

2537

婦科教本

上冊



上 册 目 錄

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

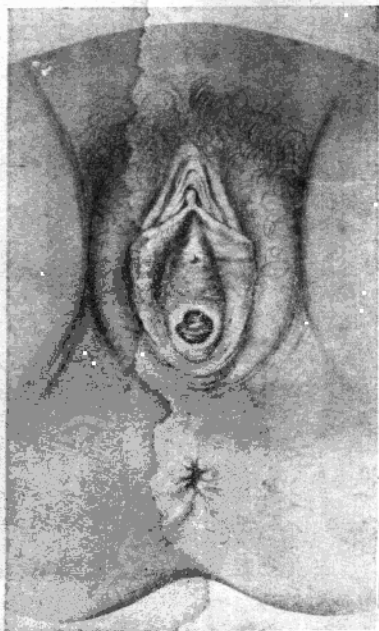
戊、女陰囊腫	116
己、女陰結締組織瘤腫	117
庚、女陰癌	119
辛、女陰損裂(會陰破裂)	122
第六篇 陰道病症	127
1.陰道生物學 2.陰道炎 3.陰道炎之各種形式 4.陰道炎病象 5.陰道炎治療法 6.陰道各種潰爛症 7.陰道閉鎖及癥疤性結住 8.陰道囊腫 9.陰道瘤腫 10.陰道之乳頭瘤 11.陰道癌 12.陰道損傷及異體	
第七篇 女性尿臟病症	155
1.手術器 2.畸形 3.下行尿管發炎 4.特種膀胱炎 5.膀胱傍結締組織炎及膀胱外膜炎 6.尿臟結核病 7.因鄰臟病症破入膀胱內者 子、宫外孕 丑、子宮傍結締組織腫 寅、子宮附帶瘤 卯、卵巢瘤腫 8.尿(瘤腫,尿石,異體,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

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

婦科教本

第一篇 女子生殖器及尿臟解剖(參考一)

女陰 (Vulva) (參考二): 由兩對陰唇及一陰核組成。大陰唇 (Labia majora) 爲二綳皮。始自恥丘 (Mons veneris), 終於會陰 (Perineum)。其特點一如恥丘。皮下有脂肪甚多, 因此略形突起 (如堤然)。至於脂肪



圖一 女陰

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

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

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

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

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



圖 二

前庭大腺(柱形上皮細胞所遮蓋)

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

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

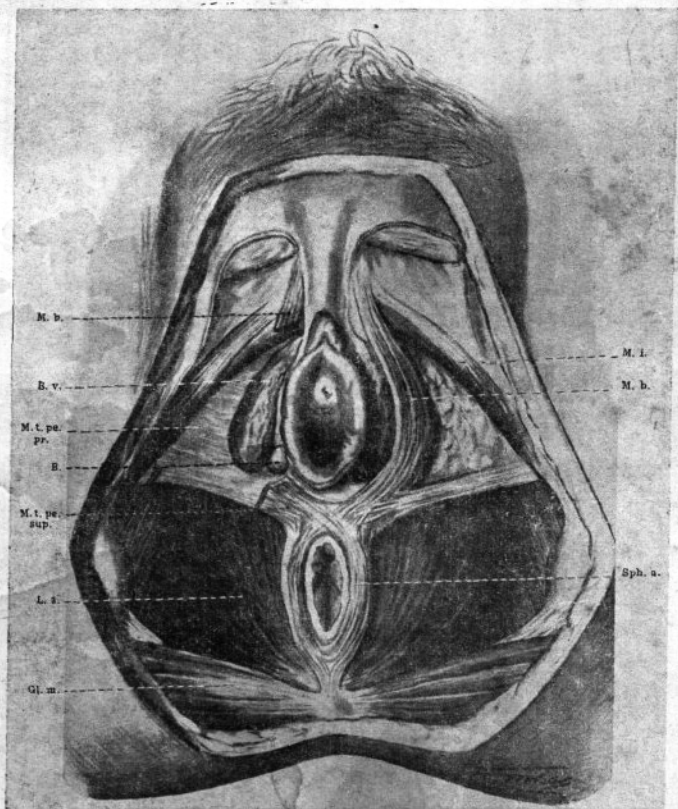


圖 三

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

B. = 前庭大腺 (Glandula Bartholini)

B. v. = 前庭球肌 (Bulbus vestibuli)

Gl. m. = 臀部大肌 (Musc. Glutaeus Maximus)

L. a. = 肛門提肌 (Levator Ani)

M. b. = 球形海綿肌 (Musc. bulbocavernosus)

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

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

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

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

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

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

(三)骨盤底橫膜之最外一層有三條單獨肌肉:

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

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

骨盤底的肌肉均爲橫紋肌, 其工作有如下述:

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

肛門外收縮肌爲收縮肛門之物, 與肛門提肌合作。

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

小陰唇 (Labia minora) 來自陰核, 向後漸漸消滅於其兩傍大陰唇後端三分之一處。此小陰唇一如大陰唇爲一綫皮; 惟因其下層缺少脂肪, 故

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

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

小陰唇中之空隙名曰前庭（Vestibulum），其最低之點即上述之舟狀凹。

陰核（Clitoris）由一浮薄韌帶（Ligamentum suspensorium）繫於恥縫下端，性慾衝動時，一如男子陽物發硬而腫脹，使陰道口縮小。陰核之下層有靜脈體，受刺激後亦能腫脹，其中分為：兩陰核靜脈叢（Crura cavernosa clitoridis）來自兩傍，沿恥骨下支，會合於中央。陰核靜脈體（Corpus clitoridis）與兩陰核靜脈叢相連接。陰核之尖端為正在分裂之小陰唇末端所包圍，因此其前方兩端成一陰核包皮（Praeputium clitoridis），而其後尖端則成為一陰核繫帶（Frenulum clitoridis）。

Willan 氏（參考四）曾見一九歲女孩之陰核患有包皮過長之症。

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

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

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

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



圖四 完癮性處女膜（十三歲女孩）



圖五 已破傷之處女膜

檢查者之左手將女陰之陰唇擴開（此種手在每次陰道檢查或通小便時所應先為）

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

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

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

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

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

陰道上皮於新生時甚嫩 (與正式粘膜同)；在青春時期，尙爲單層短

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

子宮 (Uterus) (圖六) 形如梨，長約七至九厘米（中國女子六至八

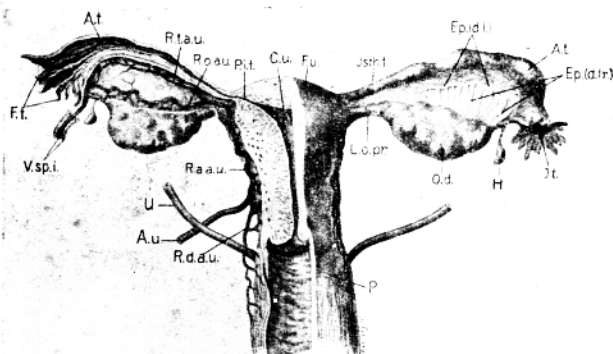


圖 六

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

A. t. = 輸卵管壺腹部 (Ampulla tubae); A. u. = 子宮動脈 (Arteria uterina); C. u. = 子宮腔 (Cavum uteri); Ep. (d. l.) = 卵冠冠 (Epicophoron) 長形管 (ductus longitudinalis) Ep. (d. tr.) = 卵冠冠橫形管 (Epicophoron transversalis); (F. t. = 輸卵管繖 (Fimbria tubae) F. u. = 子宮底 (Fundus uteri) H. = 有蒂形之水泡 I. t. = 輸卵管漏斗 (Infundibulum tubae) L. O. pr. = 卵巢本韌帶 (Lig. ovarii proprium); O. d. = 右卵巢 (Ovarium dextrum); P. = 子宮直腸凹腹膜摺襞處; P. i. t. = 輸卵管間質部 (Pars interstitialis tubae); R. a. a. u. = 子宮上游支 (Ramus ascendens arteriae uterinae); R. d. a. u. = 子宮下游支 (Ramus descendens arteriae uterinae); R. o. a. u. = 子宮動脈卵巢支 (Ramus ovaricus art. uterinae); R. t. a. u. = 子宮動脈輸卵管支 (Ramus tubarius arteriae uterinae); U. = 輸尿管 (Ureter); V. sp. i. = 生殖腺內支靜脈 (Vasa spermatica int.) Isth. t. = Isthmus tubae.

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

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

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

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

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

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



圖 七

子宮體正常粘膜

粘膜之腺體亦然。腺體出口向外排列。(參考一〇)

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

子宮頸腺體(圖八)多枝節,如鹿角然。中有堅韌如漿狀之液體。此



圖 八
子 宮 頸 腺 體

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

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

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

泡。初生者及老年婦人均無此等現象。

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

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

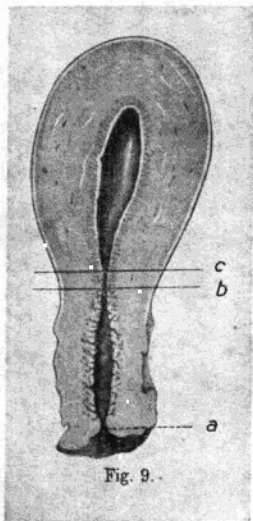


圖 九

德國解剖學會曾提議將子宮之口分為下述之處。（圖九）

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

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

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

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



圖 十

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

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

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

尤低。欲知腹膜與子宮之關係，吾人當回顧人類進化之史蹟，蓋腹膜原為一袋，包圍中間之腹腔，女子之內生殖器乃由下方上聳而成者。故腹膜遂成子宮前後壁之漿膜。遮圍子宮之腹膜同時又遮住輸卵管，但輸卵管較子宮小而薄，故腹膜除遮住全部輸卵管外，其餘部即互相粘住而成為子宮兩傍之闊韌帶(Ligamenta lata)矣。以故闊韌帶由腹膜之前後兩葉所組成，其內部一切均屬於腹膜外(圖十一)。

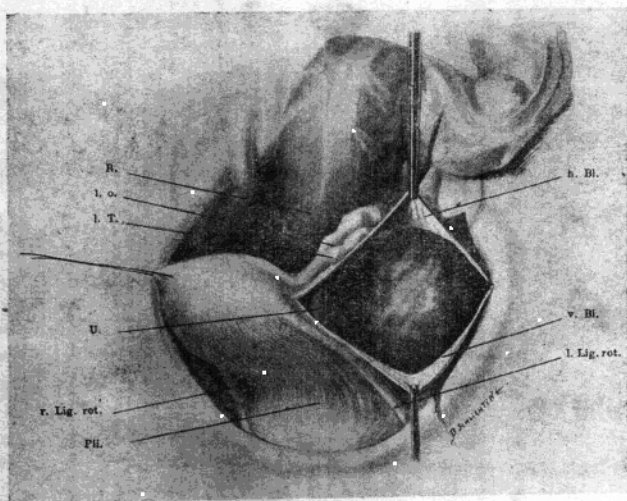


圖 十 一

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

子宮底些微向後拉開

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

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