醫院及個人多可利用之也。

療子宮頸癌最少限度需銥五十毫（50 mg.），單次用者最大之量不得超過百毫（100 mg.）。最便購其分盛三管者，即合

五十毫者一，合二十五毫者二。如此不第較易準定其劑量，且可令管與欲療之組織配置適當，以得交叉發放之效 (cross-fire effect)。

行銻療法時，罩護之法亦極關重要。市間售者多為溴化銻 (radium bromide)，密封於小玻璃圓管中，外套以銀製或鉑製之管。金屬管之用，一面免銻質之散失，一面阻隔有害組織之甲乙軟射線。有於銀管外更套以黃銅或鉛殼以將軟射線完全隔離者。有人證明丙射線自金屬罩護物發出時，折成副乙射線，一如原乙射線之能毀傷組織。夫此類副乙射線，雖其穿透力不亞於原放射，究之其絕對勢力則遜甚，且可以紙、布、或橡皮等物阻隔之。故吾人恒於金屬套管之外裹以紗布或純淨橡皮，以作保衛組織之用。

應用銻之劑量，尋常以毫小時 (mg. hrs.) 計算，即將所用銻之毫數乘以敷貼之小時數。例如二千毫小時者，猶言銻百毫敷貼至二十小時，或五十毫敷貼至四十小時也。然著者不以此法表示劑量為然，蓋大量之銻在短時間與小量之敷貼長時間者（縱毫小時之數相同），其於組織之功效是否相同，殊未可必。故本編將銻之分量及暴露之時間分別詳之。

吾人所常用之高度劑量為一百毫，暴露至二十四小時之久，換言之，即二千四百毫小時也。此誠屬折衷之限度，因有人用劑量頗大於此者。據經驗所得，用大量之銻暴露較短之時間以達至高度劑量，似較以小量暴露至長時間者，摧殘癌細胞之功多而損害正常組織之弊少也。

平均為病人第一次治療，常用上述之高度劑量，即百毫用至二十四小時之久。倘係彰彰然不可施手術者，莫如遊克拉克氏 (Clark) 之方策，於首次療法後，俟已閱六星期，乃用與首劑相等之量復治之。若經此兩次治療不見進境，再用亦屬徒勞。

但術者多崇尚反覆復用之說，例如富蘭克氏(Frank)是其最著者，試舉其主張如下：首次治療後，歷七至十日復治之，再間兩星期施第三次之療法。倘見進境，再治兩次，相間期為三星期，銑之劑量係漸減，五次共用之總數為六千毫小時。此五次外，更可用減小之劑量追治二三次，間期一月。

克富二氏之法未免各有偏頗，著者個人多折衷辦理之。頻頻施用者固有時收效速而且佳，然害及正常組織之弊則較大。行銑療治後覺有膀胱或直腸沉脹者，為放射作用已有幾許害及繞該器組織之嚴重警告。如此，則對於後此之劑量當特別注意，而復治期亦切勿過早。夫正常組織之損毀既為遮護不全之結果，故著者施治時多將病人完全麻醉為之，庶技術章所載之種種防護方法乃得行之更加準確。

倘瘡為開花式大塊，居陰道內，則是否宜先行刮之，抑或立即治以銑而待其自脫，殊屬一疑問。頻以銑放射之，固可期瘡之脫去，吾人究頗不以此法為然，蓋瘡體既下延入陰道者多，施以銑，難免不令無病之陰道壁暴露過甚。是以最妙先將伸突之塊畧為除去。倘用刮匙，不可刮至過深，只除去障礙施銑之物即可。刮後，隨將銑納入。多有毋庸用匙刮，以指即足去之者，苟如此，則尤佳。

倘病者有後期施手術之可能性，醫家當然宜本此方針治療之。第一次用最高度之劑量，嗣後應頻頻診察，且注意其子宮鄰結締織之情況如何。如其對於首次療法極有應效，則於三星期後即宜為之施行手術。惟時若無窒礙，將見一度之銑治法並無嚴重影響於子宮鄰結締織之事，雖手續較難，然大抵仍可用常法行之。

如治後滿三星期病勢雖見進境，但迄未可施以手術，著者以為宜再以最高劑數之半(百毫十二小時)治之，似較克氏之

主張俟至六星期者爲優。有時或須於第二次療治後越三星期，更用減量之劑數再療一次。至少須間隔三星期始可施行手術。銥療法之次數愈多，手術之辦理愈難，此爲吾人經驗不爽者。又有銥療法及嗣後手術皆極得手，迨數星期或數月後或竟猶成癰管者，在病復發者尤然。此則諒因銥之滅却正常組織之生機使然，大抵用更爲妥善之掩護物可防免之。

手術後以銥療法作預防復發用者須特別謹慎，因易毀傷新割之組織使成癰管也。是以須俟陰道傷口完全癒合，始可治以銥，且劑量宜限制，並至少有四至六星期之間歇期。倘非如此加慎，則病者之癍患雖愈，而竟有膀胱或直腸癰之結果，其幸福殊不足以言大優於前也。

爲復發於陰道用者一如爲預防用者之當慎，良以復發者之致癰管尤易。倘復發之患診斷頗早，療以銥一次，大抵病勢即消。切不可用最大劑量治之。吾人習用五十至百毫，暴露四至十二小時久，視陰道組織之情況及病之進行如何而定。例如爲小結節現於完好組織者，其劑量當較潰爛者爲大。潰爛者只可用小劑，越幾時或須復用之。

病之傳徙於淋巴腺者，著者以爲治以銥對於制止病之進行及鎮痛，皆無實效。

至於子宮頸癌經放射治療後之善後手續，殊爲簡單。平均留院之期不過三至七日，視其體質之反應情況而定。病人多有毫不顯乖效者。亦有顯種種反應如惡心嘔吐者，在因病致體衰者特甚。此類反應，大抵三兩日即退，有時僅於療治期間顯之，銥一去，狀即立消。直腸或膀胱沉脹之狀有時令人難安，且或綿纏數星期，非施鎮撫劑或局部治療不愈。如此者，殊有後期發生癰管之險。倘施治時以鉛罩護並密塞以紗布，大抵可免此弊。

繼療法後而顯白帶者，其輕重頗殊，視瘡之性質及劑量之大小而異。有分泌極多持續至數日或數星期者，亦有幾微無足介意者。如其溢液甚盛，須妥為看護，且不時灌洗，務令陰道清潔，直至溢液受制，始可任其出院。又有體溫升高者，因吸收毒質所致。此項病者須受醫士之觀察至熱退乃止，蓋發熱指示有盆炎之患，或為銳所激起也。若有盆部腹膜炎，須頻頻以熱灌注法治之，可期其效。

熱療法 Heat Treatment 首創此法者為陪息氏(J. F. Percy)。陪氏嘗以實驗證明瘡細胞經百度表四十五度熱至十分鐘久，即不能移植昌盛，而正常組織之細胞，雖受五十五至六十度之熱，亦不失其活力，其提倡熱療法也蓋基於此理。夫熱療法所以在治療上收益不多者，因應用之手續有未悉合耳。試將陪氏學說援引如下：

“據經驗所得，低度熱對於瘡體之透入性遠勝於高度熱。高度熱燒焦組織之面遏制熱之透入，低度熱則凝固組織助成熱之傳布。高度熱所致之焦區足以妨礙排泄之功，以致其人吸收腐壞之瘡細胞質而可發生中毒之事。倘所用熱鐵之熱度適當(即有最大透入性)，則將其體以外科棉花包裹，留置瘡處四十分鐘，或尤久。此種熱度宜毫不改易棉花之顏色及結構，藉此可知所用熱度並非燒灼之熱度也。”

綜上觀之，則知此法之並非燒灼與烙灸，不過求得最高度之透入熱力已耳。其優點在無傷及直腸膀胱輸尿管之險，且速封固淋巴管及血管以阻止病勢之蔓延。

施行之手續不外以電熱之鐵用棉花包裹貼置瘡處。鐵之熱度須妥慎節制，由一特別之陰道窺器內插入。熨貼之久暫約靠助手規定，蓋其自腹壁割口內以手握持瘡塊，且留心宣告熱度將近過高也。大抵施一次即可令瘡之大塊脫去。有時須復用之。此法應用之綱則，見卷三。

此法未免過新，其療效之精確報告尙少，但察考多年拜恩氏 (Byrne) 用此法所收之極佳效果，則其用途之大將來正未可限量也。

子宮頸癌之姑息療法 Palliative Treatment. 子宮頸癌之不堪施手術而又不便利用銑或熱療法者，則莫如除去癌之死腐部分，蓋此種易碎之壞組織，實爲出血及吸收毒質而致種種症狀之源。除去之法，在將壞塊刮淨至愈近正常組織愈善，復妥爲烙之。但須謹慎將事，切勿穿破子宮。在刮頸後唇之浸潤性癌時每易蹈此弊，致穿入直腸子宮陷凹，而有致命之腹膜炎之發生。

刮法及烙法所奏之效每甚顯著。出血暫行遏止，溢液較少，穢臭亦一時烏有或減輕。病者一般情況殊有起色，有時體重畧增，神情亦不似前之沮喪。

病者須頻用佛馬林液 (百分之一者) 灌洗以制其惡臭。迨後癌復長，舊狀重顯，則宜再刮再烙，如是往復直至不起。晚期大抵有不可忍受之鑽痛，最妙先服以待俄奴 (dionin) 治之，後此則代以大劑嗎啡，且頻頻施用，以減病者之痛苦。

刮烙法之外，有施他種姑息手術治之者。例如有人施探查開腹術，發見病已不堪剷除，爰將其腹下動脈，卵巢動脈及圓韌帶動脈一一縛之，迨後病之進行似稍緩，且頗久未出血，直至側副循環成立爲止。

刮烙後以氫化鋅 (zinc chloride) 敷貼癌之凹面或效。倘係熟手辦理，有時殊有裨益，但其於組織之作用難於節制，每有穿破子宮或侵蝕子宮血管之險。最妙濡藥於小塊棉條填塞其腔，至約滿一星期，可將棉條作整塊取出，印有腔之全模。此法有時不宜用之。

有一甚妙限制溢液及減輕惡臭之法，係用醋酮 (acetone) 治之。其法令病者仰臥，以枕墊高其臀，用純醋酮三四錢 (11—15 c.c.) 由浮格森氏張開器 (Fergusson's speculum) 送入陰道，令與病區接觸約四分鐘之久。旋以食水棉條吸去之，吸淨後用漬甘油之棉球填塞陰道，越二十四小時乃撤去。須留意者勿令醋酮沾及外皮，因其致劇烈之燒痛也。有類塗碘劑 (iodin) 於病區以保持陰道清潔者，但其效力較遜耳。

倘妥慎用姑息療法，可令病者苟延生命一二年。不可施手術及復發之病者所用姑息療法中當然推銜為最善，所惜其供給有限，爛熟其用途之人材缺乏，故近世尙未能通行，以致對於許多病人仍不得不以舊法治之焉。

子宮體癌

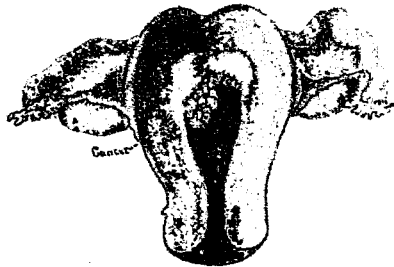
CANCER OF THE BODY OF UTERUS

本編將子宮頸癌與子宮體癌分別論之者，誠以二者在臨牀上及病理上皆判然有別也。

子宮體癌就組織學的形式觀之，恒為腺癌類，惟寢淫日久，腺式或不顯耳。至是，其組織或為單純癌，其細胞混為一團而無一定之排列。有時組織變形 (metaplasia)，一如子宮頸內膜癌常見者，以故細胞疊成鱗形，或竟成角化之珠 (cornified pearls)。

癌起於粘膜，兼有長入子宮腔並浸潤子宮肌

第三十八圖



子宮體之腺癌

最初起於子宮管之上部，向內侵入肌組織，兼向外伸入管腔。本病案為乳頭式類。

壁之趨勢，惟後則不免側重一方面。正型者朝子宮腔生長，以鏡檢之，呈乳頭類之長樹枝形。如其侵入肌壁，則見線性枝於肌與子宮內膜之界線下襲入肌內。開子宮腔用肉眼察之，見癌高起，參差不平，其面有光滑而起伏者，有顯乳頭式者。剖面之色，大抵微淡於子宮正常組織，癌與肌間之界限約畧可辨。癌漸次侵佔子宮壁，進行甚者肌迹幾至泯滅。歷時既久，或穿外壁而播散於鄰器。尋常不侵入子宮鄰結締織，與子宮頸癌有異，惟在晚期則或直接延及之。其轉徙至淋巴腺也較子宮頸癌為晚。間或傳於輸卵管及卵巢較早，而在子宮頸癌者則罕有此事。

子宮體癌之發現多較癌之發生於子宮頸者畧晚，據科布蘭氏 (Koblanck) 之表，謂年齡在五十與六十歲間之人患者佔百分之五十。在四十歲以下患之者極少。按統計表，子宮體癌之數僅為子宮頸癌八分之一。未產婦於此癌似有特殊之素因，與子宮頸癌尤屬不同。

第三十九圖

子宮體癌與子宮纖維肌瘤同發者極常見，而纖維肌瘤與子宮頸癌同發者則甚少。因子宮體癌常發於覆被纖維肌瘤之粘膜，故或意謂此癌由子宮內膜肌纖維瘤所致創傷之刺激而發生。

子宮體癌由外科觀之，豫後特良，此不特因其病之進行緩慢，並因其早露發生之跡象故也。其



子宮積水

病者當手術時年六十有二，從未行經，惟早年曾有按期之產胎狀。腔內所見之瘤為乳頭狀腺癌，大抵係新近發覺。子宮腔之內容為帶褐色之漿液性物。特繪出子宮頸之外形以示其無完全之管道。術式為陰道上子宮截除術，生未剖開子宮之先，初不知如何以此圖形。

初狀爲子宮分泌物之加多，次則出血。此種出血常在經絕期後見之，足以引起病人之注意，而延醫診治，及時施以相當之外科治療。倘瘡發現於經絕期前，在臨床診查上較難診斷。此時之出血易僅表現經期之多量出血，病人與醫者均易誤認此種月經變亂爲婦體生理上應有之改變。然病之進行常極慢，其出血無已之情狀，終可促令就醫。倘子宮體瘡與子宮纖維肌瘤同發，則出血無特點可資與尋常粘膜下肌瘤之出血區別。故若在有出血症狀之纖維肌瘤，因故決定用非手術的治療者，至少亦當探察其子宮腔，以證明其爲無瘡之發現。此在將用X射線及銹者尤爲重要，因肌瘤之併發瘡或肉瘤性變性者，其惡性病變感受射線，可激出新活動力，殆無疑也。

診斷 子宮體瘡常用刮出之標本於顯微鏡中診斷之。在子宮柔軟並子宮頸開張者多半不必用麻醉藥即可用小利匙刮出子宮內膜一小塊，以供檢驗。

臨診上子宮體瘡必與子宮機能不全，粘膜息肉，慢性子宮內膜間質炎，子宮頸瘡及粘膜下纖維肌瘤等明別之。唯一可靠之辨別法爲用顯微鏡。

子宮體瘡與子宮內膜之數種良性腺質增生，用顯微鏡區別之，有時不易。腺質增生者視於腺裏之上皮細胞層疊起，腺之本體分枝亦過多，且間或穿過子宮內膜尋常之界限而浸入肌組織。此類偏心性的非惡性腺質增生，須牢記在未得他種證據前不可遽行定爲惡性病。診斷瘡之最後一步，務根據其細胞形式之不一致，核異常形，核染色不等，及腺基底膜之連續不全。

治法 瘡之診斷既定，當隨即施以根治手術。施於子宮體瘡之手術與施於子宮頸者相似，惟所及範圍毋須如是之廣。淋巴腺之除去，罕屬必要。子宮鄰結締織之廣闊解剖亦多半

不必用。子宮體癌向下蔓延之趨勢甚小，故不必如處理子宮頸癌之須截去陰道上部。以是子宮體癌手術之難點較施於子宮頸癌者少甚。而死於當時者其率當然較低。

豫後 復發者少，在已施手術者至少有百分之八十可得永久之治療。

惡性絨毛膜上皮癌 CHORIO-EPITHELIOMA MALIGNUM

此指惡性瘤之由胎盤組織之上皮質發生者而言。最常由水泡狀胎塊 (hydatidiform mole) 逼出後而起，但亦或隨小產或輸卵管妊娠，甚或因正常妊娠而發。瘤初起，常如結狀贅肉，由子宮腔之面或輸卵管腔而生長。瘤富有血管，往往有血腫之現象，且易於出血並壞死。不久即波及陰道壁或附近之盆內器官，且由血循環迅速傳布於身體之遠部，肺尤易受累。此病倘不施以外科治法制止之，則往往致命，傷害病人非常迅速，但時或自然驟止其進行，甚至已波及身體遠部者亦或如是。其發現幾緊隨小產或胎塊之後而起，或經若干日或數月或數年後始發。

得此病知識之來歷，言之殊屬有趣。病由慎吉爾 (Saenger) 首先發表於二十餘年前。氏以爲此種瘤既發於子宮內膜之脫膜細膜，應命以脫膜瘤 (decidnoma) 之名，擬之爲一種肉瘤。嗣後馬珊德 (Marchaud) 氏說明其來歷，更爲確切，並證明瘤係從圍繞絨毛膜絨毛之上皮細胞發生，故納之爲一種癌。此說現已得醫界之公認，而從前因時而異之種種名稱皆爲馬氏所定絨毛膜上皮癌之名稱所淘汰，因其於組織發生上最爲適當也。

吾人對於是病臨診的經過，亦已完全改變，與對於其組織學上的觀念同一明著。慎吉爾氏之最初五醫案於小產後七個月內因遷徙及於全身而死，故彼視之爲絕症 Apfelstaedt 氏

於一八九六年指明抵抗此種最惡性病之治法都屬無效。但六年後，Polano 氏報告治療者佔百分之五十，Teacher 氏報告且可佔百分之六十三零三。

此百分率現雖視為過高，然因用手術而治療者為數却甚多，而其經報告施術時未將瘤塊除盡，後竟自癒者亦極衆。故吾人可見從最急最惡以至自然永久退行之各種醫案之狀況懸殊實甚。最初報告病經自癒之史拉吉氏 (Schlagenhauser) 謂治療之二醫案中，一性惡而急，一性較良，而其在組織上則極相似。

如欲明瞭絨毛膜上皮癌之顯微鏡中的狀況，須參考絨毛膜絨毛之組織，良以癌起於其上皮質也。絨毛被以上皮二層，外層名融胞層 (syncytium)，內層名郎罕氏層 (layer of Langhans)。融胞層者係細胞融合，並於染深色的原漿連結塊中含排列畧齊之核之外層。是以無明確之細胞界限。細胞之連結塊間或有罅隙或空泡間斷之。內層即郎罕氏層，為鮮明的大上皮細胞之單獨柱所組成，細胞之界限明顯，核染色不深。其形與鱗狀上皮細胞相似，且實起源於胎之外胚葉。外層(融胞層)起源於郎罕氏層，故二層均發自胚胎。在尋常胎盤，二層均有增生及向外長於絨毛膜絨毛間之趨勢。融胞層層疊增生，向外成息肉狀突，後可脫離。因此往往可見分立的參差融胞塊於絨毛間隙。以是融胞質有時被收於血流而輸至遠距離之器官，輸於肺者

第四十圖



絨毛膜之絨毛

顯示郎罕氏細胞之生長係穿融胞層而入絨毛間隙。融胞層之碎片可於發生之郎罕氏細胞叢中見之。

特多，郎罕氏層亦偏向於增生，並能凸出於所蔽融胞層外面長為參差之細胞塊，附括融胞層之殘屑(40圖)。此二種上皮質之增生或皆頗盛，然尚在生理範圍以內，絨毛膜上皮癌確為與此同樣之增生而不改變細胞之形式，惟進行至成惡性瘤而已。

此種實況自經察知後，病之或為良性或為惡性，病理學家多方研究，以期發明足以區別此二式之組織學的異點。其所用功力卒無成效。馬珊德及其他諸多學者皆承認絕無組織學的標準足資鑑定此類瘤惡性之程度。抑在診斷上尤有難者，瘤並與正常胎之組織恰相類似。

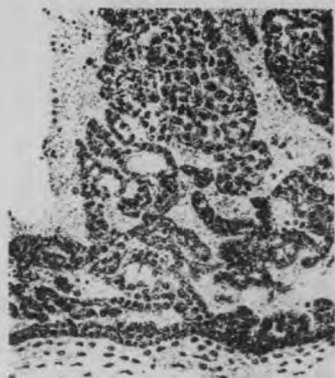
希什曼(Hitschmann)及基司徒(Cristofoletti)二氏為以下之論斷云：

“組織學上完全無確切之異點可為吾人所信任，已成事實。吾人深知絕對無形態學的及生物學的異點介於胎組織之生理的與病理的之間。研究胎盤形成最初之狀況並用以與絨毛膜上皮癌比較愈精細，適愈足以證明滋養葉(trophoblast)(胎組織)與絨毛膜上皮癌却無異點。”

症狀 絨毛膜上皮癌之
所以使人覺察，在繼流產或遲

出胎塊後見往復之出血，不論病之位置何如，出血每為其特殊之狀。出血係因瘤所接觸處之血管壁被蝕所致。施刮術，僅

第四十一圖



絨毛膜上皮癌

小力鏡檢。圖底部為絨毛之邊緣，覆以有規則之郎罕氏細胞一層。在中部依附郎罕氏細胞層者為融胞層。其左及上為郎罕氏細胞團。圖之右上部為融胞層之大碎塊，其核較大，染色較深，其原漿染色亦較深，全部皆浮游血中。

能令血暫止，易趨劇烈，後出血更多。病者貧血及成惡病質頗速。蛋白尿為一種最常見之併發症狀。若施以二次刮術，則可見有新組織塊在子宮管內。用顯微鏡檢查刮出物極難診斷，其理已如上述，且常據病理檢查的否定報告，而致不救。故當重視病之臨診經過，而不可過於倚重顯微鏡的檢查，是為至要。迨病之遷徙既見則診斷簡易，雖有報告即此期中有自癒者，但施治往往為時過晚。遷徙及於陰道為常事，且有時為此病初見之狀，主要症狀為出血。因瘤有侵蝕作用及其組織之易碎，故有遷徙性栓子極易脫落於血流，而帶至身體遠部，栓子止於任何部份，即生長而侵蝕附近之血管，致局部出血。有時遷徙性瘤之症狀為病之最初病象而子宮或尚無顯狀。遷徙至肺致肺出血者尤屬常見，亦或可累及腦、肝或腎等。

診斷及療法 從事於絨毛膜上皮癌之診斷，而決定當施何法療治，醫者每極感困難。醫案之可疑為此病者其狀況大畧如下。

病者於水泡狀胎塊逼出或流產後經若干時見重大之出血。施刮術，可從子宮管內取出組織極多。檢以顯微鏡，則見胎組織極多。可見有許多郎罕氏細胞成羣而聚。各處並散見有形式不一之大原漿體之融胞大塊。此種狀況表示或屬胎盤之賸餘，或屬良性絨毛膜上皮瘤，或屬早期之惡性絨毛膜癌。倘施除根手術，則可使病人避免不當有之危險，亦不致喪失其盆內器官，因無法可知病在子宮內非完全無害也。倘不施手術，迨晚期症狀發現後，遷徙即可實演，救治恐已過遲。抑刮術有時不甚相宜，蓋能使病之良性者變為急驟強烈的惡性如希什曼及基司徒所特行指出之狀況也。初次刮出物經病理專家檢查認為惡性，而迨將子宮摘出後，知為完全正常者亦有之。醫家究應採取何種程序，不無冒險之處，誠須兼顧其外科的本領以為適當之決斷耳。

倘初刮出物現成羣之郎罕氏細胞及融合細胞甚多者，宜即施除根的手術，在先有水泡狀胎塊逼出者尤當如是。若初刮出物確有特殊之細胞羣，雖爲數不多，亦殊足疑爲此病，且倘在症狀發現前有逼出胎塊之事，則除根手術之施行尤有考慮之價值。但若症狀繼流產後而發者，當待是否更有出血而後定奪，雖病人數月內須常受醫士之檢查，縱其月經如常亦應如是，而據美葉爾氏 (Meyer) 之說數，病如再發大抵於二三星期後必再出血。倘可疑之病人經細心施刮術而再出血，且再刮出之物檢查所得與前同樣者應施斷根手術。

所可異者本似極惡之絨毛膜上皮癌或竟能自癒，甚或在除根未盡者亦然。此爲希基二氏所津津樂道者。二氏又從其所遇醫案觀察並報告子宮鄰結締織浸潤者極爲常見。從尸體之剖檢及外科病案之研究而知此種浸潤並非因子宮鄰結締織受癌質之侵入，乃係子宮鄰結締織及卵巢之靜脈之血栓形成所致。骨盆內大靜脈之形成此種血栓不外二途：

(1) 可變成一種新病竈以遷徙，並分出栓塞性惡性塊至肺在彼可潰蝕肺動脈而速布於全體。(2) 血栓妨礙子宮血循環，可致多賴子宮血流而營養的瘤細胞壞死且其壞死更引起靜脈之其他栓塞。以是血栓形成可爲防病遷徙之保障，同時使全瘤崩解而凋謝。彼等所提出之醫案實足證實此說。

倘此說果確，則在實用上極有價值。此指示遷徙之路係由於盆靜脈，故當施刮術或割術於此種病人時，應極細心，以免將病組織之栓子誤帶入血流，蓋病組織內無支持的構造，極易破碎而致血栓形成也。職是之故，施行除根手術不宜由陰道爲之。當由腹壁施行手術時，第一步即在縛住腹下靜脈及卵巢靜脈，以杜絕栓子之去路。倘子宮及子宮鄰結締織因故不可施手術者，應縛住大靜脈，以期阻遏瘤之血循環而豫防其遷徙。

倘病之爲可施手術者，則當用瓦吞氏法 (Wertheim method)，施行全部之摘出術。

卵巢之腫瘤

TUMORS OF THE OVARY

身體諸器官對腫瘤之易患性無重大如卵巢者，卵巢之易致囊腫尤甚。此殆因其組織之天然特性使然，其生發性上皮增殖力之大，生理的卵泡閉鎖作用及小囊形成，經期之充血，以及上皮質之分泌能力等皆爲正常之現象而頗可推測其易由生理的作用轉爲病理的變化。

卵巢之腫瘤分爲非增殖性腫瘤及增殖性腫瘤二大類。

(1) 非增殖性腫瘤 NON-PROLIFERATING TUMORS

此類腫瘤係表示發育之錯亂及囊狀卵泡之退化而成滯溜(留滯)囊腫。此等囊腫有二種：其一，由閉鎖卵泡之異常的分泌所致者，特稱卵泡囊腫；其二，由卵黃體之退化不全所致。

卵泡囊腫 Follicle Cysts 吾人研習生理學時，知初卵泡之卵有天赋完全成熟之功能者祇佔少數。多數卵泡在發育期中輒經頓挫，其小卵遂死，卵膜之上皮變性而消失。此種變化謂之卵泡閉鎖 (atresia of the follicle)，且或可視爲生理的作用。卵泡閉鎖每含有幾許之分泌物，而其襯裏上皮(粒層)尚存者尤甚，故許多卵泡爲可目觀的大小無定之囊。此種囊之形成在一定範圍內，可視爲一種生理作用。正常的與異常的雖無明確之界劃，而在一定狀況內此種囊發生異常大者卵巢遂呈囊性變 (cystic degeneration) 之象。其所以致囊性變之原由，尚無明確之解釋。其結締織之密度增加(間質性卵巢炎)，阻礙閉鎖性卵泡質之被吸收，大抵爲一部分病案之所由起源。他若

血循環之紊亂如反復或連續之充血亦似可使原始卵泡發育過速而致閉鎖卵泡過度發生。

囊性變使卵巢全體變大，但不至有腫瘤之程度，惟迨囊之一個特形長大而損害他囊及卵巢組織之其餘部分時，即成囊腫。

閉鎖性卵泡囊腫之長大，或由於襯裏上皮之存在而繼續分泌琥珀色清液所致（據富蘭奎氏 Franque 所云），但尋常粒屑則皆分解而消失，此則囊之生長即特內膜血管之滲出物，而此內膜或存在甚久。

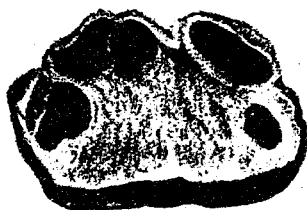
尋常惟一囊異常長大，二三囊同時異常長大間或有之。囊漸長大，卵巢組織之其餘部分即他卵泡囊等，皆受壓迫，延展而附屬於此橫暴的囊腫之薄壁內，僅為是壁一種白色不透明之厚層。

卵泡潑溜囊腫之體積大多數長至約如拳大，頗為一律。有半透明之薄壁，常不襯以上皮裏，多半為單房式。

卵泡囊腫中有生長至奇大者，甚或大如人頭。較大之囊腫即皆襯有上皮，其所以長大如是者，由於襯裏上皮之分泌作用敏活使然。故此類囊腫不能視之為潑溜囊腫。至此類囊腫之應否歸納之為非增殖性腫瘤，猶屬疑問。富蘭奎不主張即因襯裏上皮之久存及增殖而遂歸納為贅生腫瘤，並指明輸卵管積水之輸卵管上皮有類似於此之生長。

卵泡囊腫本屬良性，且幾概無向外生長成乳頭狀之趨向。在內面成疣狀贅生物者間或有之，但此種狀況僅表示結締組織之局部形成過度，非必為上皮質之生長過度。

第四十二圖



卵巢之囊形變性

全卵巢剖面之內眼的情況，
卵巢皮質內有小囊數個，檢以顯
微鏡證明其為囊狀卵泡之囊。
左上部之囊具有滯滯，可想見常
囊長大時該隔必更變薄以至破
裂致二囊融合為一。

黃體囊腫 *Corpus Luteum Cysts* 與卵泡囊腫區別之點在形成於卵泡發育較晚之期。其長足之大小與卵泡囊腫畧等。在早期，可藉其有波紋狀之特殊黃素細胞裏膜辨識之。囊腫之含有物常為紅色之濁液，與卵泡囊腫之為琥珀色清液者有別。其大者或全無上皮質，故即用顯微鏡檢查，亦不能與卵泡囊腫相混。

卵巢之血囊腫可因卵泡或黃體囊之內出血而致。據富蘭奎氏之說，謂出血可見於慢性卵巢炎之卵巢間質內，因此種炎能使血管脆弱。此種出血見於經期，倘後此之行經時再三為如是之出血，則或致頗大之血囊腫。血流出時可致劇痛及重大之症狀，甚或致命。但尋常則此種病非關緊要，所溢出之血漸被吸收。有時在陰道檢查覺確為卵巢囊腫者，越時不久，即完全消失，此必為血囊腫無疑。真囊腫倘未破裂，決不如是消失。

卵巢之非增殖性囊腫名囊腫瘤 (*cystoma*) 或單純性囊瘤。此名稱蓋指卵巢之單純性囊狀腫大，務須與真增殖性囊腫名囊腺瘤 (*cystadenoma*) 者區別。

除黃體囊腫外，尚有其他囊腫名黃素鞘囊腫 (*theca-lutein cysts*)。黃素鞘囊腫發生於閉鎖之卵泡，不過內膜或鞘(結締組

第四十三圖



卵巢之黃體囊腫

全部巢剖面之內臟的放大狀況。圖右部為一黃體，顯示有黃素細胞成摺包繞之。囊腔內充以濁液，其血既未機化，故知該黃體囊尚在早期。圖左部有黃體數個已進行至白體期。在頂部有小黃體一，尚在機化之中。

絨)之細胞變肥厚而於卵泡之內成一外觀與真黃體之黃素層相類似之單層。但此層究不若真黃素細胞層之有波紋,且其細胞亦無如真黃素細胞之大而明著。爲區別計,特稱之爲黃素鞘細胞 (theca-lutein cells)。黃素鞘細胞之殘餘物散見於卵巢內,組成所謂間質腺 (interstitial gland), 或以爲此於卵巢內分泌之作用不無關係。倘非囊腫內膜之波紋顯著及細胞體大而明著者則或不易將黃體囊腫與黃素鞘囊腫區別之。黃素鞘囊腫內或含血瘤,且亦可如黃體囊腫之從輸卵管受染。

黃素鞘囊腫又常與水泡狀胎塊或絨毛膜上皮瘤伴發。或測計有胎塊者在百分五十以上其卵巢難免不發生囊性變,惟胎塊取出後,囊性變即消失。此類囊性變之卵巢有證明其內含黃素鞘囊腫者。黃素鞘囊腫之大小與顆菓畧等,且往往不止一個。其內面襯以黃素層,但此層較在真黃體囊者平扁而薄。此種囊腫不多顯臨牀病象如病者不因胎盤罹病而死,囊腫往往自行退化。

卵巢之囊性變化究爲見於水泡狀胎塊及絨毛膜上皮瘤的絨毛膜變性之結果或原因,醫界迄無定見。此類囊似足表示妊娠時卵泡正常閉鎖作用之過度。

此類囊腫之或可與胎塊或絨毛膜上皮瘤同時發見,務宜記取,不然則當其發見時,可令人作自原病遷徙之診斷。

(2) 卵巢之增殖性腫瘤 PROLIFERATING TUMORS OF THE OVARY

此類腫瘤表示從卵巢組織之黃生物性之生長,依其或起於上皮質(主質),或起於結締織(間質)而分爲下述之二類。

主質(實質)性腫瘤 Parenchymatous Tumors 卵巢之各黃生物中有百分之八十屬於腺性,而此腺性腫瘤,其襯裏腺質之上皮又大多數顯分泌之敏活作用。故名此類瘤爲囊腺瘤 (cy-

stadenoma), 以指明其生長之病理的機轉。腺質增殖係由視原囊之上皮細胞而發生且形成子囊腫, 如是株連發生直至無數之小囊形成。是則大腫瘤係由許多囊狀小房合成, 故名之爲多房性 (multilocular) 囊腫。

各種囊腺瘤本係屬於多房者。然間或一囊或數囊長大而侵及他囊, 餘囊被壓於周圍之壁內。亦或有許多小囊破裂而成一融合之大囊, 以致瘤現單獨囊之形 (單房性), 抑或僅有少數之房顯明 (小房性)。用顯微鏡檢查此種囊之壁, 可見其真多房的性質。囊腺瘤之上皮除能生子囊外亦可分發乳頭狀之枝。此則大概向囊腫之腔而生長, 是名內轉生長 (“*inverting*”)。乳頭亦可向外生長致瘤面呈小疣狀, 是名外轉生長 (“*everting*”)。此類瘤之上皮如從瘤外壁之乳頭狀贅疣脫落, 或因壁破裂而從囊腫腔逸出, 則可移植於所至組織內, 並一如其在大瘤質內之能發生腺性囊及乳頭狀贅疣。此種非固有的生長, 謂之種子性或種入性遷徙 (*seed or implantation metastases*)。最多見於腹內臟之腹膜及臟壁。

卵巢之囊腺瘤有二類, 就含有物組織學的結構及乳頭狀與惡性增殖性等事言之, 二者均顯然有別。依其含有物之性質而名之爲假粘液素性囊腺瘤 (*cystadenoma pseudomucinosum*) 及漿液性囊腺瘤 (*cystadenoma serosum*)。

假粘液素性囊腺瘤 據著者所見, 雖不如漿液性者之多, 而醫界一般人則謂此爲卵巢腫瘤中最普通之一類。往往患於單側, 且罕發於闊韌帶之葉間, 畧有明著之蒂。其形式爲卵圓, 而光滑。恒爲多房性且明明屬於腺類。瘤內之各個房體大小迥異, 尋常有數個侵佔他房而生長特大。其含有物爲濃厚粘液狀之液, 極似真粘液, 但加以醋酸不顯特殊之粘液素反應故名假粘液素。假粘液素之色, 純粹時作玻璃樣之透明, 可

因血管之滲出物及囊壁之受擠轉壞死而大變其本色，致現黃色或綠灰色而至暗棕色或黑色。往往見其為粲爛耀光之特殊綠色，是因含細胞質退行性變所產出之膽脂素片所致（據富蘭奎氏說）。其反應為鹼性。

囊內襯以體高無纖毛而有基底核之圓柱形上皮。當激活時，此種上皮細胞作特殊之篩形，且分泌假粘液素，與胃或膽囊裏膜細胞之分泌真粘液無異。細胞排列為單層，極有規則。

襯裏上皮之發生乳頭狀贅疣較少，是與漿液性囊腺瘤有別。

由臨診方面觀之，假粘液囊腫屬良性瘤類。生長甚緩，可長至極大。前此見於記載之著名大卵巢腫瘤多屬於此類。罕發癌性變，此又與漿液囊腺瘤之極易變為惡性者有別。

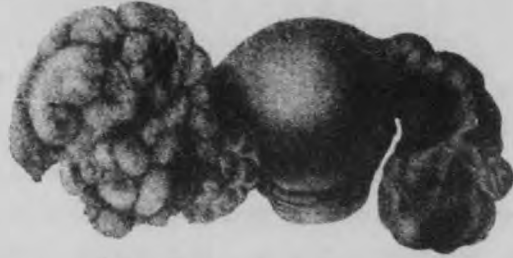
由手術方面觀之，假粘液素囊腫尤堪稱之為良性。施手術以割去之，不難，因其無長於闊韌帶葉間之趨勢，且在腹內不與他物粘連，並有一易找之蒂也。倘非因輸卵管炎或瘤蒂捩轉而致併發炎症，不至與腸粘連。此瘤既常限於一側，且健側之卵巢亦少繼發之趨勢，則僅將瘤摘出而不除去盆內之他器官，已足蔽事。但須記憶癌性變雖罕見，終屬可能，故在腹壁未縫合前，務宜留意畧為瘤之檢查，是與摘去他卵巢瘤無異。如有癌發見，則須將子宮及他卵巢一併截去。據 Phaulenstiel 氏之經驗，癌有發生於瘤已割去後之殘痂者。究之，此種後發病實屬罕見，故無庸加以嚴重之測驗。

此類囊腫含有物之洩於腹腔之為害較少於漿液囊腺瘤。因其上皮質少有種植於腹膜之趨勢。但此說究非盡然，亦間見由囊腫自行洩出或施手術時偶然破裂洩出之細胞質入腹膜，致成種植性之遷徙，且因腸之蠕動，此種種植性遷徙或遍及全腹。細胞分泌假粘液素，則致全腹膜腔充滿廣佈之膠樣團

而不易截除，故有腹膜假粘液瘤 (pseudomyxoma peritonei) 之稱。此雖本屬良性，而此種移植之結果則殊不佳，因膠樣團之在腹膜，不啻為一異物，可引起慢性腹膜炎，卒致病人不救。倘再三開腹，多除其瘤，則可延長病人生命。然亦間有除去膠樣團之多半後，餘即自行消失者。

漿液囊腺瘤 Cystadenoma serosum 漿液囊腺瘤一如假粘液素囊腺瘤之為多房式，惟房之數較少。用肉眼觀察之，似為單房者不少，而用顯微鏡則可見其壁內有子囊之據。此類囊腫含黃色漿液性清液，絕無假粘液素，而極富白蛋白 (albumin)。囊腫內襯有低圓柱上皮細胞，常有纖毛，且大小形式皆與子宮及輸卵管粘膜之上皮細胞極相類似。大多數漿液囊腺瘤襯裏之上皮，現乳頭狀之增生。

第四十四圖



兩側之卵巢乳頭狀囊腺瘤

左側為乳頭狀開花式之瘤，起於卵巢之一小多房性囊腫，可於開花處下右見之。對內中有顯囊性變化者。

在右側可見輸卵管與卵巢係藉膜性粘連物而連合。其卵巢有尋常囊形變性之狀況。檢以顯微鏡，知此卵巢有一極早期之乳頭狀囊腺瘤，瘤之生長全係朝內，與對側之外翻者不同。參考顯微鏡的檢查，即明了此乳頭狀囊腺瘤發生於覆被卵巢之生發性上皮之理。

乳頭狀增生不特見於囊腫之裏面，亦可發於囊腫之外面。其上皮細胞之形式內外一致，皆為圓柱形纖毛上皮細胞惟外

長乳頭之顯露部份及其變為瘡性者則其細胞之纖毛易於失去。漿液囊腺瘤有生長於兩卵巢之趨勢，是與假粘液素囊腺瘤不同；惟其發生於二卵巢也，未必同時，此為醫者所應牢記。另有一種與假粘液素囊腺瘤相異之點，即其無明顯之蒂而往往發生於卵巢之門，介於闊韌帶之葉間。其位置既限於此，故不但致疼痛及壓迫之症狀較多，且截除較難，危險並較甚。漿液囊腺瘤較假粘液素囊腺瘤生長較慢，且體積不至長至如彼之大。

粘液囊腺瘤之臨症狀況極與其有無乳頭狀贅疣有關。任無乳頭贅疣類者大抵性良，且施手術後不復發，但無乳頭之囊腫有迨後速現瘡式的復發之可能性，用顯微鏡檢視可見原瘤壁內已有乳頭狀物之存在。

有乳頭之囊腺瘤，臨症狀況較為重要，因其變為惡性之趨勢較大，且可將乳頭種植於腹膜也。其結果必致水腹，腹脹或至龐大無倫。時或見大囊腺瘤截除後，腹膜之種子性乳頭瘤自行消失。不消失而水腹隨即復現者亦有之。

論究卵巢腺瘤之起始，殊為有趣。前此意謂瘤係發於午非氏管或苗勒氏管 (Wolffian or Müllerian ducts) 之散在腺餘，蓋此種腺餘時或見之於卵巢。究之上述腺餘在卵巢以外之組織者不發生此項腫瘤，故知此說未必近是。乳頭狀漿液囊腺瘤係發生於覆被卵巢之生發性上皮，業已證明似無疑義。或從卵巢面之乳頭狀贅疣發生，或從深陷於卵巢質內之上皮腺樣包涵物發生。

著者幸嘗於施行盆炎手術中得一種極早期累及兩卵巢之乳頭狀漿液囊腺瘤標本，足以證實長於二卵巢之瘤係兼從卵巢面的及內質之包涵物的生發性上皮而發生 (見44圖)。

假粘液素囊腺瘤之起源，無如漿液囊腺瘤所經證實者之明確，然亦有佳例足以證明此類瘤亦係發生於生發性上皮。

卵巢腫瘤發生之誘因，尙未明瞭。炎患似與瘤之發生無特殊關係。無論年齡老幼，甚或在胎中，均可發生之。囊腺瘤所由發生之始基(anlage)似可爲異常的胚性發育，以是無論在任何年齡，可使生發性上皮所遺於卵巢中之包涵物活動而生長。炎患是否爲卵巢囊腫之素因，實屬疑問。范氏(Pfannenstiel)以爲炎之影響甚大而在惡性乳頭狀腫瘤尤甚。而富蘭奎氏則以爲炎無甚關係，適與范說相左。

卵巢癌 CARCINOMA OF THE OVARIES

Gebhard 氏分卵巢癌爲二類：(a) 純正類(genuine)，即特發性癌，直接由尙未改變之卵巢組織發生；(b) 囊性癌，或發生於良性卵巢囊腫(癌性變)，或起始時即爲癌性囊腫。

第四十五圖



卵巢之乳頭狀腺癌

小力鏡檢。顯示腺體及其間質間之小腔。此等腔隙以細胞一單層，但亦或有數層者，且時或腔內爲所充塞。在上部，乳頭之式顯然。

第四十六圖



卵巢癌

小力鏡檢。指示爲卵巢之固體癌，由長於卵巢間質中之細胞絲窩塊所組成。

(a) 固體即純正卵巢癌 極罕見，有之則每為髓質性類。不長為極大之體積。其體質軟，色白，並似腦。極易發生種種變性，故往往有囊腫形成。用顯微鏡窺之，常見此種髓質性癌現腺瘤性生長。倘穿破其外膜，便有危險，蓋如是則病可滿布於腹腔也。

(b) 囊性癌 Cystic Carcinoma 或初起即為惡性癌，或為良性乳頭狀囊腺瘤之經癌性變而成。此種惡性乳頭狀囊腫之形式，極類似於良性囊瘤，致用肉眼察視，往往難於區別。癌性囊之內液易因脫屑及其乳頭狀贅生物之脫落而變濁或有血污。

顯微鏡中，其組織學的現象極與子宮體癌者相似。

漿液囊腺瘤之變為癌性，其趨勢之大遠過於假粘液素囊腺瘤，而在現乳頭狀者尤甚。依范氏之意見，卵巢乳頭狀囊腫至少有半數為惡性，且因其不能與良性區別，故凡卵巢之乳頭狀囊腺瘤皆宜視如惡性瘤而施以外科治法。臨症狀況中囊性癌極惡，且易復發，甚或於完全截除後亦然。

(c) 卵巢之遷徙性癌 Metastatic Carcinoma of Ovary 醫者應牢記許多卵巢癌係繼他器官如胃，膽囊，腸，乳房，子宮及輸卵管等之癌而發，並有原發性癌之解剖學的特性。卵巢之所以被累於起自胃與膽囊等遠部之惡性瘤，而不染及其間之器官，尚無定論，其說有二：(一)病由淋巴管之逆行運輸而致染，(二)病由原癌之細胞潛入腹腔腔被地心吸力及腸之蠕動帶至卵巢之面，經生發性上皮外層之細胞間而得種植於卵巢之間質。克勞西氏(Kraus)於動物實驗上指陳無機顆粒(如炭屑等)注射於腹腔腔之上部後，可見其經生發性上皮間隙而竟浸入卵巢組織云。

卵巢癌與鄰近器官如子宮或輸卵管之癌伴發者往往不易決定原發者究為某器官，此因子宮及輸卵管粘膜之腺癌或正與起於卵巢發生性上皮之腺質包涵物的腺癌相似，在胎生學上之基本組織三者盡同故也。范氏云：“卵巢癌如與遠部器官同式之癌伴發者則卵巢癌大抵為繼發的，而與鄰近器官如輸卵管子宮之癌伴發者則多係原發的。”

卵巢之卵發生性腫瘤

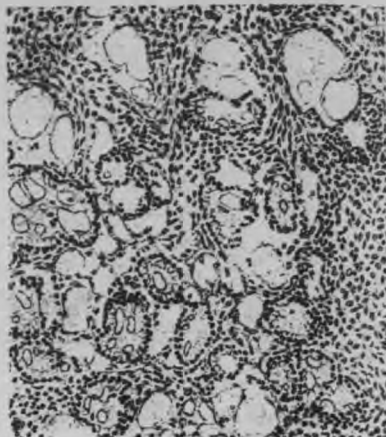
OVIGENOUS TUMORS OF OVARIES

卵巢腫瘤中有皮樣囊腫 (dermoids) 及畸胎瘤 (teratomata) 二類，不能類別為主質的或間質的，蓋發生於胚性細胞，且瘤體內含三種生發層之各種組織也。故特稱之為卵發生性腫瘤，尚屬愜當。

皮樣囊腫 Dermoid Cysts 佔各種卵巢腫瘤中百分之五至十，或限於一側之卵巢，或兩側兼患。其為數多者罕見，亦有一卵巢具十一個，兩卵巢具二十一個者（富蘭奎氏說）。恒為單房。尋常生長較男子之拳不過大，然亦間有長至甚大者。

囊腫內含皮脂質，在體溫中為液體，冷卻後則濃厚如棉團。在囊腫壁內，可見有一二加厚之區，名「皮樣栓」(“dermoid plugs”)，用顯微鏡檢查，可見該栓內現表皮及其皮之種種構造。從此

第四十七圖



卵巢之膠體癌

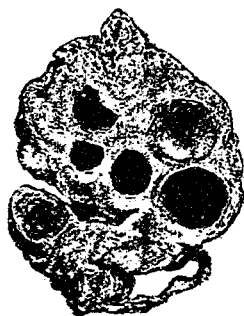
小力鏡檢，可見切片中散布諸腺，腺內覆以長細胞一單層，多有充滿以粘液者。腺外之組織為卵巢間質。此癌之發生係由乙狀結腸癌所傳徙，其腺之特式與之相同。

類表皮區內可見有毛髮團，與病人毛髮之色或同或不同。此囊腫內幾皆含毛髮。毛髮以次最常見者為無定形之骨性物。皮樣栓之切面除毛髮及骨性物外，又往往現從內胚葉，外胚葉及中胚葉發生，發生不完全，分布不合式，而易於辨認之諸組織，如神經節，神經纖維，與呼吸道消化管同源之腺質，及乳房組織等。上述諸組織發育之時期畧依患者之年齡而或先或後。發育最完全之件尋常為起始於外胚葉所成於顛部者如髮顛骨之一部分，齒，顛骨及腦之一部分，眼，聲門及氣管等。或生長為粗具胎兒形之物體。無胎膜之痕跡可見。囊腫壁內面非皮樣栓所佔之部分，則視以與在單純卵泡囊腫者相似之平扁上皮，或絕無上皮質。內壁或因毛髮或因粗糙骨性物之刺激而現肉芽組織形。

皮樣囊腫生長甚慢，且變為惡性之趨勢甚小，與畸胎瘤相反。但其所含組織內亦有可發惡性變者，就中表皮樣組織為最常見，被包含之甲狀腺組織次之。皮樣囊腫與假粘液素囊腫並見者不少，因有此種連帶關係，故人或以為假粘液素囊腫似屬胚性腫瘤，且其分泌細胞類似於腸道，足以表示係發生於內胚葉也。

皮樣囊腫往往有長蒂，此係生長緩慢所致無疑；以是易致振轉，而其時兼懷孕者尤易。惟其易於振轉，故往往發炎而粘貼於附近之器官。囊腫壁之粘貼於膀胱或直腸者往往壞死，後成瘻管以通該器官。

第四十八圖



皮樣囊腫

全卵巢剖面之放大者。右上有定界之白區為一小皮樣囊腫，內含帶黃色滑膩之物質，內有毛髮。下列之三腔為卵泡囊腫。左上之腔為白體。

囊腫之含有物有分解蛋白質性及腐蝕性，倘囊壁破裂而洩於腹內時，可誘致腹膜炎。

畸胎瘤 Teratomata 為罕見之腫瘤，現三種生發層之組織，此其構造極與皮樣囊腫相似者。但原屬惡性，此又為其與皮樣囊腫不同之點。其組織混亂無章，且多現胚期之發育。生長速，能隨在遷徙。體積頗大，外形參差不齊，內含物堅實，間含大囊性腔。察以顯微鏡，可見人體各種組織雜陳其間。此病之已經公布者尚不滿五十案。

卵巢甲狀腺瘤 Struma ovarii 為卵巢腫瘤之在組織狀況上及碘試法上證明有甲狀腺之性質者。此類瘤多屬惡性，能致水腹 (ascites) 且有遷徙之趨勢。其發生之原因，前此以為由於甲狀腺組織遷徙所致，今則認為係畸胎瘤之一特種 (據范氏說)，或係包含於皮樣囊腫內之甲狀腺組織之惡性變之故 (據富氏說)。

曩時醫家以為皮樣囊腫及畸胎瘤，係一種不完全單性生殖 (parthenogenesis) 之表現。但此種意見，今已稍變。現以為皮樣囊腫非由於一真正之生殖細胞或卵發育所致，乃由於在早期與原始生殖細胞束分隔之分溝細胞 (plastomere) 發育而成。此種分隔之分溝細胞，倘由其原處遷至他部，亦可使身體之他部發生皮樣囊腫或畸胎瘤。

卵巢之間質發生性腫瘤

STROMATOGENOUS TUMORS OF THE OVARY

此種腫瘤發生於卵巢內所富有之結締織。其屬良性者為纖維瘤 (fibromata)，或小而有限界，或瀰散成一大固體瘤。限界性纖維瘤為卵巢間質之局部過長。有時與間質性卵巢炎或不易區別。亦有纖維瘤距近卵巢表面，宛如結節狀或乳頭

狀之贅生物者。又有一種限界性纖維瘤係發生於卵黃體 (corpus luteum)。此類纖維瘤，其中央部為緻密之纖維質，周圍繞以黃色或紅黃色皮質，內含黃素細胞。

限界性纖維瘤所致臨診之症狀甚微。

彌散性纖維瘤由於卵巢間質之普遍過長，成一種大固體瘤，故卵巢之外形不變。橫切之則見白色緻密同質之結締組織，往往因淋巴間隙之水腫性浸潤而軟化，故檢以顯微鏡，則有似粘液瘤性組織之狀況。此水腫性之浸潤或甚劇烈，以致形成許多囊性腔，充以無色清液。間有可見出血區者。

此類瘤中，醫家有指證其含肌纖維者，但究罕見。

彌散性纖維瘤可長至甚大，其特狀在能致水腹，甚或體積不甚大者亦能致之。但其所以致水腹之理，今尚未明。有謂水腹之成，由於腹膜受化學物之刺激，有謂由於子宮鄰結締組織之血管受壓迫或壅滯使然。

彌散性纖維瘤，可發生肉瘤性變性。

肉瘤 Sarcoma 卵巢發生肉瘤者不多見，有之則或原起即為惡性瘤，抑或為纖維瘤之變性者。據報告所載約有四分之一係發生於兩側之卵巢。與卵巢之纖維瘤極相似，有時非用顯微鏡不能區別。此種瘤常致水腹。但此究非其惡性之特別表徵，因卵巢之各種固體瘤皆往往有此情狀也。

肉瘤在早期即有遷徙之傾向，其始累及腹膜後淋巴腺，終則腹膜之臟層及壁層均被累及。就組織學論，此等瘤為梭狀細胞或圓形細胞之肉瘤。梭狀細胞類者體積較小，遷徙之傾向亦較小，且患之者多為年齡較老之婦人，又與纖維瘤極相類似，有時竟不易區別。圓形細胞類者發生之年齡較早，且多在幼女，惡性甚大，非梭狀細胞類者可比。此類腫瘤特易發生於兩側。

包括於肉瘤類者尚有惡性瘤起於卵巢血管外圍之結締組織者曰外被細胞瘤 (perithelioma), 起於襯裏血管或淋巴管之內皮者曰內皮細胞瘤 (endothelioma)。此等瘤極與圓形細胞肉瘤相似,且在臨診上無庸區別。多數為囊性。

肉瘤與纖維瘤大抵用肉眼即可鑒別,因肉瘤之組織軟,往往現壞死之區及脂肪性變並出血性浸潤也。

卵巢腫瘤之症狀

無併發病之卵巢腫瘤,非長至甚大,其所致之症狀極微,或竟無之。腫瘤生長致卵巢質緊張,不必有何痛苦。當其蒂已顯著而甚活動時,腫瘤即伸出真骨盆,在腹下部自由生長,非至重量甚大或有併發病發現時,不致發生壓迫症狀。

但若卵巢腫瘤生長在闊韌帶葉間或因與盆內臟粘連不能自由活動者,則壓迫症狀早現,即骨盆內甚覺沉脹,腰痛,小便或大便困難及臍部與大腿因盆內神經叢受壓而疼痛。又有因盆內血管受壓致有阻性充血或曰靜脈充血之症狀,例如下肢水腫及靜脈曲張,或外生殖器及腹壁亦然。

腫瘤生長於韌帶內者極易障害輸尿管使其變位或壓閉致輸尿管積尿 (hydro-ureter) 或腎盂積尿 (hydronephrosis)。輸尿管之變位大增手術之危險。乳頭狀囊腺瘤有易長入韌帶內之傾向,而假粘液素性囊腫,纖維瘤及皮樣囊腫則因有顯著之蒂,罕生長於闊韌帶內。

卵巢腫瘤長大至充滿腹腔之大部分則發現腸胃及膈受壓迫之症狀,例如消化障礙,呼吸困難及身體漸瘦為其特殊之情狀。顏面有特別沉縮之狀致成所謂卵巢腫瘤之面象。

乳頭狀囊腺瘤癌性囊腫及卵巢之一切固體腫瘤皆往往併發水腹。若腹水帶血色則大抵表示其瘤為惡性。水腹既現則壓迫症狀發現更速而烈。

非惡性之增生性腫瘤倘不割去則生長不已，卒致病入消瘦而死。非增生性潯溜囊腫倘無振轉或粘連之事，或可患至多年無礙，獨惜時有併發病發生，至堪虞耳。

卵巢囊腫破裂者不多見，有之則或因囊壁之一部分因內壓加增變薄抑或因囊壁壞死或他種變性所致。又外傷亦可使之破裂，如跌倒，被踢，腹受大壓，生產及雙手診察腹壁用力過猛等皆足致之。破裂之關係重要與否頗不一定，若囊腫壁之大血管傷害，則立有致命之出血流於腹腔內，否則所致之症狀甚輕，患者惟見其腹壁之隆起忽然減小而已。

囊壁破裂之口，往往粘連閉合，囊腫再脹滿如前，然亦有裂口不閉，分泌物繼續流於腹腔內者，特例外耳。

卵巢腫瘤最大之連累為振轉，有此現象者約百分之十至二十。

卵巢腫瘤長至一定大小時，則伸出真盆之後部而至假盆之前部。當伸出真盆時，瘤蒂難免不呈螺旋之曲度約九十度此種振轉尋常尚不致有若何之症狀，但因物理上之情狀令振轉加增，至瘤蒂之血管受壓迫，則症狀發現。

第 四 十 九 圖



雙卵巢囊腫顯示一側振轉

Left tube 左輸卵管 Right tube 右輸卵管

Retention cyst 潯溜囊腫

蒂已旋轉一全周。囊腫屬非增生性之潯溜類。該腫雙囊腫時須並將子宮由陰道上截除之，如圖所示。

卵巢囊腫所以振轉之原因甚多，例如腸之蠕動，病者身體正之運動，與奮力之勞動或角力騎馬震動外傷等等。尚有一要因即囊腫壁各部分之生長不一致，使瘤在其位置上振轉。妊娠時子宮位置之改變及胎動亦為致瘤振轉之常見原因。

尋常振轉至一百八十度時則症狀顯著。瘤蒂可循其軸回旋至二三周，間有至五六周者。振轉初僅致瘤蒂之靜脈受壓，尚不礙及動脈之循環而使瘤之體積因靜脈充血及囊壁分泌物之大增致迅速加大。血循環阻塞則致血流於囊腫腔內，在固體瘤則使其組織內有梗塞形成之區。腫瘤面之珠狀發光狀況至此變為暗棕色或遞次變為暗紅色。腫瘤損壞之而不久即與腸及網膜粘連，若病者仍生存則粘連寔機化而愈牢固。

振轉所致之臨診狀況不一，視振轉之緩急為斷，若漸次振轉，且腫瘤之靜脈循環僅一部分受壓則惟畧有疼痛而無劇烈之全身症狀。症狀或繼續頗久，大抵瘤之體積同時顯然增大，振轉或可自行變直而症狀消退。

若振轉急則症狀兇猛，有似急性腹膜炎，於是腹部僵硬膨脹，觸痛極顯，腸麻痺，脈搏快而如線。倘腫瘤不受膿毒之染，症狀或可消去，惟倘非將瘤割去，將來必至再發。

腫瘤將來之經過畧視其所成粘連情形之或利或害而定，若腫瘤與腸壁緊相粘連則或有腸管之微生物經腸壁淋巴間隙至囊腫之機會，可引起囊腫化膿及腹膜炎。倘粘連多在網膜或可予瘤以新血管之供給，至少亦可維持其生活及安全於一時。

在產褥期內卵巢囊腫不特易於振轉，且振轉者特有受染毒之危險。倘腫瘤化膿，可破穿於腹腔內，誘起致命之腹膜炎，又或破穿於膀胱直腸或陰道內。

月經之作用,不因卵巢腫瘤大受妨礙,甚至兩側皆發生大腫瘤足以妨礙卵巢主質之維持其行經,但經閉者甚少。瘤蒂急性扭轉者往往令子宮出血,因骨盆內臟普遍充血也。

據富蘭奎氏說,卵巢腫瘤之發生,致妊娠中斷者約居百分之二十,而其完全妨礙生產者則屬例外之事。

卵巢之癌性囊腫往往有水腹併發,所致症狀大抵因腹水之壓迫而起。倘子瘤傳播於腹膜者廣闊則疼痛不一而劇烈。在屬惡性之腫瘤則所致惡病質 (cachexia) 及消瘦甚速而著。

卵巢腫瘤之診斷

卵巢囊腫之小者及體積不甚大者大抵易於鑑別,因其面圓而光滑,體質為囊性,且運動時不連帶子宮,故大抵不至誤認。但倘囊腫之體質甚緊張則或不易與有蒂之肌瘤區別。

若囊腫發生於韌帶內或與之粘連,往往不能與輸卵管液或輸卵管卵巢炎 (tubo-ovaritis) 辨別。水腫的肌瘤及因異位妊娠所致骨盆血腫之機化者有時或可與卵巢囊腫混淆。

卵巢之固體腫瘤無論有蒂與否皆不易與子宮肌瘤區別。

卵巢大囊腫佔滿腹腔者大抵易於診斷,因囊腫之下端幾常能由陰道指診捫悉,且兩手在腹壁捫診可覺其波動。至於子宮則或被推向後至直腸子宮陷凹,抑或被逼向前至齊陰阜之上且偏於一側。

病人仰臥時其腹部之隆起顯著,轉動時蕩盪之波動亦可覺出。在此種位置,囊腫上升,朝腹前壁,大小腸則退至腹部之兩側。因囊腫之內容為液體故腹前之隆起部分叩之有暗響,腹之側部則有腸之鼓響。至於水腹則腸較輕浮於腹腔之上,適在隆起部之下面而腹水則沉於兩側及後部,是以腹壁之隆起部叩之為鼓響,腹側部叩之為暗響。

然有數種情況可使診斷甚難，如卵巢囊腫之併發水腹卽其例也，而在有粘連或子瘤者特甚。水腹之因粘連而限於一處如遇之於結核性及癆性腹膜炎者，亦爲易致混淆之情況。

腎臟之大瘤有時可誤認爲卵巢腫瘤，但細心診察，大抵可得其真相，良以腎之囊腫升於季肋部較卵巢囊腫爲高，而其下端伸至骨盆內能由陰道指診捫出者則特少。最要之事爲肋椎角之檢察，因腎臟腫瘤之大至足以與卵巢腫瘤混淆者必能令肋椎角所作之三角間隙變飽滿也。此種檢察最妙令病者作坐勢行之。

腹直肌之分離 (diastasis) 在無經驗者亦易誤認爲卵巢囊腫，在病人之腹大而滿者尤甚。腹內之脂肪積貯甚速或亦可誤認爲卵巢腫瘤。若行腹部之捫診叩診兼雙手診察腹壁則不難解決。

卵巢腫瘤之治法

各種卵巢腫瘤之治法，直言之不外施行外科摘出術，卽滲溜囊腫之畧大者亦可適用此法。滲溜囊腫振轉或因盆炎所累者其自身卽爲危險之源。且也在用雙手診察腹部腫瘤時不能斷定其究爲滲溜囊腫抑或爲增生性腫瘤。卵巢之增生性腫瘤必漸漸增大，倘不割去無論其爲惡性與否結果必致病人因之喪命，故以及早割去爲妙。

術者應明悉卵巢腫瘤之病理學，庶斟酌宜用何種手術時方有把握。單純性滲溜囊腫倘僅在一側，縱其體積甚大亦不必割去其對側之卵巢。對於年輕婦女之滲溜囊腫不甚大者有時可截除之，以保留一小部分卵巢主質。

患滲溜囊腫而懷孕者必須割去之，因特有振轉及毒染之危險。倘囊腫在妊娠之第三月前發現者，莫如俟至三月以

後施行手術，以免流產。有人證明黃體 (corpus luteum) 蓋臨胎之生長至二個半月乃至三個月，倘於此期毀損之則致胚胎於死。因黃體有時包含於卵巢組織內伸張至卵巢表面，故於妊娠早期將囊腫割去難免不致流產也。

施卵巢囊腫之手術時萬不可令囊腫之內物洩於腹腔內，因無從確定囊腫內壁實非癌性，蓋內壁細胞之脫下者可藉液體瀰散腹膜腔內致發生子瘤。是以最好在取出之先倘非迫不得已切勿將內物洩出。為此，腹壁之切口須長，若能妥為縫連，斷無何種妨礙。醫者須記皮樣囊腫之內物與新鮮組織接觸則有毒性分解蛋白質之作用 (toxic proteolytic action)，於腹膜面尤甚。

施手術於一側卵巢腫瘤時應否將對側之卵巢割去殊為一重大之問題。單純潑溜囊腫之不必割去兩側卵巢已如前述，即其他一切良性腫瘤如纖維瘤，假粘液素囊腺瘤，卵巢冠囊腫及皮樣囊腫亦皆無割去他側卵巢之必要。凡漿液性乳頭囊腺瘤不論為惡性與否，及凡屬可疑為有惡性之腫瘤，皆須割去兩側之卵巢。又無論因何原因割去兩側卵巢時，亦須兼施陰道上截除子宮術將子宮截去。

腸面發生子乳頭瘤者仍可將原卵巢腫瘤摘去，因行此手術大可延長病者之生命，且子瘤縱屬惡性亦間或可因原腫瘤之割去而退化或消失。

乳頭狀及惡性囊腺瘤割去後或速現水腹，充滿腹膜腔令人不舒，此則宜用套針放出其液，或施麻醉藥後將腹壁割一小口將其液放空。後法似較優越，因能將其內物排除較淨，在有粘性或膠性或含乳頭瘤組織之碎屑者尤然。

卵巢腫瘤之豫後

卵巢腫瘤之未累及他組織者施行手術極為得手，死亡者幾絕無之。此手術單簡，所致之虛脫甚少，即在年老者亦無若何危險。然倘腫瘤生在韌帶內或粘連甚固，則施行手術極感困難。良性腫瘤之豫後殊為佳良，多不復發，但有時明明為良性腫瘤，而以顯微鏡檢察屬惡性者則復發甚速，此最須記憶。是以凡卵巢腫瘤皆當施以嚴密的顯微鏡檢察。

惡性囊腺瘤之豫後殊為不良，但亦有苟延殘喘至多年者，又有復發速而甚危險者，在囊腫內物洩於腹腔者尤甚。

一側之卵巢腫瘤截去後，他側之卵巢或亦發生同樣之腫瘤，甚或經歷多年亦能發生。一切卵巢腫瘤自良性之滯留囊腫至惡性之癌皆然。

卵巢冠囊腫

PAROVARIAN CYSTS

卵巢冠係一種腺性組織物，位近輸卵管，列於闊韌帶之葉間。將輸卵管提起，俾光線透入輸卵管系膜則可見之。其形畧似梳，梳背與輸卵管之外側段平行，齒則集聚向卵巢門。卵巢冠為小管組成，有纖維肌壁，其微腔內襯以畧扁之細毛上皮。此卵巢冠係表示午非氏體 (Wolffian body) 生殖部之遺跡，其官能今尚未悉。

卵巢冠之腫瘤幾盡為囊腫，且必係因襯裏上皮之分泌異常所致無疑，故多數可視為滯留囊腫而非增生性腫瘤。卵巢冠之盲端近輸卵管口處發現囊性之擴張者極為常見，且成為蒂形而有卵巢冠囊狀附件之狀況。闊韌帶之葉間可發生較大之囊腫，有時長至甚大致輸卵管及卵巢張展於腫瘤之面。卵巢冠之囊腫有卵巢附着其壁，此與韌帶內之卵巢囊腫不同。

者。瘤壁之外層爲結締織及覆蔽闊韌帶葉之腹膜所組成。此層極易自第二層剝脫。第二層界限明顯，爲囊腫之真正外壁。此壁爲結締組織與平滑肌纖維所成，襯以一單層扁平之細毛上皮。卵巢冠囊腫幾盡係單房者，內含清明之漿液，瘤長大則其液變濁而色轉黃或棕。囊腫壁之內面往往皺起而呈乳頭狀況。囊腫轉爲惡性者絕少。

此種囊腫雖生長於闊韌帶內，但往往成蒂且易振轉，生長遲緩，倘非其蒂振轉或體積過大，不顯症狀。在臨診上不能與卵巢冠囊腫鑑別。

治法 在行摘出術。囊腫之小而有蒂者易於除去，但若已向下降於闊韌帶葉內則摘出或極感困難。術時極宜留心不可傷害輸尿管。倘不能將囊腫之全體除去，即留一部分亦無妨，因其後不再積液已經人證明也。

因卵巢冠之囊腫與卵巢之潴留囊腫相似，統爲良性，摘出後多不復發，故豫後極佳。

卵巢冠之他種腫瘤亦多有經人論及者，如乳頭狀囊腺瘤，纖維腺瘤，腺肌瘤，癌，腺肉瘤及皮樣囊腫等是。

輸卵管之腫瘤

TUMORS OF THE TUBES.

輸卵管癌 CARCINOMA.

原發性輸卵管癌爲一比較的罕見之病，但現時所發見者似比以前意料者畧多。在一九一〇年時統計經人報告者僅百二十人，自後則報告者甚多。

原因 輸卵管原發性癌多以爲先有慢性炎爲其肇因，此種見解現時畧有變更，因此種癌雖多有慢性炎併發，但無炎

患者亦有之。又炎有時似爲瘡刺激其周圍組織之結果而不必爲瘡之肇因也。

患者多數發生於經絕期之後，在五六十歲之間，然亦有發生較早者，曾有一年二十七歲之婦人即患此病。

輸卵管原發性癌之原起處在粘膜。倘發生於管壁內而不連累粘膜則必視爲子宮或卵巢之癌之繼發於此者。發生於一副輸卵管者曾見一例。

此癌多發生於單側，發生於兩側者約居三分之一。起於輸卵管之中部或外側半，其體積小者如豌豆，大者如嬰孩之頭，其構造原爲乳頭狀物，然其浸潤之部分則或呈蜂窩組織形。在乳頭狀期不易與發生於輸卵管之良性乳頭瘤區別。此癌之顯微鏡下之狀況，因其爲乳頭形，故酷似子宮之惡性腺瘤及卵巢之乳頭狀腺癌。因子宮內膜、輸卵管粘膜及卵巢之生發層皆同出一源，無怪其發生之癌之相類似也。輸卵管癌之表面上皮係無細毛者。

輸卵管之純粹乳頭狀癌大抵限於管內，但亦有由血傳至本部之淋巴腺或身體之遠部發生子癌者。蜂窩織類者易浸潤輸卵管壁，且或破壁散布於腹膜，亦或由淋巴管傳布至腹膜後之淋巴腺。

上述二類皆有轉移至卵巢或子宮之趨勢。又手術後發現植入性癌者曾見數例，其中之一係發見於腹壁之瘻痕。

輸卵管癌不易診斷，多數係於施盆炎手術時偶然發見，常與盆炎爲伍。其豫後據統計表所載概爲不良，富蘭奎氏曾施手術於患此病者八十人，其獲永久痊癒者僅五人而已。

治法在盡力割去其根株，故須將子宮及兩側之輸卵管卵巢等一併除去，且須檢查其淋巴腺有無受累者，有則亦須除去之。

絨毛膜上皮癌無論爲原發或繼發皆可發見於輸卵管,其詳見絨毛膜上皮癌。

輸卵管癌之繼卵巢乳頭狀癌或子宮體腺癌而發者殊非罕見。輸卵管乳頭狀癌其狀況既與上述之二癌相似,故究以何種爲原發有時實難斷言。

子宮頸癌罕有傳至輸卵管者,已經報告者僅有一二例。輸卵管與腹膜癌病之發生不無關係,又輸卵管癌或可繼腸道之癌而發生。

輸卵管之他種腫瘤 OTHER TUMORS OF THE TUBE

除癌以外尙有許多其他贅生物可生長於輸卵管,但皆罕見。粘膜息肉 (mucous polyps) 有時見之,且或以爲爲子宮外妊娠之偶見原因。乳頭狀瘤似較多見,其狀況與輸卵管癌之乳頭狀類者酷肖,不易區別。

纖維瘤,纖維肌瘤及腺肌瘤,爲小結節發生於輸卵管內,尋常累及管之子宮端或管峽。輸卵管之真纖維瘤不可與子宮角之腺肌瘤混淆。輸卵管間亦有發生淋巴管瘤及皮樣囊腫者。又有所謂囊性纖維粘液瘤 (fibromyxoma cystosum) 者曾見例,大抵屬畸胎瘤之一種。

肉瘤及內皮癌發生於輸卵管者少見。漿膜下組織或有小囊腫附着輸卵管或輸卵管附近,此則大抵表示數種胚組織餘之滲溜囊腫也。其中最通見者爲卵巢囊狀腺件 (hydatids of Morgagni), 約係牛非氏體之遺跡。此等小囊腫充以清明之漿液,由長纖維連於輸卵管或連於輸卵管系膜附近之腹膜,其體積不大於胡桃,無病理的關係。有人報告有較大之囊腫發生於輸卵管之漿膜下組織,且特多與子宮纖維瘤並見者。

圓韌帶之腫瘤

TUMORS OF THE ROUND LIGAMENT (LIG. TERES UTERI)

圓韌帶瘤較爲罕見。最近據 Taussig 氏報告有一百四十一案。此等瘤或生長於韌帶之腹膜內段，或生長於韌帶之腹股溝管段，發生於後述位置者約佔百分之七十五。腹內之腫瘤有發生於此韌帶而具長蒂者，亦或擴及闊韌帶之層間，因此往往列之爲骨盆蜂窩組織之腫瘤。倘其位置距近腹股溝管之腹環，則或可長於腹膜下。

腫瘤之發生於腹股溝管者有下延入女陰之趨勢，據 Veit 氏之意見，多數之女陰纖維瘤係由圓韌帶發生。發生於腹股溝管內之腫瘤有時上延入腹壁之層間。圓韌帶之腫瘤其體積多半不大，但亦有大至如嬰兒之頭者。

就組織論，圓韌帶腫瘤屬纖維肌瘤類，腺肌瘤尤爲多見。囊性及毛細管擴張性變改常見。肌肉瘤嘗見數案，皮樣囊腫者一案。腺肌瘤之發生，Cullen 氏以爲係起於苗勒氏導管之廢件 (rests of Müllerian ducts)，Taussig 氏則謂係起於午非氏體。

圓韌帶瘤之生於腹內者生長緩慢，倘非體積過大不顯若何病狀。發生於腹腔外在腹股溝管內者，常於腹股溝部顯一腫起，往往誤認爲赫尼亞（疝氣）。有時與真赫尼亞並見。

療法 其致症狀或於施行盆手術時無意發見者，皆當割去之。

骨盆內結締織之腫瘤

TUMORS OF THE PELVIC CONNECTIVE TISSUE

骨盆之腹膜後或腹膜下之腫瘤多半係發生於闊韌帶諸葉中間之結締織。盆內有許多組織可資囊腫及固體瘤之起始，即胚性腺餘如卵巢冠，卵巢冠縱管，平滑肌纖維，淋巴管，血管

及蜂窩結締織。除原發於腹膜下組織之腫瘤外，尚有起於子宮或卵巢之瘤而延至韌帶內之間隙者。弗倫德 (Freund) 氏分骨盆結締織之腫瘤為下列數類：—

- I. 原發於盆內結締織者 { (甲) 中胚葉瘤 { 1. 纖維瘤(纖維肌瘤)
2. 肉瘤
3. 脂肪瘤
(乙) 皮樣囊腫
- II. 發生於闊韌帶內之胚織者 { (甲) 卵巢冠囊腫
(乙) 卵巢冠縱管之囊腫及固體瘤
(丙) 離位之腎上腺組織
(丁) 初腎腺件(午非氏體)發生之囊腫
- III. 發生於比鄰器官而延入闊韌帶內者 { (甲) 子宮(漿膜下韌帶內纖維瘤)
(乙) 卵巢(囊腫或固體瘤)
- IV. 延及或遷徙至盆內結締織之腫瘤: { 子宮癌
直腸癌
膀胱癌
卵巢癌

茲應論者僅為分類中之第一屬，其餘已詳各該瘤之篇段中。

原發性腹膜後腫瘤，可起於從盆深部至腎部間之漿膜下蜂窩間隙任何部分。其起於闊韌帶遊離葉間距近圓韌帶者，佔據骨盆之位置與內生殖器之腫瘤相似，且用雙手診察時不易鑑別。其起於骨盆深部之結締織者，往往向下長於陰道旁及直腸旁之間隙內；且甚或可穿過坐骨孔延至臀部。倘發生於盲腸或乙狀結腸後面之組織則向上朝腎部生長。

此類腫瘤往往長至甚大，倘發生於真骨盆內則致盆內器官變位特甚，而膀胱尤然，可令其頂被逼上至腹壁，或遠偏於一側(著者常見一患腹膜後肉瘤者，其膀胱被逼成一甚長之螺旋形管，以致由尿道插入男子橡皮導尿管之全部尚不能探得其膀胱頂)。

此等腫瘤初起時生長多半緩慢，且非至大至足以壓迫重要器官時不致若何症狀。障礙膀胱之作用大抵為初顯之症狀，如尿瀦溜或小便失禁。倘壓迫輸尿管可致腎盂積尿。弗倫德氏曾載有一種慢性尿中毒及體力衰弱，係由於輸尿管受長期漸增的壓迫之結果。位於骨盆深部之大腫瘤遲早必壓迫直腸，或令大便完全阻滯，在固體瘤特甚。

障礙盆內之血循環可使靜脈大為擴張，於摘出腫瘤頗生危險。至於壓迫盆內神經叢至誘起症狀，則為比較遲發之情況，其所致之疼痛極為劇烈。

纖維肌瘤 發生於平滑肌纖維(闊韌帶，圓韌帶，皆富有此種纖維)。此等腫瘤係發生於闊韌帶葉間，與韌帶內纖維肌瘤之起於子宮者不同，其異點在瘤與子宮間無肌瘤性組織連接。子宮的纖維肌瘤之長入闊韌帶者從不與子宮分離，而在某種遊離之有蒂纖維肌瘤則分離(曰寄生性肌瘤)，是以在韌帶瘤與子宮間無肌瘤性組織連接者則必視為有獨立之起源。

韌帶內纖維肌瘤大抵生長甚緩，然在變性者則或發達甚速。倘起於闊韌帶之上部或可成有蒂之瘤。若起於骨盆內之深部則或向上長入盲腸部或乙狀結腸部，抑或向下朝坐骨孔生長。

圓韌帶纖維瘤發生於腹膜內或腹膜外或腹股溝管不定。卵巢懸韌帶(lig. suspensarium ovarii)亦或為纖維瘤所從起之處。

骨盆內結締組織纖維瘤可發生退化的及變性的變化，與發現於子宮肌瘤者相同，包括染毒，化膿及壞死等之事項。

肉瘤 骨盆內結締組織固可原發此種惡性瘤，但較常見者多係由纖維瘤或纖維肌瘤變化而成。纖維肌瘤之變為肉瘤時，則生長迅速，壓迫症狀驟顯。豫後殊不佳，不第瘤之截除困難危險，亦且多半早行復發。

脂瘤 腹膜後脂瘤起於盆內結締織者殊為罕見。多係發生於結腸系膜部(mesocolic region),然亦有延入骨盆漿膜下組織者。此瘤或具純粹之脂瘤性組織或粘液瘤性組織不定。漫長於漿膜下蜂窩織內,體積可至甚大,下入骨盆上達腎部。有時起肉瘤性變化,割除復發。又瘤摘出後鏡檢為完全良性者亦有時復發。

皮樣囊腫 腹膜後腫瘤之最有趣者為皮樣囊腫,發生於漿膜下之蜂窩組織,雖其結構之特性與卵巢皮樣囊腫相同,但絕不與卵巢相連。夫生殖器外的皮樣囊腫之組織發生論(histogenesis)今尚在研究中,論者不一其說,主張分溝細胞說(blastomere theory)者以為係受孕之卵當最早期分裂之時,有原始細胞之一(分溝細胞)分離而為一種胚性的包涵物或胎裏之胎。有認此瘤係起於異位之生殖細胞(misplaced germ-cells)而單性發育者。亦有以為由副卵巢組織發生,蓋根據在闊韌帶葉內曾發見有多餘之卵巢內含生殖細胞也(參看卵巢皮樣囊腫)。又有謂生殖器外之皮樣囊腫為孳胎發育不全之表示。

此類囊腫有向下朝會陰生長之趨勢,推陰道子宮及直腸於一側,卒或從坐骨孔穿至臀部而現於臀部之皮下。瘤之大小不一,小者如鵝蛋,大者如嬰兒之頭。

囊腫之形多為卵圓,然因其體畧軟及所居地位之壓迫故不無改變。腹膜後皮樣囊腫之結構與起於卵巢之皮樣囊腫大抵相似,惟其起於盆隔筋膜之下者大抵僅現一個生發層之組織。囊腫之內物大多為皮脂性或粉瘤性之物質,雜以毛髮及骨,然亦有不合此類雜物而其液無確定之性質者。

腹膜後皮樣囊腫之生長甚緩,且倘非染毒或長大至足以壓迫他器官時不顯症狀。豫後良,若能在其長大或粘連以前割去尤佳。

療法 腹膜後之盆內腫瘤務宜施行外科截除術，因其有惡性變之危險及難免之壓迫症狀，雖在良性瘤遲早亦不能免此。

倘瘤大則割去時醫者必須有精妙之手術而後可。若係從腹壁割開者宜先割開闊韌帶，次於無血管之區將瘤之外包分開，尋出其劈開面。劈開面既尋出則用指將瘤緩緩分離而摘出之。用此種剝脫法不致有重大之出血，且傷害直腸及膀胱之危險亦少。除去皮樣囊腫時以不破囊壁囫圇摘出為妙，因其內含物極有分解蛋白質之性而使周圍之組織易受染毒也。

割口之置位當以瘤之所在而定，割口可在腹壁，膀胱前，會陰，肛門後或髕骨旁。

發育不全

DEFECTS OF DEVELOPMENT

生殖器之胎生學的發育 Embryological Development of Genital Organs 欲明悉生殖器之某種畸形及腫瘤之生長,不可不先具盆器官所以發育之知識。

胚發育至四星期之末則於其本體三分之下一兩側發生午非氏體(中腎),向上長至將來發生膈肌之處,向下成管(名午非氏管),長至一穴肛(cloaca)。

五至六星期間適在午非氏體內始發現生殖腺之本質,蔽以一特別上皮層,名生發性上皮(germinal epithilium)。其內散漫合以富於原漿之細胞,即初卵是也。

位於午非氏體之外與生殖腺同時發育者有二導管,向下長至尿生殖竇(見50圖)曰苗勒氏導管(Müller's duct)。原生殖腺在女發育為卵巢,而苗勒氏管則發育成全生殖道以至陰道口。

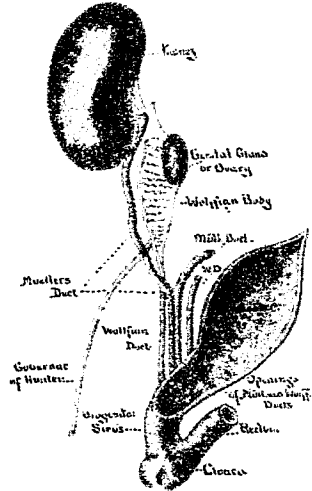
苗勒氏管初時為實體各別之特立物,延至尿生殖竇。生殖道之畸形概由此二管發育障害所致,即一管或二管未經形成管腔抑或未曾融合之故。蓋苗勒氏管正常發育者則二管下段漸相接近,終且融合為一。融合段以上之部分(將來之子宮)先現管腔,內襯以柱狀上皮一層,而其下之融合段(將來之陰道)則仍為實體頗久,為合富於原漿之細胞所成。但發育漸久則亦漸成腔而為陰道。苗勒氏管下段之融合約在孕之第九

星期始完成。此時陰道雖已為單獨之構造，但仍實而無腔。子宮則不然，乃分為二房，須至第四或第五月子宮與陰道成一單獨相通之腔時始不顯以前之雙形，只於子宮底留一小凹表明分隔終止之處。故欲洞悉子宮之各種畸形必記明此種生殖道之胎生學的發育情形也。約至第五月之初始形成子宮頸使子宮與陰道區分。約至五月之末子宮底漸圓而消滅其從前之雙形。斯時子宮壁發生肌纖維。陰道下截亦始發生處女膜。出生時子宮體較小於其頸，且其壁甚薄。

苗勒氏管各段內之上皮自始即不相同，其上段即成輸卵管及子宮者，先現管腔，內襯以單層柱狀上皮，而陰道段（下段）則至後期始成腔，內充以立方上皮細胞。其成輸卵管之段之上皮細胞至出生後始發生細毛。

胚胎時期子宮體與頸之粘膜無大區別。成年後子宮頸之特殊粘膜皺裂。在胎及嬰兒時則延續達子宮底（見 51 圖）。子宮粘膜之分泌腺發育在後，無一定之時期，有於初生時已長成者，有至十或十二歲時始完備者；子宮頸之腺則發育在先。

第五十圖



顯示苗勒氏管與午非氏管之關係及管口通於尿生蘆囊之情形

Kidney 腎 Genital Gland or Ovary 生殖腺或曰卵巢 Wolffian body 午非氏體 Müll. Duct 苗勒氏管 Wolffian-Duct (W. D.) 午非氏管 Bladder 膀胱 Gubernaculum of Hunter 卵巢引帶 Urogenital sinus 尿生蘆囊 Openings of Müll. and Wolf. Ducts 苗勒氏午非氏管之開口 Rectum 直腸 Cloaca 一穴肛

在女胎,苗勒氏管發育時午非氏管則退化,其所留殘餘與日後發生盆瘤有關。

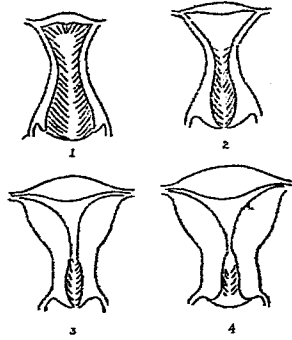
午非氏體及管之退化始於第七或第八星期,至第十五六星期時則退化完成,所餘遺跡位於闊韌帶內名卵巢冠(parovarium),厥狀如梳,梳背與輸卵管平行,梳齒向卵巢畧呈輻射線。卵巢冠分二部,一為外側部(或曰上部)距近輸卵管之端名卵巢冠本體(epoophoron),一為內側部(或曰下部)距近圓韌帶名卵巢旁體(paroophoron)。卵巢冠之輻射線係微管作成,其內襯以立方細胞之上皮,外繞以堅強之結締織。卵巢旁體部內有時可見含初血管球。

依附闊韌帶邊距近輸卵管緣處往往見有有蒂之卵巢冠囊狀附件(hydatid of Morgagni),蓋即午非氏體之餘跡也。

卵巢冠梳形之背係午非氏導管之餘跡,此導管有時有一部或全管仍存不閉,則卵巢冠與闊韌帶邊在輸卵管緣內途有微管交通。卵巢冠以下之部分有時亦仍存,名卵巢冠縱管(Gartner's duct)。

尋常只有管之小段存留,但間或全部永存,能自卵巢冠遺踪之至子宮,經子宮肌織間至陰道,且通過陰道後壁或旁壁以達至處女膜之一小口。卵巢縱管之此種殘餘可為日後發生深溜囊腫或上皮瘤之根據地。

第五十一圖



子宮之發育

- (1)初生兒之子宮,子宮頸較子宮體發育大甚,棕欄瓣從子宮頸直達至子宮管頂。
- (2)年數歲之小兒之子宮,其體與頸之發育幾相等,棕欄瓣只延至頸管內口之上而止。
- (3)及年處女之子宮,其體之發育超過其頸,棕欄瓣僅達至內口處。
- (4)曾經分娩之子宮,其體尤為發達,棕欄瓣只佔頸管三分之二,頸外口已擴張。

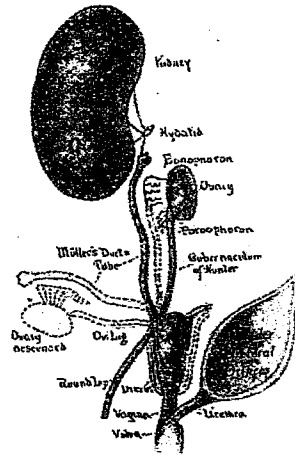
卵巢 當第六星期時於苗勒氏管及午非氏體之內側始顯初生殖腺。初無男女之別，為結締組織所成之小脊，被以柱狀上皮。於此後三月內則分為男腺(辜丸)或女腺。女者名卵巢，其成也由於該柱狀上皮(生發上皮)之細胞增殖繁富兼由鄰近午非氏體之結締織及血管長入而然。上皮細胞之透入此組織者被隔絕成球形或小窩，作原始卵泡之基礎。

初成之卵泡漸移向卵巢之中心，新卵泡之成自外層之生發性上皮者亦有向內長入間質之傾向(見4圖)。卵巢生發性上皮長入間質內之勢在初生之嬰尙可證明。且上皮之此種長入性或久不止息，致細胞團隔絕其內而可為日後發生卵巢腫瘤之原。

卵或曰生殖細胞者，係大於他種細胞之細胞，含於上文所述之細胞團內，並散布於卵巢外層之生發上皮中。迨出生後即不復發生新卵泡。在第一歲內已成之原始卵泡消失者且不少。

卵巢降下 Descent of the Ovaries. 胚胎至三月則卵巢下降。所以下降者係腹內先現一小皺襞連接午非氏體與腹股溝，嗣後皺襞變為結締織及肌纖維，是名卵巢引帶。當午非氏體退化時此引帶不與身體之發育同其速

第五十二圖



顯示卵巢下降及苗勒氏管連合於子宮及陰道之圖式

Kidney 腎 Hydatid 卵巢冠囊狀附件 Epoochoron 卵巢冠 Ovary 卵巢 Paroophoron 卵巢旁體 Gubernaculum of Hunter 卵巢引帶 Bladder 膀胱 Urateral Orifices 輸尿管口 Urethra 尿道 Müller's Duct = Tube 苗勒氏管 = 輸卵管 Ov. Lig. 卵巢引帶 Ovary Descended 卵巢已下降 Round Lig. 圓韌帶 Uterus 子宮 Vagina 陰道 Vulva 女陰

卵巢引帶之分別成圓韌帶及卵巢引帶亦於此示明。

度，故卵巢被其下牽而降入盆內。兩側之引帶，其三分之一上一部分與苗勒氏管之相連處（後成子宮底者）融合，致該引帶分成不等長之兩段，一自子宮底延至腹股溝，即圓韌帶是也，一自子宮底延至卵巢即卵巢懸韌帶是也。

生殖器發育未完全時卵巢位置仍比較畧高，迨發育完備則始降至盆之深部，約因卵巢漸重之故也。

午非氏管與苗勒氏管之下口原係開入尿囊 (allantois) 之下部，即後腸向前凸之處。迨後腹壁於中線連合達於臍部，所有尿囊介於臍與午非苗勒二管口間之部分則變成膀胱及尿道。此處以下之下行管名尿生殖竇，其向後上行之管名直腸，二管相通之處名一穴肛。

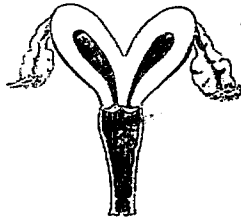
子宮之先天缺損 CONGENITAL DEFECTS OF THE UTERUS

子宮缺損多因兩苗勒氏管之一部或全部未經連合所致，未有完全無子宮者，即在先天陰道缺如者亦必有子宮之始基作一小固體物於腹膜後為直腸診察時所不易捫悉者。

若苗勒氏管不連合則有下列之畸形。

(一) 雙子宮 Uterus didelphys 即子宮兩半完全分隔兼有雙陰道。此種畸形罕見於活人，因常與他種不能生活之盆

第五十四圖 畸形伴顯。



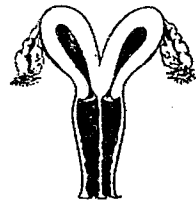
兩角重複子宮
此在松鼠海獺及死為常形

(二) 兩角雙子宮及雙陰道

Uterus duplex bicornis cum vagina duplci

此係子宮體分隔為兩半而頸則相連。53 圖)。

第五十三圖



兩角重複子宮及重複陰道
此在袋鼠為常形

陰道亦為雙者(見

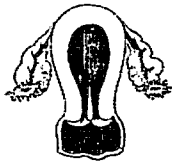
(三) 兩角雙子宮 Uterus duplex bicornis 此畸形與上述者相似,惟陰道只單獨一個。

(四) 一頸兩角子宮 Uterus bicornis unicollis 此係子宮體重複而子宮頸則融合為一。有時二體相離不甚,致子宮底呈馬鞍形。

(五) 中隔子宮 Uterus septus 此類子宮之外形完全如常,惟自子宮底達頸外口被一中隔分為二腔。

(六) 半隔一口子宮 Uterus subseptus uniforis 子宮之外形如常,惟自子宮底向下有半隔下垂。

第五十七圖



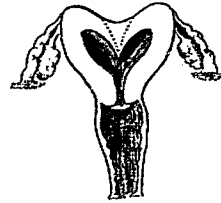
雙口子宮
子宮腔單一,子宮頸管重
複。此在食蟻獸為常形。

第五十八圖



一角子宮
一側之子宮附件缺如。
此在鳥類為常形。

第五十五圖



單頸兩角子宮
此在獵狗,犬,山羊及綿羊
為常形。

第五十六圖



單口半隔子宮
此在馬及驢為常形。

(七) 雙口子宮 Uterus biforus 子

宮體之腔正常,但子宮頸內有一隔,故其口為雙者(見57圖)。

(八) 一角子宮 Uterus unicornis 此係子

宮之一半全缺,故只有一角(見58圖)。
以上所述為子宮重要之畸形,而在子宮兩半發育不稱者尚可顯多種之畸形。若雙子宮之兩半發育相稱則皆能行功,即皆能行經或受孕。但尋常雙子宮多係一房發育較優,且屢次受孕每皆在該側。一房受菌染或患癌時,他房則絕不受累。雙子宮一房之口或致閉塞而成子宮積血。若雙子宮之一角發育不全,其管先天閉鎖

者亦可致子宮積血。此等子宮積血之症狀與陰道閉鎖者相同。子宮角雖發育欠缺亦能受孕。若該角與子宮腔有相通之口則可由此口小產。而在發育不全之角與子宮腔不相通者亦有時能容受由對側遊來之孕卵，此則成輸卵管妊娠之狀況。

雙子宮倘非閉鎖而積血，則無緊要之關係。診斷之大抵不易。若未染毒，且其一房發育如常者，不妨將閉鎖之房截去之。

倘在發育不全之角內妊娠，而子宮之他房，卵巢及輸卵管皆屬正常者，其治法與子宮外妊娠者同，兼截去其發育不全之角。

陰道發育不全 DEVELOPMENTAL DEFECTS OF THE VAGINA

陰道發育不全而顯症狀者多因生後感染炎患所致，其詳見陰道閉鎖章。

發育不全之畸形，即無陰道，或中有隔，或連合之兩苗勒氏管異常狹窄。

先天性無陰道或發育不全者，倘非發生中隔則子宮多無官能，故發身期不顯分泌物滯溜之症狀。然常見陰道發育不全，甚或全無，其內生殖腺亦發育不善者，而其外生殖器及身體之女性則皆發達。此等婦女或有顯出嫁者，所以有時須施手術為之造作人工陰道。

施此手術宜先將膀胱與直腸分離，因二者在陰道區連合也。法用鈍解剖器使之分離至合正常陰道之大小，次為之剝以上皮一層以免復行粘連，即由小陰唇或臀部取皮瓣轉入其內而成。

有一較佳之手術，惟危險較大，法截取小腸一曲勿分其系膜，下牽穿過所開腹膜腔之口，而移植於相當之處，如此則所成之假陰道內有真粘膜一層，且借此系膜之血循環而維持粘膜之生活。但行此截取腸曲及縫合腸端之術非開腹不可。上述二種手術之細則詳卷三。

猶有一第三種手術，係取直腸之一截作成人工陰道。

卵巢及輸卵管發育不全

DEVELOPMENTAL DEFECTS OF OVARIES AND TUBES

兩卵巢全無者只見於無生殖質不能生活之胎。在一角子宮或一角發育極缺者，該側之卵巢亦必有缺。

與上述相反者有時見有一副卵巢，惟甚罕。其原係單獨發生，抑或在胚之早期自正常卵巢分出，尙未能確定。

無輸卵管只見於一角子宮之無角之側，與無卵巢者相似。生殖器其他發育不完備之情形，詳於幼稚性篇。

尿道及膀胱之缺損

DEFECTS OF THE URETHRA AND BLADDER

尿道下裂 Hypospadias。此在女與男根本不同，蓋男尿道下裂者係於陰莖下面自龜頭至精阜之任何部分有一裂口，而女尿道則無此部分，只等於男尿道由精阜至膀胱之部。

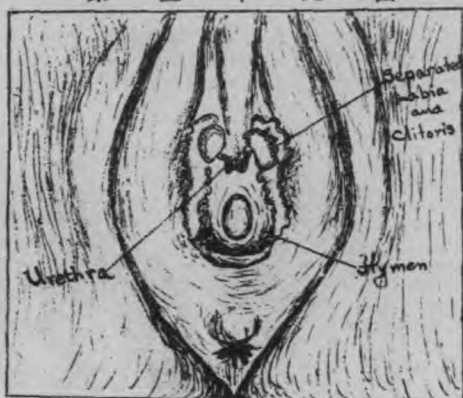
女尿道下裂有數等，自發育畧缺以至無尿道。在尿道完全缺如者有一漏斗形之口通至膀胱，一似膀胱之通於陰道也者。究之胚胎時尿系統從不與苗勒氏管交通，故女子尿道下裂者，其口實係開入前庭而非陰道也。若尿道完全缺損則亦無膀胱括約肌而致小便失禁。若僅係尿道發育不全則小便失禁尙輕。

尿道下裂之治法，在施外科手術使能節制小便。若尿道全裂則手術之果效殊不敢必。不全下裂而有膀胱括約肌者則施成形手術多可治癒。手術之細則，在按畸形之輕重而定，大抵與療治小便失禁之法同(見後官能性小便失禁之手術)。

膀胱外翻及尿道上裂 Extrophy and Epispadias. 此二種

第五十九圖

畸形在女子較為罕見，係同類之胚胎上的發育欠缺，惟程度不同耳。在胚胎發育之早期，一穴肛之膜曾上延達臍處。胎漸長，其腹壁及盆壁向正中連合，此膜之上部隨之消失，而其下部則成尿生殖竇及直腸之口。



尿道上裂

Urethra 尿道 Separated Labia and Clitoris 分開之小陰唇及陰蒂 Hymen 處女膜

若發育異常，腹壁或盆壁未克完全向正中連合，則一穴肛之膜或仍存在。因此膜菲薄，顯露之處易於破孔，而膀胱內之尿遂由腹壁之孔外洩。若腹壁之孔大則成膀胱外翻。此由於腹內之壓力將膀胱後壁從腹壁未合之處推出也。

第六十圖



Intestine 腸 Allantois 尿囊 Cloaca 膜
 一穴肛 Cloaca 一穴肛 Later point of Union of Müller's ducts. 苗勒氏管之後期連合點
 一穴肛。腸及尿囊通入之。一穴肛之粘膜連至後期之膀胱及尿道部。研究膀胱外翻不可不知此粘膜之情形。

第六十一圖



Allant. 尿管 Blad. 膀胱 Gut 腸 Müller 苗勒氏管 Wolf. 午非氏管 Cloacal Membrane 一穴肛膜 Cloaca 一穴肛

一穴肛分為腹側及背側二部。午非氏管通於腹側部。苗勒氏管在此期尚未長成，虛線表示其遠後發育之位置。尿管之擴張部指示為膀胱發育之開端。

第六十二圖



Allantois 尿管 Bladder 膀胱 Müller's 苗勒氏管 Wolf. 午非氏管 Ureter 輸尿管 Sinus Ur. 尿管囊 Cloaca 一穴肛 Intestine 腸 Cloacal Membrane 一穴肛膜

尿管囊之形成。可見輸尿管係發自午非氏管。苗勒氏管在此期尚未達至尿管囊，其將來之位置用虛線表示之。

若缺損僅在膀胱之上部則名膀胱上裂，倘在膀胱下部則名膀胱下裂，若缺損僅限於尿道及女陰則名尿道上裂，膀胱下裂及尿道上裂多係並見者。

膀胱外翻及膀胱裂者尿概係由腹壁之孔流出，若係尿道上裂，則小便失禁之程度按缺損之大小而有異。在畸形輕者有時竟絕無小便失禁。

第六十三圖



Müller's Ducts 苗勒氏管 Wolf. Duct 午非氏管 Ureter 輸尿管 Blad. 膀胱 Hy 處女膜 Douglas 直腸子宮陷凹 Gut 腸 Sinus Urogen. 尿生殖囊 Rectum 直腸

尿管囊已穿貫一穴肛膜。腸尚未穿通。苗勒氏管已達尿管囊，到午非氏管之正中側，惟尚未具有管腔。將來發生處女膜之位置亦經指出。輸尿管與午非氏管已分離。輸尿管與苗勒氏管間之部分長成膀胱下部及尿道。直腸子宮陷凹標明於尿管囊之間。圖左之黑色突出部係生殖結節，將來長成陰蒂。

第六十四圖



Blad. 膀胱 Ut. 子宮 Douglas 直腸子宮陷凹 Vag. 陰道 Sinus Urog. 尿管囊 Rectum 直腸 Perineum 會陰

尿道及陰道通於總尿管，漸次變短，卒則成為前庭。會陰已在發育。直腸則於肛門開通一孔。陰道及子宮之腔已成。

治法 在用成形手術治其小便失禁，膀胱外翻之手術頗難，往往須行數次始獲成功。在尿道上裂之輕者收效較易，但須先向病人聲明恐非行術若干次不能有濟。

肛門閉鎖 ATRESIA OF THE ANUS

此指發育時直腸未開口通於外面而言。能活之胎兒無肛門者有二類：（一）直腸下部不備，其端作一盲囊。（二）直腸與尿生殖竇之胎時交通仍存，直腸之口開於陰道前庭。

第一類始可謂為真肛門閉鎖，此等嬰兒出生後無大便，須立時施手術醫治。間有閉鎖僅因淺層上皮粘附所致，則只用鈍器刺破之足矣。若直腸囊與肛門凹間之組織甚厚，則施術較為危險，且死數頗大。手術之法，於肛門凹部作一前至後之割口，解剖其間之組織，將直腸下牽而縫於割口。此類畸形皆具有肛門括約肌，故手術辦理妥善者日後能完全約束大便。

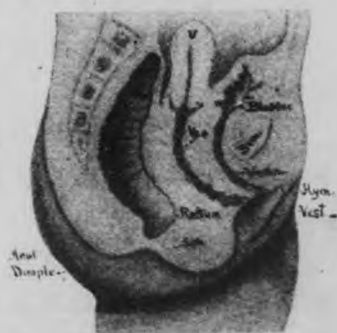
第二類者可稱前庭肛 (anus vestibularis)，係肛門凹無口，直腸乃通於尿生殖竇與胎時相似。其前庭往往位置較深，故直腸一似開口於陰道者，實

第六十五圖



正常女嬰骨盆之剖面

第六十六圖



不通肛 (肛門閉鎖)

則直腸與苗勒氏管在發育上不能相通，是以宜稱為前庭肛。

若開入前庭之口甚小，則兒之大便或至受阻而須施外科手術。但尋常此口足容大便通過而病者不甚介意，甚有能受孕生產者。然若遺糞及不潔則須施手術。其術不難，且結果往往極佳。法，於肛門凹部割一口，將直腸囊牽下縫於割處。次將前庭內之舊口修去其上皮而縫合之。

第六十七圖



前庭肛

兩性畸形

HERMAPHRODITISM.

男女性之決定，在按其生殖腺之或屬卵巢或屬辜丸，而非按外生殖器之形狀或日後之繼發性狀而定也。

真兩性畸形，必一人兼具卵巢辜丸兩種組織，且發育完全而能行功。下等動物之具兩性者甚多，惟人則未嘗見。雖有數例其生殖腺內兼有卵巢辜丸二種組織而有卵巢辜(ovitestes)之稱，但尋常只一性之組織發育完全而能行功，故不能稱為真兩性者。

人類所顯之兩性畸形，雖其外形或與本性相反，究之其為男女必按內生殖腺而定，故最妙稱為假兩性畸形 (pseudohermaphrodites)。

假兩性畸形(陰陽人)分為男性女性二類。女性假兩性畸形，其生殖腺屬卵巢組織，而外生殖器及繼發屬性特狀則屬男性。此類較為罕見。

多數之假兩性畸形具有男生殖腺,但其外觀則似為女形。其陰莖為始基形而內無尿道穿過,尿道外口位於始基陰莖之根,開向於似陰道之小凹處而不易見。其睪丸或則尚未下降,或則高居未經連合之二陰囊內而類似大陰唇。此種個人,幼時常以為女,名以女名,且待遇如女。有時至成年時發現男性特狀表明其真性之所屬。間有非用顯微鏡檢其生殖腺不能斷定其究屬何性者,而此法又不便實施。

假兩性畸形按生殖器發育之如何而有種種之不同。從苗勒氏管發育之件往往仍係始基形,但亦有發育成子宮、輸卵管及陰道而大小與正常的相差無幾者。

假兩性人之睪丸特有易發生惡瘤之性。

子宮異位

MALPOSITIONS OF THE UTERUS

婦女站立時子宮之位置幾作水平勢。其前壁接觸膀胱，後壁上部並直腸陷凹內倚於小腸。此位置非固定者，因應生產之需要而有活動之餘地。例如施手法能使之後轉至一百八十度之角，又能側轉至四十五度之角。且子宮既附於膀胱之上壁，故隨膀胱之盈虛而改其前後平面之方位。又其於盆內高低之位置亦非有定，在腹內壓力加增如努力之時，則子宮之彈力性支持物能讓其向盆外口畧降。

子宮雖如此活動，但若係暫時之離位如操縱過猛，受孕，努力或腫瘤生長過速等所致者，倘非根本影響其支持物或其肌織之彈性，仍能回原位。

子宮之軸非為直者，其體與頸間恒畧前曲而成角，角度之大小頗可改變。經絕後此種角度消滅而子宮軸遂成直形。

第六十八圖



子宮之正常位置

第六十九圖



子宮後傾(後轉)
第一級

第七十圖



子宮後傾 第二級

子宮離位一名稱所包甚廣，試分舉如下。

子宮後傾 Retroversion 此係子宮於其頸內口處向後轉也。若無他患併發其體與頸之聯屬關係仍如常度，是以體向後傾而頸則向前。此患按其輕重分為三等，第一，子宮軸失其水平勢而畧直立。第二，子宮之長軸與陰道軸一致，子宮頸之方向朝陰道口。第三，子宮更傾向後，其頸更朝前。

子宮前傾 Anteversion. 此係指子宮之正常位置而言，因其原係朝前倚於膀胱之上而非離位，故不為病也。此名稱近今罕用。

子宮側傾 Lateral version. 此係子宮轉向左或向右也。

子宮後屈 Retroflexion 此係子宮體在頸內口處彎屈向後，致子宮後壁成一角度。尋常為子宮後傾之重者之顯狀，於其第三級始顯。若後傾後屈兼而有之則名子宮後傾屈(retroversion-flexion)。

子宮側屈 Lateral flexion. 此係子宮體於頸處彎屈向一側也。若兼有側傾，則名子宮左或右傾屈。

子宮前屈 Antelexion. 此係子宮體與頸之間彎屈成角。按之常態，子宮本畧向前屈，此則指示其前屈過度而言，毋寧名之為過度前屈(hyperantelexion)。

第七十一圖



子宮後傾
第三級兼後屈

第七十二圖



子宮側轉

第七十三圖



子宮側屈

子宮後退 Retrocession. 此指示子宮後退至距骶骨較平常為近,但子宮底仍係朝前. 前屈之子宮多異常後退. 換言之,子宮後退蓋指子宮體前屈也.

前位子宮 Ante-position. 此係指子宮全部距恥骨或腹前壁過近而言. 由於直腸子宮陷凹內腫瘤之壓迫或子宮體異常附着於腹前壁所致.

子宮脫垂 Prolapse. 此係子宮離其生理之平面向陰道外口恒久降下之謂. 其輕重不一,自畧脫以

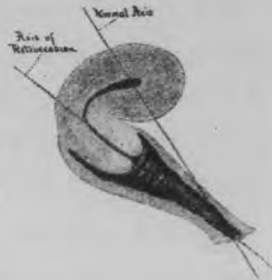
第七十六圖



子宮前脫顯示其頸之伸長及肥大

R. 直腸 Uterus with Elongated and Hypertrophied Cervix 子宮與其伸長而且肥大之頸
Bladder 膀胱 Sym. 恥骨聯合 Ant. Wall of Vagina 陰道前壁 Cystocele 膀胱膨出 Uterus of Cervix 子宮頸潰瘍 Post. Wall of Vagina 陰道後壁 Douglas 直腸子宮陷凹

第七十四圖



子宮前屈兼後退
Normal Axis 正常軸線 Axis of Retrocession 後退之軸線
全子宮向後沉向骶骨高

第七十五圖



子宮後傾及脫垂
Normal Position 正常之位置

至子宮頸達陰道外口皆包括在內.

子宮前脫 Procidentia.

係指示脫垂之甚者,凡子宮頸自陰道口脫出者皆屬之(見76圖). 又有子宮由陰道口完全脫出者(77圖)曰完全前脫. 脫

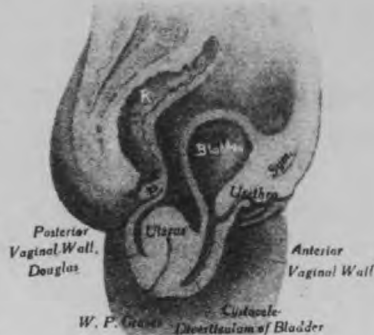
垂一名稱有時亦指陰道壁而言。陰道前壁脫者相當於膀胱膨出，後壁脫者相當於脫肛。

子宮振轉 Torsion. 此係子宮體於連頸之處循其垂直軸而扭轉也。

子宮伸長 Elongation. 此係子宮因受壓或被牽或肥大而致伸長也。其伸長或現於子宮體或頸，或二者兼然。

子宮內翻 Inversion. 係子宮內面向外翻轉也。

第七十七圖



子宮完全前脫

R. 直腸 P. 會陰 Bladder 膀胱 Sym. 恥骨聯合 Uterus 子宮 Ant. Vaginal Wall 陰道前壁 Post. Vaginal Wall 陰道後壁 Douglas 直腸子宮陷凹 Cystocele 膀胱膨出

全子宮已脫出於體外

子宮後傾及後屈

RETROVERSION AND RETROFLEXION

原因 當婦女站立時子宮係作水平行，其前面倚於膀胱之底，後面支托小腸等物，已述如前。子宮所以得保其向前之位置蓋藉三種要件。(一)諸韌帶之緊張力，(二)肌織之彈力，(三)腹內之壓力，使子宮前壁恒與膀胱接觸。倘此三者失其作用，則子宮不免後轉，試分述如下。

(一)子宮之韌帶或子宮肌力變弱，致子宮離膀胱而轉向後，於是容腸下入膀胱與子宮之間，腹內壓力至此乃着於子宮前壁，使之後轉漸甚。且因子宮支持物之力既弱，不敵腹內壓力，故其後傾成爲恒久的。

(二)子宮底因被牽向後，此由於子宮後面與直腸或盆壁間發生粘着且皺縮或有腫瘤附麗子宮後壁之故。

(三) 子宮可被種種腫瘤推往後方。上舉三類各有其臨診之特狀，故分別論之。

弛緩所致之子宮後傾 RETROVERSION DUE TO RELAXATION.

子宮支持物之弛緩或因妊娠及分娩而得，或因韧带等之先天不全，抑或兼因此二者所致。

子宮後傾，大多數由於分娩所致。當孕時，子宮之組織及其韧带皆肥大特甚而且伸張。產後則皆退化幾復原形。若復舊不全則致組織恒久鬆弱。其故不一，最要者為先天性組織之機能不全。夫子宮支持物之緊張力，彈力，及其復原之能，人各不同，有分娩多次而盆內之支持物悉未受害者，有雖產一次而子宮即移位極甚者。後者其個人之身體常顯他種組織缺力之狀，如內臟下垂，腹直肌脫離等患。妊娠過頻者或亦為致恒久鬆弱之原，縱盆內組織甚健者或亦然。產後起床過早或亦可致子宮後傾，但說者未免過甚其辭。

婦女之家境亦與此患有關係。勤勞度生之婦較之小康者多有子宮移位之病。此非但因富者遺傳之體質較健，亦因貧者於妊娠時勤勞如故使然。蓋奮力工作之時，腹內壓力必增，益以無相當休息之時機及合宜之托腹帶，則盆組織必伸張較甚，故貧者產後復原恒不及富者之完全也。

產後工作太早使腹內壓力加增亦能致子宮後傾。在營養不足或患間發病者雖平時無關重要，但在妊娠時及產後期則却可妨害子宮之支持組織。授乳過久（貧家往往坐此弊）或可致盆組織變弱，因哺乳過度者能致生殖器萎縮也。

妊娠不但影響於子宮之諸韧带，亦可影響於子宮之肌組織。當子宮發育完全時，其肌組織與結締組織之分配數為三比二，而非如未發達者之為二比三也。每經妊娠一次，肌織之

比例即畧減。絕經期子宮之萎縮多爲肌組織，故結締織比較更多。

往復妊娠能致子宮肌織之緊張力消失而弛緩。弛緩最甚者爲齊頸管內口之處，故子宮體在彼有若屈戌之能轉動然。此等子宮之位置易於隨體勢之變動而畧離膀胱，俾小腸得乘機墜於其間而壓迫子宮前壁使之漸成後屈。

經絕後倘子宮按生理萎縮，則成爲後傾第二級之位置。此因其肌織消瘦，子宮失其前屈之形。其體變小而輕且弛緩，畧離膀胱，致小腸落入其間。但子宮體既變小而輕，其支持物亦畧皺縮，故不至完全後傾，乃爲直立，其長軸與陰道之方向一致。子宮至此不啻位於諸腸之間，前後皆有腸扶托之。故老年之子宮後傾屬生理的而非爲病理的也。

未產婦之盆韌帶弛緩而致子宮後傾者，尋常由於先天性組織無緊張力所致。此或限於骨盆之組織，或全身之組織皆如是。腹臟下垂者往往兼顯子宮後傾。但亦有只於盆器官顯組織軟弱者，此約爲生殖器幼稚性之一種。

先天性組織弛緩者其子宮後傾之理與分娩之損害子宮支持物而致者相同，即子宮體向後脫，容小腸着於其前致壓迫其前面。先天性組織之緊張力不全者，若遭逢分娩當然更易致盆器官移位。

有時當發身期子宮即在後傾之位置而發育，往往謂之先天性後傾。當嬰孩及幼年時，子宮之位置本係後退並或爲後轉者，故先天性後傾不過爲生殖器幼稚形之一種。尋常且兼有他部之幼稚狀況，例如陰道前壁短及子宮韌帶短是也。

先天性子宮後傾，有時因卵巢未完全降下之故。此則卵巢懸韌帶過短，牽子宮向後致阻其正常之前屈。

子宮後退或爲盆支持物弛緩之結果，子宮之位置趨向骶骨凹，但其體與頸仍呈生理的前屈。子宮後退固有因分娩之妨害支持組織而致者，但究以屬幼稚形之一狀者居多，且每與過度之前屈併見，故容後論該患時詳之。

盆組織弛緩之子宮後傾，非由於跌倒所致，蓋正常之盆器官有天赋耐此意外之能力。倘非膀胱過滿，則腹壓之遞增適足以更逼子宮至正常之位置。若膀胱甚滿，子宮畧直，或可有小腸墜於子宮膀胱間隙致子宮後傾。但倘其損傷不至毀壞組織者，子宮猶可賴其固有之彈力並韌帶之維護能速復原位。總之，昔以爲子宮移位，如後傾脫垂等多係因跌傷所致，今則知其乃因支持物有先天軟弱或分娩損害漸被伸張之故。

病解 分娩所致之後傾子宮往往大，重而充血，因循環阻滯之故。其兩側之血管係作直角而入子宮，是以子宮之血管扭轉而致靜脈畧受阻滯。又卵巢及闊韌帶隨子宮下墜致卵巢之血循環亦受阻。子宮之變大先時尙因充血之故，若充血日久則致子宮壁真正肥厚。

充血及後屈的子宮之外形凹凸不平，因受附近器官壓迫所致，其色紫而有斑點。質軟而彈力較小。倘開腹使後屈之子宮復位，則見歷數分鐘子宮即頗現改變，其體縮小而硬且微能勃起，其外面變平而復其生理之淺紅色。後傾子宮之內膜常顯肥厚之狀與月經時相似，但較甚，蓋因其血循環障礙也。

後屈的子宮血循環之變亦現於闊韌帶之蔓狀靜脈叢，即擴張而變曲。所有後屈子宮之症狀多與此靜脈之充血有關。卵巢因懸於子宮後壁，故隨之後移而墜入盆兩側之空處，其循環亦易受阻，致卵泡囊形變性之趨勢有時益甚。若卵巢被粘着組織所固定，則此種變改將更顯。卵巢墜脫日久有時變硬，因其白膜增厚之故。

後屈子宮之輸卵管有時腫而充血，但倘非粘着，大抵無永久之改變。

子宮後傾往往係子宮脫垂之第一期，是以凡子宮因支持組織弛緩而後傾必兼有多少之脫垂，此點關於症狀及治療皆極重大。

症狀 有子宮後傾甚重而毫不顯症狀者，但尋常則不然，其最常見之症狀為腰骶部痛及盆內沉脹。

著者曾研究各種原因所致之子宮後傾者五百人，發見其顯骶部痛者佔百分之七十六。但何以致此，今尚無明確之解釋，因是有認為非由於子宮後轉所致者。此種偏見，約因誤解子宮後傾可致腰痛於脊柱之任何部分，殊不知後傾之腰痛只限於骶部或腰下部且適在身之中線。

疼痛之性質無定。動作或久立則加重，或於夜晚更甚，有時與骶髂關節或背肌疲勞之痛不易區別。

盆內沉脹有時與骶部痛併顯或獨顯。其故半因子宮加重所致，但最要者由於子宮之脫垂。若站立時久則覺下墜，或動作則易勞乏。

子宮後傾及脫垂所致之體力消耗關於病人之健康者甚大，而於神經系尤甚。常有活潑好動稟性溫和之婦，自經產數次遂變為神經過敏，易怒，煩悶，動輒疲乏之人。此種精神上及體力上之改變，皆因盆內常感不舒及虛弱所致。其神經系受擾尤可發現許多繼發性症狀，如頭痛，肌痛，消化不良及便秘等之間接症狀是也。

患子宮後傾者往往訴腹之一側或兩側發痛。若盆組織無發炎之處，則其痛大抵在卵巢內。有謂為係卵巢神經痛者，有謂為係因卵巢之囊形變性而致者。究之約由於闊韌帶之靜脈曲張使然。

子宮後傾之兼月經不調者約居百分之五十六。往往顯繼發性痛經，所有月經間期之諸症狀皆於月經時益增劇烈，如腰痛，盆內沉脹，腹痛，神經系及全身症狀皆增重是也。

先天之子宮後屈往往顯特發之痛經，其痛每在腰後，非在腹前。若子宮後移而兼後屈則顯痛經者尤多。月經異常者雖不盡然，但亦不少。夫後傾子宮之血循環既被阻滯，而內膜又恒久肥厚，故常有月經過多之情狀。經期亦常不準，多係過早。

常有白帶，因子宮內膜充血而分泌過多之故。

便秘者佔百分之五十一，因直腸腔畧閉也，但尤要者大抵由於子宮體壓迫直腸壁礙其蠕動致直腸逼出之功減小使然，或以爲子宮後傾牽膀胱壁向後能致膀胱顯過敏之狀。

但實際究有不然，蓋膀胱爲一極能應變之器官，例如施手術時移其位置却不顯症狀，因是知子宮後傾之畧牽膀胱，不至令其發顯若何症狀也。過敏性膀胱有時由於分娩所致，迨後或併發子宮後傾，而在病原上二者各不相關。

子宮後傾致小產者不少，此因子宮內膜肥厚致榮養胚胎之能不善，或因子宮之血循環不全也。子宮受孕嵌頓於盆內者可致小產，因妨害子宮肌織之生長也。

子宮後傾之婦多不能生育，而在先天性支持組織軟弱者尤然。若係分娩而得子宮後傾，則其不孕諒因子宮頸移位不復能浸於陰道之精池內所致。若係先天性組織軟弱亦能因此故不孕，但往往有他種幼稚情狀足爲受孕之阻（見不孕篇）。

診斷 此患易於診斷。若捫診輕巧不致痛楚或抵拒，則不必施麻醉劑爲之。用子宮探子檢查，不合時宜而有危險，不可用之。診查時令病人躺於檯上較躺於床上爲佳。必先小便，因膀胱脹滿能致子宮畧向後也。施雙手診查法即可斷定，無庸更窺察其子宮頸。

第一級之子宮後傾可由腹外診斷，因捫得子宮底畧離膀胱也。

第二級之子宮後傾，其子宮底不能由腹外或陰道內捫出，但能發見其頸係與陰道之長軸同方向。

第三級之子宮後傾能於直腸子宮陷凹處捫悉子宮後壁，若兼後屈則體與頸所成之角不難捫出。其子宮頸亦隨陰道長軸之方向，或向前朝陰道前壁。

前屈後退之子宮最易誤診為子宮後傾。因前屈子宮頸之方向與後傾者相同，且此等子宮頸之後壁往往甚長而易誤診為子宮體之後壁也。又子宮之前屈兼後退者子宮底雖依然向前，然有時不能由腹外捫出，故亦為易致錯誤之一端。但倘由陰道內循頸前壁診查之則必能捫得子宮體與頸所成之角。診斷時倘注意此點，必不致有誤。若處女膜過緊，則或須用雙手行直腸診查法。行此法較由陰道診查為難，因直腸內捫得之子宮頸較陰道內所捫者大甚，常易誤認為盆瘤。用雙手由直腸及腹外捫診，子宮體雖易覺出，但其頸則不明瞭，故有時難言其究為子宮底抑或為子宮頸也。因是用直腸診查法，時或不能區別其為生理之前傾抑或係後傾屈之第三級。

子宮體大而其底後屈甚陡者或可誤認為子宮後壁中央發生肌瘤，反之，真係肌瘤者亦或可誤認為後屈。

治法 子宮後傾不顯症狀者不必治之。不顯症狀，但不孕或易小產者則須療治。確致症狀者當然須治理之。

弛緩所致之子宮後傾之治法，在施矯形術或外科手術使子宮復其原位。矯形術在子宮托自下擊托子宮。外科手術在施割術自上懸起子宮。

子宮托(托環) Pessaries。於子宮後傾之兼脫垂者甚為有效，而於單獨之後傾則其效較遜，只能暫時減輕症狀而已。間

有着此托經年而不致不舒者，但尋常用時較久即不便忍受。用托須時加注意使之潔淨，否則難免不激刺陰道。倘不細心或裝置不合可激起重大之潰爛及陰道炎。著之過久者或有刺激神經系之害，而有盆病性神經薄弱者用之可使其患益重。

子宮托之用，在其能壓迫子宮頸後壁於近內口之處而使子宮向前，若肌力不健而子宮後屈，則托直壓屈處適足以使其後屈加重。是以兼有後屈者不可用之。

於妊娠之首數月及產後期，用子宮托治後傾最為有效。若弛緩所致之後傾子宮而受孕則極有小產之險，且子宮於此位置益增盆內壓力，而為反射性嘔吐之原。此種情況苟用托使子宮居正常之位置直至第四月（維時子宮已升至盆上）則小產可免，而壓迫及嘔吐之狀亦可減輕。

倘產後子宮復舊不全而有後轉之趨勢者，用子宮托使之復其應有之大小及軟硬，則往往可免成恒久之後傾。

子宮後傾之顯症狀者以用外科手術治之最佳，即開腹牽子宮向前而固定之。手術之細則詳本編卷三外科章。茲只舉手術之原理於此。昔者行開腹術有險，故有亞歷山大氏（Alexander）手術之發明。法於兩側之腹股溝各割一口使腹股溝管顯露，由管內牽圓韌帶使子宮向前。將圓韌帶鬆緩之部分截去，或縫於腹股溝處。如此，不必剖開腹腔可免腹膜炎之險。且此法於日後分娩上亦較安全。現今所以少採用此法者因其缺點亦多，例如往往不易在腹股溝發見圓韌帶，在韌帶細小者牽引時或易斷裂，若盆內有粘着則行此法多屬無益，又不能乘時充分觀察盆器官之情況，且最要者術後復發之數質較行他法者為多。

今所用之開腹手術係將子宮定着於腹前壁，或將其韌帶作一新懸處等法是也。

定子宮於腹前壁之手術名腹側懸法及腹側定着法。腹側懸法係僅將子宮縫於腹膜，此法今已不用，因子宮能將腹膜牽長而成細帶也。腹側定着法係將子宮縫於腹壁，縫線穿過腹膜、腹肌及筋膜。但因此法使子宮粘於腹壁過緊，可致局部不舒之症狀或間或致難產，故除以之治已過生育時期者之子宮下脫外，概不合用。

另有一法係將左右闊韌帶各由腹壁牽出一摺而定着之，名吉利安氏(Gilliam)手術。此手術屢經改革，最佳者詳本書卷三外科篇。手術後能保持子宮於合宜之位置，雖經分娩亦少復發。然有數種不適宜之點，試述如下。夫圓韌帶附着於子宮壁之處人各不同，故有時不易確牽子宮於適宜之位置。若圓韌帶附着於子宮壁之處稍低，則牽圓韌帶時或致子宮過於向前，其體則後屈。此位置與正常者相差太過，日後或感不適。行此手術若牽子宮過緊，卵巢及輸卵管則隨之被牽過高，術後所成之粘着可使其固定於近腹壁處。又此手術能使子宮及闊韌帶於盆中作一隔，致日後有重大之難產。

另有一手術，其理在將韌帶重疊而不必作一人工附着處。昔行此手術只將圓韌帶重疊，其理與亞歷山大氏手術相似，惟減短圓韌帶係行於腹內耳。此法之效果極不完備，往往復發。其一較有功效之法名Webster-Baldy氏手術，法於闊韌帶割一口，使圓韌帶穿過向後，二者互接，縫之於子宮後壁。此法較他手術更能令子宮居正常之位置，在子宮後傾之無併發病者多宜用之。但倘子宮脫垂甚，或腫大或易於術後發生粘着者，則其結果不甚優。

更有一種重疊韌帶之手術為Coffey氏發明，將闊韌帶於子宮前摺疊之。但果效不甚充分，且有時不便於用。

有一最適宜之手術爲 Olshausen 氏所發明，於各種子宮後傾皆有效。法用縛線於近子宮處繞而圓韌帶且穿過腹膜，腹直肌並筋膜而縛之。將線結緊以便成一韌帶性粘着於圓韌帶與腹壁之間。欲使子宮居何位置，在將縛線結於距子宮與韌帶附着腹壁之點之何處而定。若此手術行之妥善則效果恒定，且無他種手術之弱點，於生產亦無妨礙。即在子宮脫垂者除脫露甚重外亦可應用此手術。

各種懸子宮於腹壁之手術不能視爲絕對無腸塞閉之險，但果行之妥適則此患究屬甚罕。

有喜由陰道施行子宮復位之手術者，其辦法詳卷三。

粘着所致之子宮後傾 RETROVERSION DUE TO ADHESIONS

粘着性子宮後傾爲盆腹膜炎之結果。盆腹膜炎最常之原因爲淋病，產後染毒及結核病。急性闌尾炎亦可延至盆內致盆腹膜炎，而在少女尤然。又使用不合適之子宮托，亦可發生牽子宮向後之粘着。夫盆腹膜炎之滲出物藉地心吸力沉着於直腸子宮陷凹內已如前述。迨變乾而機化則收縮，使子宮及子宮附件後面受牽向後，至有後傾或後屈之位置。粘着性子宮後傾所以異於弛緩性子宮後傾者在子宮不垂脫，乃藉其粘着組織得維持子宮之高下。此點在臨診上頗關重要。

粘着性子宮後傾之病理解剖與盆炎相同，已於盆炎篇論之。

診斷 粘着性子宮後傾有時不易診斷。若子宮附件顯然發炎，子宮必隨之發炎致被粘着。倘子宮附件之炎已退至不能捫悉時，則不易辨別其係粘着性後傾或非粘着性之嵌入性後傾也。

有時子宮雖粘於直腸然猶甚活動，以致用雙手診察時子宮畧可復位。此則診斷極易錯誤，若貿然施以亞歷山大氏手術或用子宮托治其後傾則頗不利。在子宮附件無病徵者欲考粘着之有無，可藉陰道內之手指推子宮頸離開直腸試其有無疼痛而知。

症狀 粘着性子宮後傾之症狀與盆炎者同。其腰痛及盆內壓迫之狀較弛緩性子宮後傾為輕，因無子宮下脫也。

治法 包括於盆炎治法之內。當設法使子宮復原位時宜記手術後有復生粘着之可能。重疊韌帶之手術不足使子宮脫離直腸子宮陷凹，故易再致粘着。至若吉利安氏手術有時亦發生廣闊之粘着而不適於用。為免除術後之粘着計，以Olshausen氏之圓韌帶前方固定手術為最佳。

腫瘤所致之子宮後傾 RETROVERSION DUE TO TUMORS

子宮被腫瘤壓迫致後傾者較少，因盆瘤多位於直腸子宮陷凹內而逼子宮向前向上也。有蒂之纖維肌瘤發生於子宮前壁者或有蒂之卵巢瘤停於子宮膀胱之間者，則或致子宮後傾。間有膿性輸卵管粘於子宮前壁推子宮後傾。

子宮後傾因腫瘤壓迫致者雖至日久，於腫瘤割除後有時猶能自復原位。但尋常則後傾為恒久的，割去腫瘤後仍宜行相當支持子宮之手術。

子宮脫垂及前脫

PROLAPSE AND PROCIDENTIA

子宮脫垂 PROLAPSE

此多係弛緩所致子宮後傾之第二期，其原因相同，即分娩受傷並先天性組織機能不全之故。間有因腹瘤或水腹之壓

力而致者，究之以因分娩致者為最多，且往往超過尋常所造料。常與陰道弛緩同顯，故施手術修補分娩之損傷時必須設法併治之。

子宮脫垂者係指子宮之各種下降，自正常位置畧降以至下達陰道口之謂。就生理言之，子宮本畧有向盆下口移動之能，且可因腹內壓力之影響而畧行下降，但壓力一減子宮即速復原位。子宮下行之程度人各不同，倘其下行過乎常度，或因站立、行走、工作過久致腹壓久增而子宮不復原位者則為病矣。

第七十八圖

子宮脫垂常與後傾伴發而為盆組織弛緩之第二期。然子宮亦可脫於向前之位置，即全子宮向盆下口下垂而不改其軸之方向，或其底仍在正常之位置而其頸則前轉向膀胱。後者因子宮骯骨韌帶過鬆也。此種脫垂於施子宮前懸手術後或患之。

陰道壁弛緩多顯子宮脫垂，而在前壁弛緩者尤然，因膀胱與子宮頸相接密切，故子宮脫垂時必牽膀胱向下方而易致膀胱膨出。反之，膀胱膨出往往亦兼子宮脫垂。但亦有膀胱膨出不顯子宮脫垂者，特在未產婦為尤然。

子宮前屈而兼後退者亦或伴發子宮脫垂。此因子宮後退必畧致脫也，容後詳之。



子宮後傾且向陰道口下降

Uterus in Descensus 子宮在下降之位置 Bladder 膀胱 Sym. 恥骨聯合 Cystocele (beginning) 膀胱膨出(初起) Rectocele 直腸膨出 Vagina in Folds 陰道成摺

陰道壁弛緩致膀胱及直腸由之脫垂。

診斷 若有盆內物下墜之歷史往往可診爲有子宮脫垂，而在產後顯此狀者尤然。診察法在令病人仰臥，以指入陰道指其子宮頸，命病者努力一如大便時之下墜，乘此查其子宮下降之程度。若因仰臥病者不善奮力縮腹，須令其站立而行之。此二診察法皆可至錯誤，因其脫垂之度常不一，如久立，子宮之位置較在床休息者爲低。若剛去子宮托而爲之診察，則脫垂或不顯著，須俟站立行走頗久後始顯。

有時須麻醉之將子宮頸向陰道口下牽始能定準子宮脫垂之度。但須熟悉子宮正常能下牽之程度，因其能下行之度人各不同，且有能下行頗多者。

症狀 脫垂之症狀已於子宮後傾詳言。其最要之狀爲盆內壓迫，及其所累及神經系與全身之諸症狀。

壓迫症狀之輕重不必按脫垂之多少，有子宮脫垂甚重甚至前脫而不顯症狀者，亦有脫垂甚輕而感苦痛則甚重者。究之此係例外，尋常子宮移位之多少與症狀之輕重成正比例。宜記產時破裂顯盆壓及弛緩之狀，多係因子宮下降，非因子宮頸或會陰破裂也。容破裂條下再詳之。

治法 治子宮脫垂可用姑息療法，即於陰道內用支托子宮之物，或用斷根療法，即用外科手術。

用陰道塞子可暫收輕快之效，但久之則不宜。子宮脫垂者子宮托之用其益大於單純之子宮後傾。老年子宮萎縮因故禁忌外科手術者用子宮托特妙。在妊娠子宮之脫垂必用托治之。婦人在生育時代願再得子而後就根治者用托亦有效。

子宮托之效在因其能支托陰道頂且將陰道壁伸張故無弛緩之弊。托之對方爲恥骨弓所支持。

若托致子宮後屈不宜用之，而於經絕後子宮已萎縮者則無此關係，因斯時子宮減小而輕，不復能後屈也。故用於老年婦女較在生育時期者尤為有效。經絕後用托須特別注重潔淨，宜時為灌洗陰道，並間時將托取出刷洗。因老年之陰道膜薄，易於擦破而起炎患，致托面易被陰道刺激性分泌物結痂所掩蔽。

以用硬橡皮托為妙，於老年尤然，因軟橡皮製者縱極潔淨亦易變臭。

子宮脫垂之不甚重者於絕經後或能自癒，因組織皺縮而消瘦也。但不宜專恃其自癒，因有絕經後子宮脫垂之症狀反益增重者。

外科療法 可施手術療治者宜勸病人受此治法，因其為唯一之斷根法也。子宮脫垂既多為因分娩受傷之一種，故其他損傷如子宮頸破裂，膀胱膨出，會陰破裂，腹直肌分離等，必須併治始能痊癒。但以子宮脫垂最為重要，因其為致重狀之原也。

分娩所致他傷之治法容於各該傷條下論之。

治子宮脫垂之外科手術甚多，可分為（一）陰道手術，即自下設法擎托子宮，及（二）開腹手術即設法將子宮懸於正當之位置是也。陰道手術之效果往往不及開腹手術者之佳。治子宮脫垂之開腹手術與治後傾者大都相同。惟治脫垂之手術不第宜使子宮向前，且須懸妥，俾其能勝任盆器官之重量，並能抵抗腹內壓力以代盆底所失之托力。故治子宮後傾之手術中有不能適用於子宮脫垂者，如重疊韌帶之類，因其懸力不足，且倘子宮體重或脫垂甚者施此術殊不可恃。至若吉利安氏手術，懸力雖足，但不克保持子宮適當之位置，因易使子宮體朝向腹壁，其頸傾前朝向恥骨也。

最佳之手術爲 Olshausen 氏術,因此術能支配粘着組織懸提子宮之力。倘子宮大而重或脫垂甚者,可將縛線穿過圓韌帶之底,甚至連子宮組織包括在內,則可得有力之固定。欲支配粘着組織發生之多少及強度,視乎縛線所縛腹膜摺之面積之大小,欲支配脫垂子宮回復原來之度數則視乎縛線定於腹前壁之何處。

若定子宮於腹壁畧高,往往可免子宮頸向前轉之弊,特在兼行膀胱膨出手術時尤然。有時須將子宮骶骨韌帶減短以免子宮頸前轉。

有時雖將子宮懸於腹前壁而症狀仍存,此因子宮大而肥厚,腹壁薄弱,且腹直肌分離,故若懸之於腹壁則勢力不敵,狀症將更甚於前。此類子宮脫垂最善之治法在將子宮割除,與子宮前脫之手術相同。且也患此種脫垂者常係歷產失力之婦,除其子宮實爲幸事。

患子宮脫垂而猶能生產者,宜施手術與否須費斟酌。此應按其症狀之輕重而定。若脫垂使人衰弱或神經性症狀最重,雖日後有生產破裂之險,亦須爲之行手術。倘此手術行之妥善則難產及產後復脫之事皆甚少。但須告知病者難保其無子宮頸或會陰新破裂之意外。

若症狀不甚重且有早孕之希望者可暫用姑息療法俟日後施手術。在子宮脫垂頗甚然不顯症狀者有時不易決定應否施手術。若病似有增重之趨勢,則以施手術爲宜。若病之進行已止則不必施之。

子宮前脫 PROCIDENTIA.

此係子宮脫垂甚重以至子宮頸由陰道口露出也。此患大都見於二十五歲以上之婦女,而以中年或中年以後爲尤常

大抵係漸次發生，至絕經期盆之支持組織變弱，則進行成前脫，罕有少婦於生產數月後發現者。

子宮脫垂之變成前脫(即脫至陰道口之外)，有時似起於倉猝，而在先時不覺有脫垂或會陰尙小暫可阻止子宮頸降下者則尤然。究之子宮前脫乃漸次進行之患，而非正常之子宮因跌倒或受震及他種外傷而猝致者。

子宮前脫及其脫出之多少，不必關乎生產之次數，乃多在乎骨盆支持組織之性質，因常有經產多次而損傷甚微者，亦有生產一二次而組織已極弛緩者。

未經生產之婦患此者常稱為先天性子宮前脫，此隱示其盆組織有先天性之不全而非幼時之前脫也。實則多於壯年始顯，且往往非至臨絕經期不發現。先天性前脫多因子宮頸延長之故。因未曾受破裂之傷，故膀胱膨出直腸膨出及頸肥厚諸狀皆較因生產所致之前脫者為輕。

前脫之子宮頸之突出多因變長之故。其所以變長乃因膀胱受腹內壓力使然，蓋膀胱既連於子宮頸，故漸牽頸成細帶也。有延長至四五吋者，若將脫出之團用拇食二指揉捻可以捫悉。頸外露之端往往肥厚，或甚至甚大。膀胱之下端成爲一大憩室，距頸前唇邊半至一吋。頸後亦有一憩室

第七十九圖



子宮前脫
其伸長之子宮頸已潰爛

第八十圖



子宮前脫 表型之醫例

爲直腸子宮陷凹脫出所成。尋常兼有直腸膨出。兩提肛門肌相離甚闊，且因受楔式之壓力而萎縮。

縱讓脫出之團之陰道粘膜變乾而且角化。子宮頸唇或其他處有時發現潰瘍，其邊甚顯，其肉芽面被以黃色之腐肉。此等甚重而有潰瘍之脫露，在未經習見者或易誤認爲惡性瘤。然子宮頸雖脫露受傷，究之罕有成癌者。

子宮底大抵不至脫出，其前脫之漸重，係因頸漸次伸長之故。間有全子宮體及其附件皆脫出者。

子宮前脫之病理解剖，最要者爲陰道壁自其恥骨枝之附着處分離也。此種附着於維持子宮之位置最爲重要，故子宮前脫之程度多依其分離之多少爲轉移。若子宮前脫極重，則陰道與恥骨枝完全分離此於治療上頗關重要。

又有一特種前脫，係因施子宮截除術不善而陰道頂未充分懸起所致。陰道上截除子宮或完全截除子宮後皆可思之，而以完全截除後見者爲尤多。此種前脫其陰道外翻，膀胱亦隨陰道前壁脫出。

診斷 子宮前脫診斷甚易，宜不至誤認爲癌。但若潰瘍甚重易涉疑難者，宜割取一片用顯微鏡查之。最要之事在試將前脫之部分推回及行雙手診察法，因前脫可因妊娠或盆瘤或水腹而致也。

症狀 子宮脫垂之症狀輕重，不必按子宮下降之多少爲比例，已如前述，子宮前脫亦然，有子宮前脫甚重，除脫出之團在股間微感不適外毫無症狀，甚且有前脫經年而不求治者。

子宮前脫尚輕所顯墜脹及神經性症狀何以反較前脫之甚者爲重，尙未確悉。與個人之體質有關似可無疑。常見有患子宮前脫多年猶能動作如常，強健自恃之婦多如此，而脫垂尙輕顯狀甚重者大抵爲身體不健及神經薄弱之婦。

反之，亦有子宮前脫之痛苦甚為難堪以至任事皆不能作，即步履亦艱，且神經性症狀亦重，甚至精神錯亂，而在繼子宮截除術後之前脫尤然，此因心理之關係，蓋手術無效而失望也。

致尿系統症狀者不少，因不能排盡膀胱之尿也，便秘亦所常見，而在有直腸膨出者尤然。有時非用手推回脫出之件不能大小便。

外面或有潰瘍，出血，或流臭液致或誤認為癌。

治法 分姑息療法及外科手術療法。子宮前脫既多見於老婦，外科手術行之或有危險，故用姑息療法者殊不少。此包括種種子宮托及他種支持子宮之物。托以用硬橡皮製者為最佳，宜用何式須先試之，始能定其合否。軟橡皮托易於臭污，但有時必須用之。

多有子宮前脫用尋常之子宮托不能支持者，在陰道壁冗長而外翻或摺者尤然，因托可隨之而出，不能於恥骨弓後定穩也。支托此種子宮宜用杯形帶柄之托為妙。但此種托甚不便利，且致潰瘍，故罕用之。有用墊支持陰部，外用帶緊繃會陰而覺舒暢者。

近來所用外科手術優於昔時，故結果甚佳。受手術治療者多能全癒，至少亦能減輕，所以除有特殊情形忌用手術外皆以根治為妙，因其結局佳良也。

子宮前脫之手術奏佳效者極多，幾至各婦科家各有其特別之辦法，非本編所能盡述。其經通用之數種詳本書之外科篇。總言之，今茲所用最佳之手術，可分為二類，即間介位置法與懸吊於腹壁法是也。

間介位置法 (interposition) 在使子宮與膀胱分離，轉子宮底向前，將膀胱縫於子宮之後壁。如是則子宮可支持膀胱而膀胱之膨出可消矣。此術在歐美近皆通行，其成效甚佳（細則詳卷三子宮前脫及脫垂之手術）。

懸吊法之技術不一(見後手術章),其理在先截斷伸長之子宮頸,修補膀胱膨出,並修補弛緩之會陰。次則用開腹術除去子宮,將子宮頸之殘株縫於闊韌帶,且置殘株於膀胱之下而縫於腹前壁。

用手術療治後不能復孕。然間有用間介位置法後曾復生育者。若年事尚壯之婦患子宮前脫而願生育者,可用與子宮脫垂手術相似之術治之,能減輕其症狀,且日後無難產之險。其法在修補子宮頸陰道前壁及會陰兼懸吊子宮,以 Olshausen 氏術行之為佳。

年較輕之婦女之子宮脫垂,其頸少顯延長。若已延長而須截斷,則以用 Hegar 氏手術為最佳(見後子宮頸截斷術),因此法確能對正,且可獲第一期治癒也。最要之事在防其成癥,否則有礙受孕,即受孕亦易致難產。

子宮前屈

ANTEFLEXION OF UTERUS

子宮體與頸之接連處本屬向前彎屈者,至所謂子宮前屈乃表示其屈度過乎正常也。正常前屈之限度不易確定,因同一屈度,在此人為病,在彼則為正常者。概括言之,頸與體所成之角若小於九十度即為病也。有時其角甚銳以至子宮體與頸幾成平行。子宮頸往往過長,以至頸與體之長度相等,甚有超過其體者。

子宮前屈可因上方腫瘤之壓力,或粘着物之收縮,或支持組織之弛緩所致。其第一種原因不常見。若粘着成於前壁,能牽子宮底向前而成前屈,若成於後壁則可牽子宮之中心向後而其底因圓韌帶之雜繫仍向前故亦成前屈。究之因粘着致者罕見。至若子宮支持物之弛緩,有時可使子宮下沉而後

退，其底則被圓韌帶所繫而仍向前，此所常見者。最多數前屈之原因，乃因發育不全，約常兼有子宮之他種不全情況。

表樣的前屈子宮大抵生長有缺，其頸長而尖，其位置過後而居於骶骨凹內，蓋即後退之位置。其頸之方向或順陰道之軸或朝陰道前壁，此係未發身前子宮生理之外形及位置。故此式之子宮前屈為生殖器幼稚性之一種也。往往兼顯他種欠缺，如陰道前壁或後壁過短，子宮骶骨韌帶過短，卵巢幼稚等等。盆器官發育欠缺者，身體之他部或亦顯幼稚性。但亦有僅盆器官發育不全餘則甚為完全者。

甚重之前屈往往於頸內口處有瘻痕組織致頸管狹窄。此多見之於後壁，亦有在前壁或累及全週而成環形狹窄者。其關係容另詳之。

診察前屈之子宮則覺其畧硬，且無退讓性，但倘麻醉後診察之，則見子宮較軟而弛緩，且其勃起之能亦較正常之子宮為遜。此表示其肌織欠缺而為幼稚形之又一憑徵也。因在發身期前之子宮，其結締織多於肌織，而在發育完全之子宮則與此相反。

症狀 子宮前屈有時不顯症狀，但尋常則有痛經或不孕，或二者兼有。此等症狀必因子宮前屈成角致子宮腔狹窄之故，但緣何至此，今尙未悉。前屈於痛經與不孕之關係詳於各該條下。

前屈兼後退之子宮所顯之症狀與後傾者相同。實則子宮頸之位置正相同。是以患子宮前屈者常顯腰痛，並盆兩側作痛，兩側痛係因闊韌帶之靜脈積血也。

依著者之經驗患子宮前屈之人易致慢性闌尾炎。

凡子宮前屈致痛經者幾皆有腦力不穩或曰神經薄弱之狀（見痛經及神經等篇）。

診斷 診察時若將手指循頸前壁深壓陰道前穹窿則能捫出子宮頸與體所成之角。但因子宮後退而頸向前或可誤認為後傾，須慎辨之。

肌瘤發生於子宮前壁之中部者或與銳角之前屈酷肖。

治法 子宮前屈之治法，其詳見卷三。其法分四種，即有柄子宮托之使用，器械擴張法，子宮頸成形術，及懸吊子宮於腹前壁是也。

有柄子宮托尋常係用硬橡皮所製，形直或畧彎而中空，插之入子宮腔，經六星期或二月之久。用此法其痛經及不孕有時能完全獲癒，但輸卵管或可由此受染，須注意及之。用此有柄之托或能令前屈恒久痊癒，但復發者不少，惟症狀不必然復顯。

子宮頸管擴張術，宜麻醉後行之，以 Hank 氏循序擴張器為最佳。若頸內口有環形瘻則擴張或甚難，有時須用小刀割開方可。單用擴張術而奏效者不甚多。

子宮頸之成形手術甚多，雖間或奏效，但其結果往往不甚佳。所常用之手術係由頸後壁橫割一楔形塊，或於後壁用刺裂術，或於頸兩側作人工之裂口。此類手術容於外科技術章詳之。

懸吊法。前屈子宮之肌纖維弛緩已論於前。其向後沉落致有後退之位置蓋即此肌纖維弛緩之故。其與先天性發育不全之後屈之唯一分別在子宮底向前而非向後。亦有僅子宮畧行下降者。開腹時若將子宮底牽向割口，則其前屈即遷原位，故若用懸吊子宮法其前屈可永久獲癒。以 Gilliam 氏手術或 Olshausen 氏手術行之為妙，而後者尤佳。換言之，前屈之治法與先天性後屈者相似，蓋二者在病理上相同也。

治前屈之懸吊法，雖不必確能癒其痛經或不孕，但其結果則較他術為佳。前屈子宮之內口有瘰性組織者，其症狀未必能治癒。是以若用懸吊子宮術宜先用子宮頸擴張術為要。

子宮內翻

INVERSION OF THE UTERUS

子宮內翻由於子宮壁弛緩，而常為產後之病患。亦有因粘膜炎下層發生纖維肌瘤或有蒂肌瘤之牽曳或因癌致者，但甚罕見。

子宮內翻未及一月者名急性內翻，若越一月則名慢性。倘非因生產所致，如腫瘤之牽曳則概屬慢性者。

子宮底未翻過頸者名非完全內翻，若翻出頸外則名完全內翻。間有子宮頸亦翻轉以至全子宮內面外翻，但甚罕見。尋常只係底內翻，其頸則環繞如衣領而已。

凡慢性子宮內翻，其頸收縮堅硬。產後之急性內翻則收縮甚速，自數分鐘至數小時即顯。急性內翻之子宮底大而慢性內翻者則或變至甚小。有因血循環阻滯致成壞疽者。若兼有子宮脫垂或有有蒂之肌瘤，其圍或至露出陰外。

症狀 急性內翻者有虛脫（震盪）及出血等狀，完全屬於產科範圍。慢性者之症狀與子宮脫垂相似。

診斷 急性者易於診斷，慢性者診斷之或甚難。最易與之混淆者為有蒂之纖維肌瘤。倘二者伴發則診斷更難。其區別蓋視乎子宮腔之長短為審，因腫瘤使腔變長，內翻則使腔變短也。若病人之腹壁不太厚，用雙手診查法可由腹捫出其內翻所成之凹。

治法 急性者宜速用手使復原位。若不易行之，則採用卷三所論之保存手術。

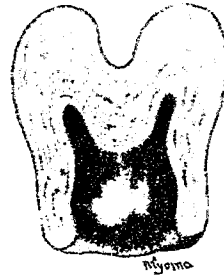
慢性者宜酌量子宮之情形而施以斷根的或保存的外科手術。例如子宮若有許多肌瘤，或疑有惡性瘤，或已過經絕期，則以截除其子宮為妙。此可由開腹或由陰道行之，施開腹法尤佳，因可設法防止陰道日後之脫垂。

第八十一圖



肌瘤性息肉
子宮管變深故與子宮內翻有別

第八十二圖



肌瘤牽引致內翻
Myoma 肌瘤
子宮管縮短故與單純息肉有別

保存手術創自 Küstner 氏，名陰道子宮切開術 (colpohysterotomy)，其詳見卷三。有時將翻轉之子宮體由陰道截斷之，但此手術不甚佳良。若開腹而使內翻之子宮復原位亦非善法。

生產所致之傷害

INJURIES DUE TO CHILDBIRTH

子宮頸破裂

LACERATION OF CERVIX

子宮頸破裂尋常由生產所致，而在用產鉗者尤然。亦有因用擴張器或施器械墮胎而致者。

頸破裂尋常見於一側或二側。間有裂在後唇者，惟裂在前唇者最少。若破裂不止兩處，則名星狀破裂。

破裂之面或可痊癒，只遺光滑之裂隙而不改變其頸之組織。但尋常則成病況，如粘膜外翻，頸唇肥厚，潰蝕，或頸腺成囊腫等。

若頸缺裂，其唇則外翻致粘膜外轉向陰道。此種情況易使頸組織發生慢性炎致外翻益甚。

頸破裂後之肥大係因唇之增大也。此種增大半因結締組織之真正增生，半因慢性炎之浸潤並組織之水腫使然。又頸粘膜腺之改變亦於唇之肥大有關。此腺屬葡萄球腺，由小單管通入頸腔，該管易於閉塞致腺成囊腫。若有多腺成囊則頸將變為甚大。囊內含腺細胞分泌之粘液，但因易致混合感染故兼含炎性產物。

頸外翻之粘膜實難免於受染，用顯微鏡檢查則見上皮細胞壞死及脫屑。若此患甚重，至用目力能見時則稱為糜爛。但頸因破裂發炎致成潰瘍或糜爛者究不及所逆料者之多。

其外翻粘膜之色深紅，在無經驗者見之以爲其係外層脫離，故易誤認爲頸潰瘍。若真成潰瘍則殊關重要，因表示有更重於子宮頸炎之他患也。此則宜割取組織一片用顯微鏡查驗之。

頸破裂自癒後往往發生緻密之癒，在裂角處尤甚。此癒可延至陰道之側壁，或上延至子宮鄰結締織。癒織收縮或至將子宮固定，抑或轉子宮體偏向一側或向後。

症狀 子宮頸之感覺極爲遲鈍，故頸唇破裂者不顯局部之痛苦。然在頸唇肥大者則子宮加重，且因重大之破裂往往伴發子宮脫垂，故常顯沉脹及盆內壓迫之症狀。有時腰痛。若子宮爲子宮鄰結締織之癒所固定，則益有盆內不舒之症狀。唇外翻者必有白帶及無定期之出血。

子宮頸破裂所顯之許多反射性症狀爲頭痛、脊椎痛並種種神經系之官能病等，皆因頸破裂致盆器官損害而影響於神經系使然。

頸破裂之有時能致不孕，大抵因外翻而發炎之粘膜所分泌之液之化學的改變致精子不能生活也。

若破裂深至內口則易致小產，大抵因子宮肌織裂斷而失其正常之功用也。

診斷 捫診及望診皆易於診斷。其外翻及潰瘍之粘膜有時酷肖梅毒或結核性之潰瘍，但此二症甚罕見。

最要者在將重大之破裂與癌鑑別。有時非割取一片用顯微鏡查驗不易斷定。若捫其發炎及硬而肥厚之唇，且因滯溜囊腫所致之外面不平，則頗不易與癌分別。且也於診查時癌出血之特狀有時亦見於糜爛之破裂。望診時粘膜腺囊腫大抵易見，此爲癌之反徵，但有時亦不盡然。

須記憶者子宮頸之癌尋常起於破裂外翻之隙，故稍涉疑難即應割取一片檢查。癌之早期原發處不易確定者，尤宜割取數片查驗之。

若子宮鄰結締織有癒或不易診斷，因其使子宮固定，致診查時覺子宮附件硬固有如輸卵管炎所致之粘着也。

治法 經產婦之子宮頸幾均有幾許之破裂。若不顯症狀，或不類生瘡，則不必療治。但於修補陰道時，除破裂甚小外，務宜兼行子宮頸之修補術，且宜將割除之組織用顯微鏡查驗。頸唇糜爛及發炎者用浸以碘酒，魚岩乾，鯊油或甘油之墊敷貼局部，可收一時之效，惟不能永久治癒。

外科治法尋常根據 Emmet 氏之手術，將裂隙之邊修潔而縫合之（見後子宮頸成形術）。若頸唇過於肥大或瘡痕甚多，則或須施用他法，如由唇橫割一楔形塊（見子宮頸成形術）或截斷全頸。倘子宮頸非甚長如見之於脫垂及前脫且尚有生育之望者，則宜用子宮頸成形術而不宜截斷之也。

若必須截斷，則以 Hegar 氏手術之結局為最佳（見子宮頸成形術），因其對合傷口較他法為準也。

膀胱膨出 （參見子宮脫垂）

CYSTOCELE

膀胱膨出係因陰道前壁弛緩致膀胱向陰道口下降也。多由生產傷害而致，但亦見之於未經生產之婦甚或處女，則或因先天性組織軟弱使然。

患膀胱膨出者多有子宮脫垂，此因膀胱緊連於子宮頸之前壁，故二者有一下脫，必連帶其他。膀胱膨出間有不顯子宮脫垂者，此特在先天性類為然，但甚罕見，果有之必為膀胱真赫尼亞。未有子宮脫垂而膀胱不隨之下降者。

膀胱膨出尋常自陰道上前部而起，近膀胱與頸壁相連處。若陰道壁一旦失力，則腹內壓力可使膀胱漸降以至出現於陰道口。迨站立或努力時腹壓加增，致使陰道前壁與膀胱突出，腹壓既常如此牽曳子宮頸則可使之變長而細，直至成子宮前

脫。且此腹內壓力能使陰道自其附著於恥骨弓處分離。該附著處爲子宮最要之支持物，是以子宮自身亦漸次脫垂。

膀胱下降，牽尿道隨行者謂之尿道膨出。但亦有只患尿道膨出而無膀胱膨出者。

若膀胱膨出恆突出於陰門之外，則其上皮不免變乾而角化，倘益以子宮前脫則或致潰爛。

症狀 與子宮脫垂者相似，最要者爲墜脹或盆內壓迫，易勞乏。此多因子宮脫垂所致。若膨出甚重，則病者自覺其突出而以爲子宮前脫。此種不舒之情況病人或念念不忘，而至影響於其神經系。膀胱頸受累者有小便刺激及小便頻數之症狀，而在膀胱壁成囊狀者則尿不能排盡，滯溜而起化學之改變。尿道及膀胱頸弛緩能致小便失禁，在老年尤甚。至若因尿未排盡所致之膀胱炎雖有之，但甚罕。

診斷 重者易於診斷。輕者若捫其陰道前壁近其連於子宮頸之處，且命病者努力如出恭然，亦能診斷。陰道前壁有正常之膨部一如子宮之有正常之下降，此爲醫者所應熟知。若用醚麻醉病人後，將二彈簧鉗夾持陰道前壁牽向陰門，則病理與生理之弛緩相差若干不難查知。

尿道膨出之診斷，在用探子插入尿道便知。但陰道前壁之在齊尿道處異常肥厚者或易誤認爲膀胱膨出或尿道膨出。

治法 欲治膀胱膨出務宜記其兼有之子宮脫垂，且當以此二患爲一病。昔時對此事未加研究，故業外科者以爲無法治理。此因僅施成形手術於陰道前壁，而未改正其伴發之子宮脫垂，故日後膀胱膨出必復發也。若膀胱膨出尙輕，雖只治子宮脫垂亦可痊癒。是以治膀胱膨出最要之理在使子宮頸之位置升高，因膀胱在盆內之地位多繫乎其附著於子宮頸也。

升起子宮頸不必能提起陰道前壁之一切弛緩部分，故須兼用成形手術療治之。倘本此理施行，則膀胱膨出可永久治癒。

治摺疊逾量之陰道前壁之成形手術甚多，最佳者為陰道前壁成形術。且大半宜兼升起子宮頸，其法詳見子宮脫垂及子宮前脫篇。

膀胱膨出手術中之一特點，在如何治理膀胱膨出之上部近子宮頸之反折處。該部之修潔宜較下部寬闊，以便陰道肉片縫合時成堅固之橋於子宮頸之前，牽之向後朝向骶骨，以免其轉向恥骨。

用間介位置法治膀胱膨出，在使膀胱與子宮分離，將膀胱移置於子宮上後面，使子宮自下支托膀胱（詳陰道前壁成形術）。

會陰破裂

LACERATED PERINEUM

欲悉會陰破裂之理，不可不知會陰肌之解剖學及其作用。獨惜該部之解剖甚難，以致記載多涉含混，頗難領畧。

盆隔最要之部分為提肛門肌及掩護其內外面之筋膜。但此二者何以最關重要，其支托之機能如何，受傷之關係何似，則尚無定見。

提肛門肌為一成對之肌，起自從恥骨下緣達坐骨棘之腓性弓及恥骨上枝之內面並恥骨平行聯合處。起自腓性弓之纖維分成諸多纖長之小束，束間有小隙，此等纖維強半止於尾骨之外側緣，且有幾許與對側之纖維連合，亦有止於肛尾韌帶者。其起自恥骨之纖維，向後直延，有與肛門外括約肌之纖維連合者，其餘則分別或連於肛尾韌帶，或於直腸後與對側之纖維連合，或與直腸之縱纖維交雜。又此肌與陰道下端之側壁有密切之聯屬，其纖維且與陰道壁之縱纖維交雜。至其與肛

門外括約肌之關係尤爲密切，以至用解剖法不能分離。就作用言之，此二肌應合併研究，因其同作一有力之肌性帶，自恥骨延展至尾骨，且包擁及約束直腸之下端並附著於陰道之側壁也。尋常謂提肛門肌爲馬蹄形之肌，究之莫如擬爲V字形或倒人字形之較爲的當，V字之角向後，於附著坐骨棘之處較寬其前纖維（恥尾骨肌）附著於恥骨者則畧窄。V字之二枝朝正中線之面畧凸，V字之尖附著於尾骨。V字之開口於恥尾骨肌前部之間有尿生殖三角護蔽之。該三角爲兩層堅韌之筋膜內包含會陰深橫肌及幾許不隨意肌纖維所成。三角附著於恥骨下枝之內緣在坐骨結節之前，其後緣銳利作坐骨直腸窩之前界。陰道及尿道蓋穿通此三角，且其筋膜亦與三角之筋膜融合。三角之後面與提肛門肌兩面之筋膜聯屬，且支托恥尾骨肌之纖維。起自坐骨結節內面之會陰深橫肌，介於筋膜二層間，作尿生殖三角後半之一部，與肛門外括約肌之前纖維同附著於會陰之中心腱。此卽著者所認爲記載不詳之部分也。

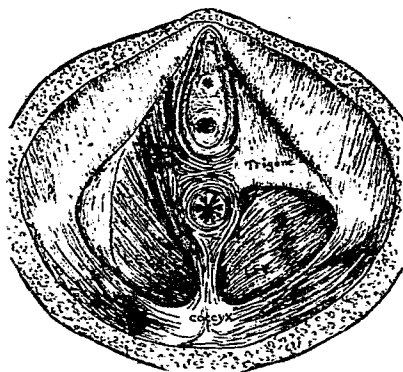
夫盆底所含之不隨意肌纖維實有注意之必要。在提肛門肌兩半中間之組織及肛門外括約肌前端附麗之處並會陰深橫肌之在會陰體內者，皆多爲不隨意肌纖維所組成。此等纖維有橫行者，有縱行者，皆與隨意肌相接甚密。提肛門肌之兩半實無若何纖維延及於陰道與直腸之間，此已證實。不隨意肌之纖維於盆底之機能極關重要。因其收縮時能令提肛門肌之兩半及會陰深橫肌集向中線，使之最便行使其作用，且牽肛門外括約肌之前端向前而資助提肛門肌之托力。妊娠時此等不隨意肌之纖維之大小及強力必皆有增，使盆底變厚而畧膨出。當分娩時可容盆底擴張，產後則漸次復舊。

提肛門肌之縮力，依其纖維之方向而行。在直立時其恥尾骨肌之纖維幾作水平行。自恥骨起往兩側坐骨結節中之一畫線即尿生殖三角之後界止，肌之筋膜蓋附著於其後面。此線以後其纖維則與肛門外括約肌之纖維錯雜，而延往上後

以達尾骨。是以收縮時其不隨意之肌纖維能使提肛門肌之兩半集向中線，牽尿生殖三角向上前以關閉陰道口。陰道瘰癧病殆表示此等不隨意肌之纖維之作用過度也。收縮時直腸下端亦被牽向上前。而肌之在坐骨結節以後之部分則受閉孔肌及臀肌之向上前壓迫坐骨直腸窩內組織之力所支持。盆隔膜之此種構造與其正當作用極有關係，倘其不隨意之肌纖維

及尿生殖三角並覆蔽恥尾骨肌之筋膜等受何傷害則最易擾亂其作用。盆底破裂之傷，尋常蓋在此處，且其傷之關係如何在視乎此等組織間互關的障害之程度而定，八十三至八十六圖即表示此傷害之關係者。按八十四圖，若破裂在中線經過A處而未下延及肛門外括約肌之上緣者，雖損害幾許不隨意肌纖維，然不致障礙其作用，且當時修補甚易。傷在一側者該

第八十三圖



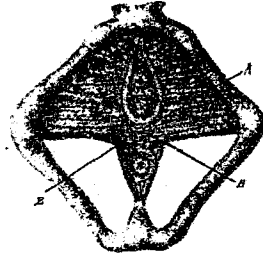
顯示會陰諸肌之聯屬之圖式

Pubococcygeus 恥尾骨肌 Trigone 尿生殖三角
Lev. 提肛門肌 Coccyx 尾骨

在左側，有筋膜包裹物，名尿生殖三角。在三角下緣後有會陰橫肌，本圖不及見。在右側，尿生殖三角及會陰橫肌皆已除去。組成提肛門肌前部名恥尾骨肌者之肌纖維束，圖中可見。兩側恥尾骨肌間交叉之不隨意肌纖維亦標示之。注意恥尾骨肌對於陰道及肛門括約肌之聯屬。

側之恥尾骨肌因其不隨意肌纖維之離位故偏向一側。若破裂連帶外皮(尋常破裂往往如此),則該側之恥尾骨肌與肛門外括約肌之聯屬破壞,括約肌遂被牽向於無傷之側。傷側之會陰深橫肌及尿生殖三角退縮,牽恥尾骨肌向外,倘提肛門肌之筋膜自三角分離則退縮尤甚。若兩側俱傷之破裂,恥尾骨肌之兩半皆與不隨意肌纖維分離,且遠離正中線,則盆隔膜之作用擾亂尤甚(86圖)。兩側之三角皆退縮,肛門外括約肌沉向下後,且往往被牽至恥尾骨肌纖維分離較輕之側。陰道後壁落向下後至坐骨結節間線之後。

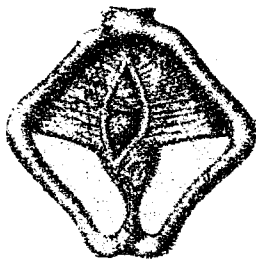
第八十四圖



顯示提肛門肌之恥尾部及尿生殖三角與外括約肌之圖式

B. B. 不隨意肌纖維與提肛門肌恥尾部及尿生殖三角之結合。

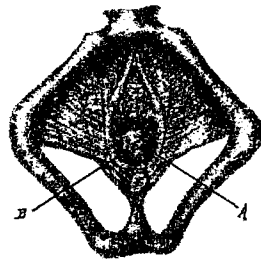
第八十五圖



經由陰道右側溝之撕裂

右側之不隨意肌纖維與恥尾肌及尿生殖三角之聯屬尚完整,注意在右側恥尾肌扯向恥骨,括約肌被牽往無傷之側。

第八十六圖



經由兩側之溝 A. B. 之撕裂

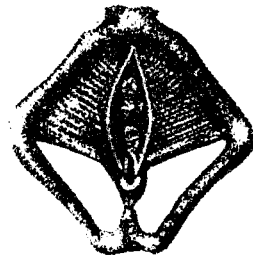
兩個恥尾肌連帶尿生殖三角皆扯往外,且向恥骨退縮。外括約肌坐往後,初向損傷較輕之側。

若此等傷害得自產時則係小兒產出時恥尾骨肌之兩半分
離,而非其肌纖維斷裂也。但有時因施產鉗之手術不善致
恥尾骨肌纖維於近其附著恥骨聯合之處撕裂。間有恥尾骨
肌纖維於肛門括約肌之上撕裂以至坐骨直腸窩裂開者。

會陰受傷之影響,關乎受傷後施修補手術之遲早並受腹
壓之大小。該部之肌因廢用而萎縮,筋膜伸張,肛門括約肌因
無他肌之輔助致容陰道後壁及直腸壁脫垂。臀肌先猶能支
托坐骨直腸窩之組織而予以向上之維持,後則因窩內壁提肛
門肌之筋膜不能任盆之壓力,致窩之上角變扁而臀肌之托扶
力亦減小或消滅。若破裂延至肛門括約肌則該肌之作用喪
失,恥尾骨肌之偏向尚少,因無助肛門括約肌之必須也。

未經生產之婦或產後陰道壁
無顯明破裂者之盆底弛緩,著者之
意見以為由於有幾許不隨意肌纖
維之伸張或斷裂所致。在未經生
產者亦或因其肌纖維發育不良,故
常見於生殖器發育不全之女子。
亦有因用肌力過度致受腹內壓力
之不良著重所致者。

第八十七圖



症狀 會陰破裂常與膀胱膨
出及子宮脫垂同顯,皆因弛緩所致,
故破裂自身所致之症狀尚不及膀
胱膨出及子宮脫垂者之重要。

經由括約肌之撕裂

此撕裂妨害恥尾肌及尿
生殖三角角,故率縮不及
裂於一溝或兩溝者之甚。
然此種撕裂或可兼累及一
側或兩側之溝。

會陰破裂所常訴之諸症狀如腰痛,盆內沉脹,易覺勞乏等,
實則多因子宮之位置改變所致。會陰雖有關大之裂傷並有
直腸膨出,若無子宮脫垂或膀胱膨出,則少顯症狀。但尋常因
會陰之支托力喪失則將益覺軟弱,且更顯盆內沉脹之狀。若

兼有直腸膨出則覺突出之團為可厭，且往往大便困難，會陰弛緩往往使肛門括約肌附近之血循環阻滯致易成痔，施修補會陰術大抵可治癒之。若破裂連帶肛門括約肌，則不能節制大便。

診斷 用捫法及望法行之。最妙用兩食指插於陰道口內陡牽會陰向下外即可辨識其破裂之多少，並能查得直腸側面之支持織受傷之情形若何。

若破裂延至直腸，則於陰門之後可見有鮮紅色之腸粘膜外轉。

其肛門兩側所顯之凹即括約肌破裂之兩端也。

若破裂未延至直腸僅傷及肛門括約肌之纖維，則肛門之前方將變扁而薄，肛門兩側亦有凹表示破裂肌兩端之位置。

治法 因會陰破裂大抵兼子宮脫垂及膀胱膨出，故須一併修補。其手術不一，最適用者詳於本編之外科章。

按上述之會陰病理解剖學，以用厄美氏(Emmet)成形手術為最佳。其法，將粘膜剝離以便顯露破裂之區，即(一)兩外側溝，即恥骨直腸肌纖維由直腸壁之側撕裂之處，(二)會陰縫之上部，即會陰橫肌與提肛門肌之兩側聯合成會陰體之處。此二區既已顯露則按手術之辦法，其縫線係代恥骨直腸肌破裂纖維之功以支托直腸之兩側。安置此等縫線於兩外側溝內為手術之第一步。其第二步，在尋得提肛門肌及會陰橫肌之退縮部分而縫合之。若兼有直腸膨出，治以厄美氏修補會陰之手術實為諸法之冠，蓋他種手術概僅注重會陰肌性體之修

第八十八圖



會陰完全撕裂兼
膀胱膨出

撕裂之括約肌兩端間有結締組織成橋連接之。指示括約肌斷端位置之小凹亦可察見。

復而不注意支托直腸之兩側也。若無直腸膨出，用任何手術縫合會陰皆可收佳效。

會陰完全破裂之手術與上述者同，惟剝離之範圍較大，以便顯露肛門括約肌破裂之端。既發見，則按卷三所述會陰完全破裂之手術之辦法縫合之。

膀胱癩或曰膀胱瘻管

VESICAL FISTULA

膀胱與生殖道相通成瘻管，多因生產所致，蓋因施產鉗致組織破裂，或膀胱與陰道壁受胎壓過久致缺血而壞死也。現因產科技術進步，遇胎體與盆之容量不合者輒用剖腹產術，故膀胱癩之因生產致者較昔少甚。但近日因施大手術於盆器官為多，特如治子宮癌等，致膀胱受傷所成之癩則較多。

子宮頸或陰道之癌至晚期往往成膀胱癩。且有時癌之不可割治者屢用刮術等姑息療法治之亦能成癩。

近來用銳療法以治子宮及陰道之癌，間或致膀胱陰道中陷成闊大之癩。又膀胱惡性瘤及膀胱或陰道之梅毒雖間亦致癩管，但罕見。

有時腸病潰爛甚重，如癌、結核或腸之憩室炎等致粘於膀胱壁而使腸與膀胱交通。輸卵管積膿或卵巢囊腫受染有時亦能成複雜之癩。

膀胱癩按其位置分為數類如下：

膀胱陰道癩為最常見者，即在膀胱陰道中隔有相通之口也。

膀胱子宮頸陰道癩為膀胱與陰道在陰道與子宮頸連接之處相通也。

膀胱子宮癩或名頸內癩，係漏口通入頸管致尿由頸口而流。

尿道陰道瘻係尿道與陰道相通也。

腸膀胱瘻係膀胱與腸有直接或間接相通之口也。

瘻之大小自細如髮至大如海綿孔以至膀胱陰道中隔幾盡毀滅。瘻久則易成甚堅韌之粘着，使膀胱陰道固定而不能動，致成形手術不易施行。

症狀 膀胱生殖器痛最要之症狀為尿之潛行漏出。若瘻口甚大，無論站立或躺臥尿皆可漏出。若瘻口小或陰道膜成摺儼如活舌，則只站立時洩尿。夜晚則減輕。若瘻口甚小雖站立亦不常漏尿，僅於膀胱較滿或奮力或咳嗽嘔吐時尿始漏出。此則與尿道內括約肌弛緩之官能的遺尿不易區別。

患瘻而遺尿者有時兼有膀胱炎並陰道炎及陰唇與外皮受刺激而擦破。但尋常少有陰道膀胱發炎者，因尿之性質未改，且陰道及陰唇之上皮亦少有受化學性刺激之徵。

患膀胱瘻者非細心潔淨則常有尿臭難堪，致病人心中煩悶。

診斷 尋常易於診斷。但瘻口過小者有時不能於陰道摺內查出。欲施手術須先覓得瘻口之所在，以證明尿之非由官能不全所致。此可用無菌牛乳或美藍溶液注射於膀胱內視其洩漏於陰道之口何在。若只於站立時漏尿，則注射美藍溶液於膀胱後用數個綿球填於陰道內，命病者行走或用力，然後遞次取出綿球，其染藍色之一球即證明其瘻之所在處也。

又宜用膀胱鏡以助診斷之確實。此法並能測定瘻口與輸尿管口之相距若干。

治法 在施外科手術。其法頗為複雜，然皆按瘻口之位置而行，其詳見卷三。

施手術之時期頗關重要。若係新得之瘻如生產所致，則不必速行療治，宜俟組織復舊後行之。但不可俟其已成癥瘕

縮小之後，大抵最適宜之時期為產後二三個月。惟因患癰之婦常遲延不治，故尋常無法可定施術之早晚。

腹赫尼亞

ABDOMINAL HERNIA

女子患腹赫尼亞者遠多於男子，且常因生產所致，故於婦科中特論之。除累及腹股溝及股之赫尼亞外可分三類，(一)腹直肌分離之赫尼亞，(二)臍赫尼亞，(三)手術後割口之赫尼亞。

腹直肌分離 Diastasis of the Recti Muscles 為一極常見之患，且幾盡因生產所致。間有因久患甚大之盆瘤使腹壁膨脹而致者。過於肥胖或亦得之。其發現必先有組織缺力及全身肌軟弱之素因。蓋曾有生產僅一次而顯甚重之分離者，亦有經產多次而無恙者。究之生產過多亦頗與有關。又貧窮及營養不良者較富厚者易得此患。此半因其肌之張力不全，半因孕時勤勞及產後動作過早，且未着托腹帶也。腹直肌分離多見於最瘦或最胖之婦，因此二類婦女之腹肌之托力減小也。此患最常見於兼顯他種生產損傷如子宮後傾，子宮脫垂及陰道口弛緩等之婦人。

腹直肌分離之最顯著者在齊臍之處，其延向上下之遠近則無定。有時兩腹直肌自恥骨至胸骨劍突處完全分離。分離之度約為一吋半至四五吋，甚或至六吋不等。

單純之腹直肌分離無赫尼亞環。迨腹內壓力加增時則於腹之中部顯縱行之隆起。在凸出部之兩側可捫出腹直肌之緣。有時只視其腹即可認辨，在體瘦者尤為易見。若捫其腹命病者作咳，則更顯明。或先命病人仰臥，後使其半起，則腹直肌必縮硬而突出都瞭然矣。病人站立時，其下腹往往特別下垂，肥胖者尤然。若係瘦人，其腹之外形有如虛弱之下垂者。

腹直肌分離頗關重要，為生產損傷之一種，與會陰破裂或子宮異位有同等之關係。其症狀或不甚明顯。惟用力則覺勞乏，或全身疲倦，與他種因生產所致組織弛緩之狀相似。在胖人其特狀為腰部作痛，此因腹壁缺力，軀幹兩側之肌代償其作用而致疲勞也。背部痛亦所常見。又虛弱性腹壁下垂所顯之消化不良及神經性症狀，亦見於腹直肌分離者，因其腹壁下垂之情形與先天性者極相似也。

治法 須用矯形術或外科手術治之。矯形術在束以適宜之托腹帶。外科手術為治療此病之唯一方法，苟無不可施術之狀或非其人過胖則皆可用之。過胖而腹內壓力大者手術後併發病之危險較大。腹直肌分離多見於生產受傷須行修補手術之人。故行修補弛緩組織之手術時，切勿遺漏某組織而腹肌之是否弛緩亦須共同考慮之。

治弛緩之患多用剖腹術，乘此可試驗腹直肌之情形。在切口後一執其臍處之腹壁則易捫悉腹直肌之緣。若係分離，其中間之薄膜為筋膜及腹膜組成者易於摺出。

手術之辦法係於齊臍處或臍處上將腿膜重疊使腹直肌之肌腹相接。以下之腹壁諸層則按常法縫合之（見卷三腹直肌分離之手術）。

臍赫尼亞 Umbilical Hernia. 此患女多於男，因有直接由生產致者。

臍赫尼亞有時不易與腹直肌分離之赫尼亞區別。須注意者凡臍赫尼亞皆畧有腹直肌之分離。

正規之臍赫尼亞有一明定之環及一赫尼亞囊，而腹直肌分離者則只於二肌間有普遍之突出，無環復無囊。若臍赫尼亞甚大或屢發，則此二患或至兼併。

患臍赫尼亞者腸及網膜易粘於赫尼亞環或囊之內壁，單純之腹直肌分離則大抵不發生粘着。

又臍赫尼亞之成環及發生粘着，常致腸有閉塞之危險，至若腹直肌分離則無之。臍赫尼亞之大小，自臍部畧凸以至成爲含腸甚多之巨囊不等。

症狀 臍赫尼亞既常兼腹直肌分離，故亦顯該患之症狀，惟往往另有腹痛或不舒因腸及網膜之粘着也。倘成箝閉或絞窄，則有劇痛及嘔吐，便閉並他種急性腸閉塞之狀發現。然臍赫尼亞之箝閉或絞窄者較之腹股溝及手術後之赫尼亞者實少甚。

診斷 較小之赫尼亞顯而易見，易於診斷，大者臍膨出部之壁與囊融合則或難確定。此等病人類多體胖而腹大，致常誤認爲腹瘤如卵巢囊腫是也。且有時誤以赫尼亞之凸起爲脂纖維塊，而不知其實則腹皮與腸間之脂纖或甚少也。

治法 除有不宜手術或確知手術奏效之機甚少者外，臍赫尼亞概宜用外科術療治之。

赫尼亞之大者施行手術不無危險，而在體胖者尤甚。因割口必須寬大，難免無組織壞死或脂纖溶解而有局部染膿菌之險也。又肺炎及血管栓塞等併發病或亦難免。此外其復發之可能亦須憶及，蓋倘復發則必較原病尤重。若不宜施手術則須束托腹帶之類如腹護持衣，此須有經驗者始能裝置合適，但病人甚胖者則適宜之護持衣殊不易擇定。

治臍赫尼亞之外科手術（詳卷三臍赫尼亞之手術）分縱行橫行二類。縱行的手術在使分離之腹直肌於中線對合。橫行的手術則在將腱膜橫疊之也。此二手術之成敗畧視乎外科家之技能精巧與否，然縱在善行手術者或亦不免復發之事。

手術後之赫尼亞 Postoperative Hernia. 近來防毒法及手術之技巧皆大進步，故腹切口之成赫尼亞者較少。然仍有時見之，其故係因切口未完全縫閉或染毒化膿所成之瘻不甚堅固而致。其未完全閉合者如因曾用排液法或縫合時腹壁各層未能適對之故。更有因腹直肌已分離軟弱而猶於該處行剖腹術所致。

手術後之赫尼亞尋常係於瘻痕之側或瘻痕之上在皮下有畧凸處。觸之畧痛，咳時可傳動浪。若不療治則漸增大，直至全傷口盡行凸出且延向外上。其赫尼亞或如球形之團，為小腸之一曲或網膜穿過一孔而突出所成。抑或團之外形凹凸不平，由於多數赫尼亞環及囊穿貫腹壁而致。囊內大抵含網膜而在成多囊者尤然。蓋網膜位於腸前，有阻腸穿入腹壁裂處之作用。此保護性網膜大都粘於環及囊內面。但有時不克阻止腸入腹壁之口，而在環之伸張頗大者尤甚，此則其患更重矣。

赫尼亞囊內之網膜往往變為肥厚，若兼粘着形成則不易用手完全推回之。有時網膜團絞窄而壞死致腹壁內現一堅團，捫之作痛，雖無腸阻塞之症狀，却有全身中毒之據。若囊內含腸則可致閉塞。手術後之赫尼亞較臍赫尼亞更為重要，因有並發病之險也。

診斷 手術後之赫尼亞尋常易於診斷，但有時或誤認他患為此症。著者曾見一病人於腹壁瘻痕之下發生一團，誤認為絞窄之網膜赫尼亞，後始知其為子瘤，係於子宮體腺癌剷除時所種入者。又曾見一腹內有團，診為手術後赫尼亞而不知其實係圓韌帶之肌瘤，按美俄氏法行吉利安氏手術接縫左右二側圓韌帶後所發生者也。

治法 行剖腹術最要之事，在極小心縫合割口以防成赫尼亞。若為盆病行手術而須用排液法，可由陰道排之，因不但位置合適，且無成赫尼亞之險。惟最重之膿性盆炎始由腹壁排液耳。今骨盆排液法改良，故手術後赫尼亞之患罕見。

行骨盆手術縫合割口時有數要點須加注意。於縫合腹膜時宜先將網膜下牽，鋪於割口所露之腸面一如圍裙。蓋如此，瘻內面萬一發生粘着，勢必粘於網膜而不粘於腸。且偶或瘻痕有破裂之處，網膜則先凸出以阻塞之。其割口之腹膜面所生之粘着，能令瘻變軟，尤須注意。欲防免之，不但宜用無毒法，更當小心勿損傷割口之邊。有用手巾或紗布或橡皮片以保護割口邊緣者，但未必有益。最妙在辦理時宜力求輕細，勿使組織受傷為要。縫腹膜時宜使平滑及完全對合，勿容稍有分離之處，在兩端尤然。縫腹壁割口，須使腹直肌之肌腹接近，法用腸線深縫數針，其緊鬆使之適相對合為度。縫筋膜之法不一，有對合縫合者，有疊掩縫合者。因筋膜與筋膜最易癒合，果能縫妥（兩端尤要），無論何法皆可。

治手術後赫尼亞所用之手術與臍赫尼亞者同，即於赫尼亞環之上下使腹直肌接近，以便支持瘻痕組織。若施以治赫尼亞之手術後復成赫尼亞，則往往較原病更重而殊屬不幸也。

特殊婦科病症

SPECIAL GYNECOLOGIC DISEASES

異位妊娠又名子宮外孕

ECTOPIC PREGNANCY

異位妊娠者，蓋言受孕之卵種於子宮以外之他部而生長也，如在輸卵管或卵巢或腹內之腹膜等處。若卵在輸卵管入子宮壁之部發育者，則名輸卵管子宮部妊娠(*interstitial pregnancy*)，子宮外孕多數係在輸卵管，且多在管之外側半。

卵出黃體後，被輸卵管纖引入輸卵管內，旋由管粘膜之細毛運動及管壁之蠕動，漸逐之至子宮。經此行程為時約需數日，大抵一星期之久，卵與精子交合成孕，蓋在此開始入管或經過管程之時。凡成孕之卵，按生理仍繼續前行至子宮而種於子宮內膜，始開始發育。

原因 若卵種於輸卵管必妨礙其前行至子宮。致此之原因不一。最常見者為輸卵管因曾發炎損害，如因淋病或產後染毒所致者。此則管之細毛上皮損壞，或表面有粘着致其蠕動阻滯而礙及孕卵之前行。是以輸卵管孕可因管炎或比鄰結締織炎而得。又闌尾炎之腹膜炎延至輸卵管而發生粘着者亦可為日後致輸卵管孕之原因。有時卵行至輸卵管之憩室或副輸卵管而種入之，則在彼發育成子宮外孕。

以上所論皆為解剖學上的原因，最易辨認。但有時其原因無從知悉，論者對之其說不一，茲擇尤舉之如下。

據 Sippel 氏之觀察,謂此側卵巢之卵,有時不入本側輸卵管而入彼側輸卵管。因彼曾見有右側輸卵管妊娠而其卵黃體則在左側之卵巢也。又曾見有用手術截除此側之輸卵管及彼側之卵巢而猶能受孕者。故 Sippel 氏以爲受孕之卵,經此長時期之行程則已長至過大不能復循輸卵管至子宮矣。又謂經過一定時期後,卵之滋養層發育,能消蝕其母之上皮(此爲孕卵種入之開始)。按之生理,必待卵入子宮腔後始至發育之期,但若卵因行至對側輸卵管歷時過久之故,則雖猶在輸卵管而已達消蝕之程度,因是沉著於粘膜下組織而中止其前行。

Freund 氏並引伸 Sippel 氏說以爲上述之情況亦可爲輸卵管過長而彎曲如幼稚性者之結果。

受孕之卵種於輸卵管內,必致早死。雖間有發育完全者,然尋常在三個月以內必死。所以死者,因所種之處不合,蓋輸卵管壁之蛻膜作用極爲有限不能養育之也。又卵發育時盆器官皆變軟,輸卵管壁亦隨之變軟而薄,易致破裂。

繞胎之組織破裂,胎固致死,其母亦極危險。若出血多而無限制則致命甚速,但倘出血受阻,則凝結而成一血腫。後者較爲常見。

輸卵管妊娠所成之患有二,曰輸卵管破裂,曰輸卵管流產。二者各有其特別之顯狀。

輸卵管破裂,蓋言作胚外殼之輸卵管壁破裂,致母血汩流入腹腔也。此致其母驟速虛脫而慘死。尙幸此患不及輸卵管流產之多耳。輸卵管流產係繞胎之膜破裂,而非輸卵管壁破裂也。是以其血限於輸卵管內,能凝結成血腫,名輸卵管之血胎塊或輸卵管積血。其出血或完全限於管內,但亦間有從輸卵管腹口溢於腹腔致虛脫而死一如輸卵管破裂者。尋常其血概係徐徐洩入腹腔致成血團,位於直腸子宮陷凹內,由陰

道易捫悉之。血團先軟而韌，久則外層機化而成組織，捫之則硬，且界限甚清有似卵巢腫瘤。若子宮後凹已被粘着閉塞，則血將積於子宮前或較高之腹腔內。輸卵管血腫之血之洩出或稽時甚久，以致可成大血團充滿盆腔及下腹。

此等血團為極適於細菌之培養質，若一旦受染則能成甚闊大之膿腫。其受染最重者見於受孕而自為墮胎之婦。亦或因誤以為係膿性輸卵管炎而由陰道刺破所致。

破裂後胚及繞胚之組織速被吸收，至施手術時多半不復能察見有何遺跡。因此，輸卵管之小血腫究係因子宮外孕，抑或因他故所致，遂發生疑問。輸卵管炎雖間可成血腫，但究屬例外，尋常所見之輸卵管血腫概可信為輸卵管流產所致也。

輸卵管妊娠者在子宮內膜亦發生脫膜之反應，與正當受孕者相似。胚膜破裂時子宮內膜亦出血而脫，故有碎膜由陰道流出，有時全膜整塊脫落。

第 八 十 九 圖



輸卵管妊娠 輸卵管血腫

暗色之輸卵管膜滿以血塊，管面且有粘連物。卵巢被括於粘連物中，已於截除時撕裂。圖中特繪出子宮及附件以便閱者較易觀察。

子宮外孕時子宮之出血究係由輸卵管流至子宮，或管與子宮俱出血，曾頗費研究。今 Sampson 氏將因輸卵管孕所截除

之子宮用注射血管之法證明其血係由子宮內膜之靜脈流出，而絕非由輸卵管流至子宮腔也。

子宮外孕者，其子宮亦隨之增大，其度與正常受孕二個月者同。Sampson 氏現又證明子宮增大，係因子宮充血及內膜肥厚，而其肌織則大抵不會加增。其出血由於內膜靜脈出血之故。迨流產既竟，子宮之復舊與正當妊娠之流產後者相同。其蛻膜分離係因子宮內膜之內外層間之靜脈出血而致外層脫落也。

症狀 子宮外孕者非至胚膜破裂尋常不顯症狀。病者月經紊調而自以為受孕。至破時其初顯之狀為一側忽作閃痛，有時重至致其人暈倒。面蒼白，脈微而速及呼吸淺短。若係包胚外層之組織破裂入腹腔或由輸卵管口出血極多，皆可致病者速死。但此種情況較為罕見，多係畧輕不至於死，有如暈倒者然。後雖閃痛屢發，子宮出血，但多不甚重。久則血內有蛻膜片流出與肉塊相似。有時蛻膜全部如子宮管型而脫出。倘其經過如此，可認為係輸卵管流產，其初出之血被輸卵管壁所阻致凝結於管內也。診察之可發見其盆內有團。若所出之血限於輸卵管內，則捫之有似臘腸，且與子宮成直角。若胎塊大而重，墜於直腸子宮陷凹內，則在彼處可捫得一圓而有定界之團將子宮擠壓向前。若血漸流入腹腔則成血腫於直腸子宮陷凹內，由陰道捫之有似軟韌之團，後復行診查可辨識其漸大。倘血腫久存不消，則其周圍漸變成組織，以手診查有似囊腫或軟肌瘤。有時血腫甚大，即在腹外亦易捫出，或竟長至臍處。

輸卵管流產縱在血腫甚大者有時亦能自行消散而速癒。然究以症狀繼續數星期者較為常見，如頻頻作痛及無定時之子宮出血，以至不得不求施手術。又當血塊之蛋白質分解時

或有自身中毒之危狀發生，但亦有不盡然者。血腫消散時，體溫往往畧升，且顯種種腸性症狀。有時面色特別青白如蠟，間或顯精神性之症狀。白血球大抵畧增。若血腫受染則顯甚重之急性盆炎症狀。

診斷 子宮外孕之初期（未破之時）鮮有求治者。其時輸卵管軟而不易捫出。月經之愆期及子宮之增大頗難與正當妊娠者區別。

在第二期（破裂期）因出血甚重而特殊，大抵易於診斷。健全之婦而忽作危重之腹痛及虛脫，幾為子宮外孕之鐵證。

在慢性期常不易診斷。最要之事在詳查其病歷，如年齡，貧富，月經是否愆期，其初發及繼發疼痛之性質及所在，與夫子宮出血之性質及時期等。

子宮外孕之婦多有月經愆期之經過。間有月經不變者，則診斷尤屬不易。子宮外孕之痛，大抵頗為特殊，即在盆之一側有甚銳利之閃痛以至暈倒。而在子宮流產則其痛較鈍，且大抵在子宮部。至若盆組織炎之痛則尤鈍而恒定。子宮外孕之流產，有時與子宮之先兆流產或不全流產不易區別，因皆有月經愆期，疼痛及出血之經過也。又因子宮皆大而軟，用盆查法亦不易斷定，且診查時正當受孕者之大黃體或囊性卵巢與輸卵管孕所成之小囊觸之無何分別。

若施子宮刮術，用顯微鏡檢其刮出之碎屑如見有絨毛膜之絨毛，則知非子宮外孕。但在子宮流產者有時胎之膜質被吸收甚速，而蜕膜則存在甚久，此則用顯微鏡檢查亦屬無益。

輸卵管子宮部妊娠亦屬異位妊娠，其症狀及經過與輸卵管妊娠者同。用雙手對診法非甚爛熟不能斷定。倘有所疑，莫如用醚麻醉後行之。

有時正當之娠至二三個月時亦現子宮兩側不相稱之情況，與子宮外孕者相似。若麻醉後診查之則不致有誤。子宮外孕既與正當娠易於診斷錯誤，故凡於施剖腹術治子宮外孕之先，必須麻醉病者，行陰道之診察始可免除不當之開腹。

倘子宮流出碎脫膜或子宮管型而又有子宮外孕之疑似情形者，殊可診斷為異位妊娠，但有時亦不足據，而在有剝脫性痛經之歷史者尤易誤會。

盆血腫捫之軟而不平，易於認定，若子宮被推向前則辨之更易。倘血腫之外層半化為組織，則捫時覺較為光滑而硬，與卵巢囊腫，軟肌瘤或輸卵管積膿相似。若血腫在直腸子宮陷凹中之位置兩側相稱，則捫之恰似受孕後屈之子宮。

輸卵管流產日久與盆組織炎有時不易區別，因皆可有輸卵管閉，間發性痛經及月經愆期也。此則雖診斷錯誤亦無甚關係，蓋二病皆宜用外科手術療治也。

子宮外孕尋常不發熱，但血腫分解時或顯微熱。倘溫度甚高則表示係發炎也。

治法 子宮外孕若在初期（即未破之時）發見，宜速割去輸卵管。

若輸卵管破裂忽顯虛脫及危險情狀者，最妙須立行手術，手術能迅速施畢不致虛脫加重。常有第一次破裂不至致命，故外科家多有主張暫緩施行手術者。今則技術改善，以早施手術救其危亡為第一要圖。且有血之轉輸法可與手術相輔而行。

在輸卵管妊娠之第三期，即血腫退化期，則不必急行手術，可俟診斷確定後始行之。倘診斷不甚確鑿，則宜施手術治療抑或期待期治療法，頗有研究之餘地。患者多有完全自癒，且日後能正當受孕者，此則似以待期觀察病情而後酌定為妙。

究之倘非血腫大見消散並有他據足以表示能自行全癒，則概不宜遷延時日。因有時可復破裂而危其性命。此種舉動，雖不甚多，然終不敢必其無之，且血之滲出及血腫之進行已否終止殊難言定也。縱急切之危險已過，血腫必經多日始能完全消散，故往往使其人爲數星期或數月之病廢。又此時有受染及血塊分解中毒並益內成粘着之危險，故莫如施行手術截除該器官，且除盡腹腔內之積血爲妙。

總之，子宮外孕，無論在何期皆屬外科病，宜早施手術治療之。

無論在病之何期，所用手術中以剖腹術最爲適當，且易於除淨腹腔之積血。若由陰道行之，勢難將血除淨。除病勢甚重多延時間可危及病人生命外，概宜將腹腔內之積血廓清之。

行此手術時宜截去何種組織，頗有研究之價值。若獨去受累之輸卵管則卵仍能種於彼側輸卵管，醫者不可不知。據Smith氏之統計證明日後正當受孕者僅佔百分之三十三，復犯子宮外孕者約佔百分之十五，故決定宜截除彼側之輸卵管與否殊爲一重要之事。至宜採保存療法抑或斷根手術，則視病人之年齡及其望子之切否等以爲奪。

截去或保存子宮之決定與治盆組織炎之理論相同。

痛經又名月經困難

DYSMENORRHEA

痛經之意義有二，一指行經時之疼痛症狀，一指一種特別痛經病。屬於後者莫如以本質性痛經名之以示區別。

本質性痛經 ESSENTIAL DYSMENORRHEA

此病之特性係於小腹作甚重之痙攣性痛，而在月經間期則毫無疼痛。此種痛經不宜與他種月經痛之因盆病致者混

滯。蓋盆病致者為稽留之痛，如見於慢性輸卵管炎，盆粗織炎，闊尾炎等，至行經時則痛增劇耳。此則允宜稱為繼發性痛經。

原因 昔人以為痛經係因機械的梗阻之故。又有人分此病為梗阻性、充血性及神經痛性三類。更有分之為子宮類及卵巢類者。

為梗阻說者，謂子宮內口有先天的狹窄，礙及血之流出，致積於子宮腔內凝結成塊，一如異物，使子宮收縮。其痙痛蓋由此凝塊由內口逼出而起也。子宮內口狹窄亦可因子宮異位而致，如因子宮前屈者為多，因子宮後屈者次之。此二種子宮彎屈既皆由於發育不全，故痛經可視為生殖器發育不全之結局也。

為充血說者，謂子宮內膜之腫厚，無論為行經前之水腫抑或真正恒久之病理的肥厚，皆關重要。因其能使內口益形狹窄也。有一種痛經性子宮內膜炎，其粘膜於經期大為增厚，且充以凝結滲出物之微點。此滲出物可應子宮神經使之作痛。但按之現今之考查，則謂內膜肥厚係經期生理之現象，且血之凝結乃因卵巢內分泌之異常化學作用所致。而子宮前屈或後屈則不必定兼內膜肥厚也。

Theilhaber 氏則以為痛經非由於子宮異位或子宮內口狹窄或內膜肥厚所致，乃因有異常神經過敏之素質而致內口之環狀肌纖維攣縮也。

Menge 氏謂係因行經時子宮有生理之收縮浪，此浪在身體精神皆康健之婦女不自覺察，而在生殖器有病或神經薄弱者則覺似陣痛也，故以為痛經可屬輕性精神病。

Stolper 氏以為痛經係因靜脈充血致收縮時作痛。靜脈之所以異常充血，大抵因房事或體力過勞，或便秘，久坐，手淫等事之故。

Olshausen 氏謂有一種卵巢性痛經，其盆組織並無發炎之處，故以爲係卵巢神經痛也。

猶有 Fliess 氏等所講述之一種鼻性痛經，證明痛經中有塗古柯素 (cocain) 於其鼻中隔之小結節而痛即止者，故稱該結節爲生殖點 (genital spot)。

子宮異位，常有痛經之狀發顯，故二者必有相關之點，此於許多矯正異位後痛經，亦隨之而癒之事實證明之。

痛經最常見之異位爲子宮前屈，而顯發育不全之後屈者亦非罕見。若詳查多數前屈之子宮，則知其除前屈外並有後退，即子宮退向骶髂窩也。若剖腹時將子宮牽向切口，則見其組織弛緩，而知其前屈非因向前攣縮，乃因弛緩而沉落也。故此忠實屬一種後退位置，與子宮後傾之唯一區別在子宮底仍向前耳，此因圓韌帶或肌織之力未失也。前屈子宮之頸，對待陰道之位置與子宮後屈者同。故子宮頸之一切成形手術概不改變子宮於盆內高下之位置。

此類痛經猶有一種解剖學的變異，即於施子宮頸擴張術時或遇其內口有癒性環致不易擴張。至若頸管自身則從未見其狹窄致塞者。

痛經不必皆顯子宮內膜肥厚。據吾人之經驗，因痛經而顯內膜肥厚者並不多於無痛經之歷產婦女。子宮後屈者較前屈者多顯此狀。

痛經醫案中多有畧顯發育不全者，如子宮頸長而尖者是。但開腹使子宮復位時所見則不易察知其不全之狀。總之真實痛經中多有顯解剖學的變異者，爰將二者相關之點列舉如下：

(一) 子宮異位幾成定案，尋常係前屈兼後退，後屈者次之，間有只前屈而無後退者。

(二) 不甚重的發育不全,多顯於子宮頸,幾皆有之。

(三) 子宮頸內口有癥性帶,但不盡然。

(四) 子宮內膜肥厚,然亦無定。

綜上觀之,最要之異常爲子宮異位及發育不全。子宮異位尋常因組織弛緩致向後下沉而不必由於其肌之攣縮也。又此患常與腎臟或結腸下垂同見,故必因支持組織有生理上的欠缺所致。所謂先天性子宮異位者大都見於發身時代,蓋其子宮發育最速,若在不合宜之位置則其循環被阻致不能完全長大矣。按之此理,其欠缺係因子宮異位所致,且由此可知其何以常見於他器官發育完全之婦也。

就上述種種痛經病之理論言之,有以其症狀係精神病致者。而尋常此等病人確有神經過敏及神經薄弱之象則爲吾人所公認。惟究之何爲原發的痛經乎,抑神經薄弱乎,則爲一疑問。痛經之痛係按月發作,月經間期毫無痛楚。但因疼痛甚重致行經時病人之腦力因之衰弱,此種結果積久漸延至月經間期,直至一經期之病狀未癒,而第二經期又至,致腦常受刺激而變成堅定之神經衰弱矣。每見有青年婦人至神經衰弱既成,始來求醫。至此地步,病者每過甚其詞,故宜用感應法或精神療法以治之。

症狀 本質性痛經之病人於月經間期大抵不顯若何局部症狀。惟適在行經之先或行經時則下腹忽發甚重之癥攣性疼痛,延至腰或腿部,歷數小時乃至數日之久,其間畧有間歇。痛發時病者大抵不能操作,且或須躺臥。常有劇烈之頭痛並周身欠爽,且時或嘔吐。此患多見於月經初見之少婦,且常發於首次,漸次增重。出嫁後多有減輕者,然反加重者亦有之。本質性痛經之婦人不孕者甚多,故二者必有同一之原因,然果受孕而生產,其痛經大抵自癒。

治法 治之不易奏效。所用方法甚多，分內科外科兩種，其中有收效者，亦有任用何法皆不收效者。內科療法大抵不及外科療法之有益。所用藥物中有效者如金印草、棉根、洋紫莖 (viburnum)，醋柳酸、安替派林、阿司坦尼利化合物 (acetanilid compounds)，黑萸蓉又名蘭羊花、待俄紐 (dionin)，薩利派林 (salipyrin)，salcodein，溴化物，卵巢膏，阿刀品，嗎啡，古柯素 (cocain)，酒精等等。

諸藥中以阿刀品 (atropin) 近今最爲醫家所重視。用法以一毫溶於水一 c.c 內，直接注射於子宮頸管內。亦有用作內服者，於行經之前二日服起，至經至之第二三日爲止，視痛期之長短而定。其劑量平均爲百分之一厘 (0.00065 gm)，每日三次。亦有用醋柳酸與阿刀品同服者。

著者近用受孕動物之卵巢去其黃體，製成膏劑，以治痛經之頭痛，惡心，嘔吐有效。

現時有用鼻療法以治痛經謂其有效者。倘患此病者之鼻有畸形，如鼻中隔偏曲，鼻中甲肥大，鼻中隔軟骨瘤等，則治之尤有奇效。亦有其鼻雖無解剖學的狹窄，但至行經時鼻粘膜腫而充血者，治之亦收良好結果。在有經期前之頭痛，惡心及發痛者，此治法尤極有益。

適用於鼻之藥原爲古柯素，今用三氫醋酸 (trichloroacetic acid)，或電烙器，因其效較古柯素持久也。法於月經間期塗此藥四次，若見效，至下次月經間期復用之。受此治法獲癒者據云佔百分之五十至百分之七十五。

痛經之外科手術及矯形術療法之理，蓋根據機械的原因及子宮位置之不適宜。曩者用擴張術及刮術之原意，在使子宮頸內口之狹窄開張及子宮頸之彎曲變直。其後用刮術則意在去其發炎之粘膜，因該膜發腫可塞子宮管也。此手術多能減輕疼痛，甚或有完全獲癒者。然亦有毫不見效者。其所

以奏效與不效之原因，現尙未能詳悉。惟因之獲癒者頗多，故不妨單用或與他手術並用以治之。

另一手術亦可治子宮前屈之痛經，即用子宮頸成形術使頸管變直。其最通用者爲子宮頸後剖裂術（卷三Dudley手術181, 182圖），其術在剖裂子宮頸直達內口以消滅頸管俾子宮腔由內口直通陰道。此術治痛經及不孕之結局皆甚佳。但因人爲的剖裂殘毀子宮頸，有時須行修補術以治其症狀耳。

更有一手術，係於子宮頸後脣截去一橫楔形塊，愈近陰道穹窿愈佳。縫妥後，則子宮頸之彎曲變直且無殘形矣。此術有時奏效，但不盡然。凡行以上手術必兼用子宮頸擴張術爲妙。

矯形法之治子宮前屈的痛經，係用髓使病人麻醉後行子宮擴張術及刮術復將有柄子宮托（stem-pessary）插入子宮內存留二三個經期之久。此法往往甚效。但違反防腐之定則，蓋存異物於子宮管內而不能潔淨也。

又有一較爲有效之手術，無論對於前屈或後屈之痛經皆可利用。法除施子宮頸擴張術外，兼行剖腹懸吊子宮術以使子宮之彎屈變直。此手術之理，在改正前屈弛緩之子宮之位，免其後退而摺疊。蓋將子宮向腹壁前牽，則其彎屈自消。欲使子宮恒居此種位置，宜施圓韌帶減短術，或子宮前固定於腹壁術，或Olshausen氏之圓韌帶固定術皆可。行此手術得收佳效者居百分之七十五。

脫膜性痛經 MEMBRANOUS DYSMENORRHEA.

此患指全子宮粘膜每屆經期即剝脫而流出也。其原因尙未甚悉，故名稱亦不一致。膜剝脫流出時多顯甚重之痠痛，因屬之於痛經病。然亦有不痛者，稱之爲經期子宮粘膜之剝

脫。有時所脫之膜有發炎之據，故又有稱之爲剝脫性子宮內膜炎者。但究以脫膜性痛經一名用之爲最廣。

此病每屆經期，子宮腔有三角囊形之模型脫出。模型各角有一口，其二爲輸卵管口，其一爲子宮頸管內口。囊外面粗糙嵴嶙，色灰紅，表示爲粘膜下組織，膜所從分離之處也。囊內面色淡，壁積如絨而不平，與子宮粘膜之表面相當。膜厚徑一至三釐。有時此膜非完整流出，乃作大小不一之碎塊，遠視之有若機化之血塊。然倘詳查之，則能見其內外二面之特形。

用顯微鏡檢查脫落之膜，知其形狀有時不一。最特殊之狀爲間質細胞增大，與子宮受孕或子宮外孕之蛻膜相似，但較之真蛻膜者則畧小。除間質細胞改變外，另有腺質相間較闊及局限之小圓形細胞之浸潤與子宮內膜間質炎之改變。其表面上皮往往脫離。全膜受染之色較之正常子宮粘膜爲淡。用顯微鏡檢查其狀，人各不同，甚且一人之膜各片亦不一致，有顯子宮內膜炎之據者，有恰似真蛻膜者，亦有與無病粘膜無異者。故有時不能盡據顯微鏡之檢查而鑑別其究爲脫膜性痛經或早期流產抑或子宮外孕也。

除上述之正規的剝脫外，猶有一種成小塊組織按月流出者。多爲纖維蛋白 (fibrin) 所成，內含散布之腺質少許。此類碎膜易顯發炎之變，即於纖維蛋白之隙內含圓形細胞及白血球。此則名之爲纖維蛋白性子宮內膜炎。

原因 尙不甚確知。有起因於流產後者，間有有遺傳之據者。近時則以爲係因卵巢分泌與子宮粘膜間之反應異常使然。蓋有人以爲行經及脫膜性痛經與真蛻膜形成皆同屬生理作用，不過程度不同，概係子宮粘膜受卵巢分泌物之激刺所起之反應也。

此等脫膜有時係因子宮內膜間質炎而於經期則異常剝脫之故。此在因流產致者約即此理。

症狀 主要之症狀為經期作痛，痛或甚劇，或僅微痛而覺墜脹。罕有毫不疼痛者。此類病人多不受孕，但不盡然。

診斷 用顯微鏡檢查不必確能斷定，是以必兼詳詢病者行經之歷史庶可知其為真脫膜抑脫膜性痛經也。

治法 求完全治癒殊不易易。曾有人用金印草(hydrastis)療治而見效者。尋常所用之治法，係剛於行經之先頻施子宮刮術，每次刮畢則塗碘劑一次。據著者經驗所及，病者輒不願頻行此術，故其真效果尙未知悉。

少年經閉 AMENORRHEA OF YOUTH

經閉之伴種種病症發生，或為一種症狀，容於婦科一般徵候篇詳之。倘其為機質病顯狀之一，如結核病，萎黃病等，宜治其基本病。有許多經閉係表示卵巢官能不全，而月經遲現（即發身期較遲），或已現而復止。其月經過少亦屬此類。

少年經閉及月經過少，多有顯內外生殖器不全者。然無解剖學上的異常者亦不少。又有全身發育欠缺且身弱及神經過敏者。亦有發育完全身體健康而顯此患者。

治法 其主治藥為卵巢膏或曰黃體膏。尋常用裝膠囊內之全卵巢膏五厘，日服三次，其效於二三星期內即顯。有時只服數日月經即至。

少年月經過多 MENORRHAGIA OF YOUTH

此指病原無從證明之月經過多而言，亦名官能性月經過多。最常見者，係於月經初現時或剛現後發生此患。但亦有於月經成立數年後始顯著者。其出血時或甚多而且久，以至

危其性命，或妨礙其健康。久則盆器官充血，子宮變大而軟，甚或成後屈之位置。繼發性貧血及官能性心病易於踵至，致有視之爲原因而不知實爲結果者。近時以爲此病由於卵巢分泌之作用異常所致，蓋因與他器官之內分泌失其均勢也。醫界有認此患係甲狀腺機能不全之結果者，因該腺按生理有對抗卵巢內分泌之作用。

治法 少年月經過多宜採保存療法。近時所用之藥品爲垂體（蝶鞍腺）膏，每日或隔日在皮下注射一 c.c.，平均至十次爲止。此膏用於少年月經過多較中年者（子宮機能不全）尤爲有效。

發身期之出血極多者可用血轉輸法，尤以用其父母之血爲宜，否則可於皮下注射人血清或馬血清，每次十五至三十 c.c.，注射數次。據甲狀腺分泌過少而致卵巢分泌作用過敏之理論，應將甲狀腺膏與垂體素（蝶鞍腺精）並用。亦有用氫化鈣至每日八十厘（5 gm.）而見效者。

一切保存療法無效時，始可用局部治法。子宮刮術似無甚益。X光線療法雖能止血，然損及卵泡之成熟，爲醫者所應知。雖謂現時其應用之法改善，只阻止卵巢之官能而不至毀滅之，但對青年女子，非至諸法罔效時不應用之。至於銥之應用於此患，容下詳言。若上述諸法概可利用，則罕有須行最後之卵巢截除術者。

銥於非惡性婦科病療法之應用

RADIUM IN THE TREATMENT OF NON-MALIGNANT GYNECOLOGIC DISEASES

近來婦科學者不但治療用銥，即他種非惡性婦科病如病原不明之月經過多及血崩等亦用之。且銥於此類病症似有

特效，不似治瘡之迄無把握。昔之久患或屢患失血經內外科治法無效終須截除子宮者，今則只用銹療法一次或即獲癒。

至銹何以能止子宮出血尚未確悉。然其足劑量之能摧殘卵巢之始基的及成熟的卵泡而阻止出血之源，則無可疑。即用中等劑量亦可止血，並能調經，使月經合生理之循序及期限，故於子宮內膜自身亦似有良效。至其何以有此作用因實施此法未久，考據無多，尚未深知。近有用銹於病人之子宮內，旋截除其子宮，用顯微鏡檢查卵巢及子宮之組織，未見有受銹之影響者。諒銹不但行效於卵巢亦必行效於他類組織如子宮內膜等，蓋有時用平常劑量不能制止失血，必用大劑量以毀滅卵泡，並使卵巢萎縮方能獲效。

銹療法之適應證 SELECTION OF CASES

子宮機能不全 Uterine Insufficiency 此病多顯於月經將絕之婦人，然亦有在年齡較少者。其重要之症狀為月經過多，或血崩有時延續至數月之久。除畧顯繼發性貧血外，無局部或全身之改變。此患之原因今尚未悉。詳察其子宮內膜不見有若何大體上或顯微鏡的損害足以致此異常之出血。病之適用銹治者多係諸藥罔效，且或已受刮術一二次亦無益，或不得已將行子宮截除術者。此種病案，若治以銹，可獲最佳之效。尋常只用一次即癒。所用劑量以願否早斷月經為衡。若已臨絕經期，則用銹之時限可延長，以使之絕經。若尚有數年之月經，則所用之劑量以僅足制止血崩而不至斷絕月經為妥。

又有一類可用銹療治之月經過多，即出血由於子宮內膜有非惡性病所致。此病非屬子宮機能不全，蓋機能不全者子宮內膜不顯異常之改變也。子宮內膜非惡性病之出血大抵不外下列二種，即內膜腺恒久肥大，及內膜間質增厚是也。

腺質肥大 Gland Hypertrophy 此患與子宮機能不全不易分辨，因症狀相同，且多無可捫出之病徵借資鑑別。在較顯著者子宮變大而軟，且或後退。其內膜大為增厚，或達直徑半吋或尤多，且下墜成摺有似息肉。並常與頸內膜之多數性息肉伴發，故有此等息肉者可疑為內膜腺肥大。

內膜腺恒久肥大，自少年以至經絕期皆可發現，然以在三十五歲以上者居多。子宮因此病出血尙未至成腺瘤或囊性變之期者皆可用銚療治。是以擬用銚治者無須先事鑑別究係腺質肥大抑係子宮機能不全也。但用銚於子宮內以前，宜先施子宮探察刮術，以查考其內膜之情形何如。至內膜異常之肥厚，與每月生理之增厚，須有經驗方能分辨。若內膜已變為息肉形，則最要者須與子宮體之癌腫鑑別。尋常用目力察視即可診斷，蓋內膜腺肥大者其由子宮所刮出之組織成長條，或似息肉之光滑塊，出血較少。至若癌腫則所刮出者為易碎之細塊，且出血多。倘其為息肉形之肥大，務宜先刮淨子宮腔，而後插入銚劑。此不但奏效較佳，且可免日後流白帶及碎組織也。若內膜無病，所刮之組織以僅足敷檢查之用即妥。若尙未辨清其為內膜腺肥大抑或為癌，宜將刮出之組織立用顯微鏡查驗。倘為癌則不宜用銚療治。在施刮術時倘見所刮出者確屬癌腫，除為敷顯微鏡檢用外不必多刮，且不宜用銚治，蓋二者皆無補於斷根手術也。

間質性內膜炎 Interstitial Endometritis 內膜肥厚之因間質炎及淋巴球浸潤致者，用目力查視不易與內膜腺永久肥大或內膜生理的肥厚者分別。粘膜有無慢性或急性炎，既非目力所能辨認，故為用銚治子宮出血之一種缺憾。若炎限於子宮內膜，則雖治以銚亦約無害。無如內膜炎常與骨盆內之隱性炎伴發，倘貿然施以銚劑，難免不激起炎之活動。然曾見有

用銑治後，將刮出物用顯微鏡檢查，而知係間質性內膜炎却無妨礙者。

青年之月經過多 Menorrhagia of the Young 此患用銑療治特有奇效。前此醫界以爲其有絕經及不孕之可能，故不敢擅用。今則其施用之技術改善，可用適當之劑量以調理月經而無不良效果。

青年月經過多之原因，一如中年者之不易查明。不顯病理的改變而與子宮機能不全酷肖者有之。顯內膜大爲肥厚施刮術後速復發者亦有之。且間有少女患此，呈乏色暈陽性反應者。此與少年手淫大抵不無關係。無論其起因若何，治之皆難見效。惟按現時之考究，治以減量之銑有益。然以方在試辦時期，究應用劑量幾何，尙未能定。雖有謂青年月經過多較中年抵抗銑之力爲大者，但因有絕經之險，莫如以年愈少用量愈小爲妙。縱須復用，亦似較妥。青年已嫁之婦月經過多而不孕者，如用銑療治，最要防經閉。用銑調經雖用小劑，亦有時二三月後暫現經閉，此應向病人早爲聲明者。發身時（十四至十六歲）之月經過多，尋常宜按狀施以內科及衛生的療法，每可獲癒，倘不效，可毅然用銑治之。

纖維肌瘤之月經過多 Menorrhagia of the Fibroids 此患昔用X光線治之不甚有效，今則主張用銑治療，以銑之效較爲優越也。X光線之作用在殘毀卵泡，因不能直接應用於子宮粘膜。銑之大劑雖亦有此作用，但因能直用於粘膜，故可用其小劑俾單獨行其作用於子宮粘膜而不累及卵巢。此等分別作用，於治肌瘤極關重要，因子宮至少有一部分作用與卵巢無關也。此可於昔之截除卵巢以治肌瘤性之出血而不效證明之。

用銜療治肌瘤性之出血，見效甚速而準，故現時用之者漸多。然亦主張須擇別應用者。銜之作用在能使肌溜皺縮，究之皺縮至若何程度尙未確知。

所有用X光線治肌瘤之危險，如變性、壞死及燒傷等弊，在銜療法概可免除。是以患肌瘤者，若有不能施外科術之情形，或僅致出血而無他狀之小瘤，用銜療治最為適宜。

試將著者個人對於此事之意見簡述如次：

凡大肌瘤，無論致症狀與否，倘無忌用外科手術之情形，概宜以外科術療治之。如有之，則雖大而出血之肌瘤可治以銜，但若僅為使肌瘤體積減小，除外科術已窮外，不必用銜療治。

肌瘤於絕經後依然出血或變性者，倘身體無忌用外科手術之情形，則宜將瘤割去。

肌瘤之致壓迫症狀者宜用手術切去之，其生長於骨盆下部者尤然，此包括子宮頸肌瘤。肌瘤性息肉亦宜用外科術割去。

若年歲較輕之婦患肌瘤而猶望生育者，以行肌瘤切除術為妙。倘以後仍常出血，則用銜療治最合。

子宮出血與小肌瘤伴發者，用銜療治甚為適當。

在有子宮肌瘤而併發盆組織炎者，不可治以銜。

子宮肌瘤與腺癌伴發者，須用外科手術治之。

盆組織炎之月經過多 Menorrhagia of Pelvic Inflammation

用銜治非惡性瘤之子宮出血後，有時速發現甚重之急性盆組織炎。此因銜能激起盆之隱性炎使成急性也。用銜治子宮頸癌後，亦或致此。其所顯之症狀與子宮炎之貿然施刮術者相同。故其害可謂為由於用前驅的刮術所致，而非銜之咎也。此在一定之範圍內為然，但銜有激動炎勢之關係則不可諱言。此於患癌之未用刮術只治以銜而亦有類此之結局者可證明之。

慢性盆組織炎往往伴發月經過多，且或有子宮附件之病爲醫者所極難查出者。故先須審定有無炎病，以爲可否用銨之標準。所幸考其歷史，復加以精細之診察，則究有隱性炎與否，大抵不難發覺。

此外尙有他種非惡性病，如子宮頸內膜炎，亦可用銨療治。顧今用銨之經驗尙少，其有效與否，不敢言定。子宮頸內膜炎既多係因染菌所致，而銨又有激勵作用可使炎增重，故殊不宜用。且直接施銨於頸內，或有致頸管閉鎖之險。蓋有用銨療治子宮體內膜，無意中銨管溜落頸內，後致頸管閉鎖者。

猶有主張用銨治子宮體內膜炎者。詎知實爲粘膜腺之肥大，而非真性炎。蓋真染菌性子宮內膜炎，則禁忌用銨也。

用銨極有佳效者爲女陰瘙癢及女陰皮乾枯。

銨療法之細則

劑量 治已屆絕經年齡之月經過多，宜用銨五十冠（50 mg.）於子宮腔內歷二十四小時之久。此種劑量或謂可致絕經，但依著者之經驗似不必然，惟其異常之出血概可制止耳。此劑量既或可使病者顯絕經之症狀，如面色潮紅，故吾人爲平均病案僅用十二至十四小時而不至使其絕經。若爲出血甚重或欲完全絕經者而應用，則可歷時較長。

施於三十五至四十歲之婦，可用五十冠歷八至十小時。二十五至三十歲之婦，用此劑量僅歷四小時。然亦可按其病之輕重而延長或縮短其時間。若爲未及二十五歲之少婦，則用二十五冠歷三至六小時可也。

後療法 子宮內應用銨療法之後，不必特加若何後療法，越三四日病人即可出院。用銨時所施之麻醉藥雖少，而嘔吐及頭痛却往往甚重。有迨銨取出後嘔吐即止者。間有嘔吐至二三日之久者。

鏡在子宮內時，不允病者小便，蓋填塞陰道內之紗墊，若連被尿浸漬，則尿可循含鏡之橡皮管引入子宮內也。若用鏡僅歷八至十二小時，病人大概能忍住其小便。倘不能忍，或用鏡越十二小時，則須施導尿術。

用鏡後或有白帶，此須預先向病人聲明者，其白帶有時甚多，或歷五六星期之久始止。宜用陰道灌洗術以潔之。

有時用鏡治後數日內，病者訴其盆之一側作痛。其原因今尚未悉。然旋即過去，絕非重要之併發病。

施治後數星期內或有幾許之子宮出血，亦宜預告病人。然尋常則甚少。有時用鏡之劑量雖大，而以後第一次之月經反甚多。用鏡療治後最顯著之情狀為面部潮紅。雖未致完全絕經者，亦或顯此狀。此蓋表明鏡之作用影響於卵巢也。此狀治以卵巢膏可速癒。

用鏡治青年月經過多，有時可因用量過大，而致其月經困難。此可服全卵巢膏，劑量五厘，每日三四次以矯正之。有時或須久服。在偶爾成經閉者亦可用此劑療治。

陰道痙攣

VAGINISMUS

陰道痙攣者，係女陰括約肌及他盆底肌於施手診或試圖交媾時呈不隨意之痙攣也。尋常兼發股之內收肌大縮及盆忽退縮。

陰部之因受感觸而如此痙攣，或因外生殖部有傷畏痛而感覺過敏所致，或完全由於心理的反射。按現時陰道痙攣之名稱，專應用於純屬心理現象者，此外則名假性陰道痙攣。

假性陰道痙攣 Pseudovaginismus. 由於種種有礙交媾之疼痛而起，如尿道口肉阜，尿道炎，處女膜硬固，陰道粘膜破裂，前

庭大腺炎，軟下疳及陰脣之他種潰瘍，陰道口因年老或截去卵巢後之皺縮，及會陰手術不當所致之癢帶等。以上各患，於交媾時或捫診時，因甚痛楚，故病者退避。是則其痙攣可視為生理的，蓋無異常之心理的作用也。

真性陰道痙攣 尋常無局部感覺過敏，其痙攣乃因心理的反射。常在尚未實行接觸之前即顯。反射之緣由，在因有畏痛之意像。如嘗經交媾致痛，或指診粗暴，以後遂長留畏痛之印像。此外尚有恐怖受孕，或憎惡其夫，或天性厭與男子接觸如生殖器發育不全，或出嫁過遲之婦所顯者。亦有恐診察時識破其淫行，或因害羞而痙攣者。

生殖器之錯行如手淫等等往往先致淡情，而後成真性陰道痙攣。真性與假性陰道痙攣關係密切，有時且不易區別，例如犯手淫者而後患女陰炎是。又如於中年婦女行會陰不當之手術，或截除子宮術及截除卵巢後，亦可致陰道痙攣。此則因其陰戶之組織萎縮，雖不必然作痛，却常覺不舒，而可為致甚重陰道痙攣之源。且會陰常感不舒，亦能助長心理之反射。若會陰之不舒消除，則陰道痙攣自癒矣。

治法 假性陰道痙攣之治法，在注重其致痛之原。但有時病人已成慣性神經系官能病及畏懼交媾，遂變為真性陰道痙攣矣。

真性陰道痙攣之治理甚難，或須賴專門精神病學者之助力。須先行手診及望診視其有無客觀的原因。行此診察，必須技術極精且有耐性及機智方可。若因病者畏懼，不能施診，須麻醉後行之。蓋若不麻醉，而草率暴厲行之，則或致痙攣更重。反之若能得病者之信仰，俾妥加檢查使知該處確無實際之觸痛，則其患或因此完全脫除。

陰道瘻變之因會陰老年萎縮致者，用卵巢膏確有效。

因生殖器發育不全致者，牽張陰戶有時或效，但多半無益而無法治療。所幸此等婦女多不出嫁。其由受精神的影響致者，最妙延神經學專家治之。

交媾困難 DYSpareunia

此名稱往往泛用於各種交媾不愉快之情況，故真假性陰道瘻變類多包括在內。就狹義言之，僅指交媾缺乏感快即無色慾亢進之能而言。此係關於陰蒂之應激機缺如，蓋由於陰部神經之感覺喪失或大腦生殖神經節抑或脊髓生殖神經節之應激機不全所致。又脊髓癆及脊髓橫行炎而傳導遮斷，亦可致之。

陰蒂之無感覺，或由於生成而不可易。此等女子從無色慾亢進之覺能。然多不顯局部或全身的發育不全，並或能生育，且有愛情而慕男，惟不克激情愉快耳。

女子對男子之感情頗關重要。嘗有女子多年不動情念，迨改適性情相投者則性慾興奮或達至最高之度。多有婦女出嫁後歷數星期或數月，其陰蒂即獲得正當之感覺。

交媾困難，有時因手淫所致。此則陰蒂只於交媾時感覺遲鈍。又有因男子射精過早或陽痿者。

施截除子宮及卵巢術後，淡情者佔百分之二十。

交媾困難若須療治，則以於陰蒂用電療法為最佳。

陰道閉鎖

GYNATRESIA

此指陰道腔完全閉合而言，閉合處自子宮頸至處女膜之任何部分皆可發生，抑或全管盡沒。多有以為陰道閉鎖，大半

由於先天發育不全所致。今則知其實有未然，蓋多數因陰道壁炎及潰瘍，迨癒合時互相粘連也。

據生殖器之胎生學的研究，知除屬雙子宮外，凡子宮發育正當者，其陰道決不能不全。在無陰道之畸形，則生殖道之上部亦必屬始基形而不能行功。故先天性無陰道者不顯症狀。反之，若陰道閉鎖而顯積液症狀，則指示其生殖系已完全發育，其閉鎖必為後天性也 (Veit)。

惟有一種例外，即處女膜之上皮面於未出生前已連合無孔而生殖道之其他部分則概發育正當。此種閉鎖究由於胎時之受染，抑或係先天的不全，尙未能確定。此狀況見於新生之兒，在其陰脣間現凸出之瘤，即處女膜內含血色分泌物而膨出，以致膜受液體之壓力而變薄。此於生後數日內須切開之，將液放出。

若係胎生的處女膜閉鎖，則於初生或生後不久必速顯症狀。迨後始顯症狀者，可視為後得之患。

陰道及處女膜因炎症癒合而致閉鎖之情況甚多。在小兒，其閉鎖尋常成於處女膜口，或成於陰道中部與外部之交界點，即其前後相接最密切之處。兒時陰道及陰脣之粘膜最柔嫩而易粘，倘在陰道口有何擦傷或糜爛處，受尿之惹或稀糞之沾染，即易使處女膜緣甚或小陰脣之面粘連。其表面上皮之傷可因跌倒（如騎於阻物上），或手淫，甚或運動之磨擦等所致。

閉鎖在陰道口者則成薄膜，因被積液所壓而緊張故也。若閉鎖處在陰道內，則其粘連之區域較寬，自一窄條以至陰道全腔粘連不等。所成之隔膜雖被積液伸張，究較處女膜處閉鎖者為厚，且瘻痕絨亦多。

陰道狹窄 Stenosis of the vagina 其原因與陰道閉鎖相同，但非全閉耳。其因幼時陰道炎致者，則可捫得環形瘰之狹窄，而手指猶能通過。有因生產時施產鉗致陰道裂傷甚重者，迨後可發生闊大之瘰，使陰道狹窄，其瘰或延至子宮鄰結締織，老年陰道炎亦多致陰道狹窄。

陰道瘰性狹窄之關係，在妨礙分泌物之排出，故停滯而起化學之變，成爲有刺激性之白帶，而爲女陰瘙癢及陰部皮乾枯之原因。陰道瘰性狹窄最重要之危險，爲可致難產。

陰道壁之粘閉由於潰爛性陰道炎所致，已如上述。兒時最重之陰道炎卽淋菌致者。蓋兒時之陰道及陰唇極易受該菌之染，凡用不潔之手巾，海絨，被單等，皆可爲傳染之媒介。其所致之炎，往往膿膿甚多，而易發生粘着。富蘭奎氏並謂兒之病此者，其症狀或甚輕不及覺察，而竟有因此致陰道閉鎖者。倘一研究此病在他處易成粘着之情形，卽知此說之不謬。

數種全身性傳染病亦或可致陰道發炎及潰瘍，如猩紅熱，白喉，傷寒及麻疹等，所以許多兒時之陰道閉鎖，諒因此故。

絕經後之老年性陰道炎，可致陰道或子宮頸閉鎖。此種閉鎖多在陰道上部。老年萎縮往往使陰道後穹窿消滅，致陰道變成圓錐形。其慢性炎之成形作用可使陰道壁與子宮頸粘合，致陰道腔於近頸外口處狹窄或閉鎖。

症狀 新生兒之處女膜閉鎖者有陰道積液之狀致膜外突。此大抵由於出生時兒之子宮受胎盤之激勵致分泌過多甚或出血之故。自出生後至發身期子宮不顯活動作用，故後得之陰道閉鎖非至發身期不顯症狀。但間有處女膜內蓄有非血性液，於月經未成立以前卽須診治者。

此患尋常在開始行經時始顯，卽每屆經期現行經困苦之狀，兼有下腹及腰部之劇烈的痙攣性痛。然有時無自覺症狀，直至積液成大塊而始顯受壓之狀。

若閉鎖在處女膜或陰道下部，則經血及子宮與頸之分泌物，將積於陰道內而成所謂陰道經血滯溜 (hematocolpos)。閉鎖膜向外膨脹於陰唇之間，而陰道內積液之團或達至極大。久則子宮頸亦漸被擴張，卒致子宮漲滿以血而成子宮經血滯溜 (hematometra)。

其後更重要之顯狀，為一側或兩側之輸卵管成血腫 (hematosalpinx)。此因輸卵管之腹口閉塞，血液滲入管內所致也。其血液半來自子宮，半由於輸卵管粘膜炎所滲出。至輸卵管腹口之何以閉塞，則尚屬疑案。有以為係因致陰道閉鎖之原發性炎兼累及輸卵管腹口之故。有以為其閉塞非因炎症，乃因血凝結而機化所致，一如見之於輸卵管流產然。又有以為輸卵管端之上皮性內膜，因慢性充血而剝脫，致易於相粘。更有以為生殖器如此積血，可使盆腹膜之吸收作用減少，蓋經血滲至腹膜面則刺戟之而使發生粘着也。輸卵管血腫，或與腸粘連而由腸受染。

輸卵管血腫內之血漸呈特殊之改變，赤血球皺縮，血液稠而如糖漿，色紅紫。倘染膿毒則即變成輸卵管膿腫。

積血日久則毒性頗大，且或含病原菌，蓋倘破裂，則易誘起腹膜炎或毒質吸收而致命。破裂後或發現休克（震盪或虛脫）而死，與輸卵管妊娠之破裂而死者相似。

第九十圖



後天性陰道或處女膜閉鎖

顯示生殖道因經血滯溜所致各腔之圖式。其在陰道者曰陰道經血滯溜，在子宮體者曰子宮經血滯溜，在輸卵管者曰輸卵管血腫。

診斷 當發身期，此患大抵易於診斷，蓋有定期之月經困難狀，及疼痛而不見血，陰道鎖閉，與夫由直腸能捫得盆內有瘤等，皆其特狀也。但其受累之範圍則或不易定，而推測輸卵管之情形為尤難。因腹膜內所成之大瘤有時不甚明瞭，故不易辨別究係何器官之膨脹也。

療法 處女膜及陰道閉鎖者須用根治術，將閉膜完全割去。惟陰道全管閉鎖則不適用此法。所有陰道及子宮內之蓄積物應用最精細之無菌法除盡之。閉膜完全割去後液體易於排出，受染之危險亦少，且不至復閉。平常於處女膜割一十字形之口以治之者殊為不合。蓋排液既不流暢，必致染毒，其染毒或甚重能致死，或漸成慢性陰道炎而久流惡臭之白帶，且割口不久縮小，而於以後之排洩有礙。截去閉膜之相當辦法，容後詳之（見卷三陰道閉鎖之手術）。

若陰道壁之面全體粘附，則分離後覆被之上皮甚少或全無，故倘非植入新上皮面，極難免其復閉。植皮法，在由小陰唇或股內面揭起皮片，轉入陰內而移植之（詳後陰道閉鎖之手術），倘並此法亦不可行，則或須完全截除子宮。

若有輸卵管血腫，則宜視為要症，此不但應切去其陰道之閉膜，且須開腹以去其血腫。究應先行何術，論者不一其說。據著者之意，以先行陰道手術為妙。第一，因輸卵管血腫之有無不易確定，迨開通陰道後則診斷甚易。第二，盆病之情勢或須行子宮切除術，倘先行之難免不使陰道及子宮內之積血洩入腹腔。

少女之患輸卵管血腫者宜採保存法為妙。至究應行何手術，則按其情形而定。

治輸卵管血腫莫如視為毒症而特加小心，可於腹壁割口之下端設置排液物。切不可如膿性盆炎之由陰道排液。

雙子宮及陰道有時或致一側閉鎖。其閉鎖或由於先天的聯合，或如單子宮之爲後得者。其子宮積血及輸卵管血腫皆在一側，故症狀亦限於一側。此則診斷或頗難，因他側之子宮依然能行經也。治法在開腹截除該側之子宮。

治陰道狹窄，在將癒性組織割去，愈盡愈妙。妥善縫合陰道壁之切口，以免復行縮窄。術者須富成形外科之學識，始克有濟。大概陰道之口徑及其體形可全恢復。但間有癒痕組織過厚，致手術難於舉行及結果不良者。

先天無陰道者，若爲出嫁求治，可爲之造作假陰道。多有婦女，既無陰道，其內生殖器復爲始基形，而其繼發性狀則發育完全，且有性念及快感者。此等女子往往願嫁而不畏手術之危險。假陰道之造作法詳見卷三。

生殖器萎縮

GENITAL ATROPHY

內外生殖器之老年性退化，按之生理係開始於絕經時期。其漸次退化之程度人各不同。

子宮之萎縮，係其肌織之減少，而結締組織次之。全子宮遂變短，其壁變薄而軟，終則皺縮成一小囊，表面呈灰白色之缺血狀況。其位置與子宮後傾第二期者相同，即隨陰道軸之方向，故子宮軸變爲直形。

子宮粘膜亦起退化，變薄而光滑。其腺變小而數亦減少，卒則全無。其細毛上皮則變成無細毛之立方形類。子宮內膜之間質亦皺縮而成梭形類之結締織。子宮頸變小而短縮，後則僅作一小凹於陰道之頂部。子宮腔之口徑減小，且或有一部或全部之閉合。輸卵管變短而直。卵巢縮綳爲結締織之束，其卵泡則全消沒。

陰道之變積變平，陰道穹窿向之寬闊而如囊者，至此則窄而尖。其液原係酸性，老年萎縮後則變成鹼性，故殺菌之力較遜。陰道口縮小，若先有手術後之瘢痕，此時則縮成索狀帶。

外生殖器之改變頗為顯著。大陰脣失其圓滿而變平扁，且有縐摺。小陰脣變薄而平，漸次縮小以至全無。陰道前庭及小陰脣之表皮之色變淡而缺血，且乾枯而無彈力性。

生殖器之老年退化，尋常過四十歲後始顯，然亦間有三十歲之婦，身體無他異常而亦畧顯退化者。

猶有一種生理的萎縮發現於授乳時期，特在子宮壁為著。此實為產後子宮復舊過度，其變小非如老年萎縮之肌織消滅，乃因各肌纖維之體積減小耳。迨授乳既止，子宮之體積即回復如常。當授乳時子宮軟而易刺穿及破裂，故於此時施外科手術宜特加謹慎。

授乳萎縮可遍及生殖器全部，但或甚輕不及覺察。若於此時行外生殖器成形手術，則其組織之乏彈力性往往甚著，且或妨礙手術預定之結果。是以於授乳時施會陰全裂之修補術者，因其萎縮組織之彈力不全或致切口不易對正而癒合。

若授乳過久或生產過密而授乳頻仍者，其萎縮可成恆久的，甚至經閉及不孕。生殖器之早期萎縮往往由於此故。授乳之婦而兼有結核病者尤特易致恆久萎縮。

又有一種萎縮由於截除卵巢所致，其情形與老年萎縮者同。在將近天然絕經期之婦女，較在青年者更顯。往往於卵巢截除後速顯此狀，有時術後二星期內其外生殖器即發現缺血而變乾。

生殖器之病理的萎縮或為全身性病之結果，而以肺結核為最要。他病之亦可致此者為慢性腎炎，糖尿病，嗎啡中毒，關節風濕病，脊髓病，甲狀腺截除後惡病質，及嚴重之精神病等。

產後子宮染劇烈之膿毒者可致子宮壁壞死而成一種機械的萎縮。

原因 生殖器萎縮係關於卵巢內分泌之遏止，蓋該內分泌重要之作用在調理全部生殖器之行功。若卵巢官能不全則其他生殖器似亦局部缺血而萎縮。

症狀 生殖器萎縮既多係生理的變化，故尋常無大關係。但於某種情況下或發生極關重要之併發病。其中最要者為子宮頸管縮細，以至閉塞。若前曾破裂而施修補手術，則閉塞尤易。完全閉塞者，有時可使子宮內膜之漿液性分泌物存於其內，致成子宮積水 (hydrometra)。倘在未閉合時已受染，致其液化為膿性者，則成子宮積膿 (pyometra)。尋常管腔非完全閉塞，其積液僅屬一時的，嗣則按期流出。子宮液如此被阻，易資傳染及易起化學的改變，而致大有刺戟性。子宮積膿之按期流出物或極臭惡而有類子宮頸癌之特臭，故常誤診為癌。

子宮所流之刺戟性液，浸漬薄而易脫之陰道上皮，致成老年性陰道炎。該溢液之化學作用又可為發生女陰瘙癢之源，日久且可致女陰皮乾枯。

老年性陰道炎，固可為子宮積液刺戟之結果，然亦或為老年萎縮之後發病。蓋老年之陰道上皮薄而易脫，偶受摩擦即易剝脫而受習居陰道之菌之傳染。於是流白色稠膿，且多有惡臭，因含脫落之陰道上皮甚多也。上皮之殘損非遍及全陰道，乃如斑點之侵蝕，或作裂隙，或成潰瘍。若上皮殘毀頗深，則致輕性之出血，故溢液帶血色，更易誤認為癌。

老年性陰道炎，一如兒時陰道炎之易發生粘着組織。但老年發生之粘着多在陰道上部，而幼時所發生者則在陰道下部，是其異也。老年陰道穹窿或致緊貼於子宮頸，致頸變埋藏

其內，抑或兩壁相粘致管腔閉塞。若炎勢延至于宮頸之陰道部，則可使頸管外口閉合，而顯子宮積液或積膿之狀。

生殖器萎縮能使陰道口縮窄，且在曾施手術致會陰有瘢痕者，至此則或成甚硬之帶，予病者以不舒，時有緊縮之感覺，縈擾其念，久則或成劇烈之生殖器性精神病。

此帶形癥在陰道口能使交媾痛楚或不能，致失婦職而釀成屬性的精神病。

會陰有瘢痕組織者，或有礙子宮陰道分泌物之排出，致誘起陰道炎及陰部外刺戟。會陰之有癥，大抵由於行會陰成形術過度，致有一處或數處太緊而成一脊之故。先時尚無大關係，迨至絕經期或因病截除卵巢後始顯症狀。

施截除子宮術兼行會陰成形術時，倘會陰縫合過緊，則可致收縮而起症狀。

就上述諸點觀之，知施行會陰成形術須具精審之技術乃可。其所以成索狀癥蓋由於術後染毒及生肉芽癒合或由於修剪傷緣太多而致縫合過緊之故。須知癥性組織係成於皮下，不至達及肌質之內，故不致有肌質相合過緊之事。行會陰成形術後使陰道口成漏斗形者，則日後萎縮時不至發生若何症狀。倘術者能深知會陰之支持力係在乎提肛門肌之癒合而並不在乎淺層組織之縫合過緊，則此種成漏斗形之結果當可獲得。

老年性萎縮或可使陰道前庭不舒適，特如在前庭上皮皺縮時牽尿道粘膜外翻是。此種狀況畧似尿道口肉阜，尋常尚無重大關係，惟其外翻之膜易受刺戟而發炎。若粘膜翻出過多，則或致血栓形成及壞死而須施以外科手術。

異性尿道口肉阜，特易於生殖器萎縮之婦發生。

萎縮之勢力並可及於尿道及膀胱，致尿道狹窄，膀胱壁失其彈力而皺縮，容量小而小便頻。

老年萎縮最苦惱之症狀為顯於女陰上皮，特如在陰道口者，有覺乾燥灼熱者，有發奇癢者。此諒因所存分泌物之化學作用所致，但有時陰道溢液無多，亦顯此狀。久則激成陰道痙攣而為精神受打擊之源。

診斷 老年萎縮之改變，在稍有經驗者尋常不難診斷。但有時可誤認為癌。絕經後復流惡臭血液者，當然為癌之表示；及用雙手診查，捫得陰道光滑，子宮頸萎縮，子宮小而軟，乃知其係生殖器官萎縮而非癌也。惟子宮頸向內長之癌，在早期初亦不能察見及捫悉，為醫者所宜注意者。又子宮體之腺癌或亦如是，且常發生於萎縮之子宮。是以凡疑為癌者須麻醉病人，剖其子宮檢查之。並可乘此診定其子宮頸管是否閉鎖而加以療治。

欲測定女陰瘙癢及陰部皮乾枯之原因，必慎查其陰道及子宮頸有無阻塞分泌物之處始知。

萎縮陰道膜所有之潰瘍及裂隙，有時與癌病者相似，務宜截下一小片，用顯微鏡查驗之。

治法 治生殖器萎縮之併發病，務宜麻醉病人探察其子宮腔，以便斷定其確非為癌，並藉此擴張其頸管所有縮窄之處。此等狹窄處殊多於逆料所及，雖不至使子宮腔完全閉鎖，却有凝液之流通。倘有狹窄之處而不加詳察，則治其陰道及陰唇無益也。

尋常只用擴張子宮頸管術即可。若狹窄或閉鎖處近頸外口或在外口，則可剖裂頸之兩側，以使成管形之口。若有子宮積膿，雖用擴張術依然可復發。果其復發，應截除其子宮。

若有陰道炎，須先查其是否因積液所致。倘果因之，須行手術以使之便於流出。陰道炎自身之治法在塗碘酒即可獲癒。

治會陰之瘻痕宜用成形手術，將瘻痕組織剔出。其法，於會陰中線割一橫口，由割口兩側之皮下用剪將瘻織剪出，如此可免損失上皮。後將割口豎縫，則陰道口變成漏斗形，而陰道液易於流出矣（見後緊張會陰擴大術）。縫合此種割口，須細心使兩緣適對，否則易受染毒，致生肉芽瘻合而復生瘻痕也。

女陰萎縮之治法，大要在使陰道液易於流出。若皮之改變已久，服卵巢膏有時最效。

治尿道粘膜外翻，宜將外翻之膜截去之。至若尿道口肉阜則或施手術，或用高頻率電流（high-frequency current）除去之。若係復發之肉阜用電流除去最佳。

尿道因狹窄而致過敏者，用擴張術大效。其過敏由於尿道或膀胱之粘膜局部炎致者則療治殊不易。

子宮機能不全

UTERINE INSUFFICIENCY

此名稱用以指劇烈之月經過多，而無明顯的解剖學上的異常而言。第由其肌織之力不足，不能使經血收閉也。最常見於將屆絕經期之婦人，然亦間有畧早者。有甚重而纏綿不愈致成一定之病者，有僅屬暫時性者，如見於絕經期是也。

原因及病理 昔者以為由於子宮血管之硬化過早所致，今則多不以此說為然。有研究家某，嘗知子宮肌力不足係因子宮肌層內之結締織與肌織之均勢喪失使然。某謂距絕經期愈近，子宮肌織維愈減少，而結締織愈增加，在歷經受孕者此增加愈顯明。若結締織之增加過度，則子宮壁將失其縮力，

致行經時不克制止其經血之橫流。此說屬邏輯的，所以多見於絕經期之故或即此理也。但用實驗法有證明不盡然者，最近學者主張子宮機能不全，係因卵巢分泌失其常軌所致。

症狀 子宮機能不全之要狀，為月經過多或延時過久，而月經間期減短。經血常凝成塊。後則因貧血及衰竭所致之繼發症狀多，而不一，最著者為神經系病，半因失血，半因杞憂有以致之也。

診斷 欲診斷確為子宮機能不全，須先鑑定其絕非類似之他病，如子宮內膜腺質肥大，子宮頸或子宮內膜息肉，子宮肌瘤，及子宮體或頸之癌等。行此診查應麻醉後為之，以使用刮匙或胎盤鑷以查知子宮內之情形。若子宮頸有異常之狀況，宜截取一小片，與子宮內刮出之物，立即置於佛馬林或醇內，俾病理學家檢查之。麻醉診察時，雖小纖維肌瘤，亦易查出。倘其為內膜腺肥大或有內膜息肉，則刮術或可治愈之。倘為癌，且可因此早知而早行斷根手術以救其命。

若確非以上所述之諸患，則始可診定為子宮機能不全。其子宮或異位且變大而軟，或完全無改變。

治法 分姑息療法及斷根療法。若已確定其係子宮機能不全，不妨先試用姑息療法，因其非致命之病，可從容療治也。

用刮術無甚大益，不過暫時減輕而已。藥物如麥角、金印草、哈馬美利等均無效。有謂用垂體素有益者，但不及治少婦官能的月經過多之尤為有效。

子宮機能不全之最佳治法為應用銜劑。其法詳前。

有時不得已須施外科手術治之。如子宮已後屈而充血，則宜行手術使之復位，可減輕其狀，甚或可治癒之。但此種結果不能必得此於施手術之先應向病人聲明者。若姑息療法

不效而病人已近絕經之期，則施陰道上截除子宮術可保必癒，而其神經系之症狀亦可由此消滅。

生殖器幼稚性及不孕性

INFANTILISM AND STERILITY

不孕性分原發繼發兩種。原發性不孕，指出嫁後，於正當狀況下，歷三至五年而不生育之謂。繼發性不孕，則指其人曾有生殖之能，後則變成不能受孕而言。猶有絕對不孕性，如在生殖器發育不全者是。

原因 不孕之原因，可分為特發的及後天的二類。特發者凡生殖器之胎胚性或幼稚性皆屬之。胎胚性 (fetalism) 一名稱為 Hegar 氏所引用，指示生殖器於胚胎時發育不良或遏止也。其所顯者例如種種雙子宮（由於苗勒氏管未連合），及種種不全發育，例如陰道子宮卵巢或輸卵管等缺如是也。凡此種胚胎性生殖器概不能受孕，且各種療治皆無濟於事。幼稚性 (infantilism) 者，則指生殖器當出生時尙發育完全而無妨礙生育之事，惟當兒時發育停止，迨及生育年齡，其生殖器仍係雛形也。有幼稚性只限於生殖器而身體其他部分則發育完全且或發育特優者，亦有生殖器幼稚性為全身發育不良之一部分者。是以不孕之婦可別為二類。其一，身體胖大血多而力充足。其二，則身體瘦小形容憔悴而類「老女」。第一類觀其外表，絕不類生殖器發育不全者。至若第二類，則顯許多易辨之特狀，例如頸細長而失嬌艷，胸廓長而窄小，背扁平而脊柱彎曲，肩胛骨如翼，肌肉不豐骨盆扁而臀肌發育不良，髓骨窄而大腿纖細，乳房發育不豐而鬆垂等。此二類之婦女之神經系皆富敏感性，且神經薄弱。又大抵皆顯月經紊亂，多係痛經而為神經性症狀之要因。

外生殖器發育完全與否不定而在老女式之婦人，則生殖器大都瘦弱，小陰脣薄而色淡，大陰脣扁而不豐潤。會陰之肌組織類多不全，且間有陰道脫垂或子宮前脫者。

幼稚性之原因 其原因迄未甚確定，大抵遺傳及幼年環境頗與有關。其先代有梅毒、嗜酒、患癩病及精神錯亂病，或血族結婚致種族退化者，其後嗣常顯幼稚性。早產、幼時營養不良、幼年病如佝僂病、結核病、萎黃病等多為發育不全者之病史。又多有顯循環系及呼吸系之先天性缺點者，例如心臟小、血管細而壁薄、胸窄而長、肺容量小等皆是。但此等缺點，不必為生殖器幼稚性之原因，而多屬全身的發育不全，生殖器幼稚特其中之一耳。

腎上腺、甲狀腺、垂體、胸腺等內分泌腺，皆與生殖器發育有關。若此等腺間喪失其協和作用，則影響於卵巢及其生殖細胞者或甚重大。內分泌腺有病，往往發生生殖器萎縮或不孕。患垂體病者例如肢端肥大病及巨大畸形，或垂體機能遲鈍等，皆有經閉及不孕之事實。患粘液性水腫、甲狀腺分泌不全所致者，其生殖器亦大抵弱小而不孕。突眼性甲狀腺腫，往往伴發官能性月經不調及無生殖能。腎上腺有病者亦常如此。

內分泌腺與生殖器發育之關係，已詳於卷一。

夫生殖器幼稚，何以女多於男，頗有研究之旨趣。說者以為因女子生殖器較男子者為複雜，故其發育不全之機會亦較多也。

因幼稚性不孕之原因甚多，凡內外生殖器之任何部分發育不全或有畸形者皆可妨礙受孕，故必將生殖器之各部逐一論之。

卵巢 因幼稚性不孕之婦，其卵巢有完全正當者，有呈不全發育之特狀者。有少數之卵巢且不全下降而停留於盆上

口。其闌尾(蚓突)卵巢間之腹膜皺襞往往較短,而為使子宮後轉之原。然卵巢之未降,不必即為不孕通常之原因,蓋大抵兼有他種發育不全之徵,足妨礙受孕也。

幼稚性之卵巢,常呈數種特狀。有體積甚小者,有外廓變長而成梭形者。亦有外形如常而第變扁者。此外有一常見之特狀,即其表面變白而平,因結締織外層增厚也。又卵巢體積增大者亦不少,此由於卵泡形成閉鎖之故。

若用顯微鏡檢查此發育不全之卵巢,則見其卵泡多屬始基形,其結締織顯然增多,特如白膜加厚。據 Kehler 氏謂,此卵泡之不曾發達由於卵巢官能不全,因是顯遲發月經,經閉,痛經,不孕及性慾無能等現象。

卵巢之大小及卵泡之多寡,人各有異。卵泡之數平均約為三萬五千,但在三十年之行經期內,其能成熟者約只四百,其餘則概萎閉。按生理發育之卵泡其所以成熟而破裂,蓋由於泡之內壓力與卵巢外膜之抵抗力有相當之均勢而然。而在不孕之婦,其卵巢外膜往往較平常厚而堅硬,致卵泡之內壓力不足以勝之。又幼稚性卵巢之生發性上皮細胞較正當卵巢者大而優越。由是可推知卵泡所遇之抵抗力過大,致不能完全成熟將卵排出。又卵泡內壓力之不足亦或與有關,此因充血不全之故,如所顯月經過少或月經愆期是也。此等卵巢不成黃體者殊非罕見。

輸卵管 輸卵管淋病及結核於後天性不孕確有重大之關係,而其可為生殖器發育不全之一部足妨礙受孕與否,則殊不定。但有數種關於輸卵管幼稚之學說頗有研究之價值。Freund 氏謂人當初生時輸卵管係螺旋形,在其子宮端尤甚。在慢性輸卵管炎亦常有此狀況,故昔者以先天性之扭轉為胎兒時盆炎所致。今則以為此畸形既常見於生殖器發育不全。

之人，故以爲係幼稚性之一特徵而或可妨礙受孕之事。又久不生育之婦女，偶發生子宮外孕，約亦因此輸卵管之先天扭轉也。

輸卵管之他種結構顯幼稚性者爲肌織、繖及細毛。其肌織之排列有蠕動之作用以助卵之運輸，在有先天性發育不全者則其蠕動不良，故可致不孕或子宮外孕。炎病之累及輸卵管繖與細毛者固能致不育，而該件之發育不全，度亦有同此之結果。

子宮 子宮在發育上所成之位置異常，常致不孕，迨施外科復位術後則多可受孕。故診斷生殖器之幼稚性時須注意及之。

幼稚性子宮，爲生殖器發育不全之指南，且易於識別。其幼稚性分二類。其一，子宮體與頸之比例完全合度，惟全體過小耳。其二爲常見者，子宮體與頸之比例大不合度，蓋正當之子宮體長約七釐，頸長僅三釐。而在幼稚性之子宮則相反，其頸反長於體。又體與頸相對之位置亦異常，非成前屈即變後傾。此長頸細而爲圓錐形，無論子宮體屈前或屈後，而頸之方向概與陰道長軸相同。若子宮體之位置合度且無異常之屈，則頸之方向亦合生理，但因過長致觸陰道後壁，故似有若過近骯骨者。子宮前屈遠多於後屈，是以在有痛經與不孕之歷史者約即可診斷其兼有前屈也。

子宮發育彎屈能否妨礙受孕，迄今尙難解答。夫子宮彎屈固能使頸管狹窄，似有礙精子之進行，但尙非屈處有瘻纒則大都極易擴張而無若何障阻，且猪、羊、犬之子宮在生理上卽爲最銳之屈，而究與精子之上達無礙。

在前屈或後屈之子宮，其頸與陰道相關之位置異常，殊有影響於受孕之事，殆可無疑。生殖器幼稚之子宮頸，其方向大

都順陰道之長軸，而不與陰道成正角已述如前。須知生殖器正當者，子宮頸陰道部後方所有之囊於存留精液極關重要，故特稱之爲精池 (receptaculum seminis)。在正當情況下子宮頸係直向此池，故交媾畢則頸口適浸於該池所存之精液中，如是精子遂極易進入頸管。凡生殖器發育不全者，此種相關之位置即變亂失常。無論子宮屈前或屈後，其頸概不朝向此池。縱在無屈者亦因其頸過長，抵觸陰道後壁，致此池消沒。若陰道壁過短亦有類此之結果，蓋前壁短者牽子宮頸向前，後壁短者則致此池廢除也。

發育不全所致之子宮彎屈，多有於頸管之屈部(尋常在齊內口處)發生癥帶者，已述如上。此帶能阻探子或擴張器之通過，如尿道狹窄者然。帶發生之原因尙未明悉，其究由於久屈之結果，抑或因先有癥帶而後成彎屈，迄無定論。女子未至發身期之先，其子宮之結締織多於肌織，無怪幼稚性子宮亦富於結締織也。

又癥帶之如何可以阻礙受孕，亦無定說。或因其妨害血液循環致頸液變性之故，或因其適於形成粘液塞子阻塞頸管有礙精子之進入。且此種子宮頸類多僵硬而失其正當之運動能，亦爲不適於妊娠之一端也。

交媾畢，精液速由陰道洩出者名精液洩出 (effluvium seminis) 或亦以爲有礙於受孕。此種情況或因分娩時陰道壁破裂或脫垂所致，或爲陰道壁發育不全之結果。有人證明陰道前壁短者，於交媾畢不久，其陰道及頸液內皆不見含精子。婦人中有能自行將精液逼出以使久不受孕者。此中關係或頗大，因成孕雖只需一個精子，然所射之精子數兆，倘多數洩出則交遇之機當然較小也。精液洩出，雖不無妨礙受孕之事，但所佔地位究非甚要。

後天性不孕之原因 淋病 Gonorrhea. 此為後天性不孕之最要原因，蓋男女生殖器皆可受其害也。子宮附件受淋病傳染而為不孕之原因者計佔百分之八至五十九。綜計其平均數約為百分之三十三其重要概可知也。

淋病之妨礙受孕，多因其封閉輸卵管端或損害管之粘膜致卵不易進行。蓋使粘膜壁積粘致卵不克順利前行，乃停留於所成之盲囊內。且管內上皮之細毛約亦損壞而不能照常助卵之運輸。

淋病傳染子宮頸粘膜，亦能限制生育，慢性頸內膜炎為原發性不孕常見原因，但究不及輸卵管受累者之重要。子宮頸內膜炎亦可為繼發性不孕之原因，蓋受孕後，倘子宮頸受淋病之染，迨產後則上行染及輸卵管，而成永久之繼發性不孕。經產一胎而止者多由於此故。

產後膿毒病 Puerperal sepsis. 往往為曾染淋病之結果。倘膿毒感染完全屬產後的，則其所致永久之損害當較淋病致者為輕。產後感染多假道於子宮及子宮鄰結締織之淋巴管而延至盆內，故輸卵管之受害係自外來。即使產後感染係由子宮口入輸卵管，其粘膜之受損亦較淋性輸卵管炎為輕。用顯微鏡檢查，見其膿係附於粘膜之表面而非侵入粘膜之下層，且無淋性輸卵管炎之成形性滲出物及粘膜壁積粘之事。是以顯微鏡的診斷或能將此二種傳染區別。

子宮頸內膜炎 Endocervicitis. 非淋菌所致之頸內膜炎亦可致不孕，但較他種原因致者易於治療。其顯狀為頸粘膜腺分泌過多，致頸管被稠厚之粘液壅塞而有礙精子之通過。且有頸液之鹼性變為酸性，致精子不能在其內生活者。

此種子宮頸內膜炎有時係因頸破裂，其粘膜外翻受刺激所致，或足妨礙受孕。此狀況或亦見於未產婦或處女之子宮，常與發育不全之子宮為伍。約因子宮頸內口有瘰性狹窄也。

粘液過多爲不孕原因之理，可於用局部療法或子宮頸刮術除去栓塞粘液後之往往即可受孕之事實證明之。

子宮內膜炎 Endometritis 子宮內膜不易受淋病傳染，本書前已論及，即在輸卵管確患淋病者，用顯微鏡檢查，亦罕見子宮內膜有急性或慢性炎之狀。子宮內膜之急性或慢性炎，多因產後受膿毒傳染所致。無論何種原因所致之子宮內膜炎（結核病大抵除外），約無重要妨礙受孕之關係，惟產後或淋病所致之慢性間質性子宮內膜炎，或易於釀成流產，因子宮之營養力不良也。

生殖器結核 Genital tuberculosis 患此者幾皆不孕，蓋輸卵管因粘着閉合，與淋病者相同。若輸卵管內膜受累，則全管閉塞，且常下行延及子宮內膜及子宮肌層。早年生殖器結核，往往致完全經閉。

卵巢囊形變性 Cystic degeneration 有以爲卵巢之囊形變性能致不孕者。但似非爲不孕之專因，乃伴發之病况也。所以成小囊者，或因卵巢白膜之抵抗力過大或因發育不全致內部壓力弱小使然。盆組織發炎者亦常顯卵巢之囊形變性，但非不孕之要因。

後天性子宮異位 Acquired misplacements of the uterus. 先天或發育的子宮異位之能礙受孕，前已論及，後天的異位亦然。女子之因患後天性子宮後傾屈者，多失生殖能。子宮異位致不孕之理，可於使子宮復位後而能受孕之事實證明之。其妨礙受孕之道，蓋與子宮發育不全者同，非由於阻塞，乃由於子宮頸之方向變異而不克浸入精池之故也。

陰道壁弛緩，或亦爲不孕之一因，但殊不常見，因間有子宮脫垂，甚或子宮前脫之婦而猶能受孕者。若陰道壁弛緩而果致不孕，則大抵因其不能存留精液，精子旋即洩出也。

腫瘤 Tumors. 腫瘤與妊娠或頗有關。外生殖器之腫瘤，如前庭大腺囊腫，陰道囊腫，女陰或陰道纖維瘤，子宮頸或陰道之瘻或肉瘤等，皆有礙於交媾。早期之瘻不必致不孕，因間有患瘻而兼妊娠者。所以少見，由於瘻發生時已過生育時代也。

兩卵巢皆有腫瘤者多不能受孕。若僅在一側則無妨礙。患卵巢樣囊腫者多不孕，但此等女子之生殖器他部亦有發育不全之徵。

子宮肌瘤與不孕，頗有研究之價值。肌瘤之妨礙生育，蓋因其能致輸卵管併發病，子宮腔畸形，子宮內膜萎縮或肥厚，月經過多，及他類異常之故。凡此皆足為妊娠之阻而可致繼發性之不孕。但肌瘤之未長足而顯原發性不孕者，則非由於此等關係，度兼有體質上的原因也。

X光線 現時多用X光線療治肌瘤，醫者對其於生殖器之關係應特加注意。X光線能摧殘卵泡已成定論。若用以療治卵巢則囊狀卵泡及將熟之卵泡皆起顯著之萎縮，而始基卵泡亦較少。有人證明卵泡因受X光線損壞後，永不再生，輸卵管上皮亦或受重創，故可致永久不孕也。

有時用X光線治療盆病，暫顯經閉，迨數月始能復見月經。其故因X光線之實施時間不久，只能滅較熟之卵泡，而不足以滅初泡，迨此初泡發育成熟，月經遂復至。若施用之時間較長，劑量較大，則能滅盡卵泡，致卵巢之官能全失。

其他原因 有數種全身消廢病，能使子宮萎縮而亦致不孕。其著者為萎黃病，結核病，糖尿病，白血病，突眼性甲狀腺腫，阿狄森氏病，腎炎等等，其中尤以肺結核及突眼性甲狀腺腫最使生殖器萎縮。

大腦垂體病於生殖器亦大有關，蓋可使卵巢萎縮，經閉，不孕，及繼發性狀缺乏也。其關係且詳於他章。

嗎啡,砒,酒精,磷,鉛,等之慢性中毒,或謂能傷卵而致不孕。
Leppich 氏研究女子嗜醇者百人,無子者佔百分之二十八。

肥胖與生殖器發育不全確有關係。在卵巢行功不良,如少女閉經,或截除卵巢,及屆絕經期之婦,常顯脂質屯積。又幼稚性,垂體機能不全,類無卵巢徵象,甲狀腺機能不全,肥胖性生殖無能營養不良,等類皆往往發現脂織過多及生殖器發育不全。或謂滋養過度者生殖力亦減弱。但此非定例,蓋聞有甚胖而多子者。是以在生殖器完全之婦女,雖甚肥胖,或尚不至限制其生育。所以脂肪過多而兼不孕者,則其脂質之屯積,蓋為卵巢官能不全之表徵。

哺乳時之不孕間或成永久性。當授乳時,子宮及卵巢皆萎縮,而作用暫停是以授乳過久者,其子宮或恒久萎縮。曾見有行子宮手術過度,致子宮恒久萎縮及經閉者。

又有無病而用節孕法使不孕者。無性慾及不能激情者殊與不孕有關。究之此等女子顯生殖器發育不全或有病者居多。

陰道痙攣間或可致不孕。夫婦皆無發育上的欠缺而亦不孕者,Mayenhofer 氏謂由精子之穿透力因女子個人而大小有異也。

血族結婚,或謂不孕者居百分之三十二至三十三。異種成婚,越數代或亦不孕。

不孕之治法

後天性異位 治不孕之外科術,多為矯正子宮之異位。若其不孕純由於分娩或流產所得之子宮異位而絕無他病,則復位後多可保其能孕。

發育不全性異位 用手術療治此種異位,奏效者殊不甚多,因大都兼有其他諸多不孕之原因,子宮異位特其一端耳。

然子宮異位之矯正爲手術範圍所能及，且有時竟獲成功，故術治仍未可廢也。

外科療法，多爲矯正子宮之前屈及頸之狹窄，其範圍由簡單之擴張術以至開腹或開陰道不等。單行擴張術或亦能奏效。故發育不全者，無論單用或兼行他術，皆不妨試用擴張術。惟此術對於子宮之位置無永久之效力，其彎屈不久即復顯。有施擴張術後繼用有柄之子宮托者，但托易致不潔，而能使輸卵管染毒，學者不可不知。

子宮發育不全之不孕，所用外科手術與治痛經者相同（見前痛經節）。雖奏效者居少數然因此類不孕多半伴發甚重之痛經，而此二患之手術亦復相同，且概無危險，是以不妨行之以減痛，即在無痛經者亦可試用。

輸卵管炎 淋性輸卵管炎，雖爲不孕之常見原因，然患之者不必盡致不孕。吾人曾見不少自癒者，日後竟能正當妊娠。輸卵管炎，後致輸卵管妊娠者，不足云治療，因其粘膜之病演結果足以阻礙卵之經過也。但若正當妊娠，則始可謂該管確已痊癒。既有此種可能性，故治淋性輸卵管炎有採保存性外科者。

若係未嫁之婦或已嫁而望子切者，宜設法使能受孕。須先與病人商酌，並聲明不能一定保存其輸卵管而能受孕，因恐施手術時見病勢過重，而必須切除之也。反之，亦有病人苦於盆炎之患，思欲盡去其盆內器官，此則宜盡勸告之責，恐或須酌用保存手術以免其失家庭之和樂。

治患慢性盆炎保其受孕之種種手術，詳於卷三。常見有一側之輸卵管閉塞，粘着及殘損極甚，而他側之輸卵管仍通且粘着處甚少者，此則宜將病廢之輸卵管自子宮角截去。其卵巢應保存與否，按其損壞之輕重及他側之卵巢情況而定。

若兩輸卵管皆於其纖端閉合，而他處未受損害，則可截去其三分之外一而保存二管之餘部，或完全截除一管而保存他管之一部亦可。截除輸卵管一部之法，非為維持其生殖力不可用，因所遺殘株，難免日後無受染之險也。若果為生育切去輸卵管一部分，則所留之段愈長愈佳，且須於管之遠側端行成形手術，以防其口閉合。術，用細腸線，將輸卵管粘膜按間斷縫法縫於管外之腹膜。猶有一較佳之法，在循輸卵管直徑縱行切開二分之一至四分之三吋之口，將管內膜與腹膜縫合。所用縫線以僅足止血即可，蓋線多則易粘着，致口閉塞也。更有一法，係將卵巢割一裂口，取輸卵管殘株之端，縫於裂口內。

在兩輸卵管皆壞至無法修治，惟其卵巢之一或二尚頗健好而望受孕者，則可於摘出其兩輸卵管後，在子宮二角，各植入卵巢一小塊。此手術之成功，當然不甚可靠。其施於動物者有時奏效，施於人類亦曾有報告妊娠者。

保存一側輸卵管後竟受孕者，雖非確為手術之結果，要亦不無間接之效益。蓋截去有病之輸卵管而兼懸吊其子宮，則生殖器之情形較佳，受孕之機當較多。且所用手術，多注重防免礙孕之粘着形成，因此病人之健康大為改善，其生殖器因慢性盆炎失職者至此或恢復常態也。

子宮頸內膜炎 因子宮頸內膜炎所致之不孕，治之最易得手。蓋此類不孕僅由於頸管被粘液所塞，精子不能通過，或其液變酸性毀滅精子之生活力所致，已述如前。但必他生殖器完全，始可收效。

在不甚重之子宮頸內膜炎，行刮術去盡其粘液塞後往往即可受孕。若疑內膜炎屬淋病性，則刮時極宜小心，以防病勢延及輸卵管。故刮術只可行於內口以下。

治子宮頸內膜炎用尋常療法罔效者，則宜施外科手術，最佳者在將頸粘膜之大部分割除之。著者行此手術數次，雖溢液消除，但未見有受孕者，約因輸卵管有病未查出，或因所除去之頸粘液於精子有關也。反之，曾見有截斷子宮頸頗高而猶能受孕者。

子宮頸內膜之輕恙 常有夫婦皆無解剖學上或體質上的疾病而不孕者，約因其子宮頸液或陰道液之性有化學之變也。蓋頸液之鹼性於精子之進入子宮極關重要，而當子宮頸內膜患輕性卡他時，則改變液之性質致不利於精子之生活。又此等輕性卡他或他輕性病，於交媾時或有礙頸粘膜腺之正當作用，因斯時該腺分泌物自腺管擠出，有如細線，呈鹼性反應，精子蓋藉之升入子宮。是以輕性炎或頸內存有乾粘液，皆可妨害此種重要作用。

卵巢之移植 近代用器官移植術常收奇效，想將來可推廣此法之範圍而用以療治不孕。現已施於動物，屢獲成功。所植入之卵巢組織，雖久之不免萎縮，然至少能保持其作用於一時。曾有多次於動物本身或他動物之卵巢行移植術而受孕者。近復用此術作異體移植以測驗遺傳之勢力，而見產卵者之遺傳性，不因新地而有所改變。

在人類用卵巢移植術獲孕者亦嘗見數例。其所以移植而不成功，必由於技術之不善。不然，何以間有成功者。倘外科學進步，能設法使移植之卵巢永久行功，則凡淋病、結核或卵巢不全等所致之不孕，皆將可治矣。由異體移植而受孕所生之子，究竟屬誰，成一問題。按法理，產生者應為其母，但按生物學，則產卵之婦乃為其真母，蓋其遺傳性之所從得也。

器官剝劑療法 其詳已論於前（見第37頁），茲僅言卵巢膏治不孕殊無若何功績耳。

人爲的妊娠 人類因種種束縛未能廣行此法，然因現時用於家畜者獲效之佳，故畢竟或可行於人類以治不孕。首先試行此術於一婦人而使之妊娠者，爲美國婦科學家 Marion Sims 氏，時在一八六六年。其術極爲簡單，於交媾後，將子宮頸微擴張，旋由陰道後穹窿採集精液數滴，注射於頸內。Rohleder 氏則以精液存於陰道酸液內者爲不合，故主張由陰莖套 (condom) 採集後立即注入頸內。行此術最適之時，在月經後數日內，適在交媾以後。但必詳查夫婦二人之生殖器，以免有淋病傳染之事。且女子生殖器除小有錯誤如子宮前屈外，須甚合常態，始克有濟。

婦科病之症狀總論

GENERAL SYMPTOMATOLOGY IN GYNECOLOGY

婦科病之重要症狀，大概可分三類：(一)異常分泌物致者；(二)異常出血致者，包括月經不調；(三)疼痛致者。以下所論，在說明此等症狀與致之之病之關係。

異常分泌物所致之症狀

SYMPTOMS DUE TO ABNORMAL SECRETIONS.

凡由生殖道所流不含血之異常溢液，概名白帶。診治白帶時必須查知是否常流。若非常流，則察明其顯於何時，特於經期有無關係。若係常流則察明其多少，是否須用兜布等。又須詳詢病者所流白帶之性質如何，或淡而如水，或白而如乳，或稠而如奶皮，或色褐或色綠，有惡臭否，作痛否，刺戟外生殖器否，與精神受激或勞乏有關係否。且須查知病時之久暫，或忽然而起，或先有盆內疼痛，或小便灼痛伴發，或分娩後始顯，或於未嫁時已顯，凡此諸問題皆極於診斷有助。

次則診察溢液之所從來，此則先視察外生殖器，次用指診察陰道，再次用窺器視察陰道及子宮頸。若此諸部皆無病，則溢液大都自上而來。夫生殖器各部，自輸卵管以至女陰，皆有幾許之生理的分泌物而為人所不注意。輸卵管分泌物下流者極罕，因管峽有活舌之作用，能阻液體之流至子宮。然間有輸卵管積水或積膿推開其活舌，致液由子宮及陰道流出。此

則忽進出多量之水或膿，視其情況而定。若輸卵管之積膿流出，則其疼痛大抵即止。

按之生理，子宮內膜腺分泌應甚少，屬漿液性蛋白性之非粘液樣流質。但有時雖未受細菌之染，亦或分泌過多，惟不易鑑別耳。子宮異位，粘着性盆腹膜炎等，能使子宮充血及內膜增厚，當然加增其分泌物。充血亦能激颯頸粘膜腺生液過多，故所流白帶究有多少，係由子宮內膜而來，殊難確定也。子宮內膜非染菌性所流之液，無甚重大關係。經期後之一時的輕性白帶，係因子宮內膜腺分泌過多，而屬生理現象。

子宮粘膜因受傳染而流液者少見。淋病球菌不易染及子宮內膜，故罕致永久之毒害。但有時却見有患急性淋性子宮內膜炎而流特殊之膿性溢液者，此則必兼有子宮頸內膜受染。產後染膿毒，亦能致急性或亞急性子宮內膜炎而流膿性或漿液膿性之液。無論淋病或產後膿炎，皆可成慢性間質性子宮內膜炎之結果而致慢性白帶。

子宮內膜結核病較為罕見，有之，亦致慢性白帶。

其他由子宮腔流白帶之原因，為脫腐之粘液性或肌瘤性息肉，粘膜下肌瘤，及子宮內膜腺癌等。溢液之多少及性質，視所脫死肉之分量而定，有甚多而極臭，有似子宮頸癌所流者。孕剩之碎塊久存，除致月經過多及血崩外，並可使子宮溢液，若受染則有惡臭。

陰道不全閉鎖，如由於老年萎縮致者，能使子宮分泌物留滯而成子宮積液或積膿，按時流出。

多半之白帶，係由頸內膜而來。頸內膜腺尋常分泌清粘液而不為人所注意。若因受刺激或染毒，則其腺之作用大肆活動，而發出多量之粘液，迨達陰道後則凝結而變暗白，故由陰門流出時呈特殊之白色，而為白帶名稱之由來。

子宮頸內膜腺之無菌性分泌過多或竟見於處女，其原因有時殊難確知。約多為神經質之伴發狀況，因此類病人多屬神經薄弱或性質急躁者。遭精神上之打擊或疲倦，則溢液增多。其理度因生殖器有局部之充血。有許多處女白帶，於子宮頸近外口處却可發見潰瘍，迨修復後其白帶即止。此潰瘍諒因摩擦而致，因多有子宮後傾或前屈，致子宮頸異位而觸於陰道前壁之故。

子宮頸破裂而粘膜外翻者，則受刺戟而起慢性炎，致其腺分泌過多。尋常兼現數種細菌之混合傳染。最常染子宮頸之細菌為淋病球菌，先損害其表面上皮，嗣致深位之腺發生混合傳染。此慢性淋性頸內膜炎，療治最難得手。

子宮頸瘡以白帶為其最早之症狀。其特性在臨診上頗關重要。其液稀薄如水，因含血清，由癌新生之毛細血管滲出也。迨癌受染而腐爛，則其溢液有不可嚮邇之特殊惡臭。

肌瘤性息肉，若由子宮頸突出而潰爛，亦或流類此之臭液。陰道之分泌物尋常頗少，且成人之陰道較有抵抗傳染之力。但當兒時極易感受淋病，其所流之液全屬膿性而極多，且久不愈。成人時陰道之溢液，乃因不潔致染腐菌，或因患淋病失治而繼發他種傳染也。

陰道久存異物，可使之發洩臭液，如用子宮托所致者是，而軟橡皮製者尤甚。又用陰道栓塞物，久不更換者亦可致之。

猶有一重要而少為人所辨識之原因，即老年萎縮所致之陰道白帶是也。其色甚白，因含脫落之陰道上皮甚多。有時畧帶血色。

外生殖器之溢液，其源易於查出。慢性前庭大腺炎後往往成為溢液之癢，在成膿腫割開者尤甚，其溢液有激刺性而為漿液性之膿。慢性淋性尿道炎之感受混合傳染者，亦能致類此之溢液。

月經異常

ABNORMALITIES OF MENSTRUATION

經閉 Amenorrhea. 發身期以前,妊娠期間及絕經以後,皆屬生理的經閉。授乳時首數月之經閉屬生理的抑屬病理的,尙無定見。無病之授乳婦人於分娩後六星期至四個月即復見月經。若經閉之時期過乎此者,大抵表示子宮萎縮過甚。在哺嬰過久或生產過密者,有時閉經之時期亦久,甚或致絕經,因生殖器萎縮過甚也。授乳之婦在經閉期內,不常受孕。

經閉或爲生殖器顯著的發育不全之結果。子宮及陰道發育欠缺而卵巢官能尙全者,雖不見月經,然每月却顯充血之一般症狀。發身過晚亦常因有幾許之發育不全或幼稚性之故。若發育不全顯著,則或致早期絕經。

卵巢及子宮發育完全,惟因陰道閉鎖而不見月經者,非真爲經閉,蓋其子宮依然行經,不過經血因障阻而存積於陰道子宮及輸卵管耳。

截除卵巢,則致經閉;若以後月經復見,多因卵巢組織尙有少許遺留,或因有副卵巢之故。截除子宮而不截除卵巢者月經亦止,惟有時其行經充血之狀仍存在。

維持行經作用,只須卵巢組織少許即足。例如兩側卵巢發生極大之瘤而仍有月經是也。反之,若卵巢主質因病多已殘毀,或被割去,則大抵早致絕經。

經閉可因子宮粘膜毀壞而得,如見之於施刮術或燒灼術過度,或於子宮內膜塗藥等致者是也。

數種全身性病亦可使經閉其最著者爲青年之萎黃病,然此病間有致月經過多者。單純性貧血或亦致經閉。貧血何以能使此人經閉而在他人則月經過多,其理尙未明悉。

經閉因內分泌腺有病而致者殊關重要，如巴息導氏病 (Basdow's disease)，阿狄森氏病 (Addison's disease)，粘液性水腫 (myxedema)，及種種垂體病等。此類經閉兼有內外生殖器萎縮或發育不全併顯。

卵巢官能不全所顯之月經過少，發身遲延或永久經閉等，常見於幼年肥胖之女子或成人之速現脂肪過多者，尋常皆有內分泌腺之病象。

結核病與月經在臨診上極有關係。各種結核皆可顯月經過少或經閉，而生殖器及腹膜之結核尤甚，肺結核次之。

數種慢性全身性病易伴發經閉者如糖尿病，尿崩病，慢性腎炎，白血病，梅毒，癌，惡病質，嗎啡中毒及醇中毒等。

經閉亦常見於種種官能性及慢性精神病癲癇及進行性癱瘓等病。所謂官能性經閉，蓋指月經暫停或遲發月經而言，非因有一定之組織病況也。其最通見之原因為忽受感觸如驚懼，忿怒等。

身體受寒，亦能致經閉，如冷浴，冒寒，足濕等。

畏孕之甚或望子之切，皆或可使月經愆期數日甚或數月。在望子切者或公然覺胎動，其腹並顯然增大，此謂之假孕 (phantom pregnancy)。

更換水土或職業亦可致官能性經閉。如常見之於家婢者是。

患膀胱陰道痛之伴發經閉者亦不少。

月經過多 Menorrhagia. 此名稱包括月經期之經血增多，或行經時期延長，或經期相間過近但間歇時則無血。每次行經失血若干，人各不同，在康健血旺已嫁之婦，按生理失血之量，較之在瘦弱榮養不良之處女殊算過多。有經期間為二十三日而無病者，但在尋常間歇二十八日者若忽早至則或屬病象。

經血之凝結性如何頗關重要，蓋凝結成塊，表示不無異常也。若成塊甚多，即可視為月經過多。

審度有無月經過多或過多之程度，多賴病人陳述之歷史，此包括詢究其發身之年齡，每次行經之日數，間歇期之長短及是否一律，失血量幾何，有疼痛否，及上次行經之日期。由此庶可知其有無行經期延時過長或相間過近之事。至其失血量，非至血癩發暈及貧血之程度或不易準知。在不甚重者可詢其所用之兜布或墊幾何，此事人雖不同，但就布墊已漬透不能不換而推測之，不難知其大概。在愛潔者，每日用布墊約三至四塊，其總數為十二至十六塊。若較此為多，則可疑其為月經過多。若一日間竟須換八至十二次，則可診定為此病也。

若病人有經血過多或經期過近之歷史，則應審知其病此之時期。此在詢其經血之過多是否開始即然，抑或出嫁或分娩後始增多，是否因小產後而起，曾有骨盆內之炎症否，其過多係漸起抑忽起，腹部增大或捫得腹內有硬塊否，凡此皆應審明而後始可用診察法。

月經過多之原因 初生兒之發現月經，由於其生殖器受胎盤之激勵而然，早期行經由於胸腺或松果體之官能失常所致，前已論及。

發身後首十年內月經過多者殊不少，且或甚重而不易療治。有因萎黃病及貧血而起者。有不易知其病原者。此度因卵巢之內分泌或其他內分泌腺之官能障害所致，又或為子宮肌織不全或循環器反常之結果，但尚待證實。惟聞有因手淫致者似屬無疑。

子宮靜脈充血，能致月經過多，故子宮後屈及脫垂者常顯此患。此諒因充血障礙子宮肌織之縮力也。尋常兼有關韌帶內之靜脈曲張。

交媾過度或反常或亦致月經過多。急性傳染病，特如流行性感，間或可為月經過多之原。

盆病之易使子宮固定於異常之位置者，如慢性盆炎所成之粘着，能致月經過多。惟其究由於子宮肌力之受阻，抑或由於慢性間質性子宮內膜炎所致，尚難言定。

慢性子宮內膜炎之不多見，前已論及。果有之，則多為急性淋病或產後膿炎之結果。此慢性子宮內膜炎，易致月經過多，而在未全出之小產特甚，因遺留胎穢碎屑或血塊於子宮內，迨畧為機化則粘於子宮壁，致粘膜常受刺戟故也。

昔者以為內膜肥厚及過長，為月經過多最要之原。例如盆炎，子宮肌瘤，子宮異位等，皆常顯月經過多，因其使內膜增厚而出血也。現則知內膜之如此增厚，多係生理上每月之充血。

子宮內膜肥厚，非必為月經過多之原因，惟間有肥厚過乎每月應有之度而成永久的者。其肥厚之子宮內膜壘成不齊之皺襞，甚或成息肉形，此則或致頑強難治之月經過多，其原因未悉。更有一種重性月經過多，由於非惡性子宮腺瘤所致，為刮術所不能奏效者，但其顯微鏡下的狀況及其經過，皆證明非屬腺癌。

卵巢腫瘤或卵巢手術，亦於月經有關。非惡性瘤之影響於月經大抵甚小，但倘振轉，則易致月經過多。惡性卵巢瘤常致經血過多。卵巢手術特如部分切除後，往往有月經過早或經血過多之事。

最特殊而恒定之月經過多，為因子宮肌瘤致者，尤以粘膜下肌瘤為尤重。其血非來自覆被瘤面之粘膜，乃來自其餘之粘膜而為靜脈之血。

肌瘤性息肉常致月經過多甚重，子宮內膜及子宮頸之粘液性息肉亦然。

絕經期前或正臨絕經期,常顯月經過多,此多因有子宮肌瘤之故,間有因內膜慢性肥厚致者,但不見有若何組織病者亦甚多。究之子宮肌織之緊張力喪失而致收縮不全亦殊與有關。

絕經期之月經病,似頗關乎卵巢內泌素之不調所致,故有以爲各種月經過多病,卒皆因卵巢之內分泌障害使然,其說信而有徵。

血崩症 Metrorrhagia. 子宮非當經期之出血,概稱血崩症而屬病理的,且殊關重要。妊娠時之出血亦屬此患,大抵表示胎盤有異常情狀,但有時其血係由蜕膜而來。此種出血或按平時之經期而至,但非真月經,因無卵排出。胎盤分離致小產前置胎盤及泡形胎塊等之出血,皆屬血崩症而關係重大。產後遺留胎之碎塊,胎盤息肉,及血性胎塊,亦可致持續或間歇之血崩。若因遺留胎碎塊或泡形胎塊而施刮術一二次後依然出血者,則或爲有絨毛膜上皮癌之表示。

子宮外孕之蜕膜出血,亦爲重要之血崩。此不必先有經閉之經過,因輸卵管妊娠常於第一月內流產也。是以其蜕膜出血或當行經期或畧早即發現。若受胎在子宮則罕有在第一月內流產者,而輸卵管妊娠第一月流產據云居四分之一。

除妊娠所有之血崩外,尋常則因惡性瘤或壞死性息肉所致。此則其出血係由瘤之碎塊脫離,或血管潰蝕而來。其出血或爲恒常的,或因運動或交媾或手診時始出血。其最要而最常見者爲子宮頸癌之出血。出血雖甚多,但係由靜脈而來罕能致命。子宮體癌之出血,與頸癌相似,惟畧較輕。壞死性息肉之出血,自畧帶血色以至出血極多不等。

絕經後之出血,皆爲血崩而有甚大之關係,當速行詳查。此時期之出血,除因子宮頸或體之癌及壞死性息肉外,子宮肌

瘤之變性亦可致之。然須記憶者絕經後之輕性出血，往往因老年萎縮及陰道炎所致，且兼流白帶，致與子宮癌之出血相似。陰道及子宮頸之潰瘍，如因用不適之子宮托所致者，亦可發生血崩症。

子宮頸破裂甚重，致粘膜外翻而潰爛，有時亦出血，在交媾後尤然。若遇此症，當截除粘膜一片用顯微鏡檢查之。

疼痛

PAIN

盆臟病之程度不可依據疼痛之輕重而定，因有許多病雖重而不致痛楚者，此因盆器官之交感神經之分布雖富，然感覺纖維則甚少，例如子宮頸直至近內口處，其感覺極其遲鈍，而在內口部自身則最有敏感性。子宮體及卵巢亦無多大痛覺，此與一般意見相左者。然盆腹膜之知覺則最敏，且在症狀上關係頗大。

疼痛與盆病之關係雖不及分泌物及月經異常所顯者之重要，然必須知其所以，始不至誤事。蓋醫界普通之意見，以為婦人盆痛，多關乎神經薄弱或屬希司忒利阿性，以致往往療治失當，未免可惜。著者之意以為各種盆痛，必皆有解剖學上及病理上的根據可考，爰特於本章及神經病篇申述之。

子宮頸之疾患，因其處感覺遲鈍，故無局部疼痛，縱有關大之癌，頸部亦不自覺，迨延至子宮鄰結締織或轉移至淋巴腺之後，始覺痛楚。子宮頸破裂，糜爛及潰瘍，皆無直接之自覺症狀，急性傳染病如淋病致者亦然。而在內口部則極有知覺，此於插子宮探子經過其處時而知之。又本質性痛經，產痛及月經過多逼出血塊之痛，皆係在此部。子宮後屈之腰痛，約為反射性痛，而實則位於子宮頸與體連合之處。

子宮體腔則畧有感覺，此於子宮內膜之急性傳染病而作痛及有觸痛證明之，子宮內膜之慢性腺質肥大，亦間或致痛。所謂子宮痙痛，如因填塞紗布而子宮收縮所致者，大抵係在內口部。

骨盆受染之疼痛多在腹膜。急性輸卵管炎之所以極痛楚，多由於腹膜炎之故。僅管膨脹似尙不致痛，因輸卵管積水之未與他件粘連者無痛苦，且輸卵管妊娠在未被裂以前亦不作痛也。

輸卵管妊娠破裂時，有極劇烈之閃痛，約因血滲湧入腹膜腔也。此後其血每湧於腹膜面時，則伴發閃痛。

凡痛在盆之側部者，人多以爲係卵巢痛，殊不知卵巢之感覺較爲遲鈍，雖最大之卵巢瘤亦不作痛。然倘瘤蒂振轉，則發劇痛，因刺戟腹膜也。卵巢之囊形變性，醫者或以爲可致痛楚，究之此屬生理現象，縱已成病而達潑溜囊腫之程度，若非振轉或致腹膜粘連亦不至作痛。

若卵巢間質發炎而浸潤，則可致痛，但往往兼有腹膜炎伴發，故殊難鑑別其痛究在卵巢抑在周圍之腹膜。

所謂卵巢神經痛 (ovarian neuralgia) 者，常用以指盆內所覺劇烈之疼痛，特在神經衰弱之婦用手診不見若何解剖學上的異常者爲然。此究係真卵巢神經痛與否殊不可必，蓋或有益病而未察出也。

盆部疼痛最常見之原，爲腹膜炎或受激刺。在急性傳染病其痛甚顯。即在盆瘤，如子宮肌瘤及卵巢囊腫等之覺痛，亦必由於其外之腹膜發炎或發生粘着使然。慢性粘連性盆腹膜炎之多，往往非逆料所及，炎雖甚輕，粘着亦少，却可致疼痛。有時盆內粘着之範圍頗廣而究不易查明，無怪其易誤認爲卵巢神經痛也。

若盆內之粘着累及鄰近器官，如膀胱，直腸，闌尾，結腸等，則其痛即轉移至各該部，而實則仍係其腹膜作痛也。

有一最重要之盆痛，即覺盆內壓迫。其壓迫之道有三。

(一)發生符閉性腫瘤之直接壓力，(二)器官之重量過大而下墜之壓力，(三)支持組織缺損或失力，故盆隔不克勝任腹內之正常壓力。

腫瘤之可變為符閉性者，有後屈妊娠之子宮，子宮後壁之大肌瘤(往往為蒂瘤)，卵巢囊腫特在粘連或生長於闊韌帶二層間者為然，及腹膜後生長迅速之大瘤等。此壓迫性之痛係普遍的，且隨瘤之長大而增重。倘坐骨神經受壓，則痛射至腿部。在瘤已甚大者可壓迫直腸及膀胱而顯阻塞之症狀。

重量過大之下壓，多因子宮肌瘤所致，蓋瘤長大推子宮向下，順子宮脫垂之方向。肌瘤之大而重者多致壓迫症狀。但亦有不然者，且有腫瘤長大反托子宮往上者。因此故或有甚大之肌瘤，而不予病人以不舒。若子宮大而充血且重，雖無後傾及脫垂亦可致重量之壓迫，此在盆底弛緩修補後及懸吊子宮後見者不少，特於腹壁不健者尤甚。水腹及卵巢瘤，有時可致盆臟顯下墜之症狀。但在卵巢瘤倘非符閉或被粘，則多係升至腹內而不至作痛。

因弛緩而致器官移位或下降所顯之症狀，不必皆為疼痛，乃多係不舒適。尋常覺為沉脹下墜，且感勞乏。訴骯部痛者亦甚多。行截除子宮術後因懸吊陰道不善所致之脫垂，往往顯此等症狀。

盆內壓迫症狀極可影響於全身之健康，而於神經系尤甚。本編曾屢經申明。

子宮脫垂，時有伴發腹之一側作痛者，而尋常以為係卵巢痛。須知倘無輸卵管病或發生粘着，則其痛多因闊韌帶靜脈曲張所致。其性質與男子陰囊靜脈曲張之鈍痛相似。

腰痛一症狀是否爲子宮後轉所致，論者主張不一。就許多嚴重之盆病如子宮後屈及子宮前脫之不顯腰痛而論，似腰痛不必爲後傾之症狀，且其致痛之正確原因迄未甚明瞭。反之，子宮後傾而顯腰痛者佔數甚多，故以爲子宮後轉可致腰痛。

應注意者子宮異位之腰痛，必限於骶部或腰下部且在中央。若痛在此處以上則除全身衰弱之緣於盆患者外，多與盆病無關。又肩胛骨間之痛、斜方肌痛及項後或頭痛，亦於盆病無直接之關係。子宮後轉所顯之骶部痛，與該部數種骨畸形致者無大區別，故須詳細辨明之。骶部痠疼亦可因盆炎與盆後壁之腹膜粘着而致。

子宮頸癌之晚期能發現甚烈之腰痛，但多在一側，且射至臀及坐骨神經部。此痛非俟癌已延至子宮鄰結締織及附近淋巴腺後不顯，蓋表示其病已至甚重之期也。

子宮纖維肌瘤除發炎，粘連或竈閉外，大都無痛。惟子宮壁間之肌瘤則間有作痛者。其痛有定期，按月發作，與月經期有關，多發於月經間期，大抵在經至之前七日或十日。痛位在子宮部，與痛經相似。此種作痛之肌瘤，其體積小，長於子宮壁間。有時痛發無常，初無先兆，歷數小時即退，而不痛之時期亦無定。

婦科病人中常見有一種特別之痛，起於胸部向後延至腰，前延至腹，兼全身疲乏。此類病人多係肌力不全而體重速增者。其痛蓋由於腹壁重墜，致兩側及腰部之肌被扯也。若着合宜之腹衣或托腹帶則痛即除。若除脂肪屯積外而兼有腹直肌分離者，則症狀甚重，至或須行手術。

猶有一種常見之疼痛即尾骨痛 (coccygodinia)。此痛有時甚重，至不能工作。其原因大抵係尾骨受傷，如因跌而致尾骨折或關節脫位，或因分娩時用產鉗不善所致。此等損傷能使

尾骨尖移位，致常發輕性創傷病況，於坐時尤然。若甚重，或須將尾骨截去。

有許多尾骨部痛，非因尾骨受重傷，乃因其尖之構造上於坐時易受輕傷之故，坐式不合者，雖尾骨之解剖學完全正當亦可受輕傷而致痛。有時尾骨痛純係神經官能病之顯狀。

月經之痛，已於痛經篇詳為記載，茲不贅。惟盆病之痛無論因何原因所致，於月經充血之時皆顯加重，此為應加注意者。此於輸卵管粘着固定不動，腫瘤閉，慢性闌尾炎或輸卵管粘膜炎等尤甚。至若本質性痛經之痙攣性痛，則屬一特殊病之症狀。

小便作痛，係一重要之症狀。便溺時忽顯灼痛者為急淋性尿道炎之特狀，惟間亦有不顯此狀者。行盆手術後之小便痛，多表示膀胱因施導尿術或施手術時致傷或染毒之故。手術後恢復期內之小便作痛，或為腎盂炎之表徵。便溺不舒特如見於年老者，多因尿道口肉阜，或尿道粘膜脫垂，或膀胱及尿道內膜有老年性改變之激刺所致。若久覺小便受激，則為尿路有慢性炎之表示。

大便作痛，約因痔，肛門裂，或肛門變管，或盆瘤累及直腸之故。

腿痛，婦科病常見之。在盆內發生闌大之惡性瘤，或大瘤閉者，其痛係由於大神經幹受壓。然在較小之病，如子宮異位，小瘤等，則其致痛之原因不易透悉。有時身體有畸形致肌傷力，而盆病不過減少全身之體力使傷力之肌易於發痛也。行婦科手術後，倘在漸癒期中發生腓腸，股內面，或腹股溝之痛，則頗似為靜脈炎之先兆而為外科最棘手之併發病。

疼痛之關係於婦科病漫無限制，上所舉者不過於臨診上有關之數例耳，非搜羅無遺也。

卷三

婦科手術

OPERATIVE GYNECOLOGY

女陰(陰門)之手術

OPERATIONS ON THE VULVA

女陰截除術 VULVECTOMY

此術之適應症為癌,女陰乾枯,結核,象皮病及狼瘡等。

手術之辦法不難,但須格外注意傷口邊緣之對準,因該處之大割傷易受膿毒傳染也。法:於受病處之外繞女陰作一卵圓形之割口,即自陰蒂之上起至肛門與陰唇繫帶(fourchette)間之點止。復繞陰道口及尿道口作一第二卵圓形之割口,以能遠離尿道口為佳(見91圖)。將二割口間之組織完整割去。至所割之淺深,視病之性質而定。割時每出血頗多,在陰蒂處尤甚。女陰血管割斷後既易縮入而不便鉗得,故莫如一見血噴出即縛住

第九十一圖



女陰截除術

直線指示第一割口之位置。割口間之區即預備完全割去者。

之。割口須縫合作球拍形，其大割口之兩上緣彼此相對縫合，直至齊尿道口之上，自此以下則將大小割口之緣接合縫合之（見92圖）。

有時切去女陰之口須甚寬大，以至須用成形術以彌補之。若陰道粘膜不易與皮割口之邊相接，可將粘膜割鬆牽下，則縫合當較易矣。

若因癌而切除女陰，或須解剖甚廣以至上述之縫法皆不適用。欲勝此困難，可作一寬大之三角形割口，其尖向股，因三角區之皮甚鬆，可往內牽向陰道而彌蓋傷處，傷緣庶可縫合。

第九十二圖



女陰截除術
創口之縫合

女陰癌之特別手術

SPECIAL OPERATION FOR CANCER OF VULVA

女陰癌之手術最佳者為 Taussig 氏推用之法。氏分手術為二期，第一期割去其兩側腹股溝之淋巴腺，第二期緩日施行，將癌塊割去。此二期之手術所以合用者，因女陰之傷口萬難得第一期之癒合。且倘同時剖開腹股溝部，勢難免不受陰道區之傳染，其結果必成極大缺口，非經若干星期俟其發生肉芽不能癒合。

腹股溝部之解剖，可用巴色氏 (Basset) 法為之（見93圖）。法於腹股溝割一長口，與腹股溝赫尼亞之手術同，但割口較長更趨近女陰，以便皮膚更易牽開。按赫尼亞之手術將腹外斜肌之腱膜割開，繼將圓韌帶由腹股溝皮下環至腹股溝腹環

第九十三圖



女陰癌巴色氏手術割口之界線

巴氏係於一次將手術全部完成。著者所推薦之Taussig氏法則係於第一次解剖腹股溝部，迨後於第二次始截除女陰。

剖露，而將之由其窩內鉤出，並多附帶粘連其周圍之脂組織及蜂窩組織為妙，因其含淋巴腺上鏈也。

圓韌帶既剖露至腹股溝管之腹口，則可見腹壁上動脈及靜脈並圓韌帶入腹處所成之腹膜窩，不必割開腹膜，只將牽開器插入窩內力牽圓韌帶往上，即露出髂內凹之前部。

隨將連於髂血管之腺織及脂織一併割去。復將圓韌帶內端（即在腹股溝皮下環處）所有之蜂窩組織亦一併細心割去，直至達大陰脣之上部為止。如此，則淋巴腺鏈之上組皆除盡矣。

次宜解剖淋巴腺之下鏈。此在將圍繞隱靜脈及股血管之脂織割去。先須將腹股溝割口之下脣牽向下至股三角之上部。若尤須開大則可由腹股溝割口經過股三角割一豎口，股三角外側部至大陰脣所有之蜂窩組織應一概割離，且解脫內收長肌，恥骨肌及股血管之附着處。若組織已受癌侵而腫大有時須將大隱靜脈縛住而割斷之。

再次且關重要者在將股環以下之腺組織割去。此須割斷腹股溝韌帶及股靜脈內側之股環。有時並須切開陷窩韌帶之骨性附麗。此部之蜂窩織既割離淨盡，則將圓韌帶於其

入腹處縛住而斷之，將韌帶及其附屬之一切脂織及腺織一併除去。為解剖整潔計或須將腹壁下血管於近其發源處縛之。

最後在將腹股溝管復原。縫腹內斜肌於股筋膜上以閉合股環。復將割斷之腹股溝韌帶縫合於其上。

按巴色氏之意見，可於傷口之深處設置小排液管，對側之腹股溝部亦宜如此徹底解剖。

Taussig 氏所述手術第二期之辦法如下。

越二星期，腹股溝之創口大抵已經癒合。至是乃切去女陰，不用刀剪，只用火刀可矣。且不必解剖皮瓣以閉合全傷，只用蠶腸線縫六針使傷緣之皮膚接近。如此則遺有頗大之創面。病人回牀後傷口亦不必覆蓋敷料，只間時用乾熱並勤用大金氏 (Dakin) 溶液灌洗之，則可使速生肉芽，而不似他種切去女陰之大手術後有壞死及受染之後患。

前庭大腺之手術

OPERATIONS ON BARTHOLINS GLANDS

前庭大腺之甚急性膿腫有時須切開除淨其膿。其割口以劃透腺外側之皮膚較割破陰道側之粘膜為妙。迨炎勢既退，宜行斷根的解剖將腺除去。不然，異日膿腫復發或形成囊腫皆足以為患。許多前庭大腺膿腫之炎勢不甚急者，不必先行切開，可將腺當時完全割除之。此須視其周圍組織受炎性浸潤之輕重而定。

凡前庭大腺囊腫雖係小者，亦須完全摘出，否則必至復發。

無論膿腫或囊腫所用根治之手術皆同，須令病者完全麻醉後行之，因解剖須深入組織，且大抵難免不出血頗多也。割口宜在陰腫之外側劃透皮膚。試將膿腫或囊之包膜割出。先割其在外側埋於皮下之部份。繼漸剖向內側，此處辦理較

第九十四圖



前庭大腺囊腫或膿腫之解剖

由小陰唇外側之皮膚切開，用鈍頭剪將囊形腺團剝出，求免囊之破裂甚妙先在外側解剖，最後始解剖腺管部。

第九十五圖



前庭大腺切除後

小陰唇外之創口係用蠶腸綫深縫法縫合，另於創口中設置橡皮排液物，於三十六至四十八小時撤去之，如為膿腫之後則撤去較遲。

難，因囊膜薄而與小陰唇粘連也。終則剖至導管處，當其時瘤內之液往往流出而瘤塌陷。有時在未割導管以前不能將全瘤囫圇摘出而不破裂其包膜。但果能不破，則手術之結果必更佳。倘包膜已破，則宜將其深部之碎塊除盡，勿稍遺留，致為復發之源。

宜注意者新起之淋性膿腫其膿液甚為緊張，倘不意而破，則膿噴出可危及術者之眼，因其面部距患處甚近也。

創口未縫合之先，凡出血處須細心用羊腸線縛之。若此法不足以止血，可將出血處之組織用深縫術止之。囊剖出後所遺之窩，強部須用深埋藏縫術縫合之。宜於原傷口下之一側刺一孔，設置摺疊之橡皮片以作排液之用。

子宮頸之手術

OPERATIONS ON THE CERVIX

子宮頸擴張術 DILATATION OF THE CERVIX

擴張子宮頸管係為療治痛經及不孕之用，亦為子宮體刮術及子宮頸修補術之前驅手術。

令病者作剖會陰之臥式，用雙爪鉗（或子彈鉗）夾持子宮頸前唇之中央部，夾持之組織須足，以免扯脫。

最便用之鉗為 Cullen 氏所創製，其鉤帶鼠齒形，夾組織時較穩於他鉗，故少有扯裂之弊。

將子宮頸向陰道口輕牽往下，切忌用力。擴張未受孕之子宮，最妥係用 Hanks 氏之分級擴張器 (graduated dilators)。若能購舊式擴張器一套最佳，因其進身不長，曲度亦小。（近來所售之擴張器大都過長，曲度亦過銳）。第一次插入之擴張器宜極細心引入，蓋倘子宮頸管偏側或彎曲或有狹窄腫瘤等之障礙，則可使器尖偏向致誤穿子宮組織也。在子宮壁鬆緩者雖未用力亦或易穿破之，此在經絕後或妊娠時尤然。

若第一次用之擴張器不能探得子宮管之方向，可用細探子探之。管之方向既尋得則將擴張器循序插入，直至末號亦既插入為止。倘須擴張尤大或歷時較久，如治痛經及不孕或取出孕之餘質等，可用 Goodell 氏擴張器繼之。但切宜謹慎，因用之不善，易致子宮頸撕裂而出血甚多也。若為探查子宮或刮子宮內膜之故而擴張，則只用至 Hanks 氏擴張器之大號足矣。

次用刻度之子宮探子以測量子宮之深度。此器用之亦有險，蓋極易誤將子宮壁穿破也。欲免此意外，宜於未插入前

將其曲度屈至與擴張器同，且插入時所用之力只如其倚於食指摩擦之力而已。

有時子宮頸不易擴張，如發育不全之前屈子宮等，蓋其內口處有堅密之結締織成帶。若探子難於通過，須用雙爪鉗夾頸前唇，力行前牽以便插入。但如此可誤將頸唇撕裂。如已扯裂須立用細腸線縫合之，否則恐創口受染致日後成纏綿難治之子宮頸炎。若見擴張之勢甚難，且欲防免扯裂子宮頸唇，可用兩把雙爪鉗分夾子宮頸之兩側，倘如此而猶致裂傷則害較輕，因不與粘膜相通也。

刮術 CURETTAGE

自子宮粘膜之生理及病理學研究精詳立於科學的基礎以來，刮術之用較曩者少甚。

為治療用者，其主要在取出他法所不能取出之孕餘質。亦間或用以治子宮內膜肥厚，或慢性炎，及子宮頸慢性炎等。

其又一要用在截取子宮內膜組織以便作顯微鏡的檢查。

子宮頸既擴張，探子既插入量得其深度後，次宜用胎盤鑷以探查子宮管。此際用胎盤鑷可勿慮，因子宮管之方向及深度已探知也。用此鑷之意，在尋覓刮匙所未發覺之息肉等而除去之。

刮匙插入子宮管之法與插入探子同。倘非為除去堅定之物如粘連之胎盤組織等，則其曲度不宜過於擴張器之曲度。

若為除去肥厚之粘膜而施刮術，須用利匙刮淨全子宮管，直至聽有粘膜下硬擦聲為止。刮匙每次入子宮管時須輕輕插入，但抽出時則或可用力。

若為取出胎組織而施刮術最妙用鈍鉞刮匙 (blunt wire curet)，在組織受染者尤然。蓋深刮此類子宮管難免不使染帶至淋巴管而起危險之產後感染。除淨孕剩之組織殊難，然

不必力求盡淨，蓋穿破子宮壁而資染毒延蔓之險實較稍留組織於其內者為大，因子宮大抵能自行逼出該組織也。即不然，日後或可再施刮術，庶穿破及受染之險較少。

若為診斷而施刮術，須用小利匙始能探查子宮管之各處，倘疑刮出之組織屬惡性病，可將刮匙深入子宮壁刮之，以使用顯微鏡檢查時知病已否侵入子宮肌層。為診斷施刮術，須兼用胎盤鑷，以免遺漏或有之息肉狀瘤。

治子宮頸炎而施子宮頸刮術，須用小而甚利之匙為之，切不可刮過子宮頸管，否則恐將頸管腺炎之毒延至子宮底也。

子宮內膜受刮後大抵無須更用其他療法，灌洗及塗藥於子宮內皆所宜忌。若有甚重之出血，或須用無毒紗填塞子宮內，但平常只緊塞陰道以壓子宮血管，即足以止血。

若子宮腔內似尚有未除盡之組織，可用鉗子裹紗布條擦出之。但宜注意用此法屢有將子宮穿破者。

治子宮頸瘡而施刮術者，最妙用大而較利之刮匙為之。但刮近膀胱或直腸子宮陷凹或子宮血管時，最宜謹慎。

凡受刮術者應先受外科完全之預備，且大多數須麻醉後行之。果將病者預備完全，且按無毒法以施手術，縱誤將子宮穿破一小孔亦無大害，不必剖腹以縫合之，惟須謹慎看守，蓋恐或致出血。

刮匙或胎盤鑷所致之大傷，特如於除去胎組織時偶爾致者，或可容腸脫於子宮管內。刮子宮頸瘡而誤穿至直腸子宮陷凹者，大抵難免不發生致命之腹膜炎。

子宮頸成形術 TRACHELOPLASTY

修補子宮頸多用以治潰瘍或外翻及發炎，意在使之復其原式。子宮頸成形術多根據 Emmet 氏之原法而加以變通者，其術式如下：

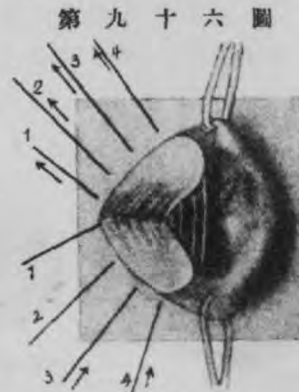
置病者作剖會陰之臥式。先擴張子宮頸使組織柔軟且易於縫合。繼用雙爪鉗兩把由正中線將頸前後二唇分別夾住。於是將二鉗合併使前後唇接近，則可知裂處在頸之一側或兩側。一側撕裂者較多見，故修補只行於該側。

所以注重由正中夾持者，因恐無經驗者誤將鉗夾於裂處之中央，而修削鉗之兩旁，不知置鉗於正中而僅修齊撕裂之處也。若不按上法為之，則手術後必致子宮管彎曲，而或成閉鎖或於傷之一端形成瘻孔。

裂處之位置既經察明，則用小刀於鉗之一側或二側劃清所應削去之部分。當劃時須注意新造之口，宜呈漏斗形，故寬可較寬不可狹小，否則老年子宮頸萎縮時或有閉鎖之險。

劃清界限時應將子宮頸唇大為牽開，用小刀劃出所應削去之部分。此部分只限於裂處之兩側及其角。其外緣由前唇起，循子宮頸膜之光滑陰道部達至後唇。其內緣則經過子宮頸內之粘膜而連續外緣之前後端。削去部之寬窄約為八分之三吋 (9 mm.)，與子宮頸之厚薄同。最要者兩唇削去之式宜彼此相同，庶縫合時創口邊始能完全相對。修削時宜用小刀由粘膜起，將兩唇組織及其角作一整塊削下。倘剖面之下有疤痕組織頗多，可作小楔形塊割去之。

若裂傷較深，當削去其角時或致傷及子宮頸動脈而出血。此須於未穿貫縫線之先，用針線穿入組織將該動脈縛緊，否則或於恢復期發生後患，致須復施手術。若裂傷有數處，須一律削清後始可穿入縫線。



子宮頸成形術
子宮頸之單側唇剪及穿入縫線

若子宮頸不能牽至陰道口，或裂傷甚深者，穿入縫線有時甚為不易。然倘善用特別之針，則可勝此困難。

最佳之針為 Emmet 氏所創製，針之曲度小，且力穿子宮頸之韌性組織時亦無針折之危險。

穿入第一縫線最為緊要。若不易達至角處，最妙於縫線之兩端各穿一針。一針由此唇內面向外穿，一針由彼唇內面向外穿（見 96 圖）。故出針處離削界之角可畧遠。如此穿入縫線不至遇何困難，且因出針處在削角之上，則結之之時並可約束子宮頸血管使不至出血。其餘縫線亦如是穿入，但既穿過一二線，即不必用雙針。最好先將線端夾持，俟盡行穿畢始行結紮。若對側亦有裂傷，亦須按法穿入縫線。穿畢則撤去牽引鉗而結之。線料以鉻酸製之第一號羊腸線為最佳。

有時一唇較長（多在前唇）致削去之區對合時長短不敵。若長短相差無幾，可用鉤器鈎於長側距削角不遠力向外牽，使成一新角，俾二唇之長短相等。但倘一唇過長者，則此法不足使之相稱。此則可將長唇之端截去一楔形塊，而將其緣用腸

第九十七圖



子宮頸成形術
伸長子宮頸唇之截斷

線縫合之。如此二唇之長遂易使相若矣。

倘一唇肥大且伸長過甚，則上法猶不足使之同長，此應將長唇截斷以救濟



子宮頸成形術
長唇截斷後創口之縫合



子宮頸成形術
長唇截斷後創口之縫合

之。法，割一楔形之口，以截去其長唇(97圖)，用腸線作間斷縫法縫合之(98圖)。如此則兩唇之長短相同，而後可按常法修淨其裂傷。

有時粘膜下之結締組織在子宮頸管中肥厚過甚，非極用力不能使所削之兩側相合，且致縫線過緊。欲免此弊，可由一唇或二唇截去一橫楔形塊，用腸線縫合其粘膜之緣。如此則所削之處即易對合矣。

若裂傷如星狀，裂口在二處以上，則修補畧較煩難。但將各裂按上法縫合之亦可。其結果之良否，視外科醫士之技術如何為定。

子宮頸截斷術 AMPUTATION ON THE CERVIX

子宮頸截斷之最要適應證，為子宮前脫而子宮頸甚為長細者。施術時不宜先用擴張術，因其使子宮管展闊而薄，迨截去頸時難免不裂入管內也。應先插入探子以測定子宮體及頸之深度並探定其內口何在。嗣用一尿道探插入尿道，達膀胱於子宮頸處之返摺內。此返摺約常在子宮頸前壁，距子宮外口甚近，其位置之確定甚關緊要。

繼用牽引鈎二鈎，鈎持裂處之兩角，並用爪狀鉗夾於頸之中央使頸唇閉合，以免施術時有子宮頸內液流出。

將子宮力向外牽，於適在膀胱摺之下環行割一口(見100圖)。助手上推陰道粘膜，術者則用刀解剖，直至子宮頸之

第一百圖



子宮頸之截斷
子宮頸已自陰道內妥為牽出。於膀胱與頸之陰道部結合處環行切開。

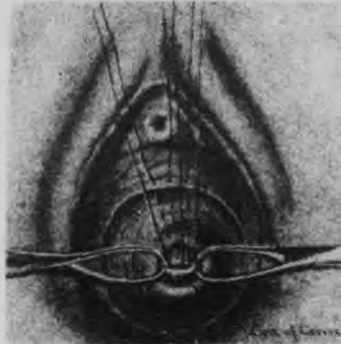
管形中心顯露，但宜格外謹慎，勿傷膀胱返摺。解剖時大抵不至傷及直腸子宮陷凹，因其位置高於膀胱。既剖至子宮頸中心，則不難用紗布將子宮壁之組織撥開（見101圖）。惟遇堅硬之結締組織時或須用刀割之。如此解剖直至達距近前已探定之子宮內口處。繼將兩牽引鉤於接近解剖界限之處夾於頸管中心之兩側，令助手持定之。術者則用頸中央之鉗將子宮頸力向前牽（見101圖），且作一楔形口截斷其管形中心，使管之餘部成凸圓體。此最關緊要，蓋如是始便於將縫線穿過頸粘膜也（宜用二鉗牽殘株向前）；倘不如是則子宮頸之粘膜必縮入不見，致縫合之甚難。解剖時

第一百零一圖



子宮頸之截斷
 伸長之圓錐形子宮頸已
 被割出，準備截斷。

第一百零二圖



子宮頸之截斷

子宮頸已截斷，其殘株突出呈楔形。殘株之前唇穿有縫線三根，縱縫至陰道粘膜，並附連其間之組織少許。後唇亦接連如此縫合三針。並將此六線結紮，則頸管之粘膜連與陰道粘膜對合無間矣（見104圖）。

出血多少不定，按其充血之輕重而定。出血之點以用零號腸線縛之為妙。

須細心將縫線穿貫妥適，蓋手術功效之優劣，視傷口邊之是否正對為轉移也。對合不正者患處難免受染，而全身或亦受其影響。

宜用牽引鉗將子宮頸之殘株持正於中線。於殘株之前唇

連帶粘膜穿貫三線，並穿至陰道瓣之前緣（見102圖），又用三線穿貫後唇至陰道瓣之後緣，次用一線穿陰道之前瓣並子宮頸口之左角，復穿後瓣於適相對之處。於是用鉗夾線端力牽向右（此時左側之牽引鉗已撤去）（見103圖），後用一長端鉤器，由末二針孔之間鉤於陰道瓣緣，力牽向外。至此將橫縫線由前瓣穿過後瓣，各連帶幾許子宮頸旁之蜂窝組織以免留虛空之處。子宮頸殘株之彼側，亦依此法行之。縫線既結，則見為完全相對。施此法罕有受膿毒傳染者，且無庸慮其成瘻及頸管閉鎖。

以上所論係子宮頸高位截斷術。子宮頸不長者用低位截斷術亦與此同，惟剖離之處較下耳。

舍饒德氏手術

SCHRÖDER'S OPERATION

此術係用以治難癒之子宮頸內膜炎，而為去盡子宮頸內之粘膜者。

第一百零三圖



子宮頸之截斷

穿貫兩縫線以使對合通貼之術式。第一縫線力牽向對側。於陰道創口之角，夾以把持鉤。至此乃可將縫線盡為穿入，遂對合時不致有起伏不平之弊。其連合頸粘膜與陰道粘膜（102圖）之縫線，固已先行穿妥，本圖特畧之，以免閱者混淆。

第一百零四圖



子宮頸之截斷

Hegar氏法顯示穿入縫線後對合之情形。兩個之縫線深達頸旁組織中，以助制止其出血，蓋其重要血管係列於此區之內也。

先用雙爪鉤(或牽引鉗)二把,將子宮頸前後唇分別鉤住,牽至陰道口。隨用小刀劃開子宮頸之兩側,刀口上延須深向子宮頸內口,一如二裂傷然。出血之點可夾住縛之。嗣將二唇大為牽開,由唇中削去一橫楔形塊,除近內口處留一小窄條外,含括子宮頸所有之粘膜。所留窄邊則為以後穿線之用。觀105,106圖即可明瞭其式矣。於是用腸線二根,將前後唇陰道部分之粘膜,分別縫於子宮頸內口之粘膜上。縫合時則唇向內捲致陰道部分之上皮而成為

第一百零五圖



舍饒德氏之子宮頸內膜摘出手術
第一級 子宮頸兩側切開直達齊內口處

第一百零六圖



舍饒德氏之頸內膜摘出術
兩側葉縱切開,後唇粘膜亦經修去,前唇粘膜正在照樣解剖。

第一百零七圖



舍饒德氏之頸內膜摘出術

前後唇之粘膜皆已除去,前唇粘膜緣已與頸陰道部粘膜緣用三針縫合。現正依法縫合後唇,當中之線業經穿入。

第一百零八圖



舍饒德氏頸內膜摘出術

頸粘膜之前後唇業經對合縫妥。現正修前其角,其餘手續正與厄美氏之子宮頸成形術者相同。

子宮頸管，結線之前應先將鉗撤去，但恐子宮上縮，須於子宮頸前壁用一鉗牽下，惟須畧高始不致令縫線受扯，前後二唇既摺捲向內，則結線後子宮頸之兩側宛若裂傷之已削淨待縫者然，後則按子宮頸成形術縫合之可也。

摺捲子宮頸唇穿貫縫線，須用全彎之小針為之，並宜特別謹慎，勿使子宮頸內之粘膜扯透，蓋倘扯透，則不易再穿妥縫線也，手術結果之良窳多視乎穿此粘膜縫線之技巧，若縫線脫落，則癒合慢，且成瘻痕。

舍饒德氏手術實為子宮頸內膜炎之斷根療法，但不易施行，非於成形手術有經驗者不可妄用，蓋行之不善，則所遺子宮頸之殘損必甚難堪也。

第一百零九圖

舍饒德氏手術
創角已經妥準備縫合

第一百十圖

舍饒德氏手術
已完成

陰道之手術

OPERATIONS ON THE VAGINA

陰道前壁成形術 ANTERIOR COLPOPLASTY

(著者之法) (AUTHOR'S METHOD)

此手術之用，所以治膀胱膨於陰道也。欲明瞭此手術宜參閱附帶之圖畫。

在陰道口旁壁與陰道前庭前皺襞所成之角處，用鈎器鈎住，即可令手術區顯露。將鈎器向外牽，則膀胱之膨於陰道部分全顯。先將所欲修去之處劃清（見111圖），用二解剖鉗夾

F D 二點之粘膜，向中線牽合，苟選擇之處適當，則相合於子宮頸前時膀胱之膨出部應全消，且該粘膜成一緊張之帶於子宮頸前，壓之向後。於是力捏二鉗以留記號於粘膜面。次將 G C 二點亦如是記出，是以於中線相合時膀胱膨出之前部遂即復回。G C 二點之相距較 F D 為近，因近陰道口處不宜相合過緊也。E 點居中線適在陰道粘膜自子宮頸之反摺處。各點既記妥，則將 E D C G F 各點所括之區域用厄美氏(Emmet)剪修去之。該區之粘膜剪清後，宜用縫線在 D 點穿入粘膜，經過膀胱膨入於陰道之面，至 F 點而出。令助手用鉗夾持線之兩端上牽。

如是則使 EF, ED 兩線相對，用間斷縫術縫合之。

手術第一步既畢，則膀胱膨出之後部即復回，並成立一種屏障壁於子宮頸前矣。其第二步在治理膀胱膨出之前部及尿道。此部分大抵特別

第一百十一圖



陰道前壁成形術

Cystocele 膀胱膨出

第一百十二圖



膀胱膨出之手術 陰道前壁成形術

膨出之多少可因摺疊冗餘之壁而知之，如圖所示。將鉗捏處，則粘膜顯出四個界標，可作修割之指導。此四界標相當於前圖中之 A, B, C, D 四點。

突出,但其突出多因陰道壁之組織肥厚,不必盡由尿道赫尼亞所致也。

宜於距尿道數厘米處擇一點 A, 於與 G C 二點向中線相合時與之適合而不緊張。其 H B 二點, 已為鉤器所鉤成。隨將 G H A B C 各點所括之區域修淨, 於是用縫線由近 C 點處穿入, 作褥縫法經過 A 點, 至 G 點穿出, 此名首線。將此線之左端向左牽, 則 H G 與 H A 之線即相合可用間斷縫法縫合之。又將線之右端向右牽, 則 A B 與 B C 之線即相合, 亦如法縫合之。後將首線打結。其 G F E 與 C D E 之間亦縫合數針, 則手術完成矣。

用此治法膀胱之膨出可全減退而傷口邊緣亦縫合適對。若膀胱膨出甚顯著, 可於未縫合陰道壁之先用〇〇號腸線將膀胱摺入, 依埋入縫法縫合一行為妙(見 114 圖)。

第一百十三圖



膀胱膨出之手術
Crown Stitoh 冠狀縫合
縫線已穿實只待結索

第一百十四圖



膀胱膨出之手術
埋入連續縫合法括入膀胱
壁, 膨出甚著者可用之。縫線
並應括入膀胱陰道壁間之筋
膜層

第一百十五圖



膀胱膨出之手術
縫線已結, 手術完成。陰道
前壁須成一凹形。

宜注意者，若病者兼有子宮脫垂，則僅於其陰道前壁施復回膀胱之成形手術，不足使膨出之處永不復發。因子宮脫垂常與膀胱膨出併見，倘治膀胱膨出而兼施懸吊子宮之手術，則結局必更佳。

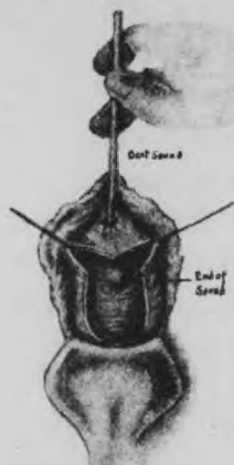
治官能性小便失禁之手術

OPERATION FOR FUNCTIONAL INCONTINENCE OF URINE

昔曾巧設許多手術以治小便失禁。有施術令尿道外口狹窄者。有將全尿道摺疊者。亦有將尿道剖出扭轉使其管變細者。又有移植尿道使其口近陰蒂者，如此則致尿道於恥骨下陡曲。著者曾試用此諸法，雖獲一時之效，但越數月多復發。惟 Kelly 氏所發明之手術較多有永久之效。其成功蓋在乎將撕裂或弛緩之括約肌組織於膀胱頸處縫合也。

有官能性小便失禁者既多兼有膀胱膨出之患，故將著者之陰道前壁成形術與 Kelly 氏手術並用，則效尤佳。術式如下：先將陰道前壁按治膀胱膨出之手術剖淨（見 358 頁），既已剖淨，則用鈍頭彎剪將尿道剖離。隨用把持鉤三具分別鉤住瓣之三角向外牽，則尿道入膀胱之處及其周圍

第一百十六圖



官能性小便失禁之克利氏手術兼著者之陰道前壁成形術

Bent Sound 彎探 End of Sound 探端
陰道前壁照治膀胱膨出之手術修淨
惟瓣角解剖至膀胱頸及尿道部。圖中
顯示如何測定膀胱頸位置之法。用頭
端彎之子宮探子插入膀胱內探過膀胱
頸時易於覺知其位置。

之組織必妥爲顯露(見116, 117圖)。於是用尖端畧曲之子宮探子插入膀胱。探尖過尿道內口時即微覺其急轉而下。其尖極易由陰道側側捫出。若將探向後壓則膀胱頸之位置即可明見。乃用細麻線平尿道入膀胱處將尿道兩側之組織間斷縫合數針,而於中線結妥之。如是則尿道內口即爲所壓,以探子往返試之即知壓力之有無。爲增加縫線之力起見,可復用細麻線二三根將尿道兩側以上之堅牢纖維組織加縫數針。隨即施以尋常膀胱膨出之手術,惟於膀胱頸處縫合宜畧緊。手術既畢,則其外形貼合無餘矣。

第一百十七圖



術式同上圖

縫括尿道內口之線已結妥。復於尿道兩側之堅實組織內穿入麻線二根,造結索後可作一強固之保障以保護第一道縫線。

陰道前壁成形術 ANTERIOR COLPOPLASTY (克拉克氏法) (CLARK'S TECHNIC)

上文所論之陰道前壁成形術,只須將陰道粘膜修齊,即可顯露手術之區。猶有一治膀胱膨出之手術,在將陰道膜與膀胱壁完全分離。前法爲著者所常採用,因行之較速,且出血及損傷膀胱壁之險較少,而結果與後述之根治法並相等。然亦有外科家喜用此剖瓣法者,故述之於下:

先將陰道前壁於膀胱膨出最顯之處用把持鉤二具鉤妥,分別往外牽,使其中線成一槽,用刀於鉤間割一口(見118圖)。以刀及鈍剝器解剖,直至達陰道與膀胱間之劈開面。復用鈍剝器使割口向兩面擴大,割口前方宜割至尿道口之凸處,後方

宜剖至子宮頸與膀胱交界處。創口之兩端以把持鉤鉤住。次則使陰道前壁與膀胱完全相離。此多用指解剖之，但遇纖維組織或須以刀或剪斷之。切勿使用紗布因其加增損傷膀胱之危險也。凡出血之點立即縛之。其膀胱膨出之兩側亦須十分剖離。尿道三分之一即在膀胱底處者須完全顯露。當將陰道與膀胱剝離時，最宜細心保存包膀胱之薄層筋膜。此薄膜在膀胱膨出之中央部雖甚細薄，而在兩側則甚堅實。此剝離陰道與膀胱之法為克拉克氏 (Clark) 所推獎，專為約束官能性遺尿之用者，蓋凡有膀胱膨出者多少

第一百十八圖



陰道前壁成形術
陰道粘膜之開始切開

第一百十九圖



陰道前壁成形術
陰道粘膜業經切開，陰道壁與膀胱壁已用鈍器妥為剖分。

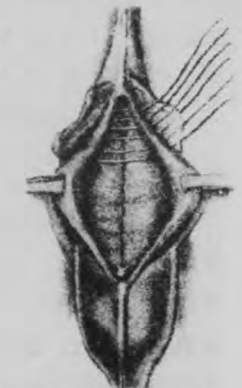
第一百二十圖



陰道前壁成形術
(克拉克氏法)

按薄層縫法縫入二三線於膀胱頭之側。圖中所示截過近尿道口。此縫綫之用為救治官能性小便失禁。

第一百二十一圖



陰道前壁成形術
薄層線已穿妥。膀胱之膨出部已為埋入縫法所摺入，埋入縫線含括陰道膀胱間之筋脈層。

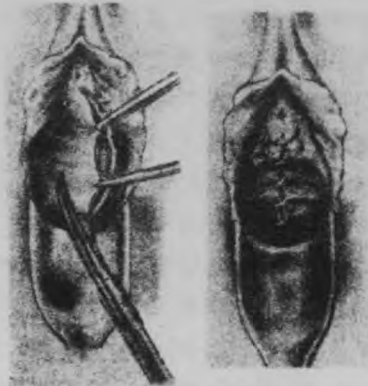
俱有遺尿之患也。用一號腸線二條於尿道兩側之角，按褥線縫術橫過尿道於近其交接膀胱之處縫之（見120圖）。線端可先用鉗夾妥，俟外面縫畢始結之。

手術之次步，在將膀胱之膨出部摺攏，用一號腸線連續縫之。縫摺攏之部分時，須甚向膨出之膀胱側以括入膀胱筋膜，因手術之成功多恃此筋

膜之支持力也。摺攏縫術既畢，將見陰道膜有多少之餘剩須剪齊。應剪去之多少須加以斟酌。切勿剪去過多，否則創口邊緣縫合過緊，難免不使陰道發生有礙之痛性瘰癧也。

創口可用鉗製一號腸線按間斷縫術縫合之。

第一百二十二圖 第一百二十三圖



陰道前壁成形術 陰道前壁成形術
 褥縫線業經結紮，多餘之陰道粘膜用剪剪去， 陰道創口用腸線間斷縫合

厄美氏會陰成形術

EMMET'S PERINEOPLASTY (AUTHOR'S TECHNIC)

第一級 用 Cullen 氏鈎鉗鈎於陰道後壁，即與前壁對合時適搭於前壁之在尿道三分中一與前一接合之處。又用把持鈎一鈎於左前庭大腺管口之內側而向外牽之。其鈎於陰道後壁之鈎則牽向對側如此則成一三角形之凹而其尖在陰道內。凹之大小表示提肛門肌之前纖維距離直腸側之遠近也。在正常之會陰或提肛門肌纖維未與直腸分離者則無此凹，即有之亦不甚顯。

織用一鉤鉤於三角之尖，將三鉤方向三面牽引，則粘膜即起緊張之皺襞以分出其區。先用厄美氏剪循粘膜皺襞線將三角區剪開，隨將其間之組織剪除。用此法修剪甚為便利。復將鉤後壁之鉗向對側牽引，更用一鉤鉤住右前庭大腺管口而牽向右側，如此則露出右側之三角形凹，兩側之三角大小多不相等，因提肛門肌之與直腸分離兩側不同也。此側之三角既按彼側之法

第一百二十六圖



會陰撕裂之手術

兩側之三角業經修剪，外會陰之一三角亦正顯露準備修剪。用剪所作之第一割口係立把持鉤至把持鉤作齊一之曲線，介於其間之組織則除去。

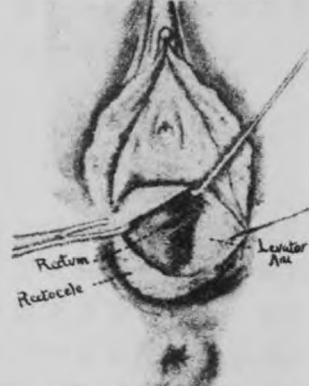
第一百二十四圖



會陰撕裂之手術(Ennet's法)

側溝及外會陰之顯露。用把持鉤鉤於前庭大腺管口往外牽伸。另一把持鉤或子彈鉗鉤持陰道後壁於推向陰道前壁時正接觸尿道三分之外中分交接處。

第一百二十五圖



會陰撕裂之手術

Rectum 直腸 Levator ani 提肛門肌
Rectocele 肛腸膨出
左側溝業經顯露且修潔

修淨，則用鉗鉤於中線向上牽之，所有兩側前庭大腺管口之鉗則牽向對側（見126圖），如此則又顯出一三角名曰外會陰，宜由此側之鉤至彼側之鉤將此三角之粘膜修淨，凡重要出血之處須用細腸線縛之。

至是，由病人左側起貫以內縫線以閉合因提肛門肌破裂所成之凹，而使直腸復得陰道側面之保障。在脫肛甚劇者此項縫線排列之均勻最關緊要。縫線之穿貫法如下，先用鉗牽引已修淨之三角使其處明顯，由三角尖之外側穿入腸線，深入提肛門肌內使之自外會陰而出。又於直腸部之側穿入，在組織內淺衍數針，朝三角尖，自先穿入處之粘膜而出。如此則縫線之路成爲V形，V尖向外會陰處，其一枝在提肛門肌內，一枝

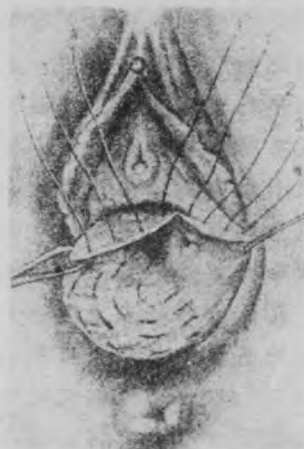
第一百二十七圖



會陰撕裂之手術

組織之修剪已竣。縫線業經穿入左側溝內，左係向外朝外會陰，假則向內使成V字形，其尖下入外會陰部內。

第一百二十八圖



直腸膨出之手術

組織之修剪與厄美氏會陰成形術者相同。將側溝縫合時可使膨出部全消。縫線深縫入側面之提肛門肌內，縫入直腸部時應衍以數針，一線向前一線，直至最後（第四）之一線透膨出部之正中線爲止。這兩側之縫線牽緊時則使膨出部消除。

在直腸之側(見127圖)是以線一結紮即復成提肛門肌原來之連屬矣。可再縫二三線,亦如此爲之。

若有直腸脫之患,紮直腸部之線宜一行彎於一行,直至末行達及正中線(見128圖)此側既縫畢,則用鉗夾線端按法再縫彼側。迨各線結妥後,直腸之脫露即完全消沒矣。行此法無論直腸脫露之大小皆可完全復回,罕有復脫者,厄美氏術治直腸脫及會陰鬆大優於他術之點蓋在是也。

第二級 脫肛既復位,直腸側面之陰道連屬亦既恢復,則應將分離之提肛門肌及會陰深橫肌復合。欲顯露手術之區及定準會陰體之位置,則最後穿入之二縫線不宜剪斷,須令助手用鉗夾住線端力牽向上,直至陰道口後壁搭於前壁,以至手術完畢爲止(見129圖)。

第一百二十九圖

至是,可解剖外會陰之組織以使其分離之提肛門肌等露出。若瘻痕組織多,此更屬緊要。切勿將提肛門肌之纖維割斷,蓋修除筋膜性組織後則癒合較難也。但所有遮蓋筋膜之瘻痕及脂織則須除淨之。爲分清及修潔各肌起見,宜用長尖把持鈎深入提肛門肌下部內直達肛門括約肌之旁,將肌復提起露明(見929, 130圖)。將凡礙肌質連合之諸組織除淨後,可用腸線縫成S字形以使二肌腹相對之面寬闊貼合(見130圖)。此線須拉緊,用鉗夾住(迨後須埋於其內)。次則縫合外會陰,由上縫起,第一線只爲縫合



會陰撕裂之成形手術

內部之縫線業經結紮且剪斷,惟最後之二線端尚存俾作牽引之用。外會陰之縫線修剪至兩端相解。圖中之提肛門肌已修潔,以便易於對合而不緊張。

第一百三十圖



會陰撕裂之成形手術
 內部之手術業經完畢，其最後之二線尚留作牽引之用。皮片已自提肛門肌修潔。又用鉗製○號腸線作埋入之8字形縫合，線端穿外縫線穿入後始結之。

穿入其餘縫線各深入提肛門肌之腹以增加8字縫線之力。其由助手牽向上之二內線，須俟各線業已打結，始可放鬆。故結外線最妙由近肛門處者起。各線結畢後，陰道口後面應搭於前面。

第一百三十一圖



會陰撕裂之成形手術

8字形之深縫線已結紮，且剪斷，使兩提肛肌對合。又用蠶腸線深縫入，預備結紮。

淺面之用，自此側縫至彼側，包括介於末二內縫線間之陰道粘膜舌尖。此舌尖必先修齊庶於結線後創緣乃得貼合無間。斷則

克拉克氏會陰成形術 CLARK'S PERINEOPLASTY

前所論厄美氏手術之理，在將直腸兩側往上牽向提肛門肌之恥骨枝附麗處以使脫肛復位。另有一法，則在將組織牽向中線以彌蓋直腸膨出之部。此法之要理在藉包護脫出直腸之筋膜（即介於陰道與直腸壁之間者）作支持之用。故與

腹壁赫尼亞治法之原理相似。基於此理之法雖甚多，而著者則以為克拉克氏所用者最為適當。

術式 用 Teale's 把持鉤於前庭大腺管口處夾於陰道口兩側以顯露手術區。更用一把持鉤將陰道後壁於陰道口至子宮頸之三分二之中央點夾住。

將此三鉤牽緊，則施術區全顯，其應修去之部分可用小刀劃出如132圖所示。

此修剪法之要義，在將陰道組織造成兩個角形瓣，其尖在直腸脫出部兩側之凹內。既有此兩個角形瓣，故陰道粘膜炎可循中線相合而不致緊張，亦不至成何阻礙性帶於陰道也。劃出之處既修淨且深，隨將兩角形瓣剖離，以便易於回復直腸脫出部。

摺疊直腸之脫出部，可用鉗製○號腸線由角形之尖起，用 Cushing 氏連續縫術向下縫之，直至脫出部全行摺入。用 Cushing 縫法時，最要者須括入脫出部兩旁之堅厚韃膜。此連續埋入

第一百三十二圖



克拉克氏會陰成形術

陰剪區之界線。所有自兩側夾持器至中間夾持器之線不直，乃係成一角於兩個之溝內。

第一百三十三圖



克拉克氏會陰成形術

手術區業經剪齊，溝內之角狀部亦經修潔。直腸膨出之中央部正在用摺入縫法摺入之。縫線宜穿入包裹直腸壁之筋脈組織。

第一百三十四圖



克拉克氏會陰成形術

中央縫線之穿入，量後之四線應深穿至提肛門肌(肛尾骨肌)之肌腹內。

縫合既竟且打結，則用鉗製一號腸線由修淨區中央角之上尖起，用間斷縫術將陰道膜縫合之。縫線須深入組織內以補助埋入縫線之力，惟勿過深致傷直腸壁耳。迨縫至瓣尖之時，則其餘縫線尤須向外深入以便穿入分離之提肛門肌之腹。間斷縫術須依次為之，直至達前庭大腺管口處，隨即全行結之。手術之末級在將外會陰之肌用○號腸線往復埋入縫合之。其術式如下：

用把持鉤夾住外創口緣之中點向下牽，則顯露外會陰修淨處之面，其面呈三
 角形，尖向肛門括約
 肌。用腸線於接近
 左前庭大腺管處深
 縫入組織內，含括提
 肛門肌及會陰橫肌
 之肌性塊。按Cushing
 氏縫術左右往復縫
 之，至達顯露區之下
 角。既至下角，復回
 反縫之，縫入較前畧
 淺，然其深度須足使
 皮下組織及創緣貼
 合方可。此回反縫

第一百三十五圖

第一百三十六圖



克拉克氏會陰成形術

中央縫線已結紮，且剪斷。埋入縫線已於外創口之上端穿入，且深縫往下。關於表皮下連續縫至起始之處。

克拉克氏會陰成形術

表皮下縫合剛在縫畢，結紮後則外創口全閉合而不露線結。

合之線既達至齊陰道口，則於近右前庭大腺管處向外穿陰道粘膜。縫線之此二遊離端(136圖)既結後，則見外會陰閉合無間而不露何線結矣。

會陰完全破裂之手術 Operation for Complete Tear 會陰破裂累及肛門括約肌者之手術，自開始以至往復埋入縫合外

會陰，皆與上同。惟縫至向外之處，則將線結而斷之。次將外會陰處之皮按137圖修淨，以便露出撕裂之肛門括約肌兩端。於是繼前線剪斷處起，按埋入縫術另用腸縫深穿兩側以不括入直腸粘膜為度。縫至肛門之外皮時，將線牽緊，則破裂之直腸粘膜遂貼合而不露縫線矣。線端暫用鉗夾住，再次用把持鉤牽引破裂肛門括約肌之兩端向外，使之畢露。如有瘻痕組織，應修去之，俾其相合而不致緊。

第一百三十七圖



會陰全裂之克拉克氏成形術

手術之第一步與單純破裂者同。單露括約肌斷端之區域線標出，且修潔之。其割合提肛肌之埋入腸縫縫合已如法穿入，然莫如俟括約肌之斷端寬得後始穿入此線。

第一百三十九圖



會陰全裂之克拉克氏成形術

第一排埋入縫線已穿入，且結紮。第二排埋入縫線亦穿入，且標縫至將直腸壁之裂線對合。此縫線之端在圖中可見伸出於括約肌下，將來即用以此作表皮下縫線縫合創口。埋入縫合既畢，則括約肌之斷端遂相接，隨用腸線按同斷縫法縫合三針，如圖所示。

第一百三十八圖



括約肌之斷端已用把持器夾住。埋入縫線已穿入。其妙將埋入縫線於此點結紮，迨後如下圖另縫之。

第一百四十圖



會陰全裂之克拉克氏手術

前留於下部之埋入縫線之端至此作表皮下縫合線縫住，以便結紮於第一排埋入縫線之近端。二線之端結紮後，外會陰遂閉合而不露一線結矣。

張。用○號腸線按間斷縫術縫合三針，使兩端固連(見139圖)。其埋入縫線之端則按單純破裂之縫法繼續縫至陰道口，與該處之線端合結之(見140圖)以完成此手術。

緊張會陰擴大術 ENLARGING A TIGHT PERINEUM

會陰之緊張，無論因縫術過緊或因年老皺縮所致，皆由於會陰淺組織之痙攣性收縮，而非因會陰肌質之連合過緊也。尋常係在陰道口處有明著堅硬之帶，伸張之即作痛或不舒。手術之要義在修去此帶，及造成一漏斗形之柔軟女陰口。其術式如下：

第一百四十一圖



先將痙攣割斷(141圖)。所有皮下堅硬之痙攣概由此切口割去(142圖)。

緊張會陰之擴大術
橫切痙攣組織之後斷端

隨將切口橫行縫合之(143圖)。若陰道內猶有獨立之痙帶，亦如是治之。此手術所致之會陰創口癒合頗慢，因該處血養欠缺之故，是以後療法甚關重要。行此手術雖似不難，但非完全麻醉不便辦理。

第一百四十二圖



緊張會陰之擴大術
用剪由皮下剪去痙攣組織

第一百四十三圖



緊張會陰之擴大術
創口已癒合，陰道口成漏斗形

膀胱瘻管之手術 OPERATION FOR VESICAL FISTULÆ

陰道膀胱瘻管(或曰瘻)之手術有數種。在瘻管小而繞孔之組織健好者則森斯氏(Marion Sims)手術甚佳。其法如下:

病者或作截石術臥式或作半伏臥式(森斯氏臥位)皆可。若瘻管高居陰道上部距近穹窿(截除子宮所致之瘻每在高處)則以半伏臥式較為適宜。用細剪環瘻口剪去一卵圓形塊,直至露出膀胱粘膜。通膀胱孔之瘻性緣亦宜修淨。修去繞孔之緣愈寬愈佳,以縫合時不至過於緊張為度大抵四分之一吋至半吋足已。卵圓形之兩端宜使剖離瘻孔更遠為妙。卵圓孔之方向無論橫豎斜皆可,按原傷之情形縫合最不緊張而定。尋常以橫行修剪為甚便。孔緣既修淨,可用間斷縫術縫合之。縫線宜穿過陰道組織直至膀胱粘膜。但勿穿過粘膜(見144圖)。所用之縫線約以細銀線較佳,可用全彎之針穿絲線將銀線帶過。以由創口中央起遞次向兩側縫合為妙,蓋可使陰道粘膜貼合無餘。線腳須密,刺線兩端以外並須加縫一二針。是故雖在小瘻尋常亦須縫合八至十針。縫畢,將銀線扭緊,屈於一側,留半吋長之端而剪斷之。越十五至十七日乃可撤去。術後第一星期或十日內,病者之膀胱不可積尿過四呷。其初或用導管導尿二三次,後此大抵可以自行小便。看護須精心視察小便之次數,夜間或須按時喚醒小解。倘須導尿,非有經

第一百四十四圖



膀胱陰道瘻

創口正用超等縫合法縱行縫合

驗者爲之不可。如此照料則結局當較用停留導管 (self-retaining catheter) 於膀胱內者爲佳。蓋以能不用導管爲最妙也。

第一百四十五圖



膀胱陰道瘻

創口正用超等縫合法橫行縫合

第一百四十六圖



膀胱陰道瘻之手術

僅分層縫合法之創口

第二法可治膀胱陰道瘻管者，在將陰道壁與膀胱壁之交界處分出，而將各層分別縫合之。若組織喪失甚多，此法極爲適用，蓋苟用森斯氏法不免使之緊張也。用利刀繞瘻孔割一口（見 146 圖），將膀胱壁與陰道壁剖離，直割至用鉗夾膀胱瘻孔緣相合而不緊張爲止。乃用剪修去膀胱瘻孔緣少許。膀胱層可用細腸線按倫字氏 (Lembert) 連續縫術縫合之。其陰道創口則用銀線間斷縫合，與森斯氏手術同。若能使內外兩層創口緣不相對縫合更佳。有時膀胱層可縫合，而陰道層非牽緊則不能相合。此則 Kelly 氏主張將創口此側之膀胱粘膜

縫於彼側之陰道與膀胱之聯合層。如此，則遺留一未縫合之面，不久即可覆被以上皮細胞而癒合矣。

第一百四十七圖



膀胱陰道瘻之手術

分層縫合。第一道縫線翻轉膀胱
粘板。次用鉗製細腸線按李氏連
續縫術縫合膀胱膜。復用銀絲或蠶
腸線按間斷縫術縫合陰道創口。

第一百四十八圖



膀胱陰道瘻用分層

縫合法之手術

膀胱壁膜經用鉗製細腸線按
李氏連續縫合術縫合。陰道
壁正在用銀絲縫合。

猶有一第三法可治陰道膀胱瘻管，為巴奎伊氏手術(operation of Braquehaye)。先繞瘻孔割一口，一如 146 圖所示。若瘻孔位置甚高極難達至，則按因瘻由陰道截除子宮術(見後)於陰道旁割一口，以便着手之處較大。陰道壁與膀胱壁亦按前法剖離。隨將所留繞瘻孔之小粘膜區剖鬆使成硬領形，翻入膀胱內(見 149 圖)。如此，則瘻孔周之修淨面互相接觸而易於長合。其翻入之口可用倫李氏連續縫術反復縫合之(見 150 圖)。陰道粘膜則按上法用間斷縫術縫合。若能將兩行縫線相交成角則更佳。

第一百四十九圖



膀胱陰道瘻之 Albarrau 氏之改良巴奎伊氏手術
由瘻孔摺入油口形瓣

第一百五十圖



膀胱陰道瘻之巴奎伊氏手術
縫合方法，兩層之縫合線相交成正角。

在患區極大，組織被毀甚寬幾致陰道膀胱間隔全沒者，可於瘻下將陰道縫合。如是，則陰道之上部成爲膀胱之壁矣。若病者尙未至經絕期，則月經概由膀胱下行，故此手術之不便頗爲昭著。

膀胱子宮頸陰道瘻管

Vesicocervicovaginal (justacervical) fistula (見 151 圖) 此等瘻管施以上述之修淨法不甚相宜，因瘻孔多係在癒性組織中，成形術不易爲力。最妙橫割一口，將陰道穹窿及膀胱自子宮頸

第一百五十一圖



膀胱子宮頸陰道瘻
Uterus 子宮 Fistula 瘻管
Vagina 陰道 Bladder 膀胱
Sym. 恥骨聯合
瘻孔接近子宮頸

分離。如此則露出膀胱之孔，以使用倫李氏連續縫術縫合之，一如 154 圖所示。

第一百五十二圖



膀胱子宮頸陰道瘻之修補

Bladder 膀胱 Vesical mus. Memb.

膀胱粘膜 Sym 恥骨聯合

已將膀胱與子宮頸分離，膀胱壁業經用連李氏連續縫術縫合，而將粘膜移入膀胱腔。陰道粘膜尚未縫合。

第一百五十三圖



膀胱子宮頸陰道瘻之修補

Bladder 膀胱 Sym 恥骨聯合

陰道壁及膀胱壁皆經用分層縫法縫合

第一百五十四圖

膀胱子宮瘻管 Vesico-uterine

(intracervical) fistula 此則瘻孔通於子宮頸管內，不能察見。其位置只可用二金屬探子，一由膀胱插入一由子宮頸管插入，至聽二探子相擊之聲而知之。

若瘻管之位置尚低，可橫割一口，按上法將膀胱自子宮頸剖離。倘瘻孔高居頸管上部，則須剖腹，始可達及其處。其法如下：令病者作垂頭仰臥式，由中線剖腹。用鉗牽子宮向後，於子宮膀胱間之腹膜反摺處橫割一口，將



膀胱子宮頸陰道瘻

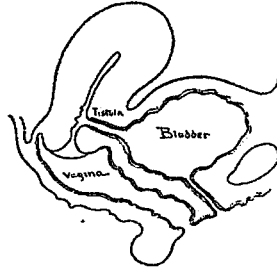
Bladder 膀胱

膀胱已自子宮頸剖離，膀胱創口正在用連李氏連續縫術縫合。

膀胱與子宮善為剖離，直至瘻孔完全顯露，且使四圍組織甚鬆，俾瘻口易於縫合。於是用倫字氏縫合術縫合一行或二行。所有頸管之瘻口縫合與否皆可。倘瘻口緣果修剪齊淨，必能自癒。即縫之亦不必甚緊，蓋倘膀胱創口癒合不善，則頸管口可一如其排液之管也。

膀胱子宮瘻亦有將子宮頸脣修淨縫合(子宮口縫閉術)，使子宮通入膀胱以間接治之者。此法非俟他手術概不能施時，不可用之。

第一百五十五圖



膀胱子宮瘻
Fistula 瘻管 Bladder 膀胱
Vagina 陰道

此係膀胱與子宮頸管間有一相通之孔

陰道閉鎖之手術

OPERATIONS FOR ATRESIA OF THE VAGINA

處女之陰道閉鎖經血不能流出者，施術甚易感受膿毒傳染，故切宜謹慎防此危險。若經血存積陰道及子宮內，須先將閉膜大開一口，廓清子宮及陰道腔後，小心灌洗之。然此非已竣事，因如此所割之口，時或復閉，或只存一二小孔，經血仍難完全流出，致有一部分粘液及血積於陰道，受膿毒之染而結果殊惡。欲使陰道永久如常，須將閉膜完全剪除，細心將創口緣縫合，雖有惡液流過仍可獲第一期之癒合。剪除閉膜之手術，其詳如下：

閉膜既割開，腔內物既除清，其處亦細心洗淨後，可將隔膜緣平陰道壁剪淨(見156圖)。所有癒性組織皆須除淨，以免日後收縮。隔膜既完全修去，則陰道內只遺留一環形之修新面。

第一百五十六圖



陰道之後天閉鎖
Occluding Membrane 閉鎖膜
用剪剪除閉鎖之膜

第一百五十七圖



陰道之後天閉鎖
其橫膈業經剪除。陰道粘膜之上部
用腸線間斷縫合於下部。

遂將其上部分之粘膜牽至下部分對合，用腸線間斷縫合之(見157圖)。如此辦理，陰道之口徑可恢復常態，日後亦不致發生狹窄之患。術後之次日，開始用抗膿毒洗劑每日灌洗二三次，直至溢液全無為止。

陰道缺無之手術

OPERATIONS FOR ABSENCE OF VAGINA

造成人工陰道，可用腸之一曲為之，或將周圍皮瓣摺入亦可。茲將著者行於某一醫案而獲成功者之方法述之如下。

令病人作剖會陰臥式，在尿道下橫割一淺口。用右手指由此口將膀胱與直腸漸次分開。其左食指插入直腸內，並用一鈍器(如尿道擴張器之類)插入尿道令助理者握持之。如此，則後之左食指與前之鈍器可作解剖之標識，以免撕裂膀胱

或直腸之壁，所成之腔，其大小應與平常之陰道同，須細心勿剖入腹腔。第二步，在將從周圍所得之皮瓣摺入腔內以作其裏。法將兩小陰脣由上向下割成二皮瓣，各留一蒂足受血之營養為度。次將該皮瓣自上分離，使成二橈形，又於股之內側各割一橈形瓣，大小

與上同；其底對人工腔之二下角處，於是將四瓣視以玻璃罩交相縫合（見159圖），當未縫合皮瓣之先，宜用腸線數根穿入

第一百五十八圖



先天陰道缺無

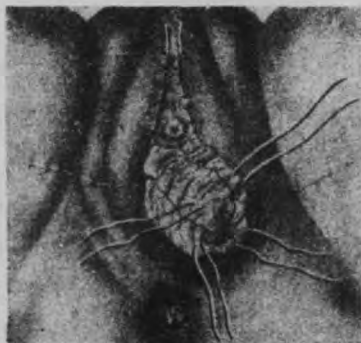
第一百五十九圖



陰道缺無之手術

先於膀胱與直腸間作一人工之腔，大小與正當陰道相若。次將自附近取得之四皮瓣縫合於玻璃罩上。其上二瓣取自兩小陰脣而展開者，下二瓣由股內側轉入。蓋縫須俟玻璃罩撤去及人工陰道頂之保持縫線穿入後始可全行縫合。

第一百六十圖



先天陰道缺無之手術

玻璃罩已撤去，各縫已全縫妥。其自囊內穿出之未結縫線係前預穿於人工陰道頂者，嗣將囊轉入人工陰道，結紮縫線，以免於未癒前往下脫落也。

於所造人工腔之頂線端務宜留長。皮囊將近縫成時，可取出玻璃罩，而將所留之線端由各瓣穿出(160圖)。於是將皮囊翻入腔內，按囊着入腔內之最適情狀而將線結之。

舒貝特氏陰道缺無之手術

SCHUBERT'S OPERATION

氏所發明之法，係用直腸造作人工陰道。其術式如下：

令病者作半伏臥式(森斯氏臥位)，先將處女膜完全割去，以造一環形新面於尋常陰道口所在之處。繼擴張肛門括約肌，於肛門周圍環割一口。由此口將直腸自括約肌剖離約三纏(3 cm.)之遠，慎勿傷及該肌。

次則於距肛門上五纏之處，向上割一長十纏之口，露出尾骨，且截去之。又作一縱行割口將盆筋膜分開。由此割口將已與周圍結締織分離之直腸牽出。直腸須妥為剖鬆，以便易於將腸襻之上部牽至肛門。腸襻既由尾骨處之口牽下，可用腸鉗夾住而割斷之。其下部之斷端用線細密縫閉，復將此盲囊縫定於骶棘韌帶愈高愈佳。

至此，用指由所造之女陰孔推進向尾骨創處。剖鬆其處之組織以擴張其口使足容二指。於是將前已與括約肌分離之直腸肛門部分向前上牽至此新口，用線按間斷縫術縫於彼處之皮緣。故所造之新陰道即直腸之下部分，其道由新開之女陰口起，至縫於骶棘韌帶之盲囊止。

後則將直腸之上斷端牽至括約肌而縫於其處之皮邊，手術乃完成。

此術所以優於包文氏(Baldwin)術之點，在因其危險較少，且腸結膜之分泌物少有刺激性也。

包文氏陰道缺無之手術

BALDWIN'S OPERATION FOR ABSENCE OF VAGINA

第一級 於處女膜處橫割一口(見161圖),由此口用鈍器將膀胱與直腸分離直達腹膜為止。如此,則所作之腔其深度闊度與陰道幾相等(見162圖)。用碘芳(iodoform)紗布塞子填入腔內,安放病人作垂頭仰臥式以便剖腹。

第二級 剖腹 由腹中線剖腹。查視盆內則見有未長成之內生殖器,大抵係雙子宮之類。宜將此雙子宮分開,若其一有腔,可將之截斷。繼則尋覓迴腸與盲腸之交接處。距盲腸約十二吋(30 cm.)處之迴腸系膜特長。由此處起,將迴腸截去約十吋(25 cm.),用荷包口縫術(purse-string suture)縫合

第一百六十一圖



先天陰道缺無之手術
橫線指示割口之位置以便由之剖分膀胱與直腸者。

第一百六十二圖



造作人工陰道之手術
Artificial Opening 人工孔
於膀胱與直腸間作一孔達至腹膜。

第一百六十三圖



造作人工陰道之手術
截去小腸之一部分,留腸系膜附着之。

其截去部之兩端。其迴腸之兩斷端，則按側面吻合術於割斷部之系膜前接合之（見164圖）。又用絲縛線繫於腸截去部之中以作牽引之用（164圖）。令助理者將前此填入所造腔內之紗布塞子取出，而用一長鉗插入至抵腹膜。施術者即藉此作標識，用刀將此處膀胱直腸間之腹膜割通，切勿傷及膀胱或直腸。令助手用鉗夾住牽引縛線，將截去之迴腸部作襻形牽至人工之陰道腔。隨用細腸線將繞襻之腹膜縫合。後乃縫合腹切口。

第三級 將腸襻牽下直至露出新造之女陰口外。隨割通腸襻之外壁，縫其邊緣於處女膜口之周圍。將襻之兩股扭轉使左側者在前右側者在後，如此則成一雙陰道矣（見165圖）。成此雙陰道間之隔之腸壁，久則粘連為一，日後可割通使成單陰道。宜記取者，此新陰

第一百六十四圖



人工陰道之手術

將腸截去部分之端側面吻合。其端以系膜之腸襻，用縛線繞過牽之往下。

第一百六十五圖



人工陰道之手術

Loop of Intestine 腸襻

腸襻已由造作之陰道牽下，以便縫定而由下方開一口。腸襻間之隔造後可另施術切開之。

道之粘膜繼續分泌，且依然能吸收液體，故若用消毒溶液灌洗如昇汞之類，則或有中毒之險。其粘膜分泌之多少，頗與人之飲食有關，多食蛋白質則分泌物大增。

陰道剖腹術

VAGINAL CELIOTOMY

由陰道剖腹以截去子宮肌瘤、卵巢腫瘤、盆內粘着及子宮外孕等，近今少用，大都只用以治子宮脫垂，間或有用之以截除子宮者。至由陰道通入骨盆之路，有開通陰道前壁者，有開通陰道後壁者。

陰道前壁切開術 Anterior colpotomy. 其法，用牽引鉗夾住子宮頸前唇，力牽子宮至陰道口。於膀胱與子宮頸相接處橫割一口以入腹腔，抑或割一上形之口而入腹則尤佳。後者係於尿道下距子宮頸不遠處割一口。將陰道壁剖鬆，使與膀胱相離。齊膀胱與子宮頸接合處再割一橫口，與上者成正角。用鈍割法使二瓣更與膀胱壁相離，且用鉤牽二瓣往外。於是將膀胱自子宮頸剝離，惟慎勿傷及其壁。迨達及腹膜之反摺處，則用鉗夾住而

第一百六十六圖



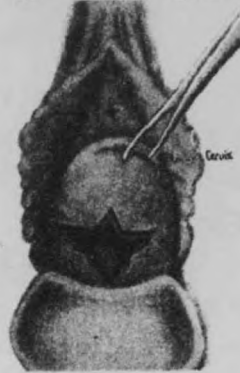
骨盆手術之陰道前壁切開術

將之割開。其切口宜入左右之闊韌帶愈往外側愈善。次將腹膜之膀胱摺提起，由中線割開直達膀胱底（見166圖）。由此口插入一開張器，牽膀胱向上至恥骨聯合處。此後則將子宮及其附屬物由此口牽出。用夾持子宮頸前唇之鉗壓子宮向

陰道後壁,以使子宮轉向前。隨用雙爪鉗鉤住子宮前壁,將子宮底牽至創口外。若無粘着之障礙,子宮一出則卵巢及輸卵管必隨之而出。至是乃可行使欲施之手術矣。

陰道後壁切開術 Posterior colpotomy 後壁切開術雖較前者為簡單,然其用平均究不若前壁者之大。用牽引鉗夾住子宮頸後唇向恥骨聯合處前牽之,俾陰道後壁緊張,自齊子宮頸之陰道部起,向後割一長五厘米之豎口,以切開陰道後壁及蜂窩組織至腹腔。為擴大此口起見,可更向左右橫割一口,與豎口成正角(見167圖)。欲牽出子宮及其附屬物,可用雙爪鉗夾住子宮後壁,牽向後,由陰道之創口而出。

第一百六十七圖



陰道後壁切開術

Cervix 子宮頸
陰道後壁之十字形創口
通於直腸子宮陷凹。

子宮異位之手術

OPERATIONS FOR UTERINE MALPOSITION

子宮後傾之手術

OPERATIONS FOR RETROVERSION

俄耳好森氏之懸吊子宮手術(著者之辦法)

OLSHAUSEN'S OPERATION FOR SUSPENSION OF THE UTERUS (AUTHOR'S TECHNIC)

於恥骨上割一正中之短口以開其腹。檢察闊尾(蝨突), 循例截去之。將創口兩側之腹膜緣及筋膜緣夾住, 以便縫合。用長頁鉗接近子宮將左右圓韌帶分別夾牢, 但勿使受傷而可提起為度。用七號雙絲編線穿過右圓韌帶之下。其線距子宮之遠近, 依子宮之輕重大小及所需勁度而定。應記取愈近子宮則支持力愈大, 而子宮之活動愈少, 平均以距半吋(13 mm.) 為宜。隨將縫線穿貫腹壁, 包括腹膜及肌與筋膜, 復回穿入腹腔, 應經過腹壁四分之一吋或半吋寬。縫線穿貫腹壁距正中線之遠近, 以視牽子宮至腹壁時圓韌帶底

第一百六十八圖



俄耳好森氏手術 第一級

Round Lig. 圓韌帶

用長頁鉗夾圓韌帶近子宮底之壁。穿入縫線以假含括韌帶之全周。

接觸腹膜之何處爲定，其高下亦如是定之，惟在子宮脫垂甚劇或欲矯正子宮前屈者，其縫於腹壁之處宜較子宮平常之位置略高。

右側之線既穿妥，則於相對處辦理左側之韌帶，遂於腹腔內將此二線結紮。此手術之成功全恃結紮之妥善，蓋手術之目的，在造成兩個短小且堅之人工韌帶性附着物於腹壁與圓物帶間。因是，須將腹膜之兩接觸面之上皮略行損傷方可，此則結紮愈緊愈妙。

因他種縛線概不能結紮如是之緊，故用編成之雙絲線，庶結紮時不致碎斷，張緊時亦不致割入組織也。第將此大而久存之縛線埋於腹壁內，似不甚善，蓋倘傷處被染，可致恒久之癢，非俟該線脫出不易癒合。雖間有此弊，但究甚罕，未可與此術之優點同論列也。

所造於圓物帶與腹壁間之新帶，較成於腹壁與子宮間者耐久而且堅。故固定圓物帶於腹壁，實較固定子宮於腹壁爲佳。因支持力較強，且不至發生粘着致子宮不活動也。

俄耳好森氏手術之缺點，在於縫線之外遺留二空隙於圓物帶與腹壁之間（見170圖）。

第一百六十九圖



俄耳好森氏手術自腹內觀察之形勢

將韌帶緊縛於腹前壁以造成固相結連之二點。其結果殆與吉利安氏手術正同。

第一百七十圖



俄耳好森氏手術

Suture 縫線 Fundus 子宮底 Fascia 筋膜
Muscle 肌 Peritoneum 腹膜

顯示支持縛線所經之各層，注意其係含括腹膜及肌與筋膜，且係在腹內結紮。

吉利安氏手術之種種

VARIOUS FORMS OF THE GILLIAM OPERATION

吉利安氏原來之手術 Gilliam's Operation 其法將穿孔鉗直接穿過筋膜、肌及腹膜以入腹腔，而非由腹股溝腹環斜道而入。由此穿孔將圓韌帶直接牽出，縫於筋膜外面（見171圖）。此法所以優於森孫氏（Simpson）法之點，在因其係直接牽引子宮，故所得之支持力畧大。惟其不佳處，因遺留二孔，腸或由此脫出，且筋膜被其穿過處亦不免遺二弱點。

森孫氏手術 Simpson's Operation 在一切改良吉利安氏手術中，依著者之見，似以森孫氏者為最佳。此手術之大益，在使子宮恒居向前之位置，且無腸併發病之危險，其支托力並甚堅。但難免子宮不與腹壁相粘，致成一閉鎖之隔於盆內，而可致病者不安，且日後或有難產之險。凡吉利安氏手術

第一百七十一圖

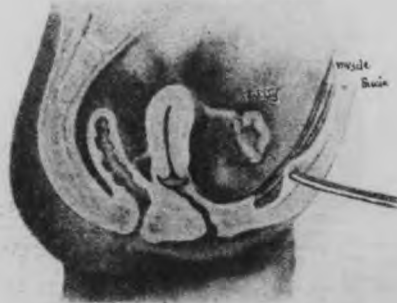


吉利安氏手術

Round Ligaments 圓韌帶 Fundus Uteri
子宮底 Fascia 筋膜 Muscle 肌
Peritoneum 腹膜

紅線表示圓韌帶經過之路，已穿出筋層而定着於筋膜之外面。

第一百七十二圖

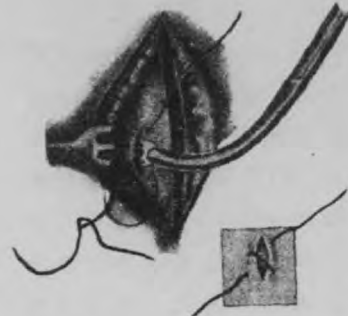


森孫氏治子宮後傾之手術

Rud. Lig. 圓韌帶 Muscle 肌 Fascia 筋膜
用彎鉗由腹股溝穿腹環於腹膜下插入，穿過腹膜，夾住圓韌帶以備由腹環外牽。

雖或皆有此險,但據森氏言,果依其法妥善行之,可以免去此險. 其手續如下: 第一百七十三圖

由正中線割一口,用鉗於距子宮吋半處夾住圓韌帶. 再用一鉗於腹股溝腹環處夾住腹膜之壁層. 隨將皮膚自創口牽開,露出筋膜,於距腹剖口下角之側約吋半處將筋膜刺一小口. 用特式彎鉗由此刺口斜行穿入腹直肌,並由腹股溝腹環穿至圓韌帶二層之間,循腹膜下間隙直抵夾圓韌帶之鉗即距子宮約吋半之處(見172圖). 其彎鉗宜穿過腹膜以將圓韌帶夾住. 於是循此穿入之道,將圓韌帶牽出. 用亞麻線將圓韌帶縫定於創口



森孫氏治子宮後傾之手術

圓韌帶已牽至筋膜之創口,可用8字形縫法定着於彼處. 小圖顯示縫綫如何固定韌帶兼縫閉筋膜創口之法.

第一百七十四圖

第一百七十五圖



治子宮後傾之森孫氏手術

Ring腹環 Muscle肌 Fascia筋膜 End of Loop attached beneath Fascia 韌帶端連於筋膜下
圓韌帶業經牽過腹股溝管之腹環而連於筋膜下面.

治子宮後傾之森孫氏手術

手術完成後自腹內觀察應有之形勢

下之筋膜以同時閉合筋膜之創口(見173圖)。對側之韌帶亦依此法處置之。

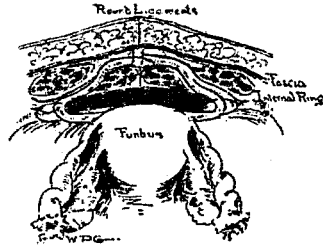
夾圓韌帶以便牽出之點,最要者不可過近子宮,以免子宮被牽至腹前壁過甚,致日後有粘着之弊。

欲此手術行之順利,其穿孔鉗須有適宜之彎度,鉗頁宜較平常者為長;而彎度亦較甚。蓋倘無此彎度,則穿入腹腔有時甚難。

美俄氏之改良吉利安氏手術 Mayo's Modification of

Gilliam's Operation. 此手術不將穿孔鉗穿過筋膜,乃循筋膜與腹直肌外面之間進行而入腹股溝腹環。仍按森孫氏法將圓韌帶夾住。迨兩側圓韌帶既牽出腹壁,則橫過腹直肌前而於腹中線相搭縫合之(見176圖)。此手術無優越於森孫氏術之點,且因二韌帶之相接,不免牽子宮過緊,致有粘連於腹壁之後患。

第一百七十六圖



美俄氏之改良吉利安氏手術
Round Ligaments 圓韌帶 Fundus 子宮
底 Fascia 筋膜 Internal Ring 腹環
紅線指示圓韌帶之行徑,已牽出腹
股溝環達至肌面,惟在筋膜下,兩韌帶
應則在正中線使之接連。

克利氏之改良吉利安氏手術 Kelly's Modification of

Gilliam's Operation. 此手術係將穿孔鉗直接刺穿腹直肌及腹膜而不似吉氏術之穿過筋膜。將圓韌帶徑行牽出,其牽向與吉氏者同。牽出後將兩韌帶接縫於腹直肌之前,一如美俄氏術之辦法。術後之結果甚佳者固頗多,但亦不免有美俄氏術之缺點。

包耳第氏手術 BALDY'S OPERATION

(亦稱 Baldy-Webster 手術)

此手術之大用，在治單純之子宮後傾或後傾而兼子宮微脫無須甚大之托力者。其優於他術之點在能使子宮更居常位。又於分娩時不致危害，且無梗塞腸管之患。

術時令病者作垂頭仰臥式。用長頁鉗於接近子宮處將右側之闊韌帶於卵巢韌帶下穿刺之。又用一按捏鉗將圓韌帶之三分之一內側部夾住而送於穿孔鉗之口內以便牽之穿過刺孔而至子宮後壁(見177圖)。其左側之圓韌帶亦依法牽過該側之闊韌帶刺孔。隨將二圓韌帶之端在子宮後互相縫合，並將之縫數針定於子宮後壁。定韌帶於子宮後壁切宜高低適宜。若過低可使子宮後屈於韌帶上，過高則可致子宮前屈之弊。穿刺闊韌帶及縫合圓韌帶時務宜愛護腹膜，損傷愈輕愈佳，否則易致卵巢發生粘着而為此手術受評論之一缺點也。

第一百七十七圖



治子宮後傾之包章二氏手術

Round Lig 圓韌帶 Bladder 膀胱 Rectum 直腸 Loop of Round Lig. 圓韌帶之環

適在卵巢懸韌帶之下將闊韌帶割一口。用長頁鉗由此割口插入，夾持圓韌帶而牽引之。右側之圓韌帶已牽過闊韌帶之口。

第一百七十八圖

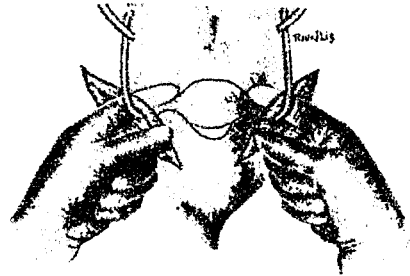


治子宮後傾之包章二氏手術
二圓韌帶已連接且定着於子宮後壁

亞歷山大氏手術 ALEXANDER'S OPERATION

氏發明此手術之原理在將後傾之子宮稍牽引圓韌帶經過腹股溝腹環而縫定於其處以使恢復向前之原位。所有圓韌帶之弛部或摺疊之或截去之皆可。曩昔用此術之大優點在可免剖腹，蓋當時剖腹之險甚大也。但此術不能無弊，故自外科及消毒法進步以來，剖腹危險減少，醫界遂拋棄此術而採用其他新法以使子宮復位。蓋圓韌帶不易於該處尋得此其弊一（尋常係於腹股溝皮下環處尋覓之，但因圓韌帶在此其組織與結締織相雜而下

第一百七十九圖



子宮後傾之亞歷山大亞當二氏手術

Round Lig. 圓韌帶

圓韌帶已剪斷割離用來引錯索之往上。腹膜業於兩側割開，正用左右食指探察子宮之位置及情形。

行至大陰唇，故不易尋得。若此處不能尋出，則於腹股溝管內覓之，但韌帶在管內與周圍之組織不易分清，因是有無法發見，不得已將創口縫合者。即覓得，倘在該處牽引過甚，亦易裂斷，此其弊二。不能確知後傾之子宮有無粘連，蓋苟有之則施術無益也，此其弊三。易併發腹股溝赫尼亞及創口染菌，此其弊四。著者曾考察此術之功效，發見原病復發者佔百分之十五。

此手術在美國近雖少用，然他國用其改良之法名亞歷山大亞當二氏 (Alexander-Adams) 手術者則不少。蓋可補救舊法之弊也。此新法係由腹股溝腹環處剖腹，故在腹股溝管未尋得圓韌帶者可由腹內向外追索之。既由腹內向外尋得，則可

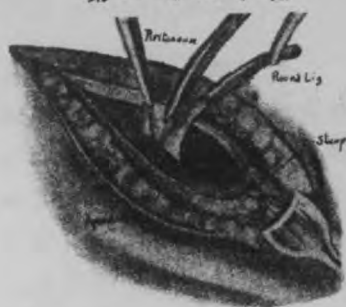
未出而無斷裂之險。且腹既開，則牽繫帶後可捫診子宮而知其位置是否復原或有無粘連之事，並可施他種小手術於子宮之附件。

縫合創口時，若按 Bassini 氏治腹股溝赫尼亞之手術將腹股溝瓣縫於腹股溝韌帶，則少有手術後赫尼亞之患矣。

他國行此手術之細則如下：

與腹股溝韌帶平行割一長三吋(7.6 cm.)之口，與腹股溝赫尼亞之手術同。割口經過皮膚、脂肪及淺筋膜，直至腹外斜肌之白而發光之筋膜。腹股溝皮下環至是亦顯露而易辨出，因其纖維在此處分開且與恥骨結節聯屬也。於是將外斜肌纖維循腹股溝韌帶之方向於腹股溝皮下環之上分開之，圓韌帶居於腹股溝管內，大抵易見，倘不能辨清，可於腹股溝腹環處將腹膜割開，由腹內向外追索之。用夾子二把將韌帶往上牽，於二夾之間割斷之。隨將韌帶與其鄰件剖分，力牽向外直至繞韌帶近側端之腹膜露出成一圓錐形摺，遂將此摺剖開(見180圖)。彼側亦如是辦理至此，乃用二食指分別插入腹腔(179圖)以探查其骨盆內物。如此，可使子宮之位置確定復原。子宮既至原位，則將圓韌帶縫於筋膜外側瓣之下，而剪去其多餘之部。欲免手術後成赫尼亞，可將腹股溝瓣之邊縫數針於腹股溝韌帶上，並將筋膜層疊掩而縫閉創口。

第一百八十圖



子宮後傾之亞歷山大亞當
二氏手術

Pertoneum 腹膜 Aponeurosis 筋膜
Round Lig. 圓韌帶 Stump 韌帶殘株
割開腹膜，牽引圓韌帶則致腹膜
成一漏斗形之皺變。

子宮前屈之杜德雷氏手術

DUDLEY'S OPERATION ON THE CERVIX FOR ANTEFLEXION

置病者作森斯氏臥式或剖會陰臥式，先將子宮頸妥為擴張，隨將頸後壁於正中線割開，直達頸與陰道接合處。

次則從事切斷頸內口處之縮窄環，可用牽小刀以指作嚮導為之，切斷內口之纖維，直至能容指插入子宮管為度，須謹慎勿割入直腸子宮陷凹內之腹膜腔（偶然割破雖無大害究以細心為妙）。

第一百八十一圖



第一百八十二圖



子宮前屈之杜德雷氏手術

自創口兩側截去楔形塊，縫入對合之縫線。

子宮前屈之杜德雷氏手術

創口之縫合

再次將創口之端於頸管外口處與創口之上角對合，欲求對合而不緊張，須將創口緣之中部割去二三楔形塊，如181圖所示。復照圖穿入縫線，則將線收緊時即牽頸外口之後部至內口處之創角矣。後並將創之側部縫合數針，以制止其出血及使創緣對準。

行此手術後，痛經減輕及不孕治癒者殊屬不少，但因其殘毀子宮頸，往往發生頸外翻及頸內膜炎之後患而流白帶。

子宮脫垂及前脫之手術

OPERATIONS FOR PROLAPSE AND PROCIDENTIA

子宮前脫 PROCIDENTIA

余所常用以治子宮前脫之甚者之手術如下：

- (一) 先用 Hegar 氏法行子宮頸高位截斷術(見前353頁)。
- (二) 次用著者之法行陰道前壁之闊大成形術(見357頁)。
- (三) 次按 363 頁所論之厄美氏改良手術為之修補會陰。
- (四) 再次將病者作垂頭仰臥式，於腹壁割一小口，將子宮及其附屬物按以後所論陰道上截除子宮術截除之。

(五) 子宮既截去，則縫合子宮頸，且結紮其血管後，用第七號絲編線二根分別深穿子宮頸兩側，暫勿去針，以便迨後用以牽子宮殘株縫於腹前壁。隨將二闊韌帶縫於子宮頸之殘株，與陰道上截除子宮術同(見203圖)。

後將子宮膀胱間之腹膜剖出成一瓣，翻過蓋於子宮頸之殘株(見204圖)，縫於直腸子宮陷凹部之陰道後壁。如此則子宮頸及闊韌帶皆似居於膀胱下矣。

最後將懸子宮之二絲線各縫於腹壁切口之一側，其線須穿過腹膜、肌及筋膜，線之結紮愈緊愈佳，以便成一有力之人工懸帶。二線間之膀胱部分未受何壓迫故無妨礙。此手術可使膀胱及陰道得雙層之保障。一即所成於腹前壁與子宮頸殘株間之二人工懸帶。一即縫合於子宮頸殘株之二闊韌帶。一如攔板俾膀胱一部分可倚於其上。

此手術之結果甚佳，日後罕有子宮頸或陰道前壁復脫之弊。惟間有直腸膨於陰道致須復施手術者。欲免此事，可按 Moschowitz 氏治直腸脫垂之手術將直腸子宮陷凹縫以數針。

若病者仍望生育,可不必截去子宮,而只施爲不甚重之子宮前脫之手術。初數步與前所述者同(即高位截斷子宮頸,陰道前壁成形術及會陰成形術),繼則不行陰道上截除子宮術及固定子宮頸殘株於腹壁術,乃按俄耳好森氏法將子宮高懸於腹前壁以減輕直腸之脫垂。至若日後生產時所可有之危險並不大於懸圓韌帶手術後所有者。

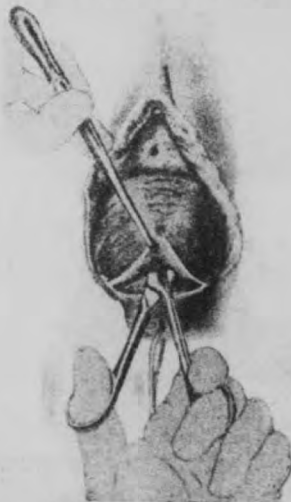
汪金氏子宮脫垂及前脫之間位手術

WATKINS' INTERPOSITION OPERATION FOR PROLAPSE AND PROCIDENTIA

此手術之理,在將膀胱自子宮前壁分離,且轉移其聯屬至子宮後壁,以使子宮支持膀胱之全部。汪氏用此手術始於一八九八年,後屢經改良,始臻完備。

汪金氏手術之細則如下:

第一百八十三圖



前脫之汪金氏手術
用鈍頭剪將膀胱與陰道剖離

第一百八十四圖

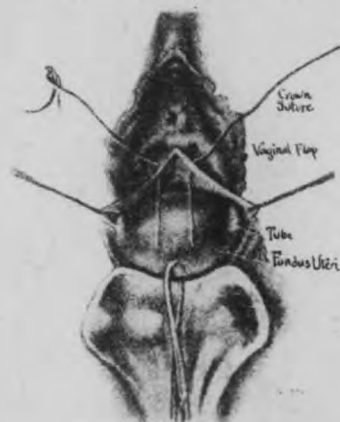


前脫之汪金氏手術
用鈍頭剪將膀胱與子宮頸剖離

用牽引鉗牽子宮頸前唇至陰道口或陰道口外，於膀胱子宮頸之交界處橫割一口，用鉗扯開割口兩端，由此口插入合適之鈍頭剪，伸至膀胱陰道之間，直向尿道口（見 183 圖），及達平尿道處，則將剪張開抽出，如此則膀胱陰道即分離矣。其分離區之大小依膀胱膨出 (cystocele) 之程度及兩組織相粘之多少而異。手術之此部易致膀胱有受傷之險，故須小心輕巧辦理之。膀胱既與陰道分離，可循中線割開陰道前壁，用鉗夾住二瓣邊緣，以鈍器將瓣割離至更深，割離之多少以僅足掩蓋子宮前壁之新位置為妥。若膀胱膨出甚大，欲迨後剪去其多餘之部分，則割離自須較此尤遠。

次乃將膀胱與子宮頸分離。法：循子宮膀胱間插入一剪，隨插隨漸張開（見 184 圖），如此小心為之，直至剪尖抵膀胱子宮間之腹膜摺為止。此種分離法有時不易辦理，倘遇此困難，

第一百八十五圖



前脫之注金氏手術

Crown Suture 冠狀縫線 Vaginal Flap 陰道瓣
Tube 輸卵管 Fundus Uteri 子宮底

子宮底已於膀胱下未出，冠狀縫線亦既縫入。

第一百八十六圖



前脫之注金氏手術

Crown Suture 冠狀縫線
Fundus Uteri 子宮底

冠狀縫合

據汪金氏謂可先割離兩側因兩側組織之粘連較鬆於中線也。腹膜摺既顯露，則用鉗捏起割開，隨用刀或指將割口擴大之。

再次係將子宮自割口露出，用牽牽開器牽膀胱往上直達恥骨聯合處，更用牽引鉗牽子宮前壁往前下，俾子宮頸向上後，如此庶可用牽引鉗夾住子宮底牽至割口之外，勿試夾子宮前壁牽出，因前壁之徑較大於底之徑也。既將子宮牽定，可用線穿貫陰道創口之上端與子宮之底（見185, 186圖），穿線時務須注意令膀胱全部駕於子宮上，惟勿令子宮壓尿道過緊致礙小便（見187圖）。

第一百八十七圖



前脫之汪金氏手術

Sym. 恥骨聯合

顯示手術完畢後各器官位置之圖式

第一百八十八圖



前脫之汪金氏手術

創口之縫合

後用羊腸線按連續縫術將陰道創口於子宮前面縫合之，並間兼括子宮腹膜數針，其橫割口則橫行或縱行縫合皆可（見188圖）。

若病者尚在生育年齡，須將輸卵管之子宮端結紮割斷之，且應將腹膜蓋於其面縫合，以免日後受孕。

若子宮頸太長且肥大，則須先將其子宮頸截短。凡適應此手術者皆宜兼行會陰成形術以治之。

哥斐氏子宮脫垂之手術 GOFFE'S OPERATION FOR PROLAPSE

此係由陰道治理不甚重之子宮脫垂及膀胱膨出之手術。其辦法與汪金氏 (Watkins) 手術相似，但不及其能根治耳。子宮膀胱陷凹亦按汪金氏手術或陰道前壁切開術剖開 (見 383 頁)。

由陰道之切口牽出子宮，而將圓韌帶褶短。此手術之理在將膀胱後轉，使之與子宮中線及其兩角成一新連屬也。自此點起，試將哥斐氏手術之辦法援引如下：

此法之第二步，在將不活動之膀胱底升上而固定於骨盆內。法於膀胱底中部擇一處，將此處上送至子宮前面之腹膜裂線中點時，膀胱鬆餘之處消除而尿道至子宮成一較直之線為準。由此所擇之處穿入縫線，且經過膀胱之腹膜裂線而穿過子宮前面。此線宜留長，須俟他縫線俱穿畢始結紮之。又於膀胱底之兩側各擇一點，與中點相平，且距離相等。此二點蓋指示膀胱之兩角也。復由此二點縫入，穿過圓韌帶或闊韌帶之面，果距中點適宜，足使膀胱底左右鬆餘之處張緊，此二線亦留長。隨將此三線由中線起次第結紮之。如此則膀胱底四圍皆平而緊，且恢復子宮支持膀胱之功矣。

此外兼應治其骨盆內之赫尼亞及使膀胱取得筋膜之支持力。此則其手續如下：將陰道剖口中線之筋膜及粘膜之緣剪齊以除淨其扯薄及受傷之部分，而便得其堅固未受傷之部分之支持力。隨將剪齊之筋膜及陰道粘膜之緣全行縫合，使支托膀胱底。繼將陰道切口之子宮端於膀胱附着處之下縫於子宮。

完全前脫者，哥斐氏亦按此法之理推廣治之，先行陰道截除子宮術以除去其子宮（見 410 頁）隨將兩闊韌帶於盆內相搭縫合之，於此新成之平面將膀胱壁牽開縫於其上，與子宮前脫之手術同，即縫膀胱於子宮前壁也，又將陰道上端縫於此新平面。

美俄氏之前脫手術 MAYOS' OPERATION FOR PROCIDENTIA

此係美俄氏將佳金哥斐二氏手術之理綜合而成之治前脫之手術。

先按陰道截除子宮術除去子宮（見 410 頁），惟闊韌帶暫用鉗夾住而不用線縛之，次將兩闊韌帶之緣對合，用鉸製腸線按褥線縫術連續縫合之，縫合處宜在鉗後畧遠，俾線牽緊時闊韌帶可以張緊也（見 189 圖），此縫合線宜距闊韌帶緣一吋至一吋半為度，一則可縛定其血管，一則使線不致滑脫。

第一百八十九圖

第一百九十圖



美俄氏治前脫之開陰道手術
用連續褥線縫術將左右闊韌帶縫合。

美俄氏治前脫之手術
Broad Lig. 闊韌帶
兩闊韌帶已於中縫合，正用連續縫
術縫合陰道之粘膜

已連接之闊韌帶上緣則縫於陰道壁齊陰道創口之上角處。如是則膀胱坐落闊韌帶上一如倚於欄板然。所有闊韌帶之鬆緣亦細細縫攏。將陰道創口用連續縫術縫合之（見190圖）。

子宮內翻之保存的手術

CONSERVATIVE OPERATION FOR INVERSION OF UTERUS

此術為 Küstner 氏所發明。法，作一闊大之橫割口，將子宮直腸陷凹開通。用左食指由此口插入至子宮底內翻所成之杯形凹內。設能牽子宮至陰戶之外，則內翻之底居上，子宮後壁及頸朝向術者。於是將子宮頸及子宮底後壁一部分逢中割開，食指仍按於杯形凹，用拇指在外壓其子宮底，如此內翻之子宮即可復回原式。次將此復回之子宮使之後屈，而由陰道後壁之割口牽出，將其後壁及頸之割口用腸線縫合，陰道後壁之割口亦縫合之。

有將此手術畧為變通者，贊成由陰道前壁切開。

斯賓理氏治子宮內翻之手術

SPINELLI'S OPERATION FOR INVERSION OF UTERUS

斯賓理氏之改良 Küstner 氏由陰道治子宮內翻之法，最為近世所通行。

在陰道前壁橫割一口（見191圖），將膀胱自子宮分離與陰道前壁切開術者同（見383頁）。繼將子宮頸割一正中之口以切開縮窄之環。且割口須經過子宮前壁劃向子宮底，直至能將內翻之處復回為止，尋常則割至子宮底足矣。復回子宮法，係用二食指壓子宮頸，以二拇指壓子宮底朝上翻之，一如外翻割破之橡皮球然。

第一百九十一圖



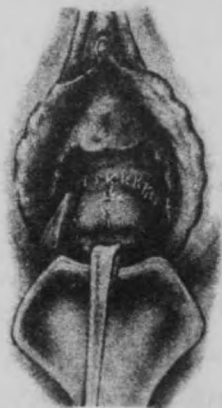
斯賓理氏治子宮內翻之手術
開始之割口

第一百九十二圖



斯賓理氏治子宮內翻之手術
子宮前壁業經切開準備翻轉

第一百九十三圖



斯賓理氏治子宮內翻之手術
子宮業經翻轉，應將創口兩邊之組織修去楔形塊以便對合，如圖所示。

第一百九十四圖



斯賓理氏治子宮內翻之手術
子宮前壁及頸之割口皆已縫合

子宮既復回，則將剖開之壁縫合。但因其腹膜業於內翻時皺縮，不能對合，致子宮壁組織突出有似眼險外翻，故須將其多餘之組織削去縱行之楔形塊(193圖)，遂腹膜緣易於對合矣。子宮壁之創口可用腸線連續縫合二行。一行固縫於子宮之肌壁，一行則縫合腹膜面。子宮頸之創口則按間斷縫術用腸線縫合之。後用橡皮排液管插於陰道創口，因常有染膿毒之險也。有主張於子宮前後二陷凹各置一排液管者。至於陰道創口除設置排液管處之外亦皆縫合。

第一百九十五圖



斯賓理氏治子宮內翻之手術
陰道創口亦已縫合，挿入一條皮排液
物於其一角。

子宮截除術

HYSTERECTOMY OPERATIONS

陰道上子宮截除術 SUPRAVAGINAL HYSTERECTOMY

病者須顯然作垂頭仰臥式。腹中線創口之長短視所欲去骨盆內之塊之大小而定。若盆內器官不曾腫大或病者不甚肥胖，則創口只三吋半(9 cm.)足矣。割開筋膜時須多向恥骨往下割，因張開創口多在下半也。小心用紗布先將腸隔開。隨用雙爪鉗夾住子宮底(惟在組織染膿毒或壞死者則不可用)。先將子宮牽往左側以張緊其闊韌帶而露出圓韌帶及卵巢懸韌帶。用長頁鉗於近卵巢處將圓韌帶近子宮之端及懸韌帶

夾住，懸韌帶內有卵巢血管通過。當夾持時須使二韌帶相遇成角（見196圖）。隨用二號腸線用針穿過闊韌帶層之無靜脈處而將懸韌帶縛住之。繼將韌帶剪斷，再縛一道以免卵巢血管過後出血。其圓韌帶只用線縛一道而剪斷之。剪斷後，接近圓韌帶將闊韌帶兩層割開以顯露子宮血管。倘割開闊韌帶至過近子宮，則難免不傷子宮血管之數枝而須多用鉗子夾住（須知所用鉗子之數愈少愈妙，蓋多則有礙手術之進行）。闊韌帶兩層既割至圓韌帶處則即分開而露出子宮血管矣。

至此，可牽子宮往右而按上法辦理左側之附屬物。左側既辦妥則骨盆內只剩夾子宮附屬物之二鉗及牽子宮底之鉗而已。於是將子宮往後牽以露出膀胱。用按捏鉗接近膀胱將腹膜之膀胱子宮摺（在彼其附着頗鬆）捏起割一口，由此口插入鈍頭鉗

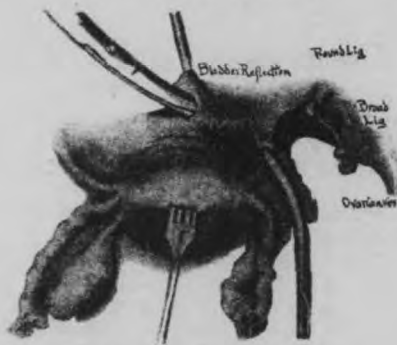
第一百九十六圖



陰道上截除子宮術 第一級

Round Lig. 圓韌帶 Rt. Broad Lig. 右闊韌帶
用長頁鉗於近子宮處夾持闊韌帶，結紮
卵巢懸韌帶之第一縛線正在穿入。

第一百九十七圖

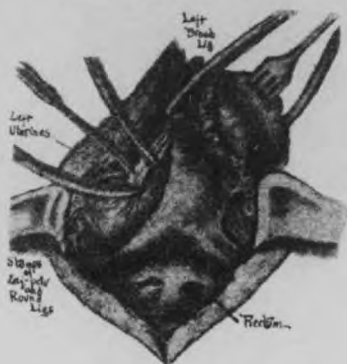


陰道上截除子宮術

Bladder Reflection 腹膜之膀胱摺 Round Lig. 圓
韌帶 Broad Lig. 闊韌帶 Ovarian Ves. 卵巢血管
子宮膀胱間腹膜皺摺之解剖。先將剪頁由
腹膜下推進而後剪開以免有不應有之出血。

剪於腹膜下插至子宮左右之剖面(見197圖)。如此,可使腹膜與子宮膀胱相離,剪開時不至出血。在子宮後壁不必剖一腹膜瓣。

第一百九十八圖



陰道上截除子宮術 截斷之第一級

Left Broad Lig. 左闊韧带 Left Uterines
左子宮血管 Stumps of Inf. pelv. and
Round Liga. 卵巢懸韧带及闊韧带之殘株
Rectum 直腸

子宮血管顯露後用二鉗夾住而割斷之。留意將下鉗上之血管端留長以便加第二道鉗時(202圖)易於夾住。

第一百九十九圖



陰道上截除子宮術 截斷之第二級

左側之血管業經割斷,復割一楔形口以截斷子宮

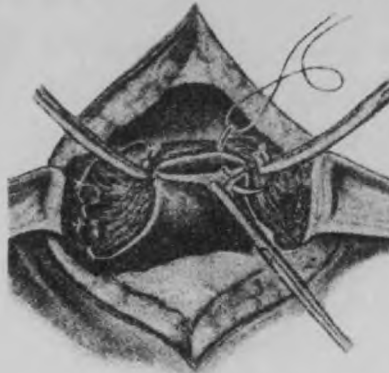
此時子宮已分離,準備截斷。先用長頁鉗夾住左側之子宮血管,即在該血管齊頸管內口上升子宮口之處。又用一有齒鉗於前鉗之上約四分之三吋(2 cm.)處再夾住該血管,而靠近此鉗將血管剪斷,以使其近側端愈長愈佳。隨用左手將牽鉗力向右牽以露明應截斷之處。作一楔形切口橫斷子宮頸組織。至此只有右側之血管尚與子宮相連(見200圖),亦用鉗夾住割斷而留一長蒂。既將子宮及其附屬物去盡,則骨盆內只剩夾持子宮血管之鉗而已。更用一有齒之鉗將子宮殘

頸之後唇夾住以便牽引。若疑子宮頸管內或被染，可用火刀烙之，或用濃石炭酸或醇或碘酒擦之。

第二百零圖



第二百零一圖



陰道上截除子宮術

子宮已由一楔形口截斷，用間斷縫法將兩端縫合二三針，第一針正在穿入。

陰道上截除子宮術

Clamp on Left Uterines 左子宮
血管之夾 Right Uterines 右
子宮血管 Gauze 紗布 Cervix
Stump 子宮頸殘株 Bladder
膀胱 Broad Lig. 闊韌帶

左側子宮血管已夾住，且
割斷。子宮已由一楔形口
截斷。右側子宮血管可將
子宮提起顯露之，隨亦夾住
而斷之，斷端愈留長愈佳。

次按間斷縫術將子宮殘頸之

唇縫二三針，且結紮子宮血管。其
結紮方法最為重要。截斷子宮時
務宜細心將血管於鉗外留一長蒂。
至此，先將右側血管之餘蒂復夾一
鉗以為第二道防禦鉗。乃用一穿
線之彎針由血管內側穿入子宮頸
組織繞血管而結紮之（見202圖），結

紮後撤去下鉗。再依法穿入縛線而再結紮一次，乃可撤去上
鉗。如此結紮子宮血管兩道，則不至失血。左側亦依此行之。

再次係藉闊韌帶懸吊子宮殘頸以免日後復脫，此最關緊
要。因截除子宮後所顯之身體的及精神的症狀，多由脫垂之
併發病而起。

由右側起，用鉗夾住前所縛相交成角之圓韌帶及卵巢懸韌帶，以堅固之腸線用針依次穿過子宮殘頸之組織，圓韌帶近結紮之端並兼括遮護卵巢懸韌帶之腹膜少許，於是將二韌帶之端與殘頸牽合而結紮之，所留之線端宜長以復能復穿過子宮頸，且繞左側之二韌帶端而亦縛之於子宮之殘頸，與右側同(203圖)，手術之末級在將腹膜膀胱摺之鬆片夾住提上，藉腹膜片之透光以辨定膀胱邊之何在，用線穿

第二百零四圖

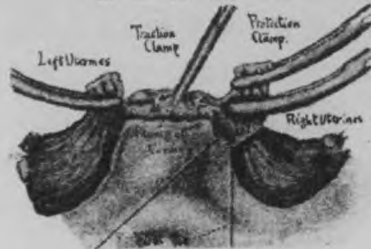


陰道上截除子宮術

Round Lig. 圓韌帶 Bladder 膀胱 Pouch of Douglas 直腸子宮陷凹

手術完成，腹膜之膀胱摺已縫一針於殘頸之後壁。

第二百零二圖

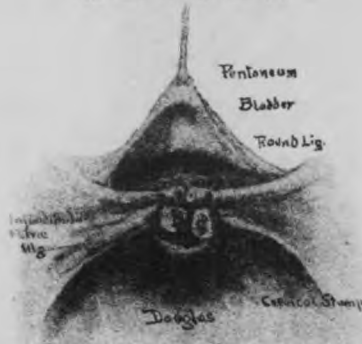


陰道上截除子宮術

Traction Clamp 牽引鉗 Protection Clamp 保護鉗(第二道鉗) Left Uterines 左子宮血管 Right Uterines 右子宮血管 Stump of Cervix 子宮頸殘株 First Tie 第一縛線

右側之子宮血管正在結紮，第二道鉗已夾住血管之端，縛線結紮後，下鉗可撤去，再結紮一第二道使更堅牢。

第二百零三圖



陰道上截除子宮術

Peritoneum 腹膜 Bladder 膀胱 Round Lig. 圓韌帶 Infundibulo-Pelvic Lig. 卵巢懸韌帶 Douglas 直腸子宮陷凹 Cervical Stump 子宮頸殘株

圓韌帶之殘株已縫於頸之殘株上，腹膜之膀胱摺已鉤起準備縫於殘頸之後壁。

過腹膜片之緣並橫穿子宮殘頸後壁而復由片緣穿出。迨結紮後，此腹膜片即將子宮殘頸及二韧带之端盡行蓋護（見204圖），手術完成矣。依此法行之，所失之血甚少，且子宮頸及陰道恒居盆內之高位。又所顯露者只一個腸線結而地位却無妨礙，此於預防手術後之粘着甚有關係。

施垂頭仰臥之手術後，縫腹壁時須將病者改為平臥式，始可縫合其皮膚及脂組織。如此則於改變臥式時，皮下血管或累出血而須結紮之。若不變其臥式以防之，則縫合皮緣之線不足制止出血，致於創口內存有血塊可耽延其癒合。

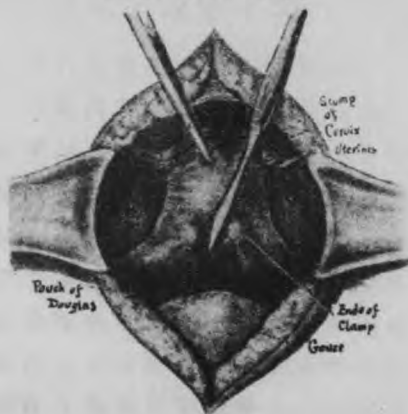
陰道排液法 Vaginal Drainage 凡須用排液法於骨盆內者以能由陰道行之為最妙。由腹壁設置排液物，只可於最劇烈之炎症或骨盆後凹粘着甚密由陰道開口極有損傷直腸之險者，始可用之。

於陰道上截除子宮之手術所用之陰道排液法其手續如下：

子宮殘頸既縫合蓋妥，子宮血管亦結紮後，令助手用長彎鉗插入陰道，鉗尖向腹壁創口（見205圖），

（施術時病者被布蓋護，助手插鉗入陰道時切勿插入尿道為要）並將子宮殘頸力牽向上。陰道內之鉗抵壓陰道後壁於近

第二百零五圖



陰道上截除子宮後之陰道排液法

Stump of Cervix 殘頸 Uterines 子宮血管
Pouch of Douglas 直腸子宮陷凹 Ends of Clamps 鉗端 Gauze 紗布

用一有齒之鉗插入殘頸後壁將其牽往上前。陰道內插一長鉗，推向陰道後壁，張開鉗嘴，對鉗嘴將陰道壁割開，

子宮頸處，乃張開鉗嘴，術者對鉗嘴間割開陰道壁(見205圖)，助手復將鉗閉合，由此割口穿至盆後陷凹以夾住一捲烟式之排液物而牽之至陰道(見206圖)，手術之餘事依法辦畢後，將腹壁創口縫合，其排液物大抵過二三日即可撤去，不必再設，按此法排液，病者之恢復較未用排液法者並不多延時日。

第二百零六圖



陰道上截除子宮後之陰道排液法

Bladder 膀胱 End of Clamp 鉗嘴
用捲烟式排液物送至穿過陰道後壁之鉗嘴內。

完全截除子宮術 COMPLETE HYSTERECTOMY

此係將子宮體及頸全行截去，非因治惡性病罕用之，但有數種情形以截除子宮頸為要，且有時於開腹後始知須全截除子宮而顯露陰道粘膜者，故無論子宮須全截除與否，凡於骨盆內施手術之先皆須將陰道完全潔治之。

須截除子宮頸之病中，其一為慢性子宮頸內膜炎兼盆內炎，此種炎病大半於行陰道上截除子宮術後往往自癒，但間有術後炎勢不退且常流刺激性白帶致病人不堪者，若於施術時兼除去子宮頸粘膜則此種後患可免，除去粘膜之法，在或行完全截除子宮術，或只將頸粘膜作圓錐剖出則尤佳而簡易(見207圖)，在盆內曾發炎者，後法更為有用，因子宮鄰近之組織已受炎之浸潤，全行截除子宮頸難而且險也。

將子宮頸粘膜作圓錐剖出之手續如下：先依前法行陰道上截除子宮術之開始數級，惟於適在截斷子宮體以前，用刀將子宮頸組織環割一深口直達頸之陰道部使成一圓錐形

塊，以將頸之強部及全粘膜連帶子宮體截除之。依此法辦理，出血無多，且無損傷輸尿管之危險。又因只露陰道面少許，故若早將陰道細心預備，則子宮頸之創口可按陰道上截除子宮術縫合之，而不必設置排液物。若似有須設之必要，可照下述完全截除子宮術之法行之。

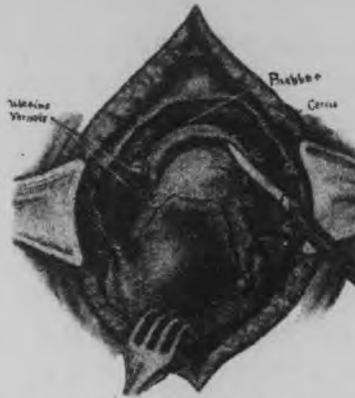
第二百零八圖



完全截除子宮術

Bladder 膀胱 Incision in Vagina 陰道之創口 Parametrium 子宮參結締橫
子宮血管已結紮且割斷，膀胱已自子宮頸前壁割開。兩側之子宮參結締橫各用鑿道鉗夾住於近頸及陰道處割斷之。將陰道壁割一小縱行口以顯露子宮頸之陰道部。由此小口起將陰道環行割斷。

第二百零七圖



子宮截除術兼除去子宮頸管

Uterine Vessels 子宮血管 Bladder 膀胱
Cervix 子宮頸
子宮血管業經結紮(或夾住)且割斷。正用小刀將子宮頸管作圓錐割出。

完全截除子宮術之適應證，為肌瘤之累子宮頸，頸撕裂甚重，或子宮底有腺癌之表示等。又卵巢有惡瘤或韌帶內有甚大而粘着之囊腫亦須行完全截除子宮術。

手術之細則 先照陰道上截除子宮術之辦法將子宮附屬物及子宮血管結紮之，繼將腹膜之子宮膀胱皺襞割開，且用鈍頭剪將膀胱自子宮頸及陰道之上部割離，次用鉗接近子宮頸將子宮參結締橫

夾住，切勿夾輸尿管，如能先辨明輸尿管之所在而後夾鉗尤佳。隨於兩側割斷子宮鄰結締織，用拇食二指捫清子宮頸之端而靠近該處環行切開陰道，取出子宮（見208圖）。

若陰道已先精心治潔，施手術時子宮管無液流出，可不必設置排液物，立將陰道創口縫合。然尋常則以用排液管於腹膜下為妥。法將陰道創緣用醇擦淨，倘使陰道上部未曾預為潔治，宜先用紗布保

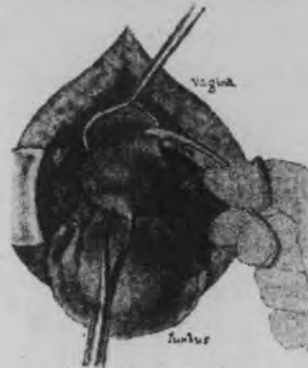
護四圍，後用碘酒擦之。創口兩角用腸線間斷縫合，於中央留一小孔以設置捲烟式之橡皮排液物。次將兩闊韌帶縫於陰道殘體之兩角，腹膜之膀胱子宮皺襞則牽過蓋護其處而縫之於盆後陷凹之陰道後壁。如此，既得保護的排液物，而陰道又被闊韌帶所懸起，日後自不致脫垂也。陰道中之排液管尋常越三十六至四十八小時可撤去，惟在或有特別受染之危險者可酌情多留幾時。

縫合陰道之手術既畢，保護盆臟之紗布撤去後，施術者莫如更換手套及器械而後從事腹壁之縫合。

陰道截除子宮術 VAGINAL HYSTERECTOMY

由陰道截除子宮，較之開腹截除子宮無何優點。雖有人謂由陰道行之其辦法較速，虛脫較少，出血較輕，但未必盡然。用陰道截除子宮術以治數種前脫則或有用。

第二百零九圖



完全截除子宮術

Vagina 陰道 Fundus 子宮底
子宮頸已由前壁夾住而自陰道之創口退出。陰道後壁亦將用剪剪斷。

第二百十圖



陰道截除子宮術

將膀胱與子宮頸之相
接處橫行切開。自子宮頸剝離膀胱。

第二百十一圖



陰道截除子宮術

剖開子宮膀胱間隙

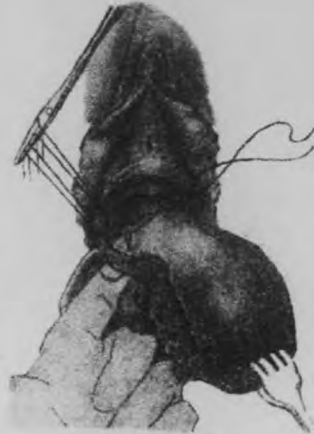
手術之細則 用牽引鉗夾持子宮頸，力行下牽至陰道口，於膀胱與子宮頸前壁之交接處橫割一口，將膀胱自子宮頸剝離，且割開子宮膀胱間之陷凹。撤去子宮頸之牽引鉗，子宮頸自退入陰道使子宮體前轉。如是子宮底即顯露，用雙爪鉗將其由子宮膀胱陷凹之割口牽出。隨用線將闊韌帶，連帶圓韌帶，輸卵管，卵巢懸韌帶於近子宮處一併縛住。所有子宮兩側之子宮鄰結締織則割開以露出子宮血管，旋結紮而剪斷之。於是將兩側之子宮鄰結締織之殘株縫數針於陰道創口之兩側。至此，將子宮力向前牽以顯露直腸子宮陷凹。子宮既牽至此種位置，則陰道後壁易於割斷。割斷時陰道血管不免出血少許，宜於子宮除去後立即制止之。次將圓韌帶縫於陰道

第二百十二圖



陰道截除子宮術
預備與子宮附件分離

第二百十三圖



陰道截除子宮術
闊韌帶及子宮鄰近結締織上部業經剪斷。
子宮鄰近結締織下部及陰道後壁亦將剖開。

創口之兩角此爲最要，蓋免陰道壁日後脫垂也。後將陰道之前後壁用腸線按間斷縫術縫合之。

瓦吞氏治子宮癌之闊大手術

WERTHEIM'S EXTENDED OPERATION FOR CANCER OF THE UTERUS

此手術用以治子宮頸癌或子宮體癌皆可。其要意在截去子宮時兼除去子宮鄰近結締織及陰道緣愈多愈善。以下所述之辦法乃爲治子宮頸癌所用。至子宮體癌亦適用此法，惟除去子宮鄰近結締織及陰道緣不必如是之廣闊耳。

治子宮頸癌大抵須預先由陰道刮去其死肉塊在外翻之癌尤然。據瓦吞氏之原法，係於未施麻醉藥行大手術之前臨時刮去。亦有於麻醉病人後適在大手術之前刮之者。著者則於大手術前七日或十日畧事麻醉後爲之刮除。

第二百十四圖



陰道截除子宮術
陰道後壁之切斷

第二百十六圖



陰道截除子宮術 末級
縫合陰道之前後壁

第二百十五圖



陰道截除子宮術

將腹膜縫於陰道之殘株 闊軛帶已經
於陰道之兩側

此前驅手術之要意，在先行除去癆塊之大體，以便根治手術易於行使，且使手術區在最近數日內較為清潔。刮去癆塊宜用大匙，切勿刮至過深致使周圍組織之壁過薄，於施大手術力牽子宮時或致破裂也。且刮之過深，倘破入腹腔，則使癆塊內甚毒之菌傳染腹膜，至誘起致命之腹膜炎。

此前驅手術之意義在刮而不在燒灼，因用燒灼術後必有死肉脫離，且多流不潔之溢液，致為行大手術時危險之源。癆塊刮去後，宜用

碘酒紗布填塞刮口，以免出血。若出血頗多，陰道內亦宜塞以紗布。越二十四小時可將紗布取出。在大手術前之數日間，宜用佛馬林液（百分之一或二）每日灌洗陰道。在此七或十日之間病者宜多居室外，且多食滋補品。

手術 先將病者之腸妥為準備，以便術時潔而空虛。瀉劑須於前二日晚服之，俾病者於臨施術之前晚可安然眠睡。腹壁及陰道亦依法預備，病者麻醉後，將其陰道拭乾，善為塗以碘酒。若碘酒塗擦適宜，不必用紗布填塞陰道。

施此手術切宜循序為之，以便節省時間。

(一) 腹腔之剖開 置病者作較陡之垂頭仰臥式，此臥式依著者之經驗實無何等危險。宜用墊厚之肩架支持病者體重之一部分為要。循正中線由恥骨部至臍剖一縱行之長口。此等割口在美國常用，取其便於著手也。至於橫行切開直接橫斷腹肌者雖可使手術區顯露更闊，但著者則以為無此必要。且著者用縱行切開法施此手術不曾見創口有因久受牽張而致壞死者。然許多手術家則謂有此後患，故用數種保護創緣之法，例如用紅膠皮甚為適當。瓦吞氏主張使助手用手牽開腹口而不用金屬牽開器，則此患可免。

又有人將腹膜一寬片由腹前壁翻下，縫於盆後壁之腹膜，以作保護腸之用，但著者則不以此法為要。

(二) 闊韌帶之結紮 闊韌帶可按陰道上截除子宮術之辦法結紮之，惟在治子宮頸癌者則縛住卵巢懸韌帶及圓韌帶之處應距子宮畧遠，以便可多截去子宮鄰近結締。而在子宮體癌，因解剖之範圍較小，故結紮二韌帶儘可悉照陰道上截除子宮術之法辦理，於近子宮處結紮，割斷之，以使用該韌帶縫於陰道創口之角，而免日後陰道脫垂。

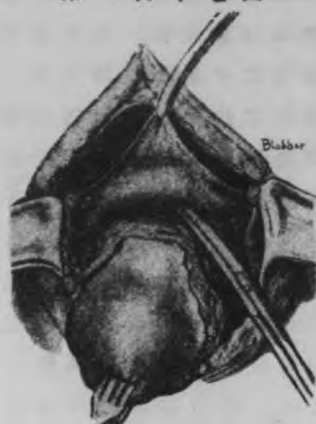
(三) 膀胱之分離 闊綳

帶既經結紮割斷，則將膀胱自子宮頸及陰道前壁剖離。法，先用按捏鉗將腹膜之膀胱子宮褶於中線易於與其下之組織相離處提起，割一小口，由此口插一鈍頭剪於腹膜下，推向左右兩側使之相離。嗣橫割之以顯露附著於子宮頸及陰道之膀胱皺襞。隨將膀胱自其附着於子宮及陰道之處剖離，切勿用紗布爲之，最妙係用鈍頭剪，蓋一面可用其鈍頭解剖，一面可用以剪斷堅固之組織也。

此剖離膀胱之法殊爲重要，因用紗布解剖有損傷膀胱之危險，不但或可直接破裂膀胱壁，且可擦損壁內之小血管，致爲日後膀胱炎或潰瘍之源。膀胱之剖離愈下愈佳，若遇小血管出血，宜用細腸線立即縛住之。此時尚不能將膀胱完全剖離。

(四) 輸尿管之認定及子宮血管之結紮 膀胱既經盡量剖離，則將子宮牽往前左以

第二百十七圖

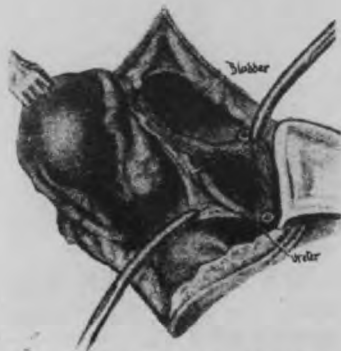


子宮頸癌之瓦吞氏手術

Bladder 膀胱

將膀胱自子宮頸前壁及陰道剝離，此應用鈍頭剪解剖之，切勿用紗布。

第二百十八圖



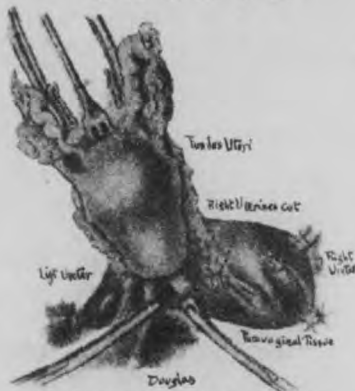
子宮頸癌之瓦吞氏手術

Bladder 膀胱 Ureter 輸尿管

右輸尿管之顯露。將闊韌帶之兩層分開用鈍器解剖法以顯露輸尿管。該管恆在韌帶之後層內，用姆食二指易於辨悉。

顯露骨盆之右側。次則認清右側輸尿管。先分開闊韌帶之兩層，用鈍頭剪將二層間之蜂巢組織輕輕剖開。有時可見輸尿管適居韌帶兩層間之溝內。但尋常不如此易見，須加以尋索。尋索之法，用拇食二指拈起闊韌帶之後層，於指間微捻之，即覺輸尿管為一無搏動之軟索。有人於既尋得後用

第二百二十圖



子宮頸癌之瓦吞氏手術

Fundus Uteri 子宮底 Right Uterines Cut 右側子宮血管已割斷 Right Ureter 右側輸尿管 Left Ureter 左側輸尿管 Utero-Sacrale 子宮骶韌帶 Douglas 道格拉斯窩 Paravaginal Tissue 陰道旁結締組織
兩個之子宮血管皆已結紮，輸尿管已顯露。腹膜之直腸子宮褶業經剪斷。子宮骶韌帶已夾住，從中割斷。陰道旁結締組織亦被顯露。

第二百十九圖



子宮頸癌之瓦吞氏手術

Peritoneum 腹膜 Left Round Lig. 左側圓韌帶 Site of Cancer 癌之所在 Fundus Uteri 子宮底 Bladder 膀胱 Rt. Round Lig. 右側圓韌帶 Rt. Uterine Vessels 右側子宮血管 Rt. Ureter 右側輸尿管

兩圓韌帶皆結紮且剪斷。膀胱已自子宮頸剖離。右輸尿管顯露。食指係挿於輸尿管與子宮血管之間。指尖力伸入血管前之蜂巢組織中。

紗布一條或彎器置於其下，將之移置一側。著者則以為剝離愈少愈佳，否則礙其血管之營養，或可致壞死或成瘻管也。輸尿管既經分離，則宜結紮子宮血管。以輸尿管作嚮導，用食指向膀胱處置於血管下，推向前方，直至由膀胱與子宮血管間之蜂巢組織中伸出（見219圖）。

此辦法開始之部分大抵不難，惟指伸至組織之末層時

則每不易通過，而在曾有慢性子宮鄰結締織炎或銜療法後者尤然。若食指無法伸過，可用鈍頭引線器或用著者特製之夾(221圖)穿一口。

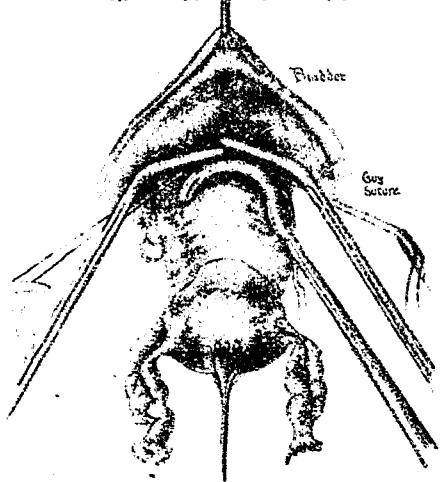
食指既套入子宮血管下，即易覺出動脈之搏動。於是將子宮血管與輸尿管分開，且向盆壁鬆解之，愈多愈佳。用縛線分紮兩處，於二線間剪斷之。至此，輸尿管及其入膀胱之點皆經露明，便於用鈍器解剖法將輸尿管及膀胱角使與陰道側壁分離。此可使膀胱與陰道分離之未盡手續至此完成。

所有輸尿管之分離，子宮血管之結紮及輸尿管膀胱與陰道側壁之解脫等法，可依樣於左側行之。

(五) 直腸之分離及子宮鄰結締織並陰道鄰結締織之最後解剖

先將子宮力向前牽以妥為顯露直腸子宮陷凹。提起陷凹底之腹膜割一小口，由此口插一鈍頭剪於腹膜下以剖分之，與分離腹膜之子宮膀胱摺相同。又由闊韌帶至闊韌帶將腹膜橫行割開，露出子宮骶骨韌帶。用鉗將該韌帶夾住割斷之。韌帶既斷，子宮便大為鬆解。至此，直腸大抵易於與陰道分離，因只有甚鬆之蜂巢組織相連也。

第二百二十一圖



子宮頸癌之瓦吞氏手術

Bladder 膀胱 Guy Suture 維持縫線
子宮及陰道業經剖開。陰道壁已穿入牽引或維持之縫線。於癌位之下應用著者之特式鉗，瓦吞氏鉗則用於此鉗之下方。倘陰道邊緣不足，瓦吞氏鉗可不用。用刀或烙器於鉗間截斷之。

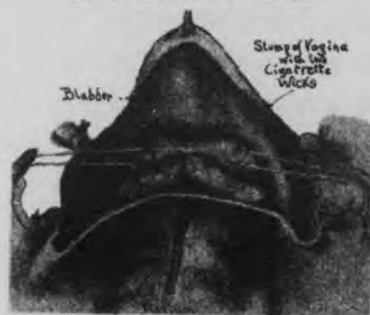
直腸既經剖離，所餘之子宮鄰結締織及陰道鄰結締織之附着於陰道後及兩側者可用鉗次第夾住割斷之，使子宮及其附屬物更為鬆解。至此地步，於未用鉗夾持子宮全塊並截除之先，宜使輸尿管入膀胱之處更與陰道分離。

(六) 陰道之夾住及截斷 陰道既經盡量往下解剖至痛處之下頗遠，則宜將其截斷之。此時最妙於欲截斷處之下用堅固之腸線分別穿於陰道兩側，線端留長用鉗夾住，以作牽引之用，免陰道截斷後殘株之收縮，並可制止陰道角之出血也。

欲免痛區之或有染性質洩出，須將陰道全徑與之隔絕。有多式鉗子可作此用，而以瓦吞氏之正角形鉗尤為著名。或有用丁字形大鉗者亦佳。觀 221 圖，可見陰道用鉗分別上下夾住，於上下鉗間截斷之，此為著者常用之法。但若按前所述之法將陰道妥為準備，則不必用下鉗，因可多除去陰道之一部分也。用下鉗之裨益，在能制止陰道靜脈之出血，及防免陰道下部染性物之洩入腹腔。倘不用下鉗割開陰道時應立用紗布填塞。陰道既經截去，則用縛線縫匠鉗所夾持之陰道鄰組織而結紮之。依間斷縫術將陰道縫合，但於中央留一小孔。

(七) 排液法及腹膜之縫合 最妥係於陰道之側組織中排液。法，用排液管屈成彎形插入陰道，令助手用長鉗由陰道牽下，以使其

第二百二十二圖



子宮頸癌之瓦吞氏手術

Stump of Vagina with two Cigarette Wicks

陰道之殘株設有兩支捲烟式排液物

Bladder 膀胱 Rectum 直腸

陰道開口中設置兩條捲烟式排液物。陰道壁兩側引線彩線，已於排液物之兩側縫合，腹膜線則繫於排液物之上縫線，以便與腹膜體隔絕。

二端存於腹腔，腹膜則於排液物之上縫合，俾排液物與腹腔隔離。

(八) 淋巴腺之除去 若有受染之淋巴腺，則於手術行至縫合腹膜時將淋巴腺剖去之。蓋此時倘病者發現虛脫之狀或淋巴腺剖去過難，則因手術之各事既竟，只須從速畢其大手術可已。淋巴腺之除去，非有經驗及耐性不易為之。

虛脫(休克)之故，幾皆因出血過多所致。若出血不多即不顯此狀，且恢復亦速。

施手術時所遇之危險為膀胱輸尿管或直腸之受傷及出血之不易制止。在因久患盆炎而腹膜粘着者易於有危險之出血。蓋可據以為界標之點混亂不清，而各組織之界限亦不易分辨也。在曾經過銑療法者亦然。

第二百二十三圖



子宮頸癌之瓦吞氏手術
Bladder 膀胱 Rectum 直腸
木盤 腹膜業經完全縫合於
橡皮排液物之上。注意中間四
縫線係間斷縫入者。

治子宮頸癌之陰道截除子宮術

此手術為夏他氏(Schantz)所闡明，甚為繁難，非諸悉由陰道行盆內手術者不宜用之。關於此手術之圖畫係自夏他氏法畧為變通者。瘡區須先行妥為搔刮及燒灼，而後按下述之細則行使手術。

(一) 陰道下端之環截術 在陰道口環行割一口，將陰道壁剖離至約二吋。如此則成一袖口式，用間斷縫術縫合袖口之端，使線端留長，以使用鉗夾住。至此，牽線端使陰道袖口往前，而剖離陰道兩側及後壁，慎勿傷及直腸。將陰道與直腸剖離時，用鈍頭剪解剖較用紗布為佳。

第二百二十四圖

第二百二十五圖

第二百二十六圖



子宮頸癌之夏他氏手術

陰道口之環行切口



子宮頸癌之夏他氏手術

解剖陰道壁成袖口形



子宮頸癌之夏他氏手術

Bladder 膀胱 Vagina 陰道

陰道之瘻口已割出，且留縫合之索引線，膀胱已顯露，由會陰深割一口以切開陰道鄰組織。

(二) 陰道旁之解剖 陰道既與直腸妥為分離，則於陰道原位之左下角深割一口，先向外割至左小陰唇之下端，繼向下順直腸左側且與之平行以分離提肛門肌之纖維，復繞肛門且割至肛門之後至近正中線為止(226, 227圖)。又於割口深部將陰道鄰及直腸鄰之組織剖分，並將尾部諸肌及坐骨直腸窩之蜂窩組織分離。此則出血頗多，但可用線縛或紗布填塞以止之。作此割口所得著手之空隙甚大，以便易於施行手術之他步。此時可將對直腸子宮陷凹之組織提起割開，直入陷凹，用紗布一大條塞入該陷凹以免腸脫出。

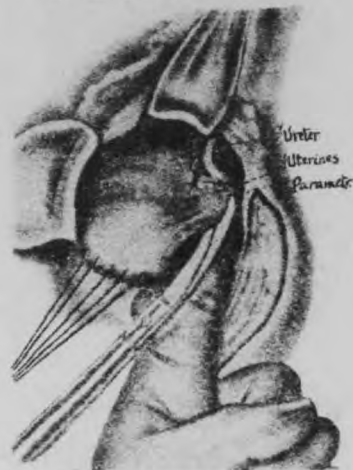
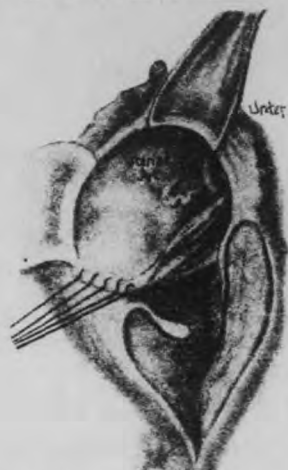
(三) 膀胱之剖離及輸尿管之辨清 此際將所連於陰道之線向後力牽，用鈍頭剪剖離膀胱與陰道。須深向陰道兩側

解剖，直至露出二輸尿管。隨將膀胱上牽，割開膀胱子宮陷凹（見 227 圖）。

(四) 子宮血管之結紮 力牽陰道向右，術者用左手食指捫悉子宮動脈。隨用引線器穿過闊韌帶底，繞住子宮血管，且

第二百二十七圖

第二百二十八圖



子宮頸癌之夏他氏手術

Ureter 輸尿管 Uterine Art. 子宮動脈
膀胱已與陰道及子宮頸分離，且用牽開器牽上。左側之子宮動脈，輸尿管及子宮鄰結締織皆經顯露。

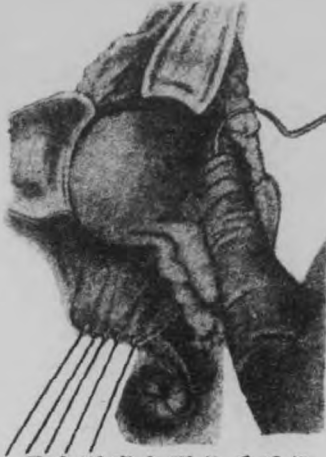
子宮頸癌之夏他氏手術

Ureter 輸尿管 Uterines 子宮血管
Parametr. 子宮鄰結締織
左側之子宮血管業經結紮剪斷，輸尿管已門出。用左手食指作嚮導以剪開子宮鄰結締織。

結紮之。將子宮自縛住之韌帶處割開，對側之血管亦如是縛住割斷之。割斷子宮鄰結締織，離子宮愈遠愈佳。此時痔血管至子宮瓶韌帶之枝常畧出血（見 228 圖）。

(五) 子宮及其附屬物之除去 此在將子宮底由子宮膀胱陷凹之割口牽出。法，用左手食指伸入直腸子宮陷凹，由後壓子宮底使之前屈。隨用雙鉗夾住子宮底力牽向前。如此則使闊韌帶顯露。次牽子宮往右，用左手食指作嚮導將引線

第二百二十九圖



子宮頸癌之夏他氏手術
子宮底已放出。左側之闊韌帶正
待結紮剪斷。

第二百三十圖



子宮頸癌之夏他氏手術
Round Lig. 圓韌帶 Uterine 輸尿管 Uterine
Artery 子宮動脈 Intestine 腸 Peritoneum 腹膜
用連續縫術縫合腹膜層。

器穿過闊韌帶而縛住二道。隨縛住圓韌帶及卵巢懸韌帶，而將子宮自該側之闊韌帶截斷。對側亦如此辦理，子宮全塊乃可取出。

陰道旁之創口深穿縫合。隨縫合腹膜。其陰道創上之口用紗布填塞之。

陰道創口須許久始能癒合，故恢復期頗長。

肌瘤截除術

MYOMECTOMY OPERATIONS

剖腹截除肌瘤術 ABDOMINAL MYOMECTOMY

行剖腹截除子宮肌瘤之手術時，腹壁切口之大，須使便於辦理盆內之器官為度。用雙爪鉗夾持子宮底，牽之至腹壁割

口，以顯露欲去之肌瘤。有時另用一雙爪鉗適在肌瘤下夾持子宮壁，以便牽子宮時使手術區較平也。於是循子宮軸於肌瘤最凸起之處割一豎口直達瘤面，蓋肌瘤之纖維大抵與子宮壁之纖維排列不同，故可辨認也。瘤既顯露，則用雙爪鉗深夾而力牽之，且用鈍解剖器將瘤剖出（用鈍頭彎剪最便）。摘出時慎勿撕裂子宮壁過甚，且以能不剖入子宮腔為妙。

倘其為腺性肌瘤，則不能如此摘出，因其漫長於子宮壁內也。此則須用剪漸次自子宮壁解剖之。

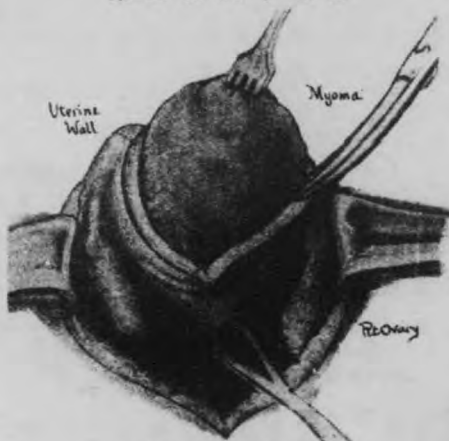
肌瘤既經剖去，除瘤甚小外，往往出血甚多。細心止血，殊為最要，因肌瘤截去後所顯之不良結果，多因止血不善所致也。出血之各點須分清結紮之。萬一不能分別結紮，則

第二百三十一圖



剖腹截除肌瘤術
截除子宮後壁之肌瘤之切口。

第二百三十二圖



剖腹截除肌瘤術
Uterine Wall 子宮壁 Myoma 肌瘤
Rt. Ovary 右卵巢
用鈍器解剖法將肌瘤剝出

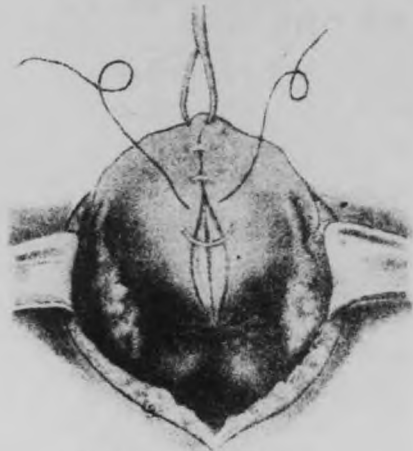
將出血區用線總縛之，又用埋入縫術，將瘤窩縫合，以免子宮壁內停留血塊，至將來分解時而使病者發生全身性症狀。於是按8字形深縫法將子宮縫合（見233圖）。此縫術甚為適用，不但能使組織貼合之面寬闊，且於子宮表面顯出之線結亦少也。

截去子宮壁內之大肌瘤，往往出血甚多，且使子宮體殘毀不堪，故非有特別情形，不宜用此手術。至若有蒂之肌瘤則不然，雖極大者，割去之亦無危險。

若係截去多數小肌瘤，以能由一割口除去數瘤為妙，因使子宮面之創口既少，手術後粘連之機自亦少也。

肌瘤既經截去，則宜用適當之法將子宮懸妥，以免發生粘着性之後傾，否此極易致此後患也。

第二百三十三圖



剖腹截除肌瘤術
用8字形縫術深縫合子宮壁。

第二百三十四圖



網膜移植術
將網膜自腹壁割口提出，擇血管富饒之處
截去一楔形塊。

網膜移植術

第二百三十五圖

Omental Grafting 肌瘤

截除術之涉及子宮後壁者最易循切口處發生粘着，若用網膜移植於子宮壁，或可免此患。其法，將網膜由腹壁創口牽出視察（見234圖），擇血養充分之處剪去一楔形塊，其大小視欲蓋處之面積為奪。楔形塊截去後，將網膜出血之血管縛妥，且縫合其兩緣。隨將此楔形塊移蓋子宮，用細腸線按間斷縫術縫於其上（見235圖）。



網膜移植術

三角形網膜塊植於子宮後壁用腸線縫定

陰道截除肌瘤術 VAGINAL MYOMECTOMY

用此術截除粘膜下之有蒂肌瘤，頗為適用。若用之以截除子宮壁間（內）或腹膜下之肌瘤，則非著者所推許。有蒂之粘膜下肌瘤，所可診斷之據，為出血或流惡臭之液，抑或二者兼而有之。此類瘤大抵已壞死，且染膿毒。若有壁間（內）或漿膜下之纖維肌瘤伴發（尋常類多如此），則莫妙於先將粘膜下瘤割去，稍緩始剖腹截除子宮，否則多有被染之險也。

割去有蒂之肌瘤時，病者須作剖會陰臥式，且須深受麻醉，否則出血時不便施治。

施此手術時，宜先用指覓得瘤蒂。若瘤蒂高居子宮之上部，可用鈍器如鈍頭子宮剪伸入探之。瘤蒂既尋得即用子宮鉗夾住而壓軋之。若瘤已全壞死，夾之自可脫落，去鉗後亦不出血。若瘤居子宮內之位置不高，且已潰腐，則可用指端使之

脫離而不至多出血。但倘瘤蒂甚固，則須以子宮鉗作嚮導，用剪剪斷之。

去鉗後，大約不甚出血。然有時出血頗多，須用紗布填塞子宮腔以止之，翌日爲之取出。

壞死之肌瘤，割去後病者發熱數日，白血球亦畧加多，此爲染膿毒之警告。由此可見有死腐之肌瘤者，不宜於子宮立施斷根手術也。

輸卵管及卵巢之手術

OPERATIONS ON THE TUBES AND OVARIES

輸卵管卵巢截除術 SALPINGO-OOPHORECTOMY

若欲同時截除輸卵管及卵巢，須先查定輸卵管是否已有炎患。倘無炎徵，可將輸卵管於近子宮處留一短蒂而割去之，不至有何後患。然倘有發炎之嫌，無論其為新舊，概須於子宮角處，將全管截去為要。

第二百三十六圖



輸卵管卵巢截除術

Tube 輸卵管 Pedicle 蒂

顯示夾持及截斷卵巢囊體之闊韌帶蒂之方法

治理有遊離蒂之卵巢囊腫時，有一便用之術如下：在瘤蒂振轉者，應先將振轉部分放開，使索狀蒂變平。隨用二鉗於近闊韌帶底處相對成角夾持之。一鉗夾輸卵管及卵巢本韌帶，一鉗夾卵巢懸韌帶內含卵巢血管。尋常輸卵管張於瘤面，可將闊韌帶作V字形割口截斷以除去其瘤塊，只於鉗外稍存

除蒂。若瘤內血之供給甚富，宜先另用鉗夾持其遠側端，庶免割斷時血自瘤體返流而染污手術區（見 236 圖）。

瘤既割去，則將夾闊韌帶之二鉗移置殘蒂之兩角（見 237 圖）。此時令助手將割緣出血之三四血管夾住。輸卵管及血管繼亦分別結紮之，卵巢血管須結紮兩道。次合攏二鉗，用○號腸線由 V 字之尖起，將傷口緣連續縫合之。如此縫合，所顯露之鮮面最少，此最關重要，因

可免以後盆內發生粘着也。縫合輸卵管殘蒂與卵巢懸韌帶殘蒂時，須格外小心，勿留組織及線結成一粗糙大塊。若勢不能免此，應將闊韌帶牽至塊面縫於其上，以免該塊露出致與腸粘連。

輸卵管卵巢之截除手術既畢，則宜施圓韌帶之手術以懸吊子宮，縱當時子宮之位置適當，亦應行之，否則日後難免子宮後傾也。



輸卵管卵巢截除術

Infundibulo-pelvic Ligament 卵巢懸韌帶
將卵巢懸韌帶之殘株與輸卵管之殘株對合縫合，則闊韌帶之創口即合矣。

輸卵管截除術 SALPINGECTOMY

此術之用，在為治盆炎時截除輸卵管而保留其卵巢也。行此術不但須於子宮角處將輸卵管截斷，且須將子宮角中之該管部分割去，以免日後炎病由輸卵管峽復發也。

欲求輸卵管之位置穩定以便解剖起見，可用鉗於輸卵管繼與卵巢間夾住輸卵管系膜緣。另用一有齒之鉗於輸卵管峽之外夾住子宮底。隨將輸卵管系膜割開以除去輸卵管，愈能不傷闊韌帶內之靜脈愈佳。出血之點用線縛住之。解剖

輸卵管至達子宮時，則將其餘部分用刀割入子宮角組織，以截去一楔形塊，如此則全管及其峽，皆被割除矣。割入子宮時必遇一血管噴血，最要者結紮此血管時不可使組織偏曲，且不可多露縛線。

此手術之成功與否，多視縫合腹膜面創口之能否平整及有無線結暴露為定。

縫合創口之法最便者，即先用一號腸線在子宮壁深縫一8字形之縫，使子宮角所去之楔形口閉合（上云噴血之血管，可被此縫線括入

之）輸卵管系膜緣之腹膜，可用一極細之腸線按連續縫術縫合之。用連字氏縫術可免傷口緣外翻，且可蓋護血管之線結，但倘該處已多有粘着，則輸卵管系膜創口必不平，腹膜面亦多損壞。如此，無論如何精心辦理，手術後之粘着，既難幸免。故凡因盆內炎而行保存的手術者，往往無效也。

第二百三十八圖



輸卵管截除術

Salpingitis Nodosa 結性輸卵管炎 Ovary 卵巢
顯示完全截除輸卵管及其易受炎累之管峽
(結性輸卵管炎)之方法。

第二百三十九圖



輸卵管截除術

Round Ligament 圓韌帶
左側之輸卵管及管峽業經截除，腹膜之創口
用連續縫術縫合。

輸卵管造口術 SALPINGOSTOMY

輸卵管因受炎之損害，施術截去而保留其少許者，殊非外科之善法，蓋日後可由此殘株復發也。然在因望子甚切，甘冒此險者，醫家只可行之。雖此種受損切斷之管生育之期望不大，然按之實際，受孕者固亦不甚少也。

若已酌定用此手術，必先將粘着除盡，細查卵巢輸卵管之情形，非能回復官能之器官，不必保留。例如輸卵管之子宮端曾發炎而成結者，可謂絕對無用，宜完全截除之。在輸卵管與卵巢連合成團，卵巢組織因膿腫或囊腫而多被毀滅者，亦宜將其除盡。

若只輸卵管之纖端粘着而不通，而管壁尚未增厚，其內側段亦尚未閉者，雖或稍形膨脹（輸卵管積液），亦宜施以造口術。但必有一完全之卵巢，縱不與該管同側亦無妨，因卵能在盆內移行至對側以成孕也。

任有一卵巢或二卵巢均佳，惟二輸卵管皆壞者，則以移植卵巢組織於子宮角，為惟一受孕之機會。

輸卵管造口術之細則如下：用鉗夾住輸卵管系膜緣，提起。將管自卵巢剪開，直達管壁無恙之處，約須剖至該管三分之一或一半，用細腸線縛住其出血之點，次用細鉗夾持輸卵管系膜於近管之將截斷處，最要者不可使鉗夾管壁自身。至是



輸卵管截除術

顯示為因炎閉合之輸卵管造一新口之方法。
此手術只可用於希望生育者。

第二百四十圖

將管蓋為截斷而用探針輕插管內，以測其通否。探針只可插入少許，不可進至子宮段，因管之子宮端最細，雖在無病者細探亦難通過，否則不免損傷管粘膜也。故此段之通否可觀其一般情狀而知之。

於是將管畧為剪開，俾新口較闊。隨用極細之針穿入○號腸線以將管內之粘膜與管外之腹膜縫合。所縫之針數，愈少愈佳，因線結易使成粘着也。大約只縫三針如 240 圖所示可已。

猶有一種造口術為貝爾氏(Bell)所推許(見 241 圖)，只於管之繖端閉合而管壁無大損害或管腔尚通者適用之。法於近輸卵管之繖端將管割一縱行長口，以細腸線按衣緣縫術縫合創緣

第二百四十一圖



Bell 氏輸卵管造口術

將輸卵管閉鎖且擴張之端縱行切開。輸卵管之腹膜及粘膜則用衣緣縫術(hemstitch suture)縫合之。

絕孕之輸卵管手術 OPERATION FOR TUBAL STERILIZATION

有時欲保留生殖器之各部而使病者不孕，若只結紮輸卵管殊無效，因該管不久猶能復通也。截除輸卵管一部分而結紮其斷端者亦然。近時於輸卵管使不受孕之手術甚多，著者以 Taussig 氏所發明者為最佳，其術式如下：

於腹中線割一小口以開腹，用鉗夾住輸卵管之子宮端，將子宮上牽露明，用線在輸卵管與子宮交接處穿過子宮角，於未結紮此線之先，宜於輸卵管入子宮之部分割去一 V 字形塊。

次將蓋輸卵管之腹膜剖離約一吋遠，用線縛管之遠端後，將此無腹膜蓋護之部分割去。

用動脈鉗或美俄氏解剖剪於闊韌帶之割開處使韌帶之各層分離。又用線繞輸卵管之結紮端以免溜脫，使線穿過闊韌帶之空隙，於闊韌帶前近腹膜之子宮膀胱反褶處穿出。如此使輸卵管之端埋藏於闊韌帶內，此處之腹膜更用一線縫合，使管端埋藏更深。隨將闊韌帶縫一二針於子宮之上後面，以遮蓋輸卵管入子宮之處及闊韌帶腹膜之小孔。對側之輸卵管亦如是辦理，後則按常法縫合腹壁。

卵巢之手術

OPERATIONS ON THE OVARIES

卵巢部分截除術 RESECTION OF THE OVARY

曩者人多用此手術以治卵巢之囊形變性，今知此種變性多係生理作用，故罕如此治之。但有時此種作用過度，則不得不施此部分截除術，而在一卵泡特別長大致成漸溜囊腫以擠

消其餘卵巢組織者

尤然。當行盆內手術時，見卵巢勢須截除而即截除者殊非善舉，因日後該處極易發生粘着也。

先用一鉗夾持輸卵管系膜緣，另一鉗夾持卵巢懸韌帶，以使卵巢顯露。其



卵巢之部分截除術

一卵泡囊腫之截除，使卵巢顯露之鉗宜輕輕夾持以免壓毀組織。

鉗閉合後以僅足
 持定卵巢為度，勿
 夾至過緊，致壓壞
 組織或阻礙血之
 流行。繞囊腫割
 一卵圓形口，露出
 囊之半透明被膜，
 庶不難由卵巢組
 織中摘出之。若
 所夾之鉗不緊，除

第二百四十三圖



卵巢之部分截除術

囊腫已剖出，卵巢之創口用細腸線連續縫合之。

去囊腫後卵巢門處有幾許之出血，宜用細腸線細心一一結紮之，結紮後將鉗撤去，以視其尚有小血管出血否。隨用小彎針穿細腸線以縫合卵巢之創口。卵巢組織既甚柔弱（近黃體處尤然），故縫合創口之先，須將創口緣修齊至較堅之組織處始縫合之。且創緣對合時勿使或有緊張或皺起之處，以免日後發生粘着為要。

卵巢組織移植術 TRANSPANTATION OF OVARIAN TISSUE

此手術多為盆炎後使恢復生育或截去子宮後使因人為的絕經所顯之血管舒縮症狀消除而用。在欲恢復生育者係因病須截去兩側輸卵管，而其卵巢之一或二無恙，始適用此手術。其術式如下：

先將一側之輸卵管按輸卵管截除之手術去淨。繼細心縫合輸卵管系膜之創緣，惟子宮角因剖出管峽所作之楔形口則暫不縫，須詳察該創口猶有癥痕性及炎性組織否，有則妥為修淨，用探針測驗該口與子宮管相通否，其通口以小為佳。於是將由卵巢削下一厚四分之一吋（6.35 mm.）大如指甲之組織片，

其片須具卵巢之上皮層及皮質髓質各部，而植入於子宮角之創口內，用 S 字形縫術縫合之。所有卵巢之創口則用細腸線依連續縫術縫合。對側亦如此辦理。在僅有一卵巢尚存者，削下之片宜足敷兩側子宮角之用。

子宮截除後療治絕經症狀所用之卵巢組織移植手術如下：先備一小容器貯以溫鹽液，醫者於截除子宮及其附屬物後，立即割取一卵巢置於溫鹽液內待用。可植入之處甚多，最常者係植入闊韌帶層間或腹壁內，此二處相較似以腹壁尤佳，因不但該處之血養較富，且萬一卵巢組織日後成囊或發生他患，此處最易除去之也。

若已酌定植入腹壁，可將腹壁切口先縫至肌鞘，隨於一側腹直肌之緣處將其鞘割一小口，由鹽液內取出卵巢，擇其最健之部分削下一片，該片以具卵巢上皮層及皮質髓質各部為妙。於是植入於肌鞘之小口內，介於肌與筋膜鞘之間，用細腸線將鞘口縫合。

切勿用全卵巢移植於腹壁，因迨後難免有囊形變性也。又用卵巢之一片較用全卵巢易得血之供給，故易生活也。

婦科技術

TECHNIC

病者之檢查

EXAMINATION OF THE PATIENTS

在診察室檢查婦女之骨盆部，非有看護婦或病者之親友在側，不可擅自行使。先令病者小便，自解上衣，而後由看護婦安置之於診察檯上，牽被單蓋過其膝，露出腹部以便檢查。不宜掩其面部，俾檢查時觀其面容藉知有無觸痛及疼痛。

檢查婦科病，首應注意察其腹部。蓋觀其外形之下，則所有大體積之腫瘤，脂肪過多，赫尼亞，水腹，氣脹等症皆可得知其大概。腹壁之過度弛緩而兼腹直肌分離者亦往往易於察知。

行腹部之捫診時務宜極輕巧柔緩之妙。初着手之點須對子宮部適在恥骨聯合之上。若子宮底可以捫出，大抵指示或有異常之事，最常見此徵象者為妊娠，肌瘤，或直腸子宮陷凹腫瘤之推子宮向前位者。次則捫診卵巢部，先輕柔而後深捫，以便查知其有無子宮附件之腫瘤及有無盆炎而因此誘致觸痛。

再次則檢查其腹直肌，特別注意其有無過度強直及弛緩之事。倘強硬而兼有觸痛，須察明其肌之強硬究係全體的抑係限於本肌或本肌之一，又或限於肌之一定區域如在其骨盆部，闊尾部，腹上部等。查考腹直肌之痙攣時切宜分辨其痙攣

係屬有意的抑無意的，此最關重要，蓋有許多病人因恐懼、抱怨，或不善抑制而皆致腹肌強硬，俾檢查時極成困難且易混淆。

腹壁弛緩兼腹直肌分離者用望診及捫診不難察知。如令病者咳嗽則尤顯，或將病者肩部由檯升起數寸俾腹直肌強縮，其狀必更顯著。若有臍赫尼亞或手術後赫尼亞皆可因此顯出。

凡行腹檢查時皆應乘便詳細檢查闌尾(蚓突)、膽囊、肝、胃、腎、及結腸諸部，縱無特別症狀亦不可或漏。

倘見腹部腫大，須先檢定是否由於肥胖或腸胃氣脹抑或水腹。若確定其為盆內腫瘤，則其性質大抵須由陰道檢查後始克診斷。

腹壁之捫診既詳且盡，而後始行陰道之檢查。先於光明處視診其外生殖器及肛門部。所有異常之情況如生殖器萎縮、分泌異常、尿道肉阜、尿道腺及前庭大腺腫大、女陰皮膚損害、子宮前脫、陰道口弛緩、痔瘡等等皆可由視診察出。倘骨盆下口弛緩，最妙用左右食指分別按於撕裂之會陰之側溝內，向臀後深壓，則陰道壁脫垂之分際不難測知。此時令病者努力一如出恭之勢，陰道前後壁必翻出，並可因此顯示膀胱膨出及直腸膨出之程度。

行陰道之指診，應先用左手食指塗潤滑劑後為之。最佳之潤滑劑為甘油及珊瑚藻(sea-moss)製者。倘無此二劑，可用肥皂及熱水亦甚佳。凡士林(vaseline)不合用，且倘著手套則於橡皮有害。

左食指插入陰道口時須將手背向上，俾壓力著於會陰，以能不接觸尿道及陰蒂為最妙。插入時務宜極輕巧之妙致，蓋粗暴或遽速行之者將使病人收縮其腹股之肌也。食指之第一節既經插入，則將手掌旋轉朝上。至此令病者弛緩諸肌，可

分開其腿以助其弛緩。倘開始檢查時未能細心輕巧行之，則此後甚難取得合宜之弛緩，因病者懼受害也。

食指既達至子宮頸，則捫診外口以察其頸之方向，及或有撕裂、外翻、肥大、囊形結節、惡性瘤浸潤等情狀否。次則循陰道前壁摩索之，察明子宮前壁之情形，其位置是否向前，並辨認其體與頸所成之角度。陰道側穹窿及後穹窿亦依序檢查視其有無癥瘕、囊腫、發育不全，子宮鄰浸潤，或有腫瘤或膿腫突至陰道頂之事項等否。

至此，將右手置腹部對恥骨聯合之上，以行盆內臟之雙手檢查。首先診定子宮之位置，最妙先置食指於子宮頸下，擎子宮向腹壁直至右手能捫出子宮底為止，且察明其大小、軟硬及外形。倘擎起子宮時而腹外之手不能捫得子宮底，則知子宮必有後位之事。其後位之程度，可深置左食指於陰道後穹窿以捫其子宮之後壁而測定之。在陰道甚深或病人極胖不易查定者，醫者可將左肘抵於自己之臍部，以便施強固之壓力上診而病者亦不致痛楚。

子宮脫垂之檢查法，置左手食指於子宮頸，令病者作出恭勢之努力，注意子宮下行之分際而知脫垂之輕重。倘使病者站立檢查則尤為準確。

子宮之位置、大小、軟硬等既經查明，則從事骨盆兩側之探察。將左食指插於陰道之左後穹窿深按之，右手則移至腹壁之左下部向內按壓，與內診之指作交遇之勢。如此，可使子宮之附屬物被逼向下著於左食指，而卵巢之下半乃得以捫清。盆臟之無病者，不能用外診之手捫悉卵巢，即內診之指，倘非病者極瘦，亦只可覺出卵巢之一端。無病之輸卵管尋常不能捫悉。

雙手診察子宮附屬物所可發覺之病況，例如卵巢脫垂或囊性變，卵巢腫脹，輸卵管妊娠，輸卵管炎，慢性盆炎兼固定之粘着等是。檢查子宮附屬物尚有一要端即在偵察及辨解其疼痛之情形，此際並須注意分別其痛係屬病理作用抑係由手法不善所誘致。

左側之附屬物診察後，隨檢查其右側。診察者如係立於病者之膝間即不使用左指探察右側，是以宜將左指抽出而換右食指插入陰道，左手則置於腹外。有一不換手之良好診察法，即診察者須跨至病人之左側，此位置亦便於左手食指深探至陰道之右穹窿。

如有視察子宮頸及陰道上部之必要或擦藥於該部時，須令病者仰臥，用雙頁開張器將陰道張開行之。

有一較有實效而便利之法，在先置病者作森斯氏臥勢 (Sims position)。診察檯之左下角須連以一森斯氏攔板，令病者向左側躺臥，其兩足及腿托於板上。左臑部以對着檯之右下角為妙，右肩須與檯之右緣接觸，左臂則倚於左緣上，如此則身體之重力多着於其胸前。看護婦立於病者之背後，用指分開病者之陰唇，以便醫者將森斯氏開張器 (Sims speculum) 插入。開張器插入後，令看護婦用右手堅執之，其左手則仍牽開病者之臀部。

欲使子宮頸及陰道穹窿顯露清晰，診察者須用裹棉花之桿或其他便利之器械將陰道前壁壓抑之。森斯氏臥位，對於視察子宮頸，取標本備顯微鏡檢查及於陰道內填塞或塗藥等事上皆極便利。

間有使病者作膝胸臥勢 (knee-chest position) 以檢查其陰道者。此則宜用兩個森斯氏開張器，一置於陰道後壁，一置於前壁，然此臥勢多為病者所不喜且無優越於森斯氏臥位之處，故尋常不多用之。

在私宅中行骨盆之檢查

檢查婦科病最好於診察所行之，因診察檯及光線皆甚合宜。倘必不得已須於病者之家中之行，則應令病者臥於牀上。檢查腹壁時病者宜臥近牀緣，行雙手診察時則以橫陳於牀為妙。欲置骨盆於相當之位置以便捫診各器官，須使其臀部伸出牀緣之外，其足支於兩椅上或醫者之膝上，醫者則對病者之前而坐。倘此姿勢不便合法檢查，莫如請一助手就病者之側坐於牀上，將病者之兩腿屈起，直至接觸腹壁，則檢查當較易也。

腹部手術

ABDOMINAL OPERATIONS

準備 Preparation 剖腹行骨盆內之手術，對於腸之準備極為重要，蓋倘其膨脹而不易自手術區接開則致術時辦理大感困難。腸管既經徹底準備後，多可防止手術後之氣脹。外科家對於導瀉所用之法頗不一致，蓖麻油及甘汞 (calomel) 為最通用之藥。著者之法如下：

除緊急之案外，病者概須於施術前之二日下午入院，此可使病者於術前至少有二十四小時之利瀉時間，並得安然休息一夜。因此須於入院日之下午即投以劑量半噶 (0.033 gm) 之甘汞，每半小時一劑，直至共服完四噶 (0.26 gm)。將甘汞如此分服，可使其迅速通過腸道，而罕致不良之消化的及全身的症狀。倘所有之準備時間不多，則以用蓖麻油清腸為妙。

翌日之清晨，予以瀉鹽 (Epsom salts) 半噶 (15.5 gm)，歷一小時後用肥皂水 (約一量磅) 為之行高位灌腸法。如此導瀉可使病者之腸完全清潔，且可免峻瀉之苦。

灌腸後，應使病者之皮膚受初次之準備，其法如下：住院之病人先行溫水浸浴，其腹部及女陰之毛應剃淨，用肥皂及

水並酒精刷擦之。次用無菌之水灌洗其陰道。乃可用滅菌之乾布墊敷裹之，任病者起坐自由。私家之病人不妨於晝間任其回家，至下午五點鐘返院。此時宜將其腹部用百分七十之醇擦洗，繼塗以百分七十之醇稀釋之碘酒(1:3)。用已滅菌之新鮮布墊包裹之。

當手術日之清晨，復爲之用肥皂水灌腸，並用無菌之水注洗陰道。病者既經麻醉時，其腹壁再用碘酒(1:3)塗擦一次。

上述潔治女陰及陰道之法凡於準備婦科剖腹手術時必須行之，以便當手術時或偶須檢查陰道或由之設置排液物也。倘於剖腹前須行陰道之手術，則其女陰及陰道須於麻醉時未着手之前另行潔治之。

施行腹盆手術之詳說

Technical Detail in the Conduct of Abdominal Pelvic Operations

病者未受麻醉之前應令其先行小解。麻醉病人宜使之臥手術檯上在連接手術室之麻醉室內行之。所須潔治陰道之一切手續均須於麻醉後辦清。倘係爲截除盆骨內之腫瘤術前最妙爲之插管導尿，以便測定膀胱之位置並導出或有殘餘之尿，因有殘尿者可礙手術之實施也。至是乃可置病者作垂頭仰臥勢而將手術檯轉至手術室。遂爲之塗碘酒一層於腹壁上，用滅菌之布巾等覆護手術區之周圍。

若係須由中線切開，則宜在正中線割一口，其長短以恰合手術之實施爲度，切勿過長。所有腹壁脂肪中之諸小管應立即用彎鉗夾住之。若臃膜顯露後而未被血所染，則腹白線(紋)大抵即現。循此線將筋膜割開於腹直肌之腹間用小刀插入脂肪間隙內俾二肌分離，遂露見腹膜下脂肪。術者置兩手食指於創口中，將脂肪自腹膜剝離，並將腹膜自腹直肌鞘後

方撥鬆，腹膜層則由術者及助手用按捏鉗夾起，於鉗間將腹膜妥劃一口，將劃開之口用剪開大之，直至能容手為度，非有特故，則創口以小為妙。

第一步須檢查盆內臟之情形，倘屬重要者例如腫瘤或盆炎即須就病辦理，暫勿探查腹腔。可俟手術告竣，病者精力尚能支持，且未遇何膿毒傳染者，始為之行腹腔之探索。

倘盆病簡單只須數分鐘便可矯正者例如單純之子宮後轉，可乘此時探索其闌尾且截除之。次用左手插入腹腔內速探其各臟有無病患，尤應捫診其膽囊及腸道各部有無異常之粘着。

若盆病須行重大之手術，則宜將腹壁創口酌量開大，例如截除子宮者其筋膜之割口須往下割至恥骨聯合處。割口既經開大，即放入牽開器，並將腸自手術區推開，其法如下：預先告知麻醉劑師務須於此際將病人麻足，蓋倘非如是則推動其腸及填塞紗布之接觸腹膜時必激起腹肌之收縮致延誤手術之進行。欲將腸自手術區移開，術者應先用左手擎起骨盆內之諸腸曲而推之往上，右手則牽網膜往下以便蓋護腸面愈多愈佳。次用“Western Strip”（紗布條）自溫鹽液中扭出貼置網膜面且摺疊之以壓腸於腹腔之上部。另用一條按上法壓住勢將潛出之腸以補第一條之不足。外用乾紗布巾罩護。如是則使腸與骨盆內之手術區完全隔開。且既先將網膜牽下，復用濕紗蓋護，腸之腹膜面當必可免傷害也。倘腸在盆內粘着甚大，則須先行鬆解後始可用紗條隔之。

術時所用之棉球須着兩人數清，且令看護用筆記下。防遺留棉球於腹內之法不一，有用編織之帶縫於棉球上一端連以鉛製法碼者，有用一極長之紗布條連棉球上餘部蟠於滅菌腹單之口袋內者。

行骨盆之手術，須分別術式遵循一定之手續按序辦理，每次皆然。如此不但可使手術迅速，且可使助手於最短時期內，習得預知所需之各物。

手術之成功多視乎失血之防止，蓋出血則混亂手術，延誤時間，並為手術後虛脫之最要原因也。防止之法，在每割斷血管之前必須先行鉗住或結紮之。所有重要之血管須分紮兩道，結紮處之外並須留長以免其迨後退縮。

縫線材料 Suture Material 為骨盆內之手術尋常多用鉻製之腸線 (chromicized cat-gut)。粗細不一。卵巢子宮之血管宜用二號腸線結紮之，其餘則視血管之大小及所在而或用一號或零號線。膀胱腸壁內之小血管可用零零腸線結紮。腹膜面之縫合則用零號或零零號線。

須知線結及線縫在骨盆內實為手術後粘着之要原，故外科醫家恒應盡其機巧以使縫線密於腹膜面愈少愈妙。

骨盆手術之困難由於手術區之不易達及者殊屬不少。是以同一手術，在適宜情況下行之較為簡易者，而在腹壁過胖或切口過小或麻醉不全致腹肌收縮或腸胃氣脹等則辦理時或極感困難。

猶有一事須注意者，不可使多數鉗子集聚於手術區以防礙術者之視線，阻攔手法之行使並使縛線糾纏不已也。行較難之骨盆手術例如治子宮頸癌，莫妙於鉗住血管後即結紮之，以不留一鉗於手術區為較可省時。

鬆解骨盆內之粘着時務須審慎精確，蓋術時偶遇之意外多因忙迫或不細心之所致也。然亦不可枉費時間孜孜於辦理棘手之粘着致久而無成。

骨盆內之手術既畢即應察考病者之情況，倘其神色尚佳手術費時亦非甚久，則可乘此檢查其闌尾而除去之。

手術時倘無膿液或他種傳染情況發現，則所用腸之紗條即可抽出，而檢查其腹腔，特別注意其有無膽石。大網膜倘尚寬裕，至此可牽下蓋於手術區而將創口縫合。

若發見膿液，則令病人平臥，爲之撤去乾紗布巾，宜更換手套後乃可抽出填塞之紗條。大小腸概不可用手撫捫，更不可探察腹腔。

腹壁創口之縫合法 Suture of Abdominal Wound. 縫合腹創口之法甚多，爲著者所採用者如下述：

腹膜創口之兩端可用長頁鉗夾住，以將腹膜皺襞自創口中牽起。腹膜邊緣可用一號鉸製腸線自上端起按連續縫術縫合之。縫至下端將近結紮時，所有腹膜之緊張可放鬆之，且使腹腔內所有之空氣由此小口逼出愈盡愈妙。繼用一號腸線將腹直肌之肌腹縫合三四針，其緊張度以使肌對合而不致令其癱瘓或壞死爲宜。倘肌分離過甚，非緊張及擴大皮膚創口不易使對合者，則可按治腹直肌分離之手術治之。

肌腹之縫線既經結紮，可用長頁鉗將筋膜之角鉗住。若創口不長，兩旁不甚牽縮，則用一號鉸製腸線作一單行將筋膜連續縫合。倘創口頗長，或兩旁牽縮殊甚，例如腹壁肥胖者，則創口上半用鉸製二號腸線縫合，於中央結紮之。創口下半亦用同樣之線自下端起往上縫合之。脂肪中前已夾住之諸小血管可用零零號腸線一一結紮。

至此可將病者由垂頭之勢放平。其時往往於脂肪中或皮下見有小血管開始出血，宜細察，鉗住，結紮之。此於防止過後之出血及創口成血腫之事項上頗爲重要。皮膚及脂肪用鉸製腸線深縫數針使之對合。欲求皮緣貼合無間，可用零零號鉸製腸線以極長之針，連續縫合一行。皮下縫合之法著者不樂用之。縫妥後以殺菌之敷裹物敷上，用絆創膏數條粘住。

倘創口甚大，如赫尼亞手術後者，宜用闊膏數條粘合，交相疊掩且蓋護腹之下部。此外另用多頭腹帶綁束之。

深縫之蠶腸線於第五六日撤去。令皮緣對合之細腸線，於恢復期之末數日大抵即被吸收，然於病者出院前約須為之清理以免或有餘屑存留。

開腹病案之手術後療法

POST-OPERATIVE TREATMENT OF ABDOMINAL CASES

住院之病人尋常於手術前或手術後概不給以嗎啡或其他之安神劑。於私家診治之病人則往往不能免此，多係於手術後之三十六小時內予以嗎啡一二劑。然住院病者之入恢復期平均至少早於私家病人一日，此為頗可注意之一點。所以有此分別者殊與未用安神劑有關。又其人之體質強弱亦不無關係，安閒度日者多不及勞苦者之善耐艱辛，故手術後往往需用藥劑以為之鎮定，防免其精神衰竭，初非專為減輕疼痛而已也。尋常須用嗎啡者係病人於手術後數小時內發現輾轉不甯之狀，此可用嗎啡 $\frac{1}{2}$ 喱(0.011 gm.)注射於皮下。於術後第一夜倘病者有因疼痛或失眠而致衰弱之狀，可再予以嗎啡 $\frac{1}{2}$ 喱和以亥俄辛(hyoscin) $\frac{1}{100}$ 喱(0.0004 gm.)。此後倘非神經極其過敏或極不安甯，不必再予以安神劑。

剖腹手術後之出恭問題頗為重要，尋常治之者有三法。

(一)手術後乘早用導瀉法，(二)術後歷二三日始用之，(三)完全聽其自然。

據經驗所及，第一法最為使病人於恢復期安適，著者於住院病人幾必行之，私家病人亦多數遵照此法。其詳如下：於手術後十五至十八小時即予以甘汞三喱(0.2 gm.)，分作六劑，每劑半喱(0.032 gm.)，每半小時服一劑。服畢後歷一小時，投以硫

酸鎂(瀉鹽)半噸(15.5 gm.)，經四小時後，用肥皂水(約一水磅)爲之灌腸。大多數於灌腸後即洩出氣質及有色之液體內含糞屑。倘灌腸無效，可於二三小時後於肥皂水內加松油(turpentine)一量錢復灌之。如此治之病者罕有不於次日覺甚安舒者。次夜另投瀉劑，以複方大黃丸五喱(pil. rhub co. gr. 5)爲最佳。翌晨再用肥皂水灌腸。此種治療程序(即晚間服瀉丸翌晨灌腸)恢復期中可再三行之，縱能自行出恭者亦然。

此種早施導瀉之法於病者之曾受嗎啡者收效較遜。倘行之妥善，則恢復期殊爲迅速，而有氣脹惡心等等不舒者極爲罕見。又此法可使病人之營養易於措置，術後之第一日可頻予熱水使飲，直至一次能飲四噸。次乃可給以冷牛乳與石灰水各半少許。第二日可進粥類爲早餐，雞蛋及烘麵包爲午餐，牛乳烘麵包爲晚餐。第三日之食物與第二日同，而第四日以往則可進家常食品。

第二法即延至術後第二三夜始爲之導瀉，有時係迫於勢不得已而用之，但其結果不及第一法遠甚。倘因手術之反應劇重，或因受麻醉劑久作惡心，或因病者胃部極易受惹，則不宜早爲導瀉。此種病人往往於第二日即開始作氣，倘兼氣脹則可試用數種灌腸劑以減其苦。其釀氣大抵非服瀉藥不能制止，故莫如一俟病者胃納稍佳即爲之導瀉。選擇瀉藥殊非易易，因病者之胃極不安定也。

據經驗所及，甘汞僅於手術後即早用之有益，而於此等病案不甚適宜。蓖麻油最有功效，但病者每難容受。其餘如大黃，卡司卡拉(cascara)，斐諾他雷印(phenolphthalein)等可以擇用。第三日早服Pluto water二三噸一劑頗有功效。倘服後數小時尙不自行出恭，可繼以灌腸。

第三法即任病者於手術後自行大便，不加促進。用以治尋常剖腹病案不見有何特長。雖術後情形甚佳。然作氣者殊為不少，以至不得不用導瀉及灌腸二法。著者只於腸蠕動之有危害例如腸之部分截除後者，或可發生普遍性腹膜炎者始用之。因手術而顯沉重之休克（虛脫）者亦可利用此法。此等病者用少量鹽溶液（四兩），頻頻注入直腸，直至體力較佳為度。如此大概不出數日即自行出恭。

剖腹手術後臥牀之期限 病者經尋常婦科之開腹手術後例如子宮懸吊術，肌瘤截除術，陰道上截除子宮術，卵巢截除術，闌尾截除術等等，且在恢復期內無何變故者，應躺臥七日至九日，經十二至十六日可任其出院。

經赫尼亞或腹直肌分離之手術者，應臥牀二三星期，視手術之範圍及腹壁之肥瘦而定。肥者往往需時較瘦者為久，因易成赫尼亞也。

行開腹術後所用之支持物務宜充分切勿疏忽。肥瘦適中之婦人，著合式腹衣（corset），達創口之下，緊壓腹下部即妥。身體甚胖者須用特製之腹衣或腹帶，其腹帶最妙係以堅厚麻布為之，其式須能支托並擎起腹壁之鬆垂下部者。除夜寢外須常著之。

成形外科之技術

TECHNIC OF PLASTIC SURGERY

準備 Preparation. 在手術二十四小時之前予病者以瀉鹽半兩（15.5 gm.）。將陰部剃毛並用肥皂水刷洗。陰道則用綠肥皂及無菌水妥為潔治之。後將女陰拭乾，包以無菌乾棉墊子。倘病者小便或大解後，外陰部須再加注洗，更換新墊。

手術日之清晨復爲之灌腸，直至洗出之水清潔爲止。此準備法極關重要，蓋唯如是始可保其不至洩出穢物於手術檯而沾污手術區。陰道亦再爲灌洗，包以無菌敷裹料。

若爲會陰完全撕裂而施手術，其準備法亦同，惟係用蓖麻油以代替瀉鹽，因該油致瀉少有刺激性也。病者之食物於手術之前一日應加以限制。

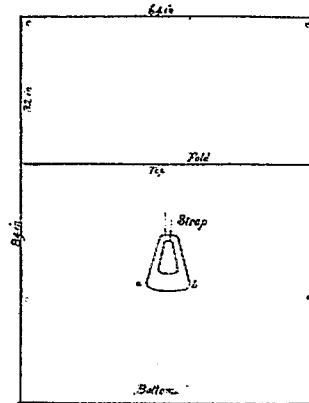
成形手術施行之細則

病者既經麻醉酣足，則將手術檯之下塊落下，將病者安置使其臀部適伸出檯邊。將其腿屈起，直至大腿靠其身體，可令看護持定之。

可如此持定會陰之位置，直至手術告終，且據吾人之經驗，用此法較用手術檯上尋常所備之支足架爲優。置病者作此臥勢後，即令助手一人用無菌肥皂及水爲之刷洗女陰、陰道、肛門及附近之臀股諸部，後用無菌水及酒精蕩清外生殖部。

將特製之會陰墊單折蓋於病者之腿部。此項墊單之式甚夥，最合用者其圖式如右。

第二百四十四圖



Ewin 會陰襯單用法之指明

Fold 摺轉 Top 頂 Strap 皮帶 Bottom 底
此單爲病者仰臥行陰道手術時所用。長 64 吋，闊 10 吋，其一頭摺轉，以使兩角之 c 與 c 相接觸，閉合其縫，則成一袋。所留爲女陰之口，應長 6 吋，底闊 2 吋，頂闊 1 吋。下面由 a 至 b 爲墊層，以遮護肛門處。口邊用窄帶結束之。在下面從口頂繫一長 10 吋闊 2 吋之皮帶，其式如圖中虛線所示。

蓋護病者時，以一手摺合袋之頂緣，而蓋其足，務令兩足之趾達至袋角，須留意袋口係直接對着女陰部。下面之皮帶應用扣針定於病者之睡衣上。將單在膝下妥爲摺起，單之長頭留作蓋護墊子之用。

外科助手立於病者之左側，將病者之左膝持定於右腋下，如是則其兩手賦閒可助理術事。復令一看護立於病者之右，照樣持定病者之右腿而作施術者之第二助手。施術者之右安放承縫線器械之几，由一練達看護專司遞送縫線器械之事。成形手術既多半須兼行剖腹術，故宜力求諸事迅速以免延時過久。此則須規定手術之步驟每次皆遵，且須有訓練有素之助手數人熟悉醫者之技術為之助理方可。

縫線之材料 陰道以內所需之縫線多數係用腸線。腸線究以純淨抑或銘製者為佳，醫者意見尚不一致。依吾人之經驗銘製腸線較為優越。縫合陰道面以銘製第一號腸線最合，凡子宮頸成形術，子宮頸截斷術，陰道前壁成形術及會陰成形術等皆適用之。縫合陰道創口時，務必用閉斷縫法，連續縫術只可於漏管手術時用以縫合裂入不等平面之深組織，且必埋入縫之。埋入之縫線以零號或零零號者為相宜。

對於漏管，無論為膀胱或直腸，皆莫如用銀線間斷的將陰道粘膜縫合，縱創口已由不同平面縫合者亦然。

縫合陰道口以外之創口則以蠶腸線為最佳，但亦有喜用羊腸線者，因不必撤去其線也。倘用蠶腸線則莫妙於將線端夾持於穿孔之殼中，此可使線端保持清潔並可免其刺激皮膚致病者感不舒適也。

修剪法 Denudation. 凡成形手術多少皆有涉及修剪上皮面之事。在子宮頸成形術修剪頸粘膜，最便利以利刀修削之。在陰道前壁成形術及會陰成形術，修去陰道粘膜蓋有二法，一將該膜一片自其下之組織分離，一用厄美氏剪將膜作數窄條剪去之。著者以為第二法較優，蓋大片分離之法出血較多，組織喪失較廣，且縱在熱手亦或有穿破膀胱或直腸壁之危險。有時陰道粘膜與其下之膀胱或直腸間之分界面尚易發見而

分開之，但倘組織因緊張或萎縮而變薄則分離時殊屬不易且有穿破其下器官之險，故在經驗較淺者莫如用厄美氏法即用剪修潔之是也。

修剪時須使所修區之邊緣整潔，此則最妙用把持鉤將欲修線之兩端鉤起，背道牽緊，則粘膜登起成褶，不難用剪修剪平復（見會陰成形術）。

對合法 Coaptation. 陰道成形術之成功多視乎能否使創邊恰對而不至牽緊為定。是以修剪時宜特別慎重務使創邊牽攏時完全適對而毫無組織出進或繃縮之弊。此在術者能善為審慎使兩側相稱而已。創邊之對合的當者可得第一期之迅速癒合，否則發生肉芽而成永久之瘢痕。許多因陰道手術後所致之不良結果係由於舊瘢痕收縮所致已於成形外科切言之。

成形手術之後療法

術後數小時內應令病者小便一次。倘為膀胱膨出之手術，切不可使膀胱漲滿，開始兩日內勿任其積尿過五兩。所幸經施此種手術之病者不久類多能隨意小便。首二日內每四小時應小便一次，晚間亦宜喚醒為之。若病者不克隨意小解則宜按時為之導尿。如能遵下法導尿不至有誘起膀胱炎之危險。無菌玻璃導管連以備具無菌水源之水節，用低壓力使水流過導管洗潔前庭及附近之女陰部分。嗣乘水依然流過時將導管插入尿道，迨導管端達尿道中部，則隔絕水節之水而將橡皮管卸下。次乃將導管挿入膀胱而放出其尿。

在曾經行陰道膀胱癰手術之病者尤不可令其膀胱積尿過多。首四日內宜每四小時洩尿一次，若不能隨意洩出，宜為之導尿。越二日後始或可間時稍久。膀胱癰施手術後之病

者多半能自行隨意小便，但仍莫如每日至少導尿一次，因此等病人多有不能將殘尿排盡者。

吾人所治醫案無論為膀胱膨出或膀胱痛，皆不用恒久之排液法。

導瀉 Catharsis. 行成形手術後之翌晨，予病者以瀉鹽半兩，越三四小時復為之灌腸，惟手術之涉及肛門括約肌或直腸者則不必。晚間進以複方大黃丸（五嚥）一粒，次晨無論自行大便與否概宜為之灌腸。此後可繼續行此晚間服瀉丸晨間灌腸之法直至出院為止。在不便灌腸特如私家病人之拒行此法者，可通融加他種導瀉劑以代之。然其結果往往不及行上法者之佳。

行會陰完全撕裂之手術後尋常八九日不令大便。此項病者亟應特加照料並精心看護務宜設法免其大解，是以只可用有限制之液體食物，即牛乳亦宜忌之，惟雞蛋、膠凍等物間或可准其進之。倘其腸有活動的蠕動則可予以鴉片酒十五滴。至第九日給以蓖麻油一兩以通其大便，越數小時用油灌腸（棉子油四兩）。迨第一次大便以後，便可按照治理其他成形手術之法治理之。

縫線之注意 Care of the Stitches 忽於縫線之照料者難免不受膿毒之傳染而妨礙手術之成功。故看護者首要之職務，在每當病人小便或大解後，必用無菌水注洗創區之縫線，並更換無菌新紗布墊。

治理陰道之縫線通用者有二法，一為任縫線自然，一即頻為灌洗以潔治之。此亦可稱乾濕二法，吾人喜用者為濕法，其手續如下：

於手術之次日即開始用無菌水灌洗陰道，逐日二次，於恢復期內繼續行之。倘當出院時猶有幾許之白帶，約由於縫線

倘未被吸收而致刺激所致，可令病者在家中逐日或隔日灌洗一次，至一兩星期之久。若係曾用蠶腸線縫合會陰之外部，應於術後第九日撤去之，此後可任病者起坐。其留院之期尋常為十二至十五日。

上述法處理創傷，尋常罕有染膿毒者。惟在治完全撕裂之手術，因牽累肛門及直腸，不易保持完全清潔，故或難免膿毒之沾染。其式往往為限界之小線脚膿腫 (stitch abscess) 排出膿液，旋即速癒，漸有致暫時之小癰者。影響於手術之成功甚微。

第一期發現線脚膿腫者，最妙用無菌鹽溶液之熱敷物敷之，頻頻更換。如此治之可使染毒不至延開，並往往因此消散而不化膿。倘膿已成，須繼續敷熱物，直至膿液能自行流出為止。每日用指將小膿腫由小口擠空一次或兩次。加以慎重之注意及清潔，不難使創口速癒而不害及手術之結果。

漏管手術之用銀線縫合者，可如其他陰道縫線治理之。須俟兩三星期後始可撤去。

INDEX

索引

A		PAGE
Abderhalden's test for pregnancy and cancer		
阿德好也氏之妊娠與癌試驗法	53	
in differential diagnosis of uterine 'myoma and pregnancy'		
子宮肌瘤與妊娠之阿德好也氏鑑別診斷	161	
abdomen, operations on	439	
腹部之手術		
palpation of	435	
腹壁之觸診法		
abdominal hernia	278	
腹疝尼亞		
myoectomy	422	
剖膜截除肌痛術		
abdominal wound, suture of		
腹壁創口之縫合法	443	
abortion, tubal	284	
輸卵管流產		
abscess of Bartholin's gland		
前庭大腺膿腫	85	
treatment, operative		
前庭大腺膿腫之手術療法	346	
tubo-ovarian	129	
輸卵管卵巢膿腫		
absence of Fallopian tubes		
of ovaries	234	
卵巢缺無		
- uterus	234	
子宮缺無		
- vagina	233, 306	
陰道缺無		
operations for	376	
陰道缺無之手術		
ovaries and	22	
陰道及卵巢缺無		
treatment	310	
陰道缺無之療法		
accessory ovary	234	
副卵巢		
acne at puberty	46	
發身期之痤瘡		
acromegaly	33	
肢體肥大病		
Adams-Alexander operation for retroversion of uterus		
子宮後傾之亞當亞歷山大氏手術	391	
Addison's disease	42	
阿狄森氏病		
of endometrium	190	
子宮內膜之		
sarcoma and differentiation		
腺癌與肉瘤之鑑別法	167	
adenocarcinomatous degeneration of uterine myoma	157	
子宮肌瘤之腺癌性變性		
adenoma of endometrium	127	
子宮內膜之腺瘤		
adenomyoma of rectovaginal septum	149	
直腸陰道中隔之腺肌瘤		
of uterus	164	
子宮之腺肌瘤		
adenomyositis of uterus	165	
子宮腺肌炎		
adenosarcoma of parovarium		
卵巢冠之腺肉瘤	219	
of uterus	166	
子宮之腺肉瘤		
adhesions, pelvic, after gonorrheal salpingitis		
淋性輸卵管炎後之骨盆內粘着	94	
peritoneal	72	
腹膜粘連		
traumatic, from retroversion of uterus	246	
子宮後傾所致之創傷性粘連		
adiposity after removal of ovaries		
截除卵巢後所致之肥胖	21	
and sterility	325	
肥胖與不孕之關係		
adrenalin	52	
腎上腺素		
Alexander-Adams operation for retroversion of uterus		
子宮後傾之亞歷山大亞當氏手術	391	
amenorrhea	333	
經閉		
ovarian deficiency and		
卵巢功能不全與經閉之關係	23	
neuroses from		
經閉所致之神經系官能病	58	
of youth	296	
少年經閉		
transplantation of ovarian tissue		
in 卵巢組織移植法於經閉之作用	27	
amphimixis	7	
兩性合體		
amputation of cervix	353	
子宮頸之截斷		
of uterus, see also hysterectomy		
子宮之截斷	402	
anaphrodisim'	63	
性慾麻痺		

	PAGE		PAGE
angiosarcoma of uterus	166	B	
子宮之血管肉瘤	166	backache in carcinoma of cervix	
anteflexion of uterus	241, 281	子宮頸癌之背痛	341
operations for	393	in malposition of uterus	
pessaries for	263	子宮異位之背痛	341
suspension operation	203	in retroflexion of uterus	
anteponition of uterus	242	子宮後屈之背痛	338
anteverision of uterus	241	in retroversion of uterus	
antigonococcic serum and vaccines	105	子宮後傾之背痛	253
抗淋菌血清及菌液	105	Baldwin's operation for absence of	
anus, atresia of	237	vagina	381
肛門閉鎖	237	Baldy's operation for retroversion of	
vaginal (vestibular)	237	uterus	300
陰道肛	237	Baldy-Webster operation for retro-	
appendicitis, acute gonorrhoeal sal-		version of uterus	
pingitis and differentiation		子宮後傾之包韋二氏手術	251, 390
急性淋性輸卵管炎與腸尾炎之區別法	97	bartholinitis, gonorrhoeal	
during pregnancy and labor		淋性前庭大腺炎	84
妊娠及分娩時之腸尾炎	69, 70	Bartholin's glands, abscess of	
artificial impregnation in sterility	329	前庭大腺膿腫	84
不孕者之人工妊娠法	329	carcinoma of	142
ascites after operation for ovarian		cysts of	85, 142
cysts, treatment		operations on	346
卵巢囊腫手術後水腹之療法	217	前庭大腺囊腫之手術	346
associated with cancerous cysts of		Basset's method of dissection of	
ovary	215	inguinal regions in carcinoma	
cysts of ovary and differentiation		of vulva	
水腹與卵巢囊腫之鑒別法	215	女陰痛腹股溝部解剖之巴色氏法	344, 345
tubercular peritonitis with		bicornuate uterus	232
結核性腹膜炎兼水腹	109	兩角子宮	
atresia of anus	237	bilharzia hæmatobia of vulva	
肛門閉鎖	237	女陰之血吸蟲病	121
of cervical canal	113	bladder, atrophy of	314
子宮頸管閉鎖	113	defects of	234
- follicle	14, 198	exstrophy of	235, 236
- hymen	506	fissure of	236
- uterus	232	fistula of, see also fistula, vesical	
- vagina, see also gynatresia		膀胱囊管	276
陰道閉鎖	305	relation of genitalia to	
atrophy, genital	310	生殖器於膀胱之關係	65
cancer and differentiation		分清細胞	210
生殖器萎縮與癌之鑒別法	314	blastomeres	
生殖器萎縮	22, 310	blood, coagulability of, influence of	
- urethra	314	uterine and ovarian extracts on	
- uterine fibroids	156	子宮卵巢膏對於血液凝結力之效力	24
- uterus	310		
- vagina	311		
atrophin in dysmenorrhœa	293		
阿刀平於痛經之作用	293		

	PAGE		PAGE
blood in chlorosis	萎黃病之血液	etiology	子宮頸癌之原因 172
menstrual	經血	heat treatment	子宮頸癌之熱療法 188
amount lost	經血之數於	infection of lymph-glands	子宮頸癌之傳染淋巴腺 173
non-coagulability of	經血之所以不凝結	lacerated cervix and, differentiation	子宮頸癌與子宮頸裂之鑑別法 267
regeneration of, after hemorrhage	出血後血之再生	leukorrhoea in	子宮頸癌之白帶 173, 332
relation of genitalia to	生殖器與血液之關係	mesothorium in	變紐於子宮頸癌之作用 179
transfusion in hemophilia	血友病之輸血法	metrorrhagia in	子宮頸癌之血崩 338
blood-cysts of ovary	卵巢之血囊	operability	子宮頸癌之可施手術性 176
blood-pressure	血壓	pain in	子宮頸癌之疼痛 173
Braquehay's operation for vesico-vaginal fistula	膀胱陰道瘻之巴奎伊氏手術	parametritis and differentiation	子宮頸癌與子宮附件炎之鑑別法 135
breasts and ovaries, relation between	乳房與卵巢之關係	prognosis	子宮頸癌之豫後 175
development of	乳房之發育	radium in	鏡於子宮頸之作用 179, 199
influence of placenta on	胎盤於血之勢力	selection of cases for	子宮頸癌用鏡之選擇 183
buboes after soft chancre of vulva	女陰軟下疳後之橫痃	Schauta's operation	子宮頸癌之夏他氏手術 419-422
Byrne's treatment of carcinoma of cervix	子宮頸癌之拜恩氏療法	squamous-cell	子宮頸之鱗狀細胞癌 170
		symptoms	子宮頸癌之症狀 173
		operative	手術療法 177
		palliative	姑息療法 189
		x-rays in	子宮頸癌之愛司克光線療法 179
		of clitoris	陰蒂癌 144
		- Fallopian tubes	輸卵管癌 219
		- ovary	卵巢癌 206
		- parovarium	卵巢冠癌 219
		- uterus	子宮癌 199
		fibroid and differentiation	子宮肌瘤與癌之鑑別法 161
		metrorrhagia in	子宮癌之血崩 337
		treatment	子宮癌之療法 192
		Wertheim's operation	子宮癌之瓦吞氏手術 412, 419
		of vagina	陰道癌 145
		- vulva	女陰癌 140
		operations for	女陰癌之手術 344
		carcinomatous degeneration of ovarian cysts	卵巢囊腫之癌性變化 206
		of uterine myoma	子宮肌瘤之癌性變化 157

C

cachexia in carcinoma of cervix	子宮頸癌之惡病質	174
strumipriva	甲狀腺截除性惡病質	40
calcification of uterine myoma	子宮肌瘤之石灰變性	156
calcium chlorid in hemophilia	血友病用氯化鈣之效力	52
in menorrhagia of youth	氯化鈣之於少女月經過多	297
cancer, see carcinoma	癌	
carcinoma, Abderhalden's test for	阿賽軒屯氏之癌試驗法	53
of Bartholin's gland	前庭大腺癌	142
- cervix	子宮頸癌	170
curetage for	子宮頸之刮術	349
elevation of temperature in	子宮頸癌之致體溫升高	174

	PAGE
caruncle, urethral	尿道肉阜 143
castration, see ovariectomy	卵巢切除
catamenia, see menstruation	月經
cells, germ-	生殖細胞 30, 230
interstitial	間質細胞 20
Langhan's	耶罕氏細胞 194
lutein	黃素細胞 15, 211
theca-lutein	鞘膜黃素細胞 201
cellular tissue, parametrial	子宮鄰近結締 132
pelvic, anatomy of	骨盆盆腔之解剖 132
cellulitis, pelvic	骨盆盆腔纖維炎 133
cervix	子宮頸 181
amputation of	子宮頸之截斷 353
atrophy of	子宮頸萎縮 310
euretage of	子宮頸刮術 349
dilatation of	子宮頸擴張術 348
ectropion of	子宮頸外翻 170, 172
elongation of, in proclitidia of uterus	子宮前脫之子宮頸增長 258
erosion of	子宮頸糜爛 123, 170, 172, 266
glands of	子宮頸腺 350
hypertrophy of, after lacerated cervix	子宮頸裂後之肥大 266
plastic surgery	子宮頸之成形外科術 350
chancere, soft, of vulva	女陰軟下疳 113
character, influence of masturbation on	手淫之影響於品行 60
childbirth, injuries due to	生產所致之損傷 266
chloasma gravidarum	妊娠黃褐斑 47
chlorosis	萎黃病 51
cholelithiasis, see also gall-stones	膽石病 71
chorio-epithelioma malignum	惡性絨毛膜上皮癌 193
metrorrhagia in	絨毛膜上皮癌之血崩 337
treatment	絨毛膜上皮癌之治法 196
of Fallopian tube	輸卵管之絨毛膜上皮癌 221
of vagina	陰道之絨毛膜上皮癌 146
circulatory system, condition of, during menstruation	行經時循環系之情況 4

	PAGE
Clark's perineoplasty	克拉克氏會陰成形術 368
technic of anterior colpoplasty	克拉克氏之陰道前壁成形術 361
climacteric, see also menopause	經絕期 6
climate, effect of, on menstruation	氣候於月經之關係 2
clitoris, hypertrophy of	陰蒂肥大 144
cloaca	一次肛 231
coagulation of menstrual blood, prevention	經血凝結之阻止 4, 50
cocain in dysmenorrhoea	柯卡印於痛經之作用 293
coccygodynia	尾骨痛 341
Coffeys' operation for retroversion of uterus	子宮後傾之哥斐氏手術 251
coitus, painful	交媾疼痛 63, 64
unpleasant	無愉快的交媾 305
colic, uterine	子宮痙攣 359
colloid carcinoma of ovary	卵巢膠狀癌 208
colpitis, see also vaginitis	陰道炎 120
colpoplasty, anterior, Clark's technic	克拉克氏之陰道前壁成形術 361
Grave's method	葛氏陰道前壁成形術 357
colpotomy, vaginal	陰道切開術 383
conception, physiology of	受孕之生理 7
condyloma acuminata of vulva	女陰尖狀濕疣 114, 115
congestion, premenstrual, of uterine mucosa	子宮粘膜之經前期充血 8
consanguinity as cause of sterility	血族結婚為不孕之原因 325
constipation at menopause	絕經期之便秘 49
corpus albicans	白體(卵) 14
luteum	黃體(卵) 13
cysts	黃體囊腫 200
period of ripeness	黃體成熟期 24
persistence of, pregnancy and	妊娠與黃體之久存 19
proliferative period	黃體之增生期 24
cretinism	克汀病 40

	PAGE		PAGE
cumulus oöphorus	卵丘 12	defects, congenital, of uterus	
curettage of cervix	子宮頸刮術 349	先天性子宮缺損	231
of uterus	子宮刮術 349	發育的缺損	227
curve of Ott	Ott氏曲線 56	of ovaries and tubes	
cystadenoma of ovary	卵巢囊腺瘤 202	卵巢及子宮之發育的缺損	234
pseudomucinous		of vagina	陰道之發育的缺損 233
ovary	卵巢之假粘液素性囊腺瘤 202	of urethra	尿道之缺損 234
serous	卵巢之漿液性囊腺瘤 202	degeneration, carcinomatous, of	
of parovarium	卵巢冠囊腺瘤 218	ovarian cysts	卵巢囊腫之癌性變化 206
cystic carcinoma of ovary	卵巢之囊性癌 207	of ovary	卵巢之變性 130
degeneration of ovary	卵巢之囊形變性 201	- uterine myoma	子宮肌瘤之變性 154
of uterine myoma		denudation in plastic operations	
子宮肌瘤之囊形變性	154, 155	成形手術之修飾法	448
sarcoma of uterus	子宮之囊性肉瘤 166	dermoid cysts of fallopian tubes	
cystocele	膀胱膨出 243, 254, 268	輸卵管皮樣囊腫 221, 223	
Graves' operation for		of ovary	卵巢皮樣囊腫 208, 209
葛氏治療膀胱膨出之手術	357	- parovarium	卵巢冠皮樣囊腫 219
cystoma of ovary	卵巢囊瘤 200	- pelvic connective tissue	
cysts, blood—, of ovary	卵巢血囊 200	骨盆結締織之皮樣囊腫	225
dermoid, of fallopian tubes		descent of ovaries	卵巢降下 230
輸卵管之皮樣囊腫	221, 223	determination of sex	性之決定 29-33
of ovary	卵巢之皮樣囊腫 208, 209	development, defects of	發育的缺損 227
- parovarium	卵巢冠之皮樣囊腫 210	diarrhea at menopause	經絕期之便秘 49
- pelvic connective tissue		during menstruation	月經時之便秘 49
骨盆結締織之皮樣囊腫	225	diastasis of recti muscles	腹直肌之分離 278
of Bartholin's glands		digestive tract, relation of genitalia to	
前庭大腺囊腫	85, 142	生殖器官於消化道之關係	48
operative treatment	手術療法 346	digital examination by vagina	
- canal of Nuck	Nuck氏管囊腫 142	陰道之指診法	436
- corpus luteum	黃體囊腫 200	dilatation of cervix	子宮頸擴張術 348
- fallopian tubes	輸卵管囊腫 221	discus proligerus	卵丘 12
- graafian follicle	囊狀卵泡囊腫 198	double bicornuate uterus with double	
- ovary	卵巢囊腫 130, 198	vagina	重複雙角子宮及雙陰道 231
operation for	卵巢囊腫之手術 427	drainage, vaginal, after supravaginal	
pseudomucinous		hysterectomy	
假粘液素性卵巢囊腫	212	陰道上截除子宮後之陰道排泄法	407
- parovarium	卵巢冠囊腫 218	Dudley's operation for ante flexion of	
- vagina	陰道囊腫 146	uterus	子宮前屈之杜德魯氏手術 393
- vulva sebaceous	女陰皮脂囊腫 114	for dysmenorrhea	
tubo-ovarian	輸卵管卵巢囊腫 93	痛經之杜德魯氏手術	294, 393
		dwarfism from hyperfunction of hypo-	
		physis	垂體官能過度所致之侏儒 36
decidua	絨膜 19	dysfunction of glands of internal	
deciduoma malignum	惡性絨膜癌 193	secretion	內分泌腺之官能不實 17

	PAGE
dysmenorrhea 痛經又名月經困難	4, 289
essential 本質性痛經	57, 289
membranous 脫膜性痛經	294
nasal 鼻性痛經	291
neuroses from 痛經所致之神經系官能病	57
ovarian 卵巢性痛經	291
secondary 繼發性痛經	290
vicarious 替代性痛經	54
dyspareunia 交媾困難	63, 305
causes 交媾困難之原因	63-65
E	
ectropion of cervix 子宮頸外翻	171
of urethral mucous membrane 尿道粘膜外翻	313
eczema, climacteric 絕經濕疹	46
intertrigo of vulva 女陰濕疹擦爛	113
edematous degeneration of uterine myoma 子宮肌瘤之水腫性變化	154
effluvium seminis as cause of sterility 精液泄出為不孕之原因	321
elephantiasis of vulva 女陰象皮膚病	116
elongation in procidentia of uterus 子宮前脫之子宮頸伸長	258
of uterus 子宮伸長	243
embryologic development of genital organs 生殖器之胎生學的發育	227
Emmet's operation for complete laceration of perineum, Graves' modification 會陰全裂之厄美氏手術	360
for laceration of perineum 會陰斷裂之厄美氏手術	275
Graves' modification 葛氏改良法	363
for rectocele, Graves' modification 直腸膨出之厄美氏手術	365, 366
of tracheloplasty 厄美氏子宮頸成形術	268, 350
perineoplasty, Graves' modification 厄美氏會陰成形術	363
emphysematous vaginitis 氣腫性陰道炎	122
endocervicitis 子宮頸內膜炎	123
curetage of cervix for 子宮頸內膜炎之刮術	349, 350

	PAGE
gonorrheal 淋性子宮頸內膜炎	86, 87
Schröder's operation 舍饒德氏治子宮頸內膜炎之手術	355
endometritis 子宮內膜炎	124
dysmenorrhoea 痛經性子宮內膜炎	290
exfoliative 剝脫性子宮內膜炎	295
fibrinous 纖維素性子宮內膜炎	295
gonorrheal 淋菌性子宮內膜炎	89, 125
infectious 傳染性子宮內膜炎	125
interstitial, chronic 慢性間質性子宮內膜炎	126
radium in 銻於子宮內膜炎之作用	302
tubercular 結核性子宮內膜炎	108
endometrium, adenocarcinoma of 子宮內膜之腺癌	190
adenoma of 子宮內膜之腺瘤	127
gland hypertrophy 子宮內膜之腺質肥大	126
hypertrophy 子宮內膜肥厚	126
menstruating, physiologic anatomy 行經時子宮內膜之生理解剖	7
endosalpingitis, gonorrheal 淋性輸卵管內膜炎	90
tubercular 結核性輸卵管內膜炎	107
epispadias 尿道上裂	235, 236
epithelioma of cervix 子宮頸上皮瘤	170, 171
of vulva 女陰上皮瘤	142
epithelium, germinal 生發性上皮	227
epiöphoron 卵巢冠	229
erosion of cervix 子宮頸糜爛	123, 170, 175, 266
operative treatment 子宮頸糜爛之手術療法	350
esthiomene of vulva 女陰腺瘤	115
eunuch, characteristics of 截除卵巢後之特狀	21, 22, 34
eversion of cervix 子宮頸外翻	170
operative treatment 子宮頸外翻之手術療法	350
Ewin perineal sheet 厄文氏會陰單	447
examination of patient 病者之檢查	435
exanthemata, menstrual 月經疹	45
exophthalmic goiter 突眼性甲状腺腫	40

	PAGE		PAGE
exstrophy of bladder	膀胱外翻 235	of fallopian tubes	輸卵管纖維肌痛 221
extravasation of blood	血外瀉 52	- infundibulopelvic ligament	卵巢懸韌帶纖維肌痛 224
F			
facies, ovarian	卵巢性面容 212	- pelvic connective tissue	骨盆結締組織纖維肌痛 223, 224
fallopian tubes, absence	輸卵管缺無 234	- round ligament	圓韌帶纖維肌痛 224
atrophy	輸卵管萎縮 310	- uterus	子宮纖維肌痛 151
condition of, during menstruation	行經時輸卵管之情況 4	- vagina	陰道纖維肌痛 149
defects, developmental	輸卵管之發育的缺損 234	- vulva	女陰纖維肌痛 139
gonorrhoeal inflammation	輸卵管淋性炎 89	fibromyxoma cystosum of fallopian tubes	輸卵管之囊形纖維粘液瘤 221
isthmus of, gonorrhoeal infection	輸卵管狹之淋菌 93	fibrosarcoma of ovary	卵巢之纖維肉瘤 221
operation on	輸卵管之手術 427	fissure of bladder	膀胱裂 236
Taussig's operation for sterilization	絕孕之手術 431	fistula, enterovesical	腸膀胱瘻 277
tuberculosis	輸卵管結核病 106	intracervical	子宮頸內瘻 276
tumors	輸卵管之腫瘤 219	operation for	頸內瘻之手術 357
fat, accumulation of, after removal of ovaries	截除卵巢後之脂肪聚集 21, 22	juxtacervical (vesicocervicovaginal)	膀胱子宮頸陰道瘻 276
fatty abdomen, ovarian cyst and, differentiation	卵巢囊腫與脂肪腹壁之鑑別法 216	operation for	膀胱子宮頸陰道瘻之手術 375
degeneration of uterine myoma	子宮肌瘤之脂肪變性 155	urethrovaginal	尿道陰道瘻 277
fetalism as cause of sterility	胎兒性為不孕之原因 317	uterovesical, operation for	子宮膀胱瘻之手術 377
fibro-adenoma of parovarium	卵巢冠之纖維腺瘤 219	vesical	膀胱瘻 279
fibroids, menorrhagia of, radium in	子宮肌瘤月經過多之鈾療法 301	operations for	膀胱瘻之手術 372
of uterus	子宮纖維肌痛 151	vesico-uterine	膀胱子宮瘻 276
fibroma molluscum pendulum of vulva	女陰之惡垂軟纖維瘤 139	operation for	膀胱子宮瘻之手術 377
of fallopian tubes	輸卵管纖維瘤 221	vesicovaginal	膀胱陰道瘻 276
- ovary	卵巢纖維瘤 210	operation for	膀胱陰道瘻之手術 372
- pelvic connective tissue	骨盆結締組織之纖維瘤 222	flatus vaginalis	陰道氣 123
- vulva	女陰之纖維瘤 139	flexion of uterus, lateral	子宮側屈 241
retroperitoneal	腹膜後纖維瘤 223	flushes, hot, after ovariectomy	卵巢截除後之熱潮紅 59
fibromyoma of broad ligament	闊韌帶纖維肌痛 224	follicles, Graafian	囊狀卵泡 11, 13
		atresia of	囊狀卵泡閉鎖 14, 198
		cysts of	囊狀卵泡囊腫 198
		primordial	始基卵泡 11
		functional amenorrhoea	官能性經閉 334
		incontinence of urine	官能性小便失禁 360
		menorrhagia	官能性月經過多 296
		fungus of vagina	陰道黴菌 122
		furunculosis of external genitalia	外生殖器癰病 46
		of vulva	女陰癰病 114

G

	PAGE	PAGE
gall-stones	膽石	71
gamma ray	丙射線	179
garrulitas vaginae	陰道氣響	123
Gärtner's duct	卵巢冠縱管	229
gelatin solution in hemophilia	筋膠溶液於血友病之作用	52
genital atrophy	生殖器萎縮	310
herpes	生殖器疱疹	46
neurosis	生殖器性神經官能病	59
tuberculosis	生殖器結核	106
genitalia, deficient circulation of,		
ovarian extract in	卵巢膏於生殖器血循環缺乏之作用	28
eczema of	生殖器濕疹	46
embryologic development	生殖器之胎生學的發育	227
germinal epithelium	生發上皮	227
giantism from hyperfunction of hypophysis	垂體機能過度所致之巨大畸形	35
Gilliam's operation for retroversion of uterus	子宮後傾之吉利安氏手術	251, 387
gland hypertrophy of endometrium	子宮內膜之腺質肥大	126
polypoid, of endometrium	子宮內膜之息肉樣腺質肥大	127
radium in	銻於子宮腺質肥大之作用	227
interstitial	間質腺	201
glands of internal secretion	內分泌腺	16
hypofunctional changes in	內分泌腺之官能不全性改變	17
relationship of gynecology to	婦科於內分泌腺之關係	16
Goffe's operation for prolapse of uterus	子宮脫垂之哥費氏手術	398
goiter	甲狀腺腫	38
exophthalmic	突眼性甲狀腺腫	39
gonococcus	淋病球菌	77
gonorrhoea	淋病	77
gonorrhoeal Bartholinitis	淋性前庭大腺炎	84
endocervicitis	淋性子宮頸內膜炎	86
endometritis	淋性子宮內膜炎	80, 124
endosalpingitis	淋性輸卵管內膜炎	90
hematosalpinx	淋性輸卵管血腫	93
hydrosalpinx	淋性輸卵管積水	92
metritis	淋性子宮炎	128
oöphoritis	淋性卵巢炎	129
parametritis	淋性子宮旁結締組織炎	133, 134
pyosalpinx	淋性輸卵管積膿	90
tubo-ovaritis	淋性輸卵管卵巢炎	91
urethritis	淋性尿道炎	81
vulvovaginitis in children	小兒之淋性女陰陰道炎	80
gonorrhoea isthmica nodosa	結性輸卵管峽淋病	93
graafian follicle	囊狀卵泡	13
grating, omental, after myomectomy	肌痛切除後之網膜砂植術	424
Graves' disease, see goiter exophthalmic		39
method of anterior colpoplasty	葛氏之陰道前壁成形法	357
of making artificial vagina	葛氏之人工陰道造作法	378
modification of Emmet's operation on perineum	葛氏之改瓦厄美氏會陰手術	363
of Olshausen's operation for retroversion	葛氏之改瓦俄耳好森氏之子宮後傾手術	385
operation for cystocele	膀胱膨出之葛氏手術	357
for procidentia of uterus	子宮前脫之葛氏手術	394
gynatresia	陰道閉鎖	305
hematosalpinx in	陰道閉鎖之輸卵管血腫	308
operations for	陰道閉鎖之手術	377

H

headache during menstruation	行經時之頭痛	4
heart, at puberty	發育期之心臟	54

	PAGE		PAGE
heat in treatment of carcinoma of cervix	子宮頸癌之熱療法 188	hydrosalpinx	輸卵管水腫 102
Hegar's operation for amputation of cervix	赫曼耳氏之子宮頸截斷術 353-355	gonorrheal	淋性輸卵管水腫 92
hematocolpos in gynatresia	陰道閉鎖之陰道經血潑滯 308	hymen, atresia of	處女膜閉鎖 306
hematoma in ectopic pregnancy	子宮外孕之血腫 385-389	hyperantelexion of uterus	子宮之過度前屈 241
parametrial in gynatresia	子宮旁結締組織血腫 136	hyperfunction of hypophysis	
hematometra in gynatresia	陰道閉鎖之子宮經血潑滯 308	of ovary	垂體官能過度 35
hematosalpinx, gonorrheal	淋病性輸卵管血腫 93	- suprarenals	腎上腺官能過度 42
in ectopic pregnancy	子宮外孕之輸卵管血腫 284-286	hyperpituitarism	垂體機能過敏 35
in gynatresia	陰道閉鎖之輸卵管血腫 308	hypersecretion of ovary	卵巢分泌過多 23
hemophilia	血友病 51	hyperthyroidism, see exophthalmic goiter	40
hemorrhage in carcinoma of cervix	子宮頸癌之出血 173	hypertrophy, gland, of endometrium	子宮內膜腺質肥大 126, 127
of uterus	子宮癌之出血 192	radium in	
in cervical polyps	子宮頸息肉之出血 169	situated in	位於子宮內膜腺質肥大之作用 209
in chorio-epithelioma malignum	惡性絨毛膜上皮癌之出血 195	of cervix after lacerated cervix	子宮頸裂後之肥大 266
regeneration of blood after	出血後之血液再生 52	clitoris	陰蒂肥大 144
hemorrhoids, bleeding, during menstruation	痔瘡當月經時之出血 49	hypofunction of hypophysis	
relation of, to pregnancy and labor	痔於妊娠與分娩之關係 67	of ovary	垂體官能不全 35
hermaphroditism	兩性畸形 32, 238	hypophysis	大腺垂體 33
hernia, abdominal	腹壁赫尼亞 278	changes in, due to castration	
postoperative	手術後赫尼亞 281	of ovary	卵巢被去後垂體之改變 21
umbilical	臍赫尼亞 279	effect of, on genitalia	垂體改變於生殖器之影響 35
herpes, genital	生殖器疱疹 46	in pregnancy	垂體改變於妊娠之影響 34
hormones	內分泌(激素) 16	diseases of, as cause of sterility	垂體病為不孕之原因 324
hot flushes after ovariectomy	卵巢截除後之熱潮紅 59	extract of, value of	垂體膏之價值 33, 36, 37
after radium treatment	銻療法後之熱潮紅 302	hyperfunction of	垂體官能過度 35
hydatid mole	泡形胎塊 193	hypofunction of	垂體官能不全 35
hydatids of morgagni	泡形冠囊狀附件 221	hypoplasia of ovary, infantilism and	幼稚性與卵巢發育不全 21, 22
hydrocele muliebri	女陰水囊腫 142	hypospadias	尿道下裂 294
hydrometra	子宮積水 101	hypothyroidism	甲腺機能遲鈍 41
due to closure of cervical canal	頸管閉合所致之子宮積水 312	hysterectomy	子宮截除術 402
		complete	全部子宮截除術 408
		for uterine myoma	肌瘤截除子宮術 163
		neuroses after	子宮截除後之神經系官能病 59

	PAGE		PAGE
hysterectomy, prociidentia after		of endometrium	子宮內膜炎 124
子宮截除後之前脫	250	- ovary	卵巢炎 128
supravaginal	陰道上截除子宮術 402	- parametrium	子宮旁結締組織炎 132
vaginal	陰道截除子宮術 410	- pelvic cellular tissue, see also	
hysterotomy in uterine insufficiency		parametritis	132
子宮機能不全之子宮切開術	310, 317	- peritoneum, pain from	
		腹膜炎所致之疼痛	339
I		- uterus	子宮炎 128
ichthyol in pruritus of vulva		- vagina	陰道炎 120
魚岩乾鱗油於女陰瘙癢之作用	119	- vulva	女陰炎 112
in vaginitis		inflammatory processes, general	
魚岩乾鱗油於陰道炎之作用	122	普通性炎症	112
imperforate anus	無孔肛 237	injuries due to childbirth	分娩所致之損傷 266
impregnation, artificial	人工妊娠法 329	internal secretion, effect of nervous	
incontinence of urine, functional,		system upon	
operation for 官能性小便失禁之手術	360	內分泌影響於神經系之作用	10, 17
infantile myxedema	嬰兒粘液性水腫 41	glands of, changes in	
ovaries	嬰兒橫卵巢 316, 319	內分泌腺之改變	17
uterus	嬰兒橫子宮 320	interposition operation in prolapse	
infantilism	幼稚性 317	and prociidentia of uterus	
hypofunction of ovary and		子宮脫垂及前脫之高位手術	260, 308
幼稚性與卵巢官能不全	21, 22	interstitial cells as producers of in-	
of uterus	子宮幼稚性 262	ternal secretion	
psychic	精神病性幼稚性 61	間質細胞為內分泌之產生者	19, 20
infection of endometrium		gland	間質腺 19, 201
子宮內膜炎之傳染	125	pregnancy	輸卵管子宮部妊娠 282
of ovary	卵巢之傳染 129	intestinal hemorrhage at menopause	
- uterine myoma	子宮肌瘤之傳染 157	經絕期之腸出血	49
- uterus	子宮之傳染 128	intestine, relation of genitalia to	
infectious diseases	傳染病 75	生殖器於腸之關係	67, 68
relation of genitalia to		intracervical fistula	子宮頸內瘻 27
傳染病於生殖器之關係	75	operation for	子宮頸內瘻之手術 375
endometritis	傳染性子宮內膜炎 125	intraligamentary fibroid	
metritis	傳染性子宮炎 128	靱帶內纖維肌瘤	154
oöphoritis	傳染性卵巢炎 129	inversion of uterus	子宮內翻 243, 264
inflammation, gonorrhœal, of Bartho-		operations on	子宮內翻之手術 401
lin's glands	前庭大腺之淋性炎 84		
of endocervix		J	
子宮頸內膜之淋性炎	86	juxtacervical fistula	膀胱子宮頸陰道瘻 276
- endometrium			
子宮內膜之淋性炎	89	K	
- Fallopian tubes		Kelly's operation for functional in-	
輸卵管之淋性炎	89	continence of urine	
- Skene's glands		官能性小便失禁之克利氏手術	360
尿道腺之淋性炎	83		
- urethra	尿道淋性炎 82		

	PAGE		PAGE
Kelly's operation for retroversion of uterus	389	子宮後傾之克利氏手術	
kratososis of vulva	117	女陰皮乾枯	
radium in	302	銻於女陰皮乾枯之作用	
Küstner's operation for inversion of uterus	400	子宮內翻之Küstner氏手術	
L			
labia, atrophy of	311	陰唇萎縮	
labor, appendicitis during		分娩時之闌尾炎	70
goiter during	39	分娩時之甲状腺腫	
laceration of cervix	266	子宮頸撕裂	
Emmet's operation		子宮頸撕裂之厄美氏手術	268, 350
operative treatment		子宮頸撕裂之手術療法	350
of perineum	270	會陰撕裂	
Clark's operation for		會陰撕裂之克拉克氏手術	367
complete	369	會陰完全撕裂	
operation for		會陰完全撕裂之手術	369
Emmet's operation		會陰撕裂之厄美氏手術	275
Graves' modification		葛氏改良之手術	323
lactation, condition of uterus during		授乳時子宮之情形	311
sterility	325	授乳不孕	
lactation-atrophy	311	授乳萎縮	
of ovaries	23	授乳時卵巢之萎縮	
Langhans' cells	194	朗罕氏細胞	
layer, Langhans'	194	朗罕氏層	
medullary, of ovary	10	卵巢之髓質層	
legs, pain in	342	腿部疼痛	
leiomyoma of uterus, see also			
myoma of uterus	151	子宮平滑肌瘤	
leukoplakia of vulva	118	女陰白斑病	
leukorrhoea	330	白帶	
following radium treatment		銻療法後之白帶	303
from endocervix	88	子宮頸內膜之白帶	
in carcinoma of cervix		子宮頸癌之白帶	173, 332
in cervical polyps		子宮頸息肉之白帶	169
in chronic endometritis		慢性子宮內膜炎之白帶	89
in endocervicitis and cervicitis		子宮頸內膜炎及子宮頸炎之白帶	124
in erosion of cervix		子宮頸糜爛之白帶	123
in gland hypertrophy of endometrium		子宮內膜腺質肥大之白帶	127
in retroversion of uterus		子宮後傾之白帶	248
in stenosis of vagina		陰道狹窄之白帶	307
in tubercular endometritis		結核性子宮內膜炎之白帶	108
in vaginitis		陰道炎之白帶	121
levator ani muscle	270	提肛肌	
ligament, broad, fibroma of		闊韌帶之纖維肌瘤	224
infundibulopelvic, fibromyoma of		卵巢懸韌帶之纖維肌瘤	224
round, adenomyoma of		圓韌帶之腺肌瘤	222
tumors of		圓韌帶之腫瘤	222
liquor folliculi	11	卵泡液	
loins, pain in	341	腰部痛	
lung, tuberculosis of, influence of menstruation on		月經於肺結核之影響	50
lupus of vulva	109, 115	女陰狼瘡	
lutein cells	19	黃素細胞	
lymphosarcoma of uterus	166	子宮淋巴肉瘤	
M			
malignant chorio-epithelioma		惡性絨毛膜上皮瘤	193
malposition of uterus		子宮異位	240
backache in		子宮異位之背痛	341
dysmenorrhoea and, relation		痛經與子宮異位之關係	291
operations for		子宮異位之手術	385
masturbation	60	手淫	

	PAGE		PAGE
matrinity, ovariectomy after		menstrual blood, amount lost	
成年後截除卵巢	22	月經失血之多少	4
before		non-coagulability of	
成年前截除卵巢	21	經血之不凝性	4, 50
Mayo's operation for prolapse and		changes in skin	行經時皮膚之改變 45
procentia of uterus		menstruating endometrium	行經時之子宮內膜 7
子宮脫垂及前脫之美俄氏手術	399	menstruation, abnormalities of	
for retroversion of uterus		月經之異常	393
子宮後傾之美俄氏手術	389	age occurring	月經發現之年齡 3
melanosarcoma of uterus	子宮黑肉瘤 166	menstruation and chronic appen-	
membrana granulosa	粒膜 12	dicitis	行經與慢性副炎 60
membranous dysmenorrhea		and ovulation, time relation be-	
脫膜性痛經	294	tween	行經與排卵時期之關係 24
menopause, age occurring	絕經之年齡 3	bleeding hemorrhoids at	
constitutional changes during		行經時痔瘡之出血	46
絕經時之體質上的改變	6	blood during	月經時血之狀況 51
digestive disturbances at		cessation of	月經之停止 3, 6
絕經期之消化障害	49	condition of various systems dur-	
exophthalmic goiter at		ing	行經時各系統之情況 4
絕經期之突眼性甲狀腺腫	39	congestion of pelvic blood-vessels	
heart at	絕經期之心臟 54	during	行經時骨盆內血管之充血 4
influence of climate on		duration of	行經時之期限 3, 4
氣候之影響於絕經期	3	effect of climate and social condi-	
nervous symptoms of		tions on occurrence of	
絕經期之神經性症狀	59	氣候及貧富之關於行經之遲早	2, 3
nose during	絕經時之鼻 47	establishment of	月經之成立 2
obesity during	絕經時肥胖 6	goiter during	行經時之甲狀腺腫 39
sexual impulse just before		irregularity of	月經不調 3
絕經前之生殖器興奮	6	myoma of uterus and, relation	
vasomotor disturbances of		行經與子宮肌瘤之關係	169
絕經期之血管舒縮障害	55, 60	non-coagulability of blood of	
menorrhagia	月經過多 334	經血之不凝性	50
from uterine fibroids		nose-bleed during	行經時之鼻出血 4
子宮肌瘤之月經過多	160	Ott's curve	阿忒氏月經曲線 56
functional	官能性月經過多 296	pain of, see also dysmenorrhea	
in gland hypertrophy of endo-		行經時之疼痛	4, 342
metrium		physiology of	月經之生理 2
子宮內膜腺質肥厚之月經過多	127	precocious	早發月經 5
in retroversion of uterus		suicide during	月經時之自殺 58
子宮後傾之月經過多	248	tubal	輸卵管性月經 9
of fibroids	纖維肌瘤之月經過多 300	vasomotor disturbances during	
- pelvic inflammation		行經時血管舒縮障害	4
骨盆炎之月經過多	301	vicarious	替代性月經 5
- youth	少女之月經過多 296		
thyreopriva	甲狀腺截除後月經過多 38		

	PAGE		PAGE
menstruation, vocal cords during		metrorrhagia from 肌痛所致之血崩	159
wave theory	4, 49	myomectomy for 肌痛截除術	163
mental diseases, influence of men-	55	necrosis of 肌痛之壞死	155
struation on 月經之影響於精神病	58	operations for 肌痛之手術	422
mesothorium in carcinoma of cervix		pain from 肌痛所致之疼痛	341
變質於子宮頸癌	170	pregnancy and, differentiation	
metritis 子宮炎	128	肌痛與妊娠之鑑別	160
metrorrhagia 血崩症, 子宮出血	337	regressive changes 肌痛之退行性變	160
from hypersecretion of ovary		submucous 粘膜下肌痛	153
卵巢分泌過度之血崩	24	subserous 漿膜下肌痛	153
from uterine fibroids		treatment 子宮肌痛之療法	162
子宮纖維肌痛之血崩	158	myomectomy, abdominal	
in carcinoma of uterus		開腹截除肌痛術	422, 423
子宮癌之血崩	337	for uterine myoma 子宮肌痛截除術	163
in chorio-epithelioma malignum		vaginal 陰道截除肌痛術	425
惡性絨毛膜上皮瘤之血崩	337	myomizer 肌痛心	39
in extra-uterine pregnancy		myosarcoma of uterus 子宮肌肉癌	166
子宮外孕之血崩 285, 286,	337	myxedema 粘液性水腫	40
micturition, painful 小便疼痛	342	myxomatous degeneration of uterine	
mole, hydatid 水泡狀胎塊	193	myoma 子宮肌痛之粘液瘤性變性	154
molimina of menstruation 月經之紊亂	333		
Morgagni, hydatids of 卵巢囊狀附件	221	N	
mucosa, uterine, cyclic changes in		Nabothian cysts 子宮頸腺囊腫	88
子宮粘膜之循環改變	8	nasal dysmenorrhea 鼻性痛經	291
mucous polyps of endometrium		necrosis of uterine fibroids	
子宮內膜粘液息肉	169	子宮纖維肌痛之壞死	155
Müller's ducts 苗勒氏導管	227, 231	nervous diseases, influence of men-	
myoma, cervical 子宮頸肌痛	152, 153	struation on 月經之影響於神經病	58
of uterus 子宮肌痛	151	symptoms of menopause	
myoma of uterus and menstruation,		絕經期之神經性症狀	59, 60
relation 子宮肌痛與月經之關係	160	system, influence on internal se-	
and pregnancy, relation		cretion 內分泌之影響於神經系統	16, 17
子宮肌痛與妊娠之關係	160	relation of genitalia to	
calcification 子宮肌痛之石灰變性	156	神經系與生殖器之關係	4, 55
classifications 子宮肌痛之分類	152	neuralgia, ovarian 卵巢神經痛	131, 339
degeneration 子宮肌痛之變性	154	neurosis after hysterectomy and	
diagnosis 子宮肌痛之診斷	160	ovariectomy	
hysterectomy for 因肌痛截除子宮術	163	子宮及卵巢截除後之神經官能病	59
intraligamentary 韌帶內之肌痛	154	as result of masturbation	
intramural 壁內(間)肌痛	153	手淫所致之神經官能病	61
menorrhagia from		from amenorrhoea	
肌痛所致之月經過多	159	經閉所致之神經官能病	53
menstruation and, relation		from dysmenorrhoea	
肌痛與月經之關係	160	痛經所致之神經官能病	57

PAGE	PAGE		
neurosis from menorrhagia	59	on vagina	陰道之手術 357
月經過多所致之神經官能病	59	on vulva	女陰之手術 343
genital	59	operations, plastic, after-care of	成形手術之後療法 449
生殖器性神經官能病	59	成形手術之後療法	449
new growths, see tumors		preparation for	成形手術之準備法 446
non-malignant gynecologic diseases,		technical details	
radium in	297-303	成形手術施行之細則	447
錒於非惡性婦科病之作用	297-303	operative gynecology	婦科手術 343
nose, relation of genitalia to	47	Ott, curve of	Ott 氏曲線 56
鼻於生殖器之關係	47	ovarian extract	卵巢膏 27
vicarious menstruation from	5	in amenorrhoea of youth	
鼻之替代性月經	5	卵巢膏於少女經閉	293
nose-bleed during menstruation	5	in dysmenorrhoea	卵巢膏於痛經 296
行經時鼻之出血	5	in kraurosis of vulva	
○			
obesity as cause of sterility	325	in pruritus of vulva	
肥胖為不孕之原因	325	卵巢膏於女陰瘙癢	120
during menopause	6	in sclerosis and atrophy of ovary	
絕經時之肥胖	6	卵巢膏於卵巢硬化及萎縮	132
oligomenorrhoea, functional, ovarian		in vasomotor changes after ovar-	
deficiency and	23	ectomy	卵巢膏於卵巢切除後
卵巢機能不全與官能性月經困難	23	之血管舒縮性改變	59
of youth	296	value of	卵巢膏之價值 28
少女之月經困難	296	facies	卵巢性面容 212
Olshausen's operation for prolapse of		neuralgia	卵巢神經痛 59, 131, 339
uterus	257	pain	卵巢痛 339
子宮脫垂之俄氏手術	257	secretion	卵巢分泌物 18
for retroversion of uterus	252	tissue, transplantation of	
子宮後傾之俄耳好森氏手術	252	卵巢組織之移植	25, 433
Graves' modification	385	in sterility	卵巢移植之於不孕者 26, 328
葛氏改良法	385	ovariectomy, after maturity	
omental grafting	425	成年後切除卵巢	22
網膜移植術	425	before maturity	成年前切除卵巢 21
onaniam, see masturbation		effect of	卵巢切除後之關係 18
oöphorectomy, see ovariectomy		genital atrophy due to	
卵巢切除術		卵巢切除後生殖器萎縮	311
oophoritis	128	hot flushes after	
淋性卵巢炎	129	卵巢切除後之熱潮紅	59
gonorrhoeal	129	hypertrophy of suprarenal gland	
infectious	129	after	卵巢切除後之腎上腺肥大 42
interstitial	130	neuroses after	
tubercular	129	卵巢切除後之神經官能病	59
operations, abdominal, preparation		ovarin	卵巢素 18
for	439	ovaritis, see also oöphoritis	卵巢炎
剖腹手術之準備法	439		
technical detail	440		
剖腹手術施行之細則	440		
on cervix	348		
子宮之手術	348		
on fallopian tubes	427		
輸卵管之手術	427		
on ovaries	432		
卵巢之手術	432		

	PAGE		PAGE
ovary	卵巢 9, 18	ovitestes	卵巢卵 32, 238
accessory	副卵巢 234	ovulation and menstruation, time relation between	排卵與月經之時期關係 24
albuginea of	卵巢白膜 10		
and breasts, relation between	卵巢與乳房之關係 44		
atrophy of	卵巢萎縮 22, 310		
carcinoma of	卵巢癌 206		
condition of, during menstruation	行經時卵巢之情況 4		
cystadenoma of	卵巢囊腺瘤 200		
cysts of	卵巢囊腫 130, 198		
defects of, developmental	卵巢發育之不全 234		
degeneration of	卵巢之變性 130		
dermoid cysts of	卵巢皮樣囊腫 208		
descent of	卵巢降下 230		
development of	卵巢之發育 2		
embryologic development	卵巢之胎生學之發育 230		
function of, essential	卵巢之主要功能 11		
hyperfunction of	卵巢功能過度 23		
hypofunction of	卵巢功能不全 21		
hypoplasia of, infantilism and	幼稚性與卵巢發育不全 22		
infantile	幼稚性卵巢 318, 319		
inflammations	卵巢炎病 128		
operations on	卵巢手術 432		
resection of	卵巢部分截除術 432		
secretion of	卵巢之分泌物 18		
teratoma of	卵巢畸胎瘤 208		
transplantation of	卵巢移植術 25, 433		
tuberculosis of	卵巢結核 109, 129		
tumors of	卵巢之腫瘤 198		
non-proliferating	非增生性卵巢腫瘤 198		
ovigenous	卵生性卵巢腫瘤 208		
parenchymatous	實質性卵巢腫瘤 201		
proliferating	增生性卵巢腫瘤 201		
stromatogenous	間質發生性卵巢腫瘤 210		
torsion	卵巢腫瘤扭轉 213		
treatment	卵巢腫瘤療法 216		
ovigenous tumors of ovary	卵巢之卵生性腫瘤 208		
		P	
		Paget's disease of vulva	女陰之帕吉忒氏病 118
		pain from pelvic pressure	骨盆壓迫之疼痛 340
		in carcinoma of cervix	子宮頸癌之痛 173
		in coitus	交媾疼痛 63, 64
		in dysmenorrhea	痛經之痛 202
		in ectopic pregnancy	子宮外孕之痛 286, 287
		in retroversion of uterus	子宮後傾之痛 247
		in rupture of tubal pregnancy	輸卵管妊娠破裂之痛 339
		lumbar	腰痛
		of menstruation, see also dysmenorrhea	經痛
		- micturition	小便時之痛 342
		ovarian	卵巢痛 339
		pelvic	骨盆痛 338
		palpation of abdomen	腹部之觸診 435
		papilloma of fallopian tubes	輸卵管之乳頭狀瘤 221
		paracolpitis	陰道旁結締組織炎 123
		parametrial hematoma	子宮旁結締組織腫 136
		parametritis	子宮旁結締組織炎 132
		paravaginitis	陰道旁結締組織炎 123
		paroöphoron	卵巢旁腺 229
		parotid glands during menstruation	腮腺與月經 48
		parovarium	卵巢冠 218, 229
		tumors of	卵巢冠腫瘤 218
		patient, examination of	病者之檢查 435
		pelvic adhesions after gonorrheal salpingitis	淋性輸卵管炎後骨盆內之粘着 93

PAGE	PAGE
pelvic blood-vessels, congestion of, during menstruation	phantom pregnancy 孿孕, 假性妊娠 334
行經時骨盆血管之充血 4	pineal gland, internal secretory action of 松果腺之內分泌作用 43
cellular tissue, anatomy 骨盆蜂窩組織之解剖學 132	pituitary body, see hypophysis
inflammations, see also parametritis	pituitrin in gland hypertrophy of endometrium 垂體素於子宮內膜腺質肥大 127
cellulitis 骨盆蜂窩組織炎 132	in menorrhagia due to uterine fibroids
connective tissue, tumors of 垂體素於子宮肌瘤所致之月經過多 128	of youth 垂體素於少女月經過多 297
inflammation, chronic 慢性骨盆炎 94, 100	value of 垂體素之效價 30, 37
pain 骨盆內痛 338	placenta 胎盤 43
peritonitis 盆腹膜炎 93	plastic operations 成形手術 440
Percy's treatment of carcinoma of cervix 子宮頸癌之巴色氏療法 188	care of 成形手術之管理 440
perineal muscles 會陰肌 270	technic 成形手術之技術 446
sheet, Irwin 厄文氏會陰墊單 447	plugs, dermoid 皮樣栓 208
perineoplasty, Clark's 克拉克氏會陰成形術 367-370	polypoid gland hypertrophy of endometrium 子宮內膜息肉性腺質肥大 127
Emmet's, Graves' modification 厄美氏會陰成形術 363	polyps, cervical 子宮頸息肉 168
perineum, plastic surgery 會陰之成形外科術 363	metrorrhagia in 子宮頸息肉之血崩 337
tight, operation for enlarging 擴張會陰之擴大手術 371	of endometrium 子宮內膜息肉 169
perisalpingitis, tubercular 結核性輸卵管周圍炎 106	placental 胎盤息肉 194
perithelioma of ovary 卵巢外被細胞瘤 212	position, knee-chest 膝胸臥位 438
peritoneal adhesions 腹膜粘連 72	of uterus 子宮之位置 1, 240
peritoneum, inflammation of, pain from 腹膜炎之痛 339	Sims' 森斯氏臥位 438
tuberculosis of 腹膜結核病 109	postmenstrual involution of uterine mucosa 子宮粘膜炎經後之復舊 8
peritonitis 腹膜炎 72	postoperative catharsis in abdominal cases 剖腹術後之手術後導瀉法 444, 445
pelvic, as result of gonorrheal salpingitis 淋性輸卵管炎所致之盆腹膜炎 93	hernia 手術後赫尼亞 281
tubercular 結核性腹膜炎 109	parametrial hematoma 手術後子宮部血腫 137
perivitelline space 卵黃圍隙 12	treatment 手術後療法 444
pessaries in procidentia of uterus 子宮前脫所用之托子 260	precocious menstruation 早發月經 5
in prolapse of uterus 子宮脫垂所用之托子 255	in infants 嬰兒之早發月經 2
in retroversion of uterus 子宮後傾所用之托子 249	pregnancy, Abderhalden's test for 阿氏妊娠試驗法 58
	ectopic, see also ectopic pregnancy following ovarian tissue transplantation 卵巢組織移植後之妊娠 25-27, 328
	goiter during 妊娠時之甲狀腺腫 38, 39
	in rudimentary horn of uterus 子宮始基角內之妊娠 238

	PAGE		PAGE
pregnancy, interstitial		psychoneuroses, genital	
輸卵管子宮部妊娠	283	生殖器官性精神病	59
myoma of uterus and, differentia-		of menopause 經絕期之慢性精神病	60
tion 子宮肌瘤與妊娠之鑑別	161	ptosis, abdominal, see also enter-	
phantom 虛孕, 假性妊娠	334	optosis	
premenstrual congestion of uterine		puberty	發身期 2
mucosa 子宮粘膜之月經前充血	8	heart at 發身期之心臟	54
pressure, pelvic, pain from		thyroid at 發身期之甲狀腺	38
骨盆內受壓所致之痛	340	pubococcygeus muscle 恥尾肌	271
primordial egg, and follicle		pyometra 子宮積膿	125
始基卵及卵泡	11	pyosalpinx, gonorrhoeal	
prolapsed uterus 子宮前脫	242, 257	淋性輸卵管積膿	90
Galle's operation			
子宮前脫之哥斐氏手術	398		
Graves' operation 前脫之葛氏手術	394		
interposition operation			
前脫之間位手術	260, 395		
Mayo's operation 前脫之美俄氏手術	399		
prolapsed uterus, operations for			
子宮前脫之手術	394		
treatment 子宮前脫之療法	260		
prolapse of urethra 尿道脫垂	144		
of uterus 子宮脫垂	242, 253		
interposition operation			
子宮脫垂之間位手術	260, 395		
Mayo's operation			
子宮脫垂之美俄氏手術	399		
Olshausen's operation			
子宮脫垂之俄耳好森氏手術	257		
operations for 子宮脫垂之手術	394		
Watkins' operation			
子宮脫垂之達金氏手術	395		
of vaginal wall 陰道壁之脫垂	243		
pruritus of vulva 女陰瘙癢	118		
radium in 銻於女陰瘙癢	302		
pseudohermaphroditism 假兩性畸形	32, 238		
pseudomucic 假粘液素	202		
pseudomucinous cystadenoma of			
ovary 卵巢假粘液素性囊腺瘤	202		
pseudomyxoma peritonei			
腹膜假粘液病	204		
pseudovaginitis 假性陰道炎	303		
psychic disturbances during meno-			
pause 經絕期之精神的紊亂	6		
psychoneuroses after ovariectomy			
and hysterectomy			
卵巢及子宮切除後之慢性精神病	50, 60		
radium in bleeding from uterine			
fibroids 銻於子宮肌瘤之出血	162		
in carcinoma of cervix			
銻於子宮頸癌	179, 190		
details of treatment			
銻於子宮頸癌療法之細則	184		
selection of cases for			
鈔療法病案之選擇	183		
of vagina 銻於陰道癌	146		
in endometritis 銻於子宮內膜炎	302		
in gland hypertrophy of endome-			
trium 銻於子宮內膜之腺質肥大	128, 299		
in kraurosis of vulva			
銻於女陰乾枯	302		
in menorrhagia 銻於月經過多	298		
in myoma 銻於肌瘤	162		
in non-malignant gynecologic			
diseases 銻於非惡性婦科病	297		
in pruritus of vulva			
銻於女陰瘙癢	119, 302		
in uterine insufficiency			
銻於子宮機能不全	208, 316		
receptaculum seminis 精池	7, 321		
recti muscles, diastasis of			
腹直肌分離	278		
rectocele 直腸膨出	67, 275		
Graves' modification of Emmet's			
operation 直腸膨出之厄美氏手術			
之葛氏改良法	363, 365		

	PAGE		PAGE
rectum, atresia of	237	round ligament, tumors of	
relation of genitalia to		圓韌帶之腫瘤	222
直腸於生殖器之關係	67	rudimentary uterus	231
regressive changes in uterine myoma		rupture of ovarian cysts	
子宮肌瘤之逆行性變	156	卵巢囊腫破裂	213
resection of ovary	432	of pyosalpinx	95
卵巢部分截除術		of tube in ectopic pregnancy	
retrocession of uterus	242, 246	輸卵管妊娠破裂	284
retroflexion of uterus	241, 243		
retroversion of uterus	241, 243		
Alexander-Adams operation			
子宮後傾之亞歷山大亞當氏手術	391		
Alexander's operation			
亞歷山大氏手術	250, 391		
Baldy's operation	390		
包耳沃氏手術			
Coffey's operation	251		
舒斐氏手術			
due to adhesions	252		
粘着所致之子宮後傾			
due to displacement by tumors			
因腫瘤而移位所致之子宮後傾	470		
due to relaxation			
弛緩所致之子宮後傾	244		
Gilliam's operation			
子宮後傾之吉利安氏手術	251, 387		
Kelly's modification	389		
克利氏改良法			
Mayos' modification	389		
美俄氏改良法			
Simpson's modification			
森孫氏改良法	387		
Kelly's operation	389		
克利氏手術			
Mayo's operation	380		
美俄氏手術			
Olshausen's operation			
俄耳舒森氏手術	252		
Graves' modification	385		
葛氏改良法			
operations for	385		
子宮後傾之手術			
pessaries in	249, 250		
子宮托之治子宮後傾			
relation of pelvic inflammatory			
disease to 骨盆炎於子宮後傾之關係	94		
retroversion of uterus, Simpson's			
operation	387		
子宮後傾之森孫氏手術			
ventral fixation			
子宮後傾之腹壁固定術	250, 251		
Webster-Baldy operation			
子宮後傾之韋包二氏手術	251, 390		
retroversion-flexion of uterus			
子宮後傾屈	241		
ripening follicle	11		
成熟卵泡			
Röntgen rays. See X-rays.			

S

sactosalpinx serosa	92	藥液性輸卵管積液	92
salivation, menstrual	48	月經性流涎	48
salpingectomy	428	輸卵管截除術	428
salpingitis, catarrhial	90	卡他性輸卵管炎	90
chronic interstitial			
慢性間質性輸卵管炎	93		
gonorrhoeal	92, 93	淋性輸卵管炎	92, 93
diagnosis	96, 97	診斷	96, 97
acute, secondary			
急性繼發性淋性輸卵管炎	96		
chronic pelvic inflammation as re-			
sult 輸卵管炎所致之慢性盆炎	94, 100		
pelvic peritonitis as result			
輸卵管炎所致之盆腹膜炎	93		
isthmica nodosa	93	輸卵管瘻炎	93
tubercular	106	結核性輸卵管炎	106
salpingo-oöphorectomy			
輸卵管卵巢截除術	427		
salpingostomy, stomatoplastic			
輸卵管造口術	430		
sarcoma botryoides	166	葡萄球性肉瘤	166
cystic, of uterus	166	子宮之囊性肉瘤	166
of endometrium	165	子宮內膜肉瘤	165
of Fallopian tubes	221	輸卵管肉瘤	221
of ovary	211	卵巢肉瘤	211
of pelvic connective tissue			
骨盆結締織肉瘤	224		
of uterus	165	子宮肉瘤	165
of vagina	145	陰道肉瘤	145
of vulva	142	女陰肉瘤	142
sarcomatous degeneration of uterine			
fibroids	156, 166, 167	子宮肌瘤之肉瘤性變	156, 166, 167

PAGE	PAGE
Schauta's operation for carcinoma of cervix 子宮頸癌之夏他氏手術	419-422
Schröder's operation for extirpation of endocervix 子宮內膜摘出術之舍德羅氏手術	355
Schubert's operation for absence of vagina 陰道缺無之舒李氏手術	380
schorrhœa of vulva 女陰皮膚溢出	114
secretion, internal 內分泌	16, 17
of ovarian 卵巢之內分泌	18
semen, escape of, from vagina 精液自陰道洩出	321
senile vaginitis 老年陰道炎	312
sense, organs of, relation of genitalia to 感覺器於生殖器之關係	47
sepsis, puerperal, as cause of sterility 產後染毒為不孕之原因	322
septum formation of vagina 陰道成中膈	233
serodiagnosis of pregnancy and cancer 妊娠與癌之血清診斷	53
serous cystadenoma of ovary 卵巢之漿液性囊腫	204
serum, antigonococic 抗淋菌血清	105
treatment of hemophilia 血友病之血清療法	52
sex, determination of 性之確定	29
sexual deviations 生殖器之乖行	60
herpes 生殖器疱疹	46
impulse 性慾興奮	5
sigmoid, relation of genitalia to 乙狀結腸於生殖器之關係	67
Simpson's operation for retroversion of uterus 子宮後傾之森氏手術	387
Sims' operation for vesicovaginal fistula 膀胱陰道瘻之森氏手術	372
position 森氏臥位	438
sinus, urogenital 尿生殖囊	231
Skene's glands, gonorrhœal inflammation of 尿道腺淋性炎	83
skin, condition of, during menstruation 行經時皮膚之情況	4
lesion from vicarious menstruation 替代性月經之皮膚損害	46
social conditions, effect of, on occurrence of menstruation 社會上情況與月經發現之關係	3
space, perivitelline 卵黃圍隙	12
prevesical 膀胱前隙	132
uterovesical 子宮膀胱隙	94
spasm of vagina 陰道痙攣	303
spermatozoon and ovary, place of union 精子與卵接合之地點	7
Spinelli's operation for inversion of uterus 子宮內翻之斯賓理氏手術	400
splanchnoptosis, see also enteroptosis 內臟下垂	
sponge in abdominal cavity 腹腔內之棉球	441
spot, genital 生殖點(鼻中隔結節)	48, 291
squamous-cell carcinoma of cervix 子宮頸鱗狀細胞癌	170
stenosis of vagina 陰道狹窄	307
sterility 不孕性	317
artificial impregnation in 不孕者之人工妊娠法	329
etiology 不孕性之原因	317
in retroversion of uterus 子宮後傾之不孕性	245
infantilism as cause 幼稚性為不孕之原因	317
lactation 授乳之不孕	325
sterility, malposition of uterus as cause 子宮異位所致之不孕	323
ovarian extract in 卵巢膏於不孕之作用	28, 323
implantation and transplantation in 植入法與移植法之治不孕	26, 323
primary 原始不孕性或原發性不孕	317
secondary 繼發性不孕	217
treatment 不孕性之療法	325
tumors as cause 腫瘤為不孕之原因	324
X-ray as cause 愛克司光線為不孕之原因	324
sterilization, tubal, Taussig's operation 輸卵管之絕孕手術	431
stitch, see suture.	
stone, see calculus.	

PAGE	PAGE
stromatogenous tumors of ovary	theca externa 外層或外鞘 12
那某之間質發生性腫瘤 210	folliculi 卵泡膜 12
struma ovarii 那某甲狀腺瘤 210	interna 內層或內鞘 12
suprarenal system 腎上腺 41	theca-lutein cells 黃素細胞 201
supravaginal hysterectomy 陰道子宮鏡除術 402	function of 腺黃素細胞之功能 20
suspension of uterus for ante flexion 子宮前屈之懸吊子宮法 263	cysts 卵泡膜囊腫 201
Graves' modification of Olshausen's operation 懸吊子宮之葛氏改良俄氏法 385	thread-worms, vulvovaginitis in children from 小兒女陰陰道炎之由線蟲致者 121
in proclivencia 前脫之懸吊子宮法 261	thyroid at puberty 發育期之甲狀腺 38
suture abscess in plastic operations 成形手術之縫線膿腫 451	enlargement of, during menstruation 行經時甲狀腺之增大 4
material in abdominal operations 剖腹手術所用之縫線材料 442	relation to genitalia 甲狀腺於生殖器之關係 38
in plastic operations 成形手術所用之縫線材料 448	torsion of ovarian cysts 卵巢囊腫扭轉 213
of abdominal wound 腹壁創口之縫合法 443	of uterus 子宮扭轉 243
symptoms 症狀 330	tracheloplasty 子宮頸成形術 350
due to abnormal secretions 異常分泌物所致之症狀 330	transfusion, blood, in hemophilia 血友病之輸血法 52
syncytioma malignum 惡性絨膜瘤 193	in menorrhagia of youth 少女月經過多之輸血法 297
syncytium 絨胞層 194	transplantation of ovarian tissue 卵巢組織之移植法 25, 433
syphilis of vulva 女陰梅毒 114	trichomonas vaginalis 陰道台可門原蟲 121
	trophoblast 滋養葉 195
	tubal abortion 輸卵管流產 234
	menstruation 輸卵管月經 9
	mole 輸卵管胎塊 284, 286
	pregnancy, see also ectopic pregnancy 輸卵管妊娠 233
	tubercular endometritis 結核性子宮內膜炎 108
	endosalpingitis 結核性輸卵管內膜炎 107
	metritis 結核性子宮炎 128
	tubercular oophoritis 結核性卵巢炎 129
	salpingitis 結核性輸卵管炎 106
	tuberculosis, amenorrhoea and, relationship 結核與經閉之關係 334
	genital 生殖器結核 106
	of cervix 子宮頸結核 109
	of endometrium 子宮內膜結核 109
	of Fallopian tubes 輸卵管結核 106
	of lungs, influence of menstruation on 肺結核之影響於月經 50

T

tampons, vaginal, in prolapse of uterus 子宮脫垂所用之陰道塞子 255
Taussig's operation for carcinoma of vulva 女陰癌之 Taussig 氏手術 344
Taussig's operation for tubal sterilization 士氏輸卵管絕孕術 431
technic, gynecological 婦科技術 435
teratoma of ovary 卵巢畸胎瘤 210
test, Abderhalden's for pregnancy and cancer 妊娠與癌之阿波好屯氏試驗 53
complement-fixation, in diagnosis of gonorrhoeal salpingitis 補體結合試驗之診斷淋性輸卵管炎 97
tetany in pregnancy 妊娠時之手足搐搦 40

	PAGE		PAGE
tuberculosis of ovary	109, 129	urethrovaginal fistula	尿道陰道瘻 277
of peritoneum	腹膜結核 109	urine, incontinence of, functional,	
of uterus	子宮結核 108	operation for 腎能性小便失禁之手術	380
of vagina	陰道結核 109	urogenital sinus	尿生殖竇 231
of vulva	女陰結核 109	uterine cavity, partial septum	
tubo-ovarian abscess		子宮腔不全中隔	232
輸卵管卵巢膿腫	92, 129	colic	子宮痙攣 339
cysts	輸卵管卵巢囊腫 93	hemorrhage, see metrorrhagia	
tubo-ovariitis, gonorrheal		子宮出血(血崩)	
淋性輸卵管卵巢炎	92	insufficiency	子宮機能不全 315
tumors, of clitoris	陰蒂之腫瘤 144	mucosa, compact layer	
of Fallopian tubes	輸卵管之腫瘤 219	子宮粘膜緻密層	8
of ovary	卵巢之腫瘤 198	cycle changes in	
of parovarium	卵巢冠之腫瘤 218	子宮粘膜之周期的改變	7
of pelvic connective tissue		glycogen production from	
骨盆結締組織之腫瘤	222	子宮粘膜之產動物澱粉	9
retroperitoneal	腹膜後腫瘤 222	menstrual exfoliation	
of round ligament	圓韌帶之腫瘤 222	子宮粘膜之月經剝脫	294
subperitoneal	腹膜下腫瘤 222	postmenstrual involution of	
of uterus	子宮腫瘤 151	子宮粘膜之月經後復舊	8
of vagina	陰道腫瘤 145	premenstrual congestion of	
of vulva	女陰腫瘤 139	子宮粘膜之月經前充血	8
tunica externa of theca folliculi	卵泡膜外層 12	spongy layer	子宮粘膜之海綿層 8
interna of theca folliculi	卵泡膜內層 12	uterovesical fistula, operation for	
		子宮膀胱瘻之手術	376
		uterus, absence of	子宮缺無 231
		amputation of, see hysterectomy	
		ante flexion of	子宮前屈 241, 261
		ante position of	前位之子宮 242
		anteversion of	子宮前傾 241
		atresia of	子宮閉鎖 233
		atrophy of	子宮萎縮 310
		bicornis unicollis	單頸兩角子宮 232
		bicornuate	兩角雙子宮 232
		double, with double vagina	
		兩角雙子宮及雙陰道	231
		biforis	雙口子宮 232
		condition of, during lactation	
		子宮於授乳時之情況	311
		during menstruation	
		子宮於行經時之情況	4
		curetage of	子宮刮術 349
		defects of, congenital	
		先天性子宮缺損	231
ulcer, rodent, of vulva			
女陰鼠蝕性潰瘍	115		
ulceration of cervix			
子宮頸潰瘍	170, 266, 267		
of vulva	女陰潰瘍		
115			
ulcus molle of vulva	女陰軟下疳		
113			
umbilical hernia	臍疝尼亞		
279			
urethra, defects of	尿道之缺損		
234			
prolapse of	尿道脫垂		
144			
urethral canal, diverticula	尿道憩室		
147			
caruncle	尿道肉阜		
143			
urethritis	尿道炎		
137			
gonorrheal	淋性尿道炎		
81			
stricture of urethra as result			
淋性尿道炎致尿道狹窄	83		
urethrocele	尿道膨出		
269			

	PAGE
uterus, descent of	子宮下降 242
didelphys	雙子宮 231
double	重覆子宮, 雙子宮 231, 232
duplex bicornis	兩角重覆子宮 231
cum vagina duplici	
兩角重覆子宮兼重覆陰道	231
separatus	中隔性重覆子宮 231
elongation of	子宮伸長 243
embryologic development	
子宮之胎生學的發育	227
examination of	子宮之檢查 437
flexion of, lateral	子宮側屈 241
hemorrhage from, see Metrorrhagia.	
hyperantefflexion of	子宮過度前屈 241
infantile	幼稚性子宮 320
infantilism of	子宮之幼稚性 262
inflammations of	子宮炎病 128
inversion of	子宮內翻 243, 264
malpositions of	子宮異位 240
dysmenorrhœa and, relation	
痛經與子宮異位之關係	291
operations for	子宮異位之手術 385
physiology of	子宮之生理 1
position of	子宮之位置 240
proclivitas of	子宮前脫 242, 268
prolapse of	子宮脫垂 242, 263
pubescent	發育期的子宮 320
retrocession of	子宮後退 242, 246
retroflexion of	子宮後傾屈 241, 243
retroversion of	子宮後傾 241
retroversion-flexion	子宮後傾屈 241
rudimentary	始基形子宮 231
septus	中隔子宮 232
subseptus unifornis	半隔一口子宮 232
tuberculosis of	子宮結核 108, 128
unicornis	一角子宮 232
version of, lateral	子宮側傾 241
version-flexion of	子宮傾屈 241

V

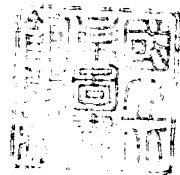
vaccine treatment of gonorrhœa	
淋病之菌液療法	105

	PAGE
of gonorrhœal vulvovaginitis in children	
小兒淋性女陰陰道炎之菌液療法	81
vaccines, antagonococcic	
抗淋菌性菌液	105
vagina, absence of	陰道缺無 233, 306
operations for	陰道缺無之手術 378
artificial, methods of making	
人工陰道之造作法	378
atrophy of	陰道萎縮 311
defects of, developmental	
陰道發育上的缺損	233
distoma hematobium in	
陰道埃及血吸蟲	121
embryologic development	
陰道胎生學的發育	227, 228
examination, digital	
陰道指診療法	438
expulsion of gas from	陰道排氣 123
fungus of	陰道菌苗 122
inflammation of	陰道炎病 120
operations on	陰道手術 357
parasites of	陰道寄生物 121
plastic surgery on	陰道成形術 357
septum formation	陰道中隔形成 233
spasm of	陰道痙攣 303
stenosis of	陰道狹窄 307
tuberculosis of	陰道結核 109
tumors of	陰道腫瘤 145
vaginal anus	陰道肛 237
colpotomy	陰道切開術 383
drainage after supravaginal hysterectomy	
陰道上截除子宮後之陰道排液法	407
hysterectomy	陰道截除子宮術 410
for carcinoma of cervix	
子宮頸癌之陰道截除子宮術	419-422
myomectomy	陰道截除肌瘤術 425
wall, prolapse	陰道壁脫垂 243
vaginismus	陰道痙攣 303
vaginitis	陰道炎 120
acute septic, after acute infectious diseases	
急性性傳染病後之急性膿毒性陰道炎	75

INDEX

475

X		PAGE	PAGE
X-ray as cause of sterility			
愛克司光線爲不孕之原因	324	X-ray in gland hypertrophy of endometrium	
in bleeding from uterine fibroids		愛克司光線於子宮內膜之腺質肥大	128
愛克司光線於子宮纖維肌瘤之出血	162	in menorrhagia of youth	
in carcinoma of cervix		愛克司光線於少年月經過多	297
愛克司光線於子宮頸癌	179	in pruritus of vulva	
		愛克司光線於女陰癢	119
		Z	
		Zona pellucida	透明帶 12



中華民國十九年十月

再版



(葛氏婦科全書)

原 著 者	W. P. Graves									
編 譯 者	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 10px;">英 國</td> <td>孔 美 格</td> </tr> <tr> <td></td> <td>天 門</td> <td>魯 德 馨</td> </tr> <tr> <td></td> <td>美 國</td> <td>雷 白 菊</td> </tr> </table>	{	英 國	孔 美 格		天 門	魯 德 馨		美 國	雷 白 菊
{	英 國	孔 美 格								
	天 門	魯 德 馨								
	美 國	雷 白 菊								
校 訂 者	天 門 魯 德 馨									
發 行 者	中 國 博 醫 會									
總發售處	上 海 廣 學 書 局 <small>北京路四十四號</small>									
分 售 處	<table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 10px;">南 京</td> <td>協 和 書 局 <small>城內北門橋</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td>杭 州</td> <td>協 和 書 局 <small>城內里仁坊</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td>濟 南</td> <td>共 合 藥 房 <small>西門大街</small></td> </tr> </table>	{	南 京	協 和 書 局 <small>城內北門橋</small>		杭 州	協 和 書 局 <small>城內里仁坊</small>		濟 南	共 合 藥 房 <small>西門大街</small>
{	南 京	協 和 書 局 <small>城內北門橋</small>								
	杭 州	協 和 書 局 <small>城內里仁坊</small>								
	濟 南	共 合 藥 房 <small>西門大街</small>								
印 刷 所	上 海 商 務 印 書 館									

