



外科學

各論

下

增訂版





醫學博士茂木藏之助著  
醫學博士湯爾和譯  
新醫同仁研究社增訂

# 外科學

各論(下)

新醫叢書之一

杭州新醫書局發行

(新醫叢書之一)

# 外科學各論 (下)

增 訂 版



中華民國三十七年十二月一日付印

中華民國三十八年二月二十五日出版

著者	醫學博士	茂木	藏之助
校譯者	醫學博士	湯爾	和
增訂者		新醫同仁	研究社
發行人		韓學	川
發行所		新醫書局	川
		總局	杭州中正街三六九號
分發行所		新醫書局	川
		分局	上海漢口路六六八號
印刷者		新醫書局	印刷製版廠
			杭州皮市巷一四四號

本書基本定價四十二元

藥界名宿  
於達望著

# 製藥化學

內容新穎  
印刷精良

近年科學進步迅速，藥學尤關重要。凡教育實業衛生國防各方面所應用之藥品，年以億萬計，大部仰給外邦，利權外溢，莫此為甚，國人當急起直追，速謀仿製，以求自給自足，方克有濟。本書四十餘萬言，六百餘頁，銅鐸版插圖一百三十餘個，凡現行藥品製造法，如青黴素、磺胺類、鏈黴素、抗生素物質、維他命荷爾蒙製劑等，及性質、鑑別法、檢查法、含量測定、用途等，均列舉而條析之，可作藥學校之教本、亦藥廠、藥房、醫院化驗檢查處所之參考書籍。第一版於二十四年印行迅即售罄。茲因社會各界需要之殷，特增訂再版付印。

二十五開本西白紙精校排印，沖皮面  
燙金，精裝一巨冊 基本定價六八元

赤松純一著·沈王楨譯

## 耳鼻咽喉科學

新五號字排特等西報紙印  
二十五開本精裝一冊廿七元

本書以同仁會第五版作藍本，內容新穎充實，插圖精晰豐富（二百二十六幅）學理實際，現聘請專家將最新各種技術及歐美二次戰後新療法，分別增入，去舊補新、益臻完善，全書由十五萬言增至二十八萬言，醫校採作科本，開業醫師備作進修均極適宜，介紹錄目於下：

- 耳科學：聽器檢查法等十一章
- 鼻科學：鼻腔及鼻副腔檢查法等十七章
- 口腔科學：口腔檢查法等十二章
- 咽科學：咽檢查法等十二章
- 喉科學：喉檢查法等十三章
- 氣管科學：氣管及枝氣管直達檢查法等八章
- 食管科學：食管檢查法等八章

## 增訂弁言

茂木外科學各論，內容豐富，醫界人士所愛讀。惜自中日戰後，該書購置困難，且醫學又隨時代進化而日新日異。本社同仁有鑑於斯，緣有增訂該書之舉，謬誤之處，或所不免，尙祈讀者不吝指教！幸甚！

本社編印新書，先後出版者，計有內科症候類編，醫學各科全書，產科手術學，耳鼻喉喉科學，製藥化學，外科學總論，產科學，等數十種是集合諸同仁力量，搜集國內外有關文獻，取其精華，捨其蕪什，加以增訂，希望讀者化最經濟之時間，得最新而實用的學識，特爲讀者介紹。

總論出版以來，備受各方好評，概承樓彥則先生耗費年餘心力，加以增訂及校對，特此申謝。

中華民國三十八年一月一日

新醫同仁研究社

# 新 醫 同 仁 研 究 社 出 版

近年醫藥進步一日千里，學者每苦無法追隨。坊間書籍原不齊備，所有者又多十數年乃至數十年前老版，一再重印，內容陳舊，難滿人意。本社物聘請各科專家執筆，出版新醫叢書，忠實介紹最新醫藥各科專著，圖文並茂，材料新穎，適合專科採作教本，各書再版，一律根據國內外重要文獻，澈底增訂，務使其內容不落伍，永遠與時代條進。

## 新 醫 叢 書 零 購 辦 法

書名	冊數	基	本	定	價
1. 內科治療學	一冊	五	十	九	元
2. 外科學總論	一冊	七	十	元	元
3. 外科學各論上	一冊	六	十	三	元
4. 外科學各論中	一冊	六	十	七	元
5. 外科學各論下	一冊	五	十	八	元
6. 產科手術學	一冊	三	十	八	元
7. 常用處方集	一冊	二	十	八	元
8. 臨床藥理學	一冊	六	十	七	元
9. 各科診療手冊前篇	一冊	六	十	七	元
10. 各科診療手冊續篇	一冊	四	十	六	元
11. 產科學	一冊	七	十	四	元
12. 助產學	一冊	三	十	元	元
13. 眼科學	一冊	五	十	三	元
14. 兒科學	一冊	四	十	六	元
15. 婦科學	一冊	五	十	元	元
16. 製藥化學	一冊	九	十	五	元
17. 臨床醫典	一冊	七	十	六	元
18. 病理學	一冊	五	十	元	元
19. 耳鼻喉喉科學	一冊	三	十	八	元
20. 皮膚及性病學	一冊	五	十	元	元

## ◀ 新 醫 叢 書 編 輯 中 擬 印 各 書 ▶

解剖學	二冊	細菌學	一冊	內科學	3一冊
診斷學	二冊	輸血法	一冊	內科學	4一冊
法醫學	一冊	衛生學	一冊	內科學	5一冊
生理學	一冊	內科學	1一冊	內科學	6一冊
泌尿學	一冊	內科學	2一冊	內科學	7一冊
看護學	二冊				

# 外科學各論

## 下卷目次

### 第七部 四肢外科.....1

#### 第一編 肩胛部外科.....1

肩胛關節之解剖及生理.....1	
I. 肩胛部之畸形.....2	
1) 鎖骨之先天性缺損.....2	
2) 肩胛骨之先天性高位式轉位.....3	
3) 先天性肩胛關節脫臼.....3	
II. 肩胛部之損傷.....4	
1) 軟部之損傷.....4	
2) 骨之損傷.....4	
3) 肩胛關節之損傷.....4	
4) 腋下動靜脈之損傷.....5	
5) 肩胛部神經之損傷及壓迫.....5	
III. 鎖骨骨折.....8	
VI. 鎖骨脫臼.....13	
1) 鎖骨肩峯突端脫臼.....13	
a) 肩峯突起上鎖骨脫臼.....14	
b) 肩峯突起下鎖骨脫臼.....15	
2) 鎖骨胸骨端脫臼.....15	
a) 胸骨前鎖骨脫臼.....15	
b) 胸骨上鎖骨脫臼.....16	
c) 胸骨後鎖骨脫臼.....1	
3) 鎖骨兩側脫臼.....17	
V. 肩胛骨骨折.....17	
1) 肩胛骨體骨折.....18	
2) 肩胛骨頸骨折.....18	
a) 肩胛骨關節盂骨折.....18	
b) 肩胛骨解剖頸骨折.....19	
c) 肩胛骨外科頸骨折.....19	
3) 肩峯突骨折.....20	
4) 喙突骨折.....20	
VI. 肱骨上端骨折.....20	
1) 肱骨上端骨折.....21	
2) 肱骨解剖頸骨折.....21	
3) 肱骨骨端線離解或骨折.....23	
4) 肱骨結節骨折.....24	

a) 粗粒貫通骨折…24	2) 鎖骨之結核……36
b) 粗粒斜骨折及縱 骨折……………24	3) 鎖骨之黴毒……36
c) 大小粗粒骨折…25	XI. 肩胛之炎症……36
5) 肱骨外科頸骨折……25	1) 肩胛骨之化膿性骨 髓骨膜炎………36
VII. 肩胛關節脫臼或肱骨 脫臼……………27	2) 肩胛骨之結核……36
1) 肩胛關節前方脫臼27	3) 肩胛骨之黴毒……36
a) 肱骨喙突下脫臼28	XII. 肩胛關節之炎症……37
b) 肱骨腋窩高脫臼…30	1) 急性漿液性肩胛關 節炎……………38
c) 肱骨關節盂下脫 臼……………30	2) 急性化膿性肩胛關 節炎……………38
d) 肱骨鎖骨下脫臼30	3) 淋毒性肩胛關節炎39
e) 肱骨喙突上脫臼30	4) 風濕症性肩胛關節 炎(急性及慢性)…39
2) 肩胛關節後方脫臼33	5) 慢性漿液性肩胛關 節炎……………39
a) 肱骨肩峯突下脫 臼……………33	6) 結核性肩胛關節炎40
b) 肱骨棘下脫臼…33	7) 梅毒性肩胛關節炎41
3) 肩胛關節上方脫臼 或肱骨上方脫臼…33	8) 畸形性肩胛關節炎41
4) 肩胛關節下方脫臼 或肱骨下方脫臼…33	9) 尿酸性肩胛關節炎41
VIII. 肩胛軟部之炎症……34	10) 神經病性肩胛關節 炎……………41
A) 急性炎症………34	11) 肩胛部肌痛………41
B) 慢性炎症………25	12) 肩胛關節神經痛…42
IX. 肩胛部粘液囊炎……35	XI I. 肩胛關節之攣縮及強 直……………42
X. 鎖骨之炎症………36	XIV. 肩胛關節之動搖關節43
1) 鎖骨之急性化膿性 骨髓骨膜炎……36	XV. 肩胛部及腋窩之腫癩44
	XVI. 腋窩淋巴腺炎……44

1) 急性化膿性腋窩淋  
巴腺炎.....44

2) 鼠疫時之急性腋窩  
腺炎.....45

3) 單純性慢性腋窩腺  
炎及腺病性腋窩炎.....45

4) 結核性腋窩腺炎.....45

XVII. 肩胛部之手術.....46

1) 鎖骨切除術.....46

2) 肩胛骨切除術.....46

    a) 肩胛骨全摘出術.....47

    b) 肩胛骨一部切除  
    術.....48

3) 肩胛關節切除術.....48

4) 肩胛關節離斷術.....50

    a) 環狀切法之離斷  
    術.....50

    b) 瓣狀切法之離斷  
    術.....51

5) 肩胛關節授動手術.....52

第二編 上臂外  
科.....53

肱骨之解剖.....53

- I. 肱骨之先天性畸形...54
- II. 上臂軟部之損傷...54
- 1) 上臂肌及髓之損傷54
- a) 肱二頭肌長頭腱  
        之脫轉.....54

b) 上臂髓及肌之斷  
    裂.....55

2) 上臂肌肉赫爾尼亞56

3) 上臂神經之損傷...57

4) 上臂動脈之損傷...57

III. 肱骨幹之骨折.....58

IV. 上臂軟部之炎症.....61

    1) 癰及癤.....61

    2) 蜂窩織炎.....61

    3) 急性化膿性肌炎...61

    4) 肌肉梅毒.....61

    5) 肌肉風濕症.....61

    6) 化骨性肌炎.....61

V. 肱骨之炎症.....61

    1) 肱骨之急性化膿性  
    骨髓骨膜炎.....61

    2) 肱骨之結核.....62

    3) 肱骨之梅毒.....62

VI. 上臂之腫瘤及囊瘤...62

    1) 軟部之腫瘤.....62

    2) 軟部之囊瘤.....63

    3) 骨之腫瘤.....63

VII. 上臂之手術.....63

    1) 上臂切斷術.....63

第三編 肘部外  
科.....68

肘關節之解剖及生理68

- I. 肘部之先天性畸形...69



- 1) 肘部翼狀皮膚形成 69
- 2) 肱關節先天性脫臼 70
- 3) 肱外翻症及內翻症 70
- II. 肘部之創傷…………… 70
- III. 肘關節之挫傷及捻挫 70
- IV. 肱骨下端骨折…………… 71
- 1) 肱骨髁上骨折…………… 72
- 2) 肱關節內發有貫通冰裂之肱骨髁上骨折…………… 75
- 3) 肱骨下端之骨端線離解…………… 76
- 4) 肱骨小頭骨折…………… 77
- 5) 肱骨外髁骨折…………… 79
- 6) 肱骨外上髁骨折…………… 79
- 7) 肱骨內髁骨折…………… 80
- 8) 肱骨內上髁骨折…………… 81
- V. 前臂骨上端骨折…………… 81
- 1) 鷹嘴突骨折…………… 81
- 2) 鷹嘴突之骨端線離解…………… 83
- 3) 尺骨冠狀突骨折…………… 83
- 4) 橈骨小頭骨折…………… 83
- 5) 橈骨骨端線離解…………… 84
- 6) 兩肱骨上端骨折…………… 84
- VI. 肘關節脫臼…………… 84
- 1) 兩前臂骨脫臼…………… 85
- a) 後方脫臼…………… 85
- b) 前方脫臼…………… 88
- c) 側方脫臼…………… 90
- d) 分離脫臼…………… 90
- 2) 尺骨脫臼(後方)…………… 91
- 3) 橈骨脫臼…………… 91
- a) 後方脫臼…………… 91
- b) 前方脫臼…………… 92
- c) 外方脫臼…………… 93
- VII. 肘部軟部之炎症…………… 93
- VIII. 肘腺炎…………… 94
- a) 急性化膿性淋巴腺炎…………… 94
- b) 慢性單純性淋巴腺炎…………… 94
- c) 梅毒性肘腺炎…………… 94
- d) 結核性肘腺炎…………… 95
- IX. 肘部粘液囊炎…………… 95
- a) 急性漿液性鷹嘴粘液囊炎…………… 95
- b) 急性化膿性鷹嘴粘液囊炎…………… 95
- c) 慢性滲出性鷹嘴粘液囊炎…………… 96
- d) 結核性鷹嘴粘液囊炎…………… 96
- X. 肘關節炎…………… 97
- 1) 急性漿液性肘關節炎…………… 98
- 2) 急性風濕性肘關節炎…………… 98
- 3) 梅毒性肘關節炎…………… 98
- 4) 肘關節風濕症…………… 98

- 5) 慢性漿液單純性肘關節炎.....98
- 6) 變形性肘關節炎...98
- 7) 尿酸性肘關節炎或痛風.....99
- 8) 結核性肘關節炎或肘關節結核.....99
- 9) 肘關節梅毒.....100
- 10) 血友病性肘關節炎或肘關節炎之血友病性關節炎.....100
- 11) 神經病性肘關節炎或神經病性關節症.....100

XI. 肘關節之攣縮及強直.....100

XII. 肘部之腫瘤.....101

XIII. 肘關節之手術.....101

- 1) 肘關節離斷術...102
- 2) 肘關節切除術...102
- 3) 肘關節強直之授動手術.....104

第四編 前臂幹  
部外科.....106

前臂骨之解剖.....106

- I. 前臂之先天性畸形•107
- II. 前臂軟部之損傷•108

- 1) 前臂肌及韌之損傷.....108
- 2) 前臂神經之損傷•108
- 3) 前臂血管之損傷•111

III. 前臂骨骨折.....113

- 1) 兩前臂骨骨折...114
- 2) 尺骨骨折.....116
- 3) 橈骨骨折.....118

IV. 前臂軟部之炎症...122

V. 前臂骨之炎.....122

VI. 前臂之腫瘤及囊瘤•123

VII. 前臂之手術.....123

第五編 手及腕  
關節之外科.....126

手及腕關節之解剖及生理.....126

I. 手及腕關節之先天性畸形.....127

II. 手腕關節及手之創傷.....130

III. 手腕關節之挫傷及捻挫.....130

IV. 前臂骨下端骨折...130

V. 腕骨骨折.....130

VI. 掌骨骨折.....132

VII. 手腕關節脫臼•.....133

- 1) 橈腕關節脫臼...133  
 2) 下橈尺關節脫臼...133
- VIII. 腕骨脫臼...136  
 1) 腕骨間關節脫臼...136  
 2) 腕掌關節脫臼...136
- IX. 手腕關節及手軟部之  
 炎症...137
- X. 手腕關節部腱鞘炎...137  
 1) 橈軋性腱鞘炎...137  
 2) 慢性漿液性腱鞘炎  
 .....133  
 3) 急性化膿性腱鞘炎  
 .....133  
 4) 結核性腱鞘炎...139
- XI. 手腕關節部之粘液囊  
 炎...140
- XII. 手腕關節部之膠狀瘤  
 .....140
- XIII. 手腕關節炎...142  
 1) 急性漿液性手腕關  
 節炎...142  
 2) 急性化膿性手腕關  
 節炎...143  
 3) 淋毒性手腕關節炎  
 .....143  
 4) 急性及慢性手腕關  
 節風濕症...143  
 5) 結核性手腕關節炎  
 或手腕關節結核...144
- 6) 梅毒性手腕關節炎  
 .....145  
 7) 畸形性手腕關節炎  
 .....145  
 8) 尿酸性手腕關節炎  
 .....145  
 9) 手腕關節血管病...145  
 10) 神經病性關節症...145
- XIV. 手腕關節之攣縮及強  
 直...148
- XV. 手及手腕關節之腫瘍  
 及囊瘤...148
- XVI. 手腕關節之手術...150  
 1) 手腕關節離斷術...150  
 2) 手腕關節切除術...151  
 2) 手腕關節之授動手  
 術...152

## 第六編 手指外科...153

- I. 手指之先天性畸形...153  
 II. 手指之創傷...157  
 III. 指骨之骨折...158  
 IV. 掌指關節脫臼...159  
 1) 拇指之背側脫臼...159  
 2) 拇指掌側脫臼...162  
 3) 拇指側方脫臼...162

4) 其他四指掌指關節 脫臼.....162	1) 急性化膿性腱鞘炎 .....171
5) 指骨間關節脫臼.....162	2) 結核性腱鞘炎.....171
V. 癰疽.....163	3) 單純性慢性腱鞘炎 .....171
1) 表皮下或上皮性癰 疽.....163	VIII. 指之壞疽.....171
2) 皮下性癰疽.....163	IX. 手指之攣縮及強直.....172
3) 爪床下癰疽.....163	1) Dupuytren 氏指 攣縮症.....174
4) 腱性及腱周圍性癰 疽.....164	2) 彈撥指.....175
5) 骨性及骨衣性癰疽 .....164	3) 指逕攣症.....175
6) 關節性癰疽.....164	X. 手指腫痛及囊瘤.....175
7) 腐敗性或壞疽性癰 疽.....164	XI. 指之手術.....177
VI. 指骨及指關節之炎症 .....166	1) 掌指關節及指骨間 關節切除術.....177
1) 單純性指骨間關節 炎.....167	2) 指骨間關節離斷術 .....177
2) 手指風濕症.....167	3) 指節切斷術.....178
3) 手指尿酸性關節炎 (痛風).....168	4) 掌指關節離斷術.....179
4) 手指之結核.....169	5) 掌腕關節之拇指離 斷術.....179
5) 指骨之梅毒.....169	6) 保持拇指之掌骨切 斷及離斷術.....180
6) 急性化膿性指骨間 關節炎.....169	
7) 指骨之急性化膿性 骨髓骨衣炎.....169	
VII. 手指之腱鞘炎.....169	
	第七編 骨盤外 科.....181
	骨盆骨之解剖.....181
	I. 腰部之損傷.....182

II.	骨盆骨折	182
	A) 單獨骨盆骨折	182
	B) 複雜骨盆骨折	183
III.	骨盆之脫臼	186
	1) 恥骨縫合脫臼(斷裂)	186
	2) 薦腸骨關節脫臼(斷裂)	186
	3) 尾骨之斷裂	183
IV.	骨盆部急性化膿性肌炎	187
	1) 腰肌炎或腸腰肌炎	187
	2) 臀肌之肌炎	188
V.	腸骨窩淋巴腺腫脹	188
VI.	骨盆膿腫	188
	1) 腸骨部膿腫	189
	2) 腰肌膿腫	189
	3) 漿膜下膿腫	189
VII.	骨盆之急性化膿性骨髓炎及骨衣炎	190
VIII.	骨盆骨疽或骨盆之結核	191
IX.	骨盆骨梅毒	193
X.	骨盆之腫瘤	193
	A) 骨盆軟部之腫瘤	193
	B) 骨盆骨之腫瘤	194
XI.	腰痛	195

## 第八編 股關節 部外科

股關節之解剖及生理  
.....196

I.	股關節脫臼	196
	1) 股關節後方脫臼	198
	2) 股關節前方脫臼	198
	3) 股關節上方脫臼	198
	4) 股關節下方脫臼	198
II.	先天性股關節脫臼	207
	a) 偏側性脫臼	210
	b) 兩側性脫臼	211
III.	股內翻症	218
	1) 先天性股內翻症	218
	2) 佝僂病性股內翻症	218
	3) 動力性或青年性股內翻症	218
	4) 外傷性股內翻症	218
	5) 炎症後之股內翻症	218
IV.	股骨上端骨折	221
	1) 骨頭之骨折	221
	2) 股骨頸骨折	221
	3) 股骨上端之骨端線離開	229
	4) 大粗隆之單獨骨折	229

5) 股關節部之鎗創·230

V. 股關節炎·····230

1) 急性漿液性股關節炎·····231

2) 急性化膿性股關節炎·····231

3) 因急性傳染病之股關節炎·····231

4) 淋病性股關節炎·231

5) 風濕性股關節炎·231

6) 畸形性股關節炎·232

7) 梅毒性股關節炎·232

8) 結核性股關節炎·232

9) 神經病性股關節炎·····232

10) Perthes 氏病·232

VI. 股關節結核或結核性股關節炎·····232

VII. Perthes 氏病或幼年性畸形性骨軟骨炎·238

VIII. 股骨上端之骨髓骨膜炎·····239

IX. 股關節部粘液囊炎·240

1) 腸骨下粘液囊炎·240

2) 深在性大轉子粘液囊炎·····241

3) 淺在性大轉子粘液囊炎·····241

X. 股關節部之淋巴腺疾患·····242

1) 鼠蹊腺炎或橫痃·242

2) 股腺炎·····243

3) 腸骨高腺炎·····245

XI. 股關節部之腫瘤或囊腫·····245

XII. 股關節之手術·····245

1) 股關節之穿刺術·245

2) 股關節切開術·246

3) 股關節切除術·246

4) 股關節離斷術·248

5) 股關節授動術·250

第九編 大腿外科·····251

股骨之解剖·····252

I. 大腿軟部之損傷··252

1) 大腿血管之損傷·253

2) 大腿神經之損傷·255

3) 大腿肌肉之損傷·255

4) 大腿筋膜皮下斷裂·····256

II. 股骨幹骨折·····256

III. 大腿軟部之急性炎症·····262

IV. 大腿之慢性炎症··263

V. 股骨急性化膿性骨髓炎及骨膜炎·····264

VI. 股骨之梅毒·····266

- VII. 股骨之結核.....266
- VIII. 股骨之纖維性骨炎·266
- IX. 大腿之腫瘤及囊腫·267
- X. 大腿之動脈瘤.....269
- 1) 股動脈之眞性動脈瘤.....269
  - 2) 動靜脈瘤.....270
  - 3) 假性動脈瘤.....271
  - 4) 大腿靜脈瘤.....271
- XI. 下肢之血栓性靜脈瘤.....271
- XII. 坐骨神經痛.....272
- XIII. 大腿之手術.....274

## 第十編 膝關節 部外科.....277

膝關節之解剖及生理  
.....277

- I. 膝關節之畸形.....279
- 1) 膝外翻症 X脚或 X膝.....279
  - 2) 膝內翻症.....284
  - 3) 膝反張症.....284
- II. 膝蓋骨之先天性畸形  
.....284
- III. 膝關節部之創傷.....285
- 1) 膝關節之創傷.....285

- 2) 腦動脈之損傷...296
- IV. 膝關節之挫傷及捻轉  
.....286
- V. 股骨下端骨折.....288
- 1) 股骨髁上骨折...288
  - 2) 外傷性骨端線離解  
.....288
  - 3) T字形及 Y字形骨折  
.....288
  - 4) 股骨髁之單獨骨折  
.....290
  - 5) 粉碎骨折.....291
  - 6) 孔形骨折.....291
  - 7) 股骨下端之數裂骨折  
.....291
- VI. 小腿上端之骨折...282
- 1) 脛骨上端骨折...292
  - 2) 腓骨上端骨折...292
- VII. 膝關節脫臼.....294
- 1) 膝關節前方脫臼·294
  - 2) 膝關節後方脫臼·296
  - 3) 膝關節側方脫臼·296
  - 4) 屈關節迴轉脫臼·297
- (附) 1) 膝關節之先天性脫臼.....297
- 2) 膝關節之習慣性脫臼.....298
  - 3) 膝關節之病的脫臼.....298

- VIII. 膝關節間軟骨(半月狀軟骨)之脫臼及裂傷.....298
- IX. 膝蓋骨折.....299
- X. 股四頭肌腱及膝蓋韌帶斷裂.....304
- XI. 膝蓋骨脫臼.....303
- 1) 膝蓋骨側脫臼.....305
  - 2) 膝蓋骨鉛直脫臼.....307
  - 3) 膝蓋骨捻轉脫臼.....307
  - 4) 膝蓋骨水平線脫臼.....308
  - 5) 膝蓋骨先天性脫臼.....310
  - 6) 膝蓋骨習慣性脫臼.....309
- XII. 上脛腓關節脫臼.....310
- XIII. Osgood-Schlatter氏病.....310
- XIV. 膝關節部粘液囊炎.....312
- 1) 急性漿液性或纖維素漿液性粘液囊炎.....313
  - 2) 急性化膿性粘液囊炎.....313
  - 3) 慢性膝蓋前粘液囊炎.....315
  - 4) 結核性粘液囊炎.....315
- XV. 膝關節炎.....315
- 1) 急性漿液性膝關節炎.....316
  - 2) 急性化膿性膝關節炎.....317
  - 3) 淋毒性膝關節炎.....317
  - 4) 風濕症性膝關節炎.....318
  - 5) 慢性漿液性膝關節炎.....319
  - 6) 結核性膝關節炎.....320
  - 7) 梅毒性膝關節炎.....324
  - 8) 畸形性膝關節炎.....325
  - 9) 神經病性膝關節炎.....325
  - 10) 血管病性膝關節症.....326
  - 11) 尿酸性膝關節炎.....326
- XVI. 膝關節內關節鼠.....326
- XVII. 膝關節之攣縮及強直.....327
- 1) 關節性攣縮及強直.....327
  - 2) 膝關節之皮膚性或癩痕性攣縮.....328
  - 3) 膝關節之肌性及腱性攣縮.....328
  - 4) 膝關節之神經性攣縮.....329
  - 5) 膝關節之先天性攣縮.....329



XVIII. 膝關節部之腫瘤...329

XIX. 腘動脈之動脈瘤...330

XX. 膝關節之手術...333

1) 膝關節之穿刺術...333

2) 膝關節切開術...333

3) 膝關節切除術...333

4) 膝關節離斷術...335

5) 膝關節強直之授動  
手術...337

## 第十一編 小腿

外科...340

小腿骨之解剖...340

I. 小腿骨之畸形...341

II. 小腿軟部之損傷...341

1) Achillet 腱之皮  
下斷裂...341

2) 腓骨肌腱及脛骨後  
肌腱之轉位...342

3) 小腿神經損傷...342

4) 腓骨神經轉位...343

5) 小腿血管之損傷...343

III. 小腿骨骨幹骨折...346

1) 兩個小腿骨骨折...346

2) 脛骨骨幹之單獨骨  
折...349

3) 腓骨幹之單獨骨折  
...351

IV. 小腿軟部之急性炎症  
...354

V. 小腿骨之炎症...351

1) 化膿性骨髓骨膜炎  
...351

2) 小腿骨之梅毒...352

3) 小腿骨結核...354

VI. 小腿潰瘍...454

VII. 小腿靜脈瘤或小腿靜  
脈擴張症...453

VIII. 小腿象皮病...453

IX. 小腿之腫瘤及囊腫...460

X. 小腿之手術...461

## 第十二編 足關

### 節足及趾之外

科...463

足及趾之解剖及生理

...463

I. 足及趾之先天性畸形

...469

II. 足攣縮...472

1) 馬足或尖足...472

2) 踵足或鈎足...477

3) 內翻足或蹙足...379

4) 扁平足及外翻足...488

5) 凹足...484

III. 趾之後天性彎縮.....389	
IV. 足關節部之創傷.....390	
1) 韃之損傷.....390	
2) 韃鞘之損傷.....391	
3) 關節之損傷.....391	
4) 血管之損傷.....391	
V. 足關節之挫傷及捻挫 .....391	
VI. 小腿骨下端之骨折.....392	
1) 踝上骨折.....392	
2) 踝骨折.....394	
VII. 足骨骨折.....396	
1) 距骨骨折.....396	
2) 跟骨骨折.....397	
3) 跗骨骨折.....369	
4) 骰骨骨折.....399	
5) 趾骨骨折.....400	
VIII. 足關節脫臼.....400	
1) 足關節側方脫臼.....400	
2) 足關節前方脫臼.....402	
3) 足關節後方脫臼.....403	
4) 足關節上方脫臼.....404	
IX. 距跟關節脫臼或距骨 下足脫臼.....404	
1) 距骨下內方足脫臼 .....405	
2) 距骨下外方足脫臼 .....405	
3) 距骨下後方足脫臼 .....406	
4) 距骨下前方足脫臼 .....406	
X. 距骨單獨脫臼.....408	
XI. 其他跗骨之單獨脫臼 .....408	
XII. Chopart 氏關節脫臼 .....408	
XIII. 蹠骨脫臼及 Lisfranc 氏關節脫臼.....409	
XIV. 趾脫臼.....410	
XV. 趾骨間脫臼.....411	
XVI. 足及趾之軟部急性炎 症.....412	
XVII. 足部及趾之軟部慢性 炎症.....412	
XVIII. 足部韃鞘炎.....412	
XIX. 足部粘液囊炎.....413	
XX. 足關節炎.....414	
1) 急性漿液性足關節 炎.....414	
2) 急性化膿性足關節 炎.....414	
3) 淋病性足關節炎.....414	
4) 風濕症性足關節炎 .....414	
5) 結核性足關節炎或 足關節結核.....414	

- |  |  |
|--|--|
| <p>6) 尿酸性足關節炎·416</p> <p>7) 足關節之神經病性關節症·····417</p> <p>8) 血管病性足關節·417</p> <p>XXI. 足骨，附骨關節等之炎症·····417</p> <p>1) 附骨，跟骨等之急性化膿性骨髓炎·417</p> <p>2) 足骨及其關節之結核·····417</p> <p>3) 足骨之纖維性骨炎·····419</p> <p>XXII. 足及趾之壞疽·····419</p> <p>1) 老人性壞疽·····419</p> <p>2) 壯年性壞疽·····420</p> <p>3) 對側性壞疽或 Reynand 氏病·422</p> <p>4) 梅毒性壞疽·····423</p> <p>5) 糖尿病性壞疽·····424</p> <p>6) 神經病性壞疽·····424</p> <p>7) 癩病時之壞疽·····425</p> <p>8) 由於血栓及栓塞之壞疽·····425</p> <p>9) 中毒性壞疽·····426</p> | <p>10) 由於<sup>SN</sup>理化學原因之壞疽·····426</p> <p>11) 由於細菌及毒素原因之壞疽·····426</p> <p>XXIII. 足及趾之腫瘤及囊腫·····427</p> <p>XXIV. 足部神經痛·····430</p> <p>XXV. 足及趾之手術·····431</p> <p>1) 足關節(踝關節)切除術·····431</p> <p>2) 足關節固定術·····433</p> <p>3) 距骨切除術及摘出術·····433</p> <p>4) 跟骨切除術及摘出術·····434</p> <p>5) Miknliez-Wladimiroff 氏附骨部骨成形的切除術·····434</p> <p>6) 足部關節離斷術及截斷術·····435</p> <p>7) 趾之關節離斷及截斷術·····439</p> <p>8) 足關節強直之授動手術·····439</p> |
|--|--|

# 外 科 學

(各論·下)

## 第 七 部

### 四 肢 外 科

#### 第 一 篇

#### 肩 胛 部 外 科

#### 肩胛關節之解剖及生理

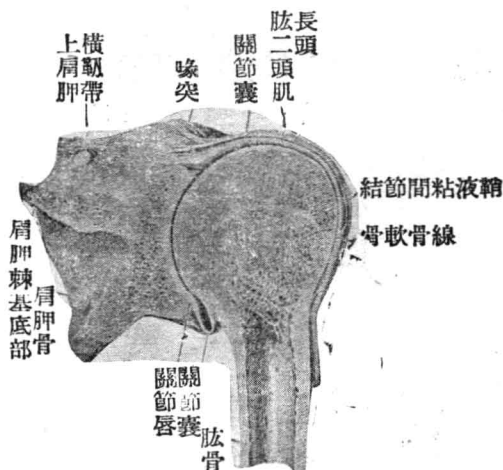
肩胛關節部自肩胛骨之關節面及肱骨之關節頭所構成，爲一正型之球關節。關節頭較關節孟爲大，但關節孟上附有關節唇以補足之。關節囊甚爲弛緩，此肩胛關節所以運動自如也。

關節囊附着於肩胛骨與肱骨上，包圍關節，於其上方，後面及前面等部附有各種肌肉及韌，關節雖可因之增強，然終不若其他關節之堅固。又肱二頭肌長頭經由結節間溝，而自關節囊內通過。

肩胛關節既爲球關節，復以關節囊弛緩之故，於前額軸，矢狀軸及垂直軸等方向，均得以充分運動，且此等之共同運動，亦復自由。惟當肩胛關節發生障礙之際，此種機能，遂被侵害，特以上臂之上舉及外展運動，爲尤著。然即使肩胛關節完全癒着，

## 第一圖

肩關節之前額斷面（自後側面所見）（仿Spalteholz氏）



上臂仍能上舉至水平位為止，此乃因肩胛骨與肩胛關節二者均能運動之故。是以吾人當施行檢查之時，須以手按於肩胛部，固定肩胛骨，而測其上舉運動。

## I. 肩胛部之畸形

## Missbildung der Schultergegend

一般罕見，有畸形如次：

1) 鎖骨之先天性缺損 *Angeborene Defect der Clavicula*  
以發於兩側者為多。可見鎖骨全部或一部缺損。有缺損時則以結締織及軟骨補充之。

自覺的痛苦缺如，初不知本症之存在，多屬偶然發覺。惟當鎖骨發生缺損時，可使上臂於胸廓前方，互相接近。

第 二 圖

肩 關 節 前 面 (岡島教授解剖學)



2) 肩胛骨之先天性高位或轉位 *Angeborene Hochstand od, Verschiebnng Skapula*

一側(左側爲多)或兩側肩胛骨向上方移高數厘米者有之,其軸亦常稍有變化。有時肩胛骨之上角作鉤狀變形(*Sprengel*氏畸形)此因在子宮內時羊水過少,子宮壁壓力過強所致。

3) 先天性肩胛關節脫臼 *Angeborene Schultergelenk Luxation*

極少見,有喙突下脫臼及肩胛棘下脫臼二症,因關節窩發育不良而平坦,關節多爲動搖性。

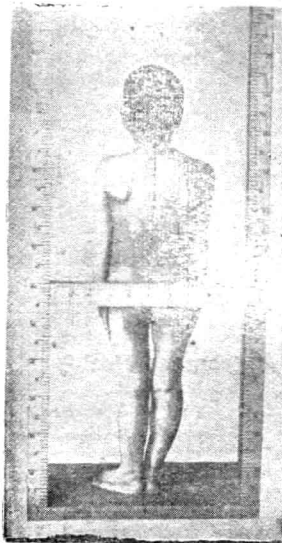
## II. 肩胛部之損傷

## Verletzung der Schultergegend.

肩胛部可因種種原因發生損傷。

## 第三圖

先天性肩胛骨高位  
(慈大片山整形外科教室)



## 1) 軟部之損傷 Verletzungen der weichteile

屢可見軟部之a)創傷(開放性損傷)b)挫創(皮下損傷)與發於他部者無異。

## 2) 骨之損傷 Verletzungen der Knochen

肩胛骨, 肱骨頭及鎖骨等每被損傷。因肩胛部之骨, 存於體表, 均損傷較易。

在鎗創及爆彈創, 骨質每著明破壞, 有見複雜骨折者。單純性骨創可無特別障礙而治癒, 惟當遺有異物及粉碎骨折症時, 則每起化膿性骨髓炎。又骨質破裂, 侵及關節時, 有發化膿性關節炎者。

【療法】與普通相同。

## 3) 肩胛關節之損傷 Verletzungen des Schultergelenk

時可見之, 當是時關節往往化膿, 而呈重態。創傷達關節內時, 可由滑液之排出, 與夫創傷之方向及深度而測知之。如此時濫用消息子檢查, 反有發生傳染之危險, 宜加注意。故有關節外傷之疑時, 勿須強行檢查, 可照

普通創傷治療。關節發生化膿，其症狀可於24—48小時間現出之（參照肩胛關節化膿項下）。

【療法】 關節外傷之治療，吾人不能不特加注意。對於關節外傷疑似之症，可作為關節外傷而加治療。

i) 一般須嚴守安靜，施以濕罨包，鎗創及爆彈創等，務宜除去停留關節內之異物。

ii) 既發化膿，可於肩胛關節之上方及前方，廣大切開，插入橡皮管，以資排膿，有時可用稀薄之防腐劑或生理食鹽水，施行洗滌。

iii) 發生重症傳染，危及生命時，行關節切除術或關節離斷術者有之。

#### 4) 腋窩動靜脈之損傷 Verletzungen der A. u. V. axillaris.

肩胛部雖無大血管，腋窩部則有之。

腋窩動靜脈之損傷，不僅由於切創，刺創及鎗創等，肩胛部之骨折或脫臼時，亦可被其損傷，腋窩腺摘除之際，尤易損害。

是等血管受傷時，如不速行止血，則有發生出血死之危險。又當腋窩靜脈損傷時，有起空氣栓塞者。此外動脈壁之一部，受有損傷時，其後亦有於該部發生外傷性動脈瘤者。

【療法】 與普通無異。更因腋窩動靜脈與肩胛後方之血管，互相吻合充分之故，雖將其全行結紮，末梢部亦不發生壞疽。

#### 5) 肩胛部神經之損傷及壓迫 Verletzungen u. Druck der Nerven der Schultergegend,

有種種。

i) 肩胛部與夫腋窩之損傷及手術之際，神經雖有損傷，但極少見。

ii) 肩胛關節發生脫臼，鎖骨及肱骨端發生骨折時，可見神經之損傷及壓迫。



## 第四圖



iii) 骨折之直後，初無變化，待至形成假骨贅生時，始發神經障礙者有之。

iv) 濫用丁字杖，腋窩神經因起壓迫麻痺（丁字杖麻痺）者有之。此時上臂則上舉困難。

v) 行全身麻醉之際，強將上臂向頭部長時牽引，則可於臂神經叢發生所謂麻醉麻痺。

由於上述各種原因，損害神經時，隨神經之種類，而各發定型的障礙。

a) 正中神經，b) 橈神經，c) 尺神經之主幹受傷時，各呈定型症狀（詳述於上臂項下）。

d) 腋窩神經被害時，則三角肌發生麻痺，上臂高舉困難，該肌漸次萎縮。

e) 肩胛上神經及 f) 肩胛下神經被害時，由於前者發生棘上肌棘下肌及小圓肌之麻痺，由於後者則起肩胛下肌大圓肌及背闊肌之麻痺，上臂運動，因此發生障礙。

g) 胸長神經受有損傷，則前大鋸肌發生麻痺，因之，肩胛骨之固定不充分，有如進行性肌麻痺，使其上臂外展，而取水平位時，則與脊柱著明接近，上臂向前方高舉時，肩胛骨後緣成爲翼狀呈自胸廓分離之外觀。且患者不能自動舉臂至水平位以上。然在進行性肌麻痺症，上述之變化係兩側發生，損傷時，則常止一側。

h) 臂神經叢之大部受害時，上述各神經發生著明障礙，反之，僅該神經之一部受傷時，則呈各異之症狀。就中

i) Erb 氏麻痺見於臂神經叢上部受傷時，三角肌，肱二頭肌，肱肌，肱二頭肌長頭均起麻痺，（偶有短頭，棘下肌及肩胛下肌麻痺者，遂障礙上臂之運動）。

ii) Klumpke 氏麻痺見於臂神經叢受傷時，輕者僅起手小肌，屈手關節肌之麻痺。

此外臂神經叢損傷之際，膈神經及肋間神經發反射性神經痛者有之。

【療法】神經受傷時，務速行神經縫合，如直接接合困難，則可行蠶狀神經纖維之縫合，或行神經移植術（參照外科總論）。

## III. 鎖 骨 骨 折

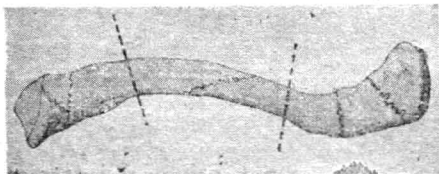
## Bruch des Schlüsselbeins od. Fractur clavicula

爲常見之症，約占全骨折之 15%。

【原因】 a. 間或由於直接之暴力，而以 b) 基於間接暴力者爲多。例如自外衝擊肩胛部，或自高處墜落，手及前臂衝接地面時。偶有 c) 由肌肉之強制收縮，如打撲，投石等。

骨折形狀多發於一側，兩側者極少。

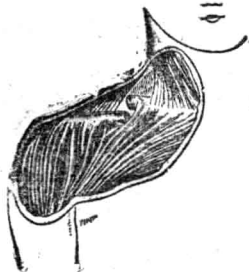
第 五 圖  
鎖 骨 折 之 好 發 部 位



特以中三分之一及其與外三分之一相鄰部，發生最多，外三分之一一次之，發於內三之一者最少。

骨折之形狀，以橫骨折及斜骨折

第 六 圖  
鎖 骨 骨 折 之 定 型 的 轉 位



第 七 圖  
鎖 骨 之 外 三 分 之 一 部 骨 折  
(慶大整形外科教室)



為常見，有時可見骨屈折。（特見於小兒，因其鎖骨骨膜，比較肥厚，骨折片移動較少之故）。

【症候】 隨骨折之部位而異。

a) 鎖骨中三分之一部骨折

多因間接暴力之作用，為斜骨折，有定型的骨折端轉位，多呈折片重疊（駕乘）此乃因內外折片，各為肌肉所牽引，以致轉位之故，惟此種骨折端轉位，有時非藉 X 光線檢查，不易明確知之。其甚者，鎖骨短縮，上臂與肩胛一同下垂，上臂取內收及內旋位置，患者頭部多向病側傾斜，胸鎖乳突肌呈緊張減退之狀。且患者多以減輕鎖骨疼痛之故，常用健手支持患側之肘部。

鎖骨之骨折部位，有劇痛。舉臂時特著，可見變形，異常運動，軋轆音及皮下出血等。惟在全骨骨折及楔狀骨折，此等變化不著，僅有疼痛及皮下出血而已。

b) 鎖骨外三分之一部骨折

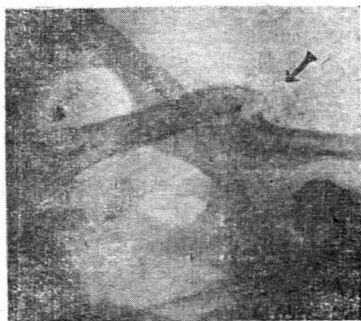
多由直接之暴力，骨折端轉位有不甚著明者，在顯著時，兩折片有成直角者，此以內折片受斜方肌之牽引，舉向上方，外折片則因上臂之重力，垂向下方之故。其他症狀與前者同。

c) 鎖骨內三分之一部骨折

最少見，多因間接暴力，骨折端轉位不著。其他症狀與前者無異。

【合併症】 鎖骨骨折時，或因折片之故，其附近之大血管及

第八圖  
左鎖骨骨折  
(慈大片山整形外科教室)



神經，可蒙損害，甚者可傷及肋骨及肺尖。

【診斷】骨折端轉位顯明者，診斷容易。其他亦因骨折之各種症狀，不難診斷。但不全骨折及楔狀骨折，則每感困難，根據X光線所見，可以瞭然。本症須與鎖骨挫傷及鎖骨脫臼鑑別。

	鎖 骨 脫 臼	鎖 骨 骨 折
機 能 障 礙	關節端作異常固定，上肢不能上舉。	因疼痛著明，發生官能障礙，於麻醉之下，則運動可能。
疼 痛	自發痛及壓痛均不甚高度。	高度且限局，壓痛尤著。
皮 下 出 血	多缺如。	著明。
變 形	肩峯突出，肩胛異位。	鎖骨變形。
異常運動，軋轆音	缺如。	存在（但每有不著明者）。
X 光線檢查	不僅能將兩者確切區別，且得明瞭其情狀。	

【預後】鎖骨骨折而有骨折端轉位者，不易固定於正常位置。惟位置雖稍呈異常，經2—3週乃至3—4週後，為骨性癒合而治癒，形成假關節者則少見。或遺留變形，但無機能障礙。惟當假骨贅生增大時，壓迫臂叢及血

第九圖  
提肘三角巾



第十圖  
肘上舉三角巾



管，即生障礙。又上臂之高舉，有受障礙者。

【療法】如折片轉位不著，可照其所呈狀態以三角巾固定之（圖九）但折片轉位往往著明，故宜整復。

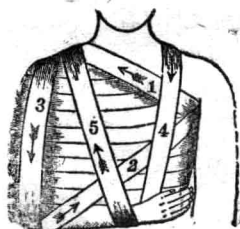
a) 整復術有下述二法。

i) 命患者正坐床上，術者立於患者後方，用右膝抵患者之肩胛間部，置兩手於患者左右肩胛之前方，強將肩胛向後方牽引時，鎖骨被引於縱軸上，縱軸之骨折端轉位，可以消除，同時命助手用拇指將突出之骨端壓而整復之。

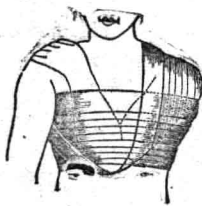
ii) 在臥位施行整復時，命患者取背臥位，背下墊以枕頭，使肩胛部游離，將肩胛向後下方牽引後，復向上方牽引時，令助手將突出骨端，直接壓入而整復之，速行固定。

b) 固定之方法雖多，然多不能達到目的，試舉其主要者如下。

第十一圖  
鎖骨骨折之  
Desault 氏繃帶



第十二圖  
插入腋窩枕於鎖骨骨折  
部之Velpeau氏繃帶



第十三圖  
Sayre 氏絆創膏帶



i) 免蕭 (Desault) 氏繃帶

患側之腋窩部，插入棉花枕或繃帶枕，將患臂固定於胸廓上，如第十一圖所示。

ii) 韋爾泡 (Velpau) 氏繃帶

如第十二圖所示，加以固定。施行此種繃帶時，在繃帶交叉部，可用縫線結合之。

iii) 賽雷 (Sayre) 氏絆創膏繃帶

用 3—4 cm 寬之長絆創膏三條，如第十三圖加以固定。

【手術】 在折片轉位著明，陳舊性骨折之非觀血的整復困難時，或複雜骨折等時，可施手術。於鎖骨上將皮膚平行切開，剝離骨折骨膜，在兩骨折端處掛以骨鉤，或將兩骨片固定於骨折片鉗子上，而以挺子整復之。（但過用暴力，折片末端，有因之破壞者）。

其次對於固定，

i) 向多應用銀線縫合法，

第十四圖  
鎖骨骨折之金屬線縫合  
(前田友助博士)



第十五圖  
鎖骨骨折部填用鐵製內  
副子而以金屬綫固定者



於斜骨折固可奏效，然於其他骨折，多難達目的。

ii) 前田友助博士採用金屬副子（內面有刺數個），而以銀綫固定之，如第十五圖。

iii) 前田式接合器亦可用（第十六圖）。

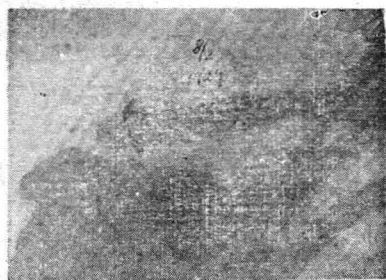
iv) 因假骨贅生，假骨形成而有障礙時，行適當療法（參照外科總論）。

附)：鎖骨之骨端線離解。幼時於鎖骨兩端，雖有骨端綫，但該部離開之例，殆屬絕無。

第十六圖  
鎖骨骨折部前田骨折接合器之應用  
(前田友助博士)



第十七圖  
新鮮的鎖骨外端骨折之銀綫縫合  
(前田友助博士)



#### IV. 鎖骨脫臼

Luxation des Schlüssel-beins od Luxatio Clavienlae

有下列種種。

1) 鎖骨肩峯突端脫臼。



a) 肩峯突上鎖骨脫臼。

b) 肩峯突下鎖骨脫臼。

2) 鎖骨胸骨端脫臼。

a) 胸骨前鎖骨脫臼。

b) 胸骨上鎖骨脫臼。

c) 胸骨後鎖骨脫臼。

3) 鎖骨之兩側脫臼。

1) 鎖骨肩峯突端脫臼。 Luxation am akromialen Ende des Clavicula

a) 肩峯突上鎖骨脫臼。 Luxatio claviculae supraacromialis

乃鎖骨脫臼中之最多者，由於直接暴力即肩胛骨之衝突，打擊等而發。有下述二種。

i) 完全脫臼。鎖骨之肩峯端，著明突出於肩胛部，斜方肌之外緣，稍垂於下方，且向內前方，上肢難自水平線高舉。有時合併鎖骨骨折。

ii) 不全脫臼。症狀一如前者，惟不著明，肩峯端稍突隆，上肢上舉（上舉運動）為所障礙。

第十八圖  
右鎖骨肩峯突起脫臼  
(仿 Quervain 氏)



【診斷】 在完全脫臼，因有定型症候，診斷容易，在全脫臼症，有時診斷困難。但如行 X 光綫檢查，則可瞭然。須與本症鑑別者為鎖骨之骨折及單純性挫傷。

【療法】 整復。將兩肩胛強向後方牽引，同時將脫出之鎖骨肩峯端直接加壓時，整復容易。

ii) 固定困難。在肩峯端充以棉塊，用絆創膏強為固定，其上再加 Velpeau 氏繃帶。

Hi) 有時施術切開關節，在兩關節面施以銀線縫合，或用釘刺入肩峯突及鎖骨端，經 3—4 週後除去之，令其徐徐運動。

b) 肩峯突下鎖骨脫臼。Luxatio claviculae iufcracronialis

【原因】 極少，因鎖骨外端之衝突，打擊，或肘部之強烈衝突而起。

【症狀】 因鎖骨外端，轉移於肩峯突之下方，故肩峯突著明膨出於肩胛部觸及關節盂，於其內面可觸知凹陷部。

上肢難舉至水平線以上，運動時肩胛部及上臂稍感疼痛。

【診斷】 一般容易，其肩峯突上鎖骨脫臼之鑑別，得由鎖骨肩峯端之突出於肩峯突上方，或肩胛峯突膨出於鎖骨上方而診知之。

【療法】 向後方牽引肩胛或上臂，同時在前外方直接壓迫鎖骨之肩峯端，以整復之，其後施以 1—2 週間之 Velpeau 氏繃帶。縱或不能整復，但於機能，常無大障礙。

2) 鎖骨胸骨端脫臼。Luxation am sternaleu Enden Clavicula

a) 胸骨前鎖骨脫臼。Luxatio claviculae praesternalis

【原因】 較下述二者為多。因衝突，打擊，轆過及負重等作用，將肩胛強向後方壓迫而起。分下列兩種。

【症候】 i) 在完全脫臼，其脫出之鎖骨胸骨端，著明突出於胸骨前面，其末端稍向下方，肩胛骨稍下垂，且內收，肩峯突與頸切跡（頸截痕）間之距離，較健康側為短，頭及頸部隨胸鎖乳突肌之攣縮，向痛側傾斜，在該肌肉之鎖骨附着部，得證明有緊張狀態。此外上肢難以高舉至水平線以上。

ii) 不完全脫臼之症候，雖不如前此之著明，惟在胸鎖關節

部得證明有骨性突隆，上肢上舉被其障礙。

【診斷】多屬容易，但在不完全脫臼症，須與不呈折片轉位之鎖骨骨折鑑別。

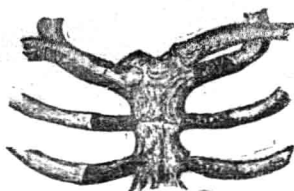
第十九圖

胸骨前鎖骨脫臼 (Quervain氏)



第二十圖

胸骨前鎖骨脫臼 (Wilms氏)



【療法】命患者取坐位，背之中央抵以膝蓋，用雙手握持兩肩胛，向後外方加以牽引，同時命助手將脫出之鎖骨端，壓迫而整復之。

施行固定時，在脫出部墊以棉塊，再用絆創膏固定之，將前臂折向背部，外加繃帶，以資固定。

有時可行手術的整復而加縫合，或將鎖骨端加以切除。

b) 胸骨上鎖骨脫臼 *Luxatio claviculae Suprasternalis*

【原因】與前者同，由於肩胛向後方及下方劇烈運動而起。但極少見。

【症候】鎖骨胸骨端在頸切跡內，轉位於氣管之前方，該部受其壓迫，故患者多有呼吸困難或壓迫返（反迴）神經而起偏側聲帶麻痺，聲音嘶啞，或成無聲。惟嚥下困難則不著。

在頸切跡胸骨柄上，觸得鎖骨端，上肢不能高舉至水平以上

【診斷】容易，與胸骨後鎖骨脫臼須加鑑別。

【療法】與上略同。

c) 胸骨後鎖骨脫臼。 *Luxatio claviculae retrasternalis*

【原因】極少，因肩胛骨突向前方劇烈運動，或鎖骨內端被暴力直接作用而起。

【症候】鎖骨端轉位於胸骨後方，氣管及食管蒙其壓迫，致呈呼吸困難及嚥下困難，惟不發生返神經麻痺。

此外壓迫鎖骨下動脈致橈動脈之脈搏微弱，或壓迫頸靜脈而起鬱血，遂發腦症狀，甚者可陷於昏睡。

頭頸斜向患側，運動為所障礙，肩胛骨傾向前方，鎖骨端突出於胸骨之後上面，上肢難舉至水平以上。

【診斷】多屬容易，須與胸骨上鎖骨脫臼鑑別。

【療法】與上略同。

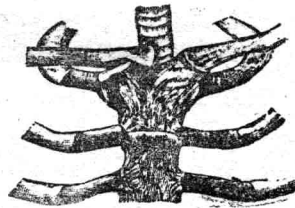
3) 鎖骨之兩側脫臼。  
*Beidersertige Luxation der Claviculae*

最屬少見，有因轆過及重篤之機械損傷而發者，常兼發其他之重篤損傷。

在鎖骨兩端，可察知前述之變化，故診斷容易。

【療法】或行非觀血的整復，或施手術治療。

第二十一圖  
胸骨後鎖骨脫臼  
(仿 Wilms 氏)



### V. 肩胛骨骨折

*Fractur deo Schulterblates od Fractur Scapulae*

甚少，有下列數種。

- 1) 肩胛骨體骨折。
- 2) 肩胛骨頸骨折。
  - a) 肩胛骨關節盂骨折。
  - b) 肩胛骨解剖頸骨折。
  - c) 肩胛骨外科頸骨折。
- 3) 肩峯突骨折。
- 4) 喙突骨折。

### 1) 肩胛骨體骨折。Fractura corpori scapulae

【原因】多由直接暴力（打擊，衝突，轆過，鎗傷等）而起，該部常兼有創傷。

骨折型：多發於棘下凹，在棘上凹者稀少。

骨折型有橫骨折，縱骨折（稀少），粉碎骨折及穿孔骨折（稀少）等。骨折片之轉位，一般罕見，但時或有之。

【症候】多有局部之骨折痛，特以運動及壓迫時為著。皮下出血亦多著明，其他有變形，異常運動，軋轆音等。

但有時此等症候不著，僅有骨折痛及皮下出血而已。

【診斷】多易，須與單純性挫創鑑別。依 X 光線檢查，不難區別。

【療法】稍有折片轉位而無機能障礙時，即以其原有情狀，施行繃帶固定之，反是而有機能障礙，則須施術將游離之折片剔除，或行銀線縫合。

### 2) 肩胛骨頸骨折。Fractur des Collum scapulae

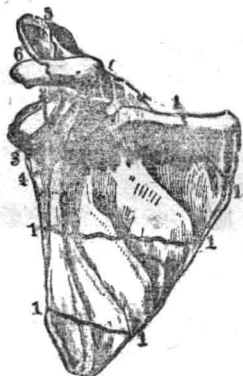
有下述三種。

- a) 肩胛骨關節盂骨折多併發肩胛關節脫臼。

此時關節內出血著明，運動上肢，患者訴肩胛部之強刺疼痛，有時發生軋轆音。

完全骨折即上述之骨折，且及肩胛骨頸部時，折片轉向下方，有如肱骨腋窩脫臼。在全骨折不發此種轉位。

第二十二圖  
肩胛骨骨折各種骨折綫



- 1) 肩胛骨骨體骨折
- 2) 肩胛骨關節盂骨折
- 3) 肩胛骨解剖頸骨折
- 4) 肩胛骨外科頸骨折
- 5) 肩峯突骨折
- 6) 喙突骨折

臂因疼痛關係，其自動的運動困難，但可被動的上舉，變形雖可因之整復，但一經鬆手，仍取異常位置。行此種操作之際，疼痛激烈。

b) 肩胛骨解剖頸骨折不單獨發生，多與關節盂或肩胛骨體骨折併發。

c) 肩胛骨外科頸骨折。

如第二十三圖，有與喙突同時折傷者，有不然者。

完全骨折之折片，與肩胛關節同向下方轉位，恰如肱骨腋窩脫臼之狀。即肩胛骨外部變為扁平，肩峯突聳出，上臂縱軸轉向腋窩。其與脫臼不同者，為疼痛及皮下出血均著明，於腋窩可觸得折片，時有軋轢音。且上

第二十三圖  
肩胛骨外科頸骨折  
(仿 Quervain 氏)



在全骨折，此等定型症狀，有不顯明者。

【診斷】 多屬容易，在全骨折症，有時所感困難。

【療法】 同上。

### 3) 肩峯突骨折。Fractura acromialis

【原因】 爲肩胛骨折之最多者，多因直接暴力而起，偶或基於間接暴力。

【骨折型】 在肩峯突上可見橫斜之骨折線，亦可於其基底部見之。在小兒，有發生骨端線離解者。轉位一般不著。

【症候】 有限局骨折痛及皮下出血，屢可見折片之異常運動，時見軋轆音。上肢不能舉至水平以上。

【診斷】 多易，宜與挫傷區別。

【療法】 同上。

### 4) 喙突骨折。Fractura des Prozesus Coracoideus

多與該部之各種骨折及脫臼合併發生。與肩峯突骨折相類似，推兩者部位不同，足資鑑別。

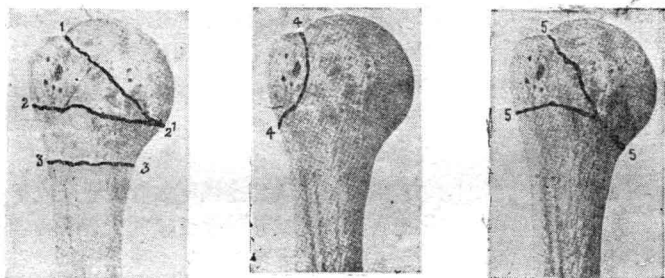
## VI. 肱骨上端骨折

### Fractur am oberen Ende des Humerus (Oberarmknochen)

較少，有下述數類。

- 1) 肱骨頭骨折。
  - 2) 肱骨解剖頸骨折。
  - 3) 肱骨骨端線離解或骨折。
  - 4) 肱骨粗隆骨折。
    - a) 粗隆貫通骨折。
    - b) 粗隆斜骨折及縱骨折。
    - c) 大小粗隆骨折。
  - 5) 肱骨外科頸骨折。
- 各種骨折，往往合併發生。

第二十四圖  
 肱骨頭之各種骨折線



1.解剖頸骨折 2.粗隆貫通骨折 3.粗隆下骨折  
 4.大粗隆骨折 5.Y字形骨折

1) 肱骨頸骨折。Fractur des Caput humeri.

【原因】較爲少見，在高年跌仆，肩胛部或肘部受衝突時，可見本症，鎗創時亦可見之。或當肩胛關節脫臼之際，肱骨頸有破裂者。

【症候】以關節內出血爲主要症候，變形多缺如。當上臂運動之際，有呈軋轢音者。其時發有劇痛。且多兼機能障礙。皮下出血或缺如，或僅微。

【診斷】有此軋轢音，診斷雖易，但多不明。須與肩胛關節挫傷及肱骨解剖頸骨折鑑別。施行X光線檢查，則可確實診定。

【療法及預後】與解剖頸骨折同（參照下條）。

2) 肱骨解剖頸骨折。Fractur des Collum anatomicum humeri.

【原因】與肱骨頭骨折大略相似。

【骨折型】分爲骨折線僅在關節囊內或及於囊外二種，或與其他骨折合併發生。折片轉位多不著。



第二十五圖

肱骨頭之龜裂骨折  
(仿 Quervain 氏)



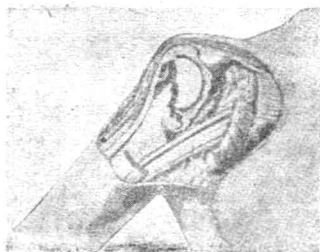
【症候】與肱骨頭骨折相似，關節內出血著明，變形則多不著。但骨折侵及關節囊外時，呈輕度變形，上臂稍短縮，此時兼有皮下出血（骨折祇在囊內者，無之）。有劇痛及著明之軋轢音，亦有不呈此種現象者。異常運動概缺如。折片時有楔入者。

【診斷】與前略同。如有變形及皮下出血，雖可與肱骨頭骨折鑑別，否則必須行 X 光線檢查。

【預後】i) 楔狀骨折及龜裂骨折特易治愈。

第二十六圖

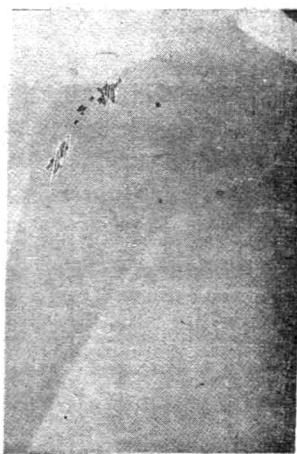
肱骨解剖頸骨折 (仿 Anger 氏)



ii) 關節囊內骨折，肱骨頭完全離斷時，因營養之輸入斷絕，肱骨頭有壞死者。如與關節囊及骨膜尚有連絡時，則無此慮。

iii) 治愈後遺留強直。

第二十七圖  
肱骨解剖頸骨折  
(前田友助博士)



【療法】 i) 在單純骨折，依其原狀施行固定繃帶，特以楔狀骨折為然。

ii) 轉位著明時，於麻醉下施行整復，其後用石膏繃帶固定上肢於胸廓上。

iii) 整復或固定困難時，則可行釘串法或銀線縫合法（參照總論）。

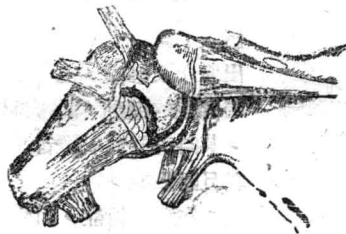
iv) 對於複雜骨折及假關節，施以肱骨頭切除術。

3) 肱骨骨端線離解或骨折。Fractun den Epiplhyseullinie des Humerus

【原因】 為骨端線離解全數中之最多見者。肱骨上端之骨端線，行經大小粗隆之下方，及於關節囊之內外，其存在期可至15—16歲。故發生於該年齡以下者，係因肩胛之打擊及衝突等所致，又分娩之際，上臂捻轉過甚，且受牽引時，可發本症。

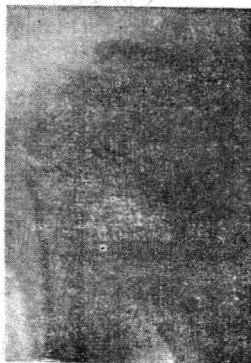
【症候】 肩胛關節腫脹疼痛（但較骨折時為輕）。上臂之自

第二十八圖  
骨端線離解



動運動，為所障礙，能營被動運動，但此時患者訴劇痛，且肱骨頭不能運動，下方之折片，有時向內方或後方轉位者。此種變形雖可因牽引而消失

第二十九圖  
五歲男孩肱骨上端之  
骨端線離解  
(前田友助博士)



，苟除去牽引，則依然發生轉位。有時能證明軟性軋轆音。  
小兒治愈後，有上臂短縮者。

【診斷】 如有軟性軋轆音，則顯然可知。若無此症狀，則可根據年齡，輕度疼痛及 X 光檢查等，即可與他症鑑別。

【預後】 較前者尤佳，常以骨性癒合而治癒，惟有時可因此發生肱骨之發育障礙，或因刺戟而肱骨增長。

【療法】 與解剖頸及外科頸之骨折相類。

4) 肱骨粗隆骨折。Fractur der Tubercula humeri  
有下列數種。

a) 粗隆貫通骨折為連貫於大小粗隆間之橫骨折，亦即骨端線及解剖頸間之骨折。所發症候與解剖頸骨折類似。欲得明確之鑑別，非藉 X 光綫不為功。

b) 粗隆斜骨折及縱骨折此時骨折不祇限於粗隆部，肱骨頭亦多同時斜折或縱折。於此等部位，有時可見 Y 形骨折或 T 形骨折。

第三十圖  
取左外轉位之粗隆貫通性肱骨折  
(仿 Kocher 氏)



本症之肩胛部有著明腫脹（關節內出血及皮下出血）及疼痛，上臂不能營自動的運動，而可他動，其時有強度軋轆音，患者且訴劇痛。

在縱骨折症，因兩折片互相轉位，以致肩胛部著明寬闊，肱二頭肌有嵌入其間者。

折片轉位著明，將以肱骨頭變為寬闊時，容易診斷，不然，雖亦可推定

其為骨折，但究屬如何骨折，非藉 X 光線檢查，不能斷定。

c) 大粗隆及小粗隆骨折。由於直接暴力及肌肉之強剝收縮，脫臼等而發，單純骨折側極少。

本症與挫傷及關節捻挫類似，祇依局部壓痛及 X 光線檢查，即得診斷。

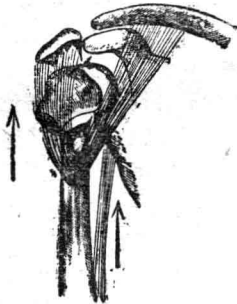
【預後】 轉位不甚者，容易治愈，在著明之症，則整復困難，如不施行手術，則留變形，或難得骨性癒合。

【療法】 非觀血的整復實屬困難，必須由手術而行骨縫合，固定與前者同。

5) 肱骨外科頸骨折。Fractur des collum chirurgicum humeri

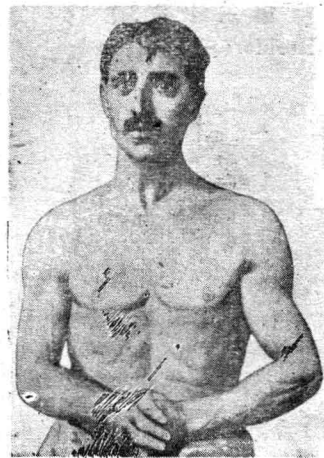
【原因】 i) 直接暴力（打擊，衝突，鎗傷等）。

第三十一圖  
肱骨外科頸骨折時肱骨  
折片之外轉性移動



ii) 間接暴力（例如自高處墜下，手及肘部受地面等之衝突時）。

第三十二圖  
左側肱骨外科頸骨折  
（仿 Cemach 氏）



iii) 由於肌肉之強制收縮(投石, 鞭韃等)而發者, 一般少見。特發於老人者為多。

**骨折型:** 以橫骨折為多, 斜骨折甚少。且多屬關節囊外骨折, 惟有時亦可達關節內部。因附着於骨幹部肌肉牽引, 致上折片多稍向外方, 下折片稍向內上方轉位。時見有楔狀骨折。

**【症候】** 此時患者多以健手支持患臂(如32圖)。於肱骨頭下部, 得證明輕度彎曲及患臂短縮, 被動的旋轉肱骨, 多可證明異常運動及軋轆音, 此時肱上端骨不與下方臂共同運動。且肱骨之縱軸, 對向腋窩, 均於該部得觸知下折片之末端。

此外因折片壓迫神經發生強制之疼痛, 或壓迫血管, 而起循環障礙, 甚則末梢部可發壞死。

在楔狀骨折症, 上述症候不著, 僅有疼痛及皮下出血而已。

**【診斷】** 一般容易, 宜與肱骨腋窩脫臼及喙突下脫臼鑑別。在楔狀骨折, 則須與挫傷及關節捻挫鑑別。

第三十三圖  
Mitteldorf 氏三角形楔狀枕



**【預後】** 不惡, 大都於4—6週間治愈。遺留官能障礙者少見。亦有因假骨贅生, 壓迫神經, 致發神經痛者。

**【療法】** 折片不發生轉位時, 依其原狀加以固定, 已發轉位者, 可於全身麻醉下, 或用局所麻醉, 注射2%Novcaine於折骨端間, 先向外抽, 如有血色則已達於血腫之內, 即可注射, 改變方向繼續注射, 約須30cc. 牽上臂向外下方, 施以整復, 外加Mitteldorf氏三角副木(如33圖

石)或膏繃帶。此外亦可行釘串法, 螺旋法及前田式固定法等。

參照外科總論)。

當開放骨折被傳染時，行肱骨頭切除術。

## VII. 肩胛關節脫臼或肱骨脫臼 Luxation des Schultergelenks (Humerus)

爲脫臼症中之習見者，有下列數種。

- 1) 肩胛關節前方脫臼。
  - a) 肱骨喙突下脫臼。
  - b) 肱骨腋窩脫臼。
  - c) 肱骨關節盂下脫臼。
  - d) 肱骨鎖骨下脫臼。
  - e) 肱骨喙突上脫臼。
- 2) 肩胛關節後方脫臼。
  - a) 肱骨肩峯突下脫臼。
  - b) 肱骨棘下脫臼。
- 3) 肩胛關節上方脫臼。
- 4) 肩胛關節下方脫臼。

1) 肩胛關節前方脫臼或肱骨關節前方脫臼。Luxation der Schultergelenks nach vorn od, Laxatio Humeri praeglenoidalis.

【原因】本症最爲多見。

- i) 由於直接暴力（肩胛部之衝突，打擊等）者較少。
- ii) 間接暴力，例如上肢之過度外旋，或當墜落之時，前臂伸展，手掌或彎曲之肘部強觸地面等而起。
- iii) 因肌肉之強度收縮，例如投石等而起，但極少。

脫臼之成因。因上述原因發生肩胛關節脫臼時，i) 肱骨頭多先於抵抗最弱之關節囊前下部破裂，突向腋窩（肱骨腋窩脫臼）或更脫向下方，達關節盂之下部，（肱骨關節盂下脫臼）但一般

甚少。其已發轉脫之肱骨頭往往受肌，髓之牽引，更向上方轉位，達喙突下方（肱骨喙突下脫臼）。此外有裂斷附着於大小粗隆部之肌肉，而成爲肱骨鎖骨上或喙突下脫臼或併發肩峯骨折而成爲肱骨喙突上脫臼者。

【症候】 隨脫臼型而異。

a) 肱骨喙突下脫臼。本症最多見。

第三十四圖

肱骨喙突起下脫臼

（慈大片山整形外科教室）



第三十五圖  
同上 X 光像



肩峯突出，觸得陷沒於其下部之關節盂。

轉脫之關節頭，得於喙突下方觸知之。

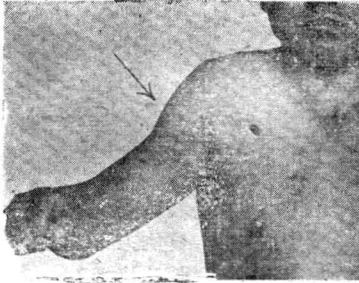
肱骨縱軸稍在內方向 Mohrenheim 氏窩。上肢稍呈延長之觀。

肘外轉，自胸廓遠離。頭多向患側傾斜。

關節頭完全被固定者，則肩胛關節之機能完全喪失，對於他動的運動，有彈撥性抵抗。

疼痛及出血每不著明，如合併骨折或挫傷時，則可證明之。

第三十六圖  
右肩胛關節脫臼  
(慈大片山整形外科教室)



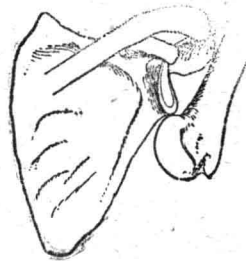
第三十七圖  
同左 X 光像



第三十八圖  
肱骨高等脫臼(仿Tillmanns氏)



第三十九圖  
同左骨骼





b) 肱骨腋窩脫臼。多數發生，惟較前症爲少。本症與肱骨喙突下脫臼相似，惟肱骨頭較前症爲低，可於腋窩內觸得之，三角肌緊張特著，上肢延長，異常著明。

c) 肱骨關節窩下脫臼或肱骨高舉脫臼。

本症較少見。患者多保持發生肱骨脫臼時之原有狀態，高舉上臂，置前臂於頭部（如三十八圖），於關節盂前方或下方，可觸知肱骨頭。

d) 肱骨鎖骨下脫臼或喙突內脫臼。

亦屬少見之症。附著於肱骨大小粗隆部之各種肌肉，發生斷裂，肱骨頭露出於皮下，且突出於鎖骨下部或喙突內方，肱骨著明外展，甚者幾作水平位。此外在肩峯下部，著明陷沒，上肢短縮。

e) 肱骨喙突上脫臼。

極少見。肩峯下不若其他脫臼之發生陷沒，得發現喙突上突隆，上肢外展且短縮。如合併喙突或肩峯之骨折時，則發生疼痛及出血。行他動運動時，發啞刺音。

合併症：有種種。i) 肱骨頭之挫傷，ii) 肩胛或肱骨上端之骨折，iii) 附着於此等部位之肌肉斷裂，iv) 腋窩之血管神經，因肱骨頭之脫臼而被壓迫，或伸展，但無被斷裂者。

【診斷】依其定型的症候，容易診斷，惟須與胛骨上端之各種骨折鑑別（由於疼痛，出血，運動及啞刺音等而區別之）。合併骨折者，鑑別困難，此際如行 X 光綫檢查，可得確實診斷。

【預後】i) 單純之肩胛關節脫臼，易於整復，預後佳良。

ii) 關節囊蒙有大破裂時及整復後運動過早者，易起習慣性脫臼，故易再發生脫臼。

iii) 脫臼後不加整復，長時放置時，於關節頭所在部位，形成新關節，骨著明變形，上臂運動顯受障礙，有時神經因胛骨頭而被壓迫，乃發神經痛及麻痺等。

【療法】 i) 務宜早期施行整復，經時日後，關節囊發生萎縮，整復困難。行整復時，初可不加麻醉，如不達目的，則用全身麻醉。整復術有種種，茲述其要者如下。

a) Avicenna 氏整復術，命患者坐椅上或採用仰臥位，如爲右側脫臼，則術者立於該側，以左手將肩胛露向下方而固定之，用右手把握肱骨頭，強向關節內壓迫，而行整復。本法尤適於肱骨喙突下脫臼及肱骨腋窩脫臼。

b) Mothe 氏高舉法。

患者坐椅上或仰臥，命一助手自上方壓迫患之肩胛，而固定之，另一助手則把持患臂，徐徐牽引，且命其高舉待上肢舉至水平位時，術者用兩拇指自內下方將肱骨頭壓入關節內，即得整復。

如無助手，可命患者平臥，術者用足自上方抵於肩胛部，加以固定，再將上肢向後上方強度牽引即得。

c) Schinzinger 氏旋轉法。患者取坐位或臥位，把握患肢，先使內收，再行外旋，上臂內面，使向外方，使大粗隆接觸關節盂之後緣，然後高舉上臂，且急行內旋，即可整復。

b) Kocher 氏旋轉法。與上法略同，將上臂外旋後，再行內收，高舉近水平位，再漸向內方旋轉。

e) 牽引法，脫鞋，以足跟抵其腋窩內側之胸壁然後用力牽其臂，先向下，然後向外，以至過度外展之位置，每可復位。

ii) 後療法：整復後，用提肘三角巾及卷軸帶，固定上肢於胸廓上，經3—4週後，漸行自動及他動運動。

第四十圖  
Mothe 氏高舉法  
(仿 Mothe 氏)

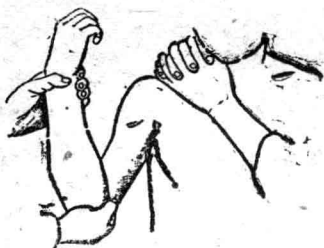


iii) 手術：不能行非觀血的整復時，以手術切開關節，加以整復。不得已時，有切除關節頭者。又當合併骨折時，有行骨縫合者。

第四十一圖

Kocher氏肩胛關節脫臼整復術(I)

(上臂外轉，使近水平位後，再旋向內方)



第四十二圖

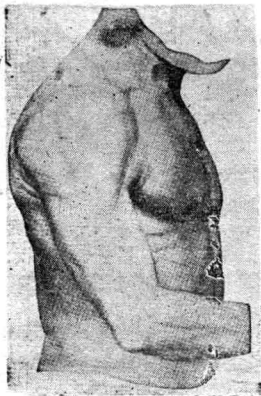
同上 (II)

(使助手支持患肩，藉以開大關節囊間隙，上臂外旋)



第四十三圖

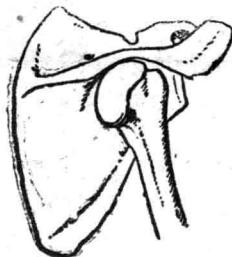
肱骨關節後方脫臼(側面所見)



第四十四圖

同上(骨骼)

(仿 Gemach 氏)



2) 肩胛關節後方脫臼或肱骨關節盂後方脫臼。Luxation des Schultergelenk nach hinter cd. Luxatio humeri retro-glenoidalis.

【原因】較前者，絕少見。肩胛部前方受打擊及衝突，或當墜落之際，伸展上肢，手觸地面，或劇烈衝突前向之肘部時，均可發生本症。

關節囊後面，可因此發生破裂，關節頭脫出於後方。

【症候】隨脫出關節頭之位置，有：

- a) 肱骨肩峯突起下脫臼。肱骨頭脫出於肩峯下方之肩胛骨頸上。
- b) 肱骨棘下脫臼。肱骨頭在後下方，更向肩胛棘之下方脫出者。

無論屬於何種，肩胛部前方均有著明凹陷，肩胛後傾，關節盂空虛，肩峯及肩峯突著明隆突，在肩胛骨後緣，可於 (a) 肩峯下部或 (b) 肩胛棘之下方觸知關節頭。

此外上臂縱軸向後內方，肘外轉且外旋，關節機能廢止。其他與普通脫臼同。

【診斷】如上述定型的症狀，易於診斷，且無需與他症鑑別。

【預後】不甚惡，如不早行整復。結果不良。

【療法】整復法有二。a) 患者以坐位，將患臂上舉至直角或水平位，而伸展之，且作外旋，次將肱骨頭自後方向關節盂，加以壓迫，同時使上臂內收。

- i) 強將上臂外展後，急速內旋。
- ii) 不能行上述之非觀血的整復時，行觀血的整復。
- iii) 後療法同前。

3) 肩胛關節上方脫臼或肱骨上方脫臼。

本症極少。因肩胛關節上方，有肩峯突及喙肩韌帶，保護之

故。職是之由，本症多兼有肩峯骨折。

4) 肩胛關節下方脫臼或肱骨下方脫臼。

本症亦極少，因肩胛關節下方，附有堅固之肱三頭肌長頭體保護之故。

VIII. 肩 胛 軟 部 之 炎 症

Entzündungen der Weichteil der Schultergegend.

A) 急性炎症。重要者爲：

1) 癰：與發於他部者同。

2) 癭：同上，惟略少。

3) 蜂窩織炎：亦如其他部位者由於各種原因而起。所發症候雖亦相同，惟當胸壁與肩胛骨間發生本症時，外觀症狀不著，而病勢沉重。

第 四 十 五 圖

右肩胛關節部自胸廓分離後由前面觀之



4) 急性化膿性肌炎：時發於三角肌，發於其他各肌者罕見。

B) 慢性炎症 偶可見樹膠腫。結核，多由骨及關節結核，以續發性發生而已。

### IX. 肩胛部粘液囊炎

#### Bursitis der Scapulargegend

肩胛部之主要粘液囊有。

- 1) 三角肌下粘液囊
- 2) 肩峯突上粘液囊
- 3) 肩峯突下粘液囊
- 4) 肩胛骨下粘液囊
- 5) 喙突下粘液囊
- 6) 粗隆間粘液囊等

就中以(1)(2)(3)(5)較大，可發下列各種炎症

- a) 急性漿液性粘液囊炎
- b) 急性化膿性粘液囊炎
- c) 慢性漿液性粘液囊炎
- d) 結核性粘液囊炎

【症候及診斷】 與其他粘液囊相似，呈定型症候，診斷一般容易，有時須與肩胛關節炎鑑別。(1)粘液囊炎時，僅肩胛部發生腫脹。肩胛關節之周圍，特於該關節之前後面，無腫脹現象。

(2)粘液囊炎時，其所發疼痛，限於一局部，肩胛關節本身不感疼痛。然於肩胛關節炎，則於肩胛關節之周圍，尤以後面，前上面及腋窩，對於壓迫，感覺疼痛。又肱骨頭衝突在肩胛關節窩及運動之際，均有疼痛。(3)粘液囊炎時，僅於行側面上舉運動時，其機能發生障礙，而在肩胛關節炎症，則各側均受障礙。

【療法及預後】 參照外科總論。

## X. 鎖骨之炎症

## Entzündungen der Clavicula

1) 鎖骨之急性化膿性骨髓骨膜炎 Osteomyelitis U. Periostitis purulenta acuta der clavicula.

較少見，多因化膿菌之血行傳染而起，時有發於外傷之後者。

鎖骨位於體表，腫脹，潮紅及浮腫等現象，均比較早期出現，兼有全身症狀，遲早化膿。

切開排膿，或自然破潰，排出膿汁時，急性症狀，即行輕快，如鎖骨內尚遺留腐骨片或膿瘍時，則成為慢性骨髓炎，屢發生急性症狀。

診斷多容易，骨質發生肥厚時，則須與梅毒鑑別。

療法與一般同。

2) 鎖骨之結核 Tuberkulose der Clavicula.

極少見，於疾病末期，形成寒性膿瘍及結核性瘻管。

3) 鎖骨之梅毒 Syphilis der Clavicula.

屢見於梅毒之第二，三期。前者容易治愈，後者則遺留骨質肥厚。

## XI. 肩胛骨之炎症

## Entzündungen der Skapula.

1) 肩胛骨之化膿性骨髓骨膜炎

在肩胛棘，肩峯突及喙突等處發病，絕少發於體部。

2) 肩胛骨之結核

肩胛關節之結核，與身體內部者相關，極少單獨發生。

3) 肩胛骨之梅毒

與鎖骨異，極為少有。

## XII. 肩胛關節之炎症

## Entzündungen des Schultergelenks od. Omarthritis

炎症有種種。即：

- 1) 急性漿液性肩胛關節炎
- 2) 急性化膿性肩胛關節炎
- 3) 淋毒性肩胛關節炎
- 4) 風濕症性肩胛關節炎(急性及慢性)
- 5) 慢性漿液性肩胛關節炎
- 6) 結核性肩胛關節炎
- 7) 梅毒性肩胛關節炎
- 8) 畸形性肩胛關節炎
- 9) 尿酸性肩胛關節炎
- 10) 神經病性肩胛關節炎

其他不屬於關節炎而呈類似之疾病者爲：

- 11) 肩胛部肌痛
- 12) 肩胛關節神經症

肩胛關節之炎症，亦如前者，有種種。症候各異，茲述其主要之共同症像：

i) 機能障害 肩胛關節爲球關節，如前所述，能向各方作充分運動，一旦發生炎症，此等運動，即受障礙，上肢之上舉及外轉運動，尤受限制。肩胛關節之機能，雖完全障礙，然因肩胛骨之運動，有宛如肩關節運動者。惟上肢難舉至水平以上，又固定肩胛骨而使上舉時，則該運動廢止。

ii) 異常位置 肩胛關節炎時，上臂稍外轉外旋肘關節稍屈曲，疼痛劇烈時，以減輕目的，常用健手支持患臂。

iii) 腫脹 肩胛之上下方不著，而前方著明，潮紅亦然。是因該處軟部較薄之故。



有於腋窩著明者，但潮紅不著。

iv) 壓痛 特於肩峯突下部及腋窩為顯著。

v) 滲出物 一般較少，多量時易成為動搖關節。

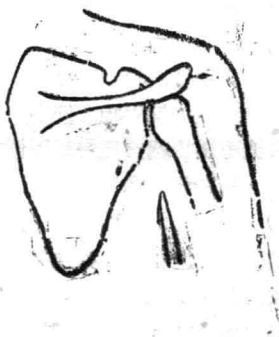
vi) 肌肉萎縮 以三角肌及上臂為著明。

vii) 試驗穿刺法 a) 於喙突外緣，向下方刺入，或 b) 在肩胛棘之外方，越過肩峯突，沿其下端向前方刺入（如四十六及四十七圖）。

第四十六圖  
自肩胛關節上方穿刺  
及注入部位



第四十七圖  
自肩胛關節後方穿刺  
及注入部位(x)



其次略述重要之肩胛關節炎

1) 急性漿液性關節炎 *Omarthritis serosa acuta*

【原因】 一般少見，發於肩胛關節受有挫傷，捻挫之後。

【症候】 肩胛關節之腫脹，自發痛，壓痛及機能障礙等，均不著明。多於 1—2 週間治愈，不遺留強直。

2) 急性化膿性肩胛關節炎 *Omarthritis purulenta acuta*

【原因】 特以肩胛關節之創傷而發者為多，有時續發於隣接部位之化膿性疾患，又當各種急性傳染病時，有因血行傳染而發

者，但僅少。

【症候】 肩胛關節突現腫脹，潮紅，疼痛及灼熱等，機能障礙著明，且兼有體溫升騰等之全身症狀。

【診斷】 大都容易，行試驗穿刺，可得確診。須與粘液囊炎鑑別。

【預後】 務須早行切開。其因化膿菌而發者，可起膿毒症。又一般於化膿性關節炎之後，易起關節強直。

【療法】 i) 施行穿刺，排去膿液，用生理食鹽水洗滌後（省去亦可），再注入 10% Jodoformglycerin, 1% Rivanol 或注入磺胺類藥之混和液及青黴素等。

ii) 肩胛關節之前後或上方，作廣大切開，導入粗大橡皮管。有時用創傷消毒法，施行洗滌。

iii) 重篤之症，有行關節離斷術或關節切除術者。但行者極少。

### 3) 淋毒性肩胛關節炎 *Omarthritis gonorrhoeica*

一般少見，內容為漿液膿性。所發症候與化膿性肩胛關節炎類似。

本症預後較前者良好（療法參照外科總論）。

### 4) 急性及慢性肩胛關節風濕症 *Omarthritis rheumatica acuta u. chronica*.

屢與其他關節風濕症，合併發生。

a) 急性關節風濕症 肩胛關節突發急性炎症，僅肩胛關節被侵犯時，須與急性漿液性肩胛關節炎，急性化膿性肩胛關節炎及淋毒性肩胛關節炎鑑別。本症治愈較易，不遺關節強直。

b) 慢性關節風濕症 多與其他關節之風濕症合併發生，宜與畸形性肩胛關節炎，關節神經症等鑑別。重篤之症，治愈後遺留關節強直。

### 5) 慢性漿液性肩胛關節炎 *Omarthritis serosa chronica*

較少發生，或由急性症移行，或自始即為慢性。易與結核性症誤認。

【症候】肩胛部逐漸腫脹，有波動，疼痛不著，稍兼機能障礙，有大量滲出液時，可發擴張脫臼。

6) 結核性肩胛關節炎或肩胛關節結核。Omarthritis tuberculosa od, Schultergeleuktuberculose

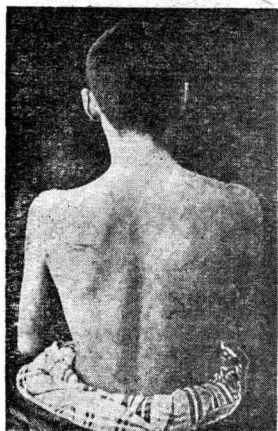
肩胛關節之結核，與其他關節之結核同a)漿液性，b)肉芽性及c)膿性者，較為少見，而以定型的乾性骨疽為多。

【症候】結核之炎症性產物，為少量，主要破壞肱骨頭，肩關節盂。肌肉及關節囊，著明萎縮，因之肩胛部萎縮扁平，上臂亦著明萎縮，稍形內轉，肩胛稍向內下方陷落，機能障礙，早期發生，疼痛多著明，有時形成寒性膿瘍。

第四十八圖

左側肩胛關節乾性骨疽

(慶大外科教室)



第四十九圖

肩胛關節結核之X光像

(慶大整形外科教室)



【診斷】 定型者，容易診斷，如行 X 光線檢查，可見骨質萎縮及骨質破壞之像。

【預後】 每可因姑息療法而愈，如有全身結核，則預後不良。

【療法】 姑息療法為施石膏髕帶（可用有窗者），行日光療法。X 光療法，與夫全身療法，有時可行關節切除（他參閱外科總論）。

7) 梅毒性肩胛關節炎 *Omarthritis syphilitica*

在梅毒之第三期，有侵犯肩胛關節者，但極少。

8) 畸形性肩胛關節炎 *Omarthritis deformans*

為稀有之症，見於老人，應與慢性風濕性肩胛關節炎鑑別（參閱外科總論）。

9) 尿酸性肩胛關節炎 *Omarthritis urica*

極少（參閱外科總論）。

10) 神經病性肩胛關節炎 *Omarthritis neuropathica*

本症頗少，有在脊髓空洞症時發病者，關節之漿液性滲出液及骨質破壞，均屬高度，自覺症缺如，為其特徵。

11) 肩胛部肌痛 *Myalgie der schultergegend.*

日本人多數發生，歐美人患此者稀少（歐美人多患股部痛）。原因不明。多侵犯 40—50 歲之男子，女子則少，以偏側者為多，侵兩側者少見，生活優裕，不甚運動者易發本症，勞動之人，罕有發生本症者。

病因不明，或為一種物質代謝障礙，亦有認本症為由於血管運動神經障礙者，關節自身，無何等變化，有謂時見肩胛關節部髓鞘之變化者。

【症候】 自肩胛部以至手臂，感有一種不快之鈍痛，為自發性，甚者因此不得安眠。對於氣候變換，稍受影響，惟不若風濕

症時之著明。

以疼痛故，可發機能障礙，自高處取物，結髮，洗髮，結帶等動作，均感障礙，如強行他動的運動，則又為可動性。全身症狀缺如。

局部無著變，僅有輕度壓痛而已，經時過久，有輕度之肌肉萎縮，惟在 X 光線檢查上，骨質等均無變化。

【預後】 本症經過，各不相同，輕症者 1—2 月可愈，重篤之症，有至半年以上者。雖行各種療法，多難收效，常以自然治愈。

【診斷】 無特殊原因，僅侵犯 40—50 歲者之肩胛關節，主為機能障礙，夜痛特著，局部不發變化等，據此可診斷之，宜與風濕性肩胛關節炎，畸形性肩胛關節炎及關節神經痛等鑑別。

【療法】 有種種，均無確效，常用者有溫罨包，水浴療法，X 光療法及電氣療法等，如能稍忍痛苦，充分施行按摩，較為有效。

藥物療法，為內服 Aspirin，注射 Sinomenin, Neuromatin 等。

## 12) 肩胛部神經痛

肩胛部時發不定性神經痛（參閱內科學）。

### XIII. 肩胛關節之攣縮及強直

Kontraktur u. Ankylose des Schultergelenks.

一如其他關節，有

- 1) 皮膚性或瘢痕性攣縮。
- 2) 髓性攣縮。
- 3) 肌性攣縮。
- 4) 神經性攣縮。
- 5) 症候性攣縮。

**6) 關節性攣縮及強直等症。**

特以後一種最為多見，初呈關節性痙攣，其後則漸成為結締組織性強直，軟骨性強直及骨性強直。

肩胛關節之強直，可視其能否外展及上舉至水平位以上而察知之。

【診斷】 多屬容易，惟須與肩胛部之粘液囊炎，三角肌之風濕症及歇斯的里性攣縮等鑑別。

【預後】 隨原因而異。

【療法】 預防為要。即當患有肩胛關節炎時，一俟炎症輕減後，務須早行按摩，自動及他動的運動。預防三角肌萎縮，尤為重要。

關節強直，症象頑強，姑息療法，不受影響時，則行肩胛關節之投動手術，或關節頭切除術。

#### XIV. 肩胛關節之動搖關節 Schlottergelenk des Schultergelenks

【原因】 i) 肱骨上端骨折或切除時。

ii) 因關節盂或關節頭之結核，化膿等，骨質破壞劇甚時。

iii) 肩胛關節炎之有大量滲出液時。

iv) 由於肩胛部肌肉之麻痺。例如因臂叢，腋窩神經，肩胛上神經等之損傷，或脊隨性小兒麻痺而發生者（麻痺性動搖關節）。

【症候】 本症之主要症候，為肩胛關節之自動運動，完全廢止，而被動運動，又極輕易，動作自如。或作振子運動。

此外肩胛穹窿扁平，肩峯著明突出，下方凹陷，上肢作弛緩性下垂，且內旋。手常在後轉位置。

【診斷】 極易。

【預後】 視原發病而異。麻痺性動搖關節，預後最惡。

【療法】 麻痺性動搖關節無法施治。可用支持器以固定之。或於關節切除後，施以銀線縫合。此外治療其原因病。

### XV. 肩胛部及腋窩之腫瘤

#### Geschwülste der schultergegend u. Achsehöhle

1) 軟部之腫瘤。發於皮下者有纖維瘤，脂肪瘤，血管瘤及淋巴管瘤等，脂肪瘤及淋巴管瘤有發育至極大者。或可見有莖脂肪瘤。腋窩皮膚以乳嘴瘤為多見，扁平疣贅亦可於腋窩部見及。

2) 骨之腫瘤。骨瘤，軟骨瘤及肉瘤發於鎖骨，肩胛骨及肱骨端，就中以肉瘤較多，性惡。

### XVI. 腋窩淋巴腺炎

#### Entzündungen der Achsdrüse od,

#### Lymphadenitis axillaris

為屢見之症，有下列各種。

1) 急性化膿性腋窩淋巴腺炎 *Lymphadenitis axillaris purulenta acuta.*

自手指之小創傷或乳房之小糜爛感染而起，或續發於瘰癧之後，有時續發於急性淋巴管炎。

a) 局部症候：僅發單一淋巴腺者少，數個或多數淋巴腺均腫脹，主感疼痛，急速腫脹，患部硬度，初為滲潤性強韌，可因適當之治療，使其吸收治愈，惟大多數均漸次軟化，終呈波

### 第五十圖

自右鎖骨發生之巨大肉瘤  
(東北帝大杉村外科教室)



動。初時各腺尚分離，及至發生化膿，乃漸融合，而成一巨大膿瘍。

皮膚之潮紅，灼熱，初不著明，隨病勢之進行而顯著。其後皮膚菲薄，得透視膿汁。

本症易發淋巴腺周圍炎與周圍發生癒着，往往引起重症蜂窩織炎。

b) 全身症候： 體溫升騰及其他各種併發之熱症候。

放置之，雖可自然破潰，非然者，則形成蜂窩織炎，向胸大肌及鎖骨下部等擴展，致呈險惡症象。或以亞急性經過，永難治愈。

【療法】 初行冷濕電包，如不癒，則致施溫濕電包，以促其吸收或化膿，以同樣目的，亦可行 X 光綫療法。在初期及已化膿時均可內服磺胺類藥。

即經化膿，則須廣大切開，插入排膿管，視其症狀若何，可將腫脹之腺體剔出。

## 2) 鼠疫時之急性腋窩腺炎 *Lymphadenitis axillaris acuta bei pest*

腺鼠疫以發於腋腺者為多，時亦見於腋窩腺。局部及全身症候均險惡，如不速行處置，則有廣汎傳播之危險（參閱外科總論）。

## 3) 單純性慢性腋窩腺炎及腺病性腋窩腺炎 *Lymphadenitis axillaris chronica simplex u. Scrofulosa*

由於手及指之皸裂，慢性濕疹等，腋窩腺發生腫脹。又在腺病性症因淋巴腺為可刺戟性者，均易腫脹。

此等淋巴腺腫脹，症象輕微，臨床上無若何意義。

## 4) 結核性腋窩腺炎。 *Lymphadenitis axillaris tuberculosa*。

時有於腋窩腺發生結核者。



多為數個以至多數腺體之腫脹，且互相癒着。或狀為表面少數腺體，加以注意，多可於腋窩深部，察知多數腺體之腫脹，各腺互相癒着，多形成一大腺囊。局部硬度稍堅實以至柔軟，至末期則呈波動。壓痛多缺如。

放置之，則軟化而成結核性膿瘍，破潰後，遺留難愈之瘻管，故宜及早施治。

【療法】手術摘出，或行X光綫療法，X光綫治療之功效，較之顎腺結核時為劣，故以早行手術為佳。

5) 其他腋窩腺體，罹惡性淋巴肉芽瘤，白血病及假性白血病時，亦著明腫脹，惟此時每兼顎腺等腫脹，不僅腋窩腺腫脹已也。

又當乳房，胸壁及上肢發生癌瘤時，腋窩腺屢有轉移。肉瘤之轉移，亦間有之。

## XVII. 肩胛部之手術

### Operation an der schultergegend,

#### 1) 鎖骨切除術 Resektio der clavicula

本法應用於鎖骨腫瘤，鎖骨上腔腫瘤之摘出，又結紮動脈瘤，亦可應用本法。

本法可於骨膜下行之（骨膜下切除術）即沿鎖骨縱軸，切開皮膚，用骨膜起子剝離骨膜，再用綫鋸於適當部位切斷之（一部切除術）或於胸骨及肩峯突之關節端，加以切除（全部切除術）。後法係在鎖骨中央鋸斷後，將兩斷端自關節分離之謂。若留有骨膜時，雖將鎖骨全部剔除，骨質亦多可漸次再生，即不再生，上肢之機能，亦無障礙。

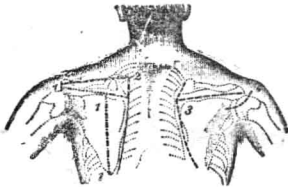
#### 2) 肩胛骨切除術 Resektion der scapula.

主用於肩胛骨之腫瘤時。

法有下列四種，對於機能上重要部分，即肩胛下窩肩峯突及

喙突務須加以保存，且務宜在骨膜下施術。因保留骨膜，即  
 使肩胛骨全部摘除，仍能再生故  
 也。

第五十一圖  
 肩胛骨切除術



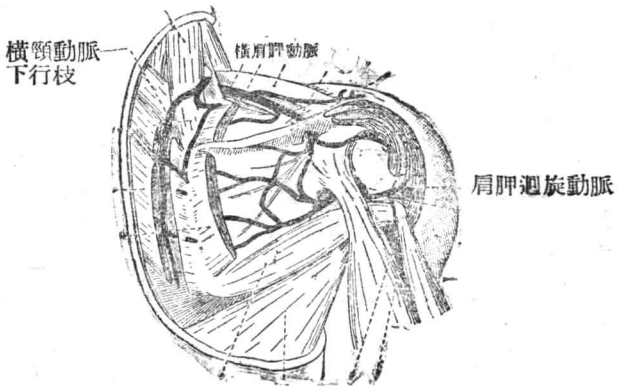
- 1) Syem 氏法
- 2) von Langenbeck 氏法
- 3) Ollier 氏法
- 4) 肩胛骨關節窩切除術之皮  
 膚切開法

a) 肩胛骨全摘出術

i) 不保存骨膜及肌肉行摘  
 出術時。依 Syem 或 Von La-  
 ngenbeck 氏法，切開皮膚（如  
 第五十一圖 1 及 2），翻轉皮瓣  
 ，將附着於肩胛骨之肌肉，自內  
 緣起始，以至內緣，外緣及下角  
 ，概行切除，並切斷其下部肌肉  
 。

次於肱骨端，將肩胛關節之  
 關節囊，作馬蹄鐵狀切開，切  
 斷附着於大粗隆之肌肉附着部，

第五十二圖  
 肩胛骨及肱骨頭之肌肉血管模型圖



分離胸鎖關節將肩胛骨外旋，自下方切斷關節囊及肌肉，摘出肩胛骨。

此時宜施行結紮者，為頸橫動脈下行枝肩胛橫動脈，肩胛迴旋動脈，及其分枝。

切除後，以固定上臂之故，可作數個縫合，將肱骨頭縫於鎖骨之肩峯端，所留之關節囊，可與肌肉縫合，插入排尿管，縫合皮膚。

ii) 肩胛骨骨膜下全部摘出術。行本法時，可用 Ollier 氏之皮膚切開法（第五十一圖 3）。法用切除刀深切皮膚，次則切開骨膜，用骨膜起子先將肩胛棘至棘下窩之骨膜，與軟部分離，再及於棘上窩部。再將肩胛骨牽向外上方，自下角分離前方骨膜，最後將肩胛關節之關節囊自後下方切開，除去附着於關節盂緣及喙突等之肌肉及韌帶。施行本法時，出血較少，日後骨質可以再生。惟在惡性腫瘤症，則易再發。

iii) 兼行鎖骨切除及肱骨離斷之肩胛骨全摘出術。於肱骨之有巨大肉瘤時行之。先結紮腋窩動脈及鎖骨下動脈將肱骨關節離斷後，以綫鋸鋸斷鎖骨，再用上述方法，將肩胛骨摘除。

#### b) 肩胛骨一部切除術

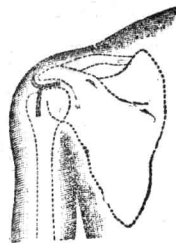
隨切除部位之不同，皮膚切開亦異，往時通用綫鋸，然不若用附有電氣發動機之圓鋸為便。

#### 3) 肩胛關節切除術（肱骨切除術）

##### • Resektion des Schultergelenks

肱骨頭之複雜骨折，陳舊性肩胛關節脫臼，結核性肩胛關節

第五十三圖  
肩胛骨關節突之切除術（仿 v. Erm-arch 氏）



炎，肩胛關節強直，肱骨之惡性腫瘤等用之。

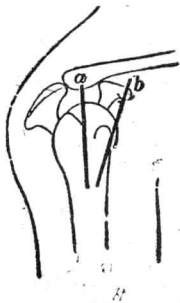
患者背臥，插一枕於肩胛下方，高舉上身，將上肢伸出於手術臺邊緣之外方，屈肘關節，令助手把持上臂，稍使外展，且作外旋（以此位置，易達於粗隆間溝）。

皮膚切開，自喙突之外緣起始，稍斜向外下方，縱切皮膚及三角肌內緣，並及於小粗隆處（Ollier 及 Hüter 氏）。或自肩峯突之中央，縱切三角肌之中央部，及其附着部（v. Langenbeck 氏）（第五十四圖）。

再用鉤開張肌肉時，適達於肱二頭肌長頭之粗隆間溝，於是沿其韌鞘，導入有腔消息子，切開上部，達於肩峯突，分離關節囊，用鉤將韌牽出。

其次外旋上臂，在粗隆間溝之內緣處，切開骨膜，用骨膜起子及刀，自小粗隆起始，分離骨膜及肩胛下肌，再內旋上臂，分離骨膜及附着於小粗隆部之棘上肌棘下肌及小圓肌，再以刺鋸或附有電氣發動機之圓鋸，於外科頸部鋸斷肱骨（第五十五圖）。

第五十四圖  
肩胛關節切除術  
皮膚切開綫



a) Langebeck 氏法  
b) Ollir 氏法

第五十五圖  
肩胛關節切除術



（切開關節囊，上臂上舉，內轉而使脫臼）（仿 Marion 氏）

後療法：肱骨頭切痕處，置一排膿管，施行縫合，腋下置以枕，以防肱骨下垂，肘關節使成直角，將上肢固定於胸廓，而施以繃帶，創面治癒後，行按摩，自動及他動運動。

4) 肩胛關節離斷術（肱骨離斷術）。  
Exartikulation der Schultergeleuks.

本法用於肱骨肉瘤及重症複雜骨折等，術式有二。

防腐法與普通同，手術野周圍之大部分，用消毒布包裹，並用消毒繃帶纏絡之。

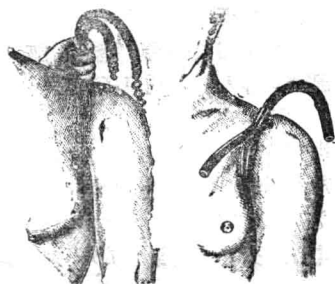
a) 環狀切法之離斷術。

i) 令患者背臥於手術臺緣之近處，伸出上肢於手術臺外，且令助手支持之。

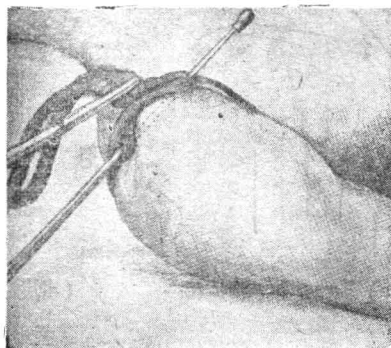
ii) 以止血目的，可自腋窩至肩峯突，施 Esmarch 氏橡皮帶（如第 56—57 圖）以圖止血。

iii) 於三角肌下緣同高度，用環狀切法，離斷上臂，鋸斷骨頭，

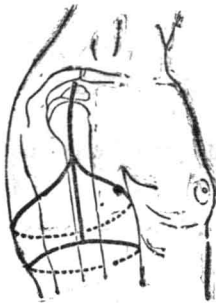
第五十六圖  
肩胛部之 Esmarch 氏橡皮管驅血法



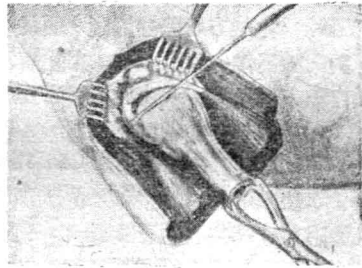
第五十七圖  
用 Trendelenberg 氏針固定法之肩胛部驅血法（仿 Wilms 氏）



第五十八圖  
用環狀切法或Rakett樣  
切法之肩胛關節離斷術



第五十九圖  
上 臂 離 斷 術  
(仿 Wullstein 氏)



結紮血管後，除去橡皮帶。

iv) 其次自肩峯突開始，沿上臂側緣，作一縱切開，直達骨質，再用鉤將創口向左右哆開。

v) 剝離骨膜，將骨頭露出，切開軟部，自關節盂分離肱骨頭。

vi) 臂叢所屬各神經，用鑷子盡量牽出而切斷之，施以排膿管，縫合皮膚。

b) 瓣狀切法之離斷離。

i) 令患者取健側臥位，如前所述，施以 Esmarch 氏橡皮帶。

ii) 在肩胛外側，作一廣大之瓣狀切開。即基底自肩峯起始，及於喙突，下緣寬廣而達三角肌之下界。施術時，刀及下向，於其中央部刺入，

第六十圖  
瓣狀切法之肩胛關節離斷術 (仿 Esmarch 氏)



先切斷其下部，再將上部之肌肉及軟部，向深處切斷之。

iii) 次將軟部皮瓣翻向外上方，露出肩胛關節之外側，切除附着於肱骨大小粗隆之關節囊及肌腱後，使肱骨頭突出，切開關節囊。

iv) 在後方切開關節囊，更於其內側斷離軟部，在上臂內側，對向腋窩作一長約 6cm 之皮膚瓣，切斷神經血管。此時命助手自上方插入拇指於腋窩，壓迫腋窩動脈，以防出血危險。

v) 其他與前者同。

#### 5) 肩胛關節授動手術 Mobilisation des schultergeleuks

本法應用於肩胛關節之骨性强直。肩胛關節之周圍，有多數肌肉附着，以其運動範圍廣闊，手術之結果，每難滿足，故實際上少有施行本法者。

皮膚切法可用不傷及肌肉韌帶之 Ollier v. Hüter 氏切法（住田博士則主用 Kocher 氏法）。將三角肌極力向外方排開，達於關節囊（此時有分離鎖骨處之一部者）。且如關節切除術時，切開肱二頭肌長頭腱之腱鞘，脫轉長頭，強向側方鈎引後，於粗隆間溝部，以鑿離斷大粗隆而勿傷其附着之肌肉，檢查關節之強直部位，再用鑿離開關節頭與關節盂之連絡，使關節頭成半球狀，關節盂成相當之陷沒，乃自大腿前面割取廣大筋膜，以之覆蓋關節頭及關節盂後，恢復大粗隆於原位，用螺旋固定之，使各肌復舊位（剝離三角肌之一部時，縫肌肉於鎖骨上）後，施以皮膚縫合。

手術後，使外轉外旋，固定於直角位置，第一期癒合後，約十日間，漸可運動，其後使向各方面作平等運動，用資練習。

# 第二編 上 臂 外 科

肱骨之解剖  
如圖(說明從略)。

第六十一圖  
右 肱 骨 前 面  
(岡島教授解剖學)



第六十二圖  
右 肱 骨 後 面  
(岡島教授解剖學)





## I. 上 臂 之 先 天 性 畸 形

## Angeborene Missbildungen der Oberarms

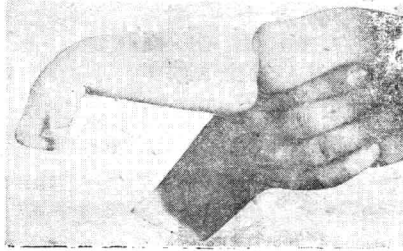
- 1) 先天性上臂缺損 極少見。
- 2) 上肢幹部缺損 亦屬少見之症，與前者不同之處，即本症僅手存在，而直接附着於軀幹者。

3) 上臂之自家切斷 上臂有於生產時，中途被切斷者，本症係因在子宮內時，臍帶過度絞壓而發。

4) 先天性陷溝。較前者為輕微之症。上述三種雖無療法但本症則可切除陷溝，將其上下皮膚施行縫合。

第六十三圖

上肢之先天性絞扼（慶大外科教室）



## II. 上 臂 軟 部 之 損 傷

## Verletzungen der Weichteile des Oberarms

常見者為創傷及挫傷。茲僅將上臂之定型的損傷申述之。即

1) 上臂肌及腱之損傷 Verletzungen der Mm. u. der Sehne des Oberarms.

有種種。

a) 肱二頭肌長頭腱之脫轉

本症由於外傷而發，係肱二頭肌長頭自粗隆間溝脫向側方之謂，屬少見之症。

【原因】為肩胛關節脫臼或肱骨頭骨折時之併發症，單獨發

生者絕少。

【症候】肘關節常作彎曲，伸展困難，局部感劇痛，稍有皮下出血，脫轉之肌腱，觸之多為束狀，關節運動，受其障礙，惟能行被動的運動，運動時常有唧唧音。

【診斷】以呈定型的症候者為多，故診斷容易。

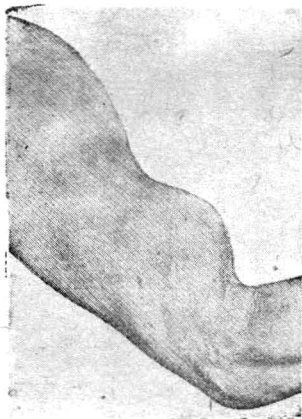
【療法】整復脫轉肌腱，固定上肢約經七日後，行運動及按摩。

b) 上臂腱及肌之斷裂。

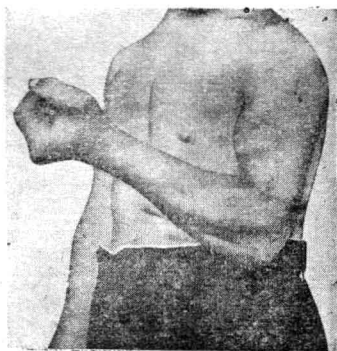
i) 肱二頭肌長頭腱有於肩胛關節脫臼及肱骨端骨折之際，被斷裂者。此時肱二頭肌發生機能障礙，肘關節因之屈曲困難，且該肌肉不能收縮。難由外部證明其斷裂部位。

ii) 由於肱二頭肌之種種鈍的暴力而起斷裂者。此時肘關節不能屈曲，屢可觸得斷裂部。出血多不著明。

第六十四圖  
肱二頭肌長頭腱之全斷裂  
(熊野御堂外科教室)



第六十五圖  
肱二頭肌赫爾尼亞  
(仿 Cemach 氏)



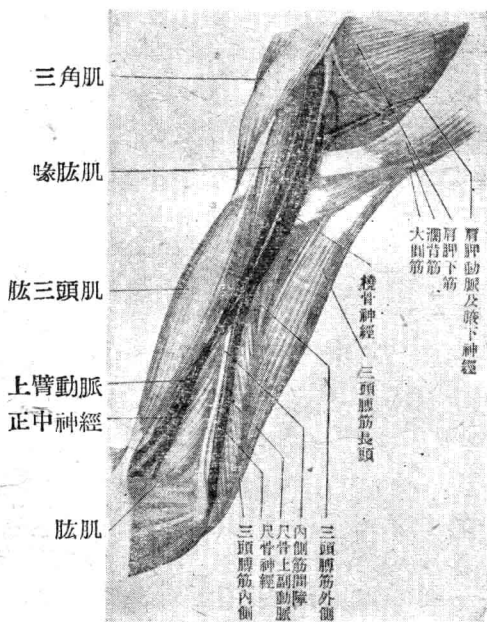
iii) 由於其他鈍力，附着於上臂上部之各種肌肉，有斷裂者。此時有該斷裂肌肉之機能障礙，觸診該部，覺有缺損。

【療法】行肌縫合。長頭發生斷裂而縫合困難時，有時下方之肌肉斷端，縫合於肱二頭肌短頭者。

### 2) 上臂肌肉赫爾尼亞 M-Hernia des Oberarms

上臂受有挫傷時，肱二頭肌之肌膜，被其裂斷，因而發生肌肉赫爾尼亞。當肌肉收縮時，柔軟之肌肉，自裂隙脫出，作腫瘤狀膨出，肌肉弛緩時，又復消失。有時於該部觸得肌膜之裂隙。此時肌肉之握力減弱。

第六十六圖  
上臂內側局部解剖圖 (仿 Blumberg 氏)



【療法】縫合肌膜間隙，肌肉著明膨出時，可切除其一部。

3) 上臂神經之損傷 Verletzungen der Nerven des Oberarms.

a) 橈神經在上方被損傷時，則發生肱三頭肌及肱肌之麻痺，下部被損傷時，無前述肌肉之麻痺，僅有橈神經麻痺。

b) 肌皮神經受損傷時，見有肱二頭肌喙肱肌及肱肌之麻痺。惟本症極少見。

c) 正中神經及尺神經，絕少在上臂部受損傷者。

4) 上臂動脈之損傷 Verletzungen der A. brachialis

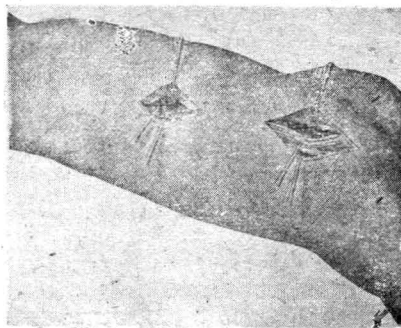
a) 開放性損傷，有出血致死。

b) 皮下損傷者，皮下溢血著明，甚者可因此發生末梢之循環障礙，有時在上臂動脈之部分損傷後，誘發外傷性動脈瘤。

上臂動脈結紮法 Unterbindung der A. brachialis

普通於上臂之中央部施行。上臂外展，對軀幹作直角，如第六十七圖所示者。在肱二頭肌內緣作一約 4cm 之皮膚切開，分開肌膜，現出肱二頭肌內緣，以鉤向外方牽引時，即見正中神經，故分離該神經牽向外方時，即達上臂動脈之血管鞘，切開後，即見動脈行經兩靜脈間，由是加以處置即可。

第六十七圖  
腋下動脈及上臂動脈結紮法  
(仿 Wilms 氏)



## III. 肱 骨 幹 之 骨 折

## Fractur der Diaphyse des Humerus.

【原因】 爲屢見之症。

a) 由於直接暴力而起者最爲多數。

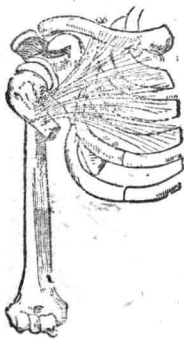
b) 有時由於間接暴力例如當墜落之際，手或肘部劇烈衝突地面，因而發生本症。

c) 肌肉之強劇攣縮，如投石，打擊等時而起，極少見。此種多因骨質之異常所致。

【骨折型】 由於肌肉收縮者，骨折發於三角肌之附着部，其他情形，則無定處。骨折型以斜骨折爲最多，橫骨折次之，有時爲螺旋骨折，縱骨折極少見。或因創傷及燹彈創，可見粉碎骨折胡蝶骨折及穿孔骨折等，輕微之症，不過發生屈折骨折而已。

第六十八圖

肱骨折片之內轉  
(仿Mattis氏)



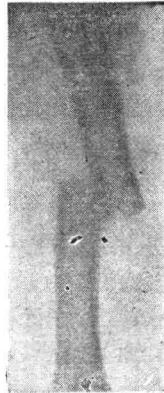
第六十九圖

肱骨折片之外轉  
(仿Mattis氏)



第七十圖

右肱骨橫骨折(70歲男子)  
(慶大整形外科教室)



以皮下骨折爲多，有時可見開放性骨折以至複雜骨折，即因尖銳折片致損傷皮膚及神經血管者。

第七十一圖

肱骨骨折之 Kramer 氏  
鐵笠副木固定法



第七十二圖

肱骨骨折之外來的牽引法  
(仿 Hochengg 氏)

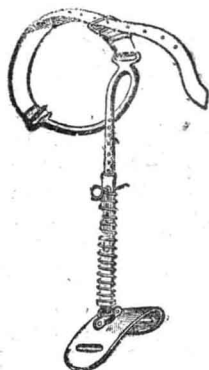


【症候】 有異常運動。變形，唧軋音，疼痛出血等骨折之定型的症候，上臂上舉及外展時，變形特著，甚者屈曲成角狀，或爲可動性。

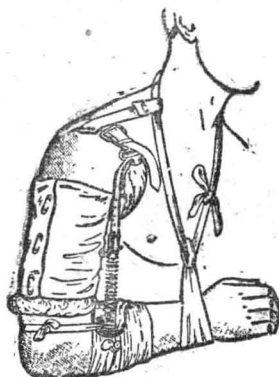
骨折發於三角附着部之上方時，因胸大肌之牽引，上折片脫向內方（第六十八圖），骨折之發於下部者，則因三角肌牽引之故，其折片脫出外方（第六十九圖）。此外上臂稍短縮骨折亦多稍有變形。

骨折之際，主要血管在皮下受損傷時，上臂膨脹及皮膚變色，均屬高度，橈動脈難於觸知，傷及神經，則起運動及知覺障礙。開放性骨折而發生化膿者，治愈困難。

第七十三圖  
Delbet 氏骨折副木



第七十四圖  
Delbet 氏骨折副木



【診斷】基於上述之定型的症候，不難診斷，惟當屈折骨折之際，則須與單純性挫傷鑑別。

【預後】多屬佳良，治療期間以小兒為短，治療不當，有形成假關節者，發生化膿者，亦難治癒。此外有因假骨贅生壓迫橈神經，致發橈神經麻痺者。

【療法】皮下骨折而有轉位時，牽引整復之，自肱骨外髁起始，向大粗隆及肩峯突，使成一直綫，肘關節屈成直角，如為肱骨上端骨折，則以繃帶或石膏繃帶固定於胸廓上，或行副木繃帶。

骨折片之轉位甚劇時，僅以徒手整復術，有時整復困難，可行牽引法（法有種種）。又有用 Lambotte, Hackenbruch, Santamalia 氏等之器械，施行固定，徐圖治癒轉位之法。

開放性症之治療，較前者為難，因本症存有創傷，不能用石膏繃帶，全行包裹故也。此時可用有窗石膏繃帶金屬綫副木及

Delbets 氏副木等。

多無施術之必要，本症之少數症例，有行各種手術調整者。

對於合併症，施行單獨治療，發生傳染之炎症骨折，行切除術或關節離斷術（參閱外科總論）。

#### IV. 上 臂 軟 部 之 炎 症

Entzündungen der Weichteile des Oberarms

##### 1) 癰及癤：Furunkel u. Karbunkel

較爲稀少。

##### 2) 蜂窩織炎 Phlegmone

有單純性蜂窩織炎及與肌炎或骨髓骨膜炎合併發生者。

##### 3) 急性化膿性肌炎 Myositis puruleuta acuta

於肱二頭肌肱三頭肌及肱肌等見之，呈急性炎症症候及機能障礙，有時兼有他部之多發性肌炎則預後不良。

本症常須與蜂窩織炎，骨髓骨膜炎鑑別。

##### 4) 肌肉梅毒 Muskelsyphilis

屬少見之症，於上臂肌肉，發生樹膠腫其結果殘留肌肉之攣縮。巨大 Gumma 須與肉瘤鑑別，攣縮時宜與肌肉風濕症鑑別。

##### 5) 肌肉風濕症 Muskelrheumatismus

上臂肌肉有起急性慢性風濕症者，或單獨發生，或與他肌並發，遺留攣縮者較少。

##### 6) 化骨性肌炎 Myositis ossificans

有於肱二頭肌等部發生鈣鎔骨者，又有當進行性化骨性肌炎之際，上臂肌肉亦被侵及者。

（上述各症，可詳閱外科總論）。

#### V. 肱 骨 之 炎 症

Entzündungen des Oberarmknochens (Humerus)

##### 1) 肱骨之急性化膿性骨髓骨膜炎 Osteomyelitis u. Peri-

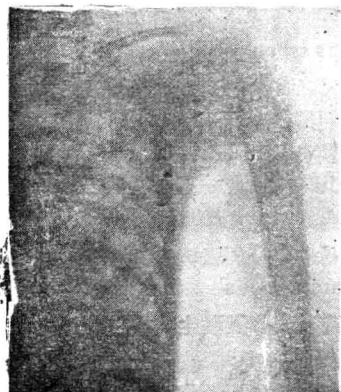


### ostitis Purulenta acuta des Humerus

爲屢見之症，初期有著明之急性炎症症狀，兼有發熱等全身症候，發病初期，須與蜂窩織炎或肌炎鑑別。本症病狀之異於結核者，爲多發於骨幹部有時肱骨，殆全部陷於壞死，惟於其周圍部，漸有骨質新生，故於適當時期，雖摘除腐骨，亦不遺有重篤障礙。

#### 第七十五圖

有巨大腐骨之陳舊性骨髓骨膜炎  
(八歲男孩)(慶大整形外科教室)



hilis des Humerus

極少。

於急性骨髓骨膜炎之後，留有腐骨或骨膿瘍，漸移行於慢性骨髓骨膜炎，此時須與骨之結核及梅毒鑑別。

【療法】與其他骨同。初行姑息療法，內服磺胺類藥及注射 Peicilliu 經 3—4 週後，行腐骨除去術施行手術之際，慎勿傷及橈神經（其他參閱外科總論）。

#### 2) 肱骨之結核 Tuberculois des Humerus

發於肱骨之上下端，殆無發生於骨幹部者。本症常與關節結核有關。

#### 3) 肱骨之梅毒 Syphilis des Humerus

## VI. 上臂之腫瘤及囊瘤 Geschwülste u. Zyste des Oberarms

### 1) 軟部之腫瘤 Geschwülste der Weichteil

發於皮膚者有血管瘤，乳嘴瘤及瘻瘤等。

發於真皮者有纖維瘤，神經纖維瘤，脂肪瘤，血管瘤，淋巴管瘤，肉瘤（原發或轉移）及癌瘤（轉移）。

於肌肉偶有發生肉瘤者。

### 2) 軟部之囊瘤 Zyste der weichteile

偶可見粉瘤，絕無發生皮膚囊瘤者，胞蟲及細胞狀囊蟲極少見。

有時自上臂動脈發生動脈瘤。單純性動脈瘤極少，多為外傷性動脈瘤或動靜脈瘤有假性動脈瘤者，但極少。動靜脈瘤症有於末梢部起靜脈鬱血者。

（參閱外科總論）。

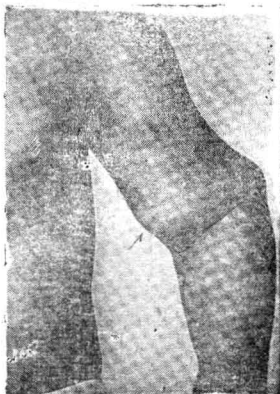
### 3) 骨之腫瘤 Geschwülste des Knochens

時有發生肉瘤者，有a)骨膜性肉瘤及b)骨髓性肉瘤兩種。

此外骨瘤及軟骨瘤偶有發生。骨囊瘤絕少發生於肱骨。

（以上參閱外科總論）。

第七十六圖  
外傷性上臂動脈動脈瘤  
（千葉醫大瀨尾外科教室）



## VII. 上臂之手術

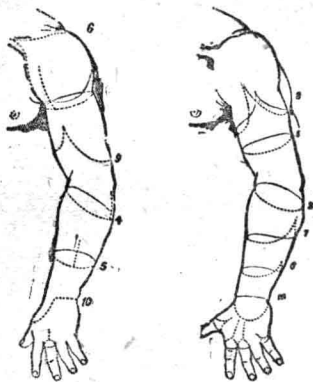
### Operation des Oberarms

#### 1) 上臂切斷術 Amputatio humeri

【適應症】於上臂及肘關節之惡性腫瘤及複雜骨折，前臂之重症壞疽等時行之。

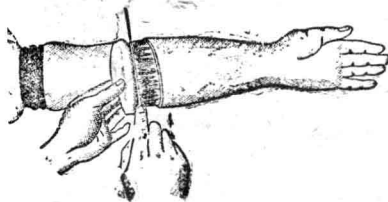
【消毒法】與普通手術同。惟須先將欲行切斷部之周圍大部

第七十七圖  
適用於切斷術及離斷術之切開法

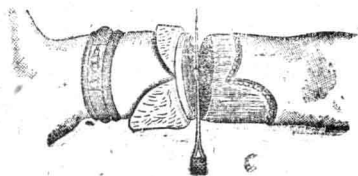


- 1) 環狀或橫切開法
- 2) 斜切開法
- 3) Rakett 狀橫切開法
- 4) Rakett 狀斜切開法
- 5) 瓣狀切開法
- 6) 卵圓狀橫切開法
- 7) 卵圓狀斜切開法
- 8) 9) 10) 瓣狀切開法

第七十八圖  
上臂之二次的環狀切法



第七十九圖  
上臂切斷術時前大瓣及後小瓣之造法



覆以消毒布，卷以消毒繃帶。

【麻醉法】 行上臂切斷術時，雖多用全身麻醉，有時亦可行局部麻醉法，特以 Kulenkampf 氏麻醉法（醫叢之傳達麻醉）。

【一過性止血】 當上臂切斷之際，以限制出血之目的，常用 Esmarch 氏橡皮帶。欲於上臂中央以上部位行切斷時，一如上臂之關節離斷術。又當施行 Esmarch 氏橡皮帶時，欲使末梢部含有之血量減少，可將上臂高舉或用手指暫時壓迫腋窩動脈，然後施行 Esmarch 氏橡皮帶。

上臂之切斷術，有多種，常用者為左列二法。

a) 環狀切法

如第七十八圖所示，以右手握刀，自皮膚至肌膜，作環狀切開，向上翻轉皮膚，作一皮袖（其長約與上臂直徑之半相等）。

次於翻轉部，用切斷刀，切斷全部肌層，直達骨質。

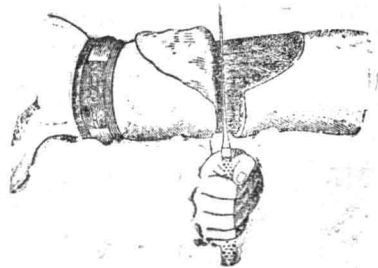
再用切除刀環狀切開骨膜，次以骨膜起子或骨膜刮子將骨膜向上方剝離 1—2cm，再以鋸鋸斷骨質（此時使助手把持前臂）。

鋸斷骨質時，為防止肌肉等軟部突出於切斷面故，可將棉布一方，裂成二條，纏絡骨質，藉保肌層（第八十一圖）或用 Percy 氏切斷端保護器（第八十二圖）。

用骨錘將切斷之骨緣磨平，以鉞匙（Löffel）括除骨髓（預防日後發生骨之過剩增殖）。

第八十圖

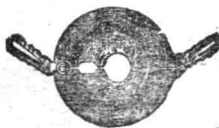
行手術時翻轉前瓣環狀切斷後半部



第八十一圖  
上臂切斷時  
所用之端  
保護綿紗



第八十二圖  
Percy 氏切斷  
端保護器



第八十三圖  
上臂鋸斷法  
（仿 Marion 氏）



次則探求各重要神經（正中神經，尺神經，橈神經，臂內側皮神經，肌皮神經）而牽出之，務於其上部，加以切斷（為防止切斷端神經瘤之發生）。又當結紮各主要血管（臂動靜脈，肱深動脈，貴要靜脈，頭靜脈）後，乃於斷端部覆以綿紗，除去Esmarch氏橡皮帶，暫時壓迫後，如尚有出血之血管，則結紮之。

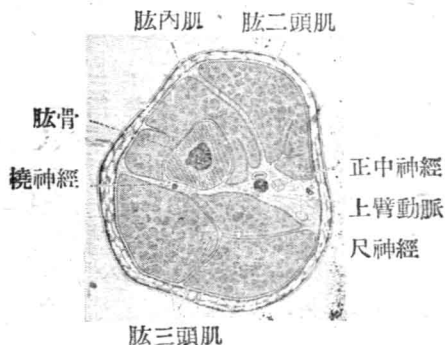
次於骨質斷端上，施行肌層縫合，將骨斷端覆蓋後，再行縫合皮膚，此時於其兩側，可暫施以排膿管。又當切斷端有發傳染之疑時，則宜開放創口而行治療。

b) 瓣狀切法 皮膚之瓣狀切法，有於前方作一前大皮瓣，後方作一小皮瓣者，有前後皮瓣等大者，亦有前方作一大皮瓣，而於後方作半環狀切法者。肌層一般與前法同。多以環狀切法切除之，時有與皮膚同時行斜切斷者。惟骨質則不論於何種情形之下，均於橫位鋸斷之。

此外隨疾病情形，有行斜切法者或行環狀切法，將皮膚向上強引，自皮膚至肌層，一次切除，以代二次切法。

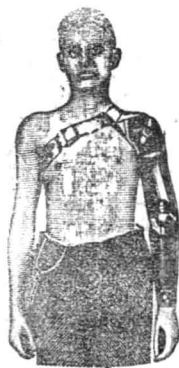
第 八 十 四 圖

右 上 臂 橫 斷 面 (後 面)  
(仿 Rotter-Schönwerth 氏)



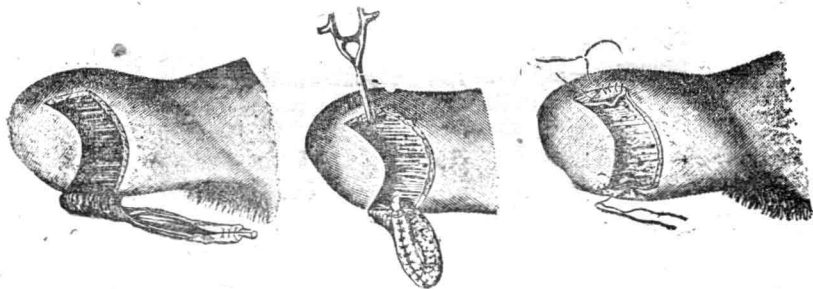
第 八 十 五 圖

上 臂 義 肢



【切斷端之處置】 i) 上臂切斷後，俟斷端之手術瘻瘰堅固後，可用假肢惟上肢雖失一手，尚可用他手及口代償，非如下肢因

第八十六圖  
使切斷端行自動運動之皮瓣管形成法



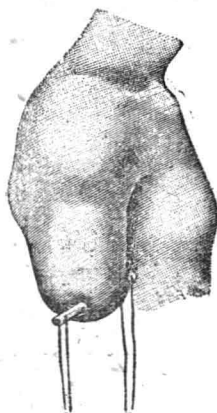
日常步行，假肢之不可或缺者，故即不用假肢，亦不致有重大不便。凡細巧工作，均以手爲之，以往所製假肢，不甚精巧，惟自歐戰以來，假肢之製作，於歐美已顯然進步。假肢種類，亦隨製造處所而不同。

ii) 運動性切斷法 在切斷端剝離伸肌及屈肌，其肌膜仍令附着，包入於切斷部附近之皮膚中（此時骨斷端宜極短），在稍離骨端部位，將二者縫合，成一蹄係後，其中貫以象牙桿使與前臂之假肢相連。

又 Sanerbruch 氏將皮膚捲成一管，通過切斷端之肌肉內，而以象牙桿貫穿之（第八十七圖）。

c) 其他手術，見各條下。

第八十七圖  
同上管內插入象牙桿



## 第三編

## 肘部外科

肘關節之解剖及生理

肘關節爲一複關節由下述之三關節所構成。

第八十八圖  
右肘關節前側（切開關節囊）  
（岡島教授解剖學書）



第八十九圖  
肘關節縱斷面  
（仿 Spalteholz 氏）

a) 肱尺關節 *Articulatio humero-ulnaris*.

爲一成於肘骨滑車與尺骨之半月狀切跡間之蝸狀關節，司肘

關節伸屈之主要機能。

b) 肱橈關節 *Articulatio humero-radialis*.

爲球關節，成於肱骨小頭及橈骨小頭，與其他兩關節行共同運動。

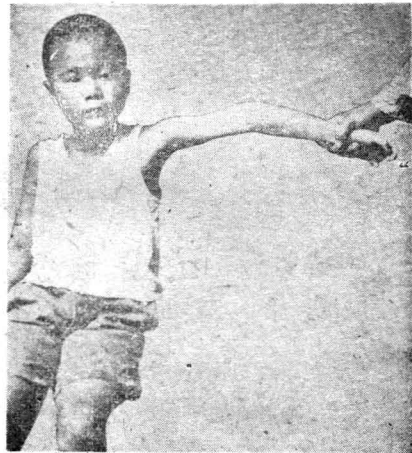
c) 近側橈尺關節 *Articulatio radio-ulnaris proximalis*

爲一位於橈骨之環狀關節面與尺骨之橈骨切跡間之車軸關節，與遠側橈尺關節同司前臂之旋前及旋後運動。

第九十圖  
肘關節生理的角度



第九十一圖  
肘內翻 (慶大整形外科教室)



此外肘關節之內收及外展運動，在小兒雖因關節裝置之擴張性能，稍能運動，而成人則否。又在肘關節取伸展位時，上肢常作 15—25 度之角而外展。

I. 肘部之先天性畸形  
*Angeborene Missbildungen (Deformitäten) der  
Elbogengegend.*



## 1) 肘部翼狀皮膚形成

第九十二圖  
兩側肘部翼狀皮膚形成及  
兩手指缺損及裂手  
(仿 Doyen 氏)



如第九十二圖所示，先天有翼狀皮膚，前臂之伸展，因被障礙，可因手術而治癒之。

2) 肘關節先天性脫臼  
偶見橈骨小頭之先天性脫臼。

3) 肘外翻症及內翻症  
於肘關節部，前臂先天的傾斜於橈側或側尺（但在外方，雖傾斜至 160 度，亦非為病態）。

此外可因肘關節部之骨折或疾患，後天的發生本症。

## II. 肘部之創傷

## Wunde der Elbogengegend

有於各種創傷時被損傷者。就中以尺神經及肘關節之損傷為主要，前者發生神經麻痺，後者則起關節之化膿，故宜注意。

## III. 肘關節之挫傷及捻挫

## Koutusion u. Distorsion des Elbogengend

關節挫傷及捻挫之全數中，以肘關節最為多見。

【原因】挫傷係因肘關節之打擊衝突等直接暴力而起，發生皮下或關節周圍之出血，有時亦可發生於關節內。

捻挫則因肘關節之過度伸展或揆轉而發，關節囊及韌帶等之

一部，因而斷裂，關節內發生出血（如發生捻挫之原因加強時則發生脫臼）。

【症候】 外傷直後，肘部發生腫脹。關節內出血雖不甚著明而在鷹嘴突之兩側，有時腫脹著明，惟當關節周圍有多量出血時，關節本身，腫脹不顯。皮下出血，常可證明。

肘部有壓痛及運動痛，但不如骨折時之著明。又在初期，肘關節之自動運動，被其障礙，他動運動則仍可保持。

捻挫與挫傷類似，外傷後，於關節內及關節周圍之軟部內，發生出血，肘部腫脹，有運動痛及機能障礙。

【預後】 多於數日內，血液被攝收而自然治癒。少數症例，則有由此惹起慢性關節炎或關節結核者。

【診斷】 時須與被膜內骨折鑑別。依疼痛，出血，機能障礙之強弱及X光綫檢查等而區別之。

。捻挫與挫傷之判別，可依原因的因子，皮下出血之有無，局部壓痛之強弱而探知之。

【療法】 初以安靜為主，施以冷罨包，經數日後，改行溫罨包，水浴，按摩，自動及他動運動。

#### IV. 肱骨下端骨折

##### Fracturen am unteren Ende Humerus

亦屬屢見之症，分八種如下：

- 1) 肱骨髁上骨折
- 2) 兼發髁關節內冰裂之肱骨髁上骨折
- 3) 肱骨下端之骨端綫離解
- 4) 肱骨小頭骨折
- 5) 肱骨外髁骨折
- 6) 肱骨內髁骨折
- 7) 肱骨外上髁骨折

## 8) 肱骨內上髁骨折

1) 肱骨髁上骨折 *Fractura humeri Supracondylica.*

【原因】 多見於小兒。a) 每由直接外力，b) 由於間接外力（即當墜落時，伸展前臂，手觸地面之類）者，則少見。

【骨折型】 以斜骨折為多，罕見橫骨折，有時傷及肘關節內，併發冰裂。

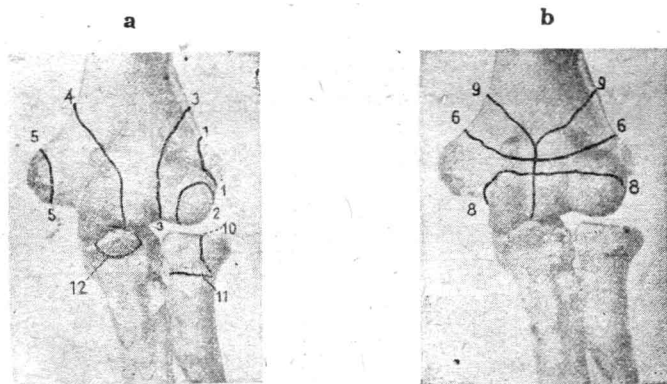
典型之症，其下折片轉向後上方，上折片則向前方脫轉，然亦有與此相反者。時有因折片關係，損傷皮膚及血管神經者。

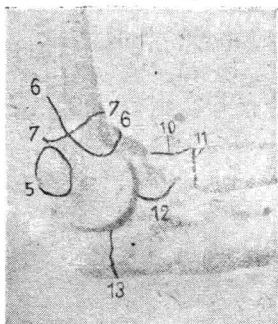
【症候及診斷】 有著明折片轉位者，診斷容易，惟與肘關節之後方脫臼相類似。

在骨折時，疼痛及出血著明，且有異常運動及唧軋音等觸診該部，亦與脫臼時不同，即於肘關節，上部之前後面，能觸得粗糙之折片端也。

## 第九十三圖

## 肘關節部骨折之各型





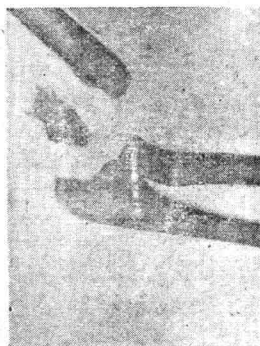
- 1) 肱骨外上髁骨折
- 2) 肱骨小頭骨折
- 3) 肱骨外髁骨折
- 4) 肱骨內髁骨折
- 5) 肱骨內上髁骨折
- 6) 因過度伸展之肘骨髁上骨折
- 7) 因屈曲而來之肘骨髁上骨折
- 8) 肘骨髁部貫道骨折
- 9) 肱骨Y字形骨折
- 10) 橈骨小頭骨折
- 11) 橈骨頸骨折
- 12) 尺骨喙突骨折
- 13) 鷹嘴突骨折

b) 無折片轉位時，須與單純之挫創區別，而診斷不難，欲與其他骨折型行確實之鑑別診斷，非行X光綫檢查不可。

第九十四圖  
三歲幼女有著明骨折”移動之肘骨髁上骨折  
(過度伸展骨折)



第九十五圖  
同上之側面圖  
(骨折端作鋸劍狀)  
(仿 Guervain 氏)



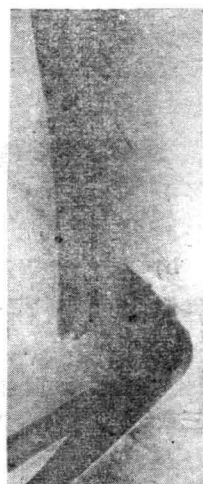
第九十六圖

46歲女子之肱骨下端骨折治療前  
(慶大整形外科教室)



第九十七圖

同左之前後面圖  
(同左)

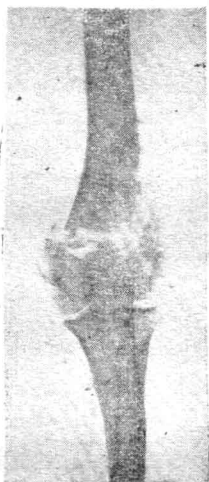


【預後】 皮下骨折，概經3—4星期，行骨性接合如後療法不佳，則遺留輕微之機能障礙。又當冰裂骨折達於節關內時則多貽留關節強直。

【療法】 有折片轉位者，牽引上臂，壓迫局部而行整復。

因出血而腫脹著明時，數日內施行副木纏帶，高舉上臂，待腫脹消退，乃屈曲肘關節於60度左右，前臂則取旋後及旋前之中間位置，橈骨側稍向上方，自肩胛部以迄腕關節，均行石膏纏帶，初期腫脹著明時，經8—10日，除去石膏纏帶，從新更換，再經3—4週後（小兒較早），除去石膏纏帶，施行按摩，與夫自動及他動運動。

第九十八圖  
同上整復後（左右面）



第九十九圖  
同上（前後面）



發生此種骨折時，絕少行手術接合者，惟複雜骨折，而發生傳染時，則不在此限（參閱外科總論）

2) 肘關節內發有貫通冰裂之肱骨髁上骨折

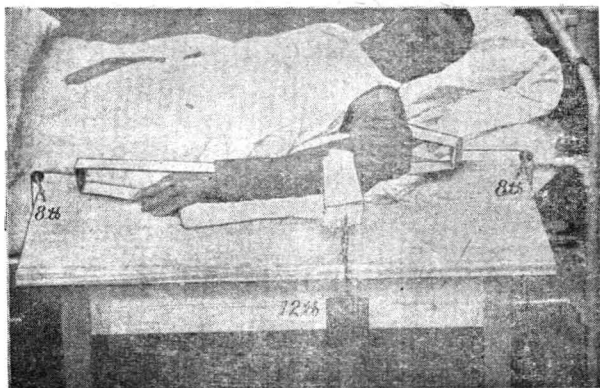
【原因】與前症略同，特以暴力直接作用於鷹嘴突而發者為多。

【骨折型】除前述之肱骨髁上骨折外，肘關節內兼發有著明冰裂隨其形狀，有T字骨折及Y形骨折之稱。又在鎗創及爆彈創症，有發粉碎骨折者。

有時因折片互相分離，肘部廣闊，或則上折片嵌入於下方之兩折片間。有時發生神經副損傷。

【症候】關節內出血，與肱骨髁上骨折時類似，惟本症有著明之肘關節腫脹，疼痛及運動障礙，當運動肘關節時，發有唧軋

第一百圖  
 肱骨上骨折之牽引



管，且患者訴劇痛。此外壓迫上臂之內外髁時，患者訴疼痛，有時得證明折片轉位。

【診斷】依上述症候，診斷容易，與單純性肱骨上髁骨折之鑑別，以肘關節合併症之有無而察知之。至欲確知其骨折型，則須藉X光綫檢查。

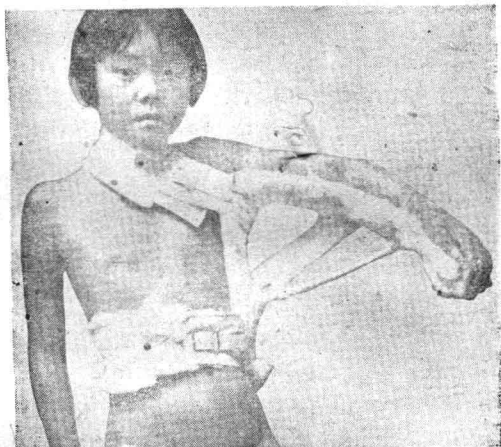
【預後】類似前症，常遺留關節強直。開放性骨折症有發生關節化膿，致陷於重態者。

【療法】與前同，後療法最為重要，時有因狀況而須切斷者。

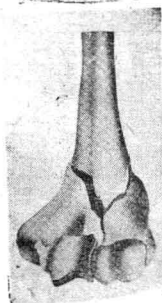
3) 肱骨下端之骨端綫離解 *Epiphysentrennung des unteren Endes des Humerus.*

【原因】肱骨下端之骨端綫在內外髁之上部，見於12—14歲之小兒。離解之發生，雖有因直接暴力之作用者，但以間接暴力（前臂過度捻轉及機械體操等）而起者為多。

第一百〇一圖  
上臂骨折副木（慶大整形外科教室）



第一百〇二圖  
肱骨 Y 字形骨折  
(仿 Wilms 氏)



【症候及診斷】 與單純性肱骨髁上骨折相類似，惟可依年齡關係，叩軋音微弱等而區別之，能行 X 光綫檢查，診斷更確。

【預後】 多屬佳良，亦有因此惹起肱骨之發育障礙者。

【療法】 與髁上骨折症同。

4) 肱骨小頭骨折 Fractur des Capitulum humeri (Eminentia capitata)

【原因】 爲僅少之症。因直接或間接暴力，衝擊橈骨小頭致起肱骨頭骨折或軟骨被覆部之離解，常與鷹嘴突骨折，合併發生。

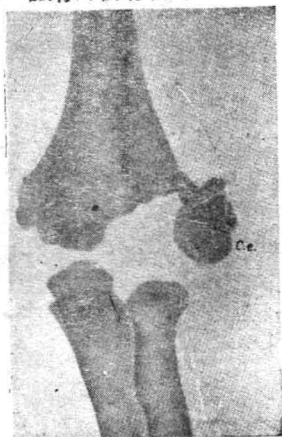
【症候】 有關節內出血及疼痛症候，但不甚劇。肘關節雖難完全伸展，但可伸至某種程度，保有機能。



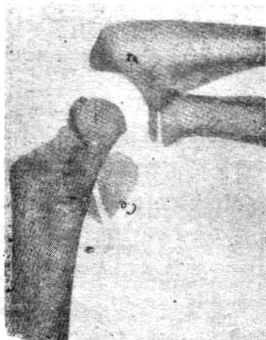
第一百〇三圖  
八歲少女之肱骨小頭骨折  
(慶大整形外科教室)



第一百〇四圖  
肱骨外髁骨折 (前面)



第一百〇五圖  
左圖參 (側面)  
(仿 Quervain 氏)



第一百〇六圖  
肱骨外髁骨折  
(折片上舉，捻轉於上方)  
(仿 Mattis 氏)



定型性症，當運動關節時，突發巨痛，且感抵抗，正與關節鼠相若，或運動突變容易，蓋因分離折片在關節內為可動性之故。有時在肱骨小頭附近，可觸得折片。

又以手抵於肘關節後側，試行旋後及旋前運動時，可觸知唧軋音。合併鷹嘴突骨折者，則向側方起異常運動。但其時訴有疼痛。

【診斷】按上述之定型症候，容易診斷，須與肱骨小頭之骨折鑑別，精確之鑑別診斷，宜行X光綫檢查。

【療法】與前症同，有時遺留關節強直。

#### 5) 肱骨外髁骨折 Fractur des Condylus lateralis (externus) humeri.

【原因】多發於小兒，每因直接暴力而發，兼有創口，有時亦可因間接暴力（衝突肱骨小頭或鷹嘴突）而起。

骨折綫多達關節內，亦有不達關節內者。又有折片轉位著明及不著明兩種。時兼肘關節脫臼。

【症候】外髁腫脹著明，關節內出血（有時缺如）。外髁部有著明壓痛，有時觸得折片，或證明唧軋音。伸展前臂，令行內收及外展時，則作異常內收，此際訴有劇痛。

【診斷】多容易，惟與外上髁骨折之鑑別困難。有時須與挫傷或捻挫，加以鑑別。

【預後】佳良，宜注意不使發生關節強直。

【療法】與前者同。

#### 6) 肱骨外上髁骨折 Fractur des Epicondylus lateralis humeri.

【原因】與上略同，多因直接暴力而發。

【症候及診斷】與前症類似，惟無關節內出血，折片細小。正確區別，須行X光綫檢查。

【預後】佳良。

【療法】同前。

## 第一百〇七圖

肱骨內髁骨折  
 (肘關節部之病的外轉)  
 (仿 Quervain 氏)



## 第一百〇八圖

右肱骨內髁單純骨折  
 (慶大整形外科教室)



7) 肱骨內髁骨折 Fractur des Condylus Medialis  
 ( Internus ) humeri.

【原因】較外髁爲少，因打擊肘部內側，或衝突鶯嘴突而起。

骨折綫及關節之內外，折片轉位或著明，或不著，有時併發肘關節脫臼。

【症候】內髁及肘關節腫脹頗著，內髁部壓痛著明，時可證明內髁之異常運動及啞軋音。

前臂能行過度伸展及異常外收常訴疼痛，有時兼有橈神經及尺神經之障礙。

【診斷】多容易，有時須與挫創及捻挫鑑別。與外髁骨折之鑑別，亦屬緊要。

【預後】良好，如不注意施治，則遺留關節強直。

【療法】同前。

### 8) 肱骨內上髁骨折 Fractur des Epicondylus medialis (interuus) humeri.

【原因】主發於小兒，可與骨端離解症相混，因間接暴力發生。骨折綫多不侵及關節內，間有被其侵犯者，亦有併發脫臼者。

【症候】內上髁部之腫脹疼痛均著明，屢有異常運動及唧軋音，有時發尺神經之障礙。

【診斷，預後及療法】同前。

## V. 前 臂 骨 上 端 骨 折

Fractur am oberen Ende der Vorderarmknochen

分下列數種。

- 1) 鷹嘴突骨折
- 2) 鷹嘴突之骨端綫離解
- 3) 尺骨冠狀突骨折
- 4) 橈骨小頭骨折
- 5) 橈骨骨端綫離解
- 6) 兩前臂骨上端骨折

### 1) 鷹嘴突骨折 Fractur des Olecranon.

【原因】a) 因受直接衝擊，或因鎗創等而起。

b) 跌落之際，因前臂伸展，手觸地面之故，可間接誘發本症。

c) 由於肱三頭肌之過劇攣縮（投石，劃打等）而起，但極少見。

鷹嘴突骨折，以橫骨折為多，亦可見斜骨折及粉碎骨折，其因直接暴力發生者，多有創痕。

完全骨折症，折片轉向上方，有時併發其他之骨折及脫臼。

【症候】 鶯嘴突部，因出血之故，現有腫脹，多兼肘關節內出血，伸展不充分，強使運動，則訴劇痛。

鶯嘴突部有壓痛，且有折片轉位及異常運動，間有唧軋音。

【診斷】 多容易，惟當出血劇甚時，症像不明。本症須與肘關節之挫創，捻挫鑑別。

【預後】 如無著明之折片轉位，預後佳良，否則接合困難，肘關節之伸屈，亦不充分。

【療法】 充分伸展肘關節，將上折片壓向下方，而行整復。該部置以小綿球於其上部，縱貼絆創膏，更以絆創膏條數枚，橫加固定，再施石膏繃帶，以固定之（當出血著明時，數日內施用副末繃帶，待出血吸收後，再行上法）。約經 2 週，除去繃帶，漸行關節之練習運動。

轉位甚劇者，用手術施行骨縫合（銀綫縫合）。

第一百〇九圖

鶯嘴突骨折  
（慶大整形外科教室）



第一百十圖

5歲小女之鶯嘴突及橈骨  
小頭骨折肘關節前方脫臼  
（慶大整形外科教室）



## 2) 嘴窩突之骨端綫離解 Epiphysentreunung des Olecranon.

極少見，發於15—16歲以下者，原因症候，大致與窩嘴突骨折同。僅發音較骨折時為弱，出血稍遜。

以X光線檢查，隨其部位及規則之骨折線，即可區別。

【療法】與前者同。

## 3) 尺骨冠狀突骨折 Fractur des Processus coronoideus ulnae

【原因】多併發尺骨之後方脫臼，單純骨折極少。有因肘部之強制收縮而起本病者，惟屬少見。有時合併脫臼。

【症候】肘關節內出血著明，肱肌收縮時，即屈曲迴前之前臂時，訴有劇痛，有時且發音。或可於肘窩處，觸知骨突。

【診斷】雖與窩嘴突骨折有時誤診，但窩嘴突部無壓痛。此外須與挫創及捻挫鑑別。

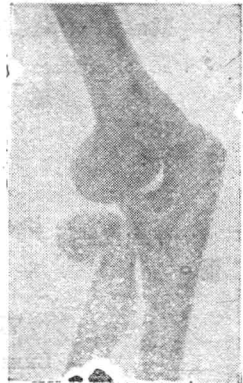
【預後】多屬良好，有時發生假關節或贅骨，及遺留肘關節之官能障礙。

【療法】屈曲肘關節於直角位或銳角位，施以二星期之石膏鑄帶，其後施行按摩及關節之自動及他動運動。

## 4) 橈骨小頭骨折。Fractur des Capitulum radii

【原因】a)直接暴力，或b)間接暴力（墜落時，前迴之手腕衝擊地面，或因暴猛之迴前運動。有時併發橈骨小頭之骨端綫離解，或橈骨頸骨折，此外亦有併發附近之各種骨折或脫臼者。

第一百十一圖  
橈骨小頭骨折  
(慶大整形外科教室)



【症候】 肘關節腫脹，前臂之旋前及旋後運動，稍被障礙，訴疼痛。時可證明呻吟音或折片之異常運動。

【診斷】 雖容易，合併其他骨折時，則難得確診，倘行X光線檢查，容易診斷。

【預後】 多營骨性接合惟因假骨形成，前臂之旋前及旋後，被其障礙，或橈骨小頭形成關節鼠。

【療法】 肘關節成直角，使前臂稍作旋前位置，施行2—3星期之石膏瀉帶。其他與上述同。

#### 5) 橈骨頸骨端綫離解 Epiphysen-trennung des Collum radii

【原因】 由於a)直接暴力及b)間接暴力(暴烈之旋前運動)。單純性症較少，且兼有尺骨喙狀突或橈骨小頭之骨折，又或尺骨之後方脫臼。

【症候】 前臂呈旋前位，旋前及旋後運動被障礙，運動時發劇痛。

肘關節腫脹疼痛，有時證明呻吟音，但較微弱。

橈骨小頭全被離解時，則不營前臂之運動。或兩折片互向上下轉位，前臂稍短縮。

【診斷】 上述症候著明者，診斷容易，否則非藉X光綫檢查，不能確實診定。

【預後】 多屬佳良。

【療法】 肘關節作直角屈曲，除去肱肌之緊張，整復折片，施行2—3週之石膏瀉帶，其他同上。

#### 6) 兩前臂骨上端骨折

本症發生極少，由於強刺外力之作用而起，多兼有其他副損傷。

## VI. 肘 關 節 脫 臼 Luxation des Elbogegelenks

常見於小兒，分下列各種。

- 1) 兩前臂骨脫臼 Luxation beider Vorderarm knochen
  - a) 後方脫臼 Nach hinter
  - b) 前方脫臼 Nach vom
  - c) 側方脫臼 Nach seitlich
  - d) 分離脫臼 Divergierende Luxation
- 2) 尺骨脫臼(後方) Luxation der Ulna (Nach hinter)
- 3) 橈骨脫臼 Luxation der Radius
  - a) 後方脫臼 Nach hinter
  - b) 前方脫臼 Nach vorn
  - c) 外方脫臼 Nach aussen

1) 兩前臂骨脫臼：分下列三種

- a) 兩前臂骨後方脫臼為肘關節脫臼中之最多見者。

【原因】 a)因直接暴力，發生者較少而起於b)間接暴力者為多，即由高處墜落時，手觸地面等，因肘關節之過度伸展，關節

第一百十二圖

肘關節後方脫臼  
(慶大整形外科教室)



第一百十三圖

肘關節後方脫臼  
(慶大整形外科教室)





囊之前方發生破裂，兩前臂骨乃向後方脫出，尺骨喙突入於肱骨之鷹嘴窩內。脫臼之際，附着於前臂骨之上臂肌肉及韌帶，均延長，既發脫臼，則此等肌肉及韌帶，發生收縮，致前臂固定於屈曲位。

此外在重症脫臼，有併發近處骨折，肌肉斷裂，與夫血管神經之損害者，或發生皮膚破裂，肱骨端露出外方。

又分下列二種。

【症候】 a) 完全脫臼，肘關節多呈屈曲狀(1°—140度)，前臂稍後旋或稍側倚，上臂之縱軸，不交叉於肘關節上，而交錯於前臂之前方，前臂稍縮縮。肘關節之前後徑增大，肱三頭肌腱緊張於關節後方，兩側皮膚，稍形陷沒。肘關節之自動運動殆廢止，僅稍能行他動運動，甚者得以過度伸展，但有定型之撥彈性抵抗。脫臼直後，於肘關節後方觸得鷹嘴突及橈骨小頭之突隆，鷹嘴突之上方，現有凹陷。

又在肘窩部得觸知肱骨下端，惟在骨折後，有著明之皮下出血時，此等現象，則不顯著。

b) 不全脫臼：

前臂稍固定於屈曲狀態，且稍延長。

鷹嘴突尖端之轉位，雖不若完全脫臼時之著明，與正常者相較，則後方突隆，

第一百十四圖 第一百十五圖  
43歲男子之肘關節後 同左之前後面  
方脫臼及小頭骨折  
(名古屋醫大名倉整形外科教室)



第一百十六圖  
肘關節後方脫臼  
Roser 氏整復術



140 度之角度爲止，再令助手自後方壓迫鷹嘴突，此際將前臂極力伸引，且急屈曲之。

橈骨小頭亦有可觸知者，肱骨端則常不顯著。

上述各症，當有大量之皮下出血時，概不著明。

【診斷】 本症須與肱骨上髁骨折症鑑別。

【預後】 脫臼後，如能迅行整復，預後佳良，經過數週，則整復不易。

【療法】 I) 整復術有種種，最常用者爲 Roser 氏過度伸展法行本法時，將肘關節置於術者膝蓋上，而過度伸展之。直至後方形成

第一百十七圖  
肘關節後方脫臼整復術  
Cooper 氏整復術  
(仿 Hochenegg 氏)



第一百十八圖  
肘關節脫臼 Dumreicher 氏  
整 復 術  
(仿 Hochenegg 氏)



II) Cooper 氏強屈整復術，術者之膝蓋，抵抗患臂之肘窩部，把持腕關節，屈曲前臂，壓迫橈骨及尺骨之上端，使喙突自滑車上窩分離，次乃速屈肘關節。

III) Dumreicher 氏法屈曲肘關節至直角，前臂纏以布帛，對上臂軸向縱軸牽引，同時將上臂引向上方後，乃急屈曲之。

IV) 行上述整復術後，於直角位施以 2 星期之副木纏帶，其後施行按摩及關節運動。

V) 對於陳舊性脫臼，則切除關節頭，行關節之投動手術。

b) 兩前臂骨前方脫臼，屬稀少之症。

【原因】由肘關節強被屈曲時，劇烈之直接暴力，作用於鷹嘴突而起（併發鷹嘴突或肱骨下端之骨折）。此外亦可因暴猛之捻轉而起。

【症候】 i) 完全脫臼，肘關節被固定於直角位，肘部之前後徑著明增大。

第一百十九圖  
 肱骨小頭骨折兼前方  
 不全脫臼  
 (慶大整形外科教室)



肘窩部觸得肱二頭肌髓，喙突鷹嘴突之尖端及橈骨小頭，肱骨下端則於後方觸得。因尺神經受有挫傷，故其末梢部位，多發麻痺。併發鷹嘴突骨折時，症候益著。

ii) 不全脫臼 因鷹嘴突起衝當關節面之故，前臂約伸長 3cm，被固定於伸展位或稍屈曲位。肘關節之前後徑短縮，鷹嘴突及關節皺襞不顯明。有時觸得鷹嘴窩，肱骨關節面，冠狀突及橈骨小頭等，於其附近可證明陷溝，惟皮下出血著明者，則是等症狀，概不明晰。

【診斷】 依定型症候，診斷容易。

【預後】 多屬良好。

【療法】 如前法，用膝蓋抵壓前臂，漸向後方壓迫而強屈曲之。

c) 兩前臂骨側方脫臼亦屬極少之症。

【原因】 伸展或稍屈曲之前臂被衝擊時，手或肘關節受強烈衝突，或前臂強被內收或外展等，均可誘發本症。小兒患此者較多。有數種。

【症候】 I) 外側全脫臼。

前臂著明傾向外方，關節之左右徑亦著明增大，前臂為伸展位或稍屈曲位，時被固定於內方旋轉及旋前之位置。

脫臼部皮膚，緊張菲薄，橈骨小頭及鶯嘴突向外方，肱骨小頭及肱骨滑車則向內方突出。但有大量皮下出血者，則不明。

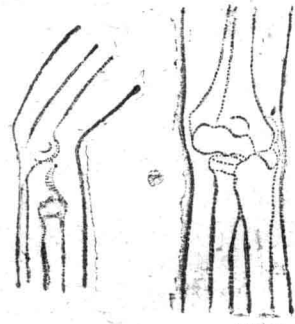
II) 外側不全脫臼

前臂稍屈且旋前，肘關節之左右徑增大，關節運動雖近於完全廢止，而旋前及旋後運動，仍稍可能。橈骨小頭脫出於肱骨外髁之外方，且作突隆，鶯嘴窩達於肱骨滑車之附近，肱骨內上髁則突出於內方，惟當皮下出血著明時，上述症狀不著，有在全身麻醉之下，強加檢查，始得證明者。

III) 內側不全脫臼(完全脫臼缺如)本症極為少見。

前臂稍屈且旋前，肘關節之左右徑增大。

第一百二十圖 第一百二十一圖  
兩前臂骨前方 兩前臂內側脫臼  
不全脫臼(仿 Cemach 氏) (仿 Cemach 氏)



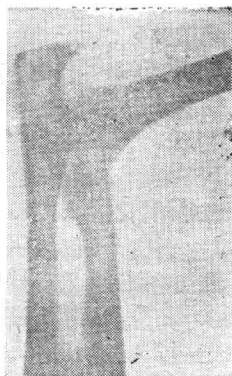
橈骨小頭衝當肘骨滑車之上，鷹嘴突著明突出，肱骨外上髁則突向外方。

本症屢併發附近之骨折及尺神經損傷。

第一百二十二圖  
兩前臂骨分離脫臼



第一百二十三圖  
尺骨後方脫臼  
(仿 Cemach 氏)



【診斷】如局部所見顯明，診斷容易，否則須與挫傷及捻挫鑑別。行X光綫檢查。則可瞭然。

【預後】單純性脫臼，多屬良好，併發骨折時，則遺留關節強直。

【療法】在外側脫臼症，強牽前臂，同時將前臂壓向內方、上臂壓向外方。內側脫臼症，則與此相反。

d) 兩前臂骨分離脫臼極少。

【發生】本症之發生機轉，與肘關節之後方脫臼同，因橈骨狀環韌帶及骨間韌帶被撕裂，致肱骨嵌入其間。

【症候】前臂被固定於稍屈位置且稍後旋肘關節之前後徑增大，鷹嘴突出前方，橈骨小頭突向後方，惟當皮下出血著明時，

症候不著。

【診斷】 多屬容易。

【預後】 不惡。

【療法】 強引前臂，直接壓迫骨突隆。

### 2) 尺骨脫臼

單純性症極少見，每併發橈骨及肱骨骨折，與夫韌帶斷裂，以後方完全脫臼為常見。

發病原因與兩前臂後方脫臼相類，症狀亦復大致相同，僅橈骨在正常位置耳。

【療法】 亦與前症同。

### 3) 橈骨脫臼

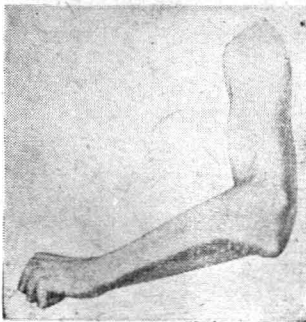
橈骨之單獨脫臼，有 a) 前方置臼，b) 後方脫臼及 c) 外方脫臼三種，特以 a) 種為多，b) 及 c) 則較少，且本症多併發尺骨（上三分之一）及橈骨小頭之骨折。

#### a) 橈骨前方脫臼

【原因】 I) 橈骨上端受直接暴力之作用。

#### 第一百二十四圖

橈骨後方脫臼  
(兼尺骨上三分之一骨折)



#### 第一百二十五圖

同左骨像(仿Cemach氏)



II) 墜落時前臂伸展，且捻轉，手觸地面時，及因猛烈之旋前及旋後，以致間接發生。

【症候】 前臂稍屈而旋前，難行自動運動，被動運動則稍存在，但不能屈曲至直角以上，亦難完全伸展。

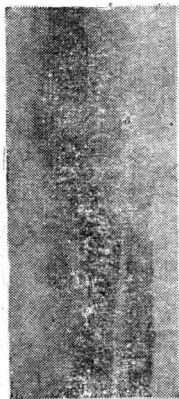
關節部腫脹不著時，可於肘窩觸知橈骨小頭，有時可觸知尺骨之側方關節面，肱骨外上髁著明突出於後方。

不完全脫臼症甚少見。變形不著，前臂取旋前位，當旋後時，則訴劇痛，其時且發爆裂音。又常併發尺骨上三分之一骨折或橈骨小頭骨折。

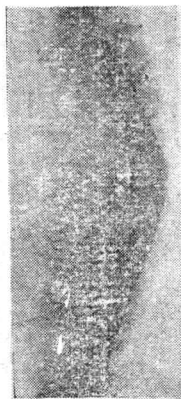
b) 橈骨後方脫臼。

絕少發生，原因與前症同。前臂稍屈，著明旋前，運動被固定。橈骨小頭達於肱骨外髁後方，運動前臂時，特為顯著。

第一百二十六圖  
尺骨上三分之一骨折  
及橈骨外方脫臼  
(東大高木整形  
外科教室)



第一百二十七圖  
同左之側面圖  
同 左



第一百二十八圖  
橈骨外方單獨脫臼  
(名古屋醫大名倉  
整形外科教室)



c) 橈骨外方脫臼。

亦屬稀有之症，原因與上症略同。

前臂稍屈，作旋前位，且外展於橈骨側。

橈骨小頭現於外踝之外方。爲本症特徵。

【診斷】得依橈骨小頭及其他骨隆起以定診斷。特須注意合併尺骨上三分之一骨折之有無。

【預後】整復及固定均較困難，故預後亦難良好。

【療法】a) 前方脫臼症

，前臂屈曲且旋後，漸將前臂牽引，直接加外力於被脫出之橈骨小頭上施行整復。

b) 後方脫出時，將前臂作過度伸展，且旋前，持續強力牽引之，再直接壓迫橈骨小頭即可。

c) 外方脫臼，前臂屈向尺側，同時可自上外方向內下方壓迫橈骨小頭。

難行上述之非觀血的整復

時，則行手術的整復。整復困難者，可切除橈骨小頭。

後療法與兩前臂骨脫臼症同。

第一百二十九圖  
右肘關節部蜂窩織炎  
(山村博士)



## VII. 肘部軟部之炎症

### Eutzündungen der Weichteil der Elbogengengend

- 1) 癰雖時或發生，癰疽則殆不發生。
- 2) 蜂窩織炎爲原發性者少，其多由肘部各種化膿性疾患而續發。
- 3) 急性化膿性肌炎殆不發於肘部。



## VIII. 肘 腺 炎

## Lymphadenitis cubitis

較其他淋巴腺略少，分下列數種。

## a) 急性化膿性淋巴腺炎 Lymphadenitis purulenta acuta

每續發於瘻道及手指之傳染性創傷，有併發急性淋巴管炎者有不然者（時有因此等原因，肘部不受侵犯，而反侵及腋窩腺者）。肘腺發急性炎症時，於肘關節後尺側上方 2—4cm 處，形成疼痛性腫脹，漸發潮紅灼熱，附近部位，常兼有蜂窩織炎。

患部雖有漸被吸收者，一般多化膿而須割治。

【診斷】容易，須求其原發竈。

【預後】佳良。

【療法】初時安靜，行消炎療法，如已化膿則切開之。

## b) 慢性單純性淋巴腺炎。Lymphadenitis simplex chronica

【原因】因手或指之皸裂，小損傷等而起，或則原因不明。

【症候】一個至數個肘腺發生腫脹，形成球狀或卵圓形結節，稍堅硬，不與周圍組織癒着，或有輕微壓痛，或全不感疼痛。

患處多漸被吸收，有時亦有長時存在，惟無何等障礙，或則永無發生本症之自覺。

時有取亞急性經過者。

【診斷】肘腺之慢性腫脹，往昔概視爲梅毒性症，其實不然。兩者區別，依梅毒之既往症及驅梅毒療法等而知之。

結核性症雖亦類似，惟肘腺結核極爲稀少。

【預後】佳良。

【療法】殆無須治療，可行 X 光綫療法。

## c) 梅毒性肘腺炎。Lymphadenitis cubitalis syphiitica

於第二期梅毒，有一至數個肘腺腫脹者，臨床症候與前類似，本症雖與梅毒疹，同時發生，發疹消過後，本症尙多存留。

【診斷】 參閱前條。往時視梅毒之診斷，對於本症極為重要，實乃未必確實。

d) 結核性肘腺炎。 *Lymphadenitis cubitalis tuberculosa*

肘腺結核極少，非如腋窩腺結核之常見，手患狼瘡時，可見本症。

此外當手部罹患癌瘤時，肘腺有發轉移者，惡性淋巴肉芽瘤，白血病及假性淋巴腺瘤於肘腺絕少發生。

### IX. 肘部 粘 液 囊 炎 *Bursitis der Cubitalgegend*

肘部存有多數粘液囊，其中重要者為鷹嘴粘液囊之炎症。

a) 急性漿液性鷹嘴粘液囊炎。 *Bursitis serosa acuta olecrani*

【原因】 多因有慢性滲出性粘液囊炎時，該部受外傷而起。時有於其中出血者。

【症候】 鷹嘴部腫脹顯著，疼痛中等度，潮紅灼熱則不著明，機能障礙，亦屬輕微。

【診斷】 時須與急性化膿性粘液囊炎鑑別，急性症狀，一般輕微，且無熱候，可資區別，行試驗穿刺，可依此而得確診。

【預後】 不惡。

【療法】 急性症狀雖施冷濕電包可愈，如尚有液體存留，則可行穿刺或抽出。

b) 急性化膿性鷹嘴粘液囊炎。 *Bursitis purulenta acuta olecrani*

【原因】 常先有慢性滲出性粘液囊炎，因受膿球菌之感染，乃起本症，亦間有自始即為化膿性粘液囊炎者。化膿菌之侵入門，為周圍皮膚之皸裂然亦有傳染徑路不明者。

【症候】 鷹嘴部著明腫脹，兼有疼痛，潮紅及灼熱，肘關節

之機能爲所障礙惟該部炎症則不甚著。硬度柔軟，有波動，當炎症甚劇時，患部周圍發生著明之蜂窩織炎，如不注意檢查粘液囊炎，每致忽略。

全身症狀常有體溫升騰。

【診斷】 多容易，惟須與急性漿液性粘液囊炎，急性肘關節炎及肘部蜂窩織炎等鑑別。

【預後】 不惡。

【療法】 單純切開排膿，此時多有遺留囊管長期不癒者，故須根本摘除粘液囊。

c) 慢性滲出性，鷹嘴粘液囊炎  
(*Bursitis exudativa chronica olecrani*)

【原因】 多因慢性器械的刺戟而發，時或原因不明。

【症候】 在鷹嘴上生有半球狀或扁平球形腫瘤，表面平滑，不與皮膚癒着，硬度柔軟，波動著明，有時粘液囊壁肥厚，或其中見有米粒體。無壓痛，不兼機能障礙。

【診斷】 容易。雖與結核性症酷似，而鷹嘴粘液囊之結核極少。兩者鑑別參閱外科總論。

【預後】 不惡，時有化膿而呈急性症狀者。

【療法】 施行穿刺，注入藥液，如 Jodoform-glycerin 但功效不確。

可將粘液囊以手術摘除之。

d) 結核性鷹嘴粘液囊炎。

本症極少（參閱外科總論）。

第一百三十圖  
鷹嘴突起粘液囊炎  
(慶大外科教室)



## X. 肘關節炎 Cubitalarthritis

肘關節可發種種關節炎，其程度則較次於膝關節。炎症之重要者為。

### A) 急性肘關節炎

- 1) 急性漿液性肘關節炎。
- 2) 急性風濕性肘關節炎。
- 3) 淋毒性肘關節炎。
- 4) 急性化膿性肘關節炎。

### B) 慢性肘關節炎。

- 1) 慢性單純性漿液性肘關節炎。
- 2) 慢性風濕性肘關節炎。
- 3) 變形性肘關節炎。
- 4) 痛風性或尿酸性肘關節炎。
- 5) 結核性肘關節炎。
- 6) 梅毒性肘關節炎。
- 7) 血友病性肘關節炎。
- 8) 神經病性肘關節炎。

上述各症，均已詳敘外科總論中，茲僅述其共同之點。

【機能障礙】 肘關節之機能為屈曲（約30度）伸展（約180度）旋前及旋後等，外展及內收運動，殆不可能，一旦肘關節發生炎症，則此等運動受其障礙，尤以屈伸二者，障礙特著。

【異常位置】 肘關節發生炎症時，該關節稍屈曲，且被固定於旋前及旋後之中間位。

肘關節內存有滲出液，則發腫脹，惟不甚高度。鶯嘴兩側，腫脹著明（粘液囊炎及肘淋巴腺炎時，各限局於一定處所）。惟當發生關節周圍炎時，則見瀰漫性腫脹。

【疼痛】 在肘關節之周圍著明，不限局於一部。又當運動關

節時，疼痛特著。

【肌肉萎縮】 著明，主要見於上臂，次為前臂。

肘關節炎之治療，隨各種關節炎而異，惟將該關節固定於約 60 度之屈曲位，則為一般之通則。即使該關節在此位置發生強直，而運用上亦仍較為便利故也。次就各種炎症略述之。

1) 急性漿液性肘關節炎 *Cubital-arthritis serosa acuta*

如外科總論中所述者，可因各種原因發病，惟以因捻挫或附近之骨髓炎所誘致者為多。肘關節呈急性炎症之狀，全身症狀不著，多漸次就癒，以不遺關節強直為常。

2) 急性化膿性肘關節炎 *Cubital-arthritis purulenta acuta*

本症因種種原因，肘關節感染化膿菌而發，亦間有為淋毒性者。

本症雖有自然膿潰而治癒者，惟為數極少，一般非行切開，不能治癒。並借重於磺胺類藥及青黴素。有時須行關節切除或關節離斷。

3) 淋毒性肘關節炎 *Cubitalarthritis gonorrhoeica*

續發於尿道或子宮急性淋之後，臨床上常可遭遇。呈急性炎症之像，疼痛甚劇，常兼發熱等全身症候。本症須與急性風濕症，化膿性關節炎鑑別。

4) 肘關節風濕症 *Cubitalarthritis rheumatica*

分急性及慢性二症，常與其他關節之風濕症併發，亦間有僅肘關節著明罹病者。

本症診斷，多屬容易。

5) 慢性漿液性單純性肘關節炎 *Cubitalarthritis chronica serosa simplia*

極為少見。有誤認關節結核，神經病性關節疾患之初期為本症者。

6) 變形性肘關節炎 *Cubitalarthritis deformans*

稀少。須與肘關節之慢性風濕症鑑別。

7) 尿酸性肘關節炎或痛風 Cubitalarthritis urica

本症多發於腳趾及拇指，偶發於肘關節。在日本少見本症。

8) 結核性肘關節炎或肘關節結核 Cubitalarthritis tuberculosa.

屢可見，較膝關節為少。以a)骨性型（自肱骨下端，鷹嘴及橈骨小頭發病）為多，b)滑液膜型則稀為少。

a)水腫性症少見，以 b)肉芽性症及 c)化膿性症為多。於末期顯呈白腫狀態，肘關節被固定於屈曲位置，上臂及前臂之萎

第三百十一圖

右慢性肘關節風濕痺症

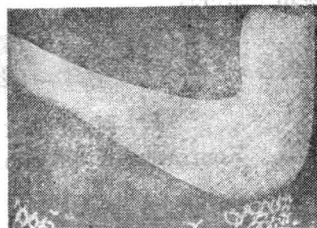
（山村權士）



第三百十二圖

肘關節結核及其周圍膿瘍

（山村博士）



縮著明。疼痛初期缺如，疾病末期則感疼痛。此外於末期形成寒性膿瘍，破潰後，在肘關節周圍形成結核性瘻管。

本症診斷容易，惟有時須與肘關節梅毒及血友病性關節症鑑別。

【療法】 如外科總論中所述者，療法有種種，姑息療法，屢可奏效。

如為化膿型時，往昔有用 Iodoformglycerin 注射關節內者，今則用混懸於甘油或橄欖油內之 5—10% 之磺胺類藥，視其吸收之難易，以定其注射之次數，注射時必由膿腫之外圍在皮下經

過健康組織，斜向刺入，因直接刺入膿腫，甚易漏出膿汁而續發傳染故也。

a) 肘關節梅毒 *Cubitalarthritis syphilitica*

肘關節之梅毒，較其他各關節為多見。小兒之先天性梅毒，肘關節亦可侵及。

本症發慢性腫脹及關節強直，或樹膠狀病竈向外破潰，形成樹膠性潰瘍。

本症屢與結核症誤診（參閱外科總論）

10) 血友病性肘關節炎或肘關節之血友病性關節症 *Cubitalarthritis haemophilica*

間或見於血友病之小兒，分為a)關節血腫期，b)全關節炎症期及c)退行期（其詳參閱外科總論）。

11) 神經病性肘關節炎或神經病性關節症 *Cubitalarthritis neuropathica*

患脊髓空洞症時，有於肘關節發生本症者。無論局部變化著明與否，其疼痛缺乏則為本症之特徵（參閱外科總論）。

XI. 肘關節之攣縮及強直

*Kontratur u. Ankylose des Elbogelenks*

有1) 皮膚性或癩痕性攣縮 *Dermatogene od. narbige kontraktur*

2) 腱性攣縮 *Tendogene Kontratur*

3) 肌性攣縮 *Myogene Kontratur*

4) 神經性攣縮 *Neurogene Kontratur*

a) 反射性攣縮或症候性攣縮 *Reflektorische Kontratur od. symp-tomesche Kontratur*

b) 痙攣性攣縮 *Spastische Kontraktur*

c) 麻痺性攣縮 *Paralytische Kontraktur*

5) 關節性攣縮及強直 *Arthrogene Kontraktur u. Auk-*

ylose

a) 結締織性攣縮及強直。Bindegewebige Kontractur od. Ankylose

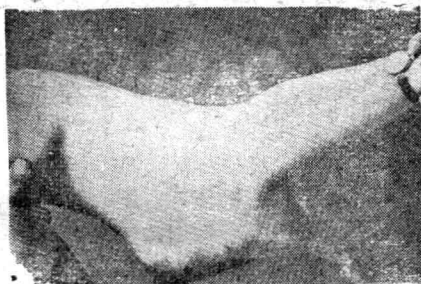
b) 軟骨性強直。Knorpelige Ankylose

c) 骨性強直。Knöchlerne Ankylose

等，其中重要者為關節性症，如前所述，得由各種關節炎症誘發

。

第一百三十三圖  
左肘部之巨大肉瘤（慶大外科教室）



【療法】 隨原因而異，其中關節性強直，初時可行按摩及關節之練習運動，既發強直，則施行授動手術。（參照第101頁）

。

## XII. 肘 部 之 腫 瘤

### Geschwülste der Elbogen-gelenks

一般僅少，a)發自軟部者有纖維瘤，脂肪瘤及肉瘤等，b)起自骨質者則有軟骨瘤，骨瘤及肉瘤等。

## XIII. 肘 關 節 之 手 術

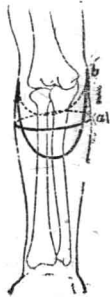


## 1) 肘關節離斷術 Exartikulatio Cubiti

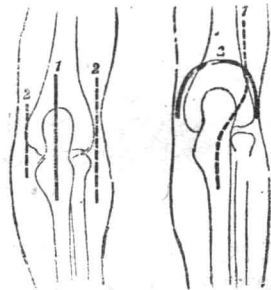
a) 環狀切法：術者以左手向上牽引肘關節之皮膚，而握持之，右手把握離斷刀，於肱骨內髁及外髁下方約4橫指處，環狀切開皮膚，直接筋膜，剝離皮膚至肱髁之稍上方部，將皮瓣向上方翻轉。

伸展肘關節，在屈伸離斷軟部，開放關節，次則離斷附着於肱骨內外上髁及鷹嘴部之韌帶及腱，切開關節囊，離斷關節。

第一百三十四圖  
肘關節離斷術  
之皮膚切法



第一百三十五圖  
肘關節切除術  
(a) (b)



- 1) Langenbeck氏法    1) Ollier氏法  
2) Hüter氏法        2) Morison氏法

對於血管神經之處置，與上臂離斷術時同。

b) 瓣狀切法：在掌背兩側各做大小不同之瓣狀切片，如第一百三十四圖所示，次依前法，離斷關節。

Pirogoff氏主張鋸斷肱骨下端（肱骨髁上切斷術）以免去單純離斷術時肱骨下端形成不規則之弊。

## 2) 肘關節切除術 Resectio Cubiti

於複雜性關節損傷，開放性脫臼，陳舊性不能整復之脫臼，關節化膿，關節結核及關節強直等時行之，有a)全部切除，及b)部分切除二種，隨其情形而有取捨。行切除時，附着於肱骨內外髁及鷹嘴等部之主要肌肉，務須保全之。

a) Langenbeck 氏肘關節切除術。(單純縱切法令助手稍屈肘關節，且將鷹嘴向上固定，以鷹嘴作為標記，自上方3—4cm處至下方4—5cm處作一縱切開，直達骨部。

先於創面之尺側部，用骨膜剝離器及骨膜剝離子，剝離肱三頭肌之內半部，使與骨膜自骨幹分離，如骨頭健全，則可不剝離骨膜，以鑿構成薄骨鞘而分離之，銳的或鈍的分離軟部。宜注意勿傷及尺神經。

切斷附着於內髁屈肌二腱(或則鑿斷附有肌肉之骨頭)，離斷內側之關節韌帶。

iv) 次乃剝離附着於鷹嘴部肱三頭肌之外半部及骨膜，或與骨鞘分離，更將附着於外髁之伸肌及韌帶，於骨膜下離斷之。

v) 如此，則當強屈肘關節時，關節頭及關節盂均易露出於創面外方，視其需要如何，可用鋸，鑿或匙等除去病竈，侵及滑液膜者，則用剪或鑿剔除之。

b) Hütter 氏肘關節切除術(兩側縱切法)。先於內上髁之側方，作一長約3—4cm之縱切開將腱及韌帶與骨膜或骨鞘分離，次於外上髁之側方，作8—10cm之縱切開，剝離附着之腱及骨膜，鋸斷桡骨小頭，強屈關節，則關節頭及關節盂均脫出創外，乃行適當之切除。

c) Ollier 氏肘關節切除術(刺刀狀切法)。如第一百三十五圖所示，在上臂下端部，自外髁上方3—4cm處起刀，作一縱切，斜行至鷹嘴，自該處下方3—4cm處，再作一縱切，依前法開放關節。

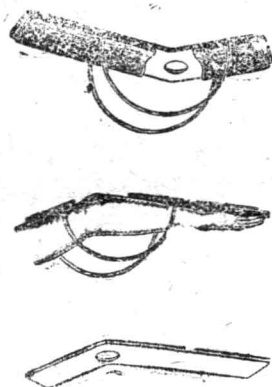
此外尚有 Liston 氏法(T字形切法，Rutherford-Morison 氏法在鷹嘴上方4—5cm處行弓狀切開)等。

第一百三十六圖  
肘關節切除術  
(仿 Marison 氏)



(露出兩關節面，鋸斷  
肱骨及腐骨之端)

第一百三十七圖  
Esmarch 氏重複副子



【後療法】術後止血，插入導管，縫合皮膚。用鐵絲副木或 Esmarch 氏重複副木，固定肘關節於直角，或鈍角，經 3—4 週後，漸令按摩自動及他動運動，時有因此形成動搖關節者。此時可用 Socin 氏支持器或再行手術。

欲免動搖關節之發生，先固定於伸展位，術後約經 4 週再屈曲之，3—4 日後令行運動練習。

又在有必發關節強直之疑時，可固定於約 60 度之屈曲位。

### 3) 肘關節強直之授動手術。Mobilisierungsoption der Elbogengelenkankylose

用 Langenbeck 氏法切開肘關節，如第一百三十八圖鋸斷強直部分（陷凹肱骨端）。將遊離筋膜及取自上臂之有莖筋膜，移植於肱骨端，施以導管而行縫合。

第一百三十八圖

肘關節強直之投動手術

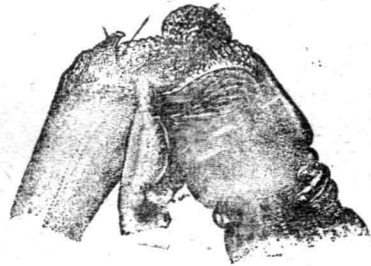


×改造關節時鋸  
去部分

第一百三十九圖

同左(被覆肌膜之圖)

C B A



(A) 被有肌膜之肱骨下端  
(B) 剝離肱三頭肌附着部之尺骨鷹嘴。  
(C) 前臂上端新關節面(住田博士)

伸展強直者則固定於屈曲位，屈曲強直者則固定有伸展位，約經 3 - 4 週後，令行練習運動。

# 第四編

## 前臂幹部外科

### 【前臂骨之解剖】

如下圖所示（說明從略）。

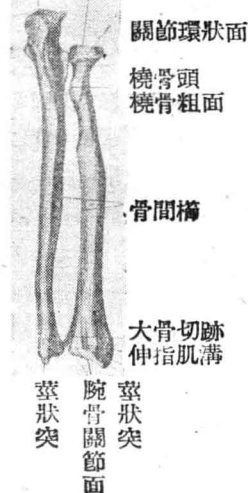
第一百四十圖  
右橈骨及尺骨前面  
（岡島教授解剖學）

腕關節  
橈骨頭  
尺骨頭  
關節環狀面  
大骨切跡  
小骨切跡  
半月狀窩  
半月狀切跡



第一百四十一圖  
右橈骨及尺骨後面  
（岡島教授解剖學）

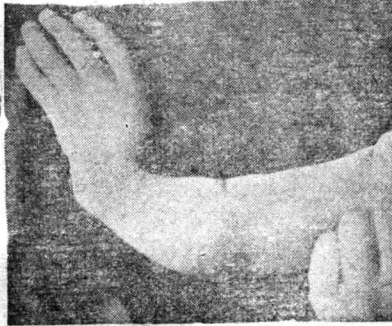
橈骨小頭窩  
尺骨頭



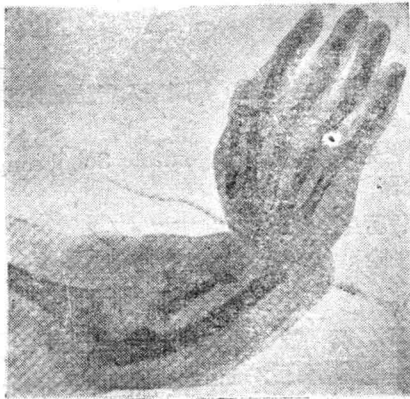
I. 前臂之先天性畸形  
Angeborene Missbildungen des Vorderarms

1) 先天性前臂一部或全部缺損 Kongenitale Partielle od.  
totale Defect des Vorderarms

第一百四十二圖  
先天性橈骨缺損 (仿實用外科學)



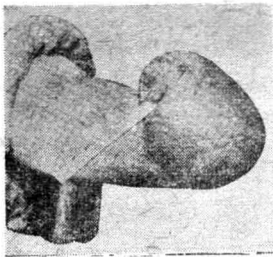
第一百四十三圖  
上圖之 X 光 像



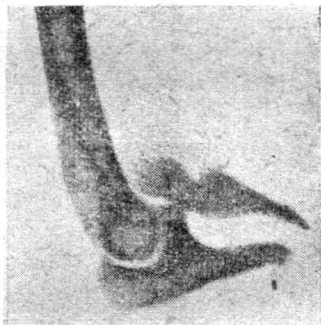
尺骨缺損絕少見，橈骨則有一部或全部缺損者，此際前臂向橈側彎屈。時與拇指缺損合併發生。

2) 先天性橈骨尺骨骨性癒着 *Kongenitale radio ulnare Synostosis*

第一百四十四圖  
先天性前臂及手之缺損  
(仿實用外科學)



第一百四十五圖  
左圖之 X 光像



原因尚不明，於前臂上部，尺骨與橈骨二者發生骨性癒着，旋前及旋後運動，因之障礙。欲得確實診斷，須賴X光線之檢查。

【療法】 施術將兩骨分離，其間插入脂肪或肌瓣時，前臂動作，可稍恢復。

3) 上肢之先天性絞榨 *Kongenitale Schnürung der oberen Extremität*

少見，恐係胎生時受臍帶絞榨而起。

【療法】 剔除陷凹，縫合該處上下之脂肪組織及皮膚，得以治癒。

II. 前臂軟部之損傷

*Verletzungen der Weichteile des Vorderarms*

1) 前臂肌及腱之損傷 Verletzungen der Mnskeln u. der Sehne des Vorderarms

由於種種原因，為a)開放性損傷，及b)皮下損傷，就中肌肉之損傷較少，而以腱損傷為多。

a) 不全損傷症，無特殊障礙，b)完全損傷時，則與該腱或肌有關聯之手或指，發生機能障礙，但可因縫合而治癒。

2) 前臂神經之損傷 Verletzungen der Nerven des Vorderarms

前臂損傷時，須注意下述三神經之損害。

a) 正中神經之損傷 Verletzungen der N. medialis  
此際發生下述之麻痺。

i) 運動障礙 (一)全手指之第二指節及示中指之第三指節，均有屈曲困難(由於前臂各屈肌之麻痺)。

(二) 拇指不能屈曲及外展，小指亦難行對向接觸，呈所謂猿手狀，是乃由於拇指球諸肌及第一二蚓狀肌發生麻痺之故(但正中神經在上方損傷時，屈側麻痺尤著，而於尺側，則因尺神經間存有吻合枝之故，II—V指尚能稍作屈曲)。

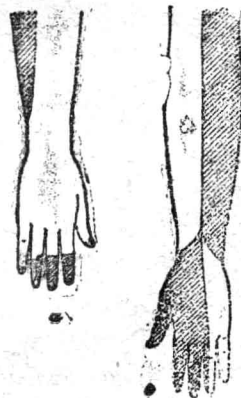
ii) 感覺障礙。不如運動障礙著明，是因正中神經與橈尺兩神經間，生有吻合，皮膚之感覺障礙，得以代償故也感覺障礙之分布區域如第一百四十六圖所示。

b) 尺神經之損傷 Verletzungen der N. ulnaris

i) 運動障礙

尺神經被損傷時，漸呈鷹爪手之狀，即(1)手之尺側屈曲及內收為所

第一百四十六圖  
正中神經之分布境界  
a)手背 b)手掌

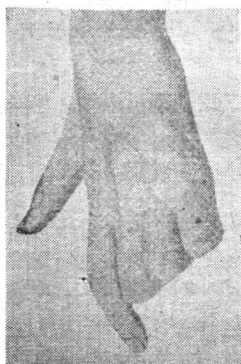




限制，(2)第三至第五手指屈曲困難，特以第五指之運動，完全廢止，(3)各指之伸屈困難，(4)且全體手指之第一節，不能屈曲，而第三節則有伸展不能，(5)拇指外展困難，惟第二及第三手指之蚓狀肌係正中神經所支配故所發障礙稍輕。

ii) 感覺障礙，如第一百四十八圖。

第一百四十七圖  
尺神經麻痺症時手指骨  
間之萎縮及攣縮



第一百四十八圖  
手之尺骨神經分布境界



c) 橈神經之損傷。Verletzungen der N. radialis

i) 運動障礙 較前二者尤著，即(1)手全麻痺，持物困難，不能作旋後運動，腕關節弛緩，作屈曲姿態，背屈困難(第一百四十九圖)，(2)手指之伸展被障礙(小指之第二節稍能運動)，(3)外展拇指困難，(4)難行前臂之旋後運動，(5)肱三頭肌麻痺時，前臂之伸展困難。

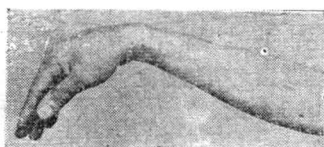
ii) 感覺障礙 如第一百五十圖所示。

【療法】神經損傷者行神經縫合，惟當創面有發傳染之疑時，待化膿痊愈後，再行縫合。

第一百四十九圖

橈骨神經麻痺

(大阪帝大岩永外科教室)



第一百五十圖  
手外面之橈骨神經  
分布境界



縫合有a)直接神經  
縫合法及間接神經縫合  
法兩種。又當兩端分離  
過甚時，則行神經成形  
術參閱外科總論)。

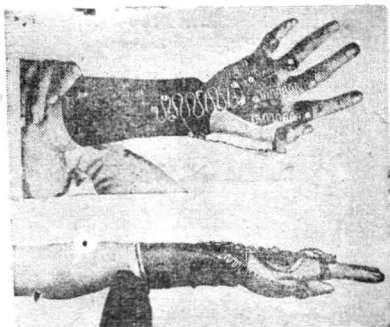
此外在難行神經手  
術之際，可用特種支持  
器(第一百五十一圖)

3) 前臂血管之損  
傷

特以a)橈動脈及b)  
尺動脈之損傷為重要，  
其損傷或為開放性，或為閉鎖性或皮下性。

a) 開放性損傷，雖有大出血，但不常致發生出血死。

第一百五十一圖  
用於橈神經麻痺之支持器  
(仿 Fritz Köuig 氏)



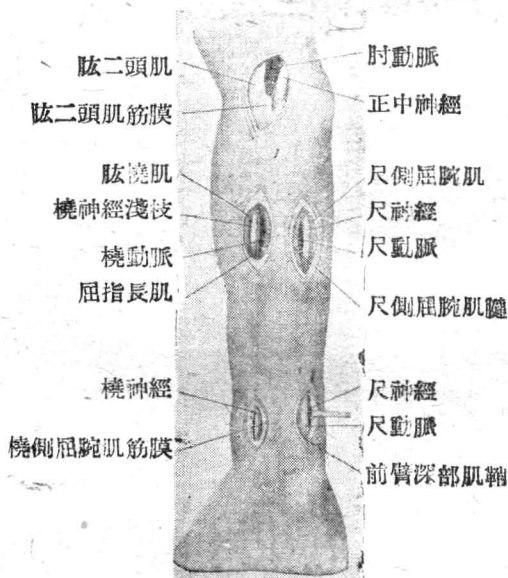
b) 閉鎖性損傷則成巨大血瘤(予最近曾見一例)。

此等動脈雖被損傷，因與其他動脈有吻合枝之故，不發末梢之壞疽。

在此種損傷後，時有成外傷性動脈瘤者(予曾手術玻璃刺傷後發生此種動脈瘤之一例)。

【療法】與普通時同。

第一百五十二圖  
前臂主要動脈結紮法之切開部位  
(仿 Guleke 氏)



【前臂之動脈結紮法】

a) 肘動脈之結紮法

先用指探求肱二頭肌髓於尺側當時窩處作一約 4cm 之縱切

開橋狀行經於其下方之正中靜脈，作二重結紮後，切斷之，引出韌帶於外方，探入深部時，則可發現與靜脈並行之肘動脈。該部之，正中神經其經過部位，與動脈稍遠隔，故肘動脈易於結紮。

b) 橈動脈結紮法 有兩處。

i) 前臂上三分之一部結紮法。

前臂旋後，在旋前圓肌與肱橈肌間之中間溝等，距離肘窩下方約 3cm 作一 4cm 之皮膚切開，分裂筋膜，以鈍體的擴張兩肌間隙而進入深部時，則橈動靜脈均可發現，於其側部存有橈神經小枝。乃避開此等而將橈動脈施行結紮。

ii) 腕關節上部之橈動脈結紮法。

於吾人日常觸按脈搏部位，當橈骨莖狀突及橈骨屈肌腱之中間，縱切皮膚，開其筋膜，露出動脈，施行結紮。

c) 尺動脈之結紮法

i) 前臂上三分一部之尺動脈結紮法

將前臂旋後，相等於尺側屈肌與屈指總肌間之處，自肘窩下部約 3cm 部，向下方作一約 4cm 之皮膚切創，開其筋膜，以鈍體的擴張兩肌而進入深部時，則見隨有兩靜脈之尺動脈。尺神經位於其尺側。

ii) 腕關節上部之尺動脈結紮法

於尺側屈肌腱之下部內緣，作一小縱切開，撥開筋膜，露出尺動脈，而結紮之，尺神經位於動脈之尺側。

### III. 前 臂 骨 骨 折

#### Fractur der Vorderarmsknochen (antebrachii)

尺橈兩骨或單獨發生骨折，或共同骨折。即：

- |                        |   |   |          |
|------------------------|---|---|----------|
| 1) 兩前臂骨骨折              | } | { | a) 上端骨折  |
| 2) 尺骨骨折                |   |   | b) 骨幹部骨折 |
| 3) 橈骨骨折                |   |   | c) 下端骨折  |
| 4) 前臂骨骨端離解(尺骨及橈骨之上下端)。 |   |   |          |

1) 兩前臂骨骨折 Fractur beides Vorder armknochen  
(Antebrachii)

有下述種種。

a) 兩前臂骨上端骨折。Fractur des oberen Endes beider Vorderarmknochen

比較稀少(參閱第 73 頁)。

b) 骨幹部骨折。Fractur der Diaphyse

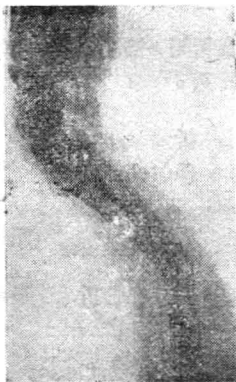
此種骨折較多。

【原因】 a) 因直接暴力(打擊,衝突,轆過,鎗創等)而發者為多。

b) 由於間接暴力(墜落時手觸地面等,或前臂之彎曲及旋轉等)者較少。

【骨折型】 由於直接暴力者,尺桡兩骨之骨折部位,同高,其發自間接暴力者,則尺骨之骨折部位,常較桡骨者為高。骨折

第一百五十三圖  
前臂骨折(屈曲著明)  
(慶大整形外科教室)



第一百五十四圖  
桡骨及尺骨骨折(十六歲男孩)  
(慶大整形外科)



部位，以中三分之一及下三分之一部為多。發於上三分之一部者僅少。多為橫骨折及斜骨折。

骨折分a)完全骨折及b)不完全骨折二種，前者常有著明轉位。有時可見複雜骨折。

【症候】 a) 完全骨折症，骨折痛（自發痛及壓痛），出血，異常運動，唧軋音等均著明，前臂不能行自動運動，折片轉位甚劇者，則前臂呈短縮之外觀。

b) 不完全骨折症，呈上述之定型症候者較少，僅骨折痛及皮下出血著明，但如注意檢查，則前臂多屈向掌面或側方。

【診斷】 根據上述症狀，容易診斷，惟上三分之一部之骨折，其診斷，時或困難。須鑑別者，為尺骨及橈骨之單獨骨折及挫傷。診斷困難時，務行X光線檢查。

【預後】 多屬佳良，惟因假骨形成著明，兩骨可生發骨性癒着，或因壓迫神經，而發神經痛。反之，時有誘發假關節者。

【療法】 對向牽引兩折片，直接壓迫局部，加以整復後，屈曲肘關節與直角相近，使前臂旋後，手掌向上，自手腕至手，全部施以副末繃帶或石膏繃帶，約經兩週後除去之，診查局部，漸行按摩。此時所用之石膏繃帶，不必過於堅固。

c) 兩前臂踝上骨折。

兩前臂骨之下端骨折絕少，殆與橈骨骨折同一原因，致發踝上骨折。其症狀與橈骨骨折同，又狀背位著明，末梢之異常運動亦著，而

第一百五十五圖  
前臂骨骨折（仿 Guervain 氏）  
（前臂之奇異轉位）



骨折痛存於兩側，是又與橈骨骨折不同者。

【療法】 一如橈骨骨折症。

2) 尺骨骨折。Fractur der ulna (Ellenbein)

見於下述三部。

a) 尺骨上端骨折及鷹嘴之骨端線離解。(參閱第 74 頁)

b) 尺骨骨幹骨折。Fractur der Diaphyse der ulna

【原因】 多由於a)直接暴力，有時亦因b)間接暴力而起。

【骨折型】 骨折多發於上部，發於下部者較少。以斜骨折及橫骨折為多時見複雜骨折，或與橈骨小頭脫臼合併發生。

【症候】 因尺骨後緣淺在皮下，故骨折部位，易自外方觸知之。症候顯著，即折片轉位，異常運動。啞軋音，骨折痛及出血等，均可明確證明。惟在皮下出血著明之症。上述症狀不著，如能注意診查，亦得證明其骨折。

此種骨折常與橈骨小頭脫臼併發，肘關節作半屈曲位，稍能迴轉，前臂亦稍短縮，肘關節機能受有障礙，屢可於異常位置觸知橈骨小頭。

【診斷】 依上述症候，診斷容易，但須注意橈骨骨折或脫臼合併之有無。

【預後】 單純性骨折不惡，若骨片轉位不得適當之整復，則遺留旋前及旋後障礙。

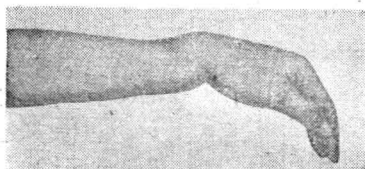
第一百五十六圖  
兩前臂課上骨折



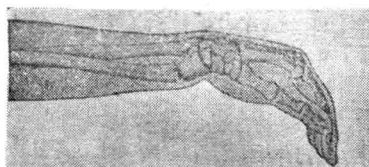
第一百五十七圖  
同上 (骨像)



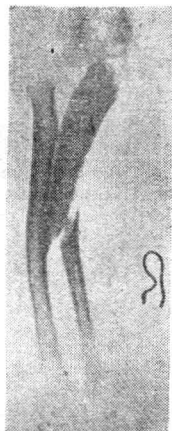
第一百五十八圖  
橈骨骨折



第一百五十九圖  
同上 (骨像)



第一百六十圖  
尺骨中央部單獨骨折  
(慶大整形外科教室)



【療法】 合併橈骨脫臼時，先整復脫臼，後再以前法整復折片，肘關節使成直角，前臂則取半旋後位，施以2—4星期之石膏繃帶或副子繃帶，其後行按摩及練習運動。

c) 尺骨莖突骨折 *Fractur des Processus styloidei ulnae*

【原因】 尺骨之下端骨折雖甚少。有時亦可見之，骨折或因直接暴力，單獨發生，或當橈骨下端骨折時，因尺骨韌帶之牽引，而發破裂骨折。

【症候】 於皮下觸得折片，有著明之異常運動，因轉位甚劇，咿軋音多不顯著。

【診斷】 多屬容易。

【預後】 在此種骨折，腕關節之機能常不生障礙。



第一百六十一圖  
十一歲少女尺骨下端之  
骨端線離解  
(慶大整形外科教室)



b) 橈骨幹骨折 Fractur der  
Diaphse des Radius

【原因】較少見，亦如尺骨骨折時因a)直接暴力及b)間接暴力而起。

【症候】因橈骨幹之大部，均可於皮下觸知，故症狀顯著，即骨折痛，腫脹，變形，異常運動及叩擊音等著明，特以手貼於局部，試行前臂之迴轉時爲著，此際且訴劇痛。

又諸折片轉位有二三種，即i) 上至分之一骨折時，折片轉位不著

【療法】壓迫折片而施整復，固定以絆創膏，與橈骨之下端骨折同，施以固定繃帶。

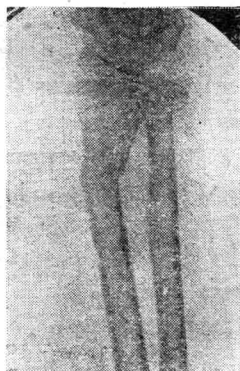
【附】尺骨下端之骨端線離解。(Epiphysentrennung des unteren Endes der Ulna)偶可見於青年。原因症候均與前者相類。診斷則依X光綫所見定之。療法亦與前同。

3) 橈骨骨折 Fractur des  
Radius (Speiche)

有下列三種。

a) 橈骨上端骨折(參閱第76圖)。

第一百六十二圖  
十五歲男孩之橈骨下端骨  
折及尺骨下端骨端線離解  
(慶大整形外科教室)



或缺如。ii)骨折發於旋前圓肌附着部之上方時，因受肌肉之牽引，上折片彎曲於旋後位，下折片旋前，而向尺側。iii)骨折發於旋前圓肌下方時，前臂之橈側彎向背面或掌面。

【診斷】 根據上述之定型症狀，易於診斷，但是否併發尺骨骨折，須加注意。

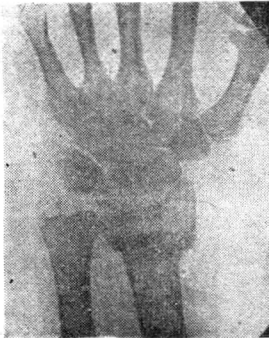
【預後】 同上。

【療法】 依牽引及壓迫，整復折片轉位後（如第一百六十三圖）（此時可稍屈向尺側），使前臂作旋前與旋後之中間位而行固定剛帶。

c) 橈骨下端骨折（橈骨定型骨折）(Fractur radiltypica) (Colles Fractur)

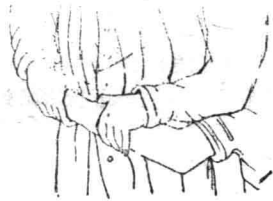
第一百六十四圖

橈骨下端骨折 (Colles 氏骨折及尺骨莖突骨折)  
(慈大片山整形外科教室)



第一百六十三圖

同右橈骨骨折矯正法



第一百六十五圖

橈骨下端骨折  
(慶大整形外科教室)



【原因】極多見（約當全骨折三分之一），少由於a)直接暴力，而以b)間接暴力者為多，即多因前臂伸展，手觸地面而起者。在小兒有發骨端綫離解者。

【骨折型】橫骨折多發於橈骨下端之關節面上方 1—2cm 處，下方折片及手則轉向背側或掌側。

有時為斜骨折，或於橫骨折之上下部，併發分裂骨折，或乃僅有橈骨莖突之骨折，屢與尺骨骨折合併發生。

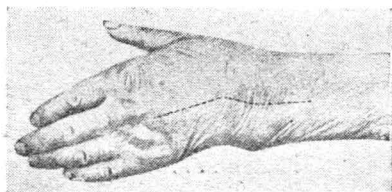
【症候】橈骨下端骨折，屢取定型的肉叉狀背位即在腕關節之稍上方，有與下折片相當之膨隆，突出背側，其上方有著明凹陷。於掌面能證明與上折片相當之骨頭，其上方陷沒（轉位相反者，症候亦相反）。此外常向橈側彎曲（刺刀狀屈曲）有時尺骨下端突出著明。

左手握持局部，用右手運動患手，則可證明異常運動，唧軋音（骨端線離解時，所發唧軋音弱小），並訴劇痛。惟在不完全骨折及楔狀骨折，則此等症狀缺如，而局部之骨折痛及出血著明。

骨折線達於關節內時，則腕關節之腫張顯著，而與挫創及捻挫類似，在關節上方衝突其手時，則訴局部疼痛。

【診斷】據上述之定型症狀，容易診斷，惟須與挫創捻挫及

第一百六十六圖  
橈骨骨折時手之刺刀狀屈曲  
（仿 Cemach 氏）



第一百六十七圖  
橈骨骨折（慶大整形外科教室）



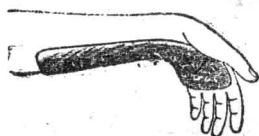
腕關節脫臼等鑑別。

【預後】單純性橫骨折，預後良好，經3—4週而愈（高年人須5—6週）。

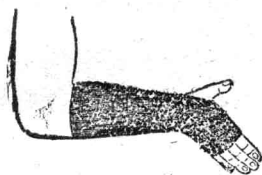
骨折波及關節內，或併發尺骨骨折而有骨性癒合時，治癒後有遺留機能障礙者。此外有在骨端線離解之後，因橈骨之發育障礙，而橈骨短縮或屈曲者。

【療法】轉位時須加正規的整復術時，將骨折部強向上下方牽引，引伸局部，伎手屈向尺側，次乃屈向掌面，矯正橈側之彎曲後，固定前臂於旋前及旋後之中間位。副木繃帶較石膏繃帶為優，因在初期局部有著明之皮下出血，隨其腫脹情形，時有交換繃帶之必要故也。副木有種種，可用 Schede 氏掌面副木（第一百六十八圖），Nelaton 氏手槍副木（第一百六十九圖）及

第一百六十八圖  
用於橈骨下端骨折  
之 Schede 氏副木



第一百六十九圖  
用於橈骨下端骨折  
之 Nelaton 氏手槍副木



Roser 氏背側副木（第一百七十圖）。每週交換一次，以檢查整復之是否適合，其他行腕關節及手指之輕微按摩，經3—4週除去副木，使之入浴，按摩自動及其他動運動。又施行石膏繃帶者。手指須置自由狀態。

【附】橈骨下端之骨端線離解。

極少見於青年人。原因同前。

症候雖同，但不呈如橈骨骨折時之定型症狀。

第一百七十圖  
橈骨下端骨折時用  
(Roser 氏背側副木)



根據X光線所見，得確實診定（第一百七十一圖）。

療法與前者大致相同。

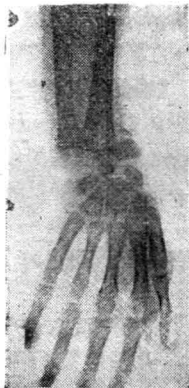
#### IV. 前臂軟部之炎症 Entzündungen der Weichteile Vorderarms

- 1) 癰。稀少。
  - 2) 蜂窩織炎。為屢見之急性汎發性炎症。
  - 3) 急性淋巴管炎。常自手指傳染而起。
  - 4) 丹毒。亦多自手指傳染而起。
  - 5) 急性化膿性肌炎。前臂極少發生。
- (以上參閱外科總論)。

#### V. 前臂骨之炎症 Entzündungen der Vorderarmknochen

- 1) 急性化膿性骨髓骨膜炎：較少見於前臂，症候等與他部同。
- 2) 前臂骨之梅毒：較少，時見於尺骨。
- 3) 前臂骨之結核：殆不見於骨幹部，但於骨端即時關節

第一百七十一圖  
尺骨下骨端綫離解及手  
腕關節外側脫臼  
(慶大整形外科教室)



及腕關節之附近，屢有發生者，不論何種，均以關節結核目之。

### VI. 前臂之腫瘤及囊瘤

#### Geschwülste u. cyste des Vorderarms

與上臂同，一般稀少。

### VII. 前臂之手術

#### Operation des Vorderarms

#### 1) 前臂切斷術 Amputatio antebrachii

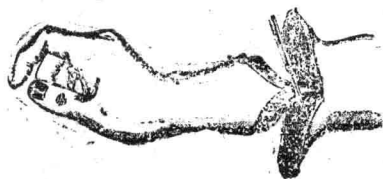
前臂以下之惡性腫瘤，複雜骨折，壞疽，腕關節之重症化膿及結核等時行之。

與上臂切斷術大體相同，多用環狀切法，有時則用瓣狀切法。

切開軟部後，兩骨間之切開，一如下腿切斷術，以用兩及刀為常（參閱下腿項下）。

前臂切斷時，須加處置者，為血管（橈動脈，尺動脈，骨間動脈）及神經（尺神經，橈神經及正中神經）（如第一百七十四圖）。

第一百七十二圖  
前臂瓣狀切開之切斷法



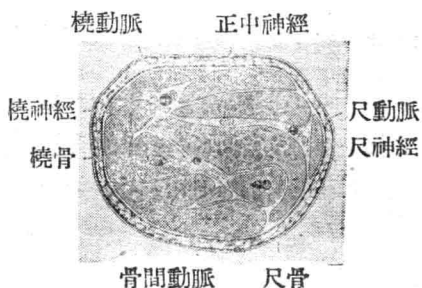
## 第一百七十三圖

○ 用兩及刀前臂兩管之骨膜切開法  
(仿 Sitter 氏)



## 第一百七十四圖

右前臂橫斷面 (仿 Rotter-Schotwerth 氏)

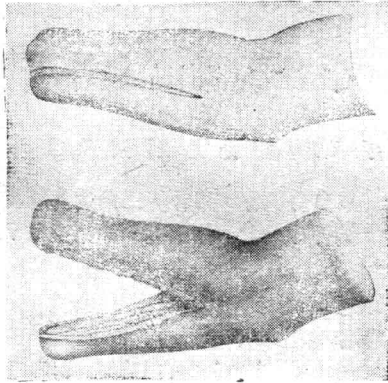


切斷前臂，創面治癒後，可用假肢 (Prothese)。

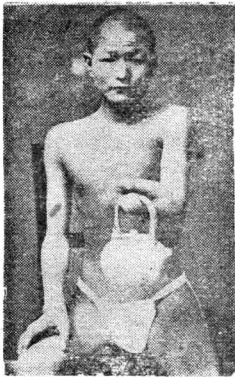
運動性切斷端。已述於上臂切斷術項下。

此外 Schmidt 及 Krueckberg 兩氏則將橈骨尺骨之骨間韌帶，分爲二部，再以皮膚覆蓋之，使成叉狀，能如拇指及其他各指而行使其機能。或即照此應用，或更裝置假肢。

第一百七十五圖  
Kruckenberg 氏切斷端鉗子狀形成法

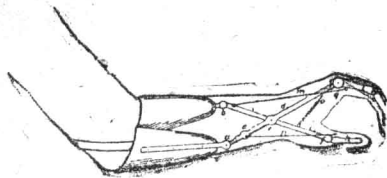


第一百七十六圖  
切斷端鉗子狀形成之義肢  
動作(慶大整形外科教室)



第一百七十七圖

Kruckenberg 氏義肢





## 第五編

### 手及腕關節之外科

#### 手及腕關節之解剖及生理

1) 腕骨 成自舟狀骨，月骨，三角骨，豆骨，大多角骨，小多角骨，頭骨，鉤骨等八骨，作二列，如第百七十八及第百七十九圖所示。

此等腕骨以韌帶互相連結，各骨之內外面，表面粗糙，各骨之相對面，與前臂骨相接之面，及與掌骨相接之面，因有軟骨被覆，故平滑。

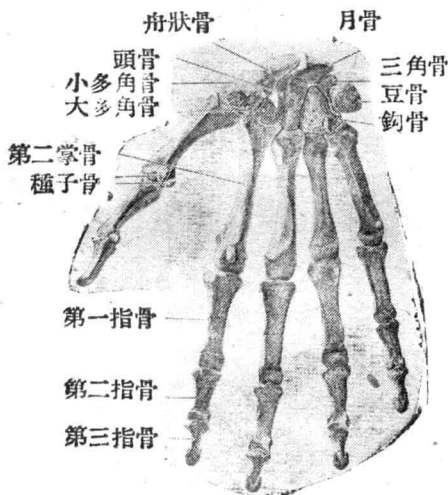
#### 2) 掌骨

成自五個細長之小管狀骨，各骨分為基底，體及小頭三部，與腕骨及指骨間，構成小關節。

#### 3) 指骨

有a) 基節骨或第一指骨，中指節或第二指骨，終節骨或第三指骨，三部，但拇指則無中指節，此

第一百七十八圖  
正常右手骨（前面）（仿 Spalteholz 氏）



等指骨互相連接，並與腕骨相接，構成小關節。此等關節，極易屈曲，而伸展動作，殆屬不能。

4) 腕關節

a) 橈腕關節。

爲橈骨下端及三角骨間之關節，當前額軸迴轉時，則管屈曲及伸展或作掌屈及背屈，在矢狀軸時，管內收及外展，或尺側屈曲及橈側屈曲。

b) 腕骨間關節爲位於腕骨上下列間及各骨間之關節，隨橈腕關節之運動，僅管屈伸而已。

c) 腕掌關節。位於腕骨與五個掌骨基底間。拇指之腕掌關節運動著明，其他之關節機能微弱。

以上之關節均互相交通，故一部化膿，易向其他關節蔓延。手及指之血管神經及腱等從略。

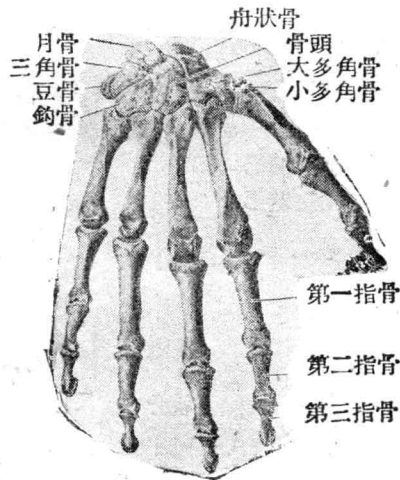
I. 手及腕關節之先天性畸形

手指之畸形可屢見之，手及腕關節之畸形則甚少。

- 1) 巨手。多與先天性巨指合併發生，無單獨發生於手者。
- 2) 裂手。間有自指根直達手掌發生破裂者。本症每兼有缺指。

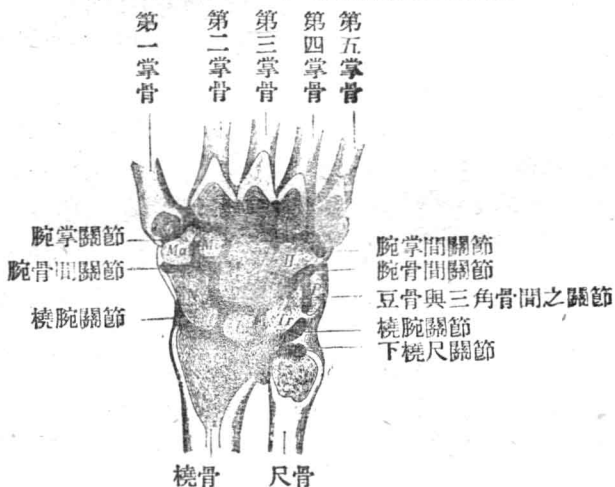
第一百七十九圖

正常右手骨(後面)(仿 Spalteholz 氏)



3) 先天性腕關節脫臼。為先天的脫出於背側或尺側之症，初時多不注意。

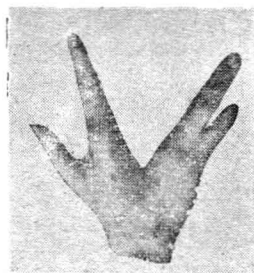
第一百八十圖 手腕部諸關節之模型圖



第一百八十一圖  
缺指及輕度裂手  
(北大柳外科教室)



第一百八十二圖  
裂手  
(仿 Wilms 氏)



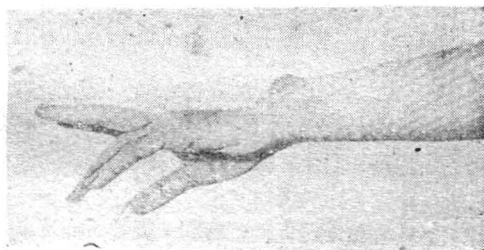
4) Madelung 氏畸形。Madelung'sche Deförmität (Manus valga)

【原因】 虛弱女孩偶有發生本症，有謂當關節囊脆弱之際，因手指屈肌之過度操作而起，亦有謂係屬晚發性佝僂病者。

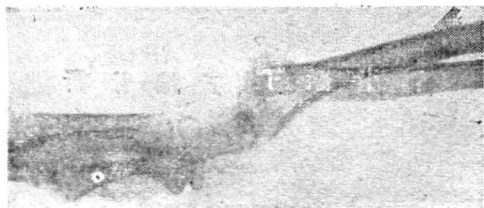
【症候】 呈腕關節之不全脫臼狀，初期有疼痛，特以伸手時爲然，乃至後期，則疼痛消失，但畸形終不能治癒。

【療法】 務須禁止運用手腕，藉按摩及運動以增強伸肌，其間應用副木繃帶，固定手腕於過度伸展位。

第 一 百 八 十 三 圖  
Madelung 氏 畸 形



第 一 百 八 十 四 圖  
同 上 之 X 光 線 像  
(仿 Quervain 氏)



## II. 腕關節及手之創傷

## Wunde der Hand u. der Handgelenke

此種創傷爲刺創，切創，挫創，鎗創及炸彈創等。

如僅傷及軟部可無害，手根關節及腕關節有損傷時，則有少量滑液泄出，試以消息子，可直達關節內，惟此種檢查，甚易發生關節傳染，不宜施行。當有損傷之疑時，則可目爲關節創傷而加治療。

又當手腕關節部受傷時，肌腱亦常受損害，其時即發與該髓相關之機能障礙。髓鞘之損傷，如無傳染，可無何種障礙而治癒。

## III. 手腕關節之挫傷及捻挫

## Kontusion u. Distorsion des Handgelenks

捻挫較挫傷爲多見，由於手腕關節之強劇運動而起，時與橈骨下端骨折併發。

【症候】手腕關節發生腫脹，疼痛及機能障礙，至如脫臼及骨折等時之折片轉位，則屬缺如。

【診斷】宜與橈骨下端骨折症鑑別，以骨折痛及多量之皮下出血而區別之，行X光綫檢查。有時亦須與手腕關節之不全脫臼鑑別。

【預後】多屬良好，惟少數可爲腕關節結核及淋病等之誘因。

【療法】與普通情形同，初時安靜並行冷罨包，其後改行溫罨包，與夫按摩及運動之練習。

## IV. 前臂骨下端骨折

(參閱上編)。

## V. 腕骨骨折

## Fractur der Carpus

腕骨由八骨構成，作二列，如第七十八及百七十九圖所示者。往昔以為此種骨折極少見，近來因施行X光綫檢查，每被證明是等骨折，有與橈骨或尺骨骨折，手腕關節之脫臼，合併發生者。

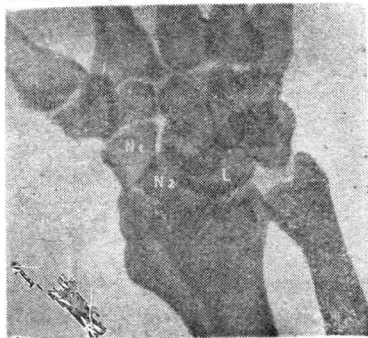
第一百八十五圖  
正常手腕部之X光綫像  
(仿 Querein 氏)



第一百八十六圖  
舟狀骨橫骨折  
(仿 Querein 氏)



第一百八十七圖  
腕骨間脫臼骨折 (月骨掌側脫臼兼舟狀骨橫骨折) (仿 Quervain 氏)



【原因】 a)直接暴力，或b)間接暴力(例如自高處墜落，手觸地面等時)，屢兼有軟部損傷。

【症候】 手背或手掌著明腫脹，皮下出血及機能障礙亦著，疼痛劇甚，局部有壓痛點，有時觸得異常之骨隆起。

【診斷】 屢與單純性挫傷誤診，尤以骨隆起，局部壓痛點及存在持續性

機能障礙等，特須注意，有時非行X光綫檢查難以診定。

【預後】 不惡。

【療法】 如有骨隆起，則壓迫該處，以資整復。初用冷電包

其後施行溫電包，按摩及練習運動等。

## VI. 掌 骨 骨 折

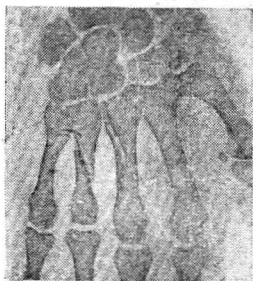
### Fractur der Mittelhandknochen (Matacarpus)

【原因】 a)多因直接暴力而起，b)間有因間接暴力而被生者，例如自高處墜落時，拳觸地面往往發生掌骨骨折。

【骨折型】 因直接暴力而發者，種種骨折，隨處發生，其因間接暴力而起者，則為斜骨折，有時亦為捻轉骨折及縱骨折。掌骨骨折，以發於第一第二或第五掌骨者為多，特多見於其中央部，其在小兒於其兩端可見骨端綫離解，有時與掌骨脫臼合併。由於直接暴力而起者多有創傷。

【症候】 因本症有著明之皮下出血，故手背作瀰漫性腫脹，有局部壓痛點及機能障礙，時且有啞軋音及異常運動。

第一百八十八圖  
掌 骨 骨 折  
(第三及第四掌骨骨折)



第一百八十九圖  
陳舊性掌骨骨折  
(名古屋醫大名倉整形外科教室)



折片轉位，常缺如或輕微。間有發生屈曲及軸捻者。

【診斷】轉位著明者，診斷容易，否則須與挫傷鑑別，又在第一掌骨骨折症，宜與該部之脫臼區別。

【預後】佳良。

【療法】掌骨發生轉位者，依牽引及直接壓迫而整復之，壓以棉塊，施行副木繃帶，約經兩週，漸行後療法。Bech 氏主張施以硬橡皮管，其上再加絆創膏固定之，如第一百九十圖所示者。

開放性骨折，務行枯息療法，萬不得已時，再用手術。

【附】掌骨骨端縫離解極少見於少年人。

第一百九十圖  
掌骨骨折固定法  
(仿 Beck 氏)



## VII. 手腕關節脫臼

### Luxation des Handgelenks

有下列數種。

1) 橈腕關節脫臼

a) 背側脫臼

b) 掌側脫臼

2) 下橈尺關節脫臼

a) 背側脫臼

b) 掌側脫臼

1) 橈腕關節脫臼 Luxation des Radio-Carpalgelenks

此種脫臼極少見，因橈腕關節間存有堅強之韌帶，故當暴力作用時，易起橈骨骨折，而難起該關節之脫臼。惟下述之二種脫臼，偶可發見。

a) 橈腕關節背側脫臼 Dorsale Luxation des Radio-Carpalgelenks



【原因】 每因橈腕關節之種種過度運動而發。

【症候】 與橈骨下端之定型的骨折類似。即腕骨突出於背側，橈尺兩骨之下端，則向掌側突隆。腕關節之機能廢止。自鵝嘴尖端至中指尖端間之距離短縮，疼痛及出血，則常不如骨折時之著明。

【診斷】 多屬容易，雖與橈骨下端之骨折酷似，亦有如上述各種不同處。

【預後】 不惡。

【療法】 令助手把持前臂，術者用左手握持患肢，強向反對側牽引，同時直接壓迫脫出之腕骨，加以整復後，用副木繃帶固定數日，然後施行按摩及關節運動。

第一百九十一圖

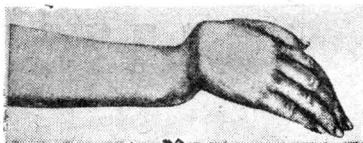
橈尺關節脫臼及舟狀骨  
並月骨之骨折

(東大高木整形外科教室)



第一百九十二圖

橈腕關節背側脫臼



第一百九十三圖

同上 (骨像)  
(仿 Cemach 氏)



b) 橈腕關節掌側脫臼極稀少，原因與前者同，僅其作用在反對方向而已。

【症候】 前臂骨著明突出於腕關節之背側，尤以橈骨之莖突

爲甚，伸指肌腱在背側著明緊張。

在腕關節之掌側，腕骨之突隆不著，是因有多數肌腱位於掌側故也。

此外腕關節之運動全被障礙，鶯嘴尖端至中指尖端間之距離，亦行縮短。

診斷，豫後及療法，與前者相類。

2. 下橈尺關節脫臼 亦屬少見之症，有下列兩種。

a) 下橈尺關節背側脫臼。

【原因】墜落時手旋後而觸於地面，或強劇旋後中而被捻轉時，甚易發生本症，時與橈骨骨折合併發生。

【症候】受傷直後，手腕顯然被固定於旋前及屈曲位置，腕關節之機能，特以旋後運動，全行廢止。

尺骨小頭突出於腕關節之背側，尺橈兩骨，互作交叉狀，在該部之前臂幅徑狹隘。

【診斷】定型性症，診斷容易，無與他症相鑑別之必要。

【預後】多屬良好。

【療法】強牽手腕，使旋前之手腕旋後，直接壓迫關節頭而整復之，其與橈骨骨折併發者，則治療困難。

b) 下橈尺關節掌側脫臼。

【原因】同前，惟其作用之方向相反耳。

【症候】腕關節稍屈向背側，被固定於旋後或旋後與旋前之中間位，關節之機能障礙，特以旋前運動爲著，尺橈兩骨形如交叉，該部之前臂幅徑狹隘，又尺骨小頭突出於腕關節之掌側，而

#### 第一百九十四圖

#### 橈骨下端掌側脫臼

(仿 Hoffa 氏)



與橈側相近。

診斷，預後及療法，與前者略同。

### VIII. 腕骨脫臼

#### Luxation der Handwurzel-knochen

較稀少，有下列二種。

1) 腕骨間關節脫臼 *Luxation des intercarpal-gelenks*  
甚少見，係因非常強烈之直接暴力，致腕骨之第一列與第二列間，發生脫臼之症。常併發創傷。

a) 手背面脫臼：類似橈骨之定型性脫臼，骨隆起位於兩莖突連合錢之末端，手腕之背掌側運動均障礙。

b) 手掌面脫臼：骨突在前者之反側，手稍外展，手運動雖被障礙，尚稍能運動，其時發生憂音。

【診斷】容易。

【預後】創傷不被傳染者良好。

【療法】強行牽引，壓迫骨突而整復之其後安靜4—5日，則開始施行按摩及練習運動。

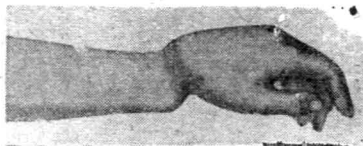
月骨脫臼偶可見之。因局部之劇烈衝突而起。

2) 腕掌關節脫臼  
*Luxation des Carpo-Metacarpalgelenks*

a) 甚少，偶見II—V腕掌關節之脫臼，以背側脫臼為主，掌骨末端著明向手背膨隆，手腕變為狹小，發疼痛，運動障礙。

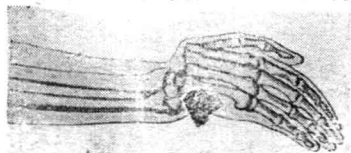
第一百九十五圖

腕掌關節之背側脫臼



第一百九十六圖

同上(骨像)(仿 Cemach 氏)



整復時將手腕強向末梢牽引，同時為部加以直接外力。治愈後，該部有逗留運動障礙者。

b) 拇指之腕掌關節單獨脫臼。較前者為多。

由於拇指背屈過甚而發，亦屬背側脫臼。

療法與前者略同。

### IX. 手腕關節及手軟部之炎症

1) 癰。甚少。

2) 蜂窩織炎。屢屢見之，續發於下述之各種炎症性疾患，而以基於傳染性創傷及瘰癧者為最多。

3) 丹毒。有時見之。

4) 急性化膿性肌炎。幾不見發生。

其他改在別項下述之。

### X. 手腕關節部腱鞘炎

#### Tendovaginitis der Handgelenkgegend

手腕關節部之背側及掌側，存有各種腱鞘。

a) 背側之最大腱鞘，為伸指總肌腱鞘，背側腕韌帶橫亘其上，故當該部腫脹時，其腫脹現於韌帶之上下方。

b) 掌側之最大腱鞘，為屈指總肌腱鞘，因掌側腕韌帶分為上下二部，腫脹時，其波動上下相連。

腱鞘炎有種種，其常見於腕關節部者為：

1) 蠕軋性腱鞘炎。Tandovaginitis Creptans

見於手工業者，洗濯婦，裁縫婦及奏鋼琴者等。

i) 外展拇長肌腱鞘。

ii) 伸拇短肌腱鞘。

iii) 橈側伸腕肌腱鞘。

iv) 伸指總肌腱鞘。發生亞急性或慢性炎症，則有出血漿液性滲出液，或乃發生纖維素沈着，致腱鞘形成不規則肥厚者。腫

鞘因之腫脹，髓運動時訴疼痛，且發轢軋音稍有運動障礙。

【診斷】 多易。

【預後】 不惡。

【療法】 暫時停止職業，行冷電包，疼痛減退後，再行按摩及他動自動運動，或塗布灰白軟膏及碘酒等。

### 2) 慢性漿液性髓鞘炎。Tendovaginitis Serosa chronica

本症原因與前者同，惟較稀見。且本症屢與結核性症誤診。

本症特多發於背側之伸指總肌髓鞘，有時亦見於掌側之屈指總肌髓鞘。

本症因有漿液貯留，髓鞘發生腫脹，因有背側腕韌帶或掌側腕韌帶橫貫之故，無論掌背側，其腫脹出現於韌帶之上下部。

此種定型症名曰瓢形水瘤 *Zwerchsackhygrom* 硬度柔軟而呈波動，其上下部之腫脹及波動互相交通，不訴疼痛，機能障礙不著明。

【診斷】 須與結核性髓鞘炎之水腫型相區別。

【療法】 (參閱外科總論)

### 3) 急性化膿性髓鞘

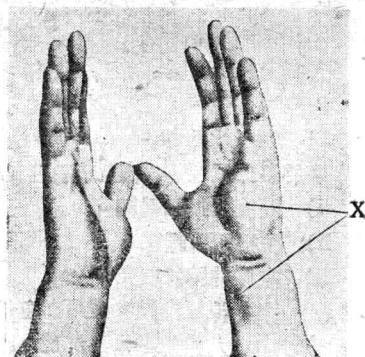
炎。Tendovaginitis  
*purulenta acuta*

【原因】 續發於髓鞘之損傷，蜂窩織炎，特於癰疽及手腕關節化膿等。手腕關節之掌背兩側，均可發生，但多侵一側，發於兩側者絕少。

【症候及預後】 髓鞘起急性炎症，周圍併發蜂窩織炎，故作瀰漫性腫脹，機能障礙甚著，屢起肌

第一百九十七圖

健康側 瓢形水瘤 (仿Wilms氏)



髓壞疽。

多兼有體溫昇騰等全身症狀，惡性症沿肌髓向上方蔓延，或誘發膿毒症而危及性命。

【診斷】 多容易，由其髓鞘部之著名腫脹，機能障礙顯著得與蜂窩織炎區別。

【療法】 務須早期切開。

4) 結核性髓鞘炎。Tendovaginitis Tuberculosa

本症少見於腕關節之掌側，以發於背側者為多。

• 分本症為a)水腫型b)米粒體水瘤，而以前者為多見，有時得見c)萎縮型。d)在末期則或為化膿性。

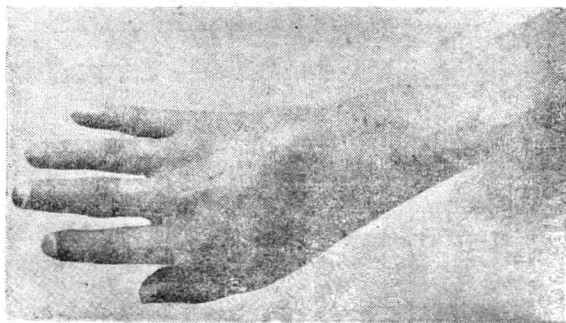
a) 水腫性型。 類似慢性漿液性髓鞘炎，呈定型瓢形水腫之狀，初期與慢性漿液性髓鞘炎難於鑑別，依試驗穿刺而證明混有纖維素時，則可疑其為結核性症。此外結核性症漸次病勢惡化，其周圍亦起浮腫性浸潤，而移行於化膿性症。

b) 米粒體水瘤。 亦多發於背側，與棘軋性髓鞘炎相似，初時區別困難，非靜觀該病之經過，不能明確區別。

### 第一百九十八圖

伸指腕肌髓鞘之結核性漿液性髓鞘炎

(東大青山外科教室)



c) 萎縮型。本症初期亦難診定。當青年人無何等原因，而腫之機能受障礙時，則須詳檢髓鞘。此時得觸知多少肥厚，運動時得聞握雪音，時訴疼痛。

d) 化膿型見於疾病末期，髓鞘不僅有著明機能障礙及腫脹，即其周圍亦起慢性浸潤，時因寒性膿瘍之形成，致診斷容易，殆無須與本症鑑別者。試行穿刺，當可證明結核性膿。

【預後】殆無自然治癒者，漸次惡化。本症雖與生命無直接關係，然有因合併他部結核而死亡者。

【療法】根本的剔除髓鞘。

亦可行X光線療法，日光療法。

全身療法亦極重要。

## XI. 手腕關節部之粘液囊炎 Bursitis der Handgelenkgegend.

手腕關節之背側，有稍大之手背粘液囊，又指根之背面，亦存有三個掌指間小囊，此等粘液囊偶有發生慢性炎症者。

【原因】有因器械的刺戟而起者，亦有原因不明者。

【症候】在以上部位，生扁平球形腫瘤，柔軟而有波動，不與皮膚癒着，而與皮下組織相癒着，常無疼痛，不兼手指之機能障礙。

【診斷】i) 依其形狀，部位及機能障礙易與髓鞘炎相鑑別。

ii) 與神經膠腫之區別，則依部位，硬度及內容等而分別之。

【療法】穿刺排出內容，或注入少量碘酒，但往往再發。最確實方法，為以手術摘除之。

## XII. 手腕關節部之膠狀瘤（一名結節樣腫瘤） Gangliom der Handgelenkgegend

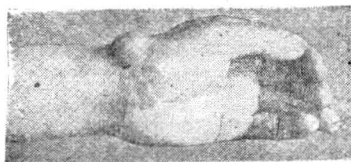
【病理解剖】膠狀瘤殆不生於手掌，以發於腕關節及手之背

側者爲最多。發生部位，以關節囊爲最多見，此外亦可自髓鞘，肌腱及粘液囊等發生，有時續發性貫通各間隙。多爲單房性，但亦有多房性者，內容爲稠厚粘液或膠狀物。

【原因】 尙未明，以青年人特以少女爲多。

【症候】 形狀作球形，扁平球形，橢圓形或不正形。大小多爲豌豆大至食指大，無至核桃大以上者。

第一百九十九圖  
手腕關節部之膠狀瘤  
(東北帝大杉村外科教室)



第二百圖  
十九歲男子左腕關節部之巨大膠狀瘤  
(慶大外科教室)



硬度爲緊張柔軟以至硬實，強度緊張時，有呈軟骨硬度者。

與皮膚不生癒着，而與皮下組織癒着，疼痛缺如，常無機能障礙。

【經過及預後】 發育極緩慢，達至一定度，發育即停止，或自然治癒，無惡性變性者。

【診斷】 容易，須與髓鞘炎及粘液囊炎相鑑別。

【療法】 以拇指強壓，或用切髓刀於皮下切斷，施壓迫繩帶，惟有再發者。

或行穿刺，吸出內容後，注入酒精等。

施行手術摘除，最爲可靠，其時宜行埋沒持續縫合，縫合斑痕，愈小愈



### XIII. 手腕關節炎 Carpal arthritis

如第一百八十圖所示有種種關節。

- 1) 橈腕關節。
- 2) 下橈尺關節。
- 3) 腕骨間關節。
- 4) 豆骨關節。
- 5) 腕掌關節。

是等關節，其間均互有連合，故關節之一部發生炎症時，易侵及其他關節而成爲全關節炎。

腕關節炎與韃鞘炎，粘液囊炎及蜂窩織炎等不同，腫脹及疼痛，及於關節之四周，特以關節之兩側爲著（背掌兩側，因有多數肌腱存在，腫脹不著）。惟關節機能障礙，各側均著明（但以關節炎之種類而稍有不同）。行試驗穿刺，以在關節之側部爲常。

手腕關節炎之重要者，

- 1) 急性漿液性手腕關節炎。
  - 2) 急性化膿性手腕關節炎。
  - 3) 淋毒性手腕關節炎。
  - 4) 急性及慢性手腕關節風濕症。
  - 5) 結核性手腕關節炎。
  - 6) 梅毒性手腕關節炎。
  - 7) 畸形性手腕關節炎。
  - 8) 尿酸性手腕關節炎。
  - 9) 手腕關節血友病。
  - 10) 神經病性關節症等。
- 1) 急性漿液性手腕關節炎。Carpal arthritis serosa acuta  
本症較多見，由於手腕關節之挫傷，捻轉及過勞而發。

手腕關節有輕度腫脹，疼痛及機能障礙，惟潮紅及灼熱則不著明。預後亦良，不遺關節強直，但有以此為誘因，致起關節結核及淋毒性關節炎者。

本症之診斷容易，惟宜與關節風濕症鑑別。

【療法】 初令安靜，行冷罨包，經數日後，再行溫罨包。按摩及關節運動等。

### 2) 急性化膿性手腕關節炎。Carpal arthritis purulenta acuta

多因手腕關節之傳染性創傷而起，此外則續發於附近之骨髓骨炎，血行傳染極少。

手腕關節有劇痛及腫脹，多兼潮紅及灼熱，機能障礙著明，運動時訴劇痛。兼有發熱等全身症。

【診斷】 多容易，須與手腕關節之急性風濕症，淋毒性者鑑別，並注意其原因的因子。

【預後】 較惡，雖行切開，亦易起全關節炎，因而治癒困難，幸而治癒，亦易遺留關節強直症。

【療法】 如係外傷後污染甚重者，如迅速修整創口，洗淨關節，縫合關節囊，撒以磺胺藥粉，並內服磺胺類藥，每能免其化膿，雖在晚期亦有因向關節內注射2% Formalin glycerin 或磺胺類混懸液而將傳染消滅者，注射 Penicillin 亦有效。

在化膿之時，應固定關節，加以牽引術以緩解關節內之壓力，而保護關節軟骨，有膿時，即應切開排膿，並借重於磺胺類藥及青黴素。

### 3) 淋毒性手腕關節炎 Carpal arthritis gonorrhoeica

屢見於手腕關節，本病屢與急性關節風濕症誤診。島田學士之盈氣療法最為有效。且少遺留關節強直。

### 4) 風濕症性手腕關節炎 Carpal arthritis rheumatica

有a)急性及b)慢性二種，屢見於手腕關節，多與其他關節之風濕症合併發生，遺留關節強直者，較前症為少。

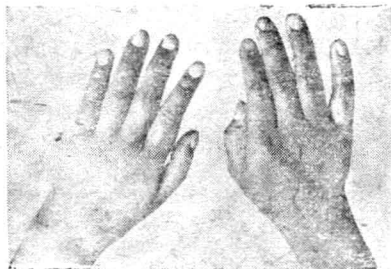
5) 結核性手腕關節炎或手腕關節結核 Carpal arthritis tuberculosa

爲手腕關節炎症中之最多者

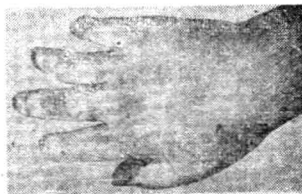
a) 滑液膜性型稀少，b) 骨性型較多，尤多見於橈尺兩骨之下端。

以續發於腕骨結核者爲常。時與韃鞘結核併發。

第二百二圖  
左側手腕關節結核  
(慶大整形外科教室)



第二百一圖  
淋毒性手腕關節炎  
(慶大整形外科教室)



第二百三圖  
手腕關節結核(骨萎縮  
著明) (千葉醫大高  
大高橋外科教室)



c) 水腫性型者僅少，d) 肉芽性型及e) 化膿性型(多爲末期)則多見之。

手腕關節結核多以機能障礙起始，急速呈白腫狀，前臂及手發生萎縮，至末期，患部破潰，遺留瘻管。

手腕關節結核，每可以姑息療法而愈（其他參閱外科總論），有時須施手術治療。

6) 梅毒性手腕關節炎 *Carpal arthritis syphilitica*

少見，須與結核性症鑑別。

7) 畸形性手腕關節炎 *Carpal arthritis deformans*

本病在日本極少見，其發於老人者，易與慢性關節風濕症誤診。

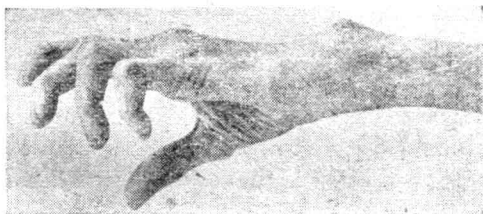
8) 尿酸性手腕關節炎 *Carpal-arthritis urica*

本症在日本本屬少見，多發於生活優裕之成年人。

關節突發急性炎症（尤以夜間疼痛著明），皮膚潮紅，有著明壓痛，惟無著明之熱候，急性症狀自然消退，如反復發作，則關節為之變形，機能障礙亦著。

第二百四圖

畸形性手腕關節炎（仿 Quervain 氏）



9) 血友病性關節症 *Haemophilisches Gelenk*

見於血友病患者。以輕微之原因，關節內出血，其血液多自然吸收，時因有一部遺留，致起炎症，有時與結核性關節炎相誤。

10) 神經病性關節症 *Nenropathisches Gelenk*

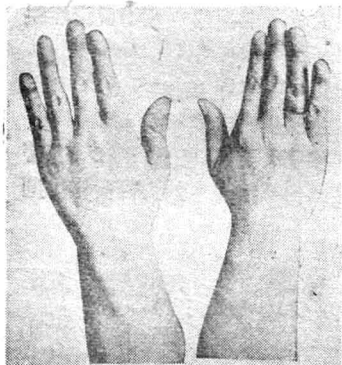
患脊髓空洞症時，有侵犯手腕關節者，該部發生慢性腫脹，其後腫脹雖達於高度，患者全無自覺症候是為其特徵。

（關於上述各關節炎，參閱外科總論）。

## 【附】 Kienböck 氏病 (外傷性月骨軟化症)

## 第二百五圖

因脊髓空洞症之神經性右手腕關節症  
(慶大外科教室)



第二百六圖  
Kienböck 氏病

(慶大整形外科教室)



【原因及病理解剖】 本病之本態未明，據中田教授等之研究，罹此病者以強制使用手腕關節之職業者為多，特以 20 歲前後之男子為多見（多為右側），有時發於一度外傷之後，亦有原因不明者。

本病乃侵犯腕骨中之月骨者，惟因支配骨質之血管，受有損傷，骨及軟骨因而發生營養障礙，因反復外傷，可續發骨折或韌帶斷裂，骨變形因而益著。

【症候】 手腕關節運動時，特以屈伸及左右運動，患者訴疼痛，惟當外展及內收時，疼痛不著，手指運動雖無障礙，握力則稍減退。

檢視手背，與月骨相當部現有腫脹（有時不明），該部有限局性壓痛。距此部位，則全不訴壓痛。有暫時安靜，則或輕快，過度使用手腕時，復形增惡。

X 光綫檢查，月骨恰如上下被壓縮之狀，每能證明壓綫。惟不見如結核時之骨萎縮症象，而呈硬化狀態其陰影濃度不均，而呈斑狀之觀。

本症取慢性經過，無著明增惡者

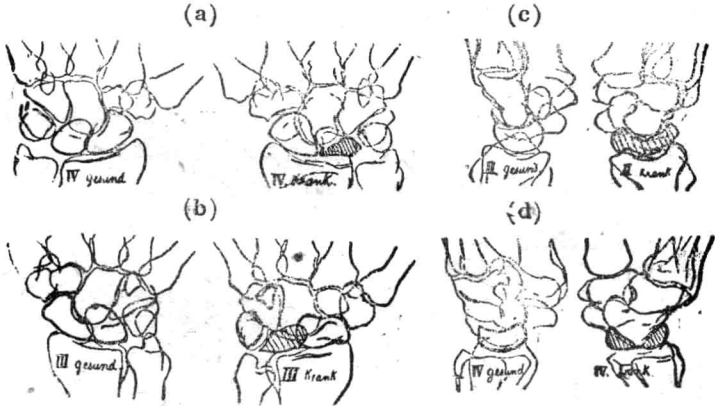
，亦無自然治愈者。

【診斷】 雖有與手腕關節之風濕症及結核誤診，然疼痛僅限局於月骨，以此足資鑑別。如行X光綫檢查，則診斷更確。X光綫像，不能僅取背掌方向，亦須依橈尺方向攝影，與健側相較。本症之異於骨結核者，為骨萎縮像之缺如，反見陰影濃厚，呈骨之形狀及構造之變化，甚者則骨質殆呈消失之觀。

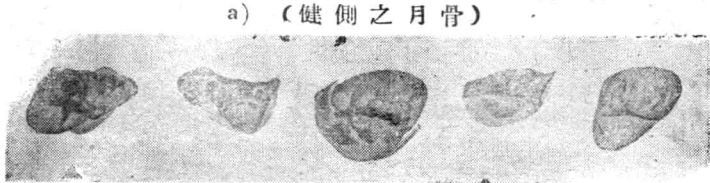
【療法】 試行各種理學療法，效果不確時，則行月骨剔出。又中田教授謂僅將該骨之關節囊及韌帶切除，亦可收效云。

此外藥物療法，可用鈣製劑。

第二百七圖 月骨之種種變形 (X光綫模型圖)



第二百八圖 月骨之變形 (摘出者) (新潟醫大中田外科教室)



## b) (患側之月骨)



XIV. 手腕關節之攣縮及強直  
Kontraktur u. Ankylose des Handgelenks

## 1) 皮膚性及癩痕性攣縮

由皮膚癩痕而起，特多見於火傷之後。

2) 腱性攣縮 較其他手腕關節攣縮為多見。每因腱之損傷，化膿而起。

3) 肌性攣縮 僅少。

4) 神經性攣縮 為少見之症。

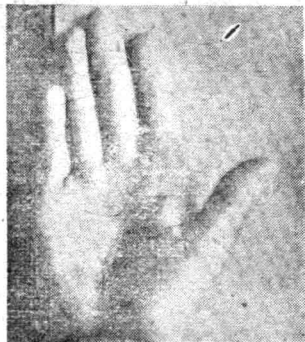
5) 關節性攣縮或強直 原於各種關節炎症，脫臼，骨折。對於真性強直。有行關節之授動手術者（參閱外科總論）。

## XV. 手及手腕關節之腫瘍及囊瘤

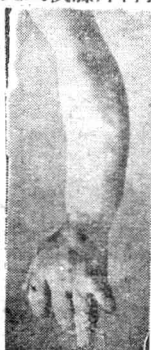
第二百九圖  
中指外傷性皮膚囊瘤  
(山村博士)



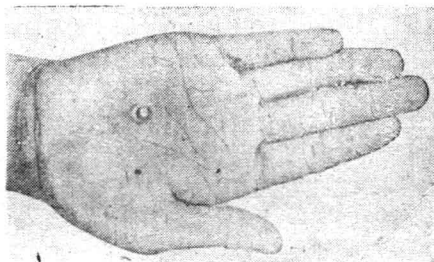
第二百十圖  
手掌外傷性皮膚囊瘤  
(慶大外科教室)



第二百一十一圖  
右前臂及手之廣汎性血管瘤  
(九大後藤外科教室)



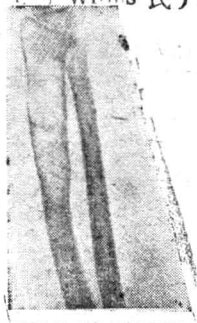
第二百一十二圖  
手掌葡萄狀菌病  
(東大青山外科教室)



第二百一十三圖  
橈骨骨瘤 (仿Wilms氏)



第二百一十四圖  
橈骨囊瘤 (兼特發骨折)  
(仿Wilms氏)



1) 脂肪瘤，纖維瘤，血管瘤及神經瘤等可發於軟部，但極少。



肉瘤雖少見，間可發生黑色肉瘤。

癌瘤亦屬罕見，有因Paraffin-Teer之作用，致發特殊表皮瘤者，又X光綫技術員有罹表皮癌者。

2) 軟骨瘤，骨瘤，肉瘤等有時發生於骨部，各呈其定型的症狀。

3) 囊瘤。屢發前述之膠狀瘤，粘液囊炎，腱鞘炎等。粉瘤雖偶見於手背，但絕無發生於手掌者。

又手掌有發生外傷性皮膚囊瘤者，但少見。

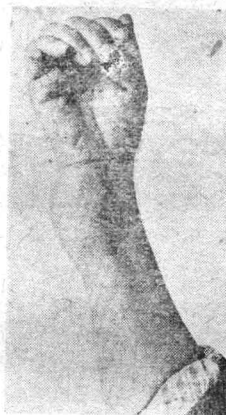
第二百十五圖

尺骨 肉瘤 X 光綫像



第二百十六圖

尺骨 肉瘤 (仿 Wilms 氏)



4) 此外手掌部雖無眞性腫瘤，壓迫性水泡，胼胝腫及手掌葡萄狀菌病等，則可發生。又偶有於橈骨動脈發生動脈瘤者。

#### XVI. 手腕關節之手術

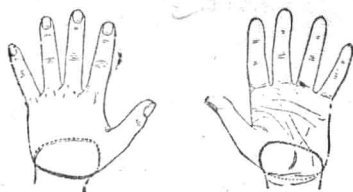
1) 手腕關節離斷術 Exarticula manus

a) 環狀切法在兩莖突之下方約兩橫指部，即掌骨之近中央部，將皮膚作環狀切開，與皮下脂肪組織一同自下層剝離，向上

翻轉。

次用第二環狀切法，斷離其他諸軟部，手屈向尺側，自橈側切開關節，切斷韌帶及腱，此時如皮瓣不能充分被覆橈尺兩骨，則鋸去其末端。

第二百十七圖  
手腕關節離斷術切開綫  
(Kocher 法氏)



其他離斷端血管神經之處置，一如前臂離斷術。

b) 瓣狀切法隨病狀狀態，在1)背側，2)掌側，3)橈側，4)尺側等處，作一皮瓣，施行離斷。

2) 手腕關節切除術  
Resectio Manus

手腕關節結核，重症傳染性創傷等行之。

a) Langenbeck 氏手腕關節全部切除術(背面橈側切法)。

手掌向下，手取稍向尺側屈曲位置，自第二掌骨之尺側中央，向上至橈骨端之中央，將手背作 8—9cm 之縱切開，入於固有拇指肌腱及固有示指肌腱間，裂斷背側橈腕韌帶至橈骨下端，用鉤哆開創面，開放關節囊。

先於橈側將關節囊及肌腱等由骨質剝離，牽引橈側，次於尺側作同樣處置時，手腕關節即行露出。

手向掌側屈曲，露出腕骨之第一列各骨(舟骨、月骨三角骨豆骨)切斷周圍韌帶而剔出之。

剔出第二列腕骨時，以麥粒鉗握持有頭骨外展拇指，離斷大小多角骨次乃彎屈四指，離斷與掌骨之連絡，則可將第二列骨全行摘出(但大多角骨務宜保存，且當剔出時，須注意勿傷經行其上之橈動脈)。

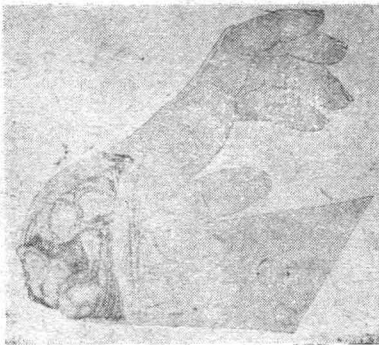
次將手強向掌面屈曲，如前所述，鋸斷尺橈兩骨之末端。

止血後，施用導管，行皮膚縫合，貼用副木，施行纏帶。後療法為自動及他動之手指運動，於數週後施行之。

b) Kocher 氏手腕關節除切術（背面尺骨側切除術）

將手腕關節稍曲向橈側，自第五掌骨之中央起始，直至腕關節中央，作一皮膚切開，更於前臂中央，作 3—5cm 之縱切開（以此種切法，得保護貴要靜脈及尺神經背側枝，且可減少伸肌腱之損傷）。

第二百二十圖  
Kocher 氏手腕關節切開術  
（仿 Wilms 氏）



第二百十八圖  
手腕關節部之種種  
離斷術切開綫



第二百十九圖  
手腕關節切開術



- 1) Langenbeck 氏法
- 2) Kocher 氏法
- 3) Ollier 氏法
- 4) 掌指關節及指骨間關節切開綫

在該部哆開筋膜及腕背側總韌帶，向左右牽出其他肌腱，而達於關節內。其他與前法同。

此外尚有 Ollier 氏兩側切法

3) 手腕關節之授動手術

手腕關節雖發強直，對於日常任事，可無著明障礙，因是之故，施行此種手術之機會頗少，如有行本手術之必要時，則行前述之關節切除術，而移植筋膜於其間。

## 第 六 編

## 手 指 外 科

## I. 手指之先天性畸形

## 1) 駢指 Syndaktylie

爲屢見之症 2 指或多指作部分的或全體的癒着，甚者則全部癒着。本症多僅皮膚發生癒着，骨性癒着者亦間有之，每與其他畸形合併發生。且被癒着之手指，其指甲常互相融合。

【療法】 有種種，主要者爲切斷皮膚癒着，止血後，即行皮膚移植術。

Didot 及 Dieffenbach 氏法在癒着手指上之背側及掌側各作一皮瓣並將駢指剝離然後將此等皮瓣於指間以其縫合補充皮膚之缺損部，惟在小兒，皮瓣之製成，極爲不易。

駢指高度者，手術不能。

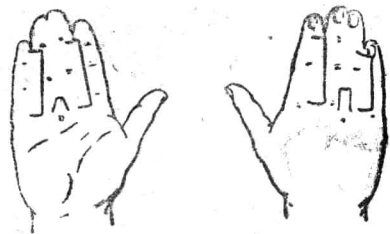
## 2) 剩指 Polydaktylie

亦屬屢見之症，尤以發於手腕之尺側或橈側者爲多輕症者僅末節發生，有時亦可見全指，或掌骨亦同時發生過剩。

【療法】 簡單切除剩指。

第 二 百 二 十 一 圖

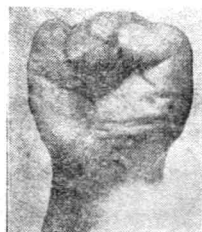
Dieffenbach 氏駢指成形手術法



第二百二十二圖  
11歲女子之駢指  
(慶大整形外科教室)



第二百二十三圖  
高度之駢指  
(慶大整形外科教室)



3) 缺指 Ektodaktylie 手指之一節或全體缺少，甚者手指全部缺如，本症有時與裂手併發。

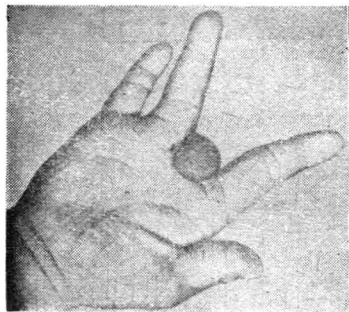
第二百二十四圖  
拇指之剩指  
(仿實用外科學)



第二百二十五圖  
拇指之剩指  
(仿實用外科學)



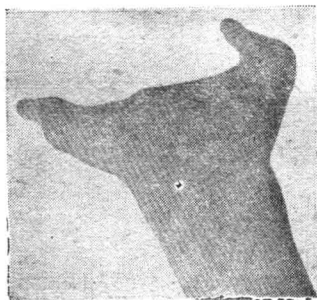
第二百二十六圖  
短 指  
(慶大整形外科教室)



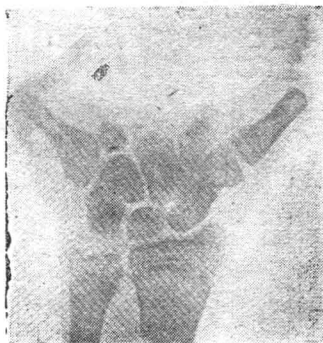
第二百二十七圖  
先天性剩指(聾嚙狀)  
(慶大整形外科教室)



第二百二十八圖  
缺 指  
(慶大片山整形外科教室)

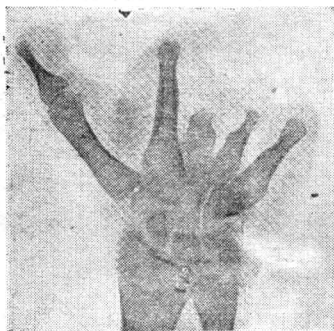


第二百二十九圖  
同左 X 光像  
(同 左)



- 4) 巨指手指之異常巨大者。
- 5) 小指手指之異常小者。

第二百三十圖  
缺指 X 光像



第二百三十一圖  
H. III. Iv. 指之五指  
(仿實用外科學)



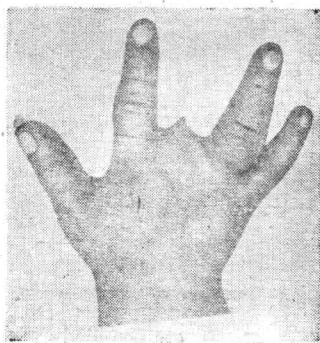
6) 短指手指之異常短者。

7) 特發切斷手指有先天的切斷者，在子宮內時，被臍帶所纏繞，或因異常發育而起。

第二百三十二圖  
手指之先天的切斷及後扼  
(仿實用外科學)



第二百三十三圖  
右手指之先天性切斷  
(仿實用外科學)



8) 先天性絞溝因所受絞扼較爲輕度，故生本症。

9) 特發性指融崩症上述絞溝過深時，手指末端，生後失去營養，有因之脫落者。

上述各節中3)以下者，多難施術。

## II. 手指之創傷 Verletzungen der Finger

手及手指有切創，刺創，裂創，挫創及鎗創等，各有其一定之創形，刺創有針，竹木片之尖端，玻璃片等異物，遺留創內，有異物時易起傳染，特以被泥土污染時，有發破傷風之危險。又在手之傳染，蜂窩織炎高度時，病變伴入肌腱，向上方擴張，或發髓壞死。

茲就此種損傷應行注意之點，述之於下。

1) 血管之損傷 手之動脈弓被損傷時，大量出血，倘非適當處置，則有出血死之虞，但無因此而發手或指之壞死者，蓋因與其他動脈有吻合枝故也，惟手指動脈兩側被害時，則易發手指壞死，特以手指攣縮手術時爲多見，宜注意。

2) 神經之損傷

雖屬屢見之症，惟手指不起特殊障礙。

3) 腱之損傷

創之深入時，有損傷手及指之肌腱者，其時發生與該腱有關之機能障礙，但此時因諸種肌腱，發生攣縮之故，創口內多難證明，無傳染危險者，可卽行腱縫合術，如發傳染，則俟治愈後，再縫合之。

有時創傷治愈後，腱與瘢痕發生癒着，致礙之機能，此時依手術除去其癒着部，兩者間插入脂肪組織。

【附】 手指之絞榨 Umschnürung des Fingers

將窄小指環勉強套入手指，或乳兒於不知不覺間，將毛髮結於指上，均可誘發本症，末梢部起鬱血，甚者發生壞死。



【療法】 早期拔去絞榨物，或斷裂之。欲切斷簪入之指環，可用齒科醫使用之圓鋸（附有自動機），或於局部麻醉下，將鬱血著明之手指切開，擠出血液，使手指縮小，而拔去異物。

### III. 指 骨 之 骨 折

#### Fractur der phalangen

時時見之。

第二百三十四圖  
指骨縱骨折（少見）  
（仿 Friedrich 氏）



第二百三十五圖  
左指第三指第一  
節橫骨折  
（惹大片山整形  
外科教室）



第二百三十六圖  
有高度轉位之示指第三節  
骨折（仿 Mattis 氏）



【原因】 多因直接暴力，有時因捻轉，彎屈等間接暴力而起。

【骨折型】 有橫骨折，斜骨折，縱骨折，螺旋骨折及粉碎骨折等。

又有a)皮下性及b)開放性二種骨折。

【症候及診斷】 折片轉位多著明，局部骨折痛及出血亦著明，故診斷甚易。

【預後】 佳良。

【療法】 皮下骨折症，有折片轉位，則用牽引及壓迫而整復之，與隣接手指均固定數星期。

開放性骨折宜先行姑息療法，僅於化膿不愈時，行手術的治療。

又取 Cramer 氏鐵絲副子之細小號，手腕關節稍翻向背側，伸展病指，如第 237 圖所示，用絆創膏固定後，稍屈手指時，隨其屈曲，亦可同時伸展，即收良效云 (Zup-pingen 及 Christen 氏)

作一粗鐵絲橋，用石膏繃帶固定手腕，指甲部貫以銀錢或絲綫，向錢端牽引而行固定 (第二百三十八圖)。

無折片轉位者，與隣接手指均用絆創膏固定，約經 2 週後除去之，漸次施行運動。

#### IV. 掌指關節脫臼

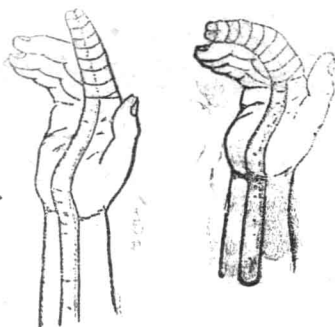
Luxation der Metacarpo-phalangeal-gelenke

拇指脫臼雖常見，其他各指脫臼，則極少。

1) 拇指之背側脫臼 Dorsale Luxation des Daumens

有時可見定型脫臼。

第二百三十七圖  
指骨骨折伸展固定手指牽引法  
(仿 Schlatter 氏)



第二百三十八圖  
手指牽引法



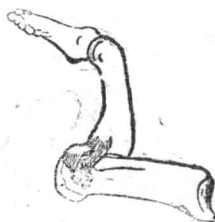
【原因】由於拇指強向背側屈曲，拇指之關節頭破開關節囊，脫出於背側，有完全脫臼及不全脫臼二種，有時兼發隣近之骨折。

【症候】 拇指對掌骨作著明背屈，呈定型槍刺刀狀（完全脫臼症，屈曲更著，多呈Z字狀）。但伸肌腱斷裂時，則取伸展位。

拇指運動被限制，如有韌斷裂，雖稍能行被動運動，但有彈性抵抗。

拇指短縮（但在不全脫臼則稍延長）拇指球肥厚，惟較狹窄，有皸裂。此外在完全脫臼症，在手之掌側，觸得掌骨關節頭。

第二百三十九圖  
手指掌側側脫臼  
（呈Z字形共）



【診斷】 根據定型症候，易於診斷。

【預後】 多良好，惟有副損傷時，則治療困難。

【療法】 行整復術時，將拇指第一節過度伸展，且牽引後，急將拇指屈向掌側，或向掌側直接強壓拇指第一節，亦有用特殊器械壓入之法（第二四十四圖）。

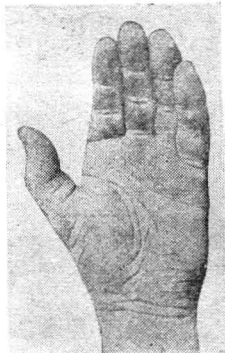
第二百四十圖  
手指全脫臼（呈特有鈹劍狀）  
（仿 Masson 氏）



第二百四十一圖  
手指背側全脫臼  
（因伸肌斷裂而取伸展位者）



第二百四十二圖  
拇 指 全 脫 臼

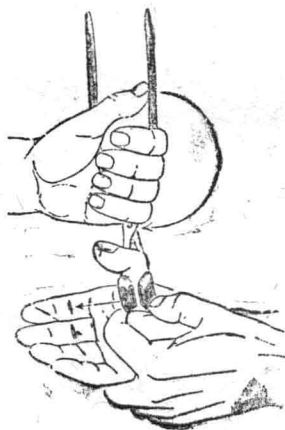


第二百四十三圖  
同上X光像(仿Bruns教室)

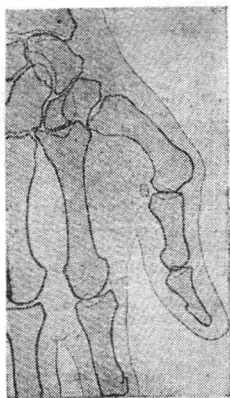


整復後用小副木繃帶固定 10—14 天，次行自動及他動運動及按摩等。

第二百四十四圖  
拇 指 脫 臼 整 復 法



第二百四十五圖  
拇 指 掌 側 脫 臼



不能行非觀血整復術時，則以防腐之切開關節，除去障礙，而行整復，陳舊性症行關節頭之切除。

2) 拇指掌側脫臼 Volare Luxation des Daumens

極少見，掌骨端現於背側，拇指頭則於掌側可證明之，其他參閱前條。

3) 拇指側方脫臼 Seitliche Luxation der Daumens

亦屬稀少，側方可見拇指骨頭。

4) 其他四指掌指關節脫臼

本症亦脫出於背側或掌側，易於診定。

5) 指骨間關節脫臼 Luxation der Mterphalangealgelenke

時時見之，由於手指之過度伸展，捻轉，內收，外展等而起。又當練習野球時，因手指與球衝突而起者頗多。常兼有關節囊之破裂。

a) 完全脫臼 脫出之指骨向背側或掌側突隆，斜傾側方，手指短縮，且不能運動，初時稍有疼痛。診斷容易。

b) 不全脫臼 變形不如完全脫臼時著明，指間關節則不能運動，以其無骨折症象，故得診斷，如行X光綫檢查，更為明確。

第二百四十六圖  
手指末節之背側脫臼  
(仿Friedrich氏)



第二百四十七圖  
手指第二節之背側  
脫臼  
(仿Friedrich氏)



【療法】以強引及直接壓迫而行整復。惟有腱或關節囊破裂者，則整復困難。此時行手術療法。

整復後，固定一星期，行後療法。

## V. 癰 疽

### Panaritium

手指蜂窩織炎稱為癰疽，係屢見之症。

【原因】本症多發生於指尖，特於指甲附近部發病，有時自末節之背側或掌側起始。致病之由，乃因此等部位有小損傷，感染化膿菌而起，有時損傷之既往症不明。

一般女子較男子為多，特多發於婢僕及女工，且多見於冬季。

細菌有種種，最多者為葡萄狀球菌，有時亦有因鏈球菌及其他各種化膿菌而發者。

【症候】分下述種種。

1) 表皮下或上皮性癰疽 Panaritium subepitheliale od. Cutaneum.

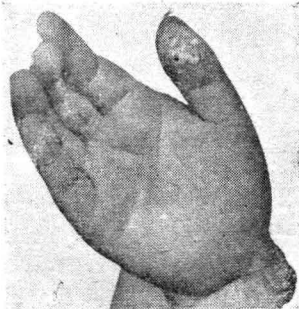
化膿僅限局於表皮下，即 Malpighi 氏層，而不侵入深部者。

疼痛較輕，初現局部腫脹，潮紅顯著，隨即發生黃色膿液。本症將局部表皮剝離，即可迅速治癒，不殘留瘻痕。

2) 皮下性癰疽 Panaritium Subcutaneum

最為多見。初發時局部有炎性浸潤，疼痛劇烈，次則潮紅，熱感著明。經 3—4 日或一週發

第二百四十八圖  
皮下性癰疽（山村博士）



生化膿，自表面得透視黃色膿汁，膿汁有向外自潰，因而治癒者但屬少見。

惡性症則不起化膿，而向上方擴大，或起急性淋巴管炎或病變進入深部，發生下述之癰疽。

### 3) 爪床下癰疽 *Panaritium subunguale*

癰疽發於爪甲之周圍時，常侵入於爪床下，疼痛著明，特以壓迫指甲時為甚，經相當時日，指甲下遂至化膿，如不除去指甲，多不能治癒，且易因此誘發骨質癰疽。

### 4) 腱性及腱周圍性癰疽 *Panaritium tendinesum u. Peritendinosum*

為續發於皮下性癰疽之惡性症，沿肌腱向上方急速蔓延，呈著明之急性炎症，腱機能完全廢止，屢發肌腱之壞死，如不將壞死之腱摘出，則治癒困難。

### 5) 骨性及骨衣性癰疽 *Panaritium Osseum u. Periostale*

多續發於皮下性癰疽，即因皮下性癰疽未能早期充分切開而起，離解骨衣，次乃破壞骨質，疼痛特著，且達深部，即行切開，疼痛腫脹亦不減退，肉芽污穢，作浮腫狀，遺留瘻管，通以探子，可觸得粗糙之骨質。又自外壓迫患骨即訴疼痛。

行X光綫檢查，可見骨質發生變化，惟在本症初期，症候不明。

非切除病骨，不能治癒。

### 6) 關節性癰疽 *Panaritium articulare*

續發於皮下性或骨性癰疽，當關節受傷後，亦可發病。

本症多犯第一指骨間關節等，該部腫脹潮紅疼痛著明，機能障礙，非施手術難以治癒。

### 7) 腐敗性或壞疽性癰疽 *Panaritium Putricum s. gangraenosum*

本症由於化膿菌及嫌氣性菌之混合傳染而起，性質最惡。

本症不著明化膿，由蜂窩織炎成為壞疽，急速侵入上方，侵

第二百四十九圖  
被人咬傷後之左手指高度癰疽  
(熊野御堂外科教室)



犯手及前臂，全身  
病狀亦危篤，如不  
在**全**健康部切斷  
之，則可危及生命  
。

【療法】預防  
法手指有小創時，  
即塗布碘酒並行前  
臂支持法。

在輕症癰疽之  
初期，有因塗布碘  
冷，冷電包而治癒  
者，但決不可用石  
炭酸電包，因每能發生手指之壞死故也。

行姑息療法數日後，而炎症尙不輕減及已生化膿者，則切開  
局部，施以濕電包，用提肘三角巾支持之。癰疽切開後交換繃帶

第二百五十圖  
骨性癰疽



第二百五十一圖  
同上 X 光像  
(仿 Quervain 氏)





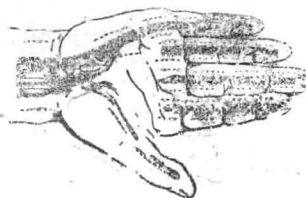
，因痛苦過甚，故數日後，可行手指浴，軟膏療法（其他參閱一般創傷療法條下）。

對於爪床下癰疽，有僅切除指甲之一部者，每難治癒，往往有再度手術之必要，故予主張務宜將指甲全部剔除，指甲摘除後，經 1—2 月可以再生。

指甲之摘除行傳導麻醉後，約經 10 分鐘，在指甲根部兩側，作一長約 0.5cm 之縱切開，自皮膚剝離指甲根後，指甲下插入小鑷子或 Pean 氏鉗子拔出指甲。

在髓性癰疽，沿肌髓行多數切開（如第二百五十二圖）。

第二百五十二圖  
避除手及手指髓鞘之切開法



骨性癰疽及骨衣性癰疽，切除患骨，或切斷末節，或行關節離斷術。

關節性癰疽，如僅行切開，則不充分，概須行關節之切除，或手指之關節離斷術。

壞疽性癰疽症行姑息療法無效時，初期即應於指根部切斷。病勢更進者，則於前臂健康部行之。

姑息療法有用 Bier 氏鬱血療法者，用橡皮帶輕纏前臂，以僅使局部緊張不感疼痛為度，每日行 1—3 次。無論何種癰疽皆宜投以磺胺類藥。

患癰疽後，每起手指強直，故須行按摩，練習運動，入浴後療法。

## VI. 指骨及指關節之炎症

### Entzündungen der Fingerknochen u. der Fingergelenke

主要之炎症如下。

### 1) 單純性指骨間關節炎 Arthritis interphalangealis simplex

指關節受捻挫後，雖有一時發生輕度急性炎症者，大多數均漸次就癒，不遺障礙。但偶有，遺留輕度機能障礙及鈍痛，轉為慢性炎症，長時不癒。

【療法】 初安靜及濕電包，其後行局部浴，Diathermie 及按摩等。

在慢性炎時，可用所謂‘Sol’療法者，S. 即係先用肥皂熱敷 (Soap Compress) 10 分鐘，繼以樟腦油 (Oil Caruphor) 塗擦 10 分鐘，終則以電燈下烤 10 分鐘，一天二次殊屬有效。

### 2) 手指風濕症 Rheumatismus der Finger

時時見之。分二種，多與他指風濕症合併發生，亦有僅限局於該指者。

#### a) 手指急性風濕症 Akuter Rheumatismus der Finger

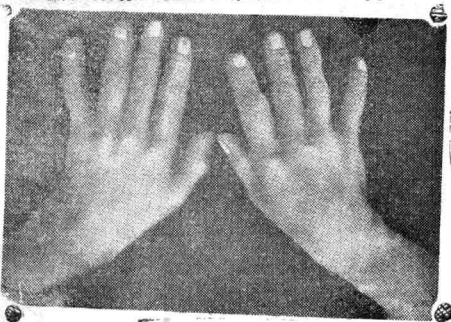
指間關節發生亞急性腫脹及潮紅等，機能障礙。與其他大關節之症狀相似，無著明急性炎症性症狀，全身症狀亦不著，惟與氣候轉換有關，用水楊酸製劑及溫暖則收效，經 1—2 週概可治癒，間有移行於慢性風濕症者。

#### b) 手指慢性風濕症 Chronische Rheumatismus der Finger

屢侵老年人之兩手諸指，隨氣候之變換，發生純痛，較急性症難於治癒，指間關節逐漸屈曲，發生強直，

### 第二百五十三圖

#### 多發性指骨間關節風濕症 (山村博士)



## 第二百五十四圖

結節性風濕症 (仿 Lexer 氏)



痛特以夜間甚劇 (日間輕快)，此外皮下生有痛風結節故診斷容易。

手指肌間萎縮，關節作結節狀肥厚 (結節性關節風濕症)。

本症須與手指之畸形性關節炎 (極少) 及痛風相鑑別。

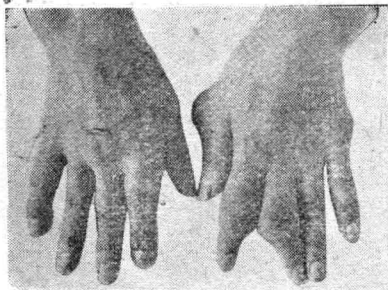
【療法】 雖有種種，但難治癒 (參閱外科總論)。

3) 手指尿酸性關節炎 (痛風) Arthritis Urica der Finger (Gicht)

本症好犯生活優裕者，常先犯拇指 (拇指痛風 Chiragra)，或第一趾 (趾痛風 Podagra)，其後乃侵犯他指，疼

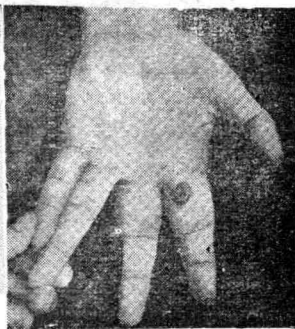
## 第二百五十五圖

兩側手指之痛風性關節炎  
(北大柳外科教室)



## 第二百五十六圖

左第二及第三指之風刺病及  
因此發生之潰瘍



(療法等參閱外科總論)。

#### 4) 手指之結核 Tuberculose der Finger

爲手指炎症中之最多見者，特多發於少兒，多犯一指，有時數指均被侵犯，多自指骨起始，後乃侵及指間關節，其自關節發病者極少。手指結核有 a) 骨衣性及 b) 骨髓性兩種，而以後者較多。在指骨結核，特以骨髓性症，骨質凸出，同時漸起骨衣增殖，手指因之作蟻狀肥厚，依此定型症狀，乃有風蕁病之稱。

此外在骨髓性症，隨骨質凸出，發生羊皮紙樣啞韌韌破潰後，遂生結核性瘻管。

【診斷】 多易，間須與指骨梅毒鑑別。

【療法】 行各種理學療法。

切開局部，充分搔爬病竈，同時行理學治療，每可收效。不得已時，則行手指切斷術或關節離斷術。

#### 5) 指骨之梅毒 Syphilis der Fingerknochen

本症較少見，多因先天性梅毒而起。

本症亦如患結核時，呈風蕁狀，但依年齡，他部之梅毒現象，驅梅毒法及X光綫檢查等，得區別之。

第二百五十七圖  
基因於先天性梅毒之  
指骨梅毒  
(仿 Friedrich 氏)

#### 6) 急性化膿性指骨間關節炎 Arthritis interphalangealis Purulenta acuta

以關節性癰疽發病，與其他關節異，無由血行性傳染者。(參閱癰疽)。



#### 7) 指骨之急性化膿性骨髓骨衣炎

即骨性癰疽與他部不同無由血行傳染者(參閱癰疽)。

### VII. 手 指 之 腱 鞘 炎 Tendovaginitis der Finger

第二百五十八圖  
手指之髓鞘  
伸指肌髓



第二百五十九圖  
手掌之髓鞘



手腕關節部之腱鞘炎較多，手指之腱鞘炎甚少。

1) 急性化膿性腱鞘炎 *Tendovaginitis Purulenta acuta*  
屢與其他癰疽合併發生(參閱 176 頁)，殆無單獨發生者。

2) 結核性腱鞘炎 *Tendovaginitis tuberculosa*  
時可見之。每與手之腱鞘炎併發，腱鞘慢性腫脹，並發浸潤，至末期形成寒性膿瘍。機能障礙初期不著，後乃著明。本症初期雖與慢性漿液性腱鞘炎類似，惟手指殆無發生該症者。

(其他詳閱外科總論)。

3) 單純性慢性腱鞘炎 *Tendovaginitis Chronica simplex*

因手指使用過甚，腱鞘有時發生不規則肥厚(肥厚性腱鞘炎)手指運動因而障礙，或發生撥彈指(參閱 188 頁)。

### VIII. 指 之 壞 疽

#### Gangraen der Finger

手指之壞疽，較少於足趾，原因有種種，主要者為。

1) 老人性壞疽或動脈硬化性壞疽

2) 特發性壞疽或壯年性壞疽

3) 對側性壞疽或 Raynaud 氏病

4) 梅毒性壞疽

5) 糖尿病性壞疽

6) 神經病性壞疽(由於脊髓空洞症，正中神經之損傷)。

7) 癩病性壞疽

8) 因血栓栓塞之壞疽

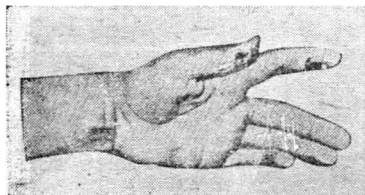
予曾於小兒之肺炎及麻疹，各得一實驗例。

第二百六十圖  
中指肌腱之結核性鞘炎  
(仿 Axhausen 氏)



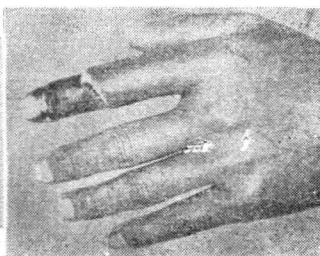
第二百六十一圖

正中神經切斷後之第一及  
第二指之壞疽（仿實用外科學）



第二百六十二圖

左食指石炭酸壞疽  
（東北帝大杉村外科教室）



## 9) 石炭酸壞疽

因行石炭酸濕電包而起

第二百六十三圖

手指之切斷性狼瘡  
（仿實用外科學）

## 10) 凍傷及火傷後之壞疽

由於上述各種原因，發生濕性或乾性壞疽，各呈其典型症狀，特以基於動脈疾患時，殆不能觸得橈骨動脈之脈搏。

（詳見足及趾壞疽條下並外科總論）。

此外於手指部，有時發生狼瘡並有因此而見手指之特發性消失者。



## XI. 手指之攣縮及強直

Kontraktur u. Ankylose der Finger

a) 先天性攣縮由於先天的手指皮膚之短縮而起。由成形術

可治。

b) 癱瘓性攣縮最多見於火傷後，重症者，全部手指有如皮囊包裹，手或指之火傷，潰瘍廣大者，待潰瘍清潔後，務宜早期施行皮膚移植術，後療法為指及手之充分練習運動。

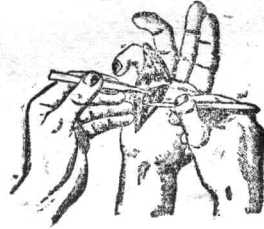
第二百六十四圖

手掌攣縮手術之皮膚切開法



第二百六十五圖

同上肌膜分離法



既發攣縮，則剔除癩痕，伸展手指，而行 Krause 氏皮膚移植術，惟此際如傷及手指之主要動脈，則可發生手指壞疽，故宜嚴密注意，對於輕症攣縮，則如第 265 及 266 圖所示，用成形手術。此外尚有其他種種成形術。

c) 腱性攣縮較少，多發於屈側肌腱，此時露出肌腱，而行腱延長術。

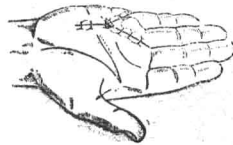
d) 關節性强直由於種種關節炎而起。

初期可因按摩及自動他動的運動而治愈，惟大多數均治愈困難。此時可行手術，除去關節之骨性癒着，施行筋膜移植術，經過一週令行運動。惟手術結果，多不能滿意。

其他手指之定型攣縮，即

第二百六十六圖

同上手掌攣縮手術縫合法  
(仿 Marion 氏)





## 1) Dupuytren 氏指攣縮症

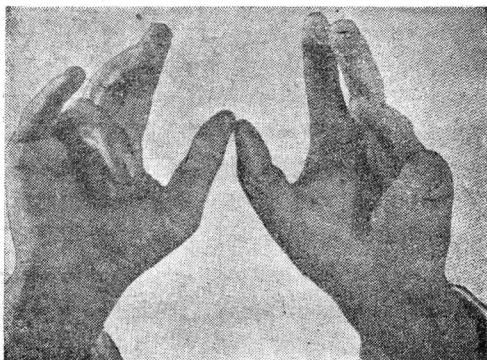
【原因】 尙未明，書寫者，彈奏者及職工等常運用手指者，多罹本病，與其他全身疾患亦有關係。本症在日本極少。

【症候】 多見於 IV. V 指，亦可於他指發生，初期患指難得充分伸展，其後攣縮狀態，漸次著明，終乃屈向手掌而被固定，此時完全不能伸展。

在手掌部觸得極堅硬索條，此乃因手掌腱膜之胼胝狀萎縮而起其腫不發生變化。

## 第二百六十七圖

## Dupuytren 指攣縮 (仿 Quervain 氏)



【診斷】 定型性病，診斷容易，與下述之指瘻攣症稍類似，惟後種則為一時性者。

【預後】 非施術不能治癒。

【療法】 如第 263 及 266 圖所示者，作一三角皮瓣，尖端向中央基底向手指，切斷胼胝狀攣縮之腱膜及其他一切，而摘出之，充分伸展手指後，不使緊張，一部行皮膚縫合，其缺損部則行植皮術以補充之 (W. Buseh)。

後療法施行 1—2 週間之副木纏帶，然後施行按摩及練習運動。

### 2) 彈撥指 Schnellender od. felern der Finger

【原因】未明，概發於常用手指者。

在肌腱及腱鞘部發生慢性炎症，該部因之發生肥厚或狹窄，腱之運動不圓滑，遂起本症。

【症候】多見於中指及無名指，手指外觀正常，可伸展至某種程度，欲伸展至此種程度以上時，則須用力，或他手之扶持，此際常發一種憂音其音響與佩刀出入刀鞘時相似，且稍感疼痛。

【診斷】容易，無須與他症鑑別。

【預後】無自然治愈者，但亦不併發他症。

【療法】行溫濕包，X 光綫療法，按摩自動及他動運動等，無效時則施術除去其障礙。

### 3) 指痙攣症 Fingerkrampf

由於手指之運動神經發生障礙而起，且基因於一定之職業，故有職業的神經症之稱，例如書癩彈琴癩縫匠工癩及電報技手癩等是也。

本症乃因前臂及手指之一定肌肉，過度努力，致該肌肉發生障礙而起，分三型，即 a) 痙攣型 b) 電顫型及 c) 麻痺型是也。發生痙攣或搖擗至書字等全不可能。

在麻痺型，因手指麻痺，至筆落地上而不知，甚者使其回想作業，此種障礙即可發生。

本症原因不明非只由於末梢，亦常為中樞性。

【療法】行按摩，電氣療法及水浴療法等，與以溴素劑，使患者營養佳良，其職業則必須暫時中止之（參閱內科等）。

## X. 手指腫瘤及囊瘤

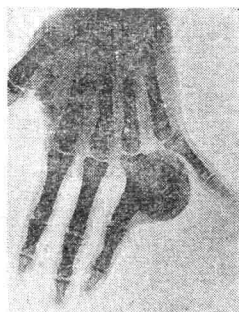
### Geschwülste u. Lyste der Finger

#### 1) 軟部 有纖維瘤，脂肪瘤，血管瘤，神經纖維瘤，乳嘴

第二百六十八圖  
左第四指之骨軟骨瘤  
(赤岩外科教室)



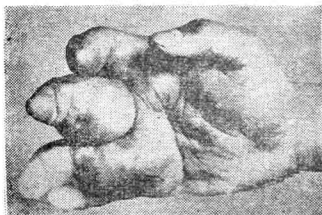
第二百六十九圖  
同上 X 光像  
(赤岩外科教室)



第二百七十圖

手指血管瘤

(大阪帝大岩永外科教室)

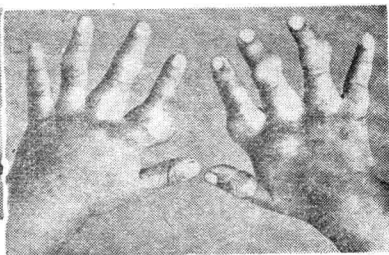


第二百七十一圖

兩手指之多發性軟骨瘤

(此外在兩側前臂骨，下腿骨，  
足骨等處)(亦有多發性軟骨瘤)

(東北帝大杉村外科教室)



瘤，癌瘤及肉瘤等，但極少，其他非真性腫瘤，如疣贅壓迫性水泡胼胝等，則時時見之。

2) 骨部可發生軟骨瘤及骨瘤，間可發生肉瘤。

第二百七十二圖  
示指之巨大軟骨骨肉瘤  
(千葉醫大三輪外科教室)



第二百七十三圖  
發生於34歲女子右手背之  
黑色素肉瘤  
(千葉醫大瀨尾外科教室)



第二百七十四圖  
手指葡萄狀菌病  
(慶大外科教室)



氏骨鉗切除之。

2) 指骨間關節熱斷術

3) 囊瘤之定型者為外傷性皮膚囊瘤  
(參閱外科總論)。惟粉瘤，膠狀瘤及粘  
液囊炎等則不發於手指。此外手指葡萄狀  
菌病偶可見之。

## XI. 指 之 手 術

1) 掌指關節及指骨間關節切除術  
於手指側方，沿伸肌腱縱切皮膚 2—  
3cm，直達指骨（如近掌側中央部切開時  
，有傷及手指神經及血管之危險）。

將伸肌腱及屈肌腱牽置側方，切斷骨  
膜及關節囊，露出關節面，隨其病變，用  
銳匙搔爬，或用 Liston 氏骨剪或 Lür

屈手指於掌側，在關節頭附近，自背側橫切開深達關節囊，切斷兩側韌帶後，刀身轉向前方，在掌側作一適當皮瓣縫合於背側創緣上。此時在癰疽症，可用 Lür 氏骨鉗除去關節軟骨。

第二百七十五圖  
造掌側瓣之第三指  
關節離斷術



第二百七十六圖  
手指切斷法



第二百七十七圖  
同上縫合後  
(仿Marian氏)



### 3) 指節切斷術

行於指骨之癰疽及腫瘤時，較行關節離斷術為佳。

第二百七十八圖  
掌指關節離斷術



第二百七十九圖  
同上  
全切斷後之縫合法



a) 環狀切法 由環狀切法露出指骨，而鋸斷之。

b) 瓣狀切法 如第 277 圖所示，在掌側作一大皮瓣，切斷後，縫合於背側之創緣。

4) 掌指關節離斷術

皮膚切開通常採用卵圓切法其尖端在手背，向掌骨小頭，基底位於掌面，而向手指根部，其側方切開線可在指股之前方行之。

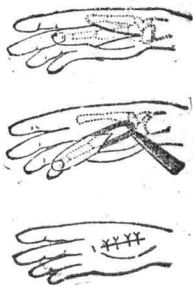
次牽手指於反對方向，切斷關節囊，韌帶及肌腱等，縱行皮膚縫合。

5) 掌腕關節之拇指離斷術

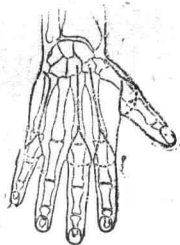
法有兩種。

a) 卵圓切法 自第一掌骨基底之中央起始，通過背之兩側

第二百八十圖  
掌腕關節部之拇指  
關節離斷術



第二百八十一圖  
在掌骨及手指切斷之皮膚切開法  
(仿 Marian 氏)



，更自拇指基底，稍向末梢部，作一卵圓切開，達於骨質，自尺側切斷第一掌骨與大多角骨之連絡，離斷關節，行皮膚縫合。

b) 側瓣切法 將拇指外展，於拇指食指間，自蹼膜之中央切開，更向第一及第二掌骨進刀，達第一掌骨之基底，使其與大

多角骨分離（此時須注意勿損傷大多角骨與食指間之關節），然後於拇指之橈骨側行側瓣切法過斷關節，縫合之。

此外第二，第三，第四，第五手指其掌骨同時行關節離斷時，可依卵圓切法行之。

6) 保持拇指之掌骨切斷及離斷術

於手掌及手背依照第二百八十二圖所示行弓狀切開將軟部自骨剝離，除去掌骨，然後縫合之。

第二百八十二圖  
遺留拇指之全掌骨切除法  
(仿 Esmarch 及 Kowalzig 氏)



# 第七編

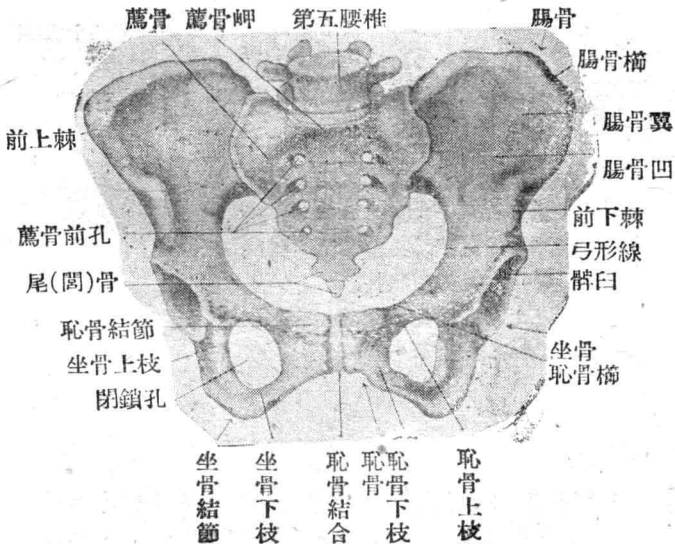
## 骨盆外科

骨盆骨之解剖

如第二百八十三圖(說明省略)，

第二百八十三圖

骨盆前面解剖圖(岡島教授解剖學書)





## I. 腰 部 之 損 傷

### Verletzungen der Beckengegend

a) 皮下損傷或挫傷乃因種種暴力而起，重篤者有時合併骨盆內臟之損傷。

b) 開放損傷或創傷與一般創傷相同，須注意臀動脈及骨盆內臟之損傷。

#### 臀動脈之結紮法 Unterbindung der A-glutea

##### 1) 臀上動脈之結紮法。

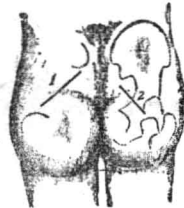
令患者仰臥，高舉骨盆，患腿微向外展，自腸骨後上棘向下外側行斜切開至大粗隆部（見第二百八十四圖之1）。

然後分開脂肪組織及筋膜，沿臀大肌之經過，行鈍剝離，以 Haken 充分開張時，於其上方可觸得坐骨大切迹之邊緣。於此處將臀中肌及梨狀肌分開則臀上動脈及靜脈皆露出，於是將靜脈分離，接近骨質而結紮之。

第二百八十四圖  
臀動脈結紮法之皮膚切開法

##### 2) 臀下動脈結紮法。

自腸骨後上棘之下方約一橫指處，向下外側大粗隆及坐骨結節之間，行斜切開（見第二百八十四圖之2），分開軟部，探得梨狀肌下緣及薦骨結節韌帶及薦骨棘韌帶時，於梨狀肌之下方，薦骨棘韌帶之上方可見臀下動脈，坐骨神經位於此動脈之外後方。



## II. 骨 盆 骨 折

### Beckenfractur

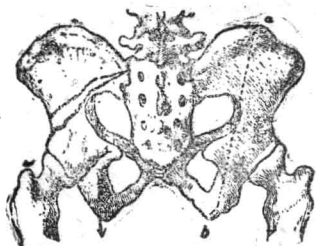
【種類及原因】 骨盆骨折約當全骨折之 1% (Rose)，分爲 A) 單獨骨折及 B) 複雜骨折（骨盆輪之骨折）二種。

**A) 單獨骨盆骨折 fsolierte Beckenfractur**

多由於直接暴力，例如墜落，衝突，擊打，鎗創，爆彈傷等。亦偶有因間接暴力而起者，例如墜落時，腿或大粗隆向地面強度衝擊，因而發生。此外尚偶有因肌肉收縮而腸骨樑發生韌裂骨折者。骨盆骨折可見於下述之諸種時機。

第二百八十五圖

骨盆翼骨折 (Duverney 氏骨折)  
(仿 Thien 氏)



第二百八十六圖

髌臼骨折  
(仿 Bruni 氏)



- 1) 恥骨骨折
- 2) 坐骨結節骨折
- 3) 腸骨翼骨折 (Duverney 氏骨折)
- 4) 腸骨樑骨折
- 5) 腸骨前上棘及腸骨前下棘骨折
- 6) 髌臼骨折及中心性大腿骨脫臼 (合併股關節脫臼或骨盆骨折)。

**B) 複合骨盆骨折 Multiple Beckenfractur**

此種骨折乃因骨盆受暴力之壓迫，例如骨盆為車轢過，或被夾於火車緩衝機之間，或於墜落時受直接或間接暴力之作用而起。又可分為下述數種。

- 1) 骨盆環之斜骨折
- 2) 骨盆環之縱骨折
- 3) 重複鉛直骨盆骨折或 Malgaine 氏重複骨折
- 4) 薦骨縫之離開或斷裂
- 5) 合併恥骨或坐骨骨折之薦腸縫合或薦腸縫合之離開

【症候】A) 單獨骨盆骨折概由於較輕之暴力而起，故發生休克者甚少。

根據局部症候之限局性疼痛，皮下溢血，骨折片之轉位及異常運動，叩刺音等，多易診斷。但後二者每不著明。如行X光綫檢查，則診斷確實。

脫臼骨折 乃因重症損傷引起，有時合併關節頭之輕度轉位以及股關節脫臼，故診斷屢困難。

B) 複雜骨盆骨折種類甚多，如上所述。皆甚重篤，多於外傷直後多起休克 (Shock)。醒覺後，患者聲訴骨盆部有劇烈疼痛，避免骨盆及下肢之動作，大都不能起立及步行。

【疼痛】不僅有直接壓痛，且有間接壓痛（將骨盆自前後或側方壓之有痛感）。

【皮下溢血】常可證明，但視骨折之部位及程度而異。特以深在性骨折，有經數日後始於表皮發現皮膚變色者。其變色恆見於 Poupart 氏韌帶之上方（股骨頸骨折時則見於其下方）。

第二百八十七圖

恥骨骨折（慶大整形外科教室）



## 第二百八十八圖

## 骨盆骨折 ( 蓋大片山整形外科教室 )



表在性骨折可證明骨折線骨折片轉位，及異常運動，咿刺音等症候，但深部骨折，此等症候極不著明。

其他因骨折之情形有時引起下肢之短縮或延長者。

【副損傷】骨盆骨折時往往有合併膀胱，尿道，陰道，大血管之損傷

者。故有骨盆骨折之疑時，對於此等須注意。

【診斷】或極易診斷，或頗難診斷。有時因有副損傷而能診斷者。大多數須用X光線檢查。

【預後】因屢併有重症副損傷，故不佳，如未發生副損傷者則預後未必盡惡。但轉位著明者，處置困難。亦有於骨盆骨折後還有頑強之神經痛者。

【療法】有疑為骨盆骨折之患者，須注意搬運。如為皮下骨折且轉位著明者，須於可能範圍內，謀其整復，反之，如轉位不著明，可於其原有情形下，施以治療。

令患者取臥位，伸展股關節，及膝關節，以寬皮帶或橡皮帶將骨盆固定，或應用 Bonnet 氏金屬綫股衣（見第二百八十九圖），亦甚相宜。

複雜骨折時，須注意創傷之處置。骨盆內臟有損傷者，亦須施以適宜療法。

## 第二百八十九圖

用於兩下肢及骨盆安定之  
Bonnet 氏金屬綫股衣



## III. 骨 盆 之 脫 臼

## Luxation des Beckens

骨盆成自腸骨坐骨及恥骨。前方以恥骨縫合接合。後方連於薦骨。有時於此等骨之間因外傷而引起脫臼。骨盆脫臼，少於骨折，但有時併發於骨折。骨盆脫臼有下列二種。

1) 恥骨縫合脫臼(斷裂) Luxation (Zerreissung) der Schambeinfuge

因骨盆之劇烈衝擊或狹小骨盆之生產而發生。

定型者於脫臼時可聽強烈音響。疼痛劇烈，步行困難。屢有異常運動及啞刺音。大部於恥骨縫合之中央可觸知裂口。亦有恥骨相互重疊者。有時併有膀胱尿道之損傷。

2) 薦腸骨關節脫臼(斷裂) Luxation (Zerreissung) der Ileosacralgelenks.

因骨盆之劇烈壓迫及難產等而生。因外傷發生者，可併發骨盆骨折，骨盆之內臟損傷。亦有合併恥骨之脫臼者。又有一側性脫臼及兩側性脫臼之別。

於劇烈外傷後，薦腸骨關節發生強烈疼痛，有異常運動。尾骨多向前方轉位。

a) 一側性脫臼，因骨盆之轉位，患側之腸骨前上棘亦向前上方轉位，患側腿短縮且外展。

b) 兩側性脫臼，兩側差異，不若是著明，惟尾骨之凹陷甚著，呈類似(Malgaine氏)骨折之現象。可行X光綫檢查而確實診斷之。

【預後】 不良，多立即死亡，但如無副損傷時，亦有可救治者。

【療法】 於全身麻醉之下，整復其脫臼，令取仰臥位使守安靜。時有於全身麻醉下，行觀血的整復者。

3) 尾骨之斷裂 Zerreissung des Coccygeums

【原因】因墜落時，尾骨劇烈衝擊於地面而起。

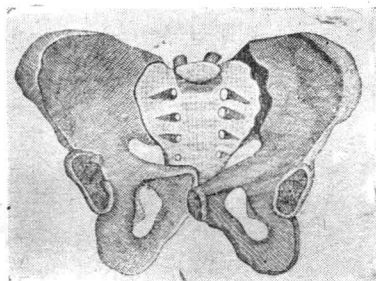
【症候】尾骨部疼痛，觸之，微可移動，是時有痛感自直腸內亦可觸得。其後疼痛消失，多無症狀遺留，亦有殘留尾骨痛者。

【預後】不惡。

【診斷】容易。

【療法】大部雖不加處置亦無妨礙，有神經痛者，可行手術將骨切除。

第二百九十圖  
合併恥骨縫斷裂之左骨盆半側脫臼。



#### IV. 骨盆部急性化膿性肌炎 Myositis purulenta acuta der Beckengegend

##### 1) 腰肌炎或腸腰肌炎 Psoitis od. Ileopsoitis

【原因】概由於化膿菌之血行傳染，多見於幼年。

【症候】多於惡寒後繼以體溫上昇，自初期起，股關節即屈曲，同時向外側旋轉，此乃由於腰肌收縮之故。此種症狀漸次著明，而成直角，或竟超過之。故自早期起即不能起立及步行，自腹壁上觸診，腰肌感抵抗，壓感著明。其後軟化，形成膿瘍有波動（但因位於深部，故有不著明者）。

【診斷】屢易誤認為蚓突炎但蚓突炎患者之腿屈曲不如是顯著。在初期雖有輕度屈曲，其後漸次輕減。腰肌炎則與此相反，而逐漸增重。此外在蚓突炎時尚有腹膜刺激症狀等。

【預後】多屬良好，但兼有其他合併症者，則重篤。

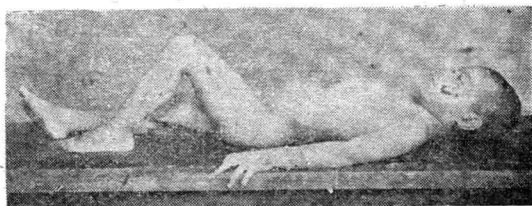
【療法】沿腸骨切開，用橡皮管或棉紗排膿。並使股關節部取伸展位置。

## 2) 臀肌之肌炎

【原因】同前。

## 第二百九十一圖

左腸腰肌炎(九大赤岩外科教室)



【症候】多與惡寒同時發熱。臀部疼痛，步行微有障礙。但腿不呈異常位置。觸診臀部微有抵抗，壓感銳敏。又於腿之運動時，臀部有痛感。但因臀部富於脂肪，故初期腫脹及潮紅多不著明。

【診斷】多容易，有時須與急性粘液囊炎鑑別。

【預後】多良好。

【療法】切開排膿。

V. 腸骨窩淋巴腺腫脹  
Anschwellung der Iliacaldrüse

(參照股關節部之淋巴腺疾病條下)。

VI. 骨盆膿腫  
Beckenabscess

大體可分為以下三種

## 1) 腸骨部膿腫 Iliacal-abscess

由於骨盆骨疽者最多，此外亦有起於脊柱骨疽者。

於腸骨疽形成膿腫，輕度者為平面腫脹；高度者呈腫瘤狀隆起。便度柔軟，多有波動，大抵無壓痛，其下部難於移動，如放置不治，則引起下述諸種現象：

i) 於腸骨前上棘之附近破潰。

ii) 通過 Poupart氏帶之下方，於上腿之前面，沈降於縫匠肌之內側。

iii) 通過坐骨大孔至臀肌之下方，更沿坐骨神經而至大腿之後側。

iv) 偶有越過腸骨樞之上方而達腰部者。

v) 亦有沈降於會陰部直腸，陰道之周圍，或竟破潰，但極少見。

2) 腰肌膿腫 Psoas-abscess

限局性原發性者甚少，多為脊柱骨疽之沈降性膿腫。

本病較腸骨部膿腫為表在性。因腰肌之攣縮，易引起腿之攣縮。膿腫沿肌間下降，通過 Poupart 氏帶下方而現於縫匠肌內方（較前者尤位於內方）。此外與前者大體相似，亦可沈降於種種部位。

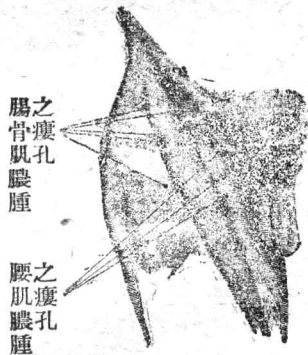
因腰肌炎引起之膿腫，概停留於局部，而不沈降。

3) 漿膜下膿腫 Subseröser Abscess

又有腹膜內性及腹膜外性之別，蓋因由蛔突炎，後腹膜淋巴腺炎，膀胱炎及內生殖器之化膿等而起。故與前述二者不同，屢併有急性炎症（但亦有缺如者）。本症概不沿肌肉向下沈降，主

第二百九十二圖

腰肌膿腫及腸骨部膿腫之大腿前面瘻孔之位置  
(仿 Steintal)





沿腹膜蔓延。

- i) 腸骨窩或骨盆內有膿腫時，屢呈腸狹窄症候。
- ii) 有時沿腹膜而現於前腹壁。
- iii) 偶有出現於 Poupart 氏帶之直下或直上者。
- iv) 有時於腰肌之上，形成膿腫，而取腰肌姿勢。
- v) 有時出現於臀部，會陰部及肛門部等處。
- vi) 或穿孔於膀胱腸管，陰道。向腹膜內破潰時，則引起瀰漫性腹膜炎，頗為危險。

【療法】視原發病而異。對於寒性膿腫，可行穿刺，注入 10% 碘仿甘油。無須切開。

對於熱性膿腫可切開。或穿刺後注入碘仿甘油，或 1%。Rivanol, 1%。Trypaflavin 等。現在有用 Sulphanilamide 或 Suiphathiazol, Sulphadiazin 等於甘油內作成 5—10% 之混懸液注入者，此外對於原發病施以適當療法。

#### VII. 骨盆之急慢性膿性骨髓炎及骨炎

【原因】極少見，有時見於幼年。由於化膿菌之血行傳染而起。有時續發於骨盆之損傷及骨折。

【種類】有二種。

##### 1) 限局性型

見於髌白，腸骨嵴，腸骨棘及恥骨體部等較厚骨部。亦有見於成年人者。

##### 2) 瀰漫性型

骨盆為瀰漫性侵犯，形成多數膿腫，互相融合而形成大膿腫。

【症候】突然於惡寒或惡寒戰慄之下，發生高熱，局部疼痛腫脹（深在性者，腫脹不著明，但疼痛劇烈）。

- a) 瀰漫型者，一般症候，特為重篤，可死於短時日之內。
- b) 限局性型，形成局部膿腫，遂向外部破潰，急性症候消

失。但有壞死片存在時，可移行於慢性骨髓炎。此時乃漸發生骨盆之畸形。偶有膿腫向腹腔破潰，而引起危險之化膿性腹膜炎。或發生化膿性股關節炎。

【診斷】初期須與急性肌炎，蜂窩織炎鑑別，又於局部症候不著明時，易誤認為急性傳染病。慢性者須與骨盆骨疽鑑別。根據既往症及X光綫像等，易於區別。

【預後】瀰漫性者重篤，限局性者如施以適當療法，可望治愈。但有因合併症關係而頗重篤者。

【療法】全身症候沈重時，務須早期手術排膿。其全身症候不甚重者，可待其炎症限局後，再行切開，排膿，除去壞死片。但病灶位於深部者，則手術困難。同時給與磺波類藥內服，注射 Penicillin。

### VIII. 骨盆骨疽或骨盆之結核 Beckenkaries od. Tuberkulose des Beckens

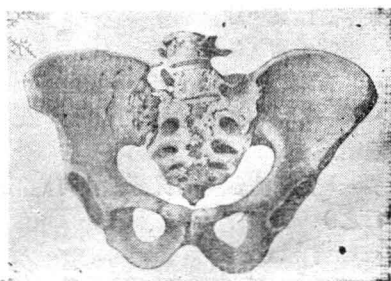
本症與其他骨結核相同，亦多見於衰弱之幼年。屢合併他部之結核。

【部位】於骨盆骨中骨質肥厚處。例為腸骨柄，骰白之後部，薦骨縫合，恥骨縫合等。有時因股關節結核之蔓延而侵及骨盆。

【症候】因其發病為潛伏性，故初期症狀不明，但時有因疼痛而引起注意者。疼痛或在患部，或為

第二百九十三圖

骨盆骨疽(薦腸關節及薦骨之破潰著明)  
(仿 Brun'scher klinik)



不定性，或為坐骨神經痛（Ischias），或見於鼠蹊部。為自側方壓迫骨盆，則訴疼痛。或於排尿或排便時發生痛感。有時僅疼痛而持續數月至年餘之久者。

因疼痛關係，腰部及股關節乃呈強直狀，步行時因負關係，有呈跛行者。

骨盆有於患側下降，腿發生假性延長者，反之亦有呈假性縮短者。

膿腫形成為重要症候，時或僅有膿腫而無其他症候。膿腫因發生部位而異，以骨盆窩為最多，初期為扁平腫脹並不著明，其後乃著明膨脹。有時亦可見於薦骨部，臀部等，有時並可自直腸陰道觸知。

膿腫為無痛性腫脹，硬度柔軟，有波動。但其壁肥厚者，波動不明。行試驗穿刺，則排出結核性膿汁。

放置之，向外部自行破潰，遺留難於治愈之結核性瘻管，向內部穿孔者，甚為罕見。

【診斷】 初期困難，尤其僅有疼痛症狀時，與股關節炎，坐骨神經痛，腰痛等難於鑑別。有時須藉X光線檢查始能確實診斷。

形成寒性膿腫時，大都易於診斷，但須與脊柱骨疽鑑別。

【豫後】 多不良，但亦有因施以處置而救治者。

【療法】 石膏繃帶於薦骨縫合之結核初期即可應用，但其效果未必確實。原發病灶明瞭者，可行手術將該部切開，充分搔爬，但此手術，相當困難。

有寒性膿腫時，可行穿刺排膿，然後注入 10% 碘仿甘油(10~20~50ccm)，每週約行一次。或用磺胺類藥 5—10% 之混懸液注入。

X光線療法，日光療法亦可應用。（日光療法須於腹背兩側行之）

## XI. 骨 盆 骨 梅 毒

### Syphilis des Beckenknochens

極少見，有時見於腸骨嵴。該部形成樹膠腫，或發生骨膜之瀰漫性肥厚。樹膠腫軟化破潰而形成潰瘍，或漸次吸收而引起骨質肥厚。

須與骨盆骨疽，慢性骨髓炎鑑別，但其區別，多容易。

療法可行驅梅毒療法，有時須將樹膠腫搔爬。

## X. 骨 盆 之 腫 瘤

### Tumoren der Beckengegend

### A) 骨盆軟部之腫瘤

1) 眞性腫瘤 有脂肪瘤，纖維瘤，神經瘤，血管瘤，肉瘤，髓瘤等。各有其特殊之症象。

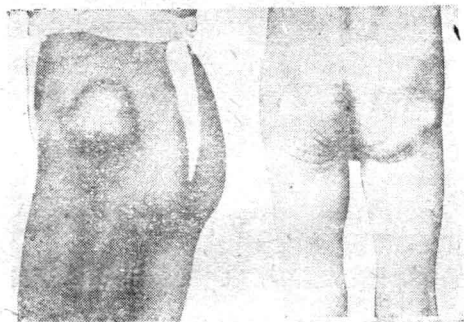
2) 囊腫 屢易發生者爲粉瘤，偶有於尾骨（薦骨之下部或尾骨）之附近發生皮狀囊瘤者，包蟲囊腫則極少見。

第二百九十四圖

第二百九十五圖

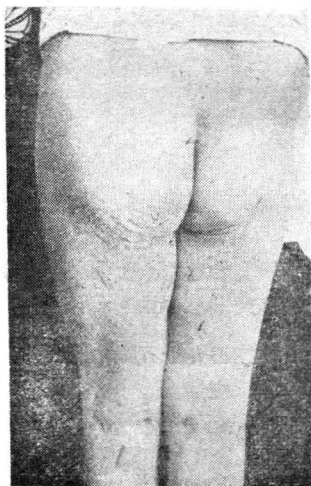
臀 部 粉 瘤

(山村博士)



3) 粘液囊炎 薦骨或尾骨後方之小粘液囊，或大粗隆部之粘液囊，可發生急性或慢性炎，急性粘液囊炎時兼有疼痛潮紅之腫脹診斷容易。

第二百九十六圖  
左臀動脈動脈瘤  
(慶大外科教室)



，但預後大致不良。

#### C) 先天性薦骨尾骨部腫瘤

於薦骨部或尾骨部可發生先天性脊髓膜赫尼亞(參閱脊柱條下)。有時合併脂肪瘤，粘液瘤，血管瘤。或與開放性脊柱破裂症有關，而於該部附近發生多毛症。

此外於該部有發生類畸形瘤。畸形瘤，及皮狀囊瘤者(參照外科總論)。

慢性粘液囊炎無炎症現象，呈柔軟腫瘤症狀(參照外科總論)。

4) 臀動脈動脈瘤 少見。以搏動及雜音，為其特徵。末期有發生骨盆骨消耗者。

#### B) 骨盆骨之腫瘤

可發生骨瘤，軟骨瘤，肉瘤等。就中肉瘤頗為重要，為梭狀細胞肉瘤或軟骨肉瘤。前者有時合併骨之新生而為骨肉瘤。二者發育皆極迅速，突然形成巨大腫瘤。硬度視腫瘤之種類而不同，但無骨盆膿腫之柔軟。境界一般著明。發生於骨盆內部者，可呈骨盆內臟之壓迫症候。尤可因神經之壓迫，而起下肢之神經痛。為早期與骨盆骨一同切除，可望救治

尚有於尾骨尖端，發生先天性小尾附屬物者。(Fig. 298)

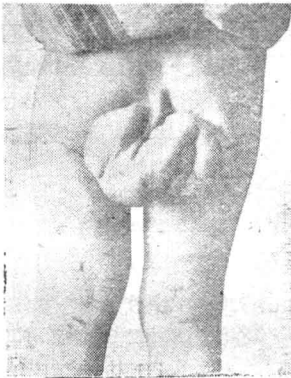
## XI. 腰痛

### Lumbago

本症爲諸種疾病所引起，主爲 1)風濕症， 2)潛伏梅毒， 3)流行性感冒，傷寒，瘧疾等之後， 4)糖尿病， 5)萎縮腎

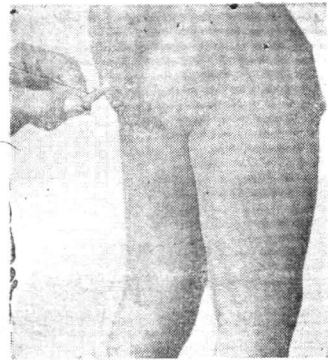
#### 第二百九十七圖

薦骨部畸形瘤  
(慶大外科教室)



#### 第二百九十八圖

先天性尾附屬物  
(慶大外科教室)



， 6)前列腺炎，膀胱炎，淋疾等， 7)子宮內膜炎，附屬器炎，子宮異常位置， 8)脊髓癆，脊髓腫瘤等， 9)腰椎骨疽， 10) Richard 氏病， 11)潛伏性脊柱破裂症， 12)剝突炎， 13)腹部腫瘤， 14)閉孔疝尼亞，坐骨疝尼亞， 15)骨盆腫瘤， 16)腰部骨折或挫傷， 17)常習便秘， 18)直腸瘤，炎症性直腸狹窄等。亦常有原因不明者(參照各疾病條下及內科書)

## 第八編

## 股關節部外科

股關節之解剖及生理。

股關節爲球關節之一種，成自髌臼與股骨頭之接合。於髌臼緣有臼唇，增深關節窩。關節窩中又有圓韌帶，用以連接髌臼及關節頭。又於關節之周圍有關節囊，附着於髌臼緣臼唇及股骨頭，其周圍由許多韌帶固定之。其中重要者，爲來自坐骨之腸骨囊韌帶，及來自腸骨前下棘之腸骨大腿韌帶。後者於關節囊之前面分爲二，一附着於前粗隆間線之上端及大粗隆，一附着於小粗隆之根部。故有Y字帶之名。此韌帶甚堅硬，股關節脫臼時，完全破裂者，幾不可見。（關於股關節部之粘液囊 Bursa 可參閱第256頁）。

股關節之機能。以關節頭爲軸，而向各方運動。

- a) 前額軸 管屈曲及伸展運動（約 120—130 度）。
- b) 矢狀軸 管外展及內收運動（約 90 度）。
- c) 鉛直軸 管外旋及內旋運動（約 60 度）。

股關節或其附近有外傷或疾病時，則此等運動發生障礙。但因股關節及其附近之疾病雖可使股關節固定，然其下肢之運動仍可傳於骨盆。而營骨盆之共同運動。骨盆之運動又傳達於脊柱，脊柱亦發生共同運動。

（其他關係記載於各項下）。

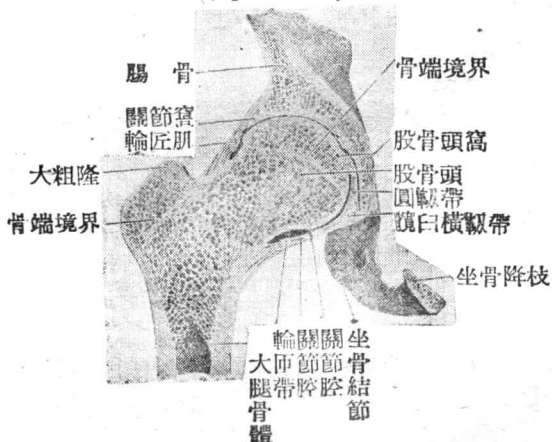
### I. 股關節脫臼 Luxation des Hüftgelenks

較少，特於老人及小兒，雖發生股骨頸之骨折，亦多無脫臼

第二百九十九圖  
右股關節之前面觀



第三百圖  
股關節之縱斷面  
(Spalteholz)





【原因】因股關節位於深部，故因直接暴力而發生脫臼者，幾不可見，大都皆由間接暴力而起。例為自高處墜落，或極大重力加於頭部及背部，或由於轉過等，而使股關節過度屈曲，或過度伸展，或外展以致引起脫臼。

【發生】由以上之原因關節頭乃突破關節囊，或關節囊並無損傷而直接脫臼於髌臼之外。但股關節有極堅硬之腸骨大腿韌帶或Y字形韌帶，頗難破裂，故脫臼之關節頭可為此韌帶固定於異常位置。此名為正規脫臼。但亦偶有因此韌帶之破裂，而呈不正規脫臼者。

此外視關節頭與髌臼之位置如何，又可分為下述數種。

- 1) 後方脫臼
  - a) 坐骨脫臼
  - b) 腸骨脫臼
  - c) 直接性腸骨脫臼
- 2) 前方脫臼
  - a) 恥骨上脫臼
  - b) 恥骨下脫臼
- 3) 上方脫臼
- 4) 下方脫臼

#### 1) 股關節後方脫臼 *Luxatio femoris Posterior.*

【發生】概由於前述之種種原因，腿部過度屈曲，內旋及內收所引起。關節頭強壓迫關節囊之後下方（有時關節囊破裂），股骨頭衝當髌臼之內緣，因槓杆作用而脫臼於髌臼之後下方，此名坐骨脫臼。但多數皆因肌肉之收縮更至於上方，而呈腸骨脫臼之現象。偶有因關節囊上方破裂，而發生直接腸骨脫臼者，稱曰直接性腸骨脫臼。

【症候】脫臼腿（患肢）於脫關節及膝關節部微屈曲，內旋內轉，微現縮短。

股關節固定於上述之異常位置，自動運動不能，雖可稱行他

動運動，但有彈性抵抗。有劇烈疼痛（但疼痛不如骨折時著明，且經日而消失）。

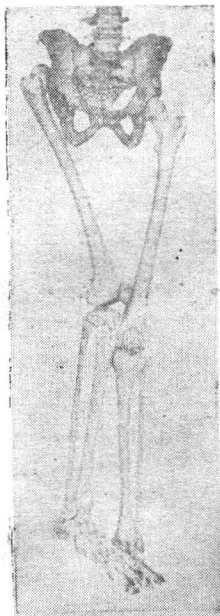
於臀部可見膨隆，臀皺襞向上方推移，於臀肌之下可觸知關節頭。特於患腿運動時檢查之更為著明。

關節頭位於 Roser-Nélaton 氏綫上方 2—8 釐處。患側自腸骨前上棘至外踝之距離，較健側短縮。

第三百零一圖  
股關節後方脫臼  
(Hoffa)



第三百零二圖  
股關節後方脫臼（腸骨脫臼）  
(Hoffa)



股關節之前部無抵抗（因股骨頭及股骨頸），反可證明深陷。

其他因股骨頭壓迫坐骨神經可發神經痛或知覺過敏症，或合併肌肉之破裂及骨折。

坐骨脫臼及腸骨脫臼之區別。

兩者呈類似之症候，其相異點為：

(1) 坐骨脫臼時腿之屈曲內收較腸骨脫臼時為著明。

(2) 坐骨脫臼時之股骨頭較腸骨脫臼，位於上方。

正規脫臼及不正規脫臼之區別，據以上所述，腸骨大腿韌帶未破裂者為正規脫臼，於不正規脫臼時，則

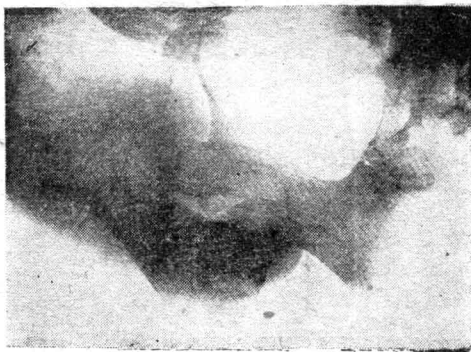
(1) 患腿因本身之重力而外旋，

第三百零三圖  
股關節坐骨脫臼  
(慶大片山整形外科教室)



第三百零四圖

同上 X 光綫像 (同上)



(2) 不固定於異常位置，於可能範圍內可行他動運動。

【診斷】多容易。但須與股骨頸骨折（參閱別條），重症挫傷鑑別。於可疑時，須行X光綫檢查。

【預後】單純脫臼，如早期整復，預後佳良，若併發種種骨折，或關節囊破裂甚大者，則預後不良。經日長久者，整復困難。但亦有漸次形成新關節而可步行者。但為跛種。

【療法】整復有種種方法，主要者為下述二種：

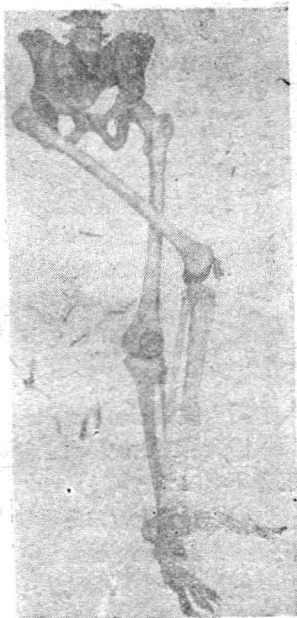
Kocher 氏法多須先行全身麻醉，除去肌間之緊張。患者取仰臥位，助手以兩手將患者骨盆充分固定，如第三百零六圖所示，於膝關節下方把持其下腿，先將患腿內旋，再屈曲股關節作成直角，再向上方強度牽引（此種操作之目的，為除去腸骨大腿韌帶之緊張，輕度脫臼，有僅藉此而整復者）然後，急速外旋，同時將腿伸展。整復成功時，可發生一種滑音。一次不能整復者，可反復行之。

Middeldorf 及 Roser 氏法如 307 圖所示，緊握患者下腿，將股關節充分屈曲，然後外旋及外展速將患腿伸展。

【後療法】整復後須安靜二三星期，故須用繃帶固定，約三星期後始可步行，行按摩療法。

行以上方法有時仍難整復。此乃由於關節囊發生破裂，軟部

第三百零五圖  
坐 骨 脫 臼

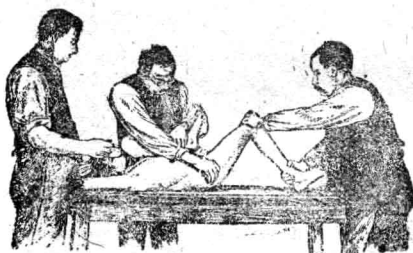


存於關節間之故。此時則不得不行手術整復。

陳舊性脫臼不能行非觀血的整復者（四星期以內者尚可）。須行手術整復之。

第三百零六圖

Kocher 氏股關節後方脫臼  
整復術



第三百零七圖

Middeldorf 氏股關節後方脫臼  
整復術



## 2) 股關節前方脫臼 Luxation femoris anterior

因關節頭對於恥骨之關係，又可分為 a) 恥骨上脫臼及 b) 恥骨下脫臼二種。

a) 恥骨上脫臼因高處墜落，土砂崩潰及機械損傷等使軀幹向後方強度伸展，腿外旋外展，以致引起本病。

關節囊一般於其前上方破裂，關節頭多轉位於腸恥結節之上方（腸恥結節脫臼）。偶有存於內部者（恥骨脫臼）。

患腿股關節屈曲，外旋及外展，自動運動不能。稍可行他動運動，但有彈性抵抗。

脫臼之關節頭可於恥骨部觸知，大粗隆向內方轉位，可於髕臼部觸知。

因關節頭向髕臼之上方轉位，故腿短縮，臀部平坦，臀皺襞

不著明。

腸恥結節脫臼時，其關節頭被恥骨脫臼時尤位於上方，故腿之短縮亦著明。

此外可因股神經之壓迫而發生神經痛或知覺消失，有時因股動脈及股靜脈之壓迫而起循環障礙。

【診斷】 多容易

。 【預後】 不惡。整復非極困難，未整復者，步行亦無著明障礙。

【療法】 Kocher氏法，與前法同樣準備之下，緊握異常位置之腿，先使其過度伸展，再將關節頭向髌臼壓迫，同時使股關節彎屈成直角且內收。

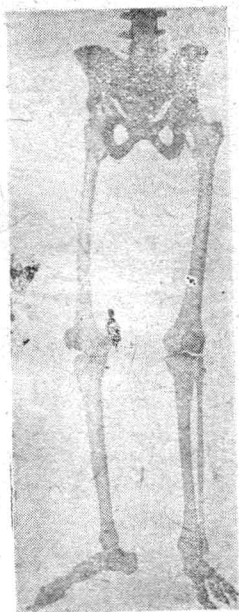
Roser氏法將腿過度伸展後，再將股關節屈曲，使成銳角，將關節向髌臼壓迫，同時內旋內收。

後療法與前者同，非觀血的整復困難者，行手術整復之。

第三百零八圖  
股關節前方脫臼  
(腸恥結節脫臼)  
(Hoffa)



第三百零九圖  
股關節前方脫臼  
(腸恥結節脫臼)



b) 恥骨下脫臼。比較少見，乃由於腿擴張自高處墜落，或於股開張而身體屈曲時，一種重力落於身體上所引起，偶有由於

劇烈衝擊，自後外方直接於大粗隆而起者，關節頭多轉位於閉鎖孔之上，是為閉鎖孔脫臼。此時腿微屈曲，外旋且外展，有輕度短縮。自動運動不能，雖可稍行他動運動，但有彈性抵抗。

腿之異常位置於臥位時著明，起立時則不著明，此乃由於薦脊柱及骨盆之位置加以補償之故。

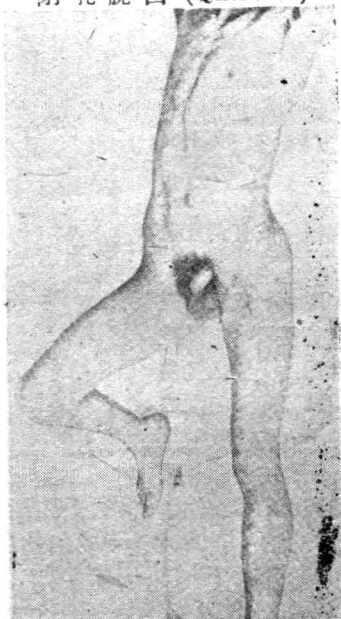
大粗隆部平坦，大粗隆難於觸知，或反陷凹。關節頭位於深部，故難觸知，但腿運動時可觸知之，或可於肌肉下觸得。或可自直腸內觸得。有時閉鎖孔神經被壓迫，而發生神經痛。

此外尚偶有關節頭轉位至會陰部，而成會陰脫臼者。此時呈特有症象。即腿之屈曲，外旋外展皆極

第三百十圖  
Kocher 氏股關節前方脫臼整復法  
(Ioffa)



第三百十一圖  
閉孔脫臼 (Quervain)



著，而起立及步行均不可能。於會陰部可觸得關節頭。

【診斷】容易。

【預後】閉孔脫臼預後良好，會陰脫臼不能整復者，則不能起立及步行。

【療法】將轉位之腿屈曲，使成直角，且向上方強力牽引，再外旋外展，而行整復之。

### 3) 股關節上方脫臼 Luxatio femoris supraglenoidalis

【原因】雖屬稀少，其原因與腸骨脫臼類似，多由於將腿強度外旋外展過度伸展而起。偶有由於屈曲者，因此股骨頭轉位於上方，達於腸骨前上棘之下方或上方，或外側。

【症候】患腿伸展，外轉，微外旋，且縮短。股關節運動發生障礙。關節頭可於腸骨前下棘上下觸得之。

【診斷】與腸恥結節脫臼，股骨頸骨折等類似，可根據關節頭之位置及其他鑑別之。

【預後】不惡。雖不整復亦可漸漸步行。

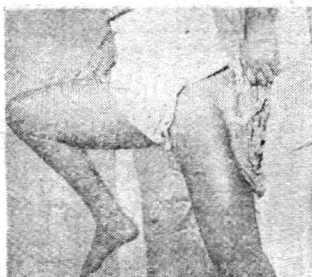
【療法】將腿微屈曲且內收之，再向下方牽引，且外旋，即可整復，其餘同上。

### 4) 股關節下方脫臼 Luxatio femoris infraglenoidalis

【原因】頗少見。原因與坐骨脫臼，閉孔脫臼相同，但見於腿之未旋轉時。

關節頭存於髌臼下緣，或坐骨結節之附近。

第三百十二圖  
股關節會陰脫臼  
(慶大整形外科教室)





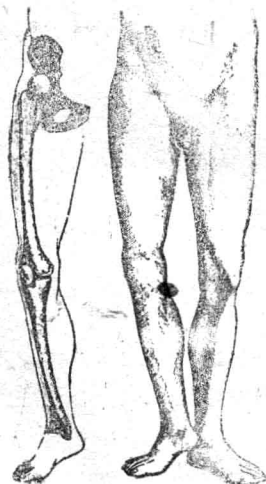
第三百十三圖  
同前 X 光綫像  
(慶大整形外科教室)



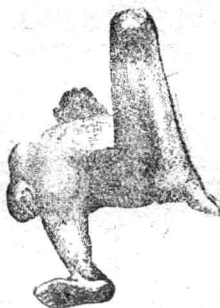
第三百十四圖  
Middeldorf 氏股關節  
前方脫臼整復法



第三百十五圖  
股關節上方脫臼 (Hoffa)



第三百十六圖  
股關節下方脫臼 (Hoffa)



【症候】 股關節幾成直角屈曲，膝關節亦屈曲，腿微內展及內旋。股關節運動不能，被動的可輕度迴轉。於緊張之肌肉下方，可觸得關節頭。

於Y字韌帶破裂時，則無上述之特有症候，腿微延長，輕度內旋或外旋及內展。

【診斷】 根據其特有症候，不難診斷。

【預後】 陳舊性者，亦易於整復。

【療法】 將腿於彎屈位置強度牽引後，行外展及伸展，概易整復。

#### 中心性股骨脫臼；Luxatio femoris centralis

骨盆內髖臼骨折時，髖臼內股骨頭無保障，因之股骨頭向上方轉位乃由於骨盆之暴力所引起。

此時以疼痛等骨盆骨折之症候為主，最初脫臼症狀不明，但隨步行而漸著。

本病臨床診斷困難，必須行X光綫檢查。

【療法】 將大腿與健側同樣伸展，於伸展位置長期固定之。

【附】 病的股關節脫臼（自然脫臼）。

股關節之病的脫臼，比較少見。有下述數種。

1) 擴張性脫臼 因股關節炎時，股關節內有多量滲出液及膿汁所致。

2) 麻痺性脫臼 乃由於神經系疾病時，骨盆及大腿肌肉之麻痺所致。

3) 崩潰性脫臼 由關節頭及髖臼之破壞所致。因結核性股關節炎發病者居多。

4) 畸形性脫臼 因畸形性關節炎等，發生著明之股關節畸形而起。

此等病的脫臼，其原發病皆極著明，脫臼則僅為附屬症候而已。其療法參閱各病條下。

## II. 先天性股關節脫臼

### Angeborene Hüftgelenkluxation

為先天性脫臼中最常見者，女孩多於男孩（約88%）。多為

一側性，有時為兩側性。

【原因】 尚未明瞭。學說頗多，主要者如下：

1) 胚葉缺損說：即由於形成股關節胚葉，一部胚葉損缺，髌臼不能充分形成，因起本病。

2) 器械說 胎兒於子宮內，大腿過度屈曲及內收，因之關節囊過度擴張，以致關節頭轉位於髌臼之上方。

病理解剖根據關節頭對於髌臼之關係，可分為。

i) 上方脫臼 Luxation nach oben

ii) 外方脫臼 L. nach aussen

a) 全脫臼 Vollständige L.

b) 不全脫臼 Unvollständige L.

iii) 後方脫臼 L. nach hinter

a) 腸骨脫臼 L. iliaca

b) 坐骨脫臼 L. ischiadica

初為上方或外方脫臼，因步行關係而起後方脫臼，漸次達於高度。

第三百十七圖  
先天性股關節脫臼之模型圖  
(Prakt Chir.)



2) 關節髌臼：最初幾為正常，日久變小，且於其底部發生結締組織增生而漸淺，與正常者相比，近於垂直位。

3) 關節囊 弛緩且擴張，或高度延長，圓韌帶延長，屢有缺如者。偶或遺留，亦異常增長（第317圖）。

4) 一側脫臼 患腿短縮，肌肉亦萎縮。骨盆以代償作用，而傾向於反

對側。

第三百十八圖

二歲少女左側先天性股關節脫臼（骨頭移位輕度）

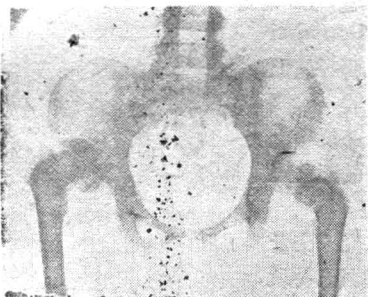
（慈大片山整形外科教室）



第三百十九圖

右側股關節先天性脫臼（骨頭移位中等度）

（慈大片山整形外科教室）



【症候】 本病於分娩時，概不明瞭，至生後一二年，小兒步行時，其步行障礙，漸次明瞭。為前所述，初為上方脫臼，隨其步行關係，而向後方脫臼，成為腸骨脫臼。

a) 偏側脫臼以跛行為其特有症候。於小兒步行開始時即已存在，但初期概不顯著，隨年齡之增進，乃漸著明。視其程度之不同，本病又可分為以下三種。

### 第三百二十圖

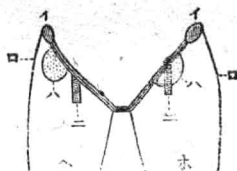
右側先天性股關節脫臼（骨頭移位高度）  
（慈大片山整形外科教室）



i) 第一度（髌臼上脫臼）於Poupart氏韌帶之下，腸骨前上棘與股動脈之間，可觸知關節頭。因關節頭之轉位，不著，故腿之短縮亦少。

ii) 第二度（坐骨脫臼）關節頭之轉位較前者著明，關節囊弛緩，於伸展狀態時，其關節頭可於前方觸知，

第三百二十一圖  
髌臼上脫臼模型圖  
（Wullstein）



(1) 腸骨前上棘  
(口) 大粗隆  
(八) 股骨頭  
(二) 股動脈

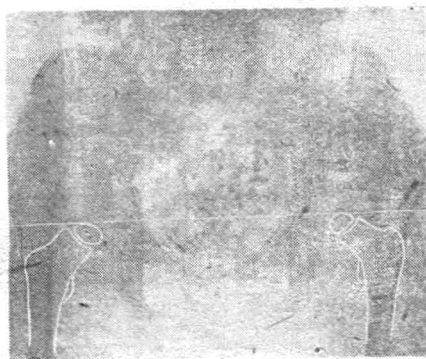
第三百二十二圖  
兩側先天性股關節  
脫臼  
(慈大片山整  
形外科教室)



於屈曲位置時，其關節頭可於後方觸知。腿之短縮，亦較前者著明。

iii) 第三度(腸骨脫臼) 關節頭向後方轉位，前方絕難觸知，腿之短縮，亦極著明，每當步行時，軀幹及骨盆向患側低降，患腿難於久立。偏側脫臼當呈 Trend enburg 氏症候，即令患者以患側骨盆直立，則健側骨盆著明下降，此乃由於患側臀肌障礙之故。

第三百二十三圖  
同右 X 光綫像(同左)



b) 兩側性脫臼：症狀更呈定型，步行蹣跚，稱曰家鴨步行。因股骨頭固定不堅，一側腿難於支持全身重量，骨盆前傾，於脊柱下部，發生前彎。

【診斷】可根據上述之特有步行診斷，但尤須測定大粗隆之位置。其測定法如下。

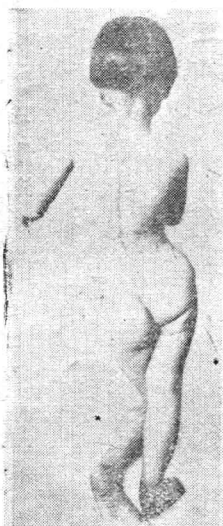
## 第三百二十四圖

Trendenburg 氏 症 候  
(慈大片山整形外科教室)



## 第三百二十七圖

Trendenburg 氏 症 候  
(慈大片山整形外科教室)



1) Roser-Nelaton 氏線，自腸骨前上棘至坐骨結節，及大粗隆連一直線，此三者概位於一直線上，是為正常，於股關節脫臼等時，大粗隆位於其他二者結合線之上方。

ii) Bryant 氏三角依股骨之長軸，延長至縱軸經越大粗隆，再於此線上，自腸骨前上棘作一垂直線，然後自腸骨前上棘與大粗隆尖端作一接合線，正常者，成爲此二等邊三角形如大粗隆向上方轉位時，則自股骨縱軸延長之邊，較其他一邊爲短。

iii) 粗隆，棘，臍線連合。此三點作爲接合線，正常者，左右二綫交叉於臍之同高部，或其上方，大粗隆高位時，則不能於正中線交叉。

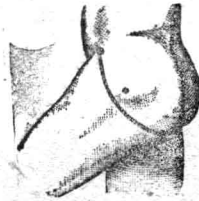
第三百二十六圖

正常 Roser-Nilaton 線氏



第三百二十七圖

同上綫大粗隆高位  
(Noremann)



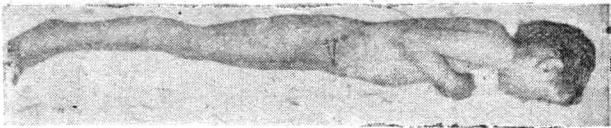
iv) 其他粗隆踝間距離左右雖相同，但棘踝間距離及棘粗隆間距離則相差。

v) X光線檢查，診斷更確實，且同時可判斷其程度及狀態

本症有時須與股內翻症(Coxd vard)，股關節結核，外傷性股關節脫臼等鑑別，但不困難。

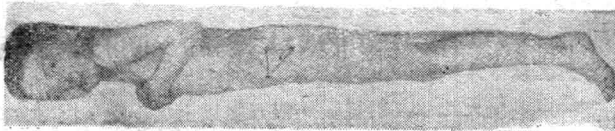
第三百二十八圖

正常之 Bryant 氏三角(呈等腰三角形狀)



第三百二十九圖

先天脫臼之 Bryant 氏三角(Quervain)





【預後】 本症對於生命無直接影響，但有本病時，步行障礙著明，因之小兒之營養及發育，易陷於不良狀態。

對於本病雖行種種療法，往往難得良好結果，尤其在小兒發育時，治療結果不佳。

【療法】 本症有種種療法，初期可試行無血的整復，無效時，再行手術整復。但成年患者，自始即可行手術整復。

i) 無血的整復有Hoffa, Se-hede, Mikulicz等法，但Lorenz之方法，應用甚廣。本法即將股骨頭。越過髖臼之後緣或上緣，整復於髖臼之內。

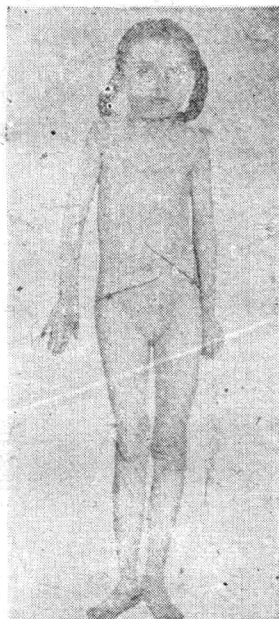
行本法時，令患者仰臥於台上，命助手依照第 331 及 332 圖所示之手勢，將健側腿之股關節充分屈曲，其骨盆皆強度固定之，術者將患腿於股關節部，依矢狀方向，作約  $90^\circ$  之屈曲，於膝關節約  $30^\circ$  之屈曲，再強度牽引大腿，使股骨頭接近髖臼，次因伸展股關節之肌肉，而將大腿外展約  $90^\circ$  度（第一操作）。

然後以術者之左手，置於粗隆之下方，作為槓桿作用之支點，再以他手握持其膝部以強力向下壓之。

因之股骨頭乃被整於復髖臼內（第二操作）。但用力過度，有發生骨折之虞，故須注意。

一二歲之小兒比較易於整復，四五歲以上之小兒，因關節囊

第三百三十圖  
粗隆，棘，臍綫之異常  
(Quervain)



之變化著明，故有反復施術數次之必要。

第三百三十一圖  
右側先天性股關節脫臼整復法  
Lorenz 氏第一操作



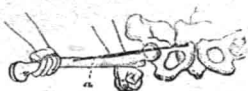
第三百三十二圖  
右側股關節脫臼整復法  
Lorenz 氏第二操作



第三百三十三圖  
Lorenz 氏整復法  
第二操作之 (一)



第三百三十四圖  
Lorenz 氏整復法  
第二操作之 (二)



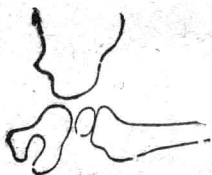
整復成功後，內收肌之陷沒，突然消失，股骨於異常位置難於觸知，股關節向任何方向之運動皆自如，即稍鬆手，亦不至再脫出。但易於再度脫出者，則可知尚未達到目的。此外於整復後，尚可試行光線檢查。於年長小兒，整復後，下腿之屈肌著明緊張，膝部僅能作直角伸展。然儘可如此放置之。

其他尚有所謂 Lange 氏牽引整復器等。

## 2) 固定：有數法

i) Lorenz 氏固定法將大腿於股關節部外展約九十度，再將膝關節屈曲，使呈直角或銳角（如第 336 圖所示前額面），自胸廓下部至骨盆，健側上腿及患側下腿以石膏繃帶固定之。施繃

第三百三十五圖  
整復後正常之位置



第三百三十六圖  
Lorenz 固定法第一位  
（桂博士）



帶時，以用骨盆支持裝置為便。至於石膏繃帶有謂不必交換，可持續九個月以上者，但其他學者，則謂於此期間內，可交換二三次，並可施以按摩。行石膏繃帶後，亦可令其步行。

ii) Lange 氏固定法將下肢於膝關節部充分伸展，於股關節將其外展至 130—140 度依照第 337 圖施以石膏繃帶，第一次繃帶經過兩個月，於此期間，不可令其步行，行第二次繃帶時，可將其外展程度減低，可持續 2—3 月，而令其步行（繃帶之外側石膏如不堅固易於破壞，須注意）。

iii) 兩側脫臼時，一般皆於兩側施以 Lorenz 氏石膏繃帶（第 338 圖）。

石膏繃帶除去後，再行 X 光線檢查，可令其徐徐步行，行按摩法。

## 3) 手術整復法

第三百三十七圖  
Lange 氏第一固定位  
(桂博士)

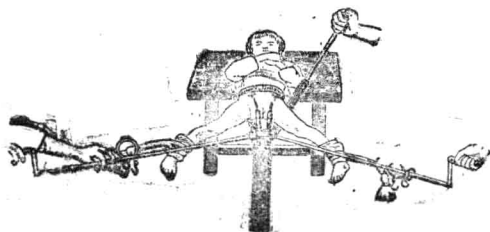


第三百三十八圖  
兩側先天性股關節脫臼  
矯正石膏鑄帶法



於行手術之前，先將股伸展，使股骨頭接近髖臼，可除去肌肉之緊張。皮膚切開，普通用 Lorenz 氏法，自腸骨上棘沿闊筋膜張肌之外緣向下切開約 6—7cm，開放關節囊以銳匙充分搔爬髖臼，整復股骨頭，縫合軟部。後療法非觀血的整復相同。但行本法時，結果往往不良。

第三百三十九圖  
Lange 氏牽引整復術 (Weber 氏脫臼整復臺)



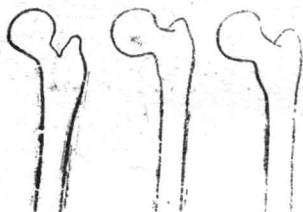
## III. 股 內 翻 症

## Coxa vara

正常之股骨頸對於骨幹約呈  $120-130^\circ$  之角度，如其角度呈

直角或高度銳角者，即名為股內翻症。反之如其角度大於正常者，則名為股外翻症。

第三百四十圖  
大腿頸之彎屈（模型圖）



尋常之彎曲 內翻症 外翻症

【種類】往時認為一種，實可分為數種。於日本無論何種皆甚罕見。

## 1) 先天性股內翻症

因胎生時期子宮內羊水過少，股骨頸受壓迫而起。但極少見。

## 2) 佝僂病性股內翻症

見於一二歲至四五歲之佝僂病患兒。多為兩側性偶有為一側性者。又於他部亦可見佝僂病之症候。

## 3) 動力性或青年性股內翻症

本病乃因青春發動期（13—18歲）骨骼發育旺盛而骨之硬度不足時，過度負荷，或長期起立步行因此而起，特多見於農夫，故又有農夫腳之名。但亦有謂本病乃由於晚發性佝僂病而起者。

## 4) 外傷性股內翻症

春情發動期因比較輕微之外傷引起股骨頸骨折或骨端纖維離解後，可漸次引起本症。

## 5) 炎症後之股內翻症

因股骨上端之結核，骨髓炎等，以致股骨頸之抵抗力減弱，遂呈變形，而起本病。但此時原發病症候著明，而股內翻症則非

其主要問題。

【症候】 各種微有差異，其重要症候如下

本病隨其原因之不同，或為一側

第三百四十二圖

生殖器缺損症（併有睪丸發育不全之異常）之股骨頭骨端縫離開後之外傷性股內翻症

（東大高木整形外科教室）



第三百四十一圖

佝僂病性股內翻症



性，或為兩側性（因佝僂病性之重力性者）。因股骨頸之屈折，粗隆，乃向上方移動，下肢發生真性短縮。股關節外展著明障礙。其步行恰如股關節先天性脫臼患者，呈蹣跚步行，或為鴨步。

股骨頸同時向後方屈曲者，於股關節之前方可觸得骨之隆起。因之下肢外旋。內旋運動有著明障礙，股關節部亦難充分屈曲。

自覺症候頗不一致，或毫無疼痛，或有輕度疼痛，或有疲勞感，間有疼痛劇烈致須就褥者。但此種疼痛因安靜或伸展而轉瞬

間即可輕減。

【預後】對於生命雖無關係，但不能自然治愈，遺留畸形，步行障礙。

【診斷】須與股關節炎之攣縮 (Kontraktur) 條下所述之種種疾病鑑別。尤以與結核性股關節炎之鑑別，更為重要。重症者，須行X光線檢查。於股內翻症之診斷時，更須檢討原因。

其Perthes氏病之鑑別，往往困難。確實診斷，須行X光線攝影。

Lange氏測定法。Lange氏將股骨上部之X光線像分為三部，先引長與股縱軸相當之垂直線，再自股骨頸上緣及下緣引二線與前線垂直，再以此二線距離之半為標準，作a, b, c,

三平行線，分為三部，如小粗隆大部位於中間部時，即為正常現

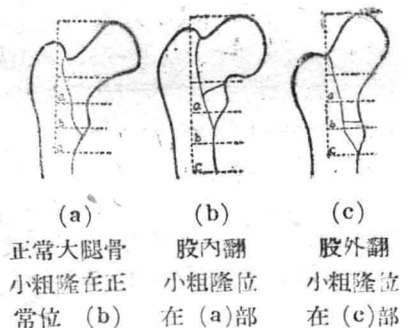
第三百四十三圖

六歲少女之股內翻症  
(慈大片山整形外科教室)



第三百四十四圖

Lange氏測定法



象，如位於上方時，為股內翻症，位於下方時，則為股外翻症。

【療法】先治其原因疾患。

努力改善全身營養狀態，與以魚肝油，磷，鈣等劑。

用牽引器行外展運動，每日行按摩療法。

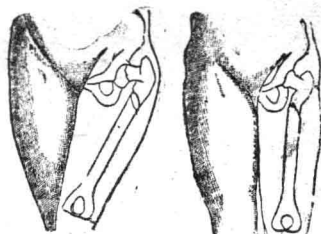
或應用牽引器六星期後，再用石膏步行纏帶約三月之久。

骨質堅實，姑息療法無效時，可行外科手術，切除大粗隆之下部，將股骨固定於正常位置（見第 345 圖切骨窩）。

【附】股外翻症

與股內翻症相反，股骨頸向上方屈曲，腿外展，概起於下肢麻痺，骨質之疾患等，但少見，臨床上頗少意義。

第三百四十五圖  
大粗隆下切骨術



#### IV. 股骨上端骨折

##### Fractur am oberen Ende Oberschenkels (Femur)

有(1)股骨頭，(2)股骨頸，(3)骨端淺，(4)粗隆等之骨折，其中重要者為股骨頸之骨折。

##### 1) 骨頭之骨折 Fractur caput femoris

極為少見。可併發於股關節脫臼或由於自高處墜落，關節頭衝擊於髌臼而起，或由於粗隆之直接暴力。

其症候大致與股骨頸骨折相同，如不行X光線檢查，則不易區別。

【療法】與股骨頸骨折相同，惟預後較佳。

##### 2) 股骨頸骨折 Fractur colli femoris

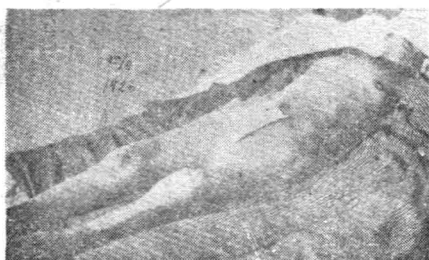
為股骨骨折中最多見者，特多見於老人。此由股骨頸過於脆



弱之故。

### 第三百四十六圖

71歲女子，左股骨頸部骨折，左下肢全體著明外旋，股關節及膝關節微呈屈曲。(前田博士)



有肌力而發生者，例如突然防備向後方栽倒時，或突然舉重荷時，可發生本病。

【骨折型】 i) 因其程度之不同，可分為：

- a) 全骨折。
- b) 不全骨折。

ii) 就其與關節囊之關係可分為：

- a) 關節囊內股骨頸骨折。
- b) 關節囊外股骨頸骨折二種，但二者往往合併發生。

iii) 根據各個骨折片相互之關係，又可分為下列二種：

- a) 離解骨折
- b) 楔合骨折

iv) 就骨折之部位，可分為：

- a) 頭下骨折。骨折線位於股骨頭與股骨頸交界處，多為關節囊內骨折。
- b) 粗隆間骨折。骨折線位於股骨頸與粗隆之移行部。

【原因】 a) 因

直接外力(大粗隆之打擊，衝突或槍傷等)發病頗少。

b) 因間接外力發病者較多。即自高處墜落，膝部或足部強度衝擊於地面而起。老人有時自高處，突然降下，即可引起本病。

c) 偶有因固

大抵一部爲關節囊內骨折

。一部爲關節囊外骨折。

c) 粗隆部貫通骨折

。骨折線亘及兩粗隆間爲斜骨折較多見。

d) 粗隆下骨折即見於小粗隆下部之骨折之謂

。

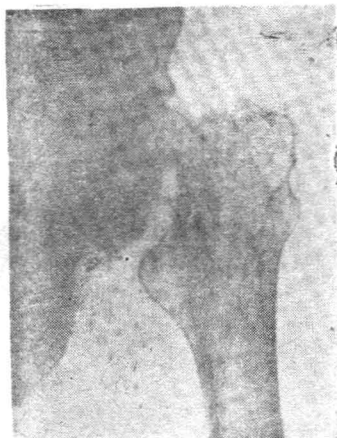
e) V字形骨折。

即骨折線呈V字形者。

【症候】 股關節被有肥厚肌肉，故股骨頸雖發生骨折，其症候亦不著明。且又視其骨折片是否離解，或係楔入，或在關節囊內，或在關節囊外等，而其所呈症狀，亦頗有差異，茲將重其要症候列舉於下：

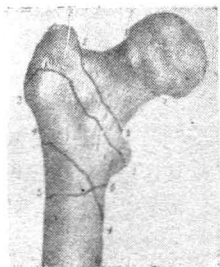
i) 疼痛 發於外傷直

第三百四十七圖



75歲女子股骨頸骨折，因骨折部以下外旋，故頸部外觀著明短縮。又骨折部縱軸移動（轉位），亦使其著明短縮。（前田博士）

第三百四十八圖



1. 頭下骨折
2. 中間部骨折
3. 粗隆間骨折
4. 粗隆部貫通骨折
5. 粗隆下斜骨折（迴轉骨折）
6. 粗隆下橫骨折
7. Y狀骨折（仿Quervain）

第三百四十九圖



後，但安靜時則不著明。運動大腿時增劇。骨折位於骨頭附近時，則鼠蹊部有疼痛。骨折位於粗隆者，則疼痛微偏外方，見於粗隆部。如以大腿縱軸之方向，向股關節衝擊時，或壓迫粗隆時，疼痛皆增劇，但經過時日則疼痛漸次輕減。

ii) 步行障礙 骨折後多不能起立及步行，患者不能自舉下肢（但楔合骨折除外）。

iii) 溢血 股骨頸骨折時，出血見於深部，血量一般不多，故自表面觀之，出血多不明瞭。特以關節囊內骨折時，溢血常不著明。

iv) 異常位 大腿屢外旋，偶有內旋者（離解骨折）。或不呈異常位置（楔合骨折）。

v) 大腿短縮 就自腸骨前上棘或大粗隆至外踝頂點距離觀之，常可證明大腿

第三百五十圖

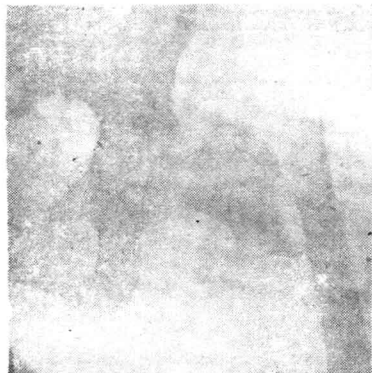
左側股骨頭下骨折（骨折端移動不著明）  
（55歲男子）（慶大整形外科教室）



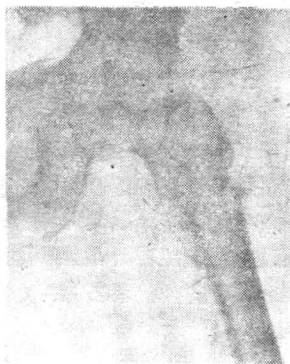
第三百五十一圖  
粗隆部貫通骨折  
（慶大整形外科教室）



第三百五十二圖  
左股骨粗隆下骨折（治療前）  
（慶大整形外科教室）



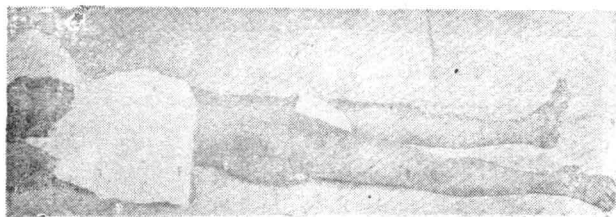
第三百五十三圖  
同 左（治療後）  
57 歲女子



之短縮。楔合骨折時，其短縮不過 2—3 cm，而離解骨折，則有達 1—10 cm 者。短縮著明時，即以視診亦可判斷。

v1) 正常狀態時，臀肌緊張於腸骨前上棘與粗隆之間，微堅硬，但於骨折時，其轉位著明者，因肌肉附着點之接近，故觸診該部，軟而弛緩。

第三百五十四圖  
粗隆下骨折（下肢外旋著明且短縮，併有血腫）  
（Quervain）



vii) 大粗隆位於 Roser-Nélaton 氏線之上方。

viii) 異常運動 在離解骨折，可藉他動運動而證明異常運動（但在楔合骨折則不明）。

ix) 唧軋音： 有時發現於骨折端之運動時，但楔合骨折及轉位甚著時，則不明。

x) 轉位甚著時，在異常位置可觸知或察見骨折片之末端。

【診斷】 離解骨折，根據上述之定型症候，易於診斷，但楔合骨折及關節囊內骨折往往有因症候不明而難於診斷者。特與重症挫傷及捻挫必須鑑別。（甲）外傷後機能障礙著明時，（乙）腿多少縮短時，須疑及骨折，（丙）有可疑時，不可不行X光綫檢查。且須注意，否則亦有忽略者。

其他各骨折型之區別，有待於X光綫檢查。但其中最要之區別，列表如下：

	關節囊內骨折	關節囊外骨折
生 成	多由間接外力	由直接外力（大粗隆之打擊衝突等）
腫脹及皮下出血	極 少	大抵著明
疼 痛	輕 度	劇 烈
短 縮	3cm 以下，但逐漸增加	5—8cm，雖經時日，亦不著明增加
X 光 綫 檢 查	著 明	著 明

【預後】 股骨頸骨折之預後較其他骨折特為不良，雖欲稍作普通之步行，亦須經半年至一年以上之時日。

i) 關節囊外骨折大抵於6—10星期內為骨性癒合，但往往

遺留 2—3cm 之短縮。

ii) 關節囊內骨折。預後多不佳，特以骨折近於骨頭者，預後更惡。蓋在關節囊內，因無骨膜之被覆，又因骨折關係，血液輸入之主要道路，為所隔斷，結果非特骨折片難於相互癒着，其中樞性骨折端且漸次萎縮。因此該部形成假關節，其末梢斷端過度牽引關節囊，則向上方轉位，下肢遂現著明短縮，跛行亦顯然。

iii) 但關節囊內骨折，如為楔合骨折，則預後良好，營養性癒合者，亦有之。至於楔合性關節囊外骨折預後之良好，不待言矣。

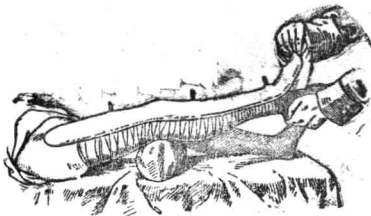
iv) 股骨頸骨折，多見於老人，因長期臥床，故可引起衰弱，成沈降性肺炎褥瘡等，因以致死。

【療法】 股骨頸骨折之療法，較其他骨折甚為困難。

i) 整復：骨折片著明轉位時，不可不先謀整復。但楔合骨折，雖微有變形，亦可不加整復，而直接加以固定。

第三百五十五圖

Beely 氏 繃 帶 法



第三百五十六圖

Senn 氏 固 定 器

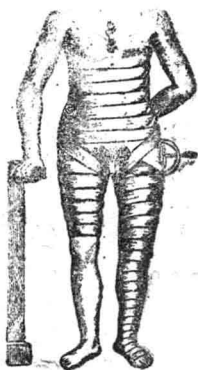


整復一般可於全身麻醉下行之，令助手將其骨盆固定，以兩手持持足跟及足背，將該腿強度伸展，內收，微外旋及內旋，使患腿之長（自腸骨前上棘至外踝）與健側相同。然後於此伸展位置微內收而固定之。亦有於此後應用牽引器者。

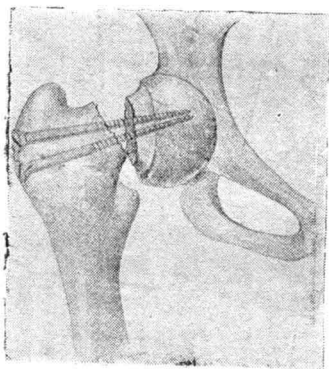
ii) 牽引法：行於骨折片轉位著明時，一般應用 Volkmann 氏牽引裝置，Schede 氏垂直牽引法，Helferich 氏牽引裝置，Steinmann 氏牽引法，Bœly 氏石膏麻副木（見第 335 圖）。

製造 Bœly 氏石膏麻副木時，先以洋布一大塊放於下肢前面，以較長之麻纖維束與石膏泥充分混合，攤於布上，厚約 2—3 cm，再將洋布之四邊折回，覆於石膏層上。於其前面各處插入金屬環使之堅固。石膏硬化後，行普通捲軸帶，上舉金屬環而牽引之。

第三百五十七圖  
股骨頸部骨折固定法  
(Hoffa)



第三百五十八圖  
股骨頸部骨折螺旋固定法  
(Senn)



牽引以 3—5 星期為度，其後可行石膏繃帶。

iii) 固定：有長 Volkmann 氏副木，Bonnet 氏網股衣，Bruns 氏步行副木及其他種種支持器，其中最多由者，為石膏繃帶。

行石膏繃帶時，與結核性股關節炎同，（參閱該條下），須

將骨盆，腿及足完全包到，有時健側大腿上三分之一部亦須包及。Senn氏應用如第356圖之壓子，可將大粗隆向股骨頭壓迫。

固定8—10星期後，可充分行肌肉按摩，自動及他動運動。後療法如不充分時，頗難隨意步行。

iv) 手術療法其中如自大粗隆刺入釘，骨片，象牙等，經過股骨頸而達於股骨頭等法，但皆不確實。又於股骨頸骨折，機能障礙著明時，有行股骨頭摘除者。本手術後，雖一時不能步行，但經數月後，即能跛行之步行。於此等情形之下，須行大腿肌肉按摩及運動等，使其充分強壯。

v) 一般療法 股骨頸骨折，因特易見於老人，屢有引起沈降性肺炎，褥瘡等，漸次陷於衰弱，以致喪失生命者。故務須加以預防時時轉換體位，且應用適當裝置，以便早期起立步行。

3) 股骨上端之骨端線離開 *Epiphysentrennung des oberen Endes des Oberschenkels*

有下述二種：

a) 股骨頭部骨端線離開。極爲少見，10—15小兒，有時因與股骨頸骨折相同之間接暴力而引起本病。

症候與股骨頸骨折相似，但可根據其年齡及叩擊音之微弱而鑑別之。

【療法】與前者同，但治癒後，股骨還有著明短縮。

b) 大粗隆部外傷性骨端線離開。極少見。與大粗隆之單獨骨折相類似。所異者僅年齡及叩擊音之微弱而已。

4) 大粗隆之單獨骨折

第三百五十九圖  
14歲少女之股骨骨端線離開  
(Quervain)





【原因】 極少見。由於大粗隆部之直接暴力。

【症候】 於大粗隆部有劇烈之限局性壓痛，因附着於粗隆之臀肌牽引，骨折片向上方轉位，易於移動，或可證明唧軋音（但亦有無轉位者），因疼痛關係，大腿微屈，且內旋，但起立及步行皆無障礙。

【診斷】 多容易。僅有誤認為粗隆部之重症挫傷者。

【療法及預後】 無轉位者，僅施以固定繃帶即可，有轉位者，則行手術處置。否則易留假關節。

#### 5) 股關節部之鎗創

雖有種種損傷，但常見骨盆及股骨之複雜骨折穿孔骨折。重篤時，有成爲粉碎骨折者。

【療法】 視骨折部位之如何，擇用上述之骨折療法，於可能範圍內採用非手術療法，但化膿者，有時須行關節切除，或關節離斷術。

### V. 股關節炎

#### Coxitis

有多種。

- 1) 急性漿液性股關節炎
- 2) 急性化膿性股關節炎
- 3) 因急性傳染病之股關節炎
- 4) 淋病性股關節炎
- 5) 風濕性股關節炎 a) 急性及 b) 慢性
- 6) 畸形性股關節炎
- 7) 梅毒性股關節炎 a) 第二期及 b) 第三期
- 8) 結核性股關節炎
- 9) 神經病性股關節炎
- 10) Perthes 氏病

茲述其主要者於下。

1) 急性漿液性股關節炎 *Coxitis serosa acuta*

見於股關節者甚少。僅可見於挫傷及捻挫之後。

急性症候輕微，無全身症，多自然治癒。

2) 急性化膿性股關節炎 *Coxitis purulenta acuta*。

較少見。

【原因】雖有由於股關節之傳染性創傷及血行傳染者，但甚少，以續發於骨盆骨，股骨頭及股骨頸之骨髓炎者為多。

【症候】突然惡寒，同時體溫高度上昇，股關節部發生劇烈疼痛，壓痛以 Poupart 氏帶之下方，最為著明。

下肢於股關節部微屈曲，外展及外旋，運動完全不能。

屢於股關節部，尤在 Scalpa 氏三角或臀部，可見腫脹。

本症與急性風濕症，淋病性炎症相異，症候無自行輕快者，如不切開，更漸增惡，或引起全身傳染，而有危險。雖有切開治癒者，但多遺留關節強直。

【療法】儘速切開。同時內服磺胺類藥及注射 Penicillin。

3) 因急性傳染病之股關節炎 *Coxitis bei akuter Infektionskrankheit*

於麻疹，猩紅熱，痘瘡，傷寒，鼠疫，產褥熱，膿毒症等時，有因血行傳染而引起股關節炎者。初起為漿液性炎症，其後則為化膿性炎症。

症候稍似化膿性關節炎，但炎症較輕，全身症候亦輕微，屢為亞急性經過。

療法同上。

4) 淋病性股關節炎 *Coxitis gonorrhoeica*

股關節之淋病，極為少見。起於急性淋病之經過中而呈急性股關節炎症候。但與化膿性關節炎不同，大抵皆逐漸治癒，然往往遺留關節強直。

5) 風濕症性股關節炎 *Coxitis rheumatica*

a) 有急性風濕症及 b) 慢性風濕症之別，但無論何種，單

獨見於股關節者極少，多併發其他關節之風濕症。

本症之定型症候，為遊走性侵犯各關節，因氣候之變化，症候亦隨之變化。

急性風濕症併有發熱等全身症候，多於1—2—3星期內治癒。慢性者雖無全身症候，但頑強而難治癒。

【療法】 應用柳酸製劑行種種理學療法。

#### 6) 畸形性股關節炎 *Coxitis deformans*

極少見，屢誤認為慢性關節風濕症，可行X光線檢查，根據其變形之顯著而區別之。

行種種理學療法，亦難治癒。

#### 7) 梅毒性股關節炎 *Coxitis syphilitica*

極少見。

a) 第二期 雖有呈急性股關節炎症狀者，但疼痛以夜間著明，無發熱及機能障礙。於一至二星期內，自行治癒。又行驅梅毒療法，可促其速癒。

b) 第三期 極少見，與結核性股關節炎微近似，但亦有種種不同之點。

8) 結核性股關節炎 當別述之。

#### 9) 神經病性股關節炎 *Coxitis neuropathica*

於膝關節，為較多見之疾病，但在股關節，則極少見。多見於脊髓癆（以上參照外科總論）。

10) *Pertes* 氏病 另項述之。

### VI. 股關節結核或結核性股關節炎

#### *Coxitis tuberculosa* od. *Hüftgelenktuberkulose*

【原因】 本病於各關節結核中，除脊柱，膝關節結核之外，為最多見者，特多見於5—18歲。但亦可發於幼兒及老人。

與遺傳素質，營養不良等有關，又屢有以外傷過勞等為其誘因者。

【病理解剖】 根據其發生可分為二種：

a) 骨型 最多，原發於股骨頭，股骨頸或大粗隆，亦有發病於骨盆之關節囊白者。然後向關節內侵犯，漸次發生骨，軟骨之破壞。可形成腐骨片，但無化膿性骨髓炎之大，漸次侵及關節表面而合併滑液膜型之症狀。

b) 滑液膜型 較少於前者，多見於成年人。此時多為水腫型。

以下根據其主要之變化，分為三種述之：

a) 水腫型 發生漿液纖維素性滲出物，關節腫脹起初即已顯著。因起於滑液膜型者為多。

b) 肉芽型 多見於小兒之骨型，關節內滲出物之蓄積甚少，結核性肉芽組織增殖，且破壞骨質。

c) 化膿型 見於以上兩者之後期。此時屢併有寒性膿腫以至沈降膿腫。

以上三者，屢有合併發生者，故有時不易區別。

【症候】 結核性股關節炎，因其病期之不同

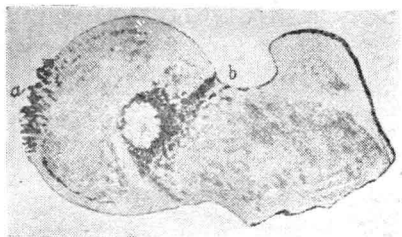
，而呈種種症候，為求方便起見，分為各期述之。

1) 第一期或初發期 1. Stadium od Initialstadium

【跛行】 於本病初期，患腿易疲勞，屢有跛行。但非恆久性

### 第三百六十圖

重症股關節結核，行股骨端切除之標本。骨頭之關節軟骨面為結核性肉芽高度侵蝕(a)，骨端線下部有陳腐之結核病灶，藏有櫻實大之腐骨片。於頸部有通關節內之瘻管(b)。(Kranse)



者，時有變化。

【疼痛】於股關節部，往往有不定之鈍痛，此疼痛或為自發性，或見於動作時以及將大粗隆或大腿向股關節衝擊時，有時疼痛持續數月以上而誤認為神經痛或風濕症，亦有毫無疼痛者。

有時股關節毫無疼痛，僅膝關節疼痛者（由於分佈於股關節內之閉鎖神經之刺激）。

股關節之運動限制。股關節部有疼痛時，乃漸生運動限制。尤以旋轉運動，早期即生障礙。但初期之機能障礙為假性，而他動運動則甚自如。但於此期，大抵已可證明輕度之肌萎縮。

2) 第二期或第一開花期 II.

Stadium od 1. Florescenzstadium

股關節之運動障礙更為著明，以致取異常位置。

即腿於股關節部屈曲，外展及外旋。腿假性延長（此由疼痛關係，肌肉發生反射性攣縮之故）。

又因腿取上述之異常位置，故令患者起立時，因保持重心之關係，骨盆乃前傾而下降，腰推前彎，胸推側彎。

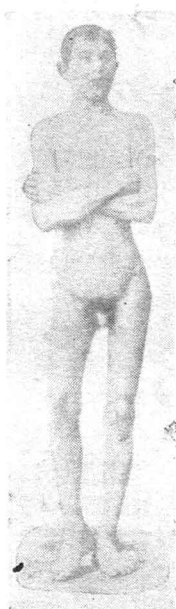
此期腿之肌肉萎縮著明，屢有股關節部腫脹，疼痛亦增加，以至全身營養狀態，漸生障礙。

3) 第三期或第二開花期 III.

Stadium od. II. Florescenzstadium,

第三百六十一圖

第二期之右側股關節結核



疾病機轉進行，疼痛增劇，致患者長期就褥。此時多取健側 A 位，故因腿之重力關係，與前者相反，內收及內旋著明。常衣健腿而支持之。患腿之屈曲更為著明，因而發生短縮。初為假性短縮其後因骨破壞或骨端線之破壞而成為真性，而腿部肌肉之萎縮著明。

如強令患者，起立時，則以代償腿內收之目的，骨盆上舉，腰推前彎，且呈與前者相反之側彎。

此期股關節腫脹著明，特於臀部及 Scalpa 氏三角部更為腫脹，或於附近形成寒性膿腫，或於稍遠部發生沈降膿腫。其後穿孔，留有結核性瘻管。全身狀態更行增惡。

【診斷】 股關節炎之開花期診斷容易，但初期則多困難。

a) 患者有跛行步行時，須詳細檢查股關節。即自種種方面檢查股關節部之疼痛，強直性，大腿之肌肉萎縮及 X 光線檢查等。

於初期尚須與以下諸病鑑別：

i) 大腿之生長痛（見於骨生長著明之男女小兒）。ii) 股關節部之神經痛。iii) 風濕症性股關節炎。iv) 梅毒之第二期等。

b) 關節攣縮著明時，須與 i) 腸腰肌膿腫，ii) 深大粗隆粘液囊炎，iii) 股骨上端之骨髓炎，iv) 股關節部腫瘤，v) 股內翻症，vi) Perthes 氏病，vii) 歇斯替里性攣縮等鑑別。此時根據肌肉萎縮著明，X 光線像變化顯著等，不難鑑別。

【預後】 本病預後多不良。初期如施以適當療法，雖可救治

第三百六十二圖  
第三期之右側股關節結核



，但既達開花期者，雖治療亦多死亡，Bruns 及 Wegner 之統計，死亡率約占40%，多死於三年以內云。

患者年齡高者，預後更惡，有時一旦治癒，旋又再發，又治癒後亦有遺留關節強直，或腿萎縮或短縮者。

本病有種種療法，茲舉其重要者述之。

【療法】初起須安靜，行全身療法，尤以日光療法，氣候療法，營養療法等更為重要。

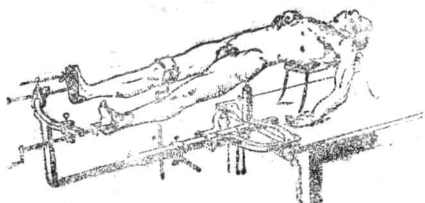
牽引法，最多行者為 Volkman 氏之加重牽引法，小兒用2—5疋，大人用5—9疋以上者。直至股關節之攣縮及刺激消失後，再施步行繃帶，牽引不可過久。

石膏繃帶：

此為最常用者，於患者施以 Lorenz 氏支持器，或備用 Esmarch 氏骨盆支持器，或 Bardel-eben 氏骨盆支持器，用或 Glisson 氏蹄係使其起立，自下腹至足部施以

石膏繃帶，此時注意勿令足直接衝突於地面，將第367圖所示之鐵製步行踏插入石膏內。步行時健足著普通鞋或長靴，務宜運動於新鮮空氣中。

第三百六十三圖  
Lorenz 氏石膏臺



第三百六十四圖  
使用骨盆支持器之股關節部石膏繃帶法



股關節彎縮著明者，可加矯正，施石膏繃帶，約三星期後，取去石膏繃帶時，其彎縮即自行治癒，故行石膏繃帶時，須取正確位置。石膏繃帶須行半年乃至一年以上，或其

第三六五圖  
Esmarch氏  
骨盆支持器



第三六六圖  
Bardeleben氏  
骨盆支持器



第三六七圖  
步行躉



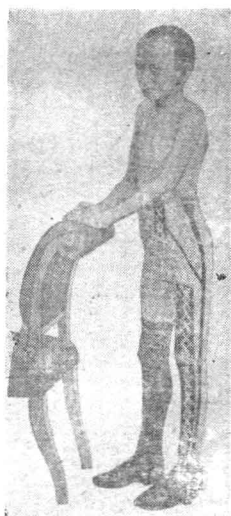
第三百六十八圖  
應用步行躉之石  
膏繃帶



第三百六十九圖  
Hessing氏  
支持器



第三百七十圖  
Lorenz氏  
支持器



後將石膏繃帶換為支持器，漸次除去



可也。

支持器 有 Thomas, Lorenz, Hessing 等種種製品。使用雖簡便，但其固定絕無石膏繃帶之確實。故本法僅可用為石膏繃帶之後療法。

關節切除 於成年人之股關節炎，非觀血的療法多不能收效，故有時可行關節切除術，但應用不廣。

有寒性膿腫時，可行穿刺法將膿汁排出，行碘仿甘油之注入（每星期約 1—2 次）。或用磺胺類藥混懸液注入滑液膜型有因此而治癒者。

#### VII. Perthes 氏病（亦名為 Calvé-Legg-Perthes 氏病）或幼年性畸形性骨軟骨炎

【原因】 本病乃最近始為人所注意之疾病，其原因尚不明瞭，屢發於外傷之後，亦有並無外傷而發病者，一般多見於小兒。

【症候】 本病之主要病變為股骨頭之骨及軟骨發生畸形。

無任何原因，漸次跛行，或毫無疼痛，或僅輕度。

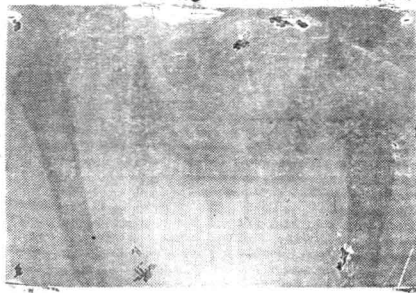
股關節雖能彎屈，但外展有著明障礙，旋轉亦有障礙。

見於兩側者極少。

【預後】 本病之經過為慢性，或延長數年，但無高度增惡者，大抵留有輕度之外展障礙而自行治癒。

第三百七十一圖

左側 Perthes 氏病（慈大片山整形外科教室）

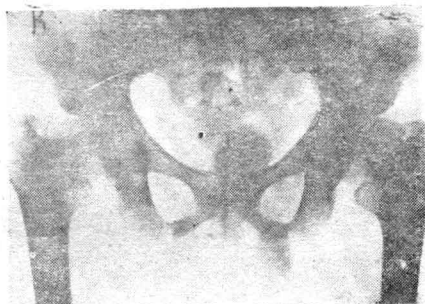


【診斷】屢誤認為結核性股關節炎，但症狀無如是之重惡。可以X光線檢查區別之。此外須與畸形性股關節炎，股內翻等鑑別。

【療法】安靜，或行石膏纏帶，改善其全身營養狀態。

第三百七十二圖

兩側Perthes氏病(慈大片山整形外科教室)



## VIII. 股骨上端之骨髓骨膜炎

Osteomyelitis u. periostitis des oberen Endes der Femur

本病極少見，有時發於粗隆部。

股關節部突然發生著明疼痛，同時體溫上昇，關節運動亦有障礙。初起腫脹不著，其後於周圍發生蜂窩織炎，形成膿腫，自行穿孔。亦有移行於慢性骨髓炎者。

本症往往誤認為股關節炎，但可根據(1)關節本身

第三百七十三圖

兩側股骨上部之陳舊性骨髓骨膜炎(八歲男兒)(慶大前田整形外科教室)



無疼痛，特於粗隆部壓感銳敏，(2)股關節可運動，(3)經時較久者，可觸得骨質肥厚，(4)X光線攝影等證明之。

初行非觀血的療法，其後行手術切開病灶，有腐骨片者，除去之。除去之後，應採 Orr 氏療法，其法將創口造成碟形，以凡士林紗布填滿，覆以數層紗布，包以石膏繃帶，2—6 週後，移除石膏，更換敷料此法能使傷肢制動，防免化膿，減短病期。

### IX. 股關節部粘液囊炎 Bursitis der Hüftgelenkgegend

股關節部雖有多數粘液囊，但臨床上重要者，則為以下諸粘液囊之炎症。

#### 1) 腸骨下粘液囊炎 Bursitis subiliaca

腸骨下粘液囊為股關節部之最大粘液囊，其炎症較為常見，因與股關節連通，故有合併股關節炎者。本病有急性及慢性二種，急性者殊少見。多為慢性者。

腿取屈曲，外展及內旋之狀態（偶有內收及外旋者），股關節運動有著明障礙，屢誤認為股關節炎（Coxitis），但於全身麻醉下檢查之，為可動性，屈曲亦較股關節炎時輕微。

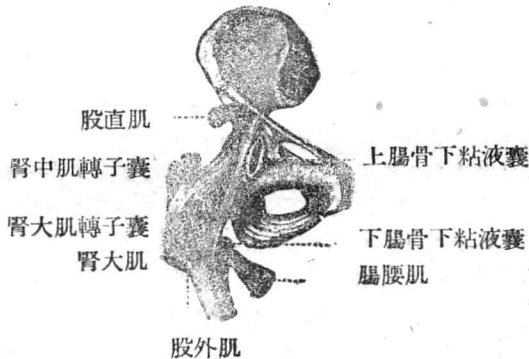
股關節後方與粘液囊相當之部位，腫脹著明，有時將腸腰肌向外壓迫，於其兩側可見腫脹，壓迫一方時，則他側緊張。硬度柔軟，波動或著明，或不著明。

急性粘液囊炎雖有疼痛及發熱，而慢性粘液囊炎則否。有時壓迫粘液囊側之股神經，腿部發生神經痛，或壓迫股靜脈而形成血塞。

【診斷】須與結核性股關節炎鑑別，但根據前述之區別，或行 X 光線檢查，即可診斷，二者亦有合併發生者。此外尚須與股關節炎條下所述之各種疾病鑑別。

【療法及預後】附於化膿性粘液囊炎，行切開，搔爬，摘出即可痊癒，但初期診斷困難，故有起膿毒症而頗危險者。

第三百七十四圖  
股關節部之粘液囊



單純性慢性粘液囊炎可行穿刺，或其後注入 Clauden。否則可行手術摘出。

結核性粘液囊炎預後惡劣，行穿刺及碘仿甘油之注入，或手術摘出。其他參照股關節炎療法。

### 2) 深在性大粗隆粘液囊炎 Bursitis trochantERICA profunda

多為慢性粘液囊炎。

略與前症相同，大粗隆部腫脹，腿屈曲，外展及外旋，偶有反內收內旋者，有時誤認為結核性股關節炎。

診斷療法與前者同。

### 3) 淺在性大粗隆粘液囊炎 Bursitis trochantERICA superficialis

有時於大粗隆部發生慢性粘液囊炎，有誤認為腫瘤者。可根據其部位及發生而區別之。

雖無特別障礙，甚易以手術摘出之。

## X. 股關節部之淋巴腺疾患

該部之淋巴腺炎中常見者爲 (1) 鼠蹊腺及 (2) 股腺之炎症，有時亦可見 (3) 腸骨窩腺之炎症。

1) 鼠蹊腺炎或橫痃。Lymphadenitis inguinalis od.  
Bubo

鼠蹊腺之分佈區域爲外生殖器，肛門，臀部，下腹部等。故是等部位若有炎症性疾患時，則鼠蹊腺因起炎症，其中多由外生殖器疾病發生。茲擇其重要者述之：

a) 疼痛性橫痃 (急性鼠蹊淋巴腺炎)。Dolenter Bubo

【原因】多由於軟性下疳，混合下疳，淋病，然不若他部之淋巴腺，而因單純化膿菌發病者，極少。

【症候】局部有著明疼痛，腫脹，潮紅，灼熱，炎症著明時，步行亦生障礙，兼有體溫上昇。

其周圍屢併有蜂窩織炎，且與周圍癒着。硬度爲緊張堅硬，其後漸次柔軟而生波動，遂自行破潰，或炎症漸次輕快而吸收。

【診斷】多容易，概可證明其原發病。

i) 無痛性橫痃，注意其急性炎症之有無，軟化，原發病等，易於區別。

ii) 急性股腺炎根據其發於 Poupart 氏帶之上方或下方，及原發病而區別之。

iii) 急性腸骨窩腺炎，較爲少見，乃深部炎症，視其原發病之如何而區別之。

【預後】多良好。

【療法】治療原發病，局部初行冷電包，安靜，已化膿者，切開，充填綿紗，或穿刺排膿後，注入 10% 碘仿甘油 1% 雷佛奴耳 (Rivanol)。或 5—10% 磺胺類藥混懸液。

b) 無痛性橫痃 Indolenter Bubo

本病續發於硬性下疳，大小多爲鵝卵大，無疼痛，呈彈力性

微堅硬之硬度，與周圍不癒着，且不軟化，隨硬性下疳之痊癒，而被吸收。

本病診斷容易，常於外陰部可見硬性下疳。

對於淋巴腺無須特殊治療，可行驅梅毒療法。

c) 鼠蹊淋巴肉芽腫或第四性病。Lymphgranulomatosis inguinalis od. die vierte venetische krankheit

如總論及中卷所述，為近來始注意之疾病。

與前記之橫痃類似，但甚難治癒，為其特徵（茲從略）。（但服磺胺類藥有效）。

d) 單純性慢性鼠蹊淋巴腺炎

【原因】屢可證明。原因有為外生殖器部，肛門部等之慢性濕疹，皸裂等者，但亦屢有原因不明者。

【症候】數個至多數鼠蹊淋巴腺腫脹，呈扁平卵圓形，多為豌豆大，超過小指尖大者，硬度略堅，無與周圍完全癒着者，亦無壓痛。

經過為慢性，多漸次吸收，無何等障礙，故亦無須特殊治療。

e) 結核性鼠蹊淋巴腺炎比較少見。

f) 此外於鼠蹊淋巴腺尚有惡性淋巴肉芽腫，白血病性及假性白血病性淋巴腺瘤等，常併有頸腺之淋巴腺瘤。

g) 亦有發生癌瘤，肉瘤等之轉移者。

2) 股腺炎 Lymphadenitis femoralis

### 第三百七十五圖

來於第四性病之鼠蹊腺及腸骨髖腺之腫脹（臺北醫專皮膚科教室）



本病亦為屢見之疾病，有以下數種：

a) 急性化膿性股腺炎 *Lymphadenitis purulenta acuta femoralis*

最為多見。

【原因】 續發於下腿尤以足部之傳染性外傷，化膿性疾患等，或由於化膿菌自皸裂濕疹侵入。亦有原發病灶不明者。

【症候】 一個至數個腺體著明腫脹，疼痛，潮紅，熱感或步行微有障礙，大抵有體溫上昇。

最初各腺體境界明瞭，旋因起淋巴腺周圍炎而境界不明，或發生癒着，以至周圍合併蜂窩織炎。

硬度初緊張微硬，其後漸次軟化，而發生波動，遂自行破潰，亦有漸次吸收者。

【診斷】 多容易。須與疼痛性橫痃，腺鼠疫等鑑別（參照別項）。

【預後】 不惡。

【療法】 初行非觀血療法，化膿者，行手術療法。原發病灶之治療，不得忽略。

b) 鼠疫性股腺炎。 *Lymphadenitis acuta femoralis durch pest*

為最須注意之疾病。

【原因】 腺鼠疫侵犯股腺者最多，此乃由於足之小創傷等易生傳染之故。

【症候及診斷】 其症候大體與急性化膿性淋巴腺炎類似，經過更急，體溫上昇等全身症狀，更為著明。

鼠疫流行時，本病易於診斷，其初起時，有誤認為疼痛性橫痃或化膿性淋巴腺炎者，可穿刺淋巴腺，行細菌檢查。

【預後】 屢嚴重。

【療法】 初行姑息療法，已化膿者切開，此時患者依法律須行嚴密隔離，手術所用之材料，皆須燒却（參照外科總論）。

c) 單純性慢性股腺炎 *Lymphadenitis chronic simplex femoralis*

偶可見之，與鼠蹊腺者大體相同。

d) 結核性股腺炎 *Lymphadenitis tuberculosa femoralis*  
比較少見。

e) 其他於股腺尚可見惡性淋巴肉芽腫，白血病性及假性白血病性淋巴腺瘤，皆合併頸部等之淋巴腺腫脹。

f) 有時於股腺形成自下肢轉移之癌瘤，肉瘤病灶。

3) 腸骨窩腺炎 *Lymphadenitis iliaca*

腸骨窩腺有時發生化膿性炎症及結核。前者多合併鼠蹊腺或股腺之化膿性炎症，但亦偶有僅腸骨窩腺發炎者。

本症較鼠蹊腺炎症位於深部，特可根據其位於腹壁後方而區別之。

【療法】 與他部相同，因位於深部，故手術困難。

## XI. 股關節部之腫瘤或囊腫

無特殊性症，一般皆甚少，該部最多見者，為寒性膿腫。

## XII. 股關節之手術 Operation des Hüftgelenks

### 1) 股關節之穿刺術

因股關節位於深部，故穿刺較其他關節稍感困難，有下述三法。

a) Krause 氏法乃行自關節上部之方法。令患者取側臥位，患腿微內旋，用長約 7—10 cm 之穿刺針，沿大粗隆頭，向關節直接刺入，達於骨質時，再將針頭微向上舉，斜刺之，則針頭自關節頭上方，達於髌臼內 (第 376 圖)。

第三百七十六圖  
Krause 氏法





b) Büngrer 氏法自關節前方刺入之方法。令患者取仰臥位，在股動脈與恥骨縫合上緣所引之接合線之交叉點，與大粗隆尖端連結線上，當縫匠肌內緣部分，向股關節以矢狀方向刺入之（第 377 圖）。

c) Henle 氏法。自關節後方刺入之方法，即自大粗隆之後緣，以水平方向，向前方刺入。

### 2) 股關節切開術

切開股關節亦有數法，或自大粗隆後方行斜切開，或行弓狀切開，亦有於 Scalpa 氏三角部切開者。

### 3) 股關節切除術

第三百七十七圖

Büngrer 氏 法



第三百七十八圖

a) Langenbeck 氏縱切開術

b) Hoffa 氏線切開線

(佳田博士)



a) Langenbeck 氏股關節切除術（縱切法）。

本法用者最多。

令患者取健側臥位，股關節半屈曲，以大粗隆為中心，沿股樞軸向上下方切開皮膚 10—12cm，達於骨質。

然後用大肌鉤排開創口，向深部切開關節囊，剝離附着於大粗隆之肌肉及骨衣，或用 Meissel 與骨殼一同分離。

此時令助手將該腿強度內收內旋，切除附着於股骨頸之軟部，沿髌白緣切開關節囊時，關節頭乃自關節髌白脫出，同時發一種音響。

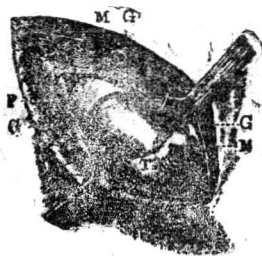
自股骨頭之後外方向前內方，將刀入於髌白內切斷連接髌白與股骨頭之股圓韌帶，再將大腿屈曲，內收及內旋時，則股骨頭乃完全脫出髌白之外。

以大創鉤開張創口，以骨鉗，把持股骨頭，再用線鋸或圓鋸離斷之。

此時因可充分視察髌白內部之狀況，故可視其病症之如何，或行搔爬，或以 Lücke 氏簞除去骨之一部。

手術後插管排膿，縫合皮膚，施以牽引器，隨創傷之治癒，

第二百七十九圖  
股關節切開術



第三百八十圖  
Lücke及Schede之前縱切開法



約備 4—5 星期後，可行關節運動。

b) 此外有 Lücke 及 Schede 之前縱切開法 (第 380 圖)，Hüter 之前斜切開法，Hoffa 氏粗隆前縱切開法，Textor 氏 Anthony, White 氏之外弓狀切開法等。

## 4) 股關節離斷術

行於大腿之惡性腫瘤，傳染性複雜骨折等。

a) 併用高部大腿切斷術之股關節離斷術如第 381 及第 382 圖，於大腿上部，施以 Esmarch 氏橡皮管，行 Momburg 氏止血法。

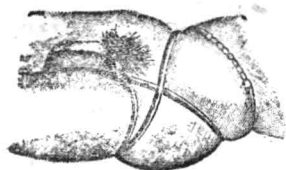
第三百八十一圖

Momburg 氏下半身驅血法



第三百八十二圖

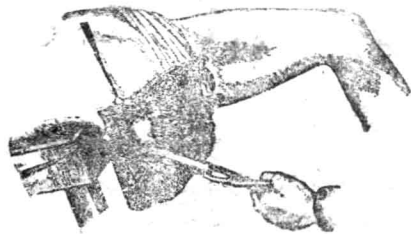
股節之 Esmarch 氏橡皮管驅血法



於大粗隆下方約一手掌寬處，大腿上部，行一次環狀切開，直達骨質，即於該部將骨質鋸斷。

第三百八十三圖

股關節離斷術（大腿上端切斷後骨頭自機節鑽臼脫出）（Garre）



然後將主要神經於上部切斷，將一切血管結紮後，除去 Esmarch 氏帶。

再沿大腿縱軸，自離斷端向上方加以縱切開，至大粗隆上方約 5cm 處為止。

以骨鉗緊持骨斷端，以骨膜剝離器將

骨衣全部剝離，切斷附着於大粗隆及小粗隆之一切肌肉，而達於關節。

將骨斷端向種種方向搖動，切斷關節囊及韌帶，股骨全部除去，然後縫合之。

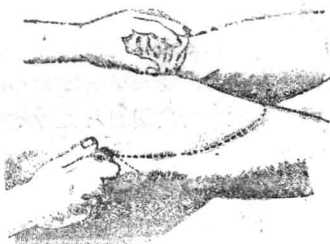
本法視其他方法出血較少。

b) Roser 氏卵圓切法

先於Poupart 氏帶下方結紮股動脈，自其切開部向內外兩側行弓狀皮膚切開，連接於腎囊囊。由此再向關節深部進入，則達於關節囊，此際將大腿強度伸展，切開關節，將大腿外展，使關節頭易脫出，切斷圓韌帶，離斷大腿。

c) Manec 氏穿刺法 本法近日不多用。

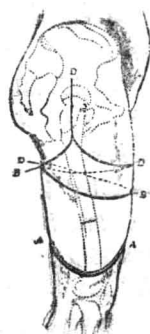
第三百八十四圖  
大腿離斷術之穿刺法



第三百八十五圖  
同上軟部切開法  
(Dayen)



第三百八十六圖  
大腿離斷及切斷術  
皮膚切開法



先行 Momburg 氏驅血法，腰部上方置以枕頭，使下肢充分伸展，以左手將陰囊及陰莖向上方牽引，右手持切斷刀，刀及向下如第 384 圖，刺入大腿，一刀切開大腿軟部，將此軟部瓣向上方翻轉，行大血管之結紮，直至股骨頸及股骨頭，將大腿向後下強度伸展，待骨頭脫出髓臼後，再取切斷刀切開後方軟部，結紮主要血管，然後除去 Momburg 氏帶，止血後行排膿法縫合肌肉及皮膚。

b) Kocher 氏法如第 387 圖所示，切開皮膚而行關節離斷，本法乃大手術，但行 Momburg 氏驅血而施術時，即無危險云。本法對於股關節上部之大腫瘤偶爾用之（腸骨腹腔內離斷術）。

### 5) 股關節投動術

股關節強直不能屈曲時，可行大粗隆前切開法，有時再加以橫切開。

切開後將筋膜分裂，以鈍器分開臀肌用肌鉤向左右牽引時，則得現出已萎縮之股關節囊。先加以小切開，然後用剪刀或球頭刀將關節囊前面全部分離，再向股骨頸部加以橫切開（此時關節囊多與骨質癒着，故剝離時相當困難）。

然後自股骨頸之兩側，用住田氏骨頭起子向後面插入，保護後方，以住田氏骨凹鑿，想像關節髓臼與關節頭之接觸面，而分離其骨質癒着。

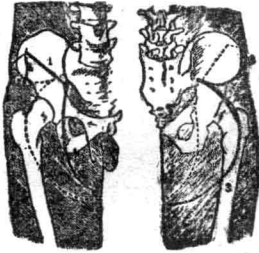
再視關節強直之情形，施以適當之牽引，外展內收時，關節頭乃得脫臼，此時如將緊張之後方關節囊，慎重離斷時，操作上更為便利。

其後用骨鑿，Lüer 氏鉗子，骨鑿，骨匙等，將關節頭及關節盂，作適當形狀。

此時將取自大腿前側之筋膜（附有相當之脂肪組織），置於關節盂（脂肪層向外方），加以數個縫合，固定之，然後將關節頭納入此新關節盂內。

第三百八十七圖

Kocher 氏腸骨腹腔內大腿斷離術  
(Kocher)



第三百八十八圖

×……移植筋膜之讀白



其次充填綿紗，行軟部皮膚之縫合，下肢於微外展之位置伸展，以有窗石膏繃帶固定之。

但股關節於高度屈曲位發生關節強直症時，上法諸多不便，故不得不行 Langenbeck 氏之皮膚切開。此時鑿除後方臀肌附着之大粗隆一部，且上舉之，將關節自後上方切開，其他與前法相同。

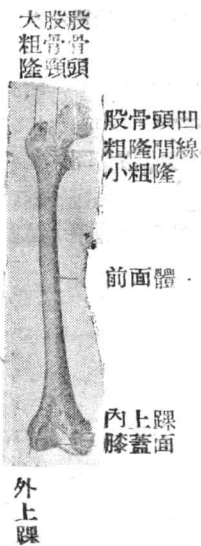
後療法為術後僅 5—6 星期後，除去石膏繃帶，並使其徐徐練習運動。

# 第九編

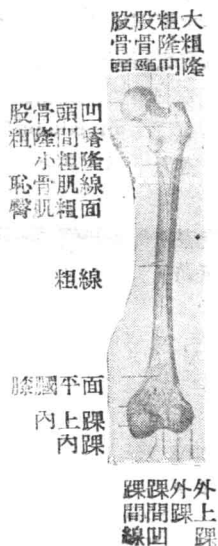
## 大腿外科

股骨之解剖 如下圖(說明從略)。

第三百八十九圖  
右股骨前面  
(岡島教授解剖學)



第三百九十圖  
右股骨後面  
(岡島教授解剖學)



I. 大腿軟部之損傷  
Verletzungen der Weichteil

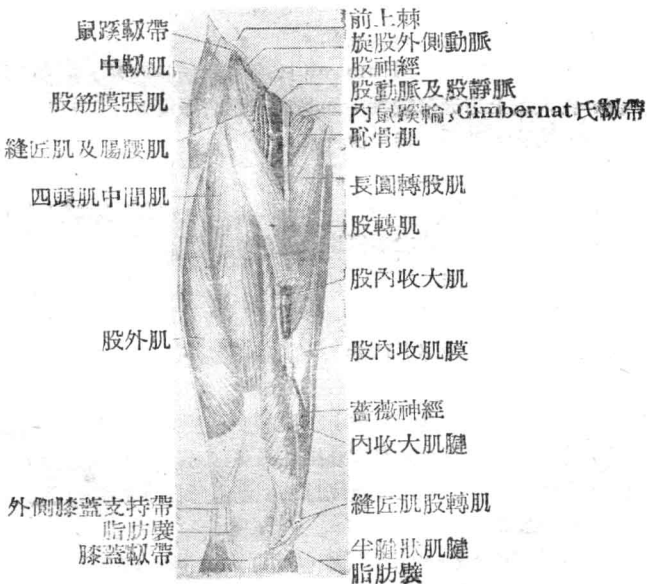
1) 大腿血管之損傷 Verletzungen der Gefäße des Oberschenkels

重要者為股動脈及股靜脈之損傷。尤以鼠蹊部，此等血管皆在表面，故於切創，刺創，銼創等時，屢有損傷。

a) 股動脈之損傷 Verletzungen der A. femoralis

在血管損傷中，除肱動脈損傷外，本病最為多見。此時血管

第三百九十一圖  
大腿局部解剖圖 (Blumberg)





壁全部斷裂者較少，多為一部分之損傷。

鮮紅血液自創傷呈線狀間歇性強力流出，量多，如不速施處置，可生危險。

末梢動脈即膕動脈，足背動脈，搏動不著明，或減弱。

根據 Wahl 氏之學說，於股動脈之一部損傷時，因血液環流於其附近，故可發生嘯鳴性雜音。

創傷大者，有時可見動脈壁之損傷，但多不明。

刺創及銃創因創口甚小，故有時可自然止血。

b) 股靜脈之損傷 Verletzungen der V. femoralis

暗紅色血液持續流出。尤於深呼氣時，血流增大。發生空氣栓者甚少。有時雖出血甚多，但自然止血者亦見之。

【診斷】 根據部位及上述之症候，易於診斷。

【療法】 創傷小者，尤以靜脈損傷時，僅施壓迫帶即可止血，若無效時須速行適當手術。

出血大者，先用 Esmarch 氏帶，如無此帶者，可用其他繩帶等於大腿上方充分絞紮，如其更上部有損傷者，則可行 Momberg 氏法，以圖一時止血。

再檢查其損傷之血管，將兩端吻合，行血管縫合。如不可能時，即將兩端結紮，清潔創內，充填綿紗。但將股動脈上部結紮時，可引起小腿下部之壞疽須注意。

股動脈結紮法

於以下三部行之

a) 鼠蹊三角部之結紮法。於鼠蹊部下，沿股動脈之經路，切開皮膚，以有溝消息子及刀將大腿筋膜行縱分離，切開血管鞘（於鼠蹊帶下方約 1cm 處）因股靜脈位於動脈內側，故以動脈瘤針插入二者之間，自內方通出外方，即可將股動脈結紮。股神經位於血管鞘外方。此時須注意勿損傷隱靜脈，旋腸骨動脈，腹壁下深靜脈等。

b) 中三分之一部結紮法 (Bell)。於 392 圖所示之線上，

沿縫匠肌之內緣，切開皮膚。分開筋膜後，將其向外方強度牽引，露出為血管鞘包裹之血管，再將其剝離分開，結紮動脈，此時亦須注意勿損及隱靜脈。

c) 下三分之一部結紮法(Hunter) 於第 392 圖所示之線上切開，自縫匠肌之外緣，進入內部，將其向內牽引，次開血管鞘，而結紮之。

### 2) 大腿神經之損傷 Verletzungen der Nerven des Oberschenkels

以股神經及坐骨神經之損傷為重要，見於種種開放性創傷，偶有見於先天性股關節脫臼之整復時者。

但因此等神經具有多數吻合枝，故常無著明障礙。因之其損傷有時不明。

【療法】 多無須特殊療法，於障礙著明時，行神經縫合術。

### 3) 大腿肌肉之損傷 Verletzungen der Muskeln des Oberschenkels

又分為 a) 開放性損傷及 b) 皮下損傷(斷裂)，特以後者為重要。

1) 股四頭肌之斷裂。於突然防止向後方顛倒時，可發生股四頭肌之斷裂。

斷裂多見於肌肉中央附近部，該部可見深陷，於其上方可見

第三百九十二圖  
股動脈結紮之皮膚切開法



- a) 腸骨外動脈之皮膚切開法
- b) 鼠蹊三角部之股動脈結紮法
- c) 於大腿三分之一部之動脈結紮法
- d) 於內收肌裂孔部之股動脈結紮法

肌肉之收縮隆起，但出血大者，此等現象乃不著明。如其他伸肌無損傷時，其機能障礙亦不著明，但如。

ii) 股外側肌及股內側肌同時破裂者，則下腿難於伸展，步行起立皆困難。

iii) 其他股內收肌，股二頭肌，腸腰肌等，於騎馬時，或突然防止顛倒時，亦有發生損傷者。

4) 大腿筋膜之皮下斷裂 Subkutane Ruptur der Fascia des Oberschenkels

i) 股四頭肌之筋膜因直接之挫傷， ii) 股內收肌於騎馬時，皆可引起斷裂。此時發生定型的肌赫尼亞。即肌肉於收縮時，發生肌肉之軟性膨隆，肌肉弛緩時即消失。屢可觸得筋膜之裂縫。無自覺症狀，但肌力微減弱。

【療法】 行手術縫合筋膜。肌肉之膨隆過大者，可切除一部。

## II. 股骨幹骨折

### Fractur der Diaphyse der Femur

較多見，特以成年患者為多。

【原因】 i) 直接外力，由於重荷之落下，轢過，鎗創，爆彈創等。

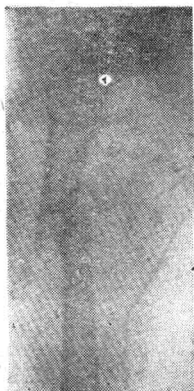
ii) 間接外力： 屈曲骨折由於自高處墜落，足或膝強度衝擊於地面而起。

捩捻骨折乃由於足部固定而軀幹等高度捻轉時，或因避免足部之踏損，或損傷。而軀幹急劇捻轉等而起。

又骨質有種種疾病時，雖輕度之外傷，亦易引起骨折。

【骨折型】 據其原因可分為 i) 斜骨折， ii) 螺旋骨折， iii) 橫骨折， iv) 縱骨折， v) 粉碎骨折， vi) 蝶狀骨折， vii) 穿孔骨折， viii) 骨裂等。又屢為複雜骨折。轉位一般著明，但亦有時為楔合骨折，而轉位不明者。

第三百九十三圖  
右股骨橫骨折  
(慶大整形外科教室)



第三百九十四圖  
右股骨骨折(骨端縱軸移動稍著明)  
17 歲男子(慶大整形外科教室)



【症候】 i) 轉位一切骨折中，以此種骨折之轉位最為著明，然亦視骨折之部位而異。

1) 上三分之一部骨折 其上骨折端為腸腰肌及臀大肌牽引於後上方，下部骨折端則為股內收肌牽引於內上方（第 395 圖）。

2) 中三分之一部骨折 其上骨折端，多轉位於下骨折端之前方。

3) 下三分之一部骨折 上骨折端位於下骨折片之前方，上骨折端又為內收肌牽引於內方，下骨折端則為腓腸肌牽引於膝膈（見第 396 圖）。

此外一般下骨折端皆向外方旋轉，高度者，發生著明之屈曲，患腿難於上舉。

ii) 短縮 因上述之轉位關係，大腿因之短縮，高度者，可達 10 cm 以上，楔合骨折，如加以測計，亦可證明短縮。

第三百九十五圖

股骨上三分之一部骨折時因肌肉之攣縮，所呈特有之移動  
(仿Mattis)



第三百九十六圖

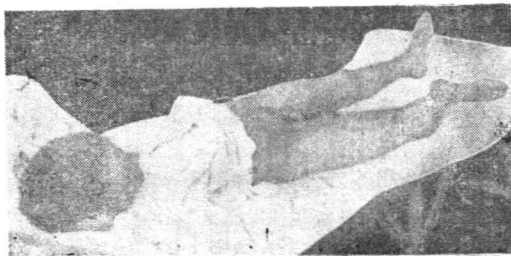
股骨下三分之一部骨折時，因肌肉之攣縮所呈特有之移動  
(仿Mattis)



第三九八圖  
左股骨捩  
捻骨折  
(慶大整形  
外科教室)

第三百九十七圖

因股骨骨折發生之足部高度外方旋轉  
(仿 Mattis)



- iii) 異常運動 屢可證明，但在楔合骨折，則無此症候。
- iv) 唧軋音 見於轉位不著明時。
- v) 機能障礙 起立步行皆不可能，患者本身不易將大腿上舉，但在楔合骨折及陳舊骨折則否。
- vi) 疼痛及出血 多著明。
- vii) 在楔合骨折時，骨折之重要症候往往有缺如者，如對其縱軸敲打大腿時，則骨折部發生限局性疼痛。
- viii) 有時骨折片損傷皮膚（多見於斜骨折），或血管及神經。開放性骨折有發生傳染者。

【診斷】 多容易。

【預後】 骨性癒着雖非難事，但轉位之消除，則屢困難。有時殘留假關節，特於患部被傳染時易見之。

【療法】 大腿骨折療法較其他骨折困難。其主要方法如下。

i) 整復 行全身麻醉，除去肌肉緊張，令助手固定骨盆，以兩手握持足部，強度牽引之，使左右兩側大腿之長及方向完全相同然後固定之。

ii) 牽引法 乃用於上述之手的整復困難時，本法又有Volkman氏牽引法，Bardenheuer氏牽引法，Schede氏牽引法（參閱外科總論骨折條下）等多種。茲述常用之皮面粘膏牽引術如下：床上架以Balkan架，傷肢用Thomas氏夾，以二寸闊橡皮膏在折線之上，向下粘於腿之兩側，兩踝墊以棉花，粘膏下端固定於小木塊，中穿一洞，穿以繩索，沿滑車下垂，繫以重量，再用數小條粘膏，以固定以前之兩長條，墊高床脚以得對牽之力，因大腿肌肉甚大，故

第三百九十九圖  
陳舊性左側股骨骨折  
(慶大整形外科教室)



在成人須用 3—4 瓦之重力。其牽引須持續 3—4 星期。但雖行牽引法亦有不能達到充分目的者。於骨折後務須早期行之，方能收效。此外於牽引法整復骨折後，可行下述固定法。

iii) 固定法 普通用石膏繃帶。與結核性股關節炎相似，須將骨盆，健腿上部及患腿全部包覆。如有創傷時，可行有窗石膏繃帶。

時或用 Bruns 氏副木，Thoma 氏副木等。

其他有用螺旋固定(Hackenbruch, Santamalia, Lambotte, Delbe 等)裝置者。

第四百圖

大腿舉上牽引法



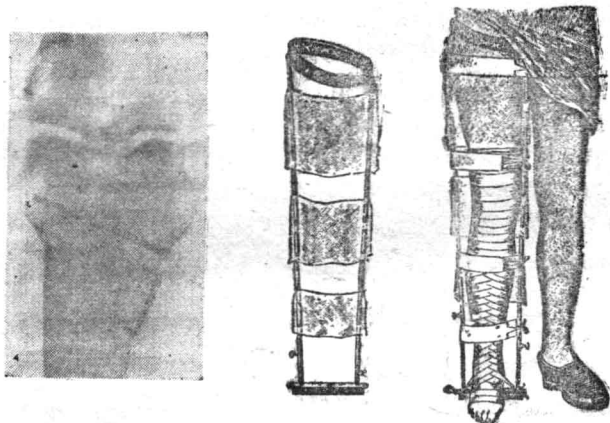
第四百一圖

Bruns 氏副木裝置



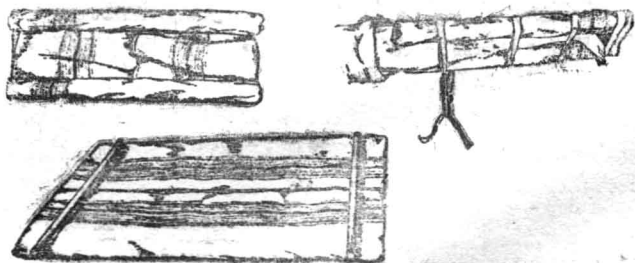
iv) 手術療法 亦有種種方法，但最適於股骨骨折者為(Lambotte, 前田氏法等)。

第 四 百 二 圖  
Dollinger 氏石膏繃帶法



v) 開放性骨折之治療，更為困難，且需長久時期。且此時多併有傳染，故難立即手術。且用石膏繃帶，亦難將其閉鎖，故整復後可行併有 Lambotte, Santamalia, Delbet 氏金屬板等

第 四 百 三 圖  
以毛氈及木棒所製成之應急的搬運用大腿副木裝置  
(做 Warbase)





之石膏繃帶。將創傷開放而固定之。

有傳染時，因形成腐骨片，待其分界著明時除去之。又如傳染重篤者，有時須行切斷術。但最初宜採用姑息療法內服磺胺類藥及注射 Penicillin（參照外科總論）。

搬運股骨骨折之患者，須特別注意。如行普通之搬運法，非特增加患者之疼痛，且使其轉位著明，有時且引起副損傷，故不可用普通擔架，而置患者於門板上，徐徐運行，或以長棒置於大腿部，以手中，帶繩等，緊縛而搬運之。最佳者為第 403 圖所示，取木棒二根，用毛毯捲之，將大腿置於其間結縛之，（*Wurba 2 e*）。如有最適當之副木時，可裝置而搬運之。

### III. 大腿軟部之急性炎症

1) 癰及癤：癰頗多見，癤則甚少。癰發生後，如患者不安靜時，屢併發蜂窩織炎，又好併發股腺之急性炎症。

2) 大腿之蜂窩織炎：幾無原發性者，多續發於大腿之傳染性創傷，急性化膿性股腺炎，急性化膿性肌炎，急性化膿性骨髓炎等之後，故大腿如有蜂窩織炎時，須先求其原因。

3) 丹毒：原發性見於大腿者，極少，多併發於下腿之丹毒。

4) 急性淋巴管炎：本病常併發於小腿之淋巴管炎。

5) 大腿之急性化膿性肌炎：大腿屢發生肌炎。

【原因】 a) 原發性肌炎，因血行傳染往往發生肌炎。 b) 續發性肌炎，可續發於大腿之蜂窩織炎，骨髓炎及骨膜炎等，但後者於臨床甚少意義。

有時於身體各部生多發性肌炎，為惡性。

【症候】本症多見於股四頭肌，內收大肌，臀肌等肌肉。或為表在性，或位於深部。

多以惡寒或惡寒戰慄（有時此等症候缺如）而發高熱。且有與該肌肉相當之機能障礙。步行亦有障礙。

與該肌肉相當部旋即發生長形腫脹，可觸得堅硬之浸潤，經時後於周圍乃發生蜂窩織炎，最初皮膚正常，其後漸呈潮紅發熱（表在性者，此等症候早期發現，深在性者，則較遲）。

硬度初為浸潤性堅硬，隨其軟化而漸柔軟，以至發生波動，遂自行破潰，或向周圍蔓延擴大，而呈危險狀態。

【預後】多良好，蔓延之肌炎亦無攣縮之殘留而治癒。但多發性肌炎往往於新部位繼續發病，有引起膿毒症而死亡者。

【診斷】須與肌肉風濕症，蜂窩織炎，骨髓炎，及骨膜炎等鑑別。

【療法】初期安靜且行冷電包，既化膿者，切開排膿，或膿汁局限於一部時，行穿刺法，並注入碘仿甘油等，初期及化膿時均可內服磺胺類藥及注射青黴素（其他參照外科總論）。

#### 6) 外傷性化骨性肌炎

在大腿股內收肌有形成騎馬骨者，乃由於器械的刺激於肌肉內形成小骨，微有壓痛。

本症之診斷容易。

禁止騎馬，行溫電包，沐浴，按摩，有時可以吸收，不得已時行手術摘出。

### IV. 大腿之慢性炎症

#### Chronische Entzündung der Weichteile des Oberschenkels

##### 1) 結核 Tuberculose

大腿之各種結核性疾病極為少見，但骨盆骨疽，脊柱骨疽，股關節結核等之沈降膿腫可達於大腿，而有誤認為種種軟性腫瘤及囊腫者。但多可根據其原發性疾及寒性膿腫之症候診斷之。或行試驗穿刺而診定之。

##### 2) 護謨腫 Gumma

偶有發生於大腿皮膚或皮下者。自然破潰而形成護謨腫性潰

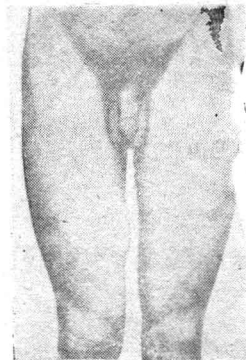
瘍，往往長期不癒。

診斷容易，行驅梅療法即癒。

### 3) 放線菌病 Aktinomykose

極少見於大腿。但余等曾見一例該患者係外傷後慢性發生之大腿放線菌病。初認為大腿之肉瘤，施行手術後因發見定型之菌塊，始確斷為本病。

第四百四圖  
因骨髓骨疽之沈降膿腫



第四百五圖  
大腿之護謨腫性潰瘍  
(金澤醫大熊野御堂外科教室)



### V. 股骨急性化膿性 骨髓炎及骨膜炎

Osteomyelitis u. Periostitis  
Parulenta acuta der  
Femur

為一切骨髓炎中最常見者。

【原因】如外科總論所述，因股骨內有化膿菌侵入而發病，雖有續發於損傷後及附近之化膿性疾病者，但大抵皆由身體他部之化膿性疾病，及臨床上不明之部位，發生化膿菌之血行傳染

而起。

由於葡萄狀球菌者最多，亦有由於鏈球菌及他細菌者，其起於鏈球菌者，屢爲惡性，又於傷寒，肺炎等急性傳染病時亦有發生本病者，但在股骨則極少見。

本病多見於 8—18 歲之小兒，女孩患者較少（男兒約多三倍）。本病一般多見於股骨幹，亦有見於其上端或下端者，其程度亦不同。

【症候】 因時期有輕重之別，但普通最多見者爲中等型。多與惡寒或惡寒戰慄同時高熱，有劇烈疼痛，運動亦不自由，壓痛著明，因位於深部，故初起腫脹不著，但經過相當時日後，因周圍併發蜂窩織炎，表面亦著明腫脹，潮紅，灼熱。其後往往化膿破潰。於此時行消息子檢查可觸得粗糙之腐骨，腐骨有時可移動。

體溫多持續性稽留於 39—40°C 內外，因膿腫之自行破潰或手術切開而突然退熱。

重症型非特體溫上昇著明，高度者，且引起昏睡或譫妄，或呈敗血症及膿毒症之症候，而速即死亡。

輕症型自初起發熱即不著明，局部症候亦輕微，有時無腐骨形成而治癒，或於骨內形成亞急性膿腫。

【經過及預後】 多良好，重症型有數日即死亡者。

有於排出膿汁時，腐骨亦同時排出，而自行治癒者，但極少見，一般非施手術，不能痊癒。如骨內遺留腐骨或膿腫時，則形成慢性骨髓炎，而永久不癒。

本症經過緩慢，但往往呈急性炎症狀態，或形成膿腫，穿孔形成瘻管，而漸次治癒。但非完全治癒，時時再發，一般骨增厚著明，有時骨發育受其障礙。若行手術根治之，則可癒。

【診斷】 多容易，但初起有時困難，重症型有誤認爲傷寒，或急性熱性病者。普通須與蜂窩織炎，肌炎等鑑別。

移行於慢性時，須與股骨之梅毒，結核，肉瘤等鑑別。多可根據臨床症候而鑑別之，困難時，可行 X 光線檢查。

【療法】（參照外科總論）。初期用磺胺類藥及 Penicillin 治療，在後期，移去死骨片之後，應採 Orr 氏療法。

### VI. 股骨之梅毒 Syphilis der Femur

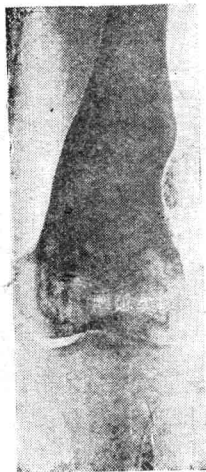
骨梅毒多見於脛骨，但在股骨特別少。

### VII. 股骨之結核 Tuberkulose der Femur

股骨之兩端往往發現結核，此等皆屬於股關節及膝關節結核之中。殆無發生於骨幹者。

### VIII. 股骨之纖維性骨炎 Ostitis fibrosa des Oberschenkels

第四百六圖  
41歲之女子，左側股骨限  
局性纖維性骨炎  
(慶大整形外科教室)



第四百七圖  
股骨上部之纖維性骨炎  
(東大高木整形外科教室)



本症極少，但有時可見於股骨，無自覺症候，且其經過甚緩，故往往忽略。有時因此而生特發性骨折（參照外科總論）。

### IX. 大腿之腫瘤及囊腫

#### Geschwülste u. Zyste des Oberschenkels

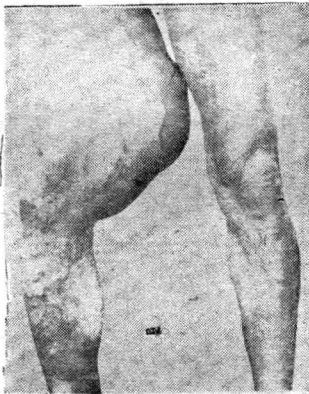
##### 1) 軟部腫瘤

脂肪瘤，纖維瘤，肉瘤等較多，此外尚有發生血管瘤，淋巴管瘤，神經瘤，肌瘤，乳嘴瘤，癌瘤者。

##### 第四百八圖

巨大之右大腿脂肪瘤

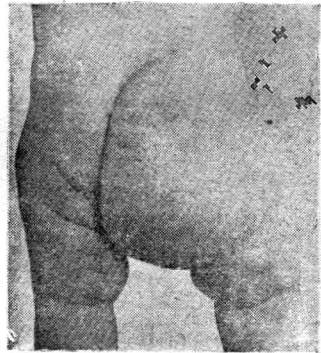
（千葉醫大瀨尾外科教室）



##### 第四百九圖

巨大之左臀部淋巴管瘤

（東大青山外科教室）



##### 2) 骨之腫瘤

最要者為肉瘤，又分為 a) 骨髓性肉瘤及 b) 骨膜性肉瘤二種，各呈特有之症象。偶有於股骨上部形成骨囊腫者。

其他於骨端有發生骨  
瘤軟骨瘤者。

3) 囊腫 有時發生  
粉瘤。包蟲囊腫，則甚少  
(詳見外科總論)。

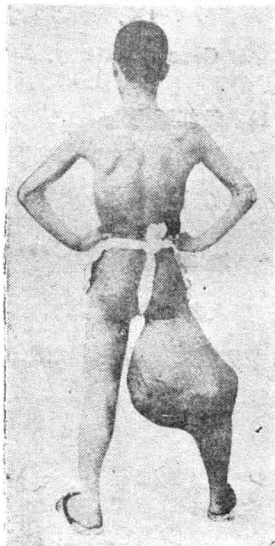
第四百十一圖  
左大腿之下部骨瘤  
(九大赤岩外科教室)



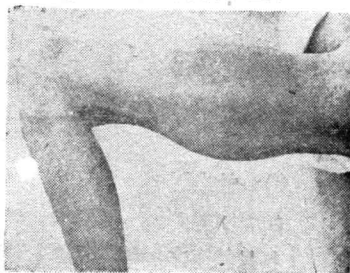
第四百十二圖  
同上光X線像



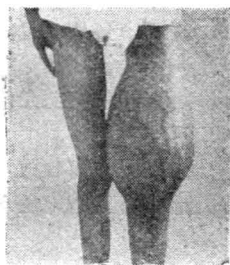
第四百十圖  
巨大之右腿大骨肉瘤  
(慶大外科教室)



第四百十三圖  
左大腿骨膜性肉瘤  
(九大赤岩外科教室)



第四百十四圖  
特大之大腿骨髓性肉瘤  
發生於23歲女子  
(九大赤岩外科教室)



X. 大腿之動脈瘤  
Aneurysma am Obershenkel

1) 股動脈之眞性動脈瘤  
Echtes Aneurysma der A.  
femoralis

爲有時見之，特多在Scalpa氏三角。

【原因】多由外傷，梅毒，動脈硬化症及損傷等。本病多見於40—50歲以上之人，但起於損傷者，亦見諸青年。

【症候】與他部動脈瘤相同。

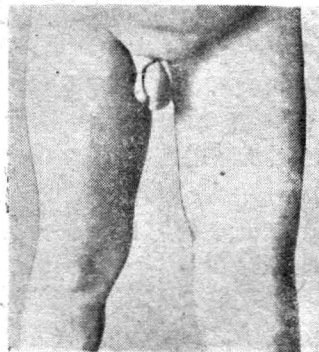
與股動脈之經過一致，發生彈力性柔軟腫瘤，微可壓縮，特別重要者，爲具有搏動，於大腫瘤上聽診時可聽雜音。

壓迫近於中樞之動脈幹，則動脈瘤即縮小，搏動亦不著明。

第四百十五圖  
股動脈瘤  
(山村博士)



第四百十六圖  
發生於8歲小兒之左大腿外傷性動脈瘤  
(東北帝大杉村外科教室)





又於股動脈發生大動脈瘤時，其患側之足背動脈，脈搏減弱而遲緩。

動脈瘤特大者，壓迫股靜脈，則末梢可發生鬱血及浮腫，或壓迫神經，而起神經痛。

【診斷】 多容易，但須與位於股動脈上之柔軟腫瘤，及寒性膿腫區別。此外與動靜脈瘤亦須鑑別（參照外科總論）。

【預後】 幾無自行治癒者，漸次增大，或破潰而突然死亡，但與他部動脈瘤不同，可因治療而痊癒。

【療法】 i) 指壓法或器械壓迫法 於初起時，可收效。

ii) 理想的手術法 即摘除動脈瘤縫合動脈兩斷端之法。可用於股動脈之小動脈瘤，其大者，則難於施行。

iii) 動脈幹結紮法 為時常採用者。但將股動脈完全結紮時，因個人之不同，有時發生小腿及足之壞死，故特須注意。

iv) 動脈瘤或股動脈狹窄法 露出股動脈及動脈瘤，以筋膜將其包裹，縮小之，或用絲線使血管狹窄，余等經驗雖甚少，但收良好結果。

v) 此外姑息療法可行安靜，局部保護，及阿膠食鹽溶液注射等。

vi) Matas 手術，如為囊狀動脈瘤，即切開瘤囊，將通口之緣縫合，再用連續縫合使管壁貼合，此法最為通用。

## 2) 動靜脈瘤

【原因】 因刺創，鎗創等，股動脈股靜脈發生小損傷，因之二者間發生異常交通，或在附近膨出，而引起本病。但較少見。

【症候及診斷】 與真性動脈瘤相似，其異點如：

i) 常有血管損傷之既往症，其後於較短時日內發生本病。

ii) 形狀多不規則（但不一定）。

iii) 緊張少。

iv) 壓迫中樞動脈幹，搏動雖不著明，但不立即縮小，此由靜脈血液流入之故。

- v) 搏動非僅見於動脈瘤，多延及於靜脈。
- vi) 雜音不僅為收縮期型，亦有為擴張期型者。
- vii) 末梢鬱血，自初期起，即已著明。
- viii) 手術較真性動脈瘤困難。

【療法】略與前同。

3) 假性動脈瘤 在大腿極少見。

4) 大腿靜脈瘤 可見於小腿靜脈瘤之高度時（參照下章）

## XI. 下肢之血栓性靜脈炎

### Thrombophlebitis der unteren Extremitis

本症於股靜脈或大隱靜脈時或見之。其中重要者為股靜脈之血栓性靜脈炎。亦名疼痛性白腫。

【原因】靜脈內之血栓可因外科總論內所述之諸種原因而起，但本病特多發生於產褥，亦有併發於子宮周圍炎，輸卵管炎者，偶發於諸種急性傳染病（肺炎，流行性感胃等），及化膿性疾患，或有由腫瘤等壓迫者，亦有原因不明者。

【症候】多為急性突然發生疼痛，及下肢全體腫脹，各處呈靜脈性鬱血症狀，併有浮腫。靜脈有時可觸得如小手指粗或食指粗之索狀。

初期多併有體溫上昇。初期如不知安靜，則血栓脫落而向中樞移動，有時發生危險。

初起併有浮腫，柔軟，遺留指壓痕跡，處置不當，可因結締織之增厚而呈象皮病之狀。

【診斷】須與象皮病鑑別，但本病為下肢全部急性腫脹。並有發熱及疼痛可據此鑑別之。

【預後】經適當治療即癒。但初起時須注意。

【療法】初起時須絕對安靜。約自三星期後，徐徐施行按摩法，足部上舉。其後行腰部之氣療法，浴法等。

## XII. 坐骨神經痛

## Ischias

本症爲屢見之疾病，以成年男子爲最多。

【原因】 有種種。

- i) 有因曝露於寒冷及潮濕之後者。
- ii) 發於種種外傷後，例如坐骨神經部之挫傷，長期坐位，旅行，騎馬等。
- iii) 有由於附近之壓力者，即由骨盆或臀部之各種腫瘤，沈降膿腫，脊柱骨折脫臼及腫瘤，腦膜出血，腫瘤及炎症，直腸內蓄便，婦女妊娠，子宮，卵巢，輸卵管等腫瘤，炎症，子宮之位置異常等。
- iv) 有發於傳染病時者，如梅毒，淋病，瘧疾，傷寒，急性風濕症等。又於脊髓癆及麻風時，亦有引起本症者。
- v) 有由中毒者，如糖尿病，間或見於鉛中毒。
- vi) 有時原因不明。

【症候】 多見於一側，間有爲兩側性者。

本病之主要症候爲神經痛性疼痛，見於臀部坐骨神經之穿出部，向大腿及小腿後側及足趾放射。但其疼痛亦有僅限局於一部者。

疼痛或爲持續性，或爲發作性，尤以後者，一般疼痛劇烈，疼痛之程度，持續期，發作之次數，各不同。

本症之診斷上重要者爲壓痛點。多見於臀部之坐骨神經穿出部。此外有時見於大腿後側之中央，膝關，重症者可見於胫骨頭之下部，內踝之後方（以上皆與坐骨神經之經過一致）。

疼痛劇烈者，自然的保護其患腿，脊柱傾向健側（坐骨神經痛性側彎）。

疼痛持續長期時，患腿發生不働性萎縮。

Lasèque 氏症候 於仰臥位令其將腿伸展，股關節屈曲，則

因神經之伸張而大腿後側有痛感。

Minor 氏症候 令患者取日本式坐位再令其起立，則頗與肌肉假性肥大症時相似，以兩臂向地，再以小腿，膝，大腿支持於地面，徐徐起立，呈努力減少臀部緊張之症狀。

【預後】 輕症者於數星期內即癒，重症者持續數月至數年，甚者往往終生不癒。

【診斷】 重症者易於診斷，但輕微者須與腰痛，股關節炎，腸腰肌炎等鑑別。

又坐骨神經痛診斷確實後，更須探究其原因。

【療法】 原因明瞭者，須先處置之。

雖有種種藥劑，如柳酸製劑（阿斯比林等），碘製劑（碘化鉀等）之內服，Tetrodotoxin, Schinomenin, Neuroinatin 等之注射。但其效果，亦未必確實。

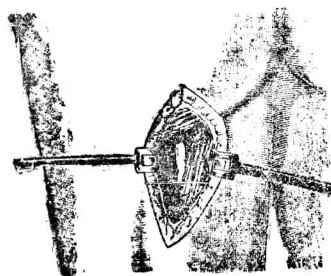
酒精注射法 本法往往有效，於坐骨神經之穿出部，以具有長針之注射器刺入（針頭刺入神經內時，腿部有電擊狀疼痛）注射 70—80% 酒精（普通酒精）約 0.2—0.5 ccm 於神經內。（

如注入過多量酒精於神經內時，則起神經變性，有長期遺留障礙者）。或注射生理食鹽水於神經內。

坐骨神經之伸展法可行於姑息療法無效時。

令患者取腹位，於坐骨結節與大粗隆後側之中間，自與坐骨結節同高處向下方切開皮膚約 10 cm，分開軟部時，上方可見臀大肌，下方可見股二頭肌之上緣，將此兩肌排開再

第四百十七圖  
坐骨神經露出法  
（上緣為臀大肌，內方為股二頭肌，  
外方為靜脈）  
（仿 Pels-Leusden）



行深進時，坐骨神經易於發現，此時將其側方之動脈分離，切開神經鞘，緊捉神經向上下方強度牽引，直至充分伸展為止，然後行皮膚縫合。

上法仍無效時，可行神經切斷術，神經切除術。近來謂開腹後施行腰部交感神經節切除術，效果甚大。

### XIII. 大 腿 之 手 術

#### 大腿截斷術：Amputation femoris

1) 適應症： 大腿之傳染性複雜骨折，大腿之急性化膿性骨髓炎重症時，大腿之高度假關節，大腿之惡性腫瘤，膝關節結核之末期，小腿之高度壞疽等時行之。

2) 消毒： 與一般相同，且將大腿下部，小腿及足部蓋以消毒布再用消毒之捲軸帶纏繞，令助手保持之。

3) 麻醉： 往時於全身麻醉下行之，但近日屢用腰椎麻醉。

4) 皮膚切開法及軟部切開法： 有數法。

a) 環狀切法或橫切法。

i) 二次環狀切法。

本法較常用，於大腿上部用 Esmdrch 氏橡皮管驅血，令助手支持行將截斷之腿，在可能範圍內，將健腿下置，術者立於患腿側，右手持截斷刀，自大腿後方迴向內方，將皮膚行環狀切開，切至筋膜（此時如前方皮膚切開不充足時，不用正常法持刀而切開之）。然後將皮膚與下部剝離，向上方翻轉，作成皮袖（其長須超過截斷部直徑之半）。然後再如前法持截斷刀切斷肌層，直至骨質。

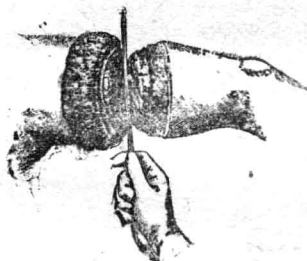
ii) 一次環狀切法於急欲行大腿截斷術時，多用本法。特適於瘦弱者。

行本法時令助手以兩手將大腿皮膚，向上方充分牽引，用截斷刀將皮膚及肌層一次切開，切至骨質。因成前述二次環狀切開

時之情形。

b) 斜切法乃對於股縱軸斜行截斷之法。但此時骨質仍須橫鋸斷。本法適用於大腿之一方被高度侵犯時，截斷後，皮膚縫合不行於斷端之直上，而行於其上方。又骨斷端被以肌層，乃其優點。

第四百十八圖  
大腿環狀切開之截斷術  
(仿 Warbase)



c) )瓣狀切法。本法亦有 i)一次切法及 ii)二次切法二種。前者為僅將皮膚行瓣狀切開，而將肌層行橫切開之方法，後者則為肌層亦行橫切開之方法，行本法時，用截斷刀或作瓣刀。本法亦有如前者之優點。

5) 骨鋸斷法 於將行截斷部位之微下方，以切除刀將骨膜環狀切開。用骨膜起子或骨膜刮子向上方剝離 1—2cm，以鋸橫斷骨質（或用附有 Motor 之圓鋸）。此時以防止軟部突出於截斷面之目的，可用鉤將肌肉向上方牽引。或將中裂棉紗，保護軟部（第 83 圖），或用 Percy 氏截斷端保護器（第 82 圖）保護之，然後鋸斷。又於截斷時，令助手持肢體末端，略加牽引使鋸斷面稍離開，則用鋸可以便利。

截斷後，用骨鑷使骨緣平滑，以銳匙搔爬骨斷端之骨髓，藉此可預防骨斷端之過度新生（Bunge 氏無骨膜法）。

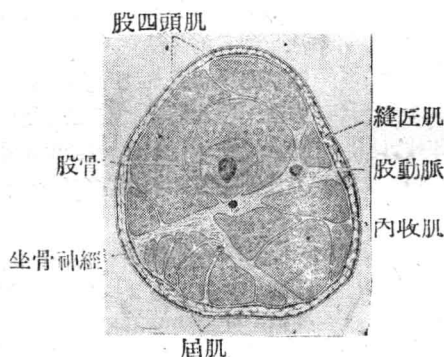
往時對於骨端斷不知注意，近日則有種種方法發明，蓋由裝用義足時，骨端斷尚可利用故也（參照小腿截斷術條下）。

6) 截斷端之神經及血管之處置

a) 骨鋸斷後，於截斷端，引出重要神經，務在其上部切斷

，以防截斷端神經痛之發生。此外防止斷端神經痛之發生，雖有諸多方法，但皆未廣為應用。

第四百十九圖  
右大腿橫斷面  
(做 Rotter-Schönwerth)



第四百二十圖  
大腿義肢  
(做 Warbasse)



b) 對於血管，如第 419 圖所示 牽出重要血管，結紮後，以棉紗置於截斷端，壓迫之，同時除去 Esmarch 氏橡皮管。壓迫數分鐘後，除去棉紗，如尚有噴血之血管，可結紮而止血。

7) 軟部縫合法 大腿之屈肌及伸肌行數個縫合，覆蓋截斷端之骨質後，於創傷之兩端，插入橡皮管及棉紗以便液體排出然後縫合皮膚。但如有傳染之危險時，務須開放創傷。

8) 截斷術之後療法 截斷術之，創傷治癒後，行斷端之足踏練習（使其斷端踏於椅子等物上以練習之）及水浴療法等而使其堅固時，則頗便於義足之應用。義足種類頗多，近來因義足之發達，施此裝置後，步行疾走可無障礙。又有可行日本式坐位者。

## 第 十 編

## 膝 關 節 部 外 科

## 膝 關 節 之 解 剖 及 生 理

膝關節為位於股骨下端之內髌及外髌與脛骨上端之內髌及外髌間之螺旋狀關節（腓骨與此無關）。關節囊附着於兩骨端，由諸韌帶保護之。特於其前面上方有膝蓋骨，股四頭肌之腱及膝蓋韌帶均附着於此。

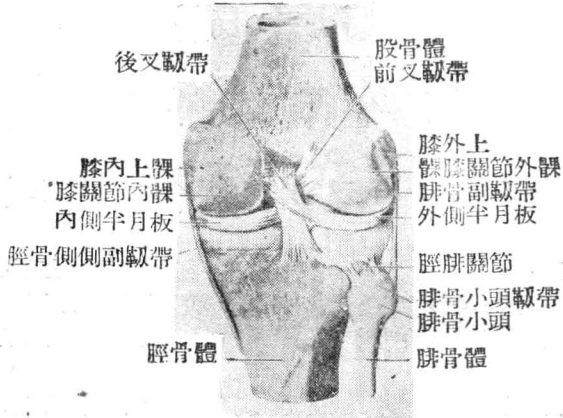
脛骨之內髌及外髌，成自軟骨組織之內側半月板及外側半月

## 第 四 百 二 十 一 圖

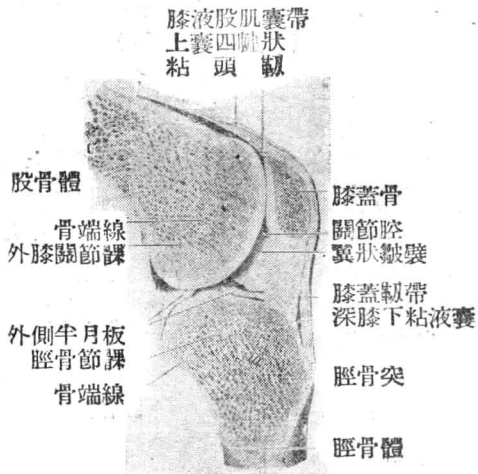
膝 關 節 前 面  
(倣 Spalteholz)



第四百二十二圖  
膝關節後面(做 Spalteholz)



第四百二十三圖  
膝關節縱斷面(做 Spalteholz)



板附着於其上而形成關節腔，且於其前面附有膝橫韌帶，其上又附着通於關節腔內之前 $\times$ 韌帶及後 $\times$ 韌帶。該二韌帶在關節腔內交叉成十字形，將上下骨質堅固連接。此外於關節囊附有各種韌帶，以固定關節。

膝關節之運動以屈曲及伸展為主，僅微可迴轉。但於屈曲位置，可稍營迴轉運動（關於膝關節部之粘液囊，可參閱粘液囊炎條下）。

### I. 膝關節之畸形

#### Missbildungen (Deformation) des Kniegelenks

重要者為靜力學的畸形。

1) 膝外翻症 X脚或X膝。Genu valgum, X—Bein od X—Knie

【症候】 小腿於膝關節部向外側屈曲，兩腿皆有此症候時，乃呈X字形。在正常狀態，體重之負擔線自股骨頭，經膝關節之中央，向足關節之中央，成一直線，而於膝外翻時則走向膝關節之外方。

膝外翻症同時多兼有過度伸展及外方迴轉。此外X脚長期存在時，因欲補償之故，初雖呈內翻足狀，但其後反成爲外翻足。

此外一側性膝外翻高度時，骨盆發生代償性傾斜，脊柱發生側彎，他腿呈膝內翻，高度者，步行障礙。

【原因】 屢有因佝僂病而起者。又衰弱小兒，因職業關係，長久負重荷，立而工作時，往往引起本病。亦有原因不明者。此外有因膝關節部之陳舊骨折或脫臼而起本病者。此時常爲一側性。

【預後】 兩足之距離在5cm以下者，姑息療法可治。又對於小兒，姑息療法有效。但成年人不行手術，多難治癒。

【療法】 先行原因療法，尤其對於佝僂病及衰弱小兒，須努力使其營養佳良。有發生X脚之傾向時，不可長久站立於堅硬地

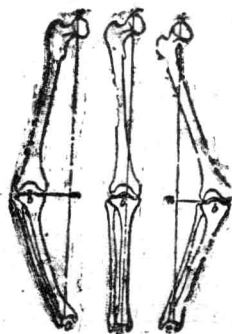
面之上。

a) 整形學的療法 有種種方法。

i) 支持器 例如有用 Zuppert-Thomas 之支持器 (第429圖) 者。

ii) 插板 以石膏模型製成，足趾內方較高之 Cork 板，外方置皮革或金屬板之插板以防止足之滑出，藉此可作正規之步行。

第四百二十四圖  
膝關節之靜力學的畸形

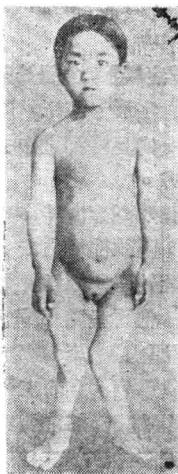


膝外翻  
尋常膝  
膝內翻

a=股骨頭      b=膝關節中央

c=足關節中央    m=正中線

第四百二十五圖  
佝僂病性 X 腿  
(東北醫大杉村外科教室)



iii) 矯正運動法 (仿 Lange) 如第 430 圖，令患者臥於床上。以帶繫足上，導於上部之滑車，其末端懸重物，兩膝間置固定枕，閉合兩足及膝，同時行屈曲及伸展之練習。

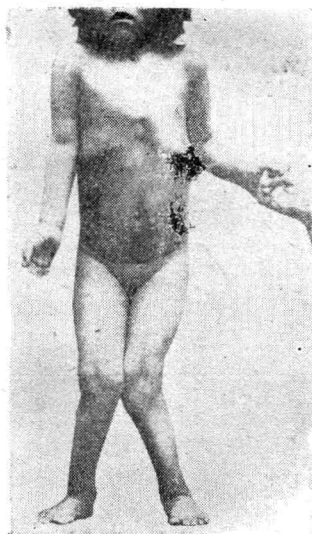
iv) 他動矯正法 如第 431 圖，於該種裝置之下，每日可行一至三次，每次十五分鐘，大腿帶上所懸之重力，為 3—5 磅。

b) 手術療法 姑息療法不能治癒時，尤於成年人，可行手術療法。雖亦有二三方法，但最多用者為於大腿下部行斜切法，或縱切法，露出股骨，於踝之上方約二橫指處，以線狀或楔狀鋸斷股骨一部，餘部用力折斷之，以石膏繃帶使骨固定於正當位置，經四至五星期。有時脛骨之上端亦行切骨術。

第四百二十六圖

佝僂病性 X 脚

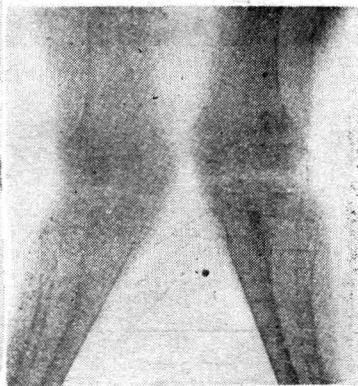
(東大高木整形外科教室)



第四百二十七圖

同左 X 光線像

(東大高木整形外科教室)



第四百二十八圖

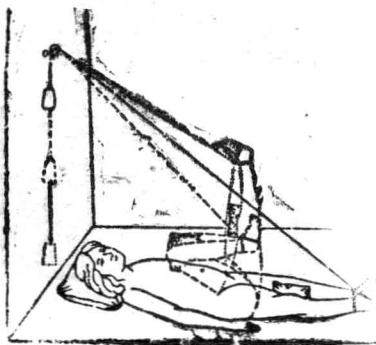
Celluloid 鋼線製足插板

(仿 Lange)



第四百三十圖

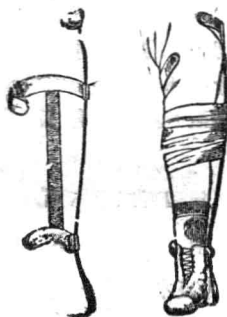
膝部他動矯正法



第四百二十九圖

Zuppert-Thomas 之膝

外翻矯正器



第四百三十一圖

X 膝外翻症矯正運動法

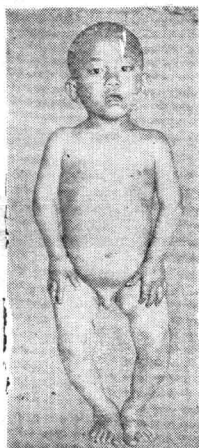
(仿 Lange)



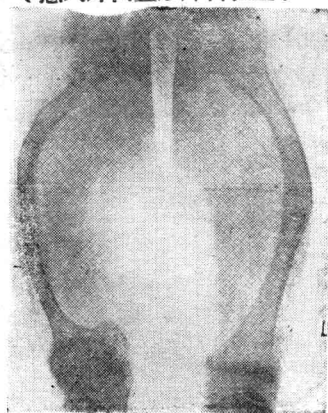
第四百三十二圖  
佝僂病性O脚  
(慈大片山整形外科教室)



第四百三十三圖  
佝僂病性O脚  
(大阪醫大小澤外科教室)



第四百三十四圖  
佝僂病性O腿之X光線像(大腿彎屈)  
(慈大片山整形外科教室)



第四百三十五圖  
佝僂病性O腿之X光線像(小腿彎曲)  
(愛知醫大名倉整形外科教室)



2) 膝內翻 或O脚，或O膝。  
Genu varum od O—Bein od. O—Knie

【症候】與前者相反，大腿或小腿，在膝關節部向內屈曲，下肢之縱軸，通過膝關節之內方。屢併發扁平足。

多為左右相同，時或有不對稱者。偶有一側腿為膝內翻，他側腿為膝外翻者。

【原因】多來自佝僂病。此外由於先天性梅毒，或衰弱小兒。在日本尚有特殊原因（或由於日本式坐法）而發生輕度O脚者。

【療法】由於佝僂病者，可因治癒原病而治癒。

輕度者，如X脚部所述，多可因按摩，支持器，插板等而治癒。

重症，及成年人，可行切骨術而矯正於正常位置。此時無須楔狀切除，大都僅行線狀切骨術即可。

3) 膝反張症 Geun re:urvatum

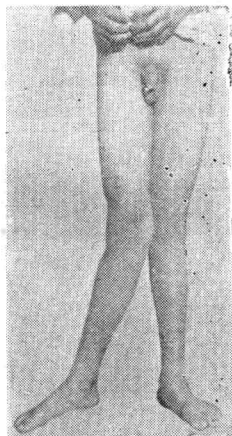
為較少見之疾病。於佝僂病慢性膝關節炎之關節囊弛緩時，或膝關節切除後，有發生本病者。

膝關節過度伸展，或小腿向外方或內方，有異常迴轉。

【療法】初行整形外科療法，其後行切骨術或膝關節之切除術。

第四百三十六圖  
膝反張症

(東大青山外科教室)



## II. 膝蓋骨之先天性畸形 Deformitäten der Patella

皆極少見。

1) 先天性膝蓋骨重複 或膝蓋骨分裂，膝蓋骨有發生先天性縱裂或橫裂者。

2) 膝蓋骨發育不全 有因此而異常細小者。

3) 膝蓋骨缺損 有時合併先天性膝關節脫臼。

### III. 膝關節部之創傷 Wunde der Kniegelenkgegend

膝關節部之損傷中，最重要者為 1)膝關節之創傷，及 2) 膕動脈之損傷。

1) 膝關節之創傷 Wunde des Kniegelenks

【原因】 以起於刺創，鎗創者為最多，有時起於爆彈傷，由於切創者極少。

膝關節損傷而無細菌傳染者，可於原狀態下治癒之。但於鎗創及爆彈創時，因時有異物進入關節內，故易於引起傳染。又時有合併骨折者。

【症候及預後】 因細菌傳染之有無而大異。

關節損傷初起時，可見自創傷排出透明之滑液性液體，但關節之創傷小者，未必定可見此症候。行消息子檢查，雖可確診，但因此易起關節之傳染，危險頗大，故不可行。關節運動之際，有於深部訴痛感者，但亦有不著明者。

膝關節雖有創傷，但無傳染及異物者，亦可如平常之創傷治癒而不遺留關節強直。

如有傳染時，僅1—3日而呈急性膝關節炎之症候，即惡寒或惡寒戰慄，同時體溫突然上昇，膝關節之腫脹疼痛著明，併有潮紅，灼熱，膝關節運動不能。

此時如不速施以適當處置，則起全身衰弱，或引起膿毒症而致死。又因治療而痊癒者亦易留關節強直。

【診斷及療法】 根據其部位及上述之症候，多易於診斷。診



斷困難者，勿強行消息子檢查，而可視作關節損傷，施以副木纏帶，令其安靜而治療之。

有傳染者，易於診斷，但此時可行X光線檢查而視其有無異物或骨折。

有傳染時，姑息療法決不能治癒，故須於關節之左右，或並其上方，皆行大切開，以橡皮管排膿，或以無刺激性之防腐劑行持續或斷續注洗術。

治癒後因多遺關節強直，故必須早期行按摩及自動他動運動。

#### 【附】膝關節部之針刺

為較常見者，日本人平日多正坐席上，起立時恆以膝部壓於席面，該處如有針，可刺入關節部。此外刺入身體他部之針，亦有遊走於體內而達膝關節部者。

有針刺時，可根據既往症而判明。雖有時於局部可直接證明針之存在，但亦屢有不明者。然如行X光線檢查，立即明瞭。但針並非僅存於刺入部之附近，屢向他部移行，甚有迷入於膝關節內者。

【療法】自前後左右行X光綫攝影（或行立體攝影法），精密測定其位置，行手術摘出。迷入於關節腔時，須開放關節腔而摘出之，故行手術時須特別注意消毒。又X光線攝影，須於手術直前行之，其後須注意勿使膝關節移動，蓋顧慮針之移動故也。

2) 臑動脈之損傷 於臑凹之各種損傷時，臑動脈有被損傷者，有創傷時，動脈血呈搏動狀噴出，故易於診斷。

有因骨折，脫臼或暴力而臑動脈於皮下損傷者，此時在外傷後，臑凹立刻發生高度紫斑，故亦易於診斷，臑動脈損傷，雖無直接生命危險，但亦須速行動脈結紮。

#### IV. 膝關節之挫傷及捻轉

Kontusion u. Distorsion des Kniegelenks

【原因】挫傷由於膝關節部之打擊，衝突等直接鈍力。

捻挫由於膝關節之過度伸展及內轉或外轉（普通於膝關節無此等運動）。

【症候及預後】挫傷及捻挫之症候，互相類似。

輕症者，留有膝關節疼痛及輕度之機能障礙。

重症者，因關節裝置之損傷而生關節血腫，腫脹著明，呈膝蓋骨跳動，膝蓋兩側腫脹且有波動。

血液多迅速吸收而治癒，但有時不能充分吸收，形成慢性關節水腫，有因化膿菌之血行傳染而起急性化膿性膝關節炎者，但極罕見。或挫傷及捻挫，成爲一種誘因，引起結核性膝關節炎及肉瘤者有之。

疼痛及機能障礙，隨血液之吸收，速即輕快，雖有時長期留有鈍痛，難於治療，但無遺留機能障礙者。

【診斷】多容易，須與關節內骨折鑑別。可根據疼痛，出血，機能障礙之程度而鑑別之，或行X光綫檢查。

挫傷及捻挫之區別，據原因，擦過傷（表皮剝脫）及表在性皮下出血之有無而區別之。

【療法】初行安靜及冷罨包，二三日後行溫罨包，按摩，自動及他動運動。

#### 第四百三十七圖

膝關節捻挫之關節滲出液

（做 Quervain）



### V. 股骨下端骨折 Fractur am Unteren Ende der Femur

有以下數種。

- 1) 髌上骨折 Fractur supracondylarica
- 2) 骨端線離開 Epiphysentrennung
- 3) T字狀及Y字狀骨折 T-förmig u. Y-förmig Fractur
- 4) 髌骨折 Fractur des Condylus
- 5) 粉碎骨折 Splitterbruch
- 6) 孔狀骨折 Lochbruch
- 7) 裂隙(職裂骨折) Fissuren

但此等有互相合併發生者。

【原因】由於種種直接或間接暴力，時有起於鎗創及爆彈創者。

【症候】視骨折之種類，微有不同。

#### 1) 股骨髌上骨折

轉位最著明者，上髌向後方轉位，向前方轉位者亦偶見之。前者有因骨折片之末端，損傷膕凹之血管或神經者。

斜骨折之症候與橫骨折略似，惟於斜骨折，其骨折片之尖銳骨端，有時刺破皮膚而現於外部（刺貫創）。

骨折線達於關節內時，關節腫脹著明，否則不著。

機能障礙，相當顯著。疼痛一般著明，特以運動時為甚。又於運動時，有可證明唧軋音者。

#### 2) 外傷性骨端線離解

本症與髌上骨折類似，但見於骨端線尚存在之14—5歲以下男兒，疼痛及出血較骨折時稍輕，有唧軋音時，亦較微弱。骨端線離解有合併骨折者。故確實診斷，有時須行X光線檢查。

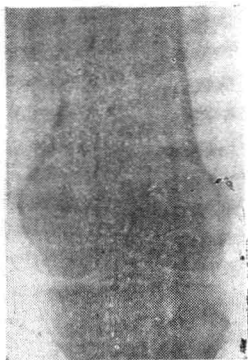
#### 3) T字形及Y字形骨折

本症即股骨髌上骨折併有達於關節內之裂隙者也。職是之故

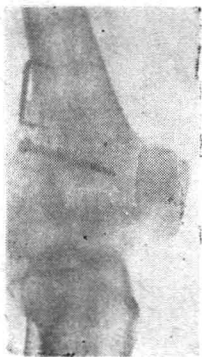
第四百三十八圖  
30歲女子股骨下端骨折側面圖  
(治療前)(慈大片山臺形外科教室)



第四百三十九圖  
同左前後面  
(同左)



第四百四十圖  
同上治療中  
(同上)



第四百四十一圖  
同上治療中  
(同上)



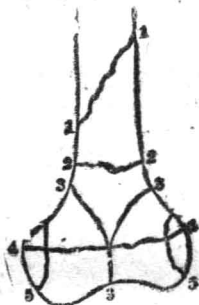
，膝關節內有多量出血，其腫脹疼痛，機能障礙，皆著明。

本病亦如股骨髁上骨折，有骨折片轉位著明者，及不著明者，及不著明者，或內髁及外髁互相疎隔，膝關節之寬度，著明增大，加以壓力，可見其異常運動，有生唧軋音者。但此時有劇烈之疼痛。

#### 4) 股骨髁之單獨骨折。

本症特由於劇烈暴力而發生，如無骨膜及十字韌帶之損傷，骨折片之轉位不著明，如此等器官發生斷裂，則骨折片轉位著明

第四百四十二圖  
股骨下端骨折之諸型

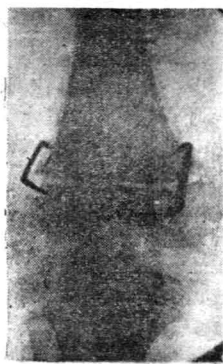


- 1) 股骨下三分之一剝骨折
- 2) 股骨髁上骨折
- 3) T字形或Y字形骨折
- 4) 股骨下端骨端線離解
- 5) 股骨髁單獨骨折

第四百四十三圖  
股骨下端骨端線離解  
(治療前)



第四百四十四圖  
同左治療中  
(慈大片山鑿形外科教室)



，因而有膝關節之畸形，有異常之骨凸隆，可證明異常運動及唧刺音。

本症之定型者膝關節向骨折側呈異常曲折。

此外骨折線於達關節內時，膝關節之腫脹等著明。

5) 粉碎骨折及 6) 孔狀骨折

有時見於鎗創或爆彈創，各呈特有之症象（參照外科總論）

7) 股骨下端之戰裂骨折  
骨折症候不著明，而呈重症挫傷或捻挫症候，疼痛限於局部而長久不癒，多可藉X光綫診斷之。

【診斷】 根據上述之特有症候，診斷容易。但有時須與膝關節之脫臼，捻挫鑑別。

【預後】 視骨折之種類而異。

骨折達於關節內者，每留關節強直。

骨端線離解，骨之發育每有障礙。

股骨髁之單獨骨折，有形成假關節者。

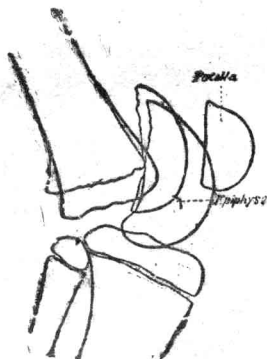
開放性骨折引起膝關節化膿時，有發生危險者。

【療法】 整復將大腿及小腿向上下兩方強度牽引之，有骨折片轉位時，加以直接外力而矯正其變形。關節血腫著明時，可行穿刺，排出血液。

【固定】 骨折直後腫脹著明時，可用 Volkmann 氏副木等固定之，行輕度按摩，促進吸收，待腫脹消失，再施石膏繃帶或牽引繃帶，經二三星期，行繃帶交換，小心試行膝關節運動，糾

第四百四十五圖

股骨下端骨端線離解，骨頭部嵌入骨幹與膝蓋骨之間者。



6—8 星期，除去繃帶。

【後療法】行按摩，自動及他動運動，除去肌肉之萎縮及膝關節之強直。

亦有須行手術療法者，特以釘串伸展法為多用。

對於複雜骨折行各種適當處置，開放性骨折須用姑息療法。不得已時有行截斷術者（參照外科總論）。

## VI. 小腿上端之骨折

### Fractur des oberen Endes der Unterschenkelknochen

少見，有下述二種。

1) 脛骨上端骨折 Fractur des oberen Endes der Tibia

【原因】 a) 直接由於衝突，打擊，蹄蹶，鑿創，爆彈創等。

b) 間接由於自高處墜落時，取直立體位，足強度衝突於地面，或膝關節強度捻轉或高度屈曲等而起。又有因股四頭肌之強度收縮而起脛骨結節之裂傷者。

【骨折型】有橫骨折，斜骨折，粉碎骨折，冰裂骨折，骨端線離解，關節髌骨折，楔入骨折等。又有發生如前述之脛骨結節冰裂骨折者。此外脛骨上端骨折有合併股骨下端骨折，或膝蓋骨骨折者。

【症候】視骨折型而微異，但大都非僅限於關節附近，關節內亦出血，因之膝關節著明腫脹，徵取屈曲位，視骨折之情形，而向異常方向屈曲。

骨折部有限局性疼痛，特以加壓及小腿運動時，為甚。因疼痛關係，屢不能步行及起立（有時可能）。骨折達於關節內時，雖骨折治癒後，亦有留機能障礙者。

此外有發畸形，異常運動，啞軋音者，反之，亦有不著明者。

【診斷】脛骨上端位於表面，故骨折症候著明，因之易於診斷。但須與股骨下端，膝蓋骨，腓骨小頭等之骨折，膝關節之捻

挫，挫傷等鑑別。如區別困難時，須行X光線檢查。

【預後】 多佳良，但有留關節強直者。

【療法】 大致與股骨下端骨折相同，經6—7星期治療。

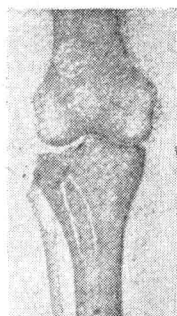
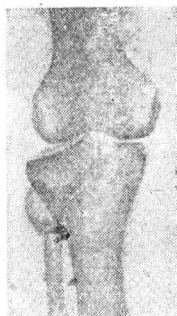
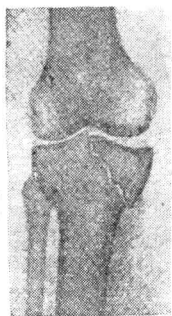
【附】 脛骨上端之骨端線離開偶見於幼兒。

第 四 百 四 十 六 圖

a) 脛骨內髌斜骨折

b) 脛骨外髌及腓骨  
骨頭之斜骨折

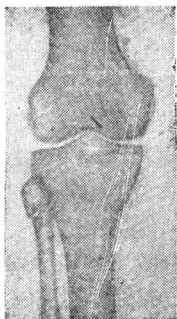
c) 自脛骨外髌而脛  
骨幹之多發性縱  
骨折



d) 腓骨骨頭之單獨  
骨折

e) 脛骨內外髌骨折

f) 脛骨上端及脛骨  
結節之骨端線離  
解 (倣 Keen)





2) 腓骨上端骨折 *Fractur des oberen Endes der Fibula*

【原因】極少。多由直接暴力，有時因防止向後跌倒而股二頭肌強度收縮時。

【症候】腓骨之小頭有異常運動，屈曲膝關節時，因股二頭肌之牽引而上舉，伸展時，則下降於正常狀態，是其特徵。

又上骨折片下部深陷，觸及下骨折片之末端，膝關節向內方異常屈曲（由附着於腓骨之韌帶弛緩故）。

本症之局部疼痛及出血不甚著明。但當骨折之際，有時合併腓骨神經或小腿皮神經之損傷，故有向足部放射之劇痛，尙有於小腿之一部，肌肉麻痺或知覺脫失者。

【診斷】據以上之定型症狀，診斷多容易。但須與脛骨之上端骨折，捻挫，挫傷等鑑別。

【預後】非極惡。

【療法】整復其轉位，以石膏繃帶固定之。整復困難者，行骨縫合。又神經損傷時，可行神經縫合。

【附】腓骨之骨端線離開，偶見於少年。

## VII. 膝關節脫臼

*Luxatio genu*

極少見，且因膝關節韌帶之堅固，多僅為不全脫臼。又分為 1) 前方脫臼， 2) 後方脫臼， 3) 側方脫臼， 4) 迴轉脫臼等四種，其中常見者為第一種。

## 1) 膝關節前方脫臼

【原因】因膝關節之韌帶極堅固，故其脫臼，須有極烈之外傷。發生前方脫臼，乃由於膝關節過度緊張時之劇烈外展及迴轉而起，例如由於自高處墜落，轆過等。

由於以上之關係，股骨下端衝突於關節囊之後壁，而突破之，以致脛骨轉位於前方，此時又韌帶及其他韌帶，亦多破裂。

【症候】多為 a) 不全脫臼，關節面之一部互相接連，間有

爲 b) 完全脫臼者。

a) 完全脫臼 膝關節過度伸展，腿短縮。

膝關節之前後徑著明增大，脛骨上端顯然突出。其上部沈降，膝蓋位於深部，於膕凹有股骨下端之凸出。膝關節多不能營自動運動，他動的可微伸展，如有韌帶破裂時，則見異常運動。

此外於膕凹，因股骨下端之壓迫而足背動脈之搏動減弱，或因坐骨神經之壓迫而起足部知覺障礙。

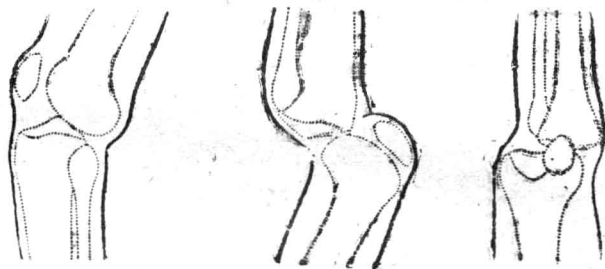
#### 第四百四十七圖

#### 膝關節脫臼

前方脫臼

後方脫臼

側方脫臼



b) 不全脫臼 症候與完全脫臼相同，僅程度較輕，且腿反增長。

【診斷】 多容易。但在脂肪多者，須與股骨髁上骨折鑑別。

【預後】 因多兼有韌帶破裂，故易起動搖關節，因之預後未必良好。又有神經血管損傷時，預後亦惡。

【療法】 整復，多於全身麻醉之下將大腿及小腿向上下強度牽引，同時向突出之脛骨頭加以直接壓迫，然後使膝關節屈曲。但此時須注意勿傷及神經血管。

【手術】 非觀血的整復不可能時，用手術整復，又有行關節切除術者。

【後療法】經2—4星期之石膏繃帶或施副木繃帶後，行按摩，自動及他動運動。

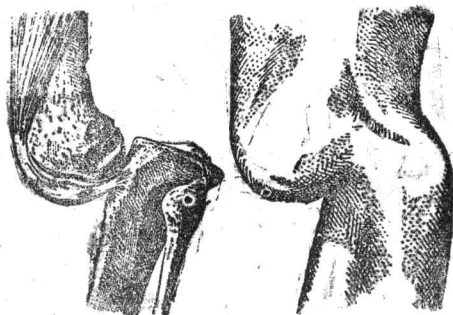
### 2) 膝關節後方脫臼

【原因】本症更爲少見。此由直接脛骨向後方加以劇烈衝突，或將股骨下端向前方衝突而起。此時關節囊亦於後側破裂，又韌帶亦破裂，側方之韌帶及膝蓋韌帶則多不破裂。屢可見膕動脈，坐骨神經之副損傷。

【症候】本症亦分爲 a) 完全脫臼及 b) 不全脫臼。

a) 完全脫臼 呈與前者相反之局部症候。即股骨下端與膝蓋皆向前凸出，脛骨之關節端，則凸出於膕凹，腿微短縮。有時合併動脈及神經之壓迫症候，其他與一般之脫臼相同。

第四百四十八圖  
下 腿 後 方 脫 臼  
(做 Bergmann)



b) 不全脫臼 骨之凸出輕度，腿多少延長。併有韌帶破裂時，有異常運動，故有誤認爲骨折者。

【診斷】預後，療法與前者大致相同。

### 3) 膝關節側方脫臼

極少見。尤以完全脫臼，更屬稀少，多爲不全脫臼。

多由脛骨之上端受直接暴力之作用而轉位於外方或內方。此時膝關節之寬度增加，小腿外展或內收，脛骨上端向外方或內方凸出，膝蓋亦因而轉位，股骨下端向其反對方向轉位。

#### 4) 膝關節迴轉脫臼

為非常罕見之疾病。由於極烈之暴力而大腿或小腿依下肢之縱軸捻轉而起，因之大腿及小腿對於縱軸，固定於異常位置。

#### 【附】

##### 1) 膝關節之先天性脫臼

乃由胎生時代，膝關節過度伸展所致，常為前方脫臼。

觀於膝關節部，過度伸展，呈膝反張之狀態，關節難於自動運動，脛骨上端向前方著明凸出，於臏凹可觸知股骨之下端。

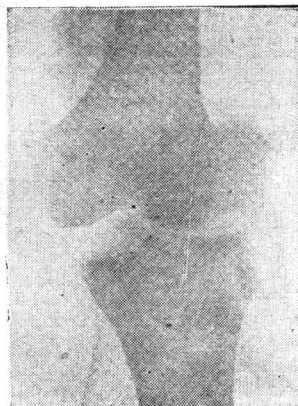
第四百四十九圖

小腿側方脫臼(做 Quervain)



第四百五十圖

小腿側方脫臼之X光線像  
(做 Quervain)



【療法】於全身麻醉之下，整復而行石膏繃帶，或有行手術療法者。

2) 膝關節習慣性脫臼  
為極少見者，又分為二種。

a) 先天性者，於衰弱女孩，有因關節韌帶高度弛緩而起本病者。

b) 後天性者，於膝關節脫臼時，因韌帶，尤為交叉韌帶之破裂而起。

習慣性脫臼多為前方脫臼，偶有為側方脫臼，或後方脫臼者。多為不全脫臼，完全脫臼極為少見。

【療法】整復後行石膏繃帶2—3月，或行手術縫合韌帶，以增強關節裝置，但結果多不確實。

3) 膝關節之病的脫臼

為膝關節較多見之疾病，有以下數種。

a) 弛緩性脫臼 由滲出性結核性膝關節炎及脊髓癆之神經病性膝關節炎等，而所起之多量滲出液，關節囊遂高度擴張，因之發生脫臼。

b) 破潰性脫臼 因關節結核，關節肉瘤而關節裝置高度破壞時，乃起本病。

c) 麻痺性脫臼 乃因脊髓癆而關節附近之肌肉弛緩所致。

d) 缺損性脫臼 因腓骨或脛骨之上端骨折而起。

以上之病的脫臼皆為續發性，因其原發病皆難於治癒，故皆治療困難，且少臨床意義。

第四百五十一圖  
先天性膝關節脫臼  
(做 Reichel)



#### VIII. 膝關節間軟骨(半月狀軟骨)之脫臼及裂傷

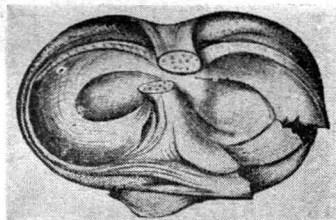
Luxation u. Ruptur der Minisken

【原因】當膝關節之重症捻挫時，膝關節間之軟骨有於前方或後方破裂而自正常位置脫臼者。但極罕見。

【症候】本病之發生，於膝關節內突發劇烈疼痛，固定於輕度屈曲之位置，難於伸展，有時疼痛甚劇，倒於地上，而難再起立。

有時嵌入之軟骨自行離解，恰如關節鼠狀，突即恢復於正常狀態。又有時於膝關節之內側或外側，觸知脫臼之軟骨緣，因關節之運動而不著明。此外於外傷直後，有如捻挫時，關節內有出血者，有時發生腫脹，血液雖漸次吸收，但因脫臼之軟骨刺激，亦有續發漿液性膝關節炎者。

第四百五十二圖  
半月狀軟骨斷裂  
(做 Lexer)



【診斷】根據以上之定型症狀，診斷容易，但須與捻挫鑑別。

【預後】以整復目的將小腿強度牽引。

【療法】預後非極惡，但屢有移行為慢性者。

於強度屈曲，或牽引小腿，同時外展後，再於其縱軸行迴轉及牽引。

其後於伸展位置固定2—3星期。如仍不痊癒者，可行手術將膝關節間軟骨摘出。

## IX. 膝蓋骨折

### Fractur des Patella

【原因】多見於30—50歲之男子，二十歲以下患者極少。

a) 直接由於膝蓋骨之衝突，打擊，鎗創等，特因摔倒膝蓋

觸於堅硬地面而起者為多。

b) 間接由於防止向後栽倒時，股四頭肌突然收縮而起。

骨折型以橫骨折為最多此外有縱骨折，斜骨折，T字狀骨折，Y字狀骨折及粉碎骨折等。有時合併脛骨結節之骨折。

第四百五十三圖

膝蓋骨橫骨折

(慶大整形外科教室)

第四百五十四圖

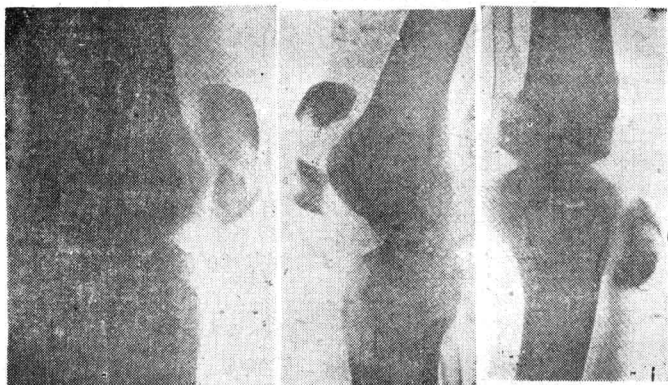
膝蓋骨橫骨折

(治療前) (慶大  
山整形外科教室)

第四百五十五圖

同左銀線(縫合後)

(同左)



【症候】於此種骨折時，可聽得一種破碎音。外傷直後，膝蓋部即有劇烈疼痛，機能障礙，尤以橫骨折時為著，起立步行皆不可能，腿難上舉，但於縱骨折，斜骨折等，此等障礙皆不著明。

膝關節多取屈曲位置(隨骨折片之離開而著明)。

觸診於兩骨折片之間可觸知空隙，或且觸知粗糙之骨緣，於該部有限局性骨折痛。但出血著明時，症狀亦有不顯著者，偶或發生唧軋音。

膝蓋骨骨折時，關節內出血著明，於粘液囊內，或沿股四頭肌有著明之皮下出血。

【診斷】在橫骨折，根據其定型症候，診斷容易，但於縱骨折時，症候不明，有時須與重症捻挫鑑別。

【預後】轉位不著明者，預後佳良，轉位著明時，則生結締織性癒着，有長期遺留關節障礙者。

【療法】視骨折片轉位之程度而異。

1) 轉位不著明之皮下骨折，可用指壓使兩骨折片接近，上置棉紗片，於其上下用絆創膏條作弓形固定之，又於膝蓋之前面，亦貼以縱行絆創膏，其上再施石膏繃帶（自大腿下三分之一至踝）。石膏繃帶可施行3—4星期，其間交換一二次，同時行股四頭肌之按摩，且常令其步行，須努力預防肌肉之萎縮。關節內出血多者，勿即行上述方法，先施以副木繃帶，以待血液之吸收，或穿刺排出血液後，再施石膏繃帶。

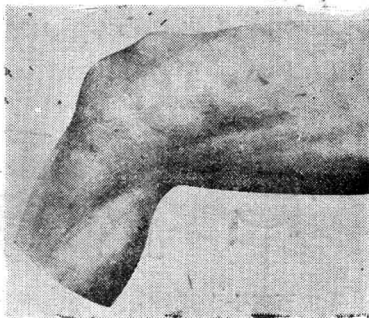
2) Malgaigne 氏壓嵌狹子 如第 457 圖所示，自皮膚至上膝蓋骨之上下，置狹子以固定之，先以 a) 固定於膝蓋骨上下後依 b) 螺旋鍵使其接近。但本法易起傳染，故近來用者較少。

3) 手術：近來主要應用者為手術療法。

但本法用於骨折3—4日後血液吸收，急性反應性炎症消失之後，較應用於骨折直後為佳。

行本法時，須特別嚴密消毒，皮膚切開，雖有種種方法，但以上部弓狀切開為最佳，藉此開放骨折部，拭去關節內外之血液

第四百五十六圖  
有高度轉位之陳腐性膝蓋骨骨折

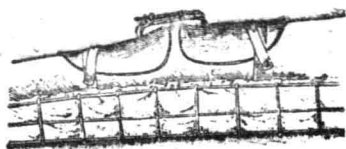




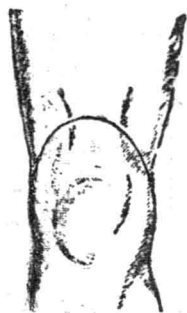
第四百五十七圖  
 挾子 螺旋鏈  
 Malgaigne 氏嵌挾子



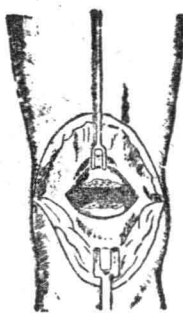
第四百五十八圖  
 膝蓋骨骨折固定法  
 (仿 Hoffa)



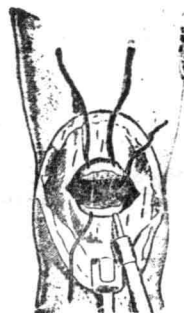
第四百五十九圖  
 膝蓋骨骨折手術皮膚  
 切開法



第四百六十圖  
 膝蓋骨骨折端露出



第四百六十一圖  
 膝蓋骨骨折端  
 縫合法

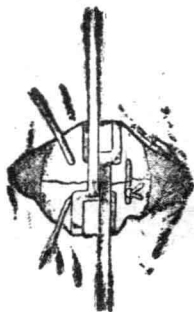


，骨折片間如有軟部者，除去之，或以鉤牽出而行骨縫合，骨縫合有下述三法。

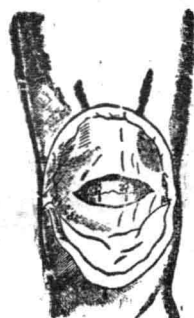
i) 用骨鑽錐 於骨緣穿孔二對，通以銀線或粗絲綫而堅固縫合之（此時如第 462 圖所示，以銳鉤使兩骨折片接近）。

ii) 於膝蓋骨之兩骨折片，用骨鑽錐，作成橫線孔，通以銀線將其縫合。

第四百六十二圖  
膝蓋骨縫合法

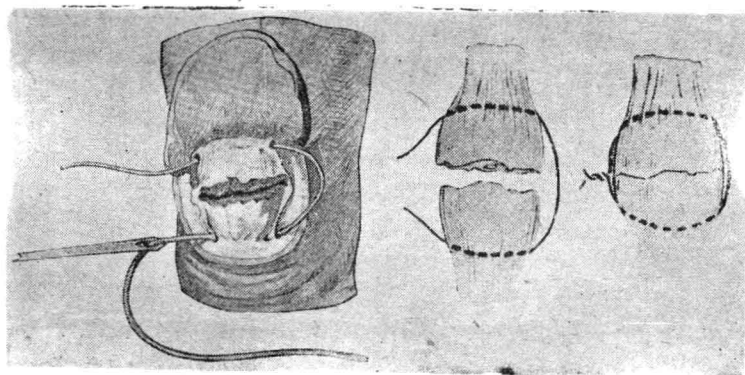


第四百六十三圖  
同上縫合後  
(做Pels-Leusden)



第四百六十四圖  
膝蓋骨骨折膝蓋周圍縫合法  
(做 Bier-Braun)

(a) (b) (c)



## iii) 膝蓋骨周圍縫合 (仿 Kocher)。

用骨鑽錐於膝蓋骨之上下緣，對韌帶橫通以銀絲，以鈎使其兩骨折片接近而縫合之。

銀絲或遺留於內部，或牽出於皮膚之外，而縫於棉紗塊上，約經三星期後除去之。尚有後療法，即除縫合之外再施以石膏纏帶，經 3—4 星期除去後，行股四頭肌之按摩。

4) 縱骨折 斜骨折，粉碎骨折等轉位不著者，單純固定即可，但在開放性骨折有傳染危險時，須行適當療法 (參照外科總論)。

## X. 股四頭肌腱及膝蓋韌帶斷裂

【原因】 極為少見，與膝蓋骨橫骨折同亦由於股四頭肌之劇烈收縮而起。

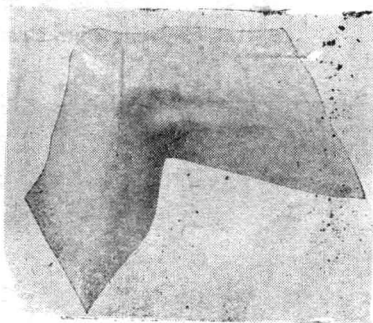
【症候】 與膝蓋橫骨折相類似，於外傷直後，小腿即不能伸展，膝關節微屈曲。斷裂部陷凹，可插入手指。更深入時，能於底部觸得骨質，但出血多者，則不著明，疼痛為中等度。

【診斷】 容易，與膝蓋骨骨折容易區別。股四頭肌腱與膝蓋韌帶之區別可視其發生於膝蓋上方或下方而判斷之。

【預後】 行手術即可痊癒。

【療法】 行手術將腱縫合。

第四百六十五圖  
肌四頭肌腱斷裂 (做 Alferich)



XI. 膝 蓋 骨 脫 臼

Luxation der Patella (Kniescheibe)

本症極少見，但較膝關節之脫臼為多。分為 1) 側脫臼，  
2) 鉛直脫臼， 3) 捻轉脫臼， 4) 水平線脫臼四種。

1) 膝蓋骨  
側脫臼 Laterale  
Luxation der  
Patella

又分為二種

a) 外側脫  
臼 Aeussere  
Luxation

較內側脫臼  
為多。

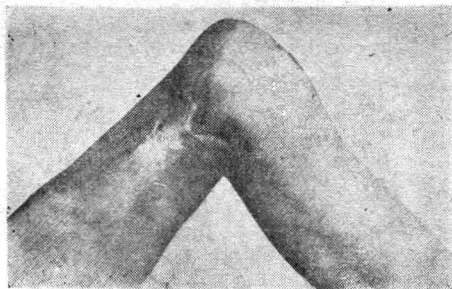
【原因】由  
於膝關節伸展時  
，衝突，打擊等  
直接作用於膝蓋  
而起或因股四頭  
肌突然收縮所致  
。此時屢可見關  
節囊內側之破裂  
。間有因瘢痕性  
收縮而起者。

本病亦有

- i) 完全脫臼，與
- ii) 不全脫臼二種。

第四百六十六圖

由於瘢痕性攣縮之膝蓋骨外側脫臼  
(東大高木整形外科)



第四百六十七圖

同上 X 光線像  
(同上)

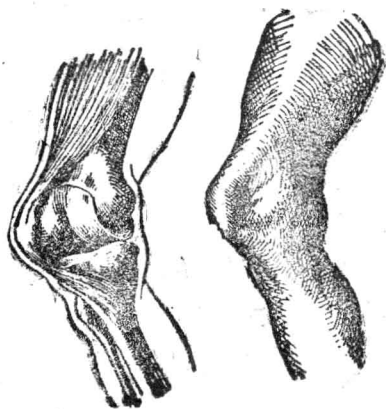


【症候】 膝關節固定於微屈曲之位置，自動運動完全不能，他動雖微可動作，但有劇烈疼痛。

膝關節之寬度增加，膝蓋骨轉位於外方，其運動有著明障礙。而其內方，股骨之內髁著明突出，膝關節之前面，因無膝蓋骨，故可觸得關節間窩。但此種脫臼多合併出血，故其症狀有不甚明瞭者。

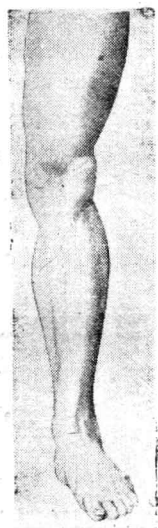
第四百六十八圖

膝蓋骨外側脫臼  
(倣Hoffa)



第四百六十九圖

膝蓋骨外側脫臼  
(倣Cemach)



此外尚可見附着於膝蓋之股四頭肌腱及膝蓋韌帶隨膝蓋骨之轉位，而緊張於膝蓋骨之上下。

不全脫臼，症狀雖微輕，但大體可證明上述之症候。

【診斷】 多容易。

【預後】多佳良。然於腐性脫臼，膝關節機能雖多少存在，但關於治療則稍感困難。

【療法】行整復法，屈曲股關節伸展膝關節，努力使股四頭肌腱弛緩後，直接壓迫脫臼之膝蓋骨，而整復於正常位置。多無須麻醉。

其後用石膏繃帶或刷木於伸展位，固定2—3星期，然後俾令其行按摩及動作。

#### b) 內側脫臼 Innere Luxation

極爲罕見。起於與前者反對方向之暴力，常爲不全脫臼，殆無完全脫臼者。

其症候及療法等，可按照外側脫臼。

#### 2) 膝蓋骨鉛直脫臼 Vertikale Luxation der Patella

【原因及發生】膝蓋骨於其縱軸，約爲90度之捻轉，其一側緣達於膝關節面之中央，他側緣凸起於皮下，由其軟骨面之方向而分爲 a) 內鉛直脫臼及 b) 外鉛直脫臼。

本病爲極少見者，由於膝蓋骨之外緣或內緣直接加以劇烈暴力而起且或於小腿之輕度捻轉，外展或內收時，因股四頭肌之劇烈收縮所致，此時多併有關節囊之破裂。

【症候】呈完全典型症候，即膝關節之前後徑著明增大，於膝蓋骨之側緣有縱行之皮下凸隆，其上下方股四頭肌韌帶及膝蓋韌帶緊張。又出血不著明者，因觸得膝蓋骨中央之軟骨隆起，可測知膝蓋骨之捻轉方向。膝關節之自動運動完全不能。雖稍可行他動運動，但有劇烈疼痛，有時能將膝蓋骨向左右移動。

【預後】不惡。

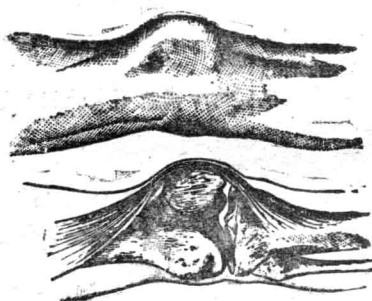
【療法】整復不難，大體與前法相似。

#### 3) 膝蓋骨捻轉脫臼 Torsionsluxation der Patella

極爲少見，乃鉛直脫臼之更爲高度者，對於縱軸，完全迴轉，軟骨面向皮膚，其發生與鉛直脫臼大致相同，惟關節囊於膝蓋骨之兩側破裂者爲多。

膝關節固定於伸展位，膝蓋骨多微偏於外方，外緣稍突出。於內方可觸得股骨髁。股四頭肌韌帶及膝蓋骨韌帶未破裂時，於皮下可觸得此等之腫。

第四百七十圖  
膝蓋骨鉛直脫臼



第四百七十一圖  
膝蓋骨捻轉  
(仿 Hoffa)



【療法】與前者略同，整復時有需全身麻醉者。

#### 4) 膝蓋骨水平線脫臼 Horizontale Luxation der Patella

【原因及發生】本病極少見，有 a) 上部脫臼（由於膝蓋骨韌帶之破裂）及 b) 下部脫臼，特以後者較為多見。膝蓋骨因自上部之劇烈暴力向下方衝突，乃向下方轉位楔入，於股骨與脛骨之間（楔入脫臼）。有時股四頭肌之附着部亦破裂。

【症候】膝關節固定於微屈曲之位置，因出血而膝關節腫脹，膝蓋骨不能觸知，於股骨髁下，相當於膝蓋骨邊緣部，可觸得縱行骨緣，上下陷凹，又於其上、下方，可見股四頭肌韌帶及膝蓋骨韌帶之緊張。轉位之膝蓋骨，雖可由左略向右推動，但此際有劇痛。

【療法】行手術整復之。

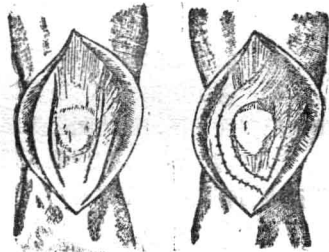
【附】膝蓋骨習慣性脫臼。乃由於膝蓋骨脫臼後療法不充所致。多為外方脫臼，內方脫臼極少。治療時，分開韌膜如第

473 圖，於他側縫合而之固定。

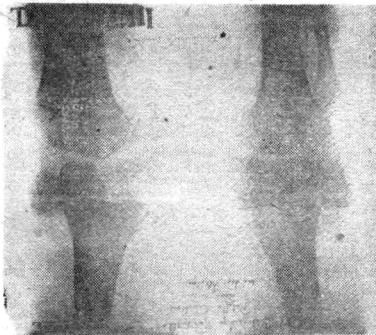
第四百七十二圖  
膝蓋骨下方脫臼  
(做 Bruns'sche Klinik)



第四百七十三圖  
膝蓋骨習慣性脫臼固定法  
(a) (b)



第四百七十四圖  
先天性膝蓋骨脫臼  
(東大高木整形外科教室)



第四百七十五圖  
同左手術前及手術後  
(同左)





【附】 膝蓋骨先天性脫臼。偶有於先天發生外方脫臼者。

## XII. 上脛腓關節脫臼(腓骨脫臼)

### Luxation des oberen Tibiofibulargelenks(Fibula)

偶有發生 a)前方脫臼，或 b)後方脫臼者。此由直接打擊或衝突腓骨小頭，或由附着於該部肌肉之強度收縮(將行墜落時等)而起。

a) 前方脫臼時，於脛骨結節之側方，可觸得腓骨之小頭。

b) 後方脫臼時，可於後方皮下觸得脛骨外髁。雖膝關節之機能仍存在，但難依患腿之起立。

【整復】 使其小腿屈曲，同時於腓骨小頭加以直接壓力。整復後以石膏繃帶固定之。

## XIII. Osgood-Schlatter 氏病

爲 1903 年，Osgood (美)，Schlatter (德) 兩氏單獨報告之疾患。

【原因】 關於本病之發生頗有爭論。或謂由於外傷，或謂由於發育異常，或謂爲炎症性。但本病主見於發育正盛，15—18 歲之人，故似與骨之發育有關。更據鈴木元晴氏之研究，對於此等年齡之人，行 X 光線檢查，屢於無本病症狀者，亦可於脛骨結節見同樣之變化。並謂現本病症狀者，乃因該部加以器械刺激所致云。

【病理解剖】 脛骨結節呈不全破裂之狀態。或呈嘴狀或棘狀之突出，可見不規則之肥厚，裂隙及骨核之遊離等種種變化。組織檢查，略呈炎症性象。

【症候】 本病不論男女，主見於少年，一側或兩側發病。

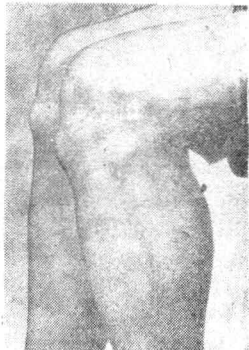
其主訴爲坐下，起立，登階時，於膝關節下方，有相當疼痛，多於脛骨結節部有壓痛。屢可見其腫脹。

【診斷】 根據其特有症狀，診斷容易。行 X 光線檢查，於脛

第四百七十六圖  
Osgood-Schlatter 氏病  
(大阪醫大岩永外科教室)



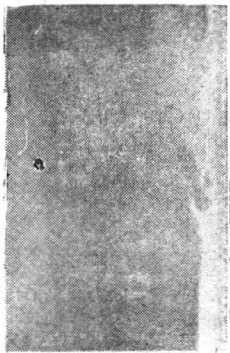
第四百七十七圖  
Osgood-Schlatter 氏病  
(慶大整形外科教室)



第四百七十八圖  
Osgood-Schlatter 氏病  
(16歲男子)(慶大外科教室)



第四百七十九圖  
Osgood-Schlatter 氏病  
(有島嶼狀骨核)  
(東大高木整形外科教室)



骨結節可見上述之種種變化。

【預後】 不惡，隨年齡之發育而自行治癒。

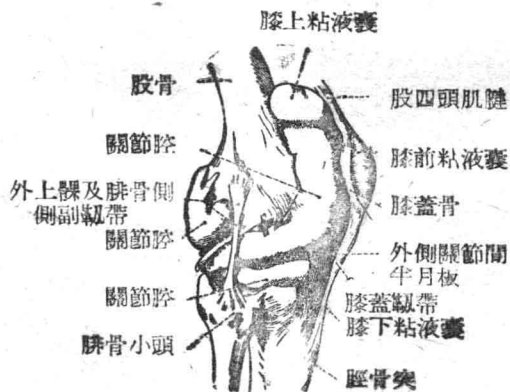
【療法】 以手術除去脛骨結節，立即治癒，但並無必須手術之必要。大抵行溫罨包及安靜，經 3—5 星期，即癒。

#### XIV. 膝關節部粘液囊炎 Bursitis der Kniegelenkgegend

膝關節之周圍有多數粘液囊，其主要者為：

- i) 膝蓋上粘液囊（與膝關節交通）。
- ii) 膝蓋前粘液囊（與膝關節不交通）。
- iii) 深膝蓋下粘液囊。
- iv) 內外髌上粘液囊。
- v) 半膜肌下粘液囊（有時與膝關節交通）。
- vi) 膈凹粘液囊（多與膝關節交通）。

第四百八十圖  
（做 Corning）



以上之粘液囊中，其與膝關節交通者，隨膝關節之炎症而腫脹，無單獨發生粘液囊炎者。但膝蓋前粘液囊雖與膝關節無關而最易受侵犯。

**膝蓋前粘液囊炎：Bursitis praepatellaris**

膝蓋前粘液囊為較大之粘液囊，與膝關節無關係，多成自一個粘液囊，亦有成自皮下粘液囊，肌膜下粘液囊，腱下粘液囊等二三粘液囊，而互相交通者。

膝蓋前粘液囊炎最為多見，主要者有以下四種：

- 1) 急性漿液性或纖維素漿液性粘液囊炎
- 2) 急性化膿性粘液囊炎
- 3) 慢性漿液性粘液囊炎
- 4) 結核性粘液囊炎

1) 急性漿液性膝蓋前粘液囊炎 及粘液囊血腫。Bursitis Praepatellaris serasa u. Haematoma Bursae

【原因】 雖有因外傷而發生急性漿液性炎症者，但較罕見，而以粘液囊血腫為多。

【症候】 於膝蓋之前側，突出雞卵大至鶩卵大之腫脹，境界明瞭與皮膚不癒着，而與底部癒着。血腫於皮下可見出血，但亦有不明者。

硬度於漿液性者，柔軟而波動著明，但有血腫時，則有呈捏泥狀軟度者。

初雖有輕度疼痛，但漸即輕快，機能障礙亦不著明。

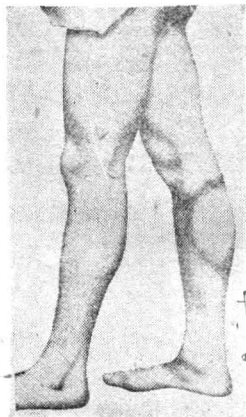
【預後】 多自行吸收，但有時化膿而起化膿性粘液囊炎，或因吸收不佳而成慢性粘液囊炎。

【療法】 初宜安靜，行冷罨包，經 2—3 日後行溫罨包，按摩，如仍不能充分吸收時，則穿刺排泄其內容，施壓迫繃帶。

2) 急性化膿性膝蓋前粘液囊炎 Bursitis praepatellaris purulenta acuta

【原因】 偶有由於粘液囊之損傷者，但大抵起於慢性漿液性

第四百八十一圖  
左側半膜肌下粘液囊炎  
(倣Wilms)



第四百八十二圖  
右側膝蓋前粘液囊炎  
(慶大外科教室)



粘液囊炎，及粘液囊血腫之續發性傳染。

【症候】於膝蓋前面，發生鷄卵大至鵝卵大之半球形腫脹，疼痛，潮紅，灼熱，屢於周圍合併蜂窩織炎而呈彌漫性腫脹。硬度柔軟而有波動，下方癒着。有蜂窩織炎時，與皮膚發生癒着者亦有之。

因疼痛關係而有機能障礙，但不似關節炎症時之著明。

如放置之，則皮膚漸次菲薄，有自行破潰而治癒者，殆不向關節內破潰。

【診斷】容易，須與急性膝關節炎鑑別。

【預後】非極惡。

【療法】切開排膿，行排膿法，有時可穿刺排膿，注入Iod-formglycerin, Rivanol 液或用 5—10%之磺胺類藥混於甘油內之混懸液注入。

3) 慢性膝蓋前粘液囊炎或膝蓋前水腫 *Bursitis praepatellaris chronica* od. *Hygroma Prae Patellaris*.

【原因】最多見，特多見於日本之下女等，由於反覆之器械刺激而起，例如下女常以膝頭衝突於地面而掃除走廊，往往誘發本病。

【症候】於膝蓋前面發生球形或半球形腫脹，表面平滑，硬度柔軟而有波動，與皮膚不癒着（有時因慢性器械刺激而與皮膚癒着），其下部癒着。無壓痛，殆無機能障礙。

內容多為漿液性，或粘液性，有時為血液性，有化膿菌傳染者，則為化膿性，呈急性炎症症狀。

本病慢性經過者，其壁肥厚，或起石灰沈着，或有絨毛增殖，自外部可觸得雪感。

【診斷】多容易，有時須與脂肪瘤鑑別。

【預後】不惡。

【療法】初行穿刺，排出內容，施壓迫繃帶，有時再注入碘酒。但最確實者，為摘出術，於局部麻醉之下，行之。手術頗簡易。

4) 結核性膝蓋前粘液囊炎 *Bursitis Praepatellaris tuberculosa*

較為少見，自始即呈慢性漿液性粘液囊炎之症狀，但內容則多為漿液纖維素性，陳腐者，內容化膿，周圍併發浮腫，或形成塞性膿腫。療法以手術摘出為最確實（參照外科總論）。

## XV. 膝關節炎

### Gonitis od. Kniegelenkentzündungen

膝關節屢發生各種炎症，即

- 1) 急性漿液性膝關節炎
- 2) 急性化膿性膝關節炎
- 3) 淋毒性膝關節炎

- 4) 風濕症性膝關節炎
  - a) 急性風濕症性膝關節炎
  - b) 慢性風濕症性膝關節炎
- 5) 慢性漿液性膝關節炎
- 6) 結核性膝關節炎
- 7) 梅毒性膝關節炎
- 8) 畸形性膝關節炎
- 9) 神經病性膝關節炎
- 10) 血友病性膝關節症
- 11) 尿酸性膝關節炎

以上隨膝關節之炎症，症候各異，但膝關節腫脹著明時，膝蓋兩側之關節凹及與膝關節直接交通之膝蓋上粘液囊，著明腫脹，該部屢呈波動，此外膝關節炎之特有症狀為膝蓋骨跳動（膝關節內膝蓋骨之下方，因有滲出液蓄積，故以左手壓迫膝蓋上粘液囊，以食指垂直向下方，作衝突狀壓迫膝蓋骨時，則膝蓋骨呈浮動狀而復於舊位）。但此現象在滲出液過於濃厚，及滑液膜著明肥厚時，有不顯著者。

有膝關節炎症者，初期雖無位置異常，其後有取輕度屈曲位者。

機能障礙主由於膝關節之屈曲，而運動漸被限制。初起時，機能障礙尚不著明者，其下降階梯之動作，概較上昇為困難。

膝關節之試驗穿刺於膝蓋骨兩側，或膝蓋上粘液囊部行之。其他分述於各項內。

#### 1) 急性漿液性膝關節炎 *Gonitis serosa acuta*

有時起於膝關節之捻挫，挫傷，過勞等，但多無著明之炎症

第四百八十三圖  
膝蓋跳動檢查法



而自行治癒。然亦偶有於本病後引起其他慢性關節炎症者（參照外科總論）。

## 2) 急性化膿性膝關節炎 *Gonitis Purulenta acuta*

【原因】發於關節外傷，尤以有異物存在者為最多，此外雖亦有由附近化膿性骨髓炎，蜂窩織炎及血行傳染者，但殊屬少見。

【症候】於膝關節有劇烈疼痛及腫脹。膝關節殆不能運動，微取屈曲位，表面多併有潮紅，灼熱，周圍之蜂窩織炎往往著明。

急性關節周圍炎甚著明時，關節外形往往不明（但不呈白腫之現象）。

膝蓋兩側之關節窩腫脹。有波動，膝蓋跳動著明。但行此種檢查時，頗感疼痛。

大都於惡寒或惡寒戰慄之後，繼以高熱，或為稽留性，或為非稽留性，持續發熱，兼有種種發熱症候。

【預後】膝關節化膿，屢屢危險，有因此而死亡者。故須及早行適當處置。

又於本病治癒後，常遺留關節強直。

【診斷】多容易。須與淋毒性膝關節炎，急性風濕症鑑別。特可藉原因關係而區別之。

【療法】於初期常行濕褱包及內服磺胺類藥及注射青黴素等，亦有因此而治癒者。

穿刺排膿 以生理食鹽水洗滌，注入10% Iodoform-glycerin，1%。Rivanol，4% Yatren 等法，亦未必確實。近時多用5—10%之磺胺類藥甘油之混懸液注入。

多須及早於膝蓋骨兩側，充分切開膝關節，以橡皮管排膿，有時以創傷防腐劑洗滌，或行注洗術。

周圍之蜂窩織炎著明而全身症狀重篤時，有行截斷術者。

## 3) 淋毒性膝關節炎 *Gonitis gonorrhoeica*



【原因】 本病為屢見之疾病。概由於淋毒性尿道炎之急性期或再燃時，血行傳染所引起。有時以膝關節之外傷為誘因。

【症候】 與急性化膿性膝關節炎相類似，膝關節有急性症候，疼痛特為劇烈，關節殆不能運動。雖可發生關節周圍炎，蜂窩織炎，但膿汁絕無自潰者。

初期體溫著明上昇，但一般較少於化膿性炎症，經 1—2 星期，體溫自行下降。滲出液為

a) 漿液性或漿液纖維素性及 b) 化膿性。化膿性者，炎症劇烈。

【經過及預後】 經過較化膿性膝關節炎弛緩。大抵二三星期即可吸收治癒。有時成為慢性而遷延 2—3 月，或有再發者。本病後易留關節強直。有時起心臟內膜炎之危險。

【診斷】 須與急性化膿性膝關節炎，急性膝關節風濕症鑑別。可據既往症，淋毒性尿道炎，試驗穿刺，及經過等鑑別之。又其疼痛較他種炎症劇烈，亦足供參考。

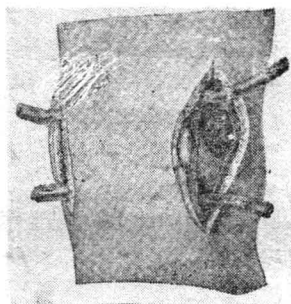
【療法】 多可以姑息療法治癒，需要切開者頗少（參照外科總論）。最近島田學士創用之盈氣療法（50—80ccm）成績最佳，遺留關節強直者甚少。於局部治療之外，同時須以 Sulfonamides 及 Penicillin 治療其尿道炎。

4) 風濕症性膝關節炎（或膝關節風濕症）。Gonitis rheumatica (Kniegelenkrheumatismus)

有急性及慢性二種。皆常見於膝關節。但僅單獨發於膝關節者頗少，多併發於其他關節。有為遊走性，侵犯多數關節者。

a) 急性關節風濕症：與急性化膿性膝關節炎，淋毒性膝關

第四百八十四圖  
膝關節排膿法  
（做 Wilms）



節炎類似。但急性症候比較緩和，多經 1—2 星期而漸次治癒。此因氣候之變化，症候亦隨而增減。又柳酸製劑較有效。

b) 慢性關節風濕症：須與畸形性膝關節炎，梅毒性膝關節炎鑑別。但此等極為少見。又風濕症隨氣候之變化，其症候亦有變化，無畸形性膝關節炎之著明骨畸形。梅毒性膝關節炎則可藉驅梅毒療法而輕快。

療法等參照外科總論。

#### 5) 慢性漿液性膝關節炎 *Gonitis serosa chronica*

【原因】本病見於其他關節者極少，但時可見於膝關節。雖有由於器械的刺激而發病者，但原因不明者亦有之。又有自急性型移行於慢性者。

【症候】膝關節發生慢性腫脹，特以膝蓋骨兩側之關節窩及膝蓋上粘液囊之腫脹為著明，該部柔軟而有波動，膝蓋骨跳動亦著明。滑液膜多不肥厚，但陳舊性者，有時稍見肥厚。然絕無如結核性之併發關節周圍炎者。又於極陳舊者，非特滑液膜肥厚，且絨毛增殖，或生樹枝狀脂肪瘤。高度者，於膝關節運動時，有發生一種摩擦音者。或絨毛之一部脫離發生關節鼠。

關節之攣縮及機能障礙，雖不著明，但腿之支持力則減弱，特以自階梯下降時，更感不便。其他疼痛等之自覺症狀頗少。

行試驗穿刺，內容多為漿液性或稀薄粘液性，於末期有呈輕度纖維素性濁濁者，但決不化膿。滲出液中當然不能證明細菌存在。

【診斷】屢有與結核性膝關節炎初期誤認，於結核時，自較早期起，即有滑液濃厚，關節周圍炎，肌肉萎縮，滲出液之纖維素性濁濁等。又滲出液之細菌檢查，X光綫檢查等，亦可資參考。

此外尚須與神經病性關節症，梅毒性關節炎，關節肉瘤等鑑別。

【預後】初期治療，易於痊癒，其後則難癒。但非如結核性

者之惡劣。

【療法】 穿刺排出內容，行壓迫繃帶，時有用 2—3% 石炭酸洗滌，或注入 T. Jodi 者。

絨毛增殖著明者，可行手術開放關節，而切除之。

6) 結核性膝關節炎或膝關節結核 *Gonitis T. tuberculosis*  
*od. Kniegelenktuberculosa*

【原因】 一般多見於未滿十歲之小兒，但有時亦見於成年，男兒與女兒之比例為 6 : 4，據其發生又可分為 a) 原發性及 b) 續發性，然多為續發性者。即他部有結核而侵入膝關節者為多，然亦有原發病灶不明，而關節結核可認為原發性者。

時或以膝關節之挫傷或捻挫為誘因，而起本病。

【病理解剖】 自其發生上可分為 a) 滑液膜型及 b) 骨型，但於膝關節，似以滑液膜型較多 (König)。骨型者，多始於股骨，脛骨之骨端，起於腓骨及膝蓋者，極為少見。

König 氏又分為 a) 水腫型， b) 肉芽型及 c) 化膿型。水

#### 第四百八十五圖

高度萎縮之膝關節結核  
(慈大片山整形外科教室)



#### 第四百八十六圖

同上前後面X光線像  
(同左)



腫型多見於成人之滑液膜型，肉芽型多見於小兒之骨型，化膿型則為見於兩型之末期。

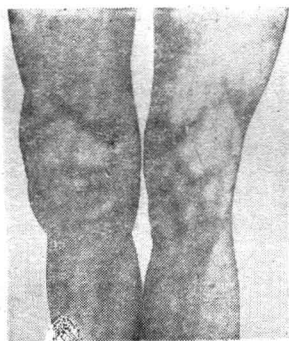
結核性肉芽組織，最初以髌與關節韌帶間為最多，自該處向關節囊蔓延，又於叉韌帶及半月狀軟骨附近，亦有多量存在。

在滑液膜型，其滑液膜絨毛增殖著明，臨床上有可證明其摩擦音者（絨毛關節炎）。但此非結核性者所特有，亦可見於其他慢性關節炎症。

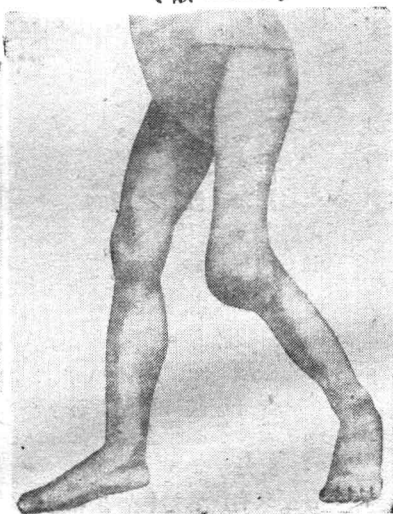
於結核性膝關節炎之末期，關節裝置之破壞著明，或生病的脫臼或高度關節周圍炎，或有形成寒性膿腫者。

【症候】 i) 初期症候：不同，步行時易感疲勞，或稍跛行，或有不定之關節痛。反之，亦有此等症候完全缺如者。

第四百八十七圖  
右側漿液性膝關節炎  
(做 Lexer)



第四百八十八圖  
右側肉芽性膝關節結核  
(做 Lexer)



ii) 關節之腫脹 在水腫型，自初期即著明。然於初期，因關節周圍炎不著，故關節之輪廓清楚，而與慢性漿液性關節炎相似，即膝蓋之兩側腫脹，波動著明，有膝蓋骨跳動。

但旋即起滑液膜之肥厚及關節周圍炎，漸呈白腫症狀。

肉芽型 初起腫脹雖輕，但關節周圍炎自早期即著明，故關節輪廓不清楚，成紡錘形，皮膚蒼白蠟狀白色，屢有假性波動，是為白腫。化膿型則發生於末期，症狀更為著明。

iii) 機能障礙 初不顯著，而隨關節周圍炎，關節裝置之破壞等而加重，運動因起障礙。膝關節微取屈曲位置，其後乃完全成關節強直狀。

於滑液膜型，絨毛增殖著明之際，運動時，可聽得唧刺音。

iv) 疼痛 於疾病初期雖發生不定性疼痛，但一般疼痛多缺如，於末期有著明者。

v) 肌萎縮 於結核性膝關節炎，一般著明，大腿較小腿尤為顯著。於初期，肢體之周圍雖無著明差異，然藉肌肉硬度，亦可測知肌肉之萎縮。隨肌萎縮之增加，關節之腫脹亦更顯著。

vi) 寒性膿腫 僅見於末期，多在關節附近。

時有為沈降膿腫者。初起被以正常皮膚，漸次皮膚菲薄，限局潮紅，自行破潰，而留瘻管。

vii) 全身症候 初期不著。至末期則漸削瘦，貧血，有時體溫上昇。有肺及肋膜之合併症時，全身症候更著。

viii) 此外於末期，關節破壞及滲出液蓄積多者，乃起病的脫臼，骨型又有因骨端線高度破壞而呈長徑發育之障礙者。

第四百八十九圖

由於結核性膝關節炎之屈曲彎縮位  
(山村博士)



【診斷】 初期雖困難，至末期則容易。尤於水腫型之初期，須與慢性漿液性膝關節炎鑑別。可據 (1) 可觸知滑液膜之肥厚 (但屢不顯著)，(2) 行試驗穿刺，纖維素性溷濁著明 (但亦有不明者)，(3) 肌萎縮，(4) 結核菌毒素反應，(5) X 光線檢查等區別之。時有非暫時視察其經過不能明瞭者。

此外於初期須與結核性股關節炎，Osgood 氏病，關節風濕症，關節之挫傷及捻挫等鑑別。

進行性者須與血友病性關節症，梅毒性膝關節炎，關節肉瘤等鑑別 (詳細參照外科總論)。

【經過及預後】 結核性膝關節炎之經過與其他關節結核同，亦為慢性，如放置不治，多經過 2—3 年至數年而死。

小兒較易痊癒，體質及營養佳者，亦易治癒。又於疾病初期，施以適當處置，可痊癒，但末期，則頗難治。

【療法】 a) 姑息療法 全身療法如新鮮空氣，豐盛日光，富於營養之飲食，魚肝油，Vitamin A. B. C. D. 均屬必要，而局部療法中，最重要者為局部之絕對安靜。故普通多用石膏綑帶。自大腿上部起，至足部止，特於足跟部須堅固裝置，露出足尖，又因使患者步行，於石膏綑帶內可裝置 Tillmann 氏步行履。

有瘻管者，於該部作窗孔，雖無瘻管亦可於關節部作大窗孔，行日光療法 (此時於關節後方，可用金屬板封入於石膏內)。

關節有異常攣縮時，可努力矯正之，再施石膏綑帶 (但如昔日所行之強力矯正，反為危險)。故於施行石膏綑帶之前，須用牽引裝置矯正後再行石膏綑帶，或即於其攣縮狀態之下，施以石膏綑帶，經二三星期後，因攣縮多少可以改善，再改換石膏綑帶，其後再改換之。

石膏綑帶一般須行 3 至 6 個月，其後改用石膏副子 (一旦將已經使用之石膏綑帶剪開，以繃帶固定之，便於時時取換)，或用支持器，時時除去之而行肌肉按摩。但大體石膏療法之結果，

概有遺留關節強直而治癒。

在滑液膜型，有於穿刺後注入 10% Iodoformglycerin 或 2% Iodofromgelatin 而有效者，本法每星期約行一次。近則有試行注射混懸於甘油或柑欖油之 5—10% 之磺胺類藥，視其吸收之難易，以定注射之次數。

b) 手術療法 行於膝關節之手術為滑液膜切除術或關節切除術。此等方法較姑息療法之治療期為短，但有遺留畸形者。有時亦稍有手術危險。

於結核性膝關節炎末期，有膿腫，瘻管等，且全身狀態發生障礙時，有行截斷術者。

#### 7) 梅毒性膝關節炎 Gonitis syphilitica

時可見於梅毒之第二期或第三期。

a) 於第二期發生亞急性膝關節炎，因有漿液性滲出液滯留，微見腫脹，多少有疼痛（特見於夜間）。屢兼有第二期梅毒之其他梅毒現象。

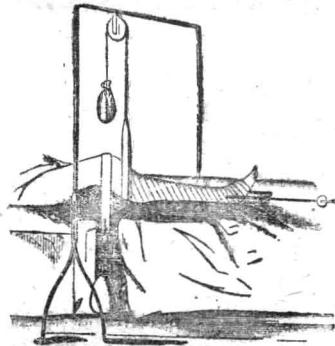
本症有時誤認為亞急性關節風濕症，但無體溫上昇，與氣候變化無關，行驅梅毒療法，即可痊癒。

b) 第三期關節梅毒又有僅侵犯關節囊，及侵犯附近骨質者二種，經過緩慢。

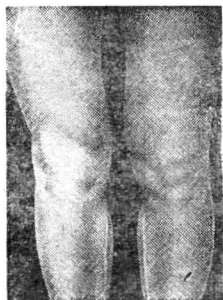
於關節內梅毒，屢呈滑液膜肥厚，或絨毛增殖。但漸即治癒，遺留關節強直者頗少。

合併骨之護膜腫者，護膜腫破潰，形成特有之護膜腫性潰瘍

第四百九十圖  
膝關節牽引矯正法



第四百九十一圖  
左側第三期梅毒性膝  
關節炎（山村博士）



，或伴有關節周圍炎症，有遺留關節強直者。

【療法】 行驅梅療法，有關節強直者，行適宜處置。

#### 8) 畸形性膝關節炎 Gonitis deformans

【原因】 尙不明瞭。多見於高年男子，歐美最多，日本頗少。

【症候及診斷】 初起與慢性關節風濕症類似，但與氣候變化無關，無發生骨性癒着者，有著明變形，可資鑑別。

又於神經病性膝關節炎，骨之變形亦甚著明，但本症無骨髓癆等之原發病，多少具有疼痛（於神經病性者，則毫無疼痛），關節周圍組織亦不腫脹。

此外於本症末期，或引起關節強直症，或因滲出液甚多，且骨之變形著明，而起病的脫臼。時有合併關節鼠者。

【預後療法等】 參照外科總論。

#### 9) 神經病性膝關節炎 Gonitis Neuropathica

【原因】 最多見於膝關節。起因脊髓癆者甚多（脊髓癆性關節症）。此外有由於麻痺性癱瘓，脊髓腫瘤，及損傷等者（起於脊髓空洞症者，可見於肘關節，幾無發生於膝部者）。

【症候】 本病最定型之症候，與關節之高度變化無關，為疼痛之完全缺如。故初起時，對於本病之發生有不注意者。

關節之腫脹，初由於滲出液（漿液性，有時為漿液纖維素性）之滯留，波動及膝蓋跳動著明。

其後因骨之破壞及增殖，而呈著明畸形，自外部可顯然知之。

又本症非僅限於關節，即其附近亦可呈著明之粘液性浮腫性



浸潤。

機能障礙，初起雖不著明，但其後關節成爲動搖性，或取異常位置，又有發生病的脫臼，或特發性骨折者。

【診斷】 根據以上之特有症候，診斷容易。有時因本病之存在，始知其患有脊髓癆等病者。

【預後】 不良。

【療法】 雖有種種療法，但無效果關節切除術結果亦不佳。穿刺排出內容，施固定法。於不得已時，有行截斷術者。

#### 10) 血友病性膝關節症 Haemophilisches Kniegelenk

本症特常見於膝關節。

König 氏分爲 a)關節鬱血期，b)全關節炎期，c)退行期第三期（參照外科總論）。

#### 11) 尿酸性膝關節炎 Goutis Urica

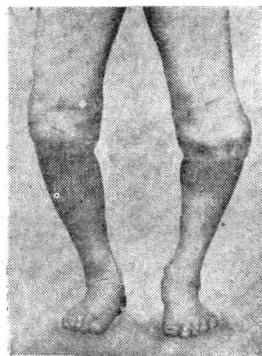
於痛風重篤時，膝關節亦有被侵犯者，但極少見耳（參照外科總論）。

### XVI. 膝關節內關節鼠 Gelenkmaus im Kniegelenk

【原因】 關節鼠爲膝關節最多見之疾病，由於外傷，異物，各種膝關節炎而起。

【症候】 於關節運動，尤其步行時，突感劇痛，甚有人事不省者，此由於關節鼠，嵌入關節面之中間所致。後因關節運動，其疼痛又突然消失，爲其特徵。偶有自外部可觸知堅硬而有移動性之小結節者。

第四百九十二圖  
兩側性脊髓癆性膝關節炎  
(山村博士)



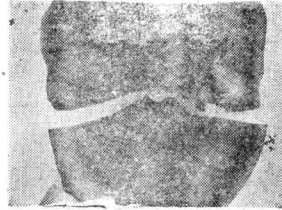
關節概有少量浸出液，但亦有關節幾完全正常者。

【診斷】根據特有症候，診斷容易。有時藉X光綫檢查而證明之。

【預後】與生命無關，但無自然治癒者。

【療法】行嚴密消毒，開放關節，而摘出之。但有時難於發見（參照外科總論）。

第四百九十三圖  
關節鼠（由於內髁之軟骨缺損）  
（倣 Garre u. Borchard）



### XVII. 膝關節之攣縮及強直

#### Kontractur u. Ankylose des Kniegelenk

本病有種種原因（參照外科總論），其中最重要者為：

1) 關節性攣縮及強硬 Arthrogene Kontractur u. Ankylose

發於種種關節炎症或外傷（尤其脫臼，骨折）之後。亦有由於膝關節行長期石膏繃帶而起者。

起於關節之急性炎症者，初因疼痛及炎症性浸潤而起關節攣縮，如炎症早期消失，即可痊癒。若炎症長期持續者，則關節囊及韌帶發生萎縮，高度者，因關節面之癒着（結締織性，軟骨性或骨性關節強直）而發發生堅固之強直，難於治癒。

膝關節固定於伸展位時，步行無障礙，固定於屈曲位時，則不能步行。

【療法】 i) 先治療其原有疾病，在膝關節炎時，炎症除去後，須早期行他動及自動運動，努力防止關節強直之發生。但認為關節強直難於避免時，則可固定於伸展位。

ii) 攣縮著明，僅行按摩等難望痊癒時可行牽引法，使其漸

次運動，或於全身麻醉之下，行強力矯正術。但後者，每致發生骨折，須特別注意行之。

iii) 膝關節於屈曲位，發生關節強直症時，行膝關節楔狀切除術或股骨髁上楔狀切除術。

行膝關節之楔狀切除術時，於膝關節前側，膝蓋下方，行弓狀切開，將股骨之下部及脛骨之上部，視屈曲之程度，以鋸或鋸行楔狀切除，將兩端相接，使腿成伸展位，行皮膚縫合，以石膏繃帶固定約四星期。

iv) 膝關節強直授動手術於姑息療法無效時行之。開放膝關節，剝離關節面之癒着，或行關節切除術，將遊離之肌膜瓣或有柄之肌膜瓣移植於其間（參照第 362 頁）

#### 第四百九十四圖

Lange 氏屈曲法      Lange 氏伸展法



（每日1—2次，每次10—15分鐘，懸以1—3磅之重錘）

2) 膝關節之皮膚性或癩痕性攣縮 Dermatogene od. Narbige Kontraktur des Kniegelenks

見於膝關節部之廣大火傷及潰瘍等之後。初起僅由軟部攣縮而發生，長久固定於異常位置時，則起關節之眞性強直。

初起僅用皮膚成形手術即可治癒，至後期則有須行授動術者。

3) 膝關節之肌性及髓性攣縮 Myogene u. tendogene des Kniegelenks

於膝關節極爲少見。

第四百九十五圖  
火傷後之高度膝關節癩  
痕性攣縮  
(慈大片山整形外科教室)



第四百九十六圖  
同左手術後  
(癩痕一部切除後，於膝  
關節植皮)



4) 膝關節之神經性攣縮 Neurogene Kontractur des Kniegelenks

由中樞神經系或末梢神經之損傷及疾病而起，又有 a) 痙攣性及 b) 麻痺性二種，但於膝關節，皆較少見。有時於膝關節可見歇斯替里性攣縮。

5) 膝關節之先天性攣縮 Angeborene Kontractur des Kniegelenks

絕對少見。

XVIII. 膝關節部之腫瘤  
Geschwülste der Kniegelenks

a) 於軟部發生纖維瘤，脂肪瘤，肉瘤等，其中脂肪瘤發於

膝蓋前粘液囊部時，有誤認為粘液囊炎者。又發生於膕凹時，須與動脈瘤鑑別。

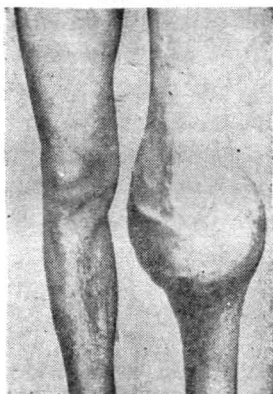
第四百九十七圖

左膝關節部之懸垂性脂肪瘤  
(山村博士)



第四百九十八圖

左膝關節部肉瘤  
(九大後藤外科教室)



b) 於骨質可發生骨瘤，軟骨瘤，肉瘤等。肉瘤較多，有骨隨性肉瘤及骨膜性肉瘤二種，每甚巨大。又發生於關節附近時，膝關節內有漿液性或血性漿液性滲出液之瀦留，有誤認為慢性膝關節炎者。骨肉瘤比較為惡性，故必須自上部截斷之。

c) 有時於關節內發生分枝性脂肪瘤。但非真性腫瘤，乃因種種慢性關節炎所致之滑液膜絨毛增殖也。

#### XIX. 膕動脈之動脈瘤 Aneurysma der A. Poplitea

本病為屢見之疾病。

【原因及病理解剖】 發生於鎗創，刺創，裂創等外傷之後或

基於動脈疾病（梅毒，動脈硬化症等）。前者發生於曾受外傷之部位，後者則多見於腦動脈之出現部及前後脛骨動脈之分歧部，恐係膝部運動時，此等部位，多受器械刺激，因而易起動脈變化之故。

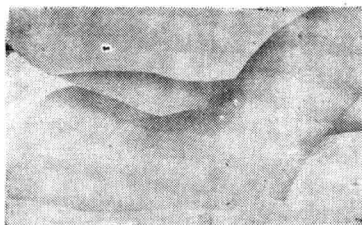
動脈瘤又可分為 1) 真性動脈瘤 2) 假性動脈瘤及 3) 動靜脈瘤。後二者每常見因外傷而起。

此等動脈瘤為梭形，圓柱形，囊狀，或不規則形，其大小及發生方向，亦有種種。

【症候】動脈瘤初起時，因無自覺症狀，故於短時期內，多不知有本病發生。

#### 第四百九十九圖

左 腦 動 脈 瘤  
(大阪帝大岩永外科教室)



於腦凹發生彈力性柔軟腫瘤，微可壓縮，其最特異者，為向各方有擴張性搏動，大者聽診，甚或觸診，可證明雜音。其雜音於真性動脈瘤，僅在收縮期著明，但動靜脈瘤，則擴張期，亦可證明，且有更向靜脈進行者。

動脈瘤之大小及形狀不同，有時頗大，又於動脈瘤內血栓形成著明時，則硬度增強，脈搏有稍現減弱者。

#### 第五百圖

特大之左側腦動脈瘤  
(東大青山外科教室)



壓迫股動脈，則動脈帶內，無血液輸入，因之動脈瘤减小，搏動及雜音消失。而該側足背動脈之脈搏亦減弱，且微遲緩。

膕動脈之動脈瘤，較他部之動脈瘤，多有自覺症候。即初起時，膕凹有緊張感及膝運動時，有輕度障礙。障礙之增進，或極速，或緩慢，且有時發生疼痛，向小腿及足部放散。亦有發生感覺異常，甚至感覺麻痺者（此由脛神經或腓神經之障礙）。或因壓迫靜脈，向小腿發生鬱血，尤以動靜脈瘤時，鬱血著明，屢兼浮腫，於後期有呈象皮病性肥厚者。有時因鬱血之結果，而引起足壞疽，但極少見。

【預後及轉歸】 幾無自然治癒者，概漸次增大，自行破潰，而有生命危險。或破潰於皮下，而呈高度之溢血。

【診斷】 須與膕凹之粘液囊炎，脂肪瘤，膿腫等鑑別。膕動脈之搏動，傳播於此等上，有時頗似其本身之搏動，但此種搏動為上舉脈搏，而非擴張性搏動。此外可根據上述疾病之特有症候及其他鑑別之。

【療法】 a) 姑息療法：有二三法。

i) 指壓法：在膕凹壓迫膕動脈之現出部，或於股動脈壓迫之行 2—3 小時，至數小時。或數人交換，繼續施行 1—2—3 日。且與股動脈之壓迫法不同，無引起足壞疽者。

ii) 器械壓迫法：以同意義行之，但較前者效力較小云。

iii) 強屈法 (Adelmann) 為特行於膕動脈，動脈瘤之方法，但效力並不確實。行以上姑息療法時，可同時併行白阿膠注射 (參照外科總論)。

b) 手術療法 近日多行手術療法，但其手術方法亦有二三種。

理想的手術 此為特行於膕動脈動脈瘤之方法。即以動脈鉗子將動脈瘤上部之動脈挾緊，摘出動脈瘤後，再縫合兩端之血管斷端。但如動脈瘤過大時，因動脈之缺損甚大，難行本法。一般其兩斷端距離在 5—8 cm 以內者，可行本法，但於縫合後，須

將膝部固定於屈曲位置。此外於囊狀動脈瘤，亦有將動脈瘤切除後，而縫合其側壁者，但日後多有破裂之危險。

股動脈結紮法 有於 Scarpa 氏三角部結紮股動脈者，但本法有時引起足部甚或小腿下部之壞疽，此由個人的不同而發生也。如將動脈瘤之上部切開，而於股動脈之下部結紮時，則不起壞疽。

動靜脈瘤手術較前者困難，此由與動脈瘤交通之兩動脈及兩靜脈必須全部結紮之故。

## XX. 膝關節之手術

### Operation des Kniegelenks

茲擇其主要者述之

#### 1) 膝關節穿刺術 *Punktion des Kniegelenks*

用於膝關節疾患之診斷或治療，嚴密消毒，於膝蓋之兩側或上方行之。

#### 2) 膝關節切開術 *Incision des Kniegelenks (Arthrotomie)*

膝關節之化膿性疾患時，以排膿之目的，應用本法，普通於膝關節之兩側切開（參照第310頁），亦有行於其上方之膝蓋上粘液囊者。

#### 3) 膝關節切除術 *Resektion des Kniegelenks od Resectio genu*

行於膝關節之複雜骨折，關節強直，化膿，結核等疾患之手術。有數種方法。

a) Textor 氏膝關節切除術（膝蓋下方之弓狀切開）。為最多用之法。

如第501圖所示，於兩上課後方之間，通過膝蓋下部，行弓狀切開，直達骨質，關節囊，韌帶，膝蓋韌帶亦同時切斷。

將膝關節屈曲，切斷兩側韌帶及叉韌帶時，關節腔即完全開



放。

骨健全時，僅切除滑液膜（滑液膜切除術），骨被侵犯時，則須充分搔爬，或切除其一部，但須儘量遺留骨之健全部分，尤於小兒，須保存其骨端綫。

骨受高度侵犯時，則以骨鋸將股骨下端及脛骨上端，橫行鋸斷。鋸斷脛骨時，因膕動脈接近於其後側，故須特別注意，勿使損傷。

膝關節切除時，膝蓋骨雖健全，亦常行摘出。

骨切除後，使其兩側骨斷端，相接。患腿於膝關節部，取輕度屈曲之位置。如位置不適當者，可將骨之一部鋸斷，而使取正當位置以絲綫或腸絲縫合之，或以 Hahn 氏之爪鉤自上下刺入而固定之（三四星期之後除去之），插入排膿管，縫合皮膚，且行石膏繃帶（5—6 星期）。

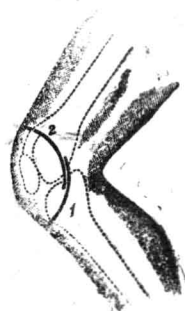
b) Hahn 氏膝關節切除術（膝蓋上方弓狀切開）。先將膝關節取屈曲位，連接脛骨之兩髁，通過膝蓋上方行弓狀切開，與其他方法手術相同。

c) Volkmann 氏膝關節切除術（膝蓋骨中央橫切法）。將

第五百零一圖

膝關節切除術皮膚切開線

1) Textor 氏法 2) Hahn 氏法



第五百零二圖

膝關節切除術



枕头插入脛凹之下方，使膝關節微屈曲，通過膝蓋骨中央，於股骨及脛骨兩課之間行廣大之橫切開，將膝蓋骨橫行鋸斷，開放膝關節，而行關節之切除術。

d) Langenheck 氏膝關節切除術（側方弓狀切法）。伸展膝關節，於股直肌之內緣，自膝蓋上方 5—6cm 起至膝蓋下方 5—6 cm 止，行廣大之弓狀縱切法，凹面向前，自側方切開關節。但本法僅用於鎗創等。

e) Kocher 氏膝關節切除術（側方縱切法）。伸展膝關節，自膝蓋上方約 10 cm 處，自股外側肌之內緣起切開，通過膝蓋外側約一橫指處，微斜行達於脛骨粗隆之下方，而切開關節。此種切法，因伸肌不受損傷，故膝關節切除後，發生機能障礙者甚少。

#### 4) 膝關節離斷術 Exantikulation des Kniegelenks od Exarticulatio genu

a) 環狀切法 使腿伸展，於膝蓋下方約 8cm 處，行環狀切開，剝離皮膚，直至膝蓋下部，再翻轉於上方（此時於一側或兩側加以縱切開，則易於翻轉）。

然後屈曲膝關節，於膝蓋下部，橫斷膝蓋韌帶，切斷膝關節之關節囊及韌帶，更屈曲膝關節，切斷又韌帶之後，伸展膝關節，切斷脛凹軟部，離斷小腿。

止血後，插入導管，於橫徑縫合皮膚。

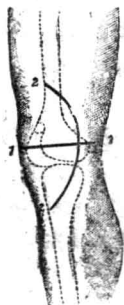
b) 瓣狀切法 將腿高舉，於脛凹作約 8cm 之半月狀皮膚瓣，然後屈曲膝關節，於其前方作一長約 10—12cm 之皮膚瓣，將其剝離，直至膝蓋之下為止，然後離斷之，其法與前同。

離斷後，骨端過長，難以皮膚被覆時，可於課之上部，鋸斷股骨。

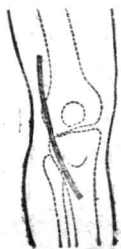
c) Gritti 氏骨成形的股截斷術 乃使截斷端堅固之法。行前述離斷術後，將股骨之關節面橫行鋸斷，以左手四指將膝蓋前面之皮膚及膝蓋一同緊捉，鋸斷膝蓋之後半側，接於股骨之下端

第五百零三圖  
膝關節切除皮膚切開綫

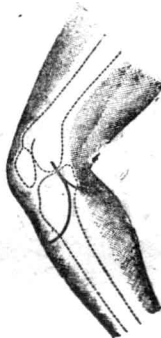
- 1) Volk mann氏法
- 2) Langenbeck 氏法



第五百零四圖  
Kocher氏  
膝關節切除法



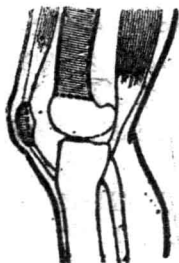
第五百零五圖  
膝關節離斷術  
瓣狀切法



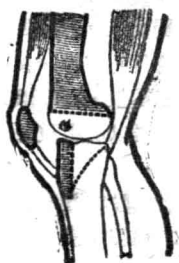
而固定之（第506圖）。

d) Ssabanejeff 氏骨成形的股截斷術 與 Gritti 氏法類似，但本法為於膝蓋韌帶附着之原有情形下，將脛骨上端，如第507圖所示鋸斷之，而固定於股骨下端之鋸斷面。

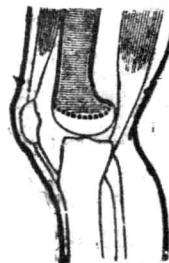
第五百零六圖  
Gritti 氏  
髌狀突起上截斷術



第五百零七圖  
Ssabanejeff 氏  
髌狀突起離開截斷術



第五百零八圖  
Carden 氏  
髌狀突起間截斷術



此外尚有如第508圖，509圖所示之截斷法。

5) 膝關節強直之授動手術 Mobilisierungsoperation der kniegelenkankylose

以 Esmarch 氏橡皮管一時的驅血，行 Textor 氏皮膚切法，或於其中央向下方加以縱切開。

自下部充分剝離皮瓣翻轉於上方，

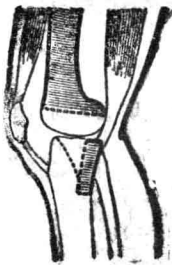
然後探求膝蓋之兩側緣，自其側方與下層充分銳體剝離或鈍體剝離，直至脛骨粗隆，但須注意勿傷及膝蓋韌帶。

然後據 Kirschner 氏法如第511圖所示，以 Payr 氏綫鋸將與膝蓋韌帶附着部相當之脛骨粗隆行楔狀鋸斷（此因下肢之重要機能，在於四頭肌，膝蓋韌帶為其附着部，故頗為重要，欲求術後能充分固定，乃行此種特殊方法也。膝蓋在此以前，可用鋸或鑿，或剪刀將其與下層遊離。

於是將此等向上方翻轉，以鋸將膝關節之骨性癒着如第 514 圖所示鋸斷之，使兩骨端成適當之形狀（上端隆起，下端凹陷），

第五百零九圖

Abrashanow 氏  
楔狀突起離斷截斷術  
(做 Ritter)



第五百十圖

適於膝關節伸展位  
手術之皮膚切開法  
(住田氏)

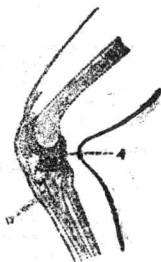


第五百十一圖

適於膝關節屈曲位  
手術之皮膚切開法  
(同左)

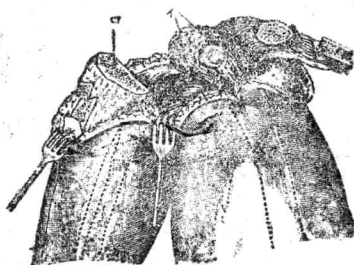


第五百十二圖



- 1) 手術時可切除之骨癒着部
- 2) 膝蓋韌附着部必須剝離之骨楔狀切離部

第五百十三圖



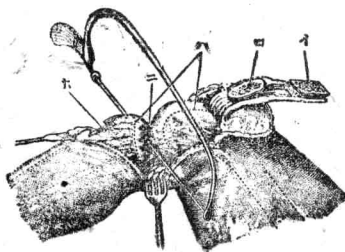
- 1) 以筋膜被覆之股骨下端
- 2) 脛骨上端

離斷肥厚之關節囊。

然後以取自大腿前面之遊離肌膜，或如第 516 圖所示之有羣筋膜瓣被覆股骨端，行數個縫合而固定之。

於是將先前所作之楔狀骨片復於舊位，以骨衣縫合確實固定之，縫合關節側方之關節囊，於創傷兩側，施以導管，而行皮膚

第五百十四圖



- 1) 行骨楔狀切離，剝離翻轉之膝蓋韌附着部
- 2) 自股骨前面剝離之膝蓋骨新創面
- 3) 關節端改造線定線
- 4) 骨性癒着部之鋸斷
- 5) 以剝離膝蓋骨附着部之目的，行楔狀骨切除後

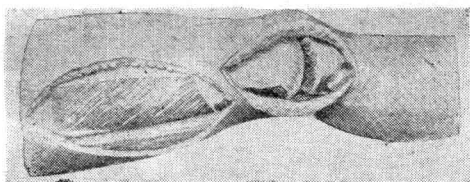
縫合，用有窗石膏繃帶，或 Volkman 氏副木繃帶固定於伸展位。

Esmarch 氏橡皮管於軟部縫合之前或皮膚縫合之後，除去之。

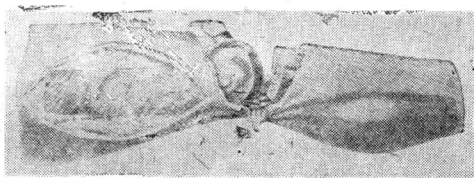
手術後約經三星期，除去固定繃帶，漸使運動。

第五百十五圖

膝關節側方切開之有莖筋膜瓣移植（做 Payer）

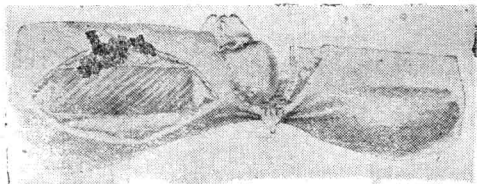


第五百十六圖



第五百十七圖

行 Textor 氏切開法之有莖筋膜瓣移植法（做 Payer）



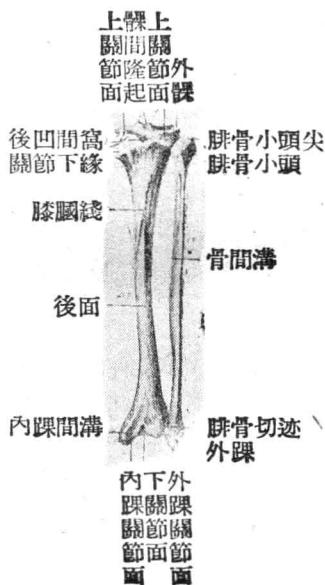
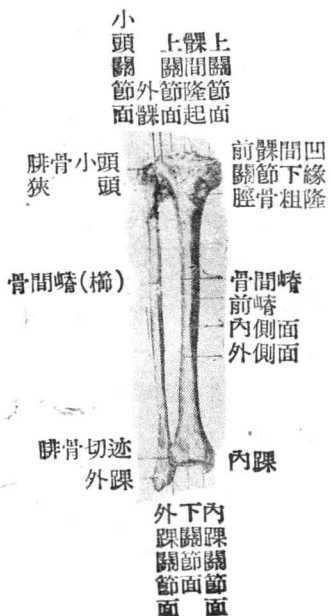
# 第十一編

## 小腿外科

小腿骨之解剖：如第518及第519圖（說明省略）

第五百十八圖  
右脛骨及腓骨前面  
（岡島教授解剖學）

第五百十九圖  
左脛骨及腓骨後面  
（同左）



## I. 小 腿 骨 之 畸 形

## Deformitäten der Unterschenkelknochen

- a) 先天性畸形 偶有發生先天性腓骨缺損，脛骨彎曲等者。
- b) 骨折後之畸形 見於兩側小腿骨之骨折，著明轉位狀態之治癒後。
- c) 佝僂病性彎曲 佝僂病小兒，與其他骨畸形同時發生脛骨之上端或下端彎曲，有時脛骨全長皆呈彎曲狀。此種小兒，步行開始期甚遲。
- d) 骨軟化症 偶有與他部骨骼同時發生小腿骨之軟化畸形（參照外科總論）。
- e) 脛骨之異常發育 小兒脛骨末端，因慢性骨髓炎，梅毒，結核等而骨端線受其刺激，骨乃呈異常發育，亦有一方彎曲者。
- f) 小腿之骨萎縮 由於前述之各種疾病，亦有因外傷性骨端縫離解骨端縫高度破壞，致起骨萎縮者，

## II. 小 腿 軟 部 之 損 傷

## Verletzungen der Weichteile des Unterschenkels

## 1) Achilles 韌之皮下斷裂

【原因】 較多見。於跳躍，疾走，突然防止傾倒之際，或角力等時因防止傾倒而發生。主見於壯年男子。

【症候】 本症又分爲 a) 全斷裂及 b) 不全斷裂。症候微有不同。

Achilles 韌斷裂之際，可聽一種聲音。

斷裂後以患側一足難於起立，於全斷裂時，往往成尖足狀態。足完全不能向足蹠面屈曲，步行困難，反之，在全斷裂，尙多少可能。



觸診局部時，於斷裂部可觸得陷凹。但於不全斷裂，或出血高度時，則不著明。（斷裂後繼續步行時，出血特多）。

【診斷】 據以上所見，診斷容易。但須與距骨之骨折鑑別。

【預後】 如不行手術療法，則長期遺留機能障礙。

【療法】 於嚴密消毒之下，行手術縫合，髓之斷端連接時。則於其原狀態之下橫行縫合，如兩端不易連接時，則以 Bayer 氏階梯狀延長術縫合之，成爲尖足狀態，以石膏帶或副木襪帶固定約三星期後，漸使運動。

### 2) 腓骨肌腱及脛骨後肌髓之轉位

【原因】 極爲小見。由於足關節之劇烈內收（腓骨肌）或外展（脛骨後肌）而起。屢兼內踝或外踝之骨折，或併有捻挫。

【症候】 a) 腓骨肌腱轉位時，髓緊張於外踝上，足偏向外側，足之內收，發生障礙。

脛骨後肌髓轉位時，髓緊張於內踝上，足偏向內側，足之外展發生障礙。

疼痛較少於神經之轉位時，雖可起立步行，但前述之運動則有障礙。

【預後】 整復雖不難，但易再發。

【診斷】 多容易，須與單純捻挫鑑別。

【療法】 施行與發生原因相同之內收或外展而整復之，置以棉紗塊，用絆創膏固定之，安靜 1—2 星期。屢次再發時，可行手術，於其上施行筋膜縫合。

### 3) 小腿神經損傷

重要者爲腓骨神經及脛骨神經之損傷。

此時足之知覺及動運皆有障礙，但因知覺神經互相連枝，故知覺障礙不著。又

第五百二十圖  
脛骨肌髓之轉位  
(做 Klapp)



運動障礙受足重力之影響，反大於受拮抗肌之影響。例如脛骨神經麻痺時，雖應受其拮抗體腓骨神經之作用及腓骨長肌及伸肌之作用，而使足尖向背側伸展，實際不然，因足尖之重力而成尖足狀態，且微取迴後之位置。

#### 4) 腓骨神經轉位

極爲少見。於足關節劇烈捻挫之際，因發生腓骨小頭之骨折，以致引起腓骨神經向外踝後方轉位。

此時發生劇烈疼痛，壓痛著明，足之運動發生障礙。

【診斷】 多容易。須與腓骨肌腱之轉位鑑別。

【療法】 手術整復，行筋膜縫合而固定之。

#### 5) 小腿血管之損傷

脛骨前動脈及脛骨後動脈於種種外傷時，每受損傷。據其部位及出血之狀態即可判明。預後不惡，但須速謀止血。

##### 小腿之主要動脈結紮法

##### 1) 脛前動脈之結紮法

脛前動脈自膈動脈分出後，通過脛骨粗隆與腓骨小頭之間，再經小腿肌肉間而下行。結紮此動脈，有三個部位。

a) 於小腿上及中三分之一部結紮法於脛骨嵴之外方約 3cm 部，在脛骨與腓骨之間，行縱切開，約 6—8cm，分開筋膜時，於脛前肌與伸躄長肌之間，可見白色結締織中隔，於此肌肉之間，行鈍體離開，再深進時，則深部之筋膜露出，分開之，則可見隨有兩條靜脈之動脈，其外側爲腓深神經，故可分離而結紮之。

b) 小腿下三分之一結紮法 於脛骨嵴外側一橫

#### 第五百二十一圖

腓骨神經麻痺  
(慶大前田整形  
外科教室)



開 5—6cm，向脛前肌與伸躡長肌之間深進時，可見隨有兩條靜脈之動脈。

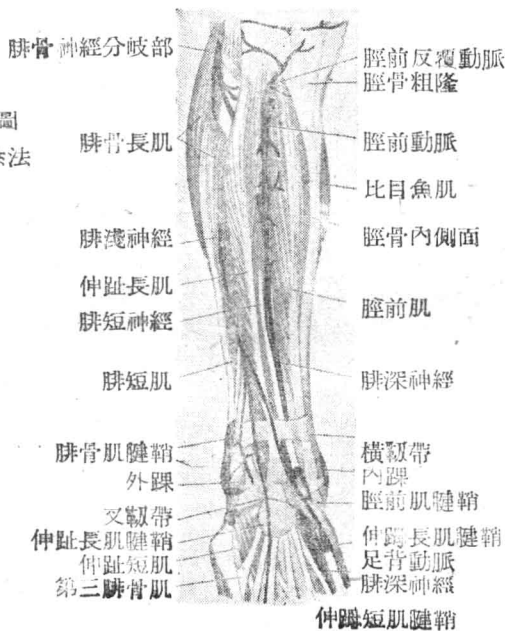
2) 足背動脈之結紮法

沿伸躡長肌之外緣，於第一第二趾之間與舟骨粗隆同高，切開皮膚約4cm，分開筋膜，沿該肌之腱與伸趾短總肌之間，深進，分開深部筋膜時，可見存於兩條靜脈間之動脈。腓長神經位於其內側，使其遊離而結紮之。

3) 脛後動脈之結紮法

第五百二十三圖

小腿前側局部解剖圖 (做 Blumberg)



第五百二十二圖  
脛骨前動脈結紮法  
皮膚切開綫



此為腓動脈之粗枝，通過比目魚肌之下，經 Achilles 腱與內踝之間而出於足蹠。

a) 小腿之中及上三分之一之結紮法 於脛骨內緣內方約 1cm 處，行縱切開約 8—10cm，分開筋膜後，將比目魚肌及腓腸肌自屈趾長肌分離，再向後方牽引，向深部以鈍體進行，分開深部筋膜時，可於兩靜脈之間，見有動脈，脛骨神經位於其後方。

b) 於外踝後方之結紮法 於外踝與 Achilles 腱之間，行 4—5cm 之弓狀切開，分開腓腸肌膜時，可見伴有兩條靜脈之動

第五百二十五圖

小腿後側局所解剖圖 (仿 Blumberg)

第五百二十四圖  
脛後動脈結紮法  
皮膚切開綫



脈。脛動脈位於 Achilles 腱之近側。

### III. 小 腿 骨 骨 幹 骨 折

Fractur der Diaphyse der Unterschenkelknochen od.  
Fractura cruris

爲屢見之疾病，多見於脛骨及腓骨。

1) 兩側小腿骨骨折 Fractur beider Unterschenkelknochen

【原因】 a) 直接暴力 例如蹄蹴，打擊，重物，降落，轢過，機械損傷，鎗創，爆彈創等而受損傷。此時，屢見開放骨折或複雜骨折。

第五百二十六圖

44 機女子之脛腓骨折  
(慶大整形外科)



第五百二十七圖

脛 腓 骨 折  
(慶大整形外科)



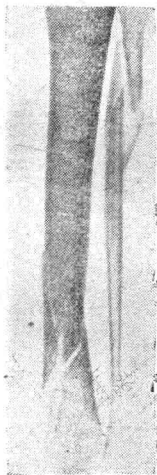
b) 間接暴力 例如因自高處墜落，足強度衝突於地面，或足爲他物所緊挾，而身體劇烈捻轉時所起。此時多爲皮下骨折，但亦有因骨折片之尖端損傷皮膚者。

本症多見於成年人。小兒，老人，婦女頗少。

【骨折型】 以中三分之一爲最多，又下三分之一，及兩者之間亦頗多，而上之三分之一則甚少。此因骨抵抗力之關係。

第五百二十八圖

小腿骨之粉碎骨折  
(慶大整形外科)



第五百二十九圖

右脛骨下端及腓骨中央部骨折  
(慶大整形外科)



骨折型以斜骨折爲最多，橫骨折則少見。有時可見螺旋骨折。或爲粉碎骨折，孔狀骨折，蝴蝶骨折（後三者多見於鎗創及爆彈創）。輕者僅呈皸裂。此外脛骨之斜骨折，有呈簧筍狀骨折者（因其形狀而有此名）（第 531 圖）。

此骨折屢兼皮膚之損傷，有時亦兼有神經，血管之損傷。

【症候及診斷】骨折之諸症候著明者，容易診斷。即有骨折痛，出血，畸形，短縮，異常運動，唧軋音，骨折片之觸知等。著明者，小腿曲折，或骨折片之尖端刺穿皮膚。於皸裂時，症候雖輕微，但有疼痛及出血。診斷困難者。行X光綫檢查確定之。

【預後】多良好。皮下骨折，約六星期可治癒。但小腿下部骨折，及甚大之斜骨折，則尚須較長時日。轉位著明時，或於骨折片間有肌肉，髓等嵌入時，則殘留假關節。

【療法】視骨折之情形而異，茲述其主要者。

i) 整復 把持膝及足，向上下強力牽引，於骨折部加以直接壓力而整復之。有時因屈曲膝關節或將小腿向左右屈曲而將骨折部整復。如疼痛甚烈，則施麻醉。

整復正確之標誌，為將足關節成直角時，其踇趾之

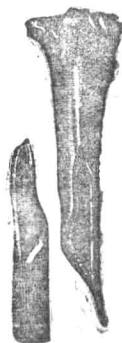
內側，內踝及膝關節之內側，須位於一直綫上。

非觀血的整復困難時，則切開局部而行手術整復。有時因Achilles 腱緊張過甚，妨害整復，此時須行切腱術。

ii) 固定 整復後，須行固定。腫脹不著明者，可自膝關節上部起至足止，施石膏繃帶（但須將足尖露出）。若局部有創傷時，則施有窗石膏繃帶。

但多數皆腫脹著明，故初起可以 Volkman 氏副木，Petit

第五百三十圖  
脛骨之螺旋狀骨折  
(仿 W. Kaco)



第五百三十一圖  
脛骨之簧笛狀骨折  
(仿 Tillmann)

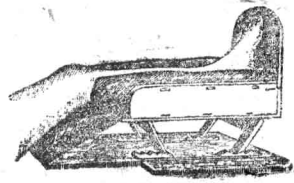


氏腿臺，Bonnet 氏鋼綫股衣等固定之。待腫脹消失，再施石膏纏帶。

iii) 此外視骨折之情形而施牽引纏帶及種種器械療法（參照外科總論）。

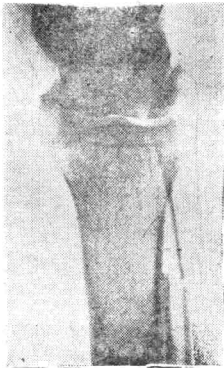
iv) 固定 5—6 星期至 7—8 星期後，施行按摩，膝及足關節之運動等。

第五百三十二圖  
Petit 氏 腿 臺



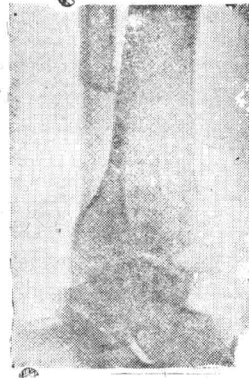
第五百三十三圖

腓骨外轉骨折（前後面）  
（慈片大山整形外科教室）



第五百三十四圖

同 左（左右面）  
（同 左）

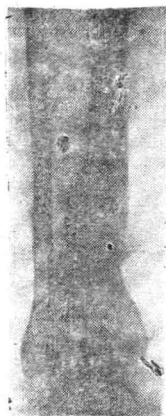


v) 開放性骨折發生傳染時，則對傳染須加處置（參照外科總論）。

2) 脛骨骨幹之單獨骨折 Isolierte Fractur der Tibiadiaphyse



第五百三十五圖  
26 歲男子之右小腿捻轉骨折  
(慶大整形外科教室)



第五百三十六圖  
13 歲男子之脛骨斜骨折  
(慶大整形外科教室)



本症比較少見。蓋因粗大之脛骨發生骨折時，細小之腓骨亦即隨而發生骨折之故。

【原因】與兩側小腿骨折相同，由於 a) 直接暴力，或 b) 間接暴力而起。

【骨折型】略與前者類似，僅轉位恆不著明，此因依健全腓骨支持之故。

【症候】雖有兩側小腿骨折之各種症候，但皆不著明，特以發生轉位者為少。但如注意觸診脛骨緣，則可見其不平，有局限性骨折痛，併有皮下出血。有時可證明異常運動及唧唧音。

轉位不著明者，雖可起立及步行，但其時皆多少有疼痛感。

【診斷】多容易。須與重症挫傷鑑別。

【預後】多良好。

【療法】與前相同。

3) 腓骨幹之單獨骨折  
Isolierte Fracture  
der Fibula Diaphyse

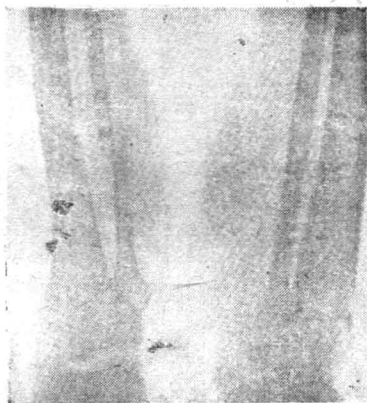
本症雖亦少見，但較  
脛骨之單獨骨折為多。

【原因】 多由種種直  
接暴力。

【症候及診斷】 因腓  
骨被有甚厚之肌層，故轉  
位不明，且可步行，因之  
診斷多困難。但屢有根據  
限局性骨折痛而下診斷者  
。有時於足運動之際，可  
聽啞軋音。確實診斷，須  
行X光線檢查。

【療法】 行石膏繃帶  
或副木繃帶三四星期。

第五百三十七圖  
右腓骨骨折  
(慶大整形外科教室)



IV. 小腿軟部之急性炎症  
Entzündungen der unterschenkelknochen

就中屢常見者為癰，蜂窩織炎，丹毒，急性淋巴管炎急性化  
膿性肌炎，等（參照外科總論）。

V. 小腿骨之炎症  
Entzündungen der unterschenkelknochen

1) 化膿性骨髓骨膜炎 Osteomyelitis et Periostitis pur-  
ulenta

本症多見於幼年之脛骨，又分二種

a) 急性化膿性骨髓骨膜炎 特多見於小兒。每犯脛骨，以骨端關節節為多。亦有幾使及全骨者。乃由化膿菌之傳染，有時以外傷為誘因。

突以體溫上昇發病。有限局性劇痛，腫脹，潮紅，灼熱。甚者步行亦有障礙。

極端急性者，呈敗血症之症狀，有發生危險者。但多起化膿，如放置之，則自行破潰，急性症候輕減。幸運時，腐骨亦一併排出，有自行治癒者。但極少見。大抵移行為慢性骨髓炎。

本症之診斷雖容易，但須與急性化膿性肌炎，急性蜂窩織炎等鑑別。

【療法】 詳細參照，外科總論。初期用熱電包，注射生理食鹽水，磺胺類藥，青黴素等，使病勢稍退，患者抵抗力稍增化膿局限，即施手術切開膿灶時立作細菌檢查，如為鏈球菌或係小孩，則不行鑿骨，倘為葡萄球菌則以圓形錐在骨端錢近處，錐一孔，用骨鉗擴大之，按 Orr 氏療法原則，填以凡士林紗布，用石膏繃帶，兩三週後換藥，再上石膏繃帶。

b) 慢性化膿性骨髓炎，多起自急性骨髓炎，由於骨內有腐骨片及慢性膿腫之故。據其既往症及骨肥厚之著明而診斷之。或時見急性發作，安靜或小兒開雖可使其輕快，但有反覆增惡者。

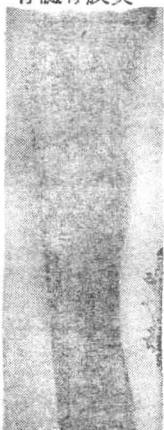
此外偶有發生原發性脛骨之慢性炎症者。Brodie 氏骨膿腫於脛骨較為多見（參照外科總論）。以採 Orr 氏療法為佳。

2) 小腿骨之梅毒 Syphilis der unterschenkelknochen  
見於梅毒之第二期及第三期。

a) 於第二期，脛骨緣中央，屢生輕度梅毒性浸潤，有夜間痛，偶有呈錢玻璃狀之扁平腫脹者。但經 1—2 星期即治癒，且不留遺跡。

b) 於第三期，則在脛骨幹形成護膜腫，初起有誤認為腫瘤者，硬度為彈力性柔軟，往往破潰而成護膜腫性潰瘍，初為脂肪樣之洞狀潰瘍，漸次成為平坦潰瘍，與骨癒着，脛骨亦肥厚。

第五百三十八圖  
巨及脛骨全部之陳舊性  
骨髓骨膜炎



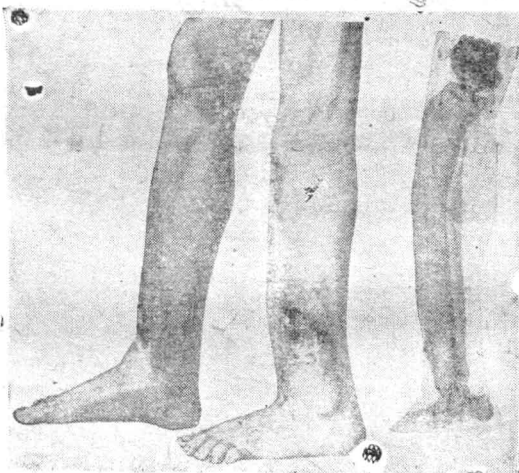
(慶大整形外科教室)

第五百三十九圖  
腓骨腐骨露出之小腿化膿性  
骨髓骨膜炎



(東大青山外科教室)

第五百四十圖  
由於先天性梅毒之小腿骨發育異常(仿 Lexer)



時有訴夜間痛者。

診斷容易，行驅梅毒療法即可痊癒（參照外科總論）。

3) 小腿骨結核 Tuberkulose der Unterschenkelknochen

本病多見於骨端，呈膝關節結核，足關節結核之症狀，見於骨幹者頗少（參照外科總論）。

## VI. 小 腿 潰 瘍

### Unterschenkelgeschwür

潰瘍如外科總論中所述，有許多種類。普通單稱小腿潰瘍者，乃指小腿之單純性潰瘍而言，靜脈瘤性潰瘍，亦屬於此。

【原因】 小腿之單純性潰瘍，多在創傷，火傷，腐蝕，種種化膿性疾患之後。有靜脈瘤時，皮膚營養不良，故於小損傷或搔抓後，即發小潰瘍，其後有漸增大者。

其他梅毒性潰瘍亦常見於小腿，初起梅毒性變化雖著明，但其後可呈與其他小腿潰瘍相同之症候。小腿之血液循環往往不良。故有潰瘍時，難於治癒，特於有靜脈瘤時，更為不良。

【症候】 小腿潰瘍，多見於下三分之一部，形狀，大小各不相同。甚有圍繞於小腿周圍者。小腿潰瘍非特極難治癒，且屢漸次擴大。

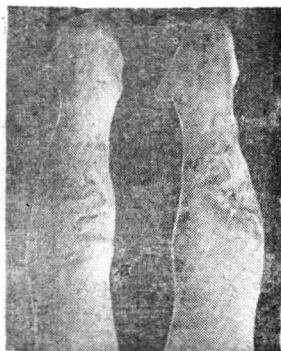
基底之肉芽組織為淡紅色，不易出血，屢被有污穢壞死物質。

邊緣微呈胼胝狀肥厚，或銳利，而無表皮之新生。

時有訴疼痛者。特以靜脈瘤性潰瘍時為著。

本症長期存在時，可於足及小腿下部發生續發性象皮病。

第五百四十一圖  
小腿護謨腫性潰瘍  
(山村博士)

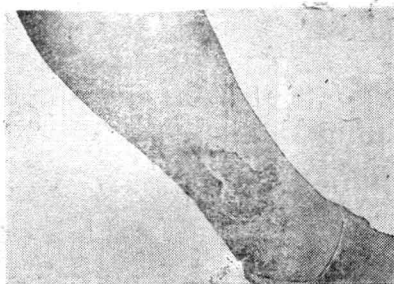


【預後】 難於治癒，或反增大。時有於此發生癌瘤者。

【診斷】 容易。與梅毒性潰瘍可據骨變化之有無及其他區別之。

【療法】 i) 第一禁止起立及步行，取臥位高舉足部，頗為重要。此因鬱血為本病不治之大原因故也。如有靜脈瘤者，治療原病亦甚重要。小潰瘍僅行以上處置亦有治癒者。

第五百四十二圖  
靜脈瘤性小腿潰瘍  
(慶大皮膚科教室)



第五百四十三圖  
小腿結核性潰瘍  
(仿 Quervain)



ii) 初起因潰瘍污穢，故於最初一二日或多日以 1% Rivanol, 4% Yatren, 2% Chloramin-T (Halomin) 等濕罨包，或行持續性或非持續性注洗術。但肉芽清潔時，即須廢止。

iii) 行日光療法，紫外線療法，透熱療法，熱電包等。

iv) 肉芽清潔後，可用 5% Scharlachrotalbe, 5% 腎上腺軟膏，硼酸軟膏等。肉芽緩弱者，可以硝酸銀棒每週腐蝕 1—2 次。近有塗以提取血漿所餘之赤血球所製之糊劑者，亦有塗以本人之血者。

v) 潰瘍治癒困難時，於其基底，切開數處，直至深部結締組織層，或於距潰瘍緣約 1cm 處，加以環狀切開，直達結締組織層（此由於本層肥厚阻礙治癒之故）。

vi) 肉芽清潔後，可行皮膚移植術。

vii) 潰瘍小者，行絆創膏療法。

即先以酒精將創瘍周圍清拭後，覆以硼酸軟膏，再貼廣大之絆創膏，約一星期後交換。本法凡不甚大之潰瘍，多於二三星期即行治癒。

此外關於梅毒性潰瘍，結核性潰瘍，癌瘤性潰瘍等，可參照外科總論。

#### VII. 小腿靜脈瘤或小腿靜脈擴張症

##### Varix cruris od. Phlebektasie des unterschenkels

靜脈瘤為小腿最多見者，高度時，亦生於大腿。

【原因】 多見於男子，特以農夫，車夫，工人等從事於立業者為多。又於下腹部腫瘤，婦女妊娠時，有發本病者。偶有因先天性靜脈壁抵抗力弱小。無特殊原因而發病者。

【症候】 最多見於表在靜脈，即隱窩靜脈之區域內。但其後亦見於深部靜脈。

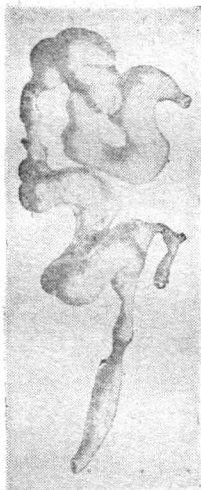
小腿之表在靜脈，瀰漫性或不規則擴張，蜿蜒，呈蔓狀，囊腫狀或海棉狀，於擴張特別著明之部位，皮膚菲薄，有青色透明者。

多無自覺症候，高度時，於小腿有緊張感。又於肌肉內有靜脈瘤時，起腓腸肌痙攣者有之。

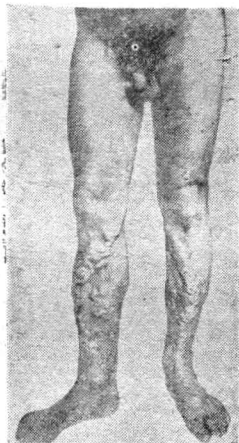
【合併症】 i) 有靜脈瘤時，小腿易生潰瘍，甚難治癒。

- ii) 時有靜脈瘤受損傷，發生大出血，而危及生命者。
- iii) 有時因細菌傳染，引起靜脈炎或靜脈周圍炎，因而發生血栓性靜脈炎或膿毒症而呈生命危險。

第五百四十四圖  
靜脈瘤剔出標本



第五百四十五圖  
兩側小腿之靜脈瘤  
(東大鹽田外科教室)



iv) 有時於靜脈瘤內形成血栓，生成堅硬結節，或石灰沈着而成靜脈石。

【預後】 靜脈瘤無自然治癒者，有時因上述之合併症而致生命危險。又輕症者雖可因治療而癒，高度者則無治法。

【診斷】 根據其特有症狀，易於診斷。但此時對於下腹部腫瘤之有無，須加注意。

【療法】 i) 原因療法即有可引起靜脈鬱血之原因，須除去之。其從事於立業者，可廢止其職業。

ii) 翻起時，使小腿高位，以彈力帶緊束之，但不能僅賴此

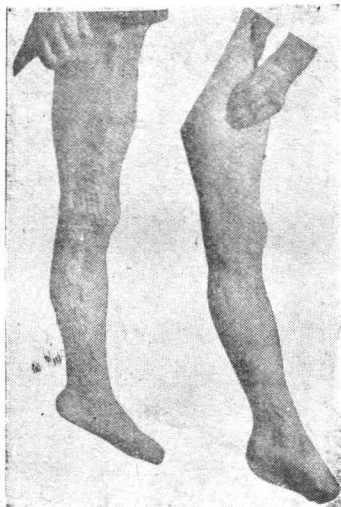


而治癒。

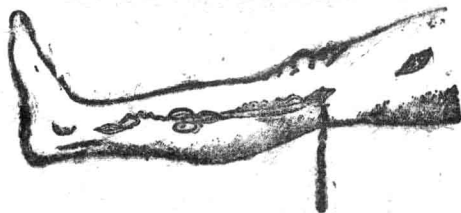
iii) Trendelenburg 氏於大腿中三分之一及下三分之一交界處，將大隱靜脈雙重結紮，切除其間之靜脈數 cm，欲確定其結果之良否，可作 Trendelenburg 氏症候之檢查。

檢查此症時，令患者橫臥，先以手將腿之血液推壓於上方，然後以手指壓迫隱靜脈幹，同時令患者起立，靜脈如易於充實時，則手術結果不佳，如隱靜脈難於充滿時，則為結紮成績良好之證。

第五百四十六圖  
Trendelenburg 氏症候  
(仿 Wilms)



第五百四十七圖  
Babcock 氏靜脈瘤切除法



iv) Babcock 氏主張將隱靜脈之全枝切除。其法即於卵圓孔之下，分離隱靜脈，施二重結紮，於其間切斷，再將其末梢端緊

縛於消息子上，於其下方皮膚作一小皮膚切開，將消息子及靜脈一同抽出（如第 547, 548 圖）如此，遂將隱靜脈之大部分摘除。

v) Rindfleisch 氏主張將下肢皮膚作梭狀切開，切至皮下，將露出於切開口之靜脈結紮之。

第五百四十八圖  
同 上（仿 Doyen）



vi) 近來 Magnesium 注射法屢為採用。

於大腿施以 Esmarch 氏帶，使其發生鬱血，於攢大之靜脈上，各部注入 Magnesium 數滴，使血液凝固，約三十分鐘後除去該帶，令其靜臥一次無效者經二三日後再行之。

### VIII. 小腿象皮病

#### Elephantiasis cruris od. Elephantiasis des Unterschenkels

象皮病於小腿最多，又分兩種。

a) 原發性象皮病，以起於人住血絲蟲者為最多，初起屢有類似丹毒之急性發作。每次遺留皮下結締織之肥厚。初起時小腿有發生浮腫性腫脹者，但漸次皮下結締織肥厚著明，有達健康側二三倍以上者。此時皮膚如有損傷，每引起可厭之淋巴漏。

b) 續發性象皮病 起於小腿之慢性潰瘍，護膜腫，骨髓炎等長期存在時，或因腹部腫瘤等壓迫主靜脈或淋巴管，以致發生

鬱血或血栓性靜脈炎，因而引起本病。

後者，發病雖較為急性，但大抵皆漸見小腿皮下結締織之肥厚。

詳細之症候，診斷，療法等，（參照外科總論）。

### IX. 小腿之腫瘤及囊腫

#### Geschwülste u. Zyste des Unterschenkels

#### 1) 軟部：—

發生纖維腫神經纖維瘤，脂肪瘤，血管瘤，淋巴管瘤，乳頭狀瘤，血管瘤，黑肉瘤，肉瘤等。

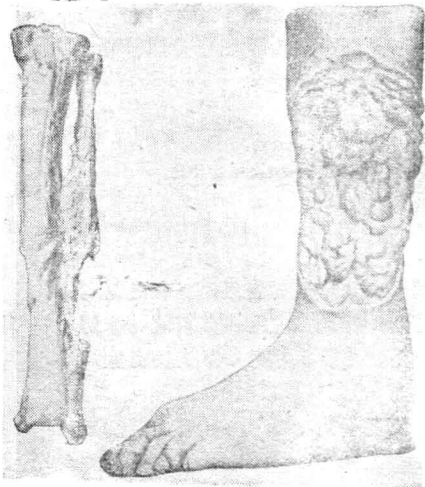
#### 2) 骨質：—

#### 第五百四十九圖

發生於小腿潰瘍之潰瘍性侵蝕性皮膚瘤，腓骨破壞者  
（仿 Lexer）

#### 第五百五十圖

續發於小腿潰瘍之腫瘤性瘡  
（慶大外科教室）



發生肉瘤，軟骨瘤，骨瘤，特多見於脛骨。

### 3) 囊腫

更爲少見，有發生粉瘤，膠質瘤（發自筋膜者頗大），包蟲囊腫，骨囊腫等。

## X. 小 腿 之 手 術

### Operation des Unterschenkels

#### 小腿截斷術 Amputation des Unterschenkels

【適應症】 本法行於小腿或足之傳染性複雜性骨折，急性化膿性骨髓炎或結核病重篤時，骨之惡性腫瘤，足關節之重症結核，足或趾之壞疽等。

消毒，麻醉與其他相同。

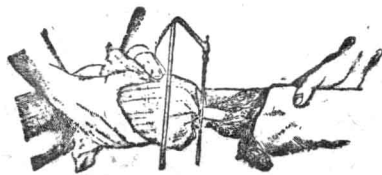
皮膚及軟部切開法。

a) 二次環狀切法 於大腿施以 Esmarch 氏橡皮管，行驅血法，以截斷刀與大腿截斷術相似，將皮膚作環狀切開達於肌膜，然後將皮膚向上部剝離，作成皮袖，如皮膚翻轉困難時，則於其一側或兩側，加以縱切開。

第五百五十一圖  
小腿截斷時，使用  
之斷端保護棉紗



第五百五十二圖  
小腿鋸斷法  
(仿 Marion)

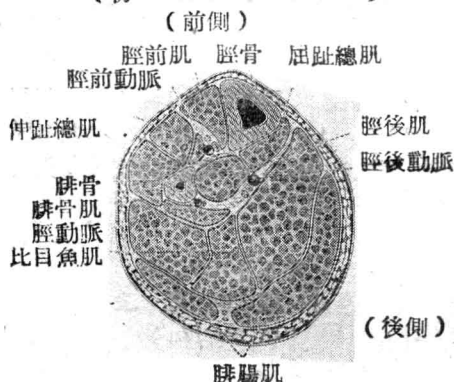


然後於皮袖附着部之近處，將肌肉及其他軟部切斷，直至骨膜，再用兩刃刀將兩骨間切斷後，再切開脛骨及腓骨之骨膜，以

骨膜剝離器，向上方剝離，以鋸將兩骨鋸斷，此時以防止軟部妨礙鋸斷之目的，將棉紗撕開三條（第551圖），包裹軟部（第552圖），或以 Percy 氏截斷端保護器（第 69 圖）保護之。又當鋸斷時，令助手把持患者之足，以免妨害鋸之運用。脛骨與腓骨須同時鋸斷。

然後將截斷端之主要神經於其上部切斷，結紮血管後（第553圖），縫合肌層使其被覆骨端，行皮膚縫合（詳細參照大腿截斷術條下）。

第五百五十三圖  
右小腿三分之一部橫斷面  
（仿 Rotter-Schonwerth）



第五百五十四圖  
前後方瓣狀切法



第五百五十五圖  
側方瓣狀切法



b) 瓣狀切法 瓣狀切法者乃避免於截斷端縫合皮膚之法。但前後方之瓣狀切法，脛骨緣甚易壓迫皮膚，故以側方瓣狀切法為佳。

瓣狀切法，有二 a) 僅行於皮膚之方法及 b) 肌層亦作瓣狀切開之方法。但骨質則

如前述之環狀切法，仍橫行切斷。此外亦有於截斷後，將骨之前緣一小部鋸去，以保護皮膚者。

c) 小腿截斷後，其負擔體重之工作，甚為重要，故須使截斷端充分堅固，因之又有多種方法。

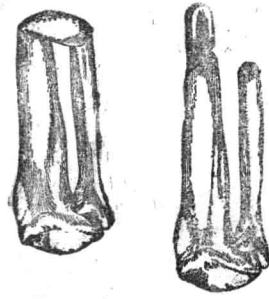
i) 但如以上所述，剝離骨膜，搔爬骨端骨髓時，可預防之 (Bunge 氏無骨膜的截斷術)。

ii) Wullstein 氏與此相反，自應行截斷術部位之周圍，

第五百五十六圖  
小腿成形的截斷術法  
(仿 Warbase)

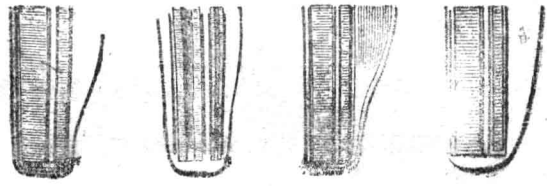


第五百五十七圖  
小腿骨成形截斷術  
(仿 Wardare)



第五百五十八圖

a Bier 氏斷端骨截形法      b Bunge 氏斷端無骨膜法      c Wilms 氏斷端健成形法      d Wullstein 氏斷端骨膜成形法



剝離骨膜，行骨截斷術後，以此被覆於骨端（Wullstein 氏骨膜成形的截斷術）。

iii) Wilms 氏視其部位之如何，以腱被覆於骨端（腱成形的截斷術）

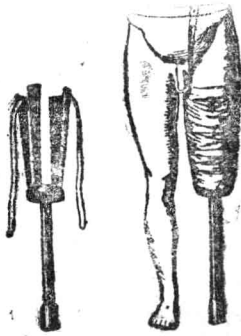
iv) Bier 氏於小腿等，自其周圍作成骨膜骨瓣，以之縫合於截斷端。但有傳染之疑時，難用此法。

v) Ritter 氏以筋膜被覆之。

vi) Hirsch 氏於普通截斷術，創傷治癒後，須早期行截斷端

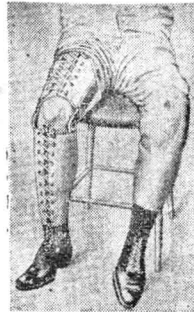
第五百五十九圖

小腿一時性義足  
(仿 Warbase)



第五百六十圖

小腿義肢  
(仿 Warbase)



按摩，踏踏練習（以其端斷踏於椅上等練習），敲打，水浴療法等，如甚堅固時，即不行特殊之成形手術亦無不可。

【義肢】 下肢先用一時性義肢，習慣後再用完成義肢。義肢有多種，因製造所而各異。近有能取日本式坐位者。

小腿之截斷術，多行於其中央，但視其疾病之情形，亦有行於上部者。此於脛骨粗隆直下截斷之，屈曲膝關節，使脛骨粗隆向下，可用此作為義肢等之支持面。

又於小腿下部行截斷術時，可以 Achilles 腱之截斷端被覆於脛骨之鋸斷面。

## 第十二編

### 足關節足及趾之外科

足及趾之解剖及生理：

A) 足骨

足骨分爲 I) 跗骨， II) 蹠骨， III) 趾骨三部。

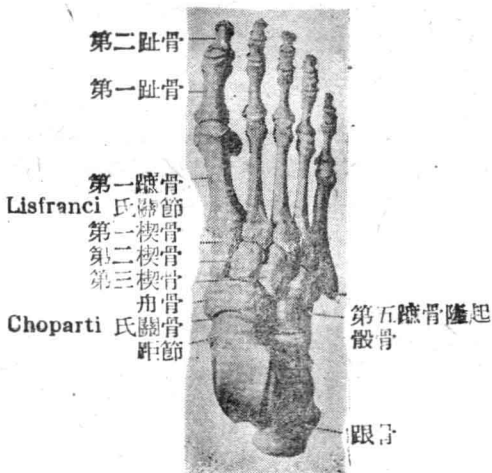
I) 跗骨

成自以下二骨。

1) 距骨

乃連合小腿骨與其他足根骨者，爲次於跟骨之大骨，此骨之  
主要部分。

第五百六十一圖  
右 足 骨





i) 上關節面爲連接脛骨及腓骨關節面之部分，名爲距骨滑車。又分爲 (1) 上關節面 (爲連接於脛骨下端關節面之關節面)，(2) 內踝關節面 (爲連接於內踝之面)，(3) 外踝關節面 (爲連接於外踝之面) 等。

ii) 前關節面。舟骨關節面 (爲連接舟骨後面之部分)。與此相接又分爲 (1) 距骨頭，(2) 距骨頸，(3) 距骨體 (距骨之主要部分) 等。

iii) 下關節面爲連接於跟骨之部分，因以三個部位與之接着，故又分爲前中後跟骨關節面。於此附近尚有外側突，後突，距骨溝，屈趾長肌溝等。

#### 2) 跟骨

位於距骨之下，以三個關節面 (前中後關節面) 與之互相連接。又於其前方以關節面與骰骨相連，其後部向後方著明突出，是名跟骨結節，形成踵部。其後面之下部爲 Achilles 腱之附着部，上方平滑，與腱之中間有粘液囊。

於隆突下方，內外側有內側及外側突，皆爲趾肌附着之處，於內側突上方，尚有載距突，於外側突上方，有滑車突。諸突之下，尚有肌肉及腱通過之溝。

#### 3) 舟骨

爲呈舟狀之骨，後方以凹陷之關節面與距骨前面連接，前方以凸出之三關節面與第一，第二，第三楔骨連接。又於其外側與骰骨接着。於此骨之內側尚有舟骨粗隆之鈍性骨突出，爲決定足根各關節位置之重要標誌。

#### 4) 第一，第二，第三楔骨

此等骨皆呈楔狀，以關節面

i) 於後方與舟骨， ii) 於前方與第一，第二，第三，趾骨， iii) 於外側與骰骨連接。第一楔骨最大，於其內側面有脛前肌腱通過之溝。

#### 5) 骰骨

如其名稱，呈骰子形，以關節面與第三楔骨，跟骨，及第五

蹠骨連接。於其前內方有腓骨肌溝，於後側又有骹骨粗隆，為蹠長韌帶附着之所。

## II) 蹠骨

成自五節管狀骨，位於三個楔骨及骹骨之前方，與各趾骨連接。此骨分為 i) 基底 ii) 體及 iii) 小頭。基底及小頭粗於體，此等蹠骨互相連接時，各骨間形成蹠骨間腔，其中有骨間肌。

於第一蹠骨小頭下方有兩個種子骨，於第一及第五蹠骨之基底，有第一及第五蹠骨粗隆，皆為小腿肌肉之附着部。

## III) 趾骨

與手指骨相同，拇趾成自二節，其他則成自三節，其形狀大致相同，較小於指骨，且稍不規則。

### B) 足部之關節

足部與手相似，有多數關節。其中脚距關節及距跟關節之運動範圍頗大，其他關節之運動範圍則甚小。

#### 1) 脚距關節

或（足關節，踝關節）

位於兩側小腿骨與距骨間之關節，距骨上面呈滑車狀與脛骨下端相接，其兩側與內外踝相連。

該關節之機能有二，即 a) 足之屈曲（蹠面屈曲及 b) 伸展（足背屈曲，此時距骨與足同時取橫軸迴轉之運動。於此關節上尚附有各種韌帶。

#### 2) 距跟關節

為位於距骨及跟骨間之關節，成自前後二部，其機能為 a) 足之外展， b) 內收， c) 旋前（

第五百六十二圖  
蹠骨關節之水平斷面



(Tv) 蹠骨 (F) 腓骨 (Ta) 距骨 (N) 舟骨 (Ch) 骹骨 (C<sub>1</sub>C<sub>2</sub> 及 C<sub>3</sub>) 第一-第二及第三楔骨 (M<sub>1</sub> 乃至 M<sub>5</sub>) 第一乃至第五蹠骨

足之外緣上舉)，d)旋後(足之內緣上舉)，而a)與b)及c)與d)皆互相關聯。

### 3) 距舟關節

爲距骨與舟骨間之關節，亦可視作距跟關節之前部，此二關節統稱爲距跟舟關節，其機能與前者相同。

### 4) 附骨關節

即指跟骰關節與距舟關節相連之橫關節綫而言。此關節之機能僅微聳足之屈伸而已。

### 5) 附蹠關節

位於第一第二第三楔骨及第一至第五蹠骨間之線狀關節聯合，其機能亦甚狹小。

### 6) 蹠趾關節

爲蹠骨與趾骨間之關節，雖可充分屈曲，但伸展之範圍則甚少。

### 7) 趾骨間關節

機能與前者略同。

8) 此外有楔舟關節 骰舟關節，楔楔關節等，此等關節間常有一定之互相關聯。

此外關於足部之囊及粘液囊，於以後各項中述之。

### 足關節之機能

#### 1) 足背屈曲

爲足尖向足背高舉之動作，主行於踝關節。

#### 2) 足蹠面屈曲

與前者相反，乃足尖向足蹠下方之運動。

#### 3) 外展

即足尖於水平位向外方動作之謂。

#### 4) 內收

與前者相反，足尖向內側運動。

#### 5) 旋前

乃指足外緣上舉之動作而言。

6) 旋後

乃指足內緣上舉之動作而言。

以上 3, 4, 5, 6 皆由於距跟關節及距舟關節之機能，而 3 及 5, 4 及 6 常互相關聯而動作。

### I. 足及趾之先天性畸形

稍少於手指之畸形，亦如手指所發生之種種畸形，有時與手指畸形合併發生，茲述其主要者。

1) 駢趾 Syndaktylie

為最多見者，兩趾，甚或全部足趾，呈先天性癒着，可行手術治療（參照手指項下）。

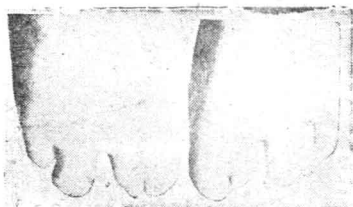
2) 剩趾 Polydaktylie

時或見之，多存於拇趾或小趾側，可行手術治療。

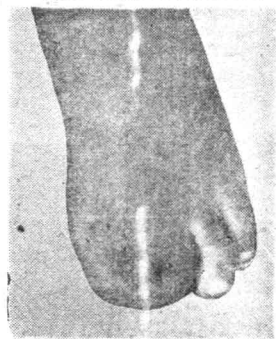
3) 缺趾 Ektodaktylie

趾之一節或全體缺如。

第五百六十三圖  
駢 趾  
(慶大外科教室)



第五百六十四圖  
五歲女兒之駢趾  
(慶大整形外科教室)



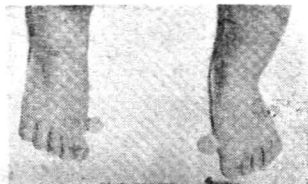
第五百六十五圖

剩 趾  
(慶大外科教室)



第五百六十六圖

兩側剩趾  
(慈大片山整形外科教室)

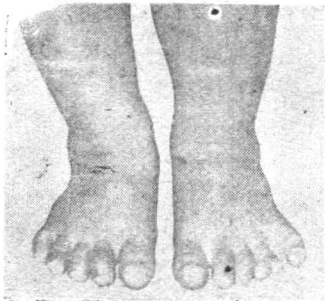


## 4) 裂足 Spaltfuss

爲先天性足分裂，有時合併缺趾。

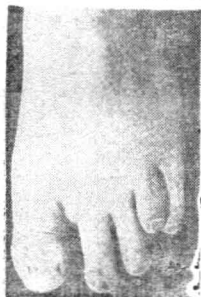
第五百六十七圖

剩 趾  
(慈大片山整形外科教室)



第五百六十八圖

短 趾  
(慶大整形外科教室)



## 5) 小趾及短趾 Mykrodaktylie u. Brachydaktylie

先天性足趾異常小或短者。

第五百六十九圖  
先天性限局性巨趾  
(慈大片山整形外科教室)

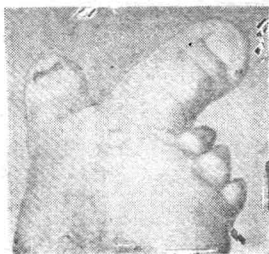


第五百七十圖  
同左 X 光綫像



6) 巨趾 Makrodaktylie  
與前者相反，足趾奇大。

第五百七十一圖  
一歲女孩之先天性巨趾  
(慶大整形外科教室)



第五百七十二圖  
同左光 X 綫像  
(同左)



7) 足及小腿之巨大發育 *Riesenwuchs des Fusses u. Unterscheukels*

足異常巨大，有時小腿亦同時異常巨大。本症與象皮病不同，不僅周圍粗大，其長度亦大。又非僅限於軟部，骨質亦然。本症甚著者，可行截斷術而用義肢。

8) 足關節之先天性畸形 *Angeborene Missbildung des Fussgelenks*

極少見。本症由小腿之內踝或外踝，或小腿骨之先天性缺損而成，可視為足之先天性攣縮。

9) 足攣縮 *Fusskontracturen*

見於先天性或後天性，容末項述之。

## II. 足 攣 縮 *Fusskontracturen*

足之攣縮有 a) 先天性及 b) 後天性之別，又分爲下述數種：

- 1) 馬足或尖足 *Pes equinus, Pferdfuss od, spitzfuss*
- 2) 踵足或鈎足 *Pes calcaneus od, Hakenfuss*
- 3) 內翻足 *Pes Varus od, Krumpfuss*
- 4) 扁平足 *Pes planus od, Plattfuss.*
- 5) 凹足 *Pes cavus od, Hohlfuss*

- 1) 馬足或尖足 *Pes equinus, Pferdfuss od, Spitzfuss*

【原因】 本症爲屢見之疾病，有種種原因。

a) 先天性者。頗少，尤以純粹之尖足爲極少，多呈內翻馬足之狀態，乃由胎生時代，足被強度壓迫於內方之故。

b) 後天性者屢可見，又有數種。

i) 麻痺性馬足 在小兒脊髓麻痺，脊髓損傷等，小腿肌肉發生麻痺時，足因自己重力關係向足踵面沈降，漸次成爲尖足狀態。

ii) 在慢性重症疾病患者長期臥床時，即使無肌肉麻痺，足亦可漸次向足趾面沈降屈曲而成爲尖足。

iii) 外傷性馬足 於足關節脫臼骨折時，有成爲馬足之狀態者。

iv) 因種種足關節炎症，癱瘓收縮（腓腸部之火傷，皮膚缺損，蜂窩織炎等）亦可續發尖足。

【症候】 足於脚距關節固定於趾面屈曲之位置，視其原因如何，初起雖可稍能運動，其後則足背難於屈曲，關節骨亦有變化，因之漸取旋後及內收之位置，終成內翻馬足。

又於高度尖足，其足趾著明凹陷，名爲凹足。

尖足輕度者，以足尖步行，但高度者則須以趾背或足背步行（第 573 圖）。

【療法】 i) 預防。種種疾病，特於前述原因中 ii) 及 iii) 等病，將起足之攣縮時，可將足於直角位按摩，或行皮膚移植。

ii) 既發本病者，則對其原因疾病，施以治療，且行局部療法。例如對於麻痺性尖足行髓移植，電氣療法，按摩等，對於外傷性尖足治其脫臼，或整復其骨折，由於癱瘓收縮者，則行手術療法。

iii) 尖足輕度時，有可藉強力矯正法而矯正者（但此時多需要麻醉），其後行石膏繃帶 3—5 星期，漸令行按摩，自動及他動運動。此外尚有後療法，Bayer 氏主張於鞋之尖端裝置彈性牽引帶。此外以同一目的，有 Hudson, Goldschmidt 等之靴。

非高度之尖足，用第 575 圖所示之裝置，以 5 至 10 呎之

第五百七十三圖

尖 足

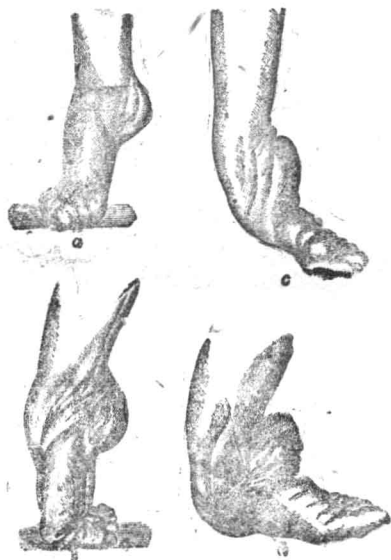
（由於前附骨肌麻痺之鈎凹尖足）

（做 Duchenne）





第五百七十四圖  
各種程度之尖足



第五百七十五圖  
Hudson 靴



重力，每日牽引二三次，每次十五分鐘，有可達到目的者（仿 Lange）。

iv) 對於麻痺性尖足屢行脛移植術。

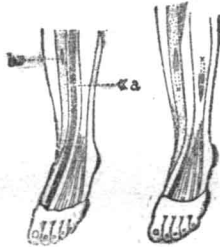
即先將 A hilles 氏韌切斷或引長後，於小腿前側下方，行 6—7cm 之縱切開，露出麻痺之脛前肌，於其下部穿一小孔，再將位於其外側之健全伸躡長肌韌於足關節之稍上方切斷，使其中樞斷端通過前述之脛前肌之孔，縫合固定之，更將脛前肌之韌縫合固定，再將脛肌韌縫合縮短之，將伸躡長肌之末梢斷端縫合於伸趾長肌（Nicolandoni）。

又 Lange 氏行骨膜韌移植法，即如第 577 圖所示，將麻痺

之腱短縮而固定於骨膜上。

第五百七十六圖

Nicoladoni 氏腱移植法



第五百七十七圖

Lange 氏骨膜腱移植法



v) Achilles 腱切斷術行於腱之高度攣縮時。此有二法。

a) 單純 Achilles 腱切斷術

局部消毒後，足向足背屈曲，使 Achilles 腱緊張於跟結節附着部之稍上方，以 Dieffenbach 氏之切腱刀刺入腱之前方，以拇指當腱之反對側，調正其尖端，同時於皮下切斷該腱，此腱如完全截斷時，則足向足背側，如仍不充分，將足向背側強度固定時，則所餘之腱亦均斷裂，將足固定於足背位，經 4—5 日，行後療法。

b) 皮下成形的 Achilles 腱切斷術（仿 Bayer）。如前法將 Achilles 腱緊張後，在其附着部之上方 10—15cm 處，於腱之正中綫刺入以腱刀，更向內方切斷腱之一半，然後於 Achilles 腱附着部之上方 2—3cm 處，再定切腱刀刺入正中綫，切斷其外側之一半後，將足向背部強度固定時，乃發生一種音響，而足亦同時被固定於背側。

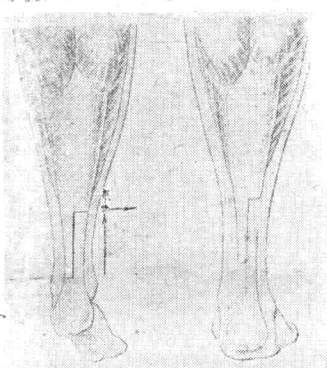
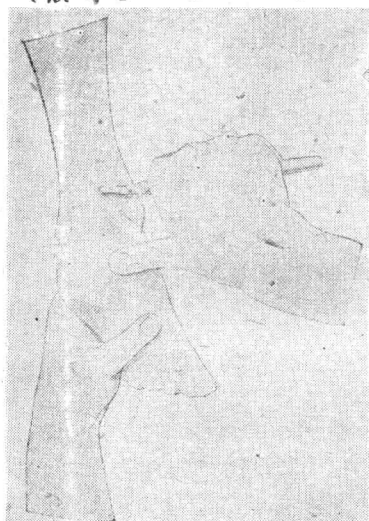
本法較前法可使腱之延長隨意加減，且治癒之結果亦佳。

vi) 開放性 Achilles 腱切斷術又有數法。

a) Bayer 氏階狀段或 Z 狀延長術。如第 579 圖，於腱之上下反對側，各切斷一半，自正中分開，將腱延長而縫合之。

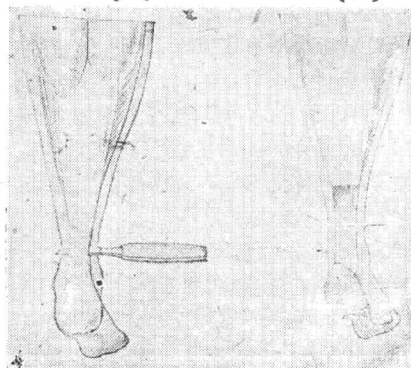
第五百七十八圖  
Achilles 腱切斷術  
(倣 Valpius u, Stoffel)

第五百七十九圖  
Bayer 氏階段狀腱延長術(同上)  
(倣 Valpius u, Stoffel)

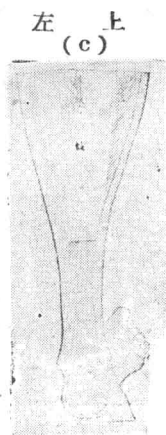


b) Priolau 氏階段狀延長法。如第 580 圖，將腱分為前後兩葉，切斷而縫合之。

第五百八十圖  
Priolau 階段狀腱延長術



前葉  
後葉



c) 此外尚有 Hecker, Sporum 氏等之法。

2) 踵足或鈎足 Pes calcaneus od, Hakenfuss

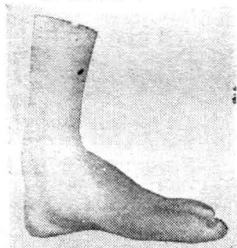
與前者相反，足呈過度足背屈曲。

【原因】 極為少見， i) 先天性者，有時於子宮內，因足部

第五百八十一圖

第一度之踵足

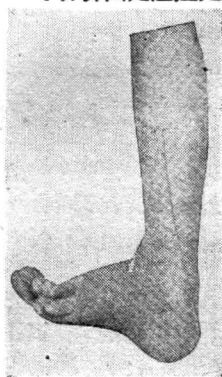
(由於 Achilles 腱斷裂之輕度  
外傷性踵足)



第五百八十二圖

第二度之踵足

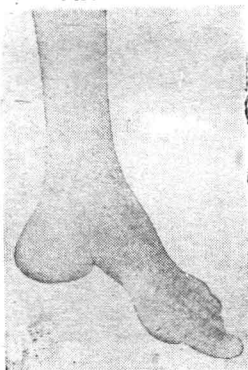
(合併凹足之踵足)



第五百八十三圖

第一度踵足

(做 Keen)



第五百八十四圖

同左X光綫像

(做 Brun 氏教室)



受異常壓迫而起本病，輕度者，至開始步行時，則成爲正常。

ii) 後天性有因脊髓性小兒麻痺引起本症者，但多合併外翻足（外翻踵足）

iii) 外傷性者可因足關節之脫臼，骨折，Achilles 腱之破裂等而發生。

或亦有由於火傷等後之瘢痕攣縮者。

【症候】 又分爲二種。

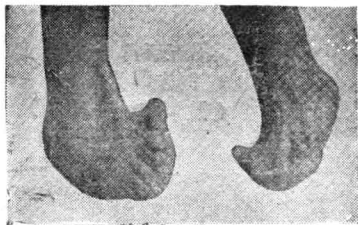
- a) 第一度踵足 患足單純向足背屈曲，有時合併外翻足。
- b) 第二度踵足 足向足背屈曲，且足踵下降，屢合併凹足。

【療法】 視其原因及病期而異。

i) 先天性者，程度不甚高時，可用內翻足之療法，如按摩，支持器，石膏繃帶等，而矯正爲尖足之位置。用 Volkman 氏裝置時，與尖足相反，於足踵牽引之。

第五百八十五圖

（兩足火傷後之瘢痕性攣縮）  
（慈大片山整形外科教室）



ii) 由於瘢痕攣縮者，行成形手術。

iii) 由於 Achilles 腱破裂者，使足踵至正常位置，而行 Achilles 腱縫合。

第五百八十六圖

Volkman 氏踵足矯正靴



vi) 脊髓前角炎等時，因發生腓腸肌麻痺而起本病者。先矯正其畸形，然後將麻痺肌瓣移植於伸側之健康腱上。

v) 高度變形者，因矯正困難，可將跟骨之一部切除而矯正其畸形。

3) 內翻足或蹇足  
Per varus od, Klumpfuss

本症乃指足向內側者而言，為屢見之疾病。

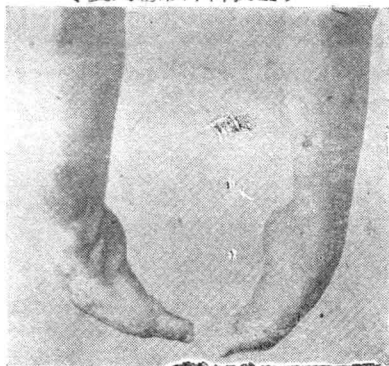
【原因】有種種。

i) 先天性者為最多，男多於女，多為兩側者，一側者多見於左側，往往合併馬足（先天性內翻馬足）。

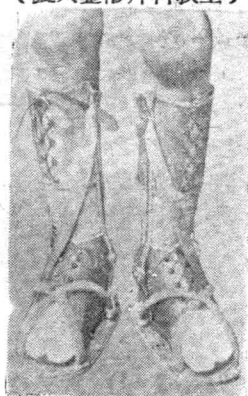
第五百八十七圖  
三歲女孩之內翻足  
(慶大整形外科教室)



第五百八十八圖  
二十七歲女子之高度內翻足  
(慶大整形外科教室)



第五百八十九圖  
同左患者（內翻足靴裝置）  
(慶大整形外科教室)



本症由於小兒胎生時期，兩足於旋後及內收之位置受高度壓迫而生，雖可隨步行而漸次恢復常位，但高度者，尤其肌肉及骨有發育障礙時，雖至成長，亦呈著明之異常位置，本症有時可證明遺傳關係（第 590 圖）。

偶有因先天性脛骨或一二跗骨缺如而起高度內翻足者。

ii) 後天性者，因種種腦脊髓疾患於足之肌肉發生麻痺，可引起麻痺性內翻馬足。又於衰弱小兒，雖無麻痺，如長期臥床時，亦可漸次引起本病，此時多為一側性者。

【症候】起初畸形雖為輕度，但隨其起立步行，因體重之負擔，畸形乃更增重。

最初患兒以足內緣步行，漸次因足之旋後增甚，乃以足外緣，甚或以足背步行，足趾則向內上方。

此時足背之皮膚呈胼胝狀肥厚，屢於皮下形成偶發性粘液囊，有時化膿。其後骨，關節之畸形更甚遂起腿之廢用性萎縮。

【療法】 i) 徒手矯正法及絆創膏療法。

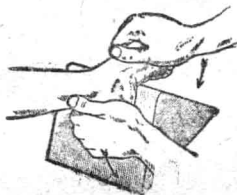
第五百九十圖  
先天性內翻足（父及三子）  
（做 Borchard）



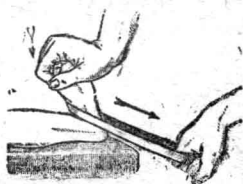
第五百九十一圖  
內翻足徒手矯正法



第五百九十二圖  
Lorenz 氏  
內翻足矯正法



第五百九十三圖  
Lorenz 氏  
內翻足矯正法



本法對於一歲以下之小兒，幾可全部治癒，矯正右足時，以右手握足關節之上方，以左手握足，徐加壓力，使患足取旋前及足背屈曲之位置（或將患足置於術者胸前而矯正之），此種操作，每日行二次，每次 5—10 分鐘。行此法數次，足易於矯正時，

第五百九十四圖  
絆創膏帶條之內翻  
足矯正法



第五百九十五圖  
內翻足矯正固定法  
（用絆創膏者）  
（做 Warbase）

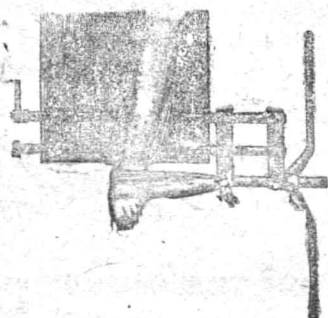


第五百九十六圖  
Oettinger 氏內翻  
足矯正繃帶法

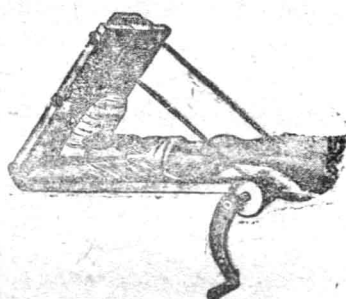




第五百九十七圖  
Lorenz 氏 矯 正 法



第五百九十八圖  
Schultz 氏 矯 正 法

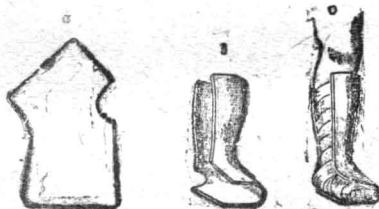


取寬 2—3cm 之長絆創膏，自足背中央開始，纏繞足趾，垂直上昇於小腿外側，粘於小腿之中央（於外髁部墊以棉花，以防發生褥瘡）。絆創膏每二三日更換一次，每交換時，更行矯正法。經度者，數月可治癒。關於此術尚有種種方法。

第五百九十九圖  
Sayre 氏內翻足矯正靴



第六百圖  
Köni<sup>sc</sup> 氏毛氈副子



ii) 高度內翻足，尤為一歲以上之患者，可於全身麻醉之下，行強力矯正法，或用特殊整形裝置（Lange, Gocht, Lorenz

等)而矯正之,再加石膏繃帶。用石膏繃帶時,特須注意,勿障礙足之循環,每兩星期交換一次,交換時,可行按摩及矯正法。石膏繃帶,平均須持續四個月以上,其後須注意後療法。

iii) 此外整形療法尚有種種內翻足靴,插板,矯正繃帶法等(參照整形外科書)。

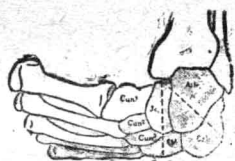
4) 手術療法

姑息療法難於治癒時,則行手術。

第六百零一圖  
內翻足矯正手術  
皮膚切法



第六百零二圖  
內翻足之骨鉗斷綫  
(做 Marion)

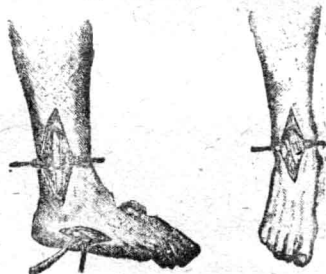


i) 將跗骨於背側及外側行楔狀切除,固定於正常位置,或有切除距骨者。

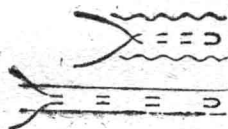
ii) 對於麻痺性攣縮,以麻痺之髓,移植於健康髓上。

Achilles 髓攣縮高度者,可切斷 Achilles 髓,或引長之而行姑息療法。

第六百零三圖  
髓移植法



第六百零四圖  
行編縮縫合 (Raffnaht)  
之髓短縮法 (做 Lange)



又有將過度牽引之伸展髓如第 604 圖使之短縮者。

5) 扁平足及外翻足 *Pes planus od. Plattfuss u. Pes valgus od. Knickfuss*

又分爲下述三種。

第六百零五圖  
扁 平 足  
(做 Cemach)



第六百零六圖  
外 翻 扁 平 足  
(做 Cemach)



- a) 扁平足 主要由於足穹窿下降而足蹠平坦。
- b) 外翻足或屈曲足，與足穹窿無關而足向外側屈曲者。
- c) 扁平外翻足 指前二種合併發生者而言，即是蹠扁平，同時且向外側屈曲之謂，此種爲最常見。通常與a)併稱爲扁平足，純粹之屈曲足極少見。

【原因】 a) 先天性者，較爲少見，由於胎生時代，足在子宮內，受高度壓迫而起，足蹠往往亦屈曲，因呈外翻鉤足之症狀，亦有由於腓骨或跗骨之發育障礙者。

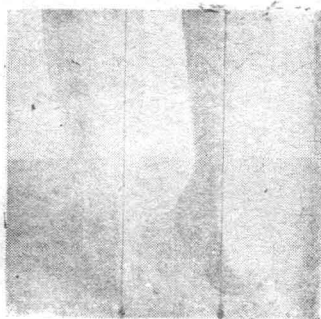
d) 後天性者，起於種種原因： i) 衰弱小兒因長期從事立業，屢以負担畸形而起本病。又佝僂病性小兒易起本病。

ii) 於脊髓性小兒麻痺時，屢引起麻痺性外翻馬足。

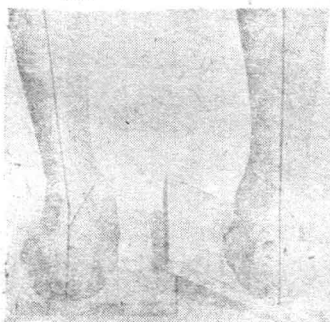
第六百零七圖  
由於後脛骨肌腫斷裂發生之  
右側外翻扁平足



第六百零八圖  
同左後側面



第六百零九圖  
兩側外翻扁平足  
(右足以斜面板矯正之)  
(做 Quervain)

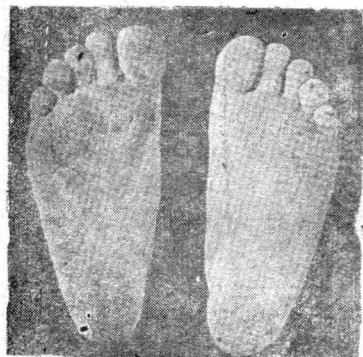


第六百零十圖  
同左前側面  
(兩足內緣偏外方)  
(矢綫表示正常之足內緣)



iii) 因踝骨折，足關節之複雜骨折，骨髓炎，骨結核，癰疽  
收斂。

第六百十一圖  
扁平足之足蹠  
(桂博士)



第六百十二圖  
扁平足疼痛點  
(倣 Cemach)



【症候】視其輕重而稍有不同。

a) 他覺症候 足長且寬，足穹隆降下，足成扁平，高度者，於足蹠可見隆起（因向舟骨及距骨下方凸出之故）或向外側突出，頗似以足蹠內緣步行。

b) 自覺症候 各不相同，或經過中毫無症候，或兼有下述症狀。自扁平足者，步行時易於疲勞，不能長途步行。於長時間起立或步行時，足有鈍痛，其特徵為跗骨劇痛（Gosslin 氏少年跗骨痛）。此由骨之壓迫及韌帶之牽引，特於第 612 圖所示部位，發生疼痛。但此等疼痛可因靜臥而痊癒。

【診斷】—多容易。但確定其程度時，可令浸足於水內，在地上步行，或於足蹠上塗以墨汁，令其踏印於白紙。此外亦有用扁平足鏡者。

【預後】非極惡。特以輕度者，易於治癒。

【療法】i) 先治其原因疾患，即於衰弱小兒，改良其營養，於佝僂病及其他亦須加以處置。

第六百十三圖  
正 常 足 蹠



第六百十四圖  
腫 足



第六百十五圖  
凹 足



第六百十六圖  
初 期 扁 平 足



第六百十七圖  
中 等 度 扁 平 足



第六百十八圖  
高 度 扁 平 足



ii) 體操練習 以手行足肌之按摩，時令其行充分之旋後練習。或行強力矯正法後，施以副木纏帶，然後按摩。

iii) 扁平足靴 為高腰靴，足蹠內方增高(0.5—1.5cm)，於足窩下方墊以堅固之皮革，橡皮，或鋼鐵發條，作為支持綳

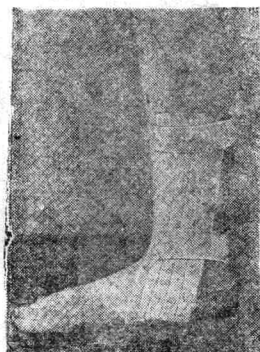
第六百十九圖  
Volkman氏  
扁平足靴



第六百二十圖  
扁平足靴

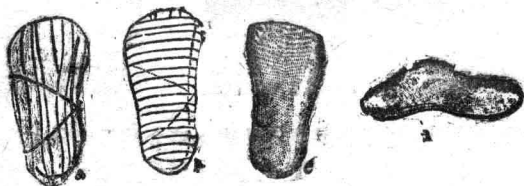


第六百二十一圖  
扁平足絆創膏療法  
(做 Warbaee)



iv) 插板 雖有單純皮革，橡皮等製成之插板，置襪或鞋內，使足臄增高之法，但直接購買坊間出售之插板應用者，其效甚小。Lange 氏先作石膏模型，再據模型予以適合之火綿液鋼鐵綫插板。

第六百二十二圖  
Lange 氏扁平足插板



v) 高度者行手術矯正之，或行關節剛強法。  
(6 凹足 Hohlfuss od. Pes cavus)

指足趾之陷凹異常著明者而言。但本症多併有內翻足，馬足，踵足等，單獨發生者極少。

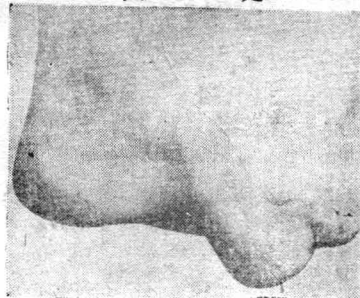
輕度者無障礙，高度者，於蹠趾關節附近發生疼痛者有之。

此時雖可因按摩及體操練習而矯正，但無效果時，則可於皮下切斷足蹠肌膜，矯正畸形後，行石膏繃帶。

第六百二十三圖  
扁平足插板



第六百二十四圖  
凹足



### III. 趾之後天性攣縮 Erworbene Kontraktur der Zehe

#### 1) 蹠趾外翻 Halus Vulgus

歐美人因自幼年即着尖狹之鞋而引起本症。如第 625, 626, 629 等圖所示，蹠趾著明外展，他趾重疊於其上，趾關節，亦成畸形。

#### 2) 趾之屈曲攣縮 Flexionkontraktur der Zehen

亦名槌趾。見於歐美人，因着過短之鞋，以致足趾向足蹠屈曲。亦偶有為先天性者。以第 628 圖之副木固定之。



## 3) 纏足

見於中國婦女，即踵足合併高度之趾屈曲纏縮。

第六二五圖  
踵趾外翻



第六二六圖  
踵趾外翻及小  
指內翻



第六二七圖  
植趾



第六二八圖  
植趾矯正法



第六百二十九圖  
內翻趾  
(千葉醫大瀨尾外科教室)



第六百三十圖  
纏足  
(中國婦女)



#### IV. 足關節部之創傷 Wunde der Fussgelenkgegend

足關節部之創傷爲屢見之疾病，茲擇其特殊者述之。

##### 1) 韌之損傷 Verletzungen der Sehne

於足關節或足背側之損傷時，有發本症者，此時立即發生劇

等髓之機能障礙。

創傷清潔者，即行髓縫合，若有傳染，則須待傳染治癒後，再行縫合。

### 2) 韃鞘之損傷 Verletzungen der Sehnenscheide

此亦為見於足關節或足背側損傷時之疾病，於新鮮創傷可見透明之滑液性液體漏出。有時因其傳染而起急性化膿性韃鞘炎，有發生疼痛，腫脹，機能障礙者。

療法與一般相同。

### 3) 關節之損傷 Verletzungen der Gelenke

足部有踝關節距跟關節 Chopart 氏關節，Lisfranc 氏關節等。足之關節皆互交通。

於足關節或足部發生刺創，鎗創，爆彈創等，而達於深部時，屢有傷及此等關節者。特以異物侵入關節內時，易起傳染。

創傷大者，可直接見關節之損傷，或可見自創傷漏出之滑液性液體，創小者則不明。以消息子檢查，則診斷確實，然因其有傳染之虞，故不可行。

無傳染者，雖能如普通之創傷治癒，但有傳染時，則起足關節等之急性炎症，而有疼痛，腫脹，機能障礙，體溫上昇等。

無傳染時，令其安靜，與普通之創傷同樣處置。有傳染時反是，須切開排膿。

### 4) 血管之損傷 Verletzungen der Gefäße

脛前動脈，脛後動脈，腓神經等損傷時，各呈其特有症候。

## V. 足關節之挫傷及捻挫

### Kontusion u. Distorsion des Fußgelenk

【原因】挫傷由於直接暴力，或自高處直立墜落，足顛度衝擊於地面而起。捻挫反是，則為常見之疾病，起於足關節，亦如，脫臼或骨折等之種種機轉（但其暴力為輕度者）以致發生異常之外展，內收，旋轉，屈曲等而起。有時併有關節韌帶，關節囊

之破裂，或骨折。

【症候及診斷】於外傷直後，關節內有出血。關節附近亦有發生輕度出血者，但無骨折時之著明。

有疼痛，於足運動時更著，但無骨折時之劇烈，亦不限局於一部。

因疼痛及腫脹，而發生機能障礙，但一般皆經數日而輕快。

本症多易診斷，重症，則須行X光線檢查。

【預後】不惡。但於初期如不充分治癒，有長留鈍性疼痛者。又於捻挫之後，可引起足關節結核。

【療法】初期安靜，行濕罨包，經數日後行按摩，自動及他動運動，或行種種物理療法。

#### VI. 小腿骨下端之骨折

##### Fractur des unteren Ende der unteren Schenkelknochen

有1) 踝上骨折，及2) 踝骨折二種。兩小腿骨下端之骨端綫離解，極為少見。

##### 1) 踝上骨折 Supramalleoläre Fractur

本症即於踝骨上方 2—3cm 部發生骨折之謂。

【原因】 a) 直接暴力 例如因櫟過，鎗創，爆彈創等而起者。

b) 間接暴力 例於因自高處直立墜落，足強度衝突於地面，或因足部強度內收而起。

【骨折型】骨折多見於腓骨，亦有同時見於脛骨者。

骨折型多為橫骨折，斜骨折，有時亦可見捩轉骨折，粉碎骨折，楔入骨折，轉位有著明者，有不著明者。

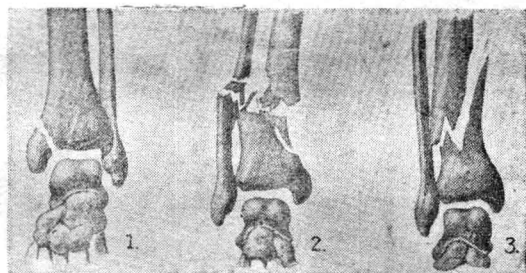
【症候】骨折片之轉位頗不相同，或向側方（左右徑增大），或向後方（前後徑增大），或楔入於兩骨之間（徑之增大不著明）。但轉位不著者亦有之。此外於小腿之下部可見屈折，短縮，又有可觸得骨折片者。但亦有不明者。

骨折痛一般皆顯著，於足節節之上部有限局性壓痛，或於小腿之縱軸敲打足部時，發生疼痛，起立步行幾不可能。但於楔入骨折轉位不明時，仍可起立步行，然多訴劇痛。

【診斷】 多容易，但須與足關節之脫臼及捻挫鑑別。

【預後】 不惡。

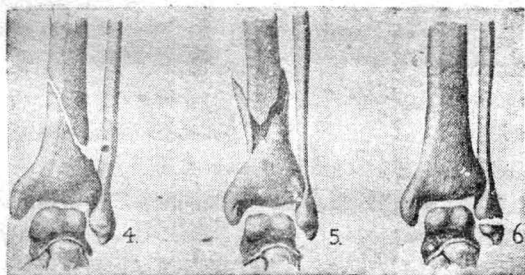
第六百三十一圖  
小腿骨下部之種種骨折型



內踝單獨骨折

小腿下三分之一部脛骨及腓骨之複雜骨折

下三分之一部脛骨斜骨折



無轉位之脛骨下部斜骨折

脛骨下三分之一部螺旋骨折

外踝單獨骨折

【療法】 腫脹著明時，施以一時性副木纏帶，經5—6星期後，除去之行後療法。

2) 髁骨折 *Fractur der Malleolen od. Knöchelbruch*  
較為常見，根據其發生情形又分為1)內收或旋後骨折，2)外展或旋前骨折，3)迴轉骨折。

【原因及症候】 視上述之各種而不同。

第六百三十二圖  
脛骨內外踝骨折  
(慶大整形外科教室)



第六百三十三圖  
小腿內外踝骨折  
(慶大整形外科教室)



a) 內收或旋後骨折，亦名翻轉骨折。

由於足之強度捻挫，以致足內收或旋後而起。踝骨附着之韌，因而強度牽引，或致韌斷裂，或引起外踝之骨折。

定型者，呈內翻足之狀態，可證明踝骨之異常運動，啣刺音，或可觸得骨折片。

但骨膜之破裂不著時，症候亦不明瞭，僅可見局限性骨折痛及出血。出血多不著明，但有時合併關節內出血，雖大抵皆可起立步行，但感疼痛。

b) 外展或旋前骨折亦名翻轉骨折。

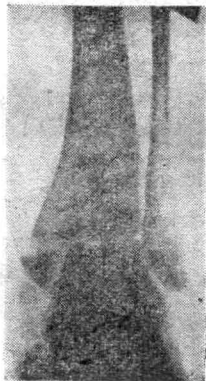
較前者為多見之疾病。同由于強度捻挫時，足部劇烈外展或旋前，外踝因起骨折，屢合併腓骨骨折。

此時腓骨之骨折綫，自後上向前下，為其特徵。亦名為 Dupuytren 氏骨折。

多有限局性骨折痛，皮下出血，機能障礙，注意檢查，可觸得骨折綫及骨折片，時呈異常運動，叩軋音（亦有不明者）。

第六百三十四圖

脛骨內踝骨折（27歲女子）  
（慶大整形外科教室）



第六百三十五圖

內踝部之內收骨折及腓骨之捻轉骨折（做 Quervain）



定型者呈外翻足或屈曲足之狀態，足偏傾於小腿縱軸之外側，內踝及脛骨端著明突出。頗似足關節之寬度增加。但如強度壓迫兩踝則此等畸形可漸不明。此時有劇烈疼痛。

更注意檢查之，屢可證明腓骨骨折。

c) 迴轉骨折

起因於種種機會足劇烈 Torquieren 時，多由於外方迴轉。發生內踝及外踝之骨折，有時合併腓骨或距骨之骨折。

足尖向外側著明迴轉（屢達 90 度），於內踝及外踝腫脹疼痛，特以內踝為甚。但異常運動及唧軋音著明者甚少。較少機能障礙，又併有如前述之腓骨或距骨骨折之症候。

【診斷】骨折片轉位著明者，診斷多容易，否則須與捻挫鑑別。

【預後】行適當療法，即治癒，但如不充分行後療法時，易起關節強直。

【療法】腫脹高度時，先行按摩，促進血液之吸收，再使足關節成直角，跗趾內緣與膝蓋內緣位於一直線上，施 Volkman 氏副木，將足高舉。

腫脹消失後，行牽引及壓迫矯正骨折片之轉位，使足取前述之位置，而施石膏繃帶，或行副木繃帶，但繃帶每隔 8—10 日交換一次，檢查局部，令其行按摩及足關節之運動。繃帶經 5—6 星期除去之。再行後療法。

有時可行手術療法。

## VII. 足 骨 骨 折

### Fractur der Fussknochen

足部雖屢有外傷，但骨折則比較少見，此乃由於足之各骨堅固且微有可動性之故。

#### 1) 距骨骨折 Fractur des Talus

多合併於距骨之脫臼。亦有由自高處墜落，足強度衝突於地面，暴烈之旋前旋後，或轉位，鎗創，爆彈創等而發者。

【骨折型】以距骨中抵抗力最弱之頸部發生骨折者為多，距骨體部則甚少。多為橫骨折，但有於水平綫，垂直綫，矢狀綫之方向發生骨折綫者，時亦有為粉碎骨折者。屢併有小趾骨，跟骨二骨折。

【症候及診斷】視其有無轉位而異。

a) 有轉位時，往往誤認為距骨脫臼。

b) 無轉位時，往往誤認為足關節之捻挫。但於骨折時，出血疼痛劇烈，難於起立，有時於足之旅前旋後，牽引時，發生唧軋音。診斷困難者，可行X光線檢查。

【預後】 無轉位者預後佳良，有轉位時，易留關節強直。

【療法】 對於轉位不著明之皮下骨折，使足呈直角，施以石膏繃帶約3—4星期，如腫脹著明時，則須先以 Volkman 氏副木固定數日，將足高舉，待腫脹消失後，再行石膏繃帶。

腫脹著明時，先行非觀血整復，不可能者，再以手術整復之，或摘除距骨，尤以複雜骨折時，多行此法。

## 2) 跟骨骨折 Fractur des Calcanei (Fersenbeins)

【原因】 較為多見，由直接強烈衝突跟骨，或由自高處墜落，跟骨部受劇烈衝突，偶有於跳躍時，因腓腸肌之收縮而發生骨折者，此外有起於鎗創，爆彈創者。

【骨折型】 跟骨中特易引起骨折之部分為跟結節，跟骨體，偶有發生載距突，踝下突之骨折者。

此骨折又有裂隙骨折，橫骨折，斜骨折，縱骨折，壓迫骨折，粉碎骨折等。

【症候及診斷】 於跟結節之橫骨折，其上部骨折片，因 Achilles 腱之牽引而向上方轉位，呈異常運動，於其下方可觸得空隙，起立，步行，足之足趾屈曲等，皆不可能，故診斷容易。

於其他骨折，雖無如是之定型症候，但於跟骨部有疼痛腫脹，有時發生唧軋音，起立及步行皆感困難，或踵部成扁平狀。兩

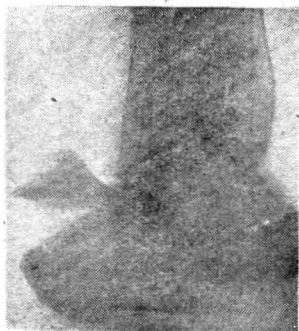
第六百三十六圖

距 骨 骨 折

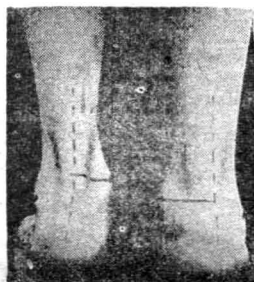




第六百三十七圖  
跟骨斷裂骨折  
(做 Quervain)



第六百三十八圖  
右側跟骨壓迫骨折  
(內外踝沈降)(做 Quervain)



踝骨接近足蹠。本症須與重症挫傷，捻挫鑑別。

【預後】跟結節之橫骨折，施以適當處置雖可痊癒，但有發生假關節症者。

一般跟骨骨折，難於治癒，特於壓迫骨折及粉碎骨折，有留關節強直者。

或於治癒後，成爲外傷性扁平足，因疼痛而步行障礙者頗多。

【療法】於跟骨橫骨折，以除去腓腸肌緊張之目的，將膝關節強度屈曲，使足向足蹠屈曲整復其骨折片，施以石膏繃帶（4—6星期）。如不達目的，則可

行手術的 Achilles 腱延長術，或釘療法或銀錢縫合法。

第六百三十九圖  
跟骨橫骨折  
(慶大前田整形外科教室)



如爲壓迫骨折及粉碎骨折而腫脹著明時，則將是位於直角而施以副木繃帶，且高舉之，待腫脹消失，再行整復，施以石膏繃帶。

對於複雜骨折且有傳染者，須施適當之處置。

### 3) 跗骨骨折 Fractur der kleinen Tarsalknochen

舟骨，骰骨，楔骨等因劇烈之挫傷，曠過，鎗創有發生骨折者。呈重篤挫傷之症候，皮下出血雖著明，而骨折片之轉位則不著明。

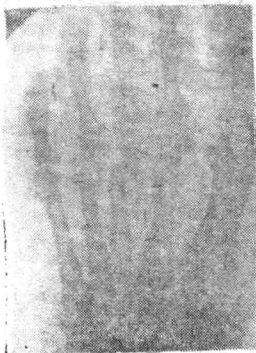
大抵僅安靜即可漸次治癒，但開放性骨折傳染甚劇者，有時須行足之截斷術。

### 4) 蹠骨骨折 Fractur der Metatarsalknochen

【原因】 a) 多由直接暴力，例如挫傷，重負之落下，曠過等。此時屢併有皮膚損傷。

第六百四十圖

蹠骨（第二，第三，第四）骨折（慈大片山整形外科教室）



第六百四十一圖

蹠趾蹠骨骨折（慈大片山整形外科教室）



第六百四十二圖

第五蹠骨骨折（慈大片山整形外科教室）



b) 偶有由間接暴力者，例如因墜落時，足尖強度衝突於地面而起。

【症候】 呈重篤挫傷之症候，皮下出血著明。如僅有一個蹠骨發生骨折者，轉位不著，但二三個以上之蹠骨骨折時，於其上方或下方，轉位頗著。但如腫脹甚劇時，亦多不著。

【療法】 以副木纏帶或石膏纏帶固定之。如為開放性骨折，則對傳染加以治療。

#### 5) 趾骨骨折 Fractur der Sehe

多由間接暴力，甚有足趾之一部被截斷者。

如為皮下骨折，則與隣接之足趾，共同固定二三星期。

開放性骨折，骨端露出於外部時，可將該部切除。

【附】 蹠骨之骨端線離解偶見於少年。

### VIII. 足關節脫臼

#### Luxation des Fussgelenks (Talocalcargelenks)

足關節之脫臼，頗少見，此由足關節韌帶及關節囊皆極堅固之故，發生脫臼時，須有極強烈之外傷，然完全脫臼極為少見，多為不全脫臼屢合併踝骨骨折。

足關節脫臼又分為，1)側方脫臼，2)前方脫臼，3)後方脫臼，4)上方脫臼四種。

1) 足關節側方脫臼 Laterale Luxation des Fussgelenks  
與踝骨骨折以同一原因發生，多為兩者合併發生。

a) 足關節外側脫臼。

【原因】 為足關節脫臼中最

第六百四十三圖  
外方足脫臼(合併腓骨骨折)  
(做 Hoffa)



多見者，由於足之強度旋前及外展。例如足固定而向側方栽倒時

在外側，腓骨側方骨折，內側因三角韌帶之過度伸展而破裂，或內踝骨折，足轉位於外方。此時大抵為不全脫臼（關節面互相接觸），完全脫臼者極少。

第六百四十四圖  
外方旋轉足脫臼  
（做 Hoffa）



第六百四十五圖  
足部外方旋轉脫臼  
（合併腓骨及內踝骨折）  
（做 Bergman）



【症候】與外踝之外展脫臼相似，但足之旋前較此尤甚，足緣轉向方，足關節寬度增大，小腿似短縮。

距骨突出於外踝之下方，甚有損傷皮膚者。

機能方面，自動雖不可能，但他動猶多少有可能性。行他動運動時，無踝骨骨折時之劇痛，其未合併骨折者，出血亦少。

【診斷】根據以上所述，多容易。但出血多時，有診斷困難者。行 X 光綫檢查，則可確實診斷。

【預後】單純之脫臼預後佳良，然合併骨折者，則須注意。

【療法】整復多容易，即以除去肌肉緊張之目的，屈曲股關節及膝關節，將足強度牽引，同時對於脫臼之關節頭加以直接壓力，且將足內收及旋後。

其後以副木綁帶或石膏纏帶固定之。

固定困難時，可行手術，將 Achilles 腱引長。

合併踝骨骨折等者，則行該病療法，又於複雜骨折化膿時，則行排膿法，或有須行關節切除及足截斷術者。

#### b) 足關節內側脫臼

【原因】極為少見。與前者相反，乃由足之強度旋後及內收而起。有時合併內踝之骨折。

【症候】與前者相反，足取強度旋後之位置，足跟轉向內方，距骨向外方突出，其他與前者類似。

診斷，預後與前者相似，行整復時，其方向與前者相反。

#### 2) 足關節前方脫臼 Luxation des Fussgelenks nach vorn

【原因】本症極為少見，因足之強力背側屈曲，Achilles 腱

第六百四十六圖  
足內方脫臼（合併腓骨骨折）  
（倣 Hoffa）



第六百四十七圖  
足前方脫臼  
（倣 Hoffa）



及足關節側方韌帶過度牽引，因之破裂，距骨乃向前方脫臼，脛骨及腓骨向後方脫臼。此時有合併脛骨，間或腓骨，之下端骨折，或皮膚損傷者。

本症分爲 a) 完全骨折及不全骨折二種。

【症候】 此種脫臼，以變形爲特徵。尤以完全脫臼時，更爲著明。卽足向前方著明突出，足跟部之突出不著，Achilles 韌高度緊張，內外踝頗顯著，至足蹠之距離縮短，與踵部之間，可見深溝。於脛骨之前方，有距骨之關節面突出。

足微向背側屈曲，或固定於向足蹠屈曲之位置。疼痛無骨折時之顯著。

於不全脫臼，其變形雖無前者之著明，但大致呈同一症狀。

【診斷】 本症雖有特有之症狀，但須與踝上骨折鑑別。

【預後】 如爲單純脫臼，則預後佳良，如合併骨折，或有皮膚損傷而發生傳染時，則易留關節強直。

【療法】 整復將足向背側強度屈曲，自後向前壓迫脛骨下端，同時將足向後下方壓迫，卽易整復，整復困難者，行手術引長 Achilles 韌。

固定使足關節呈直角，以石膏纏帶，或副木纏帶固定 2—3 星期，其後行按摩，自動及他動運動。

### 3) 足關節後方脫臼 Luxation des Fussgelenks nach hinten

【原因】 較前者略多。

由於將足向足蹠強度屈曲而起，足之關節囊於前方破裂，而向後方脫臼，屢合併踝骨骨折。

本症亦有 a) 完全脫臼及 b) 不全脫臼二種，後者甚多。

【症候】 與前方脫臼相反，足於前方短縮，踵部延長（特於完全脫臼時爲著）。於足背前方，可觸得脛骨下緣，其下部皮膚有橫皺，有時可見足伸展韌之緊張。後方 Achilles 韌呈向後凹陷之弓形經過，與小腿骨之間生縱溝。足於前方微向足蹠屈曲，

足趾皆屈（由於屈肌之緊張），足關節之運動有障礙。

不全脫臼之症候雖無前者之著明，但亦呈類似症狀。

【診斷】據其特有之症候，診斷容易，但於不全脫臼之出血甚多時，有誤認為足關節之捻挫，或重症挫傷者。

【預後】同上。

【療法】行整復時，將足向足蹠強力屈曲，並向前方牽引，同時將脛骨之下端自前向後壓迫，並同時將足向背側屈曲。後療法與前者相同。

#### 4) 足關節上方脫臼 Luxation des Fussgelenks nach oben

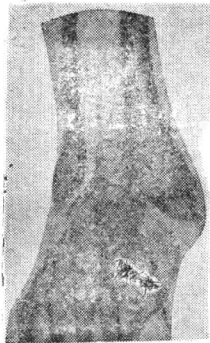
第六百四十八圖

足後方脫臼（合併脛骨骨折）  
（倣 Hoff）



第六百四十九圖

足上方脫臼（合併脛骨骨折）  
（倣 Hoffa）



極為少見。即自高處墜落時，因足之強度衝突，脛骨及腓骨下部，發生骨折，距骨楔入其間。

#### IX. 距跟關節脫臼或距骨下足脫臼

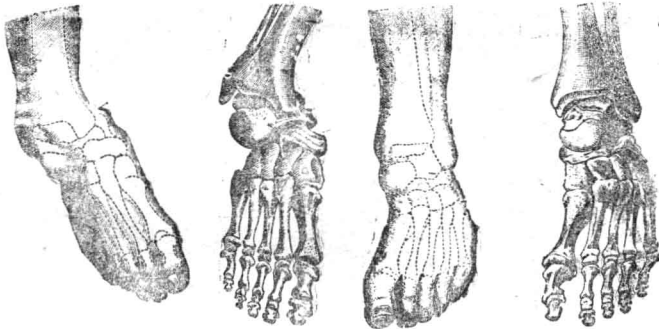
Luxation des Talo-calcanealgelenk od. Luxatio  
pedis subtalo

本症爲常見之疾病，有1)內方脫臼，2)外方脫臼，3)前方脫臼，4)後方脫臼四種。

1) 距骨下內方足脫臼 Luxation pedis subtalo nach innen

因足之強力內收及旋後，距骨頭自舟骨之關節凹轉脫於外方，而向足背，足乃成爲旋後及內收位置，即內翻足之狀態。於其內緣，有舟骨粗隆及跟骨載距突高度突出，內踝不著明。外踝則高度突出於外緣，於其前方可見距骨頭。

第六五〇圖	第六五一圖	第六五二圖	第六五三圖
距骨下內下方	距骨內方足	距骨下外方足	距骨下外方足
足脫臼	脫臼	脫臼	脫臼
(做 Hoffa)	(做 Hoffa)	(做 Hoffa)	(做 Hoffa)



足之自動運動全不可能，略可他動，但絕不能外展。

2) 距骨下外方足脫臼 Luxatio pedis subtalo nach aussen

本症較多見，與前者相反，乃由足之劇烈外展及旋前而起。

與前者相反，足取旋前位，呈外翻足或扁平足之狀態。於足之外緣，因外踝向內方轉位，故稍不顯著，跟骨及骹骨則著明突



出。於內緣有內踝及距骨頭著明突出，舟骨粗隆突出於距骨前方，稍偏外側。

足關節之自動，全不可能，可稍行他動運動，但內收則絕不可能。

### 3) 距骨下後方足脫臼 *Luxatio pedis subtalo nach hinten*

極為少見，亦如足關節之後方脫臼，由於足向足蹠面過度屈曲而起。

其症候亦類似，足呈前方短縮，踵部延長，Achilles 腱緊張。

但與足關節之後方脫臼不同，於本症，足之前方皮下，可觸得距骨頭（於前者可於後方觸得），因疼痛關係，足之屈曲伸展皆不可能，但仍可以強力行之。（前者則完全不能）。

### 4) 距骨下前方足脫臼 *Luxatio pedis subtalo nach vorn*

第六百五十四圖  
距骨下後方足脫臼  
(做 Hoffa)



第六百五十五圖  
距骨下前方足脫臼  
(做 Hoffa)



第六百五十六圖  
距骨前外方脫臼  
(做 Anger)



本症亦為極少見者。由於足之劇烈背側屈曲而起。

與足關節之前方脫臼近似，足向前方延長

，但與本症不同，於足背可觸得距骨頭及舟骨，兩者之間有間隙，又足之屈曲運動，稍可自動行之。

【診斷】雖與上述之足關節脫臼相似，但注意檢查，多可區別，出血甚多時，有不明者，此時須先行按摩等，待血液吸收後，再行檢查。如用X光線檢查，則頗容易。

【預後】如於早期整復，則預後良好，否則，遺留機能障礙，有時須行距骨切除術或摘出術。

【療法】整復，先使股關節及膝關節屈曲，除去小腿肌肉之緊緊。

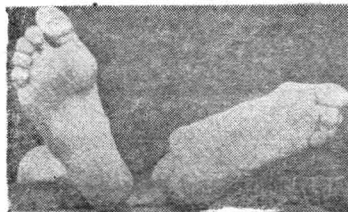
a) 外方脫臼者，使其旋前，同時於足背加以直接壓迫，且牽引之，使足內收。

b) 內方脫臼者，使足旋後同時內收，然後自外方直接壓迫距骨，自內方直接壓迫足背並牽引之，使足外展。

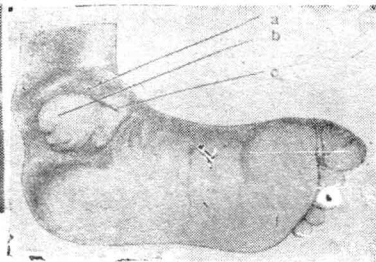
c) 後方脫臼者，更使足為足蹠屈曲而牽引之，再自前方向後壓迫距骨。

d) 前方脫臼者，使足更向足背屈曲，牽引之，向後直接壓迫足部。

第六百五十七圖  
距骨內方脫臼  
(做 Borchardt)



第六百五十八圖  
距骨旋轉脫臼a)內踝b)距骨體部之後部c)距骨頭 (做 Borchardt)



2) 整復後以石膏鑿帶或 Volkmann 氏副木鑿帶固定 2—

3 星期後，再令其行按摩及足運動。

3) 整復困難者，行手術切斷 Achilles 腱  
又有行跟骨之切除術或摘出術者。

### X. 距骨單獨脫臼

#### Isolierte Luxation des Talus

本症即距骨與小腿骨，跟骨，舟骨，分離之謂，較爲少見，但較其他跗骨之脫臼爲多。

本症分爲a)完全脫臼及不全脫臼，又分爲，1)前方脫臼，2)後方脫臼，3)內方脫臼，4)外方脫臼，5)旋轉脫臼。

【原因及發生】因足之暴力足背屈曲，或足蹠屈曲，以致距骨，自小腿骨脫轉，然後因外展及旋前或內收及旋後又自跟骨及舟骨脫轉。屢合併骨折或皮膚之損傷。

【症候及診斷】因脫臼之方向而不同，但距骨皆於皮下高度隆凸，或刺破皮膚，呈足之畸形。診斷多容易。

【預後】整復須及早行之。行整復時，以除去肌肉緊張之目的，使股關節及膝關節屈曲，於兩踝之上部固定小腿，再將脛骨或腓骨於其既有之屈折狀態之下。更使其增甚而加牽引，以直接暴力加於距骨而整復之。

其後使足成直角狀，以石膏繃帶固定約三星期，再行後療法。

整復不可能者，或有傳染時，可摘出距骨。

### XI. 其他跗骨之單獨脫臼

#### Isolierte Luxation der übrigen Tarsalknochen

跟骨，舟骨，骰骨等雖有因暴力而單獨脫臼者，但極少見。

### XII. Chopart 氏關節脫臼

偶有因劇烈壓迫以致跗骨，及舟骨，骰骨，同時與距骨及跟

骨脫臼者。本症有a)背側脫臼及b)足蹠脫臼二種。

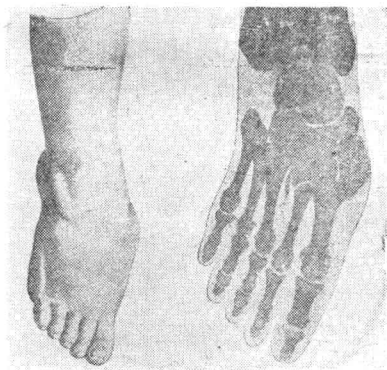
療法與距骨下足脫臼相同。

### XIII. 蹠骨脫臼及 Lisfranc 氏關節脫臼

蹠骨脫臼極為少見，又有a)一切蹠骨皆脫臼者，即於 Lisfranc 氏關節轉位者，及b)一二個蹠骨與骰骨及楔骨轉位之二種。

本症又有 1)上方脫臼(背側蹠側)，2)下方脫臼(蹠側)，3)外方脫臼，4)內方脫臼，5)交叉脫臼(如第661圖所示，第一蹠骨向足蹠，其他蹠骨向足背互相分離，骰骨楔入其間，即屬於此)等。

第六百六十圖  
Lisfranc 氏關節外方脫臼  
(做 Borchadt)



第六百五十九圖  
Chopart 氏關節內方脫臼



第六百六十一圖  
蹠骨交叉脫臼  
(慈大片山整形外科教室)



此等脫臼多起於局部之直接暴力，視脫臼之種類而微有不同，足每呈畸形，於異常部位能觸知趾骨之骨端。

整復法，即將足向末梢牽引，同時壓迫骨之凸隆。否則行手術切除骨凸隆。

#### XIV. 趾 脫 臼

##### Luxation des Zehe

為趾關節之脫臼，多見於拇趾，偶亦見於小趾。趾脫臼有背側脫臼及內側脫臼二種。

a) 第一趾關節之背側脫臼 因拇趾向背側過度屈曲，趾骨之小頭穿破關節囊而向足趾轉位，第一趾骨轉位於背側。

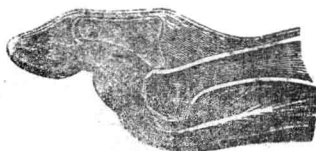
本症又有 a) 完全脫臼及 b) 不全脫臼，其特徵為拇趾被固定於銑劍狀，而於足趾側可觸得趾骨之小頭，於足背側可觸得第一趾骨之骨端。

b) 第一趾關節之內側脫臼 於趾指向背側過度屈曲時，又加以劇烈外展，即起本症。趾外展，第一趾骨之頭部有於第一及第二趾骨之間。

第六百六十二圖

拇 趾 背 側 脫 臼

(做 Anger)



第六百六十三圖

拇 趾 背 側 脫 臼

(做 Hoffa)



【療法】 固定拇趾，同時強力牽引之，壓迫突出之趾骨端。

如仍不能達到目的時，則行手術切除趾骨頭。

### XV. 趾骨間脫臼 Luxation des Interphalangealgelenks

與手指相較，極爲少見（參照手指條下）。

### XVI. 足及趾之軟部急性炎症

#### 1) 癰 Furunkel

於足背偶有發生癰瘡者，但不生於足趾及足趾，至於癰則幾無發生者。

#### 2) 足部蜂窩織炎及膿腫 Phlegmone u. Abscess des Fusses

雖屢常見，大抵皆爲續發性。

【原因】續發於趾之癰疽，創傷傳染，胼胝或壓迫性水疱之化膿，化膿性韌鞘炎，化膿性粘液囊炎，等。時有創傷甚小頗似原發性蜂窩織炎者。膿腫有與蜂窩織炎無關，自始即發生小膿腫者。

【症候】與一般相同，特於足背蜂窩織炎著明者。屢兼浮腫但於足趾因皮膚甚厚，潮紅屢不著明，有因而忽略者，或因合併足背浮腫，而反誤認爲足背之蜂窩織炎。

大抵可因適當之處置而痊癒，但有蜂窩織炎進行，或引起全身傳染而生危險。

【療法】與一般相同，但以足之安靜，尤其靜臥，足部高舉爲最要。

#### 3) 趾之癰疽 Panaritium der Zehe

於足趾雖較少於手指，但有時亦可見癰疽。特多見於跣趾。於足趾亦分爲以下數種。

- i) 上皮性癰疽
- ii) 皮下性癰疽
- iii) 爪床下癰疽

- iv) 髓性及髓周圍性癰疽
- v) 骨性及骨膜性癰疽
- vi) 關節性癰疽
- vii) 腐敗性或壞疽性癰疽

趾之癰疽須與壞疽鑑別(參照次項)。

4) 丹毒 Erysipelas

有時於足部發生本症，症候及其他可參照外科總論。

5) 脾脫疽 Milzbrand

足部極少。

6) 毒蛇咬症 Schlangenbiss-kraukheit

足趾屢因毒蛇之咬創而發本病(參照外科總論)。

7) 急性化膿性肌炎 Myositis Purulenta acuta

本症幾不見於足部。

### XVII. 足部及趾之軟部慢性炎症

結核有時續發於骨或關節之結核，原發性者極少。梅毒及放線菌病亦殆不發生。僅偶有發生家畜肉芽腫者。

### XVIII. 足部 髓鞘炎

#### Tendovaginitis des Fusses

足部之重要髓鞘為：

- i) 脛前肌髓鞘
- ii) 伸母長肌髓鞘
- iii) 伸趾長肌髓鞘

以上位於足關節之前側，其上橫以小腿叉韌帶。

- iv) 屈趾長肌髓鞘
- v) 脛後肌髓鞘
- vi) 屈母長肌髓鞘

以上皆位於內踝之後側。

## vii) 腓骨總肌韌鞘

位於外踝之後側。

諸韌鞘中最易侵犯者，為伸肌之韌鞘，其他諸韌鞘亦有被侵犯者。

見於此等韌鞘之主要炎症為：

- 1) 急性漿液性韌鞘炎
- 2) 急性化膿性韌鞘炎
- 3) 淋病性韌鞘炎
- 4) 結核性韌鞘炎
- 5) 慢性單純性韌鞘炎(極少)
- 6) 尿酸性韌鞘炎(極少)。

以上各種韌鞘炎共同之點為，(1)部位一定，(2)隨韌鞘之形狀而呈縱走狀(特以伸側韌鞘，於小腿叉韌帶之上下，可見腫脹)，(3)機能障礙著明(特以急性炎症時為高度)。(4)於急性炎症時尚兼有疼痛。此外則視炎症之不同，症候亦異(參照外科總論)。

## XIX. 足部粘液囊炎

## Bursitis am Fusse

於足部有多種粘液囊，即

- i) 脛前粘液囊或踝前粘液囊
- ii) Achilles 脛後粘液囊
- iii) 跟骨皮下粘液囊
- iv) 內踝粘液囊
- v) 外踝粘液囊
- vi) 蹠趾間粘液囊
- vii) 常數外粘液囊(於種種足收縮高度時，發生於受異常壓迫之部位)。

於以上諸粘液囊內，屢於 i) ii) iv) v) 發生粘液囊炎。



此等粘液囊炎之主要者爲：

- 1) 慢性單純性粘液囊炎
- 2) 急性化膿性粘液囊炎
- 3) 淋病性粘液囊炎
- 4) 結核性粘液囊炎

此等特有症候爲 (1) 部位一定，(2) 隨粘液囊之形狀而成球形或扁球形，(3) 大小，在內外踝粘液囊，雖有超過鵝卵大至鴨卵大以上者，但在其他粘液囊則甚小，(4) 不與皮膚癒着而與下部癒着，(5) 於急性炎症雖微有發生機能障礙者，但在慢性炎症則無機能障礙。

此外則視粘液囊炎種類之不同，而各呈其特異之症候。

與此須鑑別者爲髓鞘炎，結節樣腫，軟性腫瘤。

療法及其他，參照外科總論。

第六百六十四圖  
外踝慢性粘液囊炎  
(做 Kappis)



## XX. 足關節炎

### Arthritis Pedis

A) 急性炎症以 1) 急性漿液性足關節炎，2) 急性化膿性足關節炎，3) 淋病性足關節炎爲主。

B) 慢性炎症以 4) 結核性足關節炎，5) 風濕性足關節炎爲主。

此等炎症有滲出物時，則足關節腫脹。關節囊之前部，伸髓之兩側腫脹（使足關節向背側屈曲而檢查之，與健側比較時，更爲著明），如浸出液更多時，則兩踝之下方及 Achilles 髓下部，腫脹亦著明。

足關節之機能可行於以下之六方向：i) 足背屈曲，ii) 足趾屈曲，iii) 旋前，iv) 旋後，v) 內收及 vi) 外展，如有炎症時

，則此等運動發生障礙。於急性炎症時，初起因疼痛及腫脹，發生障礙。其後則因關節囊及韌帶之萎縮，關節面之癒着，而起關節強直。

足關節之試驗穿刺，於兩踝之下部，向內上方刺入。

見於足關節之主要炎症爲：

1) 急性漿液性足關節炎 *Pedarthritis serosa acuta*

本症由足之過勞（由於長途旅行），挫傷，捻挫等而起。

足關節發生急性腫脹，疼痛，有時僅有潮紅及灼熱，併有機能障礙，但無發熱等之全身症候。

本症多經數日治癒，不留關節強直。

初起行安靜，襪包，經二三日後，行按摩等。

2) 急性化膿性足關節炎 *Pedarthritis purulenta acuta*

以起自足關節之損傷者爲最多，有時續發於足骨或脛骨之骨髓炎。

足部發生急性腫脹及劇烈疼痛，潮紅，灼熱亦甚著明，高度機能障礙。腫脹非僅限於關節，因蜂窩織炎關係，周圍亦頗著明。此外發熱等全身症候亦甚高度，於膿汁未排出期間，體溫持續上昇。

與淋病性者不同，膿汁如未排出，即不輕快，治癒後，常遺關節強直。

【療法】務於早期，在伸髓之兩側切開，插入排導管排膿，或於後方腓骨與 *Achilles* 髓之間作對孔。同時內服磺胺類及注射 *Penicillin*

化膿高度者，可行足截斷術。

3) 淋病性足關節炎 *Pedarthritis gonorrhoeica*

時或見之，起於淋病之急性期。

本病與急性化膿性足關節炎，及急性風濕症類似，但疼痛特劇，一般併有淋病，可行氫氣療法。同時注射 *Penicillin* 以治療尿道淋。

4) 風濕症性足關節炎 *Pedarthritis rheumatica*

本病有 a) 急性， b) 慢性之別，有時侵犯足關節。

屢伴有其他關節之風濕症。

a) 急性者須與化膿性足關節炎，淋病性足關節炎鑑別。

b) 慢性者與畸形性關節炎類似，但本症發於足關節者極少見。

療法等參照外科總論。

5) 結核性足關節炎或足關節結核 *Pedarthritis tuberculosa*

足關節結核，滑液膜型者極少，多為骨型，尤以原發於跗骨，脛骨者為多，於腓骨則頗少。或亦有續發於跗骨之關節骨及脛鞘者。

足關節結核又有 a) 水腫型， b) 肉芽型， c) 化膿型之別，足關節發生瀰漫性腫脹，易呈白腫之症狀，有輕度疼痛及機能障礙，小腿之萎縮著明，其後形成寒性膿腫，遂破潰而留結核性瘻孔。

診斷多容易，但須與足關節部之骨髓炎鑑別。

【療法】 姑息療法，本法特於小兒有效，自小腿至足部施以石膏繃帶，努力改善其全身營養。

於高山行日光療法，每收良效，此時不必行前述之石膏繃帶或與以特殊之有窗石膏繃帶。

X光線療法雖亦可採用，但效果不確實。

手術療法 行關節切除術，又自其罹患部位行足手術項下所述之種種切除術，但既經混合傳染，且具有全身症狀危險時，則行截斷術。

時亦有行搔爬，碘仿甘油注射者，但不確實。近時有用磺胺類藥混懸液注入者。

足關節結核時，有切除腰薦部之交感神經節而收良效者。

6) 尿酸性足關節炎(痛風) *Pedarthritis urica* (Cicht)

本症多見於生活奢華者。在歐美較常見，日本則甚少。

於足部特多見於跖趾，特名為趾痛風。夜間突發劇烈疼痛，併有腫脹，潮紅，屢呈微熱。急性炎症，至晝間自行輕快，夜又復變惡。

症候經數日至多日而治癒，在重症，有發生關節之畸形及關節強直者。又往往不僅見於跖趾，於拇指，有時肘關節，手關節足關節等，亦可發生本病，又於皮下，鼻或耳之軟骨有發生痛風結節者。

7) 足關節之神經病性關節症 *Neuropathische gelenkaffection des Fussgelenks*

偶有於脊髓癆時發生本病者，關節內發生多量滲出物，骨之變化雖亦著明，而毫無自覺症候，乃其特徵。

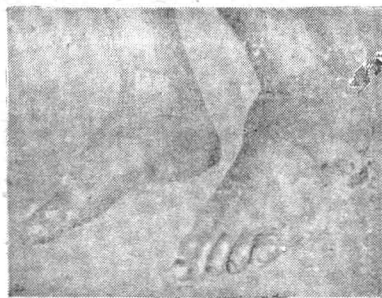
3) 血友病性足關節 *Haemophilisches Fussgelenk*

偶有發生本病者。

(關於以上各關節炎之詳細，可參閱外科總論)。

第六百六十五圖

脊髓癆性足關節炎  
(千葉醫大瀨尾外科教室)



## XXI. 足骨，跗骨關節等之炎症

1) 跗骨，跟骨等之急性化膿性骨髓炎

較為少見，多發於足損傷之後，血行傳染極為少見。

局部呈急性症狀，體溫高度上昇。易兼有跗骨關節之化膿，高度者亦發生足關節化膿。

2) 足骨及其關節之結核 *Tuberculose der Fussknochen*

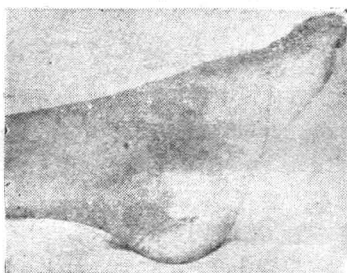
## und deren gelenke

於距骨，跟骨，舟骨，躑骨，躑骨及此等間之關節，屢有發生結核者。皆為慢性腫脹，周圍有慢性浸潤，疼痛不甚著明，漸

第六百六十六圖  
足跟骨(特別第二楔狀骨)  
之結核



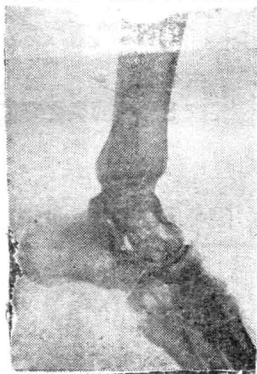
第六百六十七圖  
跟骨結核(於特異部位有瘻孔)  
(做 Quervain)



第六百六十八圖  
跟骨結核(腐骨形成)  
(做 Lexer)



第六百六十九圖  
24歲女子之距骨及楔骨之纖維  
性骨炎(慶大整形外科教室)



呈足之機能障礙，小腿萎縮其後形成寒性膿腫，破潰而留結核性癭孔者頗多。

【療法】石膏繃帶效力較小，姑息療法行X光線療法，日光療法。

手術療法，或充分搔爬，或將患骨摘除，關節病變高度者，可行足之截斷術。

3) 足骨之纖維性骨炎 Ostitis fibrosa der Fussknochen  
極為少見，多與他骨同時發病。

## XXII. 足 及 趾 之 壞 疽

### Gangraen der Zehe

本病有種種原因，一般較手指之壞疽尤為常見，多自趾尖開始，但視其原因之不同亦有自足部發病者。其原因亦如外科總論中所述之種種，以原發性所發之壞疽中，其重要者為 1) 老人性壞疽， 2) 特發性壞疽， 3) 對側性性壞疽或 Raynaud 氏病， 4) 梅毒性壞疽， 5) 糖尿病時之壞疽， 6) 神經病性壞疽， 7) 癩病時之壞疽， 8) 由於栓塞及血栓之壞疽， 9) 中毒性壞疽， 10) 由於理化學原因之壞疽， 11) 由於細菌及毒素原因而起之壞疽等。茲述其大要如下：

1) 老人性壞疽或動脈硬化性壞疽 Senile gangraen od. gangraen arteriasklerotica

【原因】本症比較少見，在老人因高度動脈硬化而起。但於日本發生本病者頗少。

【症候】前驅症為足部時呈蒼白或青紫色，有寒冷感，蟻走感，或風濕症性疼痛，或於步行中發生劇烈疼痛。又有呈間歇性跛行症之症狀者，此等症狀持續一二月後，趾乃起壞疽，但亦有毫無前驅症者，趾之壞疽雖可發生於無何等原因時，但亦有起於小損傷之後者。老人性壞疽為乾性壞疽者頗少，多為濕性壞疽，即趾之尖端呈污穢灰黑色至暗褐色，腫脹，周圍多少有炎症，該

痛著明，不生分界線，向上方蔓延。本症屢見於兩側。

【診斷】 根據其年齡，高度之動脈硬化症診斷之。但須與梅毒性壞疽及其他鑑別。

【預後】 直接與生命無關，但本病則難於治癒。

【療法】 後述。

## 2) 壯年性壞疽或特發性壞疽

*Praesenile gangraen od. Juvenile gangraen od. Spontane gangraen*

【原因】 見於 30—40 歲者，有時亦見於更年幼者。為較常見之疾病，但原因不明。亦有謂由於尼可丁中毒，酒精飲料濫服，及寒冷者，但不確實。

【病理解剖】 本症，發生動脈內膜肥厚，有時中膜亦肥厚，血管狹窄，或形成血栓，至起該動脈之閉鎖，此外血液之粘稠度，凝固作用亦甚增。

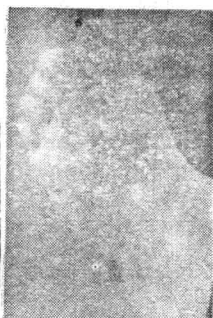
【症候】 前驅症亦有缺如者，大抵皆於足部有異常感，寒冷感，其最特殊之症候為於步行中突然發生劇烈疼痛，而呈間歇性跛行之症狀。前驅期持續之長短不一，有達一年以上者。

壞疽有為一側性者，有繼續見於兩側者，又有無何等原因而發病者及起于小外傷之後者。

此壞疽有 a) 乾性壞疽及 b) 濕性壞疽二種，但亦有二種合併發生者。

a) 乾性壞疽 陷於壞疽之部位，呈暗褐色至黑色，微萎縮且堅硬，與健康部之間生有分界線。於良性壞疽，有自該部脫落而自行治癒者，然於特發性壞疽，此種經過頗為少見。但趨向治癒時亦有呈此種情形者。

第六百七十圖  
動脈硬變性壞疽  
(山村博士)



b) 濕性壞疽 陷於壞疽之部位與前者不同，柔軟腫脹，呈污穢灰褐色至暗綠色，暗褐色，黑色等。多為局部濕潤，排出惡臭之分泌物。疼痛多著明。

本症分界線不著明，有漸次進行之傾向，屢於周圍皮膚兼有浮腫，或形成水泡，有時合併化膿，蜂窩織炎等。有呈急性炎症症狀者。

但以上二種亦有互相移行，或同時呈二種症狀者。無論何種，其患側之足背動脈脈搏皆難觸知，腳動脈，甚或股動脈亦皆減弱。

【預後】 不良，壞死部雖有自然脫落而治癒者但甚少，有漸次引起他足之壞疽或手之壞疽者。

【診斷】 與梅毒性壞疽可根據既往症，驅梅毒療法鑑別之。此外與老人性壞疽，Raynaud 氏病，糖尿病性壞疽等亦須鑑別。又與趾之癩疽亦須鑑別。

【療法】 視其原因及病期而異，茲述其大略於下：

a) 姑息療法於壞疽初起時，往往可用姑息療法治癒（但血管完全閉鎖者，無效）。

通常應用者為枸橼酸鈉生理食鹽水之注射。

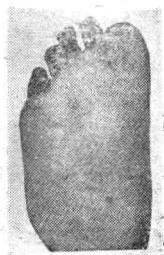
處方：

氯化鈉 (Natr. chlorati)	6.0—8.0
枸橼酸鈉 (Natr. citrati)	5.0
蒸餾水 (Aq. dest)	1000.0

以上注射料

此外行 Ringer 氏溶液，Lock 氏溶液等之注射，即取此等溶液 600—1000c.c. 隔日注射於靜脈內或皮下。同時行水浴療法，熱氣療法，透熱療法等。良好者，一兩個月內即可奏效，但此

第六百七十一圖  
第二，第三，第四，  
第五趾之特發性壞疽  
(慶大外科教室)





種療法須繼續半年以上。

b) 手術療法 i) 乾性壞疽分界線著明者，自該綫切除，易於治癒，然在濕性壞疽分界線不明時，即使壞疽限局於一部，如僅行局部切除亦無效果，於手術後，又起壞死。

ii) 對於濕性壞疽，須於血流充分之上部行截斷術，即於足部有壞疽時，多於小腿之中央，或下三分之一之上方截斷之。此外於手術時，一般皆不用 Esmarch 氏橡皮帶結紮大腿以求止血，如有止血之必要時可令助手以手指於鼠蹊部下部壓迫股動脈。

行四肢之截斷術時，大體根據上述之標準即可，但有時亦可行以下方法。

Moscowicz 氏法 先將患肢上舉，以手掌逆行推擦，使肢體之血液充分流於中樞側，然後以橡皮帶緊縛幹部（不可過緊，或於橡皮帶下墊以綿花然後緊縛之），經四五分鐘，末端發生貧血，疼痛。此時除去橡皮帶，則自動充血血管健康者，充血現象立刻達於全體，如有動脈疾病時，則此種反應性充血發生頗遲，特於病變著明之末梢部尤甚，即按照以充血現象發現遲緩之部位。作為施行截斷術之標準云。

此外亦有行血管攝影法而決定其截斷部位之高低者。

iii) 對於小腿壞疽，曾有 Wieting 氏手術，即應用股動脈及股靜脈之交通枝，使血液經靜脈循環於末梢之法。其效果不充分。

iv) 近來對於小腿壞疽，亦有行股動脈之交感神經切除術者（即將動脈外膜之纖維神經與結締織一同除去），但效果不確實。行開腹術摘除腰推及薦骨部神經節，雖有效果，但只行本法，有再發者。

v) 近來有行腰推及薦骨部神經節之 X 光綫療法者（中田教授）。特與前述之注射療法等併用時有效。

3) 對側性壞疽或 Raynaud 氏病 Symmetrische gangraen od. Raynaud'sehe krankheit

【原因】本病之原因尙不明瞭，有謂由於寒冷，尼可丁中毒，酒精中毒，梅毒等者。此外亦有謂起於歇斯替里，脊髓癆，癩癩，脊髓空洞症，脊髓損傷等者，亦有與此等關係完全不明者。

Raynaud 氏謂本症乃由血管肌之痙攣性攣縮，起於交感神經性血管收縮之刺激狀態。但對於本症，尙頗有議論。

【症候】本症特多爲對側性見於足部，有時見於手部，或偶見於耳輪，頰部足部於步行中無何等原因，突感劇痛，足蒼白寒冷，足背動脈幾至不能觸知。時有感覺減退，感覺異常者。但如暫時安靜或靜臥，脈搏又復出現，疼痛消失，步行又復自由，然因短時之步行又可引起與以前相同之發作。此名間歇性跛行。

隨本症之增惡，引起發作之步行期間亦隨而短縮，發作持續期延長。本症之經過不同，長久者可達數年甚或十數年。

本症之發作，繼續發生因之局部營養惡劣，遂至引起壞疽，壞疽多爲對稱性，恆爲濕性壞疽。其症狀與特發性壞疽相同。且有血管肥厚，以致脈搏幾難觸知。

本症屢有合併種種神經症狀精神變質者。

【診斷】間歇性跛行之症候著明時，可下確診，但輕度之發作亦可見於動脈硬化性壞疽，及特發性壞疽，然 Raynaud 氏病初起時，無動脈肥厚。如已發生壞疽時，則此等區別困難，尤以特發性壞疽爲然。

【預後】初起雖可治癒，如已發生壞疽時，則難望痊癒。

【療法】初期須使身體及精神安靜，與以臭素劑，碘劑，局部行電氣療法，水治療法等，既發壞疽者，則行特發性壞疽之療法。

#### 4) 梅毒性壞疽 Syphilitische Gangraen

【原因】於梅毒之第三期，動脈中膜發生梅毒性變化，有時亦見於內膜，因其肥厚而起血管腔之狹窄，或因血栓形成而閉塞，因而發生末梢部之壞死。

【症候及診斷】本症屢爲對稱性者，有時發生 Raynaud 氏

病之前驅症，但亦有不見此種經過而發壞死者。

多呈濕性壞疽症狀，成爲乾性壞疽者頗少。

本症特易誤認爲特發性壞疽，但可根據既往症，瓦氏反應，驅梅毒療法等鑑別之。

【預後】於初起時可因驅梅毒療法使其輕快故預後較佳，絕不以他種之壞疽著明進行。

【療法】行驅梅毒療法，同時施以特發性壞疽之療法。

#### 5) 糖尿病性壞疽 Diabetische gangraen

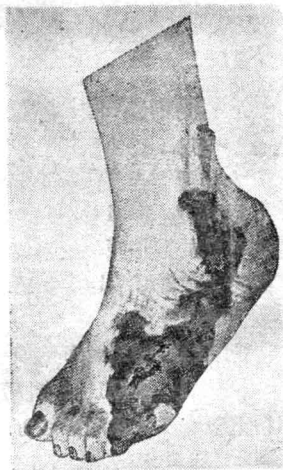
糖尿病時，易於早期發生動脈硬化症，且對於化膿菌之抵抗力頗弱，故可因趾之化膿而引起壞疽。

糖尿病性壞疽爲惡性者，即呈濕性壞疽之症狀，不生分界線而急遽蔓延，疼痛劇烈，預後多惡。雖於上部行截斷術，亦往往更向其上方蔓延。

#### 6) 神經病性壞疽 Neuro pathische gangraen

【原因】因脊髓癆，脊髓空洞症中樞及末梢神經之損傷及疾病而起血管營養神經之障礙，因於足趾發生胼胝腫或慢性膿腫，漸次破壞而成潰瘍性，爲噴火口狀之潰瘍，旋又侵犯骨及關節（亦有謂骨及關節爲原發性者），遂穿孔達於足背者（穿足症）有之。此外本病特有之症狀，爲該部及其附近之痛感感覺完全消失，兼有皮膚及爪甲之營養障礙等，但本病初期有發生一時性神經痛者。

第六百七十二圖  
糖尿病性潰瘍



本症因具有上述之特有症候，故診斷容易，此外無與本病鑑別之疾病。

預後惡劣，無治癒希望。

### 7) 癩病時之壞疽 Gangraen bei Lepra

屢見於癩病，趾之萎縮較壞疽尤為著明，該部併有知覺消失，其他神經肥厚，癩結節等之癩病症候亦著明。

8) 由於血栓及栓塞之壞疽

【原因】 i) 心臟瓣膜病時，生於右心臟膜之血栓，脫落後，於四肢血管內形成栓塞，因之可發生壞疽。

ii) 戰爭時有因子彈進入主動脈內引起栓塞之例。

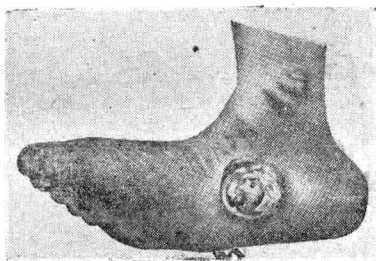
iii) 有因生於大動脈瘤內之血栓物質脫落。於四肢動脈引起栓塞者。

iv) 因下腹部主動脈之挫傷，形成血栓，或其一部脫落。於四肢發生栓塞。

v) 因股動脈損傷或手術而結紮時，於小腿下方有發壞疽者（但吻合充分者，則不起壞疽）。

iv) 於種種急性傳染病，如傷寒，肺炎，麻疹，猩紅熱，流

第六百七十三圖  
穿 足 症



第六百七十四圖  
高度動脈血栓性小腿壞疽  
(千醫大瀨尾外科)



行性感胃，霍亂等時，有於動脈內形成原發性血栓而引起壞疽者。

【症候】多突然於四肢發生劇痛，末梢高度蒼白冷却，知覺及運動機能消失，漸次變色而呈褐色至黑色之萎縮，本症決不蔓延，與健康部之間形成分界線，遂致脫落，但如放置不治，則漸次衰弱，故須及早手術。

患側動脈搏動，於上方與健側相同，可以觸知，但於下方則不能觸知。

【診斷】多容易，須注意其原因。

【預後】與生命無關，但如不早期治療，有發生衰弱而死者。

【療法】須及早由分界線截斷之。但於初期有行姑息療法而治癒者。

### 9) 中毒性壞疽 Toxische gangraen

本病因濫用麥角而起，又有蟻走病等名稱（初思四肢有蟻走感），近來本病於歐美亦甚少，日本尙無本病之報告。

### 10) 由於理化學

原因之壞疽

有因火傷，凍傷，電氣損傷，腐蝕（尤以石炭酸）等引起壞疽者但其原因皆明瞭。此種壞疽皆為乾性壞疽發生分界線，自然脫落而治癒。（療法等參照外科總論）。

第六百七十五圖  
起於凍傷之趾足壞疽  
（做 Lexer）



### 11) 由於細菌及毒素原因之壞疽

有因種種之炎症即化膿，結核，毒蛇咬創等而發生壞疽者。

但此等之原因一般均屬明瞭。

### XXIII. 足及趾之腫瘤及囊腫

#### Geschwülste u. Zyste des Fusses u. der Zehen

A) 於軟部，有發生脂肪瘤，纖維瘤，神經纖維瘤，血管瘤，乳頭狀瘤，皮角，肉瘤，癌瘤者。

肉瘤多為梭狀細胞肉瘤，亦有發生黑色肉瘤者，早期發生轉移，最為惡性。

癌瘤可續發於足部之慢性潰瘍，瘻管等，一般為表皮癌，經過較緩。

以上腫瘤，早期者可將其切除，但於末期則有須行足截斷術者。

B) 自骨質發生者為軟骨瘤，骨瘤，肉瘤等，皆呈特有之症狀。

C) 囊腫有多種

1) 粉瘤Atherom

偶有發於足背者，決不發於足趾，此因該部無毛囊之故。

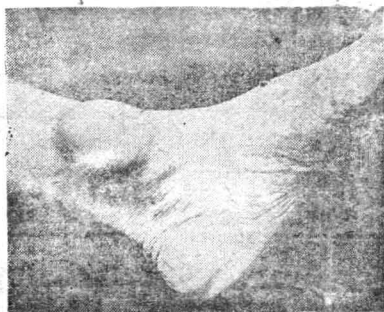
2) 外傷性皮膚囊腫

偶有見於足趾等者（參照外科總論）。

3) 膠質瘤（結節樣腫）

有發於足之關節背側或足背部者，呈特有症狀（參照外科總論）。

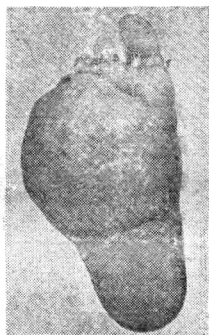
第六百七十六圖  
左內踝前方之脂肪瘤  
（慶大外科教室）



第六百七十七圖  
踵部皮角  
(做 Quervain)



第六百七十八圖  
足趾之巨大血管瘤  
(做 Quervain)



#### 4) 粘液囊炎

因鞋之壓迫，有於拇趾或小趾之趾骨前端或後端發生慢性粘液囊炎者，於日本因跪坐關係，往往於足背外側可見慢性粘液囊炎之發生。此外於內翻足時有發生所謂偶發性粘液囊炎者。

#### 5) 動脈瘤

偶有發於足背動脈者。

#### D) 偽性腫瘤 本症亦有二三種。

##### 1) 壓迫腫 (俗名泡) Druckbeule

穿着未慣之草鞋，及靴等長途旅行時，有於足趾或足趾發生本症者，其受器械刺激之部位，高度充血，疼痛其後形成豌豆大至指尖大之水疱，有漿液性或出血漿液性之內容。上皮脫落時，疼痛更為著明，刺激除去後，大抵經二三日疼痛消失，平坦而潰癒，但有時化膿，且於周圍發生蜂窩織炎。

發病後如刺激持續時，則表皮漸次增厚而成胼胝腫。

【療法】 除去刺激，以消毒針刺破之，去其內容（剝脫表皮疼痛甚烈，故不必剝脫），塗以碘酒，行濕襪包。

化膿者，須及早切開。

## 2) 胼胝腫 Schwieler od. Callus od. Tylosis

多見於足趾，趾之背部等。由穿着狹小靴鞋而起，於日本下女有發生所謂端坐胼胝腫者。皆因受慢性器械刺激以致皮膚角層增厚而起。

其受器械刺激之部位，表皮之肥厚及角化著明。乾燥而粗糙，或平滑，微有透光性感覺遲鈍，有時發生疼痛。

【療法】 除去原因，以 pick 氏硬膏（以柳酸為主），10% 柳酸火綿膠，10% 沒食子酸軟膏，30% 苛性鉀溶液等腐蝕之，或行鑿療法。疼痛著明時行楔狀摘除，縫合皮膚。

## 3) 雞眼 Clavus od. Hühnerauge

生於足趾及足趾等，有由於器械壓迫者，有時原因不明。有豌豆大小之角質肥厚，呈楔狀深入真皮中。表面雖有平滑者，但屢多不平且較周圍微隆出。多伴發疼痛。

【療法】 與胼胝腫大致相同，但往往須行手術摘出之。

## 4) 家畜肉芽腫 Botryomykose

於足部極為少見（參照外科總論）。

第六百七十九圖  
足趾之多發性軟骨瘤  
（做 Quervain）





### XIV. 足部神經痛 Neuralgie des Fusses

#### 1) 躡骨痛 (Morton 氏神經痛)

【原因】起於輕度外傷，或亦起於無外傷時，但本病之原因尙不明瞭。一說謂由於足底外側神經受躡骨之壓迫而起。

【症候】多於第四躡趾關節（偶於第二或第三躡趾關節）之附近，訴劇烈疼痛，壓痛著明，但無潮紅，灼熱，腫脹等急性炎症之症狀，輕度者僅有壓痛，重症者自發性疼痛頗著明，步行亦有發生障礙者。

【診斷】須與足骨結核，Köhler 氏病鑑別，但本病行 X 光綫檢查，骨質無變化。

【療法】行種理學療法如無效時，則可行手術將患側之躡趾關節或躡骨摘出。

#### 2) 跟骨痛

【原因】關於本症原因雖有諸多學說，但尙未明瞭。恐係由於跟骨下面發生跟骨距之故（亦有謂由於輕度之骨膜炎或外傷者）。

【症候及診斷】無特殊原因，於步行起立之時，發生限局性劇痛，但無其他症狀。

行 X 光綫檢查，於跟骨下面，屢可見距 (Sporn) 之存在。

【療法】疼痛劇烈時，可行手術將距摘除之。

#### 3) Köhler 氏病

【原因】尙不明瞭，時有發於外傷之後者，亦有外傷之既往症不明者。亦有謂本病之發生，與 Pertheo 氏病，Kienbock 氏病等相同者。（於膝蓋亦可見類似之疾病云）。

本病特多見於男性小兒，見於一側或兩側。

【症候】於足跟骨部之內側，發生疼痛腫脹，特於足內收時發生疼痛，舟骨有壓痛。

X光綫檢查舟骨高度縮小變形，其構造不明（但無發生骨萎縮者）。甚至舟骨完全消失。尚有學者謂第二蹠骨小頭發生變化者。或以第二蹠趾關節之骨軟骨炎為主要變化。

【診斷】屢誤認為足骨結核。但足及小腿之萎縮不著，行X光綫檢查即可證明。

【預後】雖無高度障礙，但骨之變化不能痊癒。

【療法】行理學療法，石膏繃帶，疼痛著明時，摘除患骨即痊癒。

#### 4) 扁平足

此時，有於前述之部位發生疼痛者（第 412 頁）。

### XXIV. 足及趾之手術

有種種手術，茲述其重要者如下：

#### 1) 足關節（或踝關節）切除術 Resection des Fussgelenks (Talocruralgelenks)

雖有種種方法，其主要者如下。

##### a) Lengenbeck 氏足關節骨膜下切除術。

使小腿外側向上而臥，沿腓骨後緣至外踝尖端作一約 6cm 之縱切開，由此再沿該緣向上方作一弓狀切開（第 681 圖）。用骨膜刮子及骨膜起子將骨膜及其他軟部一同自腓骨剝離，然後用刺鋸或線鋸鋸斷腓骨。

以骨鉗緊持骨斷端，附着該部之韌帶，接近骨部而切斷之並

第六百八十圖  
Kohler 氏病  
(名倉外科教室)



除去該骨。

然後將小腿內側置於上方，於脛骨中央至內踝作一長約 5cm 之縱切開，更沿內踝之下緣向前後作弓狀切開，長約 3—4cm，達於骨質。

第六百八十一圖

腓骨及脛骨下端之 Langenbeck 氏足關節切除術



將骨膜與其他軟部共同剝離（須注意勿傷髓）。

於其下端切斷三角韌帶後，在縱切開之上部鋸斷脛骨。

以骨鉗緊持骨斷端，切斷附着於該骨之韌帶，除去該骨。

切除距骨關節面時，以刺鋸自前向後鋸斷，或以鑿削除之。

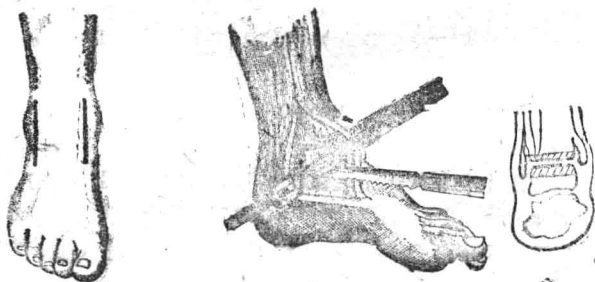
第六百八十二圖

足關節切除術

(Konig 氏兩側縱切法)

第六百八十三圖

足關節骨切除法



止血後，於腓骨與 Achilles 韌之間，插入導管而行皮膚

縫合，使足呈直角位，再施副木繃帶，經三至四日後，行石膏繃帶。

b) König 氏足關節切除術。

本法特行於足關節結核，內側之縱切開起自關節上方約 3cm 處，通過內踝前緣及距骨頸部而達於距舟關節。

外側之縱切開，起自關節上方約 3cm 處，通過外踝前緣，達於距舟關節之附近。

以骨膜起子及刀將足之前部軟部及髓，血管等一同自下方剝離，如病灶露出者，搔爬之。

然後以鑿，削鑿脛骨之下部及距骨之上部，切斷滑液膜，插入導管行皮膚縫合，如前法將足固定。

c) Kocher 及 Reverdin 氏足關節切除術

如第 684 圖所示，於足關節外側，自跟腱與外踝之間，通過踝之後方而達於伸髓。

露出外踝後，切斷附着於外踝之關節韌帶，向外後方牽引之，或加切斷，於脛骨下端切斷附着於該部之韌帶，將足向上內方強度屈曲，切除脛骨及距骨。

2) 足關節固定法 Arthrodesis des Fussesgelenks

即於麻痺性搖動關節，高度之內翻足等時，使其發生人工關節強直之法也。

應用前述各法，切開足關節，以銳匙充分搔爬關節面後，再行骨縫合或插入骨桿而固定之。

3) 距骨切除術及摘出術 Resektion u. Exstirpation des Talus

沿足關節之前面外側，即趾之伸髓外緣，至距舟關節之前方

第六百八十四圖

Kocher 氏  
足關節切除術



，行皮膚切開，切斷肌膜及叉字韌帶，自下部剝離伸拇長短肌腱，向左右分開，切開足關節切斷關節囊及關節韌帶，露出距骨頸部及距骨頭部。

然後自上述之縱切開中央，橫切皮膚，達於踝之下方，離斷軟部，達於距骨於踝附近切斷韌帶再切斷側方之韌帶，然後使足旋後，切斷附着其上之軟部，摘出距骨。

#### 4) 跟骨切除術及摘出術 Resection u. Exstirpation des Calcaneus

皮膚切開自外踝上方約 2cm 處沿 Achilles 腱之外緣，達於跟骨結節之下緣，由此至跟骨之外緣第五趾骨之基底部。

切斷軟部，達於骨質但於脛必須加以保護，可於骨膜下行之。先離斷骶骨之關節連合，然後再離斷與上方距骨之連合。其他小跗骨，即舟骨，楔骨之摘出，可於該骨之上方，切開皮膚而摘出之。

#### 5) Mikulicz-Wladimiroff 氏跗骨部骨成形的切除術

跗骨部之結核，腫瘤，複雜骨折等，用以代替小腿截斷術之方法也。

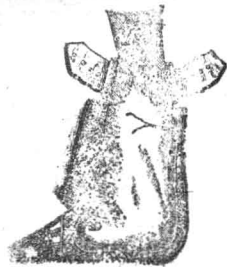
第六百八十五圖

Mikulicz-Wladimiroff 氏  
距骨部骨成形切除術



第六百八十六圖

Mikulicz-Wladimiroff 氏距  
骨部骨成形切除術後之靴裝置



i) 皮膚切法 (1)於足趾橫切開，自舟骨粗隆之前方，向第五趾骨粗隆上方切開 (與 Lisfranc 氏關節一致)，(2)行於小腿下部兩足踝上方，(3)於以上兩切開之間再切開，使以上二者互相連通。

ii) 使足關節向背側強度屈曲自足關節之後方，切斷關節囊及韌帶開放關節，使距骨及跟骨與足背軟部離斷，此時務須於骨之接近部行之。

iii) 然後於 Chopart 氏關節離斷此等骨質。

iv) 於是在上方鋸斷兩足踝及脛骨之關節面，於下方鋸斷舟骨及骹骨 (有時行於趾骨之基底)。

v) 止血後，連接兩鋸斷面，縫合附近軟部，而固定之 (亦有行銀線縫合者)，皮膚縫合後

行副木纏帶或石膏纏帶。

vi) 足於是成尖足之狀態，以足趾之底面步行。

6) 足部關節離斷術及截斷術 Exartikulation u. Amputation am Fusse

有種種方法。

a) 蹠趾關節部之總趾離斷術。

以左手使各趾向背側屈曲，行弓狀切開，達於第一蹠趾關節

第六百八十七圖  
部分之足切斷法  
時之皮膚切開法



第六百八十八圖  
同上足趾皮膚切離法  
(做 Marion)



之外側，使二者於足之內外兩側會合爲一，剝離至趾骨頭部，離斷各趾關節，但位於第一趾骨側之種子骨可仍保留。各肉瓣過小，難於被覆骨端全部者，可鋸斷趾骨端。

b) 第一及第五附趾關節離斷術

乃同時摘出跗趾與其趾骨之法。皮膚切法爲卵圓切法，如第688圖，其內方切開可延長至趾骨底，更於其末端加以橫切開。

於關節附近，橫斷伸肌及屈肌，於背側開放關節，捻轉趾骨，同時分離其與第一楔骨之連合。

c) 跗骨前部截斷術或趾骨截斷術 (n. Jager)

大體與全部趾關節之關節離斷術相同，僅皮膚切開微偏於上方，鋸斷趾骨。

第六百八十九圖

第一附趾關節離斷術之皮膚切開法



第六百九十圖  
足趾骨切除時之皮膚切開法



第六百九十一圖

足部骨及關節模型圖



④ Lisfranc 氏附趾關節離斷術

乃摘出一切趾骨之法。因足跟骨尚存在，故手術後之障礙少於 Chopart 氏法。

先於足之外緣測定第五趾骨粗隆與骰骨之界，再於足內緣測定第一趾骨與楔骨之界（以術者之拇指及示指標誌該處），然後於足背作稍凸出之弓狀切開，而向上翻轉之。

第六百九十二圖  
Lisfranc 氏足部離斷術  
(做 Ritter)



第六百九十三圖  
Lisfranc 跗趾骨關節離斷術



然後以刀切開 Lisfranc 氏關節，分離其與上方骨之連接。於是自創傷內向足趾送入截斷刀，切斷軟部，達於足趾前緣，作成大肉瓣，止血後縫合於背側之創緣。

e) Chopart 氏跗骨關節離斷術

Chopart 氏關節，於足內側位於舟骨粗隆上方 1cm 處，於外側位於第五趾骨粗隆上方 2cm 處，故先於此兩處行小切開，以作標誌，先於足趾，如第 694 圖，至趾骨小頭上方約 1—2cm



處，作一大瓣狀切開，剝離兩皮膚瓣，至關節上部，切斷韌帶及腱，再分離與舟骨之連合，然後切開跟骰關節，分離與骨之連合，搥出一切跗骨，僅留距骨及跟骨，止血後，插入導管，縫合兩軟部瓣。

第六百九十四圖

Chopart 氏關節離斷術  
(做 Ritter)



第六百九十五圖

Malgaigne 氏足部關節離斷術  
(做 Ritter)



f) Malgaigne 氏距骨下足部關節離斷術。

乃僅留距骨而搥出其他一切足骨之法。如第 695 圖切開皮膚，先露出 Chopart 氏關節，離斷之然後以骨鉗緊持跟骨，切斷韌帶及腱，使其與距骨分離，行皮膚縫合。

g) Pirogoff 氏足部截斷術

跟骨後部以外之足部，完全摘出，使跟骨之鋸斷面與小腿骨之鋸斷面互相連接之法。

先於足蹠內外踝之間，一次橫切開，直達骨質，然後於足背再作一連合兩踝之弓狀切開。

使足向足底強度屈曲，於前側切開踝關節，切斷兩側之腱，再使足向足蹠更作強度屈曲，露出跟骨之載距突與此相接，自跟骨上面，向軟部切開之方向，垂

第六百九十六圖

Pirogoff 氏足部截斷術  
(做 Ritter)



直鋸斷之，止血後，使兩鋸斷面相接，行皮膚縫合。

Pirogoff 氏法又有種種改良法，其中以 Gunther 氏之變法最爲賞用，即斜鋸斷，小腿骨與跟骨而相連接之法也。

7) 趾之關節離斷及截斷術

大致與手指相同（參照第 192 頁）。

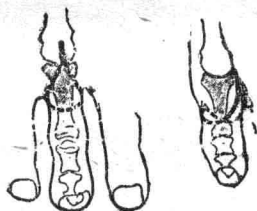
8) 足關節強直之授動手術

無論關節強直之

位置如何，以保護伸  
縮及屈髓之目的，切  
開關節可用 König  
氏之兩側側方切開法

第六百九十七圖  
中趾截斷時之皮  
膚切開法

第六百九十八圖  
中趾截斷時之皮  
膚切開法



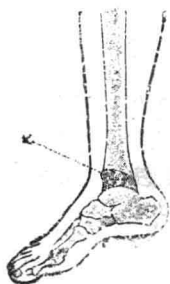
藉此將關節前側  
之軟部，皮膚及髓，  
一同充分上舉，後方  
之軟部亦同樣剝離，  
於注意保護後方軟部  
之下，用 Hietferich  
氏之弓狀鋸，離斷第 700 圖所示之部位。此時須上方凸出，下方  
凹入。

於是取自大腿前側之筋膜脂肪層向上移植於趾骨之鋸斷面

於 Achilles 髓之側方，加以小切開，施導管，行軟部及皮  
膚之縫合，以 Volkmann 氏副木或有窗石膏纏帶固定於直角位  
。行手術時用 Esmarch 氏帶，縫合後除去之。

後療法三星期後除去固定纏帶，漸令運動。

第六百九十九圖  
足關節移動手術  
改造關節端須切  
除之部分



第七百圖  
同左  
足關節癒着部之  
鋸斷



第七百零一圖  
同左  
以筋膜被覆之附骨鋸  
斷面及脛骨鋸膜面



(完)

# 索 引

## 三 畫

- 三角形楔狀枕 *Mitteldsrf's* .....26
- 上臂
- 先天性畸形 *Ongobarene missildungen der oberarms*.....54
  - 軟部之損傷 *Verletzungen der weichteile des oberarms*.....54
  - 肌及腱之損傷 *Verletzungen der Mm. u. der sehne oberarms* .....54
  - 肌肉赫爾尼亞 *M—Hernia des oberarms* .....56
  - 神經之損傷 *Verletzungen der nerven des oberarms*.....57
  - 動脈之損傷 *Verletzungen der A. Brachialis* .....57
  - 動脈結紮法 *Unterbindung der A. Brachialis*.....57
  - 軟部之炎症 *Entzündungen der weichteile des oberarms*.....61
  - 癰及癰 *Furunkel u. Karbunkel* .....61
  - 蜂窩織炎 *Phlegmone* .....61
  - 急性化膿性肌炎 *Mycositis Purulenta acuta* .....61
  - 肌肉梅毒 *Muskelsyphilis* .....61
  - 化骨性肌炎 *Myositis ossificans* .....61
  - 肌肉風濕症 *Muskel Reumatismus*.....61
  - 腫瘤及囊瘤 *Geschwulste u. zyste des oberarms* .....62
  - 軟部之腫瘤 *Geschwülste der weichteil* .....62
  - 軟部之囊瘤 *Zyste der weichteil*.....63
  - 骨之腫瘤 *Geschwulste des knochens* .....63
  - 手術 *Operation des oberarms*.....63
  - 切斷術 *Amputatio humeri* .....63
- 腿
- 腿軟部之損傷 *Verletzungen der weichteil* .....253
  - 血管之損傷 *Verletzungen der gefasse des ober-schenkel* .....253
  - 股動脈之損傷 *Verletzungen der A-Femoralis* .....253
  - 股靜脈之損傷 *Verletzungen der V. Femoralis*.....254

神經之損傷 Verletzungen der nerven das oberschen-	
nkels.....	255
肌肉之損傷 Verletzungen der muskeln das oberschen-	
kolks.....	255
筋膜之皮下斷裂 Subkutane Ruptur Fascia des oberschen-	
kels .....	256
股骨幹骨折 Fractur der Diaphyse femur .....	256
慢性炎症 Chronische entzündung der weichteile	
des oberschenkels .....	263
大腿結核 Tuberculose .....	263
護謨腫 Curnma .....	263
放綫菌 Actinomycose .....	264
股急性化膿性骨髓炎及骨膜炎 Ostomyelitis u. Peri-	
estitis purulenta acuta der Femur.....	264
股骨之梅毒 Syphilis der femur .....	266
股骨之結核 Tuberculose der Femur .....	266
股骨之纖維性骨炎 Ostitis Fibrosa der oberschenkels.	266
腫瘤及囊腫 Geschwulste u. Zyste des oberschen-	
kels .....	267
下肢之血栓性靜脈炎 Thrombophlebitis der unteren	
Extremitis .....	271
坐骨神經痛 Ischias .....	272
截斷術 Amputatation femeris .....	274
小腿骨之畸形 Defarnuitaten der unterschenkelknochen.	341
一軟部之損傷 Verletzungen der weichtelle des unter-	
rschenkels .....	341
一骨骨幹骨折 Fractur der Diaphyse der unterschenkel-	
elknochen Fractur cruris .....	346
兩側小腿骨骨折 Fractur beider unterschenkelknochen	346
脛骨骨幹之單獨骨折 Isalerte fractur der Tibladiaph-	
yse.....	349
一腓骨幹之單獨骨折 Isalerte fractur der Fibula dia-	
puyse .....	351
一軟部之急性炎症 Entzündungen der unterschenkelk-	

nachen .....	351
—化膿性骨髓骨膜炎 Osteomyelitis et periostitis purulenta .....	351
—潰瘍 Unterschenkelgeschwür .....	354
—靜脈瘤或靜脈擴張症 Varix cruris od phlebektasie des unterschenkel .....	356
—象皮病 Elephantiasis cruris od Elephantiasis der unterschenkela .....	359
—之腫瘤及囊瘤 Geschwülste u. Zyste unterschenkels .....	360
—手術 Operation des unterschenkels .....	361
—截斷術 Amputation des unterschenkels .....	362
—骨下端之骨折 Fractur des unteren Ende unter Schenkelknochen .....	392
踝上骨折 Supramalleoläre Fractur .....	392
踝骨折 Fractur der malleolen od knschelbruch .....	394

## 四 畫

手腕關節炎 Carpalarthrits .....	142
急性漿液性— Carpalarthrits Serosa acuta .....	142
急性化膿性— Carpalarthrits Purulenta acuta .....	143
淋毒性— Carpalarthrits Gonorrhoeica .....	143
風濕症性— Carpalarthrits Rheumatica .....	143
結核性— (—結核) Carpalarthrits Tuberculosa .....	144
梅毒性— Carpalarthrits Syphilitica .....	145
畸形性— Carpalarthrits Deformans .....	145
尿酸性— Carpalarthrits Urica .....	145
血友病性— Haemophilisches gelenk .....	145
神經病性— Nervenpathisches gelenk .....	145
—攣縮及強直 Kontraktur n. Ankylose das Handgelenks .....	148
—關節離斷術 Exarticula manus .....	150
關節切除術 Resectio manus .....	151
手指	
駢指 Syndaktylie .....	153

- 剩指 Polydaktylie .....153  
 缺指 Ektadaktylie .....154  
 一創傷 Verletzungen der Fingen .....157  
 一絞挫 Umschnurung das Fingen .....157  
 一急性風濕症 Acuta rheumatismus der Fingen .....167  
 一慢性風濕症 Chronica rheumatismus der Fingen .....167  
 一尿酸性關節炎 Arthritis urica der Fingen(gicht) .....168  
 一結核 Tuberculosa der Fingen .....169  
 一腱鞘炎 Tendavaginitis der Fingen .....169  
   急性化膿性腱鞘炎 Tendavaginitis purulenta acuta .....171  
   結核性腱鞘炎 Tendavaginitis tuberculosa .....171  
   單純性慢性腱鞘炎 Tendavaginitis chronica simplex .....171  
 手腕關節之挫傷及捻挫 Kontusion u. Distorsion das  
 Handgelenks .....130  
   一關節脫臼 Luxation der Handgelenk's .....133  
   一腕關節脫臼 Luxation der Radio carpalgelenks ...133  
   一腕關節背側脫臼 Dorsale luxation des Radio carp-  
   algenks .....133  
 手腕關節部腱鞘炎 Tendovaginitis der Handgelenkgege-  
 end .....137  
 手腕慢性性腱鞘炎 Tendovaginitis creptans .....137  
   一慢性漿液性腱鞘炎 Tandgavaginitis serasa chronica...138  
   一急性化膿性腱鞘炎 Tandgovaginitis purulenta acuta...138  
   一結核性腱鞘炎 Tandgovaginitis tuberculasa .....139  
   一關節部之結液囊炎 Bursitis der Handgelenkgegend ...140  
   一關節部之膠狀瘤(一名結節樣腫瘤) Gangliam der  
   Handgelenkgegend .....140  
 手指之攣縮及強直 Kontraktur u. ankylose der finger ...172  
   彈撥指 Schnellender od felern der finger .....173  
   指痙攣症 Fingerkrampf .....173  
   腫瘤及囊瘤 Geschwulste u. ly te der finger .....173  
   一化膿性指骨間關節炎 Arthritis interphalangealis  
   Purulenta acuta .....105

## 七 畫

## 肘部

- 肱尺關節 *Articulatio Humero-ulnaris* .....68  
 肱橈關節 *Articulatio Humero-radialis* .....69  
 近側橈尺關節 *Articulatio radii ulnaris proximalis* .....69  
 先天性畸形 *Angeleorene missbildungen (Defarmitäten)* der Elbengegend .....69  
 創傷 *Wunde der Elbengegend* .....70  
 關節之挫傷及捻挫 *Konklusion u. Distorsion der Elbengegend* .....70  
 肘關節脫臼 *Luxation der Elbaugeelenks* .....84  
   兩前臂骨脫臼 *Luxation beider vorderarm knochen* .....91  
   後方脫臼 *Nach hinter* .....91  
   前方脫臼 *Nach vom* .....91  
   外方脫臼 *Nach aussen* .....92  
   橈骨脫臼 *Luxation der Radius* .....91  
   尺骨脫臼 (後方) *Luxation der Ulna (Nach hintar)* .....93  
 肘部軟部之炎症 *Eutzündungsn der Weichteil der Elbengegend* .....93  
 肘腺炎 *Ymphadenitis cubitis* .....94  
   急性化膿性淋巴腺炎 *Lymphadenitis purulenta acuta* .....94  
   慢性單純性淋巴腺炎 *Lymphadenitis simplex chronica* .....94  
   梅毒性肘腺炎 *Lymphadenitis cubitalis syphilis* .....94  
   結核性肘腺炎 *Lymphadenitis cubitalis Tuberculosa* .....93  
 肘部結液囊炎 *Bursitis der gubitalgegend* .....93  
   急性漿液性鷹嘴粘液囊炎 *Bursitis serosa acuta olecrani* .....93  
   急性化膿性鷹嘴粘液囊炎 *Bursitis purulenta acuta olecrani* .....93  
   慢性滲出性鷹嘴粘液囊炎 *Bursitis exudativa chronica olecrani* .....97  
 肘關節炎 *Cubitalarthritis* .....93  
   急性化膿性關節炎 *Cubital-arthritis purulenta acuta* .....93  
   急性漿液性關節炎 *Cubital arthritis serosa acuta* .....93



- 淋毒性節炎 Cubital-arthritis gonorrhoeica .....98
- 風濕症 Cubitalarthritis Rheumatica .....98
- 慢性漿液性單純性節 Cubitalarthritis chronica serasa  
simplia .....98
- 變形性節炎 Cubitalarthritis defarmans .....98
- 尿酸性節炎或痛風 Cubitalarthritis urica .....99
- 結核性時炎或時關節結核 Cubitalarthritis Tuberculosa 99
- 時關節
- 一 時關節梅毒 Cubitalarthritis syphilis .....100
- 血友病性時關節炎或時關節之血友病性關節症 Cubital-  
arthritis haemohilica .....100
- 神經病性時關節炎或神經病性關節症 Cubitalarthritis  
nerropathica .....100
- 時關節之繃縮及強直 Kontratur u. Ankylose des Elboge-  
ngelenks .....100
- 皮膚性或癩痕性繃縮 Dermatogen od narbige kontr-  
actur .....100
- 腱性繃縮 Tendagene kontratur .....100
- 肌性繃縮 Mgogene kontratur .....100
- 神經性繃縮 Neurogene kontratur .....100
- 反射性繃縮或症候性繃縮 Roflektarische koutratur  
od symp-Tamesche kontratur .....100
- 痙攣性繃縮 Spastische kontratur .....100
- 麻痺性繃縮 Paralytische kontratur .....100
- 關節性繃縮及強直 Arthrogene kontratur u. Ankylose 100
- 結締組織繃縮及強直 Binodegewebige kontratur od an-  
kylase .....101
- 軟骨性強直 Knarpelige ankylase .....101
- 骨性強直 Knarcherne ankylase .....101
- 肘部之腫瘤 Geschwülsle der Elbagen gelenks .....101
- 離斷術 Exartikulatio cubiti .....102
- 時關節切除術 Resectio cubiti .....102
- 一 強直之授動手術 Mobilisierungsooprattion der Elbag-  
engeleukangloae .....104

## 足及趾

足趾攣縮 Fusscontracturen .....372

馬足或尖足 Pes equinus pferdfuss od spilgfnaasn ...372

腫足或鈎足 Pes calcaneus od Hakenfuss .....372

內翻足 Pes varus od Krumpffuss .....372

扁平足 Pes planus od Plattfuss .....372

凹足 Pes cavus od Hohlfues .....372

足及小腿之巨大發育 Rierenwuchs des Fnses u.

Unterschenkels .....372

## 足及趾扁平足及外翻足 Pes planus od Plattfuss u.

Pes valgus od Kniekfuss .....384

足關節之創傷 Wunde der Fussgelenkgegenel .....390

腱之損傷 Verletzungen der seime .....394

腱鞘之損傷 Verletzungen der sehscheide .....391

關節之損傷 Verletzungen der gelenke .....391

血管之損傷 Verletzungen der gefässe .....391

## 足骨骨折 Fraetur der Fussknachen.....396

距骨骨折 Fractur der Talus .....396

跟骨骨折 Fractur der Calcaneus (fersenbeins) .....397

跗骨骨折 Fractur der Kleinen torsalknochen .....399

跖骨骨折 Fractur der Metarsalknochen.....399

趾骨骨折 Fractur der Sche .....400

## 足關節脫臼 Luxation des Fussgelenks(Talocuralgelenks)400

一側方脫臼 Lalerale luxation des Fussgelenks .....400

一前方脫臼 Luxation des Fussgelenks nach vorn .....402

一後方脫臼 Luxation des Fussgelenks nach hinten ...403

一上方脫臼 Luxation des Fussgelenks nach oben .....404

## 足及趾之軟部急性炎症

足部蜂窩織炎及膿腫 Phlegmone u. abscess des

Fusses .....412

丹毒 Erysipelas .....412

脾脫疽 Milzbeand.....412

毒蛇咬傷 Schlangenbiss Krankheit .....412

急性化膿性肌炎 Myositis purulenta acuta.....412

- 足部囊鞘炎 Tendo vaginitis des Fusses.....412
- 足及趾之腫瘡及囊腫 Geschwülste zyste des Fusses u.  
der Zehen .....427
- 足部神經痛 Neuralgie des Fusses.....430
- 壓迫瘡 (俗名疱) Druchbcule .....428
- 胼胝腫 Schwiele od callus od Tylosis .....429
- 雞眼 Clavus od Hühnerauge .....429
- 家畜肉芽腫 Botryomykose .....429
- 足部粘液囊炎 Bursitis om Fusse .....413
- 足關節炎 Arthritis pedis .....414
- 急性漿液性關節炎 Pedarthritis serosa acuta.....415
- 足部關節炎
- 急性化膿性關節炎 Pedarthritis purulenta acuta .....415
- 淋病性關節炎 Pedarthritis gonorrhoeica .....415
- 風濕性關節炎 Pedarthritis rheumatica .....416
- 結核性關節炎 Pedarthritis tuberculosa .....416
- 尿酸性關節炎 Pedarthritis urica (Gicht) .....416
- 神經病性關節症 Neuropartische geleukaffection des  
Fussgelenks .....417
- 血友病性足關節症 Haemophisches fussgelnk .....417
- 足骨，跗骨關節等之炎症
- 足骨及其關節之結核 Tuberculosa der Fussknochen  
und derengelenke.....419
- 足骨之纖維性骨炎 Ostitis fibrasa der Fussknachen.419
- 足及趾之壞疽 Gangraen der Zehe.....419
- 老人性壞疽或動脈硬化性壞疽 Senile gangraen od  
Gangraen arteriosklerotica.....419
- 壯年壞疽或特發性壞疽 Praesenile gangraen juvenile  
Gangraen od spontane gangraen.....420
- 對側性壞疽或 Raynaud 氏病 Symmetrische gangraen  
od Raynaud' sehe krankheit.....422
- 梅毒性壞疽 Syphilitische gangraen.....423
- 糖尿病性壞疽 Drabetische gangraen .....424
- 神經病性壞疽 Neuropathische gangraen.....424

癩病時之壞疽 Gangraen bei Lepra .....425  
 中毒性壞疽 Toyische gangraen .....423

八 畫

肩胛

肩胛部之畸形 Missbildung der schultergegend.....2  
 骨之先天性缺損 Angeborene defect der clavienla .....2  
 一骨之先天性高位或轉位 Angeborene Hochstand od  
 Verschiebung skapula.....3  
 先天性肩胛關節脫臼 Angeborene schultergenk  
 Luxation .....3  
 一部之損傷 Verletzung derSchultergegend .....4  
 軟部之損傷 Verletzung der Weichteile .....4  
 骨之損傷 Verletzung der Knochen .....4  
 一關節之損傷 Verletzung der Schultergelenk .....4  
 腋窩動靜脈之損傷 Verletzung der A. u. v. axillaris...5  
 一神經之損傷及壓迫 Verletzungen u. Druck der nerven  
 der Schultergegend .....5  
 一骨骨折 Fractur des Schulterblates od Fractur  
 scapulae .....5  
 骨體骨折 Fractur carpi scapulae .....18  
 骨頸骨折 Fractur des callum scapulae.....18  
 肩峯突骨折 Fractur scromialis .....20  
 喙突骨折 Fractur des prozesus caracoides .....20  
 一肩關節脫臼或肱骨脫臼 Luxation des Schultergelenks  
 (Humerus) .....27  
 一關節前方脫臼或肱骨關節前方脫臼 Luxation der schn-  
 ltergelenks nach varn od Luxatio Hiemeri praeg-  
 lenoidalis .....27  
 一肩胛關節後方脫臼或肱骨關節孟後方脫臼 Luxation des  
 Schultergelenk nach hinter Luxatiohumeri retro-  
 glenoidalis .....33  
 一軟部之炎症 Entzündungen der Weichlerl des schul-  
 tergegenel.....34

- 部粘液囊炎 Bursitis der Scapulargegend.....35
- 骨之炎症 Entzündungen der Skapula .....36
- 關節之炎症 Entzündungen des Schultergelenks od  
Omarthritis .....37
- 急性漿液性關節炎 Omarthritis Serosa acuta .....38
- 急性化膿性肩胛關節炎 Omarthritis Purulenta acuta...33
- 淋病性肩胛關節炎 Omarthritis Gonorrhoeica .....38
- 肩胛急性及慢性肩胛關節風濕症 Omarthritis Rheumatica  
Acuta chronica .....39
- 慢性漿液性肩胛關節炎 Omarthritis Serosa chronica ...39
- 結核性肩胛關節炎或肩胛關節結核 Omarthritis Tuber-  
culose od Schultergelenktuberculose .....40
- 梅毒性肩胛關節炎 Omarthritis syphilis.....41
- 畸形性肩胛關節炎 Omarthritis deformans .....41
- 尿酸性肩胛關節炎 Omarthritis urica .....41
- 神經性肩胛關節炎 Omarthritis neuropathica .....41
- 肩胛關節之骨結及強直 Kontraktur u. ankylose der Seh-  
ltergelenks .....42
- 關節之動搖關節 Schlottergelenks des Schultergelenks43
- 部及腋窩之腫瘤 Geschwülste der Schultergegend u.  
Achsehöhle .....44
- 部之手術 Operation on der Schultergegend.....46
- 鎖骨切除術 Keskektion der Clavicula.....46
- 骨切除術 Resektion der Scapula .....46
- 關節切除術( 肱骨切除術) Keskektion der Scapulgel-  
enks .....48
- 關節離斷術( 肱骨離斷術) Exartikulation.....50
- 關節授動術 Mahbilisation der Schultergelenks .....52
- 肱骨上端骨折 Fractur am oberen Ende des Humerus  
( Aberarmnochen ) .....20
- 頸骨折 Fractur des Caput humeri.....21
- 解剖頸骨折 Fractur des Callum anatomcnm humeri.21
- 骨端綫離解或骨折 Fractur der Epiphyselinie des  
Humerus .....23

—粗隆骨折 Fractur der Tubercula humeri.....	24
—外科頸骨折 Fractur des Callum chirurgicum humeri.....	25
—幹之骨折 Fractur der Diaphyse humerus .....	28
肱骨之炎症 Entzündungen des Oberarmknochens (Humerus).....	61
—之急性化膿性骨髓骨膜炎 Ostiomyelitis u. Pericostitis Furulenta acuta des Humerus .....	62
—骨之梅毒 Syphilit des Humerus.....	62
—骨之結核 Tuberculosa des Humerus.....	62
肱骨下端骨折 Fracture am untern ende Humerus .....	71
—顆上骨折 Fractur humeri supracondylica .....	72
—下端之骨端綫離解 Epiphysentrennung des untren Endes des Humerus .....	76
—小頭骨折 Fractur des Capilutum humeri (Eminesta capitata) .....	77
—外顆骨折 Fractur des Candylus lateralis (Externus) humeri .....	79
—外上顆骨折 Fractur des Epicondylus lateralis humeri.....	79
—內顆骨折 Fractur des Condyeus medialis (internus) Humeri .....	83
—內上顆骨折 Fractur des Epicondylus medialis (internus) Humeri .....	79
股關節脫臼 Luxation des Hüftgelenks .....	193
—後方脫臼 Luxation femoris posterior.....	198
—前方脫臼 Luxation femoris anterior .....	202
—先天性脫臼 Angeborene Hüftgelenkluxation.....	207
—上方脫臼 Luxation nach oben .....	208
—外方脫臼 Luxation nach aussen .....	208
全脫臼 Voltslandige L. ....	208
不全脫臼 Unvallstandige L. ....	208
腸骨脫臼 L. nach hinter .....	208
坐骨脫臼 L. ischiadica .....	208
股關節炎 Coxitis .....	230
急性漿液性— Coxitis serosa acuta .....	231

- 急性化膿性— *Coxitis purulenta acuta*.....231
- 因急性傳染病之— *Coxitis bei akuter infektiöskrankheit* .....231
- 淋病性— *Coxitis gonorrhoeica* .....231
- 風濕性— *Coxitis rheumatica*.....231
- 畸形性— *Coxitis deformans* .....232
- 梅毒性— *Coxitis syphilis* .....232
- 神經病性— *Coxitis neuropathica*.....232
- 股關節炎結核或結核性— *Coxitis tuberculosa od Huftgelenktuberculosa* .....232
- 第一期或初發期— I. Stadium od Initialstadium.....233
- 第二期或第一開化期— II. Stadium od I. Florescenztadium .....234
- 第三期或第二開化期— III. Stadium od II. Flarescenztadium .....234
- 股關節之粘液囊炎 *Bursitis der Huftgelenkgegend* .....240
- 腸骨下粘液囊炎 *Bursitis aubiliaca* .....240
- 深在性大粗隆粘液囊炎 *Bursitis trochantERICA profunda* .....241
- 淺在性大粗隆粘液囊炎 *Bursitis trochantERICA Supracialis*.....241
- 鼠蹊腺或橫痃 *Lymphadenitis inguinalis od Bubo* ..242
- 疼痛性橫痃 (急性鼠蹊淋巴腺炎) *Dolenter Bubo* .....242
- 無痛性橫痃 *Indolenter Bubo* .....242
- 鼠蹊淋巴肉芽腫 (或第四性病) *Lymphgra nulomatosis inguinalis od die vierte venetische Krankhert* ..243
- 股腺炎 *Lymphadenitis femoralis* .....243
- 急性化膿性股腺炎 *Lymphadenitis purulenta acuta femoralis* .....244
- 鼠疫性股腺炎 *Lymphadenitis acuta femoralis durch Pest* .....244
- 單純性慢性股腺炎 *Lymphadenitis chronica simpl femoralis*.....245
- 結核性股腺炎 *Lymphadenitis Tuberculosa femoralis* 245

—腸骨窩腺炎 Lymphadenitis iliaca .....245

### 九 畫

- 前臂骨上端骨折 Fractur om oberen Ende der vorderarmknochen .....81
- 鷹嘴突骨折 Fractur des Olecranon .....81
- 鷹嘴突之骨端線離解 Epiphysentrennung des Olecranon .....83
- 尺骨冠狀突骨折 Fractur des Processus coronoideus-ulnae .....83
- 橈骨小骨頭骨折 Fractur des Capitulum radii .....83
- 橈骨頸骨端線離解 Epiphysentrennung des Callusradii .....84
- 骨折 Fractur der Vorderarmknoche (Antebrachia) .....113
- 兩前臂骨骨折 Fractur beides vorderarmknochen (Antebrachii) .....113
- 骨幹部骨折 Fractur der Diaphyse .....114
- 尺骨骨折 Fractur der ulna (Ellenbein) .....116
- 尺骨骨幹部骨折 Fractur der Diaphyse der ulna .....116
- 尺骨莖突骨折 Fractur des Processus styloideus-ulnae .....117
- 橈骨上端骨折 Fractur des Radius (Speiche) .....118
- 尺骨下端之骨端線離解 (Epiphysentrennung des Unteren endes der ulna) .....118
- 橈骨下端骨折 (橈骨定型骨折) (Fractur radii typica) (Colles Fractur) .....119
- 炎症 Entzündungen der Weichteile vorderarms .....119
- 之腫瘤及囊腫 Geschwülste u. Cyste der vorderarms .....123
- 之手術 Operation des vorderarms .....123
- 之先天性畸形 Angeborene missbildungen der vorderarms .....107
- 一部或全部缺損 Congenitale partielle od totale Defect des vorderarms .....107
- 先天性橈骨尺骨骨性癒着 Congenitale radio-ulnara



Synastasis .....	108
上肢之先天性絞縛 Kongenitale schnürung der Abo-	
ren Extraart. ....	108
—軟部之損傷 Verletyunzen der Weichteile vorderarms	108
—肌及腱之損傷 Verletzungen der Muskeln u. des	
Sehne des Vorderarms .....	109
神經之損傷 Verletzungen der Nerven vorderarms	109
正中神經之損傷 Verteltzungen der n. medialis .....	100
前臂尺神經之損傷 Verteltzungen der n. ulnaris .....	109
—橈神經之損傷 Verletzungen der n. radialis .....	110
—軟部之炎症 Entzündungen der Werchteite vadera-	
rms .....	122
指骨之骨折 Fractur der Phalangen .....	158
指骨及指關節之炎症 Entzündungen der Fingerknochen	
u. der Fingergelenke .....	166
單純性指骨間關節炎 Arthritis interphalangealis	
Simplex .....	167
手指風濕症 Akuter Rheumatismus der Finger .....	167
手指慢性風濕症 Chronische Rheumatismus .....	167
手指尿酸性關節炎 Arthritis urica der Fingen(Gicht)	168
手指之結核 Tuberculosa der Fingen .....	169
—之梅毒 Syphilis der Fingerknochen .....	169
—急性化膿性指骨間關節炎 Arthritis interphalangealis	
Puruleuta acuta .....	169
指之壞疽 Gangraen der Fingen .....	171

十 畫

骨盆

骨折 Beckenfractur .....	182
臀動脈之結紮法 Unterbindung der A-glutea .....	182
腰部之損傷 Verletzungen der Beckengegend .....	182
—單獨骨折 Isolierte Beckenfractur .....	183
—複合骨折 Multiple Beckenfractur .....	183
—之脫臼 Luxation der Beckens .....	184

恥骨縫合脫臼 (斷裂) Luxation (Zerreissung) der Schambeinfuge .....	186
荐腸骨關節脫臼 (斷裂) Luxation (Zerreissung) der Ileosacralgelenks .....	186
尾骨之斷裂 Zerreissung der Coccygeus .....	186
—急性化膿性肌炎 Myositis purulenta acuta der Beckengegend .....	187
腰肌炎或腸腰肌炎 Psioitis od Ileopsioitis .....	187
骨盆骨疽或骨盆之結核 Beckenkaries od Tuberculosa des Beckens .....	19
—梅毒 Syphilis des Beckenknochens .....	193
—之腫瘤 Tumoren der Beckengegend .....	193
骨折	
股骨上端骨折 Fractiu am obern Ende Oberschenkels (Femur) .....	221
骨頭之 Fractur caput femuris .....	221
股骨頸— Fractur calli femuris .....	221
股骨上端之骨髓膜炎 Osteomyelitis u. Periostitis des oheren Endes der Femur .....	229

## 十 一 畫

趾之後天性攣縮 Erwerbene kontraktur der zeh .....	390
跖趾外翻 Halus vulgaris .....	390
趾之屈曲攣縮 Flexionkontractur der zehen .....	390
趾脫臼 Luxation des zeh .....	411
趾骨間脫臼 Luxation des Interphalangealgelenks .....	411
趾之癰疽 Paronychium der zeh .....	411

## 十 二 畫

腋窩淋巴腺炎 Entzündungen der Achsdrüse od Lymphadenitis axillaris .....	44
急性化膿性— Lymphadenitis axillaris purulenta acuta .....	44
鼠疫時之急性— Lymphadenitis axillaris acuta Bei .....	

- pest .....43  
 單純性慢性—Lymphadenitis axillaris chronica  
 simplex u. Scrofulosa .....45  
 結核性 Lymphadenitis axillaris tuberculosa .....45
- 腕  
 一腕關節及手之創傷 Wunde der Hand u. der Handge-  
 lenke .....130  
 一骨骨折 Fractur der carpus .....130  
 一骨脫臼 Luxation der Handwurzel knochen .....136  
 一關節脫臼 Luxation der Intercarpal-gelenks .....136  
 腕掌關節脫臼 Luxation der Carpe-metacarpalgelenks ...136
- 掌  
 骨骨折 Fractur der mittelhandknochen (Matacar-  
 pus) .....132  
 一指關節脫臼 Luxation der Metacarpa-Phalangealge-  
 lenks .....159  
 拇指之背側脫臼 Dorsale luxation der Daumens .....159  
 拇指掌側脫臼 Valare luxation des Daumens .....162  
 拇指側方脫臼 Seitliche luxation der Daumens .....162  
 指骨間關節脫臼 Luxation der Mterphalangealgelenke 162
- 趾  
 跟骨關節脫臼 Luxation des Talo-calcanealgelene od  
 Luxation pedis subtalo .....404  
 骨下內方足脫臼 Luxation pedils subtala nach innen 408  
 一骨單獨脫臼 Isalierte luxation des Talus .....44
- 跗  
 骨之單獨脫臼 Isalierte luxation der übrigen Tarsal-  
 knochen .....408  
 Chpapat 氏關節脫臼 .....408
- 十 三 畫
- 腰痛 Lumbaga .....195  
 腸骨高淋巴腺腫脹 Anschwellung der Iliacadrüse .....188
- 十 五 畫
- 膝外翻症 X脚或 X膝 Genu valgum X-Bein od X-Kiue ...279

- 膝關節之畸形 Missbildungen (Defarmitation) des Kniegelenks.....279
- 佝僂病性 O 脚
- 一膝內翻或 O 脚，或 O 膝 Genu varum od O-Bein od  
    A Knie.....286
- 一膝反張症 Geun Recurvatum .....224
- 一股骨下端骨折 Fractur am unteren Ende der Femur.....288
- 一髌上骨折 Fractur supracondylica.....288
- 一骨端綫離解 Epiphysentrennung .....288
- 一 T 字狀及 Y 字狀骨折 T-farmig u. Y-farmig Fractur.....288
- 一髌骨骨折 Fractur des Condylus .....288
- 一粉碎骨折 Splitterbruch.....288
- 一孔狀骨折 Ischbruch.....288
- 一裂隙 ( 韌裂骨折 ) Fissuren .....288
- 膝關節
- 一胫骨上端骨折 Fractur der oberen Endes der Tibia.....292
- 一腓骨上端骨折 Fractur des oberen Endes der Fibula.....294
- 一關節間軟骨 ( 半月狀軟骨 ) 之脫臼及裂傷 Luxation  
    Ruptur der Menisken .....298
- 一上脛腓關節脫臼 ( 腓骨脫臼 ) Luxation der oberen  
    Tibiofibulargelenks ( Fibula ).....310
- 一關節粘液囊炎 Bursitis der Kniegelenkgegend .....312
- 一蓋前粘液囊炎 Bursitis praepatellaris .....313
- 一急性漿液性膝蓋粘液囊炎 Bursitis praepatellaris  
    Serosa u. Haematoma bursae .....313
- 一急性化膿性膝蓋前粘液囊炎 Bursitis praepatellaris  
    Purulenta acuta.....313
- 一慢性膝蓋前粘液囊炎或膝蓋前水腫 Bursitis praepate-  
    llaris chronica od Hygrama praepatellaris.....315
- 一結核性膝蓋前粘液囊炎 Bursitis praepatellaris Tuber-  
    culosa.....315
- 膝關節炎 Gonitis od Kniegelenkentzündungen .....315
- 一急性漿液性— Gonitis serosa acuta .....316
- 一急性化膿性— Gonitis purulenta acuta.....317

- 淋毒性— Gonitis gonorrhoeica .....317  
 風濕症性— Gonitis Rheumatica .....318  
 慢性漿液性— Gonitis serosa chronica.....319  
 結核性— Gonitis tuberculosa kniegelnktuberculosa 3.0  
 梅毒性— Gonitis syphilis .....324  
 畸形性— Gonitis deformans .....325  
 神經性— Gonitis neurapathica.....3.5  
 血友病性膝關節症 Haemaphilisches kniegelenk .....326  
 —內關節鼠 Gelenmaus im kniegelenk .....326  
 —攣縮及強直 Kontractur u. Inkylose .....326  
 —之皮膚性及癩痕性攣縮 Dermatogene od narbige  
 Kontratur des kniegelenks .....328  
 —肌性及腱性攣縮 Myogene u. Tendogene des Knie-  
 gelenke .....328  
 —神經性攣縮 Neurogene kontraktur des Kniegelenks 329  
 —先天性攣縮 Angeborene kontraktur des Kniegelenks 29  
**膝關節**  
 —膈動脈之動脈瘤 Aneurysma der A. Poplitea .....330  
 —手術 Opération des Kniegelenks.....333  
 —穿刺術 Funktion des Kniegelenks .....333  
 —切開術 Incision des Kniegelenks Arthrotomic.....333  
 —離斷術 Exartikulation des Kniegelenks od Exarti-  
 culation genu.....335  
 —之強直之授動手術 Mobilisierungsoperation der Kni-  
 egeienkaylose.....337  
**膝蓋骨**  
 —脫臼 Luxatipn patella (Knrescheibo) .....305  
 —側脫臼 Acussere Luxation.....303  
 —內側脫臼 Innereu Luxation .....307  
 —鉛直脫臼 Vertikele Luxation der Patella .....307  
 捻轉脫臼 Tarsinsluxation der Patella .....307  
 水平線脫臼 Harizontale Luxation der Patella .....308  
 先天性畸形 Defarmitäten der Patella.....234  
 骨折 Fraectur des Patella .....299

## 十六畫

癰疽 Panaritium .....	163
表皮下或上皮性— Panaritium subepitheliale od Cutaneum .....	163
皮下性— Panaritium subcutaneum .....	163
爪牀下— Panaritium subunguale .....	164
腱性及腱周圍性— Panaritium tendinosum u. Perit- endinosum .....	164
骨性及骨衣性— Panaritium osseum u. Periostae ..	164
腐敗性或壞疽性— Panaritium putrieum s. Gangrae- nosum .....	164
關節性— Panaritium articulare .....	164
Pede 氏鉗子拔出指甲 .....	166

## 十八畫

## 鎖骨

—骨折 Bruch des Schlüsselbeins od Fractur clavicula 8	
—Iesant 氏繃帶 .....	11
—脫臼 Luxation des Schlüsselbeins od Luxatio claviculae .....	13
—肩峯突端脫臼 Luxation am Akromialn ende des Clavicula .....	14
—肩峯突上脫臼 Luxation claviculae supraacromialis ..	14
—肩峯突下脫臼 Luxation claviculae infracranialis ..	15
—胸骨端脫臼 Luxation am sternaleu Endeden clavic- ula .....	15
—胸骨前脫臼 Luxation claviculae praesternalis .....	18
—胸骨上脫臼 Luxation claviculae suprasternalis .....	16
—胸骨後脫臼 Luxation claviculae rettasternalis .....	17
—兩側脫臼 Leidersetige luxation der Claviculae .....	17
—之炎症 Entzündungen der Clavicula .....	33
—急性化膿性骨髓炎 Osteomyelitis u. Periostitis puru- lenta acuta der Claviculae .....	36

—結核	Tuberculosis der Clavicula.....	36
—梅毒	Syphilis der clavicula.....	36
隨骨	脫臼 Livfrane.....	409

— 完 —

## 慎微李定著

增訂再版

# 常用處方集

附急性中毒及其處置

本書爲已故李定教授積多年經驗彙輯，十餘年來斐聲全國，非獨醫藥生奉爲圭臬，亦開業醫師軍醫臨症必攜者。全書依藥物用途，分三十三章，都三百餘頁。書末附計量，計法，劇藥，毒藥之極量，急性中毒，及其處置等。近醫學進步日新月異，現聘專家參考最新發明醫學文獻，舉凡近十年來所發見之治療新藥，如磺胺類，青黴素，鏈黴素，抗生性物質各種維他命製劑，荷爾蒙製劑，等等分別增入，以期得心應手，新五號字排西報紙印。