

# 目次

總論 .....	1
第一章 泌尿生殖學之外部檢查法 .....	1
第一節 陰莖及尿道之診察 .....	1
第二節 睪丸、副睪、精索及陰囊之診察 .....	2
第三節 前列腺及精囊之診察 .....	3
第四節 膀胱之診察 .....	4
第五節 腎之診察 .....	5
第六節 輸尿管之診察 .....	7
198 第七節 前列腺液及精液之檢查 .....	8
第二章 檢尿法 .....	10
第一節 尿之肉眼理學性狀 .....	10
第二節 尿之化學檢查 .....	12
第三節 尿之顯微鏡檢查 .....	18
第四節 尿之細菌檢查 .....	24

第三章	泌尿科一般症候 .....	37
第一節	疼痛 .....	37
第二節	發熱 .....	43
第三節	外科尿毒症 .....	44
第四節	排尿異常 .....	46
第五節	尿閉 .....	52
第六節	尿失禁 .....	56
第七節	尿之病變 .....	58
第四章	泌尿科特殊診斷法 .....	73
第一節	尿道膀胱內器械檢查法 .....	73
第二節	泌尿器內腔鏡檢法 .....	80
第三節	輸尿管插管法 .....	104
第四節	外科腎官能檢查法 .....	108
第五節	泌尿科領域之倫線診斷 .....	137
各論 .....		165
第一章	腎及輸尿管之外科疾病 .....	165
第一節	腎之解剖 .....	165
第二節	腎之畸形及發育障礙 .....	170

---

第三節	輸尿管畸形	173
第四節	腎損傷	176
第五節	腎及腎盂之外科炎性病	179
第六節	腎之特種炎性病	187
第七節	腎寄生性病	203
第八節	游走腎	204
第九節	腎及輸尿管結石	209
第十節	腎潴積瘤	224
第十一節	腎之囊瘤性病	232
第十二節	腎腫瘤	236
第十三節	腎盂腫瘤	241
第十四節	腎被膜腫瘤	243
<b>第二章</b>	<b>膀胱病</b>	<b>244</b>
第一節	膀胱畸形	244
第二節	膀胱損傷	247
第三節	膀胱內異物	248
第四節	膀胱結石	251
第五節	膀胱炎	257
第六節	非炎性膀胱病	264
第七節	膀胱結核	266
第八節	膀胱梅毒	270

第九節	膀胱寄生蟲病	270
第十節	膀胱腫瘤	271
第十一節	膀胱之神經障礙	278
<b>第三章</b>	<b>前列腺病</b>	<b>283</b>
第一節	前列腺之解剖	283
第二節	前列腺畸形	284
第三節	前列腺損傷	284
第四節	前列腺結石	285
第五節	前列腺炎	285
第六節	前列腺結核	290
第七節	前列腺梅毒	292
第八節	前列腺肥大	293
第九節	前列腺惡性腫瘤	305
第十節	神經性前列腺病	307
<b>第四章</b>	<b>精囊病</b>	<b>310</b>
第一節	精囊畸形	310
第二節	精囊損傷	310
第三節	精囊炎	310
第四節	精囊結核	312

---

第五章 尿道病	314
第一節 尿道臨床解剖	314
第二節 尿道畸形	319
第三節 尿道損傷	327
第四節之甲 尿道結石	331
第四節之乙 尿道異物	333
第五節之甲 男子尿道炎	333
第五節之乙 女子淋病	360
第六節 尿道結核	362
第七節 尿道狹窄	364
第八節 尿道周圍炎及尿道周圍浸潤	372
第九節 尿道周圍尿浸潤及尿膿瘍	373
第十節 尿道瘻	376
第十一節 尿道腫瘤	378
第六章 陰莖病	380
第一節 先天畸形	380
第二節 鞘頓包莖	383
第三節 陰莖損傷	385
第四節 陰莖之炎症	385
第五節 陰莖特種炎	392

第六節	陰莖結核 .....	395
第七節	陰莖腫瘤 .....	397
<b>第七章</b>	<b>睪丸副睪及陰囊諸病 .....</b>	<b>404</b>
第一節	解剖概要 .....	404
第二節	睪丸畸形 .....	409
第三節	睪丸位置異常 .....	410
第四節	睪丸及被膜之損傷 .....	414
第五節	睪丸及副睪炎症 .....	415
第六節	結核性副睪炎及睪丸炎 .....	419
第七節	睪丸副睪之梅毒 .....	424
第八節	睪丸副睪之癩及放線菌病 .....	425
第九節	睪丸副睪及精索之腫瘤 .....	425
第十節	陰囊水腫 .....	428
第十一節	陰囊血腫 .....	434
第十二節	精索水腫 .....	434
第十三節	精腫 .....	434
第十四節	陰囊內諸病之鑑別 .....	435
第十五節	精索靜脈瘤 .....	437
<b>第八章</b>	<b>男子性慾官能障礙 .....</b>	<b>439</b>
第一節	生理概要 .....	439

---

第二節 男子生殖官能障礙 .....	443
第三節 生殖器激刺現象 .....	452
第四節 生殖器弛緩現象 .....	453
第五節 性慾神經衰弱 .....	454



西文索引

# 泌 尿 科 學

## 總 論

### 第一章 泌尿生殖器之外部檢查法 (Äussere Untersuchungsmethode der urogenitalen Organen)

#### 第一節 陰莖及尿道之診察

##### 一 視診 (Inspektion)

(1) 陰莖 診察龜頭外形及炎性病變之有無，尤以潰瘍性病變，宜檢其數量、性狀、炎症強弱、局部淋巴腺之腫脹狀態，而辨其是否軟、硬、下疳、癌、結核與夫單純潰瘍等。

(2) 包皮 檢炎性、非炎性腫脹及包莖等。

(3) 尿道 觀尿道外口是否在龜頭尖端正常位，及其形狀、直徑等，又查其有無潮紅、排膿及副尿道，並檢排尿狀況。



## 二 觸診 (Palpation)

(1) 陰莖 龜頭如有潰瘍，則檢其硬軟、浸潤、疼痛輕重、陰莖海綿體是否照常平等柔軟，並查其中有無硬度變化、索條、硬結、腫脹等。

(2) 尿道 觸診尿道作從尿道外口迄陰莖根部之柔軟索條，在陰莖下面觸知。試由陰莖下面向尿道外口按擠，觀尿道外口有無排膿。倘存粘膜下屬之炎性浸潤，則於尿道周圍觸小濾泡炎性硬結（小濾泡炎 *Kleine Follikulitis*），又尿瘻索（*Harnfistelstrang*）亦可指觸。設有尿道狹窄，則於狹窄部觸一二或多數大小索條或癍痕性硬結，患者尿時覺局部疼痛及不快感。呈胼胝形成 *Callusbildung* 時，可觸相當腫瘤狀物，如係尿道結石、異物等，則於局部觸疼痛硬結。苟有尿瘻，每於外皮現一個或數個瘻孔，宜插探子以檢瘻管之經過及其與尿道之連結狀態。

## 第二節 睪丸、副睪、精索及陰囊之診察

### 一 視診

檢陰囊有無腫脹，若有腫脹，須鑑別其是否炎性，又查腫脹形狀、外皮炎症、愈着、瘻孔有無等。

### 二 觸診

置一手（食指拇指）於鼠蹊部，由陰囊上方或下方捏精索，以他手檢睪丸、副睪及其他關係。

正常睪丸在陰囊內下前方，緊張柔軟，橢圓而平滑，壓之有睪丸感（*Hodengefühl*），副睪與睪丸相接，在其後內方，作較柔軟蟲狀，能觸頭部及尾部，其感覺不如睪丸之敏銳。陰囊內之腫瘤，據其有無整復性

(reponierbar), 足與膨脫 (Hernia) 相別, 由其形狀, 硬度而區別是否被膜性陰囊水腫、血腫, 抑係實質性辜丸、副辜, 又檢辜丸、副辜之關係, 探究原發部位後, 而下診斷可也。

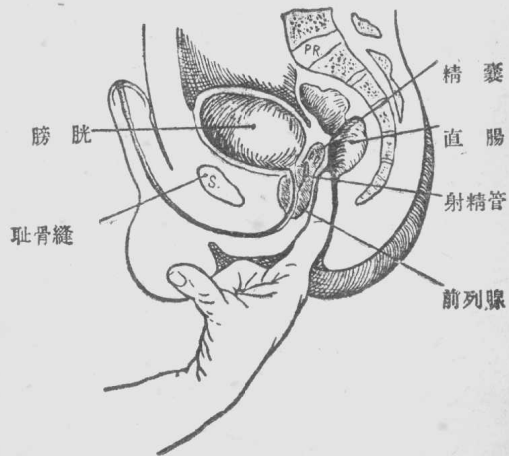
精索之檢查宜以一手由下方執陰囊, 一手撫摸精索。精索為柔軟索條, 內有略硬輸精管, 檢輸精管之敏感性及腫脹。精索腫脹是否平等或作塊狀, 並查硬度及疼痛之有無等。

### 第三節 前列腺及精囊之診察

直腸內診 (rektale Untersuchung) 之於患者, 多少與以不快, 然極緊要。診察時患者之體位, (1) 平靜仰臥, 將彎曲兩腳張開, 或屈兩腳於腹上, 由曲膝下置手於肛門。(2) 於側臥位向軀體強屈兩膝, 由後方診察。(3) 於膝肘位匍匐而行診察。

任取上述位置, 術者食指帶橡皮套, 上塗油脂, 避開肛圍硬毛, 而向肛門插入。其時可命患者張口行平靜呼吸為佳。

(一) 前列腺 指入肛門內, 先觸直腸腔, 距肛門 3-4 cm. 達前列腺下端, 更進可觸及全下面。



第一圖 直腸內診

正常前列腺分左右兩葉，各約指頭大，表面平滑，略形硬固，強壓之徵感不快。兩葉中間有相當後尿道之淺溝，甚柔軟，頗過敏，壓之每感尿意。

先檢前列腺大小，次觀各葉或全腺之腫大程度。肥大輕度者，中央溝平坦，全體作球形；腫大強烈則指尖每難達其上端；而萎縮時或完全不能觸知。又硬度亦大有關，前列腺肥大（Prostatahypertrophie）多平等硬固，炎症時視浸潤程度，硬軟不同，化膿者可觸知波動。

表面之狀態或平滑緊張（實質炎時），或凹凸不平，或觸塊狀硬點（濾胞性前列腺炎），或觸小軟化竈（濾胞化膿）等。如有疼痛，須明究其所在。

（二）精囊 健康精囊不易觸知，內容蓄積或起炎性腫脹時，始能觸知。由前列腺上端斜向上外方鉛筆至小指大稍硬表面不甚平坦之腫脹物，時或呈波動。密接於膀胱後壁，故膀胱充滿時，易於觸知。

觸診全精囊極困難，普通不能達其上端。倘壓迫之，每將精囊內容由尿道外口排出。

#### 第四節 膀胱之診察

（一）視診 健體膀胱雖充滿亦難目觀，而瘦削者，則充滿時恆於恥骨縫上現輕度膨隆。尤以尿閉時膨隆著明，可達臍部或更過之，緊張感痛。

（二）打診 由打診雖能檢膀胱之充滿度，而膀胱內時或充以相當量之空氣，或腸管存於膀胱前面，故打診之成績，殊不確實。

(三)觸診 常人當膀胱充盈時，於恥骨縫上壓迫腹壁，每略訴尿意，而有病變，則無論充滿與否，普通概能證明排尿感乃至疼痛。

## 第五節 腎之診察

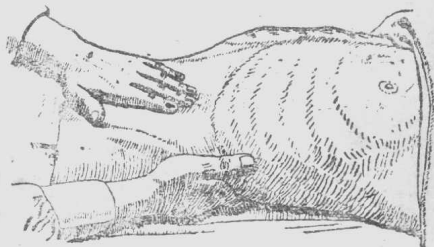
### 一 視診

腎之視診所見，甚少診斷價值。因腎腫瘤等作鉅大腫脹，則患側季肋部下腹壁緊張膨隆，且現靜脈怒張等；腎周圍如化膿，則側腹至腰部爲止之皮膚，潮紅浮腫；化膿進達深部，襲及腹肌，則因其收縮，患側股被牽掣而彎曲。

### 二 觸診

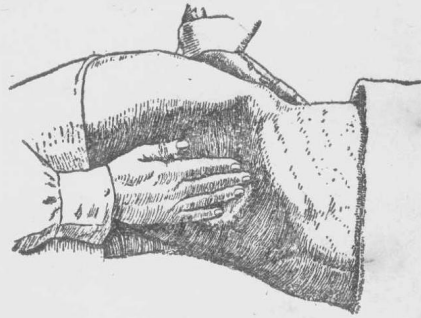
腎之觸診，有種種方法。

(1) 該溫氏仰臥雙手觸診法 (bimanuelle Palpation in der Rückenlage-Guyon) 命患者安靜仰臥，屈膝關節以去腹肌之緊張，術者張開與患腎相反側之手掌(例如欲觸診左腎，則用右手)，將其食指循第十二肋骨貼於腰部，使指頭達第十二肋骨與長伸背肌之交叉點，更以左手平放腹壁上，其指頭位置，須在距肋骨弓約二指橫徑下，而略作直角，令患者穩靜深呼吸，趁呼氣完畢時按壓腹部之左手，以俟其次呼氣，如此每呼氣時壓左手，次第探達肋骨弓下而行壓診，同時以腰部之右手強按軟腰部，則兩手間可觸腎臟(第二圖)。



第二圖 該溫氏觸診法

(2) 伊斯勒氏側位雙手觸診法 (bimanuelle Palpation in der Seitenlage-Israel) 使患者側臥，患腎向上，輕屈膝關節，以去上體及腹壁之緊張，則腎因其重量，向前下方墜落，自易觸診。於是術者立於患者後方，照前法而行雙手觸診(第三圖)。

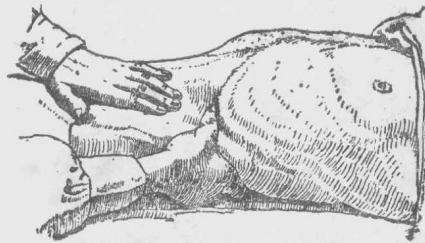


第三圖 伊斯勒氏觸診法

(3) 錫德氏半坐位雙手觸診法 (bimanuelle Untersuchung in der halbsitzender Rückenlage-Schede) 命患者於病牀或診察臺取半坐背位，護士堅持其頭，而照上法觸診。

(4) 直立位、膝肘位及坐位觸診法 Kuttner, Wahrman 諸氏喜於直立位 (Stehende Lage), Wagner 氏於膝肘位 (Knie-ellbogen Lage), Trastour 氏於坐位 (Sitzende Lage) 觸診。此等均可於上記諸法難以詳細觸診時併行。

(5) 格利納氏 (Glénard) 法 其法係用雙手觸診時觸診手之拇指，貼於前腹壁，其餘四指貼後腹壁，在肋骨弓下捏側腹部，命行深呼吸，當呼氣開始，插拇指於肋骨與腎之間以固定腎，而以他手詳細觸診。大都行於游走腎之診查(第四圖)。



第四圖 格利納氏法

健腎大部分蔽於肋骨弓，只其三分之一極部露出弓下，普通本不易觸知。右腎概居肝葉下，位置略低於左側，故觸診較易於左腎。然雖屬健腎位，上下恆無一定，故觸診亦有難易之別。

觸診健腎，在肋骨弓下作橢圓形，表面平滑，下端境界明截而硬固，隨深呼吸而呈呼吸移動 (*respiratorische Verschieblichkeit*)，且於雙手觸診法前後兩手間覺跳躍 (*Ballotement-Guyon*)，據此等足與他臟器相別。健腎普通本無壓痛，而病腎則必略呈壓痛及不快感，又病腎雖不能觸診，而其處腹壁較之他側微呈防衛緊張 (*Abwehrspannung, Défense musculaire*)，多具抵抗性。

腎壓點 (*Druckpunkt d. Niere*) 背面甚著，在第十二肋骨與脊柱交叉處，或在肋骨與膈薦肌之交叉點，其於前方，則在腹直肌外緣與肋骨弓緣之相交點。

## 第六節 輸尿管之診察

健體能從腹壁觸知輸尿管者極少。

輸尿管壓點 (*Druckpunkt d. Ureters*) 輸尿管一定部平時亦有微形敏感之壓痛點，而腎盂、輸尿管倘存炎症，則愈加昭著。其部位(1)當臍窩同高處，通過臍之橫線與通過馬克巴耐氏 (*Mac Barny*) 點之垂直線兩者相交叉點。(2) 輸尿管與骨盆大血管之交叉點，即兩髂前上棘 (*Spina iliaca anterior superior*) 結合線外方與中央 $\frac{1}{3}$ 之交點稍上方 (*Tourneux*)。(3) 在髂前上棘內上方，蓋緣此處當輸尿管、腎病時，髂腹下神經 (*N. ileo-hypogastricus*) 及髂鼠蹊神經 (*N. ileo-inguinalis*)

呈反射性過敏所致。

此壓痛點經壓迫感痛，同時併起尿意，與健側比較，尤形顯著。但此不宜過於重視。

輸尿管下端之觸診 輸尿管壁肥厚時，依直腸內診法（男）或陰道內診法（女）觸知輸尿管下端穿入膀胱之處，每證明過敏性粗索。但宜注意與輸精管、精囊等鑑別，否則反致誤診。

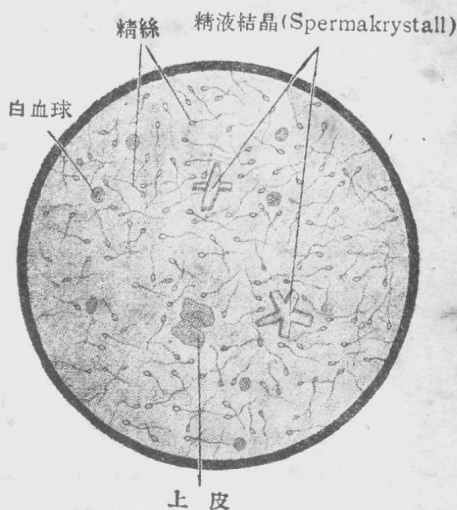
## 第七節 前列腺液及精液之檢查

### 一 前列腺液之檢查

(1) 採取法 清洗前尿道，後命排尿，最好將最後少量存留。嗣行直腸內診，將食指插達前列腺後面，由外向內壓迫之，則前列腺分泌物從尿道口流出，可致之載物玻片上。其量過少，可向尿道外口摩擦，尿道下面，則復排出。但經此尚有不能獲得者。又前列腺液每逆流於膀胱，命排出最後所存留之尿，取其離心沈渣檢之亦可。

(2) 肉眼所見 正常前列腺液乳白色至青白色，呈稀薄牛奶狀，反應鹼性，不粘稠。

顯微鏡所見 在不染標本見大小不同圓形強折射多數球體，此乃細微分布之類脂滴，分



第五圖 正常精液

泌液之作乳白色，即緣此故。其他，並有上皮細胞與圓環狀黃褐色物，此為澱粉小體 (Amyloidkörperchen)，遇碘呈綠紫色。又摩擦前列腺時，精囊亦恆被擦，故其內容往往混入，鏡下發見精絲者甚夥。老年分泌液中，雖略含白血球，而無病理意義。

炎性分泌物外觀不作青白牛奶狀，隨膿球混雜之多寡，而帶黃色調，鏡下見多數膿球及細菌，類脂滴消失。膿球及細菌檢查，可據染色標本。

## 二 精液之檢查

(1) 採取法 令患者洩精於陰莖套 (Kondom) 中帶來，務以新鮮者為佳。

(2) 所見 精液量依精囊充滿度、個人、年齡等而異。

肉眼所見 通常自睪丸、副睪、精囊、前列腺及尿道附屬腺等諸液體相混而成，灰白色粘稠膠狀液，呈鹼性，具特別臭氣。

顯微鏡所見 見無數精絲 (Spermatozoen)、少數上皮細胞、前列腺分泌物，時或圓柱狀物。健康精絲以其長尾行波狀、蛇行狀活潑進退運動，宜觀察精液中精絲之多寡，並其運動之活潑程度。生殖器先天發育不全、曾罹睪丸炎、兩側隱睪 (Kryptoorchismus) 等，呈少精絲 (Oligospermie) 至無精絲 (Azospermie)；其在精囊、前列腺炎等，精液作稀薄水狀，呈黃色，屢混血液而成血精 (Hämospermie)。血液如平等混合，則為來自精囊；不等者則為來自前列腺、尿道等之證。染色標本用石炭酸品紅 (Fuchsin) 及次甲基藍 (Methylenblau)，精絲頭染成青色，尾及中間部成鮮紅色。



## 第二章 檢尿法 (Harnuntersuchung)

### 第一節 尿之肉眼理學性狀

(Makroskopische, physikalische Eigenschaften des Harns)

#### 一 尿量 (Harmmenge)

參照後章多尿項下。

#### 二 色調及外觀 (Aussehen u. Farbe des Harns)

新鮮常尿水狀透明，呈蕪黃色，振盪之作大小泡沫，而旋即消散。排出之尿暫時放置，有生若干絮渣 (Nubecula) 者，此成自膀胱粘液，上皮及草酸鈣等。又值寒冷，則尿酸、草酸鹽類析出而生灰色或帶紅白色沈澱 (磚色渣 Sedimentum lateritium)，遇溫復溶解。又對於食餌亦有影響，尤在鹼性尿，因碳酸、磷酸鹽類析出而呈平等溷濁尿 (碳酸尿 Karbonaturie, 磷酸尿 Phosphaturie) 者有之，此雖加溫亦不消失，而加酸類俾成酸性，則轉透明。

常尿因其中所含尿色素 (Urochrom)，尿紅素 (Urorosein)，尿胆素 (Urobilin) 等呈蕪黃色，而依尿之酸度及水分，色調恆有變化。酸性尿多作暗色，水分饒多呈淡色水狀，濃縮尿變暗褐色。

#### 三 尿之反應 (Reaktion des Harns)

健體常尿因尿中酸性磷酸鹽、尿酸鹽而呈酸性，其酸度 (Acidität) 則隨種種條件而不同。