

近世婦人
科全書

(中)

7R711

J
14.102

館書國省川第
書舊文中文
號

2
2

1
2

近世婦人
科全書

近世婦人科全書中卷目次

第十二章 子宮內膜炎、子宮實質炎、特殊性內膜實質炎及其結果

其結果.....二百二十一

剝脫性內膜炎.....二百二十一

分離性內膜炎.....二百二十一

子宮之閉鎖.....二百二十三

子宮之穿孔.....二百二十五

子宮之萎縮.....二百二十六

慢性實質炎.....二百二十九

肥大、增生.....二百三十

陰部肥大.....二百三十二

第十三章 子宮之纖維狀腫瘍

第一節 筋腫、纖維腫、纖維筋腫.....二百三十三

~~01333~~

01339

| | | |
|-----------------|-------|-------|
| 發生率 | ..... | 二百三十三 |
| 解剖的構造 | ..... | 二百三十四 |
| 變性 | ..... | 二百三十九 |
| 臨床的症狀 | ..... | 二百四十三 |
| 診斷 | ..... | 二百五十 |
| 對症療法 | ..... | 二百五十三 |
| 手術 | ..... | 二百五十七 |
| 腔式 | ..... | 二百五十九 |
| 腹式 | ..... | 二百六十四 |
| 第二節 肉腫 | ..... | 二百六十八 |
| 葡萄狀肉腫 | ..... | 二百七十二 |
| 壁內肉腫、腺腫性肉腫、血管肉腫 | ..... | 二百七十四 |
| 診斷 | ..... | 二百七十二 |
| 經過 | ..... | 二百七十四 |
| 療法 | ..... | 二百七十四 |
| 第十四章 子宮上皮狀腫瘍 | ..... | 二百七十五 |
| 第一節 腺腫 | ..... | 二百七十五 |

| | |
|-------------|-----|
| 第二節 癌腫 | 二一七 |
| 統計、發生率、發生 | 二一七 |
| 解剖的變化 | 二一七 |
| 體部癌腫 顯微鏡的構造 | 二一七 |
| 頸管癌腫 腔部癌腫 | 二一八 |
| 多發性癌腫 | 二一八 |
| 症候 | 二一八 |
| 療法 | 二一九 |
| 膀胱鏡的所見 | 二一九 |
| 姑息療法 | 二一九 |
| 根治療法 | 二一九 |
| 腔式全摘出術 | 二二〇 |
| 腹式全摘出術 | 二二〇 |
| 擴張腹式手術 | 二二〇 |

麥肯氏式全摘出術.....二百七

薦骨式全摘出術.....二百九

第三節 惡性脈絡上皮細胞腫、脫落膜癌、新昔曲姆腫(惡性新昔曲

姆、脫落膜肉腫、惡性脫落膜腫).....二百十六

第四編 喇叭管、卵巢及隣接組織之疾患.....二百二十

第十五章 喇叭管疾患(形成異常及炎症).....二百二十

第一節 形成異常.....二百二十

第二節 喇叭管之炎症、喇叭管炎、喇叭管膿腫、喇叭管水腫、喇叭

管血腫.....二百二十二

原因.....二百二十二

病理解剖.....二百二十六

症候及診斷.....二百三十

經過及豫後.....二百三十四

療法.....二百三十八

第十六章 喇叭管疾患……………二百四十一

第一節 喇叭管妊娠(血腫)……………二百四十一

第二節 喇叭管之新生物……………二百五十八

第十七章 卵巢之疾患(畸形、變位、血行障礙、營養異常及炎症)……………二百五十九

第一節 畸形……………二百五十九

第二節 變位……………二百五十九

第三節 血行障礙及脈管疾患……………二百五十九

第四節 肥大及萎縮……………二百六十

第五節 炎症……………二百六十

定義 原因……………二百六十二

病理解剖……………二百六十四

近世婦人科全書中卷 目次

五

臨床的症候.....二百六十七

經過及豫後.....二百七十

療法.....二百七十二

第十八章 卵巢之疾患(新生物).....二百七十五

病理解剖 概論.....二百七十五

一 非增生性腫瘍.....二百七十七

二 增生性腫瘍 局部解剖總論、莖蒂構成論.....二百七十八

各論.....二百八十

第一節 實質性新生物(囊腫性腺腫、癌腫、皮狀囊腫及畸形腫).....二百八十

第一 上皮性新生物.....二百八十

一 腺腫性囊腫.....二百八十一

A 假性麻痺性囊腫性腺腫.....二百八十三

肉眼的解剖所見.....二百八十四

| | |
|------------------|-------|
| 顯微鏡的構造 | 三百八十七 |
| B 漿液性囊腫性腺腫 | 三百八十九 |
| 二 癌腫 | 三百九十二 |
| a 特發腫瘍 | 三百九十二 |
| b 卵巢腫瘍之癌腫狀變性 | 三百九十四 |
| 第二 卵性新生物 | 三百九十六 |
| A 皮狀囊腫 | 三百九十七 |
| B 畸形腫 | 四百 |
| 第二節 間質性新生物 | 四百一 |
| 一 纖維腫 | 四百一 |
| 二 肉腫 | 四百二 |
| 三 外皮細胞肉腫及內皮細胞腫 | 四百三 |
| 卵巢腫瘍之臨床的症候、經過及轉歸 | 四百四 |
| 卵巢腫瘍之診斷 | 四百五 |

a 總論.....四百六

b 卵巢腫瘍之診斷各論.....四百十三

 卵巢腫瘍之合併症.....四百十五

 卵巢腫瘍之療法.....四百十八

 一 腹式卵巢切除術.....四百十九

 副卵巢囊腫.....四百二十七

第十二章 子宮內膜炎子宮實質炎特殊性內膜實質炎及其

結果

內膜實質炎性作用。呈特殊性症狀者。稱曰剝脫性內膜炎。罹此症者。月經時。子宮粘膜之細胞層。消失於經血中。全子宮粘膜層。剝離成大小種種之膜。而排出。子宮內面。剝離生膜。造成子宮內部之鑄型。爲有三尖角之一囊。其三隅角各有一孔。二孔與喇叭管相當。一孔與頸管相當。此膜剝離或排出之際。多破碎分裂。僅爲斷片。而混合於凝血中。

膜之排出。須強盛之子宮收縮。此際子宮。殆呈重症之炎性症狀。往往有劇痛。故於此作用。嘗附以對症的名稱。曰膜性月經困難。

此膜有具上皮之腺。有時表面上皮亦存在。腺間組織增加。間質細胞往往增大。該組織頗難染色。

過度之月經時。排出類似之三角形膜片。內膜炎時尤甚。然此僅爲凝血。其排出亦如月經性脫落膜排出時。有類似之陣痛狀疼痛。

月經性脫落膜與初期流產之誤診。可由顯微鏡的試驗而免。妊娠期內之脫落膜。早含特殊性大脫落膜細胞。其爲大破片而續出。與內膜炎時之各個排出相比。爲區別上必要之點。

此疾患雖施有力之療法。往往不能奏效。或行根本的搔爬。併用腐蝕法。毫不奏效者。亦有之。此宜試行蒸氣燒灼法。

化膿性急性內膜炎。有時於子宮內面生穿堀。且生膿瘍。因是組織之大部分。爲腐片而剝離。以致排出。既如前所記述。曩時昔洛密氏稱發於產褥之特殊疾病。曰分離性實質炎。而化膿性內膜炎。其子宮內部。亦起有組織壞疽及排出。故即排出廣大之組織破片。不足爲特殊疾患。無附以特別名稱之價值。臺特爾氏精密研究分離性實質炎之類例。所得之結果亦同。且唱道不用分離性內膜炎之名稱。唯勿倫氏亦謂無論如何症狀。只因化膿性血栓靜脈炎而起之子宮組織壞疽。可附以此名稱。從來名爲分離性實質炎者。可由下之記述而知。

余於產褥末期之婦人。取其產褥性子宮所排出之廣大組織之破片。製標本二枚。檢視之。見其皆爲脫落膜要素所成。其一例。爲眞脫落膜全部之緻密層。非常肥厚。此例

通常附着於絨毛膜。與後產同時排出之脫落膜大部分尚殘留於子宮內數日。如此者。若強下名稱。則爲營二期排出機械的作用者。此於早期流產所屢屢遭遇者也。其因慢性炎性症狀。致脫落膜異常肥厚。且排出作用亦異常。乃自然之理。又爲分離性實質炎之他例。亦只見脫落膜組織而已。

侵蝕子宮深部之炎性作用。生固有之結果。遂起閉鎖。

多數畸形中。先天性閉鎖。基因於胎生時之炎性作用。殆屬確實。其爲老人期退化狀態。誘發老人性子宮水腫之頸管閉鎖。亦往往以數年罹患之頸管加答兒爲其原因而發生。

產褥性作用。亦誘起頸管閉鎖。若分娩之經過頗久。則生壓迫壞疽。或於產褥經過中生壞疽及敗血性炎症。壓迫壞疽。常生瘻孔。或起腔之癥痕性狹窄。(照參第六章)化膿性產褥性作用。有誘起頸管閉鎖者。

類例

二十六歲之婦人M. B. 十二歲以來有月經。千八百八十九年三月十二日分娩一次。其分娩經過亘三日間。遂用鉗子手術。而娩出死胎。於產褥雖無熱。然褥婦歷四

週後始能離褥。

分娩後月經不潮。患者於腹部左側感持續性疼痛。近時於下腹部每四週反復一次。爲痙攣性疼痛。持續至三日之久。

子宮在正常位置。其大小如常。而有壓痛。陰部爲扁平球果狀。於子宮外口之部位。僅有淺凹窩。頸管雖用絲狀消息子。亦不能插入。

千八百八十九年九月二十七日。以小刀切開癒着之頸下部分。癒着之厚約一仙。迷突有三十至三十五立方仙。迷突之濃厚。參兒色血液。徐徐流出。以派克林氏燒灼器腐蝕其創面。十月七日。患者退院之際。其頸部頗哆開。余曾實見粘膜下筋腫之際。局部子宮內腔壅塞。因腫瘍之壓。而兩對側壁部分之表面上皮消失。且癒着。尙有一例。爲子宮腔如成人頭大之粘膜下筋腫。全與非常擴張之頸部癒着。因是誘起鬱滯子宮血腫。其後行腹式全摘出而治愈。

注強力之化學的試藥。使竊蝕至深部。則起頸部及體部之癒着。內膜炎之格魯兒亞鉛療法。誘起癒着尤易。

又余於搔爬後。見局部及全子宮壅塞。此等之主要原因。究爲搔爬或搔爬後所用之

腐蝕劑否。尙爲未決之問題。蒸氣燒灼法。亦往往起子宮內腔壅塞。然正以壅塞爲目的而行此法者頗多。

因閉塞而生之主要症候。爲子宮分泌物之滯留。若月經來潮之婦人。則必滯留經血。同時隆大部分閉鎖。則爲交接障礙。

療法 與先天性閉鎖相同。剝離切開其短小閉鎖區域。除去其閉鎖甚易。且可由腐蝕或適宜縫合。以縫合其上皮邊緣。使不至再閉鎖。其他須行複雜之成形手術。

炎症作用之際。施子宮內療法。輒致子宮穿孔。用消息子而穿孔者雖少。然用蹄係狀搔爬器。則往往穿孔。此雖因不注意而生。然亦有因子宮之高度軟化。壁菲薄。或體部癰腫而起者。甚或出血致死。或卽行全摘出而獲生。或不呈特別之症候而治愈者亦有之。

余用蹄係狀搔爬器檢之。通過子宮穿孔。觸以他手。同時箝入一片網膜於子宮內。見其與子宮內部癒着。有二例。因全子宮摘出得除去持續性出血及疼痛。

欲豫防之。則用手指宜軟。且如消息診與搔爬術等。均宜徐徐行之。不施急劇之手法。行搔爬時。非先以刻度之消息子。測知子宮內腔之深。不可。又蹄係狀搔爬器。宜刻尺。

度。若子宮不堪擴張則壓入子宮組織內時不可壓至既知之子宮之張以上。若不幸而穿孔則經過之良否關於出血之多寡強弱出血甚強則行腹腔切開此宜自前腔穹窿部行之（前腔開腹術）而縫合其穿孔創面該創面多甚小有體部痛腫之疑或因搔爬而其疑愈甚則宜行全摘出若出血少且無菌則小創面不呈異狀而治愈。

子宮萎縮者因營養障礙而子宮縮小之謂也。萎縮可分為求心性萎縮及遠心性萎縮二種。後者子宮內腔不縮小惟其壁較通常者菲薄。求心性萎縮則子宮內腔短縮其長度為通常（七八仙迷）者之半。

小子宮之發育僅為胎生或嬰兒發育階級者。附以萎縮之名稱頗欠穩當。如此者稱為不全增生可也。因急性傳染病（猩紅熱麻疹痘瘡實扶姪里等）而外陰部起變化停止於往時低度發育階級者亦甚多。此狀態或與子宮及陰閉鎖相合併。如此者可稱為因以上疾病而起之陰部炎症之結果。萎縮與不全增生相合併者也。此外有生理的萎縮及病的萎縮。

老人期萎縮及授乳期萎縮皆屬生理的萎縮。

老人期萎縮。(參照第二章)有三十歲時即起者。

授乳期萎縮。於授乳婦人。均目觀之。此萎縮多爲遠心性。壁甚菲薄。依層哥爾氏所發見。產褥上生理的子宮復故作用。非因筋層之崩壞及補缺。唯因各筋纖維之縮小而生。授乳期萎縮亦基於此作用者。授乳既終。則子宮可不加治療。而恢復其正常之大。授乳期萎縮。於授乳持續過久而全身營養障礙時見之。過乳房之分泌期。依然持續。則可視爲病的症狀之持續者。如此者。多爲有癆瘵性疾之可憐婦人。而尤以患肺病者居多。授乳不可持續至九個月以上。

病的萎縮。於高度之全身營養障礙時見之。此障礙非因授乳而起。多因肺結核慢性腎臟炎糖尿病等而起者。又於關節癱麻質斯。脊髓病。莫兒比。涅中毒。甲狀腺腫性惡液質。強烈之精神興奮後。亦往往見之。

病的萎縮之第二種類。多起於產褥之子宮炎症後。組織缺損。子宮之大部。因敗血作用。陷於壞疽而消失。構成子宮之筋細胞減少。

病的萎縮之第三種類。起於卵巢缺損後。此示卵巢摘出之確實治驗者。實該手術之賜也。(先期月經閉止期)

症候 常有者。爲月經不潮。且因月經不潮。始行婦人科的診察。行雙合診。可觸知其有屈撓性而纖弱菲薄之小子宮。然甚易損傷。殊宜注意。用消息子檢診。可識別其爲求心性萎縮或遠心性萎縮。

月經不潮。因卵巢機能之脫失而生。產褥中。卵巢雖無顯著之變化。然排卵作用休止。若高度之子宮授乳期萎縮。觸診時。卵巢之大如常。反是。老人期萎縮。及基於癆瘵性疾病者。卵巢頗縮小。若因內生殖器之重症敗血性炎症而起。子宮萎縮。則皮質卵巢組織。因此炎症蒙重大之永久的變化。而卵巢之機能全消失。

療法 因授乳持續過久之萎縮。治療甚易。營養療法最爲必要。即與適宜之營養。取適宜之運動。凡劇烈之局部療法。皆宜避之。往居於山谷或海濱間。

化膿性局部作用之後。所起之生殖器萎縮。豫後概不良。如此者。宜行局部海水浴及泥浴療法。併用按摩術。且行全身強壯療法。非無恢復之望。電氣之局部應用亦適當。普通症候。服用屋排林。若係甲狀腺腫性惡液質。服用欺累屋依勁。頗有效。因癆瘵性疾病而起之萎縮症。當注意行其原因疾病之療法。

從臺特爾氏之說。則內膜炎與實質炎之間。絕無區別。此已於前章述之。故對於實質

炎之陳腐見解。亦不得不就吾人之見地。一批判之。

月經來潮之前。呈子宮急性炎症之真正症狀。發種種主要症候者。屢屢有之。即強度之鬱積充血。發赤腫脹高溫及輕微之疼痛等。是也。此疼痛不甚劇。骨盤內之重感。亦不過度。故此爲生理的炎症。然此症狀若蒙不良之影響。則即失其性質。月經前或月經時。身體腹部下肢之冷卻過甚。並月經前後之熱性及冷墜洗滌。月經往往因之停止。

慢性實質炎。從斯肯氏之說。則係子宮之平等性增大（橫徑增大尤甚）而具臨床的症候者。其主要症候。爲骨盤內之壓感及重感。下腹部及腰部之疼痛。其他爲白帶下。及有過剩傾向之異常月經等。

德國婦人科大家所唱道之慢性子宮炎症症狀。屢屢目覩。其後臨床的及解剖的研
究之結果。確定此主要之臨床的所見。與一定之解剖所見。不能一致。故慢性實質炎。不可不加入他疾患中而說明之。

解剖上之所見甚少。其作用亦顯呈差異。此等炎性作用中之一。有續發性之性質。呈他種子宮疾病之結果狀態。對於原子宮疾病。殆若枝葉。故除去原疾病。自然治愈。

屢屢遭遇之平等性子宮增大。因慢性硬性水腫而生。此因韌帶之牽引及捻轉而起。持續性血行障礙所致也。後轉後屈及脫出。亦誘起之。後轉之際。因水腫而生之子宮體部增大。為中等度。脫出之際。則子宮頸部之腫脹。達非常之高度。頸部延長。其長殆達三倍。肥厚之度亦同。

此外之平等性子宮增大。因筋細胞之增加及其增大而生。此症稱為求心性肥大。頗穩當。正規分娩及流產產褥後之不全子宮復故作用。實為該疾患之原因。

然吾人於內膜或其附近筋層之新生物或炎性疾患之際。實見求心性肥大者甚多。粘膜之強度持續性分泌。其影響及於子宮體部及筋層者甚大。子宮肥大之法則。與血液循環系統多血之際起於心臟筋層者同。閉塞子宮內腔之息肉狀腫瘍。筋腫。粘膜茸腫。全粘膜之水腫狀肥大。其影響及於子宮筋層者亦同。包裏壁內筋腫之子宮筋層之非常肥大。其理亦同。如此者。可稱為作業性肥大。

慢性實質炎之症候。如前述之腰痛。下腹部疼痛。骨盤內重感及壓感。腫排泄物。月經過多。於以上之狀態。均屬相當。此種瘵候。毫無一定固有之解剖的變化。蓋此等症候。不足為婦人病之一特徵也。

吾人謂慢性實質炎爲唯子宮或其體部之平等性增大。主因結締織之強度發育而起。則此實與發自內膜之炎症相同。此等爲內膜及筋層之急慢性炎症後筋層之持續狀態。多因淋毒性及敗血性傳染而起。

初起卽呈慢性症狀之內膜炎。亦往往有子宮粘膜下筋層之炎性浸潤。由是觀之。則斯肯氏所謂慢性實質炎多數可稱爲慢性內膜炎。

類症鑑別 誘起子宮之平等性增大之種種疾患。宜鑑識之。或爲慢性水腫。或爲求心性肥大。或爲結締織發育。其鑑別常不容易。強度之帶下月經過多。或子宮出血。爲基因於子宮之新生物或內膜炎性作用之症候。產褥後之子宮不全復故。（流產產褥後尤甚）可依既往症而知之。子宮組織之急慢性傳染所殘留之慢性炎性作用亦然。伴子宮變位之增大。可目爲癭性水腫。

硬性水腫。用子宮變位之矯正的療法已足。加答兒及子宮內腫瘍之際。其作業性肥大。亦可由治療原因的疾患而除去。

需特別之療法者。唯持續性之月經性鬱積充血。子宮之不全復故及急性炎症之慢性者。此際行吸收療法。最爲適當。海水浴及泥浴療法。有顯著之效驗。若爲貧血性。則

宜避海水浴。處置如慢性子宮近傍炎。子宮周圍炎。喇叭管卵巢炎之際。療法當參照該章。

膾部時時行子宮之瀉血。爲不可缺之要件。若不堪繁雜。則貼水蛭於膾部。爲最奏卓效之方法。此方法以麻衣哀氏子宮鏡。固定膾部。拭之使清潔。而以綿花塞閉鎖子宮外口後。送入二三條水蛭於子宮鏡內。子宮鏡之前端孔口。以堅固之綿花塞閉鎖之。則水蛭遂咬著。又有簡單且便利之法。以尖銳之長柳葉刀。穿刺膾部。或深截開之。此方法須瀉出二三食匙之血液。施五至十切創。或穿刺足矣。此小手術。有時須隔數日行一次。

膾部之慢性炎症及肥大。於脫出膾部深裂傷。及續發性頸管加答兒之際見之。脫出時慢性水腫之療法。與脫出之療法同。眞炎性浸潤時。宜參照前述之療法。

又有先天性膾部肥大。此症屬中等度者甚少。膾部延長。其長至與膾比。子宮體部。在骨盤內。仍爲正常之高。子宮外口。露出於陰門。或挺出於陰門外。（先天性脫出）

此肥大頗宜注意。因膾部延長。而交接障礙。徵諸患者之主訴。而自明。又膾部之長。妨子宮之自由運動。膾部之作用。恰如填入膾內之塞。因是子宮固定於膾。子宮之筋肉

裝置不能運動如常。子宮被壓迫而後轉。終因腹壓轉倒而成後屈。膈括約筋因膈部之長而失其力。即由後屈轉而爲脫出。

療法 不問有續發性後轉或脫出否。均宜以手術使膈部短縮。先以膈部短縮爲治療之始。次行矯正的療法。或併用適當之後屈或脫出手術。(參照第八章及第九章)

第十三章 子宮之纖維狀腫瘍

第一節 筋腫纖維腫纖維筋腫

女子生殖器之腫瘍中。最多者。自子宮壁筋層(結締織並子宮筋層)發生之纖維腫瘍是也。

倍爾氏曾實驗三十五歲以上婦人。百人中有二十五人罹筋腫。克洛氏謂五十歲以上婦人。百人中有四十人罹筋腫。患筋腫者之百分率。固比以上爲少。霍勿氏謂一萬一千七十三人中。患筋腫者。僅百分之四。三。穆雷氏謂恩緝斯氏教室之患者。一萬一千二百三人中。患筋腫者。僅有百分之四。七。克令氏謂僅有百分之四。四。若拉氏謂邱別肯氏教室之患者。三千五百人中。有百分之六。四。最近六年。邱別肯氏教

室中婦人科病室之婦人。四千四百人中。有四百人。乞行手術。除去筋腫。此四百人均受手術。故全患者中。殆有百分之十。因子宮筋腫而受手術也。

因筋腫而生之局處障礙。並其間接作用。及因是而起之全身障礙。常甚顯著。解剖上此等子宮腫瘍。固爲良性。然有負高度之病的價值者。

形狀甚多而無一定。數百例中全然相等者。僅二例而已。

普通形狀。有呈球形而大小不等之硬固結節。包裹於子宮筋層中。因是增大之硬固子宮。其形體及大小。均起變化。行雙合診。觸知其變化甚易。

纖維筋腫之解剖的構造。此等腫瘍。常只爲結締織及筋纖維組織所組成。故極單純。而因其錯綜於種種方向之結締織甚多。或整然有秩序而排列之筋層。爲其主要部分。故纖維腫或筋腫。可得區別。若自臨床上見地言之。則此兩腫瘍之區別。可以不必。各種症狀下。兩腫瘍之組織要素常存在。(纖維筋腫)而其發育經過。亦不見組織學上主要之差異。故多附以種種名稱。如筋腫。纖維腫。類纖維腫。纖維筋腫。均屬同義。反是取組織學的及臨床的特別位置者。爲包藏腺管之腺腫。性筋腫。通常筋腫。皆由鬆疎結締織之囊。與子宮壁截然區劃。且爲容易自子宮壁剔出之結節。(球狀筋腫)

此腺腫性筋腫多與其隣接部無判然之經界。此際子宮往往全增大。具平等之筋腫狀變性。腺腫性筋腫之發生部位常在子宮後壁。而起於喇叭管角者尤多。福勒克氏以子宮粘膜或沃路富氏體之遺殘爲其發生點。

通常之球狀筋腫其區別不在組織而在發生部位。該腫存在於子宮體部或頸部。或遊離發生於腹腔腔內。或包裹於骨盤組織中。卽以此爲特別之分類。而區別之頗爲緊要。又從來所沿用者。因筋腫之原發部位而分類。亦甚緊要。然用此法。非常能判然區別。臨床上可識別者。分爲左之三類。

(一) 漿膜下類。纖維腫。此腫瘍與腹膜相接。而位於其下方。凸隆於腹腔內。往往有莖蒂一條。以占居於子宮腹膜面。

(二) 粘膜下筋腫。此腫瘍位於子宮粘膜下。向子宮內腔。而凸隆發育。該腫若成莖蒂。挺出進入於子宮內腔。則此粘膜下類纖維腫。爲纖維腫狀韋腫或息肉狀類纖維腫。恰如分娩時久而疼痛甚。因排出作難。而自子宮內腔。通過子宮口。排出於腔內。且自然除去。此兩部位間。吾人所遭遇者。爲下記之間質性或壁內類纖維腫。

(三) 間質性或壁內類纖維腫。包裹於子宮筋層中。其周圍爲子宮筋層所圍繞。

據福烏因氏之說。間質性筋腫漿膜下筋腫及粘膜下筋腫之比例。如六十五與二十四三與十、七之比。

在腹膜之側方。反轉皺襞之下方。發生於子宮頸部側壁之腫瘍。稱爲子宮近傍部筋腫及腹膜下筋腫。若此等腫瘍。發育增進。或占高位而在體部。則披開廣韌帶之兩葉。進入其間隙而發育。成韌帶內筋腫。

筋腫之病症。視發生部位而異。此腫瘍之臨床上價值。殆全與其病症相關。故必知其發生部位之局部的差異。

吾人於生殖器上之他新生物。例如卵巢囊腫之際。亦見其發生部位之異。然此差異。自全體觀之。似不足重。不過爲手術的療法上之一定着眼點而已。癌腫之發生。或於頸部。或於腔部。或於體部。卵巢囊腫之發育於韌帶內。或有莖蒂而發育於腹腔內。而對於療法上之原則。新生物的價值皆同。若筋腫則反是。視其症候而異。因其在頸部。或體部粘膜下。或漿膜下。而其苦痛不同。或於摘出斷行上。有大影響。

纖維筋腫之發生原因。尙不明。關於其發生之新說。雖簇出。而事實上不克證明。類纖維腫之年齡。卽於生殖營爲的生活之關係。稍足說明其發生原因。

類纖維腫。常於婦人生殖器成熟時代之後半期發見之。故子宮之發育必已達完全之域。且子宮已足完全發展其生理上諸力。但因此諸力。而受胎後子宮發育。其大可至數倍。且子宮壁屢屢自由營擴張及收縮。至月經閉止期。靜止而不復營其機能。遂陷於萎縮之狀態。

在春機發動後。於此暴風時期。發生類纖維腫。該腫於子宮生理的生活力。甚受影響。終至類纖維腫亦與子宮同時進於老人期靜止。且至月經閉止期。其成長停止。後來之狀態。無足注意。化爲不呈症候之附屬物。

據固賽氏所製類纖維腫之年齡統計。可知其發生與年齡之關係。即九百五十三例中。

| | |
|------------|---------|
| 二十歲以下之婦人 | 百分之一、六 |
| 二十歲至三十歲之婦人 | 百分之十七 |
| 三十歲至四十歲之婦人 | 百分之三八、八 |
| 四十歲至五十歲之婦人 | 百分之三七、七 |
| 五十歲至六十歲之婦人 | 百分之三、九 |

六十歲以上之婦人……………百分之八

如卵巢囊腫與年齡絕無關係。初生兒並幼女。或妙齡之女子。或高齡之婦人。均能發生。因是吾人以爲成熟子宮之發育力與筋腫發生之間。至少必有該症發生原因之一部。在成熟子宮之發育力。若子宮之發育力潛伏於內部。不因妊娠肥大而逸散。則有筋腫發生之不幸。頗屬危險。此吾等所屢屢實驗者也。故以上之說益信。仿令荷氏就排在爾氏教室之患筋腫者百八十九人。檢查其爲既婚婦與未婚婦之關係。得二與一之比例。其餘婦人科病室之患筋腫者。得五與一之比例。據恩辯斯氏之調查。患者一萬千人中。結婚者與處女之比。約五比一。而患筋腫者五百三十人中。結婚者與處女之比。約二比一。余於邱別肯氏教室之經驗。因筋腫而行手術者。三百人中。未產婦與既產婦之比。爲一比二。

以上之觀察。雖近真確。然對於此說明。吾人不過於置重。因該說明就類纖維腫發生之各見解。不能使吾人滿足故也。多數學者。以遺傳及於生殖器之各種刺戟。爲其原因。或歸之於情慾抑制。要之有許多原因的觀察。終不得一可信憑之假說。況病原或發生。不聞全然一定者。

與母組織者。或爲子宮筋層。誘發如斯之變性者。或爲血管筋層。近時雖有種種解說。然多方研究。仍未有一定之結果。

就筋腫而論。基因於該腫之子宮。及其餘之筋層並粘膜之續發性變化。爲必要之症狀。內膜炎性變性。往往爲腫瘍存在之初徵。筋層肥大。甚或大至數倍。粘膜增殖。呈肥大性及增生性腺性內膜炎之狀態。反是純粹之粘膜下類纖維腫。則不與筋腫觸接之粘膜部分。肥大。而覆類纖維腫之粘膜。益菲薄。腺全消失。僅留間質粘膜組織之一菲薄層。分爲表面上皮及腫瘍。此等粘膜部分。因壓迫而全然萎縮。至類纖維腫裸出。同時喇叭管及卵巢之變化。僅屬枝葉。此殆因筋腫而生。不過爲誘起此等臟器之腫脹及增大之血液鬱積結果而已。

純粹之纖維筋腫。解剖的構造上爲良性。然若發變性或合併症。則其性質即時變化。起此變化者。列舉之如下。

一 惡性變性筋腫中有百分之三起此。此際腫瘍變化。而成紡錘形細胞肉腫。該肉腫之惡性。可因其生轉移及再發力之強而知之。余行卵巢摘出奏良效後。經數年而類纖維腫。變性爲惡性。從來成長停止之腫瘍。俄然成長甚速。統得二例。

又見有腺腫性筋腫變性而爲惡性腺腫之形態。腫瘍生孔而呈篩狀。到處上皮管增殖。且有腺狀腔洞。如筋軟骨腫。筋骨腫等之雜腫瘍。發生甚稀。且不甚緊要。二炎症傳染壞疽。亦爲最危之合併症。因是從來不呈症候。且不起障礙之腫瘍。亦能危及生命。呈極危篤之狀態。

纖維腫瘍遭遇細菌侵入之傾向及機會之少。全基因於該腫瘍之性狀。且潛匿甚深。而被保護。粘膜下類纖維腫。則破其被覆。遊離突出於子宮內腔。或突出於頸管或腔內。至是細菌始能侵入。蓋當此時。腫瘍之狀態。必使細菌易侵入也。此狀態實爲招細菌進入者。而細菌進入。全爲續發性。其害毒所及之處不少。卽此等纖維腫狀茸腫一部或大部分離。易陷於局部或全部壞疽。此失營養之死組織。受腐敗之細菌作用而崩壞。起非常之膿敗。出血。發熱。敗血症。余於此類纖維腫。行電氣刺鍼術後。該患者亦陷於此危害。又不得筋腫手術之效果。

若筋腫不與外界接觸。或不在可得接觸之狀態。而失營養。則其關係全與上異。如此則筋腫減小。陷於乾性壞死。余嘗行開腹術。用手術療治。箝於獨烏迦氏腔內之筋腫。該腫全遊離於腹腔內。不與各臟器連絡。僅與接觸之腹膜。稍粘着而已。而此部分

乏血液。割斷面呈乾燥。貧血。暗赤色之筋腫組織。無崩壞或炎症之痕跡。又余於漿膜下類纖維腫之完全莖蒂捻轉時。得見類似之狀態。

若卵巢囊腫。因莖蒂捻轉而起完全之營養障礙。則因其內容爲流動性。且富於滋養。故化膿或膿敗甚易。反是類纖維腫在腹腔內。則受細菌之感染甚少。對於腸之細菌亦然。

三囊筋腫之特徵。在以充滿液體之大小無數腔洞。組成腫瘍。此因血管或淋巴管之變性而生者也。(毛細管擴張性筋腫。淋巴管擴張性筋腫)然如斯者。殆亦如腺腫性筋腫。分泌性細胞之異常沈着。亦與有方焉。

雖然。最易誘起囊筋腫之發生者。爲粘液腫性變性。此變性使組織全軟化。以致生成大腔洞。

四脂肪及澱粉狀變性。起於類纖維腫。有時爲類纖維腫與子宮共同營爲之變化。產褥子宮復故之際。類纖維腫。恰如妊娠中肥大之子宮。至產褥時而縮小。然體積頓減。然尙有腫瘍完全消失之類例。當爲偶然之結果。

五石灰化之起亦頗易。該症多起於老婦。因是類纖維腫。恰如石兒之生成。一變而爲

石灰石(子宮石)者有之。腫瘍於如何狀態下。以炭酸石灰及磷酸石灰被之。雖尙未知。然殆亦爲營養障礙所致也。腫瘍之硬度。因是恰如巖石。試行雙合診。則可診斷其決無成長。全爲善良之變性。

此等之一部。爲原發性。他一部爲續發性。種種組織變化所及之影響。如前所述。因變化之性質而異。一方則脂肪變性。石灰化及萎縮。使腫瘍縮小。且極稀少。終至消失者有之。他方則誘起囊腫狀粘液腫狀變性。并起漿液性浸潤。因是急速增大者。亦屢屢有之。因敗血性壞疽及肉腫狀或腺腫狀癌腫狀變性而生之危害。亦甚劇烈。

子宮筋腫之際。往往有他種生殖器疾病之合併症。併發種種卵巢囊腫者不少。施手術之二百例中。有合併症者三十七例。其中二例爲卵巢之胎兒腫。此等腫瘍之發生。其間有隱密之關係否。現尙未知。同時發見子宮筋腫及子宮癌腫(體部或頸部癌腫)者七例。筋腫手術之際。余遭遇喇叭管水腫及化膿性喇叭管炎。凡十六次。又一次由動物試驗而確定。此外尙見有發病性之喇叭管及腹膜結核症。此外特異之例。則手術之際。見腹水四次。腹腔內遊離出血三次。第一次血液自腫瘍後壁之指頭大靜脈而出。若以鑽鑿穿孔者然。患者月經。不見過多。然甚貧血者。

因腹腔內流出血液甚多也。第二次於獨島固氏腔發見出所不明之膠狀凝血。第三次則血液似自喇叭管出。喇叭管亦含有血液。此患者有劇烈之子宮出血。時致鬱積。且流通佳良之喇叭管。如余由子宮內注射。確實證明者。血液亦可通過喇叭管。注於腹膜腔內。

吾人之實驗二百例中。一部爲筋腫。一部爲筋腫以外者。有百二例。卽患者之半數。有重篤之合併症。

筋腫之臨床的症狀。最主要者爲出血。患者之大多數。因是而乞治療。血液損失之量過多。則患者呈出血已盡之外觀。礙健康而危及生命。且誘起重篤之續發症狀。卽心臟變性是也。出血自子宮粘膜而生。月經過多。爲其先導。粘膜變化。關係於筋腫發生部位。故腫瘍愈接近粘膜。或腫瘍愈純粹發育於粘膜下。則內膜炎及其症候益顯著。若類纖維腫爲息肉狀。則出血尤甚。漿膜下筋腫及間質性筋腫。苟遠隔粘膜。則月經性血液不起變性。

因筋腫而起之出血。在初期與葷狀內膜炎之際所實驗者相同。因癌腫而起之出血。則大異。雖劇烈而經時長久。尙有順調之月經。若腫瘍更發育。且粘膜變化愈甚。則此

出血之狀態全消滅。出血之期間愈接近。此因其出血一部持續甚久。一部則間歇時又短縮也。粘膜下類纖維腫之排出作用。亘數年以上者。終成出血連續性。漿液性血液狀排泄物持續。而其間時時有多量之不調出血。且起腫瘍之濕性壞疽。有臭氣甚惡之排泄物。其症候必與排泄疼痛相伴。由患者之既往症及其容貌觀之。較纖維腫之病勢。尤爲劇烈。故以爲癌腫或肉腫。頗得當。然如斯者。宜慎重檢查。或用顯微鏡正其錯誤。然後可圖治愈。

若患筋腫者。至月經閉止期。則其出血即停止。此可證其出血爲月經之變性。關於排卯之生理的作用者也。然因筋腫而此時最渴望。且甚期待之生殖器機能。停止甚久。爲經驗上之事實。此即筋腫之於此等生理的生活現象上。亦有大影響之標徵也。健全之婦人。至四十歲時。月經閉止。患筋腫者。須至五十歲時。始爲經閉期。若三十歲或四十歲時之婦人。此經驗上之事實。於豫後及療法上。大可憂慮。

筋腫之際。所發之疼痛。因腫瘍而起者少。因合併症而起者多。與息肉狀粘膜下筋腫之娩出相伴。且持續至數月之久。其強弱時時相異。彼因子宮收縮而起之陣痛狀疼痛。前章所屢記述也。起他種疼痛之原因。爲有長莖之漿膜下筋腫之莖蒂捻轉。此捻

轉較有莖卵巢囊腫之莖蒂捻轉爲少。箝頓於骨盤內之筋腫。因發育於子宮近傍部及頸部而不能逸出。或發育於後屈子宮。直接壓迫此處之大神經幹。不特起壓痛而已。并起特殊性尿閉。若發劇烈疼痛之後屈子宮妊娠箝頓然。往往因腫瘍之箝頓發複雜之症候。

若不有遊離發育於腹腔內之漿膜下或間質性類纖維腫之合併症。則毫不呈症候。該腫至若干太。患者始注意。腫瘍存在甚久。至少須經數年。至發育已極。患者尙茫然不知。以爲近時初發生者。故患此之婦人。毫不感微恙。

反是箝頓於骨盤內之類纖維腫。其大如成熟兒之頭。則已呈壓迫症狀。而在寬闊之腹腔內。其太殆如妊娠八個月之子宮。則腹腔之狹隘。尙不甚著。亦不呈壓迫症狀。至發育更進。囊腫性筋腫。迅速成長。則恰如大囊腫。或他腹腔大腫瘍。胃腸遂起苦痛。胸部之臟器。受其壓迫。遂起呼吸困難及血行障礙。下肢生水腫及靜脈瘤。如此者。筋腫之月經的腫脹。能使一般症狀增甚。

在子宮前壁下部之腹膜下或腹膜內筋腫之定型的症候。爲膀胱機能之障礙。卽爲利尿疼痛症。有痛性尿淋瀝。尿閉或尿失禁。此等及發生於韌帶內之筋腫症候。爲輸

尿管合併症。即爲輸尿管之壓排。高度之擴張。續發性腎盂水腫。腎膿腫等。此等腫瘍。占局部解剖上甚不良之位置。手術之際。有重大之關係。

若患硬固而不甚大。且甚易流動之有莖漿膜下腫瘍。則體位變更之際。覺腫瘍彼此轉轉於腹腔內。

因筋腫而起之子宮機能障礙。有因其發生之部位而甚顯著者。亦有全缺如者。月經過多之外。並誘起月經困難。如此者。可摘出有數個筋腫之子宮。檢視之。見子宮內腔延長。且有種種狹隘。頗呈奇形。即可明其生此之理矣。

又疼痛之發。因妨害子宮之經血性平等濕潤所致。尤因狹窄及角形成。而妨害血液流通。致發疼痛。依同一理由。屢與筋腫合併之不妊症。亦因機械的障礙。而爲類纖維腫之直接結果。通常婦人之不妊症。有百分之八至十五。而患筋腫者之不妊症。則有百分之二十五至三十。此不妊症亦如他症。非因腫瘍而誘起。唯有時因發育特異性而起。如習慣性流產之現象。時或致不能生殖是也。生殖機能。對於既婚婦人之普通妊娠數四、五。而患筋腫者之妊娠數。僅有一、七至二、四。反是他種筋腫子宮。受胎並生殖機能。毫無障礙。雖有筋腫存在。而妊娠分娩及產褥等。全然正常經過者。亦往往

有之。

因筋腫而繁殖官能甚被障礙者。徵諸解剖的關係自明。頸部或子宮近傍部韌帶內筋腫。惹起完全之分娩障礙。因是宜行腹式或腔式帝王切開術。次除去腫瘍或子宮全部。

因受胎障礙而起之完全不妊症。因習慣性流產而起之不能生殖。完全分娩障礙。產褥之壞疽或膿敗。一方爲筋腫與繁殖官能間之關係。而他方則受胎妊娠分娩能力及產褥毫無障礙。子宮筋腫之性狀甚多。而有單純之構造者。亦因其性狀及發生部位。而呈種種之作用。毫不有特徵。故於筋腫之經過及豫後。不能有一定之概則。此徵諸以上之理由。並前記症候。而自能了解者也。經過及豫後。關係於腫瘍。不如關係於因筋腫而起之症狀之甚。若欲卜患者之將來。則最確實最有力之根據。在腫瘍之發生部位。因疾病症候。關係於發生部位故也。此外患者之年齡。亦有關係。所恃者。至月經閉止期。則一定之症狀（卽出血及筋腫成長）停止耳。患者至五十歲時。月經當卽閉止。則將近五十歲之患者。雖有重症。只施對症的療法。以待經閉期之至可也。要之患者之年齡愈少。類纖維腫症狀愈重篤。

四百人中 患子宮筋腫之表

| | | |
|-----------|--------|-----|
| 十六歲至二十歲 | 二人 | 0% |
| 二十一歲至二十五歲 | 一人 | 0% |
| 二十六歲至三十歲 | 六人 | 1% |
| 三十一歲至三十五歲 | 二十五人 | 5% |
| 三十六歲至四十歲 | 六十人 | 15% |
| 四十一歲至四十五歲 | 一百三人 | 25% |
| 四十六歲至五十歲 | 一百二十九人 | 30% |
| 五十一歲至五十五歲 | 五十三人 | 10% |
| 五十六歲至六十歲 | 十四人 | 3% |
| 六十一歲至六十五歲 | 六人 | 1% |

余就施手術之
 子宮筋腫四百
 例。作成一表。患
 者多少。與年齡
 最有關係。可知
 四十歲時代之
 後半期。其數達
 於最高點。況余
 唯於症狀最重
 篤之患者。施手
 術。故知自幼兒
 至五十歲。危篤
 之症狀常增進。
 五十歲後。其數

峻急下降。五十五歲後。需手術者甚少。要之過五十歲之婦人。需手術者。四百例中。尙有七十三例。此與謂既達此年齡。限界後。類纖維腫。略無害之說。不一致者也。就五十五歲以上之婦人。洞察手術之適應症。頗有興味。因同時可知老婦筋腫之適切症候故也。

六十三歲之婦人。胃腸有劇烈之苦痛。此因與大腫瘍癒着而誘起者。故施腫瘍摘出之手術爲最適當。

六十二歲之二婦人。亦受手術。一人因大腫瘍之囊腫狀變性而行手術。一人因尿閉及膀胱加答兒而行手術。

余之經驗中。有六十一歲之三婦人。一人爲筋腫之肉腫狀變性。因筋腫而行卵巢摘出術。其後經十七年。他二人筋腫之外。併發體部癌腫。遂致再發出血。

有六十歲之二患者。一人患尿閉。一人則筋腫與兩側之癌腫狀卵巢囊腫相合併。五十九歲之三婦人中。一人常有強度之出血。一人則子宮底有類纖維腫與肉腫狀息肉。一人則因併發卵巢囊腫而行開腹術。

有五十七歲之一婦人。起劇烈之疼痛。間質性筋腫。爲脂肪變性。且一部分石灰化。

又有患者七人。皆五十六歲。適應症爲二回出血。二回尿閉。一回肉腫狀變性。一回壞疽。一回疼痛。

五十五歲之六婦人中。二人有大出血。二人利尿困難。而訴利尿疼痛症及尿失禁。一人爲全脫出。同時與右側卵巢胎兒腫相合併。又一人有大如兒頭之粘膜炎。類纖維腫。大部分娩出於腔內。

要之筋腫之經過及豫後。症候之外。亦與月經閉止期有關係。此爲該腫瘍之特異點。與他生殖器腫瘍。如卵巢囊腫及癌腫等。大異其趣。然亦有因筋腫。而月經閉止期遲延者。然則若三十歲時患筋腫者。有出血疼痛及壓迫症狀。則此可慰藉之佳良狀態。實不足恃。不過以二十年後。有恢復健康之望。溫慰患者而已。

筋腫之診斷。多不甚難。筋腫大者。橫於腹腔內。而爲堅塊。可自外部隔腹壁而觸知之。若行雙合診。確知其與子宮連絡。則診斷最明確。尙有橫於骨盤內之小腫瘍。其增大不等之子宮硬度及其爲結節狀之性狀。呈固有之觸診所見。雖未熟之診察者。行診斷。亦不困難。

小而如櫻實之粘膜炎。或間質性類纖維腫。全不可觸知。因腫瘍而致之平等性子宮

增大。不甚顯著。子宮之大。人人各異。故無所區別。此際宜查其既往症或既往之病症。經過。由是而下鑑定。則診斷頗便。

余遇一月經甚過多之四十歲時代婦人。由種種方面。行子宮粘膜之搔爬。竟不能奏效。此例豫行刺密那利亞開大後。觸知子宮內腔。乃得認識。榛實大粘膜下筋腫而剝離。剔出之後。出血全止。患者可免不絕出血之憂。凡用於子宮出血之藥劑及局部的。並子宮內膜之手術的療法。既無效。若無他原因可徵。則其非子宮筋腫之潛伏。不免有疑。宜即行子宮內腔及子宮壁之指診。

間質性體部筋腫。亦如腺腫性筋腫。誘起子宮之平等性增大。然若不甚堅硬。則妊娠與筋腫之識別甚難。甚或不能識別。余觀察此久。且待時期之至。而下斷定者。有數例。若於未婚婦女。診斷其為妊娠。往往生不快之感情。招不幸之結果。又反是而誤以妊娠為筋腫。其結果至切開腹壁及妊娠子宮者頗多。觀此等狀態。則對於以上兩方面。須慎重注意。若有可疑。則必審其果為妊娠與否。監視其經過。且猶豫手術。至時日經過。診斷明晰。然後可行手術。蓋決無必需手術之危迫症狀在。故猶豫手術。毫無障礙。若妊娠之際。誤診為子宮筋腫而行開腹術者。殆現今所決無也。

有時子宮腫瘍與他臟器腫瘍之鑑別頗難。或殆不能鑑別。如斯之診斷困難。乃屢屢遭遇者。腹壁切開後始可判明。

囊腫性大筋腫與卵巢囊腫。亦有不能識別者。然實地上不以此爲重。欲避此誤診。往往於囊腫性腹部腫瘍之各場合。牽出子宮而施觸診。遇必要時。更藉麻醉或確實方法之助。以鉤於腔部之鉗子。移動子宮。低牽引之。同時行雙合診。觸知子宮體部及腫瘍莖蒂有莖漿膜下類纖維腫。外觀上似與子宮無關係。此際與實性卵巢腫瘍或有莖子宮類纖維腫之區別。往往不能。

固着之韌帶內骨盤筋腫。往往與骨盤滲出物。呈相同之內診所見。然骨盤滲出物。有全爲瀰蔓性充滿骨盤結締織。而及於骨者。且疾病經過各異。苟着眼此點。多可認識。在子宮後方之腫瘍。陳久而硬固之血腫。炎性腫瘍。包裹於堅硬之炎性產物中之化膿性喇叭管及化膿性卵巢。亦往往誤診爲類纖維腫。

如斯而固有之內診所見及普通施行之手技。例如以密查氏鉗子移動子宮。或注意腫瘍移動之際。腔部亦直接或間接移動否。又觸知硬度或子宮內腔之消息。子診。腫瘍與子宮之經界有無。子宮內觸診。直腸診。既往症及疾病經過之鑑定等。雖爲診斷

上可根據之重要事項。然若起筋腫之續發性變化及合併症。則診斷極困難。而不免粉糾錯雜。百方誤診。故若有可疑。則尚須觀察其經過。

筋腫之療法。若無強度之出血。壓迫。膀胱苦痛或其他合併症等重篤症狀。則不須治療。如屋爾斯氏。於無甚危險之症狀。慮患者之危懼。常不使該婦人知腫瘍之存在。若婦人知腫瘍之存在。則雖腹腔內瑣少之症候。亦不免懸念。慮將來必行手術。因憂慮而憔悴。比因筋腫而誘起者更甚。故不呈症狀之類纖維腫。可不加治療。且不宜使患者知之。

對症療法。既呈種種症候。則有種種療法。最緊要者。為對於月經性出血變性之療法。然若有誘起出血之子宮粘膜固有之解剖的變化。則其結果常甚微少。不過為一時的。但不可不反復行之。因由是可免患者之苦痛。至經閉期也。

現今實用之內服止血藥。列舉於左。

麥角及其製劑。

麥角之主要作用。在興奮平滑筋。而使之收縮。此作用於血管之平滑筋及子宮之平滑筋尤著。麥角及其越幾斯即愛爾各丁之主成分。為愛爾各丁酸斯發企林酸。

而鹽基性成分爲酷爾拿丁。近來尤置重於斯發企林酸酷爾拿丁兩者及其含量。而僅含有愛爾各丁酸或斯克累洛丁酸之製劑。(德國藥局方麥角越幾斯及龐徐恩氏愛爾各丁)其效稍少。

其足賞用且適於內服並皮下注射者。爲龐勃倫氏及盾在爾氏麥角越幾斯。(盾在爾氏止血丁幾)而製劑不可陳久。即自八九月新收穫時期所製。未經一年者。有效。又於此收穫時期。將麥角製成粉末。每日服用數回。每回約〇、五至一、〇亦佳。新藥中賞用喜獨拉斯企斯。措乃盾奇斯及其誘導藥。喜獨拉斯企斯。斯企怕企丁等。通常所用之處方如左。

亞美利加製喜獨拉斯企斯。措乃盾奇斯越幾斯。每二時服十五滴至二十滴。

斯企怕企丁錠劑。每日服用五六個。每個之含量〇、〇五瓦。

或斯企怕企丁〇、〇五 白糖〇、五

右爲十五包。每日服四五回。每回一包。

或斯企怕企丁一、五 甘草末及甘草煮適宜。

右爲三十丸。每日服四回。每回一丸。

總之此等藥劑出血持續之時。決宜常用。若不能常用。則於每回出血之前數日服藥。愛爾各丁皮下注射療法。有若干患者。持續已至一年。達千筒以上。

用此等內服止血藥時。併宜以局處的藥劑行熱性腔洗滌。(列氏四十度即攝氏五十度)或以撒矢爾酸綿花填塞或沃度仿謨綿紗施腔填塞。

罹葦狀內膜炎之際。用吾人所最重之粘膜搔爬術。或又用腐蝕劑。腐蝕粘膜等。子宮粘膜之局處療法。例如十%格魯兒化亞鉛溶液。純一半格魯兒化鐵液。沃度丁幾及類似溶液之注射等。均宜止用。此等因筋腫在粘膜下。甚與粘膜接近。故筋腫亦為腐蝕藥或搔爬器所侵害。以障礙其營養。因是有陷於壞疽之腫瘍崩壞膿敗之危險。若以斯內氏蒸氣燒灼法。施之於患筋腫者。亦生相同之危害。此法於筋腫。最為禁忌。克老自那退爾自埃國哈爾之礦泉中。含沃度及含臭素浴。或勿倫層斯泉愛爾斯退爾曷勃倫等之鐵泥浴。均有佳良之效驗無疑。或誤陷於迷信。以此等為於筋腫有特效。然因其作用而生者。要不過全身強壯血液性狀改良食慾亢進等。筋腫僅一時輕快而已。

局處療法。奈拉氏行頸部或筋腫被囊之切開。此法現已不用。

又一時非常實用之亞樸斯氏電氣分折。現應用之者亦少。此法屢經試驗。終證明其無效。余嘗於患筋腫者。以種種方法。持續行電氣療法頗久。甚費勞力。毫不見效。

其方法。以電極之積極（即陽極）爲金屬製子宮消息子之形。或爲一種固有之木炭電極。以之送入子宮內腔。而消極（即陰極）爲毛布。陶土。苔枕等之濕潤廣壓抵板。被全腹部。以自外部應用之。平流電流閉鎖。且用電氣調節器。徐徐使其強度爲二百至二百五十密里安倍。使用之際。每次持續三分至五分時。此爲婦人苦痛最多之時間。每週反復二次。隨意持續至久。

此電流強度如此。則乾性積極。能使組織結痂。因是子宮粘膜炎崩壞。然其他種腫瘍之電氣分折的分解亦起。誘起腫瘍之縮小或吸收。

此法須屢屢反復行之。因其煩雜長久。持續劇痛。並無效等。而應用者益少。然依前述之方法行之。可無危害。又嘗實用之電氣刺鍼法。其方法。以其消極爲長銳尖針之形。自臍刺衝腫瘍。置積極於腹壁或薦骨部。以燒灼腫瘍。然此法往往生甚醜惡之化膿性瘻管於腫瘍。故不可用。

余嘗見一患者。受如斯之治療後。放惡臭之腫瘍成壞疽。全身起敗血症。終於死。筋

腫之手術的除去。全視其情狀。而依種種之方法及術式行之。

吾人可先區別之爲二法。一卽自下方（卽膻）施術於筋腫及筋腫子宮或摘出之。一則自上方行開腹術。以求次之進路。行開腹術之方法。雖嘗專用。然現今膻式手術法。亦甚進步。種種方法競技簇出。且膻式筋腫摘出術。適應症之範圍廣大。實非意料所及。昔以爲到底難行該法之大腫瘍。今因技術之進步。亦易行之。吾人以此等手術（卽筋腫之膻式除去法）證明。輒近十五年間。膻式手術之大進步。極婦人科的手術之隆盛。

如上所述膻式手術之進步。非一人發明之力。實由多數學者苦心研究。綜合筋腫子宮之膻式手術所需之技術。舍短取長。務得其宜。始能有此成效。

吾人所最感謝者。爲配恩氏及其門下生所行之筋腫破碎法。卽抉剔切除法。及以止血鉗子代結紮。或使結紮容易。

其他如配退爾氏之全部或局部子宮切開法。亦與有力。

手術上之疑問。不能逐一詳說者。姑置之。但宜着眼於筋腫之手術的療法上。不可忽畧之主要點。蓋往時無留意及之者。且視爲枝葉者也。例如因子宮筋腫而施手術之

患者。追蹤探究其此後之健康如何。可知未及經閉期之婦人。因卵巢摘出。往往發極不快之症狀。筋腫苦患之除去。不足以醫患者之苦痛。反致有可憎厭之脫衰症候。即起眩暈。充血。灼熱及心痛之感。患者日夜苦惱。縱有一時恢復健康。其快樂亦為所妨害。依此理。則吾人於三十歲時代之婦人。行子宮摘出。務宜保存其卵巢組織。若不能則宜保存其營養機能之子宮。以除去筋腫。苟係單純之球形筋腫。則行後腔壁或前腔壁切開術。以腔式或腹式。剝離剔出其腫瘍。亦可達此目的。

處置子宮切斷端之方法。以如何為最良。及筋腫子宮之腔上部切斷與全摘出。孰優孰劣。此等問題。頗不足重。技術進步。則種種方法。均奏良效。腹膜外莖蒂處置。現已全然不用。唯遇特異之症狀用之。蓋唯膿敗之大腫瘍。不能根本的除去者。乃應用此方法也。子宮之腔上部切斷後。就切斷端之腹膜內埋沒。於子宮近傍部大血管出入之子宮內口上部分之上方。行子宮切斷。或於此部分之下方。即接近於子宮外口而行切斷。此余與差伊氏所最重視者也。

若行第一法。則子宮之殘部頗大。且以血液充實。行第二法。則反是。遺留之切斷端頗小。血液亦少。而此切斷端如子宮全摘出時之腔壁。甚易縫合。差伊氏欲保存子宮組

織行部分結紮於高處切斷之。余則欲其切斷端小且常行子宮近傍部血管之結紮。至於子宮外口上部切斷筋腫子宮。或於腔切斷之。皆毫無重視之價值。蓋如此則全摘出與切斷兩者無顯著之優劣可見也。

余豫述此等主要之注意。然後就各手術方法。簡單述之。

腔式摘出法。若子宮筋腫之全部或一部。娩出於腔內。卽成纖維腫性息肉。或橫於腔部。自下方易達之。則此筋腫之腔式除去。最爲簡單。自然脫離機轉。此際逞其作用。腫瘍甚懸垂。雖大腫瘍。亦往往加剪刀一度。已足切斷牽出之莖蒂。可不藉他力。若莖蒂細小。則不結紮亦可。常通全不出血。且無論如何。用填塞止其出血甚易。若莖蒂粗大。則不全切斷之。以小刀或剪刀。於莖蒂中。只作一截創。以手指自此截創剔出腫瘍可也。如此者。其關係雖不複雜。然陳舊子宮內反。往往誤診爲茸狀纖維腫。故不可不豫行慎重診查。若內反子宮。陽呈腫瘍之觀。誤切斷之。毫不施止血之豫防。則演成切斷子宮之大失策。局部內反。於有莖粘膜下纖維腫。亦宜注意。此恐因子宮之廣大穿孔。而致可厭之副損傷故也。

若腫瘍尙在子宮內腔內。子宮口容易通過手指。則術者於手術方法之選擇上。遭遇

一難問。卽行纖維腫之子宮內膜剝出。或行子宮之腔式全摘出之。取捨是也。

若當剝出之腫瘍不小。且自頸管通過手指及器械頗難。則頸部之切開。有時視纖維腫之位置。須於前壁或後壁。切開子宮體部。此切開之子宮。宜再縫合而保存之否。視該患者將來。有保存子宮之價值否。而決。子宮全摘出。於腫瘍既分解之始。技術上並豫後上。結果佳良者不少。

類纖維腫之剝離。剝出甚易。因該腫埋沒於結締織被囊中。故切開被囊。以鉗子或拔栓子狀器械牽引之。則腫瘍卽易脫出被囊。此際宜注意者。卽常精密動作於筋腫被囊內。使易施術。且能免副損傷也。

自子宮內膜。於筋腫被囊作單純之截創。充進筋腫之壞疽分離。以圖自然脫離之法。爲現時所排斥。因易招腫瘍膿敗（爲致死之原因）之危險故也。

筋腫子宮之腔式全摘出術。因技術之進步。此手術殆無不成功。熟練者。雖比兒頭大之腫瘍及子宮。可由腔式摘出之。筋腫對於此術式。無一定之限界。

此手術適用於何者。須由經驗。始能正確選擇之。因手術者之資性。或爲談話及報告所鼓舞。往往不計其難。毅然行之。欲以腔式摘出過大之腫瘍。或反是可行腔式摘出。

而不行之。抑患者若不需行開腹術。切開腹腔。可以膾式行摘出術。則最爲患者之利益。凡手術家。有經驗者。均贊同此說。然亦不可勉強行之。因此術式。有時較開腹術。更爲危險也。

膾式或腹式二者中。究以何者爲宜。據次記之事項而決。即

(一) 腫瘍或子宮之大小

(二) 膾之廣狹及伸張之良否

若知腫瘍或子宮之大小如何。即可知其大已不能壓出於小骨盤內。則到底不能行抉剔切除或膾式摘出。然即腫瘍甚小。而膾穹窿部狹小且硬韌。難達於膾部。則亦甚困難。未分娩之婦人。膾狹小且伸張不良者。不可以膾式而行手術。若以膾式始之手術。不問何時。宜即中止。而以腹式繼續手術。然即膾式中止。繼以腹式。而行膾式之個處行腹式亦較便。

筋腫子宮之抉剔切除法。併用膾式全剔出術。其術式如下。即於膾部掛有鉤鉗子牽引於下方。以行膾部之輪狀切開。此手術余用電氣燒灼器行之。全不見出血。

削除膾穹窿部及膀胱後。切開子宮膀胱皺襞及獨烏氏腔。若難發見腹膜之前反轉

部。則探索之。移動膀胱使高後於剪刀所及之極高處。自子宮外口進。沿縱徑切開子宮。

以有鉤鉗子。用力使頸管離開。以手指觸診容易到達之子宮內腔。其可觸知之筋腫。各除去之。即小結節則僅用手指搔爬。大結節則以拔栓子狀螺旋錐穿貫之。於是隨共氏筋腫刀。抉剔切除圓柱狀片。此切除之際。以前記螺旋錐指導有凹面變曲之隨共氏刀。

時或延長子宮之縱徑截創。常於創面置有鉤鉗子。截切進步。則逐漸掛之。便於創面之注視。以導其截切。子宮次第縮小。則翻轉之。使向前方。遂自前方切口露出。至是則其餘之施術實易。即子宮已全然兩斷。用力牽引其兩偏側於左右。則自骨盤腔之中。央及此處。向兩側。(即向子宮及其附屬器之韌帶的附着)可透視之。

余以前所行之腔式子宮摘出法。與此普通所行之定型的術式稍異。其方法不以腔部之輪狀切開及膀胱之削除為始。先以鉤子宮後唇之獨行氏鉗子二個。牽引子宮於前下方。由是使後腔穹窿部緊張。且使子宮與直腸相離開。以刀或剪刀。沿縱徑切開頸及腔後壁。擴開獨鳥氏腔。以剪刀向左右切開後腔穹窿部。使此切創成十字形。

於切開之腹腔。鉤較長之配恩氏子宮鏡。使子宮後壁露出。以獨行氏有鉤鉗子。逐漸鉤其高處。漸次切開子宮後壁。有時須縮小之。以牽出子宮於後方。終滑轉子宮底。於後屈之形。使子宮露出。若子宮全露出。則自子宮底。於中央切開其前壁。最後自頸管。切開子宮前唇。此際併切開頸部前及膀胱後部腔。於是有鉤鉗子離開兩子宮偏側。則膀胱能自移動。必要之際。亦可移動至高處。現今則子宮僅附着於兩側之韌帶而已。此韌帶宜嚴守倫獨氏續發的止血原則。以鉗子壓榨或結紮而切斷之。

鉗撮韌帶。余用有短嘴及安全閉鎖器之模範鉗子。若鉤鉗子而放置之。則不可不開放腹腔。廻轉手術臺。向後方倒下。使患者為急峻之骨盤高位。腸管深下降於腹腔內。骨盤全部及韌帶切斷端。藉備有小電氣燈之子宮鏡。可明瞭望見之。由是出血之各處。及所屬以外之他部分。鉗撮與否。宜一一監視。而以重疊多層之沃度仿謨綿紗。製成軟枕。置入骨盤腔內。被覆鉗子尖端。回轉手術臺。復向下方後。腸管靜止於沃度仿謨綿紗上。因有此沃度仿謨綿紗。而腸管不為鉗子尖端所傷。且可防其脫出於腔內。

若韌帶切斷端。富於伸張性。且手術區域。亦甚明瞭。則余必以結紮代鉗子。完全閉鎖。

腹膜腔及膈創面。此法比前法更完全。

獨行氏及次蜚氏所行之血管破碎。以可加強壓之大鉗子。壓迫組織。以使大血管完全閉鎖爲目的。然余不行結紮。決不試行此法。且用種種方法。而結紮尙殆不奏效。蓋於壓迫溝行結紮。則於受壓迫而血液空虛之組織有益。然尙有因後出血而危及生命者。然則施此方法。最宜注意。且不問如何。均須結紮血管。

後療法。切斷端結紮後。若得完全縫合腹膜及膈之創面。則祇須慎重注意體溫及脈搏可矣。此外不需療法。最爲簡單。若鉗子尙存留。則經過四十八點鐘後。於臥床上除去之。又插入之沃度仿謨綿紗填塞。可不牽出。若有特別之餘病。如因分泌物瀦留而發熱。或起腸合併症等。則經過八日之內。每日牽出沃度仿謨綿紗條少許。且切斷而除去之。最後之斷片。則於手術臺。使爲截石位。藉溝狀子宮鏡之助。瞰視而除去之。蓋若缺特別之注意。則往往併粘着之腸亦牽出也。若腸被牽出。則宜即用殺菌綿紗。復行送入。殘留之腹膜創口。十四日以內。發生肉芽。

腹式摘出術。用開腹術之筋腫腹式摘出。亦如膈式摘出術。視其爲有莖漿膜下類纖維腫。或間質性類纖維腫。而異其方法。

有莖漿膜下類纖維腫。切除之易。亦如茸腫。此切除宜於結紮莖蒂後行之。孤立性間質性筋腫。則剝離剔出之可也。而以數層之列次縫合。慎重縫合腫瘍床後。可復子宮於原位。

如此者。宜剝離剔出之。或行子宮全摘出。或切斷。不特視一大類纖維腫而已。須視其尙含有數個小結節否而定。若含有數個小結節之子宮尙留。而無不宜摘出子宮之論據。則余以爲留之非宜。年老之婦人。因欲妨遺留筋腫之成長。則此剔出與卵巢摘出。宜同時並行。

如上所記。余以爲幼年之患者。行全摘出。不若只行剔出。因僅行剔出。則遺留之子宮。將來尙有妊娠之望也。

筋腫子宮之腹式全摘出術。余依下記之獨行氏創始方法行之。

腹壁切開若於不甚大之腫瘍行之。則宜依曲斯篤氏及烹奈斯氏恥骨縫際上部橫徑切開法而開腹。且以深貫穿於大筋腫中之螺旋狀錐。廻轉結節性子宮於前方。先結紮兩側精系脈管。且切開廣韌帶。使達於子宮內口部位。於前方則沿腹膜癒着部與移動部之經界。而行橫徑切開。俾與廣韌帶切開之最深點相會。以分離膀胱與子

官。且可壓排膀胱。若頸部甚狹小。則結紮側方。子宮動脈後。依橫徑切斷頸部。以二三縫合。使之癒合。此即膻上部切斷術也。若欲全摘出。則剝離膀胱後。先用力牽引腫腸於前方。以自膻挿入之彎曲麥粒鉗子。壓後膻穹窿部之最深部於上方。遂自上方切開之。又於腹腔。自膻後壁之切開口。送入手指。過膻部之下方。至前膻穹窿部。則藉手指之指導。切開前膻穹窿部。至是子宮。僅繫連於兩側之骨盤內結締織而已。此結締織可自下方或上方鉗榨之。或結紮之。

若因類纖維腫之發生。而頸部增大。且難自側方達骨盤內結締織。則從克洛氏之考案。行子宮正中切開。即容易施手術。

無論如何。余以於膻內切斷。或於密接子宮外口之上方切斷為目的。故於子宮大血管之下方切斷之。縫合膻壁及頸部壁。最後以結節腸線縫合。亘側方及中央。結合腹膜邊緣。但結紮總在腹膜下。且向腹腔須只生一條線狀腹膜創面。

若手術自下方為始。則以膻式為優。可先試之。若不可行。則準定規。自膻部剝離其膻。且自下方。處置骨盤內結締織。此手術較自腹部所行之手術益簡單。只處置廣韌帶之上半部足矣。如斯者。余於兩側骨盤內結締織。各留置一鉗子。而越該結締織。完全

閉鎖腹膜腔。

筋腫子宮之膻上部切斷之際。莖蒂之處置方法雖多。然其主要點相同。皆於腹膜下或腹膜後部。處置莖蒂。決不可遺留生血液或創傷分泌物之大切斷面於腹腔內。全摘出術遺留之切斷端極少。故依余之見解。行全摘出術之技術極簡單。則創面治癒。最有佳良之效果。至切斷結束結紮之埋沒。護謨結紮法等之益失信用。亦固其宜。其餘尚有一手術。卽患筋腫者之卵巢摘出術。此法爲海迦爾氏所創。能根本的除去卵巢組織。則不問年齡如何。能使月經自然閉止。至月經閉止期。則類纖維腫之出血及發育同時停止。故患者可不除去筋腫。而確實全免筋腫之危篤症狀。卵巢之除去。卽腹式卵巢摘出術。較筋腫摘出。危害亦少。然筋腫之際。進行行卵巢摘出者實少。因殘留之腫瘍。往往尙起苦痛。又或變爲惡性。且筋腫之摘出。常有卓效故也。

橫退爾氏就患筋腫而已行卵巢摘出者五十一人。研究其永久之結果。其所發見者如下。卽患者三十六人。檢查之際。爲卵巢摘出後。已經過三年至十六年者。其內三十二人(卽八十八、八%)。卵巢摘出後。出血卽停止。四人(卽十一%)。則出血如故。此四婦人內二人。呈筋腫之肉腫狀變性。其內一人。爲卵巢摘出後。已經過八年。

者。至第三回。尙見有囊腫狀變性之卵巢殘部存在。第四回卵巢摘出後。筋腫發育而呈囊腫變性之狀。

患者之八十三、三%。其筋腫頗萎縮。

第二節 肉腫

子宮之惡性結締織新生物(即內腫)其發生率較上皮性癌腫(即癌腫)爲甚少。子宮癌腫與子宮肉腫之比例。約爲四十比一。然子宮肉腫有不呈特殊之外觀者。往往於腫瘍片。施精密之顯微鏡檢查。始能知腫瘍之真正性狀。顯微鏡的研究益進步。則解剖上之知識益明。於是子宮肉腫之例證益增加。然子宮肉腫之構造及發生。尙待吾人之研究者實甚多。

於奇斯奈氏監查之下。行種種研究。其結果知子宮肉腫之種類甚多。其分類之根據甚煩雜。殆難區別。

第一肉腫亦如癌腫。以區別爲體部肉腫。及頸部肉腫爲至當。由是當注意者。有下記之事實。即體部肉腫與頸部肉腫之比例。據奇斯奈氏之研究。爲八比一。若係癌腫。則

其侵子宮頸部較侵子宮體部者實多。肉腫發生點常爲結締織。尤以粘膜及筋層之結締織爲多。其發生於筋層者據一般之說。謂發生於既存在之纖維筋腫間。此粘膜肉腫及壁內肉腫或纖維肉腫之內。粘膜肉腫與壁內或纖維肉腫相比。其多爲一倍半。

原因的研究於子宮肉腫及其他腫瘍（如轉移腫瘍癌腫等）同歸失敗。以分芽菌或裸出細胞體爲癌腫及肉腫之原因者。於動物試驗。使發生肉腫狀腫瘍甚易。其說以腫瘍之發生。由於腫瘍分子及以該分子培養之黴菌之傳搬爲其理由。如此者。筋腫之顯微鏡的性狀。毫不呈判然明瞭之固有形象。只有慢性炎性腫瘍之相似肉腫狀構造之形跡而已。要之癌腫之有因寄生蟲而生之性質。現今尙無確證。

類纖維腫及痛腫之發生。與生殖器之生殖官能有關係明甚。蓋因分娩及產褥而殘留之癥痕及炎衝產物。往往誘起痛腫。或因不妊性生殖器之不營其機能。而發生筋腫甚易也。然肉腫則毫無如此之關係。於種種年齡。研究其發生之情狀。則肉腫亦需特別之地位。此際有當注意之事實。卽粘膜肉腫。多起於妙齡之婦人。此全與癌腫相

反者也。而壁內肉腫與類纖維腫，殆成平行之曲線，此為兩者相酷似之證。

存在既久之良性類纖維腫，究因如何之原因，俄然起肉腫狀變性，今尚不明。然營養障礙，實為其原因。此徵諸邁爾傾氏實驗之六例。（該患者亘長時日，持續愛爾各丁療法，起筋腫之肉腫狀變性。）可得確認。余於先輩隨叩欣氏行卵巢摘出之患筋腫者四十五人中，遇其後起肉腫狀變性，而施手術者，共有三次。

粘膜肉腫自肉眼上解剖上可別為二種，即汎發性及茸腫性是也。茸腫性者，以有生肥厚隆起之傾向為特徵。於子宮體部及頸部之發生率，較汎發性者，多至二倍以上。肉腫性大茸腫，亦如茸腫性體部筋腫，因茸腫而起之子宮陣痛作用，其結果能自頸管娩出，故得以自然排除，或則以人工排除之。此作用有種種之反復，或誤解此等腫瘍之真正性狀，名為回歸性類纖維腫。此將來用顯微鏡的檢查，所不可不避之誤謬也。

頸部之粘膜，視其外貌，僅於頸管發生固有之特殊肉腫，此即為葡萄狀頸管粘膜肉腫。而自子宮口挺出，於腔內發育，全呈葡萄狀鬼胎之外觀。

壁內肉腫於筋層中成結節，以結締織囊包之。若與其周圍部有截然之經界，則特稱

爲變性類纖維腫。汎發性壁內肉腫。爲增殖甚廣之纖維肉腫。或直接自筋層實質發生之肉腫。纖維肉腫。亦如類纖維腫。從其發生部位。可區別爲漿膜下間質性及粘膜下纖維肉腫之三種。粘膜下肉腫。比他二種。非常繁多。

子宮肉腫。用顯微鏡檢之。與發生於身體他部之肉腫無異。或有圓形細胞。或紡錘形細胞頗多。然雖常有此兩種細胞。而不能僅據顯微鏡的特徵。明晰區別之。粘膜肉腫。以圓形細胞肉腫爲多。壁內肉腫。則紡錘形肉腫之多。殆達四倍。此部亦如他部。雖或有巨大細胞。然頗罕見。呈顯微鏡的特徵者。有二三如下。(一)粘膜腺增殖。即腺腫性肉腫。(二)饒多之脈管發育。其血管發育尤甚者。即血管擴張性肉腫或血管肉腫。(三)淋巴管發育者。即淋巴肉腫是也。子宮之黑色肉腫。亦算入此內。肉腫之生軟化。竈者。附以囊腫性肉腫之名稱。

又以上皮及結締織癌要素構成之腫瘍。(即癌肉腫)其發生不能確實認識。如主張陰部癌腫與子宮體部粘膜肉腫併發者甚少。而唱癌肉腫之發生者亦少。且不考各種腫瘍間隱密之關係。不得云子宮之種種部位。無癌腫與肉腫併發者。亦不能斷言生殖器之他腫瘍與癌腫。卵巢囊腫與筋腫。體部癌腫與陰部癌腫等併發也。

子宮肉腫之診斷 腫瘍之解剖的性質。其終極之決定。固必藉顯微鏡之力。然觀察其既往症及經過。往往發見數多緊要特徵。足知腫瘍之爲惡性。此外則臨床上診斷極困難。殆不能斷定。有至手術或剖檢之際。始知其爲惡性之腫瘍者。

既往症之主要徵候。爲生殖器出血。此實月經閉止期後。新生物爲惡性之特徵也。最可慮者。月經閉止後。出血尙反復不止。蓋除春機發動期前。偶有之幼女的月經外。生殖器出血。卽爲惡性之證。如斯者。多爲纖維性癌腫（硬性癌）生殖器既成熟之婦人。真正之子宮出血外。往往有水狀或血液狀漿液性。且放黑臭之持續性流出物甚多。則卽可下癌腫之診斷。其須鑑別之類症。只陷於壞疽之類纖維腫。或滯留過久且已腐敗之卵遺殘物而已。欲決定其爲上皮癌或纖維性癌。必藉顯微鏡之力。若有數多大腫瘍存在。則其肉腫爲略確實。

內診所見 粘膜炎腫。尙有可疑。必行子宮內指診。此時於子宮內或腔內。當見髓狀柔軟性而易破碎之腫瘍破塊。若外觀上可疑。或由搔爬而得之組織。如一切粘液茸腫。則無論如何。須慎重緻密行顯微鏡的檢查。壁內肉腫卽纖維肉腫。爲觸診手指所不能達。故其必須之標準。卽其易破碎之性。無

由觸知。診斷因之甚難。不能識別其爲筋腫或纖維肉腫。試舉筋腫之肉腫狀變性之特徵如下。卽腫瘍之發育頗急劇而生腹水。既消失之出血再發。而混血液狀水狀流泄物。成癌惡液質。起未曾有之苦痛。利尿困難尤甚。纖維性茸腫（卽回歸性纖維腫）之再發。殆常可視爲肉腫再發。

肉腫之經過 肉腫之性質似癌腫。故經過頗危篤。

若早期行腫瘍之根本的除去。而不能治癒。則每因出血及流泄物。以致體液缺乏。膿敗及敗血症。或轉移於生命上必須之臟器。遂不免於死亡。

據壽斯奈氏之說。病症持續。平均約二年。壁內肉腫。經過稍佳。且至最終。始起轉移。又少崩壞之傾向。故非如粘膜肉腫。容易陷於壞疽。且不起敗血症。若由被囊而與其周圍之組織分界。則至最終始起轉移。最不良者。汎發性粘膜肉腫也。茸腫性肉腫。則頗似壁內肉腫。其結果佳良。

子宮肉腫之療法 若子宮肉腫之診斷。既依觸診所見及顯微鏡的檢查而確定。則救患者之九死一生。惟有卽行子宮全摘出而已。局部手術。與癌腫之際所施者相等。外觀上有莖蒂。且與周圍劃界之茸腫性肉腫。亦必依根本的手術除去之。因恐起一

回歸性類纖維腫。且欲勿失全摘出之好機也。

行腔式或腹式全摘出。亦如類纖維腫。先視子宮之大小如何。類纖維腫。先施抉剔切除法。因行腔式手術。可縮小其子宮。使與該手術相適應。肉腫則不宜若是。蓋因常有移植肉腫生成。且行肉腫結節之根本的除去。恰如大腫瘍之際。行開腹術。須有手術區域全面之一大瞰望故也。

肉腫亦如癌腫。須完全除去骨盤結締織及增大之淋巴腺。(惠爾托氏手術)

若不行抉剔切除法。而肉腫狀子宮之大。尚得行腔式根本的手術。則依斯奈氏之統計。關於根本的治癒。其豫後非甚不良。

然腫瘍既增大。而不能行腔式摘出。因是須行開腹術者。關於根本的治癒。其豫後極不良。往往再發或轉移。手術後即致死。

葡萄狀頸部肉腫之諸類例中。無一根治者。肉腫亦如子宮癌腫。其初期診斷確定。同時行根本的手術。則根治上始有佳良之期望。

第十四章 子宮上皮狀腫瘍

第一節 腺腫

子宮之良性上皮狀腫瘍即腺腫，有二三種類。

增生性內膜炎中屬腺質性內膜炎者，吾人可稱爲子宮粘膜之汎發性腺腫。

稍增大之粘膜茸腫爲茸腫。性腺腫中最屢起者，粘膜茸腫。王占居於頸管，其一部呈鮮紅色，爲桑實狀，而突隆於子宮外口。此種茸腫，往往有一二個相酷似，然爲多發性者甚少。余數年前曾遇一四十歲之婦人，其頸管上生三十個茸腫，余切除之，其中數個大如櫻實。

腺腫更大者亦有之。此腺腫爲粘膜茸腫之粘液性，無可溶解之性狀，具強韌而且分歧之結締組織基質，表面不平滑，非常凸凹，而爲疣狀，且多孔而有隆起，該腫往時僅稱爲腺茸腫。於頸管之各部均能發生，時或發生於外翻子宮口唇之外側。

此等腺腫之顯微鏡的構造，兩種殆相同。腺茸腫多堅固之結締組織基質，粘膜茸腫則多腺割斷面，兩者皆爲球形，以高圓柱上皮被之，有流通粘液之空洞。

頸部茸腫之小者，分泌粘液甚多，或有不甚顯著之異型出血。大者尙有其他機械的

苦惱。而以長莖蒂達於陰門。或突隆於陰門外。月經閉止期之年齡。爲其好發時期。粘膜茸腫之小者。可以剪刀剪除之。較大之腺腫。則往往有血管新生之莖蒂。故以施束結紮或手術後以烙鐵燒灼之爲至當。

第二節 癌腫

統計發生率發生。子宮癌屢屢見之。據一切癌腫之二三統計。其發生率占最多數者。爲胃癌。然克倫氏揭癌腫三萬一千例之統計。胃癌二十一%。子宮癌二十九%。然胃癌之發生。常比子宮癌多。但子宮與胃。皆爲癌腫之易發部位。蓋人莫不有胃。而有子宮者。不過半數也。凡罹癌腫之婦人中。其三分之一患子宮癌。

從晚近統計學之進步。癌腫之發生率。甚爲增加（死亡愈減少。癌腫反愈增加）此際最緊要者。宜改良診斷及治療法。改革衛生上之規律。增設病院。普及整然之療法於全國民。且使知癌腫發生之繁盛。如此則可使認識往時忽視之多數癌腫。

子宮癌之易發部位。爲頸部及膺部。而體部較少（依余之實驗爲八十九與十一之比）膺部及頸部癌腫易發生之年齡。爲四十至五十歲（依余之實驗。有三十八%）

而體部癌腫爲五十至六十歲（五十%）三十歲前罹子宮癌者甚少（二%）二十歲前更少七十歲後亦不多見。

膾部及頸部癌腫起於經產婦者較多。分娩數次之婦人尤易罹此。未產婦起體部癌腫者較多。素因中遺傳亦與有力。然尙係未決之問題。素因中某點可爲癌腫之素因者亦爲子宮癌之素因。此徵諸臨床上及解剖上之實驗。而可確信之事實也。蓋子宮癌於炎衝的組織變化存在甚久之部位發生最易。此徵諸亘久之子宮加答兒。頸管加答兒。破裂外翻之粘膜炎症。爲癌腫之前驅症而益明者也。

多數之花椰菜狀癌腫能使膾部因破裂外翻而生之醜狀益甚。又臨床上持續甚久之炎性作用爲癌腫發生之前驅症者較多。然多只見頑固之內膜炎。施內膜炎之療法而已。子宮癌多起於數次之經產婦（據固斯氏之統計爲平均分娩五、一次）然則若分娩及產褥障礙蓄積。卽易誘起慢性炎衝作用可知。

遺留之脫落膜島嶼營養尙持續者（脫落膜腫）爲癌腫之基礎。曾有數例。此於千八百八十年之初已證明之而公諸於世矣。

子宮癌發生之理論與病理總論所述者同。癌腫自上皮發生。或因其特發性於上皮

及其下部增殖。遂成上皮分裂之結締織。生自動的大變化。或發生於胎生時迷入上皮之後。遂成癌腫。或其際上皮細胞。尙呈固有之組織的變化。遂成癌腫細胞。要之此變化因何而起。今尙爲未決之問題。

十數年前邁拉氏托邁氏等。於癌腫中發見細胞包括。卽能屈折光線之小顆粒也。兩氏等以此爲寄生蟲（原蟲胚胞形成原生蟲等）且亦爲癌腫之原因。近時諸氏。如累屋樸氏等。就子宮癌精密研究此細胞包括。始以此爲醱酵素之種類。然局爾氏謂爲柴爾壳斯怕列騰。累屋樸氏行純粹培養。未克成功。而發見其有誘起醱酵之一種性狀。以之移植於家鼠。忽生腫瘍。該腫瘍於解剖上及生轉移之固有特點。頗似腫瘍。配退爾氏及愛克斯氏。行此方法。只見其生炎性腫瘍。然此腫瘍於組織學上。與原發腫瘍。不相一致。故兩氏不以癌寄生蟲。爲癌腫之原因。而只以爲癌腫之寄生蟲。

剖解的變化 子宮癌於有子宮上皮之表面。不論何部位。均能發生。卽自頸部體部及膾部之粘膜發生者也。故吾人可分爲三主要種。體部癌腫。頸部癌腫及膾部癌腫。是也。癌腫初期。限局於臟器之原發部位。至新生物發育。漸次蔓延於原發部位以外。

侵及附近之表面。由是原發體部癌腫。侵至頸上部分。頸部癌腫。侵至體下部分。或體部癌腫。移行至頸管粘膜。而侵蝕之。在子宮亦原發部位。被侵尤甚。雖病勢增進。而常可識別其原發部位。子宮癌腫。因其發生部位之異。而其經過對於隣接臟器之關係。及蔓延經路之固有特點亦各異。臨床上症候亦不同。故區別爲上述三種。最爲適當。體部癌腫。自表面上皮或腺上皮發生。自表面上皮發生者。有多角骰子狀上皮細胞之實性椎狀突起。陷沒於結締織中。然缺腺腔。如此者。先起病的化生的變化。生多層扁平上皮。以起癌增殖。時或於椎狀突起之深部。有扁平化角之上皮細胞。如球葱根穀之排列。(角質癌)自腺上皮發生者。亦或呈實性無腔之細胞突起之顯微鏡的構造。(腺癌腫)又有腺腫狀性狀之癌腫。屢屢發生於體部粘膜。(增殖性腺腫狀圓柱細胞癌)該腫之腺增殖頗旺盛。腺腔並不消失。上皮亦單層存在。分歧而生甚多數之枝樞。壓排結締織而使之甚少。腺各部之上皮。至密接而相摩。其底部幾全接觸。此雖爲純然之腺腫狀構造。(惡性子宮體部腺腫)而不可不算入癌腫中。因其性狀爲惡性。而有破壞之傾向。轉移形成。且後來實性無腔之上皮細胞椎狀突起形成。決無止時也。此癌腫與腸管膀胱之某種癌腫同。

誇勿氏謂惡性腺腫之名稱實爲錯亂誤謬。熱心論議之。甚爲有益。氏謂從未遇有惡性癌腫。且就此等之類似腺。及種種部位。精密檢之。常發見顯著之癌性。卽多層多形細胞性。或全係實性部位。可確定腺癌腫之診斷。余於講席。避惡性腺腫之名稱。以上述之增殖性腺腫狀圓柱細胞癌之名稱代之。

此腫瘍自肉眼觀之。或於體部內面。爲扁平隆起。平坦蔓延。或稍爲茸狀。挺出於子宮腔內。其爲茸狀者。以前良性之腺腫。或起癌性變性。子宮之筋壁。消失或非薄。癌增殖達於表面。又子宮壁破壞。而穿孔於與腹膜或子宮癒着之臟器之腔內。或子宮壁因圍繞癌腫瘍之小細胞浸潤。或以前存在之結締織或筋層之新生物而肥厚。故子宮體往往增大如手拳。或向下方。因癌之發育。以閉鎖頸管腔。次鬱積分泌物於子宮內。(子宮血腫子宮膿腫)而癌腫之經過進行中。尙有沿頸管粘膜炎之上部。蔓延於其表面而侵蝕之者。

體部癌腫。起轉移較遲。且限局於子宮體部之時期較久。然因是淋巴腺陷於癌腫狀疾患。至最後之時期。他臟器亦陷於此疾患。頸管癌腫。亦自表面上皮或腺上皮發生。最多之種類。爲自病的化生之表面上皮形

成實性椎狀突起者。腺型完全之增殖性腺腫狀圓柱細胞癌甚少。

此癌腫自肉眼觀之。或有茸腫狀性狀。自頸部粘膜之茸腫狀增殖發生。或頸部之粘膜及筋層。起平等性浸潤。或自頸部內面發生。而生扁平新生物。新生物早期。即起壞疽性崩壞。表面成潰瘍。醃膿分裂菌之移植甚速。復於周圍增殖。向上方者。越子宮內口而蔓延。向下部者。或於膾部之部分。起癌形成。

該腫之蔓延於周圍。較體部癌腫爲速。菲薄之頸部筋壁。易被侵及。每因癌增殖而破壞。或無何種之障礙。進而增殖於頸部近傍之組織中。走頸部側之輸尿管。早期即因癌形成而爲所圍繞。淋巴管亦早期即因癌增殖而被侵及。又接近之淋巴腺（腸骨腺薦骨腺）起痛性疾患。前方如膀胱。後方如獨孿拉斯氏腹膜部分之開放部。或因該部分之炎症而閉鎖之部。皆早期穿孔。

膾部腫癌。若係真正扁平上皮癌。則自膾部外面發生。又有自子宮外口周圍之腺狀增殖發生者。有自因破裂外翻而爲膾部表面所牽引之頸管最下部發生者。自腺狀增殖或破裂外翻而生之癌腫。其顯微鏡的構造。與頸管癌腫同。多角骰子形細胞之實性椎狀突起。多陷沒於病的化生之扁平上皮所被覆之表面。有時見增殖性腺腫

狀癌。但極罕見。

自陰部外側發生之癌腫。多有蔓延於周圍之扁平新生物（上皮癌侵蝕性潰瘍）之性質。自外翻發生之癌。往往爲茸狀或花椰菜狀大腫瘍（翻花腫）而突出於陰內。又往往僅侵及一子宮口唇。侵及後子宮口唇者尤多。子宮外口。腫起閉鎖。以觸診及視診。識別之頗難。該腫瘍之表面。多爲濃厚青赤色。而如疣狀。有污穢之壞疽斷片附着。且往往有釀膿菌移腫。

有時因新生物而頸管下部閉鎖。其結果致子宮分泌物鬱積。故此種類。亦往往生子宮膿腫。

表面之發育。更增進而達於陰。直侵及陰粘膜之經界部。因續發作用而致死之前。陰之一大部分成癌腫者有之。又於膀胱穿孔者亦有之。

此癌腫存在雖久。然不至於子宮之方向。蔓延至頸上部分以上。

骨盤結締織其淋巴管及腸骨腺。爲癌腫所侵及較早。自外翻發生之癌腫。於此點與頸管癌腫相酷似。反是陰部外面之癌腫。常限局於其發生部位。

此癌腫亦如頸管癌腫。早期增殖於輸尿管之周圍。以侵害之。

癌腫稍蔓延，侵至膾及子宮體部之時期，多已增殖於骨盤內結締織，侵蝕骨盤，且轉移於遠隔之淋巴腺。患者即因癌性全身症候（即惡液質）而致死。然子宮之上半部，常尚健全。

罹以上三種中任何癌腫之際，其不為癌腫所侵及之子宮粘膜（如罹頸管及膾部癌腫之際之體部粘膜）起固有之疾患，此不外小細胞浸潤之蔓延也。蓋此浸潤若起於癌腫發生時或其前後之炎性症狀，倫獨氏以為同時起肉腫形成，似不可信。

有時於子宮及膾，見多發性癌腫，即於體部頸部膾部及膾，生數多孤立性癌結節也。如此者，多起移植性轉移，而為有牛活力之癌小部分破碎而移植，以發生於子宮腔或膾管以外之部位者，如斯之作用，於腹膜腔屢見之。然往往為由淋巴經路而來之單純性轉移。此發於粘膜下，漸次增殖，及於表面（參照第六章膾癌條下）徐理氏曾證明有蔓延於筋層間之淋巴管網絡，連結子宮體部與頸部最相隔之部分，以為癌腫蔓延之媒介。

又遠隔之轉移，殆專由淋巴經路或血液循環而來。最近於體下部頸部及膾部之淋

口腺停滯地。有橫於外腸骨動脈與下腹動脈之分歧點之腺。(一至三)淋巴流自此處沿總腸骨動脈及大動脈之下部。至下腰腺。由是入上腰腺。次注於門脈幹之周圍。在十二指腸後方之內臟軸腺。余嘗見頸部癌腫之際。內臟軸腺。爲癌性腫脹。以壓迫輸膽管。誘起重症之鬱積黃疸。至在最上薦椎體左右兩側之薦骨腺。爲第一淋巴腺停滯地者頗少。若有自頸管及外髖發生之癌腫。則腸骨腺早期卽爲癌腫所侵及。最宜注意。

他臟器中。以轉移性而侵及。與子宮癌相續者。以肝臟爲最易。肺臟(因血行而爲栓塞性)次之。間或侵及腎臟。腸管之一部及遠隔之淋巴腺。至體部癌腫。爲續發性卵巢癌腫者極少。

子宮癌往往與他子宮腫瘍併發。余曾見頸部癌及膈部癌。與良性體部粘膜茸腫。同時發生。又往往與茸腫以同一發生率。於子宮併發筋腫與癌腫。體部壁之筋腫。於體部癌腫之際。能防遏其癌腫之移植於深部。

症候 膈部及下頸部癌腫之症候。與一切癌腫之症候相同。先自原發腫瘍發生。後自轉移發生。最惹起患者之注意。使之心痛者。爲出血症。若患者尙爲生殖營爲之年

齡。或去此年齡不遠。則出血之症狀。一如月經過多。而月經過多。並不甚著。月經時之外。僅有稍強之水狀粘液性分泌。其他機能。並不顯呈變化。故受胎機能。常不受傷害。又此等分泌異常之生甚遲。患者尙未知粘液或血液之流出稍亢進。癌腫已非常蔓延。至月經閉止後之出血。雖不甚多。而頗可疑。高年婦人在易發臃部及頸部癌腫之年齡以上者。其體部癌腫。常以此出血爲其特徵。

若無月經性充血之原因。而此易損傷之腫瘍。因或小或大之表面損傷。以致出血者。亦有之。此損傷因生理的子宮移動。臃部與後臃壁之摩擦而起。又有因通過其側之糞塊之侵害或交接而起者。若癌腫尙在初期。則最小之表面損傷。尙能治癒。既過其期。即無治癒之望。此損傷亡失上皮。且成潰瘍。自此處出血不止。雖或中止。而其間有膿狀液之分泌。

若臃部癌腫。尙限局於臃部。則毫無疼痛。然其轉移於骨盤結締織也。即有可嫌惡之腰部感覺。及可嫌惡之骨盤壓感。此等感覺。患者初不以爲疼痛。而因其爲持續性。至感非常之苦痛。奪日常之娛樂。且妨睡眠。又或出血化膿。有放惡臭之排泄物。患者甚貧血。其顏貌乍見之下。即知其因疼痛而憂悶不堪。此病勢增進之癌腫所特有之症。

狀也。若病勢更增進。則因骨盤內結締織之強固浸潤。而輸尿管於其下部受壓迫。尿分泌被障礙。起腎盂水腫。此腎盂水腫。多不達於高度。然有可厭之背痛。且使水血症亢進。有時腎臟機能之障害。達於高度。呈重篤之尿毒症候。起昏睡及痙攣發作。又常因骨盤結締織之浸潤。起可嫌惡之便秘。

若該部位崩壞作用甚盛。其部位破壞。則呈可慮之現象。即因子宮或膻上部分與膀胱間之癌浸潤。陷於壞疽。遂生膀胱腫。又或因此作用。而於後方與直腸交通。然癌性直腸腫。較膀胱腫爲少。因癌腫之崩壞。起組織之破壞。而於獨齋拉斯氏腔穿孔者甚少。如斯者。余曾見其腔內有小腸管脫出。且自腔內突出。此小腸管。當患者之入院時。已陷於壞疽。患者經數點鐘後。遂即死亡。

吾人所常見者。在不甚破壞之前。因癌腫作用而即死亡。其中因衰弱致死者最多。又有相隔諸臟器。於轉移未蔓延之時期。諸機能廢頹。因之致死者。至末期則或呈尿毒症候。或生腎臟炎。或生化膿性腹膜炎。又或轉移於肺臟及肋膜。而於末期。呈急性呼吸器疾患之性狀。自下腹動脈或股動脈之血栓。或栓塞而致死者。亦間有之。患者致死之前。往往枯瘦羸瘠既久。形若骸骨。蓋癌腫中使患者陷於慘淡之形態。生

可畏怖之症狀者。除子宮癌外。無他類例。

體部癌腫之主要症候。爲持續性出血。至其後表面性腫瘍。起物質之崩壞。始生膿敗性流泄物。其期間時時出血。此種癌腫。不若破壞腔部癌腫（因組織崩壞而生）之甚。經過進行中。於一條或數條癒着之腸管穿孔者頗少。轉移之起亦較遲。然腫瘍尙局限於子宮之時。患者已屢屢失血。而陷於惡液質。

診斷 如子宮癌。於初期既認知之。若其疾患可用手術確實根治。則早期確定診斷。最爲必要。然現今患子宮癌者。每至不堪行手術之狀態。始乞專門醫診視。此癌腫診斷。於早期並不困難。而不試行診斷者。因患者不受診也。若有生殖器症候。則其癌腫雖已發育。至不能行手術。而醫士若行生殖器之內診。亦可早期發見之。初期須行內診之徵候。爲血液性及粘液性排泄之不順調。抑須行內診之徵候。不特爲月經過多。或子宮出血之過度而已。如排泄物之過剩。化膿性或膿敗性或放惡臭之際。均須行之。要之患者自知排泄不順。則不可厭瑣瑣內診之煩。醫士患者。皆當知內診之不可忽。患者年齡當三十至四十歲時代。卽癌腫易發生之候。尤宜注意。如斯而容易診斷之腔部癌。多可早期發見之。若施雙合及鏡診而不奏效。則可用顯微鏡。確定診斷。或

更乞專門醫診視。

子宮癌既達不治之時期。先起如前所述之分泌異常。爲吾人所常見。此可恐之疾患。往往不呈顯著之症候。爲潛匿性而起。世人及產婆。不可不知。

橫退爾氏近於普魯士國。欲喚起公衆產婆及醫士之注意。有如左之印刷物。

一夫癌腫手術時機之不可失。固不待言。然待事已至而行手術。尙爲未足。必能發見此可恐之疾患爲要。

膻部癌腫之診斷。多不甚難。熟練者用觸診。未熟練者用鏡診。可得達其目的。然在初期有頗困難者。其爲破裂外翻而外翻。頸管粘膜之炎性肥大。與癌腫之識別殊難。有時因子宮分泌過多而起之膻部炎性腫脹。膻部筋腫。及平素脫出而當時整復之子宮膻部肥大。往往誤診爲癌腫。若有組織固有之硬度。輕觸之便出血。則姑疑爲癌腫可也。

如斯可疑之症狀。宜行切除。而取其一小片。縫合其小創面而閉鎖之。或用派克令氏燒灼器灼之。然後行顯微鏡試驗。以解其疑問。

頸管癌腫。當頸管哆開。且可通過手指之時。屢行觸診。而觸知有不整凹凸。且堅硬。而

接觸之。則甚出血之隆起。即可知之。

子宮外口。若如未產婦閉鎖者。有血液狀或膿敗性分泌。則可豫知其爲癌腫之前兆。若觸知子宮頸管部之腫脹亦然。如此者。可用顯微鏡。檢其由搔爬而得之組織片。以確定診斷。

體部癌腫亦相似。若癌增殖達於頸部。且既往之分娩以來。頸下部甚擴張。則手指達子宮內腔。可觸知凹凸硬固。時或陷於壞疽。且破碎之物質。若頸管不能通過手指。則中等度之體部增大。出血異常。強弱及膿敗性排泄物。往往起癌腫之疑。有此疑則行搔爬。採取組織之小部分。行顯微鏡檢查。爲最良之診斷法。然此搔爬之際。或致穿孔。最爲危險。宜慎重行之。若擴張頸管。至大如指頭。以觸診子宮內部。則爲原則上所當避。唯以桿狀擴張器。一回行之。或可一試。若應用膨脹機器。則癌腫狀組織。易致挫傷。且易致吸收傳染物質。但體部癌腫。則其大雖未能通過手指。而頸部甚廣大者。屢屢有之。

就顯微鏡的檢查言之。可依前述解剖條下及第二十七章之記述而知。膻部及頸下部之扁平上皮層之斜斷面。易誤視爲癌腫之異型上皮增殖。頗宜注意。最緊要

者。邁爾披氏層之棘狀突起消失也。又間接的核分裂之不規則。亦爲緊要之事項。增殖性腺腫狀圓柱細胞癌與腺腫之區別甚難。若慎重檢查該腺腫狀圓柱細胞癌。則往往發見實性蜂窠構造。

有時體部及頸部癌腫之肉眼的臨床的形態內。有內被細胞腫。此腫瘍屬肉腫之種類。其特徵爲惡性。

療法 子宮癌療法之主眼。在知骨盤內結締織之尙柔軟而健全否。其一側或兩側浸潤否。欲解決此疑問。往往不施麻醉而行直腸診。浸潤已達高部之體部癌腫。賴此方法者頗多。若骨盤內結締織健全。則可行根本的手術。若既侵及該結締織。則該浸潤之爲新生物。或爲結締織胼胝。卽於數年前發病。今既治癒之子宮近傍部蜂窠織炎之遺殘。欲依臨床的診斷法而確定之。極爲困難。浸潤之呈結節及隆起時。以之爲癌腫性。亦無大差。若行直腸診。而觸知其平滑。則疑惑依然不解。既往症時或爲診斷之根據。然吾人不可忘陳舊結締織胼胝。往往以包藏擴張血管及淋巴管故。較健全之骨盤內結締織。尤易爲癌腫之所蔓延。故以既往症爲根據。則雖可以子宮近傍部浸潤。歸諸嘗罹之炎症。然同時膿部或子宮有癌腫存在。則不能無疑於浸潤也。

骨盤腹膜炎性及喇叭管卵巢炎性炎衝之結果。亦或誤認爲子宮近傍部癌腫。其浸潤。余屢見卵巢之包裹於肥厚膀胱中。癒着於獨拊拉斯氏皺襞上。卽轉位之卵巢是也。而至切開腹膜後。始知其爲卵巢。

既爲癌新生物所侵而腫脹之腸骨腺。若腫脹頗甚而腹壁枯瘦者。則腹壁之後方。於骨盤入口平面上之後半輪起始點。可觸知之。若自薦骨岬之中央。於韋派爾篤氏韌帶之下方。外腸骨動脈之貫通部。引一線。於此線之中央。更垂直引一線。則於此線與無名線相交之處。發見此腺。腹壁肥厚者。則宜施麻醉。屈折該側之脚。俾易觸診。如斯則於腹部大動脈上或其側。往往可觸知腫脹之淋巴腺。又可觸知肝臟之轉移等。橫退爾氏及層拊邁氏。於膝部及頸部癌腫之際。有可行手術與否之疑問。對於此而提出宜應用膀胱鏡的所見之問題者頗多。由膀胱鏡而可認識之變化如下。卽三角部之膨出。下方膀胱底粘膜之肥厚。橫行隆起及皺襞。膀胱括約筋之不整外觀。膀胱粘膜之血管充血旺盛及出血。輸尿管開口部之變化。膀胱之泡狀水腫。膀胱粘膜之乳嘴狀息肉。扁平結節狀隆起。潰瘍等是也。橫退爾氏以爲此等變化。與膀胱近傍部之炎症之際所起者相同。且爲血液循環障礙之結果。

此等變化。據喜爾氏之試驗。可證其與因炎症而誘起者相同。氏以爲非慎重注意。不能確知此等變化。與子宮癌有原因的關係。

若既至絕望之域。而骨盤內結締織浸潤。則吾人所可施者。只有對症療法而已。若爲新生物。而毫不呈局限症候。則不須行對症療法。若堅硬而不出血。又不膿敗之癌腫。既不能行根本的手術。則搔爬及切除。均非所宜。因恐使未生潰瘍之癌腫。反生潰瘍。故也。慎重行收斂性洗滌。能使粘液流出減少。吾人舍此別無可施之術。

以潑拉氏注射器。注射披惡克泰甯（二百倍）或美既倫青或純酒精於癌腫組織中。則注射部周圍之組織。萎縮。出血減少。此方法雖無害。亦無卓效。又注射時有疼痛。

姑息的局限療法。於易出血且有凸隆之大腫瘍塊存在時行之。最爲適當。對於腔部之瓣花癌及頸下部增殖之癌腫。尤宜行此。卽以剪刀切除其主要部分。以球形燒灼器。強壓迫之。務燒灼至深部。使癌腫性組織悉破壞。若隆起之度甚少。或全不隆起。而腫瘍之崩壞已進步。則應用銳匙可矣。由是壓迫稍強。除去此器械所達之部。出血面以烙鐵燒灼之。用烙鐵時。腔之深部。子宮鏡與腔壁之間。壓迫插入以石炭酸溶液浸

潰之厚綿塊。以防溝狀子宮鏡之熱。內部或用覆以金屬之木製腔固定器。燒灼之面。宜全洗去組織碎片。清拭創面。使乾燥後。宜撒布沃度仿謨。或鹽基性沒食子酸蒼鉛。或鹽基性沒食子酸沃度蒼鉛。或硼酸單甯酸。一二日間。以沃度仿謨綿紗填塞之。填塞既除去後。患部常有醜惡之外觀。且有不放惡臭之排泄物。然至後日往往復有惡臭。除去此惡臭。爲破壞子宮癌之療法中最困難之問題。無完全之方法。祇有行消毒的洗滌而已。放惡臭之潰瘍面。接觸液體愈多。液體之分解愈甚。消毒藥如吾人所用之濃度。往往能使有惡臭之凹凸潰瘍面。暫時無臭。然決不有持續的作用。若欲使患者得早離醫士之許。則宜行洗滌。洗滌液宜多。且須一日洗滌數次。洗滌液余常用單仁。即加同量之侷利設林於單仁中。取其二至五食匙。混和五十生的適當之水而用之。其他消毒液。如石炭酸。知母爾。撒里矢爾酸。過滿俺酸加里。硼酸。酒精。仿爾買林等。亦汎用之。實地上最便利者。用香水或香料所浸漬之填塞。余有時用乾燥療法。以搔爬防遏膿分泌。若膿分泌再起。則用沃度做謨。鹽基性沒食子酸蒼鉛。單仁。或於單仁加同量之撒里矢爾酸者。或於安息香酸曹達加同量之單仁者。撒布於癌潰瘍。隔日一次。或時時插入以沃度丁幾浸漬之填塞。或用子宮鏡。以

濃厚之石炭酸或發煙硝酸腐蝕其增殖之癌物質。或時時以烙鐵燒灼之。搔爬須反覆行之。

腐蝕劑如濃厚之格魯兒化亞鉛等。能破壞深部之組織者。余於癌腫。絕不用之。此藥劑有侵蝕深部之作用。故對於癌腫。似甚適當。癌性組織。因腐蝕作用而破壞。然侵及健全之結締組織基礎者少。此說近似。故數年前。格魯兒化亞鉛。於破壞子宮癌之療法上。惹特別之注意。其搔爬後。侵一對一至一對五之濃度之強溶液於棉花填塞。以使用於癌潰瘍。而放置二十四點鐘。此藥劑起劇痛。其效力不比外科的療法為優。且不能測定須腐蝕之深部。故其危險亦不比外科的療法為少。故余於癌腫。不用格魯兒化亞鉛泥劑也。

臭素酒精。往時雖多用之。然其作用極弱。對於癌腫。鮮特效。

癌腫之病勢愈增惡。則愈宜行慎重之搔爬。蓋搔爬常使固有組織之一部亡失。故施術之際。宜注意而不使生膀胱瘻或直腸瘻。用烙鐵之際。亦宜注意。

用如斯之療法。不特可減退化膿。且可阻甚強度之出血。

以上所述。為吾人可行於局部之療法。然若癌腫之病勢。非常增惡。每至不能保其運

命。吾人雖能除去癌腫之大部分，而不能悉數除去之。除去愈多，則其結果愈良好。故若不能行子宮全摘出，而尙可行局部的手術，使癌組織與健全組織區分，則宜自根本上行之。而以行頸部燒灼切除法爲最佳。即以派克令氏燒灼器代刀，於健全組織周圍燒灼腔穹窿部。凡手技所能及之處，必使癌腫與其周圍分離。出血之血管，以止血鉗子處置之。後療法，如前所述。

如斯之姑息療法，雖能除歷久之膿敗及惡臭，但未必盡然。遇極增惡之癌腫，其效果之持續不久，且不甚顯著。如斯者，余由人工直腸腔瘻，導癌腫之分泌物於直腸，且施成形術，於尿道之後方閉鎖外陰部。（外陰部閉鎖兼腔直腸切開術，或直腸腔閉鎖術）則膿敗之物質，隨肛門括約筋之意而排出。患者可除惡臭，并可免通過外陰部之膿敗分泌物之疼痛性腐蝕作用。然新生物於閉鎖後方，尙不絕成長。此姑息療法之利益頗顯著。如患者之容體，必甚佳良，食慾振起，恢復睡眠，且能增加體量。使元氣再旺盛。患者之親戚及看護婦，得易近侍患者。蓋因此手術，而使看護婦無不快之感，得執看護之勞，最爲必要，而實爲患子宮癌者之最大幸福。此等療法，往往有非難之者，此特因未試此療法耳。

若癌腫之傷害及於全身。則與他臟器之癌腫因種類而有遲速者同。子宮癌之遲速亦大有差異。罹子宮癌者發生後大抵經一二年致死。其他癌腫即名爲硬性癌者。以上皮新生物較少。而崩壞亦少。然起高度之結締組織萎縮。爲其特徵。此種癌腫較以上所述者可保持至二倍或數倍時期。欲定其豫後。不可急速。又其確實之轉機。亦不能早定。

一五十六歲之婦人P。曾分娩一次。有無惡臭之水狀腔排泄物。且屢屢混有血液。而無強度之出血。乃行診斷的切除。知爲頸部癌腫。其後五年間余雖未知腫瘍之增惡。然初診之際。癌腫已侵骨盤結締織之兩側。無手術之望。

然則患癌腫者。若不離醫士之監督。往往幸保其生命。爲醫士者。自始即宜注意。至適當時期。服藥及局處療法。宜更迭行之。又整頓患者之周圍。尤宜防周圍空氣之臭。患者對於自發之惡臭。其嗅官甚遲鈍。然看護婦及近侍者之該官不然。故患者之衣服裙褲等。宜屢屢消毒。且不可不清潔。

防室內空氣之臭。以臭素爲最佳。然宜用賽爾因工場所製之有名臭素。矽石。取其一桿。置入有磨光玻璃活塞之小玻璃管中。而以一紙片。填實玻璃與活塞之間。但

室內之金屬性物品宜除去之。其不能除去者。塗布華攝林薄層後。於戶棚或暖爐上。使此小玻璃管爆裂。則有重且難呼吸之氣體。滿於室內。然其量實少。因是呼吸器之物。均不被其侵害。而能除去黑臭。且保持清爽之空氣。如斯則近侍患者之人。不至厭惡患者。且於患者之面前。不至催嘔氣等。忠實之看護者。可侍患者至臨終為止。

若癩腫於膀胱穿孔。則因受淋瀝之尿。而纏着受尿器。

可施手術之子宮癌之療法。

癌性子宮之全摘出術。於前世紀之初。蘭根氏（千八百十三年）查退爾氏（千八百二十二年）既行之。後勃倫氏徐霍爾氏累卡密氏寇退爾氏卡在理氏亦行之。及千八百七十六年。有亨納氏行之之一例。至千八百七十八年。勿洛因氏屹爾奈氏及希爾特氏出。遂行全子宮摘出法。創意者之名譽。當歸勿洛因氏。然氏之腹式子宮摘出法。即為屹爾奈氏手術所壓倒。此屹爾奈氏手術。對於子宮癌之根治療法。為模範的手術。若子宮膈部癩腫之發育。尚在初期。則全摘出術之外。有子宮頸部之高位切斷術。與之互爭其優劣。最近六七年間。德國手術家。刻苦勵精。研究種種方法。於是腹式

手術。遂確爲合理的術式。多數子宮癌。於根本上施術。可望根治者。殆唯此腹式手術。經驗上。膈部癌腫。從粘膜之經路蔓延者甚少。大都侵入於韌帶中而發育。故膈部高位切斷術。似爲學理上正當之手術。頸部癌腫之際。偶有於體部粘膜。起孤立性轉移者。霍弗氏於九年前發見三例。此三例非若通常定型膈部癌腫之轉移。乃頸管癌腫之轉移也。其後由研究而知者。不過數例。故頸部癌腫之際。急宜摘出體部。不至爲轉移所占位。

向不起部域的再發之方向。於健全組織中行甚深之手術。果可謂之誤謬否。此問題。因當時行膈部高位切斷術而起。

在理氏之研究。足以解此疑問。且有注目之價值。於余所採之論據。有非常之利益。對於此等未決之問題。余之論據。於十數年前。既已確定。即不問子宮癌之如何。若新生物未蔓延子宮以外。則以摘出全子宮爲原則。全摘出後。於遺留之骨盤結締織。往往再發。此徵諸實驗而知者也。詳言之。即吾人於此所希望者。非於骨盤結締織之健全部位施手術。乃於病的組織行之。至施術於骨盤結締織。以清淨病的組織。乃偶然之事也。手術的癌腫療法之最良法則如下。即手術限界。須與新生物遠隔。於子宮癌。

向骨盤結締織而施手術。此限界已甚接近於病的組織。如斯者。臨床上不能證明其爲於健全組織內行手術耶。抑手術之部位。爲病的組織耶。恐將來亦不能證明也。然使於上方向體部。全除去其可施手術之部分。則不問如何。可於健全組織內行手術。然則膾部癌腫之際。必併除去子宮體部。蓋既施術。則此方面必於健全部內行手術也。依同理。體部癌腫之際。宜併切除頸部。

若扁平而限局於膾部外面之稍大癌腫。則有時宜行高位切斷術。然行根本的手術者多。故余教室中。因癌腫而行全摘出術者。有數百例。而行膾部高位切斷術者。不過少數。

依霍勿氏之經驗。則高位切斷術。其效果有較全摘出術優越之點。然此亦殆因其尙爲輕症。而病勢未甚增惡耳。

高位切斷術之術式如下。卽於膾部施輪狀切開。壓排剝離膀胱。結紮韌帶。切開獨瘻拉斯氏腔。或不切開。而於膾上部切斷膾部後。以頸部粘膜。則後與膾粘膜縫合。有時亦縫合切開之獨瘻拉斯氏腔。

往時海迦爾氏所行之漏斗狀膾上部切除術。及用電氣燒灼蹄係之單純膾部切

斷。現今殆已不行。

根本的手術。惟可行於廣韌帶之健全組織時。得正當適用之。其可行與否。須行直腸診。精密觸知該韌帶。而決定之。然有時亦不能決定。因偶觸一抵抗。往往以爲骨盤結締織之癌性浸潤。至切開獨嵴拉氏腔後。始發見其爲包藏於腹膜炎性義膜中之深在性卵巢也。診查之際。不移動於下方之多數癌腫。至腔部之輪狀切開後。或獨嵴拉氏腔之切開後。方見其移動。而以上之切開。技術上須就可行全摘出與否。而斷定之。此實吾人診查之際。所未能決定者也。此切開余欲名爲腔部癌腫之診斷的切開。余試行此法。往往不能續行全摘出。然因是危患者之生命者。則無之。癌腫之療法。注重外科的療法。亦爲彌縫之策。患者之運命如何。雖與殘存之手術創面近接部。有顯微鏡的癌物質存在與否有關係。然臨床上不能發見之。該癌物質於廣大之病竈。時或缺之。而反發見於微小之局部病竈。因原發病竈之小。而於健全組織可施手術與否。固不具論。而於隣接部位再發。則爲實地家所實驗。若密接於臨床上證明之病的組織之經界。而摘出一大癌腫。則或可免再發。故於子宮癌施手術之際。不特須於臨床上可望不再發之部位行之。且亦如他癌腫。須臨床上可加截切於

健全部位。然後行之。尤宜行全摘出術。蓋如斯施術。則療法上無遺策也。
術式。屹爾奈氏手術如下。即以有鉤鉗子把持膻部。牽引子宮於下方。行膻部之輪狀切開。剝離膀胱。并排除之。切開前後獨猗拉斯氏腔。以三個束結紮。結紮側方韌帶。從結紮之順序。自韌帶順次離解子宮。次摘出卵巢。開放腹膜膻創面。導結紮絲於膻內。然後以沃度仿謨綿紗填塞之。

其後經幾許星霜。始案出之改良術式如下。

- 一 於膻部之周圍。施包圍後膻壁大部分之長卵圓形切開。或於前後造廣大之膻瓣。越癌腫。而使兩瓣相縫合。
- 二 於兩側切開膻壁。達於膻口。而廣切開坐骨直腸窩。使可於廣韌帶行廣大之切除。
- 三 切開腹膜後。最佳者。自前獨猗拉斯氏腔。反轉牽出子宮體部。先結紮殘餘之韌帶。而切離之。
- 四 欲避接種再發。宜以烙鐵摘出子宮之大部或全部。
- 五 於廣韌帶最易延長之側方。離解一部子宮。次於為韌帶之癌腫所侵之他

側方離解之。

六 欲使兩側之韌帶容易結紮。故自後壁行子宮之矢狀徑切開。此法可使全摘出術容易。韌帶之結紮。在牽出子宮於腔內後。先自喇叭管爲始。至膀胱。則殆不須補助。而與子宮分離。余於癌腫。雖不欲行此法。然於其他疾患。與全摘出術適應者。則應用之。

七 腹膜下子宮離解。

八 摘出既終後。縫合腹膜創面。

九 不結紮。而以存置壓搾鉗子代之。

十 於任何症狀。子宮附屬器之宜除去與否。其說各異。

余所行之腔式全摘出術。一部係余之創意。一部爲由日日之雜誌報告而得之智識所成。其間手術之數。不下數百。其術式如下。

手術前施消毒後。以銳匙搔爬新生物。或切斷大塊之翻花癌。清潔其創面。且以派克令氏燒灼器燒灼深部。使之結痂。但此於全摘出之數日前行之。頗不適當。宜於手術之際行之。此際所用之器械。不可連續用之。

次用數多有鉤鉗子。把持膻部或切斷端。用力牽引之於下方。畫大圈形或卵圓形。而切開其周圍。遇必要時。即於膻施二個側方切開。深達於下方。於前方以綿紗片自膻上部剝離膀胱及輸尿管。而排斥之。若子宮原易移動。可牽引膻部於下方。達於膻口。則行此甚易。然老年膻已硬韌。或骨盤結締組織萎縮。或子宮周圍炎性癒着。而子宮全不移動。或移動甚少。又或癌性頸部組織脆弱。易致破碎。則均難行此。

次切開獨癢拉斯氏腔後。以屈曲之圓形鈍針。漸次貫通廣韌帶。從各結紮。以剪刀切斷其一片。手術時。欲其結紮不被牽引。則切斷其結紮絲。使甚短小。而於各側行二三次結紮後。子宮僅連繫於喇叭管及卵巢韌帶而已。此兩者最後結紮。而於結紮之內側。切斷子宮。

欲手術容易。則當於切開之前。自獨癢拉斯氏腔。結紮韌帶之下部分。且切斷之後。以有鉤鉗子。把持子宮體部。且漸次把握高處。翻出之於膻內。則結紮韌帶之較高部分甚易。余欲多切除韌帶。故結紮之際。務接迫於骨盤緣而結紮之。

若難牽引子宮於前方。則於左側行甚深之一條休茲氏補助切開。(第二術式)次行屋爾斯氏術式。(第五術式)而子宮矢狀徑切開。則宜避之。

子宮切除後。再查視創面。有時必須清淨下方腹膜部分。除去凝血。一切斷端或他切斷端之出血者。須結紮之。余曾放置止血鉗子至四十八點鐘。然原則上。非專欲以止血鉗子止血。僅於技術上不能行結紮時行之。

手術既終後。若膀胱有損傷。則縫合之。又若切斷輸尿管。則移植之於膀胱。牽引縫合。絲懸垂之喇叭管切斷端於腔內。若不縫合腹膜創面。則填塞大塊之沃度仿謨綿紗於腔內。使其上端恰箝入於開放之腹膜漏斗中。

若欲輸尿管與膀胱接合。則挿入麥粒鉗子於膀胱中。於其上穿一小孔。通過此孔。而出麥粒鉗子於前方。以此鉗子捕捉輸尿管。遠牽入於膀胱內。然後慎重縫合之。可也。若手術之際。膀胱切開。則於此切開口縫合輸尿管。應用留置加答答兒。原則上常縫合腹膜於下方。惟遇異例。則不行之。余遇手術困難且不潔之時。或痛腫膿敗之時。曾不行之。

若欲閉鎖腹膜創面於下方。則牽引喇叭管之切斷端於下方。使在腹膜外。腹膜自一側之喇叭管切斷端沿橫徑至他側之切斷端。以五六縫合或連次縫合。而縫合之可也。至其下方之腔創面。則不以縫合使之接合。蓋使切斷端在腹膜內。不免過誤故也。

自原則上言之。於膾部癌腫及頸部癌腫。常不摘出子宮附屬器。然於體部癌腫。以摘出之爲有益。若有化膿性喇叭管存在。或喇叭管及卵巢被侵。則此摘出尤爲必要。此或與子宮摘出同時行之。或於其手術後行之。

膾填塞宜存置於膾內六日。然後除去之。此際宜插入留置加答答爾。不然則宜正規導尿。若因縫合。而閉鎖於腹膜下方。則使患者自然排尿亦可。

勿倫氏手術。千八百七十七年。氏始行之。其術式如下。卽使爲輕度之骨盤高位。切開腹壁。達於膾窩。掛絲係蹄於子宮底。於三部分逐次結紮廣韌帶。離開膀胱。切開獨爾拉斯氏腔後。切除子宮。而縫鎖膾腹膜創面。使卵巢及喇叭管遺留。

有必要之變式。卽豫施膾式膾部周圍切開法。由是以腹式結紮韌帶之深部頗易。或先以腹式離解子宮。膾仍閉鎖。次自下方終手術。蓋此方法之特異點。在廣大切除廣韌帶。并除去隣接或遠隔之淋巴腺（腸骨腺腰腺）當時名此方法曰擴張腹式子宮摘出術。頗爲適當。

余久以下記之方法而行手術。卽切開腹壁。達於膾窩。自剪綵端及卵巢。於正中線外。結紮精系脈管索條。且切除之。自此等切斷端。於子宮之前方。越廣韌帶之前部分。過

圓韌帶復越膀胱頂於子宮之後方。切開腹膜，至獨巒拉斯氏腔之深部，而自此切創。壓排腹膜於後方，驅逐膀胱於前腔壁。自子宮血管束，剷除輸尿管，使之分離。然後切解或剷除之。由外腸骨動脈或總腸骨動脈，解除腸骨腺子宮動脈，務接近於下腹動脈，而結紮之。

當此之時，子宮僅與腔穹窿部相連絡，用任何方法，終其手術均可。卽

第一 腹式

第二 腔式

上二式中，無論應用何式，均須縫鎖骨盤腹膜創面（於其下方置排膿綿紗）或開放創面，使之排膿。

排膿或導於上方，或導於下方，或導於上方及下方均可。

手術之際，若無障礙，且無傳染之憂，則上下創口，可全閉鎖。若不能如斯行完全手術，或膿敗之癌腫，手術前不全清淨，則余常自腔施手術，有時使開放於下方。

據以上之方法，余於千九百零一年以前，行癌腫手術已五十六次，死亡者凡十七人。

至本年(千九百零一年)而二三手術家輩出。案出技術上一新機軸。行改良之術式。惠爾退氏如余法行之。其所異者。有下記之諸點。即氏於子宮之後方各側。自施於輸尿管皺襞之縱徑切創。並剝離頸部之膀胱創面。沿膀胱之開口部。分離輸尿管。至可了然明視。而當結紮子宮血管叢之際。避結紮輸尿管或切斷之危險。又惠爾退氏自子宮切斷子宮血管之後。於前方及側方。除去膀胱及膻近傍部組織。以屈曲之腸鉗子。壓搾膻之上部分。於其下方依橫徑切斷膻。至切開腹膜後。腸骨脈或腰腺之離解法。與余所行者同。於膻之方。閉鎖腹膜。於其下方。置排膿綿紗。使之達於淋巴腺離解處之腸骨窩。

麥肯氏法。置舌狀切創於耻骨縫際上。橫斷直腹筋。沿兩直腹筋之外緣。達上方臍窩之中央。而使切創達腹膜上。自腹膜離解舌狀軟部瓣。次於膀胱之上方。沿橫徑切斷腹膜。牽引子宮於前方。於此與子宮附屬器(該附屬器殘留)之間。施結紮。而切離子宮與附屬器。又次於子宮之後方。自一方之附屬器切斷端。至他方之切斷端。縫合舌狀腹膜瓣於骨盤後壁之腹膜。如斯行閉鎖。則以後之手術。可於腹膜外行之。次於膀胱與子宮之間。施橫徑切創。而延長此切創於兩側。且使之甚深。自子宮除去膀胱後。

於右方探求輸尿管及子宮動脈，并接於自下腹動脈分歧之部，而結紮子宮動脈。次於獨締拉斯氏腔，行橫徑切開，直腸膀胱及廣韌帶之壓排，廣韌帶之後方及側方部分之壓排，又處置左方子宮血管，與於右方所施者同，以二個有角鉗子，壓排時分離之上方臃部分，切斷其兩鉗子間，然後結紮廣韌帶之部分。（即處以壓排鉗子之部分。）接於舌狀腹膜瓣之縫合之後方，縫合膀胱腹膜之後方，創緣於後骨盤腹膜，於其下方，置綿紗填塞，導入腔內，而後再先於右方，次於左方，自殘餘腹壁及骨盤，排除腹膜，圓韌帶於腹膜外切斷之，淋巴腺裝置，與其周圍之脂肪組織，自股血管下腹血管及其周圍，削除之，於側方穿一孔於腹壁，以導排膿管，於除去腺之腔窩，挿入綿紗而寬填塞之。

次縫鎖創面，直腹筋於恥骨縫際上再縫合之，於其上縫合外皮，又於兩側腹膜與腹壁之間，更挿入一個排膿管，而縫合殘餘之側方腹壁。

後療法，以分泌物甚多，故須屢屢交換繃帶，自三四日後，徐徐縮短側方排膿管，腔直腸閉塞，宜長久保存之。

亞孟氏以與上相似之方法，於腹膜外行手術。

此外遇自腔可漸達子宮者。則更行他方法。其方法爲克拉斯氏所創。於高位且可稍移動之直腸癌用之。自後方進入腹膜下組織中（薦骨近傍式）即於肛門之後方。置切開於其中央。切除尾閭骨及最終薦骨椎之下半部。或鋸截尾閭骨。至一定之深處。以反轉尾閭骨於外方。但後復縫合之。（薦骨成形的切除術）時或切斷薦坐結節韌帶及薦坐棘韌帶。以進入深部。次於側方排除直腸。沿橫徑切開獨爾拉斯氏腔。牽出子宮體部。結紮之。而漸次自韌帶切除子宮。此法至後日。爲霍勿氏及海爾氏所改良。海爾氏切開獨爾拉斯氏腔。露出子宮。即縫合之。而閉鎖腹膜。但氏以直腸前壁之腹膜。與前獨爾拉斯氏腔結合。此後改良之點。在骨切除之益減少。次開爾氏則并欲全避骨切除。氏又自下方薦骨部分。向左方畫一弧。以使進入深部。歇特氏對於此方法。極贊同之。氏以其方法可遠隔病的組織。而結紮韌帶。故非常讚賞。密累爾氏之見解。於此點亦一致。腹式切開術愈進步。達完全之域。而薦骨式益劣敗。不問其手術如何熟練。其死亡率常比他式爲高。（歇特氏二十八%）然遇重症。或手術之際。已不能以腔式行之者。此際以腔式行之。統計上得不良之成績。不可不知。

手術上腔式及腹式之優劣。須視其施術之際。危險之大小如何。而決定之。且又須視其可豫防再發與否。而決定之。

就腔式全摘出術之一時的效果。現時手術家中。殆無非難之者。施多數手術後。並無死者。或偶有一二死者。於腔內縫合切斷端。於其上縫合腹膜。若因是得閉鎖。則治愈率最佳。若腹膜於腔方開放。則有腹膜起續發的傳染之憂無疑。然此危險。實驗上實無足恐。因開放療法。亦呈顯著之效果故也。吾人又以有腹膜起續發的傳染之憂。故必需開放療法之時。不至略過。例如子宮不動之時。又侵害韌帶之局部之時。於技術上儘可行腔式全摘出之鉗子應用手術亦然。

就薦骨術式前所述者。近今於腹式手術。可應用之。於腹式手術。其腹膜部分。接觸於病的釀膿菌（存在癌潰瘍者）且有傳染之憂。故此手術後。其影響及於死亡率者甚大。以致成績不良。然數年來。手術家多得佳良之結果。若熟慮癌腫與腹膜接觸。能危及生命。則手術之危險。縱不能全除去之。然可使甚微弱。以腹式離解之子宮。自腔完全切除之。由此處除去之菲特氏變式。以有角鉗子自腹膜行腔之壓挫。麥肯氏及亞孟氏腹膜外手術。皆避此危險者。且可謂適當之術式。

然若可行根本的手術。則此等方法。不比其他術式爲優。初行腔式全摘出術之後。數年間認其效果。極爲滿足。然其後忽屢次再發。現時有手術後既二年。尙大部再發者。於此等身體部位。癌腫手術後之再發。興起於身體之他部分者全同。而其再發係手術之際所遺留。此不過以難認識之故。而不注意之癌組織部分發生。然實際子宮癌手術之際。深觀察之。愈知接腫癌係移植癌發生之見解不誤。凡手指或器械所破碎。尙有生活能力之癌腫片。偶然移植於各部位。漸次發育。受營養則發育益甚。至現出可以肉眼明視之癌腫。有時實驗之。然以此方法而生之再發頗少。較因通常方法而生者更少。欲避再發。於子宮必離病的組織。而行切除。然則吾人即可適用腔上部切斷術。亦必比全摘出術。甚爲少數。因是行全摘出術之際。雖認爲健全之廣韌帶。宜多除去。此法則頗得當。自此點觀之。二三變式腔式全摘出術。可稱爲改良法。此爲局爾生氏歇次措氏於腔之廣大擴張切開法。並麥肯氏燒灼摘出術。後者有時破壞在於切斷面周圍之癌腫少許。故以烙鐵切除全子宮也。余行全摘出術之際。從此原則。爲束結紮而結紮之。且用絹絲或麻絲。（即能使其結紮端陷於壞疽之物質）決不用腸線。

然以腔式可得切除之廣韌帶。不過一小部分。因此方式有限界。施術區域狹小故也。於種種方式有經驗之手術家。稱揚薦骨術式。有能於韌帶之範圍內。進入骨盤方向之利益。

然於腹式手術。可使手術區域之限界。最與癌腫遠隔。此人人無異議者也。且以腔式或薦骨式所不能達之部位。以腹式能進入遠隔之淋巴腺。可與其周圍之脂肪組織。一併除去。然此法尙未盡善。則余於是。是有厭世之念矣。蓋如麥肯氏手術。最於根本上。施術者。尙有弱點。此弱點於一切子宮癌手術。皆所不免。即如於乳癌。除去其組織。以及於腋窩腺。於外陰部癌腫。除去其與原發病竈相連續之周圍部腺及脂肪等。皆無完全之方法。其連續中絕者。只輸尿管與子宮血管相交之處而已。然有傷輸尿管之虞。故即於根本上施術。亦不能不注意。而進入至深處。且此部位係血管及淋巴管。自頸部走於骨盤之處。不能廣行勦滅其組織也。

要之兩式之優劣如左。

腔式全摘出術。危險頗少。謂之無危險亦可。然不能豫防再發。腹式摘出術則反是。爲最危險之方法。然可切除子宮近接部。因是確能豫防再發。

最良之方法。在減少腹式手術之危險。此爲吾輩手術家之義務。固不待言。

腹式手術之危險。由余等之改良法。而頗減少。又因輓近學者之勉勵。而癌腫之手術率。則頗增加。(麥肯氏所實驗。因患癌腫而施手術者。現今有九〇%)。若欲此比例更佳。則必於癌腫初期。賴專門手術家之手腕。此當俟諸異日者也。

原則上。子宮癌總宜以腹式行手術。然二三手術家。如屋爾斯氏。以腔式手術。奏經久的卓效。故原則上不能云腔式手術。劣於腹式手術。

於頸部及膈部癌腫之稍增惡者。當先試行腔式摘出。此等癌腫。若可自腔施術。則遠進入於骨盤結締組織內。以除去該結締組織之大部分可也。蓋體部癌腫。至最後。始進入於骨盤結締組織之淋巴腺。而此等癌腫。則進入甚早。又於頸管及膈部癌腫之進行者。當行擴張腹式手術。若甚增惡之頸管癌腫。如因癌增殖。而於頸管筋層之骨盤結締組織之方穿孔。則骨盤結締組織及腸骨腺。已爲癌新生物所侵。此等當行腹式手術。因此術式。可遠進入於其周圍也。如斯者。欲斷其再發。殆有所不能。欲剝離輸尿管。與癌性骨盤結締組織分離。而癌小部分之遺留。乃必然之事。切除輸尿管之下部。於膀胱行腹式腹膜下移植。則往往起腎盂炎。爲重症併發症。又癌腫乏移動性。且癌

性組織易破碎。縱行腔式手術。亦無收良效之望者。當用腹式摘出之。於頸管癌腫之甚進行者。亦屢屢用腹式手術。然頸管癌腫。亦有可行手術。不至再發者。若病勢進步之癌腫。自始以施腹式手術為合理。而施腹式手術。則雖再發之危險甚少。而其可望根治與否。必待將來之觀察及研究。而後可決。如斯者。用種種手術。均為姑息的療法。捨腹式根本的方法。而以腔式行手術。蓋由此理耳。

無合併症而尙可恐之癌腫。往往因妊娠之合併。而呈危篤之狀態。然癌腫多起於月經閉止期之婦人。在生殖營為時期而罹之者極少。因是起受胎障礙者亦較少。惠肯氏於二萬次分娩中。實見此合併症者。僅十次而已。余所遇之妊婦一萬二千人中。亦僅有十人罹此。殆皆係經產婦。其所罹者。皆為頸管癌腫。或腔部癌腫。而無一體部癌腫。蓋癌發生之初期。殆常在妊娠之前也。

妊娠後血管饒多。新生物之發育頗旺盛。妊娠雖不因新生物而蒙障礙。然往往早期即致流產。此多基因於續發性內膜炎者也。又生前置胎盤者亦不少。間或因特發子宮破裂及新生物之硬韌。子宮筋層之不全作用。以致不能分娩。及癌性頸部有甚大之挫創並裂傷。

症候。出血及膿敗之癌腫。往往因妊娠而甚亢進。

癌腫之診斷。癌腫在子宮之頸部分診斷。並不困難。又妊娠之進行者。診斷固易。即妊娠初期之診斷。苟慎重注意其症狀等。亦並不困難。

若可行手術之癌腫。其療法。宜即摘出子宮。此際實無暇待胎兒之有生活能力。若在妊娠第五個月之內。可不須排出胎兒。至第六月及第七月。則必須排出胎兒後。乃可行之。第八月以後。若胎兒尚生存。則因保護胎兒。而宜行腹式帝王切開術。次行腹式子宮摘出。又或作甚深之切創。由自然產道娩出胎兒。次行腔式摘出。（局爾生氏腔式帝王切開術）

產婦罹此合併症之際。若頸管之擴張性佳良。或癌腫未侵及頸管全部。則宜待自然分娩。或用適切之挽出法。遂其分娩。然後試行子宮摘出。

腹式與腔式子宮全摘出術之優劣。與對於非妊娠子宮所述者同。

若不能摘出之癌腫。則如前所述。行姑息療法。以胎兒生活爲重。最宜注意。若因癌腫強韌。不能由自然產道分娩。則行樸洛氏帝王切開術。於腹膜外。處置切斷端。最爲適法。

第二節 惡性脈絡上皮細胞腫、脫落膜癌、新昔曲姆腫（惡

性新昔曲姆脫落膜肉腫惡性脫落膜腫）

惡性脈絡上皮細胞腫其發生也。初於子宮粘膜炎表面。為花壇狀或島嶼狀之結節現出。侵入於子宮實質中而發育。屢屢有出血之性狀。故其結節之割斷面。恰呈血橙之狀。崩壞於表面之方。且有膿敗之傾向。又有致轉移之性。即因血行。而於其密接之周圍（腔）及其他身體之各部起轉移。其轉移廣大。且羣簇。其發育迅速。往往急劇致死。此腫瘍多起於鬼胎妊娠後。用顯微鏡視之。為種種細胞（即由新昔曲姆狀組織倫辭氏細胞層發生者）及脈絡膜結締織所成。此外尚有為數多血液腔。實性出血及壞疽性組織部分所成者。

此等種種細胞。腫瘍或轉移。往往具之。亦有二三腫瘍。缺倫辭氏層之細胞及脈絡膜結締織。

據邁爾氏之研究。則此等腫瘍。皆屬癌腫狀腫瘍。其組成中有新昔曲姆組織及倫辭氏層。邁爾氏以新昔曲姆為子宮之組織（新昔曲姆細胞由變形子宮上皮發生）以

倫爾氏細胞層爲脈絡膜之外胚板。(該細胞層或稱爲脈絡膜上皮胎生時由外胚板發生)若此說無誤。則可以此腫瘍算入癌腫。其他特質如因血行而起之轉移性傳播。與肉腫同。鬼胎妊娠。爲助該腫發生者。蓋鬼胎妊娠。較正規妊娠。上皮要素之進入。增殖於床狀脫落膜中。更爲旺盛。且據邁爾氏之說。葡萄狀鬼胎之特種增殖。亦爲上皮性絨毛被覆之增殖。反是絨毛結締織之腫脹。不過營副作用而已。至今日。邁爾氏尙不認組成中有脈絡膜結締織。

邁爾氏之精細說明。後進學者中。尼孟氏及余。均確認之。然其他學者。否認此說。論該腫之發生原因。其說尤異。披勿爾氏據自己之實驗。謂此腫瘍爲脫落膜要素之增殖。與在爾氏以此腫瘍爲脫落膜肉腫相似。菲篤氏謂此腫瘍。爲鬼胎妊娠前既存在之腫瘍。(纖維肉腫)因鬼胎妊娠。而該腫之特質始現。卽細胞羣變化而爲新昔曲姆或新昔曲姆狀組織者也。配奈斯氏以新昔曲姆爲屬於母體之血管內被。因是以新昔曲姆腫爲內被細胞腫。

於休倫氏之轉移性畸形腫狀學丸腫瘍。發見脈絡上皮細胞腫狀及葡萄狀鬼胎狀增殖。爲發生及組織學見解上。最可注目者。累克令氏對於此例之討論。謂脈絡

上皮細胞腫固有之細胞排列。由上皮之病的化生的增殖而生。然非必由脫落膜或生殖腺之如何脈絡膜細胞而生。批克氏休倫氏及休密氏等。曾實驗葡萄狀鬼胎或流產後之腔。發生腫瘍。該腫於組織學上。與起於脈絡上皮細胞腫後之轉移相同。此際子宮無腫瘍形成。摘出後不至再發。可見該腫之爲良性。批克氏又發見葡萄狀鬼胎後。子宮無異狀。而於肝臟肺臟腔及腸。發生組織學上相同之腫瘍。此腫瘍甚爲惡性。患者每因是致死。

余至今日。實驗脈絡上皮細胞腫之五例。其中一例。係余之助手好氏行腔式全摘出者。手術前患者之出血。全治甚速。體重忽增加。二年後更健康。他一例係六年前。余自行腔式全摘出者。亦得佳良之效果而全治。

其他三例。余診察之際。其腫瘍已難摘出。其中一例以腹式施手術。不能奏效。此等三患者。均因膿敗及廣大之轉移而死。

診斷 非常惡性之腫瘍。以早期發見爲要。欲早期確定診斷。則無論如何。須取其自

子宮內部排出之物。或因搔爬而得之組織碎片。使之硬化。而慎重鏡檢之。此外實無他法。早期診斷。固屬要事。然不問其反復搔爬與否。而出血之時。或分娩葡萄狀鬼胎。

有既往症之時。或子宮增大之時。施前記之手段。尤爲不可缺之要件。
療法 自始卽因轉移形成。或腹膜炎。而行根治療法。無效之際。若可行子宮摘出。則
行之可也。至技術及術式之選擇。與子宮癌同。

第四編 喇叭管、卵巢及隣接組織之疾患

第十五章 喇叭管疾患（形成異常及炎症）

第一節 形成異常

喇叭管之形成異常。爲能察知其發生之狀態。及其與子宮及膻之胎生學的關係。自能理解。

女性內生殖器。卽膻（交接部）子宮及喇叭管（受胎部）自密累爾氏絲發育。自此腎臟竇發生之二條細胞索。漸相接近。向下方而行。至生殖器之部位。生腔洞。而爲管腔。卽密累爾氏管也。胎生期之初期。其區別尙不明。至後期可區別爲三部分。卽喇叭管子宮及膻是也。於子宮及膻之部分。密累爾氏管相平行。互相癒着。後相合二管間之隔壁消滅。形成一大管腔。其上端分離。別形成喇叭管。

膻及子宮之重複畸形。其隔壁尙存。兩者之區別尙明。而其生理的機能完全者。若兩側皆爲密累爾氏管之上端部分。而喇叭管占居之時。雖膻及子宮之畸形存在。而輸卵管之構造。非必異常。反是則生殖器之構成缺損。例如發育缺如發育不全等。若密

累爾氏管之發育有障害。則往往亘該片側全部。蒙其影響。因是喇叭管亦現種種之狀態。

喇叭管之全缺損。及片側之發育不全。常與他生殖器之缺損相伴。而無特別之趣味。亦有反是而見喇叭管之過剩發生者。此則他生殖器無異常。而祇屬於喇叭管實地上顯特種之意味者也。如斯者。稱爲副喇叭管。或曰副口。又吾人所屢屢遭遇者。爲有通常喇叭管腹腔口之健全喇叭管。於其腹腔口之近處。生一個或數個歇兒尼亞性之凸隆。與喇叭管膜韌帶相對。恰如副喇叭管。然別無外口。常至盲囊而止。時或具完全之外口。且有剪綵。

此至盲囊而止之副喇叭管。現今認爲起喇叭管妊娠之主要原因。據檢鏡上連續切片之試驗。則其包圍受胎之卵子而發育。實屬確定之說。

又或於喇叭管壁。別造副口。而固有之喇叭管壁與副口之間。無長短之導管。則稱爲副喇叭管。此副口有實用的意味。存在之時。苟卵巢無病變。則司喇叭管與腹腔交通之固有外口。雖閉塞。而其受胎的機能。可經上述之喇叭管副口而營之。

此外有爲輸卵管之遺殘性重複構造者。或喇叭管重複。而自子宮緣。生二條長輸卵

管與之一致。而具二個卵巢。又或一側有一個卵巢。而具二個喇叭管。

第二節 喇叭管之炎症、喇叭管炎、喇叭管膿腫、喇叭管水

腫、喇叭管充血腫、

喇叭管之單純性充血。與血管分布之粘膜腫脹相伴。因腹腔內多血。而起生殖器充血。於種種傳染性疾患之際。常目擊之。此外因卵巢囊腫之莖蒂捻轉。子宮附屬器之鼠蹊部箝頓等。而起血行障礙。喇叭管因之腫脹者。屢屢有之。因是喇叭管先呈帶青黑色。粘膜甚腫脹。剪採瓊起。各臟器血管充實而起溢血。然此等局部症候。因其他主要疾患。而不見其形跡。

原因 輸卵管起炎症疾患之主要原因。為分裂菌。抑喇叭管與膻及子宮不同。因其存在之位置及其從狹窄之管腔。與子宮相交通。故於細菌之移植。得受完全之保護。然據喇叭管之病的分泌物。及蒙病的變化之喇叭管壁之細菌的檢查。彼有機性之微體。實為其炎症之原因。此等之微體。經種種徑路。達喇叭管。占居其內。以逞其侵蝕。健康之頸管腔及子宮腔。原有器械的及化學的保護構造。即子宮口狹隘。而保持殺

菌性粘液。不使有病的菌。故因喇叭管前庭之子宮腔無菌。而健康之喇叭管。無分裂菌。然若有病的有機性之微體。如淋疾球菌及結核菌等進入。則即上行於生殖器。破壞子宮口之防禦壘。該細菌進而寄生於其組織。粘膜受其侵蝕。順次上行。而擴張患部。後因保有細菌之子宮分泌物直接流入。而其播殖甚強盛。或侵入組織。而進於其腔間。或介淋巴管而侵入。喇叭管以與子宮密接之故。蒙其侵入甚易。抑喇叭管富於淋巴及血液。故其屯營最爲便利。先侵柔軟之圓柱上皮。遂永占居於含原形質之組織間。

淋疾球菌如上所述。以上行性經路。而進入於喇叭管。若結核菌則反是。其侵蝕爲下行性。例如該菌自有結核性疾患之腹膜腔。經開口於其腔之喇叭管口進入。剪綵之顫毛。因圓柱上皮之渦狀運動。於其管口採取之。此剪綵之作用。凡游泳於腹腔內之物質。悉能採集之於自體。故若腹腔內有結核性疾患。則其結核菌因剪綵之作用。被吸收於喇叭管內。被包於粘膜皺襞中。營破壞的行爲。

結核菌之於喇叭管腔。亦如該菌之於腦腔及關節腔。起血液及淋巴管傳染。喇叭管炎症。除因上述之病的有機性之微體侵蝕而起者外。尚有因化膿性外傷傳

染菌（即連鎖球菌及葡萄狀球菌）而起者。此等細菌多於子宮之產褥疾患，並腹腔內部之膿瘍，或盲腸周圍炎等之際，求其侵路於喇叭管。此外種種細菌，如大腸菌及腐敗菌等亦然。

由腹腔之傳染，於敗血性或化膿性腐敗性腹膜炎時行之。其他為包囊性化膿及腐敗病竈，於喇叭管直接穿孔而交通，而導其腐敗之內容物於喇叭管內，則起炎性浸潤。然若無此動機，僅喇叭管接近於病竈部而癒着，或糞菌通病的腸管進入，則由其化膿竈及腸管，亦起傳染。且卵巢囊腫起莖蒂捻轉，與腸管癒着，則亦起喇叭管之傳染。又炎性喇叭管之膿性分泌物中，有現出肺炎菌者，欲解說其如何移行，甚為困難。吾人只想像其為血液傳染，或以為其細菌偶然接近於生殖器。以上行性侵入而已。又喇叭管內，有陷於壞死之組織，則亦或發見腐敗菌，或有放線狀之放線菌，如斯之喇叭管，因種種細菌侵入，而起炎症。此細菌之種類甚多，進喇叭管之通路亦多。且組織之受容此等細菌甚易，則喇叭管炎症之多可知矣。細菌之性質上，並傳染徑路及傳染之條件，淋疾球菌及結核菌，往往為喇叭管炎症之原因。吾人屢應用於子宮疾患之化學的腐蝕藥，亦為喇叭管炎症之原因。此說甚奇異，因

吾人應用之化學的腐蝕藥。若不能達於此隱秘之臟器也。然此乃余之實驗所證明。現今慣應用格魯兒亞鉛。一半格魯兒鐵液。硝酸銀。沃度加里。石炭酸水等。於加答兒性及出血性實質內膜炎。子宮筋腫及其他子宮疾患。以此等腐蝕藥。為炎症原因。似失其論據。然此等藥品。其注入於子宮體腔或應用之際。輸送於喇叭管內與否。雖屬疑義。而依余之實驗。可解決之。卽有健全之子宮及喇叭管者。若於其子宮腔內。注入染色液。監視其結果。則不特喇叭管粘膜炎。卽喇叭管及腹腔。亦因之着色。此余所目擊者也。又吾人試行子宮內注射及腐蝕之後。往往起一種疼痛。如子宮疝。此因所用之藥液。傳喇叭管。而入於腹腔內。故起劇痛也。其治療之結果。有急劇致死者。可知其藥液之效力。達於深部矣。

因應用於子宮疾患之藥液而起之喇叭管炎症。較傳染性炎症為少。據下述之理由。自然冰釋。蓋前者僅為起於人工的之副產物。後者則為細菌性疾患。起於自然者。欲豫防之。殆不可能。唯患者自己注意。乃可避之也。

又溫熱的原因。例如寒冒。熱性及冷膾洗滌。或器械的動作。卽瑪衰奇。過劇交接。墜落。打衝。或子宮變位等。亦能使健康之喇叭管。陷於炎性浸潤。卽因以上之動機。而化膿。

竈之破開及膿漏溢等。及於腹腔。故能使炎性喇叭管。陷於重症。如斯者。若喇叭管之原發疾患不明。則可假定以上諸因。爲急性炎症之原因。

病理解剖 喇叭管之病理解剖的所見。因其原因病菌之性質。或侵蝕之狀態而異。其局處的解剖所見。亦不一致。第一宜區別者。爲喇叭管內膜炎及間質性喇叭管炎。喇叭管內膜炎。因分裂菌竄入喇叭管腔內而起。該菌以古諾酷肯爲主。其變化及於膜之表面。而侵入於氈毛上皮內。或竄入間質組織之間隙中。氈毛上皮。失其氈粘毛。因之自滅。若爲急性炎症。則粘膜表面。起小細胞浸潤。其上皮處處呈壞頽之狀。全面遂爲肉芽性組織所覆。分歧之許多粘膜皺襞。漸次消失。或被其蠶食。而形成閉塞之腔洞。卽假性濾胞性喇叭管炎是也。喇叭管壁因炎性滲出物之浸淫。而局部硬固。子宮峽部尤甚。於是喇叭管壁呈圈狀硬性肥厚。大如胡桃。如此者。稱爲結節性喇叭管峽部炎。喇叭管腔內產出膿性分泌。一部向子宮腔口竄入。一部向腹腔口竄入。後者漏出富於細菌且含有多數白血球之刺戟性分泌液。由是於漿膜及腹膜。有起被囊性癒着之傾向。喇叭管剪綵。與近接臟器（卽骨盤腹膜。卵巢。腸壁。子宮腹膜等）癒着甚速。因是梗塞喇叭管腔與腹腔之交通。其起閉塞之目的。在縮小疾患部位。防禦有

菌分泌物(有傳染力者)之排出於腹腔內。又近接臟器與喇叭管口膠着之外。他喇叭管更起閉塞作用。即剪綵之腹膜面。同時內反成所謂喇叭管腹腔口內反互相粘着。以達閉塞之目的。前者僅間接起閉塞。後者則直接起閉塞。此閉塞之結果。其分泌之化膿液。滯留於喇叭管內。於喇叭管子宮口。求其排出之途。於是又起炎性浸潤。遂成狹窄。妨其排出。喇叭管失其排泄口。其容積漸次增大。腫脹至如手拳大。或比手拳更大。遂起一膠着於骨盤腔之膿腫。即喇叭管膿腫及化膿性喇叭管囊腫是也。膿性喇叭管之內容物。視細菌之種類。及發病時期之長短。而大有差異。淋毒性化膿喇叭管。有漿液性乳脂狀而帶黃青色之膿。淋疾球菌。僅於全例之四分之一見之。其被包之膿中之古諾酷肯。經時而失其固有之毒素。不行混合傳染。而古諾酷肯常單獨存在。結核性喇叭管。腫有濃密之乾酪性膿。較膿瘍性化膿。尤酷似粉瘤糜粥。吾人注意於此。有乾酪性之膿性喇叭管壁。順次造檢鏡的連續切片。而觀察之。則可明認其為結核症。結核菌於肺臟能起混合傳染。於此症亦與連鎖菌共發現。

間質性喇叭管炎。與前者異。於喇叭管壁內筋束之間起浸潤。其侵蝕多經淋巴管。而逞其動作。釀膿連鎖菌及葡萄狀菌。為其主要原因。每介於淋巴管。侵及粘膜。起喇叭管

閉塞變成膿狀腔洞。此猶喇叭管內膜炎之末期。或限於一部。或蔓及全部。而侵喇叭管壁之全厚也。而此間質的局在性浸潤。往往起組織之膿性癒着。成所謂廣汎性間質喇叭管炎。

因喇叭管腫瘍而生之內容物。除膿狀物之外。皆含有血液或透明之漿液。視其內容物之如何。而各異其名稱。即喇叭管血腫。出血性喇叭管囊腫。及喇叭管水腫。漿液性喇叭管囊腫是也。

血液之滯溜於喇叭管內。即喇叭管血腫。其主原因爲喇叭管妊娠。此種喇叭管腫瘍。與因新生物而起之喇叭管血腫相同。於他章述之。此法伊篤氏之所主張。余亦贊成之者也。

若與喇叭管妊娠無關係。而起喇叭管血腫。則其原因爲生殖管閉塞。其閉塞在處女膜。膻或頸部。而其症候之現出。必常在破瓜期後。有生殖機能之子宮。因月經而排出之血液。滯留於後方。爲血液閉塞之結果。起膻血腫。子宮血腫。遂致起喇叭管血腫。據法伊篤氏及奈荷爾氏之說。凡生殖器閉塞。有先天性及後天性二者之別。後者起於發育佳良之生殖器。前者則發育不全。僅存其痕跡而已。凡因傳染性分泌物之蓄積

及其炎症的刺戟而起喇叭管腹口之癒着。終起閉塞明甚。然僅有血液。無細菌。而單獨起喇叭管腹口之閉塞者亦有之。法伊篤氏謂鎖膿性喇叭管血腫常因喇叭管傳染之分泌物而起。喇叭管血腫之際。其閉鎖全爲後天性。其他莖蒂捻轉。脈管疾患。外傷等。亦於喇叭管催進出血。又急性傳染病。如虎列拉。腸窒扶斯。麻疹等。於喇叭管粘膜。使起出血。與於子宮粘膜同。

喇叭管水腫之成立。據古來之學說。謂係喇叭管膿腫之末期。釀膿菌已全失其作用。炎症既止。而其分泌物經年順次變爲漿液性者。孟穡氏曾於其症例。依實驗證明其全無菌。認以上之論據爲正當。然亦有例外者。僅於喇叭管水腫之壁。發見炎症產物。其壁皆菲薄。呈壓迫萎縮。而其組織及粘膜。全不消耗。且尙有麩毛。

孟穡氏就喇叭管水腫之起原。附述如下。余亦贊同其說。卽喇叭管水腫之起。先於喇叭管周圍起炎性骨盤腹膜炎狀。通淋巴管經子宮而進入之化膿性菌。於喇叭管腹口之附近。與其他骨盤臟器起癒着性炎症。遂使健康之喇叭管閉塞。此喇叭管既閉塞。且覆以通常粘膜。則因分泌物之瀦留。而起喇叭管水腫。

據從來之假說。健康之喇叭管粘膜。有分泌作用。因喇叭管周圍之炎性刺戟。而該

管腔內起漿液性滲出物。此分泌物不通喇叭管子宮口而流出。然喇叭管粘膜。雖富於皺裂。而不有腺管。故不能自促其分泌。以動物試驗其分泌之如何。終不成功。有人謂喇叭管開口於子宮部之口端閉鎖。則起喇叭管水腫。又有一派學者。謂喇叭管之腹腔部開口閉塞。同時有傳染菌侵入。則起喇叭管水腫。

如斯喇叭管水腫之起。除因器械的作用之外。果蒙細菌之影響與否。迄今尙無定說。其他起喇叭管水腫之機會。據孟孺氏之實驗。爲起因於喇叭管壁之炎性變化者。但係罕有之例。喇叭管閉塞。在炎症化膿期終之後。此際既不分泌膿。而分泌漿液。因是至全充滿。

又於自開之囊腫或破裂之孺拉夫氏濾胞。與喇叭管水腫之間起交通。若如斯而喇叭管端與卵巢相癒合。則成所謂合併性喇叭管卵巢腫瘍。卽喇叭管卵巢囊腫是也。然如喇叭管周圍之出血。或因孺拉夫氏濾胞破裂而起之出血。或於早期喇叭管流產之際所見之血液滲漏。又或於生殖器之腫瘍所見之器械的動機。當滲漏血液之臟器化之際。腹腔口亦起持續性閉塞。至起喇叭管水腫。

症候及診斷 就喇叭管炎症及其結果而言。疾患之狀態頗複雜。蓋其原因有種種

也。因細菌而起者。其作用因細菌之種類而異。又其疾患無限局於喇叭管者。其下方生殖器之部分。如子宮、陰、卵巢及其他骨盤腹膜等。均漸次被其侵蝕。而骨盤腹膜炎。殆爲必發之症。實喇叭管炎症之症候中最顯著者也。其腹膜之症狀。不問其爲急性或慢性。均起癢着。其結果生激烈之疼痛。凡喇叭管疾患。欲依自覺的疼痛之狀態。確定其程度頗難。但因此疼痛。可想像該臟器之陷於病的侵蝕。然時或有巨大之喇叭管膿腫。與其他骨盤臟器癢着。例如大腸及小腸等之癢着。往往並不發熱。又無急劇之下腹痛。患者因其病勢之緩慢。雖有障害。不甚注意。如斯緩慢之經過。於結核性喇叭管炎見之。若不與混合傳染相合併。則其進行甚徐徐。漸次釀成病的分泌物。終成結核性喇叭管膿腫。

淋毒性喇叭管炎。其播殖極旺盛。炎症蔓延於腹膜上。依余經驗之二三例。乃係有力之古諾酷肯。於喇叭管粘膜炎中。起急劇之侵蝕。故分泌膿汁甚多。又因外傷或不注意之雙合診。以致膿汁竄入於遊離腹腔內。其限局性腹膜炎。不能急速形成被囊。遂起極峻烈之急性疾患。至淋毒性腹膜炎與輸卵管淋疾相合併。然如此之例甚少。此殆因特別之有毒傳染而起者。膿性分泌常盛。且因喇叭管之閉塞作用。時起疼痛。至充

滿膿汁之淋毒性喇叭管腫。與周圍臟器癒着。而臀部及骨盤。起持續性疼痛及壓痛。其充實之喇叭管之內容物。因其蠕動作用。尚能通過狹窄腫脹之子宮端口。而漏出其一部之液。即稱爲漏出性喇叭管水腫。或喇叭管膿腫。此狀態多與定期性喇叭管陣痛相伴。故又稱爲經性疝痛。

然此非通常規則的現象。其自喇叭管滲出定期性瀦留液。於不呈炎症之喇叭管囊腫見之。例如起喇叭管腔之炎症。其結果起喇叭管峽部炎。或癒着甚廣且濃密。爲蠕動作用之障礙。內容物之排出頗多。如喇叭管癌腫之際。排出多量之漿液性血液。於急性期。尚有傳染原因存在。則能自播殖。且形成毒素。故發熱乃當然之事。有時亦不發熱。患者之體溫。夕刻上昇。起所謂化膿性發熱。但患者絕無發熱之感。但用體溫器。可測知其如何上昇而已。又淋毒性併敗血性喇叭管疾患。往往發高度之熱。其化膿竈可明認。如斯之患者。多有強度之下腹痛。雙合診之際。觸知極過敏之腫瘍。此腫瘍自子宮之後方。亘兩側。充全骨盤腔。硬韌而爲不動性。然亦有軟硬相半者。喇叭管炎即可稱爲喇叭管加答兒者。於其初期。猶難下診斷。因此時僅顯微鏡檢查上。可知其粘膜表面之變化。而觸診上。尚不能知其喇叭管組織有何等之變化也。故

下喇叭管加答兒之診斷。且云治癒之後。喇叭管之機能。順次恢復。全無障礙。則聞者莫不驚異。又唯喇叭管疼痛。而能決定其喇叭管炎之早期診斷。雖有價值。然余不贊成。因多數醫士。於雙合診之際。尙難精密觸知其各生殖器。而不能明知其關係故也。於肥滿之婦人及腹壁強韌之婦人。行雙診甚難。若於麻醉之下行之。則不能決定其機官之銳敏如何。

罹喇叭管疾患。不特起月經障礙。且播殖作用。亦受其影響。凡喇叭管炎症。其因病菌之上行。而起喇叭管炎也。必先惹起子宮內膜炎。若病毒自喇叭管腹腔口竄入。或自子宮周圍之淋巴管進入。則喇叭管疾患。亦爲生殖機能。月經及受胎作用之障礙。月經困難。月經過多。及子宮出血等。均因喇叭管腔之鬱積而起。其結果遂陷於不妊。即幸而妊娠。亦常陷於常習性流產。如產一兒後。不再妊娠。即所謂一子後不妊症者。全爲喇叭管炎症之結果。此於第一產褥所得之淋毒性或敗血性喇叭管炎。障礙將來之妊娠也。淋疾實爲不妊症之主原因。克洛氏證明古諾酷肯於子宮暴露內能發育後。遂確定其爲主原因。而以上行性進入。逞其侵蝕。至侵及子宮頸部。其作用更爲強盛。產褥之諸敗血症。其結果極險惡。惹起骨盤腹膜炎。且於喇叭管起喇叭管周圍炎。

性閉塞。并起喇叭管水腫。

觸診時。於子宮之兩側。觸知腫瘍。實為特有之事。淋毒性敗血性及結核性喇叭管炎。均侵及兩側之喇叭管。縱不同時侵及。而前後相繼。蒙其侵蝕。又或於喇叭管之子宮開口部。起結節狀肥厚。即所謂結節性喇叭管峽部炎也。因其多起於兩側。故可下確診。

只以診斷之目的。而自臆部或腹腔。向甚大之囊腔。行穿刺。或行滲出液之吸出法。頗為危險。決非適當之法。

經過及豫後 喇叭管炎症中。最易起之淋疾性或敗血性喇叭管炎。苟壁管不起變化及癒着。則可期全治。且於輸卵管之機能。毫無障礙。然反是壁管起變化及癒着。其可期全治與否。不易決定。若無解剖的變化。且於喇叭管粘膜無機能的分泌障礙之加答兒性喇叭管炎。自他覺的確定之。甚為困難。又古諾酷肯及連鎖菌等之有毒性病菌。果能因喇叭管之反應。而全然撲滅與否。尚不易知。此因喇叭管之分泌物。能直接採取之。不過偶然之事也。然不行細菌的檢查。而下喇叭管加答兒之診斷。甚不得當。不過想像而已。即喇叭管再健全。而直決定其為此傳染之實際經過。亦不合理。

喇叭管初被侵蝕。局部既起變化之時。往往起膿之持續性瀦溜。繼以管腔之閉塞及喇叭管之癒着。至此而欲期其自然治癒。即喇叭管腔之通行及喇叭管之起移動性。殆不可能。凡曾臨解體之人。或屢施手術之人。殆皆發見其與周圍臟器癒着。欲剝離此癒着。往往遇種種之困難。若用顯微鏡檢查之。則見喇叭管壁及粘膜。被其侵蝕甚深。且破壞而呈顯著之變化。知此種狀態之人。於實際起炎症時。決不能想像其能全治。

余由實驗而知淋毒性喇叭管內膜炎。亦如結核性喇叭管炎。決不能期其自然治癒。余曾遇一幼年婦人。結婚後感染淋疾。其後因淋毒性喇叭管炎及喇叭管膿腫。而受婦人科醫之治療。且講溫泉療法等種種方法。殆及十年以上。卒未奏效。遂行手術而治療之。蓋若喇叭管之內部。既起炎症。且有膿之分泌。則其結果可知已。因骨盤腹膜炎。而腔口閉塞。喇叭管充滿膿汁。於骨盤起癒着。粘膜消失。且既消失者。決不能補足之。敗血性喇叭管內膜炎性浸潤。其結果亦不佳。良產褥疾患。則常有連鎖菌。於骨盤結締織中。逞其侵蝕。滲漏之液。經時而漸次消失。遂得完全治癒者。因組織未破壞故也。然炎症若起於喇叭管粘膜之表面。或其內部。則較限局於骨盤結締織之淋巴管

者。更爲惡性。如懼卵巢內膜炎性膿瘍者然。凡化膿之臟器。其治癒均甚困難。結核性喇叭管炎症之爲惡性。且爲頑固之疾患。人人知之。僅有一例外者。爲海迦爾氏所實驗。其疾患一時靜止。

關於豫後而最宜注意者。爲固有之喇叭管炎。臨床上可證明之。若起癒着及填塞。則對於該疾患。固爲不良。而對於生命。則除敗血性及結核性病變之外。概非不良。喇叭管炎症。危及生命者頗少。除喇叭管及子宮淋疾之外。淋毒性惡液質。往往起廣泛性細胞組織內滲出液。骨盤臟器及周圍臟器之侵蝕等。此等下腹部諸疾患。能掩蔽局部的臟器疾患之危險。至一般蒙其危害。如上所述。其經過進行。而甚大之喇叭管膿腫囊。以瘻孔與腸管相交通時。豫後尤爲不良。由是常於腸管內起傳染。或因開通之腔內之腐敗等。其病態複雜。以致因種種合併症。危及生命。此於行穿刺後。或起損傷後。或於喇叭管腔施不熟練之手術後所見者也。此外結核性喇叭管炎存在之際。若腹腔內有結核性疾患。則對於患者之生命。甚須熟慮。

喇叭管炎之豫防法。當感受淋疾後未久。對於古諾酪肯上行。尙可防遏。則以防遏爲至當。依此見地。而一切子宮內（如子宮頸部）之手術。即以消息子應用腐蝕藥。子宮

內腔藥品注射及藥物洗滌等。皆易促細菌之上行。如此者。其夫對於淋疾發生。常起不良之結果。如交接一事。即能促進女性生殖器之炎症。使病勢益增進。此結婚者所當留意之事也。故治療夫之疾患。命女性生殖器安靜。以妨壓淋毒之增進。併防生殖器及喇叭管之破壞。與因此而起之不妊及一切重症相對抗。實爲必要之處置。

其他喇叭管疾患既存在之際。子宮內之手術的動作。例如挿入消息子。行搔爬法。子宮腔部切斷術。足令其狀態增惡。如於麻醉之下。以強力整復其固定之子宮後屈。尤爲危險。若喇叭管呈變化。同時腹膜炎亦存在。則因此等手術的動作。起局處性癒着之病竈破裂。瀦溜之膿汁漏出於腹腔內。此吾人所屢屢遭遇也。又於生殖器施手技之際。乍見若無何等傷害。然必仍見喇叭管疾患。即肥厚及癒着是也。健全之附屬器亦必因手術而致危險。此實因病毒菌已侵蝕臟器之故。敗血性細微體。能惹起喇叭管膿腫。觀此自明。故手術之際。總不免遭種種危險。

結核性喇叭管炎之豫防法。殆不可能。蓋此因與患畢丸結核之男子相交接而遭遇危險之故。結核性精液。能致危險。爲著明之事實。

依前述之經驗。可知注入於子宮腔內之液體。於喇叭管疾患。大有影響。故因豫防而

於子宮腔行腐蝕法。須慎重注意。雖一二瓦之液體。猶能通開大之子宮口。而侵入於喇叭管內。故使用液體之際。宜減少其壓力。以防止液之進入。最爲緊要。因液之侵入。而輕微之病症。往往惹起可恐之結果。時或因是致死。

喇叭管炎症之療法。視疾病侵蝕之程度而異。若起急劇之炎症症狀。則宜使臥床。避精神感動。嚴禁房事。彼廣汎之淋毒性腹膜炎。其可恐之症狀。亦能退散。而經過良好。故爾來於喇叭管之急性症狀。往往亦行姑息的療法。於生殖器官種種局處的療法。多甚危險。且對於喇叭管。無直接之效力。

若疾患至慢性之時期。則宜對於生殖器官（子宮等）施慢性炎症之療法。即溫坐浴、（列氏二十七至二十八度）熱性腔灌注（攝氏五十度）於下腹部行配理斯氏罨法等。夜間須行傾利設林及依比知阿爾腔填塞。加重療法。即以充滿霰彈之包囊。挿置腔內。同時高置骨盤。謹慎房事。數週間行溫泉療法。含鐵性泥浴等。用緩下劑而圖腸之誘導。並使新陳代謝旺盛。營養充分。整調便通。而避局部刺激。然若罹慢性炎症者。行以上之方法。尙不見特別之效果。而苦痛依然存在。則行溫泉療法。一年數次。可有良效。此時宜注意者。喇叭管炎之際。忌用曲累氏方法。施瑪衰奇。及用休爾氏方法。以

強力剝離周圍之瘻着。此等方法。雖不能斷定其必起不良之結果。然要之有分泌物存在。且有傳染力。則此等方法。有使其病勢更旺盛之虞。故宜十分注意。而徐徐行之。酌量喇叭管內所起之禁忌狀態。以防其危險。且行此等療法之際。宜準患者自己之疼痛感覺。以講其處置。此為治療上必要之件。若患者所感之疼痛。與其疼痛表情相等。則可以此為適切之指導。若施上述之姑息的療法。不能奏效。則不得已行手術的療法。為最後之手段。手術的療法者。切除疾患部之喇叭管。行根本的療法是也。又於何時期可施術。與種種療法中。以何者為適宜。皆難一定。現今弊習。頗傾於手術的療法。因是姑息的對症的療法等。全然忽過。然此乃吾人所當熟慮也。彼子宮筋腫等。雖不至危及生命。然亦需手術。喇叭管炎亦然。有時亦不免手術。若患者疼痛愈增。化膿益著。腸及膀胱起障礙。出血相續而起。則此際宜行手術無疑。抑除去變化之生殖器。使婦人樂新生涯。實為吾人之義務。然不免因是障礙受胎機能。又卵巢剔出。往往致機能衰弱。患者因手術除去一時之苦痛。雖覺快樂。然此係暫時而非永久。至喜悅之狀態忽去。一轉而為恐怖之境遇。於是醫士及患者。忘以前疼痛時之事。而知其剔出之誤。故術者對於此患者。當於施術之前。先將其結果說明。以免後日之種種誹謗。手

術之際。保全生殖機能。或遺殘與全身有關係之卵巢一部分。爲術者應守之義務。如此者。一以防機能衰弱。一以使有受胎之望也。

對於淋毒性喇叭管膿腫。而行姑息的手術。頗宜考究。因其病竈不克全除。而殆無效。患者於手術後。經暫時。忽起如前之苦痛。遂不得不行根本的手術。至是喇叭管子官卵巢。悉除去疾患部全部。惟卵巢不使其機能衰弱。故必遺殘其一部分。然化膿喇叭管。以腔式或開腹術切開之。終難望其侵蝕之治癒。故穿刺法及切開法。有時不可行。且以腔式或腹式。切除喇叭管及子宮。或單切除喇叭管。須視其症候及患者之狀態而行之。例如於年少婦人。以腔式而喪失全生殖器。不若用腹式而除去有疾病之喇叭管。於子宮底。設可通二指之孔口。開子宮體腔。縫合健康之卵巢。此不外使子宮保有生殖作用也。用此方法。患者雖屢覺愉快。然吾人所豫期之妊娠。仍未能達其目的。邁爾傾氏及斯克次氏。以同一目的。於喇叭管水腫。賞用喇叭管截除術。卽開閉塞之喇叭管。造成人工的喇叭管口是也。此方法須俟喇叭管周圍炎全治。除喇叭管腹口閉塞。喇叭管水腫之外。無他變化。乃可行之。喇叭管囊腫之內容。若爲膿性。則用喇叭管剔出法。往往因續發之腹膜炎。而患者致死。此爲甚可注目之要點。吾人屢遭遇之。

若手術後局部起炎症作用。則不能達其手術之目的。其症狀反比手術前增惡。人工的孔。再行閉塞。此際依法伊篤氏方法。探查其有生活機能之精蟲。最爲必要。吾人行喇叭管切開術。縫合卵巢於其開口之部分。共有數例。雖未嘗陷於不良之結果。然爾後卒未達妊娠之目的。

第十六章 喇叭管疾患（喇叭管妊娠、喇叭管新生物）

第一節 喇叭管妊娠（血腫）

受胎之卵子。於子宮體內。不能遂其發育。反潛匿於其外部。即於子宮外發育。則此婦人之繁殖機能。即被妨礙。因是陷於重患。

子宮外易妊娠之部位。爲喇叭管內之某部位。此部位在卵巢剪綵之部（以有氈毛之圓壩上皮包圍之者）與輸卵管於子宮開口之間。起所謂喇叭管妊娠。又偶有腹腔妊娠。乃因卵子附着於腹膜上而起。卵巢妊娠。則與喇叭管妊娠異。最爲罕見。俚由解剖的檢索。實驗其基於卵巢內之卵子受胎發育。由此觀之。輸卵管爲子宮外妊娠之好部位。吾人想起下記之事實。即能理解。蓋卵子因緝拉夫氏濾胞之破裂。忽自卵

巢排除。遂爲喇叭管之渦旋狀運動所促。求徑路於喇叭管。終達子宮。

當此時移行緩徐之卵。爲被覆喇叭管粘膜之氈毛上皮。促進其運動。又或爲喇叭管之蠕動性運動所助。其運動仍繼續。通過全程。需數日或一週之久。此際腔內保有之精蟲。因其固有之活潑運動。經子宮而急速送致於喇叭管內。於是兩者遂相會合。由此觀之。喇叭管可視爲生理的受胎之個處。然受胎之卵。沈着於喇叭管內。不歸着於固有之生育地者。必原因於生殖器之疾患或畸形等。故以之爲喇叭管妊娠之原因。其中最易起者。爲喇叭管粘膜之炎症。能使上皮被膜破壞。氈毛運動。受其影響。而全然中止。此變化。主爲上行性傳染之初期徵候。而淋疾爲其主動機。

自子宮侵入喇叭管之古諾酷肯。逞其作用。竄入於上皮中。俾陷於消散脫落。當疾患之初期。未因子宮粘膜之荒廢及腹腔口之癒着。以致不能受胎之前。往往爲喇叭管妊娠之機會。若喇叭管腹口及近接之周圍部分尙健全。則不問其浸潤作用之自喇叭管子宮端進行與否。而於子宮峽部。既施破壞的起工。雖粘膜上皮。失其顛動作用。然尙有受胎之望。

喇叭管妊娠。原因於喇叭管淋疾。觀以上所述。自能理解。然或有淋毒性喇叭管炎。既

將快癒。其破壞組織殆將復舊。而喇叭管內忽有附着之卵。如斯者。當如何理解耶。若組織復歸於健康狀態。則可期望受胎。而如前所述。氈毛上皮之作用。未全快復。決不能行受胎作用。余對於此點。有多少辯駁。而喇叭管淋疾之果全治與否。余頗疑之。且不特淋疾之古諾酷肯而已。其他傳染病如結核症。或敗血諸症。亦障礙喇叭管粘膜機能。此亦生喇叭管妊娠之機會者也。

若有喇叭管內膜炎及喇叭管周圍疾患之際。因周圍癒着或結締織索條及喇叭管屈曲等。而於喇叭管之內部閉塞其通路。則亦生喇叭管妊娠之機會。此時粘膜依然健康。精蟲得以固有之運動。經屈曲之徑路而至卵。故受胎作用尙行。又若喇叭管之內部有息肉狀腫瘍等。則亦起喇叭管妊娠。

用顯微鏡精細研究連續切片。可知喇叭管之側室形成。及終於盲囊狀之副喇叭管。爲受胎之卵之捕獲所。且可證卵之向喇叭管占居屈強之地位。

吾人據解剖上起障害之關係並生育學上之論點。欲知喇叭管妊娠如何而起之原因。固極困難。今試紹介一二假說。此假說不能下一定之斷案。然亦不可全廢棄也。昔配爾氏據多數之實驗。證明卵之管外移行。即右側喇叭管妊娠之際。於左側卵巢

發見黃體。氏之結論如次。即云若喇叭管蜿蜒曲折而甚長。則卵於此處受胎。更向固有之發育地移行。然其發育既止。此外尚有一說。謂受胎之卵。營其播殖作用。極爲銳敏。而自外胚板構成之營養芽層。帶溶解細胞之性質。且於卵與母體組織之接觸部位。其粘膜之表層上皮融解。因此作用。而卵潛居於粘膜之上皮下組織中。不能移行。其播殖作用。即於是始。

勿倫氏亦云喇叭管之長異常。及其蜿蜒曲折。爲起管外移行之原因。此狀態於胎生或嬰兒喇叭管見之。然原因於此等發育上之障礙者甚少。蓋依手術例之經驗。多與喇叭管炎性或子宮周圍炎性變化相伴。且多數喇叭管妊娠。於經產婦見之故也。曲別肯婦人科教室中。有婦人科患者。約五千人。其子宮外妊娠之七十一例之內。六十一例。以前營子宮內妊娠。僅十例爲未產婦。又其中十一例。爲只一回之經產婦。他五十例。爲數回之經產婦。且此數回之經產婦。其前回受胎期與次回受胎期之間。有數年之間歇。蓋因此期間受胎作用困難之故。且妨害受胎卵進行之變化。亦能使精蟲及卵之相遇困難。故喇叭管及其附屬器之疾患。往往爲喇叭管妊娠之原因。附着於喇叭管之卵。絕滅甚速。然亦有過妊娠之第三個月者。甚或至妊娠之末期。余

經驗之七十一例中。六十八例。在妊娠月數一至三個月之間。二例至六個月。一例至十個月。如斯喇叭管妊娠之多。早期絕滅。因喇叭管粘膜之解剖的構造。與子宮粘膜之構造不同。而卵之發育上必要之脫落膜之作用。極薄弱故也。若於子宮。則沈着於粘膜之卵。自粘膜之結締織發生。爲富於細胞及血管之脫落膜組織所圍繞。此細胞及血管。能促進卵之粘着及營養。并使其發生迅速。且能持續於喇叭管則反是。如斯包括及增生之結締織原素甚少。故障礙其發育明甚。又卵於喇叭管上皮之下層。潛伏於粘膜之結締織中。其結締織層亦極菲薄。而卵於喇叭管皺襞之基底。處處與筋層接觸。筋層助卵之發育。較結締織爲少。因卵及其排出物而分裂。且至崩壞。如斯而生之極菲薄之卵囊或卵膜。發生至數週後。因成長之卵之壓力而破裂。或爲增殖之卵塊所蠶食。且菲薄之喇叭管壁。因卵膜蠶食母體之組織。而其組織破壞。遂因潰裂而惹起喇叭管破裂。彼於喇叭管妊娠論之發達上有大功績之惠爾氏曰。卵於喇叭管內。不特有臥狀。且不能有墳墓。蓋卵於喇叭管內。無熟生之機能。死滅後即排出於管腔外故也。

從來因鬼胎構成(或不然)之喇叭管。流產及喇叭管壁之破裂。單以經過之狀態區

別之。且以爲喇叭管妊娠之轉歸有種種。然現今以爲誤說。宿營於喇叭管之卵之運命。因其皮膜之破裂。而卽死滅。偶有漸次生育者。亦爲罕有之例。

因外傷而喇叭管壁破裂者甚少。古說以爲破裂之原因。全屬謬誤。反是喇叭管破裂甚多。然往往不克證明（所謂潛伏性破裂）此破裂因卵構成上。其破裂的影響及於周圍而生。喇叭管粘膜及喇叭管壁。不適於卵之發育。故粘膜及壁破壞。卵卽死滅。

依以上解剖的變化觀之。可知卵愈生育。卽愈接近於滅亡之期。通例受胎後。經二三個月。卵囊破壞而出血。胎兒因之死亡。且不獨胎兒死亡而已。母體亦陷於危險之狀態。每有於短時間內出血而致死者。卽不然。亦因胎兒流產。起後血腫構成。而惹起重症之持續性疾患。若起管外胎囊破裂。則喇叭管壁與腹膜外被共破裂。血液受開口之絨毛間血室及卵破裂之影響。而母體之大血管亦破裂。奔流而排出於腹腔內。時或有極健康之婦人。猝遇以上之災害。頃刻間因出血而致死。施開腹術視之。則腹腔爲不凝固之血液所充。且於妊娠之喇叭管。發見有極小之破裂。血液卽由是射出。通常卵之翻轉脫落膜。其抵抗力比喇叭管壁微弱。故喇叭管壁破裂之前。已起管內胎囊破裂。血液由是自絨毛間血室流溢於喇叭管腔內及卵膜間。此時之出血。不若

喇叭管壁破裂時之甚。然喇叭管之內部血液凝固而造成一血腫。所謂喇叭管鬼胎。即喇叭管胎囊血腫是也。而卵遂變態爲鬼胎。

卵之成分不能以肉眼測知之。但知其包埋於喇叭管之血塊中而已。若既經時日。則精密施顯微鏡檢查。可檢索得脈絡膜絨毛之變性者。以發見疾患之性質。法伊篤氏以喇叭管腹腔口之哆開與否。區別喇叭管血腫之因喇叭管妊娠而起與否。其因喇叭管妊娠而起者哆開。不然則否。

血液之瀦溜於喇叭管內也。或限局於一部分。然普通患者。大抵出血過度。通喇叭管之全部而奔流。一部向子宮流出。自喇叭管腹腔端（開口於腹腔者）向低壓之方向（即腹腔內）流出者尤多。又有血液充滿全腹腔內者。或自喇叭管流出之血。其速度急激。絕不凝固。故血液不限局於一部分。最多數者。血液徐徐自喇叭管湧出。時或停止於喇叭管剪綵之周圍。留拳大之血塊。喇叭管腹口。浸淫於此內。以形成所謂喇叭管周圍血腫。然流出之血液。每集積於腹膜腔之深部（即獨穉拉斯氏腔）因是動搖性之骨盤內臟器。被其壓迫。而其初期雖爲血狀凝塊。至後則失水分而凝固。呈硬纖維狀物質。以形成所謂子宮後血腫。若獨穉拉斯氏腔。因骨盤腹膜炎性癒着而荒廢。

血液便越獨巒拉斯氏腔。而羣簇於其上。漸次流入膀胱子宮腔內。於此處及子宮廣韌帶之前葉。形成血腫。此際卵自喇叭管排出。或全部破壞。或一部分尙保其餘命。

余行手術之五十四例中。有三十四例（即六十三%）爲內胎囊破裂（喇叭管流產）兼喇叭管鬼胎及血腫。又十八例（即二十三、三%）爲內胎囊破裂外。兼喇叭管胎囊血腫（喇叭管流產）而無血腫存在。外胎囊破裂（喇叭管破裂）則僅有二例（即三、七%）自阿蓄甫氏以潛伏性破裂爲正當。以後吾人對於此益加注意。破裂發見之數日增。然其在壁內之傷口。不易發見。僅可就標本精密檢查而知之。由是可知其外傷口之如何微小。

若卵自滅而起所謂喇叭管流產。則雖已完全形成血腫。往往潰敗喇叭管壁。或起破裂。且不特起內胎囊破裂而已。併起外胎囊破裂。精密觀察此等關係。不獨臨床上有價值而已。治療上亦甚有價值。

關於此作用之症候學。有種種其區別不能於正確之主義之下斷定之。祇可視其症狀之變化。依階級區別之而已。即症候因其發生及原因而異。凡有生殖機能之婦人。余實驗之七十一例中。患者年齡最幼者爲二十歲。最長者爲四十歲。其月經或一次

閉止。或數次接續閉止。患者自疑爲妊娠。或確認爲妊娠。至妊娠初期之徵候著明。爲症候之第一要件。

卵生育無異常之時。患者以爲子宮內妊娠。就子宮外妊娠。無何等之感覺。然若一朝起外胎囊破裂（喇叭管破裂）或內破裂。因是而起出血。則往往釀意外之危害。患者俄然變色。呈貧血。遂至人事不省。顏色蒼白。脈搏微弱如絲。呼吸困難。危及生命。而其出血於醫士之臨床前。既有許多損失。余於既診察之婦人。手術上之一切準備既整。將行手術之際。嘗目見患者突起劇甚之腹腔內出血。數分後即殞命。患者遇如斯之炎症襲擊。其血壓沉降。而竄入於裂傷中之組織殘塊。如脈絡膜絨毛等。能使出血減少。至全閉塞。其結果能使病勢停止。而奔流於腹腔內之血液。瀦溜於深部。一部分凝固。一部分呈液狀。注流於腸管間。雖不別起分解。然往往起甚劇烈之疼痛。如上所述。其經過爲急性。恰如疾風。呈危險之症候者之外。有起所謂喇叭管流產之症候者。徵諸最近之學說。多因內胎囊破裂而起。患者自身無何等之障害。亦無何等之他覺的症狀。故亦不需醫士之治療。可待其自然就痊。如斯者。卵尚幼。而其發育僅數日。變爲卵囊血腫。構成喇叭管鬼胎。故流出於腹腔內之血液甚少。頗難觸知。只月經稍蒙其

障礙。婦人自身對於此等事絕無感觸。經過良好。遂免重患。

卵死滅於喇叭管內。形成甚大之腫瘍時。腹腔內無血液集積。即不成血腫。無確起喇叭管鬼胎之症候者。往往有之。余行手術之十八例中。其症候無可特記者。患者經短時（或稍久）後。仰醫師之救助。始決定腫瘍之全摘出。此時病的型態。有子宮出血之不規則。持續及顯著等。或月經閉止一次。婦人自感知妊娠。爾後妊娠二三個月之頃。無特別之苦痛。或以出血來潮為前驅。因是患婦自己產婆及醫師。皆先想像其為子宮內容物之流產。此際有子宮脫落膜。即近似於卵之塊片之排出物。連續出血不止。流血之度愈高。藥品愈不奏效。反增加出血之度。永續一週間。次第起下腹部及薦痛。患者遂自覺其為病的。又起腹膜間質血液滲漏。血腫。及腹膜外。韌帶內血腫等。其症候著明。而有多少差異。然貧血狀態。大抵強盛。終至人事不省。滲漏之血液。瀰蔓於全骨盤。進而達於腹腔。因是血液損失。為疾患構成之主。且因其滲出血液。而使機官壓迫及變位。此出血作用。能使疾患全轉為急性。或瀕於危險之劇烈症候。停止。而疾患反轉為慢性。又時或見子宮之脫落膜排出。或以劇烈之陣痛而起生殖器出血。其量無定。或多或少。而皆持續數日。漏出暗黑色水狀性血液。每至週餘。故病型全起於

卵之破裂。而復起喇叭管出血。至卵死滅後。因子宮脫落膜之剝離排除。而起子宮出血。其腔出血也。果僅子宮爲出血之源泉耶。或喇叭管亦出血。其血液向子宮而流出耶。甚難決定。意必爲兩者相混合耳。凡胎囊之破裂也。卵自滅。而胎芽失其生活力。然此例甚稀。亦有胎芽尙繼續發育。至妊娠末期。而營續發性腹腔妊娠者。

胎囊破裂後。即行手術之例甚少。大抵經過數週而後行之。僅數週生活之胎芽。既於此期間崩壞。故手術後已不獲睹。卵固着於喇叭管中。益以凝血被包之。變化爲鬼胎。遂於其場所被吸收。亦有全部或一部分。排出於腹腔內者。間質性妊娠時。進入於子宮內。而排出於外方者。亦偶有之。

若卵已全破壞。或發育之機能停止。而變化爲鬼胎。則卵附着部之出血。漸次停止。而促滲漏血塊及卵之吸收。可望治癒。然其治癒之時期。視吸收物之大小而異。最普通者爲月餘。

故吾人別喇叭管妊娠之經過爲三期。第一期爲卵附着而發育之時。絕無病的現象。第二期爲內外胎囊破裂之時期。實爲發育之最末期。而此爲疾病之初期。即所謂致死的時期也。第三期爲治癒期。即卵之產出物及血塊。再吸收盡之時期也。

診斷 於疾患初起之時期定之。則有差異。然此診斷。尚非甚困難者。

既住症於診斷上甚有價值。如月經之閉止。尤爲診斷之主眼。僅有一二症例。妊娠一個月後。卵之發育既止。然多見月經期日之變動。若妊娠月數一個月至二個月之喇叭管妊娠。胎兒之發育上。未受障礙。即所謂第一期。則頗難診斷。

婦人於此第一期。尚無需醫士治療之症候。吾人即下雙合的診察。而於喇叭管。尚不能觸知柔軟之腫脹。妊娠之徵候。至受胎作用既行。即頗顯著。子宮柔軟。其大與妊娠後第二至第三個月適合。然觸診時。尚不能發見卵附着在子宮外之根據。至卵既破裂。轉瞬能危及生命。即所謂第二期。則最需醫師之保護及診斷的技術。若急劇起強烈之出血。如外胎囊破裂。即從來以爲破裂之腹腔妊娠而處置者。則有極顯著之症候。診斷頗易。月經閉止。即患者自己。亦有是否妊娠之疑。往往有腹部不覺疼痛。而急激緊張。腹壁膨大。呈出血症狀。而起貧血。然於外部不見出血者。腹部緊滿。其局處有遊離之血液滲漏。以前呈櫻色之婦人。少時忽變爲蒼白。人事不省。至不能觸知其脈搏。如斯者。醫士可依患婦侍者之談話而診定之。又內胎囊破裂之際。其症候亦極急激。診察之前。已可想像其疾患之性質。若經過緩徐發生甚慢之際。決不至誤下診斷。

若卵變爲胎囊血腫及鬼胎。而殘留於喇叭管中。則卽帶硬性。占位於子宮之近傍。其間有索條連續。可觸知動搖性腫瘍。若有子宮後血腫。則觸診手頭。得觸知後膻穹窿部平坦。或有突出之腫瘍。殆充填壓迫膻穹窿部者。其硬度視滲漏血液新舊之時日。而有柔軟、柔硬、硬靱之差。有時與卵巢囊腫或纖維腫等之癒着者相異。而後血腫無明確之腫瘍輪廓。祇充滿骨盤後半部。全不動搖。惟舊囊狀血腫。則有腫瘍輪廓。且微有動搖。子宮腔部偏在於前上方。往往越恥骨縫際。而占居高位。觸診及發見俱難。子宮體在腫瘍之前壁。稍傾於側方。

此後血腫之現象。常見者。爲子宮脫落膜之排除。該膜之排出。與多量之生殖器出血及陣痛狀疼痛相伴而來。若全排出。則現有三尖端之子宮腔鑄型。可知其與三開口相當之部。有時用顯微鏡精密檢查。則其疑團自然冰解。

熱度常不上昇。此可與一般炎症相鑑別者。然至滲漏血液腐敗。體溫亦隨之昇騰。又起胎囊破裂之第二期永續。而有持續性出血。通例有屬於第三期之卵之排出。或形成鬼胎而靜止。至不再出血。尙保持第二期之狀態。至末期則有內胎囊破裂。呈危險之症狀。遂不特內出血而已。且外出血亦起。有猝然致死者。如此之症狀。雖不常見。然

吾人亦偶見之。治療方法之得當與否。最爲其原因。甚宜注意。故於各時期施適當之治療。爲吾人最當顧慮之點。欲知其療法。雖有一定之根據。然非全然確實者。若自第一期來襲以來。歷時甚久。不再來襲。疼痛靜止。自膈口流出之血。變爲帶褐黑色。毫不鮮明。則可知血塊縮小。赴一定之硬度。此時可想像其已達於第三期。故從其疾患之屬何時期。可先定其豫後。次講其療法。

喇叭管妊娠之豫後。大抵不良。若內出血則其危險益甚。然依統計。喇叭管流產之種類之八至十例中。僅有一例。見喇叭管破裂。至以喇叭管流產之病型而經過之例。危及生命者甚少。而婦人既陷於重態之疾患。欲待其自然治愈。有需數週或月餘者。余實驗之七十一例中。死亡者五例。其死亡率恰爲七%。

治療法 因附着於喇叭管之卵之發育及死滅而起之作用如何。近時之見解。及多數臨床的手術之經驗等。已甚明瞭。故治療上之法則。亦可確定。

今自生活之卵（即胎兒）之發育。至其胎兒死滅之時期（即出血期）及出血靜止後。血液及卵物質之吸收之第三期。順次就其治療法解說之如下。

若吾人發見喇叭管妊娠之未破裂者。則欲其全癒頗難。用手術除去該腫瘍。實爲可

收其效之最良方法。若卵占居於喇叭管內部。則除去喇叭管。爲最易之手術。決不危及生命。故此際以行手術爲得策。第一期之手術。視爲喇叭管妊娠之豫防的方法可也。其必行此手術之原理。既如前述。然則通電流於生活胎兒。或注射莫兒比涅。使之死滅。以除去卵之發育。及因發育而破裂之危險。雖爲可用之方法。然理論上宜避之。卵之死滅。先危及母體。欲救治之頗難。故於第一期除去之。最爲必要。

第二期之療法。視症狀之輕重而有差異。若外胎囊破裂（即喇叭管破裂）宜即切開腹腔。除去破裂之喇叭管。此處置苟早。則其手術必有效。但此法有二法式。一自上方通腹壁而進。即用開腹術。遮斷出血之源泉。一自臍進。即用前或後臍腹腔切開術。而摘出喇叭管。

又內胎囊破裂。亦有急劇之來襲。故有時亦必行手術治療之。如此者。無臨床上之區別。療法之選擇。只視症狀之如何。不關於解剖上之差異。故手術之際。有種種之危險。據古來之經驗。內胎囊破裂。常呈喇叭管流產之型像。故無急迫之症候。亦無遽危及生命者。故不必即斷行手術。依一般之定說。施待期的療法。即自然的療法可矣。此際宜監視患者之狀態。於卵之死滅之初期。宜注意。若如斯而尙起可恐怖之狀態。則即

須爲手術之準備。又吾人知鬼胎形成之際。或喇叭管流產之際。常續起喇叭管破裂。但余於七十一例中。實見上述之事。僅一次而已。

若患者幸無事。而經過第二期。則雖有死滅已久之卵及多量之血液滲漏存在。吾人可放任之。待其自然治癒。不施手術的療法。亦能恢復生殖器機能。俾患婦能再受孕。然此適應症頗不易定。非監視患者甚久。不能定其適當之時期。據吾人之實驗。有絕對的不需手術者。亦有早期即需手術者。有待一定時後方需手術者。此等視各人之狀態。甚難決定者也。然依自然的療法。於形成之腫瘍塊。不施根本的手術。實非得當。又即爲手術之適應症。亦不可不顧慮社界的各個人之生活狀態。例如自己之勞動。於一家之生計上有影響之婦人。與其行自然的療法。不若以手術摘出之。經二三週後。即可就職業。總之從醫士之推定及患者之狀態觀察之。若喇叭管流產與後血腫形成相伴。即於次之適應症之下。行手術的療法可也。

一 血腫大而於膀胱及腸管呈壓迫症狀之時。

二 因血腫內容物之分解而發熱之時。

三 內部及外部出血之時。

四 吸收力少而疾患無變化。經數週或月餘。有顯著之疼痛發作之時。

五 因周圍之事情。患者不欲行自然的療法之時。

以上記載之規定。決非有絕對的之價值。故必隨時期之變遷。而變更其規定。期待的療法。只避外部之刺戟。而放任其病的浸潤。故以促其治癒爲目的。不過爲對症的普通保護。例如卵剝離時有出血。則必長時臥床。安心靜養明甚。此因避一切外傷及劇烈之動作。減血壓之昇騰。以豫防其更出血故也。初期宜講者。爲貼冰囊於腹部。次行韋理斯氏之罨法。最後用溫湯罨法。溫坐浴及局部電氣光浴。圖滲出物之吸收。自外部塗布沃度。及腔內填塞。依比知阿爾偃利設林等。可吸收滲液。且可除去疼痛。至瑪賽奇子宮內膜搔爬術及子宮內藥液注入等。凡對於子宮出血所用之方法。此際均宜避之。因此手段。不特不能達其目的。反足爲障礙故也。其他若麥角、愛爾各丁、或喜獨拉斯企斯等之內服藥。亦不可用。因此等藥品。有催進陣痛之作用。能促喇叭管收縮。至復起內出血故也。要之或行根本的手術。或全然不用手術。而行期待的療法。依此理。而不分解之血腫。以腔式切開之。不免危險。反是除去將腐敗之血囊。則自腔行之。卽通後腔穹窿。施所謂後腔切開術而切開之。以排膿可也。

第二節 喇叭管之新生物

眞喇叭管新生物。與因炎性喇叭管腫瘍及喇叭管妊娠而起者相反。患此者少。實地上亦少趣味。

粘膜息肉或乳嘴腫於炎性喇叭管亦呈類似之變化。故欲確定其爲單獨發生者頗難。

喇叭管肉腫。余只見六例。其中五例自喇叭管粘膜發生。一例自喇叭管壁發生。

此際喇叭管膨大爲腸詰形。充填柔軟之髓狀物質。又有圓形細胞及紡錘狀細胞等。喇叭管癌腫爲原發性者。其發生實屬疑問。至現今始確知其存在。層猗爾氏謂此等爲乳嘴性癌腫而發生。續發性喇叭管癌腫。則起於子宮及卵巢癌之時。

肉腫及癌腫之際。喇叭管變化爲移動性之腫瘍。此腫瘍爲長圓柱狀。其腔間爲癌腫性贅生物所充填。余於喇叭管癌腫之一例。曾實見其固有之漏出性喇叭管水腫。

據層猗爾氏之說。施手術愈早。則豫後愈佳。然再發及轉移等。於喇叭管癌腫亦見之。

喇叭管筋腫及纖維腫爲罕有之症。余實驗之一二例。該腫瘍大如榛實或胡桃。富令
哥氏曾施手術於一極大之喇叭管纖維腫。其內容物已腐敗者。
喇叭管腺腫性筋腫及囊腫性腺腫爲累克令氏所報告。卽於子宮自沃路氏體發生
之類臟器腫瘍是也。又有於剪綵發生之囊腫性纖維筋腫爲層爾爾氏所報告。此新
生物頗大。以莖蒂與剪綵相連。呈囊狀。且有硬固粘液腫狀之形態。
喇叭管囊腫最易知者爲莫爾迦氏胞囊。該胞囊之近傍有同樣之小囊腫。此等別無
病的意味。

第十七章 卵巢之疾患(畸形、變位、血行障礙、營養異常及炎

症)

第一節 畸形

卵巢之缺損及先天性矮小。卵巢爲生殖器中最重要之機官。若全缺損。則於他生
殖器必有關係。而子宮及膾之發育不全。尤爲卵巢缺損之結果。

若半側卵巢缺損則同側生殖器之發育不全往往僅留其痕跡。

若卵巢存在而其發育不全則子宮之發育亦蒙其障礙若半側卵巢形成不全則常起單角子宮。

間有卵巢缺如而他生殖器完全者此其缺損爲後天的。
過剩卵巢與多數胚胎腺配列尙屬可疑各個體有二個以上卵巢殆必基因於下記之動機即因卵巢之莖蒂捻轉腫瘍構成及腹膜炎性癒着而生分離遂分割爲二個以上也。

第二節 變位

卵巢以韌帶與子宮連結故子宮轉換其地位則卵巢之位置亦因之移動毫無疑義。若懸舉卵巢之韌帶馳緩卵巢因之墜落於獨拮拉斯氏腔則可行雙合診於子宮之後方（即後膈穹窿部）直接認知之（卵巢下垂）卵巢於此位置受器械的刺戟頗甚（例如交接）故甚疼痛重以不攝生則被牽引之韌帶更起鬱積症狀其結果起充血陷於慢性炎症機官因之增大患者之病苦益盛療法參照慢性卵巢炎條下。

尚有變位而爲卵巢。歇爾尼亞者。此多起於鼠蹊部。屬先天性。常與子宮之畸形合併。

第三節 血行障礙及脈管疾患

血液注入於骨盤臟器之度。漸赴旺盛。則不關於其狀態之如何。卵巢亦受其影響。起充血。次呈其作用。而其多量之血液。注入於卵巢也。多在子宮筋腫及惡性子宮疾患存在之時。與高度之水腫相伴。卵巢因之增大。約爲原形之十倍。

因喇叭管及附近腹膜之慢性刺戟症狀。卵巢往往起強充血。此時卵巢之組織。起實性出血及出血性破壞。往往有大如胡桃之出血竈。此卵巢之血腫。使下腹部起劇痛。時或須摘出罹患之卵巢。

卵巢起脈管疾患甚易。尤於動脈之管壁。起玻璃狀變性。此外於動脈又起亞的洛姆變質。

若此脈管疾患與骨軟化症合併。則須特別之注意。富令爾氏主張行全摘出。

第四節 肥大及萎縮

卵巢之肥大幼年者亦罹之。與成人無異。幼年者早期生殖發育則易起肥大。或幼時生殖器即成熟。有交接機能。遂促其妊娠作用。

至成人而始起肥大。則卵巢之機能與幼年者異。肥大性卵巢之容積增加。與間質組織之細胞多少。及成熟濾胞存在之多寡。頗有關係。

其原因。則吾人謂係胚胎腺營養供給之增加。及起卵巢炎之一切動機。

卵巢之萎縮。其生理的意義。為因老人期臟器退行而起者。萎縮性卵巢。為形小而堅硬。且呈白色之物體。其表面有無數之癍痕收縮。呈白色者。為白韜甚肥厚之部分。濾胞全缺。如間質組織甚厚。而呈硬結。處處變性。為玻璃狀。

萎縮之原因。雖歸於脈管疾患。然因腫瘍。而卵巢被骨盤壁壓迫之時。或因體質異常。及惡液性素質（例如肺癆。糖尿病。肥胖病。慢性中毒等）亦易起此。

第五節 炎症

定義 卵巢炎症（卵巢炎）之意味。非臨床上一般之炎症症狀。乃包含病理解剖上行障礙及其結果（水腫出血）之疾患之總稱也。該炎症或只因血行障礙。或以前

既有炎症存在與否。尙屬疑問。以兩者之症候相酷似。頗難決定。又血行障礙。往往爲炎症之前驅期。且爲其素因。據臨床上之見地。其間無確實之區別。就狹義言之。則卵巢炎之本體不外因卵巢組織之細胞體之傷害而起之變化。

原因 此等細胞體之傷害之原因。全歸於血行障礙。其來甚徐。而持續頗久。或急激而起。逞其襲擊。或再三持續攻擊。前者因心臟、腎臟、肺臟疾患等之血行障害而起。或因營養之局所障礙。卵巢及子宮之變位。近接臟器之壓迫。或發於卵巢周圍部位之腫瘍（筋腫癌腫）及於此等臟器之血行注加等而起。

又起一時性之血行障礙時。其障礙之顯著無論已。雖屢屢爲間歇性反復。然卵巢常起炎性的變化。卵巢者。其解剖的構造上。血管彎曲。纏繞如螺旋狀而馳走。故最起血壓之差異。因是受血壓之變化。易起炎症。此理之當然者也。彼月經及情慾亢進。皆因此構造而起。然此因生理的充血而起者。其傷害愈多。則終害細胞之營養。且滅却細胞的生活機能。其結果自近接臟器輸入之微體於卵巢組織中。因是構成有害之動作。其他如月經時懼感冒。房事過度及月經時之交接。亦屢起卵巢炎症。又於產褥或接續流產之時。與之關連而起卵巢炎。

病理解剖 據解剖的所見可大別卵巢炎症爲單純性(即非傳染性)及傳染性之
二種。

單純性卵巢炎者其解剖的所見及原因等與非傳染性腎臟炎無異吾人今區別之
爲實質性及間質性。

實質性卵巢炎者其炎症在卵巢之實質中即濾胞組織中是也。上皮細胞之原形質
內起變性。次濾胞上皮之細胞混濁腫脹且增大其內容物初爲蛋白後爲脂肪。濾胞
液次第不透明。卵子亦破壞。濾胞之內容物於一切症狀進行後被其吸收。間腔萎縮。
至相互之結締織壁起癒着。此單純性實質炎症。因急性傳染病而起。其原因殆係毒
素之作用。若爲傳染病基因之么微體。未至侵蝕卵巢。則上述之炎症。僅爲變性而已。
間質性卵巢炎者因卵巢之結締織性間質細胞增加而起。其後即起癥痕收縮。卵巢
之結締織外膜(即白鞘)其厚度尤增加。遂致硬化。此其特徵也。其結果普通之濾胞
內壓。遂不能使濾胞破裂。濾胞益生育。構成囊腫。卵巢增大。其內部遂含有多數集簇
之囊腫。

傳染性卵巢炎者因么微體之移植於卵巢表面及內面而起。其侵入最多之病菌體。

爲淋疾菌化膿性連鎖球菌及其他種種葡萄狀細菌大腸桿菌結核菌及忌酸素腐敗微菌又或爲鎗狀肺炎菌腸窒扶斯菌及放線菌等此等之微體之侵入於卵巢內也其經路有種種殆不能斷定

然此疾患多起上行性炎症故必爲自外部生殖器通過膈子宮及喇叭管而侵入於卵巢者其襲來之猛迅以淋毒性感染爲最化膿性及結核性炎症次之此兩者之侵入卵巢爲下行性

上行性炎症不得不以淋毒性炎症爲定型然其病原菌非順次侵膈子宮喇叭管卵巢者淋毒菌亦如化膿性細菌及結核菌等有通子宮壁之淋巴管侵子宮周圍結締組織經卵巢門而達於卵巢者

其他連鎖球菌及葡萄狀菌之上行性經路爲子宮及子宮周圍結締組織之靜脈於產褥則起血栓性靜脈炎性疾患以波及於卵巢

此外卵巢因腹腔或腸之原發性疾患而爲續發性蒙其侵蝕敗血性或結核性腹膜炎之際之微體進而附着於卵巢之表面順次侵入於卵巢內吾人常見盲腸炎之際大腸菌通蟲樣突起之壁侵入於與該突起癒着之卵巢內遂起炎症

因血行而循環之么微體（結核菌、瘰癧菌）爲血栓狀而竄入於卵巢內也。乃自然之結果。此際卵巢炎實可視爲一般疾患之局部的現象。此么微體之侵入於卵巢組織中也。依其經路之狀態。生理解剖上之變化。因是可分为三種。

一 浸潤性炎症 二 膿瘍性炎症 三 血栓性靜脈炎症

一 浸潤性炎症更可別爲廣汎性及局限性炎症之二種。

廣汎浸潤性卵巢炎者以卵巢間質組織之水腫狀肥厚及小細胞浸潤爲其特徵。濾胞殆常蒙此影響。同時起實質性炎症。既如前述。至局限浸潤性炎症。多於結核性見之。無論表面及內面均於其局限之部分見固有之結核。

二 膿瘍性卵巢炎者卵巢組織內有化膿竈。其病竈因侵蝕之程度而有大小。間質組織有融合如膿狀者（眞性潰瘍）或僅濾胞充滿膿狀物（濾胞性膿瘍或假性膿瘍）。

三 卵巢炎之血栓性靜脈炎症者其靜脈管起血栓。陷於膿性破壞。遂至構成血栓。

屢與卵巢炎併發者爲卵巢周圍炎。卵巢之表面初形成纖維性或膿性纖維之胼胝。卵巢因之與近接臟器癒合。此粘着後以蛛網狀或堅硬結締織性膜及索條密被卵

巢。故頗難探索。

臨床的症候 依前條所記者考之。卵巢炎決非發自自體。乃他生殖器疾患之結果。其他亦常與他疾患有關係。此一般學者所共認也。故其臨床的症候。無特異之主徵。無論其僅在卵巢自體。或與他近接臟器相合併。而其炎性症狀。均與近接臟器之炎症無異。

卵巢炎之症候中。卵巢痛。殆爲必發之症候。其疼痛起於自然。或起於用雙合診觸診卵巢之際。若卵巢疾患與喇叭管及腹膜疼痛共發。則其疼痛屬何種類。頗難確定。其疼痛或於骨盤之深部。起純然之灼熱性感覺。並發穿刺狀之疼痛。患者因激痛而起痙攣。此痙攣及陣痛性疼痛。雖發於卵巢炎。然同時有喇叭管疾患亦發之。

該症因身體之震動步行及下降等。而骨盤內感劇痛。又雖不甚疼痛之時。直立稍久。卽發劇痛。時或無固有之疼痛。而下腹部有充滿及壓迫的不快之症狀。又既罹患之卵巢。若與直腸癒着。則排便之際。特起疼痛。若與膀胱癒着。則利尿。困難。淋瀝及裏急後重。又若與被腸腰筋之腹膜薄板膠着。則相當之下肢起疼痛。疼痛甚則下肢於膝關節。成屈曲位。

除上述外，炎性的變化亦足妨礙卵巢之機能，明甚。即白韜肥厚之際，濾胞頗膨大，內壓亢進而起破裂，其結果遂起緩慢而不規則之排卵，故月經時，患側下腹部起劇烈而緊張性之疼痛，又慢性而萎縮之卵巢炎，起濾胞之萎縮，則卵巢之機能停止，其結果成不妊症。此不妊症於濾胞完全時，亦起卵巢癒着，遮害卵子達於喇叭管之道時亦然。

排卵障礙於月經有影響，即於疾病之急性及亞急性時期，屢屢起持續性出血，其間歇不規則，反是若炎性狀態永續，則月經不潮，月經時屢起疼痛，月經前有疼痛者尤多。然出血若順調，則疼痛便減少，時或於兩月經期間有疼痛，此所謂月經間痛也。其關係於卵巢炎無疑。

因疼痛頻來而普通症狀增劇，患者之外貌呈貧血，眼緣帶青色，營養障礙，日漸羸瘦，婦人自感知有疾患，氣力益衰，因是起神經衰弱症，遂呈輕度之歇斯的里症狀。

診斷 卵巢炎之臨床的症候不能歸一，診斷亦然，祇可行雙合診而測知之。此時診斷上有三要點，即卵巢之異常壓痛增大及癒着是也。

若行雙合診，得於手指間觸知卵巢，明與周圍組織相區劃，則欲知前述之異常壓痛。

不難。然通常健康之卵巢。診時亦必有壓痛隨之。殊宜顧慮。診定卵巢之大小。並不困難。因卵巢增大則容易觸知也。然若有抵抗之疑。則宜確實認定卵巢。故除抵抗部之外。尚須依位置及大小。檢其所觸之物體。果可認為卵巢與否。又若其抵抗部與子宮結合甚廣。則往往附肥厚之喇叭管及副卵巢囊腫等之診斷。頗近事理。此等關係。必詳細觸診爲要。

卵巢起炎性的腫脹。其大不越一定之度。至純粹之炎性的卵巢腫瘍。則充滿全骨盤腔。併有更增大而達於骨盤入口以上者。若觸診時。卵巢比手拳大。不別與喇叭管卵巢腫瘍相合併。則其增大屬腫瘍之初期無疑。但如此者。若知其以前有卵巢炎存在。則更確實。吾人若觸知兩側卵巢增大。則雖卵巢腫瘍。亦有存在兩側者。而據此見解。可稱之爲卵巢炎。

卵巢起炎性的變化。若起輕度之肥大。則其硬度與健全卵巢相似。通常硬固。而卵巢漸漸增大。則益帶囊腫狀之性質。此增大主因濾胞之擴張而起。用觸診驗其卵巢與近接臟器癒着與否。雖屬難事。然不可怠忽。宜先知其動搖性之如何。若癒着過甚。則不能動搖。若菲薄之蛛網狀癒着。起於腸及腹膜。則誘起苦痛。欲

由觸診知之頗難。又有癒着之度極密。不能區別卵巢及他臟器而施觸診者。或子宮在後屈之狀態。不能使復於正常位。或整復甚難。則可想見其卵巢之有癒着。

經過及豫後 單純之非傳染性卵巢炎。其經過視病原之性質而異。因慢性癆瘵性

全身病及血行障礙而起之卵巢炎。其豫後與他惡性病因之豫後相同。若一時的血行障礙。限局於生殖器。而卵巢實質全未破壞及萎縮。則解除其障礙。即克恢復卵巢之機能。

傳染性卵巢炎。多因淋毒性傳染而起。既如前述。此於生命無直接之危險。然同時喇叭管及腹膜。起炎性的變化。故害健康。而其間接之危險。及於生命。急性症狀。初以發熱及劇痛而起。用適當之療法。暫時消散。外觀上若治癒者。然究其實。則卵巢或卵巢之周圍。有古諾酷肯存在。往往俄然再逞炎性侵蝕。殊屬可恐。而依經驗。則古諾酷肯經過一二月後。其逞猛威之有力。發病性減少。又因感冒等之動機。而再發之。卵巢膿瘍中。么微體保有病毒。較喇叭管之膿囊中爲久。即古諾酷肯全數撲滅。往往尙有高度之慢性炎症現象存在。欲其全癒頗難。經數年後。果能恢復與否。尙屬疑問。如此則妨濾胞之成熟。起卵巢周圍癒着。且障礙卵巢之播殖機能。遂至不妊。婦人憂之。往往

訪醫士而質問有妊娠之希望否。此時欲定對於將來受胎機能之豫後。實爲婦人科學中最困難之事。然若確知其疾患之年月。則可視其經過之狀態。以定其豫後。苟侵蝕不已。臨床的現象頗著。而喇叭管腹腔口確實閉塞。則治癒之望甚少。若外觀上有以上之疑問。而受胎作用尙行。則其豫後不能卽定。若附屬器之疾患。已及年餘。屢受急性襲擊。終進於慢性時期。則雖其自覺症狀輕減。而妊娠之希望。亦極薄弱。縱於其急性時期。行有效之吸收療法。亦難奏效。其能奏效者。惟手術的療法。俾尙有生殖機能之卵巢。自被包周圍之癒着剝離。而喇叭管腔之通行。復得自由。

若卵巢炎因連鎖球菌或大腸菌而起。則其豫後概不良。不獨因卵巢炎危及生命而已。其炎性浸潤。遙及於腹膜上。使其豫後更不良。又其疾患雖限局於卵巢及其近接臟器。然卵巢膿瘍。往往破裂。致起重篤之合併症。

結核性卵巢炎之豫後。非必不良。然其高度者。則有不良之疑。若疾患限局於喇叭管及卵巢。爲原發性而起。則行卵巢及喇叭管全部之摘出術。可得全癒。然既被以腹膜結節。呈腹膜結核之固有型。併發被包性腹水等。則手術的療法。僅除去腹水。且行單純之腹腔切開。亦可望其治癒。但何故能治癒之理由。則尙未詳。其他卵巢結核之豫

後。宜注意遠隔之臟器。對於肺臟。尤宜注意。因其侵蝕之如何。與結核之豫後大有關係故也。

療法 (a) 急性卵巢炎。不問其爲傳染性非傳染性。其療法相同。皆宜行消炎療法。使患者守絕對的安靜。臥床至數週之久。嚴禁有害生殖器之刺戟物等。例如交接。須俟急性症候全消散後。乃可行之。若其病原爲淋毒性。則宜治療其夫之淋疾。庶婦人之疾患全癒後。不至更起傳染。

最宜注意者。爲整正便通。凡訴下腹部疼痛之患者。殆常有便秘之傾向。直腸內滯留糞塊甚久。其壓力直接及於炎性附屬器。間接障礙骨盤內之血行。若患者欲排除固結之糞塊。必有甚大之努責及疼痛。及於骨盤臟器。故最宜日日促其便通。每日所與之營養物。宜使爲粉塊狀。而排出於腸。下劑先用緩和灌腸劑。蓖麻子油。以清淨腸內。又用菓物梅汁茶劑等。以使其便通整正。蘆薈有刺戟性。故不可用。

若疾患輕度者。則如前所述。禁有害物。使炎衝自然消却。即可達治療之目的。其他用消炎法。亦可促進恢復。即初施最輕度之冷罨法。又用勿倫寸(地名)泉泥土之罨法。以有吸收作用。故亦頗有效。此外注意行腔內灌注。即初用溫水。次第增高其熱度。至

列氏三十八度以上至四十度而止。若疼痛稍輕減，則使行坐浴（在浴湯中約十分鐘，湯之溫度爲列氏二十七度，加入鹽三磅，不加入亦可）。此等方法能奏效，則最後用侃利設林填塞子。其方法，附絲於綿球，浸入侃利設林或十%依比知阿爾侃利設林，用乳色玻璃子宮鏡，插入於後膻穹窿部，放置約八點鐘。侃利設林作用於周圍之組織，有吸收其組織液之效力，故對於水樣性之白帶下，確能奏效。

若初期急性時期內，疼痛頗甚，顯出腹膜炎症狀，則投阿片劑最佳者，以直腸坐藥插入（處方，將阿片越幾斷〇、〇二五至〇、〇五及柯柯阿酪二、〇製爲坐藥，一日插入三次，每次約一點鐘）。局部鎮痛劑，阿片比莫兒比涅有效。若劇烈之疼痛發作，則於下腹部行局部瀉血法（用水蛭四條）。

(b)慢性卵巢炎者，劇烈之炎性症狀既減退，其疾患進於慢性時期，故必力促炎性殘物之吸收。此手段宜繼續行坐浴，膻內灌注，填塞療法，溫泉療法等。若因疼痛不止，夜間不得安眠，而繼續用阿片劑，則起常習性疾患，頗爲危險。故此際寧內服古堽乙涅。此對於生殖器疾患甚有效者也。（處方以燐酸古堽乙涅〇、九製爲三十丸，每日三次，每次一丸）子宮內療法，宜嚴禁，因頸管加答兒，月經過多，及子宮出血等，往往

與卵巢炎併發故也。搔爬無論已。即子宮腔之消息。子診尙且能使卵巢炎再發。頗宜注意。若喇叭管及附屬器尙肥厚。且感壓痛。則決不可行子宮內療法。

多數卵巢炎性疾患。經月餘後。雖施前述之治療。不能快癒。疼痛及不妊等。甚難除去。如此者。宜行麻醉的診察。講治療之方法。宜十分注意。此際卵巢既不增大。多爲癒着性卵巢周圍炎。此等於麻醉之下。行雙合的剝離。除去癒着甚易。

有時卵巢癒着於膻穹窿部甚堅。如此者。宜用槓桿百撒兒。防卵巢之下垂。以使疾患輕減。

手術的療法。非可應用於各種疾患。縱能成功之手術。關於治療。往往無何等之效驗。若怠此注意。徒從事手術。則患者雖若一時快癒。然往往再發。手術後不特疼痛不能減退。反至疼痛增劇。罹患之喇叭管及卵巢摘出後。雖能鎮靜卵巢痛。然淋疾球菌殘留如故。附着於卵巢切斷端。浸潤甚盛。疼痛不止。至更爲手術之適應症。

余嘗行姑息的手術。不能全芟除病竈。且終無效。至第二次則全行根本的手術。即除去子宮及其附屬器。能奏卓效。且疼痛全止。

兩側卵巢之摘出。若於少年之婦人行之。則起顯著之神經症狀。即所謂機能衰弱。是

也。故比較手術前與手術後之健康。每疑手術之恩惠及人甚少。要之吾人因卵巢炎而定手術之適應症。不可不非常注意。因其成績常有差異。即如上所述。尙屬疑問故也。又手術後果能全然快癒與否。鑑前述之狀態。亦不能決定。其手術的結果良好者。非化膿性卵巢炎。僅所謂卵巢周圍炎性癒着而已。此際剝離索條狀之結合。使卵巢與周圍癒着分離。則能除去疼痛。且能恢復固有之不妊症。若手術之際。見卵巢因囊腫狀擴張之濾胞而增大。則除去其小囊腫。即能除去緊張性疼痛。

此等卵巢之變化。於因他故而行開腹術之時。偶或見之。此際即行手術。甚爲便益。手術之方式。記載於卵巢摘出術條下。所宜注意者。僅有二途。一僅切開腹壁。而開口於腹腔。一自臍進入。而切開腹腔是也。

第十八章 卵巢之疾患（新生物）

病理解剖

概論

人體之臟器中。有構成腫瘍（例如囊腫）之素因者。莫如卵巢。其所以有此特性者。因其位置甚自由。且無拘束故也。即卵巢於小骨盤內。壓迫臟器於外側。能增大至某程度。而至腫瘍益生育。則不免居於狹隘。於是因其韌帶組織鬆粗。腫瘍遂得上昇。至達於卵巢內。則於廣闊之場處。日益增大。

卵巢之膨脹及縮小。為定期性之生理的機能。於廣闊之位置。得自由運動者。屬胚胎腺之自由範圍。故因其發育活動之如何。呈以上之狀態。又卵巢頗有囊腫狀新生物者。因其組織之產出力及增殖力旺盛。時或有過剩之構成力故也。然則卵巢之遊離地位。對於囊腫構成。常為極有力之素因的動機。

卵巢囊腫之大小。與分泌囊腫內容物之組織部。於一定之時期。停止其作用與否。或不特有產出（分泌）作用。且有增生作用與否。頗有關係。若最初僅起滯溜囊腫。其內壓增進。分泌之機能靜止。則其發育亦即停止。其他則因產出之物質。增生益盛。遂使囊腫構成益大。有時發育停止。不過為外部之狀態所束縛。而內部之作用。未嘗止也。故增生性囊腫與非增生性囊腫。甚難區別。今假定有單房性囊腫。其起原果自一濾胞與否。殊難確認。或又有增生方始之囊腫。如此者與小囊胞變性之區別。雖精密試

驗終覺困難。

據現今諸學者共認之說則非增生性囊腫自成熟（即破裂）之濾胞發生。

一 非增生性腫瘍

吾人先分別之爲濾胞囊腫及黃體囊腫之二種。

濾胞囊腫因成熟濾胞之內部有胞水集注而起。即因卵巢白韌之硬性或癒着被包。卵巢之上表以致妨害濾胞之正規破裂期。遂益增大。而其他濾胞則更達於成熟期。故卵巢腫脹。而有擴張爲囊胞狀之濾胞甚多。囊腫於卵巢之表面突起爲球狀。以菲薄而緊張之膜被之。其內含有透明而稀薄之水狀液。若其擴張作用日益強盛。則起一生存競爭。一濾胞較他濾胞爲優。而持續其發育。至超越他濾胞。則此濾胞益逞其發生。他濾胞遂即萎縮。

如斯肥大性濾胞之內面頗平滑。時或有菲薄之上皮層。可用顯微鏡窺知之。又此類中腫瘍不甚大者。往往尙含有健全之卵子。

囊腫性卵巢濾胞。與擴張爲囊腫狀之喇叭管癒着。若癒着部穿孔。則一部形成屬

於喇叭管之囊腫。一部形成屬於卵巢之囊腫（即所謂喇叭管卵巢囊腫）黃體囊腫。因黃體內部有漿液性液體集注而成。其壁較固有之濾胞性囊腫。尤為肥厚。又有路堆因細胞之帶黃顆粒層。故可與固有之濾胞性囊腫區別。

二 增生性腫瘍

局部解剖總論、莖蒂構成論

卵巢之大部。遊離而存在。即在於被覆胚種上皮之腹腔中。其小部分則以韌帶薄板。即所謂卵巢間膜覆之。故卵巢之大部。橫於腹膜內及韌帶外。其小部分在韌帶內。卵巢殆以莖蒂附着於子宮。若精查之。則此莖蒂。為喇叭管。卵巢韌帶及喇叭管膜韌帶。並稱為卵巢間膜之廣韌帶之部分所形成。發生於卵巢之腫瘍。其局部解剖的關係如下。有卵巢全部變為腫瘍者。此卵巢為腫瘍所侵蝕者也。其局部解剖的關係。與卵巢所呈者相同。腫瘍自由入於腹腔內。逞其發生。卵巢門之部位。必缺腹膜外被。如此之關係。於多數腺質性囊腫。屢屢見之。

若腫瘍於卵巢之附着部發育。則有韌帶內發育之傾向。此即於卵巢間膜之鬆疎結締織中生育。披開其兩葉。遂進入於廣韌帶內而壓排之。如斯之腫瘍。不特有結締織性壁。且爲骨盤內結締織之素成分所包括。依外觀的觀察。既與喇叭管有關係。且因富於血管。其腫瘍之表面。有可移動或剝離之包皮。故可知其爲韌帶內發育。又腫瘍在骨盤結締織內。侵蝕發育。遂及於輸卵管。披開喇叭管膜韌帶。因其發生。而近接臟器。起異常之緊張。故喇叭管被牽引。不外腫瘍與喇叭管密接之結果。喇叭管之腹腔部位。即剪綵漏斗部甚被牽引。其長至二十仙迷突或其以上。

時或因腫瘍之一部分。發育於韌帶內。而走腫瘍表面之胚種上皮與腹膜內皮之經界線。可得窺見。然完全爲韌帶內發育之卵巢囊腫。實爲罕有之症。其一部分在漿膜下（韌帶內）即爲毳毛上皮囊腫。

腫瘍在韌帶內之位置。因下之關係而異。

若後骨盤部腹膜內有大腫瘍發生。則壓迫其側之廣韌帶於前方。與之結合。若發生腫瘍之壓力。驅逐喇叭管於上方。自骨盤向上方提舉。則廣韌帶因之弛緩。而被其牽引。遂與腫瘍結合。至被覆腫瘍邊緣之大部分。又因其相互密接。而腫瘍與韌

帶後葉之間。往往起表在性癒着。此所謂假韌帶內。或韌帶後部發育之狀態。恰似真韌帶內發育。此際腫瘍之一部。在腹膜外被下。而喇叭管增其長。但此腹膜外被。非爲一薄板。乃爲不延長之完全韌帶所成。

各論

卵巢之增生性腫瘍。自卵巢之實質或其間質發生。因其發生之如何。可分別爲實質性及間質性新生物之二種。

第一節 實質性新生物（囊腫性腺腫、癌腫、皮狀囊腫及畸

形腫）

卵巢之實質。爲胚種上皮及其誘導物（即濾胞上皮及卵子）所構成。

上述之成分。於腫瘍構成上。爲母組織。吾人更分實質性新生物爲二種。一自上皮（胚種或濾胞上皮）發生者。稱爲上皮性腫瘍。一自卵子而發生者。稱爲卵性腫瘍。

第一 上皮性新生物

上皮性新生物。可自臨床上及組織上區別之。組織的者。與新生之細胞配列狀態有關係。若爲圓柱。上皮之配列狀態。填充成平面者。則起腺腫。而其填充狀態。從扁平。上皮之型式。若爲充實性。則稱爲癌腫。

吾人依此播殖原理。稱卵巢之上皮性新生物。爲腺腫及癌腫。若病勢進行。則腺腫有形成囊腫之傾向。故常記載爲腺腫性囊腫（囊腫）。

一 腺腫性囊腫

囊腫爲單層圓柱上皮所被覆。其各側悉閉塞。若其上皮增加。則對於新構成之細胞。須供給其增殖之餘地。故囊腫之壁突出。其突出於外方者。則及於周圍。其突出於內方者。則陷入腔內。卽生乳頭。其有發育於外方之傾向者。則稱爲外殖性。其發育於內方者。則稱爲內殖性。

如斯之外殖內殖。究如何而起。則與壓力之及於囊腫內部及周圍有關係。前者歸於間質內壓。後者歸於囊腫內容壓。

間質內壓。與起於間質內之細胞增殖及血管充血之度有關係。其他則關於其腫瘍

之位置。腫瘍之發育於韌帶內。較發育於腹腔內者。其間質內壓增進。因腫瘍在腹腔內。僅自腸及腹壁。受些少之壓力也。

囊腫內容壓。與第一囊腫之上皮細胞所分泌之漿液量有關係。若其滲出物之量。為中等度。則囊腫弛緩。若產出過多。則囊腫有彈性。而其囊腫內容壓。較間質內壓更大。

又囊腫內容壓。隨上皮細胞（覆囊腫者）之細胞增生。而或亢進。或減退。故細胞之增生盛。則囊腫之體積亦增加。囊腫內容壓。與分泌物。為正比例。與囊腫上皮之增殖。為逆比例。

由此觀之。腺腫之定型。若細胞分泌較細。胞增殖卓越。則外殖。反是。細胞增殖較細。胞分泌強盛。則起內殖之作用。

韌帶內發育之腫瘍。每起稍強之間質內壓。較腹膜內發育者。容易構成內殖。

分卵巢之囊腫性腺腫。為腺質性及乳嘴性定型之二種。此舊說今已不用。因各囊腫之發生。常有兩種發育定型故也。若以具外殖性定型者。為腺質性。具內殖性定型者。為乳嘴性。則僅自細胞機能之器械的結果立論而已。

若吾人斷定囊腫性腺腫中有腺質性及乳嘴性定型。則何以腺質性定型。多在有共通性狀之腫瘍羣中。乳嘴性定型。多在有其他特異點之腫瘍羣中耶。此兩種腫瘍。其發生若相異。然關於卵巢發生之智識極薄弱者。決不能區別之。吾人須從其性質。附腫瘍之區別及名稱。乳嘴性及腺質性定型。皆有共同性質。故以上之區別法。尙未得當。吾人從潑芬氏之方法。自囊液之化學的關係區別之。屬第一類者。即腺質性（外殖性）定型。含有帶假性麻輕之腺液。屬第二類者。即乳嘴性（內殖性）定型。含有漿液性囊腫內容。

依此定義。吾人分囊腫性腺腫。爲假性麻輕性及漿液性囊腫性腺腫之二種。

A 假性麻輕性囊腫性腺腫

此腫瘍爲卵巢腫瘍中最易起者。人體上之巨大腫瘍。盡屬此種。若放置之。則發育殊甚。其發育至死而止。其大達於百磅或百磅以上。

有囊腫性腺腫發育之素因之年齡。爲生殖機能尙完全之時。巨大之囊腫性卵巢腫瘍。多起於三十歲至五十歲之間。囊腫性腺腫發生之原因。今尙未明。惟未婚婦及未

產婦患此者頗多。肉眼的解剖所見。腫瘍最小者。如兒頭大。呈圓形。或橢圓形。表面平滑。僅隆起爲結節狀。有具彈力之囊腫性硬度。其大達一定度時。卽占居於骨盤內。在子宮之側方或後方。(在前方者少)以莖蒂(此莖蒂爲喇叭管。卵巢韌帶及廣韌帶所成)與子宮結合。至卵巢全部。爲腫瘍所充滿。絕無餘物。卽卵巢已全變化爲腫瘍。囊腫性腺腫。多在一側。而他側卵巢健康。時或僅起單純之卵巢炎。若切開此腫瘍。排出其內容物。則腫瘍全部。互相結合。爲大小種種之閉塞囊腫性腔洞。又往往有主囊腫。時或有多數主囊腫。同時併有副囊腫。互相接近。占主囊腫之位置。如斯囊腫之數無一定。或由多數囊腫成立。或由一個或二三囊胞成立。凡腫瘍皆爲結締織性皮膜所包裹。故此皮膜爲腫瘍之外界。其外面或有胚種上皮之痕跡。腫瘍壁之厚。有至一二糲者。

除上述外。尙有特異之腫瘍。具固有之膠狀性。內容物。壁極菲薄。此腫瘍屢破裂。而囊腫內容物。排出於腹腔內。起所謂腹膜假性粘液腫。

巨大之囊腫。爲無數小囊胞集合而成。吾人每見巨大囊腫之內壁。有扁平而隆起

狀之突隆。此爲以前存在之囊胞之隔壁。尙有馳行之血管可見。彼隆起狀突隆。多爲環狀。然其間或有深溝及爲囊狀。此以前存在之囊胞內腔之痕跡也。

腫瘍陳久且巨大者。其一囊腫往往包含他囊胞。而小囊胞遂爲大囊腫所包圍。故如斯之囊腫性腺腫。其解剖的構造。因其內容物之狀態而異。全無一定。或僅由一空洞成立。又或爲甚小之無數囊腫狀小胞。密接而成。至使人疑其非實性組織。(單房性多房性腫瘍)此等腫瘍之外形。通常有規則。呈卵圓形或球形。然亦有受囊腫之壓迫。其表面不規則。呈凸凹不整之形狀者。又有各腫瘍不密切融合。成一個大腫瘍。而弛緩相連結者。如斯者。形成瓣狀腫瘍。其間以莖蒂或索條橋。互相結合。不獨外形上有變狀而已。從內容物之性質亦足變囊腫性腺腫之性狀。

依生理的所見之大概。卵巢膠狀物。時或爲粘稠牽縷狀之物質。乍見若全部同質。或震盪之。僅顫動而已。以物體觸接之。卽能附着。且含有膠狀物質。可以小刀切斷之。又囊腫內容物。或爲薄液性。如煮沸之澱粉或蜜汁。然其稠度不若此等之濃厚。又有內容甚稀薄者。而其粘稠牽縷狀之性質常不失。

囊腫內容物之色。有種種。或混濁如乳。或帶黃色褐色綠色或赤色。因其腫瘍成分之

狀態不同。而內容物亦有別。小囊腫常含有濃厚粘稠而帶白色之液體。

卵巢膠狀質之理學的性質。亦有種種。醫化學上區分之。其數甚多。然其內容物皆含有假性麻輕。此潑芬氏精密實驗而知者也。

假性麻輕。係一種辯理酷洛第特。初與算入蛋白質中之美太爾怕明。具同一性質。而與麻輕相類似。故其假性麻輕之名。其硬度粘稠。含有窒素甚少。以酸類煮沸時。生還元性物質。然遇醋酸。則無變化。此與麻輕相異之點也。

假性麻輕之證明用下述之方法。

於試驗之物質中。加倍量之酒精。遂起沉澱。以酒精洗滌之。於紙間壓搾之。於其沉澱之一部。加十%鹽酸。用重湯煮沸半點鐘。後加沃富倫燐酸。冷卻後濾過之。將其濾過液。行託倫氏檢糖法。若此試驗得陽性成績。則假性麻輕。亦如麻輕呈還元作用。故須區別其為何物。欲達此之目的。則於試驗之物質中。加二分之一之水。三分之一容之一%萆達水。用冷卻裝置一二日後。再濾過之。於其濾液初加稀薄之醋酸。次第注加濃厚者。若無纖維狀沉澱。則為無麻輕之證。

卵巢囊腫之假性麻輕狀內容物。為囊腫上皮之分泌作用之產出物。

含有假性麻輕之囊腫。其性質頗良。故形成轉移竈者甚少。所謂膠狀性腫瘍。則屢起轉移。此膠狀腫瘍含有濃厚粘稠之內容物。壁極菲薄。有易於破壞之性質。故以手術除去之頗難。且起自然的破壞。故不特使腫瘍胎芽播種。有廣汎之機會。且膠狀物質之粘着性。能使沈降之上皮細胞。密着於腹膜。或因自然的破壞。而手術時。腫瘍內容物。流入於腹腔內。至後則含有膠狀物之腫瘍。有現出於腹膜之各處者。惠爾托氏對於此轉移或再發。下假性腹膜粘腫之名稱。此為原因於腹膜疾患之產出物。或因腫瘍細胞之移植而起。尙無定說。

顯微鏡的構造。含有假性麻輕之囊腫性腺腫。其構造的關係。用顯微鏡觀察之。先見有無數小囊胞。互相接近排列。呈實性組織之形。於鏡下檢查之。則見有大小形狀不同之腔洞。在於結締織間質內。

吾人常見分歧蜿蜒且膨起之管腔。其內腔延長。而一部為圓筒狀。一部為壺狀及紡錘狀。管腔多併行成長列而密接。其他則纏絡為結節狀。腔洞之間。通常只有狹隘且為一系列或少數細胞列所成之結締織隔壁。

此管腔內之上皮甚小。於未擴張為囊腫狀之管腔。可見其純粹之形態。上皮皆為單。

層。細胞如前所述。呈高圓柱狀。無氈毛。小囊腫內。上皮不爲直線配列。却爲叢狀或花
朶狀。突出於囊腫之腔內。如斯上皮萌芽之突出。爲鬱積之分泌物所致。於未甚膨大
之腺腔內。最爲著明。

由此觀之。可知囊腫性腺腫。亦皆有上皮內殖構成之傾向。此內殖構成。於假性麻輕
腫瘍。通常不起特別之膨脹。然分泌產出之甚多。實爲此腫瘍之所固有。因是內壓亢
進。妨止上皮贅成之膨起。

故假性麻輕性囊腫性腺腫之堅硬部位。鏡檢時見有類似乳嘴狀構成之部分。此爲
學者所承認。然實際上果如斯否。尙屬疑問。

假性麻輕性囊腫性腺腫之細胞增生。比其分泌更盛。則囊腔向其新生之細胞。不能
供給場處。於是間質內壓。勝於囊腫內容壓。上皮突出於內方。而形成真乳頭。如斯可
用肉眼觀察之乳頭性贅成時。或起於假性麻輕性囊腫性腺腫。與彼漿液性囊腫性
腺腫之乳頭性贅成比較。則前者之內容甚少。且無氈毛。上皮可得區別。

假性麻輕性囊腫性腺腫之發生。假性麻輕性囊腫性腺腫。自原始濾胞發生。此說
最可信。濾胞上皮之細胞。因卵之死滅。卽變化爲高圓壙上皮。同時濾胞之形狀。益不

規則。遂於近傍。生濾胞。上皮之管狀隆起。此隆起之生也。即於其中起分泌。然粘稠之分泌物。不能通過狹隘之腺管開口。而流入於主囊中。其結果起鬱滯及腺腔之壺狀膨起。其開口遂起癥痕狀閉塞。卒構成娘子囊腫而止。然其後不久。而娘子囊腫。更隆起於周圍。益反復同一作用。遂成無數囊腫。

B 漿液性囊腫性腺腫

屬於此種者。從懷爾氏之說。稱爲乳嘴性囊腫。或單稱爲乳嘴腫。乳嘴腫之名稱。乃指示此腫瘍之固有特點。可假定爲假性麻輕性囊腫性腺腫中起乳嘴狀贅生者。

此囊腫性腺腫之內容物。頗稀薄且透明。或溷濁而爲黃色或帶綠色。有含些少假性麻輕者。有全不含之者。漿液性囊腫性腺腫之特徵。爲囊腫上皮之有氈毛。上皮於假性麻輕性囊腫性腺腫所見起自上皮之分泌。此際不能見之。囊腫內容物之大部分。爲漏出性血液所成。上皮細胞分泌作用之微弱。前既述之。故因囊腫內壓微弱。起內殖發育。此囊腫性腺

腫。其乳嘴構成極旺盛。固自然之理。漿液性囊腫性腺腫。亦如假性麻輕性者。惹起內
殖構成囊腫。上皮隆起爲小形之房狀。或花束狀。次起結締織及血管增生。此作用益
增進。新生組織愈繁生。促多歧樹枝狀絨毛叢之發生。囊腫壁之大部或全面。遂悉爲
乳頭所占居。且叢生於全腔內。爲花椰菜狀。至填塞全囊腔。不特此也。此乳頭狀新生
物。往往穿孔於對側之囊腫壁。以達腫瘍之表面。或突出於附近之囊胞中。其穿孔最
易起。因乳嘴狀突出。起於對卵巢門之壁者最多也。

乳嘴狀物質。呈玻璃性帶黃色。或呈褐赤色。時或呈鮮紅色。其構造極柔軟。且鬆脆。其
形狀不一定。小者爲如粟粒大之贅物。與生於外皮之乳頭體之贅肉性贅生相類似。
大者起水腫狀腫脹。變爲玻璃狀。時或膨大似西穀米。間有一乳頭如胡桃大。或林擒
實大者。此甚膨大之乳頭。其主物質由水腫溶液成立。若穿刺之。則如囊胞而萎縮。由
此觀之。乳頭性囊腫。屬葡萄狀腫瘍中。腺質性之種類可知。

贅生之間質組織。小者有纖維性結締織。毛細管分歧配列。大者時或有眞粘液組織。
又有於新生乳頭生石灰膠着者。此石灰膠着。有如砂瘤塊之中心性成層。

乳嘴性囊腫性腺腫。尙有其他固有之性質。即與卵巢之癌腫及肉腫相並列。而有惡

性素因。

第一此種腫瘍。往往侵及兩側。殆常侵襲兩側卵巢。其起腫瘍之毒素。同時侵入兩側卵巢。故其疾患兩側爲同一程度。

囊腫性腺腫亦常有韌帶內發育之性質。其如何而起。頗難解說。囊腫之全部或其大部分。往往播殖於廣韌帶之兩葉間。故其莖蒂不完全。或全然缺如。

第三乳嘴性卵巢囊腫之固有性。常爲腹水生成之原因。其腹水通常遊離而滯溜於腹腔內。若其乳頭多數於腹腔內增生繁殖。則其量益增加。故吾人若確知腹水爲腫瘍之分泌物。則其爲乳嘴性囊腫無疑。

乳嘴腫有於腹膜上起轉移之性。狀吾人於子宮、腸管、網膜、骨盤及腹壁之漿膜外被。見無數乳頭性贅生。其贅生與原發性腫瘍有同一性質。

間有腫瘍胎芽。進入至橫隔膜通淋巴腔口而侵入於胸腔者。

據臨床上實驗。則用根本的手術。除去原發性腫瘍。即可使此轉移消散。由是觀之。轉移性乳嘴。於原發竈造成腫瘍胎芽之時。益赴旺盛。若不然。則其生活期甚短也。乳嘴性腫瘍與惡性新生物有密接之關係。前既述之。至癌腫性變性。亦爲此腫瘍所。

屢起。

又有無囊腫構成而於卵巢表面發生所謂表在乳頭腫者。但此爲罕見之例。其解說極不易。略可視爲續發性者。位於小囊胞內部之乳頭性贅生。往往穿孔。此吾人所常見也。

漿液性囊腫性腺腫之發生。依諸家之認證。謂係卵巢之胚種上皮形成腫瘍之母組織。

二 癌腫

原發性癌腫中有發育於以前無變化之卵巢之單純性特發癌腫及由卵巢腫瘍順次起癌腫性變性者之二種。

a 特發腫瘍

依肉眼的所見。此腫質爲固形。其硬度不甚堅牢。形態多不規則。腫瘍之表面。時或有深溝。呈分葉狀。又或表面上有凸隆之結節或隆起。其表面常光滑。

有一二腫瘍仍保卵巢之原形。其與卵巢門相當之部分有呈臍狀之凹陷。

此種瘍之一部或全部有起韌帶內發育者。然不皆如此。

若橫斷。癭腫則見其全部同質。呈茶褐色。精查之。則見其帶灰白色。往往有水腫狀結締織之配列。小者如豌豆大。大者如雞卵大。柔軟如髓或如腦。其切斷面有隆起之病竈。含有癭腫固有之物質。腫瘍大者。其切斷面有種種複雜之關係。因腫瘍之營養不良而起脂肪性崩壞。遂成軟化囊腫。有頗增大者。有小病竈互相融合。形成一腫瘍塊者。軟化囊腫之內容物。因溷濁帶黃色或血液成分之混合。而呈褐色乳粥狀。軟化囊腫之壁。常壞裂而不規則。隨軟化而崩壞。以容易剝離之組織塊被覆之。組織割斷面之狀態。因新舊之出血而不正。呈斑點。即新血竈。呈暗赤色。舊血竈則帶赭褐或橙。色。病變竈區劃甚明。凡現柔軟如腦物質之部分。與腦出血之所見相類似。又穿腫瘍之結締織皮囊。起癭腫物質之破裂。則其腫瘍露出。即於腹膜起腫瘍胎芽之散芽。

癭腫於顯微鏡上。先現腺瘤之構造。吾人嘗見類似腺管之管腔。其上皮之一部。尚屬單層。一部反是。既數層相連結而疊積。各腺管為上皮細胞所充實。呈甚大之胞巢。此

胞巢以結締織性隔壁互相隔離。

如此之癌腫。其上皮索條增生。結締織隔壁消失。漸次失胞巢狀構造。鏡檢時其構成與肉腫區別甚難。(汎性癌腫)

此等癌腫之細胞。屢起固有之壞疽作用。鏡檢時。見細胞核呈盆狀。密接於細胞邊緣。細胞之原形質全透明。細胞全部一般膨大。

b 卵巢腫瘍之癌腫狀變性

良性卵巢腫瘍。亦起癌腫狀變性。然起癌腫狀變性之素因。視卵巢腫瘍之種類而異。漿液性囊腫性腺腫。固有之乳嘴腫等。最易變性為癌腫。假性麻輕性及皮狀腫瘍。亦有起此變性者。

若乳頭性囊腫性腺腫。起癌腫性變性。則惡性部分。往往帶髓狀性。可以肉眼認知之。乳頭之外觀上。似屬良性。然下橫斷的觀察。則為同質。而有帶黃白色之性。自切斷面。流出組織滲出液甚多。又在腫瘍中之乳頭性贅生。往往悉起癌腫性變性。然多呈玻璃狀透明之外觀。用顯微鏡觀察之。亦可知其為良性質。

有時癌腫狀變性甚增進。其根底之乳頭狀構造。殆無從鑑識。然只於其附近或卵巢。見乳頭狀贅生。故可斷定其自乳頭性起癌腫性胞巢。

若良性之乳嘴腫。於腹膜上起乳頭性轉移。則終起癌腫狀變性。此變化至原腫瘍除去後。尚能起之。即原腫瘍未蒙惡性變化。而除去後。亦能起此變化。惟若起單純腺腫性贅生。則其乳頭性轉移。自然消散。

顯微鏡的所見。癌腫狀變性之初期。可由上皮之重疊而鑑識之。此際細胞失圓球形。而為多形。

至末期。則乳頭性腺腫性之性質。漸次消散。上皮贅成益盛。腺腔變而形成癌腫性胞巢。

假性麻。輕性囊腫性腺腫。起癌腫變性者較少。以肉眼觀之。見多房性腫瘍之中央。殆有一部分。以其髓狀性之性質。為癌腫性構成。

然吾人。往往有誤解之處。不可不注意。即有小腺管。互相密接。用肉眼觀之。略過甚易。此充實粘稠之假性麻。輕粘液者也。如斯者。施顯微鏡的診斷。則可區別其真性質。用肉眼觀之。往往誤認其為癌腫性。唯其侵蝕之度進行。則下肉眼的診斷不難。且腫傷

之。大部漸次變爲柔軟如腦物質。或形成大囊腫腔。以厚數仙迷突之癌腫包皮圍繞之。

此種癌腫。顯微鏡上明呈胞巢構成。且有許多腺管。其腺腔尙存在。惟其上皮爲數層。核爲多形。

皮狀腫瘍之癌腫。狀變性。實驗上可區別之爲二種。卽扁平上皮癌及腺癌是也。真皮狀腫瘍。常爲角質癌。此癌自外胚板性腫瘍成分之扁平上皮發生。呈完全之表皮癌珠。

皮狀腫瘍之腺癌。多自卵巢殘塊之胚種或濾胞上皮發生。以狹義言之。則非屬皮狀囊腫之固有癌性變性。其構造上與前述之腺癌相等。

最後須一言者。卵巢癌腫之爲續發性。是也。如子宮體及胃之原發性癌之際。卵巢尤易爲其轉移之場所。

第二 卵性新生物

卵巢之卵性腫瘍。可區別之爲二種。此非自發生上區別之。乃自解剖上及臨床上區

別之。卽皮狀囊腫及畸形腫是也。

A 皮狀囊腫

卵巢之皮狀囊腫。依解剖的所見。可與身體上他部分之皮膚腫瘍同視。皮狀囊腫於任何年齡皆能發生。而發生於成熟之婦人者尤多。於初生兒或胎兒亦見之。

解剖的位置及蒂莖之關係。皮狀囊腫與囊腫性腺腫相似。然皮狀囊腫。韌帶內發育者甚少。又其位置無全在漿膜下者。以此可與囊腫性腺腫區別。其他卵巢之有生殖機能之遺殘物。有接近於腫瘍蒂莖者。

吾人屢見有皮狀囊腫之卵巢。併發生囊腫性腺腫。此囊腫性腺腫。多爲主要之腫瘍。皮狀囊腫。須俟精密診察後。始能發見。不過爲其副產物而已。

依肉眼的所見。皮狀囊腫。恰與囊性腫瘍相似。然其內容物與卵巢之囊性腫瘍全異。皮狀囊腫之內容物全部或一部。爲自真皮腺管分泌者。

皮狀囊腫。其表面滑澤。呈圓形者多。時或呈瓢狀。若與他囊腫性腺腫合併。則呈不正

形。

皮狀囊腫之硬度。隨溫度之高低而異。於通常體溫。其硬度純爲囊腫性。寒冷之際。殆如捏粉。此際有仍呈囊腫狀之硬度者。然見有固形物。通菲薄之壁。而浮游於液體中。若非囊腫性而爲固形性者。則切開之。可見其內容物。由脂肪成立。爲固形性塊片。如此者。以多數毛髮。形成毳毛。狀球塊。此毳毛球有浮游於混濁之褐色溶液中者。吾人或見囊腫之內部。含有意外之內容物。此內容物呈圓形。小者如豌豆大。大者如榛實大。其數甚多。浮游於混濁之溶液中。如此者。多由脂肪成立。此由脂肪成立且混毛髮之球塊。其大相同。若截斷此脂肪塊。則見有灰白色之脂肪被層。其中心因脂肪結晶而呈顆粒狀。

如此則起牛酪構成。且有難與脂肪混和之溶液存在。脂肪初形成乳劑。因身體之運動。遂成甚大之球塊。且因有液體存在。而失其融解性。

吾人若融離囊腫內面之脂肪。則於其內面發見有向囊腔隆起之個處。此個處有毛髮。有似皮膚之性狀。其他壁面常平滑。狀態與通常囊腫壁相同。固有之腫瘍實質。即所謂實質突起之部分。最爲緊要。此場處有毛髮。鑑別卵巢之皮

狀腫瘍及其他部分之皮狀囊腫。須精密診查之。前者由三胚胎葉發生。其配列之狀態與通常胚胎配列位相近。若切斷實質突起。則如前所述。由三胚胎葉成立之臟器。依下述之定型而配列。

其被毛部與頭皮相當。下部有神經性裝置。此神經性裝置為纖維性或軟骨性。或部分全為化骨之被囊所包圍。此可視為腦之代表的物質者也。此被囊之周圍為頭蓋骨之斷片。齒牙口腔之上皮部分及發育不全之內胚板遺殘物。有覆以圓壘上皮或氈毛。上皮之隆起及腔管。此明為呼吸器及腸管之原基。

頭皮中通常有皮膚之各種組織成分。表皮有數層。表面為角質上皮。尚有分泌皮脂之多數皮脂腺。又有管狀之蟠塊腺。且有毛髮。其毛髮為金褐色。赤色。黑色。或灰白色。毛髮持續生成。達於反對側之囊腫壁者不少。此不特刺摩囊壁。且於囊壁穿孔。現於腫瘍之表面者亦有之。如斯毛髮刺摩之個處。其周圍組織多被其刺擊。呈巨大細胞之集簇。發見於囊腫中之多數毛髮。枯死。不能與母地連絡。散在於囊腫內。

最奇異者。於實質突起上。往往發見齒牙。該齒為結締組織或骨所包擁。突出於囊腫腔內。或潛伏於組織內。其數不多於吾人生理的所有之數。然亦有較多者。在右側者。常

帶右側顎齒牙之性質。在左側者。帶左側顎齒牙之性質。此外或於皮狀囊腫中發見爪。且有形態與手指相似者。

中樞神經之元素。於皮狀囊腫中。為神經膠質組織。此神經膠質組織。多具澱粉體及脈絡膜絨毛。

自此種種發生之組織考之。則皮狀囊腫之成立。基因於卵子之假說。似頗真確。

B 畸形腫

卵巢之畸形腫。為皮狀囊腫之不整形變態。而畸形腫於皮狀囊腫之關係。與癌腫於囊腫性腺腫之關係相似。臨床上之意義。亦視為一種惡性新生物。皮狀囊腫之主物質。有囊腫內容性。為分泌物所成。畸形腫反是。為固形性。而細胞之作用。為增殖的。畸形腫為腫瘍中較少者。亦如皮狀囊腫。常起於妙齡之婦人。有善大者。其外觀為圓形。表面滑澤。而處處帶結節。有長蒂莖。時或有實質性卵巢殘塊。

若切斷之。而視其內部。則見有大小形態及硬度相異之無數不規則病竈。以結締組織互相分離。其間處處有不正形之囊腔散在。囊腔之壁。或滑澤。或壞敗。內部含有種種

相異之內容物。其發生或因腺腫之擴張。或因軟化作用。其他配列之不規則。與於皮狀囊腫所見。無大差異。故不須贅述。又畸形腫往往惹起眞甲狀腺構成。且不特配列之不規則。解剖的所見上。於上皮性成分見癌腫構成於結締織性成分見肉腫構成。其發生既於皮狀囊腫條詳述之。茲不再述。

第二節 間質性新生物

間質性新生物。可區別爲纖維腫。肉腫。內皮細胞腫。及外皮細胞肉腫之四種。

一 纖維腫

於卵巢之表面。時或見間質組織之一小部。起限局性增生。此固勿論。至甚大之纖維腫。爲固形性成堅硬之腫瘍。其表面光滑。稍呈凸凹。且亦如他固形性卵巢腫瘍。常起腹水。凡甚大之纖維腫。皆由卵巢之結締織成分發生。故全卵巢起廣泛性增大。其腫瘍維持卵巢之原形。卵巢門等呈臍形狀。

視切斷面。則腫瘍殆爲同質性。惟其纖維畧相互交叉馳走而已。切斷面之色。若不因

出血或充血而變態。則常呈灰白色。

吾人時或於堅固之纖維性組織中。見有柔軟性狀之部位。此爲結締織所成。起水腫狀。浸潤。或粘液性變性。

又或見有擴張之腺腔。軟化病竈或淋巴腺擴張等狀態之纖維腫。用顯微鏡檢之。見纖維腫爲乏細胞之一硬固組織。其纖維交互錯雜。

二 肉腫

卵巢之肉腫。於成人及幼年者目擊之。肉眼的所見。與纖維腫同。屬固形性腫瘍。多有長莖。其與卵巢門相當之部分。有臍狀之陷凹。

表面平滑。時或呈結節狀。硬度較纖維腫稍柔軟。然亦有硬性者。

切斷面。亦如纖維腫。呈纖維性配列。亦有呈同質性隨狀者。其性狀與癌腫相類似。出血及軟化囊腫。屢起於肉腫之際。其切斷面呈斑點狀。

依顯微鏡的所見。可區別爲紡錘形及圓形細胞肉腫之二種。

紡錘形細胞肉腫之細胞。呈紡錘狀而散在。其配列錯綜。不若纖維腫之整正。集簇於

一部分之處頗多。其他顯微鏡標本上此肉腫之核大小及染色不同。此為該腫固有之點。

圓形細胞肉腫之組織多為同質如髓。較紡錘狀肉腫稍柔軟。用顯微鏡觀之。見其細胞密接。互相壓迫。呈圓形或橢圓形。核之大小有種種。染色亦不同。

巨態細胞肉腫（即腫瘍構成上有多核性細胞者）起於卵巢者甚少。

卵巢之肉腫自卵巢之結締組織發其源。肉腫構成之前常先起纖維腫構成。純粹之肉腫構成與卵巢間質無甚關聯。故吾人目擊真正肉腫頗少。多與其他腫瘍相合併。即與纖維腫及癌腫合併者尤多。亦如通常腺腫性囊腫之壁起肉腫的變性。畸形腫亦然。

卵巢常為轉移性肉腫之占領地。其原發性病竈多為子宮。

三 外皮細胞肉腫及內皮細胞腫

外皮細胞肉腫及內皮細胞腫皆可算入肉腫中。但此兩腫其血管壁之成分為其構成之原基。故其顯微鏡的所見亦各呈固有之狀。

以上之腫瘍。於卵巢屢發見之。多起於少女之破瓜期。外皮細胞肉腫。自小血管（造成腫瘍之母組織者）之外皮發生。沿其血管之分佈。可見薔薇花環或眞珠紐狀之細胞連鎖。有時其軸有血管腔。內皮細胞腫。以血管或淋巴管之內皮爲其母組織。於精巧之標本。可明見狹小而軟弱之內皮細胞。變化爲巨大之肉腫細胞。

卵巢腫瘍之臨床的症候、經過及轉歸

罹卵巢腫瘍之患婦。於其初期。全無自覺的症候。往往至腫瘍增牛。壓迫及於小骨盤及其周圍臟器。然後知有疾病。患婦訴腹部。薦骨部。鈍痛。骨盤內有充滿之感。覺若腫瘍增大。出小骨盤。而達於大骨盤。則其疾病一時消散。然未幾即腹部膨滿。患婦自己能隔腹壁而觸知腫瘍。於是下腹部疼痛。膀胱及其他臟器。呈壓迫症狀。其後腫瘍益增大。則腹壁緊張。時或起水腫。又如妊婦。構成線條。臍窩消失。或失其凹陷。反至突出。橫隔膜因之上舉。遂起呼吸困難。甚至腹部皮膚乾燥。有破碎性。皮下靜脈擴張。可得透視。

腫瘍雖不甚爲惡性。亦起疼痛。不眠及食慾缺損等。且因腫瘍構成。而消費蛋白。終呈惡液質狀態。腫瘍漸增大。患婦益羸弱。顏容枯瘦（卵巢顏面）此際若無處置。而在再經日。則腫瘍益增大。其重量至超過自己之重量。腹部之緊張。因腹水而益增其度。腹水先起於惡性卵巢腫瘍及乳嘴腫之際。如前所述。腫瘍起。惡性變性者。常起腹水。故腹水爲不良之徵候。此際關於手術之適應症。甚宜注意。假性麻痺性囊腫之際。腹水之瀦溜極盛。

有時卵巢囊腫與乳房腫脹共起。且亦漏出一二滴之初乳。

罹卵巢腫瘍。則月經之關係。不能恰適於正常條規。雖月經作用。絕無障礙。而其經血增加。往往起不規則之出血。若兩側有惡性疾患。則月經不潮者多。

卵巢腫瘍之發育甚徐。腺腫性囊腫。出小骨盤而增大。殆需年餘。皮狀囊腫。其發育尤極緩慢。惡性腫瘍則反是。其發育迅速。可得確診。然常有在例外者。

發育而起持續的靜止或退化。於增生性腫瘍。實爲不可期待之事。即解剖上良性之腫瘍。無合併症。亦無他傳染性疾患。促進其頹壞。然患婦終不免陷於惡液質而死。

卵巢腫瘍之診斷

總論

卵巢腫瘍之診斷。若注意診察患者。則可由他覺的確定之。患婦既訴其自覺的症候。則決不可不行觸診。診斷之方法。視其腫瘍之大小而異。故分腫瘍為大中小三種。以決定診斷。

一 小卵巢腫瘍之診斷。凡小卵巢腫瘍。其大部分尚位於小骨盤內。僅露出其一部分於腹腔內。診斷此腫瘍。須用雙合診。診骨盤臟器。若有小囊腫狀卵巢腫瘍。則所見通常如下。即用手指插入腔內。可觸知子宮腔部。自正中線壓排於側方。以貼於外部之手與內診之手指診查之。可於指間。觸知呈圓形且區劃甚明之彈力囊腫性腫瘍。此際腫瘍充骨盤之半。未全與骨盤壁密着。子宮底之位置。僅在腫瘍之前方。占位於骨盤之半側。然觸診時。往往不能區別子宮及腫瘍。僅於上方子宮底下方頸部。觸知淺薄之凹陷部而已。其與子宮之間。稍有移動。如斯因子宮與腫瘍密接存在。而吾人往往不能觸知其莖蒂。

以上所述。為觸診上之所見。吾人所常遭遇者。因是可推知其為囊腫性卵巢腫瘍。

然腫瘍之位置與子宮之關係未必盡如上述。腫瘍或直接位於子宮之後側。子宮因之前進而屈伸。子宮膈部上舉。而位於恥骨縫際之後側。或直接與子宮密接。恰如腫瘍占位於韌帶內者。間或於子宮之前方。稍偏於側方。而發見腫瘍如斯者。於皮狀囊腫往往遭遇之。

若腫瘍之壁頗厚。且為稍大之腫瘍。而充實小骨盤。則其壁緊張。全乏囊腫狀硬度。類症鑑別。細小之卵巢腫瘍。往往誤診為筋腫炎性的附屬器疾患。及子宮後血腫。

(一) 卵巢腫瘍與筋腫之類症鑑別。先注意於腫瘍之硬度。卵巢腫瘍之硬度。如囊狀而柔軟。筋腫則頗硬固。筋腫時亦帶囊狀之性質。然細小者多無之。此外可區別之要點。為子宮與腫瘍之連結。卵巢腫瘍。僅以菲薄而難觸知之莖蒂。與子宮連結。筋腫則為硬性。有筋肉狀結合。又必知莖蒂之附着於子宮之狀態。若解剖上不發生卵巢莖蒂之子宮某部位。發生莖蒂。則可知其為筋腫。若觸知可疑之腫瘍。則沿其兩側。驗有不變化之兩卵巢。可觸知否。最後用消息子檢索方法。而行診斷。若子宮腔延長。則多為筋腫。

(二) 卵巢腫瘍與炎性的附屬器疾患之類症鑑別。先探究其既往症。因子宮附屬

器之炎性疾患。往往以腹膜炎性症候爲其前驅故也。此等之區別。施觸診後。易測知之。附屬器疾患。多有侵及兩側之傾向。卵巢之外。每侵及喇叭管。觸診時。沿其兩側。觸知其喇叭管漸次肥厚。且彎曲而移行於一腫瘍。凡子宮與附屬器腫瘍之結合。甚爲廣大。因介喇叭管。尤極著明。此腫瘍在其占位韌帶內。其周圍通常有多數蘊着。故較單純性卵巢腫瘍。移動甚微。因是附屬器腫瘍。觸診上不能如卵巢腫瘍。區劃甚明。

(三) 卵巢腫瘍與子宮後血腫之類症鑑別。此亦必先知其既往症。特血腫則既往症最爲特有。(喇叭管妊娠之破裂)後血腫觸診上可因其位置而知。因其在骨盤之後部。而使子宮壓縮於前上方。子宮腔部。在恥骨縫際之後方。位置稍高。其硬度。則血腫最初爲囊腫性。監視患者既久。可知其硬度之變化。血腫之某部分。其硬度仍保持囊腫性。他部分則呈硬結。終至縮小其全塊之容積。而全血腫皆硬固。最後當注意者。血腫常向上方腹腔。決不如卵巢腫瘍限局於一部分是也。

二 中等大卵巢腫瘍之診斷。凡中等大卵巢腫瘍。皆出小骨盤。而上舉於腹腔內。其最大者。如人頭大。腹部因腫瘍存在。而膨起成半球狀。外診時易觸知。其所見如下。即按診腹部。可知限局而有移動性之腫瘍。自恥骨縫際之上部。越臍部。而擴於上方。

原书缺页

原书缺页

走行其表面。卵巢囊腫則缺之。故兩者之區別自明。

腹壁纖維腫卽自腹壁發生之腫瘍。有時亦誤診爲卵巢腫瘍。類症鑑別之際。纖維腫之占位於上表爲鑑別上最有價值者。明此則不至誤診爲卵巢腫瘍。

三 巨大卵巢腫瘍之診斷。巨大之卵巢腫瘍卽其腫頂達於季肋部者。欲診斷之。須先行觸診。檢其爲局限性囊腫性腫瘍否。且打診音於腫瘍之部分呈濁音。於腰部呈鼓音否。必宜確定。若腹壁甚緊張。則其與子宮之莖蒂結合。常無由觸知。

類症鑑別 卵巢腫瘍中大者。按診腹壁之際。雖有囊腫狀之性質。然常宜注意。而檢其硬度是否因遊離液而起。故先視診腹部。豫察知其性質。腹水之際。非如卵巢腫瘍。腹部隆起爲凸狀。其隆起雖因腹水之多少而異。而其甚者。則腹壁於腰部爲財囊狀。下垂於兩側。又以觸診補助診斷。於腹水。則以一手貼腹部。可明見其波動。其波動比有十分緊滿之彈力性之卵巢腫瘍。更爲明確。遊離腹水。於周圍之任何處。皆無劃然之限界。欲區別之。必用打診。若腹水蓄積。則腸管浮游。婦人若仰臥。則於臍部之周圍。(最高位)打診上呈鼓音。且於腰部(最下部)因打診指直接在腹水之上。而發濁音。吾人若以打診板深壓迫臍部。則排除腸管於側方。故打診上呈濁音。反是婦人若側

臥。則腹水換其位置。向深處而流注。音現象即變化。而以腰部爲最高位。於該部打診時。打音甚明朗。自此部向下方臍部行打診。則於某部分有一音界差異之水平線。自此線以下。更呈濁音。

卵巢腫瘍則異是。不因患婦之位置。而變其音界。

間有腹水之際。於臍部附近。呈濁音者。此起於高度腹水之際。蓄積於腹腔之液甚多。腸管依其腸間膜根。而固定於後腹壁。腸間膜因之短縮。故腸管不能達於前腹壁。然此際若強壓打診板。排除腹水。使腹壁接近於腸管。則即發鼓音。其他惹起結核性腹膜炎之際。不特腹水無移動性。反因腹膜炎性愈着。而成被囊。其濁音界遂不等。

若留意於此等診斷的徵候。則可不必施診斷的穿刺。

間有腫瘍自腹膜後臟器發生者。其自脾臟發生。或自肝臟發生。尙未決定。

自腹膜後淋巴腺發生之肉腫。常壓排於腸管前方。故於其部分呈鼓音。

脾臟之腫脹。即因白血病及麻拉里亞而起者。可視其位置及形狀而鑑別之。其腫脹自腹部延長於左上方。至季肋下。而消滅。腫瘍之內緣。因觸知其肥大脾臟之圓形緣。

且觸知截痕。而可爲鑑別之助。

肝臟腫瘍與肝臟共腫脹。及於右季肋部。隨呼吸運動。而上下。留意於此點。可得鑑別。

b 卵巢腫瘍之診斷各論

吾人依臨床的診察。斷定卵巢腫瘍之存在。常不滿足。當進而決定其屬於解剖上如何之種類。以上記述之徵候。爲關於屢屢發生之假性麻輕性囊腫者。若除上述之徵候外。他無所見。且其硬度全爲囊腫性。則吾人稱之爲假性麻輕性腺腫性囊腫。可無躊躇。

皮狀囊腫。有二三固有之性質。然不甚顯著。或不能以之確定診斷。

皮狀囊腫。與其他卵巢囊腫相異。其發育徐緩。而其發生始於幼年期。多爲長莖。而有移動性。往往與他腫瘍相異。而在子宮之前面。若以人工自該位置壓排之。則易變更其位置。再至子宮之前方。其形狀特異。多呈瓢狀。

其固形部。於囊腫狀物質之中間。觸知實質突起。可爲診斷之助。

乳嘴性腫瘍。可據下述之徵候。而行診斷。即多起於兩側。營韌帶內發育。移動甚少。與

子宮起廣汎性癒着。早期即起腹水。觸診則於囊腫狀部分。認有柔軟而結節狀之塊。即爲乳頭。

卵巢癌腫之主診斷。當注意下記之點。即手術之際。於巨大腺腫性囊腫中。先發見癌腫性小病竈。呈癌腫之大病竈者。例如非因卵巢腫瘍起續發性癌腫狀變性。而現原發性之卵巢癌腫者。早期既呈特別之徵候。即起一般腫瘍之苦難。同時併發腹壁及下肢之水腫。並腹水。癌腫亦多起於兩側。故可沿子宮之兩側。觸知直接占位於膈穹窿部之結節狀腫塊。(此腫塊有堅硬不規則之表面)此往往與周圍起炎性的癒着。營韌帶內發生。故全不移動。或稍移動而已。轉移先起於獨辭拉斯氏腔。自膝部及直腸行觸診。可認知小結節。壓之則有雪球音之感。轉移既起於腹膜及網膜。其腹壁因腹水而緊張爲彈力性。則隔腹壁而行外診。可觸知腹內之結節狀塊。因腹水之蓄積過多。往往不能行雙合的診斷。如斯者。宜行穿刺法。使其腹腔空虛。以達診斷之目的。吾人欲達此目的。用大如鉛筆之托洛滑楷爾。行下記之方法可也。即先將腹壁消毒。沿白條。而以外科小刀。於臍部及恥骨縫際之中間。通真皮而切開約一仙迷突半。此防托洛滑楷爾之先端。爲真皮所障礙也。而垂直持托洛滑楷爾尖端。

於此小切開中。連續穿刺腹壁。徐入腹內。乃自套管牽出其先端。促液體之流出。自腹腔充分排除溶液後。去洞管。而於其小傷口。施一行或二行之縫合。液體排除後。腹腔全弛緩。恰如於麻醉之下行雙合診。於診斷頗便宜。

其他對於癌疾之一般徵候。卽惡液質及高齡等。於卵巢癌。無價值。因惡液質每起於良性卵巢腫瘍之際。而卵巢癌腫多起於幼年故也。破瓜期之處女。罹此者不少。卵巢之纖維腫及肉腫。其質皆硬固。有腎臟狀之形體。且與腹水共起。

卵巢腫瘍之合併症

卵巢腫瘍之合併症。最屢起者。爲該腫瘍之破裂。其囊壁非薄者。破裂尤易。因是不呈顯著之症候。其破綻囊腫之內溶液。漏出於腹腔內。全爲腹膜所吸收。破裂之個處。此際復閉塞。以囊腫內容物補足之。如斯之破裂。每因強力之雙合診或外傷等而起。

間有於臨床上。認知破裂者。此由內出血而知者也。血液滲漏。在囊腫內或腹腔內。其血塊皆自腫瘍壁之大血管破裂部而起。又囊腫內出血。因血管破裂之結果。囊腫內之壓力急速減退而起。因是囊腫壁之血管。充滿血液。遂致破裂。此出血後。往

往往呈貧血。陷於危險之狀態。

其他臨床上卵巢腫瘍之合併症。以莖蒂捻轉爲主。此捻轉多起於移動性之腫瘍。即起於有長莖且上舉於腹腔內之腫瘍者。發育於韌帶內。位於小骨盤內之腫瘍。起此者少。依臨床上之經驗。則皮狀囊腫。尤易起莖蒂捻轉。

使腫瘍軸旋轉之機會。患者之體動。爲其主要原因。而腹壓實爲其動機。如腸管之蠕動作用等。非有甚大之影響及之。

據曲斯托氏之說。發生於左側之腫瘍。其轉捩成右捻螺旋。發生於右側之腫瘍。其轉捩成左捻螺旋。換言之。則外轉動卽示其軸旋之方向者。若欲使軸旋復舊。須考其腫瘍迴轉於何方向。其方向卽與軸旋相反。

因軸旋而起之解剖上之結果。爲腫瘍內之鬱滯。症狀莖蒂之靜脈。因迴轉而被壓迫。然動脈之壁甚強。其血行尙不停止。故不特起腫瘍之水腫。且位於捻轉部末梢之莖蒂。亦呈水腫。喇叭管往往膨脹。如拇指頭大。腫瘍因漿液性滲漏之旺盛。而增加其內容。起彈性增大。此不特起通常之水腫狀鬱積而已。并起出血。其出血不特在囊腔內。且及於囊壁組織內。囊壁因其漏出之血色素。而呈帶黑藍赤色。囊腫內容物呈褐色。

或純血色。若以如此之狀態進行。則害腫瘍之營養。其上皮細胞消滅。遂起癒着性腹膜炎。腫瘍因是與腸管網膜及腹壁癒着。此癒着爲廣汎性。微生物體因是由腸通囊壁而侵入。使腫瘍膿敗。此吾人所屢見也。

間有因軸旋而於捻轉部分起蒂莖萎縮之腫瘍。此腫瘍全分離而遊離存在於腹腔內。

莖蒂捻轉之臨床的症候。先起腹膜炎。卽急劇起腹部之疼痛。膨滿及鼓腸。此際若有卵巢腫瘍。則常疑其爲莖蒂捻轉。其症候極急烈。若發熱戰慄。高度之鼓腸嘔吐等。全身起顯著之障礙。則常視爲莖蒂捻轉之徵候。此危險之症候也。然無論施根本的手術與否。腹膜炎症消散。子宮與腫瘍之間。留廣汎性癒着而治癒者。往往有之。

卵巢腫瘍時或有化膿及膿敗等之合併症。此等爲莖蒂捻轉之結果。既如前述。然亦因其他機會而起。淋毒性及敗血性之骨盤腹膜炎及結核性者。往往直接或間接使卵巢腫瘍化膿。直接因單純性傳染。間接因與腸管癒着。而爲送致腸寄生蟲於腫瘍內之機會。此傳染之機會。於產褥尤爲顯著。

皮狀囊腫。爲一切卵巢囊腫中最易化膿者。因其內容物。含有脂肪甚多。爲么微體之

培養地。且皮狀囊腫之生成極緩徐。故傳染頗多也。又對於皮狀囊腫。尚有一種不明之固有特性。以促化膿之主動。

皮狀囊腫之毛髮如前所述。往往自其莖根之附着部貫通。反對之壁而生成。於是起腹膜炎。刺戟即異物性腹膜炎是也。其極至與腸管癒着。此癒着再使腸么微體遊走於腫瘍內。

卵巢腫瘍之化膿及膿敗之轉歸。通常穿孔於直腸、膻及膀胱內。通此等臟器。殘留瘻孔。化膿甚久。或穿孔於腹腔內。此於腹膜既構成肥厚之纖維性硬結而被囊腫瘍之時。往往見之。

卵巢腫瘍之療法

卵巢腫瘍之療法。必宜摘出。此於卵巢腫瘍之診斷。既確定後。急宜行之。然惡性腫瘍。既於周圍臟器起轉移。且起不動性癒着。則行手術的療法。不能達其目的。此外則不問其化膿或妊娠與否。均摘出之。惟月經時施術宜猶豫。

古來所通行者。爲以套管針自腹壁排出內容物之穿刺法。此法非特無效。且有害。

因腫瘍之內容液。即再充滿。且因穿刺而腫瘍與腹壁癒着。至不能行必要之根本的手術也。

卵巢腫瘍之摘出。(即卵巢切除術)有二途。一自腹壁進入。一自膻窩部進入。吾人或行甲法。或行乙法。欲解說此兩法之適應症。須先就兩法之手術的方法論述之。

一 腹式卵巢切除術

欲通腹壁行手術。須於前一日作準備。其準備爲入浴及排泄。(灌腸藥用蓖麻子油)手術之際。患者橫臥於臺上。剃去腹部及陰阜之毛髮。用石鹼及刷毛清洗之。次用酒精及昇汞水十分消毒。以殺菌布片。覆其腹部。(此布片有長三十至四十仙迷突。幅約十仙迷突之截口。能使手術面現出。上自肋骨弓。下至小腿。)

患婦之位。置體軀不宜水平。宜置其骨盤稍高。即所謂骨盤高位也。頭部占位於傾斜面上最佳。如斯骨盤高位。能使腸管沈降於肝臟下。容易摸索腫瘍之蒂莖。

由是於腹部之中。央線。通皮膚及脂肪組織而切開之。切開口之長短。視腫瘍之大小而異。若現出表在性筋膜。有血管自皮膚及脂肪迸出。則用止血鑷子。以止其血。其鑷

子數分時後可除去之。不須結紮。出血自然停止。由是於中央線切開筋膜。使直腹筋露出。探求此筋肉間之結締組織間隙。一部用銳刀。一部用手指分離之。則常現出腹膜。下脂肪組織。其肥厚有種種。再用鈍刀牽引此脂肪層。而披開之。則現出腹膜甚菲薄。其下之腹腔內臟器。可得透視。腫瘍大者。直接占位於體壁部腹膜下。若欲不損傷腸管。則用二個鑷子。鉤起菲薄腹膜之皺襞。於其鑷子間切開之。腹膜既開口。則須驗其切開口之周圍。與腸管癒着否。同時以手指當創口。於其指間。向上下切開腹膜。擴大其創口。此際膀胱高舉至前腹壁。故不至受傷。

從弗斯托氏之說。則橫切開腹壁。其切開在陰毛叢生部經界之稍下方。筋膜及腹膜。則於中央線切開之。或從配奈斯氏之式。沿橫徑切開之。此方法不易起癍痕。歇爾尼亞。且其陰毛部之切開口。暫時即無痕跡。

此時以助手之手。或以創口支持器。支持腹壁。檢查腹腔內。即探究局處解剖的關係。莖蒂與子宮結合。故探求甚易。吾人若發見莖蒂。則先確定其位置。然後沿腫瘍之全表面。將手插入。以驗其與周圍臟器癒着否。若此際遇寬弛如蛛網狀癒着。則決宜剝離。毫無出血。然若與腸管癒着。則須徐徐剝

離。因腸易破裂故也。若與網膜癒着。則剝離後出血與否。頗宜留意。其處置以消毒之布片。覆腸管之大部分。在腹腔之上半部。至自癒着部分離腫瘍。有時須自創口。行甚大之腹壁切開。提舉於腹腔外。若腫瘍過大。不克達以上之目的。則穿刺而排出其內容物。使之縮小。並豫防其流出液。流入於腹腔內。吾人不能知其腫瘍之內容物。果爲非傳染性耶。或爲有毒性耶。卽不然而流出濃厚液體。亦能使手術不潔。且腹腔內膠狀粘着性物質。排除甚難。此腫瘍內容物之殘留腹腔內。往往使豫後不良。因此殘留物。對於各種之微體。爲倔強之養園故也。

腫瘍若自腹腔牽出。則蒂莖緊張。幅員約數仙迷突。形狀爲膜狀橋。故可卽結紮。欲達此目的。須用貫強腸線之待斯氏針。沿蒂莖之上下緣穿通之。距邊緣約二仙迷。用結紮絲固結之。殘留於結絲間之蒂莖部分。有時須視其幅員。而施第三結紮或第四結紮。結紮絲宜接近於子宮置之。不可密接於結紮部而切斷。不然。則有滑脫之恐。若切斷面有大血管露出。則須個個施小結紮。

若腫瘍之一部或全部發育於韌帶內。則無蒂莖存在。此際自腫瘍之近接部分離腫瘍。宜行剝離。卽通腫瘍之腹膜起點。於露出之一局部。施淺薄之切開。而以手指徐徐

自漿膜下結締織剝離腫瘍摘出後。殘留多少間腔。往往出血。故各個均施結紮。以防禦之。有時該間腔須縫合。且被以腹膜而縫鎖之。

腫瘍摘出後。須注意於其反對側卵巢之狀態。該卵巢若罹患。則必宜接出。或切斷之。若原腫瘍爲惡性或乳頭性。則不問其如何情狀。縱肉眼上見其健康。亦宜與他側卵巢共切除之。

如斯之後。當再檢腹腔內一次。若出血。則防止之。若有凝血殘留。則拭去之。行止血法。須極正確。後出血之危險。直接因失血而起。且其殘留血液。爲手術時竄入之微體之培養地。無菌及防腐療法。實不可忽。然依現今之議論。雖之微體侵入於腹腔內。亦無甚大之危險。又播殖之微體之培養基。並不存在。手術時殘匿腹腔內之微體。常用腐蝕法滅除之。雖難望根本的艾除。然其之微體。並不存留多數。至足以侵入腹膜。但之微體。一旦在腹膜腔內。於腫瘍內容漏液及切除破片內。甚見增加。則起腹膜炎。由是失其血行。而殘留死滅於腹腔內之組織及結紮之組織先端。必陷於壞死。實爲可恐之事。若不能免此。則必超過此等。縫着腹膜之皺襞。於腹腔外處置。而排除之。囊腫之內容物。若爲膿性。而與腹腔接觸。則宜自後膈穹窿部。挿置排膿管。

如斯處置既終。則清潔創口之周圍。而去其污穢物。然後行腹壁縫合。其方法用腸線。以纏縫方法。縫合體壁部腹膜。其最後之結節。須自創口上角壓出。殘留腹腔內之空氣。然後行之。此時患婦復位。依然爲水平可也。

次行第二腹壁縫合。即筋膜縫合是也。此縫合極重要。且須特別之注意。因其縫合若不完全。則至晚年。不免起腹貌。僂。偻。故也。筋膜之兩緣。必須單獨縫合。此際以纏縫腸線縫合之。然不可用細絲。

筋膜縫合既終。復以乾燥之綿紗。清拭其脂肪層。然後廣縫合之。勿過緊張。最後行皮膚縫合。此際宜注意者。創口緣不可反轉於內方。因創緣有內反之傾向故也。

閉鎖手術創口後。以殺菌水清淨其周圍。而施繃帶。其繃帶依下記之主旨造之。即須防么微體自外部侵入。且使創面及其分泌物。容易乾燥。并須甚輕而保護創面者。

第一要件。若以消毒之壓定綿紗。被其創口。則其綿紗直接裝置於腹皮。即得達其目的。此閉塞能防遏么微體之竄入。且與培養基管之綿花栓塞無大異。故余以爲用貼古魯胃謨之綿紗。於閉塞之目的。實爲無用。第二要件。即乾燥創面。用以古魯胃謨密閉之繃帶。亦非得當。因引濕性之繃帶材料。不能使創口分泌及汗蒸散。其繃帶常濕。

潤至起分解故也。

繃帶綿紗用絆創膏固着於皮膚上。

余依此主義而行下記之方法。以施繃帶。即於創口撒布乾燥且收斂性之粉劑（蒼鉛、鹽基性沒食子酸蒼鉛、或機攝羅仿謨）然後以約十層之乾燥綿紗。被至創緣之周圍上下左右。約四仙迷突之處。以數條穿孔絆創膏貼附此綿紗。如屋瓦狀。而固定之。由是則患婦雖自臥床起立。綿紗決不自腹皮離脫。且吸收於綿紗內之分泌物。自穿孔絆創膏之孔口蒸發。此繃帶上復輕置亞麻布。以保護之。

手術後經十二日。除去第一繃帶。此際創口全乾燥。且見第一期癒合。

除去卵巢腫瘍之第二方法。爲用腔式自前後腔穹窿部開口腹腔之法。即所謂前後腔切開術是也。

此前後腔切開術之應用。各手術家之意向。至今未定。蓋開腹術之應用甚廣。用腔切開術。可得除去者。用開腹術。亦可得除去。且有不能行腔切開術者。即腔切開術。僅於特殊之腫瘍行之。而一切皆可行開腹術也。故可謂開腹術爲一般方式。腔切開術爲特別方法。

原书缺页

原书缺页

腹術。可得近視其手術局部。頗爲便利。

若子宮及腫瘍難摘出。則通常於獨巒拉斯氏腔起瘻着。此際須用後腔切開術。以剝離其瘻着。吾人因此目的。而切開後腔穹窿部。更進而切開腹膜。自其開口部插入一指或二指。以剝離其瘻着。若其瘻着爲廣汎性。且與腸管瘻着。則閉塞腔創口而行開腹術。

副卵巢囊腫

卵巢之新生物外。更附記副卵巢之新生物如下。

遺殘性副卵巢。位於廣韌帶之兩葉間。因上皮之分泌作用過度。其腺管起囊腫狀腫脹。此副卵巢囊腫。時或增大。至有如人頭大者。此囊腫與副卵巢之位置相當。於廣韌帶之兩腹膜薄板間。發育於其結締織內。故該腫於其周圍自囊腫壁剝離甚易。且含有多數血管之漿膜性外被。至囊腫甚大。則喇叭管直接與腫壁接觸。其長遂增進。其中剪綵端。時或伸展數仙迷突。卵巢剪綵。圍繞腫瘍之周圍。爲莖狀。全達於與其構成無關之卵巢。依解剖的意義。則韌帶內囊腫。不問於其有無莖蒂。而往往有移動性。

附着於子宮。自子宮除去之亦甚易。其與子宮之結合帶亦往往捻轉。副卵巢囊腫殆全爲單房性。其囊壁有三層。外層爲廣韌帶之結締織及腹膜所成。內部之二層爲固有之腫瘍壁。其外皮呈波狀。爲乏細胞之結締織所成。內皮由上皮層成立。

囊腫內面之上皮有氈毛緣。同一囊腫時或有低骰子狀細胞。又時或有高圓柱狀細胞。然上皮細胞無增生性之傾向。因此際核分裂之現象極少也。時或有配列爲花朵狀之小上皮束。此示其場處有贅生機能存在也。

又囊腫腔內起小乳頭狀之結締織肥厚。其囊壁遂隆起。其他囊壁之內面頗平滑。切開腫瘍而露出之皺襞及溝腔。不過爲組成囊壁之結締織之彈力性萎縮之結果。副卵巢囊腫之內容物稀薄透明。其比重甚輕。(一〇〇五至一〇一〇)若煮沸之。或注加鑛酸類。常不生沉澱。若加酒精。則生雲霧狀之混濁。

診斷 副卵巢囊腫之診斷法亦適用卵巢囊腫診斷法。

各種類症鑑別。往往不能確實。僅能以下記之狀態爲鑑別而已。

一 韌帶內位置 若腫瘍與子宮有汎性結合。位於子宮之側方。則爲其囊腫位

於韌帶內之證。

二 副卵巢囊腫大者。其內容液稀薄。且其囊腔爲單房。行外觸診。可明見其波動。因此波動。往往誤診爲腹水。故必據充分之診斷的徵候。以與後者區別。

三 若有腫瘍存在。則須認識其患側之健康卵巢。然欲認識之甚難。因其卵巢壓匿於腫瘍之後方。不能觸診故也。

豫後 副卵巢囊腫之豫後全良好。因該腫不爲惡性。且不起惡性變性故也。然若順次促進其發育。則其結果。亦不免如卵巢囊腫。

療法 摘出囊腫。此方法有二。一於與子宮結合之韌帶部分。結紮其腫瘍。若腫瘍於廣韌帶之外部發育。而有莖蒂。則適用此法。一於腫瘍以廣汎性結合與子宮連接之時。剝離摘出其腫瘍。以達其目的。

吾人於被腫瘍表面之腹膜。施淺切開。然後以手指剝離之。自廣韌帶之疎鬆結締織摘出之。有時始終不見失血。囊腫摘出後。若遺留之囊壁尙大。則切除之。縫合其空囊。其他則僅排出囊液。可促腫瘍之永續的除去。

30.00

CS
30.00