

婦科教本

上 冊

Walter Stoeckel 著

丁 名 全 譯

商務印書館發行

婦 科 教 本

上 册

Walter Stoeckel 著
丁 名 全 譯

商 務 印 書 館 發 行

譯 者 序

余譯此書之本意，爲紀念母親。遠在三十八年前四月二十四日，母親以產褥熱，遽爾謝世。時余年方九歲，痛失慈蔭，遂向父親表示決意學醫之志願。1922年，在同濟畢業後，即往德專攻婦產科。1927年秋回國，任婦產科教授於同德南洋等醫學院。當時雖有中文婦產科教本，奈無新式者可供採用，學者苦之。1936年，受商務印書館李伯嘉先生夫婦之鼓勵，始於業務之暇，遂譯此婦產科權威 W. Stöckel 氏之名著婦科教本“Lehrbuch der Gynaekologie”。翌年八月稿成，付印有日矣，值八一三之變，遂告停頓。

1945年勝利後，得商務之助，重行付印；惟因圖版大部失散，加之物價高漲，不得不縮小範圍，改變主張，先出上册以饗讀者。未幾即以售罄聞。現續印下册，全書出齊，商務囑余爲序。余以爲在此十年中，科學雖不斷進步，但婦科因戰爭關係，進展較緩。此書於婦科基本知識，歷歷如數家珍，學習婦產科者，此書仍有研讀之必要，固不因時間而失其價值也。

此書之著者爲德國最著名或許世界最著名之婦產科專家柏林大學教授 Walter Stöckel 氏。該氏之詳細履歷，因譯者離德多年，在華又無參考書，惟就記憶所及，該氏編輯之書，最大者有婦科全書“Handbuch der Frauenheilkunde”十餘冊，產科教本“Lehrbuch der Geburtshilfe”一冊。此兩書爲 Stöckel 氏綜合德國各專家著作以成之者，惟有“Lehrbuch der Gynaekologie”婦科教本乃 Stöckel 氏一手之作。此書最特長之處，有下述數點：

1. 字句生動，易讀易解，此爲一本科學書普通不易達到者。
2. 婦產科之基本學說，此書無不應有盡有。
3. 尤其於最新之社會問題“婦女與職業”，著者亦詳爲解說。雖所述僅限於當時之德國，但亦可以此作爲參考。
4. 最難了解之女子月經問題，此書分析之詳，即非醫者亦有一讀之價值。

5. 不育與避孕均爲近代學者研究之焦點，該書述之甚詳。
 6. 其他基本學說，如膀胱，直腸等，讀者均能學得必需之基礎。
 7. 女子好美，古今皆然。著者對於墜腹，乳房畸形，均有明晰之解說。
- 總之，此書之寫法簡明而生動，惜譯者筆不從心，恐有辭不達意之處。

尚祈讀者原諒。

最後所惜者，科學書籍不免含有時間性，故在此十多年中所有新發明之治療方法，此書均無法包含：例如女性內泌素之治療及淋病之 Penicillin 或 Sulfadrugs 治療，子宮頸癌 X 光近射治療等等，尙付闕如。一俟譯者業務稍閒之時，當一一爲之補作；雖不如 W. Stöckel 氏所述詳細，或亦不無小補云。

1949 年夏，丁名全序於上海公濟醫院。

上 册 目 錄

第一篇 女子生殖器及尿臟解剖	1
第二篇 女子生殖器之進化史	31
1. 生殖腺之進化史 2. 輸卵管子宮及陰道之進化史 3. 尿臟生殖器穴及外生殖器之進化史	
第三篇 女子生殖器畸形	43
甲、內生殖器畸形	43
1. 生殖器閉鎖 2. 子宮及陰道雙體及缺形 3. 生殖器發育不健全	
乙、外生殖器畸形 尿道上裂	61
丙、直腸與肛門畸形	61
丁、兩性畸形及假兩性畸形	63
第四篇 婦科檢查	69
甲、口訴	69
乙、檢查	74
1. 混合檢查 2. 麻醉檢查 3. 陰道張開器檢查 4. 全身檢查 5. 體質之鑑定法	
第五篇 女陰病症	105
甲、女陰炎	105
乙、女陰癢症 女陰白斑 女陰枯乾	108
丙、特別炎爛	112
1. 花柳病症 2. 原因未明之炎爛 3. 女陰結核 4. 放射菌性炎爛 5. 女陰壞疽 6. 女陰白喉性病 7. 女陰痘苗移遷	
丁、女陰橡皮腫	115

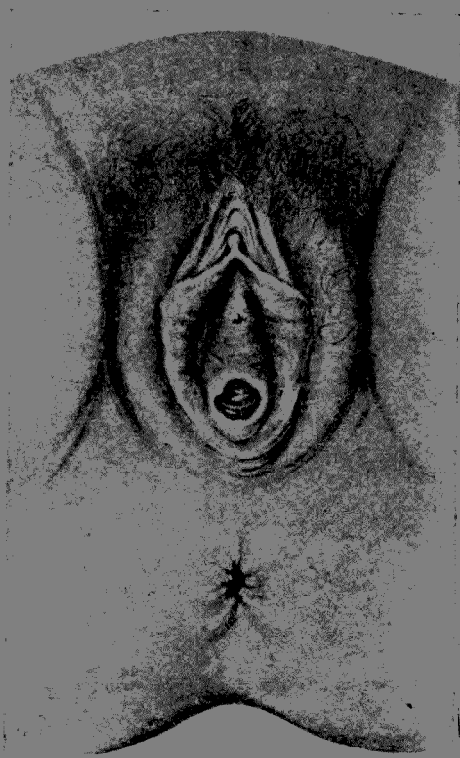
戊、女陰囊腫	116
己、女陰結締組織瘤腫	117
庚、女陰癌	119
辛、女陰損裂（會陰破裂）	122
第六篇 陰道病症	127
1.陰道生物學 2.陰道炎 3.陰道炎之各種形式 4.陰道炎病象 5.陰道炎治療法 6.陰道各種潰爛症 7.陰道閉鎖及癥疝性結住 8.陰道囊腫 9.陰道瘤腫 10.陰道之乳頭瘤 11.陰道瘻 12.陰道損傷及異體	
第七篇 女性尿臟病症	155
1.手術器 2.畸形 3.下行尿管發炎 4.特種膀胱炎 5.膀胱傍結締組織炎及膀胱外膜炎 6.尿臟結核病 7.因鄰臟病症破入膀胱內者 子、宮外孕 丑、子宮傍結締組織膿腫 寅、子宮附帶瘤 卯、卵巢瘤腫 8.尿（瘤腫，尿石，異體，損傷，腎出血） 9.尿臟工作欠缺 子、畸形 丑、神經支配欠缺 寅、下降之尿臟破傷 10.尿臟之位置異常	
第八篇 月經與月經異常	205
甲、月經	205
1.排卵與運卵 2.舊卵牀之變化 3.新卵牀之現象	
乙、卵子成熟，卵子運輸，卵巢及子宮內膜在月經時，各種變化及經過情形	215
丙、月經對於全身之關係	217
丁、月經期及經絕後	219
戊、月經異常	222
1.初潮過早 2.無經少經及經弱 3.痛經 4.經多及經長	
己、不定期出血	236
庚、出血性子宮病	236
辛、刮子宮	240
壬、刮子宮之缺點及危險	245

癸、生殖器與血脈之關係.....	247
第九篇 子宮炎	255
1.子宮內膜炎及子宮肌肉炎 2.子宮頸內膜炎 3.子陰段 糜爛 4.子宮頸炎及子陰段糜爛治療 5.子宮內膜異常	
第十篇 生殖器位置異常	269
1.子宮位置異常 2.子宮後傾斜及後折 3.子宮前折 4. 子宮下降及脫垂 5.子宮翻出	

婦科教本

第一篇 女子生殖器及尿臟解剖(參考一)

女陰 (Vulva) (參考二)：由兩對陰唇及一陰核組成。大陰唇 (Labia majora) 爲二縐皮。始自恥丘 (Mons veneris)，終於會陰 (Perineum)。其特點一如恥丘。皮下有脂肪甚多，因此略形突起（如堤然）。至於脂肪



圖一 女陰

有毛部份爲恥丘 (Mons Veneris)，中部爲陰核 (Clitoris)，向下分開者爲陰核莖 (Crura Clitoridis)，在陰核之上者爲陰核包皮 (Praeputium Clitoridis)，此下爲尿道口 (Orificium Urethrae)，及尿道堤 (Hararöhrenwulst)，下爲陰道口 (Introitus) (爲處女膜 (Hymen) 所包圍)，向後爲舟狀凹 (Fossa navicularis) 及陰唇後合處 (Commissura posterior)，再下爲會陰 (Perineum) 及肛門 (Anus)，左右分開者小陰唇 (Labia minora)，向外者爲大陰唇 (Labia majora)，在小陰唇下端三分之一處爲前庭大腺 出口處。

之多少，各依人種而異。大陰唇之外皮有毛，名曰陰毛，遮蓋全部女陰，以恥丘處爲最多，其最上部作一字式 (女性特點) 不如男子之毛沿白線上升成尖角形，多者可至臍處 (男性特點)。陰毛之產生及陰唇下脂肪之增多爲女子發育至青春之現象。至於陰毛之稀密、長短、顏色、及軟硬亦因各種民族而異 (陰毛之顏色可與頭髮不同)。

未產女子之大陰唇具有多量脂肪，能遮蓋其他內生殖器部份。反之，女子生產愈多，則大陰唇距離愈大 (無脂肪及少脂肪之女子亦然)。

陰毛生長不充足或全無以及脂肪稀少或缺，普通均認爲發育不充分之現象 (Infantilismus)。但事實上亦頗有女子無陰毛，無脂肪而仍能生產者。(尤其中國女子頗多無脂肪及陰毛稀少者；而其生產之能力，仍與其他女子同)。

在大陰唇下端三分之一處，有一腺體，名曰前庭大腺 (Glandula Bartholini) 長約十至十五毫米，闊約七至十毫米。其輸出管長約一至二厘米。輸出之處在小陰唇內部及前庭中央 (Vestibulum)。該腺排出之液體粘而滑，色灰白，與男子之Cowper 氏腺體相似。該種液體須有外力擠壓之始能排出，在性交時排入陰道內，使陰道潤滑，增加性慾感。前庭大腺出口處，爲原始性淋菌寄留處。

名曰前庭大腺 (Glandula

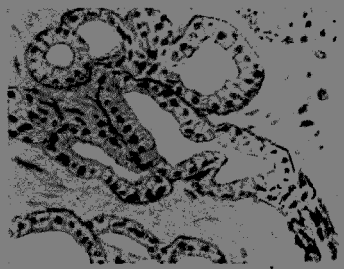


圖 二

前庭大腺(柱形上皮細胞所遮蓋)

大陰唇向後會合於會陰處，成爲陰唇後會合處 (Commissura posterior)。微向會合處深入者，則爲小陰唇之陰唇帶 (Frenulum labiorum)，此帶未產者有之，至生產時裂斷消滅。陰唇帶之裏層有一小凹，名曰舟狀凹 (Fossa navicularis)。

陰唇帶與肛門之間爲會陰 (Perineum)，肛門與尾骨尖端之間爲後會陰 (Perineum posterior)，會陰與後會陰聯合處爲骨盤底。骨盤底由三層肌肉組成 (圖三)。

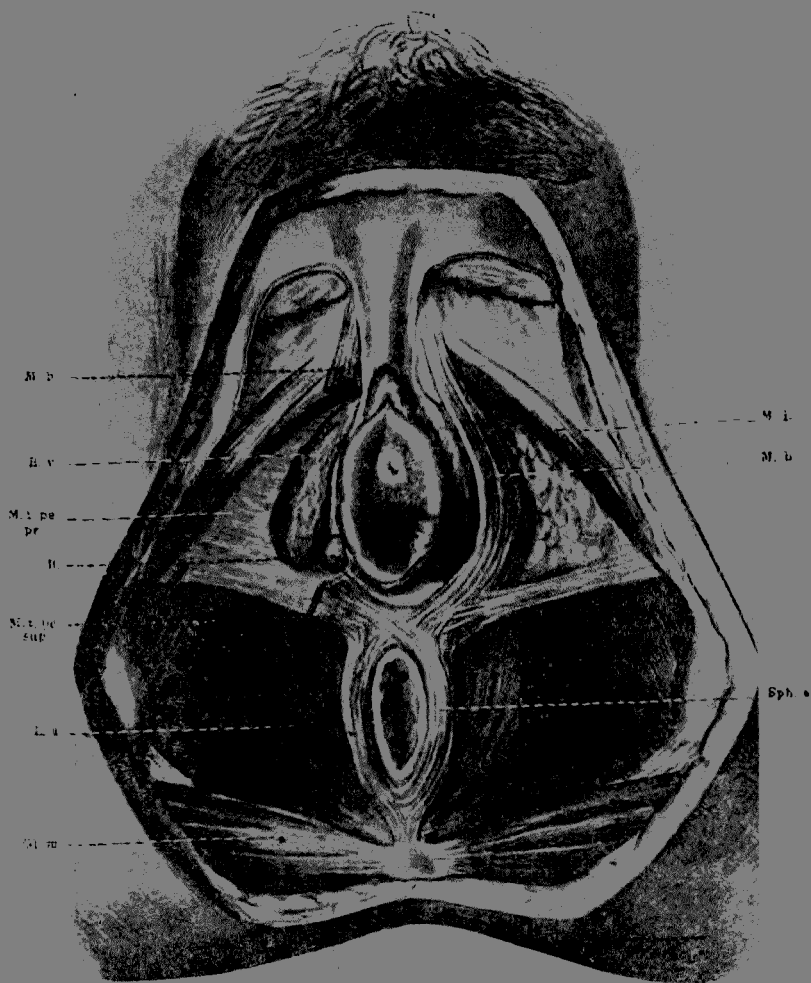


圖 三

骨盤底肌肉 (照 E. Martin 氏書 *Haftapparat der weiblichen Genitalien*)

B. = 前庭大腺 (Glandula Bartholini)

B. v. = 前庭球肌 (Bulbus vestibuli)

Gl. m. = 臀闊大肌 (Musc. Glutaeus Maximus)

L. a. = 肛門提肌 (Levator Ani)

M. b. = 球形海綿肌 (Musc. bulbocavernosus)

M. i. = 坐骨海綿肌 (Musc. ischio-cavernosus)

M. t. pe. pr. = 會陰深橫肌 (Musc. transversus perinei profundus)

M. t. pe. sup. = 會陰淺橫肌 (Musc. transversus perinei superficialis)

Sph. a. = 肛門收縮肌 (Sphincter ani externus)

(一) 骨盤橫膜 (Diaphragma pelvis) 爲骨盤本來之橫隔膜 (R. Schröder 氏), 用漏斗狀之兩大形肛門提肌 (Levator ani) 組成; 其尖端在肛門處。肛門提肌又分下述三肌; 坐骨尾骨肌 (M. ischio-coccygeus) 腸骨尾骨肌 (M. ileo-co-cygeus) 恥骨尾骨肌 (M. pubeo-co-cygeus) 提肌之肉層所遮蓋者爲 骨盤膜 (Fascia pelvis) 此膜與骨盤之締結組織 (Retinaculum uteri) 亦有關係。提肌之起點在恥縫之骨盤壁兩端內, 其終點則在坐骨棘處; 其中有一來自骨盤膜之弧形韌帶名曰 (Arcus tendineus) 韌帶弧。兩提肌互合於後會陰處之 肛門尾骨韌帶上 (Lig ano-Co-cygeum), 成爲一提肌板。在兩提肌之中端有一縫溝, 爲尿道陰道及直腸必經之處; 其前縫即生殖器縫 (Hiatus genitalis) 被一向外之膜名曰 尿臟生殖器橫膜。

(二) 尿臟生殖器橫膜 (Diaphragma urogenitalis) 此膜爲一三角形肌板所蓋住, 充塞於恥骨弓形空隙處 (Arcus pubis)。其最重要之肌肉名曰 會陰深橫肌 (Transversus perinei profundus), 經過此肌者有陰道及尿道。

(三) 骨盤底橫膜之最外一層有三條單獨肌肉:

1. 圍繞肛門之 肛門外收縮肌 (M. Sphincter ani externus)。
2. 從坐骨結節沿恥骨支而入陰核之 坐骨海綿肌 (M. ischio-Cavernosus),
3. 圍繞陰道外端三分之一部份及尿道之 球形海綿肌 (M. bulbo-Cavernosus)。

尿臟生殖器橫膜、球形海綿肌、肛門提肌、及 肛門外收縮肌 均會合於會陰處, 名曰 中心腱 (Centrum tendineum)。

骨盤底的肌肉均爲橫紋肌, 其工作有如下述:

肛門提肌 爲提起直腸與陰道者。該肌收縮時, 骨盤底縫縮小, 直腸被拉向恥縫處而封閉, 後陰道被提高, 因此陰道縮小, 致肛門提肌板束住骨盤底縫, 同時托住骨盤內臟 (Tandler 氏)。

肛門外收縮肌 爲收縮肛門之物, 與肛門提肌合作。

球形海綿肌 爲收縮陰道口者, 同時與膀胱收縮肌 (Sphincter Vesicae internus) 合作, 收縮尿道內口。

小陰唇 (Labia minora) 來自陰核, 向後漸漸消滅於其兩傍大陰唇後端三分之一處。此小陰唇一如大陰唇爲一縐皮; 惟因其下層缺少脂肪, 故

外形狹小。外皮無陰毛，有脂肪腺甚多（在青春發動期始發現），老年女子之脂肪腺因失去作用，故大半消滅；女陰發炎者，此種脂肪腺腫脹如癩。小陰唇皮下之少些結締組織，頗多彈性肌絲，且靜脈甚多。平時細小，為大陰唇所遮蓋；在性慾衝動時恆致浮腫。

手淫之女子，其小陰唇恆因此而脹大至十厘米以上。此種細長之小陰唇，色褐，含色素甚多，一般縮而軟懸於大陰唇之外。惟此種現象決非手淫者所專有，間亦有（我國甚多）不手淫者而有此種現象之女子。非洲霍屯督民族（Hottentotten）之女子，其陰唇極為長大，如一圍裙（Hottentotten圍裙）。

小陰唇中之空隙名曰前庭（Vestibulum），其最低之點即上述之舟狀凹。

陰核（Clitoris）由一浮薄韌帶（Ligamentum suspensorium）繫於恥縫下端，性慾衝動時，一如男子陽物發硬而腫脹，使陰道口縮小。陰核之下層有靜脈體，受刺激後亦能腫脹，其中分為：兩陰核靜脈叢（Crura cavernosa clitoridis）來自兩傍，沿恥骨下支，會合於中央。陰核靜脈體（Corpus clitoridis）與兩陰核靜脈叢相連接。陰核之尖端為正在分裂之小陰唇末端所包圍，因此其前方兩端成一陰核包皮（Praeputium clitoridis），而其後尖端則成爲一陰核繫帶（Frenulum clitoridis）。

Willan 氏（參考四）曾見一九歲女孩之陰核患有包皮過長之症。

陰核內部有神經甚多，極靈敏；發硬於性慾衝動之時，手淫者恆以此自樂。營養該體之血管為陰核動脈（Arteria clitoridis）。（為臀部內動脈之分支 Arteria pudenda interna）。

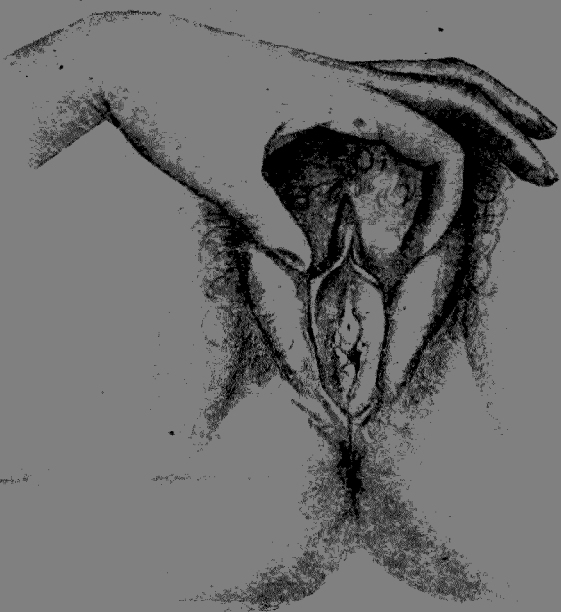
Speiser 氏（參考五）以為陰核之壓力感覺力較弱於大陰唇，但其接觸知覺力甚強。感覺熱度之反應力女陰各部份各不相同。

假性半雌雄（Pseudohermaphroditismus femininus externus）之陰核有時長大如男之陽物，同性戀愛者（Amor lesbicus）多以此物代替陽物。

尿道（Urethra）在前庭之內，陰核之下為尿道外口（Orificium urethrae externum）。其形甚多（圓形裂縫形或有兩小唇），大小不一。在外口之下為尿道堤，普通不易得見，但有發育甚大者。在此下方為陰道外口（Introitus Vaginae），其四週有一膜圍住，名曰處女膜（Hymen）。此膜為造成陰道外口之物，通常該口不在處女膜之中央，小手之小手指可以通該口。（圖四）在第一次交媾時，該膜即被陽物衝破，分為數瓣。（圖五）生產時，分裂更甚，結果僅存鈕扣狀數粒而已。此即所謂處女膜遺痕也（Carunculae myrtiformes）。



圖四 完整性處女膜（十三歲女孩）



圖五 已破傷之處女膜

檢查者之左手將女陰之陰唇擴開（此種手摺在每次陰道檢查或過小便時所應先為）

處女膜異形甚多。有處女膜無出口者 (H. imperforatus) (在該陰道無出口處)，有半月形膜者 (H. Semi-lunaris)。此外復有兩手指可以通過天然之處女膜 (當然此種處女膜極易被診爲處女膜已破)，環形膜之遺痕有時懸掛於尿道外口，在檢查時極易被誤診爲尿道帶肉 (Urethrapolyp)。處女膜之厚薄亦各不同，然決無厚至陽物不能突破者。

陰道在處女膜之內，陰道口之兩旁有前庭球體 (Bulbi vestibuli) (與男子之尿道球相同) 爲球形海綿肌所遮住 (Mm. Bulbo-cavernosus)。此二物始自尿道口，終於前庭大腺。

陰道 (Vagina) 在女子仰臥時平行，約略向上突出。自前至後，趨於平坦，多肌肉而容易擴大之管長約七至十厘米。陰道之肌肉外部直行，內部環形，富彈性。在收縮時，能束住檢查者手指或男子之陽物，使之被壓於尿道堤之下。更有少數女子能應用此項肌肉及肛門提肌將陽物完全吸住 (Penis captivus)。陰道前壁位於後壁之上，陰道腔之形狀扁平，橫切後其形如 H。

陰道口。因肛門提肌環繞，故較狹。向內則逐漸闊大，在陰道底部最闊。此處有子陰較 (Portio uteri) 承接，名曰陰道穹窿 (Fornix vaginae)。陰道後壁承接子陰段處較前壁爲高，故陰道後穹窿 (Fornix posterior) 較前穹窿爲深 (Fornix anterior)。因陰道後穹窿深長之故，交媾後所洩之精液均停留於該處，名曰藏精處 (Receptaculum seminis)。陰道之前後壁在兩傍連接。陰道壁之粘膜多彈力之肌絲。在外端三分之一處有橫行之縐紋甚多，名曰陰道前縐及後縐 (Columna rugarum anterior et posterior)。陰道前縐之前端爲尿道堤。陰道縐紋之多少與生產有關。生產愈多，縐紋愈少，蓋在生產時，胎兒之頭能將該縐紋壓平故也。在陰道縐紋向內終止處，醫者可以摸得肛門提肌。

陰道粘膜爲無腺體之粘膜。但有乳頭形上皮凹陷處甚多并有數處淋巴腺泡。陰道粘膜雖無腺體，但有單獨排液之能力。據 Menge 氏之研究，陰道之粘液爲陰道上皮所挾出 (Transsudat) 之物質。因該液含有乳酸 (0.5%)，故消毒之能力甚強 (對外來病菌傳染)。至於製造此乳酸者是否爲粘膜之糖質 (Glykogen) [陰道上皮之含有糖質非特與年齡妊娠疾病 (尤爲陰道傳染) 有關]，即乳頭之尖端與深處亦有多少之別：(尖端多，深處少) 今日尙屬問題，惟吾人已確知陰道內之菌類 (Doederlein 菌) 與乳酸菌相同。

陰道上皮於新生時甚嫩 (與正式粘膜同)；在青春時期，尙爲單層短

矮上皮，及至交媾或生產後，該粘膜上皮即增加厚度，變為多層韌硬之扁平上皮。故已產女子陰道粘膜之吸收能力甚為薄弱，僅在妊娠時，粘膜與肌肉中之靜脈作極度擴大。若遭遇損傷（交媾及其他），恆致多量出血（妊娠充血之故）（參考六）；在此種時期中，粘膜浮腫甚劇，吸收能力亦甚強。老年時代陰道內之乳頭日漸平坦，終至完全消滅；僅外表上尚有少些上皮邊沿而已。陰道之上皮，在老年時代亦逐漸減少厚度而退化，所有之彈力肌絲亦漸消滅，全部均被締結組織所佔據。因此陰道縮小，前後壁厚度減少，擴大之能力完全消滅。苟稍稍擴大，即有破裂之虞。

子宮 (Uterus) (圖六) 形如梨，長約七至九厘米（中國女子六至八

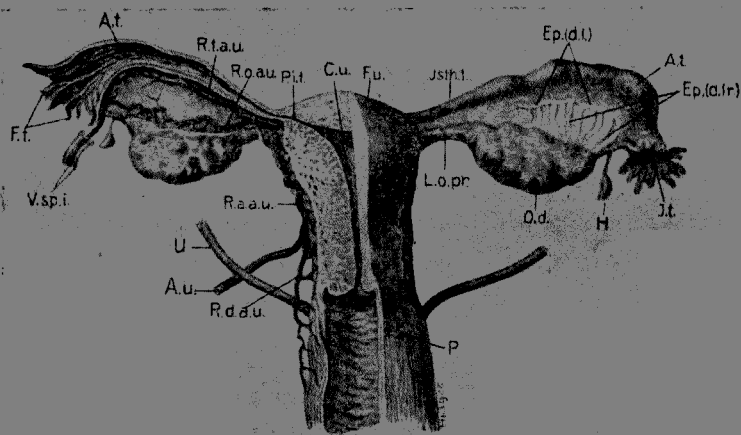


圖 六

內生殖器之後面。左面之輸卵管，子宮及陰道均切開(照 Hoehne 氏來自 Stoeckel, Lehrbuch der Geburtshilfe)。

A. t. = 輸卵管壺腹部 (Ampulla tubae); A. u. = 子宮動脈 (Arteria uterina); C. u. = 子宮腔 (Cavum uteri); Ep. (d. l.) = 卵巢冠 (Epoophoron) 長形管 (ductus longitudinalis) Ep. (d. tr.) = 卵巢冠橫形管 Epoophoron (ductuli transversalis); (F. t. = 輸卵管繖 (Fimbria tubae) F. u. = 子宮底 (Fundus uteri) H. = 有蒂形之水泡 I. t. = 輸卵管漏斗 (Infundibulum tubae) L. O. pr. = 卵巢本韌帶 (Lig. ovarii proprium); O. d. = 右卵巢 (Ovarium dextrum); P. = 子宮直腸凹腹膜褶襞處; P. i. t. = 輸卵管間質部 (Pars interstitialis tubae); R. a. a. u. = 子宮上游支 (Ramus ascendens arteriae uterinae); R. d. a. u. = 子宮下游支 (Ramus descenden's arteriae uterinae); R. o. a. u. = 子宮動脈卵巢支 (Ramus ovaricus art. uterinae); R. t. a. u. = 子宮動脈輸卵管 (Ramus tubarius arteriae uterinae); U. = 輸尿管 (Ureter); V. sp. i. = 生殖腺內支靜脈 (Vasa spermatica int.) Isth. t. = Isthmus tubae.

厘米)、中分二部：子宮體 (佔子宮全部三分之二) (Corpus uteri)，子宮頸 (佔子宮全部三分之一) (Cervix uteri)。子宮頸之插入陰道部份者，名之曰子宮陰道段 (統稱子宮陰段 Portio vaginalis uteri)，尙有在陰道之上者，名曰陰道上子宮頸段 (Pars supravaginalis cervicis)。子宮陰段之形狀甚多，未產者細而向內凹，已產者闊而扁。

子宮體之最末端爲子宮底 (Fundus uteri)。所謂底乃指其最末一層。過去混合檢查尙未發明時，醫者多不知子宮之正常位置爲向前傾折，誤認子宮向後傾折爲正常現象。此種情形於解剖屍體後始知子宮後折者其子宮底實在最深處，故有上述子宮底之稱。

子宮之最大組織爲縱橫交錯之肌肉 (Myometrium)。肌肉在子宮底最多，子宮頸最少。子宮各出口處 (輸卵管子宮口及子宮內口) 之肌肉均呈環形，但不能分析解剖。

據 (Goerttler) 氏 (參考七) 之證明，子宮肌肉自外表觀之，雖頗爲雜亂，但實際上乃一極精細之網架，可伸可縮，非常自由 (如在妊娠時可以擴大等等)。

子宮肌肉之工作與卵巢之工作有密切之關係 [G. K. F. Schultze 氏 (參考八) Knaus 氏 (參考九)]。子宮肌肉伸縮之形狀及對藥劑之反應均隨卵巢月經循環變異而變異。(閱後)

子宮體包圍子宮腔 (Cavum uteri)，子宮頸包圍子宮頸管 (Canalis Cervicalis)。子宮腔爲一三角形之空腔，上端兩角細小而長 (輸卵管子宮口)，下端一角即爲子宮口。子宮外口與子宮內口之間爲子宮頸管，此管之兩端頗狹而中央則闊如梭。子宮腔及子宮頸管有一多腺體之粘膜 (Endometrium)，其上方爲單層氈毛柱形之上皮粘膜表面之在子宮腔者甚爲平坦，但在子宮頸管與陰道內者多褶紋 (Plica palmatae)。子宮腔內之上皮非均有氈毛。其流動性有一定之方向，普通均向外 (向陰道) 子宮

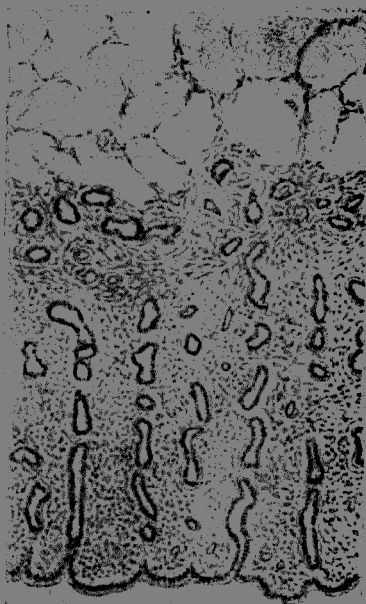


圖 七

子宮體正常粘膜

粘膜之腺體亦然。腺體出口向外排列。(參考一〇)

子宮體粘膜腺體之形狀(圖七)因月經而變異。在月經來潮後成管形,至月經來潮前則呈螺旋形(閱後)。此種腺體無向外排液之能力(R. Schröder 氏)。在腺體之間,有梭形而極鬆之結締組織細胞及充滿血管之粘膜組織,其多少隨月經之有無為進退。此種粘膜在妊娠時,能變為蛻膜(浮脹而儲藏糖質)在其他時期中,易被摧殘(月經來潮時,刮子宮時,受藥水刺激時)。但其恢復能力甚強。

子宮頸腺體(圖八)多枝節,如鹿角然。中有堅韌如漿狀之液體。此



圖 八

子 宮 頸 腺 體

液體能將子宮頸管全部塞住,形成一種粘液栓懸於子宮外口之外。漿狀粘液(Mucin)非病菌之營養地,故此種粘液栓能抵抗外界病菌之侵入子宮腔內。至於此種粘液栓與生育有無關係,至今尚成問題(參看第十九篇)。

子宮頸內之肌肉與粘膜無清晰之界限,有幾處粘膜能深入子宮肌肉內(在進化史中稱為粘膜肌肉)(Muscularis Mucosae)。

H. O. Neumann 氏(參考一一)曾於成年女子子宮之肌肉與粘膜之間檢得淋巴腺

泡。初生者及老年婦人均無此等現象。

Glas 氏 (參考一二) 曾證明成年女子之子宮邊沿處有由締結組織組成之脂肪體。童年女子此種脂肪體尚未成立。

Aschoff 氏 (參考一三) 與其高足咸謂：在子宮與子宮頸間，有長約一厘米之部份。此部份既不能屬於子宮，亦不能屬於子宮頸。其外表似當屬於子宮頸管之內端，但其粘膜在顯微鏡下則屬於子宮體粘膜 (參考一四) (蓋此粘膜亦有月經循環之變化)。執是之故，該氏名之曰子宮狹 (Isthmus uteri)。復將本來所謂子宮內口改稱曰解剖性子宮內口 (Orificium uteri internum anatomicum)；而對其他新發現之部份即子宮頸與子宮狹分界處名之曰組織性子宮內口 (Orificium uteri internum histologicum)。該處之外層即為子宮動脈 (Arteria Uterina)，流入子宮之處，亦為子宮膀胱腹膜摺縷 (Plica vesico-uterina 膀胱子宮摺膜) 下之肌肉固着處；亦為一靜脈叢包圍子宮處。

德國解剖學會曾提議將子宮之口分為下述之處。(圖九)

- a. 子宮外口 (Orificium uteri externum) 或名子宮頸管外口 (Orificium-canalis cervicis externum)
- b. 子宮狹外口 (Orificium isthmi-externum) 或名子宮頸內口 (Orificium canalis cervicis internum) (即上述之組織性子宮內口)
- c. 子宮狹內口 (Orificium isthmi internum) (即上述之解剖性子宮內口)

未產者之子宮外口大如碗豆，邊緣清晰，向內有凹陷。初次生產後，口之橫端大半裂成一縫，將子宮外口分為兩唇，即子宮口前唇及子宮口後唇是也。

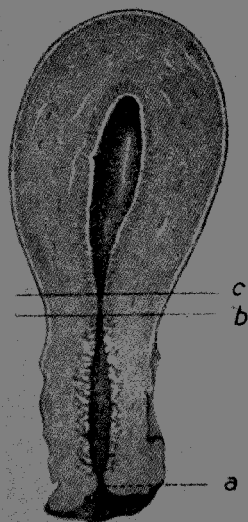


Fig. 9.

圖 九

- a. A. = 子宮外口或名子宮頸管外口
- b. = 子宮狹外口或名子宮頸內口
- c. = 子宮狹內口

子宮體及子宮頸後壁除內膜與肌肉兩種組織以外，尚有一層組織，在子宮最外部，名曰子宮外膜 (Perimetrium)，亦名子宮漿膜 (Serosa-uteri)。爲遮蓋子宮之腹膜。若將子宮縱剖之 (圖十)，則可見腹膜始自膀胱，延

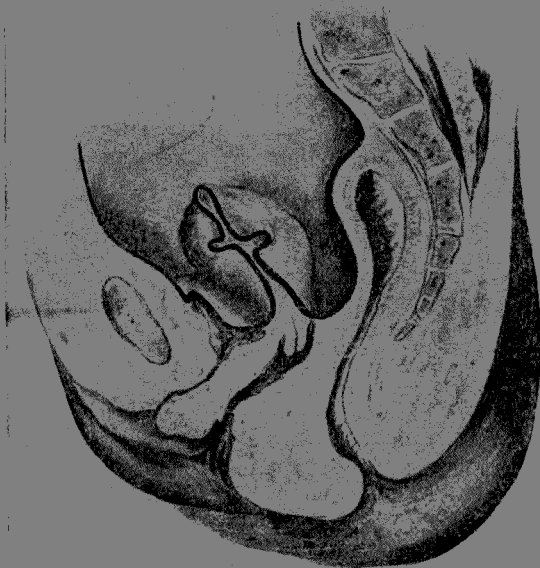


圖 十

直對切開圖 (有紅線者爲腹膜摺褶處) 子宮微向右傾。其之系結締組織在子宮左邊沿直對切開，膀胱直腸及陰道對切開。

闊韌帶內都可見得各部截斷處輸卵管在上，圓韌帶在前卵巢本韌帶在後 (在子宮邊沿上)。

伸至頂處，復向後至膀胱後壁，向下摺至子宮內口，更沿此上升至子宮前壁 (此即所謂膀胱子宮摺是也)；同時子宮底子宮後壁將子宮全部遮住。以後該腹膜再向下降，至陰道後穹窿之最高頂，由此向後方上沿直腸前壁而上升。由膀胱後壁與子宮前壁形成之腹膜窩，名曰膀胱子宮窩 (Excavatio vesico-uterina)。由子宮後壁與直腸前壁形成之腹膜窩，名曰直腸子宮窩 (Excavatio recto-uterina)，亦名杜氏室 (Cavum Douglasii)。膀胱子宮窩之位置較直腸子宮窩爲高，前者在陰道前穹窿之上，後者則深入陰道後穹窿處；因此將陰道前穹窿刺破，不易達入腹腔之內。反之若將陰道後穹窿刺破，則即能達入腹腔之內。發育未充分者，杜氏室之位置

尤低。欲知腹膜與子宮之關係，吾人當回顧人類進化之史蹟，蓋腹膜原爲一袋，包圍中間之腹腔，女子之內生殖器乃由下方上聳而成者。故腹膜遂成子宮前後壁之漿膜。遮圍子宮之腹膜同時又遮住輸卵管，但輸卵管較子宮小而薄，故腹膜除遮住全部輸卵管外，其餘部即互相粘住而成爲子宮兩傍之闊韌帶(Ligamenta lata)矣，以故闊韌帶由腹膜之前後兩葉所組成，其內部一切均屬於腹膜外(圖十一)。

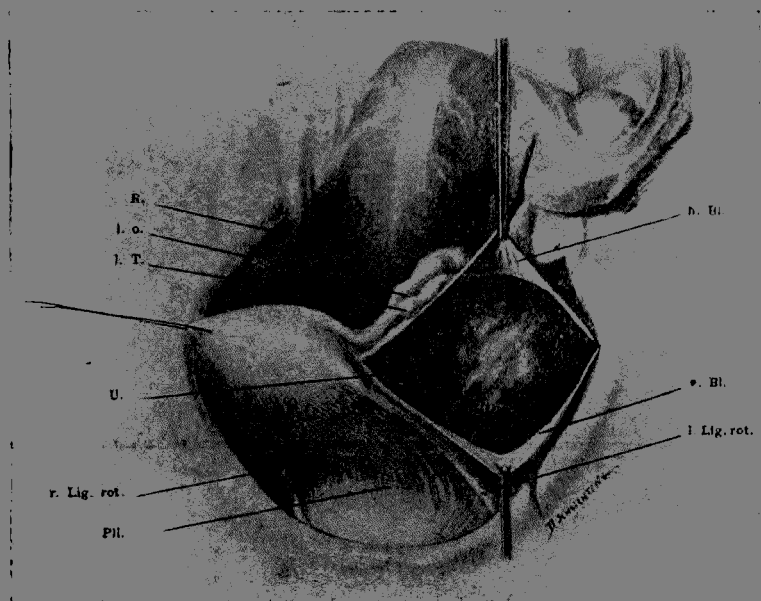


圖 十 一

闊韌帶切破後內部一切(左闊韌帶剪破)，此處有一少見之瘤(神經節瘤)現於眼前。

子宮底些微向傍拉開

h. Bl. = 左闊韌帶之後葉。l. Lig rot = 左圓韌帶。l. o. = 左卵巢。l. t. = 左輸卵管。Pli = 膀胱子宮摺膜。r. lig. rot. = 右圓韌帶。R = 直腸。u = 左輸尿管。v. Bl. = 左闊韌帶之前葉。

子宮之位置在骨盤軸中向前傾折 (Anteversio-Flexio)，後壁向後上升，前壁則直接位於膀胱之上(如病者平臥)(圖十二)。子宮底之位置與恥縫上端相齊，子陰段向後向下位於陰道後穹窿內。子宮體與子宮頸成一鈍角，膀胱容積愈多，其鈍角愈大。直腸之下降開始於子宮後壁之左端，終止於子宮後壁之右端。在子宮底兩角之各端，有三條帶形組織

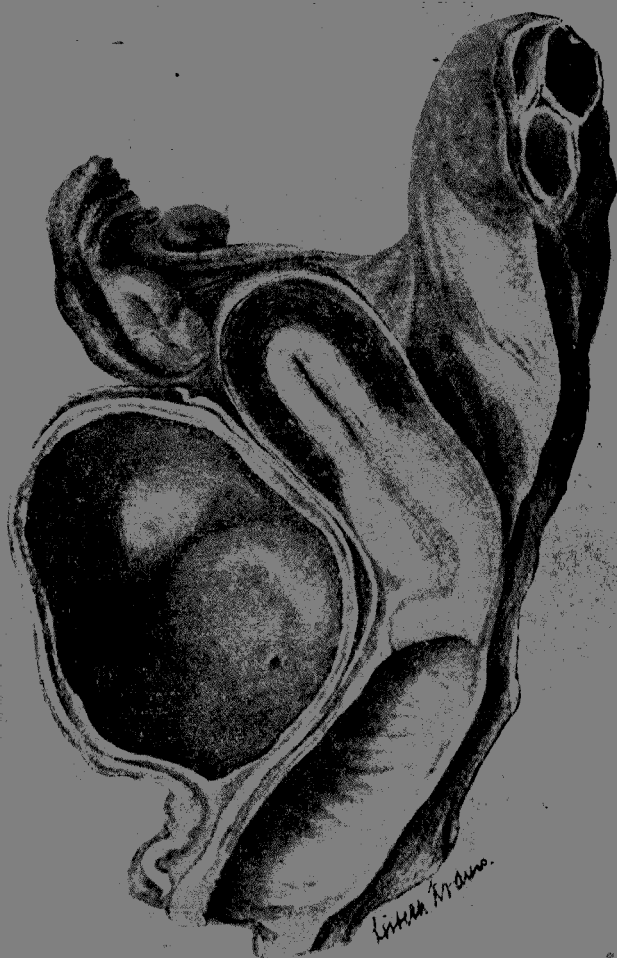


圖 十 二

子宮，膀胱（有容積）陰道（擴張開）對切圖。

膀胱尿道陰道夾膜被壓甚緊，右輸尿管出口處及右子宮附件切直上移，子宮貼靠膀胱子宮後壁為直腸及灣曲腸子陰段近邊沿處對切。

（圖十及彩圖二）：

1. 向前者為兩圓韌帶 (Ligamenta rotunda)。
2. 向後者為兩卵巢正韌帶 (Ligamenta ovari propria)。
3. 向左右分散者為兩輸卵管，其位較兩闊韌帶為高，在兩闊韌帶

之間。

圓韌帶來自子宮底角，沿闊韌帶前葉弧行而至骨盤壁，復經鼠蹊溝 (Canalis inguinalis)，向外散入大陰唇下之組織內。圓韌帶之組織由結締組織及自子宮分散而來之平滑肌而成。圓韌帶之粗細隨時發生變化，在妊娠時增厚，故多產者之圓韌帶得以保持粗而有力之性質。

卵巢正韌帶為卵巢懸繫於子宮之韌帶，位於闊韌帶之後葉；其所含之肌肉較圓韌帶細而軟。

此兩種韌帶在過去原為同一之物，卵巢正韌帶屬於原腎鼠蹊帶之上部份，圓韌帶屬於該帶下部份。

另外尚有一對韌帶，組織與圓韌帶同，在子宮後壁，名曰荐骨子宮韌帶或名杜氏韌帶 (Ligamenta sacro-uterina seu Douglasii)。此帶來自子宮內口處，在腹膜上弧行向後，將直腸挾於中間；復入腹膜後之荐骨組織內 (彩圖一)。此等韌帶均不能收縮，僅將子宮拉住。但對於子宮之懸空位置，則絕對負保持之責 (如圓韌帶使子宮底向前，荐骨子宮韌帶使子宮頸向後等等)。

兩輸卵管形圓中空，由粘膜層肌肉層及漿膜層組織而成；來自子宮底之兩角端 (外腹膜之外，處於闊韌帶前後葉之摺轉處)，復向左右分開為細小之繖，如漏斗然 (名曰輸卵管漏斗 Infundibulum tubae)，插入於腹腔之內。

子宮輸卵管口之面積甚狹小雖細小之探針亦難經過。對於該口處有無收縮機能之問題現今學者見解尚未一致。(Hermstein 氏謂輸卵管口處有收縮肌。)(視後不孕篇。)

輸卵管腔甚易使水及空氣通過。普通液體，僅以輕微之壓力 (參考十五) 即能由子宮流入輸卵管，復由輸卵管流入腹腔內。此種液體亦可無需壓力而入腹腔之內。又輸卵管腔內原有一種液體 (子宮及輸卵管內膜所排泄)，此種液體能透濾外來之流質於腹腔內，該時腹膜起一種痙攣反應 (普通所謂子宮痙)。故流質流入腹腔內有三種方式：1. 流質直接由子宮腔經輸卵管腔而入腹腔。2. 流質在子宮腔內漸漸透濾入腹腔內。3. 輸卵管內粘液被壓後而入腹腔內。

每一輸卵管可分為三節：1. 輸卵管間質部 (Pars interstitialis) 在子宮肌肉內。2. 輸卵管狹部 (Pars isthmica) (靠中央之狹部份)。3. 輸卵管壺腹部 (Pars Ampullaris) (靠邊沿之闊部份)。

間質部之間腔最狹，在成熟之女子中僅 0.8-1.0 毫米，退化者及發育未充分僅 0.6

毫米。甚或不到此數（參考十六）。

輸卵管形如螺旋，其灣曲度於胎兒時代最甚；成年生產後，殆如直線（惟發育未充分之女子尚有如胎兒時代之輸卵管）。

在輸卵管之下端即闊韌帶之內部，有鬆軟之組織，名曰輸卵管系膜（Mesosalpinx）。

壺腹部之輸卵管之粘膜炎而厚，易移動，且多繃縫，狹部之粘膜炎薄而韌繃縫甚少。全部輸卵管粘膜炎為單層氈毛柱形上皮，非如子宮內膜之僅有局部氈毛者。氈毛之方向與子宮內膜相同，均向外排列；惟發育未充分女子之輸卵管，其氈毛上皮不徧佈於輸卵管粘膜炎之上。據 Troescher 氏之報告輸卵管粘膜炎對於月經循環僅有些微變化（參見第八篇月經）。

輸卵管壺腹部之末端有無數輸卵管繖，其中較長者能包圍卵巢（名曰卵巢繖）（Fimbria ovarica），藉便卵子之運輸。

卵巢（Ovarium）（參考十七）位於闊韌帶後壁，一小部份在韌帶內腹膜之外，其他大部份在腹腔之內。在韌帶內之卵巢部份名曰卵巢髓部（Mesovarium），卵巢之血管等均由此入。腹膜遮住卵巢部份及腹腔之卵巢部份中有一極顯明之線，名曰 Farre 氏線。卵巢之位置在骨盤無名線（Linea innominata）之中央空處（此處名曰卵巢凹 Fossa ovarica）。一方面假卵巢正韌帶（Ligamentum ovarii proprium）與子宮連接，另一方面假骨盤卵巢繖韌帶（Ligamentum infundibulo-pelvicum）繫於骨盤上；故卵巢之位置懸空甚易推移。女子直立時其卵巢亦垂直於體內，此時卵巢之下端位於正中，上端略向邊沿而腹腔突進之部份向後，其髓部則向前，邊沿部份靠骨盤壁，中央部份之下端靠近子宮，上端靠輸卵管。

卵巢在未進化至今日之形狀以前，頗如男性睪丸，有一次下降動作。（參考十八）但不如睪丸下降至骨盤之外，惟下降於骨盤腔內。病理化下降者有二種：其一未下降至正常地位（如發育未充分之卵巢）其二下降過劇，直入大陰唇內（一如男性）。

在正常情形中，卵巢之位置亦時有變移。此處卵巢本體之大小、卵巢真韌帶之長度、伸縮性安史腸（Flexura sigmoidea）及盲腸（Caecum）之容積均有互相關係。若子宮之位置正常，略微向右，則左邊之卵巢即壓向右骨盤壁，而左邊之卵巢則被拉向中央部份矣。若子宮位置後折，則兩卵巢亦拉向後方。如子宮脫出或翻出，則兩卵巢亦隨之降落；若子宮有肌瘤，則兩卵巢壓縮成帶形。

正常發展後之卵巢形如囊子。其表面原泡破裂痕愈多愈不平滑。胎兒及發育不充分之卵巢形長如帶。

若將卵巢對剖而檢視之（圖十三），其中之組織可分兩層，一為皮質

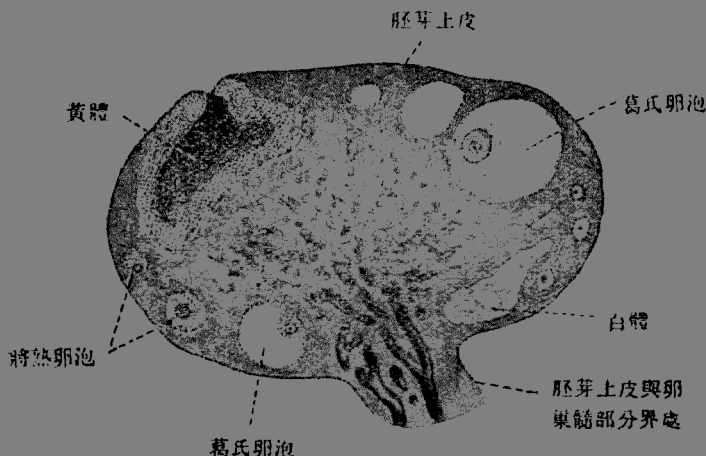


圖 十 三

卵巢切開圖(略圖) (照 Polano 氏書 Geburtshilfe gynaecol. Propädeutik) corpus fibrosum = 結締組織體 Corpus luteum = 黃體; Graaf'scher Follikel = 葛氏泡 (已成熟之卵泡) Keimepithel = 生殖上皮. Reifende Follikel = 將成熟之卵泡 Grenze des Keimepithels am Hilus Ovarii = 卵巢中部與生殖上皮交界處。

(外層)，一為髓質(內層)。皮質內之外表由上皮細胞(生殖上皮)組成，(白色包皮)(Albuginea)在此下方，為儲藏卵子之原泡(圖十三及十四)。髓質在卵巢最內部，中有血管神經淋巴管等。

據 Joachimovits 氏謂髓質有時尚有副神經節細胞(Paragangliozellen)

兩卵巢內據 Haggström 氏之計算約有五十萬左右原泡。原泡之構造有一締結組織圍(Theca folliculi)，

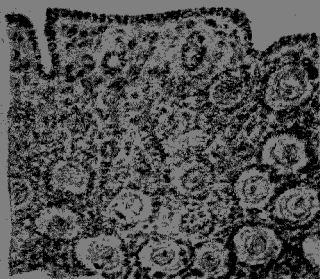


圖 十 四

初生兒之卵巢(原始形原泡 Primordialfollikel)。

其內壁佈滿單層由胚芽上皮形成之原泡上皮 (Follikelepithel)。每一原泡內有一卵子 (爲人體內最大之無膜細胞)。中有甚大之核 (名曰胚泡) 及核細體 (胚點)。

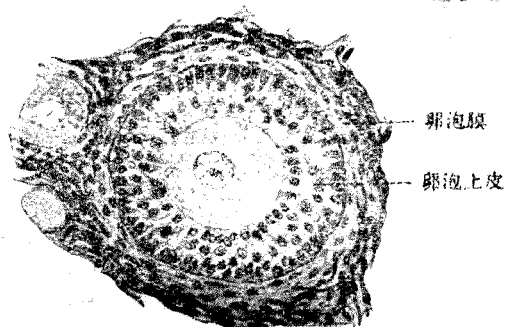


圖 十 五

將熟之卵泡 (照 Stöckel 氏 Lehrbuch der Geb. 4 Aufl.) Theca folliculi = 卵泡邊界儲藏層 Follikelepithel = 卵泡上皮細胞。

各原泡在胎兒時皆已生成 (圖十三)。

惟據最新學說，則謂卵細胞及原泡於初生一二歲時始成就。其中能受孕之卵子多半來自胚上皮第三次繁殖中所成之卵子 (Spuler)。以前曾有人發表意見 (如 Koster 氏 Stöckel 氏及 V. Ebner 氏)，謂在成熟女子之卵巢內亦有新卵子成就之可能。此說於今日已有 Evans 氏及 Swezy 氏根據哺乳類猿類及人類之生理狀況切實證明之，凡成熟之女子均能於生殖期內隨時產生新卵細胞。然 Aschoff 氏 (參考十九) 及其學生 Uffenorde 氏 (參考二十) 至今猶反對此種見解。

有時一個原泡中有二個至六個卵子，或一個卵子有二至三個胚泡 (Stöckel 氏 V. Franqué 氏 Rahl 氏)。此種現象可名之曰多胎卵：或係一種退化性之卵形，或爲在胎外分析之現象，惟不像雙種異形 (Sobotta 氏)。

卵子成熟於青春發動期 (圖十五)。開始時原泡因泡液 (Liquor folliculi) 之產生而漸漸擴大，卵子亦長大，其時透明帶 (Zona pellucida) 頗顯明，而原形質 (Protoplasma) 亦漸與蛋黃質 (Deutoplasma) 分離；原泡上皮變爲多層，名曰粒顆膜 (Membrana granulosa)。白色之表面由一層變爲二層，一在外，一在內，名曰原泡內表皮 (Theca folliculi interna) 及原泡外表皮 (Theca folliculi externa)。由於上述種種進化，原泡遂變爲顧氏泡 (Graaf'scher Follikel.) (圖十六)。此顧氏泡愈擴大，則其距離卵巢表皮愈近。結果甚至突出於卵巢之外，致卵巢上皮單薄非常。此種現象不久即發生變化，蓋顧氏泡脹至此種程度時，不久即行破裂；同時卵

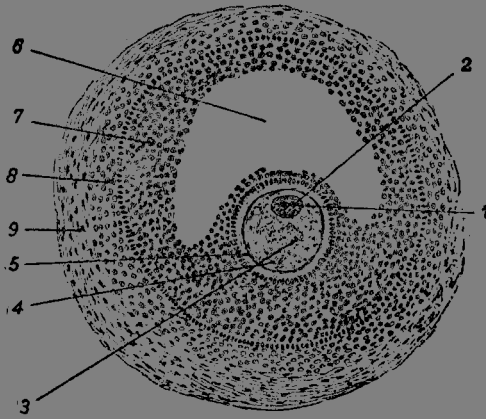


圖 十 六

已熟之卵泡（亦名顯氏泡）1 = 胚核 2 = 胚泡 3 = 卵黃原形質 4 = 原形質 5 = 透明帶 6 = 卵泡腔（中有卵泡液）7 = 粒顆膜 8 = 邊界內層 9 = 邊界外層

巢上皮亦隨之裂開，泡內之卵子及泡液均隨之流出於腹腔之內（此即普通所謂排卵 Ovulation）是也（R. Schröder 氏）。

據 E. Strapmann 氏（參考二十二）之推想顯氏泡之向邊沿推進乃利用其包皮（Theca）突出角所致，

破裂之顯氏泡縮小成爲黃體（Corpus luteum），（圖十七）其中之顯

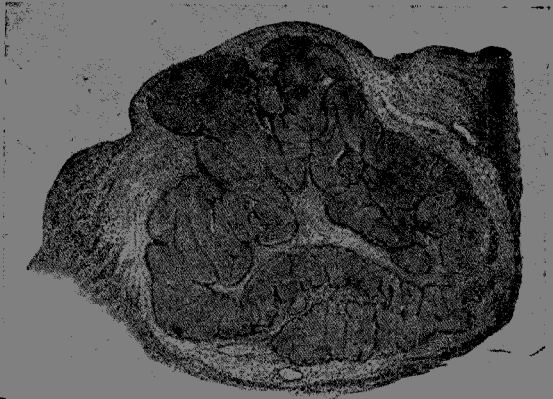


圖 十 七

繁盛時期之黃體（黃體膜浮腫甚劇）

粒膜繁殖而成爲黃體細胞 (Luteinzellen)，名曰黃體膜 (Membrana lutea)。此時期名曰增生期 (Proliferation phase)。

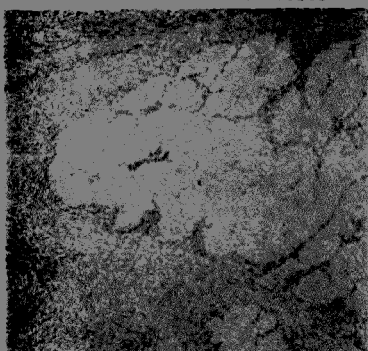


圖 十 八
白 體

嗣後內包皮漸漸充血，增加血管，乃進入於黃體血管化時期 (Vaskularisationsphase)。在此二時期中，卵巢黃體甚盛，但不久黃體細胞內脂肪質增加，黃體細胞核均作結締組織化，成爲白色組織；此即所謂白體是也 (Corpus albicans) (圖十八)。在妊娠期中黃體擴大最甚。每次月經原泡只成熟一個；兩個同時成熟者甚少。

排卵與月經有一定之時間距離。排卵時期必在月經之中間 (但如 Grosser

及 Hofstätter 氏等學者則謂卵子能因受交媾刺激及神經刺激致骨盤腔內充血而排出，一如獸類)。卵子成熟及黃體長成同時發生之現象爲原泡封閉 (Follikelatresie)。此時原泡內將成熟之卵子均被封閉塞死亡，或則變爲泡腫 (Cyste)。

卵巢除排卵外，尚有一種極重要之工作，即內分泌工作 (R. Schröder 氏) 是也。照解剖之意義而論，人類實不具正式之腺體；所有者惟散於卵巢內之黃體細胞以及原泡退化後之包皮黃體細胞 (包皮黃體細胞 Thecaluteinzellen) (參考二十三) 而已。

卵巢好而蒙 第一步工作爲營養生殖器，且使之發育；第二步則與其他好而蒙如腎上腺、甲狀腺、副甲狀腺、大腦垂體、腦下腺等合作調劑全身。卵巢好而蒙之分泌者，爲發展至五至六毫米時即行退化而閉塞之原泡。Tietze 氏及 Wegener 氏 (參考二十四) 謂此種原泡在妊娠時期亦有，與月經循環相彷彿。

至於卵巢好而蒙對於女子之副女性表現，當然最有關係 (如陰毛之生長、聲帶之改變、體勢之構造及乳房之發達)。然亦未嘗無例外，如無卵巢而其副女性卻仍極顯明 (Rössle 氏及 Wallart 氏)，或在春情發動後，副女性之現象忽然變異 (男性化)。

乾經時卵巢工作如排卵，黃體成長，原泡閉塞，卵巢分泌等均終止，月經閉歇。因此種工作之停止，患者遂有所謂缺乏現象發生 (如升火、心

跳、出汗、神經刺激現象及悲怨之思想等等)。此時卵巢多為癥疤所蓋(原泡破裂處),萎縮而退化。

胎兒時代所有之生殖器官臟腑於新生後即行退化,尚有遺跡者惟下述數種:

1. 卵巢冠 (Epoophoron) 及 卵巢傍體 (Paroophoron) (參考二十五) (圖二十五) 卵巢冠為原腎之前端, 卵巢傍體則為原腎之末端。卵巢冠之位置在闊韌帶內之組織內, 卵巢與輸卵管之中間。若將闊韌帶置於燈下透視之, 則卵巢冠之形狀頗如木梭, 其梭背與輸卵管並行, 梭齒則正對卵巢 (圖六)。

發生於輸卵管傍或闊韌帶邊沿之有蒂形水泡腫 (Hydatiden) (參考二十六) 大多因卵巢冠之梭齒束住後所致 (有時 Müller 氏管束住時亦有如此現象) (圖六)。

2. Wolff 氏 (Gartner 氏) 管 為原腎管之遺跡, 位於輸卵管下方, 闊韌帶之內; 延伸至子宮之邊沿組織, 於子宮內口附近鑽入子宮頸組織內, 及至陰道穹窿處, 再入陰道壁而至處女膜處。此管不統一, 斷續不齊, 故偶有某一段膨脹成為瘤腫者。

動脈 生殖器之血管 (圖十九) 子宮左右各有一 子宮動脈 (Arteria uterina), 及兩卵巢各一 卵巢動脈 (Arteria ovarica)。

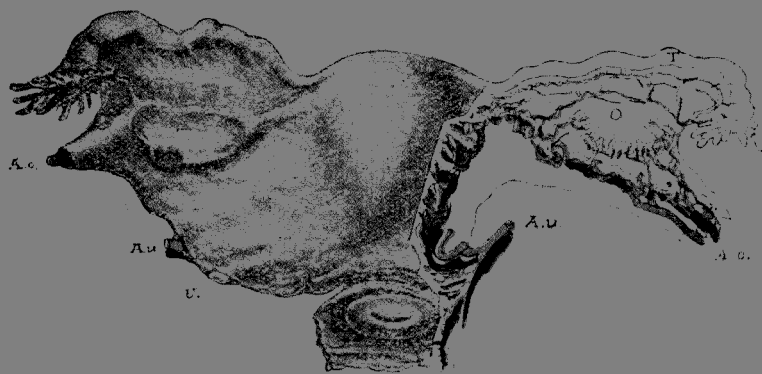


圖 十 九

子宮及附件後視圖 A. O. = 卵巢動脈 A. u. = 子宮動脈 O. = 卵巢 T. = 輸卵管 u. = 輸尿管

子宮動脈為下腹動脈之分支 (Arteria hypogastrica), (彩圖二及圖二十) 自子宮頸處入子宮傍結締組織, 在子宮內口處轉折向上, 分散小

支於子宮體內。此種分支在妊娠期內恆作極度擴大，一如大動脈然。已產後女子之子宮血管肌肉層中有已退化而有彈力之組織，且血管內膜層中有增厚之現象。

子宮動脈在子宮結傍締組織處。分一強大之支向陰道穹窿前進，名曰子宮動脈陰道支 (Ramus vaginalis) (圖十九)。此支往往甚厚，營養陰道。子宮動脈又分細弱三支，入膀胱壁 (Rami vesicales 膀胱支)，營養膀胱。

右邊之卵巢動脈直接來自腹腔大動脈 (Aorta)，左邊之卵巢動脈則來自左腎臟動脈 (Arteria renalis sinistra)。該兩卵巢動脈與兩輸尿管交叉後，即入骨盤輸卵管漏斗韌帶處及闊韌帶之上端 (彩圖一至二)。嗣後沿輸卵管前進，與子宮動脈互接於子宮輸卵管角處，名曰接合支 (Rami anastomotici)。此種接合支之大小與其他血管相似。

至於接合之情形，各子宮頗多歧異，有時接合支甚多，甚至卵巢動脈有兩條者 (Ioachimovits 氏 (參考二十七))。

營養陰道大部份及女陰者為二大動脈：(一)為直腸中動脈 (Arteria haemorrhoidalis media)，(二)為臀部內動脈 (Arteria pudenda interna)。(參考二十八)

靜脈在動脈之傍，通常為一靜脈叢 (此種靜脈內無蓋)。在卵巢動脈之傍者為梨形靜脈叢 (Plexus pampiniformis)，在子宮動脈之傍者為子宮靜脈叢 (Plexus uterinus)，在子宮動脈陰道支之傍者為陰道靜脈叢 (Plexus vaginalis)。

子宮體因有血管接合支甚多，故事實上不致發生局部充血；但在子陰段恆有此種現象。

因子宮血管甚多，故在妊娠期內，全部骨盤內臟均呈充血現象。反之如另一骨盤內臟 (如痔瘡、直腸) 或糞塊積住 (Koprostase) 充血，則影響子宮；有時甚或每一腹腔內臟充血影響至子宮。

生殖器淋巴腺管 (參考二十九) 分三部份：第一部份為女陰及陰道外部三分之一之淋巴腺管，聚合於鼠蹊溝淋巴腺 (Lymphglandula inguinalis)。

第二部份為陰道上部三分之二及子宮頸之淋巴腺管，聚集於下腹淋巴腺 (Lymphglandula hypogastrica) (腸骨動脈分支處)。

第三部份為子宮體之淋巴腺管，歸於腰部淋巴腺 (Lymphglandula

lumbalis) (彩圖二)。



圖 二 十

輸尿管與血管圖 在高置骨盤到腹施絕根性子宮頸癌手術時現象(照 Sigwart 之書 Technik der abdominalen Radikaloperation, Bergmann)。生殖腺血管 (Sp.) 已隨右端之闊韌帶已開子宮爲一鉗所鉗住, 左拉甚緊。A. h. = 下腹動脈 A. i. e. = 腸骨外動脈 Bl. = 膀胱 m. l. l. = 右闊韌帶之中葉(爲動脈線鉗所鉗住) N. o. = 陰鎖穴神經 R. u. = 右輸尿管 Sp. = 生殖腺血管切斷處 ut = 子宮動脈總支 V. i. e. = 腸骨外靜脈 v. s. = 膀胱上動脈 v. u. = 子宮靜脈。

生殖器神經 (參考三十) 分感應神經及副感應神經二種。感應神經來自腹脛神經結 (Ganglion coeliacum), 副感應神經來自骨盤神經 (Nervus

pelvicus) (骨盤神經來自荐骨神經叢 Plexus sacralis)。感應神經與副感應神經互合於子宮頸叢 (Plexus cervicalis)，或名 Frankenhäuser 氏神經叢。子宮內神經之終點至今尚未詳悉。通常在子宮組織內均無神經結細胞 (Ganglienzellen)。女陰及陰道外部三分之一為臀部神經 (Nervus pudendus) 所支配。子宮外口週圍為無知覺區。

骨盤結締組織 (參考三十一) 由腹膜外之一邊腎臟處開端，下至骨盤底；復由此向上至其他腎臟處。其位置在腹膜後部與後腹壁及骨盤壁之間。

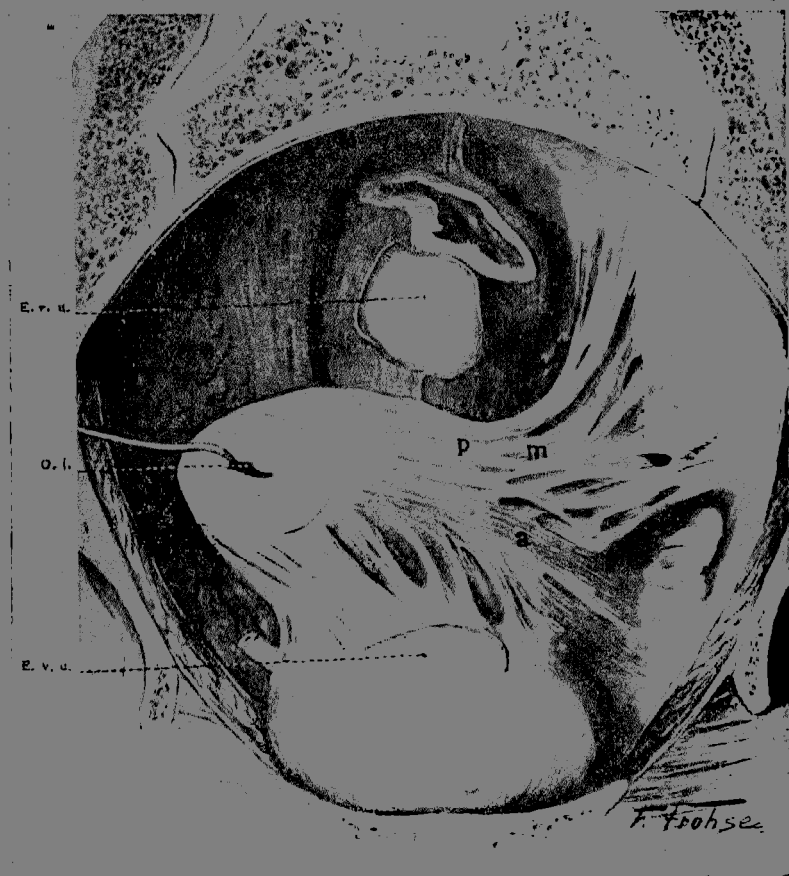


圖 二 十 一

子宮周圍結締圖 (照 E. Martin 氏書 Haftapparat der weiblichen Genitalien) E. r. u. = 子宮直腸間 (其中尚有一塊腹膜可見) E. v. u. = 子宮膀胱間 (其中也有一塊腹膜可見) 子宮體已切去 O. i. = 子宮內口, 子宮頸被向右拉甚劇, 因此與子宮頸連接之結締緊脹 a. = 子宮鄰近結締組織前部 m. = 子宮鄰近結締組織中部 p. = 子宮鄰近結締組織後部。

此組織可譬喻爲糊牆之漿糊。其中腹膜爲牆紙，骨盤壁爲牆，骨盤締結組織卽爲其中之漿糊也。在腹膜與骨盤腹壁間之骨盤締結組織中有腎臟輸尿管內生殖器及直腸；以上均爲腹膜所遮蓋或包圍，故概稱腹膜外臟腑 (Extraperitoneale Organe)。骨盤締結組織之工作爲保持上述臟腑之位置，同時保護該臟腑所需之血管。神經及淋巴管等，且填塞各臟腑之空隙。凡係骨盤內臟之處，骨盤締結組織均持其作球狀包圍或帶狀緊束，故各內臟週圍之締結組織各有相當之名稱：在腎臟之旁者，(參考三十二) 名曰傍腎臟締結組織 (Pararenal)；在子宮之傍者名曰傍子宮締結組織 (Parametrium)；在陰道之旁者名曰傍陰道締結組織 (Paravaginal) (圖二十一)；在膀胱之旁者名曰傍膀胱締結組織 (Paravesical)；在直腸之旁者名曰傍直腸締結組織 (Pararectal)；以上各組織均有互相連帶關係，故傍腎臟締結組織炎恆下降至骨盤底，傍子宮締結組織炎恆上達至腎臟。婦科中最佔重要者，當然爲傍子宮締結組織 (Parametrium)。該組織來自骨盤壁之四週，向子宮頸作扇形包圍；上至子宮內口處，下至陰道穹窿側邊 (該處名曰傍陰道締結組織 Parakolpium) (圖二十一)。該組織之前後爲闊韌帶所遮掩 (因此韌帶由前後腹膜所組成，同時亦爲蓋住子宮前後壁者)，所以一切傍子宮締結組織均在闊韌帶之內及其下方。在傍子宮締結組織中，外來之子宮動脈經此入內，復有子宮靜脈及淋巴腺管自子宮經此而至他處。在患病時，病菌苟出子宮之外，卽由此進至他處。



圖 二 十 二

直切圖，陰核及陰核血管，膀胱已空，陰道不擴開，因此尿道膀胱陰道夾膜甚闊。

膀胱後壁尿道與陰道前壁間之隔膜(Septum vesico-urethro-vaginale)膀胱尿道陰道隔膜以及在陰道後壁直腸間之隔膜(Septum recto-vaginale 直腸陰道隔膜)均為骨盤結締組織之分支。

膀胱尿道陰道隔膜與膀胱底相接。尿道及陰道前壁甚緊，但陰道後之直腸陰道隔膜組織甚鬆。

尿道 Urethra 為長約三·五至五厘米之肌肉管。於恥縫下微曲入膀胱。仰臥之女子此管完全平坦，直立時垂直。

尿道外口(Orificium urethrae externum)在陰核之下端，(圖一)尿道內口(Orificium urethrae internum)在膀胱與尿道交界處(圖二十三)，在尿道外口之兩旁有兩長約〇·五至三厘米之管形腺體，名曰 Skenc 氏腺體(與男子之攝護腺同)，大多為淋菌開始寄生處。未充分發育之腺體均在外口之四週，不與尿道連接。

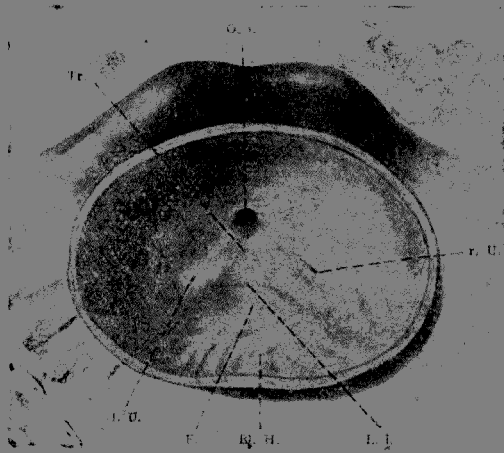


圖 二 十 三

膀胱底自上下視(膀胱頂已去除，骨盤位置高置)照 Stoeckel 氏之書 Lehrbuch der Zystoskopie. Bl. H. = 膀胱後壁 F. = 膀胱底 L. i. = 輸尿管中韌帶 l. u. = 左輸尿管 o. i. = 尿道內口 r. u. = 右輸尿管 Tr. = Lieutaudi 氏三角

膀胱(Vesica urinaria)(參考三十三)位於恥縫後端與子宮之間，形扁坦(因子宮將其後面壓住之故)，其最高點為膀胱頂(Vertex)與臍部有一圓帶接連(此即以前胎兒時代之尿管 Urachus)。膀胱底長約四厘米，分為前二部份：前部為 Lieutaudi 氏三角(輸尿管出口處)部份，後部為膀胱底(Fundus vesicae)。

輸尿管 Ureteren (參考三十四)斜行入膀胱壁內面,其肌肉絲則在膀胱粘膜下前進;有時肌肉絲分爲中支與邊支,左右兩中支互合於膀胱底之三角部份而成輸尿管中帶 (Ligamentum interuretericum),其餘二邊支則向尿道內口處發展,會合於尿道內口處。

膀胱之壁分三層:肌肉層 (Muskularis) 由縱橫雜錯之肌肉所組成,一如子宮之肌肉 (Detrusor vesicae)。粘膜下方組織 (Submucosa)。粘膜 (Mucosa) 過程性粘膜之上皮無腺體。膀胱之容積擴大性時有變化,亦能隨時縮小至無間腔爲止。普通可容三百五十立方厘米之體積,在妊娠及產褥期內,可以增加甚劇。故每一膀胱應有收小擴大之能力,且應有摺曲之粘膜。粘膜之能摺曲,乃由粘膜下方組織有剩餘所致,膀胱底不能纒曲,因該處粘膜下方組織無剩餘故也。

膀胱底無粘膜摺曲,故平滑;反之膀胱壁有摺曲之粘膜,故不平滑。故醫者以膀胱鏡觀察時,不難將膀胱底與壁作顯明之區別。

解剖學家以爲膀胱粘膜無粘膜組織,僅有皮一層(Tunica propria)。

普通女子之膀胱能容三百立方厘米之體積,惟增至五百至六百立方厘米時,患者亦不覺痛苦。貯積小便能使膀胱漸漸擴大,有積小便至四升(Liter)半而膀胱仍未破裂者。

排尿時膀胱肌肉收縮,膀胱後壁漸漸壓向前壁,膀胱底則毫不變移(因膀胱底及尿道與陰道前壁與膀胱尿道陰道隔膜連結甚緊故也)。膀胱前壁與恥縫後壁亦有骨盤締結組織與之接連,但因甚鬆,故名曰Retzi氏室 (Cavum Retzii) (圖二十二)。

膀胱收縮(參考三十五)由尿道內口處之膀胱收縮肌 (Sphincter vesicae) 作用所致,惟此肌不如其他收縮肌環行包圍一臟(如肛門收縮肌);來自尿道,由此斜入膀胱底,成平坦之平滑肌肉板。故尿道後壁可提高之以壓住尿道前壁。

此外,尿道全部尚有環行之橫紋肌肉(尿道生殖器收縮肌 Sphincter urogenitalis),萬一膀胱底處之肌肉失效時,則以此補救之。(男子在攝護腺處所有之膀胱頸,女子不具。)

兩輸尿管在無名線處 (Linea innominate) (彩圖一及二),與卵巢動脈相交。兩輸尿管由腎臟至膀胱,均在腹膜之外,闊韌帶之內,結合該韌帶之後葉,由此再下降,至子宮動脈之後,斜行入傍子宮締結組織內。其中

有一短節，與陰道前穹窿接近，及至入膀胱處，已距離子宮頸甚近。左輸尿管僅距子宮頸二至三厘米，右輸尿管僅距子宮頸一至二厘米(彩圖一)。

在腹膜後締結組織中，有神經及血管包圍輸尿管。此種組織(與其他(Mesocolon)大腸系膜(Mesovarium) 卵巢系膜(Mesosalphinx)輸卵管系膜等等相似)可名之曰輸尿管系膜(Mesoureter)，對於病理及臨牀病症有相當關係。

輸尿管之動作有循環性，收縮與擴大均由自動，由腎盂下注之尿因循環性之收縮與開放而下降於膀胱內。至於每次排尿量，在腎盂內已受相當之節制。輸尿管之膀胱口處一段無收縮肌肉，其收縮完全借用膀胱底之肌肉及其斜行於膀胱壁內之肌肉。在患病時，膀胱之尿往往回入輸尿管內(Reflux)；但通常若膀胱底收縮，輸尿管之小便亦停止下降(Böminghaus)矣。

參考一 Braus Anatomie des Menschen Bd. II. J. Springer, Berlin 1924:—Moraller und Hoehl, Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane J. A. Barth Leipzig 1909.—Oertel, Anatomie, Histologie und Topographie des weiblichen Urogenitalapparates, in Halban—Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes Bd. I—Sellheim, Der normale Situs der Organe in weibl. Becken u. s. w. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1903.; Tandler, Anatomie und topographische Anatomie der weibl. Genitalien, in Stoeckel—Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. I. 1; Waldeyer; Das Becken Cohen, Bonn 1899. Depgen, P. Geschichte der Frauenheilkunde I. Teil. Die Frauenheilkunde der alten Welt. Handbuch der Gynaekologie von W. Stöckel Bd. 12 I. J. Bergmann München 1937. Frommolt, G., Rassenfrage in der Geburtshilfe v. Gynaekologie J. A. Barth Leipzig 1936; Kahr, Konservative Therapie der Frauenheilkunde 2. Auflage 1937. Martius H., Die gynaekologische Operationen u. ihre topographischen Grundlagen G. Thieme, Leipzig. 1937.

參考二 Kehler, E., Die Vula und ihre Erkrankungen, in Stoeckel—Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. V.

參考三 Kalischer, Die Urogenitalmuskulatur des Damms u. s. w. Karger, Berlin 1900.—Sellheim, Das Verhalten des Muskeln des weibl. Beckens im Zustand der Ruhe und unter der Geburt. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1902.

參考四 Willian, Brit. med. y. 1928, 11, 5. 1130.

參考五 Speiser, Arch. Gynaek. 1931 Bd. CXLVI.

參考六 Stieve, Z. Mikrosk. Forsch. 1925 Bd. III.

參考七 Goertter, Morph. Jahrb. 1930 Bd. LXV.

參考八 G. R. F. Schultze, Klin. Wochr. 1932 Nr. 47.

參考九 Knaus, Zbl. Gynaek. 1929 Nr. 35.

參考十 Caillier, P., Zbl. Gynaek. 1931 Nr. 11a.

參考十一 Neumann. H. Zbl. Gynaek. 1931 Nr. 3 und Arch. Gynaek. 1930

Bd. CXLI.

參考十二 Glas R. Ztbl. Gynaek. 1931 Nr. 12.

參考十三 Aschoff Z. Geburtsh. 1906 Bd. LVIII.—V. Trangué Zervix und unteres Uterussegment. F. Enke, Stuttgart 1897.

參考十四 Stieve. H., Der Halsteil der menschlichen Gebärmutter. Akademische Verlagsgesellschaft Leipzig 1927.

參考十五 P. Zweifel, Arch. Gynaek. 1908 Bd. LXXXVI.

參考十六 W. Zorn, Zbl. Gynaek. 1926. Nr. 48.

參考十七 Stieve, Zbl. Gynaek. 1930 Nr. 36—Stoeckel Teilungsvorgänge in Primordialfollikeln. Arch. mikrosk. Anat. Bd. III. Waldeyer, Eierstock u. Ei, W. Engelmann Leipzig 1870.—同名 Geschlechtszellen in Hdb. der Entwicklungsgesch von O. Hertwig 1903 Bd. I.

參考十八 Forssner Acta obstetr. Scand. 1928 Bd. VII.

參考十九 Aschoff, Zeitbl. Gynaek 1935.

參考二十 Uffenorde Zbl. Gynaek 1934 Nr. 25.

參考二十一 Schroeder, R., Dtsch med. Wschr. 1929 Nr. 1.

參考二十二 Strassmann, E., Arch. Gynaek 1934, S. 158.

參考二十三 Stoeckel W. Festschrift fuer H. Fritsch, 1902. T. A. Barth. —L. Seitz, Arch. Gynaek, 1906 Bd. XXVII Stieve, Erg. Anat. 1921, Bd. XXIII.

參考二十四 Tietze u. Wegener Zbl. Gynaek 1935.

參考二十五 Rielaender, Das Paroophon N. G. Elwert's Verlag Marburg 1904.

參考二十六 Franke, Die Morgagnischen Hydatiden, S. Karger, Berlin, 1918.

參考二十七 Joachimovits Arch. Gynaek. 1931 Bd. CXLVII

參考二十八 Kownatzki. Die Venen des weiblichen Beckens J. F. Bergmann, Wiesbaden 1907.

參考二十九 P. Kroemer, Arch. Gynaek. 1904 Bd. LXXIII.

參考三十 Dahl. Z. Geburt, 1916, Bd. LXXVIII.—Roith, Arch. f. Gynaek, 1907, Bd. 81.—Frankenhaeuser, Die Nerven der Gebaermutter Jena 1867.,

參考三十一 Freund. R., in Stoeckel—Veit, Handbuch der Gynaek Bd. VIII.—Martin E., Der Haftapparat der weiblichen Genitalien. S. Karger Berlin. 1911. und die Erkrankungen des Beckenbindegewebes, in Halban Seitz Biologie und Patnologie des Weibes Bd. V, I. Freund W. A. Gynaek. Klinik Strassburg 1885; Jung, Ph. Handbuch der weiblichen Adnexorgane von A. Martin. S. Karger, Berlin.

參考三十二 普通凡在腹膜外之結締組織中者名曰“Para,”凡在腹膜內之結締組織，而由腹膜出發者名曰“Peri”例如 Parametritis 稱為傍子宮締結組織炎，Perimetritis 稱為子宮外膜（漿膜）炎。

參考三十三 Voelker und Baeminghaus in v. Lichtenberg, voelcker und Wildbolz, Handbuch der Urologie Bd. I. Springer, Berlin 1926.

參考三十四 Tändler und Halban, Topographie des Weiblichen Ureters; W. Braumueller Wien 1901.

參考三十五 Schwarz O. Patholog Physiologie der Harnblase. in v. Lichtenberg, Voelcker und Wildbolz, Handb. der Urologie Bd. I Springer, Berlin 1926.—Zangen meister. Z. Gynaek. Urol. 1909, Bd. I.

第二篇 女子生殖器之進化史(參考一)

生殖器及小便排洩器發源於一點，故男性生殖器與尿道合併；女性生殖器因他種關係，完全分開，但兩者仍極接近。

初期的人類有三尿腺（Harndrüsen），即前腎（Pronephros）原腎（Mesonephros）及後腎（永久腎）（Metanephros）。

在進化史中，三尿腺之發展各不相同。下等動物（Amphioxus）及低等魚類僅有前腎發達，且為永久保存之器官。普通魚類及爬蟲類有前腎及原腎，但前腎不久退化，而原腎則永久存在。哺乳類及人類雖有前腎及原腎，但均不發達，亦不工作，不久即行退化；惟後腎發達，終身工作。

尿臟由中胚葉（Mesoderm）組成，初生時第一部份在原脊椎與邊板之間，由中胚葉分支（Cölem）形成；名曰尿臟生殖器板（Urogenitalplatte）（圖二十四）。當時元胎兒僅長二毫米左右。前腎元尿管由中胚葉之背

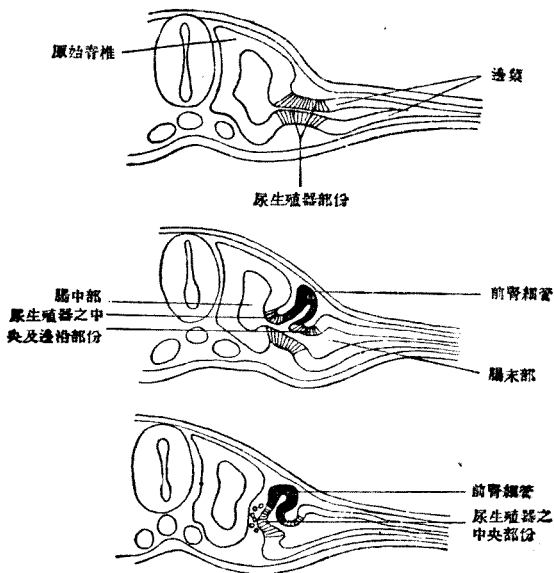


圖 二 十 四

前腎成就略圖(照 Felix 氏取自 Bonnet 書 Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte) Endozoellom = 內腔 Myozoelom = 肌腔 Urwirbel = 原脊椎骨 Seitenplatte = 透板 Urogenitalplatte = 尿臟生殖器板 Vornierenkanälchen = 前腎管 Medialer lateraler Teil der Urogenitalplatte. = 尿臟生殖器板中及透部份。

部(尿臟生殖器板處)形成。此前腎尿道管延伸入前腎溝內,即為前腎元輸出管,亦名曰服氏管(Wolff'scher Gang)。此管復向尾部延長,在四毫米之胎兒時成為獨穴管。人類之前腎甚不發達,大多成為前腎管,極少變為腎球者(Glomerulus)。

胎兒生長至四毫米半時,前腎漸趨退化;而原腎則開始於前腎之尾端產生,將全腎組織分為首部(mesonephrogen 原腎性)及尾部(metanephrogene 後腎性)兩者。其時原腎部份內產生原腎管,此管之盲端即將來之泡氏球(Bowmansche Capsel)亦即將來之腎球(Glomerulus)。原腎管既漸漸生長,乃蛇行入原始性輸尿管(或名服氏管(Wolff'scher Gang)),至充分發達時,原腎突出於腹壁後部,被原腸上皮所包圍,成一巨大之原腎堤(或名服氏體 Wolff'scher Körper)。此體上至肺部,下至小骨盤內,其旁為原始性輸尿管(Primäre Harnleiter),前壁為生殖器溝(Geschlechtsleiste),皆與服氏體聯合而成為尿臟生殖褶(Plica urogenitalis)。

原腎尾部細管之腎臟組織至胎兒五至六毫米時即完全中止,惟最下一部份漸漸成為有排洩性之腎臟組織。該部份初時位於原腎管附近,以後遷至獨穴孔(Kloake)內,至胎兒長至七毫米後,輸尿管及腎臟芽始由原腎發出,於是腎臟組織(Nierenparenchym)包圍於此芽上,而該臟以後即逐漸被推至上部。嗣後輸尿管芽逐漸長成為一蒂形物,此物即將來之正式輸尿管(Ureter)。蒂之上方由腎臟總管發出多數泡囊即為原始性腎盂(Primäre Nierenbecken)。在另一方面輸尿管不斷延長,而腎臟則漸漸上升,在胎兒長至十二至十三毫米時,腎臟已上升至將來應有之位置。此種進化學說對於腎臟異常及異形極為重要(如輸尿管構造不完全,泡腫性腎臟等等)蓋腎臟之來歷乃由後腎及輸尿管芽併合而成(Kupffer 氏)者也。

生殖腺之進化史

在原腎之中側為腸上皮凸出處,該處為生殖腺總或性體總分界之所

在。生殖腺纒中之上皮組織有多數巨大而光亮之細胞，其中有泡形之核者，即爲生殖腺細胞 (Gonaden)。以前學者謂在生殖腺細胞中僅見變性之原腸上皮細胞；但據現今研究所得之報告，則大謬不然；尤以低級動物(蛔蟲等)與過去學者之見解不符。但亦有少數脊椎動物之性胞及其分析體爲遺傳性之儲藏物者。

原始之性細胞具有一種特殊絲狀核體(Mitochondrien)，其奇特之經過爲自原始腸位經過內臟(Mesenterium)而至生殖腺，惟此種遊行性變化之學說至今尙有多處未完全了解，尤在人類身上，尙未證明(H. O. Neumann氏)。

生殖腺纒之最大部份爲生殖腺上皮所蓋住，惟上部及下部爲腹膜上皮所掩覆而成爲生殖腺首尾兩帶(卵巢懸韌帶 Lig. suspensorium ovarii 或漏斗形骨盤韌帶 Lig. infundibulo-pelvicum 及卵巢本韌帶 Lig. proprium ovarii)。(圖二十五)

生殖腺上皮發芽後，鑽入卵巢位置(生殖腺體 Keim drüsenfeld)，成爲生殖腺堤(Keimstränge)。

生殖腺上皮增厚後，逐漸緊密，吾人遂得以將其分爲兩層即表面層上皮及裏層上皮是也。其間有結締組織隔離之。但此種現象於胎兒長至一百八十毫米以後始完成，此時表層上皮尙可下降，但嗣後即不可能。故以後亦不將此表層稱爲生殖上皮。

裏層上皮即爲卵巢之上皮核，初時爲卵巢實質，其細胞亦大多尙未分析(其距離中央最遠之細胞後來只有遺跡且均在卵巢中部內)此種遺跡所組織之網形胚葉(Reteblasten)與原腎之腎球(Glomerulus)相接。若在辜丸中則此物即爲輸精管與副辜丸之接觸者。但在卵巢中則分爲兩邊(卵巢組織及原腎)，惟其中之遺跡尙可在卵巢之髓質內見之。

上皮核分析性甚強，尤其在女性體中，恆被中間隔生之締結組織分成爲卵球 (Eiballen)，於是此處遂與生殖上皮分離。在卵球之間亦因締結組織之分離而各成爲原始泡 (Primordialfollikel) (圖十四)。每一原始泡普通只含一個原卵 (Ovogonie)，其四週爲生殖上皮細胞亦即泡上皮 (Follikelepithel)所包圍，外部尙有一層締結組織，此即卵泡膜 (Theca folliculi)是也。

卵巢可分爲原始性之皮質 (primäre Rindenschicht) (中有生殖上皮及締結組織)及原始性之髓區 (primäre Markschicht) 內含有原始泡，

網細胞及性細胞等)二者。在髓體內之大部份原始泡不久即死亡而被締結組織所侵佔；於是乃形成繼續性之髓質 (secundäre Markschicht)。同時邊部成繼續性之皮質 (secundäre Rindenschicht) 此外締結組織之白膜及單層之生殖上皮為造成卵巢之最後一步工作。

輸卵管子宮及陰道之進化史

生殖腺之輸出管在男性體中由原始輸尿管 (Wolffscher Gang) 進化而成，在女性體中則米氏管 (Müller'scher Gang) 進化而成。此兩管男女兩性均有。男性體中服氏管發達，米氏管退化；反之，女性體中則服氏管退化，米氏管發達成為輸卵管、子宮、及陰道三種重要內生殖器 (圖二十六)。米氏管開始於原腎縷 (Urnierenleiste) 前部之一側，與一上皮溝 (Epithelrinne) 合成如漏斗形，凹入於原腎內。此漏斗之尖端逐漸在原始

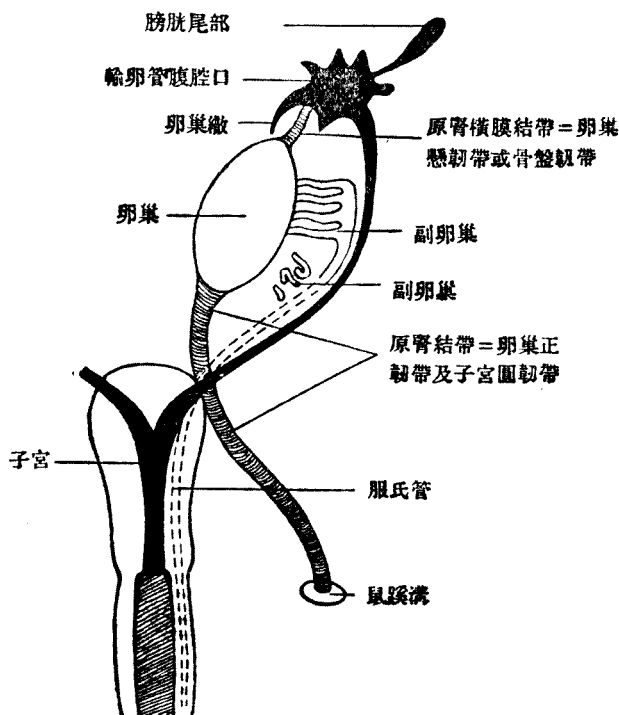


圖 二 十 五
女子內生殖器發展略圖

性輸尿管與原腎最邊沿處體腔之間長大而成爲長形中空之堤。兩米氏管原始輸尿管交叉於鼠蹊溝韌帶 (Ligamentum inguinale) 之終點，卽爲以後之圓韌帶 (Ligamentum rotundum)。米氏管之子宮陰道部份經過原腎管內側而位於兩者之間，此四管與兩原腎縷 (Urnierenfalte) 之下端混合後，乃形成一生殖堤 (Genitalstrang)。(圖十五及二十六)迨胎兒長至二十至二十五毫米時，堤上產生一尿臟生殖器穴 (Sinus urogenitalis)，該堤亦名米氏丘 (Müllerscher Hügel)。此四管於米氏丘上穿過尿臟生殖器穴時，上述兩米氏管卽在其尾部互相容合而成一管卽所謂子宮陰道管 (Uterovaginalkanal)。

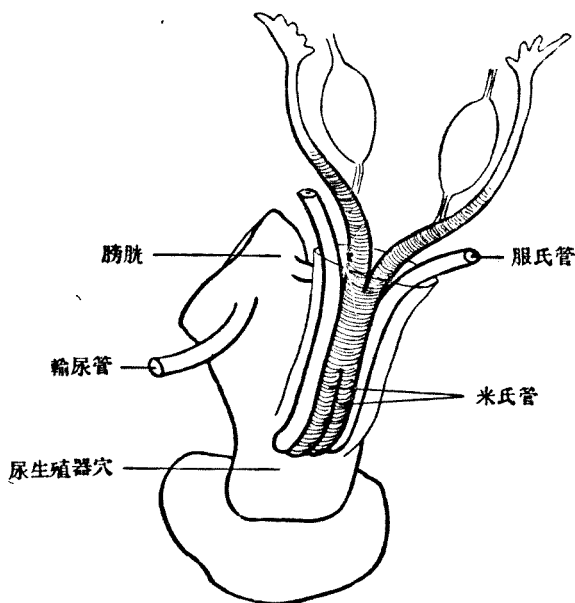


圖 二 十 六

生殖器堤 (由 Müller 氏管及 Wolff 氏管組合而成共入尿臟生殖器穴 Müller 氏管一部份已溶合)。

米氏管分爲兩部：一爲首部，在原腎縷處以後變爲輸卵管部份 (Pars tubaria)，亦名輸卵管 (Tube)。一爲尾部。尾部容合後成爲子宮部份 (Pars uterina) 亦名子宮 (Uterus) 及陰道部份 (Pars vaginalis) 亦名陰道 (Vagina) 二者。

原腎之前部有上皮溝一層，此溝漸漸放大成爲輸卵管腹腔口(*Ostium abdominale tubae*)。有時在漏斗之傍尚有多數小漏斗，此種漏斗將來或退化或成爲副口或成爲副輸卵管，凡此不應成就之管及口，對於宮外孕卵子之埋藏有相當關係。

米氏管成爲子宮後，包圍服氏管及米氏管之尿臟生殖器纒即將骨盤間腔分爲兩部：前者名曰子宮膀胱窩(*Excavatio vesico-uterina*)，後者名曰子宮直腸窩(*Excavatio recto-uterina*)，因此生殖堤遂呈向前傾斜之形狀(*Anteversion* 向前傾斜)。

米氏管完全形成爲子宮時，在妊娠三月左右。迨懷孕至五月左右，兩米氏管中間之上皮塞完全消滅而成爲陰道間腔。又其中所鑽入之上皮纒亦微發育成爲陰道前後壁(*Columnae rugarum*)。

此時子宮與陰道之發展已有區別。陰道處弓形之上皮細胞纒形成爲陰道頂(*Fornix vaginae*)及子陰段(*Portio vaginalis*)。其時子宮頸較子宮體長而厚，此種現象繼續至生產期，尙無變化。吾人於成人體內所檢得之此類子宮，皆名之曰幼稚子宮(*Infantilismus Uteri*)。此外在子宮腔內其時又產生前後兩上皮纒，兩上皮纒又發展至子宮頸管內，成爲巴蕉葉形上皮纒(*Plicae palmatae*)。至於子宮頸管內之粘腺，至妊娠六至七月始產生；子宮內之腺體則至生產時始產生。

輸卵管之柱形上皮至妊娠近十月時始有毳毛產生。在第三四月時輸卵管之纒縫僅有數原始性長形纒，以後逐漸增加第二第三層纒縫，終至形成複雜之纒縫。

生殖器之肌肉壁皆從中胚葉產生。在妊娠近五月時，開始產生子宮之環行肌及陰道之直行肌。至第七月，開始產生子宮體之直行肌。迨至妊娠末期，子宮漿膜下之肌肉乃完全成立，同時卵巢本韌帶(*Lig. ovarii-proprium*)圓韌帶(*Lig. rotundum*)及荐骨子宮韌帶(*Lig. sacro-uterina*)之肌肉亦均告成立。

原與卵巢連接之原腎之性體堤，此時已逐漸退化萎縮，與原始輸尿管混合而成爲卵巢冠(*Epoophoren*)；以後此種萎縮體永久寄存於輸尿管系膜內(*Mesosalpinx*)。又原腎之尾部(亦名卵巢傍體)(*Paroophoron*)亦寄存於闊韌帶之內，惟接近骨盤壁而已(圖二十五)。原始之輸尿管(即服氏管)或寄於子宮兩側，或寄於陰道兩側，甚或下降至處女膜之傍而成

爲茄氏管(Gartnerscher Gang),此管至成年時有變爲泡腫(Cysten)之可能。

原腎即生殖腺(Urnierenleistenband 原腎堤帶)之尾部帶,此時已繫於子宮底之兩側而分爲卵巢本韌帶(Lig. ovarii-proprium)及圓韌帶(Lig. rotundum)(此韌帶經過鼠蹊溝入大陰唇)。原腎之前部帶(Urnierenband)亦名原腎橫隔膜帶(Urnierenzwerchfellband)此時已成長爲卵巢懸繫韌帶(Lig. suspensorium ovarii)或名骨盤漏斗韌帶(Lig. infundibulo-pelvicum);其中含有生殖腺動脈(Arteria spermatica)(圖二十五)。

尿臟生殖器穴(Sinus urogenitalis)及外生殖器之進化史。

尿臟生殖器穴來自獨穴孔(Kloake)。此獨穴孔(圖二十七)在胎兒長至三毫米時即已產生。成立之初,位於尾骨之前,由堤形管(Allantois-gang)及尾腸部組合而成;前部有一獨穴孔膜(Kloakenmembran)遮住。此獨穴孔不久被二側向下發展之尿直腸隔膜(Septum urorectale)分爲兩部份:一爲背部(直腸 Rectum),一爲腹部(獨穴孔遺跡 Kloakenrest)。在獨穴孔前端,有二服氏管插入,蓋其時服氏管已發展至獨穴孔膜附近故也。在服氏管入獨穴孔之前端處,形成爲膀胱及尿道,其末端則形成生殖器竇(Sinus genitalis)。

服氏管入獨穴孔後不久,獨穴孔之背部即產生輸尿管(Ureteren)或名後腎芽(Nachnierenknospe)。

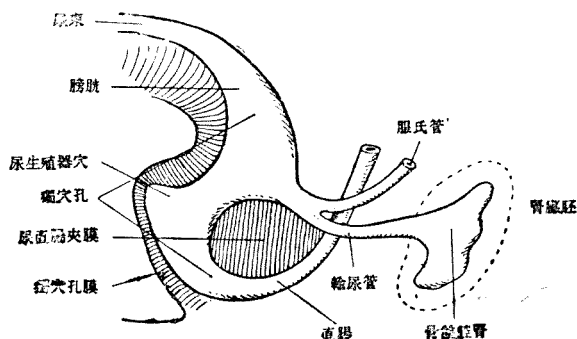


圖 二 十 七

腸管、膀胱之獨穴孔出口處,服氏管及輸尿管與腎盂位置圖

當獨穴孔被下降之尿臟直腸隔膜分為膀胱與直腸之後，輸尿管則漸向服氏管兩傍分離，同時服氏管之入口處擴大而成為膀胱壁之一部份。因此原始之輸尿管與正式輸尿管各自流入膀胱，兩者中之間膜經過擴大之生長，輸尿管之入口漸漸向上而服氏管漸漸向下移遷其地位（圖二十八）。由此，吾人得以推知臨床中之各種異形（移遷性輸尿管）。

原始性輸尿管入口處（服氏管）之輸尿管芽（Ureterenknospe）擴大後，即成為膀胱三角（Trigonum vesicae）。

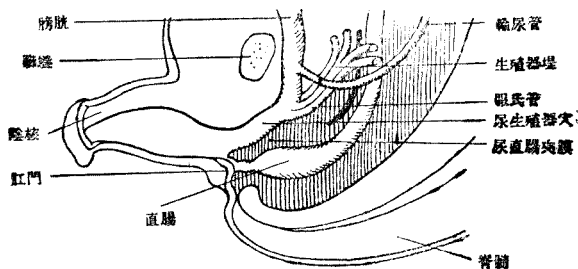
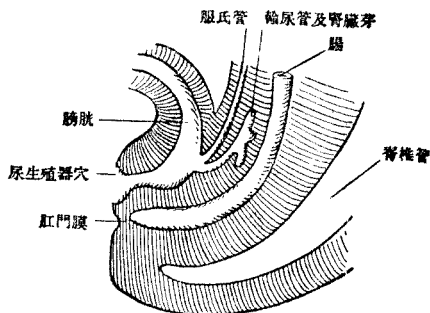


圖 二 十 八

自頸至尾長二十九毫米之女胎兒，其之尿臟生殖器之位置略圖（照 Keibel 氏）直腸與尿臟生殖器穴為尿臟直腸夾膜所分開。

那擴大的膀胱位置中有一圓凹，此即將來自生殖器竇發展成為尿道之處。尿道直腸隔膜向前生長時，膀胱尿道與直腸均顯然分離；又該隔膜至獨穴孔膜（Kloakenmembran）時，即將獨穴孔膜分而為二：一為尿臟生殖器膜（Urogenitalmembran），一為肛門膜（Analmembran）尿臟生殖器膜較肛門膜分裂為早（圖二十九），尿臟生殖器之最後變化即為尿道



圖二十九 直腸與膀胱完全分開圖

膀胱開始與尿臟生殖器穴脫離，尿臟生殖縫已開，肛口膜尚在（照 Keibel 氏）。

與生殖器之互相分離，其中之膜名曰尿道陰道隔膜 (Septum vesico-vaginale)。在獨穴孔膜之前端及旁邊，中胚葉漸漸發育，形成：(一)生殖器丘 (Genitalhöcker) 及 (二)生殖器堤 (Genitalwulst)，包圍該下降之獨穴孔膜。復由生殖器丘產生與陽物相似之突出體 (圖三十)，其下

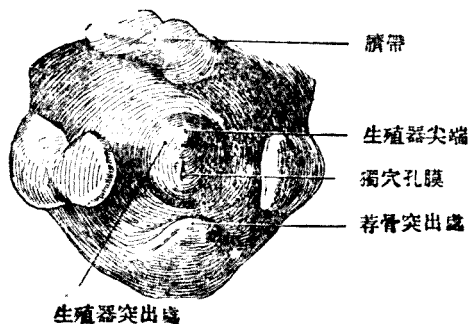


圖 三十

尚未區別清晰之外生殖器 (照 Corning 氏)

端有一溝，即為尿道生殖器溝。同時其邊沿成爲兩狹縐，名曰生殖器縐 (Geschlechtsfalte) (圖三十一)。突出體之前部，在男子成爲陽物，在女性體中爲陰核 (Klitoris)。

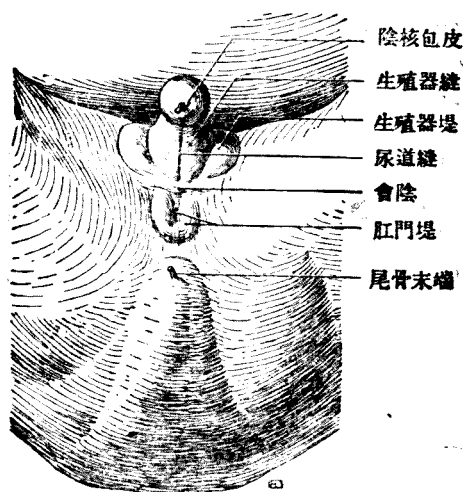


圖 三十一

二十五毫米長女胎之外生殖器 (照 Corning 氏)

其餘部份爲形成陰核莖 (Frenula clitoridis) 及小陰唇之物。至於陰核包皮 (Praeputium clitoridis), 乃由包皮之表面上皮向內生長而成。小陰唇之上端則與陰蒂頭相連接。

由生殖器堤產生之大陰唇 (Labia majora) 與後連合 (Commissura posterior) 會合, 而將陰裂包圍 (圖三十一及三十二)。分獨穴孔之溝而成爲前部尿臟生殖器裂及尾部肛門裂 (Rimani)。又該獨穴膜之分界者爲兩中央已容合之邊間葉堤及會陰堤, 此堤即爲原始性會陰之開端。中間葉在肛門縫之尾端發展而成爲肛門丘 (Analthöcker)。此丘包圍肛門縫全部。兩會陰堤 (Dammwülste) 互相容合後, 成爲永久之會陰, 中間之縫名曰會陰縫 (Raphe perinei) (圖三十二)。

Politzer 氏(參考二)懷疑此種會陰之成立法。

尿道膀胱之位置此時已從尿臟生殖器竇脫離, 分別經過尿道而向外流出。尿臟生殖器竇之生長度雖已停止增加, 但仍繼續擴大, 且趨於坦平, 變成前庭 (Vestibulum Vaginae)。米氏丘形成子宮陰道管之末端後, 其最終點即成爲處女膜 (Hymen)。此膜不久即向外移, 使陰道成爲可向外交通之坦平生殖器縫。

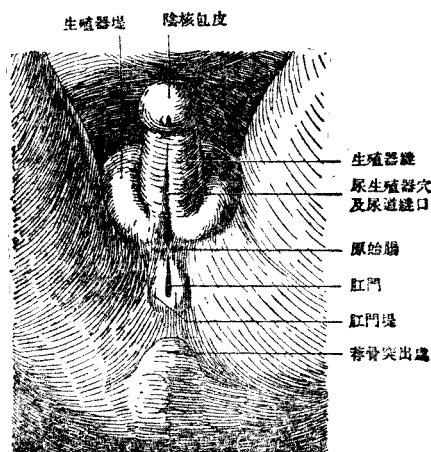


圖 三 十 二

三十一毫米普通女胎之生殖器部份 (照 Corning 氏)

參考一 Bonnet, R. und Peter, K. Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte, 5. Aufl. P. Parey, Berlin 1929.—Corning, Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen 2. Aufl. J. F. Bergmann, München 1925—Felix in Keibel u. Mall, Handbuch der Entwicklungsgesch. S. Hirzel, Leipzig 1911—Fischel A. Lehrbuch der Entwicklung des Menschen J. Springer, Berlin 1931—Lubosch, Normale Entwicklungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane des Menschen, in Halban—Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. I. 1924.—Spuler, Entwicklungsgeschichte des weiblichen Genitalapparates in Stoeckel—Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. I. 1. 1930—Tandler in Optiz, Handbuch der Frauenheilkunde 5 Auflage J. F. Bergmann München 1927.

參考二 Politzer. G. Zbl. Gynäk, 1932, Nr. 10.

第三篇 女子生殖器畸形(參考一)

內生殖器畸形

女性體內最多而最重要之現象厥爲米氏管之構造不健全。此種阻礙式之構造或由一管或兩管全不進化 (Aplasia) 所致；或雖進化而極不健全 (Hypoplasie)；或由兩管容合後擴大不均勻所致；故就其外表觀之，似爲兩個子宮或兩個陰道。或則兩管雖然容合而其中之間腔仍不通順，以致出口處閉鎖 (Atresie)。由此而產生種種之畸形不勝枚舉。其重要之時期則仍在胎兒幼稚時代。

Fürst 氏爲第一個證明子宮畸形之來歷者。以後如 Nagel 氏 V. Winchel 氏 Felix 氏等等，亦均有相當報告。

子宮及陰道之畸形及不健全情形，均開始發現於青春發動期或結婚時。

(一) 生殖器閉鎖 (Gynatresien)

構造完全之生殖器，有時亦可在某處發現一閉鎖 (Gynatresie)。此種閉鎖或因先天生成，或由後天獲得。(兒童時候因傳染病之後發炎及潰瘍如麻疹猩紅熱白喉感冒) 爲陰道閉鎖之最大原因 (Nagel 氏 Veis 氏)。成年後子宮或陰道破傷亦可使之閉鎖 (別處當詳述之)。先天性之閉鎖乃因米氏管應容化之上皮層而不容化；此種現象在子宮腔內者較爲少見，(子宮外口 Orificium externum 及子宮頸) 較多者爲陰道先天性閉鎖 (Atresia vaginalis Congenitale)。其位置大多在陰道後壁三分之一，但亦有接於處女膜之後者。名曰處女膜內陰道閉鎖 (Atresia vaginalis retrohymenalis)。此種閉鎖能與處女膜混合生長，故最常見之閉鎖均在處女膜；此膜能完全閉鎖成爲處女膜閉鎖 (Atresia hymenalis)。此外復有米氏丘不鑽破而成爲處女膜閉塞 (Hymen oclusus) 者。

生殖器閉鎖之臨床現象極爲顯明。應排洩之月經不至，病者每三至四

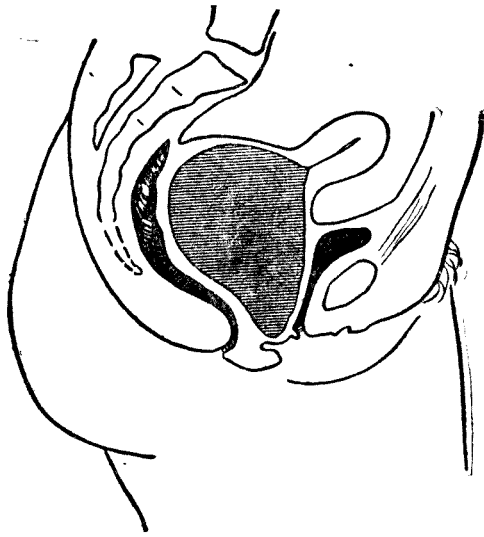


圖 三 十 三

處 女 膜 閉 鎖 陰 道 積 血

星期感覺局部（在下腹深處作痛或則全身嘔心、頭痛、頭暈、心跳等有病現象）之不適，此後則每次加重。此種時期名之曰假無經（Amenorrhoea spuria）。最後該種痛苦繼續不斷，無論出血與否。此種病方開始時，病者父母恆誤為月經開始之期，尚不十分注意。以後至每月不見月經，痛苦每月增加，甚至最後痛苦繼續不斷，病者臥床不起，日漸消瘦，面色慘白時，始迫不得已，往醫院求治。

局部檢查所得之結果，完全根據封閉之位置。若為處女膜閉住，則所流之血均積集於陰道內（陰道積血 Haematocolpos），將陰道擴大至平常範圍之外而形成一病理化之血袋，充塞於一部份小骨盤中。直腸受壓甚劇，膀胱則移向於恥縫之上；因此將子宮提起，上升於骨盤入口平面之上，而入於腹腔之內（圖三十三）。在第一期月經開始時，所流出之血積於處女膜封閉處，其發生之病象幾等於無。但以後則隨月經次數之增加，逐漸加甚。在病者感知痛苦之日漸加深時，陰道之積血亦日漸增加。對此，吾人已知阻住血液之排洩者為處女膜。故此時處女膜向外突出，因內部壓力之大小（即積血之多少），處女膜閉鎖向外突出之程度及厚薄亦隨之而變

遷；及至最後時期，該膜已突出於尿道堤之下，其中之黑血映現於該膜後方（彩圖三）。

若在此時再不就醫，則陰道更無容血之處，於是積血即上升於子宮腔內(Haematometra)而成爲子宮積血。若子宮腔積血已滿，則進而發展至輸卵管，成爲輸卵管積血(Haematosalpinx)。此時根據一或雙輸卵管積血，名曰單或雙輸卵管積血(Haematosalpinx unilateratis oder bilateralis)（圖三十五）。在理論上，卵管內之血可直達腹腔之內，無需擴大；證諸事實，雖在開始時有卵管內血液流入腹腔之現象，但不久以後，腹腔輸卵管口即行塞閉（大約由血液凝結所致），於是血液積住於輸卵管內，成爲積血；因積血之增加，致處女膜與輸卵管腹腔口之間擴大而成爲統一之袋。

在混合檢查直腸腹部時，可摸得一極大而特殊之瘤腫。瘤腫之範圍下自陰道直上至子宮，旁及於兩側之輸卵管其大可知。此種積血完全將陰道子宮輸卵管打成一片，醫者已不能摸知何處爲陰道，何處爲子宮。僅在瘦而腹壁甚薄之女子體中，此種牛角形之輸卵管積血可以用手探知。瘤腫之

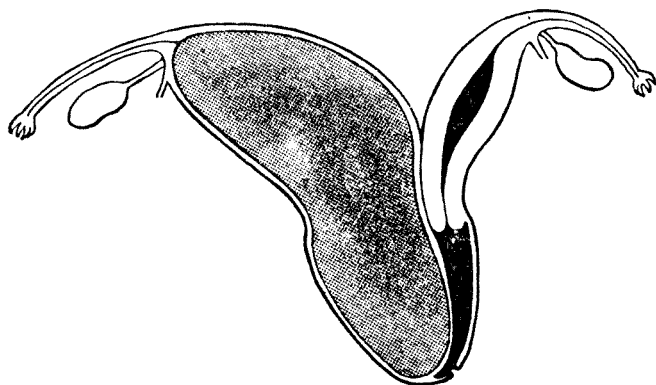


圖 三 十 四

雙頸雙角子宮及雙陰道之子宮及陰道單面積血

大小不能代表內生殖器被佔之大小，陰道之積血能擴張至臍部甚或高過臍部。在腹部所探知之圓頂當然極似子宮底，但在事實上，子宮之位置大多被推至邊沿，其腔內恆無積血。著者以爲此種情形較子宮積血爲多，蓋在此種情形之下，大多數女子已不堪痛苦，被迫而就醫矣。

又在剖腹後觀察所得之子宮，吾人亦不能於上述情形之下確切探知其是否有血。故著者以爲實際上子宮積血之情形恐不如雜誌記載之多。

據 Millroy 氏之報告，有一家三例患處女膜閉鎖者（十四歲十六歲二十歲）。

反之，若陰道閉鎖（*Atresia vaginalis*），子宮腔當然容易積血；蓋陰道下端空虛，子宮積血之可能性當然較大。若子宮頸封閉（*Atresia cervicalis*），則子宮腔積血在開始時即有之。

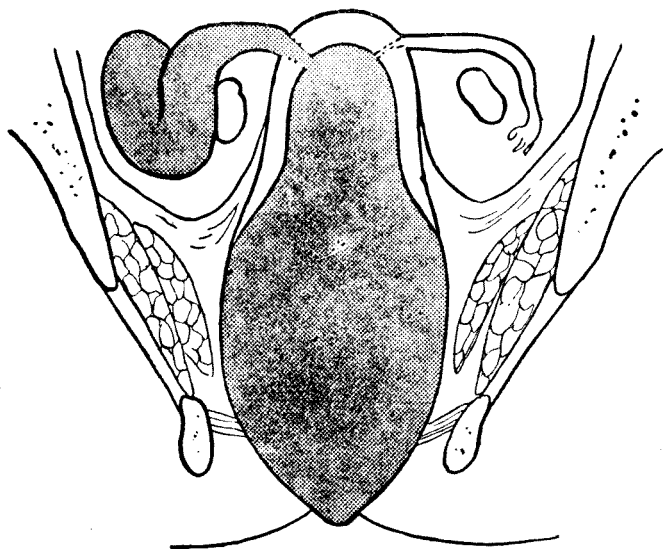


圖 三 十 五

處女膜閉鎖所造成之陰道積血，子宮積血及輸卵管單面積血。

對於最後兩種閉鎖形狀，各學者之意見尚不一致：J. Veit 氏反對先天性之說法，認爲一切閉鎖都發現於生產之後（傳染病發炎，刺激，陰道及子陰段破損，或產褥期內發炎潰爛等）據著者之意見，以爲二者均係事實，除後天性所得之外，當更有先天性之陰道或子宮頸閉鎖或結住。其中尤以結住爲甚。例如半月形之結住突出於陰道腔內成爲橫隔膜，有時在交媾時可以出血甚劇（Fritsch）；在生產時能切斷而完全消滅。此種結住可以使生產時期延長，有時胎兒之頭竟不能通過此種結住，因此非用切開腹部取出胎兒之手術不爲功。

此種血袋能自由移動，如受損傷（因試行性交或因用力之檢查，或因跳躍而下墜等），即易破裂。如係處女膜閉鎖破裂，自陰道內流出一種濃厚之黑血，宛如大山之噴發岩漿。如係輸卵管破裂，則此種黑血內流入腹腔。第一種向外破裂能供病者感覺極度之輕快；第二種向內流入腹腔，

能供腹膜得到一種驟然之刺激而發生巨大之苦痛（與別種破入腹膜之痛苦相同）；但此種痛苦情形若無他種疾病加入（如上升性之傳染），不久即行消滅。惟在腸與腹膜之間有發生結住現象之可能。通常此種破裂現象無論向內或向外，均極少見。

有時因此種子宮積血之假無經（*Amenorrhoea spuria*）以及子宮腔之不斷被血液擴大，能將子宮壁緊緊的壓住，結果，子宮粘膜不再有月經式之變化，月經遂告正式停止（*Amenorrhoea vera*）。然 *Fritsch* 氏則謂子宮之積血，對卵巢發生間接之刺激使卵巢自動停止排卵，故月經當然停止，同時粘膜亦不致破裂，子宮亦不再出血。以上兩種見解之孰是孰非吾人殊不易加以判別，惟知此種停經事實對於病者確有莫大之利益，吾人名之曰一種自動醫治（天然治療）。蓋血之來源既停，則原有積住之血逐漸因被吸收而減少，腫脹之表面亦自隨之縮小；至於不能吸收之血，則凝成原塊，留於厚處。此種情形，吾人於退化式之子宮內恆可發見。因此種子宮之面積不能擴至甚大，故止血之時期更可以提早。

處女膜之閉鎖頗易診斷。其訴說之前史非常特殊，且突起而甚薄之處女膜常於其中映出黑血。若再經直腸腹部之探摸，則診斷更為準確矣。

鎖閉處愈高，則診斷愈難，區別診斷亦愈難。

陰道深處閉鎖及子宮頸閉鎖，僅為一種假定。雖然在摸診時恆有此種懷疑。在陰道鏡下，殊不易窺見子宮口或子陰段，尤以子陰段為甚。因子陰段高出於恥縫之上，而陰道後穹窿又極緊張之故。此種情形在結住性固定性之子宮後折妊娠（*Retroflexio uteri gravidi incacerata*）杜氏室積液體（*Douglas exsudat*），或卵巢下降壓住於杜氏室中時均能發生。

診斷上較為困難者為雙子宮之一子宮積血（*Uterus duplex et Haematometra*）（圖三十四及五十五）。此種疾病無特殊之前史，因一子宮腔正常有月經，另一子宮則有積血的苦痛（*Molimina menstrualia*）。此種不適，大多皆誤認為痛經，在探摸時，因積血之子宮將空虛之子宮推至極遠，故診斷非不易。此種積血性腫脹往往長至極大，將陰道壓住；甚或使檢查者之手指不能伸入，僅能使用探針（*Sonde*），始能通過緊狹之陰道。若能容手指伸入，則醫者能在陰道傍壁摸得一緊張之瘤。

若閉鎖子宮之位置甚高，則通順子宮之外口能被積血子宮壓成半月形，此種積血與子宮頸肌瘤（*Cervixmyom*）或闊韌帶內腫瘤（*Intraligamentäre Tumor*）極難區別。又此種未成熟之子宮積血發硬後形成圓球，尤以高處之子宮為甚。醫者在腹部上探摸時不能與卵巢瘤子宮附帶瘤（*Adnexetumor*）或子宮肌瘤等區別（圖五十二）。

該種積血大多在剖腹後始能將診斷確定，其中最重要者仍為圓韌帶

之現象。此韌帶對於子宮解剖上阻礙性之異形以及子宮或輸卵管積血均有極大關係（圖二十四）。（總結在子宮輸卵管角處）據此，則吾人可知在此帶之邊傍者屬於輸卵管，在其內側者則為子宮。

陰道淺處或處女膜積血對於預後（如結婚生育）均無妨礙，子宮積血之疾病，當然不難治癒；惟其工作力能否完全復元，殊難斷定。

對於此種疾病唯一之治療方法為施行手術。即將該封閉處切開一洞，使停積之月經血液流出。若如此尚無效果，則惟有將子宮或其中積血之子宮角割去。

過去醫者均將此種積血用針抽出，因恐放血太多，腹腔內之壓力變遷太甚，致引起輸卵管之破裂，使腹膜發炎。蓋彼等皆以為輸卵管積血具有傳染性之故。但實際不然。在施行此種手術以後，對於傳染菌的上升，根本無抵抗能力。因積血地位太大，自處女膜至輸卵管腹腔口均無阻止之者。且血液極易傳染病菌，故發炎之機會極多。例如一種連鎖球菌，即能由處女膜上升至輸卵管內；在此種營養之下，極薄之輸卵管膜不免該菌所鑽破而成爲腹膜炎。此種疾病能使患者在一二日內致命。故上述試驗性之抽血治療反能增加病者生命之危險，應行廢止；必須在極短時期內將內部之血液完全去除。

最佳之方法係將閉鎖處割開，用手指擴大之（亦可將中央之膜割去，使將來交媾便利，不再結疤）。至於開刀處之出血，可照圍繞縫法縫合之；使一面得以止血，一面得以免除該口之再度閉鎖。

若爲陰道積血，則積血取出後應即刻檢看子宮，有否波及；若子宮頸已開，則子宮內亦有積血；醫者寬待其自動將血排出。若血液排出後輸卵管尚有積血，則應立刻施行手術（剖腹），將輸卵管截除。否則即有腹膜炎之危險，病者之生命當然發生問題。

通常陰道積血時能將子宮極度推高，故往往不易找得子宮口及子陰段。蓋上升極高之子宮一時不易下降故也（看上面即可知道）。因此施行此種手術以後之治療頗不易爲。處女膜封閉被割破之後，吾人絕對不能確知輸卵管有否積血，是否有剖腹之必要。故無論如何，割除處女膜閉鎖之手術不能於門診間內爲之，必須在醫院中手術檯上工作。

至於女陰閉鎖（Atresia vulvae）症，卻極少危險，此種疾病僅爲一種沈重性之畸形。

如欲除去亦須施行相當手術；但通常只有大陰唇些微結住，醫者用探針插入，將結住處分開

即可。

2. 子宮及陰道雙體及缺形(參考二)

女子內生殖器之成立，皆導源於兩米氏管，故若米氏管之進化不健全，則將來形成之子宮及陰道亦不健全，依兩米氏管合併之程度如何而形成各種畸形及缺形。自兩米氏管完全不合併起，至些微異常止，其中多數種類，在變形進化史中。此種現象雖富有研究之趣味，但在臨床上恆使醫者感到困難。

若兩米氏管在子宮部份及陰道部份全不合併，則將來進化後形成之子宮及陰道亦各自獨立。易言之，即該種內生殖器除兩根輸卵管外，尚有兩個子宮兩個陰道 (Uterus et Vagina didelphys) (圖三十七) 即重覆子宮及重覆陰道。但此種畸形在成年女子體內未曾發見，僅在各臟均有畸形之死胎中，有時可以見到。



圖 三 十 六
雙 陰 道

較為普通而成人亦不免者為雙子宮及雙陰道。此時兩米氏管之位置並行，但兩者間腔並不合併 (Uterus duplex et Vagina duplex)。(圖三十六、三十八及五十六) 至於子宮及陰道，有時大小均勻，有時一大一小。若兩米氏管大部合併，而並未完全合併，則成為雙角雙頸子宮 (Uterus bicornis bicollis)。(圖三十四及三十九) 就陰道而言，亦有完全不合併 (Vagina duplex 雙陰道) 者，亦有一部份合併 (Vagina subseptata 中隔性陰道) 者，亦有全部合併 (Vagina simplex 單純陰道) 者。

如兩米氏管上端並不合併而僅有下端一部份合併，則形成雙角獨頸子宮 (Uterus bicornis unicollis)。(圖四十、五十三及五十四)。較上述稍進化者，兩米氏管合併已將完全，僅略有角度留出，此即所謂凹形子宮 (Uterus introrsum arcuatus)。(圖四十一及五十三)

若兩米氏管之子宮及陰道部份並列一處，但並不合併，或合併者僅為一部份，則形成中間性雙子宮 (Uterus septus duplex) (圖四十二及五

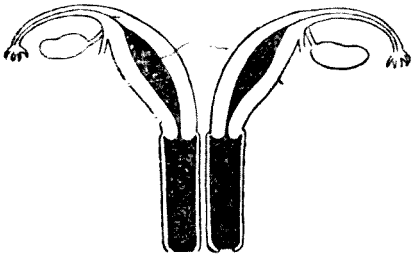


圖 三 十 七
兩隻子宮 (重複子宮)

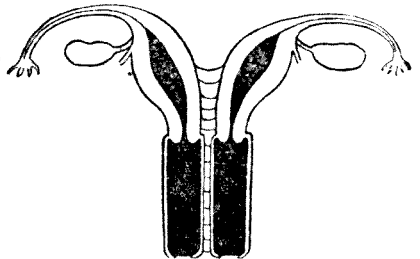


圖 三 十 八
雙子宮雙陰道

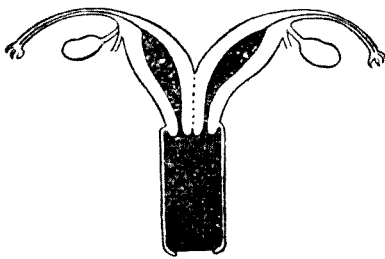


圖 三 十 九
雙角雙頸子宮及單獨陰道

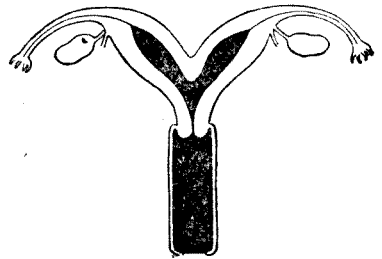


圖 四 十
獨頭雙角子宮

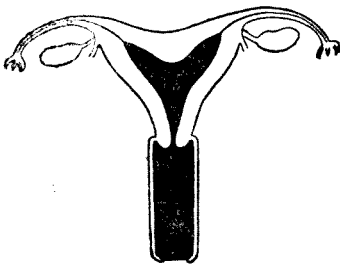


圖 四 十 一
中凹子宮 (比雙角稍坦平一些)

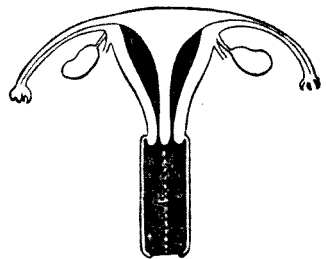


圖 四 十 二
中隔子宮或名雙穴子宮 (陰道可單可雙)

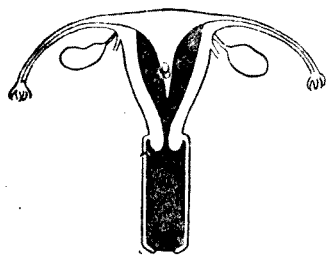


圖 四 十 三
亞 中 隔 子 宮

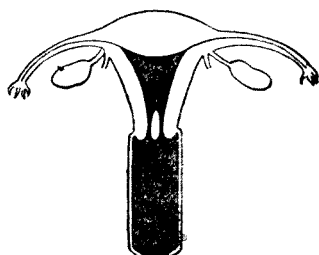


圖 四 十 四
雙 頸 子 宮

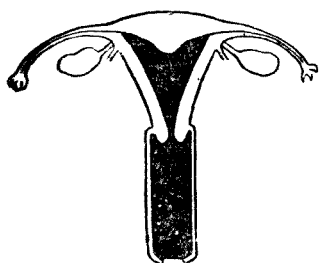


圖 四 十 五
亞中隔（頸部狹，子宮中凹）子宮

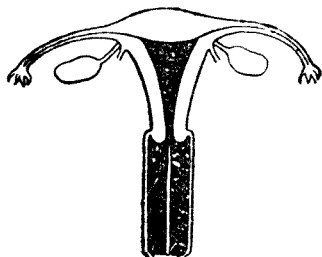


圖 四 十 六
正 常 子 宮 中 隔 陰 道

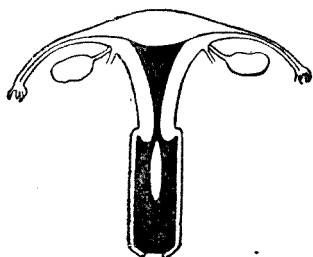


圖 四 十 七
正 常 子 宮 亞 中 隔 陰 道

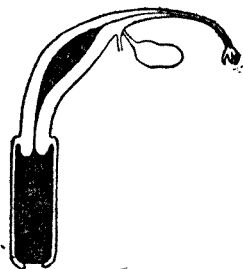


圖 四 十 八
獨 角 子 宮

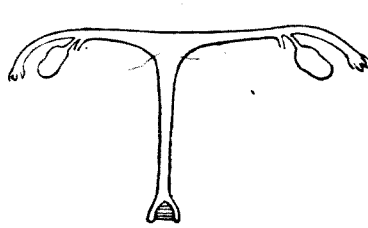


圖 四 十 九
腺性雙角子宮

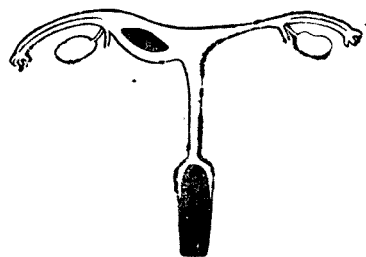


圖 五 十
腺性雙角子宮（遺一腔）

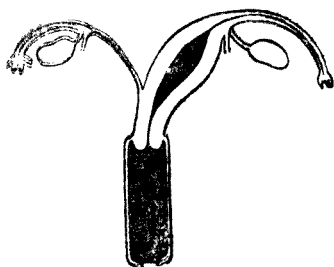


圖 五 十 一

雙角子宮（亦可名單角與腺性副角）

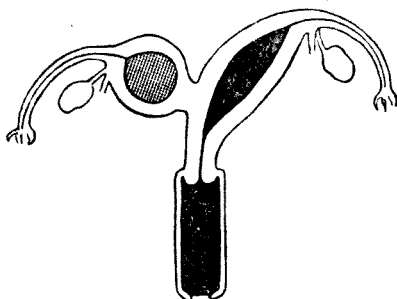


圖 五 十 二

雙角子宮與一腺性副角中有子宮積血

十五) 及雙性式單獨性之陰道。若兩米氏管已完全合併而中間尚有未消滅處所者則爲亞中間性子宮(Uterus subseptus)。(圖四十三) 如子宮頸中隔一部份，則爲子宮頸中間(Uterus biforis)。(圖四十四) 此外尚有子宮之些微畸形，即凸底子宮亞中間(Uterus foras arcuatus)。(圖四十五) 陰道亦有同樣情形：中央全隔者名曰陰道中間(Vagina septa)，如係一部份隔開，則名曰陰道亞中間(Vagina subseptata)。(圖四十六及四十七)

若米氏管全不存在(Aplasia)或進化程度極低(Hypoplasie)或僅有一邊進化(asymmetrisch)或兩邊均不進化(symmetrisch)則子宮之畸形程度尚可增加。

全無米氏管之女性同時缺乏尿臟，或竟全無。但在活胎中至今尚未發現，即一邊無米氏管者亦極少見。對於此種子宮，吾人名之曰獨角子宮

(Uterus unicornis)。(圖四十八及五十三)在某種情形之下，此種子宮可進展至健全之程度，與普通子宮之機能完全一樣。由於上述之情形腎臟亦同時發生變異（如骨盤腎 Beckenniere 或 Nierenaplasie 無腎）；對於此點，閱原腎之進化即可詳知。

全無卵巢及輸卵管，成人患之者甚少（R. Rössle u. j. Wallast）氏（參考三）死胎無之者較多，惟同亦無米氏管及腎臟位置。

卵巢為數過多的見解；大約是不確實的，至於有些所謂者，恐須在生殖腺定估時受外界束住形似雙卵巢罷了。至於卵巢裂開遺落的卵巢組織，那或許在闊韌帶內，圓韌帶內（Mo. Neil 氏）及其他骨盆腔內可以覓得。

兩米氏管成立後始終幼稚而不進展，則可名之曰臍件性雙角子宮 (Uterus bicornis rudimentarius solidus)。(圖四十九)在此種情形之下，輸卵管及卵巢仍可發展完全。陰道則有時全無，有時缺少一部份僅有米氏管之遺跡。無陰道及未熟子宮之女子，每有先天性向後擴大之尿道。過去以為此種擴大尿道由於尿道性交之故，但實際不然（閱後）。此種臍件性之子宮，有時有一細腔組織，可名之曰間腔性臍件性雙角子宮 (Uterus bicornis rudimentarius partim excavatus)。(圖五十)



圖五十三

各種子宮異形X射線攝影

上 雙子宮雙陰道 中左 雙角獨頸子宮 中右 獨角子宮 下左 中凹子宮 下右 臍件性子宮

若米氏管一邊進化而另一邊不進化，則成為不稱之雙角子宮 (Uterus bicornis asymmetrica)。(圖五十一及五十二)此種不進化之米氏管有時完全閉鎖，但一部份仍有機能健全之粘膜炎及間腔，幫助月經之排洩（圖五十二）。甚至可容受孕之卵子（經過腹腔而入副角子宮之輸卵管內）或

精蟲（經過子宮輸卵管入腹腔而再副子宮角之輸卵管）直達該處而成孕。惟其中大多有一接管，使精蟲可以入內。以上所述，在解剖學上絕無證明之可能。

雙陰道之處女膜，有時僅一面受損，有時兩面均受損傷。若初次僅於一邊陰道交媾，則其他一邊完全不受影響。因此若以後有一次性交時將未破之處女膜穿破，則女子仍可感到非常之痛苦。此種情形殊難區別；尤在生產時容易使人誤會。

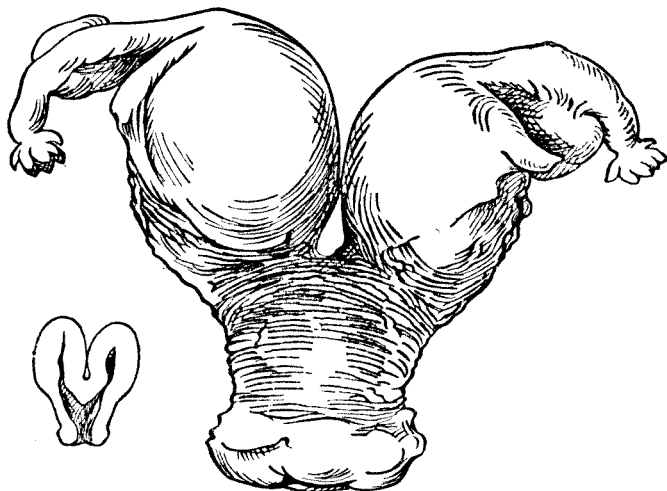


圖 五 十 四
雙 角 單 頸 子 宮

例如某次在某醫院中有一產婦，當院內助手於檢查該產婦內部後報告主任時，謂子宮口已完全開放；但又經主任檢查之後，則謂子宮口毫未開放；因此主任與助手發生爭執。直至第三次之檢查，始知當初兩者均有理由；蓋助手所檢查者為一邊有孕之子宮，主任所檢查者為其他一邊。

陰道中隔有時能使生產發生困難。因陰道中隔足以阻止胎兒頭部之旋轉。胎兒頭部產生不易，恆能影響胎兒之生命。對於此種情形，苟非陰道檢查，而僅作直腸檢查決不能檢得真相。上述之情形在胎兒頭部塞住陰道時，亦可明悉；此時醫者可將陰道剪開，待生產後用線縫合之即可無慮。

有時胎兒頭部將中隔膜壓於一側，或將該膜裂破為二。如膜被裂破，

則裂破之膜下墜於外，一如陰道一壁之下墜。

膜性副陰道之無雙子宮者不在少數 (Plica falciform's cervico-laguearis), Halban (參考四)氏謂該種陰道常能形成陰道積血及陰道積膿等 (Klaften (參考五))。

子宮亞中隔 (Uterus subseptus) 或雙角子宮 (Uterus bicornis) 對生產均有妨礙，因胎兒在雙角子宮中大多橫位於中隔子宮之內，如胎盤位置正在中隔膜上，即能引起虛脫出血 (Atonie)，危險極大。若子宮有獨角，則胎兒易在斜位。上述各種子宮畸形，均極易招致流產；因卵子寄埋不深，甚易脫落故也。

又有一種極少之混雜症，即雙角子宮之一角內有妊娠，其他一角內為癌腫。(圖五十六)

醫者對於此種子宮之畸形，應盡力改正，使患者仍有生產之能力。

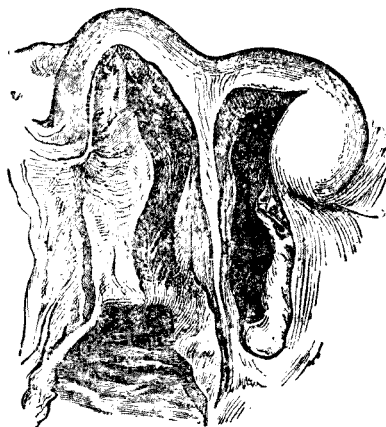


圖 五 十 五

中隔子宮 (或名雙穴子宮) 其他一穴因封閉而有子宮積血，在施手術時剪破流出故萎縮如此。

最易治療者為平衡性之雙子宮 (中隔子宮，雙裂子宮，雙重子宮及雙角子宮等。因此等子宮祇須將其中央隔膜割除以後，Strassmann 氏則謂兩者合併成爲一只以後)，本來之機能即可完全恢復。生產之希望及結果均與常人無異。(Strassmann, Fuchs, Fraenkel, Kakuschlin, von Klein, Büttner H. H. Schmidt, (參考六) Hannes, Abraham (參考七))。



圖 五 十 六

雙頸雙角子宮（妊娠與子宮體癌同時產生）

較爲困難者爲子宮半側不平均。事實上，欲以手術方法將其改過，毫無效果，反不如將一邊幼稚細小之子宮割去或割去其一面，遺下之子宮始有成孕之希望。

女子無陰道者 (fehlende Vagina) 可以人工製造之。(參考八) 但須視尿道膀胱與直腸間有否空處以供性交及生產之用而定。如有上述之空處，吾人祇須在尿道與肛門之間割開，深入至直腸膀胱之隔膜（此處組織甚鬆，極易分開），即見杜氏室之腹膜；再將膀胱壓向前部，直腸壓向後部；於是而得半手地位之空處。此種空處甚難保留，因粘膜之移植，杜氏室腹膜之縫貼 (Stöckel)（假定有子宮）及子陰段之接聯於切開之創處均極困難 (Fritsch)。以後醫者將腸部移植之方法應用至此成結始有可觀。



圖 五 十 七

小腸陰道 (照 Baldwin-Mori 氏)



圖 五 十 八

小腸陰道 (照 Baldwin-Mori 氏)

普通製造陰道有二種方法：

1. 小腸移植法 (Baldwin Mori) 將小腸之一部份移至該空處 (圖五十七及五十八)。
2. 大腸移植法 (Schubert) 將直腸下端移植於該空處。再將上端之腸拉下，移植於直腸之空處。在保存肛門提肌機能之下，補縫於肛門口之處。(圖五十九)

以上兩種方法，今日醫者多利用之，均有滿意之效果。但兩法各有危險及弊病：小腸方面能引起腹膜炎，及移入之小腸潰爛而造成甚臭之白帶（小腸液）。至於大腸方面，為代替之直腸不能容積糞塊。兩者比較之下，實以大腸移植法危險較少。

Schubert 氏謂已有三十例應用直腸移植法者。此外，更有代表直腸之彎曲腸移植者 (Hejduk, Ostreil)。

對於此種手術，頗有學者提出反對之意見，以為不應為性慾觀念置人命於危險地位而不顧。但事實不然。蓋吾人應知此種女子在精神上所受之痛苦或恐甚於此者也。以故每一醫者在此種女子施行上述之手術以前，應將其利弊向病者及其家屬詳細說明。

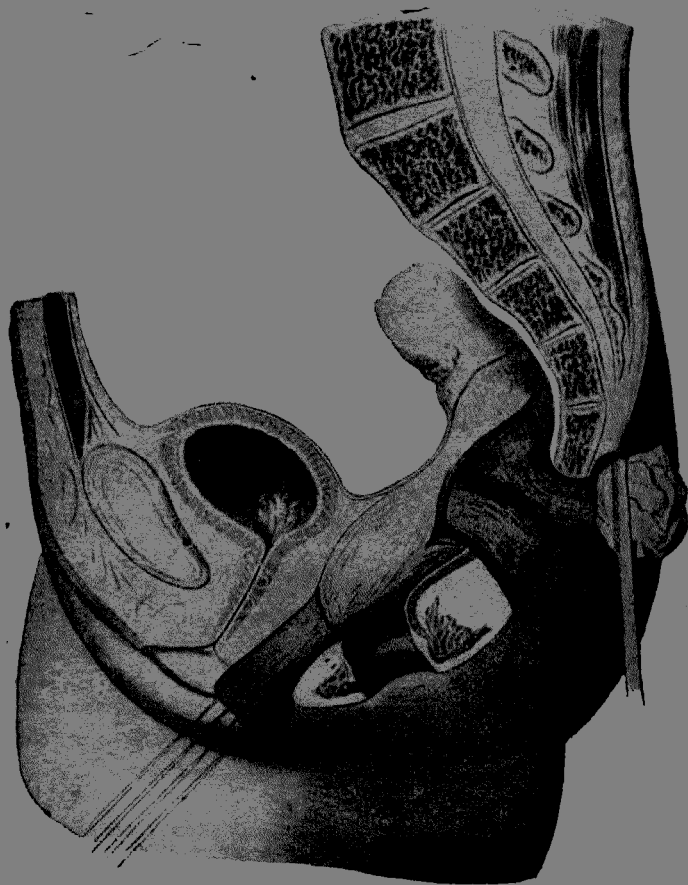


圖 五 十 九

大腸陰道（照 Schubert 氏取自 Peham Arureich 氏之 Gynaekologische Operationslehre 書中）

若陰道缺乏而子宮之機能尚屬健全，則在裝置人工陰道以後，也應將子宮積血用手術去除，將子陰段裝於人工陰道之上，使性交便利，生育容易。

Wagner 氏曾對某女子施行大腸移植法，嗣後該女子居然受孕數次，陰道毫未破裂。

此外更有較腸性陰道少危險而手術亦較易之方法，即用由上腿割下之上皮製成陰道管形，插入於膀胱及直腸之空隙處，（Kirschner 及

Wagner 氏(參考九)方法)是也。此法簡便易爲,確較移植之腸方法爲佳。(Kayser, Heller, Vogt, Kraul, Myländer, Stoeckel(參考十)等氏)。然此法殊不能打倒上述兩種方法,因其上皮不能持久,內面之一段無可寄託,極易結住而縮短故也。

G. Doederlein 氏且發見該種管形陰道有尖肉疣發生。雖然 Petit 及 Kreis 氏曾用兩包皮補貼陰道之壁, Brindeou 氏曾用成熟之卵皮補貼陰道壁, Kleitsmann 及 Poska-Teios 氏曾以胎兒皮脂補貼創腔之壁,但此等試驗結果均無補於事。

(三)生殖器發育不健全(參考十一)

發育不足之子宮 (Uterus hypoplastica) 爲全身發育不完全之部份現象,至少當爲生殖器全部發育不足之一部份現象也。然在事實上,發育充足之女性體內亦有子宮發育不全者。

胎兒性之子宮 (Uterus foetalis)。(圖六十三)雖在成年以後,亦尙與初生胎兒相同。此種子宮之頸管甚長,子宮本體如細扣,子宮頸之摺縫有時上升至子宮之底。

普通子宮在嬰兒時代中尙未擴大,至青春期始受卵巢之影響而逐漸生長。其時子宮頸之發育較子宮之發育爲慢,壁部之組織亦無增加。若此時卵巢不能發育,或雖發育而不健全,則子宮及全部生殖器均處於幼稚之地位(Uterus infantis)。

幼稚性之生殖器,其大陰唇之下方脂肪極少,且不健全;因此前庭萎縮,會陰低而薄,全部陰毛稀少,陰道短而狹,前後壁發育不足,前後穹窿淺而狹,子陰段甚小(較小手指尤小),子宮頸管雖用最小之探針亦難通過。

該類女子之子宮(圖五十六)亦較一般短三厘米;子宮頸甚長,子宮體短,二者成四與三之比(一般爲三比四)。有時子宮體似一紐扣,位於子宮頸之上。子宮之尖角大半折向前方。輸卵管甚薄,其肌肉彎曲度甚大,其粘膜摺縫發育不足(W. A. Treund),毳毛不完全。卵巢之位置甚高(因未下降)狹如韌帶(圖十三)。杜氏管特深;荐骨子宮韌帶甚硬,無彈力。

該類女子大多有經痛(Dysmenorrhoe)之疾病(名曰子宮痙 Uteruskolik),因子宮之肌肉不能將內部血液排出故也。又此種女子大多不孕,



圖 六 十

女胎之內生殖器（子宮前壁一半部份切去）

無經或少經。

上述女子之全身發育亦多不完全，雖年逾二十，其知識及身體亦甚幼稚。個體之組織均極遲鈍（如骨盤狹小、臀部狹瘦、乳房不發達、乳頭細弱、肩窩無毛、直腸狹小、血管發展微弱（Virchow）、心臟細小、大動脈細緊、呈典型式萎黃症、締結組織硬而緊無彈力），故至生產時，陰道及會陰甚易裂開。

常有病者詢問醫者，患此種病之女子是否可以結婚，或結婚後能否生產。此時醫者之答復足以在社會及法律上引起重大影響（例如離婚），故醫者在未下斷語之前，應將病者內部詳細檢查，於必要

時應以麻醉檢查之法探摸內部有無子宮及卵巢等存在。若果無子宮及卵巢，則對於結婚當然毫無益處。

在另一方面，吾人決不可因子宮太小而勸病者避免結婚。有時吾人可得十分驚異之報告，知非常幼稚之子宮竟在婚後充分發育，可以受孕，可以正常生產，產褥經過一如普通女子，又可在短期內繼續受孕，產後則痛經之疾病全無，子宮與普通女子之子宮毫無區別。此種變異究受何種影響而致，吾人殊不能探知，事實上，或許因性交之關係或性交之刺激，使卵巢機能發達，以致子宮長大；性交時之充血可促進子宮發育（如用透熱電 Diathermie 短波電 Kurzwellen 熱水坐浴，熱水洗陰道等等皆有相當益處故也）。

最近 Clauberg 氏（參考十二）復用多量之濾更液強使子宮發育其成績頗佳。但此類女子之另一部份並不若是，結婚後子宮絕不發達，細小一如往昔，痛經亦仍繼續，經血依然稀少，時期依然不準，以致不能受孕。此時醫者雖盡其所能，用各種方法醫治，而終不見效。現今內分泌之治療雖云可使一部份幼稚子宮發育，但為時甚短，有效與否今日尚未能下絕對之斷語也。總之，此種女子是否有發育希望及生產可能，乃不可預斷之問題，若女子有女性之個性，則發育生產之希望或許較多。

此種畸形之發育及發育不足之內臟頗有多病之傾向（瘤腫及結核）其中大如生殖器，實際上極難區別診斷。著者曾治一六十三歲無陰道之女子腹中有三個大瘤。此種現象，初以為積血無疑，不料剖腹之後竟發現大如人頭之子宮肌瘤一個及大如胎兒頭部之卵巢皮樣瘤二個，診斷之不易，於此可見。

外生殖器畸形

尿道上裂(Epispadie)



圖 六 十 一

七歲女孩女陰上裂無骨盤分裂陰核全部裂開小便淋漓

小便排洩器之畸形已有另文敘述，現僅就尿道上裂(Epispadie)加以解說，蓋此症與外生殖器有重要關係故也。普通尿道前壁不完全封閉，因兩邊由獨穴孔膜形成之獨穴孔丘並不完全會合，故陰核完全裂開，有時恥縫亦開裂而下懸（圖六十一）。

直腸與肛門畸形

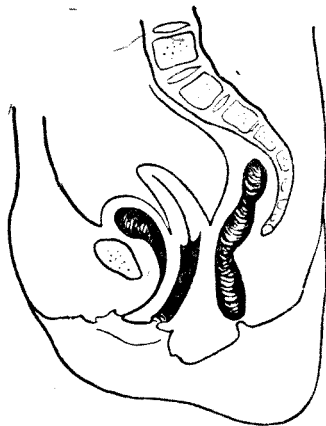


圖 六 十 二
肛 門 閉 鎖



圖 六 十 三
直 腸 閉 鎖

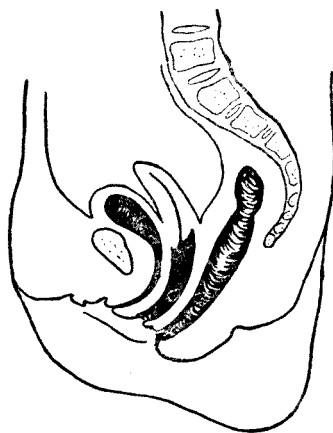


圖 六 十 四
前 庭 內 肛 門

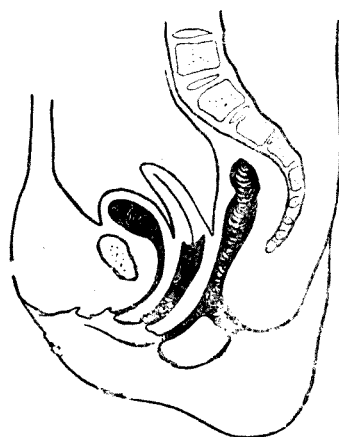


圖 六 十 五
直 腸 前 庭 漏 管 及 正 常 肛 門

尾腸之穿過肛門凹，大半完成於胎兒長達三厘米半之時候。如尾腸不於此處穿破，則該胎兒無肛門 (Atresia ani) (圖六十二)，尾腸本身亦無出口。對於此種畸形，通常只須將該處自下鑽破，必要時再將尾腸與其縫合，即成肛門。

較爲困難者爲直腸高處之閉鎖 (Atresia recti) (圖六十三)。此處尾腸未下降至末端，肛門凹處未完全成立；若只用鑽破手術，不能從下端取尾腸。因尾腸不能拉下故也。此地僅能用人工製一內腸出口處 (Anus praeternaturalis)，名曰人工肛門。

若尿臟直腸之隔膜不完全下降，則尾腸能流入尿臟生殖器穴內，其出口可於前庭處發現而成爲不自然之前庭肛門 (Anus praeternaturalis vestibularis) (圖六十四及六十六)。有時在此種前庭肛門之傍尚有一正式肛門口 (圖六十五)，若前庭肛門相當寬大，則排洩無問題；反之，若該出口甚狹，則不能排洩，或其收閉力不足，大便隨時流出。對於此種情形，自應設法補救。行使手術時應將前庭肛門於原來之肛門處，使該粘膜不與外界膚縫結住。此種手術宜於嬰兒二歲以後爲之，對於過小之嬰兒頗多危險。

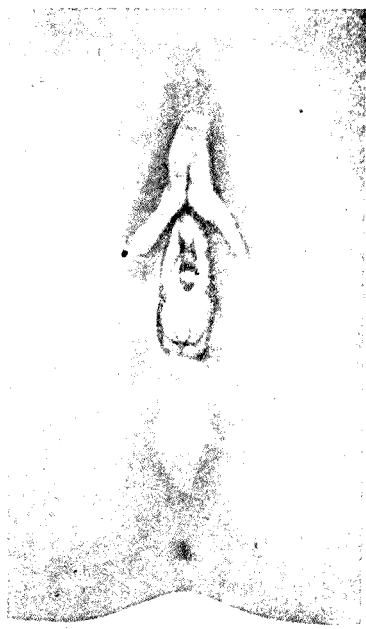


圖 六 十 六
二歲女孩前庭內肛門

兩性畸形及假兩性畸形 (參考十二)

外生殖器之異常恆能影響其形狀；以致由外部之現象觀察，不能使人立刻辨別其爲男性或女性。如男性陽物後部之縫不合併 (Hypospadiæ)，則此陽物常不發育，而其縫則極易令人疑爲女性。若同時無睪丸 (Kryptorchismus)，則該外生殖器極似女外生殖器 (Pseudohermaphroditismus masculinus externus) 而成爲男性外生殖器假兩性畸形 (圖六十七及六十九)。反之如女子之陰核發育特長，卵巢下降於大陰唇之下，則又易令人疑爲男性生殖器；因在大陰唇下方之卵巢極似睪丸故也 (Pseudohermaphroditismus femininus)。是卽爲女性外生殖器假兩性畸形 (圖六十八)。除上述外形變異外，尚有兩性畸形者，具有男女兩性之生殖腺及生殖腺輸出管 (Hermaphroditismus)。(Hoeprke 氏 (參考十四))

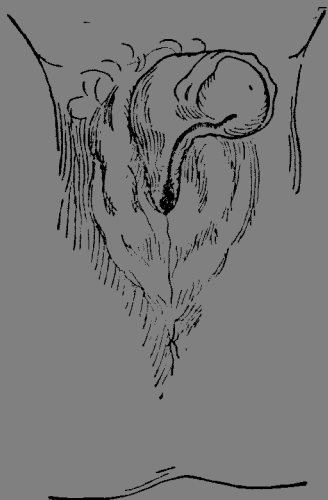


圖 六 十 七

男性外生殖器假兩性畸形（陽物下裂，睪丸未降）Göttingen 婦科醫院 v. Siebold 氏所收集之圖案。

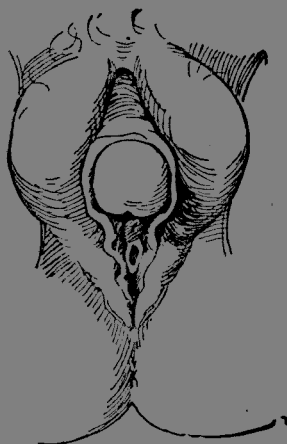


圖 六 十 八

女性外生殖器假兩性畸形（陰核發展甚劇，卵巢下降於鼠蹊溝之兩面）（照 Göttingen 婦科醫院 v. Siebold 氏所收集之圖案）。

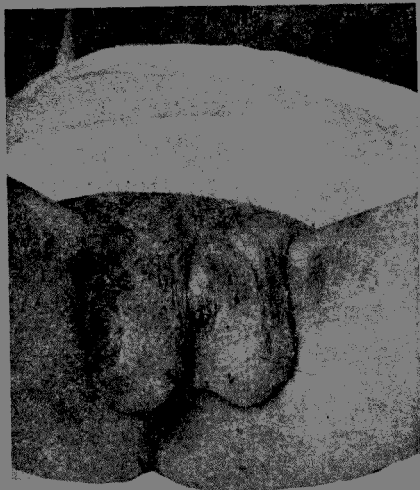


圖 六 十 九

男性外生殖器假兩性畸形（六十歲「寡婦」）在兩分開之睪束內有睪丸各一

通常在診斷男女之性別時，完全以生殖腺之構造為標準。兩性畸形 (Hermaphroditismus verus seu germinalis) 之生殖器，其中有一半與女性生殖器相同，另一半為男性之芽細胞。但此種生殖器實際上極為稀少 (Salin, Simon, Uffreduzzi, Gudernatsch, Photakis, Kleinknecht, Polano [參考十五], Berlinger, Naujoks [參考十六] 氏)。此種生殖器之卵巢及睪丸混合一處，或卵巢生在睪丸內 (Testovarium)，或睪丸在卵巢內 (Ovotestis)。有少數學者以為必須男女兩性生殖腺均有工作之技能 (排卵及產精) 始可謂正式之兩性畸形；實際上，此種情形，絕無僅有；故 Berlinger (參考十七) 及 Dick (參考十八) 二氏均以爲此種要求未免太苛；蓋照此種說法，則每一男性生殖器非有精蟲不可，每一女生生殖器非有卵子排出不可，而實際上，則頗多男子無精蟲者，女子無卵子者，豈彼等均不能認爲男性或女性乎？

比較廣義一點，卻如 V. Neugebauer 氏所說的 (Pseudohermaphroditismus) 假兩性畸形 或名一部份半雌雄。

假兩性畸形爲數甚多，據 Klebs 氏分下述數種：男與女性假兩性畸形 (依生殖腺屬何性爲標準)，及再由此分爲男或女性內或外或全部生殖器半雌雄 (依內外生殖器之畸形如何)。

混合男性假兩性畸形 (Pseudohermaphroditismus masculinus completus) 爲數甚少，病者有大致完全之睪丸輸精管及攝護腺，但也有陰道子宮及輸卵管。外生殖器類如女性之形態。男性外生殖器假兩性畸形 (Pseudohermaphroditismus masculinus externus) 完全因外生殖器畸形而已。至於內部男性假兩性畸形 (Pseudohermaphroditismus masculinus internus) 乃是外生殖器完全爲男性而內部則有發育不完全米氏管陰道子宮及輸卵管。

女性假兩性畸形 正與上述相反，我們所謂外部女性假兩性畸形者 (Pseudohermaphroditismus femininus externus) 乃是女性外生殖器畸形，內部則完全爲女生殖器，至於內部女性假兩性畸形 (Pseudohermaphroditismus femininus internus) 者，其內部除女生殖器外，尚有發育不完全之服氏管；甚者尚有攝護腺，若此兩種混合，則成爲混合女性假兩性畸形 (Pseudohermaphroditismus femininus completus)。

一種正式之假兩性畸形然後能夠成立，假使只有一性生殖腺細胞，以外同時還有異性

的副現象如生殖腺，副性腺體，毛髮軀體構造，聲音及心理等可以證明的話(V. Keussler 氏)(參考十九)。否則假半雌雄就有可疑，假使只有一性的生殖腺組織，而無生殖腺細胞，同時卻有異性的副現象，所以要絕對區別假兩性畸形，非有顯微鏡檢查，不足以證明。對於該種檢查方法，惟有用手術爲之，一如 Meixner 氏常應用之。

形式上的分解，雖然有很多還須要一個答覆。但是大致已無何種困難。無論人類或是禽獸，在早期胚胎時代但預伏有兩性的生殖器。我們所知道的兩管(米氏及服氏管)以外就是生殖腺，在早期胚胎時代也具兩性的。我們只要看那生殖腺開始定位的時候，近腹腔在邊沿的所謂皮質，爲卵巢發展的根據地，反之近原腎在底層的所謂髓質，爲精蟲細胞造成的出發點。所以我們對於兩性畸形的解說，可以說是正常生殖器發展的前程，假使那生殖器前程不專向一性方面發展則將來可以變爲各種畸形。

照表式上的分析，固然很是清漸，但是根本上的問題爲什麼有半雌雄產生，那至今尚未有知之者。此地或許從性之區別問題研究上如染體之構造，胚胎原形質(Keimplasma) Soma(胚葉軌 Keimbahn 內分泌影響)及通常進化的步驟，還有外界的影響(如動物中營養及生活情形)及種族之交錯(尤其以 Goldschmidt 氏的檢驗甚爲重要)都有相當的關係。

醫者遇到兩性畸形的時候大多在初生及發生的時候，此地若欲醫者來區分出來，就是有時用剖腹(因別種關係)手術也不容易分別。

男性假兩性畸形較女性假兩性畸形爲多(照 Brouardel 氏九與一之比，照 Neugebauer 氏十二·五與二·五之比)家庭中遺傳較者能生育者有之。

參考一 Kermauner, Missbildung des Genitales, in Schwalbe, Morphologie der Missbildungen, G. Fischer Jena 1909 und Fehlbildungen der weibl. Geschlechtsorgane des Harnapparates und der Kloake, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. III.— Menge und V. Oettingen, Bildungsfehler der weibl. Genitalien, in Stoeckel-Weit, Handbuch der Gynaekologie Bd. I. 1.

參考二 Felix, Missbildungen der Müllerschen Gänge und ihre Abkömmlinge Zürisch 1914.

參考三 Boessle u. Wallart, Beitrag path. anat, Bd. LXXXIV S. 401—452.

參考四 Halban J. Zbl. Gynaek 1932 Nr. 40.

參考五 Klasten, Zbl. Gynaek, 1931, Nr. 19.

參考六 Schmid H. H. Zbl. Gyn. 1930 Nr. 7 (laierlit.)

參考七 Abraham Zbl. Gyn. 1931 Nr. 35.

- 参考八 Schubert, Zbl. Gyn. 1927, Nr. 2,—Stoeckel W, Zbl. Gyn. 1912, Nr. I.
- 参考九 Kirschner 及 Wagner Zbl. Gynaek, 1930. No. 43.
- 参考十 Stoeckel. W., Mschr. Geb. 1932. Bd. Xc.
- 参考十一 A. Mayer, Hegars. Beitr. Geburtsh. 1910 Bd. XV.—K. Hegar ebenda 1908 Bd. XV.
- 参考十二 Clanberg Zeitschr. Geb. Gynaek Bd. 107.
- 参考十三 Neugebauer F. L., Hermaphroditismus des Menschen Leipzig 1908.
- 参考十四 H. O. Neumann, Zeitschr. Geb. Gyn. Bd. 109.
- 参考十五 Polano, Z. Geburtsh, 1921 Bd. 109.
- 参考十六 Naujoks, Zeitschr. Geb. Gyn. Bd. LXXXIII.
- 参考十七 Schultze, Günther, K. F. Zbl. Gynäk 1930, No. 19.
- 参考十八 Pick Arch. Mikrosk. Anatom. Bd. LXXIV.
- 参考十九 V. Keussler, Zieglers. Beitr. 1920. Bd. LXVII.

第四篇 婦科檢查(考參一)

口 訴

口訴以訴述前史爲主。探向前史，有兩種作用：(參考二) 1. 藉此識得病者性質使其對醫師有所信仰。2. 藉此幫助診斷之準確。

病者之性質不一，有胆小者，有胆暴者，亦有神經過敏者。有舉動不自然者，亦有談話不暢達者。有故意隱瞞者，亦有固執成見者。凡此種種，醫師於談話開端時，即應識得。此時醫師應注意病者是否怕羞，抑無胆聲訴，抑受苦太深，抑刺激太甚，抑或猜想太甚，對醫師無信仰。醫師於識得病者之性質後，即應以適當之談話，引迫病者將病症一一訴述，藉此作爲診斷之參考。然在一時間欲完全探得病者之前史，乃事實上所不能者；醫師亦惟有盡其最大之努力而已矣。於是醫師當再以談話探知病者求診之目的及其痛苦狀況。恆有不育之女子，雖意在獲一麟兒，但其談話常不願提及生育二字。亦有不喜生育之女子，雖已懷孕，而雅不欲將真相訴諸醫師，乃假託他種疾病，以求醫者解除其生育之痛苦。此外尚有少數女子，具有必先盡其一切無謂之談吐然後始申訴現有痛苦之癖性。此時醫師須有明確之鑑別力，對訴述嘮叨者須有中斷談話之能力；在另一方面，醫師當多待一時，使病者得以充分訴述精神上之痛苦。若病者過度傷感，醫師宜善意安慰之。但同時絕不能忘懷探問病者正式之前史。

依照印就之方式對前史作有秩序之探問一法，在事實上固極便利，但有知識之女子，對此每易發生反感，不可不知也。故醫師探問病者之前史，宜於談話間或檢查時爲之。其時對病者之年齡、知識、性情以及精神上之變異等均應同時注意。而在一面檢查一面問答時，病者亦得以追想其以前之病因，作有條理之敘述。故就探問前史而論，醫師對心理學之研究殊不可少(參考三)。此外善於探問前史之醫師更具有聰敏之思想，極精細之舉動，能獲得病者之信仰。對於夫婦間之問題，如慾性感，陽萎，交媾時一切

舉動等等均為醫師應知悉而必須以極殷勤之詢問始可探得者也。探詢時，醫者不可缺少禮貌，同時醫師宜以敏銳之感知力探得病者之思想趨向。此外更應注意者，即病者與醫者所談之問題恆為絕對之祕密，醫師決不能因研究科學之故，貿然動問，更不能有意胡調。蓋病者於此時此地，已完全信仰醫者，醫者不得以神聖和靄四字對待之也。

在探問前史時，醫師常有之最大錯誤為遺忘應問之重要事項。通常大部份診斷上之錯誤均因探問前史時遺忘應問之事項所致。及至病者出門，方始憶及，然已遲矣。所謂重要事項者乃病者是否懷孕之問題也。上述之問題與藥劑之決定極有關係，醫師應十分注意及之。

普通所探問前史包括下列各項：

I. 月經

1. 初經
2. 月經之循環（是否三星期一次？是否四星期一次？是否無一定時期？是否在結婚後、小產後、生產後移地後之變異？）
3. 出血時期之長短及份量之多少（日數？多少？有臥床之需要否？有血塊否？使用紗布之數量？）
4. 疼痛
 - a. 地位（腹部？腰部？痛及全身抑係局部疼痛？）
 - b. 疼痛時間（經前？出血時？前後兩經之中間時？受外界影響如勞力過度、用腦過度、大便祕塞等時？疼痛時候之長短？）
 - c. 痛的性質（係陣痛式、抑係腸痙式？抑無固定性質？）
5. 最後之月經（達成熟年齡之女子與妊娠有關，乾經之女子與癌腫有關）。

若將行經之狀況以表格表示之，最便於檢查。此種表格可以筆劃粗細及有無表示出血量之多少及出血四時期之長短；使成為月經月份牌（Kaltenbach 氏）（圖七十）此種月份牌供給女子自用甚為適合，惟供醫院或醫生診察之用當以 Hegedues 氏，或照 Würzburg 大學婦科醫院之月經表較為適合（參考四及五）。

II. 別種出血

III. 白帶

1. 份量

日期	一月	二月	三月	四月	五月	六月
1						
2						■
3						■
4						■
5						■
6						■
7						■
8						■
9						■
10						■
11						■
12						■
13						■
14						■
15						■
16	■					■
17	■					■
18	■	■				■
19	■	■				■
20	■	■				■
21		■				■
22		■	■			■
23			■			■
24			■			■
25			■			■
26					■	
27					■	
28					■	
29					■	
30					■	
31					■	

圖 七 十

月經循環月份表（照 Sellheim 氏 Geburtshilf. gynaekol.—Untersuchung 4. Aufl. Bergmann.）出血之份量有少，中，多三種格式。圖示月經循環本正常每二十八日一次，第一日少，第二日中，第三日多，第四日中，第五日又少。最後之月經為三月二十一至二十五日，此後月經不來，至五月二十日出血甚多；有二日之久。如此以後每日總有少許血液流出，六月二十一日診斷為宮外孕加圖七十一。

2. 種類（水晶白色？膿色？血色？有否污物混入？是否易使衣褲着色？臭氣是否甚劇？有無刺痛性？）

3. 流白帶之時期（何時開始？是否僅於月經後始有？抑長期均有？勞動後是否加多？）

IV. 月經以外之痛苦

1. 地位（腰或臍之左或右？上或下？）

2. 疼痛狀況（脹痛？下墜痛？如刺？如鑽？酸痛？燒痛？跳痛？痠痛？）

3. 痛的時期 (長期性抑在特種情形之下? 如大便時, 小便時, 坐硬椅時, 走不平之路時, 登梯時, 提重或負重時, 彎腰時, 跳舞時, 乘車時, 交媾時等。又衣着是否必需寬大? 痛時是否必需臥床? 是否不能工作及應酬?)

V. 尿臟不適

1. 小便時或小便後產生痛苦
2. 小便次數 (淋尿, 尿之多少)
3. 收縮力之強弱
4. 新溺尿之顏色

VI. 腸胃不適

1. 便秘或下瀉
2. 大便前大便時或大便後疼痛
3. 大便之形態

VII. 其餘臟腑 (胃口? 體重? 頭痛? 腰痛? 肺部情形? 心臟情形? 浮腫如何?)

VIII. 年齡 結婚與否?

須注意恆有不喜被人得悉其年齡, 致意謊言或絕對不答復者之女子。

IX. 以前生產或小產之經過情形如何? 產褥經過如何? 往時醫師皆先問結婚, 然後再問生產; 今日私生者雖甚多, 但仍宜照過去步驟探問。

X. 以前醫師之治療狀況如何? 有無遺傳之壓制? 以前有何疾病? 是否曾行開刀手術? 是否曾行溫泉治療?

此時醫師應十分注意, 傾聽病者之報告。病者於報告時恆喜夾入, 對以前醫師治療之批評, 甚或有謾罵以前醫師而同時稱贊眼前之醫師如何神明者。此醫師宜漫應之, 萬不可發表任何種評語。在另一方面, 醫師應詳細解釋診斷之結果及治療之方針, 並將當前之一切紀錄, 以備萬一。

此外, 醫師應注意病者有無精神上之創傷, 如家庭不和, 親屬死亡, 愛情上之痛苦等等, 均應留意。病者苟有對人生消極之意向, 即足以供肉體蒙受無窮之損失。

醫者更應明瞭病者精神不振之原因。如結核, 假病 (Hysterie), 精神思想變異, 身體異形, 以及遺傳上之變化 (瘤腫) 等。其中尤以子宮肌瘤及癌腫具有遺傳性。

應特別注意者爲對於假病(參考六)者之治療。該種病者大多有如簧之舌信口騙人。醫者遇此等病者時，對於他人（尤其爲同行者）談話以愈少愈妙；若隨意批評，容易招致重大之危險。在另一方面，醫者切勿因不能發見何種疾病，即貿然診斷爲假病。蓋確實及詳細之檢查，極爲必要。婦科中之子宮惡癌有時（至少在開始時）殊無多大局部現象。

在檢查之前不應探問前史。因病者在此時恆有畏懼之心，訴述之詞多不可靠，或竟將實際上極關重要之訴述事項遺忘也。若先令病者於檢查時得知檢查並不痛苦，然後病者始有胆量訴述，同時病者以前局部之苦痛亦得以回憶而補述矣。

又病者在離開時，恆有無數躊躇未述之言詞，留於心中，醫者宜加以勸告及安慰，使病者因信仰醫者而卒將前所未述者盡量傾吐，俾於治療上獲得不少幫助。

前史之探問與檢查有密切之關係，各方面均能指示醫者從事於檢查之方針。例如腹痛（蚓突腸炎）、左腹痛（便秘）、癥瘕痛（結疝）、小腹痛（尿道炎或許淋病）、月經停止（妊娠）、停經後繼續出血（小產或宮外孕）、乾經後再出血（子宮癌）、月經過多（子宮肌瘤）等等。惟以所列各項均爲猜想，非正式之診斷，僅能根據此等訴述引導至診斷之一定方向而已；若即此遽信不疑，則常不免造成巨大之錯誤。故通常無論爲探問前史或檢查，均應作多方面之猜想。

對於病者最終之談話，需要豐富之經驗及細心；一方面應救治病者另一方面，須使病者信仰治療之有效。多數病者有極強之自信力，往往執迷不醒，醫者對之應作良善之勸告，對驚慌者當使之鎮靜。談話之目標雖同，但談話應採取之徑路，須因人而異；有者應單刀直入，有者應宛轉諷諭之。此時醫者又應決定其治療方針，開始將計劃應用於病者身上。在決定方針時，應顧及宗旨，對於病者痛苦之來源須完全了解；故醫者非有一鎮靜靈敏之思想不可。

診斷之產生通常在前史探問及檢查以後，當檢查既畢，病者整理衣服時，醫者須利用其洗手或記錄之時間，將一切前後經過仔細思考，是否能於一次檢查中將診斷固定，決定治療之法。故其時談話已告終止，醫者應致力於思想。若醫者於檢查時，根據一觸一聽，即作迅速之診斷，則在檢查終了時將不能獲得整個確實之診斷；同時病者亦不能知道所患究屬何症，

對醫者之信仰力，當然亦無從產生。

檢查時，醫者之表情亦應留意，因此時每一病者均極注意醫者之面部表情故也。過分驚奇及悲哀之面容足使病者不安，故醫者當始終保持和藹之神色；對於病勢沉重者，醫者之一舉一動尤足使其精神發生變化。縱然醫者於檢查時摸得子宮頸癌，面部亦不應有驚駭之表情，以「此病易愈」或「此病無危險」等言辭安慰病者。

病者在檢查後，醫者應對其作簡短和藹之談話，使自知所患何病，應用何法醫治。其時醫者有感人及使人信仰之能力，則病者自願繼續求醫。但吾人應知病者之感覺極為靈敏，彼等多能判斷醫者之談話是否誠實，抑為營業計而發表此種談話。故醫者在開始談話時為獲得對方之信用起見，必須有真誠而使病者發生希望之談話。

但醫者殊不能對病者作絕對坦直之談話，例如已知對方為患惡癌之女子，則醫者必須將實際真相隱瞞，以虛擬之詞應對病者；雖病勢已難挽救，亦必須給與希望。在另一方面，醫者須對病者家屬詳述病勢之險及其最後挽救之方法。

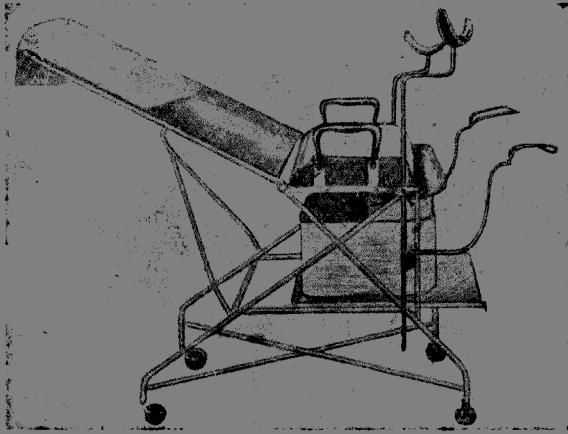
今之醫者亦頗多對病人直道其患有惡性癌者，同時又告其今日之醫學已能將惡性病治愈。如此則一部份病者不致延長求醫之時期，以致不治。然上述之談話醫者多未能如期實踐，往往喪失信用。因施行手術之時縱然甚早，亦未必有長期全愈之絕對把握也。

在施行每一種手術之前，需徵得病者之同意。未得病者同意之手術不論巨細，醫者均不能為，否則即為犯法。通常醫者與病者及其家屬集議後，始可開刀。就法律而論，則祇須獲得病者個人之許可，即可施行，惟年幼無自主權者必須獲得家屬之同意。（參考七）

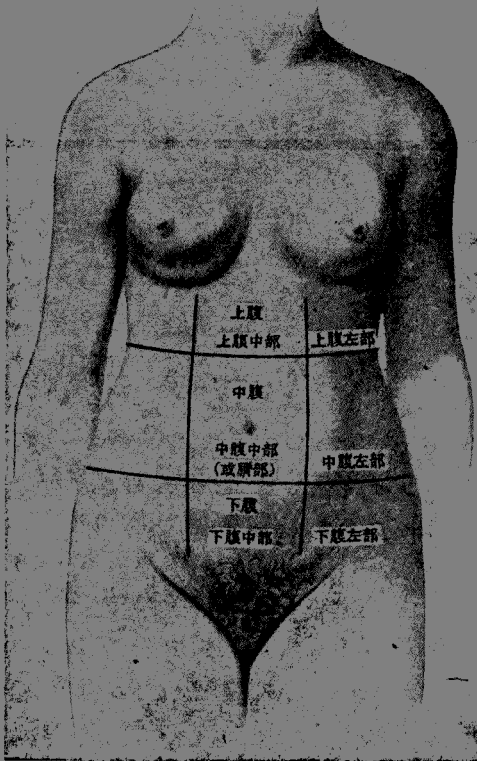
若病者受長期勸導後仍不願施行手術，則醫者不可強迫。有時，醫者雖明知開刀後病者可以得救，顧病者堅執不允，醫者亦未能作，只能聽其死之。蓋醫者對每種手術不能絕對擔保無危險，亦不能擔保病者因此必得全愈者也。對於病本人，當然不能說明某種手術之危險性。此時醫者祇能向病者家屬說明；其他一切真實情形，亦應如此。

檢 查

每次檢查應徧及病體全部，不應局部檢查一個內臟或一部份內臟。惟吾人若令病者裸赤全身作從頭至腳之檢查，則非特病者不願，亦且無多大意義；總之，醫者應知檢查一部份內臟時，鄰近之臟腑亦需盡量顧及。



圖七十一 検査檯(照 Bumm 氏)



圖七十二 照 Polano 氏

通常病者無須全體裸赤，僅將腹部衣着脫卸，已足夠檢查之用。

一般檢查均可於檢查牀上爲之或於陰道檢查臺上爲之（圖七十一）。即令病者仰臥，兩腿左右分開，將膝灣置於左右二灣擋上。此種檢查臺以 Bumm 氏所創製者爲最佳（圖七十一）。雖然 Fritsch 氏以爲此種檢查臺能使病者發生異常之感想，但著者以爲非如此檢查殊不能將一切情形檢查清楚（如洗、刺激取液等），且醫者亦可藉此預防疾病之傳染（梅毒）。

腹部觸診檢查之最堪注意者爲劍骨尖、肋骨弧、臍、恥縫及腸骨前上棘。

在劍骨尖端下名曰上腹部份 (Regio epigastrica)，在肋骨下方者名曰肋骨下部份 (Regio hypochondrica)，在四週者謂之臍部份 (Regio umbilicalis)，在恥縫之上者謂之 (Regio pubica) 恥縫部份，在此兩者之間爲下腹部份 (Regio hypogastrica)，在鼠蹊溝者爲鼠蹊溝部份 (Regio inguinalis) (圖七十二)。

混合檢查(參考八)

在產科檢查上，雙手之消毒極爲需要，在婦科檢查上則可免去。女子無孕時之陰道不易受傳染，不易損傷，不易充血，亦不浮腫。至於生殖器患病之女子，其陰道有白帶者，已有甚多傳染菌類，病者亦無須保護。醫者應注意者與其謂在病者，毋寧謂在自己，蓋對於此種病者，醫者自身應有所預防也。但若不先洗手，即行檢查，則病者見之亦將發生反感；故在每次檢查之前，應將兩手仔細用肥皂水洗淨，或再將兩手置於 1% 汞水內或 1% Hydrargyrum oxyeyanatum 或 1% 來沙耳 (Lysol) 內，然後醫師即可白衛（因有藥裹住之皮膚不易受菌傳染，亦不易媒介病菌。對於患肌瘤之病者，尤當注意病菌之移植。）總之，無論在何種情形中，檢查前既應洗手，檢查後亦應即刻洗手，如是始得免除病菌之傳染。例如梅毒（女陰及陰之硬疳及肉疣），醫史上即有多數醫者或助產士之手指因受該種病菌之傳染，致患甚重之病症，結果家庭遭分離之禍。故著者不論何時，均以消毒之橡皮手套從事檢查，藉以使病者避免增加病菌之危險，醫者自身亦得以因之預防。至於使用橡皮手套之辦法，在初時固有手指感覺不靈敏之弊端，然習慣之後，仍不難恢復原有之靈敏程度。

每一種婦科檢查均為混合檢查，普通宜用食中二指（如遇有過狹之陰道或處女之陰道，則用一手指）插入陰道（先將大小陰唇用左手撥開）。兩手指伸入陰道後，將另一手覆於病者腹上（圖七十六）。普通檢查時以右手伸入陰道，以左手置於腹壁上，惟初學者宜以兩手交換練習，則以後遇病者牀位變異時，不致發生困難。

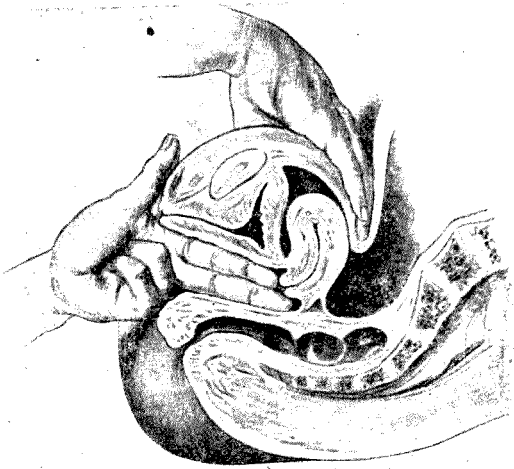


圖 七 十 三

雙手檢查子宮一手自陰道一手自腹壁探摸情形（照 Polano 氏取自 Halban-Seitz Biologie und Pathologie des Weibes 書）

覆於腹壁之手初時用以撥開女陰，迨至另一手之手指插入陰道後，即移置於腹壁之上。此時醫者即可觀察病者之一切異常（處女膜陰核繫如何？以及紅腫、白帶、血跡、創口、瘡瘤、疤、陰道下墜等）。中食指伸入陰道時，不可使病者感到痛苦。女陰之最易感得痛苦者，厥為陰核與尿道堤，故對於二者不宜接觸或將其壓住。反之；因會陰無感覺，故醫者之手指不宜向前陰道壁而應向後陰道壁插入；如需下壓，亦不宜向前而應向後（會陰處）。如陰道太狹，二指不能伸入，則可以一手指為之（惟處女膜已破者不必如此顧忌，因男子生殖器一般均較三手指為厚）。兩指檢查在各種情況下（尤其在感覺上）均較一指檢查為佳。兩指伸入陰道，亦得施行混合檢查。如以一指置於子陰段處（或子宮邊沿），以另一指在對向移動之。

處女膜未破之陰道，可用一食指或小指輕輕伸入檢查之。對於此種檢查，醫者應注意數點。即處女膜之口是否寬闊，有無彈力及感痛力如何。如手指接近處女膜時，病者或病者之家屬聲明不可將處女膜損傷，則醫者寧可中止此種檢查；否則，萬一不慎，醫師即有損傷身體之罪。

在此種情形之下，祇得以直腸檢查代替上項檢查。實際上，直腸檢查有多處地方確可獲得與陰道檢查同樣明瞭之結果；且如發炎部份之蔓延，癌之向後蔓延等等，亦祇能以直腸檢查始得詳細明瞭其狀況。又手指在直腸內檢查（普通僅用一指）時，可稍稍深入骨盆腔內，較諸陰道內手指之大多被阻於穹窿處者，更為便利。此外直腸內之手指更可探摸子宮後壁之一切以及骨盤後壁及兩傍一切。總之，惟有直腸檢查始得解決子宮後面之瘤從何而來（從骨節？直腸？抑從子宮直腸凹內？）。在陰道內檢查時，直腸瘤頗似半球形之瘤，位於子宮直腸凹內。但如作直腸檢查，則此種瘤即可明瞭其位置。直腸檢查時宜戴手套或橡皮手指。於插入直腸以前，應先將檢查之手指塗脂，然後命病者作一如大便下脹；此時醫者之手指即可輕輕伸入肛門內，毫無困難。

最後，更有一種腹壁陰道直腸混合檢查。其法將一手置於腹部，預備伸入之手以大拇指伸入陰道，食指伸入直腸內（圖七十四）。

擴開女陰之手指必須待伸入之手指抵達子宮陰段後，始可移至腹壁上。此時兩手必須互相觸感，互相合作（Fritsch）。

欲將檢查所得之感觸形諸筆墨，事實上乃係不可能之事。此項知識，僅能求諸於經驗。總之，欲得其中之祕密，雙手必須靈敏；有靈敏之巧手，則學之甚易；苟雙手笨拙，則恐終生不能學得，至多一部份而已。

手指與內部肌肉接觸時之軟硬輕重，都為一種反應，故富於經驗之手，於觸摸之間即能得悉病者體內之患病狀況。有時檢查之手亦需要壓抑，必要時且應加以較大之壓力，始得感知病者內臟之較硬。但笨拙之手，往往當壓不壓，不當壓時又壓之甚重，致病者感得重大之痛苦，甚或危及生命（宮外孕或輸卵管積膿）。譬諸騎馬者之駕馭馬匹，其中固有熟手與生手之別也。

檢查時應注意之第二要點為必須使用手面，不可使用指尖。無論檢查陰道或腹壁，均應如七十六圖所示而不應如七十五圖所示。蓋惟有平面式之探觸，能使病者不覺痛苦也。每日臨診時常作此種檢查，則其手形自

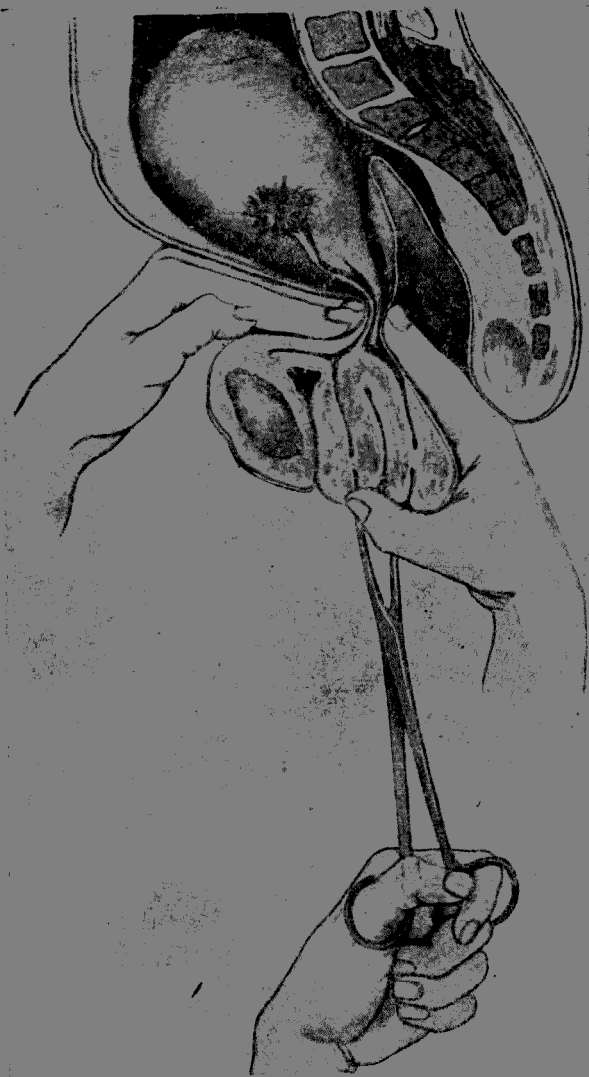


圖 七 十 四

助手鉗着子宮外唇下拉之情形，如此醫者可以檢查腹中之瘤是否與子宮有關。圖示卵巢瘤與子宮分離情形，醫者之可用直腸腹壁檢查在子宮底與卵巢瘤中間接觸(照 Sellheim 氏之書 *Geburtshilf.-Gynaekolog. Untersuchung* 4. Aufl.)

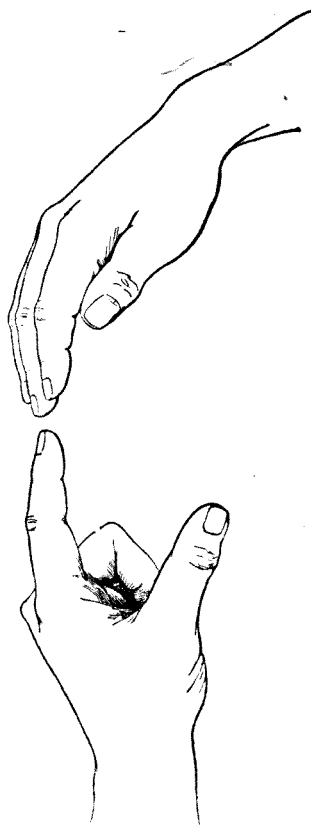


圖 七 十 五

混合檢查手指不合適安放(照
Sellheim 氏之書 Diagnostik 4.
Aufl.)

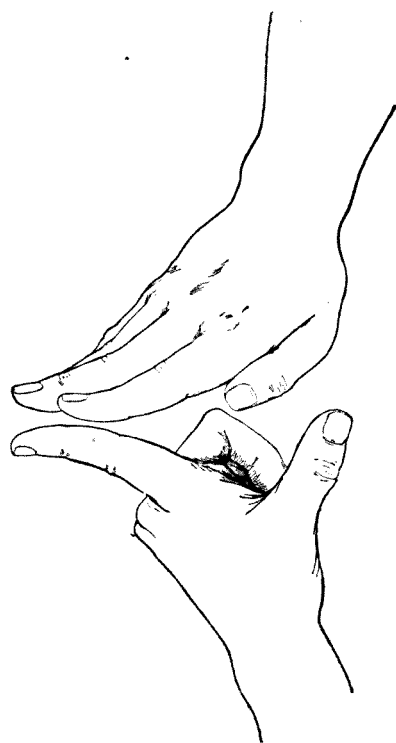


圖 七 十 六

混合檢查時手指合適的安放(照
Sellheim 氏之書 Diagnostik 4.
Aufl.)

易形成曲型式(Sellheim)(圖七十六)。

足以使檢查為難者為緊張之腹壁，脂肪甚多之腹壁及容積甚多之膀胱或直腸。壓觸容積過多之膀胱時，非特檢查者不得要領，且病者有痛苦之感覺，其在檢查子宮底壓住膀胱時，疼痛尤劇。糞塊在大腸灣處常直接位於陰道後穹窿處，使醫者疑為子宮附件炎或癌腫或積膿（若醫者將其無痛苦處壓碎，則其疑自釋）。惟腹壁如有過多之脂肪醫者檢查之困難卻無法打破。

正規進行之檢查，對於初學者極為重要，惟事實上多數檢查之方式與規定者不同。

檢查陰道之手指，應注意陰道之形態（闊狹粗細陰道壁之彈力及下降力，有無癌腫及陰道夾膜有無結住性或癥痕以及疼痛之點）。通常須待陰道內之手指到達子陰段處，然後腹壁之手始能探尋子宮，使子宮位於兩手之間。此種混合手法為檢查子宮之大小，位置，形態，移動性及軟硬性所必需者。此時陰道內之手應注意探摸子陰段，檢查其大小，形態，長短，子宮口之形狀及子宮唇之外形有無帶肉突出，有無裂縫或寬大之癥疤（此種癥疤能牽制子宮口之移動性或則能與陰道穹窿及子宮傍締結組織相連結而成為類如瘤腫之組織）。

子宮為婦科檢查之中心點，其餘各處均由此出發。開始時向左及向右，外部之手即從子宮底移至骨盤壁，陰道內之手指亦同時移向左方或右方之陰道穹窿。此時內外兩手均可探摸子宮附件，惟因附件體小，探摸時遠較探摸子宮本體困難。若加以壓重，則無論健康或有病，均有相當反應（疼痛之反應）。通常在探摸附件時，病者恆感覺疼痛而發生腹壁緊張現象。事實上初學者欲學會探得附件之技能，大都須經過長期之練習。卵巢大小如李，若腹壁之手向骨盤沿邊壁加以深壓，即可探得。在壓住時，病者有一種性之感覺，一如將男子睾丸壓住然。最易摸得之方法為讓該卵巢在兩手中滑過。

健全之輸卵管呈圓形，頗如鉛筆，檢查者可於子宮底處探得之，然必須有極軟之腹壁，否則不能摸得。此外患病時有位於子宮後面之子宮直腸凹內者。

診察子宮之移動法如下：以置於腹部之手將子宮體向後推，同時以陰道中之手將子陰段向前壓，再將其左右移動。如在移動時病者不覺痛苦，同時子宮於移動後自動彈回原處，則該子宮彈力健全，其兩傍之韌帶當無何種疾病。惟若檢查者草率將事，則縱為健全之子宮，亦將發生痛苦。陰道後穹窿及直腸子宮凹之知覺最為靈敏，如醫者稍不留心，將陰道內之手指忽然移向後方陰道後穹窿，即能使病者感得疼痛，若更將子陰段再提，則其痛更劇。

若診察之手在陰道後穹窿處，作水平式之左右移動，則子宮荐骨韌帶當在手中滑過，其不易拉長，厚化，及緊張（子宮後側締結組織炎）等現

象，均可使子陰段移動困難，位置異常（向後）。如欲探知此韌帶之彈力如何，最好再作直腸檢查。

在陰道前壁側面之子宮內口地方，醫者可摸得形如輸卵管之圓形輸尿管。

以前學者以爲此種情形惟患病之輸尿管始有，尤以結核性之輸尿管爲然（H. Keglar 氏〔參考九〕 Saenger 氏〔參考十〕；但以後據 Frommolt 氏〔參考十一〕之順序檢查統計，知健全者體內之可以摸得同樣情形者，佔百分之八十。探摸之方法如下：將陰道內之手伸入至輸尿管入子宮傍結締組織處，在輸尿管彎處扣住，然後再拉向上恥縫處，與在腹壁之手互相合作。

如有一瘤腫在腹腔內（參考十二）則外部宜以肋骨弧，臍，恥縫，腸骨前上棘等處內部宜以坐骨棘處爲標準而斷定瘤腫之位置。

假性瘤腫如糞塊，小便積住，乙狀腸脹大或腹直肌緊脹等，均當迅速解除（腹直肌緊脹，可用麻醉除之）。

容積過多之膀胱，恆被誤診爲妊娠或卵巢瘤。陳老堅硬之糞塊，恆被誤診爲直腹癌。欲避免此種誤診，可以施行通小便及直腸檢查兩法。氣脹之大腸，容積過多之乙狀腸以及下降於子宮直腸凹內之小腸積氣，恆被誤診爲子宮附件瘤或卵巢泡腫或輸卵管妊娠；醫者苟施以清腸手續，其疑點即可冰釋。

若瘤腫充滿上自肋骨下至小骨盤之全部腹腔，使腹壁緊脹，則必爲患病之妊娠性（羊水過多或雙胎）子宮，或卵巢瘤腫，或腹腔積水。尤其對有受孕可能之婦女，當先猜及妊娠。雖然婦女之妊娠極易察知，但有醫者亦恆因大意而將胎孕誤診爲瘤腫，招致極大之危險。

腹腔積水以及卵巢瘤腫積水之診察法如下：以一手平按腹部之一邊，用其他手指輕輕彈腹部之另一邊，如有積水，則按住之手必然感知波浪式之振動；含水愈多，振蕩愈甚。患巨大之卵巢瘤腫者，打診上之濁實音由下腹直至肋骨，形成弧形，其餘部份則爲腸空音。患腹水者，打診之濁實音不在腹之中部而在兩旁（結殼性腹腔積水除外）。中部可浮在水上之腸部，故打診時爲腸空音。又此種腹水可以移動；如病者側臥，則一邊之腹水能流入另一邊腹部；於是打診時所發實音之界限亦起變動，在上之半腹部變爲腸空音，在下半腹部之濁實音則反增加。但此種現象在混合症中，殊

不易區別。例如卵巢瘤腫與腹水合併，或妊娠與腹膜積水合併，或三種均有。

較小之瘤腫僅佔腹之一部份；位在腹之上端或臍部者，其來源不由子宮出發（大多為肝、腎、脾、膽囊、胃腸等）。若該瘤腫來自小骨盤腔而突出於臍部之上或近臍處，則其來源大多由生殖器出發。以上所述，均為一般之概況，醫者對此必須詳細觸診以後，始可斷定；因例外之情形頗多故也。例如長柄之皮樣卵巢瘤，往往上升至肝處或脾處，或竟與此相反。如腎臟常下降於小骨盤腔（亦有一向在骨盤腔者也）。此外尚有直腸瘤及膀胱瘤，雖非來自生殖器，亦恆在小骨盤內。最後更有大腸及乙狀腸癌及蚓突腸積膿等等，常在兩者之中，致有時不能斷定此種瘤腫是否來自骨盤腔，抑從上下降而來。故混合檢查乃非常重要之工作，吾人務必診察子宮與瘤是否可以完全分離。苟可分離，則決非來自子宮。若不能分離，則必由子宮出發，或與子宮有連帶關係，或瘤腫遮蓋子宮，以致觸時不能區別。子宮附件亦與上述相同。若附件無變化，則與子宮附件無關；若不能分離，則為附件自身生瘤或瘤將子宮附件蓋住。

但有時亦須看瘤蒂如何而定。如瘤腫底盤甚闊而位於子宮壁上，則此瘤大都來自子宮（肌瘤）；如瘤之蒂柄可與子宮底角區別，或該瘤之蒂一如懸掛於子宮底處（卵巢韌帶或輸卵管），則此瘤當來自卵巢或子宮附件（圖七十四）等。

現今之所謂子宮附件瘤（Adnextumor），乃指輸卵管及卵巢發炎之腫脹而言；若輸卵管或卵巢有新生物，則名之曰輸卵管瘤或卵巢瘤（Ovarian Tubentumor）。

相反而特綴之情形亦所在多有。例如子宮底漿膜下肌瘤恆有極長之蒂柄，又有某種之卵巢瘤，恆直接靠近子宮壁，在闊韌帶中，或發炎而與子宮結住。

通常卵巢瘤之外表頗為柔軟，有泡囊，多水份。肌瘤之外表則頗堅硬，有彈力，無水份。但亦有與此相反而充滿水份之卵巢瘤甚硬有泡囊之肌瘤甚軟者。有時欲區別骨盤腔之瘤腫為新生物抑為發炎性腫脹，亦頗困難。普通發炎性子宮附件瘤之形態不甚整齊，大多結住，移動為難，按之作痛。反之，肌瘤與卵巢瘤外形平勻，有時亦不能移動，但通常按之不覺疼痛。

如已斷定為發炎性骨盤腫脹，則當更進而區別此瘤是否為子宮附件瘤，抑僅為一種積膿。又此種積膿在腹膜內（蚓突腸積膿或子宮直腸凹積

膿)抑在腹膜外(子宮旁締結組織積膿),亦須區別明白。子宮旁締結組織積膿之位置緊靠骨盤壁,闊而難於移動,亦無顯明之界限。蓋此種締結組織均與各鄰臟混合(子宮、膀胱、直腸),故該處發炎恆致蔓延至腎臟四週之締結組織內。對於子宮附件瘤及腹膜內積膿,醫者之手能插至瘤與骨盤壁之間;通常至多只有一處與骨盤結住,其餘部份均離而不合。

總之,婦科病之各種區別方法,祇能求之於極詳細之前史探問及極精細之混合檢查,然後始可獲得正式之診斷或病症之大略。有時某部份奇特之病症非特為普通醫師所少見,即專門醫師亦不常遇;以故婦科之診斷,殊非易事,更非一般所謂易學之科目也。執是之故,著者先於此處將普通檢查之困難述其大略以後來醫者知此種檢查非常期練習及小心從事不能使兩手在骨盤腔內任意察視。至於各種專門性之檢查方法如通卵管、子宮卵管攝影、腹腔打氣、膀胱察視、導輸尿管、察視輸尿管、察視子宮腔、察視直腸等,容於以後各篇詳述之。

在施行混合檢查時,醫者須十分注意病者之面容,如遇自規力極強之病者,醫者根據其面容之變異及緊咬牙齒緊握拳頭等表示,即可斷定其疼痛之狀況。如醫者已探得疼痛之處,則當輕輕復摸一遍,以探知其中之究竟及是否與病者之面容相附合。

萬一病者誤報疼痛之時期及位置,或竟以此為兒戲,則醫者惟有作更精細之檢查,始能揭除其假面具。此時醫者當十分注意此種不真實之表現,以免治療上受重大影響。

2. 麻醉檢查

苟欲作正確而精細之婦科檢查,縱為婦科專門醫者,亦必須施行麻醉術。當然,吾人不能因科學之關係而任意施行婦科檢查。

德國境內婦科檢查之方針,亦頗不一致。如 Hegar 氏及其學生,均極重視檢查,幾乎對每一患者用麻醉術以確定彼等之診斷,以求診斷方法更其精密。反之, Fritsch 氏即並不斤斤於此,以為對骨盤內細小之高起、突出、作仔細之檢查無多大意義。以上兩種態度,初學者均不宜仿效。吾人惟一之目標乃在探知其中疾病之究竟,探得之結果是否能與將來剖腹後二眼所見之情形同樣真確,若常以不確實之診斷敷衍業務,在治療上當然有相當影響。

子宮附件之探摸方法,惟有不斷之練習始可學得。初學時當於易壓而弛緩之腹壁上為之,然後逐漸進至緊張難摸之腹壁。如醫者在檢查時,不

得反應，決不可遽用強力在各處亂壓。吾人須知若謹慎之探摸不能達到目的，則強力之壓擠亦無濟於事；蓋壓之愈甚，病者反抗愈劇；換言之，病者之腹壁愈緊脹，醫者愈不能探摸也。

愈壓愈重之辦法非特在檢查上毫無結果，且恆致發生危及生命之巨禍。例如輸卵管之積膿往往因醫者強大壓力而破裂，結果膿液流入腹腔，染及腹膜而成致命之腹膜炎。又如輸卵管妊娠，若受強度之壓力，亦可因之破裂，以致輸卵管出血。故在每次檢查時，如病者感覺疼痛，醫者絕對不能誣病者有意如此，或責怪其感覺過敏。此種毫無顧及之再壓，恆可引起甚大之危險。此時醫者即宜輕輕按之，萬一不得反應，亦祇能將檢查中斷，或另外舉行麻醉檢查。

通常醫者多愛施行麻醉檢查，因此法既可獲得較正確之成績，又可減少危險性。以故每於檢查不得要領時，不妨施行麻醉檢查（但著者以為愈少用愈妙）。惟此時應注意下列各點：

第一，不可在第一次檢查時即用麻醉（普通常有此種情形）術。第二，不宜過度施行麻醉檢查，通常醫者亦殊無將各處施行確實診斷之必要，苟有大致之診斷，可以決定治療方法時，即宜停止。若醫者能根據大致之診斷治愈病者，其技能亦頗可觀。

如病者所患之病需要剖腹或剖割陰道，或含有某種危險性（子宮癌、卵巢痛、宮外孕），則醫者宜將病者送至醫院。此種行為，在醫學上有推諉責任之嫌，但實際上醫者既無能為力，為病者幸福計，吾人殊無可厚非也。較大醫院中之專門家，對確定診斷施行手術等工作，自較普通醫者為妥善，如此病者即可免除過度麻醉之不安矣。又在麻醉時，雖用力較大，病者亦不能感得；但實際上，往往有某種疾病不能忍受猛力之壓摸，否則必遭破烈，而致病症加重，醫者對此亦宜注意。吾人決不能因科學關係而不顧病者之危險，須知醫術之最高目的在使病體全愈，不再增加疾病之程度也。

普通供檢查之麻醉藥，可用 Chloräthyl，但亦有用 Äther 者。知覺過敏之病者，在檢查時，常有反抗行為，故在麻醉時亦不免有此種行為。對於此類病者，宜在事前注射嗎啡或 Narkopin (0.01)，使病者半睡狀態，然後再用麻醉藥。

最新之方法，是用 Eripannatrium 作靜脈注射麻醉；此法甚佳，使

用者亦甚多，蓋此種麻醉為時甚暫，反應（嘔吐等）甚少故也。據 Anschutz 氏（參考十三）之意見以為此藥尚新，經驗尚少，介紹於普通醫者，尚非其時。但醫者苟能依病者之體質決定使用量，實無何種危險（照病者入安眠時之量加倍之）。至於腹壁之反脹力，可先注射 Dilaudid，即能完全消滅（Caffier [參考十四]）（譯者按此藥譯者亦常使用，可謂毫無副作用。）至於最近介紹甚盛之 Eunarcon 是否有同等效力，尚須經過試驗時期，始可確定。

現今亦頗有人試用催眠術使病者完全失去其自主力而檢查之者，但醫者催眠之技能必須甚佳，然後始有良好之結果。又此種方法需時甚久，且須有相當忍耐心。病者在催眠以後，因一舉一動均隨醫者指揮，故醫者於其時能否依醫律行事，實不免被人所猜疑。甚或故意誘毀醫者，使醫者蒙不白冤，吾人不可不知。以故每一婦科醫者為鄭重計，宜避免要無第三者在旁之檢查，若有秘密談話，亦須待病者穿着衣服以後。著者在從事此類檢查時，其過程有如下述：

探問前史之後，即令助手（看護）將病者衣服解除，屬病者臥於檢查檯上，施行檢查。檢查後，看護助病者着衣，同時醫者離開病者。待其着好後，如有秘密談話，再令看護外出。如此，每次檢查均有看護在旁，即有第三者在旁，病者即無從藉口矣。

3. 陰道張開器檢查



圖 七 十 七

Simon 氏陰道張開器 a=後陰道張開器 b=前陰道張開器 c,d=小及大式，上下用之插頭；其所插之柄與 a,b圖所示之柄同樣，故在檢查時可以隨意更換之。

混合檢查後，宜更用陰道張開器 (Speculum) 繼續檢查之，但施行此種檢查時，必需有充足之光線（燈或日光）。

又檢查之器械必須煮過，不可將未煮或曾用之器械用於第二者身上。此點雖為任何人所知之常識，但有時恆不免忘卻。復有多數醫者以為置一個陰道張開器或用鉤鉗拉住子宮口乃一種無關緊要之措置，未必需要消毒；殊不知多數淋菌連鎖球菌及其他菌類之傳染均由此種認為無關緊要之手術器械所傳染。現今消毒之法甚多，無菌工作之呼聲亦甚囂塵上，對於過去醫者之此種舉動，當然均感不滿。

故在著者診所內，均將已煮過之檢查器械置於一盤中，蓋以白布；使用以後，即將器械置於 Lysol 或 Sagrotan 1:100 或 Hydrägyrum oxycyanat. 1:1000 溶液中，於相當時期後再煮之。

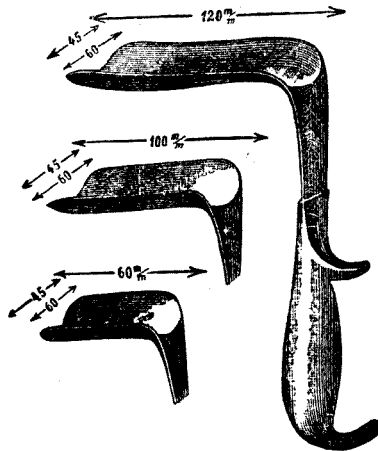


圖 七 十 八

Doyen 陰道張開器

陰道張開器的種類甚多，以下述數種為最普及：

1. Simon 氏陰道張開器：半凹形者用於後陰道，平坦者用於陰道（圖七十七）。
2. Doyen 氏陰道張開器：前後兩板均平坦（圖七十八）。
3. Sims 氏陰道槽：專供插入後陰道之用，一端有闊槽，一端有狹槽，故闊狹陰道均可供用（圖八十），現今亦有可以摺小者（Fritsch 氏）。

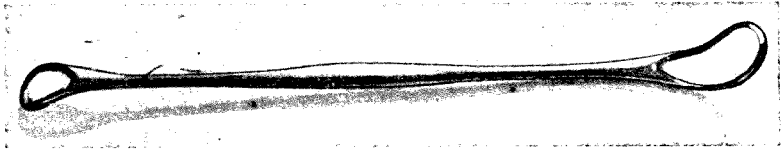


圖 七 十 九

陰道前壁提起板

4. 筒形陰道張開器：（乳色玻璃或磁器）在陰道一端稍斜而狹，外端闊而圓，形如漏斗然（圖八十三）。

5. 自持式特殊陰道張開器：Cusco 氏 Trélat 氏 Högler 氏 M. Henkel, Pickert 氏（圖八十一與八十二）。該陰道張開器前後二板均在

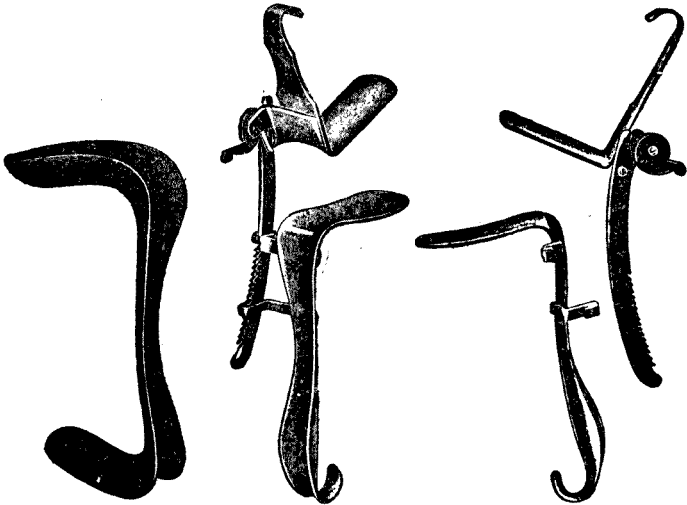


圖 八 十

Sims 陰道槽

圖 八 十 一

自持式陰道張開器（照 Pickert 氏取自 Zbl. Gyn. 1927 No. 50）兩葉可經一有齒之板互相連接及對峙。

插入陰道內後再行分開，先將前板提起，後將後板下壓或用重量下垂之，使陰道分開。

Trélat 氏之陰道張開器（圖八十二）先將陰道張開器關好插入陰道

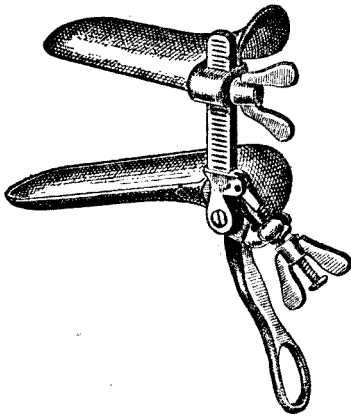


圖 八 十 二
自持式陰道張開器（照 Trélat 氏）

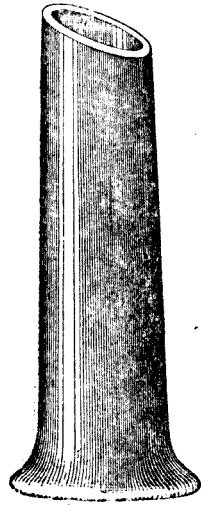


圖 八 十 三
乳色玻璃陰道張開器

內，然後再行旋開。旋開時，先旋對準前板之子陰段，然後再在別轉子處將前板提高，取出時將兩旋轉處順序回旋之。

使用陰道張開器之唯一作用在對準子陰段，故以 Simon 氏或 Doyen 氏之陰道張開器為最佳；尤以最後一種為佳。此種陰道張開器可將陰道壁極度擴大，可詳細檢閱內部一切。

筒形陰道張開器另有一種特點，即在使用僅需一手按住是也。但此種陰道張開器不能插於較狹之陰道內，且不能作清晰之檢閱，有時更不易對準子陰段。此外此鏡因遮蓋一切陰道壁，對於體肥之女子大多嫌短；若將子陰段壓住，則容易引起浮腫，若將子宮唇壓住，則子宮頸管因之狹窄，以上均為短處。

發光性筒形陰道張開器之裏端有一小電燈泡，可以發光，著者在臨牀教授時嘗使用之，極為滿意。

自持式之陰道張開器普通以 Trélat 氏所發明者為最適用。因此張開器可完全自持，故醫者兩手可用鉗鉗紗布或從事其他治療工作（圖 130）。

插入陰道張開器時之條件一如將手指伸入陰道（圖八十四）。先用一



圖 八 十 四

後陰道張開器插入陰道圖

手將陰唇極力擴開，然後用陰道張開器壓住後半圈。普通多產者不必手指分開陰唇，因陰唇早已披開。後板插入時應斜向下傾插入，然後以半壓半旋之手法向會陰旋轉而插入於陰道之內，使後板完全壓於後陰道。壓住後，前陰道壁已空，前陰道鏡板即甚易插入；但仍宜漸漸爲之，以便將前壁漸漸提起。

前壁提起後壁下壓後，陰道已完全分開，子陰段則位於兩陰道張開器之間，此時如需要移動，可以適度下壓與提高之動作，將陰道張開器移至中央。

筒形陰道張開器之插入法如下：先將陰唇用右手分開，然後將該筒之一端置於尿道堤下，漸漸旋入陰道口，復左右旋轉入陰道內，對準子陰段。該筒插入陰道內之後，醫者可令病者以一指將該筒在外按住，則該筒即不移動。

有時僅見及或摸得子陰段尙不能認爲滿足，更須將其固定。欲達到此種目的，須將子宮唇鉗住。此項工作，過去使用極尖之鈎鉗，現今多改用扇

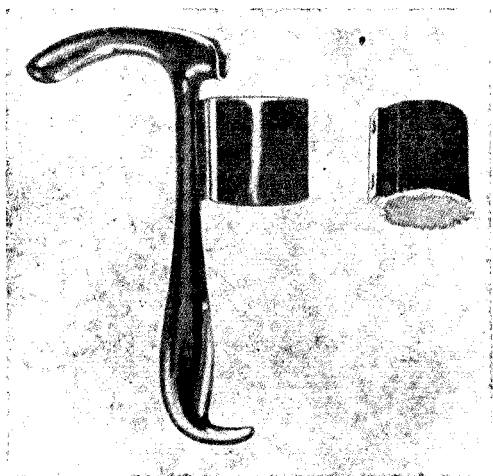


圖 八 十 五

陰道張開器外加一積緊斗用以盛子宮內膜刮物（照 M. Henckel 氏（參考十三）
Muench. med. Wschr. 1904, No. 41.）

齒鉗（鉗口如鼠齒。以齒鉗扣住子宮唇後，手執之一端用扣子扣住，以防鬆脫。子宮唇不宜扣住過多，或脫落而再扣上；如此均易招致極度之出血，其中尤以孕婦及患子宮頸癌者為甚。有時非特出血甚多，且往往形成創口，以致病菌侵入。以故著者恆用球鉗（圖八十八）從事於此，因球鉗僅

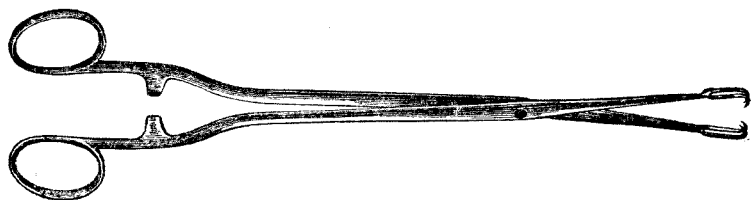


圖 八 十 六

鉤鉗（照 Muzeux 氏）

能造成二處破裂，較 Muzeux 之四齒鉗（不過此齒鉗所造成之創口頗小）造成之四創口為小。鼠齒鉗雖能緊緊扣住子宮唇，但造成創口亦嫌過大（圖八十七）。

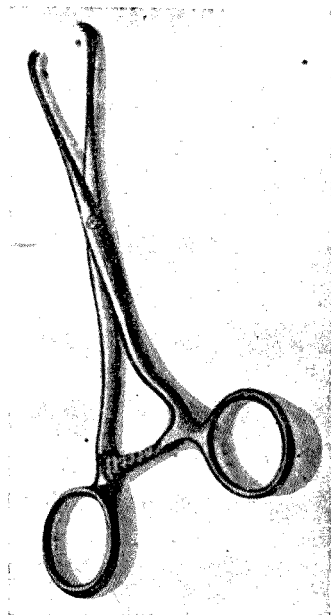


圖 八 十 七
鼠齒鉗（鉗子陰段用）

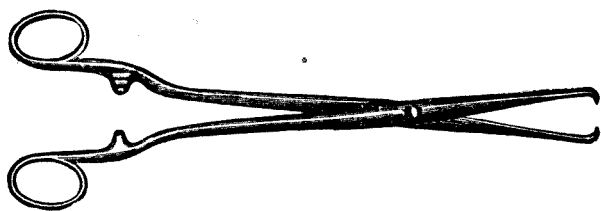
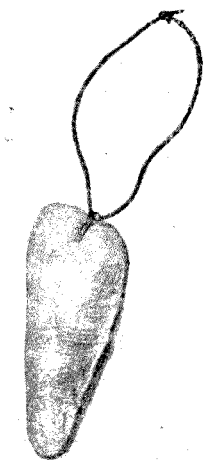


圖 八 十 八
球 形 鉗

著者之使用此鉗，僅以下述各例爲限：後子宮唇在陰道張開器內完全不能見及時（如子宮頸後向，陰道過長）。非用鉗子不能取得子宮頸管液體時。欲扣住子陰段，無需麻醉，因不致產生痛苦故也。惟在緊扣時，稍有不適而已。如子宮已被鉗子鎖住，則可將陰道張開器前板取出，將子陰段向下拉扯，於是陰道前壁遂被鉗子提向恥縫處。因子宮頗易移動，故扣住子陰段之鉗子可隨意下拉，甚至拉至女陰處而子宮不致下墜。多產者子

宮之移動力更大；但醫者在拉扯時應注意病者是否感得痛苦，如病者有痛苦之表示，即刻當停止工作，因痛苦為其中有病之表示也。否則任意下拉，非特使病者難受，有時甚至將子宮拉碎，以致已隱伏之發炎區再度發炎，或已結癥之輸卵管復行積膿，再度破裂，因細菌侵入而成爲腹膜炎，或輸卵管妊娠因破裂而致使出血不止，終於死亡。

在取下此種鈎鉗時，亦應小心。如組織尙被扣除，則決不可隨意向下拉扯，必須待脫出鈎口以後，始可取下。鉗子取出後，若現有出血現象，則應先將陰道張開器取出而觀察之；有時往往在擴大陰道之際出血不止，迨至陰道壁閉合，位於子陰段之上，即能自動停止。萬一尙有血液自陰道流出，則應再將後陰道張開器插入，拭去陰道內之血，然後用錐形式棉花栓（一端繫一線）（圖八十九）塞入陰道底之後穹窿；其闊端之線，任其位於二陰唇之間。隔 6—8 小時後（晚上），取出該棉花栓（可命病者自爲之）。此時子陰段之創口出血必能停止。若棉花栓無線繫住，最好不用。因此種棉花栓放進後，必需醫者取出；萬一病者忘卻，能產生腐爛性極臭之白帶。



圖八十九
塞陰道用棉花塞

對此著者之所以曉曉不休者，蓋有多數病者恆因此而受傷，出血甚多，或創口之血漸漸由陰唇流至下肢，將褲襠沾濕，或甚至下滴於地上故也。此時病者若在街上行走，或乘坐街車，則圍觀者必衆，同時各種不利於病者之猜測亦必隨之而起，予病者以極度之難堪。

子陰段扣住以後，無論在何時期，無論出血與否，均應將其塞至陰道後穹窿，否則子宮位置將永遠處於後向地位。

普通醫師最應注意者，厥爲子宮探之使用。此種子宮探，普通醫師實無用處，既不能藉此確定其診斷，又易於產生甚大之危險；第一，危險之最大者，將病菌移入子宮；第二，遇極幼稚之妊娠子宮，可因之使妊娠中斷；第三，此種器械能將子宮刺穿（視後）。著者因不知子宮探有何用處，已有二十五年未使用矣。

用陰道張開器檢查時，如疑及淋病，可將粘液從尿道及子宮頸內取出檢查之。

用陰道張開器檢查時，如疑及淋病，可將粘液從尿道及子宮頸內取出檢查之。



圖 九 十

無菌攝取粘

液棉花桿盛諸於
無菌玻璃管內

對於子宮頸，可使用棉花裹住之小桿，或白金圈，或棉花裹住之 Playfair 氏針，或硬橡皮桿 (Menge 氏)，或能彎曲之銀質桿 (Saenger 氏)。取出時，如子宮頸並不過狹，則可不用子陰段鈎住，直接將棉花桿插至子宮內口處，旋轉之。此時所有之液體均被捲於棉花桿上，取出後，可置於已消毒之玻璃管內（繫掛於管內如圖九十），出口處再用棉花塞緊之。

同樣之桿子如少捲棉花，亦可用於檢取尿道液體。如液體稀少，可使用小金屬匙（圖九十一）；以較大之一端取尿道液體。但若使用此種金屬匙，必須非常小心，以免出血、傳染及上升性菌類移植。此種方法大都為專門家所採用，對普通醫師非所宜也。又取出之液體最好無血，否則，玻璃片不清晰不能觀察清楚。



圖 九 十 一

子宮頸及尿道之取液匙

如在探問時及檢查時對膀胱有所懷疑，應將膀胱一導，因導出之小便不致混有何種不潔物（來自女陰、陰道及會陰）。導小便之工作不能於尿道發炎時為之（因病菌上升）。

在檢查時，多數病者之膀胱充滿小便，因病者在待診室中時惟恐受檢查，此種恐慌足以使尿量增加故也。醫者在檢查時，往往不令病者小便，以致檢查所得之結果頗多不合真相，甚或至於誤診。又尿量在膀胱過多者，頗不易施行混合檢查，或疼痛，或絕對不可能。故在每次檢查之前，應放小便，最好令病者自動小便。通常病者皆能自動小便，惟須讓病者一人為之，否則有人在旁，病者恆因心理作用而不能小便矣。用導尿管導尿，即使手術完全，病者尿臟健全，亦不可隨意行之。雖然，此事亦不致發生特別危險。（若欲將小便施以細菌檢查，可將一部份小便直接導入無菌之玻璃管內。）

從直腸中取液體，僅為對淋病患者及直腸出血者需要之工作（參考

第十六篇)

Fritsch 氏在臨床教授時及使用陰道張開器檢查時，皆令病者側臥；此外較小之手術亦於病者側臥時爲之。

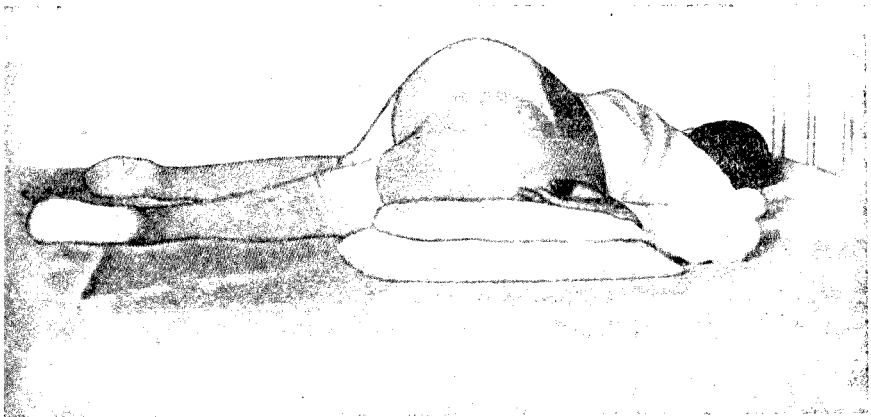


圖 九 十 二
側臥 (照 de Lee 氏)

側臥位較跪膝位 (Knie-Ellenbogenlage) 爲妥善，此時內臟均移向橫隔膜，子宮與陰道位置亦有變異。陰道向上伸直時，若將其擴開，使吸入空氣，則形如皮球，寬而闊。若將病者置於膝跪式之位置中，則此種現象必將加劇。若在側臥位置時於臀部下置一橫枕，可減少內部空氣之脹力。

側臥檢查之長處有如下述 (圖九十二)：病者可臥於床上，不必脫去所有衣服，即可將全部下身露出而受檢查 (多數病者歡迎如此)。但側臥亦未嘗無缺點。如檢查之不方便，子陰段之不易找得均是。又在混合檢查時，病者須從側臥改成仰臥，翻來翻去，當然頗不適意；醫者在檢查時必須跪下及彎腰，亦甚不便。故據著者之意，以爲此種側臥檢查僅宜於必要時爲之。

對於子宮頸癌早期診斷上最有價值之發明，便是 Hinselmann 氏所發明之陰道鏡 (Kolposkop)。此鏡爲一雙眼之放大鏡，其用法先將陰道用張開器擴大之；然後將該鏡對着陰道口而觀察之。由此鏡觀察之子陰段可以放大至十倍有半，一如顯微鏡可以隨意對準。(參考十六)

最近又有人將子宮鏡 (Hysteroskop) (參考十七) 重複應用，成績上較前稍佳。

此種器械之組織與膀胱鏡相仿 (圖 139)，其中最難之點，厥爲不能用灌水法將其擴

大。又因子宮腔太小，常有出血之虞，所出之血恆足以致全部鏡含糊。近時頗有人用衝灌法補救此種缺點，已得相當效果；此法恐在最近之將來非特對子宮腔內之診斷極有幫助，即對輸卵管工作如何之問題，亦將有相當貢獻。

用直腸鏡檢查 (Rectoskopie) 及膀胱鏡檢查 (Cystoskopie) 在婦科中亦有巨大之價值 (視後篇)。

腹之外部檢查及其他內臟檢查，著者常於以後爲之，檢查時亦並不依照普通順序規則。此類檢查因在病者受陰道檢查之大驚駭以後，故不致再感十分不安。

檢查時，當用雙手平壓腹部，按摸各處，診察 Mc Burney 點 有無痛苦，胆囊處 用手指尖在肋骨於深呼吸時按摸之，末以兩手按摸腎臟，試其知覺如何。再以一手插入病者之腰部 (脊椎骨旁肋骨下)，以另一手在上腹部自後向前壓之，依呼吸之移動，可摸得腎臟下端之移動。

末後胸腔之打診及聽診 (心肺) 甲狀腺之探摸 (腫脹) 唇喉腔之視察 (扁桃腺炎) 及 神經反應之試驗 (神經過敏假病等)，均須作局部檢查。

當然，上述各項檢查對某部份婦科病患者 (如子宮下墜淋病等) 並非必要，只須在病者訴說該處不適意時檢查之可耳。若病者在該處感得極度之不適，則各種專門性檢查方法均須於必需時一一應用 (如膀胱鏡、直腸鏡、腸、胃、肺、心、腎臟、腎盂等 X 光攝影、血壓檢查、血及清血色素檢查、血球沈澱、梅毒血清反應、神經檢查等等)。但對此等方法，醫者之技能必須高明，判斷方面須有相當把握，否則尙不能貿然動手，不如讓諸專家檢驗，較爲妥當。換言之，普通醫師最好與各專門家互相合作，本人之工作只許進行至本人能力所及之程度，絕對不能勉強延長病者時間，以爲自己之技能足夠應付。不然病者之疾病即不免爲其所誤或甚至不可救藥。故自知能力不夠時，即須委託專家繼續治之。

最後，對於病者之體質、性情及一切舉動，均當注意，醫者應練習觀察之。每在診斷學上，一病者之體質 (參考十八) (Konstitution) (爲父母生殖細胞所遺傳及組成之個人特性) (Mathes 氏) 對某種不可了解之病症常有相當關係，故體質學說，現今所得各種體質研究之成績，在診斷方面甚爲重要。現今所固定之各種體質，當就需要增刪。但在實際應用時，已經足夠。

「典型性體質」之意義實甚含糊，世間決無所謂典型性體質之女子。吾人對此僅宜認爲假定名詞，藉以而分別其他較偏之體質。Wiedersheim 氏將體質分爲四種，第一種爲退化性 (regressiv)，第二種爲進化性 (progressiv)。Mathes 氏將第一種稱爲幼稚式，第二種稱爲將來式，幼稚式爲女性所常有，將來式爲男性所常有。

頑固之幼稚式名曰 Status pycnicus 固結體質 (Kretschmer 氏)，該種人之身體停住於幼年形式中，但其生活需要並不停滯，可與常人完全適合。每一個固結體質之女子，在性方面能完全發展，且能完全應付性生活 (Vollweib 全女性)。

如發育之阻礙極厲害，體質完全處於兒童時代，則該種所謂幼稚女性 (Kindweib) 必不能與生活之需要並進。對於此種女性，吾人名之曰不全發育式女性 (Status hypoplasticus) 或幼稚性 (Infantilismus) 或萎縮式 (Kümmersform) (Kraus 氏)。此種女子身體之發育，苟非全部受阻，亦必有一部份受阻，而其典型之發育不足現象則爲締結組織之退化 (柔弱性之幼稚 athenischer Infantilismus) 或膀胱水份不勻 (浮腫性之幼稚 pastöser Infantilismus)；前者亦可名之曰萎弱組織 (schlaffes Gewebe)，後者亦可名之曰浮腫組織 (gequollenes Gewebe)。

發育過甚之體質 (Typus hyperplasticus) 乃局部發展甚速，如巨童、早熟女孩等。

另有一種特殊之變形，曰柔弱下沉性 (Typus-asthenico-ptoticus) (圖九十三)，其特點爲全部自頭至脚下沉 (Mathes)；感應神經或完全不受刺激，或非常靈敏。中性式之女子 (男性女子) (Status intersexualis) (圖九十四) 其身體及智識發育不亞於異性，此種男女混合之現象，恆能使其身體與智識之發展站於奮鬪地位 (Mathes)。

下述之表，依照 Mathes 氏所編成，吾人於此可見各性之體質如何 (非固定指定何人或必可於某人身上見之，實際上，乃係混合生成者也)。下腹患病之女子，有時非生殖器正式有病，乃因身體及智質相差太遠，不能合作所致。

其中有最特殊之兩種：一種爲中性式女子，一種爲柔弱性女子，彼等感應神經之感覺，往往非常靈敏 (Mathes)，站立時可發現急性疲乏，淡白嘔吐，腹腔多氣，冷汗，腹劇痛，氣逆，神經不安，恐懼等等病狀，而在身體之另一方面，則脈搏平穩，腹腔肌肉亦無何種緊張現

象：惟有說不出之痛苦。此種情形尤以中性式之女子爲甚。在月經時，痛苦(Mathes 氏)最劇。對於此種病症，切忌胡亂診斷，否則偶一不慎，即易作相反之治療。若多用婦科手術，則病者永無全愈之日矣！對於柔弱之女子，惟一之良法乃使精神安適，中性式特甚之女子應避免結婚。

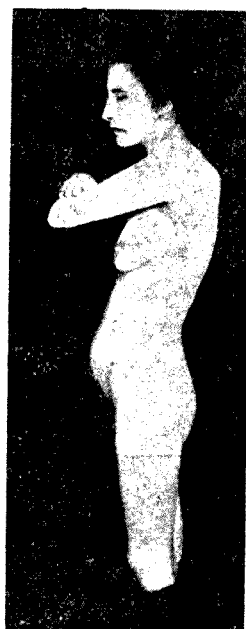


圖 九 十 三

柔弱下陰性體質(照 Mathes 氏取自 Halban Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes Bd. III. 書中)



圖 九 十 四

半雄性體質二十五歲未生產之女子具有男性形態(骨節肩闊，骨盤，上腿閉合不緊，面相)照 A. Meyer 氏在 Stoeckel-Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. III.

固結體質 Status pycnicus

身材矮

胸腔圓(對切直徑大)

肩狹

肩凹向內

肋骨平坦

背灣甚微

幼稚性體質(Status hypoplasticus)

身材矮小

胸腔尖端狹(W. A. Freund 氏)

胸形如鷄胸或漏斗形

背灣甚劇

腰灣甚低，弧形

骨盤普通狹小如漏斗

腰灣甚高且甚劇

骨盤傾斜甚劇

臀圓

乳房狹，易移動

額低

鼻小（扁鼻）

上唇微束

臂短

脂肪聚集在上臂之後方

手與手指均短

手指關節甚狹

腿短

上腿並住，中無隙處

脚背低

皮膚緊而軟，易移動無污斑

毛髮只在眉處，肩窩及女陰

性慾完全女性

反感甚易

性情和藹可親

無何計劃

輕度的狂

燥性(Mania levis)

子女衆多

哺乳甚易

和藹可親不仇恨他人

治家甚勤

無奢望亦無特色

吸收性骨盤帶有兩前胛

恥縫尖而狹

會陰低而細長

陰道狹，向後縮小

小陰唇薄而長

陰道縫綫甚多

陰道穹窿平坦

子宮小

子宮頸太長，子宮體太小

子宮尖角前折或後折

子宮荐骨韌帶短而厚，感痛性甚大
（所謂子宮旁結締組織後部炎是也）

輸卵管薄，斜傾而灣曲甚多。

輸卵管內粘膜毳毛不完全，其流動
方向亦相反

卵巢高置，如帶形或甚小內分泌排
洩均受阻（甲狀腺腫，或縮小等
等）

鼻樑曲

雙眼皮

瞳孔伸縮距離甚微

上顎骨高而狹且硬

舌有槽

喉骨凹及鎖骨凹甚深

臂關節伸長甚劇

臍位甚低

O形腿（但無佝僂病）

肩窩及生殖器毛甚稀少或毫無
舉動如童男，意志單純
性慾隨便

柔弱下沉性體質 (Status asthenico-ptoticus)

背灣加劇

骨盤傾斜甚微

臀平，下懸性

肋骨斜形

胸腔平坦（對切直徑小）

懸腹

內臟甚易移動

胃下沉

皮膚易紅

下肢浮腫

甚易浮腫

感應神經易刺激或萎縮

甚易悲觀

皮肉甚嫩

性慾具忍耐力

中性式體質 (Status intersexualis)

（兩性區別不明）

身體頗長

肩甚闊

背灣甚劇

肋骨斜

劍骨凹處尖角形

骨盤傾斜微

兩腿並住，有隙縫

上腿骨向外直

上腿肌肉之界限顯明

脚背高

生殖器，臀部，腿部，白線，乳房均生

毛甚多

乳頭及乳前庭均小

乳房之皮膚多縐縫

月經來遲

生殖器幼稚

陰核繁殖

智識充足

教師式

性慾異常（陰瘻）

藝術家之典型

思子女甚勤

大多無子女

有男子美

忘心甚重，不易了解

老年時智識高尚，舉動文靜

根據科學之說法，中性式之體質（參考十九）可作下述之解釋：分別性類之最高機關乃生殖腺細胞之染色體；精細胞在成熟分析後，一半有染色體，一半則無；同時卵細胞亦同樣分析，同樣僅有一半具染色體。精蟲為異體性，卵子為同體性。若無染色體之精蟲孕

一卵子，則結合而成女性；若有染色體之精蟲孕一卵子，則結合而成男性（Correns 氏 Goldschmidt 氏）。

每一幼稚性生殖細胞染色體決非單一方面所獨有，有時為卵子染色體，有時則為精蟲染色體；故每一性臟之幼稚恆與異性之標記同時發生；又生殖細胞染色體之力量能影響全部身體細胞，故任何人不免有異性之表現。雖然，隱藏或表現極微之處亦所在多有。但實際上決無男性式女性，吾人不能專一根據生殖器之來歷而決定。生殖細胞之染色體亦主管生殖腺，對於受孕之卵子，在開始時即有影響；故在受孕之初，生殖腺尚未產生之前已經區別清楚。此種區別即為將來兩性發展之根本，無論心理上、身體上，無不受染色體之限制。至於中性式之體質，乃係全部身體不能充分表現性之絕對缺乏者，亦係傾向異體扶助者，此種體質自幼即已具有；決非發育時所產生，在發育時，僅有一種副性之性表現而已（鬚、聲、骨盤等等）(Halban 氏)。

如遺傳學家對體質遺傳缺點有深刻之認識或至少有此種感覺，則社會上不幸福婦女及萎弱之兒童必將減少。現今歐洲各國對此頗為注意，了解之程度亦較深入，將來遺傳學進步以後，此種萎弱民種必能逐漸消滅。

前史探問，檢查所得以及治療方針，均當有所記錄，以便將來病者復診時有所查考，在必要時，對其他機關（尤其對於法庭）亦可藉此有所報告。

此種記錄之字句宜簡短而明白，短句及簡短之圖畫頗能代表檢查所得之一切情形，應特別看重者厥為治療方針，應有筆錄。如此則將來對於供給證明之際，多少有所根據。可惜現今記錄者尚少圖畫，以致常在法醫上發生問題，醫者往往不能答復。

最後，對於證明一事，尚須略述一二。（參考二十）著者僅在必要時始對法院法醫機關書證明書，病家個人之要求以及保險公司各種請求，一概不問。蓋醫者可絕對保守其醫事祕密而無宣告之必要，雖然有時亦無妨作絕對之證明，但總以緘默為上。又醫者草證明書時，當將所見及檢查所得據實書之，其餘一切個人之見解均宜從略（著者僅寫自己所見者）。通常意外損傷與婦科病無明顯之區別，（參考二十一）但有時亦頗有區別之可能。對於意外損傷之證明書，在婦科內須特別詳細，蓋實際上頗謂及無理由之事情可由病者造成也。

從前曾經試用，現已將成事實之健康執照（參考二十二）（指德國而言）不久即將實行；就國家觀點論，此種方式確應實行。當然，不健康之女子應立足於社會上，但此種疾病僅可為醫者一人所知，對此，醫者自要保守一切祕密，以便彼等在謀職業時乃不致遭受影響。

参考一 Baisch, K. Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. 2. Aufl. G. Thieme Leipzig 1913.—Benthin, W., Diagnose W. Differential diagnose der Frauenkrankheiten, Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1930.—Blumreich, L., Der gynäkologische Untersuchungskurs am natürlichen Phantom. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1913.—Henkel, M. gynäkologische Diagnostik. S. Karger, Berlin 1905.—Küstner, H., gynäkologische und geburtshilfliche Diagnostik in Tabellenform. Y. F. Lehmann, München 1932.—Lindemann W., Grundlagen der gynäkologischen Ausbildung. J. F. Bergmann, München 1922.—Polano, O., Geburtshilflich-gynäkologisch Propädeutik. 5. Auflage. C. Kabitzsch, Leipzig 1922 und Gynäkologische Untersuchungslehre von Halban-Leitz in Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. II.—Sellheim, H., Die geburtshilflich-gynäkologische Untersuchung. 4. Auflage. J. F. Bergmann, München 1923.—Weibel, W., Einführung in die gynäkologische Diagnostik. 4. Auflage. F. Springer, Berlin 1929.—Winter, H., Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. 3. Auflage. S. Hirzel Leipzig 1907.

参考二 Grund, G., die Anamnese. J. A. Barth, Leipzig 1932.

参考三 Freud, S. Psychoanalyse, Wien 1930.—Lipmann, W., Psychologie der Frau. 2. Auflage, Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1922.—Mayer, A., Psychogene Störungen der weiblichen Sexualfunktion in Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Hrsg. von O. Schwarz. Julius Springer, Wien 1925.—Mayer, A., Psychologisches aus der gynäkologischen Sprechstunde. C. Kaditzsch, Leipzig 1932.—Wallhard, M., Psychotherapie, in scabanz-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. II.

参考四 Hegedues, K. Zbl. Gyn. 1937, No. 2.

参考五 Buschbeck, H. Zbl. Gyn. 1936, No. 47.

参考六 Lewandowsky, Die Hysterie. Y. Springer, Berlin 1914.—Bürgl, Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen. F. Enke, Stuttgart 1912.—Placzek, Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Marcus u. Weber, Bonn. 1922.—Kroenig, B., Über die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie G. Thieme Leipzig 1902.

参考七 Ebermeyer, Der Arzt im Recht. Thieme Leipzig 1930.—Vollmann, Zbl. Gynäk. 1928, No. 15.

参考八 Küstner, O., Zur Geschichte der bimannellen Tastung. Zbl. Gynäk. 1931 No. 27.

参考九 Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie, 7. Aufl. Erlangen 1874.—

参考十 Saenger, Arch. Gynäk. 1886, Bd. XXVIII.

参考十一 Trommolt, Zbl. Gynäk. 1927, No. 30.

参考十二 Martin, A., Diagnostik der Bauchgeschwülste, Deutsche Chirurgie F. Enke, Stuttgart 1903.—Pagenstecher—Naegeli, E., die klinische Di-

agnose der Bauchgeschwulste. 2 Auflage. Y. F. Bergmann, Wiesbaden 1926.
—de Quervain, Spezielle chirurgische Diagnostik, F. C. W. Vogel, Leipzig 1920.

参考十三 Anschütz, Zbl. Gyn. 1933, No. 34.

参考十四 Caffier, Schmerz, Narkose u. s. w. Nov. 1933.

参考十五 Henckel, Münch. med. Wschr. 1904, No. 41.

参考十六 Schaack, L., Zbl. Gynaek. 1936, No. 31.—Litwak u. Wiktorrws-kaja Mschr. Geb. Gyn. 1936.

参考十七 F. v. Mikulicz-Radecki u. A. Freund, Z. Geburtsh. 1927. Bd. XCII.—V. Mikulicz-Radecki, Zbl. Gynäk. 1929, No. 5 u. 1930, No. 16.

参考十八 Aschner, Konstitution der Frau. J. F. Bergmann, 1924.—Brandt, W., Grundzüge einer Konstitutionsanatomie, Berlin, G. Springer, 1931.—Guggisberg, Vegetations- und Wachstumsstörungen, in Halban-Seitz, Handb. der Gynäkologie, Bd. III.—Kretschmer, Körperbau und Charakter. F u. 8. Aufl. Springer, 1929.—A. Mayer, Bedeutung der Konstitution für die Frauen heilk., in Stoeckel-Weit, Handb. der Gynäk., Bd. III.—Mathes, Konstitutionstypen des Weibes, in Halban-Seitz, Biologie und Path. des Weibes. Bd. III.—Stiller, Die asthenische Konstitutionskrankheit (Asthenia. cong. univers.) F. Enke, Stuttgart 1907.

参考十九 C. Bucura, Geschlechtsunterschiede beim Menschen. A. Hölder, Wien 1913.—Forel, Die sexuelle Frage. 15. Aufl. Reinhardt, München 1923.—R. Hofstaetter, Unser Wissen über die sekundären Geschlechtscharaktere Zbl. Grenzgeb. Med. u. Chir., Bd. XV, No. 2 u. 3.—O. Liepmann, Psychische Geschlechtsunterschiede. Beihefte zur Z. angew. Psychol. J. A. Barth, Leipzig 1907.—Meisenheimer, Grundlagen der Vererbungslehre, in Stoeckel-Weit, Handbuch der Gynäkologie, Bd. II.—Tandler und Grosz, Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere. Springer, Berlin 1919.

参考二十 Hussy, P., Begutachtung und gerichtliche Beurteilung von ärztlichen Kunstfehlern auf geburtshilflich-gynäkologischen Gebiet. Ztschr. Geb. und Gynäk. 1935 (Beiheft).

参考二十一 A. Mayer (Tuebingen), Weibliche Geschlechtsorgane und Unfall. F. Enke. Stuttgart 1934.—Hussy, P., Der geburtshilflich-gynäkologische Sachverständige, Bern. H. Huber, 1931.

参考二十二 Bardenhenn, Zbl. Gynäk. 1931. No. 28.

第五篇 女陰病症(參考一)

女陰炎 (Vulvitis)

女陰雖為各種菌類(大腸桿菌)雲集之處,但事實上急性女陰炎(Vulvitis acuta)確為極少之事,其原因似在女陰之上皮因受不斷刺激而發生相當抵抗力。

在發生原始性女陰炎(Primäre Vulvitis)之各種原因中,以外傷為最多。例如第一次交媾處女膜破傷(Deflorationskoitus)(尤其是強姦),發癢時用力硬擦或用已破之洗濯管擦破等。此外手淫時摩擦亦可使上皮破損開裂或發生較大之破裂。此種創口,結果恆致發炎而成為炎瘡,或液體散佈四週而潰爛。

手淫不以陰道為交媾之代替品,而以摩擦女陰處陰核為滿足性慾之方法。此種摩擦並不專以手指為之,此外亦用細小物件者(髮針、麥穗、羽毛端等)。在性慾衝動時(Ov-gasmus),該種舉動加劇,因而女陰損傷(視後),同時女陰與陰核則因手淫而伸長如舌。但長形之陰核卻並非手淫所致(視第一篇)。

手淫所致之破損尚不甚大,其最甚者厥為性慾衝動時因海棉球肌(M. bulbo-Cavernosus)收縮而將前庭大腺之液體擠出,同時子宮亦因感受刺激而收縮,將子宮頸粘液壓出;此種液體足以刺激女陰,使之潮濕而潰爛。手淫者大多誤為此種液體為白帶,將此種誤認白帶之感覺作為訪醫之理由。醫者對此殊不能獲得正式之診斷,因不能察知白帶及其中關係之故也。

醫者對此可得而注意者僅為特別闊大軟而濕之陰道口以及心神不安,自知有過之神色等。Davis氏(參考二)謂38%之已婚者及60%之未婚者患有手淫病,同性愛者,已婚佔16%,未婚佔18.4%。

通常女陰榜邊炎(Perivulvitis)恆致變為正式之女陰炎(Vulvitis),此種現象尤以肥胖女子為甚;因該種女子之兩腿并住時,中間已無隙縫,於是生殖器肛門凹內之汗均被阻止,不能發散,兩陰唇及陰核間儲積形如白糊之液體,摩擦後,該處皮膚破碎,遂發生燒痛。此種輕易之破碎能傳染發炎,變成小瘡,位於兩陰唇之上。此種疾病完全與個人之清潔問題有關(洗濯等),往往蔓延甚劇。

從肛門排出之蟻蟲 (Oxyuren) 或腸滴蟲 (Trichomonas) 或陰蝨 (Phthirus pubis); 亦能使女陰燒痛且發癢, 由此所成之破傷 (爪破) (擦破) 恆致發炎, 成爲細小瘡口。

已受刺激之女陰常因避孕之故 (如塞藥膏、藥片、於陰道內作不斷洗濯及用套子交媾 (Coitus condomatus) 或使用月經帶等而致發炎加劇。

副性女陰炎 (Vulvitis secundaria) 之最大原因在由生殖器或尿道內所排出之液體經過女陰 (該種液體不必含有何種細菌)。

另有一種普遍之原因, 卽爲糖尿病 (Diabetes mellitus) (彩圖四)。此種含有糖質之尿, 對粘膜有極大刺激, 同時又當爲細菌之聚積者, 於是開始發炎。糖尿性女陰炎 (Diabetes Vulvitis) 之最初病象爲癢症 (Pruritus), 此種癢症能使病者時常抓擦, 擦後皮碎, 炎症遂成。病重者有紅腫及多量污濁之液體 (其中常含有碎上皮菌 Epidermophyton、鵝口白菌 Soor 及纖毛菌 Leptothrix 各菌甚多)、痠痛、以及表皮性炎爛 (爲 Soor 菌所寄生色白)。

月經出血及白帶 (尤以妊娠時長期流白帶或長期流血爲甚) 或則該類液體聚塞於陰道內 (如處女膜口過狹) 或先腐爛然後再經過女陰等等, 均足以使女陰發炎。另有一種甚劇之刺激, 卽不斷漏尿 (漏尿 Incontinentia urinae 膀胱陰道漏管、尿道陰道漏管) 是也。此時全部女陰浮腫發炎, 四週現紅色, 皮膚之上皮層因破碎 (由會陰向後過肛門而至後會陰) 而全部炎爛, 同時積有尿鹽 (在陰毛間)。該處小便不斷下流, 故刺激不已, 同時急性之發炎亦不能消滅。

白帶或小便含有菌類者, 女陰之發炎自應更劇, 但此種情形亦不能一概而論 (例如癌之白帶, 及因久已忘卻之子宮架所致之臭白帶), 其他大部份 (如淋病) 或可因前庭大腺炎而不斷排洩淋菌, 使女陰發炎。故此地在菌之種類上殊無大關係, 較爲重要者乃爲菌之毒性及最重要者乃爲菌之毒性及最重要皮膚及粘膜之抵抗能力。

最易傳染及繁殖之處爲前庭大腺 (Glandula Bartholini) (視淋病篇), 急性之前庭大腺炎 (Bartholinitis acuta) 浮腫甚速, 疼痛非常 (位於陰唇下之三分之一與二之間, 爲假性皮下積膿 Pseudo-abszess)。此種浮腫可於短時期內深入陰道之內, 將陰道之中心位置遷移, 因此陰道之外口形成一曲縫, 突出於健全一邊。該種疾病之原因大多爲淋病, 但亦有別

種原因。若爲淋菌作祟，則在積膿時淋菌已完全被膿菌驅除。作此種發炎時，陰道口之細小粘膜腺體及尿道堤之上皮凹及溝均可波及。

區別診斷上恆致錯誤之處爲恥骨結核（參考二）。此種疾病所產生之積膿可以下沉於陰唇之內，甚至可抵肛門直腸內及上腿，或向恥骨之後方而入陰道前壁。因此與前庭大腺之積膿，直腸圍繞組織積膿（Paraproktitische Abszess），陰道鄰結締組織積膿（Paravaginale Abszess），骨髓炎（Osteomyelitis）癰腫及疝氣（Hernia）均頗相似，其正確之區別，端賴X光攝影。治療時最好把積膿處剖開將積膿腔用快匙刮清，將死骨片（Sequester）取出，用 Jodoform 油浸紗布塞之，然後再用較弱之X光照射之。

恥毛如受傳染，則在毛囊處成爲膿泡（Folliculitis vulvae simplex 女陰單純性毛囊炎）。深入後，可變爲癰（Furunculose）。其毒性在妊娠時特甚，因此時充血最劇，皮膚亦極度浮腫，白帶亦多，以致增加女陰發炎及有上升性之危險。

比較無關重要而極難治癒者，厥爲溼症（Eczeme）。葡萄球菌，及植物菌傳染。此症恆於女陰炎後發生，尤在生殖器肛門溝處能組成非常討厭而極痛之炎爛。丹毒在女陰上極爲稀見。至於急性女性炎能否即刻全愈或不發生變化或變爲慢性，全視致病之原因如何而定，即該原因能否去除或使急性發炎之傷處是否深入內部是也。

即就慢性之溼症而論（在乾經期內最感不適），也可使陰唇內壁之皮膚硬化或發厚（皮膚學家稱爲疥癬 Licheninfektion）。

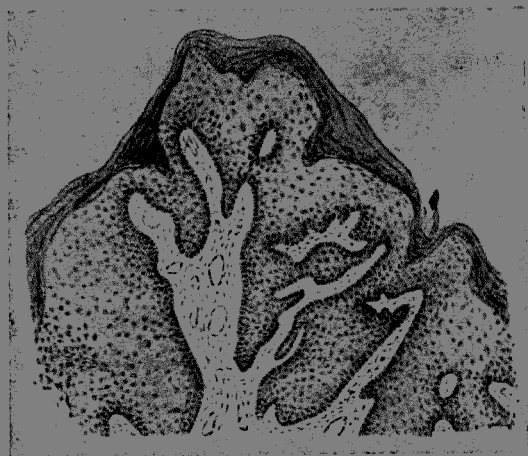


圖 九 十 五
尖 肉 疔 切 開 圖

急性或慢性女陰炎之後，常在無疾病之女陰皮膚上產生皮膚乳頭繁殖，終變爲尖肉疣(*Condylomata acuminata*)。(彩圖五及九十五)惟此種尖肉疣並非上文所述淋病後之必有遺跡，淋病雖爲最常遇之原因，但普通之刺激及溼氣亦常能產生此種病症。吾人常見少數孕婦之女陰上開始有細小乳頭形，根蒂甚小、顏色甚淡、以後蒂頭加闊、有粒之細瘤，末了互相混合爲花菜形之大瘤，漸漸蔓延於會陰生殖器上腿溝凹等處(在其中多種腐物寄生菌 *Saprophytäre Spirochäten* 甚易與梅毒螺旋菌相混)(參考四)。

診斷：急性女陰炎之診斷較爲容易，腫紅多液，若發炎時期已久，週圍已經波及，則其外表呈蝴蝶形，在急性時作鮮紅色，慢性時作褐色，此種發炎現象除全部女陰之外，肛門之兩傍亦常波及；一切均爲病理化之液體，常浸溼女陰及其周圍，間亦在有沾溼之破皮處及前庭大腺之輸出處具有某種點形之紅腫發炎(淋病紅斑 *Maculae gonorrhoeicae*)。病者主訴疼痛、及燒脹之感覺，有時癢至不堪忍受，以致睡眠不安，小便酸痛(因爲小便經過患處故也)，如此此外尙患癰或前庭大腺發炎，則痛苦更甚，有時兩傍之鼠蹊溝淋巴腺亦頗腫脹且感得疼痛。

慢性女陰炎以癢症爲最主要

診斷時，絕對不可疏忽者，爲檢查小便有無糖質一事。

治療：最宜注意清潔，陰毛宜剪短，病重者當用剃刀剃光，從陰道流出之白帶，當設法治療，尤爲淋菌性之白帶爲然。

此外他種有損之舉動如手淫、蟻蟲、恥毛蝨、膀胱炎、糖尿、及癢症等，亦均應去除。對於普通肥胖女子之女陰發炎或因不潔而致之病，祇須用無刺激之肥皂常常洗濯(*Nivea* 肥皂)，同時使之乾燥(用粉撲，如用 *Vasenol*, *Lenicet*, *Diachylon* 粉撲之[只需用極薄一層])即可。強度之白帶同時兼患癢症者，其治療之法如下：於陰道內置一棉花球(夜間尤其如此)，以便女陰保持乾燥，不致發癢。如發炎現象過甚，則宜用硝酸銀液 1:1000 洗濯之，初次洗濯時，病者頗感疼痛，但成效甚佳。此種洗法在必要時可以復習數次。有同樣功效者爲塗 *Arning* 氏劑(亦式 *Anthrarobin* 1.5 *Tumenol ammon.* *Glycerin* 3.0 *Spiritus* 20.0 *Ather* 15.0)。常用野菊花水坐浴或用 4% 硼酸或 2% 醋酸礬或鉛水洗濯包裹，均可使病者舒適。

女陰浴後拭乾，再用粉撲之。更用 3—4% 石炭酸 (Acid Carbolicum) 或 5% 薄荷加橄欖油或 (Ichthyol 石脂) 油膏 1:10 Lyssa-油膏, Perkain 油膏 (Ciba); Ol. Cadini 10. Ol. jecor. asell (魚肝油) 20. 塗女陰。用棉花浸 1:10 古柯鹼 (Cocain) 於女陰內，或試代以 Anaesthesin, Guajakolvasogen 20%, Formalin, Jod. 不易愈者，可用 1—2% 硝酸銀塗之。Stolzenberg 氏介紹用 Strontiuran 油膏，再內服 Strontiuran 藥片，更用 Bromstiontiuran 注射。

如有癬或前庭大腺積膿，則用刀將其割開，使膿流去，如癬尚在開始發生，可塗以碘酊或用純粹之 Ichthyol (石脂) 塗之，有時亦可使發炎消退，再用 Sollox 燈或太陽燈照之，更有相當效力。

但此種治療方法有時並不能見效，此時患癢症者，必需用麻醉劑及安眠劑。Fritsch 氏以為溴化鉀 (Bromkali) 甚佳，每日服 8 克或 Bromural 兩克。尤其以下述之混合方劑為最經濟，且最有效力。

Ammon. bromat (溴化銨)

Natr. bromat (溴化鈉)

Kali. bromat (溴化鉀)

Chloral. hydratum aa 5.0— (水合三氯乙醛)

Morphium hydrochl 0.05 (嗎啡)

Atropin 0.005 (阿托品)

r. Cum aqua mixtura 200— (加水混成合劑)

服法每晚一至二食匙。

用 X 射線治療有癬及粉刺 (Acne) 之女陰，常可得特種功效，但此種祇能在局部治療失望，同時局部之損傷已去之時為之。X 光之照射僅有極少數完全無效。對於治癒後之復發者，再照後即可全癒 (視十三篇)。

對細小之肉疣可先用 Chloräthyl 麻醉，然後用快匙刮去之，或用 Summitates Sabinae 及 Alum 粉同量散布之。

巨大之肉疣用火鐵煬去之，或用刀割去之，燒破之癬初時甚大，愈後可完全消滅。

女陰癢症、女陰白斑病、女陰乾枯病、(Pruritus vulvae, Leucoplacia vulvae, Kraurosis vulvae)

女陰癢症 (Pruritus vulvae) 如上所述，女陰部份發癢為急慢性女

陰炎、淋性白帶、糖尿浸溼女陰以及女陰不潔之主要病象。

但此外另有一種神經性之女陰癢症 (Nervöse Pruritus)。有者長期繼續，有者僅在一定時期（月經乾經）內發癢，使病者不安。Walther 氏將此認為精神性神經病 (Psychoneurose) 病象之一種。精神上之刺激，被蓋太熱，飲酒過多，衣着摩擦等，均可引起發癢。此種癢症有時能突然間發生，此時病者心神非常不安，甚至有抱悲觀者；另一種女子則感得隱痛一如神經痛然。Fritsch 氏曾見一病者自知發癢之起始點，且可用針指出。癢症常有混合症，即小便急迫是也。

在妊娠期內，有所謂中毒性女陰癢症（與別處中毒性皮膚癢症同時產生），尤其在女陰之靜脈顯現擴大 (Phlebothosia) 現象時。當然此地與性慾的感覺是毫無關係。

對於神經性之癢症，宜從心理上治療。若治療得效，則癢症之原因為神經性無疑。有時將臀部神經 Nervus pudendus 割除，亦頗有效 (Tavel 氏)。

妊娠期內癢症一如其他妊娠中毒症，可於皮下注射 Ringer 氏液體 (100—200 c.c.) 或馬血清 (20 c.c.) 或孕婦血清 (10—20 c.c.)。又於靜脈注射鈣劑（如 Afenil 5—10 c.c.），亦有相當效力。

如能將尿中之糖質用相當營養方法去除，則糖尿病性癢症可即刻消滅。較為重要者乃因癢症而發生之副症。

1. 女陰皮膚繁殖 (Hypertrophia vulvae)，尤以少年女子最甚，普通繁殖處為處女膜後會合處及小陰唇內面兩傍及尿道口，其形小而軟，色紅或淡紅，微溼（成片形或粒形如痣），觸之作痛。此種細粒與尖肉疣有下述之分別：前者較後者紅而且軟，不如尖肉疣之尖，且未聚集一起；有時較少些，皮膚知覺極為靈敏，或甚易感覺痛苦，部位或細點不過在表面上特殊，但無病理化之現象（其原因或在手淫）。

Fritsch 氏將該種細肉塊麻醉後，用刀割去或用火鑪燒去之（如粒形甚細小），如尚有血管脹大混在一起，則將大部份割去，再將創口縫合（有時須將陰道口四週割去一大圈）。

2. 女陰白斑 (Leucoplacia vulvae) 在女陰及會陰之皮膚上有特殊性白斑，此病之皮膚厚化而乾燥，易裂，在顯微組織下可發見上皮發厚，同時有侵入深處之性質；下方之結締組織亦厚化而浮腫，混入淋巴白血球甚多；其彈瓊肌絲彎曲甚劇，其中有 10—15% (Taussig 氏)（據美國學

者有 50%) 變爲癌症。

3. 女陰枯乾 (Kraurosis vulvae) (Breisky 氏) 多數醫者以爲係白斑之最末期。典型之特點爲該處之皮膚作淡藍色而發亮，其變化如臘光紙，同時乾枯而萎縮 (彩圖六)。其時大陰唇平坦，陰核與小陰唇消滅，陰道口及尿道口縮小甚劇。皮膚乾燥如貝殼，有亮光，有數處血管擴大有裂縫及炎爛。患者之年齡大多在乾經期及乾經以後。患此病之先，必有長期極難受之癢症，病者求醫之第一原因在陰道口之極度狹小，不易交媾。顯微組織檢查之結果爲上皮單薄 (但亦有發厚者) 膀胱、汗腺、脂腺、毛囊及彈瓊肌絲均消縮，一如白斑，一部份將來變爲癌腫。至於該病之原因，至今尚未明瞭。一般以爲因刺激或白帶過多所致 (例如慢性發炎後，長年不斷之癢症後)。亦有學者以爲由內泌素及體質加血管神經病 (Angioneurose Gärdlund 氏) 之故，亦有學者以爲與卵巢好而蒙及內泌素之異常有關 (惟與年青有正常月經者不能符合)。

Labhardt (參考五) 氏以爲白斑乃原始性，因爲卵巢工作不健全及原始性或繼續性之胰腺工作機能缺乏 (糖尿) 之故，癢症乃白斑之病象，將來漸變爲乾枯症。

Terruhn (參考六) 氏亦同意此說，且更將此說變本加厲，謂有一種無色素之白斑 (Vitiligiöse Leukopathie)。此在臨床上無甚重要，完全爲一種上皮病症；其原因非特內泌素一項，此外臀部神經刺激亦爲原因之一，但詳細之原因尚未完全明瞭。

治療：最好用下方搽塗女陰 Mesotan, Oleum Olivarum 最新用 Vitrisolemulsion C. hydrarg. praecip. alba (Homöo-pathische Apotheke von W. Schwabe, Leipzig) 塗之及於皮下注射 0.5% 之 Novocain 或 0.2% Tutocain 液體 (至 60 c.c. Kriss 氏) (參考七) 有時病症可因而即刻消滅。

Klaften 氏介紹用 Bromostronturan (每日二次，每次一至二片或每日一次肌肉注射五西西或靜脈注射十西西)。

Schultze-Rhonhof 氏謂用多量純潔之蜂蜜，每晚塞於患處，有甚佳之效果 (應用時當着無襠麻紗褲)。

Buschbeck 及 Kaufmann 氏謂用巨量之卵泡液亦有奇效 (參考八) 據 Kaufmann 氏用 Oestrodioibenzoat 30 mg. 於每月內分注射六次，普通三月至多六月。

Klaften 氏 (參考九) 謂以 Folix 油膏外塗及卵泡液注射合用有巨大

之效。

用 X 射線治療，成績並不見佳（視該篇），著者在醫院中僅有三分之一得良好效果（Übermuth 氏 Schöfer 氏）（參考十）。

因女陰白斑及乾枯能變為女陰癌，故若遇有此症，宜將女陰全部割去或以火鐵之刺激治療之（Mathes）。

特別炎爛

1. 花柳性炎爛（參考十一）

a. 軟疔（*Ulcus molle*）（視後）形圓或長圓，壓之作痛，瘡口直落，沿邊清晰，現微紅，具發炎性，中有膿液遮蓋，一如被蟲蛀爛。底盤較軟，普通為數甚多，散佈於全體女陰，在後會合處尤多。原因：為 Ducrey-Unna 氏所發見之連鎖桿菌（*Streptobazillen*）作祟所致，在瘡液中用 Methylenblau 染色即能檢得。軟疔之性質為局部疾病，決不致造成全體病症，但復發甚易。復發之位置大半在原瘡之週圍（自動蔓延），有時可使鼠蹊溝淋巴腺炎（橫痃 *Bubo*）生膿，且感覺疼痛。普通無混合症之軟疔，其全愈大約在 2—8 星期間。

治療：主要藥品為 Jodoform，可將此藥散於瘡處（頂好先用 Chloräthyl 冰之）。另有學者主張用割除法或以火鐵煬去之，繼後再用生皮之藥膏（Xeroform 或 Dermatol）。

b. 硬疔（*Ulcus durum*）為數僅一個，數多者極少（圖 102）大小如碗豆或小銀角，紅爛成瘡，底盤甚硬，故名。普通發生之地位在大小陰唇，後會合處，尿道口，陰核處或在女陰之接近處。因此種硬疔有時甚小，地位偏僻，故不易覺得，惟鼠蹊溝之淋巴腺能因此腫脹，有時兩大小陰唇亦能浮腫（Oedema indurativum）。原因為梅毒螺旋菌（Spirochaeta pallida）作祟所致。

檢查梅毒菌之方法如下：瘡口先用紗布吸之，然後用一細板輕擦，至血清流出甚多為止（刺激血清）。然後將血清置於玻璃片上（Objekttraeger），藉小方蓋玻璃片邊沿分開之，用火使之乾燥，然後用 Gimsa 液體在輕度溫熱下染色，復令乾燥，最後用 Zeder 溶於顯微鏡下檢查之。較為簡單者，為中國墨水法：法將一滴刺激血清與一滴中國墨水置於玻璃片上，用小方蓋玻璃片擦成薄液，待乾燥後，即可在顯微鏡下檢查。此時螺旋菌呈銀色而有光，在黑色底層之上。

c. 梅毒第二期發現於女陰上者大多爲闊肉疣 (Condylomata lata)。(彩圖八及九)該疣蔓延甚廣，開始細小，以後集成大塊而有溼性；若將上方之粘液刮下，於顯微鏡下檢查之，可見多數梅毒螺旋菌。

第三期梅毒發現於女陰上者甚少，其發現之病象爲炎爛性橡皮形腫 (Gumma)。

d. 鼠蹊溝淋巴腺肉芽腫病 (Nicolas Favre 氏(參考十二) Lymphogranuloma inguinale) 或名第四種花柳病：生殖器受創後，鼠蹊溝淋巴腺浮腫發炎，有時作膿，原因未明 (Ultravivibles Virus? 不能視之菌)。診斷時可用 Frei 氏反應證明之 (視後頁)。

最近醫史中所記錄之數例，其病象更形複雜。無淋巴腺之典型變化，即爲一例。著者院中有一例 (Richter 氏參考十三報告) 淋巴腺完全不參加，僅全部陰道有乳頭形腫塊，以後在尿道外口又復發一大如櫻桃之顆粒 (Frei 氏反應陽性)。用金製劑 (Solganol B) 注射後，即行全愈。當時病者之夫亦有同樣病症，在鼠蹊溝淋巴腺。

在熱帶與美洲所發生之肉芽腫 (Granuloma)，與此無關。

4. 原因未明之炎爛症

a. 生殖器泡疹 (Herpes genitalis) 起泡成羣，散於女陰之上，有時與月經有關，位於陰唇之內面及陰核處，底處微紅。泡破裂後，表皮成瘡，其邊沿尚有泡皮遺跡，治療時只需消毒粉或用醋酸礬水包之，即愈。

b. 單純性潰瘍 (Ulcus simplex) 此疾之原因在交媾時破皮所致，但亦易消滅，此外尚有鵝口瘡 (Aphthae)。

c. 急性女陰潰瘍 (Ulcus vulvae acutum) Lipschütz 氏(參考十四) (彩圖十) 或名假結核性潰瘍 (Pseudotuberculöse ulcus) (Finger 氏及 Scherber 氏) 形狀如下：開始時呈細粒形 (miliare Form 粟粒式)，底盤平滑，以後逐漸長大如銀角。病者體溫微有增高。有時細粒放大，成爲單獨性潰瘍 (Gangranöse Form 壞疽式)；此時病者當發冷及發高熱，瘡處本體顯現黃色，有死肉，邊沿清晰，色紅；在刮下之液體中，有 Gram 陽性桿菌 (Bacillus crassus)，外形及本性上均與陰道桿菌 (Bacillus vaginalis) 相同。故事實上頗難知悉此種病菌是否本來毫無危險之陰道桿菌；抑該處先患病後，陰道桿菌始作爲寄生物而附生於其上。治療時，可用消毒法，不久即能自愈。

d. 狼瘡 *Esthiomene* (*Lupus perforans* 破穿性狼瘡), 女陰咬性潰瘍 *Ulcus rodens vulvae* 女陰肛門直腸慢性橡皮腫化潰瘡, *Ulcus chronicum slephantiasticum vulvae et ani et recti* 此瘡以娼妓爲最多,但常人間亦有之,惟處女膜未破者無之(Kleine 氏)(參考十五)通常均與女陰橡皮腫混合。開始時,在尿道口四週及陰唇內面發現平坦污濁有膿性之炎爛性,性緩,頗易蔓延。治療甚難有效,有時深入於膀胱陰道隔膜中(*Septum Vesico-vaginale*)而成爲斑結及漏管,尤其入直腸之傾向特甚。有時雖無漏管,直腸內亦能成爲潰瘍(Bruhus 氏)第一次瘍爛可以在妊娠時開始(Kleine 氏)此種狼瘡最後之結果可使女陰陰道及隔膜均消滅而化成一獨穴孔(Kleine 氏)。狼瘡之原因尙未大白,在今日,吾人惟知狼瘡之現象甚多, Frei 氏及 Koppel 氏(參考十六)證明最多之病例均由鼠蹊溝淋巴腺肉芽腫(*Lymphogranulomatosis inguinalis*)所致,或於患該病之後,再呈此種現象。女子患者較男子爲少(大約 1:8 之比),大多患直腸結疤者有之因其起病點在後陰道壁故也(Iersild 氏)。最後梅毒軟疳淋病結核,亦均有此種類似之結果(視腸症篇)。

此種之治療殊少希望。因通常此種女子患貧血甚劇,故有時普通治療較局部爲重要。此時應使患者營養充足,或投以砒質等等,使之增加體力。如 Wassermann 氏反應呈陽性,則宜用治梅毒方法治之。手術上有割去、火燒或藥水刺激等等方法。用手術補貼漏管之法,事實上頗難決定。蓋全愈之希望極少故也。

最有希望者,厥爲 X 光放射線治療或用銻(Antimon)或銅(Cupfer)製劑治之。如成績不佳,可用結核苗(Tuberculin)試之。(參考十七)

3. 女陰結核 (*Tuberculosis vulvae*) (視後) 最多者,爲潰瘍式(*Tuberculosis ulcerosa miliaris* 粟粒形結核性潰瘍)。對於梅毒,在解剖上殊不易區別,惟以細菌檢查可分區別之。

女陰結核上有繁殖形者,能長至鵝蛋大小。真正之單純狼瘡(*Lupus vulgaris*)極少,其特點在狼瘡細點(典型性原始變化)。此處結核大半由血液而來,或由腸及尿臟生殖器結核而來。

Deutsch 氏曾見一例,患有前庭大腺結核。

治療: 如病灶有範圍,可用割除術或用火鐵燒法使之全愈。又若用

Tukerculin 注射, X光放射及 Finsen 光放射(視後),均有相當成績。又患此症時,全身之情形一如其他結核,亦必須顧及之。

4. 放射菌病症 (Aktinomykosis) (視後) 此症患於女陰上者甚少。

5. 女陰壞疽: (Gangrän) 發生在傷寒、猩紅熱、麻疹、霍亂、天花等及局部性疾病(癰 Furunkulosis 或破皮性女陰炎)之後。女孩患壞疽時,對此常不注意,致與女陰合併結住;至成人後始能得知。

6. 女陰白喉性病 此症間亦患之,尤以女孩為甚。同時尚有喉管白喉。成年女子患此症者甚少。在診察傳染性病時,對女陰方面當特別注意。

Jaroschka (參考十七)氏見一例,為手術後尿道堤白喉性潰瘍(正當 Prag 城白喉時疫流行之時)。Fritsch 氏曾見一例,出血致死;因患者對自身白喉性女陰潰瘍未加注意所致。Reifferscheid 氏曾見一例,患者女陰白喉,以後用白喉血清治愈。

Smorodinzeff 氏曾見一女孩患原始白喉性女陰病症。

7. 女陰痘苗移遷 (Akzidentelle Vaccinatio vulvae) 此症因幼女種痘後,漿苗移至女陰(手指或浴巾)所致,若其他兒童接近之,均能被其傳染(Schleyen 氏)(參考十八)。

女陰橡皮腫 (Elephantiasis vulvae)

此症以陰唇及陰核為最甚,有時生殖器均能波及,年青女子亦常有此症。此時患者之陰核形圓如桶,平滑或高低不平,或甚粗大。此種畸形腫脹可直至肛門處,致全部女陰均呈異形。變形之式樣甚多,有者陰核腫大,但尚能與陰核莖(Crura clitoridis)及小陰唇區別之,有者腫脹僅有一邊,長約 20 厘米,而下懸掛於大腿之間。

皮膚之乳頭,其參加形式各有不同,有者全部乳頭形如花菜,如大堆尖肉疣(白肉疣 Weisse Condylome)(尖肉疣位置分散),有者繁腫之處只在上皮下,因此腫脹之表皮頗為平滑。

橡皮腫之大者,重約二十磅,拉住皮膚甚緊,往往因此而裂開者。裂開之處,有液體及血液排出;腫脹甚多之表面,則有角質之上皮排出。此種角質之上皮與排出之液體混雜,成爲一種糊形物質(與胎兒乳色皮脂 Vernix Caseosa 相似)遮蓋,另有一種腫脹則因組織破損,表皮有死肉及潰瘍,同時尚有膿液。

直切解剖觀察時,該腫脹呈一種糊凍及浮腫之現象。在顯微鏡下,皮

膚之乳頭發展甚劇，皮層增厚，同時在皮下之結締組織亦甚繁殖，有數處硬化及數處淋巴腺管擴張；惟血管經過之處甚少，僅在該血管之四週有甚多浸潤而已。

原因：少數因傳染性淋巴腺管擴張所致，多數因病所致。即與 Virchow 氏所云之淋巴腺液（因淋巴管塞住或全部淋巴腺撕毀尤以鼠蹊溝淋巴腺爲甚）被阻所致相同，其足以證明之處爲該種大腫脹之患者鼠蹊溝巴淋腺處常有巨大而已經截除之膿化淋巴腺疤，此外梅毒及結核亦爲其中原因之一。

就病理而論，女陰橡皮腫與慢性女陰潰瘍有相當關係（視前）（因兩者同時發現者甚多）。

病象：痛苦，因漏管及腫脹之重量拉住所致。此外兩腿感覺不適，且不清潔，至於交媾，若女陰並不過分遮住且經病者同意，當無問題；妊娠也可因而成立。

妊娠及月經對於腫脹之擴大並不影響，通常全身亦不十分受何種影響。

經過：頗不一致。大小如胎兒頭部之腫，可於一年內長大，反之，鷄卵大小之腫，可至數十年不長大者。局部割去一塊，對於腫之生長力無大影響。

診斷：巨大之腫甚易診斷，對於有潰瘍性之橡皮腫，頗易與梅毒及結核混同，區別困難（視慢性女陰潰瘍）。

治療：將該橡皮腫用手術割去

女陰囊腫：Vulva cysten

簡單性之留滯囊腫（Retentions-cyste）有粉瘤（Atheroma）及汗腺囊腫二種。在小陰唇及陰核包皮處，該種夾腫大都甚小，但可脹大如栗子。

惟大數典型式之囊腫由前庭大腺被阻所致（視前），其來歷大都爲其輸出管發炎及塞閉，或爲生產時破裂後輸出管位置之變遷，此即普通所謂之假性囊腫（Pseudo-cyste）是也。其中含有或薄或厚或潔淨或含血或黑色液體。皮樣囊腫（Dermoid-cyste）雖有而甚少。

細小之處女膜囊腫，可由 Gartner 氏管造成之。此外在尿道處亦可找得囊腫，其來歷在尿道兩傍（與攝護腺相同）之腺管。

尿腺生殖器官內胚葉之固結，能引起前庭小陰唇及會陰處之囊腫 (Pick 氏及 R. Meyer 氏)，惟甚小耳。

又有由汗腺出發之細小善性之囊腫化腺瘤，亦屬於此類疾病 (即 Pick 氏所謂女陰汗腺樣之腺瘤 (Adenoma hidradenoides vulvae 是也)。至於此種疾病能變為角化癌 (Canceroid) 與否，至今未明 (Ruge 氏)。Eichenberg 氏曾見一例，乃此種腺瘤變為腺癌者 (A. Carcinoma adenomatousum partim solidum)。

大陰唇方面恆因 Nuck 氏凹 (Diverticulum Nuckii) 被束而成爲女陰水囊腫 (Hydrocele muliebris)。區別診斷上成問題者，爲陰唇疝 (Hernia labialis)。因此疝可使圓韌帶下降而成爲異常巨大之袋 (中可儲腸，腹網，子宮，輸卵管及卵巢)。

治療：如囊腫發生問題，自當治療。法將囊腫割去。對於陰唇疝則可用 Bassini 氏法將鼠蹊溝封閉。

女陰結締組織瘤腫 (Bindegewebige Geschwülste der Vulva)

結締組織瘤 (Fibrom) 及結締組織肌瘤 (Fibromyom) 生長於大小陰唇、陰核、尿道之肌肉內者甚少，較多之處爲圓韌帶之鼠蹊溝全部，大陰唇下面。此處所產生之結締組織肌瘤，常有腺組織混入 (腺肌瘤 Adenomyom)，其形狀或呈闊盤式，隱藏於組織下，或成蒂形肌瘤 (Myoma pendulum) 而懸掛於女陰間 (有時甚大) (圖九十七)。



圖 九 十 六

左臀肌肉肌瘤 (前庭大腺慢性炎及假性泡種也有此種情形)

從臀肌處可產生肌瘤，突出於女陰處。(圖九十六)驟見之，頗似前庭大腺囊腫。



圖 九 十 七
女 陰 肌 瘤



圖 九 十 八
陰 唇 脂 肪 瘤

脂肪瘤 (Lipome) 之來歷為大陰唇下之脂肪 (圖九十八)。(往往甚大) Fritsch 氏曾見一大如成人頭部之脂肪瘤，下懸至膝。Geller 氏 (參考十九) 曾割除大如拳而生長甚速之脂肪瘤 (在妊娠期內)。

血管瘤 (Haemangiome)、淋巴管瘤 (Lymphangiome)、絨毛細血管瘤 (Kapillarangiome Matthias 氏)、軟骨瘤 (Chondrome)、色素瘤 (Melanome)、粘膜瘤 (Schleimdrüsen adenome)、神經瘤 (Neurome) 及 白血球增生瘤腫 (Lenkämische Tumoren)，據 Kulka 氏及 Schiller 氏之主張謂能與癌互易。

治療：各種瘤腫均當用刀割除。

女陰肉瘤 Sarcoma vulvae 此症亦頗稀少(據 Fanke 之統計，佔婦科病症中 0.01%)。此症在女陰各部均能發生，亦可從陰核及尿道出發產生。色素肉瘤 (Melanosarkom) 此症亦不易見。平時不大，但能突然 (例如開

刀後)長大甚劇,惡性驟發,蔓延甚廣。尤以腺體內、肝臟內、眼內、及皮膚內之波及爲最甚。此種瘤腫有時底盤甚闊,有時有蒂,且常有潰瘍之傾向。

Leischner 氏曾見一重三十二仟克之粘液性肉瘤(Myxosarcom),在陰唇處。

診斷: 色素肉瘤頗易診斷。其餘則不易與肌瘤、結締組織瘤等區別;惟能於顯微鏡下區別之。故若一發生懷疑,最好將該瘤完全割除。因若割去一部份,反可使該瘤突然暴發而蔓延至各處也。

治療: 將該瘤全部連根割去,其所屬之鼠蹊溝及腿腹溝淋巴腺全部亦不宜留存。此外如用X光放射,亦頗有希望,惟對於色素肉瘤,此法根本無效力,即預後亦根本不佳。

女陰癌(Carcinoma vulvae)

女陰癌較肉瘤爲多(據 Rotschild 氏云,可多至五倍),通常以老年人患者較多,年青患者甚少(Fritsch 氏曾見一例,爲十八歲之女子;初時可誤診爲狼瘡)。女陰癌最普通之位置在大陰唇內部(彩圖十二),繼之者爲陰核(彩圖十四)、小陰唇、尿道、陰莖、會陰、及其他之女陰。

據 Schneider 氏(參考二十)之統計,前庭大腺癌在歷史上共有四十例(現在又加多數例,其中一例在著者醫院中。Eichenberg 氏〔參考二十一〕)。此種癌腫,大都平坦而韌,浸潤甚劇,觸之劇痛,有時爲全無知覺之潰瘍,有時創口污濁,有時則爲頗清晰之鮮紅瘡底,同時四週作粒形瘤腫,邊沿浸潤甚劇,鼠蹊溝之淋巴腺無論表面或深處,常能(據數專家統計,有 55% 無此病象)發生病象,甚至上延達腸骨及閉鎖穴淋巴腺。從對方陰唇之癌擦下再生之癌腫,據 Kehrer 氏之報告,已數見不鮮。癌腫之蔓延(彩圖十三)能平均浸入四週組織,致廣範圍之四週(前至恥丘)均可成爲堅硬之浸潤組織,即陰道夾膜組織,子宮鄰近結締組織及骨盤骨節,亦常侵占;有時甚至侵入至骨節內部。特別之處爲尿道,其時尿道全部雖有癌組織包圍,但肌能卻仍健全。如波及膀胱,則膀胱即行發炎,上升腎盂腎臟,發炎而死亡。爲女陰癌腫之前導者,有女陰白斑及乾枯兩種,上文已有述及。

女陰之副性癌可得自陰道及直腸癌。移植性之女陰癌爲數甚少,但著者曾見胡桃大小之癌核,也有在子宮癌由陰道絕根割除後,於陰道口處產生者,亦有在剖腹割除子宮頸癌後產生於尿道外口處。若癌組織遺落於陰道旁組織內,即產生所謂接種性癌,此在陰道內割除子宮癌後,多能發

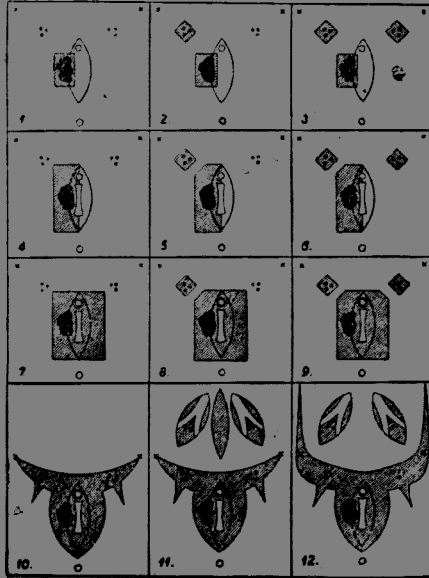


圖 九 十 九
女陰癌割除手術方法略圖

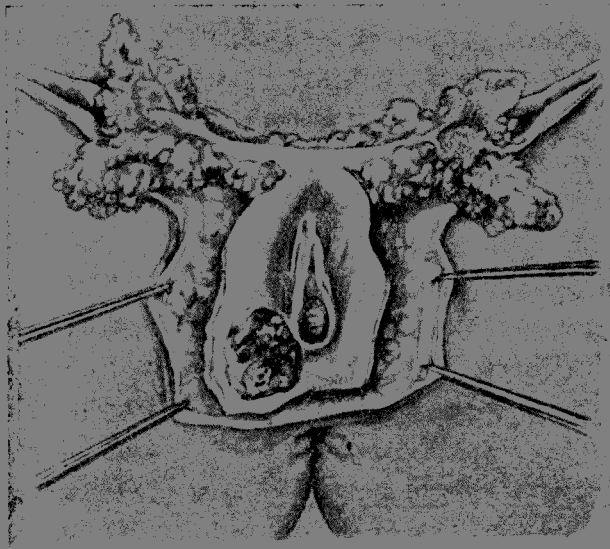


圖 一 百
女陰癌絕根割除手術(四週割切情形)

見。

在顯微組織上，大多數爲一種扁平上皮癌，有時具角質化之趨向，有時則無，少數爲腺體癌（由前庭大腺及女陰與尿道之粘膜及汗腺出發）。

病象：早期發癢及疼痛，以後炎爛及出血。尤其爲陰核癌，早期發癢及疼痛乃主要及早期之病象。此種疼痛往往甚劇，即極輕微之接觸如着衣，亦能感得莫大之苦痛。但亦有並不感到疼痛者。

至於生長移植及復發之速度，各有不同。硬性癌可延長數十年而不變異或移植，反之，容易散化之癌，能於短時期內使淋巴腺患病，致預後亦不一定，通常極難處置。

女陰癌之割除術（參考二十二）與割除子宮癌相同，已逐日趨於絕根化（圖九十九）。初時，僅將癌組織割除，繼後將女陰部份割除，近來又將全部女陰割除。鄰近之淋巴腺初時並不割除或僅割除其一邊，繼後將兩邊完全割去。故現今絕根化之手術乃將全部女陰與全部鼠蹊溝淋巴腺及組織完全割除（P. Rupprecht 氏及 W. Stoeckel 氏）；最近竟復有人提議將腸骨處之全部淋巴腺（由腹腔內或腹腔外）割去（W. Stoeckel 氏 E. Kehrer 氏之擴大性絕根化割除手術）。



圖 一 百 一

女陰全部截除同時鼠蹊溝及女陰癌組織所侵之淋巴腺亦均割除

割除法：非擴大性之絕根割除手術法如下(圖九十九中之 10)：先在腸骨前上棘，左右各一刀，割至恥丘處。繼後將全部組織沿鼠蹊溝韌帶下割至斜肌膜(M. Obliquus)與恥骨肌膜(M. pectineus)，後由旁邊割下至恥縫(Symphyse)處。其中應注意之處為腿部之淋巴腺(Cruraldrüse)，也應一同取出；惟大腿靜脈(Vena saphena)必須保留。以後將鼠蹊溝處之兩刀向下割去全部女陰，必要時，更須將會陰割去一部份，甚或將尿道(圖一百一)割去(最好保留)。將尿道割去後，收縮肌亦不能保留；且由此結成之瘻疤易使小便停滯。至於此種手術之成績如何，因現今施手術後之重復檢驗機會甚少，殊不能作確切之回答。有人以為五年以上不發者有 35.6%，Taussig 氏(參考二十三)謂有 81.8%，Schulz 則謂在十例中僅有 20%。至於電燒(Elektro koagulation)(Pankow 氏)之成績能否比刀割較佳，現今尚未證明；美國採用刀割與 X 光治療之結果，七十二例中僅有 11.9%(Schreiner 氏及 Webs 氏)不發。

光線放射治療之法，今日尚無澈底之試驗(X 光放射無效)，單獨使用鐳光或與 X 光混合治療，在各種方式及毫無繼續觀察之下，據云有 11.9% 之永遠全愈者。最近 Warnokros 氏謂有 26.7% 絕對全愈者。至於開刀以後再作放射治療(X 光或鐳)(鐳或鐳針刺入組織內)或單用鐳放射治療之成績如何，今日亦尚未能明悉。因這種方法現時尚未普及(視後)故也。

Tauch 氏根據 Tübingen 婦科醫院五十四例之報告，知其中一部份用刀割另一部份用 X 光及鐳放射之結果，得永久全愈者有 19.5%。Reiprich 氏(參考二十四)報告五十二例女陰癌(其中六例尚有尿道癌)中五年不發者 28% 十年不發者 14%。總計各氏報告 382 例中，皆全愈者 21.2%。

用鐳放射及開刀手術作混合治療(以鐳放射女陰，用開刀法將淋巴腺全部取出，與絕根割除同)之方法尚無長期試驗，故迄今未能作相當之斷語。著者現今常用此法(視後)。

女陰損裂(會陰破裂) Verletzung der Vulva (Dammriss)

女陰被損之原因在交媾不慎。損傷在後連合處(Kommissura posterior)及陰蒂繫帶(Frenulum Clitoridis)，有時損傷範圍甚大，尿道及直腸均能裂開(Niessing 氏)。

此時出血甚劇，醫者對此宜用三氯化鐵溶液(Liquor ferrisquichlorati)所侵及榨乾後之棉花治之。必要時，須用針縫合之。又因跌於槥背上(彩圖十六)或尖物上，或被衝擊所致之會陰、陰唇、夾膜及尿道出血或破裂，亦可用上法治之。老年婦人之會陰有時可因陰道擴大器之檢查而破裂(視後)。

會陰破裂之最多機會當推生產。吾人對此分為完全性會陰破裂(Complete Dammrisse。即所謂會陰破裂第三度，其時全部前會陰肛門外收縮肌、直腸均完全裂開)及不完全性會陰破裂(inkomplete Dammrisse 即第一及第二度會陰破裂，其時會陰破裂，但直腸及肛門外收縮肌未破)二者。肛門外括約肌(Sphincter ani externus)亦可於陰道及直腸未破

裂時裂斷，此時肛門之收縮機能感覺無力，陰道之內部（大多陰道絛積柱邊部 *Columna rugarum*）亦裂開。

陳舊及自動結住之會陰破裂癍疤均現白色光彩。

彩圖十七所示之女陰萎縮，上有下沉之尿道堤，下為陰道後壁及突出甚劇呈鮮紅色之直腸粘膜（在接觸時每易出血）。此時括約肌已破，圓圈向外縮進。以上為對括約肌之典型性位置，因絛縫停止之處，即為括約肌之末端也。完全性會陰破裂之最可憎病象為糞及屁之不斷流出，但有時直腸雖裂開至 3—4 厘米，肛門之機能尚能逐漸恢復。此時之趨勢第一為肛門內括約肌孳生及增加機能，第二為已斷之肛門外括約肌兩末端向癍疤處結住。收縮後，直腸即作相當程度之閉鎖；有時破裂後直腸粘膜發炎，因此直腸內不斷排出薄而與糞混合之粘液。若所結之疤薄而硬，不能擴張，則其後定有破裂，在大便或交媾時發生劇痛。

會陰破裂有時為不孕之原因，因射出之精蟲難於停留故也。但會陰完全性破裂之孕婦，生產甚易。

如一較大而在生產時未縫合之會陰，應施手術縫合之。通常最早在產後八星期施行此種手術，但尚可稍遲。在八星期前用補貼法，因其時皮膚太軟，縫後甚易再裂開。

在開刀之前，須將大腸容積完全除去，對於完全性會陰破裂，應有二日之準備。

開刀之目標在竭力謀會陰回復原狀，故不能任意多割，致健康部份亦受損傷。所有之癍疤須全部割去，此外一切使會陰本來組織受阻之癍疤組織，亦不宜留存，以便使本來組織恢復原狀。所謂會陰破裂，實際上僅有破傷，決無任何損失，故其原來之組織無不俱在，醫者當一一尋得之（尤為肌肉之末端）。惟經數次開刀手術而仍無好結果者，殊不易恢復其會陰之原狀。

完全性會陰破裂手術法如下：（圖一百二）先將刀置於陰道與直腸中間之癍疤內，然後一部份用刀另一部份用剪刀、將陰道從腸部割離（至癍疤全部脫出，腸及陰部均可移動為止），陰道壁之中央用鉗子或縫針挾住，向下緊拉（圖一百三）；直腸之一端亦向下拉。此時腸之位置已經成立，未完者僅為構造手續矣。但在構造之前，須將兩傍之癍疤組織分開，以便肛門括約肌及提肌在縫合時不致抵觸受阻。在縫合肛門括約肌時，須以一

針將括約肌末端縫住，此時前部直腸破裂之蔓延即可一目瞭然。末後可用較細之羊腸線及針頭照 Lambert 氏之縫法，將直腸作鈕扣式縫合，但不可將直腸粘膜一同縫住（圖一百三）。如在縫合時病者有一種緊張之感覺，則可在縫線上再縫一種直針。

一般之縫合法並不將直腸壁與陰道壁脫離，將直腸粘膜從與陰道壁連住之直腸肌肉割離，然後分別縫合。此種縫合法雖極普遍，但結果必定惡劣。

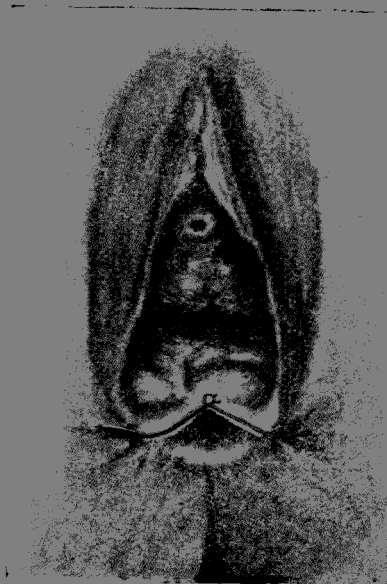


圖 一 百 二

完全性會陰破裂縫補之手術。
下刀處應在陰道與直腸之間。

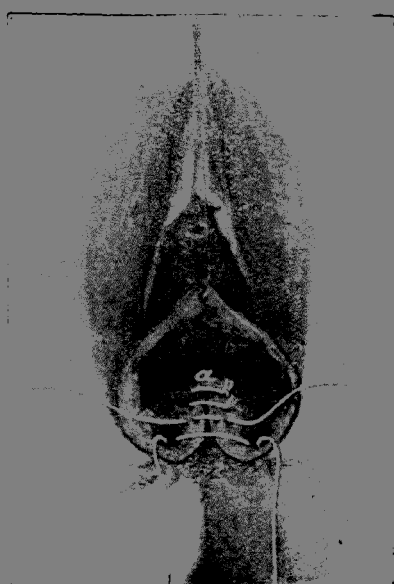


圖 一 百 三

完全性會陰破裂縫補法。下沉縫線之安置法。a=下沉直腸縫針 b=最後尚未結束之縫線 c=括約肌縫針

此後再縫最為重要之肛門括約肌，其時可用粗而甚灣之針及較粗之羊腸線，用一如將該肌自深處提出之手法（圖一百三 c 及一百四 d）縫合之，在將線扣除時，括約肌圈亦成圓形，包圍於肛門口。以後再緊縫數針，復向上用羊腸線縫 2-3 針（須深入鄰近組織），使會陰肌肉完全會合（圖一百四 c）。至於將肛門提肌（Levator ani）分離之事，不僅無謂，有時反有損害，因縫線易使肌肉拉破故也。因此，不如將肌肉連結組織一同束住，較為可靠。如直腸有相當之移動性，則縫合之面積須稍大，如

此，對腸粘膜亦無多大危險。如醫者經驗不足，可用一手指伸入直腸，墊之而縫合。此時陰道創口宜用羊腸線縫合，其外部宜再用 Michel 氏之金屬挾針挾住之（圖一百五）。

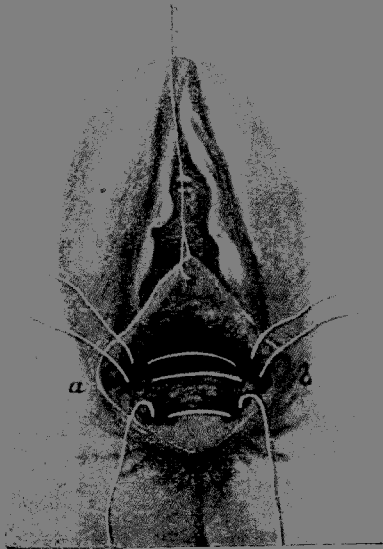


圖 一 百 四

不完全性會陰破裂縫補法，下沉
縫線之安置法 a b=切開之終點
c=提肌縫針 d=收縮肌縫針

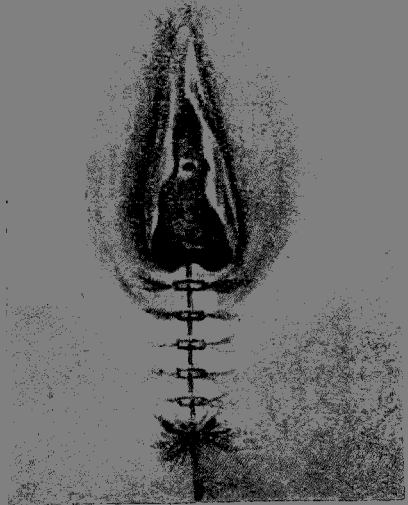


圖 一 百 五

會陰外層皮膚用金屬挾針挾住。

在以後治療中，最重要者為縫合處須於數日內保持絕對乾燥，在開刀後，開始數日對病者須給予一種易於消化之流質及少量的鴉片製劑，大便不能閉塞過久，否則無論用何種易於消化營養物，亦能使大便成為極硬之糞塊，而在第一次排糞時，將縫合之會陰損傷。故在開刀後第四日，當停止再給鴉片製劑，第五日給於輕度瀉藥 (Magnesia usta, 或 Leo-Pillen)。若無大便，可於第六日服食蓖麻油 1-2 食匙。如仍無大便，則可小心灌少許溫熱之橄欖油於直腸內。如腸縫結住，則早期大便亦無妨，萬一縫合不緊，則在八日至十日後第一次大便時，縫合線亦能脫離。創口未完全愈合者，成績未必不佳；如尚有新生肉生成，可使用 2% 硝酸銀油膏及坐浴使之全愈，恢復其本來機能。

參考一 Labhardt, Die Erkrankungen der aeusseren Genitalien und der Vagina, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Pd. III.—E. Kehler, Die Vulva und ihre Erkrankungen, in Stoekel-Weit, Handb. der Gynaek. Bd. V (Ausfuhr. Lit.-Verzeichnis).

參考二 Davis, Amer. Y. Obstetr. 1926 und 1927, Bd. XII und XIV.

參考三 V. Arnim, E., Ztbl. Gynäk. 1917 No. 8.—Wirz., Zbl. Gynäk. 1923, No. 21.

參考四 Philipp, E., Arch. Gynäk. 1925, Bd. CXXIII.

參考五 Labhardt, Zbl. Gynäk. 1929, No. 4.

參考六 Terruhn, Arch. Gynäk. 1929, Bd. 138.

參考七 Kriss, Wien. klin. Wschr. 1933, No. 49.

參考八 Kaufmann, C., Zbl. Gynaek. 1936, No. 15.

參考九 Klasten, C., Zbl. Gynaek. 1937, No. 17.

參考十 Schäfer, Dtsch. med. Wschr. 1935.

參考十一 Matzenauer Syphilis. Ulcus molle, parasitäre Erkrankungen am aeusseren Genitale, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, 1925, Bd. V.

參考十二 Fischl., Fr., Lymphogranulomatosis inguinalis, Handb. der Haut und Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von Jadassohn, 1927, Pd. XXI.—Yersild, Ann. de Dermat. 1930, S. 577.

參考十三 Richter, W. Z., Geburtsh. 1932, Bd. CIII.

參考十四 Lipschütz, Ulcus vulvae acutum, L. Voss, Leipzig, 1923 und Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausgeg. von Jadassohn. 1927, B. XXI.—Scherber, Arch. f. Dermat. 1919, Bd. CXXVII.

參考十五 Kleine, H. O., Zbl. Gyn. 1936, No- 35.

參考十六 Frei, W. u. A. Koppel, Klin. Wschr. 1928, No. 49.

參考十七 Schultz, E. G., Die Strahlenbehandlung der Lymphogranulomatose. Ergeb. Med. Strahlenforsch. 1936, Bd. 7.

參考十八 Yaroschka, Mschr. Geb. Bd. 86.

參考十九 Schleyer, E., Zbl. Gyn. 1932, No. 14.

參考二十 Geller, Zbl. Gynäk. 1935, No. 7.

參考二十一 Schneider, P., Zbl. Gyn. 1930, No. 32.

參考二十二 Eichenberg, Zschr. Geb. Gyn., Bd. 108.

參考二十三 P. Rupprecht. Zbl. Gynäk. 1886, No. 15, Geburtsh, 1912, Bd. LXXII.—W. Stoekel, Zbl. Gyn. 1930, No. 1.

參考二十四 Reiprich A. I. D. Königberg, 1934-35.

參考二十五 Taussig Amer. Y. Obstetr. 1929, Bd. XVIII.

第六篇 陰道病症(參考一)

陰道生物學(參考二)

陰道爲多層扁平上皮所遮蓋，無腺體，故陰道本體並不產生液體(視第一篇)；通常陰道內之液體一部份爲已死之上皮與陰道粘膜之毛細血管所挾出之液體(Transsudat)互合而成(Menge氏)，其他一部份爲子宮頸內流出之物。

Rob. Schroeder 氏則謂陰道內液體，由退化之陰道上皮自己溶解液及陰道口腺體之腺液，及子宮頸腺體之腺液組合而成，同時卵巢之內分泌液亦有相當影響。該氏以爲白帶(Fluor albus)乃是一種脫屑性加答爾(Desquamations-catarrh)而已。

W. Th. Stoeckel 氏(參考三)謂健全之陰道，無透水能力。

健全之陰道(參考四)全部有菌類，換言之，自處女膜經陰道穹窿而至子宮外口(此地爲未產者無菌之內生殖器全部開始處)皆有菌類存在。

健全陰道之菌類爲 Döderlein 氏陰道桿菌，屬於乳酸桿菌類內。俱有 Gram 陽性，形如細桿，長短不一。

正常之陰道液體頗少，色白，有時混入上皮細胞甚多，有時形如米糊，其中有硫磺質(Nüruberg 氏(參考五))，因液中有 0.5% 發酵乳酸(P. Zweifel 氏)，故具酸性。此種酸類之來歷如下：已死亡及破碎上皮細胞中之糖元(Glykogen)因陰道菌而發酵，於是成爲乳酸。

陰道對於月經循環亦有相當關係。陰道組織之充血及堅硬性，因月經之循環而異；至於對於糖質之份量及乳酸之構造有無影響(Graefenberg 氏)，至今尙未明瞭。

陰道粘膜(底層，再生層，及官能層，Basalis, Regenerationschicht, Fuñktionalis)在月經循環時能發生變化一說，曾由 Diercks 氏指出，以後復由 Adler 氏 Geist 氏及 Pankow 氏 Keller 氏將其證明，但 Nüruberg 氏，Waltor 氏，Stemshorn 氏，

Kückens 氏及最近 Stieve (參考六) 氏等以為此種現象並不確實。

Schömig 氏曾遇一例，見陰道上皮粘膜脫離，但與月經毫無關係，R. Franz (參考七) 氏曾見四例陰道粘膜之官能層從底層脫離（在上皮細胞內之角質化部份）而並無何種發炎現象（Exfoliatio Membranacea Vaginalis 陰道膜脫落）。Klaften 氏以為卵巢對於某種粘膜繁殖化（Kolpopathia hämorrhagica 出血性陰道病）必有特殊性影響。

陰道桿菌糖元 (Glycogen) 及乳酸為陰道抵抗上升性傳染菌類之利器，此三者非特能拒阻菌類之侵入，且能在菌類侵入時殺死之（陰道自動清潔）。但陰道抵抗能力缺乏之例亦頗不少。有時抵抗者開始即缺少抵抗能力；有時在抵抗時得相當繼續者；有時因某種不合式（雖然用意甚佳）之治療，致原來抵抗者力量減輕；又若侵入者力量強大，則抵抗者無力阻住。

抵抗力缺乏之原因有時在陰道液體之酸量減少。酸量減少之原因在糖元之減少，糖元之減少又基因於已死亡之上皮細胞之自己液解過少，或滲透液排出太多。此時陰道壁之機能薄弱（大多因身體組織柔弱所致），病者之白帶大多為薄液，無發炎現象。有時抵抗能力缺乏之原因在卵巢機能之不健全或幼稚，或內分泌機能異常，或萎黃症。陰道液之酸性量過少，可因子宮鹼性液體流出過多或鹼性之小便流過瘦管，將正常之酸性量中和所致。

此外陰道不緊縮，陰道入口太弛（會陰破裂 Dammriss 子宮下墜 Descensus 及子宮脫垂 Prolaps）亦能招致陰道液體之減少，因抵抗力之減輕，外界侵擾機會遂加多，於是陰道病症亦隨之而增加。

因陰道自動清潔技能之減少，致陰道內液體之組織亦起變更，又因外界侵入之菌類增加，致白血球增多。Manu af Heurlin 氏曾用顯微鏡檢查陰道液體，將陰道液體分為各種清潔度。通常可分為 3—4 度（圖 106—109）（Reinheitsgrade）如下：

第一清潔度 僅有陰道桿菌及上皮細胞。

第二清潔度 有陰道桿菌、上皮細胞、曲形菌、（Comma Variabile）及少數白血球。

第三清潔度 有陰道桿菌、上皮細胞減少、曲形菌及白血球增加。

第四清潔度 無陰道桿菌、少上皮細胞、白血球甚多，菌類混雜，有連鎖球菌（Streptokokken）、包形菌（Sarcina）、滴蟲（Trichomonaden）等。



圖 一 百 六

陰道液第一清潔度 (照 Li Seitz 氏取自 Opitz, Handb. der Gynäkologie 5. Aufl.)

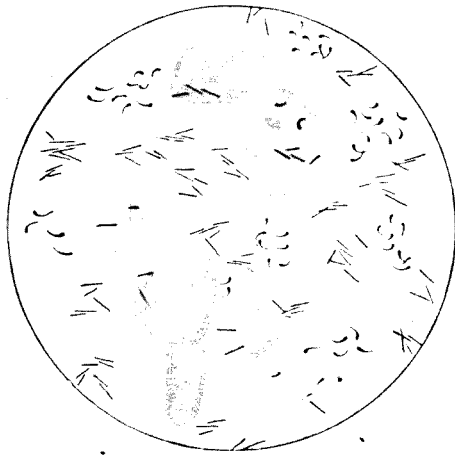


圖 一 百 七

陰道液第二清潔度 (照 L. Seitz 氏取自 Opitz, Handbuch der Gynäkologie 5. Aufl.)

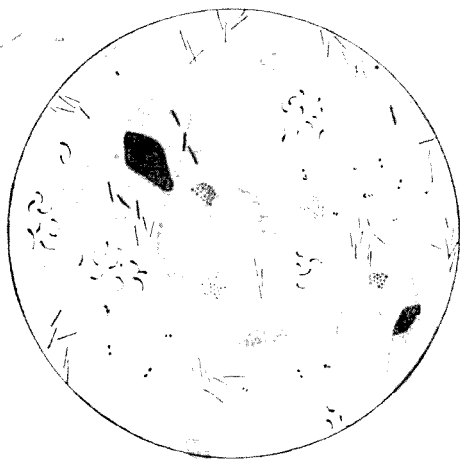


圖 一 百 八

陰道液第三清潔度 (照 L. Seitz 氏取自 Opitz, Handbuch der Gynäkologie 5. Aufl.)

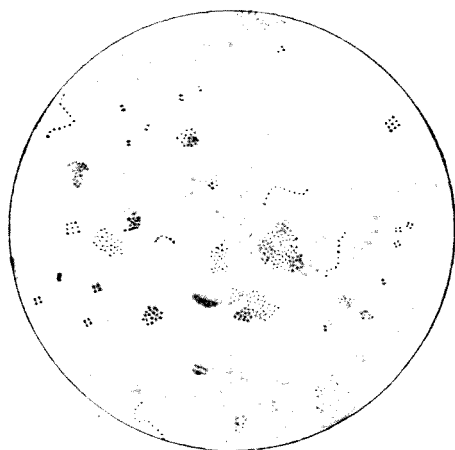


圖 一 百 九

陰道液第四清潔度 (照 L. Seitz 氏取自 Opitz, Handbuch der Gynäkologie 5. Aufl.)

白血球來自子宮頸或陰道壁 (惟必須在發炎以後始能經過), 白血球之多少在診斷上較病菌之種類為重要。如白血球加多, 則陰道或子宮必

有發炎之現象；反之，如複雜之病菌會集於陰道內，不論其爲連鎖球菌、葡萄球菌、或其他病菌，實足以使陰道健全而不變異，陰道液亦不受何種影響，故清潔度之分類在診斷上含有重要之意義。

某種女子之陰道內，複雜菌類甚多（有需要空氣或不需要空氣之折光螺旋 *Aerobe* et *Anaerobe Spirochaeta refringens* 口腔內螺旋蟲 *Spirochaeta dentium* 陰道滴蟲 *Trichomonas Vaginalis* 等）但陰道本體毫無病症，甚至無白帶。又有者有白喉菌寄生於陰道內（胎兒與女孩）而無疾病之現象，此種菌類之媒介者，當然對環境有絕大危險（Starke 氏）。

在陰道菌類與月經循環之間，殊無可靠之正規關係。通常在月經前陰道液酸性最高，月經後因子宮排洩之鹼性液將陰道液中和之故，陰道菌之寄生數亦因而減少；於是少數女子在月經後，其陰道具有刺激現象。陰道桿菌減少之原因有時爲卵巢機能異常，乾經後之陰道液，其酸性度減低甚劇（Schultheiss 氏）（參考八）。

陰道炎 (Vaginitis (Kolpitis))

陰道位於子宮與女陰之間，故有自上或自下之繼續副性傳染。但已婚女子因上皮日漸硬化，此種傳染殊非易事。至於月經循環對此種抵抗力有何影響，至今猶未明悉（即月經異常或停止是否能減少陰道液之抵抗力），但頗有可能。

原始性陰道炎 (Primäre Vaginitis) 完全因機械式之損傷所致。最主要者爲異體，其中尤以不適合之器物如橡皮木皮等，或長久忘卻之子宮托 (Pessare) 或更爲特殊之托子宮代替品（如網球、舊布、及鐵絲）等爲最多。凡此異體，初時多侵入於上皮內，經發炎後，異體愈益深入，同時陰道排洩物加多，異體被糊住；久後，該異體由陰道侵入膀胱或直腸，於是不斷排出一種甚臭而多膿帶血之液體。

由淋病患者體內取出之子宮托，若不充分消毒，即施用於他人身上，可使另一病者傳染得淋病，此爲醫生應負之責任。

此外手淫時所用之器械如酒杯、針盒、羽毛、燈泡、燈臺、線團等等，亦可滑入陰道，成爲異體發炎，與子宮托完全相同。有時遇暴徒之惡作劇，將任何奇形之物塞於陰道內，致不易取出，如松針、萍果、蕃薯等。更有置於陰道內已經忘卻之海綿、塞布或久置於陰道內之避孕架，亦均能招致甚臭之白帶，產生肉芽，引起深入性之炎症。對此，一般常誤診爲癌腫。最後，以不合適之手續洗濯陰道及多用避孕藥劑亦均可使白帶增加。

重量刺激藥劑非特有刺激性，且能損傷陰道精膜，使之潰瘍。此種舉動，非特女子本人

常犯，即醫者亦多此種行爲。例如有一醫者誤將 Sublimat 粉代替 Kalomel 吹入陰道，致陰道產生巨大潰瘍，全愈後，成爲巨大之癍痕。還有用溴火酒塞布塞於陰道後或用純粹之石炭酸 (Acid Carbolie) 洗濯陰道，亦能發生長久不愈之潰瘍 (Tritsch 氏報告)。蓋發炎性及潰瘍性之陰道粘膜甚易吸收，故長期應用 Sublimat 或 Acid Carbolie 可使病者中毒甚深，甚至死亡。應用強度之水楊酸 (Acid salicylic) 或硝酸銀 (Argentum nitricum)，能使上皮層脫落；若以碘酒塗陰道或射入陰道穹窿內 (普通放於診所內所用之碘酒，因火酒易乾而發輝，致該碘酒日漸濃厚；若將此種濃液用於身體柔弱出血過多之女子陰道內，則其陰道完全作潰瘍性死亡，全部陰道自穹窿而至陰道口，皆完全封閉)，其結果亦復相同。

副性陰道炎 (Secundäre Vaginitis) 之來源，上自子宮頸，下自女陰；處女膜已破之女子患者甚少。若陰道被傳染之機會愈佳，則陰道反抗之能力亦愈大。例如降下及脫垂者，突出於陰道，致陰道口脹緊，遭受有機性之損傷及陰道腔擴大，予外界菌類以侵入之機會，但就另一方面而論，陰道之上皮增厚，抵抗力增加。

膿液及各種粘液尿與糞，均可長期經過陰道而陰道不致發炎。當就此種情形亦有因體質之不同而呈發炎之現象者。

在妊娠期內，子宮頸及陰道內白帶增加爲生理性之現象，但此種陰道滲透液之份量以及膿化之傾向，無論其副性傳染之機會如何適宜，在各種妊娠期內，根本各不相同。

陰道炎之各種形式 (Einzelne Formen der Vaginitis)

單純性陰道炎 (Vaginitis simplex) 陰道壁紅色，有時其形如絨，繁殖甚劇，在陰道穹窿處白帶甚多，最易患此疾者爲體質柔弱者如幼稚性 (Infantilismus)，內泌素性之肥胖症 (Endogene Adipositas Universalis)，或好而蒙之均勻力缺減時 (妊娠或子宮及附件全部截除後) 之女子，或有結核之女子。

粒狀形陰道炎 (Vaginitis Granularis) 在陰道後壁，有針頭大小。時密時疏，觸之易出血；顯微鏡下有白血球浸潤，均來自陰道液體及放大之血管。以前以爲粒狀性陰道炎乃患淋病者所專有，現知不患淋病者亦有，如孕婦。

在此種陰道內，有時能產生尖肉疣 (Reifferscheid 氏報告一例，謂其中自陰道口至子陰段均有尖肉疣，生產仍屬正常) (視前)。

囊腫性陰道炎 (Vaginitis Cystica) (彩圖十八) 在陰道後壁三分之一。粘膜現普通性紅色，大小如豌豆，內有液體。此種囊腫呈藍白色，其

中或許因局部之滲透液聚集所致（一如膀胱粘膜之泡形腫脹）（Bullöse Oedem）。

滴蟲性陰道炎 Trichomonaden-Kolpitis (Höhne [參考九] 氏) 其中粘液大多稀少，但亦有甚多者。質甚薄，如泡沫，癢症為必有之現象。至於此種來自腸內之滴蟲，是否為發炎之原因，抑原因在以後混入陰道而成為陰道內無關重要之寄生物 (R. Schröder 氏 Loeser 氏)，至今未明。

Hess 氏謂夏天可在浴場內傳染得之。

氣腫性陰道炎 (Colpitis Emphysematosa) 亦名泡囊性陰道粘膜繁腫 (Colpohyperplasia Cystica v. Winkler 氏) 此種病症僅發現於妊娠期內，為一種產生氣體之桿菌或大腸桿菌 (Bacterium Coli) 所致。由單純性陰道炎出發，在陰道後三分之一及子陰段處形成豌豆大小之氣泡，用針刺破時，能發聲。

傳染病時之陰道炎 (Vaginitis bei Infektionskrankheiten) 特別沉重者，為白喉性陰道炎，患者多數為幼女（同時在喉部亦有此種菌類），成人患者甚少。詳細檢查白喉菌為極重要之工作，藉此可決定需要注射白喉血清與否。在陰道內產生與白喉相似之白膜塊，此白膜塊在患傷寒 (Typhus)、斑疹傷寒 (Hecktyphus)、麻疹 (Morbilli)、猩紅熱 (Scaratina)、霍亂 (Cholera)、天花 (Variola) 時均有之，亦均能化為潰瘍。

此種陰道病症之原因，一部份為陰道粘膜（天花）有病，一部份在陰道鄰近組織發生栓塞及死爛等現象後，外界傳染菌之機會增加所致，另有一部份為由別處染及女陰，再從女陰由手指染入陰道。當然，該種陰道之抵抗力極為薄弱。在死肉部份，一經排出以後，該處即能結住；有時竟將全部陰道封閉（視前）（Atresia）。於是發炎之處蔓延入陰道鄰近組織，以致全部陰道傍結締組織（甚少全部陰道）呈死肉化 (Paravaginitis dissecans 分離性陰道旁結締組織炎。此種陰道旁結締組織膿性炎 Phlegmonen 在產褥熱或陰道受傷後或經強暴行為後或藥劑刺激過甚後均能造成)。

鵝口白陰道炎 (Soor Vaginitis) 孕婦患者最多。患者之陰道紅腫特甚，白帶亦甚多，形如 (Byrolin) 硼酸甘油油膏。

淋菌性陰道炎 (Vaginitis gonorrhoeica) 初生胎兒、幼女、新婚者、孕婦、及老年婦人均有（視第十六篇）。

肺炎球菌陰道炎 (Pneumokokken Vaginitis) Hornung 氏 (參考十) 及 Frauen-Rainer 氏 (參考十一) 均有報告 (二十六歲未婚者)。螺旋菌陰道炎 (Spirochaeten Vaginitis) Philipp 氏及 Lash 氏均有報告。

老年陰道炎 (Vaginitis Vetularum) 在乾經年及乾經後，陰道之抵抗力減少，組織萎縮而退化，上皮細胞減薄，滋汁全無，透瀘力增加，生物性抵抗力消滅，因此外界之菌類一經上升，即缺乏阻止能力 (Koli-Vaginitis 大腸桿菌陰道炎)。病象：薄而有濃之白帶遮蓋陰道之壁，萎縮現象進展甚速，尤以陰道穹窿處為甚，自此處而下，漸趨平坦，同時互相粘住甚劇，致子陰段全被遮住 (粘住性陰道炎 Colpitis adhaesiva)。初時此種粘住尚可分開，以後愈結愈緊，終於不能分離。有時因菌類上升，以致子宮積膿 (Pyometra)。(視後) 該時子宮可擴大至十倍以上 (Mestitz 氏)。

在經絕期開始時及經絕前期，處女膜痕處能結締組織化，而將陰道口環形性縮小 (Cyrrhosis anullaris hymenalis 處女膜環形結締化) (Halban 氏 (參考十二))。

在經絕期時，陰道後部三分之二亦漸萎縮，因此陰道形成一甚狹小環形而堅硬之穴道 (Novak 及 Labhardt 氏以為此種變化乃卵巢低能工作所致) (參考十三)。

在老年婦人陰道內，僅須輕微之壓力如用陰道鏡或放子宮托等手術，即能造成巨大之裂縫，有時竟可破裂至陰道傍結締組織內，致該處出血甚劇。又該種陰道常有斑點形出血之粘膜，尤以陰道穹窿及子陰段外部為甚。此種現象為老年血管易裂之表示。有時候陰道腔內有血流出，因此而被疑及癌腫；而實際上此種陰道血點 (Petechin) 與癌腫毫無關係。

陰道炎病象 (Symptomatologie der Vaginitis)

主要病象為陰道液 (Fluor Vaginalis)，液體淡薄，或如水，或含膿 (多少不一)，有時竟如泡沫。如上皮脫離過多，則該液體成細粒形，臭氣甚重，有時有血液混入。

在陰道擴器檢查時，急性陰道炎患者常有此種液體湧出，此時粘膜紅腫如絨，陰道之壁因傳染菌寄生之不同而被各種液體粘住，拭去時，略有出血。患粒狀陰道炎及老年婦人患結住性陰道炎者，其中陰道壁乳頭成為鮮紅細粒，浮腫，突出於粘膜之上。

急性陰道炎之病症：除白帶流出時有燒痛感覺下墜及骨盤發燒外，小便時亦作痛。

因有此種痛苦之故，對急性陰道炎殊不易安放陰道張大器或其他手術器。即在急性發炎時，苟以陰道管洗濯，初時亦甚易使病者感得極度之疼痛（故必須用輕量藥劑）。此時因疼痛甚劇，絕對不能交媾。

白喉性陰道發炎及傳染菌蔓延於陰道傍結締組織時，病者體溫增高，白帶發臭，中有死肉之塊粒混入。

此種病象雖極顯明，但有時（尤其在幼女時代）也不免因全身疾病之關係而被忽略。如以後因陰道炎而得一種封閉現象，則在前史中頗難探得幼年時所得為何種病症（視前）。

慢性陰道炎，大多無發炎之痛苦；通常在全身亦無變更，病勢最劇者為訴述發癢、燒痛、女陰本體及四週紅腫。

陰道炎治療法(Therapie der Vaginitis)

一般醫者見子宮出血時，即刮子宮；見陰道有白帶時，即洗陰道；非特醫者如此；即病家亦有此種習慣；以爲如此即爲根本治療。當然，其中有極大之錯誤，已不待吾人嘍舌。

局部洗濯法僅對異體陰道炎爲絕根治療（在異體取出後）法，此外對有幾種原始性陰道炎，亦能奏效。但通常洗濯陰道，不過爲一種清潔舉動，其意義一如傷風時之使用手帕。

對於多數症候，洗濯陰道爲有損無益之舉動。如急性淋病，洗濯陰道後即能使淋菌加速上升。

又此法對某幾種疾病雖有裨益，但如洗之過久，亦足以使陰道本來液體之產生受阻。

故吾人對洗濯陰道事，在開始時，即應認定二種目標：（1）在使陰道清潔，在必要時有調和性質；（2）將白帶去除，使陰道壁炎爛及創傷能因消毒性及收斂性藥劑之影響而加速全愈。

去除粘膜及血之方法，可用水一立加小蘇打(Natrium bicarbon) 20-20 分克洗陰道。此種液體能溶化粘液，有消毒及調和之性質。若再加 10-50 分克酒精或花露水，則更佳。至於水之溫度，以適合病者之感覺力爲標準（普通在攝氏 30-38° 度間）。不宜太熱，亦不宜太冷。

有消毒性之藥水中以下述者爲最普及：Acid salicylicum 水楊酸 3:1000 (30 分克

Acid salic., 300 Alkohol 以其中二食匙加水 1000 分克 (略有微痛)

Thymol 1:1000

Aqua. Chlorata ana cum Aqua. (調和甚佳)

Kalium permanganicum 5:1000

Sublimat 0.5-1.0:1000

(此藥劑甚毒, 女孩、流產者、陰道創傷者、孕婦、產褥婦及月經後之婦女均絕對不可用
故 Sullimat 不能隨意到處放置, 曾有某小孩誤認爲糖果而竟吞服致死)。

Sublamin 2:1000

Hydrargyrum oxycyanatum 0.5-1.0:1000

Lysol 5-10:1000

Lysolform 10-20:1000

Chinosol 2:1000

Formalin 2-3 食匙加水 1000 分克 (等於 1-2% Formaldehyd 液)

Acid boric. 20-30:1000-

Acidum lacticum 5-10:1000-

Ichthargan 1:1000

Rivanol 1:1000

Gyneclorina (Heyden)

收斂性: 同時亦能消毒

Cuprum sulfuricum 或

Zincum sulfuricum 10-30:1000

Argentum nitricum 1-2:1000 (加蒸餾水) 能污衣褲

Alumen 10-25:1000

Liquor alsoli 10-30:1000 (Alumimum Acetico-tartaricum)

Hydrogenium peroxydatum solutum 10% 5-10:1000

對於妊娠期內之帶過多, 用 0.5% 乳酸洗之甚佳 (P. Zweifel 氏)。因如此可使陰道抵抗力自動增加。又在去除病菌以後, 若用此作爲生物性繼後治療, 亦甚佳 (P. Zweifel 氏 Schweitzer 氏)。

V. Joschke (參考十四) 氏介紹下述方法:

先在有硝酸銀 (Argentum nitricum) 之水中沐浴 (視後), 然後用 0.5% 乳酸洗陰道, 每日 3-4 次, 約洗二三日; 同時內服 Kalzan 藥片, 每日三次, 每次二片 (使毛細管之內皮細胞封密)。

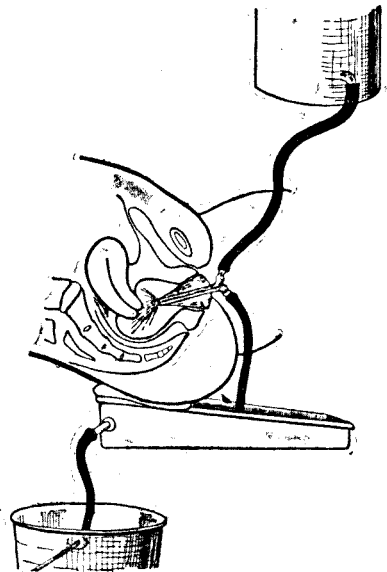
其次使用 Normolactol, 使陰道內寄生菌回復原狀。初時當作陰道浴, 以後每二日塞一片於陰道內。

對此須注意者, 爲絕對不許用純水洗陰道, 否則粘膜上皮軟化, 一小部份之水留於陰道內, 恆致粘膜腐爛, 白帶加多; 故所得之結果正與預期相反, 反不如不洗爲妙。

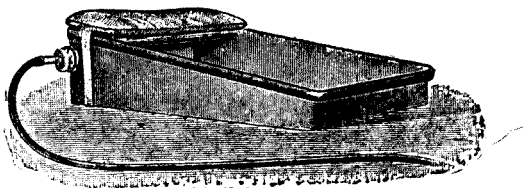
洗濯陰道之本來意義在使藥劑與陰道粘膜接觸, 故若藥劑在陰道內時期愈長, 藥水量愈多 (緩緩流入陰道), 則效力愈大。此時持洗濯器之

高度應適當，以免洗濯器內之水過速流入陰道；但此種緩慢之動作常能使多數女子不能忍耐。又洗濯陰道必須於平臥位置上爲之，始有功效；因如此流入之液體能到處流達，陰道粘膜均有與液體接觸之機會故也。若用坐或蹬之位置上爲之，則毫無成績可言（如病者主訴每天洗濯陰道而陰道穹窿仍有甚多粘液，則其洗濯時必採取坐或蹬之姿勢）。在每次洗濯以後，最好平臥相當時間，使在陰道內（大約有 30 厘米）之液體得以暫時停留，與粘膜有較長時間之接觸。洗陰道所用之液體量，普通爲二立升，重病者每日可復洗三次。

洗陰道之器械爲玻璃洗濯器及一光滑之洗濯管，在橡皮管內置一開關，使水之流出快慢得以隨意決定。至於他種器械，非特消毒甚難，且多危險；其中尤以塞住陰道之器械（Chlysoomp, Ladies Friend, Okklusiv-Spülrohr）爲甚。使用該種器械時，恆因壓力過高而將水射入子宮腔內及腹腔內（Fritsch 氏），致子宮感得極度之痙痛；急性之輸卵管炎、輸卵管環膜炎、及腹膜炎亦均可因此而引起。若爲有傳染病之陰道，則該種洗法那又足以將膿液射入腹腔內。



圖一百十
不斷續洗濯陰道病人臥置法
(用 Hasso 氏洗濯球)



圖一百十一

扁馬桶邊傍有一下流管，可使桶內之水不致容積過多。扁馬桶蓋處尙有坐墊。

爲欲使洗濯陰道之水，不致流散起見，可在臀部下放一扁形馬桶（如圖一百一十一）（用軟墊墊住臀部）。此種扁形馬桶可盛水五立升，其旁有一洞，洞口有一下流之管，故即使作長時間之洗濯，亦不致發生困難。

若欲施用甚熱之水洗濯陰道（攝氏 $45^{\circ}-50^{\circ}$ 度）而同時欲使病者不覺痛苦，可使用燈泡式洗管（Hasse 氏 Pinkus 氏）（亦名 Pinkus 洗管〔圖一百十二〕）。法將該管插入陰道內，壓住女陰處。此時進出之熱水即不致接觸陰唇或會陰而發生痛苦（圖一百一十一），陰道本體無冷熱之感覺者也。又對於發炎甚劇或感覺甚敏之陰道口，使用此種圓滑之玻璃泡亦能免除痛苦。其時從洗濯器流入陰道之水，因陰道已被擴張，陰道

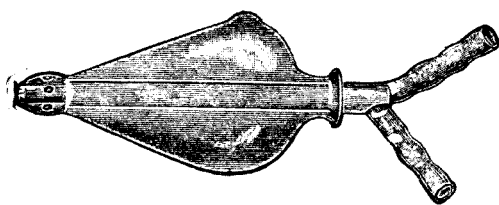


圖 一 百 十 二

熱水洗濯球在此空心玻璃球內進出管皆有如此輸入及流出之熱水均不致與女陰接觸。

壁之綑縫均被壓平，故得接觸各處。若爲有知識之女子，對此種洗濯方法僅需少須解釋，即能學得。病者可將該洗濯泡之尖端插緊陰道口，不致一滴之水流；再令本體平臥床上而洗濯之，則流出之液體即由扁形馬桶流入置於床下之鉛桶中矣。

洗濯以後，宜將女陰用肥皂及溫水洗之。女陰洗淨後，再用棉花乾之，用粉撲之（滑石粉、鋅粉 Lenicet 或 Vasenol 粉），以便吸收尙未流出之液體。因主訴性之白帶在女陰部份最易覺察，故醫者應特別注意。

對於洗濯陰道之方法，近時信任者已逐漸減少。因採用此法之人甚多，而多數均爲濫用此法者也。此種毫無益處之洗濯，成績當然不能滿意。

但若使用塞布（Tamponade），其成績尤較洗濯爲劣。今日多數醫生爲表示其治法高明起見，恆不問診斷結果如何，隨意塞一藥布（有時甚至無藥）以應付病者感覺白帶之訴說。此種塞布之法，其功效當然不如洗

濯；但在診斷確實時，亦頗有實效。其優點如下：

1. 使陰道鎮靜，且能使交媾成爲不可能。
2. 使陰道乾燥，吸收病性液體。
3. 陰道能因此隨時與藥品接觸。

塞藥布之法如下：在陰道鏡中將紗布（此項紗布應消毒或用 Xeroform 或 Vioform 紗布）塞住陰道穹窿，然後圍住子陰段，末後塞住陰道，留一布頭於女陰處。或用一事前製成之塞球塞於陰道內，使有線之一端留於女陰處。

如需要吸收性之塞布，則可用甘油（Glycerin）爲藥劑之前導者。普通該種藥劑易溶於甘油中，有下列各種：

- Alaun 10.
- Acid. boric. 20.
- Glycerin 200 或
- Ichthyol 20
- Glycerin 50 或
- Thigenol 10
- Glycerin 50 或

甘油塞布塞於陰道中後，吸收水份甚劇，致陰道內常有薄液流出。醫者應將此點先期知照病者。

又塞布亦可先浸以 Tinct. Jodii, Jodkali, Argentum nitricum, Protargol, Argonin, Argentamin 之液體。

欲令病者自動將藥布塞於陰道內，乃困難之事（不論用手或用塞布鉗）。

塞藥布之工作，亦可與陰道浴或油膏治療混合爲之（使射入之油膏不致流出）。

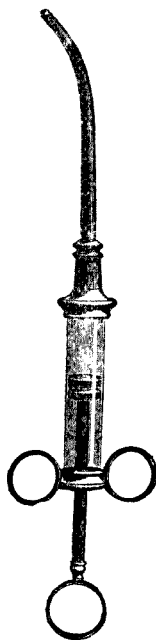
欲放入油膏，可先做成陰道油膏球，然後放入陰道。或用油膏射器射入陰道內（圖一百十三）。

陰道油膏球由甘油（Glycerini）或阿拉伯樹膠（Gummi arabicum）作底，再加應用之藥劑（2% Alsol 糊 Ester-Dermasan 等）而成。油膏注射器（圖 113）有一種優點，即病者不致感得痛苦是也。將油膏射入陰道內，雖幼女處女亦頗感舒適。

欲令油膏或藥球不致流出，可在陰口塞少許棉花。射油膏之最好時期，在晚上臨睡之前，如此可全夜發生作用。處女膜已破之女子，可用油膏塗於紗布上，塞入陰道內。

收斂性油膏如下：

- Bismut. subnitr. 2.
- Lanolin 10. 或



圖一百十三
油膏注射器

Acid borie 10.

Lanolin 100. 或

Agent, nitrie 1

Lanolin 50. 或

Ichthyol 10.

Lanolin 100. 或

Unguent hydrargyr. albi.

最好之方法為在乳色玻璃陰道張開器 (Milchglasspeculum) 內浴洗陰道 (Zweifel 氏 Menge 氏)。法將乳色玻璃陰道張開器插入陰道之穹窿處，然後灌入 5—10% Argent. nitrie 液體，至子陰段完全沉沒為止。停止數分鐘後，將陰道張開器退出少許；再停數分鐘後，再退少許；如此退至陰道口為止。然後先令液體流出，再將陰道張開器放下，拭乾女陰，於陰道口塞少許棉花。否則褲子將染有痕跡。此種方法之實行次數不能反復太多（至多一星期二三次），亦不能為時太久（至多十分鐘）。治療一星期後，至少須有一星期之休息。所用藥劑除上述者外，亦可用 Alsol、木醋酸、Protargol 等等。

如白帶太多，最好用浸藥之紗布（如 10% Sublimat, 0.5% Lysol, 或 Lysoform 液體或一種輕而易於消毒之液體）拭去之。至陰溝槽陰道鏡下，可將全部陰道自上至下擦拭。此種擦拭方法可實行於他種治療之前（如陰道浴或油膏治療等），惟在塗油膏以前，宜用乾棉花擦燥。

最後可將藥劑藉陰道張開器塗於陰道內。藥劑可使用 Ichthyol, Thiol, Alaun 液體或碘酒、水楊酸酞 (Salicylspiritus) 及 Jodorformrätter。但最後兩種藥劑能引起痛苦，碘酒雖僅引起暫時之疼痛，然脫皮甚劇（視前）。此種塗藥只能使用於一定地方，例在陰道有特殊之破損或潰瘍時，用此法最為適宜。

較新之治療法為將乾粉吹入陰道內，或在陰道張開器下散入陰道內。欲將藥粉吹入陰道內，可使用 Nassauer 氏之 Sieicator 或 Stern 氏之吹粉器。吹粉於陰道時應注意者，一如洗濯陰道。即不將陰道完全閉塞。否則吹入之空氣上升，即入子宮輸卵管及腹腔；此時若有出血之細創口，即有引起空氣栓塞之危。用吹粉器吹粉之優點，在將粉作平均之分散。

更有一最新之治法，為塞藥片或藥桿。此種藥片遇陰道熱度及溼氣時，能漸漸溶化，成爲一種藥膏。欲使此種藥片平均分散，可於其中略加炭

酸（如 Spuman 藥桿），如此可使溶化時發泡，將藥分散均勻。

乾燥之藥劑可單用 Bolus alba 或另加 Argent. nictric, Protargol, Tannin, Lenicet, Acid. salicylic. 或 Acid. lactic, 使之亦有收斂性。三至四日以後，陰道脫皮，醫者可用洗滌器洗去之。最近所用之 Devegan 藥片，（內有 Acid boric. Spirocid），及分開式之澱粉質（Kohlehydrat），成績頗佳。用法於每晚將二片深塞於陰道內，重者於翌晨再用水洗之；但須注意砒藥劑感應敏捷者（Klaften）。

特種陰道炎需要特種治療方法，如下：

對於有壞肉之陰道炎（Vaginitis gangrænosa），開始宜用 12 立 Alsol 或 Lysol 水洗陰道，每日三四次，使已死之部份排出。然後塞一阻止結住之紗布（最好用油浸之 10% Jodoform 紗布），於二十四小時後取出，再重新爲之。

對於陰道鵝口白及滴蟲陰道炎（Trichomonas-Kolpitis），可用 1—3% Borax 液體或 20% Borax glycerin（Höhne）裝成之明膠丸塞於陰道內，如此可將癢症即刻消除。

Rodecurt 氏介紹用 Yatren 105 丸（Behring 氏廠），每日一二粒塞於陰道內。同時特別注重長期治療，且主張在月經後應有相當檢驗。Winter 氏贊成 Chinosol，硝酸銀浴以及 Normolactol。美國醫學家主張先用綠色肥皂洗滌陰道，然後用 1% Acidum picronitricum 液浸棉花拭之。此外 Devegan 藥片（治妊娠白帶）及 Choleval 藥片，醫家稱許者亦甚多。

對於白帶之治療，必須先認清實際情形。份量加多而以後有各種變化之白帶，未必爲陰道式子宮局部疾病之現象，有時實爲全體異常（內分泌）或已有組織上欠缺之病象。故吾人之治療不能着重於局部，須着重於全身。此種治療當投以優美之營養料，尤以不含鹽份而多維他命（維他命甲與丁及鈣 Bauer 氏〔參考十五〕Pulay〔參考十六〕氏）之食物爲佳；另外須調節睡眠及運動，停止過度操作及有刺激之活動（如坐自由車騎馬機器縫衣等）；選擇正常之衣着，藉以避免生殖器接觸灰沙；必要時需作異地療養，溫泉沐浴（鐵質浴、碳酸浴、不能用爛泥浴）；用砒鐵藥劑及鈣製劑以調和感應神經；禁飲多量之酒及煙類（現時特別注重），禁絕性交（塞藥布，夫婦離開，最好送病者往溫泉療養）。

陰道各種潰爛症（參考十七）

1. 陰道圓潰瘍（Ulcus rotundum, Zahn） 平坦，形正圓，邊沿清晰，直徑約一厘米，有膿，大半無病象，甚稀少（醫史中僅有二十例）。其

原因據云因血管變化(血管何故變化,尙未知悉) (Periarteritis nodosa) 所致。

2. 鵝口白潰瘍(*Ulcus aphthosum*) 靜脈曲張潰瘍 (*Ulcus Varicosum*) (R. Schroeder 氏) 尿中毒性潰瘍 (*Ulcus Uraemicum*) Eichenkorst a. 氏等,均爲不常見之疾病。

3. 花柳性潰瘍(參考十八) a. 軟疳 *Ulcus Molle*。(圖 114) 在陰道內爲數頗多,邊沿清晰,較健全粘膜爲低,之發炎性紅塊。此種有蟲蛙式之潰瘍底盤,俱有脂肪性之膿液。潰瘍本體及四週均軟,觸之作痛,且易出血。炎爛性之軟疳(*Ulcus Molle elevatum*) (Rille 氏) 爲常見之病,潰瘍底盤不深,形如鈕扣而平滑;通常鼠蹊溝淋巴腺浮腫而作痛。治療與女陰軟疳同(視前)。

b. 陰道梅毒。此疾大都不能識得,因無何種病象故也。故女子梅毒以停滯性居多(*Lues latens*)。

陰道第一期梅毒(參考十九)極少,位於陰道後壁之上端。如陰道下端有梅毒瘡,則鼠蹊溝淋巴腺浮腫,其位置大都在子陰段處名曰子陰段原始性硬化(圖一百十五)。據 Neumann 氏之統計,該處之硬疳居女子硬疳中百分之十五,其特點爲硬如軟骨,稍較健全部份高起,邊緣清晰,如塗油然。診斷上之要點爲於刺激血清中及試割塊中檢查螺旋原蟲(*Spirochaeta pallida*) (視前)。

第二期梅毒在陰道中亦不常有,其形如斑 (Plaque),或爲易碎性葉形瘡(Papel)。

第三期梅毒有樹膠腫形(Gumma)之核塊或炎爛之潰瘍,在子陰段處及陰道之內,但患者亦甚少。V. Winckel 氏曾見一例,爲陰道樹膠腫形發炎(*Colpitis Gummosa*),全部陰道爲易碎塊性梅毒腫所散佈。

診斷上,殊不易與陰道結核炎區別。

4. 結核性陰道潰瘍(*Ulcus tuberculosum*) 此病甚少,坦平,界緣清晰,呈污濁色,邊沿處多呈灰黃色。結核塊之數甚多,自上至下,或來自直腸。診斷時宜用顯微鏡,或試行割開檢查(結核塊、巨形細胞、及結核菌)。(視後)

最近據 Habbe (參考二十) 氏報告,謂無粒類白血球細胞 (*Agranulozytose*) (全身無粒類白血球細胞) 之病者其陰道有白喉狀斑塊,形如癌腫之潰瘍,位於陰道壁及子陰

段上（參考二十一）此種病症甚為嚴重，預後亦不甚佳

陰道閉鎖及癍疤性結住 (Narbige Stenose und Atresie der Vagina)

女孩所患之傳染病或產褥熱炎之深入陰道傍結締組織內之陰道炎，可使陰道管結住及閉鎖。該種結住可寬可狹，可深可淺，或扁平，或圓形，其中被阻之液體能因大腸桿菌之傳染而作膿，成爲陰道積膿(Pyokolpos)，以致交媾困難，不易生產（胎兒不能產出，不得不用剖腹取胎之法解決之）。此時病者之膀胱及直腸受拉甚劇，結果二者之機能受其影響。

若陰道之斑疤完全閉鎖（如先天性陰道閉鎖 Atresia congenitalia），則可使月經之血管受阻，成爲假性無經 (Amenorrhoea spuria)，陰道則成爲陰道積血 (Haemato-kolpos)（視前）。對此，一般多採用擴大性治療法（擴大器 Dilatation 塞藥布 Tamponade 及陰道球 Kolpeurynter 藏鉛粒之陰道球 Schrotokolpeurynter），但甚少效力。欲將其治愈，須用刀將該結住割除。法將結住圈二三處用刀縱剖（Sagital），剖割之後，再於平線上（horizontal）上縫合之，藉以使狹處放闊。所有癍疤粒均應割去，其遺下之創口，均應用擴大性手術縫合之。陰道閉鎖須仔細割開，探入至陰道底。有時在此種結癍割除後，仍可得整個之陰道腔；萬一不能達此種目的，則可用塞布（時常調換）防備之（否則創口新肉仍能結疤而結住或閉鎖）。有時雖用各種方法，仍能將縮小擴大，對此，若用某種皮膚補貼法，或許尚有希望。

陰道囊腫 (Zysten der Vagina)

陰道囊腫大小不一，普通如豌豆或胡桃大小，大者能使生產困難使骨盤內臟機能受阻。此症大多爲偶然發見。

細小而多之囊腫大多爲積任性囊腫 (Retentionscysten)，其來歷或由於陰道本來無腺之粘膜炎層 (R. Meyer 氏)（參考二十二）或來自 Müller 氏管未曾分析之胎胚柱形上皮，或僅有 Müller 氏管發展，其他一管並不發展，而成爲囊腫。

多數囊腫來自 Gartner 氏 (Wolf 氏) 管之遺跡（圖一百十四）。其位置大都在陰道左右壁上端三分之一，有時竟上升至子宮頸壁，同時

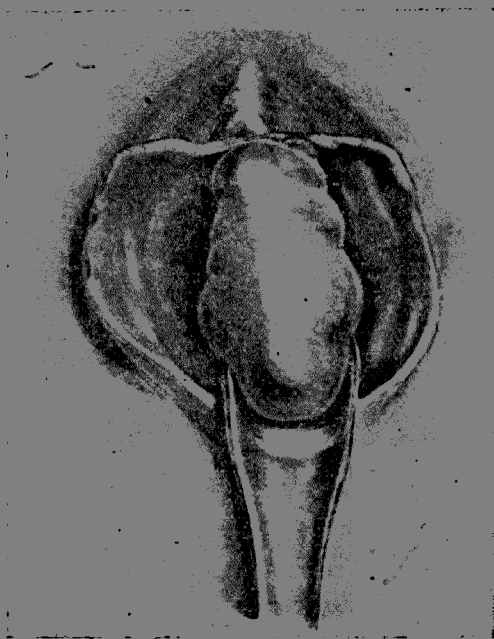


圖 一 百 十 四

陰道前壁中央囊腫 (Gartner 氏管囊腫) 所組成之假性陰道瘻肉。

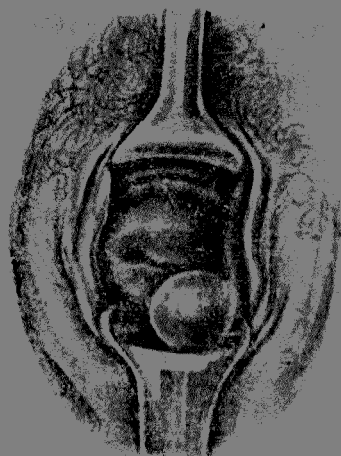


圖 一 百 十 五
移植性陰道左壁囊腫



圖 一 百 十 六
陰道壁瘤類似肌胚

復行長大，以致生產困難(Zucrotti 氏)。

有時有囊腫狀似頗大之尿道袋(Urethrocele)，或形成一異常而無出口之伸入陰道內囊腫性之放大輸尿管或伸入 Gartner 管囊腫內輸尿管(R. Meyer 氏)。若將該類囊腫剪開，其來歷即可完全明白。此種管子直通腎臟，同時復不斷排洩液體(Enuresis ureterica)。在膀胱鏡中，不能發見囊腫一面之輸尿管出口處(有時亦有多逾二條輸尿管者)。

移植性囊腫(Implantationszyste)來自上皮細胞，在開刀時落入深處，或在線之四週深入肉內者(Hornung (參考二十三)氏)。此種囊腫大都在表皮下，其色藍而透明，少數成爲蒂肉形而懸於陰道內(圖一百十五)。陰道囊腫中含有粘性而潔白之液體，間亦因出血關係而液體現褐色。普通其中僅有一室(有多室者極少)。有時各細囊腫並列如珠串；囊腫之壁內結締組織，有時有平滑肌細胞插入。異體囊腫中有巨形細胞，囊腫之內壁有時爲單層柱形上皮，有時爲毳毛上皮，有時爲多層扁平上皮，甚或呈乳頭形之現象。

診斷容易，惟與陰道壁落出者難以區別(圖一百十四及一百十六)。但若將自直腸至陰道內一段加以檢查，亦不難解決此項疑難。

治療用割除法。深入之囊腫(如來自 Gartner 氏管者)不易割去，如其絕對不能，則當儘量割去其一部份，然後將囊腫之創口縫於陰道上。用火鐵將該夾腫之遺跡燒燬。用針抽水之法，殊無功效，因夾腫內之液體不久即可再生。

陰道瘤腫 (Tumoren der Vagina)

陰道結締組織瘤(Fibrom)與結締組織肌瘤(Fibromyom)通常極少(參考二十四)至於純粹性之肌瘤，在醫史上僅有數例(參考二十五)。該瘤腫發現於各種年齡之女陰中，位置大都在陰道前壁，爲陰道粘膜所遮蓋。底盤頗闊，或有蒂形，能長至如胎兒頭部大小。檢查所得之顯微組織與子宮肌瘤相同，若表皮破裂，則引起炎爛及發臭。

著者曾見一例，爲多數性自囊子至萍果大小而生於膀胱陰道夾膜內(Septum vesico-Vaginale)之肌瘤中。其在外者突出於陰道口之外，露於女陰處(圖九十七)。

該種瘤腫恆致壓住週圍，使大便小便不適，交媾困難。如該瘤突出於陰道口外，則可因腫脹關係而感得苦痛加劇。

診斷頗為容易，但能誤診為子宮脫垂，甚至有人曾用子宮托治療。正當之治療方法為將瘤剷除。

陰道之乳頭瘤 (Papilloma) 通常絕少 (Hallauer 氏)

陰道之肉瘤 (Sarcom) (參考二十六) 及粘液性肉瘤 (Myxosarcom) (Leishner 氏) 亦均不常見 (彩圖二十二)。

成人之肉瘤有時形成核塊，週圍韌帶軟，大多底盤頗闊，亦有蒂形物。有時具散發性，有甚硬之浸潤，高低不平，鼠蹊溝及腹下淋巴腺早期已被波及。表皮甚多炎爛，出血，發臭，在顯微組織檢查下，該瘤內有圓形細胞、梭形細胞及多核細胞。

治療時，宜用鑷針刺入瘤內治療，此法較開刀手術為佳。

幼女之肉瘤大多形如鵝卵，週圍新組織甚多，能使全部陰道充塞，向外突出如蒂肉；另一方面可向膀胱穿過 蔓延至肺部，在顯微組織檢查下，除結締組織底盤外，尚有軟骨橫紋肌絲 (似在胚胎進化時中胚葉之細胞遺落於該處然 Wilms 氏及 R. Meyer (參考二十七) 氏)。此症預後不佳。治療時如實行開刀剷除，則全愈者甚少，亦不能有相當把握。在過去四十二例中，全愈者僅有三例 (根據 K. Adler 氏(參考二十八) G. Doederlein (參考二十九) 氏檢查二年後之報告及 Reisch 氏(參考三十) 氏二歲女孩三年後檢查之報告)。

陰道癌腫大多為副性症，由子陰段、子宮頸、及子宮體 (Roepler 氏) 或直腸移植而來。原始性癌症在陰道內產生者甚少 (女子生殖器癌腫中佔 1.5—2.5%)。女子在各種年齡時，均能發生陰道癌腫；幼女時代亦能發生。其位置大多在陰道後壁之上半段，形狀有高起而呈乳頭形及花菜形之癌腫；或有角突出，作不整齊之潰瘍，輪廓韌而硬。在癌腫之旁，有普遍性之癌組織浸潤充塞全部陰道壁，將陰道束緊。癌腫能蔓延至直腸、膀胱、女陰及子宮，波及直腸及膀胱後，致兩面產生漏管 (Fistel)。直腸旁結締組織韌骨處組織、子宮旁結締組織及腹下淋巴腺，均能移植。

在顯微組織檢查之下，大多均為扁平上皮癌，同時有角質者甚多。腺體癌不常見，為 Gartner 氏管所遺下者，或自子宮頸下降者 (Hoehne 氏 (參考三十一))。

病象如下：作不定期之出血，尤以接觸出血 (交媾時、大便時) 為甚，

另外有膿性血水狀發臭之白帶。開始時無疼痛，繼後可甚劇。

子宮托，扣入陰道內所成之新肉，及子宮脫垂後陰道破皮之瘍處，均能變為癌腫。故對於此種病症，如略有可疑之浸潤在者，即應試割之。又開刀後陰道內之癥瘕，亦能變為原始性癌腫（B. Ottow 氏）。陰道癌腫預後不佳，因蔓延太速故也；尤以侵入直腸內者為甚。治療時，宜以絕根性手術將全部陰道子宮及子宮附件割除，如有必要，尚須割去直腸之一部份。割除時宜採用雙面陰道會陰砌開法（視癌篇），因此法能獲得特別優異之成績故也。著者在 1926—1927 年中，曾用此法割除十個患者之癌，其中有五個在五年後尚未復發（視後）。若直腸亦受損，須實行割腹絕根性手術法，或割腹與陰道手術混合為之。

著者實行此法，曾得極滿意之結果，甚至有因此而得永久全愈者。當然，此法應將全部生殖器附件及直腸割除，且須將大腸之曲處改為腰部人工肛門（Anus praeternaturalis lumbalis）。

每次實行絕根手術之後，當繼續放射 X 光（視癌篇）。

如單用放射治療，成績殊不甚佳；但有時足以損傷膀胱及直腸。自古至今，醫史中僅有二十九例用放射治療而獲五年以上不再復發之成績（B. Bienenfeld）。柏林大學婦科醫院中，曾有七十八例患陰道癌腫，結果用放射治療而獲全愈者，僅十二例（Philipp 氏（參考三十二））。Warneckros 氏（Burkhart 氏（參考三十三））從三十例中，得全愈者十例（33.3%）。

絨毛上皮瘤在子宮內發展者，可反入陰道及女陰而蔓延（此種惡性瘤腫大多由血道蔓延）。（彩圖二十三）對於此種疾病，凡有深紫色之外觀、典型式之病象、及小便中之妊娠反應（Zondek-Ascheim 氏反應）均足供診斷之助。

陰道瘻（Vaginismus）（參考三十四）

因陰道神經過敏而患陰瘻者，大半由些微破損所致。普通在陽物將接觸時即行發生，因此處女膜破碎甚微，或甚至全不破裂。如陽物硬後復軟或不再硬，則決計不能達到性交之目的。此時僅能使病者增加痛苦，同時發炎變劇，處女膜浮腫，陰道內則排洩一種類如淋病之白帶。於是醫者對此恆錯疑為淋病，努力找尋淋菌；又以為處女膜之浮腫乃交媾受阻之原因。其實此種疾病之唯一原因在男子之精神性陽萎。蓋堅而有力之陽物，

決不致不能打破較厚之處女膜者也。因彼等知識淺薄，怕痛，或顧慮過甚，故不能刺破處女膜，此種情形尤以童男最甚。

如男子患有陽萎病症，同時又希望打破處女膜，則雙方結果常發生循環性之病象。在男子方面，苟希望愈重，其不能成功之恐懼心亦愈增。復由於此種思想之故，恆致性慾刺激愈強，同時陽物高舉之能力愈弱，結果交媾之可能性愈益無望。在女子方面，則因破損發炎之陰道口常受擦摩，病勢必有增無已，因此接觸後產生之痛苦亦加劇。不但不從獲得尚未得悉之性慾快感，且在每次接觸時發生莫大之恐懼；結果遂拒絕男子交媾。

若在此種不完全之處女膜破碎之上，再加淋病之傳染，則除此種損傷性發炎以外，更有專門性發炎。於是痛苦亦加增，一切反抗亦更加劇。

除上述因男子性慾機能欠缺所致之副性陰瘻外，尚有一種完全因女子性慾機能欠缺所致之原始性陰瘻（據最近心理學研究所得）。發生此種陰瘻之原因完全為心理神經異常。

此外，更有一種完全由女陰出發之性慾變異。此等女子具祖傳之單薄體質，同時後天又受不合適之教養（尤以智力過高而全不注意二性別）以致拒絕交媾。其實彼等並不因恐懼（事實上頗願一試，但又害怕）而拒絕，仍因怕受傳染，且誤認交媾為一種可恥之事或強暴行為而致。

對於此種女子，若丈夫能應用彼之權利及力量，強迫作正常性交一次，則以後該女子之性觀念即可改變。尤其在有孕以後，此種思想能十分矯正，成為典型式之賢妻良母。

但此種舉動雖可使該女子謙和、忍受、屈服，在性方面仍不免有所反抗，有時且與時俱增。此種反抗行為與心理上亦有相當關係，吾人可根據 Fritsch 氏之觀察證明如下：某一婚姻不幸之女子，患有陰瘻病；離婚後，另嫁一自己所愛之丈夫，其陰瘻病竟因此消滅。

少數患陰瘻甚劇之女子，頗欲得一小孩。如將此種女子用醚（Ether）麻醉，再命男子與之交媾（Marion Sims 氏）名曰『醚之婚姻』，則女子常能因此受孕而生產。女陰陰道擴大既如此之劇，則上述所謂機械之阻礙當然不致發生；但事實上，有在產褥期後再度性交重行產生陰瘻者。

發生此種陰瘻時，陰道之環形肌肉、球海棉體肌（M. bulbo-Cavernosus）、以及骨盤底全部肌肉（尤其為肛門提肌、上腿之內收肌及背部

的肌肉)收縮最劇。此時不但交媾,即用指檢查女陰處時,亦能即刻縮至上腿內收肌而向內旋轉,同時身體向側面移動作仆臥,將背部突出甚劇,手指緊緊束住,面部變色,表現一種難以形容之恐懼;有時甚至大聲嘶叫,極力反抗;若醫者不顧一切而強爲之,則病者實際上亦感得極大之痛苦。更有甚者,雖吹動陰毛,或以羽毛觸之,或甚至想及交媾及檢查之舉動即能產生陰瘕。

陰瘕之經過各有不同,多數夫婦均因此離婚,少數發生自殺之念頭,或竟實行自殺。在另一方面,亦有兩者互相諒解,各度其單調性之戀愛生活者。惟在事實上,如此寡慾之夫妻殊不易見,彼等恆不因交媾爲難而罷休。在極少之病例中,亦有結婚已久,身體及思想亦均正常之女子,其處女膜尙未破碎。若問其原因,則謂雖曾試行交媾,但因缺乏興趣,故並未實行。

若爲副性損傷性之陰瘕 (Vaginismus spuria),治愈希望甚大;心理性陽萎之男子,宜禁止其交媾。雙方當爲之解釋清楚。表面上須給以洗滌藥、油膏、粉等等。互有信仰之夫婦,以後當能逐漸交合。但亦有塗古柯鹼油膏 (Kokain 1:15)於陰道口而獲全愈者。

此時患者因知以後不再因交媾而感得疼痛,故男子可於陽物上略塗油膏而插入陰道內,而患者遂可無特殊感覺。如尙有發炎,則當治愈之,裂縫當藉麻醉法用火鐵燒去之,若是處女膜不易破碎,則用麻醉法擴大之,開始用一指,以後伸入二指,將後會合處用力拉向肛門處。通常如此拉扯已足,若處女甚緊,偶然在拉時將陰核裂開,則必致出血甚劇,有時竟需針縫合之。若僅係處女膜裂開,出血甚少。施行此項手術時,必須十分小心,醫者決不能在門診室內進行。使用厚而浸油之紗布塞球,能將女陰脹開,此步工作,最好請男子在旁爲之,因藉此可證示其夫人陰道甚大,陽物之插入決不致產生何種困難。此種證示;對於固執性之陽萎男子,爲一種最有效之心理學治療。在繼續治療中,醫者可授病者一玻璃放大器 (參考三十五) (Glasdilator)。該器尖端細如手指,末端類如高舉之陽物,命其不時插入陰道。此時能消滅病者對於交媾之恐懼。

對於上述之疾病開割及縫合乃不需要之手續,且爲錯誤之手續。因割出處女膜後之瘕瘕仍能靈敏非常,陰道口亦不見如何寬大。

至於原始性特發性之陰瘕 (Vaginismus verus),若用心理治療,常

能獲得異常之效果 (Dubois 氏 Walthard 氏。對於此種疾病，應將患者原有之恐懼思想改變，使之對性交發生好感。此種改變，全賴心理治療之法及經驗，須有巨大之動作及精細之感覺)。如醫者無心理學治療之技能，則其措置決不能使患者之思想有所改變，徒作隔靴搔痒而已。

Walthard 氏以爲苟非心理治療家，僅可退一步作解說治療，藉此去除其恐懼心。然後漸漸塞一小形陰道擴張器於陰道內，同時命其用力下脹，如此盤底肌肉能放鬆，該病即能治愈。

萬一此種方法不能奏效，則惟有求諸神經專家矣。

人類與獸類 (狗) 一同，亦有所謂陽物腫脹 (Penis Captivus)。女子在交媾時，其反應各有不同，有者陰道及骨盤肌肉在慾性暢達時，常能將陽物完全吸住，致陽物浮腫增加，難於退出。醫史所載者大多爲私奸 (在森林中或在門背後)。因雙方在一方面恐被人發見，一方面性慾又衝動甚劇，故該種肌肉縮緊，引起與原始性陰瘡相同之現象。

在陽物腫脹被緊吸於陰道內時，若外界施以笑罵，則雙方心中更爲發急，取出亦更不易。對此，有時僅能使用麻醉法，始能將陽物取出。有時除施行麻醉法外，尚須用手指強力插入陰道，將腫脹甚劇完全發紫之陽物從其中取出。

Hildbrandt 氏以爲此種現象因肛門提肌作痙性收縮所致，名之曰上端陰瘡 (Vaginitis superior)。

陰道損傷及異體 (參考三十六) (Verletzungen und Fremdkörper der Vagina)

陰道破損由尖物插入陰道而致。大多因病者下墜於尖物之上 (如鋤刺上、尖銳之籬笆上或尖銳之樹枝上) (Pfahlungsverletzung)，遂遭此種損傷。此時女陰或同時破傷，或並不受傷，或穿過前後陰道壁而入尿道、膀胱、子宮旁結締組織內。

此種破傷出血可以甚劇，有時稀少。如病者徒步訪醫，醫者須詳細檢查，是否僅有陰道壁一部份受損，抑波及膀胱腹膜，如有可疑之處，當試行剖腹法以固定之。預防上應先注射破傷風血清 (Tetanus-serum)。

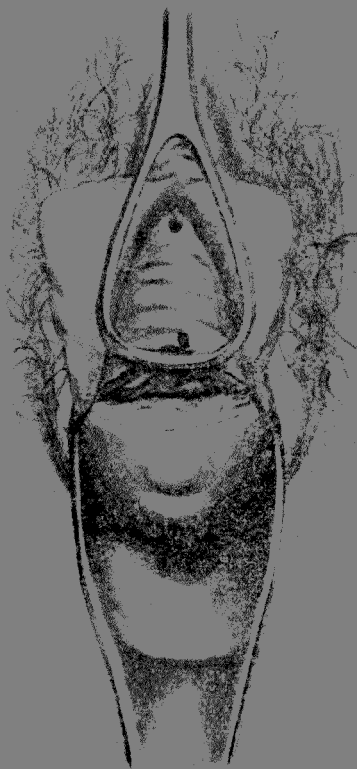
有一病者，曾將其墜於樹上時之樹枝從陰道內取出。檢查後發見陰道後穹窿有傷處，同時小便有血，子宮直腸凹有血塊。剖腹後，腹腔內尚有長達五厘米之樹枝在膀胱破傷處 (拔出後出血)。於是醫者仍將樹枝取出，破損處縫合，塞一橡皮管於膀胱內，結果成績甚佳 (Reifferschoid)。

著者曾見一孕婦被牛角所傷。據病者云，彼欲將牛自棚內牽出，放於草場上，不料該牛即將牛角衝入病者之女陰將病者舉於空中；病者再從空中下墜於庭園中之硬石上，因此出血甚劇。以後經三小時之運輸，病者始入 Marburg 醫院內（當然出血更劇）。檢查後，知病者自後會陰起，經過肛門左面會陰及全部陰道而至左面之子宮旁結締組織，凡後會陰、會陰及陰道均完全開裂。病者入院時，血已止，經過洗滌、藥水包裹及靜臥治療後，該巨大之創口竟生新肉而全愈。當時妊娠未中斷，生產在正常時期，因會陰之瘡疤太緊，故只得用剪破會陰法（Episiotomie），以利生產。

交媾時破碎陰道（參考三十七）幼女被強奸後有之（幼稚性之陰道）。餘為陰道壁組織太緊，男子陽物太粗硬或交媾位置異常，亦均能造成此種疾病。此種疾病當然非處女膜初破所專有者，即陰道寬大者亦有之（圖一百十七），甚至已產者亦能引起。其中以提肌痙、交媾異常之位置及用手指刺破陰道（手淫）為最普通。

產褥婦及老年婦之陰道，特別容易破碎，破碎之處大都在陰道後穹窿，有時在陰道口。此種破損在陰道核處出血最劇，因出血過多而患敗血症或致死者頗多（在 Weichmann 統計中，170 例中有二十一例死亡者）。治療方法為止血及縫合，有時須用塞布，有時可不必。此種已結疤之裂縫在以後生產時再破，則出血仍可甚劇（Tuchs）。

據 Klenitzky（參考三十八）氏之報告，二十三例中經一次治療而即癒者，僅有七例 Mahfonz（參考三十九）曾見五例先天性陰道閉鎖者（Atresia Congenitalis）在第一次性交時出血甚劇，同時具陰道膀胱涵管。據 Fischer 氏（參考四十）之報告，嘗有一病者之陰道後穹窿破裂直腸子宮凹膜亦均開裂，腸之一部份落下。該病者之子宮附件在七年前已被割去，故陰道壁完全萎縮。據 Falk 氏（參考四十一）之一例，該患者在報



圖一百十七

交媾破傷（在尿道堤處，橫裂開）

告交媾時在膝時臥位 (Knieellbogenlage), 男者之陽物甚大, 同時女者性慾甚烈, 致陰道後穹窿穿破。此外尚有三例之陰道後穹窿作同樣破裂, 其中二例爲八歲女孩, 一例爲十五歲之少女。據 Gatthilf 氏 (參考四十二) 報告之一例, Milew 氏 (參考四十三) 報告之一例中, 病者有兩指可經過之直腸陰道瘻管後死於膿毒敗血症 (Septicopyaemie), 患者作第三度會陰破裂, 未縫所結之疤在交媾時仍行裂開。

此外如手淫、墮胎、避孕、或與他人戲玩而將異物強塞於陰道之內者, 亦均能使陰道受傷 (視前)。

甚多之白帶甚劇之女陰發炎原因不明之瘻管及女陰疼痛不止等, 均當慮及外傷。尤其對於處女膜尚未破裂之女孩, 應特別注意 (Hoehne 氏 Lelli-Mami 氏)。曾在陰道內發見一吸血蟲, 大約在沐浴時所浸入。

若小便從一瘻管或從收縮不緊之尿道流入陰道者, 則在陰道內能逐漸結爲巨大之尿石。

參考一 Labhardt, Erkrankungen der Scheide, in Halban-Leitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. III.—Nuernberger Erkrankungen der Vagina, in Stackel-Veit, Handbuch der Gynaecologie, Bd. V. 2.

參考二 v. Jaschke, Die normale und pathologische Genitalflora und das Fluorproblem, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. III.—Kessler K., Die Biologie der Vagina, Bericht Gynaek. Geb. 1935, No. 8-9.—Mann of Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen der Genitalsekrote, S. Karger, Berlin 1914.—Nuernberger, Musench. med. Wschr. 1933, Bd. I, S. 715.—Runge, H., Blutung und Fluor. Dresden, Steinkopf, 1930.—Schroeder, Hinrichs u. Kessler, Arch. Gynaek. 1926, Bd. CXXVIII.

參考三 Stoeckel, W. Th., Zbl. Gynaek. 1937, No. II.

參考四 Philipp, E., Die Lebewesen der menschlichen Scheide im Film. Kinematogr. Institut. der Universitaet Berlin, Verlag wissensch. Fihne.

參考五 Nuernberger, Z., Geburtsh. 1932, Bd. CII.

參考六 Stieve, Zbl. Gynaek. 1931, No. 4.

參考七 Franz, R., Arch. Gynaek. Bd. 137, 1929.

參考八 Schultheiss, Arch. Gynaek. 1929 Bd. CXXXVI.

參考九 Hoehne, Zbl. Gynaek. 1926, No. 1.

參考十 Hornung, Zbl. Gyn. 1920, No. 31.

參考十一 Trancu-Rainer, Zbl. Gyn. 1930, No. 22.

參考十二 Halban, Zbl. Gynaek. 1937, No. 4.

參考十三 Labhardt, Zbl. Gynaek. 1936, No. 30.

參考十四 v. Jaschke, Klin. Wschr. 1928, No. 22.

參考十五 Bauer, A. W., Zbl. Gynaek. 1931, No. 38.—Eruaehrungsbehandlung in der Gynaekologie und Geburtshilfe. Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1934.

參考十六 Pulay, Zbl. Gynaek. 1931, No. 48.

參考十七 Schroeder und Kuhlmann, Arch. Gyn. 1922, Bd. CXV.

參考十八 Rille, Dtsch. med. Wschr. 1904.

- 參考十九 Herold, Zbl. Gynaek. 1923, No. 33.—Rille, Dermat. Wschr. 1929, Bd. L XXXVIII.
- 參考二十 Habbe, Zbl. Gynaek. 1932, No. 1.
- 參考二十一 Otto, K., Zbl. Gynaek. 1930, No. 8.—Schultz, Muench. med. Wschs. 1928, Nr., 39.
- 參考二十二 Meyer, K. L., Geburtsh. 1901, Bd. XLVI.
- 參考二十三 Hornung, Zbl. Gynaek. 1922, No. 45.
- 參考二十四 Giesecke, Zbl. Gynaek. 1915, No. 6.—Kehrer, Mschr. Geburtsh. 1909, Bd. XXX.
- 參考二十五 Abraham, Zbl. Gynaek. 1930, No. 28.
- 參考二十六 Tracy, Amer. J. Obstetr. 1930 Bd. XIX.
- 參考二十七 Meyer K., Erg. Path. 1905, Bd. IX.
- 參考二十八 Adler, Arch. Gynaek. 1928, Bd. CXXXIII.
- 參考二十九 Doederlein, Zbl. Gynaek. 1932, No. 24.
- 參考三十 Keisach, Strasslenthierpie 1930, Bd. XXXVII.
- 參考三十一 Hoehne, Z. Geburtsh. 1910, Bd. LXXVII.
- 參考三十二 Philipp, Zbl. Gynaek. 1932, No. 15.
- 參考三十三 Burkhart, H. Strahlentherapie, 1935 Bd. LIV.
- 參考三十四 Walthard, Psychotherapie, in Halban-Seitz Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. II.
- 參考三十五 Oberlaender, Zbl. Gynaek. 1909, No. 5.
- 參考三十六 Fueth, H., Verletzungen und Fremdkoerper, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. V. 2.—Fuchs, H., Zbl. Gynaek. 1931, No. 16.
- 參考三十七 v. Neugebauer, F. L., *Vanus cruenta violans interdum occidens* Mschr. Geburtsh. 1899, Bd. IX (157 Faelle).
- 參考三十八 Klenitzky, Mschr. Geburth. 1930, Bd. LXXXIV.
- 參考三十九 Mahfouz, J., Obstetr. 1929, No. 36.
- 參考四十 Fischer, Zbl., Gynaek. 1928, No. 43.
- 參考四十一 Falk, Zbl. Gynaek. 1929, No. 5.
- 參考四十二 Gotthilf, Zbl. Gynaek. 1930, No. 4.
- 參考四十三 Milew, Zbl. Gynaek. 1936, No. 5.

第七篇 女性尿臟病症(參考一)

Erkrankungen der Weiblichen Harnorgane

手術器 (Instrumentarium)

觀察尿道,宜用 Valentine 氏所發明著者所改良之尿道鏡 (Urethroskop) 鏡爲一較女子尿道略長之金屬管 (視圖一百十八),一端有一金屬板固住,管內塞一閉孔器,俟該管插入至空膀胱內後,再把此閉孔器取出,該管之另一端可置一發光體 (小燈泡),在觀察時,將此發光體配上,醫者觀察時可將該插入之金屬管漸漸退出,如此醫者可以觀察尿道各部之粘膜(薄片形狀)直至尿道外口,其中之裂縫 (Fissuren) 潰瘍 (Ulcer) 狹窄 (Stenosis) 及憩室 (Diverticulum) 等均可診斷之 (圖一百十八):

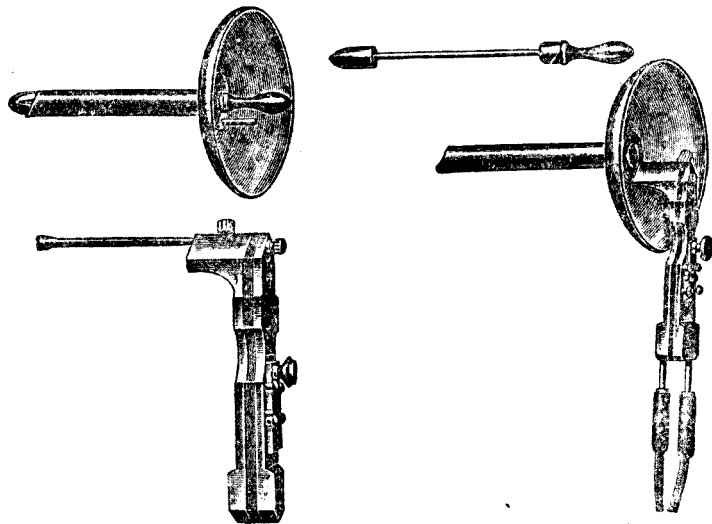


圖 一 百 十 八

尿道鏡 (照 Valentine-Stoeckel 氏)

觀察膀胱，宜用 Nitze 氏所發明之膀胱鏡 (Cystoskop) (圖一百十九)；惟其所得之像，均係倒置，後由 Ringieb 氏將其更正之。

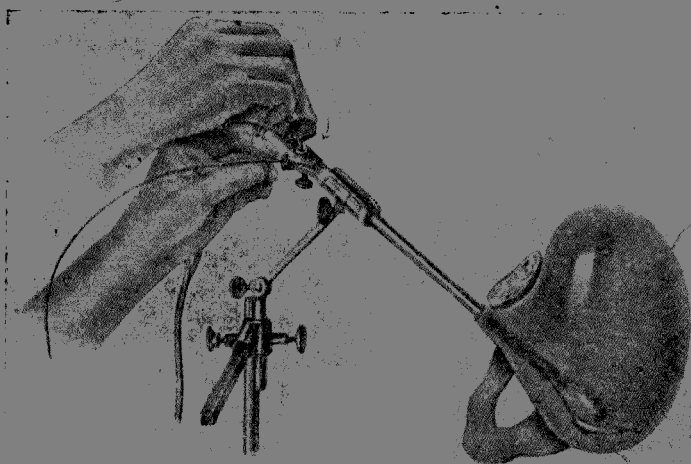


圖 一 百 十 九

膀胱鏡插入膀胱及通左輸尿管之情形，圖中之膀胱為一模型（硬橡皮所造成），膀胱鏡所用之架名曰 Stoeckel 氏架（照 Stoeckel 氏取自 Lehrbuch der Zystoskopie 2. Aufl.）

膀胱鏡構造之重要點在發光處，該發光處宜置於通管之嘴端，由此可見較清晰之像；如同時再用放大鏡，則更可放大內部所見之像。如欲得一清晰之像，必須將膀胱洗清，復於膀胱中貯以清潔之藥水始可。藥水之容量至少須有百克。若膀胱已漏（膀胱瘻管），則陰道內當用一皮球塞緊之，以免液體流出；Ottow 氏用吹大的橡皮手套，或 Joldberg 氏用粘貼土 (Stuzmasse) 或將空氣打入膀胱內，同時使病者肘膝臥式着 (Stöckel 氏)；或用透明之薄膜套於膀胱鏡嘴上 (Kondomoskopie) (參考二)。

膀胱鏡除普通檢查鏡之外，尚有輸尿管膀胱鏡 (Ureterenzystoskop) 洗濯用膀胱鏡 (Irrigationszystoskop) 及手術用膀胱鏡 (Operationszystoskop)。輸尿管膀胱鏡中，兩細管通入輸尿管膀胱口內，由此直達腎盂 (Nitze, Casper, Albarran 等氏)，將兩腎之小便分別盛儲 (圖一百十九)；同時腎盂可用藥水洗濯。取出膀胱鏡後，該兩細管亦可長時安置於輸尿管中，以免後來再洗時多費手續，故此一鏡可供兩種用途 (圖一百二十)。

洗濯用之膀胱鏡，可於觀察時同時洗濯之。

手術用之膀胱鏡 (Joseph) 其手術較為複雜，惟對女性尿臟殊無多大

用處。此種在膀胱內所用之手術器如剪刀鉗子刺激藥刮刀鉤子電針等，均極細小鋒利。(參考三)

最新式之膀胱鏡爲混合用膀胱鏡可供觀察、洗濯、通輸尿管等各種混合手續之用。

膀胱鏡之發明，對尿臟病之治療極有幫助。此物發明之後，尿臟學之知識始與日俱進；非特診斷上便利不少，治療上見效亦速。至於膀胱鏡之應用法，非有長期之練習不能爲之診斷及治療上更須有專門之知識，始得從事。當然，普通醫生均不能照膀胱



圖 一 百 二 十

兩面通輸尿管圖中之黑影爲表示橡皮管已入輸尿管膀胱口處

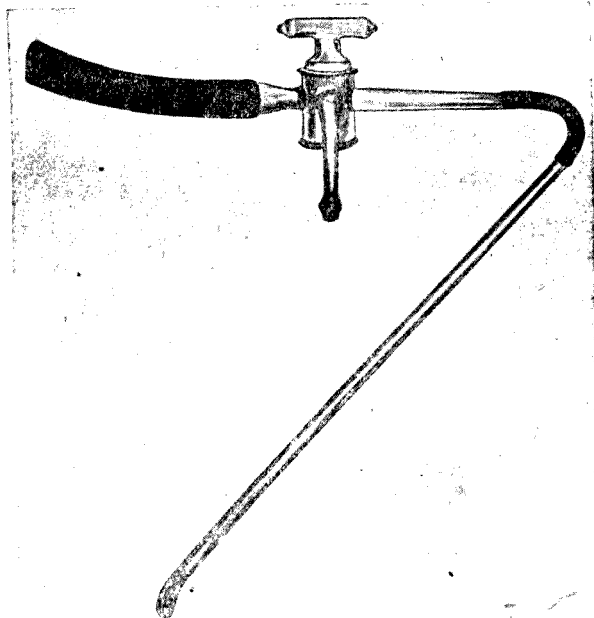


圖 一 百 二 十 一

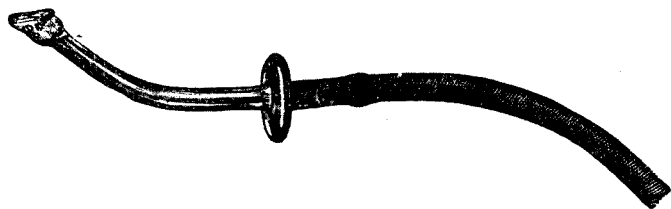
玻璃質通管中有一分支開關與洗濯器接住

鏡，但醫者應知膀胱鏡對病者之益處實非淺鮮。此法不獨可於醫院中用

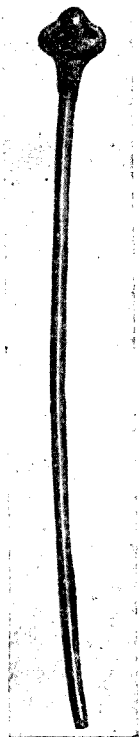
之，即在門診時，亦可利用；若醫者經驗充足，則此項工作僅需數分鐘而已。學者對此，可於專門書籍中得悉較詳之應用法。最後，作者欲懇切忠告後學者，即此種手術苟無充足之經驗，當以不試為妙；否則必使病者感得非常之痛苦。

此外在診斷上尚有極進步之一法，即用X放射攝取尿臟之影（Voelker 及 v. Lichtenberg〔參考四〕）是也。欲攝尿臟之影，可用有影之導尿管插入腎盂輸尿管，或射入 Per-Abrodil 或 Uroselektan B 液體於腎盂內（Auffüllungspyelographie）而作X放射攝影（Ausscheidungspyelographie, Roseno 氏 Swick 氏，及 v. Lichtenberg 氏）。在此種攝得之影片中，可識得尿臟之位置，容積之大小，內容如何以及病理變化，此外腎盂內及輸尿管內積石及腫瘤，膀胱內之積石異體，輸尿管狹窄及擴大，膀胱及輸尿管瘻管，腎臟位置變異及先天性畸形等（參考五），均可察得。

通小便最佳之管為形直而只有尖端微曲之玻璃管（圖一百二十一）。其粗細不一，平滑而透明，可用煮沸法消毒，



圖一百二十二
玻璃質馬尼通管（照 Skene 氏）



圖一百二十三
Pezzer 氏通管

攜帶亦頗便利。其唯一缺點為容易破碎；已破裂之小便管切忌再用，因一則易使其斷裂於膀胱中，二則易使尿道受傷也。金屬之小便管不宜多用，因其尖端之嘴甚易使尿道破損。男式之金屬小便管僅可用於特殊情形之下（如位置變遷或在生產及妊娠時，子宮後折等）。有彈力之 Nelaton 小便管，易使上皮破損，產生創口，故以少用為妙。

普通長時期使用之小便管，最好用 Skene 氏發明之玻璃馬脚小便管或 Pezzer 氏發明之彈簧性橡皮小便管（圖一百二十二——一百二十

三)。長時放置小便管後，恆致膀胱難留小便，惟此種現象於一二日後即可復原。

畸形(參考六)

如尿臟生殖器在進化時，不將尿道與陰道互相隔離，則尿道一部份不閉合。惟此種情形與男子之如半條溝者不同，僅係前庭構造不同而已。在女子體內，決無如男子之正式尿道下裂(Hypospadiæ)。

尿道上裂(Epispadiæ [參考七])亦不多見(圖六十一)。如上延至膀胱，則可成爲膀胱內裂(Fissura vesicae inferior)；如全部膀胱分裂，則成爲膀胱突出(Ektopia vesicae)；同時腹壁亦常開裂(彩圖二十四)。此種現象就進化史而言，乃兩中胚葉未曾完全合併所致，其未曾合併之原因則在獨穴孔膜離開太遠，非以後裂開者也。(Keibel [參考八]，O. Schultze, Enderlen [參考九]氏等)

膀胱突出之外表甚爲特殊；在恥縫之上，呈鮮紅色，按之甚痛，高起於腹壁之外，形如花瓣。有此種突出物時，腹壁陰核陰唇以及恥縫亦大多分裂；其自內向外翻出之膀胱底兩旁之輸尿管口，亦可得見；通常尙未看到從腎臟排出之小便。

該種膀胱突出可上至臍處(大多亦突出)，其翻出之粘膜，可逐漸變爲扁平之上皮；同時因無保護之故，不時受外界刺激，致粘膜排洩粘液。此種因外方刺激而起之自衛式粘膜未必能抵抗外來之病菌；故患此種異常之幼女，大多早期死亡。因其腎臟不久即被病菌浸染，患者遂死於腎臟發炎。但亦有少數人之腎臟仍屬健全，得以延長生長，甚至有妊娠及生產者。

一個異常巨大之尿道可因上所述尿臟生殖器穴發育不健全而形成(圖一百



圖一百二十四
先天性闊大尿道(無陰道)

二十四) 先天性尿道擴大。該種尿道大多缺少陰道 (Ottow 氏 (參考十)), 其間腔之大, 能容一手指自由出入 (此種巨大之尿道, 當非人工所能造成, 例如交媾)。惟據推測, 大約其交媾處為尿臟生殖器穴而非擴大之尿道, 故在此種情形之下, 當然不免破裂與出血過多 (Fritsch 氏)。

此種畸形治療之原理大都根據小便淋漓 (Incontinentia urinae), 惟實際上, 尿道下裂 (Hypospadiæ) 者甚少, 多數均為尿道上裂 (Epispadiæ)。

對尿道上裂或下裂所施之手術, 與對收縮肌受傷破裂所施之手術相同 (視後)。



圖 一 百 二 十 五

兩面性雙輸尿管 此四輸尿管也有四腎盂 (X射線攝影) 每雙輸尿管交叉兩次在上之腎盂輸尿管輸入膀胱較在下之腎盂輸尿管同時上者使於下者靠中心之一邊 (Meyer Weigert 氏定例)

至於膀胱突起，若欲使其恢復原狀，手術之方法亦甚多，但成功者殊不多見耳。膀胱雖可封閉，但如收縮肌缺少，仍足以使小便失禁。

(據 Heinsius 氏〔參考十一〕所報告之一例，曾將薦骨腸骨關節切開 (Treudelenburg 氏法)再將膀胱尿道作成貼補形性之縫合，成績甚佳)。

照 Maydl 氏之法將膀胱底之三角輸尿管口等縫於乙狀結腸曲處 (Flexura sigmoidea)。雖然，此處不免受上升性大腸桿菌之傳染，但據經驗所知，此種上升性之大腸菌、腎臟炎殊不常見。此外由輸尿管下來之小便可因肛門收縮肌之收縮而完全阻止其排泄。



圖一百二十六

右面輸尿管畸形 (膀胱三角是正常，右端之輸尿管
堤亦正常，惟缺一輸尿管口)。

Coffey-Mayo 氏曾將兩輸尿管分別移植於腸內膜及肌肉中，埋住其一段，然後再使之入腸內。如此腸肌肉可作為輸尿管之收縮物。

Makkas 氏 (參考十二) 將移植輸尿管之手術分為兩次先將一小腸尾端 (Ileum) 及大腸首端 Cöcum 縫合，將盲腸縫於腹壁下。二次將輸尿管移入小腸斷裂處，以盲腸為輸尿管，以腹壁肌肉為收縮肌。但此種手術發明未久，成績如何，尚未可知。

雙膀胱雙尿道在實際上為極少之畸形。雙膀胱 (Vesicaduplex) 即單源性完全不併合之膀胱只見於不能生存之畸胎。雙穴膀胱 (Vesica belocularis) 較多，其中有一隔膜，有時完全隔住，有時隔住一部份，有時為一突起粘膜 (Divertikel) 所隔住。至於其長成之理由，至今未明。膀胱橫隔膜來自臍尿管 (Urachus)，此種臍尿管可位於膀胱之上，擴大而成間隔。若臍尿管不閉，則成為臍尿管瘻管 (Urachusfistel)。兩者均應用手術割去之。

輸尿管畸形有兩種，一種每邊均有二條，另一種只有一邊；有兩條輸尿管 (圖一百二十五及一百二十六)，但亦有可缺少一條者 (參考十三) (圖一百二十六)，此種異常在膀胱鏡中皆可得見。

此種過多之輸尿管並不一定輸入膀胱內，有者入尿道而成憩室(Divertikel)，有者入陰道。(參考十四)不時引起淋漓之小便。此種移入他處之輸尿管，均應移回膀胱，此乃唯一之治療法(Stoeckel)。(參考十五)

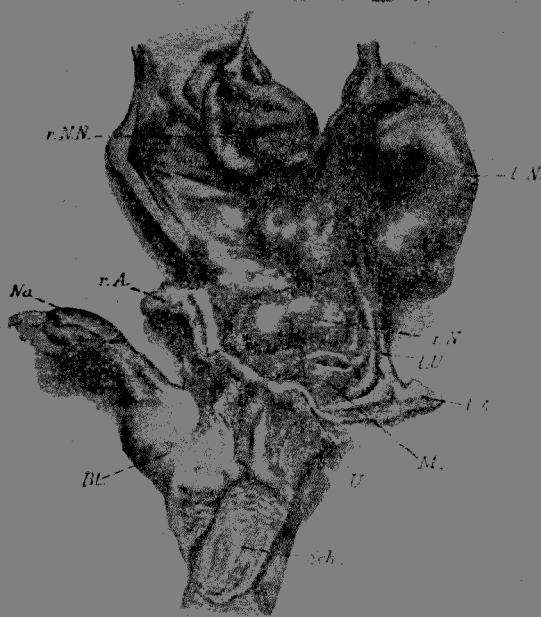
先天性輸尿管閉塞可使輸尿管擴大甚劇，通常若輸尿管口略形細狹，即可使輸尿管之一面或雙面作泡形腫脹(Uretrozele)。(其出並非囊腫，乃積尿太多之故。)此時尤以膀胱內之輸尿管部份泡腫特甚。吾人可於膀胱鏡中發見透視性膀胱粘膜，同時此種輸尿管泡腫，漸漸向膀胱進展，經膀胱收縮肌而入尿道。對於此種現象，醫者可誤診為膀胱蒂肉或膀胱脫垂，但事實上該處粘膜不久即行死爛，(參考十六)故醫者一經發現，應即



圖 一 百 二 十 七
腎 內 腎 臟

施手術；由陰道前進，將陰道前壁尿道及膀胱底切開；或剖腹將膀胱切開 (Sectio alta)，將該泡腫割去；或在膀胱鏡下將該泡泡腫用電刀割去 (Ebeler, Blum, Martius 氏 (參考十七)。輸尿管泡腫亦可在病後得之。例如輸尿管下端發炎 (結核性尿石塞住)，或四週發炎 (如輸尿管四週組織硬化，子宮托壓住等)，而使輸尿管緊束。

先天性骨盤內腎臟 (參考十八) (先天性腎臟移位 kongenitale Nierendystopie) 由服氏管、輸尿管、組織不完全突起所致。此種腎臟並非從上下降入小骨盤，乃該腎臟在該處組成後，而未向下腹部份完全上升 (圖一百二十七及一百二十八)。其外形亦與平常腎臟不同，大都呈圓形，頗多囊腫化，多數醫者均誤認為卵巢瘤腫，因其位置大多在子宮之左後或右後之左右腸骨荐骨關節面處也。但亦在前胛處而成爲生產之阻障者。又此



圖一百二十八

先天性右端腎臟異位 (初生女孩) 取自 Kiel 婦科醫院 S. A. = 左子宮附件；
 r. A. = 右子宮附件，Bl. = 膀胱，m. = 直腸，Na. = 臍動脈 (第二條臍動脈缺)
 l. N. = 左腎臟，r. N. = 右腎臟，r. N. N. = 左副腎 (腎上腺)，Sch. = 陰道，
 l. U. = 左輸尿管，U. = 雙角亞中隔子宮。

類腎臟以單獨者居多，故醫者須於查得第二只腎臟後，始可將其割去。

茲因尿臟及生殖器畸形大半同時產生，故一方面有畸形時另一方面雖在工作上無何異常亦當詳細診察。

下行尿管發炎

女性尿道時有菌類（大腸桿菌、連鎖球菌、葡萄球菌及陰道菌〔參考十九〕）。此種菌類與陰道口及肛門口之菌類相同，故尿道內一切炎症及菌類寄生與生殖器相同（陰道亦有菌類）。但普通本體之菌類不致自動發炎（陰道中菌類不致引起陰道炎，尿道內菌類不致引起尿道炎），僅在尿道陰道之組織損傷後，始有發炎能力。此時組織之抵抗力減少，菌類之毒性增加，同時兩臟內均有抵抗上升菌類傳染之能力。在陰道內者為陰道扁平上皮，酸性液體，狹小之子宮頸及其粘膜栓塞以及子宮內傾向陰道之毳毛上皮。在尿臟方面者，有阻止菌類侵入之膀胱收縮肌酸性殺菌之小便以及排除菌性之洩尿力。

兩臟受傳染之菌類，均非本體所有之菌類，而為來自外界之生物。又此種菌類不能自動移植，大多藉檢查者之手為媒介。

膀胱之收縮力充足時，外界之菌類不易侵入。若在導小便時將收縮肌之機能消滅，又若膀胱壁再損傷，如產褥婦之膀胱，受手術者之膀胱（生產或手術後受損）或因導小便管而受損等等，則尿道本體之菌類或外界之菌類均可侵入膀胱之內，寄生繁殖。

膀胱發炎，最普通之傳染菌為上升散發或由別處移植者。

次由鄰臟直接移植所致（如膿性卵巢泡腫、子宮附件腫）（積膿），創口（在膀胱鄰近處）。復次可藉血管從遠處傳來，如扁桃腺炎或腸炎。最後亦可因淋巴腺管傳染而致，如生殖器或腸部。惟後三種傳染之可能性均不如第一種直接由下上升之多。惟腎盂炎由血液及淋巴管傳染而致者較多。若腎臟及腎盂患原始性發炎（尤以腎盂炎為多，結核性炎更甚），則必為下降性傳染（腎盂炎、輸尿管炎、膀胱炎）。

至於直接傳染之媒介者當以導尿管為第一，其次為深入尿道或甚至膀胱（視後）之手淫（用各種異體插入，對上升性傳染亦頗重要）。再次為（遺忘之子宮托產生甚多白帶）或發臭性之癌腫（均為傳染之媒介。無數膿菌由陰道流出，粘住於女陰；再由女陰侵入尿道內，或因陽物、手指

而壓入尿道內)。感冒不致使膀胱發炎，但膀胱受冷以後，不免有發炎之傾向，因冷氣能刺激體質柔弱女子之膀胱收縮肌也。(唯一之明證為天氣變冷時，多數女人有尿急之患)。某種婦女於坐冷石，足部受冷，或冷水洗陰道以後，即有尿急之症。此種感覺靈敏之膀胱，因受刺激，故有受傳染之可能。

尿道炎(Urethritis) 尿道為淋菌原始寄生地(視淋病篇)，大多數之尿道炎屬於淋菌性，但無淋菌性之尿道炎亦往往有之。在急性時期小便時及小便後均作刺痛及燒痛，檢查陰道時，尿道之後壁有腫膜，作劇痛，在尿道口處有膿性液體；輕輕壓之即行流出。在慢性時期內，排液漸漸減少，但病菌仍未減少。且有淋菌隱藏於粘膜下(為儲藏性傳染之媒介)。尿道炎亦可因粘膜發生裂縫或靜脈擴張而致(靜脈擴張大都可在尿道外口得見)。患尿道炎後，尿道四週硬化，四周組織浸潤成為尿道傍結締組織炎(Paraurethritis)(參考二十)；有時尿道傍腺體浸潤成為尿道陰道夾膜積膿大小如核桃或較核桃稍大(尿道下積膿 suburethraler Abszess(參考二十一))。

膀胱炎最多之菌類為連鎖球菌，葡萄球菌，及大腸桿菌(對於大腸桿菌之關係，現在尚有問題；惟已經證明二點；第一為大腸桿菌可使膀胱作原始性發炎，第二為大腸桿菌能將已使膀胱發炎之原始類驅逐，然後繼續發炎)。較少者為海神腐菌(Proteus)，傷寒菌，肺炎球菌，感冒桿菌，乳酸菌，陰道炎之滴蟲(Trichomonas Vaginalis(參考二十二))。

淋菌性膀胱炎(參考二十三)極少，通常均由導尿管移入，但亦有自動性之傳染(曾用抽取法證明)。

急性膀胱炎病象：膀胱痛、尿急、尿有膿。痛與尿急因膀胱壁發炎所致(發炎膀胱之壁部不能任意伸縮，或雖能伸縮而受阻，因此有小便時，即有尿急之反應。但此病在小便時所感之疼痛不如尿道炎之甚，不然，則除膀胱外，當尚有膀胱傍結締組織炎或同時有尿道炎；若痛苦在小便後仍未消滅，則膀胱壁發炎之外膀胱腹膜亦已波及。病重者雖膀胱無小便，亦未有輕快之感覺。且隨感覺小便過多(尿脹)，每十至十五分鐘有小便之需要，而實際上因痛脹加劇，小便僅流出少許。故睡臥不安，病者受累非常。

略一接觸急性膀胱發炎之粘膜，即易出血(無小便時導小便更甚)，

同時感覺亦異常靈敏。

膀胱炎能使體溫增加，病重者最多，但通常於不久後即退，若體溫久不下降，則除膀胱炎之外，尚有混合症在內（腎盂炎或尿臟外病症）。

亞急性膀胱炎時期，主訴之病痛減輕，膿尿仍在或加劇。

慢性膀胱炎時期，主訴之感覺全無，膿性小便亦已減少，此時治療中斷，則炎症能復發，且可加劇及上升（最爲可慮之事），慢性之膀胱炎，痛及膿尿亦能復發。

診斷時應注意者，厥爲膀胱炎與尿道炎之不易區別。通常診斷爲膀胱炎者爲太多而尿道炎太少。雖病人將混濁之小便攜至診所，但在診斷上殊無何等幫助。因小便之混濁可因尿鹽關係所致，其中之白血球或菌類，可自來女陰或陰道口故也。可供應用者，僅有導管之小便，但欲即刻通小便，在根本上已不應爲。因如此可使尿道炎中之菌類傳染至健全之膀胱故也。在病者之主訴中，膀胱或尿道炎既不易區別，則吾人惟有觀察後檢查病者尿道口有否紅腫，有否膿液排出。將尿道液體從陰道前壁處壓出；再檢查其中有無病理化液體，

用兩手指夾小陰道口，用一手指伸入陰道內，壓住陰道前壁，再以其他一手之大姆及食指壓緊女陰之尿道口處，如是將全部尿道壓住，內中之液體均可從尿道外口壓出。

有時於最後尚有兩小滴液體從旁邊史氏腺液（Skenesche Drüse）流入尿道口內。如用此法可得膿性液體，則決不能導小便。因此時必有尿道炎，膀胱或尚健全；苟導小便，則對膀胱即爲無益有損之事。

較爲可靠而有幫助之檢查法爲小便試驗。法令病者在一次小便內分別排洩於數瓶中（至少在二瓶以上）然後觀察各瓶小便中之膿液成份如何。若各瓶中之膿液相同或甚至在後數瓶更見增加，則可推知膀胱內甚或腎盂內均有膿液；換言之，即膀胱甚或腎盂均在發炎也。

如尿有液體而無膿液，則其中可藏淋菌；故此種液體亦應用顯微鏡檢查。如檢得淋菌，則應先將慢性尿道炎治愈，然後可通膀胱。若醫者不加思索，不問來由，一聽病者膀胱不通之主訴，即通小便（很多醫生如此），則其錯誤殊不能寬恕。

凡某種手術之方法愈易，施行者愈爲疏忽；通女子膀胱之事，即爲其中之一例。醫院中醫務繁忙之醫師，常以爲此事細小，命普通看護或助產士隨意爲之。當然，若代理者能知道消毒方法，自亦無妨，但若消毒不清即

易使膀胱反受損傷。導小便之管非絕對消毒不可，法將導小便管放於水中煮沸後，然後置於 1% Sublimat 液體中，醫者先將手消毒，消毒後，以一手將大陰唇及陰毛擴開，以另一手，執一浸有 Sublimat 之棉花自上向下，揩拭尿道口，將尿道口及四週之粘膜完全拭去。此時仍將陰唇擴張，醫者執浸於 Sublimat 液中之導尿管漸漸插入尿道口內，以後輕輕向前推動。通常女子尿道均直行於恥縫之下，故通入甚易。至於導尿管何時應向下，何時應向左或向右，均與尿道之位置有關。若手之知覺靈敏，甚易得到正常之尿道，不致誤入歧途。

插入膀胱之導尿管不能損傷粘膜。因粘膜如被損破，即有發炎之可能性（因尿道內總有菌類帶入故也）。因此插入時必須甚輕，同時插入後當置之平穩，又取出時亦不可太快，尤其為膀胱後壁，不可接觸，否則患膀胱炎者，可以發生劇痛。細心與敏捷之舉動與消毒同樣重要。若通一並未發炎之膀胱而使患者發生痛苦，則導尿之方法必係錯誤無疑，可斷定且已將膀胱損傷。

有時縱極小心，亦能使尿道產生甚痛之裂縫（尤以產褥後尿道充血時為甚）。此種裂縫之疼痛與肛門裂縫相似，在小便時及導尿時均可發生甚劇之痛苦。其地位有時不用尿道鏡亦能檢得；祇須用探針輕輕向尿道探觸，即能探得痛處。

導出之小便須用顯微鏡查之。如有白血球及病菌在內，則尿臟內必有組織發炎，如僅得菌類，則尿道尚屬健全；惟小便含菌而已（尿管 Bakteriurie）。此兩種尿臟組織發炎與尿菌之區別，極為重要。尿菌可因傳染病而致（傷寒病尿菌 Typhusbakteriurie 或因妊娠所致之大腸桿菌尿菌 Colibakteriurie 或為傳染病後之遺跡即腎盂炎後或膀胱炎後所遺下之菌類）。實際及治療上之重要點為小便能充滿菌類而尿臟組織並不發炎之事實。由此即可證明小便中雖有菌類，尿臟組織未必發炎，或該組織可以早愈而小便含菌未必能即刻消除。小便含菌，在臨牀上無特殊現象，但可隨時於組織損傷後發炎。

如小便中有白血球及菌類，則尿道以上之處必定發炎。但發炎區域未必擴展至膀胱。此時腎盂或單獨發炎，或與膀胱混合發炎，苟欲區別診斷，祇能根據其病象及經過。設若膀胱炎經正常之治療仍未全愈，則非膀胱內有異體寄生，即係腎盂中尚有膿性小便流入膀胱內。通常大多為結核

病。此種病者當送醫院治療，因該處有膀胱鏡及導尿管管子，甚易證明。

對於膀胱炎，早期應用膀胱鏡與應用膀胱鏡過遲有同樣缺點，此鏡與導尿管相同可將病菌移入膀胱，且造成機械式之損傷。故使用膀胱鏡必須在區別診斷上需要之時（如用普通治療法不能使膿尿減少或完全消滅或其來源難於明瞭等）。

膀胱鏡所視之膀胱內膜，正常時期與眼之後壁相似，色微黃，中有藍色及紅色之細小血管，反之在慢性發炎期內，內膜色灰紅，血管之形狀亦不清晰（此種細小血管因內膜發炎之後，不易辨別。此時已脫落之粘膜及膿液混雜其中，一如雪花堆積；膿尿重者，膀胱底層均被膿液遮住；僅有兩輸尿管出口處尙能得見。將全愈之膀胱內部，脫離之粘膜懸掛於膀胱壁上）。

洗濯後之膀胱，其內部缺點均能明瞭察見（如細小石塊、或由外侵入之線結或接近鄰臟膿液病灶之破創處等）。又用此鏡可觀察輸尿管出口處，必要時亦可通輸尿管，證明該種膿液是來自腎臟。惟有此種方法始能去除無謂長期之洗濯。蓋因子宮附件腫，破入膀胱或腎盂炎或膀胱不等而致之病症，必需別種治療（開刀）；雖作長期洗濯，亦屬徒然。

治療之法如下：若尿中僅有粘膜液體而無體溫增高現象及痠痛，則膀胱僅受刺激；故可僅用牛奶營養與常服礦泉（Vichy, Fachinger, Wildunger）已足。在牛乳不能內服時，可略加鈣水（500 牛乳加 Aq. Calcii 25 gm.）；如服牛乳後下痢則可少服鴉片製劑。

急性尿臟炎不能用局部治療法。此種方法非特見效甚少，反足以增加損傷。尿道炎應用局部治療，可以損傷膀胱，因病菌能乘收縮放開之機會上升故也（即名醫之手，亦難防備）。患膀胱及尿道急性炎而疼痛甚劇者，只可靜臥熱治療及投以止痛製劑。靜臥最爲重要，可避免一切風寒，溫暖膀胱及尿道之法，可用 Priessnitz 氏水包法，或透熱電加陰道電極或用短波電等。

輕性之尿道痠痛宜用 Gonosan（每日三次，每次一九，略加牛奶）或 Santyl（每日三次，每次二十五至三十滴，加入牛奶中）疼痛較劇者，可用 Codein-Belladonna 塞錠，

方式：Codein phosph. 0.03
Extr. Belladonna 0.02
Butyr. Cacao 2.0 做成塞錠。

如不用 Codein 可以鴉片加入該製劑中（Extr. Opii aquos. 0.1）或用嗎啡及 Atropin 滴劑，尤爲有效：

方式：Morphium 0.015

Atropin 0.005

Aq. dest 10 (每二小時服 5-20 滴)

用鴉片劑注入膀胱內，無大益處，若注入古柯鹼(Cocain)，因中毒性太大，亦不適宜。反之，若用鹼性之 Eucupin (0.5 至 1.%) 液射入膀胱內，由一立方厘米增至十立方厘米，有時頗有效力。

消毒性之藥劑僅可使用 Formalin。服 Urotropin (每日三次，每次 0.5 厘克) 及 Helmitol 後，在尿臟內產生 Formalin，可使尿臟清潔。Urogosan (為 Urotropin 與 Gonosan 之混合劑) 亦有同樣功效。治愈最速而最有效力者，為靜脈注射 5-10 立方厘米含有 5-10% Urotropin 液之 Cyotropin (參考二十四) 或 Myrmaid (Urotropin 與含蟻酸鈉之混合劑)。

他種藥劑，普通均可省去，惟有時藉此調換使用，亦可增加效力，如：

Resorzin, Acid. benz. (2-4 gm.), Acid. camphor (2-3 gm.), Methylenblau, Aspirin (1-2 gm.) Salol (1-2 gm.) Sol. Natrii salicyl. 5:200 (每日三四次，每次一食匙)，Sol. kalii chloric. 5:200 (每日三四次，每次一食匙)。上述兩種藥水中，必要時均可加入嗎啡 (Morphium 0.015) 或 (Codein phosph. 0.03)。

多用飲料即所謂洗濯內臟，對急性發炎之患者殊不適合。因多服飲料之後，易使尿臟發炎，反足以令病者感覺痛苦。

若在五至八日後痛苦減少；尿瘕已去，則可作局部治療。塞硬性藥桿或藥膏，洗濯及灌入適合於膀胱，藥桿及藥膏適合於尿道。

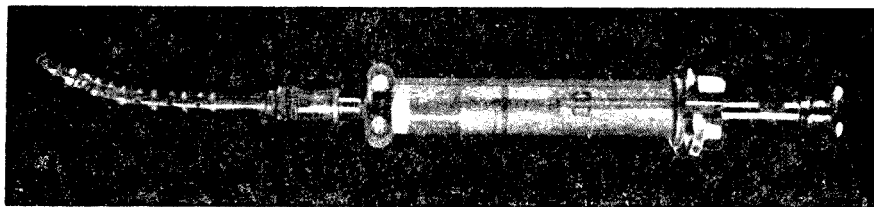


圖 一 百 二 十 九

Record 注射器上加松脂質管首端無孔；兩傍有孔甚多(照 Fritsch 氏)

著者但在治療尿道炎只用藥桿塞入尿道內，將尿道外口壓住；俟該藥桿液化後，將壓力除去。於是尿道內之藥均與粘膜深處接觸。此種藥桿亦可用藥膏代之，法將藥膏裝於注射器內，射入尿道中或用硝酸銀或 Ichthargan 1:1000 液射入(上述藥可裝在 Fritsch 氏[圖一百二十九])

所製之注射器內，然後再射入尿道）。此種注射器與平常注射器大致相同，惟首端有一長細圓頭之管，兩傍有細孔甚多，射出之藥水可從膀胱流出，與尿道粘膜直接接觸。如膀胱同時亦病，則上升之傳染可因此不必顧慮。醫者最好用 Knorr 氏之方法將尿道鏡插入尿道內，用百分之五之硝酸銀液塗拭之（圖一百三十及一百三十一）。

女孩患淋菌性尿道炎同時患女陰陰道炎者，有時可在靜臥之下自動全愈。對於此種柔弱之尿道組織，施行局部治療法時應特別細心，（其實對於成人，上述方法亦不宜多用，每星期至多洗一至二次。）否則能形成狹窄現象（參考二十五），同時病者易患神經病。

對於尿道粘膜靜脈腫，可用瀉藥，鉛水包，塗 Novocain 液及縫合擴大之靜脈之法治療之。

普通去除膿性膀胱之洗濯藥水為硝酸銀（Argentum nitricum），開始時宜用稀薄之成份 1:8000，繼後加增，照病者體質而增至 1:1000。有者洗濯一次後，即已全愈；普通則須洗濯六至八次（每日洗一次）。其缺點在使患者感覺痛苦非常（亦有不覺得者）。對於此種女子，宜用蛋白硝酸銀如 Ichthargan, 1:1000 液體洗濯，或灌入 Kollargol 1% 50-100 立方厘米於膀胱內，按住一至二小時後，任其自動流出；（流出之液體呈深褐色，染及衣褲不易除去。當令病者注意）。

Schottmüller 氏曾介紹用濃性硝酸銀液 2% 一百立方厘米或用 $\frac{1}{2}$ -1% Targesin 灌洗亞急性膀胱炎（Cystitis subacuta）。但該藥水能使病者感得極度之痛苦，非任何女子所能忍受，醫者應慎重使用之。但用輕性之藥水灌入膀胱一至二小時，實較洗膀胱為佳（Casper, Knorr 等氏）。

洗濯治療以洗濯之方法為最重要，洗濯者當將膀胱壁之膿液洗去，再消滅菌類使之收斂。膿液在膀胱底最多，愈至膀胱頂，發炎愈少；發炎愈新膀胱之激刺性及收縮力愈大。洗者對此當特別注意。如洗者舉動愈輕，則病者苦痛愈少。最好先將通管接住洗濯器（Irrigator），同時為使膀胱內之液體易於流出計，宜用一雙開關（圖一百四十五），使之一端流入，一端流出。此時只須將開關略一旋轉，流入或流出之管即行接住，故病者可免卻不少移遷之痛苦。洗濯前宜使小便先行流出，再放藥水入內，約一時後，再將開關旋轉，使內部液體流出。液體接觸膀胱壁愈久，效力愈大；醫者在用藥水洗濯之前，宜先用清水（50. c.c. 38°C.）或生理食鹽水或 2% 硼

酸水作清潔之洗濯，使其中膿液及粘膜完全流出，然後用硝酸銀液洗之。又洗濯所至之處，應遍及一切發炎區域，但實際上膀胱之高處及深處殊不易洗及。若醫者果能洗及全部膀胱（即充滿液體於膀胱而洗之），當然為最理想之洗法，但若膀胱過份膨脹，卻又非常不宜，故醫者於每次洗濯時，須在藥水洗濯之前先用淨水探測其容積量，命病者注意水流至多少時，覺得緊脹，此時應即使內部積水流出。第二次灌洗時，應比第一次減少十克。次日洗濯時，須再測量膀胱之容積量，藉知洗及全部膀胱之藥水灌入量。若在此時有痛苦發生，可用 Kodein 坐錠，再於下一次洗濯時減少藥水份量或改用一種刺激較小之藥水如 Kollargol 等。若洗濯八日後仍無效力，則須再用膀胱鏡查之。

膀胱炎可以速愈，亦可延長甚久。上述之方法，對下述兩種病況殊少效力。小便遇空氣即行分析而發奇臭者，其中必有大腸菌（*Bact coli*）。病者大多有數月無疾病感覺，然後突然排出甚臭之小便。某種病者之膀胱脹力，愈醫愈行減少，對於此種患者，有時用 Urotropin 靜脈注射可以見效。不然，則膀胱、腎臟恐有結核菌作祟。此時一切活動均當停止，惟靜養始有希望，同時又宜使用永久尿管（Dauerkatheter）。

此時收縮肌雖已取消，抵抗菌類上升之可能性亦已減少，但膀胱在發炎，此種可能性亦已無關重要。長期無尿之膀胱，將來在灌洗時可不致受損。

若使用此種長期放尿管仍有刺激，則祇能在恥縫下方陰核與尿道之間割開，或造成一膀胱陰道瘻管，將來令其自愈。此種手術及其他對於膀胱炎、膀胱積石等症之手術均為專家之技能，非普通醫者所能勝任。

而極難全愈之稀少慢性積膿性膀胱炎，雖不時將其洗濯，或膀胱內已完全無菌及膿，但膀胱壁之肌肉仍能繁殖原化致病者便急非常，甚至發瘋。此種女子，因怨其病而成為精神病者，或竟自行短見。

腎盂炎（Pyelitis）（參考二十六）有時單獨發炎，有時為生殖器發炎所致，如子宮癌或子宮癌割去後。其中尤以妊娠病症中發現者為最多，故在產科書中敘述較詳。

特種膀胱炎

(1) 膀胱頸炎（Cystitis colli）（參考二十七）在女子之膀胱出口處，內

膜時有細血管繁殖之現象或呈一種混合式含糊性粘膜炎 (Katarrh)。簡單性膀胱充血發生於女子月經來潮及妊娠時。正式之發炎有時因尿道炎上升所致，有時為全部膀胱炎之最後階段。此種發炎，性甚頑固，主訴情形大半與慢性尿道炎相似。醫者只能在膀胱鏡下區別之。又患者有時常便急，Pollakisurie 較尿道炎為劇，但同時無何種膿液混於小便內。治療法如下：在尿道鏡檢查下，用5%硝酸銀 (Argentum nitricum) 刺激之 (Knorr 氏)。法將尿道鏡之管用金屬閉孔器 (Obturator) 塞住，插入尿道至膀胱內；然後將該栓塞拔出，將已浸硝酸銀之棉花桿插入 (圖一百三十)。末了將尿道鏡管漸漸退出，使全部尿道為該棉花桿所塗着 (圖一

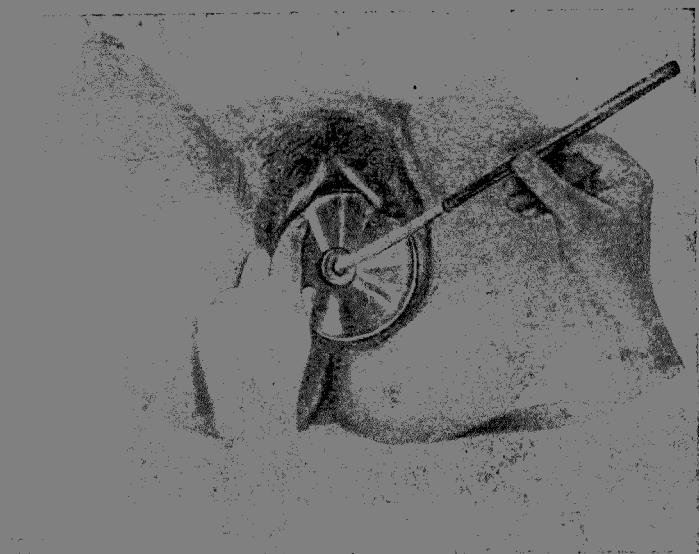


圖 一 百 三 十

激刺尿道及膀胱頸 (照Knorr 氏法) 含有藥水之棉花桿插尿管之情形。

百三十一)。此種硝酸銀之刺激性甚重，因之尿道之肌肉收縮甚緊，能束住該棉花桿 (故醫者須將棉花桿稍稍卷長以免遺落於尿道內)。於是硝酸銀液自膀胱底榨出，流入尿道內。此種治療法非常痛苦，故每星期祇能施行一次，至多亦不得過三次。通常效力甚為顯著。

(2) 產褥婦與手術後之膀胱炎 (Cystitis der Wöchnerinnen und Operierten) 產褥婦時常有小便閉塞 (Ischurie)，其理由有如下述：膀胱因生產而受傷。在生產時，因骨盤前壁與胎兒之頭壓住膀胱，故受傷甚重。



圖 一 百 三 十 一

激刺尿道及膀胱頸，(照 Knorr 氏法)將尿道管漸漸退出，浸有藥水之棉花桿便可將全部尿道刺激。

其現象可於膀胱鏡下詳細察得。粘膜下方出血(亦可在肌肉內發生)，膀胱收縮肌浮腫(Stöckel 氏)或尿道發生裂縫。此種受傷之膀胱，能自動停止工作。不能仰臥時小便。收縮肌作反應式痙攣。如女陰及會陰破裂等。因足以使小便時產生痛苦，故病者恆不願小便；於是收縮肌作反應式痙攣。以後因小便聚積過多，不得不通小便，既通小便，菌類即乘機上升，侵入膀胱內膜之傷處，於是膀胱遂不免發炎。

同樣相似之膀胱炎，亦能在婦科手術後產生。蓋無論為剖腹或自陰道施行手術，膀胱之位置總被移遷而受相當損傷，於是發炎之可能性即行增加。苟欲預防，惟有少通小便，或令坐起而小便。產婦及被施手術者於第二日均可在相當扶持之下為之。此時醫者應注意患者是否能小便通暢。有人在旁不能小便，有人聞自來水之水流聲能小便暢達，或用可能大笑之語言使病者大笑，小便亦能通順。此外用野菊水滴沖，亦能使之小便。如上述法皆無效果，則可用 Pituitrin 垂體後葉液注射 (Sachs 氏)。(參考二十八)此液非特能收縮子宮，且能使大腸膀胱收縮，同時又為利尿良劑，故注射後，小便必能通暢(肌肉注射一立方厘米)。Werth 氏主張於開刀後用

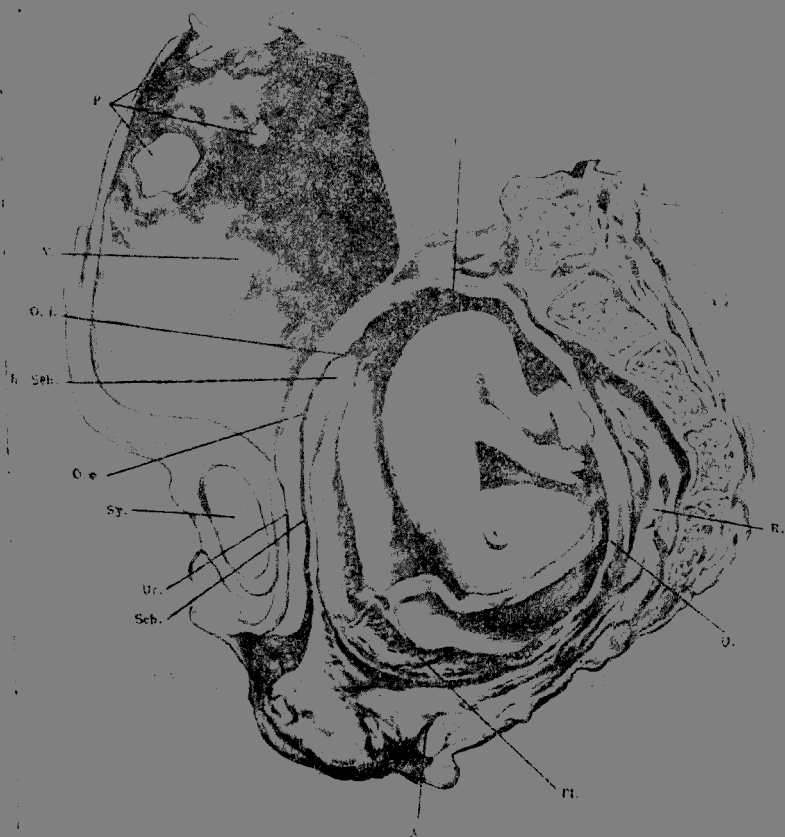
水將膀胱灌滿，Baisch 氏主張在開刀前晚用 2% 消毒之 Borglycerin 20 克灌入已充滿小便之膀胱腔內。此種方法可使病者五分鐘至一小時後自動小便，以後並不變異。若上法無效而必需通小便者，則事前當使患者服 Urotropin，同時通便後再用硝酸銀洗之（三次，每次五十克）。最好置一長期通管，使尿道縱有裂縫，亦可靜養無礙。

(3) 老年膀胱炎 (Cystitis vetularum) 老年人之膀胱對上升菌類不易抵抗，或則無力抵抗；有時尿道亦然。尿道之外口 (Orificium externum) 萎縮而弛緩，尿道內口及收縮肌均不能收縮或不能緊束；脹力缺乏，膀胱內之小便不能完全排出，因此小便淋漓。若陰道下墜，則病勢更重。此類病者身體，大都虛弱。自動清潔之法，當然不能周到；以致排出之糞塊結住於女陰及尿道處，於是病者受傳染之可能性更大。膀胱之忽然發炎，子宮之積膿，均因大腸桿菌上升所致。

(4) 發散性死爛性膀胱炎 (Cystitis dissecans gangraenescens Stöckel) (參考二十九) 此病為小便作機械式積住太久之結果，甚者子宮作挾住性後折妊娠 (Retroflexio uteri gravidi incarcerationi)。子宮後折者，在妊娠後，不久即將小骨盤腔充滿（大約妊娠四月）；若此時該子宮不自動或藉醫者之手術將其上升及扶直，則子宮可扣住於骨盤腔內，將一切內臟（直腸、膀胱、尿道）壓住。於是直腸被迫向左，腸脊骨關節移遷，但其間腔尚不完全閉塞。於是尿道，因無處可讓，故受長大性子宮之緊壓，同時又受子陰段之拉力（子宮後傾入杜氏室愈甚向恥縫愈緊壓）。此種壓力及拉力，均能使該部之血液循環停止；於是尿道充血而浮腫，不久即完全閉塞，致小便完全不能排出，而膀胱亦因此脹大至尋常脹度以上（3—4 升為常有之事，甚者可至十升）。此時膀胱之頂可高出於臍，病者痛苦非常。同時膀胱向輸尿管發出一種壓力，使輸尿管中之小便向上回脹，因此腎盂亦積尿甚多。腎盂積尿後，腎臟即受反應而將排泄量減少。但膀胱之容積不能無限擴大，故結果若非膀胱裂破，即小便強奪尿道下淋。然此種淋漓之小便量並不甚多，膀胱容積並不能因此有所變。此種小便閉結，名曰矛盾性小便閉積 (Ischuria paradoxa)。此時膀胱壁之血管發生極度貧血現象，此種貧血足以使膀胱壞死 (Nekrose)。

其時必有甚多菌類上升。因一切既無保護及自護能力，菌類之上升當然毫無阻礙，且得以迅速發育繁殖。此種情形，尤其在壞死 (Nekrose) 及壞

疽 (Gangrän) 性發炎時爲甚。



圖一百三十二

扣住性妊娠子宮後折 (照 Marchand Orthmann)

A. = 肛門 O. e. = 子宮外口 O. i. = 子宮內口 P. = 膀胱鑽破處 Pl. = 胎盤
R. = 直腸 h. Sch. = 陰道後穹窿 Sch. = 陰道 Sy. = 恥縫 U. = 子宮 Ur. = 尿道 V. = 膀胱。

若其時膀胱破裂 (圖一百三十二), 則一切均向腹腔內流入; 炎爛發臭之小便不久即將腹膜染及; 腹膜既發炎, 病者遂不能挽救。如膀胱壁不破, 則下方之菌類可上升入輸尿管而至腎盂及腎臟, 引起腎盂腎臟炎 (Pyelonephritis), 或由膀胱出發而引起全身中毒病 (Allgemeine Sepsis)。最後之結果, 當然以死亡居多數。

但此種疾病亦有回復健康者。蓋其已死腐之部份慢慢作膿，爛出一塊如袋，由尿道排出；於是該處創口即漸漸縮緊而全愈。該種袋形炎爛物（圖一百三十三）排出時，其疼痛與生產時子宮之感覺相仿或更較陣痛為烈。有時此種排泄不易經過尿道，醫者可用鉗子鉗出之。此種死肉排出而同時膀胱不破裂之理由，大半因膀胱發炎後，週圍結締組織繁殖之結果；甚至與腸及腹膜結住，成爲一單獨體。

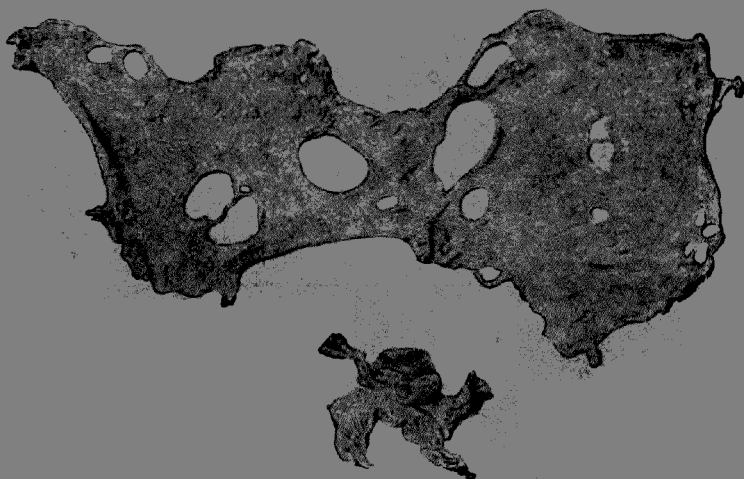


圖 一 百 三 十 三

死爛之膜在妊娠子宮後折扣住時由尿道所排出 (Kiel 婦科醫院)

在膀胱鏡下可見此種膀胱之內部有萎縮結疤之現象，面積縮小，數處縮進甚深，高低不齊。輸尿管口較一般爲大，弛緩無力，不能自動開閉。尿道亦然。該種女子大半不能忍住小便，因膀胱不能收縮，故小便淋漓。總而言之，在對付堅固性子宮後折妊娠時 (Pinard 氏)，膀胱爲最重要，子宮其次也。子宮內因充血甚多，胎兒大多死亡；但同時又不能正式流產，蓋出路不通之故。

普通醫生遇此種子宮時，若同時驗得小便尚通，則當即刻爲之設法作人工墮胎，或使子宮根本與其結住處脫離，以免以後發生上述之現象。

此種結住性子宮之後折，不易藉外部檢查得其要領。普通可在腹部摸得上升至臍部而極爲緊脹之瘤；對於此瘤，通常均誤以爲妊娠之子宮，因病者敘述前史時，常謂有孕故也。於是醫者誤作普通孕婦之不適，以爲無

需顧慮。但吾人苟能作詳細之檢查，同時作較為詳細（行經之月份）之探問，則其中疑問不難因之發生。例如該種孕婦在四月時即覺脹痛，若醫者將所述月份與子宮底之高度相比較，即可知其中之差別（該時子宮底之高度總在臍上，與普通妊娠六七月相同）。再者對於此種小便不暢，必須作內部檢查。普通在內部檢查時，杜氏室內之瘤（子宮）大多甚易與腹部之瘤（容積過多之膀胱）區別；若再通一次小便，則情形可更清楚。蓋高升於臍上之瘤，此時已縮小矣。在用通便管通小便時，醫者應將小便管向下傾，使通管易入膀胱；蓋此時之尿道位置已經變遷故也（圖一百三十二）。此時最好用男用之金屬通管，因其曲度正合該尿道之變形。通尿以後，宜將子宮推起（用麻醉），或令病者俯臥，雙膝跪住；如此可變更腹腔內之壓力，子宮亦易向腹部一邊移轉。有時只須從陰道後穹窿輕輕一推，子宮即向前方。

有時患者以爲此種位置非常不適，醫者必須在仰臥位置上爲之。惟此種翻轉法最好在胎兒毫無傷損條件之下，藉深度麻醉輕輕將其豎起。

有時可用陰道球（內盛水銀）插入陰道，同時將骨盤高置；此時產生之壓力（水銀）即可使子宮豎起。豎起後之子宮，最好用 Fritsch 氏之子宮托支住；至少須持六星期後，始可取出。

有時在尿急病未發生以前，若醫者已診得子宮後折妊娠，則應早日爲之。當然亦有自動豎起者，但有下述情形時，大多不易自動豎起。骨盤過份狹小及扁平，尤爲前胛突出甚劇者。子宮不易移動者。

但此類異常在事實上極少，因子宮結住大多由骨盤腹膜發炎後所致；子宮及輸卵管之發炎，當然更早。換言之，該類發炎後之子宮當然不易受孕（雖有例外，但究屬少數。當然對於此例，必須剖腹，將其結住割去，然後始可豎起）。較上述情形尤爲困難者，爲在子宮挾住時膀胱已受損傷。此時通小便之工作，當然亦極重要，但有時膀胱炎爛死肉可阻住小便出路，以致完全不通。在此種情形之下，惟有在恥縫上抽尿。此時腹膜之位置已上升，針刺之處，大都不致波及腹膜。著者以爲若自陰道抽尿，恐兩者間互相傳染，反可使病勢加重。

醫者最須切記之事，爲無論通尿或抽尿，都應讓小便慢慢流出，最好局步放出；若操之過急，則容積縮小極快，除小便由腎盂及輸尿管流入之外，膀胱壁炎爛處將因突然發生之壓力不勻而破裂，而出血。若再將此血

放出，則足可使患者喪失生命。故醫者應注意膀胱內壓力之平均，最好使膀胱再積滿冰水，加數滴 1 % Adrenalin 液，然後再將尿漸漸放盡。俟膀胱完全空虛以後，再使用長期通管。至多一二日，子宮亦能豎起，回復原狀，或將子宮內容取出。

膀胱受手術重大損傷（子宮頸癌絕根切除）或則 X 放射及鐳放射之後期損傷均可使膀胱患沈重性慢性發炎 B. Otto Hoidler 氏。

膀胱傍結締組織炎及膀胱外膜炎 (Paracystitis-Pericystitis)

膀胱外膜炎即遮住膀胱之腹膜發炎，膀胱傍結締組織炎即圍繞膀胱之骨盤結締組織發炎。

以上兩種發炎均可由膀胱炎出發，其發展路徑有如下述：膀胱內膜炎發炎後深降至內膜下之組織，由此直達於膀胱外膜，再向鄰臟進佔（但亦有由鄰臟侵入膀胱而使膀胱發炎者）。

膀胱外膜炎常與小腸或大腸轉灣處結住。

膀胱傍結締組織炎之發展可與子宮傍結締組織炎相同，腫脹作膿，鑽破陰道，向外流出；或因醫者在陰道內刺破或在恥縫上割開，使其中膿汁流出。另一種發炎之現象為腫脹而並不作膿，致膀胱之壁厚而硬，於是膀胱之彈力減少，容量當然亦因之減少。其外形如子宮有肌瘤然。若將該處用手術割開，則其結果甚佳。此種發炎在產褥時居多，故在產褥時期，醫者當特別注意之。

尿臟結核病 (Tuberculose der Harnorgane) (參考三十)

女子患預伏性而無何種病象之腎臟結核病者頗多，但醫者大都僅在診察別種病症時，偶然檢得之（如因肌瘤子宮反折子宮下墜或別種婦科病症而就醫者）。該種病者對小便亦不甚注意，暫時之便急及異常之小便顏色，可在醫院內於詳細檢查之下發見之。

特徵為夜間尿急、膀胱緊脹及刺痛。對於此種病象，若經長期之治療仍未見效，則醫者當詳細檢查尿臟。有時在膀胱內有一異體，亦可因此而有此現象；但通常此種膀胱炎均以結核性居多。對於此種膀胱結核病，吾人可從硝酸銀治療上驗得，因若為普通之膀胱炎，則此種藥物必有特效；但對於結核性之膀胱炎，仍屬無用，有時且可使痠痛加劇。

又在診斷上可供懷疑者爲膀胱發炎而小便中無菌類，且在培養中亦不能發見任何細菌。有時結核菌可與大腸桿菌混合發現，但此種情形極少。又有可疑者，爲膀胱炎之小便有酸性反應。還有更可疑而診斷上亦極有價值者，爲檢查陰道內之結果發見輸尿管硬腫（蓋其之四週組織發炎）。硬腫部份大小如鉛筆，表面圓滑，與子陰段同樣高低，向中前沿陰道前壁而入膀胱底。醫者僅須用手指在陰道前壁探摸，即可探得。但有兩種疾病亦能有如此硬腫，即陰道傍結締組織炎（Paravaginale Stränge）及子宮傍結締組織炎所產生之硬腫（Parametrane Stränge）是也。但此類硬腫在側邊居多。

此外尚有一可疑之處，即除尿之病象以外，有全身構造（Habitus phthisicus）之現象。或已有肺癆，或初患肺癆，均可供診斷之用。又腎臟部份酸痛及常發見小便有血，亦可疑及上述之疾病。

患者發見此種可疑點時，宜即請專家診療。因此病一如癌腫（Carcinom），診斷愈早，治療成績愈佳。通常腎臟之結核即是全部尿臟結核。故腎臟被傳染後，即下降入膀胱、輸尿管口。此二處波及後，再漸漸上升，向輸尿管前進。對於此種疾病，若在一部份有病時即施手術割去，則其功效甚大。否則，至兩腎均得病後，治療無望矣。

原始性膀胱結核病極少，原始性尿道結核更少，恐迄今尚未診得一次。

腹膜結核及生殖器結核與尿臟結核之來源並不統一，兩者可以同時發生，但並非互相傳染所致。

結核性膀胱炎（Cystitis tuberculosa）與膀胱結核病（Tuberculosis vesicae）有別：第一種大都爲混合傳染（除結核菌外，尚有其他菌類），容積量極爲狹小。反之，第二種毫無病象；在膀胱鏡下，可見膀胱壁上有結核顆粒，或結核瘡傷。

小便中有陽性之結核菌不能證明尿臟有結核病。因吾人在今日已確知肺結核患者、或腎臟有惡瘤者、甚或健全者有時均可排泄結核菌；（換言之，腎臟可濾過結核菌而其組織仍無疾病）（Wildbolz, Kielleuthner氏）。惟在這種情形之下，小便雖有結核菌，亦爲數甚少；故在顯微鏡下不能找到；僅能藉獸類移種證明。

腎臟結核絕對證明之處爲小便中除結核菌以外，尚有白血球及紅血

球及動物試驗結果。如小便中無結核菌，不能代表腎臟無結核病；有時無論用何種方法，均不能驗得結核菌。因有時病者有結核菌之輸尿管全被封閉，致小便根本無任何病現象也。吾人苟疑及腎臟結核，即非用膀胱鏡檢查不可。在此鏡下，膀胱壁之結核、粒類內膜變黃症 (Malakoplakie) 邊沿不整齊之輸尿管口等，均可觀察明白；且可藉此診斷兩腎臟何者有病，抑兩者均有疾病。診斷準確後，即可施以相當治療。

欲永久全愈者，須施手術。懷孕並不能阻礙該種手術，故對孕婦亦可施行同樣手術。同時一只腎臟對將來之妊娠亦無關礙；惟至少須等待四年。如在四年內無變化，始可認為全愈了 (Kümmell)。

最可悲者為雙腎結核。此時膀胱受損甚劇，病者不能臥床，無時不為尿急所苦，因此精神營養皆受影響；同時此種尿急且不易去除（有時用 Eucupin 洗濯或用下方塞錠 Codein-Belladonna-Supposit. 或用 Narkophin 或 Pantopon 或 Morphium 作皮下注射，可以減少苦痛）。對於此種疾病，若用 X 射線照射腎及膀胱，非特可將病象減輕，且可除其根源。然其真正之價值現今尚未完全證明。至於用 Tuberculin 注射，在診斷上及治療上殊無何等功效，且加以使病勢加重，無法再施手術。

腎結核之自動全愈，僅在相當地方有此可能（如在 Madeira, Ägypten 埃及）。在歐洲及北部亞洲，均不可能。某種假性全愈可因輸尿管擴大而成為膿袋，此種情形若在一邊，則尿道、膀胱可以全愈，惟仍能作血液傳染。

膀胱結核可使膀胱結疤而萎縮 (Narbenschumpfblase (參考三十一)) 甚劇。內膜上之結核可全愈，但不久即向深處侵擾，波及膀胱之四週；末後膀胱竟成一硬塊，所有之彈力均已失去，內部僅可容五克之尿，因此產生之小便，祇能直流向外，該處不能容納。

對於上述病症，著者曾用 Maydl 氏法施手術將輸尿管移植於彎曲腸內，至今還是成績甚佳；該女孩在數年後尚且結婚。

因鄰臟病症破入膀胱內者：

1. 子宮外孕 (Extrauterin gravidität (參考三十二)) 拖延之子宮外孕若不及時用 Sectio-alta 將其內容取出，可與腸及膀胱結住，再由腸出發傳染發炎，而破入膀胱內；因此膀胱作膿，胎兒之骨亦順流而入；末後，

一部份由尿道排出，一部份積成巨石，病者遂中血毒而亡。

2. 子宮傍結締組織膿腫 (Parametranes Exsudat) 其破處在膀胱頸或膀胱三角後邊沿。因此種破損而致之病象甚劇，普通體溫即行增高，小便積住及酸痛。但此種破損乃病愈之現象，熱度及疼痛不久即能下降及消滅。此種膿液向膀胱流入，然後再由該處自尿道排出。該時患者雖焦急異常，但醫者除令病者靜臥外，不必有何種舉動，因大半無發生膀胱炎之慮也。如多用醫法，反而不佳。惟排膿不暢者及再破者，甚易使膀胱發炎，最為可畏；但此種情形，事實上為數甚少，即同時向兩處鑽破，一入膀胱，一入直腸，於是糞與小便混雜，膀胱之內部有腸氣自尿道排出是也。

3. 子宮附帶瘤 (Adnextumoren (參考三十三)) 若是輸卵管積膿 (Pyosalpinx) 破入膀胱，則為病勢加重之現象，其時輸卵管內之膿長流不息，膀胱中永久排出膿狀小便；除非將膿性輸卵管完全割去，不能全愈。

4. 卵巢瘤腫 (參考三十四) 有時皮膜瘤腫 (Dermoid) 破入膀胱，其之病象可與子宮外孕相同。惟有將此瘤腫取出，其病始能全愈。至於診斷方面，惟有用膀胱鏡 (皮樣毛髮)，及X光攝影 (如皮樣牙齒) 兩種方法



圖一百三十四
多數性尿道外口粘膜炎

血尿 (Haematurie) (瘤腫、尿石、異體、損傷、腎出血)

『血尿』有時為一種誤會，蓋膀胱之尿本來無血，經過前庭及女陰後，小便始含血液。此血液當然為陰道排出之物。但有時亦有與此相反之情形，例如膀胱出血，誤為陰道之排泄物是也。故苟欲絕對證明小便中是否有血，非檢驗通小便管通出之小便不可。至於尿臟何處出血，必須用膀胱鏡檢查，始可明瞭。

尿道出血為數甚少，其出血處大多在尿道外口 (Orificium externum)

及其四週（落出裂縫糜爛蒂肉）。出自尿道管內（破傷結疤凡此均可在尿道鏡內得見）者甚少。治療時僅能用刺激法。

有時尿道外口之邊沿高低不平；但此非陰道之邊沿，仍係粘膜炎繁殖而成爲數甚多之蒂肉（圖一百三十四）。其外形甚軟，與癌腫不同；該粘膜炎之絨毛膜浮腫，頗如桑葚。如用火鐵煬去，殊無功效，必須將尿道口患處一齊割去（大約一厘米左右）。



圖一百三十五

尿道肉阜（同時尚有完全性會陰破裂）

老年婦人尿道外口之後部有時有米粒大小至碗豆大小之深紅色小瘤（圖一百三十五），此種小瘤名曰尿道口疣肉（*Carunculae-urethrae*）（圖一百三十五），大多爲血管瘤腫（*Angioma*）或粒顆瘤腫（*Granuloma*）（參考三十五）。其治療之法只須用剪刀剪去之即可。其實此種病症普通無需治療，惟遇收縮困難時或出血時，須用手術，然後將剪開處縫合之。

尿道之結締組織癌或結締組織肌瘤（*Fibrom* 或 *Fibromyom*）（參考三十六）（彩圖二十六）均極少見，位於粘膜炎之下，在尿道出口之兩旁。此種瘤腫是否來自尿道壁或尿道、陰道隔膜，通常不易分別。

尿道癌腫（*urethra Carcinom*）（參考三十七）亦極稀少，通常分爲尿道內（*urethral*），尿道週圍（*periurethral*）（彩圖二十七及二十八）及女陰尿道（*vulvo-urethral*）三種。尿道內者，大多患於尿道內膜上，向膀胱部份前進；女陰尿道者，在尿道外口之四週，普通歸納於女陰癌腫內，尿道週圍者亦屬於女性癌腫，大多來自尿道堤及陰核。三者之預後均不佳，欲全愈者，惟有用根除手術；但是事實上，此種手術常將收縮肌損傷，致使小便不時淋漓。在此種情形之下，祇能將膀胱出口閉封，另外在恥縫上方或

下方開一瘻管。現今著者對此根本不施手術，只用鐳放射針刺入癌內治療之。著者用上法能從十四例尿道陰道癌中得五例全愈者（五年以上觀察 Volbracht 氏〔參考三十八〕）。

膀胱出血之來源不一，繼述如下：

1. 原始性瘤腫 (Primäre Tumoren) 爲乳頭形膀胱瘤 (Blasenpapillom) (彩圖二十九) 各種大小均有 (有者只如豌豆大小)，二者可將膀胱全部遮住。出血因大小不同而異；有時出血較多者反爲

較小之瘤。乳頭瘤可誤爲癌腫，有時癌腫只有一帶極易使醫者忽視。但其出血可甚劇；因此病者常患貧血症，甚或因而致命。較大之乳頭瘤可於陰道內摸得之，但摸得之瘤腫部位仍不能固定，同時亦不能診斷爲膀胱瘤；故唯一可靠之法惟有在膀胱鏡下觀察之 (彩圖二十九)。至於治療，可直剖膀胱 (Sectio alta) 而割去之，或在膀胱鏡下將該瘤用電刀割去之。惟因此瘤甚大，當然不能於一次內完全割去，祇能分數次割之。就其預後而論，用電刀割除者，復發甚少。此種斷語必待三年不再發後，始可謂永久全愈。

2. 副性膀胱瘤 (Secundäre Blasentumor (參考三十七—九)) 子宮頸及陰道癌腫可由陰道膀胱隔膜移入膀胱之內。此種泡形浮腫在膀胱鏡下可明白察見，同時其四週因血液循環受阻，粘膜上有癌細胞出現 (圖一百三十六)；又炎爛之現象亦同時發生；膀胱與陰道間，遂有一管相通，名曰膀胱陰道瘻管 (Blasen-Scheidenfistel) (彩圖三十)。此種病象發生後，當然不易治愈；病者苟不死於癌性萎縮 (Karzinosis)，即死於尿素中毒，或腎臟作膿或敗血症。但亦不無例外，例如據 de Baecker 報告之一例 (參考四十) 其癌性膀胱陰道瘻管經過 X 照後，即漸漸縮小而全愈。

子宮內膜異位膀胱 (Blasenendometriose (參考四十一)) 即膀胱壁發現子宮內膜之謂 (直接由子宮移植或膀胱粘膜進行性生化) (Prosoplasie der Blaseschleimhaut)。



圖一百三十六

副性膀胱瘤 (來自子宮陰段癌) 球形浮腫
中有癌性癌潰



圖 一 百 三 十 七
落入膀胱內之壓髮針 (X射線攝影)

在膀胱鏡下，可察見瘤形藍色核塊，隨月經循環而浮腫或退縮，其所發生之痛苦亦與月經來潮時相同（鑽痛）。此病在醫史上共有十六例，第一例為 B. Ottoro 氏在膀胱鏡內所診得（圖後）。

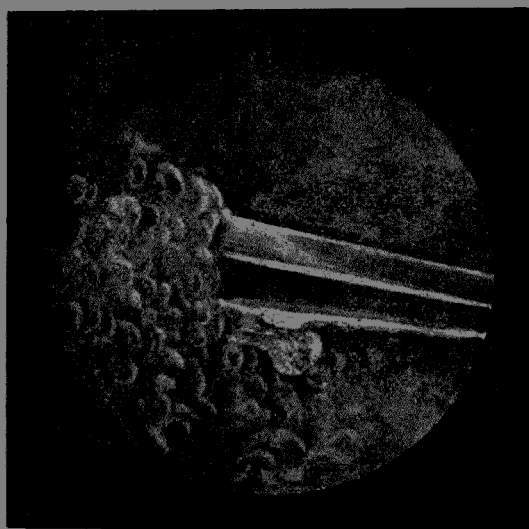
3. 膀胱石及膀胱內諸異體 (Blasenstein B. Blasenfremdkörper)
(參考四十二) 用硬體刺激陰核或尿堤而滿足性慾之行爲，名曰手淫 (Onanie)。作此種手淫時，所用之硬體（如針頭髮針等）可於慾性發足之際 (Orgasmus) 滑入膀胱內。若此種硬體久不取出，則其四週可聚積尿鹽而成爲膀胱石；僅針之尖端無石結住（圖一百三十七及彩圖三十一）。

此外在膀胱壁之絲線縫處亦可聚積尿鹽（彩圖三十一），成爲尿石。開始時在膀胱縫處或膀胱壁，繼後由該處移入膀胱腔內，或尙有一端掛住。此類現象均可在膀胱鏡內察見。以故割膀胱後之縫合線祇能用貓腸線 (Catgut)。

由他處移入而成爲尿石者，有腹腔施行手術後所遺下之針子（圖一百三十九）、棉花球或紗布等。此類異體可破入膀胱，結爲石塊（圖一百四十）尿石無何種異體混入者，極爲稀少；因輸尿管所組成尿石易由距離甚短之尿道排出故也。一種特殊之尿石即在膀胱本處所形成之尿石亦必需有一時特殊緩弛之膀胱（老年婦女之膀胱袋）方能形成。此種膀胱內之小便不能完全排出，由此而積住之小便及上升之傳染菌均爲形成尿石之基礎，甚有多數細小之尿石積聚於該膀胱袋處 (Cystocele)。



圖一百三十八
從膀胱取出之壓髮針及其
所屬之尿石(照 Z. f. Gynäk.
Urologie Bd. IV.)



圖一百三十九
(手術時所遺忘)穿入膀胱內之動脈鉗，在穿破
處泡形浮腫甚多(膀胱鏡攝影)。

有者竟可使生產困難。此種尿石被下降之胎兒頭部緊緊壓住，醫者恆誤恥縫多骨 (Exostose)，因而以剖腹術將胎兒取出，有時此種尿石被壓後，向膀胱陰道鑽出，於是膀胱與陰道之間形成一大瘻管。如用手在陰道內探摸，殊不易探得此種尿石（因易於滑出）。對此，祇能用通尿管探之。如出血不多，可用膀胱鏡觀察之。

欲除去此種尿石，可用陰道膀胱切開法 (Kolpocystotomie)。法將陰道前壁及膀胱底加以縱剖（取出後，用雙層縫法縫合之），或用碎石器 (Lithotripsie) 碎裂之。惟有異體之尿石，只能用陰道膀胱切開術除去之。對處女膜已破者，無縱剖膀胱 (Sectio alta) 之需要。從尿道內取尿石，有某種危險；即易使尿道收縮肌破裂是也。此種破裂頗不易全愈，故此法以少用為妙（圖一百四十二）。

瘤腫與尿石之出血不同。尿石出血在移動下尿管時及在尿石位置變易時為最甚，若無外界振動，多不出血。反之，瘤腫之出血無需外界影響，且



圖 一 百 四 十

膀胱內二尿石（膀胱鏡攝影照 Viertel 氏）

出血之時間甚長。如瘤之一部份被尿道內口挾住，則小便忽然停止而成典型性之病象。又有尿石者有時疼痛非常，瘤腫則無。兩者均可使菌類上升而發炎。若醫者之診斷已經在傳染之後，雖用膀胱鏡亦不易區別，預後當然甚劣。

膀胱可因不規則之墮胎而出血。最易誤會者，即將藥膏誤射入尿道內，致使膀胱受傷而出血，若用肥皂水或 Lysol 射入其中，可使膀胱炎爛。但亦有自動出血者，例如在膀胱發炎時。尤其為大腸桿菌膀胱炎，更易自動出血。

腎臟出血可因瘤腫（腎上腺瘤 Hypernephrom 及癌瘤）、腎石及結核等症而致，但亦有自動出血而無何種特殊病症者（以前誤為腎臟血友病症[renale Haemophilie]）。

少量之出血為初期急性腎炎之病象，腎盂及輸尿管瘤腫為數甚少，大多為惡性疾病。

為膀胱出血抑為血由輸尿管流入膀胱，可於膀胱鏡下區別之。若為膀胱以外出血，可用 X 射線照射之（或同時使用通腎管 Nieren katheter，或作腎盂攝影 Pyelographie）。

此外檢查其工作之方法以用 Indigkarmin 色素試驗者為最佳 Völcker 及 Joseph 氏）。醫者可先將 Indigkarmin 注射於病者臀部肌肉內（Voeleker 氏與 Joseph 氏），然後再觀察小便之顏色，區別其變色之異常與否 又有一種可靠之試驗法（即水及濃度試

驗法 (Wasser-und Konzentrationsversuch) 法命病者服多量之水，由此再定小便之量，比重及凝點測定法 (Kryoskopie)。更有一種方法即測量病者服尿質及食鹽後所排洩小便中之該類成份。此種成份亦可於血液中檢得之 (Amlard 氏固定法)。又氮素之遺剩亦可確定腎臟之機能。

尿臟工作欠缺

小便失禁 (Inkontinentia Urinae) 病者不能用力將小便忍住，其原因有下列各點：

1. 畸形：膀胱突出 (Ektopia vesicae) 或尿道上裂 (Epispadie)。在此種情形之下，小便失禁為當然之病象。此外輸尿管流入尿道及陰道者，亦可小便失禁。

2. 神經支配欠缺 (參考四十三)：溼牀 (Enureses) 以自幼已成習慣者居多，以後因病而致者較少。普通以夜間睡後居多 (Enuresis nocturna)，日間較少 (Enuresis diurna)。其原因大半為神經反應欠缺所致，有者則因脊椎骨分畸 (Spina bifida occulta) 所致，有者完全在神經關係，如手淫，心理作用等，有者因受環境關係，如荐骨壓住，尾骨痛 (Coccygodynie) 卵巢神經痛 (Ovarie) 痛經 (Dysmenorrhoe) 等。有者因積尿過久而小便失禁，當然不能作為疾病。

自幼年成習慣而至壯年之夜溼病，其預後頗佳。有者僅需將喉間扁桃腺過多之組織或鼻菌及其他鼻內病症治愈，即能全愈。蓋欲根除此種小便失禁疾病，必需將鼻內之神經反應盡除始可。當然，心理上強度之壓制亦足以去除該病，此外可更用電力刺激 (Faradisation)。冷水浴及徒手運動助理治療，或竟對尿道作一次強度之刺激 (用 10% 硝酸銀)。刺激尿道時，病者雖不免感得疼痛，但正因病者有此種疼痛之泛憶，得以去除小便失禁之疾病。當然，最重要之點仍在被治療者之心境，若過分受刺激，反有復發之可能 (如在結婚前或在不暢達交媾前後之刺激)。

最難治者，厥為不時發生之激刺 (尤為來自尿道方面之刺激)。此病原因不明，既非希司忒利阿 (Hysterie)，亦非尿石，吾人雖知其屬於神經性之疾病，但未能作更進一步之確定。患者日夜不能安眠，其苦痛殊非筆墨所能形容。而醫者對之，則可謂束手無策。當然，醫者亦無妨試以各種方法，如使用長期通管以硝酸銀激刺放大尿道以麻醉藥 (Novocain Eucupin) 置於 Fritsch 氏管內注射之 (圖一百三十一) 或用藥桿塞入



圖 一 百 四 十 一

膀胱陰道子宮頸漏管 子宮頸前壁已缺，經過小便不停的流入陰道內，在流漏管處積成三角形尿石鎖閉該漏管。

(如方 Xeroform 0.1 Novocain 0.04 Ol. Cacao 1.2 Lanolin 0.1) 等；凡此種種，均可一試，有時亦不無效驗，惟多數患者仍不能因之治癒。

3. 下降之尿臟破傷

- a. 膀胱內口之收縮肌破損及皮下破裂
- b. 瘻管

甲 尿道瘻管 (Urthrafistel)。此種瘻管深入內部，收縮肌或其疤痕可以損及收縮肌者，可使小便淋漓。

乙 膀胱瘻管 (參考三十四)：

膀胱陰道瘻管

膀胱子宮頸瘻管

膀胱腹壁瘻管

膀胱腸瘻管

混合性瘻管 (尿道、膀胱、陰道、瘻管或膀胱子宮頸陰道瘻管)

丙 輸尿管瘻管 (參考四十五)：

輸尿管陰道瘻管

輸尿管子宮頸瘻管

輸尿管腹壁瘻管

(輸尿管有雙面瘻，亦有單面瘻)

c. 混合瘻管 患混合瘻管時，同時收縮肌亦受傷。如膀胱陰道瘻管及尿道陰道瘻管或膀胱陰道瘻管及收縮肌破傷。

瘻管形成之原因大多在生產時所受之損傷，尤以尿道膀胱及輸尿管長期被胎兒頭部壓住為甚。此時胎兒頭部壓住骨盤處而不下降，此種受壓之尿道膀胱陰道之夾膜可因之被其壓死，於是乃形成瘻管。膀胱受壓最深，故尿道在被向上拉時，最易形成瘻管。輸尿管瘻管則惟有在手術後子宮頸處結疤而輸尿管連住時始有形成之機會。生產時發生之瘻管以膀胱陰道瘻管為最多，此種在前陰道膀胱陰道夾膜膀胱後壁及膀胱底被壓死之組織，在產褥時期排洩於外，於是陰道與膀胱間形成一洞，此即膀胱陰道瘻管之始也。

尿道及膀胱在產科手術後直接受損者甚少。使用鉗子穿孔器 (Perforatorium)、滑脫、鈍鉤、碎顱器、(Kranioklast) 頭之碎骨鋸、恥骨鉤及陰道切開等等，均能使兩者受傷。受傷時，病者產後即有小便失禁之症，但初時因有惡露同時流出之故，不十分引起注意（當然在靜臥時小便失禁亦較少），及至移動時，病者始覺小便之難留。

此種生產損傷，有者只有收縮肌無收縮能力而已。例如藉手術生產而在將該部擴大特甚以後。為害最烈者，厥為胎兒之頭緊壓陰道前壁夾膜及膀胱頸，致使夾膜擴張過甚，或破裂，或收縮肌失其效力。故每一產婦苟在產後發覺小便困難，必因尿道或膀胱受損所致。在過去亦有因擴張尿道 (Urethradilatation) 過甚而致收縮肌損傷者 (圖一百四十二)。



圖一百四十二

尿道前壁裂開 (為從尿道取壓髮針所致)，因此尿道粘膜炎。

當 Simon 氏尚未發明膀胱鏡以前，普通探膀胱，取尿石及瘤腫或通輸尿管時，均用醫者之手指為之（現在尚有此種人用手指插入膀胱取異體）；以前擴張尿道之法一如現今擴張子宮頸，所用之器械當然能使子宮頸發生裂縫，尿道亦然。現今吾人擴大尿道之手術僅欲取出光滑之異體時偶一用之，非如以前供診斷及一切其他治療之用也。

闊大之尿道未必漏尿。有者尿道自小甚闊，手指可以自由伸入，同時收縮肌之力仍甚大。

因婦科手術而尿臟受損之事實，至今仍未減少。因普通手術不精者仍多施用之，因此膀胱尿道輸尿管受傷者頗多。陰道內施手術者，易使尿道膀胱受傷；施行腹部手術者（如割癌腫韌帶內瘤等），則易使輸尿管膀胱受傷，甚至竟將輸尿管割去。在此種情形之下，若縫合不易，則與腹部或陰道成一瘻尿管；若小便不能瘻去，則不久即成一小便浸潤（*Urininfiltration*）。此種小便浸潤不苟於數日內自動鑽破其他組織而向外流出，成一瘻尿管，即可不治而死。

手術後可因組織壞死（*Gewebsnekrose*）間接造成瘻管，此地膀胱及輸尿管並不穿破，只有外壁之邊沿些微損壞及拉傷或則受壓過甚，及至局部發炎後瘻管遂告成立。

巨大之組織壞死（比生產時損傷更大），在鐳放射線開始治療陰道病症時常常產生（那時定量不準確及透濾方法不精明故也）。

發生瘻尿管常有他種原因：如子宮托在陰道內安放太久（數年及數十年），陰道前壁後壁受壓太甚，前後夾膜均被壓破，於是膀胱陰道成爲瘻管，同時直腸陰道亦成爲瘻管等。此種混合性膀胱陰道直腸瘻管之結果，能使大小便聚合於陰道內，由此排出於外。當然在此種情形之下，該子宮托可移入膀胱或直腸之內。又若人體下墜於尖物上，亦能使尿道膀胱刺破，而成爲瘻管。

陰道瘻管大多在橫位，僅用鈍鉤或手術刀所造成者在直位，有者甚至自子宮頸直至尿道。普通不是較小之瘻管不易用刀，最難對付者爲由壞死（*Nekrose*）造成之瘻管。直接破傷之瘻管收效較速，施手術亦易，若同時有兩瘻管，則其位置必爲一前一後，絕無並行者。膀胱瘻管與輸尿管瘻管同時產生者甚少（惟將子宮癌全部割去後，可以產生）。最常見者厥爲在膀胱陰道瘻管成立後，輸尿管破入該瘻管內或自成一管流入於膀胱陰道瘻管而成爲瘻管之瘻管。

較大之膀胱瘻管可因腹壁之壓力從膀胱後壁壓入陰道，甚或出現於女陰之外，形成一種紅而呈半球形之瘤腫。有者誤爲帶肉，將其割去，於是腹腔遂與外界接觸，引起腹膜發炎。對於此種不問由來之手術，殊不能推諉於診斷不易，因醫者祇需微將陰道擴開，輕輕將該突出處向上一推，則

紅腫之瘤即能回入膀胱之內。若該膀胱內膜翻出已久，可在該膜上再生一層扁平上皮，因此該處灰白如皮，同時可與對面之陰道後壁結住。此種結住可遮住甚大之創口。

瘻管之大小不一，小者探針亦難通過，大者直徑可至八厘米。有時陰道瘻管之四週有多數癍疤，此種癍疤表示該處曾受重傷，有者因陰道炎爛而結住，有者因女陰破損而結住。凡此種種，都可使觀察困難，有時雖陰道擴張器亦不能插入，因此瘻管形狀之如何，亦未能得見。一個瘻管全愈後，若病象尚未去除，則必尚有一瘻管在其上端，或則收縮肌之收縮力不健全所致。

有者在瘻管之上更有閉塞處（陰道後穹窿）。有時組織損失甚大，非特陰道遺下不多，甚至子宮下端亦已失去。有者竟不能從陰道檢得瘻管，因為陰道太狹或結疤太多；醫者只能從直腸內檢查。有者在恥縫處缺少膀胱前壁一塊。此種完全缺少膀胱內膜之處，其恥縫之骨膜（Periost）有如金屬之光射入吾人眼中。此種瘻管之孔大多甚大，形圓而邊薄，但亦有四週結硬疤，形卵圓或四角形或凹凸不齊者。

各種膀胱陰道瘻管在小便完全排洩以後，尿道之上端能漸漸縮小；甚者可完全緊縮不通而成為尿道閉塞（Atresie der Urethra）。此種閉塞當然為外表之現象，只須用通小便管用力疏通數次，即可去除。若尿道亦有一部份破傷，則該破傷之一端可結住於恥縫之後端而成為癍疤；此種尿道不能向外排洩。最難對付者為尿道完全消失於癍疤中，不能覓得。在此種情形之下，醫者祇能用其他粘膜另做成一個尿道。

凡有瘻管之婦女，實為世界上最堪憐憫之人。此等人因不能自動清潔之故，致女陰及陰道不久即行發炎，在臀部溝中及肛門之四週，漸漸組成如肉疣之炎爛。數年後，皮摺之處可有厚如手指角質狀，合併一起，尖肉疣狀之皮膚繁殖。此時病者小便淋漓，四周空氣有尿之臭氣，外生殖器及上腿均極溼。病者對一切均抱悲觀，非特身體消瘦，精神萎靡不堪。有時月經多時不至，致病者之身體及精神因瘻管而遭受甚大損失，終於早期死亡。

診斷此種疾病時，前史甚為重要。若病者訴說小便作不能自主之下淋，則病者必患下述三種疾病之一種：收縮肌不健全。膀胱陰道瘻管。輸尿管陰道瘻管。最普通者為膀胱陰道瘻管。若略有淋尿之外，尚有脹



圖一百四十三

一通小便管由尿道入膀胱，再由膀胱
經過膀胱陰道瘻管而入陰道，
可以聽得），因此可確定膀胱與陰道間有一瘻管。

輸尿管陰道瘻管不易用探針探得。因通常該種瘻管之口不易得見，大多藏於陰道穹窿之瘢痕內，此時當然已無子宮（因割去子宮為形成該管最多之原因），在該結痂組織內，通入之探針大半不入輸尿管內，由其交界處（結疤處）滑入腹膜與骨盤之間而向上升。故用此法毫無效果，較為妥善者，惟有用

灌水法（Spülprobe）。如醫者用硼酸水或牛奶從尿道灌入膀胱時，陰道無該液體流出，則為輸尿管尿管而非膀胱瘻管，若灌入之液體即在通小便管之旁流出，則為收縮肌弛脫之故，反之；如該液體自陰道內流出，則為膀胱陰道瘻管。

對於瘻管，亦可用膀胱鏡檢視之。若同時將陰道用陰道球（Kolpen-rynter）塞住（見前）。

則醫者可在膀胱鏡下發見膀胱陰道瘻管之路徑及其出口。此時可用通輸尿管插入輸尿管口，探知其輸尿管之瘻管通於何處。若該通管不能插入，則該輸尿管必已完全毀傷；若通管能插入而無小便流出，則必有一部份已經受傷（普通通管僅能探至破傷處，因該處之輸尿管曲折甚劇故也）。

各種瘻尿管均有萎縮及自愈之傾向也。故此時醫者當候至成立後六星期（最好三個月）後，再施手術。在此期內，須去除受傳染之機會（用

力，則收縮肌受損當不甚重，或膀胱陰道瘻管不大，或僅有單面之輸尿管陰道瘻管，其他一面之輸尿管仍照常排洩小便於膀胱，所以膀胱仍有脹力（Miktion）。欲作詳細之診斷，當然非舉行詳細之局部檢查不可。

摸診及針探 大形之瘻管可用手指在陰道探得，或在陰道張開器下察見。患此種瘻管時，大多可用手指伸入膀胱，或可用通小便管直入膀胱（如圖一百四十三）。此種巨大之瘻管為數頗多，預後不致十分惡劣。細小之瘻管可由陰道用探針探知之。若同時從尿道用一通小便管伸入膀胱，則兩者可在膀胱內接觸（其接觸之聲音外面

野菊水洗濯，即從尿道灌入膀胱，由膀胱流入陰道），不可用刺激體激刺。蓋使用刺激體非特無益，而且有害；自動能全愈者，無激刺亦能全愈；若不能自愈，激刺亦屬徒然，反使舉行手術時補貼困難。

若在膀胱鏡下用電火燒細小之瘻管，有時見效頗大（B. Ottow 氏〔參考四十六〕及 Martius 〔參考四十七〕）。

對於自動全愈，可用長期通尿管（從尿道插入）加速其進行，同時可藉此灌洗膀胱。

病者之家屬及醫者，均以爲此種病症必需速施手術，其實不然。若惡露及排洩液尙在，一切手術均可使菌類上升，使病勢加重；同時因產後生殖器之組織鬆弛故易於破裂，不易縫合，亦不易全愈，且甚易受傳染。

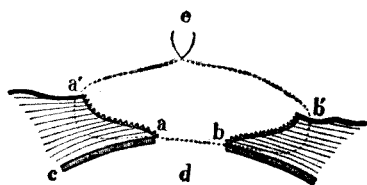
預防此病，須在行產科婦科手術時絕對細心從事，準確工作。尤其爲局部解剖及手術方法，均應純熟。如未學此項手術，不可貿然嘗試。生產時若無故於早期施行手術，易將膀胱擦破，預防膀胱受損，縫合輸尿管之創傷處及其他適當之治療，均可減少瘻管成立之可能性。

瘻管之開刀手術需要經驗及技能，若手術不佳，經驗不足，非特不能將病治愈，反足以使預後變壞。若某病者經屢次手術後，其尿道膀胱之大部份已被割去，則此時縱然易一經驗充足之手術家，亦難將純用癩疤包圍之瘻管治愈。故第一次施手術者，須有絕對之責任心，然後始可動手。

每一瘻管之貼補，第一須完全可以看見，第二手術者須能非常接近（以前爲便利接近起見，恆用各種擴張之手續；但此種手續足可使菌類上升及創口破裂之情形更其加重）。故現今吾人將陰道兩旁稍稍擴大，使有足夠之位置以供手術之用（Dührssen Schuchardt）。

普通專門補貼膀胱陰道瘻管之手術方法如下：

1. 先作單純性之瘻管邊沿修剪，然後再用絲線斜行縫合法（Gustav Simon）此時陰道、膀胱陰道夾膜及膀胱都聚集於瘻管結疤處，縫針之經過應將各部組織帶入，惟膀胱粘膜除外（圖一百四十四）。較小及細小

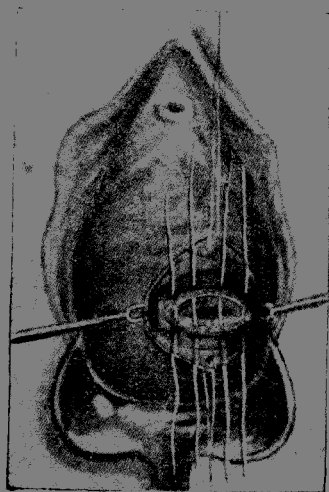


圖一百四十四

aa' bb' = 斜切開之創口邊管 ab = 膀胱之瘻管口 a'b' = 陰道壁 e = 膀胱壁 d = 膀胱腔 e = 穿過兩處之線

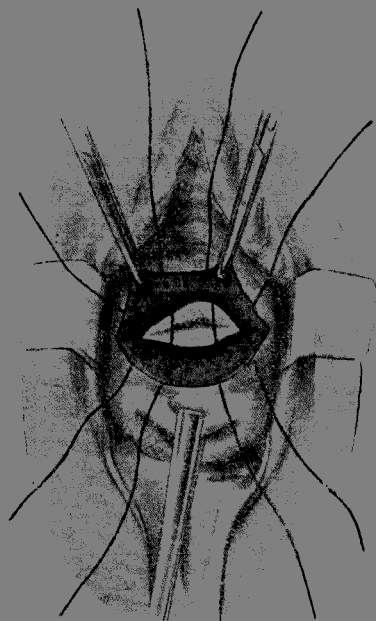
之瘻管，均宜用此法縫補。

2. 膀胱與陰道分別縫補 (Dédoublement) 瘻管修邊後，膀胱壁與陰道壁分開；瘻管之兩口分開後，各自用貓腸線縫合之（膀胱用貓腸線，陰道可並用絲線及貓腸線）（圖一百六十五）。此種方法在解剖上既極簡明，對於將來亦不無結果。但在事實上亦有相當弊端，蓋其兩壁之組織非常單薄，不易縫緊，有時在分離膀胱壁時可誤將膀胱粘膜脫離。普通組織割下愈薄，手術後成績愈壞。R. Freund 之雙膜組成法成績頗佳。（參考四十八）



圖一百四十五

分兩層縫瘻管法。膀胱與陰道各自縫合 (Dédoublement)



圖一百四十六

膀胱陰道瘻管手術情形 (照 Küstner-Fueth)

3. Füth 氏修邊沿法 (圖一百四十六) 先將瘻管四週剪去，成一個桶形，再將此圓桶形向瘻管內部一摺，將其縫住，或不縫而專門向裏摺；陰道壁之創口則用線縫合。此法以前曾有人偶然用過，但不久又爲人所遺忘。現今用此法者又逐漸增多，成績亦良好；蓋此法不必損失多數組

織，即可以使巨大之瘻管縫合也。

4. 用子宮爲瘻管補貼法：此法包含二法，一爲 Küstner-Wolkowitsch 氏法，係將子陰段四周剪開，將子宮拉下，使健全之子宮頸前壁在瘻管下方，瘻管之前邊沿適與子宮唇縫合。另一爲 Freund Wertheim-Schauta 法，法將子宮下拉（與膀胱突起手術相同 Cystozelle），使子宮體位於瘻管之下，作球形縫合。惟事前須先使膀胱脫離，作單獨之縫合；俾子宮無需遮閉瘻管，僅將瘻管托住而已。但經此種手術後，不能生育，若尚有生育可能者，亦當將其輸卵管割斷，使其無受孕之可能。

5. 混合性前部陰道瘻管貼補法 如瘻管邊沿與恥縫及恥骨後壁結住甚劇，則欲從陰道進行手術，將膀胱及其四周結住者分開，實爲事實上所不許。此時必須從腹部（恥縫上數分）切開着手，將膀胱與骨節結住之組織分離（結住組織可下至閉孔 Foramen obturatorium），於是膀胱遂下降於中央而縮住，所有極大之瘻管之口亦互相合住，醫者可由陰道內將其縫合之。

6. 前部成形法 膀胱縱剖後，將瘻管之口修邊，再縫合之。所縫之線頭宜向膀胱腔內結束之，膀胱之切開處二三層縫法縫合之；必要時再在恥縫上端放一膀胱橡皮管，或自膀胱內將瘻管之膀胱及陰通面分開，各自縫合之。

最困難之手術厥爲該瘻管從膀胱底深入尿道內，同時膀胱之收縮肌亦受損傷。此時非特要補一穴，且須將已失去工作能力之收縮肌修好。

當然，生產時所發生，僅在特種時期始有（如在咳時、灣腰時、下脹時、笑時）而並不十分沉重之小便淋漓，無須何種切開手術。此種普通性收縮肌些微裂開或產後子宮下



圖一百四十七

錐體成形法(Pyramidalisplastik)

Bl.=膀胱 Sy.=恥縫 Py.=兩肌肉帶包圍尿道之現象。

墜致使收縮肌下拉過甚之病，不久即能自愈，小便失禁之病，當然亦能消失。

對於此種小便失禁，祇須略用收斂性液體洗滌陰道後，即可見效（如用 *Acidum salicylicum* 20, *Alkohol* 200. 每次用 30 gm. 加水一升）。又用手指形棉塞（*Tam-ponade*）浸 *Alaun-Glycerin* 1:10. 後塞入陰道，過夜取出亦可見效。最後尚可于子宮托架住，使尿道被壓，同時將子宮上提，則小便失禁之症亦可逐漸消滅。

對於此種病症施手術之時期，至早當延至產後六個月；若此時病象尚未消滅，當然須對收縮肌施手術，加以整理，整理時須將全部尿道自尿道外口至膀胱完全分開，再將收縮肌縫合成形之。若手術者經驗充足，則病者經此種手術後，即可全愈。若收縮肌破損外，尚有其他如膀胱頸、陰道、膀胱陰道瘻管者，則此種直接肌肉成形之手術尚不足以語完全；此外尚須施以某種幫助性之手術如下：

1. Stoeckel-Goebell 氏（參考四十九）錐體形肌肉成形法：法使兩錐體肌（*Musculi pyramidales*）從恥縫邊脫下，左右分開，圍住膀胱頸，使成一肌肉圈（圖一百四十七）。此種手術對重大之收縮肌破裂同時骨節亦受傷最為相宜，據 *Werhatzky* 氏報告之一百另一例中，有八至九成有永久效力，一個死於肺炎，一個死於栓塞（參考五十）。

肛門提肌成形法（參考五十一）：法使兩提肌（*M. Levator ani*）之上端分離一部份，然後將此縫於尿道壁或膀胱底，如此則瘻管縫合處尚有托住者（注意恥縫一端須尚留住）。

H. Martius 氏（參考五十二）用球形海綿肌及坐骨海綿肌之一部份肌肉造成一新尿道。此種手術經 *Nanjoks* 及 *V. Mikulicz Radecki*（參考五十三）二氏證明成績甚佳，此所成立尿道收縮力甚好。

3. 子宮插補（參考五十四）（*Uterusinterposition*）手術法（前已述及）。

因上述各法尤其為錐體形肌成形法之奏效，以前之舊的法如 *Gersuny* 氏之旋轉尿道，*Gersuny* 氏之尿道兩傍注射石蠟液（*Paraffin*）法及 *Stoeckel* 氏之收縮肌電摩法等，均已被人放棄矣。

凡在尿道或膀胱頸處施手術者，均應在恥縫下方塞膀胱管，以利小便排出；若用一導管塞於尿道內，則收縮肌之創口受壓過甚，不易全愈。法用一（*Troikart*）三角形抽針鑽入於陰核與恥縫下端間之膀胱前壁，針之中心拔出後，其外殼可代表導管，以便小便流出。

此種手術之預後全賴第一次手術之成績如何。若第一次無成績，則再施手術之成績更劣，有者且終於失去尿道，同時膀胱完全縮小，膀胱底組

織亦完全消失，癥疤組織到處結住甚緊（手術後之癥疤）。在此種情形之下，縱有最佳之成形手術者，亦難爲力矣。

但 Fritsch 氏尚有一法，該氏在肛門收縮肌之上橫置直腸陰道瘻管，將女陰封閉，小便則由膀胱經陰道而入直腸。其收縮肌可調節尿之排洩。此種封鎖陰道（Kolpopleisis）之成績，初時雖無可指摘，但不久之後，陰道即積尿成石，菌類亦上升膀胱，致使膀胱發炎；以後再上入腎臟，引起腎臟發炎，終至於死。據我們所知尙以 Coffey 氏移植輸尿管於大腸內爲最佳。

膀胱成形手術後，無需治療。總之，成形完全者可得全愈，成形不全者，一切均歸無效；事後補救手術，可謂毫無效力。長期置放橡皮通管可使膀胱常空，因此瘻管創口不致再被撕破。

若在此時小便有污濁現象，則須小心用 1：2000 之硝酸銀洗滌；但灌入之藥水不得超過五十克，強度擴張膀胱可損傷膀胱甚巨。無論置長期通管於尿道中、恥縫上、或恥縫下，均應於第八日取出。若陰道內用雙層縫法縫合，而所用之線爲絲絨，則當在第九日將該線撤去。在手術後數日即產生復發性瘻管，則醫者應即將一切縫線撤去，將長期通管之放置延長至二三星期，瘻管口由陰道塗硝酸銀油膏之紗布，此外再每日三次，長期用野菊花水洗膀胱。如此，有時不能見效之病，可變爲有效。

輸尿管瘻管亦能自動全愈，但大多皆有癥疤結住，甚至完全封閉，此時不可耽誤時間如膀胱瘻管之久，否則頗多危險。因此時可由此上升甚多之菌類，使腎臟及腎盂發炎甚劇。輸尿管瘻管之手術，絕對非縫合瘻管口所能了事，必須將該瘻管移植於膀胱之內。此事通常只能由腹腔着手，甚少從陰道着手（惟遇陰道膀胱下降或從陰道將子宮瘤癌切除後始如此）。腹部手術可於腹膜外或腹膜內爲之，一般較爲妥當者爲腹膜內手術。

方法：骨盤腹膜切開後，覓得輸尿管，在瘻管口之上端剪斷，然後再將膀胱提上縫合之；末了將該管縫住於骨盤壁。此時再將膀胱割開，使輸尿管如針之插入其內，然後再將移植處縫合。此時輸尿管之一部份完全被膀胱包圍，輸尿管瘻管之預後無論第一次或再施手術，如手術者經驗充足，可告無憂。

在腹腔內施手術時，損傷輸尿管，亦以移植方法爲最佳，如施行補縫法，易成輸尿管閉塞。若輸尿管已不能移植，則祇能將腎臟工作停止。欲使其停止工作，可將輸尿管一結或用鉗子一挾，於是小便即不能下降，腎臟可自動退化；但其唯一條件爲該腎臟必須完全健康。

移植輸尿管於腹壁或大腸內，成績非常惡劣。因移植於腹壁，可使輸尿管瘻管病者受苦非常；若移植於大腸，則大腸菌上升，易成腎臟炎。

苟不知其他腎臟之健康如何，決不能施行割去腎臟之手術。損傷輸尿管，無割去腎臟之必要。至於此種手術能否以 X 射線之治療（參考五十五）代

替，現時尚成問題。但各種方法均有複試之必要。輸尿管瘻管有時有割去腎臟之必要，例如菌類上升入腎盂而已發生腎盂炎者。因此時若再施移輸尿管手術，易使腹膜發炎，危險太甚故也。

尿臟之位置異常

尿道脫垂（參考五十六）普通為尿道粘膜內翻於尿道外口之外。有時一部份或一圈翻出，有時全部皆翻出；其外表鮮紅如顆粒瘤，與苔肉甚易混同；祇能以推回法區別其診斷（脫垂者能回歸原處）。此種尿道之外口不易覺得，有時在突起處，有時則在邊沿。最多之尿道脫垂為柔弱而萎黃之女孩及老年女子，因組織萎縮而脫垂者；此外尚有少數女子在生產時因下脹過甚而患此疾。治療時須放一長期導管，將其脫垂部份用線束住，使脫垂之一圈萎死而乾燥；線斷後，該脫垂者亦脫落。或將其週圍用剪刀剪下，然後再縫之。若將脫垂之粘膜割去，不可下拉過甚，否則粘膜上縮過度，尿道之外口亦將隨之上升，有引起尿道封閉之危險。

尿道膨出（Urethrocele）即為尿道粘膜疝（Hernia），此症大多在生產時因尿道肌肉裂傷所致。因尿道肌內裂傷而遂成一脫空處，同時粘膜受上來之脹力（大小便）而漸漸下落，於尿道陰道夾膜之中，於是成為尿道膨出（Urethrocele）。此症之徵象與膀胱膨出（Cystocele）及陰道尿道夾膜作膿性炎爛（suburethrale Abszess）相似，欲加以區別，可用導尿管通之。若為尿道膨出，導管可直入膨出之內；若為夾膜炎爛作膿，可從陰道內壓出之。對於尿道膨出，可用直接肌肉成形法整理之。

膀胱膨出（Cystocele）（彩圖三十二）即為膀胱疝（Blasenhernie），一部份學者以為膀胱疝為骨盤底之生殖器穴有損所致，另一種學者則謂施行產科手術時（用 Seanzoni 鉗鉗出時旋轉太甚）將膀胱陰道夾膜損破所致。著者以為第一種見解較為普通。據此，可知膀胱膨出為生殖器降下或脫垂一部份之現象，亦為普通之一種副現象。該膀胱之膨出必在其失落陰道前壁托住力以後而下沉，後再因小便容積增加之故，下壓力更強，甚至突出於女陰之外，陰道前壁下垂亦加劇；重者全部膀胱可脫垂於女陰之外。

若膀胱底下沉，愈在尿道內口之水平線下，則袋內積尿愈多；該袋擴大愈甚，尿道之內口萎縮亦愈甚（原來收縮肌能力愈緩弛）。此種現象發

生後，在積住之尿中，傳染菌亦聚集甚多；故極易上升傳染。但事實上因此而正式發生膀胱炎者，甚屬少數（因有新來之小便將積尿沖薄之也）。此時膀胱內容之排洩力雖比正常時缺乏，但病者不久即能學得用手將脫垂之陰道托進使積剩之小便完全排出之法；惟年老衰弱之女子缺乏此種能力，因此彼等之膀胱易患膀胱炎，甚至有多數尿石結於其中（病重者其膀胱袋裝滿尿石，如盛一袋豌豆）。

在妊娠期內，膀胱膨出大多回縮（換言之，即子宮長大，陰道口上縮，故陰道當然亦縮，該袋亦上縮）。但亦有少數女子在孕時膀胱膨出仍不上縮，此種現象亦為病勢沉重之表示，至生產時，必將發生困難。一部份病者因胎兒頭部下壓於膀胱膨出上太甚，致使膀胱破裂。

膀胱膨出與尿道膨出之區別點在膀胱膨出面積大，位於膀胱收縮肌後部。

治療方法，只有施行手術而與脫垂手術相同。在鼠蹊溝疝氣內（Inguinalhernia）有時有膀胱尖端落入，而醫者可以在割疝手術時及施用（Alexander-Adam）氏手術時將其損傷。有時膀胱突出於恥縫之間，致該處在施割開恥骨手術後（Hebosteotomie）無法再行吻合。

膀胱位置移向上方者多，向旁者少。此種移位，大多因肌瘤關係所致，少數為卵巢瘤所致。惟此種移位對於排洩小便並無何種阻礙。

通常不易見而頗多趣味者，為膀胱位於闊韌帶之內（參考五十七）。此時膀胱可疑為卵巢囊腫，在受孕時可使胎兒處於橫位。

因手術而致膀胱移位者，以繫住陰道之膀胱苦痛為最多。因子宮底時向膀胱後壁鑽動故也（由此可成為多尿及膀胱壁之慢性刺激）。（圖二百四十二）子宮插補於膀胱之固定陰道手術最為困難，蓋膀胱移位甚劇故也。此種子宮完全位於膀胱之下，而將膀胱全部提起後開始時對於膀胱，尚略有官能上之阻礙，以後若成習慣，即無何種不適。

輸尿管在闊韌帶內能被瘤腫（肌瘤卵巢瘤）壓住，同時亦可移遷；但此種移遷於事實無關，惟在手術上稍有進出而已。

若輸尿管入膀胱而無出口或輸尿管狹窄，則此管漸漸突出於膀胱之內，隨輸尿管之擴大及收縮成為一活動性之輸尿管囊腫。最應注意者為患有輸尿管石及輸尿管縮小者之輸尿管痙攣，有時能誤診為蚓突腸炎，胆束炎，或卵巢炎、子宮後折等。對此，僅能藉X光區別之。自動性之輸尿管石

能下降,某種水中洗腸浴(Subaqualer Bod) (Payr 氏)可得頗佳之成績。在痙痛時,可用嗎啡(Morphium 0.02)及 Papaverin 皮下注射止之,但此種痛苦殊為厲害。

參考一 Bömninghaus-Zeiss, Die Erkrankung der Harnorgane im Röntgenbild J. A. Barth, Leipzig 1933.—Casper und Picard, Lehrbuch der urologischen Diagnostik G. Thieme, Leipzig 1930.—Fritsch, H., Die Erkrankungen der weiblichen Blase, in J. Veit, Handbuch der Gynaek. 1 Auflage. J. F. Bergmann Wiesbaden.—Joseph E. Lehrbuch der diagen. u. operat. Zystoskopie 2 Aufl. J. Springer, Berlin 1929.—Joseph u. Perlmann, Harnorgane im Röntgenbild 2 Aufl. G. Thieme Leipzig 1931.—Kermauner Fr., Die Beziehungen zwischen dem Harnapparat und den weiblichen Geschlechtsorganen in v. Frankl-Hochwart, v. Noorden u. v. Strümpell, Die Erkrankungen des Weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin A. Hölder 1912, Wien.—Knoise, Handatlas der Zystoskopie 2 Aufl. G. Thieme Leipzig 1926.—Latzko u. Schiffmann, Erkrankungen des weiblichen Harnapparates, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes. Bd. V. 4.—Lichtenberg-Voelcker-Wildbolz Handbuch der Urologie, J. Springer, Berlin 1927. Ringleb, O., Lehrbuch der Zystoskopie, J. F. Bergmann, Muenchen 1927.—Stoeckel W., Chirurgie der weiblichen Harnorgane, in Garré, Kuettner u. Lexer, Handbuch der praktischen Chirurgie. 6 Aufl. F. Enke Stuttgart 1926.—Stoeckel, W., Die Harnorgane in der Schwangerschaft während der geburt u. im Wochenbett- in A. Doederlein, Handbuch der Geburtshilfe 2 Aufl. J. F. Bergmann, München 1923.—Stoeckel, W. Lehrbuch der gynaekologischen Zystoskopie und Urethroskopie 2 Aufl. A. Hirschwald Berlin 1910.—Stoeckel W. Atlas d. gynaek. Zystoskopie, A. Hirschwald Berlin 1908.—Stoeckel, W., Gynaekologische Urologie, in Stoeckel-Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. X.—Zangemeister, Beziehungen der Erkrankungen der Harnorgane zu. Schwangerschaft Geburt, u. Wochenbett. Verh. Utoch. Ges. Gynaek. in Halle 1913. J. A. Barth, Leipzig.

參考二 Mansfeld, Mschr. geburtsh. 1912 Bd. XXXVI.

參考三 Krömer, P. Z., gynaek. Urol. 1909 Bd. I.—Latzko, W., Wien. klin. Rdsh. 1900, No. 37. Mirabeau, S. Z. gynaek. Urol. 1909, Bd. I.

參考四 Voelcker B. V. Lichtenberg, Münch. med. Wschr. 1906.—V. Lichtenberg Z. urog. Chir. Bd. VIII.—V. Lichtenberg u. Swick. Klin. Wschr. 1929, No. 45.

參考五 Joseph, E. u. J. Pechmann, Die Harnorgane im Röntgenbild. G. Thieme, Leipzig 1931 Ottow B. Zbl. Gynaek. 1930, No. 40.

參考六 Gruber, Entwicklungstörungen der Niere, Harnleiter u. Harnblase, in Lichtenberg, Völcker u. Wildbolz Handb. d. Urologie Bd. III, Weitere Lit. S. 42.

- 參考七 Teller R., Z. Geb. 1908, Bd. LXII.
- 參考八 Keibel, Arch. Anat. u. Physiol., 1896, Anat. Abt.
- 參考九 Enderlen, Arch. klin. Chir. Bd. LXXI und Blasenektomie Wiesbaden 1904.
- 參考十 Ottow, Mschr. Geburtsh. 1919, Bd. XLIX.
- 參考十一 Heinsius Zbl. Gyn., 1931 No. 6.
- 參考十二 Makkas Zbl. Chir. 1910.—Mayer, A., Zbl. Gyn. 1927 No. 30.
- 參考十三 Haselhorst, Zbl. Gyn. 1927 No. 6.—Herfort, Zbl. Gyn. 1927, No. 9.—Meyer R. Virch. Arch. 1907, Bd. CLXXXVII.
- 參考十四 Hartmann, J. P., Z. gyn. Urol. 1914, Bd. IV.—Meyer, R. Z., Geburtsh. 1902, Bd. XLVII.—Ottow, Zbl. Gyn. 1930, No. 51.—Perlmann, Z. Urol. 1929, Bd. XXXII.—Thom., Z., Urol. 1928, Bd. XXII.
- 參考十五 Stoeckel, W. Z., Geburtsch. 1930, Bd. XCVIII.
- 參考十六 Geipel u. Wollenberg, Arch. Kinderheilk., 1904, Bd. XI. Hartmann, T. Z., Gyn. Urol. 1911, Bd. II.—Kehrer, Zbl. Gyn. 1926, No. 14.—Pietkiewicz Z. gyn. Urol. 1911, Bd. II, Simon, M., Zbl. Gyn. 1905, No. 3.
- 參考十七 Martius, Zbl. Gyn. 1927, No. 16.
- 參考十八 Stephan, S. Z. gyn. Urol. 1912, Bd. III.
- 參考十九 Savor Hegars. Beitrag. Geburtsh., 1899, Bd. II.—Schenck und Austerlitz, Prag. med. Wschr. 1899, No. 17.
- 參考二十 Halban, Wien, klin. Wschr. 1902, S. 1270.—Nürnbergger, L. Zbl. Gyn. 1929, No. 6.
- 參考二十一 Hannes, Z. gyn. Urol. 1911, Bd. II.—Tandler und Halban Arch. Gyn. 1904, Bd. LXXIII.
- 參考二十二 Matyas, Zbl. Gyn. 1935 (Goldberger).
- 參考二十三 Jaeger, Z. gyn. Urol. 1912, Bd. III.—Knorr, R. Z., Gyn. Urol. 1911, Bd. II.—Linzenmeier, Zbl. Gyn. 1921, No. 30.—Wertheim, Z., Geburtsh. 1897, Bd. XXXV.
- 參考二十四 Picard, Arch. klin. Chir. Bd. 115 (Cytotropin).—E. Vogt., Zbl. f. Gyn. 1921 (Urotropin).
- 參考二十五 Heinrichsdorff, Zbl. Gyn. 1920, No. 39.—Kleinwächter, Z. Geb. 1894, Bd. 28.
- 參考二十六 Aibeck, Z. Geburtsh. 1907, Bd. LX.—Böminghans, Erg. Chir. 1926, Bd. XIX.—Käuenbach, Arch. Gynaek. 1871, Bd. III.—Opitz, Z. Geburtsh. 1912, Bd. LV.—Stoeckel, Z. gynaek. Urol. 1909, Bd. I, und Münch. med. Wschr. 1924, No. 9, und Z. ärztl. Fortbildg. 1927.
- 參考二十七 Knorr, R., Z. Geburtsh. 1905, Bd. LV; Zbl. Gynaek. 1927, No. 19.
- 參考二十八 Sachs, E., Zbl. Gynaek. 1928, No. 24.
- 參考二十九 Baisch, Z. gynaek. Urol. 1909, Bd. I.—Holzbach, Z. gynaek. Urol. 1909, Bd. I.—Linzenmeier, Z. gynaek. Urol. 1911, Bd. II.—Stoeckel,

Mber. Urol. 1902, Bd. VII, und in Döderlein, Handbuch der Geburtshilfe, Bd. III, J. F. Bergmann, München.

参考三十 Langes, Z. gynäk. Urol. 1912, Bd. III.—Mirabeau, Mschr. Geburtsh. 1911, Bd. XXXIII, S. 197.—Stoeckel, Zbl. Gynaek. 1901, No. 40, und Beitr. Klin. Tbk., Bd. I, H. 2.—Wildbolz, Chirurgie der Nierentuberkulose. Neue dtsh. Chir. 1913, Bd. VI, und Tuberkulose der Harnorgane, in Lichtenberg, Voeleker und Wildbolz, Handbuch der Urologie, Bd. IV.

参考三十一 Stoeckel, Zbl. Gynaek. 1918, No. 41.

参考三十二 Groslik, Z. gynaek. Urol. 1912, Bd. III.—Stork, Zbl. Gynaek. 1919, No. 12.—Weidlich, Zbl. Gynaek. 1910, No. 20.—Werth, Die extrauterine Schwangerschaft, in V. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe, Bd. II. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1904.—v. Winckel, Slg. klin. Vortr., N. F., 1890, No. 3.

参考三十三 Cassanello, Z. gynaek. Urol. 1909, Bd. I.—Zurhelle, Z. gynaek. Urol. 1911, Bd. II.

参考三十四 Heller, Z. Urol. 1913, Bd. VII.—Ottow, Zbl. Gynaek. 1929, No. 4).

参考三十五 Lange, M., Z. Geburtsh. 1903, Bd. XLVIII.

参考三十六 Moraller, Arch. Gynaek. 1930, Bd. CXIII.—Ottow, B., Zbl. Gynaek. 1921, No. 10.

参考三十七 Ehrendorfer, Arch. Gynaek. 1899, Bd. LVIII.

参考三十八 Volbracht, Zbl. Gyn. 1936, No. 50.

参考三十九 Zangemeister, W., Arch. Gyn. 1901, Bd. 63.

参考四十 de Backer, Strahlenth. Bd. 25, 1927.

参考四十一 Ottow, B., Zbl. Gyn. 1929, No. 49.—Frommolt, Zbl. Gyn. 1932, No. 28.

参考四十二 Knorr, Z. Gynaek. Urol., 1912, Bd. III.—Ludwig, Festschr. f. Chrobak. A. Hölder, Wien 1903.—Ottow, Zbl. Gynaek. 1930, No. 24.—Stoeckel, W., Zbl. Gynaek. 1907, No. 1 und No. 37.—Wagner, G. A., Z. Geburtsh. 1907, Bd. LIX.—Zangemeister, W., Mschr. Geburtsh. 1914, Bd. XX, Z. Gynaek. Urol. 1914, Bd. IV.

参考四十三 Dennig, Die Innervation der Harnblase. J. Springer, Berlin 1926.—Spiegel, Verh. dtsh. Ges. Urol. 1930, Bd. IX.

参考四十四 Fritsch, in J. Veit, Handbuch der Gynaekologie, 1 Aufl. J. F. Bergmann, Wiesbaden.—Füth, Arch. Gynäk. 1918, Bd. CIX.—Küstner, Z. Geburtsh. 1903, Bd. XLVIII, und 1910, Bd. LXVII.—Stoeckel, W., Mschr. Geburtsh. 1907, Bd. XXV.—Wolkowitsch, Zbl. Gynaek. 1901, No. 43.

参考四十五 Asch, R., Berl. klin. Wschr. 1908, S. 1804.—Franz, K., Z. Geburtsh. 1903, Bd. III, u. 1914, Bd. IV.—Poten, Zbl. Gynaek. 1920, No. 16.—Stoeckel, W., Ureterfisteln und Ureterverletzungen. Breitkopf und Härtel, Leipzig 1900; Arch. Gynäk. 1902, Bd. LXVII; Z. Geburtsh. 1912, Bd. LXXI;

Z. Gynaek. Urol. 1912, Bd. III.

參考四十六 Ottow, Zbl. Gynaek. 1927, No. 6.

參考四十七 Martius, Z. Geb. Gynaek. 1932, Bd. CIII.

參考四十八 Freund, Zbl. Gynaek. 1926, No. 18.

參考四十九 Frangenheim, Festschr. z. Feier d. Akademie in Köln. Marcus und Weber, Bonn. 1915.—Goebell, Z. Gynaek. Urol. 1911, Bd. I.—Stoeckel, W., Zbl. Gynaek. 1917, No. 1 und 1921, No. 1.

參考五十 Werhatzky, Zbl. Gynaek. 1935, No. 9.

參考五十一 Franz, R., Wien. klin. Wschr. 1919, No. 17.

參考五十二 Martius, H., Zbl. Gyn. 1928, No. 8.

參考五十三 Caffier, Ber. Geb. Gyn. 1934, Bd. 27.—Nanjoks, Zbl. Gyn. 1933, No. 20.

參考五十四 Hofmeier, M., Zbl. Gyn. 1906, No. 29.

參考五十五 Heim, K., und Klink, Zbl. Gynaek. 1930, No. 40.—Klein, P., Zbl. Gynaek. 1928, No. 24.—Stoeckel, W. Mschr. Geburtsh. 1931, Bd. LXXXVII und Zbl., Gynaek. 1935, No. 10.

參考五十六 Kleinwaechter, Wien. med. Presse 1895 No. 46.—Lachs, Festschrift für Chrobak. A. Hölder, Wien. 1903; Z. Geburtsh. 1891, Bd. XXII, und 1904, Bd. LII.

參考五十七 Sachs, E., Mschr. Gebutsh. 1922, Bd. LX. Voigt, J., Z. Urol. 1910, Bd. IV.

第八篇 月經與月經異常(參考一)

月經 Menstruation (Eumenorrhoe) 月經爲一循環之現象，自發生時起，至乾經時止，每隔三至四星期回復一次。其惟一之表現爲生殖器出血。凡行經之女子，吾人名之曰成熟之女子。

過去一般均以爲月經乃一單純變化，該時期爲各內臟不清潔液體之排洩時期。自科學昌明以後，此種神祕之解說已逐漸進步。吾人於今日已知道排卵未必有月經，但決無不排卵而有月經者。

至於其中最重要之知識，則尙爲近年來應由解剖組織在排卵時、行經時作順序研究所得之結果。

據 Pflüger 氏(參考二)云：在卵泡成熟擴大時，卵巢神經即受刺激；神經受刺激時，生殖器即有充血之現象；於是子宮內膜脹大；迨至卵泡脹大破裂，子宮亦即出血；換言之即發生月經與排卵也。此種想像，殊無解剖上可靠之根基，故 Knauer 氏(參考三)與 Halban 氏(參考四)頗加反對。彼等於獸類體內證明，若將卵巢移於別處，子宮仍能出血而有月經；換言之，即移開後之卵泡雖已不能壓制卵巢神經，亦有產生月經也。

以後 Gustav Born 氏發明在黃體中有一種內分泌之腺體，未幾其弟子 L. Fränkel (參考五)最先指出黃體內之黃體液爲供給子宮內膜而使內膜長大之物質。嗣後 Hirschmann 氏及 Adler 兩氏(參考六)更有最重要之發明，證明子宮內部絕對無正式安定之時候，卵巢亦然。卵巢內完成使卵泡成熟之工作後，即刻繼續退化工作；在子宮內，至子宮內膜增長後，亦即從事退化工作；故子宮及卵巢無時不從事生長與消滅之循環工作。彼等復將子宮內膜予以順序上之(自月經期至月經休息期)檢驗，獲得非常可驚之結果。即發見子宮內膜有時多有時少，與月經循環相呼應；此種月經之反應亦即子宮內膜脹大之理由，凡四星期更換一次。此種發現，實爲最近五十年來解剖學上之創舉。自上述兩氏在子宮內膜內發見不顯變化之後，Robert Meyer 氏(參考七)又在黃體內發現各種變化。此種變化在過去雖已爲人所知，但首倡順序之解說者，實爲 Meyer 氏。

最後最重要之發明爲 Robert Schröder 氏所完成。在此項發明未完成以前，一般用肉眼觀察子宮內膜時，似乎在出血時已經完全損壞；雖曾有 Karl Ruge 氏用顯微鏡檢查月經後之子宮內膜，但結果亦以爲子宮內膜並不變異，月經時所出之血因內膜病而致。當然，此種見解與正常時出血之份量，均不能使人了解。於是 Robert Schröder 氏復將子宮內膜各時期施以順序之檢驗，始知月經前繁殖甚劇之子宮內膜之內部份(所謂官能層者)(Funktionalis)在行經時完全排洩於外；反之靠近子宮肌肉層之內膜即所謂底層者(Basalis)，永久不起變化。

從此以後，吾人方從解剖上知悉排卵為自卵子成熟至黃體衰亡之繼續性循環現象。月經為自從子宮內膜增長至子宮內膜一部份脫離之繼續性循環現象。因排卵與月經本有相互密切之關係，故今日吾人已不稱排卵與月經，而稱為卵巢月經循環 (ovariell-mensuelle Zyklus) 或簡稱為循環 (經規) (Zyklus)。

卵巢與子宮內之變化有並行線三條曰：

- (1) 卵子自成熟開始至排入輸卵管內。
- (2) 舊卵床 (即卵子脫離後) 內建設及消滅工作 [卵巢內顯氏泡、(Graaf'scher Follikel) 黃體]。
- (3) 新卵床 (即待卵子者、此為子宮內膜) 內建設及消滅工作。

1. 排卵與運卵

在初生胎兒之卵巢中，有無數原始卵泡(圖十四)，每一卵泡中祇有一卵子細胞以及包圍該細胞之單層卵泡上皮。此種原始卵泡祇有極小部份趨向成熟。在成熟時，卵泡上皮繁殖為多層。此層又分為多血管層 (Theca interna 內卵泡膜) 及堅硬層 (Theca externa 外卵泡膜)。上皮細胞所溶化及卵泡膜血管所挾出之液體互相混合，組成為濾泡液 (卵泡液 Liquor

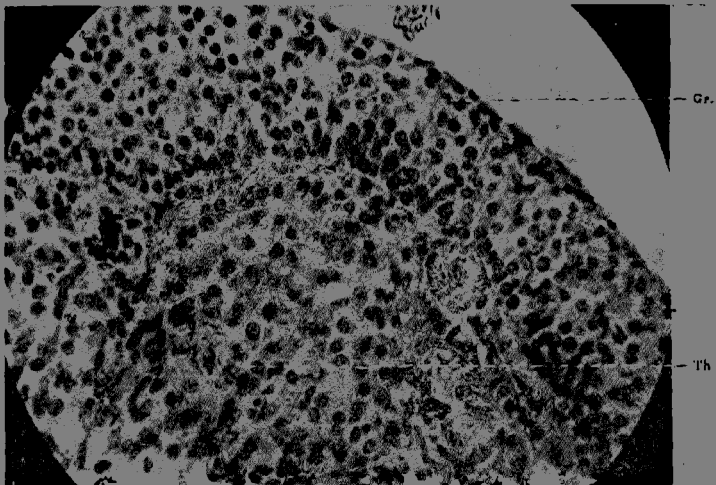


圖 一 百 四 十 八

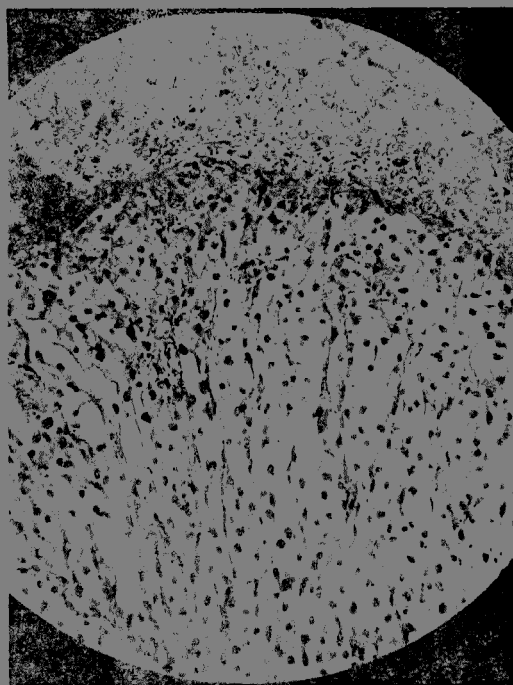
黃體增生時期 Gr. = 粒顯黃體細胞 Th = 卵泡膜黃體細胞

folliculi)。此種液體漸漸增加，將粒膜膜之上皮細胞漸漸壓至邊沿四壁，祇有一處有多數泡細胞堆住（泡細胞堆 Cumulus ovigerus），將卵子周圍圍住（圖十六）。在卵泡液不斷增加時，Graaf 氏卵泡逐漸向卵巢邊沿進展，致卵巢略微向外突起（視前），同時卵泡膜細胞領導於前（Theca Kell 泡膜錐（L. Stropmann 氏），卵巢外層即所謂白膜（Albuginea）者受卵泡之侵壓而漸漸變薄，終於破裂（即卵泡破裂）；於是卵子與粒膜細胞順卵泡液流出（排卵 Ovulation），落入於腹腔

之內。至於有多少卵子落入腹腔內，或溶化而被白血球吞食，或被伸入腹腔內之輸卵管纖吸入，吾人至今尚未明證，大約以最後一種為最普及。Dyrolf（參考八）氏在月經休息期內，每日用 X 射線攝輸卵管之影，結果得一種結論，謂輸卵管之纖在卵泡將破時，亦擴張其大小如手之纖以備在卵泡破裂後吸收卵子。

如卵子不受孕，則在經過輸卵管入子宮時之過程中死亡而溶化；若遇精蟲而受孕，則卵子細胞即分析而發展，然後寄生於已為該種卵子準備成熟之地方。

對於人類，吾人所知者極少，僅能將試驗獸類所得之經驗借用於人類體上；此舉當然須萬分十分小心，否則即有結果完全錯誤之虞。Allen 氏（參考九）與其同事 Lowry 氏（參考十）曾用有順序之工作方法將藉手術割去之生殖器官細檢查，獲得幾個正在兩極而完整之卵子及已退化之人類卵子；彼等以為此種卵子極易死亡，但 Dyrolf 氏（參考十一）反對其說。



圖一百四十九

黃體（血管成形細胞）

2. 舊卵床之變化

卵泡破裂以後，泡內出血而充滿泡腔。此時粒顆膜之上皮細胞亦開始繁殖，成爲黃體(Corpus luteum)。(圖十七及一百四十九)

此種黃體之生長經過有三時期曰：增生時期 (Proliferation)。血管成形時期 (Vascularisation) 亦名繁盛時期 (Blütezeit)。退化時期 (Rückbildung) 茲將其說明如下：

已合住卵泡內之底層上皮逐漸直接分析而增加，較前長大數倍，名曰增生時期 (Proliferationsstadium) (圖一百四十八)。

此種上皮細胞逐漸包含黃色素而成爲黃體細胞，其中有甚多血塊結物、原形質及破碎黃體細胞之核，在內藏層產生甚多結締組織以及細小血管，均輪流行於上皮細胞之中。此即所謂血管成形時期 (Vascularisationsstadium)，亦即黃體最繁盛之時期 (圖一百四十九)。該時黃體細胞擴大加多，因此向內生長之黃體細胞形成甚劇之綫紋，名曰黃體沿 (Luteinsaum)。若全部細胞均被血管經過，則在黃體細胞之表層產生一甚嫩之結締組織



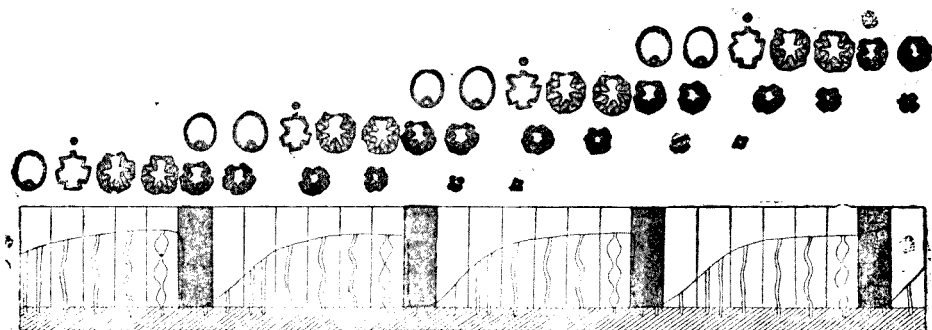
圖 一 百 五 十
黃體 (黃體沿褶皺時期)

膜（揭蓋時期）；同時中央之黃體核亦趨向結締組織化。上皮細胞沿日漸加厚時，黃體之最盛時期已至極點（圖一百五十），此時泡腔內之情形完全與方破胞時之卵泡不同，已成立一內分泌之腺體（Boru 氏謂該腺體液由絨毛血管所分散）。

(c) 卵子死亡以後，黃體亦趨退化，黃體細胞發生變化，結締組織變成透明蛋白（hyalin）形質，內部遂形成一結締組織之癥疤，名曰結締組織體（Corpus fibrosa）。最後一切均透明蛋白（hyalin）化，成爲白體（Corpus albicans）（圖十八）。

3. 新卵床之現象

子宮內膜作正常循環時，亦有三時期（R. Schröder）。曰：（a）增生時期（proliferative Sphase）。（b）排液時期（Sekretionsphase）。（c）脫屑時期及再生時期（Desquamations-X Regenerationsphase）（圖一百五十一）。



圖一百五十一

正常月經循環表 上端爲卵巢正常循環情形。粒顆膜工作時期色灰，退化時期色黃 下端內膜循環變遷情形，有斜線者爲底膜，在其上爲工作層，直線代表時間，每四日一格，灰黑之格爲出血時期（照 R. Schröder 氏取自 Lehrbuch der Gynaekologie）。

(a) 增生時期：自月經終止日至月經休息中期（月經後十日，月經循環之第五至第十五日）。此時期適與卵子成熟至排卵時期符合。在子宮出血以後，低矮之底層上皮均顯現於子宮內膜之上層，具有短狹而直之腺體（圖一百五十六）。此層細胞開始逐漸生長至四倍之多，腺體之上皮分析甚速，其形狀在開始時僅作直線形，至九至十日後，逐漸成螺旋形，同時

內腔亦擴大（圖一百五十三），惟尚無排液。

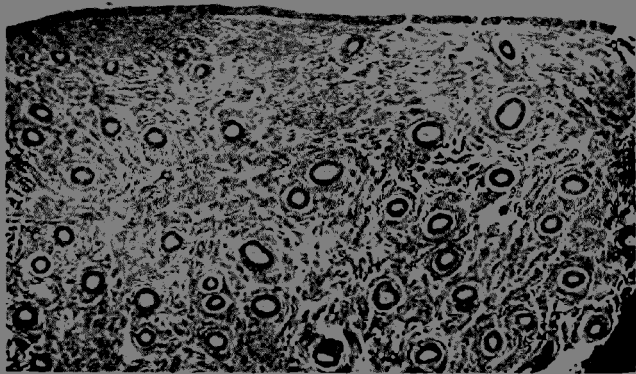


圖 一 百 五 十 二

子宮內膜休息時期經後第六日（顯微鏡攝影五十倍放大）

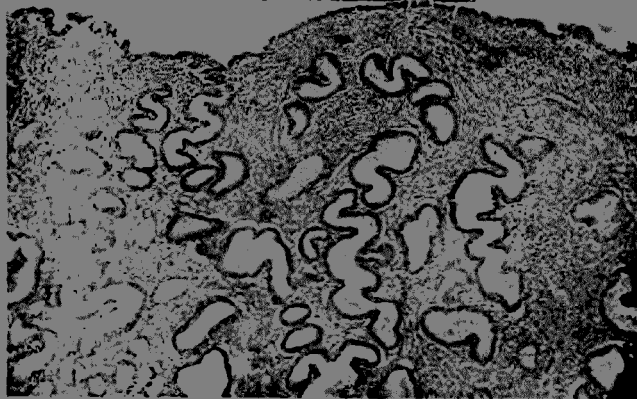


圖 一 百 五 十 三

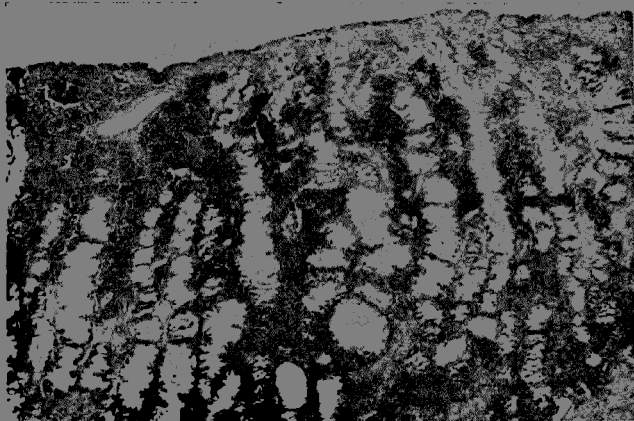
子宮內膜增生時期，其中腺體開始彎曲及擴大（顯微鏡攝影五十倍放大）。

(b) 排液期：自第十五日至二十八日即自排卵至出血時，腺體之螺旋形化日漸增加，內腔日漸擴大，腺體上皮細胞腫脹，原在中央之核漸向底層移動。在十九日至二十日中，排液開始明顯化。因腺體上皮之面積增大，腺腔亦因之放大，同時結締組織腫脹，底層細胞則類如蛻膜細膜（預孕結膜）（圖一百五十四）。此時結膜上層表面緊而硬，下層深處則鬆而軟，在腺上皮及底層細胞內，有糖元（Glycogen）儲存。此種成爲卵子巢穴之結膜，長約 4—6 毫米（R. Schröder 氏）。



圖一百五十四

子宮內膜懷孕時期 螺旋形脈體，排液甚顯明（顯微鏡攝影二十倍放大）。



圖一百五十五

子宮內膜月經開始時期 粘膜內有血液侵入（顯微鏡攝影五十倍放大）

(c) 脫屑時期及再生時期：卵子死亡以後，第三期即行開始（第一至四日月經期）。此時在表面之緊層或名官能層中，聚集甚多白血球，其中毛細血管亦擴大甚劇。此時血管破裂，出血於向子宮腔方面之粘膜組織內（圖一百五十五）（即官能層是也）。於是該表面層（緊層）漸被白血球及腺體液所排洩之酵母（Ferment）所化而脫離（圖一百五十六），

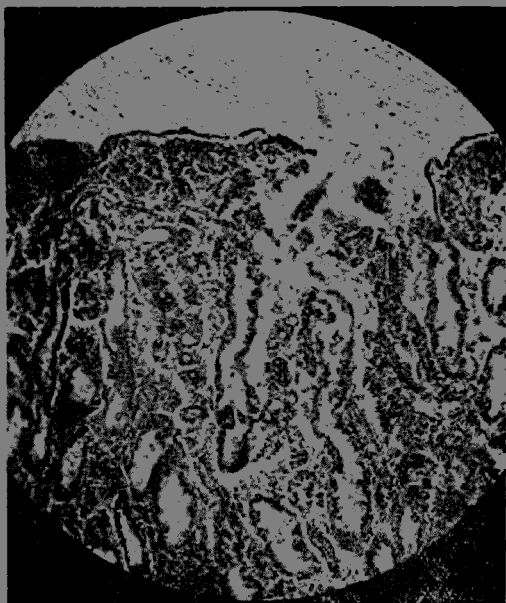


圖 一 百 五 十 六

子宮內膜在月經時期 表層上皮已消滅工作層內多被血液侵佔



圖 一 百 五 十 七

子宮內膜在工作層排洩以後

血與腺體液及破損細胞均向外流出，惟底下離子宮最近之一層即所謂底

層者存在（圖一百五十七）。此外尚有遺下之腺體底現已重新生長，上皮細胞已將創口之表皮遮蓋，第二次循環又開始矣。

子宮頸之粘膜不隨此種循環而變異，子宮峽之粘膜則稍有變異。子宮肌肉之膨脹力受卵巢循環之影響甚劇（G. K. F. Schultze 氏）（參考十二）。

陰道與輸卵管（參考十三）（視前）之粘膜，在解剖上有循環之無氈毛之細胞，在月經以前浮腫，且排洩粘液。在正常情形之下，無輸卵管月經。（視後）Ottow 氏在剖腹施避孕手術時，曾見月經之血自輸卵管流入腹腔（參考十四）。

女陰、陰道與子宮之週圍組織（如子宮附近結締組織及各子宮韌帶）均充血。在月經前乳房腺內，腺體組織亦稍浮腫（Polano 氏 Rosenberg 氏），有時竟排出如原乳形之液體（視後）。

至於人類有否無排卵之月經，一如美國學者及 Tietze 氏與 Knaus 氏在猿類體內獲得之結果，尚需切實之證明。

卵子成熟，卵子運輸與新舊卵床之變異在時間上及原理上之關係（參考十五）。

循環現象之時間關係以 Robert Meyer 氏之研究為最詳，彼藉顯微組織檢查，子宮內膜成為預孕粘膜之各時期及黃體之進展情形作為解剖上之根據，而得下述各種生物性之方式（圖一百五十一）。

1. 卵子成熟至排卵時期，與子宮內膜增生期（預熟期）相同。
2. 新熟卵子運輸時，卵巢內黃體發展最盛，與子宮內膜排液期相同。卵子保持生命愈長，卵巢及子宮之現狀維持亦愈久，其他卵子均不成熟，一切力量均供給舊卵床及新卵床之發展；換言之，卵子不死，黃體之粒顆上皮繼續生長及繁盛，子宮內膜亦不斷排液。
3. 卵子死亡以後，黃體退化（乾燥）子宮預孕內膜亦退化（預孕內膜壞死排出，月經來潮）。

故月經非正式之生理現象，乃不受孕卵子之流產，即妊娠失敗現象也。此種現象為人類文明之特徵，為原始民族所缺乏者，一蓋彼等不知節制子女之繁殖，凡女子均在成熟之年，苟不在妊娠時期，即在產褥時期或哺乳時期。

月經來潮時，乃卵子死亡之結果，在兩次排卵之間（L. Fränkel 氏）（非如以前所云，月經即在排卵時也）。

據 R. Meyer 氏之研究排卵之日期，在經後第十八至十九日，R. Schröder 氏則謂在十四至十六日，Allen 氏則謂在十二至十四日之內。

4. 如卵子已受孕，則所有一切之力均加倍發達，黃體繁盛更劇，至妊娠四月後始止。子宮內之預孕粘膜則成長而變為妊娠蛻膜 (Decidua graviditatis)。換言之，即本來之子宮內膜現已加倍成長矣。

至於此種繁殖之原因，乃在絨毛細胞所產生之內分泌，經卵巢而轉達於子宮 (Philipp 氏) (參考十六)。

迨卵子與母體結住堅固，母與子各個之血液循環已建築完成時 (即胎盤組織形成以後) 則蛻膜及黃體之工作亦已完畢而漸趨退化。

至於子宮出血，可因黃體失其效力而在每個循環期內發生 (最多在十五至二十一天)。若施行手術過早，則出血後第二月經常不準期，但此現象具有循環性 (Hellner 氏)。

有時卵子之生存不需黃體之保護 (例如在妊娠四個月時，雖將卵巢全部割去，也可無損)。

至於此種循環之原始主使者為卵子細胞。那當然毫無疑點，有些學者謂卵子乃是其中之總指揮，據 Robert Meyer 氏云：此種卵子在解剖上及進化史上，均有相當而頗有效率之影響。

卵子之母細胞即為性細胞，在早期時即與有成孕希望之卵子不同；其一部份已歸入生殖腺體之內，由此再移入卵組織之內，與本體之顆粒細胞 (來自間腔上皮) 混合，包圍該卵子細胞，惟卵子之幸運是從。若該卵子不幸死亡，則該種細胞亦被迫而隨之俱亡 (卵泡封閉 Follikelatresie)。如卵子趨向成熟，則此種細胞亦隨之繁增。若成熟之卵子排出於外，則該細胞即長成而變為黃體細胞。若成熟之卵子死亡，則黃體亦與之俱亡 (脂肪化)。若成熟卵子受孕後繼續生長，則黃體亦隨之而發展。換言之，解剖上有多數證據足以證明卵子有偉大之力量隱蓄其間，其魄力非特近處受其影響即遠處亦受其影響也。

故惟有卵子成熟，可使循環正常及順規。若排卵正常，則子宮之預孕粘膜發展亦正常，若排卵不正常，則子宮內膜發展亦不正常。

若卵子細胞循環經過最重要者，則彼果有何種力量可使遠近均受其影響乎？據吾人之理想，彼必藉內分泌之力量隨意變化卵巢及子宮之工作。惟此種理想有一難點，即其數量問題是也。卵子細胞雖極大極純粹，且為工作最多之細胞，但其內分泌殊不能使兩臟發生如驟然之變化；非有幫助者不可。於行將成熟時，其幫助者為泡囊細胞；在排卵後，其幫助者為黃體細胞。彼等之供給完全隨卵子之生死而定。於是扶助者分泌甚多之好而蒙，供給子宮內膜生長，以便造成新卵床；同時彼等復盡力完成卵子健全之營養地，且將卵子保護之。末後將彼等一切工作交與胎盤，令其繼續保護及營養卵子，直至妊娠終了。

下述之關係，吾人已可斷定：

1. 卵子死亡，黃體死亡，子宮出血。

2. 卵子發展，黃體生長，子宮內膜生長。

黃體爲子宮粘膜炎之保護者，亦爲卵床及卵子之保護者，如黃體早期死亡，則子宮粘膜炎期亦早期停止，月經亦必早期來潮。

據吾人所知，卵巢內至少有二種內泌素（參考十七）：

1. 濾囊液（即卵泡液 Follikelhormon）亦名 Follikulin, Östrin, menfonnon 等等能使子宮內膜生長（Proliferation）。欲加證明，可用已除卵巢之雌鼠作生物試驗 Allen 氏。（參考十八）將此種液體注射於鼠體內後，該鼠即進入熱戀（Östrus）時期；在其陰道內，有上皮細胞排出，成爲堆塊。但此種濾囊液並非卵巢所專有，在胎盤內亦能產生，在植物及煤中均有（Aschheim 氏）。現今亦可將其純粹提煉而成水晶形（Doisy 氏 Butenandt 氏）。

此種濾囊液與癌性物質（kanzerogens Stoffe）在化學方式上非常相似，因此有人懷疑，以爲爲用濾囊液後，將來能產生癌腫，惟經 Kaufmann 氏（參考十九）用動物實驗，證明此種憂慮毫無根據。

2. 黃體分泌素（Corpus-luteum-Hormon）能使子宮內膜趨向排液時期，使其充血甚多（另名 Lutin, Progestin, Luteogan, Proluton）。此種內泌素停止時，即爲月經來潮時期（C. Kaufmann 氏）。（參考二十）欲加證明，可用已除卵巢之家兔子宮粘膜炎作生物試驗（Corner 氏），未熟之家兔亦可（Clauberg），或用無腦垂腺後葉液影響能力之子宮肌肉（Knaus 氏）（參考二十一）。在各種生殖腺中，僅有黃體液爲性之專門內泌素，亦爲生殖器之專門內泌素，故在他種內臟內不能發見，即胎盤內亦無此內泌素（Philipp 氏）（參考二十二）以爲只在卵巢之黃體內有之，而 Ehrhardt 氏（參考二十三）則懷疑此說。

Butenandt（參考二十四）氏已能用人工造成此種黃體液。如此，在價值上可以便利多多，故在應用上亦能擴大。至於其化學方式，頗與濾囊液之化學方式相近。

C. Kaufmann 氏（參考二十五）曾將上述關係試驗於人體上。彼將濾囊液及黃體液接連（依照上述次序）注射於截去卵巢之女子身上使其子宮內膜發展，作類如月經之破裂及出血。

且事實亦證明非卵巢內泌素之單獨作用，全身之內泌素，每一軀體之細胞，都須相互合作，然後始能完成全部工作。若缺一種內泌素，等於音樂隊中缺一樂器，其所奏之樂曲即不能悅耳。同樣，在人體內既有一部份失去作用，則全身亦必感受影響；一部份內分泌之缺少，其他部份即有過多之弊。且吾人應知相當之現象，必須有一羣之內分泌腺合作始可完成。

即就月經循環而論，據 B. Zondek 氏 Aschheim 氏（參考二十六）（1926）及英國 Ph. E. Smith 氏（1926）（參考二十七）（兩者同時完成）之報告，腦垂腺前葉內泌素亦有相當之影響（根據動物試驗，已經完全證實）。

試驗之標本爲幼鼠，法將腦垂腺前葉移植於該幼鼠身上，於見幼鼠內之卵巢即行長大，

且卵泡腔內亦出血（血斑點），成爲類似黃體之類。其餘之內腺移植除胎體外，均不能產生此種現象。惟腦垂腺前葉內泌素始能刺激卵巢，使卵巢產生卵泡，而有濾囊液（視上）。於是該種幼鼠遂進至熱戀時期。

B. Zondek 氏對此種腦垂腺前葉內泌素稱爲（Prolan）性工作之主使者。據該氏之研究，謂在前葉內有二種對卵巢發生作用之內泌素（或許從該前葉體之鹼性及酸性細胞（basophile eosinophile Zellen 所產生），一種爲使卵泡生長之內泌素（Prolan A），另一種爲使黃體成立之內泌素（Prolan B）。前者能使卵巢內之卵子成熟，卵泡發展排洩濾囊液；後者能使黃體成立，排洩黃體內泌素 Aschheim 氏（參考二十八）及 Zondeck 兩氏根據小便排洩 Prolan B 而作妊娠反應之出發點。此點亦爲最近內泌素之重要而與實際有關之研究結果。

於是卵子細胞之本來原狀遂完全明瞭，對於腦垂腺之關係也已了解，同時 B. Zondeck 氏之腦垂腺對於月經循環之理論，至此亦可證明矣。至於內泌素須經過何等階段，以及此種內泌素應向何處流動，方能使月經循環產生，則尚需繼續之研究。

Hofbauer 氏（參考二十九）曾在動物試驗中於注射腦垂腺前葉後使子宮內膜增生（Hyperplasia endometrii-pituitaria 腦垂腺性子宮內膜增生），且使卵巢內發生細小泡形之變異。以後 Frankl 氏（參考三十）復證明上述之試驗。

Caffier 氏（參考三十一）又曾證明腦垂腺前葉之生理作用。彼對冬眠中蝙蝠之完全休息之卵巢作腦垂腺前葉之注射（Prolan），結果該類受注射之蝙蝠卵巢即行成熟，而且受孕者。

月經出血普通約三至五日，但有時因生理上之變異，致排出血液之份量頗有多少，普通則爲 50—100 克（Hoppe, Seyler 氏謂 37 立方厘米 L. Fraenkel 15—20 立方厘米）。外表上似較此類爲多，因尚有子宮及陰道液體加入之故；因之其顏色亦現褐色，且含有少許粘液。月經血液中之特種臭味，來自女陰處之脂肪腺及該血液經子宮頸細菌及陰道細菌腐化所致。



圖 一 百 五 十 八

正 常 月 經

至於月經血液之所以不凝結者，乃子宮腺體在月經前所產生之分析蛋白酵母阻止凝結所致 (Halban, Frankl, Aschner 氏)。該種酵母將凝結素及凝結之酵母完全消滅 (Löfflerplatte)，且損傷組織培養 (Caffier 氏 (參考三十二))；當然，子宮內膜之所以在月經時破裂，亦因此故。

月經之循環自出血始至下次出血止，普通為二十八日 (圖一百九十二)。稀有二十一日者。惟健全之女子也有數日之差別；此外心理作用亦有甚大之關係。

Allen 氏曾在 110 個女子中觀察 1291 次月經循環，其中無一人絕對準確。Holt (參考三十三) 氏謂有二十八天之月經循環者極少。日本女子之月經循環其差異更大。

據 Ogino 氏之統計，月經正確之女子只有 0.7%，有三日上下者 10%，七日上下者有 30%，十日上下者有 40%，在十一日以上者有 36%。

第一次月經發生期 (Menarche) 因種族、氣候及生活而異，德國境內普通在十三至十六歲間 (中國據譯者之經驗在十二至十五歲間)，據 Breipohl 氏 (參考三十四) 之統計謂普通女子月經開始在十三歲半至十四歲半間。生活能影響月經，故都市女子與鄉間女子相較，後者恆較前者為遲。又北方人較南方人為遲 (氣候關係)。例如哀思基摩 (Eskimo) 人第一次月經在二十三歲以後，在北極夜時，完全無月經。埃及與西班牙人在十歲與十二歲之間。就種族而論，例如猶太種較印度日耳曼人種為早，雖彼等之住所及生活亦均相同。

據 E. Petri 氏云，月經初期之遲早與遺傳亦有關係。單卵雙胎與雙卵雙胎之第一次月經，大約相差十個月。

月經對全身之關係 (參考三十五)

卵子非特對子宮及卵巢發生影響，使該兩臟引起特別感應；且對人體之別部份，亦未始無影響，尤以對於內分泌腺體為甚。其自卵巢發生之波浪，漸向四週坦平下去。此種波浪距離中央之力愈遠，則愈低。

Goodmann 氏及 v. Ott. 氏云，此種女子生活之波浪，在經前最高，月經後最低。

Aschner 氏云，月經時期為女子腺體生活之緊張時期。

Labhardt 氏及 Hüsey 氏曾在月經前發見血壓增高現象。其原因為內分泌工作加緊，細小血管緊縮 (Vasoconstriction) (排洩蛋白質性胺基 (Amine) 之故)。

健全女子在月經時所有之感覺及醫者檢查所得之結果均因體質趨向而異，且同時發生各種月經循環反應之不同狀況。尤其為各種體質之感應神經系，統制月經之變異最為厲害。

全身或局部之些微病痛極多。與生殖器無關，無論未產或已產之女子，都有此種情形，普通以未產者居多。

德國人一般稱月經來潮時為不適（“unwohl”），此稱呼實頗確切，惟少數（據 Tobler 氏之計算只有 16%）無不適之感覺，其中 7% 反覺身體適意，工作能力加增。

局部之不適當以腹部及腰部酸痛為主，此種痛苦以已生產者為最多。此種疼痛大半因於子宮收縮所致，蓋子宮欲將其內容排洩故也。實際之情形確亦如此。因此種酸痛大都發生於月經之前，普通均在將來時感覺不適，以後至血液正式流出時，即無此種酸痛。此外又有一種常見之事實，即患一蒂肉之子宮在月經時可在子宮口處摸得，月經後仍行上縮。

骨盤中之內臟充血為病者通常訴述腹脹下墜便急、痔瘡及靜脈腫發現之原因。

又月經休息時之中經痛，恐為卵子受阻及卵泡不能破裂之故。此種痛苦有時與白帶一同加多，同時產生短期及稀少之子宮出血（1—2 日）；尤以神經性用腦工作過甚之女子為最劇。

普通最為多神經性之現象，可謂每一女子之神經在該時易受刺激。此種易受刺激之情形，大約與月經時甲狀腺浮腫及排液增加關係。屬於此種神經性感應神經之異常現象者，以易感疲乏、睡眠不安、心跳、頭脹、頭痛、半頭瘋等等為最多。

假病者羊癲瘋患者及癡者，可在此時大發其病（Koenig 氏）據 Wollenberg 氏之意見，謂精神神經衰弱者、智力薄弱者、退化者、假病者、羊癲瘋者、在月經時發作特易，有時自主之能力完全消滅，神經完全錯亂，為平時所無。

鼻腔及上顎（Weidemann 氏）之粘膜，常在月經時浮腫；有時聲帶亦腫（歌女甚感不便），此外胃口不佳、噁心（甚少嘔吐）、多涎便秘、或下痢、唇間泡瘡、麻疹、溼瘡、紅斑、溼癬、皮膚萎縮、皮膚出血 Quinek 氏浮腫等，都可發生，最後則出汗加多，且發臭。

至於月經之是否有一種所謂月經毒液（Menotoxin）。從女子呼吸及皮膚汗腺中發出，據過去傳說之經驗，則均有肯定之意見；據云女子在月經時儲藏之水果或蔬菜均不免腐爛，凡該女子所接觸之烘食物，均不會發酵，因月經毒可損及酵母故也。

Schick 氏云，有月經之女子，只須將花置於其肩窩下數分鐘，則該花必在極短時期內萎謝。但據吾人試驗之結果，殊無此種情形。雖然，民間數百年來之經驗，當然較化驗室中所有之成績可靠，今日科學之力，或尚不能證明此種傳說也。據 Klaus 氏云。此種月經血液之毒質由 Cholin 分解而成。

又月經時易使傳染菌上升（視後），且能使腹膜發炎。對此 Unterberger 氏（參考三十六）曾有二例證明：（1）一女子用一因小產發熱女子曾經用過之月經帶。（2）

一女子在月經時服侍頭部患丹毒之丈夫，結果兩者均得腹膜炎。

據 Geller 氏（參考三十七）之證明，在月經前，女子體內血液中之殺菌力減少，但在月經後加多。

經絕期與經絕後（參考三十八） Klimakterium und Menopause

青春發動期月經之開始，需要相當時期；經絕亦然，其所需之時期有長至二三年者，吾人稱之為經絕期（Klimakterium）。迨月經完全消失，名曰經絕後（Menopause）。此種現象，大多發生於女子四十五歲至五十歲之間，平均在四十七歲。故每一女子共有三十至三十五年排卵與月經。當然，此種情形與氣候人種營養均有重大關係；一個月經開始極早之女子，其經絕年往往極遲；反之，經來過遲之女子，經絕年卻常極早。但此種情形與體質當然亦有關係。家庭之遺傳（一母與三女。據 Hirschberg 氏之報告）亦有相當影響。有者三十歲時即已無經（月經早絕 Klimax praecox），有者在五十歲以外始停止（月經遲絕 Klimax tarda）。惟月經遲絕者多數因患肌瘤之故。

經絕後之典型現象為生殖器退化。該時卵泡封閉，卵巢萎縮，結締組織增長繁殖，因此成為韌硬而高低不平之物。經絕開始時，卵子成熟及排出無規則，故月經來潮時並不一定，或數卵泡生長而不排卵；黃體亦無成立之可能，致使子宮長期增加出血。

子宮全部肌肉萎縮，代以結締組織。全部血管硬化。子陰段縮小，或完全消滅，或與陰道穹窿粘住。子宮口縮小，直接突出於細狹之陰道穹窿內。所有之粘膜均退化而矮短。腺體細而直，數量減少。上皮之毳毛完全消滅。子宮傍之結締組織及各韌帶，亦均萎縮而無彈力。其時細小之子宮向後傾折，原有之下墜更劇，輸卵管肌肉減少，螺旋形狀亦已消滅，其中之繃帶減少，或甚至消滅，其上皮則已無毳毛（僅在壺腹部尚有存在 Hoehne 氏）。

陰道縮小之最甚處為陰道口（Introitus），因此交媾困難，或甚至不可能。其粘膜變薄，易破裂，有時能成為粘結性老年陰道炎（Vaginitis vetularum adhaesiva（視前））。

此時女陰缺少脂肪，多綳，陰毛變為灰白。此外全身亦均變異，乳房萎縮而下懸，其中脂肪減少，形態亦異。女子肉體之美因腹部臀部及腰部產

生多數脂肪而消滅，但亦有消瘦及脂肪消滅者（C. Kaufmann 氏〔參考三十九〕謂卵巢中含有脂肪新陳代謝之內泌素）。此時皮膚多縐，生活及營養與甲狀腺及腦垂腺之工作有巨大之影響，卵巢工作停止，性情與男性相接近，聲音變粗，下顎生鬚（副腎工作受阻所致）（參考四十）。

在經絕期內，各種不適不能以病者之主訴為標準。身體健全尤其為神經健全者，在經過此時期時，雖多少有點不適，但極易過去。反之神經易受刺激之女子，此時期當然更其厲害，各種痛苦更形增加。故 Wiesel 氏云，『每一女子均有經絕時期，但隨其體質而異。』

經絕年中最感不適之部份為神經系，尤其為迷走及感應神經系（Vagus-Symphthicus）不平均。第一為血管神經（Vasomotoren）之異常，普通稱為升火（Kongestion）及繼後之出汗（病者一如沐浴然）。其次為皮膚乾燥而發癢，尤以生殖器處及肛門處為甚。復次為鱗癬形（Psoriasis）之皮膚病（Vagt 氏〔參考四十〕Hode 氏〔參考四十一〕），心跳心動過速（Tachycardie）、眼花及疲乏現象可同時發現；有時血壓增高頗劇，有者訴說血管神經痛（胸部大動脈 Aorta thoraeica）腸動脈（Arterial iliacae）及恐懼現象。該種女子呼吸短促（Pseudangina pectoris），若將窗戶打開即引起極度之感冒。若思想愈甚，則此種現象愈多。當然，凡此皆基因於卵巢之缺乏病。若病者有一次月經來潮，此種現象即行消滅，但以後又逐漸發生。

多數女子對家庭及環境發生不快意之性情變遷，時常發怒詈罵憂愁等。精神性之病者可在此時發生一種憂鬱病（Melancholie）躁狂病（Manie）或恐怖病（Phobia），或甚至引起一種不可醫治之精神（Catatonia）病症。

此外手足皮膚麻木，腰部疼痛，半面亂痛，以及夜不能眠等現象，均可隨時發生。膀胱常感不適，尿急、（尿內組織正常膀胱鏡觀察、膀胱內膜淡白）（irritable bladder），腸胃消化不良（Dyspepsie），便秘，關節時常有病（變形性關節炎 Arthritis deformans），發生關節痛，尤其為手指及膝關節（卵巢性關節病 Arthropathia Ovaripriva），引起厚腫及壓痛。

情戀（Erotic）復熾，有時甚至有病理化（女子危險之年）如性慾異常衝動，如無相當調和，則該女子之不安狀態可達絕頂。總之，其時全部內分泌腺系因一部份之消滅，已發生擾亂，必須靜待一時，至內分泌腺之內泌素排泄重臻均勻後，始可漸漸安份。

治療上，重要者爲經絕年出血（正式爲經絕前出血）。此病因卵子及卵泡成熟太快，致經至之時期非常短縮（不完全性卵子成熟以及黃體成立缺乏或全無）；子宮方面，因卵巢之不斷刺激致內膜與肌肉均行繁殖（Halban 氏〔參考四十三〕）。此種出血與子宮癌蓋毫無分別（因出血時正與最易發生子宮癌出血之時期相同）。據 Tietze 氏及 C. Meyer 氏（參考四十四）之報告，三分之二因經絕出血，三分之一患子宮癌出血。

故每一經絕之女子，一經發生不定規出血之現象，即應用陰道張開器檢視及施行混合檢查，明瞭其是否爲經絕出血，抑爲子宮頸患癌所致。

若爲健全性出血，則須等候一時。探知此種出血是否能減少。若並不減少或反行增加或延長，則當在極短時期內刮子宮，將括下之內膜作詳細之顯微鏡檢查；明瞭其是否爲子宮體癌（視後）。（但多數醫者均不括取檢查，或因病者畏懼而不爲，以致發生危險。）

普通在該時期中之女子，常不以此種出血爲懼。彼等以爲既在出血，生理上當尙未十分蒼老，或以爲自己年齡尙青，絕對不願訪醫；有者甚至已有極重之貧血現象，尙不延醫者爲之止血。還有一種見解，以爲生殖器出血乃身體排洩惡濁液體之現象，雖身體因之患病，亦不以爲意。

『經絕年』之名字恆爲醫者隨意診斷而被運用，彼等隨使用一種止血藥劑搪塞患者，因之世上有多數女子不受詳細檢查，聽信醫者之言，以爲經絕出血乃天然之理，將來能自動停止，不必從事何種治療。孰知實際上彼等均患子宮頸癌，迨至不可救藥之時，始明白真相，但此時醫者雖有超人之技能，亦難挽救矣。故此種隨意之診斷與患者生命有關，醫者不可不慎。

至於經絕出血之治療，與出血性子宮病（Metropathia haemorrhagica）（視後）相同。對於經絕年之不適各症，以醫者之心理治療方法爲最主要。若醫者能使病者絕對信仰此種現象爲經絕年暫時性之不適而非何種重大疾病，則醫者在治療上已得巨大之成功，病者亦必能全愈。對於神經易受刺激之女子，有時必須離開其本來之環境，使入醫院或療養院溫泉等處，施心理治療。對於升火，可投以冷飲品、檸檬水、及輕度順腸劑。有時穿心排草（Valeriana）製劑如 Tinet. Valeriana（穿心排草酊）Valyl 及 Bornyval, Broseadan（溴如酵母）以及 Guggenheimer 氏所創製之混合劑（名 Vasocalmin）亦可使用，但後者之味甚惡。一切有刺激性之

物如酒、啤酒、咖啡、茶及烟，均在禁止之例，松針浴碳酸浴均應一試。

卵巢單純製劑如 (Follikulin, Progynon, Menformon-Ovowop) 或與其他藥混合如 Transanon (如 Ovulotransannon, Luteotransannon) 等，亦可服用；尤其對於早期經絕 (Klimax praecox)，有相當效力。其餘如由 Halban 氏介紹之 Klimasan 藥片與 Klimakton 以及鈣質製劑及利尿素 (Dinretin 及 Sedicyl Cholin) 及最新之 Enkliman Uterotonon，均有相當效力（此種藥劑之功效是否專門性，抑為一種心理作用，尚待解釋）。最後 Hufeland 氏之抽血及放入一種頗不雅觀之吸血蟲（十只）(Hirudo) 於病者背上，有時也有效力。又同樣有效者，為用針刺子陰段（當然為一種心理作用）（視後）。

施手術割去子宮後所產生之經閉，現在有人試驗，將子宮內膜移植於陰道內，使其月經循環仍舊保持 (Halban, H. H. Schmid)。如其手術施在子宮陰道段之上節，則將該內膜移植於子宮頸遺跡內 (H. Fuchs, Frankl Kraul)（所謂人工子宮內膜異位 künstliche Eudowetsiose）。

此種試驗計共有五十八例，其中 89% 已有成效。

所奇者若當閉塞之子宮 (P. Strassmann 氏) 或子宮已割去後將輸卵管移植於子宮頸管內，(H. Fuchs 氏〔參考四十四〕) 則月經仍能照常。此處之出血並非輸卵管月經而是子宮出血 (Caffier 氏〔參考四十五〕)。

月經異常 (參考四十六)

異常月經有下述數種：

經閉 (Amenorrhoe)

經弱 (Hypomenorrhoe)

經短 (Oligomenorrhoe)

經強 (Hypermenorrhoe)

經長 (Polymenorrhoe)

經痛 (Dysmenorrhoe)

初潮過早 (Menstruatio praecox)

初潮過遲 (Menstruatio tarda)

} 月經出血過多 (Menorrhagei)

就原因而論，經弱、少經及多經，大都基於一因，即均為卵巢工作受阻後所得之結果。此時子宮內膜之排液時期 (Sekretionphase) 甚短或全無，因此不易受孕。在臨床治療上，此種經弱、經短、經強及經長成為病象的代名詞。

1. 初潮過早 (Klimax praecox) 初潮過早代表女子之早期發育 (Pubertas praecox 發生過早) 此種現象以出世後至十歲時即有正常月經為標準。早期成熟與女孩之生長並行，副性之女性標記亦於早期發展完全，惟思想仍與兒童相似。

卵巢之早期發生及工作，苟非生殖器繁殖 (Hypergenitalismus) (Aschner, Jul. Baner 氏) 所致，即由於卵巢中有瘤 (結締組織瘤 Fibromi, 囊腫 Zysten, 肉瘤 Sarkom) 刺激卵巢所致 (施用手術後，該種早期工作現象即可消滅)。

此外松果腺 (Corpus pinealis) 腦垂體 (Hypophysis) 及腎上腺 (Glandula suprarenalis) 有瘤或與水頭及異常性脂肪增加混合，亦足以使內分泌腺組織紛亂。Aschner 氏曾謂內分泌腺疾病之原因為體質病理化所致，但此種見解尚不能認為正式之解釋。

E. Stransky 氏曾見一發育過早之女孩，其月經在二歲初即已來潮，該女孩發育極速，在九個月中，竟長十五厘米，體力亦有增加。Chaschinsky 氏及Jerschow 氏 (參考四十七) 曾報告一六歲半之女孩已經正常生產，胎兒之父為該女孩之祖父，惜生產之胎兒不久即死 (圖一百五十九)。

實際上初潮過早與瘤之有否確有重大關係，對於每一初潮過早之女子，應詳細檢查其有無瘤腫，必要時當割除之。

至於初生胎兒，有時在產後第



圖一百五十九
初潮過早，六歲半女孩，妊娠十月。

一日即有月經 (2.5% 據 Zacharias 氏之報告)。其實此種與月經相類之生殖器出血 (爲時一至二日) 並非初潮過早, 與月經無關。蓋胎兒體內既無黃體成立, 子宮內膜亦不生何種變化也。此種現象, 大約因胎盤排液而使子宮充血 (Halban 氏) (參考四十八) 或因胎中所含之 Follikulin 濾液 (初生胎兒在三月內即有此種液體) 過多所致 (Philipp 氏) (參考四十九)。

2. 閉經 (Amenorrhoea) 經弱及經短 (Hypomenorrhoe of Oligomenorrhoe) 真閉經 (Amenorrhoea vera) 者毫無月經循環, 經弱及經短者尚有月經, 惟太弱, 或爲時太短, 或兩者俱有 (圖一百六十)。

生理性閉經發生於初潮前經絕後妊娠時及哺乳時。

有時在妊娠時, 亦有類如月經之子宮出血。此種現象, 最多發生於受孕後第一月, 有甚少之出血, 再度之出血當然不能稱爲月經出血。此種現象大都因子宮糜爛或子宮內卵皮脫離出血所致, 惟其中有一點頗堪注意, 即有孕之子宮在最初四個月中每逢月經期日 (換言之, 即無孕時之月經來潮日) 亦有出血之傾向。Heim 氏 (參考五十) 常見二次月經間子宮出血, 病者以爲月經出血, 而實際爲十四天之妊娠流產。

堅硬而長期工作不停之黃體組織, 亦能使月經停止。此時雖無受孕之卵子存在, 但各臟器可有各種妊娠之現象及變化 (G. H. Wagner 氏) (參考五十一)。

哺乳後, 月經來潮之時亦延期。普通哺乳者, 在產後六星期有月經者居 15—20%, 不哺乳者則佔 80%。哺乳過四月無月經者, 爲數甚少, 普通在此時都已有月經。

普通以爲哺乳經閉乃因卵巢與乳房之工作相對所致, Aschnor 氏 (參考五十二) 謂止子宮出血用 Mamma siccata 乾乳腺粉亦爲此意。瘦弱貧血之女子, 可因長期哺乳而使生殖器萎縮退化 (哺乳性退化 Lactationsatrophie des Uterus), 永久經閉 Halban 氏謂此種哺乳經閉因乳房工作太盛之故, 以致卵巢工作受阻, 子宮組織退化。

此外, 亦有在哺乳期後即再度受孕而其中未有月經來潮者。

用手術截除卵巢及用 X 射線消滅卵子, 均可使月經消滅, 但亦有例外 (視後)。又截除全部子宮或卵巢全部組織經發炎或瘤腫叢生所消滅者, 亦同樣可以無經。但卵巢瘤腫即使兩面都有, 月經仍能照常來潮, 其中僅 2—3% 無經。

子宮異常亦能經閉。例如在開刀, 刮子宮或刮子宮次數太多後, 或子宮內膜受藥激刺太深, 尤其在產褥期內因受藥激刺而封閉後, 常有此種現象 (此時可使子宮一部份封閉, 甚或全部封閉)。若子宮一部份封閉, 則下次月經出血恆致受阻 (Molimina menstrualia)。沉重性的結核亦能經閉。

發育上不健全子宮陰道畸形發展亦均可經閉 (Amenorrhoea vera



圖 一 百 六 十
月 經 過 少

真經閉及 Amenorrhoea spuria 假經閉) (視前)。

全身之病症對經閉極有關係，詳細如下：萎黃症 (Chlorose) (體質柔弱者之卵巢工作在發育年已不健全，及血組織與內分泌腺互相合成之不健全病症)及沉重之病症(如傷寒、猩紅熱、霍亂、肺炎、瘧疾等等)可使卵巢同樣受傷而不能工作；過量之出血，慢性之結核長期之出膿，慢性中毒(嗎啡或酒類)，糖尿病及腎上腺病(Morbus Addisoni)均可使月經停止，其中基因於慢性腎臟炎及心臟病者較少。此外內分泌腺不均，指端肥大病(Acromegalie)，生殖器無能肥胖病(Dystrophia adiposogenitalis) (因腦垂前葉工作缺乏所致)，甲狀腺腫(Struma)及粘液性水腫(Mixoedema)，亦多能經閉，但有時亦能多經。

又精神之驟變，身體之損傷例如重大之驚駭(接近者忽然死亡)，亦可使月經忽停止(Suppressio mensium)或因不斷憂愁及恐懼受孕亦能使月經不來(Grossesse imaginaire) (蜜月旅行之中經閉，亦屬其中之一)。患精神病者，亦常經閉早老性癡呆(Dementia praecox)羊癇瘋躁狂(Epilepsie)等等。

據 J. M. Meyer 氏謂有嗎啡癮之女子，開始性慾減少，繼後月經不調，最後月經全閉，惟懷孕者仍有，蓋卵子並不因嗎啡毒而蒙損傷也。

據 Hofbauer (參考五十三)氏之解釋，此種因精神驟變而經閉之原因在中腦(此處一方面為病灶處，另一方面為感應神經之中樞即生殖器，特別是卵巢，神經之中區)。

營養變異，生活變異以及氣候更改，亦均為暫時性經閉之原因。例如少女入學後經閉，有時下女看護等忽然從鄉間至都會，亦有此種現象。此外多數發見於歐戰時者為飢餓及驚駭所致之經閉(Kriegsamorrhoe)。其中飢餓當為經閉之最大原因，因中立國家受餓之女子，在當時亦有同樣情形也。

在真經閉 (Amenorrhoea vera) 中，有一種替代性月經 (vikariierende Menstruation)，(參考五十四) 此時出血之位置在他處 (鼻、口、耳、眼、肺、胃、腸、腎、皮膚、瘡口、創處)。對於此種出血，一部份學者尚不承認與月經有關；但實際必有絕對可靠之症象，惟今日尚需要之觀察而已。

對於次發性之經閉 (secundäre Amenorrhoe。換言之，即本來月經正常，以後來忽然不至) 應先猜想為妊娠或宮外孕。

就治療而論，對於體質異常者如萎黃症之經閉，局部治療為無益之舉，重要當臥床數星期，輕者應停止腦部工作及手臂工作。此外須在新鮮空氣略作運動，同時須攝食充分之營養料，尤當多加蛋白質。如病者易於肥胖 (普通是更多的)，則不可施與肥胖劑 (瘦弱者必需)。因刺激血液製造增加，可施以輕度之放血 (v. Noorden 氏用吸血蟲 Aschner)。使新陳代謝增加 (如用出汗劑、及水浴，尤其為碳酸浴) 之法，亦有相當幫助。溫泉浴中，以多含碳酸之礦質及泥質泉水為最佳，此外海水浴及高山休養，亦甚適宜。大便須使之通順，(Emmenagoga 通經藥 Senna 旃那 Aloë 蘆薈 Sabina) 輕性之瀉藥及含有鐵質之泉水如 Marienbad Elster. Franzens bad, Kissingen Homburg Pyrmont。尤其對於多脂肪之女子，特別合宜。普通之全身按摩，亦很有益。欲刺激子宮有時可用海草 (Laminaria) 放大子宮頸，有時將子宮內膜加以輕括，亦頗有效。

藥劑上，鐵與磷最為重要。Durkheimer Maxquelle 非特含有上述兩種藥劑，且有輕性之順腸作用。Fritsch 氏以為鐵質太多，易使大便閉住，故彼主張略加潤腸藥劑，如下方所示：

Pilul aloët-ferrat 每日二至四粒。

或與金雞納霜、大黃等混合，如下方：

Ferri, lactici 乳酸亞鐵	4.0
Extr. Chinae aquos 金雞納樹浸膏	4.0
Extr. Rhei compos 夏方大黃浸膏	4.0
Extr. Nuc. vomic.	1.0
Acid. arsenicosi. 砷酸	0.1

以上共做五十粒，每日服二次，每次二三粒。價賤而佳者，為 Drees 氏之 Liquor ferri albuminati (蛋白鐵溶液) 及 Tinct. ferri pomati (蘋果酸鐵酊) 或 Pilul. Ferri Carbonici Blandii (伯勞氏丸) 碳酸亞鐵丸亦佳。

現今另有一種新出人工製成內分泌素 (視前)，尤其為卵巢內分泌素治療廣被一般所採用；(參考五十六) 但據吾人之經驗，此種藥劑祇對輕微之病者尚有用處 (卵巢輕微之不健全，次發性之經閉及經弱與子宮輕性之不完全發育 Hypoplasia uteri)。

醫者使用上述之藥劑時，結果祇能促成子宮內膜增生時期 (Clauberg 氏) 若要完全成爲月經，必須再加黃體內泌素。

(然據 C. Kaufmann 氏之報告，對於無卵巢之女子，也有功效〔視前〕)。下述數藥，現今採用者甚多：Follikulin Uden Progynon menformon-Follikulin Hogival, Ovarium-Panhormon, Hormovar, Perlatan 等等。

C. Kaufmann 氏則照下述方式治療：第一至二十之日，每日注射一針 10.000 單位之卵巢濾囊液 Progynon B. Oleosum, 最後五日注射十二個單位、黃體、內泌素 (Prolutan)。至於從孕婦取出內泌素去影響 (如 Clauberg 氏所用的輸血法 Schildberg 氏所用的小便肌肉注射及 Warschawsky 氏所用的小便灌腸法) 該種經閉者至今尚需要相當的證明。

生殖器無能肥胖病 (Dystrophia Adiposo-Genitalis), 可用腦垂體前葉液 (Hormon, Pregnyl, Protan, Horpan, Hirsch-Hoffmann 氏) 試之, 有時成績甚佳; 用甲狀腺藥片亦有相當效力。對於

卵巢工作低能, Thaler 氏曾用 X 射線刺激之, 成績頗佳; 惟所用之量, 甚難確定, 因過多反可使卵巢之工作能力受損。

一般對刺激量 (Reizdosis) 一詞, 大多是不願旨背, 因 X 射線中祇有重量及輕量即量之分別, 決無質之分別。輕量之 X 射線亦能殺死原始卵泡, 惟殺死較少而已。也許此種輕微之蛋白分析爲產生刺激 (一如蛋白注射) 唯一之原因也。

以故 X 射線之定量, 極爲困難, 吾人既不知有多少 X 射線深入內部 (視後), 又恐此種放射線對將來之子女有損 (視後)。殊不易使用也。

施手術將卵巢質 (參考五十七) 移植於病者身上 (即將無梅毒女子之卵巢割下, 切成片形, 移植於病者之腹壁下), 有時能使工作低能之卵巢受到特種刺激。若此種卵巢片能在腹壁下結住, 則在二月後之月經可以加多 (視後); 若同時再投以重量之卵巢內泌素 (Siegert 氏), 尙能使月經來潮期提早。

移植之卵巢片並不正式與腹壁結合, 祇能暫時留於該處; 以後可因囊腫性變化而仍須施手術割去 (R. Meyer 氏)。(參考五十八)

3. 痛經 Dysmenorrhoe 凡在月經時發生苦痛, 謂之痛經。此種現象與其他月經異常相同, 僅爲一種病象, 並非一種疾病。其時子宮發痙, 如陣痛然, 痛苦之位置並不固定, 最多在下腹腰部及上腿。神經易受刺激, 且發生各種神經痛, 尤其腸胃爲甚。

精神易受刺激者及神經易痛者, 甚易感得痛經。 雖稍有不適, 亦即認爲重病, 雖爲生理性之失和, 亦即當作病症。

痛經在初潮時即可發生。初發育之女孩, 可因心理作用或環境之恐駭 (如母親之驚告等) 在一見有血出來時, 即發生恐怖心理, 以後由心理作

用而成爲習慣，因此每遇月經必痛，愈痛愈劇（視後），不適之處亦愈行增加。於是工作無力，長時不停的半頭痛及神經痛，極度噁心，嘔吐，瘧性便秘，或極度下瀉，疲乏異常，心跳甚劇，氣悶，出汗甚多。因此每次月經將臨時，病者即恐懼非常。

交感神經之脹力增加，足使子宮內口肌肉緊瘳，而發生極度疼痛(Theilhaber)。

普通之痛經並不始於第一次月經來潮時，又在發生極度之痛經後，可以數月不痛或稍痛；此種現象，尤以旅行或移地以後爲最多。

有時痛苦在實際上並不甚劇，病者卻過甚其詞，以博人愛憐，藉以表示自身之特殊，或借此求醫（不要女醫），或借此輟業。

其實思想工作對女子本不適宜，在月經來潮時，可更加劇而發生痛苦。又在音樂院中讀書之女孩，尤易得到痛經。痛經時工作能力減低，一切希望消滅，各種誤會叢生，對情愛非常冷淡，一切均不願爲。對於衛生及飲食，亦不加注意，生活及營養均極錯誤，結果病者漸入歇斯的里(Hysterie)時期。

幼稚性痛經 (Infantile Dysmenorrhoe) (視前) 此症因子宮腔太小，不夠子宮內膜浮脹 (C. Menge 氏) (參考五十九)；同時子宮壁彈力太弱，不能容納血液，故在每次月經時，子宮緊脹而感覺疼痛。至於體質，仍可正常；但亦有幼稚性瘦弱者 (Asthenisch-infantil) 及心理性瘦弱者 (psychische Asthenie) (視前)。幼稚性子宮比常子宮細而小，子宮頸較子宮體特長，位置在尖角度前傾折，貼住於子宮頸前壁，或向後傾折。有時子宮體移動力甚強，一時向前傾向，一時向後傾向。此『折傾』兩字，在診室中爲極重要之問題；普通病者腦中恆以爲折傾之子宮不能使月經之血液流出；實際上在探子宮時，子宮頸處的確頗形狹小，若用力壓迫，即可產生一種痛經式之瘳痛。又細長而硬之子宮頸及細小之子宮口足以使子宮頸之粘液栓塞難於排出，因此第一度月經血即被阻止。

機械式之痛經自子宮陰段截除法少用以後以及熱氣放入子宮腔 (Atmokausis) 不許無經驗者應用以後，已經減少不少；現今僅藥水刺激之子宮頸內膜，尙能發生此種現象。

瘤腫性痛瘳 粘膜下瘤及蒂肉可因子宮之收縮而向陰道方面前進，在月經時與子宮收縮同時合併，遂發生更大之瘳痛。此時可在陰道張開器內發見一個肉形細瘤，突出於子宮口處，及至月經後，子宮收縮力減少，

突出之瘤亦即縮回。

脫膜性痛經 (Dysmenorrhoea membranacea) 即全部官能層粘膜排出之謂也，蓋患此症者，卵巢機能異常而使破碎粘膜之酵母不能產生之故也 (Aschner 氏)。此種全部粘膜之排出可使子宮發生猛力之收縮及特別之痙痛。

此種脫膜性痛經易與宮外孕之妊娠性蛻膜或極幼小之子宮內孕流產混同，致在診斷時難於區別。若尚無絨毛膜跡產生，則雖用顯微鏡檢查亦不能看清。對此，惟有根據前史之月經情形如何而定。至於 Brakemann 氏 (參考六十) 以為可從腺體方面看出之見解，至今亦尚無正式之證明。

治療時切忌使用嗎啡針。蓋事實上有無數病者均因此而成爲嗎啡嗜好者也。止痛藥劑，當然必須使用，但除嗎啡之外，尚有多種可供採用，其中

最好用塞錠，可不致妄用，其方如下：

Codein	0.03
Extr. Belladonnae	0.01
Butyr. Cacao	1.5

照上方共做十錠，每二十四小時不得塞逾三至四錠。又水楊酸亦有甚大之功效 (如 Aspirin, Salipyrin)，若與 Codein 混合，則效力更大。此種疼痛大都含有痙攣性，故宜再服 Atropin (每粒 1/2 毫克) 丸藥；每日三次，每次一粒，極有功效。或照下方做成藥水：

Extract. Belladonnae	0.3
Aq. amygd. amar	30.0

每日三次，每次服十五滴。

有時可內服 Papaverin, Cardiazol-Dicodid (Liebmann 氏) (參考六十一)，每日三次，每次十二至十五滴。或 Gelonida antinuralgia, En-mod, Gymens, Octin，如遇發育不足，可用內臟藥劑，如用重量 Sistomensin (S. Wintz 氏 [參考六十二]) 或 Ovarium-Panhormon (Scheidt 氏)。據 Buschbeck 氏 (參考六十三) 之報告，如在月經前半期注射一針 (Progynon 20.000 鼠單位)，痛癢即可消滅。據 Winhöfer 氏及 Pissarczyk 氏謂用少量卵泡液，每日一針 (2000—3000 單位) 亦能調整月經 (參考六十四)。

Kaufmann 氏 (參考六十五) 介紹在月經後十日內注射 3—5 針一毫克 (1 mg) Oestradiolbenzoat 歷三月之久。Elden 氏及 Wilson 氏 (參考六十六) 則介紹每在經前 3—6 日注射 1/8—1 國際單位黃體內泌素。

若內部尚有強度出血，可略加 Extr. fluid. Hydrastis，有時確有特效 (最好在月經前八至十四日，每日三次每次一茶匙)。較爲便宜者，爲人工製造之 Liquidrast (Bayer) (每日三次，每次 20—30 滴)。

第一次交媾及第一次生產，均爲治痛經最好 (多方證明) 之方法。但

此事例外頗多，醫者不能以婚姻爲治痛癭之唯一良法。尤其對於精神異常之女子，此法可完全無效；且不但不能除去痛癭，反足以引起婚姻上之極度不幸。

對於此種精神性之痛癭，惟有用心理治療之一法。

治療痛經時，身體之衛生及正常之營養亦頗重要，必須加以注意。例如營養充足，身體攝護週全，睡眠充足，在新鮮空氣中運動（但無需過度劇烈之比賽運動，祇須作柔軟體操、長期行走、跳繩、及擲球 Körting 氏〔參考六十七〕〔視後〕）、以及水浴、如松針浴、礦泥浴、深山海濱靜養、紅光線照射（H. Küstner 氏）透熱電治療子宮內膜（ten Berge 氏）等，都有相當效力。

若此種病人求醫於喜用手術之醫生，則常得悲慘之結果。彼時醫生必施用種種手術，或按摩，或放大子宮頸，或剖腹，或刮子宮；直至該病者完全無力，病勢加重時，醫者又將截除其卵巢，一只不夠，繼之以第二只；兩只卵巢不夠，則再割除子宮；以致病者成爲完全無用之廢物。當然，在此種情形之下，病者所得之苦痛必較痛經之痛苦更多。另有一種女子，常至醫師診所，自述其診斷（例如子宮、卵巢屈折、移動），要求醫者施行彼所願望之手術（如放大、縮短韌帶、截除卵巢等等），一如病者自己已爲醫者。經過此種手術後（如陰道內按摩、以及其他手術如通子宮洗濯及刺激），病者之神經往往完全錯亂，性慾增加異常，成績毫無。迨出嫁以後，放棄此種局部治療，反變爲健康之母親。此種婦科病當然與精神病毫無分別。

對於未曾生產之女子，最好不作陰道檢查。因直腸檢查有同樣成績，有時檢查結果且較陰道檢查清楚。

若於該時去除所有之便秘，常可減少痛經之程度。其實平常在月經之前期及來潮時，若無下瀉，亦宜使腸部減少積住。

少女之痛經，有時祇須臥床三四日，即可除去。

最特殊爲鼻內塞藥（經過交感神經）以治療痛經（參考六十八）。此種治法對普通動物之作用最易明白，因動物之嗅覺與生殖器工作有相當關係故也。人類之痛經者，在月經時其鼻之下端，有粘膜浮腫（有時鼻中隔處粘膜亦腫），且有範圍甚小之充血部份（生殖器點）（W. Fliess 氏及 Schick 氏）。若對此部份用古柯鹼塗之（20% Cocain Solut.），可使痛癭於發作時忽然消滅。又若用電火或用三氯醋酸（Trichloressigsäure）刺

激之，有時亦能永久治愈痛經。以此法治愈之痛經，可名之曰鼻膜反應性神經痛 (nasale Reflexneurose)。因此種治療而得全愈者甚多，但亦有無效果者。

醫者如能用藥劑幫助病者，則當施行局部手術。Fritsch 氏曾見多數甚佳之成績產生於使用細號之子宮頸擴大器通子宮之後（在每次月經前爲之，不用麻醉）。

有時用力擴大子宮頸，亦頗有效。如病者常行交媾，則可不用麻醉，安放昆布錠 (Laminariastift)。但在初時只能用細小之昆布錠（因堅硬之子宮頸有時可以發生劇痛）；迨至第一次取出後，始可逐漸放大至適宜之程度，然後再塞碘仿紗布於子宮內，二日後取出之。如子宮腔亦須同時放大 (Fritsch 氏)，對無產者祇能施以麻醉。普通祇須放大至 Hegar 桿第九至十號。

Menge 氏亦主張將子宮腔極度放大，彼將子宮頸放大至十六號，有時且用刀割開（用 Metrotom 子宮切刀），然後塞以油浸之 Xeroform 紗布；約八至十日。

此種擴大方法之弊病在只能維持一時，後來仍能縮小。

故著者不願採用此法而用刀將子宮口及子陰段割開。其法如下：

用剪刀將子宮口左右剪開，將平線之上創口在直線上縫合之。全愈之後，成一橫缺口。（但不可剪之過深，否則子宮頸粘膜必致突出）。此種手術最適宜於年青女子，因此非特可以治療痛經，且可治不孕症（視後）。

急極之方法著者從未使用，且著者不贊成用 X 射線截除法。因 X 射線能使性慾減少，雖可去除痛經，但能產生卵巢內分泌缺乏病；尤其對於精神衰弱者更其不易。若必須舉行絕根治療（如極痛之脫膜性痛經 Dysmenorrhoea membranacea），則祇能將子宮由陰道內絕根割除 (vaginal Total-extripation)。月經時產生痛苦之子宮既被截除，病者之痛苦亦可消滅（卵巢不可割去，保持女性）矣。當然，此舉對婚姻及受孕均有絕大影響，對妊娠或可無關，但夫婦間之幸福大多因此而減少焉。

至於割斷 N. praesacralis (Cotte 氏) 薦骨前神經之法是否有效，現在尙成問題；美國有良好之成績報告 (de Courcy 氏)。

4. 經多及經長 (多經病) (Polymenorrhoe-Hypermenorrhoe (Menorrhagie) 若卵巢內分泌素過多，則月經循環反應必致增加及延長，且使粘膜增生，子宮充血增加。成熟而不破裂之卵泡 (Follikelpersistenz)

(視前及後篇)可在經絕期成爲繁殖過多之粘膜炎，繼續長成爲正式之癌腫，而在經絕後出血(Matronenadenoma)(視後)。

若子宮內膜排洩遲緩，亦可使月經出血增加(Baniecki氏〔參考六十九〕)。

此外全身或局部之條件尙有不少。例如骨盤腔充血或子宮體充血，亦可使月經出血增加。

就局部原因而論，有生殖器慢性刺激(手淫、間斷交媾 Coitus interruptus)、急慢性發炎(淋病、產褥熱)靜脈腫因位置變異而發生之阻礙(子宮後折、子宮下墜)等。

就普通性原因而論，有小骨盤內充血(因心臟，肺臟，腎臟病症)。衣着或瘤腫壓住，大便閉塞，腸胃下降等等。

凡『是否出血?何時出血?出血次數多少?』等問題，均與月經循環之中樞『卵巢』(排卵情形，黃體成立如何)有關。局部生殖器病之影響遠較全身之病症爲少。至於『出血時期多久?』之問題，則視子宮收縮之能力與志願如何而定。婦科性子宮出血與產科性子宮出血殊無區別，止血之有效與否在乎子宮是否能夠長期充分收縮。

多經之原因在幼稚性子宮缺乏收縮能力，因其缺少肌肉之故，致在初潮時出血甚多。還有幼稚性之女子，因卵巢內分泌腺體肌能缺乏(黃體退化過早或黃體不成立)，故出血少而爲期甚長。

發炎性之子宮缺乏收縮力，因其肌肉受傷之故。固住性之子宮因移動力及擴張力減少之故。患肌瘤(Myoma)之子宮因子宮收縮之波浪已被間斷之故。多產之子宮因肌肉工作過度之故(肌肉利用太甚)。經絕期前及經絕時之子宮因毛細血管不易受壓制之故。

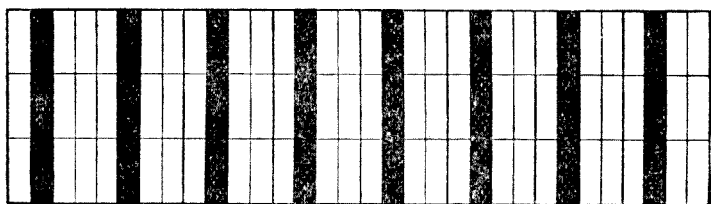


圖 一 百 六 十 二

月 經 過 多

此外尙有更重要之原因，即他種內分泌腺體異常是也。其中尤爲重要

者爲甲狀腺。無論甲狀腺排液過多 (Struma, Basedow) 或甲狀腺排液過少 (Metrorrhagia thyreopriva Kocher), 均能使月經時子宮出血過多。又如胸下腺不退化及腎上腺機能缺乏 (Fleischmann), 亦可引起多經, 患精神病者 (Psychosen), 因精神異常之故, 亦可增加月經。

子宮收縮爲止子宮出血最重要之原因。此外血液構造不健全 (缺少凝結素 Thrombopenie), 亦有相當關係。但此種現象並非血友症 (Haemophilie), 血友症惟男性始有, 且以先天性者居多; 女子決無此症。

治療時, 應注意卵巢與子宮兩原因點。若爲卵泡及黃體成立異常, 則應將兩種內分泌素之排洩加以整理 (黃體內分泌液 Luteogan Heuming) (孕婦血液注射) 或在經後第一星期注射卵泡液 4×1000 或 1×10000 單位, (Tietze 氏(參考七十)) 或再加三種維生素注射, 尤其對於發炎性出血有特效, Runge 氏及 Caffier 氏 (參考七十一及參考七十二)。有時雕刻卵巢之一部份, 亦頗有效驗。

法將一個或兩個卵巢內雕刻全臟之四分之一; 然後再用扣鈕縫之。

著者對此, 因個人之經驗尙未十分充足, 未敢作肯定之斷言; 過去已有數例可證明開始時之優美成績, 惟無永久性之成績耳。在今日, 吾人殊應試用各種方法, 將此種疾病治愈, 因吾人尙不能確實知道卵巢病在蔓延至何等程度以後, 始能使月經過多也。至於剖腹, 乃最後之辦法, 不能輕易舉行者也。吾人通常均先由治理子宮入手。過去以爲刮子宮後, 粘膜炎之增加爲施手術之真正原因, 但今日吾人已知此種刮下粘膜炎之多少與月經循環有關。若刮時愈近月經之時期, 則該種粘膜炎之數量愈多。

過去之病者均希望刮過以後子宮內膜稍薄, 可減少血, 故縱在每次刮後, 不久仍復故態, 亦不怕多次刮治。其實此種治療, 未免太無意義。但吾人決不能因之絕對鄙棄刮子宮之手術, 因此項手術一則可供吾人之診斷, 二則對子宮及卵巢仍係一個極好之興奮劑也。

對於此種疾病, 最好使用藥劑, 使子宮收縮力增加。其中計有:

1. 麥角製劑 (Secale Cornutum) 新鮮之麥角最有效力 (收麥以後), 其方如下:

6.0 克麥角做成六十粒, 每日服四至十粒。或用 Extr. secal fluid 液體 20.0, 每日三次, 每次二十滴。或製爲直腸塞錠 (Secale-Disperit-或 Secale-Exclud.)。可久藏之麥角製劑以含有 Ergotamin 者爲佳。如

Gynergen, Clavipurin, Ergotin merck (此種藥有藥水、片、丸、及注射等)。又含有 Amine 之製劑 (Tenosin, Secacornin) 亦頗有效。但長期使用此種藥劑，可使身體邊沿炎爛 (Gangrän)，故為免除此種危險起見，宜以 Gravitol 一種人工製造之收縮劑代替之。或用最新無危險之 Ergometrin (Runge 氏(參考七十三))。

2. Extr. Hydrastis canadens fluid 每日三次，每次二十滴，連服三至四星期。或服 Hydrastinin 或 Lequidrast (Bayer)。

3. Styptizin 及 Styptol 每日三次，每次一片(0.05 克)。

4. Mammin (蘇俄藥品) 或 Mamma siccata (德國藥品) 出自牛之乳房，(普通以為乳房內泌液與卵巢內泌液有相類的的作用)。每日三次，每日三至六片，在兩次經間期內服之(視前)。

5. 腦垂體後葉液 Pituglandol, Pituitrin, Pituisan, Hypophysen 單獨注射於肌肉內，或與鈣質混合 (Selvadin, Afenil, Calcium-Sandoz, 或 Calcium Glucose 或 Calcium-Calvipurin (Gehe) 而注射之。同樣成份而可作靜脈注射者，為 Calcophysin。另外內服 Kalzan, Calcipot 等等。

初潮血多而有甲狀腺腫者，據 Aschner 氏之研究，可用碘與鐵及硫黃製劑。據云頗有成效。

如血液循環異常，可用 Digitalis，效力甚大(每日一片，服數星期)。同時用 Diuretin 亦有效力(參考七十四)。

6. 水楊酸製劑(Salipyrin, Salol)，同時又能止痛。

7. 1% Adrenalin 液，每日四次，每次十滴，內服。

8. Gelatin 內服，或肛門塞錠，或靜脈注射。

9. 靜脈注射食鹽水 (5 立方厘米 5% 液體)。

10. 肌肉注射自己血液 (每日 5 立方厘米注射 3-5 日)，或注射 Haemastix 血清 (Jülich 氏)。

11. 注射孕婦血清或孕婦小便。(因其中含有高度之腦垂體前葉內泌素)。至於用 Prolan 注射於年青經多者，是否有效，各專家意見尚屬分距 E. Martin 氏及 Westmann 氏謂有成績，另外 Anselmino 氏及 Hoffmann 氏則否認之(參考七十五)。

12. Kongorot 注射十立方厘米水化液於靜脈內，每二至三日一次

(Deinhardt 氏, Rossek 氏)。

13. 黃體內泌素肌肉注射 (Kaufmann, Bickel, Clauberg, Philipp 氏)。

如間接治療無效，則可與直接治療混合之。

熱療法如下：用 Pincus 洗濯管以熱水洗陰道（視前），或用 Fritsch-Bozeman 氏之子宮導管以熱水或冰水洗子宮。

著者幾乎與德國各婦科專家相反，亦有一個熱氣治療者之信徒（Atmocausis 熱氣燒灼器 Pincus 氏（參考七十六）。法用流動之熱氣 115°C 導入子宮內一分鐘。不過應用此法後，常有子宮頸閉鎖或積血及積膿之現象，故一般均不應用。但若工作正確，同時手術器完備，即可免除此種危險。流動性之熱氣最能刺激子宮肌肉，故對初潮出血最有特效。

至於局部藥劑治療，即注射 Secacornin 或 Adrenalin 於子宮陰段內是也。

用蟻醛液 (Formalin) 或純粹碳酸 (Acid Carbolicum) 塗於子宮內部（刮子宮後，或刮子宮前）。此時可先用 Playfair 氏之導管 Sänger 氏之銀桿 或 Menge 氏之硬橡皮桿 包以藥棉，然後侵入溶液內，即刻插入子宮頸而達子宮底（圖一百六十七）。

（如子宮頸甚狹，則必須先將子宮頸擴大之至 Hegar 8 號）。

在陰道後穹窿處，應放一棉花球，以便滴之蟻醛液 (Formalin) 可以吸收。塗碳酸時，須同時預備溫水，以便使子宮頸流出之濃碳酸液即刻沖淡，使子宮陰段及陰道免受刺激。將三條浸藥水之棉桿先後插入子宮腔內，每一條放半分鐘。最後塞一紗布於子宮內。在陰道內之棉花球必須取出（不可忘記）。著者對年青病者用蟻醛液 (Formalin)，年老者用碳酸。

子宮內用鎘錠治療 (800—1200 毫克一鐘點)，亦能刺激粘膜，但亦能損害卵巢。故對年青有生產能力之女子，不能使用。

以 Stryphnon 紗布塞陰道 或子宮或兩者並塞（能使子宮產生收縮力及壓縮力）之法，對出血甚多之子宮亦有刺激性，但至多祇能放二小時。

若上述各法均不能止血，則祇得採用上述之除卵巢法。至萬不得已時，始可用 X 射線治療。此種治療能使病者暫時無經 (Temporäre Sterilisation)，愈為年幼之女，愈易達此目的；若希望不變為永遠經閉 (Dauersterilisation)（視後），殊不能有何等有力之擔保。故此種放射治療對老年病者最為妥善。

若對脾臟用 X 射線治療，暫時止血之功效甚大。但此種效力對年青女子有三分之二祇能停止二三星期，其中三分之一能保持數年不發。若重複

放射祇用極少之份量，但無習慣性（視後）。

至於尿道內割截子宮之法，祇能用於非常危險之出血子宮。但找尋適當不過早不過遲之時間，卻非常不易。

因初割出血過多而死者，雖不甚多，但每一婦科醫生總有機會寓目也（參考七十七）。著者曾見一例，該女子在出血已甚時始送入醫院，當時著者即使之作熱水浴，且注射 Pituitrin，但病者於第二日即死。至於該病者是否可用子宮全部截除術救其生命，殊不易論斷也。此外 Munzeshheimer 氏亦曾見一例，其中無黃體成立。

總之，無論如何，一俟患經多之女子有貧血現象發生後，即當送入醫院治療。

截除腺臟 (Halban 氏) 之法，惟遇血液無凝結片之病者始可為之。但有時亦無效 (B. Zondek 氏)，有時則極有效驗（參考七十八）。

用輸血方法治療及用 X 射線刺激骨節之成績頗佳 (B. Zondek)。

不定期出血 (Metrorrhagie) 不定期出血與月經無關，故非來自子宮內膜官能層所築之創口，同時出血情形亦無何種規則。其中出血最多者為與妊娠（流產宮外孕）、瘤腫（粘膜炎、肌瘤、癌及腺體瘤）或發炎（子陰段糜爛 [Erosio] 及子宮內膜發炎）有關之不定期出血。

出血性子宮病 (Metropathia haemorrhagica) 出血性子宮病至今尚成爲一個爭執之問題 (Aschoff, Pankow (參考七十九) 氏)。又子宮內膜腺體性炎 (Endometritis glandularis) 過去亦歸入於正式發炎部份中 (Metritis chronica 慢性子宮炎)，今則已歸入月經循環中矣。因此種典

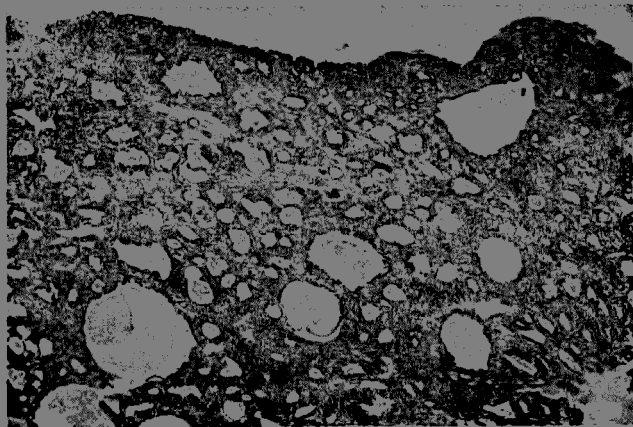


圖 一 百 六 十 三

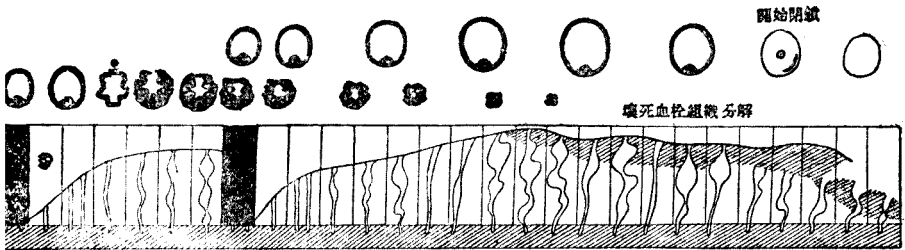
出血性子宮病子宮內膜病理化增生，腺體泡形增生（顯微鏡攝影放大十八倍）。

型解剖上之病症原因非特與子宮中無有，即卵巢中亦不能發覺 (Pankow 氏)；故此病之原因祇能認為內分泌不調，而 R. Schröder 氏則以為顯氏

泡未破裂所致。

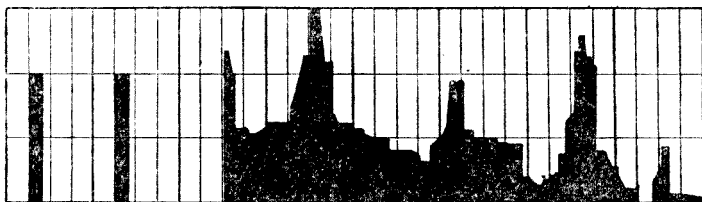
例如上次月經以後，卵泡仍然長大，但不排卵而保存其成熟之現象；有時竟繁殖頗甚，因此黃體不能成立（因卵泡太固之故）。

此種未破裂之卵泡當然不斷輸出濾囊液，子宮內膜亦繼續生長（病理化特別厲害），增厚不已；一部份變為蒂形，全部腺體完全退化，腺管不整齊；一部份則囊腫化（圖一百六十三），腺體上皮不排液（因黃體不成立之故），而凝結，白血球參加，血液漏出，遂使粘膜腐爛，病理化之子宮內膜官能層遂在出血時排出，同時腫脹之卵泡亦漸漸萎縮（圖一百六十四）。至於上述種種是否足以解釋出血性子宮病，仍屬問題。



圖一百六十四

當然，卵泡未破為最重要之原因，但何以忽然月經強化，忽然不定期化，甚至長期出血（圖一百六十五）或子宮肌肉浮腫（較大於男子拳頭）（圖一百六十六）常為經絕年始有之現象（與經絕年出血相似）？至今亦未了解。



圖一百六十五

出血性子宮病（子宮出血情形）

V. Behring（參考八十）氏 Asehoff 氏以為此種卵泡內部子宮內膜內部及乳房內部之變化，皆因卵巢工作機能缺乏所致；而出血乃毛細血管異常所致（副月經異常 Paramenstruelle Veränderungen）。



圖一百六十六

經期萎縮之子宮及出血性子宮病之子宮（子宮底處尚有兩小肌瘤）。

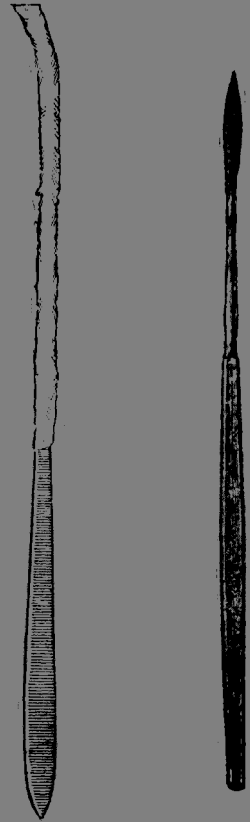
至於過去之子宮發炎，若在已愈後予以特別適合之幫助，或可使子宮肌肉發厚。

又內分泌腺體全部或一部份（腦垂體，甲狀腺）之變異以及神經之影響，亦都有絕對之關係（因為患此病者，大都有神經病或歇斯的里，或精神衰弱等各種病象）。

此外尚有各種原因。例如因位置變遷而發生靜脈充血（子宮後折下墜落出）或慢性便閉，因妊娠過多而致靜脈擴大或子宮動脈硬化，生殖器常受刺激（間斷性交媾，手淫）。另外因心臟或肺臟有病血液循環受阻。最後子宮內慢性閉塞亦為子宮肌肉發厚之一因。

Sellheim 氏以為此病之原因一部份在生殖器應用之不適當 (Metropothia parachrestica)。彼謂有職業之女子，對自身常不十分顧慮，如最新性生活中之避孕，中止妊娠等。

臨床現象出血過多（有時生命危險），出血愈多，患貧血愈甚（可達



圖一百六十七

用棉花捲成之桿用以插入子宮腔內

圖一百六十八

兩刃尖刀

血色素 10% u. Sahli 氏)，與患肌瘤或患癌腫時相同。在此種情形之下，病者當然柔弱異常，感覺毫無，與患癌者之惡病體質 (Cachexia) 相類。病者臥床不起，面色淡白如紙，食慾毫無。

心臟方面，亦往往放大，且有貧血之雜音，脈搏不整齊，且速率加高，血壓增加，胃腸工作力減少，便秘，無胃酸，因此全身受影響甚劇。白帶苟非呈薄液形，即多韌而膿性化。

在區別診斷時，此種硬而高低不平之脹大子宮，極易誤診為肌瘤。有時在開刀前竟完全不能區別該病為肌瘤抑為出血性子宮病，抑兩者俱有，有時尚可疑為妊娠。

治療之法，第一為竭力刮子宮，使診斷可以確定（是否為癌），同時且有一半之疾病可以（經絕出血及出血性子宮病）治愈。若再對子宮用刺激法混合治之（如濃液碳酸，50% Formalin, Menge 氏法；或碘酒或 10—20% 硝酸銀）則效力可更增加。青年女子之患此種內膜繁殖者，甚易復發，若輸入孕婦之血（300 立方厘米），可得巨效（理由大約為使堅固之卵泡於以後破裂）。

將子陰段用尖刀刺之使其出血之法，對無貧血症者可以為之。此法與局部之放血相同，效力甚大。

法用陰道擴張器對準子陰段，將子陰段全部消毒，然後用兩面鋒利之尖刀（如圖一百六十八）刺發紫之子陰段，此時刺出之血至少應有一至二食匙（視子陰段炎篤）。然後再用 10% Alaun 或 Berglycerin 液浸濕之紗布或用消毒之棉花球塞於子陰段，以後即可止血。

在經絕期內治療出血性子宮病，以 X 射線治療法為最佳，因其絕對有效故也（視 X 光治療篤）。如從子宮刮出之物並非惡性新生物，則宜暫時等候，試驗其是否因刮即能見效。若不久又見出血，則可用 X 射線之減卵份量照射之。但有時遇病者貧血已甚者，應在刮子宮後即刻以 X 射線治療之。

若在子宮內置鐳錠 (Radium) (參考八十一) 效力甚快 (2000—7000 mg. St.)。

Martius (參考八十二) 氏以為用鐳錠治療，最好在刮子宮之後（如刮子宮後尚出血者），但病者必須具有健全之子宮附件及正常之子宮。Dietel 氏以為用鐳錠份量適當（在 1200 mg. E. St. 以上）有 97% 效果（參考八十三）。

如以熱氣導入子宮 (Atmocausis) 內三分鐘，可謂非常適合（視前）

若因下墜或脫垂而須行手術，則最好用陰道內子宮全部截割術（Vaginale Totalexilpation）。尤對於未達經絕期之女子其卵巢尚有保護之必要時，此種手術最為適當。如此可免卵巢失去機能，可免缺乏病現象更見加重。

R. Schröder（參考八十四）氏對此問題之見識最為充足，彼根據四萬例檢查所得之結果，對子宮出血症以下述之方法治療。

彼所規定之最重要條件為必須絕對知道以前月經之循環。

1. 如經血過多最久未至八日者，則必因內膜創口上血管封閉力不足所致；宜施以藥劑治療，加高子宮肌肉之收縮力，若刮子宮，可謂毫無意義。

2. 如經血過多最長未至八日而復至期卻縮短（中隔期不得少逾十六日），則非特子宮收縮力不足，其黃體之命幸亦必縮短（卵巢幼稚化，生殖器幼稚，月經早乾，骨盤內發炎，因全身病症卵巢機能缺乏），故對此須用內分泌液治療，亦無須刮子宮。

3. 如經血過多長逾八日以上而不定期（加量出血、經間出血），則月經之創口不易全愈（正式之子宮內膜炎、帶肉、肌瘤），或因子宮內有血積住而有經間出血或其血來自糜爛（Erosio），癌腫及妊娠等。對此，宜用刮子宮法，藉供診斷並收治療之效。

刮子宮（Abrasio-Kuerettage）

刮子宮可供診斷，或供治療，有時兩效俱收。

診斷之不可缺少處為子宮癌；治療上之有效處為病理性子宮內膜繁殖蒂形之粘膜炎，單獨性粘膜炎或粘膜炎。

刮子宮為一種容易之手術，但頗多危險；在今日各種不幸之事件每日均有發生（子宮鑽破損傷或死亡）。

普通醫者均須有刮子宮之技能（醫院中當然更為重要），醫者若無此種技能，則必須學習；技能未臻純熟時，絕對不能貿然嘗試；須待真正學會後，方可應用，以免危險。

在手術器未伸入子宮以前，子宮頸必須相當寬大，或設法使之擴大，以便手術器無阻而入。擴大子宮頸有下述四法：

1. 用膨脹體擴大子宮頸 此法可不必施行麻醉，普通祇須用

乾昆布錠 (Laminaria digitata)。此類昆布錠大小不一 (如需絕對無菌者可購自廠家)。在使用前，應先將外陰詳細消毒，洗滌陰道，再混合檢查子宮之位置。迨正確識得子宮位置後，始可安放昆布錠。雖如此尚有破傷之病例。

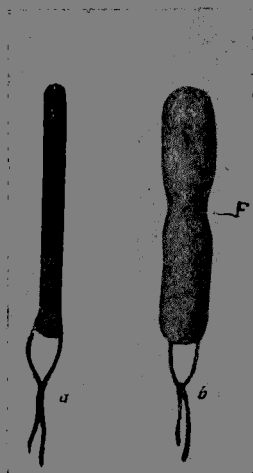
(例如著者曾聞一例，初診以爲一不能動刀之陰道癌，不料檢查後，爲一子宮後傾。其中有一昆布錠，在十八年前用人工流產時，誤破入子宮後壁內)。

放昆布錠之方法，用陰道張開器先對準子陰段，用碘酒或 Sublimat 浸棉塗之；復用球鉗鉗住其前唇，拉向下方，使已曲之子宮頸伸直；子宮頸管內用輕度碘酒或 Sublimat 液盡力擦之，然後再塞一細小之金屬放大器，以測量子宮之位置是否與手所摸得之結果符合。最後用鉗挾住昆布錠，插入子宮頸管內 (圖一百六十九)。塞入之昆布錠，其厚薄當以適合子宮頸管而可自由進出者爲最佳；最錯誤者，乃在開始時即用甚粗之昆布錠；因昆布錠過粗，易使病者感得痛苦，同時且不易取出 (因在子宮內口處大多被束住，而在子宮腔內一端則浮腫甚劇) (圖一百七十)。故在必需時，寧並放二根細昆布錠爲妥。通常在塞昆布錠時，最好每端少許伸入



圖一百六十九

安放昆布錠時情形 (照 Hofmeier 氏取自 Frauenkrankheiten)。



圖一百七十

昆布錠之形狀 a = 未安放於子宮頸內前之昆布錠 b = 安放取出後之昆布錠 F = 子宮內口扣住處 (照 Polano 氏取自 Propädeutik)。

於子宮內口及露出於子宮外口。如不能伸入於子宮內口，則子宮內口不能開放；若塞之太深，則子宮外口不能開放，且不易取出；有時必須將子宮外口剪開，始能取出。如子宮曲折太甚，昆布錠桿不能將其伸直，則祇得使該昆布錠微曲（若置於熱水中即易如此）絕對不可用強力硬插於子宮頸管內。安放於子宮頸內之昆布錠，可用少許紗布球塞住之。二十四小時後將該昆布錠取出。若此時子宮頸管尚狹，則當繼續放大之（用第二根較粗之昆布錠時，亦應注意上述各點）。將昆布錠置於子宮頸內之際，當絕對注意病者之體溫；如體溫增高，應即將昆布錠取出；否則傳染液體受阻於子宮內，易使子宮發炎，重者且能引起腹膜炎，以致死亡。病者在治療期內當靜臥床上。若在門診室內施行此種手術後，即放病者回家，實為一種最不負責之措置；雖此種手術甚小，但其招致之危險可非常重大（傳染危險）。

若在擴大時發生痛苦，可用藥塞之：

Codein phosph 0.02

Extract Belladonnae 0.02

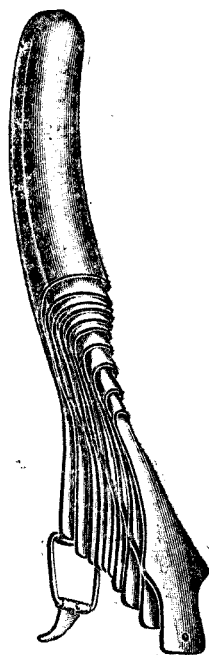
Butyr. Cacao 1.5

塞錠

2. 用金屬放大器擴大子宮頸 若用此器放大子宮頸管，須一次做完（數分鐘），但病者感痛甚劇，故非將其麻醉不可（全身或局部）。

行局部麻醉法時，須先將女陰及陰道消毒，然後於子宮段之左右兩側注射 0.5% 之 20 立方厘米 Novocain X Adrenalin 液體於子宮鄰近結締組織內。五分鐘後，子宮頸大多已失知覺，醫者即可開始動手，擴大子宮頸及刮子宮（行局部麻醉之條件為絕對清潔，否則子宮鄰近組織可以發炎）。

金屬放大器為圓柱形而向前稍曲之金屬桿，粗細（圖一百七十一）不一。放入之法，一如昆布錠（最重要者為在未放第一根以前，當先測定子宮之位置）。普通中號刮刀可以伸入者為第十一號放大器，在插入放大器時，絕對不可鹵莽從事；不論鑽或旋之舉動，均應絕對禁止。每根放大器插



圖一百七十一
一托金屬放大器

入後，須安置少許時間，然後始可取出，再放第二根。如此繼續爲之，至放大爲止（插進之放大器須經過子宮內口）。

3. 用昆布錠及金屬器混合放大 如用昆布錠發脹放大法，不夠擴大子宮頸管時，則當繼續爲之。但再用昆布錠必需再候二十四小時，爲時未免過久。故較爲簡單者，爲先用昆布錠發脹放大器，然後遇放大不足時，再用金屬放大器。此時子宮頸較軟而頗易擴大，與在未用發脹放大器以前不同。

4. 用剪放大（子宮前唇剪破法 Hystero-tomia anterior 欲探摸子宮內部，非特中號發脹放大器不夠（最粗之昆布錠常能使子宮頸裂破），即金屬放大器或甚至兩者合併，亦嫌不夠；故祇能將子宮口前唇直行剪開，將膀胱略向上推，復將子宮頸前壁直行剪開，至子宮內口處（普通）。此時食指可伸入於子宮腔內（圖一百七十二），外方之手可從腹壁壓住子宮底，於是子宮內之手指即可探摸子宮腔內，檢查其有無突出或高



圖一百七十二

手指探摸子宮腔情形（照 Polanc 氏取自 Halban-Seitz, Biol. u. Path. des Weibes Bd. 2, Urban u Schwarzenberg)

起者如蒂肉、突出性肌瘤或胎盤遺跡等等。如有施手術之必要，應即在此後爲之。此種方法，當然只能在醫院中實行，普通醫生最好不用，因出血與膀胱破損危險太大故也。

刮子宮：用刮刀（Kürette）（圖一百七十三）爲之。刮刀大小不一，以能經過子宮頸者爲合格。無論何種強暴之力例如用大形刮刀強塞從未開大之子宮頸，均應禁止，否則子宮頸能被裂開，子宮底時被鑽破，危險甚大。如遇子宮前或後屈折太甚，最好使用刀柄能灣曲之刮刀，以便適合子宮之形態。如子宮頸事前已因昆布錠擴大至相當程度，則刮子宮時不必使用麻醉法，因子宮內膜無何等知覺故也。但不適意之感覺究竟難免，故對精神性病者仍應使用麻醉法，將其麻醉。

刮子宮時應將子宮全部內膜一齊刮出；欲達到此目的，刮時之動作必須一定，刮法如下：先將刮刀輕輕伸至子宮底，然後用刀向下方，直至子宮內口處；第二次再輕輕上伸，再往下刮；在上升時，應依子宮直徑順序旋轉（旋轉之方向如鐘針之行動），旋至原處爲止。在子宮輸卵管處，須特別注意，應多刮數次，因所有之蒂肉或流產遺跡均寄生在此故也。知覺與聽覺爲檢查時之必要工具，如醫者覺得刮刀已着一堅硬之下層，同時又聽得一種硬殼刮聲（肌肉聲），則一切柔軟部份都已刮去。多竊者爲善性物，整塊者爲惡性物。無論刮下多少之後，如刮刀移動時高低不平，似有特種阻礙，刮下者爲整塊物，則必有粘膜下肌瘤或子宮癌。如疑及子宮肌瘤，則應探摸子宮腔，證實後即當用旋落法取出之。

刮下之物均應全部收集，置於一 50% 酒精中或 1% 蟻醛液（Formalin）中儲藏之，以備作顯微鏡檢查。

刮子宮後，須用 Xeroform 紗布或消毒紗布塞於子宮腔內，隨即取出，使刮後遺存於子宮內之粘膜皆隨之而外出。如刮後子宮出血，則須再塞紗布於子宮腔內，於十二小時取出。病者於在刮子宮後當靜臥二三日。

在施行各種子宮手術之前，子宮附件如何，應先詳細檢查。如有發炎性變化，則刮後可使其復發，以致引起腹膜炎。遇患淋病者絕對不可刮子宮。



圖一百七十三
子宮刮刀

刮子宮之缺點及危險

子宮因放大器或刮刀而受損傷。請詳言之：

1. 鑽破子宮底或子宮體 放大器伸入子宮時，有處阻礙，第一二處爲子宮外口及子宮內口，當然均應除去，第三阻礙處爲子宮底，若此處阻礙亦用力通過，則子宮即被鑽破矣。

何處爲阻礙處？在何處可遇該三處阻礙？凡此一切，祇須詳細知悉子宮之位置及大小，即不難明瞭。若不知子宮位置及大小，則長形之子宮頸即易誤爲子宮全部，於是刮刀至內口即行停止。目的地始終未能達到。有時甚至誤將小形之子宮底作爲子宮內口，用力鑽入，及至察覺，子宮底已被鑽破矣（彩圖三十三）。

若子宮後折而醫者放大之工作向前，則子宮之前壁能被鑽破；反之，子宮前傾而放大器向後時，則子宮後壁可被鑽破。

尖細之刮刀較粗大者容易鑽破子宮。用球鉗伸入子宮內作爲手術器之行爲，應根本禁止；完全無用而極危險者爲子宮導管（Uterussonde）（視前）。

最易鑽破之子宮爲老年子宮、產褥後子宮及有癌子宮。故醫者對產後三個月內子宮，應少施手術。刮子宮時，如遇有整塊落出，則醫者應即停止工作。對於老年女子，刮時應特別細心。

事實上常有極軟之子宮，醫者每於不知不覺中破損之（因其軟如豆腐）。當然此種情形，即爲最著名之婦科專家，亦難避免。實際上，每一婦科醫者可謂均有此種遭遇。

2. 子宮頸脹破 如放大工作進行過速；或子宮頸壁緊而硬，醫者用力過大，則子宮頸破裂甚易。

裂開之處大多在子宮之邊沿（圖一百七十四），與韌帶中組織及子宮鄰近結締組織相連接。該處並無損傷腹膜，故腹腔未曾刺破。若該裂處再上升入子宮體內，則後方之闊韌帶葉可以破裂，於是將腹膜破損。

若子宮頸放大不多，硬將大形刮刀插入子宮頸內，則子宮頸特別容易裂開，此時刮刀可於忽然間作非常容易之通過，同時子宮頸亦告破裂。

病者子宮裂開後之運命，完全與醫者之措置有關。如果措置不當，病者即有危險；如果措置適當，則病者大都可以全愈。



圖 一 百 七 十 四

用金屬放大器擴大子宮，子宮邊被脈破。

此處最重要者為即刻識得破損處或至少猜及破損處。例如手術器插入子宮之深度較子宮原有深度為深，則苟非子宮緩弛 (Atonie)，即有一處破裂。當然，若為大形之輸卵管，子宮口亦可通過一個較狹之導管，但此種情形究屬少有。

若已察得此種事實，則一切手術均應立刻停止，此點與預後極有關係。此時應不顧手術如何進行或進行至何種程度或子宮內有何物，毅然停止工作，蓋停止進行手術之一法，實為此時唯一救急之方法也。

至於停止手術是否已足，須視醫者用何種器械破損而定。如僅為一個細小之手術器經一次鑽過而破損，則通常出血於腹腔者並不甚多，腹膜亦不致發炎。在刮刀上所粘住之細菌，大多在穿破時已被扣住，不致流入腹腔之內。

此時病者應即臥床，停止腸之動作，投以細微鴉片製劑（每二小時八滴單純鴉片酊）。同時詳細檢查體溫脈搏，使病者不久即能全愈。有時腹網能因此粘住於子宮創口內或移入於創口內而結住，為將來產生撒痛之最大原因。

Lederer-Lederhandler（參考八十五）氏曾見一例，為二個月墮胎後之腹膜炎患者。該氏見在子宮後壁內得一長 4 厘米之大腸盲囊 (Diekdarm-Divertikel)，如一束住

之盲腸然。彼以爲此種現象，大約在破裂時該腸被牽入於子宮內所致故也。

若破損之手術器甚粗，或醫者已知所用何種手術器，或手術器已多次經過該破裂處，或所用之手術器爲一鈎針，在破裂時，腸部或腹網尚有鈎入子宮內之可能（彩圖三十三），或子宮向內向外出血甚劇（脈搏漸漸微細，呈貧血現象），或子宮內容必然或大約有病菌（中毒性流產、子宮積膿、或子宮癌）。則若醫者因循坐視，當然一種極大之過失。有時且可使病者患足可致死之腹膜炎）。此時惟有立刻用迅速之開刀手術將破裂處縫好，或將子宮割去。正式縫合腸部損傷處，使之完全止血。

完全割去與用線縫合，所得之成績相同（Frommolt）。當然，某種破損非將全部子宮割去不可。若破損處可從陰道內解決，則可從陰道內着手進行；但通常最好之方法實爲剖腹，因剖腹後見一切真相故也。

若用刀刮子宮，能使子宮壁互相結住（一部份或全部閉鎖）。一部份閉鎖可形成子宮積血（視前），全部閉鎖可形成無經。

P. Strapmann 氏（參考八十六）曾見下述二例：子宮腔如隧道，輸卵管被牽至子宮口處而結住，但仍有月經（視後）。

生殖器與血腺（內分泌腺）之關係（參考八十七）

上文已述及內分泌腺對於女子之重要性，此處再就生殖器與內分泌腺（因腺液直接流入血管內，故名）之關係大略說明之。當然今日此類理論尚不免含有投機性質，但亦有不少確切之事實存在也。

各血腺之工作情形可譬喻爲一音樂隊，各分子不能單獨工作，否則即有異常之現象發生（音樂不和）。以故每一血腺均必須和衷共濟。彼等之排洩亦爲全身新陳代謝正常工作之指導者，亦爲表示健全之象徵。不論何人，均應受內分泌腺之調劑，若調劑不和，例如一處內分泌腺工作不健全，則對方之腺體即產生過剩現象。但不久即有與失卻機能之腺體相等之腺體加增工作，以抵制對方之生產過剩。

上述情形爲吾人對於血腺之大概想像。若一方面工作過多，其一方面即工作減少，藉以調和體內固定之幾個內臟（其中最重要者爲生殖器）之工作。

血腺所排出之液體與血腺體之提鍊質不同 Insulin 與 Thyroidin 或許爲血腺液（Inkret），Adrenalina 爲腎上腺皮質內分泌液之一部份，但 Pituitrin 非血腺液而爲腦垂體後葉提鍊液。

月經循環之開始即卵巢之血腺液流入血液中時，對全部血腺似有特

別之助長性及增加工作之機能性，故事實上均與月經循環之波浪上升及下沉相應活動，尤其在妊娠時，此種活動特別厲害而持久。

吾人最熟悉之血腺爲甲狀腺，在月經及妊娠時工作增加特甚；致該腺體同時作顯著之浮腫（月經甲狀腺腫，Struma menstruationis；妊娠甲狀腺腫 Struma graviditatis）。反之，若工作並不增加，則必有異常現象（如妊娠尿蛋白 Graviditäts-Albuminurie V. Graff 氏）；另一方面，「拜然獨」氏病（Morbus Basedowii）可使月經停止。

患甲狀腺腫及「拜然獨」氏病者，開始月經過多，子宮腫脹，易流產，子宮鄰近結締組織之脂肪亦與全身之脂肪聯合消瘦，甚至消滅。若該種疾病之時間延長過久，則月經情形即起變更。經多改爲經弱，或經少，或經閉，恥毛漸漸脫落，乳房亦萎縮（Walthard 氏）。

此種甲狀腺工作異常對月經既有如此之影響，則對於難以治療之月經過多，勢非先將甲狀腺健全與否（甲狀腺腫或「拜然獨」病）之情形加以詳細檢查不可。必要時須用甲狀腺劑以影響其月經過多（Thyreoidin 割甲狀腺，X 射線治療甲狀腺腫）；因甲狀腺腫所造成之子宮退化及經閉，可用 Thyreoidin（每日 0.1—0.5 內服）（Walthard 氏）治療之。

對於副甲狀腺（上皮細胞體 Parathyreoidea），吾人已知與鈣之新陳代謝有密切關係。若該腺機能不足，則在妊娠時可產生妊娠手足痙攣（Tetania gravidarum）。欲加治療，祇須投以鈣製劑即可。至於副甲狀腺及其他機能對生殖器有何影響之問題，吾人今日所知者尙少。對於松果體（Corpus pineale）與生殖器之關係，亦尙未十分清楚。

胸下腺（Thymus）應在初潮時消滅。若依然存在，則必變爲胸下腺性淋巴質（Status thymico-lymphaticus），使生殖器發育停止。反之，成年女子或孕婦之血或尿，對幼獸之胸下腺有退化性之作用（Castagna 氏）。

腎上腺及其色素系（chromaffine System）與生殖器之關係，除妊娠以外，吾人今日所知者亦甚少。

Siegert 氏（參考八十八）謂卵巢巢與腎上腺之關係一如月經循環，腎上腺液之排洩作同樣之升降（經動物試驗證明）。

Poll 氏證明腎上腺在解剖構造上與年齡性別均有關係。在動物試驗中，內分泌上有異性之感動力。Thaddea 氏（參考八十九）謂腎上腺皮質內泌液，經過腦垂體前葉而有間接影響生殖腺工作之能力。另外兩種維生素亦與生殖器有相當關係（Guggisberg 氏）。

(參考九十)

若腦垂體(*Glandula pituitaria*) (視前)前葉機能加多,可使發育年齡生長加速;在妊娠時,面部尖端肥大(*Acromegalia*),至產褥期內,完全消滅。又在經絕期內,亦能發現該類面部尖端及指端肥大症,且能永久保存,不再退化。腦垂體機能加多(*Hyperpituitarismus*)對月經之影響各有不同,有時毫無影響,有時可使月經停止。腦垂體機能減少(*Hypopituitarismus*) (參考九十一)可使發育期中之女子引起全身肥胖病或短矮症,在壯年期,則變為肥胖性生殖器機能缺乏症(*Dystrophia adiposogenitalis*)及經閉及生殖器萎縮症,最後能促成尿崩症(*Diabetes insipidus*)及大腦性糖尿症(*zerebrale Glykosurie*)。

對於腦垂體前葉之內分泌,吾人今日所知者尙少。*Allen*氏謂有五種,其他學者則主張有十五種內分泌(每種細胞排洩三種內分泌)(*Jores*氏)(參考九十一)實際上究竟如何,尙待以後之繼續研究。

胰腺(*Pancreas*)對生殖器之關係,吾人可於動物試驗中獲得一部份經驗。多量之 *Insulin* 注射可阻止受孕(*Vogt*氏(參考九十二))不斷之長期注射 *Insulin*,可使卵泡退化及子宮萎縮(*Cansoli*);故多量注射 *Insulin* 一事,對成年之女子頗成問題。

胰腺性糖尿症(*Pancreasdiabetes*)可因妊娠而產生。如已有此症,則在妊娠期內可使生殖器病症(有熱度及過多出血)加劇。患糖尿症而有多經者,能使病症暫時減輕(*Walshard*)。糖尿症及女陰癢症,前篇已曾述及(視女陰病症),茲不贅。

女子之乳房內分泌有各個不同之時期,發育年及妊娠期長大繁殖,產褥期排洩,月經時浮腫或排原乳,經絕期萎縮。乳房排乳能阻止排卵月經及使子宮萎縮(但可復原)。

乳房提煉汁(*Mammin, Mamma siccata*)能使子宮收縮,但恐非內分泌之專門工作,而因其中之蛋白作用(*Proteamin*)(視前)所致。

參考一 *Fränkel, L., Physiologie der Weiblichen Genitalorgane, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibs, Bd. I.—Schroeder, Rob. Der mensuelle Genitalzyklus des Weibes und seine Störungen, in Stockel-Veit, Handbuch der Gynaekologie, Bd. I, 2. und Die Pathologie der Menstruation, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. III.*

參考二 *Pflueger, Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium zu Bonn. A. Hirschwald, Berlin 1865.*

- 参考三 Knauer, Arch Gynaek 1909., Bd. LX.
 参考四 Halban, Verh. Dtsch. Ges. Gynaek. 1911.
 参考五 Fränkel, L., Arch. Gynaek. 1903 Bp. LXVIII.
 参考六 Hirschmann und Adler, Mschr. Geburtsh. 1908, Bd. XXVII; Arch. Gynaek, 1913 Bd. C.
 参考七 Meyer, Rob., Arch. Gynaek. 1911, Bd. XCIII; 1913, Bd. C; 1920, Bd. CXIII.
 参考八 Dyroff Mschr. Geb. Gynaek. Bd. 91 No. 3/4
 参考九 Allen, Pratt, Newell und Bland, J. Amer. Med. Assoc., 1928, Bd. XCI und Amer. J. Obstetr. 1930. XIX.
 参考十 Lewis, Bull-Hopkins-Hosp. 1931, Bd. XLIII.
 参考十一 Dyroff, Zbl. Gynaek 1931, No. 46.
 参考十二 Schultze, G. K. F., Klin. Wschr. 1932, No. 47.
 参考十三 Tietze, K. Zbl. Gynaek. 1929, No. 1.
 参考十四 Ottow, B., Zschr. Geb. Gynaek. Bd. 114, S. 117.
 参考十五 Grosser, Eihautbildung, Fruchentwicklung u. Plazentation, J. B. Bergmann, Menschen 1927.
 参考十六 Philipp, E., Zbl. Gynaek. 1930, No. 44.
 参考十七 Clauberg, C., Die Sexualhormone, J. Springer, Berlin 1933 und Zschr. Geb. Gynaek. Bd. CVII, 1934.
 参考十八 Allen, E., Amer. J. Anat., 1922, Bd. XXX.
 参考十九 Kaufmann, C., Zschr. Geb. Gynaek. Bd. 114, S. 382.
 参考二十 Kaufmann, C., Zbl. Gynaek. 1933, No. 1; 1935 No. 26. und 1935 N. 26.
 参考二十一 Knaus, a., Arch Gynaek, 1929 Bd. CXXXVIII; 1930, Bd. CXL. GXLI.
 参考二十二 Philipp, Arch. Gynaek. 1931, CXLIV, S. 293.
 参考二十三 Ehrhardt, Muench. med. Wschr. 1934, No. 23. u. 48. u. Mschr. Geb. Gynaek. Bd. LXIX.
 参考二十四 Butenandt, Zbl. Gynaek. 1935, No. 2.
 参考二十五 Kaufmann, C., Klin. Wschr. 1935, No. 22.
 参考二十六 Zondek, B., und Aschheim, S., Arch. Gynaek. 1926, Pd. CXXVII; 1927, Bd. CXXX, H. 1. Zondek, B; Die Hormone des Ovariums und des Hypophysenvorderlappens, Berlin, Springer, 1931.
 参考二十七 Smith, Proc. Soc. exper. Biol. a. med. 1926, Bd. XXIV.
 参考二十八 Aschheim, Die Schwangerschafts diagnose aus dem Harn. 2. Aufl. Berlin, Karger 1933.
 参考二十九 Hofbauer, Zbl. Gynaek, 1930, No. 41. u., 1932 No. 17.
 参考三十 Frankl, Zbl. Gynaek., No. 2.
 参考三十一 Caffier, T. Gyn. 1934, No. 40.
 参考三十二 Caffier, M. Med. Wschr. 1930. S. 389.

參考三十三 Holt. Zbl. Gynaek. 1935, No. 20.

參考三十四 Breipohl, Arch. Gynaek. Bd. 161, 1936.

參考三十五 Meyer A. Münch. Med. Wschr. 1935. 10.

參考三十五下 K. Schroeder, in Stoeckel Veit, Handb. der Gynaek. Bd. II,
1. J. F. Bergmann, Muenchen.

參考三十六 Unterberger, F., Zbl. Gynaek. 1929, No. 2.

參考三十七 Geller, Med. Klin. 1928, No. 3.

參考三十八 Kermauner, F., Wien. Klin. Wschr. 1927, No. 49.—Romeis,
B., Altern und Verjuengung, Handb. der inn. Sekretion von Max Hirsch, Bd.
VI, 1931.—Sellheim, H., Wechseljahre der Frau, F. Enke, Stuttgart 1932.—
Stelzner, H. Klimakterium, Erotik, Sexualitaet. Muench. med. Wschr. 1927,
No. 27, u gefaehrdete Jahre im Geschlechtsleben des Weibes. J. F. Lehmann,
Muenchen 1930.—Wiesel, J., Innere Klinik des Klimakteriums, in Halban-
Seitz, Biologie u. Pathol. des Weibes, Bd. III.—Zacherl. H., Die Wechseljahre
der Frau J. Springer, Wien 1928.

參考三十九 Kaufmann, C., Arch. Gynaek. 1931, Bd. CXLIV.

參考四十 Vogt, Mschr. Geburtsh. 1929. Bd. 81.

參考四十一 Hoede, Mschr. Geburtsh. 1930, Bd. 84.

參考四十二 Halban, J., Wien. Med. Wschr. 1928, No. 1.

參考四十三 Tietze und. C. Mayer, Mschr. Geburtsh. 1931, Bd. LXXXVIII.

參考四十四 Fuchs H. Zbl. Gyn. 1935 No. 16, u. 1937 No. 18.

參考四十五 Caffier, P., Zbl. Gyn. 1936, No. 5.

參考四十六 Aschner, B., Klinik und Behandlung der Menstruationsstoer-
rungen, Stuttgart 1931.

參考四十六下 Damm P. N. Menstruationsstoerungen hormonaler Ursprungs
J. A. Barth 1936.

參考四十七 Chaschinsky und Gerschow, Zbl. Gynaek. 1933, No. 33.

參考四十八 Halban, Arch. Gynaek. 1905, Bd. LXXV.

參考四十九 Philipp, E., Zbl. Gynaek. 1929 No. 38.

參考五十 Heim, Zbl. Gyn. 1934, No. 28.

參考五十一 Wagner, G. A., Mschr. Geb. 1929, Bd. 82.

參考五十二 Aschner, Beziehungen der Druesen mit inneren Sekretion zum
weiblichen Genitale, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes,
Bd. 1.

參考五十三 Hofbauer, Zbl. Gynaek. 1924, No. 3.

參考五十四 Teelken, Zbl. Gynaek. 1928, No. 46.

參考五十五 Hermstein, A. Z., Geburtsh. 1929. Bd. XCVI.

參考五十六 Gragert, Zbl. Gynaek. 1932, No. 41. Hornung und Litten, Zbl.
Gynaek. 1929. No. 11. V. Jaschke Dtsch. Med. Wschr. 1929. No. 8.—Laqueur,
E., G. A. Wagner und v. d. Velden, Die Bewertung der Ovarialtherapie.
Leipzig, Thieme 1932. Stemmer, W., Klinik der Weiblichen Geschlechtsh-

ormone, Stuttgart, Enke 1933.

参考五十七 Sippel, P., Gynaek. 1923, Bd. CXVIII. Schultz, Guenther, K. F., Zbl. Gynaek. 1928. No. 1.

参考五十八 K. Mayer, Zbl. Gynaek, 1931. No. 11a.

参考五十九 Menge, Zbl. Gynaek. 1922, No. 33.

参考六十 Brakemann, Arch. Gynaek. 1925, Bd. CXXV

参考六十一 Liepmann, Med. Klin. 1930, S. 1374.

参考六十二 Wintz Muench Med. Wschr. 1931, No. 19.

参考六十三 Buschbeck, Mschr. Geb. Gynaek, Bd. 98, 1935.

参考六十四 Winhöfer u. Pissarczyk Mschr. Geb. Gyn. 1936. Bd. 101.

参考六十五 Kaufmann, Klin. Wschr. 1936 No. 25.

参考六十六 Elden u. Wilson Amer. J. Obster. 1936 Bd. 32.

参考六十七 Kohlrausch-Leube, Gymnastische Frauenbehandlung, Menstruationstörungen, Schwangerschaft, Wochenbett. Jena G. Fischer 1936.

参考六十七下 Koerting, Zbl. Gynaek. 1932, No. 46.

参考六十八 Koblanek, Z. Geburtsh. 1900, Bd. 43. und Die Nase als Reflexorgan des Autonomen Nervensystems Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1930.

参考六十九 Baniecki, Zbl. Gynaek. 1928, No. 15.

参考七十 Tietze Arch. Gyn. Bd. 161.

参考七十一 Runge Monatschr. Geb. Bd. 104 S. 350.

参考七十二 Caffier, P., Arch. Gyn. Bd. 161.

参考七十三 Runge, Zbl. Gyn. 1936, No. 34.

参考七十四 Hofstaetter, Wien Med. Wschr. 1929. No. 43.

参考七十五 Fuchs, Zbl. Gyn. 1936, No. 27.

参考七十六 Hergotellert von Windler, Instrumenten-Fabrik, Berlin N. Friedrichstrasse.

参考七十七 Kermauner, F., Wien. Med. Wschr. 1928, No. 48.

参考七十八 Haselhorst, Zbl. Gyn. 1929, No. 47a.

参考七十九 Pankow, Z. Geburtsh., 1910, Bd. 65.

参考八十 V. Behring, Zbl. Gynaek. 1931, No. 36.

参考八十一 Eymor, Zbl. Gynaek. 1935, No. 21.

参考八十二 Martius. Zbl. Gynaek. 1935.

参考八十三 Dietel, Ergebn. Med. Strahlenforschung Bd. 7. 1936.

参考八十四 Schroeder, K., B. Kessler und K. Tietze, Zbl. Gynaek. 1933. No. 1.—Kraatz, Zbl. Gyn. 1936, No. 23.—Fuchs, E. Zbl. Gyn. 1936, No. 27.

参考八十五 Lederer-Lederhaendler, Zbl. Gynaek, 1933, No. 16.

参考八十六 Strassmann, Zbl. Gynaek, 1930, No. 42, und 1931, No. 38.

参考八十七 Aschner, B., Beziehungen der Druesen mit innerer Sekretion zum Weiblichen Genitale in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. I. Bauer, Innerer Sekretion. J. Springer, Berlin und Wien 1927.—Buten-

andt. a., Weibliche Sexualhormone, Berlin 1931.—M. Hirsch, Handb. d. inneren Sekretion, v. Kabitzsch, Leipzig 1927-1933 (3 Bände).—Philipp, E., Histologie und innersekretorische Wirkung des Hypophysen-Vorderlappens. Zbl. Gynaek. 1930, No. 49.—Walther M., Über den Einfluss von Allgemeinerkrankungen des Körpers auf den Genitalapparat und umgekehrt, in Opitz, Handbuch der Frauenheilkunde, 5. Aufl. J. F. Bergmann, München 1927, Bd. I. Berblinger, Clauberg u. Kraus, Die Bedeutung der inneren Sekretion für die Frauenheilkunde, Handb. der Gynaek. v. W. Stoekel Bd. IX 1936.—Kehrer E. Endokrinologie für den Frauenarzt zur Ovarialfunktion und besonders zur Amenorrhoe, F. Enke 1937.

參考八十八 Siegart, z. Geburtsh. 1929, Bd. XCIV.

參考八十九 Thaddea, Zbl. Gynaek. 1935, No. 21.

參考九十 Guggisberg, Die Bedeutung der Vitamine fuer das Weib. Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1935.

參考九十一 Berblinger, Pathologie und pathologische Morphologie der Hypophyse des Menschen. E. Kabitzsch, Leipzig 1932.

參考九十二 Jores, Klin. Wschr. 1934, No. 13.

參考九十三 Vogt. Med. Klin. Wschr. 1927, No. 15 und 1929, No. 30.

第九篇 子宮炎 Entzündungen des Uterus (考參一)

子宮內膜炎及子宮肌肉炎 (Endometritis corporis et Metritis) 自腺體性子宮內膜炎 (Endometritis glandularis) 歸入月經不調中之內膜增生病 (Proliferation) 及慢性子宮肌肉炎 (Metritis chronica) 歸入月經不調中之出血性子宮病 (Metropathia haemorrhagica) 之後，今日屬於真正子宮發炎者已不甚多。

但事實上子宮內膜炎及於子宮肌肉炎，在婦科中仍屬極重要之病症。

急性子宮內膜炎 (Endometritis acuta) 之原因為淋菌產梅毒發炎菌及由機械傳染上升之菌類 (如拭去子宮頸栓塞，通子宮，損傷子宮內膜，放昆布錠於子宮頸內，刮子宮，剪開子宮頸，縫子宮頸，激刺子宮內膜，或由遺忘未取出之子宮塞布，子宮腔內架，受損傷之粘膜炎肉及粘膜炎下肌瘤壞死)，上升性之子宮結核病甚為少見 (視結核篇)。月經來時，可加重病症或為發生子宮病症之引導者。

患急性子宮內膜炎及肌肉炎之子宮，可腫脹如子宮妊娠三月大小；此時內膜紅而腫，子宮組織浮腫而有甚多浸潤，且有甚多白血球淋巴血球及原形質細胞。

病象如下：病者主訴噁心，下腹疼痛 (如陣痛然)，若延及外膜，則有嘔吐及噁心。開始時有血色性以後有稀薄之白帶 (若子宮體內膜發炎)，或膿性白帶 (若子宮頸內膜炎)，同時體溫增高。檢查時，子宮甚軟，浮腫頗易壓入，按之動之均作痛，如大小便時作痛 (則為骨盤腹膜刺激所致)。

該病之經過情形各有不同，有者不久痛即止腫亦退病亦告愈，有者變本加厲，向子宮傍結締組織，及腹膜進展，而使發炎；及至末了 (為數雖少) 生命傷失，另有一部份漸漸變為慢性發炎而及子宮繁殖過甚。

月經循環大多不變，但因發炎性之充血而增加出血，惟在極重之粘膜炎破壞後，能使月經循環異常。因此時傳染菌已深入粘膜炎底層，而不能增

生正常之粘膜炎(Proliferation)矣。

因此種急性子宮內膜炎及肌肉發炎 (Metro-Endometritis acuta) 大多除在施行手術時醫者消毒不周全 (如汚手, 用未消毒之子宮探測量子官等等) 所致, 故正當之預防極為重要。無論舉行何種手術凡接觸子宮者, 當均應以無菌之手術及消毒方法爲之。有疑及淋病者, 則絕對不可施行子宮腔內之手術; 因慢性而已經隱藏之病症能於振動後變爲急性, 而改發炎加劇。不學無術之徒, 則根本不能施行任何子宮手術。

開始經過即爲慢性者, 爲老年婦女之子宮內膜炎 (Endometritis vetularum) (視陰道炎篇)。此症因粘膜炎退化萎縮, 大腸桿菌上升所致。因組織萎縮及菌類之傳染, 致令子宮頸管狹窄, 膿液乃逐漸聚積於子宮腔內 (子宮積膿) (Pyometra)。於是子宮膨脹甚劇, 直徑達八厘米, 有時子宮內容壓力甚強, 能將子宮頸管之狹處衝破使腔內之膿液混合血液而向外排出。此種情形當然極易令人疑爲癌腫; 因實際上確有此種相反之發展步驟 (因子宮體癌流出之液體能使菌類上升發炎, 再使子宮頸管狹窄; 子宮頸管狹窄以後, 膿液亦即聚積, 遂成爲子宮積膿) 也。

子宮積膿發生 (現今亦有) 以前多因用鐳放射於子宮頸管內後所致 (視後), 此時子宮頸管能完全封閉, 以致後來之醫者在診斷上發生重大困難。如子宮擴大, 則該癌當在生長, 或暫時稍癒而以後又行復發, 或僅有積膿而無子宮癌腫。凡此一切區別診斷, 均因子宮頸管封閉而無從探知。此時惟有將全部子宮割去爲唯一出路。患該種閉塞時, 子宮內之液體能產生氣體, 成爲子宮積氣 (Physometra)。

就治療而論, 患急性子宮內膜炎者須絕對靜臥, 腹部置一冰袋, 或用 Priessnitz 氏之熱水包圍法治之。如感得強度之痛苦, 則可用微量之鴉片製劑制之 (每二小時服八滴單純鴉片酞), 或用塞錠 (Pantopon 0.02 Extr. Belladonna 0.02 Butyr Cacao 1.5) 鈣質注射 (每間日一次, 肌肉注射十立方厘米, (Calcium Sandog, Wilser 氏) 亦有奇效。子宮本體當絕對使之鎮靜, 無論何種子宮內手術, 均當絕對禁止; 蓋此種舉動非特不能治愈子宮, 反足以使傳染加劇侵入輸卵管及腹腔內也。

如急性現象, 及熱度已退, 則可用麥角繼續治療之; 以便加速子宮之收縮。病者在熱度退淨八日後, 及在檢查時子宮兩旁毫無壓痛及積膿各種病象後, 始可起床。又爲妥善計, 以後數次月經來時亦宜臥床, 因在月經時

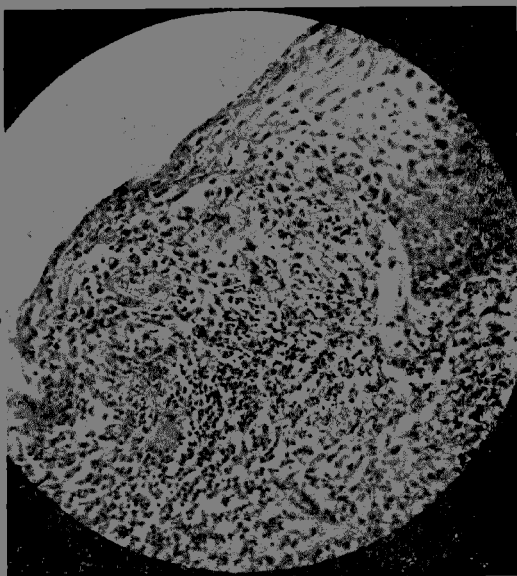
最易復發故也。

遇有子宮積膿，應將子宮頸管狹窄用麻醉劑擴大之，再用輕度消毒藥水洗濯子宮腔內（用 Fritsch-Bozemann 氏回流式子宮導管）然後試刮子宮，探知其病源。如爲子宮體癌則應即刻將全部子宮割去，或不刮而即將子宮割去。不過至少須把子宮積膿去除。否則該種積膿甚易染及腹膜，成爲致死性腹膜炎（如在割子宮時子宮損破，則膿液流入腹腔，腹膜即行發炎）。

子宮頸內膜炎 (Endometritis cervicis) 全部子宮內膜病症中，以子宮頸內膜病爲最多。生產時，子宮頸裂開者甚多，此裂開處不合併，則子宮頸即行脫垂，內部結疤。兩子宮唇之一面或半面翻出向外 (Ektropium 子宮頸突出)。此時稚嫩之單層柱形上皮均已不受子宮頸栓塞之保護（原可阻止陰道內菌類上升者），因此被菌類摧殘而發炎；癥疤之結成亦引起腺體阻塞擁腫，而癥疤之四週則變爲積住性泡腫 (Ovula Nabothi)。

又在生產時所產生之陰道，會道，及骨盤底之破裂，均能使子宮位置下降及變位，同時亦爲使子宮頸受刺激及腫塞之原因。此時子宮陰段位置亦隨之下降，傳染菌甚易浸入。

因手淫 (Onanie)，斷續性交媾 (Coitus interruptus)，過冷及過多之陰道洗濯均爲局部刺激及長期充血之舉動，故可使子宮頸排液增加。另外子宮頸排液過多之現象亦可因普通疾病，精神性疲乏過甚，體質上之原因（卵巢機能欠缺，萎黃病症，幼稚性 Infantilisimus）及內臟下降等而致（視前）。普通最多亦最重要之子宮頸排液過多原因爲子宮頸淋病（視淋病篇）。



圖一百七十五

慶頸開始時 右端爲扁平上皮，左面無上皮，多細小血管及細小結締組織浸潤。

患此症時，病象如下：精膜厚而腫，但組織爲細胞性浸潤，子宮頸粘液極度增加（完全玻璃色粘液或帶膿之粘液）。粘液之多少無定，有時甚多。在陰道擴張器內，可看其滴下。或夜間聚集於陰道後穹窿，於次晨起身時湧出；或在大小便時，各種下腹舉動時及混合檢查時被擠出。

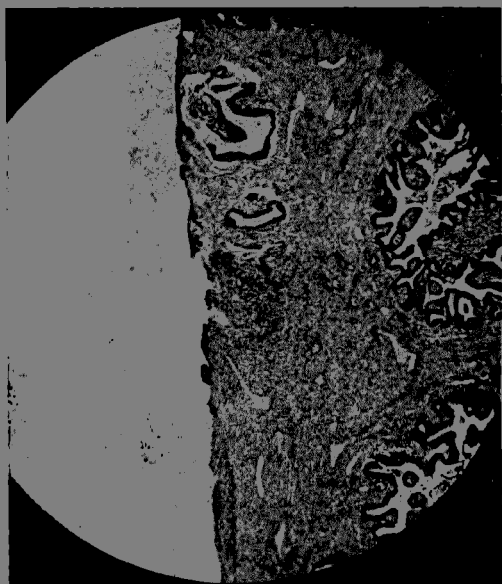


圖 一 百 七 十 六

真性糜爛 全部無上皮細胞，細小細胞浸潤深處爲子宮頸腺。



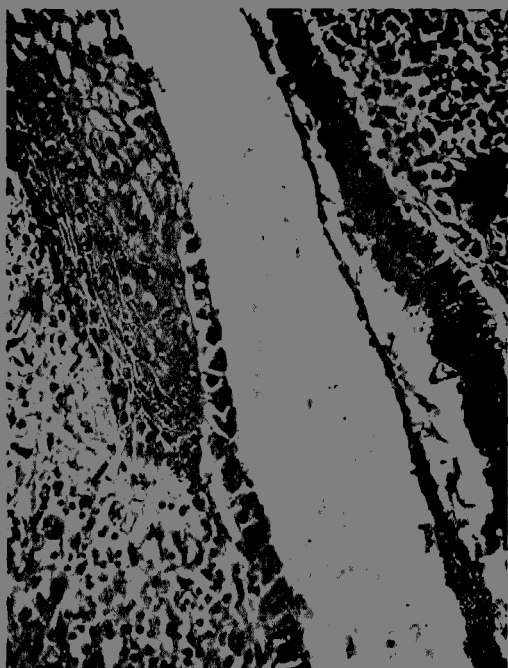
圖 一 百 七 十 七

單純性糜爛 右面爲粘膜上皮，中無上皮，左面爲扁平上皮滲入深處。

至於此種精液之排出是否與水流相同 (Hydorrhoe), 著者未敢武斷, 據 Hug 氏 (參考二) 之報告某女子在一夜間流出二百立方厘米液體。

至於流出者是否為輸卵管內之積水 (Hydrops tubae profuens) 抑為子宮頸內所流出者, 亦未能確定。

子宮陰道糜爛 (Erosio portionis) (參考三) 在子宮外口 (Orificium uteri externum) 之處; 界限常不分明; 子陰段之扁平上皮與子宮頸之柱形上皮, 常有侵佔之事。此二者在未生產前即已開始, 胎兒在子宮內八個月時子陰段之扁平上皮高入子宮頸內



圖一百七十八

將愈之糜爛 柱形上皮, 扁平上皮所豎起。

在生產時, 則又被驅出至子宮外口 (先天性糜爛 Erosio congenita) (彩圖三十六) 在童年時代, 突出較甚, 在青春發動期則又縮上。在成年後, 此種移出移進之動作可因傳染菌及自子宮頸流出之液體而變移, 此兩種上皮不時發生互相侵佔現象 (生於上層或生於下層均有)。

發炎開始時, 扁平上皮經浸潤後, 即自下被毀 (圖一百七十五)。如發炎甚劇, 則其下之結締組織亦溶化而潰瘍 (真性糜爛) (Erosio vera) (圖一百七十六) 若發炎並不甚劇, 則子宮頸內之精膜可遮蓋瘡處 (圖一百七十七)。若發炎已退, 則扁



圖一百七十九

已愈之糜爛 扁平侵入腺體

平上皮階同底層細胞從結締組織向前推進，將粘膜上皮提起，排除而消滅之（圖一百七十八）。此時暫時性的全愈（子宮頸管柱形上皮遮蓋）已變為永久性全愈（扁平上皮遮蓋）。

多數糜爛之經過情形較上述者為複雜。如發炎性之浸潤為時較長，則新生之粘膜上皮凹進而成為腺體（糜爛腺體 *Erosionsdrüsen*）；於是子宮陰段之外部為粘膜所遮蓋，一如子宮頸內之情形。發炎消退，扁平上皮重復生長於柱形上皮下，由可以發展之路線侵入深處，沿腺體而生長，或深入腺體之內（圖一百七十九），因此而成為單獨性不整齊的上皮帶。此種縱橫雜錯之上皮帶（*Epithelzapfen*）在割出後檢查時，極難與癌性上皮帶分別。有時深入之腺體亦為此種扁平上皮所包圍（所謂上皮化），此種腺體多數被包圍而束斷（在上面之腺體亦然），擴大而成囊腫形（*Nabothi* 氏之卵形粘滴 *Ovula Nabothi*）成立之第二種原因。因此子宮陰段浮腫而無一定輪廓（彩圖三十五），在最新發炎時，此種腺體遺跡能與扁平上皮溶化後向上移動。於是該處上皮非特能移出移進且能升降下，

在復發時，糜爛瘡內能有各種現象。例如扁平上皮被毀，粘膜上皮包圍，新生之扁平上皮代替粘膜上皮，腺體束斷而放大，成為囊腫，新生之扁平上皮再度被毀，囊腫向外穿破。

吾人極少見糜爛潰瘍之時（即所謂真正糜爛時 *Erosio vera*）圖一百七十五），通常總有一部份已在漸愈（*Erosio simplex* 單純性糜爛）。對此，不如稱為假性糜爛（*Pseudoerosio*），似較確切；因該種糜爛處已有上皮細胞遮蓋故也（圖



圖一百八十

充滿囊腫之子陰段切開圖，上端呈現子宮頸切斷處。

（圖一百七十六及彩圖三十四）。

若是多數腺體在深處被束斷，則名之曰腺體性糜爛（*Erosio glandularis* 彩圖三十五）。如有多數 *Nabothi* 氏之卵形粘滴向外突出，則名之曰乳頭糜爛（*Erosio papillaris*）。有時，囊腫性腺體能極度突出，甚至

成爲蒂形，懸掛於子宮唇外之陰道內。有時鐘擺形 Naboth 氏之卵形粘滴 (Ovulum Nabothi pendulum) 爲數甚多，大者直徑四—五厘米，有底盤闊者，有蒂形者；如成爲囊腫形，則可擴大甚劇；於是子陰段亦隨之擴大而成爲蜂巢形組織。少數腺體之腺管能擴大至如手指粗細，其中充滿甚黏之粘液；因此子陰段漸變成拳形大小之瘤，其表皮高底不平如扁桃腺 (follikuläre Hypertrophie der Portio vaginalis 圖一百八十)，子陰段泡形增生。此種現象，當然與浸潤性之子宮頸癌難於區別。

病象如下：子陰段糜爛；尤其爲乳頭形者出血甚易，只須在大便時稍稍移動，子陰段即可出血；有時在醫者作陰道檢查後或交媾後，出血更甚。在妊娠期內，該糜爛處尤易破碎及出血（與子宮頸癌相似），惟該種糜爛能在經絕期內自動全愈。子陰段之增生足以壓住骨盤內臟，而使腰部酸痛，尿急，及引起大便困難等現象。

診斷時，若專從觸摸陰道入手，殊不易單獨察得病灶。蓋在觸摸時雖能摸得子陰段之增生（可根據柔軟如絨之表面推知子陰段糜爛），但大型之粘液蒂肉仍不易摸得；故只能用陰道張開器檢查，始可將一切詳情察知。巨大之乳頭形及泡形之糜爛不易與癌分別，有時亦能用試割之方法，始能區別。此處最宜注意者，爲預先察得癌之開始期，因在治療上及預後上，均有重大關係（視後）也。

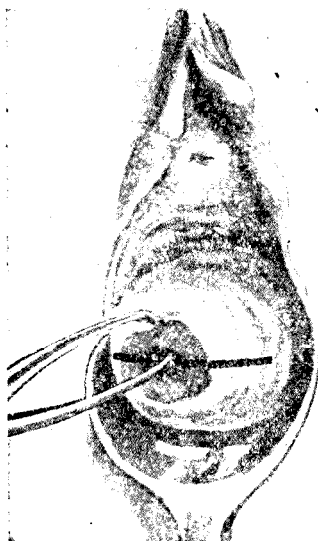
糜爛已去除否之情形極難分解；縱爲專門病理家，若不常檢查子陰段糜爛，亦甚易陷於錯誤。尤其爲扁平上皮在柱形上皮下及扁平上皮沿腺體深入或侵入腺體內時，病理家常不免誤斷爲癌腫組織；而實際上卻爲極善性之病症。故過去多數報告之謂子宮頸癌用手術治愈者，實際上多非癌症也。

Robert Meyer 氏對此舉曾有驚人之供獻，據彼重復檢查二百四十例之結果知其中有一百九十五例並未患癌腫。

有時在糜爛上尙有弘形之梅毒板及易於拭去之白色癩（視前），Hinsel-Mann 氏曾藉陰道鏡 (Kolposkop) 發見之（視後）。

子宮頸炎及糜爛之治療（參考四） (Die Therapie des Cerricitis und Erosio) 如有濃厚之白帶，須用顯微鏡檢查其有否淋菌。如有淋菌，則須用專門治療法治之（視淋病篇）。

若有巨大裂縫，致令子宮頸內膜突出 (Ektropium) 則須用 Emmet 氏手術法割縫之。法將癍疤割去，使創口互相吻合；最重要者，爲將癍疤



圖一百八十一

子陰段橫切法

1:200) 或 Zincsulf. 10:1000 等洗之;若以硝酸銀液浴子陰段(放在筒形陰道張開器內)(視前),則尤有效果。

若子陰段腫脹及糜脹過甚,則可用兩面鋒利長柄刀(圖一百六十八)刺子陰段,使 Nabothi 氏卵形粘滴破碎流出,充血減少。經此種手術後,粘膜當排出甚多,並當多出血(能多出血),(局部放血治療);末後放一 Borglycerin 1:10 或 Jodglycerin 浸溼之紗布於陰道之內子陰段之前,於數小時後取出之。若子陰段較厚,此種手術可重復數次,行至浮腫減去為止(視前)。

較大之糜爛可單獨或與子宮頸同時用棉花桿浸藥水〔5% Argent.-nitr. (硝酸銀)或 30-50% (Chlorzink) 氯化鋅〕或用硝酸銀桿刺激之。但在激刺時,不可侵及旁之健全組織,事後用消毒性藥水洗陰道(如 Zinc sulf 或 Hydrarg, oxycyanat 或 Alsol),然後繼續治療。此種刺激法須待十三至十四日後,始可再度施行。通常至多一二次即可全愈。絕根性而收效最速者,為儘量用電鐵燒燬糜爛(須麻醉)之法。

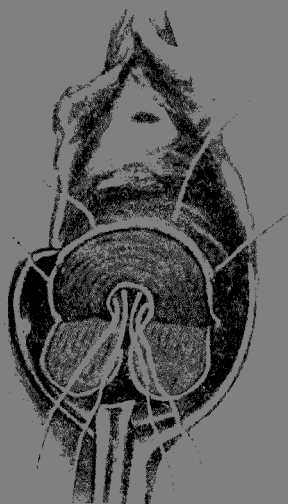
至於截斷子陰段,惟於他種方法不能奏效時始可為之(如囊腫性子陰段糜爛)。但子宮脫出後之子陰段腫脹不在此例,對此,只須將子宮推上將子陰成形成後,則其之腫脹即能消

之上端小心切開,然後用貓腸線縫合之;尤其在上端,無論其小至如何程度之動脈,若一經切破,即應設法使之止血。又在治療時亦可將突出處切開,分為二層縫合之;此時最應注意者,為子宮外口不宜過狹。

如糜爛處不大,同時子陰段不腫脹,則只須刺激子宮頸內膜及糜爛處即可。〔如用 10-20% 之硝酸銀 10% 之蟻醛液 (Formalin) 20% 之氯化鋅 (Chlorzink) 液塗於棉花桿上而刺激之〕(圖一百六十七),但事前須將子陰段及子宮頸之粘膜拭去。刺激之方法可於八至十日後重復一次,在二刺激之間,可用消毒性液體如 Hydrarg, oxycyanat.

退（雖極大之腫脹亦能去）。

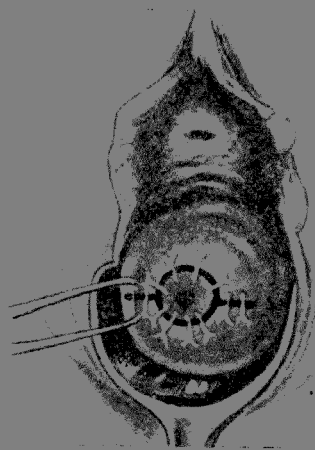
截斷子宮陰段方法如下：將子宮陰段（圖一百八十一、一百八十三）用剪或刀向左右切開陰道穹窿處，再將前後兩葉拉下（圖一百八十二），將此兩唇用刀錐形切去之，此時不能過度下拉子宮，否則子宮陰段即太長矣。多數之子宮陰段已在生產時裂開至陰道穹窿處，故不適再度切開。



圖一百八十二

後子宮拉下拉前唇錐形切去，縫線

穿過兩創口之現象



圖一百八十三

已縫後之新子宮陰段

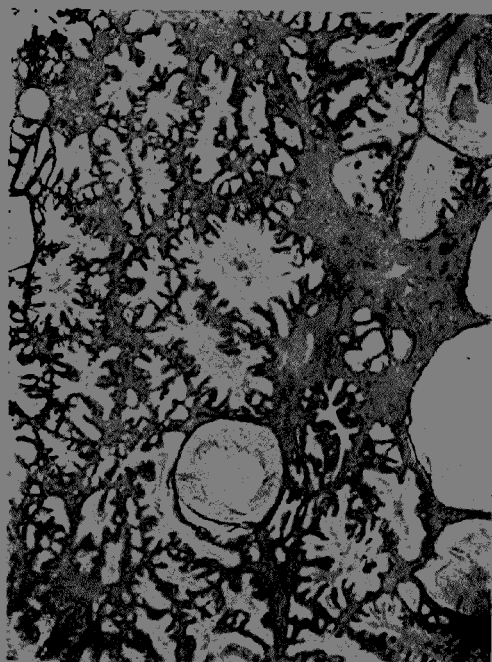
在上方子宮陰段之刀口與下方子宮頸管之刀口成直角形或尖角形，兩子宮唇之創口縫成後再將左右兩創口縫合；如當時有血流出，則須在出血處再縫一針，至血完全停止為止。

至於 Sturmdorf 氏之成形法（參考五）及將全部子宮頸內壁切去而將陰道粘膜縫於子宮內口近處也。成形後，子宮頸即與陰道粘膜完全接住。此種手術，雖可使子宮頸粘膜再無排液之機會，但在將來生產時，可因該處結疤太甚而致子宮頸不能放開，使子宮遭破裂之危。

截斷子宮陰段雖非重大之手術，但施行頗不容易；偶一不慎，即有非常不良之結果。因子宮在子陰段截斷後，已無着脚處，以致向後傾折，於是子宮口變為甚狹，周圍之癢疤痕變為甚緊，結果不孕，痛經，子宮粘膜充塞，生產被阻，種種現象，均能產生；輸尿管在此種手術後，甚易貼近子宮頸癢疤痕處，以後再用手術時（如補貼或割去全部子宮），甚易受傷。

以前妄施子宮陰段截斷術者甚多（當婦科醫生開始施用外科手術時），其時認為此種手術輕而易舉，毫無危險，故在四十年前，德國有數處曾經婦科病醫師治療之女子，均無子宮陰段。

至於截斷子陰段是否能如 Hinselman 氏所云，可預防將來之子宮頸癌發生，至今尚成問題（視後）。



圖一百八十四

子宮頸著性粘膜炎，粘液甚劇腺體彎曲擴大甚劇。

故欲治療該種粘膜炎，只有將其旋落，旋落後可使血管束緊而止血。普通有此種帶肉之子宮頸時，其子宮內膜亦常帶肉化，故最好於旋斷後即刮子宮。在善性帶肉之旁，仍可產生子宮頸癌（Frankl 氏及 Ringer 氏（參考六）恰與以前之說相反）。

在妊娠期內，該種粘膜炎可蛻膜化（Willer 氏）（參考七）。

子宮內膜異位（Endometriosen）（參考八）

V. Recklinghausen 氏最先發見腺體肌瘤（Adenomyom）（視後），該種肌瘤中有腺體混入，來自 Wolf 氏管（Mesonephrische Myome）。以後，經 Robert Meyer 氏十數年之研究，始知此種腺體並不受胚胎時代之影響，及由子宮粘膜炎入所致，或由子宮漿膜出發所致（Ademo-Myositis

粘膜炎性帶肉（彩圖三十七及圖一百八十四）之大小及形態均不一定，有時如桑叶，有時如舌，有時成片形，位於子宮頸管內，或突出於子宮外口外，其帶頭大多甚薄，色鮮紅。診斷時，若該帶肉突出於子宮口外愈甚，則辨識愈易；若只見一點帶肉頭，則在開始時難於明瞭該組織之底盤抑闊，抑是不能見得是長形帶根。有時此種困難情形在月經時稍較清晰，在月經時，子宮口微開，帶肉略形突出故也。無論何一種帶肉，不能任意剪斷，因其中有甚多血管之故。此種血管頗細小，但在剪斷後可出血甚多。在另一方面，此種帶肉剪斷後，帶頭即回縮於子宮頸內，因此極難止血，

腺體炎 Adeno-Myosis interna 或 externa 內或外腺肌炎)。又該種肌化性之發腫亦可於輸卵管之間質部及狹部中發現 (Salpingitis isthmica nodosa 浮腫形輸卵管狹部炎) 之 (視後), 其來源及組織 (圖二百九十一, 二百九十二, 二百九十三)。最近數十年來, 在他處如卵巢, 前腹壁鼠蹊溝, 上腿溝 (參考九) 刀疤處, 臍處, 荐骨子宮韌帶, 腹膜小腸大腸腹網, 膀胱後壁 (視前) 圓韌帶, 輸尿管 (參考十) 子陰段, 陰道, 女陰, 會陰等處均能發現如子宮內膜之組織。

據最近較多之經驗, 知此種多數所謂腺肌瘤或腺肌炎之名稱皆非正確。至於此種非正式之肌瘤那開始即能明瞭; 因該處無包皮性之肌核故也, 而僅有平衡性之子宮肌肉增生。惟此種肌肉增生與本來之疾病無關, 僅可認為一種副性現象。蓋當類似子宮內膜之組織侵入肌肉內臟時, 該處之肌肉亦同樣在腫脹。而當該組織生長於肌肉之外時, 其臨牀之現象卻又完全相同, 故事實上頗為重要; 子宮內膜之組織, 生長於別臟者, 則該種組織均應名之曰子宮內膜異位凡類似 (Endometriose)。

臨牀現象如下: (參考十一) 子宮內膜位置不正常及所發生之增生情形, 及月經循環之影響, 在組織上均與子宮內膜變異相同 (囊腫形組織包圍子宮體腺)。

子宮內膜異位最重要之區域為子宮體, 卵巢, 子宮頸後壁之深處及荐骨子宮韌帶處。

在子宮肌肉內有子宮內膜者, 則子宮之外形平均擴大 (手拳大小) 甚硬, 出血甚多 (月經過多或過強); 病者有時 (尤其為子宮內膜位於輸卵管角肌肉內) 患逐漸加劇之痛經, 月經循環則可不受影響, 或受影響甚少。惟子宮可在每次月經時全部或周圍腫脹甚劇 (A, interna; E. Sachs 氏) 若刮子宮, 不能得診斷及治療上之效果, 有時 X 射線亦無功效, 故遇較重之病症時, 只能將全部子宮割除。

子宮內膜異位於卵巢內 (Ovarielle Endometriose) 之現象為形成桐油色或巧克力色之囊腫 (因似子宮內膜之組織在月經時亦同樣出血之故), 因此在卵巢內所出之血, 漸積漸多 (一如子宮積血), 而變成巧克力色, 及至最後, 則成為桐油色 (其軟硬亦然) 矣。有時輸卵管亦能包裝此種巧克力色之液體而成為子宮附件之積聚瘤 (Konzlomerat-tumor), 該種液體可自動破入腹腔內, 同時與骨盆腔組織粘住甚緊, 雖用刀割, 亦

不易脫離。患此種病症之女子，在月經前後及月經時，往往疼痛非常，甚至有腹膜刺激。且此種疼痛逐月增加；迨至全部割去後或用 X 射線（止經放射）治療後，始能去除（卵巢機能停止後，似子宮內膜之病理機能亦隨之停止發展而萎縮。X 射線對老年婦甚有功效）開刀手術則宜施於青年者，因此種保守性治法有時仍可以使月經再來，妊娠復至。Menge 氏曾見三例，在割除該種巧克力色卵巢囊腫後，仍能生產者。

子宮頸後壁子宮內膜異位（Retrocervicale Endometriosis）。成核形，小者如豌豆，大者如胡桃，醫者可自陰道後穹窿處摸得。此時有壓痛甚劇，可自該處向陰道穹窿移植，有時且能移至直腸前壁而侵入至直腸腔內；變化亦與月經循環有關。惟尚有一種浸潤之特性，亦能癌腫化（如刺激直腸生癌 J. Seitz 氏）。

區別診斷時，當注意直腸子宮凹內之核塊可自卵巢癌腫移植（Carcinom Metastase）及來自腹膜結核之結核塊（視後）。因其位置完全相同故也，惟在壓痛無如此之劇，形態亦較大，高底亦不平。

治療時最好完全割去，手術有時較為困難。必要時，直腸前壁亦應割去，浸潤重者，則須截除子宮全部。X 射線治療（用照癌之份量）有時能去除月經時之痛苦，但未必能阻止浸潤性之蔓延；故不如先用手術，再用 X 射線為佳。據著者現有之經驗用鐳錠放射較 X 射線更好。

至於產生該種子宮內膜異位之原因，至今尚未完全明瞭。發炎之刺激或許為子宮肌肉子宮內膜異位之原因（R. Meyer 氏），卵巢桐油性囊腫或許因卵巢內出血（R. Meyer 氏），或因子宮內膜經過輸卵管之反動而流入卵巢內所致（Sampson 氏）。至於淋巴腺管能否運輸該種子宮內膜，（Halban 氏）尚屬問題。無懷疑餘地者為從手術創口移植而生者（參考十二）（如皇切術，剖腹切開流產性之子宮，或刮子宮）。

關於子宮內膜異位，現今報告已日漸增加，至於增加之理由，大約為今人知者較多，發見較易，不如過去知者稀少之故。但據著者之意，該種病症之所以增加，尚有他種尚未明瞭之原因在。

參考一 Adler, L., Die entzündlichen Erkrankungen des Uterus, in Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes Bd. IV. Hartmann, H. Zur Anatomie und Klinik der "echten" Endometritis, Arch. Gynaek. 1927 Bd. C

XXXI

參考二 Hug, W. Zbl. Gynaek. 1931, No. 43.

參考三 Meyer, R., Arch. Gynaek 1910 Bd. XCI. Zbl. Gynaek. 1923, No.

21.

參考四 Stoeckel W. in Schwalbe, Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. 6. Aufl. G. Thieme Leipzig 1923.

參考五 Sturmendorf, Surgery 1916, u. Fraenkel L. Zbl. Gyn. 1930, No. 24.

參考六 Frankl. u. Ringer, Zbl. Gyn. 1932, No. 31.

參考七 Willer, Zbl. Gynaek. 1935, No. 17.

參考八 Albrecht, Pathologische Anatomie und Klinik des Adenomyoms, in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV.—Heim K., Die Frage nach dem Ursprung der endometroiden Heterotopien beim geschlechtsreifen Weibe, S. Karger, Berlin, 1929.—Meyer, R., Erg. Path (Lubarsch-Ostertag) Bd. IX. u. Bd. XV. und Stoeckel-Veit, Handbuch der Gynaekologie Bd. VI. 1.—V. Recklinghausen, Die Adenome und Zystadenome der Uterus- und Tubenwandung, Hirschwald Berlin 1896.

參考九 Philipp, E., Zur Klinik der Eudowetriosen Zbl. Gynaek. 1937, No. 1.—Stähler, Monatsehr. Geb. Gyn. Bd. 104.

參考十 Frommolt, W., Zbl. Gyn. 1927, No. 19. Stoeckel W., Zbl. Gyn. 1925, No. 37.

參考十一 Frankl, O., Zbl. Gyn. 1932, No. 15 Seitz, L., Zbl. Gyn. 1933, No. 1.

參考十二 Haselhorst und Otto Z. Geburtsh. 1930, Bd. XCVIII.

第十篇 生殖器位置異常(參考一)

吾人現今對於生殖器位置異常之見解，已成過去端以生殖器爲標準者有異。吾人已知腹腔之內臟全部均與生殖器有相當關係，故今日吾人診斷或治療該種病症時，均以腹腔內臟全部爲標準。雖腹腔之各內臟位置不同，組織各異，然其互相連帶之關係極爲密切；即隔離胸腹部之橫膈膜，其升降亦可使腹內之壓力增減，臟腑之位置變更，因此腹內之臟腑應有一種可伸可縮之體（韌帶），上方之壓力；藉以吸住及抵抗生殖器位於最底一層，受上層之壓力最大，如無彈性之韌帶，則其受壓更甚。

試觀柔弱之女子，其韌帶單薄者，非特其子宮之位置不正，其內臟如腸胃等亦均不在正常地位，下降者甚多。此種臟器在初時或尙整齊，迨受外界影響後（生產等等），則其位置立即變形矣。此種所謂天性柔弱（*aethenische Infantilismus*）之女子，得病之機會當然甚多。

子宮位置異常

正常子宮之位置爲鈍角形前折（*Anteflexio*）（圖七七），故子宮體之前壁位於膀胱之上，其後壁則被腸所壓住，其頸部則微折而與子陰段同在陰道內部。因此陰道之最高段分爲陰道前穹窿及陰道後穹窿二部份，平臥女子之子宮外口傾向陰道後壁。

子宮位於骨盤之中，與骨盤出口入口之距離相等。其中軸一如陰道在骨盤軸內。其之外口位於雙棘線之中央（即兩坐骨棘之間），而與荐尾骨關節面相等（直立女子之子宮則較低）。

普通子宮此種位置不易變異；因其四週有結締組織 *Retinaculum uteri*（E. Martin 氏）扶住，下層有肌肉甚多之骨盤底抵住（*Diaphragma pelvis*, *Levator ani*）上層有腹膜懸住周圍故也。人種與地域對於此種子宮之扶持者有相當關係，骨盤底居重要位置抑子宮鄰結締組織（*Langenmeister* 氏 G. A. *Wagner* 氏〔參考二〕）至於子宮韌帶在骨盤腔內，對於

子宮，只有維持子宮位置正常之工能，而無主動變化之能力。所以過去以爲圓韌帶及子宮荐骨韌帶可使子宮不致前傾或後折，今人已將此種見解放棄；蓋此種韌帶之彈力決無如此之大，惟在治療或病時子宮荐骨韌帶病理性縮短或圓韌帶手術性縮短，始有上述之結果。此外尚有一點，足可證明前後韌帶無托住之能力；即祇須在陰道張開器內亦能將未曾生產之子宮拉下至陰道口外，而無痛苦發生是也。

子宮位置之病理性變異，有下述數種形式：

1. 屈折加強及變異 (Verstärkte oder veränderte Flexio) 子宮頸對子宮體之屈折度加深 (前折, 左折, 右折, 或後折過甚)。
2. 傾斜 (Versio) 子宮頸與子宮之角度幾成垂直 (垂直子宮前傾斜, 後傾斜, 左或右傾斜)。
3. 位置異常 (Veränderte Positio) 子宮位置在骨盤腔內移動。
4. 上升 (Elevatio) 子宮上升於骨盤入口平面之上。
5. 下降 (Descensus) 子宮下降至骨盤出口處。
6. 脫垂 (Prolaps) 子宮脫垂於骨盤出口平面之下 (加重性下降)。
7. 旋轉 (Torsio) 子宮向子宮軸旋轉。

普通各種位置異常互相混合，如後傾與下降，後折與脫垂後位尖角前折等等。

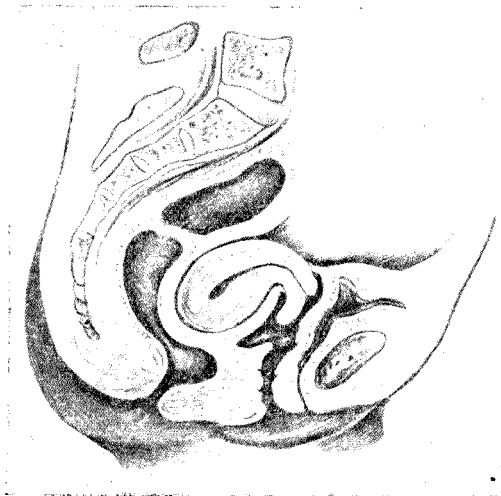
子宮在正常位置時，可隨時長大及縮小，而無行動自由之阻礙；但其空位亦不可過大或過小，否則子宮不能保存其本來位置。所以在膀胱有容積時，子宮應略微提起，略向後傾；在直腸有容積時，子宮略向前移，略微提高；若膀胱直腸同時有容積，則子宮位置提起 (在交媾時亦然)。

女子於患傷寒症產褥熱或盲腸炎等以後，恆無力使大便排出，因此一切糞塊聚積於直腸之內，成一大小如胎兒頭部之硬瘤；於是子宮被推向前，壓住於恥縫之後壁。

又若輸卵管妊娠破裂所出之血聚積於子宮後空處，則成爲子宮後血塊 (Haematocele retrouterina)；此血塊可使子宮向前移動。此外腹膜後方結締組織肉瘤 (Sarcom)。子宮後唇肌瘤 (Myom)。在子宮直腸陷凹內塞住之卵巢瘤腫，或直腸之癌腫，亦可使子宮向前移動。

通常子宮向前後上下之移動，乃一種應有之生理性現象，惟較強向下

降落於棘中線之下者，方為病理性現象。正常子宮之子陰段僅在站立時略微下降，陰道亦同時縮短。



圖一百八十五

劇度之子宮後折，子宮體阻礙性增生，子宮後唇拉長甚劇，前唇短，陰道後壁被壓縮短，前壁被拉長，陰道成垂直形，直腸被壓（子宮體抵住）。

子宮後傾斜及後折(Retroversio et Retroflexio)

子宮正式後傾斜時，子陰段之位置前向恥縫，子宮外口則向前向上，子宮體則傾斜於子宮直腸陷凹，子宮體與子宮頸幾成一直線。

子宮正式後折時，子陰段之位置正常而略向前移，子宮口則向下向前（平時向下向後），子宮體則在子宮直腸陷凹內，子宮頸與子宮體成爲尖角曲度。

子宮後傾斜大多爲暫時性現象，有時可以復原（產褥期內），或成爲後折。處於後折與後傾斜之間者常有下述現象：子宮陰道段向恥縫，子宮體向後，子宮頸對子宮體成爲顯明之角度。

子宮後傾斜及後折有固定性及移動性之別。移動性子宮後傾斜後折(Retroversio-flexio mobilis)之唯一原因在子宮個體後傾斜後折。反之，固定性子宮後傾斜後折(Retroversio flexio uteri fixata)乃因子宮或其病後所致使子宮向後結住。

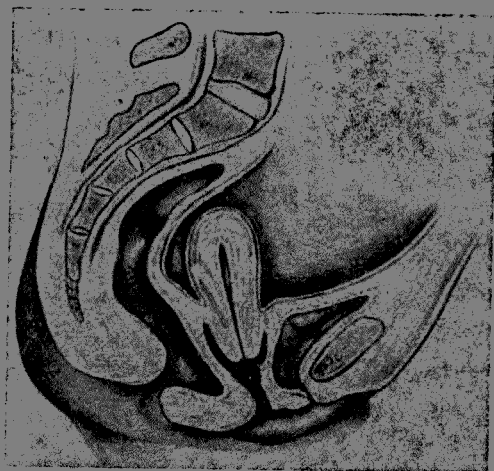


圖 一 百 八 十 六

產後後子宮後位後向，陰道開始翻出，膀胱袋（些微）及直腸袋（少許）及會陰破裂。

移動性子宮後折之原因：

1. 先天性 kongenitale Anlage 幼稚性之子宮頸如球形關節。

Liepmann 氏（參考三）以爲此種幼稚性子宮後折乃生殖器缺形之一種，實際上因子宮後降不健全所致。

2. 形成於發育時期因手淫或慢性大便閉塞所致。

3. 外傷 (Trauma) 跳，跌倒及因施手術將子陰段用力下拉後，不再推向上方所致。

4. 產褥期內（圖一百八十六）（方在生產後），子宮被過度向前傾壓；五日後漸復原狀，致亦向後落於骨盤內。如此時直腸有容積，則可將子陰段向前推進；如同時再有膀胱容積，則子宮體可被壓向後，於是形成子宮後折，如孕前已有後折者，則產後十至十四日仍可後折，甚少在產後即後折者。同樣之現象可於久病之後發生（如傷寒等）。

子宮後折有各種度數，重者子宮與子宮頸互相顛倒，子宮體深入子宮直腸陷凹內，檢查者可在肛門檢得之。子宮陰道段則完全向前提起，位於恥縫之傍及恥縫之上；陰道則垂直於恥縫之後而與子宮陰道段同樣縮短（如有子宮頸破裂則子宮口上唇向上張開）。惟在子宮位置復原後，縮短之子宮陰道段及陰道亦同樣復原。

移動性子宮後傾後折之病象。

多數女子根本不知子宮位置之向後傾折，同時亦有多數神經過敏之女子，一經覺察其子宮後折，即以爲大病在身，憂悶不已；如告以子宮已復原，則該病者亦即以爲病愈，而實際仍可後折也。故今日吾人對於患子宮後折者，若探知該女子無何種痛苦，可不必爲之醫治。

五十年以前自 B. S. Schultze Jena 氏對子宮後折着底研究以後，因此有多數醫者過甚其詞，施行各種手術；以示其手術之成功，而實際上根本不知應有之適應症。及至最近年來又有一部份醫者，以爲子宮後折乃是無關緊要，而反對施行手術，當然此兩種意見紛距，在醫史中乃是常見之事實，不足爲奇，實際上我們應當知道；凡因子宮後折而有病象發生，無論如何，當治療之。普通一班，患子宮後折者有下述病象之可能。

1. 月經過多 (Menorrhagie), 有者經多而爲期甚短，有者月經時期延至十二至十四日之多，過後尚有褐色之液體流出；有者子宮內竟有血塊 (Haematometra), 此種血塊可腐爛發臭。此種出血過多之病症乃因子宮充血過甚所致，其充血原因則在子宮鄰近結締組織之旋轉，因該組織之旋轉而使子宮血液循環受阻。此時患者無正式之痛經，惟同時尚有幼稚性子宮者及因此少經者有此情形，但普通只在經前稍有不適及壓痛而已（因子宮充血浮腫而將週圍組織壓住故也）。在產褥後半期，直腸能被壓住及出血，但實際上無關緊要，只須起牀待子宮前傾後即能復原。

2. 子宮排液增加 (Hypersekretion des Uterus) 亦因子宮血液循環所致。

3. 無孕 (Sterilität) 因子宮陰道段位置變遷，陰道藏精處 (後穹窿) 不能與之接近，故精子不能流入子宮頸口內 (視第十九篇)，普通前傾折之子宮其之子宮陰道段浸在陰道後穹窿之精液中，反之後折之子宮尤其是子宮後傾斜者，其之子宮陰道段離陰道後穹窿頗遠，精子當然難入子宮。

4. 大便作痛爲便秘甚多之女子所主訴。在大便時直腸受子宮之壓迫，雖有大便之知覺，但無大便排出。因此病者祇得勉強用力，於是發生痛苦。因有此種痛苦，病者甚畏大便；結果糞塊愈積愈多愈硬，排洩愈難，子宮受上方壓迫亦愈甚，其壓住肛門口亦愈劇。

5. 腰痛同時覺脚重腿痛。此種痛苦情形，非常不易訴說，腿間時酸時痛，致工作時完全無力。患者能走動而不能久立。

6. 小便痛苦如子宮陰道段常壓住膀胱底。則病者常欲小便，有時且

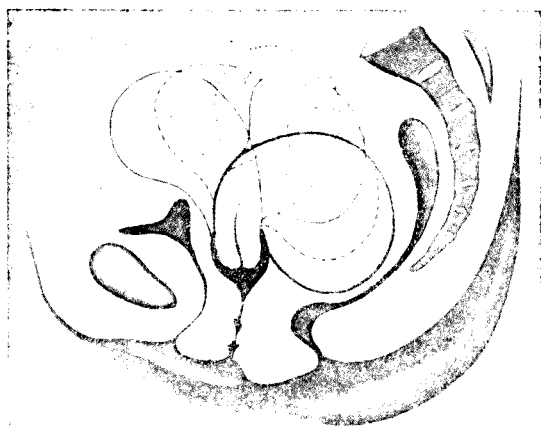
小便甚急，而實際上又無小便流出。此種情形後傾斜較後折爲多。

以前（現在也有）對於不複雜之子宮位置變遷，醫者時常以腰部酸痛病象爲由而施行種種手術。惟此種手術之反應，一部份果然病象去除，而其他一部份腰部酸痛仍然如故，因此醫者，覺得腰部酸痛絕非子宮位置異常單獨所有（視腰痛篇）。對於腰痛作更進一步之研究焉。

普通病象嘔、噎、嘔吐、作異常之咳嗽，面部神經及肋骨神經作痛，乳房及坐骨神經作痛，半頭痛，常發性位置不定之下腹及腹壁疼痛，四肢神經作痛，有時四肢發抖，消化發慢性胃病，胃臟動力異常，希司忒利性胃臟神經痛希司忒利性消化不良及心痛種種病象，雖然在子宮位置校正後，立即去除；但亦不能歸罪於子宮後折。

結住性之子宮後折(Retroflexio uteri fixata)非特有上述之病象，且有發炎混合；例如巨大發炎作膿性之子宮附件癌或骨盤組織結住性發炎等等。發炎愈新鮮，則病象愈顯明；而子宮後折之病象卻不顯明。迨至發炎慢性化以後，腹膜之刺痛漸漸消滅，或子宮附件之巨大膿瘤漸漸縮小，壓住之痛苦亦已去除以後，子宮後折之病象始漸顯明。最甚時，爲背腰酸痛及大便不適。

有生命危險者，爲在此種情形下懷孕（圖一百八十五）。多數之子宮後折者在孕妊開始四月時其子宮會逐漸豎立。若逐漸長出於小骨盤之外



圖一百八十七

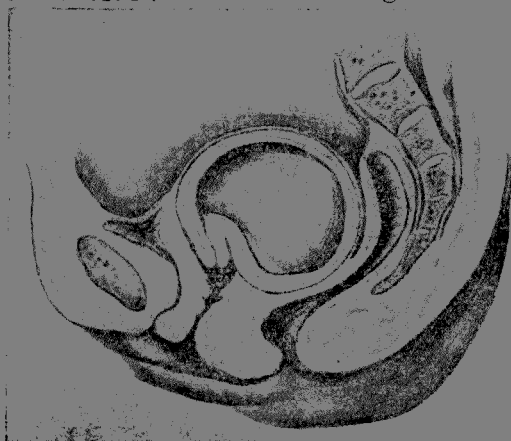
外骨盤入口之上，則妊娠即毫無問題（圖一百八十七）。故患習慣性之子宮後折之女子皆有正常之妊娠。但若此種自動之豎立如有下述之情形混合，則即不能自動豎立，即能發生危險：

1. 如骨盤扁平而狹小同時前脬突出阻止者。
2. 如子宮直腸陷凹深度甚劇者。
3. 如病者在工作時

將腹壁緊束常將豎起之子宮壓向後方者。

4. 如與別臟結住而豎立不可能者。

通常結住性子宮後折不易受孕，因發生此種後折時，其子宮輸卵管及骨盤腹膜均曾發炎，始成如此現象；輸卵管發炎後，其管腔大半閉塞，故多數不能受孕（當然不無例外）。醫者對於此種結住性後折子宮妊娠，非用剖腹手術將其之粘結之組織割除，將子宮豎起不可。否則子宮不久便軋住而成子宮後折妊娠軋住 (Retroflexio uteri gravidi incarcerationi) 此時胎



圖一百八十八
第三四月妊娠後折子宮



圖一百八十九

第三四月妊娠反折子宮，子宮欲在檢查時可以壓住，因此可以誤會，子宮頸認為細小之子宮，而那較大之子宮誤為子宮後癭腫。

兒非特有流產之危險而母親亦有生命之危（視前）。

診斷時，須一手在腹部，一手在陰道，混合檢查而得之。此時子宮體不在恥縫之後方，而在陰道後穹窿之後，陰道段則向前向上移動，未產者可由直腸腹壁之混合檢查而得之。多產而身體瘦小者，該子宮之反折甚易摸得，反之腹壁愈厚者，檢查愈難。

診斷時應區別在子宮直腸陷凹內之各種瘤腫。如卵巢瘤，肌瘤，子宮直腸陷凹積膿，結住性子宮附件膿腫，及子宮後血塊。區別之要點在醫者除摸得子宮直腸陷凹內瘤以外，尙有其他物體在恥縫後摸得否？若可以摸得，則在子宮直腸陷凹內者決非子宮而爲其他瘤腫。換言之，即子宮並未後折也。較爲困難者，爲子宮之肌瘤（圖一百九十）此時吾人恆不能將兩物體分開，子宮可連同肌瘤落入子宮直腸陷凹內；但此種現象在作直腸腹壁混合檢查時，可以摸得（大而硬表面不平坦）。通常醫者絕對不能因不能檢得子宮而使用探針，致將子宮內部刺傷，召致菌類上升，反使肌瘤良好之預後變壞。

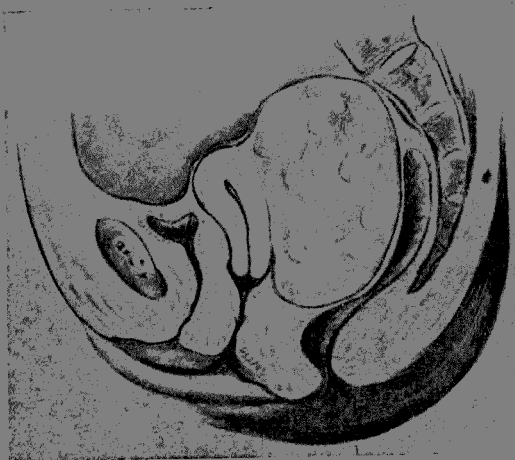


圖 一 百 九 十

子宮後血塊，子宮貼近血塊，在混合檢查時可以誤診爲圖一百八十八。

在區別診斷上子宮後折與子宮直腸陷凹膿腫甚爲重要。若醫者誤將子宮直腸陷凹膿腫診爲子宮後折而矯正之，則該積膿可以破入腹腔，成爲腹膜炎。又子宮後折與子宮後血塊亦須細心診斷。若誤將子宮後血塊診爲子宮後折，同時再用矯正法矯正之，則該血塊已成之包膜即被壓破，繼

續出血不止，於是病者因出血過多而死亡矣。上述二種病症與子宮後折之分別，極為困難；膿及血塊袋均可緊貼於子宮後壁或甚至結住，致積膿之包膜突出於子宮底之上，醫者探摸時恆誤為該突出處為子宮之底，其原來之子宮，則誤為子宮頸之延長（見圖一百九十）。欲避免此種誤診，惟有細心探摸子宮與膿袋間之凹處，另外再作直腸檢查；如能摸得荐骨子宮韌帶接連於子宮處，則該處即為子宮體與子宮頸分界之處。

子宮後折妊娠甚易誤為子宮後瘤腫，蓋其表面極為緊脹，但子宮狹處又極柔軟，同時子宮頸甚硬，故醫者恆將子宮頸誤診為子宮全部，將子宮頸上部誤診為瘤腫（圖一百八十九）。

對此種疑難之症，吾人第一應細察子宮直腸陷凹內之物是否有壓痛，若為正常之子宮直腸陷凹，當有壓痛；故醫者在檢查時，陰道內之手指絕對不可重壓後穹窿，否則病者即覺痛苦，診斷即不能確實矣。對於子宮後折者，若醫者略在後穹窿向上提，則在腹壁之手即感得其震盪力，反之，如子宮後有膿腫或其他病症（子宮結住），則在輕推時病者即覺疼痛非常；此時醫者應將檢查中止，介紹專家，以他法檢查之，或將病者麻醉而後檢查之。



圖 一 百 九 十 一

混合手法，壓透後折子宮第一步（照 B. S. Schultze 氏）。

預防法：如已知病者有子宮後折現象，則在產後當令產婦側臥，每日

大便，每三小時小便，最好在第二三日即起牀。

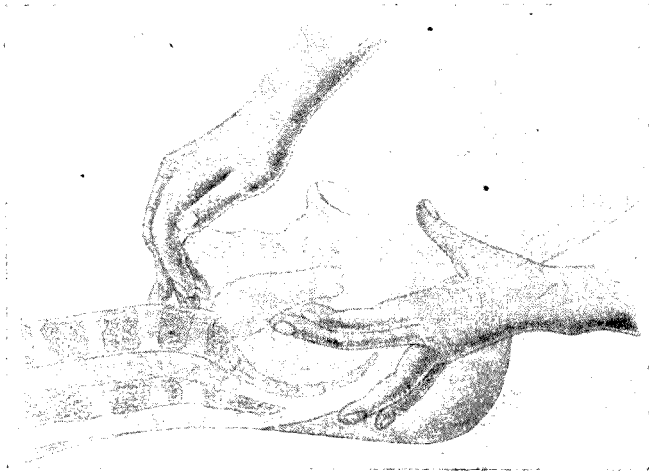


圖 一 百 九 十 二

混合手法豎起後折子宮第二步（照 B. S. Schultze 氏）。

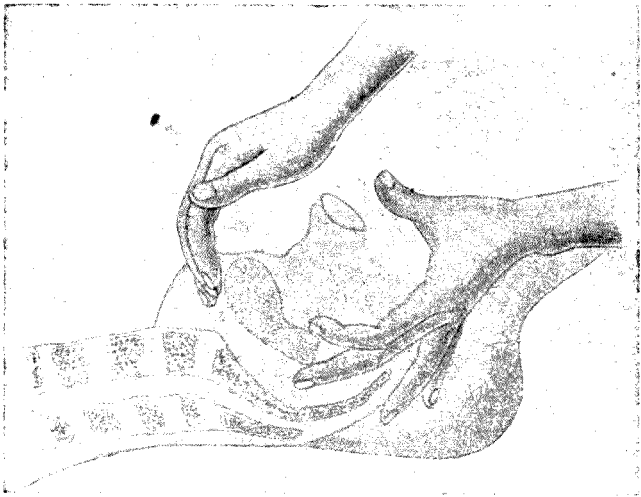
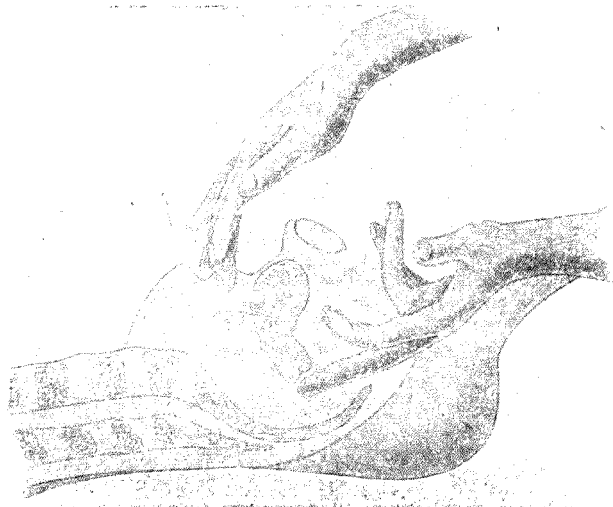


圖 一 百 九 十 三

混合手法豎起後折子宮第三步（照 B. S. Schultze 氏）。

1. Fritsch 氏曾用收斂性之藥水 Alaun 二茶匙 Alcohol 二食匙加水一升在產後五日洗之，另外再用 Ergotin 或 Secale 麥角 Ergotin

Denzel 與 Secale aa 5 克分做成一百粒；每日服 5—6 粒。或用 Tinctura haemostyptica Denzel 每日一至二食匙，或每日用麥角粉 1.0—2.0 克。



圖一百九十四

混合手法豎起後折子宮第四步(照 B. S. Schultze 氏)。

治療：此種疾病，惟有因位置不正而產生痛苦者，始可治療。此時醫者第一須注意子宮後折是否可以移動，結住性之子宮後折根本不適用子宮托，祇能用手術治療之。故吾人必須試驗子宮之移動性如何。如能移動，則必無何處結住，醫者即可使用子宮托 (Pessar)，但所謂用子宮托治療者，並非用子宮托將子宮豎起，乃藉子宮托使已豎起之子宮保持其豎起狀態也。

欲豎起子宮，通常可於仰臥地位依 B. Schultze 氏之法為之 (圖一百九十一—一百九十四) (著者特地將原始之圖畫放入，因該圖頗有歷史之價值) 法用兩手指伸入陰道，以其他一手自腹壁之臍處漸漸下壓兩手在下述四種手術後完成之。

1. 第一步在內之手，輕輕將子宮直腸陷凹內之子宮提起，在外之手則向前推已提高之子宮底。
2. 第二步在內之手，將子宮體推至骨盤入口之上，由在外之手接受之。
3. 第三步在內之手將子宮陰道段推向後方，在外之手漸從子宮底

插入子宮後壁。

4. 在內之手將子宮陰道段用力壓向後方，在外之手將子宮體緊緊壓向恥縫處。

施行此手法之前，膀胱內不能有小便。此爲我人應行注意之一點。

欲學習此種手法非常不易，醫者須長年不斷之練習，且必須練習至不用麻醉劑病者亦不覺痛苦之敏捷而自然之程度，始可應用。

不純熟之手法易使病者畏懼，其中尤以第一步手法（將子宮提出於子宮直腸陷凹之外）爲甚。若此時醫者之手用力過重，將其壓住，則病者卽能感得痛苦，同時腹壁亦緊硬如鐵，雙腿緊脹，臀部豎起，病者卽不願繼續以後之手術。實際上，若第一步手法不能成功，以後之手術亦不能繼續也。

故第一步之手續須輕而慢，漸漸將子宮提起。此步手術完成後，以後之手續卽較爲輕易。

若病者腹壁甚厚，肌肉均甚韌，同時病者不能或不願使腹壁鬆軟，則醫者雖用平生之力將腹壁壓成青塊，將陰道後穹窿（產後及老年人易裂）壓破出血，亦屬徒然。

較爲簡短易學之方法爲 Stöckel 氏及 O Küstner 氏所發明之使用鉗鉗起子宮法。法用鉗將子宮前唇一（Küstner 氏將子宮後唇）鉗住，漸將子宮拉向後方（不痛）此時在內之二手指將子宮體從後穹窿漸漸提高；使子宮伸直。在此剎那間，復將向前之子宮陰道段向後壓，而在外之手則由腹壁檢查子宮是否已提起。此種手法有時非常容易，病者可不覺任何苦痛；有時卻須提數次後始可；有時則無論如何均不可能，其原因大半在子宮陰道段與子宮體無合作之可能，本來當子宮陰道段向後時，子宮體當向前傾，但有此種情形時則不然，因子宮體與子宮陰道段間之組織太鬆故也。

鉗子扣住之創口，有時出血甚多，尤以產後不久者爲甚，故最好用紗布塞之，以免病者受驚。此紗布可在數小時後取出之。

用探針豎起子宮，事實上極爲容易，有時且豎起甚速。但一不小心，子宮卽易鑽破，故普通醫者不宜使用。

若將病者仆臥將子宮豎起（圖四百四十一）未免使病者太費力；故祇能用於有孕之後折子宮，因前述兩種手法對於有孕之子宮頗多危險，用

此法較妥故也。

法令病者跪於檢查檯上，上體沉降，腰向前曲，使上腿對之成直角。此時臀部極度提高，病者之頭側臥，兩臂則置於頭傍。在此種姿勢之下，陰道斜向下方，若將女陰分開，則外部之空氣即可因壓力平均關係而向內流入，使陰道擴大。此時子宮可自動向前傾折，或略微施以壓力，使之向前傾折。子宮前折後，可即將子宮托放入。

若不能仆臥（如病者以為不適或太畏懼），則可將陰道球（Kolpeurynter）摺小，插入陰道內，然後再用水銀或鉛子放入其中；醫者可藉此重力而將子宮體漸從子宮直腸陷凹提起（此法較用手為妥當）。如此法乃無成效，則對有孕之子宮只能用麻醉法提起之（妥當而又易為）。

若為結住性之子宮後折則上述手法均不能將其豎起。即使可能亦只能暫時豎起，醫者對於此種後折，最好少用手法。因若用力硬拉，甚易使子宮與骨盤腹膜結住之處產生甚劇之痛苦也。

移動與結住性之子宮後折，有時亦不易區別（此亦為屢試豎起手法無效原因之一）。最危險者，為對結住性之子宮後折藉麻醉法將其豎起。此時病者能不覺苦痛，但拉破之可能性更大甚或直腸之前壁隨子宮向前拉去。有治療經驗者固知其手中除子宮以外尚有直腸，但無經驗者常以為手術已經成功；迨至病者麻醉醒後，子宮依然後折矣。

然有時亦有相反之表現。例如子宮為結住性後折，但剖腹檢視時，卻可移動。其原因大概如下：此時陰道前壁特短，或有一子宮頸裂疤，或子宮鄰近結締組織萎縮，致使一邊結住成為能移動之子宮而不能向前傾。

B. C. Schultze 氏曾主張藉麻醉法將結住性之子宮後折用強力翻向前方。此法在事實上並不困難且雖用此種強暴手段，直腸撒破及腹膜出血之危險亦極少。但我人對此必須注意子宮後折及附件之發炎是否確已進至慢性時期，若該處尚有膿菌或其他菌類則經此手術之後，勢必蔓延其他內臟；尤以腹膜發炎，可以制人死命。

豎起子宮之後，應置一子宮托於陰道內，使子宮不致再向後折。

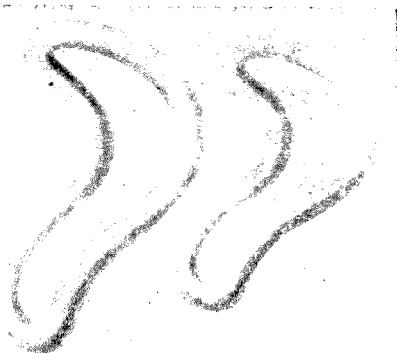
子宮托之種類不勝枚舉，物質與形狀均各不同。就物質而論，有纖維質（Celluloid）鉸質、銅絲、橡皮圈、玻璃、硬橡皮等等，就形狀而論，有八字形，雪車形（分曲度強弱二種），橫橈子宮托（橫住子宮陰道段），圓形纖維質子宮圈（在熱水中可以隨時變形故無壓痛陰道之處）等。

現今所用之子宮托，以硬橡皮磁器及玻璃製成者為最多；其形狀則以下述各種為最普通：（1）Hodge 氏子宮托，（2）Thomas 氏子宮托，

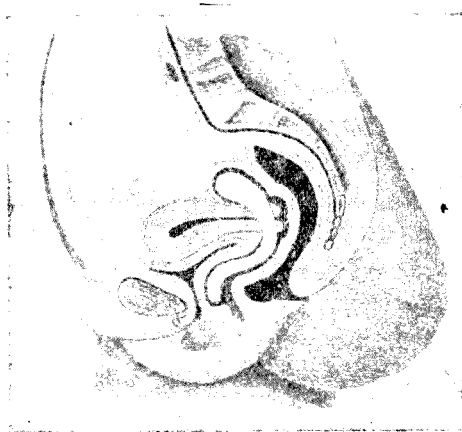
(3) Fritsch 氏子宮托。此三種均爲提托，後部向上曲，前部向下曲。其中 Thomas 氏之子宮托（圖一百九十五與一百九十七）後部較前部稍厚，同時上曲亦較劇；Hodge 氏之子宮托（圖一百九十八與一百九十九）上曲甚微，且甚薄；Fritsch 氏（或名 Smith 氏）子宮托（圖一百九十六）後部上曲亦甚劇，與 Thomas 氏子宮托相似；惟薄如 Hodge 氏子宮托而已。Hodge 氏子宮托能使子宮伸直，Thomas 氏之子宮托可使子宮有靠背，Fritsch 氏之子宮托則兼有上述二功能，故使用者最多。



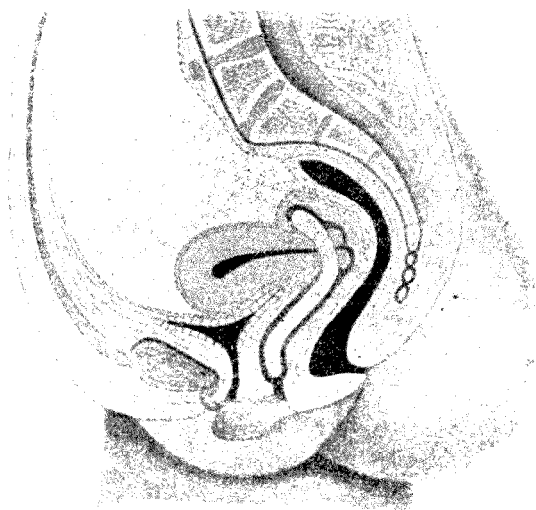
圖一百九十五
Thomas 氏子宮架 (pessar)



圖一百九十六
Fritsch 氏子宮架



圖一百九十七
Thomas 氏子宮架在陰道內情形



圖一百九十八

Hodge 氏子宮架在陰道內情形

子宮托之大小不一，Fritsch 氏有三號至十號數種。

玻璃子宮托過去均用實心者，但因太重之故，現今均已改用空心之子宮托。磁質亦然。此種材料甚易洗濯，且無甚刺激，故白帶亦甚少，能持久（雖病者跌於臀部，亦不易碎）。

置子宮托之法如下：用右手手指將女陰分開，左手執子宮托，先將其後部斜插入陰道口（可免與尿道堤接觸），在陰道內漸漸將子宮托旋轉，使後部向上，位於子宮陰道段之後；或先將子宮托旋至正常地位，然後將其後部向後推入子宮陰道段後之陰道後穹窿。

此種手法愈快愈妙，因在最後推動時，病者可感得痛苦故也。

子宮托之正常位置應如下：前部在恥縫下之恥骨弓（Arcus pubis）後部在陰道後穹窿，子宮陰道段位於架之空腔中。

子宮托大小之檢定須憑經驗，有經驗者一檢即得，否則太小之子宮托一脹即行落出（如在大便時）；若子宮托太大，則又能產生痛苦。對未產者所使用之子宮托。應至多在脹時其前部可在恥縫下見得，多產者之子宮托普通不脹亦應多少可見其外圈。

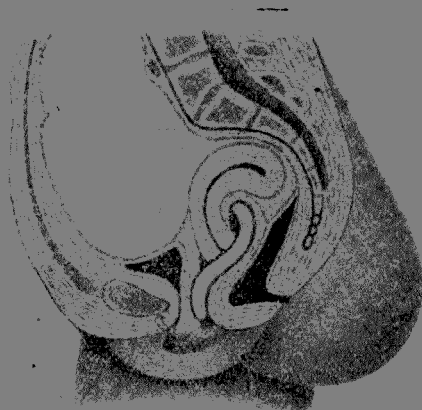


圖 一 百 九 十 九

Hodge 氏子宮架位置正常而子宮仍後折。

醫者最好令病者在安放後起立，於站立之位置中再檢查之；同時命病者用力下脹。若此時不致落下，則其大小合宜。於是醫者可再令病者坐一椅上二腿並直胸向前傾而用力下脹如無痛苦，則子宮托之位置已充分適當矣。

至於子宮托之位置是否絕對適合，須視病者以後數日之感覺如何。在工作時小便時皆無何等感覺，而子宮托仍在原處，則子宮之位置已經前傾而可以持久矣。若子宮托在原處而子宮仍向後折，或子宮托之位置移遷，或病者覺得痛苦，或脹時病者覺得疼痛，則均應換置另一大小之子宮托至完全適合為止。若始終無一合適者，則子宮托之治療必已根本無效，或該子宮之後折並非移動性而實為結住性者。

少數病者因恐交媾困難常將其取出之。其實位置妥當之子宮托，對交媾並不致發生困難。硬而粗之糞塊，可將子宮托之位置移動。

子宮托對於陰道壁之影響亦各有不同。過大之子宮托可將後穹窿擦破，再大者甚至可將前後壁擦破，致托與創口互結成疤。

發見此種情形時，當然應即將子宮托取出，待創口治愈後再置之，若創口與子宮托結住甚緊，則可用麻醉法取出之。

磨擦不平之硬漆子宮托，甚易失去光彩及平滑。此時醫者當為病者取出另換之，否則陰道上皮易被擦破。

如放置子宮托後有白帶產生，則當用藥水洗濯之。若白帶內有膿有

血，則應將子宮托暫時取出，至白帶消滅後再行放入。

若子宮托(如玻璃托)刺戟陰道而產生白帶，則病者只須在經後數日每日用 10 克 Soda 30 克 Alcohol 加水一升或用一湯匙 Alsoli 加水一升而洗之。

普通最好在每次月經後或閉經者於每四至六星期後將子宮托取出洗之(用水洗或用 Sublimat 洗)。

子宮托安放時期愈長，見效愈佳；三個月為至少時期。醫者對此宜隨時試驗，若取出後依然後折，則再放入之。有少數病者之子宮雖仍後折，而其病已去(因子宮位置正常後，不再浮腫，一切副作用全已失去故也)。此時之子宮甚小，雖然後折，亦不再發生何種病象。但一般在子宮托取出後，多能保持其正常位置不再變更。

若病者受孕，則應將子宮托保持至妊娠中期，以免子宮再向後折甚至向後挾住(Inkarzeration)。待至生產後十日，再將子宮托放入。

就開刀手術而論，若為可移動之子宮後折，則用手術之成績與用子宮托之成績相似；故只宜遇子宮托不安於位時(如病者實在感覺痛苦或病者精神有病)，始可用開刀手術矯正之。手術之方法當以 Alexander-Adams 氏所發明之縮短圓韌帶方法為普通。(參考三)

法將兩鼠蹊溝處割開(在恥骨結節之旁與鼠蹊溝韌帶並行處)，達鼠蹊溝外圈處(圖二百)。此時子宮圓韌帶即可得見，醫者應將其竪出，在同一方向將其拉出之一端剪去(6-8 厘米)，復將剪斷處縫於鼠蹊溝圈處。此種長約三厘米創口埋伏



圖二百
鼠蹊溝解剖圖(圓韌帶出鼠蹊溝圖)



圖二百一
Alexander-Adams
氏手術後之皮膚瓣

於恥毛之下，其癥痕不易覓得（圖二百一）。

經此婦科中最輕易之手術後，子宮之位置向前傾折（較正常稍甚），醫者宜在手術前置一子宮托，於手術後一至二星期取出之。如此子宮既有所托，醫者亦可確知道子宮向前傾折。

用手術而得永久治癒之成績約有百分之九十一，其中百分之九成績不佳。不佳之原因大半在手術不佳，在縫合韌帶時束住太緊或壓力太甚，手術後多次妊娠或診斷不實，如結住性子宮後折或韌帶無彈簧。

未產者圓韌帶甚薄，柔弱（Infantilismus）者之圓韌帶更薄，有時竟不能取出而縫合。多產者之圓韌帶甚厚，因在妊娠時與子宮同樣繁殖故也。

結住性子宮後折不能使用子宮托；因若不用手術，則子宮必不能豎起，不豎起之子宮雖用子宮托亦無用處故也。此種疾病之主要病象並非子宮後折，其後折乃骨盤腹膜炎及子宮附件炎之一部份現象；能治愈此二



圖 二 百 二

Baldy 氏腹膜內縮短韌帶法，右圓韌帶穿入右闊韌帶後葉內（鉗住者為圓韌帶，手執住者為輸卵管及闊韌帶）左圓韌帶已如帶形被縫住在子宮後壁。

種疾病，始可再治子宮結住性後折。至於其治療方法當於敘述子宮附件炎時（詳後）詳述之。若子宮結住性後折以後有不適現象則可施以保守性（Konservativ）治療，如雙手擦摩（bimanuelle Massage）陰道電摩（vaginale Vibrationsmassage）或於陰道中塞陰道球等等。惟此類方法祇達到一部份目的，或暫時去除痛苦；不能根治該病。又平常所用之透熱電，熱水灌洗，爛泥浴（Moorbad）等，亦可使病者之不適減輕，但治療停止以後病痛又發，或較前更甚。唯一而能永久解除痛苦之法厥為施行開刀手術，剖腹將結住處解除之；同時觀察子宮附件有無病狀，於必要時將其一部份割去，或將其全部割除，然後將子宮置於永遠前傾地位。對此，亦可用圓韌帶縮短法，醫者可從腹膜內將圓韌帶在鼠蹊溝內圈摺住縫合之（Langes 氏法），或將圓韌帶環圍子宮前壁縫之（Menge 氏法），或貼縫於子宮底處，或將圓韌帶縛住，連子宮底一起縫住於膀胱頂之腹膜上（Ventrofixation），同時將荐骨子宮韌帶同樣縛住（Hoelme 氏方法）。（參考四



圖 二 百 三

Baldy 氏腹膜內縮短韌帶手續完畢後（自後觀）兩圓韌帶已均在子宮後壁縫住。

著者採用者爲 Baldy 氏法。法將圓韌帶以束帶形穿過闊韌帶然後在子宮後壁將二者縫貼於子宮後壁上。如此子宮位置上升，同時亦向前傾折。醫者可依需要而將子宮隨意前傾至多少度。兩圓韌帶縫貼處愈深則其向前傾折度愈甚。(圖二百〇二及二百〇三)

H. Klein 氏曾在一百二十三病者中，治愈一百十九個，在二至五年中無何變遷。但可惜此種手術有一弊病，即在縫合處易與腸部結住而發生腸塞絞痛 (Ileus) 之症 (已有數人報告)。

以前所用之腹壁固定法 (及 Ventrofixation Leopold-Czerny 氏法) (即將子宮縫貼於腹壁前部) 有一根本缺點，即子宮底被縫住於腹壁後，因之其移動性大受限制 (圖二百〇四)；尤其爲膀胱，難於擴大。又子宮亦因而常將該處拉住以後一經拉鬆，可成爲癍疤缺穴；或完全與腹壁脫離，或在二者之間成一韌帶形之組織 (Ligamentum suspensorium uteri mediale 子宮中央懸韌帶)。此韌帶可使腸塞住而發生腸塞絞痛。

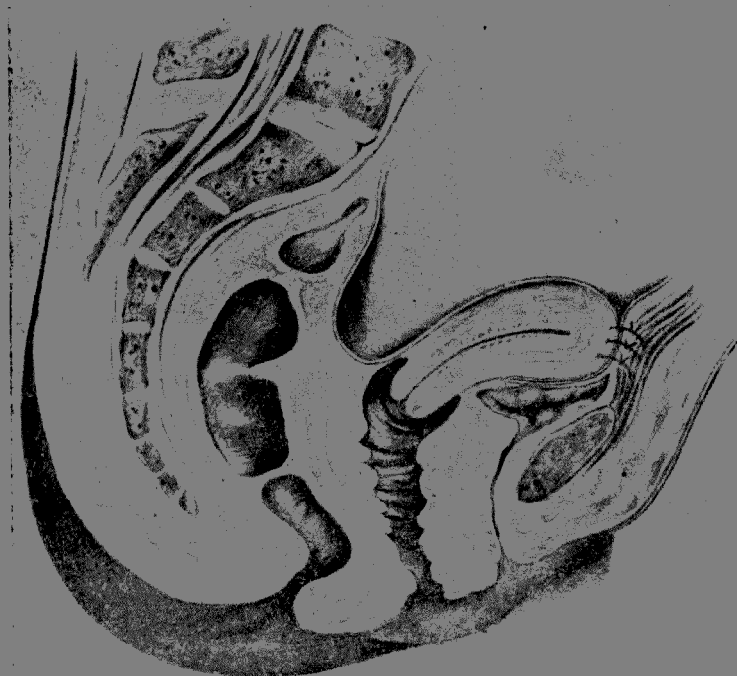


圖 二 百 四

Czerny-Leopold (大略) 氏前壁固定法。

若子宮與腹壁結住太甚，則可使生產為難胎位異常（小產妊娠時痛苦難受生產不可能）。若將子宮體縫貼於腹壁上（v. Olshausen 氏法）則在兩者之間必有一間隙處，此間隙處可使腸或腹網膜挾住而發生痛苦。

一般最歡迎之手術為 Doléris 氏短縮韌帶法。法將兩圓韌帶穿過創口兩邊之腹壁（腹膜及肌肉），俟腹膜肌肉刀口縫合後，再將該兩韌帶在腹部直肌上（Mm. recti）互相結合而縫之 Sigwart 氏將該帶從直腸肌肉之旁，穿過腹膜，縫於筋膜上（Pfannenstiel 氏橫切）再將子宮固定於膀胱（Vesicofixatio uteri）二百三十六例中有 96.5% 永久效果。



圖 二 百 五

太高及太緊的陰道壁子宮固定法（略圖）。

由陰道施手術校正子宮後折病症，至今已成為歷史上記錄。至於陰道固定法（Vaginofixatio）（參考五）為（Mackenrodt 氏所發明，現亦極少應用。其方法如下：將陰道前壁（Coeliotomia Viginso Anterior）切破，尿道膀胱之腹膜分開，再將子宮前壁（子宮口內之上段）縫貼於陰道前壁。此種手術之反應甚少（各陰道手術皆然）傳染之危險亦少，子宮之位置

亦可移正，惟膀胱不免因之而得一種變異之位置，致小便時常發生問題。此外陰道之癭疤可在交媾時作痛；至於其最大之缺點，厥為使生產為難，其困難程度遠在腹壁固定法之上，因此時只有子宮後壁擴大及繁殖（前壁完全與陰道結住，且其肌肉已癭疤組織化，毫無作用可言）故也。在生產時之危險更大：後壁緊脹，子宮陰道段被拉入前胛處，子宮口不能從陰道處探得，因此不能在正常產道生產；即使將陰道子宮前壁割開，亦不可能。此時唯一之方法為剖腹將胎兒取出。惟通常在未至生產時，已發生極大之拉痛，致有自動流產者；或因痛不能忍，藉人工而流產。

較好之陰道固定法如下：略將子宮頸縫貼，再將膀胱頂腹膜分開縫合。如此，生產較為便當，但其結住處仍極大（尤以非第一次即行痊愈者為甚）。故陰道固定法僅宜於絕經後之女子；從陰道縮短圓韌帶事實上等於無不為也。

子宮前折 (Anteflexio)

惟有尖角度之子宮前折 (spitzwinklige Anteflexio) 始可稱為病理化現象。該種子宮體幾乎與長而薄之陰道段並行，有時其角度較子宮內口為低（圖二百〇六）其折轉處受壓力而退化，因此子宮體有時前折，有

時後折，能與子宮陰道段不相連絡。

普通患此症者，其子宮小而薄，子宮及子宮頸韌硬非常，其位置高出於骨盤之上，子宮外口甚狹小，全部發育不足。

子宮尖角前折時與子宮後部隣近結締組織發炎混合。此種現象之起因，大多亦在發育不足，甚少因發炎所致。

此種子宮之位置向後，細長之子宮陰道段向上及向前，子宮外口向陰道前壁，而子宮體則又前折。因此前折後折混

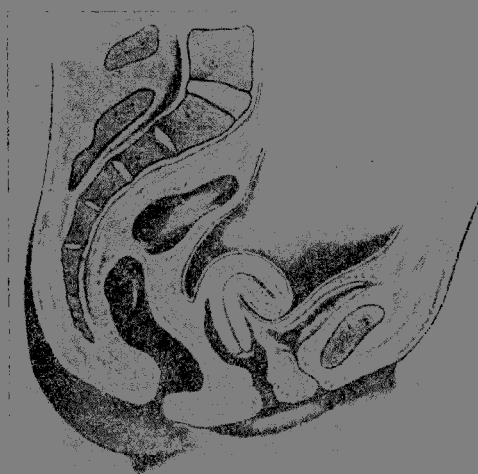


圖 二 百 六

子宮尖角性前傾折，及子宮頸延長（略圖）。

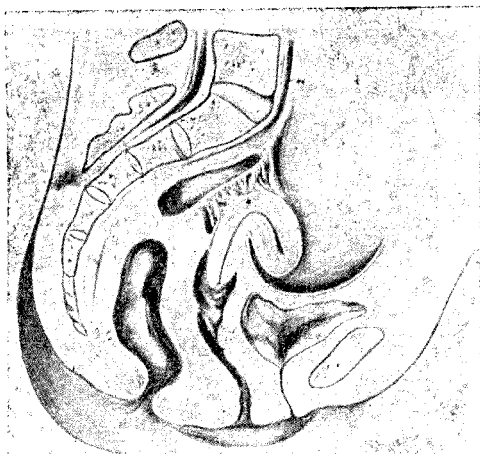


圖 二 百 七

子宮後位，子宮傍結締組織後部炎，子宮後折及前折（略圖）。

於一起，故其名亦為子宮後折兼前折(Retroflexio uteri cum anteflexio)（圖二百〇七）。

子宮之前或後壁如有肌瘤，亦可使子宮尖角前折；自幼即有之尖角前折子宮，病者多患痛經及不孕之症。

過去醫者對兩症原因之解說，皆謂子宮體與子宮陰道段折住太甚，子宮內之月經血難以排去（故患痛經），在陰道之精虫難於經過子宮頸管（故致不孕）。但今人之解說不然，均以爲子宮肌肉太幼稚而柔弱，且結締組織太多所致。以故子宮無反應力及伸縮力，以故在月經來潮時即感脹痛。同時該種子宮之內膜亦不能完全蛻膜化，於是該種女子大多不孕或易流產。

此種自幼發生尖角前折之子宮，有時能在結婚後發展豎起，變爲正常之子宮。該時痛經既去，妊娠亦趨向正常。惟在生產時陣痛衰弱以及子宮無故破裂（或許一部份之原因在此）而已。

吾人既知子宮尖角前折因發育不足或子宮外膜發炎所致，則單獨之治療當然毫無意思。且子宮尖角前折之治療並非均無危險者，如用伸直管放於子宮內，則可使子宮內膜發炎，若用 Hodge 氏之子宮托或脫垂托(Prolaps-pessar)，雖可提起子宮，但托之邊沿甚易壓住膀胱使病者非常不適，且時常感覺便急。

子宮下降及脫垂 (Descensus et Prolaps) (參考六)



圖 二 百 八

產後子宮之位置，會陰破裂後陰道前壁托住者失去。子宮下降，增生，均漸增加，落出便能漸漸成立(略圖)。

陰道段均互有密切之關係，陰道腔必須待人工將其擴大後，始能成立；換言之，必須有某種東西經過然後始能形成一陰道間腔(Hyrtl)。

在會陰破裂時，已破之肌肉即向左右裂開；若此時不縫合或縫合不良，則托住之尖頂即一變而呈低闊形，或甚至消滅。於是陰道後壁即向下沉，繼之前壁，子宮陰道段，亦隨之下降而成爲陰道前後壁下降及子宮下降；若腹腔之壓力不斷向下，則

托住內生殖器者爲骨盤底，若此托住者一旦受傷破裂或擴張過甚，則骨盤底與腹壁及橫隔膜之腹部肌肉合作能力即完全消失。下方之骨盤底既不能抵抗腹壁與橫隔膜之下壓力，則腹腔之內臟必向下壓，於是生殖器首當其衝，形成下降或甚至脫垂之現象。

至於骨盤底不健全之原因，大半在生產時受傷，會陰破裂及骨盤底肌肉脹大過甚。

會陰陰道前後壁及子宮



圖 二 百 九

陰道前壁落出，子宮下降，膀胱袋，子宮頸拉長，陰道穹窿向在(略圖)。

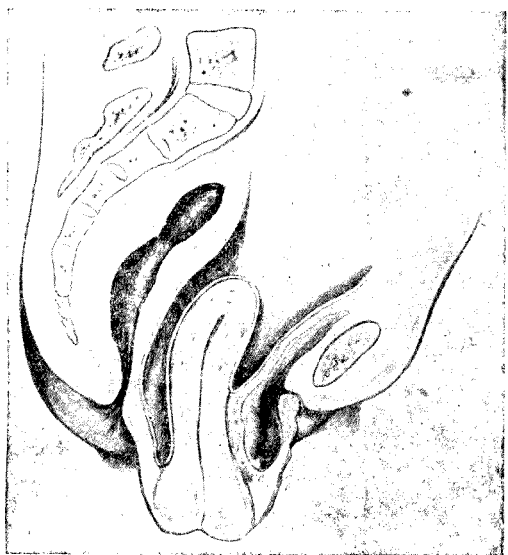


圖 二 百 十

子宮後陰道兩壁完全落下，膀胱袋，子陰段腫脹，陰道接近子陰段亦腫脹，子宮週圍增生（略圖）

該種下降不久即變為子宮脫垂及陰道脫垂。

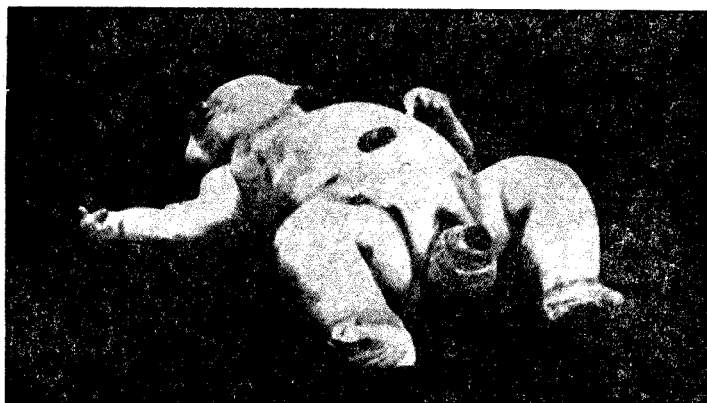


圖 二 百 十 一

新生兒生殖器完全落下圖

上文已述及骨盤底之破裂為下降之最大原因，尤以身體柔弱者為最甚。此外不斷續之懷孕，也可使陰道壁弛緩，以致向下脫垂。

骨盤底之肌肉，爲托住生殖器之最重要者，但內生殖器之結締組織，對此亦甚重要(E. Martin 氏)。骨盤內之結締組織，子宮四圍之韌帶(子宮荐骨韌帶)，子宮隣近結締組織，陰道旁結締組織，膀胱隣近結締組織，直腸隣近結締組織等等，均與內生殖器之堅固極有關係。吾人若對一部份產婦在產時，陰道會陰破裂甚大，而其內生殖器，並不下降之現象，加以觀察，即不難明白此理。

反之無生產之女子，會陰陰道雖不破裂而內生殖器常有下降或甚至脫垂之現象。

此種現象，由初生而至成年，均可有之。其中尤以具雙脊椎者 (Spina bifida) 爲最甚。

圖二百十一爲一幼生胎兒，其子宮及陰道已完全脫垂。(Maroudis 氏(參考七))

據 Halban 氏與 Tandler 氏常年檢查之所得，謂子宮陰道之脫垂，可認爲生殖器溝(Hiatus genitalis)之缺脫(Hernia hiatus genitalis)，因在此時，本來生殖器溝之狹小情形及收縮能力，已完全消滅，原在提肌板(Levatorplatte)平綫上之內生殖器，現已位於平綫中，或甚至位置平綫之下。



圖 二 百 十 二

子宮後向後原始性子宮脫出，子宮頸不增生(略圖)。

此種內生殖器之托住者，完全被奪，若其位置正在生殖器溝中則全部被壓出；若為一部份，則其第一部份先被壓出，其他部份被牽住，被壓於托住者之上。

此種情形，可加深其程度，若腹腔內壓力愈甚，則子宮陰道段下降，子宮頸逐漸伸長 (Elongatio colli)。至於子宮體，尚有提肌板托住 (圖二百九)，不致下降，但長度可增加至二三倍以上。故此時子宮細而長，而子宮底仍在原有之地點。



圖二百十三

子宮前傾折落出，膀胱與子宮完全脫離，膀胱與直腸均位在子宮後壁，距離甚近 (略圖)。

於此可見此種下降，並非因生殖器本體互相下拉所致，其唯一原因，乃在腹腔之壓力；生殖器乃由此種壓力逐步從生殖器溝中壓榨而出。

產褥婦之生殖器溝，特別闊大 (提肌板之托住力減少)，陰部前部略形下降，子宮亦然，完全為生理性之現象。子宮從產後五至六日起，漸漸向後，與陰道軸成直角，因此其下降之可能更大 (因子宮軸必須與陰道軸成直綫後始能下降 (圖一百八十六))。

此為最普通之情形。即子宮必待向後與陰道軸垂直以後，



圖二百十四

子宮後折落出，直腸袋甚劇 (略圖)。

始有下降之機會。此時子宮所受腹腔之壓力，可直接波及陰道，子宮之下降酷如木栓之塞於陰道間。當然，此種下降之原因，除生殖器溝，過度闊大以外，其結締組織之堅韌性如何，亦極有關係。尤在手術生產以後，此種結締組織（例如膀胱陰道夾膜）更易發生破裂。例如在使用鉗子時，尤其將鉗子旋轉時，可將鉗子空檔內之陰道壁牽住拉破或擦破，或破入夾膜內，或陰道壁先破，不久膀胱隨之脫落而成爲膀胱膨出(Cystocele)。

（著者以爲單獨性膀胱膨出而骨盤底不破損者，除與子宮及陰道後壁脫落同時產生外，僅有上述之現象一種）。

陰道前壁下降與膀胱底膨出(Cystocele)常混一起（圖二百八，二百九，二百十，二百十二，二百十八）。反之，陰道後壁下降及直腸膨出者(Rectocele)，爲數甚少（圖二百十四）。

陰道前壁與膀胱夾膜組織之關係頗爲密切，故每次下降時，其餘部份即隨之而俱降。反之，因陰道後壁與直腸夾膜之關係鬆而少，故陰道下降時，直腸可不受影響。

此種膨出之膀胱袋形成以後，袋中即有尿積住；由於尿之壓力，袋底下降愈甚，積尿亦愈多；於是愈積愈下降，膀胱之頂終被拉下而倒置於脫垂之陰道中。

直腸之情形與此稍異。因直腸陰道夾膜之組織較鬆，直腸前壁不易被其拉下（有者陰道全部脫垂而直腸仍絲毫不變）。故普通膨出直腸袋之成立(Rectocele)（圖二百十三）乃原始之現象，凡少年女子患便秘者，即能發生（此種膨出直腸袋有時有糞塊積住，愈積愈多，久後成爲石塊）。

甚深之子宮直腸陷凹或鬆軟之膀胱子宮夾膜可藏大小腸而致陰道突出，形成所謂腸袋。在前者，謂之前腸袋(Enterocoele anterior)；在後者，謂之後腸袋(Enterocoele posterior)。

子宮下降過甚時，即成爲子宮脫垂(Prolap. uteri)（圖二百十，二百十一，二百十八，二百十三，二百十四，二百十五）。此塞住於陰道內之子宮若受上方壓力，則愈向下落，至子宮陰道段完全脫出於陰道口之外時，下落益甚；以致外生殖器之子宮浮腫甚劇（血液循環被阻）。繼續下落更甚，浮腫之處久後亦成爲繁殖過甚(Hypertrophie)，於是子宮全部皆脫垂於外。此時子宮陰道段可腫脹至6—8厘米（直徑），下墜至上腿中部（圖二百十五）。其時子宮之隣近結締組織厚而長，將子宮

頸完全拉住，因此子宮之位置可隨意前後傾側（大都向後）。（圖二百十四）

患此種子宮脫垂者，其子宮頸被拉長甚劇，因此子宮內口處常粘住而封閉，子宮頸則似一鉛筆桿，子宮與子宮陰道段似已完全脫離。

脫出之陰道壁厚硬而乾燥如皮；扁平上皮聚積甚厚，其四週已失去保護能力，常被外界損傷；小便失禁常與衣服及上腿摩擦，因此成立之創口及潰瘍均不易痊癒（圖二百十七）。

該種潰瘍常能惡性化，故醫者發見此種潰瘍之後，若久治不愈，當用刀割去少許，再用顯微鏡組織檢查之（視後）。

此種生殖器脫垂與結締組織之彈力有關，故患上述疾病者，往往直腸亦脫垂（彩圖三十八）或鼠蹊溝及腿股溝亦有缺脫（*Hernia inguinalis et femoralis*）。



圖二百十五
完全性落出（照片）

下降之病象如下：病者感覺下墜甚劇，下身如少一托住者然。無論在行走坐臥或直立時，均覺下身如有物落出。此種下墜在立或行走時可產生腹痛（因骨盤腹膜被拉過甚）。

凡生殖器脫垂，甚少突然產生者（如受重大損傷而同時組織先天性不健全者），此種脫垂可產生極大之痛苦。有時病者竟失去知覺（此種現象亦可於重病後產生，如患傷寒後，惟其時無何等痛苦）。

下降最初之現象為時常小便（*Pollakisurie*）。其原因在膀胱袋之成立。因膀胱袋成立後，小便即積住於袋中，排洩不易；致病者時覺小便而結果並不能將小便排出。

患較大膀胱袋之女子，其小便甚易自動流出。因由於膀胱袋之重力，可將收縮口拉開故也。惟收縮口被拉開之後，不易收緊，於是小便淋漓不



圖 二 百 十 六

雙面鼠蹊溝疝 (Hernia), 陰道落出, 及甚大之膀胱袋。

工作者, 其精神亦非常衰弱。此時脫垂之陰道壁甚易發炎, 有時甚至腐爛。但亦有一部份女子雖患子宮全部脫垂, 但是工作依然如常, 並不求醫。脫出之粘膜上皮不久即行厚化, 因此破傷不易。惟在月經來潮時, 因受阻壓關係, 出血加多耳 (Menorrhagie)。

另外尚有一部份女子, 大多為身體非常瘦弱, 神經過敏之流。彼等有子宮脫垂之知覺, 然實際上並無脫落之現象。對此 M. Graefe (參考七) 氏名之曰神經性子宮脫垂 (Neurose)。

患下降及脫垂者, 仍有受孕之可能 (雖在理論上難於了解)。同時亦非人工墮胎之適應症。雖病者在開始數月頗覺病症加重, 但以後子宮增大, 其苦痛亦隨之減少 (因子宮長出於骨盤腔而入腹腔故下降及脫垂均能上升)。

在妊娠及產褥期內, 均不應施行子宮脫垂手術。至早當在生產半年以後。

在孕時胎兒之頭, 可塞住於脫垂處, 致脫垂之子宮不能回上。(參考八) 同時尿道被壓, 不能小便。絕對不能正常生產, 如從陰道施手術, 則膀胱及尿道均有甚劇損傷之可能, 下降脫垂可因之而加劇。故惟一之辦法, 為剖腹將胎兒取出。

止。在下脹噴嚏及嘻笑時, 小便亦可流出。因此上游性傳染甚易 (視前尿臟篇)。

較大之直腸袋易使大便秘結。惟患脫垂之病者, 對此頗知其秘密, 在大小便時, 能先將膀胱袋及直腸袋推上, 然後再作大小便, 結果內部容積可完全排出。

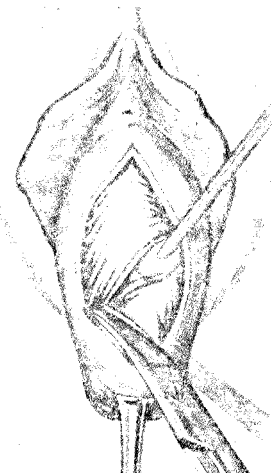
脫出於陰道口外之子宮, 其病象當然更為利害。病者覺得女陰處有一異體 (彩圖三十八及圖二百十五, 二百十六, 及二百十九), 行動不便, 作事為難, 擦摩作痛, 受累不堪。能工

診斷時，應先看下降或脫垂是否事實。因陰道前壁之瘤（陰道囊腫 Scheidencysten）蓋氏管形囊腫（Gartner'sche Gangcyste）結締組織肌瘤（Fibromyom）或陰道膀胱夾膜炎腫亦均能突出於外，一如脫垂者欲區別清楚，可先摸其軟硬及移動性；凡堅硬而不能移動者均為瘤。對於後陰道壁，亦應作同樣區別，子宮直腸陷凹炎腫瘤腫及積膿均可疑為陰道後壁下降。



圖二百十七

完全性落出，絕根割除後，在子宮口處有巨大之潰瘍。



圖二百十八

陰道前壁切開術（Colporrhaphia anterior）先把陰道壁取出卵圓形一塊，然後用剪刀將膀胱從其底盤剪脫。

簡單之脫垂在診斷上無十分困難，故不必使用各種診斷方法（如探子宮探膀胱等等）。凡探子宮膀胱等方法，均宜於施行手術時，因其易使菌類上升故也。

欲預防脫垂須於接生時小心，避免一切無謂之手術。必要時，須保護骨盤底。若會陰破裂，應即刻縫好。對於體質不強者，尤應特別注意。在生產時，醫者切忌大意，若聽病者畏懼之言，不將已破裂之會陰縫合，則已縮上之提肌即為生殖器破損之現象，於是下降脫垂之可能性即行成立矣。

若產後有膀胱衰弱症，可先用一圓圈架架住之（圖二百二十三），使尿道受壓力，在哭，笑，或下脹時均不致有小便流出。至子宮收縮後，此架即可不用。

治療之法如下：凡經絕前後之子宮下降或脫垂，均應施行手術。在生育年中亦最宜開刀治療；惟無論手術如何高明，下次生產後仍可復發。

對於下降及脫垂，惟施行開刀手術，始可完全除去；否則若使用子宮托，只能將後折及下降暫時予以維持耳。

若用脫垂子宮托 (Prolapsessarrium)，雖能暫時托住子宮，但不久陰道壁被子宮托擴大之後，仍不免下降；此時必須再換較大之子宮托。然長此循環以往，陰道壁必致愈擴愈大，腹內壓力亦必愈甚，非特不能將脫垂之症治愈，且反足以使脫垂更甚。

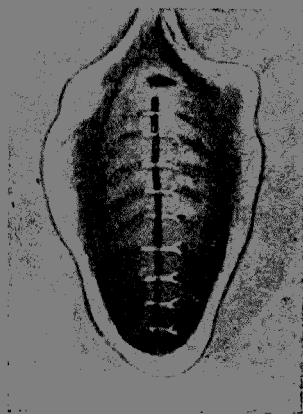
若子宮托在陰道內過久，能使陰道上皮破損，或因刺激過甚而發生白帶等症。久之，子宮托與陰道結住，不易取出。故欲治療下降及脫垂，開刀實為唯一之方法也。惟對於胆小之病者，或病者另外尚患糖尿症，血管硬症，慢性靜脈炎，甲狀腺腫時，或心肺腎患重病時，始可使用子宮托之治療；但醫者須知此種治法究非永久之計。

欲施行此種手術，醫者應先消毒；如破皮突出之瘡及潰瘍等，均應預先治愈（圖二百十七）。在此種瘡口之內，時有連鎖球菌寄生，故最好在手術前將白帶詳細檢查一次（作 Ruge-Philipp 氏培養）（參考九）。如有連鎖球菌在內，須在手術前設法去除之（有時非常不易）。法以洗陰道及坐浴最為適宜，如在坐浴後再用 Ichthyol Glycerin 或 granugenol 油浸



圖二百十九

去膀胱袋，用煙袋形縫法縫合之。



圖二百二十

陰道前壁手術完畢後之圖

紗布將脫出部份塞進，則在施行手術後不致發生任何重症。

此外醫者又應注意因此種瘡狀之炎爛，亦可產生癌或已成癌腫；若有此種懷疑，即須割去一塊而檢驗之。

至於手術之方法，須視病者年齡而異。最好將子宮割去，使病者以後不能生育。然此法僅宜於經絕年之婦女，對於有生育能力之女子，在手術上應顧到妊娠及生產。雖然妊娠與生產均對陰道形成有損。但仍當顧及，因此少年婦施行手術後之結果，大多不甚佳。

下述各種手術法，使用最為普遍：

1. 陰道前後壁縫補法 (Colporrhaphia anterior et posterior) 及會陰成形法。將陰道縮緊，骨盤底重組，當陰道前壁縫補時將前壁拉出一長腰圓形之粘膜（圖二百十八至二百二十），另在後壁縫補時將後壁割去三角一塊，或將後壁之結疤部份完全割去 (O. Küstner)。在會陰成形時，須橫切後會合處，再於深處直剖，分二三層縫合之（圖一百二至一百五）。後陰道壁縫補法甚易與會陰成形混在一起為之，名曰陰道會陰合併成形法。法將陰道後壁之粘膜尖端劈起，然後將會陰橫剖。

若此外尚有膀胱袋直腸袋則須用袋口縫法或魚網縫法將該袋推上（圖二百十九）。

若子宮陰道段增生過甚，宜將其前唇割去一塊；必要時，後唇亦須割去一塊（錐形）。若同時尚有子宮頸裂縫，則須用 Emmet 氏手術，但極少用子宮陰道段全部切斷法。

輕度之子宮陰道段增生過甚可不必施行手術。俟子宮在骨盤腔內之位置正當後，即能自動消滅也。

在子宮陰道段作錐形割去或完全切斷後，子宮體可略形縮小。

會陰成形法之重心在下沉性縫法，醫者須將提肌之兩端縫合或將全部骨盤肌肉用沉針縫合之。

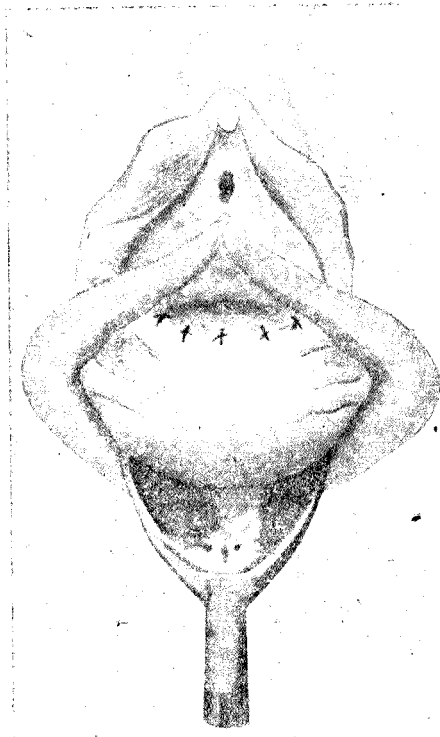
普通下降及脫垂只須用陰道會陰合併成形法即可。若前陰道壁脫垂過甚，膀胱袋已下降，則須用前陰道成形法補充之。惟此時醫者須注意，不可將陰道縫之太緊，致使交媾為難。

至於子宮之位置，須在前傾位置。不然，子宮可因腹腔之壓力而被壓於陰道壁縫處，以致再度下降或脫垂。故子宮經此種手術後，不可後折或後向，否則必須以手術更正之。更正之法須照 Alexander Adam 氏之手

術法，同時再施行陰道成形法。若為子宮結住性後折或後傾，則須藉剖腹更正之（Baldy 氏或 Doléris 氏手術法）。

2. 子宮下位法（Wertheim Schauta 氏法〔參考十〕）法先將陰道前壁剖開，繼之子宮膀胱膜，將子宮塞於其中，使子宮底位於尿道堤下，子宮體完全沉於膀胱之下，子宮後壁正與子宮內口並行或較子宮內口稍高（圖二百二十一）。

此種過度前傾之子宮，其後壁在膀胱之下，其前壁則與縫合之陰道前壁接連。因之膀胱無下降之可能，陰道前壁亦因此而提高。故在施行此種手術後，最好再施以陰道會陰成形法。



圖二百二十一

Schauta-Wertheim 氏子宮下位。子宮底位於尿道下。腹膜摺處縫於子宮後壁，子宮則縫在陰道創口內（此陰道鏡之安放完全供觀察明瞭）。

成績特別佳之子宮下位法為 Kielland 氏所發明之脫殼法，尤以將子宮陰道段縫住為然。Weinzierl 氏嘗以此法施行三十次手術，結果百分之二十無效；Fischer 氏施行六十次手術，結果有千分之十八復發。

欲施行此種子宮下位法，不可有妊娠及生產；故僅可對經絕後之女子為之。若施於有生育可能之女子則應先設法將輸卵管剪斷（應得病者之許可）。法將輸卵管剪斷，將其子宮之一端縫住於子宮前壁，將其他一端縫於腹膜內。

3. Kustner-Schmid 氏前脛結住法（Promontorifixur）法將子宮頸後壁縫住於前脛骨處，子宮體縫於骨節處；如此陰道即行伸直。必要時，再將陰道前壁縫補，同時再施行陰道會陰成形法。

4. Bumm 氏腹壁高固定法（Collifixur）剖腹後將子宮頸前壁縫住於前腹壁，使子宮向後上提，陰道亦被拉上而伸直。另外

再施以陰道會陰成形法。

Solm 氏曾將上法略加變更，名之曰恥縫腹壁固定法 (Symphysioventrifixur)。法將子宮體縫住於膀胱與腹直肌之中間。

5. Kocher 氏子宮腹膜外異位性縫合法 (Exohysteropexie) 法將子宮體縫於剖腹創口之腹膜與腹直肌之中，或腹直肌與前腹直肌膜之中央。必要時，再施以陰道會陰成形法。

6. Fritsch 氏之子宮陰道段頭及陰道穹窿提前固定法 (Ventrofixation des Portiostumpfes und des Scheidengewölbes) 法將子宮割去 (剖腹或從陰道割去均可)，然後再施陰道成形法。

7. 膀胱袋前懸法 (Ventrosuspension der Cystocele) 法將腹直肌處切去兩組織帶 (Fascienstreifen)，縫於脫出之子宮或將折之子宮 (法與 Goebell-Stoeckel 氏膀胱收縮肌鬆弛手術法同上)。此兩帶亦可取自軟性之外膜 (Schubert 氏法)。

上述第三至第七種方法，僅可施行於特別巨大之子宮脫垂症。

8. Neugebauer-Lefort 氏之兩陰道壁縫補法 (Colporrhaphia mediana) 法將前後壁割去一四厘米闊之直條，然後將兩創口縫合之。此時陰道壁互相合住，故子宮無脫落之可能。但醫者應注意該創口不能離子宮陰道段太近，使手術後之陰道左右各有一細溝；此兩溝只供粘液之排泄，不能供交媾之用。

此外 Fritsch (參考十一) 氏 Fabricius (參考十二) 氏 Rotter (參考十三) 氏及 Labhart (參考十四) 亦均有相仿之手術發明。Fritsch 氏先施行子宮下拉法，然後將陰道創口邊緣於子宮之邊沿。此時子宮前壁完全露於陰道腔內復在陰道後壁處開一窗，將在前向後之子宮面接縫之。然後更用線縫陰道前後壁及子宮底，使各線緊緊扣住，俾令子宮上升。Rotter 氏及 Labhart 氏在陰道內製一人工狹窄處 (Stenose) 使陰道腔中間束緊子宮不能脫垂。

9. 從陰道腔將子宮全部及附帶物割去或只將子宮單獨割去法 (圖二百二十二) (Vaginale Totolerstirpation des Uterus)，同時再施行前陰道壁縫補及陰道會陰成形法。

此外尚有各種變形及混合手術法，各專家均有其專長，但由此可見無一手術法可使人滿意。

此種手術對少年婦女當然必顧及生育及月經。對於經絕後之女子，非特二者無需顧及，即使交媾問題亦可不必顧及 (至少患甚重之脫垂者如此)。永久成績愈少者，手術應愈徹底 (尤其老年婦人)，惟亦應注意。手



圖 二 百 二 十 二

子宮陰道落出絕根性割除，此地可見膀胱袋及直腸袋的位置。

術之時間，麻醉藥之份量及病者出血之多少及心肺之健康情形。否則可使預後不佳。

據著者之意，對於壯年婦女（在四十初度者）可用陰道成形法及子宮前提法（Alexander Adam 氏手法），對年青者可用 Schubert 氏之組織帶法。對月經方乾之女子，可用子宮下位法（若膀胱袋突出）或子宮全部割去法（若子宮完全脫垂）。對甚老之女子，若子宮托無效，則可用 Neugebauer Lefort 氏之陰道中央封閉法。

此外各種手術，均視各專家個人之經驗而定，普通全部割去法不常使用。

著者自 1910 年至 1922 之間，曾在 Kiel 施行子宮脫垂手術二千人，其中有一半可查考（參考十五）。永久不再發者，有如下述。

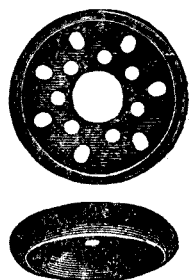
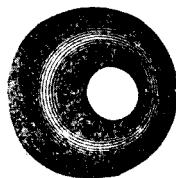
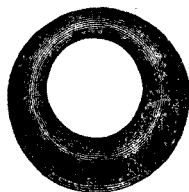
施行 Schauta Wertheim 氏之子宮下位法者 96.3%，從陰道全部割去並施陰道成形法者 97.4%，施行陰道會陰成形法及 Alexander Adam 氏手術者 89.6%，專門施行陰道會陰成形法者有 95.2%。

子宮脫垂托形圓中空，使用時須斜放或直放於陰道內，其前環壓在恥

骨弓下(Arcus pubis)。

過去所用而今日已認為根本不合式者，為 Mayer 氏以灰色橡皮製成之環形托。因其硫磺成份太多，刺激陰道太甚故白帶甚多。托之表皮亦甚粗燥，恆致擦破陰道粘膜而發生炎爛，使白帶變成膿液。與此相仿者為黑軟橡皮製成之環形托。此托放入陰道內後，不久變硬，甚易破碎，以後損傷陰道粘膜。

比較適用者為硬橡皮或磁質之子宮托。此托環形盃形均有，其中以硬橡皮製成而空處不在正中之環形托（圖二百二十三）或盆形托或漏洞之盃形托（圖二百二十四）為最適宜。放置盆形盃形托之前，須先將凹進處向陰道前壁放入。



圖二百二十三

硬橡皮子宮架（中孔不在中央）之原部份位於前壁，壓住尿道。

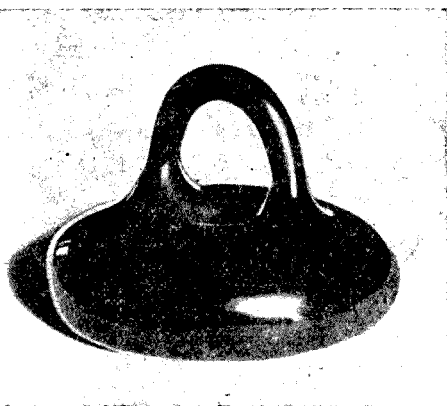
圖二百二十四

孔不在中央的凹形子宮架 (Excentrische Hohlpeसार)

圖二百二十五

盆形及篩形子宮架

較上述更佳而構造亦具特徵者為 Löhlein 氏之環柄托（圖二百二十六）及 Menge 氏之棒形托。此兩者之環柄及棒，完全壓於骨盤底；故子宮托可直向子宮，使其前傾上升，使陰道後壁向後降落，前壁向前提高。Löhlein 氏環柄托之環柄，不能移動；但 Menge 氏棒形托之棒則可旋下（故可先將棒旋下，將托放入陰道然後再將棒旋上）。



圖二百二十六

Löhlein 氏環形子宮架

放置該種托子時，最好斜豎而插入陰道口；最應注意者為尿道堤。因若壓住此堤，痛苦甚劇故也。然經過陰道口時，勢不能不用力壓；對此醫者甯可放妥當，凹面向前形狀及大小當視病者陰道如何而定，合用與否，在試用數日後即可測知；若數日後無何種種現象即可繼續使用。

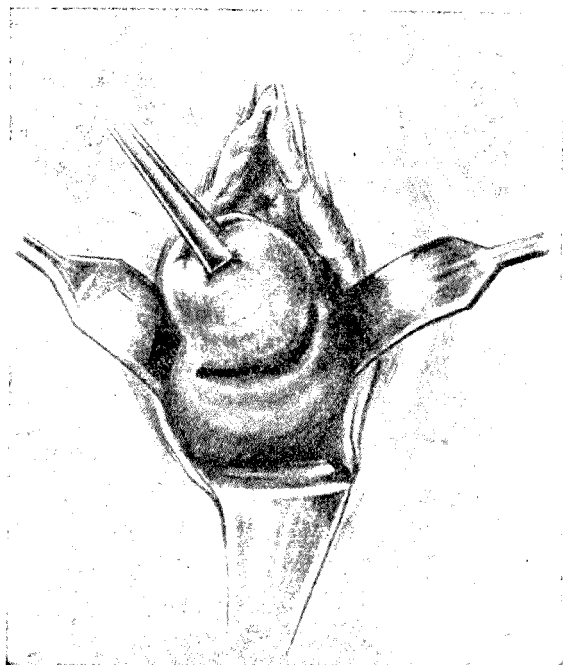


圖 二 百 二 十 七
子 宮 架 壓 後 之 溝 槽

有子宮托之女子，應特別注意，因有時托之壓力甚劇，致使陰道壁破損。通常一經放入該托後，每日須洗陰道一次，每月至少訪醫生一次，請其取去洗濯之，然後再將托放入。若有被托壓破之處，應暫時將托取出；俟痊愈後再行放入。對於此種破損，最好用 Ichthyol-Glycerin 紗布塞之，每日更換一次。

有子宮托之女子，其感覺力（壓住）各有不同。有者全不覺得，有者無論該托小至何種程度，仍能覺得。有者一經放入子宮托後，即有白帶產生；因此不得不與甘油塞栓互相交換，甚者只可用甘油塞栓代之。久不取出之子宮托，可深入陰道粘膜內；在托傍破皮之創處，產生新肉，漸將托子

包圍，互相結住；有者甚至結皮，將托之一部份完全遮蓋，只剩前半托露出於陰道腔。

此外如子宮陰道段穿過子宮托之一部份，則可浮腫甚劇，因此不能再行脫出。設若此種現象久不醫治，則該托可破入直腸或膀胱內，形成一膀胱尿道陰道直腸瘻管。

此種現象，在現時代已可謂絕無僅有。譯者按我國醫者以前對子宮托知之甚少，能使用者大半亦已知使用此托之危險。但過去之歐洲不然，以前使用者甚多，而知此種危險者却甚少，因此有數年不取出者。結果病者有膿性發臭之白帶，身體日漸衰弱，猶不知因陰道有病所致。患此症者大半為年老婦人，彼等對於個人清潔多不十分注意，因此積年累月，形成此種重症。

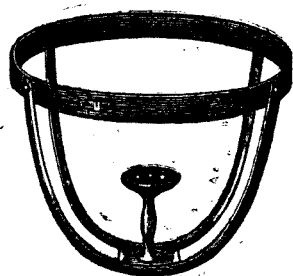
過去使用子宮托者，大半借力於產婆，理髮師及無醫學知識者之手。當然，彼等所用之器械既不完全（皮球破布等等），又不衛生，極易發生甚大之危險。

對於已經固着之子宮托，醫者應用力將四周割開；若該時陰道口已縮小過甚，則須用銅絲鋸插入子宮托內，將該托鋸成二段，然後取出之。

若女陰完全萎縮而無何種損傷現象，則醫者可不必將其取出，令病者每日用薄火酒液洗之，每週用雙養水洗之同時再將該托前後推動，使液體可各處洗到。

若患者年老，身體非常萎弱，不能開刀，同時骨盤底毫無托住子宮之能力，則惟有使用陰道托（Hysterophor）。陰道托之形狀一如棒架，但該托尚有四帶，可束於腿及腰使其不致下降（圖二百二十八）。

最可注意者，為 Solm 氏之提議。該氏謂對於上述之脫垂者，可先用一托托住之；然後對陰道口施以局部麻醉，再用線縫小之，使病者有用托之可能。



圖二百二十八
子宮陰道托(Hysterophor)。

Thure-Brandt 氏主張此種一切脫垂，可用按摩法治愈之。實際上，此法亦頗有相當成績，凡經驗充足之醫師，對於生殖器之增生浮腫均可用此法去除之。使病者獲得暫時性安逸。然病者必須減少動作，否則舊病仍可復發。又若按摩者均非熟手，則結果非但不能治愈子宮之脫垂，反可使病者養成手淫習慣。

子宮翻出 (Inversio uteri)

子宮翻出爲子宮內部翻落於陰道內之現象，惟現時已不多見。共分二種：第一種爲邊沿一部份翻出 (Inversio partialis)，子宮底凹入子宮腔內，子宮外表如有一縫陷。第二種爲全部翻出 (Inversio totalis)，翻出後之子宮如一軟圓而深紅之瘤，凸出於陰道口外。原來之子宮外膜翻向裏面，而內膜則翻出向外 (圖二百二十九及圖二百三十)。



圖 二 百 二 十 九

肌 瘤 性 子 宮 底 翻 出

普通之子宮翻出，只限子宮體一部份，其他子宮頸陰道及膀胱均保持其本來位置；但亦有連子宮頸甚至陰道全部翻出而脫垂於陰道口外者。

子宮附件在開始時亦被牽入凹內，但不久即因骨盤卵巢韌帶 (Ligg. infundibulo-pelvicæ) 之回拉，而重復歸還本位 (圖二百三十)。至於子宮外膜，可因過度接近之故而互相粘住，久後則成結住。翻出不久之子宮，因受血液之阻礙，軟大而浮腫，但過後即縮小而硬化矣。

此種疾病之形成，原因以生產損傷爲最大，例如產後在柔弱子宮上用

Crede 氏手法，或用手拉臍帶，使胎盤早落等等。有者形成甚慢，愈來愈甚，有者一次形成。一經翻出後，即行浮腫，此時出血極多，腹膜牽住後發生劇痛，病者可以虛脫。

第二原因爲子宮底粘膜下產生之肌瘤。開始時尙無病象，以後漸漸長而下降，如一錘，結果將子宮內膜拉下，而致子宮翻出。同時子宮之收縮肌亦幫助形成之（圖二百三十）。

此時除充血外，復有甚劇之月經時出血及不定期出血；在交媾及檢查時，亦均能出血。甚者雖些微移動，亦能出血。該種病者之血液，當然非常貧乏，故大多臥床不起，同時內膜翻出於外，呈浮腫狀態，因此傳染之可能性亦隨之增加；同時又不斷排出膿性之白帶及破碎粘膜，重者且發生子宮炎爛。

此外另有一種患者，其浮腫不久即退，充血亦減少，翻出處可久久不發生何種變化。

診斷時，應注意子宮位置不在骨盆腔內，在子宮口處。突出之瘤應證明其爲子宮。對此，醫者當注意病者之前史。

內部混合檢查當然亦甚重要。瘦弱之病者腹壁甚鬆，檢查頗易，診斷亦無困難；反之，身體肥大之病者，不易檢查，若腹壁甚緊，則更不易。對此，爲急速診斷起見，不得不將病者施行麻醉法而檢查之。醫者可伸一手指於肛門內，向前探至恥縫；另一方面將該瘤用圓鉗鉗住，於下拉及上推之間，探得子宮底之位置。另外再用導尿管插入膀胱而進退之。此時在直腸內之手指，即可獲得準確之診斷。

復用陰道張開器對準子宮陰道段，用圓鉗將該瘤鉗住而下拉之。如子宮陰道段縮短而向外翻出，同時子宮頸消失，則爲子宮翻出無疑。

若在拉時子宮陰道段延長與該瘤而俱下，同時子宮陰道段形態不變；或在拉時該瘤略形下降，子宮陰道段亦不坦平或縮小，則必爲蒂形之肌瘤。

若醫者尙不能分別，可再用探針從瘤傍探入子宮而試之。如子宮探針可上伸，則爲子宮腔存在之現象；換言之，子宮腔尙在，子宮並未翻出也。但醫者應注意此時之子宮非常柔弱而易碎，可探針時，不可用力過甚，致將子宮刺穿。有時雖盡力亦不能使子宮探針插入子宮腔內，而子宮腔却仍存在。故探針對於診斷上無甚用處，較爲可靠當推摸診。

另有一種較好之診斷方法，即將該瘤旋轉是也。若為子宮翻出，則在旋轉時病者感覺痛苦非常；同時其旋轉可能性亦甚小。反之，若為有蒂之肌瘤，則旋轉時不發生何種劇痛，旋轉之可能性亦甚大（蒂細小者更易）。

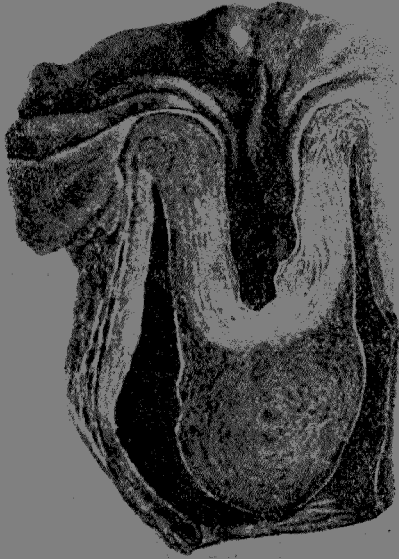


圖 二 百 三 十

子宮翻出，因子宮底有肌瘤（Berlin 婦科醫院材料）該翻出之子宮露出於陰道內，子宮附件皆在子宮翻出之凹斗內。

治療之法，在產褥期內當用手法將其推上。如不能，則須開刀。詳述如下：

子宮翻出復位手法（Reposition）麻醉後以一手在腹部，一手在陰道之內，漸將子宮推至子宮頸內。此法易說而不易為，因在推動時極難知悉，須用多少力量始可成功故也。不用力固不能成功，但如用力過多，則易將陰道拉破。再子宮翻出部份應以全手扶持，壓軟及充血減少後，然後漸漸塞入子宮頸內，將子宮外口脫出。

一部份醫者，先將輸卵管角處推入，然後再將子宮體，用刀輕割幾下，去除其浮腫，子宮陰道段則用鈎鈎住用 Muzaux 氏鉗鉗住或用線將其穿住，向下重拉。此種方法，今人使用者甚少；因此種手術需力甚大，同時因子宮及子宮陰道段皆為創口，故出血亦甚多，且傳染之危險亦甚大。

此外有一種比較健全之方法，即將陰道擴大球插入陰道內，於其中灌

惟吾人亦應知道，有時雖為蒂肉突出，實非子宮翻出，但若蒂肉下降過深則子宮亦不免翻出少許（大多邊沿一部份翻出，醫者可觀察蒂肉之蒂頭，蒂頭大者，必有一部份子宮翻出）。

至於預後，如不施開刀手術，則必不佳。因出血與白帶甚多，子宮可因此爛死故也。惟亦有少數病者，其子宮頸將翻出處扣住，不使其出血，因此有延長至十三年之多而自愈者，甚至亦有於此後再行懷孕者。此外亦有自動將翻出之子宮回復原狀者。

治療之法，在產褥期內當用手

水銀兩盞，然後將病者骨盤高置而側臥之 (Sims 氏側臥法)。此法能使子宮漸漸上升，有時病者毫不覺得，而其子宮已復原狀；有者於子宮入子宮頸內之後，發生陣痛式之收縮，使子宮回復加速。陰道擴大球內之水銀可隨意增減，醫者可在球之出口處裝一通管 (Irrigator)，水銀可由此進出。此種時多時少之水銀份量，能產生一種按摩動作，將子宮漸漸摩擦而入子宮頸內 (Kolpeuryntermassage)。

若上述之法不能見效，例如有硬性結住或子宮頸收縮過緊則惟有用開刀手術可除此病症。其中最簡單之方法，厥為切斷子宮 (Uterus amputation)。

子宮切斷法如下：先用四針於前後左右四週將翻出之子宮與子宮陰道段縫住，然後在縫處下方一厘米處，將子宮切斷，再將腹膜縫合，用縫針止血，再用紗布塞住陰道。

此法簡單而可靠，成績甚佳。但對於有生育可能之女子，此法似嫌激烈。較為保守而成績最佳者，為 O. Küstner 氏之手術法。法將子宮直腸陷凹割開，將手伸入腹腔內，探摸子宮底凹進處，復從此處用刀在子宮後壁直剖至子宮口處，將子宮翻出部份回復原狀，然後再將子宮自腹腔面縫合之，最後再將子宮直腸陷凹創口縫合。

在施行上法時，F. A. Kehrer 氏將子宮前壁剖開至腹膜摺處。Borelius 氏則將陰道穹窿自橫方切開，將子宮後壁全部剖開將子宮翻出回正，然後縫合之。待子宮推上後，再將陰道創口縫合。

若因該肌瘤而使子宮翻出，宜先將肌瘤剪下，或掘出之。若該肌瘤已腐爛，同時子宮亦已發炎，則醫者可用電力將其切斷。雖然切後成一圓洞，腹膜亦可得見，但醫者當即刻用線緊縫之。

子宮旋轉 (Uterustorsion) 子宮軸可因肌瘤及卵巢瘤而被旋轉多次。據報告，共有 137 次 (V. Laschke, Nurnberger 氏(參考十六))。此種病症在手術之前，大都不能診斷。

至於診斷上重要之處，為圓韌帶交叉及甚劇之膀胱不適。

Jentter (參考十七) 氏曾見一巨大肌瘤 (3550 克)，患者年已六十，其子宮頸被旋轉至 180 度。子宮頸細如線，子宮附件及肌瘤均已腐化。該氏將患者剖腹，取出該瘤後，始得痊愈。

子宮缺脫於鼠蹊溝內 (參考十八) (Hernia uteri inguinalis) 或腿溝

內(Hernia uteri cruralis) 此種現象,通常極少發生。發生之原因大半爲組織缺少彈力及構造異常。一般卵巢先行下降。繼之以子宮,或雙角子宮中之一角入內。該種位置異常之子宮亦能有孕。治療除復回手法外,亦可用手術將一角割去,或在鼠蹊溝缺脫處將子宮全部割去。

Battis 氏曾見一子宮及一輸卵管積膿落於鼠蹊溝缺脫內。

參考一 Jaschke, R. Th. Lage-u. Bewegungs-anomalien des weiblichen Genitalapparates in Stoeckel-Veit. Handbuch der Gynaekologie Bd. V.—Küstner, Lage—u Bewegungs-anomalien des Uterus u. seiner Nachbarorgane in J. Veit, Handb. d. Gyn. Bd. 1. 2, Auflage. J. F. Bergmann, Wiesbaden—Reifferscheid, Lagegestaltveränderungen d. weibl Genitalien in Halba. Seitz. Biologie i. Pathologie des weibl. Bd. III—Schultze, B. S. (Jena) Pathologie u Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. A. Hirschwald, Berlin 1861—Sellheim Z. Geburtsh 1918 Bd. LXXX.

參考二 Wagner, Mschr. Geburtsh 1930 Bd. LXXXVI.

參考三 Liepmane, Zbl. Gyn. 1930, No. 43.

參考三 Alexander, W. Churchill, London 1884—Küstner O., Zbl. Gyn. 1895, No. 7—Lanz Arch. Gyn. 1893 Bd. XLIV.—Reifferscheid. Arch. Gyn. 1904 Bd. LXXIII Werth, R, Zbl. Gyn. 1909 L. No. 14.

參考四 Gragert, O., Arch, Gyn. 1931 Bd. CXLVI.

參考五 Dührssen, Zbl. Gyn. 1901, No. 29.—Mackenrodt Dtsch. med. Wsehr. 1892. No. 22 u. Z. Geburtsh. 1892, Bd. XXIV. Strassmann, Arch. Gyn. 1895 Bd. L.

參考六 Halban u. Tandler, Anatomie u. Atiologie der Genitalprolapse beim Weibe. W. Braumüller Wien 1907.—Martin, E. Der Haftapparat der weibl Genitalien. S. Karger, Berlin 1911—Sellheim, Der normale Situs der Organe im weibl. Becken. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1903.

參考七 Maroudis, Zbl. Gynaek. 1931, No. 37.

參考七 Graefe, M. Zbl. Gynaek. 1910 No. XI.

參考八 Eversmann, Zbl. Gyn. 1916 No. 15.—

參考九 Philipp, Zbl. Gyn. 1924, No. 37.

參考十 Werthheim, Die operative Behandlung des Prolapses mittels Interposition u. Suspension des Uterus. J. Springer, Berlin 1919.

參考十一 Fritsch, Zbl. Gyn. 1900, No. 2.

參考十二 Fabrinus, Zbl. Gyn. 1932, No. 30.

參考十三 Rotter, Zbl. Gyn. 1932, No. 33.

參考十四 Labhardt Zbl. Gyn. 1932, No. 14.

參考十五 Stoeckel Zbl. Gynaek. 1924, No. 26.

參考十六 Nürnberger, Zbl. Gyn. 1930, No. 9.

參考十七 Jentter Zdi. Gyn. 1928, No. 17.

參考十八 Motiloff L. Z. Geburtsh, 1931 Bd. XCIV.

