

醫 4 學 叢 書

洪式閻主編

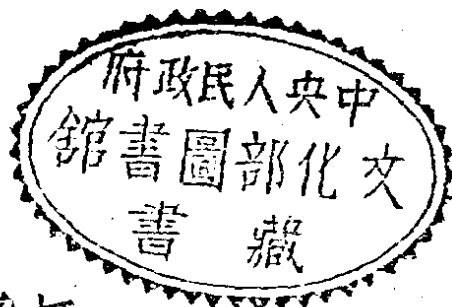
婦 人 病

黃震陸編著

世 界 書 局 印 行

517
4417

3369



醫學叢書發刊旨趣

一切科學，對於人類均有直接或間接的關係，是人人應有的知識，決不可認為太高深，太專門的。醫學是科學中之一種，當然不能例外，應使大衆化，叫不以醫師為職業的人，也感到醫學的興趣，自然而然能了解人體的生理，疾病的來源，以及預防和療養的方法；如此，方不辜負在研究室中埋頭苦幹的學者。本叢書的發刊，其動機即在於此；茲將編輯的旨趣，約略說明於下：

(一)本叢書為欲達醫學大衆化目的起見，故應用通俗文字，敘述專門學識，希望讀者不生厭倦，了解醫學是一種尋常應用的科學。

(二)本叢書對於各種疾病的原理，言之特詳，希望讀者了然知疾病的來因與成果，則歷來迷信的舉動，自然可以消滅。

(三)本叢書為適應實用起見，故對於常見的疾病，如肺病，胃病，性病，傳染病等，特別注重；且詳述其病的原因，病的現象。病的預防法，以及一般療養的知識。

(四)本叢書為便於一般家庭間應用起見，故凡關於育兒法，看護法，急救法等，皆分別編入。

(五)本叢書為欲人人養成保健的習慣起見，故凡關於人體的構成，生理的要約，以及各種衛生的法則，均極注意。

(六)本叢書為希望人類得達淨潔化的境界起見，故凡關

於遺傳學，優生學，以及社會衛生學等，擇要編入。

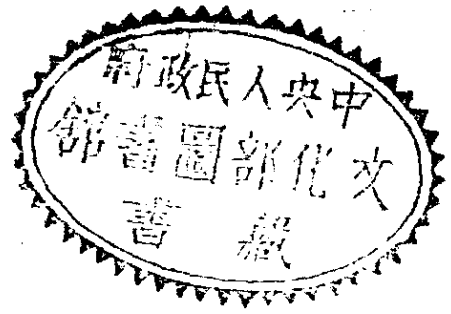
(七)本叢書視社會上之需要，凡關於專門的技術，如外科手術法，疾病診斷法，以及理學療法等，亦酌量編入。

(八)本叢書關於醫學最新的理論與實驗，在可能範圍內，盡量編入，故供一般人閱讀之外，並可為醫學專科以上學校學生參考用書。

根據上列幾點意見，乃刊發本叢書。讀者諸君，如有其他高見，幸乞不吝指教！

洪式閔寫於杭州醫院

二四，一，二〇

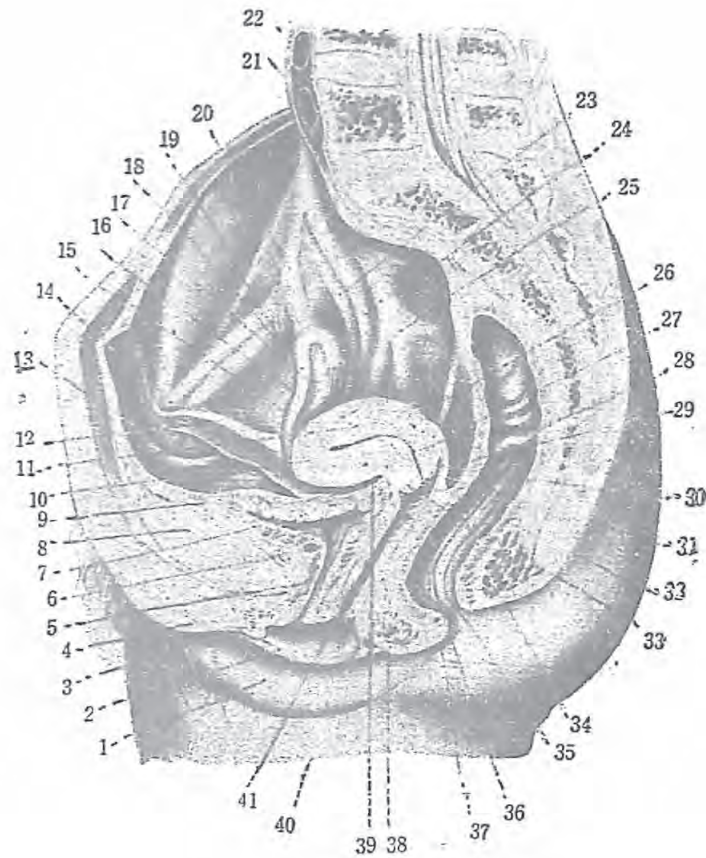


目次

緒言.....	1
總論.....	1
第一 婦女生殖器之解剖.....	1
第二 婦女之生理.....	1
第三 月經.....	5
第四 子宮黏膜之週期性變化.....	7
第五 婦人病診察法.....	8
(一) 既往症.....	9
(二) 他覺的診察法.....	9
各論.....	18
第一 外陰部疾病.....	18
(一) 外陰部畸形.....	18
(二) 外陰部炎.....	19
(三) 外陰部搔痒症.....	21
(四) 外陰部萎縮症.....	22
(五) 外陰部之損傷.....	23
(六) 會陰破裂.....	23
(七) 外陰部腫瘍.....	25
第二 陰道疾病.....	27
(一) 陰道畸形及發育不全.....	27

(二) 鎖陰	28
(三) 陰道炎	29
(四) 陰道瘻	32
(五) 陰道損傷	33
(六) 陰道腫瘍	37
第三 子宮疾病	39
(一) 子宮畸形及發育障礙	39
(二) 子宮位置及形態異常	42
(三) 子宮炎症	52
(四) 流產後(或分娩後)子宮內膜炎	62
(五) 落屑性子宮內膜炎	62
(六) 子宮萎縮	63
(七) 子宮腫瘍	63
【附】 卵巢陷落症狀	70
第四 輸卵管疾病	79
(一) 輸卵管畸形及發育障礙	79
(二) 輸卵管炎	80
(三) 輸卵管腫瘍	83
(四) 輸卵管卵巢囊腫	84
(五) 輸卵管妊娠	84
第五 卵巢疾病	87
(一) 卵巢畸形及發育障礙	87
(二) 卵巢位置異常	88
(三) 卵巢炎	88

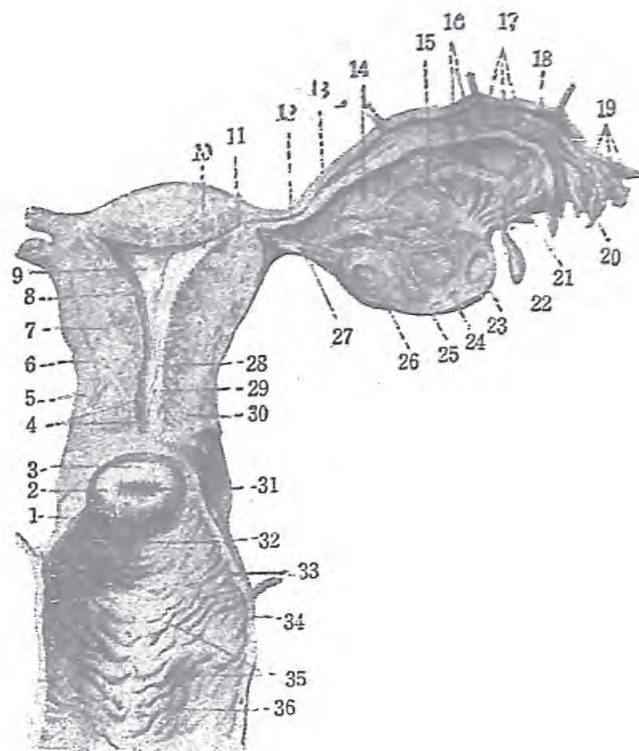
(四) 卵巢腫瘍	90
第六 骨盤結締組織及骨盤腹膜之疾病	103
(一) 骨盤結締組織炎(子宮周圍炎)	103
(二) 骨盤腹膜炎(子宮外膜炎)	106
第七 婦女生殖器之淋病	108
第八 婦女生殖器之結核	113
第九 不妊症	117
第十 月經異常	119
(一) 早期月經	119
(二) 無月經	119
(三) 月經過多	121
(四) 疼痛性月經	122
【附】 中間痛	123
第十一 婦女生殖器之分泌異常	123
(一) 婦女生殖器之生理的分泌	123
(二) 陰道內之細菌	124
(三) 白帶(帶下)	125



第二圖 婦女骨盤之縱斷面 1 大陰唇 2 小陰唇 3 陰核海綿體 4 陰阜 5 尿道 6 內尿道口 7 膀胱 8 恥骨縫合 9 中膈韌帶 10 子宮底 11 子宮體 12 子宮圓韌帶 13 側膈韌帶 14 腹鼠蹩輪 15 固有卵巢韌帶 16 輸卵管峽部 17 卵巢 18 輸卵管膨大部 19 外腸骨動靜脈 20 內精系動靜脈 21 右總腸骨動脈 22 左總腸骨靜脈 23 右輸尿管 24 下腹動脈 25 下腹靜脈 26 直腸子宮皺襞 27 子宮頸 28 直腸橫皺襞 29 直腸子宮窩 (D氏窩) 30 後陰道穹窿 31 後唇 32 外子宮口 33 前唇 34 直腸膨大部 35 肛門 36 前陰道穹窿 37 內肛門括約肌 38 外肛門括約肌 39 膀胱子宮窩 40 陰道 41 陰道口

蔽小陰唇。至 15 歲前後，可見初經。

(三)成熟期 至 17-18 歲達完全成熟期，直至 45 歲，約 30 年間，繼續此種狀態。中間經過妊娠與分娩，完成母性



第三圖 陰道、子宮、輸卵管(右 卵巢(右)之斷面 1 前唇
 2 陰道部 3 後唇 4 棕狀皺襞 5 漿液膜 6 外側緣 7 肌層
 8 粘膜 9 子宮腔 10 輸卵管子宮口 11 輸卵管子宮部 12 輸
 卵管峽部 13 峽皺襞 14 輸卵管間膜 15 副卵巢縱管 16 副
 卵巢 17 膨大部皺襞 18 輸卵管膨大部 19 輸卵管剪線 20
 輸卵管漏斗部 21 卵巢剪線 22 Morganii 氏突起 23 Graaf
 氏濾胞 24 黃體 25 卵巢門 26 右側卵巢 27 固有卵巢韌帶
 28 內子宮口 29 子宮頸管 30 陰道上部 31 外子宮口 32 前
 陰道壁 33 粘膜 34 肌層 35 陰道皺襞 36 前壁皺襞柱

義務；而種種疾病發生於此時期內者亦特多。

(四)更年期 在成熟期之終了後，卵巢次第萎縮，排卵不規則，黃體形成不充分，諸生殖器官皆衰弱，而現萎縮症狀。

(五)老年期 此時期，月經閉止，其年齡約在 48 歲前後。從此以後生殖器次第變為老人性萎縮，第二性徵亦漸消失。

第三 月 經

月經，爲子宮腔週期性出血之現象，依規定之間歇，反復來潮。

(一)最初之月經時期 最初來潮之月經，曰初經。其初潮之年齡，普通在 13—18 歲之間，平均以滿 14 歲爲最多。但因氣候、人種、生活狀況、環境、遺傳等之關係，其來潮早遲亦不同。其中尤以氣候關係影響特著，如在溫暖地方者較寒冷地方爲早，熱帶地方至 8—9 歲已來月經，而在寒帶地方則至 16—17—18 歲始見初潮。兩極地之婦女，每於冬期全無月經，或一年內僅來數回。次之爲人種關係，如猶太人至 12—13 歲已來月經。又居住都市中之女子，較居鄉村僻地者爲早，是因生活與環境之不同有以致之。又次爲遺傳關係，如生母初經較早者，其女兒往往亦然。

(二)月經之週期 當初經來潮之時，其週期每無規則，有間隔數月者。若至成熟期，除妊娠與授乳之外，普通以 28 日(四週期型)反復來潮者爲最多，然亦有早 2—3 日(前進型)或遲 2—3 日(後退型)者。更有以 21 日(三週期型)反復來潮者；此則殊爲罕見也。

(三)月經持續之日數 一回月經持續之日數，普通大多爲 4—6 日。其出血以起初 1—2 日爲最多，爾後漸次減少。若持續之日數僅在一日以內或超過一週以上者，爲病理的。

(四)月經血之分量 一回月經血之量，約 90—250g，以其中混有子宮及陰道分泌物之故 而真正血液之成分，不過

30—50g 而已。

(五)月經血之性質 月經之時，子宮頸管、陰道及外陰部皮脂腺之分泌旺盛，分泌物混入經血中，致呈暗赤色，且因之易起分解作用，故帶有特別之臭氣。又經血常為流動性，不易凝固。

經血在顯微鏡下所見：含有血球、生殖器上皮細胞、黏液細胞、頽廢物及多數之細菌等。

(六)月經之症狀 月經時所見之症狀，可分為局部症狀及全身症狀。

(1)局部症狀 當月經之時，因下腹部充血，壓迫骨盤內神經叢，致下腹及上腿起壓重、充滿、牽引等感覺；膀胱、直腸亦受同樣影響，而起兩便頻數。患痔疾者，痔核更腫脹。又子宮為排出其內容，每起發作性收縮，故時有腹痛及腰痛。

月經之時，因外陰部充血，陰道壁屢呈淡紫色。子宮稍增大而下降。子宮陰道部亦緊張腫大、柔軟，而變為暗紫色。卵巢亦腫大。

乳房於月經之時稍腫脹，過敏性增加，時或分泌初乳樣物質。乳暈呈暗黑色。

(2)全身症狀 月經之時，有全無症狀者，有反覺愉快者。但多數女子於月經時必覺違和，即不快、疲勞、抵抗力減退、頭重、偏頭痛、憂鬱、興奮等症狀是也。又月經中，每以一過性精神病之發作，而犯罪或行動異常。此外尚有惡心、嘔吐、食慾不振、便秘、下痢等症狀。

甲狀腺腫脹、眼瞼結膜充血、流淚等亦常為月經期間之症

狀。眼周圍皮膚生青色輪，顏面稍腫脹、流涎、出汗、發疹、視力障礙；鼻黏膜及聲帶腫脹等亦時見之。又月經前後性慾概亢進。

(七)月經時之攝生 月經為生理之機能，雖不必用特別處置，但於月經期內，概兼有月經症狀，且易誘發各種疾病，故在月經期中非僅守衛生，以圖保全健康不可，尤以吾國婦女對於月經之攝生法甚屬幼稚，須亟謀上進，實為目前之急務也。蓋月經期中須求心身之安靜，避免過激之運動。對於外陰部務須清潔，以防發生不快之臭氣，至妨社交，並防外陰部之發生炎症等，有礙健康。故每日應用微溫水或弱消毒液清洗外陰部，但不可灌洗陰道或陰道內塞入棉花、紙片等，免致誘發其他生殖器之疾病。惟清洗外陰部後，應用脫脂棉抵壓外陰部，外施月經帶，以吸收流出之經血。至月經期終，可入浴更衣清潔身體。又月經期中須絕對禁止房事。至於月經期中之服藥，雖大概無礙，而水楊酸劑、峻下劑及鐵劑等，均有增強出血之虞，勿用為宜。

第四 子宮黏膜之週期性變化

由 Hirschmann 與 Adler 兩氏之研究，得知子宮黏膜起正規之週期性變化。盤瀨氏將此週期性變化分為四期；茲分述如下：

(一)月經前期 約在月經前 6—7 日至出血之時期。此時子宮黏膜因其間質內組織液增加，而腫脹。表面變為凹凸不平，而生皺襞；各皺襞之間，可見著明擴大之黏液腺開口部 腺

體迂曲，其縱斷面呈鋸齒狀。黏膜內之毛細血管亦擴大充血。不僅此等毛細管及靜脈之血液滲出而已；即其血管壁，亦有破裂出血，形成血腫，所謂上皮下血腫是也。因此，黏膜上皮向子宮腔內隆起。此時接近表面之緻密層與深部之海綿層可明瞭判別。

月經直前之子宮黏膜，厚約 6—7 mm，且含有多量 Glyco-en。

(二)月經期 爲出血之時期。在此時期，上皮下血腫向子宮腔內破裂，血液與上皮之一部，經陰道排出於外方。至出血達極點時，則子宮黏膜萎縮，黏液腺排泄其內容，變爲細狹之直線，腺上皮細胞亦消失。

(三)月經後期 爲月經停止後約 10 日間之時期，此時爲破潰子宮黏膜之再生期。若月經終止，則子宮所分泌者漸次移行於黏液性，終乃完全閉止。於月經前期著明腫脹之子宮黏膜，今則變爲 2—3 mm 之薄層。血管恢復舊態，出血灶漸次吸收，黏膜缺損部亦再生。黏液腺再生上皮細胞，成細狹直線狀，約在出血後十四日左右再生完成。

(四)間歇期 爲月經後約 10 日至次回月經前約 10 日間之時期。此時子宮黏膜殆爲靜止狀態。是後黏液腺次第擴大迂曲，黏膜漸次復變爲月經前之狀態。

第五 婦人病診察法

婦人病診察法，爲診察婦科疾病以決定診斷之法也。有一定之方法與順序；須依法施行，不可遺漏。

(一) 既往症

(1.) 個人的 姓名、年齡、住所、職業、地位等。

(2.) 家族的 兩親、兄弟姐妹之健否？及結核、精神病、惡性腫瘤等素因、遺傳之有無等。

(3) 關於患者自身

(a) 各時期 由乳兒期、幼年期、成熟期以至閉經期、老年期之健康狀態，曾否患過疾病、種類及時日等。

(b) 月經之關係 注意初經之時期及其後經過、出血持續、出血量、痛苦之有否與程度，最終月經之時日及其後經過。若在老年期，則入閉經期之時日，當時及其後經過，障礙之有否與其程度等，均不可忽略。

(c) 生殖之關係 結婚之時日，配偶者健康狀態（尤以梅毒、淋病及慢性傳染病之有否）、以前妊娠、分娩及產褥之回數、時日、經過，又早期妊娠中絕之有否及回數，初生兒之發育狀態等。

(4) 關於現在症 現在症最初發現之時日，其後經過及主訴，尤注意於疼痛、月經異常、白帶、出血等之有否，以及其性狀、程度、部位等。若有腫瘤時，則其最初發覺之時日，及當時之性狀，特以其大小、硬度、移動性、部位，其後增大與否，及痛苦狀況，又對於鄰接臟器；如膀胱、直腸等之影響如何？

(5) 其他臟器之機能 如食慾、消化、大便、小便、睡眠、神經系統之狀況及體重等。

(二) 他覺的診察法

(1) 一般的診察法 為檢查全身之狀態，其詳細與內外各

科相同，茲略而不論。

(2)專門的診察法（局所的診察法）為檢查生殖器及與生殖器有密切關係之臟器之診察法，分別述之如下：

(a)腹部外診法：

(1)視診法 留意腹部之形狀、大小、運動（胎動、腸蠕動）、凹凸、靜脈瘤、浮腫、癍痕、皮膚着色、臍窩、妊娠線等。

(2)觸診法 用兩手掌置腹部，上下左右次第加壓施行之，但指尖不可用力，且須溫和，不使患者發生疼痛與痒感。須命患者如常呼吸，以冀減輕腹壁之緊張。若觸有腫瘤時，須精查其位置、大小、形狀、表面之性狀、硬度、波動、境界、壓痛及移動性等。

(3)打診法 為觸診之補助法，並用以確定腹水之有無、腫瘤與腸之境界等。

(4)聽診法 用以聽取妊娠子宮之雜音及胎兒心音；此外應用者頗少。

(b)陰道內診法 診察前須命患者放尿；使膀胱空虛，又直腸亦可能的使其空虛。行內診時，命患者仰臥於婦科診察台上，取臀背位，略高舉其上身，屈曲股及膝關節，兩上腿中等度的伸展，使腹壁弛緩，易於診察。此外亦有取膝肘位或側臥位而行診察者。

診察者之內診手，用左右皆可，若能熟練兩手使用則更佳，普通以右手力強，適於加壓腹壁，左手力弱，宜為內診手，患者因此不覺不快之感，故多以左手為內診手。又內診之手指，用示指為最多，然亦有示指與中指併用者。



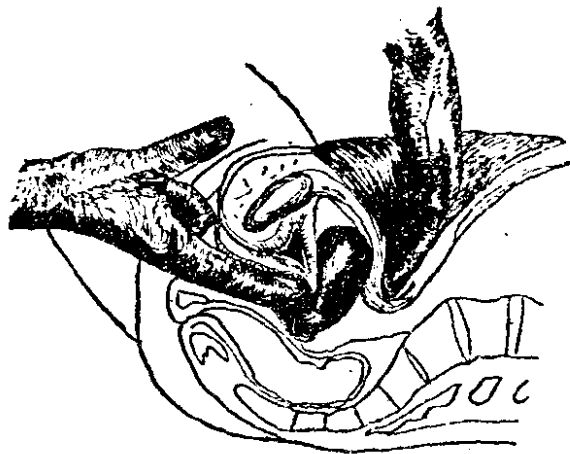
婦 人 病

診察者手之消毒，普通用肥皂與毛刷清洗後，再用酒精或昇汞水洗擦之，能穿帶護謨手套則更佳。次將插入之手指塗以殺菌橄欖油或凡士林。

施行內診之前，須先視診外陰部、會陰、肛門等處之狀態。後以二指分開陰唇，觀察大小陰唇之內側、尿道外口、處女膜及 Bartholin 氏腺等之狀況，終乃着手內診。此時醫師立於患者之股間或一側，插入內診之指伸直，拇指向外轉，其餘各指屈曲或伸展。當內指插入之時，以外手之示指及中指（或內診手之拇指及中指）分開陰裂，使露出陰道入口，此時應注意勿觸及陰核與尿道口，並留意陰毛不可混同帶入。又診察者可能的將內診手之肘關節向下，支持於自己上腿上之傾向，如是則內診手指易於到達深部也。

(c)腹壁陰道雙合診法 即所謂普通內診法也，於插入陰道內之手指，與置於腹壁上之外手之間，得以觸診子宮、輸卵管、卵巢及其他病的硬結等。其法先觸診子宮，以內指達前陰道穹窿，與外手之間，挾着子宮，而檢其形狀、大小、硬度、壓痛及移動性等。

(第四圖)次乃移內指於側穹窿，外手亦稍移於側方，如是可感覺輸卵管之起點，但剪綵部通常柔軟，故難於觸知。至於卵巢，以內指貼於側方或後方穹窿，外手貼



第四圖 雙合診(腹壁、陰道)

於子宮側方之卵巢窩處，則於兩手間可觸知之。但健康卵巢，若加壓迫，亦略訴不快之感。此外子宮周圍結締織，從側方或後方陰道穹窿可檢得同樣之軟感。

(d)直腸腹壁雙合診法 診察者，內診手之示指插入直腸內，外手貼於腹壁上，而於兩手之間行骨盆腔內觸診法。本法於未婚少女、鎖陰等，因內指不能插入陰道內而適用之。又欲詳知子宮後方之腫瘤等亦常用之。

(e)直腸陰道腹壁雙合診法 外手貼於腹壁，內診手之拇指插入陰道內，接觸子宮陰道部，示指插入直腸內（或陰道內插入示指，直腸內插入中指）施行診察。此法特適用於子宮後方之檢查。

(f)麻醉下診察法 因疼痛或於腹壁強度緊張，用上述各診察法無結果時，須於麻醉之下施行診察，始可得正確之診斷。麻醉法，用 Chloroform、Aether 吸入麻醉，或用 Pantopon scopolamin 等皮下注射。但此時患者因麻醉失知覺，不訴疼痛，故須留意，不可粗暴診察；否則指頭稍加壓力，有使輸卵管膿瘍破裂，或子宮外妊娠中絕之虞。

(g)陰道鏡診法 此為用陰道鏡（即子宮鏡）分開陰道壁，露出黏膜、穹窿部及子宮陰道部等之診察法。

陰道鏡，由金屬、玻璃或陶器等製成。其形狀，有管狀、溝狀及固定裝置等各式；每式皆分大中小三種。

(1)管狀陰道鏡 其中以應用 Carl Meyer 氏乳白色玻璃製成之陰道鏡為多。使用此鏡之時，以一手之拇指及示指分開左右陰唇，他手把持預先消毒之陰道鏡，其尖端塗以殺

菌橄欖油，然後置尖端於陰唇繫帶部，輕輕迴轉，向骨盤軸徐徐插入陰道內，達後陰道穹窿部，則子宮陰道部露出於管筒之內。

(2)溝狀陰道鏡 應用較多者為 Simon 氏陰道鏡，由前後兩葉而成，後葉有深溝，用以壓後陰道壁，前葉有溝甚淺，用以鈎起前陰道壁。使用時，以一手充分展開陰唇，他手取其後葉，尖端塗油，傾斜插入陰道內，徐徐送進且迴轉之，至水平位置；至尖端達後陰道穹窿部，再取前葉同樣插入，使尖端達前陰道穹窿，然後將前後兩葉向上下分開，則兩葉之間可露出子宮陰道部。

(3)固定陰道鏡(即自保陰道鏡) 普通常用者為 Cusco 氏陰道鏡，由兩葉及其短柄上附有鉸鏈及螺旋裝置而成。使用時，閉合尖端，依傾斜方向插入陰道內，至適當位置，乃以水平線迴轉，然後徐徐分開兩葉，則子宮陰道部露出於兩葉之間。此種陰道鏡以其有固定裝置，故適用於無助手之時。

凡用陰道鏡，可視診陰道壁、子宮陰道部、外子宮口、息肉、腫瘍、分泌物等之有無及其性狀。

(h)子宮消息子診察法 子宮消息子由長約 25—30cm 之細金屬棒而成，其一端有 2—3 mm 厚之小球狀結節；此端普通用銀製成，長約 7 cm，每隔 1 cm 刻有劃度，可以任意彎曲，他端則由黃色之銅製成，其末端附有板狀或有窗之柄。

應用消息子之前，先以雙合診確定子宮之位置，然後用陰道鏡露出子宮陰道部，充分消毒之，且在必要時，以 Muzean

氏鉗子鈎引前唇，將充分消毒消息子彎曲其球端，與子宮腔彎曲適合，如執筆勢，自子宮外口徐徐插入。假如遇前傾前屈子宮，俟消息子越子宮內口之後，將把柄向會陰方向壓下，則易達到子宮底部。

應用消息子可得知子宮之移動性、位置、形狀及子宮腔與頸管之長闊及內壁之性狀等。

消息子之插入，如遇有妊娠子宮、月經、以及陰道、子宮、子宮附屬器等急性炎症時禁忌之。

消息子之插入，通常徐緩行之，不覺疼痛，但因刺戟而易於過敏之女子，雖子宮健全，亦訴有痠痛樣疼痛，甚者每起惡心或暈眩。又消息子之插入，有起穿孔與傳染之危險，故嚴禁暴力施行，更以分娩、流產後之子宮，其壁疎鬆，最易發生，尤宜慎之。如不幸而遭穿孔時，則消息子之插入無抵抗感。若已發生穿孔，須速拔出消息子，而命患者絕對安靜，通常無大危險，倘起傳染，而發生腹膜炎者，則有生命之虞。

(i)子宮腔內觸診法 以手指直接插入子宮腔內觸診其內壁之性狀之法也。但因頸管狹窄，不能即刻施行，故須先行頸管擴張法。

普通用 Hegar 氏擴張器，擴張頸管至能通過一指之大；惟一次擴大，有起頸管破裂之虞，故多以 Laminaria 桿徐緩擴大之。用 Laminaria 之前，每先用 Hegar 氏擴張器，至 Nr 18-12 為止；次用能插入之 Laminaria 並略越過子宮內口。為防 Laminaria 脫出，填塞 Iodoform 紗布，命就床靜臥，經過 24 小時之放置；倘 24 小時後，尚不達所望目的之

大,再插入更大之 Laminaria 或用 Hegar 氏擴張器,注意徐徐插入,至 Nr 18,即可達一指通過之目的。

若急切施行子宮腔內觸診法,惟有觀血的手術;此為縱切開頸管前壁,至內子宮口之方法。

(j)試驗的搔爬法 搔爬子宮內膜,其所得之組織片,用顯微鏡檢查,由此確知子宮腔病變。但此時可能的,以搔爬所得之組織片,全部精細鏡檢之;否則恐不能發現限局的病變,而貽診斷錯誤之虞。

實施法

(1)麻醉 用 Aether 行直腸麻醉,亦有用全身或局所麻醉者。Aether 行直腸麻醉時,先用肥皂水洗腸,至手術一小時前用 Aether 與橄欖油等量混和,約 80-100cc.以 Nelaton 氏 Katether 插入直腸內,由此可得充分無痛手術。迨手術終了,再用 Nelaton 氏 Kalether 插入直腸內,除去殘餘之 Aether 與橄欖油。至於全身麻醉普通用 Aether 或 Choloroform 吸入法。腰髓麻醉法亦每用之。此外以 Pantopon scopolamin 皮下注射,能得迷朦狀態,而施手術。又子宮無癒着時,用局所浸潤麻醉法最便。此法即用陰道鏡露出陰道穹窿部,以 0.5% Novocain 溶液加入 1-2 滴 Adrenalin,注射於左右子宮周圍結締織內各 5cc,但注射時須選擇細長針頭,深插入子宮陰道部接近之左右陰道穹窿,此時稍稍抽出注射器內之吸子,確認無血液流出,始將藥液注入,如是約 4-5 分鐘後,即可得完全麻醉。

(2) 外陰部及陰道充分消毒後,用陰道鏡露出子宮陰

道部，且消毒之，並用 Müzeau 氏鉗子鈎引子宮陰道部，而固定之。

(3)擴張子宮口 先以消息子確定子宮腔方向之後，插入 Hegar 氏擴張器，越子宮內口，其擴張器由細而粗，自 Nr 1—Nr 12 擴大之。此時若用暴力，有起頸管穿孔或破裂之虞，故須注意。

(4)搔爬 用 $1\frac{1}{2}$ cm 大之有窗銳匙，順次搔爬子宮前後左右側壁，其程度以達肌層，而發生喇喇音之感為度。至於左右輸卵管開口部，因有窗銳匙不能達充分搔爬之目的，可改用小銳匙。

(5)洗滌子宮 用 Irrigator 連接於 Bozemann 氏 Katether 插入子宮腔內，洗去其中血液及剝離之組織片。洗滌液用 50% Alkohol (加入 Tinc. Iod 1—2 滴)，須洗至流出洗滌液，不呈血色時為止。

(6)腐蝕子宮腔 用捲棉消息子浸 Tinc Iod 或 Liq Ferri sesquichloratii 腐蝕子宮內面。

(7)陰道內防腐的栓塞 用棉球附以 Iodoform 末或 Iodoform 紗布插入陰道內。

(k)試驗的切除法 此為切除子宮陰道部、陰道及外陰部等有病變的一部分，施行鏡檢，而得確實診斷之法也。其法，露出病變部，施行消毒後，用刀、剪刀或切除器切取其一部分，此時創面出血若多，則縫合之；不然塗布 Liq Ferri sesquichloratii，栓塞 Iodoform 紗布已足。

(l)試驗的穿刺法 Dauglès 氏窩有貯留液體之疑時，

施行試驗的穿刺，藉知液體之有否，並鏡檢其性質如何。其法於施行陰道洗滌後，用陰道鏡露出子宮陰道部，以Muzeau氏鉗子固定子宮陰道部後唇，再用陰道鏡後葉壓陰道後壁，使陰道穹窿緊張，塗布 Tinc Iod 或 2% Mercurochrome，然後用已經嚴重消毒長約10 mm 之穿刺針附 5cc 之注射器，沿子宮之後面留意刺入，勿損傷直腸。當穿刺針刺入已達相當之處，將注射器內之吸子抽出，則可吸出液體。如吸出困難，可徐徐拔出穿刺針，同時抽引吸子，則針尖到相當之部位，或能吸出液體。於是方能證明 Douglas 氏窩內是否含有滲出液、膿瘍或血腫。

各 論

第一 外陰部疾病

(一) 外陰部畸形

(1) **小兒性外陰** 因發育不全，以致外陰部狹小，陰毛稀少，或缺如；同時其他生殖器亦發育不全。

(2) **外陰局部肥大** 小陰唇與陰核特別發育，此多為手淫之結果。其高度者，陰核肥大宛似陰莖。

(3) **陰門癒着** 此為炎症之結果，使兩側小陰唇黏着，僅於上方留一小孔可以排尿。唯其黏着，可以鈍性剝離者居多，用刀分離者頗少。

(4) 終腸開口錯誤：

a. **陰道性肛門** 肛門開口於陰道中。

b. **前庭性肛門** 肛門開口於處女膜與後連合之間。

c. **先天性直腸陰道瘻** 先天的直腸與陰道交通。

d. **先天性直腸前庭瘻** 先天的直腸與前庭部交通。

(5) **尿道下裂** 因尿道與陰道之中隔形成不充分，以至尿道後壁缺損，與陰道交通。其高度者，膀胱亦與陰道交通，因之小便失禁。凡此多與陰核肥大合併發生。

(6) **尿道上裂** 此為尿道前壁缺損；高度者陰核與膀胱亦破裂。

(7) 女性假性半陰陽 原來為女性，而有卵巢，但外生殖器之外觀一如男性，是因陰核發育過度，兩側大陰唇互相癒着猶如陰囊所致；若同時卵巢 Hernia 下降於陰唇內者，則更可誤為辜丸。其內生殖器有完全發育者，亦有不然者。(第五圖)

治療 一切畸形均可施適當手術，以矯正之，但手術之結果，失敗者居多。

(二) 外陰部炎 (Vulvitis)

成年女子之外陰部雖時受外來之刺戟，以及尿道、陰道、肛門等處分泌物與排泄物之污染，但因其上皮細胞之角化，抵抗力頗強，難以誘起炎症。而在少女與妊婦，則因上皮細胞比較軟弱，抵抗力亦減退，故易罹炎症，茲就外陰部炎症，區別為單純性與特殊性兩種，如下：



第五圖 女性假性半陰陽
(右側卵巢 Hernia)

力亦減退，故易罹炎症，茲就外陰部炎症，區別為單純性與特殊性兩種，如下：

(1) 單純性外陰部炎 (Vulvitis Simple)

原因 因陰道炎、子宮炎、子宮癌腫等之分泌物及由尿瘻糞瘻漏出之排泄物，刺戟外陰部而起。又外陰部不潔、粗暴性交、手淫等之器械的刺戟亦可發生。此外糖尿病亦往往為本病之原因，蓋糖尿中含有糖分，適於種種細菌之發育故也。由上述原因所起之炎症，多為輕症；若其原因由產褥感染及急性傳染病，多為重症。

症候 在輕症者，外陰部之黏膜發赤、腫脹及分泌增加，且發惡臭。觸之則訴疼痛。有時病變不僅限於陰唇，自會陰至大腿內側亦發生糜爛、摩擦疹、膿疱或癬等。

自覺症狀：於外陰部有燒灼或疼痛之感，尤以放尿、步行時爲甚。

重症者，多與產褥感染及急性傳染病，如白喉、猩紅熱、痘瘡等併發。前者，形成所謂產褥性潰瘍，若病機侵及深層，則往往起蜂窠織炎，壞疽。後者，例如因白喉而起者，則生與喉頭同樣之義膜及潰瘍，且可證明病原菌。又重症外陰部炎治癒後，因癥痕形成及癒着，每遺留外陰部狹窄與閉鎖。

療法 除去原因爲主。此外以溫湯或弱消毒液洗滌外陰部。若爲急性有疼痛、腫脹者，命安靜，並用 1—2% 鉛糖水罨包。如有瘙癢、灼熱之感者，用 3% 石碳酸水清拭後，再撒布 Dermatol、Zink Amyl、Talkum 等。如有濕疹，用撒布藥或塗布 Laszar 氏 Pasta、Dohi 氏軟膏等。對慢性炎症，剃去陰毛，用肥皂洗後，再應用種種消毒液。生潰瘍者，清潔後塗布 Vaseline。頑固難治之潰瘍，用腐蝕、搔爬或燒灼法。

(2) 特殊性外陰部炎 (Vulvitis Specifica)

原因 由特殊之病原菌，如淋菌、Spirochaeta Pallida、結核菌、鵝口瘡菌等之傳染而起。

症候 淋毒性外陰部炎多見於少女及妊婦。陰唇發赤、腫脹，有多量之膿性分泌物。且多併發尿道炎、Bartholin 氏腺炎及尖圭贅肉等。(參閱後章婦女生殖器淋病)

外陰部梅毒於初期發生硬性下疳，繼乃形成扁平贅肉或

癢痕、瘻孔等，並併發無痛性鼠蹊腺腫脹。好發部位，為陰核、陰唇繫帶及陰道入口之側壁等處。

軟性下疳之生於外陰部者，其好發部位，為陰唇繫帶，小陰唇等處。潰瘍呈圓形，邊緣銳利，且有併發疼痛性鼠蹊腺腫脹。

鵝口瘡生於外陰部者，有白色義膜附着於患部，若強去之，則呈紅色創面。鏡檢上可證明病原菌。

結核性外陰部炎詳於後章婦女生殖器結核。

治療 各用特殊病之根本療法，如為梅毒性者，行一般驅梅療法。如因軟性下疳而起者，清潔後腐蝕之。如為鵝口瘡性潰瘍，可用搔爬或燒灼之。其他對症療法與單純性相同。關於結核性與淋毒性者，統詳於後章。

(三) 外陰部瘙癢症(Pruritus Vulvae)

本病為外陰部及其周圍所起之頑固性瘙癢。多見於更年期、肥胖及神經質者，且可為癌腫之前驅。

原因 由白帶、陰唇濕疹、手淫、子宮整復器插入等之刺戟而起，糖尿病亦屢為本病之原因。他若寄生蟲(尤以蟻蟲)以及藥物如 Belladonna、Opium、Phosphor、Aspirin、Ichthyol 等亦皆可為瘙癢之刺戟。尚有原因不明者，似為神經性，名曰真正瘙癢症。

症候 外陰部有灼熱、瘙癢之感，尤以就寢後溫暖時更甚。又於排尿、勞動、色慾旺盛之際，亦能增惡。其甚者妨礙睡眠，陷於神經衰弱，因而輕生者有之。病變部皮膚，因搔爬而生爬創，或乾燥而發光澤。

預後 視原因而異；凡由糖尿病而起，以及真正瘙癢症，預後不良。

治療 除去原因病。局部用溫湯與肥皂洗滌或入浴清潔之，更以 Kali Permangan、Sublimat 等溶液洗滌陰道及外陰部。對症療法：瘙癢用 5% Acid Carbonicum、5—20% Cocain、5% Menthol、Dohi 氏軟膏等塗布，更有在麻醉之下以 10—20% Lapis 液或 Lapis 棒腐蝕之後，貼用 Cocain Salbe。對於極頑固者須用手術切除或燒灼之，神經質者投以鎮靜劑，如 Brom 等。對於更年期患者，須令其持續服用卵巢製劑，如 Oophorium、Agomensin 等。營養衰弱者行一般營養療法，並與砒素劑等，應勸其轉地於山間海濱。此外若 X 光線放射療法，亦頗見效云。

(四) 外陰部萎縮症 (Craūrosis Vulvae)

本病係一種進行性外陰部萎縮狹窄之疾病，但甚罕見。

原因 不明，大概因慢性炎症之刺戟而起。而事實上由於外陰部瘙癢而來者不少。至於年齡，不論老小均可發生，但多見於 40 歲以後之婦女。

症候 起初外陰部有瘙癢、燒灼、緊張之感，漸次萎縮，小陰唇幾乎消失，後連合與陰核接近，以致陰道入口著明狹小。此等部分之皮膚黏膜乾燥、萎縮、無彈力性，色素消失，呈特有之灰白青色。其病機進行極緩，約 5—6 年之後始達極點，此後為靜止狀態。其苦痛，為排尿、步行及性交等之障礙；以後因習慣，乃成自然，亦不復感覺痛苦矣。

治療 與瘙癢症同，不得已時切除患部。

(五) 外陰部之損傷 Verletzung der Vulvae)

外陰部之損傷，由分娩而起者為最多；但偶亦有由性交及墜落等而起。

症候 因外傷而出血，尤以陰核部之損傷，出血更多。若皮膚無損傷而僅於皮下出血者，則形成外陰部血腫；血腫多生於大陰唇部。

治療 因初次性交而起之小出血，通常不用特別處置；但因強暴性交及其他外傷等而起之強出血，須行栓塞或縫合等之止血法。有血腫者，用罌包法促其吸收；已化膿者切開排膿。

(六) 會陰破裂 (Dammriss)

會陰破裂常與陰道壁損傷合併，故嚴格言之，可稱曰陰道會陰破裂。

原因 多起於分娩，間亦有由於外傷。會陰破裂在分娩直後之新鮮者即行縫合，易於治癒，若放任不治，每致組織缺損，癍痕形成，以至陰門哆開，遂成所謂陳舊性會陰破裂。

種類 第一度會陰破裂 係指會陰皮膚及陰道黏膜斷裂者而言。

第二度會陰破裂 破裂較第一度為深，往往達到會陰諸肌。

第三度會陰破裂 破裂更深，係指肛門括約肌及直腸前壁同時破裂而言。

第一度及第二度總稱為不完全會陰破裂，第三度稱為完全會陰破裂。

症候 因裂傷之大小而異。

不完全會陰破裂，往往不起何等之症狀，然以會陰破裂程度較高，而致外陰部哆開者，則發生種種障礙，如下腹部有牽引或壓重之感。又患者於起居動作之際，因空氣急速出入陰道，致發放屁樣音嚮，是名陰道排氣嚮。且因陰門閉鎖不全，容易續發陰道炎、子宮炎、陰道脫、子宮下垂或脫出等症。更有因陰門哆開，致性交不能滿足，與精液不能貯留，而為不妊症之原因。

局部所見：即陰門哆開，不閉合。損傷部之癢痕，在陰道內者，以在後陰道皺襞柱之一側或兩側居多，在會陰部者，多在中央或側方，而呈不規則之放線狀者較少。

完全會陰破裂除以上各症狀之外，尚有因肛門括約肌裂傷，續發大便失禁，因之附近之皮膚發生濕疹與搔痒，且有灼熱之感。若斷裂之肛門括約肌起癢痕性收縮時，則肛門狹窄，而來頑固性便秘。患者每因此等症狀，而有陷於憂鬱狀態。

局部所見：陰道直腸隔壁互離數 cm，其兩側括約肌斷端之相當部分各生小凹入，且於隔壁之下方及側方可見翻出紅色之直腸黏膜，因此易起直腸黏膜之炎症。

治療 不問其破裂之新舊，須概行會陰整形術。其由分娩而起之新鮮創已如上述，在產後立刻行之，否則，須待產褥經過後，其組織已復舊態時，再行手術為宜。若為授乳婦，則普通於離乳後行之。又陳舊性會陰破裂，須擇月經直後手術，因此時組織內之血行較為良好故也。

會陰整形術，大概分為新創面形成法及瓣狀整形術二式。

(1)新創面形成法 即於癢痕切除之後，造成新創面，

先密縫陰道創面之對創緣，次密縫會陰創面之對創緣。

(2)瓣狀整形術 先將會陰橫切開，次將切開線之兩端再加縱切開，至小陰唇後端爲止，再略深切入橫切開線，剝離直腸前壁附於陰道壁相當處所，將直腸埋沒縫合之，繼切除剝離下之餘部，終如前法縱縫合陰道壁與會陰。

(七)外陰部腫瘍(Geschwülste der Vulvae)

(1)尖圭贅肉(乳嘴腫)(Condylomata Acuminata)

原因 本病由慢性炎症變化而起。在妊婦娼妓等易於發生及增長。且多見於淋病患者；但與淋病是否有直接關係，尙屬不明。

症候 尖圭贅肉之發生爲散在性，或多數簇集呈絨毛狀或鷄冠狀。腫瘤之大者，可以超過鷄卵大，以其發育漸大，致礙排尿、排便；行坐時略覺疼痛。又腫瘤之表面每生有臭氣之分泌物或出血。本病發生部位，爲陰唇或陰唇繫帶，亦往往波及會陰、肛門、上腿等處。

治療 小者用 Pul. Sabina 末與 Calomel 等量混和散佈於患部，或用硝酸銀棒腐蝕之。大者切除或燒灼之。

(2)外陰部象皮病(Elephantiasis der Vulva)

原因 雖屬不明，但於熱帶地方有因 *Filaria* 閉塞淋巴管而起。又丹毒、結核、梅毒等亦似有關係。且多見於20-40歲之婦女。

顯微鏡的所見 角質層肥大，真皮及皮下組織內有圓形細胞浸潤及淋巴管擴張等現像。

症候 本病多生於大陰唇之一側或兩側，小陰唇及陰核

次之，間有此數處同時發生者。其發育比較的迅速，巨大者有懸垂至膝關節部。腫瘤表面之皮膚肥厚，不能用指撮起，指壓之無痛，呈假性波動或硬固彈力性。自覺症狀幾缺如；但至相當巨大者，始起步行、排尿及性交等障礙。又腫瘤表面每發生潰瘍。

治療 施用手術的切除患部。

(3) 外陰部囊腫 (Cysten der Vulva)

外陰部之最多囊腫為 Bartholin 氏腺潑溜囊腫；其他如皮樣囊腫、瘤及處女膜囊腫等不常有。

Bartholin 氏腺潑溜囊腫，多由炎症；尤以淋病經過後而起者居多。於腺之排泄管或腺體內潑溜透明或暗黑色之黏稠性液體，多生於一側，亦有生於兩側者。其大小與鵝卵乃至雞卵相當，為有彈力性之腫瘤。其內容易化膿或破潰。

其他外陰部之囊腫，殊少臨床上之價值。

治療 剔出囊腫。

(4) 外陰部纖維腫 (Fibrom der Vulva)

外陰部之纖維腫甚少。好發於大陰唇、陰核等處。腫瘤硬固，表面平滑或呈分葉狀，且多為有莖性，其大者有如兒頭。

治療 剔出。

(5) 外陰部脂肪腫 (Lipom der Vulva)

外陰部之脂肪腫更少，好發於陰阜、大陰唇等處。腫瘤柔軟，多為有莖性發育，其極大者有達膝部。

治療 剔出。

(6) 外陰部癌腫 (Carcinom der Vulva)

女性生殖器之癌腫中以輸卵管及陰道之原發性癌爲最少，其次即外陰部癌腫。

原因 不明，但搔痒症、萎縮症等，常可爲其素因。多見於55—70歲之婦女。

症候 在初期發生數個小結節，此結節迅速簇集，而成凹凸不平之腫瘤，且比較的早期破潰，形成潰瘍。若病機進行，則向周圍組織瀰蔓性浸潤，並轉移至鼠蹊腺、腸骨腺等，但尿道及陰道較難受其侵害。

自覺的，初無何等症狀，若有搔痒症、萎縮症等爲前驅者，則訴外陰部搔痒感，自不待言。有時患者自己發見硬性浸潤部，而來求醫，然以出血或生惡臭分泌物始乞診治者爲多。及至末期，侵及骨盤底部者，則訴疼痛。且患者漸次陷於惡液質。

診斷 有上述之素因及症狀者，診斷較易，若有疑問，可行試驗的切除，用顯微鏡檢查之。

預後 不良。

治療 務須早期充分剔出病灶及鼠蹊腺，並加照射 X 光線，倘不可手術者，惟有施 Radium、X 光線等之療法而已。

(7) 外陰部肉腫(Sarcom der Vulva)

外陰部之肉腫極少，其中以黑色肉腫較多；此外尚有圓形細胞肉腫、紡錘形細胞肉腫、黏液肉腫等。

症候、預後、療法與癌腫同。

第二 陰道疾病

(一) 陰道畸形及發育不全

(1)陰道缺損 先天性陰道之全長缺如，或呈痕跡的發育，即僅有結締織性索條，向陰道之方向行走而已。

(2)重複陰道(雙陰道) 較多見之，且常合併重複子宮；但亦有子宮正常者。其中隔有完全與不完全之分，不完全者多在於下部。

(二) 鎖陰(Gynatresie)

鎖陰係指先天性或後天性生殖器之一部閉鎖而言。閉鎖部位多在外陰部與子宮之間。茲從其部位，區別為處女膜閉鎖、陰道閉鎖及子宮閉鎖。閉鎖部有菲薄之膜樣，或極厚之膜層。

原因 可分為先天性及後天性，先天性者由於發育障礙，後天性者由於炎症之結果。炎症性者，多見於小兒，由淋病、急性傳染病(猩紅熱、白喉、痘瘡、霍亂、傷寒)及外傷等而續發。其在成人，則多由產褥、婦科病的手術操作、藥液腐蝕及強姦等而起。

症候 以無月經、下腹痛及血腫形成為主徵。先天性鎖陰，至思春期尚不見月經來潮。若為後天性鎖陰，則起於病後，一反常態，不見月經。又因經血積蓄，漸次侵及子宮腔，乃起下腹痛。其閉鎖部位若近於子宮口者，則疼痛之發生較早；反之，處女膜閉鎖，因經血先貯留於陰道內，經數月或數年始波及子宮腔，故疼痛症狀之發生亦因之遲緩。此種下腹痛頗似陣痛，初起時發於月經相當期，為週期性發作；後因經血瀦溜漸多，次第增強，始變為連續性疼痛。

月經血積蓄之結果，在閉鎖部上方之生殖管內，形成血

腫，就其部位，區別爲陰道血腫、子宮血腫及輸卵管血腫等。

血腫內之血液，現特有之變化；卽血清之一部被吸收，赤血球萎縮破壞，且混入子宮腺之分泌物，因之變爲濃厚黏稠性，如 Teer 或似 Chocolett。此等血腫，因月經血逐漸增加，故亦隨週期性增大，有達兒頭大者，每於恥骨縫合上可以觸知。又血腫增大至一定度，則起排尿及排便障礙。

局部所見 在處女膜閉鎖者，可透視該膜，且見紫色之血腫。在閉經期之婦女，或體弱無月經者，則無上述各症狀，僅子宮內積蓄水樣液或黏液，而成子宮水腫。若血腫內容化膿，則變爲子宮膿腫。

以上所述，爲單陰道之鎖陰。若在重複陰道，無論其中任何一側閉鎖，而他側開放者，則閉鎖側雖有上述各症狀，而開放側，仍可流出月經血；如此，則閉鎖側陰道內形成血腫，名側血腫。

診斷 以無月經、週期性下腹痛，週期性腫瘤增大及既往症等而斷定之。若有疑問，可於嚴重消毒之下，行腫瘤之試驗的穿刺。

預後 視病的性質而異。在處女膜閉鎖或薄層陰道閉鎖的，有自然破裂而治癒者；但輸卵管血腫破裂，則如輸卵管妊娠破裂然，有因之出血死。若內容爲有菌性，且能惹起腹膜炎。

治療 用手術切開鎖陰部，放出經血，在手術切開不可能者，寧剔出子宮。若血腫內容充分排除之後，尚有輸卵管血腫者，須行開腹術剔出之。

(三) 陰道炎 (Vaginitis)

陰道炎係陰道黏膜發生炎症之謂，蓋陰道內平時棲息多數細菌，故易惹起炎症，但事實上陰道內時常有所謂 Menge 氏自家清潔之作用，能殺滅細菌之生活力，故其為害不若吾人推想之甚；唯此種衛防減退之時，始能誘發陰道炎。且多於幼年及老年人見之。

原因 由微生物、器械的刺戟、化學的刺戟、溫熱的刺戟及附近組織之炎症傳佈而起。

(1) 微生物 如淋菌(多見於小女)、連鎖狀球菌(多在產褥)、急性傳染痛之細菌(天然痘、傷寒、猩紅熱、赤痢、霍亂等)、鵝口瘡菌、釀母菌、結核菌及蟻蟲等。

(2) 器械的刺戟 如手術、性交、手淫、子宮整復器、陰道栓塞等。

(3) 化學的刺戟 如濃厚之石碳酸、昇汞、沃度丁幾、酒精、硝酸銀等之藥品及子宮分泌物、痲腫分泌物等。

(4) 溫熱的刺戟 如熱性陰道洗滌、陰道燒灼等皆是。

(5) 附近炎症 如子宮內膜炎、外陰部炎等，可以直接傳佈於陰道。

症候 急性者，陰道壁發赤腫脹，被以分泌物，黏膜之皺襞著明肥大，呈顆粒狀，接觸之則訴疼痛，因之不能施行內診或插入陰道鏡。即拭去黏膜面之分泌物，亦易出血。其為產褥性傳染者，則炎症更侵入深部，陰道黏膜因之陷於壞疽、脫落，終則形成癍痕，此即所謂崩壞性陰道炎。迨入慢性期，則黏膜之發赤消退，各處可見散在性紅色斑點。

自覺症狀：以白帶為主，普通為膿性或黏液膿性。如為產

穢性傳染或因異物滯留時，則往往放惡臭，時或混有血液。此種白帶爲子宮分泌物、陰道滲出液、陰道上皮細胞等之混合物；且可因此惹起外陰部搔痒與灼熱等感覺。

陰道炎有下述之各型：

(1) 顆粒性陰道炎 多見於妊婦，陰道黏膜充血，乳頭著明肥大，施行內診時，手觸陰道壁，有如觸挫刀樣之感。

(2) 癒着性陰道炎 起於老年人，因其上皮細胞剝脫，於剝脫處發生癒着，其癒着多在陰道穹窿部與子宮陰道部。

(3) 氣腫性陰道炎 偶於妊產婦見之；或因細菌發生瓦斯蓄積於黏膜下結締織間而起。

治療 求其原因而除去之。

(1) 陰道洗滌 以有藥物作用之洗滌液洗去分泌物，洗滌液有種種，如 1% Sublimat 液、1-3% Acid Carboni 液、0.5-1% Lysol 液、2% Bor 水、5% Kalihypermagani 液等。若有淋菌，可用 3-5% Choleval 及 Protargol 等。

又黏膜壞疽劇甚者，塗布 Tinc Iod 以促肉芽組織之發生。

(2) 陰道栓塞 以消毒脫脂棉球連結 25cm 長之線，棉球上散佈藥末或蘸浸藥液插入陰道內。陰道栓塞，普通留置 24 小時後取出之，繼再洗滌陰道清潔之。

栓塞上散佈之藥末，用 Iodoform、Dermatol、Bioform 等之消毒劑及 Alūmin、Tannin、Iodoform Tannin、Bor Tannin 等之收斂劑。

栓塞上蘸浸之藥液，用 10% Iodoform glycerin、10%

Ichthyol glycerin、10% Tannin glycerin 等。

(3)陰道球 以 Kakko 或 Spūman 等爲賦形藥，加入 Ichthyol、Iodokali、Kolloid Silber 等，製成陰道球應用。

(4)乾燥療法 用吹粉器每隔日或三日散布 Bolus alba、Lenicet 等之乾燥劑。

(5)乳酸療法 爲回復陰道內固有生物學的狀態，故用 0.5% Milch Saure 施行陰道洗滌，或用乳酸製劑插入陰道內。

(四) 陰道痙 (Vaginismus)

陰道痙，因陰道入口及處女膜之知覺過敏，同時陰道括約肌、肛門舉肌與其他骨盤底諸肌起反射的痙攣，致使性交不能狀態。陰道痙攣有單由於知覺過敏者，有由於神經性而非知覺過敏者。

原因 爲外陰部裂創、炎症、處女膜肥厚、不熟練之性交、陰道與陰莖大小不適合、陰道位置異常、神經衰弱及 Hysterie 等。

症候 因疼痛，性交不能。施行內診亦訴疼痛，內診時內指受陰道口絞縮之感，甚則當手觸外陰部時，即起陰道口之攣縮，以致不能施診，尤以神經性陰道痙攣爲甚。

當性交之時，因患者驚恐，陰道劇烈收縮，以致陰莖被其緊絞，非麻醉患婦不能緩解。

預後 因外陰部裂創及炎症而起者較良；若爲神經性，則治癒困難。

治療 去其原因，避免種種不必要之治療與刺戟，力圖精神安靜 漸次擴大陰道口。當擴大陰道口之初，爲免疼痛，塗佈

Cocain 軟膏於局部，然後用擴張器由小而大，逐漸擴大之。若因處女膜肥厚而起，可由其基底完全切除之。對於神經質者，投以鎮靜劑及轉地療地等。

(五) 陰道損傷 (Verletzung der Scheide)

(1) 尿瘻 (Harn genital fistel)

尿瘻係指泌尿器與陰道異常交通者而言。

種類：

(1) 尿道陰道瘻 此為尿道與陰道相交通之瘻孔(第六圖

1)

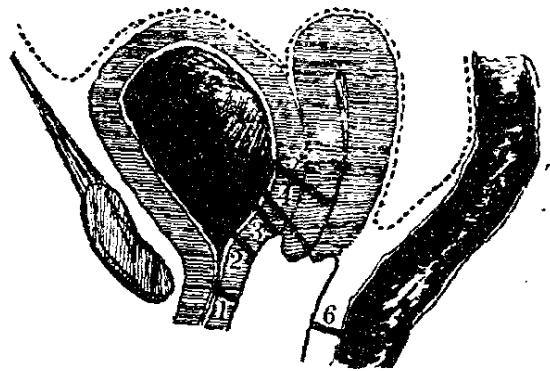
(2) 膀胱陰道瘻 此為膀胱與陰道相交通之瘻孔(第六圖 2)

(3) 膀胱子宮陰道瘻 此為膀胱、子宮及陰道相交通之瘻孔。其中因子宮口前唇一部之缺損，瘻管自膀胱通過子宮口前唇之一部而至陰道者，名淺在

性膀胱子宮陰道瘻(第六圖 3)。又因子宮口前唇全部之缺損，瘻管自膀胱通過子宮頸管之一部而至陰道者，名深在性膀胱子宮陰道瘻(第六圖 4)。

(4) 膀胱頸管瘻 由膀胱貫通子宮頸管壁，而至頸管內之瘻管(第六圖 5)

(5) 輸尿管陰道瘻 此為輸尿管與陰道交通之瘻管。



第六圖 尿瘻及糞瘻之模型

- 1 尿道陰道瘻 2 膀胱陰道瘻
3 淺在性膀胱子宮陰道瘻 4 深在性膀胱子宮陰道瘻
5 膀胱子宮頸管瘻 6 直腸陰道瘻

原因 多發生於分娩之時，當破水以後，分娩仍不能進行者，致膀胱壁挾於兒頭與骨盤壁之間，受其壓迫，遂至壞死，經一二日，壞死部組織脫落，則形成瘻孔。其因產婦科手術或外傷而起者，則即刻發生瘻孔。此外又有起於子宮整復器施用之不正當及長時間之插置，惡性腫瘤之破潰，膀胱結石與膀胱潰瘍之破潰及膿瘍之穿孔等。

症候 主要之症狀為尿失禁，惟尿道陰道瘻則無真正之失禁；當排尿時尿之一部分自瘻孔流入陰道內，其餘一部分則仍自尿道口向外排出。在膀胱陰道瘻，則尿失禁甚著明，但瘻孔非常狹小，或孔緣呈瓣狀者，則不著明。在膀胱頸管瘻，亦常有尿失禁，尿自外子宮口流出。輸尿管陰道瘻普通僅生於一側，故由健全側而來之尿，仍能貯溜於膀胱內，因此尿失禁與正常排尿兼而有之。

尿失禁之結果，因外陰部及大腿之皮膚時受尿刺戟，誘發炎症，又因尿分解，放出不快之 Ammonia 臭氣，患者因之增加痛苦與懊惱，致陷於憂鬱狀態，且有續發膀胱炎、陰道炎、子宮內膜炎等症。同時月經亦起變化。當尿瘻存在之時，月經閉止，或極不規則，至治癒之後，月經始復來潮。

診斷 由尿失禁及瘻孔可以證明。瘻孔大者，容易觸知，小者用陰道鏡可見。如不明瞭，一方以消息子通入瘻孔，一方自尿道口送入 Katether 於膀胱內，如是兩者能互相接觸，則確知尿瘻存在。如仍難探知時，可用消毒 Kalium hypermanganicum 或 Anilinfarbe 等溶液，注入膀胱內，若有膀胱陰道瘻，則試藥由陰道壁流出；如為膀胱頸管瘻，則由外子宮口

流出。輸尿管陰道瘻，用膀胱鏡檢查，可見損傷側之尿不流入膀胱內，可得而知之。

瘻孔存在之處，雖經證明，尚須檢查孔緣之性狀，是否為柔軟移動性或硬固癒着性，以及厚薄如何；由此可定手術之難易，其與治療上亦有密切之關係。

治療 極細小新鮮之瘻孔，其邊緣用硝酸銀棒腐蝕之；同時插入留置 Kather，任其自然治癒。如需手術，概在分娩後二三個月行之。惟外陰部炎及膀胱炎等，務須於手術前治癒之。

(1)尿道陰道瘻 瘻孔作新創面縫合之。

(2)膀胱陰道瘻 有二法。其一為新創面形成法，即瘻孔緣作成新創面而縫合之。

其二為瓣狀分割法，即瘻孔部施行陰道壁與膀胱壁互相剝離後，各自分別縫合，閉鎖瘻孔。

但在任何手術，勿使縫合線露出於膀胱內，以防發生結石。手術後以消毒液注入膀胱內，檢其縫合完全與否。縫合完畢後，送入留置 Kather，勿使尿積蓄於膀胱內，放置約一週間，患者取仰臥位或側臥位，過一週後漸許其起床，12-14日後拔線。

(3)膀胱頸管瘻 剝離膀胱與子宮頸部後，各別閉鎖瘻孔。

(4)輸尿管陰道瘻 用陰道式或腹式手術探得損傷輸尿管斷端作吻合術，或移植於膀胱，然此等手術殊非易事，殆為理想的。又有結紮輸尿管，再行患側腎臟摘出，但此時他側腎

臟健否之診斷不可忘也。

若以上方法一再施行，終難治癒，惟有應用最後的手術，如子宮閉鎖法、子宮陰道閉鎖法、陰道閉鎖法及外陰部閉鎖法等而已。但此手術後有促進腎盂炎、腎臟炎等發生之虞，故不可不細加考慮。

(2) 糞瘻(Kotfistel)(腸陰道瘻 Darmscheidenfistel)

糞瘻者腸與陰道互相交通之謂也。開口於陰道內之糞瘻，其由直腸而來者，曰直腸陰道瘻（第六圖 6），由小腸而來者，曰小腸陰道瘻。前者多發生於陰道壁之中央或下方三分之一部，後者常見於陰道穹窿部。

原因 糞瘻最多發生於分娩及產褥之時，即由會陰破裂、助產手術、產褥傳染及化膿等而起。此外亦有由於婦科的手術、惡性腫瘤、腸潰瘍、肛門周圍膿瘍、Dauglas 氏窩膿瘍、不適當子宮整復器之插入、灌腸、性交及手淫等之穿孔而起。

症候 以糞便失禁爲主。瘻孔小者只漏出軟便及腸內氣體，硬便則不能漏出。陰道黏膜因時時受糞便之刺戟，常起頑固之陰道炎。

診斷 容易，用直腸陰道雙合診、陰道鏡、肛門鏡等可以確定瘻孔之所在。

預後 一般不良，尤以小腸陰道瘻爲然。

治療 小瘻孔雖用腐蝕法可以治癒，而一般須用手術療法。

(1) 直腸陰道瘻 用新創面形成法或瓣狀分割法，與膀胱陰道瘻手術相同。

(2)小腸陰道瘻 行開腹術，剝離小腸癒着部，先縫合閉鎖瘻孔，然後再縫合陰道壁瘻孔而閉鎖之。亦可行腸吻合術或腸一部曠置術。

(六) 陰道腫瘤(Geschwulste der Scheiden)

(1)陰道囊腫(Cysten der Scheide)

原因 由 Gartner 氏管、Müller 氏管、陰道黏液腺等而發生，此外亦有起於陰道皺襞之癒合，陰道壁內出血等，但甚少。

症候 好發生於陰道前壁或側壁，發育緩慢，多為單發性，自碗豆大以至鷄卵大不等；其達兒頭大者較少，表面被以陰道黏膜，呈柔軟彈力性，囊壁非薄，內容為稀薄液或濃厚黏稠液，透明無色或呈褐色，亦有帶血性者。自覺症狀幾缺如，至一定大時，始有向下方牽引及壓迫之感，或可致障礙性交及分娩。

治療 單行切開，甚易再發，故須完全剔出囊腫。

(2)陰道肌腫(Fibromyom der Scheide)

陰道肌腫甚少，其好發部為陰道前壁，後壁次之，為硬性球形之腫瘍。其呈息肉狀之有莖發育者較少；多為單發性，通常不甚大，無何等自覺症狀，至甚大時，始起機械的障礙。

(3)陰道癌腫(Karcinom der Scheide)

陰道癌多由於子宮、膀胱、直腸等癌腫而續發，或由此等癌腫而轉移，原發性陰道癌則甚少。

原因 雖尚不明，但以經產婦及30—40歲犯之者為最多。

症候 好發於陰道後壁，尤以子宮陰道部之附近居多。且

概爲限局性，呈結節狀、蕈狀或乳嘴狀。若表面破潰，則變爲邊緣硬固堤防狀之潰瘍，如噴火口然。時呈瀰蔓性發育，浸潤於陰道壁內，致陰道壁全部變爲硬圓筒狀。

若漸次向深部浸潤，則由陰道周圍結締織而及於子宮周圍結締織。如犯及直腸，每因之發生直腸陰道瘻。

自覺症狀，大概與子宮癌相同。初期概無何等症狀，或僅訴白帶，時或出血。以後白帶發惡臭，出血增加；至末期，因浸潤波及子宮周圍，始訴疼痛，患者陷於惡液質，終致不治。

診斷 初期甚難，切取一部行試驗的鏡檢，始可確定。若病機已進行，則診斷容易。但原發性或續發性之區別頗難。若子宮，尤其是子宮陰道部健全，僅犯及陰道壁者，則爲原發性。

預後 不良，即早期手術，亦多再發。

治療 切除陰道壁全部，且同時兼行子宮剝出術，再續行 X 光線或 Radium 等照射療法。

(4)陰道肉腫(Sarkom der Scheide)

本病較癌腫尤少，唯發生於小兒者較成人爲多，因其本態不同，故有小兒陰道肉腫與成人陰道肉腫之分。

a. 小兒陰道肉腫 概爲限局性，發生於前陰道壁，通常呈息肉狀，其後表面分歧呈葡萄狀，往往充滿陰道，且有一部露出於陰道口之外。若由陰道向膀胱而蔓延者，則膀胱受其壓迫。僅能轉移於鼠蹊腺，而向其他部分轉移者則頗少。小兒陰道肉腫概生於未滿二歲之小女。

組織的所見，爲圓形細胞肉腫及紡錘形細胞肉腫，且腫瘍組織中屢混有小兒陰道肉腫所特有之橫紋肌纖維。

b. 成人陰道肉腫 多見於前後陰道壁，形成限局性之腫瘍，或瀰蔓性浸潤。限局性者如小兒陰道肉腫然，其表面呈葡萄狀。其向周圍破潰而穿孔者甚少，但向遠隔臟器（如肺臟）轉移者則較多。

症候 兩者大概與陰道癌腫同，以白帶、出血、壓迫症狀（膀胱、直腸）等為主；唯小兒性者出血較少。

診斷 以腫瘍外觀及組織檢查為診斷之根據。

治療 本病之治療與陰道癌腫同。

(5) 陰道惡性脈絡膜上皮癌 (Chorion epithelioma malignum der Scheide)

本病多由子宮等轉移而來，原發性者少。呈凝血或胎盤樣之外觀，以出血及轉移於遠隔臟器為其特徵；速行剝出法，其詳見子宮疾病編。

第三 子宮疾病

(一) 子宮畸形及發育障礙

(1) 子宮畸形 (Misbildungen des Uterus)

依據胎生學兩側 Müller 氏管之上部各發育形成左右輸卵管，下部則互相癒合形成子宮及陰道。Winkel 氏謂此癒合始於胎生第二個月，至第五個月完成，至胎生第十個月成為完全之胎兒性子宮。生後子宮雖尚繼續發育，但在 1—10 歲之間，猶保持所謂小兒子宮之狀態也，至思春期始發育成處女子宮。子宮畸形即由 Müller 氏管發育障礙而成立，茲從畸形之程度及其發起之時期，有下述數種。

a. 子宮缺如及痕跡子宮 (Defektus Uteri u. Uterus rudimentarius) 子宮缺如極少, 臨床上每以痕跡子宮而報告為子宮缺如, 但在屍體解剖上尙未有證明真正之子宮缺如。痕跡子宮概為實性索條, 或有狹小之內腔, 其在組織學上證明子宮才發端而已, 在臨床上診斷甚難。

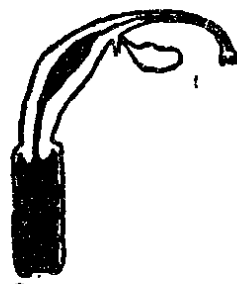
b. 單角子宮 (Uterus Unicornis) 一側 Müller 氏管發育正常, 而他側缺如。子宮體矮小, 陰道亦較小, 子宮斜向骨盤側方呈弓狀偏位。而卵巢及輸卵管則發育正常 (第七圖)。

c. 重複子宮 (Uterus duplex)

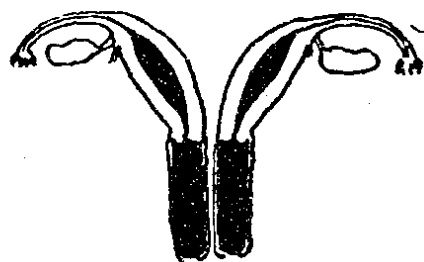
因兩側 Müller 氏管癒着障礙而成, 隨其程度, 發生種種畸形。

兩側 Müller 氏管各自獨立發育, 而不營癒着者, 則於兩側成分離子宮, 曰分離重複子宮 (第八圖)。此時陰道亦有完全分離或不然者。若 Müller 氏管上方分離, 而下方癒着者, 曰雙角子宮 (第九圖), 此時若子宮頸部重複者, 曰雙角雙頸子宮 (第十圖), 頸部單一者, 曰雙角單頸子宮 (第十一圖)。

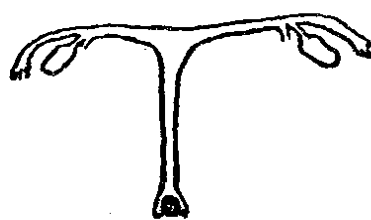
若雙角子宮之兩內角分離度少, 而兩角間形成淺鞍狀者, 特稱曰弓狀子宮 (第十二圖)



第七圖 單角子宮

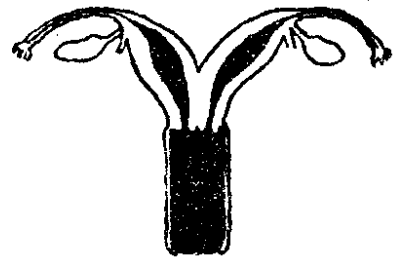


第八圖 重複分離子宮



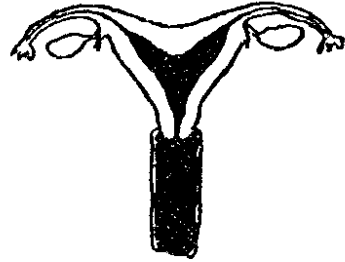
第九圖 雙角子宮

Müller 氏管外觀上完全癒着，而內腔尙留有完全或不完全之中隔者 曰中隔子宮，又曰亞中隔子宮。



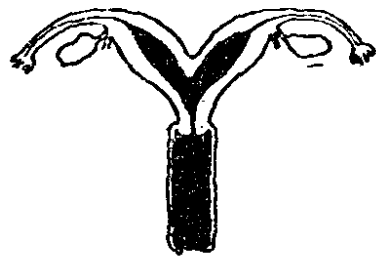
第十圖 雙角雙頸子宮

又造成子宮體之 Müller 氏管部雖完全癒着，形成單一子宮體，但因子宮頸部癒着不完全，而成重複頸管者，曰雙口單腔子宮 (第十三圖)。



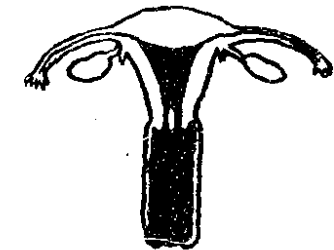
第十一圖 雙角單頸子宮

(2)子宮發育障礙(Entwicklungs-hemmung der Uterüs)



第十二圖 弓狀子宮

a. 小兒性子宮 (Uterüs infantilis) 子宮之發育，受種種障礙，至成熟期尙爲胎兒子宮或小兒子宮之狀態也。此時子宮體部與頸部之大適與成人者相反，即頸部反大於體部二倍以上。胎兒子宮與小兒子宮在外觀上區別頗難，若剖視其內腔，則顯然不



第十三圖 雙口單腔子宮

同，即前之棕狀皺襞達子宮底，而後者僅及頸部。胎兒子宮及小兒子宮患者之卵巢亦發育不良，故月經缺如，或僅少許。

b. 子宮發育不全 (Hypoplasia Uteri) 子宮各部之發育雖與正常者無異，而子宮全部著明短小，且子宮壁薄而軟。多見於萎黃病或貧血等患者，且訴月經過少、無月經、疼痛性月

經等症狀。

治療 改良營養，給與 Hypophysen Vorderlappen 製劑、Ovarial 製劑、Eisen 劑等。局所施行熱性陰道洗滌、子宮按摩、電氣療法等。未婚者速行結婚，每婚後治癒。

(二) 子宮位置及形態異常

子宮位置及形態異常者，為子宮變換其生理的位置及形態，久則不能自然回復其原來生理的位置及形態。

子宮生理的位置及形態 子宮形狀為前屈前傾，其前屈角度在直立位置為 $70^{\circ} - 100^{\circ}$ 。約位於小骨盤之中央，兩坐骨棘結合線之前方，子宮陰道部位於此線之中央部，離薦骨尖端約一指半至二指橫徑，外子宮口與恥骨縫合同高。但子宮有向各方向移動性，故甚易變上述之位置及形態，如膀胱充滿之時，則減前屈角度，且向後方移動。

位置及形態異常之種類：

A 位置異常：

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| (1) 子宮向前或向後移動 | { 子宮前轉
子宮後轉 |
| (2) 子宮向左或向右移動 | { 子宮左轉
子宮右轉 |
| (3) 子宮向上或向下移動 | { 子宮上昇
子宮下垂乃至子宮脫出 |
| (4) 子宮向 Hernia 囊內移動——子宮 Hernia | |

B 形態異常：

- (1) 子宮前屈、後屈、左屈、右屈。

(2) 子宮前傾、後傾、左傾、右傾。

(3) 子宮翻轉。

(4) 子宮捻轉。

但在實地上認為重要者，為子宮前屈、後屈、下垂、脫出及翻轉等。

(1)子宮前屈 (Anteflexio uteri)

正常子宮處前屈前傾之態，若前屈超過正常角度而成銳角者即為病的子宮前屈，甚者子宮體部疊折於子宮頸部之上。

原因 多為先天性，往往合併子宮發育不全及頸管狹窄，亦可由腫瘍之壓迫或周圍炎症癒着等而起。

症候 有全無症狀者，但訴不能受妊及月經痛者為多。又有訴種種神經症狀者，即頭重、頭痛、背脹、心悸亢進等，然此等症狀是否由於前屈，尚屬疑問，或云與子宮發育不全、體質異常等恐有關係。

診斷 通常子宮陰道部小而長，且呈圓錐形，外子宮口亦細小，向前方或前上方。藉雙合診由前陰道穹窿可以觸知其屈折之銳角，或用子宮消息子插入能探知子宮腔病的前屈。

預後 生命雖無危險，但對健康及生殖機能不良。

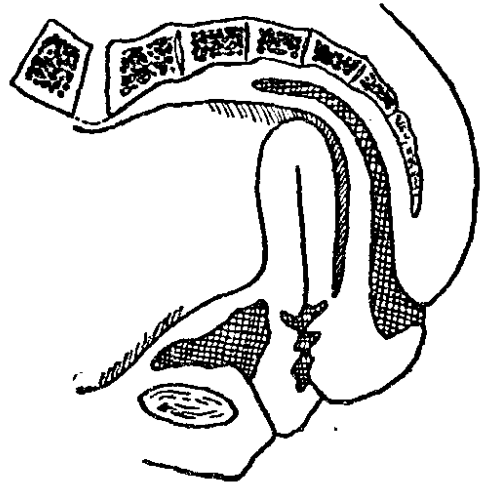
治療 注意營養及其他一般療法。

局所試用擴張頸管及搔爬內膜等療法，然多再發。又屈折部之子宮前壁作橫切創，縱縫合之，為伸展屈折部之法。或於屈折部之子宮後壁作縱切創，橫縫合之亦可。

(2)移動性子宮後傾後屈 (Retroversio flexio uteri mobilis)

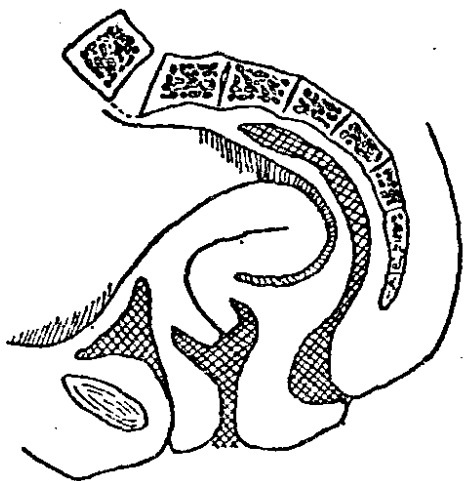
正常子宮之位置為前傾前屈，若與此反對，而子宮底傾斜後方，子宮陰道部轉向恥骨縫合之方向者，曰子宮後傾（第十四圖）。此種子宮呈伸展狀態。

又內子宮口附近屈曲，而子宮底轉入 Douglas 氏窩內者，曰子宮後屈（第十五圖）。上述兩者往往合併，故稱曰子宮後傾後屈，為女子生殖器疾病中最多者之一。



第十四圖 子宮後傾

原因 屬於先天性者少，



第十五圖 子宮後屈

概為後天性。子宮後傾後屈之主要動機，為子宮保持裝置（如諸韌帶及骨盤內結締織）之弛緩及子宮前面之壓迫。而保持裝置弛緩之原因，最多者由於產褥，蓋因產褥之時，其保持裝置甚疎鬆而寬大，且子宮又重，若產褥時不攝生，如起床過早，提舉重物或膀胱過度充滿等，甚易誘發本病。凡因產褥而起者，曰產褥性子宮後傾後屈，否則，因衰弱之故，肌肉韌帶等發育不全，以致子宮不能保持其正常之位置者，曰處女性或曰非產褥性後傾後屈。

若腸管進入膀胱子宮窩內，因腹壓壓迫子宮前壁，亦可使子宮永處後傾後屈位置。

症候 往往全無症狀，唯多數皆訴有種種障礙與痛苦。如

因子宮後屈，引起鬱血，以致月經過多、月經痛、白帶、下腹部緊張及疼痛等。又因子宮陰道部向前方移動，壓迫膀胱，有起尿意頻數，子宮體部後轉，則壓迫直腸，而致便秘。此外尚有種種神經症狀（如頭痛、肩脹、下肢麻痺、心悸亢進、疲勞、不眠等）及消化障礙（如食慾不振、惡心、嘔吐、胃部壓感等）。但此等症狀是否因於子宮後傾後屈，尚屬疑問，然每有於矯正位置之後，此等症狀立即消失者。近來多數學者謂此等症狀，歸因於體質及神經異常。又因子宮位置異常，妨礙精蟲進入子宮，而為不妊之原因，即幸而受胎，亦每因子宮黏膜變化，易於流產，而成習慣性流產之原因。此種後屈子宮，如能繼續妊娠，大概至 3—4 個月後自然回復其正常位置；若不然，仍保其後屈狀態者，則可起所謂妊娠後屈子宮箝頓症。

診斷 內診所見：子宮陰道部略低降，外子宮口向前方，子宮體部不能於前陰道穹窿觸知之，反於後陰道穹窿部可以觸知。此時若證明頸部與體部之間有屈折者，為子宮後屈；否則，子宮全體取伸展之狀態者，則為子宮後傾。對於子宮移動性之有無，須注意確定；蓋此於治療上大有關係也。

於必要時，插入子宮消息子，以探子宮之方向，則可斷其為後傾後屈，與不然。

治療 對於無症狀者，不必治療。有障礙或痛苦等症狀者，可行姑息療法或施手術療法。

A 姑息療法：

- (1) 對於因體質異常或神經異常所起之諸症狀，應先增進營養，安慰精神，並試用一般內科的療法。

(2) 矯正後屈子宮，須先行整復術，後施固定法。

整復術 普通用 B. S. Schultze 氏雙手整復術，以一手之示指及中指插入陰道內，自後陰道穹窿舉上子宮體，他手深壓入骨盤內，四指並列作鈎狀，捕捉子宮底部，次移內指於前陰道穹窿，將子宮陰道部向後上方壓上，同時捕捉子宮底之外手向前下方壓下，如是，則子宮可回復正常之位置。

若用手整復術，不能成功，可試用消息子整復術。其法用彎曲子宮消息子，適應子宮屈折度，留意插入子宮腔內，到達底部後，徐徐將彎曲面轉向前方，同時消息子之把柄向後方會陰部壓下，使子宮底接近前腹壁，然後用外手自腹壁上捕捉子宮底，除去消息子，改用他手插入，再行雙手整復術同樣之操作，而整復之。但用消息子整復時，須注意，勿使子宮壁穿孔，尤其對於有癒着者，穿孔之危險特多。又妊娠子宮及患急性炎症者須禁忌。

此外尚有 Küstner 氏鉗子整復術，如有輕度癒着，而難行雙手整復術者，可應用之。遇有痛感者，於麻醉下施行之。其法用雙鈎鉗子拮挾子宮前唇，向下方牽引，伸展子宮；同時用他手之二指插入陰道穹窿或直腸內，壓上子宮體於前上方，急速將鉗子尖端向後方壓入，如是則子宮陰道部可移動於後下方，而子宮體部可轉位於前方。

固定法 此為對於已整復之子宮，防其再後屈之法也。為欲達此目的，應用子宮整復器。此種整復器係由硬橡皮、Celloid、玻璃、金屬、木材等製成。其形狀大小種類甚多；最常用者，為 Hodge 氏型及 Thomas 氏型。使用之時，用一手展開

陰道入口，他手持充分消毒整復器之小彎部，其大彎部塗殺菌橄欖油，此時將整復器之平面與陰裂一致而縱插入，至大彎部達後陰道穹窿之時，乃迴轉整復器為橫位。

插入適當之整復器，可使陰道壁伸展於後方，子宮陰道部轉向薦骨方面，以防子宮後屈。插入整復器之後，在最初一二日，有異物之感，不訴若何痛苦。如整復器過小，則易脫出，失其效用；過大，則又因壓迫而起疼痛或生潰瘍；至誘發癌腫者則頗少。

整復器插入之後，經 2—3 日再行檢查，若無他覺與自覺的異狀，乃命患者每日自行洗滌陰道一回，以除污穢，而保清潔，經 1—3—4 個月後，除去之。於除去後之二三日再行內診，若子宮仍未恢復正常之位置，再行插入。惟長期繼續放置，每易因壓迫而生潰瘍，須注意。

應用整復器之期間，須避膀胱過度充滿及腹壓過高，但運動及性交等，尚無何等障礙。

B 手術療法：

(1) 圓韌帶縮短法 此為縮短圓韌帶，使子宮回復正常位置之法也，有 Alexander—Adams、Menge、Baldy 等氏之手術式。

(2) 腹壁固定法 此為用開腹術，將子宮固定於腹壁之法，有 Oleschausen、Leopold、Doléris 等氏之手術式。但任何手術皆可起妊娠及分娩之障礙，故對於有妊娠可能性者不可施行。

(3) 陰道壁及膀胱壁固定法 切開前陰道壁，由膀胱

子宮窩切開腹腔，由此牽出子宮體，縫合於前陰道壁或後膀胱壁以固定之。

(3) 癒着性子宮後傾後屈 (Retroversio flexio uteri fixata)

子宮不僅後傾後屈，且與周圍癒着固定，以致整復困難。

原因 與移動性後傾後屈不同，概為骨盤腹膜炎之結果。其病原菌主為淋菌、結核菌、葡萄狀球菌、連鎖狀球菌等。

症候 與移動性子宮後傾後屈大略相似，惟稍較嚴重，尤以有骨盤膜炎之症狀者為甚。有下腹痛、腰痛、月經過多、子宮出血及不妊等症狀。疼痛特於身體運動時增劇。倘炎症再燃，往往發熱。但有時或全無症狀。

診斷 與移動性者異，後屈子宮整復不可能，若勉強施行，則訴疼痛。在癒着部之伸展性大者，當試行整復時，可以觸知癒着之索條。

在強度癒着者，若強行整復，非僅與患者以痛苦，且有使膿瘍破裂及子宮體穿孔之虞，不可不注意。

治療 緩解癒着，整復子宮，施行整復器固定法，或用開腹術，剝離癒着後，行移動性後屈同樣之手術。

緩解癒着，用陰道洗滌、陰道栓塞、陰道球、子宮按摩及壓迫療法等；或於麻醉之下用手剝離，是為 Schultze 氏法，因其有出血及增惡炎症等之虞，故不應用。

(4) 子宮下垂及子宮脫出 (Descensus et prolapsus uteri)

子宮較生理的位置低降，外子宮口接近陰道入口者，曰子宮下垂。其一部或全部由陰道口脫出者，曰子宮脫出。其一部

脫出者，曰不全子宮脫出；全部脫出者，曰完全子宮脫出。在全脫出者，常合併陰道壁脫出，故有前及後陰道壁脫出之稱。前陰道脫出而合併膀胱脫出者，曰陰道膀胱脫。在後陰道壁脫出而合併直腸脫出者，曰陰道直腸脫，但少有合併陰道小腸脫者。此外尚有子宮體在正常位置，僅頸部延長，以致下垂或脫出者。

原因 子宮由種種保持裝置，如骨盤底諸肌韌帶等及適度腹壓以保持其生理的位置，若此等保持裝置弛緩，且有異常腹壓之時，甚易發生下垂及脫出。

以分娩產褥不攝生（早期離床）、產科手術、會陰破裂、習慣性便秘、過劇運動等為其原因，又營養不良及老年人因脂肪組織減少，支持子宮力薄弱之故，亦易起脫出。其他由腹水或腹內腫瘍亦可壓出子宮，又子宮內息肉樣腫瘍增大，向下牽引子宮，亦可使子宮脫出。

症候 下腹部有壓迫、懸垂、牽引等之感及薦骨痛。局所可見子宮下垂，或如同腫瘤自陰裂脫出，但其尖端有外子宮口。常於直立時脫出，而仰臥時則可自然還納，若命加腹壓，則依症狀之輕重，可見子宮陰道部、子宮體、陰道壁順次脫出。脫出部因鬱血而腫大，慢性者黏膜肥厚，且子宮陰道部因常受外來之刺戟，每生潰瘍。

當子宮急劇脫出之時，因牽引腹膜，起劇烈之下腹痛、惡心、嘔吐、失神等症狀；若還納子宮，則諸症狀可即時輕快，然亦有不能還納者，則子宮之一部每陷於壞死。

子宮脫出，通常容易還納，故月經及性交時不起障礙，且

於妊娠分娩亦無大影響。惟子宮全脫出者，因尿道被其屈折，每致排尿困難。

預後 對於生命雖無直接危險，但不能自然治癒。

治療：

(1) 預防法 有子宮脫出之素因者預防之。即有會陰破裂者，行會陰整形術；有習慣性便秘者，注意便通，分娩產褥時，謹守攝生。

(2) 姑息療法 子宮下垂或脫出時，用手指向骨盤誘導線壓迫還納以後，再用子宮支持器或子宮固定器插入支持之。但此固定器除去後每復再發，故非施行手術實無確效也。

(3) 手術療法：

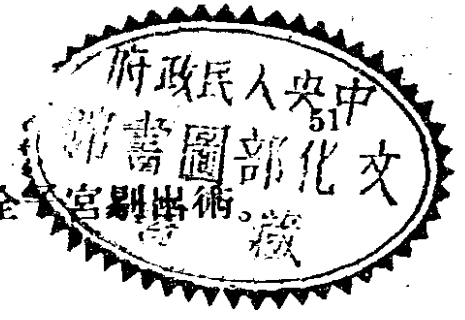
(a) 前或後陰道縫合術 切除紡錘形或菱形之前陰道壁或後陰道壁黏膜，縫合其創緣以縮小陰道。或兩法同時並用。

(b) 陰道會陰整形術 此為陰道縫合術兼行會陰整形術之法，且多同於會陰破裂之時。

(c) 陰道會陰整形術及前陰道縫合術等與 Alexander-Adams 氏手術合併施行，此為諸家所最常用之法。或用腹壁固定法以代 Alexander 氏手術。

(d) 肛門舉肌縫合法 高度垂脫，陰道裂孔失其緊張，哆開過大者應用之。其法縫合兩側之肛門舉肌及深會陰橫肌，以整復肌性支持裝置，防其再脫之法。

(e) 陰道壁固定法 固定子宮於陰道壁，如 Schanta-Wertheim 氏手術屬之。



若用以上種種方法而不奏效者，須行全

(5) 子宮翻轉症(Inversio Uteri)

子宮翻轉(內翻)者，子宮底向子宮腔內凹陷之謂也。其僅一小部分凹陷者，曰子宮壓陷。凹陷著明，而子宮底黏膜露出於外子宮口者，曰不全子宮翻轉。至子宮壁完全翻轉於陰道內而露出全黏膜者，曰完全子宮翻轉。其最甚者，翻轉之子宮脫出於陰門之外，陰道壁亦每同時脫出。凡子宮翻轉之時，子宮底凹陷部之外面，呈漏斗狀，曰翻轉漏斗。

原因 有素因與誘因。

素因為子宮腔擴張，子宮壁菲薄及弛緩。直接誘因為分娩及子宮腫瘍。

於分娩直後或產褥期內而發生者最多，即所謂產褥性子宮翻轉是也，是因分娩時臍帶過短，無條理臍帶牽引。或分娩後用手剝離胎盤，Crede 氏胎盤壓出法及產婦強腹壓等而起。

症候 產褥性翻轉多在分娩直後忽然發生，有腹膜刺戟症狀(惡心、嘔吐、下腹痛、虛脫等) 同時自子宮創面強出血及有大小便意。翻轉子宮少有自然還納者，但通常加治療後始還納者多。若任其放置不使復原，則變為慢性翻轉。

慢性翻轉亦有不呈何等症狀者。然往往發生潰瘍，且因此出血，並訴白帶、月經過多、子宮出血、牽引感、薦骨痛等。終至翻轉子宮黏膜萎縮，變為扁平上皮細胞或角化。

若翻轉子宮於頸部強絞窄時，則子宮腫大，而呈餓頓症狀，因之陷於壞疽。

腫瘍性翻轉之發生多為慢性，若因腫瘍而突然翻轉者，則

症狀更劇烈。

診斷 容易。於陰道內、陰道外或子宮口內有腫瘍狀物，其表面粗糙，易於出血。子宮完全翻轉者則呈梨狀，由直腸診可觸知翻轉漏斗，漏斗附近可得證明子宮附屬器。腫瘍面呈赤色，時被以灰白色偽膜，陳舊者現慢性炎症症狀，或萎縮。腫瘍之一部可見輸卵管開口部，且由此可送入消息子。

類症鑑別 翻轉子宮有時誤診為有莖之肌腫，但肌腫之色蒼白，表面比較平滑，非出血性，而在翻轉子宮則呈鮮紅色，表面粗糙，易於出血，且知覺過敏。又以消息子插入，如為肌腫則能深深插入，若在翻轉則插入至翻轉部為止，且覺子宮腔低淺。

預後 翻轉子宮自然還納者甚少，若因出血傳染等使患者衰弱，可招不幸之轉歸，故預後不良。

治療 腫瘍性翻轉若除去腫瘍，用手或能自然還納。產褥性翻轉之新鮮者，用手亦容易還納，若不能還納時可用 Kolpeurynter 插入，或行陰道內固定栓塞，經數時或數日後，以壓迫作用及組織軟化易於還納，但此等壓迫容易損害子宮，使起傳染，若有發熱，即行除去 Kolpeurynter 或栓塞為是。

用以上各法仍不能還納者，須用手術（即 Küster 氏手術）還納固定之。高度翻轉且放置已久，其一部已陷於壞疽者，須行子宮剝出術。

（三）子宮炎症

子宮黏膜之炎症，曰內膜炎，子宮肌層之炎症，曰實質炎，但兩者多合併發生，故稱謂實質內膜炎為妥。有急性與慢性之

別。

(1) 急性子宮實質內膜炎 (Metro-Eudometritis Acuta)

原因 由細菌傳染而起，其病原菌主為連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、淋菌及大腸菌等四種。

生理的子宮頸管常分泌濃厚黏液，細菌被此種黏液所阻礙甚難侵入子宮腔內；縱有若干細菌侵入子宮腔內，通常亦即被排出，不致發生內膜炎。故由細菌所惹起之炎症必尙有其他誘因之存在，其誘因有二，一為子宮腔之創傷，二為子宮內容之鬱積。而此等誘因於產褥時特著，故實際上產褥時續發子宮內膜炎者最多。此外尙有子宮消息子之插入、陰道栓塞、Pessarium, Laminaria 等之長久放置而起，又月經時亦易發生。

病理解剖 子宮內膜與實質同起充血，有漿液及小細胞浸潤，其轉歸良好者，形成內芽層，阻止細菌侵入深部，但在敗血性傳染者，子宮壁之淋巴間隙或靜脈內有連鎖狀球菌、葡萄狀球菌等。又在亞急性炎症者，自子宮肌層至漿膜亦可證明淋菌等。產褥重症傳染者且發生內膜下膿瘍及組織壞死等。

症候 初起時於下腹部有牽引壓迫等之不快感，次第移行為自發性疼痛及壓痛，尤以身體運動及於排便時更甚。倘病機進行則骨盆腔內有鈍痛或陣痛樣疼痛，更甚者全下腹部發生連續性疼痛。若炎症達子宮外膜則起惡心嘔吐，如腹膜炎狀然。

因分泌物蓄積而發熱($38^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$)，白帶甚多，時為血性或膿性，帶惡臭，且可排出組織碎片。

當產褥重症傳染時於子宮內膜下形成膿瘍，已如上述，此

時每排出大壞死組織片，是名膿潰性實質炎。

本病之子宮柔軟腫大，有壓痛。

診斷 除子宮有壓痛、增大、白帶帶惡臭、發熱等外，須參考既往原因而下診斷。

預後 雖無生命危險，然治癒亦難，多移行於慢性症，或續發輸卵管水腫、子宮周圍膿瘍等。

治療 以絕對安靜為主，攝取無刺戟性食物，整調便通，疼痛時下腹部置冰囊或塗布消炎劑 (Ichthyol, Ichthyol-Silber 液等) 或投與阿片劑，不僅可減輕疼痛，且有制止腸蠕動之效。局所處置避卻為妥。出血多者給與麥角劑。至於強心劑、催眠劑、胃腸劑等亦可斟酌應用。

(2)慢性子宮實質內膜炎 (Metro-Endometritis Chronica)

原因及意義 由細菌傳染所起之子宮急性炎症可移行於慢性症，已如上述；然亦有與細菌全無關係，徐徐而起子宮慢性變化者。據近日之研究，此等變化，在臨床上健康婦人不訴何等症狀之子宮亦有發現。又臨床上症狀相同婦人之子宮，其組織的變化亦不一致。本病之主徵為出血及白帶，但此出血白帶與子宮組織的變化之間，不能認為有一定之關係。因之從前對慢性子宮內膜炎之分類頗生疑問，故往昔曾統稱曰子宮內膜或實質(肌層)增殖症。此種出血及白帶之原因為由分泌腺障礙、精神障礙及子宮解剖的變化(息肉、內膜肥厚、動脈硬化、收縮不全)。故此等變化對細菌性炎症亦可稱為特發性子宮實質內膜炎，但尚須經充分的研究方能明瞭。

臨床上對慢性子宮炎，所謂細菌性非細菌性之區別頗難，

茲爲就實地治療上便利起見，有如下之分類。

慢性子宮實質內膜炎	慢性子宮內膜炎	子宮頸部內膜炎
		子宮體部內膜炎
	慢性子宮實質炎	

a 慢性子宮頸部內膜炎（頸管加答兒）(Endometritis Cervicis Chronica)(Zervix katarrh)

病理解剖 頸管黏膜發赤腫脹，黏液分泌旺盛。組織學上黏液腺肥大增殖，且間質內有細胞浸潤。頸管內圓柱細胞增殖，向黏膜深部進入如腺狀。若此狀態繼續進行，則發生所謂假性糜爛，而與其他糜爛不同，其以表面被有一層圓柱細胞。此頸管黏膜因圓柱細胞增殖，於子宮陰道部驅逐扁平上皮細胞，或由深層扁平上皮變爲圓柱細胞，如此狀態曰單純性糜爛。若圓柱細胞破壞，則發生真性糜爛。糜爛侵及深部，則表面呈凹凸不平，由表面向深部作腺樣陷凹，是名乳嘴性糜爛。其腺樣陷凹部常常絞斷不相連絡，或擴張黏液腺之輸出管被閉鎖，分泌物瀦溜其中，曰瀦溜性糜爛。若向表面隆起呈粟粒乃至米粒大，帶黃白色者，曰 Naboth 氏小卵，此爲瀦溜性小囊腫也。此囊腫增大，懸垂於黏膜上，或牽引肥厚之黏膜使呈莖狀，而成所謂黏膜息肉。有時發生多數息肉，其長者露出陰道外，呈赤色，大如小指。

未產婦之外子宮口狹小者，常瀦溜分泌物，乃致頸管擴張。經產婦之外子宮口哆開者，因頸管黏膜肥厚，形成所謂頸管黏膜外翻。

症候 以分泌物增加爲主徵，分泌物濃厚黏稠，往往爲膿

性，或混有血液（由息肉糜爛等出血）。此外有下腹部異常感及腰痛等。若有黏膜息肉則來月經過多。又因頸管分泌異常妨礙妊娠。

診斷 以上述所見及症狀為診斷根據。與子宮陰道部之區別困難時，行試驗切除，檢查組織。

預後 雖無生命危險，但有害健康及起不妊症。且每因糜爛而致癌腫變性。

治療 分藥物療法及手術療法。

(1)藥物療法 對於分泌物及糜爛用種種消毒劑及收斂劑行陰道洗滌或插入陰道球、陰道栓塞等，與後述子宮體部內膜炎時相同。子宮陰道部糜爛用 5—10% 硝酸銀液，沃度丁幾、純粹或 50% 石碳酸、木醋等腐蝕之。頸管內黏液用卷棉子除去後，亦塗布此等藥液。此外對於糜爛有應用光線療法（如 Engelhorn 氏電光照射）及 Bier 氏鬱血療法者。

(2)手術療法 子宮陰道部糜爛行搔爬或燒灼後，塗布上述各腐蝕劑。

子宮陰道部若鬱血劇甚者，用亂切刀亂刺之。對於 Naboth 氏小卵行穿刺法排除內容，黏膜息肉用 Kocher 氏鉗子捻轉離斷之。

未產婦之因外子宮口狹小而訴疼痛者，行子宮口切開術或 Schröder 手術。

經產婦之因外子宮口哆開翻出者，用 Emmet 氏手術於子宮口之一側或兩側連接部作一新創面縫合之。

子宮陰道部之肥大高度者，施楔狀切除或子宮陰道部截

斷術。

b 慢性子宮體部內膜炎 (Endometritis Corporis Chronica)

病理解剖 肉眼的只見子宮內膜發赤腫脹，就顯微鏡所見，則有以下之名稱：

慢性子宮體部內膜炎	}	腺性子宮內膜炎	{	腺增殖性子宮內膜炎
				腺肥大性子宮內膜炎
		間質性子宮內膜炎		
		瀰蔓性子宮內膜炎		

(1) 腺增殖性子宮內膜炎 (Endometritis glandularis hyperplastica) 子宮內膜黏液腺之數增加，但各個腺體無變化 間質較少，有小細胞浸潤。

(2) 腺肥大性子宮內膜炎 (Endometritis glandularis hypertrophica) 子宮內膜黏液腺之腺體各各擴張增大，甚者成囊腫狀，名囊狀性子宮內膜炎。

(3) 間質性子宮內膜炎 (Endometritis intersitialis) 子宮內膜黏液腺之數減少，間質組織增加，其初為圓形細胞浸潤，後以紡錘形細胞增加，使間質組織硬變。有時黏膜之腺體及上皮細胞缺如，曰萎縮性子宮內膜炎。

(4) 瀰蔓性子宮內膜炎 (Endometritis diffusa) 為腺性內膜炎及間質性內膜炎之混合型。黏膜肥厚甚者呈息肉，曰肉芽性子宮內膜炎。

症候 以白帶、月經異常 (月經過多、月經痛) 及疼痛等為主徵。疼痛起於下腹部、腰部及薦骨部等處。又前後月經之

間有感疼痛者曰中間痛。此外尚有神經症狀、消化障礙、不孕等。

診斷 有上述各症狀而子宮陰道部無特別變化。用陰道鏡可發見子宮之分泌物，若為確實診斷起見，用 Schultze 氏所謂試驗栓塞，其法先洗滌陰道，使陰道及子宮陰道部清潔，拭去洗滌液後，插入浸於 20—25% Tannin glycerin 棉球於外子宮口，經 12—24 小時後檢查之，在健康子宮，棉球上僅附着頸管之透明分泌液斑點，若有炎症，則附着膿液。如插入子宮消息子，則覺子宮腔稍擴張，患者訴疼痛且易出血。

必要時行試驗的搔爬，用鏡檢。

預後 雖無生命之虞，但不易治癒。

治療 命安靜，整調大小便。局所療法如下。

(1)陰道洗滌 用生理食鹽水、3% 硼酸水、3% 石碳酸水、1% Lysol 水、1—3% 明礬液、1—3% Tannin 液、1% 硝酸銀液、1% Kali Permangan 液、1% 硫酸亞鉛液、1—3% 硫酸銅液等洗滌陰道口。此外 0.5% 乳酸液亦頗常用之。

(2)陰道栓塞 用棉球浸純粹 Glycerin, 5% 明礬 Glycerin, 10% Ichthyol glycerin, 10% Iod glycerin, 10% 硼酸 Glycerin, 10% Tannin glycerin, Iodoform glycerin 等插入陰道內。又 Ichthyol silber 液亦可用。

(3)陰道球 將藥物做成球形插入陰道內，普通所用陰道球之處方如下：

(a) Ichthyol Kugel

Ichthyol 0.15

ol Cac o	3.0
----------	-----

爲一球

(b) Iod Kali Belladonna Kugel

Iod Kali	0.2
----------	-----

X Belladonna	0.3
--------------	-----

ol Cacao	3.0
----------	-----

爲一球

(c) Ichthyol silber Kugel

Ichthyol	0.15
----------	------

可溶性銀	0.1
------	-----

ol Cacao	3.0
----------	-----

爲一球

(d) Opium-Belladonna Kugel

X. op	0.03
-------	------

X. Belladonna	0.03
---------------	------

ol Cacao	3.0
----------	-----

爲一球

(4)子宮內洗滌 用 Bozemann-Fritsch 氏子宮 Kather 插入子宮，用洗陰道同樣之藥液(500—1000cc)如 3% 硼酸、1% Lysol 等洗滌子宮。

(5)子宮內藥液療法 注入藥液或塗佈子宮內。注入藥液通常用 Braun 氏注入器注入之，但藥液注入之時，每有自輸卵管流入腹腔內，致起腹膜炎之虞，故不大採用。

塗佈藥液用捲棉子捲棉花，浸藥液，插入子宮內塗佈之，

其藥液有 10—20% Tinc Iod、5% 石碳酸 Glycerin、20—50% formalin、5—20% Protargol、5—25% 硝酸銀液等。

(6) 子宮內膜搔爬 藉手術搔爬子宮內膜為比較有效之療法。其術式與總論所述試驗的搔爬法相同，茲從略。

(7) 蒸氣腐蝕法及電氣燒灼法 用蒸氣腐蝕子宮內膜或用電氣燒灼之方法，惟現在已被廢棄不用。

c. 慢性子宮實質炎 Metritis Chronica

病理解剖 主為子宮肌層發生變化。據 Pankow 氏謂肌組織減少，結締組織增加及閉塞性動脈炎三者為其主要變化。

症候 以疼痛、月經異常、白帶等為主徵。其初僅覺下腹部不快感及壓迫感，後則下腹痛、腰痛、薦骨痛，尤以運動步行等時為甚。診察之時亦訴壓痛。

月經異常中以月經過多為多，月經間歇期縮短，閉經期延遲等，且有月經痛。月經期外亦每見出血。

此外有白帶增加、不妊、消化障礙（惡心、嘔吐、食慾不振）、神經症狀等。又因子宮增大，訴尿意頻數。

診斷 以局所所見及疼痛、月經異常、白帶等之症狀斷定之。用雙合診知子宮保其原形而增大，但其增大不超過拳大，且訴壓痛。

類症鑑別：

(1) 妊娠子宮 在妊娠則月經閉止，其子宮增大與妊娠月數一致，且柔軟而無壓痛，並有其他諸種妊娠症候。

(2) 子宮肌腫 肌腫之表面凹凸不平，形狀不規則，硬度較硬，增大無限制，子宮腔擴張不規則，且無壓痛。

預後 生命雖無危險，惟治癒甚難，對於生殖則預後不良。

治療：

局所療法：

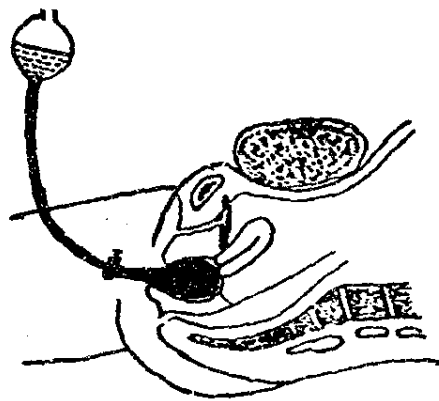
(a) 施行熱性陰道洗滌、陰道栓塞、陰道球、子宮陰道部亂刺、平流電氣、Diathermie、X 光線、子宮按摩、壓迫等療法。

熱性陰道洗滌 陰道內插入橫山氏熱性陰道洗滌器，以 $45^{\circ}-50^{\circ}C$ 之溫湯持續灌注 10-20-30 分鐘，如是可改善子宮之血行。

亂刺 用外科刀或亂切刀亂刺子宮陰道部，使其出血，瀉血量及回數視患者疾病及營養狀態不一，但通常一週瀉血 1-2 回，每回瀉血量約 10-30 ccm，蓋由此可除去局所鬱血。

壓迫療法 參閱第十六圖

(b) 子宮增大甚者，行種種手術療法，即對於子宮陰道部或子宮體行楔狀切除。若有出血疼痛強烈且近閉經期用種種療法無效者，可施行全子宮剔除術。



第十六圖 壓迫療法

一般療法 避身體劇動，安靜生殖器，整理便通，對下腹部不快感或疼痛用溫罨包。內服麥角劑以期子宮收縮及制

止出血，貧血者行其他一般對症療法。

(四) 流產後(或分娩後)子宮內膜炎(Endometritis post abortum)(U. post partum)

本病為分娩後尤以流產後而呈子宮內膜實質炎同樣症狀之病。黏膜組織的檢查，有脫落膜退行變性障礙，子宮黏膜處見有脫落膜細胞塊及 Opitz 氏所謂妊娠腺。妊娠腺為黏膜腺腔擴大者，而其中有乳嘴上皮細胞之突出。又流產後子宮內膜炎之時，子宮黏膜內每殘留脈絡膜絨毛或卵之一部分。若卵之一部分殘留，則由黏膜發生所謂胎盤息肉，其小者如碗狀，大者如指頭，下垂於子宮口外。

診斷 注意既往症、出血、流產等，必要時行試驗的搔爬，檢查組織。

治療 子宮黏膜塗布 Tinc Iod 等腐蝕藥，以破壞脫落膜及卵之殘留物等，若仍不充分時，則行內膜搔爬術。但有子宮周圍炎及其他周圍炎症等須禁忌。胎盤息肉亦可用搔爬術除去之。

(五) 落屑性子宮內膜炎(Endometritis exfoliativa)

月經時劇烈疼痛，同時排出剝脫子宮黏膜之一部或全部。間有排出子宮腔同形狀之三角形膜樣物者，此症狀曰膜樣疼痛性月經。

原因 不明，似與卵巢機能有關，每發生於一家族。

預後 非不良。

治療 充分搔爬內膜後，塗布 Tinc Iod。此外行頸管擴張及平流電氣等療法。對症的內服 Pyramidon、Aspirin，或

肛門內塞入 Cocain 坐藥，不得已時可用 Morphin 等，但須注意勿連續用。

(六) 子宮萎縮 (Atrophica uteri)

子宮萎縮可區別為生理的及病理的二種。

生理的子宮萎縮：見於閉經後之婦人（老人性萎縮）及產後授乳期之婦人（授乳性萎縮）；在後者，若中止授乳，即可復常態。

病理的子宮萎縮：虛弱婦人產後長久授乳者每使子宮萎縮不能恢復常態，故須速使其斷乳。又產褥性傳染使子宮肌層壞死或缺損者（產褥性萎縮），亦可起子宮萎縮。此外結核、糖尿病、腎臟炎、白血病、Morphin 中毒，或急性傳染病之後，卵巢剔出後或卵巢機能疾病後亦皆能惹起子宮萎縮。

症候 其主徵為無月經及不妊症，局所症狀甚少。

診斷 藉內診及消息子診可證明子宮萎縮。

預後 在原因可以除去者良；但子宮實質已破壞者治癒困難。

治療 除去原因，行一般療法，謀恢復患者營養。局所療法行熱性陰道洗滌、電氣療法、子宮按摩等。並給與種種卵巢製劑。

(七) 子宮腫瘍 (Geschwulste des uterus)

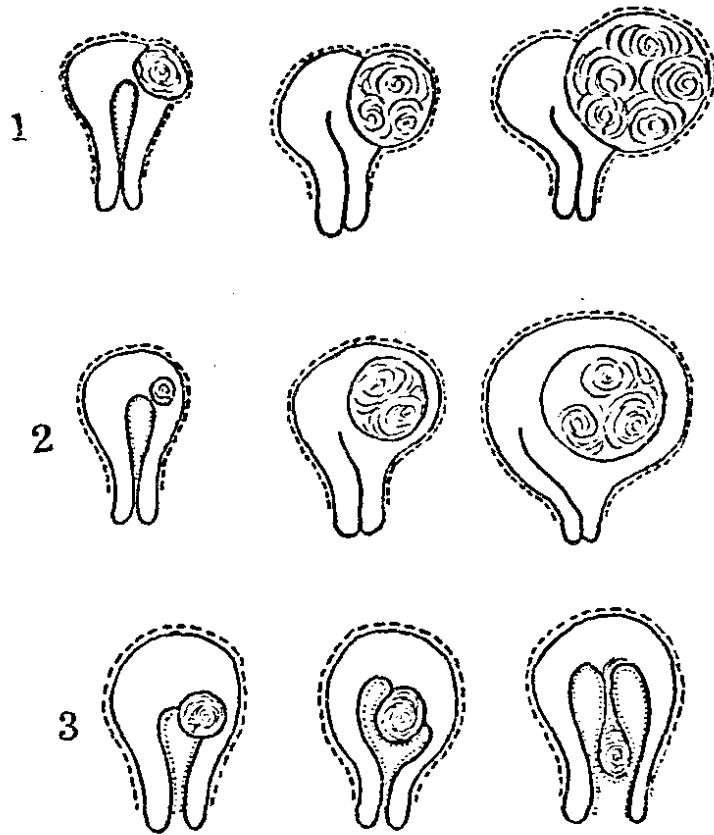
(1) 子宮肌腫 (Myoma uteri)

子宮肌腫為子宮腫瘍中占最多數之疾病，35 歲以後之婦人約有 20% 患之，在婦人科患者中占 4.9%。

肌腫為自子宮壁發生之肌肉腫瘍，大小不一，小者僅為顯

微鏡可見之肌腫芽胞，大者可以充滿全腹腔。多生於子宮體部(94—95%)，而生於頸部者(4—5%)較少。前者曰體部肌腫，後者曰頸部肌腫。

(1)球狀肌腫 肌腫初生於子宮肌層內，漸次長大而出現於表層。體部肌腫(第十七圖)就其發育之方向，分爲以下數種：



第十七圖 子宮肌腫發生之模型圖

1 漿膜下性肌腫 2 間質性肌腫 3 黏膜下性肌腫

(a) 向腹膜發育，腫瘍之一部爲腹膜所遮蓋者，曰漿膜下性肌腫。

(b) 在子宮壁肌層內發育者，曰間質性或肌層內肌腫。

(c) 向子宮腔內發育，使子宮黏膜隆起於子宮腔內者，曰黏膜下性肌腫。

又肌腫生於子宮之側方或下方，而向廣韌帶兩葉間發育者，曰廣韌帶內肌腫。

肌腫普通爲肌腫結節，其周圍爲結締織性被膜所謂肌腫被囊者所包圍，與周圍之子宮壁顯然區劃。結節之剖面呈灰白色或淡紅色之纖維狀，以其大多數呈硬固圓形，故有球狀肌腫之稱。

組織學上肌腫由平滑筋纖維束及其束間之結締纖維而成。若結締織含量多者，則硬固(硬性筋腫)剖剖面爲白色，在肌組織含量多者，則較柔軟(軟性筋腫)剖剖面着色亦著明。

肌腫本來缺乏血管，但亦每血管發育甚多，因出血或滲入血色素，組織因之赤染，成所謂赤色肝變，其剖剖面每有大小空洞，而其中充滿凝血，曰血管擴張性肌腫。

如淋巴管著明擴張，形成多數大空洞，其中貯溜黃色液體者，曰淋巴擴張性肌腫。

(2)腺腫性肌腫 與上述之球狀肌腫不同，在子宮壁內瀰蔓性發育，無被囊。顯微鏡下所見，其組織內有腺及小胞，故有腺腫性肌腫之稱，好發於子宮後壁上部及輸卵管附着部。據 V. Reckling-hausen 氏因 Wolff 氏管之殘留發育而生成，唯多見於子宮黏膜及輸卵管黏膜，故有謂其係由 Müller 氏管而生成者。

(3)肌腫影響子宮及其附屬器官 因肌腫之增大，或由其所處而使子宮之位置及形態起變化，如子宮腔擴張、延長、縮短、彎曲等，尤以間質性及黏膜下性者爲著。子宮肌層及子宮黏膜概呈肥厚。故子宮全體增大，形成所謂肌腫性子宮，同時

卵巢亦增大，是因濾胞肥大增殖及間質增殖之故。輸卵管及韌帶等呈慢性炎症之狀態，且生癭者亦不少。行走於韌帶內之靜脈甚發育。韌帶、輸卵管、卵巢每呈浮腫狀態。

頸部肌腫若向上方發育，則進入骨盤結締織內，若向下方發育，則使子宮陰道部肥大。

(4)肌腫續發的變化 子宮肌腫之經過中，因營養及血行障礙，可起種種變化；即肌纖維起脂肪變性、玻璃樣變性、壞疽等外，尚有石灰化、浮腫樣浸潤、黏液性軟化、化膿、腐敗、惡性變化(尤以肉腫變性)等等。若肌腫纖維變性之後代以結締織纖維，則肌腫硬固縮小。產褥之時，肌腫亦每起脂肪變性，漸被吸收，終則腫瘍縮小或消失者有之。玻璃樣變性及壞疽等係繼續脂肪變性而起。此等變化有幸而可使肌腫漸次消失者。

原因 不明。或謂由先天性肌腫芽胞而發育或謂因卵巢內分泌之變調。在事實上卵巢剔出後及閉經後肌腫可縮小。

肌腫生於 35—45 歲者為最多，而未婚婦似又較多，黑人較白人為多，在同一家族中，每有數人同患肌腫。

症候 患子宮肌腫之婦人，不呈何等自覺症，每於屍體解剖時偶然發現之，但肌腫至一定大時，概呈種種症狀。

其主要症狀為出血、疼痛及壓迫等，但此等症狀未必同時發現，其中最多者為出血。

(1)出血 初期為月經過多狀態，繼來不正之子宮出血。出血最強者為黏膜下性肌腫，次為間質性肌腫，而漿膜下性肌腫最少或不出血。

出血多且久者，則貧血著明，因貧血而覺頭痛，背痛、眩

暈、心悸亢進，倦怠等症狀。顏面蒼白，皮膚呈臘樣之外觀。

病理上心臟起所謂肌腫心臟之變化；即心臟呈脂肪變性與褐色萎縮，及機能不全，脈搏細小、頻數、不規則等，故手術麻醉之時須留意。但此等症狀是否為貧血之結果，尚屬疑問。

(2)疼痛 月經時發現疼痛性月經，但亦有與月經無關係，其疼痛因肌腫壓迫子宮而起。月經期間肌腫亦腫大，故疼痛尤烈。他如身體勞動、性交等均能使之增惡。又周圍發生炎症時疼痛亦烈。疼痛每帶陣痛性，在黏膜下性者，尤其是息肉樣黏膜下性肌腫，因子宮欲排出此異物，故起強收縮而疼痛，漸次排出於子宮外，是名肌腫分娩。

(3)壓迫症狀 肌腫發育至一定大，則腹部有緊張感，視其所在部位，可起膀胱、直腸、輸尿管、血管、神經等被壓迫症狀，以致尿意頻數、尿閉、腎水腫、下肢浮腫、血栓及坐骨神經痛等。如發生栓塞，可以死亡。

(4)其他不定症狀 如白帶，尤以肌腫因細菌傳染、化膿或腐敗時，則來多量惡臭之白帶，且有因此起敗血症者。

肌腫患者約有 22—30% 陷於不妊，即幸而受孕，亦易流產。

疼痛劇烈者，每起神經衰弱，Hystherie 等神經症狀。

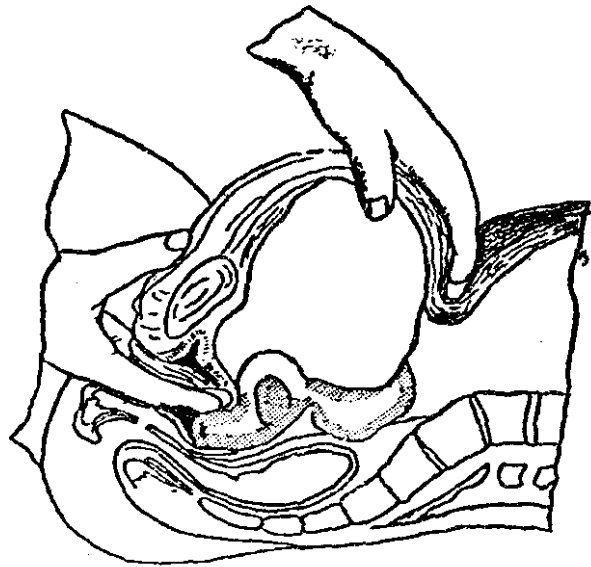
此外肌腫之經過中，有發育停止，或自然治癒者，如於月經閉止期相當年齡，肌腫萎縮或因脂肪變性，而被吸收，或因莖捻轉使肌腫萎縮、吸收、離斷而消失，或因化膿部分排出於周圍器官而消失。

診斷 注意患者年齡及子宮出血之狀態，若患者已自覺

有腫瘍存在，則問其發見時期，及其以後發育之速度。用雙合診可觸知粗大凹凸不規則形狀之硬固腫瘍(第十八圖)用子宮消息子診之可知子宮腔之變化，但有時消息子或不能插入。

類症鑑別：

(1)妊娠 妊娠之子宮柔軟，平等增大，呈卵圓形；而肌腫則硬固，且其形狀凹凸不平。妊娠中月經閉止，而肌腫



第十八圖 子宮肌腫之雙合診

月經反過多。妊娠子宮之增大與妊娠月數一致；肌腫之增大則極緩慢。妊娠子宮陰道部、陰道壁等處有暗紫色着色，乳腺等亦發生變化。在妊娠四五個月以後，可觸知胎兒及聽取胎兒心音，故可與肌腫鑑別。但在肌腫與妊娠合併者須特別注意。

(2)卵巢囊腫 卵巢囊腫之表面平滑，有彈力性，或波動感，概無月經異常及出血等，發育亦較肌腫稍速，子宮無變化，子宮與腫瘍可各別觸知。如鑑別困難，可行試驗的穿刺，但有傳染及發生癒着之虞，故非不得已時勿行爲是。

(3)慢性子宮實質炎 鑑別往往困難，但在實質炎，子宮保持原形，平等增，但不超過手拳大，表面平滑，常有壓痛，硬度較肌腫稍軟，子宮腔不起變化。

(4)炎症性產物 在子宮周圍發生炎症性腫瘍、滲出物及子宮後血腫等有發熱疼痛，且多急速發生，初爲柔軟或波動

性，漸次硬變，但在肌腫始終保有一定之硬度。又炎症性產物與周圍境界不如肌腫之明瞭，且有壓痛。

(5) 惡性腫瘍 惡性腫瘍發育迅速，在癌腫有特有之臭氣白帶。而肉腫則罕有之，若肌腫經過中起肉腫變性者，則腫瘍急激增大。若不能明確鑑別時，須用試驗的搔爬，行組織檢查。

預後 肌腫為良性腫瘍，一般發育緩慢，與生命無直接關係，然因持久出血、疼痛、壓迫、心臟衰弱等，終以營養障礙而死。如栓塞形成，亦多危險。此外若肌腫化膿或肉腫變性預後亦不良。

治療 不呈何等症狀者可任其自然，有症狀者行對症療法，照射療法及手術療法等。

(1) 對症療法 為制止出血、疼痛及發育等目的而行之。

出血時最常使用之藥物，如麥角劑之內服、肛門坐藥或注射等。有謂注射 Ergotin 數十回後不僅可止血，且有縮小腫瘤之功。此外行陰道熱性洗滌、栓塞等法。在月經時謀心身之安靜亦甚緊要。

疼痛用 Aspirin、Pramidon 等劑，無效時與以 Opium、Morphin、Pantopon 等。下腹部行溫罨包，使就床靜臥。

制止肌腫發育命安靜，注射 Ergotin 等。

其他對貧血、心臟衰弱等用一般療法。

(2) 照射療法 X 光線深部療法對於肌腫作用頗著，且無生命之虞，有止血縮小腫瘍之效。然非一切肌腫都有效，惟間質性肌腫而已。他如漿膜下性及黏膜下性肌腫以及化膿、石灰化等則無效。如肌腫之大超過臍與恥骨縫合之間，而壓迫症狀

著明者，須速除去。此外如有惡化傾向、合併妊娠、周圍發炎及大出血時亦須手術。

照射療法用 Saitz-Wintz 氏術式。惟卵巢照射後有惹起陷落症之不利。

(3) 手術療法 手術療法在今日雖尚有 2-3% 之死亡率，但可除去因腫肌而起之禍根與未來之懸念，且不剔出卵巢則不致發生陷落症。手術法式如下。

(a) 黏膜下性筋腫，有莖者用陰道式切斷或捻轉除去之，其基底大者則行出核術。若結節大，一時難除去者，可分次繼續切除之。

漿膜下性肌腫，有莖者行開腹術除去之，在基底大之結節亦用出核術。

(b) 其他肌腫，尤以肌腫性子宮則行陰道式腹式子宮全剔出術，或陰道上部切斷術。至於子宮附屬器或同時除去，或仍保留。

【附】 卵巢陷落症狀 Ausfall erscheinung der ovariums)

用手術除去兩側卵巢或因X光照射後，致卵巢失其機能，現出種種不快之症狀，總稱之曰陷落症。在健康者到更年期因其卵巢機能自然減退，亦有起輕度陷落症狀。可別為血管運動神經障礙、物質代謝障礙及精神障礙三方面症狀。

(1) 血管運動神經障礙 臨床上常見者為眩暈、頭痛、耳鳴、發汗、心悸亢進、頭部充血等，就中以頭部充血最著。

(2) 物質代謝障礙 主為脂肪代謝障礙，致皮下脂肪蓄

積，而起肥胖症。

(3)精神障礙 程度較輕，僅有輕度記憶力減退與憂鬱症，但亦有起重篤之精神症狀者。

經過 上述各症狀初甚著明，3—4年後漸次減退，有至更年期方消退。

治療 給與卵巢製劑，兼行一般的對症療法。

(2)子宮癌腫(Carcinoma uteri)

女子患癌比男子特多，約二倍於男子，是因女子生殖器癌及乳癌有以致之。在女子全身各臟器中發生癌腫，子宮癌約占 $\frac{1}{3}$ 。又子宮癌占婦人科患者3—4%云。

子宮癌分頸部癌及體部癌，其中以頸部癌為最多(約90%)體部則較少。

a 子宮頸部癌(Carcinoma Colli uteri) 子宮頸部癌更從其發生部位，分為子宮陰道部癌及頸管癌。

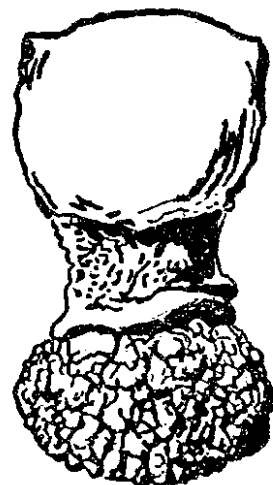
病理解剖

(1)子宮陰道部癌(Carcinoma Portio)

因其發生狀態，可分為三型。

(a)乳嘴型 發生於子宮陰道部之表面，且好發於子宮後唇，為乳嘴狀增殖，漸次增大而成蕈狀或翻花狀。(甘藍菜花狀)(第十九圖)

(b)浸潤型 陰道部全體被其浸潤，表面上無著明變化，陰道部因之膨大硬固。



第十九圖
子宮頸部癌(甘藍
菜花狀)

(c)潰瘍型 病變主爲表在性，形成潰瘍，而深部可久保健全，有速向陰道壁侵犯性。

組織上所見 以扁平上皮細胞癌爲最多，而圓柱上皮細胞癌及腺細胞癌則稀有。

(2)子宮頸部癌(Carcinoma Cervix) 由頸管黏膜或頸管腺而發生，侵蝕頸管壁，使頸管成空洞狀，但永不犯及外子宮口，故比較的久保陰道之原形。亦每有懸垂於外子宮口之息肉樣癌腫塊出現於陰道內。

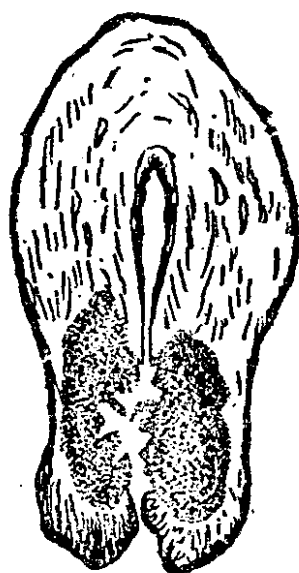
組織上所見 爲圓柱上皮細胞癌或腺細胞癌，然亦有爲扁平上皮細胞癌。



第二十圖 子宮
陰道部癌之模型

子宮陰道部癌與頸部癌之進行經過中，稍有差異，子宮陰道部癌先移行於陰道壁，漸次侵入骨盤結締織內，無移行於頸管上部之傾向(第二十圖)。而頸管癌，則破潰頸壁，且侵入周圍之骨盤結締織內，更有超越內子宮口移行於子宮體之傾向(第二十一圖)。然至最後兩者之區別又不可能(第二十二圖)。

若癌腫發育進行，則由淋巴系侵及周圍，好入結締織內，其初多爲線狀，後乃成爲塊狀浸潤。如犯及膀胱直腸則發



第二十一圖
子宮頸管癌之模型

生膀胱或腸癰。終以癌腫組織填充骨盤腔，埋沒子宮於其中，因之壓迫輸尿管，遂起腎水腫、腎膿瘍等。

被轉移之周圍淋巴腺多為下腹淋巴腺、腸骨淋巴腺、薦骨淋巴腺、腰淋巴腺等。且有轉移於肝、肺、胃、腸、腎等臟器者。

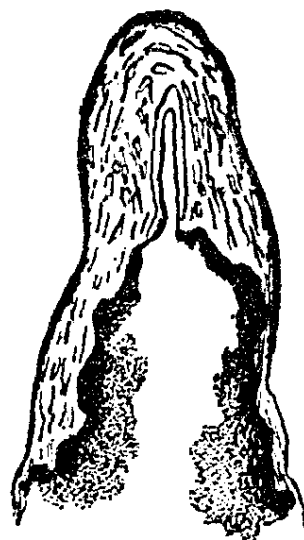
原因 子宮癌之原因不明，據統計20歲以下之女子極少，30歲以後者為多，40—50歲者最多。又未產婦少，經產婦（多產婦）多，貧窮者較多，其與遺傳亦似稍有關係。

症候 子宮癌，尤以頸部癌，初期無何等自覺症狀，至癌組織犯及周圍，始起種種症狀。其初以出血白帶為主，繼起壓迫及周圍侵蝕症狀，終乃陷於惡液質。

(1)出血 為月經過多或不規則之子宮出血。在常態至40歲前後月經量減少，若反而增加或有不正常出血者，須特別注意及之；尤其是月經閉止後經兩三年而復出血者為然。出血因身體運動排便性交等而起，或無原因發生。出血雖為主徵，但亦有不出血者，如硬性癌，尤以癌組織向內方發育者為然。

(2)白帶 子宮癌有特有肉汁樣白帶，且帶一樣惡臭，與血液同時多量排出。此種惡臭以癌組織崩壞腐敗時為甚；若崩壞少而比較清潔者，則不發惡臭。

(3)壓迫及侵蝕 多見於晚期，即癌腫蔓延於骨盤結締



第二十二圖
子宮頸部癌之模型
(陰道部及頸管癌)

織、腹膜時而起。若壓迫或侵蝕骨盤內神經，則發如刺如裂之疼痛，而陷患者於不眠症。疼痛放散於下肢，或及上方腎臟部。若犯及膀胱則起尿意頻數；犯及直腸則起裏急後重、便秘，或成糞瘻；壓迫輸尿管使其狹窄，甚則可起腎水腫或腎膿瘍，已如上述。壓迫靜脈則形成血栓，以致該側下肢浮腫。兩側輸尿管若同時受其壓迫，則起尿毒症。又化膿腐敗癌組織向腹膜內破潰，則起腹膜炎或敗血症等。凡此各種複雜症狀，皆可致患者於死；其因出血死者實較少。

(4)惡液質 與一般惡性腫瘤同，即患者食慾缺乏，身體羸瘦，皮膚乾燥，而陷於所謂癌腫性惡液質是也。

診斷 子宮陰道部之增殖、糜爛、潰瘍等有疑為癌腫者，用試驗的切除或搔爬行組織檢查。病勢稍進者，注意其出血。惡臭性白帶、羸瘦等。在月經閉止後而出血者，更須留意。

局所所見 子宮陰道部有特有之乳嘴狀或蕈狀增殖，以指觸之脆弱且易出血。

子宮頸管內癌腫，當陰道部未破潰時，即施內診亦易錯過。如使用子宮消息子不能通過硬固頸管黏膜而入子宮腔，若已侵入周圍組織內者，可疑其為頸管癌，應用銳匙採取組織片，行肉眼或顯微鏡的檢查。

診斷上主要者為判斷癌腫蔓延之程度，蓋由此可以定手術之難易，及能與不能也。陰道壁浸潤由視診與內診可得知之。已侵入骨盤結締組織內者，可觸知線狀或塊狀之硬結。在癌腫初期未犯及周圍組織者，子宮之移動性大，即用陰道式亦能手術。

預後 不良。在今日尚約有 75% 之死亡率。頸管癌之轉移較晚，故根治之望亦較多。若能早期確定診斷，可得根治而痊癒。惟在初期患者無自覺症，不入醫生之門，概至晚期始來求診，因此坐失根治手術期間實占多數，終以無法治療而斃。

治療：

(1)手術療法 用陰道式或腹式剔出全子宮及其附屬器與附近淋巴腺等。

(2)照射療法 應用 X 光線或鐳照射於手術不可能者或手術後後療法。

(3)對症療法 爲止血、防腐及制止發育之目的，結紮動脈(下腹動脈、卵巢動脈)、搔爬或燒灼子宮陰道部及子宮陰道部高位切斷等。此外以 Iodoform 紗布陰道栓塞、陰道洗滌(Lysol、Kali hypermanganicum 等)及局所塗布藥物(Tinc Iod、Formalin 等)。

對於疼痛可應用溫罨包，或投與 Pyramidon、Aspirin 等。不得已時則應用 Morphin 之類。

b 子宮體部癌 (Carcinoma Corporis uteri)

子宮體部癌較頸部癌爲少，約占子宮癌 10% 左右。

病理解剖 由體部黏膜上皮細胞及腺上皮細胞而發生，故組織學上所見爲圓柱上皮細胞癌或腺細胞癌，而扁平上皮細胞癌則甚少。

腫瘍瀰蔓性發育，蔓延於子宮黏膜，或限局性發育呈息肉樣突出於子宮腔內。癌組織由子宮黏膜侵入肌層，繼及漿膜。不先移行頸管，亦不侵犯骨盤結締織。故體部癌起轉移者較

少，腰淋巴腺非到晚期不被侵及，惟轉移於卵巢則較早。

體部癌之發育，一般較緩。

原因 發生原因不明。多見於 50 歲以上，50—60 歲占最多數，30 歲以下者甚少。與分娩之關係，不如頸部癌之明顯。

症候 以白帶、出血、疼痛為主，漸次陷於惡液質。

(1) 白帶 初為水樣，而略有異臭，以後漸帶血性，最後則流出特有臭氣之白帶。

(2) 出血 多突然發現；出血甚者，可惹起全身衰弱。

(3) 疼痛 發現於末期，每日有一定時間反復為陣痛樣發作，是因欲排出子宮內所蓄積之癌組織片、血液、分泌物等，以致子宮起收縮之故。迨內容排出後，則疼痛一時輕快；此陣痛樣疼痛，名 Simpson 氏徵候。

(4) 惡液質 患者漸次陷於惡液質，但比頸部癌為遲。

診斷 月經閉止後通常分泌減少或停止，若白帶增加，或復出血，而頸管健全者，則有體部癌之疑。如果係體部癌則子宮腔內插入消息子或手指能觸知粗糙或柔軟之腫瘍面。內診時則覺子宮增大。若不易確定，應行試驗的搔爬，用顯微鏡檢查。

預後 不良，但以其發育較緩，故比頸部癌為良。

治療 與頸部癌同，用陰道式或腹式施行全子宮剝出術，或用 X 光線及鐳療法。若手術不可能或照射無效時，惟有採用對症療法，一如頸部癌。

(3) 子宮肉腫(Sarcoma uteri)

子宮肉腫，為由子宮結締組織發生之惡性腫瘍，較子宮癌

爲少(癌腫對肉腫約 40 與 1 之比)。好發於子宮體部,而頸部較少(體部肉腫對頸部肉腫約 8 與 1 之比)。

病理解剖 肉腫生於子宮壁內者,曰壁肉腫(Wandungsarkom),生於黏膜者,曰黏膜肉腫(Schleimhaut sarkom)。

組織上黏膜肉腫多爲圓形細胞肉腫,壁肉腫多爲紡錘形細胞肉腫,而巨大細胞肉腫則稀有。

壁肉腫通常由子宮肌腫變性而起,可細別爲漿膜下性。間質性及黏膜下性;至於原發性者則甚少。

黏膜肉腫由子宮黏膜瀰蔓性發育,或以息肉樣突出於子宮腔內。如癌腫樣次第發育,向子宮腔內破潰或穿破子宮壁。通常肉腫之崩壞較癌腫爲遲,亦能轉移於肺、肝、腹膜,腰部淋巴腺等處。如子宮頸部發生葡萄狀肉腫,其外觀恰如葡萄狀鬼胎。

原因 不明。與分娩無關係。年齡亦無定,以 50 歲前後爲最多。黏膜肉腫有見於小兒者。其由子宮肌腫而起者,約占 2% 云。

症候 黏膜肉腫之症狀類似體部癌,以出血、白帶、疼痛、惡液質爲主徵。壁肉腫之症狀,初呈肌腫症狀,至月經閉止後,腫瘍急劇增大,乃來出血、腹水及惡液質等症狀。

診斷 確實診斷須藉組織的檢查。壁肉腫以腫瘍急速增大爲着眼點,但亦非經組織查檢不能斷定。

預後 不良,尤以黏膜肉腫爲然。經過數年,往往死亡。

治療 與子宮癌腫同,用手術剔出子宮或照射療法。

(4) 惡性脈絡膜上皮腫 Chorioepithelioma malignum

本腫瘍爲脈絡膜絨毛上皮；即 Syncytium 細胞及 Langhans 氏細胞所發生之惡性腫瘍。

原因 必以妊娠爲前驅，且多發於流產及葡萄狀鬼胎分娩之後，其中續發於鬼胎者爲多（50%），流產後次之（30%），正規分娩後最少（20%）。然亦有與妊娠無關而突然發生。

病理解剖：

肉眼所見 腫瘍以廣基底由子宮壁而發生，在子宮腔內如腫瘤狀或以有莖息肉樣而發育。其小者如碗豆，大者如成人頭大，柔軟脆弱。呈深紅色或暗赤色，作凝血或胎盤樣之外觀。早期發生轉移，爲其特徵。轉移於肺及陰道者較多，但亦有轉移於肝、腎、腦等處。

本腫瘍常向子宮腔發育，然生於子宮壁內者亦不少。亦有子宮並無異狀而原發於陰道、輸卵管、卵巢等處者（子宮外脈絡膜上皮腫）。

組織上所見 Syncytium 細胞與 Langhans 氏細胞互相錯雜，且處處可見出血灶。

Syncytium 細胞之境界不明，原形質塊中有多數散在性核及含有不規則之空泡。核內富易染質（Chromatin），無核分裂像，原形質對於 Eosin 容易染色，不含 Glycogen。

Langhans 氏細胞，爲大小不同之圓形或多角形細胞，細胞內含有多量 Glycogen，各細胞境界明瞭。核爲空胞狀呈圓形，易染質少，核分裂像顯明。

症候 發生於分娩後，尤多在葡萄狀鬼胎分娩或流產後，早者數日，遲者數年，子宮方面來頑固不規則之出血。因出血

過多，往往陷於貧血及衰弱。早期移行於陰道，至末期可轉移於肺，則起咯血、咳嗽、發熱等症狀。若生於陰道則陰部出血增加。腫瘍因細菌傳染而陷於壞疽時，則排泄惡臭白帶，且發熱。有蛋白尿。

診斷 在分娩、葡萄狀鬼胎、流產等以後，有頑固強出血時，應疑為本腫瘍及卵膜殘留。子宮增大，而一部分柔軟者，更須注意。是時如開大子宮口可以手指直接觸知腫瘤，同時須注意陰道壁及其他轉移之有無。欲確定診斷，應行試驗切除或搔爬，用顯微鏡檢查。又 Zondek-Achheim 氏尿診斷法在本病呈著明陽性反應。

預後 本腫瘍發育極速，若放任不治，平均約經 6—9 個月多以出血轉移等而死。

治療 早期行子宮全剝出術。轉移於肺及其他臟器者，每於原發病灶剝出後，可得良好結果，故早期手術，實為重要。

第四 輸卵管疾病

(一) 輸卵管畸形及發育障礙

(1) 輸卵管缺如 (Defekt der Tube) 一側或兩側輸卵管缺如。

(2) 輸卵管副口 (Akzessorische ostien der Tube) 正常輸卵管腹腔端開口部之附近更有第二個開口。

(3) 副輸卵管 (Akzessorische Tube) 此為由正常輸卵管分岐之細管，多無內腔。

(4) 過剩輸卵管 (Überzahlige Tube) 在一側有二個同

等發育之輸卵管，且該側同時有兩個卵巢。

(5)胎兒的輸卵管(Fatale form der Tube) 輸卵管細長且彎曲，多與卵巢及子宮之發育不全合併發生。

(二) 輸卵管炎(Salpingitis)

輸卵管炎有單純性輸卵管炎與傳染性輸卵管炎之別。

原因 單純性輸卵管炎：因化學、溫熱、器械等之刺戟而起，亦有於全身中毒(如磷、鉛)及輸卵管營養障礙(如循環障礙、壞疽)時發生。

傳染性輸卵管炎：由病原菌傳染而起，就中以淋菌為最多(約 $\frac{2}{3}$)，連鎖狀球菌、葡萄狀球菌次之，結核菌又次之，肺炎菌、大腸菌、傷寒菌及放線狀菌等為最少。

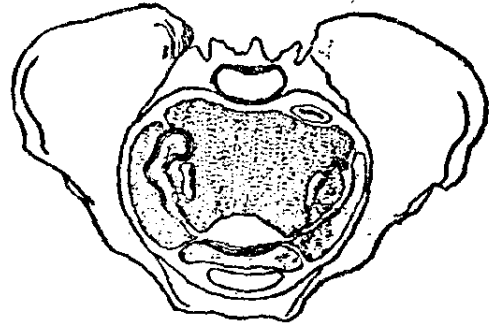
傳染路徑 淋菌常由子宮腔上行。結核菌則多由血行或腹膜下行。化膿菌由子宮腔上行，或與周圍臟器癒着部直接傳染，或藉淋巴道而傳達於輸卵管。

病理解剖 初犯黏膜，起輸卵管內膜炎，因之黏膜發赤、腫脹、分泌亢進，黏膜皺襞因圓形細胞浸潤而肥厚，上皮失其氈毛，處處剝脫，剝脫之處互相癒着，形成盲囊，分泌物瀦溜囊內，而呈瀦溜性囊腫之外觀，故稱曰假性濾胞性輸卵管炎。

炎症若由黏膜侵入深層，則形成間質性輸卵管炎，以致管壁漸次肥厚，輸卵管全體蜿蜒彎曲。若炎症更進，則波及輸卵管外膜，致起輸卵管周圍炎，分泌黃色纖維素性物質，遂與周圍臟器強癒着(化膿性輸卵管炎)。炎症初犯管壁時，管壁肌肉肥厚，後漸代以結締織，尤其是輸卵管端每發生胡桃大之硬結，曰結節性輸卵管炎。

輸卵管內膜炎輕者，炎症消後，黏膜可恢復舊態，但在化膿性輸卵管炎，不能復舊，因管壁肌肉消失，代以結締織，因之輸卵管變成硬索，且管腔亦多閉塞。又化膿性炎症之結果，屢使輸卵管腹腔端閉鎖，即剪綵與周圍癒着，或向內翻轉互相癒着而閉鎖。

輸卵管腹腔端閉鎖時，其狹小之子宮端亦每因黏膜腫脹或分泌物而閉塞，如此兩端閉鎖，則成爲閉鎖囊，其中瀦溜分泌物，則變爲輸卵管囊腫(第二十三圖)，視其內容之性質分爲輸卵管水腫(漿液性輸卵管囊腫)與輸卵管膿腫(化膿性輸卵管囊腫)。



第二十三圖 輸卵管囊腫之模型

輸卵管水腫 (Hydrosalpinx) 內容透明；漿液性，富有蛋白質，常爲無菌性。囊壁菲薄。內壁上皮細胞失其氈毛，或細胞本身亦消失。囊腫之形呈特有 Retort 狀。其大每超過兒頭大。在無癒着者有相當移動性。硬度緊張，有波動。其內容有自然吸收而消失或則化膿，亦有因破裂而自然治癒者。

輸卵管膿腫 (Pyosalpinx) 內容爲膿性或濃厚或稀薄，或爲乾酪樣，每放惡臭，膿液內細菌多已死亡消滅。囊壁甚肥厚內壁黏膜多缺如，被以肉芽組織。囊腫彎曲著明。其大小不超過手拳大。幾無移動性。硬度有彈力性柔軟或硬固，且有壓痛。

輸卵管囊常生於兩側。

症候 其主要症狀如下。

(1)疼痛 下腹部之一側或兩側發生持續性鈍痛，於勞動、月經、性交、排便、內診等時增劇。又每有間歇性疼痛發作，即所謂輸卵管疝痛，是由輸卵管攣縮而起。但亦有疼痛缺如者，尤以輸卵管水腫爲然。

(2)月經異常 有疼痛性月經，月經過多及月經不順等。

(3)發熱 於化膿性輸卵管炎時爲最著，但高熱多見於敗血性傳染，如產褥性輸卵管炎是也。

(4)白帶 漿液性輸卵管囊腫時，每見間歇性白帶增加，是因管腔內所蓄積之分泌物達一定量時，因管壁收縮壓出而入子宮腔內，再排出於外，即所謂泄漏性輸卵管水腫是也。其內容一經排出後，則疼痛一時輕快或消失，囊腫亦一時縮小。

(5)不妊症 若因炎症之結果而兩側輸卵管閉鎖，則不能受胎。

(6)神經症狀 本症經過日久，則起營養障礙，繼發神經衰弱或 Hysterie。

診斷 以雙合診或直腸診，可觸知腫大蜿蜒行走之輸卵管，其大者有自子宮側方至 Douglas 氏窩內。水腫呈 Retort 狀，壁薄，有緊張性波動，概能移動。膿腫較小，柔軟或硬固，難移動，有壓痛。

類症鑑別 鑑別最要者爲輸卵管妊娠，其他與輸卵管腫瘍、卵巢或副卵巢腫瘍、蟲樣突起炎及骨盤結締織炎等亦須鑑別。

預後 輕度輸卵管內膜炎預後佳良，重症者容易移行於慢性，且治療時日長久，若病勢增惡則有害健康。膿腫破潰則

起化膿性腹膜炎，以致危及生命。

對於生殖機能大都不良，尤以兩側患病者爲甚。又本病每易再發。

治療 分保守療法與手術療法。

(1)保守療法 命安靜，禁房事，攝取無刺戟性食物，整調便通。

在急性期下腹部貼冰囊，避局所療法。移入亞急性或慢性期可施溫罨法，兼行陰道洗滌、陰道球、陰道栓塞等。在淋毒性者，Vaccin 療法有效(如注射 Arthigon、多價 Vaccin、感作 Vaccin 等)

爲達吸收滲出物之目的，可行熱氣療法、Diathermie，溫泉療法及壓迫療法等。

(2)手術療法 用上述各種保守療法無效，而欲除去其痛苦與障礙時施行之。

手術有輸卵管剔出術。若同時卵巢兼有病變者，可一併除去，是名輸卵管卵巢剔出術。必要時，子宮亦可同時剔出。

兩側輸卵管腹腔端閉鎖時，而欲求其有妊娠可能性者，則施行輸卵管疎通術。

輸卵管膿腫連續於陰道壁而呈重篤症狀者，行陰道式切開排膿。

(三) 輸卵管腫瘍(Geschwülste der Tube)

輸卵管腫瘍一般少有。偶然所見者多爲息肉、纖維性肌腫、腺腫性肌腫、囊腫、脂肪腫、乳嘴腫、癌腫、肉腫、惡性脈絡膜上皮腫等。

息肉 由輸卵管黏膜肥厚而成，屢為子宮外妊之原因。

癌腫 概由乳嘴腫變性而生，或自子宮、卵巢等癌腫轉移而來；原發性者罕有。

治療 用手術除去，在惡性者同時須除去子宮。

(四) 輸卵管卵巢囊腫 (Tuberovarialzyste)

輸卵管水腫與卵巢囊腫（濾泡囊腫、黃體囊腫、腺腫性囊腫）癒着，穿破中隔，成一共通之囊腫。囊之內壁於兩囊腫境界部可見殘留中隔之突起。囊腫自雞卵大以至兒頭大不等。內容為漿性透明，時或化膿。

治療 剔出囊腫。

(五) 輸卵管妊娠 (Tubenschwangerschaft)

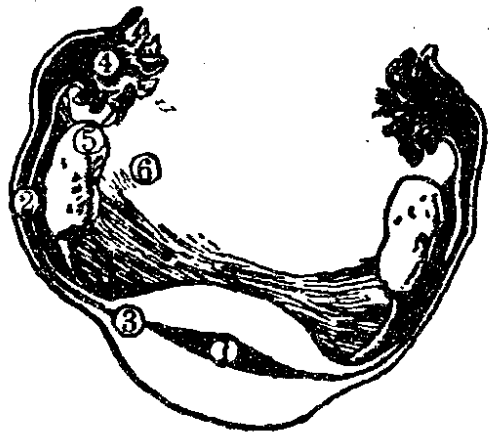
受胎卵子着床於子宮腔以外之部分而發育者，名子宮外妊娠，其中最多數(85%)位於輸卵管，故有輸卵管妊娠之稱。

種類 輸卵管妊娠從其卵子所在之部位分為下列數種 (第二十四圖)

- (1) 輸卵管峽部妊娠。
- (2) 輸卵管漏斗部妊娠。
- (3) 輸卵管間質部妊娠。

(4) 輸卵管子宮妊娠 此係指妊卵位於間質部而一部突出於子宮腔內而言。

(5) 輸卵管腹腔妊娠 位於漏斗部之妊卵其一部分突出於腹腔內。



第二十四圖 輸卵管妊娠之模型 1 普通妊娠 2 輸卵管峽部妊娠 3 輸卵管間質部妊娠 4 輸卵管漏斗部妊娠 5 輸卵管卵巢妊娠 6 腹腔妊娠

(6)輸卵管卵巢妊娠 其胎囊由輸卵管及卵巢而成。

普通以(1)(2)兩者為最多,其他極少。

原因 凡妨礙妊卵到達子宮腔內者皆可為其原因。

(1)輸卵管異常:

(a)輸卵管解剖的異常 因輸卵管先天性畸形、發育異常、炎症、腫瘍及周圍壓迫等使管腔狹窄或成盲囊。

(b)輸卵管生理的官能異常 如分泌物異常、上皮氈毛運動及管壁蠕動不全等。

(2)妊卵異常:

(a)妊卵異常大者(如雙胎等)

(b)妊卵內遊走 一度已入子宮腔之妊卵,更被輸送至反對側輸卵管之內而着床。

(c)妊卵外遊走 妊卵出腹腔入反對側輸卵管之內而着床。蓋因此較入同側輸卵管內之時日為長,以至已發育增大之妊卵不能通過狹隘之輸卵管故也。

凡使輸卵管發生變化之疾病,皆可起輸卵管妊娠,其中因淋病而起者為最多,故淋病患者之人數增加,而輸卵管妊娠之數目亦增多。其他因產褥而生輸卵管炎之結果,亦可起輸卵管妊娠,故以經產婦為較多。

病理解剖 妊卵一旦着床於輸卵管之內,則黏膜變為脫落膜狀組織,包圍妊卵,但甚非薄,不能如在子宮內之充分形成,致卵之絨毛漸次侵及輸卵管壁,而進入肌層。此時子宮內雖無妊卵,但亦形成脫落膜,故子宮亦如正常妊娠時肥大柔軟,約達三個月妊娠子宮之大。

轉歸 普通於妊娠前半期中絕，其大多數中絕於第三個月以前。中絕之樣式有流產及破裂二種。

(1) 輸卵管流產(Tube abort) 多起於妊娠第 1—2 個月之間。此時因輸卵管收縮，胎盤剝離，繼之出血，使妊卵由着床部脫離向腹腔內排出而消滅，但亦有少數因胎盤剝離不全，尙能持續營養，而成爲續發性腹腔妊娠者。

輸卵管內充滿血液，形成所謂輸卵管血腫。少量之血液自輸卵管腹口流入腹腔，集合於輸卵管之周圍，而形成輸卵管周圍血腫。若血液量多時，則集合於 Douglas 窩內，而形成子宮後血腫。妊卵若着床於峽部，因管腔狹窄，則卵之排出困難，須較長之時間始能排出，而成所謂遷延性輸卵管流產，此時妊卵因浸潤血液，變爲凝血樣塊，而成輸卵管鬼胎。

(2) 輸卵管破裂(Tube ruptur) 多起於妊娠第 2—3 個月以後，且以峽部妊娠爲最多。一般高度出血，母體每因內出血而死。腹膜刺戟症狀亦顯著。

排出於腹腔內之胎兒概皆死亡，而成續發性腹腔妊娠者極少。其死亡之胎兒，在妊娠初期者，漸被吸收不留痕跡，妊娠月數較多者有起木乃伊變性，或因石灰沉着變爲石兒，更有因細菌傳染而化膿。

診斷 初期子宮外妊娠之診斷非常困難，蓋因子宮外妊娠之初期，子宮亦如正常妊娠起同樣之變化，故與正常子宮妊娠之鑑別殆不可能也。

輸卵管妊娠之確實診斷，須在中絕之後。

中絕之診斷：

(1) 既往症 無月經。

(2) 下腹部疼痛 輸卵管破裂時，有極強烈之疼痛，且普通無何等前驅症狀，多突然而來。輸卵管流產時，因輸卵管收縮，乃起發作性痙攣性疼痛，此即所謂輸卵管陣痛，反復發作。

(3) 子宮出血 繼疼痛之後而見子宮出血，持續期長而出血量少，血液呈暗黑色或漆黑色。於血液內同時混有排出之脫落膜。

(4) 內出血症狀亦存在。

凡有以上各症狀之患者，如行內診可觸知子宮後血腫或輸卵管周圍血腫，用診斷更為確實。

子宮外妊娠之末期，亦有正常妊娠之徵候，內診時可各別觸知子宮與胎囊，在腹壁上亦可觸知胎兒各部分；如正常妊娠然。當母體於胎動之際訴有腹痛。

預後 能早期斷定而加以適當處置者佳良，若失去時期或化膿者，則多不良。

治療 速行開腹術。不論其妊娠尚持續，或已破裂，或因流產而起內出血及化膿者，皆應速行手術，愈早愈妙，即在已形成血腫，出血似已停止者亦須速行手術為要，蓋任其自然，必有再出血與誘發傳染之大危險也。

第五 卵巢疾病

(一) 卵巢畸形及發育障礙

() 卵巢完全缺如 (Vollständiges Fehlen der ovarien)
兩側卵巢完全缺如，未見於生存者，惟發現於高度畸形之胎兒

而已。

(2)一側卵巢缺如(Einseitiges Fehlen des Ovariums) 見於單角子宮,同側輸卵管亦多缺如。

(3)過剩卵巢(Ovarium Superumerarium) 於一對正常卵巢之外,尚有第三卵巢,且同時附屬有第三輸卵管及第三卵巢固有韌帶。亦有卵巢被絞榨分離,而區分為兩三個者。

(4)卵巢發育障礙(Entwicklungs hemmung des Ovariums) 就中以殘廢性發育為多,且同時兼有其他生殖器之發育不全。

(二) 卵巢位置異常

(1)卵巢下垂(Descensus ovarii) 由子宮後屈,子宮下垂,子宮脫出等而起,概無何等症狀,唯下垂之卵巢若起炎症變化而固定於周圍者,則於排便或性交時訴有疼痛。

治療 整便通,慎性交,障礙甚者用手術矯正或剔出之。

(2)卵巢 Hernia 通常為鼠蹊 Hernia,而股 Hernia 則甚少。患側鼠蹊部有不快、壓迫及緊張等感,又當月經、勞動、性交時感覺疼痛。脫出之卵巢常常發炎。

治療 可能還納者還納之。訴有痛苦而不能還納者,用手術還納或剔出之。

(三) 卵巢炎(Oophoritis)

卵巢炎分傳染性與非傳染兩種。傳染性卵巢炎由細菌傳染而起,臨床上又區別為急性卵巢炎及慢性卵巢炎。非傳染性卵巢炎,乃由循環障礙而起,唯卵巢之營養障礙,原非真正炎症,故有特發性卵巢炎之稱。

病理解剖：**(1)傳染性卵巢炎大概有二種形式：**

一為卵巢間質內起瀰蔓性或限局性圓形細胞浸潤（浸潤性炎症）。

二為濾胞、黃體或卵巢全體形成膿瘍（化膿性炎症），而有破潰於周圍之危險。

(2)非傳染性卵巢炎亦可分二種形式：

一為濾胞上及卵細胞起混濁腫脹、脂肪變性，終至卵巢萎縮，即實質性卵巢炎是也。

二為卵巢間質內起強度之圓形細胞浸潤，乃至瘢痕萎縮，即間質性卵巢炎是也。

後者因卵巢白膜肥厚，妨礙濾胞破裂，常使卵巢起所謂小囊腫變性。

原因：

(1)傳染性卵巢炎之原因：因淋菌、葡萄狀球菌、連鎖狀球菌、大腸菌、結核菌、肺炎菌、傷寒菌、放線狀菌、癩菌等之侵入而起，且此等細菌傳染多見於產褥、手術、蟲樣突起炎之時。

(2)非傳染性卵巢炎之原因。因心、肺、肝、腎等之一般循環障礙、卵巢及子宮等之位置異常、子宮之炎症、產褥性子宮之復舊不全、月經時不攝生、房事過度、便秘、急性傳染病，磷中毒、水銀中毒等而起。

症候 臨床上所遭遇之傳染性卵巢炎，有疼痛、月經異常、及不妊等，後乃呈神經衰弱、Hysterie 等症狀。

骨盤內發生鈍痛，甚者呈電擊性疼痛，尤於內診、月經、排

便、性交、身體運動時疼痛增劇。

月經不順或過多。

診斷 以雙合診可觸知卵巢增大，有壓痛，但實際上診斷頗難。

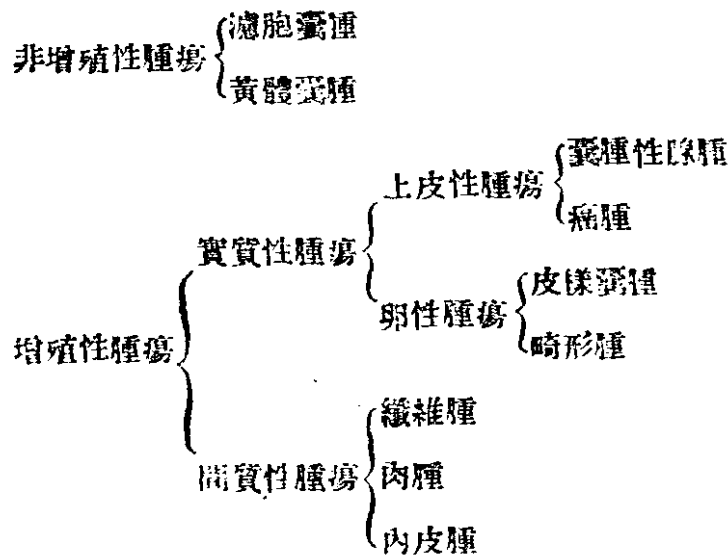
預後 急性者多能治療，但慢性者甚難。

治療 急性期絕對安靜，下腹部用冰囊，對於疼痛用阿片劑，形成膿瘍者用陰道式切開。

慢性期避身體勞動，行下腹部溫罨包、溫浴、陰道洗滌 陰道球等療法。對神經症狀行一般治療。

(四) 卵巢腫瘍(Geschwülste des Ovariums)

卵巢腫瘍，依 Pfanneustiel 氏分類法，列舉如下。



(1) 濾胞囊腫及黃體囊腫(Foll kelzyste u Corpus luteum zyste)

兩者均非真正新生物，為一種潑潑性囊腫。

A 濾胞囊腫 因成熟濾胞不破綻，潑潑濾胞液而起。不甚大，超過手拳者甚少。表面平滑，囊壁非薄，內容為透明漿液性

液體，囊腫內面覆以一層扁平上皮細胞。

B 黃體囊腫 約與濾胞囊腫同大，惟囊壁肥厚，由內外二層而成，內層為波狀皺襞帶黃色之 Lutein 層，外層為黃體纖維層，比較強韌，內容為漿液性透明無色，或帶黃色。

以上兩種囊腫發育極慢，且不似其他囊腫無限制發育，亦無生命之危險。

症狀 大概缺如，或患側有壓感及輕度痛感，尤於月經時增劇，且每次月經不順。

囊腫有因自然破裂或由內診之指壓破裂而治癒者。

臨床上與卵巢囊腫甚難區別，故常於手術剔出後，始能確實診斷。

治療 無特別處置，若能排除內容，即可痊癒。

(2) 卵巢囊腫性腺腫 (Cystadenoma ovarii)

本囊腫約占全卵巢腫瘍 80%，通常稱卵巢囊腫者，即指此種囊腫性腺腫而言。

病理解剖 本囊腫有腺性囊腫與乳嘴性囊腫之別，但依各學者則有下列不同之名稱：

(1) 腺性增殖性囊腫 (Waldeyer)

類(假性)黏液素性囊腫性腺腫 (Pfannenstiel)

外翻性囊腫 (Gebhard)

(2) 乳嘴性增殖性囊腫 (Waldeyer)

漿液性囊腫性腺腫 (Pfannenstiel)

內翻性囊腫 (Gebhard)

腺性囊腫較乳嘴性囊腫為多，前者約占全卵巢腫瘍三分

之二。

A 腺性囊腫(Glanduläre Zyste)

肉眼的所見 囊腫之表面爲粗大凹凸卵圓球形，外觀呈灰白色、蒼白色或帶青色。硬度多爲彈力緊張性或有波動。囊腫大都爲多房性。其初囊腫壁上皮細胞增殖，形成一腺胞，此腺胞若被絞縮，而成第二囊腫，此時結締織性被膜亦增殖，圍繞於兩囊腫之外，遂成多房囊腫，而單房性者，亦因內容液互相壓迫，致各房之隔壁破潰消失而成，並非其初卽爲單房性也。故小囊腫以多房性爲多。又因各房皆向外發育，故亦稱曰外翻性囊腫。囊腫內容爲稀薄或濃厚之黏稠性液體，呈白、黃、褐、暗褐、綠等色。液中每含有 Cholesterin 結晶，故有一種光澤。各房之內容液並不相同，比重約 1020—1030，若煮沸之，則凝固，其化學的成分爲類黏液素，故亦曰類黏液性囊腫。

腺性囊腫概生於一側卵巢，又多爲有莖發育，在廣韌帶兩葉間發育者少。

顯微鏡的所見 囊腫內壁常被一層圓柱上皮細胞，此上皮分泌極旺盛，故有腺性囊腫之名。

腺性囊腫之內容特別濃厚，成膠樣者，曰膠樣囊腫。但其壁極薄，故內容每破出於腹腔內，起異物性刺戟，而生良性腹膜炎或轉移，Werth 氏稱爲腹膜假性黏液腫。又囊腫之外觀如葡萄狀鬼胎者，曰葡萄狀囊腫。少有於假性黏液素性囊腫之內壁，亦有乳嘴狀發育者(假性黏液素性乳嘴性囊腫)。

B 乳嘴性囊腫(Papilläre Zyste)

肉眼的所見 其外觀大體與腺性囊腫相似，惟其內容爲

稀薄漿液性透明或混濁，含有少量蛋白質，類黏液素甚少或缺如。因囊腫之內壁如乳嘴狀增殖，故有乳嘴性囊腫之稱。又因乳嘴向內方增殖，亦名曰內翻性囊腫，但其乳嘴亦有向囊腫壁外發育者。囊腫內部有多房性或單房性，一如腺性囊腫。

乳嘴性囊腫概生於兩側（60—80%），常發育於廣韌帶之內，且生腹水，有時生於囊腫壁之乳嘴不僅旺盛繁殖，且每播種於腹膜或鄰接臟器。至末期大抵起癌腫變性，故一般較腺性囊腫為惡。

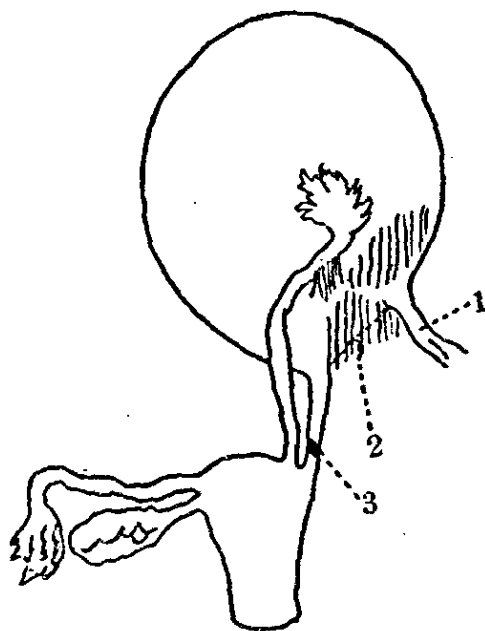
顯微鏡的所見 內壁被以氈毛上皮，由胚上皮而生。

卵巢囊腫發育之狀態 卵巢囊腫漸次發育，有終至十分巨大者，其發育狀態，有如上述，分有莖發育及廣韌帶間發育兩種。

有莖發育 其莖由內側之固有卵巢韌帶與外側之卵巢提韌帶而成，兩者之間有卵巢間膜，卵巢動脈及子宮動脈之分枝經過其中，司腫瘍之營養（第二十五圖）。莖之長短不一，有極短者，有長達15 cm 者，

廣韌帶間發育 腫瘍向廣韌帶兩葉間發育，其被廣韌帶之部分與不被部之境界，可見白線，名Farre-Waldeyer 氏線。

原因 不明。與年齡雖無大



第二十五圖 卵巢囊腫之莖
1 卵巢提舉韌帶 2 卵巢間膜 3 固有卵巢韌帶

關係，但以 30—50 歲為最多。

症候 囊腫在初期無何等症狀，及達相當大，始發現症狀。以其漸次增大乃起種種壓迫症狀，如消化、呼吸、循環等障礙，尤以腫瘍上昇入腹腔內，因壓迫胃腸，以致食慾不振，營養障礙，又因囊腫內分泌旺盛，以致蛋白損失，終則患者陷於衰弱狀態，呈一種特別之顏貌（卵巢顏貌）。

月經殆正常，故仍能受孕者不少；但兩側卵巢發生囊腫者，則無月經。

經過 約在 1—10 年之間，囊腫增大甚者，其重量有超過體重，終因蛋白消失及種種壓迫症狀衰弱而死，又經過中每起種種合併症。

合併症：

(1) 癒着 卵巢囊腫常與大網膜、腹壁、腸、子宮及膀胱等器官癒着，其原因為莖捻轉、囊腫壁出血、壓迫性壞死、穿刺等。

有癒着者，概訴有牽引感或疼痛，然亦有全無痛苦者。

(2) 莖捻轉 卵巢囊腫約有 15% 起莖捻轉，捻轉甚者則起血液循環障礙，因之併發重篤症狀。

莖捻轉之原因，為強劇腹壓、變換體位、合併妊娠、腹壁弛緩及囊腫之偏側性發育者。

莖捻轉超過 180° 時，則妨礙其中行走之靜脈血之還流，故囊腫因之急速增大，由其內壁出血於囊腫內，其外壁亦失去上皮，而與周圍器官起炎症性癒着，囊腫呈青赤色或灰白褐色。

莖捻轉之程度若達 $3 \times 180^\circ$ 乃至 $4 \times 180^\circ$ 時，則不僅動脈血流通發生障礙，其莖亦每被離斷，而囊腫游離於腹腔之內，次第萎縮，或與周圍臟器癒着，且因有血行，而復繼續得以營養者有之。或因捻轉之結果而囊腫有起破裂者。

莖捻轉之症候 突然訴下腹劇烈疼痛，並有惡心、嘔吐、發熱($38^\circ - 38.5^\circ\text{C}$)，甚者虛脫失神。繼則疼痛瀰蔓於全腹部，腹部膨滿，顏面蒼白，舌苔，脈搏細小頻數。此等腹膜炎性症狀至翌日稍輕快，4—5日後完全恢復，惟在下腹部可觸知急速增大之腫瘍。

莖捻轉慢性者，則不呈特有之症狀。稀有以莖捻轉之結果致起腸閉塞症，或囊腫化膿等之危險，但通常不致因此而直接喪失生命。惟避此等危險，應速行腫瘍剝出術為是。

莖捻轉之症狀與腸閉塞症，蟲樣突起炎、膽石等相似，易誤診，故須注意腫瘍之存在，而下診斷。

(3)破裂 因粗暴之診察、莖捻轉、外傷等可使囊腫破裂；破裂之時，囊腫即刻消滅或縮小。其內容若為無菌性者，不呈特別症狀，液體經數日漸被吸收；若為有菌性者，則起腹膜炎。同時尿之排泄量亦增加。乳嘴性囊腫或類黏液素囊腫破裂之時，則播種腹膜或鄰接臟器。

(4)化膿 莖捻轉、穿刺、產褥等之後，囊腫內容化膿，或由腸管、輸卵管等經血管系而起細菌傳染。

(5)出血 當莖捻轉、穿刺、外傷、粗暴診察、月經期前之充血、乳嘴增殖等之時，於內壁或囊腔內起出血，因之囊腫急速增大，出血大者，有惹起貧血。

(6)惡性變性 最多者為癌腫變性。腫瘍急速增大，且發生疼痛及形成腹水，終使患者陷於惡液質。

診斷：

(1)小卵巢囊腫之診斷 小卵巢囊腫位於骨盆腔內，子宮之後側方，而子宮被排壓於反對側。若囊腫稍大者，則上昇於腹腔內，轉至子宮前方，接近腹壁，而子宮則多取後傾位置。

囊腫之形狀：多呈球形或橢圓形，表面平滑，境界明瞭，時或表面凹凸不平。有莖發育者，由內診可於腫瘍與子宮之間觸知其莖；移動性大。若在廣韌帶內發育或癒着者，則難移動。

囊腫之硬度：通常為緊張彈力性，時或呈波動性，但內容特別濃厚或由多數小囊合成者，則有實質性腫瘍之感，無壓痛。

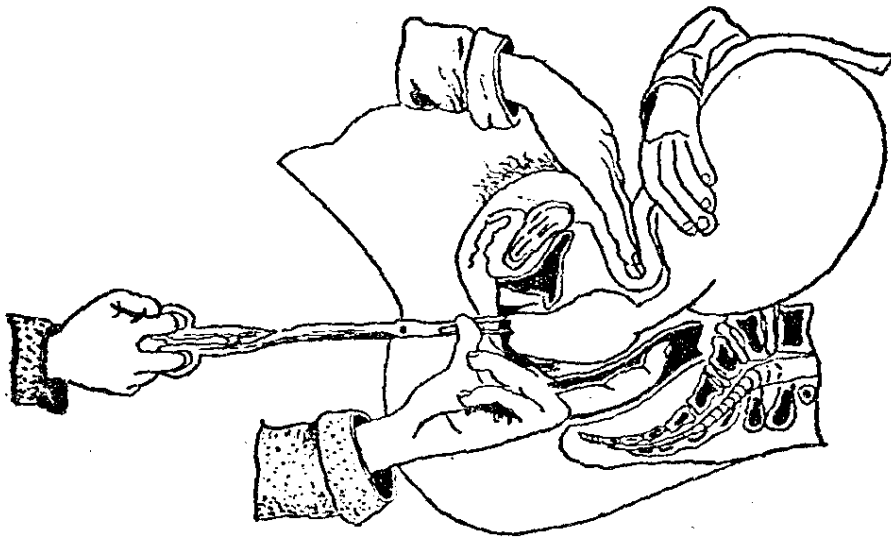
(2)大卵巢囊腫之診斷 囊腫增大者，則上昇於腹腔內。大概呈球形，表面平滑，有緊張彈力性或波動性，境界明瞭，下連於小骨盤之內。就腹部打診，腫瘍部分呈濁音，其周圍呈鼓音。

用雙合診，除觸知腫瘤之外，尚可觸知子宮，且可證明有莖。又用 Hegar-Schultze 氏方法(第二十六圖)更為明瞭。其法以鉗子挾定子宮陰道部，命助手將子宮向前下方牽引，用他手自腹壁將腫瘤壓向上方，同時診察者以手指插入直腸之內，他手在恥骨縫合上可觸知腫瘤與子宮間緊張性之莖。

類症鑑別

(1)小卵巢囊腫之鑑別診斷：

(a) 與子宮肌腫之鑑別 子宮肌腫與子宮直接結聯，



第二六圖 Hegar-Schultze 氏囊腫之莖觸診法

而在囊腫則腫瘤與子宮各別觸知，又肌腫較硬，且可觸知兩側卵巢，用子宮消息子診察，覺子宮腔延長或擴大，且概有月經過多及疼痛性月經，但在囊腫，通常月經不異常。

(b) 與炎症性滲出物之鑑別 在子宮周圍炎或骨盤腹膜炎之滲出物，可以追尋其既往發病之原因，並注意其發熱、疼痛等之有無。又滲出物之境界為瀰蔓性不規則，局部初尚柔軟，後漸硬固，有壓痛。而囊腫之硬度則常有一定，無壓痛。

(c) 與輸卵管妊娠之鑑別 輸卵管妊娠時，無月經，且有其他妊娠徵候，又可觸知軟餅狀搏動著明之腫瘍。

在外妊中絕者，則病側下腹部突然發生劇烈疼痛，同時有外出血與內出血之症狀。且於 Douglas 氏窩內蓄積血液，形成子宮後血腫，此血腫初則柔軟，後漸硬變，無移動性。外出血之中，每混有脫落膜片。

(d) 與輸卵管囊腫之鑑別 輸卵管囊腫由輸卵管炎

之結果而發生，蜿蜒屈曲，且屢犯兩側輸卵管。而輸卵管囊腫與卵巢囊腫不同，不致無限制的增大。

(e) 與妊娠子宮後屈症之鑑別 妊娠時無月經，有其他妊娠徵候，而柔軟腫瘤直接與子宮頸部接連。

(2) 大卵巢囊腫之鑑別診斷：

(a) 與腹水之鑑別 腹水在腹部之前下方特別膨隆，呈所謂蛙腹狀，境界不明，打診腹部之中央呈鼓音，兩側方呈濁音，且因體位之變換，打診音亦變位為特徵。又在腹水之時更應留意肝、心、腎等之疾病。

(b) 與妊娠之鑑別 妊娠之時其腫大為子宮本身，按月數而增大，無月經，有胎兒心音及胎動，且有其他妊娠之徵候。

(c) 與囊腫性肌腫之鑑別 子宮肌腫軟化而變為囊腫狀者，其腫瘤常連子宮，若以消息子插入，可證明子宮腔之變化，且有月經過多及疼痛性月經等之月經異常。

(d) 假性腫瘤 腹部膨滿、糞便蓄積、膀胱過度充盈等往往誤診為卵巢囊腫。為避免此種錯誤，可於診察前先行灌腸導尿，使膀胱及直腸空虛後診察，即可區別。

預後 若放置囊腫任其自然發育，終至死亡，於其經過中有起上述各種合併症之危險。

治療 行陰道式或腹式卵巢剝出術，通常概用腹式剝出術。在月經閉止後之婦人及乳嚙性囊腫，同時可以剝出他側卵巢。

有莖發育者，可行單純莖結紮，切斷而剝出之，若在廣韌

帶間發育者，可先結紮切斷固有卵巢韌帶及卵巢提韌帶，然後切開廣韌帶，以鈍性剝離囊腫。

囊腫巨大者，欲達腹壁切開較小之目的，在腹壁小切開之後，將囊腫壁亦加以小切開，或插入套管針，先排出其內容物之一部，然後牽出囊腫於腹壁之外，結紮切除之，惟須留意勿使內容物流入腹腔內。

囊腫與周圍癒着者，通常容易剝離，若癒着堅固，剝離不能者，則縫合囊壁於腹壁之創緣，切開囊腫，排除內容，然後插入紗布，是即所謂腹膜外處置法。

(3) 卵巢癌腫 (Carcinoma ovarii)

卵巢癌腫以 30—50 歲婦人爲最多。

病理解剖 卵巢癌腫分原發性、續發性及轉移性三種。

(1) 原發性卵巢癌腫 原發性者由胚上皮或濾胞上皮而發生。多犯兩側，其大者達小兒頭大，爲表面平滑圓形腫瘍，或不規則之結節狀；分葉狀。呈褐赤色。剖面呈白色，有每散在性出血灶及軟化灶。其質堅硬，若內部軟化，則呈彈力性。往往發生疼痛，致使患者陷於惡液質，月經閉止，早期形成腹水，且易播種於腹膜。

(2) 續發性卵巢癌腫 概由乳嘴性囊腫續發癌腫變性；而續發於腺腫性囊腫者極少。其惡性變化部呈髓樣外觀，通常早期與周圍癒着，而且發生腹水，月經閉止，疼痛劇烈，易起惡液質。附近腹膜亦生癌腫。

(3) 轉移性卵巢癌腫 由子宮、胃腸、乳腺等之癌腫轉移而來。

尚有所謂 Krubenberg 氏卵巢腫瘍者，爲實質性腫瘍，其初 K 氏稱爲癌性黏液細胞性卵巢纖維肉腫，主張其爲卵巢原發性之肉腫，後由 Marchand 氏改稱曰黏液細胞癌。概由其他臟器之癌腫，尤以胃癌轉移而來，其切片之中，有特有大小各種泡狀膨大之細胞，核偏在於一側，就其形狀言則有環狀細胞之稱。

症候及診斷 卵巢癌腫在下腹部可觸知硬性腫瘍，概生於兩側，故往往無月經，且早期發生腹水，轉移亦較早，能轉移於肝、胃腸、子宮、腹腔淋巴腺等處。若至末期與周圍發生癒着，則起疼痛，患者逐漸陷於惡液質。

預後 不良，即使早期手術，亦難免再發。

治療 行兩側卵巢剔除術。

(4) 卵巢皮樣囊腫 (Dermoid Zyste des ovariums)

皮樣囊腫與畸形腫皆由卵細胞而生，腫瘍之內有由胎兒內外中三胚葉發生之特有組織或器官。但皮樣囊腫與畸形腫不同者，即各種組織或器官之排列順序整齊不亂，宛如正常之身體然。

本腫瘍約占全卵巢腫瘍 10%，雖與年齡無關，但以壯年人爲較多。

臨床上所見 多爲有莖發育，腫瘍呈球形或橢圓形，表面平滑，其大自櫻實大以至小兒頭大不等，發育緩慢，不如卵巢囊腫之無限制的增大，其硬度大部分有彈力性緊張，亦有一部分爲硬固性者，是因有骨、軟骨等組織存在之故也。以單房性者居多，常占居子宮前方之膀胱子宮窩，且多發生於兩側卵巢

(18%)；若生於一側，則常見於右側。

病理解剖 囊腫內壁平滑，其中一部分時有圓錐狀突起，曰皮樣囊腫突起。突起及其周圍被蓋皮膚組織，且生有毛髮（第二十七圖）。突起部以顯微鏡檢查，可見由三胚葉所生之各組織及器官。除皮膚為常見組織外，尚有骨、軟骨、齒、肌肉、神經細胞、指、顎等。



第二十七圖 皮樣囊腫內毛髮及齒

皮膚組織有皮脂腺，且能分泌皮脂，故囊腫內充滿粥狀皮脂，內有毛髮散在，或成毛團。皮脂為小球狀，在體溫中為液體，一經冷卻則凝固。

經過 往往起莖捻轉、癒着、化膿等。時或毛髮穿通囊壁，或更貫通腸、膀胱等，與內容共同排出。若囊腫破潰於腹腔內，則周圍發生結締織以包裹之，恰如皮樣囊腫之轉移然。又皮樣囊腫有起瘡腫或肉腫變性。

預後 較卵巢囊腫佳良。

治療 惟有用手術切除卵巢之一法，但手術時須注意勿使內容流入腹腔內。

(5) 卵巢畸形腫 (Teratoma ovarii)

卵巢畸形腫亦由三胚葉所生之組織而成，惟與皮樣囊腫不同，以各組織之排列順序完全不規則故也。

畸形腫多發生於小兒期。但較皮樣囊腫為少。

臨床上所見 腫瘍呈圓形，爲表面凹凸不平之實質性腫瘍，其切面各處可見小腔，內面被蓋圓柱細胞，毳毛細胞等。多爲有莖性發育，無限制的增大，發育頗速，多併發腹水，患者終亦陷於惡液質。

預後 不良。

治療 應早期行兩側卵巢剔除術。

(6) 卵巢纖維腫(Fibroma ovarii)

多見於 40—50 歲之婦人，約占全卵巢腫瘍 2%。

病理解剖及臨床上所見 纖維腫多爲瀰蔓性發育（瀰蔓性型），限局性發育（限局性型）者少。兩者均爲實質性硬固之腫瘍，其剖面白色，呈纖維性構造。限局性者自卵巢表面突出，或有莖發育。瀰蔓性者表面較平滑，且能保持卵巢之原形，但亦偶有甚巨大者，大抵爲有莖性發育。

本腫瘍約有 20% 發生於兩側卵巢，爲良性腫瘍，發育緩慢，時或併發腹水。

預後 佳良。

治療 剔除腫瘍。

(7) 卵巢肉腫(Sarcoma ovarii)

發生年齡不定，但以壯年期（20—30 歲）爲多，約占全卵巢腫瘍 5%。

病理解剖及臨床上所見 就組織學上言，以纖維肉腫及紡錘細胞肉腫最多，而圓形細胞肉腫及巨態細胞肉腫亦有之。

本腫瘍爲球形實質性腫瘍，較纖維腫柔軟，亦多犯兩側卵巢，大抵爲有莖性發育，其發育迅速，且能轉移於腹膜、大網

膜、胃及肺等，早起腹水，終至患者陷於惡液質。

預後 不良，就中尤以圓形細胞肉腫爲最不良。

治療 行兩側卵巢剔除術。

(8) 卵巢內被細胞腫及外被細胞腫 (Endothelioma et Perithelioma ovarii)

兩者均爲卵巢肉腫之一種，由手術剔除後行組織的檢查，始得確實診斷。

內被細胞腫：由卵巢血管或淋巴管之內被細胞發生。

外被細胞腫：由卵巢血管外膜結締組織細胞發生。

預後 兩者均爲惡性腫瘤，故預後不良。

治療 早期剔除兩側卵巢。

(9) 副卵巢囊腫 (Parovarialzyste)

此爲由副卵巢所發生之滲溜性囊腫。

病理解剖及臨床上所見 副卵巢囊腫發育於廣韌帶之內，殆爲單房性，發育緩慢，其大自豌豆大乃至大人頭大，囊壁菲薄，被蓋卵巢間膜，表面之毛細管排列如網，呈副卵巢囊腫特有之外觀。內壁被蓋毳毛上皮，囊腫之內容爲透明稀薄漿液性，蛋白質量甚微，無類黏液素，比重爲 1005—1010。

預後 佳良。

治療 施行囊腫剔除術。

第六 骨盤結締組織及骨盤腹膜之疾病

(一) 骨盤結締組織炎(子宮周圍炎)

(Pelvic cellulitis) (Parametritis)

原因 由細菌傳染而起，其病原菌以連鎖狀球菌及葡萄球菌為最多，此外尚有淋菌、大腸菌、放線狀菌、感冒菌、白喉菌等。

此等細菌侵入之機會，最多為分娩及流產(尤其是人工流產)，此時所起之炎症，曰產褥性骨盤結締織炎。其他因消毒不充分之婦科手術及診察，如插入消息子、擴張子宮、搔爬內膜、子宮陰道部或陰道手術等，亦屢發本病。或由鄰近臟器之炎症而來，如續發於輸卵管炎，盲腸周圍炎、直腸周圍炎、膀胱炎、骨盤腐骨等是。此外月經時感冒、頑固便秘等亦可惹起本病。

症候及經過 與一般炎症同，以發熱、疼痛及滲出物形成為主徵。若經過多日，則患者次第衰弱，或誘起敗血病，可以突然而死。

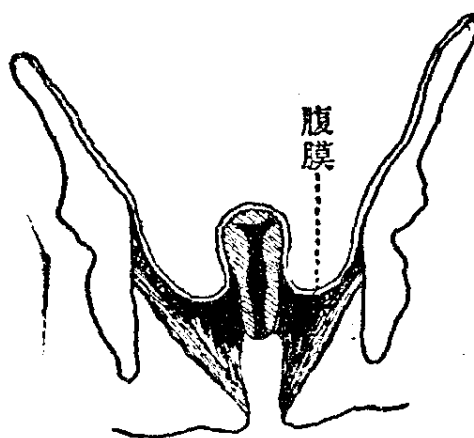
(1)發熱與疼痛 常同時並發。在初期下腹部疼痛，繼以惡寒與體溫($38^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$) 上昇，同時疼痛增劇(急性骨盤結締織炎)，此等症狀普通約經一週間後而輕快，乃移行於慢性期(亞急性或慢性骨盤結締織炎)，是時體溫下降至 38°C 以下，疼痛亦消退，但當月經、身體運動、排便、及局所受壓迫之時，仍訴疼痛，更經時日，則體溫降至常溫，尤以滲出物被吸收之後，則完全無熱。但因身體勞動等之不攝生，而使新滲出物起貯留或化膿之時，則體溫又復急速上昇。

(2)滲出物 貯留於子宮之前後左右，更有後方波及腹膜後結締織，前方至腹膜下結締織。在滲出物多量者，則骨盤腹膜被壓上移，陰道壁被壓下垂。若滲出物貯留於一側，則子宮被壓向反對側，後因滲出物被吸收而萎縮，牽引子宮傾向病

側。滲出物多者，每超過人頭大，可於腹壁觸知之。又因滲出物壓迫直腸、膀胱、骨盤內血管等，致起便秘、裏急後重、尿閉、尿意頻數及下肢浮腫等症狀。若用雙合診，則初期可觸知波動性或柔軟之壓痛性腫瘤，至後期因滲出物被吸收，則漸次增加硬度，但仍有壓痛，而無移動性。

在初期有特有滲出物之境界，由是可與子宮外膜炎鑑別，即滲出物之上界甚明，而下方及側方為瀰蔓性不明瞭(第二十八圖)，是因上方被有骨盤腹膜故也。但在病勢進行而與子宮外膜炎合併者，則不能區別。

滲出物漸被吸收有不留何等痕跡者，或殘遺塊狀與索狀之硬結，更有經過中因細菌傳染而化膿者。其化膿性滲出物雖亦有被其吸收，而大多數概



第二十八圖 骨盤結締織炎之模型

破潰於周圍器官排出膿汁，體溫因之下降而癒。至於穿孔，通常則向直腸、膀胱、子宮或腹壁等處，而破潰於腹腔內者則甚少。

診斷 注意既往症，即分娩、流產、手術，及以發熱、疼痛之有無。就局所所見，檢查滲出物之性質，亦可為診斷之助。

預後 在產褥性骨盤結締織炎，往往因敗血症而死，此外雖無直接生命之危險，但對於健康及生殖能力等，則預不良。

治療 在急性期須絕對安靜，下腹部用水囊或塗布 Ichthyol，可溶性銀液等，給與流動性食物，調整便通。形成膿瘍

者切開排膿。對於慢性期爲促進滲出物之吸收，可用溫罨包，陰道球、陰道栓塞、陰道洗滌、光線浴、電氣浴、熱氣療法、電膠銀液肌肉內注射，或應用壓迫療法、按摩、及 Diathermie 等。

(二) 骨盤腹膜炎(子宮外膜炎)(Pelveoperitonitis) (Perimetritis)

原因 就其原因可分爲傳染性與非傳染性骨盤腹膜炎兩種。

(1)傳染性骨盤腹膜炎 由細菌傳染而起，其病原菌爲連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、大腸菌、淋菌、肺炎菌等。傳染之誘因以分娩爲主，此外爲開腹術、腹腔內化膿灶破潰、子宮穿孔等；其由化膿性輸卵管炎、蟲樣突起炎、腹膜炎等傳播而起者亦不少。

(2)非傳染性骨盤腹膜炎 由種種之刺戟而起。

(a)機械的刺戟及異物 如卵巢囊腫莖捻轉或破裂時之內容物，輸卵管妊娠時之血液、胎兒及其附屬品，開腹術時之手指、器械、紗布等，惡性腫瘤；尤以卵巢及子宮癌腫等，皆可刺戟腹膜，使起炎症。

(b)化學的刺戟 如應用於子宮腔內各種藥物之刺戟，

(c)因月經時性交、感冒及其他不明之原因等而起。

病理解剖

(1)傳染性骨盤腹膜炎：

(a)腹膜混濁，呈強度充血。

(b)滲出物形成，起初於腹膜表面形成纖維素性或化膿性纖維性偽膜，後以滲出物次第增加，常瀦溜於 Douglas 氏

窩內。此化膿灶每因破潰而入周圍器官。

(c) 腹膜與其他臟器癒着，如與腸管癒着是也。

(2) 非傳染性骨盤腹膜炎：

(a) 因結締織之新生而發生膜樣或腱樣之細絲。

(b) 滲出物為漿液性，無細菌。

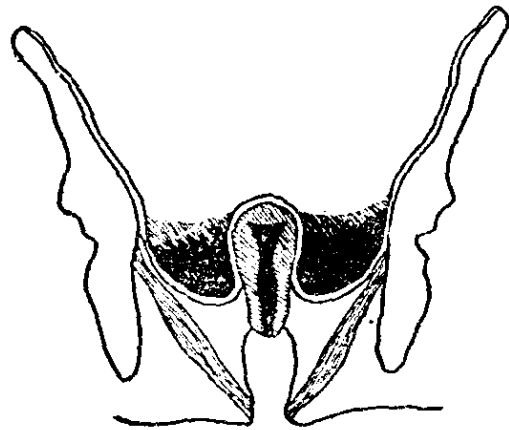
(c) 癒着常存在。

(d) 續發於惡性腫瘍者，腹膜充血混濁，如傳染性者然，且其滲出物帶血性。

症候：

(1) 傳染性骨盤腹膜炎 有種種腹膜炎症狀，即惡寒、高熱、惡心、嘔吐、脈搏頻數、下腹部疼痛及膨滿等感。

滲出物常瀦溜於 Douglas 氏窩內，在初期有特有之境界，即上方為瀰蔓性，而下方境界卻甚明顯（第二十九圖）。如以後併發骨盤結締織炎，則下方變為瀰蔓性，而上方因被有纖維素性被膜，反較明瞭。



第二十九圖 骨盤腹膜炎之模型

(2) 非傳染性骨盤腹膜炎 其症狀較前者一般緩慢。

發熱與疼痛輕微或缺如。若因卵巢囊腫之莖捻轉，則甚疼痛，其他症狀亦著明。若與周圍發生癒着，則於身體運動及月經等時訴有牽引或疼痛感。

滲出物以後多殘留索狀或癍痕狀，因此常起子宮、輸卵管

等之癒着、轉位及屈曲等症。

預後 在傳染性者，有惹起汎發性腹膜炎之虞，故須留意。在非傳染性者，雖無生命直接之危險，但可爲不妊症，子宮外妊娠等之原因，且有害於健康。

治療 急性期須絕對安靜，並行冰罨法，及給與阿片劑、強心劑等。移行於慢性期者，爲促進滲出物之吸收而行骨盤結締織炎同樣之處置。膿性滲出物若淋漓 Douglas 氏窩內者，行陰道內切開術而排出之。

第七 婦女生殖器之淋病

(Gonorrhoe der Weiblichen genitalien)

原因 由 Neisser 氏所發見(1879年)之淋菌傳染而起。其傳染之機會概由於性交，但在幼女亦有因接觸而傳染，又在初生兒於分娩之際，由母體產道之分泌物傳染於眼，致生初生兒膿漏眼。潛伏期之長短甚不一致，短者 12 小時後已現著明症狀，長者須在三日之後。

傳染路徑 在成人多發生於尿道或子宮頸部，而在幼女多起於尿道、陰道或外陰部，爾後向各方而傳播。臨床上隨其病狀可分二種。

(1)輕症 輕症者僅局限於生殖器之下部，以外陰部、陰道、尿道、子宮頸管等處最多。

(2)重症 重症者由內子宮口向上方傳播；即由子宮腔向輸卵管、卵巢、而腹膜，是謂上行性淋病。其所以促進淋菌之上行者，由於月經、產褥、房事過度及不當之子宮內刺戟等。

生殖器各部淋病之臨床上所見及其症狀

(1)淋病性尿道炎 (Urethritis gonorrhoeica) 急性期自覺排尿時灼熱、疼痛、排尿後不快感、尿意頻數及膀胱壓迫等。局部所見外尿道口黏膜發赤、腫脹、外翻，若用指壓尿道，則排出含有淋菌之膿汁。

此急性症狀約經過 3—4 週而消失，由適當之治療可於 6—10 週後全治，但多移行為慢性。

慢性期自覺症狀幾全缺如，時或外尿道口稍留紅腫，且每可見尿道口贅肉。在此時期有傳染可能性，若偶不攝生可再現急性症狀。尿道之癭痕性狹窄較男子為少，但易上行，以至發生淋病性膀胱炎。

副尿道每受淋菌之傳染，而起尿道周圍炎，往往形成櫻實大之膿瘍。

(2)淋病性外陰部炎 (Vulvitis gonorrhoeica) 多見於幼女，又妊婦及老婦亦屢患之。

急性期自覺外陰部有劇甚之搔痒及灼熱感，尤於排尿步行時增劇。局部所見，陰唇、陰核、處女膜、陰道前庭等處起強度發赤、腫脹、被有膿性偽膜；若除去之，則甚疼痛，並於其下發見容易出血之糜爛面。膿性分泌物中，有多數淋菌，因其分解而放惡臭，鼠蹊腺亦往往腫脹。

此等急性症狀在成人數日後即去，更經 1—2 週，局所之變化亦消失，但在幼女其經過較長。

移行於慢性者雖少，但在妊婦往往變為慢性，其結果形成尖圭贅肉，惟此尖圭贅肉並非淋病性之特產物；凡由分泌物之

慢性刺戟，均可發生也。

又在成人屢發生 Bartholin 氏腺炎，其因腺之排出口閉塞，分泌物瀦溜於排泄管之內，而形成所謂假性膿瘍；若更侵及腺體，則變為真性膿瘍，以後均向外方破潰，排泄其內容，或永不破潰，殘留 Bartholin 氏腺囊腫。

(3)淋病性陰道炎 (Vaginitis gonorrhoeica) 與外陰部炎同，常見於幼女，此外老婦人及妊婦亦每患之。

在急性期內自覺下腹部疼痛。局部所見，陰道黏膜發赤、腫脹，膿汁分泌旺盛，發生糜爛，觸之容易出血，且疼痛，有時發熱。

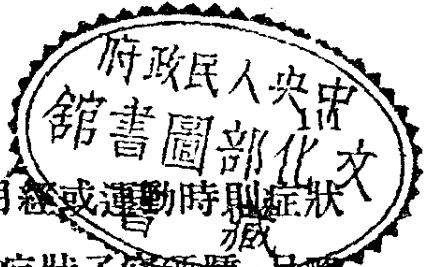
急性症狀經 1—2 週後始輕快，後漸治癒，其變為慢性者則甚少。

(4)淋病性子宮頸管炎 (Endometritis Cervicalis gonorrhoeica) 頸管黏膜為淋菌好發之處，其所起之自覺症狀，大概輕微。

急性期子宮陰道部發赤、腫脹，時或糜爛，容易出血，外子宮口流出綠色膿汁；若分泌物多量，可因此續發外陰部炎。若移行於慢性期，則分泌物變為黏液性或黏液膿性，分量減少，仍有傳染可能性。

(5)淋病性子宮體部內膜炎 (Endometritis Corporis gonorrhoeica) 屬於上行性淋病，其症狀常明顯。

急性期有高熱 ($38^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$)，下腹部劇痛及子宮分泌物過多等，因此患者自覺為重症，深抱不安。局部所見，子宮增大，有壓痛感。此急性症狀經數日乃至一週後而消失，但常移



行於慢性；此時患者覺下腹部不快感，於月經或運動時則症狀增劇，且多惹起月經過多或月經痛。局所症狀子宮硬腫，且略有壓痛。

(6)淋病性輸卵管炎 (Salpingitis gonorrhoeica) 多侵犯兩側，且及周圍臟器，尤以腹膜為多。

在急性期，於患側有刺性痛及腹膜刺戟症狀，並有發熱、月經異常等。局部所見，患側輸卵管有壓痛性腫脹及迂曲蛇行之管索。若移行於慢性期，則症狀著明減輕，但月經、運動時能增劇。如周圍發生癒着，則起持續性腰痛、下腹痛及胃腸障礙等。局部可觸知肥厚之輸卵管或腫瘤狀物。若兩側均被侵犯，則成不妊症。

(7)淋病性卵巢炎及骨盤腹膜炎 (Oophoritis et. pelveo-peritonitis gonorrhoeica) 在急性期，呈腹膜刺戟症狀，即下腹痛、惡心、嘔吐、下腹部膨滿、便秘、下痢、發熱、脈搏頻數及白血球增加等。但此等急性狀態略經數日，即移行於慢性，一切症狀亦減輕，惟易再發。

診斷 急性期以傳染之機會及誘因並上述各症狀與淋菌證明等，尚易診斷；一至慢性期，因無特有症狀，且不易證明淋菌，故診斷困難，此時應用 Gonococcal Vaccin 注射肌肉或靜脈內，以測其體溫上昇與否而定診斷。若體溫上昇即為淋病性云；但亦不甚準確，僅為診斷之一助而已。又月經前後常取分泌物檢查其中淋菌之有無，亦甚緊要也。

預後 因生殖器患淋病而危及生命者雖甚少，然每有因此妨礙健康及生殖機能。

治療 以預防爲最要，其治療法大概如下。

(1)一般的療法 對其男子淋病應充分加以治療。並防止其上行之機會，如在月經前後令其安靜，急性期內停止婦人科的診察。尤以子宮腔內之操作須絕對禁止。此外如食物給與無刺戟性者，禁忌酒類，整調便通。又 Vaccin 療法及內消毒劑（如Rivanol, Trypaflavin）靜脈內注射亦有卓效。

(2)各部分的療法

(a)尿道炎之療法 在急性期須安靜，清潔局部，藥物用 Urotropin、Salol、Helmitol、ol、Santali、Foliae uvae ursie 等內服。尿意頻數及疼痛用 Ecopolia、Cocain、Anästhesie 等爲坐藥。

在亞急性及慢性期用各種消毒藥及收斂劑洗滌尿道，消毒藥用 Rivanol、Choleval、Argentum Nitricum、Protargol 等；收斂劑用硫酸銅、硫酸亞鉛、Tannin 等。

(b)陰道炎及外陰部炎之療法 在幼女須預防其傳染與其他小女，應隔離，清潔外陰部，施用丁字帶，陰道內用小洗滌器灌入 Kalium permanganicum、protargol、Argentum nitricum 等溶液洗滌之。

對於成人亦須安靜與清潔。在急性期可用 Bleizucker 水罨包。濕潤處用消毒液清拭後，散布 Zink amyl 粉等。糜爛面貼用各種軟膏，如 5% Cocain salbe、Anästhesie 等。陰道洗滌液用 Argentum nitricum、Protargol、硫酸亞鉛、硫酸銅等溶液。

對於 Bartholin 氏腺膿瘍，切開排膿或剔出之。

對於尖圭贅肉，切除、燒灼或腐蝕之。

(c)子宮頸管炎之療法 急性期以安靜為主，避去一切局部療法；否則，有促進淋菌上行之虞。

慢性期頸管內塗布腐蝕劑，如 *Argentum nitricum*、*Tine Iod*、*protargol* 等溶液。

(d)子宮體部內膜炎之療法 急性期絕對安靜，下腹部用冰囊等消炎法，局部療法不行爲是。

慢性期子宮內用稀薄消毒液洗滌或塗布腐蝕劑。

(e)輸卵管炎、卵巢炎及腹膜炎之療法 在急性期亦須安靜及施消炎療法，或注射 *Vaccin* 對輸卵管炎頗有效驗。

慢性期爲促進炎症產物之吸收，應用蛋白體療法，*Dia-thermie*、陰道球、陰道栓塞、熱性陰道洗滌、熱氣療法等。

已形成輸卵管膿瘍，而吸收爲難者，惟有於後陰道穹窿切開排膿。若施行以上各種療法猶不能根治或屢屢再發者，則用腹式剝出患部。

第八 婦女生殖器之結核

(*Tuberculose der weiblichen genitalien*)

綜合諸家之統計，女性屍體解剖全數中約 2% 患有生殖器結核者。年齡不論老小均可發生，唯以 20—30 歲爲最多。又女子生殖器中雖任何部分均能發生本病，而以輸卵管結核爲最多，約占 80—90%，故女子生殖器結核，即稱爲輸卵管結核，亦非過言也。輸卵管結核中約有半數合併子宮結核，而子宮結核以體部爲最多，頸部及陰道部次之；卵巢、陰道、外陰部

最少。且此等部分之結核同時合併輸卵管結核者為多，而單獨結核則甚少。

就傳染路徑言，可別為以下各種：

(1) 血行性 以轉移性者為最多，概以肺臟為原發病灶；而腸間膜腺、扁桃腺、骨等次之。

(2) 由鄰接臟器蔓延而來 如由腹膜或腸結核等可直移行於輸卵管及卵巢。

(3) 淋巴性 由淋巴道轉移於生殖器，惟此甚少。

以上三者亦可統名為下行型。

(4) 上行型 係指結核菌由外界向內生殖器移行而言，如精液、唾液等內之結核菌先侵犯陰道、子宮陰道部，後漸次傳播於子宮、輸卵管、卵巢等處，但極少有。

素因 患者體質，生殖器之梅毒、淋病及發育不全等為結核病之素因，又產褥期亦可促進本病之發生，而尤以流產後為然。

病理解剖：

(1) 輸卵管結核 概侵犯兩側。最初黏膜起加答兒性炎症，後漸侵入周圍肌層，輸卵管因之腫大，達手指大或過之，其腫大或為平等性，或呈念珠狀，輸卵全體著明屈曲。若輸卵管腹腔端黏着閉鎖，則形成輸卵管膿瘍，內藏乾酪樣物質。膿瘍有甚大者，而與周圍強度癒着。

(2) 子宮體結核 子宮體結核以輸卵管開口部為最多，其病變有兩種型式。一為急性粟粒結核，較少。二為慢性瀰蔓性乾酪性子宮內膜炎，最多，子宮黏膜破壞，子宮腔內充滿乾酪

樣物質 以後則形成子宮膿腫。

(3)子宮頸部及陰道部結核 此等部分之結核，往往形成潰瘍或乳嘴狀腫瘍，後者更易誤認為乳嘴腫、肉腫或瘻等，但就組織檢查則易於鑑別。

(4)陰道結核 甚少，通常發生於陰道入口之附近後陰道穹窿部，於此等部位形成潰瘍或粟粒性結核。以小兒為較多。

(5)外陰部結核 極少，通常為潰瘍型，發生於大陰唇之內面、小陰唇及陰核等處。潰瘍有向深部侵蝕之傾向，作成瘻管。潰瘍之附近呈象皮腫樣增殖或浮腫。

(6)骨盤腹膜炎 結核性骨盤腹膜炎，常形成粟粒結節，且多有滲出液，而為乾性者極少，有時可與周圍發生癒着。

(7)卵巢結核 常合併輸卵管結核，且多同時併發結核性腹膜炎。卵巢結核有粟粒性、乾酪性及化膿性三種型式。化膿者，即卵巢膿腫也。

症候及經過 生殖器結核之經過一般緩慢，每不起何等症狀，或僅發微熱，或無熱，但通常訴有淋病性子宮附屬器炎相似之疼痛。其特點為病變雖甚劇，而臨床上症狀則比較不顯著，患婦營養亦不一定發生障礙。月經順調持續，或無月經、月經過多、疼痛性月經等。若病機進行則起不妊症。

結核性骨盤腹膜炎，多為瀰蔓性，故其症狀亦較著明，有腹水、腹部膨滿、腹內腫瘤等。

診斷 外陰部、陰道、子宮陰道部等之結核，由視診可斷定之。結核性潰瘍之邊緣劃然明顯，或為穿掘性，潰瘍面被以乾酪樣物，表面粗糙，其附近散見粟粒結節。如有可疑，應採取

組織之一部鏡檢。

輸卵管結核由雙合診可觸知上述特有之腫瘍，但輸卵管之腫大除結核外，尙有其他之疾病，故須檢查生殖器以外之臟器有無結核，如肺結核及遺傳關係之有無。於診斷生殖器結核時此爲甚重要之參考，而 Tuberculin 反應亦可爲補助之診斷。搔爬子宮內膜施行組織檢查，若確認爲結核性，則於輸卵管之腫瘍亦可推定其爲結核性，蓋以輸卵管結核有半數合併子宮結核故也。

預後 結核病灶若限局於生殖器者尙好，不然其他臟器（尤以肺臟）亦患結核者不良，如合併瀰蔓性腹膜結核，則更不良。

治療：

一般療法 對於鎮痛及促進炎症性產物之吸收與其他炎症同。急性症狀存在時，命安靜，並行 Tuberculin、X 光線、人工太陽燈等療法。又改進營養，呼吸新鮮空氣等與一般結核症同。

局所療法 對於外陰部、陰道、子宮陰道部等之小結核病灶塗布沃度丁幾等，其稍大者搔爬、燒灼或切除之。近頗常用 Radium 等照射療法。

子宮結核於搔爬後塗布沃度丁幾，若結核確實限局於子宮者，可行子宮全摘出術。

輸卵管結核用姑息療法及照射療法而有治癒者，然亦有行手術剝出。如子宮有變化，可同時剝出之。

對於腹膜結核；從來好用開腹術，但近頗傾向於姑息的療

法。

總之對於生殖器結核及腹膜結核以一般療法為主，手術療法似有漸被廢用之趨勢。

第九 不妊症 (Sterilität)

不妊症，係指男女間不能生育之謂也；就其原因言，則有以下各種：

(1) 原發性或絕對的不妊症 自始即不能妊娠之謂也。

(2) 續發性或後天的不妊症 起初尚有生殖能力，以後失卻此能力之謂，即所謂一兒性不妊症者屬之。又就其原因而有以下各種名稱。

(a) 交接不能症 因某種原因，不能性交，以致不能妊娠，但此則比較的少數。

(b) 生殖不能症或受胎不能症 係指有性交能力，而因他種原因難於受胎而言。

原因 分爲局所的及全身的兩種原因。

(1) 局所的原因 更細別爲男女兩性的關係。

(a) 男性局所的原因

(一) 男性交接不能之原因 由於陰莖畸形，外傷、淋病性炎症等。

(二) 男性生殖不能之原因 由於精液與精絲之缺如、精絲過少、精絲壞死等。在原發性者，實屬極少，概由於後天性疾病，如淋病性睪丸炎、副睪丸炎、精系炎等。而男子方面最多之原因爲精絲缺乏，所以一般不妊症之原因，約有三分

之一，可歸罪於男子。

(b)女性局所的原因：

(一)女性交接不能之原因 由於鎖陰、陰道痙攣等而起。

(二)女性受胎不能之原因 由於陰門哆開、會陰破裂、陰道穹窿淺小、陰道分泌物異常、子宮口及輸卵管腔狹窄或閉鎖、子宮位置異常、子宮發育不全、子宮內膜炎(淋病性頸管加答兒)、卵巢炎、骨盤腹膜炎等。而由骨盤腹膜炎以致輸卵管外口癒着閉鎖者，為女性不妊症最多之原因。

局所的原因中最占多數者，為男女同罹淋病性疾病；故不妊症約有 70% 實由淋病而起云。

(2)全身的原因 不分男女，其關係相同。

肥胖症、糖尿病、Basedow 氏病、Addison 氏病、萎黃病、白血病、惡性貧血、惡液質及各種中毒 (Morphin、Alkohol、磷、砒素等) 等全身疾病皆為不妊症之原因，男則陰萎因之交接不能，女則排卵機能障礙因之受胎不能。又女子性慾缺如、快感缺如亦每為不妊之原因，但關係不甚密切。

診斷

(1)不能受胎

(2)在女子證明上述局所疾病之有無，更施行輸卵管通氣法、子宮輸卵管造影術等，檢查輸卵管開通與否。

(3)在男子亦檢查其局所疾病之有無，詢問其有無淋病、梅毒等之既往症，及性交與射精正常與否，次行精絲顯微鏡的檢查。

治療：

(1)最重要者探求其原因而除去之。

(2)性交前用鹼性液洗滌陰道、施行陰道栓塞等。性交後命婦人仰臥一定時間，或稍高舉骨盤位置。又夫婦久別重逢在月經後數日間性交，每可達受胎之目的。

(3)人工受胎法 夫婦之間確認無何等原因，只因望子心切，雖行各種方法仍不能妊娠者，可用人工的將精液注入子宮腔內，而使之受胎，但亦非絕對有效驗。

第十 月經異常 (Anomalie der Menstruation)

月經異常非獨之疾病，已於上文屢述之矣，是為女子生殖器或全身所起機能障礙之症狀也。

(一) 早期月經 (Menstruatis Praecox)

月經通常來於 15 歲前後，但亦有於 12 歲 8 歲或更年幼者，最早者於生後 1—2 週即出血，是曰早期月經。且多同時肉體早熟，有妊娠可能性，乳房、陰毛、骨盤等著明發育，惟精神多不能隨伴發育，但同時早熟者亦有之。

原因 未明，多與卵巢肉腫、卵巢畸形腫合併，此外與副腎皮質腫瘍、松果腺腫瘍、腦下垂體疾病、佝僂病、脂肪過多症、腦水腫等，亦或有關係。

(二) 無月經 (Amenorrhæe)

在無月經者，子宮黏膜週期性出血缺如。但鎖陰者之子宮黏膜雖有週期性出血，而不能排泄於外方，此非真正無月經，故名假性無月經。

原因 無月經之原因，可分生理的與病理的兩種。

(1) 生理的無月經

- (a) 小女期無月經
- (b) 老年期無月經
- (c) 妊娠期無月經
- (d) 產褥期無月經
- (e) 授乳期無月經

(2) 病理的無月經

(a) 局所的原因 因卵巢及子宮之發育異常、疾病、剔出、卵巢照射等而起。

(b) 全身的原因 因營養障礙、萎黃病、急性傳染病(如霍亂、傷寒、猩紅熱等)、貧血、長期授乳、重病恢復期、結核、慢性腎臟炎、白血病、重症梅毒、Basedow 氏病、黏液水腫、糖尿病、精神病、癌腫惡液質、脂肪過多症、慢性中毒(如嗎啡、酒精)等而起。

(c) 官能的原因 因精神的打擊、驚愕、悲哀等而無月經，又因營養狀態、生活狀況、居住等之變更亦可致無月經。此外尚有戰爭性無月經想像妊娠，前者歐戰時往往見於德國婦人，概與營養不良，神經受打擊有關；後者於渴望妊娠之婦女見之。

症候 因原因病而異。月經暫時或永久缺如者，每於肺、鼻、耳、胃、直腸、乳房或下腿潰瘍等起週期性出血，是曰代償性出血。

預後 原因可治者，預後佳良。

治療 成年女子若無月經，須先確定其為非妊娠之後始行各適當療法。

努力除去病原，同時投與鐵劑、砒素劑、腦下垂體製劑、卵巢製劑等。對於局所或全身施行各種理學的療法，如子宮按摩、子宮陰道亂刺、電氣、Diathermie、X光線、溫泉等。此外試行改良生活狀況、適宜運動及日光浴等。

(三) 月經過多 (Menorrhagia)

月經週期正規的反復，而每回月經之出血量甚多或經期日數延長者，曰月經過多。但因各種子宮疾病之出血，與排卵無關係，則與月經過多不同，稱之曰不規則子宮出血，如子宮癌腫之出血是也。

原因 可分為局所的及全身的二種。

(1)局所的原因 子宮炎症、子宮後屈、子宮下垂、子宮脫出、子宮或腹部之循環障礙、子宮血管硬變、子宮周圍炎、骨盤腹膜炎、Douglas氏窩膿瘍、子宮附屬器炎、熱性坐浴、性交過度、手淫等皆可直接或間接使子宮充血，因之月經血量增加。

子宮腫瘍，尤以子宮肌腫時，非僅月經著明過多，且於月經期外亦見子宮出血。又思春期及更年期亦往往月經過多，是曰思春期月經過多及更年期月經過多，概因卵巢之排卵、濾泡發育、黃體形成等之機能不規則所致。

(2)全身的原因 如貧血、萎黃病、急性傳染病、心臟病、肺病、肝硬變、慢性便秘、Hysterie、神經衰弱等是也。

症候 月經期子宮出血量增多，甚者呈貧血症狀。

治療 須先治其原因，自不待言。對症療法，守安靜、攝取

無刺戟性食物，整理大便、禁止過度性交。藥物可試用麥角劑、卵巢製劑等。照射療法，亦可應用。

爲止血目的，可施行熱性陰道洗滌、或用緊密陰道栓塞等。由於子宮黏膜變化者行內膜搔爬術。

(四) 疼痛性月經(月經困難) (Dysmenorrhoea)

當月經之時訴有疼痛者頗多；若疼痛甚劇，超越生理範圍者，曰疼痛性月經。

疼痛之性質各人不同，有訴薦骨及下腹部之鈍痛、牽引、壓迫、負重等感，或有放散於下肢之痙攣性疼痛，且因此疼痛屢惹起疲勞、無氣力、偏頭痛、嘔吐等全身症狀。

疼痛發作之狀態各異，有起於月經前數日者，有與出血同時發作者，有因出血疼痛逐日加劇者，有因出血而疼痛反減弱者。

原因 分爲局所的及全身的二種。

(1)局所的原因 爲子宮內膜炎(尤以淋病性炎症)、慢性癒着性骨盤腹膜炎、癒着性子宮後屈、子宮周圍炎、子宮肌腫、頸管息肉、子宮口狹窄、子宮前屈、子宮發育不全、卵巢癒着等。

(2)全身的原因 以體質異常、精經衰弱、Hysterie 等之女子爲最多，而疼痛性月經多見於神經質者。

治療 除去局所的障礙爲主；因神經質者多，故對於全身療法亦須注意，即謀心身之安靜，整理大便，下腹部用溫罨包。對於疼痛用 Aspirin、Antipyrin 等，疼痛頑固者，給與阿片劑或阿片坐藥。

此外行電氣、溫泉、暗示及給與卵巢製劑等均可試用。處女之疼痛性月經，每於結婚後由正規之性交而治癒，已婚者每經一回之分娩而消失。

手術療法，有子宮陰道部亂刺法及頸管擴張法等。

【附】 中間痛 (Mittelschmerz)

於月經期之外，即月經間歇中間，現出之正規的疼痛性月經樣疼痛，曰中間痛。普通持續數小時，或經日，同時白帶亦增加。其原因似與濾胞之破裂及子宮腺分泌之開始有關。且多見於經產婦。

第十一 婦女生殖器之分泌異常

(Sekretions anomalie der weiblichen genitalien)

(一) 婦女生殖器之生理的分泌 (Physiologische sekretion der weiblichen geschlechtorgane)

健全女子陰道之分泌極少，僅供陰道黏膜濕潤之用而已。陰道內容物普通呈白色，或帶黃色，呈乳酪樣硬度，其分量僅約 0.3—1.0g。此分泌物主由陰道黏膜分泌而來，但月經前期常加入黏稠性頸管之分泌液。陰道前庭之皮膚腺及汗腺亦有少量之分泌，滑潤陰道入口部。在妊娠期間、月經前後及月經終了後一二日間，陰道內容物增加。

陰道內容物之主要成分：有多量細菌、黏膜上皮、頽廢物、白血球及黏膜下組織之滲出物等。正常之內容物呈著明酸性反應。其酸度，以成年之女子為顯著，在月經前期則更著，間歇期內較低。

(二) 陰道內之細菌 (Bakterien der Scheide)

女子出世之後，早者數小時，遲者一二日，其陰道內可發見各種細菌，初為葡萄狀球菌、連鎖狀球菌、大腸菌等，經過數日後，則桿菌漸次增加，因此桿菌能分解 Glycogen 而發生乳酸，使陰道內容物變為酸性。故在處女陰道內僅有陰道桿菌，而其他細菌殆不可見，即健康妊婦之陰道內亦然。若陰道桿菌數多，則陰道內酸度增強，其他病原菌（如釀膿菌等）不能生存，陰道之清潔度遂因之增加，1914年 Hearlin 氏由顯微鏡的所見，分陰道內之清潔度為四級。

(1) **第一清潔度** 陰道分泌物內發見多數陰道桿菌，殆與純粹培養者相似，惟其中混有上皮，全無白血球，即有之，亦極少數，其酸度強。外觀上呈白色或帶黃色乳酪樣。

(2) **第二清潔度** 陰道分泌物內除陰道桿菌及上皮之外，尚混有 Comma 菌 (Menge 氏稱曰弓形桿菌) 及少數之白血球，其酸度較第一度弱。分泌物之外觀如濃厚之乳液。

上述第一第二兩清潔度，為陰道正常之分泌物，而以下所述之第三第四兩清潔度，則屬病理的分泌物。

(3) **第三清潔度** 陰道分泌物內陰道桿菌數減少，而 Comma 菌數增加，此外尚混有多數之嫌氣性連鎖狀球菌及各雜菌，且見有上皮細胞及多數之白血球，分泌物之酸度比第二度更弱。

(4) **第四清潔度** 陰道分泌物內陰道桿菌完全消失，而代以多數嫌氣性連鎖狀球菌及其他雜菌，且可見多量上皮細胞及極多之白血球，分泌物之反應概呈中性或鹼性。

第三第四兩度之分泌物量多，臨床上稱白帶。

(三) 白帶 (帶下) (Weissfluss)

婦人科疾病中之所謂白帶，爲數最多，此白帶之由來，爲陰道、子宮等之分泌過多；故白帶可視爲生殖器有疾病之象徵，但亦有例外者。

(1)因生殖器疾病所排出之分泌物，呈黏液狀、濁水狀、泡沫狀、稀薄膿性、濃厚膿性等種種狀態，爲白色、黃色、黃綠色或血性，多無臭，或發惡臭，其惡臭每有不堪嗅聞者。分泌物之量多少不一，多者往往因之發生外陰部搔痒、膿疹、摩擦疹及癰等。

分泌物概由子宮頸管及子宮體部之黏膜而來，其少量由陰道黏膜分泌而來。

此種白帶之原因，主由生殖器之細菌傳染，其中尤以淋菌爲最多，又因分娩時生殖器之損傷、陰道內異物、惡性腫瘤等，而誘起細菌之傳染力亦大。

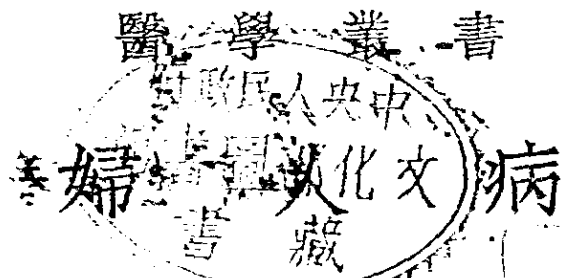
(2)生殖器無何等疾病，而訴有白帶者亦不少，惟此時白帶之量不甚多，呈黏液狀、黏液水狀、白色潤濁等狀態而不帶血性，不發臭氣，無膿樣物。而其經過極慢。蓋此種白帶由循環障礙、全身傳染病、慢性消耗性疾病、體質異常等而來，此外與卵巢及某種內分泌機能障礙亦似大有關係也。

517

4417 3369

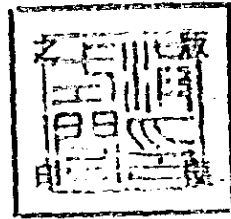
注 意

1. 借書到期請即送還
2. 請勿在書上批改圈點
折角
3. 借去圖書如有污損遺
失等情形須照價賠償



定價國幣四元

外埠酌加運費匯費



主編者 洪式閻

編著者 黃震陸

發行所 世界書局有限公司代表人 張靜江

出版者 世界書局

發行所 世界書局

中華民國三十七年四月初版

版權所有
 不准翻印
 貼印此章
 稅章此

