





# 近世婦人科學

## 第一編 女生殖器之解剖及組織

### 第一章 子宮 (Uterus)

子宮，呈前後稍稍壓平之茶帶形，由中央略下之溝狀淺絞窄，分爲上下二部。上半部名子宮體 (Corpus uteri)，下半部名子宮頸 (Cervix uteri)。體之最高部曰子宮底 (Fundus uteri)。子宮底之左右兩端，各附着輸卵管一條。子宮體雖稍帶扁平，子宮頸實爲圓柱狀。其下端成球截片狀，突出於陰道，名陰道段 (Portio vaginalis)。直接在陰道段上之部分，名陰道上段 (Supravaginaler Teil)。二者之間，更有分爲子宮頸中間部 (Intermediärer Teil) 者。陰道段幾與骨盆軸一致，而稍在其後，當薦骨尖前一指半至二指橫徑之地。其高低，與坐骨內棘間線高低一致，而位於中央。陰道段之尖端，有子宮外口 (Äusserer Muttermund)。子宮外口之形狀，在未產婦幾爲近於點狀之小橫裂，但經產婦則變成大橫裂而稍哆開，可分陰道段爲兩脣，曰子宮口前脣及子宮口後脣 (第一圖及第二圖)。切開子宮檢其內面時，體部成爲三角腔，覆以平滑之粘膜，頸部呈管狀，形成所謂子宮頸管。頸管黏

膜不平滑，前後兩面，各有縱走之隆起線一條。由此向左右兩側，分出多數小隆起線，狀如棕櫚葉，故名棕櫚皺襞 (Plicae palmatae)。體部粘膜與頸部粘膜之境界，一目瞭然，其境界部，著明狹窄，此部名子宮內口 (Innerer Muttermund) (第三圖)。子宮頸部粘膜，終於子宮外口，以此為界，移行於陰道段表面平滑緊張之粘膜。在子宮腔，尚可於體腔與頸管間，區分子宮峽部 (Isthmus uteri) (參看第十一圖)。子宮

大小因種種生理狀態而異。經產婦在生殖時期之子宮最大，

未產婦較小，至老年則更小。歐婦在成熟期，子宮大小之均數，兩側輸卵管

附着部間相距約三至五糎，子宮體厚三糎，由子宮底至子宮外口，長七至

九糎。子宮壁之厚，在底部約二糎，體部約一·二至一·五糎。全子宮之重

量，約四十至五十克。子宮內口，其徑約為二至五耗。子宮外口，其幅自九耗至二糎。子宮粘膜之厚，在底部，約五至七

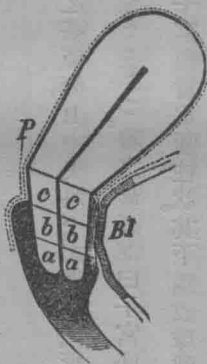
耗，在頸管，約二至三耗以為常。

子宮之硬度，稍硬，以指壓之，不留指印。惟子宮內口稍軟，易於彎曲。子宮之正常位置，久為學者間之疑問，蓋以

子宮之硬度，稍硬，以指壓之，不留指印。惟子宮內口稍軟，易於彎曲。子宮之正常位置，久為學者間之疑問，蓋以

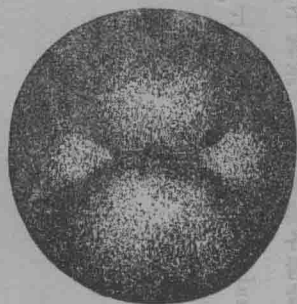
子宮之硬度，稍硬，以指壓之，不留指印。惟子宮內口稍軟，易於彎曲。子宮之正常位置，久為學者間之疑問，蓋以

第一圖 子宮縱斷面

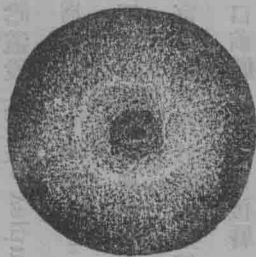


- a. 陰道段
- b. 子宮頸中間部
- c. 陰道上段

第二圖 陰道



(婦產經)



(婦產未)

子宮在生理上，為最易移動之臟器故也。然經 B. S. Schulze 氏之研究，本問題遂告解決，即子宮之常位，為浮

游性前傾前屈 (Schwebende Antever-

sidlexio) 是也。詳言之，當膀胱直腸空

虛時，子宮前傾，以其體部，積於膀胱上面。

子宮底，幾達恥骨縫後面，子宮體之最高

部，在骨盆上口之稍下方。體部，位於骨盆

橫徑線中央，體與頸之間，約成百三十五

度之角度，向前彎曲。但此等位置，因膀胱

直腸之充盈狀態，身體姿勢等，甚有移動，

即浮游性是也 (第四圖)。

子宮與腹膜之關係

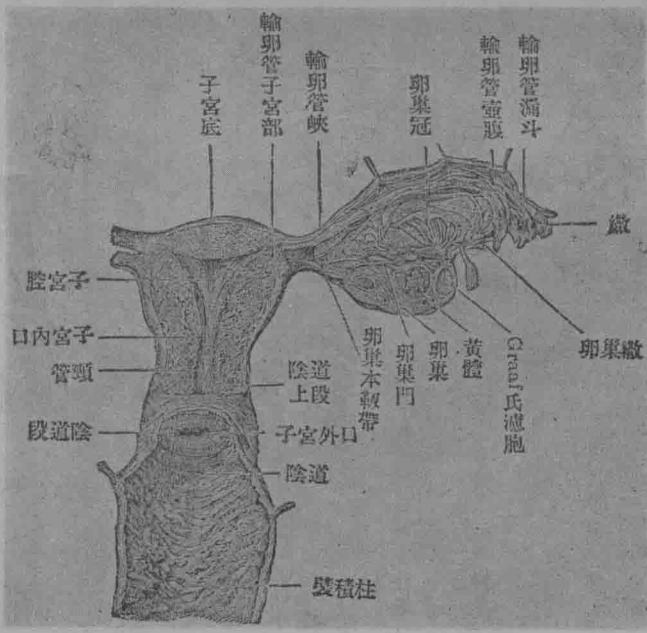
子宮體，除左右兩側緣外，概為腹膜

所包被。自腹前壁被覆膀胱之腹膜，從膀

胱上面，在子宮內口高處，移行於子宮前

面，由此折而沿子宮前面，繞子宮底，被覆子宮後面，更下行至陰道上三分之一處，始翻轉向上，成為骨盆後壁之腹

第三圖



女子內生殖器左右縱斷面

(Nach Spalteholz)

膜。在此處包直腸前面，遂移行於腹後壁之腹膜。在膀胱子宮間，成膀胱子宮陷凹，*Excavatio vesicouterina* 在

直腸子宮中間，成直腸子宮

陷凹，即 *Douglas* 氏陷凹

*Excavatio rectouterina*。

*Cavum Douglasi* 腹膜大

致固着於子宮，惟子宮體下

部，其結合稍粗鬆，結合緊密

部與粗鬆部之界線，成爲向

下凸出之弧形，弧之彎曲，在

子宮前面較緩而後面較急，

成舌狀。子宮側緣無腹膜，僅

由被覆前後面之兩葉腹膜

所挾持。兩葉互相重疊，在子

宮兩側，成扁平之闊韌帶

(*Lig. latum*)。



圖 斷縱後前器殖生內子女

(Nach Spalteholz)

闊韌帶爲被覆子宮前後面腹膜之連續，前葉圍繞自子宮底側走之輸卵管，與後葉相連。故子宮及闊韌帶之腹膜關係，如人服闊袖之衣，平伸兩手，軀幹卽子宮體部，兩手與輸卵管相當，衣服正身，爲子宮腹膜，其袖卽闊韌帶。更詳加觀察，可知闊韌帶之兩葉，長短不相等，前葉不過達子宮內口，由此立向前方，移行於膀胱上壁之腹膜，後葉反是，遠向下方進行，成直腸子宮陷凹之側部，而達 Douglas 氏陷凹之最深部，由此始移行於骨盆後壁。在闊韌帶之上部，側方終於游離緣，狀如袖口，輸卵管之腹腔部，卽貫通袖口突出於腹腔之中。游離緣從輸卵管漏斗部經卵巢至骨盆側壁，在腰腸肌上，移行於腹壁之腹膜，韌帶之游離緣，名爲漏斗狀骨盆韌帶 (Lig. infundibulopelvicum) 又名卵巢懸韌帶 (Lig. suspensorium ovarii)。

圓韌帶 (Lig. rotundum) 從子宮底輸卵管附着部稍前方出發，經闊韌帶之兩葉間，初向側方，次向前方，在膀胱子宮陷凹之兩側，闊韌帶前葉，略呈索狀隆起，入鼠蹊內環通過鼠蹊管，出鼠蹊外環，立分爲扇狀，分配於恥骨結節及大陰唇皮下組織。

薦骨子宮韌帶 (Lig. sacrouterinum) 亦名 Douglas 氏皺襞。起於子宮後壁，子宮內口附近，向後行，成爲左右一對之腹膜皺襞，終於第二第三薦骨高處，以 Douglas 氏陷凹之兩側爲界。皺襞中有堅韌之結締組織及平滑肌纖維。

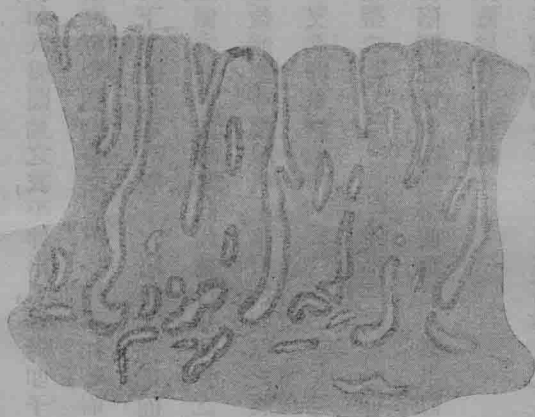
### 子宮壁之組織的構造

子宮體之實質，主要成於平滑肌纖維。肌纖維爲梭狀，有桿狀核，相集爲束，其經行不規則，向種種方面，交互錯

可也。子宮肌層內面，覆以黏膜。黏膜通稱子宮內膜。體部與頸部之黏膜，構造不同。體部黏膜之基質，主要由富於細纖維，平滑肌僅成索狀散在其間而已。更至下方，則肌纖維之數益減，至子宮陰道段，雖謂為全成於結締織，亦無不難。結締織不過介在其間，惟血管周圍，可見稍著明之集合。反乎此，子宮頸部之實質，主要成於結締織，有多數彈力纖維，平滑肌僅成索狀散在其間而已。更至下方，則肌纖維之數益減，至子宮陰道段，雖謂為全成於結締織，亦無不可也。

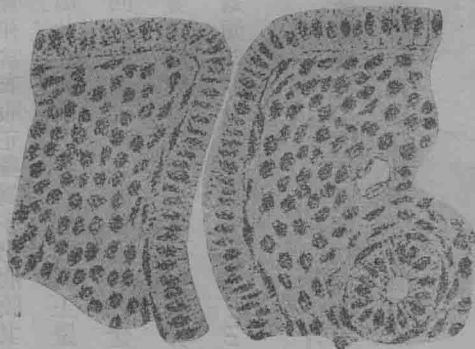
子宮肌層內面，覆以黏膜。黏膜通稱子宮內膜。體部與頸部之黏膜，構造不同。體部黏膜之基質，主要由富於細

第五圖



子宮體部黏膜 (Nach Winter)

第六圖



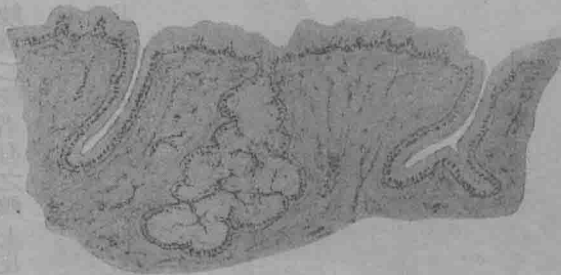
子宮體部黏膜 (大擴張) (Nach Winter)



胞之柔軟結締組織構成，其狀頗似淋巴腺，故名淋巴腺狀組織 *Lymphadenoides Gewebe* 細胞之形狀，為星形，梭狀及圓形，前二者以原漿突互相連絡，組成細網狀，圓形細胞填充其間隙，故亦稱網狀結締組織 (*Reticuläres Bindegewebe*)。細胞均有巨核，原漿甚少，幾難認識，故觀子宮黏膜染色標本，有僅見胞核密集羅列之像。基質中不僅分布血管神經，並含有多數管狀腺，基質不過充填腺間空隙，故名腺間組織 (*Inter glanduläres Gewebe*)，亦稱間質組織 (*Das interstielle Gewebe*)。而黏膜層與肌層之境界，大致明瞭。

體部黏膜之上皮，成於單層矮圓柱細胞，位於基礎膜之上，膜為結締織性，有核。上皮細胞之原漿，瀰濁不明，由核染色液稍稍染色，故在染色標本，細胞體成爲圍繞細胞核之暗色輪廓。核為桿狀，在細胞中央，至破瓜期，則細胞表面，具有顫毛，其運動方面，自內向外，顫毛惟新鮮標本可見，若在酒精及其他保存液所硬化者常消失。

管狀腺自黏膜表面向肌層陷入，有深達肌層之內者。腺之經行，與表面殆成垂直線，或稍彎曲，腺與腺大抵平行。腺成爲漏斗狀，開口於子宮腔，漏斗尖端，管腔最狹，成腺頸部。自此向深部以漸擴張，最終端即腺底部，終於圓形。近腺底之部分，腺管稍屈曲，有沿肌層經行者，亦偶有侵



子宮頸部黏膜葡萄狀腺

(Nach Winter)

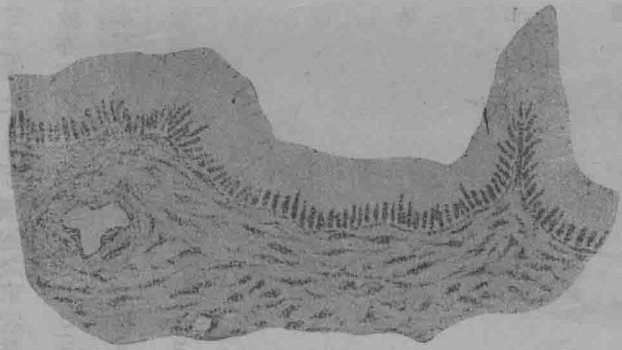
入肌層者。各腺尋常只有一口亦往往有二口者，或則腺口雖止一個，但至深部歧為二管者有之。腺上皮細胞，與表面之上皮細胞無異，亦為單層圓柱，並列於結締纖維性基礎膜上，在新鮮標本，可見顫毛。

以上所言，為生殖器成熟期之子宮黏膜構造，但至老年，則黏膜退化，變為菲薄，腺亦減少。其中，間質萎縮，較腺之退化尤甚，故腺管不能向表面保持直角之方向而斜走，或則幾與表面平行，加以間質之瘢痕性收縮，腺管之一部，因而絞窄，或閉鎖消滅者有之。當是時，倘腺管去閉鎖部較遠之部分，仍遺存且保其機能時，該部之分泌液停留，腺底部遂有囊腫性擴大，上皮細胞，為內容所壓迫，變為方形或成扁平。在初生兒，尚未形成完全之腺，不過上面略有凹陷。其深多在黏膜層三分之一，最深亦罕有過二分之一者。

如上述，子宮黏膜，不僅因年齡而有變化，即因月經，亦呈週期的著明變化。關於此節，在月經生理條下詳述之（參照第四編第一章。）

頸部黏膜與體部黏膜，有種種異點。其中以腺之構造及上皮細胞之性質，相差尤著。頸腺構造有二：一為管狀腺，一屬泡狀腺。屬

第 八 圖



子宮頸部黏膜上皮

(Nach Winter)

於管狀者，單管者甚少，大抵數次分岐而成複管狀，如鹿角。腺底均膨大如罇（參照第七至第十圖。）

頸部黏膜表面，及各種腺上皮，均成於單層高圓柱細胞。原漿透明，在核染色液中，不着色。核為桿狀，相互並列，接近基底膜。惟在小兒，有位於細胞中央者。在成熟期之新鮮標本，雖有顫毛，但證明不易。腺之分泌作用，在體部微弱，而頸部甚為旺盛，常分泌多量之透明黏液。間質較之體部，乏於細胞，主要成於集為束狀之梭形細胞。圓形者不過散在其間，而其質堅韌。

頸部腺在早期即甚發育，妊娠後半期之胎兒，已可見其構造，至初生兒則大發育，與成熟期殆無差異。至老年，頸部黏膜，平滑菲薄，腺數亦減。腺之出口，往往閉鎖，故腺體呈潴溜囊腫者不少。

如上所述，性質不同之體部黏膜，及頸部黏膜，在子宮內口，明確交界，此說為向來所信，但近據多數學者之研究，具有體部黏膜構造之

黏膜，實際在子宮內口，不

移行於頸管黏膜，而超過

內口約一纏，達於下方頸

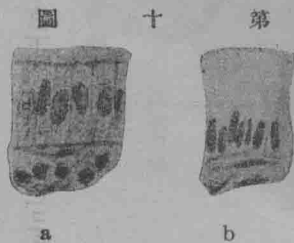
部，由此始漸變為頸部黏

膜構造。此種組織的子宮

內口（移行於真正頸部



子宮頸部黏膜複管狀腺  
(Nach Winter)



(b)皮上部頸及(a)皮上部體

黏膜組織之部，與肉眼的子宮內口之間，稱為子宮峽部 (Isthmus uteri nach Aschoff)。故峽部在肉眼雖屬頸部，而在組織學上，寧屬於體部 (十一圖)。子宮峽部，是否與產科上有重要意味之子宮下部截片 (Unterer Uterinsegment) 相當，持論尙未一致也。

子宮陰道段表面，為多層扁平上皮所覆，在子宮外口，移行於頸管之單層圓柱上皮。多層扁平上皮，有多數乳頭，密着於子宮陰道段之結締織，其性質與陰道上皮無異 (參看陰道解剖)。

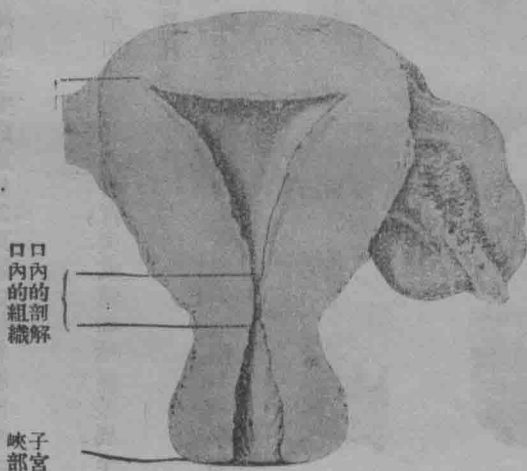
## 第二章 輸卵管 (Tuben)

輸卵管，自苗勒氏管最上部發育者，左右各成一管。腹

腔端，即開口於腹腔，別一端，開口於左右苗勒氏管合成之

子宮腔內。其經行方向，起於子宮之輸卵管角，近骨盆前壁，在闊韌帶兩葉間，沿上緣，略成水平，向側走。終乃曲向內後方，包圍卵巢前側方。全長約十糎，右輸卵管較左常略長，其粗細，在子宮端約三至四耗，開口於腹腔之部分，約一糎。

第十圖



子宮部分法

輸卵管以其徑路，分爲三部。卽子宮部，勒帶部，腹腔部是也（參照第三及十二圖）。

子宮部，或名間質部 (*Pars intramuralis s.*

*interstitialis*)，爲通過子宮壁之部分，沿水平線

貫通子宮壁。管壁爲子宮肌層所圍繞，但管壁自身

之肌層，與子宮肌層顯然可以區別。此部之管腔最

狹隘，僅能通毛細探針；黏膜亦少皺襞，管腔橫斷面

呈星狀。

勒帶部 (*Pars interligamentaria*) 占輸卵

管三部中最長之部分，在闊勒帶上緣，由勒帶兩葉

之移行部包圍。腹膜被覆與管壁肌層，由粗鬆結締

纖維結合。輸卵管在此部，幾成一直線側走，略有蜿蜒

而已。其屈曲之度，因人少異。管徑從子宮端向腹腔

端，漸次增大，管腔亦從而擴大，管內面之黏膜皺襞，

其數目及高低，亦向腹腔端以漸增加。勒帶部，尋常

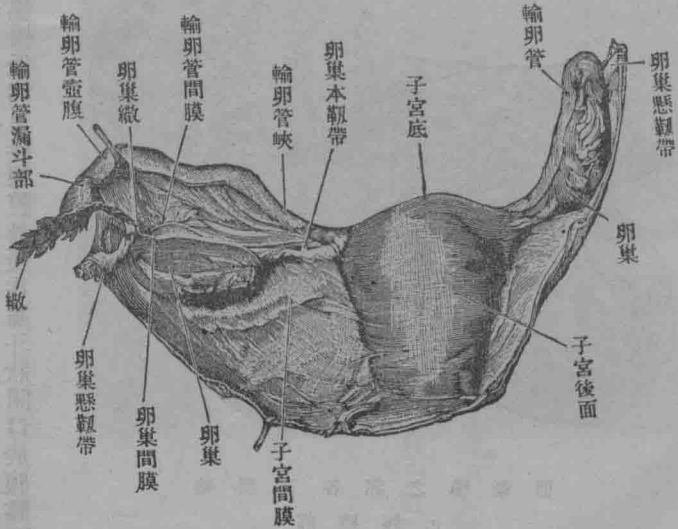
分爲近子宮端之半部及近腹腔端之半部。前者名

第

十

二

圖



由子宮後面所見之子宮及輸卵管及卵巢

峽部 (Pars isthmica) 後者名壺腹部 (Pars ampullaris)。

腹腔部 (Pars intrabdominalis) 為輸卵管之側端，接近卵巢，無腹膜被覆，為漏斗狀，開口於腹腔。其黏膜

極富於皺襞，由管端突出於腹腔內，其末端稍向外翻轉。其狀如織，故名輸卵管織 (Fimbria)。其

一部特別延長，經闊韧带游離緣，達於卵巢，此名

卵巢織 (Fimbria ovarica)。

輸卵管之組織的構造

輸卵管除韧带部之腹膜被覆外，有肌層及

黏膜層，作為自身固有之壁。

肌層，成於向外二層平滑肌纖維。外層沿管

軸縱走，較薄於內層，通管之全長徑，其厚薄大致

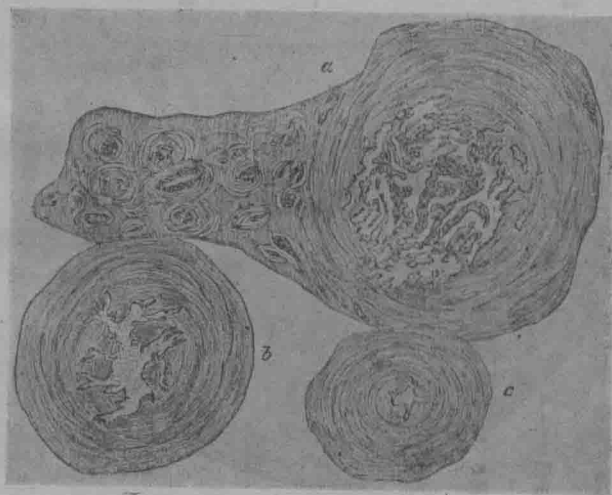
均等。內層為環狀，近腹腔端則漸薄。

輸卵管黏膜 有皺襞沿管之長軸走行，在

子宮部甚矮而少，僅能辨識，漸向腹腔端，其數及

高，隨管腔擴大而增加。至腹腔部相近之部分，皺襞上更生許多副皺襞，其構造變而複雜，至管之末端，達於極度，終

第十 三 圖



輸卵管各部之橫斷面

- a. 腹腔部
- b. 中央部
- c. 子宮部

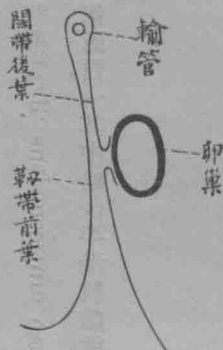
乃成爲繖部（第十三圖）黏膜上皮，爲單層高圓柱，戴有顫毛，核爲梭狀，位近胞底。顫毛之運動方向，專向子宮。間質成於粗鬆結締組織，含有圓形及梭狀細胞。

## 第二章 卵巢 (Ovarium)

卵巢在成熟期，呈杏仁狀，其大小，平均長二·五至五釐，幅一·五至三釐，厚〇·六至一·五釐。但以濾囊成熟黃體形成等，其大小著明變化。少女之卵巢，表面平滑，僅可於各處見表層下面濾囊稍稍隆起之狀，但既經多數排卵之卵巢，其表面凹凸不平。

卵巢位置，近骨盆側壁，在腸骨無名線稍下方，或近中央，或稍偏於後方，近於骨盆大血管與輸尿管之交點。其長軸，近於垂直；卵巢門部即附着於闊韌帶之部分，向前方；成爲球面之游離緣，向後方（參照十二圖）。卵巢雖略可移動，但爲左列三條韌帶所制限，故雖至妊娠末期，卵巢僅能向骨盆上口之稍上方移動而已。

第一 卵巢韌帶 (Lig. ovarii proprium) 爲圓紐狀韌帶，成於結締組織及平滑肌纖維；起於子宮後面，輸卵管附着部之後，從闊韌帶內方，走向卵巢，其後葉達於向後隆起之卵巢下極（第十二圖），長三至四釐。



係關之帶韌闊與巢卵

第二 卵巢系膜 (Mesovarium) 由闊韌帶後葉之一部所成之腹膜皺襞，自卵巢門部附着於卵巢。皺襞中由粗鬆結締織，血管神經通焉。被覆卵巢門之漿膜，非盡覆卵巢全面，僅在卵巢門近處，以鋸齒狀緣，一周卵巢面而止。故卵巢面之大部分，無漿膜被覆，而覆以胚上皮，露出於腹腔中（參照第十四圖）。

第三 漏斗狀骨盆帶 (Lig. infundibulopelvicum) 或曰卵巢懸韌帶 (Lig. suspensorium ovarii)，成於闊韌帶側方之游離緣，自卵巢達於骨盆側壁之腹膜，既如上述（參照第五頁），其中略含平滑肌纖維，精系血管，卽在其中（參照第十二圖）。

#### 卵巢之組織的構造

卵巢係從午非氏體內側之生殖腺發生。此腺起初成於結締織性基質，但在胎生初期，業由增殖肥厚之胚上皮 (Keimepithel) 覆之。次則胚上皮中，發現富於原漿之大細胞，此名原卵 (Ureien)。胚上皮益加增殖肥厚，同時從午非氏體間質中，有血管及結締織，進入上皮之中，故上皮爲結締織劃成許多細胞羣，各羣均以結締織包圍之。胞羣稱爲卵球 (Eidallen)。卵球更以總線侵入之結締織，爲更小之分割，終則各個原卵爲結締織所包圍，原卵之直接周圍僅羅列胚上皮細胞一層，此名原始卵泡 (Primordialfollikel)。卵巢實質，既由胚腺表面陷入而發育，故新原始卵泡，其位置近於卵巢表面。在胚上皮最上層之上皮細胞，於卵泡生成，不加參與，僅爲被覆卵巢之用而已。

初生兒卵巢表面，爲單層上皮所被覆；其下有結締織層，成於四列至十列之梭狀細胞，與表面平行。此層與成

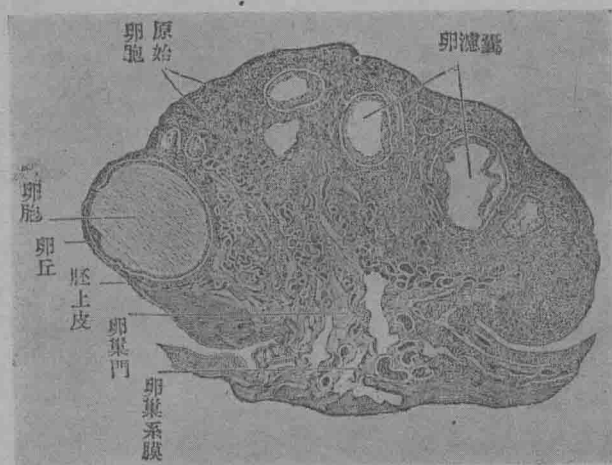


熟卵巢之白膜 (Tunica albuginea) 相當。結締織層之下，有卵巢實質層。實質成於原始卵泡，其間略含結締織性間質。原始卵泡垂直並列於卵巢表面，可見其由胚上皮陷入而發生之徑路，實質層約占卵巢厚徑三之一，至深部則卵泡之數以漸減少。卵泡總數約四十萬。卵巢中央及近於卵巢門之部分，為髓質，無卵泡，僅成於結締織及少量平滑肌纖維。被覆成熟卵巢表面之胚上皮，較矮於初生兒白膜變為堅硬之纖維性結締織，乏於細胞。實質層即所謂皮質中，結締織著明增加，卵泡減少。卵泡發育，可分三期即原始卵泡，發育卵泡，及成熟卵泡是也（第十六圖）。

原始卵泡 (Primordialfollikel) 為矮上皮細胞一

層，直接包圍原卵，Nagel 氏謂此種原卵，縱使婦人已達生殖成熟期其濾囊自身已開始發育，而原卵依然不變，但據 Schottländer 氏之說，則謂濾泡亦與婦人發育一同發育，然原始卵泡，非全體皆發育者，其能發育者為極少數，其最大多數，破壞消失，消失機轉，特名閉鎖 (Atresie) 卵先破壞，而濾囊上皮從之，所留空隙，由周圍結締織補充之，閉鎖之

第 十 五 圖



卵 巢 斷 面  
(Nach Bumm)

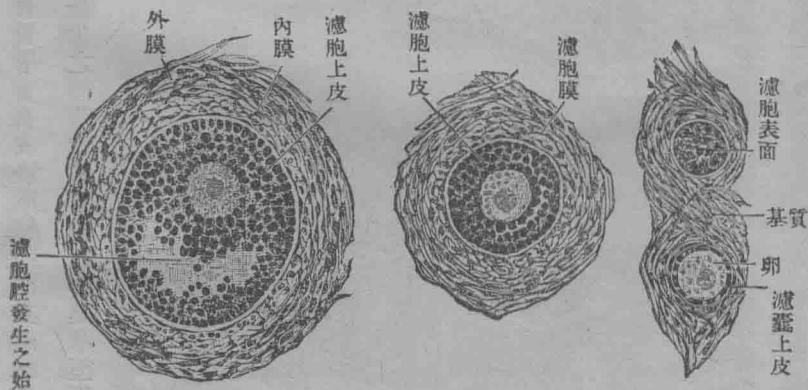
發育卵泡 (Reifender Follikel) 單層之原始卵泡上  
皮，增殖而為多層，近濾囊中心之細胞內，發生空泡，Nagel 氏  
名之曰榮養細胞 (Nährzellen) 謂與濾囊液之發生有關  
云。濾囊發育，而外圍之結締織，亦與之俱生變化，其纖維，以濾  
囊為中心，並列為同心性層，形成被膜，此名卵泡膜 (Theca  
folliculi)。膜成於內外二層：外層曰外膜 (Tunica exter-  
na) 為纖維性，乏於血管；內層曰內膜 (Tunica interna)  
粗鬆而富於細胞，有多數毛細管。而外膜與周圍之卵巢間質，  
有反覆分歧之血管淋巴管網，為之境界，內膜與卵泡上皮間，  
有透明無組織之玻璃膜 (Glashaut) 為之境界，此膜由上  
皮分泌而成者 (參照十七圖)。復次卵泡上皮細胞羣中，發  
生裂隙，充滿漿液，以次增加，裂隙亦從而膨大，遂成一腔，此名  
濾囊腔 (Cavum folliculi)。充滿其中之液體，名為濾囊液  
(Liquor folliculi)。液體雖漸次增加，而卵決不直接露出  
於液中，常由多層上皮細胞，所謂卵丘 (Discus oophorus) 者

第

十

六

圖



濾囊發育之順序

(Nach Bumm)

包圍而守護之（參照第十七圖）。濾囊發育，卵子亦隨而變化，其周圍先發生透明帶（Zona pellucida），此由上

皮細胞分泌而成，有放線紋，其

厚薄到處相同。卵子非由此帶

直接包圍，其間尙略有空隙，充

以液體，卵即浮動於液中；此隙

名卵黃周圍裂隙（Perivitell-

liner Spaltium）。又卵之原

漿中，其中心部發生屈光甚強

之小粒，故此部之原漿與其他

部分等性質之原漿，可以區別。

具此顆粒之卵黃，特名卵滋養

質（Deutoplasmia）核在卵黃

之邊緣，其中有仁，具阿米巴狀

運動（Amöboid Bewegung）。

第一編 女生殖器之解剖及組織

第

十

七

圖

濾囊將破裂處

濾囊腔

濾囊上皮

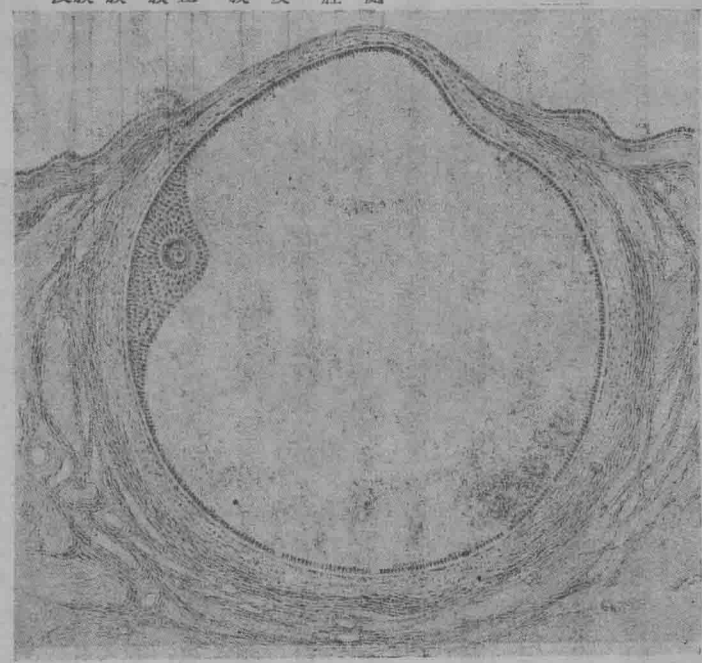
白膜

卵丘

玻璃膜

內膜

胚上



(Nach Bumm)

成熟卵泡 (Reifer, sprungfertiger Follikel) 前項所述濾囊及卵子發育狀態，不僅成人為然，於小兒或

初生兒亦既見之。濾囊在以上發育之程度，尙未能受精，至於受精，須更加發育，即濾囊液漸次增加，卵與卵丘，同至邊緣，濾囊大如豌豆或如小櫻實。濾囊既增大，其位置亦從而變更，漸與卵巢表面接近，終乃表面膨出，濾囊與表面之間，變爲極薄，可由外面透視濾囊。濾囊達於此等狀態，即爲成熟，吾人名此狀態爲破裂準備完成（*Eprungstadium*）。更進則濾囊向腹腔中破裂，卵在卵丘細胞包圍之中與濾囊液一同流出於腹腔之內。濾囊破裂，固由濾囊液增加而內壓增進之故，但至破裂之際，尙有種種變化。蓋濾囊膨大，刺戟其周圍，故濾囊膜之內膜上，血管增殖，無數毛細管，求心性向透明帶突進，與內膜細胞，同作乳嘴狀隆起。同時內膜細胞，著明膨大，胞體中發生顆粒，故細胞呈黃色而成爲黃素細胞（*Luteinellen*）。此等變化，壓迫濾囊使益向表面，終至破裂。破裂後之濾囊，爲內膜血管破裂後之血液所填充，成爲出血體（*Corpus haemorrhagica*）。卵巢表面之裂創，由癍痕閉鎖，次乃形成黃體（*Corpus luteum*）。即黃素細胞，自周圍增殖，細胞層中，有血管自內膜求心性進入，使細胞層向內隆起，胞層內面，呈不規則之波狀。而黃素細胞，益加增殖，故黃體變爲黃色球狀，隆起於周圍卵巢組織之上。其大小在妊娠初期最大，名真黃體（*Corpus luteum verum*）。妊娠以外之黃體較小，大者亦不能較大於豌豆，此名假黃體（*Corpus luteum spurium*）。就黃素細胞之基原而論，*Baer*氏謂來自內膜細胞，*Bischoff*氏謂來自濾囊上皮。黃體細胞，爲不規則形之大細胞，含有黃色素名爲脂黃素（*Lipochrom*）者，以原漿突互相連絡，有泡狀核，與蛻膜細胞類似。假黃體，在排卵第二週之終，發育達於絕頂，自此即漸縮小，黃色消褪，黃素細胞陷於玻璃狀變性而消滅，遂略賸結締織塊，此名白體（*Corpus albicans s. fibrosus*）。真黃體在妊娠第十一週，達於極頂，直至妊娠末期尙存。

## 第四章 卵巢冠 (Parovarium oder Epoo-

phoron)

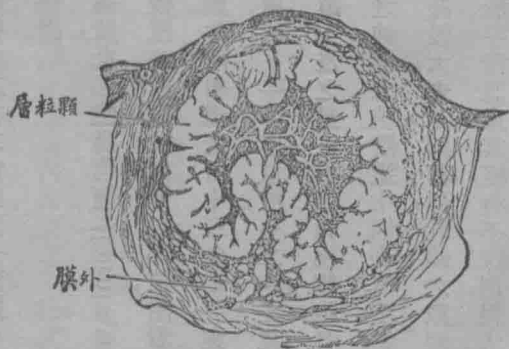
卵巢冠在闊勒帶兩葉之間，近其外緣。輸卵管及卵巢，以兩手取之，使其間緊張，在日光中透視，可見一羣白索條，狀如櫛比，此即卵巢冠。索條平行，自卵巢門向輸卵管，其端與在輸卵管下與管並行之大索條連續（參照第三圖）。卵巢冠之索條，細檢之爲圓管，管腔被以單層顫毛上皮。其外層有環狀厚肌層。

第十圖

卵巢冠在胎生學上爲午非氏體生殖部之痕跡，與男子副睪丸相當。午非氏體之原腎部，大抵完全消失，但在闊勒帶內側，往往遺留痕跡，即旁卵巢 (Paroophoron) 或 Giraldes 氏器官是也。午

非氏體之排泄管，即午非氏管，或 Gartner 氏管，亦每留痕跡，在闊勒帶間子宮壁之側及陰道中可以見之。其輸出口之痕跡則陰道前庭之 Skene 氏腺是也。

## 第五章 陰道 (Vagina)



黃體 (Nach Bumm)

陰道爲子宮腔與外界連絡之管，有厚壁，管腔呈前後壓平之圓筒形，前後壁相接觸，故陰道管之橫斷面爲∩形。陰道之方向，在膀胱直腸空虛之際，稍與骨盆下口之直徑線平行，自前走向後方，但其長軸不成爲直線而稍彎曲，凹面向上，故陰道前後壁，長短不同，前壁約七至八厘米，後壁算作八至十厘米（但係據歐洲婦人而言）。前壁下半部中，有尿道隆起，縱走於中央，此名前襞積柱（*Columna rugarum anterior*），後壁亦在下半部，有縱走之中央隆起，名後襞積柱（*Columna rugarum posterior*）（參照第三圖）。自此兩柱，向左右二側，分出多數皺襞。皺襞在未產婦最著，雖在經產婦，亦罕有完全消失者。陰道管之上半部，其壁幾爲平滑。

陰道管上端，有子宮陰道段突出而閉鎖之。陰道管即圍陰道段，呈穹窿狀，此名陰道穹窿（*Fornix vaginae*）。按其部位，可別爲前後左右各部分。陰道後穹窿，較深於前穹窿，蓋以陰道後壁在較高於前壁之部位，附着子宮頸部故也。陰道前壁下半部，與尿道密著；上半部，與膀胱粗鬆附着；後壁下部，與會陰組織密著；中三分之一，與直腸，上三分之一，與 Douglas 氏窩之腹膜，均由粗鬆結締組織結合。陰道壁，成於三層，即（一）上皮層，（二）上下結締組織層，（三）肌層是也。上皮層爲多層扁平上皮，其構造與外皮相等。惟陰道上皮之最上層，無角化細胞，且無毛汗腺及皮脂腺。乳頭甚發達，突隆於皺襞之上。上皮層中，有來自陰道神經叢之神經末梢。陰道中偶亦有陰道腺，成於單層高圓柱上皮，但極罕見。陰道上皮之厚薄，因年齡而異，小兒較厚，乳頭亦較大，老年則菲薄，乳頭之數減少。上下結締組織層，粗鬆而有多數血管，尤富於靜脈。肌層爲陰道壁之最外層，成於平滑肌束，其經行不規則，但大致縱走，惟與上下皮下結締組織接近之部分，略有環狀肌纖維。

## 第六章 外陰部 (Vulva)

外陰部，成於陰阜，大陰脣，小陰脣，陰蒂，前庭及處女膜。

陰阜 (Mons Veneris) 在腹壁下部，與恥骨縫一致，皮下脂肪，著明發育，故皮膚膨隆作阜狀，達成熟期則生陰毛。大陰脣 (Labium majus pudendi) 由皮下脂肪組織發育而生之隄狀皮膚大皺襞，兩側相並，自前向後，兩脣之間，有陰道入口，此皺襞漸近會陰則漸薄，遂以橫走之薄皺襞，即所謂陰脣繫帶 (Frenulum labiorum) 者，左右相連合。繫帶之前，有小凹，名舟狀窩 (Fossa navicularis)。陰脣繫帶之後方，移行於會陰。大陰脣之前端，由前連合左右相連絡，自此移行於陰阜。在未產婦，大陰脣互相接觸，閉鎖外陰部，僅露出小陰脣之前端而止；在經產婦則哆開，直接可見陰道入口。小陰脣 (Labium minus pudendi) 為皮之小皺襞，在大陰脣內面，與之平行，其前端分二葉，左右相對之二葉，合而為陰蒂包皮 (Praeputium clitoridis)，圍擁陰蒂 (Clitoris)。小陰脣至後方漸縮小，遂消失於大陰脣之內面。前庭 (Vestibulum) 係左右小陰脣所圍繞之部分。前方由陰蒂為界，後方由陰道入口為界，尿道開口於其中。尿道口旁，有盲管狀黏膜淺凹，此名前庭小腺 (Gl. vestibulares minores, Skenesche Driisen)，尋常為左右一對。既達成熟期，則陰阜及大陰脣外面，生卷縮之陰毛。其皮膚構造，與外皮同，多層扁平上皮中，有角化之表層，深層中，含有多量色素，故外陰部着色甚強。皮脂腺及汗腺，開口於皮膚表面。大陰脣內面，亦為

多層扁平上皮，有皮脂腺及汗腺，但不生陰毛。在肉眼上，其外觀近於黏膜。小陰唇及陰蒂之上皮，與大陰唇內面上

皮相同，但無汗腺，近

表面，有多數皮脂腺

存在。前庭上皮，與陰

道上皮同，惟尿道口

周圍，其黏膜作島嶼

狀，散在其間；黏膜島

成於多層圓柱上皮。

大陰唇後三分之一，

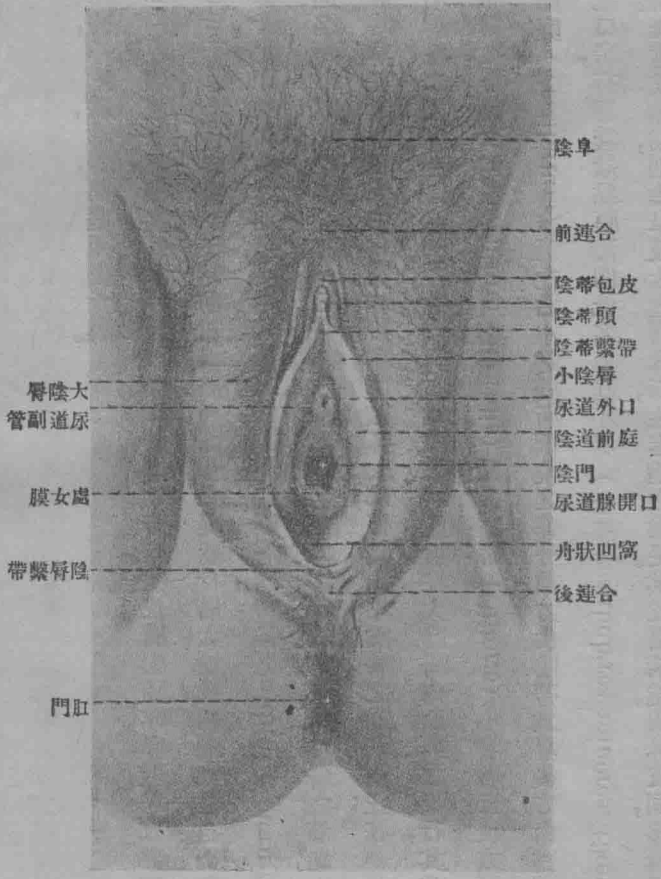
在皮下結締織內，有

複管狀腺，此名前庭

大腺 (Gl. vestibularis major) (Bartholini 氏) 腺上皮，

成於單層高圓柱上皮細胞，原漿透明，核在底部，乍觀之與子宮頸部黏膜之上皮細胞相似。其出口，在小陰唇內面，

第九十圖



女 子 外 陰 部 (Nach Spalteholz)



適當陰道入口部，分泌乳汁狀液。處女膜 (Hymen) 爲閉鎖陰道外端之膜，但閉鎖不完全，存有小孔，卽處女膜孔。多爲不正圓形或卵圓形，較膜之中央略偏於前方，故呈半月形。尿道口隆起，夾在其左右兩腳尖端之間。處女膜因交接而破裂，成爲瓣狀，分娩後破裂更深，直至膜底，其遺殘部，作乳頭狀。

處女膜自胎生學上言之，屬於陰道，可爲作陰道後壁，菲薄如膜向前屈折之物。膜內外兩面均有多層扁平上皮，與陰道上皮構造相同。上皮之間，有結締組織薄層。

## 第七章 骨盆結締織 (Parametrium)

骨盆結締織，可作爲從腹腔底面，及提肛門肌上下夾持之結締性厚板。但在實際，腹腔底面，凹凸不平，同時有種種骨盆臟器貫通其中，故骨盆內之結締織分布狀態，甚爲複雜，欲求充分了悟，非易事也。骨盆中結締織羣集之部分，爲子宮頸部兩側，與闊韌帶基底相當，稱爲基韌帶 (Lig. cardinale)，形成骨盆結締織之主體；主要之血管及輸尿管，貫通其中。骨盆中央，泌尿器生殖器及直腸等，前後重疊貫通其間，而占其容積之大部分；故結締織極少，不過填充間隙。反乎此，在此等臟器及骨盆壁之間，則富於結締織，二者皆與頸部側方之結締織連合。由結締織集簇部，向各方面分配結締織。卽上方從闊韌帶兩葉間，達於輸卵管，前方自左右圍繞膀胱，在前腹壁，直至恥骨縫後之腹膜前腔 (Cavum praeperitoneale Retzii)，後面連於腹膜後結締織 (Retroperitoneales Bindegewebe)。

又自子宮頸後之結締織，向陰道後壁及直腸間，送出中隔結締織，直至陰道後壁中央。近骨盆側壁之大量結締織，達於腸骨窩之結締織，後方更連於腹膜後結締織，不僅此也，通過坐骨切跡，達於臀肌下，前方通過 *Purpart* 氏勒帶移行於股之結締織。

## 第八章 膀胱輸尿管及直腸 (*Harnblase, Ureter und Mastdarm*)

膀胱位於子宮及陰道與恥骨之間，下方與陰道前壁及其附近之骨盆結締織結合；後方與子宮頸前面及其左右之骨盆結締織相接；前方由粗鬆之 *Petzii* 氏窩結締織與恥骨縫及恥骨水平枝後面連結；上壁被以腹膜。膀胱空虛時凹陷，尿停留之際，先積於膀胱兩側部，及尿量增加，超過三四百克時，上壁始膨亨，遂呈球狀（參照第四圖）。

輸尿管徑路，全在腹膜之外，自腎盂沿腰肌前面下行，從附着於腹膜部分之直後，向小骨盆內下行，通過卵巢後下方，入闊韌帶兩葉之內，斜接子宮頸部。在子宮內口高處，頸側約一仙米處走行，由此曲向前內方，過陰道前穹窿上一至一·五厘米處，由膀胱後面入膀胱（參照二十二圖）。

輸尿管與骨盆血管之位置關係，在婦科手術上，極為重要。輸尿管在腹腔部，與精索血管為銳角交叉，此後即與該血管「並行而下，過薦腸關節前面，入小骨盆，達卵巢窩，輸尿管經卵巢後緣而精索血管」通過前緣。其次，輸

尿管在內外腸骨血管分歧部，與血管交叉，斜過其前面，由此在腹下動脈內側及腹下靜脈外側與此等血管並行，自其前面下降，至子宮動脈分歧部，暫與子宮動脈相並，從內側下行；未幾，離卻骨盆側壁，斜向內下方，至闊韌帶底部，入骨盆結締織之中。子宮動脈分歧後稍下行，其後急變方向，幾折成直角，向子宮頸部，橫過輸尿管前面，與之交又。子宮靜脈，則子宮前靜脈與子宮動脈，一同經過輸尿管前面，而子宮後靜脈，有橫於輸尿管之後者，亦有變為一條子宮大靜脈，經過輸尿管前面而後面者。此等靜脈管，來自子宮陰道靜脈叢，「叢之位置，在輸尿管內側，近子宮頸部，又在輸尿管外側，有膀胱陰道靜脈叢。」故輸尿管在子宮頸側，貫通靜脈網。夫如是，輸尿管達於子宮頸部，及膀胱間之結締織中，由陰道側穹窿上，走近陰道前壁，遽向內方彎曲，達於膀胱。在彎曲以前，輸尿管與子宮動脈之

圖 十 二 第



(色青) 織締結面斷平水盆骨  
(Nach Küstner)

## 陰道枝交叉。

直腸在左薦腸關節前面入小骨盆，一面走近中央，一面從薦骨窩前面下降。直腸大概在無名線以下，即無腸系膜。自此以降，直至 Douglas 氏窩底，僅由骨盆後壁腹膜，掩其前面，由此至肛門，則全無腹膜被覆矣。

## 第九章 血管系統

養女子內生殖器之血液，來自二途，即精索內動脈（一名卵巢動脈）及子宮動脈是也（參照第二十一圖）。精索內動脈起於大動脈或腎動脈，與輸尿管平行，自其前面下降，在骨盆入口，走入漏斗狀骨盆勒帶內，走向卵巢上緣，與經過卵巢本勒帶之子宮動脈分枝，在卵巢內吻合，滋養卵巢，其一部，滋養輸卵管。

子宮動脈起自腹下動脈，沿骨盆側壁下降，自闊勒帶底，急向內曲，橫渡骨盆結締織，向子宮頸部，在陰道穹窿附近，分出陰道動脈，其本幹沿子宮頸部側角，在闊勒帶兩葉間，蜿蜒上行而向子宮角。其間有多數分枝，送往子宮前後壁，與來自他側之同樣分枝，多數吻合。自子宮角部，向輸卵管及圓勒帶，各分一枝，輸卵管枝，在闊勒帶內，與精索內動脈分枝吻合。

在外陰部，大陰脣承受自股動脈分岐之外陰部動脈，前庭及陰蒂，承受自陰部內動脈分岐之陰蒂動脈。陰道上三之一，由陰道動脈養之；中三之一，由陰部內動脈，下三之一，由痔中動脈養之。



巴管，雖孤立於骨盆內經行，而來自陰道上三之一者，則與子宮陰道部及頸部淋巴管，互相連絡，成爲五六條粗管，橫走闊韌帶底，入於與子宮動脈分岐點相近之腹下淋巴腺，及與腸骨內外動脈相近之二三腸骨腺；來自子宮體下部之二三大淋巴管，亦注入此腺之中。由子宮體上部及子宮底起源之淋巴管，集於子宮側角，成數條大管，與頸部淋巴管保持吻合，而在闊韌帶上緣經行，收容來自輸卵管及卵巢之淋巴管，溯漏斗狀骨盆韌帶而上，入於腰腺。腰腺在脊柱之前側，散在與腎下極相近之主動脈周圍。由子宮頸及陰道上部所發之一二淋巴管，入於薦骨孔前之薦骨腺。此外在頸部兩側及骨盆結締織內，藏有一二小淋巴腺（參照第二十二圖。）

## 第十一章 神經系統

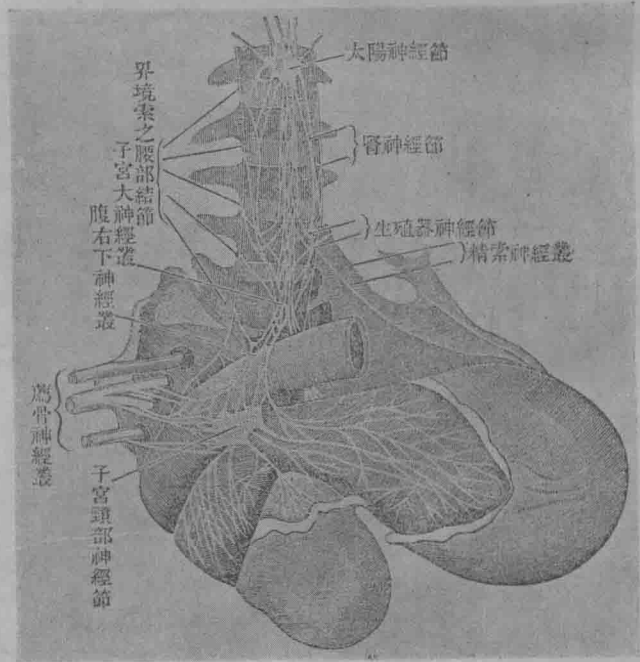
關於婦人生殖器之神經分布，吾人之知識，頗不完全，今後尙須研究者甚多。據 Frankenhäuser 氏之報告，子宮神經，主要來自交感系，其途中混入種種腦脊髓神經纖維云。交感神經纖維在主動脈神經叢中經過之際，收容各神經節之多數纖維，如自太陽神經節 (Ganglion solare)，腎神經節 (Ganglion renale)，生殖神經節 (Ganglion genitale)，及境界索之腰部結節 (Lumbaler Knoten des Grenzstranges) 所發之纖維是也，此後遂於腸系膜下動脈分岐點高處構成大神經叢，有多數神經節，名爲子宮大神經叢 (Plexus uterinus magnus) 在薦骨岬前面，歧爲左右之腹下神經叢 (Plexus hypogastricus)，左右夾持直腸；其一部直接在子宮側緣經行，

一部達於子宮頸部神經節 (Ganglion cervicale) 頸部神經節，坐於子宮頸及陰道後穹窿上，其分枝幾支配子宮全部。輸卵管及卵巢之交感神經，發於腎神經節及生殖神經節，與精索血管徑路相同。

脊髓神經纖維，由種種途徑，達於子宮。迷走神經，膈神經，內臟神經以主動脈神經叢為介，來自腰髓者，以結合神經枝 (Nervi communicantes) 為介，分布於子宮。更為薦骨神經叢，直接送大幹腺於子宮，其一部，同時送往頸部神經節。

陰道神經，來自腹下神經叢及生殖神經叢。外陰部之神經，來自交感神經，陰部神經及陰股神經。

圖 三 十 二 第



統系經神器殖生人婦  
(Nach Bumm)





## 第二編 婦人科一般診斷法

診察婦科疾患而下診斷，定治療方針時，須先行問診，知其既往症及現在之自覺症，然後以他覺的檢診患者。對於婦科既往症應問之事項，列舉如左。

一、姓名，年齡，職業。

二、兩親，姊妹及其他血族之健否，遺傳關係。

三、小兒期之健康狀態，疾患。

四、月經狀況，即初潮之時期，其後月經正調與否，每次之持續日數，血量多少及其狀況，月經時有無障礙及其狀況，最終月經之時期及其經過，即持續日數，血量障礙之狀況等。

五、月經初潮後之疾患。

六、有無配偶，結婚之時期，配偶者之健康狀態，特須注意淋病梅毒及有無其他慢性傳染病之類。

七、分娩之關係，尤要者為其次數，妊娠分娩產褥之經過，小兒之發育狀態。

八、現症發生之時期及其經過，現在之症狀。尤要者為有無疼痛，其部位，性狀；白帶之多少，性狀；陰部有無出血，性狀；有無腫瘤，性狀；最後問睡眠食慾便通之良否。

等，此外更因時而有取舍別擇，但於婦人關於生殖器之事項，欲盡情聽取，大須熟練，且關於性交之異常，使吐露真相，尤非易事，蓋婦人羞恥之感甚強故也。此外亦須注意病人欺詐夸大之陳述。問診既終，可行診察，診察用外診內診雙合診及直腸診四法，更以子宮鏡，子宮探針，子宮腔之擴張，及觸診解剖的診斷，細菌學的診斷，膀胱鏡檢查，倫脫根線應用等為其補助法。

## 第一章 外診 (Äussere Untersuchung)

婦科病為生殖器及其關係臟器之疾患，故檢查此等臟器似即已足，但婦科與其他各種疾病，有密切關係，故同時須檢查全身之健康狀態，而檢查重要臟器尤為切要。然茲編所述，以關於婦人生殖器之診查為主。

外診，依據視診觸診打診聽診四法，如一般診察。

一、視診 (Inspection) 先檢腹部膨隆之有無，有之則試觀其形為扁平（例如移動性腹水）抑為球形卵圓形或凹凸不平（例如腫瘤，妊娠等）更須檢皮膚着色，妊娠線，及血管擴張等之有無，臍窩狀態等。外陰部之視診，以求減少羞恥之情故，可於內診時行之，蓋當內診時，一望可知故也。

二、觸診 (Palpation) 兩掌平置腹壁靜壓之，用指尖輕輕觸診，以檢腫瘤及異常抵抗之有無，如得腫瘤，則檢其位置，大小，形狀，硬度，有無波動，有無移動性，有無疼痛等。腹壁緊張，則觸診困難，故必令其弛緩，即使身體稍高，屈

其下肢，使患者寧靜行深呼吸。觸診之手，壓迫過強，則發生疼痛，腹壁緊張，過弱則有搔痒之感，亦復緊張，診者之手寒冷時，亦有起緊張者，故手必須溫暖。腸及膀胱之充盈，大足妨礙觸診，故宜先使空虛。

三、打診 (Perkussion) 多不甚重要，不過為觸診之助。由打診檢其是否呈鼓音抑係濁音，以定腸管位置，腫瘤、腹水等位置及其移動性之類。

四、聽診 (Auskultation) 在婦科診斷上，不過用於診斷妊娠及其他類症鑑別而已。

## 第二章 內診 (Innere Untersuchung)

此係用手指插入陰道觸診之法，由此可知陰道及子宮陰道段之狀態，有時可觸知接近陰道穹窿所生之腫瘤，但僅行內診者甚少。內診實可作為雙合診之一部分，大抵先由內診，檢查陰道及子宮陰道段，然後即以他手置腹上為雙合診。

## 第三章 雙合診 (Kombinierte od. bimanuelle Untersuchung)

雙合診為自陰道及腹壁觸診內生殖器之法，可稱為婦科診斷法之基礎。但習練此法，稍稍困難，初學者雖行

雙合診，多不能觸知何等內生殖器之狀態；然一經熟練，則其所見極為精細，能達可驚之域也。

行雙合診欲求所見正確，宜先使患婦處適當之位置。

患婦之位置 最足使雙合診困難者，為腹壁緊張。欲除去腹壁緊張，須竭力使腹壁肌之起點，即胸骨下緣，以及同肌之附着點，即骨盆上緣，二者使互相接近。欲達此目的，使患婦仰臥，上體之下，置一大枕，使軀幹稍向前屈，股及膝關節使屈折，此位置名曰尾骶骨位 (Steissrückenlage) 可使腹壁著明弛緩，骨盆內臟易於觸診。內診臺即對此目的，特出心裁而製成者也 (二十四圖)。

此外更以特種目的，有使取骨盆高位，立位，Sims 氏側臥位，膝肘位之類者。

骨盆高位 (Beckenhochlagerung) 使患

圖 四 十 二 第

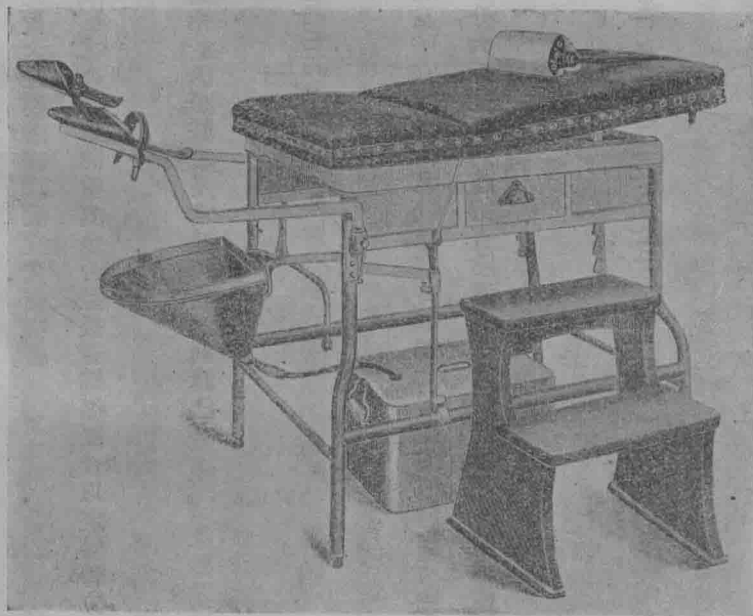


圖 四 十 二 第

婦仰臥於內診臺或手術臺，取頭部下垂，骨盆高舉之位置，腸腹水及移動性腫瘍，由此使向膈壓迫，自生殖器周圍為觸診之障者可除去之。

立位 (Stehen) 診察子宮脫出，及懸垂腹等，使在立位，可知其在尋常生活墜落之程度。在立位行內診時，醫師坐於患者之前，或跪而以指插入之，但不能行雙合診。

Sims 氏側位 (Sims'sche seitenlage) 使患婦側臥，屈股及膝關節，檢者自背後施行內診。此法之利益，為僅露出臀部，亦便於子宮鏡檢查，但其不便，為不能行雙合診，又有空氣竄入陰道及子宮之虞。

膝肘位 (Knieellenbogenlage) 為肘關節及膝關節之四點支持身體之位置，狀態不佳，故除特別需要外，多不用。

行雙合診時，衣帶鈕扣，有增進腹壓之虞，故均宜解除，於初診尤然。食後胃腸膨滿時，宜避診察，直腸充盈時，幾不能為精確之雙合診，宜先使內容空虛。膀胱充盈亦然。使腹壁弛緩時，宜令患婦安心，對於診察，勿抱恐懼。患婦恐怖，腹壁不能充分弛緩，強欲確定診斷，徒費時間，不如診察數次，期可確診。二三回之後，患者已習於診察，腹壁自然弛緩。偶有因腹壁脂肪過多，浮腫或大腫瘤腹水等，腹壁緊張，不容弛緩者，但多數由於羞恥恐怖，故醫師宜以極溫和之態度應接之。亦有患者，自欲使腹壁弛緩而反致緊張者，當是時，可與交談，使患者之注意，移向他處，或使張大其口而讀數字，或使行深呼吸，大抵自然弛緩。倘必須立刻行診斷時，則亦可用囁嚅仿麻醉。

行雙合診時，先將插入陰道內之手指消毒。且於產褥或流產時，尤須嚴重消毒。插入之指，左右皆可，各從其便，

但以兩手能同樣運用為便，插入之指，或僅用食指，或食指與中指並用皆可；但總宜用一指，惟陰道鬆闊，或僅用一指不能明瞭時，用二指可也。

行雙合診時，使患婦上內診臺，取尾骶骨

位，開展兩下肢，醫師立於兩下肢之間。若在普通之仰臥床，則醫者坐於患婦之側（內診用

右手者則坐於患婦右側，）以殺菌橄欖油或

Vaseline 塗內診指上，以他手之拇指與食

指，撥開陰脣，用內診指徐徐插入陰道。插入時

僅伸內診指，他指屈曲，使手背送向前方，一面

插入，一面徐轉手指，使手掌向前。拇指伸開，貼

於大陰脣之側，勿觸陰蒂及尿道口等處。其次

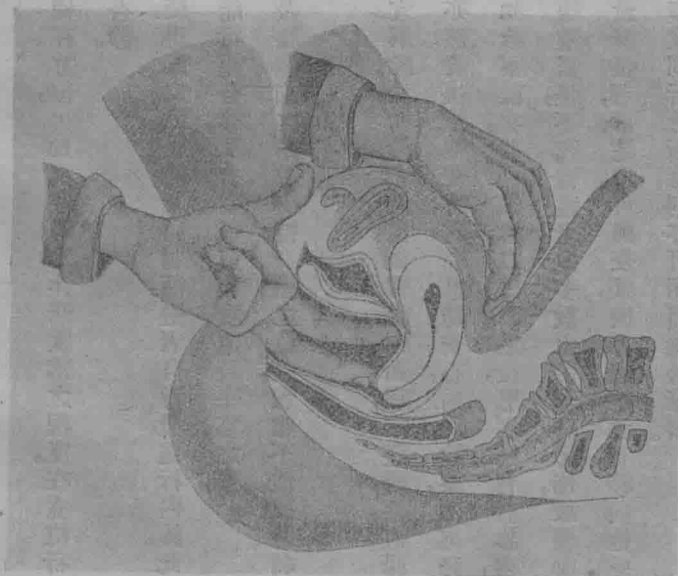
以別一手置下腹部，用指尖靜壓腹壁，內外兩

手之間，徐徐捕得內生殖器，從而觸診（參照

第二十五圖。）內診指嫌短時，可使內手之肘

關節低垂，用屈曲之指壓會陰，則會陰伸展，指尖可達上方。但兩手間捕捉內生殖器之困難，不在內手插入之深不

第 二 十 五 圖



雙 合 診 法 之 手 位 置

(Nach Winter)

足，多由於外手之壓迫不足。故乘患者呼氣時，避去腹壁緊張將外手巧加深壓，實雙合診之秘訣也。

由雙合診之生殖器檢查，宜從一定之順序。但可與雙合診同時施行之外陰部檢查，苟非外陰部之疾病宜於陰道鏡檢查時行之，蓋便於減少羞恥之情故也。

以插入陰道之指，先檢查陰道性狀。即陰道入口及陰道之廣狹，陰道黏膜是否硬韌，抑係粗鬆，是否平滑，抑富於皺襞，陰道分泌物之多少，及其他異常之有無。次則就子宮陰道部，檢其位置，形狀，大小，硬軟，移動性及子宮外口之形狀等。同時檢查陰道穹窿部，可知其有無異常。

以上僅由內診指可知者，次則由雙合診，先將子宮挾於兩手間，檢其位置，形狀，大小，硬軟，移動性及壓痛有無等，然後觸診兩側之附屬器（卵巢及輸卵管）。復次在子宮前後，檢查膀胱直腸之盈虛，膀胱尿道有無壓痛，及抵抗存否。更能熟練時，則種種動脈，韌帶，輸尿管等，亦可觸知。就外陰部所應檢查者，為陰阜大小，陰毛多少，陰脣之大小及形狀，陰脣繫帶及會陰有無損傷癍痕，並其程度及狀態，處女膜之性狀，有無其他病變之類。

### 內生殖器由雙合診之生理的所見

一、子宮 置內指於陰道前穹窿，以外手之指尖，當恥骨縫上三四指橫徑處深壓之，兩指尖之間，可觸知子宮體，次將指尖向前後左右移動時，可知子宮之大小，形狀，位置硬軟，移動性及壓痛之有無。健康子宮之性狀，既詳述於解剖，茲不復贅。健康子宮，雖在兩手間壓之，亦無疼痛。子宮之移動性，甚為廣泛，前可達恥骨縫，後可至薦骨窩，側方可使接近骨盆側壁，上方則子宮底可使至恥骨縫及臍窩之間，下方則子宮陰道段，亦幾可使移至陰道入口處。

若是者，所以示子宮韌帶之彈力性絕無異常之徵。闊韌帶保持子宮於中線，圓韌帶使子宮底向前，薦骨子宮韌帶係向後上方支持子宮頸部。此等韌帶中，可觸知者為含有肌纖維之圓韌帶及薦骨子宮韌帶，但闊韌帶非有病變而肥厚時，不能觸知。雖在圓韌帶，其中央部完全隱蔽於闊韌帶中之部分，觸知亦頗困難。惟其兩端，即與子宮及恥骨附着部相近處，易於觸知。薦骨子宮韌帶，由陰道中雖不易觸知，但使將子宮壓向前方，俾韌帶緊張，由直腸觸診，則容易觸知弓狀之索條。

二、輸卵管 欲觸知輸卵管，則腹壁弛緩，最為重要。先以內外兩手，從下方將子宮側緣，頂向上方，達於輸卵管角，自此將指尖轉向側方，兩手間即可捕捉成為索狀之輸卵管。輸卵管近子宮之部分，稍硬故易觸知，在腹腔端則柔軟，觸知不易。輸卵管為柔軟之索，粗如常用之水筆，無壓痛。輸卵管與卵巢本韌帶雖易相混，但韌帶不獨堅韌，且其外端連於卵巢，故不難區別。輸卵管所應檢查者，為其位置，大小，形狀，硬度，及有無疼痛等。

三、卵巢 欲探知卵巢，先以內指插入陰道側穹窿，指尖向側上方無名線處押而漸進，置外手於無名線內側，向內指尖加壓，夫然則一舉可捕得卵巢。或由子宮輸卵管角，經輸卵管及卵巢本韌帶，向側漸進亦可達於卵巢。卵巢極易移動，有從指尖滑脫，難於捉摸者，加以強壓，略有疼痛。時或以積於腸內之糞塊，誤為卵巢者有之。但糞塊以指尖壓之，即得指痕，故易區別。卵巢所應檢查者，為大小，形狀，表面之性狀，疼痛有無，及移動性之類。

四、膀胱 或內容空虛或少量時，可觸知為柔軟膜狀物。尿停留達三四百克時，呈弛緩之囊腫狀。強度緊張之膀胱，則有囊腫或固形腫之感。

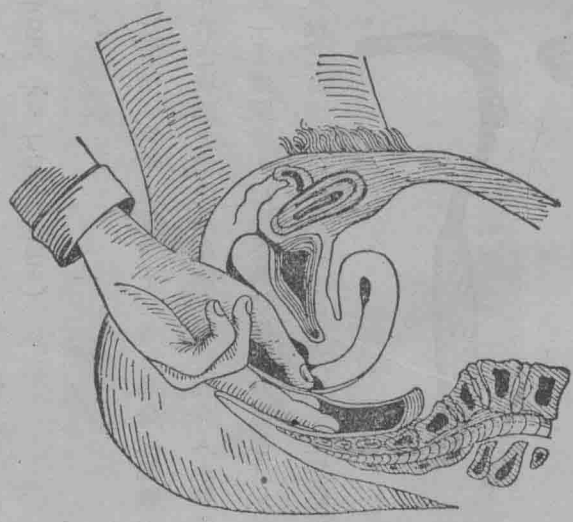


五、輸尿管 僅能觸知其下端。在陰道前穹窿側部，可觸知水筆大之索條，自輸尿管膀胱開口部走向側方闊  
 勒帶底，長一·五至二·〇厘米，平滑易於移動，向上則漸消失。故兩側之輸尿管，其形如向後開展三角形之二邊。  
 六、直腸 空虛時，在薦骨窩近中央處，成  
 為移動性之扁平索狀，可以觸知，但糞便充滿  
 時，則呈橡皮管狀，向上消失。

### 第四章 直腸診 (Rectale Untersuchung)

手指不能插入陰道內時，或陰道壁硬韌，  
 雙合診困難時，則行直腸診。此法不僅為雙合  
 診之代用，且為檢查骨盆後結締織，Douglas  
 氏窩，直腸陰道中隔等疾病之要法。觸診子宮  
 頸以下之部位，尋常以一指插入直腸即足，若  
 在其上，則非插入二指不可。插入二指時，有須  
 用麻醉者。行直腸診時，同時如能將拇指插入陰道，則觸診所見，更為明瞭。插入直腸之手指，毋須特別消毒，並宜勿

第 二 十 六 圖



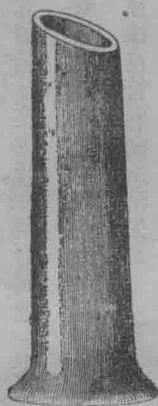
直腸陰道雙合診時之位置  
 (Nach Winter)

使汚檢者之指，故用橡皮指套或手套。插入陰道之指，立即用於直腸，多淋菌傳染之虞，須加注意。

### 第五章 子宮鏡之運用 (Anwendung des Speculums)

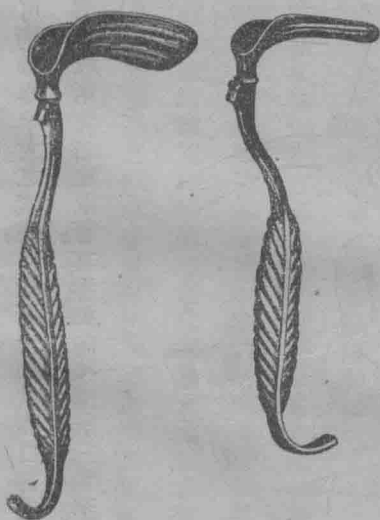
子宮鏡一名陰道鏡，為開陰道之器械，由此可視陰道壁，子宮陰道部，及子宮外口等，藉以補觸診之知見。子宮鏡有種種形式，大別為管狀瓣狀二種。管狀子宮鏡，用乳色玻璃，金屬，硬橡皮，或木料製成，有大小種種。各種中最常用者為 Mayer 氏管狀鏡 (第二十七圖) 用時以一手撥開陰門，以他手將鏡徐入陰道。即先以油塗於管狀鏡之尖端，使當陰唇繫帶，向後上輕壓，漸次回轉，從骨盆軸之方向，徐徐插入，使子宮鏡之尖端，達於陰道後穹窿。夫

圖七十二第



Mayer 氏管狀子宮鏡

圖八十二第



後葉

前葉

Simon 氏瓣狀子宮鏡

然則子宮陰道段，露出於管內。倘陰道段不易露出時，可稍旋轉鏡管，除去陰道壁之障礙。管狀鏡用法簡便，在簡單手術，可毋須動手，然管腔狹小，不但陰道內之操作不便，陰道壁及陰道段，難於精細視察，故多不用。瓣狀子宮鏡中最常用者，為 Simon 氏子宮鏡（第二十八圖）成於可壓陰道後壁之溝狀後葉，及可壓前壁之扁平前葉。用時先以一手開陰脣，以他手持持後葉，鏡尖塗油，斜插入陰道。壓迫後壁之鏡尖，使達於陰道後穹窿，同時回轉鏡管，向後壓迫陰道後壁。其次以撥開陰脣之手，插入前葉，壓迫陰道前壁，使子宮陰道段，露出於兩葉之間（第二十九至三十圖）。除去子宮鏡時，先上前葉，次除後葉。瓣狀鏡露出陰道段，遠勝於管狀鏡，但用此鏡行陰道內操作時，非用助手不可。在普通臥榻，每妨礙後葉之把柄，甚難用，當是時，以 Cusco 氏二瓣鏡最爲便利（第三十一圖）閉合鏡之兩瓣，與插入 Simon 氏鏡後葉同一方法，插入陰道，然後撐開兩瓣，露出陰道段，由固定裝置，固定兩瓣，可無須助手，爲陰道內之處置。鏡之把柄，以向前方爲便。子宮鏡，一概均用煮沸消毒不待言也。

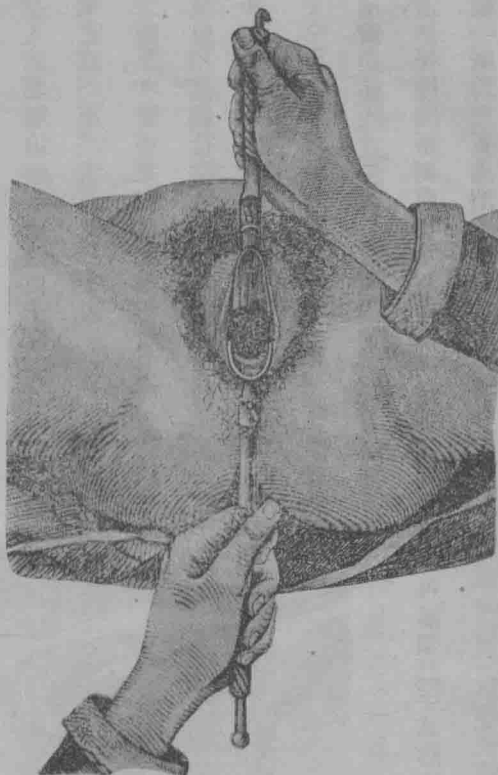
第二十九圖



正在插入 Simon 氏子宮鏡之圖  
(Nach Winter)

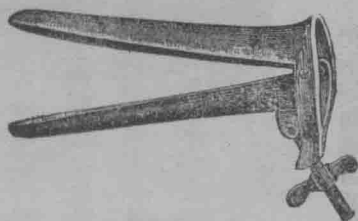
第六章 子宮探針之運用 (Anwendung der Uterussonde)

子宮探針，長約三十釐，粗約二至四耗，可以屈撓之金屬圓桿，後端有柄（第三十二圖）前端略膨大如球狀，自前端起，每一釐附有刻度，而前端七釐處，標幟尤為明瞭（至七釐止，以銀為之，自此以後或銅或真鍮，或於七釐處，附以小突起。）蓋普通子宮腔之長，在七釐內外故也。



已經插入 Simon 氏子宮鏡之圖 (Nach Winter)

圖 一 十 三 第



Cusco 氏兩瓣鏡

子宮探針，插入子宮腔內時，豫先行雙合診，察知子宮形狀，屈撓探針，與子宮彎屈之強弱一致，其次用子宮鏡，露出子宮陰道段，以消毒藥使子宮口消毒，先將探針插入頸管。子宮在正當位置時，針柄略向會陰

圖二十三第



針探宮子

低降，則探針自然入於子宮腔內。插入時決勿用暴力，不然則損傷子宮黏膜，或有穿破子宮壁者。探針在使用之前，須嚴重消毒。

在下列時期，不可用探針。

一、有妊娠之疑時 恐有流產之危，故插入探針時，常須豫先注意最終月經，更以雙合診確定其非妊娠後，始可行之。

二、子宮近旁有急性炎症時 探針插入，擾動子宮，刺戟其近旁，故使子宮外膜炎，骨盆結締織炎增惡，或有自輸卵管炎，新起腹膜炎之恐。在子宮外妊娠，則以探針之刺戟，忽起破裂，或使已經停止之出血復發者有之，故用探針時，不可忽於子宮周圍之檢查。

三、子宮體或頸管黏膜，有毒力旺盛之加答兒時 恐毒菌輸入子宮，或既存子宮內之毒菌，有再深入輸卵管之虞。

除上禁忌之外，使用探針，常有若干危險。倘器械消毒完全，則附着於探針之細菌，不致輸入子宮，但有時陰道

中之細菌，送入子宮，因探針而生之子宮黏膜創面，有接種之危，且甚難豫防。不僅此也，使用探針，有穿破子宮之虞。在別無異常之子宮壁，穿孔之險不多，但如子宮壁之一部，以肌腫故，變而非薄時，子宮退化時，以妊娠之故，子宮壁漿液滲潤，或陷於脂變性時，以惡性腫瘍之故，子宮壁有變化時，雖加以相當注意，時亦不免穿孔者有之。子宮因探針而穿孔，大致不甚危險，靜養二三日即可，但子宮內有傳染菌存在時，則有發生腹膜炎者。探針既非完全無害之物，故用之宜慎，僅於不得已時一用可也。

由探針所能知之事項，大概如次。

一、子宮腔之廣狹 尋常以雙合診可知子宮大小，但在困難時，須用探針測知腔之廣狹，深淺形狀等，由此而知子宮之大小。

二、子宮內有無腫瘤 有莖之瘰肉，每易滑脫探針，故知不易，雖闊莖之腫瘤，亦往往有逸脫者，故診定多困難。

三、子宮之方向及子宮之移動性 依探針可測彎屈之方向，試動探針，可檢子宮能否移動。但用暴力，則有穿孔之虞，故大須注意。

四、子宮頸管及子宮腔有無閉鎖狹窄 雖在最狹隘之子宮內口，但探針尋常易於通過，如通過有困難時，則可知該部狹窄。但探針往往為頸管黏膜之皺襞所阻，遂疑為狹窄者有之。故須注意。

五、子宮黏膜有無炎症 健康黏膜，平滑而不覺疼痛，有內膜炎時則粗糙而痛。雖在健康黏膜若為神經過敏之婦人，當探針通過子宮內口時，稍覺疼痛者有之。又子宮外膜炎，骨盆結締織炎之際，亦因探針而有疼痛。

## 第七章 子宮腔之擴張及觸診 (Dilatation und Austastung der Uterushöhle)

診斷子宮腔內疾患，用子宮探針，或搔爬子宮內膜，以其斷片置鏡下檢查等，尙難診斷時，有須擴張子宮腔，以指插入腔內，觸診其內面者。但此觸診，其所見決不能常屬確實。蓋插入之指，往往爲子宮頸部所扼，指尖有失其知覺者，或以子宮腔之擴張不能如意，故觸診不能滿足者有之。職是之故，子宮內觸診，不過爲探針及診斷的內膜搔爬之一助。例如子宮出血，反覆不止，施行搔爬，其組織的檢查，否認爲惡性腫瘤，於是出血之原因，雖想像爲子宮黏膜下肌腫或瘰肉，但探針於子宮內，不能觸知何等異物，使吾人迷於診斷時，則子宮內面觸診，可一掃吾人之疑竇也。

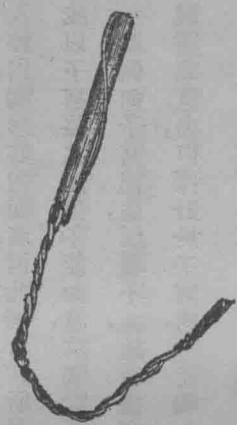
擴張子宮腔之法有種種，最迅速而能充分擴張者，爲見血的方法，即將子宮頸部，自膀胱剝離，在頸部前壁中央，加以縱切開。然此法若僅以診斷用之，稍嫌過重，故尋常用左列二法之一。

一、器械的擴張法 一般用 Hegar 擴張器（參照子宮搔爬術），爲硬橡皮或金屬或玻璃製成，用時先以子宮鏡露出子宮口，以 Muzouk 氏鉗子，固持子宮口前唇而牽引之，以擴張器之細小者順次以其大者插入子宮，而擴張子宮腔，手指遂可通過。惟尋常擴張頸管，至可容指，無論如何必略有頸管裂傷，故若僅爲診斷，則此法宜限於特別需要時用之。卽頸管特別柔軟，易於充分擴張時，或頸管已由 Laminaria 桿擴大至某程度，尙不能充分

時，始可用之。

二、Laminaria 桿 (Laminariae-stift) 之擴張法。桿若吸收水分，則著明膨脹，以之插入頸管內，放置之，則因分泌液漸次膨脹，擴張頸管。桿消毒時，用硫酸安母尼飽和液，煮沸二十分鐘，以熱水洗之，貯藏於千分之一之昇汞酒精中。插入時，先將陰道消毒，用子宮鏡，以鉗子鉤子宮口前唇上，用消毒藥液，將子宮腔消毒，頸管尤為重要。若有必要時，可以 Hegar 氏擴張器，稍將

圖三十三第



Laminaria 桿 (Nach Winter)

頸管擴張，然後以麥粒鉗子，挾 (Laminaria) 桿，幾

可將全部插入頸管。當是時若桿尖不超過子宮內

口，則不能達擴張之目的，故須注意，附着桿上之線

紐，可置陰道內，以豫防桿之脫出，故在子宮外口部，用沃度棉紗栓塞。桿置子宮內一晝夜，然後拔去，洗滌子宮腔，倘

圖四十三第



子宮腔觸診 (Nach Winter)



擴張仍未充分時，可以 Hegar 氏擴張器補助之。當是時，頸管既因 *Laminaria* 桿而充血，變而柔軟，故易於擴張。子宮腔一經充分擴張，立即在嚴重消毒之下，觸診子宮腔。以食指及中指，送入陰道，屈食指，使中指尖達於子宮底，普徧觸診子宮內面。觸診時，尋常多須麻醉，觸診既畢，尙須將子宮內洗滌一次，命患者安臥數日，時時注意其發熱。桿之插入，對於子宮及其周圍，較子宮探針，所影響者尤爲劇烈，故凡探針應禁忌事項，於 *Laminaria* 桿更須嚴格禁忌（參看第四十三頁）。

## 第八章 解剖的診斷 (Anatomische Diagnose)

解剖的診斷爲臨床診斷之對照，或則補臨床診斷之不足。例如臨床上有惡性腫瘤之疑時，取組織一片，置鏡下檢查時，可確定其真否是也。子宮頸管上部及子宮體黏膜之疾患，欲從解剖上診斷時，可行子宮內膜之診斷的搔爬 (Explorativanstrichung oder Probeanstrichung)。由此所得之黏膜，製成切片標本，置鏡下檢查之。檢查頸管下部，子宮陰道段，陰道，外陰部等時，可用診斷的切除 (Explorativerexcision oder Probeexcision) 檢其組織片。惟顯微鏡檢查，決非可以絕對信任者，例如限局於子宮內一小部之惡性腫瘤，行內膜之診斷的搔爬，倘不幸不能由病竈所得組織時，轉因此而貽誤診斷之類是也。

子宮內膜搔爬術在後章子宮內膜炎療法中詳述，茲從省略。診斷的搔爬，行之每失於疎略，僅得一二小黏膜

片即爲已足，此實大誤，非普徧搔爬，每易陷於大錯。故須從前後壁及兩側壁四處，蒐集其所得之黏膜片，製成切片標本，就多數切片，精密檢查之。

診斷的切除法，甚爲簡單，故無須特別說明，試就子宮陰道段，略述其施行順序如次。

用子宮鏡露出子宮陰道段，

以Muzenx氏鉗子，鉤子宮口前

唇，拉出陰道段，以剪或刀鏗狀切

除病竈之一部，其大小尋常如豌豆大即足。出血大致不甚多，偶有

須一二縫合者。切除既終，行沃度

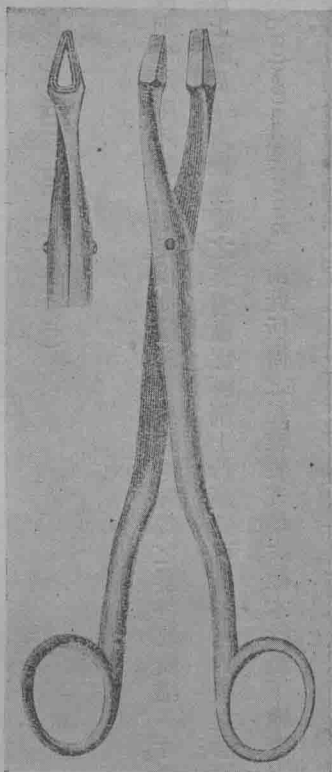
仿綿紗栓塞，命其安靜二三日。診

斷的切除，更有用第三十五圖所示之切除器者，甚爲輕便。

由切除搔爬等所得之組織片，依法硬化，封於火綿或地蠟之中，作成切片，適宜染色。地蠟固封法，如能巧於應用，則所需時日甚少，但行普通硬化法，則頗費時日，不便於急速之診斷。在需要甚急時，貴家學士之迅速硬化法，最爲便利，其法如次。

一取一至三密米之組織薄片爲材料，平貼於濾紙上，組織薄而軟，難切時，可浸入酒精中一至二小時，稍稍硬

第三十五圖



診斷的切除器

化後，以銳刀切作薄片。內膜之搔爬片，勿投入水中，置於乾燥之綿紗上，去其凝血，然後密排於濾紙上，投入普通酒精，十分鐘後取出，別取酒精浸濕之濾紙，輕壓表面，使之平坦。然後將表面之濾紙剝離之。

二、置於純粹 Aceton 內三時至五時，富於脂肪之組織，須在下列混合液中，硬化脫水。

純 Aceton

九〇〇〇

純酒精

八〇〇

純以太

二〇〇

三、濃厚火綿（在鉗子上可以牽絲之譜）中二時至十二時。

四、封固於木片上。

用本法，可於比較的短時間中，作成十五密倫內外之切片。

凍結切片法，雖甚便利，但僅用此法，頗難得鮮明之切片標本，用此法時，必先浸於酒精中，再移於佛馬林，水洗。大致硬化後，以凍結刪截器切之。凍結法，不適用於內膜搔爬片。

切片之染色法，其種類甚多，但由診斷的切除，或搔爬所得組織片之診斷，除特別時地外，尋常用蘇木精伊紅 (Hämatoxylin-Eosin) 之複染法，及 Van Gieson 氏染色法等。

#### 蘇木精伊紅複染法

以染色液少量，每回重新濾過（所以防蘇木精之不溶性渣滓，附着於切片），投入業經水洗之切片，染色數

分間(視染色力之強弱二三分至十數分)然後充分水洗,至少須三十分以上其間須常換水。染色適度時,核爲深青色,原漿染爲極淡青色。倘染色過濃時,可以鹽酸酒精(稀鹽酸一〇〇及七〇%酒精一〇〇〇)脫色十五秒至一分鐘,充分水洗。次將切片置伊紅液中,染數分間,水洗,以酒精脫水(置酒精中過久時,伊紅脫色)投入 Kreosot 中透明,用加奈大樹脂封鎖,伊紅使赤血球,染成薔薇紅色,細胞原漿,染爲紅色。

Van Gieson 氏染色法 (Weigert 氏變法)

一 Weigert 氏鐵蘇木精染色 1・1 分。

二 水洗。

三 以極短時間浸入左列混合液中。

四 吡克酸 (Pikrinsäure) 之室溫飽和水溶液 (濾過) 100・0

1% 鹽酸復紅 (Fuchsin) 水溶液 100・0

四、極短時間水洗。

五、酒精脫水 Kreosot 樹脂。

胞核由此染爲深黑色,結締織,鮮紅色,肌組織黃色,神經膠質染爲黃色。

茲更述常用染色液之製法數種如左。

Bernal 氏明礬蘇木精

第一液

結晶蘇木精

1.00

無水酒精

10.00

第二液

明礬

110.00

溫水（蒸水）

200.00

冷後濾過之。二十四時後，兩液混和，入敞口瓶內，勿用栓，放置八日，臨用濾過。

Weigert氏鐵蘇木精（核染色法）

結晶蘇木精

1.00

無水酒精

100.00

爲原液

第一液

原液

10.00

無水酒精

90.00

第二液

一半氧化鐵液（日本局方）

四〇〇

蒸水

九五〇

稀鹽酸（日本局方）

一〇〇

用時兩液等量混合。混合液爲深黑色。染色時間，一二分即足，雖時間略長，亦無過染之患。

水溶性伊紅，以其濃厚水溶液，滴入水中，以全液變作鮮紅色爲度（尋常爲千倍至千五百倍。）

酒精溶性伊紅，以伊紅酒精濃厚溶液，滴入九五%酒精中，至全液呈薔薇紅色爲止。此液較之水溶性液，染色力雖弱，而有平等染色之利。以本液染色時，切片須先用酒精脫水。

組織的檢查，不但診斷困難時用之，雖臨床上殆已確實時，此法亦決不可忽。例如臨床上確信爲子宮內之惡性腫瘤，但由組織的檢查，而知其爲流產之遺殘物者有之，或臨床上以爲陰道之良性疾患，而實乃癌之初期等類是也。故組織的檢查，不僅使診斷確實時，認爲必要，即在惡性腫瘤之早期診斷上，亦爲必不可缺者。然組織的診斷，亦不能絕對信爲確實，上文固已述及矣。

## 第九章 細菌學的診斷 (Bakteriologische Diagnose)

婦人病因細菌而起者甚多，此等疾病，行細菌學檢查，明其病原，始能講適當療法。婦科之細菌檢查，尋常先由

塗抹標本，下一大體診斷，然決不可以此為滿足。有時須用培養試驗，精細研究者。

女生殖器中，外陰部及陰道，常有多數菌種，但子宮體腔，輸卵管及卵巢，則無細菌。有菌部與無菌部之境界，為子宮外口抑係內口，尙未分明。或謂健康之頸部，有多數細菌存在，反對者則謂全無細菌。健康尿道，亦與此同，細菌存否，亦未確實。

見於婦科生殖器之病原菌，其主要者為淋菌，各種膿菌，普通大腸菌及結核菌四種。此外偶可見肺炎菌，放線狀菌等。

### 1 淋菌 (Gonococcus)

淋菌為 Neisser 氏所發見之一種重複菌，主要在分泌物中證明之，在組織中，則證明不易，且不確實。雖在分泌物中，亦以別無他種雜菌混入之膿為宜，例如尿道，子宮，尤以子宮外口之分泌物，或小兒陰道炎之分泌物為適於檢查；成人之陰道分泌物，即甚不適。欲證明分泌物中之淋菌，可以白金斗取分泌物少量，塗薄層於覆蓋玻璃，更以覆蓋玻璃一枚重疊其上，兩玻璃輕輕扯開，乾燥後，通過火燄三回，使其固着，以梅毒 (Methylenblau) 染色，乾燥後，

第三十六圖



膿中之淋菌 (Nach Winter)

以油浸裝置檢之。淋菌為腎臟形重複菌，其相對面略凹，由梅毒染成青色。淋菌各個散在者甚少，大抵二十或三十

相集爲羣，且喜存在於膿球之中。淋菌之爲羣集及存在細胞中，二者均爲鑑別上之要點。且淋菌由 Gram 氏染色法而脫色，故可用此法使診斷確實。用此法時，覆蓋玻璃標本，須在亞尼林水龍膽紫液 (Anilinwassergentian-aviolett) 中，加溫二分鐘，次即置沃度鉀液中約一二分鐘，次用無水酒精，至肉眼上無色爲度，使之脫色，然後水洗。若欲施差別染色，可以標本置二·〇%俾士馬褐水溶液中，染數秒鐘，水洗後，乾燥之，酒褐色染色之淋菌，與暗紫色染色之他物，瞭然可以區別。

製梅青液時，以梅青五·〇溶解於九五%酒精一〇〇·〇之中，以此原液，滴入水中，製成水溶液，至不透明爲度。

製亞尼林水龍膽紫時，以亞尼林油四·〇與水一〇〇·〇相混和，用力振盪，變爲乳劑，以水浸濕之濾紙濾過之，濾液一〇〇·〇中，混入龍膽紫飽和水溶液一一〇。龍膽紫水溶液之製法，爲龍膽紫七·〇溶解於九五%酒精中，滴入水內，以略呈混濁而止。

沃度沃度鉀液，由沃度一·〇沃度鉀二·〇蒸水三〇〇·〇製成。此液之沃度與色素中之 Pararosa-nilin 化合，而生一種 Lack，因細菌之種類，或易溶解於酒精，或全不溶解，由此可爲細菌鑑別之助。

淋菌培養，在普通診斷上，不常用。如欲培養時，可溶解羊菜培養基，於五十度加卵黃，適當羊菜之半量，作成斜面培養之，或加入腹水適當羊菜量十之一，以代卵黃而培養之。淋菌成爲帽針頭大半透明之聚落。

## 11 釀膿菌 (Eitercocccen)



釀膿菌之細菌學的證明，以從尚未破潰之膿窠所得膿汁為最宜。輸卵管膿腫，自陰道穿刺，或開腹手術中所得之膿汁，從而鏡檢，最易診斷，若已向外界破壞開口之膿，則已混入多數腐敗菌，故診斷困難。

檢查膿汁中之釀膿菌，可作塗抹標本，以梅青染色，置鏡下以油浸裝置檢之。

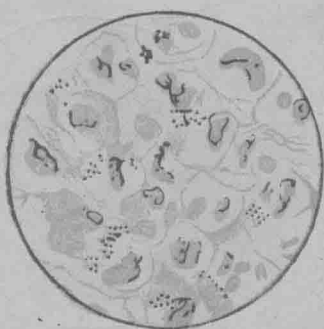
黃色釀膿性葡萄狀球菌 (*Staphylococcus pyogenes aureus*) 為小球菌，好多數羣集，如其名稱，呈葡萄房狀。用亞尼林色素染色佳良，在 Gram 氏法，不脫色，於普通培養基，均易發育。在膠質扁平培養基，初為白色小聚落，漸變為黃金色圓形聚落，溶解膠質。在羊菜斜面培養基，初為灰白色小圓形聚落，漸次增大，至呈黃金色。在羊菜畫線培養，初生帶狀菌苔，表面與空氣接觸處，呈黃金色，濕潤滑澤。在動物試驗，以家兔為最敏，洋鼠及海獺則甚遲鈍。

白色釀膿性葡萄狀球菌 (*Staphylococcus pyogenes albus*)

與黃色葡萄狀球菌，幾於相同，惟其聚落之為白色，及對於動物毒力稍弱而已。

膿性連鎖狀球菌 (*Streptococcus pyogenes*) 數個球狀菌相連，呈數珠狀。連鎖之長短不定，短者二個至八個成一連，毒力弱，(短連鎖狀球菌 *Streptococcus brevis*) 長者成長捻珠狀，毒力強 (長連鎖狀球菌 *Streptococcus longus*)

第三十七圖



葡萄狀球菌  
(Nach Winter)

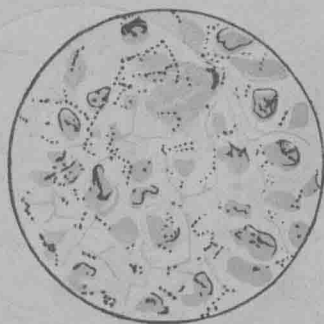
lococcus longus), 然其長短, 非一定不變者, 在培養中, 有種種變化。此菌在亞尼林色素, 易於染色, (Gram 氏法, 不脫色。培養, 用膠質羊菜均發育, 最適當者為肉汁培養。Pepton 一%之肉汁培養基中, 加入〇、二至二、〇%之葡萄糖, 使呈鹼性反應者最能發育。於此中培養, 初則使全液瀾濁, 經一二日, 器皿及管壁, 生白色沉澱, 母液反至透明。洋鼠及家兔, 對於本菌, 感受銳敏, 海獺及鳥類, 則遲鈍。

III 普通大腸菌 (Bacterium coli commune)

為短桿菌, 有鞭毛, 亞尼林色素, 染色佳良, 由 Gram 氏法而脫色。培養以馬鈴薯為最善發育, 生黃褐色菌苔。在膠質培養, 亦甚發育, 但膠不溶解在羊菜培養, 成白色大聚落。在葡萄糖加高層培養, 發生瓦斯。以普通大腸菌, 與其他大腸菌屬區別時。如傷寒及副型傷寒之類, 可用 *Differential* 氏培養基, 培養十四時至二十四時, 傷寒菌發生青色透明聚落, 大一耗至三耗, 普通大腸菌, 則呈赤色不透明之聚落, 大二至六耗。以遠藤氏羊菜培養基代 *Differential* 氏培養基, 則傷寒菌聚落小, 無色透明, 大腸菌之聚落大, 赤色, 不透明。

遠藤氏羊菜培養基, 為以三%之羊菜培養基千立方糲, 使成中性, 加十%結晶曹達液十立方糲, 乳糖十克, 復紅酒精飽和液五立方糲, 更加一〇%亞硫酸曹達液二十五立方糲而脫色, 分盛於試驗管, 置汽竈內十五分鐘, 臨

第三十八圖



連鐵狀球菌 (Nach Winter)

用爲平板。

#### 四 結核菌 (Tubercle bacillus)

結核菌爲細長之桿菌，多稍稍彎曲。主要存於結核病竈中，但分泌物中，亦可證明。證明分泌物中結核菌時，可作塗抹標本，取 Ziehl 氏液（復紅一克，溶解於一〇立厘之無水酒精中，加入五％石炭酸水溶液百立厘）新鮮濾過，滴標本上於火燄加溫二分鐘後，水洗，在二・五％硝酸中，脫色二秒至五秒，投入六〇％酒精中，至肉眼上無色爲度，再加水洗，更以梅青溶液複染，以油浸裝置檢之。標本全體青染，其中惟結核菌爲赤色之桿菌。結核菌與皮脂桿菌 (Smegmabacillus) 類似，每有誤診者。鑑別時，可以 Ziehl

氏液加溫二分，水洗，置三％鹽酸酒精中脫色十分鐘，水洗，更以梅青酒精飽和液與水等分，複染之，則結核菌亦染，皮脂菌，青染。更欲爲精確之區別，則須動物試驗；皮脂菌，動物試驗之成績，常爲陰性。

結核菌在生殖器分泌物中，立即破壞消失，故其塗抹標本檢

查之成績，縱爲陰性，亦決不能否定其爲結核。結核診斷上最重要者，爲組織檢查。組織中之結核結節，雖容蘇木精伊紅複染法，亦易證明，若同時須證明細菌時，則以 Cornet 氏法爲最宜。法以小皿

盛 Ziehl 氏液，投入切片，置三十七度孵卵器中，一至十二時後，水洗，以二・五％硝酸脫色，約二秒至五秒，以六〇

第三十九圖



菌核結中痰  
(Nach Winter)

%酒精洗之，酒精須換數次，至肉眼上無色爲止，然後充分水洗，以梅毒溶液複染而鏡檢之。由此則結核菌及結核性結節均可證明矣。

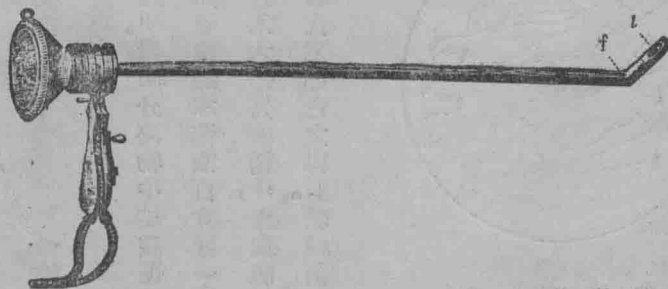
結核菌培養困難，故診斷不用。反乎此，動物試驗，則屢用之。於殺菌食鹽水中，混入被檢物，以此接種於海狸腹腔時，四至八週後即倒斃。脾、肝、淋巴腺中，可證明細菌及結核性結節。

## 第十章 膀胱鏡檢查 (Cystoskopie)

膀胱鏡檢查，在今婦科診斷，爲不可缺之補助法。婦人生殖器病，與膀胱關係，甚爲密切，例如淋疾、結核等，兩者多同時侵犯，生殖器之癌腫，有移行於膀胱者，生殖器之膿竈，有破潰於膀胱者。又或以生殖器病，致膀胱起機能障礙者。其關係之密如此，故吾人藉膀胱鏡之力而下生殖器病之診斷者，比比然也。

膀胱鏡，普通用 Nitze 氏鏡（四十圖）。鏡在 Katchel 之尖端，點小電燈，照膀胱內面，由反射裝置，可從他一端窺見膀胱內面。用膀胱鏡時，先洗膀胱，至洗滌液透明爲止。以百至百五立方厘之一%硼酸水，入膀胱插入

圖 十 四 第



Nitze 氏 膀 胱 鏡

膀胱鏡，插入既終，可點電燈，自膀胱鏡外端，窺膀胱內部。膀胱鏡消毒，多用佛馬林瓦斯。當膀胱鏡插入時，尿道稍覺疼痛，故豫先以二%古加因液二立方厘，注入尿道，更以使鏡之表面平滑，可塗殺菌之甘油 (Glycerin)。

普通膀胱鏡，均與以倒像，且視野狹小，故欲正確檢查膀胱內面時，須依一定之順序，移動膀胱鏡。即先將鏡深入內部，然後徐徐牽出，同時略向左右迴轉，以照膀胱前壁，次則將柄迴轉至百八十度，檢查膀胱後面及三角部。輸尿管開口於三角部之左右兩角尖，可見尿之間歇的呈渦旋狀噴出。更有必要時，則插入輸尿管之 Kather，分別採取左右兩腎之尿，各檢其機能。檢查既終，則熄滅電燈徐徐拔出，再洗滌膀胱一次（參照第十二編。）

## 第十一章 倫脫根線應用 (Anwendung der Röntgenstrahlen)

倫脫根之應用於婦科，在治療方面雖極盛，而診斷上之應用則較為不廣。蓋以婦科診斷，不但由雙合診，可得較正確之診斷，且婦人生殖器，深藏小骨盆內，其陰影多不明瞭故也。用於婦科診斷，其陰影較為明瞭者，為成熟胎兒之骨，皮狀囊腫，畸形腫中之骨及齒，纖維腫之石灰化者，子宮外妊娠，膀胱子宮等之金屬性異物，膀胱輸尿管腎臟等結石是也。



## 第三編 婦科一般療法

### 第一章 手術療法

#### 第一節 防腐及制腐法 (Aseptik und Antiseptik)

縫合，綑帶材料及器械消毒法 (Sterilisation von Naht-Verbandmaterial und Instrumenten)

綑帶材料，即綿紗，綿花，綑帶等，消毒時用水蒸汽。在普通氣壓之下，行蒸汽消毒，需時甚久，故一般增高氣壓，使蒸汽之溫度至百十度或百十五度。現在通用之蒸汽消毒裝置，即以此目的而作成者也。

綑帶材料可納入 Schimmelbusch 氏消毒罐 (Schimmelbusch'scher Trummel)，開罐窗，置消毒窠內，通入高壓蒸汽消毒，既畢，取出消毒罐，閉其窗，貯藏之。用二分一或有一氣壓過壓之蒸汽，雖較大之消毒罐，約三十分鐘，可完全達消毒之目的。金屬器械消毒時，可置鐵絲籠中，以 1% 曹達水或 0.5% 硼酸水煮沸十分鐘，消毒既畢，與鐵絲籠一同取出，排列於鋪有消毒棉紗之器械皿上，再以消毒布巾覆蓋，以待取用，器械皿，須用豫先消毒

者。

橡皮 (Katheter) 輸尿管 (Katheter) 等消毒時，不可用曹達水煮沸。以佛馬林瓦斯爲最良。或用硫酸鎂飽和水溶液，煮沸十分鐘亦可。

縫合材料之消毒法，因物質而異。絹絲及天蠶絲，可用水煮沸十五分鐘，若時間過長，或反覆煮沸，則減弱絲質。金屬線，與金屬器械同樣消毒。又可以火燄赤熾，徐徐冷卻時，能減少其脆弱性。

腸線消毒，有種種方法，最完全者，爲 Cumol 消毒法：

揸開四指，繞腸線，成爲環狀束，置七十度以上百度以下之乾燥器中，乾燥六時至十二時，以乾燥之箱子，取投盛有 Cumol 之玻璃器中 (Cumol 爲淡黃色液，係一種碳水化合物) 須以寒暑表插入 Cumol 之內，覆以玻璃板，置砂浴中熱之。砂浴用杯狀鐵罐，使玻璃器深埋於砂中，Cumol 之溫度，達百六十度時，縮小火燄，保持同溫度約一小時，然後取箱子置火上殺菌，箱出腸線，移入石油 (Benzin) 中，數時之後，更移置盛有 Benzin 油之 Petri 氏玻璃皿內，覆其蓋，俟油完全揮發後，以絆劑膏密閉玻璃皿而貯藏之。或至使用前爲止，藏於 Benzin 油中，用時除去 Benzin 亦可。Cumol 腸線，據克魯尼氏法消毒者，市場有販賣品。

製造鉻酸腸線之簡單方法 粗製腸線 (Rohecatgut) 浸一萬倍鉻酸水溶液中約十分鐘，以無水酒精在砂浴上加熱一小時，藏於無水酒精中。消毒兼貯藏法之尤爲簡單者，將腸線浸於含有一%昇汞之八十%酒精中。



此外有沃度製劑，稱爲 *Catgut* 沃度，使腸線消毒之法，甚爲簡便。

著者近時用 *Johnson & Johnson* 製腸線，或 *Gek and Debies* 製已經殺菌之腸線。

### 手指及手術部之消毒 (*Desinfection der Hände und des Operationsfelds*)

綑帶材料，金屬器械等，可以熱完全消毒，至皮膚則尙未有完全消毒法。在今日所謂皮膚消毒，惜僅能以某程度爲滿足，即「使菌數減少，同時抑制菌芽之傳於創面」是也。術者之手指，若用熱氣消毒之橡皮套，可使完全無菌，但手術部皮膚之消毒，終不能底於完備。附着於皮膚表面之菌芽，由器械及藥品處置，可以撲滅，且潛在皮膚深層之菌芽，至某程度爲止，亦可制其萌苗，惟一旦切開之後，則深部菌芽，縱曰少數，亦可在創面萌孽。加以器械及藥品之消毒，傷害皮膚，減其天賦之抵抗力，故在平常雖爲毒力輕微之菌芽，亦乘此發揚其威力者有之。又無菌橡皮套之使用，僅從消毒言之，或可符於理想，但手套使手指之觸覺遲鈍，不免使操作困難，故亦不得謂爲純合乎理想也。

手指消毒法 最習用者爲 *Fürbringer* 氏法。先剪指甲，以指甲鏗磨平之，在滅菌之熱水灌注下，用板刷及

肥皂，自前臂至手指，磨擦洗滌凡十五分點，次以六十至七十%酒精浸濕之殺菌綿紗，擦五分鐘，終乃至一%昇汞水中。以板刷擦五分鐘。熱水使皮膚柔軟，肥皂能脫皮脂，且使表面滑澤，板刷則以器械的除去細菌之大部分，酒精有頗爲強大之殺菌力，同時有極強之侵入力，故其殺菌作用，不僅限於皮膚表面，能達於較深之部位。然酒精之主要作用，在使皮膚緊縮，以防深部菌芽之逸出。昇汞不僅殺菌力強大，又與皮膚之蛋白質化合，使此部之細菌，不能

發育，以 Sublamin 代昇汞亦可。Sublamin 亦爲水銀化合物，與昇汞同有強大之殺菌力，惟對於皮膚刺戟較少於昇汞。尋常用五百倍溶液。

橡皮手套，價昂且易破損，但著者近時用之，覺其結果佳良。消毒時，以高壓蒸汽爲宜。用熱水則極易損壞橡皮質，行蒸汽消毒時，可以綿塗滑石粉置手套中。

亦有人以沒大小手套代橡皮手套者，但大有礙於觸覺，著者以爲與其忍耐非常之不便，且有時常更換之繁，如難用橡皮手套時，毋寧將手指嚴重消毒，手術中時以殺菌水，殺菌食鹽水，昇汞水，昇汞酒精，或 Sublamin 酒精，一面勤洗手指，以銳敏之觸覺，使手術速了爲愈，但雖在使用手套時，手指亦必須嚴重消毒，因手術中橡皮有穿孔破裂之虞故也。

如上所言術者手指之絕對的無菌法，甚爲困難，故吾人常宜注意，勿使手指觸接有染毒之虞之物質。尋常附着於手指之菌芽，毒力微弱，厲行上記之消毒法時，雖不完全，大概不致有顯著之傳染，但一旦毒力旺盛之病原菌，附着於皮膚，則倉卒殆不能除去。當是時，其手指須在一定時間，勿觸接他創面，其時日普通兩三日即足。在此期中時時用 Furbinger 氏法將手指消毒。

腹壁皮膚之消毒法 腹壁皮膚消毒亦與手指同，可依 Furbinger 氏法行之。腹壁平滑，故較手指易於消毒，然終難期其完全，亦如上述。著者所行之腹壁消毒法如次。

手術前一日午後，使患婦行全身浴，清潔全體，從腹壁至陰部，剃淨毛髮，以肥皂及軟刷，仔細擦洗，拭淨臍窩，腹

壁蓋以五倍昇汞水之濕布，上覆油紙，使著已經消毒之衣服，至翌晨手術時為止，換濕布三四回。直至手術之際，在手術臺上，揭去濕布，塗布碘酒，俟燥後以酒精拭去碘酒，更以千倍昇汞水清拭之。消毒既終，以數塊消毒布片，被覆手術部及其周圍。其中二枚，覆左右下肢（下肢豫以消毒之布袋包之），二枚以中線爲界，剝出左右胸腹部前面及側面，二枚之一，覆臍以上之上半身，一枚覆恥骨縫以下之半身。除切開腹壁之必要部分外，全身以消毒布片覆之。

Döderlein 氏因防止細菌從皮膚逸出，主張塗布

Gaudanin 皮膚消毒，除去皮脂，塗碘酒，俟其乾燥後，

則瞬即乾燥，如黏着性橡皮膜密着於皮膚，

再撒布已經殺菌之滑石粉，則成滑而燥之薄膜，其於

腹壁皮膚之關係，與手上戴有橡皮手套無異。

外陰部及陰道之消毒法 外陰部構造複雜而知

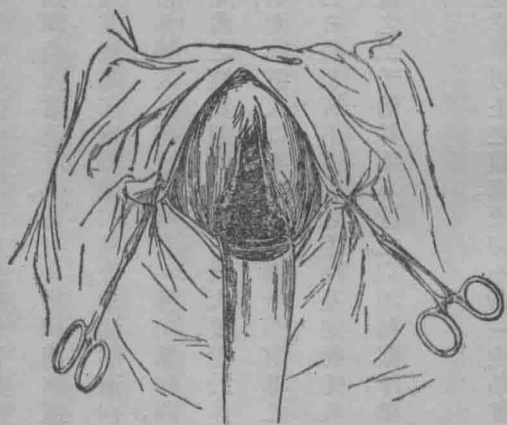
覺銳敏，故消毒極爲困難。須在手術數日前，每日使浴全身，

以肥皂洗淨局部，手術前一日，剃陰毛，以肥皂擦淨後，

用二千倍昇汞水反覆洗滌，臨手術時，更以昇汞水洗之，

有必要時，再用酒精清拭，塗以碘酒。惟酒精及碘酒，均有灼痛，故不施麻醉之患者，用之不易，當是時，僅用昇汞洗滌

第十四圖



陰道式手術之外陰部被覆

(Nach D. n. K.)

足矣。外陰部之碘酒，可以酒精以太拭去爲宜，因碘酒侵及皮膚，頗爲峻烈，塗布後即此置之不問，則不但表皮脫後，久損皮膚顏色，且有使癍痕變爲醜惡之傾向。昇汞與碘混用，爲一般所忌，但由上述之方法，則未見其障礙也。

據 Menge 氏及其他之研究，子宮及頸管，在生理狀態，初無細菌，而陰道反是，常有多數細菌。陰道構造複雜，幾不能完全消毒，幸天然配劑，頗有足強人意者。據 Menge 氏及其他臨床或細菌的檢查，孕婦陰道內，凡產褥創傷，可生傳染之有害病原菌，絕不存在，不但此也，其分泌液，對於自外移入之病原菌，轉有一種防禦作用，非孕婦之陰道，此等關係，不如孕婦之著明，但陰道中所有之細菌，絕無病原菌之性質，則與孕婦初無大差，對於外來之病原菌，亦有著明之防禦力云，夫然，則苟無會陰破裂，子宮脫出等異常，而陰道入口，不開張者，無特別消毒之必要，惟在手術前用大量昇汞水洗滌陰道足矣。但此時，須確知其在手術三日前，未有不消毒之手指及他物插入陰道，業經消毒之陰道，則消毒雖甚困難，但宜先以肥皂充分洗擦，更以大量之二千倍昇汞水洗之，以酒精擦淨，塗以碘酒可也。

外陰部及陰道消毒既終，以消毒布二枚，覆兩下肢，以一枚包陰阜以上之腹部，更以小者一枚貼會陰部，布之兩端，連結於左右大腿內面之布片，其中央上緣，連結於陰唇後連合，兩下肢豫先以消毒之腳袋包之不待言矣。

(四十一圖)

## 局部麻醉法 (Locale Anästhesie)

在婦科，局部麻醉不多用，陰道、外陰部之小手術，亦有用古加因及 *Eurkain* 等塗布及皮下注射者，但僅恃此多不充分。浸潤麻醉，惟患者之健康，不許用其他麻醉法時，偶一用之。危篤之患者，行診斷的開腹術時，頗為適當。其注射液，為鹽酸古加因  $\text{O} \cdot \text{二}$ ，鹽酸嗎啡  $\text{O} \cdot \text{〇五}$ ，氯化鈉  $\text{O} \cdot \text{四}$ ，蒸水  $\text{二} \text{O} \cdot \text{〇} \cdot \text{〇}$  所合成。此液注入皮內及深層，約經五分鐘，立即切開，幾可無痛開腹。傳達麻醉法，亦罕用之。如子宮內膜搔爬或除去流產遺物等手術，有子宮之局部麻醉者，主要在子宮側面，注射 *Novokain* 或 *Sovain* 之類，但須注意藥液注入血管，及輸尿管之損傷。

## 吸入麻醉法 (Inhalationsnarkose)

婦人較男子，大概易於麻醉，興奮期亦短，而危險亦較少，但婦科手術麻醉之危險，則不容忽視，以開腹術為尤然。蓋婦科開腹術，多在小骨盆深部操作，手術野狹小，故手術中，非不斷施深麻醉，使腹壁充分弛緩，且逐腸管至腹腔上部，則手術困難故也。

吸入麻醉劑中，最常用者，為**噶囉仿**及**以太**。此二者，其性質，各有短長。噶囉仿，易使患者麻醉，侵及呼吸器者甚少，但心、肝、腎等，易生變質，且多侵及心臟，有招不測者。以太則時間較長，且需大量，而又刺戟呼吸器，此其缺點，但侵及諸內臟者甚少。心臟尤然，縱稍過量，而致死之危極少，蓋由深麻醉以至於死之分量，遠大於噶囉仿故也。噶囉仿致死者二千人中一人，以太則約為五千人中一人。惟噶囉仿較以太，雖危險較大，但易於麻醉，故一般尚用之。

## 1 噶囉仿麻醉法 (Chloroformnarkose)

嘔囉仿麻醉之深度，可由瞳孔大小及反應之變化測之。其變化如左表（據 Tiempin 氏。）最初陷於無意識狀態，次為興奮期，此期發生嘔吐。過興奮期，則患者安靜，瞳孔散大。在此期，瞳孔對於光線之反應，及角膜反射，尚存

心臟麻痺死亡

呼吸停止——人工呼吸法！

瞳孔散大  
瞳孔反應消失  
——麻醉中止！

瞳孔縮小  
瞳孔反應消失  
——深麻醉

瞳孔散大  
瞳孔及角  
膜有反應

興奮嘔吐

醒覺

在。其次達於深麻醉期，則瞳孔縮小，瞳孔反應及角膜反射均消失。手術即在此狀態下行之，故手術中，常使此狀態持續。當是時若與以持續深麻醉狀態必要量以上之嘔囉仿，則瞳孔在消失反應之中，重複散大（嘔囉仿不足，麻醉之度漸淺時，瞳孔亦散大，但在此時瞳孔反應，亦復再現。）此狀態為業瀕危險之徵候，嘔囉仿須立即中止，待其復歸於吾人所要求之深麻醉狀態。倘不注意，再增進其麻醉之度，則呼吸遽變為不規則，遂至停止。當是時速行人工呼吸，不然，則陷於心臟麻痺，難免死亡。故在麻醉中，宜力求持續上圖所示，不出兩相線間之麻醉狀態。

二 以太麻醉法 (Aethernarkose)

以太麻醉，其經過與嘔囉仿殆無異，所不同者惟麻醉之遲緩，以及唾液分泌旺盛，有礙於麻醉，欲補其遲緩之缺點，可用 Bromäthyl, Chloräthyl, Somnoform, 及笑氣 (Lachgas) 等，先使達於深麻醉，然後用以太麻醉繼續者有之。據 Krönig 氏謂諸藥中，以 Chloräthyl 為最宜。用此藥麻醉時，可取五克至十克注於假面上，假面用 Schimmerbusch 氏大型者，覆以橡皮布，其中央開一穴，大如

二角之銀幣，離開二種至五種處，使藥液通過中央小穴，放射於假面之絨布上，放射之方向，不斷變換，務使絨布，平均濡濕，令患者口念數字，既達二十時，其序列業已錯誤，尋常三十秒以內，可達麻醉狀態。

近時在美國，以氧化氮瓦斯（笑氣）與氧素混合，用於小手術或產床者有之。

### 三 混合麻醉法 (Mischnarikose)

係併用種種吸入麻醉劑之謂。最多用者為哥囉仿與以太之混合麻醉。兩劑合用時，其麻醉力較各別用之為強大，因有節省用量之利。行混合麻醉時，倘即以兩液體混合使用，則易於揮發之以太，先被大量吸收，所剩者惟大量哥囉仿，則混合麻醉之目的，不易達到。欲補此缺點，可以兩劑成爲氣體而混合之，Braun 氏之麻醉器，即爲此目的而作者。較此更爲完全者，即 Rath-Drueger 氏之混合麻醉裝置是也。此裝置以氧瓦斯爲基礎，於此混合哥囉仿及以太，可正確知其用量。著者近時大致均用此裝置。

腰髓麻醉與 Skopolamin 朦朧睡眠之併用 (Die Kombination der Lumbalanästhesie mit dem Skopolaminindämmerschlaf.)

此法係 Schneiderlin 氏之 Skopolamin 嗎啡注射法，使患者陷於朦朧狀態，然後行 Bier 氏腰髓麻醉法，使下半身完全麻醉。此法自 Krönig 氏推獎以來，喚起一般注意，在日本，緒方氏最先提倡，東條氏和之，爲多數所稱，著者近亦多用此法。

Schneiderlin 氏注射液由下列處方合成：





注射器消毒，勿用曹達水，以淡水煮沸。若用曹達水時，煮沸後以蒸水充分洗滌之。注射部位，在第二第三腰椎間（或第三第四腰椎間），多於右側臥位行之。蓋在朦朧狀態，在此位置最爲便利故也。

腰髓注射之實施

使患者取右側臥位，背部力加彎曲，其狀如蝦，務使開大椎間腔。薙去腰部毳毛，塗以碘酒，

燥後以以太酒精清

拭之。選定注射部位

時，可於菱狀窩求第

五腰椎之棘突，自此

探所求之突起。最簡

單者爲結連兩側腸

骨梳最高部之線，與

脊柱之交叉點，自此

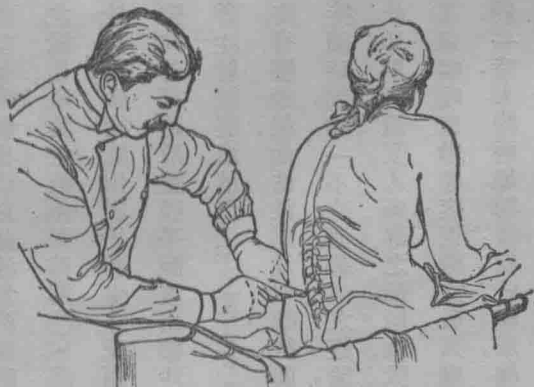
約三指橫徑上方，略

與所求之部位相當。

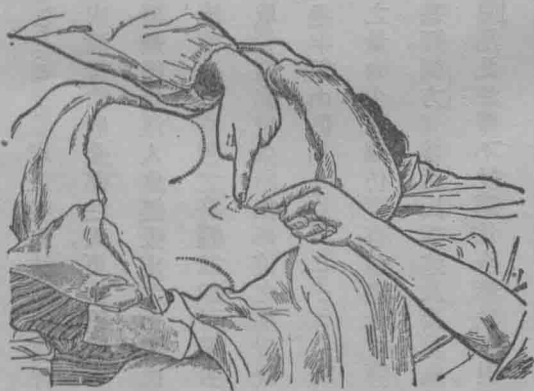
部位選定後，以左手

食指，標識部位，以右手握已插入內針（Mandarin）之套管針，水平保持之，在椎骨間之中央，與皮膚表面，幾成直

第四十三圖



坐在腰髓注射之位  
(Nach D. ũ. K.)



臥位腰髓注射

角刺入之。刺入約五六厘米，即達脊髓管內。針尖貫通脊髓膜，達於管內時，有如刺破硬膜而入囊中之感覺。於此拔出內針，則透明無色之脊髓液，自套管滴出。倘以此液為溶媒時，可以適宜之消毒小玻璃器承之，約達一克時，再將內針插入套管，以防脊髓液之漏出，所集之液中，可溶解〇・〇五之 Tropicocain。以此吸入注射筒，排除空氣，再拔出內針，以注射筒連結於套管，徐徐抽出吸子，將少許脊髓液導入筒內，然後徐將全部注入，更稍稍吸引，以驗液之全部，是否注入脊髓膜腔內，若脊髓液隨吸子而流出，即注射成功之證，最後復注入曾經吸出之少量，拔針，刺孔上貼以沃度綿花，加絆創膏。注射既經溶解之 Tropicocain 時，最初流出一二立厘之脊髓液，即可棄去，以注射筒連結於套管，先吸出少許脊髓液後，如法注射。注射既終，即使仰臥而取骨盆高位，俟所需部位之痛覺脫失，復取水平位，開始手術。麻痺之持續時間，約一小時。據著者之經驗，開腹術之過半數，由併用 Skopolamin，嗎啡注射以及腰髓麻醉，可以訖事，此外則終須吸入麻醉之補助。惟吸入麻醉劑之量極少，嗎囉仿罕有超過十立厘者。

此法之副作用，雖有頭痛嘔吐發熱等症，但較之吸入麻醉，則程度甚輕。緒方安藤諸氏雖述及腰髓麻醉時脊髓之解剖的變化，但僅限於一時，大約兩星期後，即已復原，故二週以內屢用此法，雖不能謂為全無危險，但經過三週以上，縱反覆用之，亦似無甚危害也。

用 Pantopon Skopolamin 亦可代 Skopolamin 嗎啡，本劑為洛修會社所發賣，係容量 1・一立厘之熔閉玻璃瓶，內容臭素水素酸 (Skopolamin) 〇・〇〇〇六，及 Pantopon 〇・〇四。手術一點半以前，先用 〇・五至 〇・四立厘，再經三十分，盡用其餘量。其副作用，似較少於 Skopolamin 嗎啡。

## 麻醉麻痺之預防

婦科手術後，患者上肢有麻痺者，偶亦有見於下肢者。此種麻痺，非直接原因於麻醉劑，因手術中壓迫神經或神經叢而起。上肢麻痺，係因令患者高舉上肢，或使舉肢與軀幹成直角時，易起此症。蓋鎖骨及腋頭，壓迫腋神經叢，或手術臺之側緣，在腋中央部，迫壓橈神經故也。下肢麻痺，為下肢固定器之不良，在腓骨頭部，壓迫腓骨神經而起。豫防此症，宜勿使手高舉，而使腋平行於胸側，且在骨盆高位時，尤宜使肩及腋部支持器柔軟，下肢麻痺亦然，能注意其支持器即可。麻痺大抵自然治愈，偶亦有長時日間，須感應電流療法者。

### 第三節 腹式手術 (abdominale Operation)

#### 手術室及手術臺 (Operationszimmer und Operationstisch) :

婦科手術，須分染毒患者手術室及無菌手術室，視手術種類分別用之。手術室內面，凡隆突隅角等，宜力求減少，壁、頂及地，宜使易於洗滌，地面須有一定之傾斜，排水口，裝設U字管，遮斷腐敗瓦斯，勿使侵入室內，至為重要。手術室之暖房裝置，雖在冬令，亦易使暖至二十八度以上，而室內換氣，尤貴得宜。光線必採側光，不得已時可採上光，側光能選北光尤妙。夜間則室內宜有多數放射光，可以普照者，更須有一直照手術野之直射光。可用反射鏡從光源反射，使照手術野。照射裝置最完全者為 Krönig 氏及 Siedenhopf 氏之反射裝置 (Zeiss 社發賣)。

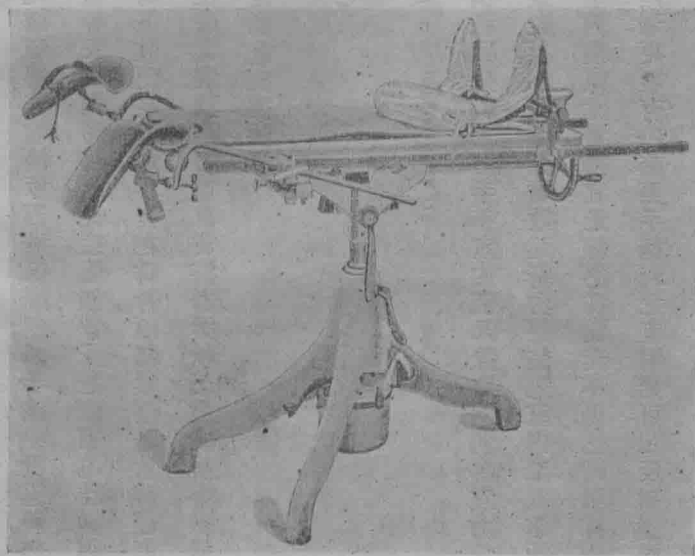
手術室中除手術直接必需品之外，勿置他物。患者之洗滌、消毒、手術衣著用等，宜均於副室（準備室）行之。

婦科手術臺之構造有種種，術者各從所好而思得之。但各種手術臺所必備之要件，爲容易使取骨盆高位。此外如下肢支持器之完全，調節自由，手術臺之高低及方向，可以自由變換等，亦應注意。著者目下用 Revenstein 製之手術臺。

患婦之準備 (Vorbereitung der Kranken)

檢查患婦之一般健康狀態，重要臟器有無疾患，而糞便檢查，亦不可忽。腸寄生蟲，有使手術之豫後不良者，必先驅除之。自手術前數日，即須注意調節患者之便通，手術前日，與以易於消化之食物，當夕，與以蓖麻子油，空虛其消化管，然後使服少量次硝酸蒼鉛，手術當日，不可進食，早晨更須灌腸。此等準備，若涉懈怠，則腸管爲瓦斯所脹滿，有甚足爲手術之障礙者。惟須注意者，以爲除去消化管內容，事屬緊要，而濫使下痢，患者因之衰弱，則轉有豫後不

第 四 十 四 圖



Revenstein 氏 手 術 臺

良之恐膀胱在手術開始前必須導尿。關於患者自身之消毒、衣服等，前已詳述矣。

更須言者，為心臟之豫先處置法。婦科手術患者，在手術前，心臟雖無異常，但往往在手術後，忽呈心臟衰弱，而頰及吾人者，故著者每於手術前三日至一星期，使內服少量毛地黃浸（一日〇・一五至〇・三）或 Digitalin，手術豫後甚佳，此著者之所經驗也。

#### 手術中患婦之位置 (Lagerung der Frau bei der Operation)

至開腹為止，使取水平位，其後徐傾手術臺，變為骨盆高位。將腹腔內臟，驅向上方，使骨盆內之操作容易。

骨盆高位，於術者雖甚便利，而於患者，不能完全無害。血液著明集於心部，降主靜脈血柱之高壓，及於心臟，故心臟發急性擴張。健康之循環系統，雖能適應此變態，但心臟血管有障礙時，常久持續此狀態，有釀成意外者。加以骨盆高位，障礙呼吸，使肺之換氣，不能充分，故骨盆高位，時間務宜短少，傾斜之度，勿使超過四十五度，位置變換，極宜徐徐行之。至關於麻醉麻痺之豫防，須注意患者手足之位置，如麻醉法條下所述是也。

腹壁消毒既終，除手術部外，患婦全身及手術臺，並以無菌白布覆之，術者著消毒手術衣，立患婦之右（亦有立於左側者）主助手，立於對側，第二助手，立於患婦兩腿之間。

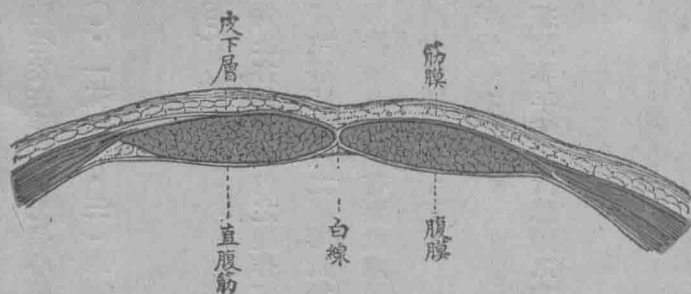
#### 腹壁切開 (Bauchschnitt)

用白線上之切開法。腹壁多在白線 (Linea alba) 切開，以其出血最少故也。當臍窩與恥骨縫之間，在中線上，施小縱切，經皮膚皮下脂層而達筋膜。附着於筋膜表面之脂組織，以刀尖向左右剔開之，則白線一如其名，成為

縱走之白色線而現出。其次加刃於白線，張開左右之腹直肌，切開腹膜下脂組織而達腹膜。腹膜以二鑷子拮起之，但勿夾腹腔臟器，兩鑷子間，腹腔微開，從開口部插入二指，檢查腸及大網曾否愈著於腹前壁，即以二指為引導，以膝狀大剪刀，勿傷內臟，將腹壁全層，向上下切開。下面注意膀胱，上面達臍窩以上時，須向左繞出臍部，既達臍上方，再在中線上切開。創面出血，以 Pean 氏鉗子止之。

在白線上切開腹壁，術後每起腹壁脫腸之症，以此理由，故主張種種切開法。其主眼處，謂僅恃筋膜癢痕，則抵抗薄弱，故以其下之肌肉作為支持床以補之。其法或在中線側方，加以縱切，即在此線，切開腹壁全層。或在中線外，縱切皮及筋膜，自肌肉剝離筋膜，達於腹直肌之內緣，向側方壓迫肌肉，在肌之後膜上，加以縱切，達於腹腔者，有之。此外雖有種種方法，著者以為偏於理想，無勞仿效，惟用白線切開，重層縫合，能愈合其左右筋膜，即已足矣。手術後脫腸，多以縫合不全，或化膿所致，苟能於縫合方法，縫合線之選擇，無菌法之厲行等，注意勿怠，則雖行白線切開，或亦可以完全豫防。加之手術後脫腸，在日

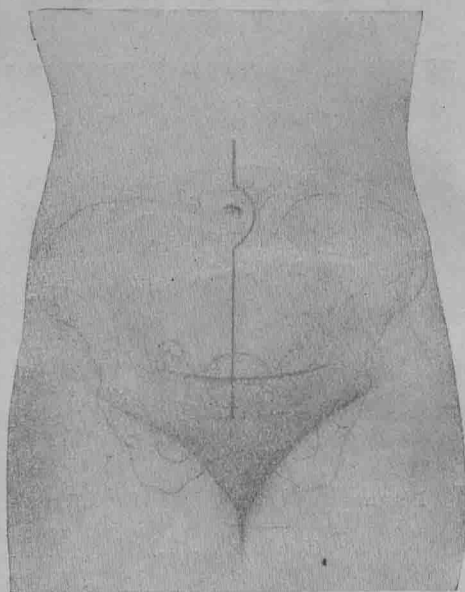
第四十五圖



腹前壁之下部斷面

本或謂遠少於歐美諸國。蓋白種婦人常以硬帶束腰，而日婦反是，多繫闊帶，對於腹壁癍痕，儼然一種無間斷之腹帶，此症少見，或卽以此。無論如何，吾人於白線切開，無須過於恐怖，惟腹直肌高度哆開，左右兩肌縫合困難，或於常

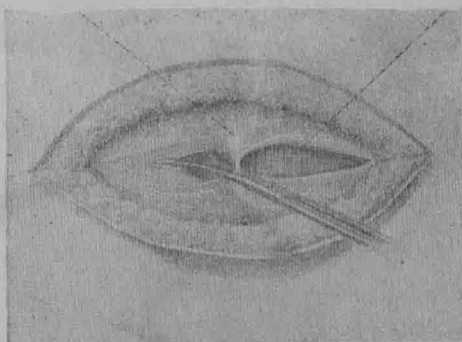
圖 六 十 四 第



腹 壁 開 截 線 白  
開 截 橫 上 縫 管 恥 及 開 截 縱 線 白

圖 七 十 四 第

線 白 肌 腹 直



Pfannenstiel 氏 橫 切 法 (一)

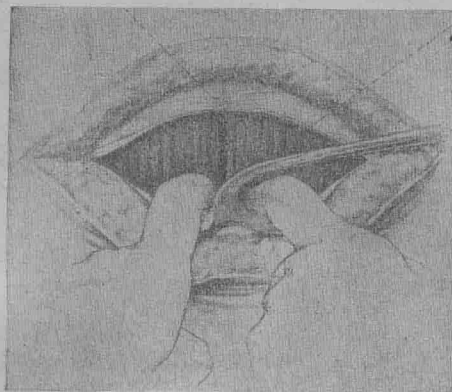
(Nach D. ü. K.)

用腹壓之勞動者，筋膜發育不良之類，須加注意。當是時，方法之最良者，爲 Pfannenstiel 氏橫切法，不但癍痕之抵抗力量大，且其癍痕，深藏於腹下部，自美觀的見地言之，亦爲一般所採用也。Pfannenstiel 氏恥骨縫上筋膜橫切法 (Pfannenstielscher suprasymphysärer Fascienquerschnitt) 簡稱方氏橫切法。在恥骨縫稍上方，

加以橫切，約十二種（略使向下彎曲）皮及皮下脂肪並筋膜，均橫向切斷，皮及脂層用刀，筋膜則加刃後，以剪斷之。次用指尖自肌之上下剝離筋膜，惟中線部須用剪刀（四十七至四十九圖）。筋膜既向上下作瓣狀剝離，即翻轉之，其中央部縫於臍下及恥骨縫上，次在白線上，左右分開腹直肌，即縱切橫筋膜及腹膜。此法本可視作 Pfannen-

直腹肌

圖 八 十 四 第  
線白

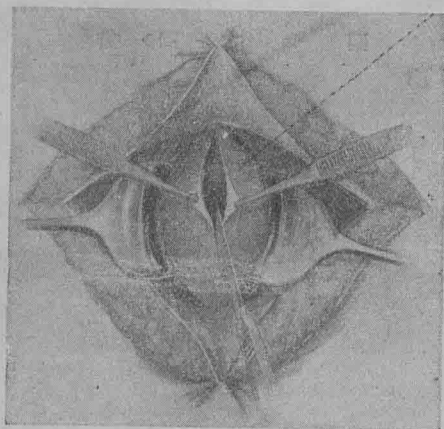


Pfannensteil 氏 橫 切 法 (二)

(Nach D. ü. K.)

圖 九 十 四 第

膜腹



Pfannensteil 氏 橫 切 法 (三)

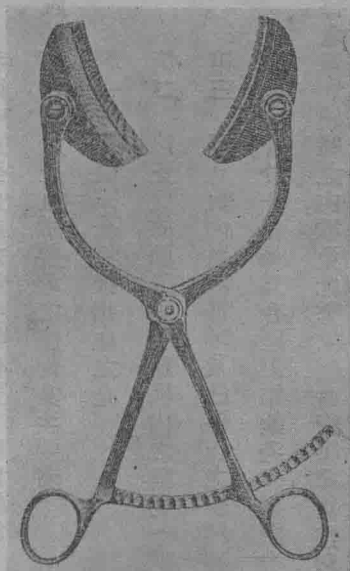
(Nach D. ü. K.)

ner 氏恥骨縫上十字切法 (suprasymphysealer Kreuzschnitt) 之變則，邱氏法僅橫切皮膚及皮下脂層，筋膜以下，則為白線上之縱切法。現今多從方氏。



腹腔內，且在小骨盆腔內，妨害手術部之開放者，腹壁及腸是也。開大腹壁切口時，用腹壁把持器（五十圖），將腹壁創緣向左右力曳而支持之。腸則以骨盆高位，向上驅除，倘不充分時，可用連續之綿紗，依次塞入腹腔，驅逐腸管於上方，可防其滑入下腹腔內用於腹腔內之綿紗片，往往誤留於腹內，一經誤留，初無反應，創傷雖經治愈，而

第五十圖



腹壁把持器 (性持)



弗理氏腹壁把持器

早晚必發異物之症狀，大抵成爲被覆之膿竈，破壞腹壁，腸管或膀胱而排出，不幸有大血管破壞時，有因急性失血而死者。故開腹手術時，在手術前，須豫計綿紗塊數，手術後檢點已用數及未用數，倘無過不足時再閉腹腔。或綿紗插入腹腔時，其一端籍以鑷子，作爲標識，或綿紗上拖以長線其外端常使垂於腹外。線之末端附以玻璃或金屬小

球亦可。

近時有東條氏報告一種腸管壓定器由氏所考案而成者。

止血法及失血預防法 (Blutstillung und Verhütung der Verblutung)

手術中完全止血之重要，無俟贅言。雖曰輕微出血，然由此而生之血餅，實為細菌之好培養基，大足使手術之成績不良，對於止血所要求之條件，其主要者。

第一 止血完全，無後出血之危。

第二 以止血故，而遺留於組織內之異物（例如絹絲），務使極少。

第三 因止血而血液循環業已停止之組織，務使少留。

結紮血管，於止血最為合理，但結紮過多，則縫合絲（異物）

每遺留於組織之內，欲免此弊，故將血管壓擗捻挫以圖止血者，往往有之。止血鉗子，即以此目的而思得者，其中尤以 Kocher 氏

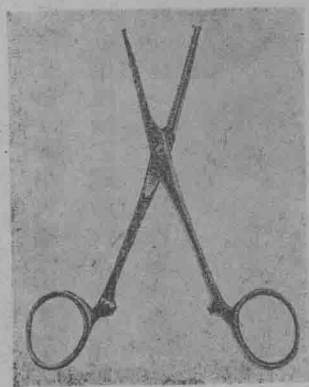
止血鉗子，為最適用（五十一圖）。小血管之出血，即以此夾之，放

置有頃，可以止血，但大血管，則終非結紮不可。用腸線結紮血管，有

不致遺留異物（縫合絲）之利。著者常用細絹絲。血管務須分離

而結紮之，蓋以後出血之虞較少，而異物（壞死組織）之遺留亦

第五十一圖



Kocher 氏止血鉗子

較少故也。若不能分離結紮時，不得已用周圍結紮 (Umstechung)。即於出血部，以縫合針貫之，與周圍組織一同絞窄血管。括束結紮 (Massenligatur)，在婦科手術，每多便利之處。然此法係將大組織片，總括而結紮之，故或誤將輸尿管結紮，或以針尖穿破血管，不僅此也，結紮之組織束，陷於營養不良，為細菌傳染之媒。故有不用此法，而以壓力強大之壓搾子，以圖壓挫止血者，但僅恃此法，則有後出血之憂。倘括束結紮在必要時，可先以壓搾子或大型 Kocher 氏鉗子充分壓搾，在業經壓縮之部位，行括束結紮可也。

出血面之燒灼法，曾經通行甚廣，然由燒灼而生之痂皮，能增高染毒之素因，故目下罕有用之者。由愈着剝離面之實質性出血 (Parenchymatöse Blutung)，以乾燥綿紗暫加壓迫，大抵可以止血。若不止時，可以止血藥浸濕之綿紗壓迫之。止血藥，可用九五%酒精，三至五%過氧化氫，Adrenalin (以一滴加入食鹽水中) 等。

手術中出血激甚，急速難止時，可以手掌或拇指壓力壓大動脈，然後徐圖止血之策。壓迫大動脈，有 Monburs 氏虛血法及 Gauss 氏大動脈壓迫器等，但在開腹中，不如用手止血之迅速安全也。對於急性貧血，豫防其失血死時，以注入生理食鹽水 (〇・八五%) 為最通用。殺菌之生理食鹽水，五百至千立厘，加溫如體溫，注入靜脈內或皮下。靜脈可選表在性者，多選正中靜脈，皮下注射，普通在大腿內面，或胸廓側部行之。皮下注射之際，一面注射，一面摩擦注射部，使液體廣布於皮下，助其吸收。食鹽水灌腸 (通常五〇〇立厘以內)，於不能注射時試用之，其效雖不及注射，然不失為良好之應急處置。

注入液除食鹽水外，更有用 Ringer 氏液 (由氯化鈉八・〇 氯化鈣〇・一 氯化鉀〇・〇七五 重

碳酸鈉○·一 蒸水一○○○·○合成者)及 Roche 氏液(由氯化鈉九·○至一○·○ 氯化鈣○·二四 氯化鉀○·四二 重碳酸鈉○·一一○·三 葡萄糖一·○ 蒸水一○○○·○合成)者。但在尋常，似亦無甚優劣也。

液體注入對於急性貧血，果有如何作用。蓋血液之激損，循環系之液質遂呈不足，非由組織中爲之補給不可。在補給未能整調，心臟過度勞動時，倘注入液體，則血壓立即上升，可救心臟過勞之險。但液體注入，不能補充血液之固有成分，且血球之不足，尤非倉卒所能補救，故出血量超過定限時(在動物爲體重之三%以上)以注入液體之故，血壓上升，雖可略延生命，而以血球缺乏，即氧氣攝取不足之故，終不免於窒息死亡也。

在止血不充分之際，決不可用食鹽水注入。例如對於輸卵管妊娠破裂，在手術前注入食鹽水時，起初因大出血而血壓低降，出血幾近於停止者，因注入而血壓上升，同時重新開始，益足以耗血液之固有成分。或謂當食鹽水皮下注入時，加入 Adrenalin 五至八滴，可防急性貧血之虛脫症狀云。

輸血法 (Bluttransfusion) 爲血管內注入血液以代食鹽水之法，由此可增高血壓，同時可補足血液之一切成分。本法在歐洲大戰中，英法軍普遍應用，而承認其有卓效者。今略述其實施法如左。

血液供給者之選擇 供給血液者，須無病健康。檢查 Wassermann 氏反應，及瘧疾原蟲之有無，固不待

論。輸血之危險，在血液凝集現象及溶血現象，故必檢查有無此等危險，即採取供者受者之血球血清，而檢其有無。上述兩種反應，其中尤須注意凝集現象。供給血液者，務求其與患者血族相近而爲同性者，但此等希望，難期滿足。

又能豫定給血志願者，試檢其健康狀態，以備不時之需，則大妙矣。

實施 給血者之血液，須防其凝固，血中溶解一%之枸橼酸鈉，可不凝固，又無害於受者之血液凝集力，亦無溶血作用。夫然，則血液可採取於稍稍濃厚之枸橼酸鈉液中（十至二十%）全血液中之酸濃度至一%爲止，加入血液。今欲得二〇〇・〇之輸血液，可於血液容器中，置二十%枸橼酸鈉一〇・〇，以承自靜脈流出之血液，徐徐混和之，使全量至二〇〇・〇爲止，若此，則血中之酸濃度，約爲一%。由此所得之血液，以綿紗二枚漉過之，注入患者之靜脈內。注入法，與注射六〇六同，但連結注射針之橡皮管，以短爲宜。注入之速度，一分鐘以五・〇爲度，起初注入二・五，倘不見有副作用，則更繼續注入。注入量因時而異，尋常爲二百至六百克，偶有至千克者。

自家移血法 (Autotransfusion) 爲遮斷四肢血行，使血液集於腦、心、肺等以補不足之法。行時低垂頭部，高舉四肢，或於四肢上纏 Esmarch 氏驅血帶，或用沒大小帶，然此法似未可期以著大之效果也。

對於急性貧血，內服茶、咖啡、赤酒等，於不能用其他救急法時，試之亦頗有效，但大量之飲用，有發嘔吐者，惟患者覺口渴時，少與之則無害，當是時以少量之生理食鹽水，常常與之似覺最宜。

出血甚多之手術後，長時間吸入酸素，最爲有益。因貧血而生呼吸困難者，尤爲有效。吸入法，或用 Dregar 氏麻醉裝置，或用市中販賣之酸素吸入假面。又對於呼吸困難，注射嗎啡〇・〇〇三，則可使呼吸中樞，稍形遲鈍，而收安靜之效，但對於心臟機能不無影響，亦不可不加以顧慮。樟腦，以太及 Digitalin 之注射，亦爲普通所樂用者。

空氣傳染點滴傳染及壞死傳染之豫防 (Vermeidung der Luftinfection, Tröpfcheninfectio)

## tion und Nekroseinfektion)

空氣傳染在實際上不甚可畏，已爲一般所承認。手術室中之空氣，雖有芽菌，但多不成爲傳染之原因。大抵以菌芽在乾燥狀態，俟其附着創面，至發育爲止，頗需時間，其時生活體之防衛準備已經整齊，菌芽不能逞其毒力故也。

點滴傳染與空氣傳染在實際上無多意義者相反，大須注意。術者之談話，咳嗽，噴嚏等，使有菌之唾液，飛散於手術野，有術者之汗，有誤滴於手術野之虞，故術者及助手之面，除兩眼及呼吸道外，一概均宜以布蒙之。

壞死傳染預防之巧拙，影響手術成績者至鉅。預防時，須完全止血，防血塊之停留，血管用分離結紮，少用括束結紮，力避裂傷挫傷，而代之以切創，又減少死腔，使血液淋巴，無停留之餘地。能如是避去壞死組織之遺留，則傳染之危險，自可減少矣。

開腹手術貴迅速者，亦與此同一理由，若使組織在空氣中乾燥，或長時間繼續器械的刺戟，則障礙其營養，對於細菌之自衛力，變而薄弱故也。

## 縫合材料之選擇 (Wahl des Nahmaterials)

遺留於創傷中之縫合絲，爲一種異物，漿液浸潤之，成爲細菌培養基。惟縫合絲之化膿，尋常僅限於其周圍，故其危險，不如壞死傳染之甚。縫合材料中，獨有腸線，在一二週間吸收，故其危險，不過極短時期，至絹絲，則每至數月或一年以上，遺存於組織之內，大致無何等障礙，但發生傳染時，其周圍化膿，直至排出體外爲止，不能治愈。故化膿

性手術所用之絹絲，不可不慮其爲化膿之物，線愈粗者化膿益多。

絹絲化膿，因厲行無菌法而其數大減，然不能達絕無之域。以豫防之故，可使防腐藥澆潤於絹絲，以殺附着於絲上之細菌，更努力防止新侵入之細菌發育，頗有成績可觀。法以絹絲浸以太中十二時，再置無水酒精中十二時，以 Subramin 三百倍水溶液，煮沸十分鐘，絞乾後，再在新換液中煮十分鐘，即置液內。以千倍昇汞水代 Subramin 亦可，惜刺戟強烈耳。液體不能浸潤之縫合絲，如銀線，或以火綿 (Collodium) 製之絹絲，雖以爲可制止化膿，然實無效。

### 腹膜炎之豫防法 (Massnahmen zur Vorbeugung der Peritonitis)

嚴守防腐制腐法，及對於傳染之局部素因，完全排除，則腹膜炎確可豫防，但一切腹腔內之手術，不能悉以無菌的行之。而手術局部既存之病菌侵入，有難以豫防者。如子宮陰道段癌腫及化膿性輸卵管炎等手術是也。當是時，必如何始可制病菌之跋扈，此實際上之重大問題。腹膜對於細菌傳染之關係，較其他創面，頗有著明不同之處。

第一、腹膜對於細菌，其抵抗力較大於創面，故輕度之傳染，臨床上多毫無反應而經過者。

第二、腹膜較之創面，對於細菌及毒素之吸收力均強大。腹膜具此性質，視細菌毒力之強弱，對於人體，有正相反對之二義。細菌毒力微弱時，腹膜立即吸收而送於血行，依血液之殺菌作用撲滅之。開腹手術中毒力微弱之膿汁，例如陳舊性輸卵管炎之膿汁，污及手術野時，腹壁雖化膿，而腹膜有免於傳染者，此吾人所屢經實驗也。反乎此，細菌毒力強烈時，傳染立即蔓延於腹膜全面，腹膜極盛之吸收作用，能得大量細菌及毒素，送諸血行，惹起危險

症狀。若是者，於敗血性產褥，輸卵管膿腫破裂等見之。

腹膜對於細菌傳染之特性，善於利用與否，於腹膜炎豫防，大有影響。凡能使腹膜抵抗力薄弱之素因，固須力避，即對於其吸收力，亦視菌毒力之強弱而方針不同。毒力弱者利用之，強者阻止之。然開腹手術中所能發生之腹膜傳染，大抵毒力微弱，故尋常多保持其吸收力，僅在特別狀況，圖吸收之妨礙而已。

要之苟非毒力強烈之細菌傳染，務求保全腹膜之天性，為豫防腹膜炎之第一義。實施時，須注意左列各項。

第一、機械及化學的刺戟，務須減少。化學的刺戟，以各種材料用熱氣消毒，而不用殺菌劑，因此可以極度制限，但欲絕對避去機械的刺戟，則頗困難。故宜用綿紗將腹腔下部，從上部隔離，避去上部之刺戟，且迅速施行手術，竭力短縮刺戟之時間。尤須注意者，為腹腔過度之乾燥。血液，創傷分泌之停留，為傳染素因，既如上述，但手術中使腹膜暴露於大氣而乾燥時，甚屬有害，腹膜內皮，因此陷於壞死，腹膜抵抗力，著明薄弱。為豫防乾燥之故，雖有以生理食鹽水，浸濕布片，包被腸管者，但似無大利益，不如以乾燥綿紗覆之為愈。綿紗立為腹腔內漿液所濕潤，可以豫防乾燥也。

第二、手術後使腸蠕動亢進。腸之蠕動，於腹膜吸收力，大有影響，蠕動停止，則吸收力著明減少，且減殺腹膜之抗菌力。手術前後投以雅片者，正與豫防腹膜炎之主旨相反，手術前使腸管過於空虛者，在此意義之下，亦屬有害。

第三、腹腔內勿留異物。蓋異物刺戟局部，發生腸管膠着，致腸蠕動局部停止，與腹膜炎豫防之主旨相反。腹



膜內排泄裝置，在特別狀況之下，以腹膜炎豫防之目的可以行之，但如上理由，非不得已時宜力避勿用。

第四、腹膜腔內勿遺創面。腹膜腔內縱有傳染，腹膜至一定程度，可以防禦之，但細菌附於創面時，則以此爲養基，從而增殖，腹膜之防禦力，遂不能克服之。故創面務置於腹膜外，以腹膜被覆創面可也。此外對於腹膜炎之豫防，如止血完全壞死傳染之豫防等，固屬必要，業於前條詳述矣。

能注意上列各項，則對於毒力不盛之細菌，可豫防腹膜炎，但一旦毒力旺盛之細菌，襲至腹腔內時，則腹膜之吸收力，忽爾吸收多量毒素，患者遂取死之轉歸。然細菌毒力之強弱，大概手術前可以豫想，當是時，豫先制止腹膜之吸收力，以防敗血症可也。制止腹膜之吸收力，有種種方法，而 Höhne 氏法似尙優良。

Höhne 氏樟腦油注入法 此法爲開腹手術三日前（至少亦須在二十四時以前），以樟腦橄欖油，豫先注入腹腔。行此法時，臍之下部，以碘酒消毒，在正中線皮上，加以小切開。切口大小，以能通注射針爲度，大抵無須局部麻醉。次由創口垂直刺入注射針，貫通筋膜。一過筋膜，則覺抵抗遽減。於是將針斜貫腹膜，以避腸管之損傷。針可用腰髓麻醉用注射者或用類似之套管針，稍磨鈍其尖端用之。針尖既達腹腔，拔去內針，先以與體溫同度之一% Novocain, Suprarenin 液十立厘，注入腹腔，五分至十分後，再以體溫同度之一% 樟腦橄欖油三十至五十立厘注入腹腔，注入既終，創口塗布 Jodoform 貼絆創膏，暫時命其安靜。注入後大抵略有腹痛，數時間即消退，罕有須注射嗎啡者。脈搏體溫呼吸等，無著明變化。此法業有多數實驗，但從無損傷腸及其他臟器者。

Höhne 氏法之效果，由氏自身之動物試驗，及清水中村二氏之動物試驗，已確切證明，以頗稱大量之菌注

入動物腹腔而不致於死。此種豫防力，在腹膜吸收力停止，其義甚明，但吸收力停止，是否果如該氏所云，由於腹膜面發生纖維性義膜，則未可遽為肯定。據小川氏之人體及動物試驗，則義膜發生，似大足懷疑也。

Hehne 氏之臨床的效果，業有多數報告，在日本首唱者為清水氏，而安藤氏亦在西京大學，就多數患者，加以實驗，亦稱之為有益云。

手術經過中，如腹膜為膿汁所汚時，立以樟腦油注入腹腔內，此法為 Pannensteil 所首唱，在日本，高山緒方諸氏之實驗，亦稱其有效，著者亦嘗應用此法，但小川中村兩氏在清水氏指導之下，所行之動物試驗成績，則言此法常有有害，故該法之應用，其操作雖甚輕便，尚大須研究。上述之外，更有手術前或手術中以核酸，食鹽水等行皮下注射使起人工的白血球增加，由此以圖局部及一般抵抗力之增進者，但人工的白血球增加，果有豫期之能力否，尚屬疑問。

### 腹腔內排泄裝置 (Drainage der Bauchhöhle)

開腹術中因膿汁等漏泄，手術後有腹膜炎之恐時，有時可於腹腔留一排泄裝置。但裝置之周圍，每生反應性炎症，使創面治愈著明延緩，故手術以無菌的終了，且術後腹腔內無滯留液體之恐者，此法有害無益，惟在特別時，此種裝置，甚為重要，由此而救患者之命者，比比皆是。

決定排泄裝置之適應，雖曰困難，然區別細菌毒力之強弱而考慮之，其解決之第一步也。腹膜對於細菌傳染之抵抗力甚強，腹腔內縱有少許膿汁漏出，不甚可怖。當是時，先注意膿之分量，性狀等，立刻行顯微鏡檢查，以察細

菌之有無種類，多少，膿球之種類，新舊，多少等。膿中無細菌時，則丁寧拭去之即足，膿中雖有細菌，而數少，膿球亦少時，其膿汁之毒力，大概微弱，往往無須顧慮。反是，細菌膿球均多量且新鮮時，則用排泄裝置，豫防膿之滯留，實爲必要。而於腹腔內有液體滯留之恐時尤然。實際上手術中漏泄於腹腔之膿，如輸卵管膿腫，或包被腫瘍之舊膿，大致力微弱。其強烈者，手術前已呈發熱及其他症狀，故可豫知。且輸卵管膿腫，大都由於淋菌，淋毒性膿，對於腹膜，不甚危險。

以排泄裝置而言，從前多用玻璃管或橡皮管，近時多用綿紗。子宮全剔出之際，勿閉鎖陰道斷端，而穿以綿紗，使向陰道排除即可。子宮存留時，以綿紗穿陰道後穹窿，從 Douglas 氏窩通於陰道。開 Douglas 氏窩時，以麥粒鉗子插入陰道，將陰道後穹窿，用力推向上方，其尖端略向左右開張，其中間加以縱切開，鉗子通過創口，送入腹腔，其尖端挾綿紗而抽出之。一晝夜後除去綿紗。

自腹腔排膿時，多用 Mikulicz 氏栓塞。以手巾大之 Jodoform 綿紗，其中央扣以長麻線，用麥粒鉗之長者挾此部，綿紗之餘部，包裹鉗子，成爲囊狀，插入 Douglas 氏窩，囊腔內以細而長之 Jodoform 綿紗充填之，其末端及囊之游離緣，在腹壁創之下端，使游離於外方，縫合創口之餘部，貼以多數綿紗，外施綑帶。此種排泄裝置，同時對於出血，爲止血栓塞之用。除去裝置時，可先去其中之綿紗，次牽中央麻線，將囊抽出。倘密着而難於剝離時，可以豫先加溫之殺菌食鹽水蘸濕後除去之。若僅爲止血之目的時，二十四時後可除去，縫合創口。不然，則創口聽其開放，創內之綿紗，視必要而交換之。

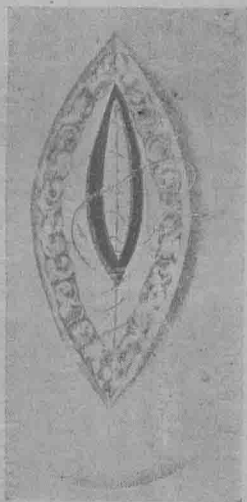
腹壁縫合 (Naht des Bauchschnittes)

腹壁創之縫合，尋常用重層縫合法。即將漿膜，肌層，筋膜，皮膚，逐層縫合。單層縫合，日後有脫腸之虞，故不用。重層縫合，於深在性之縫合，以腸線為宜。著者以腸線，行腹膜之走行縫合，其次則肌及筋膜，亦同以腸線為走行縫合，但肌及筋膜總括之縫合，及獨有筋膜之縫合，交互行之，第一針穿通肌及筋膜，兩層同時縫合，第二針則僅穿筋膜而縫合之，第三針，再同時縫合兩層（參看五十二圖）。最後以絲線穿皮膚及皮下脂層，行結節縫合。腹膜緊張強度者，偶亦行防緊縫合 (Entspannungsnah)。

行 Pfannenstiel 氏橫截法時，凡腹膜，肌層，筋膜，逐層用走行縫合，最後以絲線行皮膚之結節縫合。

縫合畢，以鑷子正表皮之接着，立施綳帶。綳帶為保護創面，防不潔物之侵入而設，無論如何纏絡均可，但著者現時所用之法如次。先用乾燥殺菌綿紗小片，摺疊如名刺大，列成屋瓦狀，被覆創面，其上重以稍闊之綿紗，最後以大者一二枚，覆其全面，以絆創膏數條，固定於腹壁，綿紗周圍與腹壁間，更以絆創膏閉鎖之，然後以布片施腹帶。

圖 二 十 五 第



合 縫 壁 腹

開腹術後之處置法 (Nachbehandlung nach Laparotomie)

開腹術後，腹膜在手術中所受器械的刺戟，空氣中乾燥之結果，消化管常略有麻痺，故術後二十四時之間，宜

廢飲食對於惡心乾嘔吐逆亦有與以少量之冰水者但寧以不與爲宜。Skopolamin 麻醉後多訴口渴亦與以飲料，惟用濕布拭其口唇而止。經過二十四時後，可與以少許流動物，牛乳亦可，但有時使腸內發生多量瓦斯。粥湯即無此虞。由次漸移行於固形食物，一星期後，可復常食。用吸入麻醉者，起初二三日，宜繼續流動食。手術後第三日（手術日亦算在內）行灌腸，其後如大便不通，每二日可灌腸一次，灌腸可治腸麻痹，有排泄瓦斯之效。但手術後，腸管完全麻痹時則無效，至第二日以後，稍稍恢復時，即發生效力。倘灌腸無效，脹滿甚者，用水楊酸 *Eselin*。

○·○○一皮下注射時，多奏效。手術後，亦嘗有投以鴉片劑，制止腸之蠕動者，惟蠕動停止，則增進腸內腐敗，使鼓腸增劇，且有減弱腹膜吸收力諸弊。惟在腸手術後，使創面愈着良好時用之。對於手術後疼痛，有注射嗎啡者，但能起腸麻痹，不可用，不得已時，可注射磷酸 *Codain* ○·○○一 *Codain* 制止蠕動之力頗弱。凡強度之鼓腸，蠕動之逆行，瓦斯及糞排泄缺如，吐糞等，每爲腸壅塞之兆，故常宜注意，若徵候已見，宜速用高壓灌腸，再不奏效，則再開腹，除去其原因。

腹綳帶不可接觸，完全放置之，手術後第八日至十二日（手術日亦在內），可拔去皮膚縫線，以 *Jodoform* 或 *Ainol* 散布之，或塗碘酒，更施綳帶數日。拔線後一二日，可使在床上起坐，再一二日，可使在室內步行，以漸增加運動。但須視患者之狀態而加以斟酌也。

若腹壁化膿時，可加以切開排膿，以五十%酒精爲濕布。著者近時，於此種切開創，以 *Dekin* 氏液浸濕之綳紗，置創面，一日交換數次，俟創面變爲無菌時，再行縫合，殊覺可行。對於腹壁深層之化膿，加大切開時，尋常以勿用

爲是。雖深層化膿，而破潰於腹腔者甚少，大抵通一細瘦管，向外破壞。當是時，吸吮療法之應用，大有推獎之價值。瘻管需時始能治愈，分泌多而膿竈淺在時，有切開其全長，使從速治愈者。縫合絲存留，足使膿瘻之治療遲延，故常注意除去之。

### 手術後肺炎 (Postoperative Pneumonia)

手術後所起之肺炎，因手術中及其前後身體着涼者最多，就下性肺炎及血栓性肺炎較少。故手術中宜避室溫之下降，及溫度激變，手術後以湯婆入衾內保溫，注意室溫以圖換氣。因着涼而生之肺炎，大抵起於手術之後或其翌日，體溫上升，脈搏增加，患者咳嗽頻發，訴呼吸促迫。手術後肺炎，極屬危險，故豫防勿怠，若已發生，則於療法大須努力。療法與一般肺炎無大差，加高室溫注意於窗戶開閉及換氣，避空氣之乾燥，施吸入法，以濕布貼胸部，對於心臟，投 *Digitalis* 劑，對於咳嗽，用遠志浸加磷酸 *Codain* 或鹽酸嗎啡，使之內服。惟手術後，因腹部創傷疼痛之故，患者不能用力咳嗽，充分排除分泌物，故須緊束腹帶，略起上半身，爲半坐位，俾容易祛痰。對於疼痛用嗎啡，非所宜也。

就下性肺炎，多在手術後四五日或其以後發生。療法與一般無異，特須注意其臥位之轉換。血栓性肺炎，多在術後一星期內外發生，普通有劇烈之胸痛，呼吸困難，咯血症。胸痛部位，呈濁音，捻髮音及呼吸音微弱。血栓若生於大血管內時，多猝死，若在小血管，有恢復者。

### 手術後膀胱炎 (Postoperative Cystitis)

手術後所起之膀胱炎，由於手術前業經存在慢性炎症之勃發者雖不少，但大抵為在膀胱附近手術後發生。偶亦有與膀胱無關之手術後發生者。凡若此類，多因導尿之傳染，故導尿時，導管固須消毒。外陰部尤以尿道口之消毒務須嚴重。然反覆導尿時，縱使消毒完全，而膀胱炎幾常不免，故導尿務宜避去，由下腹部之壓迫，外陰部之溫水灌溉等，促其自然排尿。若尿閉久不愈時，可試用硼砂甘油注入法。即先行導尿，以3%硼酸水洗膀胱，約留二〇〇立厘之硼酸水在膀胱內，注入3%硼酸甘油二〇立厘。由此大都自然排尿，此後無須導尿。或用〇·三至1%硝酸銀水之膀胱點滴法，有收良果者。若反覆導尿時，宜於導尿後，立即洗滌膀胱。

#### 第四節 陰道式手術 (Vaginale Operation)

先行外陰部及陰道消毒法，局部以外，用消毒布覆之（參看第五十三頁。）陰道式手術，患者身體之保溫，每易付諸等閑，故尤宜注意此點，手術室之溫度，宜二十七八度，不必要體部之露出宜避。

**患者之位置** 陰道式手術，普通在尾骶背位行之。大腿十分屈曲，使垂直停於腹部，大腿左右張開，尾骶骨尖端，使略挺出於手術臺之邊緣。令患者保持此位置時，宜用持腳器。此器有種種，各從其好，或不用持腳器，使兩助手從左右各持其一腳，支於肩上，使取截在位，亦甚便利。

**採光法** 陰道式手術，側光較上光尤為重要。置手術臺之方向，宜使外陰部適能與窗相對。更欲照明陰道或腹腔時，可於額帶反射鏡之鏡面，安一小電燈，固定於術者頭部，或陰道深部插入小電燈之類，但毋須特種裝置。

手術部位之開放。手術部位，如為陰道，子宮陰道段，或子宮部時，陰道須十分開張。開陰道時用 Simon 氏子宮鏡亦可，尋常多以特製之壓抵器（較闊於普通子宮鏡，且近於不呈溝狀而扁平者）壓陰道後壁，更適宜用二三鈍鉤，充分開大陰道腔。若手術部位，為子宮陰道段，或陰道壁之一部時，則以有鉤鉗，鉤該部而牽引之，務求拉出陰道口外。又陰道腔狹隘，陰道內操作困難時，有用陰道側切開（Para vaginal schneit）者。即從陰道側壁向坐骨結節加以斜切開，則因創面開張，而陰道腔變為廣闊，使手術易行。側切開，或一側或兩側行之，術終，對於切開部，施以縫合。

陰道式開腹術 (Vaginale Laparotomie)

陰道式開腹術，自 Dührssen 氏推獎以來，試用者甚多。主張此式者，稱其死亡率，較低於腹式開腹術，然其論據之統計，多不顧手術之難易。陰道式概為易行之手術，其統計上成績雖佳，亦不能遽下斷語，謂其較優於腹式。況陰道式中，尚有種種缺點。不僅手術狹小，操作困難，大概不能監視手術野，完全止血，從而困難。且強度愈著之腫瘤或超過兒頭大之腫瘤等，難於剔出，且惡性腫瘤多有移植於創口之虞。陰道式開腹術之利益，較之腹式，露出腹腔甚少，由此發生之各種影響均不大，恢復期短，疼痛不甚是也。

陰道前截開術 (Colpotomia anterior)

以鉗鉤於子宮口前唇，向陰門外牽出子宮陰道部，更於尿道口隆起一二糲下掛以單鉤鉗子，使陰道前壁緊張，在陰道前壁中央，從尿道口邊達子宮陰道部加以縱切，更於陰道部上，左右加以橫切，與縱切部成直角（第五十三至五十四圖）。次以指尖剝離子宮頸部與膀胱，達於腹膜。腹膜為移

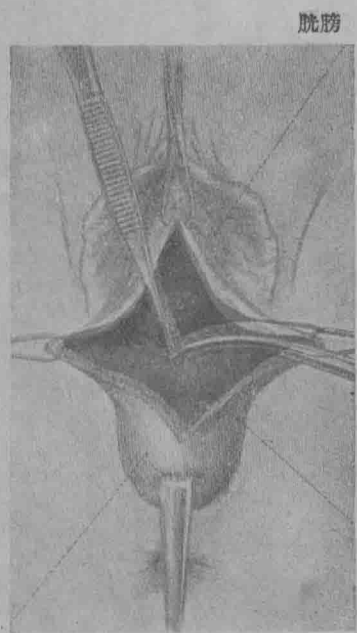


動性薄膜，易於觸知。於是以鑷子摘其皺襞，以剪向左右剪開腹膜，更在中央向膀胱方面，以勿傷膀胱為度，切開而擴大之。於是從此等造成之腹膜孔，插入子宮鏡之前葉或特製之壓抵器，將膀胱壓向前上方，以小鉗通過腹膜孔，鉤於子宮前壁而牽之，更將小鉗移向上方，遂達於子宮底，從腹膜孔將子宮底拉出外方。同時將子宮陰道部壓向後上方，除去陰道部鉗子。若無愈着時，輸卵管及卵巢，與子宮同時滑脫。惟提卵巢帶，雖緊張，然徐牽之尋常可伸展五六厘米。當是時切勿強力牽引，以恐勒帶上部，精索血管斷裂，止血困難之

第三編 婦科一般療法

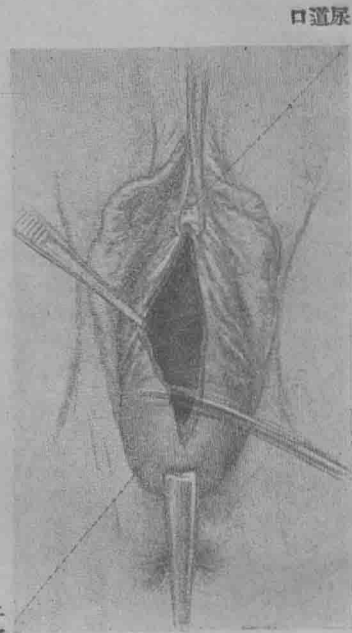
圖 四 十 五 第

圖 三 十 五 第



(二其) 術開截前道陰

(Nach D. ũ. K.)



(一其) 術開截前道陰

(Nach D. ũ. K.)

九五

子宮陰道段

腹膜

子宮陰道段

故。依此將目的物牽出陰道外而行手術。既終，復將子宮及其他納於腹腔中，腹膜剖面及陰道剖面，各以腸線縫合之。

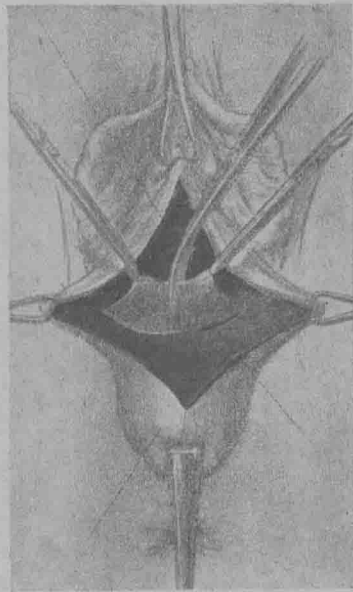
陰道後截開術 (Colpotomia posterior)

以鉗子掛於子宮口後唇，將陰道部從恥骨縫方向牽出，在陰道後壁中央，從陰道部起，約加以五厘米之縱切，而切開陰道壁之全層，達於 Douglas 氏窩。再向左右加以橫切，與之交叉，而擴大創口（第五十六圖）。後截開較前截開，既若是容易，故腫瘍若在 Douglas 氏窩，從子宮後方易於拔出時，固甚便利，若腫瘍位於上方，或係未產婦，則

第五十六圖

第五十五圖

膀胱



九六  
腹膜

子宮陰道段

陰道前截開術(其三)

(Nach. D. ũ. K.)



膀胱

陰道後截開術

(Nach. D. ũ. K.)

子宮陰道段

大概宜用前截開法。蓋陰道前截開較之後截開，極易將子宮及卵巢牽出故也。後截開之劍面，用一層腸線縫合。

## 第二章 非手術療法

### 第一節 門診一般療法 (Sprechstundenbehandlung)

婦科門診治療之範圍，近來著明縮小。因門診僅行陰道洗滌，塗布藥液，婦科疾患大抵難於治愈故也。現在門診療法之主要者，爲洗滌陰道，陰道栓塞，簡單之腐蝕燒灼，瀉血，藥液之子宮注入或洗滌，插入 *Pessarum* 並其監視，對於膀胱尿道之簡單處置等，更有許多理學療法，亦可於門診行之。

#### 陰道洗滌 (Scheidenspülung)

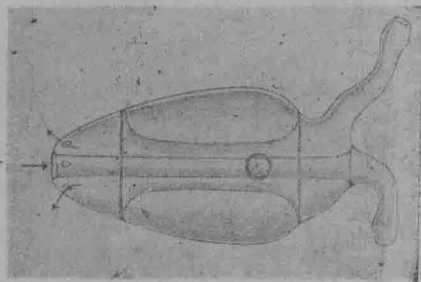
洗滌陰道，尋常用 *Irrigator*，在玻璃或金屬圓筒底部，或橡皮囊底部，連結長約一·五米突之橡皮管，其尖端附有玻璃或硬橡皮之嘴管。管尖有開放者，有閉鎖而於管側開數個小孔者。圓筒懸於高處，盛洗滌液，以嘴管插入陰道，使液體流入，以滌陰道及子宮陰道部。此際水柱之高（筒內水面與陰道之距離，以不越三四尺爲度。洗滌時，使患者臥內診臺上，以子宮鏡開陰道，清洗陰道壁。或有不用子宮鏡，單以手指洗滌者。在日本臥席上，使取仰臥位，臀下襯以油紙，或橡皮布，上置便器，在歐式臥床，則以橫床位爲宜。患者亦可於浴室，或廁所自己洗滌，即去

床三四尺處，敲一釘，將圓筒掛釘上，患者如登坑之姿勢，以嘴管連一指或二指送入陰道，洗滌之。指尖須超過嘴管之尖端，否則嘴管有損傷陰道壁之虞。陰道洗滌，尋常每日一回至三四回。

洗滌陰道所用之液，爲單純溫水，或以食鹽一食匙，碳酸曹達一食匙，Lysol, Lysoform 一茶匙，硼酸一二食匙，明礬一二茶匙，木醋一二茶匙，溶解於一二呎水中，或用一至三％石炭酸水，○・三至○・五％單寧酸水，○・三％水楊酸水，○・二至○・五％硝酸銀，氯化鋅，硫酸鋅水溶液，一％醋酸礬土液，○・三至○・五％碘酒液，○・一一至○・五％ Profarcol 液，二千百倍至五千倍之昇汞水，二千倍至一萬倍之佛馬林液，三千倍至一萬倍之過錳酸鉀液等。其他因收斂或殺菌目的所用之藥液，不遑枚舉。溶液之溫度，視目的如何，或用冷者，或用高溫（約五十度），或用其中間溫度。惟冷水洗陰道，每有虛脫或致失神者，多不用。

尋常門診所行之洗陰，主要雖以清淨生殖器爲目的，而同時對於局部，有溫熱及機械的作用，占理學療法之一部。冷洗及熱洗，要皆由溫度的刺激，促滑平肌及橫紋肌之收縮，有止血作用。長時間之熱性洗滌，骨盆內臟器充血，增進局部之新陳代謝，速滲出物之吸收，或促進化膿之成熟，又對於癩痕，能使軟化，對於疼痛，可以輕減。欲使熱性洗陰更加有效時，可用冷熱交互洗滌。即冷水與熱水各五分間交互灌注之，則其刺激更爲強大。冰冷及熱性洗

第五十七圖



橫山氏熱性洗陰器

陰，倘外陰部不能對於溫度刺戟加以保護，則此部疼痛，故須相當之保護裝置，橫山氏熱性洗陰器（第五十七圖）於此點最爲便利。此器以空氣層，從外陰部遮斷洗液溫度之影響。

#### 陰道栓塞 (Tamponade der Scheide)

陰道栓塞，係用脫脂棉（或綿紗）小塊蘸藥品，填塞於陰道內之法。栓塞上繫以線，其一端使垂於陰門外，便於除去。插入時，先用子宮鏡，清洗陰道，然後以長鑷子挾栓塞，其一端蘸藥液或藥粉，插入陰道深部。除特別情形以外，在十二時間以內，尋常四五小時即須除去或交換。不然，恐有腐敗分解之虞。

用於栓塞之藥品，爲 Ichtyol (10%) Thyonol (10%) Ichtyol-Koralgol (兩液各10%等分混和) 等水溶液，或用甘油溶液。Potargol, Ichthalgan 等銀製劑，亦常應用。此外如碘鉀甘油 (10%) 單寧甘油 (10%) 明礬甘油 (10%) 等亦多用之。以粉末論，則用 Jodoform 單寧與 Jodoform 之等分合劑，明礬 AiroI, Dermatol, Tanoniform 啤酒酵，白陶土等。

陰道栓塞之目的，在使藥劑作用於陰道或子宮陰道段。更有許多藥液，由陰道吸收，以圖其良效及於子宮及附屬器者有之。此外有以止血之目的而用栓塞者。是時可用棉花或綿紗緊塞陰道，壓迫出血竈。亦有蘸止血藥如一半氯化鐵液之類者。

#### 陰道球 (Scheidenkugel)

陰道球云者，於諸種藥劑，合以賦形藥，使成球狀，插入陰道時，賦形藥在陰道內溶解，藥劑遂與陰道壁普遍接

觸。故陰道球與陰道栓塞，用於類似之目的。陰道球，患者可自行使用，故頗便利，但非用棉花或丁字帶保護外陰部則藥液流出，有污染衣服之弊。陰道球，尋常在就寢前插入，次晨行陰道洗滌，使陰道及外陰部清潔。

陰道球之賦形藥中，尋常用 Kakao 脂，以三克成一球，和入 Ichtyol 〇・一五，碘鉀及萘若越幾斯（碘鉀 〇・二，萘若越幾斯 〇・〇三）等，或在 Ichtyol 球中，加 Koralgol 〇・一者有之。Krede 氏之 Koralgol 球，以乳糖為賦形藥，以甘油凝固之。

子宮陰道段之腐蝕及燒灼 (Aetzung und Verbrennung der Portio vaginalis)

在陰道段，有加答兒糜爛出血等時，以子宮鏡露出陰道段，用碘酒，木醋，硝酸銀，石炭酸，一半氯化鐵液，氯化鋅液（二〇%）等腐蝕之。燒灼，多在惡性腫瘤手術之際，作為豫備，搔爬陰道段潰瘍之後，以止血兼消毒之目的。行熱灼時，用烙鐵或 Raquelin 氏烙白金，或用冷灼法（參照子宮癌療法。）

局部瀉血 (Locale Blutentziehung)

生殖器之慢性充血，且對於子宮實質炎，有在子宮陰道段行瀉血者。法以子宮鏡露出陰道段，洗陰道，於陰道段塗碘酒，乾後，於此部施淺穿刺數處，採取十五至三十克之血液，有必

第五十八圖



亂刺刀

要時，隔數日反覆行之。採血後於陰道段用 Jodoform 栓塞，出血強劇時，以一半氯化鐵液止血。穿刺時尋常用亂刺刀 (Skarifaktor) (第五十八圖)。

此刀於刺 Naboth 氏小胞 (Ovula Nabothi) 時亦用之。

子宮黏膜腐蝕 (Aetzung des Endometriums)

子宮內塗藥時，尋

常用子宮卷棉探針。此

較子宮探針略細，且其

表面粗糙，以防棉花滑

脫，於此卷薄棉一層，先

以子宮鏡露出陰道段，

將子宮口消毒，於子宮

口前唇，鉤一鉗，固定之，

將探針適宜屈曲，使合

於子宮彎曲之度，以藥

液浸綿上，徐徐插入子

宮腔內，在腔內普遍塗布藥液。頸管有濃厚之黏液充填時，以乾燥之卷棉探針拭去之，或以三%曹達液浸濕之卷

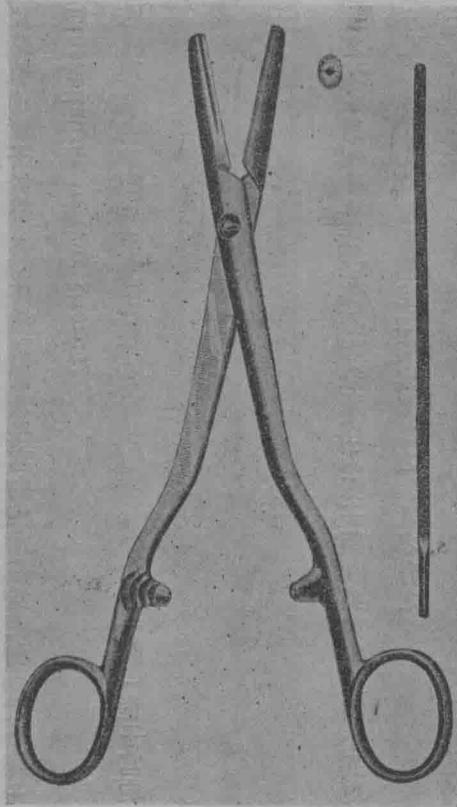
棉探針，先行除去黏液，或洗子宮腔。頸管狹小時，先用頸管擴張器，使稍開大，則易於插入。藥液用碘酒， Iodtyol

第五十九圖



子宮棉卷探針

第六十圖



著者所用卷棉棒及鉗

(純粹或稍稀釋) 石炭酸甘油 (五〇%) 一半氯化鐵 (純粹或稍稀釋) 佛馬林液 (三十至五十倍) 氯化鋅液 (十至五十%) Protargol 液 (五至十%) 等。著者所用之卷棉棒，為易於屈曲之扁平金屬棒，卷以棉花，施蒸汽消毒，豫先儲備多根，臨用時挾以鉗子，於棉上浸藥液，可插入子宮內，使用甚為便利 (六十圖)。

子宮內注入 (Einspritzung in den Uterus)

尋常用 Braun 氏子宮內注入器 (Braun'sche Intrauterinspritze) (六十一圖) 惟子宮內注入，有藥

液漏入輸卵管及腹腔內之危險，故注入之藥液，非使自由還流於陰

圖一十六第



器入注內宮子

道不可。即頸管狹窄時，豫先擴張之，又注射須徐徐行之。決不可急遽壓入吸子。藥液與前條大同小異。更以減少此等危險之故，於注射器尖端，穿小孔數個，其周圍卷以棉花如卷棉探針之裝置者有之。

子宮內洗滌 (Uterusausspülung)

子宮內洗滌時，以 Bozemann-Frisch 氏之子宮導管 (六十二圖) 代 Irrigator 之嘴管，插入子宮腔內。此導管為一種複管，藥液通過內管，入子宮腔，洗滌子宮內面後，由外管側面大孔復入外管，經內外管之間，流出於子宮腔外。導管插入法，與卷棉探針同，惟當插入時，須先排除管中空氣，豫防空氣梗塞 (Luftembolie) 為要。頸管如狹隘，須先擴張。洗滌水柱之高，不可過〇・五米突，蓋以液體有侵入輸卵管之恐故也。洗滌液用生理食鹽水，一



· 曹達水，三%硼酸水

· 1% Lysol 水，酒精

· 二%過滿俺酸鉀水

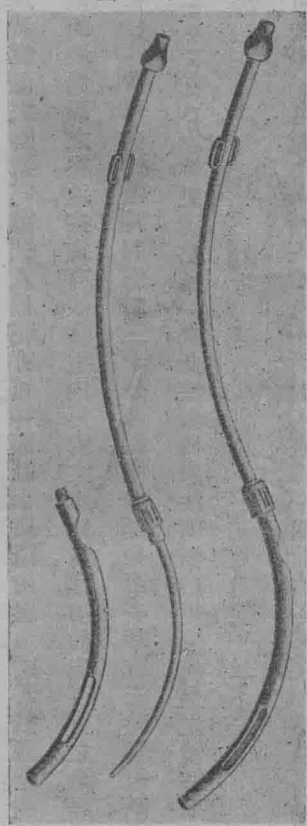
· 〇·五%硝酸銀水

· 〇·五% Prolargol 液

· 三至〇·五%碘水等

每洗一次，用一至二罇，有時更須用大量者。

圖二十六第



Bozemann 氏導管

### 第二節 理學療法 (Physikalische Therapie)

#### 按摩法 (Massage)

行婦科按摩法時，先將患者之膀胱直腸空虛，內外兩手間，挾其所欲按摩之部，儼如雙合診，以外手環狀摩擦之，或使癥痕伸展。此時如動陰道內之指，有挑撥惡劣情緒之恐，故宜力避。按摩以不起劇痛為度，每日反覆行之。粗暴之按摩，能使慢性炎症，忽然增惡，故骨盆內有急性或亞急性炎症時，固宜避去，即為慢性炎症，亦決不可起。始即用強力。

以避卻劣情之刺戟，有用振顫按摩法者。在電氣振顫末端，附以小球，插入陰道，使當局部而振顫之，同時以外

手壓迫小球。就按摩之效果言，非無異議，但能不誤適應禁忌，則其效驗有不容漠視者。但如昔所主張，謂子宮後屈，子宮脫或慢性子宮實質炎等，均可由此法治愈，則非所望。此法之真正領域，在愈着癥痕之剝離伸展，此說似稱允當也。

### 荷重療法 (Belastung)

荷重療法或名壓迫法，可看作按摩之代用法，壓迫愈着，癥痕及滲出物，由壓迫後所起之反應性充血，以收治療之效。但此法與按摩，不盡同一作用，例如由此法將滲出物驅除之後，對於久存之癥痕索條，可用按摩是也。

行此法時，使膀胱直腸空虛，清洗陰道，使患婦取中等度之骨盆高位（高山式壓迫臺，甚便利），以不致穿孔之 Kelpouryuter（或用牛之膀胱），插入陰道，其外端與充滿水銀之橡皮囊連結，橡皮囊高舉時，水銀即流入 Kelpouryuter 之中，夫然則水銀以其重量，壓迫癥痕。但水銀必流向陰道中抵抗較少之部，不甚能壓迫癥痕，故宜使患婦豫先取病側臥位，或於健側之陰道穹窿，插入棉花亦可。一面既由陰道內壓迫，同時於腹壁，載以一二千克之霰彈殼，加以反對壓力，則對於局部之壓迫，益為有效，陰道內可容之水銀量，起初約五百克之譜，每回加五十克，其終可至千五百克。施術每日一次，每次持續時間，以二三十分起始，漸次延長，至一時或三時。壓迫既終，使水銀還流於橡皮囊內，然後除去 Kelpouryuter，更洗陰道一次。此法與按摩法同，僅於炎性疾患之慢性期行之，對於急性及亞急性，均須禁忌。

以霰彈代水銀之用亦可。先掛子宮鏡，以麻囊入陰道，一面放入霰彈，一面抽出子宮鏡，則陰道穹窿為霰彈囊

所壓迫。霰彈價廉，但不便使用，且壓力亦不及水銀。

安藤氏於門診之壓迫時間及重量規定如左，便於初學之準據。

次數順序	水銀量(克)	持續時間(分)
1	500	20
2	500	20
3	550	25
4	550	25
5	600	30
6	600	30
7	650	35
8	650	35
9	700	40
10	700	40
11	750	45
12	750	45
13	800	50
14	800	50
15	850	55
16	850	55
17	900	60
18	900	60
19	950	60
20	950	60
21	1000	60

### 乾燥熱氣療法 (Haisslufttherapie)

熱氣之主要作用，在使組織起實性充血。熱氣作用於骨盆，則骨盆內充血，增進組織之榮養新陳代謝，促滲出物之吸收，或促化膿之成熟，使迅速治愈。加之熱氣能著明減輕疼痛，尤足博患家之感謝。脈搏體溫呼吸略增進，血液，則白血球增加。血壓或云下降，或云上昇，無定說。

疼痛因熱氣而輕快，由於內臟平滑肌之弛緩與充血。發汗雖亦為治效之一因，而事實似不倖。汗腺分泌之最盛者，為攝氏四十至六十度，若過八十五度，則汗腺麻痺，不復出汗。而熱氣療法所用空氣之溫度，在百度內外。（皮膚所能堪之溫度，遠在百度上。）

婦科之熱氣療法，偶有用於外陰部或陰道者，但多用於腹部。使熱氣作用於腹部，雖有種種裝置，要之將腹部周圍之空氣，與外部遮斷，以電燈或火溫之即足。使用簡易者，為高山氏所思得之裝置（六十三圖）。其主部被覆

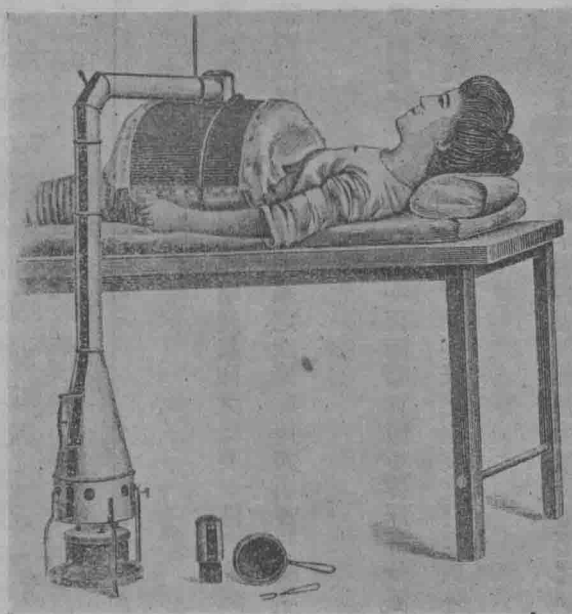
仰臥者之腹，成於半圓筒狀之保溫匣，筒之兩端蒙法蘭絨，懸垂於患者腹壁，匣之內外，即由此遮斷。熱源用酒精燈或煤氣燈，置於匣中，覆以倒裝漏斗狀之火爐，在該部燒熱之空氣，從圓管送往匣中。匣內之溫度，由匣上所裝寒暑表而知之，由圓管中途所備調節瓣而調節之。用此器時，使患者放尿，着浴衣仰臥，裸出腹以下之下體，背部及腰以下，鋪橡皮布，以備發汗，用保溫匣覆季肋以下大腿部。於是點燈，以一定溫度，一定時間加熱，待匣內溫度降至體溫以下時，除去裝置，拭汗，暫時溫包，使守安靜。於容易上衝之婦人，加溫巾於前額施冷罨法。

圖 三 十 六 第

溫度，第一次為六十至七十度，此後以患者之自覺為標準，漸漸加高溫度，以能樂受為節。高

山氏以九十度至百二十度為適當。使用時間，據高山氏第一次為三十分，以漸延長，四五回後，可達一小時。日行一次，月經時中止。使用回數據云有五回以上至百十六回者。此療法中，在第一回後，尤須監視體溫脈搏，如熱源出自

洋燈時，須注意室內換氣法。



置裝氣熱氏山高

安藤氏規定之加療標準如左：

次數順序	溫度(攝氏)	持續時間(分)
1	80	20
2	80	20
3	85	25
4	85	25
5	90	30
6	90	30
7	95	35
8	95	35
9	100	40
10	100	40
11	105	45
12	105	45
13	110	50
14	110	50
15	115	55
16	115	55
17	120	60
以下		同

熱氣療法之主要效果，在促慢性炎症滲出物之吸收，緩和疼痛。對於愈着，非無效，但不及荷重法。本法之禁忌，為急性炎症而發熱者，及妊娠、肺結核、末期及有心臟疾病者。

### 水治療法 (Hydrotherapy)

1. 坐浴 (Sitzbad) 坐浴用浴盆，其大小形狀有種種，但以能沒至患者臍下為度。下腹部及大腿，必須浸於水中，但兩足儘可置於盆外。上半身以毯包之，豫防感冒，頭部置冰囊，以防充血。

(1) 溫坐浴 在攝氏三十四五度至四十二三度熱水中，坐浴以十分至一小時為適度。骨盆內因而充血，催促吸收，鎮靜疼痛，而子宮收縮。故於慢性骨盆結締組織炎，無熱之滲出物，無熱之附屬器炎症，月經痛，月經不調，生殖器發育不全等，用之有效。

(2) 冷坐浴 攝氏十度至十八度，入浴一分至五分鐘。由低溫之刺激，使骨盆內臟起收縮貧血，浴後該部血管，起反射的擴張。故適於無月經，月經困難，生殖器衰弱等。入浴中以下半身貧血之結果，頭部鬱血，故於患者，宜使

戴冷濕帽子。此浴法，在過於衰弱之患者以不用爲宜。

二、足浴 (Tarsbad) 使患者靠椅上，兩足置冷水或熱水中，相互摩擦。溫足浴，使骨盆內充血，有催經作用。冷足浴，使骨盆內貧血，於更年期出血有良效。

三、半身浴 (Halbbad) 在洋式浴盆使伸下肢而坐。在二十度至四十度之水中，浴乳下之半身。入浴時間，視疾病狀態而有增減。入浴中，冷卻頸部以上，浴後在褥中保溫。半身浴在婦科應用不多，惟慢性附屬器炎，骨盆結締織浸潤用之。

四、全身浴 (Vollbad) 日本式或洋式浴盆均可用。溫度，自三十度至四十一二度。入浴時間，自三十分至四十分。全身浴，能安靜身體，和緩疼痛，催促睡眠，故適於神經衰弱，鬱憂症，不眠，興奮等症狀。對於滲出物，寧以坐浴爲宜。

五、灌注法 (Douche) 水之溫度作用兼有水壓之機械的作用。水溫自十度至二十度或三十度至四十二度，水壓尋常一至三氣壓。水條由多度小孔噴出如驟雨者，名之曰雨浴 (Regendouche) 因噴出之方向，別爲上行雨浴，側出雨浴，下行雨浴等。水滴微細如噴霧者曰霧浴 (Staubdouche) 短時間之冷灌注法，其後立有甚強之反應性充血，在腰部等行之，於月經不調之類有效。溫水灌注，有鎮靜作用，在上半身行之，對於月經過多症，月經痛等有良效。冷水與溫水互用之冷熱交互灌注法，其刺戟更加強烈。

#### 六、霰法 (Unschlag)

(一) 冰霰法 下腹部之冰霰法，對於生殖器，有消炎作用，於生殖器充血或急性炎症，爲不可缺者，以棉布一

二枚置皮上，其上貼以冰囊。

(2) 冷濕罨法：為一種興奮罨法，以冷濕布貼皮上，覆以油紙，濕布乾時，立即交換（每四五小時一次）。此法在濕布尚冷時，與冷罨法有同一作用，但由體溫濕熱時，能阻止體溫放散，遂致充血，故在炎症之亞急性期，有催滲出物吸收之效，即 Priessnitz 氏罨法是也。

(3) 溫罨法：下腹部施溫罨法時，於生殖器發實性充血，促滲出物之吸收，有使疼痛輕快之效。溫濕布，務防其溫度之降下，在未冷之先，必須時時交換。乾性溫罨法，可用懷爐，溫石，電熱器炒鹽等。

### 電氣療法 (Elektrotherapie)

平流及感應電氣，於婦科治療，均嘗應用。但近年此等電氣療法，以漸衰落，獨有高壓電流之應用，日臻盛境。

#### 1. 平流電氣 (Konstanter Strom, Galvanisation)

於婦科治療，用平流電氣時，以其一極置陰道中或子宮內，他極置下腹部。陰道導子，成於球形金屬，附有不導體之柄。子宮導子，為金屬製探針，插入子宮以外之部分，以絕緣體包之（對於子宮出血，有用球狀之木炭導子者）。插入導子時，用子宮鏡，嚴重消毒後插入之。貼於腹壁之導子，尋常用浸濕之棉花或綿紗，厚裹閻鉛板為之。

電流方向，視電流應用之目的而異。在婦科治療平流電氣之應用，主要用電流之極作用 (Polare Wirkung) 而兩極之極作用，其性質不同，陰極能於周圍起實質性充血，促其吸收，同時有鎮痛作用，故對於滲出物，化膿竈等退行，甚為重要。陽極反是，主要在有止血作用，去其充血，同時有鎮痛作用。此外陰陽兩極，均有腐蝕作用，而陽極尤

爲強烈。蓋以電解在兩極所生之酸或鹼之化學作用，陽極爲酸所腐蝕，陰極爲鹼所腐蝕，由此所生之痂皮，亦與由礦酸或鹼所生者相同。兩極既有特異作用，故吾人應各種情形，選其一極，使之作用，而阻止他極之作用。其作用極即能動極，*Activer Pol* 常置陰道中或子宮內，他極即非動極，*Inactiver Pol* 置腹壁上。此所以用較大之腹壁導子也。電流之方向，於能動極用陽極或陰極，因而自行決定可也。

電流之強，有用十至二十 *Milliampere* 卽足者，有須用三百 *Milliampere* 者。但第一次不可超過三十至五十電氣單位，用百單位以上時，卽須麻醉。電流之開閉，切勿急速，宜徐徐爲之。持續時間，平均以五分至十分爲度。次數，若爲弱電流，可每日行之；若係強電流，則須間歇數日。

## 二、感應電氣 (*Induktionsstrom, Faradisation*)

感應電流之作用，主要在使肌纖維收縮，故在婦科應用之範圍，甚爲狹小。

感應電流，應用於女生殖器，多用雙極導子。陰道雙極導子，爲以絕緣體所包之棒狀物，其尖露出兩個相互絕緣之金屬性極。各極連結於感應發電器第二回線之兩端。子宮雙極導子，構造亦同，惟較小。用法與平流電氣無異。電流之強弱，由患者感覺測之，起初第一與第二回線相遠，漸使接近，增強電力，更以接觸螺旋調節之，以患者不覺甚痛爲度。時間，普通十至二十分。

## 三、*d'Arsonvalisation*

周波數，卽在一秒間變向回數不大之交番電流，雖低電壓，於人體亦有危險。例如常用電燈（周波數五十至



六十)之電壓，雖僅百二十電壓以下，觸之亦屢危險，此熟知之事實也。然周波數至百萬以上時，電壓雖至數百；但毫無危險，且幾無何等刺戟，而電流貫流組織。此等高周波電流，名爲 Tesla-Arsonval 電流。

感應發電機第二次回線所生之電動力，第一次回線之電流開閉，愈速愈大。但普通之電流斷續器，一秒間僅能斷續一千至二千回。Tesla 氏以欲增多其回數，故用因放電之電氣振動以代斷續器。蓄電器所儲之電氣，放電時，電位不能一度即達於平衡。在一定時間，電位之在高低呈波動狀，此所謂電氣振動。振動數，每秒可達百萬或千萬回以上。振動數若是增多之電流，通於第一次回線，則第二次回線所生之感應電動力，非常強大，於是可得振動數極大之高壓交流。

d'Arsonvalisation 云者，爲應用此等高周波電流，以連於第二回線之金屬刷狀導子，輕輕擦過皮上之法。其時雖見導子尖端，有紫色之小閃光飛濺，但毫無痛苦。惟導子不可固定於一處，須不斷運動，擦過皮膚。施術之時間，十分至二十分，每日反復行之。本法對於憂鬱症，神經過敏，瘙癢等，雖常用，然就效果而言，不無可議之處。高周波電流之效於透熱療法，最爲顯著。

#### 四、透熱療法 (Diathermie, Thermopenetration)

高周波電流於人身無危險，既如上述。而電流所通之導線，其溫度常上升。據 Joule 氏定律謂「電流通過導線時所生之熱量，與電流強度自乘，及導線抵抗又時間之積，成正比例。」於人體通高壓電流，則在其通路發生溫熱，爲自然之理。應用此理，以溫暖身體之某部分，求達治療之目的者，即透熱療法是也。

普通之溫熱療法，如熱氣療法，溫罨法等，從體外所加之熱，其直達皮下之距離，不能過數密米，而透熱療法反是，不害皮膚而能直接溫暖深部之臟器，起實性充血而現減損作用及鎮痛作用，普用於全身，則能促進新陳代謝加之組織內發生之高溫，能障礙內部所存細菌之發育，例如淋菌，在四十度即失其生活力者，於初期施行此法，效果尤甚著明。故本法之適應症，為淋毒性關節炎，惡急性及慢性淋毒性內膜炎，淋毒性附屬器炎，淋毒性尿道加答兒，婦人生殖器結核等，此外如一般在鬱血療法，溫熱療法之適應症，殆常有卓效也。

行本法時，用二導子，所欲治之臟器挾於導子之間。導子有種種，可分陰道導子及平板導子二種。陰道導子，為金屬棒，平板導子，則成於大小種種之鉛板。平板導子與皮膚接觸面，以厚薄適宜之濕棉紗蒙之，鉛板適宜屈曲，使皮與導子密着。皮與導子間，如有間隙，則有強劇刺戟皮膚之危險。陰道亦然，勿留間隙。故 Sellheim 氏以韃皮滿盛霰彈為陰道之導子。兩導子，有用兩平板者，亦有平板導子與陰道導子並用者。用兩平板導子時，兩平面使互相並行。兩導子間之距離大時，其間所起之加溫作用減弱，又兩導子間，如有骨組織，亦足障礙加溫作用，故用兩平板導子時，必其病竈為表在性，例如關節炎之類，或以不能用陰道導子時為限。普通係陰道導子與平板導子並用，陰道導子，不但可與內生殖器接近，且導子面積頗小，故溫暖生殖器之力強大，蓋兩導子間之發溫作用，與小導子相近之部分常強大故也。陰道導子，插入陰中，平板導子，貼於腹下部，腰部，腹側部等，將病竈挾於兩導子之間。兩導子之位置既定，即於其部固定之，防其移動。蓋以通電時，若導子移動，則有危險故也。固定導子後，即通電流，以漸增強，達一定度，則即以其強度，持續若干時，次將電流漸次減弱，至電流完全停後，始除去導子。須注意電流強度，不可急。

變。化。電流之強度，因導子大小，組織種類，部位等，不一定，但大凡對於導子之一平方仙米，以十至六十 Milliamperes 爲度，故對於百平方仙米之導子，可用一至六 Ampere。兩導子之面積不同時，依其小者計算，但此算法非必確實。要之不可用皮膚所不能受之量。其量因人而異，又以局部而不同，故宜一一測定其耐熱力，用 Ampere 指示之。一回之持續時間，五分至三十分，每日或隔日行之，持續數日或數週。

透熱療法，又可用諸手術，以面積小如針狀之導子，使其周圍起非常高熱，俾蛋白質凝固，或破壞組織，由此可將惡性腫瘤，狼瘡等，無出血之危險，破壞或剔除，此名冷灼法 (Kalkaustik)。

#### 倫脫根放線療法 (Röntgentherapie)

倫脫根線，爲陰極線 (Kathodenstrahlen) 與物體衝突，即由其處所發之線，肉眼不能見之。

陰極線云者，排除玻璃管內空氣，使近於真空（氣壓一密米百分之一以下），放電於其中，對於陰極管內，發生磷光放射線之謂。此線，以管內空氣由高壓電流，分解爲陽性及陰性之微粒，其於陰性帶電之微粒，即陰性電子 (Negative Electronen)，以極大之速力，從陰電極走向與此極相遠之方面，爲陰性電子束，其方向，與陽電極之位置無關，陰極線既有如此之電荷，故由磁石而彎曲。

發生倫脫根線之球管 (Röntgenrohr)，雖有種種構造，然其主體，爲堅牢之玻璃球，其內腔，爲氣壓十萬分之一以下排氣者。球管內陰陽兩電極相對，其中間有對陰電極 (Antikathode) 突出，對於陰極爲四十五度之角度。陰極線，衝突於對陰電極之白金板，而生倫脫根線。詳言之，自陰電極發出之第一次陰極線，衝突於對陰電極板時，

發生三種線，即熱線，第二次陰極線，及倫脫根線是也。第二次陰極線，極易吸收，故在球管壁幾於全部吸收，其時即發生熱，及第二次倫脫根線，即所謂玻璃線 (Glassstrahlen) 是也。

倫脫根球管內，如上所述，由陰極線生熱線。由此不僅燒損對陰電極板，球管以熱故，內壓增加，放射線之硬度低減，照射後冷卻時，與此相反，內壓驟減，使球管忽變為硬性（球管內多瓦斯而內壓高者，稱為軟球管，內壓低者稱為硬球管。由硬球管所生之硬線，透過力強大。）欲除去此等由熱線所生之弊，故球管尋常具有冷卻裝置。又球管使用既久，其中瓦斯，從而消失，增其硬度，遂至無論如何高壓電流，亦不能通過其中，故球管須時常供給適量之瓦斯，防其硬變，所以並有調節裝置。冷卻與調節裝置，種類各有不同，茲從略。

上記球管，均以管內極微量之瓦斯，使化為 Ion，以此為介而通電流，但近製 Coolidge 氏球管，與此稍異，管內之排氣較普通球管完全，別由電池熱陰極，由此所生之熱 Ion，以為媒介而通電於球管內。此熱 Ion，與陰極加熱之度，殆成正比例，可以增減，故同一球管，可隨意使發軟硬之 R 線，又使用雖久，其硬度亦無變化之虞。

計算球管硬度，即 R 線之硬度時，用硬度計。常用者為 Benois-Walke 氏硬度計 (B-W) 及 Wehnelt 氏硬度計 (Wh 或 We)。

倫脫根線之單位，Holzknecht 氏以健康男子面皮起著明反應量三分之一為一單位，名為 IH, Kienbock 氏以一日之二分一為單位，此名 IX。所謂紅斑量 (Erythemadosis) 者，五 H 即 IX 之謂，皮膚由此起第一度倫脫根皮炎。放射線之測量器有種種，茲從略。

### 倫脫根線之理學的性質

一、倫脫根線，有磷光作用。R線雖不能以肉眼見之，但磷光性物質，且遇藏化白金 *Barium*，即發磷光，可使吾人知線之存在。

二、倫脫根線之物質透過力，關係於該物質之吸收力。R線能透過普通光線所不能透過之物，故由此可行倫脫根透視。而其透過力，與物質對於R線之吸收力有關，吸收大者，透過微弱。透過吸收力不均物質之R線，遇磷光板（尋常用塗有藏化白金 *Barium* 之板）磷光即生強弱，透過吸收力強大部之線，其影濃厚。而物質之吸收力（1）原子量愈大，吸收力亦大。（2）單位容積中所含原子數愈多，則吸收力愈大。至於其分子之構造，與吸收力初無關係也。

三、倫脫根線之透過力，與線之硬度有關。硬度云者，由R線為一定物質所吸收量之多少，即由透過力大小而區別，透過力大者名硬線（*Harte Strahlen*），小者名軟線（*Weiche Strahlen*）。發硬線之倫脫根球管，真空之度甚強，名硬球管（*Harte Röhre*），真空之度弱者，名軟球管（*Weiche Röhre*）。

四、倫脫根線，使銀之 *Halogen* 鹽還元，故可為倫脫根照相。

五、倫脫根線，有電離作用，與線接觸之瓦斯體，使電解為陰陽 *Ion*，一時略賦以電氣傳導性。

六、倫脫根線，發生二次線。凡物體為倫脫根線照射時，物體自身，亦發生新放射線，此名第二次線（*Sekundärstrahlen*）。發生此線者，對稱曰第一次線（*Primärstrahlen*）。

七、倫脫根線，有熱作用。

八、倫脫根線，與陰極線不同，雖遇極強之磁石，亦不彎曲。蓋非如陰極線由荷電微粒構成者。

九、倫脫根線無普通光線之屈折反射等性質。

十、倫脫根線之作用，其線源中心，與所照物體表面距離之自乘成逆比例。

### 倫脫根線之生物學作用

倫脫根線對於生活細胞之作用，並非使之發生炎症，而使胞體為特種變性，原漿之顆粒形成或破壞，核之膨脹以至不染性等。而其侵裂點為細胞之染色質。此種變化之程度，因倫脫根線之分量，及細胞對於倫脫根線感應之強弱而異，呈刺戟，麻痺壞死等種種反應。但此變性現象，非一切細胞皆然，大致代謝旺盛，富於原漿之幼稚細胞，其感受性銳敏。

倫脫根線治療上之應用，在婦科最盛者，為其對於生殖腺之作用。即使卵巢萎縮，侵及卵細胞，原卵小泡，及囊狀卵泡，使陷於玻璃狀變性。至於黃體，胚上皮細胞，間質組織等，則不受重大影響。對於輸卵管及子宮之作用，不甚顯著。惟於更年期子宮出血及月經困難，有良效。於陰門瘙痒症，亦有鎮靜作用。然占其應用之大部分者，為子宮飢腫，且對於間質性子宮肌腫之放射線療法是也。肌腫由R線而縮小者，主要在R線對於卵泡之破壞作用，即由於人工的閉經所致，R線對於肌腫細胞大抵無直接作用，此說為向來多數學者所信任。然據最近自木氏之研究，R線於肌腫之主要作用，為對於肌腫細胞之變性破壞作用，即直接作用，因破壞卵泡而起之人工閉經，及相隨屬之

血液循環，內分泌變化等，似尙在副貳之列。觀氏之臨床實驗，由於R線之肌腫縮小，在閉經前業已證明，偶有大小超過兒頭之肌腫，在閉經前完全消失者。又在天然閉經後，肌腫雖稍稍萎縮，然其程度終不能與由人工閉經所起之萎縮比較。天然閉經後，偶或增大之子宮肌腫，亦得由R線而消失。凡此諸點，皆足爲氏說有力之證明。又倫脫根線療法，或謂於惡性腫瘍有效云。

應用此幅射線時，必須注意者，爲其對於皮膚之作用。R線之於皮膚，能起急性至慢性之皮膚炎。急性倫脫根皮膚炎，由於一時放射大量後而起，由其輕重，別爲四度：第一度，潛伏期三週後，脫毛，着色，但數週即可治愈。第二度，潛伏期二週，瘙癢，充血，灼熱，浸潤之後，有脫毛，着色，落屑等症，然大抵數月而治。第三度，潛伏期一週，發生劇痛，而呈浸潤，次即發生水泡，雖治愈，而皮膚多留缺損。第四度，潛伏期半週，發生潰瘍，治愈困難。慢性倫脫根皮膚炎，除潮紅腫脹外，生疣贅，胼胝腫等。倫脫根照射，侵及皮膚，其強烈既若是，故於婦科治療，行強度照射時，不可不注意豫防。而皮膚炎之發生，主要由於軟線，故宜排除。僅用硬線行深部照射，行所謂濾過法。線之濾過，普通用 Aluminium 板，或用皮革，以其能吸收軟線而使硬線通過故也。此外更以豫防皮炎之故，每次更易照射部位，或使皮膚貧血，減弱。其對於線之感受性等，試行種種方法可也。由倫脫根線之全身作用，照射數日後，有頭痛，眩暈，食慾不進，惡心，嘔吐，心悸亢進，羸瘦，血尿，蛋白尿等症者不少。

倫脫根線之臨床的應用 臨床上應用倫脫根線時，必須一定之裝置，固無待言，其詳非本書所能盡，故讓諸專門諸書。茲僅對於二三婦科病，略述其應用上之注意而止。

## 一、子宮肌腫

倫脫根線對於子宮肌腫之有效，爲一般所承認，但照射療法與手術療法之適應範圍，學者見解，未能一致，現今可作爲多數意見之歸着點者，大概如次。即倫脫根照射法，對於因合併症而不堪手術之子宮肌腫患者，足稱爲救濟之福音，最適宜者，爲四十歲以上之婦人，兼有出血之間質性肌腫。照射壯年之肌腫時，每有高度之缺失症狀（參照第十六編），故須注意。又黏膜下或漿膜下肌腫，對於放射線，感應遲鈍。對於腺腫性肌腫，幾於無效。已起惡性變性，化膿，軟化等肌腫，不適於照射。兼有附屬器病之肌腫，似不必禁忌。

行照射時，使患者仰臥，以鉛板或含鉛物質，防護照射以外部分，照射部以一密米之羊皮數枚，重疊其上，以供應過，五 B. W. 硬度之球管，在三至五 Milliampere 之下，燒點照射面間之距離，以三十八釐爲率，每日六分鐘，持續三四日，全表面之配量，勿超過五日即十 X，間歇兩週以後，仍用前法。此照射法，爲 Albers, Hinberg 氏等即所謂漢堡派之主張，用此法時，治療日數，須三四月，行此等緩慢照射時，或於治療初期，轉致出血或月經增加，因而陷於強度貧血之患者，遂取不幸之轉歸者有之。

對於漢堡派別樹一幟者，爲 Gaus 氏，即自由堡 (Freiburg) 派。氏公布強力深達照射法，謂其效果，無急速增加出血等缺點。此法使患者取輕度之骨盆高位，濾過，用三密米之 Aluminium 板，球管硬度，爲十三 Ph. 燒點照射面間距離，自二十至三十釐，間歇減爲五日至六日，此外與前者同。更行所謂分野濾過近接術式，由諸方面照射骨盆內，使作用集中於一處，以期速效。由此可將治療日數，大約縮至一月云。



更有子宮肌腫，由陰道照射者。用鉛板包外陰部，陰道中，插入含鉛玻璃製圓筒狀子宮鏡，球管硬度七至八  
Wh, 燒點照射面間距離三十二釐，電流一〇至二〇 Milliamperes 此外不用濾過器。每日十分至十五分，在不  
越三至四日範圍內照射之，間歇二週至三週，反復施行。

二、子宮出血及月經過多症。

於更年期之子宮出血有效，所謂因出血性 Tropatie 之月經過多，子宮出血，為R線療法之最適應者。

三、月經困難症。

似略有效，然不確實。

四、陰門瘙癢症及陰門萎縮症。

大抵有良效。其他如惡性腫瘤，慢性附屬器炎，結核性腹膜炎，骨軟化症等，號稱有效，然不盡確實。

### 雷錠及 Mesothorium 療法 (Radium- und Mesothoriumbehandlung)

雷錠，為一八九八年 Curie 氏夫婦從奧國產烏蘭屬礦物中發見製出之新元素，此物放射三種光線，稱為  $\alpha$  線， $\beta$  線，及  $\gamma$  線。

$\alpha$  線為陽性電子束（或集團），直達如光線，對於磁石，與加拿爾線同一方向彎曲。透過力較其他二線為最弱，由二十分之一密米之 Aluminium 板完全吸收。本線占雷錠放線之九十%。

$\beta$  線為陰性電子束，對於磁石，與陰極線同一方向彎曲，透過力位於  $\alpha$   $\gamma$  兩線之間，有為二仙米之鉛板所吸

收者亦有爲四仙米之鉛板所吸收者，本線占全線之九%。

$\gamma$ 線非帶電性而爲由電子所生以太之波動，其性質酷似硬性倫脫根線。對於磁石不彎曲。透過力在三線中爲最大，其最強者，可透過二十種之鉛板云。本線占全線一%。

以上三線中，無論何線，衝突於其他物體時，生第二次線，與倫脫根線生第二次線無異。

雷錠除放射三線外，更放散 Radiumemanation 考 Emanation 爲雷錠自身分割而放散者，其性狀與普通瓦斯體無異，由強壓，極寒而液化。Emanation 自身亦有放射能 (Radioaktivität) 如照相作用，磷光作用，電離作用，熱作用等，與雷錠有同一之性質。Emanation 順次分解爲雷錠 A, B, C, 更分爲 D, E, F 等，終變爲鉛。

#### 雷錠之生物學作用

雷錠之  $\gamma$  線，雖與倫脫根線有酷似之性質，但雷錠於此外更放射  $\alpha$  線及  $\beta$  線，且發 Emanation，然在生物學之作用，則無大差。舉其略異之主點，爲全身作用幾於缺如，殺菌作用較爲強大，侵犯 Great 氏卵泡較爲輕度等是也。放射線之透過力，遠勝於倫脫根線，達組織深部，而破壞力亦復強大，同時輕便簡易，雖深在狹隘之部位，亦易于應用諸利。

#### 雷錠之臨床應用

雷錠多爲其臭素鹽以供實用，係赤褐色粉末，臨床應用時，須在一定之容器中，防其飛散。容器形狀，因使用部位而異，大概多封入種種容器中販賣。惟對於表面放射之目的，可以假塗金屬板，平等塗以雷錠鹽，或用延引於麻

布者。即將純雷錠鹽，密封於玻璃管內，其上更包以白金、金銀等而插入之，貼用至一定時間，則腫瘍逐日縮小。在直腸癌、子宮癌等，可以硬橡皮容器，或軟橡皮囊包而插入之。

照射之分量 (Dose) 由對於一定面積之雷錠量，濾過程度，照射時間，照射時間之配列等而定。普通所用雷錠量，在五至百密瓦以上，量過少時，縱時間長久，亦幾於無效，對於惡性腫瘍，轉有助其發育之虞云。使用時間，雖有種種，大致自三十分至二十四時，更有在此以上者，每日一回，持續二日至四日，間歇一週至三週，反復依前法行之。或作用十數日後，與以間歇，縱或照射，務宜用大量而短縮其時間。濾過，在表面照射宜薄，使 $\beta$ 線共同動作，照射時間貴短。欲強度照射深部時，使濾過強大，利用 $\gamma$ 線及硬 $\beta$ 線之深達作用，照射時間宜長。強度照射深部時，最有效者，為十字照射法，由數處照射目的點，使其在目的點交叉。雷錠之臨床適應症，與倫脫根線殆相同，但大概對於肌腫，倫脫根為有效，對於癌腫，則以雷錠為有效。Radiumemanation 亦有治療之效。如浴療法，氣療法等，與Emanation 之有無及分量，大有關係，如近時一般人士所喧傳者，Emanation 由肺，皮膚，消化管所吸收，有促進新陳代謝作用。且於局部，能促進滲出物之吸收，對於神經痛及搔痒，亦有卓效。近來於惡性腫瘍，亦有推獎Emanation 療法者，謂便於分量之加減及安排云。

### Mesothorium

以雷錠價昂不易得，故以此為代用品，用者極多，近時價亦甚貴，與雷錠相差不遠。雷錠至千七百六十年後減成原量二分之一，Mesothorium 則僅五年之後有減成半量之不利。但普通販賣品，內中多含二·五%以上之

雷錠，故實際之半減期，約可視為二十年云。惟在雷錠，苟非製品純粹，則短期之間，著明減耗，故購求之際，必求可以信託之理學家鑑定。Mesothorium 與普通雷錠同，作為臭化鹽販賣。Mesothorium 之作用，與雷錠殆無差異。惟較之雷錠，放射線之透過力稍弱，缺少α線，且不發 Emanation。用法及其他，與雷錠同。

雷錠製劑及賣者，記其二三如左。

一、Carboradiogen 球 為陰道球，用於子宮癌，但功效可疑。似僅有鎮痛之效。每日插入一枚。

二、Radiogencompresse 浸溫水中，貼患部。同時兼有罨法作用，且可屢次用之，用畢乾燥之，以供後日之用。於滲出物，化膿，有效，亦有鎮痛作用。

三、Radiogenschram 狀如爛泥，混溫水中行泥浴，或煉成粥狀塗皮上，有鎮痛，吸收，消炎作用。

四、雷錠絆創膏 與普通絆創膏同，貼皮上，揭下可屢用，有鎮痛之效。

### 第三節 免疫療法 (Immunotherapie)

#### 血清療法 (Serotherapie)

血清療法，為受動性免疫法，於動物行能動性免疫法所得免疫血清，即含有免疫體之血清，注射於病體，與以受動的免疫性，因以圖疾病之治愈是也。而免疫血清，為抗毒性（中和細菌所生之毒素者），抑為抗菌性（對於細菌自身作用者），因之區別為抗毒素血清，與溶菌血清。如破傷風血清，白喉血清，屬於前一種，連鎖狀球菌血清，

葡萄狀球菌血清、結核血清、淋菌血清等，屬於後一種。一般臨床上所用治療血清，必選市中販賣之有信用血清，在日本，則用傳染病研究所，大阪血清藥院，北里研究所之製品。治療血清，大致為多價血清 (Polyvalent) (有動物種類不同之多價血清及菌種幹不同之多價血清) 而加入 0.5% 石炭酸防腐者。血清宜藏於冷暗處。注射部位，可選胸側，股內面，腹部，臑部等皮下。反復注射時，必選與前注射部遠隔處。偶有用肌前至靜脈內注射者。亦有主張直腸內注入者。欲使注射之效果顯著，須在疾病尚未大進之早期，注射大量，最為重要。病機已進行者，一次注射大量之溶菌血清，則一時有使大量之細菌毒素游離之險，然似無須過於恐懼。又注射不可以一次為滿足，必俟臨床症狀，輕快至一定程度，每日反復注射為得策。注射之分量，因疾病及血清而異。連鎖狀球菌血清，因症狀輕重及製劑，起初注射三十至五十立漚，或百至二百立漚，翌日更注射同量。慢性者大抵用少量。血清對於葡萄狀球菌傳染及淋病，似無大效。血清療法效果之最著者，為白喉。雖遇此症，亦宜早期注射大量，在乳兒在小兒，輕症常用千至二千單位，中等度及重症，注射三千至四千單位，或更在其上之單位。血清注射之際，常須留意者，為血清病 (Serumkrankheit)，尤為蛋白過敏症 (Eiweißanaphylaxie)。據 Pirquet 氏及 Schick 氏報告，謂注射血清後，經六日至十二日，曾見一種中毒症狀，名之為血清病。其症狀為注射部發赤，浮腫，發熱，局部及全身蕁麻疹狀發疹，關節痛，淋巴腺腫，蛋白尿，黏膜水腫（聲門下尤甚）等。此等症狀雖消褪甚速，亦往往有達數日者。凡此初次注射後，發生之血清病，雖無危險，但初次注射後經二三月，再注射同種動物血清時，症狀愈加強烈，潛伏期亦短縮至五六日。初次注射二三週後，再注射時，症狀更為劇烈，注射後三十分至數小時，每發危險之虛脫症狀，皮下有強度腫脹，發

赤，疼痛，發熱發疹亦甚著明。若血清入靜脈內時，注射後立呈強度之呼吸困難，全身紫藍色，心窩苦悶等激烈之虛脫症狀。此即蛋白過敏症，在動物每著明，以天竺鼠為尤甚，人類則非必發者。據臨床上之經驗，此等危險之過敏症，極不多見。

**血清病之豫防法** 一、起發疹腫脹等症狀，多見於新鮮血清，宜用血清略經過時日者。所用血清，在採取後經二月以上者，發病甚少，但已過有效期限者，則其效果不能確實，更無待言矣。二、務用免疫價高之血清，而減少血清之用量。三、因第二次注射而生之反應，在第一次注射後，至少須隔一週，故注射與注射之間，可在一週以內，例如每日或隔日之反覆注射是也。四、注射前先問病人會否用血清注射，若有之，可用豫防注射，使起抗過敏性。即先注射○·一至○·二立種血清，經一定時間後，再注射所要量之血清。夫然則無蛋白過敏症之危險。豫防注射後，需若干時，變為抗過敏性狀態，雖然尙未明瞭，但經過數小時，必已充分。五、須避同種動物之血清，反覆注射，而用異種動物之血清。異種動物之血清，蛋白質不同，故不起過敏症。惟不能無憾者，其期望動物之血清，難於隨時取得耳。此外有主張在血清注射前後，使連服氯化鈣○·七五至一·○，連服三日，或以濃食鹽水（三○%）徐徐注入靜脈後，再注射血清等種種豫防法者，但曾經注射者，用前述少量血清之豫防注射，最為安全。

### 疫苗療法 (Vaccinotherapie)

疫苗療法云者，為以病原菌死體或其他之菌成分，即疫苗，注射患者體內，由此使形成抗體，以圖治愈之法，實一能動性免疫療法。狂犬病豫防接種，Tuperculin 療法等，不外一種疫苗療法。患體注射疫苗，則病竈及全身，先

有自覺及他覺的反應症狀。所謂病竈反應者，一般為炎性症狀增加，所謂全身反應，則有倦怠、發熱等。反應症狀經過後，疾病漸趨輕快。即此反應症後之輕快，亦吾人所欲利用者。反應症務使輕微，繼此而來之輕快即治愈機轉，務使擴大，此即疫苗療法理想之境。此種目的，可由疫苗用量及注射間歇之調節等而達，為之指針者，即 Opsonin 之指數，及患者之自覺並他覺症狀，尤要者為熱反應是也。

試觀 Opsonin 之形成與注射量之關係，注射量極少時，注射後噬菌率立即增加，二三日乃復舊態。注射量中等時，噬菌率先減少，所謂陰性期 (Negative Phase)，經四十八時而復常態，由此進而為陽性期 (Positive Phase)，噬菌率著明增進，約十日後，再復常態。注射量再大時，立現陰性期，噬菌率漸次下降，然後徐徐回復常態。吾人所望者，在避去陰性期，而持續陽性期。故注射量寧以少為安全，第二次注射，常宜在陽性期行之，須間隔四十八時以上。行 Opsonin 檢查，決定注射方針，其為安全，固不待論，然臨床上，行此法甚不易，不僅此也，他覺及自覺症，雖不由此法檢查，孰為陽性期，孰為陰性期，亦足明示而有餘，反應症經過中，尤以發熱期間為陰性期，此後之輕快期，大抵為陽性期。

疫苗療法之適應。對於淋疾及丹毒，最為有效。但膿性疾患，亦每有效。結核、大腸菌傳染等，亦可試用。大凡對於體外毒素菌，適於血清療法，體內毒素菌，適於疫苗療法。病機局限於一處者，其效著，病竈廣泛，且傾向於敗血症者，不適宜。今就一二種疾病，舉其適應症，如皮膚之慢性化膿菌症，慢性淋毒性尿道炎，輸卵管膿腫，皮膚結核等，最適於本法；肺炎，傷寒，膿膿性敗血等症，不適宜。此外如急性蜂窩織炎，急性骨髓炎，急性子宮周圍炎，急性淋毒性關

節炎，急性淋巴腺炎等，行本法時，頗宜注意。又大腸菌性慢性泌尿器炎，淋毒性慢性關節炎等，病竈有形成被膜之傾向者，適於本法。更於外科的病竈，疫苗注射，同時用溫罨法，鬱血療法，其效顯著。

### 自家疫苗與多價疫苗

自家疫苗云者，由患者自從之病竈，分離細菌，由此製成疫苗之謂。故此種疫苗對於本人本病，最為適宜，其效果，亦較諸從其他患者所得之疫苗為顯著。蓋由細菌之種類，其形態雖同，實則全為別種者有之。例如同一連鎖狀球菌中，有許多種類。故從他人取得與患者病原菌同形之菌，由此所得之疫苗，雖行注射，若有細菌為同型異種，則效果純為陰性。反之，若用自家疫苗，則決無此慮。惟製造自家疫苗，頗需時日，不僅放棄治療機會，且其製造，在普通臨床家，初非易事。於是乃有多價疫苗之必要。尋常市上販賣者，皆多價疫苗也。

多價疫苗云者，由多數患者搜集同型細菌，製成疫苗之謂。在此時，由多種細菌之內，必有適合於患者之病症者，可收良效。然有時此等多種細菌之內，難保無不適於該病者，故多價疫苗之效果，不能謂為確實。

### 疫苗製法

由患者所得之病原菌，分離培養，次乃培養於羊菜斜面。但淋菌，宜用血清斜面，腹水斜面，或卵黃羊菜斜面。肺炎菌，連鎖狀球菌，則用甘油加羊菜或血清斜面（參照第二編第九章該條）。培養時間，在大腸菌族，為十二時；葡萄狀球菌，二十四時；淋菌，肺炎菌，連鎖狀球菌可四十八時。對於面斜培養，在大腸菌族，一斜面中，加殺菌生理食鹽水二十至三十立糵，球菌十立糵，葡萄狀球菌，十五至二十立糵，肺炎菌，連鎖狀球菌，三至五立糵，震盪之，成平等之乳劑，以攝氏六十度，殺菌一小時（或每日一時繼續數日），以其○·三至○·五立糵，為皮下注射一回之量。但注射前，須取疫苗一白金耳，試行培養，疫苗中確無生活菌，然後加入全量○·五%石炭酸而貯藏之。



方法之更爲簡單者，採斜面培養一白金耳（內徑一密米）不問菌之種類，加入三至五立糧食鹽水，用前述之殺菌處置，以其〇・三至〇・五立糧爲一回注射量。

疫苗之效力標準，因所含菌數而定。注射一回之最低限數，爲五百萬，以二千萬爲適宜。但因時宜，有一次用數億者。注射液之稀釋度，以一立糧中菌數二千萬至四千萬爲適宜。故嚴密測定稀釋度或注射量時，非用血球計算菌數不可。惟臨床上一一計算菌數，不勝其繁，故宜豫記一斜面或一白金耳概略之菌數，由上述方法稀釋之，以定注射量，亦可無大差矣。

最後就疫苗療法而記其大要如次。

一、疫苗療法大概適於由體內毒素菌所生炎症之治療。

二、病機愈限局者，效果愈大。

三、急慢性雖均可用，然於急性，不現效果者不少。急性淋疾初期，病機限局於黏膜面時，效果甚少，慢性經過中所起之關節炎，傾向於慢性之子宮內膜炎，輸卵管炎等，則效果甚大。

四、疫苗之一回注射量，以十二時至四十八時培養之一白金耳，混入三至五立糧食鹽水中，殺菌之疫苗〇・三至〇・五立糧爲適度。

五、反覆注射，宜於陽性期行之，即間歇二日以上，俟陰性期症狀完全經過後是也。

六、注射，大抵一二回即可見效，反覆注射六次以上者甚罕。

感·作·疫·苗 (Sensibilisierles Vaccin) 云者，使生活菌與其免疫血清有效成分結合，非如普通疫苗，無須加熱殺菌，使菌蛋白變質，生活菌為免疫血清所包裹，立可使用。菌培養溶於食鹽水，加入免疫血清，置孵卵器中時，細菌即與血清中之免疫體（抗體）結合。置遠心器上，去其上清，以食鹽水洗滌二三回使之沈澱，成為食鹽水浮游劑，以供注射之用。貯藏時，加入 0.3% 石炭酸。夫然，則細菌在二三日中雖死滅，其於效力，初無變化。但製造後經二日以上者，其效似大為減少。感作疫苗療法研究最為詳盡者，固為傷寒，但此外如肺炎，連鎖狀球菌病，葡萄狀球菌病，淋疾等，其應用勢將益臻隆盛。市川氏對於傷寒，以感作疫苗，為靜脈內注射，盛言其效果佳良，為多數學者所稱賞。然靜脈內注射，於設備完全之病院始可行之，一般則以皮下注射為安全。皮下注射，與普通疫苗同，雖反覆行之，亦少危險。

## 第四編 月經之生理及異常

### 第一章 月經之生理 (Physiologie der Menstruation)

在生殖器成熟期間，周期的子宮出血，名曰月經 (Menstruation) 故月經者至女子生殖機能成熟之時期即生殖器成熟期（春機發動期或破瓜期）始發生，比及生殖器機能停止之時期即更年期（閉經期）遂即停止之生理現象也。此種現象，為生殖器成熟婦人體內種種周期現象之一。

既達生殖器成熟期，全身脂肪著明蓄積，乳房隆起，骨盆增大，身體面貌俱臻豐滿，外陰部及腋窩，發生疎毛，聲調變化，對於男子，生戀愛羞恥之念，舉止一變。當是時突然見第一次月經。月經之來潮，即生殖器業已成熟之徵報。月經大約每四週反復一次，自初潮至閉經期，除妊娠及授乳期間外，按期反復有一定規則，是為常態。

#### 月經之初潮 (Das erste Auftreten der Menstruation)

日本婦人月經初潮之年齡，平均為十四歲零八月或十月。在日本國中，亦似因地而略有不同（山崎正董氏）。德國婦人，普通為十五歲至十六歲。月經初潮之年齡，因風土人種，遺傳，社會的地位，生活狀態等種種狀況而異。以大概言之，風土則氣候愈溫暖者愈早，人種則各有不同，黑人最早，同為歐人，而猶太人種較德國人種約早一年。又

其母早者其女亦然。關於社會之地位，則地位高者月經早見，或教育程度高者亦早見。周圍狀態，與初潮年齡，有一定之關係，例如生長於花柳社會之婦女必早。此外如健康狀態良好者，每較遲於虛弱者。

### 月經之型 (Menstrationslypus)

月經之型，由月經之持續日數，周期之長短，整否，出血之多少而定。

月經之持續日數，雖因人而異，普通自一日至八日，在三日至五日間者為最多。

月經之周期，大多數為四週一次，即月經之第一日至次回月經之第一日，其間為二十八日，但亦因人而略異，有二十七日一回者，亦有三十日一回者，又有三週一回者。凡此周期雖非二十八日，但每回常以此一定之周期，循環反復之月經，可名正調。而周期短於二十八日者，曰前進型 (Antepomerender Typus)，長於二十八日者，曰後進型 (Postpomerender Typus)，周期不定，或早或遲者曰不調。

月經量 (每月經時出血之全量)，大凡九十至二百克，雖曰平均百克，但欲正確計算經血，頗非易事，故此量確否，實難遽信，或有謂僅三十至五十克者。大致月經長者則量多，又月經中激烈運動時，則變為多量。

### 月經血之性狀

月經血，與普通出血之血液不同，多呈暗赤色，時有近於櫻色或黑色者。在生理上從無鮮紅色。經血之化學的組成，檢查尙未充分。其成分，千分中有水分七八五至九〇一，固形分九九至二一五，常混有多量黏液，於月經起訖之際尤多，惟月經最高潮時，幾純為血液。

經血之特性在不凝固。其理由據尋常所久信者，謂因頸管黏液混入血中之故。然據 Birnbaum und Ost-  
on 兩氏之研究，則頸管黏液，匪啻不妨礙血液凝固，轉從而促進之。兩氏又實驗婦人在月經時身體之血液，其凝  
固時間，較經期以外之血液，約增二倍。據此成績，則經血之乏於凝固性，實由經期中，血液全體乏於凝固性。然據其  
後多數之研究，無論經期與否，循環血之凝固時間，似無大差，近時有欲據黃體之內分泌，說明經血之不凝固性者，  
漸喚起學者之注意矣（參照第十六編）。經血之顯微鏡所見，較普通血液，富於白血球，除血液普通成分外，混有  
子宮及陰道黏膜之上皮細胞，及少量之么微體等。

### 月經之症狀

月經多略兼有困難，稱爲月經痛（*Molimina menstrualia*）。月經症狀，可分爲局部症狀及一般症狀二種。  
局部症狀，爲下腹部及薦骨部之緊張性疼痛，下腹部重感，壓感，尿意頻數，肛門壓迫，下肢之牽引性疼痛，重感，  
乳房痛等。下腹部之緊張性疼痛，由子宮收縮而起，其性狀宛如陣痛，帶發作性。有以子宮內異物即經血之作用，說  
明子宮收縮之原因者，但經血爲流動性，幾無異物作用。又月經痛，發於月經前者，殆居全體三分之一，起於經期中  
者，不過三分之一（此外三分之一，自月經前綿延至月經中者）。且月經雖少量，而月經痛強劇者不少，由此則月  
經痛，決非由經血之異物作用而起。其真因雖迄未明瞭，但恐係由於月經時之充血。月經時，下腹全部靜脈，均起充  
血，刺戟該部神經，似由此惹起上述諸症。

一般症狀，爲頭痛，偏頭痛，眼花閃發，耳鳴，種種胃症狀（例如食慾不進，惡心，嘔吐，流涎等），種種循環障礙（例

如心悸亢進，脈膊不整，發汗，足部冷厥等，更有在月經時，呈興奮憂鬱等精神症狀者，其甚者則如躁狂，沈鬱狂等真精神病，反復發作者有之（月經狂 Menstruationspsychose）。婦人犯罪多在月經期中，為古來學者所注目。生殖慾，多在月經前後興奮。

以上均為自覺症。試舉他覺症狀為乳房腫脹，着色，時或分泌初乳，呈妊娠初期之徵候，甲狀腺亦腫脹，臉結合膜，咽喉，鼻腔，消化管等，著明充血，甚或至出血。皮膚則皮脂腺機能增進，顏面軀幹等，呈子宮性雀斑。

此等種種症狀，因人而大有輕重。輕度者可視為生理，而高度者則屬於病理。生理與病理之境界，雖甚不顯明，但月經痛及其他障礙顯著，妨及日常作業，或需臥牀者，視為病可也。

### 月經之攝生

月經為生理的機轉，雖無煩特別處置，但以多兼有月經痛，且易誘起諸種疾病，故月經中，非謹守衛生，以圖保全健康不可。現今日本婦人之月經攝生法，向不免極低之階級。故謀其向上，實為吾人之急務，且有特於一般家庭醫之努力者，尤甚大也。

月經中尤須清潔陰部。月經血附着於外陰部股間，馴致腐敗，不僅該部易生炎症，且誘發子宮陰道等炎症者不少。故月經中，每日二三次，以微溫水清洗外陰部。此時宜勿觸及陰道。陰道中插入棉花紙片者均甚危險。宜以清淨之脫脂綿，壓抵外陰部，施丁字帶，或用月經帶。月經中宜避沐浴，清潔之浴水，尚可勉強，市上混堂，則宜嚴禁。除特別情形外，高溫或寒冷之坐浴足等，亦應禁忌。

月經中須安靜精神及身體。如體操、乘車、乘馬、舞蹈、網球等固不可爲，卽長時間之觀劇、睡眠不足、精神過勞、激動等，均須避之。

月經中宜注意豫防感冒。月經與感冒，雖似無何等直接關係，但月經中感受溫度之影響，最爲敏捷，月經中罹感冒，致續起生殖器障礙，或有增惡者，此吾人所屢經實驗者也。

月經中房事之有害固不待言，月經中服藥，大致無妨，惟 Salicyl 劑，峻下劑及鐵劑，能增強出血耳。

#### 閉經期 (Menopause)

月經開始之時期，因其來潮，可以明定，但月經閉止時期，則難於確定。蓋月經將閉時，大抵先有月經持續短縮，間歇延長，經血少量，如是者半年或二三年後，始完全停止故也。月經將閉之時期稱爲更年期 (Klimakterium) 在更年期中，兼有喘逆、眩暈、不眠、心機亢進、呼吸促迫、發汗、腹部鼓脹、憂鬱 (Hysterie) 等症者不少。或在更年期，經血雖遞減，而發不規則頑強之子宮出血者有之。更年期子宮出血 klimakterische Uterusblutung 參照月經過多條。月經閉止之年齡，雖大有差異，平均爲四十至四十五歲，月經來潮之時期，爲三十年至三十五年，平均約三十二年，大致初次月經早者，繼續期亦較長云。

#### 子宮黏膜之周期的變化 (Zyklische Umwandlung der Uterusschleimhaut)

子宮黏膜，非常爲一定不變之構造，從月經之周期而生變化。磐瀨氏分子宮黏膜之周期變化爲四期，研究各期黏膜之變化。

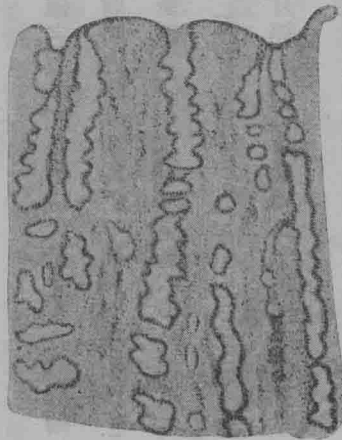
一、月經前期 在經前之四五日，黏膜著明肥厚，其質鬆粗，呈水腫狀，表面變為凹凸不平，腺體極為紆曲，其縱斷面，呈鋸齒狀，腺腔著明擴大。至月經前一日，腺腔內發生乳嘴狀突起，腔內藏有分泌物。而全黏膜層，宛如蛻膜，可別為上層之實質層，及深層之海綿層。間質細胞肥大，變為蛻膜細胞狀。血管極度怒張充血。核分裂至月經十日前，尚可辨認，此後則難於識別（六十四圖）。

二、月經期 月經前期之強度充血，更進而起組織內出血，破裂黏膜表層，溢血於子宮腔。腺在月經之第一日，尚保持月經前之狀態，腺腔充滿血液及分泌物，間質中有血液浸潤，尤以黏膜表層為甚，到處形成上皮下血腫，血腫既破裂，破裂上層遂致出血。間質細胞，原漿減少，血管猶充血。此等變化，以黏膜表層為顯著，深層則少變化。至第二日，腺之一部，業已萎縮，至第三日，殆全部萎縮，不復迂旋。由血腫而破壞之黏膜表層，僅一部剝離，上皮層之大部分，附着於間質之上。

三、月經後期 月經後之一二日，腺體近於直線，腺腔狹隘，黏膜表面，變為平滑，上皮缺損，尚可辨認，間質細胞，乏於原漿，核分裂旺盛。血管雖已萎縮，而近於黏膜表面之部分，尚可見到處留有血腫。此血腫，至月經後第五日，完全消失（六十五圖）。

第 六 十 四 圖

月 經 前 期 子 宮 黏 膜



(瀨 氏)



四、間歇期 上皮細胞以漸增殖肥大，腺亦從而迂曲，腺腔漸次擴張。至此期之終，腺體呈栓拔狀。但腺腔內無分泌物。間質細胞之變化亦不著。上皮與間質，均見旺盛之核分裂（六十六圖。）

月經與卵巢之關係

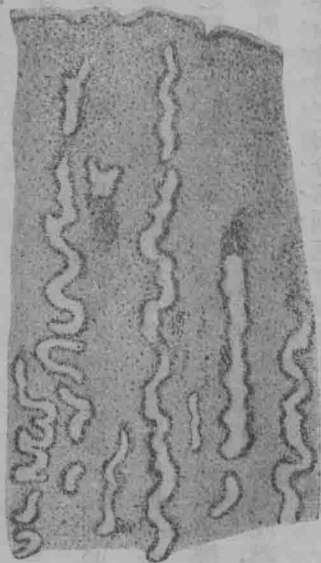
月經之原因，在乎卵巢。無卵巢之婦人，即無月經。夫然則月經以卵巢之何種機能而起乎。Pfitzger 氏嘗說明排

卵與月經之關係，卵巢濾泡之增大，刺戟其周圍之神經，由反射性使骨盆內全體充血，於是遂有子宮出血及卵巢排卵云。其後 Strassmann 氏以地蠟 (Paraffin)

注射於動物卵巢，子宮及外陰部因而充血，即以此保證 Pfitzger 氏之說。然據 Halban 氏之研究，一掃從來之學說。氏切除有月經之猿卵巢，而移植於身體之他部，仍見其月經持續。其後多數學者之實驗，確證其不誤，且臨牀上，亦有以他人之卵巢，移植於剔出卵巢之婦人，由此可防經閉

圖 六 十 六 第

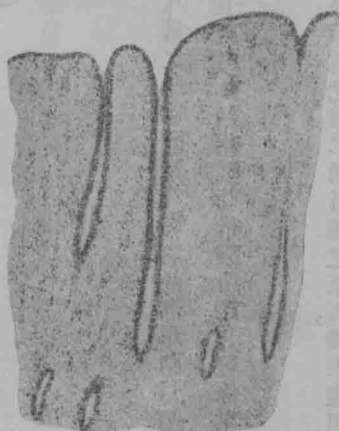
膜 粘 宮 子 末 期 歇 間 經 月



(氏 瀨 榮)

圖 五 十 六 第

膜 粘 宮 子 期 後 經 月



(氏 瀨 榮)

至某一程度。由此等事實思之，卵巢因移植之故，雖與一切神經，斷絕連絡，尚有某種未知之物質，送入血流，刺戟子宮，由此而生月經，實甚明瞭，蓋月經由卵巢之內分泌而生者也。

然少女老婦，雖有卵巢而月經不至，易而言之，無排卵機能之婦人，不見月經。月經來潮，以排卵機能為必要條件。不排卵則無月經。大概排卵一次，則月經一見，然此兩現象，非必並行。月經以排卵為必須條件，而排卵不必定有月經。例如分娩後授乳之婦人，月經未見一度而更受孕之類是也。往昔以為月經與排卵同時並起，或以為排卵在月經二三日以前，據近研究，則排卵似起於上述子宮黏膜周期變化之間歇期。由排卵而生之黃體，漸次成熟，至月經開始前，成熟達於極度。夫然，故現時多數學者，均信月經由黃體之內分泌而起。詳見第十六編第一章。

## 第二章 月經異常 (Menstrationsanomalien)

### 早期月經 (Menstruatio praecox)

溫帶地方初經之年齡，通常十二歲至十九歲，偶有一二歲至七八歲之幼女而見月經者。此名早期月經。早期月經，大致備具普通月經之性質，反復有規則。惟僅限於一次之小兒子宮出血，則非早期月經。所謂月經，係指反復來潮者而言也。

早期月經之幼女，其身體較之年齡必發育良好，以陰部骨盆乳房等為尤然。早期月經之原因，雖未盡明晰，恐

係由於卵巢之增殖。早期月經之少女，比較上往往有卵巢腫瘍。

### 無月經 (Amenorrhoe)

自破瓜期至閉經期之期間，即應見月經之時期而無月經者，稱爲無月經。但妊娠及授乳期之無月經，爲生理的現象，不算入此中。

原因 無月經之原因，可別爲局部的，一般的，及機能的三種。

一、局部的原因 由生殖器之發育不全，生殖器之閉鎖症，兩側卵巢剔出或疾患，子宮黏膜萎縮等（因內膜搔爬，腐蝕，產褥性病等）而起。

二、一般的原因 由營養障礙，尤甚者爲貧血，萎黃病，急性傳染病，其恢復期，重症結核，慢性腎臟炎，糖尿病，其他種種體質病，精神病，脂肪過多症，尿癯，酒精，嗎啡之慢性中毒等而起。

三、機能的原因 由於精神激動，驚恐悲哀等。又望子過切之婦人，月經閉止，發生所謂想像妊娠者有之。

然無月經之原因，往往不明者有之。若此者，似多可由卵巢內分泌障礙說明之（參照月經與卵巢之關係。）  
症候 由原因而異。月經應至之時期而無月經，僅於局部或一般呈月經症狀者有之，或有全無症狀者或身體他部，其中由鼻胃腸肺等，周期出血以代月經者有之。此名代償月經 (Vicariende Menstruation)。

診斷 宜究其原因。月經是否自始即不來潮，或來潮後中絕，首宜確定，更注意代償月經之有無，周期性疼痛或鎖陰（參照第五編第三章）之有無等。局部苟無異狀，則求一般的原因，無可認爲一般的原因時，則探機能的原

因可也。

豫後 關於原因，能除去原因者良，否則治愈困難。

療法 以除去原因爲第一義。子宮及卵巢高度之發育不全，或退化，欲使充分發現機能，殆非人力可及，但如生殖器閉鎖症或尿瘻等，可由手術去其原因者治療容易。

對於其他原因之無月經，世人所稱療法，其數甚多，然效果均不確實。今將多數療法，大別爲左之二種。

一、使生殖器充血，催進子宮及卵巢機能之法。

二、改善一般健康狀態，除去成爲無月經原因之障礙。

充血促進法之主要者，舉如次。但充血促進法，一般重症患者，例如肺結核，糖尿病等不可用，轉有增惡之虞故也。

(1) 水治法 尤以熱性坐浴及足浴，爲古來所用。浴水中投少量芥子泥，有增進皮膚刺戟之效。於全身浴，可

選碳酸溫泉（參照第三編）

(2) 熱性洗滌陰道 洗滌水起初用四十度之譜至五十度之譜（參照第三編）

(3) 亂刺子宮陰道段 適於過早閉經及月經過少。本法須長期間屢次反復用之（參照第三編）

(4) 子宮內插入探針 由此刺戟子宮。如欲使刺戟更加有效時，可以探針爲陰極，通以十至二十 Milliam-

peres 之電流（參照第三編）

(5) 摩擦子宮。(參照第三編。)

(6) 子宮吸吮療法。插入吸吮子宮鏡，吸引空氣，使子宮陰道段及子宮起鬱血。

(7) 催經劑 (Emmenagoga) 大黃蘆薈 (蘆薈丸 一日二至四丸) 薩菴那 沙扶蘭 撒酸鈉 (Saliprin) 過錳

酸鉀 (以十克爲百丸，一日二至三丸) 珊篤寧 (〇・〇五爲丸，一日三回分服) Indigo (Indigo 六・〇次稍着  
一五，一日三回每一茶匙混入少量水內服用) Apyol (〇・〇〇二五，入膠囊，一日二三枚) 等，均其主要者，但均無  
確實效驗。更有以補足卵巢內分泌之不足爲目的，而行卵巢之臟器療法者。

(8) 臟器療法 (Oophorin, Oparaden) (均每日六錠，持續數週) 此外用各種卵巢及黃體製劑。如 Gene-  
grandol, Lutetiol 之注射，均足推獎。 Pituitrin (每回一立厘) 或 Pitzebrandol (每回二立厘) 之反覆  
注射，時有效驗。加治氏頗加推獎，岡林氏謂僅對於發育不全之無月經有效云。青春婦人之兩側卵巢非摘出不可  
時，如能移植他婦人之一側卵巢，固甚妙，惟移植卵巢，大抵早晚被吸收而消失。又甲狀腺製劑，亦有奏效者。

改善健康狀態，欲使成爲無月經原因之全身病治愈時，此等各種疾患，療法各有不同，茲固不容詳盡，惟略述  
一二而已。

萎黃病爲無月經原因中最多之一種，宜用空氣，日光，營養運動療法，擇高山，森林，溫泉等處，使之轉地。溫泉，以  
碳酸泉爲宜。冷水摩擦，增進皮膚抵抗力，但宜避海水冷浴。藥餌，一般用鐵劑，例如 Bland 氏丸 (硫酸鐵三〇・炭  
酸鉀三〇・Triganturum) 適宜，爲二百克，日服五至十五克) 焦性磷酸鐵 (日服一・五至三・〇) 乳酸鐵

(日服〇.三)還元鐵，此外可用種種血色素製劑。著者喜用 Arsenblutose (日服 1.0.〇〇至 1.5.〇〇) 於脂過多症，用適當之脫脂療法，與戶外運動，水治療法同時投以鹽類下劑。由機能的原因無月經者，試用臟器療法。暗示法，時亦有奏效者。

### 月經過多 (Menorrhagie)

月經過多者，經血量過多之謂。月經之反覆或爲正調，或近於正調，惟出血量過之謂。若失其周期性或無間歇者，均非月經過多，此名子宮出血 (Menorrhagie)。月經過多之經血量增加，有由於月經持續過長者，或持續日數雖亦普通，而其間出血過甚者亦有之。或又有因月經周期過短，頻回反覆而致過多者。

原因 分局部及一般的原因二種。

一、局部原因 最要者爲內膜肥厚充血。而子宮黏液息肉，尤足致子宮出血或月經過多。子宮實質炎，亦有爲月經過多之原因者。且素有實質炎之婦人，因手淫或其他不正之交接，致發本症者有之。

子宮肌腫，尤以黏膜下肌腫及間質性肌腫，爲本症之原因。其他有由於子宮後屈，附屬器腫瘍及炎症，子宮外膜炎，骨盆結締織炎等症者。在更年期，局部不見有特別病變，而起頑固之子宮出血者屢有之。(更年期子宮出血

### (Klimakterische Uterusblutung)

二、一般的原因 慢性貧血及萎黃病屢爲本病之原因。當是時，出血多非強度，而長久連續。但並非萎黃病之少女，其他亦無局部原因，往往有大出血者，於感冒、精神及身體激動後尤然。其次爲出血素質 (血友病、壞血病、紫

斑病等。)急性傳染病(流行性感冒,霍亂,瘧疾,傷寒,猩紅熱,天然痘等。)心,腎,肝臟等疾,亦爲本病之原因。脂肪過多症,亦有爲本病之原因者。

本症近時多據卵巢內分泌及植物性神經障礙之理說明之(參照十六編第一章。)

症候 因每月多量出血,呈慢性貧血之症候。

診斷 普通經血之量,因人而有大差,故出血量是否在生理範圍以內,或係病變,鑑別每非易事。僅憑患者之告訴,或據月經持續日數,卽下月經過多之診斷,未免失之太早。須顧慮其出血所及於全身之影響而判定之。以出血故,患者陷於貧血,身體衰弱,月經中不能起牀者,則分明可視爲病徵,或經血中混有多數凝血者,亦病的出血之左證也。

療法 宜治其原因。除去原因,頗需時日者,同時行對症療法。

局部止血法之最簡單者,爲熱性陰道洗滌,以四十至五十度之熱水約二至五公升洗陰道時,則子宮收縮,可達止血之目的,冷水洗滌,多非患者所能堪,惟持續的冷坐浴,往往有奏效者。子宮按摩,時亦有效。

局部止血更爲確實之方法,卽陰道填塞法。以 Jodoform 綿紗,行陰道硬栓塞,若仍不止,可用子宮內栓塞法。用子宮鏡,以鉗子鉤子宮前唇,牽引子宮,以子宮探針,將 Jodoform 綿紗插入子宮,堅硬栓塞之,同時行陰道栓塞。綿紗可放置一二日,然此等止血,多不免爲一時之處置。

子宮內膜搔爬,不僅於子宮出血,可奏卓效,由此可行黏膜檢查,而下確實之診斷。與搔爬內膜相同者,亦可用

子宮內膜腐蝕，蒸汽腐蝕等。對於更年期出血，蒸汽腐蝕之有效，既成定論矣（參照內膜炎療法。）平流電氣於子宮出血有效，亦多數學者所承認。以陽極置子宮內，腹壁貼陰極大導子，第一回，注意患者之疼痛，用三十至五十 Millampere。第二回以後漸次增強，至百五十 Millampere。每週一二次，每次三分至七分。每次施術後，腹部用冷罨法。

以上各種止血法中，除洗滌法外，若子宮周圍有炎症存在時均不可行，有增惡炎症之恐。宜命其安靜，腹下部施冰罨法，整理大便，同時與以止血劑。但此等處置，在其他地方，亦常屬必要。作為止血劑，最常用者為麥角及其製劑，尤數 Ergotin，麥角，用作浸劑散藥或丸藥，一日用三至五克。著者尋常單用麥角浸（四·〇）100·〇一日六回使之分服。Ergotin 作為水劑，或於皮下注射用之。麥角製劑，近時最多用者為 Secocornin 在臀肌內或皮下注射（一回〇·五至一·〇）作為內服時，其錠劑最為便利。Secalitin 為日本所製麥角劑，亦有效。連用麥角劑時，常須注意中毒。必須連用一週以上者，暫時可用其他止血劑代之。即 Hydrastis 流動越幾斯（一回三十滴，一日三回。）Hydrastinin（以一克為三十九，一日三回，每回一九或二九。）Styptin, Styptol（每日均服四錠至六錠。）頑固出血時，Gelatin 皮下注射，有奏效者，可用 Merck 公司製之十%液。臟器療法，每有卓效，Genestypol, Pituitrin 等，頗足推獎。倫脫根線，對於子宮一般出血均有效，於更年期出血其效尤著。出血過甚，種種止血法無效者，剔出兩側卵巢或子宮者有之。又對於子宮出血之療法，更詳述於十六編第一章卵巢性子宮出血療法條下，可參照。



## 月經困難 (Dysmenorrhoe)

月經困難云者，月經時局部及一般症狀，超越生理範圍，妨礙尋常操作，不得已而就擱之謂。但生理與病理之境界，本爲以漸移行，不能明確也。

原因 大別爲局部原因及一般原因二種。局部原因云者，指生殖器有某種疾病，爲月經困難原因之謂。其疾病，或在卵巢，或在輸卵管，或在子宮，從而分卵巢性月經困難 (Dysmenorrhoea ovarica)，輸卵管性月經困難 (Dysmenorrhoea tubarica)，子宮性月經困難 (Dysmenorrhoea uterina)，由此等器官之炎症而起者，特名爲炎症性月經困難 (Dysmenorrhoea inflammatoria)。爲卵巢性月經困難之原因者，主要爲慢性卵巢炎，卵巢腫瘍等。但卵巢內分泌機能之障礙，似亦爲月經困難之原因。輸卵管性月經困難，較習見，輸卵管之收縮，發陣痛狀疼痛，爲周知之事實，而其最重要之原因，爲輸卵管炎。子宮病可爲月經困難之原因者，雖甚多，大凡可分爲機械性，充血性及子宮發育不全三種。

機械性月經困難 (Dysmenorrhoea mechanica) 者，於經血通路，生有障礙，欲戰勝障礙而排出經血，故子宮強度收縮，本症由此而起，於強度之子宮前屈或後屈，子宮肌腫，茸腫等見之。此等在經血通路易生狹窄，子宮內口尤然。

充血性月經困難 (Dysmenorrhoea congestiva) 由內生殖器高度充血而起，充血之主因爲炎症。內膜充血肥厚，子宮口卽生狹窄，實質層之炎症充血，使子宮收縮之疼痛愈增劇烈。

子宮發育不全，每爲月經困難之原因。而發育不全，不僅見於全身發育榮養不良之婦人，每於體格榮養皆良之婦人見之。

以上均爲由局部原因而起者。其次由一般原因之月經困難，較爲罕見。大致不能證明局部原因時，歸咎於患者之神經質，而稱爲神經性月經困難。

神經性月經困難 (Dysmenorrhoea nervosa) 多見於神經質之婦人，精神過勞者，Hysterie 及萎黃病等。近時爲月經困難之原因有置重於迷走神經緊張 Vagotonie 者。月經困難中有一種獨特者，爲膜狀月經困難。Dysmenorrhoea membranacea 本症兼有劇烈之月經痛，子宮黏膜片，略成著明之膜狀而排出，原因不明。(參照第一三四頁。)

症候 局部疼痛，有發作性者，亦有連續性者。前一種係由子宮收縮之陣痛狀疼痛，從薦骨部向腹股放射。輸卵管之收縮，亦起陣痛狀疼痛，但其部位多偏於病側。後一種，由子宮或附屬器之炎症而起，位於腹下部，又限局於炎症部位。

疼痛有與月經同時發作者，亦有起於經前二三日，經至時一同輕快者或有在月經中持續不已者，偶亦有在月經開始後二三日始發者。疼痛往往激甚，起痙攣性發作 (痙攣性月經困難 Dysmenorrhoea spasmodica) 惡心，嘔吐，四肢冷厥，失神等症。神經大致興奮，常訴頭痛，偏頭痛，神經痛 (尤甚者三叉神經) 等。此等神經症狀，於高級社會婦人，女教員，音樂家等多見之。因此等症狀之反復，婦人之榮養，漸至衰落。經期以外，即月經與月經之中

間，每月有二三日，發月經困難狀疼痛者有之，此名中間痛（Mittelschmerz）原因雖不明，但必與月經之周期變化，相因而至者也。

療法 考其原因而除去之。有炎症，用消炎法，有狹窄擴張之，子宮位置異常，則矯正之，有習慣性便秘，則治療之。對於原因不明者，可繼續服碘鉀，又如 Hydrastis, Atropin, 卵巢製劑，甲狀腺製劑等，每能奏效。既發疼痛之子宮，在經期中，以勿觸之爲宜。安靜其精神，使之就寢，腹下部施溫罨法，灌腸以去腸內容，避足部之冷卻，貼冰囊於頭部。由此等處置，多少可見輕快。痛甚時，腹下部貼芥子泥（五分至七分），嗎啡注射，宜嚴禁。以反復注射，能起嗎啡中毒故也。不得已時，可用鴉片丁幾。他如 Antipyrin (〇·五)，Phenacetin (〇·五)，Aspirin (〇·五)，Pyramidon (〇·ii)，Salipyrin (〇·五至〇·七)等均有效。對於月經前之疼痛，用子宮陰道段瀉血法，每有良效。

對於月經困難，有謂電氣療法能奏效者。以陰極置子宮腔中，電強二十至三十 Milliampere，每回三分至五分鐘，一星期一次。月經中休止之。其他在經前一二日，行子宮擴張或搔爬，或用溫坐浴，有奏良效者。Eliasz 氏在鼻下甲及中隔，塗十至二十% Cocain，謂有良效（所謂使鼻之生殖器中樞麻痺）。由此遂有鼻性月經困難（Nasale Dysmenorrhoe）之稱。對於頭痛，偏頭痛，神經痛等，亦可用鎮痛劑。但神經質婦人，萎黃病等，宜送往高山，海濱，溫泉等，更命其冷水摩擦，或冷水浴等，以圖增進體力。對於中間痛，無特別療法，可準照月經困難處置之。膜狀月經困難，爲排出膜狀之子宮黏膜，係一種特異之月經困難，其原因不明。往時以爲由內膜炎而起，稱爲

剝屑性內膜炎 (Endometritis exfoliativa) 然果爲炎症與否，甚屬疑問。毋寧視爲與卵巢機能，有某種關係，子宮黏膜周期變化，因而發生異狀，似較爲妥適。大抵見於貧血、梅毒、結核、萎黃病、卵巢囊腫等，又略有遺傳性。月經以激痛開始，往往兼有發熱，經來二三日，子宮黏膜，成爲子宮腔之鑄型狀，或爲碎片而排出，疼痛頓覺輕快。膜片有蛻膜狀細胞，故誤爲流產者有之。患者常訴不孕，榮養漸衰，治愈不易。療法，尋常在月經前，搔爬內膜，且於子宮內，時時塗布碘鉀。但其效僅見於一時，多不免再發。須屢次反復搔爬。平流電氣雖云有效，然實可疑（陰極置子宮內，參照第一百零九頁）。月經前豫先擴張頸管，可短縮疼痛期。更有推獎碘劑繼續內服者。此外療法，與一般月經困難同。

## 第五編 婦人生殖器官之發育異常

### 第一章 子宮及陰道發育異常 (Bildungsfehler des Uterus und der Vagina)

女生殖器基源之苗勒氏管，初爲一對實質性索條，後乃生內腔而成管，兩側之管癒合而成一條生殖索 (Geschlechtsstrang)，遂變爲子宮及陰道。其經過中如發育上有障礙，則有發育不全。其狀態，因發育停止時期之關係，種種不同，在胎生學上雖爲極有興味之問題，而在臨床上殊少興趣，故茲編僅述其臨床上之重要部分而已。

分類 往時多據形態學的分類法，但現今多以依據發生學的分類法爲正當。故茲編就現時最通行之 Winckel 氏分類法說明之。

苗勒氏管之發育，可分爲左列七期。

第一期 (胎生第一月) 苗勒氏管發生，呈實質性索狀。

第二期 (胎生第二月) 索變爲管，將來成爲子宮與陰道境界之部分以下，兩管合爲生殖索。

第三期 第四期 (胎生第三月至第五月) 兩管癒合，漸向上方進行，形成子宮，在第四月之末，中隔消滅，第五月終，子宮僅有一個子宮底。

第五期（胎生第六至第十月）扁平之子宮底，漸次膨隆，至妊娠末期，成爲完全之胎兒子宮。

第六期（生後一歲至十歲）由胎兒子宮變爲小兒子宮。

第七期（生後十歲至十六歲）由小兒子宮變爲處女子宮。

因發生障礙之時期，而將發育不全，據上七期分配之如次。

### 第一期

一 兩側苗勒氏索之全缺者——陰道子宮輸卵管全缺。

二 一側苗勒氏索之全缺者——單角子宮（真性）〔*Uterus unicornis (verus)*〕。

### 第二期

三 兩索完全分離者——分離重複子宮，分離重複陰道〔*Uterus duplex separatus; Vagina duplex separatus (Uterus didelphys)*〕。

四 分離或癒合之索不生內腔——無腔殘廢子宮（重複，雙角，單一）無腔陰道〔*Uterus rudimentarius solidus duplex, bicornis, simplex mit Vagina solida*〕。

五 分離或癒合之索，一部分發生內腔——無腔不全殘廢子宮（重複，雙角，單一）無腔陰道〔*Uterus rudimentarius partim excavatus duplex, bicornis, simplex mit Vagina solida*〕。

六 一角殘廢性雙角子宮〔*Uterus bicornis mit rudimentärer Ausbildung eines Hornes*〕。

第三至第四期

七 雙角子宮 (中隔, 亞中隔, 無隔) 中隔, 亞中隔, 無隔陰道 (Uterus bicornis septus, subseptus, simplex; Vagina septa subseptia simplex)

八 凹底子宮 (中隔, 亞中隔, 無隔) 中隔, 亞中隔, 無隔陰道 (Uterus introfus arcuatus septus, subseptus, simplex; Vagina septa, subseptia, simplex)

九 平底子宮 (中隔, 亞中隔, 無隔) 中隔, 亞中隔, 無隔陰道 (Uterus planifundalis septus, subseptus, simplex; Vagina septa, subseptia, simplex)

十 凸底子宮 (中隔, 亞中隔, 無隔) 中隔, 亞中隔, 無隔陰道 (Uterus foras arcuatus septus, subseptus, simplex; Vagina septa, subseptia, simplex)

第五期

十一 胎兒子宮 (Uterus foetalis)

第六期

十二 小兒子宮 (Uterus infantilis)

第七期

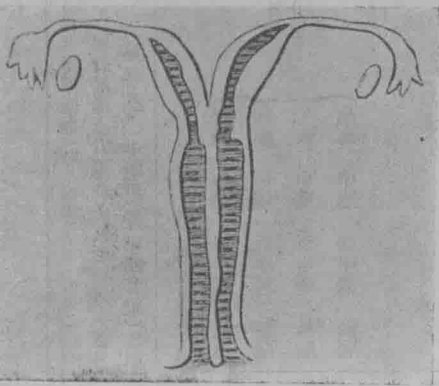
十三 處女子宮 (Uterus virginis)





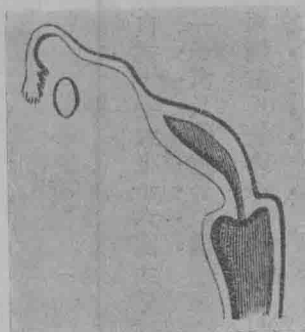


圖 十 七 第



道陰隔中宮子角雙頸雙  
圖一十七第

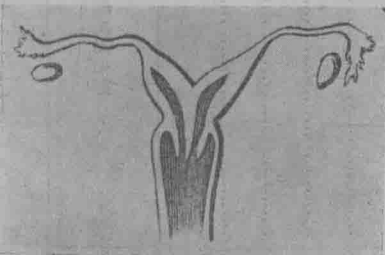
圖 七 十 六 第



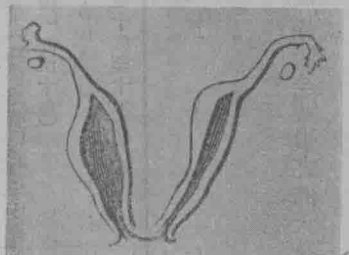
宮 子 角 單

圖 八 十 六 第

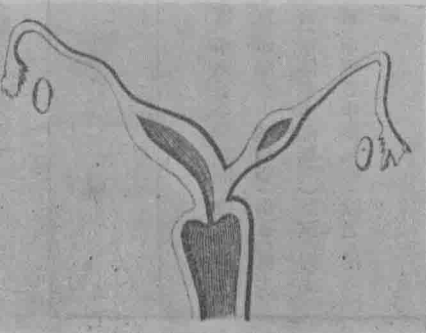
近世婦人科學



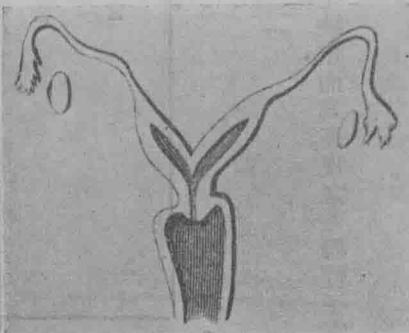
道陰隔無宮子角雙頸雙  
圖二十七第



道陰複重離分宮子複重離分  
圖九十六第

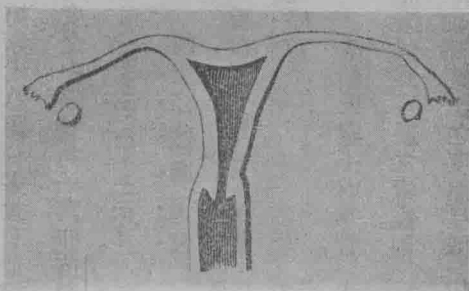


道陰隔無宮子角雙頸單



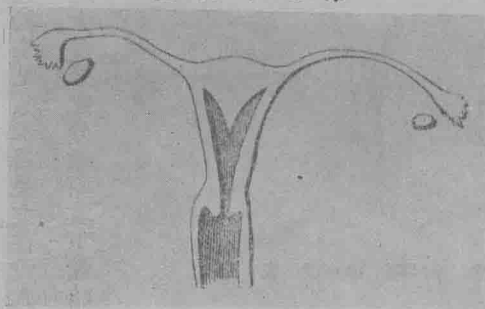
宮子角雙性廢殘角一

圖 三 十 七 第



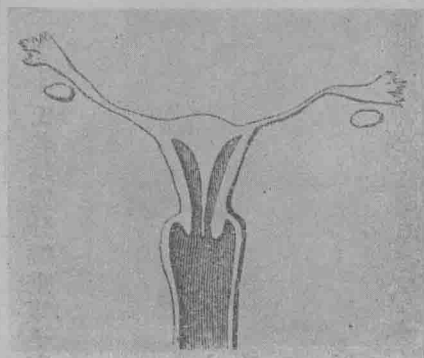
宮 子 底 凹

圖 四 十 七 第



宮 子 隔 中 亞 底 平

圖 五 十 七 第



宮 子 隔 中 底 凸

一側之苗勒氏管，起初即缺損，僅他側發育至某程度為止。此種真性單角子宮，於生兒所未見。向來報告之成人真性單角子宮，實非真性，而為雙角子宮之一角及同側之輸卵管卵巢退化消失者。真性單角子宮，陰道狹而子宮小位於側方，或彎曲成弓狀，子宮腔或不存在，或僅有留遺，子宮角亦為殘廢性。同時多並見缺損側之腎臟輸尿管缺損。

三、分·離·重·複·子·宮·兼·分·離·重·複·陰·道。

兩單角子宮，左右相對，所屬之陰道，亦完全分離，此因苗勒氏管全不癒合，兩管以各別發育至某程度而起。

(第六十八圖)多兼有他種畸形，且於生兒似未嘗見之。在成人曾經證明之報告，多非苗勒氏管之全分離，似為高度之中隔雙角子宮，即苗勒氏管之大部分，雖分離，而其下端略有癒合者。Nottel 氏名為偽分離重複子宮兼陰道(Pseudodidalphys)。

四、無腔殘廢子宮。

(重複，雙角，單一)兼無腔陰道。

腔陰道。

苗勒氏索不成為管，

而遺留為殘廢之索條。因

其兩側癒合之度而呈種

種形狀。子宮純為兩個時，

則為重複子宮；僅一部分

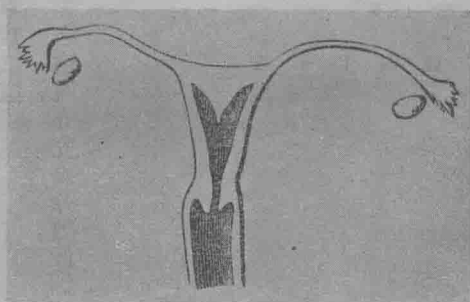
癒合時，為雙角子宮；全部癒合時，為單一子宮。陰道為一條殘廢索條。當是時，輸卵管卵巢亦發育不良，有僅見陰毛

發育者。向來作為子宮全缺損，而見諸報告者，多屬於此(第七十八圖)。

五、內腔不全殘廢子宮(重複，雙角，單一)兼無腔陰道。

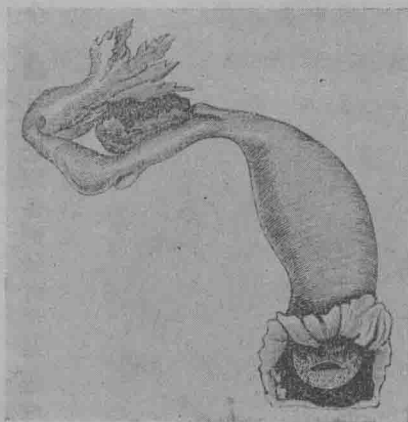
與無腔殘廢子宮相似，但苗勒氏管雖不完全而有內腔。陰道或為實質性，或於下端略呈孔狀。外陰部，乳房，均

第 七 十 六 圖



凸底亞中隔子宮

第 七 十 七 圖



右側單角子宮

(Nach Fritsch)

發育(第七十九圖)

六、一角殘廢性之雙角子宮(有殘廢性副角之單角子宮)

其主角以及屬此之陰道

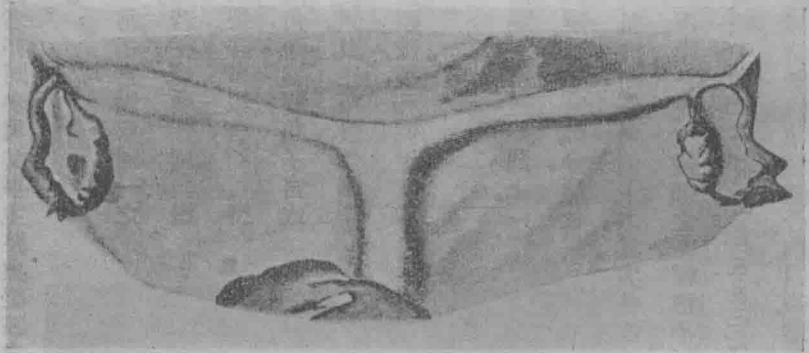
雖均發育完全而有充分之機能,但別一角則完全殘廢之謂也(第八十圖)若

是之發育障礙,在苗氏索發生管腔以前,與夫由雙角子宮兩角發育不同,而生之非

相對雙角子宮(Uterus bicornis asymmetricus)可以區別。月經之關係,在主角,與普通之子宮無異。副角若

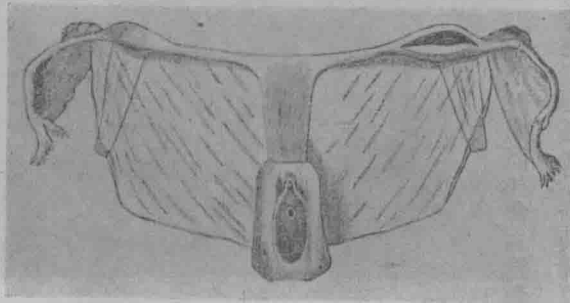
第 七 十 八 圖

第五編 婦人生殖器之發育異常



宮子角雙廢殘腔無 (Nach Menge)

圖九十七第

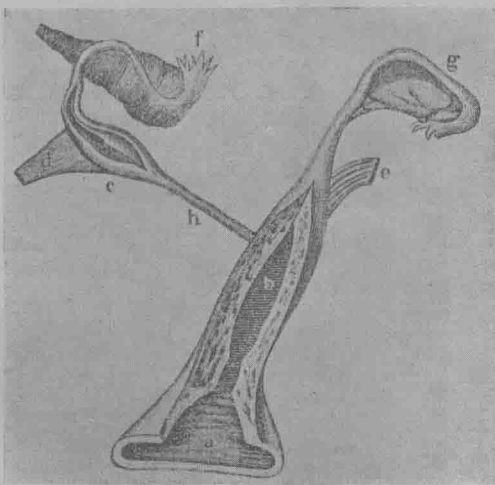


宮子角雙廢殘全不腔內 (Nach Kussmaul)

有腔與主角相通，其黏膜具有機能者，亦同參與其事。主腔與副腔之連絡狹窄者，則有月經困難，閉鎖時，形成血腫 (側血腫。Haematoma lateralis)。

主角，於妊娠，分娩，產褥，均與正常子宮幾取同一之經過，副角之黏膜發育者，亦能受胎。若在殘廢性副角妊娠時，大抵受孕至五六月間，副角破裂。許多報告，謂可持續至妊娠末期者，非真正殘廢性副角，而為雙角子宮或中隔子宮之一側，有閉鎖性萎縮之例。真正殘廢性副角妊娠，破裂時，其症候雖與輸卵管妊娠破裂相似，但其豫後，較輸卵管尤為不良。

第八十圖



一 角殘廢性雙角子宮 (Nach Fritsch)

七、雙角子宮 (中隔，亞中隔，無隔) 陰道 (同上)。

雙角子宮云者，兩側苗氏管應變為子宮部分，癒合

不完全者，上部不癒合之處，分別為肌肉筒，而向側上方，其尖各連於輸卵管及圓韧带，下部兩筒相會為銳角或直角，偶有為鈍角者，此處形成鞍部，以腹膜被覆之。鞍部之高，種種不等，深者達子宮體部與頸部之界，最甚者，或至子宮與陰道之界，特名為偽性分離重複子宮 (Uterus pseudodidelphys) 在此處，子宮陰道段及子宮外口，分別存在，頸部密接而並立，子宮陰道段，互以結締組織稍稍結合。倘同時陰道亦為複管時，則兩管為公共之結締組織莖所包

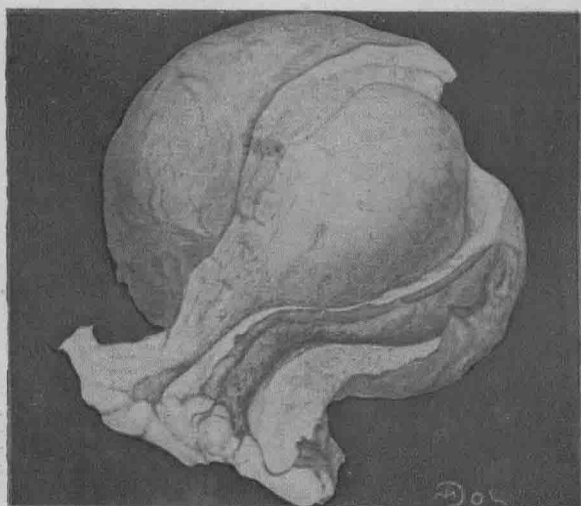
裹，兩管之境界，均由結締組織結合（真性重複子宮兼陰道，均由此等結締組織結合）。鞍部位於子宮內口之上方，其位置愈高，則位於兩角間子宮底之陷窩益淺，漸近於凹底子宮。

雙角子宮，視其中隔消失之程度，呈種種形狀。在中隔下端消失之亞中隔雙角子宮，其雙角之鞍，在子宮頸部者，子宮外口，成爲一個，而成所謂單口雙角子宮（*Uterus bicornis uniforis*）。

若鞍部在子宮內口以上，中隔幾達子宮內口之亞中隔雙角子宮，則名單頸雙角子宮（*Uterus bicornis unicolis*）。（第七十及七十一圖。）在子宮體上半部不癒合之子宮，中隔短中隔下端與子宮內口間，略有距離，子宮腔之一部成爲單腔者，名曰無隔雙角子宮，或單體雙角子宮（*Uterus bicornis simplex s. unicorporus*）。在雙角子宮，陰道視中隔之有無，呈中隔，亞中隔，無隔等種種狀態。外陰部，大抵照常發育。

雙角子宮之臨床的意義，與正常子宮似無大差。月經與普通無異，受胎率亦無大差，妊娠分娩之經過，

圖 一 十 八 第



道陰隔中宮子隔中之腫肌有側右  
 (議所室教科婦產專醫知愛)

亦係普通者不少，惟妊娠之早期中絕，胎位異常，軟部產道之障礙，陣痛微弱諸傾向，略較甚於普通子宮。

#### 八、凹底子宮（中隔，亞中隔，無隔）陰道（同上。）

苗勒氏管之外癒合，較雙角子宮進步，外觀上總爲單一子宮，雙角之鞍部消失，子宮底稍陷入，呈弓狀。惟內腔中隔消失之程度，種種不同，有完全消失而爲單腔者，或亦有不但子宮腔至陰道爲止全部中隔存在者。凹底子宮，因中隔消失之狀態，一切分類命名，均與雙角子宮相同，臨床上之意義，亦無大差。能知其爲較雙角子宮稍稍進步發育者，則一切均可理解矣。

#### 九及十、平底子宮及凸底子宮（中隔，亞中隔，無隔）陰道（同上。）

平底子宮較諸凹底子宮，其苗勒氏管之外癒合，更無進步，子宮底變爲平面，已無兩角之痕跡。凸底子宮，則子宮底之發育，更爲進化，向外膨隆，而成普通之子宮底。在此等子宮，其中隔有全部消失者，有全部或一部存留者。因此而生之種種分類，與前同，陰道亦然。子宮發育，漸近於生理狀態，而臨床上之現象，自然與尋常子宮近似，不待言矣。

#### 十一及十二、胎兒子宮及小兒子宮。

胎兒子宮在妊娠後半期之發育，於子宮頸部最著，在妊娠末期，頸部當體部二倍以上，體部不過頸部三分之一。當是時，子宮黏膜之棕櫚皺襞，不但頸部，直蔓延於子宮全體。在此期中，有發育障礙時，子宮即永停止於此等胎兒子宮之狀態矣。

生後第五年爲止，子宮不變胎兒子宮之舊態，僅徐徐增大而已。六歲以後，即自卵巢著明增大之時期起始，子



宮體部，著明增大，體部之棕櫚皺襞，亦從上部起，漸次消失，所存者僅其下部及頸部而已。然生後直至十二三歲，體部之大小仍不過各頸部相同，此時若起發育障礙，則子宮永遠持續小兒子宮之性質。但在小兒期前半截，遭遇障礙之小兒子宮，與胎兒子宮難於區別，惟在後半截者，始可區別耳。

在胎兒子宮及小兒子宮，不僅輸卵管及卵巢發育不完，陰道及外陰部，亦常不能充分發育。由此觀之，則可知。妊·娠·後·半·期·之·子·宮·發·育·障·礙·並·非·作·用·於·苗·氏·管·之·障·礙·而·由·於·生·殖·腺·之·機·能·不·全·。生·殖·腺·障·礙·之·原·因·，或·為·全·身·，或·為·局·部·，從·而·影·響·於·婦·人·之·全·身·發·育·狀·態·，如·為·全·身·的·原·因·，則·全·身·之·發·育·亦·不·良·，如·為·局·部·的·，則·全·身·發·育·，不·致·為·所·障·礙·。

症候 因胎兒子宮與小兒子宮而異。

在胎兒子宮，月經雖不來潮而有時發月經痛。雖缺生殖慾，但能知交接之快感者有之。惟以陰道狹隘短小，交接之際，有訴疼痛者。此等婦人必不孕，即孕亦早期中絕。

在小兒子宮有全無月經者，或有見少量經血者。後一種，

月經初潮遲晚，至二十歲以後始來潮，經期以五六週或以上之間隔而反復，血量甚少，每兼有月經困難。生殖慾往往缺如，交接時覺疼痛者不少。妊娠難以期待，即使妊娠，亦多早期中絕，妊娠達後半期，子宮壁菲薄，故多子宮破裂。

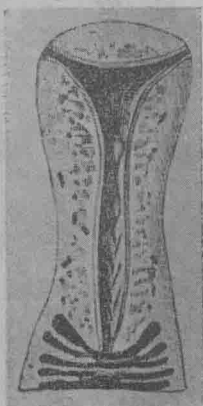
圖二十八第



胎兒子宮

(Nach Menge)

圖三十八第



小兒子宮

(Nach Menge)

之恐。幸勿達於妊娠末期，亦爲難產，須手術補助者不少。產褥恢復，亦往往遲延。

診斷 由無月經，月經過少，外陰部發育不良，內生殖器觸診所見等，診斷之。如陰道狹窄，可行直腸診。由觸診

可知子宮全體皆小，頸部較大於體部，於胎兒子宮尤然。子宮腔短小，不過三至五糎。

豫後 在胎兒子宮，無月經以及不孕症之治愈，終於難望。小兒子宮，愈後稍良，結婚後月經來潮，由少量漸至普通之月經量，既而妊娠。至流產或正規分娩後，變爲機能完全之子宮者不少。

療法 胎兒子宮，治療無效，尤以局部療法爲有害無益。對於小兒子宮，增進患者之榮養，以圖骨盆內循環之旺盛。送患婦於山間，海岸，溫泉等處，命以適宜之運動及滋養，施種種坐浴，內服藥，與以鐵劑。各種卵巢製劑，大足推獎。可作爲局部療法者，有按摩子宮，熱性陰道洗滌，子宮內插入探針，Laminaria 桿，及子宮內桿 (Intrauterin-rod) 之插入，陰道段亂刺法，直流以及感應電流之子宮內應用等，但奏效均不確實。既婚婦人，交接時有疼痛者，擴張陰道。子宮有狹窄者，擴張之。對於無月經，則催經劑，幾於無效。

十三至十五歲女子宮斜子宮及發育不全子宮。

小兒子宮，至十五六歲之間爲止，達處女子宮之成熟狀態。成熟之處女子宮，不僅較大於小兒子宮，且已備有成熟子宮之形態，子宮體壁，堅厚而闊，子宮底以肌性隆起，體部與頸部之大小，成二與一之比例。在此發育經過中起障礙時，其臨床的關係，位置於小兒子宮與成熟子宮之間，在此狀態，子宮多有位置異常，尤多者爲強度前屈及左位。據 Winker 氏謂由此最後期間之發育障礙（十歲至十六歲），遂有斜子宮及發育不全之子宮云。此二

者，其輸卵管，卵巢，陰道，外陰部等，完全發達，卵巢機能，亦毫無欠缺，惟子宮發育，獨受障礙。即子宮半側，完全發育，其他半側之發育，不能相稱，故子宮至於側方（斜子宮），或兩側發育均不完全，其大小止於小兒子宮，惟體部與頸部大小之關係，與成熟子宮相同（發育不全子宮）。發育不全子宮中，更有一種，子宮壁非常菲薄者，此名發育不全膜狀子宮（*Uterus hypoplasticus membranaceus*）。當是時，膀胱多肥大，故恐係肥大膀胱之壓迫，即其原因。小兒子宮等之原因，在生殖腺機能障礙。斜子宮及發育不全子宮反是。其他生殖器完全發育，原因在子宮自身，其血管異常，於說明此理似最便利。但無論如何，二者皆較為罕見，臨床上無多價值也。

## 第二章 卵巢及輸卵管發育異常 (Bildungs-

*fehler der Tuben und Ovarien)*

第 八 十 四 圖

卵巢有一側或兩側缺如者，或發育不全而為殘廢性者。或有後天性退化萎縮者。兩側卵巢缺如，或高度發育不全以至退化，遂有無月經，不妊，生殖慾缺乏等症。反乎此，除左右兩卵巢以外，更存第三卵巢者有之。第三卵巢 (*Ovarium tertium*) 有附屬之第三輸卵管及

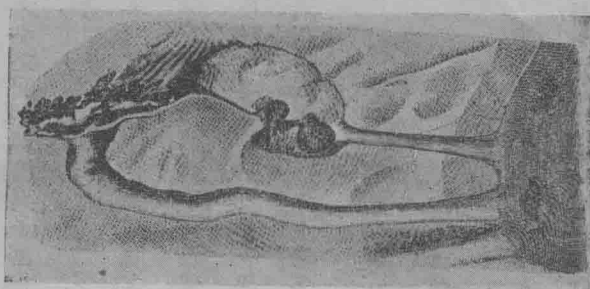


第 三 卵 巢

(Nach Winkel)

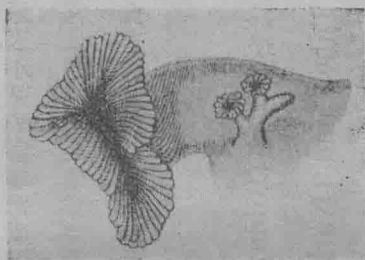
卵巢本韌帶。又卵巢表面附着一個或數個粟粒至豌豆大之卵巢者有之，此名卵巢旁體 (Accessorische Ovaria) (此外卵巢之一部分絞榨，分離為二三個，或區劃為數部者有之，此名分葉卵巢 (Ovaria lobata)。

圖 五 十 八 第



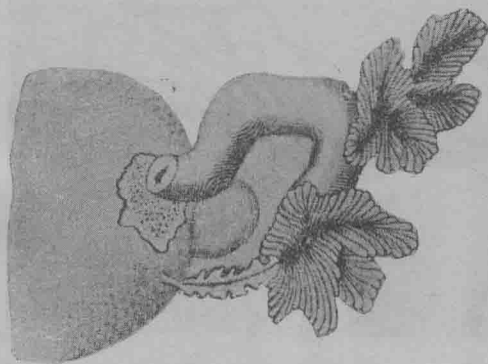
體 旁 巢 卵  
(Nach Menge)

圖 六 十 八 第



管 卵 輸 副  
(Nach Kossmann)

圖 七 十 八 第



口 管 卵 輸 副  
(Nach Kossmann)

巢缺損相隨而起。輸卵管發育不全，亦與子宮相同，有種種程度，大抵與子宮發育不全並見。輸卵管亦有發生過剩。兩側輸卵管缺損，無獨立存在者，在真性單角子宮，一側之輸卵管缺損，如上所述。續發性輸卵管缺損，多與卵

者。與上述之第三卵巢並見之第三輸卵管 (Tuba tertia) 卽其一也。更有爲部分的發生過剩者，卽副輸卵管 (Accessorische Tuben) 及副輸卵管口 (Accessorische Tubenostien)。副輸卵管，多近於輸卵管之端，歧爲一二條細管或爲索條，其端顯然成繖狀，發育佳良，與普通輸卵管幾於一致，亦或僅具二三枚繖穗者。管口之數目位置，亦種種不同。

### 第三章 鎖陰 (Cynatresien)

鎖陰者，爲女子生殖管之閉鎖症。或限於生殖管之一小部，例如限局於子宮外口，或陰道之一部，閉鎖如膜狀者有之。或涉及生殖管之大部份，例如全部陰道，均閉鎖者亦有之。因閉鎖之部位，可分爲處女膜閉鎖 (Atrisia hymenalis) 陰道閉鎖 (Atrisia vaginalis) 子宮閉鎖 (Atrisia uterina) 輸卵管閉鎖 (Atrisia tubaria) 等。

原因 鎖陰之原因有先天性或後天性之別。其發生閉鎖之動機，精密觀察之，可大別爲下列三種。

- 一、成形萎縮 (Verkümmernng) 之閉鎖，卽缺損性閉鎖。均爲先天性，多涉及生殖管大部分。
- 二、上皮癒着 (Verklebung) 卽癒着性閉鎖。多爲先天性，常爲膜狀閉鎖，或與此類似之一部分閉鎖。
- 三、因結締組織癍痕之閉鎖，卽癍痕性閉鎖。均爲後天性，閉鎖之度，有廣狹種種。

子宮體及輸卵管之閉鎖中，其壁之發育尋常者，多爲後天性，往往於搔爬，腐蝕，以及強度炎症後見之。反乎此，其閉鎖，同時兼有子宮及輸卵管壁萎縮者，多爲先天性。

上述關於輸卵管及子宮體閉鎖動機之見解，雖不聞多數之討論，但子宮頸部及其下部之閉鎖，學者見解，尙未一致。從前以爲一切發生閉鎖之後天性動機，凡臨床上不能證明者，均歸入先天性，自 Veit 及 Nagel 兩氏主張傳染說以來，漸信此等閉鎖，多爲該部炎症之結果。要之，子宮頸部以下之閉鎖，似多屬後天性。

症候 在小兒期，毫無症狀。至生殖器成熟期，經血流出，爲所妨礙，滯於閉鎖之上部，始發一定之症狀而求醫師診察。

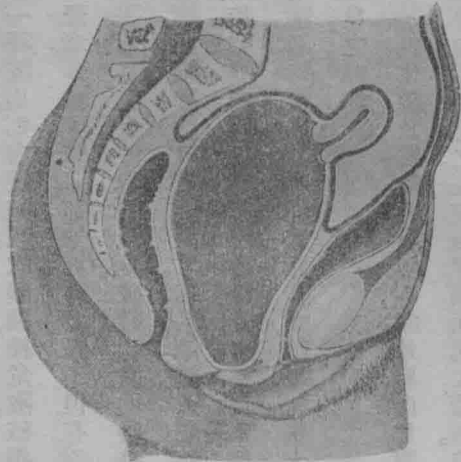
一、無月經 雖達生殖器成熟期，而月經不至。

二、局部症狀 主要爲月經痛，每月周期反覆作疝痛狀疼痛，起初僅月經期有疼痛，及經血滯蓄增多，遂爲持續性疼痛，月經時增惡，甚至呈惡心，嘔吐等骨盆腹膜之刺戟症狀。疼痛，大致閉鎖部愈高者，發作愈早，更有血腫壓迫膀胱直腸，障礙大小便之通利。惟老人之閉鎖症，以無月經滯留之故，發生症狀者極少。

三、腫瘤之發生 在處女膜閉鎖，經血即停蓄於其上，每次月經增其分量，漸次伸展陰道，乃可於恥骨縫上觸知腫瘤。當是時，子宮多爲硬塊，坐於其上（第八十八圖）。此名陰道血腫（Hämatokolpos）但陰道擴張，超過一定程度時，子宮頸管漸次擴張，血液滯於子宮腔而成子宮血腫（Hämatometra）其次，子宮以漸擴張，子宮內壓達一定程度時，血液流入輸卵管，輸卵管口有閉鎖時，遂成輸卵管血腫（Hämatosalpinx）。

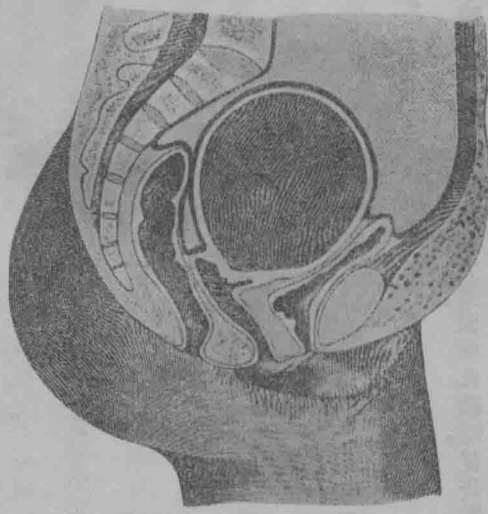
閉鎖更在處女膜上方時，起初其上部發生血腫，滯蓄之度愈增，漸向上方伸展（第八十九圖）。  
 在閉經期婦人，已無經血，故所滯者，僅為水狀液。其積於子宮者，名為子宮水腫（Hydrometra），膿化者曰子宮膿腫（Pyometra），重複生殖管之一側有閉鎖而生血腫時，名為側血腫（Haematoma lateralis），其積於陰

圖八十八第



腫血道陰  
 (鎖閉道陰之方內膜女處於由)  
 (Nach Menge)

圖九十八第



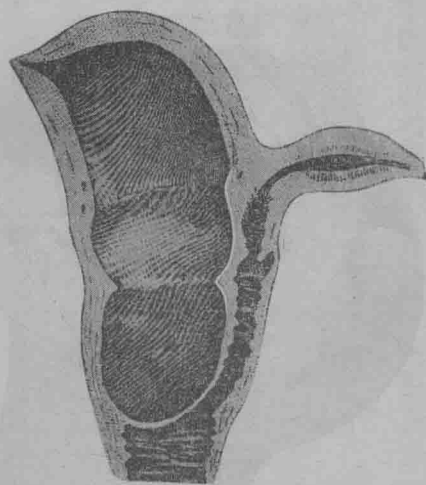
腫血宮子  
 (鎖閉管頸於由)  
 (Nach Menge)

道中者，名曰側陰道血腫（Haematokolpos lateralis）積於子宮者，曰側子宮血腫（Haematometra lateralis）（第九十圖）。

經過 既生之血腫，或破裂，或化膿腐敗，或吸收，三者必居其一也。

一、血腫破裂。血腫以漸增大，包圍血腫之壁，其抵抗力不能勝血腫之內壓，遂致破裂。破裂之動機，多由於身體之劇動，或粗暴之診察等。破裂有流向外界者，亦有向腹腔破潰者，或破壞於直腸膀胱者亦有之。在處女膜閉鎖，膜本菲薄，血液破裂此膜而流於外方。破裂時，如裂孔細小，則血液徐徐流出，罕有突發非常危險者，若裂孔甚大，血液一時流出，則內壓驟減，故釀種種危險。破裂之最可恐者，為輸卵管血腫。輸卵管血腫，不但有原發的破裂者，且有由於陰道血腫破裂，受其內壓急變之影響，而續發性破裂者有之。當是時，流入腹腔之血液，若為少量而又無菌時，豫後非必不良，不然則其危險，無待復述。而輸卵管血管之破裂，向來大抵取不良之經過。

第九圖



亞中隔  
陰道雙  
角子宮  
由一側  
陰道閉  
鎖而起  
之一側  
子宮陰  
道血腫

(Nach Menge)

二、化膿及腐敗。血腫破向外界，自其裂孔傳

染於內部者有之。或有由穿刺而起化膿者。或又有從鄰接臟器傳染者，以腸管為尤多。血腫化膿時，呈發熱及其他化膿症狀，固無待論，破裂時之危險，蓋甚大也。

三、自然治愈。月經閉止或血量少時，血腫有自然吸收而消失者。此多於老人見之。雖在生殖時期之婦人，但身體衰弱而月經減少或停止時，血腫有自然縮少消失者。



診斷 單管之生殖管閉鎖，以患者特別之陳述及明瞭之診察所見，易於診斷，在重複生殖管一側之閉鎖，其診斷有時困難。在單生殖管，凡不見經血之月經痛，每逢月經而增大之腫瘤，即此已使人想像鎖陰。更於既往症，有後天性鎖陰之動機，如傷寒白喉，猩紅熱等急性傳染病，產褥熱，生殖器外傷之類者，則鎖陰之疑，更為顯著矣。閉鎖愈在生殖管下部，則診斷愈為容易。在處女膜或陰道下端之閉鎖，則閉鎖膜向外隆起，其中可透視暗赤青色之液體。行直腸診時，於陰道或子宮所當存在之部位，可觸知緊張之波動性腫瘤。如僅為陰道血腫時，其上端可觸得堅硬之子宮。子宮血腫，在子宮中央，可觸知緊張之球狀囊腫。如為輸卵管血腫，可在中央腫瘍之兩側（多兩側並發），觸知彎頸器狀之硬瘤（輸卵管血腫之觸診，切勿用強力，恐有破裂之虞故也。）

重複生殖管之側血腫，診斷困難。側陰道血腫，與陰道囊腫，側陰道膿腫等，易於錯誤。側子宮血腫，則易誤為卵巢囊腫，肌腫，子宮外妊娠等。診斷困難時，可行診斷的穿刺。內容為暗赤色至暗褐色液體，稍帶黏稠性，如非化膿，則無惡臭。血球殆全破壞。但穿刺有傳染之虞，宜避。

豫後 有輸卵管血腫者，常須大加注意。其破裂有發腹膜炎之恐。在陰道下部或處女膜之鎖陰，豫後雖良，其他則縱用手術，易再閉鎖。

療法 切開閉鎖，使流出血液，防閉鎖之再發。手術時最須注意者，為嚴重消毒，血液之流出，務使徐緩，使血液完全流出，豫防血液之腐敗等。在處女膜閉鎖，可於隆起之膜上，加極小之十字切開，使血液徐徐流出，此時切勿壓迫腹壁，有輸卵管血腫破裂之虞也。血液流畢後，陰道內塗 Jodoform。血液苟不腐敗，毋須洗滌陰道。次則自處女

膜基底部分切除之，縫合創緣一周。更栓塞 Jodoform 綿紗，使血腫囊乾燥，每日一回交換之。手術後發熱時，卽血液停蓄腐敗之徵，須注意使流出，以消毒液洗之，用 Jodoform 綿紗栓塞。在陰道閉鎖，若其閉鎖部爲下端之一小部分時，亦可與處女膜閉鎖同樣處置。若爲陰道大部分或全部閉鎖時，手術困難。直腸與膀胱之間，勿用刀剝離之，達於血腫，於此穿一小孔，使血液徐徐流出。當是時，創緣之縫合困難，易再愈着，故於新開之陰道孔中插入適當之管或 Jodoform 綿紗以防之。或牽引子宮，將子宮外口，縫合於陰道口亦可。閉鎖再發，不得已時，有剝出兩卵巢使月經停止之一法，但不如留卵巢而剝出子宮爲宜。森正道氏曾思得以腸管造陰道管之法，近時岡林氏亦大加唱道。其法先剝離直腸膀胱間，作成組織之間隙，如向來之造陰道法，次則開腹，自小腸末端，曠置十五至十八糞連腸系膜，使作蹄係狀，於二列縫合之。斷其縫合之中間，造一盲管，通過腹膜而牽出之，至外陰部爲止，以三四個結節縫合固定之，新成之陰道腔及其外面，施以細小之排泄裝置。曠置小腸之斷端，先用腸縫合，或以 Muthy 氏鉗，使之連接，不待言矣。

子宮血腫，以刀或套管針開子宮口之閉鎖，使血液徐徐流出，然後用大切開，縫合子宮口與陰道壁。閉鎖再發時，除剝出子宮外，無他道也。確知有輸卵管存在時，當切開陰道或子宮血腫之先，行開腹術，剝出輸卵管血腫後，再行陰道式手術，最爲安全。

#### 第四章 外陰部畸形 (Bildungsfehler der Vulva)

陰道性肛門閉鎖 (Atrisia ani vaginalis)

在胎生第四週，終腸 (Enddarm) 尙與尿生殖竇 (Sinus urogenitalis) 連絡交通，恰當此際，自外方向終腸，生外皮之陷入 (第九十一圖) 以漸深入，達於終腸，於是直腸與肛門之連絡完成 (第九十二圖) 腸與尿生

圖一十九第



外陰 尿道及  
部發 尿道相  
生之 合而開  
順序 口於尿  
a 外皮陷入

圖二十九第



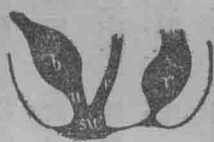
外陰 尿道完  
部發 全分離  
生之 各別開  
順序 口於尿  
d 一穴肛

圖三十九第



外陰 尿道  
部發 尿道  
生之 直腸  
順序 膀胱  
su 尿生殖竇

圖四十九第



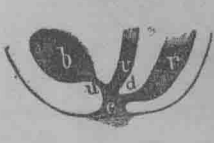
外陰 尿道及  
部發 尿道相  
生之 合而開  
順序 口於尿  
生殖竇

圖五十九第



外陰 尿道完  
部發 全分離  
生之 各別開  
順序 口於尿  
生殖竇  
(前庭)

圖六十九第



外陰 尿道  
部發 尿道  
生之 直腸  
順序 膀胱

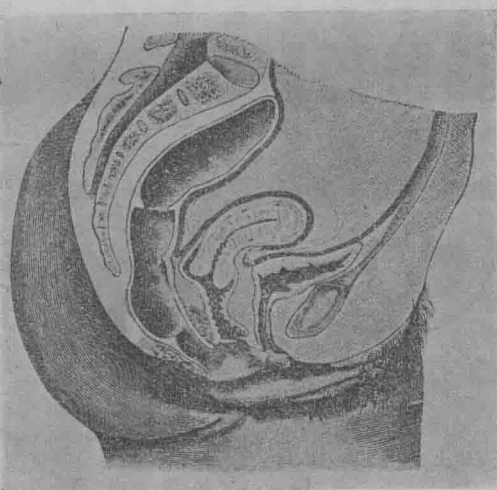
(以上六圖均採自 Schröder 氏)

殖竇隔壁，自上漸進於下方，在胎生第十四週，一穴肛 (Kloake) (泌尿管，生殖管，腸管之共同排泄口) 分爲腹背兩孔，腹孔爲尿生殖竇，背孔爲肛門，其中間爲會陰 (第九十三、四、五圖)。外皮，陷入尙不達於終腸，而腸管及尿生殖竇之中隔不完全，兩者之交通存續時，肛之排泄孔 (肛門) 卽閉鎖，腸管乃開口於尿生殖竇，此名陰道性肛門

閉鎖（第九十六圖。）然此名稱不足充分表示意義，故近時名爲陰道性非自然肛門（*Anus praeternaturalis vaginalis*）又腸之開口於陰道者，實際甚少，多開口於處女膜外方，即前庭。若是者稱爲前庭性肛門閉鎖（*Atrisia ani vestibularis*）或前庭性非自然肛門（*Anus praeternaturalis vestibularis*）（九十七圖。）

直腸及外陰部，雖無異常而其間之中隔生成不完全時，即自上向下之直腸陰道中隔，與下方自會陰向上之中隔，不能相合時，直腸與陰道之間，遂留有先天性直腸陰道瘻（*Kongenitale Rectovaginalfsfel*）反乎此，腸與尿生殖竇雖完全分離，而外皮向終腸之陷入，不能達於終腸時，則腸之下端全由外界閉鎖。此名肛門閉鎖，或曰鎖肛（*Atrisia ani*）此外有外陰部及肛門一齊閉鎖者，名曰外陰部及肛門完全閉鎖（*Atrisia ani et vulvae completa*）在內部，則尿生殖器與腸管有交通者，亦有分離者（九十八及九十九圖。）

第九十七圖



前陰性肛門閉鎖  
 (Nach Menge)

療法 在陰道性肛門閉鎖，將瘻管縱切開，使易排便。雖無肛門括約肌，但日後能行普通排便。充分之成形術，

原  
书  
缺  
页

原  
书  
缺  
页

易有名瑪麗，亞爾沙奴者，直至八十四歲之高齡，尙作爲女子而有配偶，但其解剖之結果，則確定爲男子。又獨龍氏曾報告一例，爲既往六年間曾爲人妻者，確證其爲男子，但以愛情密切之故，竟不離婚。恩格爾哈德氏報告一例，爲三十年間作爲男子與妻交者，以子宮癌而死。此外與之類似之例不少。此等畸形上性之鑑別，宜注意者，則假性半陰陽，男子較多於女子，確定其爲女性時，非確證卵巢不可。生殖器出血，常非月經，由交接之損傷所致者有之。乳房狀態，及全身姿容，不必與其性一致。又證明男子時，以精蟲固爲確實，但精液至少須擇其數日未經交接者。

Neugebauer 氏關於半陰陽，曾發表浩瀚之著述，欲研究此點者，可資參考也。





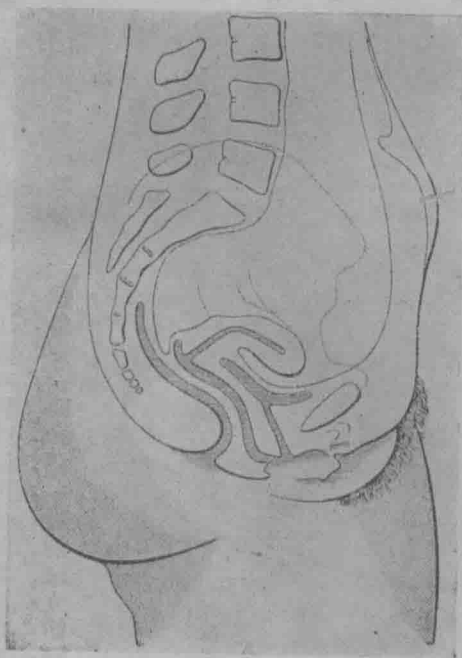
# 第六編 子宮疾病

## 第一章 子宮之位置及移動性異常(Lageund Bewegungs-Anomalien des Uterus)

子宮之生理的位置爲浮游性前傾前屈(Schwebende Anteversioflexio)其生理的移動範圍之廣大，既

如前述(參照第三及第二十九頁)子宮，因其周圍臟器之狀態，尤以直腸膀胱之盈虛，腹腔內壓之增減，子宮自己之重量等，變其位置。詳言之，膀胱充盈，子宮壓迫於後上方，直腸充滿，則轉向前上方(第百四及百五圖)次爲腹壓之作用，對於膀胱空虛業已前傾之子宮，則壓迫子宮後面，增強其前屈之度，對於膀胱充滿而後傾之子宮，則壓子宮底或子宮前

第 百 〇 三 圖



子宮在立位之時正位常位  
(Nach Schultze)

面，使後屈以至下垂。又子宮自己重量之影響，在立位，則使子宮體沈降於下方，在仰臥位，則使傾斜於後上方（第百六圖）。然由此等動機而變位之子宮，在子宮固定裝置（韌帶）之機能完全時，動機一經消滅，立即歸於原位矣。

使子宮保其常位最重要之韌帶，為

子宮頸部橫韌帶（Lig. transversum

collis，“Mackenrodt”）又名基韌帶（Lig.

cardinale）發於骨盆側壁之筋膜，達子

宮頸部之堅硬結締織，中含多數肌纖維，

為保持子宮頸部在骨盆腔正中位之用。

薦骨子宮韌帶牽引子宮頸部於後方，助

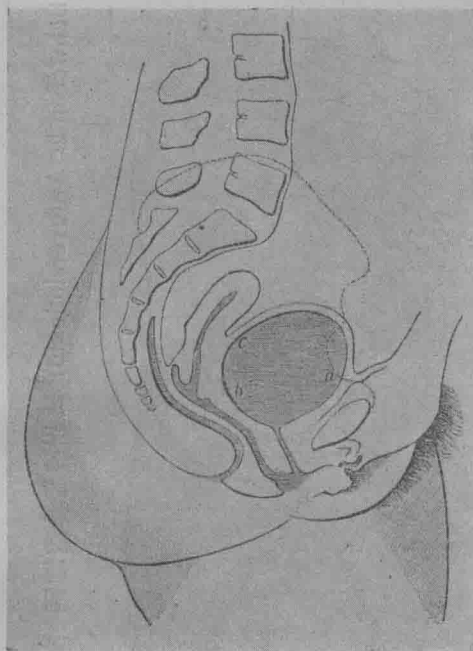
子宮之前屈。圓韌帶牽引子宮底於前方，

防子宮之後傾後屈。闊韌帶保持子宮體部於中央。此等子宮固定韌帶，若失其收縮力而弛緩，或與此相反，失其伸

展性而硬固時，則變位之子宮不能復原而生異常位置，子宮失卻固有之移動性，取一定不變之位置，即病的位置

是也。

第 百 〇 四 圖



子宮異常位之分類

一變位 (Positionanomalie) 子宮全體，離其常位，偏倚於骨盆腔某一方之謂。

(1) 前後變位

甲、子宮前位 (Antepositio uteri)

乙、子宮後位 (Retropositio uteri)

(2) 左右變位 (子宮側位) Latropositio uteri)

甲、子宮左位 (Sinistropositio uteri)

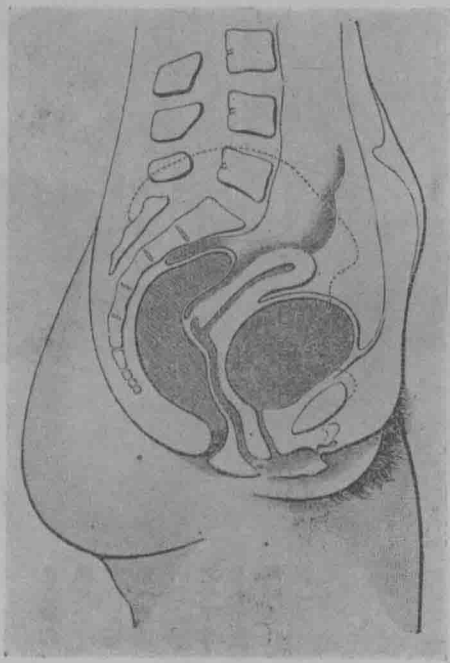
乙、子宮右位 (Dextropositio uteri)

(3) 上下變位

甲、子宮上昇 (Elevatio uteri)

乙、子宮下垂及子宮脫 (Descensus et Prolapsus uteri)

第 百 〇 五 圖



爲子宮長軸對於骨盆軸之傾斜異常。是時子宮以頸之上部爲支點。傾

斜於前後左右，故體與頸，變位於相互反對之方向。例如體部向前變位時，頸部向後變位。故傾斜異常，非子宮全體之變位，而為其部份的變位。依子宮體部所傾之方向，可以區別如次。

(1) 子宮前傾 (Anteversio uteri)

Reversio uteri

(2) 子宮後傾 (Retroversio uterie)

troversio uterie)

(3) 子宮側傾 (Lateralis troversio uterie)

istroversio uteri)

甲、子宮左傾 (Sinistroversio uteri)

乙、子宮右傾 (Dextroversio uteri)

丙、三屈折異常 (Flexionsanomalie)

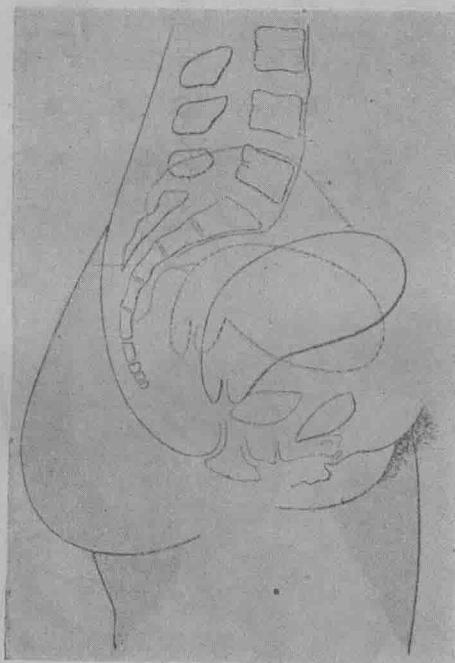
非子宮對於骨盆之變位，而為子宮體部對於頸部之變位。即子宮自身之姿勢異常是也。詳言之，子宮在生理上，體部與頸部之間，以一直角有半之角度前屈。若其角度或屈折之方向有異常時，是謂屈折異常。茲由體部之屈折方向，區別如次。

非子宮對於骨盆之變位，而為子宮體部對於頸部之變位。即子宮自身

之姿勢異常是也。詳言之，子宮在生理上，體部與頸部之間，以一直角有半之角度前屈。若其角度或屈折之方向有異常時，是謂屈折異常。茲由體部之屈折方向，區別如次。

之姿勢異常是也。詳言之，子宮在生理上，體部與頸部之間，以一直角有半之角度前屈。若其角度或屈折之方向有異常時，是謂屈折異常。茲由體部之屈折方向，區別如次。

異常時，是謂屈折異常。茲由體部之屈折方向，區別如次。



立位與仰臥位之子宮位置變化 (以欲明其差異之故子宮大小作產時之比例)

(Nach Küstner)

虛線為立位 實線為仰臥位

(1) 子宮前屈 (Anteflexio uteri)

(2) 子宮後屈 (Retroflexio uteri)

(3) 子宮側屈 (Lateroflexio uteri)

甲、子宮左屈 (Sinistrolflexio uteri)

乙、子宮右屈 (Dextrorflexio uteri)

傾斜異常與屈折異常，初學每易誤會，須注意。傾斜爲子宮之傾向，屈折謂子宮之彎屈，固不待言而明也。假定以人體軀幹，作爲子宮體部，以下肢爲頸部思之，人坐於船中椅上，其腰之屈伸，與子宮屈折之變動相當，椅之動搖，與子宮傾斜之變動相當。夫然，故子宮有即在前屈狀況而後傾者（子宮前屈後傾 Anteflexio-Retroversio uteri），亦有後屈且後傾者（Retroflexio-versio uteri），此外有傾與屈之種種合併位置。

四、捻轉 (Torsion) 以子宮之長軸爲軸，而捻轉者（子宮捻轉 Torsio uteri）。

五、翻轉 (Inversion) 子宮壁，翻入子宮腔之謂（子宮翻轉 Inversio uteri）。

六、Hernia 子宮轉位於 Hernia 囊中，此名子宮 Hernia，大抵成爲鼠蹊或股 Hernia。

子宮前位 (Antepositio uteri)

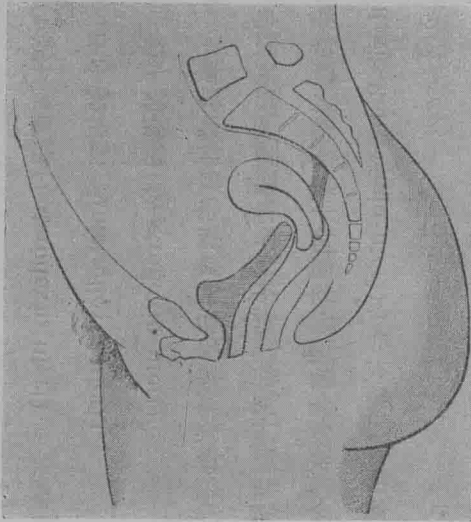
子宮大抵以稍稍直立之形態，轉位於前方。此轉位，多以位於子宮後之腫瘤壓迫而起。例如卵巢或副卵巢之

腫瘤，在 Douglas 氏窩中之輸卵管腫瘤，及在該處之滲出物，子宮後血囊腫之類。偶有因膀胱子宮窩之滲出物，吸收後之癥痕萎縮，牽向前方者。療法，在去其原因。

子宮後位 (Retropositio uteri)

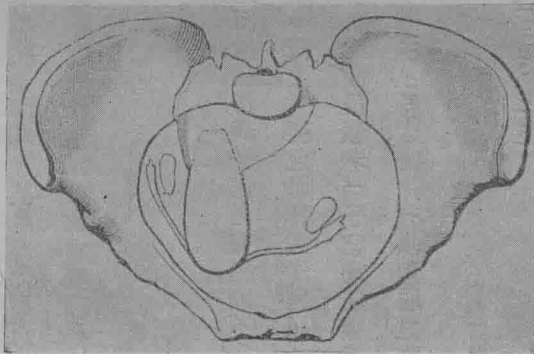
子宮全體，接近骨盆後壁，子宮之形，生理上呈前屈，或強度前屈。其後位，則起於子宮後萎縮性炎症之結果。即

第 百 〇 七 圖



子宮後位(由於後方癒着)  
(Nach Winter)

第 百 〇 八 圖



子宮右側位(由於右側癒着)  
(Nach Winter)

Douglas 氏窩之血腫，膿腫，或滲出物之吸收，故將子宮向後牽引，而使癒着於骨盆後壁。此等子宮後之腫瘤，初

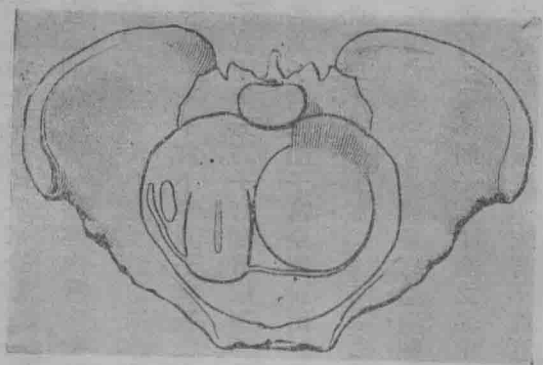
則起子宮前位，次則以其吸收而發子宮後位。由於子宮前壁或膀胱腫瘤之子宮後位，多不著明（第七圖）。

子宮側位 (Lateralis uteri)

子宮即以其生理的彎曲，接近於骨盆側壁，由子宮側面之腫瘤或滲出物壓近他側，或由側面之癍痕，牽向同側（第八圖及百九圖）。此外強度之子宮前屈，多兼側位，且以左側位為多。

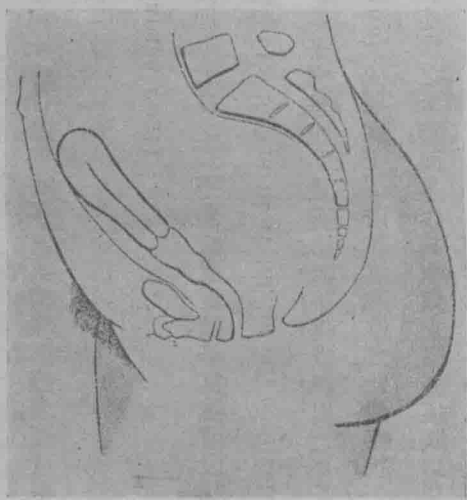
子宮上昇 (Elevatio uteri)

第百〇九圖



子宮右側位 (由左側卵巢囊腫)  
(Nach Winter)

第百一十圖



由於子宮之遺着於腹壁上而起

子宮向上變位，卽子宮全部或一部，從小骨盆腔上昇，由小骨盆內之腫瘤，或陰道閉鎖之陰道血腫等，自下擡起子宮，或則相反，係由腹腔內腫瘤，與子宮癒着，將子宮牽向上方而起。亦有子宮與前腹壁癒着，而取上昇之位置者。子宮位置過高時，內診之指不能觸及子宮（第一百十圖。）

子宮下垂及子宮脫 (Descensus et Prolapsus uteri)

子宮下垂云者，子宮自常位下垂，子宮外口，較普通位近陰道口之謂。下垂之度更進，子宮陰道段，露出於陰門外時，名爲子宮脫。而子宮全部，脫出於陰門外時，名全子宮脫 (Prolapsus uteri totalis od. completus) 其程度不至此者，曰不全子宮脫 (Prolapsus uteri incompletus) 子宮垂脫常兼有陰道下垂或脫出 (Descensus od. Prolapsus vaginae) 或兼有陰道翻轉 (Inversio vaginae) 故便宜上同時並述陰道之此種症狀。

近有主張不同子宮下垂之名稱者。蓋以子宮下垂，非疾病之本體，而多作爲他病之附隨症狀，以用子宮下垂名稱之故，診斷治療，根本上有不能意計之錯誤，故欲廢止舊名，而掃除此等誤謬。著者對於此說之精神，亦不吝贊成。實際上，大概之子宮脫，非起始卽見陰道段露出於陰道之外者，費數月或數年，始成此症，或有中途停止下垂者。凡此子宮轉位於下方，未至露出陰道段之程度，易而言之，欲表示未成子宮脫之中間狀態，用下垂之名，實際上甚爲便利，易於理解，今故暫存之。

陰道下垂與陰道脫之區別。凡陰道壁尚在外陰部平面以內者，曰陰道下垂；突出於外陰部者，曰陰道脫。

陰道脫與陰道翻轉之區別。在陰道脫，其初從陰道下部首先下垂，漸及於上方，翻轉異是爲原發性子宮下垂。



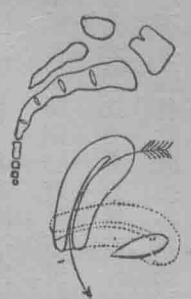
之結果，始於陰道穹窿，翻轉成爲環狀，以次及於下方。然無論何種，其已達高度者，不易區別。

原因 關於子宮脫之原因，學說雖未一致，要之由對於子宮之壓迫及牽引二作用而起。視其發生之動機，區別爲原發性及續發性二種。

原發性子宮脫之主要原因，爲壓迫作用。當是時，子宮多向後傾。子宮後傾，則子宮陰道段，乃偏近前方恥骨縫。子宮之長軸，至與陰道管之長軸一致。腹壓作用於在此位置之子宮，則壓力適加於子宮底面，以長軸之方向，向下壓迫子宮。是時若骨盆底肌之保護裝置，不完全時，子宮遂下垂於抵抗極少之陰道管內（第一百十一圖）。陰道壁隨之，自上端漸次翻轉，而成所謂陰道翻轉。若爲全子宮，則子宮包於由翻轉陰道壁所成之囊中，陰道腔完全消失，而爲全陰道翻轉。陰道壁翻轉時，其前方緻密結合之膀胱壁，亦爲所牽引，突出於翻轉囊中，而生陰道膀胱脫（Cystocele vaginalis）。後方亦然，牽引直腸壁而使突出，成爲陰道直腸脫（Rectocele vaginalis）。當是時，如腸管入於 Douglas 氏窩，則名曰陰道腸脫（Enterocoele vaginalis）。

續發性子宮脫之原因，主要爲牽引作用。起初有陰道前壁下垂或脫出，以其牽使子宮續發的下降而起。但陰道脫自身之牽引作用及於子宮者，不甚強大，轉以與陰道脫並發之陰道膀胱脫，其牽引力，大有關係。子宮後傾及骨盆底肌之機能不全，在此處亦爲發生本症之要素。

第一百十一圖



易起子宮脫之子宮位置

(Nach Küstner)

牽引之結果，其表現成爲二種子宮脫。第一爲體部亦隨頸部下垂而脫出，若是者苟非骨盆底高度弛緩，不能見之，第二則較第一尤爲習見，子宮體部以骨盆底之抵抗而妨礙其下垂，但頸部以膀胱牽引不絕，故頸部漸次延長，體部雖尙遠在上方，而陰道段已於陰門外見之。若此者特稱爲兼有頸部延長之子宮下垂 (*Descensus uteri mit Elongatio cervicis*)。以頸部延長之故，子宮腔之長，有達二十厘米者。

以上爲關於子宮脫發生之機能概略，其次當就子宮脫之臨床的原因而略述之。

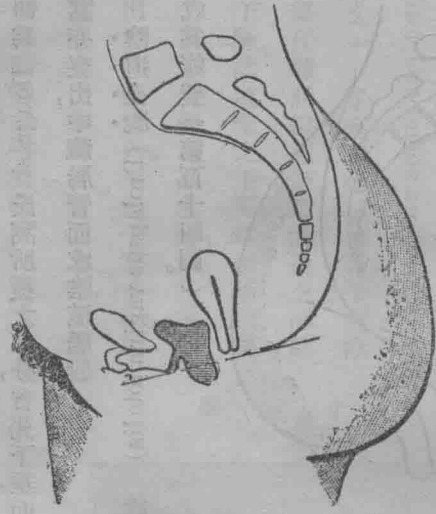
子宮垂脫，起於產褥者爲最多。產褥時，骨盆底柔軟弛緩，陰道廣闊，與其周圍之結合，尙未強固，子宮之固定韌帶，亦著明弛緩。當是時產婦如有增加腹壓之動機，如早期起立，勞動，便秘等不攝生之時，則陰道壁下垂，尤多者爲前壁，偶亦有後壁一同下垂者。子宮向後傾斜，於是遂成子宮脫，故本症多於勞動者見之。更有分娩時，子宮口尙未十分開大之先，行鉗子手術時，骨盆底之肌纖維，爲之離斷，因而誘發子宮脫者不少。而會陰破裂，亦與此同，足以助子宮脫之發生。故子宮脫多見於經產婦而於未產婦則少見。又有見於老人者。蓋在老人，由於韌帶，骨盆底之肌纖維等萎縮退化，脂肪消失，組織失其彈力故也。

子宮垂脫之發生，尋常極爲徐緩，比及全脫出須數年之久，偶亦有急劇脫出者，多因腹壓遽然增加，例如提舉過量之重荷等而起。但此等多在固定韌帶及骨盆底已有解剖變化者見之，大致起於素有內臟下垂，及鼠蹊脫腸等婦人，或老衰婦人。更有由骨盆內之卵巢及子宮腫瘤，不斷向下方壓迫子宮，或子宮內所生之息肉，向下牽引而起。

臨床所見 子宮垂脫，殆常兼陰道脫或翻轉，由其變位之程度，遂呈臨床上種種狀態，就其各種類，分別述之。  
 檢變位之程度，以立位為最宜。若在內診臺上時，可使患者行強腹壓，俾充分垂脫後檢之。  
 陰道前後兩壁之下垂 (Descensus vagina ant. et post) 陰道前後壁，由腹壓而著明膨隆。前壁下垂之度，多較甚於後壁。

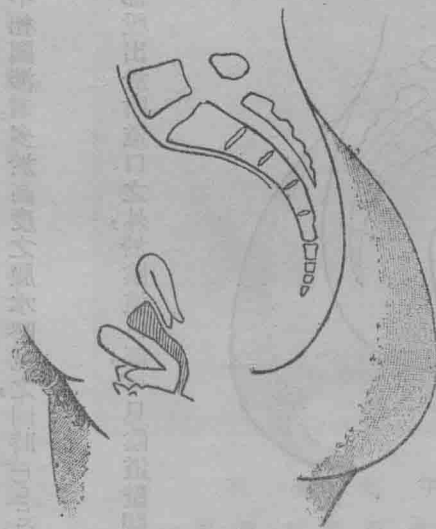
陰道前脫 (Prolapsus vaginae ant.) 陰道前壁，成為腫瘤狀，膨隆於陰裂之外。其小者成於陰道壁之下端

第 百 十 二 圖



(脫 膀 膀 道 陰) 脫 前 道 陰  
(Nach Winter)

第 百 十 三 圖



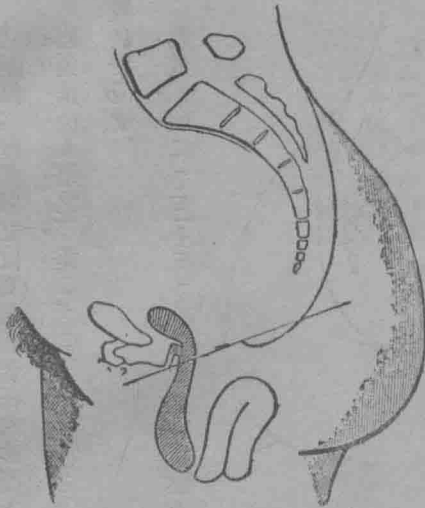
(脫 腸 直 道 陰) 脫 後 道 陰  
(Nach Winter)

部，以漸增大，而上部陰道壁，亦隨而脫出。若僅陰道前脫時，後壁初無變化，倘前脫為高度，子宮被其牽引時，陰道後壁之上端，隨子宮下垂而翻轉。陰道前脫，常兼有膀胱脫（第一百十二圖。）

陰道後脫 (Prolapsus vaginae post.) 初從後壁下端，膨隆於陰裂之外，以漸及於上方。直腸前壁，亦從而為直腸脫。後脫多兼會陰破裂。純粹之陰道後脫，陰道前壁不與相關也（第百十三圖）。陰道後脫，偶有從上部三一，即為 Douglassi 氏窩所覆之部分，首先下垂，而下半部不相關涉者。多於高度之腹水時見之，同時 Douglassi 氏窩亦突出，中藏腸管而成陰道腸脫。

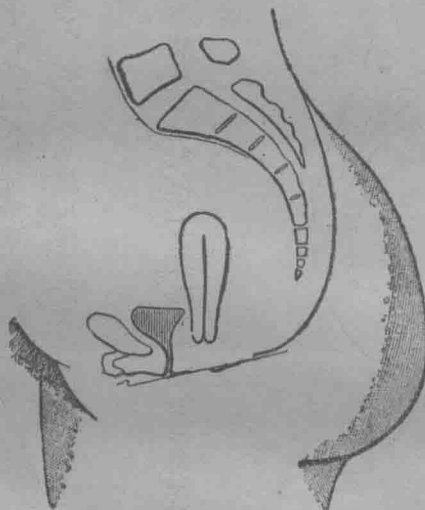
陰道全脫 (Prolapsus vaginae totalis) 陰道管全部脫出於陰道口之外，於陰道口部，可見陰道壁翻轉部之成為綳襞（第百十四圖）。

第百十四圖



陰道全脫兼子宮脫 (Nach Winter)

第百十五圖



陰道翻轉 (垂下子宮) (Nach Winter)

陰道翻轉 (Inversio vaginae)

陰道壁之下半部，並無異常，子宮先為原發性下垂，陰道從之，自上端穹窿

部，翻轉下垂（第百十五圖）

以上爲子宮垂脫時常見之陰道變位狀態。子宮垂脫與陰道變位，幾常爲隨伴，偶亦有兩不相關者。於極輕度之子宮下垂或陰道後脫等，時一見之而已。

原發性子宮下垂及脫（Pri-

märer Descensus und Prolapsus

uteri）子宮後傾或後屈，子宮陰

道部在棘間線以下。陰道由上部翻

轉下降。陰道壁之下部，起初不相關

涉，子宮下垂，變爲高度時，則陰道段

露出於陰道口外。至於子宮全脫，則

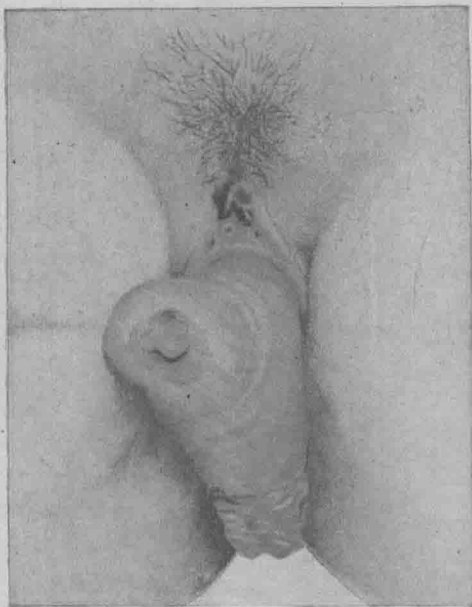
陰道壁完全翻轉於陰裂之外，子宮

爲全部翻轉之陰道管所包容。達於此等高度時，陰道翻轉與陰道脫，難於區別矣（百十四圖及百十六圖。）

狹義之續發性子宮下垂及脫（Sekundärer Descensus ñ Prolapsus uteri im engeren Sinne）子宮

因膀胱脫之牽引，以後傾至後屈之形而下垂。其與原發性子宮垂脫之區別，由陰道變位之狀態而異。卽在原發性，

第 百 十 六 圖



子 宮 全 脫

日 本 東 京 大 學 醫 大 產 婦 人 科 教 室 所 藏

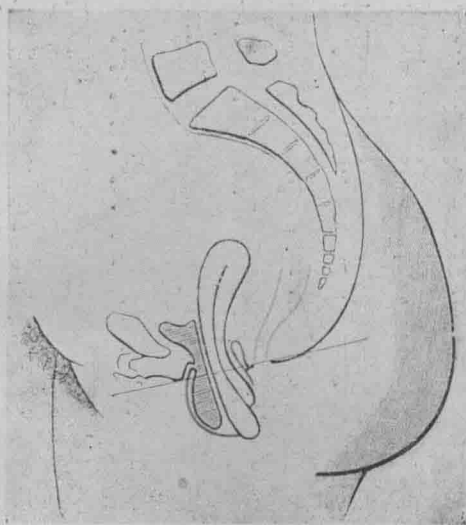
陰道自上端漸次翻轉，而在續發性，則由下端漸次下垂，陰道上半，不與其事。然一至全脫，則難於區別矣。

續發性子宮下垂及脫兼有頸部延長者 (Sekundärer Descensus und Prolapsus uteri mit Elongatio

cervicis) 原發性陰道脫之結果，子宮雖下垂至某程度，而體部下垂，則至一定度而止，頸部因牽引不已，漸次增

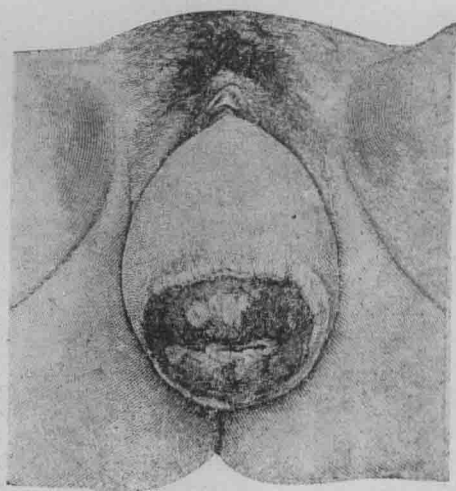
大延長，子宮陰道段，遂突出於陰道口外。陰道脫之程度，大抵前壁強於後壁 (第一百十七圖。)

第一百十七圖



子宮脫兼有頸部延長者 (Nach Winter)

第一百十八圖



子宮全脫之陰道部潰瘍 (Nach Fritsch)

露出於陰道口外之陰道壁，及垂脫之子宮陰道段，有續發的變化，即露於外界之陰道壁，漸次乾燥角化，失卻黏膜之性質，而呈皮膚狀外觀，以皮脂腺缺乏而變為脆弱，失其彈力性，易招裂傷，又往往見色素沈着。子宮之脫出

部，因外界刺戟而生潰瘍，陰道段尤然，多爲圓形潰瘍，邊緣銳利，呈浸潤之潰瘍面，附着黃苔，無治愈之傾向，一見宛如癌腫。但真正爲癌腫變性者甚少（第一百十八圖）。又脫出部以陰道口之絞窄而呈浮腫，經久則肥厚。在已產婦，子宮口著明開張，向外翻轉，有生潰瘍者。

症候 子宮脫急性發生時，忽發腹下部壓重，及牽引性疼痛，惡心嘔吐以致失神，呈急性腹膜炎症狀。若能整復子宮，則諸症一時輕快。在慢性之子宮脫，疼痛不甚，惟以不快之感與障礙工作爲主訴。起初腹下部有重感。於起立步行時尤著。次則陰部如有墜落之感。同時腹下部及薦骨部，發牽引痛。更進則腫瘤脫出於陰門之外。在初期，僅起立勞動時脫出，其後則常露出於外部，逐漸增大。膀胱直腸機能，亦每多障礙，發尿意頻數，尿閉，奇性尿閉，便秘等症，子宮陰道段，糜爛，甚則陷於壞疽，周圍皮膚，亦每發炎症，工作著明障礙，患者變爲 Hysteria 性，至於羸瘦。月經及交接多無異常，亦可受胎。妊娠初期，雖尙脫出，其後子宮與陰道一同上昇，於產褥時再脫出。

診斷 容易，注意於腫瘤狀之固有陰道壁，及腫瘤下端之子宮口等，不致有誤。子宮底下降與否，可由直腸診知之，子宮頸部之延長，可由探針檢之，膀胱脫，可由導管檢查。診斷時，檢子宮垂脫之種類程度，同時須精細檢查膀胱直腸之狀態。

豫後 生命雖無危險，但無自然治愈之望。

豫防法 避卻成爲原因之動機，且有下垂傾向之婦人，其於產褥，須力避亢進腹壓，注意兩便之停滯，與以麥角劑，促子宮之收縮，有會陰破裂時，立刻縫合，外陰部施丁字帶，保護骨盆底，嚴禁產褥早期之起立。鉗子分娩，且於

子宮口完全開大前所行之鉗子分娩，每為子宮脫之原因，故須注意。

療法 分手術療法與保守療法二種。後一種為復納垂脫，以支持器保其正位之法，但費時長久，且奏效甚不確實，故一般以手術療法為垂脫治療之原則。惟患者已達高齡，或有心肺等疾，手術有危險時，不得已則行保守療法。

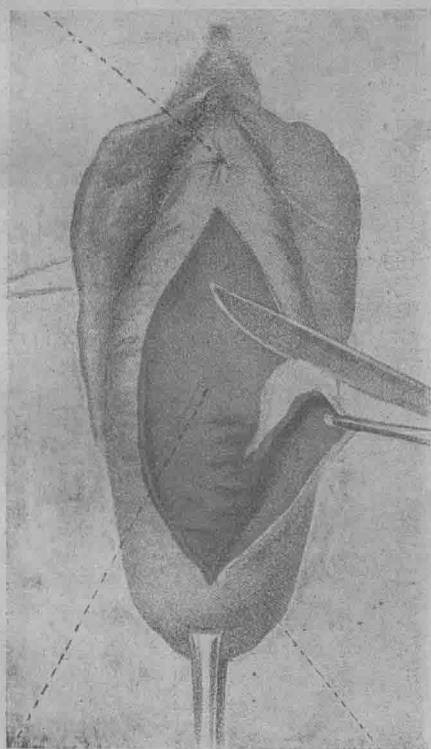
手術療法 雖有種種，然其目的，則在使陰道狹窄，而恢復陰道之括約裝置，固定子宮於常位，或與相近之位置。以下說明各種手術之梗概。但行手術時，須豫先燒灼子宮陰道段之潰瘍，或用他法治愈之，又有高度浮腫，復納困難者，非用安靜法，濕布紮帶，下劑等除去後不可。

一、陰道前縫合術

(Colporrhaphia anterior)

為由陰道前壁，切除橢圓形之黏膜瓣，縫合其創緣之法。手術，在吸入麻醉，或 Skopolamin-Morphin 腰髓麻醉下行之。外陰部及陰道，完全消毒，以鉗子

第 百 十 九 圖 尿道口



膀胱

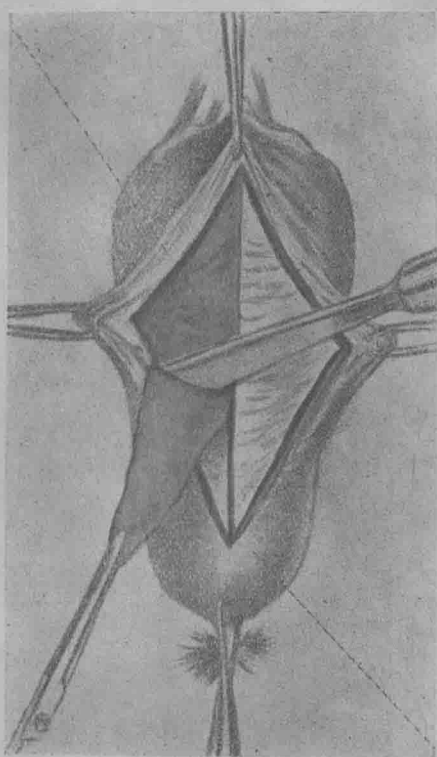
子宮陰道段

(一其) 陰道前縫合術  
(Nach D. ũ. K.)



鈎於子宮口前唇，用力牽引，以現陰道前壁，在尿道口隆起之下方，鈎第二鉗子，兩鉗上下牽引，使陰道壁緊張，於兩鉗之間，切除橢圓形之黏膜瓣（第一百十九圖）。此時必須切除黏膜全層，但失之過深，則須注意，勿傷膀胱。苟欲使新創面之形端正，且欲不誤其所望之大小時，初宜用刀在中央劃一淺縱線，於其左右，再劃對等之弧線。或於縱線左右，更鈎第三第四鉗子，以四鉗子為目標，切除菱形之黏膜瓣可也（第一百二十圖）。新創面既成，則以腸線行沈降縫合，縮小創面，次以天然絲，絹絲或腸線，行創緣之結節縫合，復納子宮，陰道內輕塞 Jodoform 綿紗栓，手術告終（百二十一圖）。後處置法，與會陰成形術同（參照第十一編第二章）。

第 百 二 十 圖



子宮陰道段

陰道前縫合術（其二）

(Nach D. u. K.)

其術式與前同。大抵先用陰道前縫合術，同時行陰道後縫合術。

二、陰道後縫合術 (Colporrhaphia posterior) 為自陰道後壁，切除橢圓形或菱形之黏膜瓣，縫合創緣之法。

三、陰道會陰縫合術 (Colpoperineorrhaphia)

此為陰道後縫合術兼會陰成形術之法，用於會陰弛緩，且多用於會陰破裂。法以鉗鉤於子宮口後唇，向恥骨縫牽出之，露出陰道後壁，自陰道後壁切取三角形之黏膜瓣。此三角形之尖端，使位於陰道入口四至七釐之上方，兩腳下端，使終於新成之後連合部。連結下端之三角形底邊，使向下彎曲如弓狀。新創面既成，自上方縫合創緣兩腳之相對點，陰道則漸自上方行結節縫合，及於陰唇繫帶，然後縫合會陰。如有沈降縫合之必要時，當然行之（第百二十二圖。）

關於本手術，應參照第十

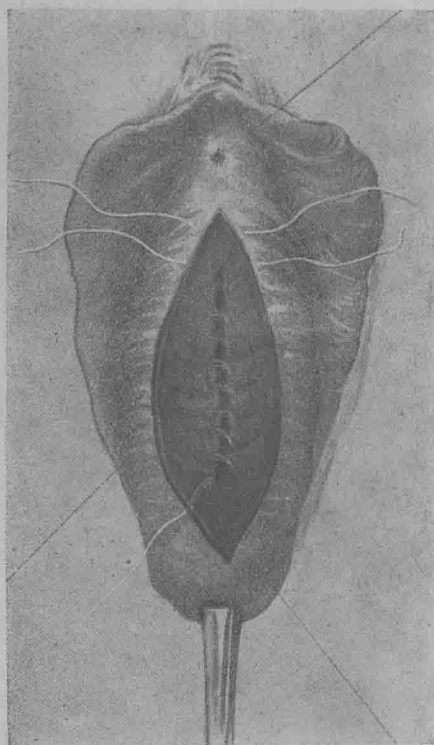
一編會陰破裂條。

四、橫肌提肌縫合術 (Transversus Levatornabt)

為垂脫高度，陰道裂孔，失其緊張，哆開過甚者，雖用以上之陰道狹窄手術，終有再發之虞，故將骨盆底肌，即左右之會陰深橫肌 (M. transversus perinei profundus) 及提肛門肌 (M. Levatorani) 於其後端縫合，使肌性保護裝置完全，由此以防垂脫之法。行此法時（第百二十三

第百二十一圖

尿道口



陰宮子

陰道前縫合術 (其三)

(Nach D. ũ. K.)

圖至百三十圖)先於陰道與會陰之境界部，橫加大弓狀漸向上方剝離黏膜，達於 Douglas 氏窩。剝離充足時，在刺口深部，可見橫走之會陰深橫肌。於是將會陰皮膚，力向下方翻轉牽引，則可見左右之橫肌纖維，向後方漸次接近，此肌終與恥骨直腸肌並行。然恥骨直腸肌，前方走向恥骨縫，橫肌走向坐骨結節，故不難區別。一面注意此等關係而以吸收不甚速

之腸線，將左右橫肌，同時

並將提肛門肌亦向深處

貫穿中央，行三四結節縫

合。若肌腹緊張，縫合困難

時，豫將肌腹側緣，勿用刀，

自周圍剝離之。橫肌及提

肌搜索困難時，以指插入

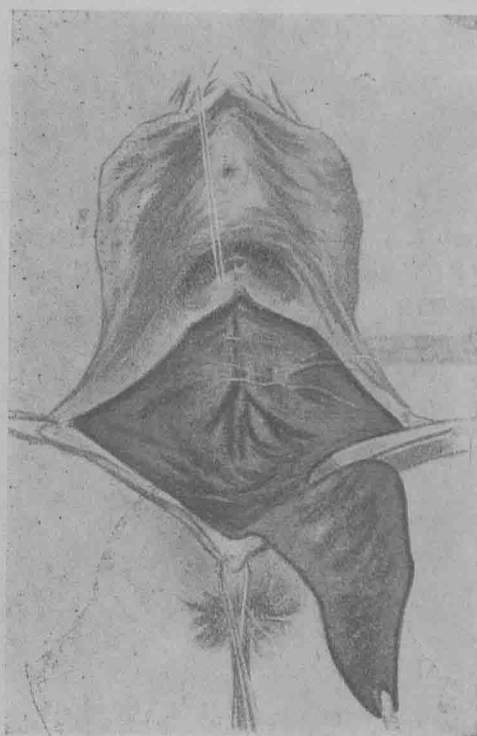
肛門，勿傷肛門外括約肌，

於會陰皮膚瓣之中央，加

以縱切，排除結締織，而達臍中央部 (Centrum tendineum)，由此先分離橫肌，次及提肌，然後縫合之。或先切斷

橫肌而縫合提肌，其上再縫合橫肌，則效果更加確實。各肌縫合既終，然後以三角形切除陰道黏膜瓣，如陰道會陰

第 二百 二十二 圖



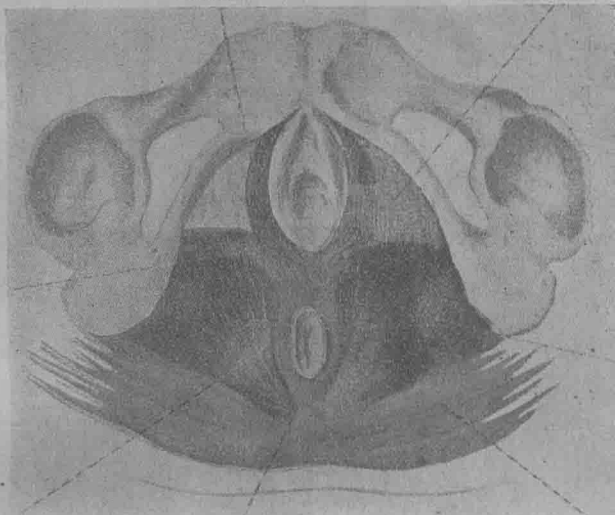
陰道會陰縫合術

(Nach D. ū. K.)

圖 三 十 二 百 第  
肌陰道

肌橫深陰會

近世婦人科學



會陰淺橫肌

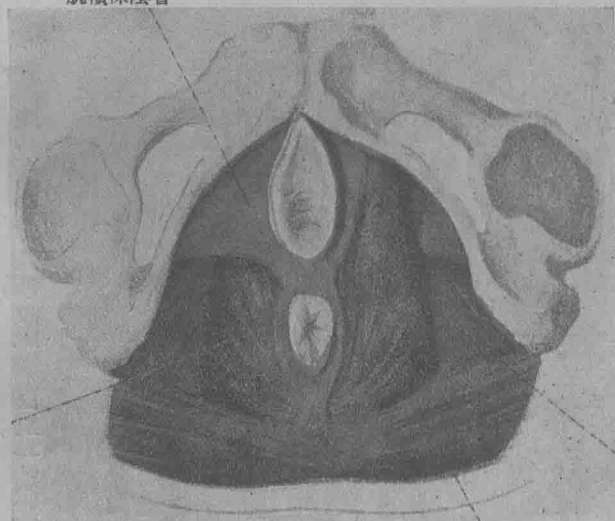
閉內肌

提肛門肌

肌大臀 (Nach D. n. K.) 剖解部局肌橫淺陰會

圖 四 十 二 百 第

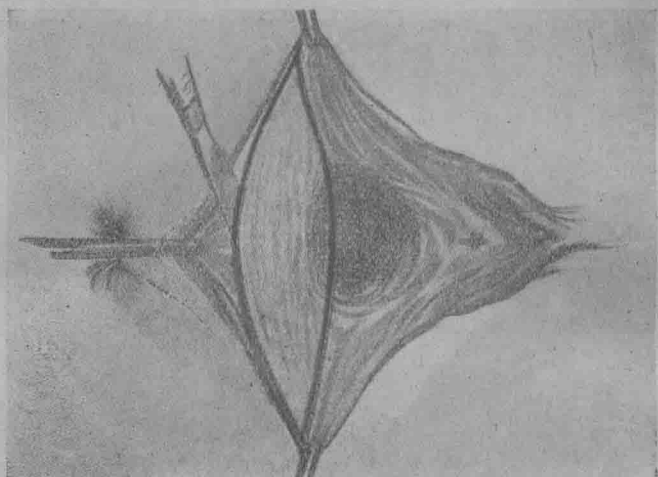
肌橫深陰會



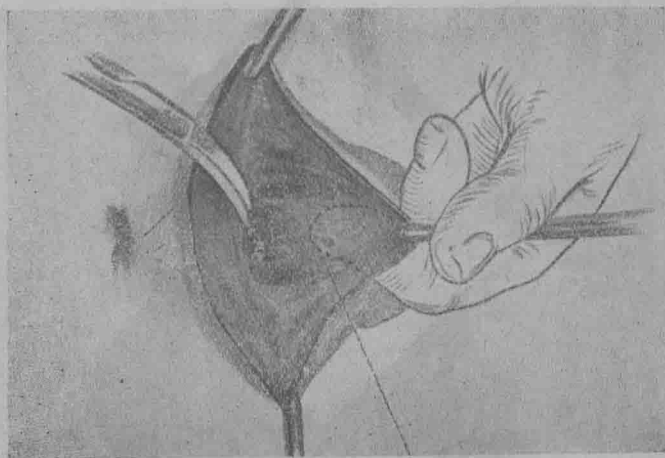
提肛門肌

閉內肌

肌大臀 (Nach D. n. K.) 剖解部局肌橫深陰會

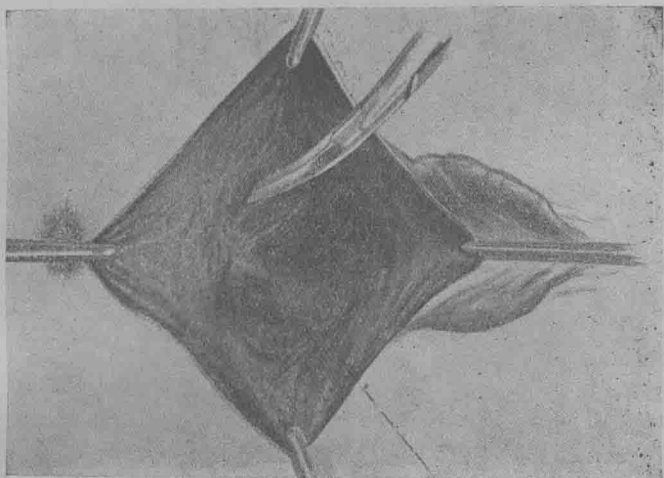


(一) 聯合懸肌提肌標  
(Nach D. v. K.)



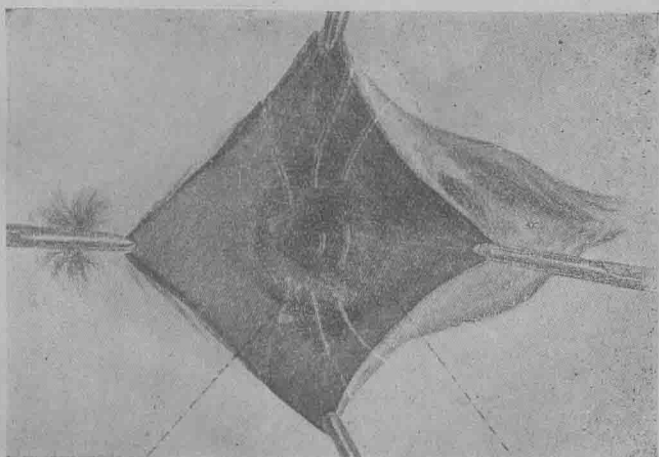
(二) 聯合懸肌提肌標  
(Nach D. v. K.)

陰道後壁



會陰深橫肌

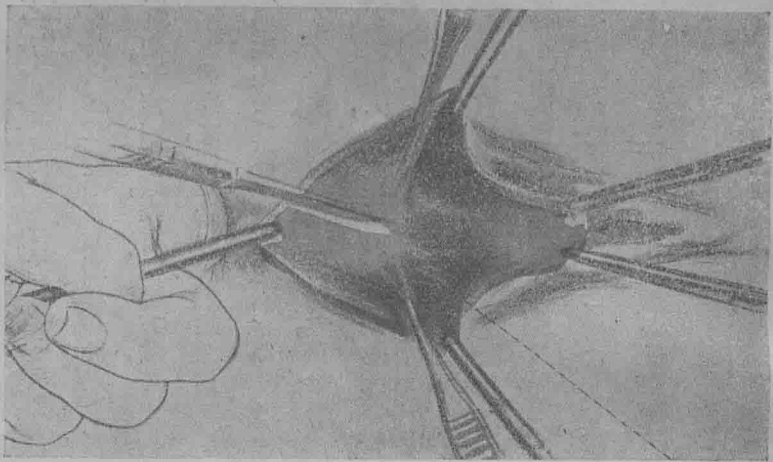
(三) 俯合縫肌提肌提肌橫



陰道後壁

會陰深橫肌

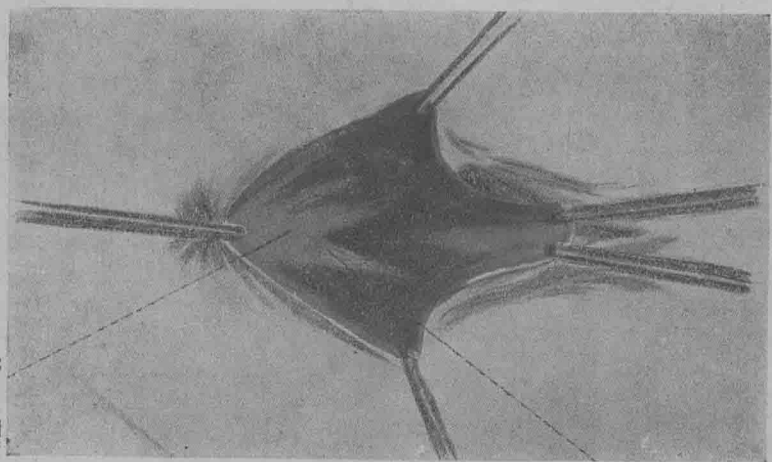
(四) 俯合縫肌提肌提肌橫



會陰深橫肌

(Nach D. ü. K.) (一別) 術合縫肌提肌橫

第六編 子宮疾病



會陰深橫肌

(Nach D. ü. K.) (二別) 術合縫肌提肌橫

肛約特外門肛  
一九七

縫合術，加以縫合。縫合時如不慎避死腔，以切開稍達深部之故，有化膿之虞。消毒法必須完全，不待言矣。

五、子宮固定術 (Fixationsmethodes Uterus) 不僅陰道垂脫，子宮亦同時垂脫，或兼有子宮之後傾後

屈時，可不僅以陰道整形術為滿足，必併用

子宮固定術。子宮固定術，雖有種種方法，可

各從所好而選擇之，但對於尙可妊娠之婦

人，宜用與妊娠分娩障礙較少之 Alexander-Adams 氏法，或用相類之法為宜，對於

不能妊娠之婦人，則用腹壁固定法或陰道

固定法亦可（參照子宮後傾後屈療法。）

陰道整形，與子宮固定，同時行之，先整復陰

道，次即行子宮固定法，固甚便利，但於虛弱之婦人，有分為二次行之者。

六、Schauta 氏垂脫手術 (Schautasche Prolapsoperation)

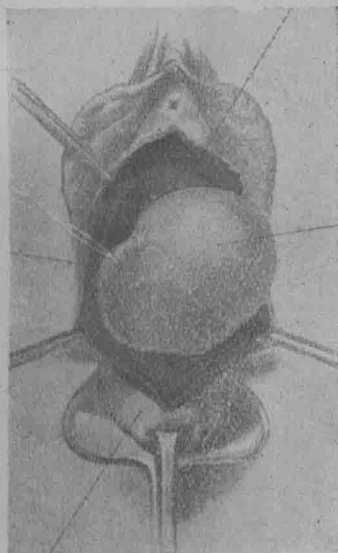
膀胱脫達於高度時，雖行子宮脫手術，亦易

再發，故 Schauta 氏思得以子宮體部從後下方支持膀胱之法（第三百一十一及三百三十二圖。）該法於陰道前壁，

加以縱切，自尿道口隆起，達於子宮陰道段，自陰道十分剝離膀胱，在膀胱子宮窩，橫切腹膜，通過腹膜孔，牽出子宮

體，（參照第三編陰道前截開術，）將子宮頸部後壁縫合於膀胱腹膜，閉合腹腔，以子宮體後面壓迫膀胱，將子宮

第三百一十一圖 膀胱



子宮陰道段 Schauta 氏垂脫手術 (Nach D. ü. K.)



體部，封入陰道與膀胱之中間，縫合陰道創口，是時須結紮兩側輸卵管，防其妊娠。

七、子宮全剝出術 (Total extirpation des Uterus) 不

得已時有剝出子宮全部者。在老人之高度脫出時，尤多行之。

八、子宮陰道段截斷術 (Portiamputation) 從前幾常

與陰道縫合術同時行子宮陰道段截斷術，但垂脫時之陰道段肥厚，若能治愈其垂脫，則自然消退，故在現今，陰道段截斷術，僅對於肥厚之過高度者或不兼子宮體垂脫之陰道段肥厚行之。術時牽出陰道段，即於其周圍，切離陰道黏膜，將黏膜推移於上方，於左右兩側連合部，縱切頸管，分離前後兩層，楔狀切斷之，分別縫合前後兩層，及兩側連合(第百三十三及百三十四圖)。據著者經驗，過度之陰道段切斷，將來妊娠時，似易於流產。

保守療法 主要為應用 Pessarrium 或子宮架(Hysterophor) 支持子宮之法。骨盆底之保護裝置，尚稍可待時，用 Pessarrium 其完全弛緩者，用子宮架。

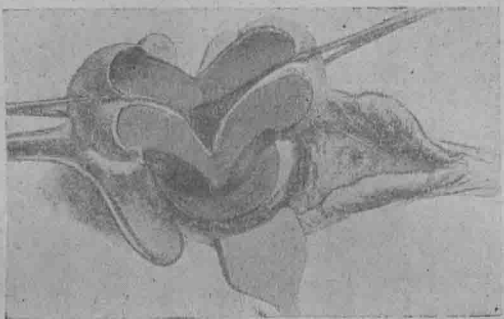
Pessarrium 云者，為一種插於陰道內之環，變位之子宮或陰道，欲保其正位時用之。有許多種類(參照後章

第三百二十二圖



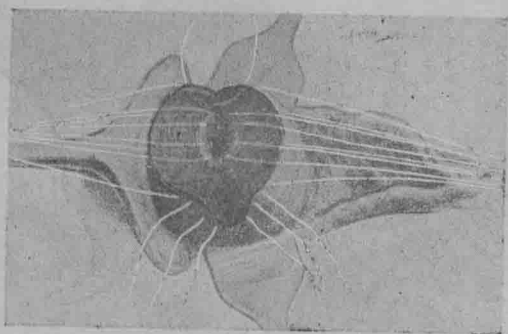
由 Schauta 氏手術之子宮位置 (Nach D. n. K.)

圖三十三百第



(一)術斷截段道陰宮子  
(Nach D. u. K.)

圖四十三百第



(二)術斷截段道陰宮子  
(Nach D. u. K.)

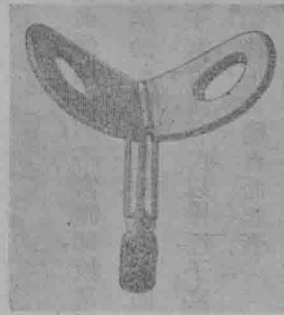
子宮後傾及後屈條，用者各從所好，著者多用 Smith 氏之 Pessarrium。依陰道之闊狹，選其大小適當者，而屈曲為適宜之形狀，插入陰道。陰道後壁弛緩甚時，後彎力向上屈，前彎向下屈曲。於陰道前壁之垂脫時，前彎亦使向上屈曲。此外有橫向插入 Pessarrium，以兩彎之尖端，向左右骨盆側壁，壓迫陰道者。當是時兩彎須力向上方屈曲。子宮有後傾後屈時，可以此矯正而保持之不待言矣。骨盆底弛緩過甚時，於外陰部施丁字帶，以防 Pessarrium。

第三百五十五圖



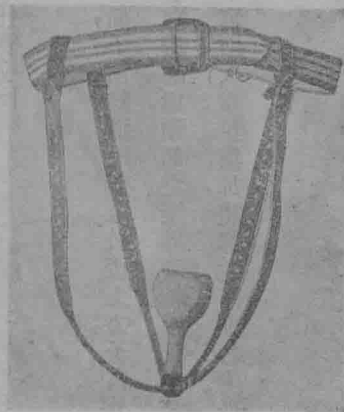
皿狀 Pessarrium

第三百三十六圖



Zwank 氏翼狀 Pessarrium

第三百七十七圖



子宮架

之脫出者有之。Pessarrium 須屢次交換變形，以適合其狀況為止。此外之注意，讓諸子宮後傾後屈條下。垂脫高度，普通之 Pessarrium 不能奏效時，有用皿狀 Pessarrium 者。皿狀 Pessarrium (第三百三十五圖) 雖他種 Pessarrium 不能奏效時，亦極可防子宮之垂脫，但有起壓迫潰瘍之虞，須注意。Meyer 氏環狀 Pessarrium，大者易生壓迫潰瘍，小者易於滑脫，故用者甚少。

Zwank 氏翼狀 Pessarium (第三百三十六圖) 閉其兩翼，插入陰道，然後由底部之螺旋開之，乍見似爲良器，然起壓迫潰瘍之虞甚大。此外有與此相類之 Menge 氏 Pessarium 然大概無用之者。

上記諸種 Pessarium 不能奏效，手術亦不可行時，無已，用子宮架 (第三百三十七圖)。子宮架似對於脫腸所用之脫腸帶，成於子宮壓抵子與腹帶。壓抵子爲棍狀，尋常以硬橡皮製成。插入陰道，以其上端壓上子宮陰道段，其下端由種種裝置，狀如丁字帶，吊於腹帶，防其滑脫。壓抵子，可由螺旋任意交換。

#### 子宮前傾 (Anteversio uteri)

適度之前傾，雖爲生理，但前傾過度，則子宮體部，較常深壓膀胱上面，子宮陰道段，變位於後上方，子宮外口，向後方至後上方時，不能不視爲病的前傾。當是時，子宮多固於此位置，子宮體部與頸部之境界硬韌，屈折角消失，而成直線狀 (第三百三十八圖)。子宮前傾，有由以慢性子宮實質炎，而子宮增大，重量增加，體部沈降而起者。或有由子宮體前下方癒着，以及子宮頸後上方癒着而起者。

#### 子宮後傾 (Retroversio uteri)

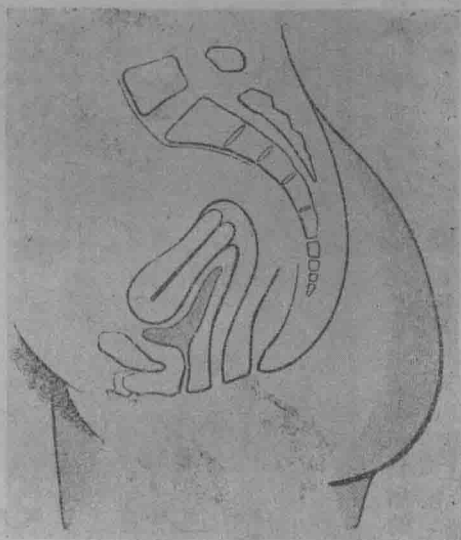
子宮內口硬韌，子宮伸展爲直立狀。子宮體，自骨盆軸向後傾斜，或與子宮後屈聯合而傾於後方之謂。子宮後傾，臨床上與後屈，有密切關係，故在子宮後傾後屈條下詳述之 (第二百零九頁)。

#### 子宮側傾 (Lateroversio uteri)

子宮雖在生理，亦略傾於側方，常爲浮游性，傾斜亦非高度。其高度者屬於病理。

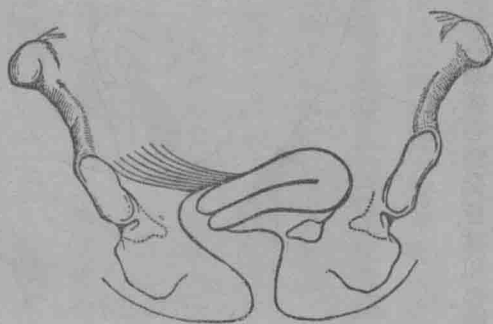
子宮側傾，由骨盆結締組織炎後癥痕萎縮，子宮頸下端，向同側牽引，子宮體向反對側傾斜而起（第三百二十九

圖 八 十 三 百 第



傾 前 宮 子 的 病  
(Nach Winter)

圖 九 十 三 百 第



傾 左 宮 子  
(Nach Winter)

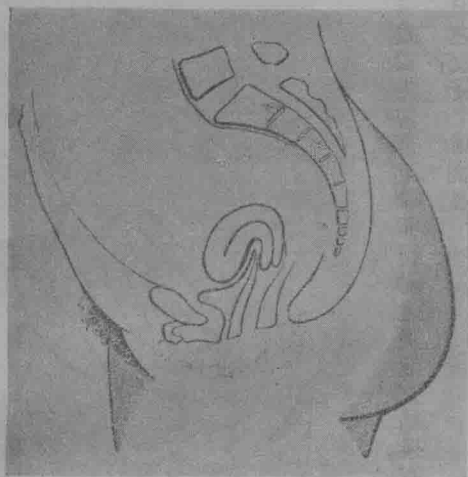
圖)或爲闊韌帶至輸卵管附近炎症之結果，有使體部向同側傾斜者。又有由骨盆內腫瘤，子宮體及頸向反對側壓迫之故，發生側傾者。

子宮前屈 (Anteflexio uteri)

正規子宮，約成百三十五度之角度，向前彎曲。若超越此度，變爲銳角，且彎曲部硬韌而不伸展者，卽爲病的前屈。但此異常彎曲，非可卽作爲獨立之疾病，又不常有一定之症狀。強度子宮前屈之大多數，或由子宮發育不全

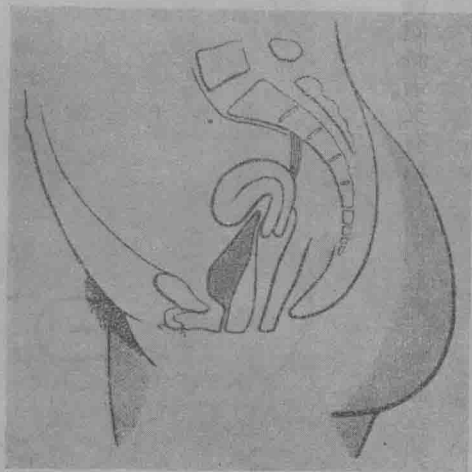
(第四百十圖)或由薦骨子宮韌帶之炎性萎縮,子宮內口,被牽向後方而起(第四百十一圖)由於子宮發育不全者,每兼有左側本韌帶之短縮,故子宮偏於左方。與前屈並至之種種症狀,或與前屈無直接關係,或則多為續發的症狀。故病的子宮前屈,以嚴格言之,在並見之症狀,其原因不能求之於前屈以外者為限,但若此類者甚為罕

圖 十 四 百 第



(的病)屈前宮子性天先  
(Nach Winter)

圖 一 十 四 百 第



(的病)屈前宮子性着繼  
(Nach Winter)

見,臨床上前屈強度而呈一定之症狀者,總稱為病的前屈。

症候 月經困難,薦骨痛,不孕症等,乃其主要者,而患者呈神經衰弱症狀,訴頭痛,心悸,全身違和等。膀胱亦由子宮體部之壓迫,有種種機能障礙,例如尿意頻數等者不少。

月經困難，可由子宮後部之炎症說明之，但器械的原因，亦決不容漠視。即強度之前屈，遂生子宮內口之狹窄，經血先充滿子宮腔，通過狹窄而壓出時，子宮須強度之收縮，此收縮遂發為疼痛者有之。實際上，其疼痛每帶陣痛性，出血開始前甚烈，出血開始多同時緩解。經期以外，尤以起立、勞動、交接、便通之際所發之薦骨痛，由於炎症性原因者，固不待論。骨盆後結締織炎，為其主要原因，於處女往往見之（參照骨盆結締織炎之病理及症候）。不孕症之原因，不能僅歸於因強度屈曲之器械的障礙，同時存在之內膜炎、骨盆腹膜異常等，卻為主要原因。

**診斷** 由雙合診於子宮前面，能知強度之彎曲，於後方，觸知疼痛性之薦骨子宮韌帶。炎症之波及子宮者，彎曲部硬固，難以伸展，且有訴疼痛者。在先天性前屈，無子宮後部炎症，子宮小而發育不良，屈折部硬固，多兼左位。豫後 雖無生命之危，然於患者之健康，及生殖機能均不良。

**療法** 當治其原因。子宮後部之骨盆結締織炎，為最要之原因，故宜設法治愈。子宮自身有炎症時，治療之。子宮及其周圍，無可證明之炎症，子宮發育不全時，宜增進全身營養，與子宮以諸種刺戟，促其發育。症狀非高度時，命其安靜，整理便通，避刺戟性食物，節制性交，投鐵劑或砒素劑。著者好用 *Jodoblutose* 15.0 或 *Arsenblutose* 1.0.0. 加水 100.0. 一日三回，使之分服。在月經中，尤須令其安臥。經前一二日，於子宮陰道段，加以亂刺，瀉血至二三十克時，疼痛大為緩和者有之。全身溫浴，尤溫泉療法，亦足推獎。子宮腔之擴張同時行內膜搔爬，最有效，但僅恃此法，每致再發。熱氣療法及透熱療法，不僅作為對症法而有效，且對於骨盆後結締織炎，治療之效亦甚大（參照第三編乾燥熱氣療法及透熱療法）。可作為手術的療法者，子宮之腹壁固定術（參照子宮後傾及後

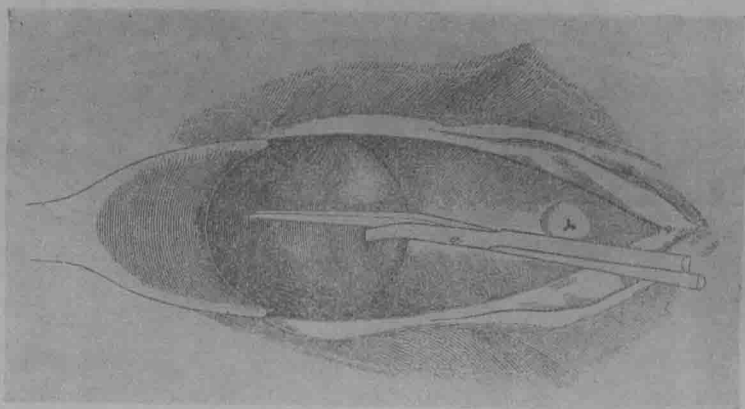
屈療法，有奏效者。又或行開腹術，在子宮內口部，於子宮後壁，加以縱切，而向縱徑縫合之，或於前壁加以橫切而向縱徑縫合之，由此使後壁縮短，或伸長前壁，以矯正前屈者有之，但奏效均不確實，手術療法中，足使吾人稍加首肯者，惟有 *Dudley* 氏手術而已。

*Dudley* 氏手術 此手術縮短子宮頸後壁，使前屈子宮伸展，而由於前屈之子宮內口狹窄，即從而療治，蓋即擴大其通路之法，於英美大抵用之。行術時，以子宮鏡使露出子宮陰道段，先擴張頸管，搔爬子宮內膜，然後以剪在中央縱切子宮頸管之後壁（第百四十二圖），以鈎置左右創緣，向左右哆開創面，漸向上方切開，幾達於 *Douglas* 氏窩。其次用刀在頸管後壁前面，使切口向上延長，達子宮體後壁之下端。但 *Douglas* 氏窩，宜勿切開。次由頸管後壁之左右兩瓣，如切除三稜形組織片（第百四十三圖之點線，示三稜形之切除線），其創面以絹絲一條，同時縫合兩側，使之接着（第百四十三圖），創面由次縫合，大約已可閉鎖，但其兩側，尙略有創裂，可於兩側更行一二縫合（第百四十四圖）。

在普通者，插入 *Jodoform* 綿紗栓塞，手術即告終，但如強度之前屈，子宮外口前唇之異常延長時，有須切去前唇之一部者，即於前唇淺掛一鈎，摘而起之，以剪去其一部，向縱徑縫合之（第百四十五及百四十六圖）。但切面雖可使達於子宮外口唇，但以勿觸子宮外口爲宜。

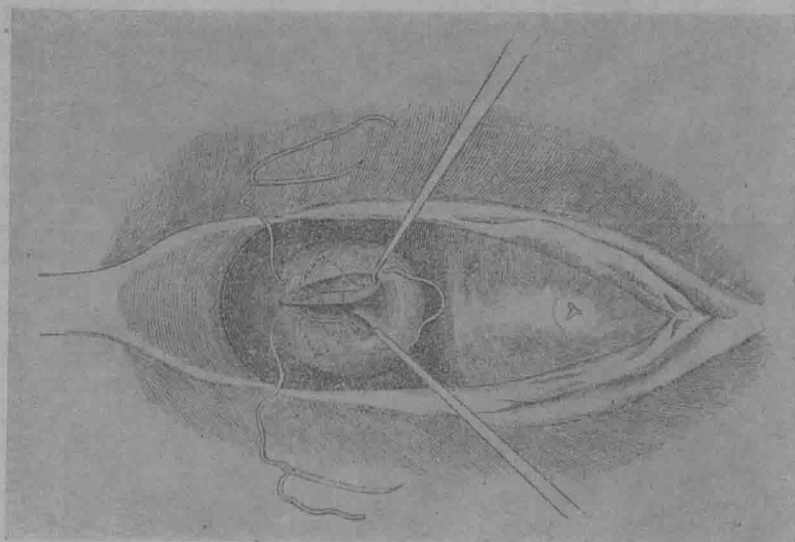
強度前屈子宮之內口部彎曲度，因此種手術而大減，該部之狹窄，亦復排除。起初向陰門之子宮外口，今則向後方薦骨窩，交接時，可沒入精液池中矣。





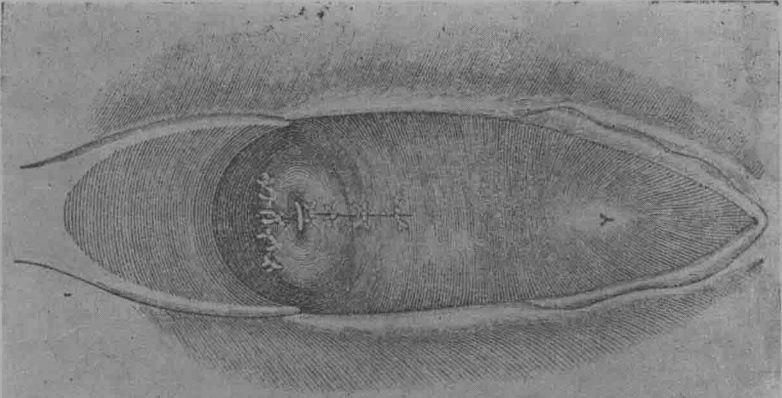
Dudley氏手術(一)  
Nach Dudley

第六編 子宮疾病

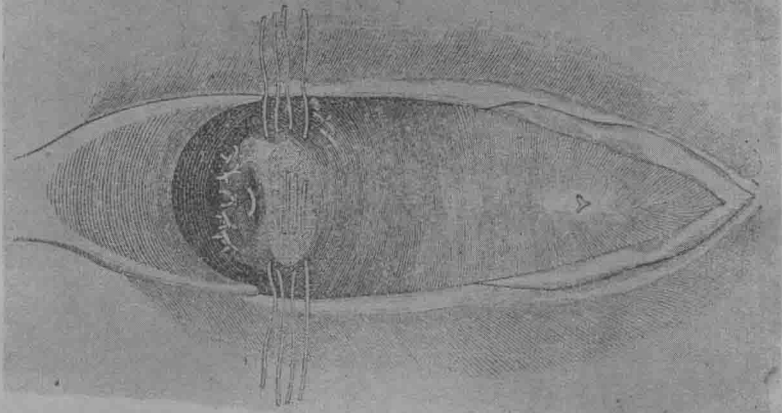


(二) 共

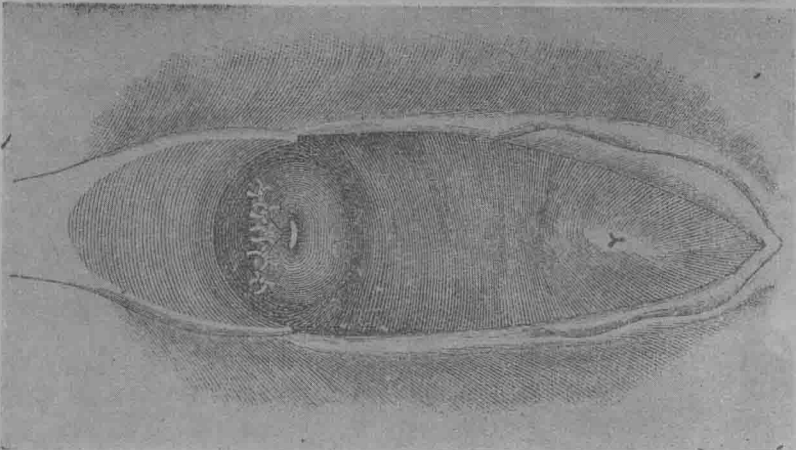
圖四十四百第



圖五十四百第



圖六十四百第



1102

(三)

其)

(四)

其)

(五)

其)

子宮或即以前屈之狀或以伸展之形傾於後方，而體部近薦骨，陰道部向恥骨縫者，是為後傾（第四百十七圖）。於子宮後面成角度，向後屈曲，體部深入薦骨窩者，為後屈（第四百十八圖）。後傾為後屈之一移行狀態，後

傾子宮之內口，柔軟而不失屈撓性者，早晚變為

後屈，但子宮內口硬固，不能屈撓之後傾子宮，則

永為後傾之狀態。處女子宮，多有屈撓性；經產婦

子宮其性較弱，或有全失者。炎症性子宮，亦多硬

固。後傾後屈子宮，同時多兼下垂者。即子宮陰道

段，下垂於陰道內，陰道壁從而稍稍翻轉，卵巢因

子宮之後傾後屈，率近骨盆後壁，闊韌帶稍稍捻

轉，在其中經過之靜脈，因而絞窄，子宮遂至鬱血。

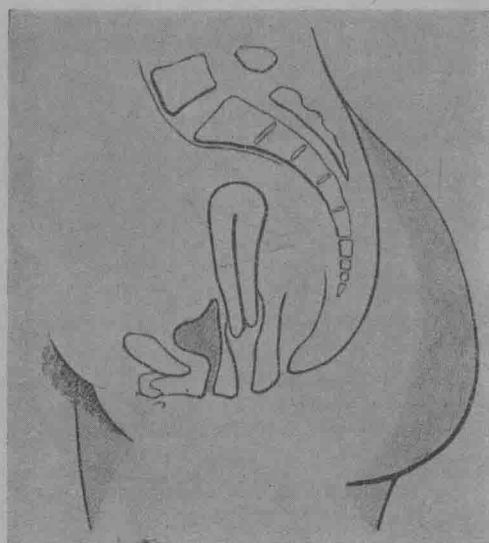
後傾後屈，長久持續時，生種種發性變化，子宮

以鬱血故，變為水腫狀，白血球遊出，子宮增大，次則結締織增生，呈慢性子宮實質炎之狀況。黏膜亦與子宮實質一

同肥厚，增加分泌，呈增殖性慢性內膜炎之狀態。卵巢亦發炎症者不少。腹膜亦有續發性變化。後傾後屈之子宮及

轉位於後方之卵巢，不絕與骨盆壁之腹膜，接觸摩擦，永久之後，遂生癒着者有之。惟由此發生之癒着，常多薄弱，呈

第四百七十七圖

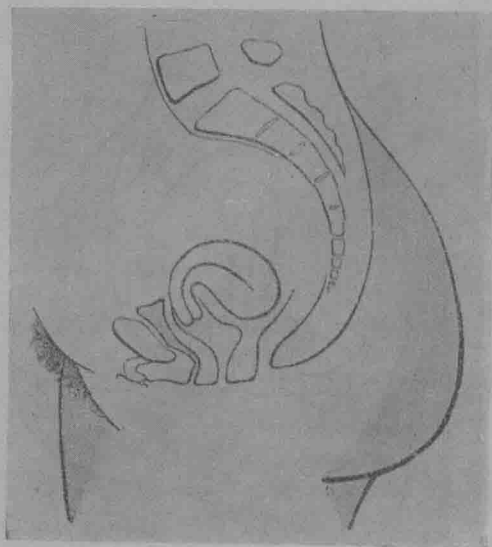


子宮後傾  
(Nach Winter)

纖維狀或薄膜狀。廣泛而強固之癒着，則非由於後傾後屈而多起於炎症。

原因 先天性者甚少，多屬後天性。尤以起於產褥或與相關聯者為最多（產褥性後傾後屈 *Puerperale Retroversioflexio*）。抑後傾後屈之第一原因，為子宮固定裝置之弛緩。若固定裝置弛緩，由膀胱充盈而後傾之子宮，則膀胱雖再空虛，然缺復位能力，空虛之膀胱與子宮體間，發生空隙，腸管進入其間，腹壓不絕作用於子宮前面，固定韌帶，不能勝此不已之壓迫，子宮遂永取後傾後屈之位置。固定裝置之弛緩，以產褥為最著。此本症之所以易起於產褥也。但本症亦不必定由產褥發生，於處女亦往往見之（處女性後傾後屈 *Virginale Retroversioflexio*）。處女性後傾後屈，果因何而起，雖不易知，但恐係由於肌肉韌帶之先天性薄弱。凡此妊娠前發生之後傾後屈，每無何等症狀，故永不知其存在。既經妊娠分娩，在產褥再發此症，至呈一一定症狀始來就診者有之。此與產褥性後傾後屈，易於誤認。又妊娠前，雖不至後傾後屈，但韌帶裝置之機能，稍有薄弱時，其韌帶順應腹腔內臟因分娩之急遽變位，不勝保持臟器正常位置之任，遂委子宮於病的位置者有之。故產婦長久仰臥時，

第 四 十 八 圖



子 宮 後 屈

(Nach Winter)

易起後傾後屈。反乎此，以爲嘗有後傾後屈之原因，而早期離床者，此症特覺少發。蓋在起立位，子宮前傾前屈，乘膀胱之上，腹壓加諸子宮後面故也。

此外更重要之原因，爲骨盆內炎症。炎症不問產褥與否，常使韌帶弛緩，消失其肌纖維，且使子宮癒着於後方，或由癥痕萎縮，牽引向後，直接使子宮向後傾屈。或又以骨盆結締織炎之癥痕萎縮，子宮頸牽向前方時，子宮體即向後傾斜。

常使膀胱及直腸充盈之習慣，易招後傾後屈。他如貧血，筋骨薄弱等體質異常，作爲本症之原因，近亦頗爲重視。又韌帶機能不充分者，遇腹壓突然變化，例如滑倒，舉重等，忽發後屈者有之。

症候 後傾後屈之症狀，因人而大有差異。或則多年絕無痛苦，愉快活動，或乃反是，爲種種困難之症狀所苦，致著明害及健康。其症候雖有多種，然可大別爲局部症候，與一般症候二類。

局部症狀 主要者爲月經過多，此症殆爲必發，且係初發之症狀，以由闊韌帶捻轉而子宮鬱血而起。更有黏膜之腫脹肥厚，患者多訴白帶下。變位之子宮，以其陰道段及體部，壓迫前後臟器，遂發膀胱及直腸之障礙；尿意頻數，雖所習見，但膀胱壓若更強烈時，有尿閉，及奇性尿閉等症。若此者於兼有妊娠（*Retroflexio uteri gravidi*）子宮肌腫充塞小骨盆腔等，往往見之。腸受壓迫，則發便秘，直腸靜脈之壓迫，則發痔疾，或更增惡。

後屈子宮，壓迫坐骨神經叢，則有下肢倦怠，放散性疼痛，蟻走感等，甚則呈麻痺症狀。但此等下肢症狀，非直接由于子宮之壓迫，因附屬器之變位及炎症而來者有之。惟症狀之呈極高度者，毋寧以神經系薄弱加以說明之爲穩。

當也。

此外，患者大致有不快之感或疼痛，其部位種種不同，發於骨盆深部，薦骨部，腰部，腹下部，肩胛部，頸部等，多在月經前或月經時增惡，甚則有著明之月經困難。其疼痛，於兼有附屬器炎，子宮及附屬器癒着者，更為強烈。以上均屬於局部症狀。更須附及者，則為妊娠之關係。後屈子宮，其受胎率大致減少，陷於炎症狀態者尤然。後屈若治愈，立即受胎者有之。但亦有僅治愈附屬器炎而受胎者。後傾後屈之子宮，其妊娠在初期往往中絕。妊娠四五月，子宮充滿小骨盆腔時，子宮不能上昇入腹腔，而嵌頓於小骨盆內，成所謂嵌頓性妊娠子宮後屈（*Retroflexio uteri gravidi incarcerata*）有呈重篤之弱症狀者（參考產科書）。

一、般症候。患者大抵呈神經衰弱，*Hysterie* 症狀。頭痛，枕部痛，偏頭痛，頭重，卵巢痛，*Hysterie* 球，胃痛，神經性消化不良，惡心，嘔吐，心悸亢進等，各種各樣，其強弱亦甚有差異。此等症狀，是否原因於後傾後屈，今雖在議論之中，但以後傾後屈之矯正，而諸症忽然治愈之臨床事實思之，其間之因果關係，似不能驟加否定。一派之學者，謂此等神經症狀，與子宮位置異常，全無關係，其由位置矯正而輕快者，不過暗示之結果。然多年之間，凡內科治療，理學療法等，全無效驗之神經症狀，因位置矯正而頓然輕快消失者，吾人所往往目覩，當是時謂僅婦科醫之暗示，即可奏效，殊非所思也。後傾後屈中，全無神經症狀者，固亦不少，其所以有神經症狀者，以神經質素因，為之媒介，初無容疑。又在某種狀況，並無因果關係，而神經衰弱與後傾後屈，同時分別存在者有之。惟以大體言，謂後傾後屈與神經症狀，全無關係之類，吾人難於同意。據著者之經驗，兼有後傾後屈之神經症狀，苟非與其他生

殖器病合併者，多以位置矯正而治愈，或則著明輕快。而神經症狀發現後至位置矯正為止，期間愈短，成績愈佳。

**診斷** 子宮陰道段稍稍下垂，子宮口略向前方。於陰道前穹窿部，不能觸子宮體部。通過陰道後穹窿，反能觸知球狀之體部，後方球狀體，直接連於頸部。其連續，若為直線狀，則係後傾，其間呈屈角者，則為後屈。既知後傾或後屈，則宜檢其矯正後可復歸常位否。此檢查甚為重要，缺少此種決定之診斷，幾可謂全無價值。蓋治療之方針，視能否復元而異故也。（復納之方法，參照療法條下。）其可復元者，名曰可動性後傾後屈（*Retroversioflexio mobilis s. reponibilis*）。癒着者稱為固定性後傾後屈（*Retroversioflexio fixata s. irreponibilis*）。此外尚須注意檢查者，則附屬器疾病之有無，及與子宮之關係，子宮之大小，硬度，屈曲之強弱，子宮形狀，黏膜狀態，分泌物之性狀等。存在子宮後之腫瘤，例如漿膜下肌腫，卵巢囊腫，骨盆腔結締組織滲出物，子宮後部血囊腫，Douglas氏窩滲出物等，時有誤作後屈子宮者。鑑別時，須用精密之觸診，或在腫瘤前方，用探針確知別有子宮存在，又滲出物血腫等，大抵向側而擴延，非如子宮體之呈球狀。當是時，直腸診可助診斷，而麻醉使易於診斷。妊娠子宮後屈，以其形狀與夫妊娠徵候，不難診斷也。

**豫防法** 多原因於產褥，故於產褥，務使生殖器之恢復良好，其他須謹守月經之攝生，豫防月經時易於發生之內生殖器疾患，由此而生之癒着，於未發前防之，宜避膀胱充盈，尤宜避膀胱充盈時身體之激動。

**療法** 對於可動性後傾後屈不呈何等症狀者，可否矯正之問題，現今多數學者之意見，似未見其必要，惟妊娠時，有流產或起嵌頓之虞，故月經閉止時，速訪醫師，豫先加以注意。如一有症狀，立即治療。治療之原則，第一整復。

子宮於常位 (Reposition)，第二保持其位置 (Retention)。後傾後屈之療法，大別爲二種，即整形的療法及手術的療法是也。

### 第一 整形的療法 (Orthopädische Behandlung)

整復子宮於常位，以器械的即用 Pessarrium 保持其位置，使子宮不能再向後傾斜屈曲之法是也。子宮之整復法有種種，茲就常用之兩手整復法，鉗子整復法，及探針整復法說明之。

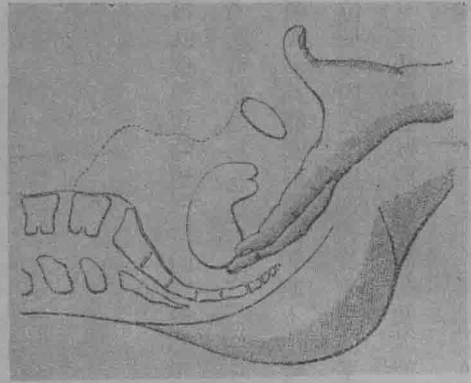
兩手整復法 (Bimanuelle Reposition) 以二指深入陰道後穹窿，將子宮體壓向上方，以另一手置腹壁上，以指尖向深部壓入子宮體後方，而捕子宮體，向膀胱方面壓之，同時以在陰道後穹窿之內手，轉於陰道前穹窿，自後壓迫頸部，使子宮復位 (第四百四十九圖以下四圖)。但施術時，腹壁之充分弛緩，最爲重要。若整復困難時，以食指插入直腸，拇指插入陰道，食指壓體部向前，拇指壓陰道向後，外手如前法，夫然，則奏效較爲容易。

鉗子整復法 (Zangenreposition) 爲 Küstner 氏所創，兩手整復法困難時，試用此法，往往奏效。以鉗子鈎陰道段，力向下方即陰門一方面牽引，次將牽下之子宮體，自陰道後穹窿或直腸向後壓迫，同時速以鉗子尖向後方壓入陰道段，由此移動於後上方，體部從而轉位於後方 (第五百五十三、四圖)。

探針整復法 (Sondenreposition) 以子宮探針順子宮之彎曲而屈折之，插入子宮腔內，以探針之柄，畫一大半圓形而回轉之，起初向後之探針尖，使徐向前方。本法於患者腹壁肥厚，兩手整復法不可能時，往往奏效。但行此法時，子宮非充分爲可動性不濟，若稍有癒着，匪管整復難能，且黏膜有損傷及穿孔之虞，特須注意。要之無論行



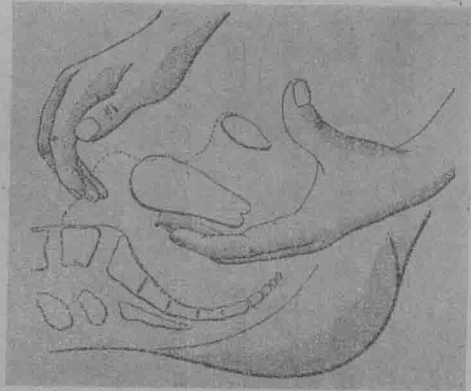
第百四十九圖



兩手整復法(其一)

(Nach Küstner)

第百五十五圖

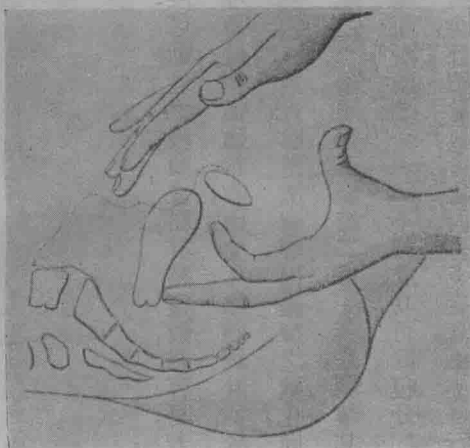


兩手整復法(其二)

(Nach Küstner)

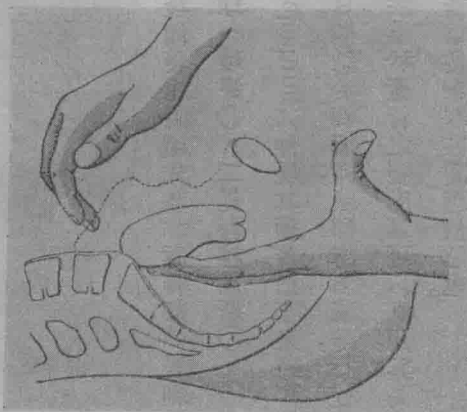
何方法，可動性之後傾後屈，其整復較為容易，若欲整復固定性之後傾後屈時，須先將其癒着部伸展剝離，使子宮成爲可動性。剝離癒着時，由10%之碘鉀甘油栓塞，碘鉀萇蓉陰道球（碘鉀O·二萇蓉越幾斯O·O五Kaleo脂三·O）熱性陰道洗滌等，促癒痕之軟化，同時更行荷重法（Belastung）伸展其癒着。猶不足時，可用按摩完全離斷之（參照第三編第二章）。若是，剝離其癒着，本須相當時日。倘急於剝離時，須將患者麻醉，行雙合診，將癒着伸展而離斷之（一回不能成功，可反復分二三次行之）。但此法僅於癒着之輕度者，可以試用，其高度者，不僅難望成功，且稍危險，骨盆內有炎症者，更不可行。不僅麻醉剝離，即荷重按摩等亦同應禁忌也。

圖一十五百第



(三其)法復整手兩  
(Nach Küstner)

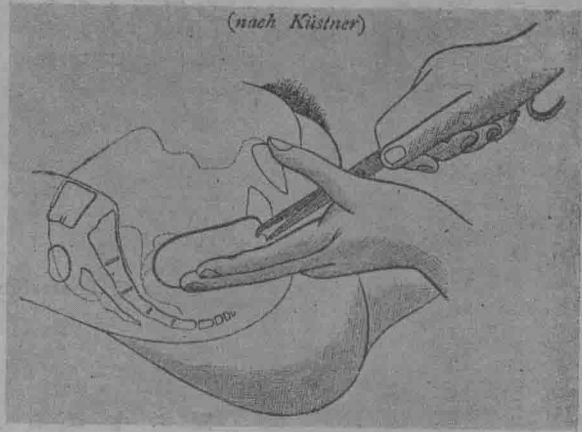
圖二十五百第



(四其)法復整手兩  
(Nach Küstner)

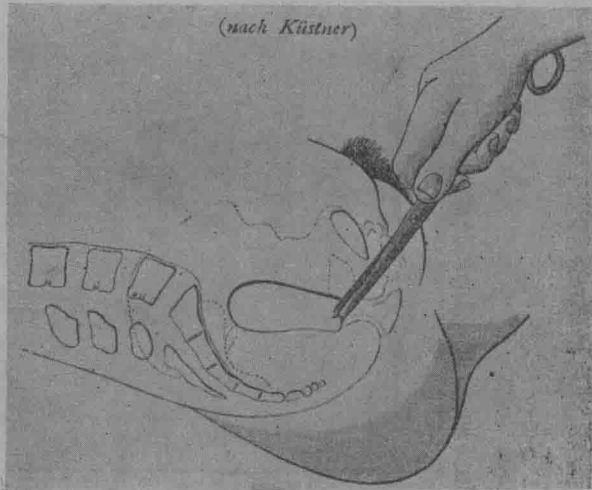
子宮既經整復，時須保持固定於其正常位置 (Retention)。保持固定時，可用陰道 Pessarium。其形狀有種種。著者所常用者，為 Smith 氏 Pessarium (第百五十五圖) 係硬橡皮，Celloid 等所製成，偶有由鉛及玻璃等製成者，為卵圓形環，大彎向上，小彎向下彎曲。大彎當陰道後穹窿，小彎至於陰道入口，以大彎使陰道壁向後伸展，位於彎內之陰道部，向後牽引，防子宮之後屈 (第百五十六圖) Pessarium 視陰道之廣狹，選其大小適宜者，又因後屈之狀態，可種種變更其彎曲。硬橡皮或 Celloid 製品，則可投入熱水中，自由彎曲，冷後可得隨意之形狀。

圖三十五百第



(一其) 法復整子餅  
(Nach Küstner)

圖四十五百第



(二其) 法復整子餅  
(Nach Küstner)

子宮整復後，以左手開陰唇，右手握 Pessarium 之下端，其上端塗油，斜貼於陰門，一面避卻尿道之壓迫，插入陰道。插入之先，以開陰唇左手之一指或二指，送入陰道，壓陰道後壁，以助 Pessarium 之插入。同時壓入 Pessarium 之上緣，超過子宮陰道段，使達陰道後穹窿，於此回轉 Pessarium，變為橫位。插入既終，須檢查該器與陰道適合與否。即陰道因此器之緊張是否適度，有無過不及之處，器之下端，露出於處女膜孔以外否，患者不覺緊張

圖五十五百第



Smith 氏 Pessarium

圖六十五百第



插入 Hodge 氏 Pessarium 之圖

(Nach Runge)

或疼痛否，一一檢查之。倘不適時，立即交換。Pessarium 合宜時，患者幾不覺其存在陰道之中。至次日行雙合診，子宮若不在常位，可適宜變更 Pessarium 之形狀，或試用其稍大者。

Pessarium 完全合宜，自茲以往，四日間，每日反復檢診，其間使患者服日常之業務，或使努力，或使能長時

間排尿，雖經種種試驗，而子宮尚能保其常位時，始可免去醫師之監督。其後每日一二次使患者自用 Lycol 水（〇・五%）或食鹽水（一%）硼酸水（一%）洗滌陰道，一個月後再行檢驗視 Pessarrium 之適否，此後每一月，即通經後，檢診一次，其時取出 Pessarrium 消毒後再插入之。倘該器不能適合於陰道，或陰道之清潔法不完全時，陰道中生壓迫性潰瘍，陰道灼熱，帶下惡臭，甚則該器上，有角化上皮之沈著，或該器封入潰瘍之肉芽組織中者有之。

**Pessarrium** 合宜時，一切運動，毫無障礙，惟謹慎強度之腹壓，及膀胱充盈等即足，雖月經中，亦無除去之必要，交接時亦屬毫無窒礙。妊娠初期，即與插入者，無妊娠後屈子宮之嵌頓症，及子宮體已出小骨盆腔（約四五個月）然後除去之可也。

**Pessarrium** 插置之期間，不一定，大致須一年以上。約一年以後試除去該器，次日行雙合診，子宮若不在常位時，可再插入，在常位時，則可廢止，但仍以插入一定期間為要。惟子宮由 Pessarrium 療法，雖除去後，尚能單獨保持正位者，甚為罕見，僅產褥新起之後傾後屈，偶有奏持續矯正之效者。但對於神經症狀，則其效果往往顯著。

**Pessarrium** 有 Smith 氏及其他各種類。最常用者為 Hodge 氏 Thomas 氏及 Schultze 氏式。Hodge 氏式與 Smith 氏式酷肖，但其大彎與小彎之幅在 Hodge 氏型，則略為同一。Thomas 氏型（百五十七圖）亦與 Smith 氏型類似，但大彎部質厚，且向上曲，故伸展陰道後壁甚

第百五十七圖



Thomas 氏之 Pessarrium

強，矯正之效，從而偉大，但於陰道後穹窿，易生潰瘍。至 Schultze 氏式則為 8 字形 (Achtepassar) (百五十八圖) 由 Celloid 或中心有銅線之 Celloid 製成，撓屈自如。上方小環內，網羅子宮陰道段，下方大環，則左右伸展陰道壁。故該器易在左右陰道壁發生潰瘍，使用亦稍困難。

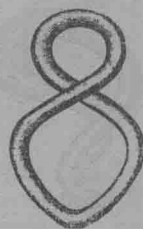
### 第二 手術療法 (Operative Behandlung)

手術療法，大別為三種，一圓韌帶短縮術，二腹壁固定術，三陰道固定術是也。

#### 一、圓韌帶短縮術

亞歷山大亞達姆斯氏手術 (Alexander-Adamsche Operation) 為其代表者，其要領係從鼠蹊外環牽引圓韌帶向外方，縫合固定於腹壁筋膜。行此術時，自恥骨結節與鼠蹊皺襞平行，在側上方，加以長四五釐之切開，露出鼠蹊外環，在該部牽出圓韌帶而縫著於筋膜。次於他側亦同樣短縮韌帶，於是將子宮固定於前傾前屈之位置。本法操作簡單而極能達矯正之目的，但在鼠蹊外環牽出韌帶，苟非熟練，不免困難。蓋以韌帶附着部，分裂為放射狀故也。加之韌帶下端菲薄，易於斷裂，於未產婦為尤甚。欲避此等困難，可縱切鼠蹊管，在管內搜索圓韌帶。(第百五十九圖) 圓韌帶既達鼠蹊管內，則變而強大，不但易見，且雖在未產婦，由牽引而斷裂之虞亦少。既見韌帶，即以派羊氏鉗子牽引之，腹膜鞘狀突一經出現，則剝離腹膜，仍將韌帶牽至適當處所為止。兩側圓韌帶既照此牽引，然後使助手行雙合診，子宮之位置確已矯正時，始將圓韌帶縫合於鼠蹊管壁，同時閉鎖鼠蹊管，將韌帶末端，縫合

圖八十五百第

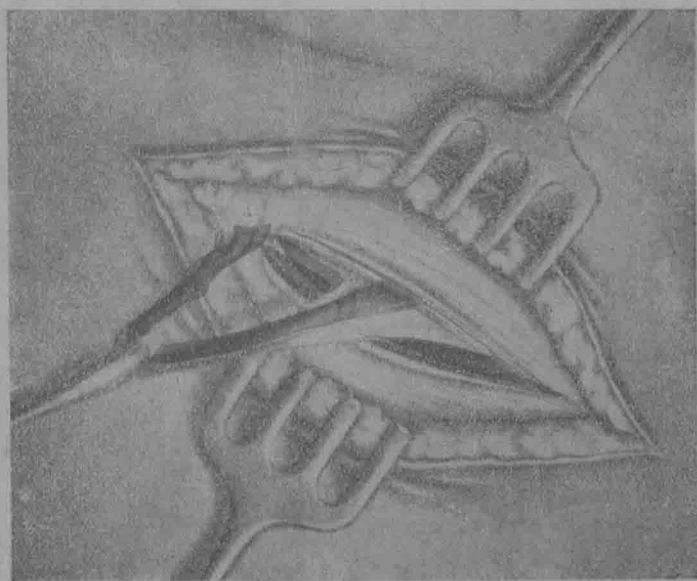


Schultze 氏 8 字 形  
Pessarum

於筋膜。(第百六十圖)此變法，雖易於發見  
 韌帶，然稍熟練者，則無切開鼠蹊管之必要。  
 於鼠蹊外環，指示韌帶之位置者，為神經之  
 走向。腸骨鼠蹊神經，經過韌帶上緣，精索外  
 神經，走下緣(第百六十一圖)。當韌帶牽引  
 之際，神經為之分離。著者現遵木下高山兩  
 氏之變法，其術式大約如次。

恥骨縫稍上方，加四至六槓橫切開，達  
 於皮下脂組織。次於裂創之一端，以兩個鈍  
 鉤，互鉤於直角之方向，使恥骨結節，現於兩  
 鉤之間，先以指尖索鼠蹊外環，此環在恥骨  
 結節外側，為抵抗薄弱之三角形陷窩，易於  
 觸知。於是以此部為目標，用解剖鑷子，至露  
 出筋膜為止，十分排除外環附近之脂肪時，  
 在外環部即可見 Imlach 氏脂粒，膨隆為

第百五十九圖

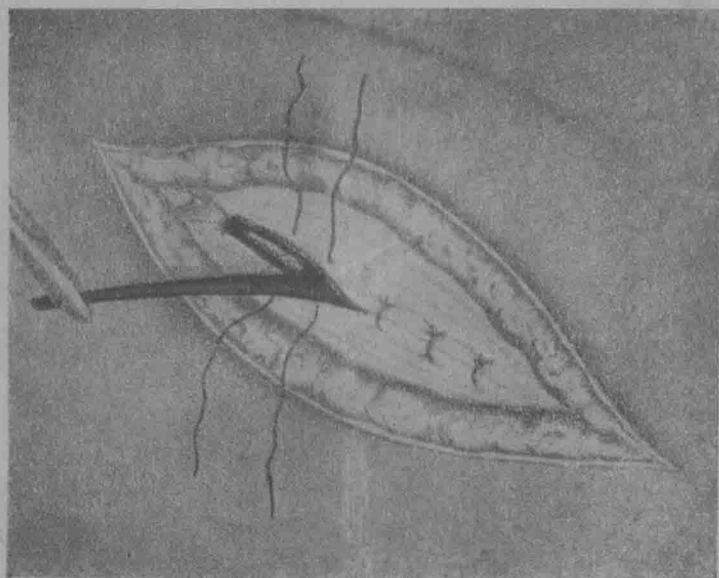


亞歷山大氏手術(其一)

(Nach Küstner)

丘狀脂肪組織，此時直至脂肪粒瞭然顯露為止，須盡量排除皮下脂肪，不然，則有使手術困難之虞。圓韌帶爲此等脂肪所包，故宜閉合鑷子之尖端，與韌帶徑行，成直角之方向，通過韌帶下面，自一側貫通他側，自其下面，分離韌帶，然後以派羊氏鉗子橫挾韌帶，將斜腹外肌混入之纖維及神經，一面分離，徐徐牽引韌帶。韌帶既牽出，則鉗子順次向上，至腹膜鞘狀突發現時，以綿紗捲指尖而剝離腹膜，韌帶之牽出，大約達充分程度時，該側之牽引暫時中止，他側亦同樣牽出之。於是用橡皮手套，行雙合診（或命助手行之），檢子宮位置之正否，若韌帶牽引有過不及時，左右可略加減，以鉗子將韌帶固定於外環部，不可移動，牽出之韌帶，不可切斷，而二

第 百 六 十 圖



亞歷山大氏手術（其二）

(Nach Küstner)



折之，疊於中線上，以Rhomb腸線縫合於筋膜，線帶須貫通  
 韌帶，防其滑脫，又須使鼠蹊管完全閉鎖，豫防脫腸。其次以  
 天靈絲更將皮膚並皮下脂層縫合，務勿遺留死腔，施以繃  
 帶，其上置一磅重之砂囊。後處置，與普通開腹術無異。

對於固定性後傾後屈欲行亞歷山大氏手術時，先開  
 腹剝離愈著，然後如上所記，於兩鼠蹊部間牽引圓韌帶。當  
 是時於鼠蹊部，不必再加切開，從開腹創以鑷子分離皮下  
 脂組織與筋膜，而達鼠蹊外環。韌帶短縮，以腹腔內留下長  
 二指橫徑之韌帶為度，無須另用雙合診。次則固定韌帶，縫  
 合腹壁。此法雖為 Kristner 氏及 Bohm 氏所唱道，然木下氏已行之二十餘年矣。

亞歷山大氏法，其矯正位置最近於生理狀態，且不致有妊娠障礙，遠勝於其他腹壁固定法或陰道固定法等。  
 惟對於初學者手術稍稍困難，是其缺點耳。

Doleris 氏手術 於白線切開腹腔，子宮有癢着時，剝離之，次將腹直肌表面筋膜之一小部分，自肌剝離，以  
 Kocher 氏鉗子，縱向離開肌纖維，於其內面之腹橫肌膜及腹膜上，以刀穿一小孔，自孔中插入 Kocher 鉗子，去  
 子宮約三四釐處，挾圓韌帶，與鉗子一同牽出之，次在他側亦先將腹膜及腹直肌縫合，於其上面，以二三結節縫合，

第 百 六 十 一 圖



鼠蹊外環及其內容

(Nach Waldeyer)

結合左右之韌帶，再行筋膜縫合以覆之，同時縫合韌帶與筋膜，最後縫合腹壁皮膚（第百六十二、三圖。）

Selbanta 氏於本法推獎用筋膜

橫截法，著者更爲改良如次。由 Parnetzel 氏橫截法，開腹腔，檢查有無癒着，及附屬器有無異常等，若有異常，先行處置後，密接鼠蹊外環，於其近旁，以刀尖在筋膜上穿一小孔，通入 Kocher

氏鉗子，貫通腹壁全層。當貫穿腹膜時，從腹腔內以指保護鉗子尖端，以防副損傷。於是放開鉗子，夾住圓韌帶，向外牽引，韌帶子宮端存於腹腔內者使留二指橫徑，韌帶外端勿使有張弛之弊，所餘之韌帶，折疊於筋膜外面，即縫合

第百六十二圖

第百六十三圖



子宮

膀胱

二二四

腸管

腹膜

圓韌帶

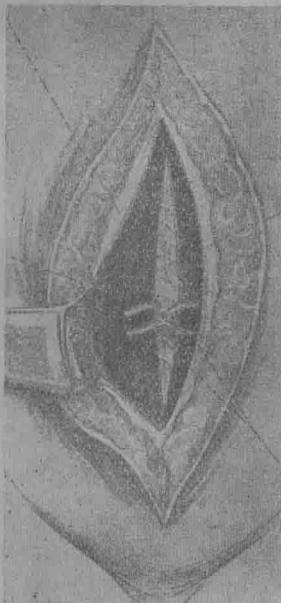
圓韌帶

腹直肌

膜筋

Doleris 氏手術(其一)

(Nach D. ü. K.)



筋膜

腹直肌

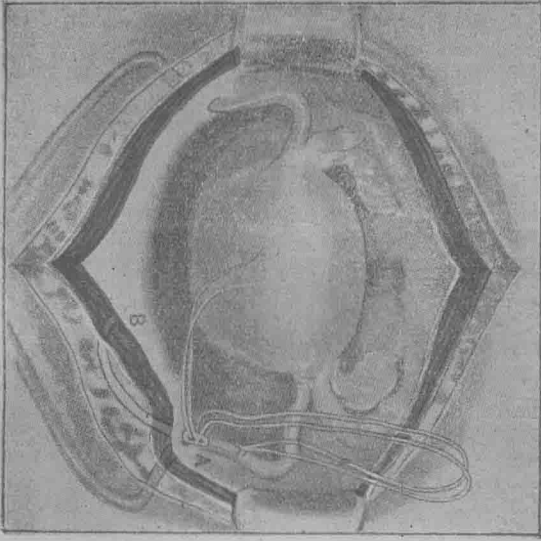
Doleris 氏手術(其二)

(Nach D. ü. K.)

固定於筋膜之上。兩側圓韌帶短縮即畢，次乃縫合腹壁。其他與亞歷山大氏手術無異。行此種變法時，所矯正之子宮位置，亦如亞氏法，與生理的位置相近，而妊娠障礙之虞甚少，亦與亞氏法同。而手術容易，無論何人，皆可行之，非亞氏法之比。或有謂開腹係本法之短處者，著者則謂毋寧每次切開腹腔，精密檢查骨盆內臟之爲安全，「婦科醫指尖有眼」云云雖有此說，但偶亦有附屬器之輕度異常及癒着，輕於看過者，此則無論何人所不能否定者也。倘不知此等異常，而欲矯正子宮位置，則患者之自覺症狀轉而增惡。亞氏矯正術後，往往有自覺症增惡者，豈非暗示此等事實。開腹非絕無腹膜傳染之危險，但以現今進步之消毒法，於此大概無須顧慮，由開腹所得絕大之利益，足以償此缺點而有餘。要之亞氏法，爲近於理想之良法，惟未熟者，於其術式不免困難（倘切開鼠蹊管則亦不甚困難），動輒貽誤，不能無憾耳。杜氏法（即 Doleris 氏）若從余之變法，則手術容易，而其矯正之成績，殆與亞氏法無異。故杜氏法可與亞氏法並稱，而於初學，尤爲便利。

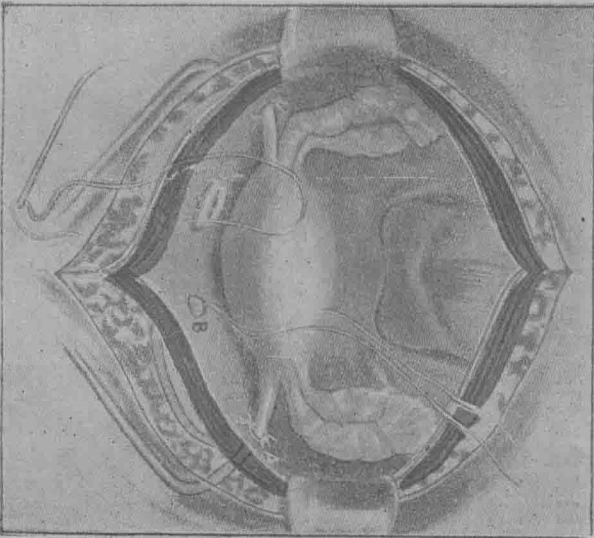
基理安氏手術 (Gilliam'sche Operation) 本法亦與杜氏法同，爲貫通腹前壁，短縮圓韌帶之法，於英美多用之。法在中線開腹腔，以鉗子摘起圓韌帶，在鼠蹊內環稍稍內方以極長之腸線，結紮韌帶，腸線之兩端穿入鵝毛筆大之彎曲針，在鼠蹊內環附近，從腹腔內，以針尖刺入腹壁，貫通腹膜，腹直肌各筋鞘，針尖轉向白線方面，近於腹膜移行於膀胱之部，距開腹創緣約一·五英寸之處，再將針尖向腹腔，貫通筋鞘，腹直肌及腹膜。然後將腸線牽引時，則圓韌帶，通過此人工鼠蹊管，而被牽出，貫皮下脂層，其端再至腹腔內。夫如是牽出於腹腔內之圓韌帶末端，縫合於腹膜內面，更於人工鼠蹊內環部，縫合韌帶與腹膜（第百六十四及百六十五圖），貫穿腹壁時所用之針，

圖 四 十 六 百 第

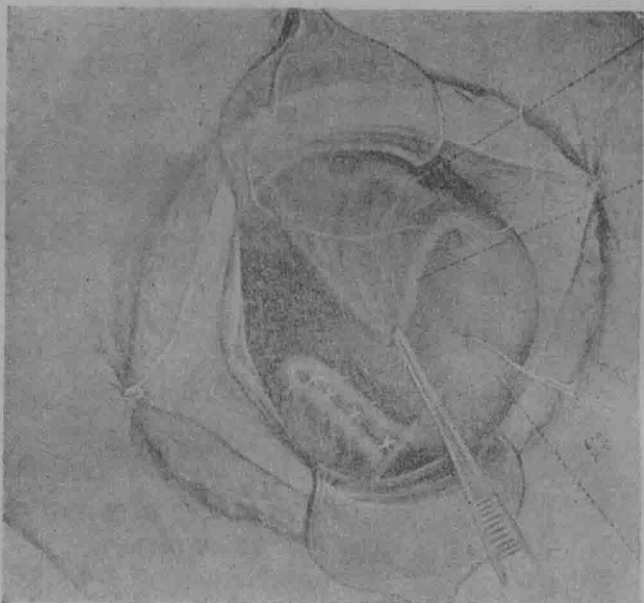


(一) 衛手氏安理基  
(Nach Dudley)

圖 五 十 六 百 第



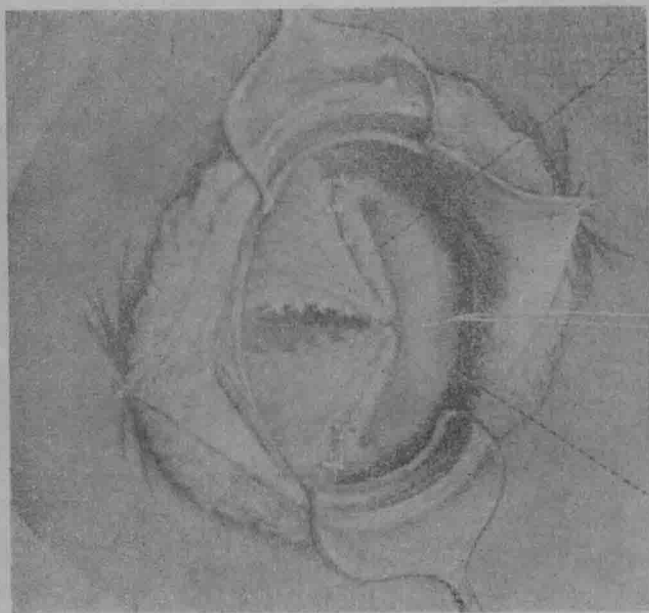
(二) 衛手氏安理基  
(Nach Dudley)



(一其)法縮短帶初圓內腔腹

(Nach D. v. K.)

第六編 子宮疾病



(二其)法縮短帶初圓內腔腹

(Nach D. v. K.)

三三

圖八十六百第



(三其)法縮短帶勒圓內腔腹  
(Nach Dudley)

圖九十六百第



(四其)法縮短帶勒圓內腔腹  
(Nach Dudley)

其大以二·五英寸為適度，兩體扁平，尖端及兩緣，以不甚鋒利者為宜，所以避血管在損傷也。在鼠蹊內環部，針之刺入過深時，亦有損傷血管之恐，故須注意。英人卡美倫氏，於開腹不用中線截開，而主張用恥骨縫上橫截開。

腹腔內圓勒帶短縮法 (Intra-peritoneale Verkürzung der Lig. rotunda) 於腹腔內將圓勒帶折疊二

三次，縫合兩脚，短縮勒帶，由此所生之闊勒帶皺襞，與勒帶一同縫合於子宮前面（第百六十六及百六十七圖），或又以鉗子從廣闊勒帶後方貫穿之，夾住圓勒帶，牽出於闊勒帶之後方，於子宮底後面折疊縫合者有之（百六

十八及百六十九圖，但皆不常用。

### 二、腹壁固定術 (Ventrofixation)

Olshausen 氏法 在白線開腹，矯正子宮，將圓韌帶之子宮附着部，縫合於腹前壁（腹膜，肌層，筋膜。）縫合用絹絲。本手術，子宮縫着之位置，如失之過高，膀胱子宮間，有大空隙時，則有腸嵌頓之恐。腹壁截開，用 Panenskiel 氏法亦可。

Leopold 氏法 在輸卵管附着部下方，通過子宮前壁之肌層，橫穿絹絲二三枚，以絲之兩端，各貫其左右腹壁，於筋膜外面結紮之。

腹壁固定法，無論何種，均將子宮固着於非生理的位置，後來妊娠時，發生障礙者，往往有之。固定於腹壁之子宮，妊娠之際，子宮前壁不能伸展，每發強度之妊娠子宮前屈症，故分娩時須開腹，離斷其癒着，至有不得已用帝王截開術者。著者於將來不復妊娠之婦人，時或一行 Olshausen 氏法，但於可妊娠者，決不用之。

### 三、陰道固定術 (Vaginofixation)

在陰道前穹窿，施縱切開或橫切開，從陰道壁及頸管壁剝離膀胱，在膀胱子宮窩切開腹腔，在子宮體前面，鉤苗索氏鉗子，牽出子宮，縫合子宮體前面與陰道前壁，而將子宮體部，固定與陰道前壁，然後閉鎖陰道。本法雖有陰道式手術之便，但子宮變為不動性，後日之妊娠障礙最甚，故有變更本法，將子宮前面，固定於膀胱腹膜之法。名為膀胱固定法 (Vesicofixation) 其妊娠障礙，雖較少於陰道固定法，但在今日，已無選定彼陰道式手術之必要矣。

後傾後屈療法之選擇。整形療法，費時永久，而能使子宮獨自永保其常位者，甚為罕見。故該法不過於不能手術時，為一補助。手術療法中以圓勒帶短縮法，最為合理，且相隨之障礙最少，其中如亞歷山大氏法及著者改良之杜氏法，成績最良。陰道固定法，於老人當然有利，腹壁固定法，在其他開腹手術之次，但施之不能妊娠之婦人，頗為便利。

子宮側屈 (Lateroflexio uteri)

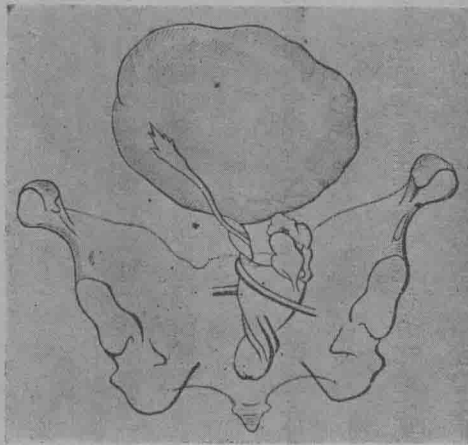
甚罕見。子宮，原非向側方有屈撓性者。故凡子宮著明側屈者，多係前屈或後屈之子宮，同其長軸為一直角捻轉者。

子宮捻轉 (Torsio uteri)

以子宮長軸為軸而迴轉，如捻轉起於陰道，則子宮全體迴轉，如起於子宮自身，則子宮陰道段，在原位不動，獨體部捻轉（第七十圖）。

子宮捻轉之發生，多由於骨盆腹膜或結締組織之痕萎縮，例如在前屈子宮，僅 Douglas 氏皺襞之一側萎縮時，子宮因即向此側捻轉。此外由具有短莖之漿膜下肌腫，卵巢囊腫之捻轉而起者有之。

第七百七十七圖



子宮捻轉  
(者轉捻而莖瘍腫巢卵隨)  
(Nach Küstner)



子宮翻轉 (Inversio uteri)

uteri)

子宮底，陷入子宮腔內，該部生漏

斗狀陷凹，即翻轉漏斗 (Inversions-

trichter) 是也 (第百七十一圖) 陷

凹，初在子宮底部，呈皿狀 (子宮壓陷

(Impressio uteri))，次則在子宮外口，

可見子宮底內面 (子宮不全翻轉

(Inversio uteri incompleta) 再進則

子宮完全翻轉，陰道中露出全黏膜面 (子宮全部翻轉 (Inversio uteri completa))，終則發生垂脫，翻轉之子宮

脫出於外陰部之外矣 (子宮翻轉兼脫出 (Inversio uteri mit Prolapsus))

原因 子宮壁菲薄弛緩，子宮腔擴張時，易於發生，故多起於分娩直後或後產期。尤多見於臍帶過短時，或不

條理之臍帶牽引，拙劣之胎盤壓出法，及強腹壓等。凡此與分娩關聯之翻轉，名為產褥性翻轉 (Puerperale Inv

ersion) 有在產褥外，由子宮腔內新生物而起者。且於黏膜下肌腫之巨大者，或茸腫狀懸垂者見之。此名腫瘍性翻

轉 (Onkogenetische Inversion)

第百七十一圖



子宮翻轉 (Nach Küstner)

症候 產褥性翻轉在分娩直後多俄然發作，有重症之虛脫症狀，同時有劇烈之出血，分娩後數時間死亡者不少。如幸免於死，而不加以復納時，則子宮不翻轉之部分收縮而絞窄翻轉部之根，翻轉部有強度之鬱血浮腫，持續出血，患者訴薦骨痛，排尿困難等，榮養次第衰落。產褥性翻轉之起於慢性者，較為罕見。腫瘍性翻轉反是多起於慢性。翻轉起於慢性時，症狀初不甚劇，出血亦不如急性之強度，偶有毫無疼痛者。

翻轉之子宮，長久暴露於陰道中，則子宮黏膜起炎症，帶下，為帶血膿狀，放惡臭。子宮口漸次狹窄時，於翻轉子宮，發血行障礙，呈浮腫，遂陷於壞疽。

診斷 業經翻轉之子宮，成西洋梨狀，露於陰道內或外陰部，表面鬆粗易於出血，有時露出兩側之輸卵管口，可由此送入探針。翻轉漏斗，可從腹壁觸知之，漏斗中或其周緣，有可觸知卵巢者。

翻轉子宮時，或誤為陰道內之黏膜下肌腫者，有之。鑑別時，可檢其有無翻轉漏斗，又由直腸診確定子宮體之存否。以探針通入子宮，如為肌腫，則全子宮腔，均可搜探，若在翻轉，則探針不能達於一定度以上。腫瘤表面之性状，亦有不同，肌腫反為蒼白色，難於出血；翻轉子宮，則呈鮮紅色，易於出血，且知覺銳敏。然黏膜下息肉之嵌頓者，亦易出血，須注意。

豫後 腫瘍性翻轉豫後，非必不良，產褥性翻轉之豫後，不能謂為良好。在分娩直後，以大出血之故，其後以敗血症與連續出血之故，多取不良之轉歸。

療法 翻轉一起，務須從速復納之。在深麻醉之下，於子宮前後脣，鉤鉗子，牽引之，更以一手抓翻轉子宮漸次

向上復納，以他手置腹壁上，調節其復納。復納既終，於子宮內，可填塞 Jodoform 綿紗，放置一二日。復納子宮，在新鮮翻轉者雖容易，而在陳舊者則甚困難。當是時，可於陰道中，插入 Colpeurynter 經數時或至數日，俟組織柔軟後，再試復納。如復納困難時，可行手術的復納法，此有種種，而 Kistner 氏復納法，最爲常用。法在陰道後穹窿，加橫切，開 Douglas 氏窩，以指插入，置翻轉漏斗中，以爲引導，於子宮後壁，施縱切，長約五纏復納其翻轉。次則使子宮後屈，從陰道後穹窿之創口牽出之，縫合子宮後壁，將子宮送還腹腔內，閉鎖腹膜及陰道壁。

翻轉高度，而放置已久，其一部陷於壞疽者，以行子宮全剝出術爲安全。全剝出術，其成績較良。腫瘍性翻轉，切除腫瘍，則翻轉多自然復納。

## 第二章 子宮之炎症 (Entzündungen des Uterus)

### 第一節 子宮內膜炎 (Endometritis)

各種婦科疾患中，學者見解有大動搖如子宮內膜炎者，不概見，現今猶不免有動搖之勢。往時對於一羣內膜炎，貿然稱爲子宮內膜炎，其類別法，尤未達完全之域，尙無簡明分類法，足使多數折服者。學者關於是等諸點之議論攻擊，若爲介紹，固多興味，但恐初學轉難於理解，故僅略述現今大勢所趨，以避繁瑣，使便於一見，即得其要領。

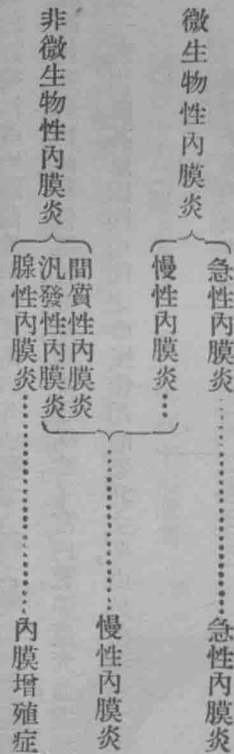
月經異常及白帶下，爲婦科症候之最普遍者，婦人病之大多數，均呈此等症候。往時於子宮及其附屬器或其他，無發生此等症候之著明病變，僅呈月經異常，白帶下者，均以爲由於黏膜之炎症，立即診斷爲內膜炎。檢查是等患者之內膜，其鏡像實有種種，而一見可作爲炎症病變者甚多。但其後內膜之生理及病理，漸次闡明，凡此各種鏡像，顯然不必爲細菌傳染之結果，於是內膜炎，遂區別爲微生物性內膜炎（Mikrobiotische Endometritis）與非微生物性內膜炎（Nichtmikrobiotische Endometritis）。

子宮體部黏膜，不易爲細菌所侵，如向來所信者。對於淋疾及結核以外之細菌，較他部黏膜，難於傳染。蓋以細長之頸管，常充填黏液，可防禦細菌侵入故也。雖在結核菌，而以上行性侵及體部黏膜者甚少。淋菌則在頸部黏液中，極能發育，在頸管至輸卵管通路上，雖侵及體部黏膜，但於此停留之時間甚短，永留痕跡者亦極少。惟在產褥，則頸管開張，失卻對於細菌之防禦關門，子宮內面，又有創傷，故易發重篤之創傷傳染。職是之由，急性內膜炎，殆常發於產褥，產褥以外，起本症者甚少。由此而生之急性炎，若慢性化時，則成爲慢性內膜炎。

非微生物性內膜炎，其病變常以潛行性進行，以黏膜增殖爲特徵。故亦名爲慢性增殖性內膜炎（Endometritis chronica hyperplastica）。由其增殖之主要，或爲間質增殖，或爲腺增殖，或兩者混合故分爲間質性內膜炎（Endometritis interstitialis）腺性內膜炎（Endometritis glandularis）及汎發性內膜炎（Endometritis diffusa）三種。然據後來之研究，間質性內膜炎及汎發性內膜炎，知其非真正之非微生物性，而由炎症所起之慢性內膜炎。惟腺性內膜炎一種，雖真係非微生物性，但以非炎症性之疾病而冠以炎之名稱，多數以爲不合，故今多

稱爲子宮內膜增殖症 (Hyperplasia endometrii) 與內膜炎區別。或又以腺之增殖爲主，亦稱爲腺增殖症 (Hyperplasia glandularis)。更就腺增殖症宜注意者，爲黏膜之生理的增殖。子宮黏膜，以周期而變化（參照第一四頁），在月經前期，與腺增殖症，呈酷似之構造，故從前雖亦以爲腺性內膜炎，但此等生理現象與病的增殖之應區別，固無論矣。

據上述子宮內膜炎之新舊類別法，比較如左。



在微生物性及非微生物性分類以前，除急性內膜炎以外，總稱爲慢性內膜炎。即非炎症性之內膜增殖症，及生理的月經前期內膜腫脹，亦包括於此義之中。

### 急性子宮內膜炎 (Endometritis acuta)

急性內膜炎之主要者，爲起於產褥之敗血性內膜炎，多由於釀膿菌之傳染。潛伏性淋疾，亦每於產褥，再肆猖狂，而發重症內膜炎。產褥以外，偶起於不潔之手術及探針等。其病原菌，除釀膿菌，淋菌外，爲結核菌，大腸菌，及其他

腐敗菌，甚則偶有白喉菌等。關於淋毒及結核，別詳於第十三及第十四編。

急性內膜炎，有僅限於黏膜層者，大抵同時侵及肌層。而發所謂急性內膜實質炎 (*Metropendometritis acuta*) 或更進而侵骨盆結締織，腹膜等者亦不少。黏膜表面，覆以污穢灰白色之苔，處處有壞死竈。黏膜層與肌層之境界部，小圓形細胞，著明浸潤，構成所謂肉芽壁。圓形細胞更浸潤於肌層（瀰漫性或限局性），及其化膿，則肌層中生多數膿瘍，肌組織破壞，排出極大之壞死片，形成所謂膿潰性實質炎 (*Metritis dissecans*)。

症候，診斷，療法等，均讓諸產科書。產褥以外所發之急性內膜炎與產褥性炎用同一之療法可也。

當霍亂，傷寒，麻疹，流行性感冒，赤痢，肺炎等病時，子宮內膜，強度充血，遂致出血，腺及間質有呈一定之病變者。而主候為子宮出血。其原因固由菌之直接作用，而恐其主要，由於菌毒素之作用。由於燐中毒之內膜炎，亦與此相似也。

#### 慢性子宮內膜炎 (*Endometritis chronica*)

由於急性炎之慢性化而起，主要見於產褥傳染後，多併有骨盆內他臟器之炎症（由於淋毒及結核之特殊內膜炎，見第十三及第十四編。）內膜，大體肥厚，間質中有強度之限局性或汎發性小圓形細胞浸潤。腺體反是，其數減少，腺間之距離增大（第七十二圖左角之一片）。此等慢性內膜炎，其病變主要在間質，故名間質性內膜炎 (*Endometritis interstitialis*)。此名在從前，與夫以腺腫為主徵之腺性炎（今之內膜增殖症即腺增殖症）區別，今則稱及間質性內膜炎，其意義即為由於細菌之真慢性炎。故有用此名，而不使新舊兩義混同者，其法如下：

稱急性內膜炎爲傳染性內膜炎

稱慢性內膜炎爲慢性間質性內膜炎；

稱內膜增殖症爲腺增殖症。

以上分類，可排除易於誤解之慢性內膜炎，故實地上甚

爲便利。間質性內膜炎中，有種種異型。間質中生出滲出物者曰

滲出性間質性內膜炎（*Endometritis interstitialis ex-*

*sudativa*）（第百七十二圖上角之一片）間質中出血者，

曰出血性間質性內膜炎（*Endometritis interstitialis hä-*

*morrhagica*）（第百七十二圖下角之一片）間質炎陳舊

時，則見梭狀細胞，而間質增加，及至萎縮期，則黏膜全部萎縮，腺亦次第減少，或有一部呈囊狀而留遺者，此名萎縮

性內膜炎（*Endometritis atrophicans*）。

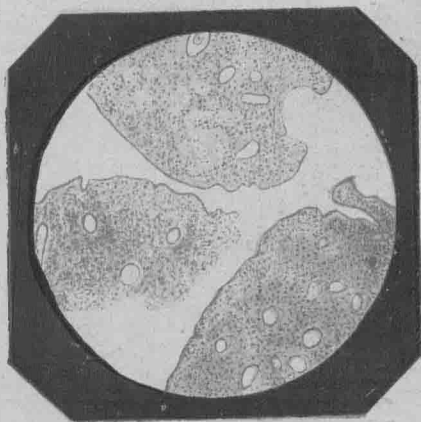
慢性內膜炎中，尚有與間質同時侵及腺體者，即間質性內膜炎與所謂腺性內膜炎（腺增殖症）合併者，此

名汎發性內膜炎（*Endometritis diffusa*）。視黏膜之部分，或間質增殖，或腺組織增殖。大致於黏膜層，呈間質性

炎，深層則呈腺性炎。黏膜著明肥厚，其肥厚部有汎發性者，亦有爲限局性者。甚則呈乳嘴狀，或息肉狀。此等強度增

殖者，名爲肉芽性內膜炎（*Endometritis fungosa*）（第百七十三圖）。凡下沉發性內膜炎之診斷時，必確知其

第百二十七圖



間質性內膜炎  
(Nach Jolly)

腺之增殖，不屬於生理。在月經前期所得之黏膜，下此診斷時，大須注意。

慢性內膜炎，更有起於產後，尤在流產後之一種特別內膜炎。名為流產後慢性內膜炎 (Endometritis chronica post partum)。由於脫

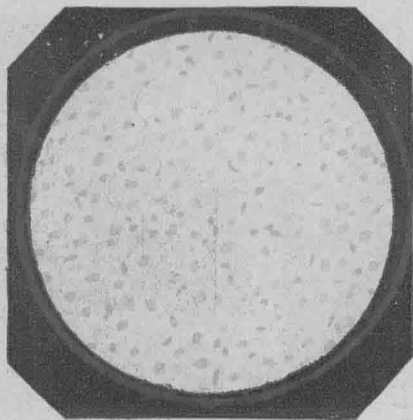
第 七 百 七 十 三 圖



肉芽性汎發性內膜炎

(Nach Jolly)

第 七 百 七 十 四 圖



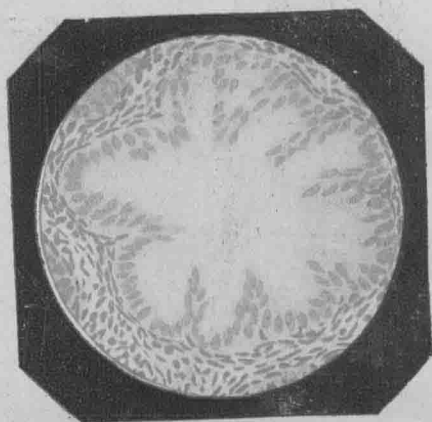
蛻膜細胞

(Nach Jolly)

膜遺留，或其一部之退行不全而起，黏膜肥厚，間質中有小圓形細胞浸潤，腺亦著明增殖，腺間處處有蛻膜細胞 (第七十四圖) 之羣集。同時腺增殖之狀態，亦係一種獨特者，而腺腔著明擴大，腺上皮為乳嘴狀，突入腺腔之內，間質減少，腺壁互相接觸。此腺名之為 Opitz 氏妊娠腺 (Opitzsche Schwangerschaftsdrüsen) (百七十五圖)。但此腺不必定由妊娠而生。以上為慢性內膜炎一般病變之概略。無論何時，均有小圓形細胞著明浸潤，為



圖 五 十 七 百 第



Opitz 氏 妊 娠 腺

(Nach Jolly)

圖 六 十 七 百 第



炎 膜 內 後 產 流

(Nach Kustner)

細 蛻 可 上 中 娠 於  
胞 膜 見 角 左 腺 妊

炎症最有力之左證。近時原漿細胞(Plasmazellen)之研究極盛，故該細胞之證明，對於慢性內膜炎之診斷，亦有重要之意義也。

原漿細胞為富於原漿之大細胞，呈圓形橢圓形，或略帶不規則之形，核偏在細胞之一極，核之染色質，分裂為數個（尋常五至八個），各呈楔狀，聚而團坐，狀如車輪之輻（車輪核 Radkern 見一七七圖。）原漿細胞精確之檢查，須特殊染色法。其詳細讓諸專門書。

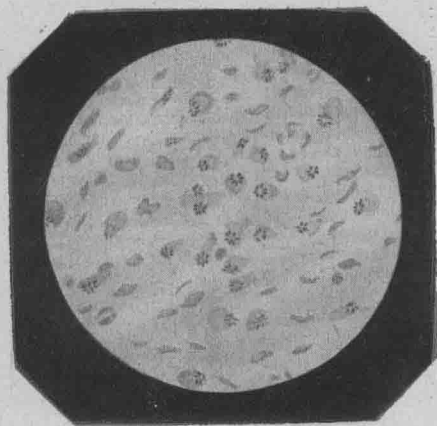
原漿細胞，在各種炎症時，多數出現，故一時以該細胞為炎症之要徵，對於慢性內膜炎之診斷，其意義之重大，

在圓形細胞浸潤以上，然實際似不如是重要。原漿細胞之出現，不限於炎症，由藥品刺激，亦可出現，其少數者，雖在生理，亦散在其間。故該細胞，必須極多數出現時，始可謂有診斷之價值也。

慢性內膜炎，如上所述呈固有之組織變化，其臨床症狀，幾與內膜增殖症相同，不易鑑別。惟分明在急性炎症後發生時，或有蛻膜遺留之疑時，又或有發生內膜增殖症之原因，例如不見有子宮位置異常等，即大概以為非膜增殖症時，僅可想像其為炎症性而已。搔爬子宮黏膜，行組織的檢查，診斷固屬容易，但對於內膜炎，則搔爬有使炎症忽然加劇之慮，故不許濫用。縱對於內膜各種局部處置，亦須禁忌。因而內膜炎之滿足治療，遂多困難也。由此觀之，慢性內膜炎，與內膜增殖病之區別，臨床上毫無必要，似僅病原論上及組織學上，具有興味，此舊義慢性內膜炎之診斷，所以長久為臨床家所不廢也。然二者之治療，根本不同，故吾人宜常加注意而鑑別之。（對於內膜增殖炎，可用搔爬腐蝕等局部療法。）

慢性內膜炎之療法，不外攝生與一般消炎法，如洗滌陰道，陰道栓塞，陰道球等，此外可試用各種理學療法，圖炎症之消退。對於特殊之炎症，則用特殊療法，例如疫苗療法，亦可試用，但無大希望，對於局部之改整療法，宜慎重。

圖 七 十 七 百 第



胞 細 漿 原

惟由蛻膜遺留之流產後或產後內膜炎，則多因搔爬內膜而頓然治愈者。又雖在慢性內膜炎，炎症既已陳舊，料其無有細菌者，偶亦可試攻擊療法（參照內膜增殖症療法。）

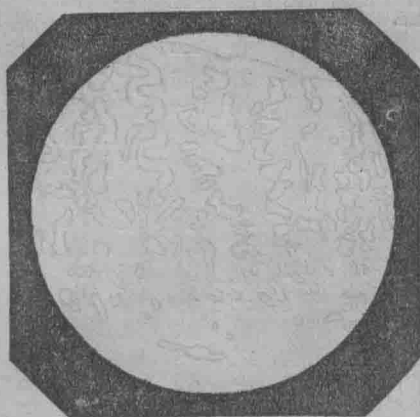
#### 子宮內膜增殖症 (Hyperplasia endometrii)

由於炎症之內膜肥厚，並非內膜增殖症。由於子宮黏膜周期變化（參照一三三頁）之肥厚亦然。子宮黏膜，由於非炎症之其他原因而肥厚，不呈周期性，持續不絕者，曰子宮內膜增殖症。此種內膜肥厚，非間質性肥厚，主要由於腺之增殖肥大，故又名腺增殖症。

黏膜大致肥厚充血，表面有平滑者，亦有凹凸不平等者，甚則呈息肉狀。其組織的變化，主要在腺，故從前稱為腺性內膜炎 (Endometritis glandularis) 與肥大性腺性內膜炎 (Endometritis glandularis hyperplastica) 區別。前一種（第百七十八圖），各腺自身無異常，而腺之數著明增加，間質減少，腺體互相接近，腺體大抵分枝。後一種（第百七十九圖），腺之數無變化，而各腺自身肥大。腺腔擴張，腺體延長，故蜿蜒曲成螺旋狀，其縱斷面，呈鋸齒狀，或腺管之一部，特別擴張，甚者呈囊狀（囊狀內膜炎 Endometritis cystica）更有腺之一部，重疊如腸，嵌入腺腔而重疊者，其橫斷面，呈二重或三重之上皮環者不少。但腺上皮，常為單層無變為多層者，偶或有作數層之外觀者，此係切片斜斷，現高低不同多數細胞之斷面故也。

當下內膜增殖症（腺增殖症）之組織的診斷時，必顧慮內膜之周期的變化，尤以月經前之腫脹，須常注意（參照一三三四頁）。在月經後期或間歇期所得之內膜，不致發生誤謬；但月經前期之黏膜與腺增殖症之區

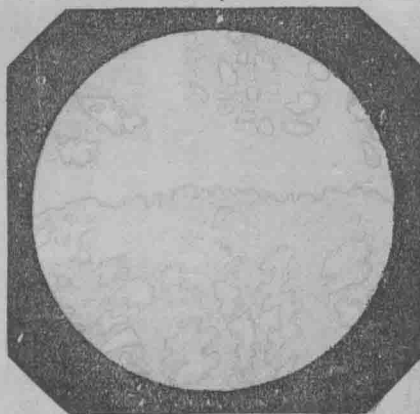
圖八十七百第



炎膜內性腺性殖增

(Nach Jolly)

圖九十七百第



炎膜內性腺性大肥

別，常非容易。其鑑別雖有種種條件，無非趨於理論，實際上非有熟練之眼光，每易陷於誤認。故行診斷的搔爬時，不如選月經後期或間歇期，豫先避卻困難之為得也。

黏膜肥厚呈息肉狀，以莖懸垂者，名為黏液息肉（Schleimpolyp）。好發生於輸卵管角，多呈細小之梨狀，表面以內膜上皮覆之，內部含有多數體部腺，腺腔擴張，甚則呈囊狀。間質中分布多數血管。其莖成於結締組織，有長短種種，捻轉時，則息肉內外均出血。息肉之間質中，雖有圓形小細胞著明浸潤，但此不過續發性變化，於息肉發生，初無何等之關係也。

原因 由骨盆內尤以子宮之持續性充血而起。子宮之持續性充血，起於子宮之位置異常（後傾後屈子宮

垂脫等)子宮腫瘍(黏膜下肌腫,間質性肌腫,子宮陰道段或頸部癌腫等)子宮附屬器之炎症等。內膜增殖症,起於生殖器之不衛生,尤以月經不衛生,月經時感冒等爲然。或有由手淫,不自然之交接等而起者。卵巢分泌之異常,與本症有某種原因之關係,亦事實也(參照第十六編卵巢機能過多症。)

症候 患者自覺骨盆深部,有不快之感,及重感等,多在月經前增惡。同時訴尿意頻數及便秘之類者亦不少。但症候之主要者,爲月經異常及分泌增加。

月經強甚而長,又每有不正之出血,患者有陷於貧血者。月經時之腹下部疼痛,腰痛,薦骨痛等,有極甚者,亦有不然者。或在月經與月經之間,覺有中間痛者。

分泌多增加,但不如頸管加答兒之甚。尋常在月經前後及勞動後增加。分泌物本爲無色之稀薄漿液,一至陰道,則混有上皮落屑,成爲白色乳汁狀。此名白帶下(Fluor albus oder Leucorrhoe)。白帶刺戟外陰部,有發搔痒者。

患者一般貧血,訴種種神經症狀,例如身體諸部之放散性痛,肩痛,頭痛,半頭痛,枕部痛,半面痛,搖擗,胃痛等,有神經素質之婦人,發真正之Hysterie者有之。生殖機能障礙,多不孕,易流產。

診斷 上記之月經異常,白帶下等,爲診斷要件,但在其他子宮病,亦屢見之,故未足以決定診斷。其決定非據他覺的所見不可。檢白帶之有無時, Schultze 氏曾主張用試驗栓塞(Probetampou)。洗滌陰道,除去子宮外口之黏液,以二十五%單寧甘油,潤澤栓塞,貼於子宮外口部,六時至十二時後檢之,當子宮外口之部分,附有分泌

物，由此可知其性狀分量，健康內膜，由此所見之分泌物，不成爲點。但此法於體部黏膜增殖之診斷，無甚價值，蓋體部黏膜之分泌物，爲漿液性，與單寧甘油混和，不能印着污點故也。且附着於栓塞上之分泌物，常有頸管分泌物混入，是否來自體部，不得而知。

行雙合診時，子宮略肥厚，彎曲部硬韌。但此等症狀，如輕度侵及子宮實質者，即不著明。雙合診轉於其他意味爲重要。卽由此可診斷子宮及其附近，有無炎症，由此可定炎症及治療之方針。若炎症存在時，子宮腔內操作，一切均足增加炎症，不可不避。尤以淋疾最有此虞，故凡有淋毒之既往症者，常須就分泌物，爲淋菌之檢查，不可忽也。由雙合診否定炎症及妊娠之存在時，始得行子宮內部之檢查。

以探針通入子宮腔內時，患者覺疼痛，子宮腔擴大，表面不平滑，易於出血。倘此時能插入 *Chrotte*（若插入困難時，可稍擴張頸管），自前後左右四壁搔爬黏膜，行組織的檢查時，其診斷最爲精確。當探針診斷法，而不能確診時，例如不能判定有無息肉時，可擴張頸管，行子宮腔內觸診（參照第四十五頁），當是時，必搔爬內膜，行組織檢查。

豫後 非不良，無生命危險。惟高度之月經困難，不易治愈。對於神經症狀之豫後，視有無神經質之素因而異。又以生活狀態之適否而不同。神經症狀之不甚陳舊者，豫後較良。

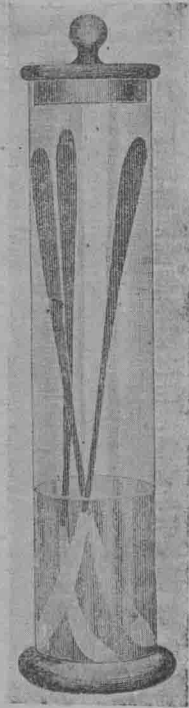
療法 內膜增殖症，由持續性充血而起，故先去充血之原因，最爲重要。例如有子宮後傾後屈時，矯正之，有附屬器之炎症及腫瘍者，治療之。但同時，亦不可將局部療法，視諸等閑。局部療法有種種，以下擇其主要者述之。（參

照第十六編卵巢性子宮出血療法。

症狀輕度，白帶少量者，命其安靜整理便通，行陰道洗滌，插入陰道球及陰道栓塞。由此漸臻輕快者有之。洗滌時，可用石炭酸，LysoI，及食鹽水等，陰道球用 Ichthyol 球，碘鉀萇岩球等，於陰道栓塞，則用 Ichthyol 甘油，碘鉀甘油等。（參照第三編第二章第一節）著者使病人於每晚就寢前，自行插入陰道球。（於外陰部貼綿紗或綿花，以防污染衣服。）次晨起床後，自用食鹽水洗滌陰道，即於其日午前門診時，插入陰道栓塞，數時後便除去之，晚間再自行洗滌陰道一次為通規。此種待期療法，對於子宮及骨盆內炎症已或經過急性期者，有效無害。

白帶下之強度者，行子宮黏膜腐蝕，子宮內坐藥插入，子宮內洗滌等。但此時須骨盆內無炎症。子宮黏膜腐蝕，大抵用卷綿探針（參照一〇一頁），藥液尋常用碘酒。帶下濃厚為黏液性時，豫以三%曹達水拭去之。碘酒之作用，最為緩和。更欲加重腐蝕黏膜者，可用 Ichthyol（純粹或稍稀釋），Protargol（五至十%），硝酸銀液（十至二十%）等。腐蝕對於出血強度之內膜增殖症，亦每有效。此時可用一半氯化鐵液（純粹或稍稀釋），石炭酸甘油（五十%），氯化鋅液（十至二十%）但氯化鋅腐蝕力過強，時有起癢痕狹窄者。Menge 氏用三十至五十%佛馬林，謂有良效。以棉花卷於硬橡皮製之探針上，倒置於有栓之玻璃瓶中，約近瓶中央，充以佛馬林，可隨時使用（第百八十圖）黏膜腐蝕

第百八十圖



Menge 氏探針瓶  
(Nach Kustner)

法，視症狀與腐蝕藥之強弱，每日，隔日，或數日行之。

腐蝕子宮黏膜時，用 Braun 氏子宮注入器，將藥液注入子宮腔者有之。但有誤將藥液流入輸卵管及腹腔之危險，故今時用者甚少（參照一〇二頁。）

子宮坐藥，乃可溶性小桿，插入子宮，俾其含有藥，作用於黏膜者。坐藥較之注入，藥液流入腹腔之虞甚少。Klion 氏於 Crede 氏可溶性銀中加乳糖，阿刺伯樹膠，卵白，甘油等為小桿，銀之含量，為二%，謂為有效。此外可用 Jodoform，明礬，單寧，一半氯化鐵等子宮坐藥。用時先清洗或清拭子宮腔後，插入坐藥，而行陰道栓塞。坐藥每日，隔日，或每數日反覆之。

子宮內洗滌時，用 Bozemann Frisch 氏子宮導管（參照一〇二頁），先以一%曹達水洗子宮腔，去其黏液，次以硼酸水（三%），Lysol 水（一%），石炭酸水（一%）等洗之。洗時水壓務低，以防洗滌液流入腹腔。藥液量，一回約一公升，每日或隔日反復之。洗後宜行內膜腐蝕。

月經異常，且以出血為主徵之內膜增殖症，尤為治療之適應症；出血之強度者，發生高度貧血，局部療法與原因療法同為切要。對於出血，用麥角，Hydrastis，Hamamelis 等止血劑，實際上幾於無效，近有用 Pituitrin

及其他腦垂體製劑者，於少婦尤為有效。Genestypol 亦足推獎。放射線療法，對於子宮出血，每有特效，但費

時甚久。不能求急速之功。且去更年期尚遠之婦人，應用時大須注意，須託熟練之專家，務必豫防卵巢缺落症狀及不孕症。於黏膜腐蝕之出血有效，既如前述。內膜搔爬術，對於此種出血，為向來所最常用者，但此決非理想的療法，



搔爬後暫雖良好，然早晚多復舊態。故雖行此法，而於持續性子宮充血之原因，不可不講適當之療法也。

內膜搔爬術 (Abrasio mucosae, Auskratzung) 在現今婦科醫所行各種手術中，似占最大多數，蓋以施術容易，人皆可行，遂不免稍有濫用之弊。本法在嚴格適應之下行之，其成績甚良，如一旦適應或誤，其害實有可恐者。內膜搔爬後，症狀顯然增惡，甚至有呻吟病榻數月以至年餘者。此多以不知子宮周圍有炎症而行搔爬術之結果也。故當行術時，常須嚴密診察，倘子宮或其周圍有急性至亞急性炎症時，決不可手術，而於淋毒性炎症為尤然。即使子宮自身，無細菌性炎症，其周圍有慢性炎，尚覺疼痛時，亦宜避之。此外如發生子宮黏膜增殖之原因，依然存在時，例如子宮位置異常，尤以有固定性位置異常時，苟非同時加以矯正，則搔爬幾於無效，或僅一時輕快。凡此諸點，加以顧慮時，則可行內膜搔爬之適應症，較為少數矣。

要之內膜搔爬術，一、對於子宮炎症，切不可行。二、子宮自身縱無炎症，而附屬器及骨盆內有炎症時，不可行。三、以出血為主徵之內膜增殖症，不合併上述之炎症者，最適於搔爬。但同時對於原因療法，亦不可忽。

搔爬術之方式，因施術者而略有不同，著者現今所行，大凡如次。

麻醉用 Skopolamin 嗎啡朦朧睡眠，若不足時，滴下數點或數克呀囉仿，或併用腰髓麻醉（參照第三編麻醉法。）

剃去大陰脣陰毛（陰阜部勿剃。）外陰部及陰道部，均以消毒（參照六十五頁）插入 SIMONS 氏子宮鏡，使露出子宮陰道段，於子宮口前脣，鉤苗采氏鉗，牽引子宮，摘去子宮之前葉，先以探針檢子宮腔之深淺，及內面之

性狀，次用 Hegar 氏擴張器（第百八十一圖），由小及大，順次插入，擴張子宮（擴張器尖端，塗橄欖油而插入之），然後以 Curette（第百八十二圖）

搔爬黏膜。Curette 必須有適度之屈撓性，其刃不可過於鋒利。向刃之方面，適宜使之彎曲，而深入子宮腔內，先向前後左右四壁，各爬一片，以檢黏膜，在何部肥厚最甚，然後將子宮內膜全部，纖悉無遺而搔爬之。爬下之黏膜片，均須收集，以供組織的檢查之用（參照四十七頁解剖的診斷。）搔爬之度，到處以露出肌層為止。黏膜既消失，搔爬達於肌層時，則其抵抗自有變化，當發出或

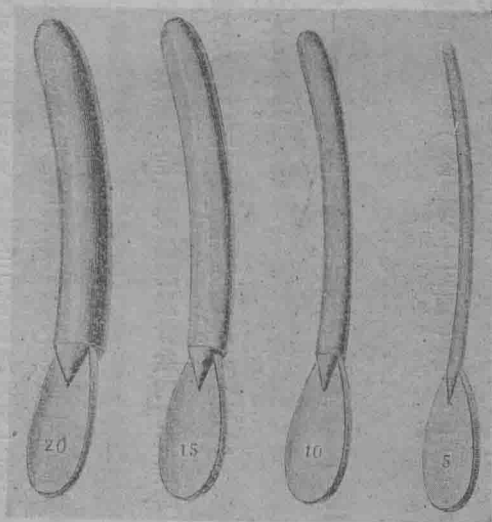
感覺一種宛如以小刀之刀，擦

過肌肉之軋音，此即搔爬充分

之通告也。子宮底及輸卵管角

部，Curette 難於充分搔爬，故

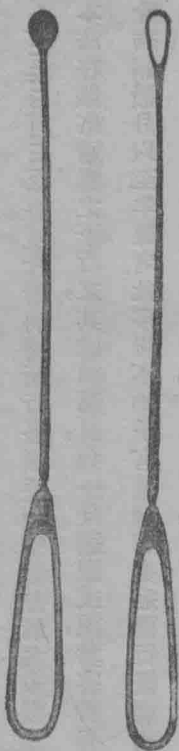
第百八十一圖



Hegar 氏擴張器

(Nach Runge)

第百八十二圖

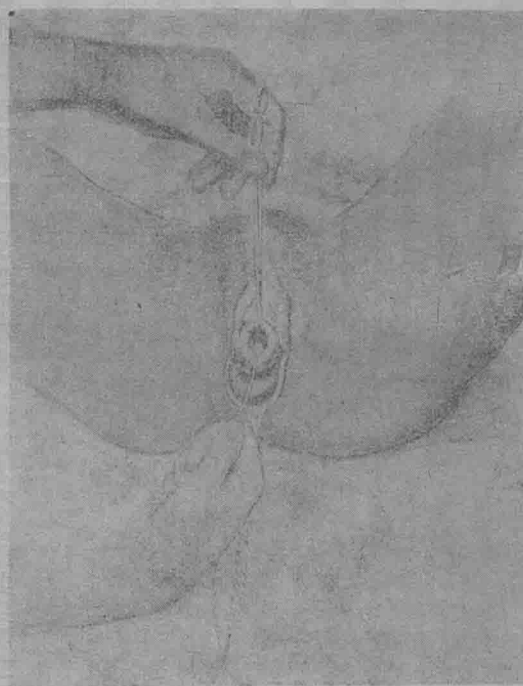


Curette 匙銳

其次用銳匙（第一百八十三圖）搔爬此等部分。銳匙之刃，亦不宜過於鋒利。搔爬既終，以 Bozemann 氏導管，洗滌子宮內部，排除黏膜之斷片及凝血等，（參照一〇二頁）洗滌液，用三%硼酸水，水壓務須低減，以防流入腹腔。搔爬完全者，洗液立即透明。洗滌既終，以五十%石炭酸甘油，浸於卷綿探針，塗布子宮內，去子宮口唇之鉗子，以 Iodoform 綿紗，行陰道栓塞，除去子宮鏡，於外陰部貼綿紗，施丁字帶，手術告終。石炭酸甘油之塗布，有代以碘酒者，或有僅以殺菌綿紗，十二時至二十四時填塞子宮腔者。陰道栓塞，於十餘時後去之，大抵無須再行插入。手術後，命安臥一星期，注意便通，有必要時，在腹下部貼冰囊，或投麥角劑。此外時換外陰部之綿紗，舍此即無須其他局部處置。帶下多量時，手術後經過五六日，以碘酒塗子宮腔者有之。

搔爬術所有之危險，為細菌輸入與子宮壁之穿孔。細菌輸入，以厲行消毒法，可以防之，但穿孔，則雖熟練之手

圖 三 十 八 百 第



爬 搔 膜 內

(Neah Runge)

術家，有時亦且不免，於柔軟之子宮，且流產後之子宮，尤易有此危險。又子宮壁之惡性腫瘍，子宮壁之異常菲薄等，亦易有之，在淋菌傳染後，子宮壁，留有限局性之軟弱部者不少，須注意。豫防穿孔時，搔爬勿用暴力，固無待論，須常注意 Curette 之把持法，即在拇指與其他食指及中指間如輕輕夾持狀把握之。穿孔之豫後，不必定屬危險，但不加注意，未知其已穿孔，更繼續搔爬，或手術不潔時，由血腹膜炎等取不幸之轉歸者有之。知其穿孔，立即中止手術，命其安臥，貼冰囊於腹下部，投阿片劑，嚴重監視以後之經過。

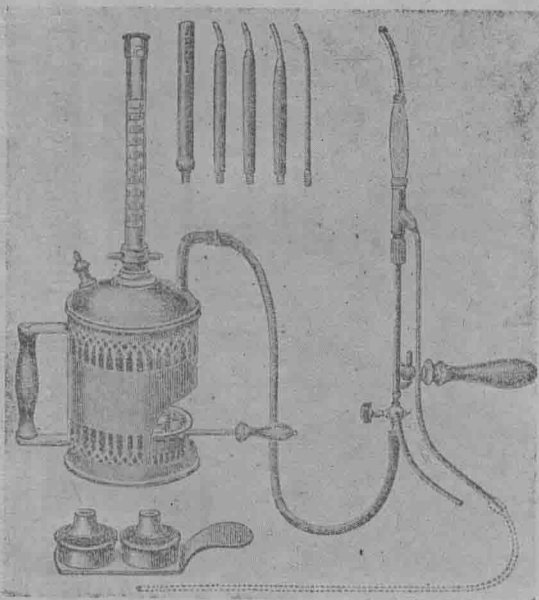
雖行搔爬而出血尙不止者，則有息肉之疑，故須觸診子宮內部，有息肉時剔出之。息肉之莖長者，可鉤以鉗子，捻轉而離斷之，但莖濶者以刀或剪切斷之。息肉位置深而難於達到時，有須截開頸管者（參照陰道式肌腫切除術）。出血強度，患者漸陷於貧血時，由陰道結紮子宮動脈，偶有行子宮全剔出術者。

Pincus 氏蒸汽腐蝕法 (Atmocausis)

nach Pincus oder Vaporisation) 爲用水

蒸汽腐蝕其內膜之法，其裝置有蒸汽罐，備有

第 百 八 十 四 圖



蒸 汽 腐 蝕 裝 置

(Ach Rungen)

寒暑表。蒸汽傳過橡皮管，通入腐蝕器。行腐蝕時，先略擴張頸管，使腐蝕器達於子宮內口，開活栓，將蒸汽放入子宮腔內。凝水從別一管流出（第百八十四圖）。蒸汽之溫度，爲列氏百五至百十五度，腐蝕時間，十秒至三十秒。Pincus氏更思得一法，不使蒸汽直接作用於黏膜，用無孔之腐蝕器，僅以熱腐蝕之，名爲熱氣腐蝕法（Zestokaussis）。用法與前同。二者均於出血強烈時有良效云。術後患者須靜養二三日。

Apostoli氏電氣燒灼法（Elektrolyse nach Apostoli）以電極燒灼子宮內膜之法，由三十至五十Milliampere開始，一星期一二次，漸增至二百至三百Milliampere於出血有效。出血時子宮內極，爲陽極（參照一〇九頁）。

### 第二節 慢性子宮實質炎（Metritis chronica）

子宮炎症中，其侵犯黏膜者，曰內膜炎，侵犯肌層者，曰實質炎。但其間非有明確之區別。子宮炎症，至少在真正炎症，常先侵黏膜，次及實質，當內膜炎時，全不侵及實質者，殆無此例（Dedryain氏）。夫然則內膜炎與實質炎，爲同一疾患而不能區別。故實質炎之病名，雖廢棄亦無不可，但以表示其病變之存在於黏膜或於肌層，實際上甚爲便利，故迄今多用之者。

慢性子宮實質炎之名稱，與慢性子宮內膜炎同，向來以廣義解釋，不問其病原病變如何，子宮平等增大，呈一定之臨床症候者（骨盆內壓感或重感，腹下部薦骨部疼痛，帶下，月經異常等），總稱爲慢性子宮實質炎。有此等

症候之子宮，平等增大，在臨床上，實構成一種獨立之疾患，但細加研究，則疾患本來之性質，種種不同，其中之某一種，非真正炎性肥大，而為一種續發症狀。例如子宮後傾後屈，或子宮垂脫，由其循環障礙而有子宮肥大，又內膜之分泌過多，子宮欲努力為之排除，遂有實質之工作性肥厚。故在今時，慢性子宮實質炎之名稱，僅於由細菌傳染真正炎性肥大時用之，不由於炎症而來之子宮，平等肥大，稱為子宮實質增殖症（Hyperplasia myometrii），與慢性實質炎區別。其關係宛如慢性內膜炎與內膜增殖症，而內膜增殖症與實質增殖症，總稱為 Metropathie。（譯者謹按 Metro 為子宮 Pathia 為疾苦猶言子宮病意太寬泛故日本）亦因仍舊習不定漢字茲特註明原義以資解釋不強以漢字當之）

慢性實質炎，常發於急性實質炎之後，急性實質炎，常以內膜為門戶，而發所謂急性實質內膜炎。急性實質內膜炎，殆常起於產褥，故慢性實質炎，在產褥傳染後最多。與產褥無關之實質炎，則為少數，多由淋菌而起。結核菌有時亦侵及實質。

子宮，平等增大。子宮之增大，由於肌層肥厚，肌層肥厚，起於結締織之增殖。炎症稍新鮮時，可證明圓形細胞及原漿細胞之浸潤。又實質內限局性化膿竈之跡中，遺有癥痕組織。

在實質增殖症，子宮亦平等增大，增加實質之結締織。然以非炎症之故，圓形細胞，原漿細胞之著明浸潤，及遺留癥痕等，不能證明。Theilhaber 氏以結締織增殖為本症之主要病變，由此得說明本症最著明之子宮出血。即結締織增殖（肌纖維減少），致血管閉鎖不全，遂有出血，主張稱本症為子宮不全症（Insufficiencia uteri），但據其後諸學者之研究，結締織之增殖，與子宮出血，不常並見，結締織雖著明增殖，而毫無子宮出血者有之。或結締

織量尋常，而出血強度者有之。又結締組織增殖之度與出血之度，毫無並行之徵示，而結締組織之量，特與年齡分曉等，大有關係，各以個人而有差別，於是 Theillhaber 氏之說，遂失其論據。

一部分之學者據子宮壁之血管硬變，說明子宮出血，然血管硬變，亦由妊娠或其他所生之生理的現象，血管硬變與子宮出血之無關係，亦已瞭然。方今一般之傾向，欲將出血之原因，歸諸卵巢之機能障礙，但尚無充分明瞭之解說，有待於今後之研究者固甚多也。（參照第十六編卵巢機能過多。）

如上所述，慢性實質炎，與實質增殖症，其本態雖異，而在臨床，則殆歸一致，療法亦無所異，故二者無分別說明之必要。

症候 子宮平等增大，硬固而略有壓痛。月經過多，或有不正之出血，閉經期遲延，又每有月經困難，帶下亦為強度（實質肥厚尋常兼有內膜肥厚之故。）妊娠多被阻礙，縱令妊娠，亦多中絕。又往往呈妊娠之不確徵兆（食慾不進，惡心，嘔吐，乳房痛，分泌初乳等。）患者一般於下腹部及薦骨部等有不快感覺，或疼痛，其疼痛初僅限於勞動時，後乃變為持續性，又多便秘及訴尿意頻數者。

診斷 子宮平等增大，硬度，壓痛，月經過多，子宮出血等，均為診斷上之重要條件。子宮平等增大，是否慢性實質炎，抑為實質增殖症，臨床上有不易鑑別者，宜注意其既往症。與產褥無關之慢性實質炎，多由於淋菌。在增殖症，子宮不必硬固，壓痛亦不必存在，臨床上，無使子宮，子宮附屬器及其他發生子宮出血之炎症腫瘍等。子宮平等增大，以出血為主徵者名為出血性 *Metropathie*，其原因多在內分泌障礙。

類症鑑別 有誤爲妊娠子宮者，然在妊娠則月經閉止，子宮增大，與月數一致，柔軟而無壓痛，呈諸種妊娠徵候。

易誤爲子宮肌腫。但肌腫，則子宮增大多不平等，隆起如球，無壓痛，硬度較慢性實質炎尤爲硬固。通以探針，知子宮腔不規則擴大，且不如實質炎之感疼痛。

豫後 治療困難。於生命雖無危險，而於生殖，則豫後不良。

療法 因榮養之增進，整理便通，命其安靜身心。溫泉療法，多有效。要之，患者於長年日久之衛生，大須忍耐。局部療法，用熱性陰道洗滌，陰道栓塞，陰道球等，與內膜炎無異。子宮陰道段之瀉血，每有卓效。曾有楔狀切除陰道段，以期縮小子宮者，然多無效。今則行之者甚少。亦有行楔狀切除子宮底之法。子宮有位置異常時，矯正之。對於出血，可用各種止血劑（著者多用 *Sciphol* 一日六錠。）然無把握。近時多以出血之原因，歸於內分泌障礙者，於是試用各種內分泌腺製劑，但其效均不確實。倫脫根線，對於出血及疼痛，每有良效。尤適於更年期相近之婦人出血或所謂出血性 *Metropathie*。出血強烈，諸法無效時，有行子宮全剝出者。關於出血之療法，可更參照第十六編卵巢性子宮出血療法。

### 第三節 頸管加答兒 (Cervicalcatarrh)

頸部黏膜，亦如子宮體黏膜，有頸部內膜炎，與頸部黏膜增殖症二種。頸部內膜炎中之急性者，多與體部同時



成爲急性實質內膜炎，起於產褥，故讓諸產科書。慢性頸部內膜炎，主要侵犯間質，此處有小圓形細胞及原漿細胞等，著明浸潤。內膜增殖，一如體部，主要由持續性充血而起，其病變主體，在腺之增殖。二者非同一疾患，固無待論，然今之趨勢，不甚加以嚴格之區別，亦與體部相同，故此處綜合二者在頸管加答兒病名之下，加以說明。頸管加答兒，若以狹義解釋，爲頸管黏膜之炎症，但尋常多從廣義。於頸部實質，亦有炎症及增殖症，其病變與體部同，無復述之必要。又其病變，或爲黏膜病變之波及，或爲其部分的徵候，大致在臨床上，不認爲獨立之疾患，故總括於頸管加答兒之下。

原因 起真正炎症之細菌種類，與體部內膜炎同。關於淋毒性及結核性炎，當詳於另編。（參照第十三編及十四編。）增殖症之持續性充血，亦與體部同。

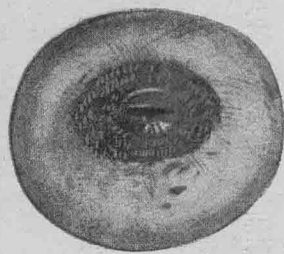
在臨床上，多見於萎黃病質少女，及貧血婦人等。又起於生殖器之不潔，月經之不衛生，手淫，房事過度等。自產褥性急性炎變爲慢性者，其數之多，自不待言。會陰破裂，頸管破裂等，亦爲本病之誘因。子宮位置異常且發後傾後屈之增殖症，亦與體部相同。

病理解剖 頸部黏膜充血，腺增殖肥大，分泌多量之濃厚黏液。間質中，有小圓形細胞浸潤。但黏膜之肥厚，大致不如體部內膜炎之爲強度，病變在子宮陰道每及頸管下部，最爲著明。子宮陰道段，充血肥厚，呈帶青赤色，表面附着濃厚之黏液。黏液初本透明，後乃溷濁，至帶黃色。在本症，更有呈陰道段糜爛，及肥大，子宮口外翻，黏液息肉等種種續發性變化者。

子宮陰道段之糜爛 (Erosion der Portio vaginalis) 通常圍繞子宮外口，為深紅色，易於出血，表面略膨隆，每呈粒狀。糜爛部周圍，繞以淡赤色帶，由此移行於陰道段外面之帶青赤色部（第一八五圖）。糜爛又往往限局於前唇或後唇，但常與頸管黏膜連續，非與此分離獨立而發生者。凡

此諸種陰道段糜爛，本非真正糜爛，其表面，由單層圓柱上皮覆之（第百八十六圖）。故糜爛之名稱，甚不適當，但據向來之習慣，迄今沿用之。單層圓柱上皮之發生，以頸管之炎症性刺戟，促其圓柱上皮細胞之增殖，故圓柱上皮，出入於頸管以外，或陰道段外面之扁平上皮，變而為圓柱上皮。其所以呈青紅色者，則以透過圓柱上皮而視血管故也。（近有謂糜爛之最初期，上皮有缺損者。）

第 百 八 十 五 圖



單 純 性 糜 爛

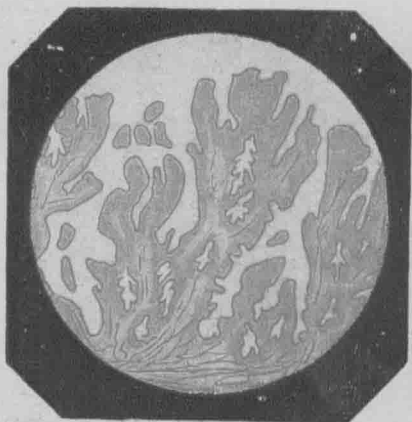
(Nach Runge)

圓柱上皮增殖旺盛，向組織深部成無數腺狀而進入時，糜爛之表面，為此等陷入溝微細分割，至呈乳嘴狀。名為乳嘴性糜爛 (Papillare Erosion) (第百八十七、八圖)。反是，上皮無腺狀陷入，而表面平滑者，名曰單純性糜爛 (Einfache Erosion) (第百八十五、六圖)。在此等糜爛部，腺之排出管閉塞，分泌物停於腺腔內，而呈濾泡狀。時，名為濾泡性糜爛 (Folliculäre Erosion) (第百八十九圖)。濾泡大者，有如豌豆，在糜爛之周圍或糜爛部內，隆起於表面，可透視其內容。濾泡名為 Nabothi 氏小卵 (Ovula Nabothi) 充以極濃之黏液。若此者不僅陰道段表面，且有多數埋於深部，其周圍之炎症高度時，頸部實質層亦肥厚（由於結締組織之增殖）。故子宮陰道段，著明

圖八十八百第

圖六十八百第

第六編  
子宮疾病



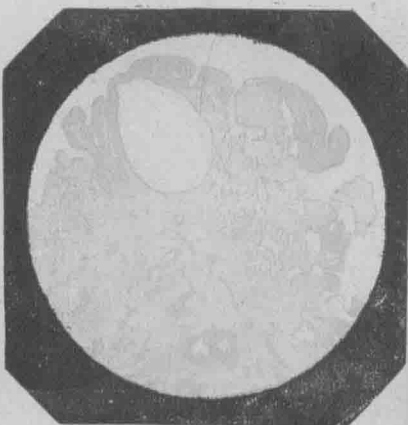
(大擴度強) 爛糜性嗜乳  
(Nach Gebhara)

爛糜性純單  
(Nach Jolly)

圖九十八百第

圖七十八百第

二五七



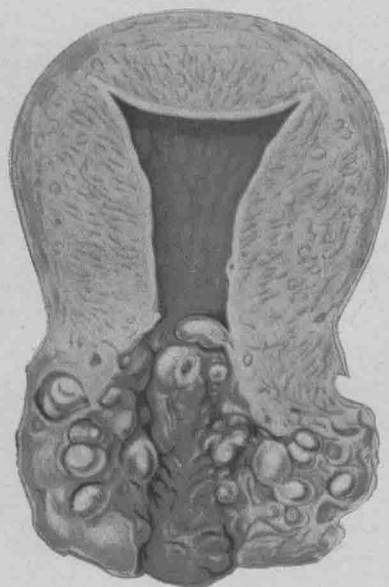
爛糜性泡滅  
(Nach Jolly)

爛糜性嗜乳  
(Nach Jolly)

肥大，此名陰道段濾泡性肥大 (Folliculäre Hypertrophie) (第九十圖)。肥大有平等者，或有不平等而失其陰道段之原形者。

患者為未產婦，子宮外口狹隘時，多量濃厚之頸管分泌物，不能流出於陰道，而滯蓄於頸管中，堵塞子宮外口，月經流出，亦為所妨礙，遂至頸管擴張，是時子宮外口呈點狀，其周圍有糜爛，以分泌物覆之。此等頸管擴張，在經產婦所未見。經產婦之子宮外口，橫裂，子宮口唇，向前後哆開，可窺見一部份頸部黏膜，頸管破裂過大時，增殖肥厚之頸部黏膜，尤著明向外方翻露，此名子宮外口之外翻 (Ectropium) (百九十一圖)。

圖 十九百第



大肥段道陰性泡濾 (Nach Runge)

圖 一十九百第



翻外之口外宮子 (Nach Runge)

肥厚增殖之黏膜，往往成黏液息肉；下垂於陰道中，其長者，至懸垂於陰門之外，息肉之基，成於結締織，息肉自

身，主要成於擴張之腺組織。其表面，初爲圓柱上皮所覆，若久存於陰道中，則變爲扁平上皮。

**症候** 主要爲白帶下。白帶以濃厚黏液性爲特徵，其量極多。初雖透明，後乃溷濁而帶黃色，往往混有血液。患者在下腹部、腰部、薦骨部等，有不快之感，重感，牽引性疼痛等，此外呈諸種神經症狀。生息肉時，月經即變爲過多，時或有不正之出血，子宮外口有狹窄時，則發月經困難，患者多訴不娠。

**診斷** 由上述諸種病理解剖變化以及濃厚黏液性帶下，易於診斷。惟宜注意者，爲良性糜爛，與初期癌腫之區別。蓋糜爛之治愈期，表面之圓柱上皮，變爲多層，腺腔亦以細胞充塞，其鏡像與圓柱上皮癌之上皮束酷似故也。其詳細可參照子宮癌之病理解剖，尤須注意陰道段圓柱上皮癌。又陰道段之濾泡性肥大，與浸潤性癌腫相似，但後者較前者硬固，且增大爲不正形，雖加以亂刺，亦不能擠出濃稠之黏液。Naboth 氏小卵，在癌腫雖較罕見，但能以此斷爲非癌腫，若稍有癌腫之疑時，須速用診斷的切除，以組織學檢查之。

**豫後** 生命雖無危險，治愈困難，故患者之健康，大有障礙。糜爛，有時成爲癌腫變性。黏液息肉亦然，故須注意。**療法** 洗陰道以排除分泌物，腐蝕局部促其治愈，陰道段，行瀉血法，去其充血，破壞 Naboth 氏小卵，摘出息肉。更用種種陰道栓塞陰道球等，同時須增進全身營養。

洗陰道朝夕共二回，洗滌液，用 2% 石炭酸，2 至 5% 硼酸，1% Lysol，一萬倍過錳酸鉀，1% 明礬，1% 單寧等微溫溶液（參照九七頁。）

藥液栓塞，及陰道球之用法，與體部內膜炎無異（參照第二百四十四頁療法。）

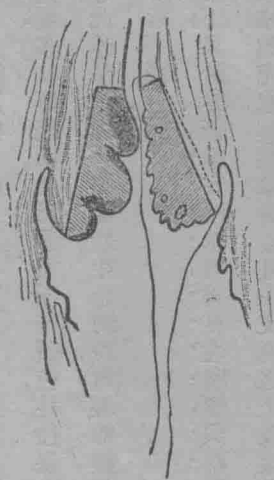
局部瀉血，用亂刺刀，瀉血至三十克，隔數日反覆之（參照一〇〇頁）。

對於陰道段糜爛，除去黏液後，腐蝕之。除去自頸管連續懸垂之濃稠黏液時，以卷棉子濕五%曹達水，插入頸管，溶解黏液。腐蝕時，用木醋，碘酒，石炭酸（純粹或五十%）硝酸銀（五至十%）或用桿（氯化鋅（十至五十%）等。輕度者用木醋最有效。大抵頸管黏膜，亦同時腐蝕，每星期反覆一二回。或以烙鐵，或用 Paquelin 氏燒灼器燒灼糜爛部亦可。腐蝕或燒灼後，多用 Jodoform 栓塞。Naboth 氏小卵，亂刺而破壞之，以指壓榨陰道段，排除小卵內容，行 Jodoform 栓塞。對於白帶下及糜爛，用白陶土療法 (Bollusbe handlung) 往往有良效。用子宮鏡，將陰道洗拭後，以食匙，將乾燥之白陶土，投入陰帶深部，使子宮陰道段埋沒於陶土之中，插入栓塞，翌日以指剔去陶土及栓塞，洗淨陰道，有必要時，則反覆行之。

子宮陰道段之肥大為強度，雖行上述種種處置而不縮小，症狀不輕快者，偶或用子宮陰道段截斷術者有之（參照一九九頁）或從 Schröder 氏法，切開兩側

連合部後，從前後兩層，切除楔狀組織片，而縫合之亦可（第百九十二圖）。此法尤適於乳嚙性糜爛之不易治愈者，糜爛部切除如圖，以縫合絲深貫頸部組織內，使頸管黏膜與陰道段黏膜接着，行數個結節縫合，而成新子宮口時，可防糜爛之再發。

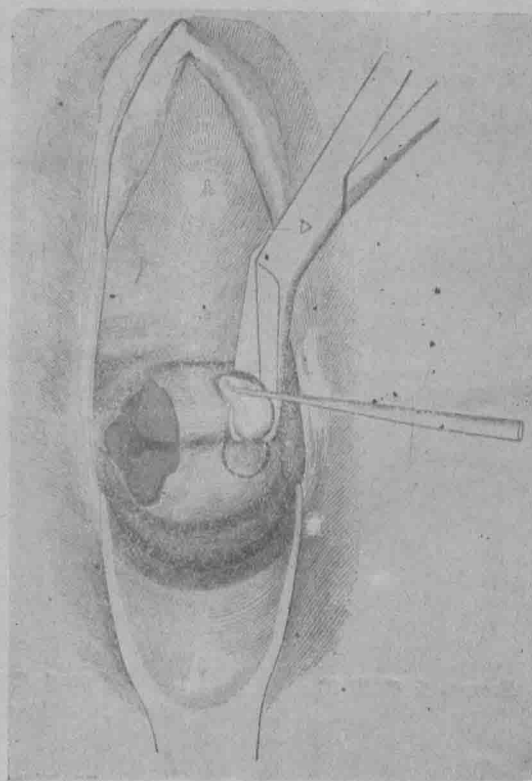
第百九十二圖



Schröder 氏手術  
(nach Döderlein)

息肉以鉗挾之，捻斷而離斷之。此時出血者甚少。莖闊而捻轉困難者，以剪自底部切除之。若出血則腐蝕創面，行栓塞可也。子宮外口狹小，而頸管擴張時，以刀或剪，於子宮外口之左右連合部，加以一·五至二·〇釐之切開。欲防創面癒着，可於左右前後四創面，各行縫合二條，接合陰道段黏膜（外面）與頸管黏膜（內面），頸管內填塞 Jodoform 綿紗，數日後除去之。

第 百 九 十 三 圖

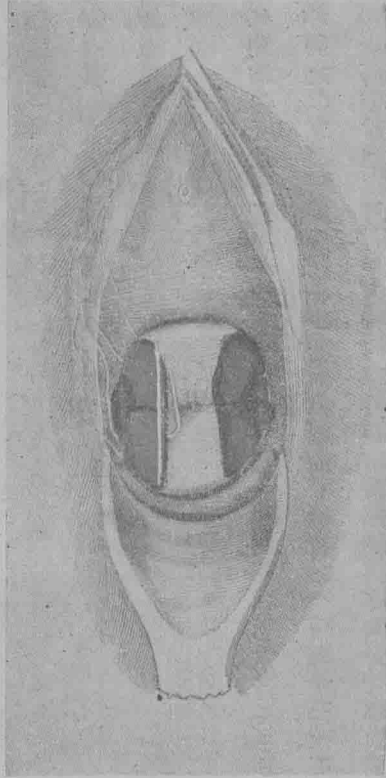
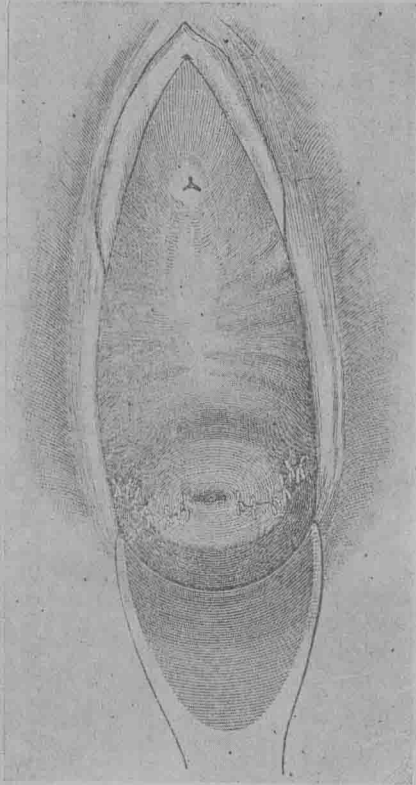


Emmet 氏手術(1)  
(Nach Dudley)

子宮外口之外翻爲強度，且兼有陳舊性連合部破裂(Commisuraris)者，行 Emmet 氏手術，以刀或剪，在連合部破裂之前後，相對之處，或造新創面，然後接着前後創面而縫合之（百九十三、四、五圖）。哆開之子宮，由此縮小。此等手術療法，無論何種，當施行時，同時須行內膜搔爬術。體部黏膜，亦與頸管黏膜同時搔爬，且宜加以腐蝕。

圖五十九百第

圖四十九百第



Emmet 氏手術(3)

Emmet 氏手術(2)

(Nach Dudley)

(Nach Dudley)



#### 第四節 子宮萎縮症 (Atrophie des Uterus)

子宮營養被障礙時，即萎縮。有子宮全體萎縮者，或子宮內腔尋常，惟子宮壁變而非薄者（膜狀子宮 (Uterus membranaceus)）

子宮萎縮，可別為生理的萎縮與病理的萎縮二種。老人性萎縮 (Senile Atrophie) 及泌乳性萎縮 (Laktationsatrophie) 屬於生理。老人性萎縮至閉經期發生，子宮全體縮小，甚則子宮腔有小至尋常二分一以下者。偶有四十歲未滿即已萎縮者。泌乳性萎縮係起於授乳婦人，其萎縮多限於體部，子宮壁菲薄，子宮腔之長短不變。本症屬於生理，故授乳停止，則子宮仍歸於尋常大小。授乳過久，婦人全體營養為所障礙，直至斷乳以後，仍持續其萎縮狀態者，則視為病的萎縮，若是者多見於全身病及結核婦人。故授乳繼續至九個月以上則有害，子宮頸部，卵巢時亦有萎縮者。

病的萎縮可由其原因大別為三種。第一，發於營養障礙之高度者，於結核，慢性腎炎，糖尿病等往往見之。他如關節 Rheumatis，脊髓病，嗎啡中毒，甲狀腺性惡液質等，又有起於精神激動之後者。第二，由子宮炎症性重病而起，尤多發於產褥。由敗血性病變，子宮組織壞死，尤著者為肌纖維，其缺損即發而為萎縮。第三，由卵巢機能消耗而起。於卵巢化膿，去勢術後見之。子宮萎縮，殆常兼無月經症。觸診之，子宮縮小，壁變為菲薄，子宮內口，極易屈折。通以探針，可知其萎縮為全體，或僅為壁之菲薄。但探針在此時，穿針之虞極大，須注意。

療法 以去其原因爲第一義。由泌乳而起之病的萎縮，宜速斷乳，增進身體之榮養，命爲適宜運動，使轉地於山間或海濱。宜避局部的處置。由於全身病者，亦宜避局部的處置，治療全身病。發於化膿性炎症之後者，與全身療法同時行局部療法。可試用坐浴熱性陰道洗滌，冷熱交換陰道洗滌，子宮按摩，插入探針，平流電氣（置陰極於子宮內），感應電流等。其他用卵巢或黃體製劑，有奏效者，甲狀腺性惡液質，可與以Thyreoidin。

## 第二章 子宮之腫瘍 (Geschwülste des Uterus)

### 第一節 子宮肌腫 (Myoma uteri)

原因 雖爲常見之腫瘍，然原因尙未明瞭，據從來之統計，肌腫在生殖期之後半期爲最多（三十歲後至閉經期間，占最大多數），既婚者較多於未婚者，未產婦或經產一回之婦人，較多於經產婦，由此等事實思之，則肌腫之發育，與婦人生殖機，必有何種關係，似不可否定。且肌腫在月經中或妊娠中增大等事實，愈足使此等想像，增加勢力。又肌腫至閉經期，停止發育，或則縮小，剔出兩側卵巢時，亦屬同一結果，故肌腫原因，求諸卵巢，似最合理，但尙未能充分說明。一部分學者，歸諸先天性芽種。或欲以刺戟說爲之解釋，由衝突，打撲，手淫等直接間接之永續的刺戟而生，但皆不免想像而已。惟肌腫之遺傳關係及人種關係，似宜稍加顧慮也。

其次即肌腫果從何種細胞增殖發生，關於此問題之解剖檢查，其成績種種不等，或謂由子宮肌纖維發生，或謂由子宮壁內血管，且自小動脈壁之肌纖維發生。孰是孰非，尙難論定。

病理解剖 臨床上稱爲子宮肌腫者，多屬

纖維性肌腫 (Fibromyom) 成於滑平肌纖維

與結締組織纖維 (百九十六圖) 其主要由肌織

維構成者曰肌腫 (Myom) 主要由結締組織構成

者曰纖維腫 (Fibrom) 但肌腫，纖維腫，纖維性

肌腫，其發育及經過，殆皆無異，故臨床上無區別

之必要而統名曰肌腫。

肌腫尋常呈球形，爲結締纖維性被囊 (肌腫

包莖 Myomkapsel) 所包圍，與周圍之子宮壁，

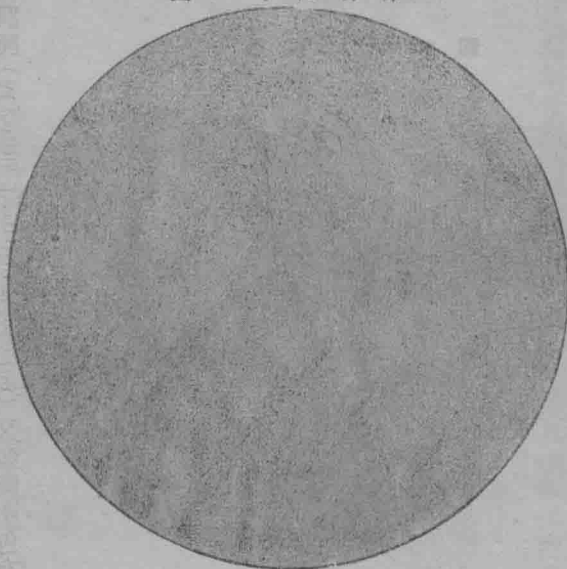
顯然區劃，故又名球狀肌腫 (Kugelmym) 其

大小種種不同，小自肉眼幾難認識起，大至超過

成人頭大。其腫瘤少單發者，每有多發之傾向。腫瘤之硬度，一般硬固，由所含結締纖維量而有軟硬之差。剖面爲白

色，有臃狀光澤，呈錯綜之纖維狀構造。(肌腫之組織的構造，讓諸專門書。)

第百九十六圖



纖維性肌腫

(Nach Fritsch)

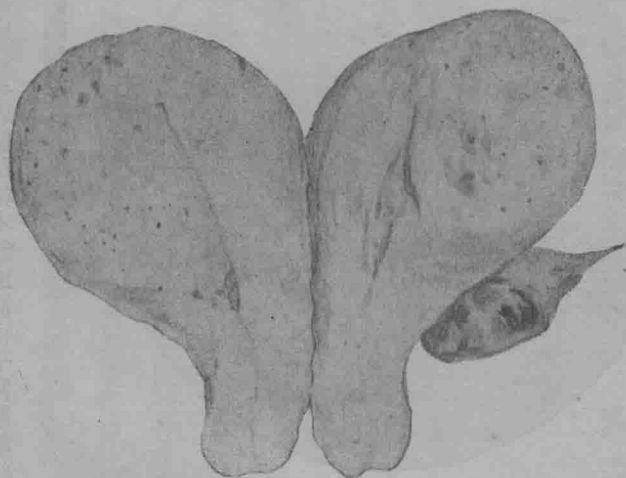
以上為普通肌腫之一般性狀，但肌腫，偶有富於血管，呈海綿狀構造者，有大小種種腔洞。其大者如豌豆，其中  
以血液或血塊充滿之。此名血管擴張性或腔洞性肌腫 (Myoma teleangiectodes s. cavernosum)，其非血管  
而淋巴管擴張，充以黃色淋巴液者，曰淋巴管擴張性肌腫 (Myoma lymphangiectodes)，又肌腫中包有許多小

圖七十九百第



腫肌狀囊  
(Nach Fritsch)

圖八十九百第



腫肌性腫腺  
(藏所氏下水)

囊腫者，曰囊狀肌腫 (Cystenmyom) (百九十七圖)。無論何種，其質均柔軟，與卵巢囊腫彷彿。

在組織及臨床的意義，與普通肌腫不同之異型肌腫，為腺狀性肌腫 (Adenomyom) (百九十八、九圖)。與

球狀肌腫常呈球狀，而由肌腫包莖與周圍分界者相反，腺腫性肌腫，則與周圍子宮壁之境界不明，子宮全體增大，

子宮變為肌腫狀，其中藏有腺組織，具圓柱上皮或顫毛

上皮。其固有之好發部位，為子宮後壁，尤為輸卵管角部。

據 von Recklinghausen 氏謂此腫瘍，有自子宮黏膜

發生者，亦有自午非 (Wolf) 氏體之遺殘部所發育者。

球狀肌腫發生之部位。

肌腫因其由子宮體部發生者與由頸部發生者，分

為體部肌腫 (Corpusmyom) 及頸部肌腫 (Cervixmyom)。

om)。

一體部肌腫 由其發生部位，更分三種如次。

第一漿膜下肌腫 (Subseröses Myom) 發於漿

膜直下，球狀隆起於腹腔內。或腫瘤全部，突出於子宮壁外，僅以莖與子宮連絡而成茸腫 (Polyp) 者不少 (二百

圖)。肌腫發於子宮側壁，在闊韌帶兩葉間發育者，曰韌帶內肌腫 (Intraligamentäres Myom)，從子宮體下部

第 百 九 十 九 圖



腺 腫 性 肌 腫  
(Nach Fritsch)

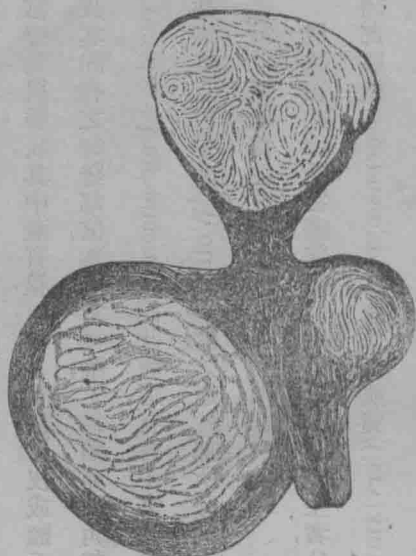
發生，而向腹膜翻轉部以下發育者曰腹膜下肌腫 (Subperitoneales Myom)

第二、間質性肌腫 (Interstitialles Myom) 或名壁內肌腫 (Intramurales Myom) 發於子宮壁內，周圍

為子宮肌層所圍繞 (第二百圖)。

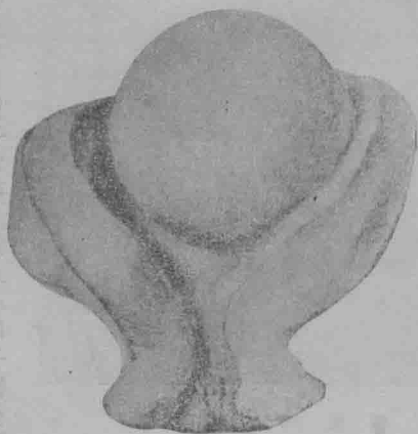
第三、黏膜下肌腫 (Submucöses Myom) 位於黏膜直下，向子宮腔內，發育隆起 (第二百一圖) 其有莖

圖 百 二 第



腫 下 漿 一 腫 性 間 兩  
肌 膜 個 及 肌 質 個  
(Nach Winter)

圖 一 〇 百 二 第



腫 肌 下 膜 黏  
(Nach Winter)

而懸垂於子宮腔內者，曰肌腫性茸腫 (Myomatöses Polyp) (第二百二圖C) 莖之長者，懸垂於陰道之內。偶有莖之自行離斷而成所謂肌腫分塊 (Myomgeburst) 者。

以上肌腫之關係，觀第二百二圖，則一目瞭然矣。

二、頸部肌腫。較為稀有，不逮體部肌腫十分之一。當在小骨盆腔內，故對於隣接臟器之壓迫症狀甚強，且手術亦多較體部肌腫困難（第二百三圖）。其發生，與體部肌腫相同，多在間質內或黏膜下，惟在漿膜下發生者，多為闊韌帶內或腹膜下肌腫。

肌腫及於子宮輸卵管卵巢之影響

肌腫常為多發性，甚則子

宮外形由多數肌腫結節而呈

硬固之怪物狀，構成所謂肌腫

性子宮 (Myomatöser Uterus)

(15)，子宮自身之位置及形狀，

因肌腫發生之部位大小而有

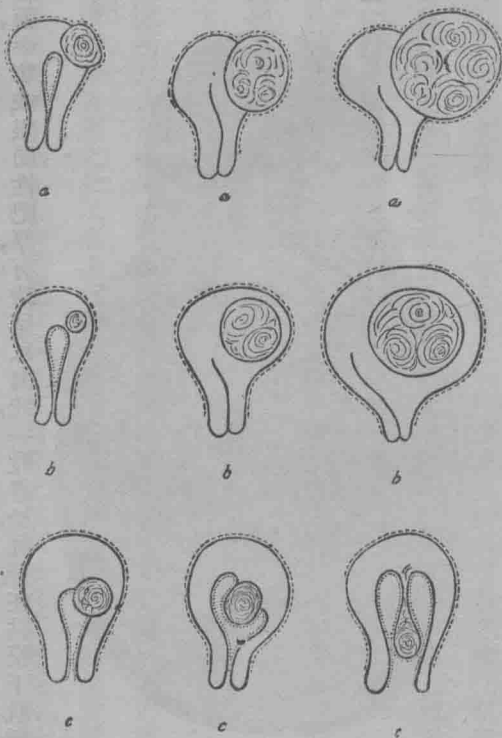
種種變化。子宮腔亦從而呈種

種形狀，擴大延長。子宮肌層，一

般肥厚，於黏膜下肌腫尤著。蓋

肌腫成為子宮內異物，欲排除之，子宮常收縮努力故也。肌腫分娩，實由子宮收縮而起。惟在漿膜下肌腫，子宮以為

第 二 百 二 圖



肌 腫 發 育 順 序  
(Nach Fehling)

腫牽引之故，延長而變為菲薄者有之。

子宮肌腫，更發子宮黏膜變化。黏膜，平等或限局性肥厚，有時呈息肉狀，一般富於血管。在黏膜下肌腫，所被覆之黏膜，變而菲薄，腺體消失，對側

之黏膜，有著明肥厚者。

輸卵管在巨大之肌腫，往往

兩側相對，均為所侵，呈輸卵管內

膜炎之症狀，黏膜脹腫，上皮剝落，

管腔內藏有黏液，時有成輸卵管

水腫者。間質亦同時肥厚，呈間質

性輸卵管炎之象。卵巢亦多增大，

一部分，由於卵濾泡之增大，一部分，由於間質結締織之增殖。

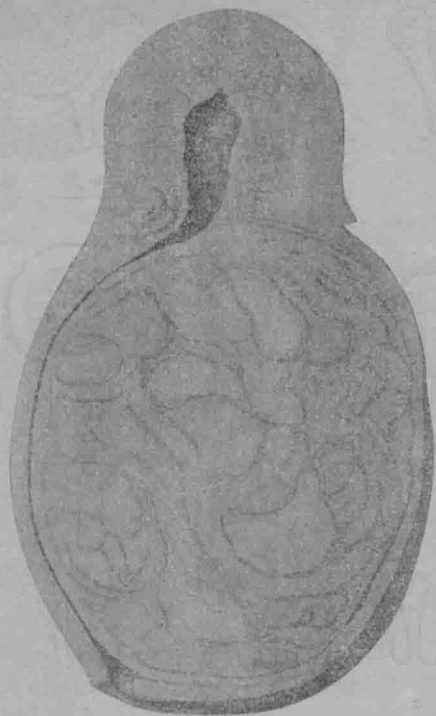
子宮肌腫之續發性變化

子宮肌腫，其經過中，由榮養障礙，細菌侵入，變質等，而生種種變化。

1. 脂變性 (Fatigue Degeneration) 肌纖維陷於脂變性，漸被吸收。脂變多見於間質性肌腫，於產褥尤著，極

罕見者，有腫瘍全體，完全變性，而吸收消失者。又有與脂變性同時發澱粉變性者。

圖三〇百二第



巨大之頭部肌腫 (Nach Runge)



1. 黏液變性 (Myxomatöse Degeneration) 多起於韌帶內肌腫及漿膜下肌腫。黏液變性軟化肌腫往往生大腔洞。肌腫因水腫（主要由莖之血行障礙而起）其他變性或血管淋巴管之擴張，變而柔軟，或生腔洞，但較為稀，有肌腫軟化 (Erweichung des Myoms) 及囊狀肌腫之發生，由於黏液變性者為最多。

三、石灰化 (Verkalkung) 多見於老人，又多見於漿膜下肌腫，偶有全部腫瘤灰化，而成所謂子宮石 (Uterusstein) 者，或又有陷於木乃伊 (Mummification) 者。

四、化膿腐敗壞疽 (Vereiterung, Verjauchung und Gangrän) 化膿為肌腫最可恐之變化。肌腫被膜受有傷害，么微體自此侵入時，惹起化膿，腐敗，壞疽等，於頸部肌腫之露出於陰道內者，最多見。在子宮上部之肌腫中，最易犯者，為黏膜下肌腫，多起因於搔爬，腐蝕，插入探針等，或有原因完全不明者。

五、惡性變性 (Maligne Degeneration) 肌腫約4%發惡性變性云。較多者為梭狀細胞肉腫變性。癌腫變性，則罕見。此外有見肌腫與骨腫軟骨腫等混合腫者。

症候 以出血，疼痛，壓迫症狀為主徵。

出血為三主徵中最著明者，患者之所以求醫，多因出血。出血起於內膜之變化，但出血之強弱，與內膜之變化，不必一致。有黏膜稍稍肥厚而出血強度者，亦有與之相反者。大致腫瘍位置愈近黏膜者，出血愈強，故於漿膜下肌腫最弱，而於黏膜下肌腫最著。而以成爲茸腫者尤劇。出血初不過月經過多，月經之持續延長，間歇短縮，量亦增加，閉經期著明遲延。甚則失其為月經之型，變而不正，來大量出血，偶有因失血而致死者。患者以出血之故，陷於貧血，

顏面蒼白，皮膚呈蠟狀，略呈浮腫，而訴全身倦怠，頭痛，眩暈，心悸亢進等。血液稀薄，血色素含量著明減少。但赤白血球數比例，大抵無甚變化。與貧血同時須注意者，為心臟之機能不全。心臟每陷於脂變性，褐色萎縮等，不僅此也，即未能證明此等病變時，心臟機能殆亦常受障礙（所謂肌腫心臟 Myomherz），多不能勝普通心臟所能受之嚼囉仿或手術。且肌腫患者，實際雖有高度之貧血衰弱，但脂肪之消耗，多屬輕度，一見呈肥滿健康之外觀，手術者時有對於患者遺族，蒙冤罪者。心臟機能之不全，於肌腫發育迅速者，最為著明。

**疼痛** 多作為月經困難而發，但時有與月經無關係者。疼痛以肌腫之異物故，由子宮壁緊張而起。且在月經時，肌腫著明腫脹，故疼痛尤為劇烈。他如勞動，交接等，凡足使骨盆內起充血時，均增惡。疼痛，每帶陣痛性，在黏膜下肌腫，由子宮將欲排出肌腫之收縮，更加著明。疼痛更有炎症性者。炎症性疼痛，於漿膜下肌腫最多。又

第 二 百 〇 四 圖



東京 大學 醫學部 產科 教室 藏

又

由子宮漿膜之炎症，與周圍之癒着，附屬器合併症之類而起。急劇之疼痛發作，由漿膜下茸腫之莖，捻轉而起，呈急性腹膜炎之症狀。然莖之捻轉，不如在卵巢囊腫之數見。

**壓迫症狀** 由肌腫發育之骨盆內狹隘使患者感覺腹下部之壓感，重感，緊張性疼痛等，同時障礙膀胱直腸肌腫增大，上昇於大骨盆腔時，壓迫症狀，轉覺輕快。但腫瘍巨大時，壓迫腹腔內臟，發胃腸障礙，壓上膈膜，使心肺之機能不全，而發呼吸困難，循環障礙，浮腫，靜脈瘤等。反乎此，腫瘤上昇困難，固定於小骨盆之內時（韌帶內肌腫，頸部肌腫等），腫瘤雖不甚大，而早期已發不快之感，壓迫骨盆神經，於其領域內，發生疼痛，壓迫骨盆血管，起下肢之浮腫血塞等，尤且壓迫膀胱，而發排尿時疼痛，尿淋瀝，尿閉等。又有壓迫輸尿管而起腎盂水腫者。便通殆常秘結。

**其他之症候** 受胎之障礙，稍稍著明，比諸一般婦人不孕率八至十五%者，肌腫患者之不孕率，示二十五至三十%之高率。大概非肌腫自身使之不孕，實由於以肌腫所起之機械的障礙。故又有謂肌腫，好發於發育不全之子宮，因而不孕者。但雖肌腫患者，亦有易於懷孕者，對於一般婦人妊娠率四·五（一人之妊娠次數）者，肌腫患者之妊娠率，可算作二·七至三·四。惟肌腫患者之妊娠，易起流產，又多分娩障礙。白帶下，由內膜病變而起，往往強，亦常兼神經衰弱症。

**診斷** 肌腫由雙合診，可觸知為硬固之球狀結節。腫瘤隆起於子宮外面，或以莖突出時，易於觸知，但為壁內小肌腫時，則難觸得，子宮保其固有形狀，不過稍稍增大，與慢性實質炎，難於區別者有之。當是時，觸診子宮腔，有可觸知肌腫者，但亦未盡然，不得已，除暫觀其經過外，無他道也。腫瘤增大時，雖為間質性肌腫，然可觸知為硬固之球

狀結節。加之子宮變形，與腫瘤相接，而得辨別較爲柔軟之子宮自身。子宮探針，可使知子宮位置及廣狹，同時可明子宮腔與腫瘤之關係。腫瘤更增大，已上昇於腹腔時，由外診可觸知硬固之球狀或不正形突兀，又由雙合診可知腫瘤與子宮之密接關係。欲精密檢查腫瘤與子宮之連絡時，以鉗子牽引子宮陰道段，而行直腸診可也。（參照卵巢囊腫診斷條）

腫瘤之形狀，硬度，與子宮之連絡，壓痛之缺如，子宮之不正形增大，子宮腔之變形延長等，均爲肌腫診斷之要點，更足爲之助者，既往症是也。卽患者之年齡，起初發見腫瘤之時期（肌腫無發於閉經期以後成生殖器官或熟期以前者），其後之發育狀態（苟非變性，發育緩慢），月經異常，月經時腫瘤之增大，最須注意。

黏膜下肌腫，而子宮腔內著明隆起，或呈茸腫狀者，子宮頸部，次第消失，子宮口開大，通以指，可觸球狀之腫瘤。發於頸管內之肌腫，月經中每現於子宮口，與月經過後一同退行。陰道內之肌茸，表面赤色鬆粗，易於出血，往往腐敗而呈汚色。此等茸腫，易誤爲翻轉子宮，但檢查子宮外口與腫瘤之連絡關係，翻轉漏斗之有無，子宮腔之有無，子宮體存否等，不難區別（參照第二三一頁）。但茸腫，同時有合併子宮翻轉者，黏膜下肌腫之位置較高，不能以探針觸知時，除擴張頸管，觸診子宮內無他法。

頸部肌腫，亦有莖而呈茸狀者。不然則發於頸部之一側，子宮體部，如帽狀，生於腫瘤上部，子宮口，在腫瘤之一側，爲新月形存在（第二二三圖）。

腺腫性肌腫，其症狀殆與球形肌腫無異，故鑑別困難。惟以腫瘤之境界不明，不呈球狀，與夫發生部位稍稍特

異等，可下疑診而已，腺腫慢性肌腫。腫瘤較小，而月經痛激甚，與周圍器官或組織易於癒着。

### 肌腫續發性變化之診斷。

種種續發性變化，臨床上診斷時，常不易。大抵於其著明者，不過僅能疑診。

肌腫軟化，多由黏液變性而起，偶有血管或淋巴管擴張高度者，呈與此類似之狀態。肌腫軟化時，腫瘤柔軟，觸之有呈假性肢動者。乏於結締織之肌腫，或肌腫之呈浮腫者，時或誤為軟化，或囊狀變性者有之。肌腫內部，液體停留時，腫瘤急速增大。

肌腫陷於壞疽時，子宮發限局性劇痛，往往作陣痛狀，發不正之出血。肌腫化膿時與劇痛同時發熱，有頭痛嘔吐等，舌有苔，顏面成穢灰色，腫瘍呈波動，壓痛劇甚，時或呈腹膜炎之症狀，遂陷於敗血症而斃。若此者多起於產褥。肌腫之惡性變性，最多者為肉腫變性，變為惡性時，出血不正，一旦閉經之患者，重復出血，腫瘍疼痛，患者羸瘦脫力。在漿膜下肌腫，呈腹膜炎之症狀，有腹水，癒着等。轉移，為惡性變性之特徵，多犯鼠蹊腺。

類症鑑別 子宮肌腫，與妊娠慢性子宮實質炎，子宮周圍之膿腫血腫等，易於誤會。

與卵巢腫瘍之鑑別 漿膜下肌腫與卵巢腫瘍，每有難於鑑別者。可作為目標者，為腫瘍之硬度，形狀，與子宮之關係，月經異常等。硬度則卵巢囊腫，與肌腫之硬固者相反，呈波動狀，形狀則肌腫與囊腫之圓形者相反，而突兀不平。與子宮之關係，囊腫多以纖細之膜狀莖，連於子宮之輸卵管角，肌腫則無論子宮何部，均可發生，以闊底坐於子宮壁上，縱曰有莖，亦肥短而為肉狀，月經異常，多見於肌腫，在卵巢囊腫為罕見，卵巢囊腫較之肌腫，發育多迅速。

據上所列舉，則二者之鑑別，似屬容易，但實際苦於區別者不少。雖爲卵巢囊腫，但多房性而緊滿時，則硬固，無著明之波動，表面呈突兀，酷似肌腫，於小囊腫尤然。反乎此，柔軟之肌腫，或囊狀肌腫，則與卵巢囊腫近似。又卵巢囊腫，多有莖，但小卵巢囊腫而癒着於子宮者，其莖不能觸知，與極小之漿膜下肌腫類似。月經異常，亦於卵巢囊腫而兼內膜增殖症時，有誤爲肌腫性出血者。凡此種種複雜，難於診斷時，可行診斷的穿刺。在卵巢囊腫，抵抗少，幾常可抽出含有圓柱上皮之黏稠液，在肌腫，則抵抗著明，不過得血液數滴。但穿刺，有細菌傳染及發生癒着之虞，故宜力避。

**與妊娠之鑑別** 妊娠至四五個月以後，有胎兒心音及其他妊娠確徵，故較大之肌腫，與妊娠後半期易於鑑別，但間質性之小肌腫，每有誤爲妊娠初期者。是時當注意妊娠之半確徵。在妊娠，月經殆常停止，子宮增大，與妊娠月數一致，子宮柔軟，子宮外口，尤爲鬆粗，陰道及子宮陰道段，呈特異之藍紫色，但在肌腫，則大抵月經過多，腫瘤之增大緩慢，不如妊娠之迅速，腫瘤堅固，陰道及子宮陰道段，不着色。惟位於子宮上部之小肌腫，時有使人疑 *Hegar* 氏徵候之存在者。然妊娠子宮有收縮性（由於刺戟），肌腫子宮無之。若診斷困難時，不如暫觀其經過。妊娠初期之胎兒死亡或葡萄狀鬼胎，有難於診斷者，但對照月經閉止以至出血之關係及妊娠徵候，大抵不甚困難。

兼有妊娠之肌腫，其診斷至爲不易。子宮增大軟化，而肌腫之部份，較爲堅硬，故子宮因部分而異其硬度。子宮陰道段之軟化著色，著明顯露。判定妊娠合併之有無，當困難時，可用 *Abderhalden* 氏或 *Wood* 氏之妊娠反應。

**與慢性子宮實質炎之鑑別** 往往困難，有須暫時觀察者。在實質炎，子宮平等增大，頸部亦肥厚，硬度不如肌腫之堅固，多有壓痛。在肌腫，限於其發生部位，著明隆起，頸部柔軟而不肥厚，硬度較硬於實質炎，無壓痛。通以探針

在實質炎，多通入子宮中央，在肌腫，多走於側方。

與滲出柔骨盆結締織炎及骨盆腹膜炎之鑑別。滲出物吸收時，則變而硬固，至呈腫瘤狀。然與肌腫之呈球狀，與周圍境界明瞭者相反，滲出物不成球狀，縱使一方呈球形而他處則境界不明，瀰漫於周圍，或癒着，壓之有疼痛。與周圍之關係，由直腸診最易明辨，既往症亦可助鑑別。

與化膿性輸卵管炎之鑑別。化膿性輸卵管炎，與周圍之癒着極甚，界限不明而有壓痛。管壁雖厚，大抵略呈波動，不呈波動者，多不為球狀而呈長圓形以至不規則形。既往症，可助診斷。又輸卵管膿腫，多犯兩側。

與子宮後方血囊腫之鑑別。由子宮外妊娠之破裂或流產而起，其陳舊者雖硬固，但不如肌腫之平等。與周圍之癒着，亦甚廣泛。注意既往症時，罕有錯誤也。

與其他子宮腫瘍之鑑別。肌腫發育緩慢，質硬而呈球狀，無腐敗性漏泄物，故可區別。黏膜下肌茸之垂於陰道內，而傾於腐敗者，時易與癌腫性茸腫誤會，但癌腫性茸腫較之肌茸，其組織著明脆弱，不難鑑別，但明確之診斷，宜用顯微鏡檢查。此外有與黏液茸腫誤者。肌腫硬固而為球狀，表面平滑，黏液茸腫則為長卵形，有分葉，表面不規則，有濾泡，易出血，其莖較肌腫之莖，薄弱遠甚。

豫後。肌腫為良性腫瘍，故肌腫自身直接無害生命，但其相隨之出血，疼痛，壓迫症狀等，障礙患者之榮養及生殖機能，心臟則機能不全，因骨盆靜脈壓迫之血塞，有肺血栓之危險，泌尿器障礙，續發尿毒症，又往往發化膿（敗血症）及惡性變性等，思及此，則其豫後決不許樂觀。但在極僥倖時，非無毫不起障礙，而發育停止，或軟化吸

收，或離斷排出，或軟化石灰化而取較良之經過者。肌腫達閉經期，往往停止發育而縮小，一般則使閉經期遲延，至五十歲以後，尙未閉經者有之。且在此時期，多發變性。

療法 肌腫療法可大別爲手術與非手術二種。手術療法，更分腹式手術與陰道式手術；更由僅切除腫瘤，或同時切除子宮，而分爲肌腫切除術(Myomectomy)及肌腫子宮剔除術(Hysteromyomectomy)；非手術療法，分爲狹義之非手術療法，即對症療法，與倫脫根放射線療法。諸種療法中選擇何種，各由其病狀而定，但諸學者關於肌腫療法之根本方針，亦各不同，或極端主張進取主義，或固執保守態度。惟對症療法，全不足恃，僅根治不可能時，爲一補助，則爲一般所承認者。據著者所信仰，則肌腫凡能手術者，以肌腫子宮剔除術即與肌腫同時剔出子宮爲原則。而以腹式手術尤爲有利。其爲子宮全剔除術，或係陰道上部切斷術，則非所深究，宜應各種情形，委諸手術者之選擇。陰道式剔出術，凡對於小腫瘍而極有移動性者，時一用之。有莖之黏膜下肌腫，有由莖之捻轉或切斷而剔出者。

肌腫切除術中之一法，所謂肌腫去核術即僅剔除肌腫結節，保存子宮之法，其手術簡單便利，但除特別情形，如妊娠合併以外多不用。蓋肌腫大致爲多發性，手術當時，肉眼所能見之結節，雖一概剔除，然潛伏於深層中之小結節，其後增大，須反覆手術故也。

子宮肌腫不呈何等症狀者，可施手術與否，分爲兩說。當是時暫作待期療法亦無不可，然肌腫常有癩着，化膿，惡性變性等可怖之將來，不可忘也。



對於閉經期相近婦人之肌腫，可否手術，意見亦不一致，手術者依各種情形而判定之。雖在五十歲以上之婦人，若出血或其他症狀強劇，榮養漸為障礙者，宜試根治療法，症狀輕微者，行對症療法，以待閉經亦可。但閉經之遲延者，不可不備。對於四十歲以前之肌腫，而欲待閉經期者，則不免迂遠之謂矣。

倫脫根腺，對於肌腫有效，為一般所承認。一部分學者，確信因放射線療法之發達，肌腫之手術療法，可以驅除。倫脫根腺可驚之發達，將來難保不臻此境，但現今之放射療法，未達其域者甚遠。僅對於某種肌腫，多有卓效，則事實也。且對於閉經期近婦人之間質性肌腫，確有效驗，故此種患者，如為經濟及時間所許，大有試驗之價值也。

### 腹式子宮肌腫全剝出術 (Panhysteromyomectomia abdominalis)

對於開腹術之各種準備，消毒法，麻醉法，腹壁切開等，既詳述於第三編，故此處僅言其概要。自手術數日前，投鹽類下劑，整理便通，手術之前晚，與以蓖麻子油，手術日之晨，更行灌腸，使腸管空虛，手術之先，用 Skopolamin-

Morphin 或 Pantopon-Skopolamin (Roche) 注射一回，再在手術直前，施腰髓麻醉，以導管排尿，陰道及腹壁均

消毒，陰道中插入酒精綿紗之栓塞。於是以消

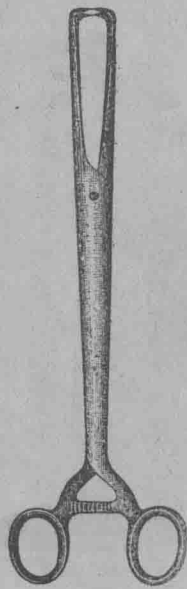
毒布覆手術野之周圍，在中線，用 Panenshiel

氏橫切法切開腹腔，以腹壁把持器，充分開大

腹壁，同時骨盆取高位，俾易手術。手術野開放

後，以宰公氏鉗子（第二百五圖）鉤腫瘤，牽子宮出腹腔外，或用肌腫把持器（第二百六圖）貫通肌腫而引出

第二〇五圖



Segon 氏鉗子

之，先結紮一側之輸卵管，及圓韌帶，結紮內方之二二栓處，以 Kocher 氏鉗子挾之，切斷其中間，他側亦同樣結紮切斷。次於腹膜與子宮鬆相結合部之上端，加以淺薄之橫切，使達左右闊韌帶之切斷部，以指尖從子宮剝離腹膜，繼續從子宮頸部及陰道剝離膀胱，由此而生之腹壁瓣，順便牽引於前方，次以指尖排除子宮兩側之骨盆結締織，露出子宮動脈（第二十七圖至二百十圖），一面避去輸尿管（參照第二十四頁），結紮該動脈。其子宮端，以 Kocher 氏鉗子夾之，在中間切斷。次將子宮頸部，從周圍組織分離，於陰道前穹窿，加橫切開，以開陰部腔，由此沿子宮陰道段周圍剪之，將子宮在穹窿部離斷，此時最要者，為防陰道內容流入腹腔。子宮既完全剔出，先將陰道斷端，橫

圖七〇百二第

圖六〇百二第

膀胱

圓韌帶  
子宮動脈  
輸卵管

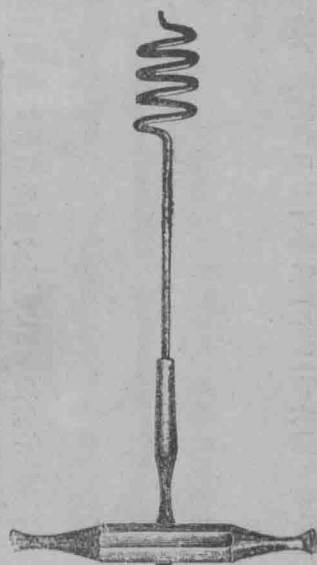


管卵輸 集卵

子宮

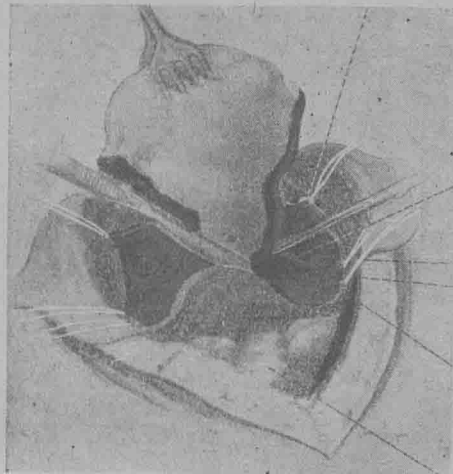
(一其)術出剔全宮子式腹

(Nach D.ü. K.)



持器  
腫把  
之肌  
器狀  
拔栓

第 二 百 〇 八 圖  
帶 初 圖

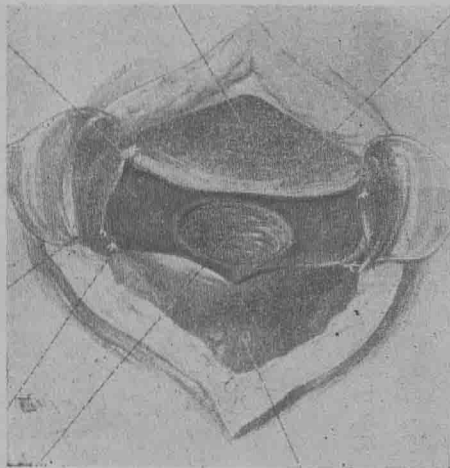


子宮動脈  
輸卵管  
輸卵管枝  
卵巢本初帶

腸直

(二其)術出剔全宮子式腹  
(Nach D. ũ. K.)

第 二 百 〇 九 圖  
膀 肱



腹膜

圓初帶

輸卵管

卵巢本初帶

道陰

腸直

(三其)術出剔全宮子式腹  
(Nach D. ũ. K.)

加縫合而閉鎖之，其上覆以前後之腹膜瓣，創面使位於腹膜外，即縫合自前面剝離之腹膜瓣，與後方 Douglas 氏窩之腹膜瓣。於是清淨腹腔縫合腹壁，以了手術。後處置，如第三編所述。本手術據歷來統計，約示 5% 之死亡率。

陰道上部截斷術 (Supravaginale Amputation)

與上述全剔出法殆相同，所異者，不開陰道管，在陰道上部，切斷子宮，使膈有子宮陰道段。即切斷兩側輸卵管，

圓韌帶及子宮動脈。次於陰道上部，以楔狀切斷子宮（楔之尖端，使向陰道），以 Paquin 氏燒灼器，燒灼頸管，將斷端縫合閉塞之，其上蓋以腹膜如前法，（第二百十一圖）陰道段之斷端，以小爲宜。

漿膜下肌腫之截除 (Abtragung subseröser Myome) 漿膜下肌腫有莖而爲茸狀時，結紮其莖切斷之，

斷端覆以漿膜。漿膜下肌腫無莖時，則行剔核術 (Enucleation) (第二百十二圖)，卽加刃於肌腫結節上，切開肌腫被膜 (Myonkapsel)，以指尖自膜剝離結節而剔出之。剔出後之空隙以腸線行沈降縫合，勿留死腔，切除餘膜之組織瓣，縫合子宮壁，完全接合漿膜。剔核術，不限於漿膜下肌腫，於間質性肌腫，亦可應用。

此等僅將肌腫切除之術，皆係屬於肌腫截除術者 (Myomotomie oder Myomectomie)，難稱爲根治療法，既如前述。著者對於合併妊娠之肌腫子宮等，間用此法。此外多同時截除子宮。

#### 陰道式肌腫截除術 (Colpomyotomie)

黏膜下肌腫之以莖下垂者，用宰公氏鉗子挾腫瘤，捻轉之，斷其莖，大概出血無多，離斷後以 Jodoform 綿紗填塞子宮卽足。莖闊而難離斷者，以刀或剪自根部切斷其莖，結紮之，其次卽用栓塞。腫瘤大而硬，充塞陰道腔，操作困難時，可自腫瘤切除數枚楔狀組織片，使腫瘤縮小後截除之。肌腫周圍，雖富於血管，但肌腫自身，因切開而出血者甚罕。或先剔出肌腫，然後切除被膜及莖亦可。肌腫之位置高而難達者，可從膀胱剝離子宮頸部，（參照九四頁）從切頸部前壁，使腫瘤均出，然後切除之（第二百十三圖）。

#### 陰道式子宮全剔出術 (Vaginale Totalexstirpation des Uterus)

圖 一 百 二 第

膀胱

圖 一 十 百 二 第

膀胱



帶初本葉卵 離斷遠陰

腸直

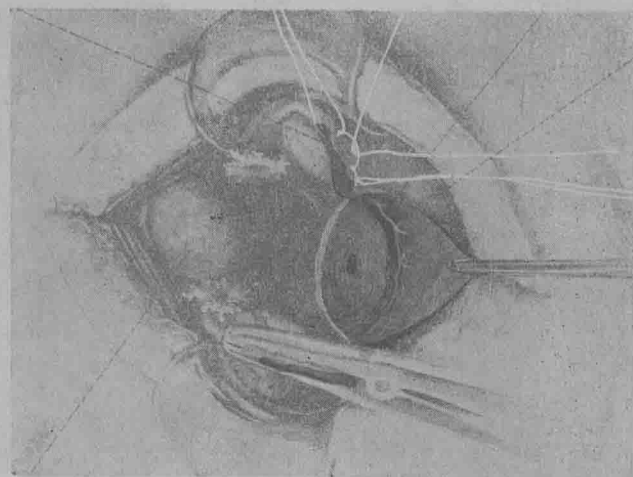
(四葉) 術出別全宮子式腹

(Nach D. v. K.)

第六編 子宮疾病

陰道上部斷離

初帶、卵葉、輸卵管

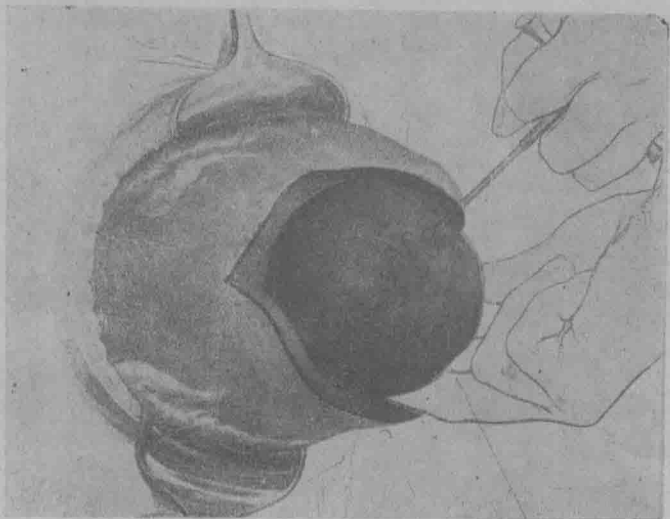


直腸

術斷截部上遠陰

(Nach D. v. K.)

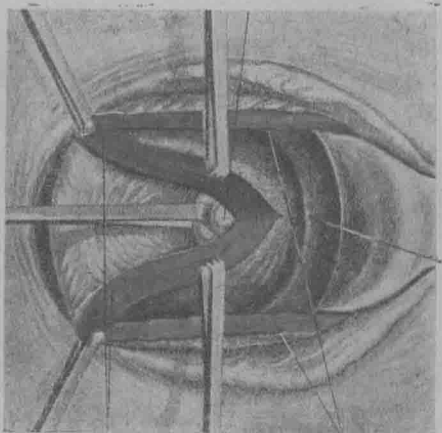
二六三



乳腫

術 檢 別 腫 肌

(Nach D. n. K.)



腺 腺

肌 腫

腫 非 除 裁 管 頸 開

(Nach Runge)

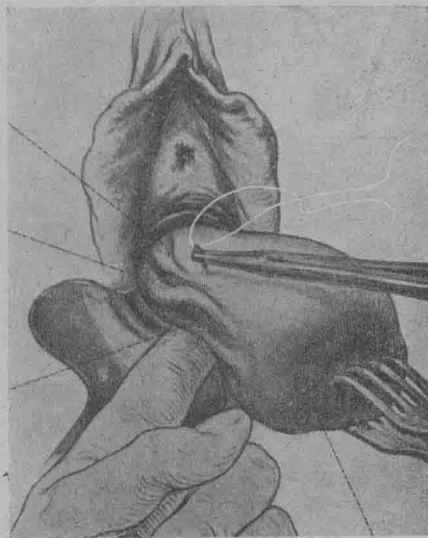
切 開 之 腺 頸 子 宮 頸 部

外陰部及陰道之消毒，以子宮鏡現出子宮陰道段，於子宮前唇，鉤一苗采氏鉗子而牽出，以除去子宮鏡，於尿道口下部，鉤第二鉗子，使陰道前壁緊張，於其中央加以大縱切，更於陰道段上方，追加橫切，以指尖從子宮頸部剝離膀胱，在膀胱子宮窩橫切腹膜，以苗采氏鉗子通過腹膜孔，鉤於子宮前面，牽引子宮體，鉗子漸向上移，達於子宮底，即牽出於陰裂之外（參照第九十四頁陰道前截開術）。夫然則輸卵管，圓韌帶，及卵巢本韌帶，從而顯露，於是將子宮牽向一側，以上種種，分別或一括加於二重結紮而切斷之（第二百十四圖）兩側既離斷，則子宮完全牽出於陰裂之外。次將頸部兩側呈搏動之子宮動脈，與靜脈一同爲二重結紮，切斷之（第二百五十五圖）今則子宮完全由兩側分離，僅連續於陰道後壁。於此切斷陰道壁，則子宮完全剔出。（第二百十六圖）剔出既終，將腹膜及陰道斷端與結紮端，一同縫合閉鎖，而手術遂告畢。

以上爲歷來最通用之陰道式子宮剔出

術。此種剔出術中，尙有其他種種方法，但從中最足推獎者爲戴得來因氏法，茲簡單說明其術式如左。

第 二 百 十 四 圖

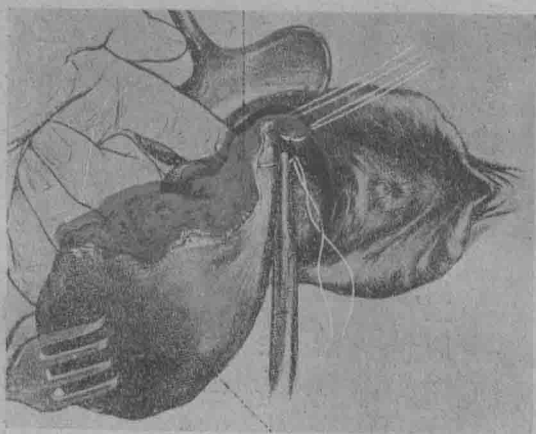


子宮體部

陰道式子宮全剔出術（其一）

(Nach D. ũ. K.)

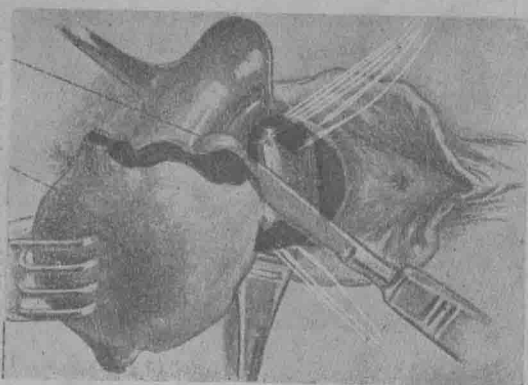
子宮動脈



(二期) 術出別全宮子式道陰

(Nach D. ō. K.)

子宮總部



陰道陰宮子 部體宮子

(三期) 術出別全宮子式道陰

(Nach D. ō. K.)



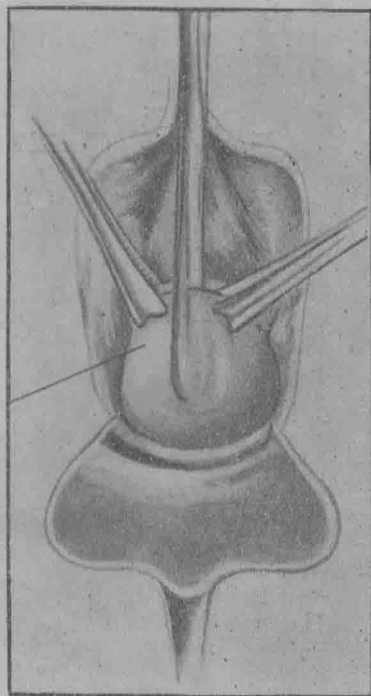
戴得來因氏子宮

分割法

以子宮鏡露出子宮陰道段，子宮口後唇，左右各掛一宰公氏鉗子牽引之，以剪將子宮頸管後壁中央，加以縱切開，直達 Dougl<sup>s</sup> 氏窩，切開腹腔（第二百十七至二百二十一圖）次於陰道後穹窿，從子宮頸部後面，切離陰道壁，擴大腹膜孔，以派羊氏子宮鏡，送入腹膜孔，在後方壓之，露出子宮後壁。由此將鉗子漸向上移，一面牽引子宮，自上方縱切子宮後壁之中央，達於子宮底。次將子宮底左右分割，更繼續牽出子宮

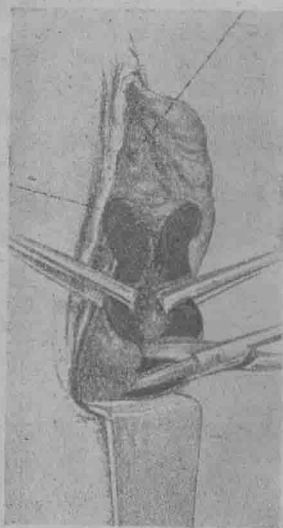
第六編 子宮疾病

第二百一十七圖



戴得來因氏子宮分割法(其一)  
(Nach D. ũ. K.)

尿道口



子宮陰道段

戴得來因氏子宮分割法(其二)  
(Nach D. ũ. K.)

前壁，同樣縱切之。當縱切頸部前壁時，有損及膀胱之恐，故不用剪而用刀，從子宮黏膜而起，逐層切開，直達膀胱後部之鬆粗結締織。完全兩分之子宮，向兩側力加牽引，再以指輕壓膀胱，則膀胱自向上方退卻，於是將附着於陰道前穹窿子宮頸部之部分，以剪切斷之。夫然則子宮兩半，各懸垂於闊韌帶，分割子宮時，能確守中線切開者，大抵無須特別止血，少量之出血，由牽引子宮及鉗子壓迫，自然止血。次則以鉗二三枚，挾左右之闊韌帶，先切除子宮，然後結紮闊韌帶，除去鉗子。若卵巢亦同時剔出者，須結紮漏斗骨盆韌帶。次乃縫合腹膜及陰道斷端而手術告畢。

對症療法 (Symptomatische Therapie)

向來最通用者，為麥角注射療法。麥角不僅有止血之效，且使肌纖維起玻璃狀變性，有萎縮腫瘍之功云。注射大致用左列之處方。

麥角越幾斯

五・〇

硼酸

〇・五

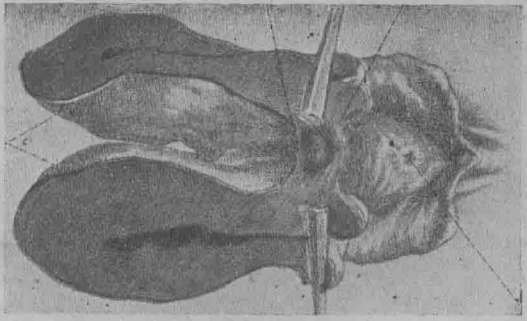
蒸餾水

五〇・〇

以此液一立糧，深注入皮下，注射部，施冷罨法，一星期反覆二三回，約五十次以上至數百次。如有中毒症狀（指尖有蟻行之感）或發熱等，立須中止。有以 Ergotin 代麥角越幾斯者，或用 Secakornin (Roche) 亦可。或有謂 Hydrastis canadensis 優於麥角者。尤以兼有月經困難者為有效，其用量，越幾斯一日三四回，每回使服十至二十五滴，Hydrastinin 以〇・〇五為一九，日服三九至六九。用 Styphnin 錠 Styplol 錠等亦可。Pit-

第九百二第圖

口道喉



膀胱

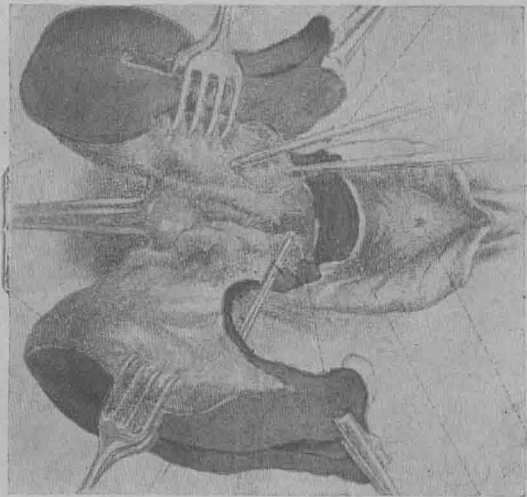
喉肌膜

(三期)法制分宮子氏繫

(Nach D. u. K.)

第十百二第圖

口道喉



子宮動脈

子宮體部

(四期)法制分宮子氏繫

(Nach D. u. K.)

nitro 於出血亦有效。此外對於急性貧血，亦可用熱性陰道洗滌，陰道硬塞，子宮內膜搔爬，蒸氣腐蝕法，子宮內塗藥法（二十%氯化鋅液，一半氯化鐵液等），但肌腫有起化膿及壞死之恐，故須注意。平流電氣之應用，一時雖極盛，但近多不用矣。

對於疼痛，用 Antipyrin, Phenacetin, Sal-

ipyrin, Codain, 阿片等，嗎啡則所禁忌。身體命

其安靜，於腹下部，施熱性至溫濕布。Hegar 氏以

停止腫瘍之發育為目的，曾主張兩側卵巢截除術

（去勢術），但手術法發達如今日，無學習之必要

也。

### 倫脫根放射線療法 (Röntgentherapie)

肌腫之倫脫根線療法，占婦科應用倫脫根線之大部分。此線破壞卵巢之卵泡系統，使月經減退或閉止，不僅此也，有能消失子宮肌腫之偉力。肌腫之消失，是否由此線對於卵巢之去勢作用，抑或對於肌細胞之直接作用（變質破壞），尚未分明，恐係兩作用共同之結果，白木氏尤注重於後一種。

倫脫根線照射之術式，至 Albers Schönberg 始達完成之域，氏之照射法，稱為徐緩照射法，以較少量之

放線，取一定之間歇，長時日間，連續不已，至三四個月而奏效之法。自由堡大學之 Chas 氏，對於以上所謂漢堡

第 二百一十二 圖

尿道口

膀胱



戴氏子宮分割法(其五)  
(Nach D. ũ. K.)

派照射法，主張用強力深達照射法。在短時日間，用大量硬線治療期間，由此可短縮至一二個月（參照第三編二節之倫脫根放射線療法）。但倫脫根線療法非有一定知識之技能，難於實行，故一般醫士，擇患者之適應者，送諸專門家，最爲安全便利，故此處僅示該法對於肌腫之適應及禁忌大概而止。

倫脫根線，於閉經期相近之間質性肌腫，最爲有效。又兼有腎肺心臟等疾，不勝手術之患者，本法實可謂一大福音，惟須較長之時日及多額之費用，殊爲憾事。對於漿膜下茸腫，及腺腫性肌腫，其效微弱。此外於惡性變性，化膿，軟化等肌腫或發生嵌頓症狀之肌腫，則所禁忌。兼有附屬器炎之肌腫，一般似尙不必禁忌。

倫脫根線療法，每呈副作用，如月經量增加，全身倦怠，嗜眠頭痛等，但皆輕度，照射數次，即從而消退。此外有月經痛增惡，子宮不正出血及帶下增加者，偶亦有發眩暈，盜汗，食慾不進，惡心，嘔吐，血尿，蛋白尿等症者。

子宮肌腫，由倫脫根線療法而起之卵巢缺落症狀（參照第十六編）因照射之度而異，大約在全數三分之二，可以證明。其主要症候，爲翹翔性熱感，其次爲發汗，偶有睡眠異常，及嗜好變化者，然多爲輕度，與手術去勢後所起者大爲不同。要之於青年婦女，用多量之線，強制的閉經時最爲顯著，而於神經質，或智識階級婦人尤然。色慾減退，脂肪增加等較爲罕見。

對於肌腫，或有謂雷錠療法，實於倫脫根線者（K. Hill氏）。雷錠較之倫脫根線，少副作用，卵泡破壞及內分泌障礙亦較少。但須大量之雷錠，故尙未能普遍應用。

## 第二節 子宮癌腫 (Carcinoma uteri)

據癌腫統計之所示，女子罹癌腫者，二倍於男子，蓋以女子多子宮癌及乳癌之故。而子宮癌尤為主要，占女子癌腫全數三分之二。人體一切癌腫中，最多者一般為胃癌。子宮癌腫之頻度，殆在伯仲之間。加之子宮癌僅限於女子，與思及此，則癌腫不利於婦人之程度，從可知矣。

子宮癌腫，由其發生之部位，分為頸部癌腫 (Carcinoma colli) 及體部癌腫 (Carcinoma corporis) 二類；頸癌更分為陰道段癌腫 (Carcinoma portionis vaginalis) 及頸管癌腫 (Carcinoma cervicis)。此三部中（陰道段頸管及體部），以頸管及陰道段為最多，體部癌腫則僅少（體部癌腫對於子宮癌總數之比，據 Kishner 氏為一%，東大藏光氏為七·三五%，京大鈴木氏為二·九六%），頸管癌與陰道段癌之比，似前者較多，據 Kurkenberg 氏謂百九十七例之頸部癌中，有六十二例為頸管癌，五十七例，屬於陰道段，其餘則發生之部位不明云。

病理解剖 子宮癌因發生部位而異，故就陰道段、頸管及體部癌，分別說明之。

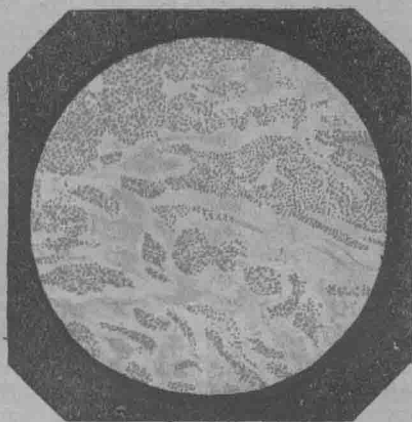
### 第一 陰道段癌腫之病理解剖。

#### 陰道段癌之組織

陰道段癌，多為扁平上皮癌，偶見圓柱上皮癌。

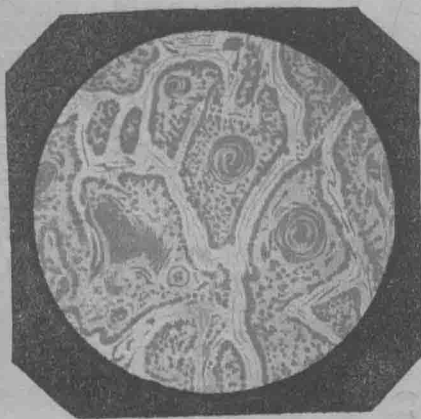
一扁平上皮癌（類癌）(Plattenepithelkrebs oder Caneroid) 從子宮陰道段表面之扁平上皮發生，或由子宮口外翻部新生之扁平上皮發生。癌束 (Krebsstrahlen) 與陰道段表面成垂直，侵入組織深部，在深部形成胞巢 (Alveolen) (第二百十二圖) 陰道段上皮，在癌腫發生之初，有業已完全破壞者，亦有尚暫保存者。上

第 二 百 二 十 二 圖



胞 巢 癌  
(Nach Jolly)

第 二 百 二 十 三 圖



陰 道 段 表 皮 癌  
(Nach Gebhard)

皮完全破壞時，其表面以圓形細胞所浸潤之纖維塊覆之，癌腫與上皮無關，獨自增殖，上皮留存時，變而菲薄，癌束侵入深部，一面與上皮保持密接之聯絡，在乳頭間生增大分歧之癌束。胞巢之大者，往往角化，於中央成表皮珠 (Caneroidperlen) (第二百二十三圖)。

結締織之變化，多為受動性，每呈強度之圓形細胞浸潤，偶有結締織增殖，乳嘴突著明增大，呈尖圭胼胝之觀

者有之。若此者名爲乳嚙性癌腫 (Garcinoma papillomatousum)，在陰道段癌，偶有呈侵蝕性圓形潰瘍 (Ulcers rotens) 之觀者，其特徵爲長久期間，不犯組織深部，而寧爲表在性蔓延。潰瘍表面，以壞疽組織覆之，周緣，圓形細胞浸潤強度，隆起於表面。

二、圓柱上皮癌 (Cylinderepithelkrebs) 健康之子宮陰道段表面，以扁平上皮覆之，若該部生糜爛時，其表面變爲圓柱上皮，子宮陰道段之腺上皮，亦爲圓柱上皮。二者均可發生圓柱上皮癌。

由表面上皮發生之圓柱上皮癌，爲大胞巢性圓柱上皮癌，表面上皮，失其固有之細胞形狀，變爲多層，實質性之上皮束 (Epithelzapfen) 侵入腺內，其狀類似糜爛之治愈期。糜爛將愈之際，表面之圓柱上皮，變爲多層，細胞呈骰子狀，次第扁平，遂至與周圍之上皮無異。同時糜爛部之腺上皮，亦變爲多層，腺腔爲細胞所充塞，其狀恰如癌束。此上皮束，漸次縮小，遂與上皮平等，至於治愈。故治愈期之上皮束，易誤爲癌束或癌胞巢。然在癌腫，即上皮束，不僅充塞腺腔，進而侵入間質，示無限之增殖，細胞呈極不規則之形狀，有大小不同之核，且多數呈分裂像，且於組織深部，可見束狀突之侵入。在糜爛之腺上皮多層增殖，決不起於深部，深部之腺，常爲單層上皮。又於表面圓柱上皮癌時，腺細胞，純係受動，腺之周圍，爲癌腫結節所圍繞，而腺細胞則不見有何異常，故可與腺癌區別。(第二百二十四圖)

子宮陰道段之腺癌 (Drüsenarcarinom) 較爲稀少，每與表面圓柱上皮癌並至，腺細胞不規則增殖，變爲多層。其增殖之方向，不僅向中心重疊，同時亦向外面增生，腺腔尙未全爲細胞充塞之先，腺已著明擴大。(第二百二十四圖)

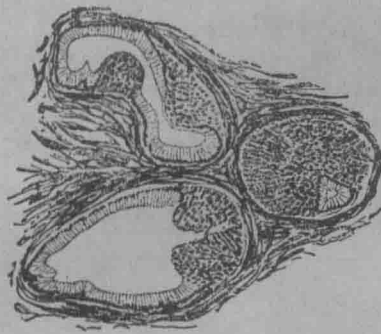


陰道段癌腫之肉眼的所見

陰道段癌，因發育之方向時期等，呈種種形狀。

一、茸腫狀癌（翻花狀癌）Polypöses Carcinom, (Blumenkohlgewächse, Cauliflower tumor) 癌

圖四十二百二第



腺表面之癌上圓柱狀  
在動之受時皮柱面  
狀態 (Nach Gebhard)

圖五十二百二第



癌腺部頸及段道陰宮子  
(Nach Jolly)

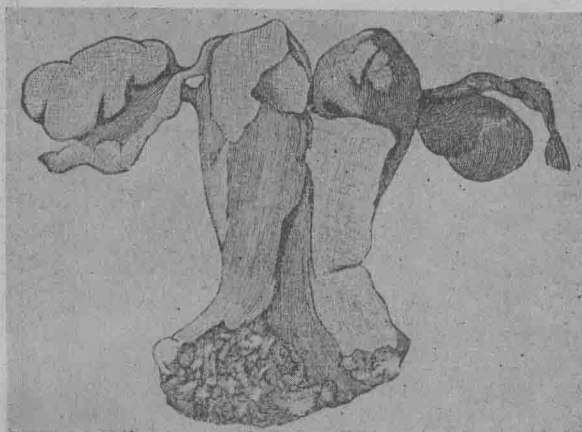
腫為息肉狀，突出於陰道內，有大小種種顆粒，突兀不平，呈所謂翻花狀（第二百二十六圖，）表面尋常以壞死物質覆之，腫瘤或有莖，或為闊底性。發生部位，在子宮口之兩唇或一唇，且從側連合部發生者尤多。陰道段癌，多屬此類。

一部增大肥厚，呈硬結狀。若浸潤平等及於陰道段全體時，則陰道段能保其原形，若浸潤係局限性，則陰道段失其

二、浸潤性癌腫 (Infiltratives Carcinom)

癌腫不向表面進行，在深部為浸潤性擴大，故陰道段全部或

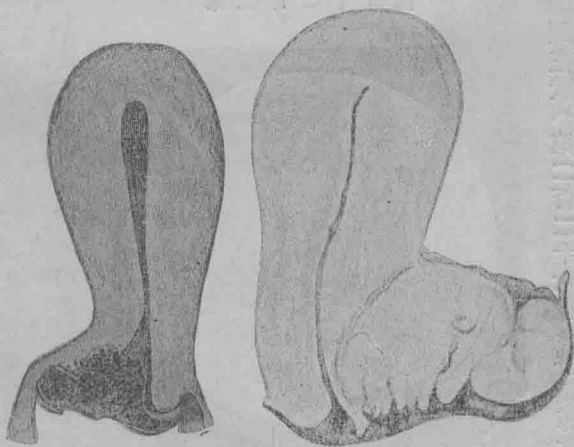
圖 六 十 二 百 二 第



腫 癌 段 道 陰 狀 花 翻  
(Nach Küstner)

圖 八 十 二 百 二 第

圖 七 十 二 百 二 第



洞 性 癌 段 陰 子  
腔 腫 之 道 宮

腫 癌 段 道 陰 性 潤 浸

(Nach Winter)

(Nach Winter)

原形而肥大(第二百二十七圖。)陰道段表面之黏膜，健全者極少，大抵有組織缺損。

三、癌腫性腔洞 (Carcinomatische Höhle)

陰道段潰爛，有組織缺損，該部生漏斗狀腔洞而成所謂噴火口

(Kriater) 腔洞多生於子宮口之一層，此時子宮口以至頸管，開口於腔洞之傍（第二百二十八圖）。

四、癌腫性潰瘍（侵蝕性圓形潰瘍） Carcinomatöses Geschwür; (Ulcus rodens) 陰道段表面，發生潰瘍，向平面擴大，犯及深部之傾向甚少。

#### 陰道段癌腫之蔓延

純粹之陰道段癌，幾常向陰道穹窿蔓延，由此進於陰道壁。其向頸管黏膜蔓延者，較爲罕見。翻花狀癌及癌腫性潰瘍，大致雖向陰道壁表面蔓延，而於深部浸潤之癌腫，則在陰道黏膜下潛行，侵及頸管黏膜者較少，而頸管實質層反是，屢爲所侵，於浸潤性癌尤著。但其高低罕有達於子宮內口者。時或侵蝕成圓錐帶狀 (Kegelmantelförmige Verbreitung)。繼續不斷，侵及子宮體者甚少，其向體部轉移者，常由於淋巴管。向骨盆結締織一方面，多從陰道穹窿及陰道上部蔓延，最易犯骨盆側結締織。此等蔓延，多連續成浸潤狀，偶有在結締織中，發生大結節者。侵及淋巴管，則呈索條狀。膀胱至比較的末期，由陰道前穹窿，或頸管前壁侵犯之，直腸則偶從骨盆後結締織侵入。向腹膜之連續蔓延，亦較爲遲緩。

以上均爲連續的蔓延 (Continuirliche Verbreitung) 但癌腫又有從接觸轉移 (Contactmetastase) 有於腫瘍接觸之陰道壁，發生獨立之腫瘍者。然癌腫蔓延之最重要者爲腺轉移 (Drüsenmetastase) 多屬陰道段淋巴腺，即多犯腹下腺，腸骨腺，亦有犯薦骨腺者（領域腺轉移 Regionäre Drüsenmetastase 參照第一編第十章淋巴管系統。）內臟轉移較爲罕見。

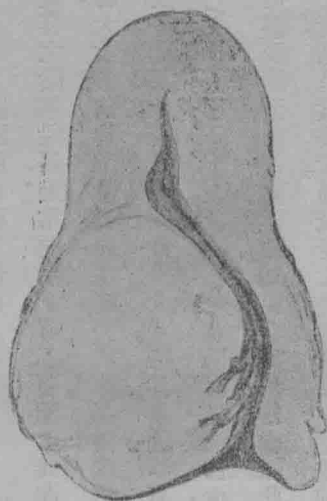
第二 頸管癌之病理解剖

頸管癌之組織

由頸管表面圓柱上皮，頸部腺之圓柱上皮及頸管下端之扁平上皮，發生各種癌腫。其中最多者，為從黏膜表面發生之圓柱上皮癌，腺癌亦較陰道段者為多見，但少扁平上皮癌。其組織與陰道段癌無異，故不再述。

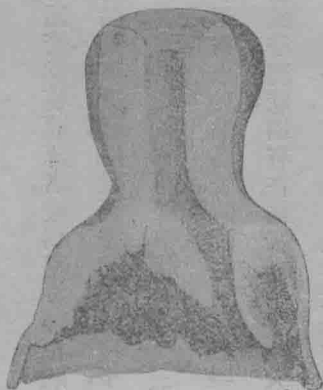
在頸部偶有稱為中央性癌 (Centrale Carcinomknoten) 與黏膜無關係，而於頸管壁中央，見癌結節者。其

圖九十二百二第



腫癌部頸性潤漫 (Nach Winter)

圖十三百二第



洞腔性腫癌部頸 (Nach Winter)

原因是否求諸結締組織或內被細胞，或求諸深在之腺上皮，迄無定論。於頸管更有見惡性腺腫者，腺仍保其固有之構造，上皮亦不變為多層，惟腺體無限增殖腺腔擴張，腺與腺密接，間質僅存在其間或為網狀而已。頸部因此著明肥大，或形成息肉狀腫瘤。但惡性腺腫，早晚發生上皮重疊而為腺腫性癌 (Adenocarcinom)。

頸管癌之肉眼所見

頸管癌因其發育及破壞狀態而呈種種形狀。

一、浸潤性癌 (Infiltratives Carcinom) 頸管全體或一部肥厚，黏膜起初不破壞。(第二百二十九圖。)

二、癌腫性腔洞 (Carcinomatöse Höhle) 浸潤性癌腫破壞，潰入頸管腔或偶入陰道腔時，則成腔洞狀。或

則癌腫漸從黏膜表面破壞，以次蠶食深部，而生腔洞者有之。(第二百三十圖。)

三、癌腫性潰瘍 (Carcinomatöse Uleation) 癌腫不限於頸管之一部，而犯頸管黏膜全面，早期即破壞，

然犯及組織深部尚少時，頸管腔平等擴大。此時管

壁變為菲薄，或由浸潤而肥厚(第二百三十一圖)。

頸管癌腫之蔓延

頸管癌之表面的蔓延，主要向子宮體部，越子

宮內口而進於上方。反乎此，下方越子宮外口而及

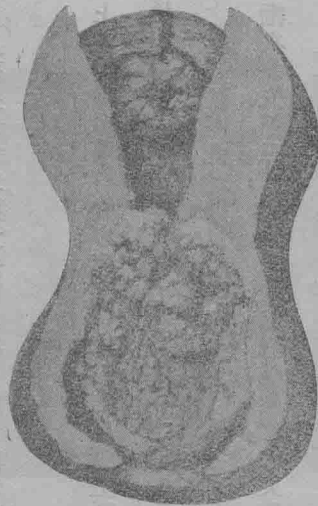
陰道段黏膜者罕見。至於黏膜下，即深部組織之蔓

延，上下均可進行。自頸管周圍連續向骨盆結締織

進行，與陰道段癌腫無異。膀胱在初期，易受侵犯，直腸及腹膜，永不波及，腺轉移，第一係犯腸骨腺，偶有先犯坐骨閉

孔腺者(參照第二十七頁之淋巴管系統)內臟轉移較少見。

第二百三十一圖



頸部之癌腫性潰瘍

(Nach Winter)

### 第三 體部癌腫之病理解剖

#### 體部癌之組織

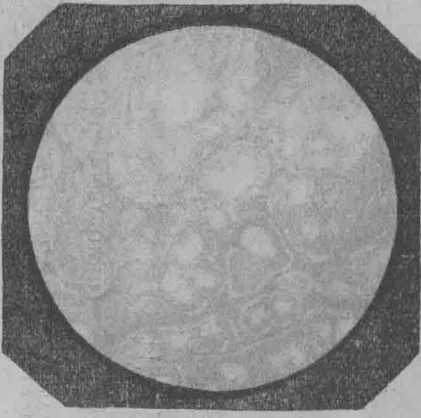
在子宮體癌之中，有從黏膜表面上皮發生者及自腺上皮發生者之二種，大多數為發自腺上皮者；其自表面上皮發生者甚少。

一、由表面上皮所生之癌腫。此有三種。第一種表面上皮變為多層，有立方形多角形等上皮細胞所成實質性之細胞束 (Zellenspfen) 入於結締織，形成胞巢。第二種，由表面上皮所化生 (Metaplasie) 之扁平上皮癌，子宮體腔全面，或大部分，變為灰白色，其周圍，由健康黏膜繞之，其質硬固。此名糖皮狀癌腫 (Zuckerhautkrebs)。由化生扁平上皮所成之細胞束，送入組織深部，腺以受動的漸次消失。第三種，為第二種之胞巢角化，中央為形成表皮癌珠之所謂類癌。(第二百三十二圖。)

二、由腺上皮所生之癌，即腺癌 (Drüsenkrebs) 分為惡性腺腫，腺腫性癌腫，及單純腺癌之三種。惡性腺腫，本非癌腫，但大抵早晚變癌。不僅此也，腺腫自身，既已具備惡性，犯肌層，發轉移，使患者衰耗等，與癌腫殆無不同，故此處列入癌腫，或無不可也。

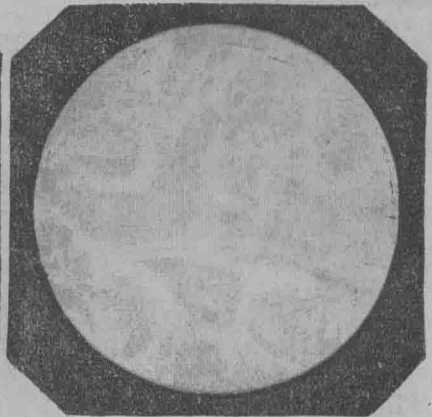
惡性腺腫 (Adenoma malignum) 腺無限增殖，腺與腺密接，間質幾於消失，組織似有全部由腺構成之觀。但腺上皮常為單層 (第二百三十三圖)。內膜之腺增殖症，腺亦增生，其高度者，與惡性腺腫初期呈類似之像，但在增殖症，腺能保其固有之性質，走向排列。腺腫反是，腺體強度增殖分歧，或於腺腔内生多數突起，腺之本幹及

圖四十三百二第



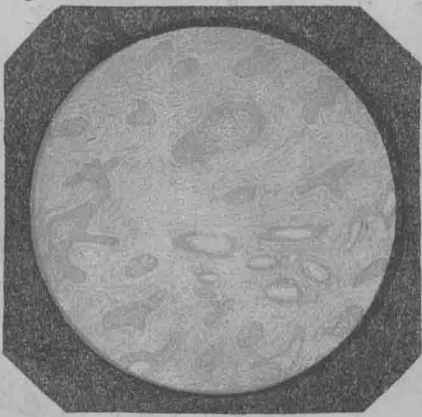
痛性腫腺之部體宮子  
(Nach Jolly)

圖二十三百二第



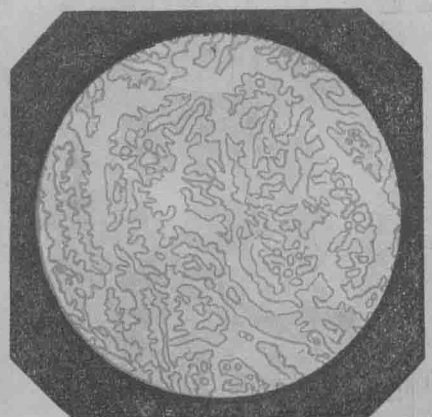
痛皮上平扁之部體宮子  
(Nach Jolly)

圖五十三百二第



痛腺純單之部體宮子  
(ach Gebhard)

圖三十三百二第



腫腺性惡之部體宮子  
(Nach Jolly)

枝，無從區別，腺之排列走向，全不規則，故二者可以區別。上皮細胞之性質，亦略有差異，但其鑑別，大須熟練。

腺腫性癌 (Adenocarcinom) 惡性腺腫之腺上皮變

為多層，上皮細胞，漸次充塞腺腔 (第二百三十四圖。)

單純性腺癌 (Carcinoma glandulare simplex od.

einfaches Drüsenkarzinom) 較少於腺腫性癌。腺上皮變

為多層，至於充填腺腔，與腺腫性癌相似，但腺之增殖不著明。

蓋即腺上皮之單純癌腫變性非如腺腫癌狀之先有腺腫狀

增殖也 (二百三十五圖。)

體部癌肉眼所見

一、瀰漫性癌 (Diffuses Carcinom) 瀰漫性侵犯子

宮體黏膜之全面，生結節狀肥厚絨毛狀增殖，子宮壁，徐徐為

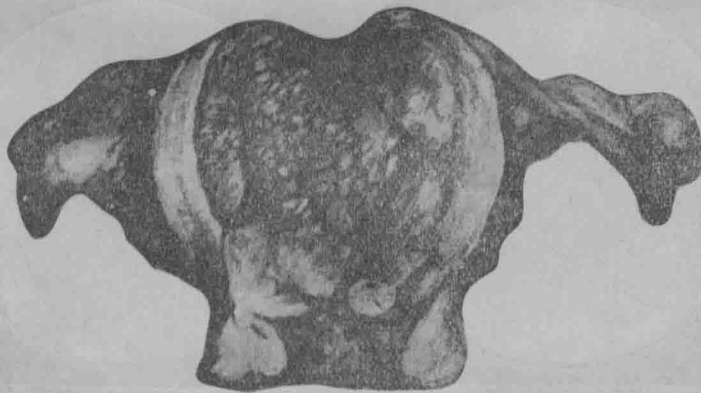
所浸潤而肥厚，子宮外面，遂至發現癌腫結節 (第二百三十

六圖。)

癌腫發生部位，既若是廣泛，其內面陷於破潰時，子宮腔即著明擴大。

二、限局性癌 (Circumscriptes Carcinom) 限局於子宮內面之一部，其表面形成突兀不規則之結節，或

第 二 百 三 十 六 圖



子宮體部癌  
(木下博士所藏)



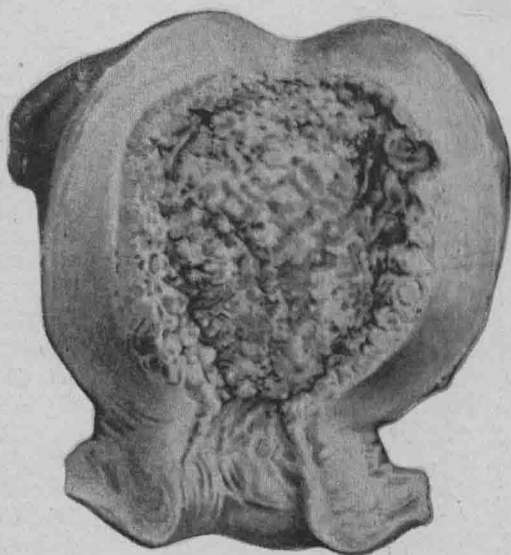
生限局性潰瘍。

三、茸狀癌。(Polypösos Carcinom) 腫瘍有莖，呈茸腫狀，懸垂於子宮腔內。腫瘍表面多破壞。此類癌腫，常為續發性，較稀有。

體部癌之蔓延

體部癌，較之頸管及陰道段癌，其發育緩慢，為臨床上所應注意者。發育之方向，主要蔓延於子宮壁內。非無在子宮腔內發育者，但腔內形成大腫瘍，較為罕見。表面的蔓延，亦不盛。且超過子宮內口而進於頸管者，僅於瀰漫性癌，偶一見之。其最好者為向深部侵入，但進行緩慢，須長時日始犯及子宮壁全層。骨盆結締織之癌腫性浸潤，癌腫侵蝕子宮壁全層，達於闊韌帶後始發生，此處有結節狀肥厚。癌浸潤，達於子宮腹膜時，與隣接臟器（腸，大網等）癒著，或生穿孔。膀胱直腸，至晚期始被侵犯。體部癌，多轉移於陰道，尤多轉移於其後壁者（在頸管癌罕見）。腺轉移，好犯腰腺，至晚期，有通

圖 七 十 三 百 二 第



子宮體部腺腫性癌  
日本東京醫學大學產婦人科教室所藏

過圓韌帶而犯鼠蹊腺者（參照第一編二七頁淋巴管系統。）內臟轉移，多在末期，惟於卵巢轉移較早。

原因 不明，於老年爲多。陰道段及頸管癌，在三十五歲至五十歲爲最多，體部癌則多見於五十以後。二十歲以前之癌腫，甚爲罕見。陰道段及頸管癌，多見於經產婦，於未產婦雖少見，但體部癌，於分娩似無關係。又頸管及陰道段癌，或謂多見於貧困者。遺傳關係，不如胃癌之著明。

症候 在極初期，幾不呈何等症狀。病勢既進，從而發出血，帶下，疼痛等，又呈由癌浸潤而生之骨盆臟器諸症狀及全身症狀等。

出血 多爲患者最初所訴之徵候，但有病勢已甚進行而不見出血者。於不成潰瘍而在黏膜下浸潤蔓延，及硬性癌腫，尤然。出血，起初有月經之定型，惟量多而日久，其後則不定型出血，由交接勞動，便通等而發。出血強度時，患者陷於貧血。癌腫多侵犯閉經期相近之婦人，故雖留有不正之出血，患者不甚介意，長久放置，多失卻治療之時期，一旦閉經之婦人有出血時，不可不慮及癌腫。而體部癌，多於閉經後出血，發病後出血亦較遲，蓋與外部之刺戟相遠故也。

帶下 初爲水狀，其量不多，病機漸進，從而變爲多量，帶膿狀，至混有血液。腫瘍腐敗分解時，漏泄污穢之血性膿汁，放特有之惡臭，此名癌腐膿（Carcinomjauch）甚則一入患者居室，已聞惡臭者。但在體部癌，則癌腐膿之惡臭較罕見，且多至末期始有此徵也。

疼痛 自癌腫原發部發生者較少，大抵犯及子宮周圍，始有疼痛。初爲斷續性或持續性鈍痛，見於骨盆深部，

薦骨痛，腰部等，其後變爲穿刺性，斷裂性，放散於下肢，患者日夜爲之苦惱，既犯腹膜則發腹膜炎之炎症性疼痛。體部癌腫犯子宮周圍較遲。故發疼痛亦較遲。腫瘍分解產物，蓄積於子宮腔時，以欲壓出之故，子宮收縮而發陣痛狀疼痛（辛博森氏發作性子宮痛）。及至犯骨盆臟器時，臟器起各種症狀。膀胱有尿意頻數，排尿時疼痛等，甚者發生尿癱，癌腐臭更加劇甚。直腸起頑固之便秘，甚則生直腸陰道瘻。癌浸潤壓迫輸尿管時，發腎盂水腫或膿腫，腎臟炎，壓迫骨盆內神經時，起靜脈血塞，下肢浮腫及疼痛等。

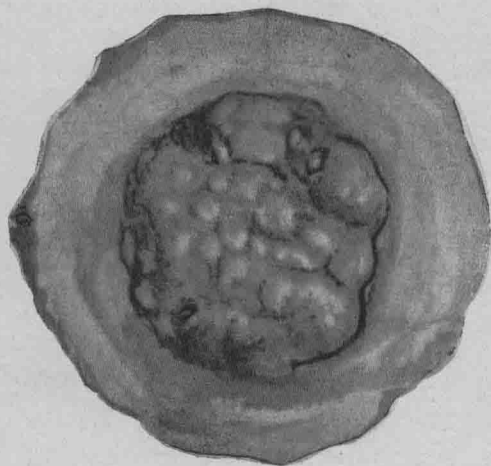
全身之榮養。隨病機進行而漸形障礙，食慾不振，發惡心嘔吐，日夜爲疼痛所苦，故腹肌攣縮不絕，硬若板狀，呼吸淺薄，顏面蒼白，口脣，眼瞼，結合膜均失色，言動懶惰，羸瘦達於極度，而陷於所謂癌腫惡液質（Carcinomachæmie）癌腫患者之死亡，由於慢性尿毒症者爲最多，其他由急性尿毒症，心肌變性，體力消耗，內臟轉移等，或偶由腹膜炎，敗血等症致命。因大出血以致出血死者，則甚罕見也。

診斷 癌腫之可畏，既爲世人所熟知。救之道，惟在早期診斷及早期手術。子宮癌，能早期手術，其豫後決不必過於悲觀。手術愈早者，豫後益良。但現今癌腫患者之求手術者，多已失去極好機會，完全不能行根治手術者，占全數之二十%（岡林氏），卽不然，亦多僅能行根治手術，其極初期者甚少，此吾人所不能無憾也。夫然，故吾人必與憂世之士，一同以文章言論，由一切方法，謀癌腫智識之普及於社會，此實現今最大之急務。且一般醫師，苟有癌腫疑似患者，務須立刻送諸專門家，使能不失時期，受適宜之治療，如或遲疑，可謂不知仁術之天職者矣。

陰道段癌之診斷 病機已著名進行之陰道段癌，其診斷容易。爲茸腫狀者，其表面呈翻花狀，多已破潰，其實

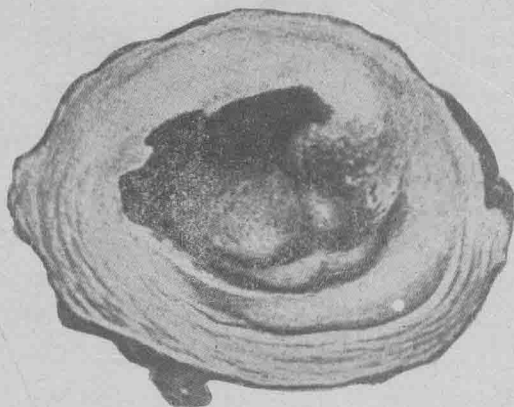
脆弱粗糙，由指壓易於破壞，刺入探針時，易於貫通，且易出血。大抵在陰道段見有出血性腫瘤，略自表面而隆起者，先宜慮及癌腫。由頸管發生之黏液息肉，茸狀肌腫等，雖與癌腫相似，然表面不粗糙，不脆弱，多以黏膜覆之。茸狀肌腫，亦覆以黏膜，表面縱陷於壞死，其質堅而不脆。尖圭胼肌腫，一見頗似翻花狀癌，但大抵有莖，為淡赤色，非真潰瘍，表面覆以厚上皮，其質亦不脆弱，多發於妊娠中，同時陰道，外陰部，亦復發生，故診斷容易。

第 二 百 三 十 八 圖



原發性陰道癌段  
(木下博士藏)

第 二 百 三 十 九 圖



子宮陰道癌段  
(木下博士藏)

陰道癌之為浸潤性，未犯及上皮者，診斷往往困難，有誤作陰道段之濾泡性肥厚者。然癌腫呈軟骨狀硬度之

結節，陰道段不規則變形增大。濾泡性肥厚反是，多非局限性，侵及一層或兩層，皮下可透視膨隆之濾泡，刺之，排出黏稠之內容。於癌腫，罕有見 Naboth 氏小卵者。

癌腫既破潰，至生腔洞者，呈噴火口狀，其周圍浸潤隆起，腔洞內面，粗糙而易出血，易於破壞，可以此診定之。診斷之困難者，爲腫癌初期之表面性淺潰瘍，誤作單純潰瘍，白喉性潰瘍，結核性潰瘍，軟性下疳，梅毒性潰瘍，丘疹性潰瘍等者有之。當是時，速行診斷的切除，於顯微鏡下檢之。與陰道段糜爛之鑑別，可參照陰道段癌腫之病理解剖。要之對於稍有癌腫之疑者，不下確診而遷延時日，實一種罪惡也。

此外可助診斷者，爲年齡，不正之出血，閉經後出血，排泄物，疼痛等，但如帶下惡臭，疼痛之類，至比較晚期始發，對於初期診斷，價值甚少。故於早期診斷，須診斷的切除者，比比然也。

頸管癌之診斷 頸管癌，已破潰於陰道段，或子宮外口開大，頸管內可以視診者，診斷容易，與陰道段同。頸管之浸潤性癌腫，未曾崩壞，使於頸管上之部癌潰瘍，或子宮外口狹小者，診斷困難。頸部之局部的肥厚至一般肥厚，陰道段黏膜之深紅著色，帶下增加及其他諸症狀，雖可輔助診斷，然可疑時，用 Curette 行診斷的搔爬，同時搔爬體部黏膜，行組織的檢查可也。

體部癌之診斷 閉經後出血，漿液性血狀帶下，辛博森氏發作性疝痛 (Simpson'sche Schmerzen) (每日定時反覆之陣痛狀疼痛，爲體部癌所特有云) 等，足助診斷。然在體部癌，他覺的所見甚少，故速行內膜之診斷的搔爬，而確診之，甚爲重要。

癌腫蔓延程度之診斷，對於定手術之難易，最為重要，然此事至為困難。向陰道壁蔓延者，可由觸診及視診定之，向骨盆結締組織蔓延者，由雙合診或直腸診定之。但癌腫常較吾人觸診所見者，蔓延更遠，不可忘也。以鉗子鉤子宮陰道段而牽之，陰道段能達於陰門時，可知骨盆結締組織，尙未著明侵及。腺轉移，則限於腹壁非薄弛緩者，可以觸知。向膀胱之蔓延程度，可由膀胱鏡檢查定之。

豫後 一般不良。頸部癌自發現初微起，一年半至二三年而斃，罕有長於此數者。體部癌，經過多緩慢，約可生存四五年。使癌腫豫後良好之道，惟有早期手術，如上所言。

療法 子宮癌之可以手術者，一概行子宮全剝出術，同時切除兩側卵巢，更有屬於子宮之淋巴腺，凡手所觸及者，固勿論，即骨盆結締組織，亦務必完全除去之。以為病變輕微，先用搔爬燒灼，陰道段切斷等姑息療法，待後日再發時始行全剝出之類，非吾人之所取。縱為初期癌腫，速行根本手術。手術常用腹式，以期完全。陰道式手術，於搜索腺轉移，除去浸潤等，遠不如腹式手術。病機既進行，不能手術者，不得已除姑息療法外無他道。但根治術能否之程度，因手術者而略有不同，甲以為不能手術者，乙或以為可行，若此者祇能委諸手術者之判斷矣。

### 腹式子宮全剝出術

本手術初由 Trend 氏行之，次由 Wertheim 氏為之改良，今多用其改良法。茲略述著者所行之手術如次。消毒及其他注意如第三編所述。麻醉用 Scopolamin 嗎啡注射及腰髓麻醉法。

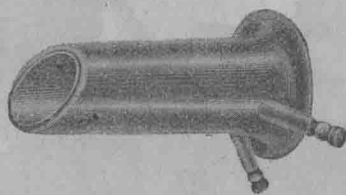
子宮癌之腹式子宮全剝出術，常以陰道式手術為前驅，搔爬燒灼陰道段之潰瘍，豫防自潰瘍部傳染腹膜。著

者於陰道式手術時，用橡皮手套，移於腹式手術時脫去之。行燒灼時，插入較大之子宮鏡，使現出陰道段，先以大鏡，將陰道段潰瘍，充分搔爬，其次以烙鐵或 Paquin 氏燒灼器，燒灼搔爬面。燒灼時，用森永氏之還流冷卻子宮鏡（二百四十圖）。避陰道壁之火傷，燒灼既終，則以酒精綿紗，絞乾後，插入陰道，而陰道式手術告終。但體部癌腫，於陰道段無潰瘍者，不須燒灼，僅以二三結節縫合，將子宮口唇縫鎖，插置酒精綿紗即足。陰道式手術既終，即移行於腹式手術。是時凡陰道式手術所已用之器械，及其他物品，不可用於腹式手術。術者之手指，更須充分消毒一次。

在白線開腹腔，以腹壁把持器，開大腹創，骨盆取高位。麻醉充分時，手術野可由此充分開放，但患者努力，脫出腸管之際，可併用少許嚼嚙仿，以待腸管之退卻。如腸管尙不退卻時，有以連續之長棉紗，順次插入腹腔內，將腸管壓向隔膜方面者。蓋腸管脫出，頗爲手術之障礙，從而根治手術，易於以不充分而終結，故豫將手術野十分開放，爲手術施行重要之一條項也。

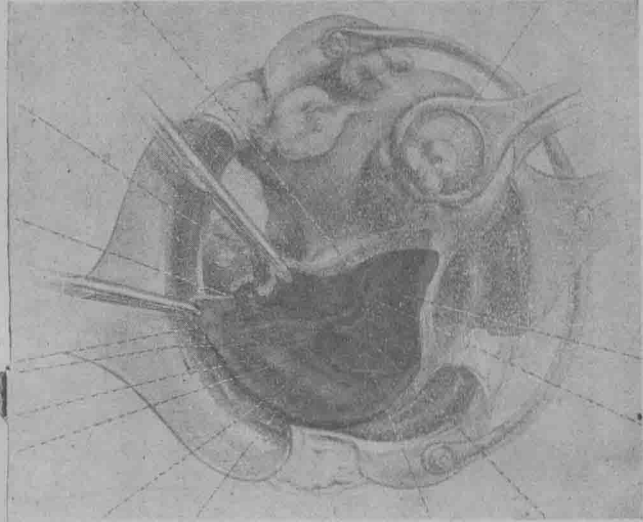
手術野既經充分開放，即用宰公氏鉗子，鉤子宮體，向前上方牽引。但在子宮體部癌，則宰公氏鉗子，有使子宮腔內所存之傳染性分泌物，漏入腹腔之虞，故宜用第二百四十一圖所示之 Kischer 氏子宮鉗子，牽引子宮。一面將兩側之漏斗骨盆腔帶及圓勒帶，結紮切斷，將闊勒帶兩葉剝離，使現出骨盆結締織（第二百四十一圖），更於子宮前壁腹膜，加以橫切，使其兩端連於闊勒帶之斷端（第二百四十二圖），以指尖從子宮及陰道剝離腹膜。

第 二 百 四 十 圖



還 流 冷 卻 子 宮 鏡

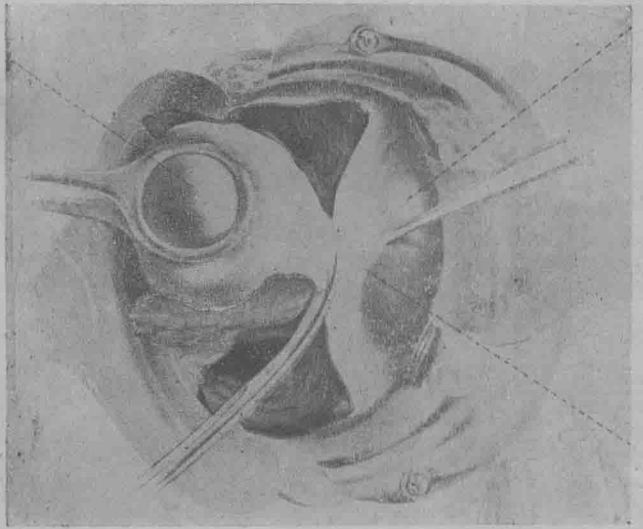
圖一十四百二第 膀胱 原動宮子



子宮體 子宮周圍腺

膀胱

圖二十四百二第 膀胱子宮膀胱



膀胱上動脈 閉神經 腸骨下腺 腸胃外動脈

腸直 管尿管 腺動下腹 腺下腹 腺靜外骨腸  
(一其) 術出別全宮子 腫癌

(Nach D. v. K.)

體宮子  
(二其) 術出別全宮子 腫癌

(Nach D. v. K.)



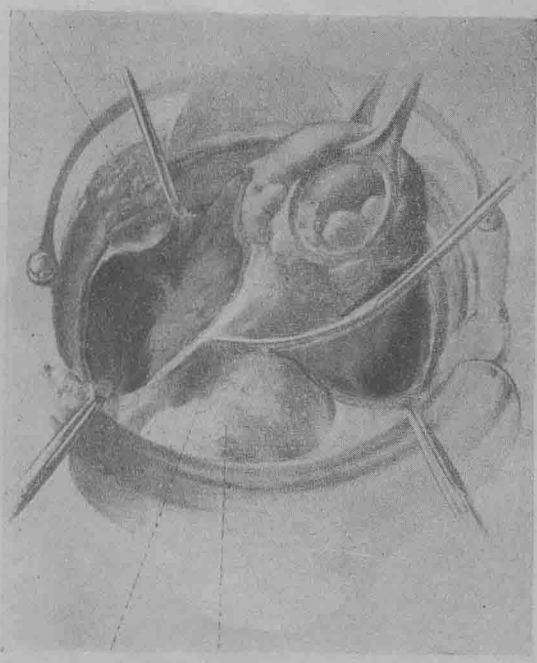
及膀胱，順便將腹膜瓣固定於前方，使子宮兩側之骨盆結締織充分露出。於是搜索子宮領域之淋巴腺（參照第一編第十章淋巴管系統），苟所觸得者，一律剔出，更務必排除附近之脂組織，骨盆內經過之輸尿管，全部在目，勿損傷，其理於癌浸潤中之部分，注意而剝離之。次即將

子宮動靜脈結紮切斷，子宮周圍之結締織以及癌浸潤，務須完全附着於子宮不動，從其周圍剝離之，更於子宮後壁腹膜，加以橫切，剝離 Douglas 氏窩腹膜（第二百四十三圖）。最後自陰道壁切斷子宮。是時先開陰道前壁，

將豫先插入陰道中之酒精綿紗，推向陰道管下方，再以綿紗一二枚從腹腔通過創口，塞入陰道，以防陰道內容流入腹腔，次則繞陰道壁一周，切斷陰道。陰道壁以多切除為宜。Wirthheim 氏以極彎曲之鉗子，如第二百四十四圖所示者，夾陰道管，於其下部，切斷陰道。陰道斷端（第二百四十五圖）不加閉鎖，以腸線繞創緣一周，行纏絡縫合。使

第二百四十四圖

膀胱

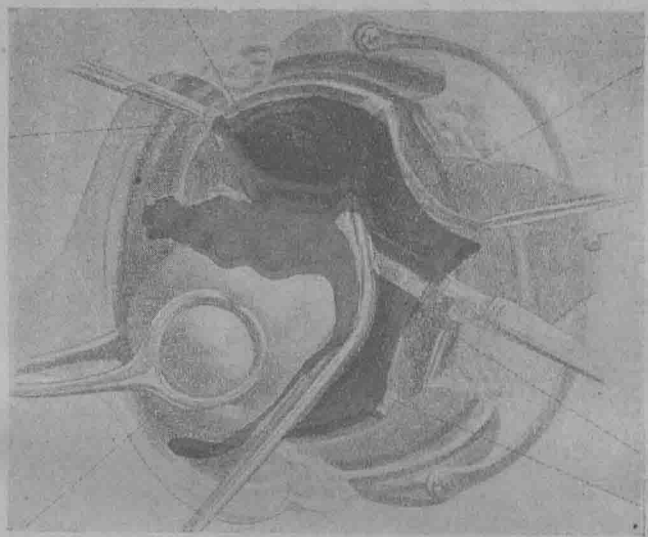


Douglas 氏窩 腸直

(其三) 術出剔全宮子腫癌

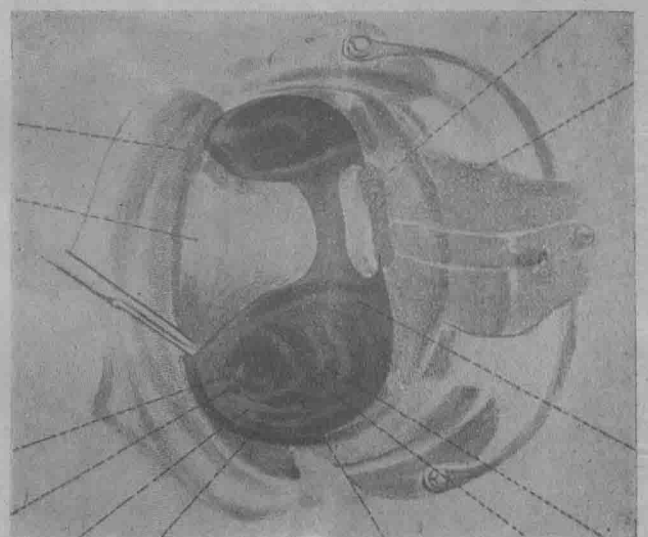
(Nach D. ũ. K.)

圖 四十四百二第 道陰帶切頭 肌膀



帶切惡巢卵 體宮子 (四其) 術出別全宮子腫痛 (Nach D. u. K.)

圖 五十四百二第 管尿管 肌膀



子宮動脈 子宮靜脈 附神經 腸骨外動脈 腸骨外靜脈 脈靜下腹 脈動下腹 (五其) 術出別全宮子腫痛 (Nach D. u. K.)

助手以鉗子自外陰道除去陰道內綿紗，更以排膿之目的，用長綿紗從腹腔插置陰道之中，在陰道斷端上面一二寸處切斷之（翌日除去綿紗）。次則縫合骨盆腹膜，閉腹壁以完手術。後處置法，如第三編所述（開腹術後之處置法）。本手術之直接死亡率，因手術者而異，大凡爲十五至二十五%，死亡率之大小，雖由於手術之巧拙，但能否手術之見解差異，於死亡率更有極大之影響。例如甲手術者，爲退守的，凡因癌腫浸潤，子宮略少移動性者，均以爲不能手術，乙手術者爲進取的，雖較高之浸潤程度，亦以爲可以手術。則甲之死亡率低，乙之死亡率高，乃當然之事。且淋巴腺之剔出，癌浸潤之排除等，能大膽行之與否，於手術之直接成績，有極大之影響。然吾人之目標，不僅在手術之直接成績，而在癌腫之永久治愈。如或腺及浸潤之排除，不能充分，癌腫早晚再發，至沒卻手術之目的。夫然，則癌腫手術，須根本行之，如偏重手術之直接成效者，非吾人之所取也。子宮癌腫，縱使期其根治，全行 *Witheim* 氏法，而其永久治愈率（手術後五年中不再發者），不過三十五% 內外，此蓋以早期手術過少之故。手術能早期行之，雖陰道式手術，而其永久的治愈率較爲良好（頸部癌約三十%，體部癌約六十%）。況僅選可行陰道式手術程度之癌，而行腹式手術，則其成績之佳，不待言矣。除去因手術而死者，以偶發症死者及退院後生死不明者之外，所餘腹式手術之永久治愈率，實達五十至六十%。故吾人須徹底勵行腹式根治手術，縱其死亡率較高，吾人亦無所愧作，要在以難治之癌腫使之根治之故，勇猛奮進而已。

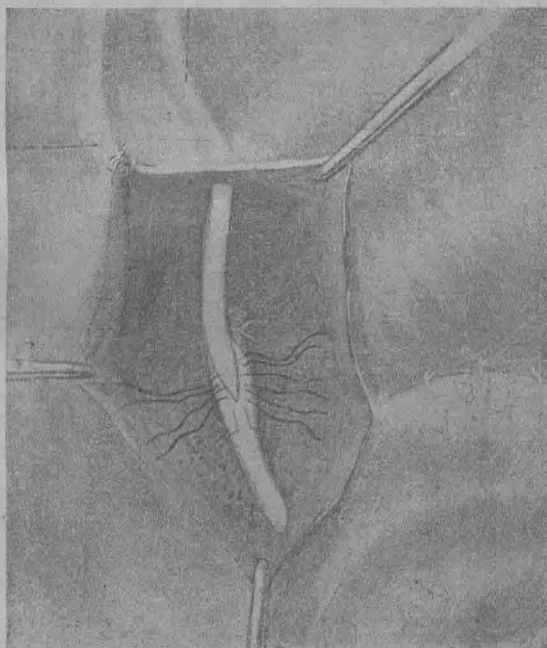
手術之後再發，多起於一年以內，占全再發數之約半數，一年以後漸次遞減。而體部癌較之陰道段及頸管癌，成績著明良好。

腹式子宮全剔出術中，輸尿管為浸潤所侵，切除其一部，或偶然切斷輸尿管時，可行輸尿管吻合術或輸尿管膀胱移植術（第二百四十六及二百四十七圖）吻合移植均不可能時，有剔出該側之腎臟者。但須他側之腎臟健康者始可行。

以全剔出之目的開腹後，知全剔出術之不可行時，有結紮兩側之精索動脈，圓韌帶動脈及腹下動脈者。子宮因此失卻榮養之途，癌之發育，一時停止，疼痛帶下等，亦復輕減，但不日即生副血行，而癌乃重復進展。如子宮肌腫手術之例，先將陰道段潰瘍，搔爬燒灼後行子宮全剔出術。此際不但同時剔出卵巢，而陰道壁及骨盆結締織，亦務必加以切除，

第 二 百 四 十 六 圖

輸尿管



輸尿管吻合術

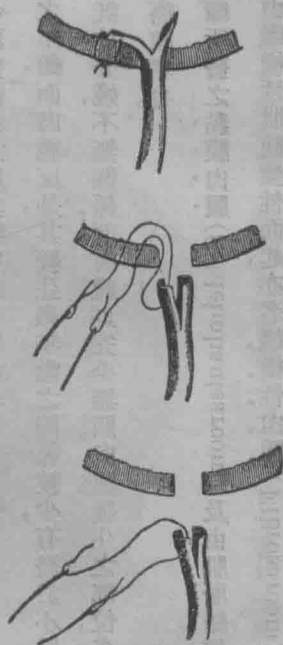
(Nach D. u. K.)

腫脹之淋巴腺亦須剔出。行陰道側切開時，有使手術野擴大之利（參照第三編陰道式開腹術。）

姑息療法

不能根治手術時，以一時輕快爲目的，可用大銳匙搔爬腫瘍部，去腫瘍之大部分，其痕跡以烙鐵或 Paquelin 氏燒灼器燒之（用冷卻子宮鏡），然後行 Jodoform 綿紗栓塞。出血，帶下停止，疼痛亦有頓時輕快者。創痕生硬固之癍痕，使癍痕發育，爲之遲延，但手術時膀胱，直腸，腹膜等，有穿孔之虞，須注意。時有從創面竄入細菌而發敗血症者。近有主張以冷灼法（參照一一三頁透熱療法）代燒灼法者。此外於搔爬潰瘍面後，以一半氯化鐵液，氯化鋅液（五％），碘酒，發煙硝酸，石炭酸甘油（五十％）等腐蝕者有之。Aceton 對於組織，脫水硬化之力甚強，以少量注入陰道，使於創面作用數分鐘，有良效，但須用管狀子宮鏡，除必要部分以外，防藥液之侵蝕。酒精栓塞，在同一意義有效。梅毒 (Methylenblau), Pyoktanin, 酒精等，注入實質，有奏效者。對於惡臭帶下，用三％石炭酸，一％ Lysol, 二千倍過錳酸鉀，十倍昇汞，一％鉛糖水洗滌陰道。疼痛難堪時，用 Antipyrin, Codein, 鴉片劑等。嗎啡，非至末期不可用。最近 Percy 氏以四十二度高溫，使作用於癌組織或其轉移部，以謀破壞癌細胞。又明城氏推獎硫酸鹽之靜內脈注射。

第二百四十七圖



輸尿管膀胱移植術  
(Nach D. ū. K.)

放射線療法

倫脫根線，於肌腫雖有卓效，而於癌腫，則其效不著。反乎此，雷錠及 Mesotorium 效果極大。其有使癌細胞停止發育，趨向吸收之作用，則甚確實。但即以之代根治手術，則為期尙早。在今之狀態雷錠及 Mesotorium 療法之最適應者，為不能手術之癌腫及再發癌腫等，他如豫防再發，於手術前後，亦有試用之價值。二者均封入白金、鋁，或真鍮之容器，套以橡皮囊，貼於患部（參照第一百十九頁）。其應用，苟非大量（少亦須五十至二百尅以上），則少效果，或謂反足以促腫瘍之轉移。近時雷錠之配量精確，故欲使確實治效，有用其 Emanation 治療者。

### 第三節 子宮肉腫 (Sarcoma uteri)

子宮肉腫，較之癌腫，極為罕見。據向來統計，兩者之頻度，為四十對一之比。然子宮肉腫，在肉眼上，不呈特異之外觀，故多誤為他種腫瘍，腫瘤之組織的檢查，今更普遍行之，則其頻度當必增加矣。

原因 不明。子宮癌及肌腫，多限於一定之年齡，而肉腫反是，其發生與年齡之關係較少，有發於小兒者，亦有見於老年人者。以五十歲前後為最多。又癌腫與既往分娩，不無關係，而肉腫則完全無關。肉腫發生之部位，多在子宮體，頸部較少，對於體部，為八與一之比，亦異於癌腫者也。

病理解剖 子宮肉腫，分為自黏膜結締織所發之黏膜肉腫 (Schleimhautsarcom) 及由肌層結締織所生之壁肉腫 (Wandungssarcom) 後一種多由纖維性肌腫變性而起，亦名纖維性肉腫 (Fibrosarcom) 而黏膜肉腫，較多於壁肉腫約一倍半云。

黏膜肉腫中，有瀰漫性蔓延者與呈息肉狀者二種。以後一種為最多，其表面呈結節狀或分葉狀向子宮腔盛行發育，侵及肌層，較為緩慢。剖面為白色髓狀，硬度柔軟。腫瘍之中央軟化，或成腔洞。肉腫性茸腫增大時，宛如黏膜下肌腫，由子宮之陣痛狀收縮，自然產出腫瘍者有之。茸腫分娩時，自其根部再發茸腫，時有反覆為腫瘍分娩者。

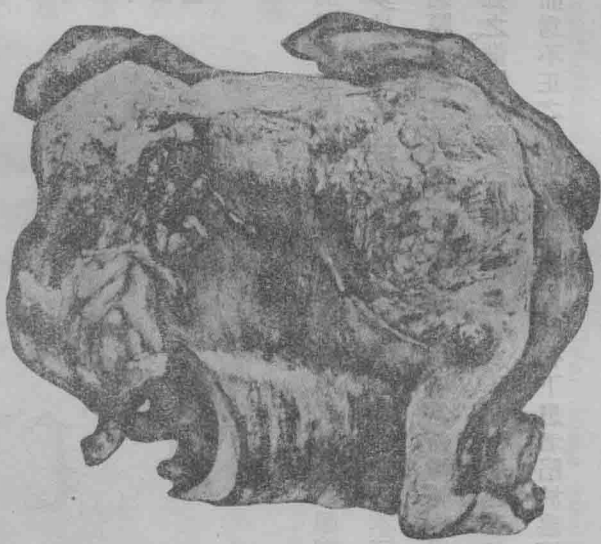
肉腫以瀰漫性發生，侵及子宮肌層，一面破壞，一面向外方進行，次即陷於分解。遂穿破子宮壁全層，而達腹膜，然尚不止。在息肉狀肉腫反是，分解較遲，故肉眼上呈一種良性腫瘍之觀。

子宮頸部黏膜肉腫，多呈息肉狀，早期分解，偶有呈葡萄房狀者，自頸管充滿陰道腔，外觀如葡萄狀鬼胎者有之。此名葡萄狀肉腫。

(Traubenförmiges Sarcom)(第114九圖)

子宮壁肉腫，有原發性與纖維腫變性之二種。而多屬於後者。前一種以瀰漫性發生，後一種，由纖維性包莖，與

圖 八 十 四 百 二 第



日本 東京 子 東 京 醫 科 大 學 產 婦 科 教 室 肉 科 教 室 黏 膜 肉 腫 室 所 藏

周圍境界分明。發生部位，雖在漿膜下，間質或黏膜下等處，而黏膜下為最多，且呈茸腫狀者不少。

組織上多為圓形細胞肉腫及梭狀細胞肉腫，巨細胞肉腫，甚稀見。而於黏膜肉腫，多圓形細胞一類，於壁肉腫，多梭狀細胞一類。

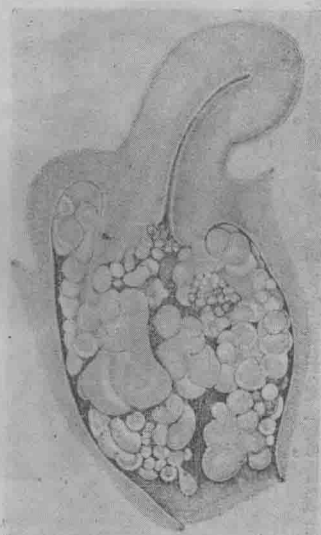
轉移較遲，於肺，肝，腹膜，腹下腺等處見之。

症候及斷診 子宮肉腫，與子宮癌同，亦以

出血，帶下，疼痛惡液質為主徵，無特異之症狀，故鑑別困難。惟肉腫在小兒亦復發生及形成較大之腫瘤等，與癌腫不同。又肉腫不如癌腫腐敗之甚，故帶下惡臭較少，多呈水性肉狀汁。然確實之診斷，非俟組織檢查不可。此外鑑別上應注意者，為陷於壞疽之肌腫，及腐敗卵之遺物。黏膜肉腫，其質髓狀柔軟，以易於破壞為特徵，腫瘤出於子宮腔外時，可由觸診鑑別之，即不然，亦可擴張頸管而觸知之。惟壁肉腫與肌腫之鑑別，甚為不易。但肌腫若起肉腫變性，則發育遽爾迅速，發生腹水，業已閉止之月經，再現而為不正之出血，有漿液性血狀帶下，患者陷於惡液質，故略使鑑別容易。卵之遺殘物，注意既往症，大概不難診斷。

豫後不良與癌腫同。發病後平均約二年而斃。壁肉腫，且其中之纖維性肉腫，以有包莖之故，分解頗遲，轉移亦然，故其豫後，較為良好，茸腫狀肉腫次之，瀰漫性黏膜肉腫，最為不良。

圖九十四百二第



腫肉狀葡萄  
(Nach Rein)



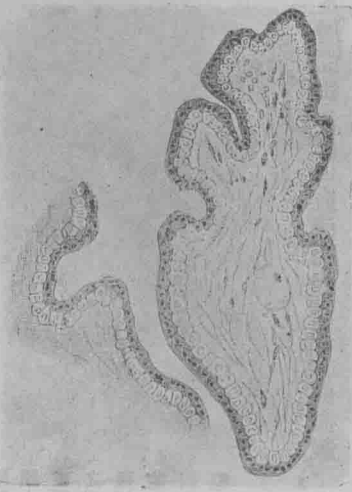
療法 與癌腫同，除早期行 Wirthheim 氏子宮全剝出術外，別無他策。倫脫根及雷錠，多不可恃，且對於由肌腫變性之肉腫，轉有增進其發育之傾向。

第四節 惡性脈絡膜上皮腫 (Chorionepithelioma malignum s. Syncytioma malignum.)

本腫瘍係惡性新生物，自脈絡膜絨毛上皮發生，常以妊娠為前驅，且多發於流產及葡萄狀鬼胎分娩之後，其繼鬼胎而續發者為尤多。分娩後至初徵發現之潛伏期，常為數週至數月，偶亦有至十數年後始發者。又有在妊娠中，已發生本腫瘍者。腫瘍之發生與妊娠雖有若是之關係，然亦有不以妊娠為前驅者。或有原發於子宮以外者，亦有於男子見之者。

病理解剖 本腫瘍為卵排出後，由子宮內所留脈絡膜絨毛上皮發生。抑絨毛上皮，成於二列之細胞層，其內層成於一列之多角形大細胞，有圓形小核，此名 Langhane 氏細胞 (第二百五十圖) 外層則細胞境界不明，互相連絡，惟細胞核分離並列，細胞全體強染色，核之染色更濃。此名合體細胞 (Syncytium)。

圖十五百二第

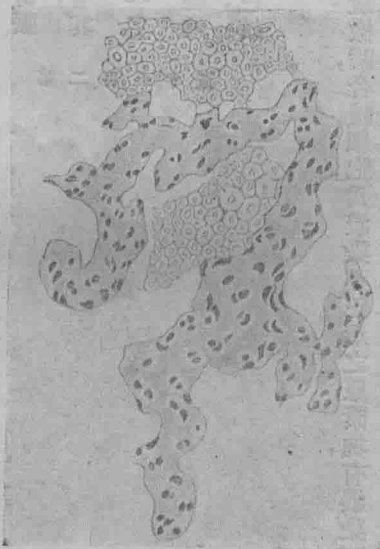


毛絨之期初娠妊 (Nach Küstner)

惡性脈絡膜上皮腫，為此兩細胞之異常增殖，鏡檢時，合體細胞，為濃染不正形之原漿塊，有濃染不規則之巨

核，點在其間。Langhans 氏細胞，亦爲不規則之羣，與合體細胞，交互錯雜，然細胞境界常明確，核之分裂像著明。（第二百五十一圖至二百五十三圖）凡此上皮之異常增殖，在葡萄狀鬼胎，亦往往見之，但在惡性腫瘤，不僅上皮增殖而止，進而破壞周圍組織，侵犯鄰近之肌組織，使之染色不良，俾構造不明。尤善侵血管

第二五百一十一圖



惡性脈絡膜上腫兩細排細胞型

(Nach Küstner)

壁，貫其肌層，出內皮層下，暫時沿內皮層擴展，其終乃破壞內皮層而出血，更由血流而生轉移。故顯微鏡下，有大小種種出血竈，表示無限之發育。轉移，早期見於肺，肝，腦及其他內臟，亦多轉移於陰道者。

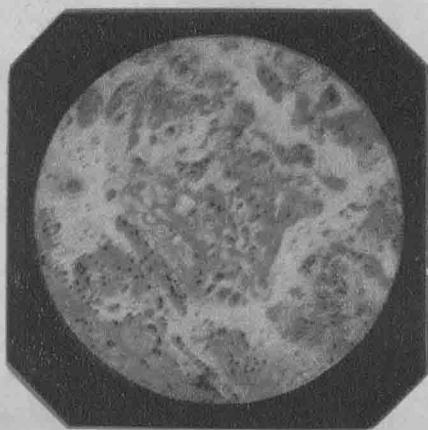
本腫瘍原發於子宮內面，在子宮腔內作瘤腫狀或瀰漫性隆起，表面多平滑，呈暗褐色，暗赤色，以及橙黃色，其質柔軟鬆弱。腫瘤之大小，自粟粒以至人頭大。剖面非如癌腫肉腫之爲髓狀，而呈海綿狀，有多數出血竈。（第二五十四、五圖。）

本腫瘍多而向子宮腔而生，偶亦有與黏膜無異，生於肌層中或腹膜面者，又有子宮無異狀，而原發於陰道，輸卵管，卵巢等處者（子宮外惡性脈絡膜上皮腫 (Ectopisches Chorionepithelioma)）

症候及診斷 主症候爲子宮出血。分娩後且鬼胎分娩或流產後，經數週數月至一二年，有稍烈之不規則出

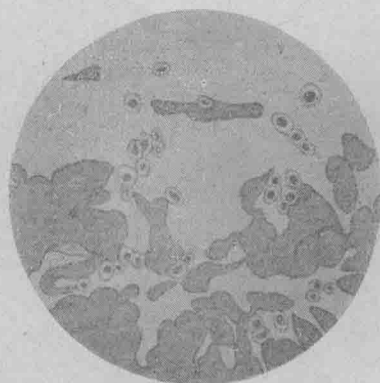
血，反覆不已時，首須慮及本腫瘍。患者陷於高度貧血，又每早發轉移。腫瘤增大，子宮亦增大。確實之診斷，非據組織的檢查不可。組織的診斷上，須注意鑑別者，脈絡膜性遊走細胞，及葡萄狀鬼胎之絨毛上皮異常增殖等。在妊娠初期，侵入子宮壁深部之絨毛上皮細胞，至妊娠末期多消失，時或雖至分娩後，尚有一定期間，遺留於子宮壁內者，早

圖二十五百二第



腫皮上膜絡脈性惡

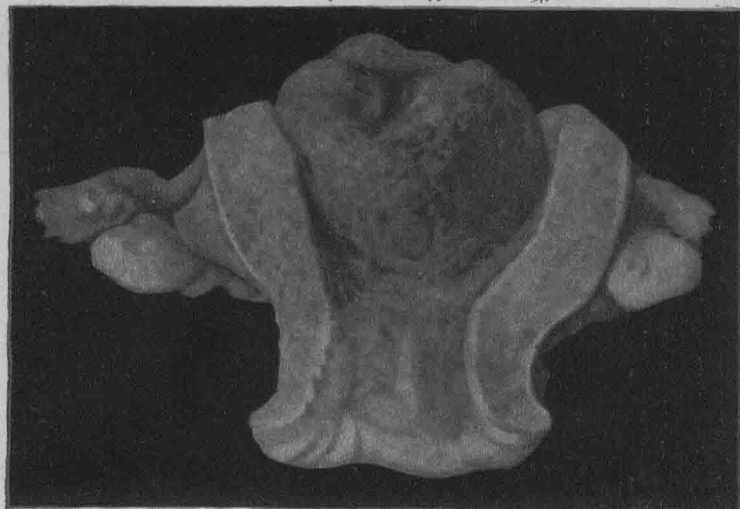
圖三十五百二第



配胞種圖示  
置之細兩上

(Nach Jolly)

期流產及葡萄狀鬼胎分娩後尤然。雖在此時，分娩後約經三週，則生理的絨毛細胞，殆常消失，在此期以後，猶見上述之組織像者，大凡可視為惡性腫瘍；然不確實。絨毛上皮細胞之存在，同時如更證明絨毛之遺留者，則可想像其非惡性腫瘍，然決不可安心。故診斷惡性脈絡膜上皮腫時，須注意腫瘍細胞對於周圍組織之破壞作用，最為重要。



(一) 腫皮上膜絡脈性惡  
(藏室教科婦產專醫知愛)

圖 五 十 五 百 二 第



(二) 腫皮上膜絡脈性惡  
(藏室教科人婦產專醫知愛)

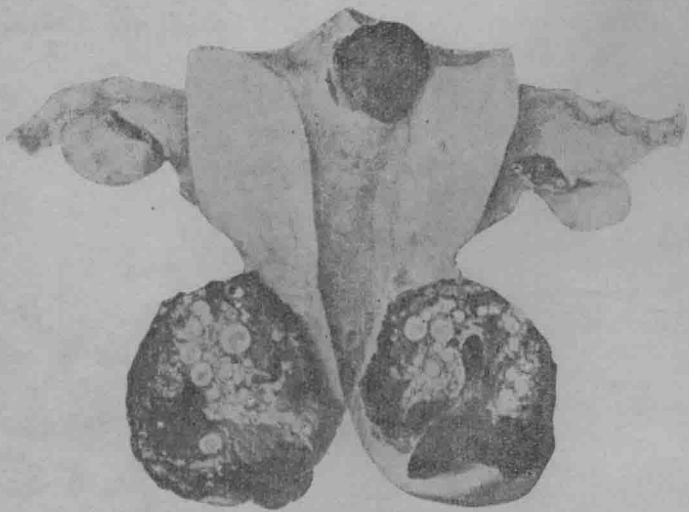
腫瘍發生之初，診斷雖往往困難，但既形成著明之腫瘍，且呈上述之組織的構造者，決無誤診之虞。時或見葡萄狀鬼胎之胞，與本腫瘍一同發生者有之（第二百五十六圖）。

腫瘍轉移於陰道時，始則在黏膜下生小結節，透過黏膜而呈紫色。後乃破壞黏膜，形成潰瘍，易於出血。轉移至肺，則咳嗽，咯痰，咯血，呈類似肺結核之症狀，期月而斷。轉移至腦，則呈腦出血，腦腫瘍之症狀。

豫後 大致不良。自症狀發現後，多在一年以內，由出血或轉移而斃。如能早期行根治手術，則豫後較為良好。偶亦有僅用搔爬而治愈者。據余經驗，症候初發後，尚未過二三月以上，或腫瘤不超過梅實大者，手術豫後，較為良好。

療法 早期行子宮全剝出術。發病後既經過數月者，縱使將子宮及附屬器完全剝出，亦多再發，或潛在他臟器之轉移發現，取不幸之轉歸者有之。以大概言，則

第 二 百 五 十 六 圖



具有葡萄狀鬼胎之惡性脈絡膜上皮膚腫

（東京醫科大學產婦人科教科室藏）

手術愈早者其豫後愈佳。若以僅用搔爬治愈極罕之例，而於早期全剔出術有所躊躇之類，決不得謂為得當。宜與子宮癌腫，有同等之戒心也。

實天孫三六

流產後血崩

內由血崩

大至不

流產後血崩

內由血崩

大至不

流產後血崩

內由血崩

大至不

流產後血崩

內由血崩

大至不

一、二、三、四、五、六、七、八、九、十

一、二、三、四、五、六、七、八、九、十

上海醫學專門學校附屬醫院

(上海醫學專門學校附屬醫院)