

婦科教本

下 册

Walter Stoeckel 著
丁 名 全 譯

商務印書館發行

婦 科 教 本

下 册

Walter Stoeckel 著
丁 名 全 譯

商 務 印 書 館 發 行

中華民國三十八年四月第一版

商

⊕(64248)

婦 科 教 本 二 冊

Lehrbuch der Gynäkologie

每 部 定 價 肆 拾 元

印刷地點外另加運費

* 版 權 所 有 *
* 翻 印 必 究 *

Walter Stoeckel

原 著 者 丁 名 全

譯 述 者 陳 懋 解

上海河南中路

發 行 所 商 務 印 刷 廠

發 行 所 商 務 印 刷 廠

各地

下 册 目 錄

第十一篇 子宮肌肉瘤及結締組織瘤腫	313
甲、子宮肌瘤	313
1. 肌瘤診斷 2. 肌瘤治療	
乙、子宮肉瘤	345
第十二篇 子宮上皮瘤腫	351
甲、子宮癌腫	351
1. 病象 2. 診斷 3. 子宮癌治療	
乙、絨毛上皮瘤腫	398
丙、子宮腺體瘤	400
第十三篇 婦科放射治療法	407
甲、X光及鐳錠之物理及生物基本學識	407
1. X光之起源 2. X光治療之物理基本學說 3. 測量法	
4. X光生物性之作用 5. 放射性物質	
乙、X光與鐳光之實際用法	420
1. X光及鐳光放射毀滅卵子以治療善性生殖器出血及子宮肌腫法 a. X光滅卵及鐳光滅卵之應用方法 b. X光放射射脾臟之方法 2. 生殖器瘤放射治療法 a. 放射光之損傷及其遮護法 b. 鐳光治療子宮癌法 c. 生殖器內瘤之放射治療法 3. 光照治療之前後診治法 a. 預先診治法 b. 放射後治療及家庭調養	
第十四篇 卵巢病症	439
甲、卵巢炎及其後果	439
1. 急性卵巢炎 2. 慢性卵巢炎 3. 卵巢結核病	
乙、卵巢新生物	444
1. 善性上皮瘤 a. 假粘液囊性腫瘤 b. 漿性囊腫腺瘤	

2. 惡性上皮瘤 a. 卵巢癌 b. 男性瘤分性瘤粒顆形細胞瘤 Brenner 氏卵巢瘤 3. 善性纖維組織瘤 4. 惡性纖維組織瘤 5. 卵巢本體瘤腫 a. 皮樣囊腫 b. 胚胎畸形瘤 6. 副卵巢囊腫 a. 卵巢瘤之生長及病象 b. 診斷 c. 卵巢瘤之治療法 d. 卵巢位置異常

第十五篇 子宮附件病症	477
甲、發炎性病變	477
1. 病象與診治 2. 治療	
乙、輸卵管瘤腫	496
第十六篇 女子淋病	499
甲、病症與診斷	503
乙、治療	509
第十七篇 骨盤腹膜及骨盤結締組織病症	519
甲、子宮傍結締組織炎	519
乙、骨盤腹膜炎 (子宮外膜炎)	528
丙、骨盤結締組織瘤腫	531
第十八篇 女子下腹結核	535
1. 生殖器結核 2. 診斷 3. 治療	
第十九篇 受孕·不育·避孕	543
第二十篇 乳房病症	571
第二十一篇 腹壁病症	577
腰痛	586
第二十二篇 腸病	591
1. 蚓突腸 2. 慢性便秘 3. 裂肛 4. 痔瘡	
第二十三篇 熱與光治療	603
1. 外科透熱電 2. 日光治療	
第二十四篇 婦科衛生	609

婦科教本

第十一篇 子宮肌肉瘤及結締組織瘤腫

子宮肌瘤 (Myoma uteri) (參考一)

子宮肌瘤爲數頗多，性善。(婦科病中占百分之十至二十)普通在二十歲以後，始產生。未產者較經產者爲多。至於 Sellheim 氏所謂只生草(指肌瘤)不結果(指胎兒)之說，據現在之統計，尙難成事實。惟此種肌瘤，只在壯年產生，此點則頗有研究之價值。

至於肌瘤爲何產生，其中雖有甚多之理想及理論，惟至今尙無一可證明之，茲將少數可靠，最可能之理論略述如下：

最可能之見解，爲胎兒發育時代遺有一種未分析之細胞，經外界之刺激而造成瘤形之新生物，如月經、卵巢內分泌、手淫、斷續性交媾 (Coitus interruptus) (參考二) 等等，均爲刺激物之一種，至於此說是否確實，至今尙無證明。

至於肌瘤有遺傳性一說，至爲可靠。蓋有數家庭，其中之女性，數代皆有肌瘤者。



圖二百三十一
肌瘤切開圖 (其中肌肉縱橫雜錯，外有殼形之膜。)

結締組織肌瘤之名，不其可驚，蓋普通皆先有肌瘤而後結締組織始續進繁殖，正式之結締組織瘤種 (Fibrom) 為數甚少。

子宮肌瘤 依地位，可分為子宮體肌瘤 (Corpus myom) (甚多)，及子宮頸肌瘤 (Cervix myom) (甚少)，依肌瘤之生長區域，則可分為：

- (1) 中膜內肌瘤 (Intramuraler Myom)；
- (2) 粘膜下肌瘤 (Sübmüköser Myom)；
- (3) 漿膜下肌瘤 (Subseröser Myom)；
- (4) 韌帶內肌瘤 (Intraligamentärer Myom)。

第一肌瘤都由中膜出發 (在肌層產生)，其中之區別，視其產生近何處為定。若近漿膜者，則漸成為漿膜下肌瘤，近粘膜者即成為粘膜下肌瘤，在中膜內者，即為中膜肌瘤。

如子宮肌層同時繁殖則中膜內肌瘤雖繁殖甚大，仍可在中膜內生長。(如同妊娠時然球形肌瘤 Kugel myom)。否則不久肌瘤繁殖中心移遷高出於子宮肌肉壁之外，依其接近之位置，向該方發展，而變為下述各瘤如粘膜下肌瘤，漿膜下肌瘤，或韌帶中肌瘤。(此種傾向，可因子宮受陣痛式之收縮及子宮或子宮附件之浮腫及充血而加速之。)



圖 二 百 三 十 二

漿膜下肌瘤，左面肌瘤甚大，且多血管，右面肌瘤甚小，有子宮附件完全割出，在輸卵管體可以見得 右面韌帶之鈍端，在割出的子宮頸內有一導管插入。

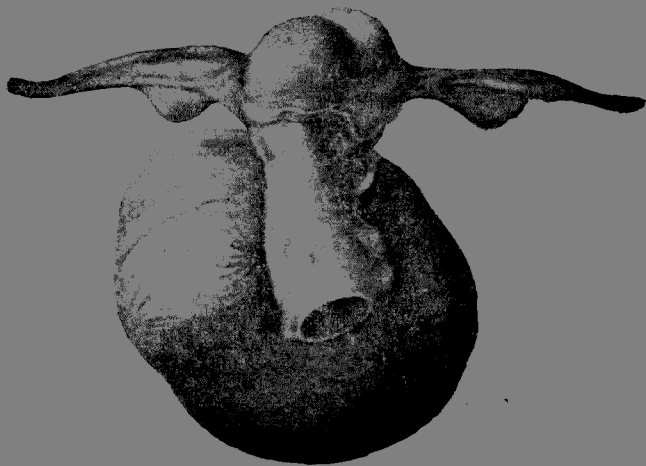
向子宮腔生長之肌瘤，將來成爲粘膜下肌瘤。(彩圖三十九，圖二百三十七，二百四十，彩圖四十二)，向子宮前後壁或子宮底生長之肌瘤，則成爲漿膜下肌瘤(圖二百三十五，二百四十，二百五十三)向子宮兩傍生長



圖二百三十三

高度子宮底截斷，右子宮附件同時取出，輸卵管已成袋形，與其下之卵巢已發炎結住，在卵巢下有一瘤腫懸掛(肌瘤)。

之肌瘤，則成爲韌帶內(闊韌帶)腹膜外之肌瘤(圖二百四十二)，如闊韌帶之間腔已充滿，則該肌瘤向骨盤邊傍或後壁繼續生長，而將腹膜提起



圖二百三十四

薦骨子宮韌帶內肌瘤

成爲腹膜後肌瘤(Retroperitoneal myoma)

至於漿膜下之肌瘤有時須依腹壁壓力如何而定，未生產者，腹壁壓力堅強者，其之肌瘤大半被壓入骨盆腔內，而漸漸下墜入子宮直腸陷凹。經腹內之壓力後，該瘤被束縛愈甚，及至該肌瘤繼續長大時始將全部小骨盆腔充塞，該種肌瘤之位置似在腹膜之外，韌帶之內，固定而難移動，但實際上在剖腹時，仍可取出而並不與何處結住。

惟少數腹膜下之肌瘤，能與腸結住（或將腸包圍），在此時將該肌瘤與被包圍之一部份一同割去（圖二百三十五）。



圖 二 百 三 十 五

子宮底高蒂形人頭大小肌瘤，在右輸卵管角處有一櫻桃大小，黏膜下肌瘤，雙膜下肌瘤是與小腸結住，腸被斷一部份，剖腹絕斷被切除，左子宮附件亦同時取出，子宮前壁已切開，子宮內口，及左側附件之各部份可以見得。

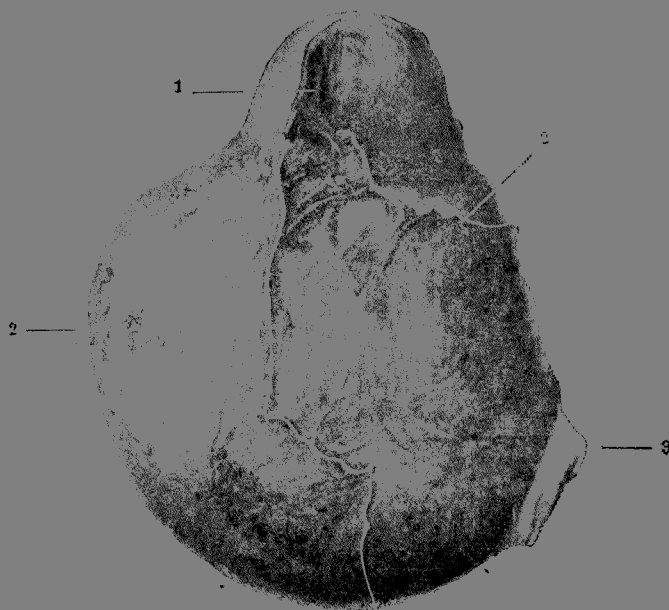
原始時每個肌瘤形圓，此種幼稚形狀，有時即使長大亦能保存（球形肌瘤）。惟為數甚少，尤其在粘膜下生長之肌瘤，不久即受壓力而變為梨形，葫蘆形（受子宮口之收縮）。

兩肌瘤接近過甚者，能互相壓住而變形（半月形或毫無規則之變形）（Fritsch 氏）子宮腔亦然，長闊而大，彎曲不直，如螺旋然，導管不能通入。如兩肌瘤相對生長者，能於子宮腔內，互相結住。

每一肌瘤（腺體肌瘤 Adeno myom 除外）可用肉眼與正常肌肉區別之（肌瘤色黃白）。

每肌瘤在生長時為一外膜所包圍（如果在殼內）（圖二百三十一，二百五十二，二百五十三），此包圍膜之成立，乃為肌肉受肌瘤之壓力所致。所以此膜為分別子宮肌肉與肌瘤之界限（其組織大多為緊束肌肉絲及結締組織）

子宮肌瘤，愈向粘膜或漿膜進展，則包圍肌瘤之膜愈薄，末了萎老而



圖二百三十六

巨大子宮頸肌瘤，把兩副韌帶分開(2) 1 = 右子宮附件鈍端 3 = 子宮段。

萎縮，又或竟爲肌瘤所脹破。

結締組織參加愈多，肌瘤愈硬，其堅度 (Konsistenz) 愈強，彈力更大。惟亦有例外，使肌瘤在該種組織參加後，而軟化者。

粘膜下及漿膜下之肌瘤，在子宮壁處之底盤 (圖二百四十)，大多闊大，惟亦有大部分已離子宮壁，而僅存一肉蒂與之接連，此種肌瘤，名曰蒂形肌瘤 (Gestieltes myom)。

有蒂而巨大之漿膜下肌瘤，能因過重而將蒂拉至瘦長。在腹腔內移動時，能將該蒂轉旋，如此瘤內營養不充足，而致壞死矣。如肌瘤組織壞死後，則腹壁腸部，或腹膜均有黏結之可能，不過此種黏膜有者甚鬆，惟亦有難於分開者。在此唯有將瘤及黏結之腸同時割去。但亦有黏結者，不久即自動消滅，在兩者之間，只留一血管 (可脹大如鉛筆桿)，此種血管，能忽然破裂，而致成腹腔內重大出血。(Imholz, Wiemann, Mestitz 等氏報告。)

除壞死以外，常有之硬傷，亦使肌瘤黏結。(如壓，撞，摩擦，均能使肌瘤充血，而使之黏結。)

最後此種肌瘤蒂頭，能轉旋過甚而旋斷，因此肌瘤與子宮完全脫離。而移入腹腔，或較多者爲由本來之黏結腹膜供給營養，而繼續長大。

或則該肌瘤蒂頭與子宮全部連合旋轉，致將子宮頸管，因旋轉而封閉，經血遂皆積留於子宮腔內，而成爲子宮積血 (Haematometra)。

粘膜下蒂形肌瘤 (肌瘤蒂肉 Myomatöse Polypen)，如在子宮腔內無間隙時，則能下降於子宮頸管內 (圖二百三十七) (多產者子宮頸管闊大，該瘤可以無痛無阻下降，故有下降至陰道口外 (圖二百三十八)，而尚不覺者，(Myoma pendulum 錘形肌瘤) (彩圖四十) 此種肌瘤蒂肉，有時可使子宮全部或一部份翻出 (視前)。反之，未產者子宮頸管狹小，子宮非有甚大之收縮力，不能使其降落，如若降落以後，則須依肌瘤蒂之血管多少而變其情形。普通被降落於子宮口外之肌瘤，因受子宮頸之收縮，大半充血及浮腫。

若甚細肌瘤蒂，不能抵抗子宮頸之壓力，則該肌瘤不久即一部份或全部份壞死，致使菌類上升而發炎，此種壞死之肌瘤能產生巨臭，而與子宮接連之蒂，可完全爛斷。

反之，若肌瘤之蒂甚粗，則肌瘤之營養，雖經過已縮小之子宮頸管亦無妨。如此肌瘤亦不發生何種變異，仍能長大而下降，最後經陰道口而懸掛於女陰處，或長大甚劇而將陰道腔擴大，或長竟與陰道壁粘結 (圖二百三十七)。

至於該種肌瘤之堅度，則不一定，有硬如石者，有因浮腫太甚，竟軟如

囊腫者。

帶形肌瘤（亦名肌瘤蒂肉），爲數只一，甚少兩個同時產生，惟同時尚有中膜肌瘤者，則頗多。

子宮頸肌瘤（Cervix myoma），尤其生在子宮口唇處者。可以將子宮口位置遷移，使子宮頸管拉長，子宮外口唇銳薄化，貼住於肌瘤之上下或邊旁（圖二百四十三）。



圖二百三十七

產入子宮頸之黏膜下肌瘤（落入子宮頸後，再與之結住）m = 子宮外口，x = 結住處。



圖二百三十八

肌瘤性子宮頸蒂肉，產入陰道內，與子宮口貼住甚緊，因此該蒂頭不易摸得。

在繼續生長之下，子宮頸後壁之肌瘤，則向子宮直腸陷凹下降，如若此凹不夠容積時，則該肌瘤將子宮頸管連子宮外口及子宮口前唇，向前提，甚至位於恥縫之上。

肌瘤入子宮頸，而將子宮頸全部擴大者甚少，否則易與子宮腔積血互誤。此處惟有用針試抽法，而區別之。如有黑血抽出，則爲子宮腔積血。

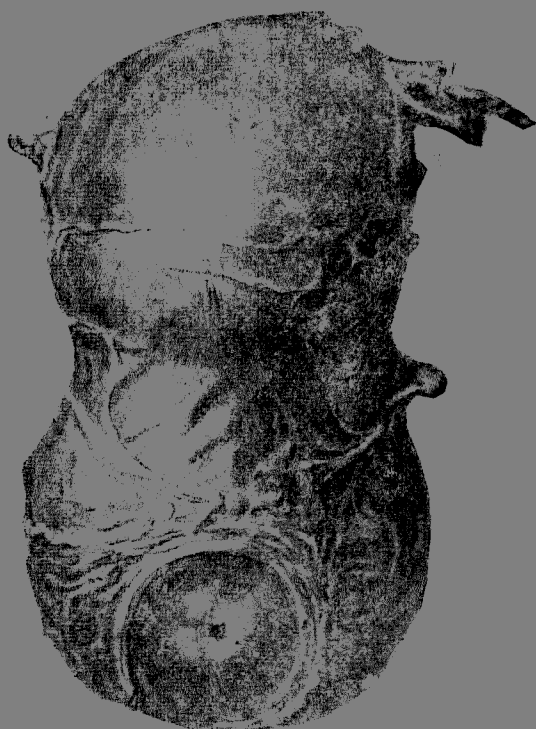


圖 二 百 三 十 九

子宮頸子宮頸肌瘤

子宮前壁之肌瘤，能壓住膀胱後壁，如此之劇不使膀胱肌肉損傷，而肌瘤發現於膀胱結膜之下（膀胱後肌瘤 retrovesical Myom Schauta Letznacher）（參考三）

純粹性子宮陰道段肌瘤（Portio myom）甚屬少數，能使子宮陰道段如球形湧脹，而將陰道穹窿全部充塞。

子宮頸子宮陰道段肌瘤（Cervix-Portio myom）（圖二百三十九），能使全部子宮成圓桶形，因此子宮頸與子宮體之交界處並無粗細之分別。為數之多，及形態之多，實為肌瘤之特性。有些子宮俱有肌瘤之多，難以計算。尤其較小及甚小之肌瘤萌芽，惟有用顯微鏡始可檢得。

老年已石灰化之子宮肌瘤，為數甚多，形如一袋番薯（Frisch），獨個肌瘤為數甚少，普通在大肌瘤之旁，有甚多較小及甚小之肌瘤。惟大者，並



圖二百四十

子宮頸肌瘤，向內是結膜下，向外是在韌帶內，剖斷經帶割除，子宮附件亦一同取出，子宮前壁切開，以便黏膜下肌瘤易於見得。

不最老；小者並不最幼；其生長力，這常與營養有關，營養不足者，生長雖久，仍是細小，另外環境亦有影響。中膜肌瘤，雖營養甚充足，但仍細小，或甚至石灰化，反之漿膜下之肌瘤，其與子宮接連者僅為一帶柄，營養運輸者，非常單薄，然其生長之速，形態之大，遠勝上述者。據 J. J. Busch 氏謂肌瘤長大速率之不同，尚有吾人未知之生長動機在。故每一肌瘤之長大，需時多少，頗難預測。惟有長時及不斷續之檢查，始能得之。年青女子之子宮肌瘤如驟然長大，則為有孕之現象，或則月經之退化，及肌瘤之壞死，亦能有之。（視下頁）經絕時之肌瘤漸漸長大或驟然長大，常疑為肌瘤惡化，或月經變化所致。

此種事實，說閉經絕後，肌瘤即停止長大或自動全愈之說不確。故仍有醫治之必要。一般之見解，以為肌瘤之發展與否，全依子宮肌肉變化如何而異，如在妊娠及產後期子宮肌瘤有長大之可能，蓋子宮肌肉亦發展

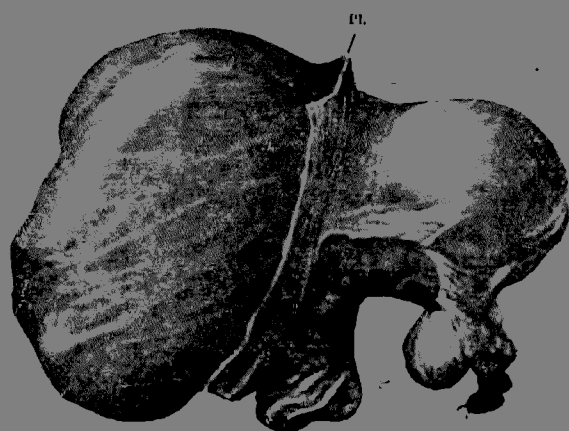


圖 二 百 四 十 一

子宮前壁漿膜下肌瘤，位於膀胱與子宮頸間，檢查上又不易摸得子宮體在前抑在後，因為該肌瘤可以當作前傾子宮，而該子宮則可作為子宮後腫瘤，因=已切斷之膀胱子宮膜肌層處。

故也。經絕時子宮肌瘤萎縮，肌瘤（尤其是中膜內肌瘤）亦隨之而萎縮（惟亦有例外如結膜下之肌瘤，非特不萎縮，且能使患者之月經時期，反延長至四十五歲以後，甚至六十以外，在此一二十年間病者可因出血過多，而患甚重之貧血症。

有肌肉之處，雖為數稀少，即有產生肌瘤及結締組織肌瘤之可

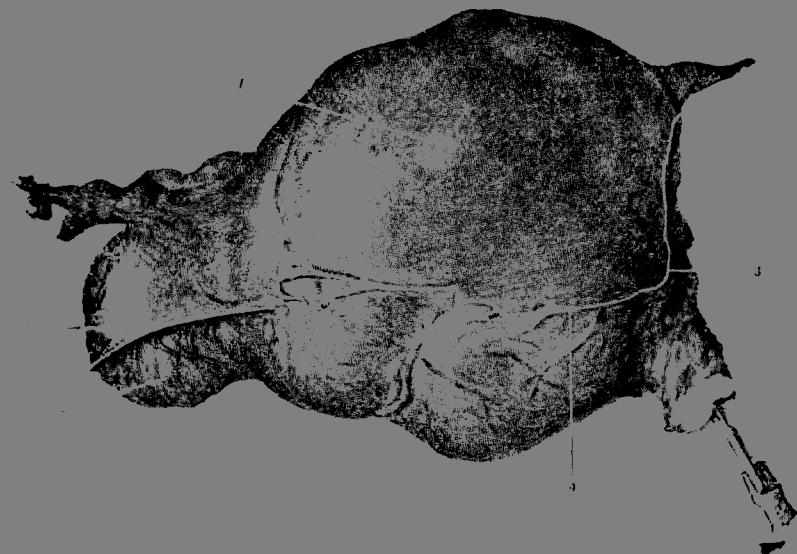


圖 二 百 四 十 二

右闊韌帶內子宮右邊肌肉，子宮內有一道管插入，子宮底凸出處(+)即該管之尖端。
 1 = 闊韌帶，在該瘤之體，右子宮附件之下，右闊韌帶之間，由闊韌帶組織生成，有一肌瘤
 (2) 1 = 子宮肌層中間一層，2 = 為闊韌帶前葉切斷處，3 = 膀胱子宮膜肌層處。

能，故無論輸卵管（圖二百四十四），卵巢（圖二百三十三）卵巢韌帶（圖二百四十五），子宮薦骨韌帶（圖二百三十四），惟其起點，則不易探查耳。

肌瘤繼續之變異：

甲、爛化 (Nekrose) (參考四) (彩圖四十一) 爲營養受阻所致，至於受阻之理由。有如下述。

(1) 機械式阻礙 (蒂柄旋轉粘結肌瘤位置移遷，至使動脈受壓住 V.



圖二百四十三

巨大，一部份已爛死之子宮頸肌瘤，子宮頸前部大甚割，子宮處有黏膜下肌瘤，另外尚有子宮壁（間質）及漿膜下肌瘤等類（梗阻狀）。M—子宮外口。

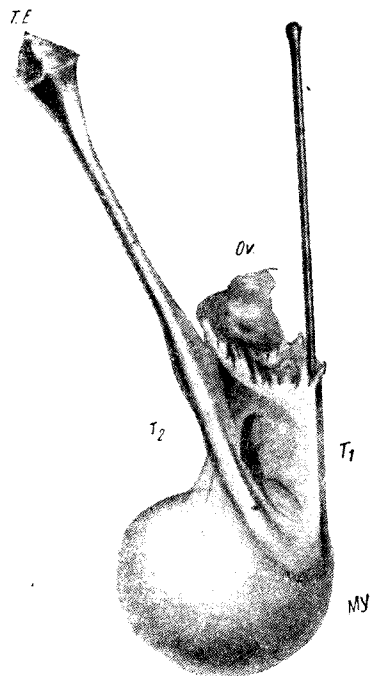


圖 二 百 四 十 四

輸卵管肌瘤 (在壺腹部有一導管)。

My = 肌瘤, Ov. = 卵巢, T₁ = 輸卵管壺腹部, T₂ = 輸卵管狹部, T. E. = 輸卵管間質部。

漿膜下之肌瘤壞死後,不久腹膜即有刺激現象,同時體溫增加(大約為身體吸收肌瘤質之反應),肌瘤壞死與菌類傳染,毫無關係,惟在肌瘤壞死後,病菌寄生之可能性加速。

乙、傳染發炎及腐爛發臭(彩圖四十二)粘膜炎及近子宮內膜之中膜肌瘤,可自子宮腔;漿膜下肌瘤,可自粘住之腸部受病菌傳染,(以前治療子宮肌瘤,所用之

Franqué 氏)。

(2) 血栓形成後(Thrombose)(或許中毒所致)；

(3) 在麥角治療時期,常有肌瘤爛死之現象。

(4) 在產褥期內,大約因產後子宮收縮(自動或藥力)致使肌瘤營養阻礙。

(5) 子宮在生產時所受之損傷,能使肌瘤壞死。

壞死肌瘤之堅度漸漸軟化,顏色開始粉紅,繼後污濁性灰褐色(彩圖四十一及彩圖四十二),若是有血液參加,則可成為深藍色或藍黑色。

壞死之肌瘤,能分解成塊,甚至末了液體化。其臨床現象,為忽然間疼痛甚劇。粘膜炎下之肌瘤壞死(彩圖四十二)後,成捲髮狀及絨毛狀之物質,而下降於陰道內或女陰處。



圖 二 百 四 十 五

胎兒大小之卵巢繫帶肌瘤,剖腹手術施行後,子宮及子宮附件全部均割除(由前方觀察)。

刮子宮或藥劑刺激等法均為菌類傳染唯一之媒介。)

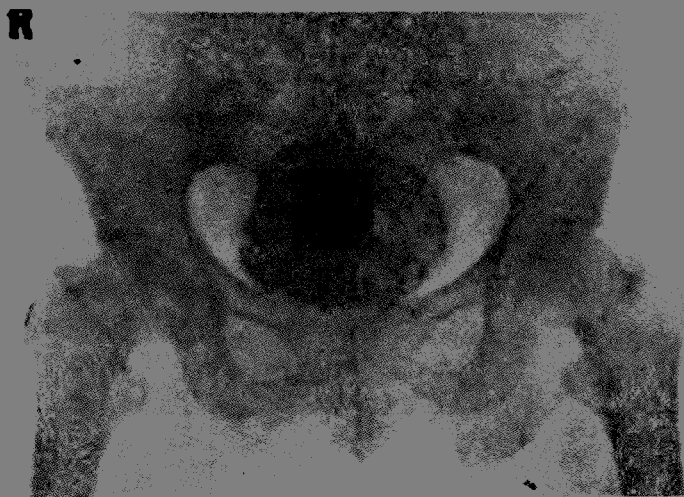
產褥期內之肌瘤，尤其壞死者，可被惡露中之菌類所傳染。

壞死之肌瘤，其內部分解成塊時，可因菌類上升而產生膿腫，是時體溫驟升而不復下降，膿血症遂成矣。雖然此種膿血症，靜脈內膜炎，及其高之體溫，但仍在膿腫破裂及膿液流出後，體溫即下降而趨全愈。惟亦有體溫高而不下降，膿雖排出，其他病症卻反乘機增加（如關節炎，環狀浮腫及典型性之膿毒敗血症），而致死亡，如再加出血，則死亡更速，惟所奇者，此種情形發生時，患者全無痛苦之感覺。

如粘膜下肌瘤，被傳染發炎時，最堪使人注意者，為甚臭之白帶。

丙、肌瘤石灰化。

惟子宮體肌瘤有之，普通以小肌瘤，營養不充足之肌瘤，及透明蛋白化之肌瘤（Hyaline Degeneration）為最多。（惟亦有甚大之肌瘤石灰化者，在X光鏡下能見得之。）（圖二百四十六）



圖二百四十六
鈣化之子宮肌瘤（X光攝影）

石灰化之肌瘤中，有時尚有一呈紅色之軟弱部份，或完全石灰化後，而變成子宮石（此種子宮石曾見於老年婦之子宮腔內）有者能從陰道產出，有者穿入膀胱或直腸內（實在爛穿），長期用麥角治療後，亦能使肌瘤石灰化，又腹膜下石灰化之肌瘤，醫者可誤診為石塊（lapéation），最後此種已石灰化之肌瘤，能繼續骨化（Ossifikation）。

丁、肌瘤粘液化 (Myxomatöse Degeneration)。肌瘤組織全部或局部變成液體，因此瘤內成立大小不同之空腔，再該種肌瘤，同時亦能浮腫，故能劇度長大，而與卵巢瘤甚難區別。

戊、肌瘤結締組織化，脂肪化，類澱粉質化，或透明蛋白化，在臨床方面無多大意義。

己、肌瘤惡性化，肌瘤本體及週圍之結締組織均能惡化，(即變為肉瘤 Sarcoma) 子宮肌瘤在經絕後尚迅速生長者，大半為肉瘤化無疑。

當然在肌瘤之傍，也可產生黏膜肉瘤，或子宮體，或子宮頸癌，但是從肌瘤本體中卻不會產生癌腫，因兩種癌腫來自兩種不同之胚葉故也。不過卵巢，肺臟胃臟，乳房等之癌腫皆能移植於肌瘤之內。

特種肌瘤：

(1) 腺體肌瘤 (Adeno myom) (圖二百四十七，二百四十八及二百四十九)。與普通肌瘤之區別點，為除肌瘤組織外，尚有腺體組織，其之上皮，有增生之能力 (視前)。

下述之兩種腺體肌瘤，當絕對分別清楚：

a. 一種為週圍之瘤腫，中含有腺體或囊腫 (來自 Gartner 氏管之遺跡 (只在子宮頸內) 或來自 Müller 氏管中之胎胚遺跡 (子宮角) (圖二百四十八) 或則來自副卵巢之遺跡 (v. Recklinghausen 氏所謂之中腎肌瘤 (Mesonephrische myome)。現在醫史中只有一例) 諸此甚稀少之瘤腫，乃是正式之腺體肌瘤。

b. 較上述為數多者，乃肌肉繁殖過甚而間有腺管是也。此地為上皮細胞從粘膜或則漿膜之上皮鑽入肌肉內所致。Rob. Meyer 氏所謂之內外腺體肌瘤化 (Adenomyosis interna et externa) 即今之所謂子宮內膜異位是也。

此外尚有少數之子宮束腫，其在粘膜下發展者，診為子宮肌瘤，其在漿膜下發展者，而診為卵巢束腫 (參考五) (記錄中有二十例)，此種束腫大都生於子宮後壁之中部，而來自米氏管合併時被壓或被束之上皮，該類粘膜下囊腫，同樣為子宮內膜所遮蓋，月經來潮時亦同樣發生變化 (含有如煤油然之內容)，此種囊腫可以擴大甚劇，形如雙腔子宮，同時亦能變為子宮腺體肌瘤 (Adeno Myosis) 或甚至惡化而變為癌腫 (參考六)。Scipades 氏 (參考七) 所報告之例中，謂該種囊腫能在漿膜下生蒂，長大能如成人之拳。

腺體肌瘤惡化者甚少，惟醫史中，卻有數例記載，(其中腺體上皮細胞惡化，而成為腺體肌癌 (Adeno carcinoma) 其之間質惡化，而成為肉

瘤 (Adeno Myosis sarcomatosa, R. Meyer 氏)。

(2) 毛細血管及淋巴腺管性肌瘤 (參考八) (Teleangiektatische und lymphangiektatische Myome) (圖二百五十) 之特點，為肌瘤中有甚多，有時擴大甚劇之血管，及淋巴腺管。患血管性之肌瘤者，其生殖器血管亦擴大。尤其是子宮及卵巢之靜脈擴大最甚，如小腸然 (靜脈腫泡 Varikozele)。患淋巴腺性之肌瘤中，則有甚多檸檬黃色，見空氣即凝結之液體。

較稀少者，為子宮脂肪瘤 (Uteruslipome)，由闊韌帶之脂肪組織內爆裂出來 (Thaler 氏) (參考九)。Kermauner 氏 (參考十) 在維也納醫院中曾檢查九百三十八例肌瘤，其中只有一例可謂真性脂肪瘤，其他十一個則為脂肪性肌瘤。(該氏以為此地，乃是在胎兒時代，脂肪細胞，侵入瘤腫所致。)

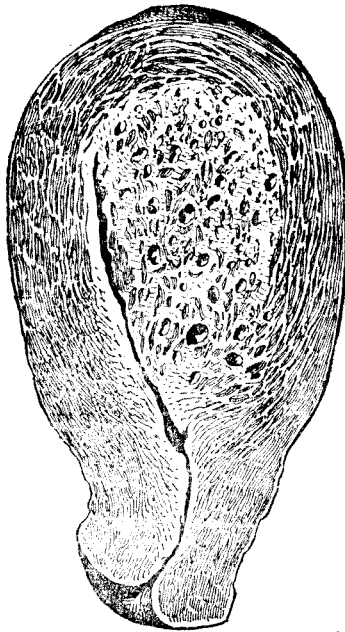
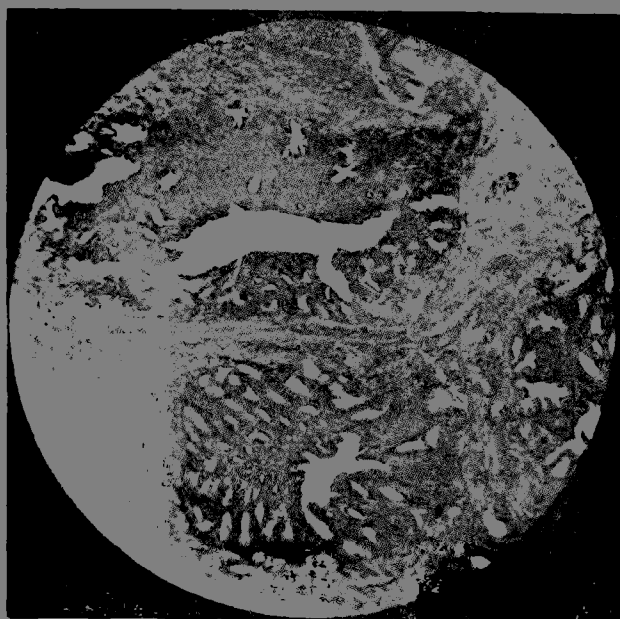


圖 二 百 四 十 七

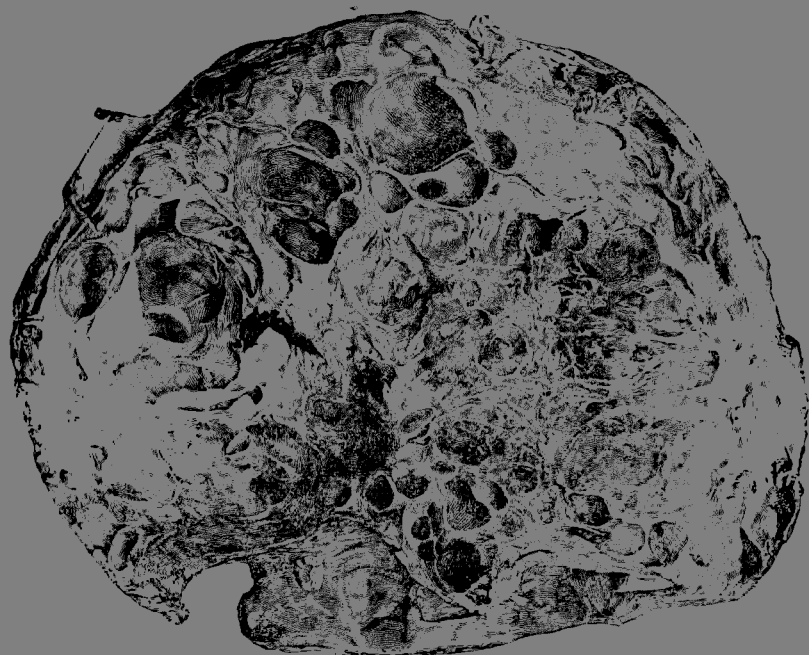
子宮肌肉腺體化 (Adeno myosis uteri interna 照 Albrecht 氏 in Halban Seitz Biologie u. Pathologie des Weibes).



圖二百四十八 子宮角處之腺體肌瘤 (圖示球形腺管)



圖二百四十九 子宮肌肉腺體化 (Adenomyosis uteri)



圖二百五十

囊腫性肌瘤 (Cystomyoma)

肌瘤與生育 (參考十·一)

肌瘤能使女子不孕，粘膜下肌瘤，雖然不能完全阻止精蟲前進，但是其進路卻能發生困難。為數甚多之肌瘤，能將子宮腔拉得甚長，因此精蟲進行受阻。

如孕卵移植於肌瘤處之已退化粘膜內，則該內膜也不夠蛻膜化。因子宮內膜之層層不能成立，故卵子雖已受孕，仍不能繼續生存，勢必中途間斷（流產）。反之，如將該肌瘤割出，則女子之不孕症亦能去除。

另一方面有千百病例可以證明，患肌瘤者照常懷孕。甚至有者謂，因肌瘤之故（粘膜下肌瘤將子宮頸擴大），受孕反而容易。（Hofmeier氏）。



圖 二 百 五 十 一

肌瘤與妊娠(四月),剖取絕根截除(妊娠預前未發念
斷,胎兒因肌瘤縮小甚劇,習慣性流產)



圖 二 百 五 十 二

子宮頸後肌瘤及妊娠3-4月,陰道切開,絕根截除。

在妊娠期內肌瘤與子宮同時長大（因妊娠時子宮充血之故），故有多數細小之毫無病象之肌瘤，能在妊娠末期，或生產後忽然長大。當然此種妊娠期內，忽然間擴大甚劇之肌瘤可因壓力及腹腔膨脹過甚之關係，能使孕婦感得異常不適。可是實際上，肌瘤對於妊娠，只問生產時有否阻礙，過早之預謀，並無需要，至於人工流產，當然更其不合。如若子宮不適合於保藏胎兒（因卵子不能移植或因子宮四週，皆是肌瘤不能使卵子移植），則該胎即能自動流產（圖二百五十一）。



圖二百五十三

正在壞死之漿膜下肌瘤，及妊娠五月，胎盤位於肌瘤之上（陰道絕根割除）。

如孕卵能移植於子宮內膜下，則醫者無需憂慮，更不必為之人工流產，蓋肌瘤能阻礙生產之處，僅在小骨盤腔內。即使此種肌瘤，位置形態均不佳（子宮頸後壁）（圖二百五十二），預後亦似能發生困難。但是實際上在生產時，卻

可毫無異常(Frommolt 氏)。

肌瘤在妊娠期內尤其在生產後充血及浮腫最劇。因此肌瘤表皮甚軟，且易變形，正與小骨盤內之卵巢瘤相反，易被胎兒之頭向骨盤壁壓住（壓長），將其本來位置，讓給胎兒之頭。惟此種情形，並非皆然，醫者亦不能事前預知，只有在產時觀察之，所以患肌瘤之產婦，必須在醫院內生產，因為在醫院內，可以隨病之變遷（如子宮警告性破裂或生產被阻），則用剖腹手術治療之。或無需何種手術，讓其自動生產（居多數）。

因肌瘤之故，而致腸塞絞痛者甚少(參考十二)，著者曾有一孕婦，其所患之腸塞絞痛，為有肌瘤所致。及施剖腹手術將肌瘤雕去後，該病即刻除去，而孕婦亦仍能如期生產。由此觀之，孕婦之有肌瘤，醫者可以將其雕去，而妊娠仍不受何種影響也。

在開口期及娩出期，子宮可因肌瘤之故，收縮不緊，而發陣痛衰弱症。

在生產以後，胎盤脫離可以異常，因此而出血者甚多，若胎盤全部或一部寄生在肌瘤之上（圖二百五十三），則陣痛之力，不能波及胎盤，因此胎盤不易脫離或則一部份脫落，在肌瘤之一部份，則不脫離，子宮遂發生局部虛脫，而出血甚劇，或肌瘤受子宮之收縮，向前突出，胎盤之輸卵管口部份，因此受阻，不能下降，上述二種可能性，亦可互相混合發生。

對於此種生產，產後如何，醫者當絕對注意，不可預壓腹壁，亦不可時摸子宮底之高度。在胎兒產生後即刻注射 Pituitin 及 Ergotin 於皮下，然後靜待胎盤之自落（當然以不出血為主）。若出血甚多，則用 Crede 氏手法，如其不能，則用麻醉為之，如再不能，則用手將胎盤刮出，甚少有因此而將子宮全部割去者。

在產褥期，肌瘤與子宮共同縮小（正與妊娠相反），因肌瘤同樣受子宮之收縮，而貧血故也。

惟亦有肌瘤正在此時壞死發臭 Pierson 氏（參考十三）曾在紐約統計三萬零八百三十六孕婦，其中有二百五十人患肌瘤，需要住院治療者有一百九十一人，母體之死亡率佔百分之二，胎兒死亡率佔百分之三十五點六（其中百分之二十點七，因肌瘤關係所致。在小骨盤腔內之肌瘤（佔百分之十五）。其中母體之死亡率佔百分之三點三，胎兒則佔百分之三十。

病 象

(1) 月經過多 雖大如人頭之肌瘤，可無何種病象，此種肌瘤，大多偶然檢得之。惟通常在生長之肌瘤皆有病症之現象，最顯明者為經期延

長，經血過多 (Menorrhagie)。尤以粘膜下肌瘤最甚，漿膜下肌瘤最少，此種過份出血當然易成貧血，患者之血色素可以減至百分之二十。尤其患子宮頸肌瘤者，可以出血如此之劇。甚至病者發生生命危險 [Frommolt (參考十四)，Wachenfeldt 氏]。月經過多之症象，有時不甚顯明，時與經間期內出血，及不定期出血 (Metrorrhagie) 互相混雜 (蒂形肌瘤)。

肌瘤本體少血管，但其間之結締組織，則有其多之血管。

患肌瘤之子宮內膜，有繁殖過甚 (Hypertrophie)，乃萎縮退化者 (Atrophie)。

如子宮腔被對方瘤塊壓迫後，而不整齊，則在他方之粘膜經空氣之壓力 (Horror vacui) 而成螺旋形 (或成爲粘膜蒂肉)。因此經來潮時，出血甚劇，黏液排洩亦甚。

如肌瘤因巨大之故，將子宮腔壓成細管，或則粘膜下肌瘤栓塞子宮腔，而將內膜時常摩擦，則內膜可以萎縮而退化。

肌瘤對月經之循環普通並無影響，惟其在月經時所以多出血之理由：

1. 因子宮充血過多。
2. 因肌瘤之故，子宮止血能力缺乏 (子宮不完全收縮) (R. Schröder 氏)。
3. 因受卵巢內分泌之影響 (有人主張此說，但尙未證明)。

患巨大之中膜肌瘤者在月經時，能使腹部膨脹，而在經間期退縮。此種肌瘤，經血延長甚久，病者臥床不起。

肌瘤壞死發臭，子宮先多出血及至壞死發臭後，則出血漸漸減少。

如月經來潮時，有黑色血塊流出，則證明子宮腔內尙積有血塊。

Schäfer 氏 (參考十五) 曾見一生命危險之出血症，其原因爲子宮肌瘤而患有上述病象。

(2) 壓住現象 以前肌瘤割去手術，尙未普及時，子宮之肌瘤能重至七十五公斤，而將全部腹腔塞滿。現今之肌瘤，大如懷孕足月之子宮者，已屬少見。

Vogt 氏謂肌瘤在十公斤以上，已可稱爲巨大肌瘤。Wieloch 氏則以十二公斤爲標準。

肌瘤生長時向前能壓住膀胱，向後能壓住直腸，尤以子宮頸肌瘤爲最甚。圓桶形及從子宮頸後壁產生者 (retrocervicale)，先充塞子宮直腸陷凹，繼充塞全部小骨盤腔 (圖二百四十，二百四十一，二百四十三及二百四十五)。

上述壓住膀胱及直腸發出之病情，與妊娠子宮後折箱閉 (Retrollexio

uteri gravidi in carcerati) 相同。

當子宮妊娠後折時子宮陰道段被壓向恥縫處，此地患子宮肌瘤者則子宮全部被推壓向恥縫，同時變移尿道位置，而使小便為難，因此小便開始難禁，膀胱擴張過劇，繼而發生膀胱壁壞死及膀胱壞疽。

子宮頸前壁（或後壁）之肌瘤，可在生長時，將膀胱壓狹，或拉長，如此子宮膀胱夾膜及膀胱頂與肌瘤同樣上升，而達臍處。對於此種情形，醫者可在剖腹時，有將膀胱頂破損之可能。

另外漿膜下巨大之子宮體肌瘤，可將膀胱後壁壓成陷穴，致使小便頻數，此種小便頻數症在經時加多，在妊娠時更劇，惟與肌瘤之大小，及位置無關。

韌帶內之肌瘤，可將輸尿管位置移動及壓住，因此小便均積於輸尿管壓住處以上，而將該處脹大（Hydrureter 輸尿管水腫，Hydronephrose 腎臟水腫）。

直腸可受子宮頸肌瘤或後傾子宮體肌瘤（或與子宮本體一同壓住）壓迫，而使大便為難，成為慢性便秘。

此種肌瘤之壓力，亦可壓住腸骨神經，成為腸骨神經痛（Ischias）。

大便秘結，及神經痛之輕重，與子宮肌瘤之大小，位置，無絕對之關係。著者曾取一子宮肌瘤，非常細小，以為病者之痛苦決非因此而生，但在手術後觀察，病者痛苦及壓住現象已均消滅，

痛：粘膜下肌瘤成蒂後，排入子宮頸管時，未產患者可發生陣痛形之痛，在經來時有腸痙然之痛經。患細小中膜肌瘤之病象，亦以痛經為前提，此地子宮肌肉收縮被阻，難將經血排出，而事實上又必需排出，因此痛苦產生。（所奇者，此種痛經，在很多肌瘤不能探得時最劇，及至可以檢得時，如漿膜下肌瘤）該痛經卻又消滅。

驟然劇痛，不是肌瘤壞死即是瘤蒂過旋，行動過久後或大便後，或側臥一邊時，而發生之痛苦，為肌瘤與腹膜粘結後撒拉所致。

別種臟腑受肌瘤之影響者，以心臟為最，通常所謂之肌瘤心（Myomherz）（即指單獨因肌瘤而致心臟病者）是沒有的，可是心臟肌肉，可因時常出血之關係，而發生極度之變化，故患肌瘤者，一俟心臟變異時，即當就醫。

骨盆腔內之血管可因心力之衰弱及肌瘤之壓住而產生血栓（Thrombose）（內外腸骨靜脈最甚），此種血栓當然在開刀後可以產生栓塞

(Embolie) 之危險。再腸骨靜脈一俟有血栓後，下肢即浮腫甚劇（股白腫痛 Phlegmasia alba）。

患普通肌瘤者，體溫不增高。惟有壞死後，發臭後（參考十六），或慢性發炎後或為瘤旁發炎波及時。（如子宮附件腫脹瘤、蚓突炎、腎盂炎及腎臟結核。）

(一) 肌瘤診斷

肌瘤之大小，數目以及位置，摸診之結果，可以非常不同。至於瘤之有無，乃是易為，惟該瘤來自何處，是否由子宮出發，則甚難，有時甚至不可能。

粘膜下肌瘤 如肌瘤蒂，只將子宮頸上部三分之二擴大，則子宮外口尚正常未開。須用刀割開後始能知之（子宮頸之變形）。

子宮頸內之細小肌瘤蒂肉，在經來時能受壓而突出於子宮外口，在經後，再回縮上升，因此該種細小肌瘤蒂肉，只能在經來時始可診得，有時觀察子宮之變形，可因有細小肌瘤蒂肉之故，形狀如一倒置生梨，子宮體小而子宮頸大。

如肌瘤蒂肉全部均在子宮腔內，則除子宮外形稍擴大外，如無漿膜下肌瘤同時寄生，則無何種變形。故此種肌瘤只在子宮頸割大後，或用陰道鏡（Hysteroskopie）察視始可探得；另外長期之觀察，痛經及刮子宮時刮刀動作為難等情，皆有供診斷之可能。

如肌瘤蒂肉既已突出於子宮頸管外者，則診斷當然容易。（可以用手指摸得，或用陰道張開器察視。）

若肌瘤之蒂在子宮腔內，則該蒂形肌瘤之頂在子宮頸中央或在子宮外口處，而易摸得。患此種肌瘤蒂之子宮頸及子宮口並不變形，惟少微變薄。反之，如該肌瘤來自子宮頸，而且底盤甚闊，則子宮陰道段之正常形狀已失，全部子宮陰道段擴大如圓桶（圖二百三十九），一邊子宮口唇，尚存少些薄膜，而其他一邊，則浮腫非常，致使子宮口完全偏斜。

下降於陰道內之肌瘤，可以甚大，或因浮腫而脹大，將陰道塞住，或甚至與陰道壁粘結，即使細小之探針，亦難於達至子宮外口。

區別診斷上全部子宮單獨翻出（Inversio uteri totalis）或與肌瘤混合翻出，在此區別之點，即在混合檢查時，子宮底尚在原位者，為肌瘤。有陷凹者，為子宮翻出（視前子宮翻出篇）。

患肌瘤而有臭氣之白帶，及體溫增高者，則為肌瘤壞死發臭之現象。

若該瘤位在子宮頸內，或陰道內，則初學者可誤診為癌腫。惟二者之區別甚大，腐爛發臭之肌瘤，色淡紅或褐色，各處均有韌緊之組織（與停留性胎盤相似），如在長期腐爛之後，則其中落出之塊，為長形肉帶，如用手將此塊取出，則出血亦不多，有時僅流出一種褐色液體，擴開之陰道兩壁，亦平滑而無何特種變異。反之，患癌腫陰道兩壁，堅硬而凹凸不平，瘡處更甚，中央軟爛，一觸即有癌塊落下，而出血甚劇。（確實之診斷，當以顯微鏡檢查為最佳。）

中膜內漿膜下垂各種凹凸不平之肌瘤，只用混合檢查，即可得之。

區別診斷上，可以成問題者。

1. 老年婦患甚重之子宮體癌腫。〔子宮擴大，外表亦高低不平（癌核）〕。

2. 慢性子宮炎（Metropathie）子宮發硬而擴大，漿膜表面亦現高低不平。

3. 妊娠 此地當解決下述二問題：

(a) 肌瘤或子宮內孕，抑是

(b) 肌瘤及子宮內孕。

a. 肌瘤或子宮內孕 開始二月，子宮內孕卵移植處，大多突出一角（Piskaczek 氏現象），若在檢查時，子宮遇刺激收縮，發硬，則該角突出更劇，疑為子宮肌瘤亦更甚。檢查妊娠三至四月之子宮，能收縮發硬，一如子宮肌瘤然，尤其對於胎兒已死或葡萄胎，或流產出血之子宮，收縮特甚，而易與肌瘤誤診。但較長時期之待候及重復檢查，即可區別診斷之。（如是肌瘤子宮，決不會時硬，時軟，再肌瘤子宮之長大速率，決無子宮內孕之速。）

b. 肌瘤與妊娠 如病者就醫已久，其肌瘤忽然迅速長大，小便頻數增加，本來經血甚多，現在忽然停止，則可斷為有孕。若病者初次就醫，則其診斷便不易，非有二三次以上之檢查不可。反之，球形之肌瘤，如漿膜上無不平之現象，則在檢查時，難與五六月子宮之妊娠區別。甚至在剖腹時，尚不能區別診斷之，因二者之子宮外表，同樣圓性軟而長大，其色亦然，皆現深紅色，同時因妊娠關係，又不能將子宮過份探摸（有孕子宮多摸易致流產）。因此雖剖腹後仍不將子宮割去。著者通常以子宮附件局部解剖為標準。妊娠後半期之子宮底，繁殖較甚，子宮附件位於其下。又卵巢內之黃

體，孕期亦長大。於此二點，施手術時，醫者可以借重而區別診斷之。惟著者曾遇一子宮球形肌瘤，剖腹時，以為妊娠，而不將子宮割去。及至四月後，仍不見子宮長大，因此惟有再剖腹將子宮全部割去。

另有一醫者，為解決子宮是否受孕起見，剖腹以觀究竟，當時該醫者似覺摸得胎兒部份，而將腹部仍舊縫合，不料實際上卻為數甚多之細小肌瘤，因此該醫者遂被病家告以疏忽及損傷罪。

現今內分泌素妊娠反應 (Aschheim 及 Zondeck 氏)，對於妊娠診斷，有顯明之成績後，對於此種之錯誤已大減少矣。

4. 漿膜下巨大之肌瘤，尤其突出過甚者，與卵巢瘤腫、子宮附件炎腫，宫外孕及積膿性子宮，難於區別。

若子宮位置正常，外表亦不變，則在其傍之瘤，大多非肌瘤，如子宮有肌瘤在，則上述者大半為肌瘤，惟亦有肌瘤與卵巢瘤腫共同產生者。

通常肌瘤堅而硬，卵巢瘤腫，則軟而有彈力，但亦有例外，如囊腫化之肌瘤，或已壞死之肌瘤，表皮亦軟。反之，全部或一部充滿液體之卵巢瘤，其之表皮，則可一部份或全部能堅硬如石者。

普通卵巢瘤之外形圓，肌瘤則有輪廓，但亦有兩者，呈相反之形狀者。

檢查子宮與肌瘤各個之移動力 (子宮附於肌瘤或肌瘤附於子宮)，於診斷上較為確實。

如輕將瘤腫一壓，其所產生之震盪力，即刻或直接移至子陰段者，或反之將子陰段輕輕一拉，而其拉力，即刻影響至瘤腫者，則該瘤腫必屬於子宮，亦即子宮肌瘤。

至於檢查方法，可用混合檢查法：醫者一手在腹壁，一手在陰道內子陰段處，先用外手自腹壁壓住瘤處，在內之手檢驗其震盪力如何。如有懷疑時，可用球鉗鉗住子陰段，命助手下拉之。在內在外之兩手，同時檢查其變異，如該瘤隨鉗之下拉而下降者，則此瘤屬於子宮，假使腹壁甚堅或多脂肪，則惟有用間接之壓力 (如子陰段受震動者，則此瘤亦屬於子宮)。

惟此種診斷方法，有兩種誤會可能。

1. 未產而患卵巢瘤者，其位置貼住子宮後壁，如患者腹壁堅硬，則在外之手壓摸時，子陰段亦可同受震動。

2. 長蒂形粘膜炎下肌瘤，子宮並不過份擴大，拉壓兩法，均不能證明之。

去除上述錯誤，當將子宮兩傍附件詳細檢查，如卵巢正常位於瘤之兩

傍，則所摸之瘤定屬於子宮。不過探摸卵巢並不容易，如肌瘤位於卵巢之前，此地惟有再施直腸檢查，探摸卵巢是否在肌瘤的後面。

充滿腹腔之巨大瘤腫，普通檢查當然難於區別，惟此種肌瘤，現在已少，但卵巢瘤可因長大之速（如囊腫性卵巢瘤），尚有發現，（譯者按：此種解說在中國新醫學尙幼稚之國家，當然不能以此作為區別之方法），普通行腹部檢查及前史之探問，均有相當線索。

（例如卵巢瘤，則有腹腔積水，子宮底兩傍出發瘤腫組織現象，若是惡性卵巢瘤，則尚有核塊，並且能蔓延至子宮直腸陷凹。）

在診斷上，病者之年齡亦有關係，卵巢瘤可在每種年齡發現。少年女子及幼女均可有之。患肌瘤之年齡，在二十歲以前者絕無，在二十五歲以前者及在經絕後患者甚少（此地又是以卵巢瘤居多）。

若患有腹腔瘤者，同時經少或閉經，則大半非肌瘤（視前）。久患卵巢瘤者，能使體質虛弱，但與患肌瘤出血多而致貧血過份者難於區別。最近用X光攝影子宮之影（Hystero-graphie）以作區別診斷之用（Henkel 氏（G. K. F. Schultze 氏（參考十七）（圖二百五十四A及二百五十四B）。

子宮附件發炎（輸卵管作膿（Pyosalpinx），卵巢作膿（Pyoovarium），混合瘤（Conglomerattumor）與肌瘤區別之處較易。附件發炎之子宮，大半形態不變，至多些微長大（子宮中膜炎腫），惟兩傍則腫脹甚劇。

若肌瘤與附件發炎同時產生，而附帶炎腫又很貼近子宮，則診斷上便



圖 二 百 五 十 四

(A)子宮中膜內鈣化肌瘤，子宮腔充滿X光有影之液體，左輸卵管拉緊。



(B) 黏膜下肌瘤 (子宮腔充滿X光有影之液體), 該液體包圍肌瘤。

非常不易 (可以疑為漿膜下肌瘤), 在此地惟有根據探摸時, 子宮之不能移動及按之作痛之現象, 又甚多膿性, 白帶之流出, 及以前病痛之經過, 均可作附件炎診斷之用。如發炎尚新, 體溫尚增高, 則診斷更可堅定。惟我們亦當知患肌瘤壞死發臭者之體溫, 亦有驟增之可能, 對於此點, 前史之探問, 為解決之唯一良法。蓋肌瘤壞死發臭之體溫, 均驟然增高, 患者體質亦惡化甚速。(亞急性之附件炎, 體溫增高不多, 亦甚慢下降, 體質惡化亦不甚劇。) 至於肌瘤之傍, 有否急性附件炎, 惟有以血球沉降法可以區別之 (視子宮附件炎篇)。

闊韌帶積膿與肌瘤, 可以發生誤會。此地當注重病者之前史, 如有產褥熱之過程, 則此瘤腫大多為闊韌帶積膿。能移動之積膿, 能誤診斷為肌瘤, 尤其與子宮環膜 (發炎) 稍微粘結, 在移動子宮時, 該膿塊, 亦能同時移動, 如此區別診斷上非常為難, 惟有反覆檢查及待候始可明瞭。

亦可錯診為肌瘤, 但是不久即能解釋者, 即患宮外孕是也, 當輸卵管妊娠, 尚未破裂前, 形狀可如肌瘤, 能移動, 同時子宮亦被牽帶。及至宮外孕破裂後, 出血及血塊下降於直腸子宮陷凹時, 區別診斷上即無問題。

(二) 肌瘤治療

患肌瘤者, 如無出血, 心臟病被壓痛苦及體溫增高或生長過速等現

象，無需何種治療。

須要治療之肌瘤可用下述二法：

1. 放射治療（X光及鐳光）；
2. 手術治療。

除上述方法之外，其餘均太舊或無效，如用 Apostoli 氏（1847—1900）電流治法，或用 Hildebrand 氏之長期麥角（Ergotin）療法，或刮子宮等等，均無長期效果，如手術不潔，反可使菌上升，發生炎爛等症。

礦鹽水浴（1.5—6% Solbäder）果可使病者暫時病情消除（如壓痛，腹膜刺激痛），但可因子宮充血過多，出血反可加劇。著者絕對反對子宮內塞紗布，作止血之法，蓋此法非特不能止血，且可使菌類上升。

患肌瘤出血愈多或為時愈暫，則醫院治療之需要愈急。

在未正式治療以前，身體上及精神上均當絕對鎮靜，有刺激之飲料，如咖啡、茶、酒類等等，均當禁絕，止渴最好用檸檬水或水一杯，加一滴（Acidum Carbohcum）碳酸。柳酸對於出血及痛苦頗有功效，嗎啡果然亦是好藥，但易成習慣，最好避免之。（可是有烟癮者，普通無月經。）

至於患肌瘤用手術割去，抑是用放射治療，這是醫者之事，但病者之意見，各有不同，有的要無手術治療（中國人居多），有者只求暫時無痛苦而已。

Gauss 氏謂（參考十八）用放射治療雖然無需出血，但是一個根本而且有規則之治療方法，為用X光放射卵巢，將卵子殺死，使其無排內分泌及排卵之能力，因此病者亦無生育之可能，完全處於經絕時期，當時子宮肌瘤之大小，仍然不變（惟因經絕之後，子宮漸漸萎縮，因此子宮肌瘤亦可隨之縮小，但其最重要之點，卻是因卵巢無分泌之故，出血亦告停止。（因此病者出血過多，生命之最大危險，亦即消除。）

放射治療之最大優點，為無死亡率，惟其主要之缺點，為不能準確用量，此地病者之年齡甚為重要，將近經絕之年者，可用重劑將全部卵子毀滅，反之，年齡愈幼則用量愈難，故能否有長期效力，亦難決定。又驟然絕閉，甚易發生血壓增高及腎臟病症（Guthmann 氏及 Atzert 氏）（參考十九）。

（2）手術治療 依體質之不同，分絕根手術（將子宮肌瘤輸卵管及卵巢全部割去）及保守性手術（只將肌瘤割去，其餘不動，使生殖器工作仍在）二法，現此法凡放射治療所不能去除者，如過大之肌瘤而有壓痛現

(1) 雕割肌瘤 (換言之, 只割肌瘤, 保留子宮), 理想上果然對於每一肌瘤患者, 都當如此 (現在也很有幾個學者以為此法最妥) (Henkel 氏 Aschner 氏 V. Seitz 氏) (參考二十二), 但實際上不然, 蓋大多肌瘤外表上, 似乎只有一個, 而肉眼不能察得之細小肌瘤尚頗多, 故在割去後, 不久即有復發之虞 (由小者長大)。此時再施手術, 言之果易, 而事實上較第一次甚難, 預後亦更不佳, (老瘤灶處發炎及結住等等)。此外將肌瘤從子宮內雕出, 所造之子宮創口較子宮陰道上段切斷法及子宮全部截除法為大, 因此所產生之危險亦較多。

惟據醫者經驗所得, 亦有子宮即使割除幾個肌瘤, 縫合得法後, 仍可完好如前, 且可將生育之阻礙者去除。此外如懷孕之子宮尚有肌瘤, 則醫者盡可將肌瘤雕去, 蓋事實上, 止血之法不難, 亦不致每個流產。

再割去肌瘤之子宮, 在生產時破裂之危險亦甚少 (參考二十三)。

至於肌瘤是否用雕割方法, 便能了事, 當然不能在檢查時而只能在手術時解決之, 故在檢查時, 不能預說, 可將子宮保留。因為事實告訴我們, 在檢查時, 子宮似乎只有一個中膜肌瘤, 不料在剖腹後卻發現很多肌瘤, 在此當然只有把全部子宮截除, 始能全愈。若患者為一欲生育而求醫之女子, 則豈不使其失望太甚呢? 故無論肌瘤是單獨或多數, 醫者均當在手術前與病者說明, 能否保留子宮須待開刀時始能決定, 如此病者有準備而不致失望過甚。

著者以為能將肌瘤雕割, 當以剖腹手術為最佳, 蓋此手術非特醫者可以明瞭觀察, 即對於病者亦最妥當。

發癸之肌瘤, 在粘膜下者居多, 如施以陰道雕割手術, 頗為便利, 因此可減少腹膜炎之危險故也。方法: 將子宮頸前唇 (Hysterotomia anterior) 切開, 將肌瘤拉下, 用刀逐塊割去, 手術完畢後, 創口暫不縫合, 子宮腔內, 則緊塞紗布二十四小時。

有蒂之肌瘤, 去除之法頗易, 若肌瘤在漿膜下, 則當剖腹為之, 法將肌瘤自蒂根割去後再將創口縫合。

若粘膜下肌瘤, 已成蒂肉形 (Polyp), 只要從陰道內將蒂頭旋下即可, 惟不可將蒂柄剪斷, 蓋蒂柄內有甚大之血管, 剪斷後蒂柄上縮, 可以出血甚多, 甚至生命危險。假使蒂柄甚闊, 不能旋斷, 那末也當先將蒂柄之一端鉗住, 剪斷後, 再用針妥縫之。如若蒂根深在子宮底, 則非將子宮頸切開,

將蒂根底盤全部割去，縫好不可。

(2) 剖腹將陰道上段之子宮割除法，為大多數醫者所贊許，在此只要六針束住血管（卵巢動脈，圓韌帶及子宮動脈，左右各一針），大部份手術已完畢，再依肌瘤位置之高低，將子宮體處或子宮內口處，或則再下降一些，依病灶之如何而定之。若是切斷高一點，如在子宮處，則月經循環尚可保存，若子宮頸割去，或留一部份，則以後無轉經之希望，切斷處之輪廓，用針縫合之，再將來自膀胱之腹膜及子宮直腸陷凹之腹膜，縫合遮蓋之，如此所遺下之子宮陰道段，仍在腹膜之外(Chrobak 氏)。

上述方法，亦可由陰道為之，但用之者甚少 (Von Bardeleben 氏 Rick 氏)。

從子宮內膜異位症所得之經驗，子宮內膜(H. H. Schmid 氏)可以移植於陰道，子宮陰道段，或子宮頸段內，惟因此所產生 (Fuchs 氏) 之月經循環，能保持多久，至今尙成問題。

(3) 剖腹割取全部子宮方法，與上述者相同，膀胱推開後，將陰道前壁刺穿，子宮陰道段脫出，然後將全部子宮取出割去。

以前以為此種手術，較陰道上段子宮切斷法困難，而且危險亦大，但至今二種方法，無甚區別。

當然全部割取法，需時較長，刀傷止血處亦較多（加一薦骨子宮韌帶），此皆是時間與手術問題，以前所阻礙之處，以為膀胱輸尿管易受損傷，陰道之菌類易於上升。惟現今之手術及消毒方法均在進步，上述二點，當然不成問題。

此外以前學者，以為子宮陰道段割去後，易成漏斗形，陰道之黏液便要將乾燥，如此交媾定甚困難。可是此兩點其一只要細心縫合，漏斗形狀便能免除，其二割去子宮陰道段之陰道，其中黏液濕度，仍舊存在而並不減少，換言之，此種疑問，均不成問題。

反之，保存子宮陰道段，將來能有癌腫(參考二十四)產生。(Treston 氏 有一病者在手術後二十年始得之者)(Branscomb 氏(2)) (參考二十五)。曾在一千八百零四例子宮頸癌腫中，有四十六例，為子宮切斷後留存於子宮陰道段者，再 Bends 氏(參考二十六)在五百十五例，子宮陰道段癌腫中，有七例是在子宮切斷後留存於子宮陰道段者。Herold 氏(參考二十七)統計一萬二千二百七十三例子宮切斷者，其中有八十例生癌腫者(即 0.65%)。Waldeyer 氏(參考二十八)曾在 G. H. Wagner 氏醫院中記載十七例患是項病者。Meigs 氏(參考二十九)在一千二百十八例子宮頸癌中有八十例為子宮陰道段癌，其中一部份為以前因肌瘤割除所保存之子宮陰道段，另一部份為癌腫未全割除後所產生，故實際上，祇有二十六例為正式存留子宮陰道段癌。

Benthin 氏謂保留子宮陰道部份，即使不生癌腫亦有出血之危險。所以著者根本用子宮全部割除法，實較陰道上段子宮切斷法為佳，惟有女陰及陰道患急性發炎時，或病體肥大，施手術時間不能過久者，或子宮韌帶甚韌，其短，不易拉者，諸此種種切不可用陰道上段子宮切斷法。

切開陰道將子宮全部截除法，較剖腹將子宮全部截除，有下述數優點。

切開腹腔處，在腹膜之最低點（子宮直腸陷凹及膀胱子宮摺膜處），等於在腹腔之外，腹膜之刺激及傳染危險，均可減少，因此遇有體溫增高之肌瘤者，應以陰道內施手術，截除子宮之經驗告訴我們，從陰道施行手術，即使出血已甚劇之病者，亦可為之，雖然需時較為延長，對於病者卻比短時期剖腹為佳，肺心血栓危險亦可減少。著者在來比錫曾割二百十四例，其中無一死亡者，當然肌瘤巨大者，及陰道狹小者，手術當然複雜。

有些學者以為此種陰道手術療法，不能清晰觀察，不合手術化，不願為之。可是著者歡迎用此法，即使巨大如人頭之肌瘤，也可用切塊法（Morcellement）一塊一塊取出之（彩圖四十三），所可憂者倒是瘤之移動性及伸縮性及子宮陰道段之下降能力。至於狹小之陰道可用 Dührson 氏及 Schubarth 氏之陰道四週切開法，那末雖是處女也可施行此種手術。

此種手術雖然要學，但久練亦為必需，細心遇到止血安全，不使他臟損傷，雖然切塊，外表上不甚美觀，但對於手術局部是無問題，著者只有二次手術，從陰道切開改為剖腹者，可見從陰道施手術，危險甚少。又病者通常之要求，亦以不剖腹者居多。

當然陰道施行手術亦有不適合處，尤其在診斷不明時，肌瘤過大，肌瘤難於移動時，諸此當以剖腹截除為佳，所以我們遇有診斷不明，另外尚有卵巢瘤及子宮附件瘤等等混合者，則用剖腹手術當然易於解決。

至於割去肌瘤，是否應當保存卵巢，各學者之意見，已完全變遷，尚不一致，以前在單割卵巢時代，那卵巢當然犧牲，就是後來在陰道上段子宮切斷，及子宮全部割去時，亦將卵巢犧牲，其中最大之理由，是因割除之處，時常積膿，而侵入卵巢，致使病者回復健康時期延長，痛苦增加，可是現在縫法改良後（用單獨縫合法，不用以前混雜縫合法，用羊腸線代絲線），因此上述現象，已完全消滅。加之現今卵巢內分泌工作之重要性，日漸明瞭，即使不再生育之女子，亦需要卵巢之內分泌液。故現今在可能範圍之下，絕對保存卵巢，因卵巢忽然截除，病者可得極沉重之缺乏病。

至於卵巢在子宮截除後，是否繼續工作，學者之意見，當難一致，學者如 Westman 氏及 Unterberger 氏（根據動物試驗），及 P. Jung 氏（參考三十）及 Siedentopi（參考三十一）氏之意見，以為卵巢在子宮割去後，不久即退化萎縮，然而 Hofmann 氏（參考三十二）曾見子宮割去者，尚有百分之五十，無何種不適之現象。

若是子宮附件同時有病（發炎有 16%，囊腫化有 10%，W. Scheidt 氏報告），則當將其割去，或割去一部份（在可能範圍內，保存卵巢）。

總論：用放射法或用刀割法治療肌瘤之絕對適應症，尚不可能，著者（參考三十三）之意思，有者當手術治療，有者則用放射治療已足。下列數點之意見，以供後學者之參考。

(A) 用刀割者。

1. 肌瘤過大。
2. 壞死者或可懷疑者（生命問題）。
3. 發臭者（生命問題）。
4. 可疑及已惡化者（生命問題）。
5. 與別種病症混合（如卵巢瘤，子宮附件瘤及子宮脫垂），而有開刀之必要者。
6. 診斷不能確實者。
7. 病者希望有生育，而醫者以為可能者。
8. 少婦或處女，對於卵巢機能，絕對不可損傷者。
9. 粘膜下有蒂之肌瘤。
10. 在妊娠期內，而必需施用手術者。

下述各種如用刀割而有極大危險之可能者則當用放射治療。

(1) 病者貧血甚劇（25%血色素量）（著者曾見一病者其之血色素量，只有 10%，後來用放射法治愈。但亦有病者，因不及時開刀，專用放射治療無效，出血過多，而不得救者）。

(2) 內臟損傷甚劇者（心臟病、腎臟炎、肺結核、浮腫、靜脈瘤等）。

(3) 生殖器及其鄰臟，有急性發炎者（女陰癬）。

對於貧血病者，在治療前後用輸血（借健康無傳染病者，及血種不發生凝結或溶化者之血，）或用食鹽水靜脈注射，可有特徵之效果。

肌肉內每日注射五 c.c. 血液（八日）亦有相當效果。

子宮肉瘤（參考三十四）（Sarcoma uteri）

肉瘤生於子宮者甚少，據（Gessler 氏之統計，謂較子宮癌腫少五十倍，但各種年齡皆能患之。該種肉瘤，計可以分為子宮體肉瘤及子宮頸肉瘤，子宮體肉瘤較子宮頸肉瘤為多（與癌腫相反），子宮體肉瘤中，能有粘膜肉瘤及子宮壁肉瘤，在發達時期，其之出發點，非常不易區別。

子宮壁肉瘤，普通由肌瘤中產生。

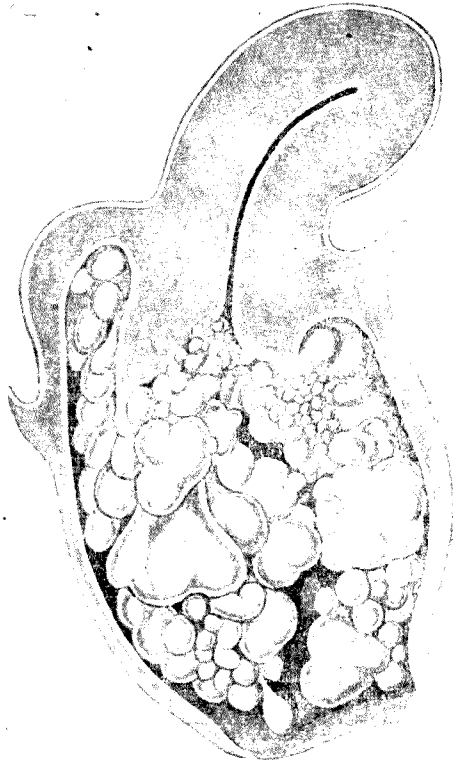


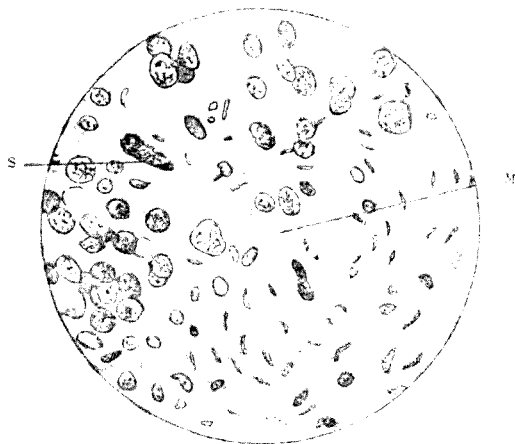
圖 二 百 五 十 五

葡萄形之子宮頸肉瘤 (Rein 氏 Arch. Gynaek. Bd. XV.

及 V. Jäschke-Pankow 氏第七版婦科學。)

此地不說肌瘤惡性化，卻說肉瘤與肌瘤，同在一瘤中。在初時肉瘤細胞（未成熟之細胞混合體）隱伏於肌瘤細胞（已成熟之肌肉細胞）中，及至一時，忽然發展，侵佔其他組織 (R. Schröder 氏)。肌瘤中百分之二，有此種結果（在臨診時，毫無惡化現象。)

在幼年或經絕後，若肌瘤忽然長大甚劇，則當疑為惡性化。有種幼女所患之肉瘤，腹圍可大如十月孕婦。另有在子宮全部截制後產生之病症，醫者以為肌瘤復發（肌瘤再發，乃一不可能之事實），而實際上以前之診為肌瘤者實已是肉瘤，現在非肌瘤之復發而是肉瘤再生也。此種復發性病情，在臨床方面，尤其在骨盤結締組織內（子宮鄰結締組織，或腹膜後所



圖二百五十六

子宮肉瘤(照 V. Jaschke-Pankow 氏)肌瘤與肉瘤組織分界處。

M=肌肉, S= 肉瘤細胞分析。

成之骨盤肉瘤,與子宮傍結締組織積膿,有相似之病象。

可是不久以後,患肉瘤者,子宮傍結締組織之淋巴腺,即刻散佈肉瘤細胞,不到數月,全部骨盤壁皆被肉瘤細胞所佔(可充滿小骨盤之一半),此時診斷當然容易,另外肉瘤之硬度(異於他瘤),病者體溫之不增高(發炎者有之),病者體質之日漸萎弱,及有時蔓延於腹腔與肺臟之內或穿出自子宮及腹壁而向外蔓延,諸此均可證明該瘤性質之險惡。

子宮體粘膜炎,不是在全部內膜生長即局部成爲葡萄形之蒂肉,此種組織,有時可使子宮產生陣痛而由陰道排出胡桃核大小之軟塊。

子宮頸壁肉瘤及形如葡萄之有蒂肉瘤,均可突出於子宮頸口之外,但不塞滿陰道,故與粘膜炎充滿陰道全部有相當之區別(圖),至於葡萄形肉瘤之粒顆,有如豌豆或刀豆之大小,甚軟卻又不如花菜癌之形尖及突起。

子宮壁肉瘤,可復發而變爲粘膜炎,惟相反者亦有之。

子宮陰道段肉瘤,一如子宮陰道段癌腫腐爛化散者,甚爲希少,大都生長甚速,甚者可大如雙拳(B. Ottow 氏)。

肉瘤之顯微組織(圖二百五十六)大多爲混雜細胞或圓細胞 進展

至梭形細胞肉瘤者甚爲希少 (R. Meyer 氏及 R. Schröder 氏), 巨大細胞則常有之, 傾向中央腐爛及出血於組織內, 爲該瘤之特徵。

及時臨床診斷頗爲不易, 故預後因此不佳。

不斷續出血, 與球形子宮長大, 大多爲肌瘤之徵象, 通常醫者對於肌瘤出血, 均用藥劑以止血, 或則以爲病者已近經絕之年, 出血能自動停止, 肌瘤亦能縮小, 可以無需治療, 可是此種醫法, 不知造成多少後患, 所以每一肌瘤, 凡在經絕年迅速長大者, 當疑爲肉瘤。

子宮全部截除 (普通均以爲肌瘤而開刀) 無論是剖腹或由陰道施行手術, 如在顯微組織檢查所得爲肉瘤細胞者 (百分之十五至二十爲永久全愈者) (此種成積之來由, 大多還是已結殼之子壁肉瘤 (R. Schroeder 氏))。

用 X 光放射治療, 對於肉瘤, 或則已不能施手術之肉瘤, 有異常之效果 (Seitz 氏與 Wintz 氏), 可是絕對全愈究有多少, 現尚無正式之統計, 不過及時之診斷, 及時用 X 光治療, 或在開刀後, 即刻再用 X 光治療, 是現代醫者所必當用之方法 (Seitz 氏及 Wintz 氏)。

著者個人, 有數例結果良好者。方法乃是先將鐳錠針插入骨盤肉瘤內 (視後)。至於插入之方法, 有如下述, 如該肉瘤之尖端近陰道壁或腹壁者, 只將該處切開少許, 使該瘤尖端露出後, 用 Hegar 金屬子宮頸大器, 穿刺一穴, 後再將鐳錠 (Radium) 放該刺破之穴內, 俟四十八小時後取出, 該肉瘤便迅速溶化而消滅。著者一病者, 如此愈治後至今已十一年, 還是非常健康, 惟有甚劇之坐骨神經痛。

參考一 Albrecht, Pathologische Anatomie und Genese der Myome in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes. Bd. IV.—Frankl. Arch. Gyn. 1911 Bd. XCV.—Meyer, R. Die Pathologie der Bindegewebsgeschwülste und Mischgeschwülste in Stoeckel-Weit Handbuch der Gynaekologie Bd. VI I.—V. Peham, H. Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik u operative Behandlung der Myome, Handbuch der Gynaekologie von Stoeckel-Weit Bd. VI. 2.

參考二 Kehrler, Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit, Dresden 1927.

參考三 Lehmaner, Zbl. gynaeck 1932, No. 45.

參考四 Ahlström E., Mitteilungen aus der Klinik Engström, 1917, Bd. XI.—V. Franqué, Z. geburtsh. 1907, Bd. LX u 1909 Bd. LX. IV.

參考五 Meyer R. Hand. d. gynaeck V. W. Stoeckel Bd. VI. I. J. F. Bergmann 1930—Dubransky. V. Zbl. gyn. 1936, No. 10—Thiessen Monatschr. Geb. gyn. Bd. 101.

參考六 Eichenberg H. E., Zbl. gyn. 1935, No. 29.

- 參考七 Scipiades E, Zbl. gyn. 1936, No. 45.
- 參考八 Kaufmann C. Zbl. gyn. 1931, No. 11a.
- 參考九 Thaler, Arch. gyn. 1928, Bd. C. XXXIV.
- 參考十 Glas, R. Zbl. gyn. 1930, No. 9.
- 參考十一 Hofmeier, Z. geburtsh. 1894 Bd. XXX u 1900 Bd. X LII—V.
Olshausen, R, in J. Veit Handbuch der Gynaekologie Bd. 1, 2, Aufl. Z. F. Bergmann, Wiesbaden 1907.
- 參考十二 Sennenwald Zbl. gyn 1930, No. 35.
- 參考十三 Pierson, Amer. J. obstetr. 1927, XIV.
- 參考十四 Frommolt, Zbl. Gynaek, 1931, No. 40.
- 參考十五 Schäfer, G. Ztsch. geb. gyn. 1935, Bd. 110.
- 參考十六 Winter, Z. Geburtsh. 1924, Bd. L XXX VII.
- 參考十七 G. K. F. Schultze Röntgenpraxis 1932 No. 20.
- 參考十八 Gauss, C. J., Die Strahlentherapie der Myome und haemorrhagischen Uteropathien in H. Meyer, Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. IV, L Urban u. Schwarzenberg Berlin 1929.—Martius Strahlenbehandlung der Uterus-Myome und uterussarcome, Handbuch d. gyn. V. Stoeckel—Veit Bd. VI. 2.—Uehel, P., Strahlentherapie 1930, Bd. XXX VIII. (Statistik)
- 參考十九 Guthmann u Atzert, Mschr. geb. gyn. Bd. 98.
- 參考二十 Caffier, P., Zbl. gyn. 1932, No. 2.
- 參考二十一 Hegar, A., Zbl. gyn. 1877, No. 17 u 1898, No. 2 u Volksmanns Klin. Vorträge 196-138.
- 參考二十二 Seitz, L., Mschr Geb. Gyn. Bd. 99.
- 參考二十三 Mayer, A., Zbl. gyn. 1932, Bd. 32.
- 參考二十四 Schäfer, G. Zbl. gyn. 1933, No. 35.
- 參考二十五 Brauscomb, Amer. J. Obstetr. 1930. Bd. XX.
- 參考二十六 Bends, Mschr. Geburtsh. 1932, Bd. XCL.
- 參考二十七 Herold, Zbl. gyn. 1933, No. 2.
- 參考二十八 Waldeyer, Zbl. gyn. 1934. No. 1.
- 參考二十九 Meigs, Americ. J. Obstetr. 1936. 3 1.
- 參考三十 Jung, P., Schweiz. med. Wschr. 1930, S. 2980.
- 參考三十一 Sidentopf, mschr. geburtsh. 1932, Bd. XC.
- 參考三十二 Hofmann, Zbl. gyn. 1932, No. 47.
- 參考三十三 Stoeckel, W., Med. Klin. 1913, No. 50.
- 參考三十四 Albrecht, Pathologie, Anatomie u Klinp des Uterussarcoms, in Halban-Seitz, Biologie u Pathologie des Weibes Bd. IV.—Esch, P. Symptomatologie, Diagnostik u. Operative Therapie der uterus-sarcome u. Mischgeschwülste, Handbuch von stoeckel—Veit, Bd. VI. 2.

第十二篇 子宮上皮瘤腫

子宮癌腫 (Carcinoma uteri) (參考一)

子宮癌腫之原因，至今尚無人知之者，僅有猜想、假定及理想，但無眞確事實之證明。

遺傳上（無論何種瘤腫）雖有相當理由，但無絕對證明，此外因受傷（子宮頸破裂，子宮頸突出，子宮陰道段糜爛）後所成立之創口，及斑疤，或許亦是瘤腫產生之理由（多產者子宮頸癌腫較初產者及未產者爲多），總之，傾向及刺激混合，爲癌腫成立之最大原因。

Kaufmann 氏謂子宮頸癌腫與生育之多少，無確定之關係（俱有癌腫傾向而另外在生產時所得損傷次數之多少，或許有相當關係），惟亦不一定，因大戰以後，未產者及少產者，患癌腫病者亦在增高故也。

至於腦垂體腺（Hypophyse）與癌腫產生有否關係，現今尚是一種猜想，不過患癌者之尿中含 Prolan A. 之成份，較其他病者爲多（Zondek 氏）。

Hofbauer 氏（參考二）從動物試驗得來之結果，警告一般醫者，不可妄用及多用腦垂體腺前葉液。

老年女子，易有子宮體癌腫之傾向，但並非絕對預決條件通常子宮之得癌腫，較其他內臟爲先

Takahashi 氏曾統計 München 大學醫院，患癌腫者之年齡，依 R.Schroeder 氏法。

年 齡	子 宮 頸	子 宮 體
21—25 歲	0.3%	0%
26—30 歲	3%	0%
31—35 歲	9.5%	1.5%
36—40 歲	17%	15%
41—50 歲	31%	30.5%
51—60 歲	21.5%	32%
61—70 歲		18.5%
71—80 歲	0.5%	0%

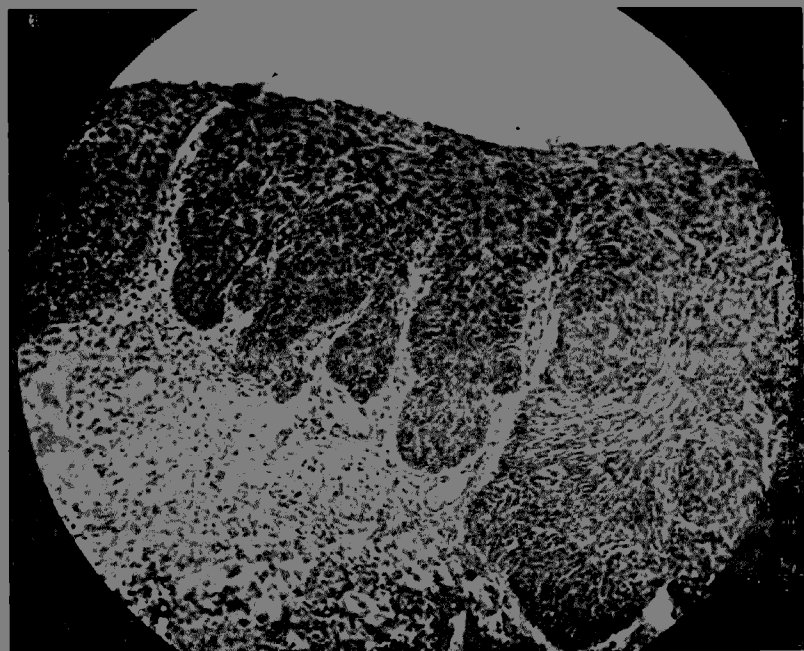


圖 二 百 五 十 七

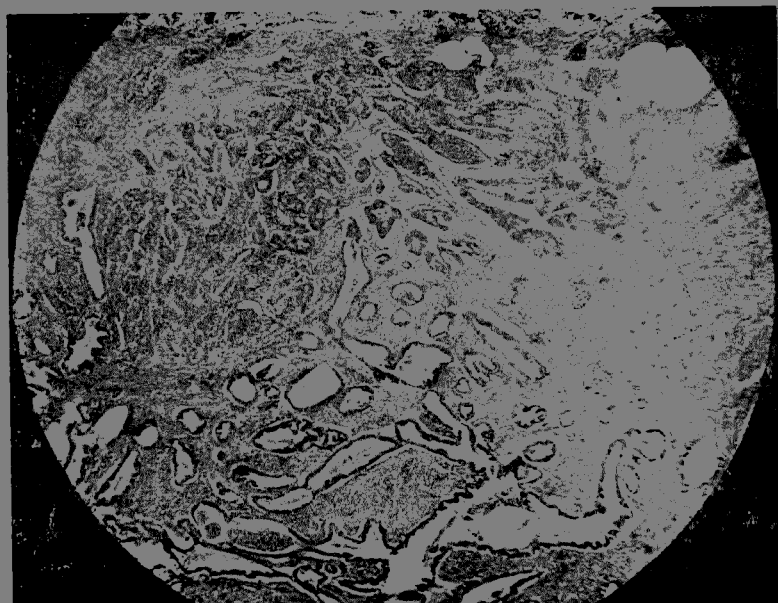
了除段扁平上皮癌，散發性向深處生長之扁平上皮，細小細胞浸潤。

Kaufmann 氏及 Votiz 氏剖大屍後，子宮體癌腫，各種年齡均相同。換言之，三十四及七十歲之女子，均在同樣增加中。

即使女孩亦能患子宮癌腫，醫史記錄中，最年輕患子宮癌者為八月之女孩，E. Kohlen 氏(參考三)曾將一十五個月之女孩，因癌腫而將子宮全部截除，Kohlhaas 氏(參考四)曾割除一十六個月女孩之子宮，總之年齡愈幼，發展愈速。

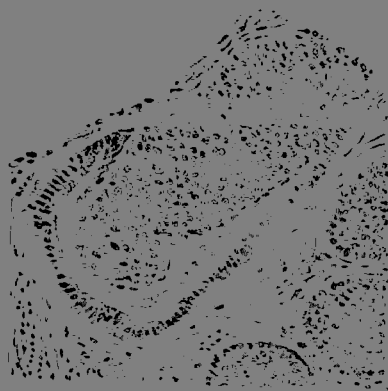
社會、經濟及營養情形，為癌腫產生之另一因素，亦有可能，蓋貧人患者較富人為多，而下人患者較大都市為少(Kaufmann 氏)。

以前將癌腫分為子宮陰道段、子宮頸，及子宮體癌腫，而以為來自扁平上皮者為子宮陰道段(圖二百五十七)癌腫，來自柱形上皮者為子宮頸及子宮體之癌腫(圖二百五十八及二百五十九)，惟此種分析在深重癌腫，實在不易區別明瞭，其之出發點，同時多方證明，柱形上皮亦能成為多層上皮癌腫。所以我們現今將子宮陰道段及子宮頸癌腫合併而改為「子宮頸癌腫」，另外子宮體癌腫，則仍保存其本來名詞，如此則無論何時，在臨床及顯微鏡下，均能區別之。



圖二百五十八

子宮頸癌，一部份腺癌（腺體癌）一部份上皮細胞繁殖。



圖二百五十九

子宮頸柱形上皮，子宮頸腺體之癌病，將本來之上皮推出，並通則理子宮頸腺體之癌化是也。

V. Franqué 氏及 Katz 兩氏，仍保持以前之見解，Katz 氏尚特別注重預後非常不佳之子宮頸腔癌腫（詳後）（Cervix-höhlen-carcinom），蓋此種癌腫發現時，大半病已沉重，其所得之原始性死亡率，已有 17.2%（子宮頸癌腫 7.2%）而所得比較性全愈率，僅為 13.9%，反之子宮頸癌腫，卻有 11.3% 全愈率。

Schottländer 氏、Kornbauer 氏及 Frankl 氏用顯微組織分析法，分為下述二種。

1. 原始性堅硬癌腫 (Primär Solider Carcinom)；
2. 原始性腺體形癌腫 (Primär drüsiger Carcinom)。

兩種癌腫，子宮頸及子宮體之黏膜及腺管上皮，均可得之。堅硬形癌腫，子宮頸有之者多，腺體形癌腫，則以子宮體為多。

俱有多細胞之癌腫，名曰髓形癌腫 (Medullärer Carcinom) 富有結締組織者，名曰硬韌癌腫 (Schrühöser Carcinom)。

年齡愈高者，患腺體形之癌腫（圖二百六十）愈多（Schottländer 氏、Kornbauer 氏，及 Ballin 氏）。

Müller 氏管之上皮細胞，具有特徵之技能，在木分析現象下，向兩方面分析。

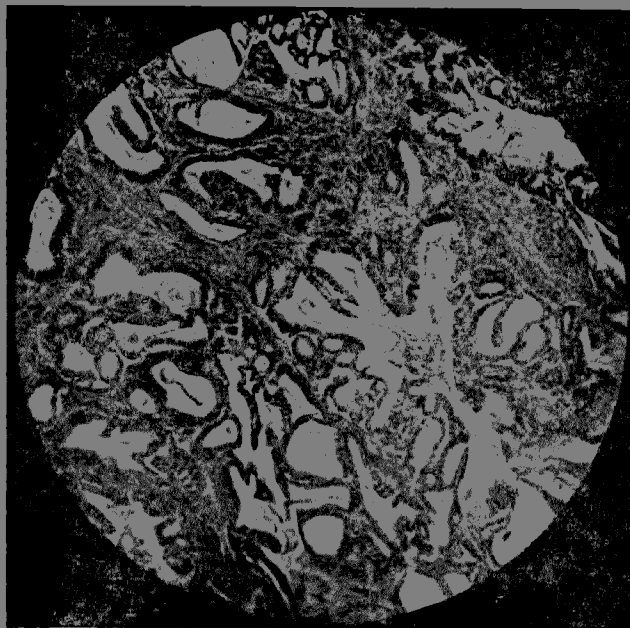
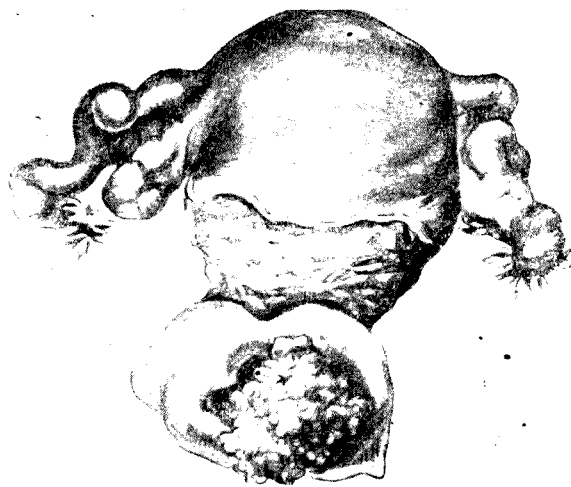


圖 二 百 六 十

子宮頸腺體癌 (Adenocarcinom cervicis)

1. 成爲柱形上皮，而俱有腺體，或乳頭形體。
2. 成爲扁平上皮，外加中央角質化 (R. Schröder)。

對於第二種之變化，根據多層扁平上皮構造之完全與否而分爲成熟，將熟，及未熟之癌腫 (Kernmauner 氏)。



圖二百六十一
花菜式子陰段癌，由陰道內剷除。



圖二百六十二 子宮頸癌

1. 成熟癌腫之細胞，多層化，角質化，有刺形細胞。
2. 將熟癌腫之細胞，有角質化無顯明之細胞界限，及無刺形細胞。
3. 未熟癌腫之細胞，爲不整齊，細小而形態繁多之細胞 (R. Schröder 氏) 不角質化，亦無刺形細胞。

癌腫成熟與否，與性質有重大關係，堅硬之癌腫，以不成熟者爲最多。

癌腫之成熟程度與年齡有密切之關係 (Schottlänrler 氏、Kermauner 氏、Frankl 氏及 Kraul 氏)，Rob. Meyer 氏以爲此種區別，尙未證明。

上述之分類，對於X光之治療，亦有相當區別，紐約 Memorial 醫院之報告 (參考五) 中有二十五例不能用刀割而俱有成熟細胞之子宮頸癌腫，用X光治療，五年不復發者，僅有百分之四，反之，俱有未成熟細胞之子宮頸癌腫三十三例中，卻有百分之四十二獲全愈者，於此可見不成熟之癌腫，用X光治療，預後 (參考六) 較已成熟者爲佳，惟此種統計之病例尙少，絕對之斷語，當然尙未成熟。



圖 二 百 六 十 三

(左)圖二百六十一之子宮對切開 (右)圖二百六十二內子宮對切開

子宮頸癌腫，開始時爲一癌核，不向深處，便向表面生長，不在子宮外口相近之子宮頸上皮處，即在突出之子宮頸裂破處或在子宮陰道段糜爛處。

癌腫產生後，其週圍即有一種反應性之結締組織浸潤包圍，如一保護堤，以防癌組織之侵入。但此種防堤，不久即被癌組織所攻破。穿過結締組

織前進，強迫內臟，將其結締組織堤逐漸向後退讓及增厚，故通常深老之癌腫，其四週均有甚厚之結締組織堤（摸診時甚易摸得），尤其中間腐化者為最甚。可是此種結締組織之厚薄，對於施手術之可能性無何種關係。亦不能代表該瘤已進展至何種時期，蓋有的全部是結締組織，有的全是癌腫組織故也。另外有種癌腫，外表上似乎施行手術已不可能，而實際上一施手術後，即告全愈，因子宮傍結締組織尚未波及故也。



圖二百六十四

雙處癌（子宮體及陰道癌）

隨癌腫組織繁生方向之如何，而有乳頭形（花菜形癌腫）（圖二百六十三A）及腐化性癌腫（如癌腫炎爛等）（圖二百六十二及二百六十三B）。

由子宮口唇產生之花菜癌，能大如雙拳，大半底盤甚闊，甚少有蒂者，如此巨大之癌，能將陰道後壁擴大甚劇，甚至有下懸於陰道口之外者。

癌腫之炎爛與破壞，外表上似乎已將子宮頸及子宮陰道段完全消滅，



圖 二 百 六 十 五

癌腫核塊（在膀胱壁內，同時子宮頸亦有癌）（膀胱鏡攝影）。



圖 二 百 六 十 六

子宮頸癌（桶形）子宮口比較高而正常，在其上有一空腔位於子宮頸內，並有碎破之癌組織，由此出發全是癌組織，上至子宮交界處。

可是事實上，我們可以從病者鐳錠治療後之觀察，本來兩者俱滅之處，受鐳錠治療後，子宮陰道段仍有一部份或全部份復原。

最為重要，而實際上又非常難診斷者，即為藏於子宮、頸外口內之子宮頸癌。因為此種患者之子宮外口層及子宮陰道段，並無何種顯現缺點，醫者之肉眼及手指又不能探得，故此種子宮頸內之癌，至發展極度時，始在子宮外口處，呈現一細小之癌腫（覆盆子形），或甚至始終不能從陰道內觀得，而其他一方面，則傾向左右蔓延，甚至穿破子宮頸壁，或向上入子宮體，在此種現象之下，子宮頸之形，全如一圓桶（子宮頸腔癌腫）（Katz氏）（圖二百六十六）。

G. A. Wagner 氏（參考七）曾割除一由 Gartner 氏管，產生之癌腫（軟而多血之癌，在子宮陰道段

一個不治療之癌腫，可從子宮向四週蔓延，通常皆延入淋巴腺管，回散於肌肉內及刺穿各種組織，同時癌之細胞，沿淋巴腺管順流佈散各臟，該癌以後之生長，不是在廣面上蔓延入陰道穹窿，便深入子宮傍結締組

織，膀胱陰道夾膜，直腸陰道夾膜，或沿荐骨子宮韌帶入骨盤後壁結締組織，或包圍直腸四週。以前以為此種廣面散佈，乃是原始性子宮陰道段癌，反之，深入者為原始性子宮頸癌，此種見解，現今經驗所得，並不完全確實。

癌腫組織可以蔓延侵入膀胱、直腸、輸尿管、腸骨血管、梨形肌、坐骨神經等等。

接近膀胱之子宮頸癌，能使膀胱壁浮腫，及泡形浮腫（圖二百六十六）此種穀粒至豌豆大小，色黃，性硬之蔓延性癌粒現象，有時亦可（可是頗少）在膀胱鏡內探視之（圖二百六十五）。其中有炎爛者僅佔少數，蓋通



圖二百六十七

進展性子宮頸癌，直腸陰道夾膜，膀胱陰道夾膜，以及子宮傍結締組織均有蔓延。子宮體內尚有二中膜肌瘤（照 Cullen 氏，Cancer of the Uterus, Vagina, 陰道，Blase = 膀胱，Rectum = 直腸，Cavum uteri = 子宮腔，Carcinomatöse Infiltration in Septum recto-vaginale = 直腸陰道夾膜內癌腫之蔓延）。

常病者已在炎爛前死亡。

普通甚多之現象，乃是癌腫逐步向膀胱前進，穿刺膀胱壁而造成一指或數指闊可通之瘻管（圖二百六十八），此種情形同樣可以對直腸發生，而造成直腸陰道瘻管。

有時膀胱、尿道、陰道夾膜，及直腸陰道夾膜，均被癌腫組織浸潤，惟不成爲瘻管（圖二百六十七），那時陰道前後均被該組織包圍。（前至尿道堤，後至直腸及骨盤結締組織），有時再沿子宮荐骨韌帶深入荐腸骨關節處。



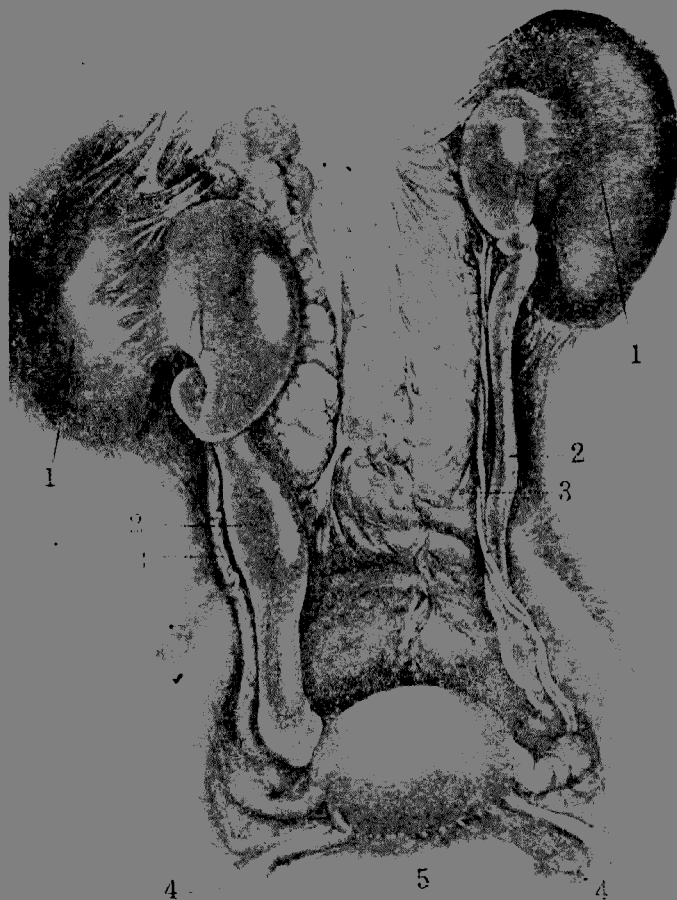
圖 二 百 六 十 八

進展甚劇、子宮頸癌，其組織已上入子宮體，直腸陰道夾膜，尤其侵入膀胱陰道夾膜特甚，此處全被癌組織所包圍，甚至膀胱後壁亦被癌組織所侵佔。同時尚有一甚巨之膀胱陰道瘻管（照 Cullen 氏 Cancer of the uterus）。

延久不醫之核形癌腫組織，可以填滿骨盤壁，而將直腸束緊彎折及移

遷，由此病菌及腸氣侵入癌內而使癌腫粘膿，向上或向下穿破。

最後輸尿管、腸骨血管，及坐骨神經，均被浸潤，可是癌之組織甚少侵入血管之內，及輸尿管之內者，血管被癌腫組織包圍後之結果，下肢、女陰、下腹，均皆浮腫。輸尿管受壓後，遂成爲輸尿管尿腫或則腎臟尿腫（圖



圖二百六十九

不能施手術，圖中不能見到之子宮頸癌，此處輸尿管處之子宮傍結締組織均被浸潤，因此輸尿管受壓非常，小便不能暢達，而向上將輸尿管擴大（Hydrureter 輸尿管水腫），將腎臟擴大（Hydronephrose 腎臟水腫），圖中所示臟腑之趨向，特別清楚（圖 Collier 氏 Cancer of the uterus）。

二百六十九)。坐骨神經被包圍後，遂發生甚劇之背脊及坐骨神經痛。若是癌之組織侵入腹膜，則腹膜可以癌腫化 (Carcinosis peritonei)。若癌之組織，破入動脈內，則可出血甚劇。若癌組織破入靜脈內，則該組織可由此而蔓延至他臟。

通常淋巴腺管，可為癌腫組織主要之散佈者(參考八)，其中有二最為重要者(彩圖二，上册)。

(1)對於子宮頸癌腫，以子宮傍結締組織內之局部淋巴腺，為第一條防線，如該癌組織已破入子宮傍結締組織，則下腹淋巴腺 (Glandulae hypogastrica) 為第二條防線，若此地再被穿破及佔據，則第三條防線為腰部淋巴腺 (Glandulae lumbales) 及大動脈淋巴腺 (Glandulae Aorticae) (圖二百七十一)。此三排淋巴腺，均有遭逐漸侵佔之可能 (圖二百七十二)。

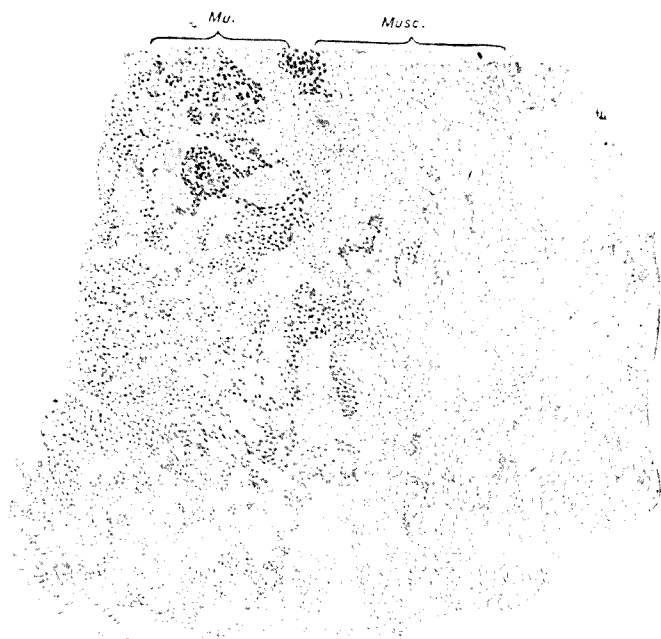
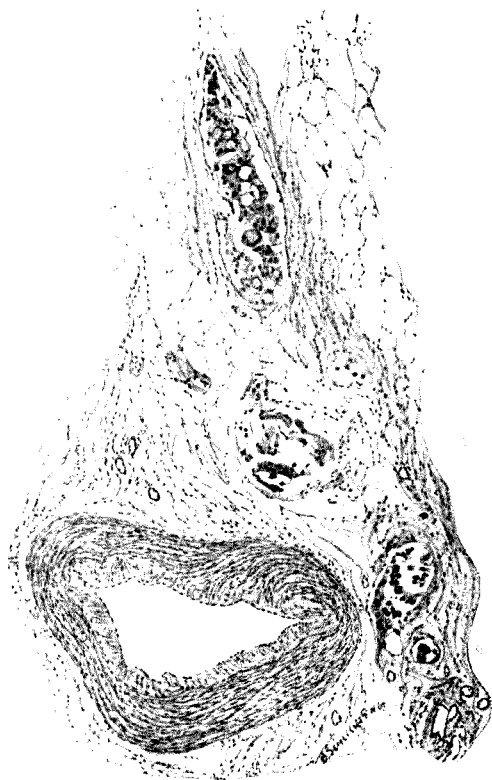


圖 二 百 七 十

輸尿管切開顯微組織圖，黏膜 (Mu = Mucosa) 已全被癌所浸潤，甚至肌層 (Musc.) 亦被波及。



圖二百七十一

子宮動脈及其傍之淋巴腺管切開圖，顯微組織檢查（均為癌組織所侵佔）。

若是各淋巴腺被癌組織塞滿（圖二百七十一），則可使淋巴液湧脹，倒退入其鄰近淋巴腺（如鼠蹊溝淋巴腺 *Glandula inguinalis*）而移植之。

（2）對於子宮體癌，是以大動脈淋巴腺的局部機關，蓋其腺管，並不經過下腹淋巴腺及腰淋巴腺，而經過子宮附件及卵巢懸韌帶直達大動脈淋巴腺。

子宮頸壁薄，子宮體（尤其子宮底）之壁甚厚，所以子宮頸易被癌組織穿過。但淋巴腺阻隔較多，所以事實上即使穿過，該兩處腺體，還是可以施行手術（下腹及腰部）。反之，子宮體壁難被癌組織穿過，但穿過後，施



圖 二 百 七 十 二
大動脈及骨盤血管中有甚多癌化淋巴腺

手術即不可能（大動脈淋巴腺）。

最近X光研究，據 E. Phipp 氏之報告（參考九），謂癌組織，非特淋巴腺組織，就是骨盤腰脊椎骨，均可被其侵入，其侵入次數之多，比較普通所知者為多，此種癌組織，能破壞脊椎骨、荐骨、腸骨、恥骨，及使上腿骨頸斷入骨盤內（圖二百七十三）。

此種骨節破壞，病象表現甚少，但脊椎一經波及，則

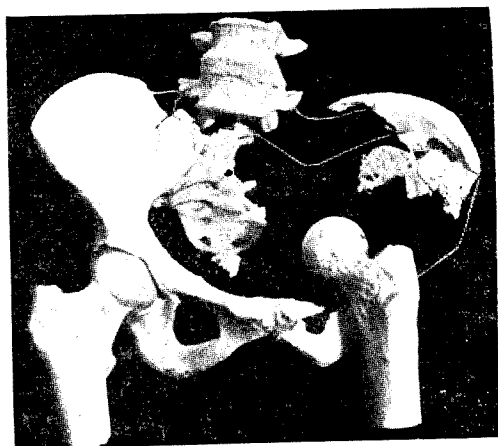


圖 二 百 七 十 三
子宮頸癌破碎骨盤圖

痛苦之甚，無出其右者（圖二百七十四），尤其此種痛苦，藥劑上毫無方法制止（以前均以爲坐骨神經痛）。

R



圖二百七十四

第五腰椎椎骨及左腸骨完全被癌組織所破碎（子宮頸癌）（X光照片）。

子宮體及子宮頸癌，遠入他處蔓延者頗少，且亦甚遲，通常所蔓延之處，爲肝肺（肺枝淋巴腺內·圖二百七十五）（著者醫院中曾有一例）及鎖骨上之淋巴腺（S. Ernst）（參考十）柏林婦科醫院、腦、聽丘、會陰及骨節（頭骨、鎖骨、胸骨、前臂、下腿骨等）。

與癌組織細胞同樣進展者，爲在癌內之菌類，其中有甚凶險之傳染病菌，例如某種骨盤血管傍之淋巴腺，腫脹而軟，其中並非含有癌組織細胞而卻有不少連鎖球菌。



圖二百七十五

子宮頸癌移殖於肺部圖狀內視（X光攝影）

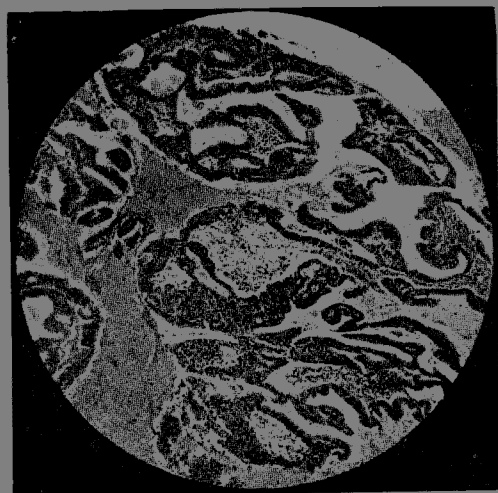


圖 二 百 七 十 六

子宮體癌（顯微組織圖）

此種有菌之淋巴腺，從來不是自動傳染，大半是在試割之後或用鑄錠之後，開刀後，始傳入而成爲局部子宮傍結締組織，或腹膜膿腫，或全身膿血症。

若患子宮癌者有體溫增高，則病者必已受傳染，若病者同時尚有脈搏加速之現象，則該傳染已在子宮之外，而在淋巴管內矣。

子宮體癌，經絕後，年老得之者居多。此種癌腫，大多在子宮體（彩圖四十五）爲時甚久。其繁殖方式不是廣面便是成蒂形，廣面之繁生，子宮體黏膜皆變爲堅硬之核，及至最後全部子宮內壁均被癌組織所侵佔，由此再向兩方進展：一向子宮腔繁殖；一向子宮肌肉深入而達腹膜。

子宮癌成蒂形者甚少。

普通所謂之蒂形子宮癌，大半爲蒂肉上皮化者，Rob. Meyer 氏，曾在二百三十例（1922—1925）中，無一子宮頸蒂癌者，另外該氏在二十年內，只見三例，患癌性子宮體蒂者（七十四例中）。

至於蒂癌之性善或惡，則需長期觀察後，始可決定。（Tseki 氏（參考十一），及 Hintz 氏（參考十二）。）

子宮體癌腫在顯微組織上，（圖二百七十六，二百七十八及二百七十九）爲一形態甚多之組織，其之上皮可變爲腺體，可變爲扁平上皮或則角質化

正式之子宮腺體癌（Adenocarcinoma Corporis）一如子宮內膜官能層癌化然（R

Schneider 氏)形長,有單行上皮組成之腺管,甚少間腔組織。如絨毛然突出於子宮腔內(圖二百七十八)。此種組織之善惡與否,在區別診斷上,甚為不易,即使用顯微組織檢查,也不甚易,有時或竟不可能。

腺體性子宮內膜炎(Endometritis adenomatosa)腺體上皮瘤(Adenoma)惡性腺體癌(Adenoma Maligna)及腺體癌腫(Adeno-Carcinoma)各種名詞均是由善至惡性之過度者。

惡性之腺體癌佔間質組織,而繁殖甚劇。位置傾斜,有幾處數細胞疊起成堆,刺穿肌肉之膜(R. Schröder),此種穿入肌肉之腺體,其上皮漸變為多層,其形狀漸漸縮緊,而成為堅硬之上皮帶,或上皮索,此種現象為腺體癌,變為子宮體堅硬癌之過渡者,或混合者(圖二百七十六)。

患子宮體癌之子宮外形,可長時期無變化,或則子宮之肌肉呈現老年或萎縮退化。但亦有少數與癌組織同時繁殖之肌肉(一如肌瘤)而將子宮形態擴大,如漿膜再被癌組織推起,則在混合檢查時,可如多輪廓之子宮肌瘤然(視前)。不過不久,此類癌組織即四週蔓延,卵巢、膀胱、直腸及子宮頸管內。最感奇特者,便是兩癌同時產生,例如子宮頸癌,可與子宮體癌,或子宮體癌,與陰道癌(圖二百六十四);或子宮體癌與卵巢癌;或子宮癌與輸卵管癌;或子宮頸癌與乳房癌(Cordua)(參考十三);或子宮體癌與乳房癌(Seliga 氏, Esch 氏, Offergeld 氏);另外肌瘤與癌腫可以同時產生,而肉瘤與癌腫同時產生卻是絕對少數(圖二百六十七)。

當然一個肌瘤,只能變為肉瘤(Sarcom),而絕對不能變為癌腫(Carcinom)。因為肌瘤之來歷,為中胚葉(Mesoderm),而癌腫之來歷,為外胚葉故也(Ektoderm)(參考十四)(Mathias, Naeslund)。

當然在例外之時,肌瘤之外層,可以再生一癌,或則癌之組織細胞,侵入肌瘤之內。或則(實際上甚少)腺體肌瘤(Adenomyom)後來變為腺體癌(視前)。

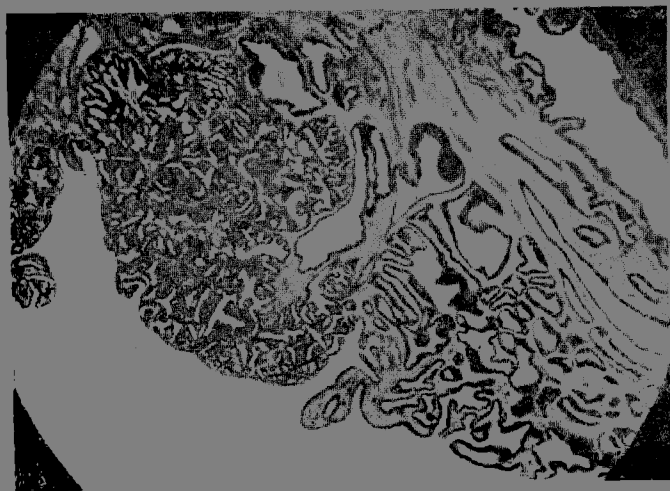
無論子宮體與子宮頸癌,都能使子宮積膿(Pyometra)(大都由大腸桿菌及連鎖球菌上升傳染所致),因為衰老之子宮抵抗力弱,收縮力不足故也。此時全部子宮腔充滿膿液,因子宮內口漸漸縮小,而閉塞。全部膿液遂難流出(此種現象在鋪錠治療後特多),所以我們醫者,對於每一子宮癌。當找尋子宮有否積膿,或則在每一積膿子宮,當找尋尚有子宮癌在內否。雖然子宮積膿,普通年老衰弱之子宮常有之,但醫者在施手術前必先戒備,否則即有必死之腹膜炎產生。



圖二百七十七
 癌腫性子宮頸蒂肉，位於子宮頸腔內，將
 子宮頸腔擴大甚劇，子宮外口仍保持原狀。

1. 病象

早期病象：不高化之細小癌粒，無何種病象，故難於診斷，通常之病象，總在第二期，潰瘍時期，可是潰瘍並非子宮癌所特有之病象，普通之子宮病，亦能有之，出血與白帶也是子宮患病之普通病象，也非子宮癌所專有，可是輕易之接觸或微傷後之異常出血，如在大便（尤其是便秘之糞塊甚硬者）下眼時（糞塊將子宮陰道段，移動而致出血）或交媾後出血，或陰道檢查後出血。諸此均可疑為子宮癌。惟善性之子宮陰道段糜爛，或突出於子宮口外之子宮頸蒂肉，也同樣可以出血。



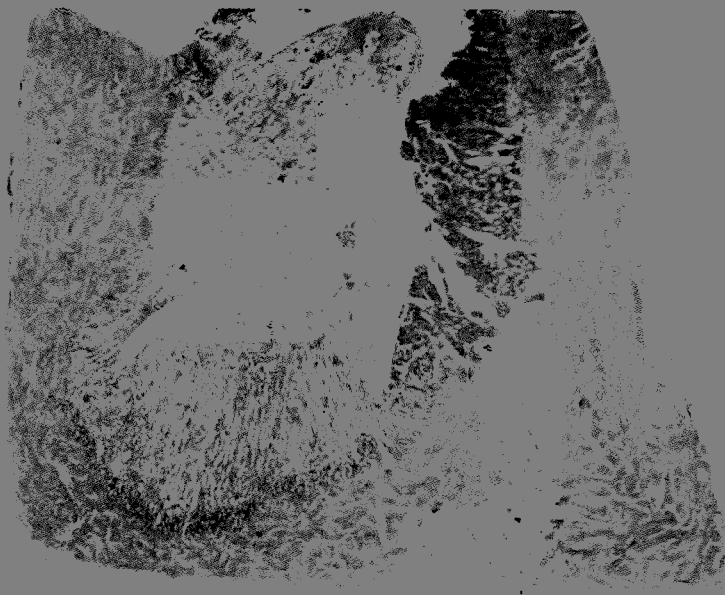
圖二百七十八
 子宮頸腺癌

具有自動之忽然出血爲異常之現象，尤其間斷不整齊，時多時少，忽有忽無及延長時間 (Metrorrhagie) 者。

諸此現象，均爲癌組織破穿子宮壁時，將其中之血管穿破所致。依穿破之血管爲何種，動脈抑是靜脈，抑細小血管，而定其出血之份量、性質及時期。

有甚多病者之主訴，經血多延長，且在經間之時，亦有血出來，或則月經循環之現象，已完全消滅，或則有血塊落出（大都在臥時，血凝結於陰道內，立起時落出），諸此種種，醫者都可疑爲子宮癌，但不定期出血，及月經出血時期延長，皆非癌腫之絕對病象，因爲該種病者大多在經絕之年，而該種現象，其他子宮病亦能有之，且絕對不在少數。

並非絕對，但可確定者，爲經絕後之出血，此種現象，醫者當特別注意，最可笑者，便是病者以爲此種出血，爲青春再來，反以不出血爲年老氣衰之現象。此種誤解，當然很可發生極大危險，尤其在經絕數年後始發生者。（譯者按：我國通常以老年轉經（所謂鐵樹開花）爲危險之現象。）



圖一百五十五

子宮癌組織位內之血管

上述該種出血，無論多少或甚至出血過多而虛脫，皆為有病之現象，因年老已退化之子宮，決無此種出血。

如六、七十歲之老年婦而有此種出血（彼等之月經已絕十年以外），則大多為子宮體癌，此種老年婦當然也可以患蒂形黏膜繁殖，尤其子宮輸卵管角蒂肉或腺體瘤（視後）或黏結性老年陰道炎（Colpitis senilis adhaesiva）而使子宮出血，惟為數不多而已。此外醫者也絕對不能專以「出血」而診斷病灶之性善或性惡。故醫者如遇到經絕後出血者，便當疑及癌腫，及至正式顯微組織檢查反證後，始可了結。

據 Zweifel 氏之統計，經絕後出血之病者，中有百分之七十五為子宮有惡性病症（卵巢瘤腫亦在其內，特別是粒顆癌）（並非早期而是晚期現象）。

在經絕時出血，亦應詳細檢查，經血過多，及不定期出血，是經絕時正常生理之現象，但亦是惡性癌腫之特殊病象，故每一醫者，在此傾向患癌最高之時，無論病者出血多少，都當有詳細之觀察，非特觀察，且應即用適當之治療，寧可過早，不可延遲（注意顯微鏡檢查）。

例外之病象，如患成立已久之子宮陰道段癌，而月經仍是正式者，或經絕已久，而從未出血之子宮體癌亦有之。

白帶：每種子宮或陰道病症，均有白帶，甚至正常之月經，亦有之，故白帶並非子宮癌特殊病象，因此大半女子均不以為然。（惟癌腫之白帶發現甚早，且多而有臭味。）

白帶之性質，各有不同，其份量及種類亦依癌之發展如何而定，老年婦之多結締組織性，子宮陰道段癌者，排洩白帶甚少。正在繁生長大，而尚未潰瘍之花菜癌，及子宮體癌之白帶，稀薄如水，僅有少許血液混入（普通所謂血水是也）。如該癌生長愈速，壞死亦愈多，則出血亦愈多而延長，腐菌及病菌之寄生亦愈多，排出之白帶亦愈增加，含膿亦愈多，顏色愈污濁，臭味亦愈甚，如腐菌加入後，臭氣便不會再消滅。如此以後，那典型性之癌臭白帶，便告成立，如此種白帶，同時尚有瘻管之尿及糞塊混雜，則其中之臭氣，一如腐化之肉，一進診室，即能嗅得。患癌腫者，尤其是貧苦患者，從不洗濯合聚一室，能使室中之空氣甚臭，如在廁所之內，使人不能久留。

患子宮體癌者，其白帶排出不多，惟不停（至多稍停一些）流出，內含有薄膿，頗韌及甜味之液體。

女陰方面，因白帶過多之故，發生癢症，不過這異常發癢，並非癌之早期現象，惟為警告之病象（因為別種病症，如糖尿症或其他多白帶之病症亦可有之），此種癢症，久後能變為痛症，一切均不能接觸，否則即生極大之痛苦。

痛：痛苦不發生在早期症候，甚為可惜，蓋痛苦一生，病者早日求醫，醫者亦能早期診斷，那末及時治療，全愈之希望自能增加。出血與發臭之白帶，非特無知識者不以為意，即曾受高等教育，資質非常靈敏者，亦不以為意。及至痛苦加劇時，然後再去求醫，此時大都已遲，因痛苦發生之時，子宮癌已經刺穿子宮而向鄰處蔓延故也。子宮陰道段癌根本無痛覺，惟癌組織蔓延及骨盤組織或腹膜或大動脈淋巴腺或梨形肌凹內或坐骨神經叢時則可發生甚劇之鑽痛式，針刺式之疼痛，向腿部散佈，在此處神經之個體，並無病症，但是神經之包圍組織，卻被癌組織圍住，或則被傷，由此壓住神經本體而產生痛苦，故患該病之女子，行動艱難，坐立伸直，均感不安，稍一不慎，即發生痛苦。

陣痛式之疼痛，可以發生於患子宮體癌者，假使子宮腔內有血塊，或液體積住，則病者之主訴中往往說此種陣性之疼痛後，白帶便即加多流出。

未施手術之子宮頸癌，大都無中毒現象及體溫增高，因為發臭之液體，都能流出，癌腫並不被吸收。惟淋巴腺管位置已變移，普通情形，卻漸漸惡化矣。

便秘為患癌者常有之事，因該種病者，行動已極少，又受機械式之阻礙（癌之組織，侵佔直腸四週而使直腸縮小），又病者畏懼大便，因大便時，痛苦即刻產生，並可出血，故患者自動地將肛門緊縮，不使大便排出。若是癌組織壓住直腸，則病者時欲大便，若癌組織已侵入直腸，則病者大便時感覺苦痛非常。

此外有種癌腫，僅侵入大腸之下部，使該處受巨大之刺激，因此可以產生瀉痢（此種現象，為大腸黏膜蛋白化所致（Amyloid-degeneration））。

如癌組織接近膀胱黏膜（彩圖四十四），則可使膀胱彈力及容積力減少，在沉重時，甚至可以產生膀胱炎症（Cystitis）。

癌氣（Koprostase）可使病者中毒，敗胃，惡心，嘔吐等等，末了使病者陷於一種癌腫衰弱（Cachexia Carcinomatosa）現象，面色黃白，微微浮腫，眼眶因無脂肪，擴大而凹進，口唇淡白，動作遲慢，一種慘痛之面色，深

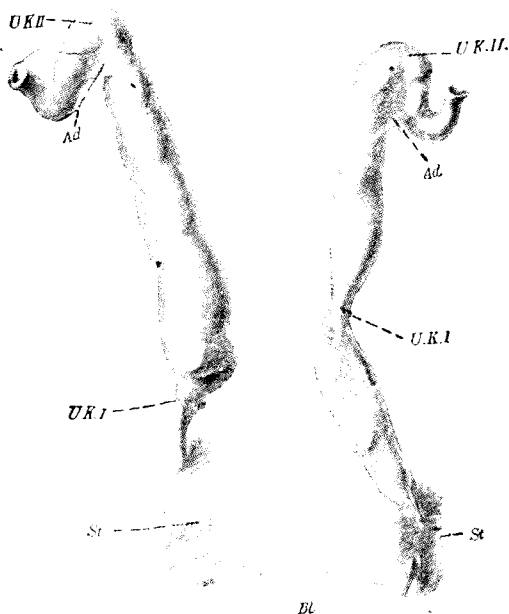


圖 二 百 八 十

子宮頸癌組織，侵入子宮傍結締組織，致將輸尿管壓住。而擴大
Bl.=膀胱，U.K.I.=輸尿管摺處普通輸尿狹處（Schwalbe 氏狹
處，St=由癌組織浸潤後之閉鎖處 Ad.=黏住處。

重之痛苦，及無希望之舉動等。

至於病者之死，各有不同，最多之病象為出血，但因此致死者卻是少數，死於急性腹膜炎者亦甚少，最多之死因，為癌腫衰弱（Cachexia Carcinomatosa）及全身滿佈癌腫組織（Allgemeine Carcinosis）。〔當然亦有腹膜癌化（Carcinosis peritonei）在此病者患腹膜刺激現象，一如腹膜炎，腸之蠕動加劇，致使瀉痢或則腸之動作遲鈍，成為腸塞絞痛。〕

患癌者最多死於尿臟病症（85%，據 Färber 氏報告）（普通所謂虛脫者亦歸其中）。

如輸尿管被癌組織包圍浸潤及壓制，開始時當然尚無變化，及至其他健全之輸尿管亦受壓後，則二輸尿管異常擴大，有的竟可如小腸大小而成為輸尿管水腫（Hydrureten）（圖二百六十九及二百八十），不久

腎臟亦水腫 (Hydro nephrose)。如菌類再上升，則便成爲腎盂腎臟炎 (pyelonephritis)，該種病者漸漸衰弱疲乏，思睡及甚劇之頭痛。不停之嘔吐，小便中多蛋白質，四肢浮腫甚劇，視覺遲鈍，皮膚破傷，思想單鈍，及至最後知覺全失，尿素中毒 (Urämie) 而亡。有的臨死前，尚有尿素性痙攣之現象，如子癇痙然 (eklamptoid)，有的同時尚患肺炎，而將其生命縮短。

比較更其難受之處，卽是死在患瘻管之症，病者臥牀不起，由瘻管流出之小便，停住於陰道內，漸漸成爲石粒，女陰及其週圍，卻被小便激刺而破傷，炎爛及產生濕瘡等症。此種濕瘡，可以蔓延至後會陰，有時破皮，小便流出其上，則燒痛非常，尤其肛門口處，外加糞塊，下壓之痛苦，更其難受。

女陰之毛，爲尿所黏住，污濁錯亂，傳染菌類均聚集於此，上升入膀胱，而成爲膀胱炎，繼再升入腎臟，而使腎臟發炎作膿。末了變爲普遍性之膿血症 (Sepsis)。

病者之痛苦，日漸加劇，夜不能睡，不能移動，又不能不臥牀上，終日疼痛不已，而漸至死亡。(致死之敗血症，亦可因患癌腫刺破血管病菌直接侵入血液內。)

因爲早期探悉癌腫爲難，所以亦不能知道患該病之時期能有多久，有些病者，得病之經過，非常迅速，例如病者不久以前始將子宮割去，三星期以後，陰道已有巨大之癌塊，反之，亦有病者，患病之(特別是患硬性癌及老年婦之子宮體癌)經過可延至四五年 (Geisler 氏記載一位八十歲老年婦)。

Fritsch 氏報告一例，病者曾被該氏用刮子宮方法診爲病者有子宮體癌，惟延至六年後始由該氏將子宮全部由陰道截除，病者至今尚健在，Kamniker 氏(參考十五)曾刮一子宮內膜，診斷爲子宮體癌，而在十一年後，尚可施行手術，Hottermann 氏(參考十六)見一子宮陰道段癌，在十五月後，尚呈現初期現象。

通常患子宮頸癌，而不施治療者，平均可活至二年。

2. 診斷

診斷及時，乃是普通醫者所應負之責任(應有婦科檢查之準備)，醫治之方法，至今無再加之希望，割治者之技能，已達到最高點，放射治療之方法，雖尚在發展，但決不會發展與癌之生長，及預後之不佳並行，換言之，放射治療之進步，雖然尚有，但敵不過癌之生長力及惡化之速率。所以

最重要當注意該病開始時之病象及探識該病第一時期之生長如何。

普通之醫者當知其所負之責任，蓋該種病者，等於已處死刑之罪人，如醫者爲之醫治得時，乃等於大赦，開啓病者再生之門，在此病者之生命，全在醫者之手，如醫者無相當學識，僅施一種表面之治療，則可謂罪大惡極。

另外亦有不少病者，以爲此種病症，無關緊要或怕施手術，或則害羞，而不求醫，因此病症加重而致施手術爲難。

Winter 氏在德國 Koenigs-berg 用淺易之談話，登入報章詳細解說癌之危險。此種廣告已實行三十年全部東普魯士，受其惠者不勝枚舉，現全德國，亦有此種相仿之預防，癌腫諮詢所，及癌腫教導處。各城各鄉，均已設立，依 Winter 氏之提議，按次實行。（譯者按：希望我國當局，也有此種設備，則女子之生命，可得救者，當以萬千計。）

極精細之前史探問，有少許可疑處，即當爲之詳細檢查。最不好便是不問情由，凡遇出血，即與之 *Stypticin*，或麥角之類，或不斷之洗濯，刺激子宮內膜，種種不合式之舉動，及至不可救時，然後介紹專家治療，此時專家，雖有技能，亦難應付。

Esch 氏（參考十七）曾統計其醫院中所治療之癌腫患者，至少有 14.5%，由普通醫生，積年累月無謂之治療所致。

所以我們開始便當注意，凡是年老有經多之症者，即當疑及子宮癌，凡無此種猜想之醫者，即是診斷之錯誤者。

如一病者，有癌之可疑，當即詳細檢查，非至絕對證明不確時，不能放棄，否則病者不願找尋，或醫者無暇找尋，或用止血或刺激藥暫時敷衍病者，則無異庸醫殺人。

摸診與察視，足夠診斷子宮頸癌，如醫者，在摸診時，子宮頸有泥爛之肉塊，按之出血者或則手指伸入時，有韌硬之組織，可以摸得（在夾膜內，在骨盤壁，在骨節上），或則陰道已結住，難於移動，諸此均可疑爲子宮頸癌，假使再在陰道張開器內尚有花菜形或破損及癭管等，可以看見，則斷爲癌腫已無疑義。如其再加病者之前史、年齡及營養等情形，則癌之診斷更爲確實。

花菜形之瘤，總是癌腫，善性之乳頭瘤（*Papillom*）或尖肉疣（*Condylomata Acuminata*）均出血不多，或僅在接觸時出血少些。再此類瘤腫，爲數甚多（三至四），甚至全部陰道，均被此種肉疣所滿佈（實際上子宮陰道段及陰道巨大之尖肉疣，僅在妊娠時有之），已下降於陰道內之臭爛肌

瘤，不應與子宮癌有所差異，惟在子宮腔內，臭爛之肌瘤，可與子宮體癌，在診斷上發生困難。

癌腫之現象，爲不定期及長期出血，赤帶與漿液白帶交換排出，腥臭之白帶漸漸開始流出，無急性時期，無體溫增加及無陣痛式之痛。

肌瘤之現象：經血多，長期出血，但無長期白帶，有急性現象及如忽然劇痛，或忽然臭爛，及體溫增高等。

有時遺下之胎盤蒂肉，能誤診爲子宮體癌，惟前史之探問，如年齡尚能生育與否，雖然可患癌，但在少數，即可解決。另外在摸診時，亦能區別，如有胎盤蒂肉之子宮，則子宮口大半尚開，醫者之手指，可以伸入探摸，最後用顯微鏡檢查刮取之子宮內膜組織是否有絨毛膜存在。

有時摸診之結果，較陰道張開器觀察爲確實，因爲花菜癌腫之四週，總有堅硬之結締組織圍住，可以摸得。

圓桶形之子宮頸，外形似乎完整之子宮陰道段，及尚封閉之子宮外口，只須手指輕輕一壓，便可伸入子宮頸腔者，大多爲子宮頸腔癌之現象（圖二百六十六）。

檢查有癌之子宮，甚易出血，所以摸診時，醫者當特別留意，若不幸在檢查後出血甚多，那醫者可吹入 Bortamin 粉於陰道內，或則塗一淡薄 *Liquor ferri sesqui chlor.*，或則塞一不沖薄如 *Liquor alsoli* 之紗布。（先將紗布浸入該液體內，榨乾之後，再塞在子宮陰道段處，其後再塞一普通消毒紗布，輕易之出血，則塞紗布 *Stryphnongaze*，或棉花球已足。）

特別應注意之處，乃是早期及確實診斷。但是早期診斷，乃是一件極不易之事，因在開始時，病者毫無病症感覺，故求醫者甚少，即使去就診，醫者在摸診及視診所得之結果，也是甚微。如果子宮陰道段有高低不平之現象，摸診時，子宮陰道段呈現囊腫然，均可疑爲癌腫，但非絕對之現象，至於束腫（*Ovula Nabothi*），與癌同時不發現之一點，頗有診斷上之價值。至於摸診所得之結果，如子宮口唇之不平（大半一面不平，一面還是輪廓整齊，而被其他一面遮蓋），兩者均可有之。

輪廓不齊，高低不一之子宮口唇，而無糜爛者，定非子宮癌。巨大囊腫（*Ovula Nabothi*），可以透明，反之，子宮癌在子宮唇處緊而硬。Zweifel 氏建議，在此種情形之下，先將該突出處用針刺，若在刺後，有水晶白色之液體流出，則爲囊腫，如刺後有血液流出，則大半爲癌腫。表皮糜爛亦不能

代表一種病症（彩圖四十七），區別診斷上，有同樣困難，通常區別診斷上有下述數點。

1. 單純性糜爛 (Erosio simplex) (在子宮口唇之傍，爲子宮頸柱形上皮所遮蓋 (彩圖三十四) (視前))。

2. 眞性糜爛 (Erosio Vera) (圖一百七十六) 正式潰瘍，無上皮遮蓋，亦無特別原因。

3. 硬疔 (Ulcus durum) 不稀少 (彩圖二十) (視前)。

4. 軟疔 (Ulcus Molle) (彩圖十九) (視前)。

5. 結核性潰瘍 (Ulcus tuberculosum) (視前)。

以前醫者，有一句老話，若是一個糜爛可被探針穿過，則爲癌腫，如其不能，則非癌腫。

若是在陰道張開下，有平勻出血之表面，及細小之血點，則爲糜爛居多，但非絕對性。V. Mikulicz-Radecki 氏 [Dolff 氏 (參考十八)] 統計謂子陰段糜爛中僅 11.6% 爲癌腫，又其可疑爲癌腫者實際上僅 27.5%，無可疑者中卻有 4.4% 爲癌腫。至於確實之診斷惟有用顯微鏡檢查其組織，在此可用刀將該處割去一塊，不過此種手續，在可疑時候，果屬必需，但醫者得注意如此造成之創口，具有嚴重性，因每一子宮頸癌寄有病菌，如在有菌之處施行手術，傳染之危險，當然甚大，實際上，我們亦

曾經在試割手術後，子宮傍結締組織即刻發炎，甚至有延及腹膜發炎，而死亡者。故醫者當知此種手術在可疑時必需爲之，無必要時千萬不可妄試。如能用探摸可得診斷時，凡試割爲一種錯誤之手術，無論手術如何微細在有菌之創口加重創口，皆有重大危險。

在試割之前，消毒之預防，及無毒之手術，皆甚重要 (手術器等)。

至於割法最好用椎形割取法，一半在健全部份，一半在病灶部份 (割出肉塊之大小，至少要有二——三厘米長，一厘米闊)，已經在割之時，有

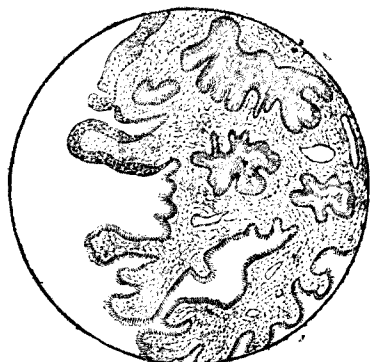
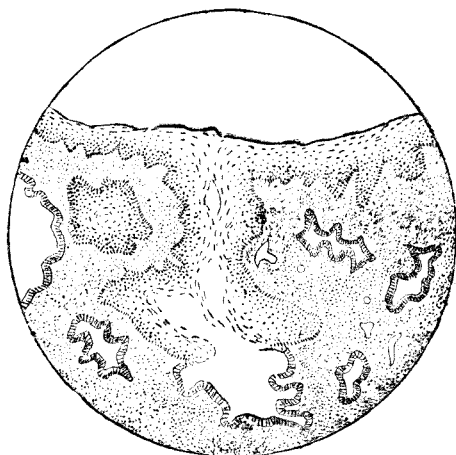


圖 二 百 八 十 一

糜爛：在左面有乳頭上皮及腺體 (柱形上皮) 在右面扁平上皮，位在乳頭上皮之上。



圖二百八十二

子宮陰道段原始性癌腫化，扁平上皮侵入腺體之狀態（與上圖甚相似）。

經驗之醫者，即能知道，所割者爲癌，抑善性瘤腫。因癌之組織軟而易碎，反之，善性瘤硬而緊，若是用齒鉗鉗住時，容易拉脫者，或則在脫落後有色白如蟲之物質流出者，皆爲可疑之徵象，如遇蒂形瘤，則用剪剪去一塊，如已破碎，則用刮匙刮取之。

試割後出血可甚多，故當慎重止之，最好割後，即用淡薄之 *Liquor Ferri Sesquichlorati* 或副腎液浸濕之棉花球，塞於創口中，然後再用紗布塞住陰道，當然用針縫，更其可靠。不過針及線穿入癌組織內，易於脫落，故無須緊拉，扣住即足，反之，如縫線太緊，反將病菌壓入組織內，使病症加重。

著者長期經驗所得，以爲試割手術最好即在正式手術以前爲之，最爲妥當，在門診室內，施行此種試割手術，危險甚大。

對於子宮體癌，診斷上較爲困難，因醫者之手難於摸得，醫者之眼，又不能觀察，故在可疑之時，惟有用刮子宮之法，將內容刮取，用顯微鏡檢查此種刮子宮，並非毫無危險，因子宮患癌，子宮之肌肉層甚薄，假使一不小心，即可將肌肉穿破，反之，如過於細心，則正在開始產生之癌組織不能刮取，而使診斷錯誤。故用刮刀太重與太輕，均有危險。

子宮體癌在子宮腔內，高低不平。醫者手執之刮刀，也能覺得，如若刮刀難於上升，或刮時易於滑脫，或子宮腔非常巨大，諸此種種，雖然不能絕

對證明，但可供參考。

刮出之子宮內膜，性善者或健全者則其組織成塊，水晶色，微紅而透視，容易壓破，放在水中上浮如絲織品。反之，子宮癌組織易碎成塊，較硬而厚，不透視色白，用顯微鏡檢查後，始可絕對證明之。

試割之子宮頸癌塊或從癌腫刮下之物，都當用水將血液沖去，然後放於百分之五十酒精中，或放在稀薄之蟻醛液中，送交至一正式對於癌腫診斷確有經驗之專家檢驗，Schiller 氏曾將此種組織做成藥片形以便寄送。如醫者自無能力，切勿含糊診斷，而誤病家施手術之良機。

有時即使病理學專家，亦不能有正確之診斷，蓋將愈之糜爛組織與扁平上皮癌（圖二百八十一，二百八十二）非常相似，另外子宮體內之腺體組織，有時性善性惡頗難區別。

Robert Meyer 氏有二百患子宮內膜繁殖病者，其中有數人之組織，經專家檢驗，以為是癌，而實際上再度檢查之結果卻並無一人有癌腫者。當然，在此種試割及試刮後，未始不能將原始性細小而未擴大之子宮癌完全去除，致獲早期全愈，(Kamniker 氏及 Fleischlen 氏)（參考十九）。偶得之幸遇，當然不能成為治療之基礎。Kamniker 氏所述之子宮頸癌，六年內並無何種病象。

婦科病院之醫者及婦科專家，千萬不可疏忽，普通醫者，將一個無癌病者，作為有癌腫者送醫院檢查，我們不知道，有多少無目標之醫者，將可貴之機會錯過，使病者陷於不可救治之境地。我們寧可多檢查一次，得到一個陰性反應，卻不可因苟且而將寶貴之機會錯過。

對於該種病者，惟有早期，可以根本治療（但亦在碎破出血時期，實際上早期二字，此地難說，惟較好一些耳），所可惜者，子宮癌之早期現象（參考二十），至今尚無人知之，因此在治療上，仍無絕對良好之結果。

我們當然亦不能將一切子宮陰道段糜爛，子宮頸疤，以及善性子宮腺體腫，無故用刀預先截除全部子宮，而置病者之生育及月經於不顧，尤其是一種極不正當之行為，即發見該種病症，即以爲將來惡癌之預期，此種談話，可使病者永遠處於憂慮之中，或甚至強求醫者，將其子宮割去。

現在我們探求早期之現象，非常努力，雖然已有相當之發現，但尚不能有絕對之證明。

Hinselmann 氏（參考二十一）根據其發明之陰道鏡檢查謂，子宮陰道段上，如有白色之斑點，便爲癌之預期，但各專家之意見尚紛歧。Haselhorst 氏檢查六例肉眼可見白斑中，有二例爲患癌腫者。

Reggo 氏，以為專割白斑一部份，無甚效果，最好將全部子宮陰道截斷。

Preissöcker 氏(參考二十二)以爲白斑有多種，並非全部能變爲癌腫，故普通醫者對於此種方法，尙未其時，蓋陰道鏡之價值甚昂，且學習需時。

Kernanner 氏及 Schiller 氏，以爲用利匙將白斑刮下，已足供早期診斷之用。

Schiller 氏(參考二十三)述一簡易方法，可助早期診斷法用 Lugol 氏液塗在子宮陰道段上及陰道穹窿，及可疑之處，壓健全之黏膜，因含有糖質 (Glycogen)，此液塗後即能染爲紅褐色，反之，有癌之黏膜，含糖質少，故不被染成此色，該氏所得之結果，有如下述。呈現陽性(即染成紅褐色)之染色，爲無癌腫之現象，但是陰性反應，卻不能代表有癌腫之現象。換言之，此種方法，亦不能決定有癌與否，雖然易爲，惟仍不足供早期診斷之用。

3. 子宮癌治療

以前手術技能，尙在開始時代，醫者只能隨子宮頸癌走，換言之，癌腫生至何處，方法用到何處，現今手術技能漸漸進步後，始能將其去路斷絕。

最初時之治療，爲用 Ferrum Candens 將癌之組織燒毀，或用 Chlorzink 將該處激刺(視後)。後來手術時代，開始時只將子宮陰道段截斷，繼後用子宮陰道段高段截斷法(此種截斷法是將陰道穹窿割開，將全部子宮頸截斷)，上述諸手術，皆保留子宮體，所以見效者甚少。五十年前之 Czeruy 氏(參考二十四)在 Heidelberg 1878 年及 Baum 氏(參考二十五)在 Danzig 開始第一次將子宮全部從陰道內截除，及 W. A. Freund 氏(參考二十六)在 Breslau 剖腹將子宮全部割去。

從陰道截除子宮全部，在開始以後三十年內，可以說是唯一之手術，病者之死亡率，亦非常之低，僅 1—2% 而已，但甚少有永久效果者，那時最好之手術家，亦僅有十分之一之成績。

因爲此種成績之欠缺，各專家遂從乳房癌手術方面，學得將改變子宮癌手術(Riess, Rumpf, Küstner, W. A. Freund 等氏)，以爲將子宮全部，以及所有之淋巴腺體，及淋巴腺管，統統剖腹割去後，成績必定可觀，但是經驗告訴他們，施此種手術，比較乳房癌，要困難得多，因爲此地之範圍太大，重要之鄰臟，如輸尿管，膀胱及直腸皆有受傷之可能，腹膜、子宮傍結締組織、腎臟、腎盂，都有發炎之可能，而致血液中毒，深處之骨盤靜脈，可以破裂，而出血甚多，或甚至死於貧血，或上述各受傷之處，發生瘻管等等。總之，該種手術施行後，病者原始性之死亡率增加至 30% 之多，而惟永久之效果，亦增加甚劇，因此醫者遂不惜其精力，盡心將一切副作用去除，此地以 Wertheim 氏，Bumm 氏，Mackenrodt 氏，Zweifel 氏，Frang 氏，Ammann 氏等之奮鬥，最爲可靠，尤以 Wertheim 氏之

長年研究將種種婦科之難題排除，以造成他最後之成功。現在 Wertheim 氏（參考二十七）之剖腹，將子宮全部截除法，受全世界醫界之歡迎，雖然原始性之死亡率仍有百分之十五，但永久全愈率卻已升至百分之五十。

同一時期 Wien 之 Schauta 氏（參考二十八）將上述臟腑，從陰道內截除，以便容易將全部割去起見，他用 Schuchardt-Dührssen 氏之陰道週圍切開法，使手術之地位放大，並將一切子宮、陰道，及直腸傍結締組織均細細從輸尿管分析而割去之。另外子宮四週之淋巴腺，亦同樣割除。

該氏對於子宮附件有意不割去，因為他說子宮附件蔓延之危險甚少，著者以前亦不割去（有發炎者例外），但後來見有甚多復發於卵巢內者，遂不得不全部截除。

至於剖腹，或割開陰道手術，根本上何種最佳，尙屬問題，唯據現在一般專家之意見，因手術技能上之關係，還都用剖腹手術。所以至今割開陰道取出子宮癌，除 Schauta 氏以外，爲數無幾（Staudé 氏）（參考二十九）。

此種傾向剖腹之專家，剛剛統一之時，放射治療（視該篇）（參考三十）忽然出現，此種治療，非特病者歡迎（病者可免破皮之痛苦），醫者亦非常贊成。（因為如此醫治，可以省去繁而不易學之手術技能。一直到現在，手術高尙者尙甚少。）

對於這種放射治療之歡聲，不到幾年，又發生問題，反對者日漸增加，最後僅有數光學研究家尙用此法，把以前之樂觀，以及後來之悲觀，詳細研究，經過科學物理，生物之刻苦工作，始成立現今放射治療之新方法，此種方法，前途尙有甚大之希望，蓋刀割之法已達絕點故也。

至於放射治療之永久效果，現今尙未完全統一之時，當然不能下斷語，通常謂子宮癌之絕對全愈，假使手術後五年，尙無復發現象。換言之，即其他患者在同一時期內治療後，而已有復發之現象者。此外謂子宮癌，比較好些，假使用此法醫愈時，其他患者，尙在診治中（Winter 氏）。

至於多少癌腫，可以用刀割治，這是很難統計。因為患者求醫之遲早，普通醫者介紹入醫院之時期，患者之智識程度，以及最後醫治者之手術技能，均有關係，總之，治療得時，手術精明，刀割治療之效率當然可以增高。

假使專以子宮週圍尙未波及之子宮體癌爲刀割治療之目標，則可以開刀者甚少，當然此地之成績，很有可觀，原始性之死亡率，亦可甚低，比較全愈之效率，亦可加高，惟能享受治療者，卻是甚少，換言之，絕對全愈

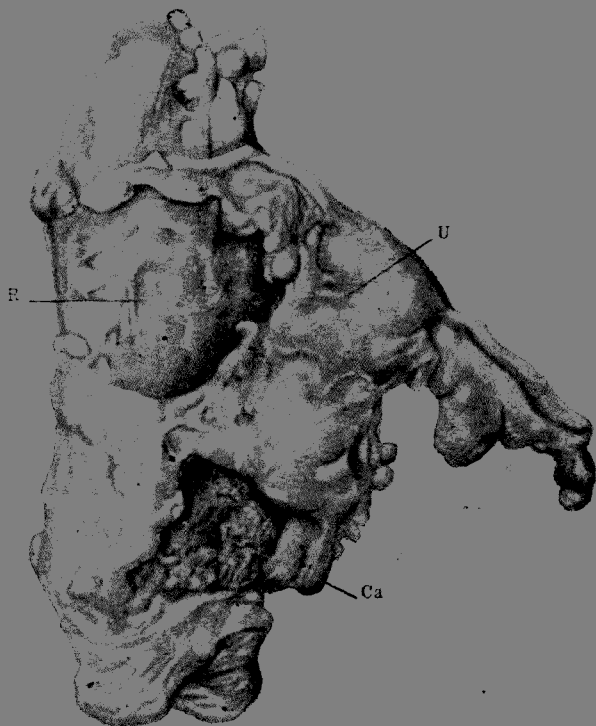
者，仍屬少數。

假使不顧一切無論癌組織，已到何種鄰臟，不管膀胱，直腸有否波及。而均以刀割治療之，則所得施手術之患者，必甚多，原始性之死亡率亦甚大，所以比較上全愈之數如減少，而絕對之全愈數，必能增高，於此，手術者之技能能左右之。

Winter 氏提議，將癌之蔓延，分爲幾級：

- 第一期 僅子宮頸單獨患癌；
- 第二期 由子宮頸，蔓延至陰道穹窿；
- 第三期 延至子宮傍結締組織；
- 第四期 無希望之癌腫患者(Cachexie)。

Winter 氏之分配，理想上甚佳，但在探摸時，絕對不能區別，何處已被害，何處尚無害，故醫者祇可在剖腹時觀察，是否可以完全截除，或則完



圖二百八十三

陰道與剖腹混合手術將子除癌病腫，絕根截除，該癌已侵入直腸前壁，所以直腸，及肛門外收縮乳均截除，裝置一非天然肛門（病者全愈） R=直腸， U=子宮， Ca=癌。

全截除之可能性，有多少。

我們對於此種手術問題，現今有放射治療後，已稍有變更，因不能刀割之患者，尚可採用放射治療故也。

A Döderlein 氏在 München 已在二十多年前（1911年），將一切患癌者用放射治療（初時專用鐳錠，後來用鐳錠及X光合併），所得之成績有52%，現在施用剖腹，及割陰道手術之結果，亦有同樣之成績（視後）。

由上述觀之，病者當然不願刀割治療，但是事實上卻亦不然，蓋有甚多之患癌者，放射治療毫無效果，故在兩者之間，當擇其何者用刀治之，何者用放射治之，或則兩者並用，以便造成新式治療之最高記錄。

剖腹治療為根本解決最佳之法，此地可以把一切淋巴腺去除（圖二十及彩圖四十九）。

著者在 Kiel 時，自1910—1916年中，曾用剖腹方法，割治二百二十四人，其中有四十七人，淋巴腺已結住甚劇，但其中有十人（等於百分之二十一），仍結果良好，永遠全愈。於此可見病症，雖然嚴重，割治手術亦可補救之。

Franz 氏醫院中，用同樣手術，有百分之三十之優良成績。

剖腹治療之缺點，原始性之死亡率（平均在15%以上）頗高，尤以

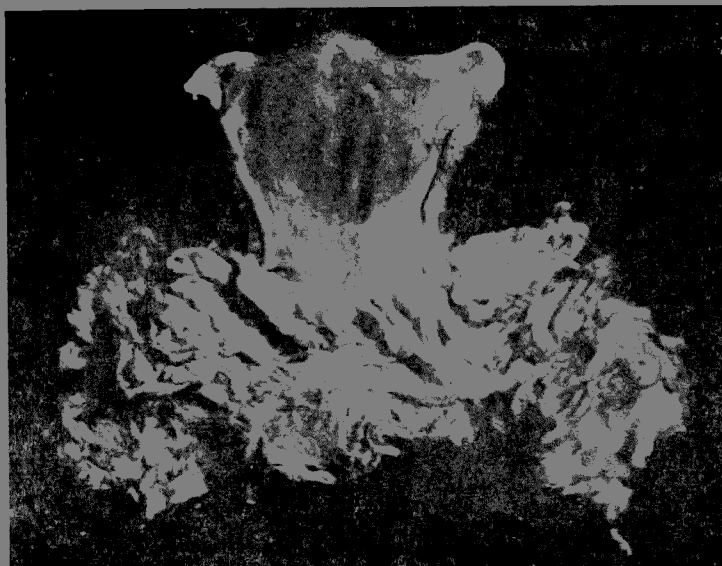
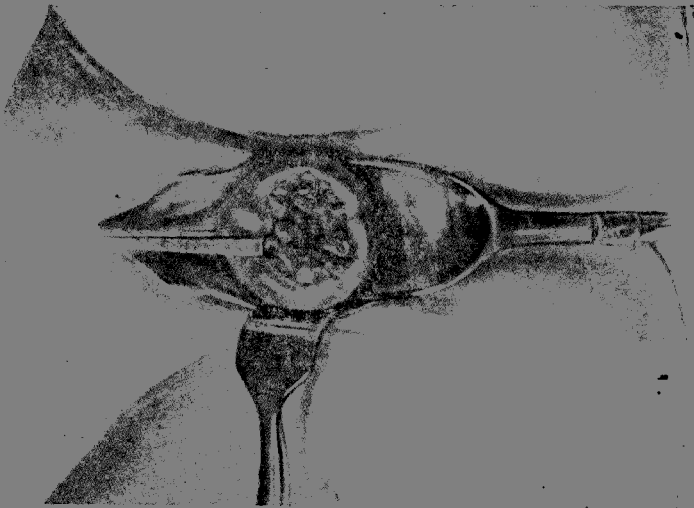


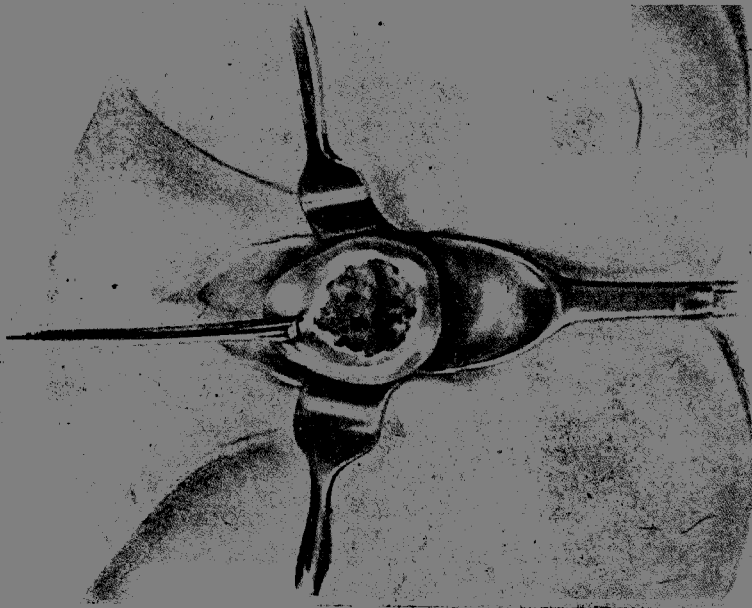
圖 二 百 八 十 四

子宮頸癌由陰道經根割除，子宮傍結締組織有甚多一同割除。



圖二百八十五

能施手術之子宮頸癌（在未刮以前）施截除手術前圖



圖二百八十六

能剷除之子宮頸癌（在刮及殘灸之後）（即圖二百八十五）

在手術後數月間所發生之致死病症最甚（如尿臟病症）。

切開陰道手術治療（圖二百八十四，二百八十七，二百八十八）著者曾用 Schuchardt 氏（參考三十一）兩面切開法，施用十三年之久，共治七百餘人，其中原始性死亡率，為 8.5%（統計死者在內），因手術而死者，僅 4.2%（內有 142 人在來比錫施行），所得之永遠效果為 50%（視後）。

對於淋巴腺只有在可能範圍之下，割去一部份，可是，陰道及子宮傍結締組織，都當一齊割去（視圖二百八十六）。

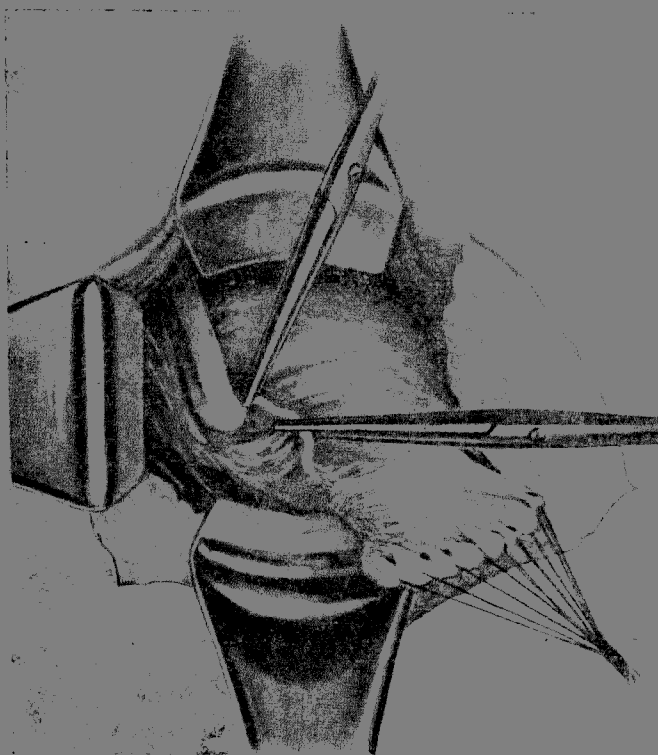


圖 二 百 八 十 七

子宮頸癌由陰道絕根割除（陰道處做成一套袖式於癌腫之上，該處之長線當作拉線，陰道會陰左右各一刀，如此手術位置可以擴大，膀胱已由陰道前壁，子宮頸前壁脫離，右輸尿管在圖中可以見得。右子宮動脈正在鉗住。



圖二百八十八

子宮頸癌由陰道絕根剷除，左子宮傍結締組織已剷除，並呈現在圖中，膀胱及左輸尿管亦可見得（輸尿管膝）子宮體及在癌上之陰道套袖被向右方拉住，那剪刀正向子宮直腸陷凹，腹膜及左面之子宮傍結締組織從直腸剪去。

鐳錠在應用上，要比 γ 光為佳，但是遠效力卻甚弱，用在預先治療頗有益處，因為將此塞在子宮頸，或子宮體內，其他鄰臟均不受損失。

用 γ 光放射於手術後為最佳，蓋手術後之組織細胞，特別易吸收 γ 光故也。

先期用放射治療，可使病者不臭，其中別法不能去除之危險病菌，可用此法殺死，而不使其再生。

著者對於有 Ruge + Philipp 氏反應陽性之病者（連鎖球菌在營養上生長甚速者）絕對不施何種剷除手術。

假如將患癌者在放射治療六星期後，施行手術，則手術處甚是清潔，不必將癌組織用匙刮，或用火鐵燒（因潰瘍與壞死已完全消滅故也），至於手術上，在用鐳錠治以後，無何種困難，只有那種不能施手術者，受放射治療後，反能施行手術也。

A. Mager 氏（參考三十二）(Pfleiderer 氏)有九十一例先用放射治療後，施刀割治療，無一死亡者。

在刀割後，用放射治療，是將一切癌組織遺留，或有遺留之可疑者，而醫者卻又不能將其全部割去，在此惟有再用放射治之，此種舉動，實際上亦甚有效，雖非新法，但並非無相當之進步。現今之手術，亦不似前之急進，遇有急性危險之處，即刻停止再割，雖該處尚有甚多癌組織，亦不除去，對於此種遺下癌跡，當繼續用放射治療之。著者及維也納醫院中，都應用此種方法，先將癌從陰道割去，所留下之淋巴腺，再用放射治療消滅之。

Kamniher 氏在 Wien 醫院以爲刀割後，再用放射治療所得之成績，可以改善 18%，Mandelstam 氏爲保全卵巢機能健全計，在全部割去時，移植一卵巢於乳房內，然後再用放射治療之。

我們今後希望，用適當之方法，治療各個癌腫，如將可用放射治療之癌腫，選擇出來而治療之，使保存子宮工作機能之理想得以實現。

A. Döderlein 氏（參考三十三）曾用 Radium-mesothorium 治一三十一歲急性子宮陰道段癌，患者至今已有十年，非特健全，而且在治療後六年，尙生一健全之嬰孩，此外尙有三例有同樣之成績（參考三十四）。最近 Philipp 氏（參考三十五）在著者醫院中，亦有同樣一例，惟據最近遺傳學家之定義（視後），謂此種已損之卵子，俱有危險性。

在柏林醫院五百例患癌者中，有四例在愈後，仍轉經（Philipp 氏）（參考三十六）。

顯微組織檢查，至今尙不能推進適應症之地位。

腺體癌用放射治療，據 Borst 及 Döderlein 氏之意見，不甚適遇。

G. Döderlein 氏證明（參考三十七）子宮頸腺體癌，用放射治療無效。反之，對於子宮體腺體癌，卻有良好之效果，所以他說顯微組織檢查，對於預後，毫無關係。Wintz 氏報告子宮頸腺體癌，用放射治療，有 47% 全愈者（視後）。

Böhm 氏與 E. Zweifel 氏（參考三十八）在 Döderlein 氏醫院中，謂如包圍癌之組織內，有細小結締組織細胞，及在癌組織內，有酸性細胞者，則其預後佳，報告之一百二十二例中，有百分之七十五點四預後良好者。

Kleine 氏則謂癌之有無酸性細胞（Eosinophile）對於預後佳否，無何關係。

Kamniker 氏（在維也納醫院）謂預後之如何，不在顯微組織檢查。在臨床之觀察。

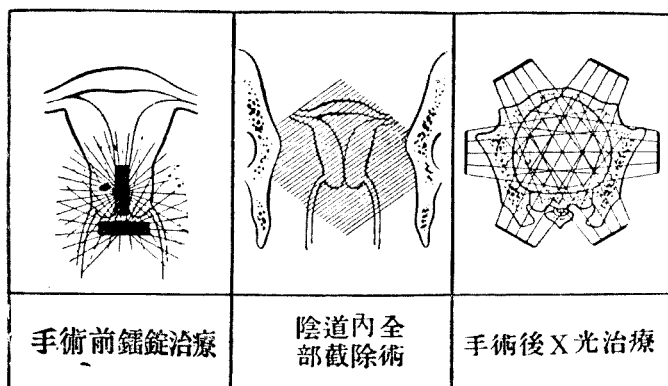
此外所希望者，乃將體內抵抗癌腫之物質，精細研究之，以供他日治療之用。

現今專家之意見，尙未一致之處即爲癌之蔓延，與結締組織之繁殖是否有關，醫者是否需要。用一種刺激性放射照份量，以增結締組織之繁殖，以代殺死癌組織之放射份量（視前），(Carcinom-Dosis) 如結締組織之繁殖，非特有阻礙癌腫進佔之能，且有消滅癌腫之技能，則一切結締組織，及鄰近保衛之淋巴腺，假使在開刀時盡行割去，則身體將來對於癌之侵犯，豈非毫無抵抗。因此 Halban 氏懷疑現今之絕根割除方法（將健全的組織也一同割去）。而 Leidenius 氏(參考三十九)竟反對將癌腫鄰近之淋巴腺割去。

諸此種種都是將來對於子宮癌所尙須研究之問題，尤其對於普通醫者甚爲重要。若普通醫者遇上列症候時，最好不先決定病者應如何治療，一切均讓專家見機爲之，用刀割抑用放射治療（各專家有各專家之經驗及統計）。

至於現在之情形如何，最好不專取一種方法治之，最妥之處置，即凡屬患子宮癌者，都當送入醫院治療，除用鐳錠先照，繼而刀割，未用X光以外，在間隔期中，並當爲之照太陽燈，投補血藥劑，及充份營養，如此使全身健康加倍增強，凡可以提高身體抵抗力之方法，都當行之，我們非特要直接進攻該癌之組織，即種種預防方法及增加抵抗力之工作，亦皆非常重要，雖至今所得之成績，仍不能使人滿意，但仍當繼續努力，以求最後之成功。

設立類似結核病療養院之計劃，迄今尙無人創辦，此種經濟問題頗爲重大（因救護患者，應有巨大之經濟能力，故也），並且此種癌腫，爲數並不稀少，非特年老患之者甚多，



圖二百八十九

著者治療子宮頸癌之步驟：1. Radium Vorbehandlung 鐳錠預先治療，一根鐳錠放在子宮頸管內；一根鐳錠橫住於子宮陰道段。2. Vaginal Radikaloperation 切開陰道絕根割除子宮及全部組織均割除。3. Roentgen Nachbehandlung 全部骨盤在手術後用X光放射治療。

現今文化之邦，年壯患者亦與日俱增。

據 L. Seitz 氏之意見，以爲用癌症病院之名稱，恐多不便，如現今之婦科醫院，能劃一部份而以專門方法治療之，則較爲適當。

較爲重要者，卻是癌腫諮詢處，此種組織，一如結核病諮詢所然，非特病者可以有相當之治療，即在治療以後，亦應每三月或半年複查一次，以免其再發，此外醫者更可研究治後不發之理由，與當時治療之方針，或則遇有復發者，即當命其再治，再治之勸告，當然非常難於見效，並且在此只能用刀割治療，與病者之意見是否相同，更難決定，惟有一可信託之家庭醫師，用動人之勸告方式，爲之解釋，或則在病者週圍服務之看護，助產士等等，殷勤忠告及扶助，庶將來非特復發，可以及時復治，即遇有可疑之病者，也可爲之早日診治。如此患癌之死亡率定可減少（參考四十）。

妊娠與癌腫：特別當注意處便是癌與妊娠，據各醫院之統計，患癌中有 0.05—0.07% 可以懷孕（實際上或許還要少）。這當然並非奇事，蓋少壯女子不易得癌，而老年女子難得受孕，特別之處卻是患子宮頸癌之女子，仍能交媾，而所排洩之精蟲，仍能經過炎爛之組織，游入子宮頸管之內，而成妊娠。反之，患子宮體癌者，頗難受孕，因子宮內膜有癌後，無處可供卵子種植故也。

普通之見解，都以爲子宮頸癌，在妊娠時，非常易於生長及蔓延，此乃天然之理，因子宮在孕時，充血甚劇。所有血管及淋巴腺管及一切組織，均擴大與浮腫，癌組織之營養，既可增加，癌之細胞，又有甚好之機會（經過擴大之靜脈及淋巴腺管）散佈於各處，蔓延於他臟，用此種妊娠爲造成癌腫復發之良好機會，孕婦及產褥婦患之者特重。

上述之見解，A. Mayer 氏在 Tübingen（參考四十一），G. A. Wagner 氏（參考四十二）及 Weibel 氏等卻表示反對，他們以爲妊娠可以阻止癌之生長，甚至可以使其縮小。

著者之觀察，以爲病者患癌腫而兼有孕者，大都在第一種病象發生時（出血），即求醫診治，故診斷確實後，該癌腫多數易割者，浮腫與充血，更可使施手術者易將病灶與健全組織區別（參考四十三）。

有癌懷孕者，甚多半途流產，此種流產，同時體溫亦增高。

醫者對於此種病者，所立之治療地位，甚是簡單，如若該癌尚可用刀割，則不顧懷孕多久，用絕對之方法，將子宮全部割去，如若胎兒已有生存之可能，則先用剖腹取胎術將胎兒取出，然後再將子宮全部截除之，施手術後，再用 X 光盡量照射之。

若是該癌已不能用刀割，則以後之治療，以胎兒之生存爲標準（正與

上述相反),醫者當設法讓胎兒成熟至有生存可能時,如果事實上能夠待至生產時,至於待產之方式,當依各病者之情形而應變。

有人生產時,下降之頭,壓住子宮頸,將全部子宮陰段癌組織完全壓破排出(如同切斷然),胎兒便在此人工造成之軟道中產出。

另有一種生產,則正相反,子宮頸癌之四週,有甚多結締組織,胎兒之頭竟無力將子宮頸擴大,因此不得不用刀切開子宮頸,及用鉗將兒頭鉗出,或甚至因子宮頸太緊,而用切開之手術,將胎兒取出之。

在產褥期內,病者有受連鎖球菌傳染之危險(敗血症)著者對於此種病者,在生產開始時,即用 Poroo 氏手術法,將胎兒與子宮先後取出,因為子宮為傳染菌寄生之大本營,去此則子宮患膿血症之可能當減少甚多。

Katz 氏(參考四十四)(維也納 V. Peham 氏醫院)統計八萬二千八百二十五產婦中,有二十五人(等於 0.03%)患子宮癌,平均年歲為三十六歲點三,生產之次數,平均六次半,所有二十五人患癌者,均能用刀割治療,故均用刀割之,原始性死亡率為二人=8.3%永久全愈者(絕對醫愈者)為 31.58%。

Schweitzer 氏以為患癌腫懷孕者欲獲全愈,惟有在妊娠前半期施截除手術始可,惟此種見解,其他學者未能同意。

妊娠而患癌,單用鐳錠治療者,為數尚不多,故不能討論之,惟良好之結果尚缺,因有的流產,人工及自動均有(自動因鐳錠損傷卵巢所致)。有的在產褥期內,即現蔓延迅速及復發之現象,此外鐳錠照後,甚易使結締組織繁殖,而緊縮,因此在生產時,有子宮頸巨大裂開,或甚至子宮體裂破之危險。

Pankow 氏(參考四十五)謂癌腫能用刀割者,則用刀割之,不能用刀割者,則先將子宮內容物取出,然後用鐳錠治療之,所得永久全愈之結果,用刀割者,有 42%,用鐳錠放射者有 22.7%。

用 X 光照,對於胎兒危險太大,故不用者居多(胎兒之眼能瞎,眼珠糊塗)(參考四十六)。

鐳錠對於胎兒之危險,現在知之者尚缺,惟據現在所得之經驗,其危險性也有。

下述各表,為最近治癌之統計。

1. 子宮頸癌(參考四十七)。

第一表 世界各國之總統計(J. Heymann 氏在 Stockholm 的 1927 年統計。)

五 年 觀 察

	用 刀 割 者 剖腹與從陰道絕根割除	用 放 射 治 療 者
絕 對 全 愈 者	5806:1111=19.1%	3512:571=16.3%
比 較 全 愈 者	3659:1303=35.6%	960:335=34.9%

第二表 世界各國總統計(Pankow 氏 1931 年。)

五 年 觀 察

	用 刀 割 者	用 放 射 治 療 者
絕 對 全 愈 者	11133:1861=16.7%	8916:1539=17.2%

各種治療方法之成績,有如下表所述:

刀 割 治 療

		病者總數	絕對全愈者	開刀者	第一二兩期刀割後全愈者	原始死亡率
剖 腹 絕 根 截 除 法	Wertheim 氏 (維也納)	4687	22.7%	1865	39.5%	11—16%
	A. Mayer 氏 (杜平根)					
K. Franz 氏 (柏林)						
E. Bumm 氏 (柏林)						
切陰道絕根割除者		1543	28.5%	632	50%	4—9%
Peham 氏 (維也納)						
W. Stöckel 氏 (柏林)						

放 射 治 療

	病者總數	絕對全愈者	第一二兩期比較愈者	不能刀割用放射治愈者
A. Döderlein 氏 1913—1926 (閩行)	1723	18.5%	30%	9%
Wintz 氏 (埃爾蘭根)	740	18.9%	57%	12%
Wittenbeck 氏 1915—1922 (埃爾蘭根)	691	16%	—	—
Wittenback 氏 1923—1928 (埃爾蘭根)	410	24%	—	—
Forsell-Heymann (Radium-Emmet) (斯德哥爾摩)	1237	20%	41%	16%
Menge-Fymer 1913—30 (海得爾堡)	623	23.9%	41.3%	10.6%

著者在基爾時從 1910—22 年，多半用剖腹割除，(Clauerg 曾將著者所割之七百三十一例統計，其中有二百例絕對全愈(等於 27.4%)。

絕對全愈之數可以增加。如將不能開刀者，及不開刀者 X 光加量治療，著者曾在 1917 年—22 年中，有三百八十病人，所得之絕對全愈者為 28.2% 為世界統計最高之記錄。

至於對此三百八十例治療之方法，以及成績之分配，有如下述。

比較全愈者：

(A) 可以開刀者。

1. 剖腹絕根割除者，一百四十八人。

其中有二十一原始死亡(=14.7%)。

其中全愈者有六十四人=43.2%。

2. 從陰道絕根割除者，共十二人。

其中有原始死亡者無 0%。

其中全愈者有六人=50%。

3. 鐳錠與 X 光診治之一百四十八人中。

全愈者二十一人=43.75%。

不能開刀者，有一百五十人。

用 X 光及鐳錠治愈者，為十六人(=10.66%)。

著者自從 1922 年以後先在來比錫，繼在柏林，將子宮癌之能用刀割者，均用從陰道絕根割法治之，另外盡量用放射治療。

著者將一切用刀割有危險之子宮癌(如患心臟病、肺病、腎病、血壓過高、甲狀腺腫、局部傳染(生殖器傍疔瘡)，及凡菌毒生長反應陽性者，Ruge Philipp 氏反應)及不能用刀割者，均用鐳錠照之，六星期後，如可有用刀割者，則割之，否則再用鐳錠照第二次最後再用 X 光照之。

V. Mikulicz-Radecki 氏(參考四十八)曾將著者一九一九至一九二六年之成績統計。

總數 5455

絕對全愈者 24.5%

刀割者 34.8%

原始性死亡率 10.2%

來比錫 1923—25

子宮頸癌 465 例 絕對全愈者 36%

中有一百五十例用陰道絕對割除。 比較愈者 58%

柏林 1926—1929

子宮頸癌 674 例 (其中 222 例陰道割取)

絕對全愈者 27.5% 比較愈者 42%

在柏林成績之所以不佳者，因著者在開始時，皆先用鐳錠放射，繼施刀割後再用鐳錠放射，因此原始之成績不佳。

陰道癌

與子宮陰道段癌同樣治療(視前)

1. 用放射治療（由 Voltz 氏統計）（參考四十九）。
絕對全愈者 165:13=7.8%
2. 放射或刀割（Bumm 氏, Philipp 氏）（參考五十）。
絕對全愈者 83:13=15.5%。
3. 刀割（Stoeckel 氏）（參考五十一）1926—1927。
十例從陰道絕根割除，五例全愈=50%。

Fritsch 氏謂原始性成績不良者，乃是施手術者膽小所致，而並非手術不佳，如絕對全愈數愈增加，則治療方法之價值亦愈高。

不能用刀割之子宮頸癌，無論在何種時期，當用鐳錠與 X 光治療之，如此至少可得一種過渡性之成績，有者甚至數月無出血及白帶之現象，病者之新陳代謝，亦能增加（可以不受癌毒素及臭味之影響）。胃口亦能增加，病者生活亦覺有味。

患癌者之病室，以前和現在，完全不同，以前之病房，經患癌者，帶血帶臭居住以後，無論用何種方法，亦不能將臭氣去除，病者亦見其末日之將臨，病症漸趨沉重，自現今放射治療以後，白帶與出血均可暫時消滅，病室中之臭氣亦隨之減輕而絕跡，病者亦可因此而覺有再生之望。

此種成績當然是暫時性質，醫者亦深知癌組織仍舊向深處侵入包圍重要之神經，使之產生重大之痛苦（醫者除用重量嗎啡以外，竟無法可去除此慘狀），可是另一方面醫者不能確定說，X 光與鐳錠放射毫無用處，蓋用此種方法而得良好成績，實有其人。有時竟使醫者難於相信此種偉大之功效。在放射治療之統計中，並不少見，雖然別種治療，如激刺刮，切斷子宮陰道段等，也偶然有之（誤診為癌而愈者，亦在內），但究不及放射治療成績之可觀，故醫者絕對不能將以前以為無望之癌腫患者，聽其自然，無論如何，總當用放射為之治療。有時不能用刀割之癌，經放射治療後，反可以刀割，此種情形，絕非偶然，將來放射治療進步後，成績上當更有可觀。

Heymann 氏（斯德哥爾莫）在 1926 年，報告二百三十四例患不能刀割之癌腫者，大多用鐳錠有時與 X 光混合治療，其所得之成績，有 18.7% 完全治愈者，90% 過渡性無血，60% 無臭及白帶，53% 無痛苦，能工作者有 62%，一年無痛苦者 27%，二年以上無痛苦者有 20%。

Mühlmann（參考五十二）之報告，不能刀割之子宮頸癌，竟有 19.74% 完全用放射治愈者。

所惜者此種放射治療，成本太大，及另外緣因，惜不能對每一適應者用之。對於此種患者，惟有用快匙刮出及用火鐵夾之（圖二百八十五，二百八十六）。

快匙刮痛法 先將病者麻醉，消毒後，將癌之軟組織，全用快匙刮去之（刮至硬處為止，可聽其聲），此種刮法，言之甚易，但實際上出血可甚多，使無經驗者見之害怕，而不能繼續工作，因此破創之處，出血更多，濕透一切紗布，同時刮破之血管，病菌雲集上升，無待言也。因此結果病者不死於出血過多，即死於敗血症。

此外尚有一種危險，即該處結締組織之邊沿，甚易穿破，通常時有之事，即用力一刮，至子宮直腸陷凹即被穿破，病菌與癌細胞遂迅速入腹腔，而使腹膜發炎，或則醫者如向前方刮之太重，則膀胱壁可受損傷。

故欲成績優良，最需要者為手術快，光線充足，止血迅速，刮去之組織不可太多或太少。

如醫者能聽到及探到一切軟爛之癌組織皆除去，則常用電火鐵（Paquelin）將創口全部燒乾，如同一牆糊黑紙然，老法所用之火鐵，比較要好些，因火鐵之紅熱光，止血更易，且該火鐵可以大小隨意（不如 Paquelin 之頭那樣小），又其易換取，三四個都可以，不似 Paquelin 之易於發熱（所以用 Paquelin 者最好預備兩隻）。

此種燒灸，如其匙刀未深入子宮傍結締組織或膀胱近處，則可燒深一點，在一個燒燬完備之創口，當硬如玻璃，醫者可以擊之，如擊一骨然，惟經燒燬後，創處不當再有少許血流出（如有流出當再用火鐵熨之）。在燒熨時，不可用水洗，僅能用乾紗布按之，已熱之陰道張開器當用冷濕布冷之，或則用冷陰道張開器，為預防膀胱過熱計，可用溫涼之硼酸水流通之。

燒熨以後，用一紗布滿塞 Bortannin 成袋形，塞在創處，或則將 Bortannin 藥布摺成扇形，放在創處之上端，然後緊插入創處之內。

此種 Bortannin 能使組織收斂，故癌組織能縮小，如用上法不能止血，則再用 Liquor ferri sesquichlorati 浸濕之小紗布，緊塞於該創處（此種紗布要用鉗子，不可用手取榨乾後再塞，不得滴下），再用乾紗布在外包圍之，免得上述有藥之小紗布落下。（如用 Liquor Alesii 薄液，亦有同樣之功效。）

又膀胱普通清晰，使已發熱之尿流出，有時非常奇特，病者可不覺得此種手術有何痛苦。上述之塞布，最好塞至五日，如用一扇形塞布，醫者可逐步取出，不使病者覺得痛苦。（最能變硬及最感痛苦之紗布，為侵入 Liquor Ferri 塞入之藥布。）如藥布取出後之創口為一大穴，醫者可用 Glycerin, Acidum Tannicum 及 Acidum Boricum。藥浸之紗布，此穴可在短期內縮小。

有用含 Jodoform-tannin 塞布者，此藥可惜甚臭，病者及醫者均不歡迎，且該種藥劑，易有反應（碘中毒），病者可因此而得精神病。

此種創處之表皮，在燒熨之組織排出後，全部如潰瘍然，惟病者能安靜及無何種變化，數月至數年之久（一種對於無法可施之癌腫患者，甚佳之辦法）。

但亦有不久後又出血者，此地用 Gelatin 液體。皮下及內服及灌腸，均有特殊效果，如另外再令內服 Adrenalin 液體 7—8 滴，效力亦可觀。

有種醫者用 Chlorzink 和水中（一與二或二與一之比），榨乾後，插入於該創口中，在塞該藥布時，最好放一含有小蘇打液之棉花，以免陰道受損。（有些醫者亦用 Chlorzink 硬質，名曰 Dumopallier 氏棍。）

此藥放入後，創口不久即縮小，出血亦停止，惟病者有時感覺非常痛苦，非特在放藥期內，就是藥布取出後，亦時感痛，有竟中 Chlorzink 毒而死亡者。

由此而成之疤痕，對於癌組織之生長，非常不易，故此藥用後，脫落者甚多，亦即證明該藥刺激力之大，其深入子宮肌肉內者，可將全部子宮如脫殼然排出（圖二百九十）用此藥



圖 二 百 九 十

排出之子宮殼 (Uterus-Aussuss) (在應用 Chlorzink 後之圖)。

謂如將近前岬之腹下神經切斷，可得良好之成績。

年老患癌者，有時經過時期甚長，而無何種特殊現象，僅有少些漿形白帶而已，如醫者能對病者說虛話，而使其信仰，則醫者之工作已盡矣。

為醫者唯一之任務，即使病者長壽，故對於該類病者，用局部之治療，較巨大之手術為佳，因施此種巨大手術，其損失血液必多，並須三四星期離家住院，且此種手術，難於除根，病者方復原少許而癌病又在復發，與其使病者失去其信仰，而抱悲觀，不如用外表藥劑，以慰其心。雖目睹患者受盡痛苦而死亡，為醫者最感悲傷之事。惟能用醫學之智能，減輕病者難忍之痛苦，及看護病者於最後一日，則雖不能救治，而醫者神聖之職已盡矣。

對於此種無希望之病者，醫者仍不可有失望之表示，雖明知不能挽救，但在表面上，仍當鄭重其事，以安慰病者於萬一。

去除臭而可惡之白帶，每日可用消毒及收斂之藥水洗之，此外如有膀胱、陰道及直腸陰道瘻管者，則可用 Carbolic 油浸塞布，使暫時情形改作少許，或則用 Eucalypt 油有塗於陰

後偶然亦有永久全愈者。

有時不能刀割之子宮頸癌，忽然陰道出血不止，此時如將兩面之下腹動脈 (A. hypogastrica) 縛住，可將血止住。

每一不能刀割之患癌者，可服多量之嗎啡，以止痛。雖能成癮，亦是無妨。

對於用嗎啡之方法，可以隨時調換，注射，塞錠，藥粉，藥水等均可，份量之增加，亦可不同，必要時，每日可增至 0.5 gm. 嗎啡。如若不能受納，則可換份量雙倍嗎啡之 Codein，或則在嗎啡中外加十分之一 Atropin，或用 Heroin，其份量為嗎啡之一半，或用 Antipyrin 皮下注射，亦可幫助一時，或用 Narkophin, Pantopon, Pyramidon (0.3) 每日三四次，或用 Veganin，對於坐骨神經痛甚佳，或則 Dioxid 可作安眠藥劑用之。

最近據 Walthard 氏, Cotte 氏及 Herssy 氏(參考五十三)之報告，

布上，能使小便暫時阻住，上述之油及油膏，亦可使陰道炎減輕。

最後可用浸在 Chlorokolk 水中，或則另一種消毒藥水之紗布或棉花，蓋在女陰上，使白帶中之臭氣多少消除一些。

子宮體癌治療法：子宮體癌之預後較好，因刀割較為便利，同時該癌之刀割可能時期，亦較延長，是故蔓延少，而永久愈者多。

絕根之刀割法，一如子宮頸癌，把附屬之淋巴腺一齊割除，是不可能。因子宮體之淋巴腺，位於大動脈之傍，若欲將其割去，手術上實感困難（割不到）。至於骨盤結締組織，亦無需割除，因此組織不能蔓延，惟子宮附件必須同時割除，因在闊韌帶內有淋巴腺管，可以蔓延癌組織故也。

刀割手術之方法，大都從陰道內，將子宮割取，故普通都選從陰道割去之方法。僅一點醫者當注意即從腹腔取出子宮時，不可將子宮破碎，如其可能，則腹膜上便不會有癌液之散佈。至於陰道能否波及，甚屬問題，通常手術後陰道內有移植性癌腫發現（彩圖五十）所以在刀割後，如能再用 X 光放射之，則其復發之可能性定能減少。

上述之方法，對於過大之子宮，及不易移動之子宮（子宮傍結締組織太緊，不易伸張），及太狹之陰道（不易取出子宮體），等等均不適宜，在此以用剖腹割取子宮方法較佳，雖然手術較大，危險亦多，但移植性癌腫可以避免。

在柏林大學婦科醫院（參考五十四）剖腹割取之原始死亡率，為 17.2% (Enmm 氏)。從陰道割去之原始死亡率僅 6.7% (Stoeckel 氏)。

腹膜炎之危險 僅子宮積膿者有之（醫者在開刀前當詳細檢查之，將子宮頸擴大），若子宮有積膿現象，則當在手術前，每日洗子宮，使該膿完全排出為止。此種開刀前之手續，關於預後，非常重要，故醫者有理由將開刀時候延遲。

著者對於子宮癌，僅在一個時期用放射治療，此即用刀割治療，有不適當之處時〔相應 Pankow 氏及 Martius 氏（參考五十五）之見解絕對反對 Voltz 氏（參考五十六）及 Wintz（參考五十七）氏謂放射治療特別優點〕。

治療子宮體癌之成績統計：

甲、刀割治療（Heymann 氏在 Stockholen 之統計）

絕對全愈者 318 : 136 = 42.8% ;

比較愈者 323 : 190 = 58.8% 。

乙、放射治療（Voltz 氏在 München 之統計）

絕對全愈者 $362 : 130 = 35.6\%$;

比較愈者 $198 : 112 = 56.5\%$ 。

年老之女子，就著者經驗所得，用刀截除子宮，可以預防生癌，著者以爲經絕年之婦人，子宮之工作已告結束，論理可以休息，如不休息，而仍不時出血，則必有別種變故，依著者之意見，應即刻將其割去，無須再預刮子宮，以堅固其診斷，蓋刮子宮，必需麻醉，若是診斷是癌，那刀割又需麻醉，二次麻醉不如一次，從陰道將子宮全部割去，至多與刮子宮所用之麻醉時期，延長十五分鐘，且現今陰道手術已進步非常，能從陰道施手術者，對於此種手術，當然無何困難。

著者根本反對多用刀割者，但是在此則不然，因及時治療，可救不少人之生命也。

癌腫復發，大多在腺體內，斑疤內，或在患癌者之內臟，復發以一年內爲最多，三年以外復發者則甚少。

Weibel 氏(參考五十八)從 Wertheim 氏(維也納)醫院中，統計復發者之時期：

在一年內，有 25% 復發者；

在二年內，有 13% 復發者；

在三年內，有 5.7% 復發者；

在四年內，有 1.7% 復發者；

在五年內，有 1.7% 復發者；

在六年內，有 1.4% 復發者；

在七年內，有 1.7% 復發者。

但亦有在二十年後復發者(Doedertlein 氏及 Philipp 氏紀錄)，用放射治療較刀割者復發之機會爲多〔Philipp 氏報告 6 : 4% (參考五十九)〕。

若在刀割或放射數星期後，在陰道創口中發現核形腫者，並非復發，而是癌腫繼續生長，換言之，刀割及放射尙未將該癌絕根，該種發展，不久即甚大，延及膀胱，直腸甚至骨盤腔全部，一切經過均與前相同。

紅血球之沉澱，可以證明癌之復發與否(參考六十)，如紅血球沉澱慢，則大多不再復發，反之，即爲復發之開始現象(別種病症，當然不能混雜)。

將來或則可以在血清反應中，能得到癌之反應(P. Klein)及癌復發反應。

復發癌腫之希望，較不能刀割之癌更劣，此種可悲情形，醫者無法挽

救，病者日漸沉重，主訴之痛苦（坐骨神經痛，以及腰痛，都是深入骨節及神經組織之癌細胞作祟）不能忍受，甚多專家意見，以為病者如此受痛苦，不如再開一次刀，以看病者之命運如何者。惟據 Callier 氏（參考六十一）在柏林醫院所得之結果，謂此種核塊，非常難於取出。

第一次刀割手術愈深，復發時刀割愈難（Wertheim 氏），因第一次已經將可割者都已經割去，復發之癌，位置皆在骨盤壁，大血管及腸部處，醫者非常不易再施手術，萬一要割，惟有將血管內臟之被損者均割去，在此無論手術者技能如何高明，出血過多之危險，仍難制止。惟仍有專家施用刀割，甚至有數病者，竟被治愈。

剖腹除根手術後之復發者，大多在局部，次之為腺體（69%：26%，Kamniker 氏，（參考六十一），至於創疤處現因手術週全，一切癌組織均不與創口接觸，故無移植之可能。

從陰道割除者，其復發之處，大都在子宮傍結締組織，次之為肛蹠溝。

對於復發性癌腫，希望最佳之手術，為剖腹刀割，無論陰道如何寬大，復發之核塊，雖可經過，但有時該核可以破碎，醫者勢必將其難出，如此倒不如完全割去為佳。

對於復發癌腫，刀割之成績，雖然甚劣，但亦有全愈者（8.1% Kamniker 氏），例如割去腺體復發癌及截除波及之輸尿管及腎臟後，病者即可永久全愈。

著者曾割出一盲腸癌（Zökum），另一次割去一大如李子有蒂之復發性直腸癌腫（圖二



圖二百九十一

直腸內復發癌（子宮頸癌剖腹絕根割除後直腸割去後，全愈。）

百九十一)，成績均甚佳。

新近對於止痛方面，有用割斷第一胸脊椎神經之前傍部份 (Chordotomy) 爲治療之法，其所得之結果，病者之苦痛即此消滅，此種手術並不艱難，無經驗者亦易學得 (Henkel 氏(參考六十三)；Schück 氏(參考六十四))。

切去前薦骨神經 (Nervus praesacralis) (Cotte 氏，參考六十五) 之手術雖不十分難，但效力較遜。

放射治療，對於復發癌腫，成績不佳，鐳錠治療，因子宮已割去，無處安放，假使放在陰道夾膜復發核處，則膀胱、直腸均不受損甚劇，故不能應用，僅對於淋巴腺復發核處，可用鐳錠針刺入治療之。

X光放射治療，對於復發癌腫，不是毫無效力，便是效力不久。

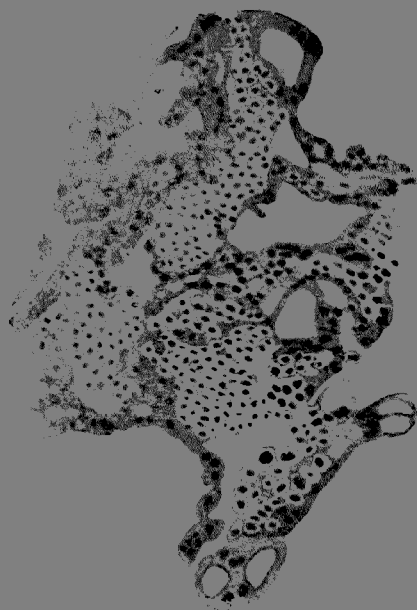
絨毛上皮瘤腫 (Chorionepitheliom) (參考六十六)

惡性絨毛上皮瘤腫 (Chorionepithelioma Maligna) (彩圖五十一、五十二) 實際上是由胎盤組織變成之子宮體癌腫，完全由胎兒絨毛上皮之 Langhans 氏細胞繁殖所致 (圖二百九十二、二百九十三)。此種瘤腫，特別易生在葡萄胎之後 (假使一部份細胞，遺落在子宮內) 及在胎盤蒂肉之上，因爲葡萄胎 (Blasenmole)、毀滅性葡萄胎 (Destruieren de Blasenmole)、善性絨毛上皮瘤 (Chorionepithelioma Benignum) 及惡性絨毛上皮瘤，均甚相似，區別甚難。所以非有專家精細之檢查不可，有時事實上，竟不能在顯微鏡下單獨區別該瘤之善惡性。試刮又是非常危險，因瘤細胞易入血管故也。此外該四種瘤腫，皆來自一種細胞，醫者至今仍不知受何種影響，成爲四種不同之瘤腫，此外亦不知何時，該瘤組織，侵佔子宮肌肉，或甚至穿過肌肉組織，最後該瘤之蔓延，有時從血管移植於女陰及陰道外組織內 (圖二百九十二及彩圖五十一)。再此種瘤腫之蔓延，更不知其發展至何種地步，有時能自動完全消滅 (善性)，有時則散佈各臟 (肺部)，致使病者在短期內死亡 (惡性)。

上述各種摸索不定之病象，醫者對之，惟有早期施行刀割手術，無論是善是惡，將子宮全部割去。(醫者，更不可重壓，以免該瘤組織機械式流入靜脈內。)

每一患葡萄胎之女子，手術後當有長期之觀察，若是再出血，當然也可轉經，惟如出血多，及時期長，便當再刮。如在產後或小產後六星期，所刮出之絨毛組織尚活，則當即刻將子宮割去。

如病者，在經絕時，患有葡萄胎，則據著者之意見，在亂取之後，當即用X光放射或更妥當，將子宮全部剖腹截除。



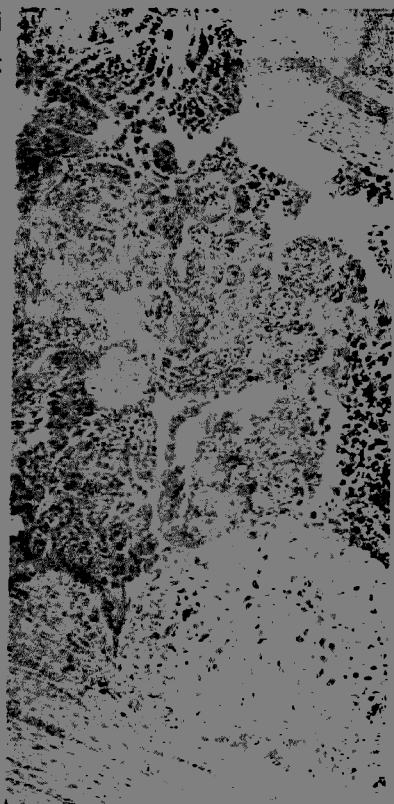
圖二百九十二

典型惡性絨毛上皮瘤 (Marchand 氏病例) 網形之組織，中有 Langhans 氏細胞 (照 Hinselmann 氏 in Biologie u Pathologie des Weibes von Halban-Seitz)。

病象：無藥可止之不定期子宮出

血，為絨毛上皮瘤，唯一臨牀之病象，但是妊娠為該症之先驅現象，不過其間隔之時期，可以久暫，通常絨毛上皮之生長蔓延甚暫，但據 Polano 氏報告，在三十五例中，有延至二年至十三年者，其中最老之病者，年齡有五十五歲。

診斷：現可用 Aschheim-Zondek 比妊娠反應，確實診斷之 (參考六十七)，此外絨毛上皮瘤所含內分泌液 (Hormon) 較正常妊娠多十倍 (Ehrhardt 氏及 Rössler 氏)。



圖二百九十三

惡性絨毛上皮瘤，間質及 Langhans 氏細胞平均參加：(照 Hinselmann 氏 in Biologie u Pathologie des Weibes von Halban-Seitz)。

此種反應檢驗，開刀後十六日仍能陽性，故在手術後即用此法不能證明該瘤復發，抑是蔓延(Haupt 氏)。

絨毛上皮瘤，是一個軟而易碎，色紅至深紅或紫紅之瘤腫，突起於子宮體內（彩圖五十二），能破碎子宮體之肌肉，深入移植。此種蔓延組織（圖二百九十三及彩圖五十一）因其色深暗不易分析，在顯微鏡下，該瘤為一完整上皮細胞所成，毫無連絡組織。有時兩種絨毛上皮細胞混雜其中，有時一多一少。惟在事實上，不能將該兩種區別出來（圖二百九十二、二百九十三）。

輸卵管妊娠後之輸卵管能產生絨毛上皮瘤者，至今有二十三例(Georgii 氏之統計)（參考六十八），此外男子患絨毛上皮瘤者可使其性態變異（參考六十九）（乳房腫脹及乳液排出（視後）（女性現象）。

子宮腺體瘤(Adenoma uteri)（參考七十）

子宮黏膜善性繁殖，從前以為是黏膜發炎之最末期，所謂繁殖性子宮內膜腺體炎(Endometritis glandularis hyperplastica)是也。

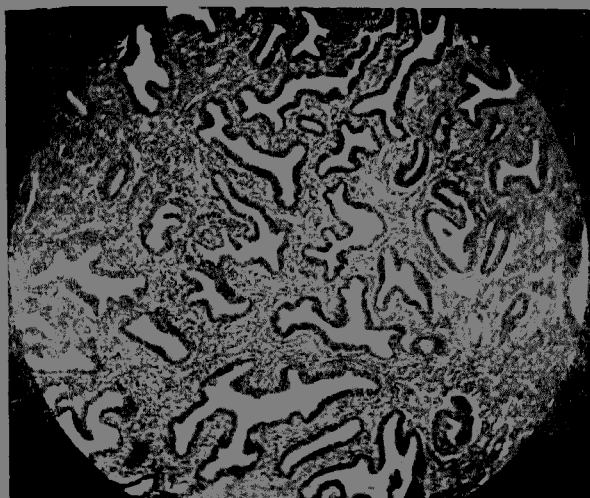
若如此種繁殖，在一處特別生長，成一蒂肉形則名之曰蒂形子宮內膜炎(Endometritis polyposa)（成為子宮內膜蒂形腫），現今解說不同，此種黏膜繁殖，並非來自發炎，乃正常月經循環之過程，此外以前所謂之蒂形子宮內膜炎(Endometritis polyposa)乃是卵巢機能不健全所致。因卵巢內之卵子不排出，子宮內膜則繁生不已，遂成此種現象。

當然此種解說，並未完全將子宮黏膜蒂形腫解釋明了，據著者之意見，應將其中之大者及甚大者作為新生物。

此種新生物，老年婦患之者頗多，因此 Menge 氏，以為此種子宮內膜腺體瘤，為老年婦所患單獨病症。不過此說亦不全對，蓋同樣之新生物，二三十歲壯年女子亦能有之，雖然不多，但可產生。Fritsch 氏曾見一未產者，患該種瘤腫。（據該氏之意見，仍是偶然發見。）

老年婦患該種瘤之位置，大多在子宮，輸卵管角處（此處醫者之刮刀，及手指均不易達到，但是子宮別處，亦能有之）（圖二百九十五），不如蒂形黏膜繁殖者，易於被壓（成蒂形，受子宮壁之影響），入子宮內口處。此種瘤腫皆獨立，不受壓制，即使子宮壁壓制，其之形態仍舊不變(Menge 氏)。

腺瘤之大小，各有不同，若是為數甚多，則子宮全部可被該蒂肉組織



圖二百九十四 善性子宮體帶肉（顯微組織）

所充塞，而子宮可擴大如拳或更大。通常之腺瘤僅如榛核。在顯微鏡下，一切腺體均為泡形擴大，有時互相密接，其上皮為單層扁平柱形，正式之黏膜基質，已趨退化（圖二百九十四）。

老年婦腺瘤之病象，以經絕後出血，最為顯明（有者經絕數年後始出血），惟與子宮體癌之前史，完全相同，故醫者遇到此種病者，刮子宮是必不可少，在刮子宮之時有下述之特點。

生殖器雖已萎縮，而子宮頸擴大甚易，子宮腔亦甚大，有時刮刀，能將軟如枕之瘤圍繞（Menge 氏），所刮下之組織並不多，蓋腺瘤平滑而堅硬故也，有時刮刀易於滑脫，尤其瘤之位置在子宮輸卵管角處者，此地刮刀只能亂取腺瘤之尖端，對於此種老婦子宮腺瘤，醫者唯有將子宮全部截除，或則用手指探摸後而用鉗鉗住之，然後旋轉脫落之，至於刮子宮並不能達到全愈之目的，因此有醫者反覆施刮子宮手術而致病者因出血過多而患可怕之貧血症。此處子宮鏡（uteroskopie）之應用，正可解釋各種疑義（彩圖五十三）。

至於子宮腺瘤，能否再生，現今各專家之意見，尚未一致。若細心將該瘤全部割去，則成績必甚佳（Menge 氏、Fritsch 氏），若是手術不熟，而有遺留，則在遺跡中，仍可產生巨大之腺瘤，在此當然不能謂之復發，刮碎之

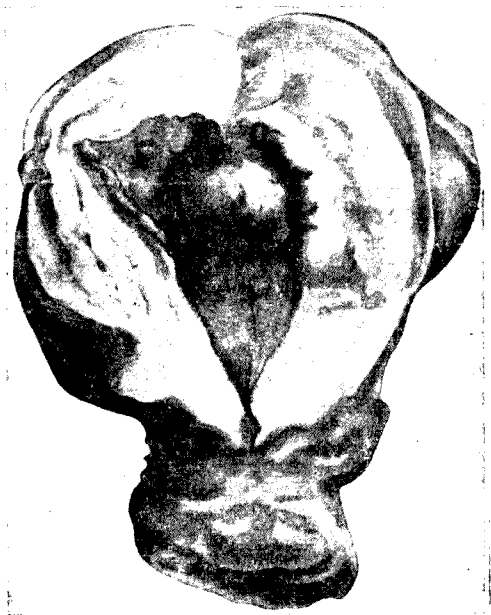
腺瘤，能出血甚劇（所以 Fritsch 氏不用刮刀，而用大而快利之刮匙），手術宜快而有力，最好用手指，將該瘤執住旋斷之，此後再用 Menge 氏子宮桿，浸純粹石炭酸液刺激之（Fritsch 氏）。

普通所謂之子宮惡性腺瘤（Adenoma Malignum），實際上乃是已分析完全之子宮腺體癌（Adeno-carcinoma Corporis）此處不如善性之腺瘤，平面式生長，而似惡性癌腫，星形式生長（Menge 氏）H. O. Neumann 氏（參考七十一）及其他專家，謂曾見過子宮血管瘤（Haemangioma uteri）（黏膜下及壁間之血管，外為結締組織所包圍）。

子宮體壁間畸形瘤（intramurales Teratom des Korpusuteri）惟 Hellendall 氏（參考七十二）見過一次（穿過子宮腔）。

Stein 氏及 Torck 氏（參考七十三）曾見一腺體黃瘤（adenoxanthoma uteri）（混雜瘤）。

Klein 氏（參考七十四）曾見一子宮壁神經瘤（Neurom）借一子宮肉瘤（Sarkoma uteri）。



圖二百九十五 子宮輸卵管角腺瘤

參考一 V. Franke D., Anatomie, Histo-gense u. auatomische Diagnostik d. Uteruskarzinome, in Stoeckel-Veit, Handbuch d. gynaek. Bd. VI I-Fischer-Wasels B., Wege zur verhütung u. Ausbreitung d. Krebskrankheiten. Berlin, J. Springer 1934—Hinselmann, H., Die Ätiologie, Symptomatologie w. Diagnos-

tik des Uteruskarzinoms in Stoeckel-Veit Handbuch d. Gynaek. Bd. VI. I. —Kermauner Klinik u. operative Behandbug der Krebsformen der Gebaermutter, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV. Schottländer-Kermauner, Zur Kenntniss des Uteruskarzinoms, S. Karger, Berlin, 1912, (histologische Untersuchungen) Wolf, J., Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. 2. Auflage, g. Fischer. Jena 1929;—Zweifel-Payr; Klinik der bösartigen geschwülste; Bd. III. S. Hirzel, Leipzig 1927.

參考二 Hofbauer, Zbl. Gyn. 1932. No. 17.

參考三 Kehrer, E. u. H. O. Neumann, Mschr. geburtsh, 1929, Bd. L XXXI.

參考四 Kohlhaas, Mschr geburtsh. 1930, Bd. L XXXVI.

參考五 Döderlein G., Acta radiologica, 1927, Bd. IV.

參考六 Healy u. Cutler Amer. J. obstetr, 1928, Bd. XVI.

參考七 Wagner Zbl. gyn. 1929, No. 21.

參考八 Krömer: Mschr. geburstsh. 1903, Bd. XVIII.

參考九 Philipp, E. Zbl. gyn. 1932, No. 1. u. No. 46—Philipp, E. u., G. Schäfer, Metastasen u. Rezidive in Knochen beim genitalkarcinom der Frau u. ihre Darstellung im Röntgen-bild, Berlin, J. Springer 1933.

參考十 Ernst, S., Zbl. Gyn. 1931, No. 33.

參考十一 Iseki Arch. Gyn. 1924. Bd. CXXII.

參考十二 Hintze, Zbl. Gyn. 1928, No. 38.

參考十三 Cordua, Zbl. Gyn. 1929, No. 27.

參考十四 Matthias, Zbl. Gyn. 1931, No. 16.

參考十五 Kannikel, Zbl. Gyn. 1931, No. 42.

參考十六 Holtermann Zbl. Gynaek. 1932.

參考十七 Esch, Zbl. Gyn. 1931, No. 11a.

參考十八 Dörf. O. Zbl. Gyn. 1936, No. 25.

參考十九 Flaischlen Zbl. Gyn. 1932, No. 20.

參考二十 Hausemann Z. Geb. 1913, Bd. 74.

參考二十一 Hinselmann in Stoeckel-Veit. Handbuch der Gynaekologie Bd. VI. 1. u. Einführung in die Kolposkopie, Hamburg P. Harttung 1933.

參考二十二 Preipecker. Zbl. Gyn. 1932 No. 38.

參考二十三 Schiller, W., Zbl. Gyn. 1928. No. 30, 1929, No. 17.

參考二十四 Czeruy, Wien, Klin. Wschr. 1879. No. 45-49.

參考二十五 Baum Berl. Klin. Wschr. 1880. No. 46.

參考二十六 W. A. Freund, Volkmanns Vorträge 1878, No. 133.

參考二十七 Franz, K., Arch. Gyn. 1918, Bd. CIX.—Jatzko. u. Schiffmann, Zbl. Gyn. 1919, No. 34—Sigwart, W., Die Technik der Radikaloperation des Uteruskarcinoms. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1911. Weibel, W, Arch. Gyn.

1929. Bl. CXXXV—Wertheim, E, Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri. Urban u. Schwarzenberg Wien 1911.

参考二十八 Schauta, Die Erweiterte vaginale Totalexstirpation beim Kollumkarzinom Wien 1908, u. Mschr. Geburtsh. 1912 Bd. XXXVI.

参考二十九 Staude, Zbl. Gyn. 1908. No. 37.

参考三十 與婦科放射治療篇同。

参考三十一 Stoeckel, Zbl. Gyn. 1927, No. 31; 1928 No. 1. 1931 No. 1.

参考三十二 Mayer, A. Strahlentherapie 1931, Bd. XLII.

参考三十三 Doederlein, A, Münch. Med. Wschr. 1929, No. 7, Dtsch. Med. Wschr. 1928. No. 48.

参考三十四 Karg. Strahlenther. 1927, Bd. XXVI.

参考三十五 Philipp, E, Z. Geburtsh. 1930, Bd. IC.

参考三十六 Philipp, E. Zbl. Gyn. 1932, No. 33.

参考三十七 Doederlein, G., Zbl. Gyn. 1931 Na 11a.

参考三十八 Böhm u. Zweifel, Zbl. Gyn. 1926 No. 1. Theilhaber, A., Die Bekämpfung der Krebsdisposition als Heilmethode, Stuttgart, Hippokrates-Verlag:

参考三十九 Leidenius, L., Acta Obstetr. Scand. 1930, X.

参考四十 Siebke, H. Die Beratung der Frau mit behandeltem Kollumkarzinom bei der Entlassung aus der Klinik mschr. f. Krebsbekämpfung III. 7, 1935.

参考四十一 Mayer A., Zbl. Gyn. 1921. No. 18.

参考四十二 Wagner, G. A., Mschr. Geburtsh. 1930, Bd. LXXXV.

参考四十三 Grop, Zbl. Gyn. 1922. No. 15.

参考四十四 Katz, Wien. Klin. Wschr. 1927. No. 34 (Sonderheit).

参考四十五 Pankow, Zbl. Gyn. 1931, No. 43.

参考四十六 Bollag, Zbl. Gyn. 1930, No. 30 Flaskamp, W., Röntgenschäden u. Schäden durch Radio aktive Substanzen, Urban u. Schwarzenburg Berlin-Wien 1929.—Martius, Zbl. Gyn. 1927, No. 1. Nürnberger Zbl. Gyn. 1927, No. 1.

参考四十七 Heymann, Strahlentherapie 1928, Bd. XXIX—Pankow, in Stoeckel-Veit Handb. d. Gynaek, Bd. VI 2.,—Philipp, Zbl. Gyn. 1932. No. 15.—Clauberg Zbl. Gyn. 1929. No. 37.—Peham-Amreich. Gynaekot-Operationslehre S. Karger, Berlin 1930.—Kamniker Arch. Gyn. 1932, Bd. CX L VIII.—Schilling, W., Zbl. Gyn. 1933 No. 2.—Gray-ward, G., Amer. I. Obstret. 1929 Bd. XVII.—Wintz, Strahlentherapie 1929 Bd. XXXIII.—V. Mikulicz-Radecki, Arch. Gyn. 1934, No. 156.—Ejmer. Arch. Gyn. 1934 No. 157.—Wittenbeck, Strahlentherapie 1933, Bd. 47.

参考四十八 V. Mikulicz-Radecki, Zbl. Gyn. 1934. No. 1.

参考四十九 Veltz, Zbl. Gyn. 1932, No. 16.

参考五十 Philipp, Zbl. Gyn. 1932 No. 15.

- 參考五十一 Philipp, Strahlentherapie 1933, Bd. XI VII.
- 參考五十二 Mühlmann, E, Strahlenther, 1931, Bd. XLII.
- 參考五十三 Cotte, Zbl. Gyn. 1933, No. 2.
- 參考五十四 V. Mikulicz-Radecki u. Volbracht, Zbl. Gyn. 1932, No. 14.
- 參考五十五 Nordmeyer-martius Zbl. Gyn. 1935, No. 24.
- 參考五十六 Voltz, Strahlenther. Bd. 44, 1932.
- 參考五十七 Wintz, Strahlentherapie, Bd. 52, 1935.
- 參考五十八 Weibel, Arch. Gyn. 1914, Bd. CII.
- 參考五十九 Philipp, E. Strahlentherapie, 1933, Bd. XL VII.
- 參考六十 Caffier, Zbl. Gyn. 1927, No. 7.
- 參考六十一 Caffier, P. Z. Geb. Gyn. Bd. 105, 1933.
- 參考六十二 Kamniker, Arch. Gyn. 1931, Bd. III C L. u. 1932 Bd. CL.
- 參考六十三 Henkel, M., Zbl. Gyn. 1933. No. 2.
- 參考六十四 Schück, P., Zbl. Gyn. 1933, No. 16.
- 參考六十五 Cotte, Zbl. Gyn, 1933, No. 2.
- 參考六十六 Aschheim, Zbl. Gyn. 1928, No. 10.—Hinselmann, H., Ätiologie, Symptomatologie u. Diagnostik des Chorionepithelioms, in Stoeckel-Veit, Handb. d. Gyn. Bd. VI I.—Hitschmann, Blasenmole u. malignes chorionepitheliom, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. VII. Marchenst. Mschr. Geburts A. 1895, Bd. I. Z. Geburtsh. 1895, Bd. XXXII u. 1898, Bd. XXXIX Zbl. Gyn. 1898, No. 31—Meyer Rob. Die Pathologie d. mola hydatiformis u. des Chorionepithelioma. Malignum in Stoeckel—Veit, Handbuch d. Gyn. Bd. VI, I.—Polano, Schwarzer, Arch. Gyn. 1920, Bd. CXII.
- 參考六十七 Haupt, Zbl. Gyn. 1930, No. 36.
- 參考六十八 Georgii, Zbl. Gyn. 1930, No. 32.
- 參考六十九 Mathias, Zbl. Gyn. 1930, No. 36—Kriss, B., Arch. Gyn. 1930, Bd. CXII.
- 參考七十 Fraukl, Mschr. Geburtsh. 1918, Bd. XL VIII—Menge, K., Zbl. Gyn. 1922, No. I.
- 參考七十一 Neumann, H. O., Arch. Gyn. 1927, Bd. C XXXI.
- 參考七十二 Hellendall, Zbl. Gyn. 1930, No. 38.
- 參考七十三 Stein u. Torck, Surg. 1930, Id. XXI.
- 參考七十四 Kleine, Arch. Gyn. 1931, Id. CXL VII

第十三篇 婦科放射治療法(參考一)

(Strahlen-therapie in der Gynaekologie)

用放射治療者，必須有物理、生理，及技能上之根本學識，此種學識，非有多年之學習不可，故放射療法，並非普通醫者所用之治療方法，必須專科研究院之醫師，始可為之。可是普通醫師，應明瞭放射治療之用處，何病在何時可用放射治療，治療之方式，放射治療之作用，與放射治療前後之預先及繼續治療，及調養法，諸此種種基本學識，即為此篇所述。

X光及鐳錠之物理及生物基本學識

在放射治療時所用之光，與在醚中電磁振盪力之日光相同，普通所知之日光在三稜鏡中之光線，都能使人類之眼，發生感應，其波長為 $0.8-0.4 \mu$ ；但如今知在此兩度之外，尚有較長與較短之波浪。

我們知電磁之振盪力，有長過一公里以上者，此種長光名曰電光，我們在無線電中用之，反之，特短之光波，便是X光，及鐳錠之加馬光（長在 $1-0.05 \mu \mu$ 之間）。在極波電治療中所用之波長為六米突(Schliephake Ultrakurzwellen)。

醚中有如下述之光波（亦名醚波）(V. Seuffert 氏)：

名稱	電波	紅或極熱光	可視之光	紫極光	X光	加馬光
波長	在一公里及一公里以上					
	61.0μ	0.76μ	0.393μ	0.125μ	$0.5 \mu \mu$	$0.05 \mu \mu$

X光之光波愈短，深入硬體及流體之能力愈大，軟光之光波（即光波長者）在表皮上已被吸收，硬光之光波（即光波短者）能深入體內及透

過之。

最能透過之光，爲鐳錠之加馬光 (Gamma-Strahlen)。

(1) X 光之起源

X 光爲物理學家 Röntgen 氏，在 1895 年所發明；爲五金體遇陰極光所產生之光。

陰極光，爲陰性電細粒所成，名曰電子 (Elektronen)，其前進，有日光佈散之速度。

製造此種陰極光必須有一真空玻璃管內 (X 光管)，高壓電流經過此管時中有金屬體爲之傳電，此二傳電之金屬體，名曰陽極 (Anode) 與陰極 (Kathode)。

現今所用者，爲發熱陰極光管 (Glühkathoden rohren)，在陰極端金屬絲紅熱時。卽有不斷續之電子流出，此種電子均聚集於陰極端之表面，若是高壓電流經過時，該種電子均被強大之電力推散，此種被推散之電子，如遇一物卽被阻住，此時被接觸之原子卽刻變形，化爲原力而震盪於髓中。成爲 X 光 Köntgen-strahlen，亦名阻住光 (Bremsstrahlen)。

現在最新式之 X 光管中，收集此種陰極光者，均用特種金屬板，如白金或夾銅之鎢板 (Wolfram) (反陰極 Antikathode 普通用陽極以代反陰極)。X 光管之電力愈強，則陰極光震盪力愈大，光波愈短，X 光之透過體質力愈強。

在 X 光管中所產生之光有軟硬兩種，用分光鏡，加插結晶體，卽可分析之 (V. Laue 氏)。軟管內產生光波長者多，硬管中產生光波短者多。

在婦科中，多用 X 光深處治療，故所用之光，以硬光居多，需要電流脹力亦甚大，器械之構造亦甚複雜 (X 光深處治療器 Tiefentherapieap-

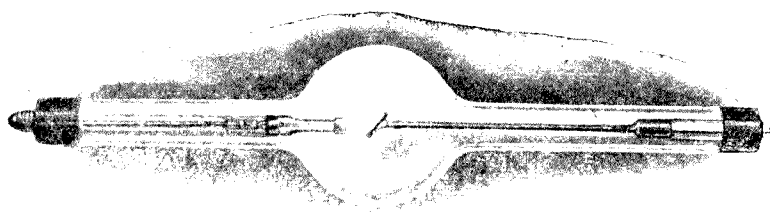


圖 二 百 九 十 六

無氣體陰極發光管 (Müller 氏 Metroröhre)

parat)。

X光深處治療，分爲二種：

1. 電流方向相同之深處治療器，在此原始之交流電，加入高脹交流電中，另用一開關，而使電流之方向相同。

2. 電流高脹力相同深處治療器，在此高脹之交流電，由一熱調節管，只向一面透過，若再加一縮壓器，則該電流即可不斷續（普通可以說固定了）放射，而同時電流脹力及電流強度，均不變異。

同向深處治療機，現僅與透視機混合製造之（普通所用之機器）。

電流高脹力相同之機器，有下述數類，

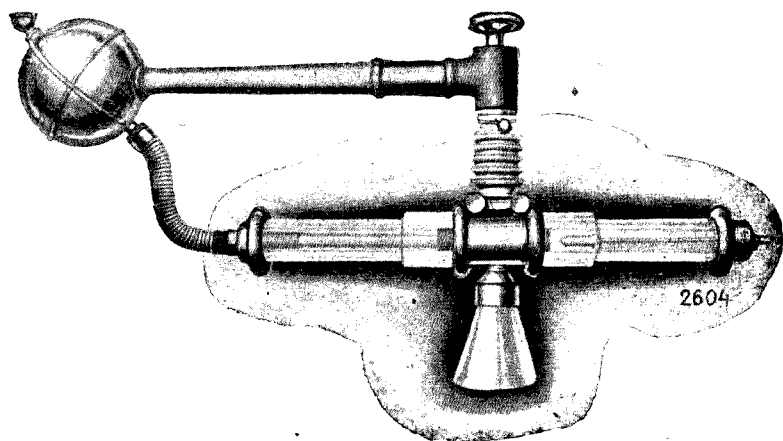
1. 西門子之 Stabilivolt 機。（現在又有一新機，名曰 Tuto-Stabilivolt 新固定電力機。）

2. Sanitas 之 Constanto 機（不變機）。

3. Koch 及 Sterzel 之 Universal-Radio-Constant（統用不變電機）。

上述每機之工作量，約在二十萬電力以上，現在有數廠欲使X光之硬度，與加馬光相似，因此有數家將電流之高脹力增高，西門子廠現在有八十八萬電力之加馬電力機，Sanitas 有六十萬電力之加馬電力機。

現在所感困難者，就是X光管，不能容如此巨大之電力。最新之X光管，所能容最多之



■ 二百九十七

Metallix—防光管 (H. C. F. Müller-Hamburg)

電力爲六十六萬，惟危險性甚大，須有相同預防始可應用之（V. Schubert 氏）。至於此種短波之X光，對於治療上有否進步，現今尙屬疑問（V. Schubert 氏）。

現有之X光機，不以光波之長短，而以對生物反應力之強弱（如鐳錠）爲標準。故其用法爲直接照在病灶之上（此種具有六萬電力之X光機，有不連續固定之張力，在陽極之一端有一儲冷器（Chaoul 氏及 Schäfer-witto 氏）。

現在普通所用之X光管，都是無氣體之熱電子管，以前有氣體之管，因不能平均工作，新式之醫院都已不採用。

無氣體之熱陰極管，以 Coolidge 管爲最佳，樣式亦最多，該種X光管之陰極，爲 Wofram 絲所成，而用特別燃燒電流燃燒之，故在熱後，卽有電子散佈，電流燃燒愈增，電子散佈亦愈甚，X光之硬度，則與電流之張力有關，如此管中所發出之光波，比較有氣體之管，容易計算X光之種類及份量，換言之，此管所發出之X光，比較妥當而固定。

自反陰極處特別製造後，X光線均束在一起，如一光線來自反光鏡然。當然仍有一小部份發散各處。

以免病者醫者及看護等，受X光線之侵害計，現今之X光管，都用不透光之鉛皮包住，僅留一小孔讓X光透過（Wintz 氏砲形X光管，Hohlfelder 氏砲形X光管）（圖三百零七）。

Hohlfelder 氏之壁懸器械外加一 Tutu 帽（一種特製X光管名曰直腸子宮陷凹治療管），及 Cramer 氏之懸掛器

經多年之努力此種保護器之構造已趨簡便化，如 Müller—Metallix 管（圖二百九十七）及 S. K. W. Multix 治療管，此地之護光器裝在管上陽極陰極及其空隙之處，均用鉻鐵（Chromeisen），鉛及鍍所包圍，X光僅能從一細洞射出，惜此種X光管之造價甚昂耳。

（2）X光治療之物理基本學說

如須X光深入治療有相當效力，則必有下列條件，卽深入之X光當有見效之份量，而另一方面，在外之表面，不可因X光而遭損傷，此種問題事實上，頗有爲難之處，因X光波在半途中一部份消滅故也。在此（1）光射愈遠，光力愈弱；與出發點之距離，成平方反比例。（2）半途吸收（表皮吸收）。（3）射散。

光力與距離成平方反比例之定義，當然亦適合於X光，因X光亦內光之一種，假以距離一公分之光力，爲於100%，則距離二公分之光力僅25%。

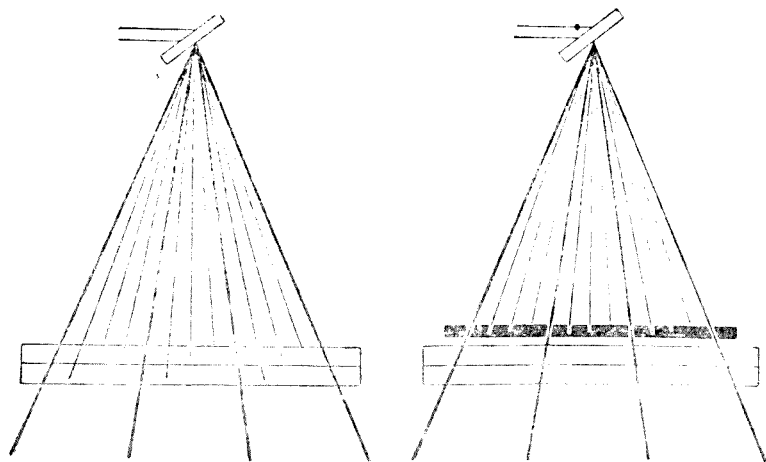
下述之表指示各距離及光力之縮減度：

距 離	光力(以%比)
1 公分	100
2 公分	25
3 公分	11.11
9 公分	1.23
10 公分	1.00

50 公分	0.04
51 公分	0.038
91 公分	0.0120
92 公分	0.0119

於此可見X光管與病體之距離愈近，光力愈大，若是反陰極之燃燒點與皮膚 (Fokus-haut-abstand) 之距離愈大，則入體內之光力愈小，所以對於這一種遠距離，在體內雖僅數公分，而光之力量，卻均不同 (Raumliche Homogenität der Strahlung)。

惟距離之大小，有一定規則，距離愈大，光射時候當愈久，則其所得光力亦相同，例如距離在二十三厘米所得到之光力，欲在三十厘米之距離得之；則照射之時間當延長一倍，惟過長之時間為病者所怨，故普通均用二十三、三十及四十厘米，僅 Coutard 氏之治療癌腫法，至今仍用五十至一百厘米距離。



圖二百九十八

(左)軟硬光之區別法，軟光在表皮已被吸收，中光侵入較深，硬光深入甚遠。

(右)用透濾板(Filter)可以把軟光阻住，只有硬光可以透過。

現美國所用之X光器，因有甚大之電力(30—40 m. A. (Milliamper)代替以前之2—4 m. A.)所產生X光之份量亦甚多，故用此機，雖在距離 70—80 厘米，短時期之放射，均與病者無損。

吸收力 (Absorption)：每種光透過一體時，其中一部份光即被阻住，換言之，即為該體所吸收。吸收光之多少與光波之長短及體質之構造有關

係。因X光管之光波，軟硬均有，故軟光之大部份，均被表皮吸收。（但被吸之光，依生物學言，爲有力之光。）

光波被吸收後，光度即刻變形，普通解說謂X光直接放射在原子體上，如此所成之有影電子（photoelektron）將原子之組織解散，因此X光之原力就此消滅，X光之生物性作用大致在原子力變形之時。

普通在治療上，對於在身體上所損失之光波，Wintz 及 Seitz 氏有種所謂百分率深入量（prozentualen Tiefendosis），其測量之法有如下述。

該氏以表皮所吸收之光量在水層或組織層十厘米下所受之光量來作比例。最新式之深射治療機，其深入之份量，在水層十厘米之下，二十三厘米之距離，及光圈之比例爲 6：8 厘米時，則所得之比率爲 25%。換言之，假使在水面上，所得之光爲一，則其水層十厘米下所得之光量，僅四分之一，其餘四分之三光量，均被水層所吸收。

透濾板（Filter）：欲去除軟光，而專用硬光，遂有一種所謂透濾板，以阻住軟光之前進（Perthes 氏）。圖二百九十八左所示，即指明軟硬兩光，可用透濾板阻住，光愈軟，阻住愈易，以免軟光損傷皮膚，醫者可在每次深射治療時，用透濾板阻住無用之軟光，只讓一部份之硬光經過（圖二百九十八右）。

最適用之透濾板有三種金屬，爲 Aluminium（鋁），Zink（鋅）及 Kupfen（銅）。其厚薄，須依機器之如何而定，普通所用者爲 0.5—2.5 毫米透濾板，1—5 毫米鋁透濾板，0.5 毫米鋅濾板。

上述之透濾板，及新式之深射治療機，均可使光波縮短，因此皮膚及深處之組織所吸收之光力相同，平勻之光波（homogene Strahlung）。

散光：在反陰極處所射出之X光，大半直進，但射在體上，便可以折轉而散射他處。

X光之散射，有兩種進行方法：

1. 標準式散光（Die klassische Streuung），X光射在原子上，而被其折散者。

2. 康氏散光（Comptonstreuung），當X光之方向被遷轉時，該接觸原子之電子，亦將其之動作變更反推式電子（Rückstosselektron），光力減弱，因此光波延長，而變爲軟性，當此力量變更時，卻發生一種生物性作用

此種康氏散光，以解釋短波光（鐳錠之加馬光）散射最爲適宜，因此種光波被吸收者甚少。

以前以爲此種散光，無甚重要，皆以爲光之損失而已。但據 Friedrich 氏試驗之結果；謂X光照射一大面積（人體）後，其所產生之散光，非特

不減少而且增加光力，因被光所接觸體積內之分子，均有散光射出，此種再發散光之總數，名曰散光增加量(Streuzusatzdosis)。

此種散光增加量，與光之硬度，體積之大小，射入面積之大小，及身體之厚薄，均有關係。

軟光甚易被週圍之組織所吸收，硬光則能深入體內，除直行之外，當有散光散佈於各處。

如其射入之面積小，那分子接觸亦少，反之，射入之面積大，分子接觸亦多，換言之，即散光之產生亦增加。

經驗所得結果，若將射入之面積放大，則有力之光量，亦可因此而增加（在特種情形可以加至三倍），但不得超過 20×20 厘米之面積。若再放大光量便不能再增加，此種情形，對於在深處之瘤，非常重要。

螢光(Fluoreszenzstrahlen)：X光與鐳之加馬光，照人體上，則人體自己能發出一種所謂螢光(Fluoreszenzstrahlen)。此種螢光，較原來之光波為軟，在人體之內，原子量低者不生何種問題，但如原子量重者，如金屬過濾板則不然，該種金屬所產生之螢光較原始之光為軟，對於皮膚，當然有損傷之危險，免除此種金屬螢光可用木板遮之，或用不含金屬之橡皮，將X光管包之。

(3) 測量法 (Dosimetrie)

用X光治療準確之測量器為治療之基礎，因X光之份量，固定以後，對於治療上，損傷皮膚之危險即可減少。

X光測量法應注意下述各點：

1. 光波之硬度，應當認識（應用光之平均波長）；
2. X光之力量應有規定（即在一定時間內，射在面積上之光量）。

對於X光測量法，現在有物理性、化學性，及生物性各種測量法。

關於光硬度之認識，如測量並行光距離之長度，半價層之規定，照 Christen 氏 分光鏡之分析，及各種硬度測量法。

關於光力之測量，可用 Sabouraud-Noire 氏之餅片，或用 Kienböck 氏之方法，或用 Fürstenau 氏之光力測量器（現今僅在表皮治療時測量之）。較為準確之方法，是用電力原子測量器 (Iontoquantimeter)，或相類之測量器，直接用在照X光之病人身上，例如照一子宮癌，醫者僅將此測量器插入陰道內子宮陰道段之傍，即能測量子宮癌所得之X光量。最新可將X光之量與力直接測量，西門子之刹那測量器 (Siemens-Moment-Dosimeter)。

現在對於X光之力，有一國際合法之單位，名曰 r (愛耳)。

電流原子測量器，亦可將光之硬度測量，光波愈硬，射入愈深，故僅用比較方法即表面之分量，與十厘米組織下之分量（在此亦可用水及石蠟）比例之，深入量愈大，X光硬度亦愈強。（不過亦應注意透濾板，洞口與皮膚之距離，照射面積之大小。）

現今雖知物理方法，能將X光準確規定，惟該光對皮膚之反應卻不得不一種生物性之測量，故現今仍以皮膚之反應為單位，名曰皮膚單位量 (Hauteinheitdosis 簡名 H. E. D.)，如所用之X光量能使皮膚，在一定距離及面積下，八日後發紅，四至六星期後發褐者，謂之皮膚單位量。

以前各X光研究所，所得之皮膚單位量，大小不同，因為現紅與現褐色肉眼及主見均不同故也。最新各專家之意見又較接近。皆謂生物與物理之測量法，當同時應用，蓋生物測量方法可以證明光之作用故也。

普通一班皆用下述方法測量，先將X光管，用物理測量法，準確測量之，然後將應用之條件注明，如此在一定時間內即可得皮膚單位之份量。惟此種方法，僅能供一次照射（更不適合於顧達爾氏之長期斷續性之照射 Protrahirt-Fraktionierte Bestrahlung nach Coutard）。照 Martius氏之計算，最適宜點當在 600 r.（在空氣中量）左右，惟此數尚需加散光量。故總數約在 720 r. 左右。

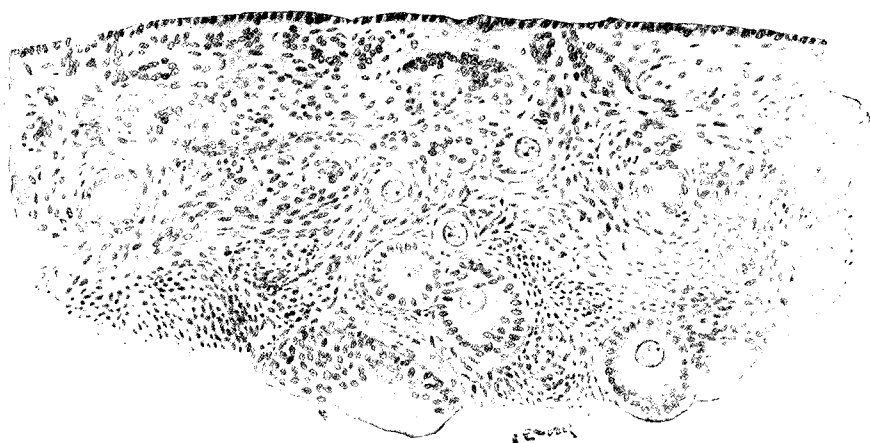


圖 二 百 九 十 九

狗卵巢之邊沿部份 (照 Reifferschlid, Strahlentherapie 1916, Bd. V.)

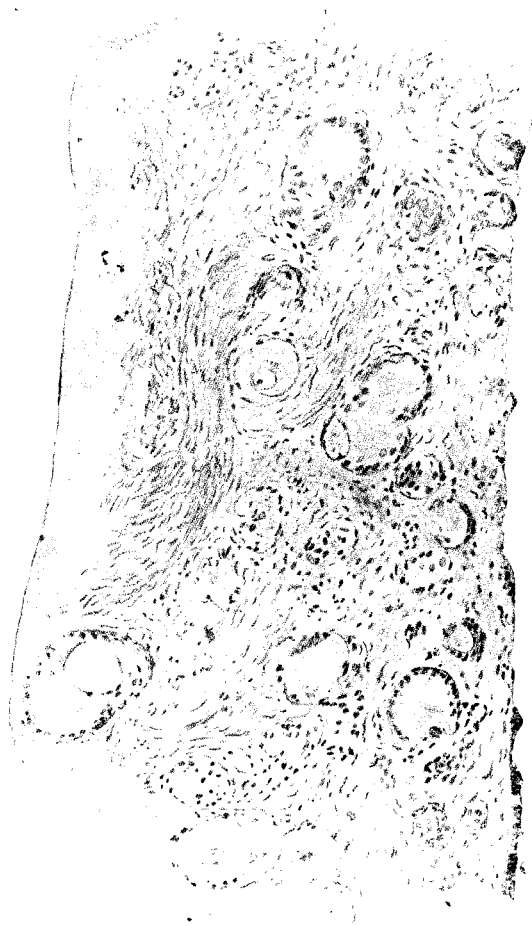


圖 三 百

狗卵巢之邊沿部份退化情形，在用X光放射後(照 Reifferscheid 氏 Strahlentherapie 1915 Bd. V.)

用此種已規定之 X 光管，照射病者，然後再檢驗其生物性作用（紅與褐色現象）是否適合，若是適合，則醫者以後只須依時間之多少而用量即可。（惟絕對之條件為開關，光管之位置，透濾板及面積等等，均當固定。）

雖然所有之條件，當絕對嚴守，但變異之現象，仍可存在，故據有 X 光機械者，當常用物理測量法測量規定之。

(4) X 光生物性之作用

X 光及鐳之加馬光，能損傷細胞，及至一定份量時，能將該細胞殺死，最初受傷者為細胞核，繼後為原形質。

X 光用在婦科中，以人類及獸類卵巢受光照後之變化如何為標準。

普通卵巢被照後，卵細胞，及原泡上皮均退化（圖二百九十九、三百），全部卵巢萎縮（Reifferscheid 氏）。在解剖上，該種萎縮，與生理性及衰老性卵巢萎縮毫無分別。最易受傷者為正在成熟之成泡，及其中之卵細胞（原泡上皮則較為有抵抗力），反抗最有力者，為黃體中之細胞，次之為原泡（primordial-follikel）。

斷續性之 X 光照射，分析快速之囊狀卵泡，不易殺死，初泡則易受光損傷（Wintz 氏）。

已經受傷之卵細胞，據 Nürnbergger 氏之報告，不復再生長，惟現今尚無確實之證明。更不知此種受光不死之卵細胞將來是否能完全復原，抑是卵細胞之一部份復原，而在受孕後成為異胎，或則在產後患先天性疾病（胚胎損壞）（視後）。

在應用巨大之光量時，每一體細胞，均能受傷或殺死，但各細胞之抵抗力，各有不同，下述之表，是由 Seitz 氏及 Wintz 氏所列，其所用之光力，與皮膚單位量比較為 100%。在一次照射後。

(A) 健全細胞

淋巴腺細胞，及白血球，生殖細胞卵巢 35%（皮膚單位量）。

粘膜之上皮，皮膚之上皮 100% 皮膚單位量（輕度刺戟）。

腸之上皮 130%（皮膚單位量）。

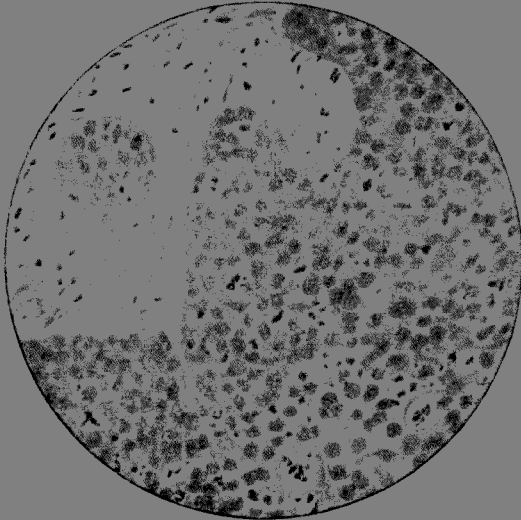
纖維組織及肌肉 180%（皮膚單位量）。

骨節及軟骨。

(B) 患病細胞

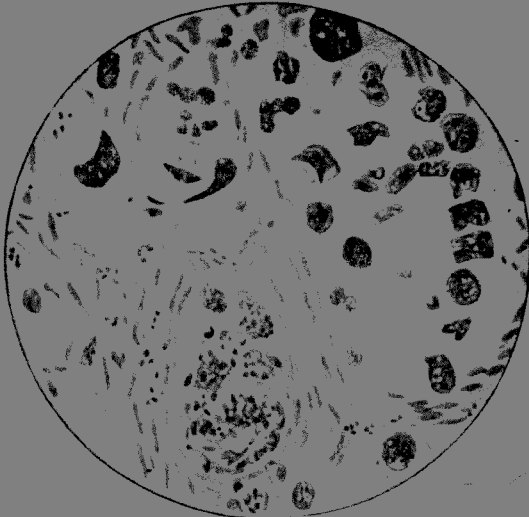
白血球病之組織 (Leucaemie)	} 60-70%
淋巴腺肉瘤 (Lymphosarcoma)	
肉瘤 (Sarcoma)	

皮膚發炎或受濕疹變異後之皮膚，子宮內膜扁平上皮瘤 90—111% (皮膚單位量)。
 子宮腺癌 125% (皮膚單位量)。
 子宮肌腫細胞 18% (皮膚單位量)。



圖三百零一

子宮頸癌在放射前(強度放大)照 P. Prym 氏 in Handbuch der Röntgentherapie Klinkhardt Leipzig 1924.



圖三百零二

同上圖不過在放射後(放大亦然)照 P. Prym 氏 in Handbuch der Röntgentherapie Klinkhardt Leipzig 1924.

由上述觀之，幼稚性細胞，及瘤腫細胞（癌及肉瘤），凡具有分析甚速之技能，對於光照比其他之組織，特別易受損傷。此種事實，對於瘤之治療，有重大關係，惟其如此，用光照治療始無別種損失。

細胞之感應性，與細胞分析之多少有關，如正在分析時則受損必多，以此種解說上觀察，則鐳光之治療較X光為佳。因鐳光在組織內，為時較久，遇細胞分析者亦多，所以 Couillard 氏之X光放射方法，亦根據此種意義。

上述方法感應性之強弱，現經多數學者再度之檢查（Hrönig 氏及 Friedrich 氏）均以為甚合。因此醫者可以按照規定之時間及光力，使受照之細胞必趨死亡。換言之，各組織有各組織之抵抗力我們只需用相當之光量，必定可以置之死地。例如卵巢之殺死，只需 35% 皮膚單位量，肉瘤之殺死量為 60—70%，癌之殺死量為 90—125%，但此種份量，並非個個如此，尤其對於瘤組織，有的甚易受傷，有者竟不受光之指使，抵抗力非常強大。

光射在癌組織上（圖三百零一、三百零二）組織中之細胞核；即行變異，癌組織則完全溶化。中間參加他種組織，惟此種退化式之變異，並非X光所專有，有種癌組織亦能自動退化變異，惟阻止病灶發展，及減少生長速度，為X光所特長。

光照射入人體內，除局部細胞受傷外，全身亦受相當反應，此種反應，依受照之面積而異，所照之面積愈大，反應亦愈劇。此種反應之表現，以新陳代謝異常，血球組織及血液化學性變異。再光射在細胞上，細胞受傷後，其中產生一種碎破內泌素（Zerfallshormon），亦名腐死內泌素（Nekrokormon (Caspari 氏)）。此種內泌素被吸收，全體可發現中毒現象，普通所謂X光病（Röntgenkater）是。此種病症，在照後不久即產生，病者覺得非常不適（疲乏，頭痛，惡心），假使病者體質已開始衰弱，則可在X光照後成為不可救治之X光惡病質（Röntgenkachexie）。患此症者，以血球血液化學性及製造血球內臟受傷最甚。

光照治療家應特別注意者，即病者普通之病情，及光照後普通受傷之現象，及受照後所產生之永久性損壞（視後）。

(5) 放射性物質 (Radioaktive Substanzen)

普通醫學上所用之放射性物質以鐳錠 (Radium) 及 Mesothorium

爲最多。普通出售之鐳錠；大多炭酸化，或硫酸化，或氯化，或溴化，各種鐳製劑有各種份量，因此生物性之作用，亦各相同，故最好計算之時候，不以鐳鹽之重量爲標準，而以鐳之原體爲標準，醫者購買時最好向有公共機關規定單位量者購買之。至於鐳之保存時期，幾乎爲無盡期，因每鐳在一千八百年以後，始分解一半故也。

德國以外之醫院，俱有多量鐳者，在照射時，不用鐳鹽而用鐳，不斷續所發出之氣體名曰鐳氣 (Radium emanation)。此種氣體亦發光，在五日半後，其效力即消滅。

一 Milli-curie (一米厘可里) 之鐳氣量，所產生之效力，與 1 毫克鐳質相同。

最近德國有一煤氣公司，名 Gasglühlicht-Auergesellschaft，製造一種機器能製造鐳氣(名 Radon)。

Mesothorium 爲 Thorium 所分解者，其存在時期甚有限制，半化時期爲五年。可以完全代替鐳錠，惟爲時甚短，因其分解甚速。

Mesothor 化爲液體後，可供靜脈注射，法國學者有良好之成績報告，但是德國(如著者)對之尚不滿意，蓋該藥僅能使病者普通情形改好(G. Schäfer 氏)。

鐳能發三種光波：

1. 阿爾發光(α Strahlen)；
2. 倍他光(β Strahlen)；及
3. 加馬光(γ Strahlen)。

此三種光波，完全不同，阿爾發光，具有陽極電之 Helium 原子，此光甚易吸收，倍他光，與 X 光管之陰極光相同。

阿爾發及倍他之光，在移動後，皆能成爲細小之體 (Corpuskuläre Elemente)。而加馬光僅能在醚中振盪，與 X 光相同，惟加馬光，較 X 光之光波短十倍，故其之透視及放射力亦均增加。

醫學治療上，惟加馬光能用，故普通在放射治療時，當將阿爾發及倍他光吸收，換言之，醫者僅用一管套住鐳錠，則該光波即被吸收。普通之鐳質，裝在一玻璃管內，內有一銀質之皮包圍，則阿爾發光即被吸收。如再加一層一二毫米厚之金屬管(黃銅、白金、鉛或黃金等)則可將倍他光吸收。

如醫者欲將倍他光破壞性之技能同時應用(不過不遠)，則僅用細小針形鐳質，外加一甚薄之管，直接插入癌之組織內。

德國境內，鐳質不如他國(美國、瑞典、法國)之多，不能用鐳光遠照，故僅將鐳質直接放在瘤腫之處，因此所得之弊病甚大，直接安放後，鄰近之組織均被損傷，而深遠之放射力則與距離並減。

在治子宮陰道段癌時，如所用之光爲一皮膚單位量，則照治之深僅有三厘米，但此光量之力，亦可以將癌組織之重要部份消滅，惟子宮鄰近結締組織及腺體內之癌細胞，所得之份量卻不足夠。可是另一方面，如直腸及膀胱之鄰臟破碎，成爲瘻管之危險，在細心管理之下，卻可減少甚多（視後）。

如要將份量盡力增加，則最好將鐳做成線形，放置其中，換言之，鐳管愈長愈佳（Menge 氏），如此則表皮所得之量可以減少，而射入之地位則增加，被射之組織部份亦大，散光因此亦加多，生物性量因此亦增加。

鐳光放射，需要慎重規定之方針，所用之量，及放射時間，與鐳製劑之構造，均有關係。普通以鐳質量及放射時間之積數，爲一單位 *Mgeh, mg Radiumelemente Stunde*。鐳原質重量乘時計。惟此種計算非常不準確，因爲用五毫克鐳質放射一千小時，決與五十毫克鐳質放射一百小時不相同。

普通治療癌腫至少需要五十毫克鐳質。

X 光與鐳光之實際用法

(1) X 光或鐳光放射毀滅卵子 (Kastration) 以治療善性生殖器出血及子宮肌腫法

善性生殖器出血，可用間接之方法，——X 光照射——使出血停止。此處之 X 光，不射在子宮本體出血之起源處，而射於卵巢之上，使其機能消滅〔滅卵，或照 Seitz 氏說，X 光絕經法 (Menopisierung)〕。如此子宮之工作，亦隨停止，子宮萎縮，因此出血亦停止。但卵巢內泌之工作並不完全結束，如醫者所用之 X 光量（34% 皮膚單位量不將初泡破壞將來仍可找得閉鎖性之原泡），則病者在照後應得之缺乏病現象，不如用 X 光照癌後，如此之劇（Wintz 氏）。

鐳在子宮腔內，所發生之影響無此種現象，因鐳光所及者不深，卵巢所得之鐳光亦甚微，所得之損傷不如 X 光之劇。至於止血作用，鐳光尙有一種直接破壞之技能，因該光能將內膜射焦（如燒焦然），此種表皮發焦後，出血當然即刻停止。此亦許鐳光止血最着重之處。

X 光及鐳光滅卵亦是制育，因此後原泡必遭損壞，卵子死亡者居多，受孕之可能性因此減少，此種手術，法律上有問題（先天性病症及異胎等），故醫者僅能在一定範圍內爲之。德國有下述之法律。

凡不在法律規定內施行制育，或將生殖腺割去者，僅能在一定時期爲之，此即醫者以爲病者有生命危險，或身體健康有障礙時，同時必須受當局衛生官長之許可及證明，然後始能行之。

甚劇之青春發動期出血，病者因此而有生命危險者，同時醫者應用普通方法無效時（特別是內分泌治療），始可以用X光滅卵治療之。

惟多數專家，仍將此種方法避免，因在此種年齡將卵殺死，非特生育爲難，內分泌之平均，亦必發生重大問題。病者可因此而得內分泌病，故現今對這種病者，用X光不照卵巢而照脾臟，其所得之成績亦甚佳。據 Stephen 氏之報告，謂脾臟受X光照射後，實質內之出血，可以停止。Vogt 氏 Nürnbergger 氏等遂將此法治療婦科各種出血。據著者之經驗，三分之二病者，可因此使子宮出血在一至三日後停止。另外少年婦人之子宮出血，亦可用此法，將其不正常之出血改爲正常月經。

至於止血之理由，據 Hornung 氏之證明，謂因脾臟內之凝血細胞，受X光照後而破碎，及內分泌平均力變異所致。對於老年經絕時子宮出血，此法則不適合。

經絕期子宮出血：

女子在經絕期出血，多因子宮內膜過甚增生所致，其過甚增生之原因，不外原泡工作過速，或原泡不破裂，故如將卵巢機能停止，則子宮出血根本停止。此種方法，對於經絕時之女子，無多大危險，因卵巢之機能原將消滅故也。

每一在經絕期內之子宮出血，醫者當注意其是否有癌。如欲診斷子宮出血，是否因癌腫所致，則僅用觸診觀察，無濟於事，必須刮子宮，或割下一塊，用顯微鏡組織檢驗後始可。另外刮子宮可使經絕期之善性子宮出血治愈（指輕易子宮內膜過甚增生者而言）。所以對於此種病者，先用刮子宮方法治之（同時亦可區別是否癌腫）。如若無效，則可用X光或鐳光繼續之。惟遇貧血甚劇，非常瘦弱之女子，爲恐其下次再出血，生命有危險，則必需在刮後及組織診斷確實後，立即繼續爲之照X光或鐳光治療。

最近應用鐳質放射子宮 (Kufenberg Martius Naujoks 氏等) 法，日見增加，其方法之應用，甚爲簡便，普通在刮子宮後，即將鐳質放於子宮內，如若組織檢查內有癌腫，則將鐳多放一時，其唯一之不佳現象，乃是白帶，但亦不過數星期至數月耳。甚少有上升性發炎者，惟亦有因此而死亡者 (Distel 氏統計 0.18%) (參考二)

不適合於此種治療者，乃是生殖器患有發炎性變異者。

子宮肌瘤 (Uterus Myom)：經過X光放射後，其生長力消滅，因而退化萎縮者有百分之三十九，病者之肌瘤完全消滅 (Gauss 氏報告)。

較大之肌瘤，則退縮之工作，爲時較久，長者一年或一年以上，惟在此時之月經過多症完全消滅（因卵巢殺死後，子宮內膜亦完全退化）。至於

直接放射肌瘤見效不大，故用之者甚少。

現今對於鐳錠治療頗有人稱道，Emyer 氏 Naujoks 氏，及 Hoffmann 氏，所得之成績有百分之九十一，惟僅適合於肌腫大如妊娠子宮四月者。

肌瘤用 X 光照與用刀割成爲互相競爭之點（視前），至於鐳光在此，則不適用，有時反可使肌瘤壞死。對於黏膜下肌瘤更其無效。

患肌瘤者（1.5—5.5%）同時亦患癌腫則較爲困難。若遇有此種可疑時，當即詳細檢查（刮子宮），此時最好用刀割法治之。

肌瘤中有 2—3% 同時亦患肉瘤（Sarkom），此時診斷不易，有時竟不可能。醫者只能在光照後探知一二（仍然出血，瘤仍生長等情形），所以每用光照後之肌瘤，應有長期之觀察，以免萬一有肉瘤發生時，即刻再用刀割或 X 光治療（肉瘤量）。

病者滅卵治療之最佳年齡，普通當在四十二歲左右。（譯者按：我國女子經絕期較白種人爲早，故可將年齡改早。）惟早年施用滅卵治療，反應頗多，惟有在特別情形之下，始能爲之。

病者愈近經絕期，預後之希望愈佳，卵巢機能完全停止性亦愈大；病者年齡愈幼，則未全死之初泡，在數月或數年後仍能繼續工作，則子宮工作，當然亦仍能恢復。

如選擇適當，用 X 光滅卵量照射治療後有百分之九十五，能使經閉 肌瘤及經絕期出血。如用鐳光放射後（專指經絕期出血）約有百分之九十七能使經閉。其中無效者，大多爲不合法治療者，或診斷錯誤（如診斷爲肌瘤，而實際爲卵巢瘤，或與癌或與肉瘤混合）。或用量不足，或照射時發生困難。（如肥胖之病者，甚大之子宮。）

經閉之現象，各病者不同，百分之九十五，鐳光放射後即刻經閉。用 X 光照者僅一小部份即刻經閉，普通至少在一次月經後，或則二三次月經後，始告經閉。所以醫者在 X 光照射後，當告知病者，月經有再來之可能（以免病者謂 X 光治療無效）。

○ 至於月經再來之原因何在，至今尚未完全了解。Leitz 及 Wintz 氏以爲在月經前半期照 X 光那病者必無月經。若在月經後半期照 X 光，則至少一卵子或甚至數卵子不受損傷，仍可照常排卵。惟最近據 Schubert 氏及 Weigand 氏之檢查，認爲此種見解不確實。

卵巢放射治療尚可應用於下述數種稀少病症。

1. 骨質軟化病（Osteomalacia）是一種稀有之病症，以前 Fehling 氏均用卵巢截除法治之，其中有百分之九十可以痊愈，現在該種刀割，可用 X 光滅卵法代之。若如妊娠尚在，則唯有用刀截除卵巢爲最佳之法，蓋 X

光能損傷胎兒。

用強烈之X光照射孕婦，其中百分之五十胎兒能受損傷，換言之，孕婦照X光甚易流產，(Gauss 氏、Murphy 氏等)，尤其在第一半期。後半期妊娠較爲少數。至於受損之點，有如下述：胎兒體重，及生長均變異，軟骨及骨節之生長均受損，中樞神經受傷（頭小畸形 Microcephalia 及水頭 Hydrocephaliu，智力減少，癡愚），耳異形眼小畸形等等。

子宮附件慢性炎（結核病，視後）對於此病，有時將卵巢機能取消（閉經），可得有良好之成績。因子宮附件炎每每在經轉時復發，若用X光將卵巢機能停止，則該病可望痊愈。唯惜患子宮附件炎者均爲壯年女子，長期停止卵巢機能並非絕對無害。

如用X光使該病者暫時性閉經（Gauss 氏），則理想中所得之結果必定甚佳。該種卵巢不用X光之完全滅卵量（35% 皮膚單位量等於280 r.），而僅以26—28% H. E. D.=230 r. 照之，如此卵巢之原泡不致受損，而僅爲將成熟之原泡，現卻漸漸成熟，如此在半年至三年後，卵巢之機能仍舊恢復，月經亦可照常矣。

Gauss 氏及 Neef 氏用甚精細之計算方法，以適當之X光量，照射卵巢，Wintz 氏對此甚滿意。

惟此種暫時性X光滅卵工作，有二點可供考慮：

1. 技術上絕對不能將準確之分量施於卵巢（V. Schubert 氏）。因卵巢之位置不一定，各卵巢之生物性感應亦各不同（病者之年齡及體質不同），故失望之成績爲常有之事（用量過少，月經仍來，用量過多，永遠閉經）。據 V. Mikulicz-Radeck 氏報告，此種暫時性X光滅卵有百分之二十無效。

2. 較爲重要者，卻是胚胎損傷（如受X光照後之卵子受孕）。

胚胎損傷問題，最近來婦科專家與遺傳學家之意見非常紛歧（參考三），H. J. Müller 氏曾用相當動物之試驗（譬如 *Drosophila* 蠅）證明。此種蠅類自被X光照射後，其所生之幼蠅，均發生畸形現象。並且此種畸形爲病理性（如眼、翼、觸覺等等）。再此種畸形，可遺傳至數代之久（依 Mendel 氏之規例）。Müller 氏發明別種昆蟲及植物，也有相當證明。惟高等動物尚無此種比較性檢驗（因價值太貴）。雖然如此，一般遺傳學家，則以爲此種生物定義，可以普及一班動植物，人類既是動物之一，則此種傷害之危險，事實上當然亦難免（Eugen Fischer 氏）。至於須用多少X光量，可使人類卵子畸形，至今尚無相當之研究及證明。

婦科學家之意見亦頗紛歧，Martius 氏等多數贊成遺傳學家之理論，而 Nürnbergger 氏、Dyloff 氏、Caffier 氏則以爲下等動物試驗結果，不能直接影射於人類，因人類在解剖上，及生物上，均呈根本不同之現象。

對於胚胎損傷可分為二時期：

1. 早期損傷：此種損傷（動物占多數，人類亦有），即在X光照射之後，卵子雖受光照而仍能受孕。

2. 晚期損傷：是指在光照閉經後，初泡卵子成熟後受孕，所生胎兒畸形現象而言。惟此種晚期損傷在人類方面尙未曾見過。因受光照之後，所產生畸形胎兒，與未照光者，所產生之畸形胎兒爲數相同（Naujoks 氏等）。惟此種觀察，爲時當暫，蓋其他動植物受光照後，所產生之畸形，均在二代後產生故也。鐳錠暫時閉經之缺點，爲早期生產或流產（佔百分之四十二，Diétel 氏），因子宮受鐳光放射後保持胎兒已消滅之能力故也。

胚胎損傷之問題在未解決以前，暫時性X光滅卵尙難普及，惟無生育希望者（如沉重性子宮附件炎，輸卵管閉塞）。又子宮內膜異位病（Endometriose）（視該篇），據著者在數例上所得經驗，亦可用此種暫時性X光滅卵方法，蓋截除手術方面（如膀胱組織有子宮內膜異位或直腸陰道夾膜內有子宮內膜異位等），事實上非常困難。

對於老年婦人最好用全量X光滅卵量，最近年來，用此法治愈者頗有數例（Keene 氏、Ottow 氏、Heymann 氏、Philipp 氏等）。

急性、亞急性及慢性之子宮附件炎，及子宮隣結締組織炎，均可用輕量之X光（Heidenhain 氏之發炎量 5—10% 皮膚單位）放射卵巢（但卵巢之機能仍不受損傷及阻礙），有相當之成績（G. H. Wagner 氏及 Seitz 氏）。

X光滅卵及鐳光滅卵之應用方法

滅卵之X光量爲 35—40% 皮膚單位，對於皮膚損傷無多，故每一卵巢，僅需兩面射照即可，最好用 Seitz 氏解剖式之照射筒。其所射入面積爲八十平方厘米。照射之處取背腹二部（圖三百零三、三百零四），照射方法各醫院均不同，柏林大學婦科醫院所用者，X光管與皮膚之距離爲四十厘米，透濾板用一毫米厚之銅板，電力爲 180—200 千羅瓦特（Kilovolt），每皮膚面積計射照 $2/3$ — $3/4$ 皮膚單位。總共所照之時間爲八十分鐘，分兩日照畢。（如此皮膚可受保護，因無處是用全量皮膚單位，而卵巢卻已得到相當之X光量。）

如遇高至臍處之肌瘤，則所用之X光量當略減少些，或則用較長之距離。

鐳光放射，最近用者頗多，醫者先把子宮頸擴大，將子宮內膜刮去，然後再放一長八厘米之金屬管（中有鐳），外加托住者，放在子宮腔內，至子宮底爲止，安放後再用紗布塞緊陰道腔，放射之量及時間現各專家尙未一致，三千至五千毫克時期單位中間普通所用者，用六十六毫克鐳質，放子宮腔內，三十二時，其所得之量爲二千毫克時間單位。

X光照射脾臟之方法

先將脾臟之位置固定，及其上之皮膚位置。然後用X光照射 $1/3$ 之皮膚單位。照射之時間，最新機器只需六至十分鐘。

脾臟照射如一次不見效，可在五至八日後再照一次。

(2) 生殖器癌放射治療法

放射治療癌腫有三種方法：

1. 專用X光治療；
2. 專用鐳光治療；
3. X光與鐳光混合治療。

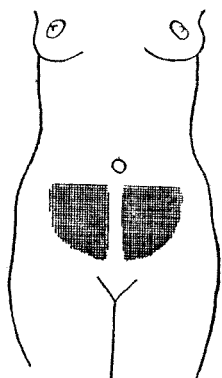


圖 三百零三
截除卵巢放射地位（腹部）

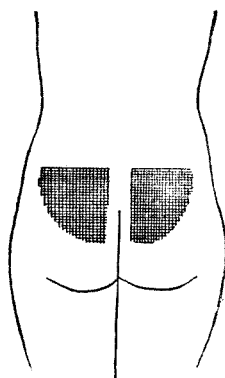


圖 三百零四
截除卵巢放射地位（背部）

深射X光治療，為Perthes氏，1904年所發明（該時照者為唇下癌，結果甚佳）。婦科內由Doederlein氏在1903年第一個試驗，該時所照者，為一不能刀割之子宮癌。所用之光為鐳光，但是成績不佳，後來G. Klein氏1907年及Bumm氏1911年均用X光治子宮癌，因此時X光機構造不良，技術欠缺，故成績亦不甚佳。僅皮膚損傷甚劇者始有效果。後來Krönig氏，繼後Seitz及Wintz氏等始指示：用X光治療子宮癌有效之方法。Kronig氏第一將癌應得之光量假定之，在如何放射之下，始能將癌之細胞殺死。而其餘之隣近組織，則不受損害。由此點出發，Seitz氏及Wintz氏鑑定光力之結果，謂將子宮癌殺死，必需用90—100%皮膚單位量之X光。如欲將每一癌細胞殺死，此份量現今尚無。我們現知有一部癌組織，對於X光非常頑固（不受X光影響），雖在開始時亦然。

現各學者均甚努力用組織檢查，以解決此難題，據Kehrer, Lahm, Doederlein jun., Healy, Cutler, Broders等氏之意見，謂癌組織之成熟度與X光之感應有關係。

以前之檢查，謂未熟及一部份中熟之扁平上皮癌，最易被殺，反之，成熟之癌細胞則不易。

但最新之檢查，如 G. Doederlein, Philipp, Kaimniker, V. Mikulicz-Radecki 等氏所得之報告，則謂此種成熟度，是與光量無絕對關係，組織檢查，不能斷定預後之善惡，僅腺癌中有此種分別（視前）。

據著者以爲主要之點，是在癌組織之散佈，（尤其子宮隣結締組織內之蔓延，爲普通所不能接觸者）。

生殖器癌之位置甚深，在初時 X 光照射，遇有甚多困難：（一）不能將全部照癌之 X 光量 100% 皮膚單位量，照射於一處之皮膚。（二）X 光之光力與距離成反比例，如 X 光經過深厚組織後，則其光力必減弱。（三）癌之隣近組織，及表面之皮膚，均當盡量保護。因此之故，現今之治療法將光照之位置，分爲數塊，而癌所得之光量則仍不變，此種交叉式照射法（視圖即能明瞭）（圖三百零五）外，再將每射入之面積放大，筒管之距離增加，電流之脹力加高，使 X 光管盡量產生硬光，此外再多加透濾板，使一切軟光均被吸收，如此癌組織所得之 X 光量多而且硬（視前）。

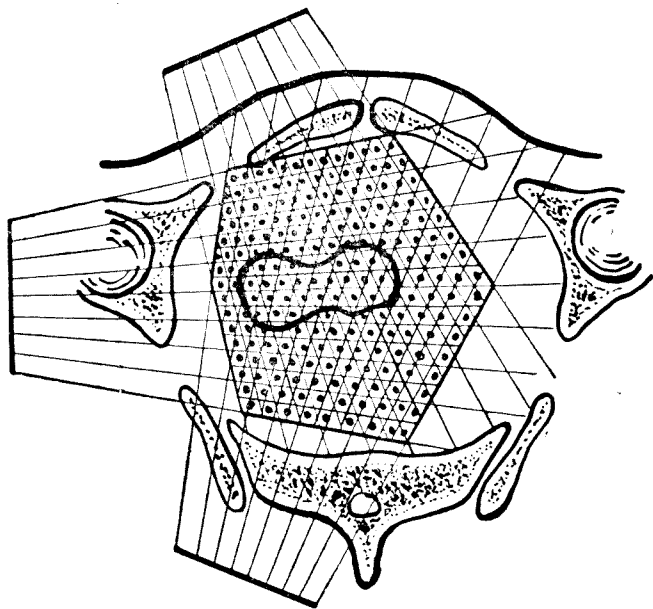


圖 三 百 零 五

水平橫切小骨盤，放射光會合之點，及各處射入之位置。

對每一癌腫治療，當先有一治療方針，並當注意病者之骨盤直徑，腹圍之大小，瘤腫之位置，與腹壁及身體表面之距離，最好用一種特製之測量器，最應標明處為病者之橫切及直切面，醫者用能曲之鉛絲或畫圖器將癌之位置大小，畫在人體大小之透視紙上，後再照份量表中所載之數目位置，射入面積之大小，距離，照射之時間，光力之集中（與照射洞對準有關），確定X光之光力。

面積大，距離遠之放射，較面積小之集中照射，易及瘤腫。因小面積集中照射，非將中央光線，絕對瞄準瘤腫不可。故事實上必須將陰道癌子宮陰道段癌，及子宮癌之位置，反射於表皮上，惟光管壓住及病者位置之變異能影響子宮之位置，故遇必要時當即刻更正之。

Erlangen 之集中照射方法 (Seitz 氏及 Wintz 氏)，法將癌之病灶，自六方面（面積六乘八厘米）集中放射其距離為二十三厘米，照射8—9星期後，子宮隣結締組織，再用癌腫光量照之。

上述方法之優點為照射之皮膚面積不大，故光之總量甚少，惟不易使光線集中耳。

大面積遠距離照射法 (Warnekros 氏及 Dessauer 氏)，使骨盤全部在短期內受光照之影響，用較大之射入面積（ 20×20 厘米）自前後左右照射，其距離為60—80厘米，如此光線均集中於瘤腫（Warnekros 氏為便於瞄準起見，特製一治療機）。惟此方法亦有缺點，如照射時期過長，則全身損傷頗劇（因放射範圍太大故也）。

因此之故，甚多X光專家取二者之中徑，柏林大學婦科醫院則用下述方法。

小面積集中照射 (Konzentrations bestrahlung) 法，用在狹小之病者（圖三百零五），放射之處為兩下腹處，兩後臀處及病者之左右兩側處。兩側僅用7/10皮膚單位量，其他醫院則用三前腹面及三後背面，每處面積之大小為 10.5×15 厘米，距離為40厘米，透濾板為0.5毫米銅板，及1.0毫米鎳板，該院所用之X光管為Coolidge管，一種新式深療機 (Stabilivolt 或 Constantos)。高脹電流為二十萬電力 (Volt)，在十厘米以下，可得36%皮膚單位充足份量。在六方面照射中子宮所得之X光量，為120%皮膚單位（每一皮膚單位等於500 r.）。統照之時間為二小時。分三月照之，在六至八星期後，皮膚可以完全復原（當然每一照射事前必

須有詳細之計算)。

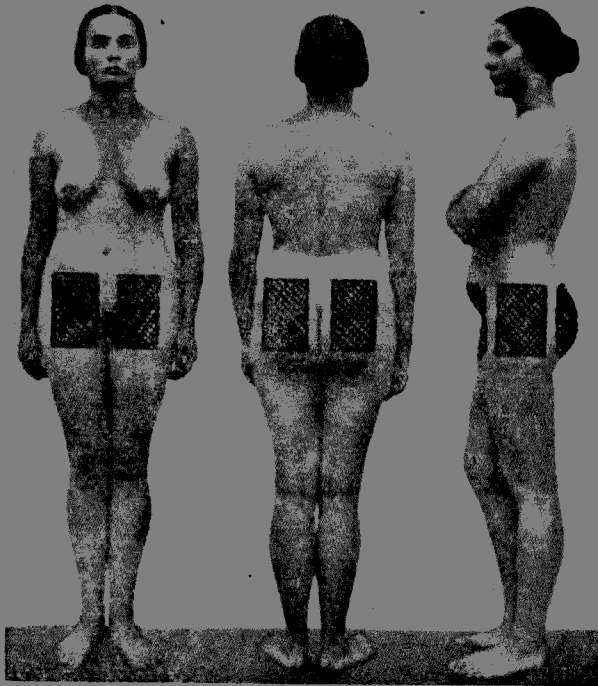


圖 三 百 零 六

子宮癌放射之位置(腹背及兩傍)柏林大學婦科醫院之方法

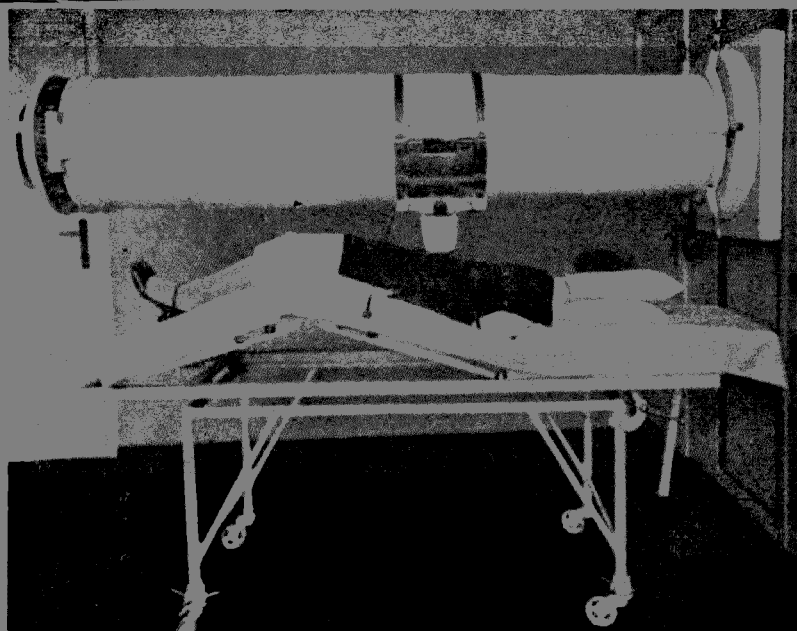
普通每一受放射治療病者，均有下述之準備，病者仰臥於木製之平牀上(照射腹部當將骨盆共微高置，免得腸部下降，充塞骨髓腔(圖三百零七)。照射面確定後，即將X光外筒，放在照射處，而將主要光波對準癌腫處。

X光外筒為木製成，內用鉛皮襯住，下口處用一木板，如此可以將軟部份壓住，使皮膚表面與癌腫處之距離縮短。X光僅由一小口射出，另外之X光都被吸收，同時該筒形機筒扎住甚緊，如此在總光未射入病者身上指定之位置以前，光波向邊旁滑出，為不可能之事，此種新式機器，雖有此種設備，但為小心起見，仍將病者不應照之處，用鉛質橡皮遮蓋之。

該種新式之機器，有下述優點：

1. 高張電流經過時，所發生之硝氣(Nitrosegase)在未入治療室以前已被吸入他室。
2. 高流電管保護週全，病者及看護，不小心接觸之，亦無發生危險。
3. 如醫者忘置透視板時該鉛板即刻自動封閉，使X光不能射出。

計算份量、標準位置，應由有經驗之X光專家為之，至於保護及檢查測量器，則可由X光助手及醫生為之。醫者當注意病者，在照時之臥位，有



圖三百零七

病者前部放射之位置，放射用 Hohlfelder-Kanone

否變遷，否則即當更正之。

上述之放射方法專對子宮頸及陰道上部癌腫而言，如若癌在陰道下部，或在女陰處或卵巢內，則當將照射方法變更之。

患女陰癌者除照該處外，當將鼠蹊溝淋巴腺亦照射之。

對於子宮體癌所用之量，至少要有 125% 皮膚單位量，Wintz 氏再加鋪光增加量，成績即可觀。法國學者 (Laccasagne Gibert 及 Salamen 氏) 所得成績之不佳，大約用量太小之故。

與上述一次照射之方法相反者，為法人 (Goutard 氏) 所發明之長期漸續性着力之照射法 (protrahierte fraktionierte intensive Bestrahlung)，此法之佳點乃是病者可得到多量之 X 光，而皮膚卻不受任何種損傷，通常一次照射皮膚之單位量為 750 r，再多則皮膚發紅受損。但 Goutard 氏之照射法，卻每二日照 300 r (加重透濾板及五十至八十厘米距離)，共照 2000 r，皮膚卻不受損 (光波甚短而薄)。

用此方法，癌腫可得甚多之 X 光 2000—5000 r，此外照射時間延長，癌細胞分析亦多，換言之，癌細胞受傷之數亦加增，病者痊愈之希望當然更大 (視前)。

最近之成績報告頗佳 (R. Schröder, Schumacher Kirchhoff 等氏)，惟此法發明不久，用者尚少，統一斷語之時機尚未成熟。

此外尚有另一種新法，即經陰道直接照射子宮頸痛。Schaefer 氏及 Witte 氏構造一種體腔 X 光管（視前），直接插入陰道照射，如此 X 光能多量射入子宮隣結締組織及骨盤結締組織。據 Martius 氏之報告，謂能深入骨盤壁者有 4000 r. 之多。

放射光之損傷及其遮護法

在 X 光初發明時有甚多（因照射過甚及治療方針錯誤而受傷者），嚴重性之皮膚損壞，無意（忘插透濾板）及有意（欲使光量加多深入癌內），將皮膚多照，致使皮膚燒壞至第二度，此種燒壞之皮膚，非常難愈。普通均留有變形之遺跡（退化，血管放大或浮腫皮膚慢性硬腫化）。如若皮膚受傷甚深，則該處結成之潰瘍創口亦愈深。此種創口，需時甚久，有時竟不能愈（彩圖五十四）。此種原始性皮膚損傷外，尚有多年後始發現之晚性損傷。此種已損傷之皮膚，對於外傷及傳染均不能抵抗。例如少許緊束腰帶，或其他壓住即能使皮膚壞死或潰瘍。（此外已受傷之皮膚，手術破皮後不易結合。此種現象假使無激烈 X 光照射，可不致發生。）

現今此種沉重性原始性或晚生性損傷，已完全消滅，至多將皮膚照紅而已（視後），惟無論如何保護，皮膚受深照治療後，些微損失仍不能免（例如皮膚產生一種特級色素，及皮膚之毛細血管放大）。此種損傷較之癌腫，當然不成問題。

在激烈照射後，皮膚之外，尚有腸部亦蒙受損傷。尤其腹壁單薄者受光力最強，損傷亦最甚。有種腸部，竟互相結住（腸發炎為患癌者常有之事）。

Haendly 氏曾剖一百三十二例受 X 光照射之屍體，其中以直腸及較上之腸部最為損傷沉重。Eckelt 氏觀察二十一例照 X 光者，其中有八例患沉重性瀉症而致死亡。另有四例腸部粘結於腹壁（在照 X 光處），B. Fischer 氏曾見有被損傷之腸破裂。此種損傷，現今遮護週到已可免除。

膀胱對於 X 光較腸不易受傷。但晚生性之膀胱損傷（B. Ottow 氏）亦有發見。

骨節損傷有時有之，如變形及折斷等，E. Philipp 氏報告上腿骨頸處，因兩側部受激烈性照射而被損傷。

至於遮護之方法，在解釋新式機器處及照射方法處已有詳述。

自 X 光應用於醫學以後，病者看護醫生無論有意無意，均蒙有重大損傷，因此德國 X 光學會，對於每一 X 光診斷所，無論診斷或治療均有相當規例。（Di N. Röntgen 與 2）

以兔看護及診察者受 X 光之損失，將好將診察室及治療室完全分離（現新式 X 光診療室均如此）。其分開之壁，需用一至三毫米厚之鉛皮板（當依 X 光管是否有遮護能力而異）。

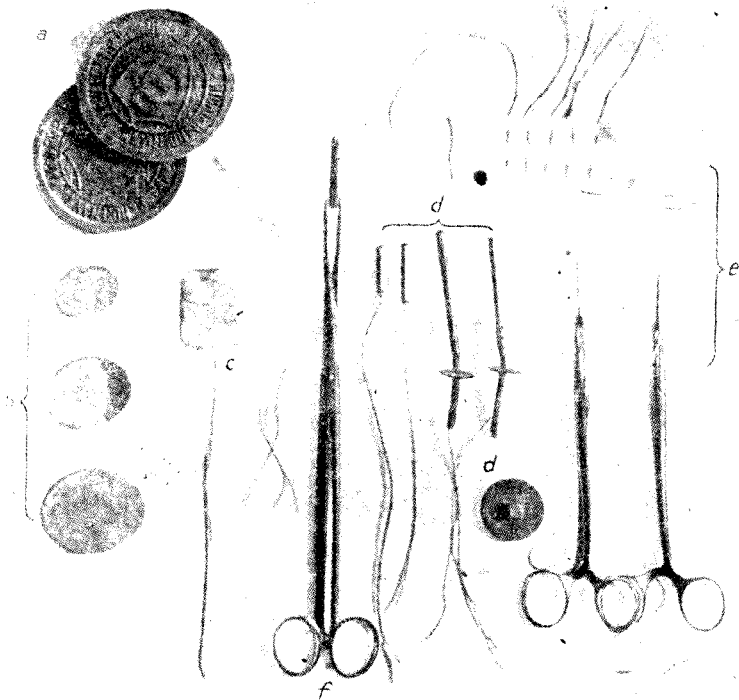
如若看護者在治療室內，則其身體距X光管必須有相當之遠近。在X光室之傍樓下層及上層均應有相當之遮護。

另外該學會亦規定工作及休息時間，同時由醫生不斷續檢驗有否X光損傷（血片）。

X光及鐳室內之女實習生，同時應另學別種如打字速寫臨床化驗等等之技能，以之替代。蓋如此可以隨時調換，而保其身體之健全（早期及時常驗血，以證明損傷之有無）。

鐳光治療子宮癌法

鐳光具有之能力，即能將癌組織殺死，而隣臟無何種損傷。此種見解，後來經過數例意外不測之危險，始知不然。以前用鐳質治療，所用之份量竟超過一萬毫克時間單位以上，因此後來之結果，癌腫固然痊愈，但是膀胱陰道直腸都互相瘻通，腸部黏結或甚至壞死，各種病象均發生。故現在已不用如此高量，另外將鐳質放在子宮頸內，或直接插入癌內。如此子宮頸管，及癌組織成一透濾板，保護其隣近器臟。（可惜者現今尚有甚多醫



圖三百零八

鐳光放射一切用具 a = 貼住質 b = 鉛皮 c = 鐳管已放在貼住質內，d = 鐳針，及各種形狀 e = 鐳針，一部份用特種鉗之

者，先將癌處燒去，然後再送醫院用鐳質治療。）

至於應用多少份量，可使隣臟不致受傷，各專家意見，尚不一致。Kehrer 氏以爲欲免直腸陰道或瘻管，只須將鐳質距離直腸二三厘米，那即使所用之份量超出六千至一萬三千毫克時間單位亦是無妨。

Menge 氏醫院中，所用之量較少（三千至三千五百毫克時間單位），惟在八星期後，得復照一次（二千至二千五百毫克時間單位）。

至於安放鐳質之方法，須看病灶之位置大小形狀而異，最好將鐳質放在子宮頸管內，或插在癌組織內。因此有各種裝鐳質之管子問世。著者醫院中，用壁厚 0.8 毫米，長十厘米之黃金管，以備放入子宮腔內。用長至三四厘米厚至二毫米之黃銅管，以備放於子宮頸管之內。子宮陰道段、陰道、女陰及癌內。面積闊大之癌，用儲鐳質圓盤。此外尚有鐳質刺針，中含有二至四毫克鐳質，以供刺入子宮隣結締組織內，或陰道壁復發癌，或放在表皮之癌中。

「鐳光治療器械（圖三百零八）中，有各式裝鐳之盒或管，鐳質針有線束住，以便易於檢驗及取出。壓住質爲一熱時軟冷時硬之物質，以防鐳質塞在陰道或子宮頸內後落出，厚二至五毫米之鉛皮，以保護膀胱及直腸。

在壓住質未放入以前，陰道壁前後各放一鉛皮，直接靠近子宮陰道段，使射入膀胱或直腸之光，完全吸收。

鐳錠之安放法，依各病症而異，對於子宮頸癌，最好一部份鐳錠插入子宮頸管內，一部份貼住子宮陰道段，如此子宮隣結締組織位於交叉之下，如欲陰道內一千五百毫克時間單位之鐳光量，免除瘻管成立，則所用之鐳光不得超過。如癌已不能用刀割者則在六至八星期後，再放射一次與第一次之量相同。惟遇有子宮隣結締組織浸潤時，應另加用鐳針刺插。

全部截除後復發之癌，發現在陰道段端及骨盤壁間爲多。此處可用鐳針刺入之，或將鐳質直接放入癌內。

安放鐳質於子宮頸內，最大之危險爲上升性傳染，如子宮隣結締組織炎、膿毒病，或膿毒性腹膜炎等，病者亦均死於此，其死亡率在 0.8—4% 之間 (Ditel 氏)。

至於傳染之原因，乃是子宮排液受阻（子宮頸塞住），成爲子宮積膿 (Pyometra)，此種膿汁，不能下降排出，遂侵入子宮頸之裂縫內（放鐳質所成就者），由此再入內部，而成膿毒各病。

如疑病者子宮內尚有發炎，或有膿積住，則在放鐳質以前當施於預防

手術，此種手術爲洗濯子宮。另外在放大子宮頸時，及插入鐳管時當細心不使子宮頸破碎。爲免在放大子宮頸時傳染菌被壓入輸卵管內，可用 Eymen 氏及 Gauss 氏發明之有孔子宮頸放大器。如此子宮內之黏液或膿汁，均可由此放大器孔內流出。

若是放鐳時體溫高至 39 度以上，則當將鐳光治療中止。至於些微之體溫增高卻是無妨。

再有一種危險便是慢性瘻管成立（如直腸陰道瘻管、膀胱陰道瘻管），此種損傷，至今尚有 0.5—1.25%，惟皆因用量過多，及安放不妥所致。至癌組織碎化後亦能如此。據 Klein 氏報告，謂患梅毒之女子受傷特甚。

在著者之醫院中，對於子宮頸癌治療，有如下述之方法：

1. 可用刀割者（Doederlein 氏分類第一及第二度），即刻用刀截除之（從陰道割取），如有反適應症存在，如心臟病，陰道具有毒性菌者（視前），及三十以下之年壯女子，尚須保存其有交媾可能性者，及不可施手術者，皆以鐳光治療之。

2. 六至八星期鐳光照後之子宮頸癌，如有施手術可能時，當施手術截除之。如仍不能施手術者，則用第二次鐳光治療。

3. 每一施手術後之病者，如在恢復後或身體尚未健全時，則在數星期後用 X 光強烈照射之。

4. 每一不能施手術者，在第二次鐳光放射後，均用 X 光強烈照射之，有時用 Coutard 氏方法放射十次，每次 200 r.，腹背替換照之，射入之面積，爲 20×25 厘米，X 光管與皮膚距離爲 60 厘米，每日放射一次。

5. 施手術後而復發者，及不能刀割施手術者，或放射後而復發者，皆用 Coutard 氏方法再照之。但必需在第一次照後六星期始爲之，如技術上許可再照一次鐳光（刺針或直腸放射）。

6. 病者出院後，應詳細觀察之（視後）。

Doederlein, Seitz 及 Wintz 氏，不贊成施手術，僅用光照，雖然子宮頸腺癌，亦不施刀割，故現今癌之治療，各專家意見尙不一致。

子宮體癌用鐳質放射，其所需之分量，爲五至六千毫克時間單位，分二次放射，安放處爲子宮腔。

陰道癌不能施手術者，亦用鐳質放射，放射份量之多少，須依局部情形而定，過後再用 X 光強烈照射，所用之方法與子宮頸癌相同。惟與女陰

接近之陰道癌，當另加一照射女陰地位，至於可施手術者，手術後亦當用X光照射之。

不能施手術之絨毛上皮瘤，有時能用X光強烈照射治愈之。故每遇此類病者，應用X光試之。據 Gal 氏報告，在陰道內單獨之核腫，有時用鐳光一千五百毫克時間單位後，能極速消滅。

對於女陰癌（視前），則用鐳管直接放在癌上（依癌之位置及形狀而別），然後塞紗布，及用紗布緊壓之，或則先將癌割開，將鐳質縫入癌內，另外全部女陰，及鼠蹊溝淋巴腺，用鐳針在相當距離刺插之。再對於不能刀割之淋巴腺，可用刀將皮膚割開數處，把鐳質陷埋其中（自女陰至淋巴腺，彩圖五十五）。惟此種治療尿道應有特別保護（鉛板）放一長期導管，可使小便不斷續流出。

鐳光放射以後，兩傍之鼠蹊溝淋巴腺當用X光照射之（每邊照五次每次 $1/4$ 皮膚單位）。

尿道癌局部用鐳光放射，安放之處在尿道前、尿道內、陰道內及尿道傍，均用壓住質固定之。所用之份量，為一至二千毫克時間單位，一次照射。兩邊鼠蹊淋巴腺不用刀割，即用X光照射。

卵巢癌：能施手術者均當截除之，割後健康恢復時，再用X光強烈分量照射之。不能施手術者，則照 Coutard 氏方法照之，另有數專家，介紹對施手術未清者，再放鐳質於子宮腔約二千毫克時間單位。Heyman 氏、Gauss 氏常用此法。根本不將子宮割去，此種治療成績最佳者，為尚未割盡之粒類上皮癌（Klein 氏視前）。

生殖器內瘤之放射治療法

可施手術者，則用刀截除，再用X光繼續照射之。不能施手術者，則用鐳光及X光合併治療之。普通肉瘤之X光量，據 Seitz 氏及 Wintz 氏為60—70% 皮膚單位。使X光便於深入起見，最好用多方放射。

(3) 光照治療之前後診治法

a. 預先診治法

在照光以前，必須將大腸洗清，蓋大便積住者，如X光管瞄準為難。深入光量亦減少，故最好在治療前夜，令病者服潤腸劑，或在治療前數分鐘用水灌腸。瀉劑中最忌用甘汞，因其中含有水銀，能成為副光，損傷腸壁。照X光之清晨，病者不許進食。

另外膀胱方面在照射時，不能有尿容積，因有尿容積，能將子宮位置變遷，故在照光之清晨，病者應少飲水。

再在照以前，病者之尿中有無糖質亦當驗之，患糖質病者，皮膚甚易受傷。

最後病者之神經，應有相當之安慰，醫者當與病者解釋此種治療，不發生痛苦，亦毫無危險。

b. 放射後治療及家庭調養

在照射以後，病者論理可以回家，故病者只須門診照射，惟出血甚多，或身體柔弱之女子，當以住院照射爲妥。又用銻質放射者，均應住院治療。

X光反應，自新式機器將時間縮短後，及治療室空氣消清後，發現者已甚少。至於其中之原因，至今尚無人知之者。有者謂血清內之膽脂醇平均力移動所致，有者則謂水及鹽質之新陳代謝發生變化。或謂迷走神經刺激所致，至於治療上，有的仰臥數小時已足，或內服食鹽水（灌腸一二百立方厘米），或內服加食鹽一茶匙於一杯之水，或用 Galeil（一種膽脂醇混合劑）藥片，或用 Vasano，或用 Afenil 及 Broseden，最新用 Peremesin（兩小時服三片），頗有良好效果。

醫院治療後，患癌之病者，並非已告痊愈，即能工作。此種病者至少須休養半年，醫者當將此種因癌而衰弱之身體，爲之調養恢復原狀。復發之危險如能長期注意，則即復發亦能及時探知。

患癌者在繼續治療後，其痊愈希望力亦大，所以經濟充足者痊愈較多。

著者之理想，將患癌者受治療後，最好再送往療養院療養。惟病者往往因經濟能力有限，中止者甚多。

可是醫者與健康保障會互相合作，得有良好的成績（Stoeckel 氏、Schrödel 氏等）。

柏林大學婦科醫院，附設之疾病諮詢所，對於醫者幫助甚多。例如貧病者所需要之食物（食物包、營養票或已熟之食物）、金錢（廠主、公共機關、慈善機關、公會、婦女協會等捐款），看護（家政看護），及最後輸送病者入療養院之手續（地方或政府或個人之保險機關）。諸此設備，實際上對患癌者出院後之生活，多能幫助。

普通醫者對於出院後之患癌者，當時常注意之，其重要之責任，乃命病者按時入醫院，繼續照光及繼續檢查。

施手術後，照光後，及繼續照光後之病者，對於營養，當特別注意，胃

口應提高(金雞納樹皮酞、Vial 酒等),營養以易消化爲主,大便宜順,至於何種營養爲最佳,各專家現今尙未一致,普通總以增加脂肪爲基礎,常在空氣中運動,亦甚有益,夏季之日光浴及空氣浴,均有相當效力。

光照治療以後,血液中發生一種特級變化,紅血球減少,白血球開始增加,繼後亦減少,紅血球之沉澱加速,因血中蛋白質移遷之故。可是無需特別治療,通常四星期後,仍可恢復本來情形。

滅卵照射或年青患癌受照射後,能發生類似經絕年疾病之缺乏病。醫者應指示病者,此種病象發生之可能性(升火、頭脹、心跳、頭暈等)。預防此種病象,惟有預先注射卵巢內分泌素,此外強心劑、鎮靜劑,均應包含在內。〔如 Trausannan (Gehe), Klimasan, Klimukton Prokliman, Vasokalmín 或用 Progynon 50,000 鼠單位注射。〕神經上,可用溫涼水洗身,重者可服溴製劑,(每日一片 0.3 gm. Broomural)。

照射之皮膚,應特別注意,尤其照全量皮膚單位之處。最好該處用油膏塗之。Wintz 氏介紹一種油膏,名 Raderma, 有下述之成份:

34% 藥用無水羊毛脂(adeps. lanae anhydr. pharm.);

22% 凡士林(Vaselin);

2% 固體石蠟(paraffin Solidum)(Ceresin);

外加 42% 末根子油或水束汁(Semen terminaliae);

強補葉(Djambu) (Folia Psidi pyriferi);

路而去史根(Radix Rumicis crispi)。

光照之皮膚,至少八星期內不能用水洗濯。

如照後仍有白帶,可用野菊水或食鹽水(一食匙加濕水一盞),每日一二次,如白帶多則用高錳酸鉀(Kalium permanganicum)或 Sagrotan 或乳酸(Acidum lacticum)洗之。

光照以後之陰道檢查,應極小心,因該種陰道,可在上端黏結,而在檢查時破碎出血。有反應之癌,在鐳光照後數星期,即能萎縮,初時甚不整齊。破碎不堪之子宮陰道段,不久即復原,或則完全消滅。初時發硬,斷後變軟,子宮縮小如李子大小,子宮隣結締組織硬如胼胝,有時竟以爲癌腫復發。

此種胼胝成立,有時可使直腸黏結,甚少數種不能刀割之癌,在照後能產生腸塞絞痛現象,因此有人工製造肛門之必要,有時輸尿管也可被壓。

癌腫復發與胼胝,甚難區別,最好請專家鑑別之。此地直腸檢查所得

成績，較陰道爲佳。膀胱大多平坦，復發者高低不平，但亦有絕對不能區別之時，唯有觀以後之變化。

隣臟損傷，現今已屬少見，唯癌組織已入膀胱陰道，或直腸陰道夾膜後則將來照後，該處壞死瘻管當然仍可成立，故醫者當告病者該種瘻管成立之可能性有種瘻管，尤其直腸陰道瘻管能在一二年後，自動封閉痊愈。至於貼補瘻管之手術，那是要待癌腫完全消滅後，始可爲之。如腸發生痙攣，有血或無血，則唯有用麻醉劑治之，如嗎啡、顛茄 (Belladonna)、可代因 (Codein) 塞錠，此外用野菊花水洗腸 (視前)。

難於痊愈之病者，普通在治療後即覺局部及精神上好些，惟半至一二年後，該病即復發。僅少數患者受光照後毫無效力者。

如癌組織在大血管之傍者，能在溶化時，將大血管撒碎而出血甚多，此處唯有極力塞含有硼砂鞣酸 (Bortannin) 紗布，始可止血。可是用鐳光放射，亦能止之。

在子宮頸內安放鐳質以後，子宮頸可以因此封閉，子宮可因此積膿 (Pyometra)，此時子宮較平常爲大而且軟。病者覺有痛苦及體溫增高，此時醫者當細心將子宮頸擴大，使其中膿液流出，然後用 1% 來沙而 (Lysol) 藥水洗子宮腔。

生殖器結核放射治療法

普通光照後，成績良好之現象，不是該處結核菌已被殺死，而是該處肉芽組織受退化物質之刺激，而增加其抵抗力 (如淋巴血球及白血球之破碎)。以前所用之量，皆使卵巢機能滅殺，但現今所用之量頗少，對於卵巢大多無大損傷。

方法：照射處爲臍下腹部之大部份，距離爲五十厘米，硬光， $1/8-1/48$ 皮膚單位量。每次減輕份量，每四星期一次 (Menge-Uter 氏)，Martius 氏照 110 r. (空氣中測量) 於腹皮上，以後每八日覆照一次，共三次，用量爲 60 r.，Uter 氏、Martius 氏、G. H. Wogner 氏、Gauss 氏等報告甚優良之成績。

對於子宮陰道段結核，用 X 光照射之成績，並不可靠 (Droarzol)，此處以用鐳質一千五百毫克時間單位 (Gal 氏) 所得之成績較佳。

早期浸潤性乳房炎放射治療法

數專家如 Pfalz 氏、Granzow 氏等謂用輕量之 X 光，可將正在開始

之乳房發炎治愈。其所用之份量爲 50—60 r。

X光表面放射治療婦科病症

表面用X光照射者，僅女陰而已，其適應症各篇均有詳述，在此唯有略言之。

女陰之濕疹：軟光 60—80 千羅華脫，一毫米厚之鉛質透濾板，30% 皮膚單位，第二次覆照時，在 1—2 星期後。

女陰癢症：100 千羅華脫，1—2 毫米厚鉛質透濾板，30% 皮膚單位，覆照時期在 2—3 星期後。

女陰乾枯：100 千羅華脫，1—2 毫米厚鉛質透濾板，75% 皮膚單位，覆照時期應在 3—4 星期後。

尖頭濕疹：硬光 0.5 鋅質透濾板，全量皮膚單位，復照時期，應在 4—6 星期後。

女陰癌：與上述治癌法相同。

參考一 1. Ellinger, Fr. Die biologischen Grundlagen der Strahlenbehandlung XX, Sonderband d. Strahlentherapie 1935.—Eymer Klinik der Bestrahlung der Gebärmutterkrebs in Kabban—Seitz Bd. IV. Floskamp, W., Röntgeschäden, urban-Schwarzenberg Berlin 1930—Krönig-u. Friedrich, Die physikalischen u. biologischen Grundlagen der Strahlentherapie. Urban u. Schwarzenberg 1918—Lazarus; Paul, Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie Pathologie u. Therapie, J. F. Bergmann, München 1928. Martius Die Röntgenstrahlenbehandlung in d. Gynaek. Handbuch d. Gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität, Dr. W. Klinkhardt, Leipzig 1923; die Strahlenbehandlung der Uterusmyome u. Uterus-sarcome, in Stöckel-Veit, Handb. d. Gynaek. Bd. VI. 2.—Meyer, Haus; Lehrbuch der Strahlentherapie Bd. IV. Urban in Schwarzenberg, Berlin 1929—Neef, Strahlentherapie 1932 Bd. X L IV.—Pankow, Die Therapie des Uterus karzinoms, in Stöckel-Veit, Handbuch der Gynaekol. Bd. VI. 2.—Keifferscheid, Die Röntgentherapie in der Gynaekologie. Joh. Anibros. Barth. Leipzig 1911.—Seitz, Röntgen-u. Radiumbehandlung in Halben-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes. Bd. II.—Voltz, Fr. Die Strahlenbehandlung der weiblichen Genitalkarzinome. Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1930—Wintz u. Rump, Gynaekologische Röntgentherapie, u. Stöckel-Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. IV. L.—Strahlentherapie Mitteilungen aus dem Gebiet der Behandlung mit Röntgenstrahlen, Licht u. radioaktiven Substanzen, Urban u. Schwarzenberg, herausgegeben von H. Meyer.

參考二 Dietel, Fr. G. Die Radiumbehandlung der gutartigen gynaekologischen Blutungen. Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung Bd. VII. 1936

參考三 Z. Geburten 1932, Bd. CII

第十四篇 卵巢病症(參考一)

卵巢炎及其後果

(1) 急性卵巢炎 (Oophoritis Acuta)

通常所謂卵巢炎，爲最多之瘡寒診斷，蓋病者一聽卵巢炎，內心卽刻信服故也。而實際上正式之卵巢炎，甚屬稀少。雖然每四星期卵巢必有一創口成立，上游性之傳染，及血液之傳染，亦均甚便利，但上游之菌類，如連鎖球菌、葡萄球菌，尤其淋菌，均經過卵巢而不入內作祟，通常卵巢發炎，均在骨盤腹膜發炎，卵巢包皮粘結性炎及輸卵管發炎以後，至於下降性結核菌傳染方式亦是如此。

卵巢包皮發炎後之變異，能使白膜厚化，使卵巢內實質之保護力加強。

此種發炎最重要處，爲是否與原泡破碎有關，如有關係則已破之原泡內成立所謂黃體膿腫，其特點爲非常頑固，不易吸收，創口難愈，菌之傳染力不減，及體溫難於下降 (V. Franqué 氏)。

當然原泡創口，並非必經之處，病菌也可從淋巴腺管深入卵巢實質，而成爲卵巢漿膜間質炎 (Oophoritis intestinalis serosa, suppurativa, necrotica) 或閉鎖於原泡內，而成爲原泡膿腫 (Follikelabszess)，或則膿性腹膜炎，亦能使卵巢發炎。或急性傳染病菌，由血管移入卵巢內 (如患傷寒、感冒、天花、霍亂、猩紅熱、肺炎及膿毒症)，或隣傍膿灶，漸漸擴大，而延入卵巢 (如蚓突腸炎、輸卵管積膿) 致使發炎。

至於病者之生命危險與否，是與病症普遍傳染範圍之大小 (其中卵巢傳染亦是一份子)，及原始病灶之危險性 (蚓突炎) 如何而定。

急性中毒 (磷質、砒質) 可使卵巢浮腫，混濁性腫脹，如病者不卽死亡，則其中之組織硬結化。

組織檢查卵巢，須依發炎時期之前後而異，在開始時，實質有混濁性

腫脹，間質有凍形浮腫，繼後間質，原泡及黃體積膿，最後遂成爲慢性卵巢炎。

在積膿之時，輸卵管亦積膿，而爲子宮附件瘤（視後）。

(2) 慢性卵巢炎 (Oophoritis Chronica)

慢性卵巢炎，一如子宮內膜炎，應將月經循環病症變化除去，蓋以前以爲卵巢發炎，而實際上乃是月經循環變化之結果。例如卵巢內之疤痕，組織硬化，白膜縮進及長厚等，通常並不發炎，乃是排卵後之變化，卵巢內之組織，受原泡及黃體成立之反應，並非每一女子相同，反應較劇者，其組織之變化亦加增，此外尚有普遍性病症（如心臟病、腎臟病），或繼續性生殖器受刺激充血（不正軌交媾，斷續性交媾及手淫），波及卵巢，而成爲組織之刺激者。在月經時有損之事（如感冒，身體上或精神上過勞），皆可使卵巢組織增加刺激。

此外急性傳染後，卵巢之組織當然能慢性萎縮及緊密化。

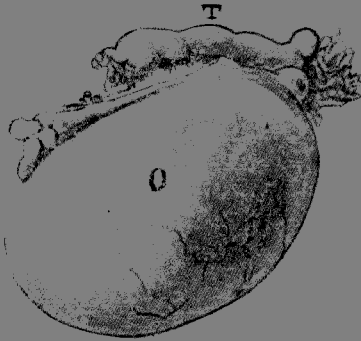
卵巢脹大發硬，白膜甚厚，原泡正常數目退減，而白體及細小之卵泡囊腫則加增。卵巢之表面，高低不一，有幾處凹進，R. Meyer 氏名之曰腰帶形卵巢 (Ovarium Gyratum)（一種衰老現象）。通常之卵巢，粘結者頗多，位置亦少正常者（如在骨盤壁或在直腸子宮陷凹之傍邊），有時在觸診時與糞塊互易。（惟糞塊，可以壓小，並可在直腸內摸得或灌腸後消滅。）

最後該種卵巢炎後之卵泡，能完全消滅，皆萎縮而成爲細小硬塊（卵巢硬化）(Cirrhosis Ovarii)。

慢性卵巢炎之特點，爲壓痛而與其他壓痛（如蚓突腸炎，糞積太多，輸卵管炎，骨盤結締組織炎，膀胱刺激，皮膚痛覺過敏）無何區別。此外探摸之手如稍重壓，卵巢亦有感覺，故以壓痛爲診斷，非常不妥 尤其病者之主訴，自以其卵巢有病，更不足信。

別種病象，亦不專一，性交，大便及劇動時作痛，在每一種小骨盤內臟發炎均有之。僅向腿部下射之痛，或因腰腸肌 (Ileo, soas 被侵) 類如坐骨神經痛，或能指示病灶位置之在邊沿，而作爲卵巢病象。

通常慢性卵巢炎，爲生殖器之一部份病象，單獨性卵巢炎，事實上甚是稀少，至少在觸診上，難於區別，至於月經循環，大多不一定，急性時，正常或早至，慢性時正常或不定期（經過強）。



圖三百零九

卵泡束腫(O=束腫, T=輸卵管)

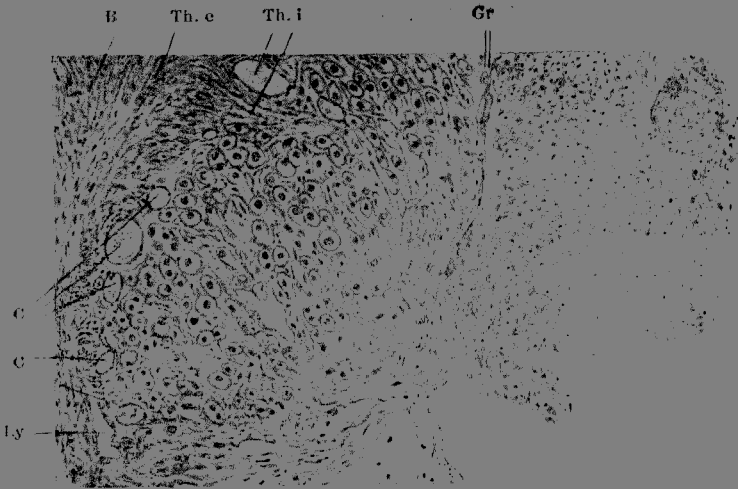


圖三百一十

卵泡束腫壁切開圖,中有單層單層上皮細胞

經閉期疼痛,大約因卵泡,不能撒碎白膜所致(視前)

卵巢發炎後,最重要之變異情形,為卵巢小泡囊腫化。該時之卵巢,全為大小不一之卵泡囊腫所充塞,較小之卵泡囊腫內,尚有卵泡上皮及卵子,較大者則已無。此乃由排卵異常,而變為月經循環病理化。白膜因厚而



圖三百一十 黃體囊腫(葡萄胎)

B=結締組織

C=毛細血管

Gr=粒類黃體細胞

Ly=淋巴腺管

Th. e=儲藏外層

Th. i=儲藏內層黃體細胞

不能破碎，所以囊形卵泡，亦不能破碎，因此卵泡遂起變化，而成爲囊腫化卵泡，其中之內泌素亦因此過剩，而爲經血過多及延長之原因

至於此種卵泡小囊腫化，新生胎兒已能有之，故卵泡之不破碎，並非全是白膜太厚之故，而是機械式阻礙所致。據 Nagel 氏之意見，謂卵泡長大過速，亦是其中理由之一。

如每次轉經均如此，則每個卵泡均變爲囊腫，通常大小如胡桃，亦有漸漸長至人拳大小者（囊形卵泡水腫 *Hydrops folliculi graafii*）。

囊腫之大小，普通不變，惟與其中之液體增加與否有關，該種液體之增加與否，須依卵泡上皮尚存在否（圖三百零九、三百十）及其尚能排液否，如若該上皮尚在排液，則已在瘤腫化，此種因上皮急性排液而繼續生長之囊腫能單室或多室化。其長大之速，大者能似孩頭或過之（單純性漿液囊腫 *Cystoma serosum simplex*）。

因此種囊腫之表皮甚薄，故甚易破碎（自動或在檢查時），此種破碎，爲良好之預兆，因破碎後排入腹腔之液體，能被腹膜吸收，而此破碎後之囊袋，不久即萎縮而結斑。

黃體囊腫 (*Corpus luteum Cyste*) 之成立，因黃體，細胞核液體化，及壁細胞積極排液與滲透液增加 (V. Franqué 氏) 之故，因此患之者便長期閉經。

特別巨大囊腫之四壁，爲黃體膜細胞 (*Theca Lutein-zellen*) 所組成，據 Stoeckel 氏之報告，患葡萄胎者，亦有此種瘤腫（圖三百十一、三百十二）。

卵巢分泌增加，黃體組織，及間質增加，與絨毛膜上皮工作增加，均有絕對連帶之關係。

葡萄胎細胞之排液過多，或許是黃體囊腫原始性發動者，此外腦垂體前葉之內泌素，在病原上或許亦有相當之連帶關係。

工作性之黃體組織存在，及黃體內泌素之多量排洩，均可以造成與妊娠相同之現象（子宮陰道乳房，僅缺受孕之卵子而已 (G. A. Wagner 氏) (參考二) (視前)。

男子人頭大小之黃體囊腫，可在小骨盆腔內夾住，而成爲葡萄胎排產之阻礙者 (Stoeckel 氏)，惟此種囊腫，能在產後自動退化。此種黃體囊腫，可與絨毛上皮瘤，有時亦可與組織傳染，積膿，同時發生。

慢性卵巢炎，能使卵巢內極度出血（間質出血，卵泡出血，黃體血腫）。

此種忽然間或漸漸加劇之出血，新生嬰兒，亦能有之，惟普通均在發

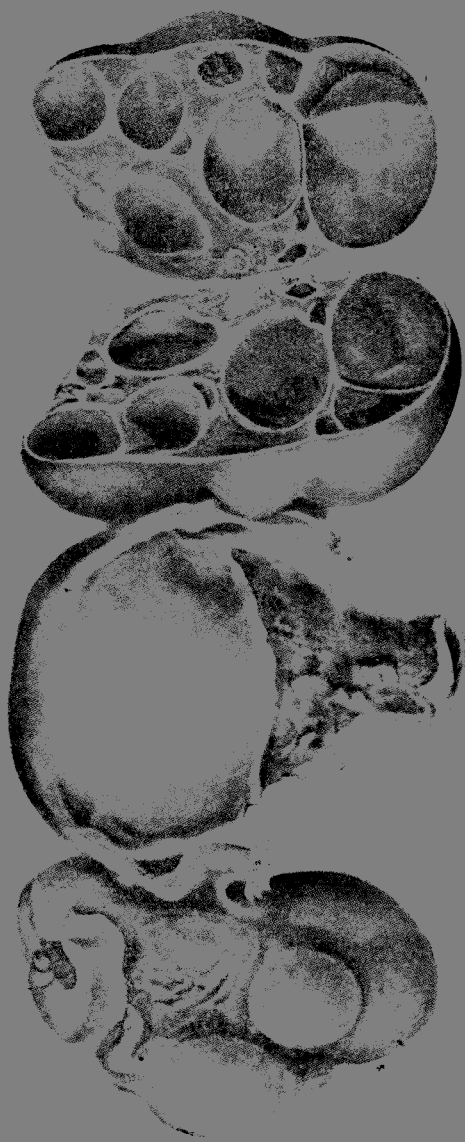


圖 三百 十二

子宮及葡萄胎，及雙面巨形黃體囊腫。

育以後，兩卵巢同時發生。

此種出血，並非專因卵巢炎而生。生理性之充血（如在月經期內交媾），普通之病症，如慢性腎炎，壞血病（Skorbut）傷寒，皮膚湯燒，磷質中毒，出血傾向（Haemorrhagische Diathese），及小骨盤瘤腫過旋充血，諸此均有使卵巢出血之可能。

有者因卵巢出血甚劇，而患重性貧血症，由此成就之血袋，可以被吸收，但亦可重新破裂，致使內部出血再劇，而成爲血塊腫（參考三），此種情形，區別診斷上，與卵巢妊娠，非常爲難，唯有精細之組織檢查，始有區別。

最近年來所謂之烟脂囊腫（Teereysten），有甚厚而色黑如烟脂之血液，其原因爲卵巢子宮內膜異位所致（視前）。

治療：與子宮附件炎相同（視後）。

(3) 卵巢結核病（參考四）

卵巢結核病（視後）有粟粒形、乳酪形，及積膿性三種。

結核菌來自隣臟，如腹膜或由血管輸入，輸卵管稀有不共同患者。大多患該病之卵巢，外表不甚變形，惟亦有長至拳形大小者（類如惡性新生物），乳酪形病灶，粟粒形結核，與結核菌，均能在卵巢內發現。（事實上最奇特者爲皮樣囊腫內，亦能有結核。）

患瘤腫及結核病之老年婦中，有因血液循環受阻，而石膏化及石化者。亦有稀少骨節化者（瘤腫內及黃體內），Bruet 氏（參考五）曾見一二十三歲之少婦患卵巢骨瘤（Osteoma Ovarii）。

Kamniker 氏（參考六）見一形態不變，正常大小完全變爲硬石之卵巢，中有骨節及骨節髓（患者年四十一歲）。

此外卵巢患放線菌（Aktino Mykose）病者，日漸增加（至今有八十例）（參考七）。此病均由別處移入，腸部最多（如刺突腸）。血管輸入者次之，其病象能甚劇（Klingen 氏）（參考八），普通爲慢性（Heim 氏）（參考九）。

治療：先用刀割，繼用X光照射，預後不佳（視前及後篇），至今僅有二例似乎全愈（Martius 氏之一例三年，Kleine 氏一例已有九年不發）（參考十）。

卵巢新生物（參考十一）

最近年來之新發明，將瘤腫學已漸趨完成，據 Pfannenstiel 氏之分別法爲最佳。

I. 上皮瘤腫（Epitheliale Geschwülste）

1. 善性：a. 假粘液囊性腺瘤（Cysto adenoma pseudomucinosum）

Glandulae)。

b. 乳頭形漿液囊性腫瘤 (Cysto adenoma serosum papillare)。

2. 惡性：癌腫 (Carcinoma), 變男性腫瘤 (Arrhenoblastom), 粒顆細胞瘤 (Granulosa Zelltumor), 中性癌 (Disgerminom)。

II. 結締組織瘤腫 (Bindegewebige Geschwulste)

1. 善性：纖維瘤 (Fibrom), 纖維肌瘤 (Fibromyom)。

2. 惡性：肉瘤 (Sarcoma), 內皮瘤 (Endotheliom)。

III. 卵巢本質瘤腫 (怪異瘤) (Ovogene Geschwulste [Teratome])

1. 善性：皮樣瘤 (Dermoid), 單純性畸胎瘤 (Teratoma adultum)。

2. 惡性：胚性畸胎瘤 (Teratoma embryonale)。

上皮瘤腫之來歷, 有如下述:

胚胎上皮, 爲類如腺體之組織, 由此深入內部者, 或從間質出發之正常細胞組織, 而尙未分析者。

至於卵泡上皮細胞, 是否爲瘤腫之出發點, 至今尙未證明。

Warthard 氏(參考十二)證明甚多卵巢內, 有幼稚性細胞窠。其中有扁平, 鬚毛上皮及杯形細胞, 此種細胞, 一半爲退化現象, 一半卻正在增生。

(1) 善性上皮瘤

囊形腺瘤 (Cysto adenome) (彩圖五十六): 特殊之處, 爲腺管形組織之增生, 惟甚少長成如細狹管形穿過卵巢者, 孤立性腺瘤 (Solider adenom) 普通腺體擴大, 其之上皮增生及排液, 而成爲上皮空腔(囊腫)。

在囊腫之四壁, 不斷續產生新芽, 變成幼稚性之囊腫, 由此繼續繁殖, 因此全部卵巢均是囊腫 (多室性囊瘤)。

此種囊腫之間壁, 因排液過多, 而壓破, 於此由小囊腫而成爲大囊腫 (尙有一部份間壁存在), 此種巨大囊腫, 大都位於含有多液細小囊腫之傍。

此種向外發芽囊腫以外, 尙有向內生長者, 其邊壁上皮細胞, 均向囊腫內腔生長, 其週圍之間質部份, 再向上皮芽內生長, 因此囊腫之內壁, 形成有者面積擴大凹突不平之乳頭, 分枝甚多, 俱有形如花菜之絨毛細膜。此即所謂乳頭形 (漿液性囊腫瘤 Cystoma serosum Papillare) 是也。

假粘液囊性腫瘤 (腺體性) (Cystoadenoma Pseudomucinosum (Glandulare))

此種瘤腫，爲卵巢瘤腫之最多者（佔卵巢瘤二分之二），其大小區別甚大，如病者忍耐心或則良用刀割，則可長至甚大。

現今該種大瘤已屬少見，E. Kehren 氏曾見一含有二十六公升之液體，重至三十三點三公升之卵巢瘤（Katz 氏曾見一卵巢瘤內含有二十五公升液體，重至二十九公斤，病者在手術後，重僅 34.0 公斤）。Wielob 氏（參考十三）曾見一卵巢瘤，重 38.0 公斤，Mayer 氏見一重至 43 公斤以上之卵巢瘤，後二者之卵巢瘤，病者並不覺何種不適，亦無受壓之現象。

普通僅一卵巢患瘤腫，表面因生長不齊，凹凸不平，惟大者可以非常圓滑，如其已有大囊腫存在，則在觸診時，依其含液量之大小，而探聽其聲浪，設如瘤之內容組織，形如蜂房，內有甚多細小囊腫者，則其外表較韌（圖三百十三）普通囊腫之壁，厚而堅，亦有少數薄而軟者。

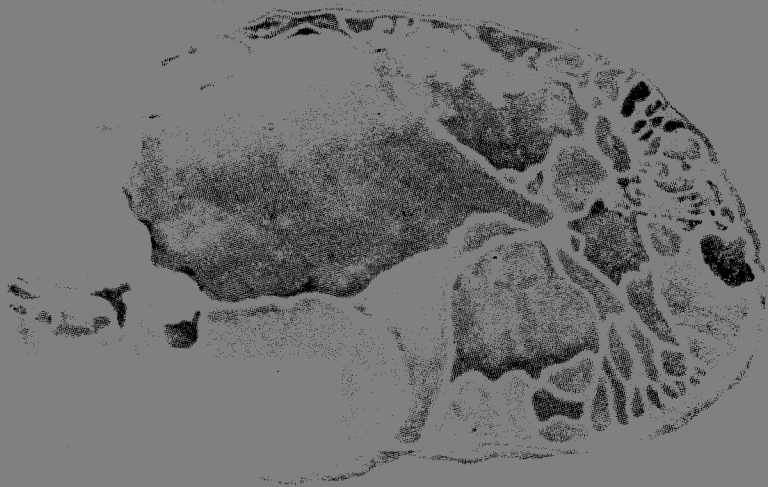


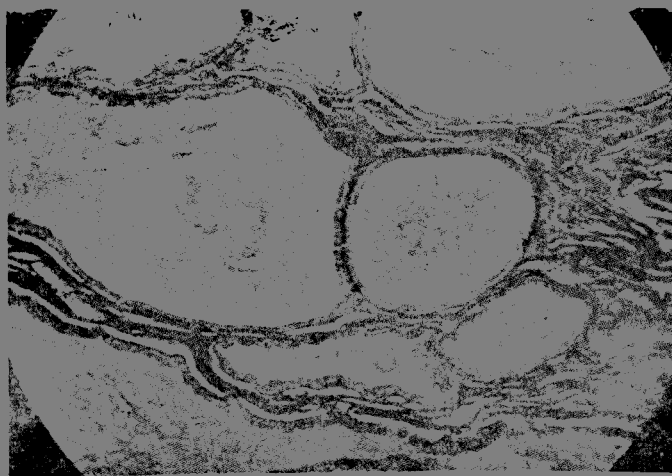
圖 三 百 十 三

假性黏液囊腫對切圖，如蜂窠囊腫內有膠狀液體

平時之切面，在顯微鏡下，僅有單層立方扁平上皮，其胞核均在細胞之下端，內容如黏液狀（形如細胞，圖三百十四），此即所謂假黏液是也（其與真黏液之區別點，即假黏液在組織中不沉澱 Pfannenstiel 氏）。

有時候，該種上皮能構成低柱或甚至變爲乳頭形，突出於腔內（圖三百十三，三百十四）此外尚有因受腔內液體之壓制，變爲平坦而低矮者。

至於囊腫內之液體，甚少厚如膠質可用刀切者，大半皆是膠糊液，或則薄如絲形之液，至於囊腫液之顏色，亦是不一，有者如清水，乳光狀，有者色黃或灰色或綠色，有些如有血色素加入者，則呈褐色或黑色，如該液體含有胆脂醇（Cholesterin）結晶體者，則現綠色而有光澤。



圖三百十四

假性黏液囊腫對切圖，柱形上皮細胞生於四壁（顯微攝影後大五十倍）。

假黏液囊腫腺瘤，本質性善，惟有時在一囊腫破碎後，內容流出外，尚有之上皮細胞，亦能同時排出，此種細胞能移植於腹膜之上，而結成甚多囊腫，此外在刀割之斑疤中，有時亦能見該類移植性之囊腫。

此外該黏液囊腫腺瘤破碎後，膠形之液體流入腹腔，而成爲假黏液腹膜（Pseudo-myxoma peritonei）亦名膠腹（Galler tbauch）（參考十四），此種膠形液體，散佈全部腹膜，腹膜內層及腹膜壁層，均現慢性發炎現象，同時含有血管之纖維組織，亦繁殖侵入於該液體之內，而固定之，致使全部截除時爲難。

此外囊腫內之上皮細胞亦能移植，而同時再度排洩。因此囊腫本質雖佳，而其預後則甚劣。

有的主腦瘤腫截除後，移植性之囊腫亦皆消滅。但亦有膠質去除以後，重新再生者，雖經數次刀割，終因衰弱過甚而死亡。

膠質亦可在蚓突腸處成立（參考十五）（視後）在蚓突腸炎後，其壁層可以結閉，在此束住部份，聚積液體，而成爲蚓突腸水腫（Hydrops processus vermiformis）（能大如拳或盞兒頭，其中之內容爲結縈性或厚膠性）。若此水腫破碎，則其內容，均注入腹腔內，而成爲與上述相似之病象。

但假性黏液腹膜（Pseudo myxoma peritonei）可由假黏液囊腫腺瘤，與蚓突腸水腫合作造成，故施手術時常將蚓突腸一同割去。

漿性囊腫腺瘤 (Cystoma serosum) (乳頭狀細毛狀) 漿性囊腫腺瘤，生長較假粘液囊腫腺瘤爲慢，且亦不大，至多大如人頭，其內容薄清如水，有時稍具污黃色或因上皮及白血球之參加，而至混濁現象，該種瘤腫之四分之三爲多室性，兩卵巢均有，大半位於闊韌帶之間，接近子宮之傍邊，如若獨室性瘤，則其傍必有甚多細心之副囊腫。

瘤之內壁，有似絨毛及乳頭形繁殖組織 (圖三百十五)，其中一部份有稀少低矮之小乳頭，另一部份則有形如花菜之瘤，組成散佈全瘤之內壁。



圖 三 百 十 五

漿膜乳頭狀腺瘤 (Cystadenoma serosum papillare) 內壁有乳頭組織侵佔。

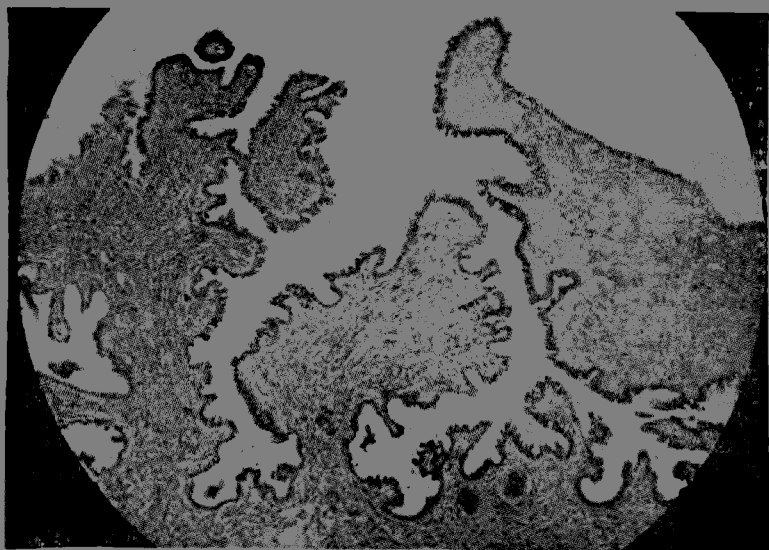
該瘤之上皮，大都爲單層式，普通均有絨毛 (絨毛上皮囊腫)，其比較巨大之核，在細胞之中央，其傍則有類似子宮上皮之無絨毛細胞。

再此乳頭之底層含有結締組織及分支甚多之血管 (其之上皮均爲單層，圖三百十六)，在乳頭之結締組織內，時有不整齊、碎塊式之石灰質 (名沙體 Psammomkörper)。

漿液囊腫腺瘤爲善性瘤，惟惡化變爲癌腫之可能性，卻較假粘液囊腫腺瘤爲多。

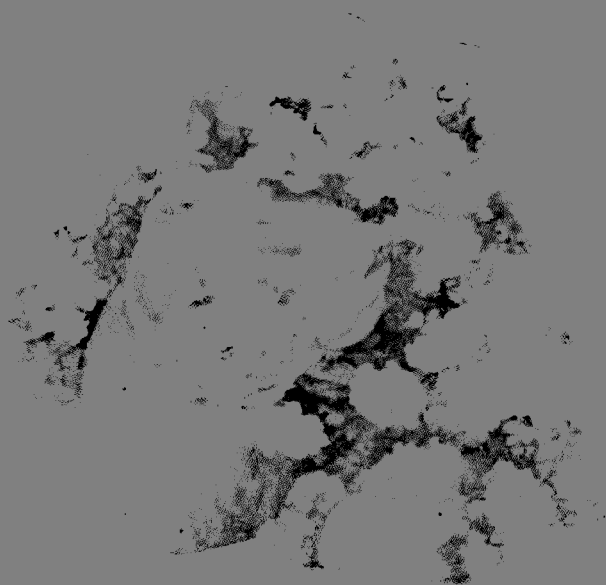
此種瘤腫在病狀經過並不甚佳，蓋該種乳頭，不久即穿破囊腫之壁，向外發展，而在外皮上，長成爲如巨大花菜之瘤 (圖三百十七)。

此種表皮乳頭瘤，當然亦能在開始時即生在外皮之上，由此撒落細



圖三百十六

漿膜乳頭狀囊腺瘤切開圖，該乳頭狀為柱形上皮所遮蓋（顯微攝影，七十倍放大）。



■三百十七 卵巢表皮乳頭狀瘤

粒，移植於腹膜，而繁殖生長。腹水亦便隨之產生。此種現象，可以蔓延全部腹膜，致使手術爲難，不能完全除去，雖然主瘤割去後，可以減退少些，但數年後仍能復發，且此種復發大都是癌化。

(2) 惡性上皮瘤

卵巢瘤(Carcinoma ovarii) 每種年齡，均能有之。卵巢可爲原發地，或由囊腫腺瘤變性所致。但亦有一部份由別臟，尤其是胃臟移植所致。普通兩卵巢同時患癌腫，單獨性之卵巢癌，甚爲稀少，其組織滿佈全卵巢(圖三百十八)卵巢本體雖稍擴大，但其本來之形態仍不變。

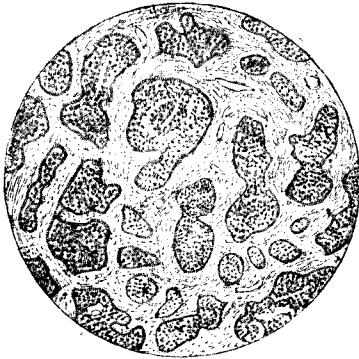


圖 三 百 十 八
堅硬性卵巢癌

較大之瘤腫(但亦不大過人頭)表面高低不平，其內部有軟質，亦有甚硬者，中央有甚多囊腫，亦有類如腺癌之組織及壞死之處(囊腫軟化後所致)。

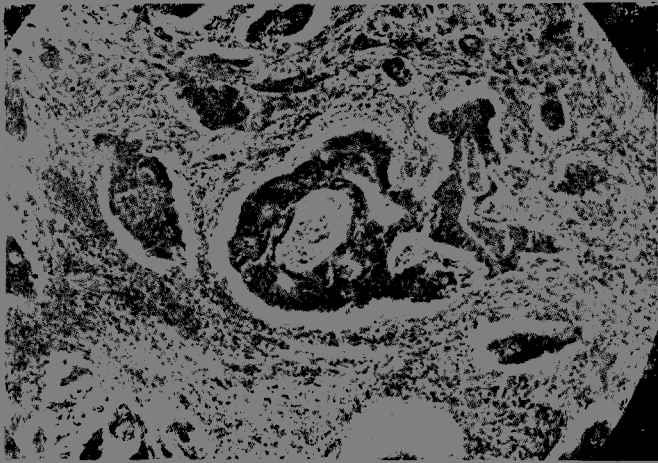
癌性之囊腫瘤，在肉眼觀察，與善性之囊腫腺瘤無區別，在組織檢查下，大多亦皆善性，僅數處有癌性化而已。此外色黃白質柔軟之組織，有單獨發現者，均可疑爲惡化組織。

在該種囊腫腺癌中，普通有甚多之砂體(Psammomkörper)。

癌之組織，早期即穿破卵巢，蔓延於腹膜之上，成細小核體或成爲乳頭形繁殖，該種移植性粒塊甚易下沉於子宮直腸陷凹之內(所謂腹腔泥土沉澱處)，由此迅速生長粘結而成爲點型性微突而硬之瘤腫。在陰道檢查時，患者感覺疼痛甚劇(視前)，最後全部骨盤如一堅硬之滲透物，完全爲癌腫所充滿，陰道壁有時在子宮陰道段後，被癌穿破。子宮、輸卵管、大動脈、淋巴腺，以及皮膚(Linzenmeier氏)，均有移植性癌腫。

反之子宮、輸卵管、膽囊、肺管(Cordna氏)及乳房之癌，亦能由淋巴腺管移植於卵巢者。胃腸之癌，移入卵巢，假道於淋巴腺管者居多(圖三百十九)，由血管輸入卵巢者，則屬少數。

如若胃臟癌核，位在胃部之漿膜上，則可直接散落於腹膜之上，下降於小骨盤之卵泡內，或向胚胎上皮粘貼而迅速發展(Sitzenfrey氏)。



圖三百十九

（直腸癌移植於卵巢內之顯微鏡攝影，放大百十倍。）

續發性之卵巢癌，能單獨或囊腫性化，惟普通兩卵巢均有。可以長至甚大（雖然原始之癌甚小，而無何種病象）。

在此種續發性卵巢癌內，有時能極得巨大浮腫之細胞，其半月形之胞核，被壓於細胞之邊壁，一如印戒然（圖三百二十一）名 Krukenberg 氏瘤，亦名卵巢癌性粘液囊腫肉瘤（Fibrosarcoma Ovarii Mucocellulare Carcinomatosa）（參考十六）。

最近亦有原發性 Krukenberg 氏瘤發現，卵巢癌大多均有腹水聚集，尤其受癌腫移植後之腹膜更甚。此種腹水有時有血液混入。

十分之一卵巢癌，分配於每十年齡，最多者為老年婦（Luyet 氏），但女孩亦能有之（Pahl 氏）。

雄性化胚胎（參考十七）Rol. Meyer 氏、G. H. Wagner 氏、Geisler 氏、Goldberg 氏、Sellheim 氏、Kutter 氏。



圖三百二十

一 Krukenberg 氏瘤切圖，中有印戒形細胞

女子男性化者，在醫史中共有二十七例，年齡均在二十一至三十二歲之間。開始時完全女性，月經亦正常，一部份亦曾有生育，後來病者經閉，卵巢生瘤，而現男性（毛髮增長，生鬚，皮膚發粗，濕疹瘡，喉骨凸出，男性體格，男性面容，聲粗，乳房柔軟而萎縮，陰核長大〔圖三百二十一〕，諸此現象，卵巢瘤截除後，即完全消滅，而仍為女性，尚有甚多在手術後仍能生育（Matthias 氏）（參考十八）。



圖 三 百 二 十 一

男性化（Lisser 氏報告 in *Endokrinologie* 1929, Bd. V, Festschrift für A. Biedl.）

Kleinhaus 氏曾見一例，一面卵巢瘤割去以後，其他之卵巢重新復發，病者因此亦重復變男性。

此種瘤腫，組織之性惡，但臨床經過，卻是善性。（僅 Kleinhaus 氏之一例，在刀割後仍舊復發，無良善結果。）

組織檢查中，有已熟男性化之胚腺組織，所成之腺體（寧凡管狀腺瘤 *Adenoma tubulare testiculare* Pick 氏）或單獨性上皮組織叢生（此種變男性現象，副腎瘤腫，亦能有之。）

男性化，有如上述，如此之劇者，現尚無發現，即使睾丸生瘤，亦無此種現象

Disgerminom（參考十九）單獨性卵巢巨細胞瘤（Rob. Meyer 氏，少女及半雌雄之女子患之者最多（成熟之男女亦能有之），普通與生殖器畸形同時發生，但病者不受內分泌素之影響，預後大半不佳，即使幼年之女子，在割除後，亦應再用 X 光照射之（Reifferscheid 氏）（參考二十）。

粒類形細胞瘤（*Granulosazellentumor*）（參考二十一：老年婦患者最多，女孩患之者，其生殖器有早熟現象〔計有十二例（參考二十二），該瘤之硬，柔軟或囊腫形，須依結締組織參加之多少而異，在顯微鏡下，有類如卵

泡之組織（如粒顆細胞形之上皮堆，及上皮堤，有時類似圓柱形或如肉瘤樣之組織）。產生該瘤之原因，乃在胎兒進化時代，粒顆細胞疊遺落所致。

子宮絕經後出血，對於瘤腫組織檢查（尤其性惡者），非特在臨床上，就是在診斷上，均甚重要。

此種擴大及發厚之子宮內，常有粘膜腺體增生之現象。

所以此種粒顆細胞瘤，在分泌素上，與卵泡囊腫同一意義。雖則此地全為女性，而他方面（變雄性瘤）有男性化之區別。但在意義上卻完全相同（R. Meyer 氏），此種粒顆細胞瘤，亦能使乳房腫脹。惡性卵巢瘤中，該腫粘顆細胞，佔百分之十（Fauvet）（參考二十三）。

如老年病者，除子宮出血外，尚有一卵巢瘤，則該瘤大多為粒顆細胞瘤。

另外僅卵巢肉瘤及纖維組織瘤，亦能使子宮在經絕後出血（Rob. Meyer Frankl 氏）。

粒顆細胞割去後，復發或移植為數甚少，故預後頗佳。組織上與粒顆細胞瘤相似，惟無上皮組織者，為卵泡膜瘤（Thecazelltumor）。其組織為結締組織，瘤腫性或與肉瘤混合，內有來自卵泡內膜之類脂肪細胞（參考二十四）。故對於子宮及月經循環之影響，一如粒顆細胞瘤，惟為數甚少耳。

與粒顆細胞瘤有相似之瘤腫，為 Brenner 氏卵巢瘤（Tumor Ovarii Brenner）（參考二十五）。此種瘤腫有堅硬及類似假粘液囊腫瘤，帶有硬堅部份之別。此部份據 Walthard 氏之報告，為老年時，始產生之細胞窠，對於性機能無何影響，不使子宮內膜增生，亦不使子宮出血，臨床方面性亦甚善。

惡性卵巢瘤之預後不佳。

Schleyer 氏（參考二十六）在 Wien 第一醫院計算，惡性卵巢瘤，在刀割後，原始性痊愈者為 87.3%。根本全愈者僅 9.5%，比較性愈者為 21%，其中以粒顆細胞卵巢瘤為最佳。

Fleischmann（參考二十七）曾見一例，刀割卵巢七年半後，在鎖骨上凹內，發現一移植性瘤腫，Heimann 氏（參考二十八）在割除善性卵巢瘤八年後，發見一腹部移植性瘤。Amreich 氏（參考二十九）曾割一在腸腰肌處之 Krukenberg 氏移植性瘤（醫史中只有一例），結果病者永久全愈。此外該種瘤腫，亦有移入骨節內者（Philipp）。

（3）善性纖維組織瘤

纖維組織瘤，纖維肌瘤，肌瘤（Fibrom, Fibromyom, Myom）

卵巢纖維組織瘤來自卵泡及黃體，名曰纖維體（Corpora fibrosa），位

於卵巢表皮之上，形如細核，至多大如胡桃，大如胎兒頭者甚為稀少，此外纖維肌瘤及純粹肌瘤，為數均甚少（圖二百三十三）。該種瘤腫產生均能保存卵巢之外形，普通僅一邊生長甚慢，甚多有蒂，易移動，易積水（大約腹膜機械式刺激所致），此種病情手術剷除後，即消滅。

(4) 惡性纖維組織瘤

肉瘤 (Sarcom) 及內皮瘤 (Endotheliom)

卵巢肉瘤比較甚少，其中以梭形細胞肉瘤為最多，性韌而平坦，與纖維瘤相似，較少者，為性軟圓形，細胞肉瘤及多形細胞肉瘤（粘液肉瘤亦有之）。

粘液之軟化，壞死及出血，均能使該瘤邊沿腐化及囊腫化，但有時亦有上皮包圍之正式囊腫（囊腫肉瘤 Kystosarcom）。

至於色素肉瘤 (Melanossarcom) 在卵巢內是否原發性，尚屬問題。Fisch 氏見一全身滿佈色素性皮膚肉瘤，同時兩卵巢亦有之。

患卵巢瘤可以有或無腹水。有腹水之瘤腫，大多可以移動，無者大都粘貼於子宮處，有者粘貼甚緊，因此在刀割時，必將其軟蒂拉斷，及至最後時期，瘤之組織與腸結住，而成為難於剷除之硬結

Göke 氏（參考三十）報告一例九月孕婦，因患卵巢肉瘤出血過多而死亡

卵巢肉瘤，在每種年齡，即使子宮內之胎兒，亦能患之，但實際上並不多見，亦不如卵巢癌兩邊均有之多，長大至人頭大小者，更屬稀少，反之囊腫化或與腺瘤化合併者，則可長至甚大。卵巢肉瘤移植於腹膜上者，甚稀少，不過可由淋巴腺管，移植於胃、腸、肺、肋膜、橫膈膜、腎臟、脊椎骨及骨髓等處。

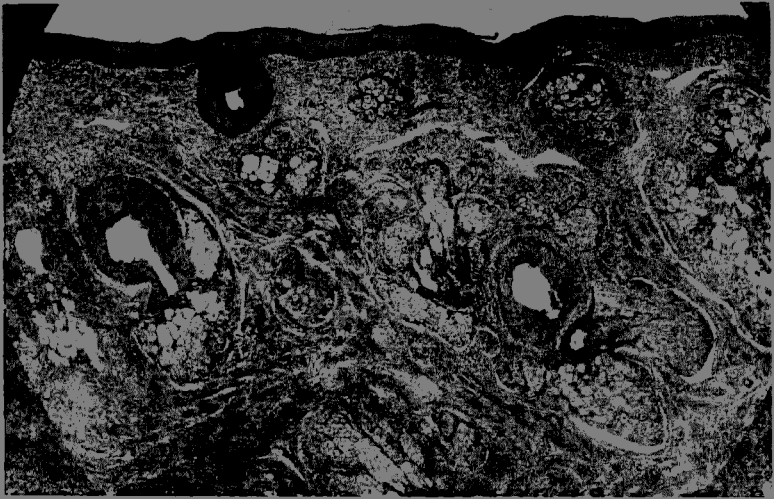


圖 三百 二十 二

卵巢皮樣囊腫 (Dermoidcyste) 切開圖 (內有甚多皮樣球)

由血管外皮瘤及從血管、淋巴腺管、內皮瘤出發之肉瘤，都是單獨性，堅硬或則柔軟，有時有囊腫，及內容稀薄之液體（囊腫性內皮瘤），或則該瘤黏液化，中有軟化囊腫，該瘤與卵

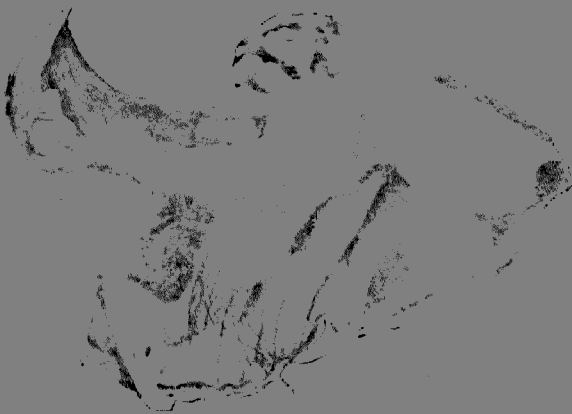
果瘤即使組織檢查，亦難區別。



圖三百二十三

皮樣囊胚垂體切面，顯血管及脂肪組織及毛髮

(5) 卵巢木質瘤腫(畸胎瘤) (teratoma)



圖三百二十四

皮樣囊胚垂體(中有骨板、皮膚、毛髮及牙齒)



圖 三 百 二 十 五

卵巢皮樣束腫（X光攝影，圖中有牙齒可以見尋。）

不來自未成熟之卵子（與人類進化時變形相似）（Wilms 氏、Piannestiel 氏），便如胎兒一般，在一受孕之卵子內，第一次分析時：一成為瘤腫；一成為病者本體（Marchand, Bormet 氏）。至於此種分析球，為何易入卵巢，其最大理由，即此種分析球之成立，正在胚胎分析時期故也。

各種畸形瘤有一點相同，即每瘤均為三胚葉之後裔（Wilms 氏）計分為皮樣囊腫（dermoid Cysten）（內有成熟之組織 Teratom adultum）及畸形胚胎瘤（Teratodiversione）（內含有不成熟之組織 Teratoma embryonale）。

皮樣囊腫 皮樣束腫乃是先天生成，故稱為瘤腫畸形，較正式瘤腫之名稱爲妥，居卵巢瘤腫中百分之十，形圓而表面大都平滑（圖三百二十三），小者甚小，大者可如人頭，普通僅一卵巢患之，有時數隻在一卵巢內（Reifferscheid 氏報告，有多至十三隻），在囊腫之傍時，有卵巢組織遺留。

皮樣束腫與假粘液囊腫腺瘤，混合發現者頗多，因此成爲甚大之瘤。具有軟硬不一之堅度（重至二十九磅）（Murray 氏），甚多位於子宮之前（此位置或許可供診斷之用）。

該瘤之壁，半軟半硬，內有流動之脂肪（遇冷即凍）及甚多雜亂之毛髮，該種脂肪不成球形，即如扁豆形，散浮於瘤內（圖三百二十一）。（脂肪肥皂化及機械式之影響，均有相當關係。）在瘤壁之一端，普通有大小



圖三百二十六

形如胎兒之皮樣束腫，頭部、軀體、下肢、

外陰均可見得。

不一，高低不平之突起處，名曰皮樣懸垂體 (Dermoidzapfen) (所謂瘤之首端)，上有甚多皮脂腺及有毛之皮膚 (圖三百二十二) 爲之包住，此外尚有甚不整齊之骨板及牙齒 (圖三百二十四)，這種近乎正常之現象，爲數已有數百 (甚至替換牙齒之現象已有人發見)。

顯微鏡下，更有其他組織之痕跡，如軟骨、脂肪組織，腦質、神經、胃腸及眼之設置，喉管、肺組織，四肢之初步組織，指甲，足趾等等。K. Reifferscheid 氏曾見一類似胎兒而具有臍帶之組織物 (圖三百二十六)，同時頭、軀體及下肢，均區別甚清晰，內外生殖器均爲女性，X光鏡下，可以見得頭、脊椎及下肢之骨節 (圖三百二十七) (參考三十一)。

皮樣束腫生長甚慢，性善，有時能自動破碎或受外損破碎，此種破碎



圖三百二十七

形如胎兒之皮樣束腫 (X光攝影)

後之液體，刺激腹膜甚劇，不久即爲纖維組織所包圍，亦有者能癌化或肉瘤化。

瘤蒂旋轉，爲常有之事，亦可作膿，破入鄰臟（如膀胱直腸及結腸曲處），惟爲數甚少耳（視前）（參考三十二）。

Ottow 氏所報告之一例中，謂破碎後，瘤中之毛，能長出於肛門之外，病者不時爲之剪去。

胚胎畸形瘤 (Teratoblastom)

此瘤之特點，雖有三種胚葉後裔，但不如皮樣束腫成熟完全，及分析清楚，此處之組織，均在胚胎進化時代，故均不成熟及無秩序之胚胎組織。

瘤形如球，表面凹凸不平而堅硬，切開後，其中有軟爛部份，有夾膜，傍有甚多細小之囊腫（圖三百二十八），顯微鏡下各種組織均有，而以胚胎形之組織爲最多。

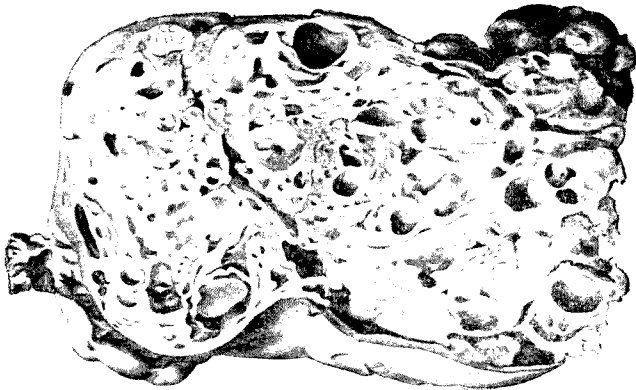


圖 三 百 二 十 八

卵巢畸形瘤（左下爲輸卵管及韌帶鈍端。）（照 Pfannenstiöl 氏，Die Eakrankungen des Eierstockes u. des Nebeneierstockes in Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. V. 2. Auflage, Bergmann, Wiesbaden 1908.）

女嬰（Froboese 氏）（參考三十三）及女孩（醫史中有二十五例，Manitz 氏統計）均有患之者，患者之小便中，能有腦垂體前葉之反應，瘤之組織，有摧殘性之生長力及移植能力，故性惡。中有一部份爲胚胎組織，一部份有肉瘤及癌組織，爲將來變爲癌腫或肉瘤之預兆。

歸入畸形瘤中者，尚有卵巢性甲狀腺腫（Struma Ovarii）（圖三百二

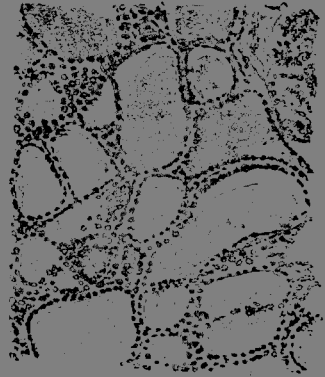
十九。此瘤內之組織，除其他組織外，尚有正式之甲狀腺組織。

有者以爲卵巢絨毛上皮瘤(Chorionepithelioma Ovarii)亦爲畸形瘤腫。此種見解，僅有一種理由，即患該瘤者，同時並無子宮內及外妊娠存在者。

尚有甚少之副腎性卵巢瘤，由副腎胚葉撒落或爲副腎瘤移植於卵巢所致。

6. 副卵巢囊腫(Epooophoron Cyst)

副卵巢管之末端(Wolff氏管之原腎遺跡)，爲絨毛上皮所組成，但能擴大成爲囊腫。此種囊腫多數是細小，而且當有一蒂(蒂形水泡(視前))，但有時亦能甚大，能比卵巢囊腫爲大。內中之組織，普通僅一層腔壁甚薄，有時弛緩，位於闊韌帶之間，故腹膜血管與囊腫壁甚易交叉(圖三百三十一)。該瘤之闊蒂，甚易拉長，因此甚易將瘤移動，有時亦能過旋，囊腫之內容清如水，液甚薄，中少蛋白質，而無假粘液。



圖三百二十九
卵巢性甲狀腺腫(Struma Ovarii)



圖三百三十

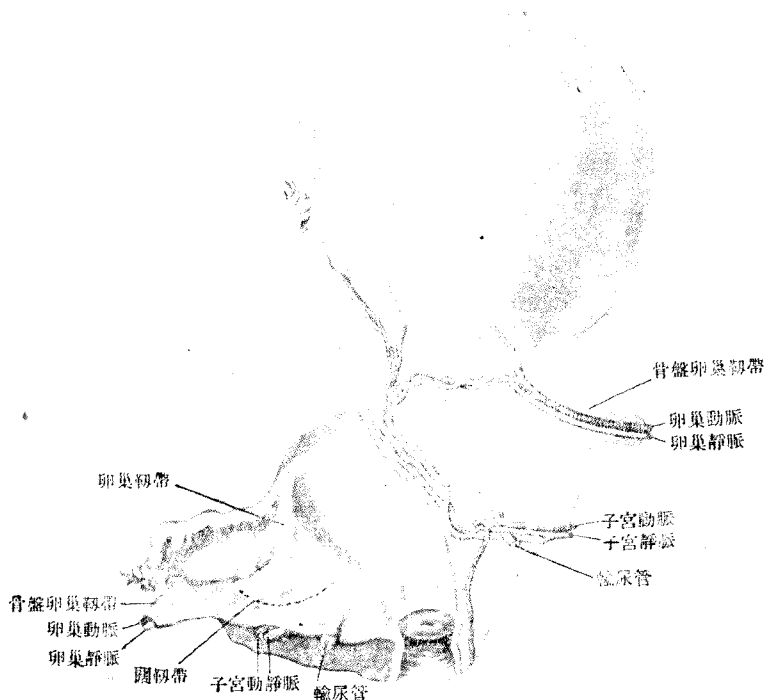
副卵巢囊腫。圖示副卵巢貼住卵巢，在其右端爲切斷之卵巢水韌帶及輸卵管，輸卵管幾乎經過全體囊腫，在另一端可以見其腹膜口(在左面)，囊腫壁上有腹膜血管交叉其間。

囊腫之壁，爲纖維組織所成，有時亦有平滑肌參加，其內壁有單層柱狀圓柱形上皮。普通平滑，而甚少乳頭形組織。

副卵巢囊腫，性甚善，患者亦不覺有何不適，身體上普通不受何種影響（正與善性卵巢囊腫相反），大者之瘤，易有壓制情形，子宮大多被壓向邊傍，診斷上難與卵巢囊腫區別。

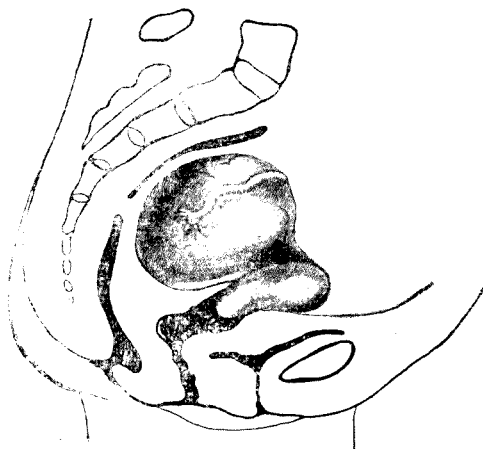
卵巢瘤之生長及病象

如卵巢瘤，生向腹腔，則漸生一蒂，此蒂帶之成立，是由卵巢之正常接住者，中部有卵巢本韌帶及輸卵管，側部有卵巢懸韌帶，及卵巢系膜及闊韌帶（圖三百三十一）。至於輸卵管之卵巢繖，可以伏在卵巢瘤上，而將輸卵管拉至甚長（圖三百三十）。



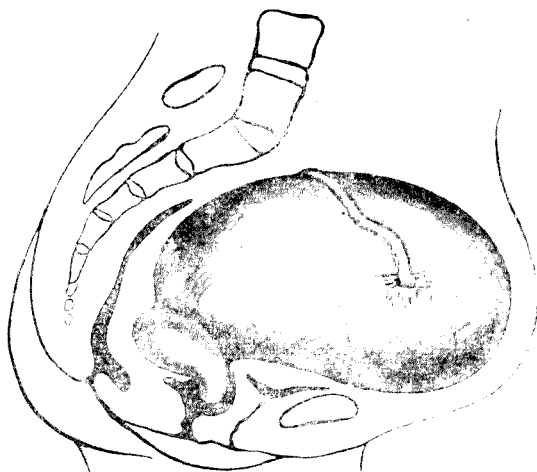
圖三百三十一 卵巢瘤之蒂柄略圖（自後觀）

如若卵巢瘤生入卵巢系膜，則其位在闊韌帶中，闊韌帶之兩葉擴大，



圖三百三十二

小型卵巢瘤在骨盤內之位置（在子宮後）。



圖三百三十三

大型卵巢瘤在腹腔內之位置（在子宮前）

有時竟能下降於骨盤底，因此子宮被壓入於骨盤邊沿前或後壁，或則一如輸卵管被向上拉長，兩傍之輸尿管，則直接伏在瘤之內側，或在卵巢瘤生長時與闊韌帶後葉脫離，而被壓向底層或瘤之外側，有者甚至伸出於瘤頂

之上。〔對於此種情形，施手術者，在雕出瘤腫時，不可隨意將蒂割去或拉斷。蓋輸尿管能同時被損故也，此外結腸曲處盲腸及蚓突腸均被壓向上，直腸被向後壓，甚者能將總腸系膜擴開，小腸在瘤之上端經過（卵巢瘤腹膜後繼續發展）。〕

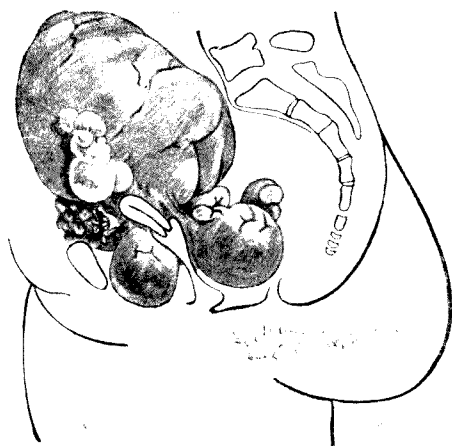


圖 三 百 三 十 四

雙面惡性卵巢瘤，小型瘤被壓小骨盤內，大者在腹腔內。

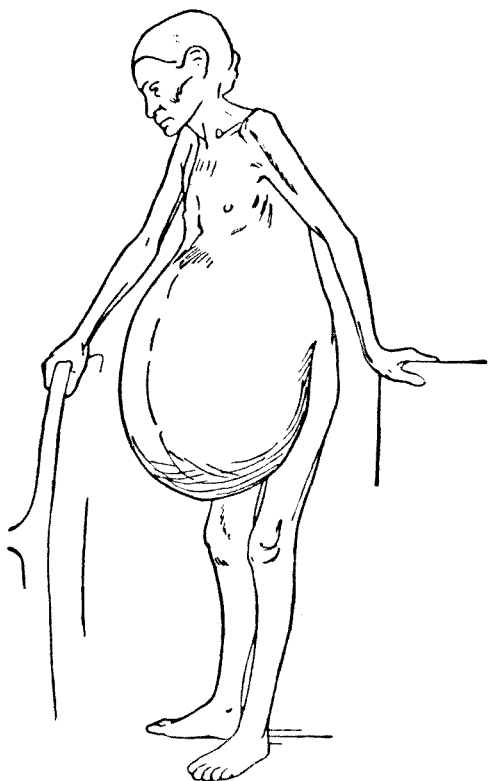
有時該瘤粘貼於闊韌帶之後壁，一如在闊韌帶中然（闊韌帶後或假性闊韌帶中卵巢瘤）。

向腹腔內生長之卵巢瘤，有不相同之位置，開始時，位於後部（卵巢原處），（圖三百三十二），繼續生長時，則漸將子宮推向邊側及前方。經腹腔壓力及個體之重量，漸漸落入直腸子宮陷凹內，挾住於前岬下之小骨盤中，如此瘤再長大，則骨盤腔無空處，逐漸或忽然間（大多無何不適）向前傾（圖三百三十三），一如後傾折之有孕子宮，自動向前傾然（視前）。此種卵巢瘤正常位置之變遷，在腹壁緊張者或下部粘結者，均不可能。

在小骨盤中之卵巢囊腫，有時似乎無法復原，但實際上並不如此，此處僅將骨盤腔全部充塞，其光滑之表皮與骨盤腹膜，竟如此接近，甚至互相吸住，雖用麻醉亦難將其提取，但在剖腹割取時，故非常便利。

多產婦患卵巢瘤者，無此種困難。

如兩卵巢瘤腫同時生長，則兩者之移動受阻，普通小者被向下壓，較



圖三百三十五

患巨型卵巢瘤之病者（病者瘦弱非常，腹圍 160 厘米，囊腫重 116 磅，

病者在手術後只有 69 磅。）

大者之位置為低（圖三百十四）。如此可使子宮在直徑中旋轉，而位於兩卵巢瘤之間，左瘤在右，右瘤在左（視前）。

病狀：大如拳，易於移動之卵巢瘤，無何病象，如若再長，則依其生長之方向及性質，柔軟抑堅硬而定。柔軟之瘤，長入腹腔內到處依靠，雖長大如人頭，亦無何種病象。若在韌帶內之瘤，形態雖小，但將子宮位置移動，後即能發生病象。

堅硬之瘤（如皮樣束腫、肉瘤、纖維肉瘤）能激刺腹膜，開始時可無病象，及至一時（如在勞作後）瘤蒂忽然旋轉，病象遂此產生。若再與腹膜粘結，則尚有腹膜之刺激現象及拉扯之痛苦。

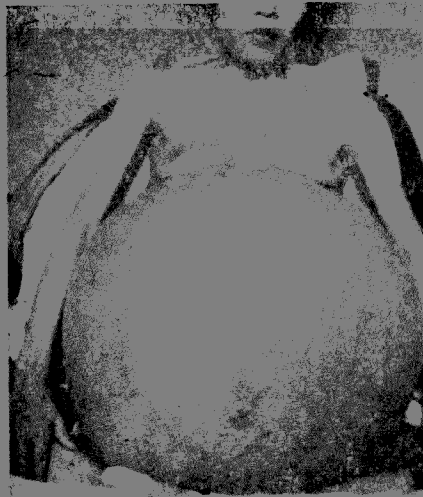


圖 三 百 三 十 六

巨型卵巢囊腫，患者年四十歲（照 Weischer Zbl. Gyn. 1923. No. 1），腹圍 156 厘米，體重 177 磅 40 克，瘤重 165 磅，病者計坐四年，下肢圍住，十年前腹部已覺腫脹。

如卵巢瘤軋住於骨盆腔內，則子宮被壓向前方，膀胱被壓使膀胱遂有尿急現象，如再壓直腸，則大便為難，此時腰痠、骨盤痛（有時竟痛入下肢）等病情均發現。若是瘤再長過妊娠之子宮，則腹腔內臟，均產生異常現象，胃臟不能儲藏大部份食料，消化遲鈍，便秘產生，橫隔膜被向上推，肋骨均向外曲，因此肺臟受壓，呼吸短促（肋骨呼吸）（圖三百三十五至三百三十六）。

患該瘤腫，月經循環大多正常，但病者虛弱已甚時，閉經之現象遂可發生，並非卵泡機能消滅之故。

絕經年之多經，普通為卵巢患粒細胞瘤所致，少數為纖維瘤及肉瘤（視前），有時子宮有移植瘤者，也能如此。

發育過早（*Menstruatio praecox*）者（視前）應注意，病者有否卵巢瘤，尤其女孩為甚。

卵巢瘤腫能將腸靜脈壓住，致使下肢血液循環受阻，而產生浮腫，及血栓現象，上升之橫隔膜，及因此變位之心臟發生不適現象。（如心律不齊，心動徐緩，心臟期外收縮及悶脹難受。）

病者一方面因食慾不佳而營養吸收減少，其他一方面，因瘤腫生長迅速，而需要營養甚多，因此出入不敷，病者遂衰弱非常（圖三百三十五），而現悲觀，如受壓然（卵巢面 *Facies Ovarica*），如此多年後，病者遂死於衰衰症。

卵巢瘤病之經過甚慢，普通卵巢瘤之生長不如懷孕子宮長大之速。（囊腫出血者可以長大甚速，惟是例外。）

如卵巢瘤，欲長至有孕子宮之大時，所需要時期，總在一年以上，若病者訴說所患之瘤僅為半年，則其瘤定在一年以上，蓋該瘤在開始時，並無何種痛苦故也。但病者當憶及其之病痛，定在何種不適發生之後。

移動性卵巢瘤蒂莖過旋，乃是甚多之混合症（15—20%）（幼女亦能有之），蒂愈長腹腔愈空（產褥期後），則過旋愈易。即使闊蒂之副卵巢囊腫亦能過旋。

卵巢瘤過旋之所以成立，據 *Sellheim* 氏（參考三十四）之意見，以為必俟全身旋轉後，再影響於瘤體上，其成立愈速，假使病者身體旋轉愈快，愈劇及愈多，如跳舞，或驟然跳躍（如割草，播種，掘地，裝乾草，運動等等），在身體動作後，靜置時，卵巢瘤遂開始旋轉，尤其內容是液體（卵巢囊腫）。該瘤旋轉開始後，即隨其方向，更其旋轉，而成為正式之卵巢瘤過旋。直立與下臥，能將瘤之位置變異加速，病者直立時，該瘤傾向腹壁前端，及下臥時，該瘤已被後壁之腸所阻止，因此蒂柄方向旋轉向後（*Fritsch* 氏）。蒂頭內靜脈壓力之高低，亦能使蒂柄旋轉加速（血液力旋轉 *Payr* 氏）（參考三十五）。

Küstner 氏（參考三十六）謂此種蒂柄旋轉有一定規例，左面之瘤每向右旋轉，右面之瘤必向左旋轉。

卵巢瘤旋轉後，細薄之靜脈受壓，動脈則不受壓，因此入瘤內之血液，不能重複流出，囊腫壁及囊腫腔內均浮腫及出血，此種囊腫之顏色遂變為深紅或深紫色（圖三百三十七），而其長大力，非常迅速。因旋轉後營養不勻之故，瘤之表面上皮均消滅，由此遂於鄰臟粘貼，尤其與腹膜（粘結住之面積甚大）。

如此種粘結在旋轉後，則易於消除，若粘結太久後，即使用刀割，亦難去除。

腸與瘤粘結後，腸內之細菌，遂能經此侵入瘤內，而使之發炎。在產褥期內（患產褥熱者）子宮內之細菌，能由淋巴腺管上升移入瘤腫。此外如傷寒菌，能由血管侵入。使之積膿，不久破入囊腫內，使全部囊腫內液亦膿性化，因此腹膜常受刺激之，而最後成為真性腹膜炎。

驟然間之旋轉，可產生甚重之病態，病者因疼痛過甚而倒地（如觸電

然) 虛脫, 腹膜刺激, 脈搏加速, 惡心, 嘔吐, 出汗 (腹膜震盪表現), 病者所覺之痛苦, 乃是腹膜拉扯所致 (因旋轉之故), 惟病者仍不覺其有瘤腫也。

卵巢瘤腫, 慢性旋轉, 所產生病象, 無如此之劇, 特緻之處, 為痛苦總在該旋轉處增加, 脈搏則日漸加速, 體溫亦漸漸高增。(惟在瘤腫旋轉已久粘結性腹膜炎已成立後, 體溫始增至 37.8—38.5 之間。) 如若病菌再從腸部經過淋巴腺管侵入瘤腫或血管, 則病者體溫更其增高, 腸部呈麻痹現象, 病者亦因此死亡, 惟亦有病者體溫不久即退, 而脈搏仍速, 此乃囊腫膿液化之現象。

旋轉僅半之卵巢瘤有時能回復原狀, 病者初訴劇痛, 而不久即消滅 (大約在旋轉時身體正作相反之動作, 致使旋轉及半之瘤重復原狀) 或則當瘤腫旋轉之時, 遇有一阻礙物, 而不能繼續旋轉, 此種旋來旋去之動作, 可以時發時止, 病者之痛苦, 亦隨之時有時無。

一種較少之事實, 即是因旋轉過甚, 瘤腫蒂柄之血管完全緊束, 因此囊腫全部萎縮死亡或則蒂柄完全旋斷, 囊腫全部落入腹腔之內, 與迴圈粘結。

Fritsch 氏曾見一萎死之囊腫, 移植於肝臟下端, 蒂柄細而狹, 長有二十厘米。

囊腫破碎亦為稀少之現象, 病者竟不覺得, 惟有腹部忽然縮小, 及小便增多 (腹膜將排出之液吸收, 再由血管輸入腎臟排出), 惟此種情形, 不可有內部出血, 否則病者即刻可現虛脫現象, 假使囊腫膿液化, 則破碎後, 腹膜即刻全部發炎, 病者不久即死於此。

出血與破碎, 即使不旋轉亦能有之, 在生長過速之囊腫或在多室囊腫間膜破穿時都能出血, 破碎可因外傷 (如下墜撞住腹部, 生產, 強暴性檢查), 破碎之處能結疤, 囊腫內容能重復產生。

卵巢瘤與妊娠混合發現, 為常有之事, 甚至兩卵巢生瘤, 亦能有妊娠, 尤其皮樣東腫特別可能。瘤中遺有少數卵泡, 能成熟而受孕。反之, 原發性及繼發性之卵巢癌腫, 甚少與妊娠混合者 (參考三十七) (至 1930 年, 醫史中僅五十二例) 。

著者曾見一例, 病者所患者為卵巢癌, 當破裂作痛時, 因病者希望生育, 以為經閉懷孕而當時請來之助產士, 亦以為此種疼痛為陣痛

如患者之卵巢瘤, 在腹腔內能移動者, 則妊娠期內可無何痛苦, 惟在妊娠期內, 生長較速。故腹壁擴張亦較劇, 醫者能因此而誤診為雙胎。病者之感覺, 卻與正式妊娠無區別。假使卵巢瘤, 在小骨盤中, 或在闊韌帶內, 則在妊娠四月時, 或再早一些, 即有被壓制現象, 子宮擴張愈甚, 患者不適

之現象亦愈增。

若該瘤久在小骨盤內，則生產爲難（參考三十八），因爲此瘤與同一位置之肌瘤相反（視前），蓋此瘤在妊娠及生產時充血甚劇，同時內液亦增加甚劇，換言之，瘤之外表益硬，變形及推動亦愈難故也。

至於如何治療，須依病者之環境而異，普通醫院中以剖腹手術，將瘤割去爲最妥，在院外只能用麻醉，將瘤推上，或在不可能時，用陰道刺抽法，將液體抽出之。

現有甚多醫者，竟不注意，亦不事陰道檢查，而以生產難之理由爲骨盤狹小，及至剖腹開始取胎時發現之，或甚至用切子宮頸取胎時尙未發現，後來在產褥期內或在覆檢時偶然得之。

診 斷

診斷與區別診斷上，當將中小瘤與大瘤分別敘述之。

細小及長至胎兒頭大之瘤，普通均在小骨盤中，子宮之後方（子宮被推向恥縫處而被提高）（圖三百三十二）。較大之卵巢瘤，位在子宮之前，普通不易分界。

在闊韌帶內之卵巢瘤，將子宮推向對方，或將子宮推向前上方，竟如此之劇，醫者在檢查時，竟不能摸得子宮陰道段。

至於診斷及區別診斷上所用之檢查方法，與肌瘤檢查相同（視前）。

檢查之重要點，應注意子宮之位置、大小、形狀及堅度，所可疑之瘤腫有蒂柄與子宮是否接連。（壓，拉，子宮及瘤腫兩者之移動力如何。）再子宮附件，是否與子宮粘結，骨盤高置後之混合檢查，能將蒂柄易於檢得。（肛門陰道腹壁混合檢查，所得之結果當更詳細。）

檢查堅硬瘤腫所得之結果，必較本來之大小爲大，反之軟者，則較本來爲小，有內液可以壓下而不能移動之瘤腫，檢查者卻以爲移動性之瘤腫，腹水中之堅硬小瘤，能移動如胎兒頭然。

區別診斷上：如患者在生育之年，當以妊娠爲第一步假定診斷，尤其有種位於子宮前之卵巢囊腫，內容充滿，而不甚緊脹，醫者不能摸得子宮之體，及子宮陰道段一切現象，與妊娠子宮無異，此處惟有用直腸檢查，可得較爲清楚之情形，蓋直腸內，可以檢得被壓向後之子宮體故也。

假使該種混合檢查，仍不得要領，則當再檢查之，有時在第二次檢查時，在瘤腫變異時，較爲清晰，惟長時期之觀察，無論如何，均能將瘤腫與

妊娠區別清楚。

如因別種問題，短期內即當解決時，則惟有用 Aschheim-Zondek 氏妊娠生物性反應法（視前）診斷之（用小便），或用麻醉檢查，亦可區別診斷。惟著者仍曾見數例，上述各法，均不能使人滿意，非用剖腹方法，真相竟難明瞭。

關於子宮後屈妊娠與瘤腫之區別，則當注意前史（閉經及嘔吐），及妊娠現象（如深紫之女陰、陰道及子宮陰道段，原乳），在軛住性後屈子宮妊娠之膀胱容積過多，醫者既不能當作子宮，更不能當作卵巢瘤腫，因小便通後，該瘤即消滅故也（視前）。

關於宮外妊娠與瘤腫之區別，當以子宮後之有無血塊為最重要，如子宮後血塊正在產生，則該血塊之位置，必漸漸擴大而向子宮直腸陷凹下墜，將全部陷凹充滿，此種不時之變化，僅需再度檢查，診斷即可確定。

如子宮後之血塊已經成立，則與卵巢瘤之區別，便困難多多，普通以形圓，表皮平滑，移動性弱，界限明晰，內容緊脹者為卵巢瘤之現象，與上方及骨盤壁界限難於區別，內容柔軟數日後始硬化者，表皮不平坦，而不能移動者，則為血囊腫之現象。若宮外孕破裂，在輸卵管子宮口處，同時血塊亦結在該處，則其四週能平滑，形亦圓，亦可稍稍移動，一如卵巢瘤然。有時可供參考者病者之前史，惟多數仍不可能。（閉經，腹中線傍之痛陣式疼痛，及閉經後六星期之子宮出血，均甚重要。）貧血現象發生及增加，均可幫助診斷。可是實際上，診斷確實與否，不成問題，蓋兩者——宮外孕及卵巢瘤——均需施手術治療故也。成熟之宮外孕及四至六月之宮內孕與囊腫不能區別時，則用 X 光攝影區別之。如在皮樣束腫（圖三百二十五）用 Aschheim-Zondek 氏反應（僅在宮外孕之胎尚活時）始有效。Klanten 氏應用各種鏡器械〔如膀胱透照法（Cystodia-phanoskopie）、陰道直腸透照法（Kolpo-Rectodiaphanoskopie）插入各腔內（如膀胱、陰道、直腸），將腹腔內各種積液（如腹水 Ascites）、卵巢囊腫（Ovarialcyste）及血液等〕診察之，及區別之。此種透照鏡為一金屬筒，內具一小燈（Mignonlampe）（參考三十九）。至於此種透照法成績如何，現今言之尚屬過早。

子宮肌瘤（視前）可以甚似囊腫，如其發展甚軟（圖二百五十一），及生長於漿膜下面具有甚薄之蒂柄者。普通經血過多，子宮突出者，為肌瘤之現象，子宮壁平滑而不擴大，月經正常，而患有腹水者，為卵巢瘤之現

象，但亦有不能明瞭之處，區別爲難者。

能移動之闊韌帶內積膿，能與卵巢瘤相似（視前），其區別之點，當在前史小產後、產後，及子宮手術後，忽然間體溫之增高，或在診察時尚有熱度者，諸此在診斷上均甚重要。子宮隣結締組織積膿，開始時位在骨盤深處子宮之近傍，繼後向骨盤壁蔓延，因此骨盤壁與積膿，遂難於分別矣。充滿子宮直腸陷凹之腹膜積膿，能似卵巢瘤，惟病者開始時之痛苦，及體溫增高與延長，均與卵巢瘤不甚相同，此外如尚有向上及向左右不清晰之界限，檢查時之痛苦，諸此唯有用刺抽法，以供區別診斷之用。

盲腸氣脹，次之迴腸曲處（Flexura sigmoidea）氣脹（視前及視後篇），均可類似卵巢瘤腫（普通所謂假性瘤腫是也 Pseudotumor）。

著者曾檢查一病者，明知爲卵巢瘤腫，可是在麻醉檢查時，子宮附件卻完全無恙，所謂之卵巢瘤亦不知去向。

此種氣脹甚易在大便積住，或腸部粘結（如在蚓突腸炎後）後發現。如腸瘤之位置正在骨盤入口處，可以誤診爲卵巢瘤。

盲腸癌能與子宮附件或子宮本體粘結，而位於子宮之上，甚與卵巢瘤相似，此地唯有不能去除之腸氣，爲代表腸中有病之現象，惟腸部不狹窄，腸氣亦可不存在〔著者醫院中曾見三例（Hornung 氏）報告〕（參考四十）。反之如卵巢瘤與盲腸粘結甚緊，亦可誤診爲盲腸癌，此地用直腸檢查，及X光攝影，始可區別之。

下降過深之胃癌，可以誤診爲卵巢瘤。

長大甚劇之腹膜脂肪瘤，可以誤診爲卵巢囊腫，著者曾將一例患非常巨大已經壞死之蚓突腸脂垂（Appendix epiploica）誤診爲卵巢瘤，及在剖腹時，診斷始明瞭。

上述情形之下，如其不能摸得瘤腫時，卵巢瘤與蚓突腸炎之區別診斷，亦是甚難（Stutte 氏），此外普通所見之腸囊腫（Enterocystum）（參考四十一）位於網膜之上，爲數百小泡囊所集成而具有腸壁之組織（無粘膜上皮）。此種囊腫球團（Cystoconglomerat）切與內生殖器粘結，故時常誤診爲卵巢瘤。

結核性腹系膜淋巴瘤（視後），腹膜後肉瘤、纖維瘤、脂肪瘤，可生長甚速及甚大，與卵巢囊腫甚相似。

脾臟之瘤來自左上，但仍形態不變。血液內則有相當變化，遊歷性之脾臟能下降入子宮

直腸陷凹內而變形，難與卵巢囊腫區別，骨盤內之腎臟亦然。胰腺囊腫，亦能誤診為卵巢囊腫。惟胰腺囊腫與腸部之關係，以及胰腺機能之變化，均有相當證明。

腹壁瘤（輸尿管囊腫、肌瘤、肉瘤、血塊積膿、包蟲病、直肌肉之放線菌病）在起立時向外突出（視後）。

腹膜癌性化——在患卵巢癌以後——與腹膜結核性化，即使在解剖時也不能區別。

腹膜結核化緊卷之網膜，可以在觸診時，誤診為卵巢瘤。

巨大卵巢瘤腫：區別診斷上，可以甚難，惟順規之檢查，普通均可達到目的。

較大之妊娠，其臍部向外突出，妊娠斑紋，白線血色素化，胎兒之心音，胎兒之動作，在區別診斷上，均甚重要。子宮雜音，患肌瘤及卵巢瘤者均可有之，但甚少耳。區別診斷上，較為困難者，為巨大之葡萄胎，及胎兒已死之羊水過多，此地惟有檢查圓韌帶，可以解決之，另外用X光攝影，亦可將羊水過多，及已成熟之宮外孕，區別診斷之。

患卵巢瘤者，腹壁中央突出，腹圍在臍下最大，腹形不甚整齊（有腹水者腹部闊而低），腹壁薄者，囊腫之外形，可以摸得巨大或已久之卵巢囊腫，腹部皮膚緊脹。腹部靜脈之紋路均能見得（Caput medusae 水馬頭），有時腹部皮膚浮腫，類似象皮腫，恥丘亦緊脹浮腫，而有光亮，恥毛分散。

如液體能流動，則觸之即有振盪現象（柔軟之囊腫液及腹水，均有此現象，多室囊腫或甚小之囊腫，則無此種現象。

此種振盪現象，遇有囊腫緊脹甚劇者（甚硬者），如內部正在出血後，則不易觸得。

檢驗此種振盪，非自左至右，亦當自上斜下，及自腹部或陰道前穹窿觸壓之（視前）。（此種陰道內觸診法，對於腹壁厚者，打診及觸診不能達到目的時，特別有用。）

如腹水甚多，最好用刺抽法，將腹水抽出後再行檢查，是否尚有瘤腫在骨盤深處。

打診最好在腹部最凸出處開始，有時第一次打診，即能證明（實音=瘤腫。鼓音=腸音（腹水）。打診之方法，最好用輪軸式，自臍部出發向上、下、左右，如此可以區別瘤與肝之間，有否腸音，此地即使有巨大之瘤，亦有腸音在其間（甚少無此音者）。惟中間無腸音，不能代表該瘤來自肝臟，或與該瘤有關。卵巢囊腫所成之弓形，為向下凹進，腎盂積尿，或胆臟水腫之弓形，為向上凹進，來自肝、腎、胰及脾之瘤腫，普通能與來自小骨盤、子宮及子宮附

性之種類區別。

惡性腎臟瘤可以過白線下降生長，其最下端能移動非常，致使人疑為網瘤，惟小便之常有血液混雜，該瘤與本來腎臟部份之關係，內生殖器正常位置之證明，腎臟機能之試驗，輸尿管之通導，諸此等等，當然均可以解釋上述之疑團，特別困難，便是巨大之腎盂積尿與卵巢囊腫之區別。普通所知者，卵巢囊腫之頂向上，而腎盂積尿之頂向下，假使再利用迴腸射氣方法，如射入迴腸之氣向內下方者，則為腎盂積尿，若向上外方者，則為卵巢囊腫，此外X光攝影，亦可區別診斷之。

充滿全腹之包蟲瘤 (Echinokokkentumor) 甚為稀少，亦甚難診察，包蟲所成之液潤，並非為完全可靠之病象。

診斷：卵巢瘤蒂之過旋，普通甚易，假使巨大之瘤已能探得，及急性病象亦已察知，及病者之訴說亦合則易，可是時間延長，訴說之情形含糊，則區別診斷上亦愈難，各種猜想亦增加（例如正式之胃臟肉瘤，竟可以誤診為卵巢瘤）。

病象方發之時，除了蒂柄旋轉以外，尚有各臟破穿（如十二指腸腸胃腸瘍及蛔突腸炎），腸寒絞痛及輸卵管妊娠破裂，腹膜休克 (Schock) 及腹膜內出血後之貧血現象，均不易區別。如瘤腫愈小，位置愈深入骨盤內，則正式之區別診斷愈難。

諸此種之情形，診斷是否確實，果屬重要，但病者急需診治，故無論如何當以各病混合之適應症，即剖腹為確實診斷唯一出路。

蒂柄過旋已久之瘤腫，唯有剖腹後，始能診斷之。囊腫破穿後，瘤腫現象消滅，但腹膜刺激現象（有傳染性之囊腫，破穿後更甚）及暫時性小便加多甚重要。臨床上與宮外孕破裂相似，尤其同時腹膜尚有出血現象。

至於卵巢瘤來自左面抑是右面，並不重要，蓋兩者均當割除故也。至於卵巢瘤性善與性惡，祇需從陰道後穹窿，探摸子宮直腸陷凹內有無移植性核，蓋其餘均不正確故也，腹水、雙卵巢瘤，高低不平，及生長迅速，均不能代表瘤之性惡、善，雖然此種現象，惡瘤能有之，但亦可無，反之善性瘤中亦可發現。所以惡性瘤腫並無特級標記，以供確實診斷。

卵巢瘤之治療法

患肌瘤者如無何種病象，如出血過多，不適及壓制現象，可以不必治療。反之凡患卵巢瘤者，無論何時，均當施刀割治療，每一患卵巢瘤者，不問老年幼年，不問有無病象，不問有無痛苦，不問瘤之大小，不問是一是二，不問腹水有無，都當用刀割去之。

此種專制式治療之唯一理由，因難探知卵巢瘤之性善抑性惡故也。

如若診斷上，不能區別肌瘤，抑卵巢瘤之時，爲免除卵巢瘤，有產生可能計，當剖腹割去之。

刺抽瘤腫作爲治療方法，根本不適合，此乃是一種欺騙，此種欺騙，並且可使病者得有甚大之危險，因此後病者雖可覺得好些，或甚至以爲全愈，但是不久，液體又聚積，再刺破時流出之液體，能刺激腹膜或甚至蔓延，各處而移植，此外刺抽後，粘結現象亦爲常有之事，以致將來刀割爲難。

如病者衰弱不堪或年齡已大，開刀有生命危險時，或已不能施刀割之瘤腫，則可用抽刺法，放出液體，可使病者暫時安逸，病者心理亦能鎮靜少許。

至於用刺抽法以作診斷，此處並不適用，是多在陰道內刺抽，以作卵巢瘤與子宮直腸凹積膿區別診斷之用（視後）。

如用腹部刺抽，不如局部麻醉，將腹部剖開視察爲佳，同時尚可診察，該瘤能否割除。（因有時以爲不能刀割，而實際上尙能用刀，或則有些以爲可用刀割，而在剖腹觀察時，卻完全失望。普通卵巢瘤之性質，非常不一定，故刀割之範圍，應當擴大。就是有些爲難之例，只要手術上可能，也當孤注一擲，或可救死還生，雖然爲時甚暫，但亦得爲之，至少病者之感覺能減輕多多。

惟有不能了之手術（如不將瘤腫割除，即將腹部縫合，或對於創口不詳細管理），爲醫者所不應爲。以其不能了，不如不開始，此處惟有經驗豐富者自決力強者，能將可施手術及不可施手術界限區別清楚。

技術上截除卵巢以剖腹爲最佳，因唯有剖腹能將卵巢整個取出（如此蔓延之可能性可以消滅），此外所有粘結之處，亦可在肉眼監視下，將其拆離，再若疑其有惡性之可能，亦可用絕根方法將其除去，必要時胃腸之瘤也可割去之。

巨大之囊腫，具有稀薄內液者，只需一、二小刀口，先將內液抽盡，然後將萎縮之袋拉出，將蒂束住割去之。多室而有膠質之囊腫，最好將其整個取出。免得腹腔污染（視前）。

手術上最大困難，爲瘤腫已與腸或腹膜粘結，或位在闊韌帶之內者。

單而卵巢瘤腫，醫者亦當注意其他卵巢之情形，若已有瘤腫現象，則當同時割去之，僅絕對善性者，尙可留一部份。

雙卵巢瘤有惡性化或有惡性之可疑者，均當將子宮在陰道上段處一同切除之(Fritsch 氏)。

假使兩卵巢應當割去，則單留子宮亦是無益，如若該瘤爲惡性而不去除子宮（至少子宮底）（圖三百三十七），則不久子宮就有復發之可能。如子宮已有瘤腫移植，那當然將子宮全部割去，爲最妥當。

僅年青患單面惡性卵巢瘤者，尙可勉強保存其他卵巢；但是醫者當絕對細心，防其再發。K. Reifferscheid 氏曾割治二例，年幼患單面卵巢肉瘤者，當時僅割去有病之卵巢，其他卵巢未割，惟後來亦未再發。

著者醫院中，曾見一例少年患者，著者曾欲保留多些卵巢組織，故將外表似乎善性之小囊腫雕去（後來顯微鏡檢查始知是惡性），可是不久，雖用多次X光之照射，仍舊復發而死亡。

從陰道割除卵巢瘤腫，僅適合於長蒂易動及大小不過孩頭之束腫（有顯明振盪現象）。此外陰道當巨大，手術簡易者始可爲之。如有惡性可疑者，則絕對不可施行陰道切除手術。

手術之法，以切開陰道後穹窿法 (Kölporcoeliotomia posterior) 較爲便利。



圖 三百 三 十 七

雙面惡性卵巢瘤腫（根據圖三百三十四）連子宮一同割除，子宮上已有移植性瘤腫。

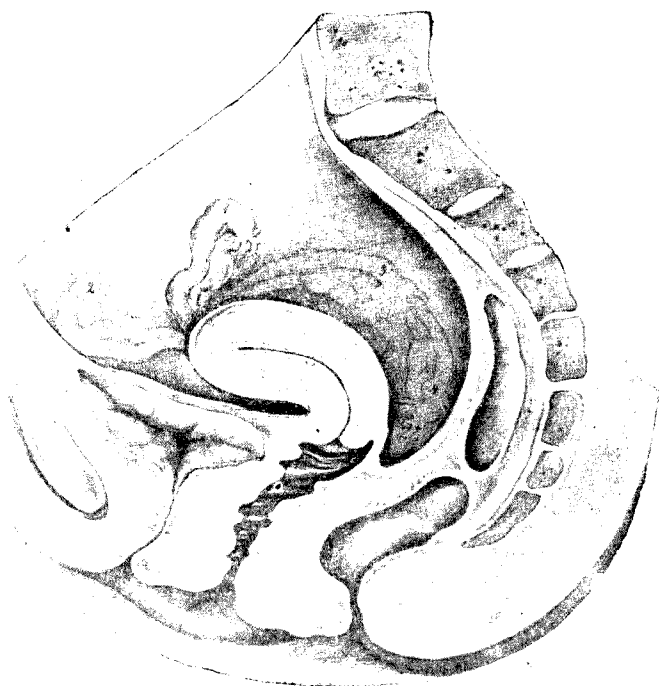
至於何時應割除卵巢瘤，如診斷確實，當立刻爲之。蓋該種瘤腫惡性化之可能性甚大。故一日之遲延，永久全愈之可能，亦卽有問題。假使蒂柄已過旋，則延長時期更其危險。至於蒂柄過旋後之體溫增高，並非反適應症。此乃應速施手術之表現。

著者曾割一例，正當蒂柄過旋之時。著者割腹後，見腸部似乎浮在腹中，此時著者以爲腹膜炎已發矣。不料檢查該液體，並無何種菌類，僅有甚多之白血球而已。數小時後，該種液

體亦即消滅，僅漿膜及腹膜之毛細血管腫大甚劇而已。可見此種現象，乃是卵巢癌帶過旋後，腹膜受刺激之第一時期。

對於惡性瘤腫，不問是絕根割除，抑是割除一部份，均常用X光繼續照射（視論），至於專用X光照射，治療卵巢瘤腫，可說毫無成績，反可在照後，發生粘結及腹壁受損現象，致使後來刀割為難。不能刀割之巨大卵巢瘤，受長期X光照射後，可以少許縮小，暫時無變化，但全愈之希望，則絕對不可能。

預後：普通死亡率，不複雜者，大約0.7—1.3%。複雜者及惡性者為2.3%。



圖三百三十八

卵巢位置變異(Stratz氏圖樣)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 卵巢正常位置, | 2. 卵巢移位於前, |
| 3. 卵巢下降, | 4. 卵巢全部落下。 |

卵巢位置異常

先天性卵巢，移位於鼠蹊溝者，為數頗少，其原因為卵巢下降太甚之故，有甚者能過鼠

蹊溝而侵入大陰唇內（陰唇缺脫），此種現象可使性之區別為難（視前）。

Wakeley 氏統計二十五例，均在幼年時所發現（健全或有膿之輸卵管均能下降入缺脫袋中）。

卵巢降落於此種缺脫內者，均在生產以後（如大腿缺脫，坐骨缺脫，閉鎖孔缺脫，臀部缺脫等），惟為數甚稀少耳。

陰道卵巢泡囊 (Ovariocele Vaginalis)（便是卵巢經過骨盤隔膜之空處，落入於陰道傍結締組織內）雖然有人記述，但無人見過。

在缺脫內之卵巢，可在轉經時腫脹而作痛或旋轉，挾住而產生巨痛，此外該種缺脫內，亦可有瘤腫寄留（一側副卵巢瘤），而突入於外鼠蹊溝間。

治療用缺脫帶非持不適合而且有害，設若無何種苦痛，則無需治療，如有痛苦，遇無病之子宮附件，則只將該附件推上，將缺脫用手術縫合，若該附件有病則當在施手術時割除之。

卵巢降落腹腔內，而由此入子宮直腸韌帶，或甚至下降於子宮直腸陷凹內者（卵巢邊沿下降或全部下降，Senger 氏）以先天性為多，或因粘結而被下拉或因卵巢正韌帶太長所致。此種下降可以產生痛苦，交媾及大便為難，在此治療之點，並非更正卵巢地位，而是將其所有之發炎診治。

卵巢向前脫軸 (V. Olshausen 氏、Stratz 氏) 能在忽然外傷，或勞動過度（能使腹膜有刺激現象）時得之。

單獨性卵巢蒂過旋，能使卵巢完全旋斷脫離，萎縮而粘結於腹腔內，醫者在剖腹或解剖屍體時，在腹腔內間或發見之（醫史中共有五例）如此（視後）（參考四十二）。

參考一 Kermauner, F., Erkrankungen der Eierstöcke und Nebeneierstöcke, in Stöckel-Weit, Handb. d. Gynaekol. Bd. VII.—Mayer, A. Klinik der Ovarialtumoren, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes. Bd. V. 2.

參考二 Aschkeim, Zbl. Gyn. 1928, No. 10.—Wagner, G. A. Zbl. Gynaek. 1928, No. 1.

參考三 Amberger, Zbl. Gyn. 1930, No. 26.—Forssner Arch. Gyn. 1916, Bd. CV.—Kaboth, Arch. Gyn. 1924, Bd. C XXI.

參考四 V. Franqué, Z. Geburtsh. 1897, Bd. XXXVII.—Weibel, W. Tuberculose des Weiblichen Genitalapparates, in Halban Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. V, I.

參考五 Bruet, Bull. Soc. Paris 1930.

參考六 Kamniker, H., Zbl. Gyn., 1928, No. 20.

參考七 Bueura Handbuch d. Gynaekologie V. W. Stöckel 1933, Bd. 8.2.

參考八 Klingen, H., Zbl. Gyn. 1933, No. 5.

參考九 Heim, K. Zbl. Gyn. 1932, No. 21.

參考十 Kleine, Zbl. Gyn. 1937, No. 13.

- 参考十一 Sternberg, Geschwülste des Eierstocks, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. V. 2.
- 参考十二 Walther, Z. Geburtsh, 1903, Bd. XLIX.
- 参考十三 Wieloeh, Zbl. Gyn. 1930, No. 43.
- 参考十四 Werth, Arch. Gyn. 1884, Bd. XXIV.
- 参考十五 Fränkel, E. Münch. Med. Wschr. 1912, No. 21 u. 22.
- 参考十六 Krukenberg, Arch. Gyn. 1896, Bd. L.
- 参考十七 S. A. Wagner, E. Strass Mann, Rob-Meyer Z. Geburtsh. 1930, Bd. XC VIII. Küttner, Bruns' Beitrag, Bd. CXLII.—R. Meyer Klin. Wschr. 1930, No. 48.
- 参考十八 Matthias, Zbl. Gyn. 1933, No. 8.
- 参考十九 Klasten, Zbl. Gyn. 1932, No. 33.—Neumann, H. O., Z. Geburtsh. 1930, Bd. XC VIII.
- 参考二十 Reifferscheid, W, Zschr. Geb. Gyn. Bd. CX 1935.
- 参考二十一 Rob. Meyer Arch. Gyn. 1918, Bd. CIX. Zbl. Gyn. 1925, No. 30. Neumann, H. O., Arch. Gyn. 1924, Bd. CXXI, Zbl. Gyn. 1925, No. 48.—Scheyer, Zbl. Gyn. 1927, No. 9,—Tietze, Z. Geburtsh. 1927 Bol. XCI—Habbe, Zbl. Gyn. 1931, No. 11a—Schiller, W., Pathologie u-Klinik der Granulosazelltumoren, Wien W. Mandrich 1934.
- 参考二十二 Harms Ch, Zbl. Gyn. 1937, No. I.
- 参考二十三 Pahl, Arch. Gynaek. 1931.
- 参考二十四 Loffler u. Priesel, Beitrag Pathol. Anat. 1932, 90.—Huber, H. Zbl. Gyn. 1937, No. I.
- 参考二十五 Meyer Rob., Zbl. Gyn. 1932, No. 13.
- 参考二十六 Schleyer, Mschr. Geburtsh 1928, Bd. LXXIX.
- 参考二十七 Fleischmann, Zbl. Gyn. 1930, No. 50.
- 参考二十八 Heimann Arch. Gyn. 1930, Bd. CXI.
- 参考二十九 Amreich, Wien, Klin. Wschr. 1931, No. 6.
- 参考三十 Goecke, H., Dtsch. Med. Wschr. 1930, No. 38.
- 参考三十一 Kaboth, Arch. Gyn. 1924, Bd. CXXII.
- 参考三十二 Ottow, B., Z. Geburtsh 1930 Bd. XC VII—Mayer, K. Zbl. Gyn. 1930, No. 37.
- 参考三十三 Froboese, Zbl. Gyn. 1931, No. 47.
- 参考三十四 Sellheim, Arch. Gyn. 1923, Bd. CX VIII.
- 参考三十五 Payr. Dtsch. Z. Chir. 1906, Bd. L XXXV.
- 参考三十六 Küstner, O., Zbl. Gyn. 1891, No. 11.
- 参考三十七 Puppel, E., Zbl. Gyn. 1933, No. 1.
- 参考三十八 Schwartzkopf, E., Zbl. Gyn. 1931, No. 11a.
- 参考三十九 Klasten, E., Zbl. Gyn. 1934, No. 26; 1936, No. 3; 1937, No. 34
- Fakrikant, J. Leiter, Wien, Marionengasse. 11.
- 参考四十 Hornung, Zbl. Gyn. 1930, No. 38.
- 参考四十一 K. Schmidt, Zbl. Gyn. 1936, No. 16.
- 参考四十二 Bauer, W., Zbl. Gyn. 1928, No. 40.

第十五篇 子宮附件病症(參考一)

發炎性病症(參考二)(Adnexitis)

子宮附件發炎，普通均由陰道上升所致。淋菌及產褥病菌本來無直入子宮及輸卵管之傾向，但是有機可乘，當在例外。

富有酸性液體之陰道具有光澤黏液栓塞之子宮頸，將子宮頸管封閉，與含有活動性不易破損及抵抗力甚強之子宮氈毛上皮，諸此設備，在普通情形之下，無論何種菌類，均難上升。反之，如侵略力與抵抗力不平衡，則即可發生病症。無論病菌之毒力或數目加增，抑是生殖器之抵抗力減少或兩者合併，外加機械式之毀壞力，均可使生殖器，被此種上升性之菌類傳染。

每一女子有兩種生理性變化，造成病菌上升之機會，此乃月經與生產是也。兩者有下述相同之點。子宮頸管之開放，子宮頸栓塞之消滅，氈毛上皮之毀滅，再加經血與產褥之惡露徐徐下降於陰道內，而無沖洗之力量。一如未完全閉塞之陰溝，唯有讓病菌漸漸上升而已。同時該兩種之排泄，經血與惡露，均是病菌最佳之營養地，非特無殺菌之技能，且為病菌發展及增加侵犯力最好之幫助。故無一患該種病菌之女子，不在此時加重。

至於別種幫助，菌類上升者，當以手術時所用不消毒之手術器及醫者不高明之手術。

不合時，不消毒，不知輕重放大大子宮頸管，刮子宮內膜，或刺戟子宮頸，或洗子宮頸，均是造成子宮附件發炎之最好機會。

各種異體，長期留在子宮頸管及子宮腔內者，可以壓碎子宮黏膜，成為創口，或則媒介陰道內菌類輸入內部，如用不消毒與強力插入之昆布錠，或用避孕之子宮內托，或絲線等等。

上升性傳染之步程，先開始為子宮頸炎，繼為子宮內膜炎，輸卵管炎，最後為骨盤腹膜炎。此種傳染之遺跡，雖然上一級已被傳染，而此一級尚

有顯明傳染之現象。故在此種情形之下，全部生殖器可在短時間內均病。例如子宮頸炎尚未痊愈時，而骨盤腹膜炎，已到最後黏結之階級。

病菌侵入子宮及輸卵管黏膜甚易，但將其驅除，使黏膜完全恢復原狀，卻是甚難，有時甚至絕對不可能。

輕性病常有慢性變異之子宮頸黏膜，及尚未消滅之白帶，可是對於不能透視之內生殖器發炎性變異，在診斷及區別診斷上有重大之價值。

普通二輸卵管，被上升性菌類侵犯後，即漸漸發炎，因解剖上之關係，一輸卵管較其他為甚，有一輸卵管僅略發炎，而其他則已積膿甚多者。

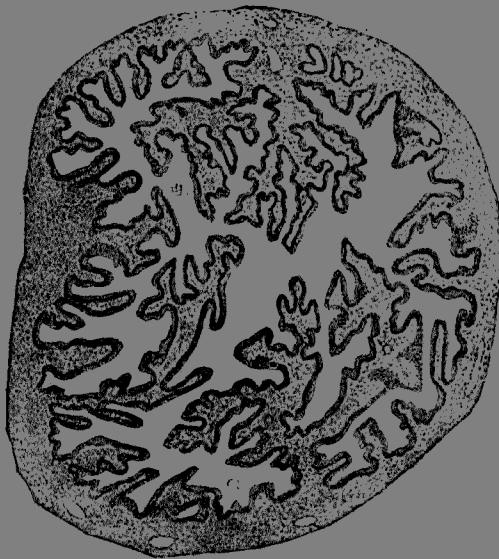


圖 三 百 三 十 九

正常輸卵管中部份切斷圖（放大 30:1）照 Hofmeir, Handbuch der Frauenkaankheiten 17. Aufl.

急性輸卵管炎，一如其他黏膜發炎，有充血，浮腫，甚多白血球聚集（積膿），上皮創口及炎爛之現象。此種病象在別處可以漸漸消滅及痊愈，但輸卵管卻不能。因輸卵管為甚多摺摺之內膜故也。（圖三百三十九）。全部輸卵管一受傳染後，即不能再恢復原狀，竊是之上皮創處，均互相黏貼，繼後結住而浮腫。因此黏貼愈加多，結住愈固，摺摺愈多者，黏貼之機會亦愈多。故壺腹部黏貼摺摺結住者，較狹部為多。

此種粘膜摺摺之結住，乃是阻止病菌再上升入腹膜。惟至今尚無絕對之證明。

普通輸卵管黏膜發炎後，其肌肉及漿膜亦均波及，因此全部輸卵管浮腫（圖三百四十），惟此種浮腫並不均勻，以輸卵管峽部居多，名曰結節形輸卵管峽炎（Salpingitis isthmica nodosa），次之為子宮角及子宮底處可厚至三厘米（色白如細小之纖維瘤顯透於外）。此種單獨性核腫，為肌肉所組成，在其中或其傍（亦有無此者）有細管通入輸卵管腔，其內部

均爲上皮細胞所遮蓋。此種上皮之深入，有如下述兩種：一種爲肌肉原始性積膿，破穿入輸卵管腔後，輸卵管上皮即移植於該破穿之處，由此深入（圖三百三十九）；另一種以異性上皮，因受發炎之刺戟而深入肌肉內（R. Meyer 氏視 Endometriosis 子宮內膜異位篇）。

至於 Schridde 氏及 Schönholz 氏之見解，謂肌肉內之上皮細胞皆爲先天性之說，至今尚無確實之證明。

繡摺之溶化，管道之成立，與輸卵管妊娠之原因，有重要之關係。此種繡摺之網，不使卵子經過，因此只能在網處停住而埋伏於輸卵管壁內。或則受孕之卵子，因受阻而不能直達子宮，即轉入上述之肌肉管而繼續生長。但亦有甚多結節形輸卵管狹部炎在痊愈後，核腫完全消滅，正常妊娠亦告恢復。



圖 三 百 四 十

急性輸卵管炎腹膜炎

從腹膜下降，經過輸卵管而入子宮，或再由此入陰道之病菌傳染，除結核病外，甚爲稀少。蛔突腸炎，有時能下降直接侵入右面之輸卵管，或經過特種之淋巴腺管（Clado 氏韌帶爲骨盤輸卵管韌帶首端延長處），而入右輸卵管內，反之由輸卵管炎，傳入蛔突腸而使之發炎者爲數較多（圖三百四十一）（視二十二篇）。



圖 三 百 四 十 一

剝突腸慢性炎，同時與輸卵管積膿在後端結住。

血液傳染：由扁桃腺炎經血管而使輸卵管發炎者為數稀少。在急性傳染病（傷寒，特別是感冒）病菌由血管輸入輸卵管發炎者，則較為多數。

稀少之肺炎球菌性腹膜炎（醫史中有二十三例），並非由血液下降而來，乃是由肺炎球菌性陰道炎上升所致。

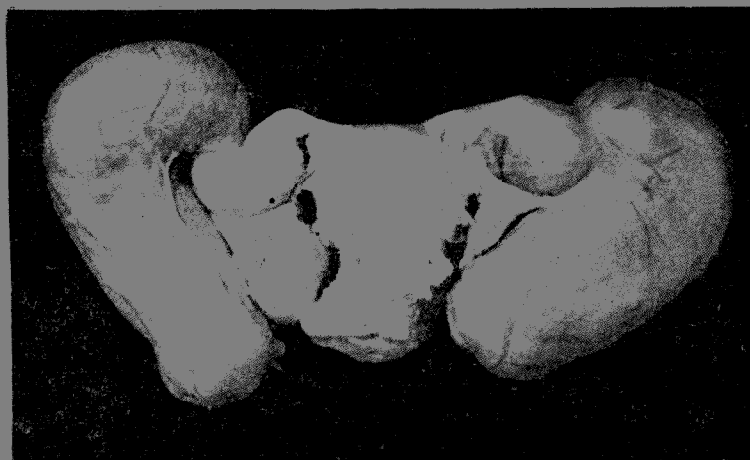


圖 三 百 四 十 二

雙面輸卵管積膿（剖腹絕根割除子宮與子宮附件同時割去）。

當上升性病菌經輸卵管入腹膜之際，輸卵管纖處可受其影響而黏結。開始時尚鬆，繼後愈結愈緊，最後成為膿袋，〔Pyosalpinx 輸卵管積膿（圖三百四十二）或名 Sacto-pyosalpinx 輸卵管膿袋〕此外向子宮方

面之輸卵管腔，亦因黏膜浮腫太甚之故，將間質部及峽部完全閉塞。

輸卵管壺腹部底之閉塞情形，大致有如下述：

輸卵管纖開始向內捲 (Opitz 氏)，繼因輸卵管壁伸長，則改向內折入輸卵管腔。如此輸卵管之漿膜互相接觸，先黏貼而後結住。

此種輸卵管積膿有其特種形狀，因輸卵管系膜比較輸卵管為短，所以在輸卵管積膿後，自子宮角至輸卵管纖，均成為弓形。輸卵管之本來形狀如蛇形彎曲，故現在腫脹以後，其彎曲處仍較狹窄。在壺腹部份之輸卵管腔，本來較為寬大，故積膿時，該處亦腫脹最甚。有上述種種原因，輸卵管積膿之外形因此也非常特別，如念佛珠形、盤藤形、香蕉形、郵號吹角形（圖三百四十一、三百四十二、三百四十五），該種形狀，均可在混合檢查時得之。普通均能在子宮直腸陷凹處摸得，甚少位於子宮之前，在此者大都面積大，漸漸堅固性化，而與周圍黏結。



圖 三 百 四 十 三

左面輸卵管積膿，右面輸卵管狹部炎。

(Salpingitis isthmica nodosa dextra) (略圖骨盤高置門診室內圖)。

如輸卵管積膿袋內之液體，不斷續聚集，則其外殼及閉塞處（圖三百四十四，三百四十五）亦隨之增厚，在這種情形之下輸卵管壁，不斷續加厚，壺腹口腔處，不斷續固封，內容之膨脹壓力又不一致，因此本來卵圓形之物漸成為拳形，或更大。此地被積膿侵犯之肌肉亦腫甚硬。

或另有一種現象，此即輸卵管積膿破裂是也。內部膿液，流入腹腔，依膿液之傳染力如何，而斷定其病症之輕重，慢性輸卵管積膿之液體，普通無菌，故液體流入腹腔內，小骨盤內之腹膜，至多產生刺戟而使黏結加增而已。或則該無菌之膿液，漸漸下降於子宮直腸陷凹內，而與小腸、網膜、腸曲處及子宮後壁，黏結成一包囊，名曰子宮直腸陷凹積膿（Douglas-abszess），或則該積膿破碎後流出之膿液，含有極凶險之菌類（此地唯有產褥期內之連鎖球菌輸卵管炎）。散入腹腔便可成爲普遍性腹膜炎。Uelermuth 比（參考三）證明，凡是急性輸卵管積膿破裂，以在右方居多。蓋普通爲蚓突腸變異所致，此處之膿液大半無菌，故預後亦佳。反之慢性輸卵管球團形積膿，在破裂後雖施剖腹手術病者亦趨死亡（十四例中有十例）。

上述之自女陰至腹膜逐步上升蔓延，普通均經過卵巢邊傍。而卵巢之被傳染，卻有如下述。輸卵管內膜炎後，延及輸卵管肌肉，及輸卵管漿膜，再加自壺腹部流出一部份之菌性膿液，而成爲輸卵管外膜炎。此種輸卵管外膜炎能與卵巢非常接近而黏住，因此卵巢可被該形如郵號吹角之輸卵管所包圍。使其不能透露（圖三百四十四），由此而成之副性卵巢外膜炎（secundäre Perioophoritis）可與輸卵管完全結住。惟卵巢之機能仍不變動。可是發炎以後，卵巢白膜厚化，在內之卵泡，不能完全成熟，即使成熟亦不能破穿白膜層。因此所長成之囊腫，遂愈聚愈多而卵巢亦因之增大（視卵巢炎）。

輸卵管外膜及卵巢外膜發炎後，子宮附件遂與隣臟黏結而固住於子宮直腸陷凹內，如若腸部黏住，即可成爲腸寒絞痛（R. Kaufmann 氏報告一例）。

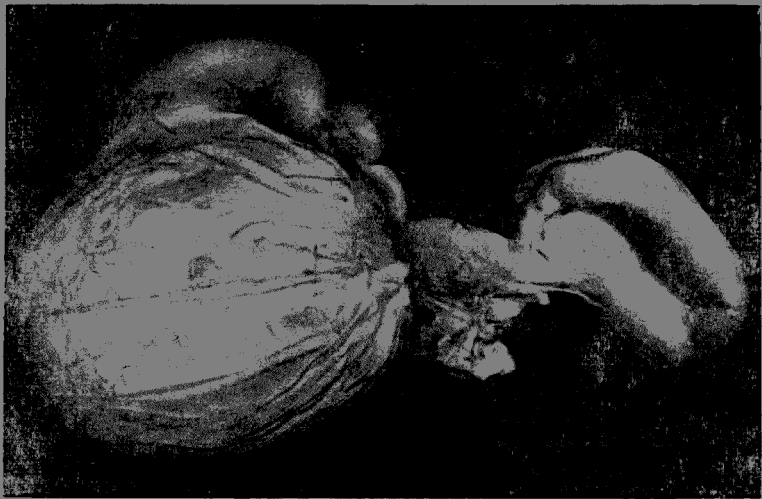
菌類侵入卵巢當然亦有，如由卵泡破裂處入內，或由淋巴腺管，或血管輸入卵巢肌層內，然後再入卵巢系膜內，而成爲卵泡積膿，或全部卵巢作膿（卵巢積膿 Pyoararium）。該兩種積膿，由下上升者可，由血液或淋巴腺管，輸入者則較多。產褥熱之傳染菌，由淋巴管輸入者甚多，反之由手術（尤其是淋菌）經此入內者，則非常稀少。

假使輸卵管積膿與卵巢積膿，非常接近，則前者之壁，能穿破而成爲卵巢輸卵管積膿（Tubo-ovarialabszess）。惟此種接連性之積膿，亦可直接產生如輸卵管炎之膿液，由壺腹部之縫處，直接流入卵巢之卵泡破裂處，因此二者遂黏結而共同發炎積膿。

輸卵管積水 (Hydrosalpinx) 或輸卵管水袋 (Hydro-salpinx) 與輸卵管膿袋之區別處，僅在液體之內容，水袋中之液體清亮無膿，壁部較薄，輸卵管之黏膜絛柄，低而稀疏 (圖三百四十六)。至於成立之原因，大致以發炎居多，當輸卵管患有輕性炎後 (Catarrh) (特別淋菌性居多)，壺腹部之繖叢黏結，黏膜滲透之液體，遂聚積成爲水袋 (圖三百四十七)。另一種解說，則謂輸卵管外膜原始性發炎 (如由蛔突腸炎延及，或產褥菌侵入輸卵管外膜而使之發炎，將壺腹部繖叢黏結)，而成爲輸卵管水袋。此外尚有毫無根據之解釋，則謂輸卵管積水，乃是在積膿後所產生。因普通薄液可被吸收，而所遺留者爲厚液，惟絕無相反者 (Fritsch 氏)。



圖三百四十四
輸卵管積水 (Hydrosalpinx)。



圖三百四十五
雙面輸卵管卵巢囊腫 (剖腹絕根割除子宮及子宮附件)。

V. Mikulicz-Radecki 氏，曾在病屍身上證明，其將一免之輸卵管能用電場集，因此輸卵管粘液聚積，而成爲人工輸卵管積水。

近子宮面之輸卵管積水，其管腔之粘結，不如輸卵管積膿緊密，故有時該液體，可穿破該粘結處入子宮，而向陰道排出於外（外溢性輸卵管積水 Hydrops tubae profluens）。此種情形可以復習多次，此即所謂間歇性輸卵管積水（Hydrops tubae intermittens 是也）。

輸卵管積水，普通長形，但亦有甚多形如郵號吹筒者，大如雞卵者（或甚至大過人頭者）。輸卵管水腫愈大，則內壁愈平坦。輸卵管積水，與退化性卵巢細小囊腫，可以混合，一如輸卵管積膿與卵巢積膿混合然。其名曰輸卵管卵巢囊腫（Tubae-ovarialcyste）（圖三百四十五）。



圖 三 百 四 十 六

輸卵管積血及卵巢積血（卵泡積血）兩者均互相粘住輸卵管狹部薄而不變形。

輸卵管積血（Haematosalpinx）亦能使壺腹部受刺激而閉塞。至於是否因發炎，抑傳染關係，至今尚無知之者。事實上無需傳染菌，輸卵管也有積血之可能，普通輸卵管積血，均爲輸卵管妊娠所致（視著者之考科學）。

（參考四）

輸卵管積血，內中無卵子者，其原因至今尚不顯明。至於輸卵管內膜，亦能有月經或則代替性月經出血，此尚是一爭執之點（視月經篇）。

至於一方面輸卵管流產，一方面輸卵管積血，兩者同時發炎，事實上亦是可能。

此外普通所知者，即處女膜閉鎖陰道，閉鎖者轉經之血不能外出，只積住於陰道及子宮之內，成爲陰道及子宮積血者（視生殖器畸形）。在此種情形之下，該種積血當然亦能積住於輸卵管之內，而成爲輸卵管積血。至於此種積血無何種病菌寄生，那是無可疑義。

有時輸卵管先開始積水，繼後因外傷，輸卵管旋轉，血液循環受阻，而致出血成爲輸卵管積血者。在此種情形之下，輸卵管所積之血，不致凝結，同時該紅色之血液，不久亦即溶化而漸變爲褐色。

現各醫院中，對於輸卵管機能之研究，非特在生理上，就是病理上（如輸卵管閉塞，輸卵管異常排液，輸卵管反蠕動，子宮及卵巢之組織移植及輸卵管出血等等）均有進步。據著者之意，不久之將來，或許對於輸卵管之機能有更進步之報告。

積血積水，及正常之輸卵管過旋，可與卵巢瘤過旋有同樣之病象（視卵巢瘤篇）。因此積血之輸卵管，可以長大如拳（Walawelshi, Terruhn, Gengenbuch, Boeruer 氏）（參考五）。

輸卵管之過旋處，大都近子宮之一端，旋轉後之輸卵管，能有三至四迴旋，甚至可以完全旋轉，而與子宮脫離（自動式切斷）。

輸卵管旋轉之成立，與輸卵管之肌內解剖（P. Seitz）及異常之長大，及輸卵管異常行動（Baniecki），及輸卵管系膜過長，血管壓力之不平均，剝突腸結住等均有相當關係。子宮附件輕度旋轉，發生於月經及妊娠時者並不稀少。

輸卵管旋轉，與剝突腸炎之區別，並不甚易。已旋轉之輸卵管，常用刀割除，至二歲大小之幼小女孩（參考六），有子宮附件旋轉及卵巢脫脫之特種傾向（參考七）。



（一）病象與診斷

子宮附件炎，單獨從臨牀現象甚難描寫，唯有將全部生殖器發炎之病象爲標準。此種病症在開始時，乃是普通傳染性質。可是後來經機械性之摧殘，而成爲永久之苦痛。病者開始之主訴爲白帶，非特較常時爲多，並時常更換其種類。子宮頸卡他（Catarrh）及子宮內膜炎，開始時產生之白帶，爲黏而帶膿性，繼後則完全膿性。至於其對於陰道菌之發展，以及女陰周圍之皮膚，所發出之影響，前已述之甚詳矣（視女陰炎陰道病症）。一俟輸卵管被傳染後，痛苦病象立即可產生，腹膜即受刺戟。蓋輸卵管僅需

些微腫脹，輸卵管漿膜，即有緊脹現象故也。可是此種陣式之痛苦，僅限下腹一部。另外體溫增高，爲必有之現象，有者能增高甚劇，惟預後卻以患者之脈搏，假使患者之脈搏，性質佳而額量小，那末即使有甚高之熱度，預後仍佳（普通之定例）。絞痛式及陣痛式之輸卵管疼痛，各種輸卵管充塞均有之。其最甚者爲輸卵管妊娠，次之爲輸卵管發炎，而有輸卵管積膿之傾向者。

患輸卵管炎者之月經，大半增多，蓋子宮內膜有發炎性之變化，及子宮肌肉收縮力受損。此外卵巢內有中毒性或充血性發炎之病象加入故也。月經之可以不變更，一如經血過強或經血過多然。惟卵巢及子宮內膜發炎後，當然月經之循環，也可變異，而產生類如子宮血崩之症（Metrorrhagie）。

急性現象，在絕對靜臥及絕對禁止房事以外，則一二星期後即能消除。

普通除產褥病之急性炎外，其所結存之子宮附件，腫脹，破碎，而將其中之連鎖球菌或大腸桿菌移及腹膜，而使腹膜普遍性發炎，致病者於死地者甚少。而 Fritsch 氏以爲絕對無有。但著者卻曾見一例。據著者之經驗此種情形除產褥病外，僅復發者能有之。第一次即如此者則無。與生命根本無關淋菌性腹膜炎，即使來勢非常兇險，及其甚兇險之淋菌，自輸卵管積膿破入腹腔而病者之預後，卻並不悲觀。

除產褥病外尚有一種傳染媒介者，此即由不潔之手術器，將連鎖球菌帶入子宮內部，然後再經過輸卵管而入腹膜，使腹膜染有不能救治之發炎。故遇有此種加劇性腹膜刺戟，當送醫院治療最爲妥當。

假使此種病症（普通都是如此），停住於小骨盤內，則急性現象，如熱度，疼痛，以及急性危險等，均漸趨消滅，病者位於半愈之情態，上述病象雖去，但因子宮附件盲腸、迴腸、曲直腸、子宮，以前發炎互相黏結之故，而撒痛及拉痛之現象，則漸漸發現矣。此種臟器黏結，致使位置變遷，形狀縮小，工作爲難痛苦加劇，例如子宮固定性後折（視前）、子宮附件在子宮直腸陷凹內與直腸網膜小腸骨盤邊沿結住，或則與膀胱迴腸曲蚓突腸繫緊結住時常發生撒痛。

此種不斷續之痛苦，能使動作爲難，再因大便作痛致使大便閉塞，或由大便閉塞而下瀉，由下瀉而使飲食減少，由飲食減少而致貧血消瘦，神經過敏，及虛衰等種種現象均發現。而尤以胃部現象，如胃口不佳，噁心，嘔

吐，爲最多。交媾作痛，亦爲點型現象之一，經痛卻常有之。總之此種疾病，雖然並非險症，但是患者積年累月之痛苦，實令人堪憐。

譯者按：我國患此病之女子甚多，普通因不育，或因瘦弱求診者，大都皆患此病，其中尤以淋菌性居多。

患輸卵管積膿，輸卵管漿膜炎，卵巢外膜炎，慢性子宮外膜炎者都不能工作，有者數月，甚至永久。每次復發，必使病者臥牀數月，經年之後，病者似乎已痊愈，一日間忽又體溫增加，而舊病復發，雖然長時期可以停止，但是復發之可能仍是存在。

此種現象，病者在體質上、智育上完全毀滅，外加環境社會關係，工作之艱難，希望之缺少，營養之不充足，唯有經年之老醫知之最詳。

診斷：如醫者能親見疾病之開始，而能在急性時期施於治療，則以後之變化，如月經後交媾後，病菌之上升及加劇，兩輸卵管次第之被傳染，陣式之疼痛，痛苦忽左忽右之變遷，在診斷方面，當然不難。

急性時期：輸卵管處壓痛甚劇，較薄之腹壁，雖不甚顯明，卻可摸得輸卵管之腫脹，外加白帶，體溫增高，以及顯明之前史（淋病，墮胎，子宮內施手術，子宮內異體等等）診斷上當無何種困難。

慢性時期：診斷較爲困難，有時竟不易。第一當解決之點，須問在子宮傍之腫脹，是否屬於子宮附件，第二此子宮附件之腫脹，是否因發炎之故。若醫者所檢得之情形，有如下述者，如子宮傍之腫脹，有一細帶與子宮接連（輸卵管狹），同時邊沿之腫脹，可以摸得，或則該腫已固定，韌而有壓痛，不易移動，大小如小蘋果，則診斷上尙易。

至於輸卵管積膿抑積水，須長時期之觀察始可解決，輸卵管積膿無論縮小或擴大，疼痛始終存在。輸卵管積水非特數月即使五年、十年亦不變，即使每種腹膜壓痛現象以及種種病象，完全消滅，而該種水腫仍可不變。此種情形決非有膿之表現。

較爲困難之診斷爲附件發炎腫脹，與子宮直接黏結。或該腫脹大過人拳。同時外表又硬又平坦。此種軟而有彈力有浪動之腫脹，當然可以疑爲漿膜下肌瘤，或卵巢瘤（並非絕對不可能）。如前史以及體溫增高等現象不甚顯明，不能移動之瘤腫，總以發炎居多，尤其兩面皆有之腫脹雖不甚劇，亦爲輸卵管腫脹無疑。

前史如何，爲輸卵管炎與輸卵管妊娠在區別診斷上非常重要。因爲觸

診上，不能區別輸卵管內所積者，是血抑是膿。不過輸卵管妊娠，普通僅一邊，反之輸卵管炎，大都兩邊皆有，當然亦有單面發炎者，或兩面均發炎，而僅一面腫脹如瘤者。或兩面開始時均腫脹，而在檢查時，一面已退消，難於摸得，僅存一附件腫脹。

如兩附件瘤均在，則大致非輸卵管妊娠，惟兩面輸卵管妊娠，或一面妊娠，一面積血（或瘤腫）等例外現象亦是可能。

此處唯有以後之觀察，可以決定，如輸卵管瘤，在數日後，即刻縮小發硬者，則其中為積血，或漸被凝結之血所包圍，如該瘤日漸向子宮直腸陷凹下降，而漸擴大，將子宮推起，使其位置遷移於側面，則為子宮後血塊，乃因宮外孕所致，而非發炎（圖三百四十七）。



圖 三 百 四 十 七

巨型子宮後血塊，子宮被推向前，直腸被壓，直腸子宮陷凹突起，與附件粘住(照 Hofmeier, Handbuch der Frauenkrankheiten, 17. Aufl.)

如在觸診時，不能摸得全部，則在區別診斷上，便發生困難。例如醫者僅摸得子宮直腸陷凹之瘤，同時此瘤與子宮非常接近，則醫者不能知道，此瘤是屬於何處，可誤診為子宮後折妊娠，將子宮作為子宮頸，而將該瘤作為有孕之子宮。如此在治療上，亦發生極大之錯誤。如試豎子宮之手術（視前詳）等等。

或則另一種問題，例如子宮後瘤腫已探得，但不知道此瘤腫為小骨盤中固定之卵巢瘤，抑是固定性子宮附件瘤，抑由子宮附件所產生之膿液。積住於子宮直腸陷凹內。至於體溫增高，上述各症，均能有之。血塊在吸收時，可以有輕性之體溫增高，或因繼續受外界之傳染，而發生甚高之體溫，患卵巢瘤者之體溫增高，僅在蒂柄過旋時。如純粹發炎，體溫當然增高甚劇，腹膜刺戟情形，當然也甚顯明。

子宮直腸陷凹積膿，與積血相反，可忽然發現，位於子宮後壁內側，而不移動，同時產生甚兇險之現象，尤其正向陰道壁推進時。總集上述種種，必可使一假定之診斷，有時亦可得到正式之結果。

屢次因診斷不確實，致使治療為難，下述兩法，則頗有幫助之價值：一為麻醉檢查法；一為自陰道後穹窿刺抽法。惟此兩法，普通醫者應用時，並非毫無危險。

麻醉檢查，對於不易明瞭之病症，果然為一良好之幫助，但過重之手壓，能將子宮直腸陷凹積膿破碎，而使腹膜發炎，或將輸卵管妊娠壓破，致使患者出血過多而死亡。

著者曾割兩例（參考八），在檢查時均能摸得大如手拳硬而有核之子宮左面附件瘤（麻醉檢查均有同樣之結果）。惟因二患者，均在絕經之年，恐其有惡性變化，遂為之刀割，及至剖腹後，所發現者，為一個巨大叢疊之大腸曲處腸脂垂（Appendices epiploicae der Flexura sigmoidea）。於此可見診斷上之不易，有時為難處，非在剖腹後，難於斷定。

與麻醉檢查，有同樣之價值者為刺抽法，此法可供診斷之準確，若所抽出者為血，則為積血。無液體，則為血塊，是液體，則為卵巢瘤。是膿液則為輸卵管積膿，或子宮直腸積膿。

此種刺抽診斷法，果然甚佳，但亦有缺點，如所抽之血來自穿破之靜脈，或抽出之液體，來自羊膜內，此外在抽後，病菌可以由此入內。

對於輸卵管積膿，及子宮直腸陷凹積膿，果然無妨，惟有積血者，被刺抽以後，如其不即刻剖腹施以割除，則傳染之危險甚大，因在刺抽時，由外界侵入之菌類，正可借此從容發展，若在已傳染後再施手術，則病者可得

傳染性腹膜炎而死亡。或該積血發臭，竟不能施行手術。

於此可見，每一次應用刺抽法事前當將陰道消毒週到，醫者之手亦應消毒，刺抽之針，當絕對無毒，故不能在門診室內爲之。醫者當有即刻開刀之準備，換言之，普通醫者以不施此種手術爲佳，最好送醫院治療之。但醫院中之醫者，絕對不可對院外醫生不施刺抽手術而過責之。

(2) 治療

對於子宮附件炎之治療，一如其他發炎，首當靜養，尤其對於急性者。此地絕對不能作爲輸卵管瘤腫治療之。決不可如其他醫者，將該種上升性之傳染，不論有無腹膜炎，不論位置如何（小骨盤內或已上升），不論體溫如何，脈搏如何均一一剖腹割除之。當然此種大錯誤對於淋菌性發炎，及膿菌性發炎特甚。（此書將產褥性之傳染有意不記載，以免與著者所著之產科書重複。）

淋菌性發炎，雖然來勢甚兇，但不久急性現象，即刻消除，同時一切發炎現象亦均慢性化、局部化。剖腹治療危險甚大，此地傳染菌之蔓延，正不堪設想，（如由骨盤腹膜局部發炎，而蔓延至全部腹膜薄炎，將預後頗好之病症，變爲不佳之預後。故對於此種急性發炎，最好用熱濕布包，鴉片 Migränin, Pyramidon, Lakto phenin, 特別是靜臥，可使急性發炎及痠痛現象立時減輕。故此處最佳之藥品爲待候，醫者與病者，均當非常忍耐，設如溫度高升，延時過久，局部治療不能實現，則醫者可激刺治療（用蛋白治療），有時能得到病者漸愈之主訴。

著者曾試用 Novo-tropin 一公撮（皮下注射），Terpichin（一公撮），Terpentinol（松節油），Caseosan, 牛乳五至十公撮，yatren-Casein, 肌肉注射，而以最後一種，成績最佳，將熱度及疼痛甚快去除。惟該種肌肉注射，最好在寒熱，疼痛，全身不適，及惡心完全消滅以後，再行第二次注射，可是多過 6—8 次注射，事實上並無益處。

Bösken 氏（參考九）以爲鈣質治療（Calcium Sandoz）每日十公撮。靜脈肌肉交換行之，成績甚佳。

Banerchin（參考十）謂用肌肉注射 Fibrolysin, 有良好之成績（每三四日一公撮）

Pfalz（參考十一）謂硫黃注射，如用二至三針零三至零五公撮無蛋白質之 0.3% 硫黃膠質 Sulfrogel V. Heyden, 有相當成績。

臥牀愈久，該病愈能自愈，或變爲亞急性及慢性。總之可使急性漸漸退化。慢性輸卵管炎之治療共有兩法。

保守性及開刀式，醫者應擇前者，因爲患者少年女子或壯年婦居多。

該種人當然不可把生殖器隨意割除，此地保守生殖器機能，幾乎與治療有同等重要。

按壓與壓制治療，均有害處，蓋當發炎時，凡治療方法，能使病者感覺痛苦者均為有害，尤其將發炎之輸卵管捏和壓。

此種壓制治療，完全是想像，如要去除發炎不應限制組織之營養，當加速其之新陳代謝。故保守性（參考十二）之治療，乃欲使發炎之病灶被吸收。最好吸收之方法，為用局部熱治療，使組織充血，發熱處愈接近發炎處，效力愈大。故用燈光之熱力照腹壁，用熱濕布圍包，均不及將熱力直接放在陰道內為有效。惟此種熱水洗陰道，及長期洗濯，又不及透熱電（Diathermie）治療為有效。（一種 Joule 氏式電熱，直接產生在組織內。）

著者先用燈光照腹壁，依 Fritsch 氏所發明者。此種燈架之構造有如下述，架用石棉製成，內裝四至六盞燈泡，在頂端開一洞，以備安放溫度表，應用時將該架罩在病者腹部，架上再用絨布蓋住及束緊，開始時先開三燈，在第一次治療，需時二十分鐘，最高熱度為攝氏六十度，第二次在七十熱度下，亦照二十分鐘，如此漸漸加至攝氏一百度為止。

此法之缺點，不是在不小心，或手術有誤，其最大之缺點，乃是在患該病者，身體均柔弱，貧血亦甚劇，其皮膚甚易被燒毀。

如病者在用此種燈光熱浴後，無何種反應，如體溫增加及極度痛苦則即可繼續用透熱電治療之。每日一次，每次二十分鐘，在開始三次，當用大電板，放在荐骨處及下腹，若是病者能忍受，則可改用陰道腹壁治療，一電板放在腹部，另一放在陰道內，每十二次為一期，三期以後，當有三四月之休息，始再繼續之（第二十三篇）。

透熱電之效力，非常奇大，應用時並不產生痛苦，且能使病者得有舒適之感覺，惟亦有多數患者，在第一次用透熱電以後，能感覺在發炎處之痛苦更劇，同時有神經過敏以及刺戟之情形，可以發生，惟不久即能去除。此種透熱電力可使子宮附件發炎及腫脹，完全消滅，或至少可以縮至甚小。至於專用此法，足夠與否，須看各病者之反應如何。如電療以後，腫脹非特縮小，而且痛苦亦除，病者之白帶亦減少，並可起立及動作，同時如病者對於生育已無問題（指已有子女而言），則治療之結果，乃屬甚佳。但亦有不能完全如此者。故醫者不能擔保能將病症全部治愈，可是較為好些，無論如何必可達到。

最新用短波電治療法（Kurzwellentherapie）所產生之熱力較強，故現今用者日漸增加。其優點，即使急性發炎，亦可用之。〔可以退熱止痛。

Raab 氏、Finaly 氏（參考十三）、Vogt 氏（參考十四）、Dalichau 氏等。）

用小量 X 光大而積放射 15—20% 皮膚單位，L. Seitz 氏（參考十五）放射亞急性，及慢性子宮附件炎，得有甚大之效果。

假使病者，不能入院治療，則可用別種發熱方法在家爲之。

用一隻火酒精燈上裝煙函管，折一灣，將其末端空懸於病者下腹部之上，再蓋一絨氈，使病者之腹部覺有熱氣。

或與病者購一洗濯器，其洗濯管如燈泡形，有進出管各一（名 Pinkus 泡管 Haos 氏）（圖一百十二）每日晨晚各一次，用熱水二十公斤不斷續洗之。

置有用魚石脂（Ichthyol）、硼酸（Acid. boric.）、碘（jodl.）或明礬（Alumen），加甘油，做成紗布栓塞，亦可助理吸收，再加局部治療，亦可得到相當效果。最後在 Sole 及 Moor 中洗浴，也能得到相當效果（參考十六）。

若醫治之目標，如病者工作能力及健康狀態，仍不能達到，則盲目繼續往下治療，也是無益。此地當以社會經濟情形爲目標，假使病者境況充裕，終日所事，僅飲食聚會及散步而已，如有病痛即可臥牀，亦即刻可以延醫求治，此種病家，醫者盡可長期如此治療，蓋病者所需要之勞動，不過如此而已。

反之假使病者所有之職務，爲沉重之工作，事實上不能延時太久，否則必致飢寒交迫。此種不幸之病者，因爲治療時期之不適合，痊愈之希望反而延長。病者因痛而不能用全力工作，致使無工作可得。而愈感人生無樂趣。以其如此，不如用一簡短方法，將其痛苦立刻去除，使病者得有早日工作之可能。故以前用刀割治療貧病患者多於富者。可是此種所謂救濟方法，惟據從經驗得來，絕不如此。刀割之適應症，決計不能以社會情形爲標準。事實上必需待發炎處無危險存在時，始可施用刀割，以免手術後腹膜發炎。至於要知道發炎處有無危險，則可用激刺法試之（用透熱電，或陰道球灌汞壓之 見前），如有菌類存在則用透熱電，或陰道受重壓後，即刻體溫增高，否則此兩種均使吸收加速之治療，而無何種反應。

著者在本醫院中，則用紅血球沉澱速率法（Linsenmeier Fahräus 氏）（參考十七）爲刀割之標準。

紅血球沉澱速率之法甚爲簡單，所需要者，僅刻度基準之玻璃細管數枚。每一管，以容一公撮爲標準。直徑爲五毫米，在口處十八毫米下，刻一標記，醫者先抽 0.2 公撮 5% Natrium citrat. 於注射器中，再從病者靜脈中抽 0.8 公撮血液和之。和後之血，灌入玻璃細管中（名曰沉澱管），傾搖數次後，直置於桌上，靜待其自動沉澱。醫者當將開始之時間記錄之，及至紅血球沉至 18 毫米之標記處時（即紅血球與血清分離至該處時），再將其至刻線處之時間記錄。若兩記錄之時間相差在一小時以上，則腫脹中已無病菌。惟此種沉

澱，不能作為診斷之用，但可證明病者體內之蛋白質分量在增加與否。（此種紅血球沉澱加速，身患急性發炎，癌腫及妊娠者均有之。）

以陰道內細菌存在之多少，作為預後上之決定，此處至少是不可能。因陰道內含有甚多菌類，與子宮附件腫內之病菌毫無關係。

至於割除含有菌類之子宮附件腫脹以為無危險之說，當絕對反對，僅一例因適應症錯誤而遇死亡者，即可反對之。

刀割子宮附件腫，普通均以刮腹為佳，僅例外可用陰道切開割除法。在開刀以前，醫者當完全了解何處宜割，何處不宜割。病者之月經排卵及卵巢機能，是否應當保存，病者之生育希望是否經過手術後，完全斷絕。醫者當有絕對之全權決定之。此種問題，更其不能在刀割前決定，必需在刀割時始可決定，蓋傳染愈深愈大，保守性治療愈難見效之病，刀割時當愈絕根愈佳，以免此病再發，至於絕根割除如何進行，當依病者之情形而異。

最可靠之法乃將一切傳染病灶割除。如其子宮兩附件，均有腫脹，則將子宮及蚓突腸一同割去。現在此種手術之技能，精益求精，故死亡率幾等於零。此種手術即使腫脹與骨盤壁或腸黏結甚緊，或在解除黏結時尚有膿液流出，亦能用手術截除之，惟事前應絕對證明該腫脹內已無菌類存在。如此腹壁陰道切開處，無需塞排液管，病者手術後，恢復亦快，手術後之經過，亦無體溫增高之情形。

僅肥胖病者，當放一排液管於脂肪層之創口處，較為妥當。

手術範圍愈縮小，則剩餘之部份，可以積膿，反使恢復時期延長，而痊愈之希望反遭阻礙。

自從一切縫線均用羊腸線後（不用一根絲線），積膿之危險已減少多多。以前因絲線縫結腫脹，致使積膿延至數月數年不停，在現今之手術下，已不復再有矣。

至於必需割除之處，為全部發炎之輸卵管。假使兩輸卵管均發炎則當在子宮底處，錐一三角形之洞，將輸卵管之間質部一同除去。但是仍不可保子宮底端，有無傳染之可能。故現今遇有二輸卵管腫脹，將輸卵管及子宮底一同割除（圖三百四十八）僅留一小部份，以供月經循環。

假使卵巢亦有積膿，而同時又不能與輸卵管及環境脫離時，則手術亦當將其一併或大部份割去之。惟有一為難處，此即割除卵巢後，經血既不再轉，其他生殖器亦全無用，事實上亦毫無意思，僅將子宮底段切除。故此

地不妨將全部子宮截除。(連子宮陰道段也不留，因留子宮陰道段，該處可以流出甚多不易醫治之病理性白帶。)以前以為從剖腹將全部子宮割去為難事，現在手術精明，已不成問題，尤其遇有肌肉發炎厚化之子宮，更當割除之。

反之如卵巢之一部份，可以設法保留，尤其年青女子，則醫者當設法，將子宮健全一部份盡量保留，以備將來轉經。如上述之可能性不能成為事實，則醫者只可用卵巢移植法。醫者將已割去之子宮附件，用無菌紗布包之。在手術將終了時，再細細觀察該割去之附件，有否卵巢部份，可以應用，再將其可用之處，切成細片，不用針縫，放於兩邊直肌與直肌陷之間，因此處萬一遇有膿菌而發炎即可取出故也(參考十八)。

若該切片能寄留而無何種發炎現象，同時病者之子宮也能存在，則在數月後，月經循環，仍可恢復。惟此種月經至多延長數年後，亦永久消滅。

用本體之組織移植 (Autotransplantation) 至少暫時還能保持病者生殖腺內泌素循環，假使用他人之卵巢移植 (Homoiotransplantation) 則所得之成績大都不良，因為每一組織，在他人體內生活之可能性，甚少故也。(惟可一試，用他人之卵巢，不能來自梅毒者，醫者當先檢驗華氏反應。) 並且最好用血型相同者。故找一個異體卵巢，甚為困難。健全之卵巢不易得，有病之卵巢取之無用，惟有患子宮癌之卵巢，或許可以借用。但是移植

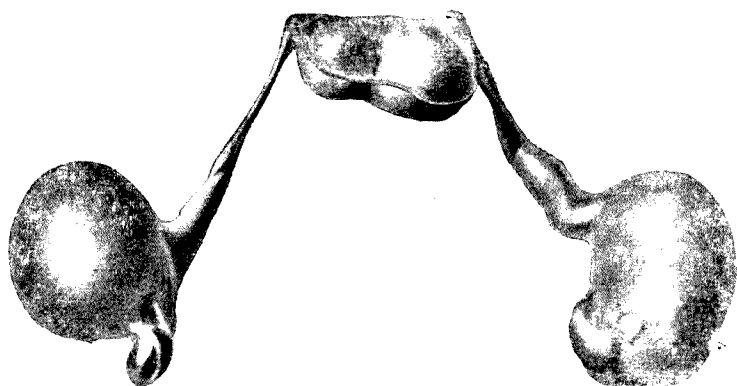


圖 三 百 四 十 八

雙面輸卵管積水成袋，與子宮底高處截斷，一同割去，一部份子宮及卵巢均留在腹腔內，以供月經循環。

之有癌之卵巢，恐怕也難受歡迎，蓋醫者難知此種癌腫，對於全身之損傷情形已至何種地步。欲在著者醫院中，移植該種卵巢，時常發生困難，因著者不願使患者再加一種新病。

願將二健全卵巢之一送給他人，即使著者亦不願為，即使接受者亦不願接受他人之肉體，至少經驗所得，凡賜者受者雙方均不知，則當然毫無問題，可是有一方得知此情，即發生不快之反感。另外不使病者得知，此種手術則又非醫者所當為。

有時在全部卵巢剷除以後，尚有月經發現，以前以為有卵巢小部份無意餘剩所致，後來始知，此種現象完全心理作用（參考十九），此種心理性出血（Psychogene Blutung），卵巢保留之女子，亦有之（參考二十）。

Goedecke 氏，發見陰道粘膜炎腫，及充血原因，為卵巢全部割去之故。

有些專家以為（如 Hœnck, Ebeler Kok 氏等）子宮附件腫脹，一如腹膜結核（視後），僅將腹剖開，病者之主訴不適，以及客觀病灶之變化，均能改善，甚至有者就此痊癒。

雖然該種手術，死亡率甚少，積膿復發，亦是甚少，但不能以為此種手術絕對無危險。亦不能以為病者所有不適，開刀後均能去除。

血液栓塞與剷後肺炎，為手術後常有之事，再刀割後創處與其他再行黏結，亦不算少數。雖則現在技能逐漸改良，可是缺點仍未完全消滅。（醫者現尚不知上述數種發病之來源，以及發展。）故預後亦不易決定。此地非特與發炎之地位大小有關，即病者之體質，及體內自動發酵之驅除，均有關係。總之此種栓塞等症之成立與否，完全與各病者之個體有關，故預後非常不易斷定。

從陰道將附件腫脹割去，甚為困難。當然因附件炎而造成之子宮直腸陷凹積膿，則當從陰道割開，使膿流出，故最重要為診斷，如診斷確實，則普通醫者，亦可將陰道後壁切開，使膿流出（視後）。

此種手術後之成績能甚好，假使除子宮直腸陷凹積膿外別無何種發炎存在，則施術後體溫即刻下降，數日後膿液排洩停止，一星期全部均愈。

可是普通在此種積膿之外，尚有輸卵管積膿，惟亦可從陰道將該積膿取出，蓋此種積膿，以取出愈早愈佳，以免將來積多後穿入腹腔，而成為腹膜炎。欲使積膿易於結殼，及病菌無蔓延之危險外加手術簡便，唯有從陰道施手術，別無他法。

若輸卵管積膿，與子宮直腸陷凹積膿，連貫一起（則後者之積膿必因輸卵管積膿破碎所致）。而在陰道刺破後，內部膿液皆可流出。同時病者感覺輕快。惟如該膿一時不能完全流盡則，將來有成為輸卵管陰道瘻管之危險。蓋受傳染之輸卵管黏膜不斷續排液，而變為慢性，此時當然不能

謂病已痊愈，而只能說舊病多一種混合症。此地唯有用剖腹，將輸卵管割出，然後流膿可以停止。但是此種瘻管成立後，病菌寄生必多而且雜，則剖腹手術，有相當之危險，醫者當絕對詳細考慮及長時期待候，然後始可施行手術。於此可見子宮附件發炎無必要時，絕對不可隨意從陰道刺穿子宮直腸陷凹，此外子宮附件積膿能下降於子宮直腸陷凹內，一如子宮直腸陷凹積膿然。故對於非子宮直腸陷凹積膿，醫者仍用保守方法治療為佳，如臨牀病象過於沉重（如痛苦，腫脹長大過速，體溫增加甚劇），則可先用刺抽方法，將內容抽出，以救其急，著者屢試數次，並無瘻管成立，有時遇位高難從陰道刺抽之輸卵管腫脹，如其中之積膿並非淋菌性，同時積膿之殼有脹破危險之時，則病症雖尚在急性時期，亦得即刻剖腹為之割去。當然此種手術之危險甚多，但不施手術隨其往下長大，則在破碎後，腹膜炎之危險更大。唯在可能時，仍當先試用刺抽法，如此法不能達到目的，則當用上法治療之。

卵巢細小囊腫化，及輸卵管積水可以由無何種壓痛，瘤腫之形狀，以及大小不變等情，探摸出來。此種膿腫無論有意或無意將其壓碎，事實上並非危險，有時尚可助之痊愈。如該種腫脹與陰道穹窿接近，則當然可用刺抽法，將內中液體抽出，該瘤腫即可永久消滅。惟真確之診斷甚為重要，否則還是不施手術為佳。

對於從陰道割除附件瘤腫，唯有在特別情形之下始可為之，例如子宮患肌瘤，或子宮不定期出血，而同時尚有附件瘤者，則從陰道割去子宮時，附件瘤一同割去，亦是應當。即使附件瘤甚大亦應一同割除。

尚有一種可以從陰道割去之適應症，即如手術前已決定將全部子宮割去，同時醫者對於此種較難之陰道割除法，有相當經驗。而遇有左面輸卵管腫脹，同時不與蚓突腸粘結，則醫者在兩者分離後，及輸卵管割去後，亦可將蚓突腸從陰道割去而無何種困難。

輸卵管瘤腫（參考二十一）

輸卵管在內生殖器中甚少，有產生新生物之傾向。故輸卵管瘤乃是一種極少之病症。輸卵管癌，據著者調查所得，較前增加，惜此種診斷，至今尚是困難，故在剖腹時發現輸卵管癌之初發時期（參考二十二）（圖三百五十一），實在偶得。至今在醫史中有三百例，開始時即在輸卵管內，尤其在壺腹部處之癌腫，形如乳頭或小槽，或在二者之間，甚少硬性化者。該處癌腫之移植，不由淋巴腺管（一如子宮體癌，直入大動脈淋巴腺體），即由

輸卵管氈毛內膜之蠕動，經過輸卵管腔，而移植於子宮腔內。由此組成之癌細胞叢，侵入子宮黏膜之內。或由癌細胞直接穿破輸卵管壁，而侵入腹腔之內，生長於卵巢、腸、網膜、及子宮直腸陷凹之上。

現在兩輸卵管癌之發現報告日漸增加。(Haselhorst 氏) (參考二十三) (Speiser 氏 (參考二十四)、Goecke 氏及 O. Saitz 氏)。

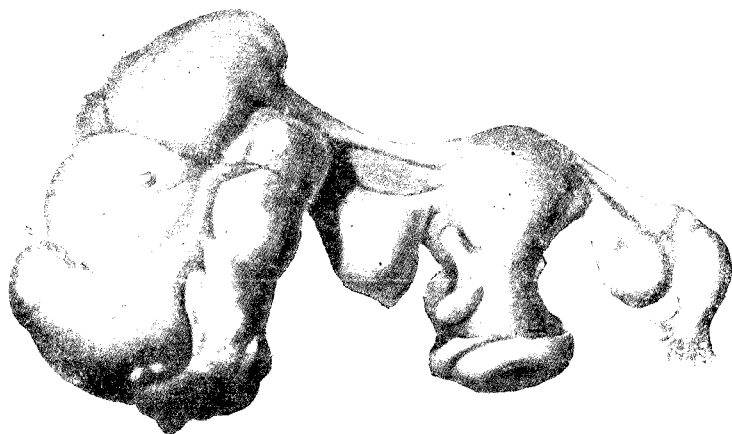


圖 三百 四 十 九

左輸卵管癌、子宮、雙卵巢及右輸卵管，肉眼觀察似乎健全，該癌起自左輸卵管壺腹部（從陰道絕根割除子宮，及兩子宮附件）（自後視）。

繼發性輸卵管癌，皆由淋巴腺管來自子宮體癌，甚少由卵巢癌直接移植者。絨毛上皮瘤，在輸卵管妊娠以後能有之。輸卵管肉瘤為數非常稀少 (R. Schröder 氏)。

原發性輸卵管癌之病象，與腫脹發炎相似，就是在觸診上亦不易區別。因癌之黏結亦甚固，移動亦甚難（圖三百四十九），唯一可疑之地方，即為單面輸卵管腫脹，及有血性之白帶，自子宮流出，同時發生陣痛然之疼痛，此外迅速之生長，及無體溫增高之現象，患者之年齡多在絕經前後之年。

醫者曾有一例，第一次檢查時，內生殖器全部尚是正常，可是在三月後，全部骨盆腔均為輸卵管癌組織所充滿。

診斷：普通均在剖腹後始發現。故遇年老婦患子宮附件腫者，最好將子宮一齊割去，反之患有子宮體癌者，最好將附件一齊割去。

預後：不佳僅數例永久痊愈者。醫者除將子宮及附件全部割去外，尚需用 X 光繼續照射之。

輸卵管善性瘤腫中有肌瘤、纖維肌瘤、脂肪瘤、淋巴腺瘤 (Höhne Schiffmann 氏)、皮樣瘤 (參考二十五) 及黏膜瘤等。

參考一 Fränkl. O., Tube, in Henke-Lubarsch, Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie Bd. VII. 1. Jul. Springer, Berlin 1930.—Veit. J. Die Erkrankungen der Tube, in Veit, Handbuch der Gynaekologie, 2. Aufl.

參考二 Bucura, C. Die entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Jul. Springer, Wien 1930, und Handbuch der Gynaekologie von Stoeckel-Veit Bd. VIII.—Heynemann, Die Entzündungen der Adnexe und des Becken-peritoneum in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. V., I.

參考三 Uebermuth, H. Zbl. Gyn. 1936, No. 32. u. Dtsch. Z. Chir. 1936.

參考四 G. Fischer, jena 1935, 4. Aufl.

參考五 Boerner, 2. Geburtsh. 1930. Bd. X CVII. Gegenbach, Z. Geburtsh. 1930, Bd. XC VII.

參考六 Hartinger, L. Dtsch. Z. Chir. 1932, S. 631.

參考七 Wachtel, M., Zbl. Gyn. 1928, No. 23.

參考八 Stoeckel, W. Münch. Med. Wschr. 1923, No. I.

參考九 Bösen, Zbl. Gyn. 1930, No. 12.

參考十 Bauereisen, Zbl. Gyn. 1930, No. 6.

參考十一 Pfalz, Arch. Gyn. 1930, Bd. CXLIII.

參考十二 Doederlein, G. Konservative Behandlung der entzündlicher Adnexe-erkrankungen. G. Thieme, Leipzig 1932.

參考十三 Finaly, Zbl. Gyn. 1934, No. 18.

參考十四 Vogt, Strahlentherapie Bd. LL. 1934.

參考十五 Seitz, Strahlenther. 1930, Bd. XXXVII.

參考十六 Engelmann, W., Zbl. Gyn. 1932, No. 21.

參考十七 Fahräus, Hygica 1918 (schwedisch) Biochem. 2. 1918 Bd. L XXXIX The Suspension-Stability of the Blood. Stockholm 1921,—Frommolt, Zbl. Gyn. 1924, No. 6.,—Frommolt, u. Motiloff, Zbl. Gyn. 1926, No. 6.—Linfenmeier, Die Blutkörperchengeschwindigkeit u. ihre Bedeutung für die Gynaekologie in Holban—Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. V. 3. Reichel, Blutkörperchengeschwindigkeit, J. Springer, Berlin, 1936.—Offier, P., Neue Deutsche Klinik 1936, 4, Erg. Band.

參考十八 視月經篇之參考五十七及 Unterberger, Arch. Gyn Bd. CX.

參考十九 Schwab, Zbl. Gyn 1930, No. 4.

參考二十 Novak u. Harnik, Zbl. Gyn. 1929, No. 47.

參考二十一 Dietrich, Die Neubildungen der Eileiter in Halbau Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes Bd. V, 1.—Nürnbergger, L., Die Neubildungen der Tuben, Handbuch d. Gynaekologie von Stoeckel—Veit Bd. VII.

參考二十二 Frankl, O., 2, Geburtsch, 1929, Bd. XCIV.

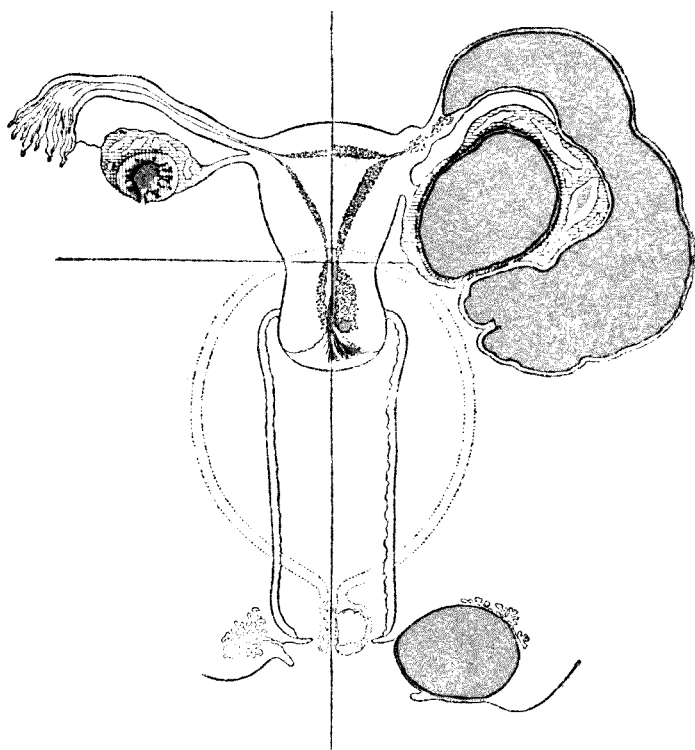
參考二十三 Haselhorst, Zbl. Gyn. 1931, No. 41.

參考二十四 Speiser, M. Zbl. Gyn. 1931, No. 11a. 3.

參考二十五 Neumann, H. O., Arch. Gyn. 1927, Bd. C XXX.

第十六篇 女子淋病(參考一)

原發性女子生殖器淋病以尿道及兩傍之腺體(Skenesche Drüse) (圖



圖三百五十

女子生殖器患淋病之位置(略圖照 Menge 氏、Opitz 氏、Handbuch der Frauenheilkunde S. 415)左正常,右各臟得病後變異情形。

前庭大腺輸出管積膿(黃色),淋菌性尿道炎,尿道傍積膿(黃色細點),子宮陰道段糜爛(紅色),子宮頸淋菌性炎(黃色),子宮內膜淋菌性炎(黃色細點),輸卵管狹部核形炎,輸卵管積膿(黃色)及輸卵管縱向內凹,黃體積膿(黃及紅線)中有子宮外膜炎,輸卵管外膜炎,卵巢外膜炎,骨盤腹膜炎(黃線)。

三百五十一、三百五十二)，女陰及前庭大腺 (Bartholinische Drüse)，子宮頸為最多，淋菌寄生於陰道內者甚少。淋菌繁殖蔓延，僅在表皮而不深入。再該菌與其餘病菌，尚有不同之處，即此菌無需創口，即使健全之上皮，亦能侵入，普通淋菌，最易侵入單層上皮，次為複層上皮，甚難侵入多層上皮。例如陰道內之表皮，尚在軟嫩及單薄時代，如幼女及發育時之陰道內膜，如娠時浮腫及流血之陰道內膜，或老年時已退化之陰道上皮，均易被該菌侵入。

淋菌原始傳染之處，依女子之處女膜是否破碎，而分下述兩處。如女子在初次性交時，亦為淋菌侵入之時。除尿道女陰外，陰道亦是傳染處。反之子宮頸口尚小，且有子宮頸粘液塞住 (Cervixpropt)，故不易侵入。

如淋菌侵入已生產女子之生殖器，則其之陰道口已大，陰道上皮已厚化，子宮頸口已寬鬆，故在性交後，女陰、尿道，可以不受淋菌傳染，陰道因上皮太厚，淋菌不能侵入，惟有子宮頸可被精蟲及其液體射及而單獨受傳染 (圖三百五十一)。

Asch 氏，謂子宮頸普通為淋菌原始傳染處。及至二至四日預伏期後，子宮頸所排洩之液體，流出於外，再傳染尿道，如此尿道可不繼續受外流含有淋菌之液體傳染。

至於淋菌如何上升，及在何種條件下上升，須隨時各異。有者在月經時，有者在產後期內，更有者在不清潔之檢查後，或手術後，諸此均為病菌上升之機會，而使子宮內膜炎，輸卵管炎，輸卵管作膿，骨盤腹膜炎，及子宮固定性後折等，前數篇已述之病症。故醫者當對病者解釋此種淋菌深入之危險，將來不能復原之理由及此後

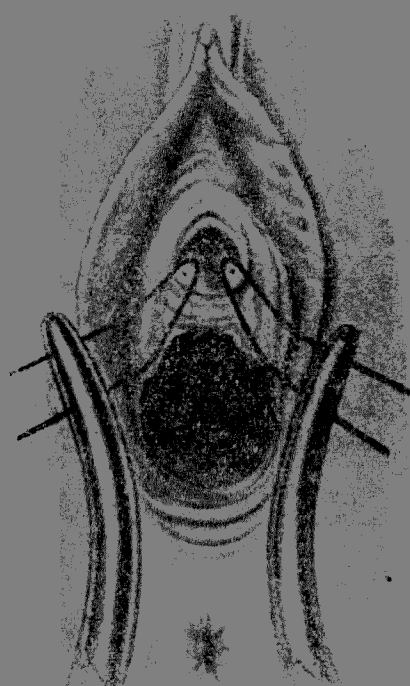


圖 三 百 五 十 一

Skene 氏陰體放開法，見淋菌之侵入 (圖 3)

Kelly 氏) 陰道液體

所得之痛苦。

自從美籍德人名 Vöggerath 氏(參考二),在一八七二年,將此種危險公佈於世後,世界醫者遂亦非常注意,雖然彼時該氏之見解過於悲觀,但大體上卻是非常有理(圖三百五十一)。

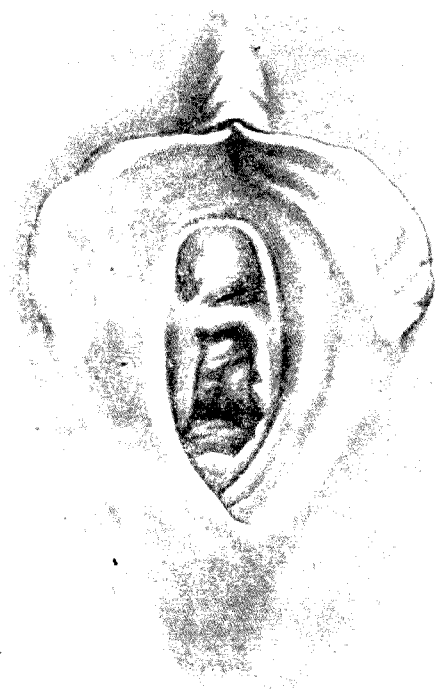


圖 三 百 五 十 二

右 Skene 氏腺體急性炎(假性積膿)

該腫脹擴大尿道,外口並將尿道腔推向左邊。

患慢性淋病之女子,中有 30% 需要醫院治療。

現在一班青年男子,對於淋病之危險,尙未有相當之了解,尤其不知此種病症,對於女子之危險更大。

從前那種放浪見解,以爲患淋病,乃是男子慾性上完成之證明,無需求醫診治。可惜此種見解至今尙未完全消滅。此地用真誠之解釋及勸告,

乃是醫者積德之舉動。因此種病症，如不及時診治，則在男子方面將來能發生無精子，不育之危險，在女子方面如骨盤腹膜發炎，輸卵管積膿，則將來有不育之危險。如輸卵管內膜發炎，則有得宮外孕之可能，宮外孕破裂，危及生命。外如有生育，則胎兒之日，可因淋病之故而遭失明。此種一時之錯誤，而成爲終生不可挽救之苦痛，豈不可惜。所以無論何人，對於此病，微有知者當盡心宣傳，其爲害之大。此種非特對於個人利害甚大，整個社會及國家，均有相當之影響。歐美各國之設有婚姻諮詢所（Eheberatungsstelle），此病亦爲其中理由之一。爲兒女着想之父母，在今日之下，決計不願其兒女娶或嫁一有淋病之女子或男子。至於知對方之健康如何，只須向婚姻諮詢所去檢查即知。在今日經濟情況之下，健全者，決不願與一不健全者結婚，何況此種性慾之疾病哉。現在歐西各國禁止該種患者之行動，非常嚴厲。歐洲之醫者，有權禁止患者與異性交際，若該種患者，不按時就醫，醫者有權警告之或依法訴之。惟其他一方面，醫者有絕對保守祕密之義務，故歐美之娼妓（公開者），皆當於每星期往衛生局檢查一次，以便隨時診察（參考三）。（若我國如能仿效，則性病之來源，當可減少。）

一子或一女之家庭，其原因大都爲淋病。蓋出嫁後之女子，在第一次性交時，或受孕時被傳染，如此第一次產後，產褥期即患內生殖器炎。輸卵管因發炎而閉塞，而成爲永無生育者。（有一部份女子雖有極重之病，對於生育似乎毫無希望者，但愈後仍能正常受孕及生育者。）娼妓之不能生育者，大都爲慢性淋病所致。

淋病菌可以上升入子宮等處，亦可以由尿道而入膀胱，而入腎盂。惟此種傳染，爲數較少，蓋膀胱各處之收縮處甚緊，病菌不易深入。故膀胱淋病性炎，以醫者之器械傳染爲多。

直腸淋病居十分之一至三。（各依檢查之方法，及娼妓之接觸而異，Baer氏、Juliusberg氏、Eichhorn氏。）直腸原始性淋病，僅雞奸之男子有之。續發性者，可由陰道流出之白帶，粘住於肛門，然後再入直腸而發炎。

淋菌之傳染以性交爲第一，惟他種方法亦可傳染，如醫者之手，及手術器（如陰道張開器、棉花鉗、子宮托等），或母女同浴或共用一物（如面巾、浴布等）而傳染。或嬰兒之口鼻與染有淋菌液質之手指接觸者（爲

數甚少)。或破裂之皮膚淋菌性手指疔(Panaritium gonorrhoeica),淋菌性乳房炎(Mastitis gonorrhoeica)遇及淋菌液體,亦可直接傳染也。惟淋病性爲一非常軟嫩之病菌,僅人體可供其寄生,離之卽刻死亡。

患淋病者絕無淋病免疫性,故患者愈後,仍可復得,惟實際上有夫婦患淋病而無病象者。若其中一人與第三者性交,則第三者可發生非常沉重之淋病。或該夫婦與一第三患淋病者性交後,則該夫婦仍可得甚重之淋病。

或則夫婦間之淋病互相移動,換言之夫者之淋病已愈,而妻者尙未痊愈,如此性交後,爲夫者仍有復得甚重淋病之可能。(本來患者在平常慢性時,可以毫無何種病象。)此種往來不息之現象,醫者最感不便。故兩者均當同時就醫,及至痊愈後始可性交。

淋菌雖然僅蔓延於平坦之粘膜上,但亦能深入淋巴腺管,或血管內。(如心臟內膜炎 Endocarditis、中耳炎 Otitis media、腦膜炎 Meningitis、關節炎 Gonitis、腱鞘炎 Tendovaginitis, 惟屬少數耳。)

淋菌有一種特性,卽不能與別種病菌同時寄生。通常均被別種病菌所驅逐。故作膿性之前庭大腺炎,及輸卵管炎,如有別種病菌如連鎖球菌、大腸桿菌混入,則淋菌(Menge 氏)已消滅。

至於淋病是否爲結核病之準備者,現今尙未明瞭,蓋真實可靠之證據尙甚多故也。普通以爲不可能,惟仍爲一懸案,尙待將來解決。

淋病之蔓延,據 Menge 氏之統計,有如下述:

急性淋病		慢性淋病	
尿道	4.5%	子宮頸	95%
子宮頸	80%	子宮體	80%
子宮體	60%	子宮附件	50%
子宮附件	25%	前庭大腺	20%

病症與診斷

小兒之淋病性女陰及陰道炎以前以爲是癆性病徵,現在始知其中有淋菌,患者大陰唇紅腫而發炎,內部排出之粘液,停留於此。乾燥粘結,若將兩唇分開,則陰道口紅腫非常,處女膜、小陰唇、舟狀凹皆有膿液,自陰道內流出。在陰道狹小者,可使陰戶塞滿。比較診斷上僅大腸桿菌傳染,初生

兒能有之，處女膜破裂淋病(Dellorativusgonorrhoe)也有如此多之膿液。即當處女膜裂破時，即受淋菌傳染之謂也。此種淋病，大多聚集於膜破處，每性交一次，病症加重一次，因此發炎特甚，苦痛異常，有時炎爛作膿，性交時，可因痛而發生陰瘻。此外女陰亦可副性發炎（經產婦居多），內部流出之液體，使女陰發癢，致使病者不斷搔擦而破皮，如此成立之女陰癢症(Vulvitis pruriginosa)或為將來女陰白斑之預症(視前)(Craurosis vulvae)。

急性前庭大腺炎(akute Bartholinitis)腺處紅腫凸出，附近小陰唇亦紅腫，疼痛非常。其最初受傳染處，為該腺之輸出管，此管之粘膜，可由發炎腫脹，而將該管閉塞。因此腺內之液體，不能排出，便充塞腺管，而成泡形囊腫，後來腺之內容，繼續傳染發炎作膿，而成為一種假性皮下作膿(Pseudabszess)。(附註皮下作膿 abszess 無輸出口處。此處有輸出口處，但被粘膜腫脹閉塞，故僅可名曰假性皮下作膿。)(彩圖六十一)此種作膿性腫脹，可以在一處大半在小陰唇，將組織腐化而鑽一洞，內部之膿液，遂由此排出於外。此膿液流出後，全部病象，如體溫增高，痛及腫均消滅。此種鑽破之處，其易結疤痕，因此第二次腫脹，仍可發生，蓋輸出管已縮小，或完全封閉故也。如此成為慢性之前庭大腺炎，雖亦腫大如棗，或更大，惟無痛苦，及體溫增高之現象。此種腫脹形如半月，普通僅一邊，兩邊同時有之者甚少。能將陰道位置遷移(彩圖六十二)。

尖肉疣(Condylomata acumiata)從未有急性者。僅慢性淋病，始有此種現象，均須淋病所致。現亦知無淋病而白帶甚多者(如在妊娠期)，亦有大如雙拳之尖肉疣(詳女陰炎)(彩圖五及圖九十五)。

淋病上升入子宮體內，未產患之者甚少，蓋子宮頸之粘液塞，能阻止一切病菌上升。(故醫者應注意。不可將該粘液栓塞在患淋病者，無故毀壞之。)如淋病菌已入子宮頸內，則患者主訴，尚無何種不適，此乃子宮第一步受傳染而無何種現象之表示。蓋子宮頸知覺不甚靈敏故也。檢查時所發見之子宮陰道段糜爛，及白帶加多，均不能代表之。

雖然子宮內口之保護力，較子宮外口為弱，但子宮頸內之淋病，仍聚集於子宮頸內。一俟淋菌過子宮內口，而入子宮腔內，如在轉經後然。則此種過程，在臨牀方面，非常清晰。因子宮全部內膜即被傳染，而成為嚴重性全部子宮內膜炎。同時子宮肌肉層亦被波及，而即刻產生痙攣性疼痛，及腹膜

刺激現象。子宮內膜炎後，轉經時受累最甚，此時痛苦亦加劇，體溫亦增高。月經過後淋菌位於底層粘膜炎處，阻止新官能層產生，延時達六至八星期之久。同時月經時之內膜創口，因發炎不能恢復，因此出血不停。為數少而時期延長。一俟該菌消滅後，子宮內膜遂恢復原狀，月經亦如常。

據 Schröder 氏之證明，子宮體淋病，果然在短時期能消滅，但據該氏之意，以為大半患子宮體淋病者，其輸卵管同時亦病。不如以前之說，以為只有子宮單獨患病，而其輸卵管仍保持其原狀，或則後來再病。如此亦可明瞭急性子宮體淋病之所以有如此兇險之臨床現象。惟此種超出於子宮體外之急性傳染，惜至今尚缺少的確之證據。

子宮頸及尿道慢性淋病 (Chronische Gonorrhoe der Cervix und urethre)，與男子之後尿道淋病相同。雖然女子之子宮頸流出之液體已無膿液，或竟無液體流出，外表與健全者無異，但其中卻仍可有少數淋菌，此數淋菌，仍可使無淋菌之男子，受淋菌之傳染。

據 R. Schröder 氏(參考四)證明，謂子宮頸腺體之上皮下深處，時有淋菌寄生，因此可造成之圓形及原質細胞之浸潤，及腺體底細小之積膿，及全部子宮頸腺上皮，被板形上皮所侵佔。

如不孕之女子，其子宮外口處，有膿液包圍，則甚有淋病之可疑。此種膿性粘液，不易刷去，若用刀為之，則子宮頸內部可出血。此種情形可以長期不變，亦無何種苦痛，亦無白帶過多之苦。惟有時在大便下脹時，則此種液體被壓入陰道而排出於外。

輸卵管淋菌性炎 (Salpingitis gonorrhoeica) 在解剖上及臨床上，均不能與其他作膿性輸卵管炎區別 (彩圖六十三)。就是將來波及卵巢，骨盤腹膜及慢性之變異，亦是相同 (視前篇)。

Asch 氏以為，凡是淋菌性輸卵管炎後，輸卵管之腹腔端即刻閉塞，反之其他非淋菌性之輸卵管炎則無如此之速，亦不一定閉塞。

區別診斷上，無論急性慢性發炎，與蚓突腸炎，非常難於區別，有時竟不可能 (視後篇)。

淋菌性之輸卵管 (或則子宮附件) 腫脹，非特在摸診上，即使病者之感覺上，無論在加重，或復發時，均有忽左忽右移動之特性。

骨盤腹腔積膿及粘住，或在直腸子宮陷凹內，有結住性之叢疊腫脹 (Konglomeratmassen)，均可使陰道後穹窿感覺加重。故醫者在陰道檢查時，病者覺得痛苦 (在性交時最感疼痛，有時竟不能性交)。(普通名曰娼妓痙痛 Colica scortorum。)

尿道及膀胱淋菌性炎 (參考五) (視該篇) 與別種病菌所產生之炎症，

無何區別。其特點即在尿道鏡檢查時，可以見上皮下淋菌窠。及大多數尿道兩傍積膿(參考六)現象，及甚少數之淋病後尿道狹窄。



圖三百五十三 淋菌

直腸淋病(參考七)之現象，爲膿液排出，肛門發癢，燒痛，及大便時作痛。普通第一排出糞條之尖端，有一含有膿性，有時帶血之粘液罩。有淋菌之直腸潰瘍，在壓腫及檢查時均非常痛苦。有時此種疼痛，可以如此之劇，甚至不能大便。必須用手術造成人工肛門後，該潰瘍始可靜養，而趨向痊愈。此

外淋菌性直腸四週潰瘍及直腸瘻管均可有之。

診斷：淋病診斷法可分三段：第一段發炎；第二段淋菌之性質；第三段蔓延之大小。

前史之探問，對於新婚者尤其重要。其之奇特主訴有如下述。病者每謂在婚前完全健全，婚後即有小便燒痛之感覺，及以後之性交因感覺痛苦太甚而不可能，本來無白帶之女子，結婚後即有黃色之白帶流出，如若病者在數年或十年後，尙能記憶者，則此種情形，必非常嚴重(否則當然早已忘記)。

孕婦患淋之主訴，當以甚多而帶有膿性不易去除之白帶，爲最感不適之現象。已產婦之主訴中，尙有產褥發熱，及在產後，或產褥期內，腹膜刺戟，或下腹常常疼痛，以及此後不再受孕等等之最顯明現象。

覓得淋菌，並非診斷已畢，醫者當將淋菌居留之地點一一認明。因治療上常有不良之成績，皆因是在檢查時，以爲覓得處患淋病如子宮頸淋病然，即覺診斷已堅固，其他尿道，直腸之淋菌性炎，便不注意，不料將來子宮頸之再度發炎，可由此而生。

此外在診斷上及治療上，均不妥當，如醫者專注意女子之淋症，而男子之淋病隨其自然發展。當然在此種情形之下，女子之淋症不能再發，亦永久不能痊愈。

據 Menge 氏之考察有甚多患淋病者祕而不宣，尤其以男子爲甚，故醫者當應用探問之技能，不探聽病者答話中之是否兩字，而觀察在問答時病者之面色如何以解決之。

所以有時非常不易了解，此種家庭傳染之來歷。醫史中曾有一例，有一農佃戶家庭，其祖父自販馬市歸來，患有淋病，由此傳及女傭，由此女傭再傳染於全家之男子，再由此波及全家女子及全家小孩。總共患者有二十四人之多 (Fritsch 氏報告)。

淋菌(參考八)形如腰子。每兩粒一對，有時在白血球內，及上皮細胞之上(圖三百五十三)。爲 Gram 氏染色陰性(Gram-negative)。在次甲藍(Methylenum Caeruleum)染色中現深藍色，在 Gram 氏藍色中(Karbol-gentiana molett)須依其配色如何而各異。如與 Bismarkbraun 混合則呈褐色，如與 Pappenheim 氏之 Methylengrün—Pyronin，則呈光紅色。

在婦科中普通所用之染色法，以 R. Schröder 氏之方法，最爲普及，有如下述。

1. 放在 2.5% Karbol-Wasser 與膿性醇化之 Gentianviolett (1:10之比)中約一分鐘。
2. 再放於 Lugol 氏之碘鉀液中約半分鐘。
3. 用純粹性醇將所有染色完全洗去。
4. 乾燥之。
5. 放在 Methylene-Grün-Pyronin (Pappenheim 氏)中半分鐘。
6. 用水洗之。
7. 火上烘乾之。

據 Bumm 氏、Wertheim 氏及 Menge 氏之報告，淋菌僅能在人類血清，如血、腹水、或尿瓊珠培養料中始能繁殖。此種淋菌所長之堆形如露水之露滴，其最易繁殖之溫度，爲攝氏 36 度。若將溫度增高，或減低，或乾燥之環境，或營養地不合適，均可使其生長力消滅。大多淋菌死亡甚速，對於獸類，不發生何種病象。

淋症血清診斷 (Bruck 及 Bordet-Gengou 證明)，據 Bucura 氏檢查之結果，對於深入性淋病有相當之成績(淋菌性子宮附件炎)，惟對於表皮性粘膜淋症，則無良好結果。Schwarz 氏以爲抽取血液，最好取自子宮陰道段處，則其所得之反應，較由肘處靜脈抽取爲可靠。

此外用淋菌苗刺入皮膚中，以視其反應(用 Goustoxin 或 Compligon)，亦有很良善之成績。即患淋病者，在皮膚激刺處，有紅色之圈。

著者醫院中，Retzlaff 氏(參考九)所得之成績亦頗佳。

取液之方法

尿道中之液體，在急性發炎時，大多膿液粘住尿道口，只要自陰道處外壓，即可得之。

慢性尿道淋菌性炎，可用細小而鈍之金屬匙，插入尿道內，輕刮之（Asch 氏）（圖九十一），惟此種手續以前，不可有小便。在 Skene 氏腺體輸出管，及 Bartholimi 氏腺體輸出管處取液之方法（圖三百五十三、三百五十四），可用 Asch 氏匙瓢刮取。子宮頸內之取液法，法將陰道用陰道張開器擴大之，子宮陰道段之粘液拭去，然後用消毒白金鈎，或消毒棉花桿，輕輕插入子宮頸內刮取之。對處女及女孩僅取陰道流出之液體即可。在產褥期內，純粹取子宮頸內液體，最好用 Döderlein 氏細管。插進及取出時，均當壓住管口。

取直腸中之液體，當在大便已排出後，法用一較厚之棉花桿，或匙瓢刮取之，或用女用導小便管，插入肛門內，灌以 50—100 c.c. 溫熱水（Glingar 氏），如其流出之液體，有粘液混雜，則大多為有淋病之現象。此法 Bucuro 氏、Bickel 氏及 Abraham 氏甚為贊美。

在檢查時，如動作過甚，可將子宮頸之淋菌，移入子宮腔內，將尿道之淋菌移入膀胱內，事實上並不需要，在第一次檢查時（上述之危險），即將所有檢查之方法，一一應用之。在開始時僅將尿道子宮頸，直腸之液體取去，同時摸壓 Bartholini 氏腺體（普通有淋病者浮腫），有否擴大，設若該腺腫脹甚劇，則僅須輕壓之，在陰道口流出之液體，即可供檢查之用。或將該腺之紅斑點輸出口處找尋之。

如若用此種診斷治療以後，病者可告痊愈，則其上段決無何種傳染病竈。

若是該種治療不能痊愈，則上段之生殖器，必尚有淋菌寄生。致使在下之生殖器段，雖用極精密之治療，亦不能告愈。

在這種情形之下，唯有將子宮腔內液體，膀胱內（導小便或更佳之方法，用細針在恥縫上刺入膀胱內抽取其中之液體），液體，施於檢查，外如尿道鏡、膀胱鏡檢查，必要時導輸尿管及直腸檢查，以供確實之診斷。而再設法為之治療。

唯已入輸卵管、卵巢及腹膜之淋菌，當然無法再吸取液體，可是事實上也無需要。因此處之淋菌，及所有之液體，均被輸卵管間質部份所阻，不能下降。而染及其下生殖器部份。

陰性淋菌檢查，而有可疑之前史，則仍當時常（數星期）檢查生殖器液體。事實上，亦有人將所患之急性淋症，作為處女膜破裂事跡。或者怕

羞，不去求醫診治。開始時小便之一切不適，亦漸消滅，白帶亦減少。而不覺得。及至一次月經以後，忽然腹痛異常，始往醫處求診。此時醫者在原處或不能找到淋菌（R. Asch 氏），只有用培養方法（腹水瓊脂或 Levthal 瓊脂）始可得之。

特別不易，而且易難決定。即問此病是否已完全治愈。有復發之可能否。因婚姻問題，醫者應有絕對之保障，始可表示患者之病已愈，若僅根據病者無痛感覺，及一次找不到淋菌，即以為痊愈，亦是大錯而特錯。至於何時始斷定病者已無淋病，至今各專家之意見尚非常紛歧，可是醫者應詳細重復檢查，次數當愈多愈佳。

據 R. Schröder 氏之意見，六至八次檢查中，每次所得之液體，應無一白血球及淋菌，然後再用刺戟法，如其在刺戟後，五次檢查，而不得淋菌者，則可稱為痊愈。

至於刺戟之法，用百分之五硝酸銀，塗於需檢查之粘膜上。在刺戟之處，可以少許發炎，如若尚有淋菌在深處凹溝中，則能浮於表皮而液體中亦多一種白血球。（蓋在此種凹溝中之淋菌普通療法，不易去除。）此外交媾及轉經，也是刺戟法之一。假使子宮頸排液過少，則可用雙養水（R. Asch 氏）浸濕之，然後再收集發出之泡沫，乾燥之，再度檢查之，有時其中尚有淋菌發現。

據 R. Asch 氏之意見謂每十二至十五次治療後，當檢驗一次，如其有淋菌，則繼續治療之，若三次檢查，均無淋菌，則可將治療間斷，再繼續檢查三四次（每日一次）。若四次檢查，仍不得淋菌，那再用刺戟法，每二月檢查一次，三次檢查後，如再無淋菌，則再候二星期，再刺激之檢查之，另外再每三日肌肉注射 gonargin（五千至十萬萬菌苗自少漸漸加）一針。當然在此時期內，所有之月經，也算刺戟，故以每次月經後，應當特別檢查之。最後再觀察半年，假使其中有一次淋菌發現，則一切治療，均當重新開始，惟二三月之休息期，甚有介紹之必要，因休息後，粘膜之感應力可以增加，痊愈之可能就可加速（Asch 氏）。

如男方不同樣檢查、及治療，則各種盡力檢查及治療，均是無用。

治療

急性淋症，不准局部治療，子宮內一切手術，以及普通簡短治療，或刮子宮內膜，均在禁止之例。此種舉動，非特能使淋菌侵入淋巴腺管內，

蔓延他處，對於生命，亦可產生極大之危險。急性淋症時，用高壓力沖洗陰道（Fritsch 氏）及性交，均在嚴禁之例內，惟日後此種禁例不能持久，則唯有用套子交媾。在急性時以消滅病者之疼痛為主，故在此靜養及熱力治療最為合適。絕對靜臥及野菊花水浸濕之棉花覆於女陰，用可代英顛茄葉塞錠（方式 Codein phosph. 0.03

Extr. belladon. 0.01

Butyl. Cacao. ad 2.0) 即使有甚劇之痛苦，亦能在一至二星期內去除。

急性病象去除以後，局部治療始可開始；在此當注意淋菌之寄留處，至少當將可找到淋菌之處，開始治療之。繼後再照 Asch 氏之方法，將一切有傳染可能之處均一一治之。

患淋症不就醫而自動痊愈者，非常稀少，暫時不發，或許可能，但是暫時總是暫時而決非永久性（R. Asch 氏）。

病者痊愈後，可以重新傳染而重新再生。

殺淋菌之藥品，為數上千，惟專殺淋菌之藥品，至今尚未發明。有甚多之藥品，效力相同，此地不在選擇藥品之種類，而在治療時期之長短及精密與否。換言之，此種治療，至少要延長至數月，此外該種治療所用之藥品，最好時常更換，以免受治之粘膜，不致習慣，而將痊愈之希望力減少。

如欲治療有效力，則所塗之藥，當深入粘膜之內，此地盡可使粘膜稍受刺戟，蓋有刺戟後，深處凹處之淋菌，皆浮出於外，而遭殺死。當然此種刺戟，不可過於利害，而使發炎加劇。在治療期中，如有少許白帶，為一種有力之局部感應，可不介意（Asch 氏）。

殺淋菌之藥劑，可以作成液體，由混劑、油膏、藥粉、藥片、塞錠，或成為藥菌混合物，直接治療之。

銀製劑深入之力最大。無機銀製劑尤以硝酸銀，據著者久經驗為最有力，可是較有機銀製劑，刺戟性大，且能產生痛苦。普通一班皆用液體洗濯。

如 硝酸銀	1 : 1000
Argentamin	3 : 1000
Argonin	30 : 1000 (熱製)
Ichthargan	1 : 1000
Largin	10 : 1000

諸此製劑，尤其有機性之銀製劑價值均甚貴。

用點滴方法，滴入尿道內可用 Fritsch 氏類植物纖維製成之針管，盛成份濃厚之藥液注射之（圖一百二十九）。

射入子宮之器械，以前均用 Braun 氏注射器（Fritsch 氏用之甚多），唯現今對於此種應用，頗為謹慎，因此器無回流管，如將子宮頸管充塞後射入之液體，便不能回出。因此生殖器內本來已有之液體，經此一壓後短期內全部生殖器內液，即刻移動甚劇（Menge 氏），而奪出其原來之界限。因此在一射之間，發生甚劇之子宮痙痛，有時竟可虛脫及腹膜刺痧現象。當此時一切菌類，均可向上移植。

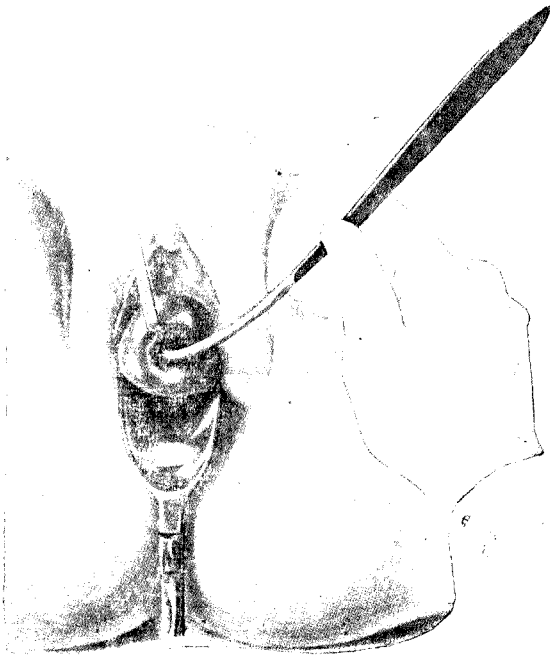


圖 三 百 五 十 四
用 Menge 氏硬橡皮桿塗子宮法

如欲用濃厚之藥液放入子宮腔內，則最好將藥塗在子宮腔內，如用硬質之（Playfair 氏）或易曲之（Sänger 氏）銀劑刺激桿，或用硬橡皮桿，外卷甚薄毛長之棉花（Menge 氏及 Asch 氏），浸吸液體後即刻插入子宮腔塗之（視圖三百五十四）。

Asch 氏以爲用 Singer 氏之銀製桿，非特可以介紹，假使要有良善之成績，必需用此種方法。此處無需放大子宮頸，即能爲之。並且快而簡便，此種銀桿非特易於插入，而且亦易取去。其之尖端無需透露於子宮口外，僅需用鉗子將棉絮桿鉗住，待至數分鐘後子宮有相當收縮時，腔內液體，即行自動流出。然後再用鉗鉗出之。此種方法，再行複習一次，該棉絮無需再取出，數小時後，子宮能自動將其排出。醫者只用藥水沖洗陰道去除之。

用於子宮之藥品中 Asch 氏以爲用碘製劑爲最佳。（如 jodvasogan 6—10% 後來用 Jothionol 12—20%）如效力不足，則可用 Ichthyol 加水沖薄，或 Trypaffavin（0.5—1.0 100 橄欖油）結束治療，可小心用碘酒塗之。

藥桿之構造，以易曲而韌，不易散落及折斷，不硬不軟爲主。普通以阿拉伯橡皮膠糖及甘油，爲主要成份，另加有銀製劑，或其他專門藥品與上述之藥均和混合之。用於子宮頸管之藥桿當長七厘米厚三毫米。用於尿道內者長爲四厘米厚爲五毫米。普通所用之藥桿以下述者爲多：

1. Protargol 10%；
2. Cholevol 5—10%；
3. Isural 5—10%；
4. Delegon 5%（Protargol 混合劑）；
5. Uranoblen（銀製劑與 Uramin）。

上述藥桿當先浸入沸水中，後即刻取出插入子宮頸管內。

如欲將藥桿效力增加則可加能發泡沫之藥劑。換言之藥桿在溶化時，能產生碳酸如 Spuman 藥桿。或外加一殼，使其漸漸溶化，如 Kaviblen 藥桿（Bruckseh）中含有 Uranoblen 製劑。

陰道內，可用與藥桿成份相同所製成之藥球及藥片以替代藥桿。此種藥球藥片亦能發泡（如加銀製劑之 Ester Dermasan 藥片）。直腸內可用塞錠。

子宮內用油膏，當以 Fritsch 氏之油膏注射器爲最佳（圖一百二十九），用於直腸內，可用較大之玻璃注射器，其首端可以旋下。如此首端旋落後，可抽吸薄液油膏，或將厚者抹塗其中。

通常治療淋病，有如下述之次序：

如患者已無熱度，紅腫，及疼痛，現象則在臥床時，即可用局部治療。每日洗陰道三至五次，此種洗滌，無非將內容洗去，而無殺菌之功能，故僅需些微壓力亦無需刺激，唯應在仰臥位置爲之，不能在坐與立位置洗之，

因坐與立、射入之液體易於流出。同時陰道各部亦不能洗及。此外洗濯液體之熱度當溫和，不可太熱，亦不宜太冷，普通所用洗濯之藥劑有如下述：

1. Zine sulf (15 : 1000) ;
2. Chlorzink (10 : 1000 Chlorzink 與水各 300 c.c. 其中取 20 克放在一立升水中) ;

3. Formalin (1 : 1000) ;

4. Lysoform (10 : 1000) ;

5. Cuprum sulfur (1 : 1000) ;

6. Alaun (10-30 : 1000) 。

此種洗濯，甚易使白帶去除，致使病者信以為痊愈，而無再診治之必要，惟此種誤解，醫者必須預先為之聲明，否則危險甚大。 Asch 氏在此種治療三日後，即刻開始急性治療。

著者治尿道淋喜用尿道藥桿 Asch 氏對於淋病治療有下述之規定：第一次塞藥桿，在小便後由醫生為之，同時命病者，執鏡照之，如此病者學得此種手法後，即可知尿道口在何處；第二次藥桿由病者自塞之，但當在醫者監視下為之，如若病者已有此種技能，則以後塞藥可由病者在家為之。為免塞進之藥桿重復滑出起見，醫者可以在塞進後，將尿道口壓住三分鐘，或則盡量深入尿道內，亦不會滑出。不過塞之過深，其首端必有滑入膀胱之可能，則病菌上升之可能性因此亦增加，但是此點無需顧慮，因為藥入膀胱內，則膀胱受傳染之危險亦不甚大。

著者對於尿道淋病，頗喜用混合治愈，如每日至少塞三次藥桿，繼後用 Fritsch 氏油膏注射器，注射油膏，或則在尿道鏡監視下，用 5—5% 硝酸銀液，或 20% Protargol (Knorr 氏法圖一百三十及一百三十一 塗尿道內壁。

Skene 氏腺體 Asch 氏介紹用電錫，Vey 氏提議，將尿道先將 Heger 氏之放大器擴大之。將粘膜凹處壓平之。然後用 Playfair 氏棉花桿拭之，此種方法之原理，甚有注意之必要。但是有否危險，至今尚未證明。Asch 氏在 1891 年，曾已介紹相仿之方法，惟不將尿道擴大，僅將尿道少許擴開而已。

以免尿道不致再受下流之子宮頸膿液傳染，在每次塞藥桿前，必需用上述洗陰道藥劑將陰道沖洗。如若排液甚多，則可以用 Alumol 甘油，Ichthyol 或 Thigenol 浸濕之棉花球，或則用盛有 Bortamin 藥粉之紗布袋 (Fritsch 氏)，由醫者塞至子宮陰道段處。

對於子宮頸淋病，著者亦用藥桿 (Cholevol 5% 之 Ichthargan)，其

末端用一小紗布包圍之，塞進子宮頸內後，然後再將該紗布塞住子宮外口而封鎖之。另外再用棉花球，塞於陰道穹窿。

著者對於此種治療，根本不顧及子宮體，因普通只要不將藥桿硬向內塞，菌類不易上升故也。如子宮頸淋症久治不愈，則子宮體已有被傳染之可能，故醫者塞藥桿時，可以深入子宮內口達子宮腔內，無需紗布托住。

拭抹子宮腔，僅 Aseh 氏一人爲之，惟據著者之意見，有一缺點，無論用極快之塗抹法，有時總可因壓擦太多，致使深入子宮底處，唯對於淋病治療，非特藥品上，須時常更換，即使方法上也當時常更換之。

治療子宮腔淋病，每星期僅二三次，而且在月經時，或子宮附件有淋症，及體溫增加時，均當停止治療。

治療直腸淋病，在每晨大便後，用 125 克 2% 之 Trypaflavin 液體，用灌腸器灌入肛門內洗之。晚間再用銀製劑油膏注射之。

方式	Argentum nitricum	1.0
	Balsam peruvian	10.0
	Vaselin flav-ad	100 (Temesváry 氏方) (參考十)

在妊娠期內，應將子宮頸淋症盡力去除之。唯有不能使妊娠因此中斷，可是事實上卻比較容易產生，因卵皮之最下層侵於淋症膿液內，甚易受損傷而破裂。

當然此種局部治療，也能機械式使卵皮下端刺破。(有者因畏忌卵皮有破裂之慮，不十分深入，但是淋症始終不能痊愈。)

除上述機械式危險之外，亦可因藥刺戟太甚，激起子宮收縮，而產生陣痛而流產或早產。

所以 Aseh 氏只治至妊娠五月，法用注射器，將銀製油膏射入子宮頸管內，如此造成之人工子宮頸栓塞，可以保持數月之久。著者治至妊娠足月均用藥桿，塞藥桿後，再用 0.5% 乳酸洗陰道 (P. Zweifel 氏法)。誰能將孕婦之淋病治愈，則其之技能與施一極難手術成功相等。故通常甚不易爲。

對於初次處女膜破裂 (Deflorationsgonorrhoe) 之淋菌性陰道炎，用塞布塞陰道及用藥桿塞子宮頸混合治療有相當效力。法用紗布浸入 1:100 銀製劑液中，或則 Ichthargen 1:1000 液中，(附註：蛋白化銀製劑如 Protargol, Argonin, Largin, 及 Abalgin 等，較硝酸銀刺激性爲輕。) 緊緊包圍子宮陰道段處。每日在換紗布前，當先洗陰道。過三日後僅

洗陰道已足。如此陰道壁擴開，藥劑易於侵入。

對於女孩女陰陰道炎之治療，各學者之意見，尚屬紛歧，著者以前非常謹慎，把一切深入性治療，特意免除，外陰僅用薄液銀製劑沖洗陰道。尿道內僅遇有淋菌時始治之。

Fritsch 氏較爲急進，用藥液射入陰道法。希望在三四日後即有痊愈之希望。

Menge 氏用注射法或沖洗陰道法(2—5% 硝酸銀液或濃厚之 Protargol 液體)惟不治療尿道。

自從 Asch 氏證明以後，對於此種淋病非有三四日或竟非長時之治療絕對不能痊愈，設如現在不能完全治愈，則在數年出嫁後，其丈夫即有被傳染之可能，故著者以前之治療方針，現已完全取消，亦隨 Asch 氏之後，而用急性方法。

著者現在治療之方針，一如 Asch 氏有如下述。

絕對清潔，日夜看護，着長褲，去除一切傳染者，(如洗浴、海棉、毛巾、同睡等)，尿道陰道及直腸均同時治療。治療尿道與成人相同，惟僅用較小之藥桿，下述之藥，可以互相交換用之(Kaviblen, 5—10% Protargol 5% Isural)。

女孩直腸淋較成人爲多，治法可用銀製劑或 Alumnol 油膏或 Trypaflavin 治療。另外用垂直玻璃製之導尿管，每日沖洗陰道三次。

上述各種治法，如有敏捷之母親，在家中亦能爲之，且亦能達到痊愈之目的。

局部治療淋症，乃是一種忍耐試驗。大半醫者最少忍耐心，總以爲治療太慢，因此將換藥之時期，不能遵守。而以病者主見之痊愈，作爲治愈之表示，而不從事深究。

因此之故，遂有普通性治療之發明。用體內之質液，以殺除淋菌。但是實際上，所得之結果，仍不能使人滿意。蛋白質治療，靜脈注射抗淋菌藥劑(Trypaflavin Kollargol.)，人造熱度，局部用(Diathemie)透熱電，及陰道內熱管 Heizsonden-behandbug 治療(Gauss 氏)(參考十一)，或則用熱水全身浴熱度 40°C.，高出於淋菌生長溫度之上。諸此種種，雖然暫時可使淋菌去除，但是永久性之痊愈還屬少數。

現在用菌苗(Vaccine)治療，又非常盛行，此種治療，乃是用殺死之淋菌(gonovitan)(參考十二)注射，Bucura 氏以爲功效甚大，可是別人，對之均抱悲觀。此種 gonovitan 注射劑，可以保持二三月，普通每八至十日注射一次，每次一二公撮(Wolff 氏)(參考十三)。

注射活淋菌(Loeser 氏)(參考十四)成績較佳，惟亦有用在慢性淋症

患者，Friboes 氏曾見十例淋菌性積膿中，有 70% 良好成績，惟該氏以為此種治療，僅限於醫院治療，並且非常小心始可。

Heyn 氏(參考十五)以為用 Loeser 氏所發明之活淋菌(五百萬至五千萬淋菌漸漸增加)，注射一至五次，每次距離八至十日，比較一切均有力，尤其在注射處反應愈大者，則成績愈佳。如第十次注射後，該注射處有積膿現象，則一次注射後，即可告痊癒。

淋菌毒液治療(gonotoxin) Pieper 氏及 Wolfenstein 氏。

方法：淋菌於培養液內繁殖，在新陳代謝時有毒液(Toxine)流入營養液內，如將該液質中之淋菌體沉澱，並將所遺之營養液煮至一百度後，再從其中抽取 0.5—3 公撮(自少至多)每三四日注射一次，著者所見之成績頗佳(Retzlaff 氏)。

用瘡疾蟲治療淋病有甚多贊成者(Friboes)，惟至今尚未一致，惟亦僅遇有極難愈者始能用之。

急性前庭大腺炎，如有假性皮下積膿，則當用刀切開之。

慢性有成囊腫之傾向者，可用局部麻醉，將腺體及輸出管全部截除之。

惟此種手術，能出血甚多，所以無陰道手術經驗者，最好不做，但是不全部割除，復發之可能性又甚大。

至於子宮附件淋菌性炎之保守性，及手術治療法，在子宮附件炎治療篇已經述及。此地至多可以加一句，即用 gonoyatren 注射之效力對此特別有效(Woltercek)(視前)。

參考一 Asch, R., Z. Geburtsh. 1920, Bd. LXXXII, Mscr. Geburtsh. 1927, Bd. XLV; Beih. Med. Klin. 1914, No. 10, H 6.—Asch und Adler, Münch. med. Wschr. 1915 No. 39.—Asch u. Wolf, Münch. Med. Wschr. 1922 No. 35.—u. 36.—Bueura, C., Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. J. Springer, Wien 1930; Richtlinien zur Behandlung des weiblichen Trippers Wien. med. Wschr. 1928, No. 30/32—Bunn, E., Der Mikroorganismus der gonorrhoeischen Schleimhauterkrankungen J. F. Bergmann, Wiesbaden 1887.—Franz, R., Die Gonorrhoe des Weibes. J. Springer Wien. 1927.—Joachimovits, R., Gonorrhoe der weiblichen Genitalorgane, W. Maudrich, Wien 1933.—Menge, Die Gonorrhoe des Weibes, Handbuch der Geschlechtskrankheiten. A. Hölder, Wien, 1910.—Wagner, G. A. Gonorrhoe des weiblichen Geschlechtsapparates, in Halban—Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. V 1. und in Stoeckel—Veit, Handbuch der Gynaekologie, Bd. VIII.—Wertheim, E. Arch. Gynaek. 1892, Bd. XLII.—Die gonorrhoeische Infektion der genitalorgane, Handb. d. Gyn. v. W. Stoeckel Bd. 8. J. F. Bergmann Muenchen 1934.

參考二 Nöggerath, Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht, F.

Cohen, Bonn 1872.

- 參考三 Bregor u. Philipp, Arch. soz. Hyg. Bd. VII. 1933.
- 參考四 Schröder, R., Zbl. Gyn. 1932, No. 58—.
- 參考五 Linzenmeier, G., Zbl. Gyn. 1921, No. 30.
- 參考六 Halban u. Tandler, Arch. Gyn. 1904, Bd. LXXIII.
- 參考七 Bickel u. Abraham, Zbl. Gyn. 1932, No. 4.
- 參考八 Neissner, Zbl. Med. Wissensch, 1879, No. 28—.
- 參考九 Retzlaff, Zbl. Gyn. 1932, No. I.
- 參考十 Temesvary Zbl. Gyn. 1930, No. 50.
- 參考十一 Gaup, Zbl. Gyn. 1917, No. 43.
- 參考十二 Friboes, Med. Klin. 1931.
- 參考十三 Wolff, Zbl. Gyn. 1928 No. 11.
- 參考十四 Loeser Zbl. Gyn., 1922, No. 46, 1930, No. 3, und med. Keim 1931.
- 參考十五 Heyn, Zbl. Gyn. 1930, No. 11.

第十七篇 骨盤腹膜及骨盤結締

組織病症(參考一)

子宮傍結締組織炎(Parametritis)

主要之淋巴腺管由子宮頸入子宮傍結締組織(圖二十一)，所以凡子宮尤其子宮頸，所得之傳染病菌，一入淋巴腺管內，即可入甚韌且緊之子宮傍結締組織，而成爲子宮傍結締組織炎(Parametritis)(視前)。

原因 產時破損所致者，居三分之二，如子宮頸破裂，墮胎等等此外之三分之一，爲不潔淨之刮刀、子宮探針、昆布錠、子宮內托、子宮脫出托，以及其他各種增加傳染者。

特別意外之傳染爲從腸部、膀胱、骨盤、腕骨關節發炎而波及子宮傍結締組織發炎。此外直腸與曲腸之癌腫，亦可有類似子宮左傍結締組織發炎者。但腸部病菌，亦可由腸癌之媒介，在腸部未發生病象前，即入子宮傍結締組織而發炎者。

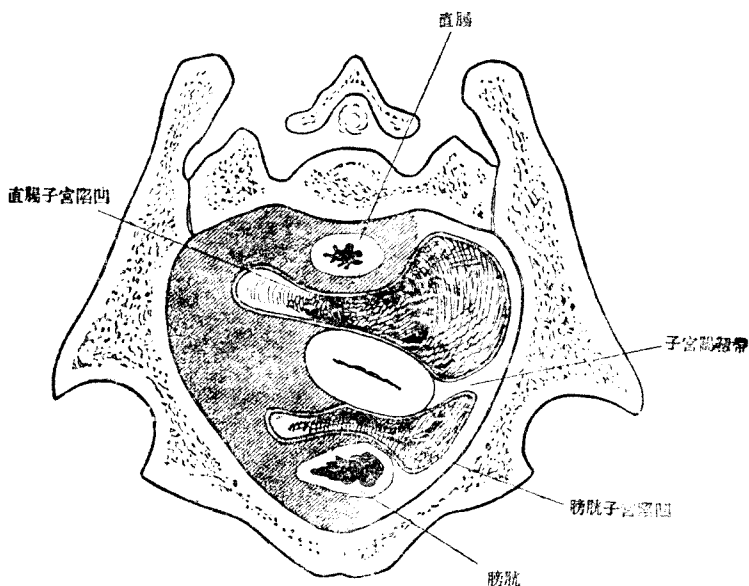
連鎖球菌，爲子宮傍結締組織炎之主要病菌。次之爲葡萄球菌。其他如大腸桿菌、假性白喉菌、淋菌等均屬少數。

病象 該處組織浮腫，淋巴腺管放大，而被堵塞(病菌堵塞淋巴腺管)。不久兩傍之靜脈，亦被菌類所侵佔，而堵塞靜脈邊沿炎(Paraphlebitis)、靜脈炎(Phlebitis)及堵塞性靜脈炎(Thrombophlebitis)至於以後之經過情形有下述三種可能：

- (1) 子宮傍結締組織炎被吸收而消失；
- (2) 子宮傍結締組織炎膿性化(Parametranes Exsudat)；
- (3) 子宮傍結締組織炎變爲慢性硬韌化 (Parametrane Schwielenbildung)。

子宮傍結締組織炎可以保持局部，但亦可以蔓延至全部骨盤之結締組織。故此病可以有腎臟傍結締組織積膿或膀胱傍結締組織積膿或陰道傍結締組織積膿或直腸傍結締組織積膿加入。

至於此種積膿，在膀胱前後產生，而沿膀胱傍結締組織，經過子宮前後而向前入膀胱陰道隔膜，向後入直腸陰道隔膜 (Parametritis anterior et posterior) (圖三百五十五、三百五十六)。



圖三百五十五 骨盤腹膜炎蔓延圖 (大略) (水平骨盤切圖)

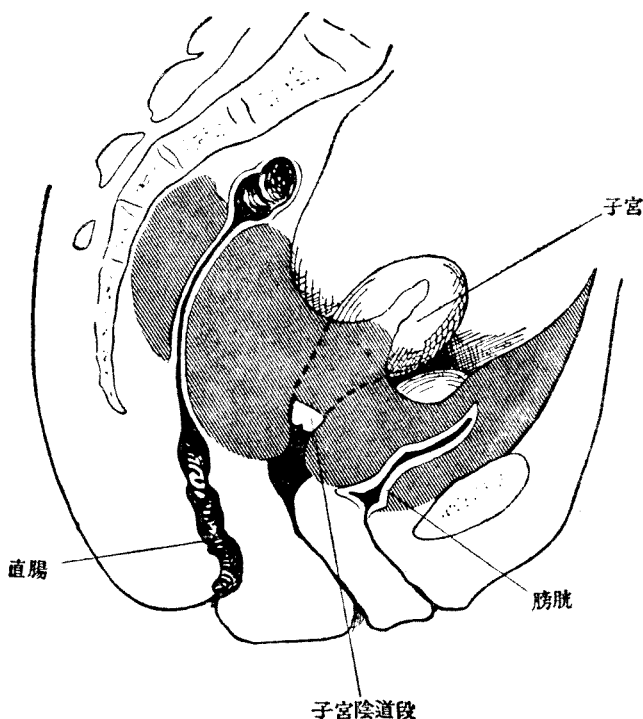
自右子宮傍結締組織，沿骨盤壁向前入膀胱傍結締組織，向後入直腸傍結締組織，子宮已被推向左斜。其鄰近腹膜已在發炎。

當然此種膨脹積膿愈多，蔓延亦愈大，因此邊傍之腹膜，可以被侵，闊韌帶可以受損，緊脹而發炎，為此可由一子宮傍結締組織炎而變為全部骨盤腹膜炎 (Pelveoperitonitis)。若是此種發炎，沿骨盤組織而蔓延至骨盤腹膜各處，則子宮外膜 (Perimetritis)、膀胱外膜 (Perizystitis) 及曲腸外膜 (Perisigmoiditis) 亦均相繼發炎。

此種腹膜混合發炎之經過，有下述兩種可能性：

(1) 如不作膿，則骨盤內臟與腹膜大部份黏住，繼後結住，最後成為薄細如繩之結痕；

(2) 如腹膜內作膿，則此膿汁被包圍而成為膿包。下降於腹腔之低



圖三百五十六 骨盤腹膜炎蔓延圖（對切圖，大略）

蔓延之情形與圖三百五十五同，圖示膀胱傍結締組織炎之清晰界限，及直腸受壓情形。

處，子宮直腸陷凹積膿(Douglas's space)或在其他腸部之低處，由富有黏住性之腸組織所包圍，至於由小骨盤發炎上升，而成爲全部腹膜炎者，有則有之惟甚少耳。

如子宮傍結締組織開始發炎時，兩傍之靜脈，即遭波及，則靜脈即有栓塞性發炎(Thrombophlebitis)，靜脈活動性栓塞(Embolie)及菌毒敗血症(Pyæmie)惟爲數甚少耳。

產科性及婦科性之副性腹膜炎(Peritonitis)及菌毒敗血症(Pyæmie)。應根本區別清楚。蓋產科性之發炎，蔓延甚速，病者之抵抗力甚少，產婦因有子宮傍結締組織炎，而即得生命危險之腹膜炎或菌毒敗血症，絕對不在少數，由婦科性之子宮傍結締組織炎，而變爲腹膜炎及菌毒敗血症，而致死亡者，至今尚無人見之者。

若是發炎之子宮結締組織中部溶化，而已積膿，則其他組織繼續溶化，

其膿液蔓延於全部韌帶內。而成爲子宮傍結締組織積膿 (Parametranne Exsudat)。此處所作之膿，可以漸漸加多，如此時不施手術刺破之，則其中之膿，卽有破入他處之可能。至於破穿之處，大多不在子宮傍結締組織處或其相近處，普通離該膜頗遠，至於何時無處破裂，乃與淋巴腺管輸送病菌至何處，蔓延之速度如何，何處最薄，何處最易破穿，何處抵抗力最弱等爲標準。惟諸此與其他淋巴腺管傳染相同，在事前均不能預料。

例如手指之疔，早已全愈，淋巴腺管炎，亦已消退，但忽然間肩窩下有膿塊，或則面部丹毒已愈，忽然間眼皮下又生丹毒。

子宮傍結締組織積膿，其鑽破之處，有數處可以預料及之。

(1) 在鼠蹊溝韌帶處，尤以產褥性之子宮傍結締組織炎爲最多。此種積膿，不如梨形肌積膿 (Pseudoubeszess) 向下流，此種積膿大半與下沉力相反而向上升。因此種積膿及組織溶化，非常迅速，骨盤底之肌肉組織尙緊，抵抗力較其上之韌帶組織爲強。故此種積膿不久卽由子宮傍結締組織上升入闊韌帶，將兩葉向外推開，再將腹膜前葉推起，如此經腹壁前部入鼠蹊溝之韌帶，再由此向外穿出皮膚。

(2) 侵入鄰近臟腑，爲該積膿在直腸、陰道、膀胱、或子宮近傍，則該臟之表皮組織不久亦卽溶化，向該臟之腔內侵入，再由此而向外排出。普通以直腸穿破爲最多，次之陰道膀胱等而以子宮爲最少，僅已結疤後之子宮頸再度溶化時，則積膿可由該處流出。

(3) 破入坐骨孔內 (Foramen ischiadicum)，再由臀大肌 (gluteus maximum) 而向外排出，或破入無名孔 (Foramen obturatorium) 或經過鼠蹊溝入大陰唇，而向外排出。或則經過腰方肌 (Quadratus lumborum) 而向背部排出。

(4) 破入腹腔內者甚少。

子宮鄰結締組織積膿破穿兩處之可能性甚多，(尤以膀胱直腸爲最，骨盤腹膜炎作膿，開始時與小腸黏住，繼與膿液接觸後，遂將小腸壁溶化而成爲小腸副性作膿，如此所成之小腸破穿，流入之膿液甚稀少，反之小腸之內液流入積膿，而使之發臭，作氣，在極短時期內，產生兇險現象。或則直接向外排出。

如該處組織溶化甚慢，則在積膿核之四週，可以使組織繁殖甚厚，若是最後仍舊穿破，則其中之膿液，不如上述之急性的現象，全部流出此地，可

以流出一部份，惟不久該破裂處之位置移遷，創口又重復結住，其中之膿液，又重復聚積。

病狀 子宮傍結締組織炎，必有寒熱，在積膿時期，及炎爛脹大時，有乍冷乍熱之現象，在發炎處有壓痛反應。若是腹膜再加入，則疼痛更甚，病者可因痛及熱度之故，而可有沉重病態之感覺。

如其此種積膿接近小骨盤腔內之臟腑，則其熱度及痛苦，更其增加，膀胱受重大刺激，小便癱痛，或不能小便，直腸可因積膿壓住之故，產生狹窄現象，致使大便時疼痛非常，在破穿直腸以前，肛門常有黏液排出。

若是該種膿液流出後，則各種不適，可以暫時消失。至於此種情形，如體溫下降，能保持多久，是否再升，乃與膿液之是否完全排出，或尚有停住於陷凹之處，及該破口處是否尚存在，或已經封閉，再度積膿，或則時流時止長期不息等等有關。

如其此積膿，接近皮膚，則皮膚便向外突出少許，紅腫作痛，外表平滑而薄，按之有振盪現象。

慢性子宮傍結締組織積膿，雖然痛苦較為稀少，但常發不息，病者不適之感覺，始終存在。尤其行走時，膈腰肌處最感痛苦。惟腹膜無特殊壓痛之情形。因為腹膜組織之浸潤，已與堅厚之斑疤組織分離故也。知覺靈敏之女子，時常覺得骨盤腔內，有壓痛，及大便不暢達，有者尚有經多，及膀胱病症。因此種發炎，可以延及神經鞘。普通所謂神經被壓，而使下肢麻痺或疼痛。因此有者以為坐骨神經炎治之。

此種堅硬如石之膿窩，如其與骨節接近，而其表皮亦波及時，則其現象可以經年累月不變。唯細心觀察病者之體溫，則在晚間常有體溫增高之現象（自三十七度九至三十八度之間）。此種體溫及那種隱痛，是代表該病之尚未全愈。

此外輸尿管亦可被壓，小便不易流出。Fritsch 氏曾見一例，因子宮傍結締組織炎而致輸尿管封閉及腎臟全部萎縮。

如膈腰肌亦被侵及，則下肢被迫彎曲，上腿與臙骨關節，遂成直角形，如其強迫伸直時，可產生甚劇之痛苦，尤其臥牀甚久及營養不足之母子居

子宮傍結締組織炎之經過並不一定，有者在十至二十日內，即出膿痊愈，此種患者大半在四日後，即無熱度，惟在月經前後，勞動過甚，或受外

界驚動時均可復發，普通常見發炎後遺下之硬小膿塊。每在月經前後有體溫增加之現象，甚者能延至數年之久。只需子宮內稍動手術，體溫即刻增高。

必需忍痛工作之貧苦病者，可因營養不充足，而日漸消瘦，致得瘦弱 (Kachexie) 之症。

子宮傍結締組織炎之診斷：完全根據檢查及體溫。開始時陰道內可以摸得緊脹而有彈性之組織浸潤 (手指彈一緊張之布然)。至於整個形圓之瘤，尚難於探摸。所能摸得者，僅難於移動，不確實而位於陰道穹窿傍邊之硬塊而已。因子宮傍結締組織炎位於子宮之傍，故子宮能左右移動。此外該發炎，直接侵入骨盤壁，醫者之手不能伸入兩者之間，故界限難分。如此種積膿，再向鼠蹊溝韌帶前進，則在腹前壁之傍產生堅硬之瘤，有時推開腹膜，能上升至臍處。

有時此種發炎浸潤，非常接近子宮，致使開始時難於區別何者為子宮，何者為積膿，普通一班子宮與積膿之間，有一凹處可以擦得。

如該積膿位於闊韌帶之上半部，則其底部可以移動，而可誤診為子宮附件 (adnexa) 腫脹，惟僅需直腸檢查，即可區別清楚。故在檢查時，直腸檢查絕對不可忘卻。

在子宮膀胱陷凹內之膀胱傍結締處，所產生之積膿，其最高點有其清晰之硬邊，醫者在膀胱虛空時，可以摸得之 (如肝臟邊沿在肋骨下然)，此種積膿硬而平坦，按之作痛，如其該種發炎，蔓延至子宮四週，則此硬塊，可以長期存在。

積膿與肌瘤之區別診斷，並不甚易，尤其闊韌帶內之肌瘤及退化性之軟肌瘤。

如患者之身體非常瘦弱，則此種積膿有疑及惡性新組織之可能 (如子宮肉瘤或腹膜後腔之肉瘤)。蓋兩者均非常堅硬，而黏住於骨盤壁故也。

上段直腸痛腫，及 Bauhin 氏絛摺處之癌腫，均可因發炎作膿，體溫增高，一如子宮傍結締組織炎然。反之當然也是可能，但是有一點無可疑義，此即病者之經過，生產或外傷，病者之年齡，以及最特殊之腸胃不適。如大便時出血及疼痛，均是顯明區別點。另外在腸癌傍之炎腫內，有時可以在打診時遇到砂擦聲及空氣之空音。在漿膜內生長之卵巢癌，亦有類如子宮傍結締組織炎之現象。在此只需用抽膿之方法，將膿抽出診斷，自然明白。但

是此種方法，僅能用在預備施大手術之前，否則，危險甚大（視後篇）。

如荐骨子宮韌帶，亦被波及則此韌帶發腫而硬，病者無論在大便時、交媾時或子宮每一種移動時，尤其將子宮陰道段下拉，均可產生甚劇之痛苦（子宮傍結締組織後層炎 Parametritis posterior）。

體質衰弱者，亦有此種變化，至於該類韌帶厚化之原理，乃是肌肉緊縮太久之故（Mathes, Opitz 氏）（參考二）。

此外尚有一種退化性子宮傍結締組織後層炎（Parametritis atrophicans posterior），乃是幼稚性體質之一部份現象（W. A. Freund 氏）（視前）。有數學者，則以為斷續性交媾所致。

如子宮傍結締組織積膿，尚有傳染性病菌存在，則陰道內及腹壁上施壓力（如陰道內安放一公斤水銀之陰道擴張囊，腹壁上放二公斤重之銳粒）後即產生體溫增高現象，同時白血球亦增加一萬至三萬，紅血球沉澱速率亦加劇。

積膿破裂之診斷法，便是有膿液忽然從小便、大便，或陰道中排出。

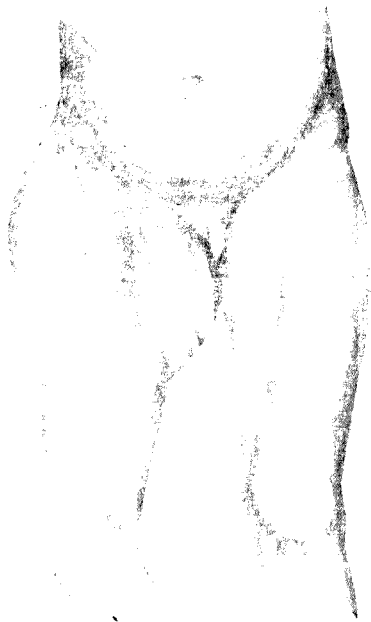
至於向內部破裂之處，有時不易找到，尤其在子宮頸內者。反之破向直腸及膀胱，則可用直腸及膀胱鏡檢得之。

如其破穿在大陰唇處，則該處必有長至 10—15 厘米之瘻膿管。

預後：對於性命大致無何問題，雖然有數點是很危險，但是大半尚佳。

若是病者經濟不充足，不能有相當之長期治療及休養，則雖有健康之希望，就是普通輕易工作，也難勝任，反之如病者經濟能力充足，對於此種疾病，醫者與病家亦當有忍耐及決心，然後始有全愈之得。

治療：最重要者，為預防對於正產及小產，以及各種小手術應有順規及清潔之整理，最為重要，而最不應為



圖三百五十七

騎馬褲式積膿，子宮傍結締組織積膿下
沉，經閉鎖孔（Formen ostiatorium）
及上腿溝下降侵入右上腿溝內。

者，乃是不用麻醉，不盡量消毒手術器在門診室內，施行放子宮頸，刮子宮，塗子宮等等手術。不使病者休息，即刻令其返家，在此種情形之下，發炎之可能性，定然不小。

急性發炎者，當令其絕對靜臥，冰袋及熱濕布包腹，此法對於不鎮靜之病者，可以得到不少幫助，當然疼痛甚劇之時，須用鴉片酒劑，每二小時八滴，如其腹膜已受刺激，則最好停止大便三四日，及至腹膜現象完全消退後，再用輕易之瀉藥或灌腸。

如積膿處可以接觸，則當用刀割之。

如該破裂處在鼠蹊溝韌帶處，可以摸得或見得，那可用刀在鼠蹊溝韌帶之後，將皮及其下之組織割破，使內部膿液流出，為免除腹膜受傳染，醫者只可在耻骨髁之上端割破，施此種手術，腹壁上動脈尤多被割斷，醫者當即刻夾住之。否則施手術後能出血甚多。

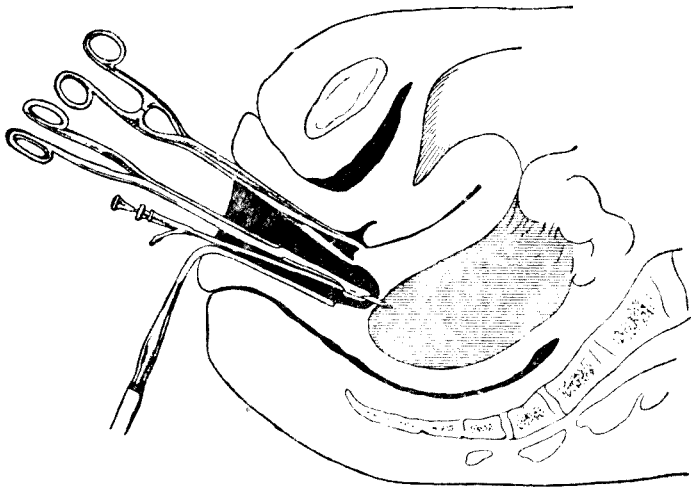
有時遇到緊硬組織時，那醫者當一層一層分開之，見有腹膜，即當將其上推。有者只需用手指沿恥骨下伸，即刻可以刺穿該積膿處，膿液亦即向外流出，但不能沖洗及探摸過深，否則腹膜易破，最好割開後，塞紗布或橡皮管，以使膿液繼續排出。

如其積膿處深入骨盤底，則最好再以陰道內另刺穿一刀，法用顆粒鉗，以腹部創口伸入（當心不要鉤住膀胱及尿道）。漸漸伸至陰道穹窿，是時陰道凸出，醫者可在該處，開一刀，用紗布或橡皮管塞之。

如其該積膿，突出於陰道穹窿內，而有振盪反應，可以觸得。則僅須在該處刺一刀，即可得之。不過醫者當注意，該處之子宮動脈，因在此種炎爛情形之下，子宮動脈如其破裂，非常不易止血，所以最好先試刺一針或用 Landau 氏針刺（圖三百五十八），有無膿汁流出，然後依針刺之處，用刀漸漸切開之，或則再將陰道壁割開。其餘用手指刺破之。如有大便作痛，及黏液流出之直腸欲破穿現象，則可在直腸鏡察觀之，將直腸前壁切開。若已有洞口存在，則用手指擴大之，使膿汁易於流出。

醫者當絕對將創口擴大，使膿易於流出，手術後之治療，只要塞紗布，或橡皮管，至於洗濯非特不合，並且無用。

自動破裂，乃是一種自然痊愈法，但是病者及其家屬，卻以為一種變重之現象，蓋論理在正常小便，及大便忽然有膿液，定是非常可怕，但實際上，乃是自然痊愈之現象，無需醫者治療之時，確反因此而求診於婦科專家。



圖三百五十八

刺破 Douglas 氏室積膿（即直腸子宮陷凹）圖（用 Laudau 氏刺穿針）。

對於此種破裂，當然即刻將其擴大，使其中膿液盡量流出，否則破處結住，膿液流向別處或再度聚積新膿，或再破穿別處，病症當然可因此加重。故對於此種自動破裂，醫者當擴大其創口，並令病者靜臥休養。

如此種子宮傍結締組織炎，已在膿化，則可用適當方法，使其加速吸收，惟此種治療方法，非體溫完全正常，八日後始能為之。

最好充血之方法，為熱治療，其中最佳者，當以透熱電及短波電（視該篇），但是不可在開始時即刻應用。最好先用輕度之熱試之（電光熱），有否體溫及痛疼增高之現象，倘如其有這種現象，則應停止，而以通常靜臥及濕包繼續治之，待上述現象消滅後再試之，如其電後疼痛體溫尚不增加。三次後亦無變化，則可繼續應用至十二次。在每次應用後當詳細檢驗體溫，以防其增加。

此外用熱氣治療甚佳（Polaeno 氏法），攝氏 45—50 度熱水或鹽水假燈泡形陰道管洗陰道（圖一百二十九），效力亦甚大，惟量需多至十二升，並且每日二次，病者應在洗後，靜臥兩小時，最好終日臥床，Flatau 氏之 Pelvitherm 骨盤熱機用法甚簡，效力亦佳，惟用透熱電加陰道極（Vaginal Elektrode）或用短波電，所得之效力，較一切為佳。

第一期透熱電用後，第二期即可繼續為之，也可休息一時。最好用別法交換之，尤其對於慢性而需要長期治療者，因時常交換，病症易愈。此外

長期應用透熱電，可使病者神經受刺激。

此外坐浴，用於兩透熱電期中，亦甚佳，惟醫者當指導病者，坐浴之方法。

法用兩桶攝氏三十八至四十度熱水，一公升海鹽，病者上身着睡衣，外再用大衣圍之，病者牀上，用熱水袋溫之，病者坐浴室內之溫度須在攝氏十八至二十度以上，病者坐浴十至十五分鐘後，起立擦乾後，即刻睡入熱被中。否則受冷甚劇，反而有害，同樣有效者，爲 Fango 及 Moore 等浴及各種溫泉如德國之 Franzensbad, Bad Elster, Keeuznach, Wilsnack, Freienwalde, Polzin 等處。

碘類藥劑，可以內服，亦可以作陰道塞錠，加速吸收力。另外因蛋白質注射（Caseosan 等等），刺激白血球增高，有時可使疼痛減少。

需要長期治療之慢性子宮傍結締組織炎，病者全身情形，不可因治療局部而忘卻之。有時局部治療，不見效時，用充分營養，即反可使病者體力增加，局部情形亦隨之改善。

體溫高增之病者，欲使其營養充足，非常不易。尤其患子宮傍結締組織炎者之胃慾，非常不佳，此地醫者當應用其技能使病者胃慾增加，及安心靜臥。

按摩亦有甚多應用者，普通利多弊少，可是醫者僅能在積膿完全消滅時爲之，所餘之斑痕，按摩法能去之，子宮也可因此漸漸移動。

與按摩相似之方法爲垂壓法，此法用在子宮傍結締組織後層炎者最多，法用一陰道球（Kolpeurznther），內灌 1000—1500 克之水銀，或鉛子，將病者骨盤高置後塞在陰道內。

硬老之積膿組織，經久不軟者，可用刀割開之，尤其在膀胱子宮凹處，可用此法，而獲得巨效（大約因刀割後充血所致，與用蛋白質刺激相似）。

骨盤腹膜炎（子宮外膜炎）（參考三）（Pelveoperitonitis, Perimetritis）

腹膜在小骨盤中發炎，皆由他處傳染所致，此種發炎，如不爲一病症上升之經過時期，如產褥熱，那便是一病上升之最後階級（如淋病手術傳染），另外由子宮鑽出，或以子宮經子宮傍結締組織之淋巴腺管移植入腹膜者。故骨盤腹膜炎，可來自子宮附件，子宮內膜炎，或子宮傍結締組織炎。先由此種發炎，而後染及子宮外膜，此膜即骨盤腹膜之一部份，故骨盤

腹膜炎，均須經過此處，僅有一小部份之傳染，由曲腸、右大腸，及盲腸發炎或自上下降之結核菌，移入骨盤腹膜而發炎者

第十五篇中所述之骨盤腹膜炎，可有下述兩種方式：

- 1 無膿液，而具有黏結之傾向者；
- 2 有膿液，而具有蔓延性者，如子宮直腸陷凹積膿，當然兩者可以混雜。

子宮直腸陷凹積膿，普通均來自子宮附件炎，該處發炎所積之膿，都流入該處，或則直接由子宮附件積膿破入該處。當然也有卵巢泡脹破，入該處者，或則引突腸炎積膿，而破入該處者。

至於此種發炎，局部抑全部腹膜均波及，須看腹膜之抵抗力如何，及病菌之侵佔力大小如何而定。

此外尚有一種無傳染性骨盤腹膜炎，其中無傳染菌類。亦無黏結各臟之傾向，此種腹膜炎均為機械式之刺激所致（如肌瘤壞死，或肌瘤，或卵巢瘤蒂過旋，或因有血腫，致使骨盤腹膜吸收費時，或則手術後所遺留之組織殘遺，不易或根本不能被腹膜所遮蓋者，或則小骨盤內之腹膜創口受刺激而引及腹膜者。諸此種種，均可機械式刺激骨盤腹膜發炎。

最後尚有洗子宮之液體，因高壓而流入輸卵管內者，亦可使骨盤腹膜受刺激而發炎。子宮、輸卵管、X光攝影所用之藥水，亦能刺激腹膜而使之粘住，惟為數甚少（著者曾見一例）。——至於腹膜炎後之粘結性如何，須視各人腹膜之吸收力如何而定。

結住性骨盤腹膜炎，有時可以成殼，而聚積甚多漿液於其間，此種漿液可因繼續發炎所致，或由健全腹膜細胞挾榨出來，但因吸收力不強，而皆流入該殼內。（漿液積聚，腹膜泡，漿液囊腫。）

傳染性骨盤腹膜炎之病象與腹膜炎，開始相同，體溫增高，脈搏加速，惡心，嘔吐，長期不停疼痛，下腹腸氣聚積，大便不通，氣脹，及小便作痛，尤其淋菌性骨盤腹膜炎者，患此種腹痛及腸麻痹，最為可怕，及至病灶局部化後，此種危險現象亦隨之減輕，而至消滅，壓痛亦去。惟自陰道或直腸檢查時，其痛苦仍可甚劇。

如膿液已積殼，則開始時甚高之體溫，遂漸漸下降，假使該殼甚厚，同時積膿甚少，則體溫可降至正常，但有時亦能上下不平，尤其在交媾或月經以後。

此種積膿，破入鄰臟（腸、膀胱、陰道），或穿破腸部前壁者，較子宮

傍結締組織炎爲少，反之破入腹腔者，當然甚多。

故該病之經過，亦與子宮傍結締組織積膿破裂不同，子宮傍結締組織積膿鑽破後，大多代表自愈現象，反之子宮直腸間積膿破裂，乃是發生混合症之現象。子宮傍結締組織積膿破穿以後，膿液流出後，與其他積膿即刻縮小而消滅，反之已破穿之積膿性輸卵管內膜，仍繼續積膿，而流入子宮直腸陷凹內不停，因此造成之輸卵管癭管，繼續流膿不息。

診斷 子宮直腸陷凹積膿，並非易事，醫者應將子宮直腸陷凹積膿與子宮直腸陷凹積血塊或子宮壁後卵炎瘤，有所區別，或將腹膜內積膿、下降於子宮直腸陷凹內者與子宮傍結締組織積膿，有所區別。

摸診時，已成立之血塊不易與積膿區別，因病竈之位置、大小、移動性、及壓痛等病象，均相同，惟有血塊愈老，性愈硬而形愈不整齊，下降於子宮直腸陷凹內亦愈甚。

子宮直腸陷凹積膿之發展非常迅速，其病竈之位置，普通不甚移動，僅些微上升而已，但不如血塊沉降於子宮直腸陷凹內。

子宮後壁之瘤腫，形圓，表皮易於摸得，雖然軋嵌，亦易移動且易與子宮分離。腹膜內外之積膿，與子宮直腸陷凹積膿及子宮傍結締組織積膿之區別，有如下述。子宮傍結締組織積膿，貼住骨盤壁甚潤，如牆壁之一部份然。繼後發硬，一似骨盤壁瘤，普通手指，難將積膿與骨盤壁區別。

反之，子宮直腸陷凹積膿，手摸時，爲形似一單獨而區別爲難之瘤腫，底形雖圓而外突，但向上及兩傍。在開始時，均無清晰之界限。及變慢性時，黏結後之界限，始漸清晰而愈難與瘤腫及血塊區別。惟有最重一點，與子宮傍結締組織積膿不同，此即易與骨盤壁分離是也。即使子宮直腸陷凹積膿甚大，但與骨盤壁之間，總有空隙存在，可供手指伸入探摸，而將積膿與骨盤壁兩不相關區別診斷。

此外尚有一點，即在直腸檢查時，荐骨子宮韌帶，因子宮直腸陷凹積膿下端凸出之故，向邊沿擴開，圍繞該積膿而行，反之，子宮傍結締組織積膿，在子宮直腸間空虛無物，僅積膿之區，子宮荐骨韌帶，則中側移遷，至於積膿之中心，是否子宮附件腫脹，用透熱電後，即可解決，因應用此法後積膿之外殼，則被吸收，而被遮之子宮附件瘤腫即可摸得。

當然可靠而最簡單之區別診斷方法爲用抽膿法。

如其子宮向前上傾，陰道穹窿向下凸出於陰道內，而易探視，則用針

刺抽膿，輕而易舉，並且別臟無破傷之虞。惟此種手術以在醫院中行之最妥，因為此種試刺如不得膿液，而是血液或泡水，則傳染菌之上升，非常可能，危險當然甚大，如在醫院中，即可施行剖腹全部割去手術，以免病菌之蔓延。

預後：除淋菌性骨盤腹膜炎，無生命危險外。其餘均不能預測，該種病症之能否上升，而變為全部腹膜炎或破穿於他處，全視急性之病象如何而定，如體溫減低，疼痛只限在下腹部份，則憂慮可去，病者之生命或有保留之望。

急性炎之治療方法，與其他小骨盤發炎之治療方法相同。無庸再述（視前）。

如子宮直腸陷凹積膿向陰道後穹窿前凸（圖三百五十八），則開刀時期已成熟，若再待時日，則膿液可以破入腹腔而變為生命危險之普遍性腹膜炎。

至於手術之方法，以用陰道後穹窿割開方法（Colpocoeliotomia Posterior）為最普及。法將後陰道直割開，在子宮陰道段與陰道交界處割開長約五厘米，再用一彎曲粒顆鉗，伸入該創口內，沿子宮壁向該積膿前進，如此子宮直腸陷凹之膿液，即潮湧流出，醫者再將該破處用鉗擴大之，旋轉之，最後塞一導膿橡皮管於陰道內，及輕塞少許紗布，如陰道壁內，有小動脈破裂，當用針縫之。

不可沖洗，不可探摸，不可下壓，尤其不可下壓輸卵管積膿，以免陰道與輸卵管變成瘻管。

複雜之手術器，並無需要。至於 Landau 氏之針，有保護刺針之鉗（圖三百五十八），用之甚為便利，但亦可省。

至於他臟破損（尤其是直腸）可以免除，如醫者專沿子宮後壁上升。另外腹壁監視之，如不能達到積膿處，則再向後試之。

塞在創口之橡皮管，當待至膿液消滅或減少時，始可取出。如塞之過久，則其排液可以永久不息。

至於此種黏結性骨盤腹膜炎以後之治療，與其他骨盤內臟發炎同樣治之，無庸多述（視前）。

骨盤結締組織瘤腫

韌帶內之肌瘤 (Myom)、結締組織瘤 (Fibrom) 及結締組織肌瘤 (Fibromyom), 如均在韌帶組織之內 則與子宮及韌帶無連帶關係。

骨盤結締組織肉瘤(參考四)有原始性,亦有復發性。由子宮移殖所致), 據 F. Kehler 氏(參考五)將全部文考之統計,並精細研究後 謂患此種病症以三十二歲為最多。此種肉瘤之位置、蔓延,以及性質,均與慢性硬化之子宮傍結締組織炎相似,此地病者之一切亦均相似,僅精膿性病者之體質,無如此之甚耳。

治療: 用鐳光插入肉瘤內, 50—80 毫克 Radium 插 2—24 小時, 可以發生甚大效力, 法將陰道切開, 用子宮頸張開器, 鑽入瘤內, 成一隧道, 然後安放之。

神經節瘤 (Ganglienneurom) (圖十一) 甚硬, 大如胎兒之頭, 其神經節細胞內有髓及無髓神經絲 (醫史中有七例 Fels 氏報告) (參考六) Bode 氏報告一切生兒患神經膠質肉瘤者 (Gliosarkom) 中含有軟骨及骨節 Penkert 氏 (參考七) 及 Halter 氏 (參考八) 報告謂在直腸與薦骨之間, 可以從背系下降, 善性及惡性之背系瘤 (Chordome) 產生, 骨節瘤 (Osteom)、肉瘤 (Sarkom), 及內生軟骨瘤 (Euchondrom) 都是少見之瘤腫。脂肪瘤 (Lipom) 及內皮瘤 (Endotheliom) 也是甚少。可是能長至甚大, 與卵巢毫無關係之皮樣囊腫 (Dermoidzyste) 有則有之, 惟為數不多耳。

為數甚少, 但區別診斷上, 非常重要者, 為淋巴肉芽腫病。

Lymphogranulomatosis (參考九) 其可在腸骨淋巴腺, 子宮傍結締組織, 輸卵管系膜, 卵巢系膜, 子宮內, 及子宮附件內發現 (形如瘤) (視前)。包蟲瘻 (Echinokokken) (參考十), 中國南方甚多, 而德國僅數地方有之, 如 Mecklenburg 該種蟲類, 可由直腸滲入骨盤結締組織, 然後漸漸積成為瘤腫, 惟無何種不適, 有時作膿, 有時破入其他鄰臟。

診斷可用針刺試抽取法 (鈎、殼、蛋白帶 (Chitinstreifen) 或用生物性反應 (Komplementbindungsreaktion) (Ghedini 氏反應) 固定之。

治療: 如其絕根剷除不可能, 則該瘤之袋縫在腹壁上, 使其自動消滅。

放射菌 (Aktinomykose) (參考十一) 也可寄生在骨盤結締組織內, 其來歷大半來自腸部 (蛔突腸、直腸), 診斷上當然也只有從抽取法, 及檢查放射菌法固定之治療, 長時期安放橡皮管, 使其中之膿液盡量流出, 或用 X 光深入放射 (用全量之皮膚發紅單位 Hauterythem-dosis) 而以後者所得之成績為最佳 (視前)。

卵巢靜脈叢之精索靜脈怒張 (Varicozelen) (參考十二)。可以成為瘤樣腫脹, 惟僅在開刀時始發見, 病者有時覺有不定期之疼痛, 以及下腹飽脹, 或許因此病所致, 當然是否屬實, 現今尚難證明。

鼠蹊溝中之圓韌帶, 精索靜脈怒張, 能產生甚劇之病象, 類如鼠蹊溝缺脫 (Schäfer 氏及 Kleine 氏個人報告) (參考十三)。

韌帶內血塊, 可因靜脈腫脹破裂出血之故或假性動脈放大 (Aneurys-

me) 及血管損傷所致。

參考一 Freund W. A., Gynaek Klinik, K. Trübner, Strassburg 1885—
Freund, R., Die Krankheiten des Beckenbindegewebes, in Stöckel-Veit, Hand-
buch der Gynaekologie Bd. VIII—Martin A., Die Krankheiten des Becken-
bindegewebes, S. Karger, Berlin 1906.—Martin, Ed. Die Krankheiten des
Beckenbindegewebes in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. V.
I.—V. Rosthorn Krankheiten des Beckenbindegewebes, in Veit, Handb. d.
Gyn. Bd. III, 2. I. Aufl. Linzenmeier, G., Die Bauchfellentzündung, Handb.
der Gynaek. V. W. Stöckel Bd. 8. 1, Muenchen J. F. Bergmann 1933.

參考二 Opitz, Zbl. Gyn. 1922, No. 40.

參考三 Baisch, Die Erkrankung des Peritoneums, in Halban-Seitz Biologie
u. Pathologie des Weibes, Bd. V. 2—Linzenmeier G., Peritonitis, in Stöckel,
Handbuch der Gynaekologie Bd. VIII. No. I, 1933.

參考四 V. Mikulicz—Radecki Zbl. Gyn. 1929, No. 42.

參考五 Kehrler, E, Arch Gyn. Bd. 158, 1934.

參考六 Fels, Zbl. Gyn. 1933. No. 2.

參考七 Penkert, Zbl. Gyn. 1933, No. 2.

參考八 Halter, Dtsch, Z. Chir. Bd. 219.

參考九 Szenes, Z. Geburtsh. 1929, Bd. XCVI.—Lewinski, H., Zbl. Gyn.
1930, No. 45.

參考十 Ottow, Zbl. Gyn. 1918, No. 29.—Nüruberger, Aktinomykose Eshi-
nokocken Bilharziosis, in Halban Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd.
V. I.

參考十一 Mitra, Z. Geburtsh. 1925, Bd. LXXXVIII—Bloch J. Arch. Gyn.
1931, Bd. CXLV.

參考十二 Freund, H, in Halban—Seitz, Biologie, u. Pathologie des Weibes.
Bd. V., I.—Engelmann, F., Zbl. Gyn. 1922, No. 9 u. 34.

參考十三 Kleine, H. O., Arch. Gyn. 149.

第十八篇 女子下腹結核(參考一)

女子下腹結核，包括女子生殖器、腹膜及尿臟。此三種有一相同處，即該處之結核，皆由他處移植所致，絕無原始性生殖器結核，尿臟結核，或腹膜結核。通常由肺枝淋巴腺、肺臟、腸臟或腸系膜淋巴腺結核，經血管或淋巴腺管運輸而來。

上述三處之結核，可因來處之不同，分爲二部：一部腹膜與生殖器；一部便是尿臟。兩部份之結核，可以同時產生，可以從同一原始性結核出發，但二者所經之路，卻完全不同，故不如男子生殖器結核那樣互合產生。

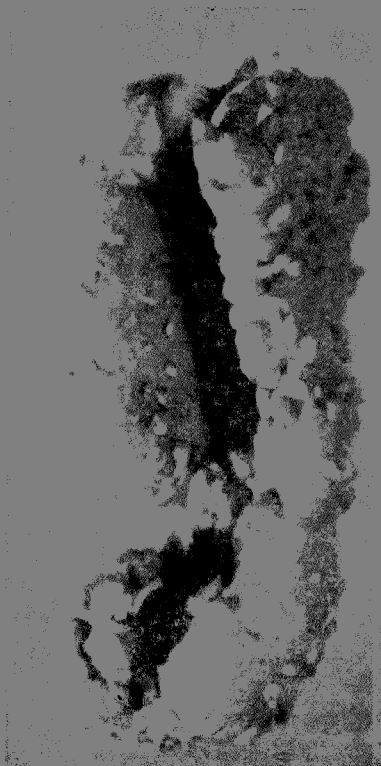
女子下腹結核，均由上下降，譬如尿臟結核，總先由腎臟開始，最後始入膀胱。至於生殖器之結核亦然，開始處在輸卵管，漸漸下降至子宮，惟甚少下降入子宮陰道段及陰道者。

Schlimper 氏 (Schmorl) 曾統計三千五百十四例女子屍體，其中有 61.8% 患有結核病各臟所患之比例，有如下述。

肺臟及其淋巴腺爲 84%，在腸及其淋巴腺者爲 32%，腹膜內者有 5%，在生殖器內者有 3.5%，在尿臟內者爲 1.5%。

生殖器結核

輸卵管較子宮及卵巢患此病最多（佔據生殖器結核百分之八十），與淋病非常相似。至於淋病是否結核之前驅者，尙屬問題，惟有相當引由之可能。



圖三百五十九
被結核塊佔之輸卵管(內部及外部結核)

輸卵管結核可分為兩種：一種輸卵管外部結核；一種輸卵管內部結核。第一種結核由腹膜移植而來，故該處有甚細之結核塊，其他中內二層無之（圖三百六十）。第二種乃是輸卵管黏膜患病，此處輸卵管肌肉亦波及，可是輸卵管外膜，並不參加（彩圖六十四、六十五及圖三百六十一）。故其來歷，惟有從血管直接由別處原始結核運輸而來。

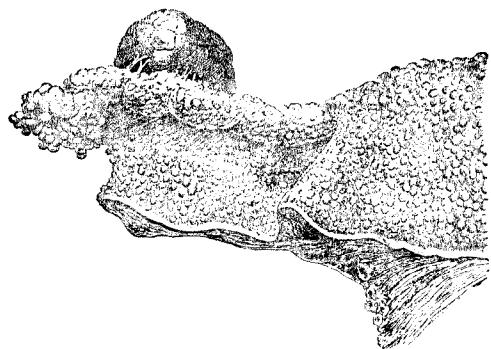


圖 三 百 六 十

腹膜結核（子宮及輸卵管外膜，均被散粒形結核塊所侵佔，輸卵管外部結核。）

為輸卵管積膿或積水，亦可使輸卵管外膜發炎（Perisalpingitis），輸卵管之外形亦可同樣變異，其中所能區別者，為其乳酪性炎爛（Käsiges Geschwür）。此處輸卵管內之潰瘍現象，較別病為甚，同時積膿之能力亦甚高，故輸卵管結核性積膿可大如成人之頭（彩圖六十五）（著者親見一例）。

卵巢受結核傳染之可能性，較輸卵管為少，僅據三分之一（R. Schroeder 氏），此處亦分為兩部份：一部份卵巢外膜；一部份卵巢內層。實際上，也只有內層結核，為正式卵巢結核（視前）。

結核病從輸卵管傳入卵巢者，計有三路：一血管，二淋巴腺管，三直接（如原泡積膿，黃體積膿），至於何種最多，至今尚未一致。

結核與淋病相似，均可成為團球狀腫脹，例如輸卵管積膿與卵巢積膿混成一體，或輸卵管單獨積膿，包圍尚健全之卵巢。僅有一點，結核與淋病不同，此即結核有堅硬甚韌之壁，有甚劇之輸卵管及卵巢外膜發炎性之黏結（如盲腸、小腸、曲腸等）。又此種積膿易破穿鄰臟，亦有破入膀胱者（據

本來正式之輸卵管結核，僅輸卵管黏膜結核一種。輸卵管外腹結核實為腹膜結核之一部份，兩種結核當然可以互相混雜，但只有從輸卵管外膜結核移入輸卵管黏膜，而無相反者（圖三百五十九）。

至於輸卵管結核，在普通解剖上，與輸卵管淋病或與其他輸卵管炎相差無幾，輸卵管結核可以成

生殖器全部結核百分之十一)。

子宮附件結核性腫脹多少?(一切結核病也都如此。)依局部情形而異,有者謂子宮附件腫脹中有百分之十為結核性,但無普遍性之價值。

輸卵管結核與輸卵管癌兩種混合,已有多人報告(V. Franqué 氏、Lipschütz 氏及 P. Klein 氏)(參考二)。至於兩者之關係如何,現今尚無絕對證明者。Novak 氏及 Wildholz 兩氏(參考三)報告一子宮體腺角質化癌(Adeno Canceroid)與子宮體結核混合,此外肌瘤、卵巢瘤(Kuekkens 氏)(參考四)、腺肌炎(Adeno-myosis)都可以與結核病混合,有時輸卵管結核病愈後,該處成為骨質化(Otto 氏)。

子宮結核自上下降或由輸卵管經淋巴腺管輸入,成為子宮結核性內膜炎(Endometritis tuberculosa corporis),普通結核性子宮內膜炎之位置,如僅在官能層,則可在轉經後而自愈,如其深入底層,則成為普遍性乳酪化黏膜結核,因此子宮肌肉內,亦有此種結核,可是正式之潰瘍,或積膿卻是甚少。惟該結核之乳酪物質,可以漸漸聚積而成為子宮積膿(Pyometra)(R. Schroeder 氏)。

至於月經與卵巢及子宮內膜結核,無任何關係,因結核菌將卵巢完全損毀而遭閉經者,屬於非常少數。普通患結核者,均因體力過弱,而致閉經。

著者曾施手術於一患長期閉經者(參考五)其之子宮發育不足,其子宮內膜完全被乳酪化之結核所毀滅。其子宮肌肉部也有結核塊,而呈現普遍性之腺肌炎,沉重性之肌肉炎,以及子宮前壁肌肉增生病象,有時子宮體甚至完全閉鎖(Schiffmann 氏、Halter 氏)。

子宮肌肉單獨結核化者為數甚少(子宮肌肉結核及有時冷積膿),此地與子宮肌肉梅毒當然甚難區別(Callier 氏)(參考六)。

子宮體結核,下降於子宮頸內者甚少,下降於子宮陰道段者更屬少數,此地有二種形態,即乳頭形繁殖與結核性潰瘍是也。

至於此種子宮陰道段結核,是否屬於原始性,至今尚在爭論〔醫史中共有十三例(Bassanoff 氏)],惟男子患有睪丸結核者,而在交媾時女子之生殖器可不受其傳染。Grünstein 氏(參考七)報告一由子宮陰道段結核成為子陰段癌者,患生殖器結核,據 Schlimperts 氏之統計,以年齡二三十歲為最多。但據 Simmonds 氏則以二十歲之女子患者為最多。

腹膜結核,可分為積水性及乾燥性兩種:

患積水性之腹膜結核者,身體瘦弱,腹中積水甚多,兩傍之腹膜,亦均浮腫,如凍形,腹膜之內部及腸系部份則滿佈細小之結核粒,此時之網膜,已變為堅硬,而高低不平無彈力之瘤,此種由無數結核組成之團球瘤,如一掛簾在上腹或如袋囊狀壓於腸上。

乾燥性之腹膜結核,無積水現象,惟因普遍性發炎,而與各臟黏結甚

緊，因此在黏結之處及其邊傍，均產生乳酪性積膿。若是再延及前腹壁，則腹腔既不能覺得，亦難剖切。小腸系膜則萎縮而黏結，有者黏結之甚者，在開腹膜後，竟不見腸之部份，或不能使之脫離，一切均被炎癰所包圍。惟所奇者，即在此種情形之下，飲食仍可消化。而腸之蠕動仍不受阻（糖皮腸 Zuckergut darm）。

上述兩種腹膜結核，亦可混合發現。特別因有黏結之故，腹水可以聚積成袋。當腹腔內充滿腹水，滿佈結核粒之時，在小骨盤內之腸則與子宮附件發生甚堅固之結核化黏結。

散亂性腹膜結核，與散亂性腹膜癌相似，外表上根本不能區別。

Guggisberg 氏（參考八）及 Stewart 氏（參考九）曾見原發性腸系膜腺體結核，外形高低不平，易移動，類似卵巢瘤腫，Schellenberg 氏（參考十）曾見患肺結核之子宮傍結締組織中有結核化之腺體瘤腫。

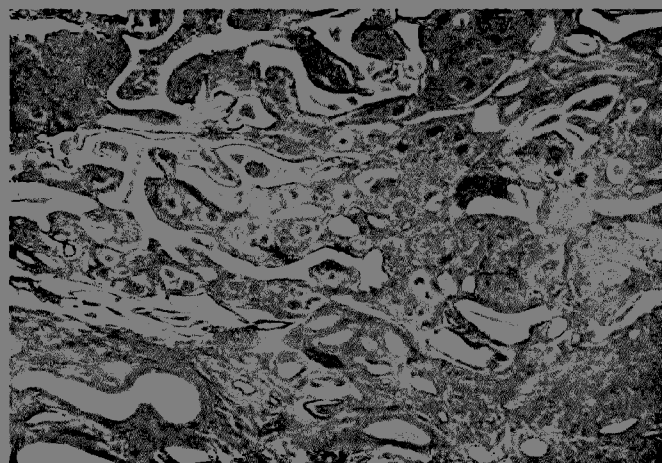


圖 三 百 六 十 一

輸卵管粘膜炎結核（甚多結核塊及巨形細胞）

診 斷

最顯明之點，即在子宮直腸陷凹，有腹膜結核粒類，此種結核粒類，皆自腹膜下降，醫者可在陰道後穹窿處摸得，此種結核粒類，按之作微痛，惟卵巢癌移植於子宮直腸陷凹者，或子宮及直腸之腺肌炎（adenomyosis uteri et recti）亦有此種現象，醫者當特別注意之。

腹腔充水，腹膜結核與卵巢癌均能有之，惟年齡上甚有關係，此外別

部份有無結核，諸此在區別診斷上，均有重大價值。

已成袋囊之腹膜積水，與卵巢泡形瘤腫，根本毫無區別。

子宮附件結核用普通陰道腹部混合檢查，甚難摸得，此處除微有壓痛外，其他現象，與別種子宮附件腫脹毫無分別。如其子宮直腸陷凹無變化，無腹水，無肺部結核，無關節變硬，無淋巴腺及全身體質結核化之變形，則唯有刮取結核性子宮內膜，以供診斷矣。

Wieloch 氏(參考十一)能從陰道抽出子宮附件腫脹之膿液，注射於海豚之肝臟內，然後始將結核之診斷固定(結核塊及結核菌)。

結核漿苗注射，雖無反應，但如其子宮附件腫脹，忽然擴大而痠痛，則可證明子宮附件腫脹為結核性。普通一班結核性子宮附件腫脹，不事長大，亦不受其他吸收治療方法之影響。其他子宮附件腫甚易經熱後而被吸收，此種腫脹則不然。至於體溫增高，每種子宮附件腫脹均可有之。獨有患結核性子宮附件腫脹者之體溫增高不多。

有者以為見過子宮附件梅毒性橡皮肝(Moder 氏(參考十二)、Pieplinger 氏(參考十三))，但無絕對之證明，說者謂甚易與子宮附件結核互誤。

治 療

重要之點，對於此種腹膜結核及子宮附件結核有否施行手術之必要。

自從 Spencer-wells 氏誤將結核性積水作為卵巢囊腫，施手術割除而告全愈以後，凡遇腹膜結核及輸卵管結核，均施剖腹手術，成為通常適應症，雖有少數有成績，但多數愈後仍有復發之虞，結核性腹水剖腹抽水後，病情即刻改善而告全愈者甚多，至於何種理由，至今尚未明瞭，(或者因壓力消除後，腹膜充血，增加殺菌能力，及產生抗菌素之故。)不過經驗上告訴我們，若將此種積水，從陰道抽出，其成績無如此之佳，至於其原因是否因陰道抽水無剖腹抽水如此透徹，當然尚需證明。對於乾燥性腹膜結核施剖腹手術，相當危險，因破腹後，剪開腹膜時，即刻可以將腸切斷或損壞，同時也不比有積水之結核，此處不能將水抽出，以輕其壓力，以利其局部充血。

對於子宮附件結核，是否需要開刀，各醫者意見，尚未一致，不過普通治療不能達到目的之子宮附件結核，最後仍舊開刀者，尚屬多數，有者尚無施手術之準備，而已有施手術之必要者，或則施手術者以為淋菌性子宮附件腫而開腹時卻是腹膜子宮附件結核。故據著者個人之意見，對於此種

結核病症，當依病之輕重及蔓延如何為標準，若是結核僅限於子宮附件，那當然以割除為佳，若腹膜已呈乾燥性結核化，那末即使將子宮附件割去，亦無濟於事。至於手術方法，著者以為應將子宮及附件全部割除，以免有所遺留，而遭再發，如腸部已與子宮附件黏結或已互相黏住，則醫者絕不可試行分解，因此種舉動腸部最易破傷，不是直接，後來定有破傷之現象，而成手術後最可怕之反應。不是永不痊愈，便是成為腸腹壁瘻管 (Darm-Bauchdeckenistel)。

S. Stocker-Dreyer 氏(參考十頁)報告，十三例中用碘塗後而告痊愈者有二十九例。

沉重性子宮陰道段結核，尤其炎變浸潤已向子宮傍結締組織沿至骨盤壁者，甚難與陰道癌區別，如不用試割檢查，根本不能診斷準確。著者生平有一最難不能忘之一例(圖三百六十三)此即在開腹後，子宮傍結締組織結核性發炎之堅硬，一如巖石包圍然，可是割除後，經過良好，據著者所知，該病者現在身體仍屬健全。

最近來對於子宮陰道段結核，用鐳光放射者頗有效力。



圖 三 百 六 十 三

幼稚性子宮結核(子宮頸甚長，且厚，子宮體甚小且萎縮)，子宮傍結締組織內甚多結締組織浸潤，左面比右面為甚，輸卵管發育不足，且有透明管袋，剖腹繩根割除，陰道上段四分之一，左面子宮附件，及右面的輸卵管均割除(與彩圖六十六同一病例)。

現今施手術治療者，日漸減少，因為普通如用相當營養及光浴（參考十五）（太陽燈），或用微弱之X光放射腹部，均有相當成績，據 Bickenbach 氏報告（參考十六）有81%痊愈者。至於X光放射以後，患者生育無望，亦無關係，此種病者將來痊愈後，身體大多肥胖而粗，即使不照X光亦難受孕，當然對於年輕女子，必須先用光浴治療及至不能見效時，如長期難愈之瘦管，則唯有用X光放射之。

當然此種結核病症一如其他結核，均注重病者全身之營養。

此外尿臟結核，尿臟病症篇內，女陰結核，女陰篇內，陰道結核陰道篇內，趾骨結核女陰篇內，均已述及，無庸多述。

參考一 Caffier, P., Gynäkol. Tuberculose einschliesslich der Pathologischen Anatomie, *Ergeb. d. ges. Taberc.—Forschung* Bd. VII, Thieme, Leipzig 1935.—Heynemann Die Tuberculose der Weiblichen Genitalien n.—des Peritoneum, *Handbuch d. Gynäkologie*, von Stöckel—Veit Bd. VIII. No. I. Bergmann München 1933.—Weibel, Tuberculose des Weiblichen Genitabapparates, in Halban—Seitz, *Biologie u. Pathol. des Weibes* Bd. V. No. I.

參考二 Klein *Zbl. Gyn.* 1929 No. 29.

參考三 Novak u Wildbolz, *Arch. Gyn.* 1931 Bd. CXL VII.

參考四 Kückens, *Msehr. Geburtsh.* 1932, Bd. XC II.

參考五 Heesch, O., *Zbl. Gyn.* 1928, No. 9.

參考六 Caffier P., *Zbl. Gyn.* 1931. No. 26.

參考七 Grünstein, J., *Z. Geburtsh.* 1932, Bd. CII.

參考八 Guggisberg, *Zbl. Gynäk.* 1932, No. 38.

參考九 Sigwart, *Zbl. Gynäk.* 1933, No. I.

參考十 Schellenberg *Zbl. Gynäk.* 1932, No. 35.

參考十一 Wieloch, *Zbl. Gyn.* 1929, No. 43.

參考十二 Meder, *Zbl. Gyn.* 1932, No. 39.

參考十三 Piesslinger *Zbl. Gyn.* 1933, No. 4.

參考十四 Stocher—Dreyer, *Brun's Beiträg* 141 69.

參考十五 Rollier, *Gynécol et Obstetr.* Bd. 28.

參考十六 Bickenbach, K. W. Die Strahlenbehandlung der Weiblichen Genitaltuberculose, *Ergeb. Med. Strahlenforsch.* Bd. 7. 1936.

第十九篇 受孕·不育·避孕 (參考一)

不育之原因甚多，故有者甚易治愈；有者較難治愈；有者竟無法治愈。

其中最大之理由，乃是對於普通受孕之情形，至今尚未完全了解，現今所知者，僅從家獸及農場試驗品所得之少許成績。而以此理想推及人類，成績之不能稱心，當然在意想之中。所以至今均從理想中之大略情形以診治不育者。

事實上時常可以見到，年久不育者，在訪醫後在準備受治療時，而患者已受孕矣。此外有者治療未了，而已受孕者。諸此種種，情形甚為複雜，不知誰為有功者。可是最近年來之研究的確有相當之進步。

如將受孕情形之理想，用筆描寫，則有如下述之經過。

精子在交媾後，射入陰道後穹窿，此普通所謂藏精處 (Receptaculum seminis) 是也。由此精子運用其自動力上游入子宮頸管內。

此外一種理想，即子宮頸內之黏液栓塞，經交媾慾性發作時，因子宮收縮而向陰道壓出。在交媾後，該栓塞已受精子之黏住，回縮於子宮頸內時，精子遂一同入內。此種栓塞，遂成為精蟲之運輸者。此種固屬理想，然而子宮頸黏液栓塞，絕對不是阻止精子者。

Kurzok 氏及 Miller 氏 (New York) (參考二) 在精子內，檢得有溶化黏液 (Mucin) 之酵母 (Enzym)，此種酵母對於子宮頸黏液栓塞，當然很有關係，另外在精子鑽入卵子之透明帶時，此種酵母一定也有功效。

子宮內之氈毛蠕動，不能阻止精子前進，有時或許有協助之處。假使精子之頭都向前，位於氈毛蠕動主流中，如此在主流之旁，尚能產生傍流，此傍流便能助精子前進。

普通子宮上皮，俱有島形氈毛上皮，因此精蟲正可以在其無氈毛上皮處，少許休息。正常輸卵管之氈毛上皮，也有同樣之能力，能將精子運至壺腹部。假使精子在輸卵管中，不遇卵子，則該精子仍前進，深入腹腔之內，而受腹腔之噬細胞 (Phagocytin) 殺死。假使卵子流入腹腔內者，也有同樣之情形。

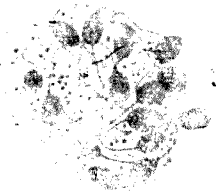


圖 三 百 六 十 三

人類精蟲被吞噬情形射入腹腔四小時後，在蛙海豚腹腔內所發生之情形（照 Hoehne und Behne 氏 Zbl. Gyn. 1914, No. 1）圖示甚多精蟲被一白血球所吞噬。

Hoehne 氏（參考三）證明人類之精子，能在海豚膜腔內生存。但並無證明，同類之精子是否有同樣之成績。另有學者，謂普通精子僅能生存四十八小時，Allen 氏與其同僚，證明人類之卵子（在剖腹之生殖器官內檢得），在經後第十六日即有變化現象。

至於卵子在輸卵管何處，能與精子相遇，何處為精子鑽入卵子混合成爲一體之處，至今尚未完全明瞭。至今僅可以獸類爲標準，從獸類試驗所得，精子與卵子混合之處，在輸卵管壺腹部。故每一受孕卵子，須經數日之旅行，經過全部輸卵管後，始可入子宮體上半段之蛻膜內移植。Groper 氏（參考四）以爲此種卵子運輸至少需時十日，由此觀之，在經間期內，似無受孕之可能性。

卵泡破裂之時（視前）現已證明爲每兩月經之間（即經後第十四日）。每一卵子，及精子之生命，必定有限，不過卵子與精子生命之長短，對於受孕之可能性，定是重要，普通一班凡每四星期轉經者，其受孕可能之期，爲經後第十一日至十七日。而其最可能之日，則在第十四與十五日之間。當然此種算法，當依月經循環之變異而移動之。

Ogino 氏（參考五）及 Smulders 氏，謂在月經前二十四至二十日，受孕之可能性少，在經前十一至一日。受孕之可能性毫無，其最可能之日，爲在（四星期一轉經者）經前十九日至十二日。

Ogino 氏製有一受孕推算表，何日爲受孕之可能日，何日爲不可能。只需一推轉即能知道。

Knaus 氏（參考六）以爲受孕之可能日，在經後九至十七日（如月經循環爲二十八至三十日者），該氏根據子宮肌肉工作在兩經間之變遷所得之成績爲標準，據言子宮肌肉在黃體幼時蠕動力減低，卵子移植於子宮內膜，最爲適宜。此即經後之第十六日至十八日也。

上述二種意見，當然並非絕對可靠，Wittenbeck 氏（參考七）以爲 Knaus 氏之理論錯誤，及無證據。Bolaffio 氏（參考八）、Araya 氏（參考九）謂並無不受孕時期，該氏稱第一至十二日，爲受孕最佳期，自第十七日至二十八日，爲受孕難能期，其與 Groper 氏（參考十）之意見相同，謂卵巢可以受驚動（如交媾），使卵子早期排出（如兔及貓人類也許亦然）。實驗上所得之結果（Siegel 氏）（參考十一），普通在經後最易受孕，經前受孕之可能性少，但無不受孕之固定日期。Schumacher 氏（參考十二）證明三例妊娠，均在經前受孕。

如上述二種 Knaus 氏及 Ogino 氏之理論，如能完全解釋明白，則非特對於生育節制（視後）有偉大之功效，就是對於不育之治療，也非常重要。

我們相信，卵子在輸卵管內前進時，可以受機械式阻礙，（如壺腹部繖絡住，狹部間質部肌肉管異形，兩者均可因輸卵管發炎所致。）致使移植成熟之時期錯誤（輸卵管妊娠）（視前）。或則該種卵子能經過輸卵管，但可因子宮內膜發炎，氈毛蠕動加劇，卵子移植之地位下降（在子宮內口處），而成爲胎盤前置。

上述各種解說，固然非常簡單，但對於人類，是否確實如此，至今尚未根本解決，蓋正常卵子之運輸尙未有人知之者（參考十三）。

不久以前皆以爲卵子之運輸，全賴氈毛之蠕動（自輸卵管而壺腹部，而腹腔，而卵巢，皆有此類氈毛之蠕動），及至最近還以爲氈毛乃卵子唯一運輸者。說者謂，輸卵管內有一種液體，當卵子排出卵巢後，該液體即刻將其吸收，而使其流入輸卵管內，在此再假氈毛上皮之蠕動而前進。輸卵管肌肉之蠕動，在人類尙未有人注意，因輸卵管肌肉蠕動工作情形，尙無詳細之研究故也。

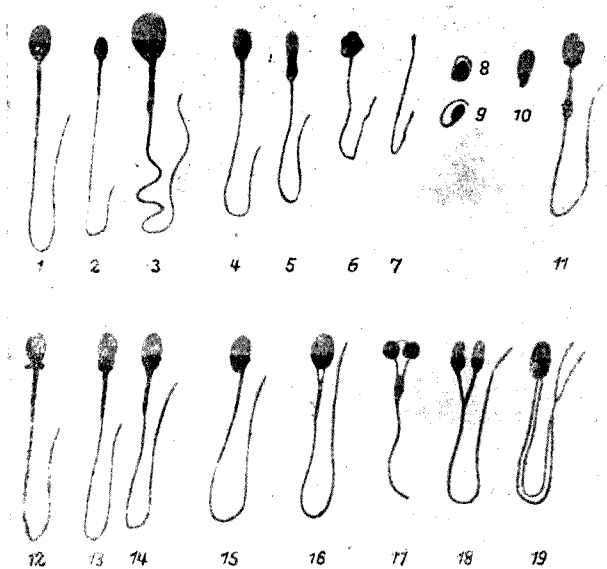
我們知道有爪類動物之運輸卵子情形，完全由輸卵管肌肉爲之，Sobotta 氏（參考十四）至於人類是否借重於輸卵管肌肉，或則爲最有關係者，現尙難說。惟根據解剖，必定有關係。（因如此粗大健全之輸卵管，如說毫無用處，頗使人難信。）

從標本試驗〔V. Mikulicz-Radecki 氏（參考十五）Kok 氏（參考十六）〕，已可證明，再加臨牀之觀察，更可絕對證明輸卵管有蠕動之能力。至於輸卵管之蠕動，類如一種搖擺式，輸卵管內容，經此一推一動，而向子宮方面前進（V. Mikulicz-Radecki 氏）。此種蠕動方式，或許使輸卵管內容，更易混合。（對於精子及卵子，均有益處，易於遇合。）

至於最後所說之搖擺蠕動，對於病理性卵子之移植，是否有關，尙須將來之研究，以解說之。Cattier 氏（參考十七）謂輸卵管傾向卵巢方式，在月經循環期內時常變異。該氏在剖腹前注射 3400 R. E.（大鼠單位）prolan 於病者。剖腹後，則見輸卵管微（在經後第十日）均豎起覆在將破裂而已成熟之卵泡處。因爲如此，卵子可以與卵泡液直接流入輸卵管腹腔口。此種輸卵管壺腹部之變向，其之主持者，大約爲多肌之狹部。而卵巢繖則位於領導地位。至於卵泡液之工作，對於卵子之移植，定有相當之扶助。有時另一邊之輸卵管，對於將排卵之卵巢，亦同樣覆蓋，但處於扶助之地位。V. Mikulicz-Radecki 氏（參考十八）在手術時，亦見此種現象，據該氏報告，月經後十二至二十一日之全部卵巢，被浮漲之輸卵管壺腹部所遮蓋，而卵巢之下部，則被輸卵管繖所包圍。該氏以爲此種卵巢囊（Bursa ovarica）之所以成立，完全可使卵子直接流入輸卵管而可免去經過腹腔之麻煩。該氏名之曰『接卵機械』（Eiaufang-Mechanismus）。

我們至今尚不知，人類之精子，是否完全處於被動地位。現在我們懷疑，精子在正常或異常受孕之時，是否尚有一種主動行為。此外輸卵管內液，對於精子化學性之感應力，及單胞動物之蠕動情形，外形變異之能力過慢，或則正常，或則過速之成熟，及分析，對於機械性或則化學生物性之阻礙，抵抗力之有無，內分泌之區別，諸此種種問題，都待解決，對於受孕與不育，均有密切之關係。

上述之一切，均對女性而言。但是要生子女，必須兩性均健全始可，普通以為不育，乃是女子之過失。因此也有單方面去求醫，但實際上卻是一個最大缺點。普通無醫學知識者，以為只要男子不陽萎，性交可能者，總有生育之能力。普通之女子，亦有如此之思想，而深信其之所以不育，罪在本人。至於醫者，亦以簡便起見，而不事多求。雖知夫婦兩者，均有相當之關係，在問診時，僅問男者之健康如何，其他便不再下問。可是這種健康二字，不能包括過去之情形，蓋其以前可患有生殖器病，而在此病後，便可無精（圖三百六十四）。此種生殖器病最劇為淋病，雖然不如 Noeggerath 氏所說如此厲害（指不育者而言），但實際上，關係可是不小（Erb 氏）。



圖三百六十四 精蟲各種狀態(照 Mönchs 氏)

第一此種淋病可以損及男子之生殖力，如攝護腺、精囊、副辜等，副辜

發炎，可以永久無輸精之能力。

第二男子之淋菌可以傳染女子，此時女子雖有健全生育之能力，也可因此而消滅。（若輸卵管，如淋病篇所述，發生變化，則卵子不能前進入子宮，因此可以產生輸卵管妊娠，或則如輸卵管完全閉塞，則卵子與精子根本不能相會，成孕之可能，便此機械式受阻。）

普通檢查男子，只檢其精子有能力成孕否，果然不動之精子，不會成孕。但是會動之精子，能否受孕，也是一個問題。

至於精子之形態，普通還不十分注意，因為異形能動之精子，對於成孕，卵子分析，及卵子移植等之關係，至今尚未完全明瞭。

Mönchs 氏（參考十九）之檢驗報告，非常有興趣，將來定有良好之希望。該氏檢得精子中有甚多畸形者（圖三百六十四）（與 Williams 氏及 Sauvage 氏在雄牛精中所得相同）。（如精蟲頭部，構造異形，接住者異常，萎縮形狀雙形體等等）如一雄牛，每一千精子中，無一百六十六個以上異形者，為一佳種。人類精子之畸形者，在比例上必在兩倍以上，但受精力仍不減少。至於 Mönchs 氏最後之報告，凡人類精子中如有 25% 異形者，即無成孕能力之說，據著者院中精細研究所得之結果（G. K. F. Schultze 氏）（參考二十），尚不能贊同此說。

當然精子之畸形構造，為有種不育，或流產之原因。故在生物上決非毫無關係者（參考二十一）於是遺傳病男子之精子，事實上有詳細檢查之必要（Stiasny 氏）（參考二十二）。至於組織上（頭部中部或尾部之變形）是否與不生育之原因有關，或為傳染病之寄托者，當然需要更進之研究。

至於精子體質之不同，而能影響生育，可從精子更換上得之。蓋有女子，在首次婚姻不育，而在第二次再度結婚後，即刻受孕。

受孕與否，並不單靠男子能交媾與否，而男子交媾力如何，亦有重大關係。女子陰瘻，必能使男子陽萎，但事實上也有處女膜未破，而已有妊娠者。換言之，陽物無需插入陰道，亦能受孕。另外甚至有陰道下端閉塞，膀胱陰道上端有瘻管，精子可由尿道侵入膀胱，而陰道，而子宮成孕者。

無論何種小洞，對於精子乃是巨大之門，故只要有鹼性之液體（Lichtenstein 氏），如小便鹼性，精子即有鑽進之可能。

雖然正式交媾為成孕之必要條件。但是心理性及肉體性陽萎，均是不能成孕之理由。尤其心理性陽萎近來日漸增加，據著者所得之報告，德國近年來增加甚劇。

此外尚有種女子，根本不知性交為何物。此地只有正式之指示，始能

產生效力。如有緊狹之處女膜，性交不能破者，則當擴大之，或用麻醉破碎之。男子心理性陽萎，亦可取消。此種手術最好令男子傍視之（視前），如若該男子，在施手術時，親眼看見醫者之手，能夠完全伸入陰道，那便領會，以後之性交，便不再有陽萎發生。割去全部處女膜之方法並不佳，因將來結疤後，可以產生甚劇之苦痛故也。

至於畸形性交，及同性戀愛之不能成孕，那是當然。不過有一問題，不易解決，就是慾念（Libido）與性慾（Orgasmus）亢盛，對於成孕有無關係，著者以為此種問題，普通均過甚其詞。

普通民衆之意，以為男女性交同時完結，為成孕最佳之時。換言之，男女之慾性應同時發生，慾性最高點，亦當同時發現，則成孕之可能性最大。假使男子先出精，或後出精則不然。全無希望者乃是女子全無慾念，一切都隨便，或甚至對於性交，非常恐懼〔無慾（Frigidität）、畏交（Dyspareunie）〕（參考二十三），這種現象，言之固有理，但與事實未必相符。因為有甚多無慾性之女子，亦能受孕，並且非特一次，而且甚多次。另外尚有惟一之證明，即用麻醉方法，強奸女子。該時被奸之女子，非特無慾性可言，生殖器有時還受傷甚重，但仍有成孕者。

甚多病者，以為施手術後，慾念、慾性均將失去，故甚為恐懼，甚至有些丈夫以為女子子宮完全割去，以後之慾性及慾念亦均失去或減少。但事實上，內生殖器對於性交刺激，毫無關係。僅有一點即在陰道炎後或生產後（因陰道擴大之故）失去慾性（參考二十四）。

無慾（參考二十五）乃是手淫之結果。因為女子生殖器，得到常常手淫時特級之感覺後，在正式交媾時，男子陽物，不足以刺激女子之慾性。所以在性交時無慾，其慾念必須經過私自用手摩擦陰核，或則用他物（髮針）抹刺尿道外口處後，始能滿足。此種舉動，在性慾滿足時，該髮針可能落入尿道內，由此而入膀胱（視前），或陰道內。

對於無孕之男女，假使施行全體檢查，有甚多女子患有體質異常之現象，不是精神上便是肉體上〔如中性式體質（Typus intersexualis）及生殖器發育不足（Typus hypoplasticus）（視前）者〕，此種中性式體質，大多無孕，而其治療之法，也是非常為難。雖然生殖器外表方面，無何種特級畸形。實際上之可能性唯有卵子之不成熟，或成熟不完全，或不能吸收精子，或在受孕後移植前，即刻死亡，或因蛻膜組織不健全，致使受孕卵子，不能完全移植或營養不足而遭早期妊娠中斷。諸此種種，知之者甚少，故均是

投機式之預測，非有逐步之研究，難於明瞭。

現今對於體質之情形，研究最準確及知之最多者，爲 Mathes 氏。其所謂有結實性體質 (Typus pyknicus) 之女子，差不多每一均能生產，無論何時何地，只要無淋病，一性交即刻受孕，反之那種中性式體質 (Typus intersexualis)，受孕非常困難，受孕後亦易流產，有時竟絕對無生育之希望。

有些體質之畸形，可從生殖器檢查方面得之。如發育不足，及幼稚性生殖器，陰道穹窿過短及太平坦，乃是一不良之（因無充足地位）藏精處。矮短之縐紋柔弱，骨盤底不高之陰道，以柔弱無彈力之陰道口，都易使射入陰道內之精子，重復流出，此種精子倒流，當然是受孕唯一阻礙者。其理由除上述之病以外（被動性），尚有因主動關係而如此者。如在交媾射精後，陰道痙縮（後繼性慾亢盛），亦可使精子倒流外出。

幼稚性子宮，成孕可能與否之預後，甚爲不易。據 Mathes 氏謂無一子宮，因過小而不能成孕者（視前）。著者之經驗，也是如此。如十二三歲之女孩亦能受孕。最後有種子宮，的確非常萎縮，與畸形者無二，但在結婚一二年後，居然也能產生肥大可愛之胎兒，與常人無異。

普通幼稚性子宮，成孕之可能，非常困難。其中理由大多以卵子不能成孕，或成孕後無能力移植。或子宮內膜無蛻膜化之反應，致使成孕之卵子，無移植之地。不得已仍被排出於外。或卵子成孕，亦能在子宮內膜下移植，但因子宮過小，無能擴大，致使妊娠中斷（流產）。

至於正式之畸形，如無陰道、子宮及卵巢等，不能成孕，乃是當然之理（視前）。

長年應用避孕藥劑，亦可成爲不育症。歷年來此種原因，似乎在增加，但是爲何用避孕藥後不能受孕之理由，是否子宮受騙太甚，而致損傷，而無成孕能力，抑尚有其他理由。現今尚無人知之者。

可是事實上證明甚多女子，在診所內，有如下述之主訴：「我們在結婚後幾年，不希望有子女，故用避孕藥，現在我們甚希望有一孩子，可是此種希望不能實現。」

此種不育之原因在何處，果然無人知之。但是生育一事，決非隨人所欲，要時取之，不要時棄之。此種棄之在先，則將來即有一種不能再得之危險。

如將無複雜病症而不育者，爲原始性不育，而將因受外界損傷而致不育者，爲繼續性不育，則著者院中，所治療之三百女子中，有一百六十四人，患原始性不育，一百三十六人繼續性不育（中有 58% 因輸卵管受損，30% 因子宮及子宮頸變異，而使受孕阻礙或則爲難。其餘之成份，乃爲無何種病理者。

不常交媾較常交媾者易受孕。（此地似乎受精過多，而成習慣性，對於受孕，如有抵抗素然。）中國古語中有紅妓不孕，即此之謂也。

生殖衆多者，大都由女子方面遺傳，普通雙胎皆由女子遺傳者。肥胖之女子，不易受孕，普通其生殖力亦甚衰弱。故絕經期亦早，易言之，截止卵巢機能，患者易於肥胖（觀獸類皆然）。女子肥胖不能生育，男子肥胖，當然也不會生育（五十歲時之鸚鵡脂肪）。

上述種種之不育原因，仍是一部份，另外尚有甚多原因不明，或僅屬猜度者。總之不育之原因，非常複雜，故在治療方面，均應細心爲之。尤其需要精細之舉動，使病者得到相當信仰。須知因該事而訪醫之女子，心中常有難訴之隱，非特性慾上需要發展，更其爲生育關係，而且夫婦間之感情（中國還有大家庭傳種交代問題），亦有重大關係，故該種病者，必先有甚大之勇氣後，始來求治。假使醫者隨意輕視可謂惡毒不堪。

對於此種不育問題，最好不與病者單獨談話，而應當其丈夫在傍時爲之。蓋女者生殖器之構造，以及那種非常難於發問之交媾等情形，均是非常重要的。

可是醫者當注意，在此種談話時，不可再使夫婦之感情更其惡化。著者曾親見某一對夫婦離異，因女子從醫者得知其丈夫曾患淋症而無精。醫者應知全部真實情形，但是爲避免感情發生變化起見，不可將全部實情告知病者。

此外醫生當注意，夫妻兩方面均有命醫者保守醫事祕密之權。故醫者在被問之時，一部份有關夫妻實情時，當隱守或以他言代之。

不育問題，現在各國對之，非常注意，美國、英國、法國，各婦科醫院中，皆附有不育診察部份，以專門檢查及治療該種不育之夫婦。德國現有諮詢所之設立。此種組織對於病者，果然有甚大之益處，但有時非特無益，而且可以損傷夫婦間之感情，或其他等等。所以著者之意，此種設立，全賴主持者能力如何而定。

檢查精液，以射入消毒玻璃杯內者爲最佳。用橡皮套交媾後，所得之精液，精子甚易被橡皮套損傷，惟普通一班，欲檢查活精子。或夫婦住院，同時不可能之時，則以用橡皮套交媾，所得之精液最爲妥當。

惟用橡皮套應有相當之保護，因精子在溫度相差過甚時，可以死亡（圖三百六十五）。最好將含有精液之橡皮套，裝於生理食鹽水內（0.9%），溫度在 37° — 38° 度之間，保持此種溫度不變，最好放在保暖壺中。或則外用棉布將橡皮套包之，以保持其溫度。

Huhner 氏 (New York) 介紹下述方法，以檢查精液，法命受檢者在交媾後即刻入院，醫者將其陰道內之精液，用細小之玻璃管吸之 (Huhner 氏方法)，在顯微鏡下檢查之。

如其檢得男子無精子 (淋症後，糖尿症，受傷，X光損傷)，則其他治療均無益。惟有局部治之，以安慰女者之心。

假如男子對於成孕不成問題，則在女者應澈底為之檢查，為何該女者不會受孕。

在詳細檢查之下，常可得到典型式病象。尤其細小前傾成尖

角形之子宮，及少微伸長圓錐形而堅硬之子宮陰道段，及細小之子宮外口 (圖三百六十五)，此種子宮有時前折雖甚，但同時又少許向後 (視前)。前傾後折子宮 (Anteflexio cum retroflexio uteri)。

有時子宮口非常細小，四週又有壁硬之膜包圍，一如男子之陽物包皮然。 (故名曰子宮包莖，及子宮莖蒂。) 該種女子，普通總在轉經未出血前，有經痛之病，以前以為此種痛經及乏孕，乃是子宮折住太甚，致使出血不易，精子進內不易之故。現今皆知此種現象，乃是組織不發展，構造太幼稚，致使子宮無膨脹力，不能與月經循環一致，其所應有之蛻膜，亦不能發展，所以在轉經時，有包脹之痛。對於妊娠，則不能使卵子有移植之機會 (視前)。

上述那種常見之子宮，若如循序用下法為之，可以得到甚佳之成績：

1. 將子宮口兩傍，用力在橫切面割開，再在直切面縫之；
2. 將子宮內膜，用刮刀刮之；
3. 將子宮腔，用蟻醛液塗之 (Formalin)；
4. 用 Alexander-Adam 氏，手術方面，將子宮圓韌帶提前之。

著者應用此種方法已甚久，受胎而有生育者亦甚多，年久不孕而應用此種方法後受胎者，亦常有之。所以並非偶然之現象。

當然此種治療，不會有效果，假使除上述病外，當有其他病症混雜。



圖三百六十五

子宮外口狹窄 (未產婦)

(或在臨牀上，尚有難於檢得之乏孕原因在內。)

剖開子宮頸之時，子宮頸管內能流出甚多，形如膠質病理化之黏液，(此種黏液，能將子宮頸擴大如喇叭管，厚如膠質。)此點可懷疑子宮頸黏液栓塞，是否對於精子有益。

有種子宮，只需用蟻醛液一塗後，即刻可以受孕。別者用蟻醛液則完全無效。此地刮子宮，至少可以幫助一點。總之，有時有效，有時用盡方法，仍是無效。此地當然有甚多原因，尚未完全解決。惟以爲此種手術，無何意義者是毫無經驗者。

Fritsch 氏謂，將子宮外口割切數刀，不縫，僅塞紗布亦有良好之結果。惟著者之經驗，以爲此法不佳，因用此種方法，治療子宮口後，子宮口甚易再縮小，同時子宮頸及子宮內口，亦均未擴大。

過份將子宮頸割割，能使子宮頸內膜突出(Ektropium)。

甚長如吸嘴之子宮唇(Col tapiroid 圖二百四十四)，可用小型式錐形切取法，割去兩唇之一部份。

第二種典型式不孕原因，便是子宮附件兩傍發炎所產生之變異，在此輸卵管大多閉塞，如欲去除此種塞閉，則非施剖腹手術不可，有時候甚至剖腹後，亦不能將輸卵管開通。

欲知輸卵管閉塞與否，可以用通輸卵管法爲之。

通輸卵管之方法，技術上甚是簡單。

Kubin 氏、V. Graff 氏、Sellheim 氏、Ottow 氏、Mandelstamm 氏等等(參考二十六)法用一玻璃注射器，與一具有橡皮圈之子宮導管接住，此橡皮圈爲密封子宮頸管之用。在子宮導管與注射器之間裝一壓氣器(Manometer)，如此氣打入子宮內時，在壓氣器中，可以見得氣之壓力，通常用五十至一百厘米水銀壓力。設如輸卵管塞住，則其壓力必在一百厘米以上，甚至兩百厘米(Sellheim 氏)。此種射入之空氣，醫者可用聽筒聽之，如空氣能經過輸卵管，則在經過時，則有一種氣聲可以聽得。此外射入之空氣，醫者可在 X 光下探視之。只要三十 c. c. 空氣，在 X 光鏡下即可見得(在肝與橫膈膜間)，而且能保持四十八小時不變(Traugott 氏)。若是陽性現象，則絕對證明輸卵管不閉塞，反之陰性現象即空氣不通過，不能絕對證明輸卵管已閉塞。

此種方法可使病菌上升，醫史中時有此種現象及死亡記載。故 Sellheim 氏謂應用此種方法，等於剖腹，其中之適應症，以及施行方法之技能及消毒，均應絕對準備完全。壓力過甚，可使輸卵管破裂，Engelmann 氏，曾見一空氣栓塞，Mandelstamm 氏曾見一頸項皮下積氣。惟該兩例均未死亡，著者則因此曾損失一例(Frommolt 氏)。普通醫者對於此種打氣法，以少用爲妙，可是此種方法，非特可以證明輸卵管之閉塞與否，並且可以用此法以治療閉塞之輸卵管。著者曾見有應用此法後而懷孕者。

較大之統計中，有百分之十，能在應用此種方法後受孕(大約此 10% 之輸卵管粘膜，

僅少許粘住 或則轉折，或位置變異，經過氣壓後，即刻通順，受孕即有希望 (E. Graff 氏)。

準確之氣壓測驗，最近由 Rubin 氏 (參考二十七) 用炭酸爲之，輸卵管閉塞之局部情形，均可由此探得之。

對於輸卵管閉塞與否，較爲可靠，及功效較爲着實之方法，爲輸卵管 X 光攝影法。Hysterosalpingographie (參考二十八) (圖三百六十六、三百六十九)。

此地用在 X 光下有影之液體，如 20% Lipiodol (碘油) Contrastol (溴油) 或則 40% Jodipim 輸入子宮輸卵管，及腹腔。著者醫院中應用之射液器械 (如圖三百六十七、三百六十八) 爲 G. H. F. Schultze (參考二十九) (圖三百六十七) 氏所製。 (圖三百六十七、三百六十八)

該射液器之應用法。先將子陰段用齒鉗鉗住，將該器插入子宮頸管內醫者在 X 鏡下，將該發影之液體，射入子宮腔內 (惟不可太多或太少)。如此醫者在 X 光鏡中，可以觀察發影液之移動。用此射液器械，著者以爲非特可診斷輸卵管閉塞與否，並可供通輸卵管治療之用。另外此種射液器械，亦可供人工射精之用 (人工受孕法)。法用射液器吸取精子，而再將其射入子宮腔輸卵管內。待至二小時後，再將此器械取出。



圖 三 百 六 十 六

子宮輸卵管 X 光攝影 (Hysterosalpingographie) 左面輸卵管袋，右面正常。

在 X 光鏡下，當詳細觀察發影液流入子宮及腹腔之情形。第二日再復攝一影，觀察該發影液體在何處，設如該液體在腹腔之內，則爲輸卵管不閉塞絕對證明，反之，如輸卵管內液體尚存，則爲輸卵管塞住之現象 (圖三百六十六、三百六十九)。

最後用 X 光攝影，尙能觀察子宮及輸卵管之形態及位置。子宮及輸卵管肌肉收縮及放大工作情形，及輸卵管及子宮內容流動之方向等等。

自從此法發明以後，我們在內生殖器官有甚多有興趣之新發現，雖然事實尙無確實之證明，或研究所得之成績，並與理論相反。但是很可鼓勵我們將來研究之方向。譬如子宮內口及子宮輸卵管口處之收縮問題 (Schmider 氏及 Hisler 氏以爲是有之)。

總之提出此種問題，已足夠使人感得興趣，因爲以前去找此種回答，乃是絕不可能。現在至少有此種機會，可以試探。另一方面，我們當知此種問題，對於不育甚有關係。

內生殖器之蠕動及反蠕動，與生理 (月經) 及病理 (發炎擴大無粘膜等等) 現象之關

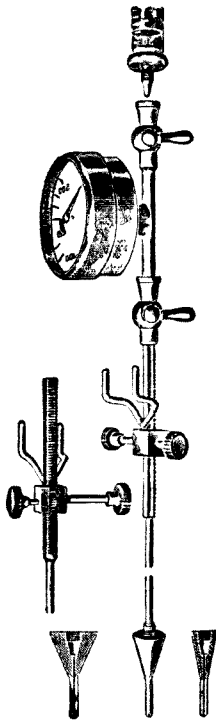


圖 三 百 六 十 七
 子 宮 輸 卵 管 X 光 射 液 器，同 時
 亦 可 供 通 輸 卵 管 及 人 工 受 孕。

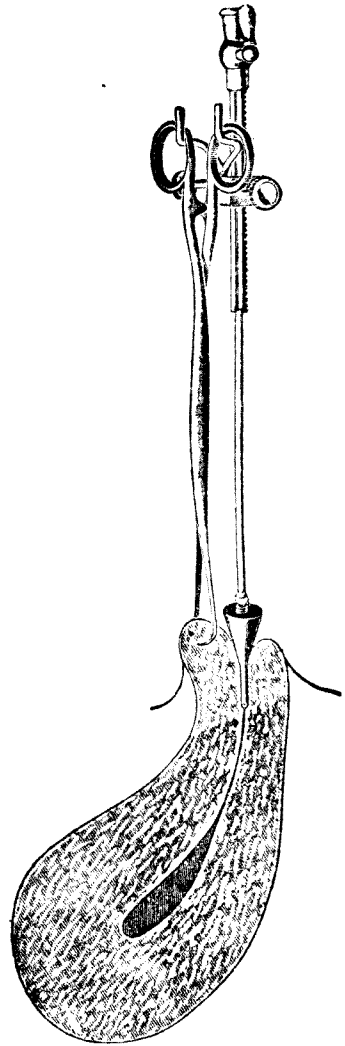


圖 三 百 六 十 八
 上 述 (圖 三 百 六 十 七) 之 器 械
 在 應 用 時



圖三百六十九

同一病例如圖三百六十六二十四小時以後攝影，右輸卵管通順，液體流入腹腔，左輸卵管不通，有一輸卵管袋。

係，有相當影響。如用藥液刺或妊娠以後。

有時子宮及輸卵管X光攝影可將子宮肌瘤、卵巢瘤、子宮附件炎，及宮外孕，區別診斷之（詳情視各本篇）。

X光攝影方法，較打氣方法為佳。因用此法可以絕對探知輸卵管之外形，同時並可知道輸卵管之閉塞地方在何處（圖三百六十六、三百六十九）。是否一面抑兩面均閉塞。此外子宮之形態亦可在X光影片中探視之。至於其危險一如打氣法，即上升性傳染危險（參考三十）。

用子宮鏡（Uteroskopie）（視前）對於不育（由子宮腔觀察輸卵管通順否）及避孕（在肉眼監視下將輸卵管用電火炙之）所需之要求，能否達到目的，尚屬問題（視前），大約此法尚不能適合上述之要求。

兩種方法最大之危險，便是無經驗者妄用，尤其所謂X光專家，而無婦科經驗者，最為危險。

Novak氏以為X光攝影，較打氣為危險，因十五個月以後，尚能察視殘影之液體（Lipiodol），在輸卵管內故也。

觸診檢查，所得之變態甚多，但並非個個小骨盤內病理化可以影響生育，亦並非為每個不育之原因。此地疾病之沉重，生育尚在其次，所以適應症之建議，亦不完全，以此為根據（如開刀手術）當然此種病症治療痊愈後則不育之病象，也自然消滅。例如單面之卵巢瘤（Dermoid），在割除後，便即有受孕之可能，至於此瘤影響生育，是否瘤之位置及壓力關係，抑是

內分泌異常影響所致，至今尚難於明瞭。肌瘤與生育之關係，時有非常不同預後（視前）。

Kehrer 氏將肌瘤分為三種：

1. 肌瘤機械式阻止生育；
2. 肌瘤因內部進化性壞死 (Necrobiose) 及發炎，致使生育無望；
3. 因性交異常，而產生肌瘤，致使不育者。Kehrer 氏以為僅性交異常之女子，有產生肌瘤之可能，只有異常之刺戟，及過份之刺戟生殖器，始能使胎生時分析之肌瘤細芽長大，而成爲肌瘤。惟此種理想，至今尚無相當之證明。

移動性子宮後折，是否不育之理由，非常難言（視前）。有者在此種位置甚易受孕，反之有者則非將子宮提前後，不能受孕。

子宮後向，機械上有所阻礙，因子宮陰道段，不在陰道後穹窿內故也。惟亦有子宮陰道段，在無論何種形態及位置中，均有受孕之能力。

固住性之子宮後折，生育之希望甚少，因此種病症之來源，大都爲上游性傳染所致，普通都是子宮輸卵管先發炎，然後再波及腹膜，而將子宮向後黏結。在此卵子運輸上當然被阻，或則難於移植，惟絕對無希望之說，在未剖腹將全部內生殖器視察後是不可能。有時亦有錯誤之處。

譬如（雖然極屬少數）輸卵管有時兩面積膿，卵巢黏結甚劇，子宮直腸陷凹積膿亦甚多（視前），在此種情形之下，亦有受孕者。

對於此種特別情形，我們即有一問題發生，此即已塞閉之輸卵管，在何種條件之下能再通順。

最近 Kosenberger (參考三十一)所述之一例，當然不能完全證明。因爲他在剖腹時肉眼所見之變異，不能絕對擔保輸卵管完全閉塞，所以此病者在二年半後，能有輸卵管妊娠，也不能證明該輸卵先前閉塞而後通順者。

無論人類在何種文化程度，其所需要及希望，均各有不同。單以兒女問題，即可知之。有甚多女子，日夜相思子女。甚至夫婦互相非難，或各自怨恨，到處求醫。一切不育治療方法，均按序施行各種手術，忍痛爲之。以求萬一得孕之希望。反之有些女子，則應用各種避孕方法，盡力避免受孕，一見有月經過期，即刻施用種種墮胎方法，以免凸腹而受兒女之累，損害其之自由及工作。近年來德國此種現象，亦非常之多，從新政府成立以來，此種見解又漸見消失。

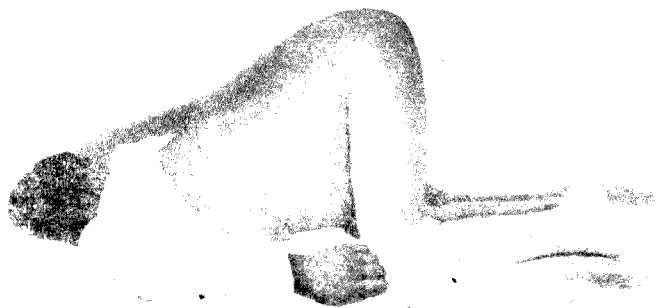
此外有甚多女子，患有正式之生殖器病症，求醫治愈之。但生育卻仍不希望。此種志願，醫者爲人道計，當然不能接受。另外醫者更不能擔保生育。因有時在檢查時尚不知內生殖器變化如何利害，及至剖腹後，始知病

症甚重非完全割去內生殖器不可。假使那時應諾病家，能使其生育，而事實上反將子宮與輸卵管及卵巢全部割去，則一切希望，且非均成爲泡影。故著者之意，無論何種不育手術，絕對不許使病者有過份之希望。醫者僅能一試。此外不可因將來或許有成孕之希望，而將應割之子宮保留。在此當然可以產生生命有關之重大危險（視前）。所以病者當絕對信仰醫者，隨醫者有技術之手，自由主持，盡其能力所及，及病症之適應症，如何而決定之。

如病者能了解一切，則當盡力爲之設法。將有希望之可能方法，盡量爲之，尤其對於年事已長不育已久者。

Fritsch 氏曾報告一例，在銀婚後始生產者，如以此種先例，來勸導無勇氣之夫婦，並非不適宜。可是事實上在三十歲以後之夫婦，生育之希望已少，四十歲以後懷孕之可能性更屬少數。故既欲生育，及施手術，均應及時爲之，不可過遲，以致毫無結果。惟亦不可過早。有種夫婦，結婚三四月後，即來訪醫，要求醫者爲之設法醫治不育之症。當然對於此種夫婦應詳細爲之診察，遇有肌瘤，或卵巢瘤，或兩輸卵管閉塞，則當然施行手術，其餘如若僅一輸卵管閉塞，則在開始時不用開刀手術方法治之。此外交媾上之技能，亦應有相當指示。

假使精液容易流出，則當令病者行跪臥式交媾（Coitus à la vache）（圖三百七十）有時有效。當然此種跪臥式非常不適意，有時竟不能交



圖三百七十 膝胸位(De Lee 氏法)

媾。可是在此種跪臥式交媾後射出之精液，均流入子宮陰道段四週，而不再向外流出。當然在此種跪臥式，無一女子能持久。故在交媾後令其漸漸側臥，骨盤下放置一錐形枕。如此至少可以使女陰及臀部較其他身體少許高置（圖九十二）。然後再令其臥半小時。在此期內大半之精子已能流入子宮頸管內。（普通一班，精子需要至少十分鐘，始能自陰道後穹窿入子宮外口。不正常情形之時，或許在一刻鐘以上。）

溫泉浴，對於生育頗有效力。如女者單獨赴溫泉，較為妥當，因夫婦間無接觸時期，性慾上，可以暫時休息。

發炎症生殖器病症，而不育者，爛泥（Moor）礦鹽浴等，都有相當效果。至於何處溫泉有專門性之作用，那是毫無理由。有時候有些夫婦，僅需移地即能成孕。

用鹼性藥水洗陰道（畜獸者都用），以除不育，可以試之（2% 小蘇打），因為鹼性藥水，能使陰道液之酸性強度減低。如此精子之活動力，可以加善。Unterberger（參考三十一）氏竟以為用此種方法可以使將來所生之胎兒均成為男性。

曾患輕性生殖器炎，或發育不足者，用透熱電治療有甚佳之成績（視後）對於發育不足者，假使同時再用新式之卵巢製劑，則其成績可以甚佳（每日注射濾囊液連續數月）。

用同類之卵巢，移植於病者腹壁上（視前），當然對於不育女子之卵巢，一種激烈之扶助品。著者曾見一例，在別人卵巢移植後受孕者。至於此種受孕，是否完全卵巢移植之成績，當然尚屬問題。蓋此例除用移植卵巢以外尚用別種方法（如刮子宮，刮子宮頸）故也。

局部用蟻醛液塗子宮腔，將子宮頸內過多之黏液去除，並將子宮陰道段糜爛醫治，諸此種種細小手術，均當先治之，若再無效果，始用上述之手術方法。

最近年來，各學者定欲以人工戰勝自然。將已塞閉之輸卵管部份，強用人工割去（Tubeuresektion）而將通順之部份連接（Stomatoplastik bei Saktosalpingen）起來（Aug. Martin 氏）。蓋經驗指示，曾患輸卵管妊娠之女子，在將其受孕一部份割去以後，其所遺之一部份，仍能輸運卵子而成孕。於此可見只要有一部份輸卵管通順，生育仍是有望。

論理輸卵管患積膿性或積水性病症，所波及之部份，大半在壺腹部份，而狹部仍是通順，所以只要將壺腹部份割去，另一端通順之狹部或許還能運輸卵子，使其成孕。可是另一方面又證明，施此種手術後，成孕者仍

非常之少，成績甚不佳。著者以爲其中唯一之理由，乃輸卵管發炎後，管內之黏膜及絨毛均發生變化之故。故著者將積水之壺腹部份剪開，翻向外方，縫於闊韌帶，卵巢及輸卵管上。Sowuk 氏(參考三十三)更將輸卵管剪至健全黏膜處，翻向子宮，而縫於子宮角處。最近據 Strapmann 氏提議，將輸卵管壺腹部截斷，卵巢移種於其他保留之輸卵管處，或如 Tuffier 氏及 A. Mayer 氏之提議，將輸卵管全部截去，將卵巢縫在子宮輸卵管口處。至於成績如何，須待後來之報告。

對於移植輸卵管，Unterberger 氏(參考三十四)已有十例甚佳之成績。Brunner 氏(參考三十五)曾見一例，在卵管移植後，受孕在移植處。(大約因卵管移動處結疤，致將卵管腔縮小之故。)

據 V. Mikulicz-Radecki 氏之意見，以爲保存輸卵管狹部或至少留其一部份至爲重要。當然同時能將輸卵管纖亦保存則更佳。不過事實上，甚難將兩者同時保留，故成績大多不佳。

著者見一例，移植卵巢於子宮內後發現腸氣塞瘕(Ileus)。Estes Jun 氏(參考三十六)亦曾見之。惟其最後四十六例中，無何混合症發現，其以爲移植卵巢，應平坦移植，使其尖端正向子宮腔。該氏有數例，屢次成孕者。

此外在家獸中常爲之者，尤其對於馬類，用人工受精法。此法在人類方面，亦有相當成績，法用橡皮套交媾後之精液數滴，安放於消毒注射器中(視前)，射入子宮腔內(視前)。

其中僅少數有成績。A. Döderlein 氏及 Schorohowa (參考三十七)大多數無成績。甚至尚有極重之病症，因此而發生者(淋菌上升發炎)。

F. Engelmann 氏，曾統計一百八十五例人工授精中，有六十五例有效果。

此種人工授精，可使人倫道德陷落。著者曾見一例，丈夫爲無精者，但其向著者要求，將著者助手之精液，射入其妻之子宮中以代之。

另有一例，有一大地產家，因其子曾患左右副睪丸炎之故，其媳無生育，因此該地產家要求著者，將其之精液，射入其媳之子宮腔內，以便其媳能够生育，而保存其後裔。於此可見此種方法，絕對不能過份普及於社會。

著者院中，據 G. K. F. Schultze 氏之統計，在七年中(1930—1936)九百例不育中，詳細分析後，其治療所得之成績，有如下述。

柏林婦科醫院九百例不育者，經治療後有成績者，計

雙卵管全閉塞者 佔全部病者 45% 有成績者佔 3%

雙輸卵管全通者 佔全部病者 55% 有成績者佔 30%

全部病者總成績爲 18%。

避孕(參考三十八)

爲不育之反立者。文化之敗類，每一醫者當盡力阻止之。絕對不可助

進之。僅有一點，可以避孕如女子因懷孕而有生命危險者（與人工流產條件相同）。

如其病者不許生產，已有之妊娠尚須去除，則再度受孕當然不許。

德國自第三政府成立以後，患有遺傳性病者，也不許有孕。其最新之法律有如下述（參考三十九）。

誰患有遺傳病，經過醫者詳細之檢驗，以為該病者之後裔，亦有患同樣病症之可能時，可以用外科方法截去生育。法律上所謂之遺傳病症有如下述各病。

愚鈍者、散癡者 (Schizophrenie)、悲觀性癡狂 (Manisch-depressiv)、遺傳性羊癲瘋 (Epilepsie)、遺傳性舞蹈病 (Huntington'scher Chorea)、遺傳性目盲病、遺傳性耳聾病、沉重遺傳性身體異常及沉重之酒醉病。

停止生育之手術，可用放射法 (X光、鐳錠)，如患者之年齡已超過三十八歲者。或則生殖器方面根本需要用放射法治療者或則病者不能勝任手術者，或衛生當局有特級之許可者（參考四十）。

如其停止生育之病者，已有孕，則醫者可得病者之許可，將其妊娠即刻中斷。〔如胎兒尚無生存之可能性，或此種中斷對於病者無巨大之危險時。同時施手術，停止其生育機能。(Stadler 氏)〕（參考四十一）

對於此種病者之選擇，國家聘有 (1) 法官，(2) 法醫，(3) 遺傳學素有研究之醫者，三專家主持之。經嚴密之檢查及討論，然後令素負名之公共婦科醫院，為之制育之。

德國此種新制之產生，以 Boeters 主持最力。現已成為國家法律，其他各國如美國（參考四十二）、丹麥、瑞典、挪威、瑞士，雖有此種建議，但尚未徹底實行。

此種制度對於民族，可以改良種性，對於社會，可以少意外危險，對於國家，對於家庭，可以少疾病負擔。同時遺害後裔者，亦可減少。總之此種節育制度，實有益無害，所發生疑問之點，即是何種人，何種病，對於遺傳實在有害。雖現今遺傳學非常昌明，但尚無絕對解決之方法。

如其經專家檢查病者已患有不育之症（如無子宮或子宮巨缺，內分泌素不勻，無陰道，雙輸卵管閉塞，諸此當然均無需再施手術。虛偽之適應症，當然絕對禁止。惟有一點非常為難（同樣人工流產）此即社會經濟關係是也。

現在世界各國，均患經濟恐慌，的確有甚多家庭，兒女成羣，而進益低微，再有生育，的確可以破產，此種現象，為二十世紀之人類，而不為之設法，實在太不近人情。不過事實上，要檢查病者家庭之經濟狀況如何，有時卻非常不易。

至於有者謂，不欲生者節育之，此種無適應症之節育，著者以為錯誤。

一個醫者，無條件為人節育，則其本來之天職已失。無原由而為人安放一子宮帽，將來疾病之產生與健康之損傷當在其次，此種醫者，完全成為社會謀利之徒，而並非為人人所敬仰。而具有神聖天職之醫者（參考四十三）。

至於節育之方法，最簡便乃是節制性交，但此種方法，能持久者，實屬少數。僅與世遠離者，或生殖器發育不完全者，始能有之。

Fritsch 氏謂，設若欲節制生育，可將男者制育之。但醫者之舉動，當隨病者之要求而移遷，普通一班，男子受此種手術者絕屬少數。蓋有甚多妻子知之甚詳，如因節制生育，而不願性交，則其丈夫不節之危險，必定甚大，故願以生命代之，而不願性交有阻礙。

使妻子受無限痛苦，而丈夫盡量發揮其慾性，當然非人道主義，但素知世故人情之醫生，均以為節制女者生育，不致使夫婦有衝突之危險（Fritsch 氏）。

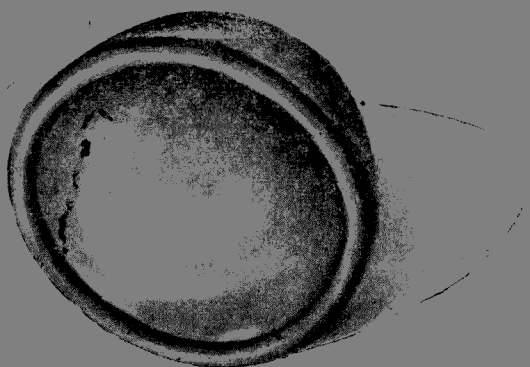
不用開刀手術而節育者，不是所用之藥無效，即有礙身體之健康。

間斷性交媾，不使慾性完全發展，在女者方面，精神不暢快，尚在其次，可是內生殖器，忽然間充血，忽然停止，血液循環之受阻，因此而發生慢性變化，〔月經過多（Metro-pathie）婚姻性子宮炎（Ehstandsmetritis），Salus 氏子宮後結締織炎（Parametritis posterior）〕。卻為常有之事。而在男子方面，精神上感受之痛苦，不堪設想，因此發生精神痛苦，以及畏懼性交，以及不節等等，均可因此發生。

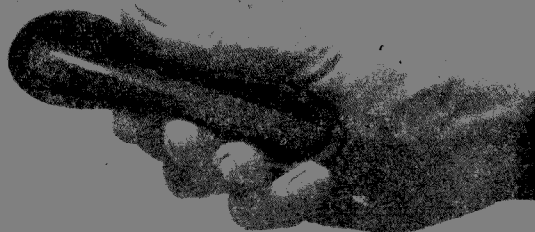
當然並非每一間斷性交媾，或手淫而致生殖器病理變化。此外尚有甚多夫婦，雖長期間斷性交媾，而精神上仍是非常健全。

可是經驗所得，用此種方法交媾，並非健全之法，故以不介紹為妙。

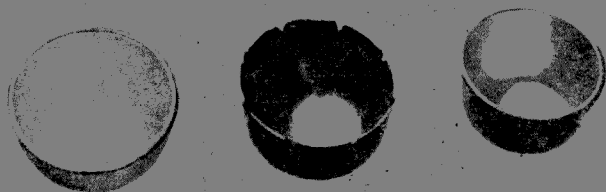
此外節育之方法，即是阻止精液，射入子宮腔內。在男子方面可用套子（魚套、橡皮套）。套在陽物上使精液不流入陰道內。在女子方面，則用橡皮製之子宮帽（Meusinga-pressar 圖三百七十一、三百七十二）。或則用鉛



圖三百七十一
Messinga 架(橡皮薄, 邊沿有彈性銅絲)



圖三百七十二
Messinga 架手執法(放在陰道前)



圖三百七十三 子宮疝(套在子陰段上)

或金屬製成之子宮罩（圖三百七十三）放於子宮陰道段之處。惟大小必須適合，則精液可不致前進入子宮頸管內。

陰道用酸性液體洗濯（如一食匙酒精，或醋，加熱水一升），在交媾後爲之，非特可以殺死一部份精子，且可將其餘精子沖出。

用此種方法之成績，一時尚無問題，但可忽然無效。其最大之理由，不是套子破壞，便是罩子位置移動，或則洗濯太遲，不能將在子宮頸處之精子沖洗出來。

用套子交媾，有時能產生女陰陰道炎（Nieder-Meyer 氏、Littauer 氏、Haselhorst 氏）（參考四十四）（視前），現在市上通行子宮頸內桿，絕對不可應用，因此桿對於身體健康，甚爲有害（圖三百七十五、三百七十六）。此種避孕方法之有效點，並非將精子殺死，實際上乃是此種器械，插入子宮頸管內後，子宮遂因此發炎，或則病理性變化，而致成孕之可能性完全消滅。換言之，此處不受孕之理由，並非在器械精美，而在器械放在子宮內刺戟發炎所致。所以此種避孕，並非暫時性（即將器械取出即可成孕），而是永久性（因子宮內膜炎永久不孕）。即使將子宮桿取出，該女子也不再受孕。

此種金屬桿，有時亦用以墮胎（有意或無意），由此而產生之危險，正不堪設想〔Strapmann 氏（參考四十五）Pulvermacher 氏（參考四十六）Olmesarge 氏（參考四十七）。〕

最近用絲線結插入子宮頸內者甚多。當然其爲害與上述相同。Gräfenberg 氏介紹一銀圈，深深插入子宮腔內，普通一班，此種插入後，不久即刻落出，否則在子宮腔內產生沉重性發炎。流血加多，及延長。此外此種方法，並不完全可靠，用此法後，而仍懷孕者日漸增加（Sommer 氏（參考四十八）、Hertha Riese 氏（參考四十九）及 Gräfenberg 氏）。有時此種銀圈與胎盤同時排出，或則混在卵皮內。另外宮外孕亦爲常見之事實（Koide 氏等）。

市上門戶大廣告所鼓吹之避孕藥類其最大之缺點，乃是效力不可靠，反可使用機械式避孕之機會增加。

最可注意將來甚有希望之藥劑，乃是 Polano 氏（參考五十）之提議，將子宮頸粘液及子宮頸粘膜酸性化（用 Gyan）。

如因身體關係，非停止生育不可，則最可靠之方法乃是施手術。（參考五十一）

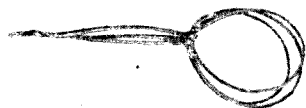
1. 截除卵巢：

a. 剖腹割除；

b. 用 X 光殺滅卵子。

2. 截除子宮（割子宮）。
3. 使輸卵管閉塞：
 - a. 束住輸卵管；
 - b. 切斷輸卵管；
 - c. 割去輸卵管。

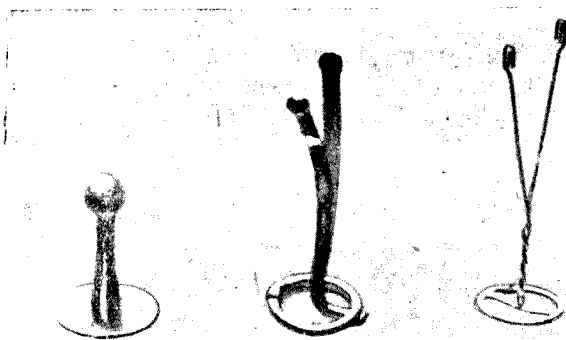
1. 截除卵巢：以前常用之，而無何種理由。〔現僅用在骨質軟化（Osteomalacie）（Tehling 氏），但有時亦用丁種維他命，人工太陽燈，以及魚肝油代替之。〕因卵巢排卵以外，尚有極重要之內分泌工作，故割除卵巢以避孕，乃是甚不妥善之方法。



圖三百七十四
蠶絲帶（塞在子宮頸內）



圖三百七十五
子宮內架（照 Dr. Pust 氏）



圖三百七十六
子宮內架（左筆形架，中及右為分枝架。）

2. 同樣不妥善便是割去子宮，蓋保持月經為女性特綴現象。只有在病者身體需要安靜，經血可以損及病者健康時，則始可將子宮割去（如長期肺癆）。

肺癆懷孕之病者，用局部麻醉下，將子宮從陰道內割去後，而獲痊愈

者，有 70% 以上（著者 Bumm 統計）（參考五十一）。

3. 上述兩法既屬例外，惟有此法則最爲普及，亦最無損傷。此法可用剖腹式，及從陰道施手術爲之。後法亦可用在狹緊及尙未生產之陰道，不過醫者應有經驗及技能始可爲之。

僅用線將輸卵管束住，不能絕對保險無孕，因爲束住之線，可以扣入輸卵管腔內，如此輸卵管漸漸仍可通順。另外截斷輸卵管之一部份亦不可靠。輸卵管之中段，或則在子宮端截斷卵管。

Zangenmeister 氏、Laseh 氏、O. Küstner 氏、G. Burekhard 氏、Köhler 氏、Bainbridge 氏及 Gordon 氏等均證明用此種方法，仍能受孕。

所以要截斷輸卵管，必須將間質部份，連子宮底部完全割除。或則將卵管中段截斷，如此之闊，使兩端絕對無接觸之可能。（卵子不能運輸，精子亦不能入內。）

如此截除之輸卵管段，當爲之保存，以作將來之證據，尤其爲遺傳病而割去者。

可靠最有效力之方法，似乎是 Madlener 氏（參考五十三）之壓傷輸卵管法。

法將輸卵管中端執住，提高之，（與輸卵管曲處，成直角形）然後在曲處，用特別製造之壓傷器（長約 2—3 粉）壓傷之，惟不可將輸卵管漿膜損傷。壓傷之部份，再用線束緊之（輸卵管系膜亦在內）如此壓傷之處，卵管中腔完全乾燥，後來均被結締組織所佔。 (Kojima 氏(參考五十四)、Sailer 氏(參考五十五)在 620 例中，未見一例無效者。另外 Madlener 氏有 166 例，及 Gianella 氏(參考五十六)(Zürich 醫院)有 604 例中，僅有一例成績不佳。惟此例成績不佳之理由，實因手術欠佳之故。總之在此 1390 例中，僅一例無良好結果。)

可是 Fuchs 氏(參考五十七)、Ottow 氏及 Lork 氏借用 X 光攝影，檢查其十二例，中有七例卵管不通順，三例在壓傷處通順，而輸卵管末端則閉住，其餘二例則完全通順。Wolf 氏(參考五十八)在其 36 例中，雖有壓傷處通順者，惟無一末端尚通順者。

總此以觀，上述之斷語，著者以爲均不可靠，蓋經（X 光攝影）檢查後，輸卵管可因此而通順也。

Naujoks 氏（參考五十九）將 Madlener 氏之方法改良如下，先將輸卵管緻部壓傷後，再將輸卵管割除之。

另外一種方法 (Fritsch 氏、Menge 氏、Stöckel 氏、R. Schroeder 氏) 乃是依 Alexander-Adam 氏法割開，將輸卵管從鼠蹊溝中取出，然後依下述各人之法縫之。

1. Menge 氏先將卵管割去，輸卵管之遺剩端，縫在腹膜之外。
2. Stöckel 氏法，不將卵管截斷，完全將其縫在腹壁肌肉與腹壁筋

膜之間。

3. Fritsch 氏法，將輸卵管壺腹部移植於筋膜之外端。

4. R. Schröder 氏，將剪斷之輸卵管部份，縫住於圓韌帶之中間。

著者及 Fritsch 氏之方法，將來還有回復原狀之可能（暫時性避孕）（不過將來回復原狀後能否再受孕，當然另一問題。因在腹膜外之卵管，在各方面（解剖及生理）均變形甚劇，所以雖回復原狀後亦難受孕（惟 Walz 曾見數例（用 X 光攝影）通順者）。

此種變異位置之輸卵管，當然亦可有菌類上升（著者曾見數例）另外子宮內膜異位（Endometriose）在此種輸卵管內亦曾有發見（Walz 氏）（參考六十）。

尚有輸卵管可以重復回入腹腔（普通可用圓韌帶，縮短法避免之）或則卵巢縱全部或一部份，尚在腹腔內，如此卵巢與子宮之路仍通順（著者與其他學者均有發見）。

Sellheim 氏將輸卵管壺腹部塞在闊韌帶內。但亦有無效者（惟 Thiess 氏所見有 100% 有效）。

B. Ottow 氏（參考六十一）將輸卵管之子宮部份，塞在卵巢韌帶與闊韌帶之下。

Fuchs 氏（參考六十二）及 Nell 氏將子宮處之輸卵管繫住在子宮前後壁，然後再用膀胱漿膜蓋之。

最近 Sellheim 氏（參考六十三）將輸卵管間質部，錐形式從子宮角處雕去，然後將該創口，詳細縫合，輸卵管之其他部份，則隨其單獨存在，必要時，可以再將其移植於子宮處，Michaelis 氏曾見一例，如此復合而懷孕者。

Aseh 氏之意，以便將來仍有生育希望起見，將輸卵管之內側及中側之三分之一部份割去，將內側之三分之一束緊，縫於韌帶之內。其他兩外端，隨其本來地位 Körner 氏（參考六十四）曾施如此手術數次，數年後，檢查時證明二端之卵管腔仍舊通順，他以為少許割除一段，卵管將來仍能回復本來之情形。惟據著者之意，在縫合處恐有閉塞之虞。

Van de Velde（參考六十五）氏謂如要暫時性避孕，可將卵巢縫於膀胱子宮總縫內。實際上有一例，在五年後，生育能力仍舊完全恢復者。

Littauer 氏（參考六十六）亦有同樣之成績。

至於絕對能暫時性避孕之手術方法，至今尚無。

至於用 X 光照射作為暫時避孕法對於生育機能健全之女子，至今仍應拒絕，因有少量之 X 光，亦能使卵巢受傷甚劇，而成為永久性不育。反之有時用量雖重，月經仍來，仍能受孕（統計報告）（視前）。

此外受光照之卵巢，其中必有受 X 光損傷之卵子。此種受傷之胞胚葉，能有遺傳性。假使二胚葉同時受損，則在數代後必有天性不足之後裔。

E. Fischer 氏（參考六十七）從獸類試驗所得遺傳學之方律，對於人類亦有相當關係。故其警告各人應少用此法為妙。可是 Nürnberg 氏謂，此種後來之損傷，至今尚未有發現者。Cattier 氏亦以為此種見解，根據其之顯微組織研究所得，也不十分可靠。

假使有一孕婦，在無意中被 X 光照射，則其卵子之受傷，乃是必定。故流產亦是當然之事（H. Martius）（視前）。

Haberlandt 氏（參考六十八）用胎盤及卵巢劑同產獸類，則該獸類暫時性或永久性內泌素不育。

對於人類，當然亦可意想猜之，長期服用黃體，也能阻止卵泡發展，惟此種阻止，是否僅將卵巢工作沉重性損傷，仍屬問題。

在獸類試驗中，可以用極濃之卵泡液或懸垂體前葉，使獸類暫時不育。惟此種不育，僅以用極大之份量，始能達到，至於人類所需要為何種份量，當然尙不能知，惟此種份量，定能使卵巢受傷(Philipp 氏等)(參考六十九)。

還有男性體之內泌素(不與精蟲混合者)注射於雌性獸類中，亦能使其暫時不育(Ardelt 氏等)(參考七十)。

最後也在試驗中，乃是用孕婦之血注射，因精子在孕婦血中之寄生，仍及正常血清中半數時期(Lotz 及 Schulz 氏)(參考七十一)。

參考一 Engelmann, Sterilität und Sterilisierung, in Stoeckel—Veit Handb. d. Gynæk, Bd. IV.—Graff, E. Die Unfruchtbarkeit der Frau. J. Springer Wien 1926.—Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes, Urban, u. Schwarzenberg Berlin 1917.—Närnberger, Sterilität, in Halban-Seitz Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. III. 1.—Pankow, Künstliche Sterilisierung, in Halban-Seitz. Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. IV. 1.—Strassmann, P., Vorgänge bei der Befruchtung, in v. Winckel, Handbuch der geburtshilfe Bd. I.—Winter g., u. H. Najoks, Der künstliche abort, F. Euke, Stuttgart 1932.

參考二 Kurzok und Miller, Amer. J. Obstetr. 1928, Bd. XV.

參考三 Höhne und Behne, Zbl. Gyn. 1914, No. 1.

參考四 Groper, Entwicklungsgeschichte des Menschen, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. VI., 1; Arch. Gyn. 1919, Bd. CX, Mschr. Geburtsh. 1927 Bd. LXX VII.

參考五 Ogino, Zbl. Gyn. 1930, No. 8, u. 1932, No. 12.

參考六 Knaus H., Münch. Med. Wschr. 1929, S. 1157 u. 1931 No. 9, u. Arch. Gyn 1931 Bd. CXI. VI Zbl. Gyn. 1933. No. 24.

參考七 Wittenbeck, Arch. Gyn. 1930, Bd. CXL II.

參考八 Bolaffio, Zbl. Gyn. 1932, No. 25.

參考九 Araya, Zbl. Gynæk. 1936 No. 35.

參考十 Grosser, Zbl. Gyn. 1932, No. 12.

參考十一 Siegel, gewollte u. ungewollte Schwankungen weiblicher Fruchtbarkeit. J. Springer Berlin, 1917.

參考十二 Schumacher, Mschr. geb. Gyn. Bd. 99. 1935.

參考十三 Heil, Arch. Gyn. 1893 Bd. XLIII—Lode, Arch. Gyn. 1894, Bd. XLV.

參考十四 Sobotta, Anat. Hefte. Bd. LIV.—Westmann, R., Acta Obstetr. Scand. Bd. V. H. 3.

參考十五 V. Mikulicz-Radecki, Arch. Gyn. 1926, Bd. CXXXVIII; Zbl. Gyn. 1930, No. 35.

參考十六 Kok, Arch. Gyn. 1926, Bd. CXXVII, u. 1927, Bd. CXXX; Zbl. Gyn. 1929, No. 1, u. 16.

參考十七 Caffier Studien Zum Eitransport des Menschen (der Eiabnahme-mechanismus) Zbl. Gynrek. 1936, No. 32.

參考十八 V. Mikulicz-Radecki; Zbl. Gyn. 1936, No 11.

參考十九 Monch, Zbl. Gyn. 1927, No. 43, u. Studien zur Fertilität, F. Enke, Stuttgart 1931.

參考二十 G. K. F. Schultze Zbl. Gyn. 1935.

參考二十一 Belonoschkin, B., Der Gegenwärtige Stand der Spermaforschung. Arch. Gyn. Bd. 158, 1934.

參考二十二 Stiasny H. Mikropathologie der Spermienerbkrankter Männer Zbl. Gyn. 1937. No. 15.

參考二十三 Adler, G. Die Mangelhafte geschlechtsempfindung des Weibes 3. Aufl. H. Kornfeld. Berlin. 1919—Kehrer, E. Ursachen u. Behandlung der Unfruchtbarkeit Nach Modernen Gesichtspunkten, Th. Steinkopff Dresden 1922—Stekel, Die Gefühlskälte der Frau, 3 Aufl. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1927—Van de Velde, Th., Die Abneigung in der Ehe. B. Konegen, Leipzig 1928.

參考二十四 Sellheim, H, Mschr. Geburtsh, 1931, Bd. LXXXVI.

參考二十五 Liegner, B., Zbl. Gyn. 1931, No. 33.

參考二十六 Frommolt, G., Zbl. Gyn. 1925, No. 3—Mandelstamm Mschr. Geburtsh. 1928 Bd. LXXVIII—Rubin Arch. Gyn. 1923, Bd. CXXXVII.—Sellheim, Zbl. Gyn. 1923 No. 30 und 37, Dtsch. Med. Wschr. 1930, No. 21.

參考二十七 Rubin, Amer, J. Obstetr. 1930, Bd. XX V. Nuikulez-tanuki, Zbl. Gyn. 1932, No. 50.

參考二十八 Reinberg u. Arstam, Fortschr. Röntgonstr. 1927, Bd. XXXV. H. 1.—Schneider, P., u. F. Eisler Fortsch. Röntgenstr. 1927. Bd. XXXV. H. 5.—Schultze, G. K. F. Z. Geburtsh. 1928 Bd. XCIII u. Z. Geburtsh. Bd. C.—Temesvary, Die Hysterosalpingogr. F. Enke, Stuttgart 1928.

參考二十九 Schultze, G. K. F. Zbl. Gyn. 1931. 11a.

參考三十 Schröder, R. u. Jakobi, H., Arch. Gyn. 1930, Pd. CXLII. (erschließt gesamte Literatur)—Schultze, G. K. F. Z. Geburtsh. 1932. Bd. CI. u. Zbl. Gyn. 1931, 11a.

參考三十一 Rosenberger Zbl. Gyn. 1928, No. 17.

參考三十二 Unterberger, Dtsch. Med. Wschr. 1930, No. 18.

參考三十三 Sowaek, Am. Journ. Surgery, 1936, Bd. 33.

參考三十四 Unterberger, Mschr. Geburtsh, 1926 LXXII.

參考三十五 Brunner, Zbl. Gyn. 1934, No. 46.

參考三十六 Estes jun Journ. Amer. Med. Assoc. 1924, Bd. LXXXIII.—Tritschkoff, Zbl. Gyn. 1936, No. 27, 14.

參考三十七 Schorohowa, S. A. A., Gyn. et. Obstetr. 1927.

參考三十八 Dickinson u. Bryant, Konzeptionsverhütung, Baltimore 1931 Fränhel, L., Die Empfängnis verhütung, E. Euke, Stuttgart 1932. Grotjahn, Soziale Pathologie 1923—Marcuse, M., Der Präventivverkehr, F. Enke, Stuttgart 1917 und Empfängnis-verkütung, F. Enke 1932.—Nidermeyer, A., Fal-

kultativo Sterilität. Limburg, Stoffen 1931. Plaszek, S. Künstliche Fehlgeburt u. künstliche Unfruchtbarkeit ihr Indikation, Technik u. Rechtsfrage G. Thieme Verlag. Leipzig 1918 (insbesondere der abschnitt V. F. Martius: Künstliche Fehlgeburt. und künstliche Unfruchtbarkeit von Standpunkt der inneren Medizin I—Unshelm, Geburtenbeschränkung und Sozialismus. Mono-Graphien. zur Frauenkunde und Eugenik, C. Kabitsch, Leipzig 1924—).

參考三十九 Gütt, Rüdín u. Ruttké, J. F. Lehmann München 1934.

參考四十 Gütt, Rudi u. Ruttké J. F. Lehmann München 1936, 2. Aufl.
又 Weiz, W. Die Vererbung innerer Krankheiten F. Euke Stuttgart 1936.

參考四十一 Stadler, Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen, Lehmann Neuenchen 1936.

參考四十二 Kopp, W. gesetzliche Unfruchtbarmachung, Kiel, Lipsius und Fischer 1934 (Amerika, Danemark, Skandinavien, Schweiz).

參考四十三 Stoeckel, W., Zbl. Gyn. 1931, No. 17.

參考四十四 Haselhorst, Zbl. Gyn. 1930, No. 21.

參考四十五 Strapmann, Dtsch. Z. Gerichtl. Med. 1928, Bd. XII.

參考四十六 Pulvermacher, Z. geburtsh. 1930, Bd. XC VII—.

參考四十七 Ohnesorge, Münch. Med. Wschr. 1927, S. 419.

參考四十八 Sommer, Zbl. Gyn. 1931, No. 34.

參考四十九 Riese, H., Zbl. Gyn. 1931, No. 51.

參考五十 Polano, Münch Med. Wschr. 1931, No. 32.

參考五十一 Bauer K. H. u. F. V. Mikulicz-Radecki, Die Praxis der Sterilisationsmethoden, J. A. Barth, Leipzig, 1936.

參考五十二 Stoeckel, W., Fortschr. de. Therapie 1925, H. 12.

參考五十三 Mandlener, Zbl. Gyn. 1919, No. 20, u. 1932, No. 45.

參考五十四 Kojima, Zbl. Gyn. 1928, No. 18.

參考五十五 Senger, Arch. Gyn. Bd. CLVI 1933—.

參考五十六 Gianella, Zbl. Gyn. 1933, No. 16.

參考五十七 Fuchs, H. Zbl. Gyn. 1932, No. 42.

參考五十八 Wolf, Zbl. Gyn. 1932, No. 23.

參考五十九 Naujoks, Zbl. Gyn. 1931, No. 2.

參考六十 Walz, W., Zbl. Gyn. 1932, No. 33.

參考六十一 Ottow, B., Zbl. Gyn. 1934, No. 39.

參考六十二 Fuchs, Zbl. Gyn. 1935, S. 194.

參考六十三 Sellheim, Machr. Geburtsh. 1927, Bd. 26 (Beih)

參考六十四 Körner, Zbl. Gyn. 1928, No. 26.

參考六十五 Van de Velde, Zbl. Gyn. 1921, No. 13.

參考六十六 Littauer, Z. Geburtsh. 1928, Bd. XC III.

參考六十七 Fischer, Wien Med. Wschr 1930, No. 6.

參考六十八 Haberlandt, Die hormonale Sterilisierung, G. Fischer, Jena

1931.

參考六十九 Philipp Dtsch, Med. Wschr. 1932, No. 6.

參考七十 Ardelt, Arch. Gyn. 1931 Bd. CXLV.

參考七十一 Lotze u. Schulz, Zbl. Gyn. 1932, No. 12.

第二十章 乳房病症(參考一)

著者於此篇，僅述數要點，因產科學及外科學，對於乳房均有詳細著述故也。

普通婦科醫者，在診室內，常遇有此種乳房病症。蓋普通以爲乳房乃女性所特有，故乳房有病，應求診於婦科醫者。乳房病症中，當以乳房癌爲最重要（板形上皮癌、腺癌及黏液癌）已婚者較未婚者多三倍。已產者較未產者爲多。慢性乳房炎及乳房受傷，均爲癌腫之預兆。囊腫性之乳房炎，可以說乃是乳房癌之前期，此外家族遺傳（數代繼續）亦是常有之事。幼年女子亦能患之（Krauss 氏及 Klein）氏記述一十六歲女孩患乳房癌者。

每一瘤腫或瘤形腫脹及炎爛性之乳房，均可疑及乳房癌病象中之最顯明點爲乳頭進縮。有病之乳房較健全者爲大。在移動乳房時，患癌之乳房，有一部份之皮膚不能移動。早期病象甚少有痛苦者。試割以供檢查者，乃是非常危險之舉動。患囊腫性乳房炎者，破碎後即可使惡性組織增生，及癌腫迅速蔓延。故遇每一癌腫，都應全部割除。

治療方面，以絕根割除爲最佳，法將全部乳房，胸大肌(M. pectoralis)肌膜及全部肩窩內之淋巴腺，一齊割除。單用X光放射治療，各專家均不贊成。因X光照射以後，非特成績不能滿意並且副作用甚大，尤其肺部受傷甚劇（肺硬結）。惟將X光照在刀割前或後。對於永久全愈之希望，可以增進。

外科各專家，對於癌腫，尙無完全之統計。蓋彼輩不如婦科專家以五年不復發之期，爲永久全愈故也，彼輩以三年不復發之期(Winter 氏)爲比較性全愈（視前期）。Dietrich 氏、Frangenheim 氏曾統計全世界之患乳房癌者，永久全愈者有 48.6%。

Fr. Koenig 氏曾割三十四例早期乳房癌，其中五年後尙活者有十六人，十年後尙活者僅一人，其餘均在癌症復發時死亡。

乳房癌腫，可以移植於各臟腑，尤以骨節、肺臟、肋膜、肝臟、骨髓內，脊椎骨內（坐骨神經痛現象）女子生殖器等處爲最多。

乳房肉瘤爲數甚少。乳房脂肪瘤、乳房纖維肌瘤及纖維組織瘤較多。

善性乳房瘤之割除方法，最好用 Bardenheuer 氏之弓形切開法（對於積膿性乳房炎亦用之）。法在乳房下端，用刀切開，將全部乳房翻起，細察其中之變異處，此法對於容貌上有甚好之成績。

慢性囊腫形乳房炎 (Mastitis chronica cystica)，囊腫性乳腺瘤 (Cyst adenoma mammae) 爲普遍性纖維組織化囊腫，在臨牀及病理解剖方面，均有特殊之價值。內部各腺體均有核形腫脹（與癌腫難於區別，有時竟不可能）（參考二），普通該種囊腫切開後，內有大小不一之囊腫，有者因被束斷，而成爲塞阻性囊腫 (Retentions Cyste) 統計中有 15%—50% 之慢性囊腫性乳房炎，爲乳房癌之前期，所以凡遇有該種發炎，無論現象如何，都當將全部乳房割去。

急性乳房炎 (Mastitis acuta) 完全是產褥病症，所以參考產科專書較爲妥當，在產褥期外所發生之急性乳房炎，僅患疥瘡者可有之。

初生兒之乳房炎，僅在產後。乳房腫時，用不適合之方法，如強榨等治療後，始可有之。如不震動。則該腫（約因胎盤內泌素刺激後所產生之原乳）不久即能自消（視前）。

此外尚有一種難易識得之積膿性乳房炎，因此種積膿不久便結殼，普通急性病象（體溫增高、痛苦、紅）亦即消滅，該積膿深陷乳房內部，其唯一之現象爲腫脹，此種腫脹可以甚大，將乳房托起，醫者觸診時，可以摸得其中之缺處，對於此種積膿，只有用 Bardenheuer 氏弓形刀切法治之最佳。

外科治療乳房炎之重大錯誤，即不用半直徑切而用圓切，將乳管切斷，或則切開之創口太小，排膿不易，因此膿液不能完全排出或成爲乳汁瘻管，非再開刀不可，如此以往，全隻乳房都現紫紅，而發硬甚劇，各處都乳汁瘻管，爲顧慮病者生命起見，不得不將全隻乳房割去。此外更不宜忘卻，非特誤切之手術，以及不適宜之治療可以如此，就是正式之治療及手術，遇有毒性病菌時，也能使病者由乳房炎而變爲不可救治之敗血症 (Sepsis)。

出血性乳房，換言之，若將乳房稍壓後，或血液自動由乳房流出者，爲乳房有患癌之可疑，但並非必爲癌腫現象，患慢性囊腫性乳房炎有之者亦多。此外患該種發炎者，亦可有如乳色、黑色、綠色之液體排出。

乳房結核，由淋巴腺管移植，來自頸部及肺枝部之淋巴腺，形如瘤腫，位於乳房之外上邊沿者（醫史中有四百三十九例）其預後如早期施行手術者則佳。

乳房出血為代替月經者，為數甚少，惟有此種患者。

懸乳（*Mamma pendula*, *Mastoptose*）以多產者，長期哺乳者，為最多（負責之母親）。但亦有已生三四小孩之母親，其乳房雖然每次哺乳，而其形態仍不變異。（假使乳房之組織緊密不變或則在哺乳時，乳汁不過重，及容量不過多，或則乳房之表皮有彈力，諸此均可使乳房，雖哺乳亦不變形。）

預防該種乳房下懸，可用按摩法、水沖去及束乳法。

另外亦可用開刀手術，將乳房位置移高（*Mastopexie*）有變異及不變異乳頭、乳暈位置兩種（*Lexer* 氏、*E. Glisner* 氏）（參考三）。

病理化乳房擴大（乳房增生，*Macro-mastie*），由於脂肪寄存於管內組織過多，及腺體組織增生所致，此種變形，多半與內分泌有關，可是其之異常在何處，至今尚未完全明瞭。乳房增加，可以在極幼之年產生（發育時）或在妊娠初時開始。繼後長大非常，此種巨大之乳房，患者非常難受，因該種乳房甚重，患者覺得非常乏力，同時患者之體形，也受重大影響。

普通妊娠時，所產生之乳房增生，在產後能退縮一部份，至於此種巨大乳房，如遇有不適之症，可用刀割去一部份，或截除之。

乳房神經痛（*Mastodynie*）有數種原因：（1）乳房瘤，（2）乳房慢性炎，（3）懸乳，（4）在轉經時及轉經前後突然發現或加重之病象，有時妊娠期及經絕期亦有之。

此外生殖器病症，如卵巢瘤腫及痛經，也可影響乳房，而發生痛苦，有者在轉經時或生殖器患瘤時，排出乳汁（排乳時有痛有不痛）。

對於習慣性乳房疼痛，第一先將生殖器治療如紅光照射，見效頗佳。其餘局部治療方法，見效甚微。

乳頭痙攣，可用巔茄酞外擦，同時內服阿託品及金雞納霜（*Rodocourt* 氏）。譯者曾治療經時乳房疼痛，用男性內分泌（*Perandren*）十至二十五毫克，在經前十日注射之，所得之成績甚佳，惟注射之時，當在未產生痛苦以前。

凹乳頭，前人以爲束胸之故，但現今束胸之惡習已除，而該種凹乳頭仍未減少，此種病症普通與體質有關。〔乳房肌肉發展太柔弱，而乳房暈肌（*Musculus Areolaris*）發展過強所致。〕

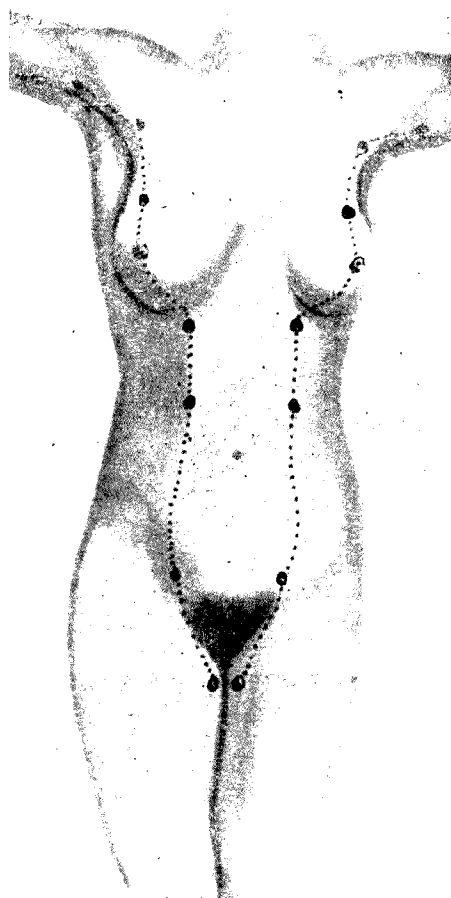


圖 三 百 七 十 七

乳線內產生乳房之可能性(照 Dietrich-Frangenheim 氏 Aus
Küttner, Chirurgie, Bd. 35.

據 Zondek 氏(參考四)及 Mönch 氏(參考五)謂乳頭之形態與卵巢機能有關,乳房之發展,可用卵巢劑影響之(參考六)。

黃體內分泌素能增生性上皮細胞脫屑及脫皮,故以乳房與月經循環卻有相當之關係,至於腦垂體與乳房之關係如何,至今尚未完全明瞭。

Sellheim 氏有一去除凹乳房之手術方法,法將乳頭從深處取出,固定之,不使再下沉,不過至今尚無人報告該手術之成績如何。

男子乳房異常發展(Gynäkomastie)(參考七)乃是一種假兩性畸形之病象,與內分泌之缺乏無關(視子宮絨毛上皮瘤)。

較普通數目爲多之乳頭及乳房 (Polymastie) 可以在乳線中 (Merkel 氏) 產生 (此種乳線左右各一, 自肩窩開始, 向下至上腿之內邊爲止 (圖三百七十七) 在肩窩下者, 發展最甚, 及最多, 在產褥期內亦增生, 有時能與肩窩淋巴腺互易, 對於月經循環, 大約無何關係 (Klaar 氏) (參考八)。

Neuman 氏 (參考九) 及 Oing 氏曾在五百產婦中發現三十四人 = 6.8% 五百婦科病人中發現十九人 = 3.8% 有多乳房者。但最多者爲一產褥婦, 計有六隻乳房, 並且此種乳房中, 亦有毛及脂肪質在體質上以質實者 (Pyknicæ) 居多數。

參考一 Dietrich, A., u. P. Frangenheim, Die Eskrankungen der Brustdrüse. Neue deutsche Chirurgie. V. H. Küttner 1926, Bd. 35—Gläser, Erna, u. R. Amersbach, Die Weibliche Brust, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. V. 2. Bauer, A. W., Die Weiblichen Brustdrüse während der einzehuen Geschlechtsphasen. Med. Klin. 1930.

參考二 Askanazy, Beitr. Path. Anatomie 1931, Bd. LXXXVII.

參考三 Biesenberger, H., Deformitäten u. Kosmetische Operationen der weiblichen Brust, W. Maudrich, Wien 1931—Fränkel, L., Zbl. Gyn. 1932, No. 25—Gläser, Erna, Die Formfehler u. Plastischen Operationen der Weibl. Brust F. Enko, Stuttgart 1930—.

參考四 Zondek, Klini Wschr. 1926, No. 27—.

參考五 Mönch Zbl. Gyn. 1929, No. 20.

參考六 Kückens, Z. Geburtsh. 1929 Bd. XC VI.

參考七 Kriss, B., Arch. Gyn. 1930, Bd. CX LI.

參考八 Klaar, J., Wien. Klin. Wschr. 1926 No. 5.

參考九 Neumann H. O., u. May—Oing, Arch. Gyn. 1929, CXXXVIII.

第二十一篇 腹壁病症(參考一)

妊娠以後，腹壁擴大，多次妊娠後，腹壁擴大更甚，因此其本來之工作，未免受損，因腹壁太弛鬆之故，腹壁之內臟，向外突出之壓力，遂不能阻止，再腹壁與橫隔膜以及骨盤底之關係，亦不能保守以前合作之原則（視生殖器位置異常）。



圖三百七十八
強度懸孔，及多脂懸腹。



圖三百七十九
同樣病者（圖三百七十八）
用Okkulta 囊腹帶之狀態。

解剖上該種腹壁擴大過甚，乃是腹部直肌分離之故，本來腹部直肌形如兩板，緊緊壓住腹腔內臟，使其不凸出，現因擴大過甚後，原來直線形，現成爲弓形，一如應用過多之橡皮帶然，又鬆又寬弛。其彈力以及合作能力，均已消失，故現在之腹壁，直肌竟薄如紙。向左右離異，毫無工作能力，所剩餘者，僅腹膜與拉撤過甚之筋膜，以及餘下之脂肪組織，及皮膚而已。

論理該剩餘之筋膜，也足夠抵抗內部之壓力，但普通一班，該種筋膜，

在妊娠後亦被拉長，所以亦鬆弛不堪，加之直肌又薄如紙，內臟凸出當然毫無阻礙。

此種所謂白線缺脫 (Hernia linea albæ) 最顯明之時，便在乎臥身體，些微仰起之時。此時腹部直肌，緊張如堤然，凸出於皮膚平線之外，但又因腹直肌左右間離後，中間有一陷缺，在仰起時，內臟均在此凸出（甚者闊如手掌），此時之內臟與外界僅隔一層皮膚。

此種腹直肌離異之結果，乃是腹腔內臟下降 (Enteroptose)。

對於此種情形，機械式之損傷，當然甚重要，但是體質上或許更其重要。因事實可以證明，有者生產甚多，而其腹壁仍有彈力，反之，有者僅生一次，其之腹壁即不能再保持其本來原狀。

治療：當然僅在病者發生不適之時（內臟位置變移，腹直肌離異，病者感覺乏力等，方法用束肚帶（只可在日間用之，晚上宜脫除）或用無橡皮之歐可耳他束壓肚帶 (Okkulta Kompressionsleibchen)，此帶據著者之意見，乃最為有效。

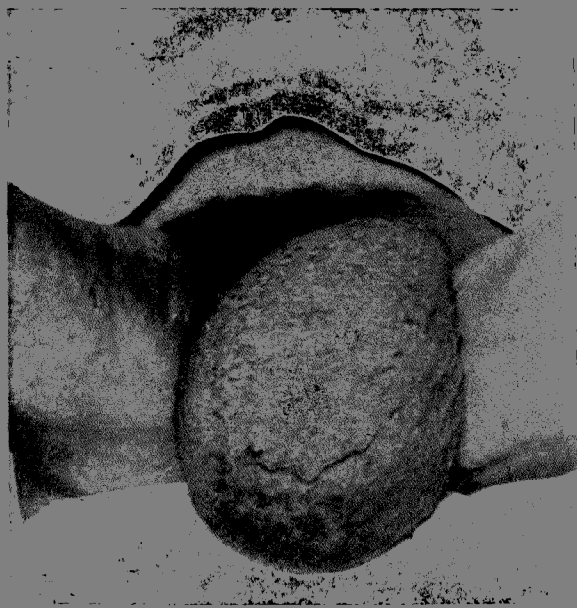


圖 三 百 八 十

六月孕婦患左鼠蹊溝疝（絕根割除後痊愈）。

當然別種束肚帶尚有甚多及甚佳，惟所用之各種束肚帶，應有下述之條件。

須適合病者身體，不可太緊，亦不可太鬆，不可向上移，或向下脫落及壓住現象。

除束肚帶以外，適宜之運動（柔軟體操）可使腹直肌離異縮小，或完全消滅。

較大之分離，可用腹壁成形手術法，法將已離異之兩腹直肌併合，再縫於肌膜之上。

白線缺脫，與其他缺脫混合者甚多，如與臍缺脫，或與子宮陰道脫垂，或與直腸脫垂，或與鼠蹊溝缺脫，或與上腿處缺脫等混合。在鼠蹊溝缺脫袋中，可以有子宮附件，子宮及膀胱之一部份（視前）。

在妊娠時候，該種缺脫變異不一，有時在生長之子宮，漸漸將鼠蹊溝缺脫，袋內一切拋入腹腔內，或有者尤其是巨大之腹壁缺脫者，在妊娠期內，反而加重，該袋愈脹愈大，與妊娠之月份俱增（圖三百八十）。

臍缺脫：有者在初生臍帶脫落時，臍之中央尚有間腔，此種間腔即臍缺脫之預兆。

普通臍帶脫落後，該處在第一星期即緊束，即使有較高之內壓力，亦能抵抗，有甚多之初生兒，因啼哭過多，而有此種缺脫。只要不使內臟凸出，及相當保護法，則此種缺脫，不久即能自愈。法用橡皮膏將缺脫處緊緊貼住，然後用銅板一枚消毒，外用紗布包之加一大塊（比銅板大些）橡皮膏貼在該缺脫處。如此第一塊橡皮膏，將缺脫束緊，第二塊橡皮膏將銅板壓住，使內臟不再落出。如此法無效，則該胎兒時有臍瘻痛，即長大後亦能有之。

如因別病，而須用剖腹手術時，則此細小之臍缺脫，亦當去除（圖三百八十一）方法：長切，圍切臍部後，臍部即脫落，同時將該圈內結住之網膜，亦一併割去，肌膜緊拉後上下蓋住縫合之，腹



圖三百八十一
小型性臍疝(1) (2) (3) 在疝袋內為網腸。

壁創口，再照常規縫合之。

巨大之臍缺脫，直徑能大至五至八厘米，中可穿過網膜。腸及腹水，故該缺脫之袋，能擴大如胎兒或成人之頭。腹膜在此，亦凸出成爲不整齊，多凹之袋，中儲甚多脂肪組織，位於皮膚之下。在此情形之下，醫者能摸得大小腸，有時亦能自動變歸原位。（即使已入缺脫圈內，亦有可能。）

脂肪缺脫，是網膜被臍圈扣除所致，因此網膜之血管，遂與前膜壁之血管結住，臍圈內之網膜，因此增生，而與之結住甚緊（圖三百八十二）。



圖 三 百 八 十 二

臍疝切除後圖（中含有網膜增生後所成之瘤）

此種脂肪瘤，可以甚大且厚，而腹口卻甚細小，事實上絕對不會從腹腔內鑽出。該凸出最高處之皮膚，可以炎爛，而成爲潰瘍及作膿性瘻管。

患該種病象者不能工作，因網膜在病者工作時，可以產生絞痛，胃部能發生不適現象（嘔吐等）。

診斷：普通易，但臍癌亦有如此之大，惟較堅硬而已。此外胃癌亦可穿過臍圈而成爲臍癌。

治療：在此用束壓毫無效力，此種巨大之缺脫袋，雖可上推。但不能阻止其再脫出，故以施用手術爲最佳。

腹疝缺脫（Laparocoele）（彩圖六十七）在現今手術精明時代發現者已屬少數。

如在開刀後即刻細心縫合，則愈後之斑疤無缺脫之現象。對於腹內之脹力，亦可抵抗，即使將來腹腔膨脹（妊娠瘤腫等）亦不變異。

Pfannenstiel 氏，爲預防腹疤缺脫起見，提議用恥縫上肌膜橫切，作爲剖腹方法，法將皮膚層、脂肪層及前部腹直肌橫切，肌肉及腹膜直切，如此二種刀切，在縫合時兩創口線成十字形。則將來腹部內臟壓出之可能性，只聚在一交叉點，而不如一刀直切全部創口在一線之內。

惟據著者之意見，深切性 Pfannenstiel 氏方法，在觀察內臟時，不甚方便，故著者以爲現今縫合技能，如此完全，即使統統直切，也無妨害，僅有一點 Pfannenstiel 氏之法甚佳，此即刀創之處，直接位於恥丘之處，將來痊愈後，可被陰毛全部遮蓋，甚有美容之價值。

普通缺脫之成立，在手術後，腹直肌之分離處，不能原始性痊愈之故（例如在手術後，尙需一橡皮管以便膿液流出等情）（Abel 氏）或筋膜薄弱非常，在縫時即被拉破，成一小洞，此洞即爲將來大缺脫成立之預兆。

如將全部創口用一線連縫而不分層爲之，則可由此針刺之小穴中，產生缺脫（有些醫者尙用之，以作扶助或鬆弛縫法之用），此種缺脫，普通甚小，但是亦可擴大甚劇（如圖三百八十三），在此種缺脫囊內，能容腸或網膜之類。並且能在其中黏結，能使腸曲折而挾住，而成爲腸塞絞痛（不過甚少），最後網膜結住處，能繁殖增生一如臍缺脫內之網膜然，成爲巨大之網膜瘤。

治療：用手術將腹壁斑疤去除，恢復原狀，乃是一種不易爲之手術，如該種缺脫在開刀後，因出膿之故而組成者，則該種缺脫，可以甚大，而凸出甚劇。醫者在剖開時，當將結住之腸部剝下，及將增生之網膜邊沿切去，然後再把脫出之部份推上。內臟推上後，再將創口各層組織分別（腹膜、腹直肌、腹直肌膜）割開，再一層對一層密密縫之，有時腹直肌可以距離甚遠，而在腹之邊沿，此處只有橫切腹壁（將皮膚、脂肪及前部腹直肌、肌膜，照 Menge 氏橫切），始能將遠離之腹直肌找得，此種手術需時甚久，惟亦可試手術者之補貼技能如何。

開刀後組織結住，即使無斑疤，缺脫亦可有之，而其來源何在，至今尙未知之者，化學性及機械性摩擦，腸網膜及腹創口或腹創口被膿污染，止血不週到，已破腹膜之端，封鎖不週全，諸此種種，均可使該等與腹壁結

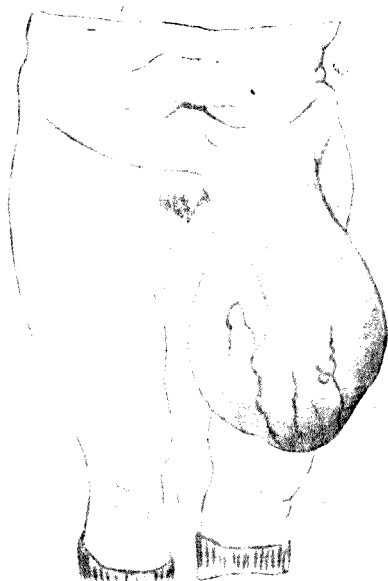


圖 三 百 八 十 三

下懸之膝巨型穿管缺脫 (Stichkanalhernie)

積糞過多，而漸漸擴大。) 再次之爲不適痛苦，因此所有之良好手術成績，完全拋棄或因此而減色，惟腸部黏住之痛苦，不如網膜黏住之劇。

實際上非常使人驚異，卽有甚多之小腸結住，而病者竟毫未感覺（視前），反之，卽使極小網膜黏住，亦能產生痛苦。卽使些微之動作，也覺痛苦。故病者痊愈之希望，及工作之能力，完全消滅。

最覺痛苦者，乃是後部及骨盤腹膜黏着。如在手術後，遇有此種痛苦時當卽刻憶及之。不過此種痛苦甚難診斷。至於注射空氣或養氣於腹腔內，再用X光攝影，其所得之結果，並不甚佳。

普通以爲黏住一次後，不會有第二次之黏結之見解，現已不能成立，至少並非完全如此，開刀後有黏住現象，別無他法，惟有重復開刀，將黏着之處消除，黏着之兩組織分開，用腹膜遮蓋，以免下次再黏着。

各種試驗，以免除黏住之危險〔如用人類脂肪(Humanol)流質灌入腹腔內〕，成績並不甚佳。以外在已經有粘着之現象者，除再度開刀手術外，別法均是無效，用粘土(Moor)浴，鹽水浴(Sol.)，透熱電(Diathermie)，果然能使吸收增加，能使粘着鬆寬，病者感覺減輕，但欲將此種不適完全消滅，卻是不可能。

住，但亦有甚多在再開刀時，並無上述原因而結住者（換言之，無上述之原因亦使腹壁結住）。此種無原因之結住，普通則以體質兩字冠之，說者謂病者之體質不同，故有者開刀後能結住。有者因有反抗結住之能力，故不結住。Payr氏以爲此種結住，或許酵母作用之故，故有者不結住，有者結住，更有者非特結住，而且逐漸加劇。

此種結住能使病者非常不適，同時且能產生混合症，第一卽是腸塞絞痛（腹部曲折或則腸部四週結住，而被束住），此種現象普通少有，最多者，乃是機能漸漸減少。（如腸部受斑疤黏着，內部面積縮小，糞類排出爲難，因此其上端未結住處，則

自從陰道剖腹方法發明以後，對於此種粘住之危險，的確減少多多，即使發現，地位亦比較好些（子宮直腸陷凹處腹膜）。

開刀後所成立之瘻管，可分為兩種：一由腹壁穿出於皮膚之外，不與腹腔接觸（名曰腹壁瘻管）；另有一種乃由腹腔直通皮膚外層，名曰腹部瘻管。

腹壁瘻管（Bauchdeckentistel）自從用腸線深縫以後，此種瘻管已減少多多。現在尚有者，尤多因皮下脂肪塊腐死所致，所以腹部脂肪多者，甚易有之，此種瘻管大多發現在縫線之邊沿（普通在其四週有黏液聚集），或則創口縫合處有膿汁流過，雖腹膜無發炎現象，創口亦不炎爛，但該種膿性瘻管仍有成立之可能。此種瘻管，大都在病者出院後始由家庭醫生發現。

證明此種瘻管不會深入之理由，可在皮膚察得細薄發亮之泡，如用針破之，即流出污濁之漿液及少些血液，如用探針插入，則不能深入（依脂肪溶化之位置大小而異），但亦有甚廣且深者。

治療方法：可用紗布浸醋酸礬液，塞該瘻管內，外面斑疤處，亦用該藥水遮蓋之（Billrothbattist）二三日後，用塗有硝酸銀之紗布，或則硝酸銀油膏塞入，或射入該瘻管深處，此後只須用油膏塗紗布上，蓋於創口處，外再用橡皮膏貼緊之，輕性之瘻管，只需用溼包（如油膏等）壓之即可痊愈。

橡皮膏固定法，有如下述，法先將腹壁摺緊，次用二橡皮膏貼在泡之正中，再用剪刀將兩橡皮膏之中央剪斷，如此所成之四橡皮膏頭，再用有扣子之薄麻布接合之在麻布下，塞懸用之藥布，下次換藥時，只需將麻布之扣解開，將本來之藥布取出，放新藥布後再扣合之。此小小橡皮束帶，可以延至治療完結。

另用太陽燈、熱光燈，及溫熱浴（用野菊水浸濕下腹全部）均可以幫助瘻管早期結合。

假使瘻管不早期結住，則在瘻管內必尚有不容化之縫線（絲線、蠶腸線或甚厚之羊腸線），此種縫線，普通用探針可以探得，醫者只需用細小之刮刀或刮匙，將該線刮出，假使該瘻管深至下層腹直肌筋膜而過之，則普通醫者，最好不施何種手術，將病者送至原開刀者，因無目標亂刮，易使腹膜破損。

假使病者回家後，腹壁深處又有積膿病象發現，則仍以進醫院診治為佳。因實際上，常有紗布或腹布遺留在腹腔內，此種遺留之物，不久便結

殼，不在腹壁近處，即在腹腔深處，有時該種遺留之物，破入腸內或膀胱內（視前）有時經過長久之時期，自動由肛門排出，或由尿道挾住或用切開陰道膀胱法而去除之，該種久在腹腔之遺留物，可結成一腫脹，大多為腹膜內積膿，其危險性是依結殼之內容，是否有傳染菌，普通此種遺留、無何重大問題，開刀將其取出後，病者即可痊愈，不過醫者不易診斷而已。

所以每次施手術，均當有各種預防，細心檢視，為最重要，遺忘在腹腔中，開刀者負有法律責任，所幸者此種誤失，即使有名之開刀者，也能有之，故法律對之，亦不苛責。

上述遺留之物，除紗布棉花之外，手術器、刀、剪、鉗子之類（圖一百三十九）均可遺留在腹腔內。此種過失，大都因檢視不慎，開刀無宗旨，以及開刀過速所致，當然此種手術器也可以產生與別種遺留同樣病象。

至於診斷上，手術器遺留在腹腔，僅需用X光照相，即可探得。因此 A. Döderlein 氏提議，腹內所用一切紗布棉花，均當用銅絲扎住，以便易於檢得 Birkenfeld 氏、Pollak（參考二）及 Grünstein-Cahn 諸氏製有一種能在X光下發影之藥棉，以供手術之用。

法律家（參考三）以為此種藥棉，應作為手術者必需之用品，以免將來法律上有疏忽業務之罪名成立。

惟此種提議，未免過份，因精細之預防，可以絕對免除，此種浸透之藥棉，並非在每次X光鏡下可以找得，假使每一刀割，均用此種手續，所費未免太多，處此經濟恐慌時代，事實上乃是絕不可能。

刀割後積膿：假使開刀時所塞之橡皮管，不從陰道，而從腹部向上插進，致使排液為難，或則已塞之橡皮管取出過早，致使腹壁創口封閉或縮小過早，而腹腔內液質重復聚積。此種積液及膿雖可從子宮直腸陷凹，或則擴大老創口，甚易使之流出，但未有經驗及技術不佳者，仍易使直腸或膀胱損傷。

另外腹膜結核，亦是腹壁及腹部積膿之主要原因。此種積膿，可自腸或腹壁結成瘻管，最甚者乃是腸部結住處離散。因此腸之漿膜受傷，而在此傷處再度發炎，穿過腸腔，而與腹壁接連，成為腸腹壁瘻管（視前）。

最後尚有延期不治或治療不適當之子宮附件腫脹（大半尚有子宮鄰結締組織積膿）所造成之各種膿性瘻管，如膀胱、腸、腹壁瘻管或腸腹壁陰道瘻管等。此處用普通洗濯（溫水浴）避免皮膚炎爛，瘻管四週塗銻膏（Pasta zinci）令病者臥於水枕或氣枕上〔以防褥瘡（Decubitus）產生〕，諸此種種之預防及治療，均難於根本解決，唯有除根性（當然手術並不簡易，須將腸部割去一大段，子宮及子宮附件全部割去等各種腹腔內手術）

之割除，始有良好之成績。據著者之經驗，用微小之X光量照射，亦常見效。

膀胱腹壁瘻管〔在膀胱切開(Sectio alta)後或恥縫上膀胱塞橡皮管〕普通只需自尿道插一長期導尿管，使膀胱無積尿之處，即能自愈，設使不能自愈，則惟有用手術將該瘻管封閉。法先將瘻管切開，再逐漸一層一層縫合之，普通此種手術施行後，即能痊愈。惟有直接在恥縫上，或在恥縫傍之瘻管痊愈之希望不甚可靠。

過大之脂肪腹(參考四)非特有損美觀，並且也是甚多不適之來源(普遍性肥胖症)假使在二十厘米之皮膚內，含有二十餘磅之脂肪，則病者體勢及身體均勻力均受相當影響(如腹腔內壓力增加或與懷孕及瘤腫等相似)，腹部脂肪增加，腰脊椎骨必須向前凸，因此可以產生腰痛各症(視腰痛篇)，治療方面以營養節制方法僅有暫時之效力，並且必須每年複習一次。

腹脂過多之手術(Jolly氏)，法將腹部橫切二大刀，雕出一椎形脂肪塊，然後縫合之，當然斑疤甚大，可是手術甚簡單，需時亦不久，危險亦少，有時可與腹創口袋(Laparacelen)之手術混合為之。

正式之腹壁瘤腫，當以原始性腹壁肉瘤，及移植性，復發性瘤為最多，後述者以在施卵巢瘤(惡性或乳頭形)手術時，細小之瘤組織遺留於創口內所致，此種移植性瘤組織，普通生長甚速，甚少經久時始產生者。

著者最近割一臍瘤，此瘤之來源，乃由八年前所割之卵巢瘤，移植所致。

此外腸或網膜所得之移植性瘤，漸自內向外穿出腹壁，此種移植性瘤，為數較多，所以預後亦非常不佳，開刀後痊愈之希望甚少。惟必需試割之。因其中少數來自腹膜內部者。在割除後尚有希望故也。

普通施此種手術，需損失極大部份腹肌及腹直肌膜。因此所剩遺之肌膜，時常不夠補缺，故有時勢必將闊筋膜(Fascia lata)或牛肌膜(Schubert氏)形成之。

腹壁之斑疤上，尚可生一種所謂子宮內膜異位(Eudometriosis)，此種生長，乃因子宮內膜移植所致，尤以施行子宮前傾固定手術(Ventrofixation)者為最多，次之在剖腹取胎後(Sectio Casarea)(Lanche)此種異性之子宮內膜形如細核，能產生痠痛，在轉經時能同樣出血。顯微鏡下

組織檢查，爲子宮內膜而具有月經循環之變化性質（視前）。

善性瘤腫，以由胎兒時代之臍尿管出發之囊腫爲最多，位於白線中央，名曰臍尿管囊腫，假使臍尿管與臍連通，則便成爲臍尿管臍瘻管。

假使臍尿管再與膀胱頂連接，則在該瘻管中能有小便流出。

治療：以割除全部臍尿管及囊腫爲主。

腹壁之纖維瘤及腹肌之肌瘤，均很少。腹壁下積血，可誤診爲膜壁善性瘤，此種積血，可在妊娠時及生產時發現（Stöckel 氏（參考五）、Sjöblom 氏、Vogt 氏），或則腹壁受外傷（致使肌肉裂開），或則忽然間動作而裂開者（惟大都已有炎症在前）（Banreisen 氏），或則因年老血管發硬裂破所致（Werthmann 氏），或則咳嗽後，嘔吐後（Märtens 氏）或則原因不明者（Dencks 氏）。此種一片坦平大如小手掌之腫脹，僅將腹壁剖開，將血塊取出之，即能痊愈，至於何種原因，亦在割開腹壁後始知之。

有時可因有腹膜刺激，及輕度之腸寒絞痛現象，而使診斷爲難（Werthmann 氏）。Kolde 氏所報告之兩例中，一例誤診爲癌性腹水，其他一例，誤診爲結核性腹水，而實際上在開刀後，第一例創口中流出四十升綠褐色液體，以及甚多爛死之碎肉。均是以前之積血，藏在淋巴腺管囊腫內。Abelin 氏（參考六）報告之一例中誤將腹壁積血診爲胎盤早期脫落，而用剖腹取胎手術。

皮下鮮紅血點，非特老年婦之陰道黏膜及子宮陰道段有之，腹壁上亦可有之。此種現象，大多是因內泌素之關係（大約因卵巢內泌素缺乏之故），至於 P. Zweifel 氏所說，該種現象，爲腹腔患惡瘤之現象，著者意見卻以爲不然。

腰痛（參考七）

婦科矯形術（Gynäkologische Orthopädie）

腰痛乃是腰部受損傷之謂，此種陳言可是在最近年來始由婦科專家之承認，以前均以爲腰痛，僅爲婦科病症現象（如子宮後折，黏住作痛，瘤壓等）之一。一如溼性關節炎然，而以爲與骨盤底、腹壁，及腹腔內容之扎住及托住者無何種關係。

腰痛當然也是工作過甚之疲乏現象（Opitz 氏、Matthes 氏）女性之托住者及動作器臟亦較男性爲弱（Sellheim 氏、A. Meyer 氏及 Martius

氏) 據 Jungmann 氏之解說, 謂產後腹肌弛緩及產時骨盤底之破碎, 均可使內臟壓力增加, 而向腹壁外突。因此肌肉負擔加重, 肌肉終點撒拉, 腹壁因此下懸, 脊柱前凸, 背部肌肉也因此加重負擔。諸此種種之變異, 女子之狀態及動力均遭變形 (Statisch-Dynamische Decompensation)。

薦骨在生活過程中, 有相當之變遷, 尤其在老年時最甚。前岬下降, 薦骨上升, 骨盤之高度 (前岬對直恥縫前上端) 由本來 9—11 厘米而下降至五厘米, 骨盤傾斜度減低, 因骨盤底漸坦平, 骨盤口處角度擴大 (位於解剖直角於薦骨板之間) (V. Schubert 氏) 骨盤底因此擴大, 狀態及動力之變遷愈增加, 此時之現象, 已呈病理化, 如壓力之重量, 超過病者之負擔, 則該緊張之肌肉 [伸背總肌 (mm. extensor dorsi Communis)、髂腸腰肌 (mm. Ileopectas)、梨形肌 (mm. pyriformis) 等等] 及關節外膜, 及所屬之神經, 遂均產生痛苦, 而骨節關節, 遂有發炎性之變化, 全部腰組織完全脫力, 而成爲一種特級形態, 本來女性之腰部前凸 (Lendenlordose) 頗甚, 現在更劇, 在 X 光攝影亦可察得韌帶片之破損, 彈性抵抗力之減弱 (Übermuth 氏) 及至最後成爲脊椎骨損傷病症, 普通所謂脊椎硬化 (Spondylosis) 是也。脊椎硬化後, 韌帶片無彈力, 因此在脊椎體之四週, 遂生有組織以代之, 此種組織, 可以產生痛苦, 此即普通所謂腰痛 (Lumbago) 是也。

完全性脊椎骨下脫 (Spondylolisthesis) (即是第五脊椎骨脫至前岬之下) 先天性者甚少, 能使生產爲難, 後得者較多, 大都由於壓力過甚, 負擔太重之故 (尤其在脊椎當未完全硬化之時特甚), 具有此種脊椎骨之腰部, 當然縮短, 骨盤與胸腔之距離亦短。腰部有深刻之縐皮, 即使前彎時亦不能平坦, 行走時腿向外寬而不穩, 同時痛苦非常 (只有臥時始消滅)。

腰脊椎骨薦骨化 (Sacralisation) (最末之腰脊椎骨與薦骨結成硬骨) 及薦骨腰脊椎骨化 (Lumbalisation) (第一之薦骨尙能移動一如其他脊椎骨然), 在生產時均有相當關係, Breus 氏及 Kolisko 氏所謂象形骨盤 (Assimilationsbecken) 雙面之骨節硬化 (Synostosis 兩骨節中之組織硬化, 兩骨成爲一骨)。病者不覺何種不適, 可是一面硬化, 一面尙能移動者, 如不完全性之腰脊椎骨薦骨化 (Philipp 氏), 可以產生甚劇之痛苦, 及骨關節發炎性之變異 (圖三百八十四) 此處最特別之點, 乃是前屈痛 (Martius 氏)。



圖 三 百 八 十 四

薦骨、關節炎，位於第五腰椎骨左橫嵴與薦骨之間。

薦骨腸骨關節炎：是直立行走過份所致之現象。尤其中年多產者患之最甚，但亦可在普通傳染病或則骨盤內傳染病以後，或恥縫分開者（因為腸薦骨關節特種壓制之故）。此種發炎能產生甚劇之痛苦及行動為難。

腰脊椎骨、腸骨及薦骨之變形性骨節關節炎（Trophostatische Osteoarthrose der Lumbo-Ileo-Sakralgegend）（Kienböck 氏）乃是經絕時之病症，大半是因內分泌素排泄缺乏所致（卵巢退化性關節病 Arthropathia Ovaripriva）（Menge 氏）。

此種病症，可使薦腸骨關節硬化，但痛苦亦可因此而消失。成為似乎痊愈之現象。

特種畸形骨盤，可使形態變異，佝僂病症，能使骨盤傾向加劇，腰脊椎骨凸出更甚，因此薦腸骨關節，臀部肌肉腓腸腰肌，均負擔甚劇（痛苦、骨節關節均被耗盡）。

腰部全體之形態及力量，只要有一處發生異常，便能使全部受影響，所以如平坦足（Plattfuß）、膝外翻（Genu Valgum）、鞋跟太高等，均可使腰痛發生。

Albrecht 氏以爲上述各點，無論婦科專家，或普通醫者均當特別注意，尤其婦科醫者，可以誤診，而施以無謂之手術。最好在手術前先用X光診斷之，有時有甚少處可供診察。

尾骨痛(Coccygs dynie)(參考八)有原始特發性(Primäridiopathisch)及外傷後繼發性(Aecundär traumatisch)兩種，此種痛苦，特別在坐時，前彎時，大便時，加重。此時之尾骨按之即痛，如原因爲外傷，則應將尾骨施手術割去，如原因爲特發性，則用麻藥注射薦骨縫內(Hiatus sacralis)0.5% 奴佛卡因(Novocain)或0.25%、土托卡因(Tutocain)(參考九)所得之成績頗佳(85%)。

下墜後尾骨折斷，及亞脫節(自雪車上墜下)爲數頗多，亦可因此而硬，或彎曲，致使生產爲難。

參考一 Freund, H., Erkrankungen der Bauchdecken, der Bänder, Blutgefäße u. Nerven des Weiblichen Genitalapparates, in Halban Seitz, Brologie u. Pathologie des Weibes. Bd. V, 1.

參考二 Pollak Der Chirurg. 1930. Bd. II. 6 u. Grünstein, Zbl. Gyn. 1930, No. 48.

參考三 Elster, A., Arztl. Mitt. 1930. No. 29.

參考四 Plaschkes, Die Fettverteilung in der Haut und ihre diagnostische Bedeutung. Med. Klinik 1930, No. 24.

參考五 Stöckel, Zbl. Gyn. 1901, No. 10.

參考六 Abelin, Zbl. Gyn. 1930. No. 9.

參考七 Albrecht, H. Zbl. Gyn. 1932, No. 45 (Ausfiebrliche Literaturangabe) u. Arch. Gyn. 1918, Bd. C. XXX IV—Martius, Arch. Gyn. 1930 Bd. CXXXIX.—Meyer-Borstel Bruns. Beiträge 1931 No. 153—Philipp E., Zbl. Gyn. 1932, No. 22 u. Z. Geburtsh. 1932, Bd. CII.—Putschar, Entwicklung der Beckenverbindungen der Menschen. G. Fischer Jena 1931—übermuth Zbl. Gyn. 1932. No. 13.

參考八 Mandl, Wien. Klin. Wschr. 1929, No. 47.

參考九 Suermondt, Zbl. Gyn. 1931, No. 29.

第二十二篇 腸病(參考一)

蚓突腸 (Appendix vermiformi) (參考二)

盲腸及其蚓突腸，對於婦科亦甚有價值，尤其診斷及區別診斷上，甚有關係，蚓突腸炎，與右子宮附件炎，及右輸尿管積石，膽囊炎，區別甚難(參考三)，由蚓突腸炎，侵入右子宮附件，而再入全部骨盆腔內，據著者所知爲數甚多(視前)。處女膜未破之女子，而有黏住性之輸卵管，或稍微曲折之輸卵管，或右輸卵管積水，或卵巢封閉性囊腫，或子宮右傾黏住者，必與蚓突腸炎，有密切之關係，如因此而成爲無孕之原因，則剖腹將一切黏住割離，異常位置更正後之受孕希望甚大。反之，若發炎之動機起於右輸卵管，由此延及蚓突腸而黏住者，則在割治後，受孕之希望也是甚少。

破穿之蚓突腸炎，可使子宮直腸陷凹積膿(視前)，有者能破入膀胱內。

對於蚓突腸有特種關係者，乃是腹膜假性黏液瘤 (Pseudomyxoma peritonei)，此種病症發生時，蚓突腸大半參加，可是誰爲此種假黏液之正式供給者，今尚無知之者，惟此種假性黏液，確有在蚓突腸中之可能，E. Fränkel 氏曾發現於男性之蚓突腸中。

癌樣化之蚓突腸，有細小浸潤性，而不腐化之核瘤(Lubarsch 氏)，大半位於蚓突腸之尖端。以年青患之者爲最多，故臨牀上，甚有價值，所幸者，該種瘤腫本性尚善，亦不復發，也不移植。

較爲稀少而預後甚惡者，乃是蚓突腸癌 (Carcinoma appendix)，此種癌腫，早期即移植於卵巢內(參考四)。

至於施婦科剖腹手術時，是否將蚓突腸同時割去，須視蚓突腸變化情形如何而定，假使蚓突腸有病理變化，則當一併割除，因此每一婦科醫者應有割治蚓突腸之技能，所幸者，現今之婦科專家，均有施腹腔內臟手術之技能，故在混合症發現時，亦能勝任。

至於在婦科手術時，是否需將健全之蚓突腸割去，各專家之意見尙是紛歧，專從單方面着想，事實上也許有錯誤，普通當看手術是否嚴重，病者之年齡大小如何，此外所施之手術，是否有膿性發炎，或則麻醉之時期，是否可以延長等等。

醫者應得病者蚓突腸割除之許可，則在必要時始可割去之。否則法醫上，常有因多割蚓突腸而發生訴訟者。（實際上亦有因多割蚓突腸，雖然經過平淡而可發生致命之腹膜炎者。）故外表觀之，割蚓突腸，乃是一件普通手術，但亦當見機行事。

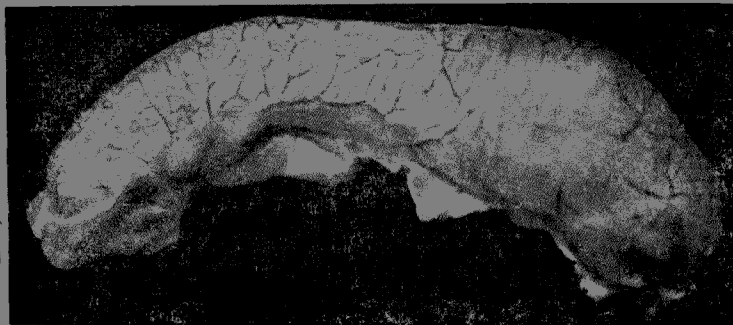


圖 三 百 八 十 五

蚓突腸內充滿膿液（在急性蚓突腸炎後割除）

手術法：外科醫者所用之細小交叉切，不合於女性，因此種剖腹，子宮附件與蚓突腸間之各種粘住，均不能察見，故亦不能將病者手術後一切痛苦去除。

可惜現今還有甚多蚓突腸無謂割除者，因醫者不能確實診斷腹痛者之原因，即以爲蚓突腸炎，而將腹部剖開及至腹腔可見得時，內部發現別種病症（如腹膜後癰、結住性癰，或在闊韌帶內癰等等），該醫者之技能又有限，因此只得將蚓突腸割除以搪塞之，當然病者之病仍在，僅少一蚓突腸而已。

慢性便秘 (Die chronische Obstipation) (參考五)

假如病者所訴之痛苦在下腹右端，則有疑及蚓突腸炎之可能。如在下腹左端，則當疑爲慢性便秘，因此症女性患之者甚多。而在區別診斷上，應有特別注意之必要。

慢性便秘乃是腸部工作不健全之故，而以大腸最爲重要，女子有瘦弱下沉性之體質者 (Habitus asthenico-ptoticus)。其腸胃非特下降，並且腹部及骨盤底肌肉，亦非常柔弱，腸中所積之糞塊，本賴腹部肌肉，及骨盤底肌肉之合作，始能排泄，現既如此柔弱，當然有產生便秘之可能。此外多次生產（腹直肌分離）會陰破裂，或長期病症以後（傷寒或產褥

熱)，或老年後一切退化萎縮，亦均有便閉產生之可能。

通便困難可使直腸充積糞塊甚多，尤其同時患直腸脫出者(Rectoule)，此種脫出內之糞塊，日久水份被吸後，堅硬非常，而變為糞石(Kotstein)。

在檢查時，醫者之手伸入陰道內，在陰道後壁，觸得該種硬塊（陰道壁凸出甚劇）。全部生殖器，亦因此向前上提起，子宮之位置，貼在恥縫之上。長期之痛苦，不斷續之不適，普通萎弱之情形，均易使診斷錯誤（如將此種糞塊疑為陰道瘤、骨盤壁瘤、直腸瘤等等），當然，醫者只要將手指插入肛門內，一切疑義均可迎刃而解。可是此種寄在肛門內之糞塊，或糞石，有時須將病者麻醉後，始用手或利匙將其取出，所剩餘者再用甘油灌腸，病者在此後，亦覺重病初愈。

此種直腸積糞，可使上段腸部受刺激，因此排洩甚多甚臭之黏液，沿糞石而向外流出，因此而成之矛盾性痢疾(Paradoxæ Diarhœ)，能產生甚劇之苦痛。

神經性便秘之原因：為感應神經系不健全之故，腸之蠕動工作，均由Auerbach氏神經叢所調度，此神經叢計有兩種：一為感應神經：一為副感應神經。此兩種神經之異常，可使腸部蠕動減少(蠕動過少 Hypoperistaltik)而成為虛脫性便秘(Atonische Obstipation)，或則使腸部蠕動痙攣性增加(蠕動過甚 Hyperperistaltik)，而成為痙攣性便秘(Spastische Obstipation)，二者同時並有，亦有可能。

體質本弱之女子，可經過生活之變遷，不斷續之外界之損傷，更其衰弱，精神易受感應之女子。（有者，體質下垂，生性悲觀，無毅力，一切都虛脫而萎弱，另有者易受刺激，神經感覺，均非常靈敏。）此種女子無論過鈍，或過敏，腸部之感應神經，均受有相當之影響。（至於幼年即如此，或在成年得之，當然毫無區別。）總之，此種教導錯誤，應在幼時即為之更正，〔按時大小便（視後），最不良之習慣，乃是早年即教導，不在相當地點，不行大小便，因此由忍受而成為習慣，幼年而壯年，而成為便秘之病，加之壯年時所得外傷（生產），及身體上之變異（妊娠），便秘之病，更其加重，假使再加甘油錠或水灌腸，種種常用之惡習慣，則天然大便之可能性，便此斷絕，直腸之自然反應，亦漸次萎縮，直腸之尖端愈擴愈大，而成為不可挽救之便秘病症。

脹大過強之腸部病症，當以黏膜絞痛(Colica mucosa)為最甚，其現

象爲腹部絞痛，大便排洩甚多黏液。〔有時亦有子宮附件發炎，或其他生殖器混合症。〕

慢性便秘中，尙有一種因迷走神經過敏 (Hypervagotonus)，而致胃酸過多，此種病者，因胃部不適，多服易消化食物而使大便更其閉塞，因無刺激，不易成糞之營養，本來無需神經之刺激，也能成爲營養性便秘 (Alimentäre Obstipation)，胎兒營養中常有此種現象，患者大多得易消化之營養，但因其成糞之成份過少，刺激腸部之力量太弱，便秘之症遂成。〔當然此地並非正式便秘，實因排泄太少，根本少糞所致，故普通名之曰假性便秘 (Pseudo-Obstipation)。〕

身體運動太少，並非便秘最大原因，蓋長期臥牀者，病者所得之營養如能合式，大便也仍可通順。

至於因肛門裂縫，或痔瘡之痛，而造成之大便閉塞，那是與因會陰破裂，小便下淋生痛，而致小便閉塞有同樣之理由，肛門裂破及痔瘡，在糞塊下降時，勢必脹大，痛苦遂生矣。此地當然只要將病痛去除，大便即能通順。

最後漸漸長大之瘤腫 (肌瘤、卵巢囊腫) 積膿，肌瘤性或妊娠性之子宮後折及直腸癌等，均能使大便難於排出，或甚至阻住 (機械式便秘)。

尙有不易講解及原因不明之事實，即病者患有甚小之肌瘤或子宮後折。此種壓力，在理想上，不足使大便閉住，但將該種病症去除後，大便即能通順 (視前)，至於此外尙有何種原因在內，至今尙無人知之者。

中毒性腸動虛脫 (Toxische Darmatonie) 乃是妊娠便秘 (Graviditäts obstipation) 最甚時之現象，此種病症，爲妊娠中毒症之一種，因腸部機能之缺乏，致使腸部工作過度，妊娠腸部之過甚虛脫，能在無名線 (Linea terminalis) 處被妊娠五六月之子宮，或產後五六日之子宮壓住，而產生機械式被壓性之腸塞絞痛 (妊娠腸塞絞痛，及產褥腸塞絞痛)。

妊娠便秘中變化最甚之情形，乃是尿中發現大腸桿菌，及大腸桿菌性腎盂炎，此種虛脫之腸壁，大約易被菌類穿過，侵入血液中，由此再入腎臟而向下游，若因妊娠小便有所被阻，則該被阻之小便，即能使腎盂發炎 (視前)。

便秘之病象，各有不同，有者毫無何種痛苦，另有者則覺有甚多之不適，如頭痛、頭暈、頸脹、心跳過快、心臟神經過敏、脈搏不和、心臟期外收

縮 (Extrasystole)、心跳過慢、氣急、氣逆、悶脹、腹部飽滿、無意工作、胃臟不適、胃口不開、惡心等等，而以神經過敏之患者為最甚，並且能成為正式之腸神經病。(終日以腸部之不適，為思想及談話之目標，醫者亦不斷續，受此種腸部不適之訴說。)

診斷：假使及時思及，不難，與生殖器瘤腫誤診，當然不應有。(直腸檢查，及洗濯後，再度檢查該瘤尚存在否。)

糞石寄在大腸灣處，在觸診時，可以誤診為膀胱石，區別法，只要用膀胱鏡檢查後，即能明瞭。

醫者不可因病家訴說大便通順，而將其懷疑取消，因有種糞瘤之傍，尚有一溝，一部份大便每日仍可流出少許。

另有一種病者，訴說大便每日雖有，但總不暢達，病者覺有糞塊下降，但至一點，卻停滯不前進，可是實際上，直腸內部毫無糞塊(有者其阻止處在直腸之上端)。

正式腸瘻時之糞塊，形如帶或如小孩形，並有黏液混入排洩，糞中帶血，假使流出之血，與糞同下，則病者有癌腫之可疑，若流下之血，在肛門口發現，則該血或許來自痔瘡。

發瘻性之腸動，有時硬如瘤腫，腹壁薄者，易於觸得(厚硬如堤形)。尤其橫結腸，虛脫性脹起，最易見得，亦最易觸得。

乙字結腸容積太多後，以腸之形態變形為最甚，普通所謂氣腸(Megacolon)是也，病者左腸下端，感痛最甚，而不變異移。

如下降結腸，及橫結腸同時參加，則病者之痛苦，聚在臍部及肝臟下，因此有者誤診為膽石病。糞塊積住，及下降結腸氣脹，可使右腹突起。(此種腹部凸凹不平之現象，病者自己覺得。)因此腹堅緊脹，假使盲腸再積氣甚多，則醫者可疑為卵巢瘤腫，此地唯有腸氣移動之聲，始可與正式卵巢瘤腫區別，或在通腸後，該瘤即無形消滅(視前)。

諸此種種痛苦，不知犧牲多少健全之蚓突腸，而病痛仍不去，此地對於診斷太速者，當特別注意。

用直腸鏡(參考六)：應用方法一，如膀胱鏡，只需常有機會使用之。實習與經驗並行，不久即會，各種內部變形之表現，不久亦可得之，反之，若是醫者僅在特種情形之下，始用直腸鏡，則直腸雖有異常之變化，亦難以診察。

直腸鏡之構造，爲一金屬管，尖端有一形如橄欖頭塞住，用時塗脂肪甚多，插於肛門之內（圖三百八十六）病者之位置，女子可用仰臥式，兩腿左右分開（亦可用跪臥位置，或側臥位置）。在檢查前腸內容積，當完全排除，該金屬管插入直腸內後，將橄欖形之頭取出，管內插一小電燈泡，在外端之金屬管頭，用玻璃鏡頭封閉之，然後將直腸用打氣法吹大之，被擴大之直腸，醫者可在鏡內觀察，一段觀察後，將該鏡拉出少許再觀察之，如此全部直腸皆可觀察清晰。



圖 三 百 八 十 六

直腸鏡應用法（照 Polano 氏 Protopedeutik, Kabitsch Leipzig 1920）

最佳之直腸鏡爲 Heynemann 氏（Leipzig 城）所製造者（圖三百八十七），此鏡內有各種電燈泡、對光、輸入、封閉、輸出等等，組件均甚精緻，並且甚爲適用，另外尚可將腸道之變化放大。

在直腸鏡內，可察見腸內組織之炎爛、浸潤、斑瘡、積腫破穿處、潰瘍、蒂肉、癌腫及其他等等。只需將直腸總紋擴張，至相當程度均都可見之。據 Schleyer 氏之觀察，謂如直腸炎（Proktitis）或乙字腸炎（Sigmoiditis）或其他腸黏膜有發炎性之變化已能證明後，則一種不定型性之子宮體腫脹，卽有發炎之可疑（參考七）。

如欲將頑固性局部及藥品治療，無效之慢性便秘原因探得，則非請專

家，以X光照攝影診察腸部不可。

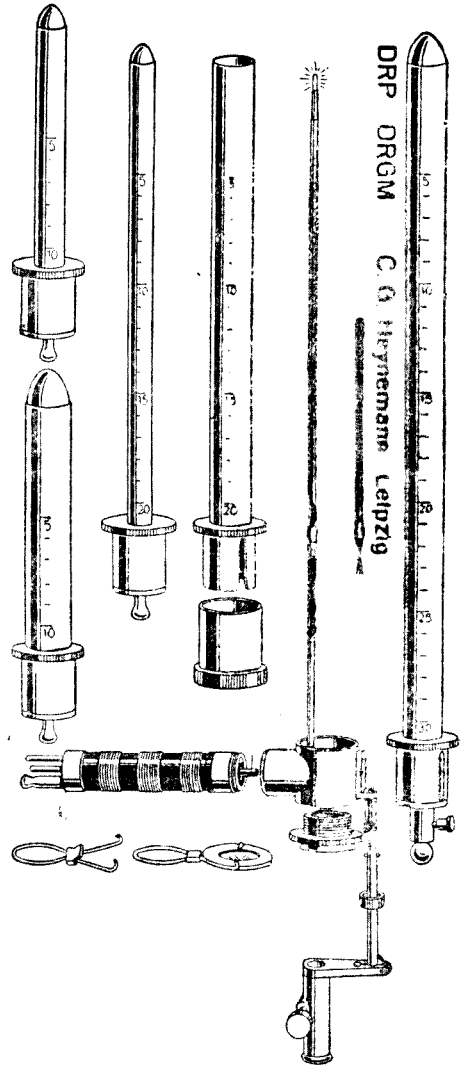
治療：便秘之治療，以調和營養為最要緊，重者當以醫院治療為佳（授與適當之營養）。普通習慣性之便秘，當以粗而多渣之營養（凡使消化不良者均是順腸之養料）（T. Schmidt 氏）。此地以粗麵包、多脂肪、多乳酪、豆類（豌豆、大豆等）、乾水菓、煮熟之蔬菜類及生水果。

生食物營養（參考八）亦有良好之效果，但需細嚼，廚房應異常清潔，此種濃度之纖維食物，能刺激腸部，增加蠕動及排洩，故大便可以通順，不過據著者之意，此種生食，乃是一種特級營養，短期應用或許無妨，唯永久服用，不大適宜，並且其他副作用甚多（如發酵過強，膨脹腸胃充氣等，均可發現其劇。）

痙攣性便秘最好用和順營養法（如飲牛奶，尤以酸牛奶及 Kefir 等）。同時令病者靜養。假使神經變異亦甚顯明，則用精神治療法（無催眠性暗示治療 Wachssuggestion），或用催眠治療（Hypnose）另外再調和飲食。

對於虛脫性便秘及腹壁質柔弱化之便秘，可用按摩及腹壁運動法治之，成績甚佳，故按摩術（Streichmassage 撫摩 Knetenmassage 擦壓），每醫者當學習之。

振盪按摩術（Vibrationsmassage）用一大金屬球，依結腸位置按摩之



圖三百八十七
直腸鏡全部器械（分七管）

(自盲腸而至直腸，而至左結腸曲處)。此種按摩需時數星期，同時命病者作腰部伸彎運動，(兩腿分閉動作，腰部在臥位提高，及忽然下坐。)種種舉動，可使便秘去除。

僅一點須注意，凡患經血過多症者，不可用振盪按摩法，因此種按摩充血甚劇，經血可更其加多。

Fritsch 氏所介紹，用裝滿鉛子木球之自動按摩，遠不及振盪按摩(圖三百八十七)。在徒手運動時，絕對服從及嚴守規則，為最當注意之點，電力振動腸部，是近乎心理，而非除根之法。最錯誤亦是最危險者，乃是隨便服瀉藥，峻洩藥(Drastica)最當避免，普通病者，只要每日清晨早餐前後，服一杯冷開水，或乳糖三十克，加開水一杯，或水果汁(二至四隻桔子及一磅葡萄榨成汁)，或半升乳酪牛乳，或 Kefir 即可順腸，惟較重者除此種治療之外，不能不另加瀉藥。

普通有效之瀉藥如煨製鎂(Magnesia usta)、大黃(Rheum)、昇華硫(Flores sulfur)或硫酸鎂(Magnesium sulf.)，或少量蒴那(Senna)、卡藜皮(Cascara sagrada)、歐鼠李皮(Cortex Frangulae)、羅望子肉(Pulpa Tamarindorum)、Jstizin、Leopillen 等等。

Fritsch 氏介紹各種藥粉混合劑如下方：

昇華硫(Flores sulfur)。

酒石(Tartarus depuratus)。

硫酸鈉(Natrium sulfuricum) aa 20.0。

歐鼠李皮(Cortex Frangulae)。

蒴那葉(Folia sennae)。

大黃根粉(Radix Rhei pulv) aa 15.0，每日服一茶匙，沖水服。

植物性瀉藥，晚服一粒(Laxativum Vegetabile)，此藥效力大而性質和平。長年應用少許瀉藥，無何種副作用，及習慣性，長期可服之瀉藥，當以 Regulon 中含有瓊脂(Agar-Agar)，加少許卡藜皮(Cascara) (Ad. Schmidt 氏)，每日一食匙，混在蔬菜糊中，或則加入湯中服之，惟價值太貴耳。

此外 Norwacol (先靈洋行出品)中，亦有少些卡藜皮，大都為植物粘液(可使糞而積膨脹，大便順利)，最末尚有一種 Agarol 石蠟液體，每日一至二次，每次一食匙，飯前服之。

對於痙攣性便秘，阿托品(Atropin)乃是不可缺少之藥，有如下方。

硫酸阿托品(Atropin sulfursium) 0.015，全量分做三十粒丸藥，如煨製鎂，或大黃根粉，最新有用 Eumidrin 及 Novatropin 者惟均是阿托品相似之類。

礦泉之飲料以作瀉藥者，如 Kissingen, Marienbad, Karlsbad, Neuenahr, Mergentheim, Hornburg, Elster, Tarasp 等處之溫泉(參考九)。下瀉之成積均甚佳，惜每年均須複習一次。

灌腸有各種作用，第一使糞塊有出路，第二將腸洗清，頑固便秘者，

可是普通常用灌腸法以順大便，非特使腸動過份擴大，而且使腸習慣性化，從此以後，非灌腸不能大便，換言之，腸病可因此而加重（虛脫與痛苦）。

洗濯性灌腸法：將病者向左側臥，灌腸器可盛溫水、肥皂水或油類，最好用蓖麻子油一百克。（因為蓖麻子油，非特能將糞塊軟化，且能吸收，作為瀉藥用。）

甘油錠，或注射甘油，僅能將肛門口積住之糞塊排出。如其糞塊位置較高，則用此法後，大便非特未通，而肛門卻有甚不適之燒痛。

灌腸尚有一種作用，即使腸肌有順軌之工作，如在大便後用冷水灌入腸中。（最好用進退兩橡皮管，與灌腸器接連，流出之一端，則用鉗子鉗住，以便洗腸後開放使水流出。）洗一時後，再用 Bortannir 液（10：100 c.c.）洗之。此種洗腸可使腸動肌肉，在機能上有相當之訓練，此種洗法方始有效，如此種冷水長時期流動於腸內。（Fritsch 氏用雙流金屬灌腸管，外加一開關。）

會陰破裂及子宮脫墜之形成手術有優良結果後，亦可使直腸機能增加。

裂肛(Analfissuren)

硬糞塊或及胎兒頭鑽出時，能將肛門口之表皮裂破，而使病者感覺非常不適（痛），假使該種裂縫開始不治療，本來之便秘亦不去除，則往後該裂縫，便不易愈，此種裂縫不久為菌類所佔據而炎爛，四週浸潤發硬，痛苦甚劇，積年累月而不愈，在肛門外收縮肌處常有不適之瘰癧，在大便糞條排出時為最劇（薄糞亦然，便後亦然），因此病者，非常畏懼大便（重者肛門四週可以積膿）。

治療：輕者可用簡單方法，調順大便，使之易於排出（成糊形）。用寒錠（每日晨晚各一錠 Anusol），或次沒食子酸（Dermatol），或 Anæsthesin 及 Belladonna 顛茄葉粉之藥錠塞於肛門，如此大便時可以不痛，另外在大便後，將肛門四週用溫水洗濯。

可介紹，並成績亦甚優良者，乃是 Boas 氏方法，該氏先用蓖麻子油，將病者腸內容積一齊洗清，繼後僅給少許湯類。並用鴉片酊，使大便閉塞，過一時再用蓖麻子油洗腸，如此複習數次，在此時期內，肛門裂處，則用魚

石脂膏塗 (Ichthyol) 或用 Dermatol (代耳馬妥) 粉 Xeroform 粉, 或其他相類者撲之。

重性肛門裂, 必需有急速之治療。最好之法, 使用強力, 將肛門收縮肌擴大 (麻醉), 法先將病者腸內容積完全去除, 然後用兩食指, 插入肛門內, 用力向左右拉, 如此以後, 肛門裂成, 爲肛門瘡口, 假使即刻塗上硝酸銀液, 或用大鐵錫之, 或用電錫之, 則該處即不復再痛, 手術後之治療, 以輕易之營養, 外加阿托品, 三四日內。應有軟糊之大便, 此種手術法最爲妥當可靠, 亦甚簡單迅速, 治療學中所稀有者。

痔瘡 (Hæmorrhoiden) (參考十)

在肛門外收縮肌外之痔瘡, 名曰外痔, 在該肌之內者, 名曰內痔, 外痔位於肛門外縫皮下, 內痔在收縮肌內黏膜下之靜脈內。

原因: 靜脈血液循環被阻所致, 但亦可機械式成立。

特別在產褥期內, 第二三天內, 痔瘡核特別大。(論理生產時期已過, 機械壓力, 及血液循環受阻亦已去除。) 但有者謂靜脈壁已在妊娠期內受損, 而在產褥期內發現耳, 另有學者, 則謂此乃體質關係, 一如蛀牙, 鵝眼然, 有者易得, 有者不易得。

當然常坐, 常患便秘, 及優美生活, 均爲助長痔瘡之機會。

有者直腸內膜發炎 (Proktitis) 黏液自肛門流出, 刺激肛門外四週, 因此發癢及緊脹, 發癢之處, 必需用手摩擦, 擦破處, 成爲慢性溼症。

有患痔者在大便時, 靜脈腫處易破裂出血, 有時或少, 僅與糞液糊住, 有時則甚多, 長期後, 能成爲危險性之貧血症, 故及時絕根治療, 乃唯一出路。(另外直腸帶肉, 亦能出血。)

如該種靜脈腫破裂後, 尚加發炎現象 (靜脈栓塞性炎 Thrombophlebitis), 則病者痛苦非常。(此地以大便過硬, 大便紙太粗, 破碎之導尿管等, 爲發炎之媒介者。) 如此以後, 該栓塞可以纖維化 (痊愈), 或成爲腐肉 (Gangrän) (惡化), 最後一種以內痔爲多, 此種內痔, 開始凸出於肛門外, 繼後被肛門收縮肌, 收縮時所挾住。

治療: 假使及時用手術, 可以免去發炎現象, 最重要點乃是大便正常, 不再便秘, 肛門保持潔淨, 大便紙宜軟, 每次大便後, 即用水洗肛門處。

遇有栓塞性靜脈炎, 可用野菊花水溼包, 或用野菊花水坐浴 (攝氏四十度), 每日二三次, 每次半至一小時, 另外再塗 Kokain, 或 Anaesthesin Suprarenin 油膏或塞 Anusol, Bismolan 錠於肛門內, 無論有痛與否,

均當將腸內容積去除。

產褥期內，用冰冷之油包時常更換之，有良好之結果。

去除痔瘡有用注射方法，成績亦頗可觀，法用 1:2 (Karborsäureglycerin) 石炭酸甘油或 1/2 % Suprarenin 液，注射於痔核之內，最新亦有用濃度食鹽液或糖液注射於核內，使該核乾燥者，Boas 氏介紹內痔先用 Bier 氏吸器將其吸出，在其底處，用甚細之針，注射 0.2—0.5 公撮 70% 酒精於痔內，然後再將該痔塞入肛門，在施此法以前，肛門四週注射 1/2% Novocain 液，靜臥三日（在此期內用鴉片止大便），通大便後，痛苦即除，普通一針已足，成績亦甚佳，此法用之者甚多，手術不精，可以產生組織壞死現象。

V. Noorden 介紹用鐳光治療，據該氏報告用 600—1000 鐳光時間重量單位已可治愈該症。

凸出之痔瘡核，可用 Kokain 油膏塗之，則痛即止，而自上升。若有壞死現象，或出血過多，或該痔已被挾住，則當即刻用絕根割除法治之。

割除方法：先將腸之內容積除清，麻醉後，將收縮肌擴大，將痔核托出，用 Langenbeck 氏翼鉗，鉗住，用火鐵燒去，其燒焦之處，再用羊腸線縫之，一次燒二三個痔核，甚是危險，且有肛門粘結之現象。

甚多外科專家，只用線將該痔核扎住，隨其自動壞死而脫落。

用刀割去及將創口縫合，乃是最新式及最絕根之方法，是由 Whitehead 氏所創之全部週圍割除，但是全部割除，甚為危險，因為此種手術，可以產生丹毒，栓塞，或甚至敗血症之類。

在開刀後，肛門口最好用一塗甚多凡士林之橡皮管，插入其內數日。

直腸結住，在直腸炎後，直腸梅毒後，鼠蹊溝淋巴腺粒類瘤後，陰道或直腸用鐳錠後，子宮生癌及陰道生癌等均可有之。

直腸週圍積膿：可在肛門裂縫後，痔瘡發炎後及直腸患淋病後發現，至於治療之法，以施手術割除為最佳。

完全及不完全性之肛門瘻管，大半在積膿後成立，但亦有患結核後成立，治法用導管，插入其內，用火鐵燒之。

直腸癌可來自陰道，但亦可相反，由此傳入陰道，亦可在子宮癌割除後，移入直腸，及盲腸者。

直腸脫垂：乃是直腸翻出，大半與生殖器脫垂混合（普通甚大）（彩圖三十八）。

著者對於此種脫落，大都在生殖器脫垂施手術完畢後，將直腸脫垂中央割開，逐步切斷，每隔三厘米一刀，然後將直腸邊沿與肛門皮膚縫合之。

對於老年婦，採用此種手術似太嚴重，為時亦太久，開刀後之一切損傷亦太多（褥瘡、栓塞及肺炎）。至於施用小手術，對於脫垂太甚者，卻無

濟於事。

對於年少婦女，可用前岬結住法，前腹壁結住法，或陰道結住法（縫在陰道後壁），或前腹及陰道結住法（從剖腹將直腸提上）。

些微脫落，可在陰道會陰縫補時，將直腸前壁離異，然後用鈕扣縫法將其縫住，對於肛門收縮肌亦可施同樣之手術。

Fritsch 氏，對於患此病之小孩，施行一種新法，法將肛門邊側深切二三刀（2—3 Tangentiale Schnitte），然後再對肛門直徑式縫合之。如此直腸內有三半徑形式之直刀疤，如此縮小之肛門位置，深在刀切之內部。

如若收縮肌，擴大過甚，而無收縮力，或已退化，則可將肛門提肌，下拉以代收縮肌，或在肛門四週，縫一圈銀絲，此銀絲圈，亦可替代肛門收縮肌，而無其他副作用。

參考一 Novak. Die Beziehungen des weiblichen Genitale zum Verdauungstrakt in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes. Bd. V. 3—.

參考二 Aschoff, L., Der appendizitische Anfall u. s. w. g. Springer, Berlin-Wien 1930—.

參考三 Engelmann, F., Münch, Med, Wrehr. 1930, No. 41—.

參考四 Hornung, Zbl. Gyn. 1928, No. 26.

參考五 V. Bergmann, G., Funktionelle Pathologie. J. Springer, Berlin 1932—Boas J. Diätetik der Magen-Darmkrankheiten. 2. Aufl. G., Thieme. Leipzig 1926—V. Noorden, Adolf Schmidts, Klinik der Darmkrankheiten J. F. Bergmann München 1921. Ueber Durchfall u. Verstopfungs-krankheiten Ebenda 1932.

參考六 Strauss. Die Proktosigmoidoskopie u. ihre Bedeutung für die Diagnostik u. Therapie der Krankheiten des Rektums u. Sigmoides V Aufl. G. Thieme Leipzig 1930.

參考七 Schleyer. Zbl. Gyn. 1937. No. 20.

參考八 H. J. Wolf, Bruns Beiträge No. 159, S. 204.

參考九 Krone. F., Heilanzeigen der deutschen Bäder und Kurorte J. A. Barth, Leipzig 1936.

參考十 Boas J. Das Haemorrhoidalleiden. C. Marhold, Halle.

第二十三篇 熱與光治療(參考一)

如若電流入電線中，其最大之消耗力，爲化成熱力（依照 Joule 氏之定例），如此所成之熱力，是與電力之倍數、時間及阻力，成正比例，開始時醫家對於 Joule 氏熱力不能應用，因爲低小之電力，即能使神經及肌肉發生痙攣現象，自從高度交流電發現以後，電之熱力，始可應用於人體上。V. Zeynek 氏，於一千八百九十八年，在 Nerust 氏研究所 (Göttingen) 內，第一次發現高度交流電在一定之波長內，不會使肌肉及神經痙攣，受者僅覺有熱力而已，如此以後，醫學中途將此熱力，應用於人體上，以治各種需要熱力之病症。

根據此種學理所成功之治療方法，V. Zeynek 氏名之曰透熱 (Thermopenetration)。現今均照 Nagelschmidt 氏名之曰透熱電 (Diathermie)，如欲將普通直流電或低度交流電，改爲高度交流電，則需特製之機器，此種機器，即今所謂透熱電機 (Diathermie-Apparat) 是也。（以下各電機廠均有此類出品如：Reinizen, Gebbert u. Schall, Veifa-Werke, Siemen-Halske, Sanitas, Koch u. Sterzel。）

透熱電之用法：高度交流電，經過人體內，借力於電極，此電極緊束於人體上，其中最簡單之法，係用 0.5 毫米厚， 12×17 或 14×22 厘米大小之鉛皮 (Kowarschik 氏)，或則用 Bergonie 氏之 0.1—0.2 毫米厚之錫條 (Staniolstreifen)（對於高低不平之體表面最適宜）。

板形電極，可置於腹及背部，此處平坦，電極與皮膚各處均可貼住，假使其中有少許間隙，則電極之電，不直接流入體內，而在皮膚與電極之間，發生火光，此種火光，病者覺得燒刺，若是爲時過久，則該處皮膚，卽呈燒傷現象，如欲將此種短處去除，使皮膚不致受傷，則可將電極及皮膚，在治療前用肥皂酒精擦之，同時將電極板用帶緊束之，或用一沙袋壓之。

在用透熱電治療以前，病者之溫度感覺，當詳細診察之，設如病者之皮膚感覺低弱，則該處卽能燒傷，而病者可毫無覺得（醫者當負責），至於病者一遇有燒刺痛苦發生，或有過熱之感覺，則當卽刻告訴醫者，醫者當卽刻檢查電極之位置如何。

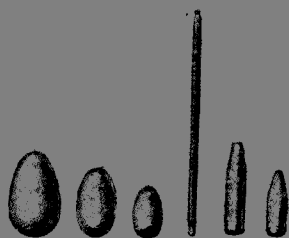
同樣大小之電極，最好安置於並行距離，太側或距離相差太甚，則電流之分配不均勻，局部之熱度可因此增高，假使一面電極過小，也有同樣之危險，各種婦科透熱電之治療以皮膚上通電（腹與背）爲治療之開始，於此可試病者對於該種電療是否合適，如病者對於該種電療有適意之感覺，及無畏懼之心，則在第四次電療時，加一陰道或直腸電極，使內生殖器可以完全被電流通過。

陰道電極形如棍 (Kowarschik)，或卵圓形 (Theilhaber 氏)，直腸電極形如杖，帶有曲度 (Lindemann 氏)，子宮頸及膀胱內電極，無何需要，著者（譯者）均僅用陰道電極（圖三百八十九）。



圖三百八十八 短波電治療法

透熱電較其他方法之優點，爲其所有之熱力，在人體內部，俟二電接觸後始發生，至於此種透熱電之治療作用，使體內組織充血，血液物質營養之循環因此增加，吸收之能力亦增加，白血球也局部增加，透熱電發生之熱力，普通在 40—41 度之間，因此有者以爲此種熱力，能直接殺死菌類 (Jeynek 氏 Laquer 氏) 或至少有一種能力，使熱力抵抗力弱之菌類 (淋菌等) 之生存力減低，神經性痛苦，可經此電療後立刻減輕，或甚至消滅。此種神經痛苦，充血後自然減輕，又感受神經直接受電力之振盪後，亦趨安靜 (Kowarschik)。



圖三百八十九

陰道內用卵圓形電極 (照 Theilhaber 氏) 狹者供直腸用

透熱電治療之最主要適應症，爲慢性發炎性之生殖器，及附件病症 (子宮附件炎、子宮鄰結締組織炎、骨盤腹膜炎、黏性痛苦、積膿遺跡、子宮頸加他爾及膀胱炎)。有時用透熱電治療，所得成績之佳，出於意料之外，如子宮附件之積膿，及發炎等。其他治療毫無效力時，用透熱電可使該種不適意完全去除。

第二種適應症，乃是生殖器無何病理現象，但有痛苦，其中以腰痛為最甚，屬於此類者，生殖神經痛、脊椎硬化、腰痛 (Lumbago)、脊椎關節、腰脊椎關節、臟骨、尾骨痛〔痛風性 (Gicht) 或發炎性〕，此外類風濕性肌肉痛 (感冒後) (Opitz 氏) 及生殖器之變化 (子宮後結締組織炎)。

第三種適應症，乃是病者不知痛苦在何處，醫者亦不能檢得其來源，對於此種位置不定之不適意 (亦非正式痛苦，亦無正當之解釋)，用透熱電治療後 (使其局部充血，以及心理上之安慰) 均有相當之結果。(對於年老之女子，特別見效譯者附註。)

著者對於不育及痛經者尤其發育不足之子宮，用透熱電治之，得有良好之成績 (譯者所得之經驗亦然)，至於此種良好結果，是否透熱電，抑本來有效力，抑是感應作用，這當然頗難解說。

惟有一點不能忘記，即透熱電並非一種普遍性，毫無妨礙之治療方法，醫者在治療之時，應絕對注意，同時對於治療之技能也應絕對知道，不能在用電時閱看書籍，寫信或其他工作，應根本注意機器是否適當，工作是否健全，電極之位置，有否移動，諸此種種，假使偶一不慎，即有燒傷之虞，醫者則負有傷身之罪。

病者在每次電療前後，其體溫當有詳細之檢查，體溫增加乃是以後用電之反適應症，此種現象代表透熱電，尚有使菌類上升或爆發之可能性。

透熱電僅適用於慢性，或無蔓延性之病症，對於急性或易蔓延之病症，均不適宜。

如病者，因久病後，尚有其他普通不適病象，如貧血、虛弱、胃口不開等等，則可在透熱電治療之外，常用太陽燈照之，以補助之。

最近年來，所發明之短波透熱電機 (Kurzwellen-Diathermie) (參考二) (Schliephake 氏) 有數點，較老式電機為優勝 (圖三百八十八)。

此種短波電力，波長僅十五米或不及，不如長波透熱電 (根據 Ohm 氏定例) 由極少阻力，入體內即遇極大阻力 (皮膚、脂肪)，而產生巨大之透熱力，此地乃是一種移動直線性之電流，自此電極至那電極，阻力之區異，毫無分別，故此種電流產生之熱力，不分深淺，每一細胞，均得有同等之熱力。因此之故，較深之處亦得有同樣之效力 (Raab)。至於此種電療，在生物學上之效力，乃是放大毛細血管 (參考三)。

臨床上之特效點，乃是止痛，充血，及毫無激刺作用，即使急性發炎，亦可應用，因其所發生之痛苦及體溫過高，均可用此新式機消滅之 (如急性骨盤腹膜炎、急性子宮附件炎、子宮直腸窩凹積膿)。此種新式機，特

別對於一切淋菌性發炎，特別有效 (Dalschau 氏) (譯者亦有此種意思)。

此外在應用上亦較便利，電極之安放，無貼住皮膚之必需，病者亦無需去除衣服，只要在兩電極中，無金屬及易傳電之物即可，至於治療之法，開始時每間日一次，往後即可每日為之，需要之時間，約在 10—30 分鐘之間。

現今之短波透熱電機，每日在改良中，著者院中所用之 Sanitas 廠出品之新機，波長僅八米 (Raab 氏)，成績甚佳 (譯者院中所用之機，亦為該廠之最新出品)，Zimmer 氏謂如欲使內深處之效力增加，可應用陰道球短波透熱電 (Kurzwellen-Kolpenryse) 方法，惟此法之結果，現今尚在試驗中 (參考四)。

外科透熱電 (參考五)

假使將高度交流電，聚集於一細小之電極上，再將電流循環於人體上，則此尖小之電極，接觸皮膚時，即刻發生甚高之熱力，將皮膚之組織燒死，此種電灸法 (Elektrocoagulation) 知之者已久，最近年來，始由 Matthäi 氏、Keysser 氏等應用，而所得之成績亦甚佳，尤其對於難於施手術之面部癌及乳房癌，均可用此法為之。

最近年來多數學者，意欲使透熱電有割切之技能 (Schneidende Dathermie) 而無焦傷之副作用，此種改良初為 de Forest 氏、Doyen 氏、Czerny 氏等，但是成績不佳，原始性之創口愈合，仍不可能，焦傷之處，仍甚大，最近 Dyroff 氏，始將此焦傷之副作用除去。(此機名 Kaustikthermoflux, K. Siemens Reininger-Veifa 等廠出品)。該氏報告，謂如焦傷之處，在一毫米之下 (十分之數毫米) 則原始創口愈合之可能，即甚大，另外該氏創造各式電極刀，以供手術時之用。

電極刀割之適應症，為普通刀割所不能及之表面上癌組織復發 (如女陰癌、子宮頸癌之絕根割除)，惟著者醫院中之經驗，並不十分良善 (V. Mikulicz-Radecki 氏)，反之用以割除花菜癌之一部份，以備鐳光之放射，頗有介紹之必要。蓋此法使其出血不多故也。至於用電極刀割除子宮頸癌，或子宮陰道段癌，欲求痊愈之希望，乃是絕對不可能，反之此種刀割應用於 X 光癌或 X 光慢性損傷，卻有良好之效果，即使難於醫治之症，此法可以治之 (Holfelder 氏) (參考六)。

因刀割之膀胱癌常有復發之危險，反之如應用此種割法，則可以免除 (視前)。

依 Erlangen 醫院之經驗，以為此種電刀，最適合於割切發炎性，或有癌性之組織 (如割乳房炎、生殖器內積膿、試割等等)。此外供割局部

界限清晰之子宮陰道段癌，及乳房癌，或則割之，以爲放射治療之預備，亦有良好之結果。

上述之電極刀，所造成之炙創，能使淋巴腺管閉塞，因此一切菌類不能輸入，此外內臟一切出血，亦可以此法止之。

日光治療 (Heliotherapie)

日光、太陽燈 (Bach) 以及其他各種相類之放射體之功效，乃使皮膚受該種射出之紫極光線後，產生一種反應，此種反應，全身都能波及，如血液發生變化 (白血球增加)，血壓降低，新陳代謝增加，故病者身體柔弱，而需要相當之調補者，(如患結核病者，施手術後之病者，此處照太陽燈，尚有止痛之功效。) 均需要太陽燈放射。

Havliczek 氏與 Breitner 氏，謂在開刀時，用太陽燈照射，有其良之成績。(如傳染危險減少，有時竟能將膿性腹膜炎治癒。)

開始治療之時，燈與身體之距離，在 1—1.2 米之間，放射之時間，第一日前部二分鐘，第二日背部亦二分鐘，以後每日加二分鐘，至二十分鐘爲止，繼後背腹可在一日照之，同時燈與皮膚之距離，可以漸漸縮至 50 厘米。

光射治療之長短當以病者皮膚所得之反應爲標準，普通治療時間，爲三至六星期，惟亦可休息數日后再照射數星期，諸此種種，都應有相當之經驗，在照射之時，在傍之人員，均當戴保護眼鏡，以免眼部刺激太甚，如皮膚已呈紅色，則可用粉撲之，惟不可用油膏擦塗。

紅極光燈 [熱光燈 (Sollux lampe)、折光燈 (Spektrosollampe)、陰道照射燈 (Vaginalbelichtingslampe) Wintz 氏、Engelhorn 氏及 Landecker 氏發明] (參考七)，所發射之紅光線 (即熱光)，能使皮膚及陰道急性充血，著者曾用之在不易結疤之創口，尤其因 X 光所損傷之皮膚 (Bröcher 氏) 淋菌性，及其他菌性之子宮附件炎症 (Cramer, Zallweschki)，及月經不調 (H. Küstner 氏、Ludwig 氏)，有特綴之功效。(此燈止痛之效力，亦甚大。)

惟醫者應注意燈與皮膚及創口之距離，最要緊之處，不使皮膚感覺過熱，開始照射之時間，以十分鐘，以後漸漸增至二十分鐘，二三星期或較長之時期，均無不可。

紫極光及紅極光互相混合者，有 Finsen 氏燈，用在陰道內者，有 Landecker 氏之日極燈 (Ultrasouné)。

參考一 V. Büben, Die klinische Anwendung der Diathermie. J. A. Barth. Leipzig 1924, Burky, Diathermie, 3. Aufl. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1929—Guthmann, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. II.—Kowarschik, Diathermie, 3. Aufl. Jul. Springer Berlin 1921—Laquer,

A., Leitfaden der Diathermiebehandlung 2. Aufl. S. Karger, Berlin, 1929.—Die physikalische Heilmethoden in d. Gynækologie. in Stöckel-Veit, Handbuch d. Gynæk. Bd. VI. V. Lindermann, in Meyer, Lehrb. d. Strahlentherapie Bd. IV. Berlin 1929—Sellheim, Mschr. Geburtsh. 1910, Bd. XXXI—.

参考二 Raab, E. Die Kurzwellen in der Medizin, Radiouta-Verlag, Berlin 1935—Schliephake, Kurzwellentherapie, G. Fischer Jena 1936. 3. Aufl.

参考三 Raab, E. Kurzwellentherapie in der Praxis G. Thieme, Leipzig 1937. in Zbl. Gyn. 1937. No. 7.

参考四 Dyroff, R., Z. Geburtsh. 1930, Bd. XCVII.—Flaskamp. W., Licht- u. Wärmebehandlung in der Gynækologie-Strahlentherapie 1929. Bd. 32.—Keysser. F. Die Elektrochirurgie, Fischers Medizin, Buchhandlung Leipzig, 1931—V. Mikulicz-Radecki, Z. Gebutsh. 1932, Bd. CI.—V. Seemen, H., Elettrochirurgie, J. Springer, Berlin, 1932.

参考五 Zimmer, G. Kurzwellen-Kulpeuryse, Zbl. Gyn. 1936, No. 42.

参考六 Holfelder, Arch, Klin, Chir, Bd. CLXXXVIII.

参考七 Landeker. Zbl. Gyn. 1931 No. 26.—Woysehe, Die Rotlicht-Tiefentherapie, Radionta Verlag, Berlin N. 24.—Küstner, H. Zbl. Gyn. 1932, No. 12.

第二十四篇 婦科衛生 (參考一)

哺乳兒、兒童，及婦人病症之預防、療法、教授及學習，均爲婦科衛生之一部份。（自胎兒頭穿出時，用紗布拭眼起至老年婦爲止，所發生之一切醫學問題。）

各個性之預防疾病，卽是普遍性之衛生，故嬰兒卽易開始充足之營養，新鮮之空氣，適宜之衣著，皮膚之保護（按時及時常沐浴），及多用日光，均是終身保持健康所必需要者，尤其兒童及青年，正常發育之時（身體及智識並重），應特別注意。

至於過甚其詞，當然非特無益，反使身體損傷，如哺乳兒童及幼兒時代，用冷水洗浴，反可使其神經不安，時常啼哭，疾病叢生，熱之保存力，反而軟化。

對於此種兒童，最好室外行動，無論寒暖晴雨，均在天空之下，使兒童得有適當清新之空氣及日光。如此兒童對於每種氣候，均能慣常，爲鍛鍊兒童最好之方法。

以前學校內之溫度、空氣、坐位、光線，以及種種，都非常不衛生，現已逐漸改良。（譯者按：我國學校對於此點，注意者仍甚少，於兒童之健康，當然甚有影響。）惟所惜者，教育之能力有限，保持固有之健康，不使病化，避免一切危險，均爲現今教育之重要問題，在如此衆多之學生執教者，焉能一一注意之。因此之故，柔弱者萎化，強健者雖有，不合之處，也仍能長大，故對於神經及體質柔弱之兒童，應受特種教育。

若該種柔弱兒童之父母，尚有柔弱下沉性之體質，則該種兒童，身體及精神上，應有特種保護，當然不能與健全之兒童，受同等之教育。

惟區別過甚，亦非所宜，否則柔弱兒童之思想，及工作能力，均太遜於其他兒童，一切均無相當之鍛鍊，固有之工作能力，工作忍耐力，均無利用之機會，兒童本來之天性，及個人之見解，皆被規則壓制而消滅。

故每校應有一校醫，此種校醫，絕對不是專門檢查身體者，其最大之

責任乃是識得兒童之心理，應注意彼等之趣向，故每一校醫，應是兒童之友朋，亦是該輩思想與感覺之保護者，另外女孩之月經，以及身體之不適，校醫均應有爲之解釋，及指導之責任，尤其家庭中無此種機會，或無相當之解釋者，諸此種種，家庭方面顧慮愈少，校醫之責任愈大。

漸漸長大女孩，身體與智識必需同時並進，非特要使身體健全，強而有力，而固有之女性亦有保持之必要。

室外運動，游泳、滑冰、搖船、擡雪、園藝、徒步、旅行種種運動，每一女孩均應有此種技能。但絕對不宜過度，尤其各種比賽，均應絕對禁止。空氣、光線及太陽，乃是最佳之美術，但是母親慈愛性之訓練，亦不可使運動之女孩，過於生疏（Menge 氏）。

所以女孩身體之教化，根本與男孩不同（參考二），肌肉上無需過份緊張，而要有節奏，及勻和之運動，無需局部肌肉之特種發達，而宜有全部肌肉均勻健壯。

賽跑及各種比賽運動，均需身體極度之工作，因此一部份臟腑之過份發展，對於未成熟而正在長成之女孩，絕對不適宜，一個正在生長之女孩，可因每種比賽關係，而將其健全之身體，蒙受巨大之損傷，或則至少將她固有之女性消滅。每一種過份運動，爲女性美之損傷者（Menge 氏）。

每一女子日常之需要，乃是（背腹肌肉運動，手足以及呼吸運動）。以保持體勢之整齊，腰壁彈力，血液循環暢達。每日清晨，僅需十至十五分鐘之運動已足，年幼女孩即當開始行之。

女子營養之需要，較男子爲少，應有少脂肪之營養，以免生理性脂肪停留之處，不致過多（如臀部、腰部、肩部及腿部），但亦不可過份瘦弱，反使美容有損。（譯者按：我國之女子，身條之瘦小，比任何一國爲小，故其所工作之能力，以及身體之健康，亦均較他國女子爲弱，此種過份瘦弱，當然不能稱爲健美。）

每一女子日常生活，應循軌而行起身，工作，飲食，休息，入睡之時間，應按時爲之，過份之工作果然不宜，但是過份懶惰，也非女子所宜，準時及負責之工作，對於身體上，有莫大之益處。

腸部工作，幼稚女孩，即當指導，命其每日早餐前大便，切不可將大小便隨意阻止。若是此種舉動，開始時即能準時行之，則往後可以無需指導，亦能自動排洩，此腸部機能之訓練，可使習慣性便秘去除，身體上及智育

上，均有良好之影響（視腸病篇）。

第一次轉經時，乃是女子成年之時（Stratz 氏所謂之女子生命第二段），心理上總有一種驚駭，至於驚駭之輕重，乃與女孩之體質有關，神經柔弱之女孩，一見有血，即驚駭非凡，終日沉思，不知所措，假使第二次再度出血，則其之驚駭更其加劇。胡思亂想，以求其根源而不得，故在此應有相應之指導，即使粗鈍之女孩，也當爲之詳細解釋（理由）。

至於無謂之解釋，神祕之傳說，將本來之事實，有意隱瞞，或有意說謊，雖然本意不錯，非特無意識，且爲極錯誤之舉動。

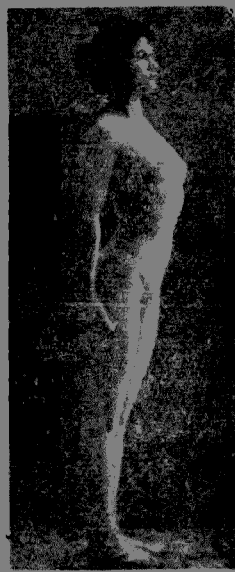
月經衛生：在月經時過份勞動，果應阻止，但過份細心靜養，也非所宜。身體及精神上之工作能力，本來在月經時減低，如其過於着力工作，（在學校及社會）（圖三百九十）。當然不適當，可是亦當知女子身體及精神，在經期並無何種疾病，不需要絕對休養，更不必臥牀，所以普通之運動（除游泳外）。如非長期性，仍可繼續，每日所應爲之事，也仍可繼續爲之（參考三）。每一女孩，自小即當知月經，爲女性天然之變化，無關重要。



圖三百九十 徒手運動，
影響體勢圖，在開始時。



圖三百九十一 一月後。



圖三百九十二 三月後。

照 Friedrich Loenne 氏 im Handbuch d. sozial Hygiene u. Gesundheitsfürsorge Bl. V.

決不可如有種母親之無謂指導，彼以爲愛惜女兒，對於月經種種過份之講解，因此女兒在月經時每一少許不適，即以爲重大危險之將臨，而使女孩之腦中。永遠存在此種恐懼，漸成爲心理性之痛經或成爲希司忒利阿(Hysterie)等病。

在經時及經後，都當絕對清潔，以前那種無謂之見解，以爲在經時洗濯下身，或則換衣褲爲有害之舉動，完全出於誤會，當然在經時不宜洗浴，但是月經時之血液黏於女陰處，因此皮膚炎爛，上升性傳染及癢症之發生均有可能。假使不及時去除，爲害當然甚大，所以洗外陰爲必需之事，惟絕對不可沖洗陰道耳。(洗陰道，可使陰道自動清潔能力減少，流入之水，深入已開之子宮口內。)即使不在月經時，一切無謂，不受醫生指導之沖洗陰道，亦是有損無益，健全之陰道無需何種洗濯，如健全之鼻腔然，有種過份者，以爲早晚洗濯陰道，爲合衛生之舉動，其實並不知洗濯陰道，生理上反而受傷，自動清潔之能力，可以因此減低，受孕之可能性，亦同樣減少。

全身浴，在月經時應當禁止(各種 Moor 爛泥浴 Sole 鹽水浴均當停止)。

普通用長條紗布裏棉花製成之月經帶，一次用後，即可燒去，或用紙棉月經帶。(外紗布內裏以紙棉，爲纖維組織一種，易溶化，吸水力甚強，歐戰後無棉花，都以此代之。)此月經帶，可以投入抽水馬桶，而不致塞住，較爲經濟而可長用者，乃是用柔軟之棉織帶，形如T字，每次用後，洗清煮過，曬乾後，始可再用。

探問月經之作用及原因時，常易牽及性慾問題(參考四)，在此爲母者，當隨機應變，將女兒所設之天真問語，用溫和方法爲之解釋，使女兒漸知女性之天職，以及其他種種性之問題。

當然此種解釋非常不易，因過多之解釋，甚易使女孩之天真自然，以及其兒童之信仰摧殘。

有些爲母者，對於此種問題，隨其自然發展，毫不過問，此地以鄉下女孩較都市女孩爲佳。因彼輩常見禽獸之交媾，將交媾一事作爲自然之現象，而不以爲神祕玄妙，對於生殖之思想，早年即引入正軌，正式解釋性的問題，當然無固定之規則，並且亦非常不適合，至於學校是否有合作之義務，須視家庭有無教導之機會，否則在執教者應爲之漸漸解釋，先以植物及動物之繁殖現象，然後漸漸述及人身，一種毫無準備之談話以及無理性之解說，乃是絕對不適宜。

手淫大半起自偶然，開始時或許內衣褲之壓力及摩擦或腳踏車坐墊之振盪，而使女陰搔癢，此種搔癢之後果使病者在不知不覺中發生一種快

感，此種偶然所得之快感，遂成爲手淫之開始，對於此種女子，應當好好講解手淫之害。

至於交媾爲何物及有何意義，普通僅能大致講解，其餘重要之點，仍待其丈夫解釋爲佳。

通常此種問題，亦無需何種解說，結婚後自能明瞭，可是例外仍屬不少。例如著者曾遇一上等家庭新婚之女子，反對交媾，其所說之理由，以爲胎兒乃從臍部產出，無需交媾之必要。

至於婚姻，除法律手續之外，兩者身體健全之證書，也不得不有之（視前淋病篇）。以便兩者，均知各皆健全，婚者之父母，或領養者當注意，使其子女不受對方之傳染，因此種傳染病可以影響本人之健康，及其後裔，因甚多疾病，均可由此而起，將來永久無復原之希望，我輩醫者，固當有保守職業祕密之責任，惟醫者緘默不言，婚嫁者之父母即能了解其中奧妙，而即有公開解釋之要求。

一般法律家，以爲醫者，如衛生機調之探問，或婚者對方之要求，即可公開其職業之祕密，可是此種問題是否合法，現正在研究中，尙未完全解決。

婚嫁者之身體健康問題，醫者應負全責，對一曾患淋病或梅毒之男子，寧可小心謹慎，以免誤及他人，非特暫時之注意，而須長期看守，必先將已有健康之損失消除，然後爲妻者可免受其害（視淋病），故第一次治愈之後，仍需長時期之觀察，假使多次之檢查，而無復發之現象，始可證明病者已痊愈。

現在各國盛行之婚姻問題演說，以及婚姻諮詢所之設立（參考五），家庭健康增加多少。Sellheim 氏以爲凡愛情及生殖之生活，與夫婦伴侶中之所應當討論之問題，即當詳細討論之，講解之，使新婚之夫婦有所準備，有相當學識，尤其遺傳學中，甚爲重要（參考六），種族之價值，亦應同時顧及，每一青年應知此非兒戲之事，也非尊長問題，乃是遺傳問題，若上傳下之身體健康，頭腦清新，則其之後裔，也是如此。種族上即無污點可言，此乃種族衛生（Eugenik）來自動植物，經驗所得，如有佳種即有好果，每一農家，均知選擇種子之方法；人類何嘗不然，美容果屬需要，但是健康與工作能力之比較更其需要，感情果然有重大之吸收力，但是知覺亦須參加，所惜者普通一般均受一時情慾之衝動，將實際上重要大事遺忘。

結婚最佳之年齡，當依女子身體及腦力之發育如何而定，普通以十八

至二十四歲之間爲最佳，如今未熟之女子懷孕及生產，與使組織之彈力無謂消滅，有同樣之錯誤。Sellheim 氏以爲生產開始過遲之女子，最易得子宮脫垂之病症，故長期訂婚，非特無益，而且有損。如愛情之衝動，性慾之激刺，因此想入非非，作種種不合生理之舉動，以制止其慾性之發洩。

蜜月旅行，乃最不合衛生，因普通新婚男女，在身體上，精神上，性慾上，均疲乏非常而歸。

交媾之次數，依兩者之興感及反應如何而定，如向醫者探問及此之病者，而有身體疲乏，神經易受刺激之感覺，則大半爲交媾次數過多之反應。

女子在妊娠時期，生長力超過其內臟機體一切 (Sellheim 氏)。此種建設工作，乃是女子對人生最大之義務。所可惜者，最近年來各國女子，對於此種義務，都在減少，而甚至有消滅之危險，大半女子，均能擔任此種義務，可是彼輩皆不願負此種神聖天責，以美容及受人傾慕爲前提，而不願生育。

因此以爲節制生育，乃文化進步之表示，德國在歐戰以前，尚有兩子女之家庭，可是在歐戰以後，就是一子女家庭，已屬少數，德國在一九二七年之統計，每千人中生產一百二十九人，幾乎爲世界最末後一國，在一九二八年普通生產率尚有 18.6%，一九三一年減至 16%，及至一九三五年竟降至 15.1%，換言之，無一人愛惜兒女 (Bumm 氏)，此種民族，如不變更政策，必遭消滅無疑。

每一民族，假使不能在其羣衆中再產生強健之青年，則該種國家，永遠無再強盛及受世界注目之一日。

一種最無意識之談，乃是不重量，而重種，彼輩以爲強者繼生存，每一子女應較父母生活爲佳，豈知此種減量加種之法，徒使獨生兒女嬌養成性，浪費金錢，此種子弟是否較其他爲佳。乃是一極大疑問，至於彼輩是否能再生優種之兒女，更屬疑問之至，古今名人之自述中，均爲其父母之第八第十子，因其生活之苦，晚間只能食少些冷番薯及一條海魚之尾，無論風雨，均需赤足行走數里之遙，始能入學，可是此種貧寒多兒之家，雖受社會中最大之痛苦，但經刻苦之訓練，而終成爲大衆敬仰之人物。

現今一切都進步，經濟困難之情形，以及生活之比較，均較前爲甚。

多育兒女，受摧殘毀滅之機會，當然更大，所以現代之國家，應將此種

所需要之人才，妥加培養，免得無辜萎縮，民族之實力減少。

每一女子，在妊娠及生活之時，應退出一切工作場所，蓋女子既負此種天責，其他工廠及田地之工作，均有損無益故也，此外家庭之工作，已經足夠，更不應有其他工作，所以每一國家，應對該種妊娠女子及產褥婦，都當設法停止其廠內工作，國家應設保母協會，及鼓勵哺乳。

非特妊娠時勞力工作，有損身體，即使不受孕時，該種工作也不適合於女子，因此種副職業可將其正當職業（生育）損害，或甚至不可能。

男女之病症，因性別關係，完全不同。男子病多在外傷及胃病，而女子則在生殖器病或則內泌素異常。

女子工作與女子職業病以及女性病症，互相均有甚密切之關係，對於女子個人、家庭，及其後裔、國家及全部民族，均有影響（Leune）。

工廠內工作（參考七），愈單純化（如長立或長坐）及有損健康（如化學及香烟工廠）則女子身體受傷愈甚。

在家工作，亦是有損，因其工作僅在一室之內（在此室內也是臥室及起居之所），此外在家做工，無人管理，一切過份之工作，也無人顧及，因此之故，身體上之健康，無形受損，較工廠更甚，可是普通一般女子，均歡迎在家做工，因如此尚可顧及小孩及廚下工作。

職業病中以中毒為最多，最易中毒者為鉛質（如金屬及磁土工廠、印書廠、水晶玻璃廠、裁縫店、製衣廠、人造絲廠、玩具廠、錫廠、五色印絨廠等）。鉛質乃是生殖腺毒，中鉛毒者易流產，為結核病之引導者。

再次之毒物為水銀（如燈泡廠、呢帽廠、鏡廠、水銀廠）。

第三種便是煙毒，此種煙毒，可使女陰發炎（煙葉灰）及月經不調。

還有X光室內工作者，如不細心防備，常有暫時性或永久性之閉經。

現代式工廠，大都應用機器（參考八），因此工作愈加單純，工作者愈感疲乏。此種在標準上無變化之要求，當然對於女子身體與精神，損傷甚劇，尤其在月經時，一切都不及平時健全，假使所需要之力與腦照舊如此，則該女子在不久之將來，即有萎弱不堪之現象產生。

以古時稱為黃金時代，據現代醫家之見解，至少在衛生上社會上，遺下不少毒苗，那時女子之衣著，生活情形，正在長成之女子在身體上及精神上之訓練，均不合衛生，因那時所禁止之事甚多，雖然一種極天然之事，也是不許，女子生命希望，僅一丈夫而已。如久候而不得，即成一無人顧及

之處女，因從前有如此附從之見解，所以現時始有此縮過份之情形。（女權平等，以及一切事業部與男子並行。）

此種不限制性別之奮鬥（參考九），乃是社會困難所致，所以將一切危險於不顧，以求萬一之勝利，要求與男子平等，可是彼輩之身體、腦力、一均次於男子一等，事實上絕對不能與男子平處。如其處在平等地位，則其身體及精神部有受損傷之可能，因彼輩既無堅強之抵抗力，更少決斷力，在低能之時（轉經時），工作之能力，思想之集中力，均要減低，雖然努力，將此種柔弱時期，保持其本來工作能力。但是事實上卻不能達到此種目的，萬一勉強能達到，則身體與精神，均受重大之損失（Loeune 氏）。

當然有甚多之工作，女子之成績，較男子勝數倍，但是平等兩字，卻不能各處適用，不能說男子能做，女子也能做，雖有此種決心，可是身體與精神，遂有受損傷之可能，每一女子當知其主要職業，乃是為人之母，此種職業，身體上及精神上對之均有益處。

此外以醫學而言，著者之經驗，女子學外科與婦科者，手術上之智識或許甚佳，但是手術時，或則手術緊要時，往往心神不定，四顧求援，反之在兒科中，對於兒童之心理，侍候兒童之病症，亦在均較男子為佳。

著者曾受政府之託，對於女子職業之不適應點，逐條寫出。不過此種方式，當然均是暫時性質，須得將來在職之需要，時常改良之。

（甲）無父母之能力者。

1. 生殖器畸形，如陰道全部或一部份缺少，子宮全部份缺少，或一部份缺少，同時無子宮體、輸卵管及卵巢全部或一部份。

2. 內分泌上重大變質，卵巢內分泌腺不全，或與其他內分泌，共同患病。

3. 成年女子尚無經閉，及子宮委縮細小者。

4. 子宮、兩輸卵管或卵巢，一部份或全部均已經過手術割去者。

5. X光照射下腹，致使月經常行不調現象，或長期閉經。

6. 子宮內有子宮瘤者。

7. 兩輸卵管皆有阻塞者。

8. 兩輸卵管中世內分泌之變化者。

（乙）不適合於工廠（重工，尤其是立，或其期有是惡劣者，如縫紉機），農夫工作及看護工作者。

1. 陰道脫垂者（有或無，小則困難者）。

2. 產後會陰縫合不佳，因此致大便及腸氣停滯者。

3. 先天性畸形，致使大小便不暢者。

4. 腸胃腸臟有異常者。

5. 子宮下垂及脫垂者。

6. 有臍缺脫者。
7. 下肢靜脈腫脹者。
8. 外生殖器發炎（有或無潰瘍者）。
9. 專門性白帶（淋病）。
10. 各種子宮附件，及鄰近發炎性變化者（韌帶骨盤腹膜均在內）。
11. 子宮結粘性反折。
12. 因子宮後折，而感覺不適者。
13. 痛經甚劇者。
14. 各種生殖器病理性出血。
15. 各種生殖器瘤腫。
16. 各種已施刀割者（至少在十二星期內不能工作）。
17. 各種用X光或鐳光照射者（至少六星期始可工作）。
18. 各種惡性瘤在治療後至少六月至一年始可工作。
19. 有孕之婦女。
20. 產褥婦小產後至少四星期，正產後二月。

（丙）不適合於輕度工作，不適合於寫字間工作。

1. 外生殖器發炎，而尚有潰瘍者。
2. 陰道及子宮脫垂而尚有大小便困難者。
3. 慢性便秘。
4. 膀胱或直腸瘻管。
5. 患專門性，或不專門性白帶甚劇者。
6. 子宮附件週圍（如巨大之腫脹，子宮附件腫脹或積膿）發炎，或則有痙攣性結住者。
7. 病理性生殖器出血。
8. 生殖器之巨大善性瘤。
9. 各種生殖器惡性瘤。
10. 各種割症（至少在八星期後始可工作）。
11. 各種X光鐳光照射後，至少在照後，四星期始可工作，血液之血色素，至少須在60%以上。
12. 各種惡瘤至少在治療後六月始可工作。
13. 每一孕婦，至少在臨產前八星期不能工作。
14. 各種孕婦有妊娠異常者。
15. 各種孕婦有妊娠病症者。
16. 產褥婦流產後，至少三星期，平產後至少六星期，始可工作。

對於女子讀書，當然無何異義，至於以前以為女子本性遲鈍，乃是毫無理由（有甚多處，可以證明），惟功課之選擇仍屬必需，學校中及大學之衛生，均當適合，否則該種女子易患發育不足，萎黃貧血及神經等病，及至其要為人之母時，其寶貴之健康卻已消失。

每一有知之士，應知女性之病症，為危害民族健康之最大者，並且應盡力幫助或借法律，將該種使民族柔弱及憔悴之害，用全力除去之，並且當設法為之預防。

如現今欲造就有爲之人才，當爲國家之基礎（Lonz），則對女子健康應有特別之保護，即使現今經濟如此恐慌，謀生如此困難之時，亦不可使其受此種潮流之影響。

當然保護會之工作不能過遠，致所得之成績正相反，不能（尤其是私生者），將其職業之機會過份爲難，將其身體之動作過份阻止，反使其軟化，而蒙受損失，尤其根據各式統計，危險甚大，醫者不能一概而論，而將環境情形完全不顧。

社會婦科學（參考十）在德國以 Max Hirsch 氏供獻最多，惟現今德國，無需此種廣告方式，以爭奪政權，須知並非過份要求保護，及注意女工之人爲民族之朋友，另一方面也並非將此種過份之要求下壓，便是民族敵人，社會婦科學乃是超出於黨政之外，每一有識之士，應共同合作，助其民族健康及生存。

現今摩登時代，男女各有所事，一切進益，最好均消費於個人身上，對於其他方面均不顧慮，此種情形，乃是社會分配不勻所致，故要使社會婦科有相當之進步，欲保持女子健康，則非將男女工作範圍重新分割不可。

現在摩登女子之每日生活，都有男性化，衣著，生活情形，種種女性之表現，漸漸消滅，可是此種變化，對於女子之身體與精神毫無益處，而此種缺點，最不易改良，因在此唯有摩登二字，可以領導，能統制一切，若是摩登之方式，合於衛生，則女子健康可以增加，否則唯有成爲摩登之犧牲者。

所幸者，以前供菌類獸糞聚積在身之長衣，胸腹硬如貝殼，腰束甚緊，將身體之形態，完全改變，諸此種種風俗，幸現今已改變，以前之開口褲，現亦消滅，以前那種不見日光，現亦消滅（中國尚屬少數）。此數點摩登化，確有相當之功效，所可惜者，嚴冬裏尚穿甚薄之絲襪，使下腹受冷而發炎，高跟之皮鞋，使身體形態姿勢，完全變異，五花雜色，束機帶，爲造成靜脈腫脹之主動者，此種摩登方式，尚不合衛生，對於短髮，當然甚是便利，尤其在運動之時，但是長髮女人，亦未始不美。此地摩登與衛生，無多大之關係。

最可怕者，乃是女子吸煙（參考十一）。（此地女子較男子爲甚，每日五十枝香煙，不斷續地吸着，將手指燒得焦黃，牙齒發黑，面色慘白，兩手發慄，胃口不佳，睡眠不安，身體與精神全毀，而成香煙之奴隸。）

絕經之年，有兩種不適意，即肥胖及缺乏病（視前月經篇）是也。病者心境時常不暢，易受刺激，一切均感不適，此地唯有耐心等待，隨其自然消滅，所當注意之處，即在該時最易產生之惡性瘤腫。

若是女子之絕經期已過，精神上及身體上，如無何種損傷，則其本來之波浪式生活，已經過去，今後之生活，一如瀑布然，往下直瀉，如一燈燭，而漸漸萎息，但其生活平坦，若爲健康女子，則在此時爲其最感興趣之時，

而在家庭中，最受人尊敬，與愛護之主婦。

參考一 Baisch, Hygiene u. Diätetik des Weibes, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. I-Menge, K. Hygienische Diätetik, in Opitz, Handbuch der Frauenheilkunde, J. F. Bergmann München, 1927.—Schultze, G. K. F. Hygiene des Weibes und ihre biologischen Grundlagen, Leipzig, Quelle und Meyer 1934-Sellheim, H. Hygiene u. Diätetik der Frau in Stöckel-Weit, Handbuch der Gynäkologie Bd. II-Stratz, C. H., Die Körperpflege der Frau., F. Enke, Stuttgart 1927.

參考二 Matthias, E., Die Frau ihr Körper u. dessen Pflege durch die Gymnastik, Eigenbrödler-Verlag, Berlin-Zürich 1931,—Müller, J., Eignung der Mädchen u. Frauen für Leibesübungen, Onelle u. Meyer, Leipzig 1927—Westmann Frauensport u. Frauenkörper, C. Kabitzsch Leipzig 1930—Sellheim, H., Gymnastik. C. Kabitzsch, Leipzig 1931—.

參考三 Düntzer, E., Zbl. Gyn. 1930. No. 1. u. 1931, No. 39.

參考四 Wolf, J., Die neue Sexualmoral u. das Geburtenproblem unserer Tage, G. Fischer Jena 1928—Buschke, A., u. F. Jacobsohn, Geschlechtsleben u. Sepuelle Hygiene, W. de Gruyter u. Co., Berlin 1932.

參考五 Nevermann Eheberatung, C. Kabitzsch, Leipzig 1931—Scheumann F. K., Eheberatung als Aufgabe der Kammunen, L. Vop. Leipzig, 1932.

參考六 Bauer, E. Einführung in Vererbungslehre 11. Aufl. Gebr. Bornträger, Berlin 1930.—Leuz, Fr. Erbliehkeitslehre und Rassenhygiene (Eugenik) in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. I. u. Menschliche Auslese u. Rassenhygiene (Eugenik) 3. Aufl. München 1931—Meisenheimer, Die Grundlagen der Vererbungslehre, in Stöckel-Weit, Handbuch, der Gynäkologie Bd. II—Siemens H. W., Vererbungslehre Rassenhygiene u. Bevölkerungs politik J. F. Lehmann, München, 1930.—Stämmler, Rassenpflege in völkischen Staate J. F. Lehmann Umchen 1934.

參考七 Geller. Zbl. Gyn. 1929 No. 26.—Hirsch. M. Frauenarbeit und Frauenkrankheiten in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. I. —Hofstätter, Die Arbeitende Frau Wien 1930.—Kustuer. H., Fortpflanzungsschädigungen der erwerbstätigen Frau u. ihre Abhilfe, J. A. Barth, Leipzig, 1930.—Læuno, Soziologie der Frauenkrankheiten in Handbuch der sozialen Hygiene u. Gesundheitsfürsorge Bd. V. J. Springer, Berlin 1927. Teleky, L., Tise Weichert, Geller u. Neumann, Wirkung der Fabrikarbeit der Frau auf die Mutterschaft, Schriftenreihe "Arbeit u. Gesumkeit" herausg, vom Reichsarbeits-Ministerium, Berlin, 1930—.

參考八 Rodenberg, Psychologie der jugendlichen Fabrikarbeiterinnen Arch. Frauenk. Bd. XVI.

參考九 Eberbord E. F. W. Geschlechtscharakter u. Volkskraft, Grundprobleme des Fernismus, E. Hoffwarm Darnstaat 1930—.

参考十 Fränkel, L., Soziale Geburtshilfe u. Gynäkologie, Neubau. Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1928. Hirsch, M. Mutterschaftsfürsorge, C. Kubitzsch, Leipzig 1931, Leitfaden der Berufkrankheiten der Frau F. Enke Stuttgart 1919.

参考十一 Hofstätter. Die rauchende Frau, Hölder-Pichler Tempsky, Wien u. Leipzig, 1924.

