

醫學博士
茂木藏之助著

醫學士
李祖蔚譯

外科學

各論上

187

醫學博士 茂木藏之助著
醫學士 李祖蔚譯

外科學

各論上

財團法人 同仁會發行

(承認番號 志 60242)

昭和十一年十二月二十日 初版發行
昭和十八年十一月十日 再版印刷
昭和十八年十二月五日 再版發行
(2,000部)



外科學各論上 定價金 八 圓 合計金 九圓三錢
稅相當額 一圓三錢

東京都四谷區東信濃町28

著 者 醫學博士 ^モ茂 ^テ木 ^{クラ}藏 ^ノ之 ^ス助

北京市西四北前口袋胡同6

校 譯 者 醫學博士 ^{タウ}湯 ^ジ爾 ^ワ和

中華民國廣西省南寧

續 譯 者 醫學博士 ^リ李 ^ソ租 ^ホ蔚

東京都品川區東大崎三丁目二三九番地

印 刷 者 鈴 木 茂
(東東129)

東京都品川區東大崎三丁目二三九番地

印 刷 所 中屋印刷株式會社

發 行 所 財團法人 同 仁 會

(會會員番號 220040)

東京都神田區神保町二丁目十番地
振替口座 東京 一一九七〇番

配 給 元 日本出版配給株式會社

東京都神田區淡路町二丁目九番地

緒 言 (譯 文)

余之外科總論，自發刊以來，幸爲斯界所歡迎，發刊後之爲期雖淺，其增刊已達數回矣。更因多方人士，希望發刊同體裁之外科各論，敢不顧淺學菲材，爰圖本書之編纂焉。惟余之本務多端，運筆不能如意，費時荏苒，及乎今日，尙須充分檢點及研究之處雖不少，俟本書得改版之榮幸時，欲有所力求改訂，爲是先行發刊，望各位加以叱正焉。

本書之編纂，準外科總論，概以簡要爲主，但爲謀實地醫家之便利計，對於臨牀上之重要疾患，尤對於療法，比諸總論則稍加詳細述之。

本書編纂時，得醫學博士木村博君，佐藤太平君，犬養六郎君及前田和三郎君之諸多援助，特此鳴謝。

次列記主要引用書目，對各著者謹表謝意。

主 要 引 用 書 目

(A) 外 科 學 成 書

- 1) Axhausen; Chirurgie des Anfängers.
- 2) Axhausen; Operationübungen.
- 3) E. v. Bergmann u. P. v. Bruns; Handbuch der Praktischen Chirurgie.
- 4) Bier-Braun-Kümmel; Chirurgische Operationslehre.
- 5) Binnie; Manuel of operative Surgery.
- 6) Bockenheimer; Allgemeine Chirurgie.
- 7) H. Bonneois et Ch. Lenormant; Précis de Pathologie chirurgicale.
- 8) E. Doyen; Traité de Therapeutique chirurgicale et de Technique opératoire.
- 9) V. Eiselsberg; Lehrbuch der Chirurgie.
- 10) C. Garrè u. Borchard; Lehrbuch der Chirurgie.
- 11) H. Gocht u. H. Debrmuer; Orthopädische Therapie.

- 12) Hoehenegg-Payer; Lehrbuch der speziellen Chirurgie.
- 13) Keen's Surgery.
- 14) M. Kirschner u. A. Schubert; Allgemeine u. Spezielle chirurgische Operationslehre.
- 15) Kirschner-Nordmann; Chirurgie.
- 16) Lejars; Dringliche Operation.
- 17) E. Lexer; Allgemeine Chirurgie.
- 18) G. Marion; Manuel de Technique chirurgicale.
- 19) Nordmann; Chirurgie.
- 20) Pels-Leusden; Chirurgische Operationslehre.
- 21) V. Pauchet, Pratique chirurgicale illustrée.
- 22) V. Schmieden; Chirurgische Operationskursus.
- 23) R. Stieh u. M. Makkas; Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen.
- 24) Saltan; Allgemeine Chirurgie.
- 25) Saltan; Spezielle Chirurgie.
- 26) H. Tillmanns; Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie.
- 27) H. Tillmanns; Lehrbuch der Speziellen Chirurgie.
- 28) O. Vulpins u. A. Stoffel; Orthopädische Operationslehre.
- 29) Warbasse; Surgical-Treatment.
- 30) Wullstein u. Wilms; Lehrbuch der Chirurgie.
- 31) O. Zuckerkindl; Chirurgische Operationslehre.
- 32) **青山徹藏氏**; 小外科總論
- 33) **有光藤三郎氏**; 最新外科手術後療法
- 34) **外科臨牀鑑別診斷學**
- 35) **日野一郎氏**; 手術前準備及後療法
- 36) **本名文任氏**; 最近外科治療學
- 37) **河邨百合人氏**; 整形外科教科書
- 38) **桂秀三氏**; 近世整形外科學
- 39) **近藤外科學**

- 40) 松永琢麿氏；日本外科總論
- 41) 三輪外科叢書
- 42) 三輪德寬氏；外科診斷及療法
- 43) 三輪德寬氏；外科手術學
- 44) 三輪德寬氏及吉川春次郎氏；實驗外科學
- 45) 森武美氏；救急外科手術學
- 46) 茂木藏之助氏；外科總論
- 47) 茂木藏之助氏；外科診斷學
- 48) 茂木藏之助氏；外科類症鑑別診斷學
- 49) 小川蕃氏；簡明外科各論
- 50) 下平用彩氏；新纂外科總論
- 51) 下平用彩氏；新纂外科各論
- 52) 診療醫典
- 53) 渡邊房吉氏；臨牀救急療法
- 54) 山村正雄氏；近世外科總論
- 55) 山村正雄氏；外科診斷學各論
- 56) 柳壯一氏；繃帶學提要

(B) 外科學之單行本

- 57) A. Hoffa; Lehrbuch der Frakturen und Luxationen.
- 58) Matti; Knochenbrüche und ihre Behandlung.
- 59) Bernard; Lappendicite.
- 60) Braue-Wortmann; Darmverschluss.
- 61) Buxells; Akute Infektionen.
- 62) Deutsche Chirurgie.
- 63) Neue deutsche Chirurgie.
- 64) Sauerbruch; Chirurgie der Brustorgane.
- 65) A. Schwarz; Chirurgie des Thorax.
- 66) Tandler-Ranzü; Chirurgische Anatomie und Operationstechnik des Zentralnervensystems

- 67) 伊藤弘氏；骨關節結核及其療法
- 68) 伊藤弘氏；植物性神經之一般學說及其外科
- 69) 三輪德寬氏及塚本恒夫氏；歇爾尼亞(Hernia)(日本外科全書)
- 70) 三宅速氏；膽道外科(日本外科全書)
- 71) 三宅速氏；胃癌
- 72) 茂木藏之助氏；創傷及其療法
- 73) 茂木藏之助氏；關節結核及其療法
- 74) 高安道成氏；腸管閉塞症(日本外科全書)
- 75) 關場不二彥氏；腹蓋及腹膜之外傷及諸病
- 76) 吉川春次郎氏；蟲樣突起炎

(C) 外科以外之成書及單行本

- 77) L. Aschoff; Pathologische Anatomie.
- 78) M. Borst; Geschwulstlehre.
- 79) Brumberg; Topographische Anatomie.
- 80) L. Casper; Lehrbuch der Urologie.
- 81) Corning; Lexrbuch der topographischen Anatomie.
- 82) Joseph; Lehrbuch der Hautkrankheiten.
- 83) Marle; Klinische Medizin.
- 84) Mehring; Lexrbuch der inneren Medizin.
- 85) J. Misch; Grenzgebiet zwischen Medizin und Dentist.
- 86) R. Müller; Lebensnerven.
- 87) Rauber; Lehrbuch der Anatomie.
- 88) Spalteholz; Handatlas der Anatomie.
- 89) Strümpell; Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie.
- 90) 安藤畫一氏；婦人科總論
- 91) 安藤畫一氏；婦人科各論
- 92) 旭憲吉及山田弘倫氏；皮膚病診斷及治療學
- 93) 土肥慶藏氏；皮膚科學

- 94) 二村領次郎氏；近世解剖學
- 95) 橋本節齋氏；新內科全書
- 96) 橋本節齋氏；近世診斷學
- 97) 本間俊氏；泌尿科學
- 98) 入澤內科學
- 99) 井上內科新書
- 100) 若田一及吉井丑三郎氏；近世耳鼻咽喉科學
- 101) 川村麟也及草間滋氏；病理總論
- 102) 小林六進氏；簡明臨牀細菌學
- 103) 今裕氏；近世病理解剖學
- 104) 吳建及坂本恒雄氏；內科學
- 105) 中川小四郎氏；泌尿器科診斷學
- 106) 長尾美知氏；實驗小兒科學
- 107) 日本小兒科叢書
- 108) 三浦神經病學
- 109) 緒方十右衛門氏；婦人科診斷及治療學
- 110) 緒方知三郎及三田村篤志郎；病理學總論
- 其他引用內外各種雜誌

內 容

第一編 頭及面外科.....	I
第一章 頭部外科.....	1
第一節 顱之損傷	1
I. 顱軟部損傷	1
II. 顱軟部挫傷	2
1) 皮下血腫	3
2) 帽狀腱膜下血腫.....	3
3) 骨膜下血腫	4
III. 顱骨骨折	5
A) 顱穹窿部骨折	5
B) 顱底部之骨折	10
IV. 顱腔內血管損傷	12
V. 腦神經損傷	15
VI. 腦損傷	18
A) 腦之開放損傷	18
B) 腦之皮下損傷或腦挫傷	19
VII. 腦震盪症	20
VIII. 外傷性腦壓迫症	21
IX. 外傷性腦脫	23
第二節 顱軟部疾患	25
I. 頭部癰及癤	25
II. 頭部蜂窩織炎及急性膿瘍.....	25

III.	頭部丹毒	26
IV.	頭部潰瘍	26
V.	頭部氣腫及氣瘤	26
VI.	頭部動脈瘤	27
VII.	顱腫瘍及囊腫	27
	第三節 顱骨疾患	33
I.	顱骨之急性化膿性骨膜炎及骨髓炎	33
II.	顱骨結核	33
III.	顱骨微毒	34
IV.	顱骨肥大	35
V.	顱骨萎縮	36
	第四節 腦及腦膜疾患	37
I.	水頭症	37
II.	腦膨出	39
III.	急性化膿性腦膜炎或化膿性軟腦膜炎	43
IV.	硬腦膜炎	44
V.	靜脈竇炎或靜脈竇血栓	45
VI.	腦膿瘍	46
VII.	腦腫瘍	48
VIII.	腦垂體腫瘍	50
IX.	癲癇	52
X.	腦之竈部診斷法	53
	第五節 腦腫瘍之X線檢查法	58
	第六節 手術	59
I.	腦穿刺	59

II.	肝脈體穿刺法	60
III.	穿顱術	60
IV.	減壓的穿顱術	66
V.	硬腦膜成形術	67
VI.	中硬腦膜結紮	67
	第二章 面外科	68
	第一節 先天性面畸形	68
I.	兔唇	68
II.	上唇正中破裂	76
III.	鼻破裂	76
IV.	面斜破裂	77
V.	面橫破裂或頰破裂	78
VI.	下口唇破裂	78
VII.	下口唇瘻	78
VIII.	複口唇	78
	第二節 面部損傷	79
I.	面創傷	79
II.	面火傷	80
III.	面凍傷	80
IV.	面骨骨折	80
	1) 鼻骨骨折	80
	2) 頰骨骨折	80
	第三節 面之急性炎症	81
I.	面疔及癰	81

II.	面峰窩織炎及膿瘍	82
III.	面丹毒	83
IV.	面脾脫疽	83
V.	面之馬鼻疽	84
VI.	水瘡	85
VII.	急性淚囊炎	85
VIII.	急性淚腺炎	86
IX.	急性腮腺炎	86
	第四節 面之慢性炎症	86
I.	面結核	86
II.	面黴毒	87
III.	面放線狀菌病	89
IV.	面癩	90
	第五節 面之腫瘤類	91
I.	面腫瘍	91
II.	面囊腫	99
III.	面動脈瘤	99
	第六節 面神經性疾患	101
I.	三叉神經痛	101
II.	面神經麻痺	104
	第七節 面成形術	105
1)	造臉術	105
2)	造頰術	106
3)	造唇術	106

4) 造鼻術	109
5) 耳郭形成術	112
6) 面切開術	113
第三章 頤骨外科	114
第一節 頤骨之畸形	114
I. 頤骨之先天性畸形	114
II. 頤骨之後天性畸形	117
第二節 頤骨之損傷	117
I. 上頤骨骨折	117
II. 下頤骨骨折	119
III. 頤關節脫臼	125
第三節 頤骨及頤關節炎症	127
I. 齒根膜炎及齒槽骨膜炎	127
II. 頤骨骨髓炎	129
III. 頤骨結核	130
IV. 頤骨黴毒	131
V. 頤骨放線狀菌病	132
VI. 磷毒性頤骨骨疽	133
VII. 脊髓癆性頤骨壞疽	134
VIII. 頤關節炎	134
IX. 頤孿急(牙關緊閉)	137
第四節 頤骨腫瘍及囊腫	139
I. 牙腫	139

II.	釉質腫	140
III.	濾胞性齒囊腫	142
IV.	齒根囊腫	144
V.	頷骨肉腫	145
VI.	上頷癌腫	147
VII.	頷骨良性腫瘍	148
	第五節 頷骨手術	150
A)	上頷骨切除術	150
	1) 上頷骨全部切除術	151
	2) 兩側上頷骨全部切除術	153
	3) 上頷骨一部切除術	153
	4) 上頷骨一時切除術或骨成形切除術	153
B)	下頷骨切除法	154
	1) 下頷骨半側切除術	154
	2) 下頷骨全部摘出術	155
	3) 下頷骨一部切除術	155
	4) 下頷骨一時的切除術	155
	5) 頷骨缺損補裝法	156
	第四章 口腔外科	158
I.	加答兒性口內炎	158
II.	潰瘍性口內炎	158
III.	水癌或壞疽性口內炎	159
IV.	亞布答性或亞布答性口內炎	160
V.	壞血病	160
VI.	口腔結核	163

VII.	口腔黴毒	164
VIII.	口腔腫瘍	165
IX.	口腔囊腫	167
	1) 粘液囊腫	167
	2) 蝦蟇腫	167
	3) 皮膚樣囊腫	169
	第五章 舌外科	170
I.	舌畸形	170
II.	舌外傷	171
III.	急性舌炎	171
IV.	舌結核	172
V.	舌黴毒	173
VI.	舌放線狀菌病	175
VII.	舌之葡萄狀球菌病	175
VIII.	舌癩	175
IX.	舌潰瘍	175
X.	舌之特殊疾患	176
	1) 地圖舌	176
	2) 黑色毛舌	176
	3) 舌白斑	177
XI.	舌之腫瘍及囊腫	177
XII.	舌癌	178
XIII.	舌及口腔底之手術	181
	第六章 唾液腺外科	186
I.	唾液先天性畸形	186

II	唾液腺之外傷	186
III	腮腺排泄管之外傷	186
IV	唾液瘻	187
V	唾液排泄管內異物	188
VI	唾石	189
VII	唾液排泄管之急性炎症	190
VIII	唾液腺之急性炎症	190
	1) 急性化膿性腮腺炎	190
	2) 流行性腮腺炎	192
IX	慢性唾液腺炎症	192
	1) 唾液腺單純性炎症	192
	2) 唾液腺結核	193
	3) 唾液腺微毒	193
	4) 唾液腺放線狀菌病	193
X	Mikulicz 氏病(淚腺唾液腺之左右對稱病)	193
XI	唾液腺腫瘍	194
	1) 混合腫瘍	194
	2) 唾液腺癌腫	196
	3) 肉腫	197
	4) 腺腫	197
	5) 其他腫瘍	197
	第二編 頸部外科	198
	第一章 頸部外科	198
I	先天性頸部瘻管	198
	1) 先天性頸瘻	198

a) 正中頸癭	198
b) 側頸癭	198
2) 炎症性頸部瘻管	199
II. 頸肋骨	201
III. 斜頸	202
IV. 頸部挫傷	205
V. 頸部絞扼	206
VI. 頸部創傷	206
1) 頸部大血管創傷	206
2) 胸管創傷	209
3) 頸部神經損傷	209
VII. 頸部之急性炎症	212
1) 癰腫	212
2) 癰疽或瘍	212
3) 蜂窩織炎及膿瘍	212
VIII. 頸部之慢性炎症	215
1) 頸部結核	215
2) 頸橡皮腫	216
3) 頸部放線狀菌病	216
4) 木樣蜂窩織炎	217
IX. 頸部真性腫瘍	217
X. 頸部囊腫類	224
1) 腮弓囊腫	224
2) 粉瘤	226
3) 血液囊腫	226
4) 頸部粘液囊腫	226
5) 包蟲囊腫	227

6) 膨出性腫瘤	227
XI. 頸部動脈瘤	227
第二章 頸部淋巴腺外科	231
I. 急性化膿性淋巴腺炎	231
II. Parinaud 氏病	234
III. 單純性慢性淋巴腺炎	235
IV. 結核性頸腺炎或頸腺結核(壞癰)	236
V. 微毒性淋巴腺炎	239
VI. 惡性淋巴肉芽腫或 Hodgkin 氏病	240
VII. 白血病性及假性白血病性淋巴腺腫	242
VIII. 頸腺腫瘍	242
第三章 甲狀腺外科	244
I. 甲狀腺損傷	245
II. 甲狀腺之急性炎症	245
1) 急性甲狀腺炎	246
2) 急性甲狀腺腫炎	246
III. 甲狀腺慢性炎症	247
1) 甲狀腺結核	247
2) 甲狀腺微毒	247
3) 甲狀腺放線狀菌病	248
IV. 甲狀腺腫或甲狀腺肥大	248
V. 甲狀腺之手術	258
VI. 甲狀腺腫瘍	264
1) 腺腫	264
2) 惡性甲狀腺腫	264

a) 甲狀腺癌腫	264
b) 甲狀腺肉腫	266
V.I. 由於甲狀腺所之特殊疾患	266
1) Basedow 氏病或 Graves 氏病	266
2) 手術的粘液水腫甲狀腺摘出惡液質	269
3) 小兒性粘液水腫	269
4) 克汀病	269
5) 甲狀腺手術後之強直症	271
第四章 胸腺外科	273
一般備考	273
第一節 胸腺缺亡症及胸腺不全症	273
第二節 胸腺損傷	273
第三節 胸腺炎	273
第四節 胸腺增生症	274
第五節 胸腺淋巴腺體質	275
第六節 胸腺腫瘍	275
第五章 食管外科	276
第一節 食管檢查法	276
第二節 食管畸形	280
第三節 食管創傷	281
第四節 食管腐蝕	282
第五節 食管內異物	283
第六節 食管炎症	286
第七節 食管潰瘍	287
第八節 食管瘻	288

第九節	食管狹窄	288
第十節	食管擴張症	292
	A) 瀰慢性食管擴張症	292
	B) 食管憩室	293
第十一節	食管腫瘍	296
	A) 食管之良性腫瘍	296
	B) 食管癌	296
第十二節	食管手術	299
	A) 食管到達法	299
	B) 食管手術	302
	1) 食管內切開術	302
	2) 食管外切開術	302
	3) 食管合併切開法	302
	4) 食管切開法及食管縫合法	302
	5) 食管切除法及其縫合法	302
	6) 食管切斷法及斷端閉鎖法	302
	7) 食管貫通法	302
	8) 食管胸壁固定術	304
	9) 胸部食管癌包埋切除法	305
	10) 胃食管吻合術	307
	11) 空腸食管吻合術	307
	12) 食管及賁門成形術	307
	13) 食管瘻造設術	308
	14) 食管造設術	308
第三編	胸部外科	309
第一章	胸壁外科	309

A)	胸壁畸形	309
I.	胸骨先天性畸形	309
II.	肋骨先天性畸形	309
III.	胸肌缺損	310
IV.	胸廓畸形	310
	1) 雞胸, 鳩胸	311
	2) 漏斗胸	311
	3) 帶溝胸	311
	4) 狹小胸及扁平胸	311
	5) 胸廓之左右不稱	311
V.	肺赫尼亞	311
B)	胸廓損傷	312
I.	胸廓之火傷及腐蝕	312
II.	胸部震盪症	312
III.	胸部挫傷	313
IV.	胸部創傷	313
	1) 胸廓之非穿通性創傷	313
	2) 胸廓之穿通性創傷	314
V.	胸壁血管之損傷	314
VI.	胸壁神經損傷	316
VII.	肋骨骨折	316
VIII.	肋骨脫臼	320
IX.	胸骨骨折	321
X.	胸骨脫臼	323
C)	胸壁之炎症	323
I.	癰及癰疽	323
II.	蜂窩織炎及膿瘍	323

III.	胸肌之急性化膿性肌炎	324
IV.	胸廓軟部之慢性炎症性疾患	324
V.	肋骨及胸骨之急性化膿性骨髓骨膜炎	325
VI.	肋骨腐骨	327
VII.	胸骨腐骨	331
VIII.	肋骨及胸骨之徽毒	333
	D) 胸壁腫瘍及囊腫	333
	I. 胸壁軟部腫瘍及囊腫	334
	II. 肋骨及胸骨之腫瘍	337
	III. 胸膜下腫瘍	339
	第二章 胸膜外科	340
	I. 胸膜損傷	340
	II. 氣胸	340
	III. 血胸	343
	IV. 乳糜胸	344
	V. 水胸	345
	VI. 漿液胸或漿液性胸膜炎	346
	VII. 急性化膿性胸膜炎或膿胸	347
	VIII. 結核性胸膜炎	354
	IX. 胸膜腫瘍	356
	第三章 肺臟外科	357
	I. 肺臟外傷	357
	II. 肺臟及枝氣管內異物	359
	III. 肺癭及枝氣管癭	361
	IV. 肺之炎症	362

V.	肺之腫瘍及囊腫	364
VI.	肺之手術	364
	1) 異壓裝置	364
	2) 開胸術	366
	3) 肺縫合法	368
	4) 肺切除術及摘出術	371
VII.	對於肺結核之外科的療法	373
VIII.	對於肺膿瘍及肺壞疽之外科療法	379
IX.	對於枝氣管擴張症之外科療法	380
X.	對於肺氣腫之外科療法	381
XI.	對於枝氣管喘息之外科療法	381
	第四章 心臟外科	382
I.	心囊損傷	382
II.	心臟損傷	382
III.	心臟手術	384
	1) 心臟壁縫合法	384
	2) 心囊壁穿刺術	384
	3) 心囊切開術	385
	第五章 縱隔竇外科	387
I.	縱隔竇之外傷	387
II.	急性縱隔竇炎	387
III.	慢性縱隔竇炎	388
IV.	縱隔竇腫瘍	388
V.	主動脈瘤	392

第六章 膈外科	393
I. 膈先天性畸形	393
II. 膈外傷	393
III. 膈赫尼亞	393
IV. 膈下膿瘍	396
V. 膈炎症	398
VI. 膈腫瘍	399
第七章 乳腺外科	401
I. 乳腺畸形	401
1) 乳異常	404
2) 無乳腺	404
3) 小乳腺	404
4) 多乳腺或乳腺過多	404
5) 錯位乳腺	404
(附加)：產褥婦之腋窩乳腺	404
6) 乳腺之左右不稱	404
7) 女乳腺	404
8) 下垂乳腺	404
9) 真性汎發性乳腺肥大	404
II. 乳腺外傷	404
1) 乳腺創傷	404
2) 乳腺挫傷	404
III. 乳頭之表皮剝脫及輝裂	404
IV. 乳腺之機能的疾患	404
1) 初生兒之奇乳及血狀分泌	405

	2) 處女之初乳分泌及乳腺出血	405
	3) 代償性月經	405
	4) 月經閉止期之出血	405
V.	乳腺痛	405
VI.	乳嘴炎或乳暈炎	406
VII.	乳腺炎	406
	1) 初生兒乳腺炎	407
	2) 成年者乳腺炎或青春期乳腺炎	407
	3) 外傷性乳腺炎	407
	4) 急性化膿性乳腺炎猶是產褥性乳腺炎	407
	a) 鬱積性乳腺炎	408
	b) 傳染性或蜂窩織炎性乳腺炎	408
	5) 特殊性傳染性乳腺炎	411
	6) 閉經期之乳腺炎	411
	7) 慢性囊腫性乳腺炎	411
	8) 乳腺結核	412
	9) 乳腺微毒	413
	10) 乳腺放線狀菌病	414
VIII.	乳腺腫瘍	414
	1) 纖維腫	415
	2) 粘液腫	415
	3) 脂肪腫	415
	4) 軟骨腫	415
	5) 肌腫	416
	6) 血管腫	416
	7) 肉被細胞腫	416
	8) 乳嘴腫	416

9) 乳房腺腫	417
10) 乳腺肉腫	418
11) 乳癌	421
(附加)：鏗狀癌, Paget 氏病	428, 429
IX. 乳腺囊腫	429
1) 乳囊腫	429
2) 囊狀腺腫	429
3) 寄生蟲囊腫	429
4) 乳房粉瘤及眞珠腫	431
第四編 脊椎外科	432
第一章 脊椎骨外科	432
I. 脊椎骨先天性畸形	432
1) 脊椎披裂症	432
2) 先天性薦骨腰部腫瘍	438
3) 潛在性脊椎破裂症	439
II. 脊椎創傷	440
III. 脊椎骨折	440
IV. 脊柱脫臼	447
V. 脊柱捻挫	451
VI. 脊椎骨急性化膿性骨髓炎	451
VII. 脊椎腐骨或結核性脊椎炎	452
VIII. 橡皮腫性脊椎炎或脊椎黴毒	462
IX. 畸形性脊椎關節炎	462
X. 慢性強直性脊椎炎或脊椎關節炎	464
XI. 脊椎骨腫瘍	466

XII.	脊柱側彎	466
	A) 脊柱側彎	469
	B) 後彎	475
	C) 前彎	479
	第二章 脊髓外科	479
	I. 脊髓創傷	479
	II. 脊髓挫傷	479
	III. 脊髓震盪症	480
	IV. 脊髓壓迫症	480
	V. 脊髓膜炎	480
	VI. 脊髓及其被膜之腫瘍	481
	VII. 脊髓液腔撮影術	482
VIII.	脊髓手術	485
	(附加)：植物性神經外科	486
	A. 植物性神經之解剖	488
	I. 交感神經系統	488
	II. 副交感神經系統	489
	B. 植物性神經之生理及藥物	490
	C. 植物性神經之手術	492
	I. 頸部交感神經之手術	493
	II. 腹部交感神經之手術	495
	III. 動脈外圍交感神經切除術	496
	IV. 末梢脊髓神經之手術	497
	V. 副交感神經之手術	497

外 科 學

醫學博士 茂木藏之助著

醫學博士 李 祖 蔚譯

醫學博士 湯 爾 和 校譯

[各論·上]

第一編 頭及面外科

第一章 頭部外科

第一節 顱之損傷

I. 顱軟部損傷

原因及種類：顱部較多見創傷，其主要者，如切創，刺創，挫創，裂創，銃創，彈片創。各創傷由其原因不同，而形狀各異。顱之挫創，其外力若垂直作用時，則為直線形**割創**，因有誤為切創者(參照外科總論)。又強甚之鈍性暴力，對顱表面，帶有推移性作用時，則成為**瓣狀創**或**組織缺損傷**。顱表面之切創，由斜力或平行力作用時，雖能發生同樣瓣狀創及組織缺損傷，但由創緣性質，可以區別。

他如頭皮或頭髮，受強有力之機器捲剝時，發生特殊之**剝皮創**。

又頭蓋**銃創**，除貫通銃創，盲管銃創之外，間或發生周匝創，擦過創及銃傷打撲或反撥銃創。

症狀：與他部創傷雖同，但在顱部有特別注意之點如次，

第一圖
由機器之頭部全剝皮
(後藤外科教室)



第二圖
同左頭部之創面



- i) 以富於血管之故，創傷雖小，而出血較多。
- ii) 因血液多，故傳染較少。
- iii) 一旦發生傳染化膿時，較難治，若波及顱內部，則有發生腦膜炎及靜脈竇血栓之危險，
- iv) 其他須注意顱骨折及腦損傷之合併症，

診斷：易。由原因及創傷形狀，而診斷之(參照外科總論)。

預後：一時出血雖多，若限於軟部損傷，則致死之事絕少。若大動脈受傷時，非注意不可。若有他種重篤合併症則危險。

療法：依一般創傷療法行之。惟顱部創傷周圍之頭髮，非剝除不可。

II. 顱軟部之挫傷

原因：由種々鈍性暴力。頭部多血管，且下層有硬骨，故由挫傷而發生皮下出血較易。顱之血腫，總稱曰**顱血腫**，但由出血部位，可分為次之三種。

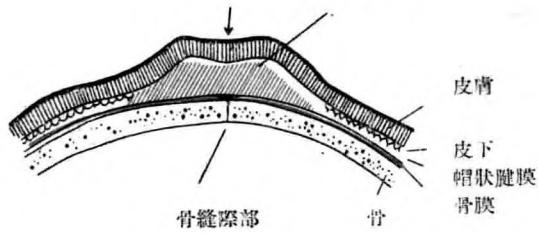
1) 皮下血腫 鈍力對顛垂直作用時發生。頭部皮膚，與帽狀腱膜間之結締織，連絡緊固，血液不易瀰漫浸潤於皮下，多集中一處成爲血腫。多達雞卵大，其腫脹呈半球形，境界較明，中央之硬度微柔軟，多可證明波動，周圍較硬。略可與皮膚一同推移。受傷直後，有相當壓痛，但逐漸緩和。皮膚之着色，起初不明，二三日後，成爲青色。

該血腫多於二三日或數日之後，可以吸收，其着色亦逐漸消失。時或永久不易吸收，留存血腫，或因細菌傳染而化膿，發生急性炎症。

第 三 圖
鈍創自殺 (Keen)



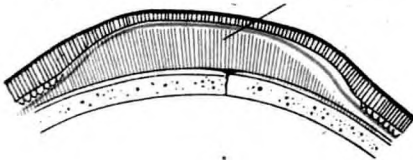
第 四 圖
顛皮下血腫模型圖
皮下血腫



第 五 圖

骨帽狀腱膜下血腫模型圖

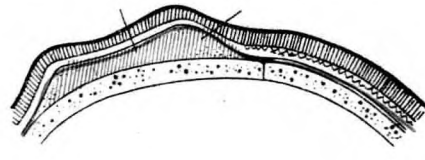
帽狀筋腱下血腫



第 六 圖

骨膜下血腫模型圖

骨膜下血腫 骨膜肥厚



2) 帽狀腱膜下血腫

鈍力對顛，成推移作用時發生。出血係在腱膜與骨膜間之弛緩性結

締織內，由腱膜下，發生範圍較廣且扁平之腫脹。

硬度柔軟，中央有波動，難與皮膚推移，皮膚無着色。動脈或靜脈受傷時，成爲大血腫(由動脈出血時，有搏動可以爲證)，但**不受骨縫隙之拘束，是與骨膜下血腫不同之點。**

3) 骨膜下血腫

骨膜對顛，受強力推移時所發生，尤以小兒及初生兒爲常見。因是時之骨膜與頭骨，其結合不甚堅固，且富於血管故也。初生兒分娩時，受產道壓迫或鉗子分娩後常見之，若是者特稱曰**初生兒顛血腫。**

第七圖

帽狀腱膜下血腫(慶大外科教室)



第八圖

初生兒顛骨血腫(青山外科教室)



該血腫多在頂部，其大小雖有不等，但無越過骨縫者。腫脹爲平坦性，中央柔軟而有波動，周圍有抵抗性，經過數日，在周圍成堤狀之骨質新生(第九圖)。因是誤認爲陷凹骨折者有之。此種骨質硬化，雖多與血液同被吸收，但時或遺留頗久。

診斷：在外傷直後，由顛生腫脹，多易診斷。顛血腫中，特以骨膜下血腫，須與次列諸病區別。

i) **陷凹骨折** 由骨折痛，骨片之變位，異常運動及愛克斯線檢查等區別之。

ii) 初生兒浮腫性
腫瘤

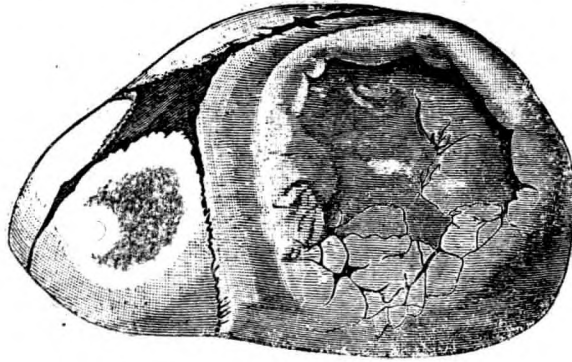
本症亦生於分娩時，
惟以浮腫為主，時或
兼有出血其吸收甚速，

iii) 各種血腫由上
記症狀，易於區別。

療法：初行濕罨包，
若吸收不良，行小切
開，使血液排出。

第九圖

初生兒顱血腫附近之骨堤 (Bergmann)



III. 顱骨骨折

分為顱穹窿部骨折及顱底骨折，有互相混合者，亦有單獨發生者。

A) 顱穹窿部骨折

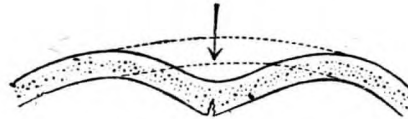
原因：由次列之二作用。

a) 直接暴力：例如打擊衝突等之鈍性暴力為多，由銃創及彈片創亦不少。顱骨有相當彈力性可以屈曲，但壓力超過範圍時，遂至發生屈曲骨折。顱骨內板之損傷，多於外板，第十圖所示，係內板單獨損傷。

此外尚有下列種々骨折型。

b) 間接暴力：因種々動機，
由兩方對顱骨激烈壓榨時發生。
顱骨不獨自身有彈力性，即顱
全體彈力性亦甚大，至一定程
度，雖能受壓迫，但終則發生破裂骨折(第十一圖)。是時骨折之方向，
與暴力所作用之處，適成反對。又間接暴力時之骨折，外板多於內板。
此與前不同者也。

第十圖
屈曲骨折模型圖



由間接暴力所生骨折以冰裂骨折為最多。

骨折形式：由直接暴力時，在暴力作用之處發生骨折，多成 a) **開放性骨折**，由間接暴力時，多成 b) **皮下性骨折**，

顱骨折之主要形式如次，i) **冰裂骨折**，ii) **片碎及粉碎骨折**，iii) **陷凹骨折**，iv) **穿孔骨折**等。此中以**陷凹骨折**，在顱骨折上，為典型的骨折片離周圍，向顱內陷凹之情形有二種，a) 對周圍之骨有連絡，b) 對周圍，完全脫離連絡二者均多發生腦壓迫症狀。

又**冰裂骨折**之骨折線，達骨質全層，或僅達外板，或僅達內板。

由銃創及彈片創之顱骨折，視發射力，發射距離及發射方向而異。

i) 最激烈時，發生顱骨片碎及粉碎骨折，當是時，不僅外力作用，富有水分之腦質，由水力學的作用，足以發生強甚之破裂。

ii) 距離愈近之顱骨貫通銃創，射入口及射出口之碎片骨折愈著明，發射力愈弱者，在穿孔骨折周圍之破裂亦愈少。

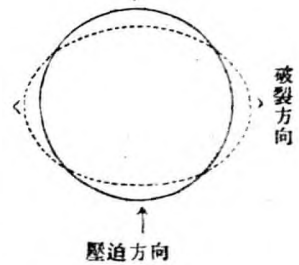
iii) 發射力較弱時，成為盲管銃創，在顱骨有射入口，無射出口，彈丸留在腦中。

iv) 發射力最弱時，僅傷顱軟部。又發射方向及其他關係，能發生周圍銃創及擦過銃創，於骨無傷者有之。

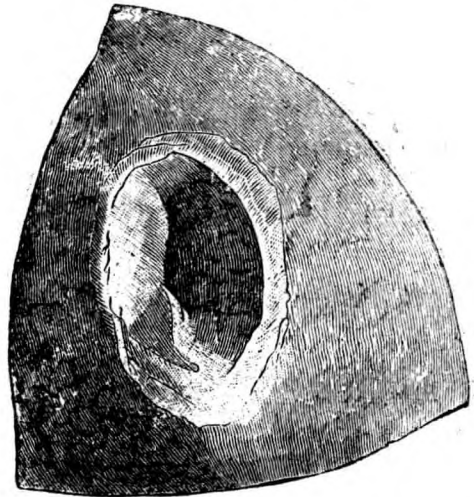
症狀及診斷：視骨折種類而異。尤以皮下骨折與開放骨折，各有不同。

a) **開放骨折：**其症狀較

第十一圖
破裂骨折模型圖



第十二圖
中央陷凹之粉碎骨折(外側)



第一圖表



一 額裂骨折
(慶大外科教室)



右額門陷骨折
(齋藤外科教室)



左枕部全門陷骨折
(齋藤外科教室)



枕部不全門陷骨折
(齋藤外科教室)

皮下骨折為著明。

i) **出血** 較僅傷軟部時為多，因血液之外流，不生皮下血腫，但創口小時，亦有生血腫者。

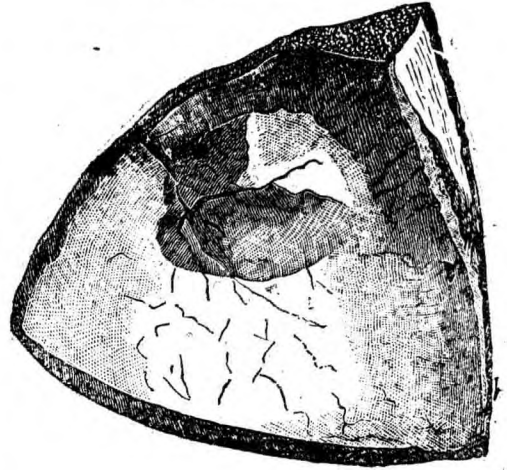
ii) **疼痛**。強於單純性創傷，尤以顱骨有冰裂骨折時，其骨折痛不限於創傷處，沿骨折線而存在。

iii) **骨折片變位**。尤為陷凹，異常運動性，及捻髮雜音，有着明者，亦有不著者。

iv) 時或創傷底面，見骨折存在，或有腦脊髓液流出，甚至發現腦質。以骨質缺損大時有腦脫出者。

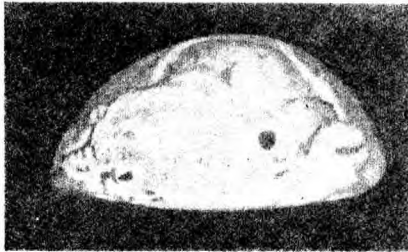
第十三圖

中央陷凹之粉碎骨折 (內側)



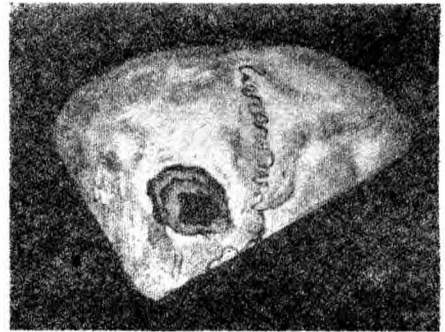
第十四圖

由一千米突距離之銃創射入口



第十五圖

同上射出口



v) 開放骨折時，或發生創傷傳染，是時須注意腦膜炎，靜脈竇血栓之危險。骨膜剝離大時，有構成表面性腐骨者，但較少於他骨耳。

b) **皮下骨折**：病症各有重輕，茲述大要如次。

i) **疼痛**：直達壓痛在所必有，係特殊限局性之壓痛。冰裂骨折之壓痛。範圍成線形，介達壓痛，在較大之冰裂骨折或破裂骨折時，由顛兩側，施行壓迫，可以證明。又陷凹骨折時，對骨折中央，加以壓力，其疼痛覺在周圍者有之。

ii) **出血** 顛骨折時，雖多明瞭，其主要在顛表面出血時，發生血腫，在顛內出血時，則發腦壓迫症狀。惟腦壓迫症狀，因陷凹骨折壓迫而生者亦有之。

iii) 骨片變位，異常運動性及捻髮雜音等，或著明，或否，尤如血腫明瞭時，上列症狀，多不顯著。惟陷凹骨折時，其骨片加以壓力，則向顛內陷沒，釋手則骨片受腦內壓之作用，復歸舊位者有之。

iv) 乳嘴突，篩骨，額竇之骨折時，其周圍有發皮下氣腫者。

v) 與開放性骨折不同，甚少傳染。

診斷：不甚難。開放性骨折時，須與**單純創傷**區別，皮下骨折時，與**單純顛血腫**區別，顛外傷後，發現腦壓迫症狀時，應顧及顛骨折，由愛克斯線雖可證明，但是時因須絕對安靜，多不施行。行腰髓穿刺時，腦脊髓液每屬出血性，椎管之內壓增加。

預後：腦壓迫症狀重篤兼腦質重傷時，其預後危險，否則預後尚佳，但開放性骨折，兼有傳染時則危險。

顛骨折雖易愈，但數年之後，發生**外傷性癲癇**者有之。

療法：i) 開放性骨折，先行嚴格之創傷療法。對創傷周圍之頭髮，充分剷除，有異物或穢物時，細心除去。若創傷清潔，行第一次縫合亦可，否則祇宜開放治療。

ii) 陷凹性骨折，務由手術開放該部，用骨銳鉤提起所陷沒之骨片，達顛表面為止，骨片若已分離，須在原處固定，不宜除去，因所整復之骨片，得逐漸與周圍愈合故也。若除去時，由骨缺損部，有發生腦脫出之危險。

iii) 雖非陷凹性骨折，若腦壓症狀急速發現時，則行穿顛術，施行

血管結紮(參照腦壓迫項下)。

iv) 鉗創，刺創等，有異物或骨折留在腦內者，須開放骨折部以除去之，但不可有攪亂腦質之動作。

其他使病人守安靜，頭部，施冰囊，並須防其便秘。又在經過中，須注意腦合併症之有無。

附加：顱骨陷凹。時見

於初生兒。因顱受稜角物之強力衝突或打擊後，顱骨陷如洋鐵罐，幾與陷凹骨折之狀相同，實則顱骨祇有陷凹而未至於骨折，故其血腫，或輕微，或缺如，疼痛亦不著。

療法較易，由皮膚表面，用骨鉤提起顱骨，可簡單整復，或切開皮膚，整復之。

(著者對本症有兩次經驗)

B) 顱底部之骨折

原因及骨折型： a) 多由間接暴力。例如顱穹窿部，受劇烈之鈍力作用，間或由頰部受強擊，有發生顱底骨折者。是時多成輝裂骨折。其骨折線對顱底成斜向或橫向，時或成縱向，最甚則成爲複雜骨折線。

又顱底在解剖學上，雖分爲 i) 顱前凹，ii) 顱中凹，iii) 顱後凹，但顱底之骨折，在顱中凹爲最多，顱前凹及顱後凹次之。

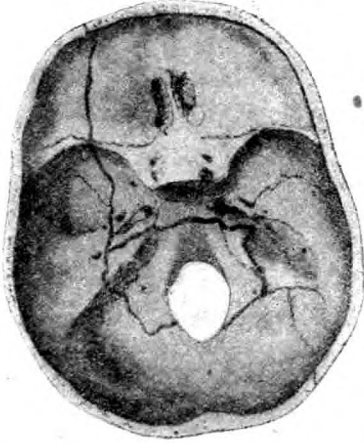
b) 由直接暴力者少見。例如由眼眶，鼻腔，口腔等之鈍傷，或刺傷者有之。是時多發生顱前凹之輝裂骨折，粉碎骨折，穿孔骨折等。

症狀： i) **皮下溢血** 大抵習見，但不發在外傷直後，須經數小時

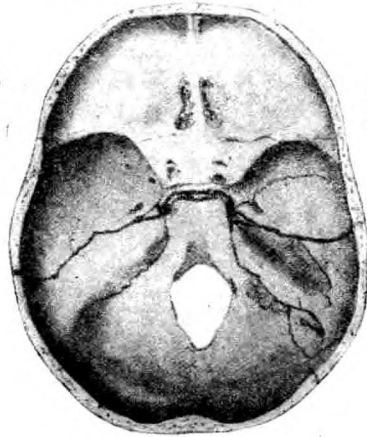
第十六圖
顱骨陷凹 (慶大外科教室)



第十七圖
顛底部之骨折



第十八圖
同左 (Prakt. Chir.)



或二三日後始發現，此與單純性挫傷之皮下出血不同。視皮下出血之部位，略可推知骨折之部位。

- a) 眼眶及其周圍有皮下出血時，骨折在眼眶面，蓋或顛中凹。
- b) 乳嘴突之周圍，有皮下出血時，骨折在顛中凹及顛後凹。
- c) 咽腔粘膜下有著明出血時，骨折在顛後凹。
- ii) 外出血 往々由耳鼻出血，但僅耳鼻外傷，亦有出血，須精密區別之。
- iii) 腦脊髓液流出 雖係常見之症狀，但初爲血色所掩，不能明辨迨出血停止時，始見有水樣液體流出。
液體屬滲性。因富於食鹽，少含蛋白，煮沸之稍有混濁。
- iv) 腦實質排出 僅在重傷時見之，由耳鼻創傷流出。
- v) 腦神經症狀 此係顛底骨折之特有症狀。腦神經受傷時，發生麻痺症狀，因內出血而受壓迫時，發生刺激症狀或壓迫症狀。
(由顛底骨折，發生全體之腦壓迫症狀者較少。)
- vi) 皮下氣腫 兼有副鼻腔損傷時，間或見之。
- vii) 傳染 腦膜炎係危篤之合併症，每可見之。

診斷：上述症狀，在診斷上，皆屬重要，但症狀具備者則少見。行試驗穿刺時，腦脊髓液為含血性，且其壓力亦高。愛克斯線檢查務宜慎重。

輕症者，對**耳鼻之單純外傷及頭面之挫傷**，須加區別，但稍注意，則自能判定。診斷困難時，不必牽強檢查，從其輕重而加處置，並觀察其經過可也。

預後：輕症者可自然治癒，重症者，尤如腦質脫出及有傳染時，則多不良。

療法：祇有保守療法，因不易直接到達骨折之故。創傷若與耳鼻眼眶交通時，于清潔後，行排膿術，切勿濫用藥物注入，因有傳染深部之慮故也。

附加：顱骨縫離開。其動機與顱骨折同，即顱受強力壓迫或打擊等，或因楔狀物嵌入顱骨縫所發生。

開放性損傷，時或可直接目視離開部。皮下性損傷，由骨縫一致之處，得證明裂隙。同時若有腦膜，靜脈竇及腦等受傷，其預後多不良。

療法：同前。

IV 顱腔內血管損傷

顱腔內之主要血管，如 1) 腦膜中動脈 2) 軟腦膜動脈 3) 腦部頸動脈 4) 靜脈竇等。

此等血管，由鈍創或刺創時受傷，時或由鈍性暴力受傷，或由顱骨折時之骨片損傷，其他如手術時，在無意中損傷該血管者亦有之。本症亦分為 a) 開放損傷及 b) 皮下損傷。

1) **腦膜中動脈之損傷** 較常遭遇。尤以顱顳部，顱頂部損傷時，多見之。

a) **開放損傷** 時，由創口流血甚多，故易診斷，惟有時須與顱顳動脈之損傷區別，是時以顱骨有無損傷為斷。

b) **皮下損傷** 時，骨與硬腦膜之間出血甚速，易發生腦壓迫症狀，

往々因而致死。

血腫依其範圍，可分為次列兩種。

1) 瀰漫性血腫 幾佔顱之全半。

2) 限局性血腫 因部位而不同。

i) 前方血腫或額顳顱血腫。甚罕見。發運動性失語症。

ii) 中央血腫或顳顳顱頂血腫。最佔多數。起半身不隨症。

iii) 後方血腫或顱枕血腫。時或見之。起半身之知覺異常。

時或合併腦震盪或腦損傷。

診斷：開放損傷，由上記之症狀，易於診斷。皮下損傷之診斷，須參照腦壓迫項下。

預後：多不良。24小時以內，或二三小時致死。但順利時，亦可救尤以早期行手術者為然。

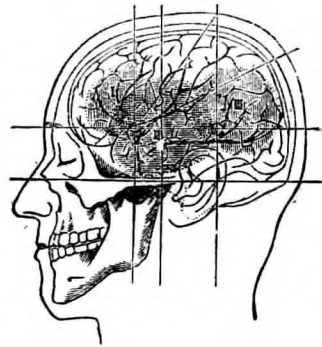
療法：由保守療法罕能救者，務須早期手術，行止血法。

a) 開放損傷時，開大創傷，用Lüer氏鉗子擴大骨創，除去凝血塊，探尋損傷血管，對中心端及遠心端，均行結紮若結紮困難時，須行纏絡結紮法。

b) 皮下損傷時，行穿顱術以止血。穿顱術有種種方法，茲述其最常用者如次，

i) **Krönlein氏法：**先由外聽道與眼眶下緣，設一直線，次由眼眶上緣，引平行之水平線，在水平線上，額骨之額突後方3—4cm處，行穿顱術時，可達前方血腫及中央血腫。欲達後方血腫時，由乳嘴突，向水平線設垂直線所得之交叉點據是為中心，

第十九圖
對腦膜中動脈血腫之穿顱部位
(Krönlein氏測定法)



- I. 前 方 血 腫
- II. 中 央 血 腫
- III. 後 方 血 腫

施行穿顱術可也。

ii) **Ste'ner 氏法**：由眉間部，之中點，向乳嘴突，設一斜線，次由眉間部向顱周圍設水平線，由斜線之中點，向水平線設垂直線時所得之交叉點，據是爲中心，施行穿顱術，可達前方血腫及中央血腫。欲達後方血腫時，由乳嘴突向水平線設垂直線所得之交叉點，據是爲穿顱術之中心可也。

iii) **Krause 氏法**：在顱顱部行較大之穿顱術，主張由腦膜中動脈之主幹行結紮。

時或行內頸動脈結紮法(參照腦壓迫項下)。

2) 軟腦膜血管損傷或硬腦膜下出血。

腦表面之軟腦膜動脈，由種々鈍性暴力而受傷。損傷之範圍大時，因出血頗多，遂有臨牀症狀。其出血不限於受傷之處，即反對側之血管，因受反動之作用，亦有受傷者。

a) 開放損傷時，由創傷出血，但其量不多，因亦無生命危險。

b) 皮下出血時，次第呈腦壓迫症狀。惟出血量少者，或無症狀，故預後不惡。時或兼有腦震盪之合併症。

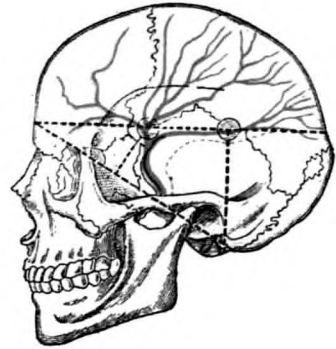
療法，大都宜行保守療法，(參照腦壓迫項下)。若壓迫症狀惡化時，行穿顱術，取去凝血塊，於硬腦膜下，行紗布栓塞法。

3) **腦部頸動脈損傷** 甚罕見。鈍創，刺創，骨折時，該血管受傷，因大出血立死。

血管壁損傷小時，于1-2星期之後，有發生假性動脈瘤者。

療法：損傷直後，對頸動脈，用指加以強壓，行一時性止血，務須早期手術，將頸內動脈或頸總動脈，施行結紮。

第二十圖
Steiner 氏法



4) 靜脈竇損傷。

尤爲縱竇及橫竇，因災害創傷及手術而受傷。

a) 開放創傷時，出血多且帶暗紅色。

b) 皮下創傷時，雖能發生輕症之腦壓迫症，若能自然止血，預後未必不良。

療法：a) 開放性損傷時，須特別注意無菌療法，靜脈竇行結紮頗難，多行壓迫栓塞法以止血，或參酌其他止血劑注射療法亦可。

b) 皮下損傷時，由保守療法雖或可治，若腦壓迫症狀逐漸增加，須行穿顱術止血。

V) 腦神經損傷

原因：腦神經幾無單獨損傷者，多與顱底骨折合併，或由腦神經麻痺症狀而想定爲顱底骨折者有之。但腦神經之障礙，有種種原因。例如

i) 鉗創，刺創時，不獨損傷顱骨，且直接損傷腦神經

ii) 顱底骨折時，由骨片壓迫或損傷腦神經。

iii) 由顱底骨折所發生之血腫，壓迫腦神經(在受傷後數時間發現腦壓迫症狀)。

iv) 由腦實質損傷，發生腦神經麻痺症。此與其他不同，常發交叉麻痺。(交叉性麻痺)。

v) 骨折後因受傳染，發生上行性神經炎，由是發現麻痺。在骨折後，經過相當時日，始發症狀。

腦神經中較多受傷者爲面神經，聽神經，外旋神經，動眼神經，視神經等。

症狀：腦底之腦神經有十二對，茲將各神經之障礙。順序述之。

1) **嗅神經。**由鼻之損傷，顱底之骨折或前腦損傷時，發現該神經障礙。若該神經完全受傷時，嗅覺之喪失爲持久性。又味覺與嗅覺有連帶關係，故嗅覺麻痺時，味覺亦成鈍麻。此外嗅神經麻痺時，伴有

運動性失語症或視力障礙。有時嗅神經受挫傷或神經內出血，發現一時性麻痺者亦有之。

2) **視神經**，由顱前凹之骨折，眼眶之鈍傷，刺傷等而受創。是時視力全失，成爲盲目。由僅少出血亦能發現一時性障礙，但壓迫高度時，有發生壓迫性神經萎縮，貽留視力障礙者。

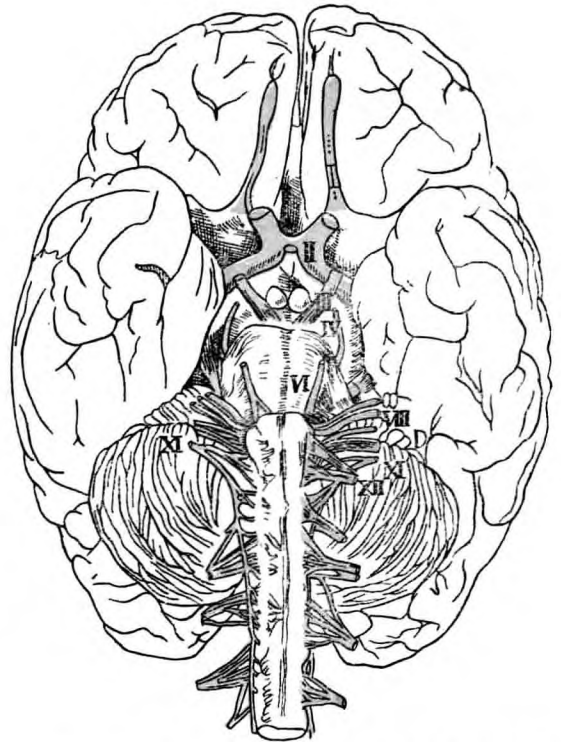
3) **動眼神經**，眼眶骨折時，最易發生。眼球之運動及上眼瞼之機能，除滑車神經及外旋神經之外，全屬動眼神經司之，故該神經受傷時，眼球之各種運動。

受其妨碍。

4) **滑車神經**，受傷較少。此神經支配上斜肌，故麻痺時，發生內上之斜視，痙攣時，發生外下之斜視。

5) **三叉神經**，單獨受傷甚罕，多與其他腦神經同受損傷。該神經司額，顳顳部，頰，上頷骨，下頷骨之皮膚或粘膜之知覺，嚼肌之運動及眼與結膜之知覺。若三叉神經完全損傷時，發生此種障礙，但通常運動性障礙不甚明顯。在眼發生角膜之知覺性障礙，(營養神經亦有關係)，對外界刺激，極難

第二十一圖
腦髓底部腦神經



- | | | |
|----------|----------|----------|
| I 嗅神經 | V 三叉神經 | IX 舌咽神經 |
| II 視神經 | VI 外旋神經 | X 迷走神經 |
| III 動眼神經 | VII 顏面神經 | XI 副神經 |
| IV 滑車神經 | VIII 聽神經 | XII 舌下神經 |

護，因發神經麻痺性角膜炎，有漸致盲者。又三叉神經受血腫，骨片壓迫時，發三叉神經痛之刺激症狀。

6) 外旋神經，該神經司眼眶內之外直肌運動，故神經受傷時，肌即麻痺。但其損傷甚為罕見。

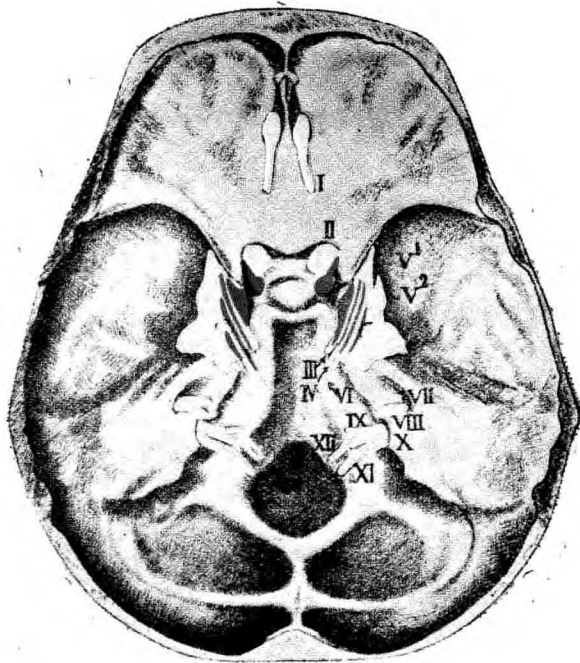
7) 面神經，腦神經損傷中，最常見。是時面之運動性麻痺著明(參照面神經麻痺項下)。有時腭亦麻痺(面神經之上部受傷)。每合併聽神經及其他之損傷。此外以舌咽神經與面神經有吻合枝之故，面神經受傷時，有發生味覺障礙者。

第 二 十 二 圖
顱 蓋 底 部 腦 神 經

8) 聽神經，單獨受傷者少，多兼面神經麻痺。聽神經受傷時，發生耳聾，但有由於迷路損傷或鼓膜內血腫者須細心檢查之。

9) 舌咽神經，該神經司舌及咽之運動機能及味覺之一部。單獨損傷者甚少，多兼有下列各神經之損傷。

10) 迷走神經，該神經司心臟肺臟等之運動性及知覺性機能，其使命有關生死，故該神經



- | | | |
|----------|----------|----------|
| I 嗅神經 | V 三叉神經 | IX 舌咽神經 |
| II 視神經 | VI 外旋神經 | X 迷走神經 |
| III 動眼神經 | VII 顏面神經 | XI 副神經 |
| IV 滑車神經 | VIII 聽神經 | XII 舌下神經 |

受傷時，即刻致死。但在腦底，則該神經之損傷，甚為罕見耳。

11) **副神經**，該神經司斜方肌之運動機能，受傷甚少。

12) **舌下神經**，該神經司舌及舌下諸肌之運動機能，故其受傷時，招來運動障礙，漸見面肌萎縮。但受傷之事甚少耳。

預後：腦神經完全離斷時，其機能難於恢復，單因出血壓迫時，則可逐漸復元。

療法：毫無特別療法。可以腦底骨折療法為準。

VI 腦損傷

腦之損傷分為開放損傷與閉鎖損傷兩種。

A) 腦之開放損傷或創傷

原因：顱之切創，刺創，鉗創，挫創等，同時損傷腦部，時或兼有顱骨折。

症狀：當損傷時，腦震盪合併與否不定。又血液多由創傷外流，故少見腦壓迫症狀。有全身症狀者亦甚少，此與皮下損傷不同者也。

腦開放損傷時，有可由創口觀察者，但刺創，鉗創時，則不明，故竈症狀不明時，腦損傷之有無，亦難明瞭。竈症狀，視傷部而異，故在有腦之處而全無症狀者有之。(參照竈症狀項下)。

鉗創，刺創時，有使異物留於腦內

第二十三圖
顱鉗創(由側面)



者。是時雖無竈症狀得由愛克斯線檢查以證明之。

腦之挫傷強甚時，腦質成爲粥狀有流出創外者。腦有損傷，若大血管無恙時，雖有多少出血，可無失血之危險。腦受傷後，每起腦膜炎，竈栓塞，腦膿瘍等。

診斷：由原因，部位，竈症狀等斷定之。確實診斷困難時，可視爲腦有損傷，從其輕重治療之。

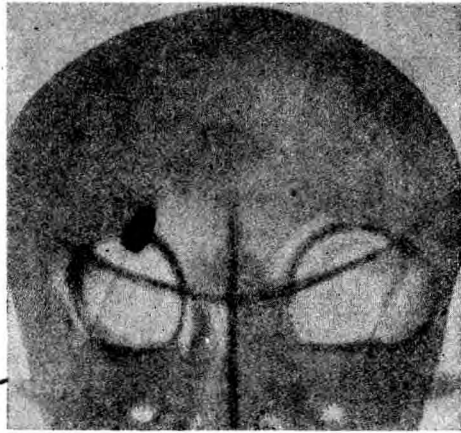
預後：有特別竈症狀，或由傳染有上述之合併症者，預後不良，否則縱有腦之損傷，預後不惡。

療法：創口周圍之頭髮，充分剃除之，用碘酒，消毒後，開大創口，取去創內凝血塊及異物，行止血術後，挿入紗布行栓塞法，創口過大時，縫合其一部，務須開放治療之。防腐藥反有害，創口內不宜用。

異物在腦內，易於抽出時，可開大顱骨創口除去之。若在腦之深部。以不牽強爲佳，

因腦內雖有異物，有意外不發生障礙者，但有傳染，則爲例外。

第二十四圖
顱鉗創(山前後)



B) 腦之皮下損傷或腦挫傷

原因：多兼顱骨折，有時由頭之挫傷，發生腦損傷而無骨折。

症狀：腦挫傷常與腦震盪症，或腦壓迫症，合併而來，故在初期，有症狀不明者，在受傷直後，有腦震盪症者，須待覺醒之後，腦挫傷之局部症狀，始能明顯者有之。

1) **局部症狀** 由腦皮質受傷所發生之機能麻痺或刺激症狀是也。

但腦皮質之機能，視部位而異，顛頂部之正中溝附近受傷時，發生與中樞一致之四肢痙攣或麻痺，但額部及枕部之一部分腦皮質雖受傷，亦有不現特別局部症狀者，在腦中樞症狀項下述之。局部症狀輕時，可逐漸恢復，若重時，持續同樣狀態或反加惡化(由腦之軟化)。

2) **全身症狀** 多有體溫上昇，繼續在 39°C 以上，此因線狀體之熱中樞受刺激所致。若係吸收性熱，則體溫上昇，大抵經一日而下降耳。脈搏大略與熱度平行而增加。

此外腦挫傷強甚時，立即致死。

診斷：因與腦震盪及腦壓迫症合併而來，診斷困難，尤以中樞症狀不明時，對腦挫傷之區別非易。

預後：重傷者預後惡劣，輕者良。但其後有發生 Jackson 氏顛癇者。

療法：與腦震盪症略同，對腦挫傷則毫無特別療法。因此即有多少竈症狀，有逐漸緩和和恢復者。有麻痺時，於受傷約兩星期後，徐行按摩術及電氣療法。

VII. 腦震盪症

原因：頭部由種々動機，受激烈之鈍力作用而生。就本症病理言，雖諸說不一，恐由外傷性刺激，在腦部發生一時性血循環障礙，但意識喪失，係大腦之障害，血循環及呼吸之異狀，則延髓之障害也。

症狀：分爲輕症，重症，中間症三種。

a) **輕型** 頭部受外傷作用之刹那，有特別之光線感，焦嗅感，耳鳴，眩暈等，稍重者知覺喪失。是時顏面蒼白，脈小而數，呼吸有暫時停止者。人事不省，在 2—3 分間或 20—30 分間後恢復原狀，通常無後遺症，間或有記憶薄弱，頭痛，倦怠等。

b) **重型** 人事不省，在數時間以上，甚者繼續終日。知覺，運動，反射均消失，全身蒼白寒冷或見發汗。顏面弛緩，無表情，眼球凝視。瞳孔縮小或擴大，光反射遲鈍或全缺如。脈小而不規則，多遲緩。呼

吸淺數，且不規則，有時反緩慢而放鼾聲。

有時大小便失禁，或便秘與尿閉。體溫多低降，假有上昇者，時或在外傷直後，即有嘔吐，但不如腦挫傷之有痙攣。

本症有即此死亡者，幸而逐漸恢復者亦有之。其後多在一二日或數日間，有頭痛，眩暈，言語障礙，記憶薄弱，眼運動障礙等後遺症。

c) **中間型** 介在前二者之間，無危篤徵候者之謂。

腦震盪每與腦挫傷，腦壓迫合併，是時初呈腦震盪症狀，次第發現其他症狀。

診斷：以上三者之診斷，往々不易(後述)。

預後：在重型：脈及呼吸不規則，大小便失禁，瞳孔散大，反射喪失者則危，否則多可復元。

療法：i) 置病人於安靜位置，頭部稍低，被覆身體，以湯壺取暖，或以刺激皮膚之目的，於上腹部及腓腸肌部，用芥子泥等。

ii) 以增強心力之故，注射種々強心劑，或用輸血法。

iii) 呼吸狀態不良時，行人工呼吸。

iv) 病人興奮時，施行Morphium, Pantopon等注射，頭部用冰囊，灌腸通便。

v) 病人醒覺後，仍須注意其全身狀態，尤須留意有無腦壓迫症狀。

VIII. 外傷性腦壓迫症

原因：腦壓迫屬諸慢性者，由種々腦疾患，雖可發現，但由外傷者，與之異趣，起於外傷之直後。

本症因頭部受激烈之鈍力作用，發生腦出血，或因陷凹骨折，壓迫腦部而起。間或因彈片侵入腦內而生，腦出血時，視受傷血管之大小或在短時內發生本症，或在2—3日後呈壓迫症狀。腦本有相當壓縮性，故在一定程度，能受壓迫，但超過限度時，即發生壓迫症狀。

症狀：有種々，壓迫不著時，呈刺激症狀，若壓迫著明，則現麻痺。

A) 全身症狀：

i) 頭痛：係腦壓迫之第一症狀。頭受外傷後，若不立發頭痛，經過相當時間，逐漸發現者，非懷疑腦壓迫症不可。

ii) 嘔吐 亦係腦壓迫初期必要之症狀，但亦有發於其他原因者。

iii) 意識 初期毫無意識障礙，隨腦壓之增加，發現刺激症狀而精神興奮，甚則成譫妄狀，腦壓漸增，遂現麻痺症狀，由倦怠成爲嗜眠狀，再進而爲昏睡狀。

iv) 眼症狀 瞳孔初縮小，有對光反射，後因麻痺而瞳孔散大，反射變而遲鈍。鬱血乳頭，在腦瘤時，雖甚著明，但外傷性腦壓迫時，常缺如。

v) 壓迫性脈搏 外傷後，暫時雖如常，入刺激期，則爲定型性壓迫脈搏，其脈搏充實緊張，變而緩慢(每一分間減爲30到50)。但至麻痺期，則脈搏不規則而頻數。

vi) 呼吸 與脈搏反對，初則促迫，其後緩慢而深，更進而爲不規則，至麻痺期，則成 Cheyne-Stokes 氏呼吸型。

vii) 腦外傷後，起精神病者有之。

B) 局部性壓迫症狀

初有腦中樞之刺激症狀，如反射亢進，痙攣等，後發麻痺症狀。但此種竈症狀，視腦壓迫之局限性及大小而異，呈種々不同症狀，但因部位亦有全無竈症狀者。(參照別項)

診斷：外傷後，無壓迫症狀，經時始現上記各症者，腦壓迫之診斷已甚明確。但本症常與腦震盪合併，外傷之後。人事不省，因是診斷

第二十五圖
腦膜出血



不明。但 1) 純粹之腦震盪，雖有人事不省，其症狀不見增惡，腦壓迫反是，病人不易醒覺，各種症狀增惡，尤以脈搏及呼吸變化，且發竈症狀。施行腰椎穿刺，由其壓力之增加，可以鑑別。2) 腦挫傷之類別診斷，有時困難，但竈症狀，發於外傷直後，經時不見輕減，每有高热繼續，可以區別。惟腦挫傷常與腦壓迫併發。

預後：外傷後之腦壓迫症狀，發現愈速則愈危，呼吸及脈搏不良者，大小便失禁者皆危險。否則多可逐漸復元。

療法：i) 初與腦震盪症療法略同，頭部使稍高，貼冰囊，行灌腸。但確以為有腦出血時，務須不用強心劑，亦不射食鹽水等，而注射止血劑，參酌病態可行輸血法。

ii) 有陷凹骨折時，開放該部，提起陷沒之骨片。

iii) 硬腦膜中動脈及靜脈竇受損傷，腦壓迫症狀漸增時，行穿顱術結紮血管。

iv) 傷後二三日，以減輕腦壓之目的，有行腰椎穿刺者(初期不可行)。

v) 往時為減低腦內血壓起見，行靜脈瀉血法(刺絡)，又于顱顳部及耳後貼水蛭但今不行。

IX. 外傷性腦脫

原因：有見於顱穹窿部複雜性骨折後者，間或起於穿顱術之後。尤以腦部有炎性浮腫時，較易發生本病。此外顱骨骨髓炎之腐骨除去後，有發本病者。

症狀：顱損傷後，由創口脫出腦質者，稱曰 a) 原發性腦脫，若此者立即死亡，無臨牀意義。對於此，有所謂 b) 續發性腦脫者，由外傷後，經過一二星期，在腦部有浮腫性腫脹，且發炎症，由腦壓，增加，在臨牀上，甚為重要，最多見於顱穹窿，極少數於外耳道或眼眶等見之。

i) 本病由顱缺損部，脫出腦質，其大小多在鳩卵大與雞卵大之間，

第二十六圖
外傷性腦脫



第二十七圖
同右之治癒者
(Breslauer Klinik)



甚者其大如拳。

ii) **形狀**為半球形或扁圓形，在表面有紅色肉芽組織，或已成為癩痕而呈蒼白紅色，時或帶有浮腫性。大者表面壞死，呈黑色。有時與腦室相通之瘻管向外破裂時，不斷可見腦脊髓液點滴流出。脫出之腦常無腦膜被覆，因損傷之初，腦膜即已破開，或因脫出後腦膜萎縮之故。

iii) 本症起初，有著明之**腦搏動**(入後即不明瞭)，因涕泣及腹壓增加等，愈形脫出，加以壓迫，雖得整復，但發眩暈，頭痛，惡心及脈搏遲緩等症狀。

iv) 在經過中，因脫出部逐漸萎縮，間或自然治癒，或為皮膚所被覆，呈**腦膨出**之像。脫出部過大時，于壞死沒落之後，成癩痕而治者亦有之。視局部如何，症狀不一，大抵罕見竈症狀。

診斷：由其原因及定型病像，易於診斷。

預後：良者居多，時或發腦膜炎或突然死亡。

療法：i) 行無菌療法，有壞死組織及異物等，則細心除去之。

- ii) 頭取高位，用水袋，整理便通，務勿增高腦壓。
- iii) 對脫出部，不可濫施強壓，以輕加保護而止。
- iv) 脫出部若立即切除，則有危險，在一定時日之內，行保守療法，視其轉歸。
- v) 若為肉芽組織被覆時，於其上植皮術。
- vi) 顱骨有缺損時，移植有莖性皮骨膜骨瓣預防腦脫(參照後項)。此外有用黃金板被覆缺損部之法。

第二節 顱軟部之疾患

I. 頭部癰及癩

癰，在頭部到處可生，惟癩則多近項部。頭部之癰，能起腦膜炎，硬腦膜靜脈竇血栓，故須注意。又在本病，須檢尿之糖分，視其有無糖尿症，甚為重要。(其症狀，診斷，療法等，參照外科總論)。

II. 頭部蜂窩織炎及急性膿瘍

頭部之傳染創，癰，癩，乳嘴突起炎，間或由骨髓炎續發本病。

a) 淺在性之蜂窩織炎，潮紅明顯，有誤診為丹毒者，但此則炎症蔓延不速，且潮紅之境界，亦不分明。

b) 深在性之蜂窩織炎，尤為帽狀腱膜下或骨膜下時，向周圍擴張，因表面之潮紅及波動不明，故有誤診。

第二十八圖
巨大之頭部急性膿瘍
(青山外科教室)



本症往往侵犯帽狀腱膜，骨膜，骨等。或因發生腦膜炎及硬腦膜靜脈竇血栓危及生命。蜂窩織炎局限時，或為膿瘍，是時局部腫脹著明，硬度柔軟，有波動且兼有多少壓痛。皮膚或發赤或否。

療法：初用保守療法，有化膿則切開之。

III. 頭部丹毒

頭部常發丹毒。由頭部小創，濕疹，毛囊炎等所致。或始於耳鼻，或面部丹毒向頭部擴張。

頭部丹毒診斷常不易，因有頭髮且發赤不明之故。若無其他所見，病人突然發熱時，必須檢視頭部有無發紅及水泡，丹毒在髮部以外蔓延時，發紅明瞭，界限分明，侵及眼瞼，耳殼時，有浮腫性腫脹，但須與蜂窩織炎區別。頭部丹毒，有時因發漿液性腦膜炎，故有腦症狀，甚至發生化膿性腦膜炎及靜脈竇血栓危生命。故頭部丹毒之預後，在一般上大為可疑。(療法等參照外科總論)。

IV. 頭潰瘍

頭部之潰瘍，無特別者。

1) **單純性潰瘍** 由外傷，化膿症切開後，火傷等發生，比較易治時或治後生癩痕性禿髮，有須處置者。

2) 頭皮及皮下之**橡皮腫**，甚罕見，能漸吸收，時或經軟化破潰生橡皮腫性潰瘍，須與顱骨橡皮腫區別。

3) **結核**亦甚罕，由顱骨結核，在頭皮下，生寒性膿瘍，破潰而成結核性潰瘍或瘻管。

間亦生**尋常性狼瘡**

4) **癌腫**間或成為圓形潰瘍(參照外科總論)。

V. 頭部氣腫及氣瘤

頭部皮下結締織堅實，空氣頗難侵入，但骨膜與帽狀腱膜間，或骨

膜與骨間，空氣有侵入者。

a) **頭部氣腫** 鼻骨，篩骨，額骨，顳骨等之骨折，間或因橡皮腫，最少數者，因先天性輝裂之故，空氣侵入骨膜與帽狀腱膜間，而生頭部氣腫。該氣腫在額部或顳部，僅成小腫，有時亙及頭部全體成爲大腫。硬度柔軟有壓縮性，當壓迫時，有定型之捻髮音，無疼痛，但多可自然吸收。

b) **頭部限局性氣腫** 乳突由先天性或後天性骨質缺損，當深呼吸、咳嗽，噴嚏時，鼓室之內壓增加。空氣向顳部骨膜下竄出而生氣腫。

氣腫由乳突部亙顳部上，小而柔軟，由壓之消失後仍再發。但無捻髮音。自然治癒者較罕，多漸向枕部或顳頂部增大，常無痛苦。若長久存在時，使骨之表面不平，有時發生頭痛眩暈，嘔吐等。

療法：頭部氣腫多自然治癒，無須特別治療，有時施行切開，排出空氣，用無菌紗布栓塞之。

頭部限局性氣腫，須行壓迫繃帶，或切開後用碘仿紗布栓塞之。骨缺損大時，作成骨瓣，行整形術以封鎖之。

VI. 頭部動脈瘤

1) **顳動脈有生真性動脈瘤者**，其原因多屬外傷。其大小雖不等，通常小於鳩卵，因搏動著明，故易診斷。

2) **動靜脈瘤** 間或因外傷在顳部發生。

3) **蔓狀血管腫** 每生於頭部，係先天性血管腫之一種。

4) 顳骨內產動脈瘤者甚罕，或由硬腦膜中動脈生動脈瘤，現於外部。

療法：對動脈瘤施行手術，但蔓狀血管腫，則罕能行手術者。

VII. 顳腫瘍及囊腫

常在顳軟部發生，顳骨則較罕觀。

- 1) **纖維腫**。生硬纖維腫或軟纖維腫。
- 2) **脂肪腫**。形狀大小不等，小者為扁平狀。
- 3) **血管腫**。a) 單純性血管腫，b) 竇狀血管腫，c) 蔓狀血管腫。
- 4) **淋巴管腫**。a) 單純性淋巴管腫，1) 竇狀淋巴管腫。但如頸部之囊狀淋巴管腫則不之見也。

5) **骨腫及軟骨腫** 極少數在顱骨表面發生，由其特別形狀易於診斷。間或在顱底骨發生，起初症狀雖不明，但必漸現慢性腦神經壓迫症狀。

6) **肉腫** 顱軟部，尤於皮下或骨膜，發生梭狀細胞肉腫，又有由骨生骨膜性肉腫或骨髓性肉腫者(圓形細胞肉腫，梭狀細胞肉腫，間或為巨細胞肉腫)。**綠色腫**，係肉腫之變型，有在頭部發生之報告，間或在皮膚發生**黑色肉腫**，在顱骨或軟部發生肉腫轉移者亦有之。

7) **癌腫**。在頭皮，時或發生**表皮癌**多成潰瘍狀。時或為癌腫形，偶以浸潤狀犯及顱骨，又或由乳嘴腫，粉瘤等為癌腫變性。此外在軟部或骨部發生癌腫轉移者亦有之。

8) **硬腦膜內被細胞腫或腦砂腫**

硬腦膜內被細胞腫之良性者，雖無特別症狀，其惡性者，逐漸發育，內則腦受壓迫，外則壓迫顱骨，終至向外破潰，幾與顱骨肉腫相似。

9) **混合腫瘍及內被細胞腫**。間或在頭部發生，分為良性與惡性。

10) 其他如**乳嘴腫**，**皮角**，**疣贅**等，亦有在頭部發生者。

10) **皮樣囊腫**

係先天性發生，時或至春機發動期始著明。其部位一定，限局性祇發於顱門，顱頂部骨縫或乳突部，他部則否。

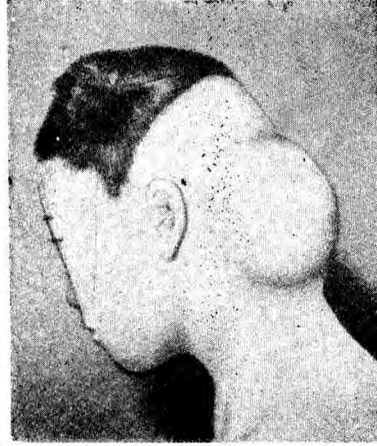
成球狀或半球狀之腫瘤，小者約如豌豆，大者可如蘋果，其硬度如煉膏之柔硬，不與皮膚癒着，而於基底，則有癒着，有時基底之骨質發生凹陷或穿孔，此與粉瘤，特須區別。

12) **粉瘤** 由後天性發生。其硬度雖如皮樣囊腫，但與皮膚癒着，

第二十九圖
蔓狀血管腫
(Langenbeck)



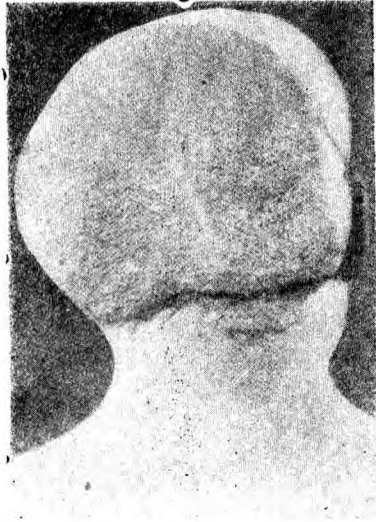
第三十圖
頭部脂肪腫
(京大帝大外科教室)



第三十一圖
巨大纖維腫
(Keen)



第三十二圖
頭部軟性纖維腫
(關口外科教室)



第三十三圖
顛骨腫
(Lexer)



第三十四圖
顛穹窿之多發性骨腫
(Lexer)



第三十五圖
額部肉腫
(慶大外科教室)



第三十六圖
枕部巨大肉腫
(岩永外科教室)



第三十七圖
額部細小黑色肉腫
(左頸部生巨大轉移)
(Breslauer Klinik)



第三十八圖
枕部巨大皮角
(桐原外科教室)



第三十九圖
頭部粘液內被細胞腫
(慶大外科教室)



第四十圖
佔居顱間隙部之皮狀囊腫
(Quervain)



對基底則否，缺一定限局性，有時在頭部多數發生(參照外科總論)

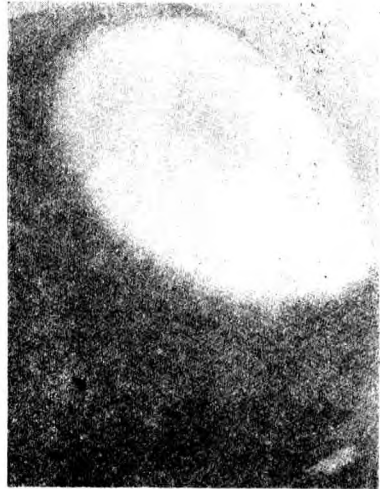
13) 胞蟲囊腫 甚少，

14) 頭部漿液囊腫

腦膜膨出之交通口閉鎖時發生。與腦膜膨出同屬先天性，有限局性，如皮樣囊腫，不與皮膚癒着。而癒着於基底，但硬度為彈力性而柔軟並有波動，不如腦膜膨出之有壓縮性，且缺搏動。由試驗穿刺，見有漿液。(參照腦膜膨出項下)。

療法：以上各種傷及囊腫之療法，視其種類而異。腫瘤之範圍廣大，多所轉移，且侵犯顱骨時，手術雖不可能，其餘多可以手術治之。若腫瘤大時，按穿顱術先行止血，或用電氣刀以行手術，但腫瘤小時，可以不必。但皮膚切開，須注意顱血管之經過。

第四十圖
頭部粉瘤
(瀨尾外科教室)



第四十二圖
頭部粉瘤
(慶大外科教室)



第四十三圖
頭部皮膚切開線
(Doyen)



第三節 顱骨疾患

I. 顱骨之急性化膿性骨膜及骨髓炎

原因：頭部之傳染創傷，蜂窩織炎，中耳炎，乳突炎等，以續發性發生，亦有由血行為原發性者，本病較少見於他骨。

症狀：與他骨同，多由惡寒或寒戰之後發高熱，局部有疼痛，腫脹發紅，灼熱感，其炎症向周圍擴大。

在早期行切開，有不生腐骨而治者。通常顱骨之腐骨，不如長管狀骨之大，顱骨之急性化膿性炎症，有發生腦膜炎，靜脈竇血栓或膿毒症之危險。

診斷：容易，惟須與單純蜂窩織炎區別。本症以劇痛開始，潮紅較晚，更視其有無蜂窩織炎之原因，即可區別。愛克斯線檢查，在初期不易明瞭。

療法：早期行切開，有腐骨時，除去之。在此等治療中，有無腦合併症，須十分注意。

II. 顱骨結核

他骨雖常見結核，顱骨則甚罕。偶在額部，顱頂部見之。本症分為次列二種。

a) 原發性顱骨結核

顱骨上有較厚之帽狀腱膜，初期多不明，迨膿瘍增大，或破潰時，始現症狀。腫脹為柔軟性，稍有水腫，多有輕痛。頭皮較厚之故，膿瘍不易向外破潰，但一經破潰，則構成結核性定型之潰瘍或瘻管。

b) 續發性顱骨結核

中耳及鼻之結核，因其進行，有侵犯顱骨者。是時因原發部結核重篤於顱骨結核，多不注意。由顱骨結核，發生結核性腦膜炎，靜脈竇血栓，粟粒結核者有之。

第四十四圖
顱骨結核之大寒性膿瘍
(Breslauer Klinik)



第四十五圖
穿孔性顱骨結核
(Leipziger Klinik)



診斷：初期難，須與軟性腫瘍，囊腫區別。

第四十六圖
頭部微毒腫
(瀨尾外科教室)



第四十七圖
骨之樣皮腫性潰瘍
(Lexer)



療法：由手術切開局部，對結核病竈，充分搔爬。日光療法，愛克斯線療法，亦可用。

III. 顱骨微毒

顱骨徵毒，時或見之，可分兩種。

A) 第二期徵毒性骨膜炎

有時在額骨之骨膜，發生瀰蔓性滲潤，扁平性腫脹，特發性疼痛(猶是夜痛)，但在 1—2 週後，痊癒不留痕跡。

B) 第三期骨徵毒

多侵犯骨膜，尤以顱骨外面之骨膜為多。或侵犯顱內面之骨膜(後者稱曰徵毒腫性顱骨內膜炎或徵毒性硬腦膜炎。有時骨髓(板障)亦受侵犯。第三期骨徵毒，分為三種。

a) 骨膜大橡皮腫

構成 1—3 較大之橡皮腫，在初期有疑為腫瘍者。大小不等，大者如蘋果，硬度彈性而柔軟，無特別痛，但時有夜痛。

腫瘍逐漸吸收，或軟化破潰，成橡皮腫性潰瘍後而治者有之。不論如何，其後均有骨質缺損，並于其周圍，著明有骨質增厚。

b) 瀰蔓性橡皮腫性骨膜炎

生多數之小橡皮腫，骨面有瀰蔓性腫脹，其硬度初有彈性而稍硬。腫瘍雖不軟化而吸收，但其後仍留有瀰蔓性骨質增厚，(但骨質之凹凸不平，不如前者之甚)。上述變化，無論為骨膜性或骨髓性均無大差。

C) 橡皮腫性顱骨內膜炎或徵毒性硬腦膜炎

指顱內面之骨膜受侵犯而言。本症頗罕見，多不現臨牀症狀，有時因顱內面著明肥厚，與腦表面癒着，有發頑固性頭痛者。

診斷：由其種々特別病像，多易診斷。有可疑時試以 Wassermann 氏反應及驅徵療法。

療法：驅徵療法。

IV 顱骨肥大

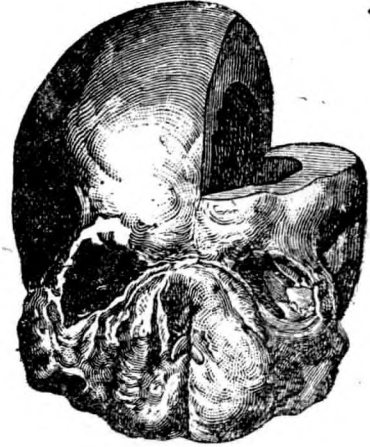
A) 限局性骨肥大

a) 骨徵毒

- b) 化膿性骨髓骨膜炎
- c) 外骨腫
- d) 骨肉腫。參照各病項下。

第 四 十 八 圖
骨 獅 面 症 (Lexet)

B) 瀰漫性骨肥大



骨性顱骨獅面症

本症係畸形性骨炎之異型。屬罕見之症病，其原因尚不明。面骨(多由上頷骨開始)及顱骨，初無原因，逐漸增厚，顏面變形特甚，呈獅面狀，顱骨增厚，達1—2cm，腦受壓迫，發生頭痛，痙攣，麻痺，精神障礙等，或顱底之腦神經受壓迫，發生神經痛及其他症狀。在面部，發生鼻塞及眼球之壓迫症狀視神經受壓迫，成為盲目。

預後不良，無法可治。

V. 顱骨萎縮

亦有種々原因。

1) 胎兒性佝僂病或顱骨成形不全症。是病與佝僂病不同。因母親之營養不良，及先天性微毒等。或於水頭症見之。初生兒之顱骨發育不全，顱門開放而巨大。

2) 佝僂病性顱骨癆

在佝僂病，有四肢及其他之定型變化，在顱骨，顱門長久不閉，或發水頭症頂骨結節，額骨結節肥厚，成為角型顱，枕部以柔軟故，壓成扁平，即所謂顱骨癆者是也。

3) 老人性顱骨萎縮症

老人之顱骨，逐漸萎縮，表面成為不平。

4) 壓迫萎縮

由顱及腦腫瘍，囊腫或動脈瘤等所壓迫，發生限局性骨萎縮，又水頭症時之萎縮，較為瀰蔓性。

5) 神經性骨萎縮

由中心及周圍神經系統疾病，而發顱骨萎縮者有之。

第四節 腦及腦膜疾患

I. 水頭症

腦脊髓液蓄積於顱腔內之謂。

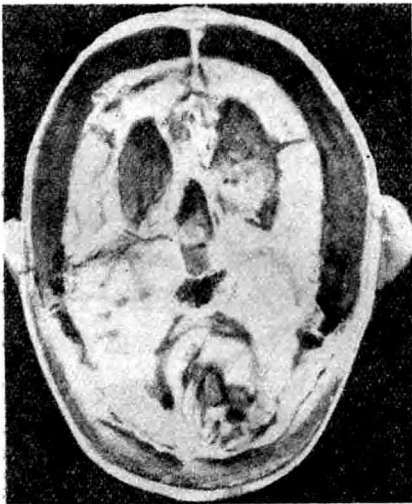
種類及原因：其種類如次。

1) 腦膜水腫或外水頭症

a) 先天性腦膜水腫症

或腦之發育不全，顱穹窿與腦之間，液體蓄積之謂。有時與內水頭症合併。

第四十九圖
先天性腦水腫
(Eiselsberg)



第五十圖
腦水腫(關口外科教室)



b) 後天性腦膜水頭症

因重病衰弱，發生腦萎縮而起，有時限於局部稱曰硬腦膜水瘤。

2) 腦室水頭症或內水頭症

a) 先天性腦室水腫

雖屬常見，其原因尚不明。腦室內之液體蓄積漸次，壓迫腦髓使之擴張，顱骨，脊髓管亦擴大(脊髓水腫)。

b) 後天性腦室水腫

佝僂性或徽毒性小兒，有時見之。由腦膜，腦室等之充血，在腦膜或腦室內發生液體蓄積之謂。

症狀：水頭症之輕者，症狀不明，又由先天性或後天性，而症狀不同。

a) 先天性水頭症

頭大而面小。眼球受上眼眶壁之壓下，多向前下面低降，眉毛與眼球間之距離較遠。顱門擴大，永久不閉。

此種小兒，生出後多不久即死，間亦有生存者，但因智力發育不全，發生白癡言語障礙。軀幹及四肢之發育，亦常不良。

b) 後天性水頭症

成立之狀態，遲速不一。在初生兒發育時，顯著明擴大，否則不明。兼有頭痛，智力減退，癲癇發作等腦症狀。

預後：難治。本症之小兒多未至成人即死，間亦有長保生存者。

診斷：由定型病狀。診斷頗易。但後天性者與腦徽毒等，難於鑑別，又須注意有無佝僂病。

療法：雖有種々方法，但無確實者。

1) 腰椎穿刺

於腦室與脊髓管，已交通者行之。

1) 腦穿刺

由顱門側方，用 Pravaz 氏注射器刺入，抽出液量 30—60 cc，但勿傷及靜脈竇。穿刺後，施壓迫繃帶，此種穿刺

第五十一圖
胼胝體穿刺圖



可反復數回。

3) 胼胝體穿刺法

腦水腫，腦腫瘤，癲癇時，為減輕腦壓，使腦室與硬腦膜下腔相交通之法。

在大顛門之後，離正中線稍右，施行皮膚切開，約長3cm，剝離骨膜，用穿顛錐對顛骨作小孔，用直徑2—3mm之金屬管穿刺，向硬膜與腦之表面間進行，注意不傷靜脈竇，使達鎌狀膜(Falx)，沿此貫通胼胝體時，腦脊髓液成線狀而流出。次將金屬管向前後移動，使胼胝體刺路擴大之後，拔去金屬管，對硬膜及皮膚縫合之。

4) 腦室之持續的排液法

a) Mikulicz 氏法。

行穿顛術後，用黃金製之小管，插入腦室，內管之一端，有小板；將該小板固定諸帽狀腱膜，誘導腦脊髓液至帽狀腱膜下。

b) Krause 氏法。

由顛顛部所造成皮膚韌膜瓣，插入腦室內之複雜法是也。

c) Payr 氏法。

用Paraffin所固定之牛動脈，插入腦室內之複雜法，或由病人自身所摘出薔薇靜脈之媒介，誘導腦脊髓液流入頸靜脈是也。

但由上各法，難收良效。

II. 腦膨出

諸顛骨通路，先天性有缺損，腦膜或腦質脫出顛骨之外，與腰椎之脊椎披裂症類似。

原因：不明。顛骨在胎生期之癒合不完全，因腦壓增加或腦膜受牽引而發生。

限局性：常在一定部位發育。多在顛正中線上之枕部或額部。在枕部，發於枕結節上或下方，若在額部，發於鼻額部，鼻眼眶部，鼻篩骨部。偶發於顛頂部，發於顛底者最少。

種類：以上係由部位所區別之種類，更重要者係由內容而區分。

第五十二圖
鼻額部腦膨出
(青山外科教室)



第五十三圖
巨大鼻額部腦膨出
(青山外科教室)



第五十四圖
枕結節上部腦膨出
(瀨尾外科教室)



第五十五圖
枕結節下部腦膜膨出
(慶大外科教室)



1) 腦膜膨出。 2) 腦膨出。 3) 水腫腦膨出。

症狀：在分娩時已有是症，或分娩後不久始明瞭。視腦膨出之種類，而症狀不同。

1) 腦膜膨出

腦膜由顱骨缺損部，膨脹而出，中含腦脊髓液。枕部最多，額部次之。大小多在拇指尖與兒頭大之間。形狀亦不等，為扁平腫脹，半球形，球形，袋形，不規則形等，間或有莖，與顱連絡。

表面多平滑，時或稍有不平。硬度，有彈力而柔軟，波動明瞭，莖稍薄，有時得透視內容為青色。由涕泣，咳嗽，努責時，緊張而擴大，由壓迫而縮小，或完全整復，若突然整復時，有發腦壓迫症狀者，如頭痛痙攣，嘔吐等。若膨出口小時，其壓縮性亦小，腦膜膨出時之腦搏動多不明。

膨出口之骨缺損部，有能自外部觸知者。有不能觸知者。

2) 腦膨出

腦膜與腦之一部，同時脫出之謂，為最常見者。多在額部，枕部較少。症狀與腦膜膨出相似，但硬度較為緊滿，壓縮性亦較少，受壓迫容易發生腦症狀，腦搏動明瞭，其莖膜多厚，時或在表面伴有血管腫。

3) 水腫腦膨出

第四腦室或側室中，有腦脊髓液蓄積而脫出者，多在枕下部，其形巨大。甚者不但大腦脫出，即小腦之一部分，亦有脫出者。

第五十六圖
枕部之巨大腦膨出
(青山外科教室)



硬度較緊張而柔軟，莢膜厚有抵抗，少壓縮性，腦搏動弱或不明為多。

診斷：如上所述，在一定部位，由先天所生之囊狀腫脹，有多少壓縮性，其典型者，有腦搏動，由腹壓等擴大，由外壓而發腦壓迫症，故易於診斷。

應區別之病如次。

a) **漿液囊腫** 頭部之漿液囊腫，較為相似，此本腦膨出之變形，對顱內之通路閉鎖而生。但漿液囊腫全無壓縮性。

b) **皮樣囊腫** 局部等雖類似，但皮樣囊腫之硬度，為煉膏樣柔軟無壓縮性。此外由試驗穿刺，亦得明白區別，腦膨出穿刺時，須勵行消毒法。

此外對腦膨出，必須區別種類，水腫腦膨出之小兒，多早死，故罕見，必須區別者，係**腦膜膨出**及**腦膨出**兩種。二者之區別，得由其

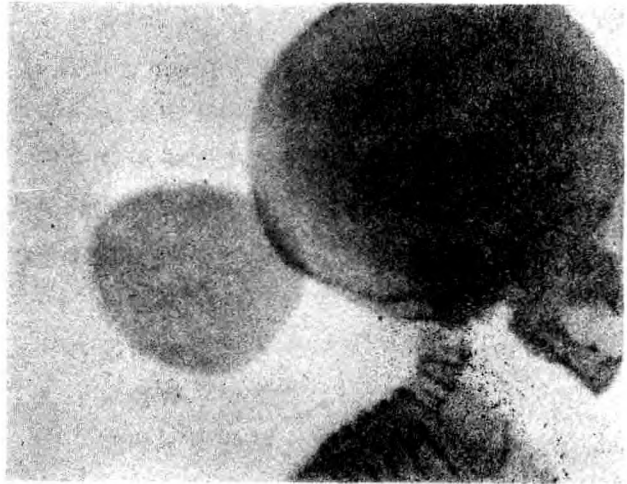
i) 限局性 ii) 硬度 iii) 壓縮性 iv) 腦壓迫症狀 v) 皮膚之血管腫等。但二者之區別，時有完全不明者。

預後：腦膨出之小兒，在分娩後，多未幾即死，尤以水腫腦膨出之小兒，難生存發育。

此外之腦膨出，極端擴大時，至於破裂致，死或在表面發生潰瘍，由是發腦膜炎致死。間或膨出之發育停止，永獲生存有之(著者曾經驗七十歲老人之鼻額部腦膨出)。

第五十七圖

前圖之愛克斯線所見 (青山外科教室)



療法：i) 有莖性腦膜膨出最良，即切開該部皮膚之後，結紮莖部而摘出之。

ii) 無莖性腦膜膨出，切開其包囊，切除其過剩部分後，加以縫合，對骨缺損部，用有莖性帽狀腱膜，或由脛骨，肩胛骨所切除之骨膜骨瓣以填補之，但缺損部大時，難達目的。

iii) 腦膨出之手術更難，對脫出之腦，得整復者，于整復之後施行前述方法，對難得整復者，切除腦質亦可，但切除之腦質，對生存上有無必要，非充分檢查不可。例如額葉，枕葉尚可切除其小部分，此外則有危險。

iv) 手術不可能時，行穿刺法，去其內容後，施壓迫繃帶。是時雖有刺激劑注射之方法，但無益而有害耳。

III. 急性化膿性腦膜炎或化膿性軟腦膜炎

在蜘蛛膜及軟腦膜之炎症，稱曰軟腦膜炎或單稱腦膜炎。雖有數種在外科上必要者，祇有化膿性耳。

原因：由其成立狀態，可分為三種。

a) **原發型** 其原因由顛穹窿或顛底之貫通性創傷。

b) **續發型** 由顛之化膿疾患，如蜂窩織炎，丹毒，急性化膿性骨膜炎及骨髓炎，或中耳炎，靜脈竇血栓，腦膿瘍等為最多。

c) **轉移型** 身體之一部，有化膿症，其化膿菌，由血行侵入腦膜而發生，但甚少數耳。

病理：由其限局性，可分為 a) **穹窿腦膜炎** b) **基底腦膜炎**。初在腦膜發生瀰漫腫脹，次生膠狀沈着物，終成為膿，其膿若在腦溝為著明，不僅腦表面，且沿蜘蛛膜血管，侵入腦質中。此種腦膜炎，亦有限於局部者，但多屬瀰漫性，由穹窿部腦膜炎，發生基底腦膜炎，或乃反是。甚則除腦外，在脊髓上，亦生膿者。此外凡腦膜炎時，不問脊髓受侵犯與否，腦脊髓液常呈混濁。

症狀：由外傷之原發性腦膜炎，在受傷後二三日或數日之後，發現症狀，續發性者，發病遠在其後。

穹窿部腦膜炎與基底部腦膜炎之症狀，稍有不同。

a) **穹窿部腦膜炎**。體溫多逐漸上昇(惡寒後驟發高熱者少)，脈搏細數，常有嘔吐，次發頭痛，不安，譫語等，瞳孔初縮小，後散大，但光線反射存在。

不久因腦壓，發生麻痺症狀，變為昏睡狀，時或伴有半身不隨之竈症狀，間或先發顏面四肢痙攣。

b) **基底部腦膜炎**。其症狀略與前同，但無半身不隨而有腦神經麻痺症狀。尤多起於面神經，外旋神經及動眼神經。以該神經受炎症之侵襲，或受滲出液壓迫之故。其他常因脊髓受刺激，外見項部強直。

診斷：多易診斷：有時須與腦膿瘍區別，但亦有不能明辨者。

施行腰椎穿刺，由其內壓上昇及腦脊髓液之混濁，可使腦膜炎之診斷確定。

預後：多不良。腦膜炎為局部性或經過慢性者，有時亦可由療治而得救。基底部腦膜炎之預後，一般不良。

療法：i) **預防法**。顱之複雜性骨折及化膿性疾患時，須注意治療，預防侵入顱內。

ii) 腦膜炎既發現時，須早期行穿顱術，切開硬膜，以達完全排膿之目的(或謂手術後行腰椎穿刺，用無害性藥液洗滌之，但其結果未必皆良)。進行性腦膜炎，雖手術亦難得救。

IV. 硬腦膜炎

a) 侵犯硬腦膜外面時，稱曰**外硬腦膜炎**或**顱骨內膜炎**

b) 侵犯硬腦膜內面時，稱曰**內硬腦膜炎**。

又由經過可分為 i) 急性型(化膿)及 ii) 慢性型(結核，微毒)。在外科上必要者，為**急性化膿性外硬腦膜炎**。

原因：由顱骨之複雜骨折，中耳炎等。顱骨與硬腦膜間，因膿液蓄積，甚者發腦壓迫症狀。但本症大抵外則有急性化膿性骨膜炎，蜂窩織炎，內則有軟腦膜炎，硬腦膜靜脈炎，腦膿瘍等，單純者僅屬少數。

症狀及診斷：與腦膿瘍類似，但熱高而腦壓迫症狀較輕。複雜性骨折時，由其創傷之炎症症狀，得下大概之診斷，中耳炎時，在乳突處有壓痛。頭痛及發熱時或與腦膜炎症狀類似者，須視為本症，速行手術。

預後：雖有由手術幸而得救者，但預後多不良。

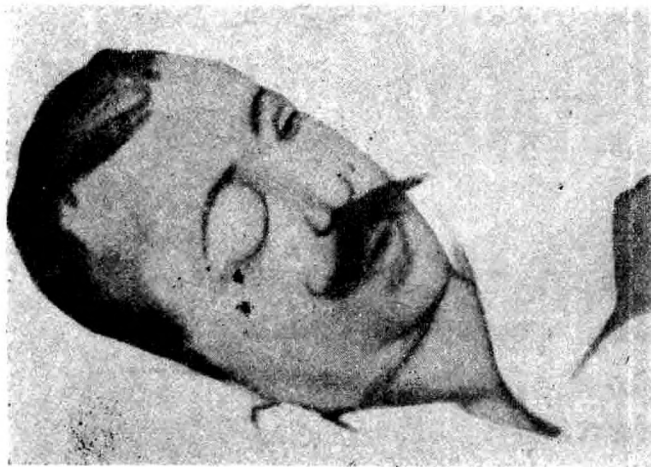
療法：顛骨骨折時，除去骨折片，或用 Lüer 氏骨鉗子，擴大骨之缺損部，以利膿之流出。其原因為乳突炎時，施行乳突切開術，參照耳鼻喉科書。

慢性外硬腦膜炎。由結核及微毒而來，但外科上甚少意義，若局部之腫痛大時，有發腦壓迫症者。(參照腦瘤項下)。

V. 靜脈竇炎或靜脈竇血栓

原因：或因顛內之靜脈竇，細菌傳染而來。化膿性中耳炎，佔原因

第 五 十 八 圖
海綿竇靜脈竇血栓 (Quervain)



中之最多數，其他原因，為複雜性顛骨骨折及顛之各種化膿疾患等。往々有腦膿瘍及腦膜炎合併。本病因炎症發生靜脈竇血栓，又因血栓

發生靜脈性鬱血。

症狀：視靜脈竇之位置而異。

A) 全身症狀

由惡寒或惡寒戰慄之後發高熱，熱之繼續，為弛張性。

B) 腦症狀

發生腦刺激及腦壓迫症狀，如頭痛，暈眩，嘔吐，鬱血乳頭，意識溷濁，譫妄，昏睡等。

其他由靜脈竇之限局性，發現特殊症狀。

a) **橫竇。**多繼發于耳疾患之後，兼有中耳炎及乳突炎等症狀，往往因發生硬腦膜下膿瘍，在深部有頭痛，又鬱血乳頭著明。

b) **海綿竇** 在額部及上眼眶部有疼痛，眼眶血管擴張，上瞼浮腫斜視及鬱血乳頭等症，角膜失光彩或軟化。

c) **上縱竇。**顳頂部，額部，枕部生浮腫，發現靜脈擴張，鼻出血，顳癇發作等。

診斷：由上述特別症狀自明，且原因多屬明白。

預後：多不良，得救者甚少耳。

療法：顳有化膿性疾患時，充分開放，勿使膿汁流入。既經發病，行穿顳術，去血栓質後，插入碘仿紗布，一般療法，可行雷佛奴耳，雅春，普列沙沃度等注射。

VI. 腦膿瘍

原因及種類：由其經過，分為 a) **急性型** 及 b) **慢性型**。由其成立，分為次列三種。

1) 外傷性腦膿瘍

由顳之開放性骨折及腦挫傷等。經過多急速，易發腦膜炎，間或膿瘍成為慢性。

2) 續發性腦膿瘍

最多者為耳炎性腦膿瘍，由中耳炎之後，在顱部發生膿瘍。尚有鼻性腦膿瘍。齒性膿瘍等。

其他由顱骨之化膿性骨髓炎，結核，橡皮腫等續發。

3) 轉移性腦膿瘍

身體他部有化膿時，經血行傳染發生腦膿瘍是也。該原發竈，時或不明。

症狀及診斷：屬急性者，與腦膜炎或靜脈竇血栓相似。屬慢性者，與腦瘤相似。

a) **急性型。**有化膿性發熱，其熱型多屬稽留性，有腦壓迫症狀，如頭痛，眩暈，嘔吐等，時或有顛癇發作。重症則意識渾濁，漸陷昏睡而死，時或發局部固有症狀。

b) **慢性型。**體溫之增高，不如急性型之著明。往々有不熱之間歇期，間由惡寒而發熱，多有白血球增加症，其他症狀，雖與急性型相似，但各症狀較為緩和，其經過特別緩慢。間或初屬慢性，忽然現急性症狀者亦有之。

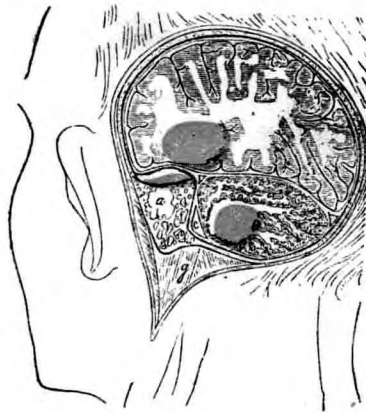
預後及經過：腦膿瘍不能自然治癒，雖有由手術得救者，亦較少。急性型之經過，為1—2週或數週。慢性型為1—2月或年餘以上。

腦膿瘍之死因。由全身衰弱，或由腦膜炎及靜脈竇栓塞等。

診斷：腦膿瘍之診斷，不盡容易。類似腦膿瘍之症狀，繼發于顱骨損傷或中耳炎之後者，大約得下診斷，否則診斷甚難也。

a) **急性型。**須與腦膜炎，靜脈竇血栓區別，但腦膿瘍之腦壓迫症狀強甚，且缺少腦膜炎，靜脈竇血栓之固有症狀。惟腦膿瘍往々與腦

第五十九圖
顱骨腔化膿時炎症併發之模型圖
(Quervain)



- a) 乳突竇
- b) 橫竇內之血栓形成
- c) 硬腦膜下膿瘍
- d) 顯葉膿瘍
- e) 小腦膿瘍
- f) 胸鎖乳突肌下膿瘍
- g)

膜炎，靜脈竇血栓合併。

b) **慢性型** 須與**腦腫瘤**區別，但腦膿瘍有發熱白血球增加症及症狀動搖等可以決定。且腦膿瘍不如腦腫瘤之有鬱血乳頭。腦膿瘍由光線雖可證明，但欲與腫瘤或囊腫明白區別，多屬難事，此外欲由腰椎穿刺診斷，亦非易事。

療法：施穿顱術切開膿瘍，行排膿法。是時非在事前決定膿瘍之所在地不可。由顱骨折，中耳炎者，病竈症狀明瞭，對腦膿瘍所在地之診斷尚屬不難，否則腦膿瘍之所在地多不明，因是難於手術。即施行手術，得救者祇有半數左右耳。

深部腦膿瘍切開時，行穿顱術後，將硬腦膜切開如Y字狀，對三瓣之尖端，用Krause氏挾子固定而緊張之，用碘仿紗布插入硬腦膜下保護他部後，用穿刺針試探有無膿汁，若有膿時，針之深淺不動，作小切開，指頭插入創內面擴大之，對膿瘍壁用鈍力剝離之後，插入小橡皮管，用碘仿紗布保護其周圍。深部之紗布，于3—5日後更換之。

VII. 腦腫瘍

種類：就便宜上不獨限於真性腫瘍，對於炎症性腫瘤及囊腫，亦綜合敘述。今舉其主要者如次。

1) **真性腫瘤**，最要者，為**神經膠腫**，有屬良性者，亦有惡性者，**肉腫**由原發性(神經膠肉腫)或由續發性轉移而來。**癌腫**則由轉移，此外如纖維腫，真珠腫，內皮細胞腫，血管腫則屬罕見。

2) **囊腫**。雖有發生包蟲囊腫，肺蛭病，胞狀囊腫，之報告，但甚少見。此外由腫瘍之軟化亦能發生囊腫。

3) **炎症性腫瘤**：如結核，橡皮腫等。亦有放線狀菌病但甚少耳。

症狀：以上各種腫瘍，在內發生時，現**慢性腦壓迫腦症狀**。該症狀不獨視腫瘍之種類而異，由其位置，大小，亦各不同，或症狀明顯，或無症狀，在屍體解剖，偶然發現者有之。其症狀可分兩羣如次。

A) 全身症狀

i) 頭痛。係腦壓症狀中之先發症狀，初為發作性，後成稽留性，多激烈。腫瘍在腦皮質時，可證明打敲痛。

ii) 眩暈。腫瘍不論在腦之何部皆有此症，尤以小腦及四疊體之腫瘍為著。

iii) 嘔吐。無關飲食，以早晨為多，或則缺如。往往在腦壓突然增高時見之。

iv) 脈搏及呼吸。在急性腦壓增加，則緩慢，若為慢性，此種變化不明。

v) 意識。在慢性腦壓，意識常無障礙，但於末期，則有人事不省氣懸狀態，昏睡狀等。

vi) 痙攣。腦瘤之初期，亦可見之，呈 Jackson 氏癲癇狀，繼發真性類癇之症狀。有時因局部關係全無痙攣發作。(腦瘤在中心溝附近，多有痙攣)。

vii) 鬱血乳頭。在額葉，腦底小腦等腫瘤，在初期，即明顯，但在結核及腦膿瘍，不明。

B) 局部症狀。更視局部而異。初期呈刺戟症狀，後現缺損症狀。關於局部症狀，處革述之。

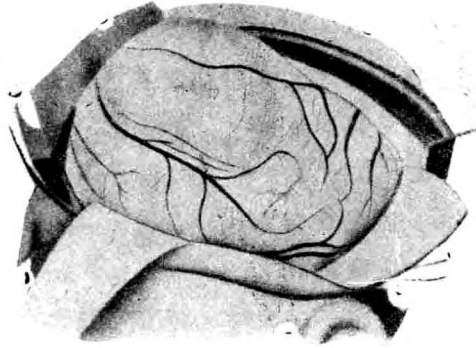
診斷；初期診斷不易。時或與尿毒症相誤，應注意尿之檢查(參照內科書)。與腦膿瘍區別如前述。

腦瘤種類之診斷，往往不易。

腦橡皮腫，由既往症及驅徵療法，以診斷之。

腦結核，由年齡及全身狀態，診斷之。

第 六 十 圖
前 頭 腦 神 經 膠 腫
(Krause)



癌腫，肉腫，放線狀菌病之轉移，由原發竈之有無加以推測。

腦壓迫症狀之急速發現者，係惡性腫瘤，緩者，係良性腫瘤或囊腫，但確實診斷，非由手術或屍體解剖，不可。

對於限局性，可參照次述之腦竈局診斷法。

預後：多不良，腦橡皮腫，由驅微療法，可以奏效，腦瘤雖可由手術救治，但有危險。

療法：腦瘤之手術，必須有其次之三條件

a) 限局性確實。

b) 近腦表面

c) 腫瘤不過大時，始有可能性。施行穿顱術，對腦腫瘤用指尖鈍性剝離而摘出之，若不能摘出，由穿顱術減輕腦壓，暫時多能減少病人苦痛

行穿顱術時，使病人守半坐位，勵行消毒法後，用局部麻醉或氫仿麻醉行之。造成有莖性皮膚骨膜骨瓣，穿開顱骨，用刀或剪，切開硬腦膜，搜索腦瘤。是時由 a) 腦表面之隆起，b) 表面之限局性充血，c) 腦迴轉之限局性扁平，d) 限局性抵抗以判定之，e) 腦瘤在深部時，施行試驗穿刺，由其抵抗及腦實質之顯微鏡檢查以決定之。f) 不得已時，一面止血結紮，注意深入。腦瘤用指尖鈍性剝離為原則，時或用 Bier 氏之吸引裝置(Krause 氏)吸出者有之。

腫瘤摘出後，注意止血，對靜脈性出血，用壓迫栓塞法，對動脈性出血，用結紮法止血後，不用紗布栓塞，即將顱骨閉鎖，或手術後之腔內，充以無菌生理鹽水，顱閉鎖者有之。

VIII. 腦垂體腫瘤。

本病之原因雖不明，但分兩種。

a) **腦垂體腺腫。**係腦垂體之限局性腫瘤，因腦垂體內分泌充進發**末端肥大症**(參照外科總論及內科書)。

b) **腦垂體管腫瘤。**由胎生時之腦垂體管之迷芽發生，成於扁平上皮，呈癌腫狀。是時因腦垂體之內分泌受障礙，遂發**脂肪生殖性營養障礙**，即脂肪過多

症，有生殖器發育障礙，性慾缺乏，月經缺如等。

第六十一圖
末端肥大症
(慶大外科教室)



局部症狀：腦垂體腫瘤，壓退視神經交叉部時，發兩顳半盲症，視神經漸萎縮，增加視力障礙，若嗅神經受壓迫時，則發嗅覺障礙。

兼有額部之頭痛，眩暈，惡心，嘔吐，倦怠等。

診斷：由症狀，易於診斷。更欲確實時，須用愛克斯線檢查，證明蝶鞍擴大之有無。愛克斯線攝影須由顳側行之。或于顳內注入空氣後，行愛克斯線檢查。

預後：經過慢性，因逐漸衰竭致死。雖有由手術救治者，但手術頗為困難。

療法：行腦垂體摘出法。但全部摘出時，因發生脫落症狀而死，故非留其一，不可。腦垂體之摘出法雖有各種，最主要者有二。

a) 顳腔內法

在左額顳頂部行廣大穿顳術，切開硬腦膜，結紮硬腦膜中動脈，用窺提高額葉時，得觀察顳前凹，蝶骨小翼靜脈竇等，逐漸提高額葉，由顳前凹進入蝶鞍。

第六十三圖

經鼻腔法(皮膚切開法)



第六十二圖
Krause 氏法



第六十四圖

同上(腦垂體之露出圖)
(Tondler Ranzi)



將腫瘤鈍性剝離摘出之。

b) 經鼻腔法。

將鼻之一側，行一時性切開，向側方翻轉，對鼻中隔亦切離之，鑿開篩骨及蝶竇，當蝶鞍前壁鑿開時，遠有搏動之腦硬腦。再切開之，由其底部，露出腦垂體。用銳匙搔爬而摘出之。但搔爬過深，有損傷視神經交叉部之危險，特須注意。手術時雖有相當出血，得由壓迫血塞法以停止之。手術後常有發生腦膜炎之危險，著者之一手術例，亦因腦膜炎致死。

IX. 癲癇

本病大體屬於內科疾患，但其一部分，得由手術療治之。癲癇分爲三種。

1) **眞性癲癇**。腦內無器質變化，其原因雖不明，由腦內腦脊髓液壓力之一時性增高，能發定型性痙攣云。

本症分爲先天性及後天性，時有痙攣發作及意識喪失，時或有發作性精神異常。發作之度數及持續亦各不一(參照內科書)。

2) **皮質性癲癇**或 Jackson 氏癲癇。係由腦膜及腦質有器質變化所致，多起於顱外傷後，腦皮質受挫傷後，形成癢痕顱骨及腦膜癒着，或並無器質特別變化者亦有之。凡外傷而發者，名曰**外傷性癲癇**。但皮質癲癇則有由腦內異物，囊腫，腫瘤，膿瘍等而來。

Jackson 氏癲癇之特徵，係在受傷腦部反對側之一肢或全半身，開始痙攣，次及全身，每致失神。或單有痙攣而無失神。時或起初即呈眞性癲癇之狀。

3) 反射性癲癇。

有癲癇素因者，由周圍疾病之刺激，遂有反射性癲癇。例如頭部及大神經之癢痕，神經腫等，受壓迫時或由鼻，耳之異物或慢性疾患等，由反射作用，遂呈眞性癲癇之狀。

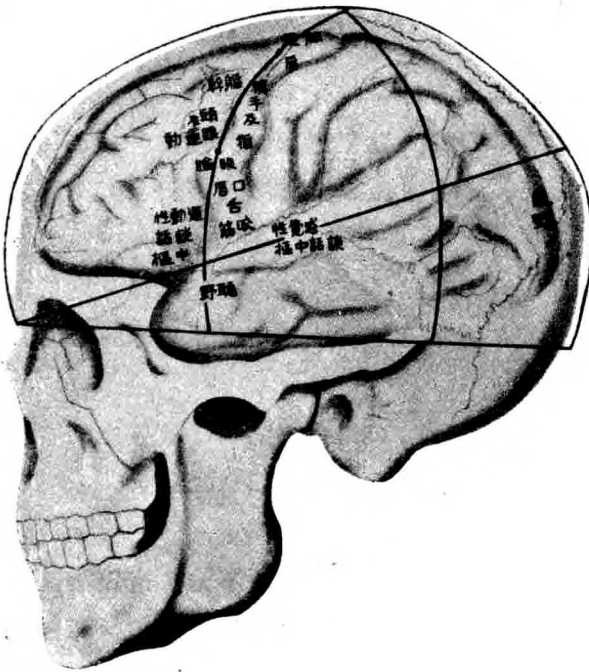
療法：有反射性癲癇之疑時，先治療其病源，仍有癲癇症狀時，則非反射性而爲眞性癲癇。

癲癇雖有種々內科療法，若對皮質性癲癇，須行穿顳術，以除去病因，多能全治。若其變化不明時，對硬腦膜，加十字切開，以減輕腦之內壓，或於此部輕施按摩。對外傷性癲癇，在曾受外傷之處，行穿顳術，對真性癲癇，在正中央回附近，行穿顳術。唯真性癲癇，雖行手術，多不奏効。(參照其他內科書)。

X. 腦之竈部診斷法。

腦之損傷及疾患時，決定其所在性，在診斷及治療上，均甚必要。竈部診斷，亦有容易者，間或甚為困難。其詳細診斷法，屬於內科，茲僅就外科上要點述之。

第六十五圖
Kocher 氏局竈部診斷法



1) 中央溝。

爲發生竈部症狀最明瞭之地帶，雖小損傷或小腫瘤，亦現竈部症狀。若係完全破壞時，其反對側起麻痺，被刺激時，反對側一定區域發生痙攣。其又以中央溝之位置，各有特殊症狀。

i) 下肢中樞。

前後中央回上三分之一，及副中央回之內，有下肢中樞，足之中樞在最上方，膝及股之中樞，在足中樞之下方。

ii) 上肢中樞。

在前中央回中三分之一。

iii) 面中樞。

在前後中央回下三分之一。

iv) 舌下中樞。

在前中央回下三分之一。

2) 額葉。

i) 第一及第二額回有障礙時，發生一時性或永久性之癡呆狀態。

ii) 第三額回有障礙時，發生運動性失語症，言語雖能理解，惟其發言則難。此症，常由左側額葉有障礙時發生，但左利者，係右側額葉之障礙。

3) 顳葉有障礙時，發生談話障礙，聽覺障礙，左側有障礙時，發生感覺性失語症(病人能聽而不能理解)，右側有障礙時，發生幻聽，此外或有味覺障礙。

4) 枕葉有障礙時，發生反側半盲症，時或發生文字盲，能見文字而難於理解，間或發現與小腦症狀。類似之症。

5) 內囊有障礙時，無刺戟症狀，漸發。

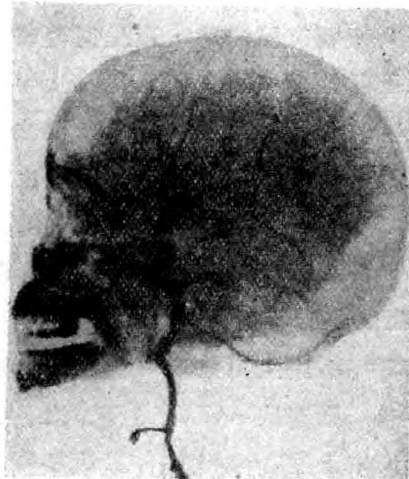
6) 大腦神經節有障礙時，其症狀雖不定，若視神經牀有障礙時，發生強迫涕泣，強迫哄笑，此外有偏側性指攣縮，舞蹈病等。

7) 胼胝體有障礙時，共同運動成爲不能，發現運動不隨意或精神

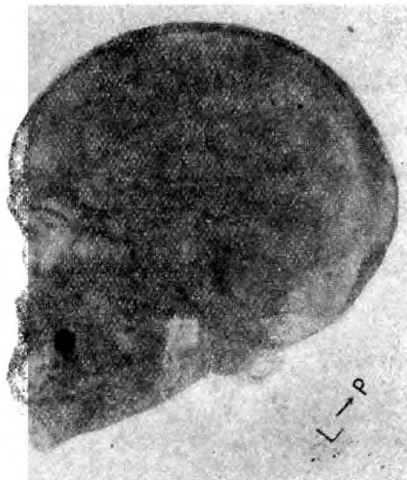
第 二 圖 表



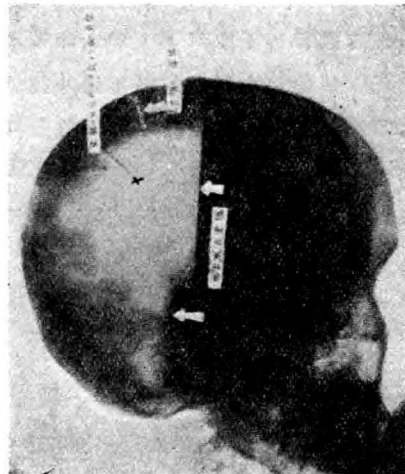
由腦血管攝影之額葉腫瘍
(齋藤外科教室)



由腦血管攝影之枕葉腦腫瘍
(齋藤外科教室)



腦垂體腫瘍之腦攝影
(蝶鞍擴大)
(齋藤外科教室)



由小腦腫瘍之腦內水腫
(腦室內空氣注入之攝影)
(齋藤外科教室)

異常。

8) **四疊體**有障礙時，發生眼肌麻痺。

9) **橋**有障礙時，發生同側面神經，外旋神經，三叉神經，聽神經之弛緩性麻痺，反側之痙攣性半身不隨症(由錐體道之麻痺)。

10) **延髓**於生存，為極重要之部分，若有障礙，可立致死，(以有呼吸及循環中樞之故)。不然則發生球麻痺症狀，同時起 VIII—XII 腦神經之麻痺，如構音不能，嚥下困難，嗅覺脫失，耳聾，味覺脫失，吃逆，舌及面麻痺，心臟及呼吸障礙等，發生半身不隨症或一肢不隨。其症狀各有不同。

11) **小腦**主要症狀，如運動失調眩暈，步行蹣跚等。

12) **腦基底**。視其受傷部位，有種々腦神經障礙。

決定上述各種竈部，方法頗多，茲述其主要如次。

1) **Kocher 氏法**。

用測顱計為宜，僅用卷尺及色鉛筆亦可。

i) 先定赤道線，用卷尺繞耳郭之最上附着點，經眉上，外枕嵴，連成水平線即赤道線，于卷尺下，用色鉛筆劃之。

ii) 用卷尺由眉間越顱頂達外枕嵴，所連結之線，稱曰矢狀子午線，將該線之距離測量後，二等分之(成人約長 35cm)，由其中點用測顱計測量離開矢狀子午線六〇度之處，再劃一條矢狀線(SC)，若無測顱計時，將赤道線之半，為三等分取其前三分之一點(C)，與矢狀子午線中點連結時，(SC)與前正中溝相當，重要之腦中樞，即在其後。

2) **Tandler-Ranzi 氏法**。

是法與他法相同，皆無需特別器具，可以測定。其法如次。

i) 眉弓與外枕嵴間，劃一水平線(C)。

ii) 由眉間之中點，向外枕嵴設一中線。

iii) 由下頷小頭設前鉛直線，由乳突設後鉛直線，兩鉛直線對正中線，在(a)及(b)兩點交叉之。

iv) 眼眶之外側緣，與前鉛直線起始點間之距離等分之，再將(b)及(c)間之距

離亦等分之，由兩等分點連結所成之斜線，對前鉛直線在(d)點交叉(斜線與Sylvi氏溝相當)。

v) 再次設(d)與(b)之連結斜線，適與Rolandi氏溝相當。

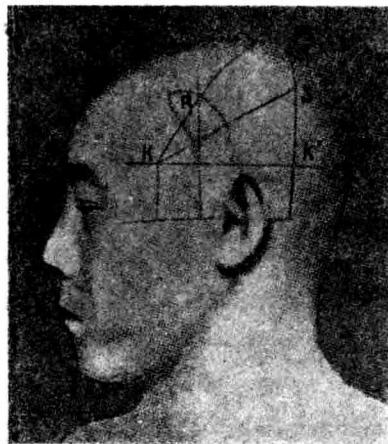
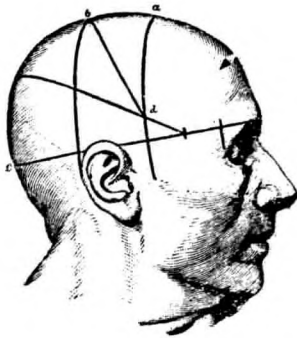
第 六 十 六 圖
Krönlein 氏 測 定 法



第 六 十 七 圖
Tandler-Ranzi 氏 測 定 法



第 六 十 八 圖
Krönlein 氏 法
(鹽田外科教室)



由上述方法，大致可定腦之所在性。

3) Krönlhein 氏法。

- i) 下水平線，由眶下緣與外耳道上緣所連結之水平線。
- ii) 上水平線，由眶上緣對下水平線相平行之水平線。
- iii) 前垂直線，由額弓中點向上水平線所引之垂直線。
- iv) 中垂直線，由下頷小頭向水平線所引之垂直線。
- v) 後垂直線，由乳突後緣，向水平線所引之垂直線。
- vi) 正中線，由眉間部，向外枕嵴所引之正中線。

上述各線標明時，前垂直線與上水平線之交叉點(K)與後垂直線對正中線之交叉點(P)相連結所成之斜線(PK)與正中溝相當，Sylvi 氏溝(KS)，與等分(PKK')之角相當，此線可用硝酸銀標識之。

第五節 腦腫瘍之 X 線檢查法

腦腫瘍診斷上，甚為重要，其檢查法有兩種。

1) 顱骨之 X 線檢查法。

- a) 顱骨之骨腫，化骨性肉腫。直接由其投影可下診斷。
- b) 由腦腫瘍發生之顱骨變化。見於腦腫瘍末期，多在顱骨之一部，發生壓迫萎縮或膨出。此種變化，若在顱穹窿部，單由視診可知，惟顱底之腫瘍，尤如腦垂體腫瘍，由外部知之不易，祇由 X 線攝影法可以知之，尤以蝶鞍之變化為然。

2) 腦之 X 線檢查法。

近由 Dandy 氏等所研究，在日本齋藤教授有詳細研究。方法雖不一，其主要者如次。

腦室穿刺法。由腦側室之後角或前角，即顱骨之後方或前方，行小穿顱術，用特製之針刺入，排出腦脊髓液後，注入空氣或酸素，行 X 線攝影，檢視腦側室之大小及形狀之法是也。穿刺時，檢腦脊髓液之分量及性狀，穿刺針刺入時若有腫瘍，亦可由一種感覺，足以推定。本法多無危險，極少之例，亦有致死者。

其他行腰椎穿刺，細心取出腦脊髓液，注入空氣或酸素後，行腦之 X 線檢查

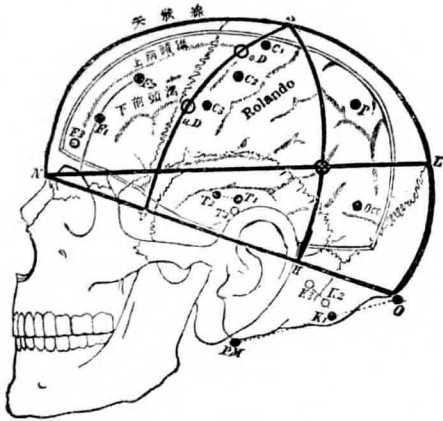
但此法危險甚大(詳細參照齋藤教授報告，日本外科學會第三十回第二號及第十號)。

第六節 手術

I. 腦穿刺。

診斷顱腔內之出血，急性漿液性腦膜炎，腦膿瘍，腦腫瘍，水頭症等，可行是法，或為治療目的行之。穿刺部位，不得任意濫行，因有出血危險之故，Neisser 及 Pollack 氏，對穿刺部位，報告如次(第六十九圖)。

第六十九圖
Neisser 及 Pollack 氏腦穿刺點



- Kocher 氏測顱計線
 - Neisser-Pollack 氏刺傷點
 - 腦各葉之穿刺點
- N = 鼻根 O = 外枕刺 SNO 線之中央點
三點縫合之尖端

a) 額葉之穿刺點有二。

第一點：由眶上緣中點，對正中線作平行線上，在眶上緣上方四厘米處(F₁)。此點與額葉之前極相當。

第二點：亦在前述平行線之上，

第七十圖
手圓鋸



離第一點上四厘米處(F₂)。此點與額葉之中點相當，位在第二額回中。

b) 小腦之中點(K₁)在外枕嵴與乳突尖連結線之上正中。

c) 正中葉行穿刺時如第六十九圖所示，先用 Kocher 氏測顱計，決定前正中溝之位置，此溝與硬腦膜中動脈之主幹相當。

- i) 上點 C_1 係 SN 之上三分之一點在 o.D 之上，與下肢運動中樞相當。
- ii) 中點 C_2 ，在上三分之一點 o.D 與下三分之一點 u.D 中央，該點與上肢之運動中樞相當。
- iii) 下點 C_3 與下三分之一點 u.D 同高，適與面之運動中樞相當。下三分之一點 u.D 以下絕對不可穿刺，因血管多而危險大故也。
- d) 顳葉之穿刺點有二。
 - i) 第一點 T_1 ，在耳郭上附着點上方 1.0—1.5 釐處，適與顳葉之中點相當。
 - ii) 第二點 T_2 在耳郭上附着點之上方 1.0 釐，再由是點向前方 1.5 釐處是也。
- e) 頂葉及枕葉之穿刺機會頗少。若有必要時，如第六十九圖所示，用測顱計定其部位，須在中點穿刺。
- f) 側室行穿刺時，須在大顱門側方 2.5—3.0 釐處行之，通常刺深 5—6 釐，可達側室內。
- g) 耳性顳腦癱行穿刺時，須在耳郭上附着部上 0.5—0.75 釐處行之。
- h) 耳性小腦腦癱行穿刺時，須由外枕嵴與乳連結線之中點 K_1 ，乳突後上角 K_2 ，及 K_1 與 K_2 間之中點 k_2 處行之。

腦穿刺法雖有種々，但以此法爲宜。

- 1) Neisser 及 Polack 氏法。由電氣發動機所附之鑽穿開顱骨後(不行皮膚切開，由上直接鑽入)，用穿刺針(附有刻度)刺入，行試驗穿刺。
- 2) 從來之方法行皮膚切開，露出顱骨，用手圓鋸或 Doyen-Still 氏穿顱器穿開顱骨，露出硬腦膜後，由其上行穿刺，或將硬腦膜十字形切開，露出腦部後，行穿刺，是法祇在前法難行時用之。

II. 胼胝體穿刺法(參看水頭症療法)

III. 穿顱術。

應用：於腦瘤，腦膿瘍，癲癇，顱骨折等行之。

消毒：須完全嚴重即完全剃去頭髮，用 Grossich 氏消毒法，充分消毒，塗以碘酒，俟乾後用酒精拭淨，或用 Mercurchrom 或 Fume jodin 等消毒。

體位：多用半坐位，以減少出血及腦脊髓液之流出，(但有時突然發生虛脫者非迅速將頭部低降不可)。或用臥位，僅提高其頭部亦可。又在開枕穹窿部時，

須用側位，或坐位，使頭部向前彎曲，令助手保持之。

麻醉：用 Pantopon 及 Novocain 之局部麻醉即足。全身麻醉時，Chloroform 較佳於 Aether，因用前一種出血較少故也。

止血：頭皮血管豐富，以橡為制限故，有次述諸法。

i) Heidenhain 氏括約法。

用彎度強之大針及粗縫合線，對手術野之周圍，行括約縫合法。Heidenhain 氏雖於皮膚切開線兩側行之，但如 Hacker 氏則祇行一側面足矣。

ii) Nicoli 氏用粗若鉛筆之橡皮管，強紮額部及枕部之後，再用 Koehler 氏箝子固定之，為預防滑脫之故，縫合二三處，或在兩側顳額部於橡皮管下，通過細綳帶，結紮於頰下部亦可(第七十二圖)。

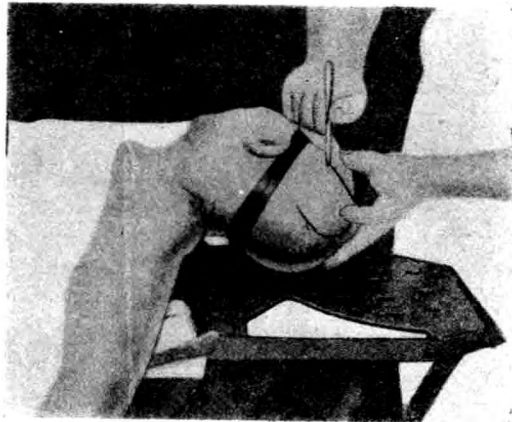
iii) Bal 及 Makkas 氏曾用特殊挾子(第73圖)。

iv) 近來應用電刀時，可無須上述之止血法。

第七十一圖
Heidenhain-Hacker 氏
綳絡結紮法



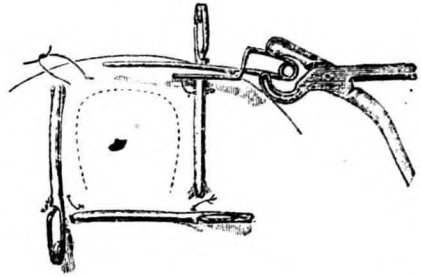
第七十二圖
Nicolli 氏頭部止血法



技術：如上述行一時性止血後，將軟骨直達骨部爲止，切成瓣狀，勿使骨部與軟部之連絡分離鑿開骨質。

穿顛術雖有種種，茲述其較常用者如次。

第七十三圖
Makkas 氏 挾子



1) 瓣狀創之四隅，剝離小部
分骨膜，用 Doyen 氏穿骨器，在
顛骨外板，鑿成淺窩，次用 Doyen-
Stille 氏球狀削截器(通常用直徑一
種者，如第 75 圖)穿通之。從前用
手穿骨器，近則用電氣削截器或

de Martel 氏之手動機。是時不宜損傷腦硬膜，時常中止器械運轉，注
意骨創。用削截器。骨部一徑開通，其運動有須立即中止者。

2) 依上法將顛骨之四隅穿通後，對瓣底邊以
外之三邊，由孔與孔之間，鋸開之。於此又有多
種器械。

第七十四圖
弓狀圓鋸用法



i) 孔與孔之間，用線導子引入線鋸以鋸開之
(第 77 圖)。

ii) 骨孔中插入 Sudeck 氏骨削截器，由電氣發
動力鋸開之。

iii) Lüer 氏骨鉗子，或用 Dahlgren 氏穿顛鉗子，
後者比前者爲佳，尚有用 Borhardt 氏鋤狀削截器
之法。

iv) 用 Bergmann 氏輪狀鋸，及 Doyen 氏輪狀
鋸諸法。

v) 無上列器械時，亦有單用鑿及木槌鑿開之法，但須有相當訓練
耳。

vi) 或於測定顛骨厚徑後，用 Doyen 氏橋狀骨鉗以鋸開之。

3) 照上法鋸開骨之三邊後，用骨膜起子，由左右兩方，插入硬腦膜與顱骨之間，次用骨鉗子之平脚(一脚平，他脚彎曲)，插入內部，務將皮膚骨膜骨瓣之莖部近處挾持之，提高其骨部，使之翻轉時，在近莖部處，發生不完全骨折(若莖部過厚時，由莖部之左右，切斷莖部骨質之一部)。骨之四內緣游離時，將莖部內面之骨膜切開，迨皮膚骨膜骨瓣完全翻轉後，以紗布保護之。為尙欲挾持骨瓣時，可用 Krause 氏鳥爪狀鉗子(第八十三圖)。

4) 行穿顱術時，由顱骨障板等出血頗多(用輪鋸時，因摩擦力發生灼熱，故少出血)。是時用 Krause 氏骨鉗子插入，或用沸騰之石蠟，灌入板障內止血。硬腦膜之出血。暫時壓迫之可以止血。對靜脈竇之出血，須與周圍分離後結紮之。

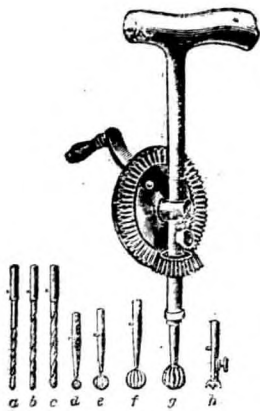
5) 硬腦膜切開時，用兩枚有鉤鑷子撮起之，在兩鑷子之間，用剪刀適宜切開硬腦膜。若腦緊張力太強時，鑷子不易使用，先將硬腦膜細心小切開後，插入鑷子以開大之。

6) 照上法作成 Wagner 氏造骨術之皮膚骨膜骨瓣後，由穿顱術之目的，行手術後閉鎖之。

7) 硬腦膜之縫合，用結節縫合，或連續縫合(腸線或絹線)閉鎖之。若縫線牽

第七十五圖

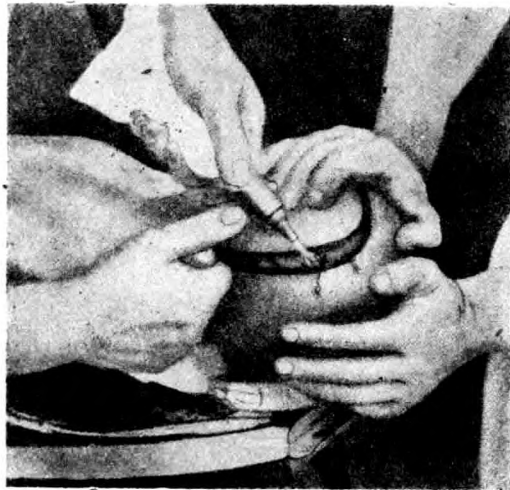
Doyen-Stille 氏穿顱器



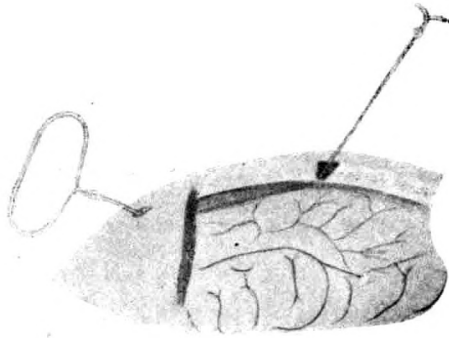
a. b. c. d. 爲穿小孔之穿骨器
 e. f. g. h. 爲大小不等之穿骨器

第七十六圖

Doyen 氏穿顱術翼狀剖截器



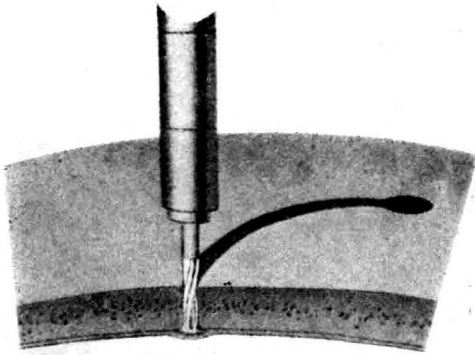
第七十七圖
Gigli 氏 線 鋸



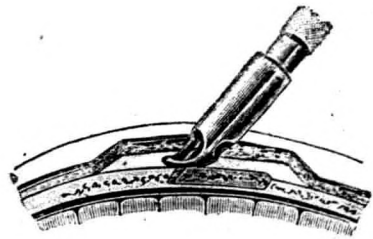
第七十八圖
Dahlgren 氏 穿 顱 鉗 子



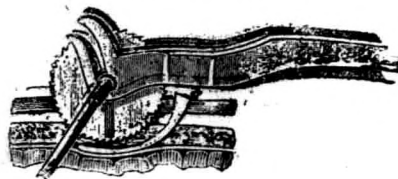
第七十九圖
Sulek 氏 骨 斷 截 器



第八十圖
Borhardt 氏 鋤 狀 削 截 器



第八十一圖
Doyen 氏 輪 狀 鋸



引過強時，硬腦膜有破裂之危險。

皮膚骨膜骨瓣，仍復原位，使線通過深部，縫合皮膚。Heidenhain 氏之括約

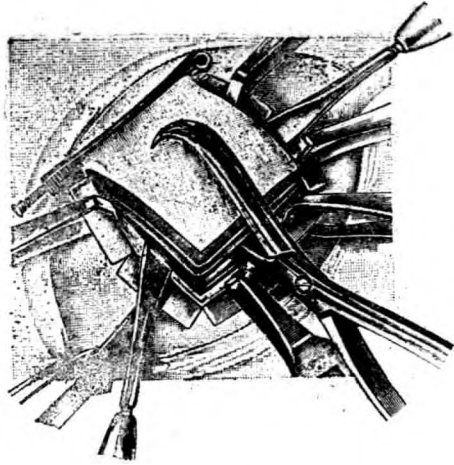
第 八 十 二 圖

Doyen 氏球狀剝離器之穿顱術



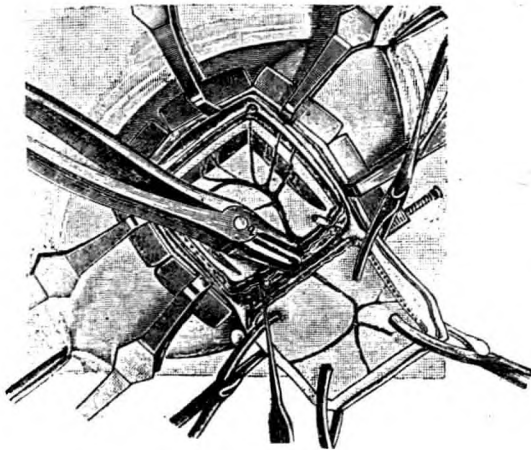
第 八 十 三 圖

皮膚骨膜骨瓣形成術



第 八 十 四 圖

同 上 形 成 後



第 八 十 五 圖

硬 腦 膜 切 開 法
(Doyen)



縫合，經二三日後去線。穿顛術後之皮膚縫合，除特別外，以不行掛膿法為原則。

IV. 減壓的穿顛術

腦瘤及其他腦壓過強時行之。

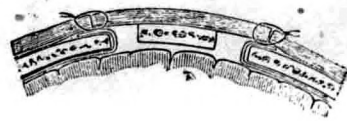
從前照上法，作成形瓣，因完全除去骨瓣，易於發生腦脫，故於骨瓣側方，作為小窗，或切除三緣之一部，行皮膚縫合 (Krause, Singer, Cushing etc)。

第八十六圖

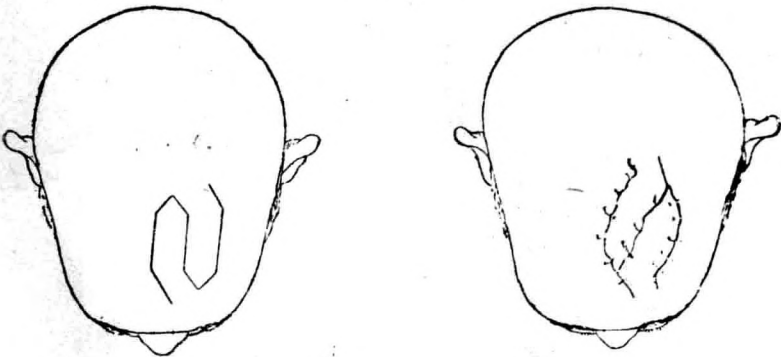
Krause-Singer 氏法



第八十七圖
左法橫斷面



第八十八圖
Müller-König 氏形成切線



V. 硬腦膜成形術

由外傷或手術，硬腦膜有缺損時，其後在腦面發生瘻着，有起種々障礙者，故有各種整形術。

1) 取病人自身之筋膜(尤以上腿筋膜爲佳)移植之。

2) 缺損部附近之硬腦膜層中，注射生理食鹽水，剝爲兩層，翻轉上層，被覆缺損部而行縫合，是法對小缺損最爲相宜(Brüning氏)。

因顱骨有缺損，發生**外傷性腦脫出**時，附有種々方法，最常用之術式，首推Müller-König氏法，如第88圖所示，對骨缺損部之軟部組織，造成有莖瓣再由反對方向，造成同形有莖皮膚骨膜骨瓣(用鑿及輪鋸等，單取顱骨外板，次將兩瓣之位置互易，由皮膚骨膜骨瓣被覆缺損部)互行縫合。

又Hacker氏變更上法，造成大皮膚瓣之後，如第89圖所示，翻轉骨瓣以填補缺損部後，行皮膚縫合。

第 八 十 九 圖

Hacker 氏 變 法 (Tillmanns)



其他用脛骨及肩胛骨填補缺損，或有用黃金板及Celloid板者。

VI. 中硬腦膜結紮

(參照顱腔內之血管損傷項下)。

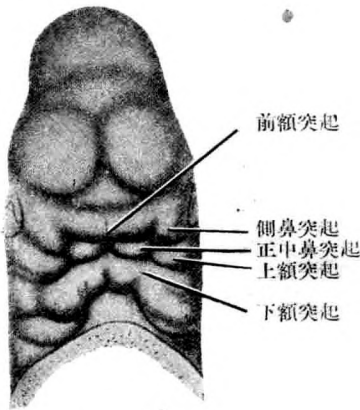
第二章 面外科

第一節 先天性面畸形

先天性面畸形中，最常見者，為上唇破裂，即兔唇(常合併腭破裂)。他如鼻破裂，面斜裂，面橫裂，下唇破裂等，亦見之。欲理解此等成因，對於面之胎生學的發育，非知之不可。

面之胎生的發育：在胎生早期(約第六星期)面由次列諸突癒合而成，即(1)額突(正中鼻突及側鼻突)，(2)上頷突及(3)下頷突，若諸突癒合不良時，遺留種々畸形。例如兔唇及上唇破裂，係由正中鼻突及上頷突癒合不全而起，下唇破裂，係由左右下頷突癒合不良，鼻破裂，係由側鼻突之發育不良，面斜裂，係由額突與上頷突癒合不良之故。

第九十圖
成長達30—34日之胎兒顏面



第九十一圖

- 1. 兔唇 2, 3 上下唇正中破裂
- 4 面斜破裂 5, 6 同上之部分的破裂
- 7, 8 兩個橫破裂(巨口) (Schlatter)



I. 兔唇

為最常見者。

種類及症狀：上唇之先天性破裂，分類如次。

a) 偏側兔唇

b) 兩側兔唇

A) 不全兔唇

i) 第一度兔唇

破裂限於口唇粘膜。

ii) 第二度兔唇

破裂尚未達到鼻腔。

B) 完全兔唇

iii) 第三度兔唇破裂達於鼻腔。

(偏側兔唇，以左側為多)。兔唇常合併腭破裂，甚者鼻腔因是與口腔完全交通，稱曰狼咽。凡兔唇有腭破裂合併者，稱曰 a) 複雜性兔唇，

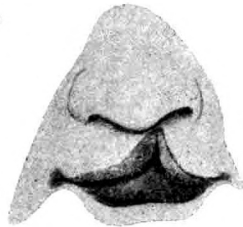
第 九 十 二 圖

(Bruns)

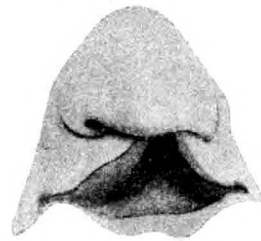
第一度兔唇



第二度兔唇



第三度兔唇



第 九 十 三 圖

兩 側 性 兔 唇 (Bruns)



第九十四圖
兔唇三兒 (高橋外科教室)



第九十五圖

高度兔唇，兼有狼咽，前臂缺損，手足畸形，尿道下裂，鎖肛等，生後第十一日而亡 (高橋外科教室)



第九十六圖

兔唇手術臺



否則稱曰**單純性兔唇**。又完全兩側性兔唇，在破裂與破裂之中間，有**中間腭**突著明突出者。

在完全兔唇，鼻低而不對稱，齒牙發育，每不規則。

兔唇小兒，其營養雖未必不良，但高度兔唇之小兒，因生後吸乳不能自由，營養不足，又因冷氣直接吸入，發生枝氣管炎，肺炎等，生命危險者有之。

兔唇之小兒，時或兼有耳附肉，脊椎披裂症，脫腸，四肢生殖器畸形。

療法：整形手術之原則，對唇破裂造新創，改良口唇形狀，皮膚瓣縫合時，務求兩方適合且缺少緊張。茲述其手術大要如次。

1) **手術時期。**有主在生後2-3星期內者，但生後即可即行之，亦有在生後數年行之者，對成童之手術，其成績乃意外佳良。

2) **麻醉法。**對初生兒，通常不行麻醉，成童則用局部麻醉。

3) **手術位置。**小兒固定在直立位置，其固定甚屬重要。即用布條緊縛小兒手足，再用繃帶包紮手部，使之不動。由助手坐椅上，抱小兒，使小兒之足，挾諸助手兩腿之間，由助手自身或由其他助手，用兩手固定兒頭，使之不動。亦有用特別之兔唇手術臺者。(第九十六圖)。

4) 照上法固定後，露出兒面，他部用消毒布蓋之，局部塗稀薄碘酒後，用酒精拭之，更用過酸化水素水拭淨粘膜。

5) 手術所用之器械，除通常器械之外，用狹小尖刀，小鉤鑷子，小剪刀，少鉤，彎度強之小針數枚，小把針器，壓鎖鑷子數枚等。壓鎖鑷子之尖端，夾入綿片，供拭血之用。

6) 手術以前，在兩口角，用壓鎖鑷子夾壓上唇，不獨可以止血而於縫合兩方唇部，亦復便利。手術中，出血以少為佳，有出血時，用紗布或棉花暫時壓迫，以行止血，不宜結紮。流入咽部之血液，用紗布或棉花拭除之。

7) 造兔唇之皮瓣時，須預先觀察其情形，然後決定方針以行手術。爰述其一般注意如次。

i) 更新兔唇之兩端時，用銳刀切開皮膚及粘膜之境界，對粘膜行斜切開，務須保存粘膜。

ii) 唇粘膜下緣相當之處，須注意兩端完全適合，不成屈曲形而成一線。接合部在手術後，宜稍使突出，因此處易於瘢痕萎縮故也。

iii) 兔唇手術時，措置縫合，務須注意，避免緊張，職是之故，唇裂更新時對移行上頷骨之粘膜及接近犬齒窩為止之粘膜，剝離之使之移動，若兔唇之裂開大時，不獨沿唇製造新創，應如第一百零七圖所示，切開鼻之側方，以謀縫合部之減張。

8) 縫合之第一針，通常刺入口唇紅部及皮膚之交界點，先將左右口唇紅部之下緣縫合後，次將上方之皮膚縫合。該縫合通過口唇全層，皮膚縫合時，用小鑷子或小鉤，務求皮膚緣適合。有人主張于皮膚縫合之後，將該縫合線向上牽引，使口粘膜翻轉，在粘膜面行 2-3 縫合。此種縫合祇求創緣適合足矣，不宜過緊。

行縫合時，將頰部由左右側向中央推壓，減少緊張，使創緣易於縫合。又緊張稍強時，左右各離開縫合點一輻之外方，施行粗線縫合，或銀線縫合，即所謂減張縫合是也。

由皮膚縫合，而鼻孔縮小時，可插入小橡皮管於鼻內，或在其下方，加橫形小切開，由縱向縫合之。

9) 繃帶 覆以小紗布，用絆創膏固定。或行開放處置，時用 Dermatot 散布之。

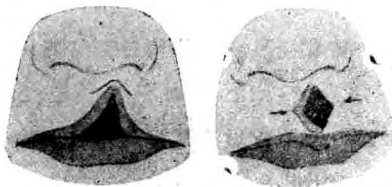
10) 後療法 務求小兒不哭，使吸母乳，或用食匙將乳流入口內，勿使由哺乳器吸乳。

11) 拔絲 粘膜縫合線，在第 3-4 日拔去之，皮膚縫合線，在第 5-7 日拔去，若因縫合線化膿，創面哆開時，須待創面全治，經 1-2 月後，施行再手術。

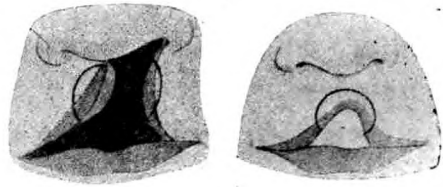
兔唇手術種類

其法不一，由兔唇之狀態及各手術者之嗜好而異。茲述其主要者如次。

第九十七圖
Nelaton 氏 切 法



第九十八圖
Graefe 氏 弓 狀 切 法



1) 第一度之輕症兔唇

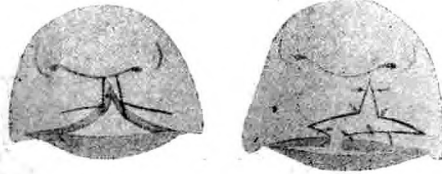
以 Nélaton 氏法爲最適宜 (第 97 圖)

第 九 十 九 圖

König 氏 法

2) 偏側兔唇

Graefe 氏法，Mirault 氏法，山下氏法，König 氏法，Doyen 氏法等均可，著者慣用 Mirault 氏法及山下氏法。



3) 兩側兔唇

上述各法外，可用 Hagedorn 氏法。

4) 複雜兔唇

中間頷骨著明突出者，須先處置之。

a) Bardeleben 氏法 (第 108 圖)

對中間頷骨梁上之粘膜，加以縱切開，剝離骨膜，在垂直方向，用剪刀剪去骨質約一釐，骨突已受切除，將兩葉相疊時，中間頷骨即退却，於是對切開粘膜，加一針縫合，繼行兔唇手術。

b) Brandin 氏法 (第 109 圖)

對中間頷骨行楔狀切除法是也。

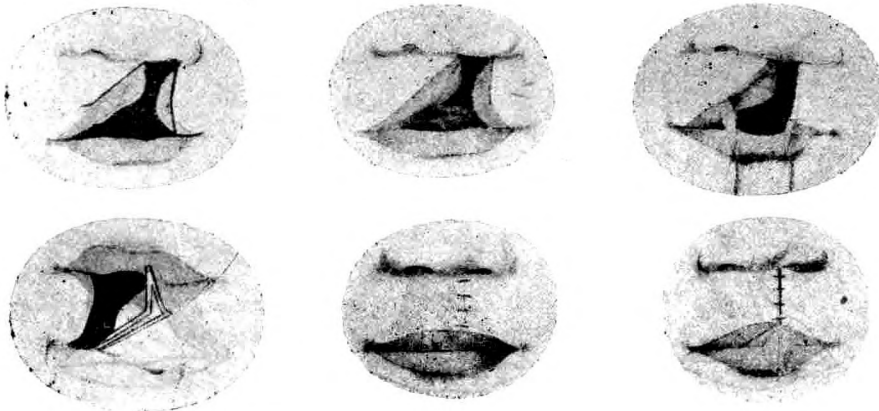
第 百 圖

Mirault 氏 法

(Bruns)

第 百 一 圖

Mirault 氏 法



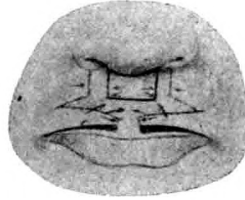
第 百 二 圖

Hagedorn 氏法之偏側兔唇手術

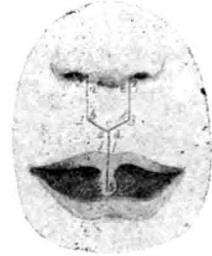
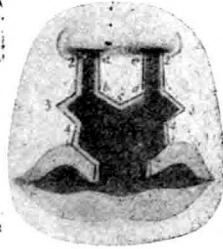
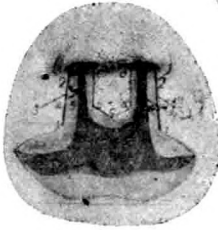


第 百 三 圖
Mirault 氏 法

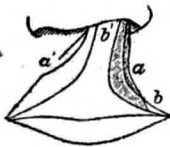
第 百 四 圖
König 氏 法



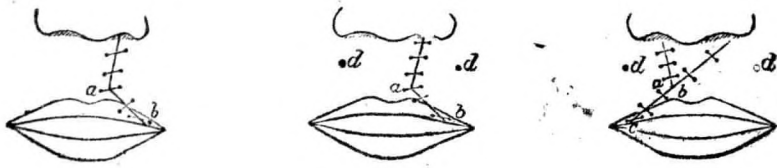
第 百 五 圖
Hagedorn 氏法之兩側兔唇手術



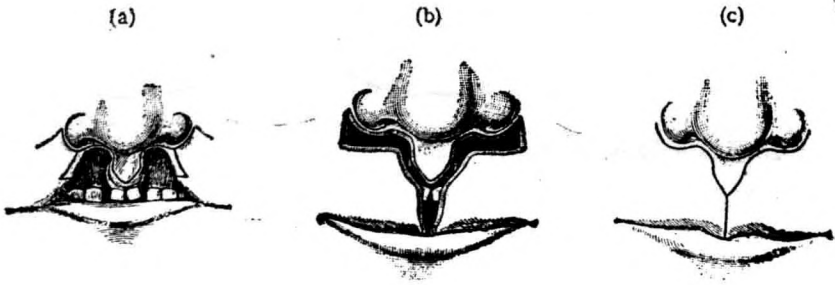
第 百 六 圖
山 下 氏 法 (A)



第 百 六 圖
山 下 氏 法 (B)

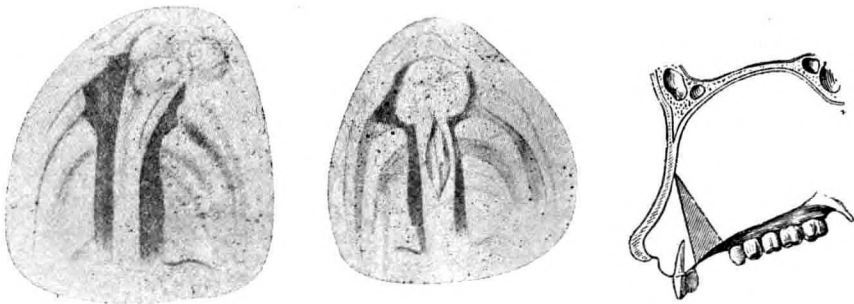


第 百 七 圖
高 度 口 唇 破 裂 時 所 行 之 皮 切 開 法



第 百 八 圖
Bardeleben 氏 骨 間 頤 突 退 縮 法
(Bardeleben)

第 百 九 圖
同 Brandin 氏 法



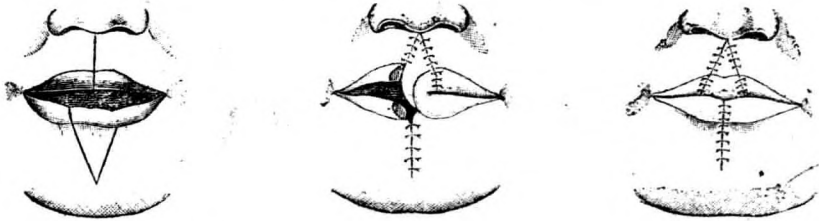
- c) 對中間節骨，用指尖加以強壓，使達正當位置時，用粗線在他頤部縫合之。
- d) 用上述各法，中間頤頤難於完全退却時，對突出之部分，加以別除可也。

其他對稍成長之小兒，其齒牙在異常位置發育時，則拔除之。

對於口裂破裂，參照該條。

5) 上唇缺損大時，最近用 Abbe-Neuber 氏法，本法係對兔唇手術後，或上唇腫瘍手術後，上唇發生大缺損，如下圖所示，由下唇造皮瓣，向上唇間翻轉而縫合之，經 5—7 日後，行再手術。

Abbe-Neuber 氏造唇手術



II. 上唇正中破裂

兔唇係在上唇側方破裂，惟本症外在上唇正中破裂。兩側兔唇高慶時，有誤診為本症者。本症係胎生時上頷突癒合不全而生，時或兼有鼻破裂。其療法與兔唇略同。

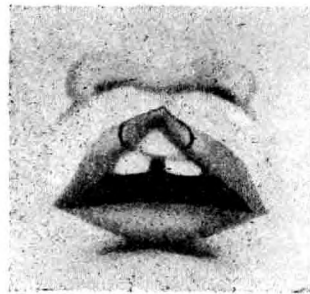
第一百十圖

正中口唇破裂及鼻缺損
(慶大外科教室)



第一百十一圖

正中上唇破裂之手術
(Bier)



III 鼻破裂。鼻破裂分為兩種。

a) 正中鼻破裂。

b) 側鼻破裂。

前者時或見之，後者則甚罕見。正中鼻破鼻高度時，稱曰**鬮犬鼻**。其輕症者，在鼻之正中或鼻尖，有淺縱溝或瘢痕狀線條。又先天性**鼻瘻**亦屬之。

療法：整形手術。

IV 面斜破裂

甚罕見。由上唇之外緣或山口角至鼻及眼眶，或由眶下緣及於顳額部有之，或則並非破裂，而僅見瘢痕，每兼有他種畸形。

第一百十三圖

先天性口疝及耳附肉

(小澤外科教室)



療法：整形手術。

第一百十二圖

正中鼻破裂

(Bergmann)



第一百十四圖

橫面破裂

(v. Bergmanns Klinik)



V. 面橫破裂或頰破裂

多由口角開始，向頰部橫裂，呈巨口症狀。甚至破裂達於耳輪。反是，有小口症常兼有小脣症或耳贅肉。

療法：整形手術。

VI. 下口唇破裂

指下唇正中破裂而言，其甚者兼有下脣及舌破裂，但甚罕耳。

VII. 下口唇瘻

在下唇粘膜，見有盲瘻排出少量唾液狀之分泌物。

VIII. 複口唇

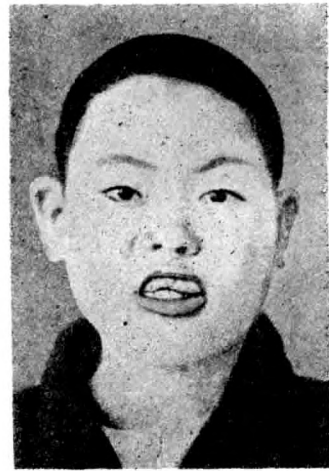
甚罕，在上唇見之。

療法：對複唇間之溝，由橫方向別除後縫合之。

第百十五圖
下唇之正中破裂
(Hochenegg)



第百十六圖
複口唇
(鹽田外科教室)



第二節 面 之 損 傷

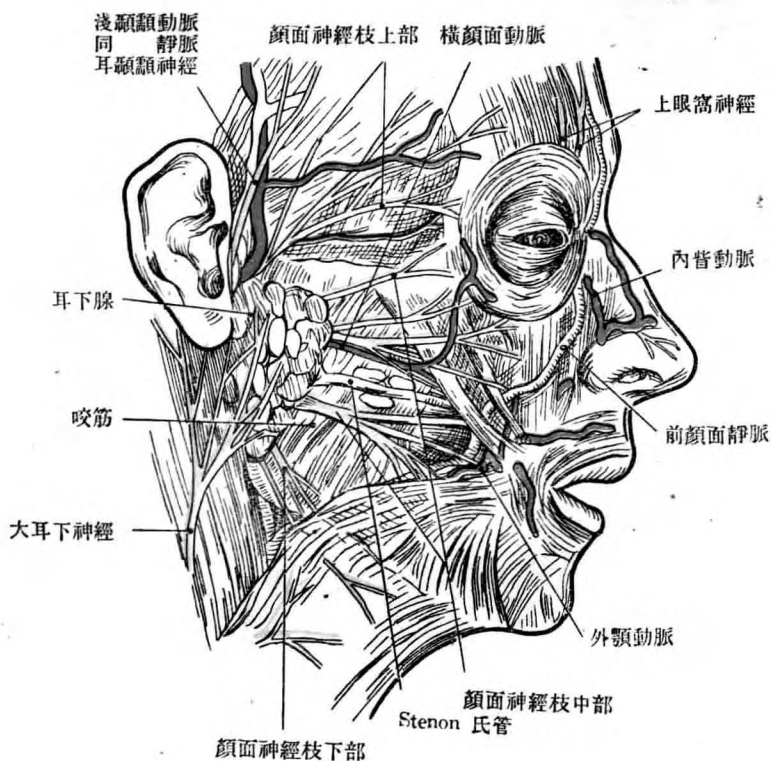
I. 面 創 傷

面由種々動機，成爲切創，刺創，挫創，鉞創等，其創傷情形雖與他部創傷同。其典型者如次。

a) 面富於血管，故雖小創而有大量出血。

1) 面創傷不易化膿，但一旦化膿，有發生蜂窩織炎，腦膜炎及靜脈竇血栓之危險。

第 百 十 七 圖
面 表 部 之 血 管 及 神 經



c) 大創傷痊癒後，貽留面畸形。

d) 由創傷之局限性，如損傷唾液腺時，生**唾液瘻**，或傷面神經或大血管，或由重症挫傷，合併頷骨骨折。

療法：以一般創傷療法為準。行第一次縫合時，須注意曾否化膿。

II. 面 火 傷

由種々動機，面生火傷，區別為 I, II, III 度(參照外科總論)。

第三度火傷後，因**瘢痕收縮**，面部留有各樣畸形。

療法：與一般火傷同，對第三度火傷，俟肉芽面清淨時，須速行植皮術，對於面之畸形，行整形手術。

第 百 十 八 圖
火 傷 後 之 醜 形
(Doyen)



第 百 十 九 圖
同 上 手 術 後
(Doyen)



III. 面 凍 傷

時在鼻尖，耳部，見第一度凍傷。惟第二度則較少，第三度則甚少(參照外科總論)。

IV. 面 骨 骨 折

I) 鼻 骨 骨 折

由直接暴力，發生鼻梁或鼻中隔之骨折，鼻梁有骨折時，在該部生陷凹及變形，有限局性疼痛，但初期有因出血而不明。時或兼有衄血。

鼻中隔骨折時，衄血尤著。鼻之檢查，非經壓迫栓塞止血後，多不明，由愛克斯線攝影，則診斷容易。

2) 顴骨骨折

雖罕見，然有由直接暴力發生者。有限局性壓痛，骨陷凹及裂跡可以觸知，惟皮下出血多時，觸診所見不明，由愛克斯線檢查，則易明瞭。

療法：骨片變位著明時，由手術整復之，否則不必手術，祇行濕性罨包。

第一百二十圖
鼻根周圍之陷沒骨折
(Trendenburg)



第三節 面之急性炎症

I. 面疔及癰

原因及症狀 面疔雖常見，癰則較少。皆係毛囊受化膿菌傳染所致。以上唇及頰部為特多，其順利者，僅生小膿疹，由吸收而治。但多向周圍發生蜂窩織炎。尤因膿疹受搔抓或強力壓迫時，容易成為惡性。發生蜂窩織炎時，發熱及一般症狀明顯(參照面蜂窩織炎)。

預後：視細菌種類及各人抵抗力而異。連鎖狀球菌之傳染，多屬惡性。又糖尿病者之預後不良。因全身傳染，腦膜炎及靜脈竇血栓致死。順利者，自然吸收，或成限局性膿瘍，膿栓出後即治。

診斷：易。惟癰須與脾脫疽性癰區別。後者疼痛較輕，易生水疱，浮腫著明，並由特殊之脾脫疽菌，可以區別(詳細參照外科總論)。

療法：務用保守法處置之，不得已時則行手術，尤宜用石炭酸洗滌

法。

第 百 二 十 一 圖

上唇癰及蜂窩織炎 (慶大外科教室)



II. 面蜂窩織炎或膿瘍

原因：面蜂窩織炎之最多原因，為面疔及癰，其他由傳染創，齒齦炎，淚囊炎，淚腺炎，腮腺炎等，亦能發生蜂窩織炎。

症狀：面蜂窩織炎，與他部蜂窩織炎同，局部有發紅，腫脹，略有疼痛灼熱，擴大較速。在口唇及眼瞼，炎症性浮腫著明，唇成爲突口狀，頰成西洋枕狀而腫脹，眼瞼腫脹明顯時，**眼裂**甚爲狹窄。其他有發熱及種々熱症狀。

預後：面蜂窩織炎，不化膿而急速擴大時，發生全身傳染，腦膜炎，靜脈竇血栓等，有腐敗菌混合傳染時，發生壞疽。成爲限局性膿瘍者之預後較良。

診斷：多易。惟須詳究其原因。

療法：初須以保守療法爲主，若在未化膿時行切開，反使炎症擴大。近有提倡于切開後，用自家血清及 1% Rivanol 之等分液充分注射局部者。其他用 1% (Rivanol) Presojod, Yatren, 自家血液等之注射法，有時奏效，有時則否。疫苗療法及血清療法，亦無著效，輸血每有結果。其他充分投以強心劑，對局部用濕凝罷包，塗抹藥無效。既成爲限局性膿瘍時，行小切開，排除膿汁，換以綿紗用電刀更佳。

III. 面 丹 毒

面部往往發生丹毒。

原因：主要為鏈球菌傳染，尤以鼻耳，時或由頭部濕疹，小裂創之傳染，或由咽峽炎發病，有時侵入門戶不明。

症狀：與他部丹毒相似，多由惡寒後，突然體溫上昇。著明發紅，境界多分明(Langer氏緊張線)，時或發紅成斑狀，境界不甚明白，但注意檢之可見其有境界分明之處。

面丹毒常生水疱，間或與蜂窩織炎合併。但他種病型則極少(參照外科總論)。又面丹毒，在眼瞼及口唇，往々著明浮腫，或鼻及耳郭肥厚。

面丹毒之發紅，能向頭，頸，軀幹，急速擴大，其甚者達四肢，最初病竈之發紅，依次脫色，水疱亦退縮，成為痂皮，惟正在進行之方向，則潮紅著明。

發紅未消失時，熱為稽留性而繼續(時或為弛緩性)，或在發紅未消失以前，體溫成為正常。

丹毒在經過中，或再燃，或經過後再發，或有發生特殊治療作用者。

預後：多歸良好，但頭部丹毒時，有高熱繼續則危險。

經過：多在一星期以內，輕者3-4日，長者十日以上。

診斷：須與蜂窩織炎區別(參照外科總論)。

療法：(參照外科總論)。

VI. 面 脾 脫 疽

脾脫疽屬罕見之疾病，面部時或見之。

原因：本病係脾脫疽菌傳染，直接或間接由動物傳染者(潛伏期3-6日)。

症狀：初生暗紅色水疱(內容為血漿液性)，不久破裂，流出內容，發生暗褐色或黑色痂皮，或有多少壞死，更向周圍發生水疱及炎症性浮腫，次第擴太範圍。又由其狀態，分為，a)脾脫疽膿疱，b)脾脫疽癰，c)脾脫疽蜂窩織炎，d)脾脫疽浮腫，e)脾脫疽丹毒等。

全身症狀為體溫昂騰及發熱症狀。

診斷：須與面之惡性疔及癰區別，後者疼痛較強，有膿栓，潮紅雖著而浮腫不甚，又不生水疱，但確實診斷，須由分泌液行染色法，證明脾脫疽菌。其他須與蜂窩織炎及丹毒區別。

預後：早期行適當療法時尚可救，否則全身症狀逐漸危篤，由敗血症或衰弱致死。

療法：(參照外科總論)。

V. 面馬鼻疽

原因：本病係由馬鼻疽桿菌(Gram陰性)所傳染，原來傳播於馬驢等之疾病，偶有由此種動物，傳染於人類者，日本無確實之報告例，最近著者等始於面部得經驗一例，屬亞急性，幸告全治。

症狀及經過：分爲次之二種。

a) **急性型。**潛伏期 3—5 日，惡寒或戰慄後發熱，常有關節痛，背痛等，誤認爲肌肉痠麻質斯有之。

二三日後，鼻，口，結膜之粘膜，或該粘膜周圍皮膚，生砂粒大至豌豆大之膿疱或灰白色小結節，或破壞成壞瘍。

潰瘍基底，有脂狀被苔，周圍有紅暈，時或在周圍發生蜂窩織炎，常有淋巴管炎，淋巴腺炎合併。

其他急性型時，關節，骨，肌，腮腺，舌，肝，脾，腎，睪丸等，由血行轉移，生馬鼻疽結節或膿瘍，時或呈類似敗血症之症狀。

急性馬鼻疽，在數日至 2—3 星期內致死。

b) **慢性型** 潛伏期比前者爲長，在上記部位，發生結節及乾酪變性，與橡皮腫及結核類似。全身症狀較輕，間或在上記之部位，生血行轉移。

經過約在三四月左右或一年以上。經過中時有發熱，在各部結節，時或由中途變爲急性型。

此外有可視作二者之移行型者。

診斷：屬甚罕之疾病，初期雖不易診斷，但由前記特別症狀，得以診斷之，特據細菌學的檢查，易於證明其原菌。

療法：對病部務行早期截斷，燒灼或腐蝕。內服用丁 Jodkalium，砒素劑，水

銀劑等，但奏效不確。雖有血清，X線，Vaccin 療法等，亦不足信。

VI. 水 瘡

頰部時或見之。(參照口部外科)。

VII. 急性淚囊炎

原因：本症起於淚管之化膿菌傳染，時或為原發性，以急性症開始，或起於慢性淚囊炎之經過中。

症狀：淚囊(在內眼角下部)突發劇痛，表面著明紅腫，結合膜常浮腫，時或頰部亦有蜂窩織炎性腫脹，病人多因流淚而覺煩悶。淚囊壓痛著明，時或由淚管之開口部流出膿液。多兼有體溫上昇。

放置之，炎症或漸消退，或自然破潰而治。但時有遺留淚囊瘻者。

第二百二十二圖

淚 囊 炎
(Cenach)



第二百二十三圖

急 性 淚 腺 炎
(Cemach)



診斷：多易。但偶須與篩骨蜂窩蓄膿症區別，後者係向骨壁破潰，在內眼角部繼生蜂窩織炎。但後者僅限於內眼角部，向下方腫脹之程度，不如本症之明顯，且由其既往症，亦可區別。

預後：多佳良。若有重症蜂窩織炎合併時則危。

療法：i) 先行消炎療法，ii) 已成膿瘍而不吸收時，加小切開，插入小紗布排膿。iii) 早期行淚管消息子插入法。

VIII. 急性淚腺炎

原因：淚腺受化膿菌傳染所發生，但甚罕。

症狀：淚腺所在地，即眶緣之外上方，發急性炎症腫脹及壓痛，結合膜充血。隨炎症之惡化，不限諸上眼瞼，而額及顳顳部亦有炎症性腫脹，眼瞼發炎症性浮腫。其他有熱候鼻臃及發熱症狀。

預後：多佳良，由保守療法而治。

診斷：多易。有無眼球突出症，尤為眼球後膿瘍。

療法：初行保守療法，以濕電包及冰囊等處置之，但已軟化或為膿瘍時，行小切開。

慢性淚腺炎偶或見之，其原因多為**結核性**。又有兩側淚腺，兩側腮腺及其他唾液腺，發生慢性肥厚之病，是名 Mikulicz 氏病，其原因尚不明。

IX. 急性腮腺炎

(參照唾液腺外科項下)。

第四節 面慢性炎症

I. 面 結 核

皮膚結核之種類雖不一(參照外科總論)，在面部之重要者如次。

1) 尋常性狼瘡

本症以少年為多，初散生粟粒大結節(狼瘡結節)，次成為淺而小之潰瘍(狼瘡潰瘍)，漸成菲薄癩痕(狼瘡癩痕)，但一方又新生結節及潰瘍，在面上為平面性蔓延，侵及耳郭及鼻時，漸次破壞。視其狀態，狼瘡可分為各種。面狼瘡，時有合併頸腺結核者。(療法及其他參照外科總論)。

2) 皮膚腺病

本症多在頸腺結核崩壞後發生。潰瘍成於弛緩性肉芽組織，又有癭

第百二十四圖
初 期 狼 瘡
(Quervain)



第百二十五圖
疣狀或乳嘴狀狼瘡
(山村博士)



管，周圍皮膚菲薄，緣下掘鑿著明，在周圍生結核性膿瘍或輕度，浮腫，經過慢性，缺少治癒傾向。

(療法等參照外科總論)。

II. 面 徽 毒

於徽毒各期，均可見之。

1) 第一期徽毒

在口唇及顏部構成**硬性下疳**其病像與生殖器相似(參照外科總論)。病人之頰下腺及頷下腺，有亞急性腫脹，其硬度強固，但缺疼痛。

硬性下疳之診斷雖易，須與**表皮癌**，**軟性下疳**，**脾脫疽**區別。

2) 第二期徽毒

面部生定型性**徽毒性發疹**，尤多者為徽毒性薔薇疹，徽毒性丘疹，徽毒性膿疱疹，此等發疹，常無自覺苦痛，同時多有第二期症狀，如脫毛等，數星期以後，自然治癒。

第二百二十六圖
剃刀後所生初期硬結
(Wilms)



第二百二十七圖
面及胸部軟性下疳
(山村博士)



第二百二十八圖
鼻尖橡皮腫性崩壞
(青山外科教室)



第二百二十九圖
面橡皮腫後畸形
(高橋外科教室)



3) 第三期徵毒

在皮下及骨成橡皮腫，以鼻骨及額骨特多。橡皮腫初期，為彈性柔軟之腫瘤，頗與肉腫相似，但比肉腫為軟，未幾境界變而不明，a) 經相當時日，漸次吸收在骨，稍留骨質肥厚之痕跡而治，b) 次第軟化破裂成橡皮腫性潰瘍，初成空洞狀潰瘍，充以豚脂樣物質，漸次淺平，成癢痕而治(參照外科總論)。在骨則於該部生骨質缺損，(例如鞍鼻)，其周圍有骨肥厚。

初期之橡皮腫，須與肉腫，脂肪腫區別，其潰瘍須與癌腫區別。

療法：軀徵療法。

III. 面放線狀菌病

本病特以頷骨部，頰部及頸部為最多。

原因：放線狀菌，由口粘膜，尤自扁桃體及齶齒等侵入。

症狀：生潛行性硬板狀硬結，漸向周圍擴大，但有時生散在性小硬結，或全體腫脹，成為腫瘤狀。

在陳舊部位，軟化成膿瘍，經自然破開而排膿，在膿中有針尖大至粟粒大，黃色至灰黃色或綠色之菌塊。破開之處，一時貽有瘻孔，多逐漸治愈。但在他處復以上述之病變擴大以外，面之放線狀菌病，於局部疼痛灼熱，均不著明，亦無體溫昇騰。

診斷：多易。須注意菌塊，硬度經過等。

經過及預後：經過完全緩慢，常有互及多年者，面放線狀菌病，其

第三百十圖
面半部之放線狀菌病
(慶大外科教室)



預後比他部爲佳。非在早期行適當療法，則亦不良。

療法：i) 鎮鉀自昔即以大量內服(鎮鉀0.5—1.—2.—3.0苦味丁幾2.0蒸水100.0)，但非有特殊作用，其他用濕褸包，局部注射等。近有用 Yatren 注射者。

ii) 局部用 2—5% 硝酸銀之一二滴注射，俟 1—2 日，待其軟化，行小切開。如是可逐漸破壞病域。

iii) 充分行切開及搔爬。

iv) 近來應用愛克斯線療法，尤宜與上法並用。

IV. 面 癩

癩在歐美已極罕見，在日本尙時爲慢性傳染病。

第百三十一圖

面 結 節 癩

現數處潰瘍 (光田氏)



在面，常多數結節癩，面部生不規則結節及硬化，皮色黃褐，發一種餛色光彩，時一部分破壞，成爲潰瘍，常兼知覺麻痺。又眉毛，睫毛，頭髮常脫落。若是者稱曰獅面，此外在軀幹，四肢等發生斑紋癩，兼有神經硬化，指趾末端麻痺等，診斷因更容易。(療法等參照外科總論)。

第五節 面之腫瘤類

I. 面 腫 瘍

面腫瘍，先天性較多於後天性。茲述其主要如次。

1) 纖維腫

面部發生 a) 硬纖維腫及 b) 軟纖維腫二種。其中軟性者尤數見，每作為神經纖維腫發生，且係多發性軟性纖維腫，生大小不等多數結節，(Recklinghausen 氏病)。或係瓣狀大瘤，致顏面變形者有之。(瓣狀象皮病)。又纖維腫與脂肪腫，血管腫，淋巴管腫，內被細胞腫等合併者亦有之。

第三百三十二圖

巨大軟性纖維腫
(慶大外科教室)



2) 脂肪腫

多由先天性發生，亦分為 a) 硬脂肪腫及 b) 軟脂肪腫兩種。

第三百三十三圖

瓣狀象皮病或軟性纖維腫
(Lanz)



第三百三十四圖

面單純性血管腫
(瀨尾外科教室)



第三百三十五圖

面之著大血管腫 (杉村外科教室)



第三百三十六圖

巨大面血管腫 (熊野御堂外科教室)



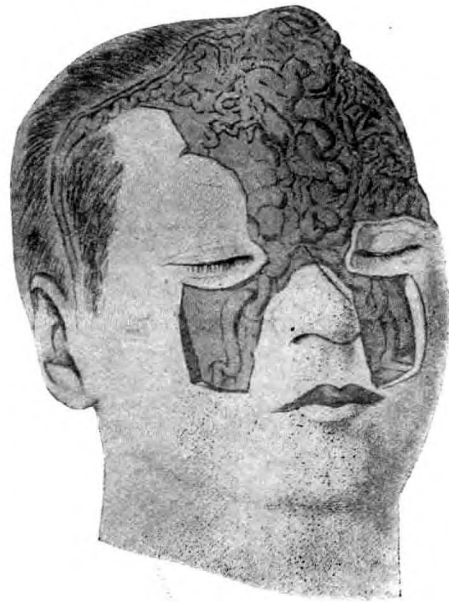
在額部時，有完全扁平者，其他部位，則著明隆起，或有莖蒂，其大小亦不等(愈軟者愈大)。表面為分葉狀，硬度有彈力性而柔軟。軟性脂肪腫有假性波動。

3) 血管腫

面血管腫最為多見，常由先天性發生。因面之血管豐富，在胎生期，面部由許多突起合成，容易發生血管異常之故。面血管腫，分為 a) 單純性血管腫，b) 海綿狀血管腫，c) 蔓狀血管腫三種。各有其特徵(參照外科總論)。海綿狀血管腫視其

第三百三十七圖

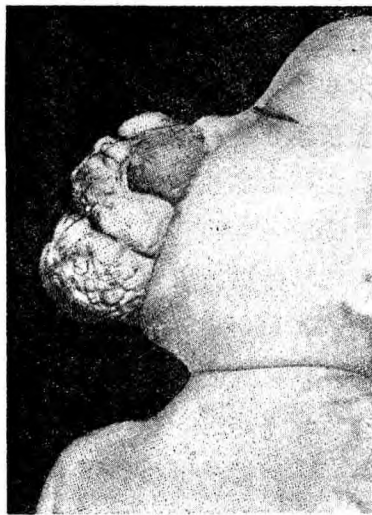
動脈蔓狀血管腫 (Bruns Klinik)



第百三十八圖
口 唇 乳 嘴 腫
(高橋外科教室)



第百三十九圖
巨 大 之 口 唇 乳 嘴 腫
(小澤外科教室)



第 百 四 十 圖
面 之 內 被 細 胞 腫
(慶大外科教室)



第 百 四 十 一 圖
上 口 唇 部 混 合 腫 瘍
(青山外科教室)



發生之部位，可成爲巨頰，巨唇諸症。血管腫之大者，有搏動，又由腹壓或由頭部低垂，可見增加容積。

診斷：易。須與淋巴管腫，脂肪腫區別。

4) 淋巴管腫

本症亦多屬先天性，多爲 a) 單純性淋巴管腫及 b) 海綿狀淋巴管腫，c) 囊狀淋巴管腫則甚少。淋巴管腫之大者，亦能發生巨唇，巨頰。但由腹壓等之容積增加，不如前者之著明，其表面皮膚，亦無變化。須與脂肪腫，血管腫區別。

5) 乳嘴腫及皮角

時或在面部發生，各有特別形狀。偶於口脣見巨大乳嘴腫。

6) 骨腫及軟骨腫

在面骨不常有，偶有發生於額骨者。要皆有典型之表面及硬度，故診斷容易。此外有由眼眶，額竇內部發生者在臨牀上頗難診斷。

7) 內被細胞腫及混合腫瘍

時或在頰，口之周圍，腭部等發生，與腮腺瘤相同，自腮弓之迷芽

第四百十二圖

右頰部淋巴管腫
(慶大外科教室)



第四百十三圖

頰部淋巴管腫(巨頰)
(赤岩外科教室)



生成，發於先天性，或自思春期變而著明，係強固而限局之腫瘤，其發育雖多緩慢，若變為惡性時(肉腫樣或癌腫樣)，則發育迅速。

8) 膠 腫

由腦內發生膠腫，次第向額部推進，或轉移至面，或生於眼之視網膜，有成眼球穿出症者。

9) 肉 腫

面肉腫多由骨(下頷等發生，由軟部發生者較少。時或由皮下組織，腱膜等，發生梭狀細胞肉腫，隨發育而破壞，成為潰瘍，須與橡皮腫及癌腫之潰瘍區別。間或由色素性母斑生最惡性之**黑色肉腫**在早期由血行或由淋巴行生轉移。]

其他有在眼眶生**膠肉腫**者。

10) 癌 腫

面癌為常見之物，五十歲以後居多。有在正常皮膚發生者，亦有由

第百四十四圖
面 骨 肉 腫
(岩永外科教室)



第百四十五圖
頰 部 肉 腫
(岩永外科教室)



第百四十六圖
頰部扁平表皮癌
(近藤外科教室)



第百四十七圖
面扁平皮癌
(赤岩外科教室)



第百四十八圖
頰 癌
(瀨尾外科教室)



第百四十九圖
由左下眼瞼所發生之腫瘤性癌
(鹽田外科教室)



面狼瘡及火傷後之癍痕，贅疣，乳嘴腫，粉瘤，皮樣囊腫等發生者。

皮之癌腫，多屬**表皮癌**，由其形像，分爲 a) 潰瘍性癌， b) 深蝕性癌， c) 腫瘤性癌三種，以潰瘍性爲多，在面部，特多見**圓形潰瘍**幾可視爲固有者。(常屬基底細胞癌)。此係扁平圓形小潰瘍，底面爲蒼白紅色或灰紅色，有癌腫栓，邊緣雖有堤狀之強固硬結，但周圍之硬結則不著明，初對基底，尙可移動。其經過完全慢性，達十年以上者不少，其陳舊者每於癌腫周圍皮膚，見有癍痕性萎縮。終外發育迅速，成不規則形，周圍之癌腫性破壞著明，基底及邊緣，有不規則增殖，癌腫性滲潤著明，潰瘍基底汗濁，帶有紅色或蒼白紅色，中有癌栓或癌乳，發特殊惡臭，且有轉移，次因惡液質而死。或初爲潰瘍性癌，至末期變爲深蝕性者亦有之。

但深蝕性癌及腫瘤性癌，自始各有特殊形像，其經過亦較速。

由他種潰瘍，腫瘤，囊腫成癌腫變性時，在初期或有誤診者，通常

第 百 五 十 圖

侵 蝕 性 面 癌

(慶大外科教室)



第 百 五 十 一 圖

末 期 侵 蝕 性 面 癌

(慶大外科教室)



由發育忽變急速，生強固硬結，時發疼痛，有淋巴腺移轉等，得以診斷。

附加：(1) 耳贅肉

本症非真性腫瘍，由第一腮弓之迷芽發生，在耳郭或頰部，由結締織生成小結節，有時含有軟骨，發育緩慢，屬先天性。時或兼有耳部畸形。

(2) 母 斑

面部每生各種母斑。(參照外科總論及皮膚科書)。

第一百五十二圖
先天性耳輪缺損及耳附肉
(高橋外科教室)



第一百五十三圖

耳前皮膚樣囊腫
(山村博士)



第一百五十四圖

鼻梁皮樣囊腫
(鹽田外科教室)



II. 面 囊 腫

面之主要囊腫，爲粉瘤及皮樣囊腫。偶在下口唇見唾液囊腫，蓋即粘液腺之潴溜囊腫，有人報告謂有寄生性囊腫如包蟲囊腫及囊蟲囊腫等。

粉瘤及皮樣囊腫，已見外科總論，茲再列表如次。

	皮 樣 囊 腫	粉 瘤
發 生 年 齡	先天或思春期	在十四五歲以後，壯年者居多。
所 在 地	在好發部發生	不一定
皮 表 面	正 常	時在中央有皮膚萎縮或暗紅色斑點
癒 着	對皮膚無癒着，基底有之。	對皮膚有癒着，基底則否。
內 容	兩者雖相似，若有毛及骨時，係皮樣囊腫。	
硬 度	兩者雖相似，若有骨可觸時，係皮樣囊腫，但粉瘤壁有發生石灰沉着者。	
囊 壁	厚於粉瘤，屬多層性，有乳頭，皮脂腺，汗腺及毛。	壁非薄，由一二層扁平上皮所成，無左記之附屬器。

皮樣囊腫之所在地，與第 158 圖所示之部位一致。

療法：粉瘤及皮樣囊腫，簡單用局部麻醉摘出之，若囊之一部分遺留時，則易再發尤以皮樣囊腫，須對基底癒着，加以注意。

III. 面 動 脈 瘤

時或顳顚動脈受傷後，成所謂外傷性動脈瘤爲有搏動之小腫瘍，故易診斷。

療法：行手術可以簡易摘出之。

第百五十五圖
粉瘤與皮樣囊腫
(小澤外科教室)



第百五十六圖
右外眥皮樣囊腫
(鹽田外科教室)



第百五十七圖
左外眥之巨大皮樣囊腫
(鹽田外科教室)



第百五十八圖

皮樣囊腫發生部位



第百五十九圖

顳類動脈瘤 (慶大外科教室)



第六節 面神經性疾患

I. 三叉神經痛

神經痛中之三叉神經痛，係占坐骨神經痛次多數之位置。三叉神經痛有面痛，面神經痛，痙攣性面神經痛等稱，

原因：有完全不明者，而亦可見其原因者亦有之。

- i) 急性傳染病，如傷寒，流行性感胃，瘧疾等病後發生者有之。
- ii) 慢性疾患如微毒，糖尿病，痛風等。
- iii) 中毒，如砒，鉛，水銀，萘素，酒精等。
- iv) 便秘及感冒等。
- v) 齒，鼻腔及上頰疾患(第二枝及第三枝)。
- vi) 婦女多於男性，貧血，惡液質，神經衰弱，躁症，精神興奮暴食，寒冷等，有成爲誘因，但毫無誘因而發者亦有之。
- vii) 局部原因，如三叉神經挫傷裂傷後之瘢痕，腫瘍，動脈瘤等相

繼而發，及受寒氣流之刺激等是也。

症狀：多無前驅症狀，突然發生神經痛，其疼痛之程度不等，多屬一側性，兩側性者殆不可見，該神經雖由三枝構成，而以第一枝即眶上神經痛為最多，其第二枝即上頷神經痛及第三枝即下頷神經痛次之，時有三枝皆受侵襲。

本症之主要症狀，在三叉神經領域有神經痛，間或屬稽留性，而多為發作性，其程度不一。痛之特別點，如受烙針穿刺。發作時，疼痛有向枕部，項部，肩部放散者。

疼痛發作劇烈時，有面痙攣，結合膜充血，淚液，唾液，鼻分泌液增加，(此等係血管運動神經及分泌神經受刺激之故)。重者有惡寒戰慄，惡心，嘔吐，心悸等症狀。

該發作一日一次或數次，其繼續時間亦不等。每發於一定時刻。在間歇時，幾無特別苦痛，多在該神經出發部，有限局性壓痛。

第 百 六 十 圖

三叉神經痛之 Härtel 氏注射療法(小澤外科教室)

注 射 前



注 射 後



三叉神經痛長久繼續時，相當之皮膚領域，發營養障礙，又因精神煩悶，發全身營養障礙。

診斷：雖易，欲決定其為中樞性或末稍性，常覺困難。伴有腦神經症狀時，可確證為中樞性，否則不明，但神經痛限於第一枝及第二枝者，屬末稍性。

預後：視原因而異，中樞性者不良，縱為末稍性，亦有甚為頑固者。

療法：i) 對原因明瞭者，先行處置，最為重要，例如微毒，腫瘍，中毒等，加以治療是也。

ii) **藥品**如用雞納劑，溴劑，柳酸劑(Aspirin, Migraenin)等。發作劇烈時，用嗎啡，Pantopon 等注射，碘鉀亦常用，愛克斯線療法亦可試用。

iii) Gasseri 氏節之酒精注射

行本法時，用 10 cm 以上之長針，先在離開患側口角之 2 cm 之皮膚，用 Novocain 注射，針由此處插入，是時術者用左示指插入口腔內指導，針向上脛結節與下脛枝之間，依斜上方向進行，既達 5—6 cm 時，即抵顳骨之下側面，沿此進針時，可通卵圓孔而達 Gasseri 氏節，是時面部發生電擊性劇痛。針之方向，由前方視之，如對瞳孔，由側方視之，如對顳骨弓及關節結節。由

是再深刺 1 cm，用純酒精 0.5—1.0 cc 注射之(酒精注射過多時，神經變質過甚，有遺留障礙者)。注射直後，神經痛完全消失，常不再發，惟同時角膜反應消失，瞳孔散大，有時生角膜潰瘍及其他眼部合併症，須注意。

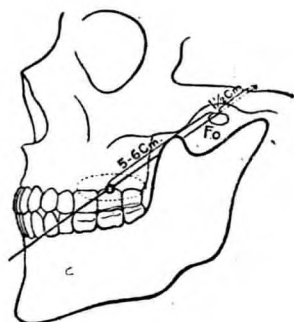
iv) **手術：**三叉神經痛之手術有種々，其簡單者如 a) 神經切斷術，但不久因神經之斷端，互相癒合，故無效驗，b) 神經切除術比前者為有效，但因神經再生機能旺盛，故每再發。c) 神經拔斷術，較為有效。行本法時，以眉毛中之眶上孔為中點，加橫切開，由骨膜剝離神經，

第百六十一圖

Gasseri 氏神經節注射

(F. O. 卵圓孔)

(Härtel)



用 Thiersch 氏之神經鉗子，固定神經捲之，徐徐拔去，所拔除之神經愈長愈妙。

d) Gasseri 氏節切除術上述療法均不奏效時行之。

行本法時，在顛顛部顛弓處，造成 U 字形且有基底之皮膚骨膜，對顛顛骨行一時性穿顛術，開顛，用匙，將硬腦膜及腦向上方提開，重複結紮中硬腦動脈，細心切除 Gasseri 氏節。本手術法，有相當困難，出血危險甚大，行本法雖不至再發，但時或有角膜營養障礙。

II. 面神經麻痺

原因：本病常可見之，其原因有種々。

- i) 中樞性原因，如腦之外傷或由顛底之面神經損傷。
- ii) 腮腺部，上頷部或下頷部手術，或由重症挫傷等，損傷面神經。
- iii) 由中耳，腮腺，顛底疾病繼發。
- iv) 由感冒，急性傳染病經過中，白喉，微毒，鉛中毒等。是時神經之器質性變化雖不明，亦能發生面神經麻痺。

症狀：兩側性甚罕，多屬一側性，兩側性麻痺時，面之表情喪失，成假面狀。一側性麻痺時，面向健側牽引，患側之半面，弛緩而失皺，患側之眼難於閉鎖，易發結合膜炎並有流淚症。口角下垂難於閉鎖，不易吹亦難吐唾，飲水時，亦由口角漏出，唇音(m音，P音，B音)發生障礙。

其他嗅覺，聽覺亦有多少，障礙但非屬中樞性之時，味覺不受障礙。舌運動亦然。

診斷：由特別病狀，甚易斷定。但原因常不明。

預後：由原因而異。無器質性變化者可活，有神經損傷及器質性變化者則難癒。

療法：視原因而異。

- i) 神經有損傷時，行神經縫合，但在實際上，得行神經縫合者甚少。

ii) 屬末梢性障礙者，經種々療法無效時，將面神經末梢端，對副神經，舌咽神經，舌下神經等縫合之，但奏效不確。

iii) 其原因屬微毒性者行驅微療法。微毒之既往症不明者，亦試行驅微療法。

iv) 此外行電氣療法，按摩術等。

第七節 面 成 形 術

面之成形手術，係各種成形手術之基礎，茲述其主要者如次。

1) 造 臉 術

造臉術屬眼科領域，茲述其與外科有關者。

因瘢痕萎縮，發生結合膜外翻症時，或眼瞼腫瘤切除時，應施造臉術，其方法不一，舉其主要如次。

a) 外 翻 症

輕症者如第 162 圖 a) 所示，在下眼瞼之下方，行 V 字形切開，皮膚瓣由基底剝離，向上推移，使眼瞼回復正常之位置，次如第 162 圖 (b) 所示，行 Y 字形縫合之。

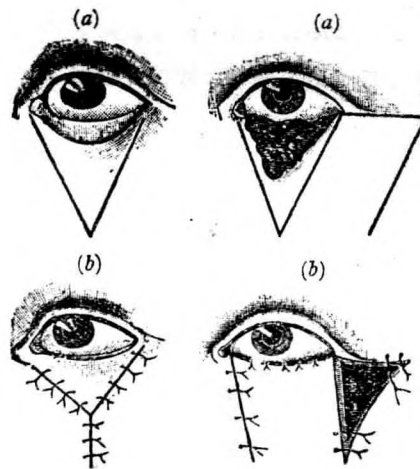
b) 眼瞼之腫瘍或瘢痕，當切除後之缺損部大時，可用 Dieffenbach

氏法。即如第 163 圖所示，先由 V 字形切開，行摘出術後，在外眼角之外方，切開如第 163 圖(a)所示，由皮瓣基底剝離後，向內方移動，縫合之，如第 163 圖。(b)他方之創跡，或俟構成芽組織而治，或更行植皮術。

c) Langenbeck 氏法。

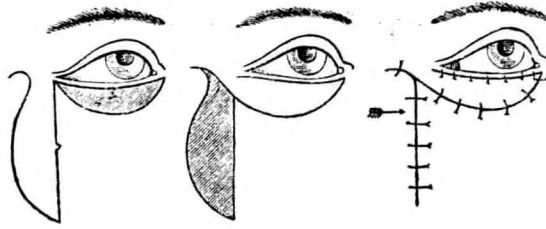
如第 165 圖所示，由側方所造成之皮瓣，翻轉至臉緣下，行皮縫合。其他尚有各種方法。

第一百六十二圖 第一百六十三圖
造 臉 術 同 左



第百六十四圖

造 臉 術 (Langenbeck)



2) 造 頰 術

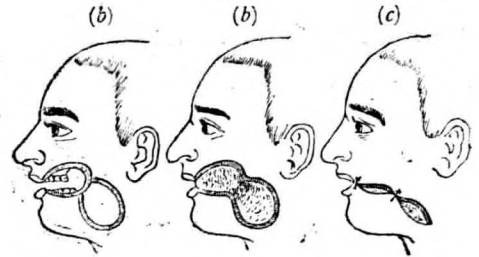
由口角腫瘍，水瘡後之缺損或大癍痕萎縮時行之。此亦有各種術式，茲就主要述之。

第百六十五圖

a) Kraske-Gersuny 氏法。

Kraske-Gersuny 氏造頰術

如第 165 圖所示，由頰部互下頷部行切開，先將皮瓣向口腔翻轉(a-b)，若缺損不大時，如(c)圖所示而縫合之，或由頸部作成其他皮瓣被覆之，或行遊離性植皮法。



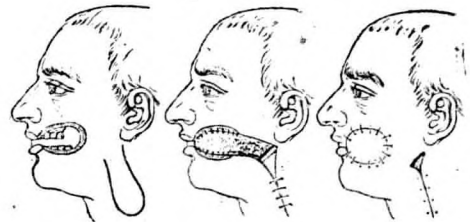
b) Israel 氏法。

第百六十六圖

如第 166 圖所示，造成達於頸部之長大皮瓣而翻轉之，翻轉皮面向口腔縫合，待其癒着，切斷皮瓣之莖，先將翻轉部肉芽組織面皮覆蓋而縫合之，但皮瓣過長時，易於壞死。

Israel 氏造頰術

c) 頰部缺損大時，照鼻成形術，由意大利法，用上膊部有莖皮瓣，行移植法。

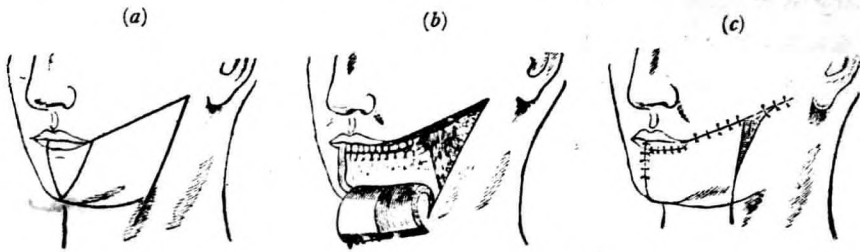


3) 造脣術。(兔唇之手術見上)。

於口唇之缺損，或腫瘍，瘻痕摘出後行之。

a) Dieffenbach 氏法。如第 167 圖所示，將下唇腫瘍，行三角形切開處剔除之，次由左口角外聽道之頰部，作橫切開，對頰粘膜，亦切開其一部分(是時勿傷腮腺之排出管)。

第 百 六 十 七 圖
Dieffenbach 氏 造 唇 術



次將下方頰粘膜，向外翻轉，與頰皮縫合，該部與口唇相當，故其長短，須與紅唇之缺損同一長短。

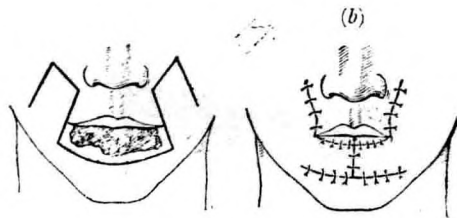
次由頰切開線之末端，向下頷(時或向上)行斜切開，其皮瓣向正中移動，行粘膜皮膚縫合之部分，造成下口唇而縫合之，頰部皮膚有缺損時縫合之，或行植皮術。

第 百 六 十 八 圖

下 唇 之 唇 補 充 (Bruns)

口唇缺損大時，有由兩側行此法者。

補充上唇缺損時，由兩方鼻翼外部，向上造皮瓣，由基底剝離在人中部縫合，若缺損小時，祇由一側造皮瓣可也。



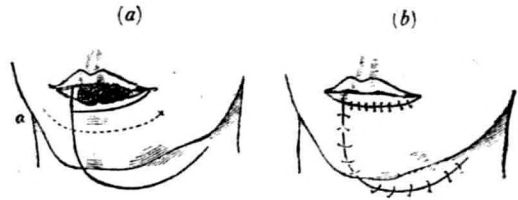
b) Bruns 氏法。如第 168 圖所示，造皮瓣時或反由下方造皮瓣，約翻轉達九十度，在正中縫合之。本法於上下唇，均可應用，但所貽瘻痕頗大。

c) Lexer 氏法。口唇缺損較小時行之。如第 169 圖所示，行皮切開及皮縫合(……線表示口粘膜翻轉之處)。

d) Doyen 氏法。如第 170 圖所示，行皮切開而切除之，移達口唇缺損部上行皮縫合。

第百六十九圖
Lexer 氏造唇術

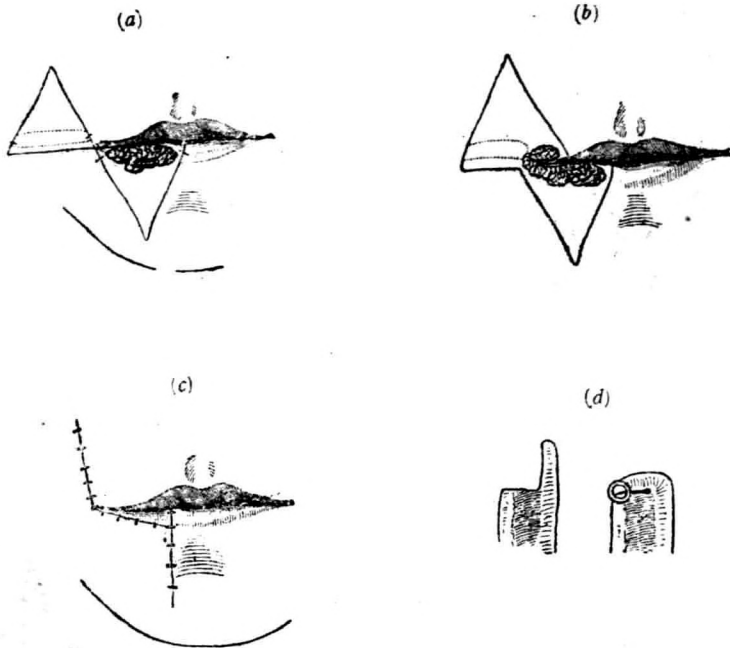
e) Morgagne 氏法。男子之上唇缺損部，由頭皮，造長皮瓣，補充上唇而縫合之，待適合後，切其必要部分行縫合，其餘全部，歸還頭部原處而縫合之，在上口唇因生毛之故，可行愛克斯線治療。



(其他尚有 Langenbeck, Jacsche, Estlander, Syme, Blasius 氏等法)。

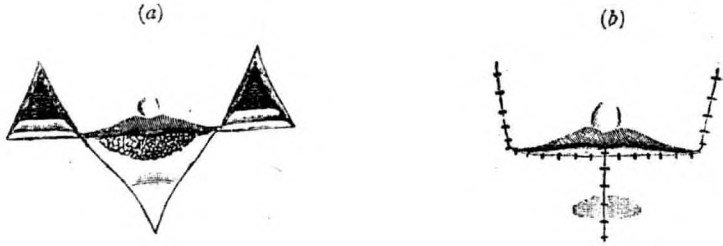
第百七十圖

Doyen 氏造唇術



第 百 七 十 一 圖

同 上



第 百 七 十 二 圖

(a) 有莖頭皮瓣 (Morgagne 氏法)

(b) 向左莖之移椎後



4) 造 鼻 術

a) 全部造鼻術

i) 意大利法

如第 173 圖所示，由上膊造有莖皮瓣，在鼻之缺損部上縫合，行石膏繃帶(或普通繃帶)，約一星期，俟與皮膚癒合處，除去繃帶，切斷皮瓣莖部，行整形手術。

ii) 印度法

如第 174 圖所示，由面部作僅足補充鼻缺損之皮，作有莖皮瓣(或帶有骨膜)，翻轉於鼻上，行皮縫合。額之缺損部，一部分由縫合縮小之，他部先用去緊張縫合，或用遊離植皮術。

iii) Schimmelbusch 氏法。

如第 175 圖(a)所示，由額造皮骨瓣，在其正中，使骨縱裂，如屋瓦狀而中折之，翻轉於鼻缺損之上，加以縫合。是時為欲造成鼻障壁如第 175 圖(b)所示，由鼻缺損之骨兩方，造小瓣互相縫合，次於前記皮骨瓣之正中縫合之。欲使皮瓣適宜突出，如第 175 圖(c)所示，橫通小錄，用小橡皮管由兩方固定之。額缺損部，行大弓形切開，直達頂部，去其緊張(減張)後，行縫合。

其他尚有種々方法。

b) 部分造鼻術

i) Dieffenbach 氏法。由頰部造有莖性皮瓣，補充缺損部。(第 176 圖)

ii) 缺損部小時，如第 177 圖所示，行 V 字形切開，作 Y 字形縫合。

第一百七十三圖

有莖皮瓣造鼻法(意大利法)

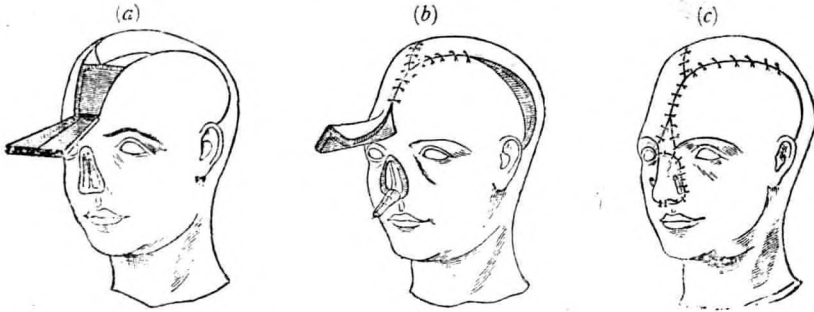


第一百七十四圖

造鼻術(印度法)



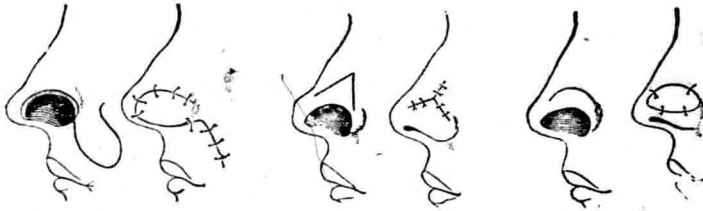
第 百 七 十 五 圖
Schimmelb sch 氏 造 鼻 術



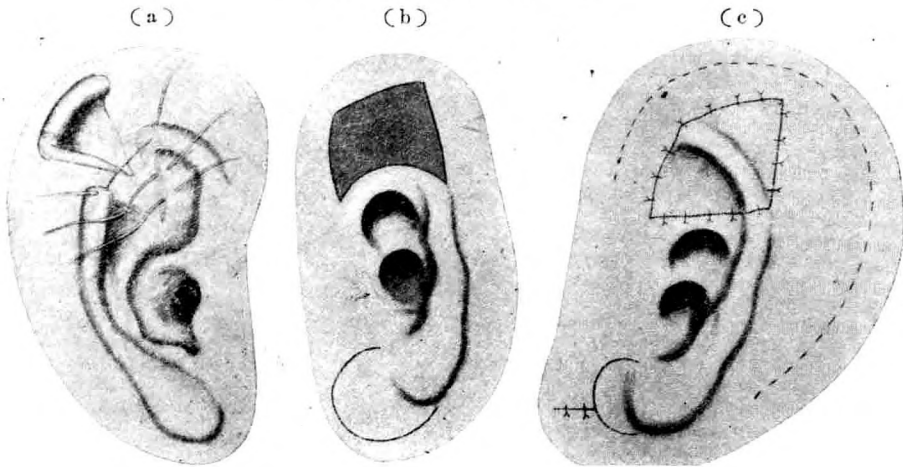
第 百 七 十 六 圖
部 分 造 鼻 術

第 百 七 十 七 圖
同 左

第 百 七 十 八 圖
同 左



第 百 七 十 九 圖
Körte 氏 造 耳 術



- iii) 或用遊離皮瓣補充缺損部者有之。
- iv) 由耳輪所得皮軟骨瓣補充之。

5) 耳郭成形術

耳郭成形術，在耳郭之先天性缺損，各種損傷，腫瘍摘出後之缺損時，有施行之必要。此有種種方法，有時或為較難之手術。

1) 耳郭缺損不大時，由健耳，楔狀切除一小片移植之，或用 Dieffenbach 氏法(參照外科總論)，由頰或耳後皮，造成有皮瓣，以補缺損。惟僅有皮膚，難保全耳郭之形態，須先就可為耳郭之皮下，移植自家肋軟骨於其中，俟其癒合，將所移植之軟骨與皮，同時為耳郭成形術之用。

2) Körte 耳郭遊離移植法。

先將耳郭應成形之處，如第 179 圖(b)所示，將皮或瘢痕，以不正四角形切除之。次由健側耳郭(他人之耳則不適用)，如第 179 圖(c)所示，楔狀切除其一部分(遊離緣約長3cm)，將外方之皮，由基底剝離而展開之，縫合於皮缺損部，約二星期後，如第 179 圖(c)之點線所示，行大弓形切開，引起在先移植之耳郭瓣，造成與耳郭相當之皺襞可也。若欲造成耳朶時，如第 178 圖之下方所示，加以

第百八十圖
意大利法之造耳術



第百八十一圖
面切開線
(Bockenheimer)



切開，如 179 圖(c)縫合其一部分，造成皺襞。

3) 耳郭缺損甚大時，用意大利法，就肱部造成與耳郭相當之有莖皮瓣而移植之，行縫合固定後，約經兩星期，將皮瓣之莖切離，造成耳郭。

或欲造成堅實之耳郭，先就胸壁皮及肋軟骨一部分所造成之成形瓣，使癒合於肱，約經兩星期，皮由胸壁切離此瓣，使肱高舉，用意大利法，縫於耳郭相當形狀之處，約經兩星期，切離瓣莖，造成耳郭者亦有之。

或由肱造成皮骨瓣以供移植，亦在考慮之中，但此種複雜成形術，亦有不純成功者，故於病人須豫先聲明。

6) 面切開法。面部血管豐富，損及動脈時，必多出血，又腮腺部有面神經，頰部有腮腺排出管，故切開面皮時，務須避免，參照第 181 圖。

第三章 頷骨外科

第一節 頷骨畸形

I. 頷骨先天性畸形

腭破裂。如兔唇項下所述，腭破裂，係額突與上頷突不癒合而所致。a) 與兔唇合併者占多數，間或 b) 僅見腭破裂。

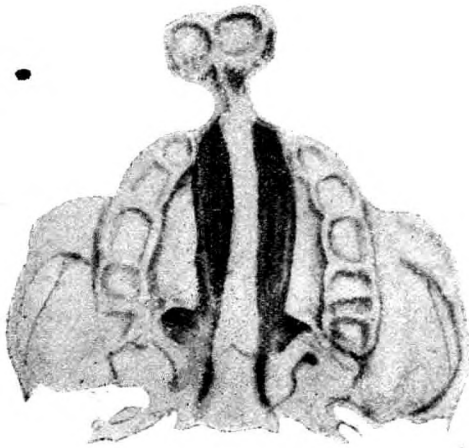
腭破裂多為一側性，間或為兩側性。

又由其破裂程度，分為 a) **第一度**。其破裂限於硬腭， b) **第二度**。其破裂達軟腭， c) **第三度**。其破裂達會厭軟骨。

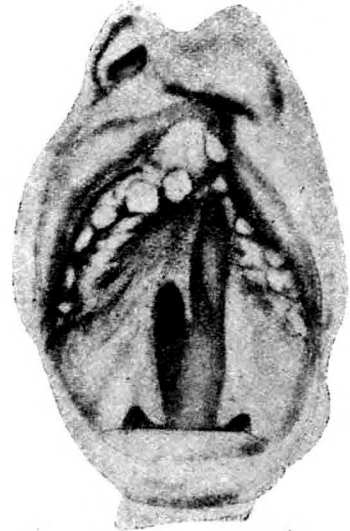
腭破裂，在生後有哺乳障礙，又易發生枝氣管炎，肺炎及言語障礙(腭音如 Ta, Da, Na, Ra)，其他齒之發育，亦復不良。

療法： i) 最常行之法，為 v. Lungenbeck 氏法

第百八十二圖
兩側腭破裂
(Büning)



第百八十三圖
左側唇頷腭破裂
(Bergmann's Klinik)

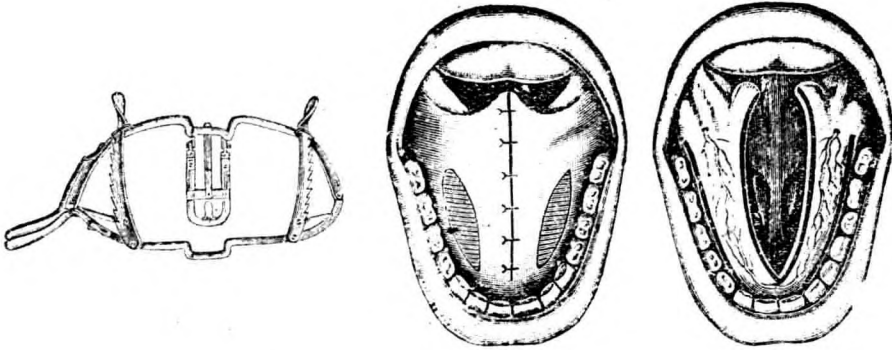


是法若用諸乳兒，手術之成績不良，以7—8歲為最適宜。(乳兒兼有兔唇時多祇行兔唇手術)。手術時在懸垂頭位半麻醉或局部麻醉下行之。蓋預防血液吸入氣管也。

用Whitehead氏開口器開大其口，如第185圖所示，切新腭破裂緣，在腭之兩側，沿齒突，切開粘膜，用骨膜剝離子，由基底剝離軟部，且移動之(是時若有出血，用麥粒鉗子之尖端，夾小紗布或棉花，暫時壓迫之)，兩瓣充分剝離後，移至正中，用強彎曲之針或用v. Langenbeck氏之有莖針，以絹線或腸線縫合之。

第一百八十四圖
Whitehead氏開口器

第一百八十五圖
腭破裂縫合
(Sul an's Chirurgie)



後療法使口腔安靜，食流動品，嗽口使清潔，拔線後經二星期，使練習發音。

ii) Brophy氏法。

用Brophy氏針，對上頷骨，通以銀線，該線再通過上頷骨兩側所置之金屬板以締結之，使腭破裂縮小之法，但少行者。

iii) 近來高木憲次博士及志坂氏，行徒手矯正法，漸收良果，是法尤適合於初生兒，用兩側手指，務求貼向上頷骨之上方以壓擠之。初雖有抵抗力，逐日行之，漸成柔軟，腭破裂因而接近後，如第186圖所示，用絆創膏固定之，俟適合良好後，切新腭破裂緣而縫合之，又行兔唇療法(日本整形外科學會雜誌第一卷第一號)。

第百八十六圖

絆創膏帶固定法(不施觀血的手術，用徒手
矯正後，由絆創膏帶固定之)(高木・志坂氏)

(a)



(b)



(c)



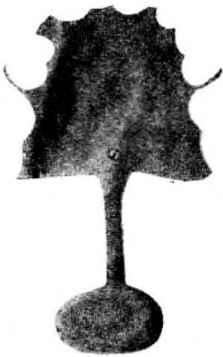
iv) 時或簡單用補裝器如第 187 圖所示，亦可補充腭破裂，但須在 9—10 歲後，
自己發育者用之。

其他下頷骨由第一腮弓癒合而成，在胎生期因有障礙，故見次列畸形。

a) 先天性正中破裂症

第百八十七圖

西爾七克氏閉鎖器



第百八十八圖

由頸關節強直性之小顎症(鹽田外科教室)



- b) 先天性小頷症
- c) 先天性複頷症
- d) 先天性無頷症

II. 頷骨後天性畸形

1) 老人性萎縮

老人齒牙脫落後，下頷之齒槽突及下頷體部，發生萎縮，下頷隅之角度增大。

2) 小頷症

兒童期由種々原因，發生著明牙關緊急，其結果障如下頷發育，成爲小頷症其特別之顏面，稱曰鳥面。

3) 末端肥大症。

是時下頷骨亦發現不定形肥大。

第二節 頷骨損傷

I. 上頷骨骨折

原因及骨折形：較少於下頷，由各種鈍性暴力或鈍傷。多屬橫骨折時或爲斜骨折，亦有在正中骨折者。輕症僅存輝裂，在重鈍傷，成爲粉碎骨折，又因拔牙過於粗暴，發生齒槽突骨折者有之。

症狀：皮下骨折與開放骨折，雖略有異點，但大體相似。

1) 因有皮下出血故軟部之腫脹及變色著明(開放骨折時有外出血者則否)。

2) 往々口腔有粘膜下出血或外出血，或因鼻腔損傷，伴有衄血。

3) 齒列成爲不規則，或見齒牙弛緩。

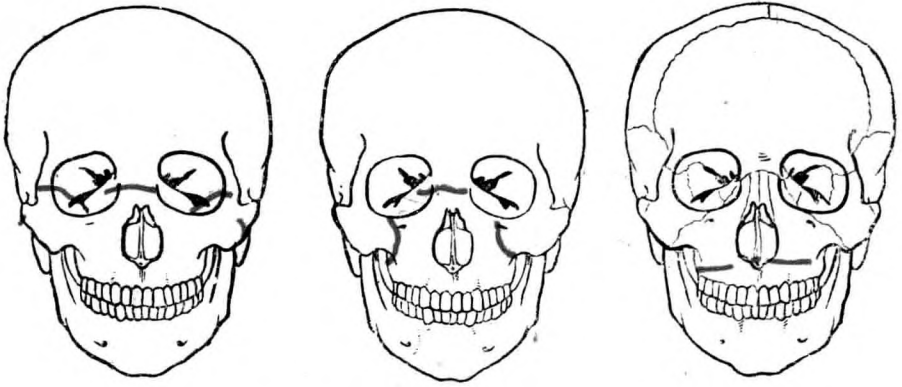
4) 在骨折部，有固定疼痛，由外面或口腔內壓迫之，可以證明。

5) 重症者有骨片之異常運動，變異及啞軋音，但此等症狀，亦有不明者。

6) 機能障礙，如咀嚼運動及嚥下困難者頗多。

7) 合併症，如皮下氣腫，眶下神經痛或知覺鈍麻，重症者腦神經亦有損傷。又有骨折部傳染，發生骨髓炎，成爲腦膜炎者。

第百八十九圖
兩側上頷骨骨折
(Quervain)



診斷：多易，惟上頷骨僅留輝裂時，須與單純之打撲傷區別。

預後：多佳良，但有顛底骨折及腦損傷合併，且發生骨髓炎者不良，時或有後貽眶下神經痛。

療法：i) 10% 過酸化水素，或 2% 硼酸水用以嗽口，給以流動食品，禁止咀嚼運動及談話。

ii) 無骨片變位時，行保守療法，無需行特別療法。

iii) 有骨片變位時，先行整復，後行固定繃帶。

a) 整復骨片，簡單用指壓之，或用骨膜起子等直接壓迫，以達目的，或需手術以整復之(例如 Highmor 氏腔之陷凹骨折等)。若骨折片完全離開骨膜時，有須摘出者，但骨片務以不除去為佳。

齒牙雖弛緩，不宜濫拔，因能自然固定故也。

對出血，由壓迫栓塞，多可止血，若仍不止時，須結紮外頸動脈。

b) 上頷骨骨折之固定術，較為困難，故有種々方法。

i) 昔日常用類投石帶或覆頂類帶，近來亦如下頷骨折之用金屬線副木或 Guttapercha 副木參照次項)。

ii) 若齒牙已缺者，難用此法，由齒科醫生之協力，用較複雜之副子或補裝

第百九十圖
Oettinger 氏 繃 帶



第百九十一圖
上頷骨折繃帶 (Kühn 氏法)



器 Prothese (世界大戰以來，該方面工作，大有所進步)，茲舉其二三重要者如次。

- a) Schröder 氏斜面板。(參照次項)。
- b) Oettinger 氏繃帶，如第 190 圖所示，簡單將頭與口腔內之上頷骨，用繃帶固定之。
- c) Kühn 氏繃帶。由石膏模型，造成上頷骨之銀膠板，有翼狀突，向口腔左右突出，用橡皮管締結於頭上之帽狀繃帶，由是上頷骨受膠板作用，固定於上方。(第 191 圖)。
- d) Schröder 氏繃帶。(略與上同)。

II. 下頷骨骨折

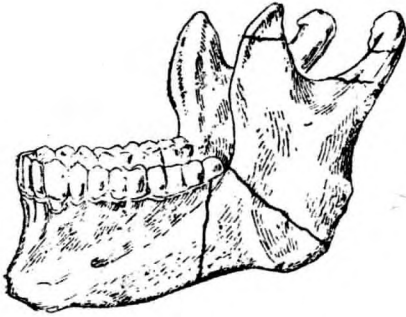
爲面骨骨折中最多者，約占全身骨折中之 1% 左右。本症分爲 1) 下頷體部骨折，2) 齒槽突骨折，3) 上行枝骨折，4) 關節突骨折，5) 喙突骨折等。又分爲 a) 開放骨折及 b) 皮下骨折兩種。

1) 下頷體部骨折

原因及骨折型：a) 多由直接暴力，如衝突，打擊等，是時多發生皮下骨折，時或爲開放骨折，又由銳創，往々發生重症骨折。

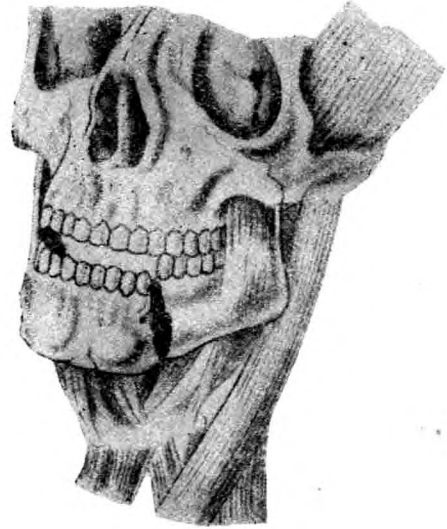
第百九十二圖

下顎之定型的骨折 (Mattis)



第百九十三圖

犬齒及外切齒間之下頷骨體骨折



b) 間或由**間接暴力**，亦能發生骨折，例如下頷骨之兩側頷角，受強烈壓榨作用，在下頷骨正中，發生骨折有之。或在頰部，受強烈衝動，發生關節突骨折，暴力拔齒時，發生齒槽突骨折。

骨折型以橫骨折，斜骨折為多，重症者發生粉碎骨折，猶以鈍創骨折為複雜，又頷骨體部之犬齒窩至下頷骨孔，係抵抗力薄弱之處，易於發生骨折，又智齒所發育之下頷隅部，特多骨折。

症狀：視骨折部位而異。

下頷骨體部及隅角部之骨折症狀，最為著明，

1) **疼痛**，不獨有限局性骨折痛，下頷骨之正中及齒，有放散性疼痛，因下齒槽神經受刺激故也。間或神經受切斷，有知覺異常之後胎症。

2) **變形**，由齒列之紊亂，容易知之。但變形亦視骨折部位而異。

i) 骨折在嚼肌前方時，後方骨片，受嚼肌及顳類肌之牽引，向外上方，前

方之骨片，受二腹肌，頤舌骨肌及類舌骨肌之牽引，常向內下方變位。

但由受傷方向，有發生反對之關係者。

- ii) 骨折線在嚼肌後方時，前後兩骨片，受嚼肌及翼內肌之固定，不見其有變位。
- iii) 骨折線在下頤骨正中時，肌之牽引作用，成爲平等，因亦不見其有變位。
- iv) 下頤骨正中，有重複骨折時，中間之骨折片，爲附着之肌肉牽引，向下後方變位，舌底乃沈降於咽腔，發生呼吸困難。

3) **異常運動**。完全骨折，尤以粉碎骨折爲著明。

4) **唧軋音**。變位不甚時，可見之，但亦有不明者。

5) 下頤骨折，出血較少。但時或發生皮下，粘膜下，及齒齦出血或由粘膜之裂創而出血。

6) 其他往々有齒牙搖動，又下頤骨折時之特點，當談話及咀嚼時，因有劇痛，故病人用手支持下頤，言語亦不明晰，口成半開狀，並有流涎。

預後：下頤骨體部骨折之預後，比較惡劣，因整復雖易而固定實難，往々留有假關節，發生傳染時尤然。普通下頤骨之治癒時間，須4—6星期。

療法：1) 口腔看護與上頤骨折同。

2) 口粘膜之創傷小時，可聽其自然，大者縫合之，既有炎症時，亦不可縫合，須開放治療之。有遊離骨片，則除去之，若與軟部有連絡時，暫與保存而治癒。

3) 頤骨體部之變位，單用指壓，多可**整復**，但與其他骨折不同者非精密適合不可，因雖有極少之差，則齒列之配列，變爲不良，於咀嚼運動，貽留障礙故也。

4) 變位之整復雖易，而骨折固定則難，因有各種方法。

a) 用**簡單繃帶**及**副木**固定法。

繃帶法用類投石帶或複頂類帶等，副木用 Guttapercha 加溫柔軟後，

第百九十四圖
投石頰帶



第百九十五圖
複頂頰帶



在口腔內偏貼於齒列上固定之，或用 Guttapercha, 硬橡皮，木栓板由外方支持下頷骨，再加繃帶。變位不甚時，用此法可以簡單達到目的。但變位大時，非用他法不可。

b) Sauer 氏應急副子。

是法較為簡單，如第 196 圖所示，用鋁青銅線當齒列外緣，以銀線固定齒牙。若是法不能奏效時，須用他法。

c) 齒科固定法。

是法亦有各種，自世界大戰以來，該方面非常進步，例如用 Guttapercha, 或硬地蠟造成齒牙印像，由此作石膏模型，可以造成種々齒間副子或齒副子，其主要者如 i) Sauer 氏齒間副子(第 196, 第 197 圖所示，係用金屬線副子之法)，ii) Hammond 氏齒間副子與上略同，稍加複雜) iii) Warnekros 氏齒副子(如第 198 圖所示，係由硬橡皮所製成，iv) Kersting 氏及 Scharnie 氏齒副子等。種此種副子療法，非與齒科共同協力不可。

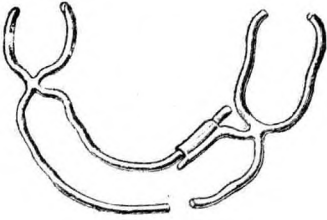
d) 骨縫合法

骨折時，或齒牙業已脫落，或徒手整復不能完全時，施行手術以縫合之。

局部麻醉後，開放骨折部，用骨錐穿成上下對稱四孔後，用銀線或鋁青銅線，使骨折端緊密適合，擦合線之兩端固定之，或用有孔性金

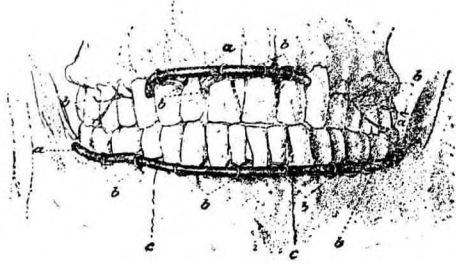
第百九十六圖

Sauer 氏齒間副子



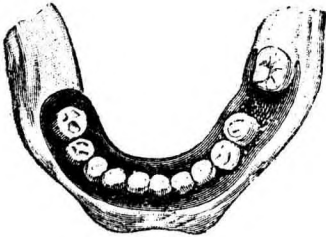
第百九十七圖

Sauer 氏齒間副子裝置



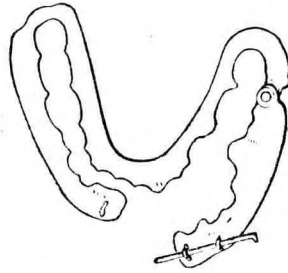
第百九十八圖

Warnekros 氏齒副子



第百九十九圖

Kersting 氏齒副子



屬板支持頤骨，用鍊線固定之。鍊條例 4-6 星期後除去之。本法在手術時，常覺甚為合理，但時因傳染或腐骨形成之故，有不達目的者。又骨錐穿孔時，須注意勿傷齒根。

2) 齒槽突骨折

原因：齒槽突，受衝，擊等直接暴力或粗暴之拔齒所發生。

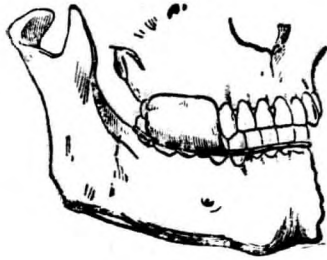
症狀：齒牙弛緩，口粘膜及齒齦損傷，有出血，骨折痛，咀嚼運動發生障礙。甚則骨片著明變位，齒列紊亂，或齒牙缺損。

診斷：甚易。

療法：變位不著，齒牙猶存者易於治療，反是而變位著明者，須行手術，與頤骨體部骨折大致相同。

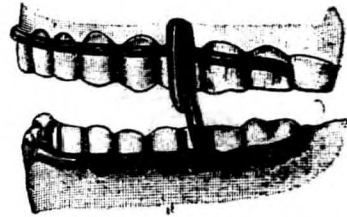
第二百圖

Sauer 氏斜面板



第二百零一圖

Schröder 氏滑動副子



3) 上行枝骨折

原因：甚強暴之打擊或鎗傷對口角作用時，或由轢傷時見之，時或兼有頷骨體部骨折。

症狀及診斷：頷骨枝為嚼肌所掩護，骨片之變位不顯故此種骨折，有不明者。凡懷疑時，由口腔中，沿頷骨枝前緣，達髁狀突細心按觸檢查。若用愛克斯線時，則診斷甚易。

療法：在頷骨枝，亦如頷骨體，無齒牙可用以固定，故處置不易。但近來有 Sauer 氏斜面板及 Schröder 氏滑動副子等可以應用。

前者如第 200 圖所示，於下頷骨之大白齒，用金屬板固定之，咀嚼運動時，金屬板向上頷上滑動，以防下頷變位。後者如第 201 圖所示，下頷齒牙固定後，使向上之金屬突起，可在上頷齒牙固定之金屬管內滑動，但此等療法，須有齒科醫之協力。

4) 關節突骨折或髁狀突骨折。

原因：多由直接暴力，兼有皮膚損傷，或由頰部所作用之暴力，間接損傷。兩側同時骨折甚少。

症狀：關節突，由翼外肘向內牽引，頷骨板由顳肌及嚼肌，向上轉位，頰部向患側傾斜與頷脫臼相反，運動時有劇痛，常發啞軋音。又因變位之故，上門齒與下門齒難於咬合，口腔常在半開狀態。兩側有骨折時，其變位雖少，有劇痛及啞軋音，咀嚼運動不能。

診斷：易。

療法：由口腔加壓力整復之後，安置 Schröder 氏滑動副子。或行骨縫合手術。

5) 喙突骨折

喙突，在下頷髁狀突之前，骨折罕，因受厚層肌肉所掩護故也。又骨折片，受骨膜及韌之連結，故變位極少。

III. 頷關節脫臼

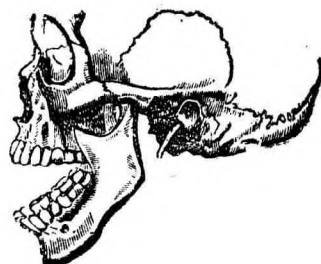
本症分爲前方脫臼，後方脫臼及外方脫臼，以前方脫臼爲最多，他則甚少。

第二百二圖

1) 下頷關節前方脫臼

下頷前方脫臼

原因：極度開口時，例如欠伸，哄笑，絕叫，嘔吐，拔牙時發生，或在口開時，由頷關節後方敲打，發生側脫臼者有之。



病理：下頷關節前方脫臼，係下頷關節突之小頭及關節間軟骨越過關節結節向前方脫臼之謂。小兒及老人，

因關節甚爲扁平，少脫臼，20—30歲者，關節結節發育佳良，易於脫臼，女子較多於男子。又頷關節囊之伸展性甚強，不如他關節在脫臼時，易於發生破裂。該脫臼常爲習慣性，由甚小之誘因，即起脫臼(習慣性脫臼)。

症狀：分爲兩側脫臼及單側脫臼二種。

a) 兩側性脫臼

由狀別形狀，可一目瞭然而下診斷。病人之口，在半開狀態，難於閉合，下頷向前變位，固定於異常位置，頰部扁平，稍覺延長，耳垂之前，稍有凸陷，其前可證明頷小頭。病人以難於閉口之故，自口流

第二百三圖

右側頷關節之脫臼



第二百四圖

兩側下頷脫臼



出唾液，咀嚼運動不能，嚥吞運動不便，並有言語障礙(尤為唇音)，雖無劇痛，但在頷關節部，覺有不快之緊張感。

b) 偏側脫臼

其症狀雖不如前者之顯著，但口在半開狀態，難於閉鎖，顏部向健側移動，僅患側有關節部陷窩及頷小頭變位，可以證明。

診斷：由特殊形狀，故易。誤作頷骨骨折者甚少。

預後：雖易於治療，若後療法失當，可以發生習慣性脫臼。若變為陳舊性脫臼時，治療不易。

療法：1) 整復法。整復易者，病人自己亦能整復，但多需醫治，通常所行術式，使病人取坐位，助手固定病

第二百五圖

下頷脫臼整復法

(慶大外科教室)



人之頭，醫師用兩手拇指，挿入口腔，安置於下頷之左右白齒上，其餘四指，由外方把持下頷，次將下頷向後下方強壓，使越過關節結節但關節突復於常位。整復成功時，關節部之抵抗，驟然消失，運動圓滑。整復時須注意者，置於白齒上之拇指，非迅速離向頰側不可。否則術者拇指，亦有被咬之懼。整復多無需麻醉，惟整復困難時用之。

又上頷與下頷之白齒間，夾入未楔或木栓，將頰部向上強壓時，由槓杆作用，下頷小頭越過關節結節而得整復，或有直接壓迫髁狀突而整復者。

若兩方同時整復困難時，先整復一方，次再整復他方。非觀血整復不可能時，因關節囊破裂，或因脫臼陳舊之故，是時須由手術整復之。

對習慣性脫臼，注射碘酒0.2—0.5 cc於關節內，或用20%酒精約1 cc注射且固定之，(但有暫時之疼痛)或由手術，對弛緩之關節囊，行縫合以縮小之。

2) 固定法：整復後約一星期，須行固定繃帶(參照下頷骨折)，嗣後仍應自戒開口過大。

2) 後方脫臼

原因：正在閉口時，由前方向頰部，有強大暴力作用而起，但甚罕。

症狀：與前者相反，為開口不能，下頷骨之齒列，變在上頷骨齒列之後方，顏面之下半縮短，頰部稍隆起，頷骨小頭，在乳嘴突前方，可以證明，時合併外耳道骨折。

療法：行整復法時，將拇指置於白齒後側，其他四指把持下頷骨緣，強向前下方牽引，壓關節小頭，向前上方。固定法同前。

3) 外方脫臼

有合併頷骨骨折者，但甚罕。

第三節 頷骨及頷關節炎症

I. 齒根膜炎及齒槽骨膜炎

原因：齒髓受齶齒侵犯而露出時，發生齒髓炎且有劇烈齒痛。是時由齒醫適當治療，可以痊癒，否則繼發齒髓膿瘍或齒髓糜爛乃至齒根膜炎或齒槽骨膜炎，或反對由齒齦炎。或齒槽骨膜炎，續發齒根膜炎。

症狀：i) 齒痛為最難堪，其劇痛搏動性，即咀嚼運動，亦增加，其神經痛放射全面部。

ii) 因炎症性浸潤及疼痛之故，開口困難，但注意檢之，在病齒必有壓痛，其近傍之齒齦腫脹及壓痛，亦復著明，但其齒牙，因齒根膜炎炎症性腫脹之故，由齒槽上昇，而搖動，病人有齒長之感。又因炎症性頷攀急而發口內炎，粘膜腫脹，有流涎及口臭。

iii) 全身症狀，為體溫昇騰，兼有發熱症狀。

iv) 炎症不限於局部，向下頷骨及頰部擴大，成蜂窩織炎，經二三日或數日以上而化膿，若膿瘍大時，可見波動。構成膿瘍之際，多集於局部，疼痛亦稍緩和。

v) 膿瘍向口腔或皮膚破潰而排膿，熱與痛驟然消失，但留有瘻管，管口，可見細小肉芽組織。瘻管有二種，a) 口腔內，多在齒槽突外，而猶為齒齦近傍。是名**內齒瘻**或**齒齦瘻**。b) 向皮膚破潰時，稱曰**外齒瘻**，在下頷部，頰部，甚至在上頷部或頸部亦見之，膿液，分泌，初頗著明，後乃甚少，僅見小肉芽種，但通常直接或以來帶與頷骨癒着。此外膿瘍向 Highmore 氏腔破裂，或蔓延至顛底而發腦膜炎，或腦膿瘍者有之。

其他由本病發生頷骨骨髓炎，常生腐骨，其腐骨有由瘻孔自然排出者，但大抵長久殘留而不治。

診斷：多容易，但須與原發性骨髓炎區別。

預後：多佳良，有腦合併症則危，或遺留頷攀急，或有成慢性齒瘻及頷骨壞死者。

療法：i) 尚未化膿時，行保守療法。

ii) 既成膿瘍時，行切開，特需摘出病齒。

iii) 有齶瘻時，亦需拔牙，若單搔爬瘻管，不能全治。去齒則瘻管自癒矣。

iv) 頤骨急明瞭時，祇行切開及其他保守療法，俟炎症消退，逐漸用 Mikulicz 氏木製開口器，擴大口腔行拔牙術。

v) 齒骨形成時，在拔牙後，由口腔或由外部除去齒骨，而搔爬之

II. 頤骨骨髓炎

原因：亦如前病，多自齶齒續發，時或由頤骨骨折發病，偶或由於血行傳染，由齒骨及骨折者，以成人為多，由血行傳染者，多為小兒。下頤較多於上頤。

症狀：i) 多以惡寒，戰慄，及高熱等全身症狀開始。

ii) 頤部雖有劇痛，但不如前者限於一定齒牙。

iii) 頤，面及下頤骨之炎症性腫脹甚強，常有浮腫，頤骨急明顯。

iv) 齒齦腫脹，或齒牙浮動，常合併急性口內炎。

v) 在下頤，以下齒槽神經受壓迫，由該神經所支配之皮膚，初現知覺過敏，繼現知覺異常或知覺麻痺者有之。

vi) 隨其進行，構成膿瘍及齒骨，膿瘍穿破皮膚或粘膜而排膿，急性症雖頓消失，然因齒骨未去之時，不能治癒。下頤骨在頤骨隅破開，上頤骨在眶下緣破開者為多。

預後：較為良好，間或發生嚙下性肺炎，腦膜炎，膿毒症等危

第二百六圖

下頤骨膜炎

(慶大外科教室)



及生命。

診斷：多易。齒根骨膜炎及齒槽突骨膜炎，由齶齒之關係及齒痛之狀況，可以區別，其他須與癩骨疽區別。

療法：初行保守療法，3—4星期後(腐骨之分界分明時)，行腐骨，除去術，並搔爬病竈，其他參照前項。

III. 頷骨結核

發於有結核遺傳之小兒，或在麻疹後發生。肺結核病人之結核菌，由齶齒侵入齒槽突者有之。

- i) 上頷骨發病在眶下緣，上頷骨之接合部。
- ii) 下頷骨發病在頷骨體部，齒槽突。

症狀：骨之腫脹，初為潛行性，疼痛或全缺，或僅有之。經過中發生寒性膿瘍，終及自然破裂成結核瘻，或在隣近生流注膿瘍，尤以顳額部為多。

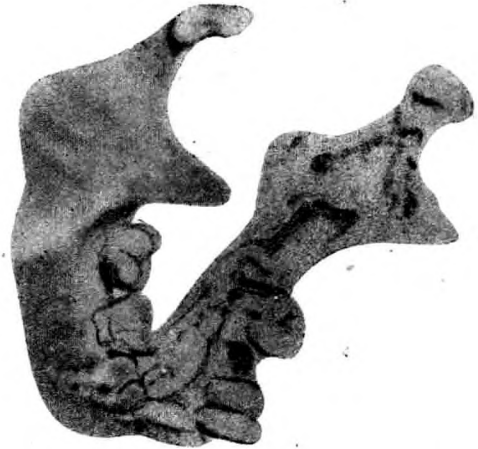
第二百七圖

由頷骨結核在下眼瞼生結核性瘻孔



第二百八圖

下頷骨之結核 (Schlotter)



頤骨急多缺如，但在下頤骨結核，有以慢性發生者。其他或兼有頤下腺之結核。

肺結核病人，齒槽突之窩壞，由口腔發生時，與他部結核不同，疼痛劇烈，攝食困難，速陷於衰弱。

診斷：多易。須與頤骨橡皮腫，放線狀菌病區別。

預後：續發於肺結核者不良，尤以發於齒槽突者多不良。

療法：充分切開局部而搔爬之，行開放治療。日光療法及愛克斯線療法亦可用。

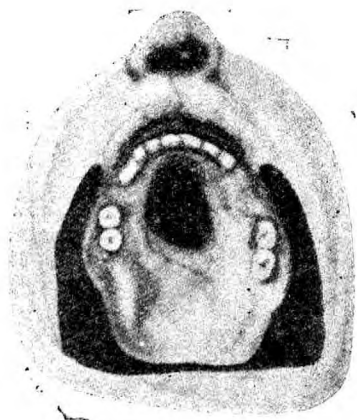
IV. 頤骨徽毒

第三期徽毒，每於上頤發生橡皮腫，下頤則較少。

ii) 在上頤，在尤以硬腭往往發生橡皮腫。初在頤部，生限局性腫瘤。硬度有彈力性而柔軟，無壓痛，大達相當範圍時，遂漸吸收，該部僅

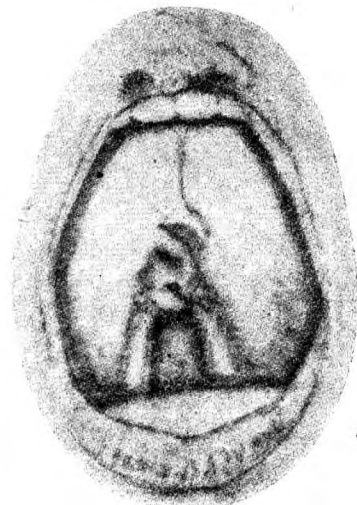
第二百九圖

腭鼻骨之徽毒性崩壞



第二百十圖

硬腭及軟腭之橡皮腫性缺損及
瘢痕性收縮 (Grünwald)



留骨肥厚雖有，但多遂漸軟化破潰，成**徵毒性潰瘍**，至**腭穿孔**。是時鼻與口腔相通而發鼻聲，飲料及食品，由鼻腔漏出。

間或大橡皮腫軟化後，侵入腦底，發生腦膜炎。

b) **下頷骨**：間或在下頷緣，下頷隅發生橡皮腫性骨膜炎，有限局性或瀰漫性硬化，雖多吸收而遺骨硬化，有時軟化破裂成**橡皮性潰瘍**。

診斷：多易。須與頷骨腫瘍，囊腫等區別。若區別困難時，試行驅徵療法。

預後：多非不良。

療法：驅徵療法。腭有穿孔時，行整形手術(參照口蓋破裂)，或行保守療法，可用腭補充器。

V. 頷骨放線狀菌病

原因：放線狀菌由口腔傳染，與軟部放線狀菌合併。

症狀：多在下頷。由軟部放線狀菌病開始，次犯頷骨者居多，有時頗似由頷骨開始。

初為潛行性，故其成立不明，由齒痛(其程度輕重不等)，齒牙浮動，齒齦硬化等始留意者有之。

齒槽突，時或頷骨體部有瀰漫性腫脹，甚至頰部頭部亦有之，常有木樣硬結，多不痛。

陳舊部位，次第軟化而自然破裂，排出厚膿，其中混有特徵之菌塊破開之處，暫存瘻孔，不久即治，又在他方形成膿瘍，破潰結痂，以慢性擴張。多伴頷攀急。全身症狀常不明。

經過及預後：經過完全慢性，絕少自然治癒，次第向周圍擴大，侵入顛底，頸椎，縱隔竇，腦等，可以致死，若早行適當療法則治。

診斷：起初祇有頷攀急，但注意檢查，多少可見硬結。須與頷骨結核，齒癭，慢性頷關節炎，頷下腺淋巴腺炎等區別，確實的診斷，非證明菌塊不可。

療法：(參照外科總論)。

VI. 磷毒性頤骨骨疽

原因：於從事磷之職工，尤於火柴職工見之，俱亦少數耳。有齲齒者，易於發病，或磷質經呼吸器入血行，作為中毒症而發病者有之。

第二百十一圖

磷毒性骨疽之上頤骨骨髓炎



第二百十二圖

磷毒性骨疽之瘻孔形成

(Breslauer Klinik)



症狀：本病多侵下頤，間或侵犯上頤。先起頤骨營養障礙，對細菌抵抗力減弱，遂易傳染。

i) 多由齒痛開始，齒齦有炎症性腫脹，全頤均疼痛，齒牙次第浮動，終至脫落，由該部排膿，口臭甚著。

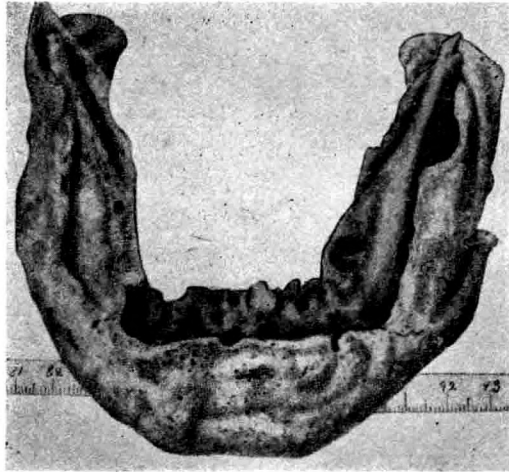
ii) 不僅口腔生有瘻孔，皮膚到處均可見之，行消息子檢查，觸知粗糙之窩骨，(或生多數小窩骨，或頤骨全體成爲窩骨)，但因周圍有骨新生，故頤骨成爲凹凸不平。

iii) 因腫脹及疼痛，發生頤攣急，言語障礙及嚥下困難等，由是發生營養不良，消化障礙及嚥下性肺炎，惟體溫增高則不定。

第二百十三圖

下頷骨之磷毒性骨疽

(Breslauer Klinik)



經過及預後：經過較速，半年至一年而死，但施行適當療法，則可救。

診斷：多易。須與急性骨髓炎區別，由其職業關係，發熱等全身症狀，及骨之變形較著等區別之。

療法：停止其職業，可自然輕快，否則在從事職業期間內，不能根治。有腐骨時，非以手術除去之不可。

VII. 脊髓癆性頷骨壞疽

頷骨或在脊髓癆時受侵犯，發現齒牙浮動及脫落，齒槽突萎縮，腐骨形成。此等皆由頷骨之營養障礙，故缺炎性症狀，而疼痛不明，是其特徵，其他有發熱及口臭，時或有自然骨折，療法缺如。

VIII. 頷關節炎

頷關節炎雖有數種，通常罕見，皆能發生頷癱急，在臨牀上，頗重

A) 急性炎症

1) 頷關節之急性關節癱瘓質斯

比諸四肢關節雖甚少，但比諸他種關節炎則較多。大抵為單側性，時或為兩側性。

體溫漸高，頷關節即稍形腫脹，時或略有發紅，頗覺疼痛，尤以開口及咀嚼時則疼痛著明，或覺有放散性耳痛，又頷關節有壓痛。關節運動雖可能，但頷運動時，覺有疼痛，故病人務避頷之運動，又症狀由氣候有所消長。

多在1—2星期而治；不留頷攣愈，時或貽留多少障礙。

療法：Aspirin(一日量1.5)，Atophan(1.0—1.5)等，均可用，又溫罨包，懷爐療法由溫罨包上行之，亦可行 Neuromatin, Sh'nomeniu 注射。

2) 頷關節之淋毒性關節炎

偶有在急性淋疾時，發生本症者，其症狀與前相似，但疼痛則甚劇烈，機能障礙亦大，易遺留頷攣愈。與化膿性關節炎雖類似，但本症之炎症(淋毒性)則較緩和，預後亦較佳(參照次項)。

療法：由溫熱療法可以輕快，柳酸劑則否，宜行 Gonokokkenvaccin，愛克斯線療法等，俟急性炎症消退後，須及早豫始頷骨運動。

3) 頷關節之急性化膿性關節炎

間或由化膿性中耳炎，續發最罕見者，由血行轉移性之化膿菌傳染，或存在猩紅熱，傷寒，膿毒症等急性傳染病經過中，發現本病者。頷關節驟發腫脹，紅，及疼痛，在耳及顳顳部有放散痛，因開口不易，有言語障礙，咀嚼運動不能。往々有蜂窩織炎合併。

其他全身症狀如發熱及有發熱症狀。本症不如淋毒性關節炎，由保守療法或聽其自然而治，若放置之，向顳顳部，外耳道破裂，甚至向顳底破潰，後者尤為危險。

本症亦易發生頷攀急。

療法：務必早期切豫行排膿法。陳舊者切除關節頭可也。

B) 慢性炎症

1) 頷關節之慢性關節癱瘓質斯

較多見，其程度輕重不等。輕者，時發輕微鈍痛，咀嚼運動時，稍有障礙。際寒濕季節，則疼痛增強。但多不遺頷攀急而治。

在重症，疼痛雖不甚而頑固，因氣候變換而增劇，雖與畸形性關節炎類似，但無關節變形。因機能障礙，而遺頷攀急者有之。

療法：與急性癱瘓質斯同，但難治耳。

2) 頷關節之畸形性關節炎

甚罕見，日本尤罕有。多起於老人，為一側性或兩側性。

開始屬潛行性，與他部關節相同，當咀嚼運動時，感有高調之摩擦音，時有輕微鈍痛，時或放散於耳及顳額部。

本病特點，為頷關節窩及關節頭之骨及軟骨，有不規則之消耗及增殖，因是發生關節變形(但比四肢關節為輕)。該變形若非末期，雖外觀上不明，由愛克斯線檢查，則可明瞭。但頷關節之機能，雖末期，亦多少保存，無發生重症頷攀急者。

療法：雖有種々療法，均無結果，預後不良，但無因此直接致死者。

3) 頷關節結核

甚罕見。多為骨型頷關節有慢性腫脹及多少機能障礙，時或伴有輕痛。往々在附近，尤在顳額部生寒性膿瘍，本病特見於衰弱小兒，預後多惡劣。

療法：根本的行頷關節切除，或試行愛克斯線療法。

4) 頷關節黴毒

甚罕見者，由第三期黴毒侵犯頷關節，無特別原因，逐漸頷關節發生機能障礙。有時遺留頷攀急。

關於他種關節炎，參照外科總論。

IX. 頷 擊 急 (牙關緊閉)

所謂頷擊急者，指頷關節之攣縮或強直而言，其原因有種。

1) 炎症性或症候的頷擊急

繼發於各種炎症。a) 多為急性，如頷骨骨膜炎，齒齦炎，扁桃體炎，明腔炎，急性腮腺炎，急性頷下腺炎，頰部蜂窩織炎，智齒難生等是，以上皆兼有急性炎症，同時發生頷擊急。若急性炎症一退，則頷擊急亦消失。

1) 其慢性者，由頷骨部之放線狀菌病，發生頷擊急有之。

2) 癥痕性頷擊急

a) 在皮膚，如面之火傷，腐蝕及大創等之後，在頷關節部因癥痕性收縮而生頷擊急。

b) 在粘膜，如水癌，重症口內炎，潰瘍等之後，由癥痕性收縮而起。

3) 肌性頷擊急

肌之疾病，尤有因咬肌微毒而來者，但甚少耳。

4) 因腫瘍而發之頷擊急

因頷關節附近生腫瘍，其運動有受障礙。腫瘍大時，其診斷一目瞭然，若由頰粘膜或齒槽粘膜所生之癌腫，非細心檢查，其診斷有不明者。

5) 痙攣性頷擊急

最特別者。由於破傷風本症每為破傷風最初之症狀。其他狂犬病，香木髓素中毒，亦能發生，但是時他部之痙攣亦著明。此外癱病，腦出血時，亦可見之。

6) 關節性頷擊急

最為多見，a) 其急性者，由於急性癱麻質斯性關節炎，淋毒性關

節炎，急性化膿性關節炎等。

b) 其**慢性**者，如慢性癱瘓質斯關節炎，變形性關節炎，結核性關節炎，黴毒性關節炎等。

由強直之狀況，區別為 i) 結締織性強直，ii) 軟骨性強直，iii) 骨性強直等，後二者之強直最強。

又領攣急，分為 a) **偏側性**及 b) **兩側性**。偏側性之領關節，多少可以運動。

領攣急劇烈時，因咀嚼運動不能，難於攝食。口腔不能完全清潔，有發口內炎者。小兒發生高度領攣急時，下頷骨之發育，不能完全，遂起**小頷症**，而呈**鳥顏**之形狀。(第 188 圖)。

療法：由其原因而異。

- 1) 炎症性領攣急，由炎症消失而治。
- 2) 癩痕性者，須切除癩痕，行整形手術(參照面整形手術)。
- 3) 肌性領攣急，用 Esmarch 氏開口器逐漸擴大之。
- 4) 由腫瘍而來者，非摘出腫瘍不可，但有不能手術者。
- 5) 痙攣性領攣急，以原因療法為主。
- 6) 關節性者，由其程度而異。

a) 結締織性強直時，用 Esmarch 氏開口器，每日 1—2 次，每次三十分，逐漸擴大口裂，或行全身麻醉，用強力擴大之，此外之後療法可照上法行之。

b) 軟骨性及骨性強直時，行投動術。先在領關節部行 T 字狀皮膚切開，對領關節軟部用鈍銳力遊離之，用鑿子切除領關節頭，搔爬關節窩，用開口器充分開口之後，在關節窩之間，用筋膜或嚼肌之有莖肌瓣插入並固定後，行皮膚縫合，約經一星期，用開口器開口，使之運動。

第四節 頤骨腫瘍及囊腫

頤部發生種々腫瘍及囊腫，尤在頤骨，有特別新生物。

I. 牙 腫

由齒牙之發育障礙所生之特種腫瘍，以智齒爲特多。每在下頤而上頤較少。本症分爲二種。

A) 軟性牙腫

症狀：齒牙發育初期之組織，由齒髓及齒牙周圍組織所生成，初生於頤骨內，次第露出骨外。

初爲骨之硬化，骨因逐漸增大而變薄，呈羊皮紙狀啞軋音，但此種發育，通常緩慢，幾無向外部破裂者。

本病雖成自先天性，在小兒期不明，至少年期及成人始顯著者甚多。因無疼痛等之自覺症狀，故多不自知發病。

診斷：初期困難，須與硬纖維腫，軟骨腫，骨腫，肉腫之初期，釉質腫等區別。愛克斯線檢查，亦足爲診斷之助。時或在手術後，始得診斷。

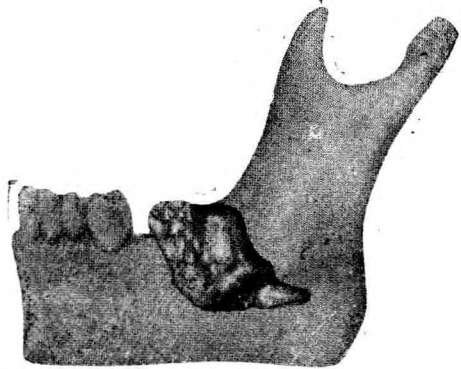
預後：非惡劣。

療法：多鑿開骨部，行剝出術。腫瘍大時，有行頤骨切除術者。

B) 硬性牙腫

較前者更遲之齒牙發育時，發生本病，由齒釉質，象牙質，骨質所生成。

第二百十四圖
牙 腫



症狀：頤骨內生限局性腫瘤，常由結締織包裹之，恰如異物。硬度為象牙狀硬，其發育完全緩慢。故伏在骨內時，常不知其存在，比及露出表面，由其特別硬度，足以診斷。又本病所在地之齒牙缺如。

時或由牙腫，在其周圍發生骨壞死，後貽慢性瘻管。

其他所謂**齒根牙腫**，由通常發育之齒根，所生特硬之結節，且難於分離。多於拔齒時偶然發現。

診斷：硬牙腫，多偶然發現，露出表面者，須與骨腫區別。

療法：硬牙腫，多無加療之必要，若有必要時，行拔齒術及剔出術。

II. 釉質腫

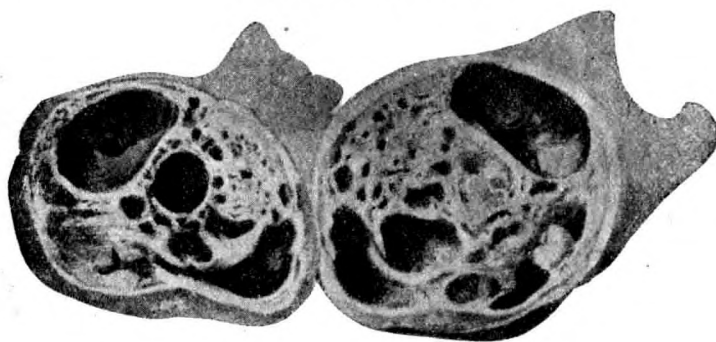
由齒發育之釉質所成。分為次列兩種。

- a) 囊腫性釉質腫或多發性頤骨囊腫。
- b) 實質性釉質腫或狹義釉質腫往々合併而來。

病理：釉質腫有特別細胞羣，其周圍有多結締織。細胞羣之基底細胞，與齒之釉質細胞一致，為梭狀，內部細胞為骰子形或不規則形。囊腫性釉質腫中有內腔，實質性則否。時或在細胞羣中，有發育不全之齒牙。

第 二 百 十 五 圖

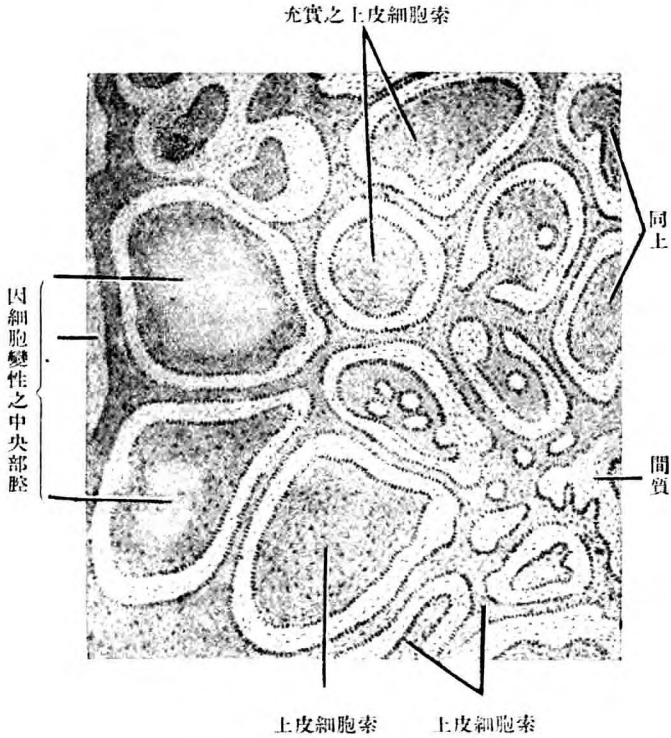
多 發 性 頤 骨 囊 腫



第二百十六圖

囊腫性及充實性釉質腫

邊緣圓柱狀，內部爲不正骰子形以至扁平狀(中央呈星狀)



症狀：該腫瘤之起源雖屬先天性然常於成人之下頷見之。

頷骨隆起，逐漸著明。起初之硬度如骨，終呈羊皮紙狀啞軋音。迨骨質破開，得接觸柔軟之腫瘤，但缺骨膜之增殖及轉移，此肉腫不同之處。

囊腫性常比實質性之發育急速且硬度柔軟，有時可見波動，大小不等，有時頗大。

診斷：須與種々頷骨腫瘍及囊腫區別。本症發於成人，發育稍速，但缺轉移，爲限局性，並齒牙缺損等，均須參考。愛克斯線檢查，亦

第二百十七圖

釉 質 腫



第二百十八圖

巨形下頷釉質腫
(青山外科教室)

屬必要。時有由手術始能診斷者。

預後：除特別巨大腫瘍外，手術容易，故預後非不良，若腫瘍巨大，非切除頷骨則不可，腫瘍過大時，有不能手術者，時或再發。

療法：對腫瘤手術，由骨部鈍性剔出之。腫瘍大時，行頷骨切除，其後用頷骨補裝器。

III. 濾胞性齒囊腫

齒發育時，由齒濾胞所生成，在上下頷骨發育。本症見於第二生齒期以 12—16 歲為最多，但由智齒發生者，於三十歲以後多在下頷。

病理：多為單房性囊腫，有粘液及黃色，透明，漿液性液體，含有膽固醇板，內壁為結締織，覆以扁平上皮細胞。

症狀：發育甚慢，齒槽突逐漸平坦腫脹，或生半球狀腫脹，其境界較明瞭。表面平滑，有健全粘膜被覆之。初硬如骨，次第發羊皮紙狀啞軋音，終有波動可以證明。

與囊腫相當部分之齒，多不存在，該齒存於囊腫中。又隨囊腫之增

第二百十九圖
下頷骨濾泡性齒囊腫
(Path. Instit. Zürich)



第二百二十圖
濾泡性齒囊腫 (杉氏)



第二百二十一圖
濾泡性齒囊腫
(北村氏)



第二百二十二圖
濾胞性齒囊腫
(青山外科教室)



大，其他齒列因而紊亂。

通常無自覺症狀，但囊腫化膿時，有劇痛及發熱等。

診斷：須與齒根囊腫，釉質腫區別。

預後：不甚惡。

療法：剔出術。

第二百二十三圖
齒根囊腫
(慶大外科教室)

IV. 齒根囊腫

原因：由齶齒生齒根肉芽腫，上皮漸次侵入頷骨內，成上皮性囊腫。但罕見，以上頷骨為多。

症狀及診斷：發病年齡，以20—30歲為最多，由乳齒發生者甚少。

症狀略與濾胞齒囊腫同，但本病 a) 齒



牙不缺，有齶齒，b)前者以下頤為多，本症以上頤為多，此其區別也。

預後：佳良。偶有由是發生癌腫之報告。

療法：剔出術。有時由拔齒而治。

V. 頤骨肉腫

與他骨同，分為a)骨膜性肉腫b)骨髓性肉腫而發生，在組織學上，以梭狀細胞肉腫為最多，時或為巨細胞肉腫，圖形細胞肉腫，又或發生纖維肉腫，粘液肉腫軟骨肉腫。其他有口軟部肉腫，次第侵犯頤骨者。頤骨肉腫，見於青年，時亦在壯年見之。

a) 骨膜性肉腫

下頤多由齒槽突及頤骨體部發生，上頤由齒槽突，頤骨體部或 Higmore氏腔，腭等發生。

腫瘤增大較速，境界稍不明，硬度初稍柔軟，但不久因骨膜新生，

第二百二十四圖

下頤骨骨膜性肉腫

(慶大外科教室)



第二百二十五圖

上頤骨肉腫(在胸部生轉移)

(高橋外科教室)



成爲強韌，甚至硬如軟骨者亦有之。

骨膜性肉腫，因生在表面故，發現較早，缺神經痛。頷骨腫瘍中，以肉腫爲最大，向口腔，頰部，額部，頸部等，顯明突出，終至破開皮膚及粘膜，有出血及腐敗者，又能發生頭腺轉移及血行轉移，呈殘酷之狀態。

b). 骨髓性肉腫

由頷骨內部發生，漸次骨部隆起，呈羊皮紙嘖嘖音，終至破裂，腫瘍露出表面，且急速增大。腫瘍在骨之內部時，雖無骨質新生，迨在骨表面發育時，促進骨膜新生及石灰沈着。

骨髓性肉腫，因在骨內發生之故，難於早期發覺，如骨膜性肉腫，時或以三叉神經痛開始。又在 Highmore 氏腔發生者，其狀態與 Highmore 氏腔癌腫有似。

肉腫漸大，在口腔，鼻腔，眼眶等發育時，各部皆受壓迫，在眼眶時，壓迫眼球，時或向顛底破潰。或向外部破裂，發生腐敗，出血，造成頸腺及血行轉移者有之。

診斷：腫瘤顯著時，診斷雖易，初期非與各種腫瘤及囊腫等區別不可。

預後：早期加療可救，否則不良。

療法：腫瘍與頷骨同時切除。愛克斯線療法，鐳錠療法有時可以奏效，但根治仍有疑問。

第二百二十六圖

上頷骨軟骨肉腫

(山村博士)



VI. 上頤癌腫

上頤癌腫較常見，其大部分由 Highmore 氏腔發育，最少數，由頤骨內之釉質細胞，或有由囊腫生成癌腫。但非由骨自身所發生，係由 Highmore 氏腔上皮，發生表皮癌，時或為單純性癌，腺癌。其他由齒槽突及腭之癌腫，逐漸侵犯頤骨者亦有之。

症狀：本病初期，多由潛行性開始，時有三叉神經痛或齒痛。本症時誤認為單純齲齒，雖施行拔齒，而齒痛仍不治。故在四十歲以上者，無齒牙變化，有頑固性齒痛時，須置疑本病。

第二百五十七圖

上 頤 癌
(慶大外科教室)



第二百五十八圖

左 上 頤 竇 癌 (末期)
(永樂病院)



Highmore 氏腔之癌腫逐漸擴大時，先向抵抗力薄弱處推進。如犬齒窩，鼻腔膠，眼眶等壓進且膨隆。或在頤部生浮腫，眼裂變而狹小。初硬如骨，隨其擴大而生羊皮紙狀啞軋音，終至破裂，癌腫達於皮下，粘膜下，皮膚及粘膜。有癌腫固有之惡臭及污液之排出。

或由 Highmore 氏腔之排出管，有惡臭漿液性膿及污血經鼻排出。或

在其排出管之出口生血性茸腫(由組織學的檢查時屬癌腫)。

在初期雖無淋巴腺轉移，末期著明。

診斷：末期雖易，初期則難，有頑固性齒痛時，須置疑本病而詳細檢查之。對**上頷蓄膿症**之區別，由鼻分泌物，試驗穿刺，愛克斯線檢查及轉移等可也。

又上頷骨膨隆時，須與**頷骨肉腫**，種々**頷骨囊腫**區別，由發病年齡發育狀況，轉移，愛克斯線檢查等。

預後：多不良，雖行手術亦常再發。

療法：祇有上頷骨切除。參照上頷骨切除術。

VII. 頷骨良性腫瘤

上頷骨或下頷骨中，間或生纖維腫，軟骨腫，血管腫等。又 Highmore 氏腔，除上述腫瘍外，有生乳嘴腫者，但均甚罕。

齒齦腫或齦瘤

昔視爲特別腫瘤，近知爲齒齦所生實質性腫瘤之總稱。其中有纖維腫，纖維肉腫，梭狀，細胞肉腫，巨大細胞肉腫等，內以纖維腫爲最良性，梭狀細胞肉腫爲最惡性。

症狀：以下頷骨前緣爲最多，時或在上頷骨前緣。

ii) 多在齒齦，見有豌豆大至示指尖大之腫瘤，其大者如胡桃至雞卵大，能露於口腔之外。

iii) 形狀爲扁平腫脹，或瘤狀顯明突出，或有莖，其界限多分明。

iv) 表面平坦或多少不平，受粘膜被蓋，爲紅色或青紅色。

v) 硬度強韌(良性)或稍柔軟(惡性)。

vi) 常缺疼痛，間有輕痛。

vii) 接近腫瘤之齒，浮動或脫落，有時由齒齦易於出血。

viii) 發育常緩慢，但腫瘤柔軟時，發育頗速，或初甚緩慢，驟變爲急速發育者(由良性變惡性時)。

第二百二十九圖
上頤部 齶瘤
(慶大外科教室)



第二百三十圖
下頤部 齶瘤
(京大外科教室)



第二百三十一圖
惡性 齶瘤 (肉腫)
(瀨尾外科教室)



第二百三十二圖
巨大之上頤齶瘤
(山村博士)



ix) 幾不作轉移，但摘出後常再發。

診斷：由其所在地，經過，及特別形像，易於診斷。

預後：由手術可治，間或再發。

療法：須切除腫瘤。是時祇切除軟部時，易於再發，須將腫瘤周圍之健全軟部與齒槽突之一部，用 Lürer 氏骨鉗子同時切除之。

其他有由齒齦發生**血管腫**，**淋巴管腫**，**癌腫**等者。

以上參照口腔腫瘍項下。

第五節 頷骨手術

A) 上頷骨切除術

因有上頷骨腫瘤，須行切除術，茲先述手術之一般注意如次。

a) **麻醉法。**往時雖行全身麻醉，但因其消失呼吸器粘膜之反射，血液由肺吸入，有發嚔下性肺炎及肺壞疽之危險，故用半麻醉法預防之。在手術十五分鐘以前，注射嗎啡，(Pantopon)，或(Scopolamin)，後，行 Chloroform 或 Aetherchloroform 麻醉，勿使至深麻醉，由半麻醉狀態時行手術。是時不用普通口罩，用 Junker 氏裝置或 Braun 氏裝置行之可也(參照外科總論)。

但近來對頷骨切除，不施全身麻醉，祇行**局所麻醉法**尤以 1% Novocain 液(1%液 100 cc 內，混腎上腺素 5—6 滴)行 Braun 氏傳達麻醉法。對三叉神經第二枝及第三枝，各注射 Novocain 液 5 cc，是時欲判定注射位置，須在相當注意下行之，但著者近來用簡單方法，即對頷骨切除所必需之皮膚切開，照常法充分注射，以麻醉之，造皮膚劑開後，直接觀察上頷骨，施行三叉神經枝注射。用本法時，無論何人皆能簡單達目的。但是時亦須預先注射嗎啡或 Pantopon 等鎮痛劑。

b) 頸外動脈結紮法

上頷骨手術時，出血頗多，時有發生嚔下性肺炎之危險，為預防計，以結紮頸外動脈為宜，結紮頸總動脈時有消失腦血行危險，須特別注意。

病人位置取背位，使頸向他側稍彎，以伸張其手術側。

由胸鎖乳突肌之前緣行皮膚切開，切開之末端，大略舌骨高處為止。

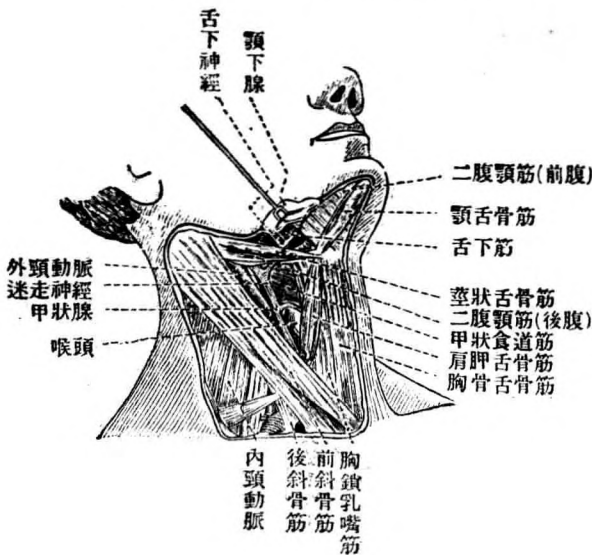
次將表面筋膜及頸潤肌切開，露出頸外靜脈，用鉤將該靜脈引向後上方，再

鈍性剝離深進時，由肩胛舌骨肌與胸鎖乳突肌之交叉角內，包有頸總動脈及頸內靜脈之血管鞘。靜脈在動脈之外上方，兩血管之間，迷走神經介乎其間，分離之向上方進行，即達頸外動脈及頸內動脈之分岐部。故須在分岐部上方，用動脈瘤針，結紮頸外動脈。

又分岐部上之頸外動脈，有甲狀上動脈之分枝，在舌骨高處，有舌動脈，由頸外動脈分枝，故甲狀腺腫及舌之手術時，在該部行結紮(但舌動脈結紮時旋有別種切開法)。

e) **病人位置**，行動脈結紮時，使病人取臥位，行頤骨手術時，病人取半坐位，以防誤嚥血液等。

第二百三十三圖
頸部解剖圖



d) **消毒**，口腔由齒科醫清潔齒牙及其周圍，用10%過酸化水素水，屢次嗽口，在手術前，用碘酒塗抹齒齦。面部皮膚，用 Grossich 氏法，于碘酒乾時，以酒精拭淨之。

1) **上頤骨全部切除術**

i) 面皮膚切開時，以不損傷 Stenon 氏管，頰外動脈及面神經爲要。欲達上述目的，雖有 Dieffenbach, Nélaton, Velpeau 等皮膚切開法，通常多用 Weber 氏之皮膚切開法。該法，不獨副損傷較少，即手術後之瘢痕亦少。

該皮膚切開，一刀直達骨部，皮瓣向下外方剝離，有切斷軟部之必要時，則切斷之。

ii) 切除上頷骨時，對四突起之骨部，非離斷不可。

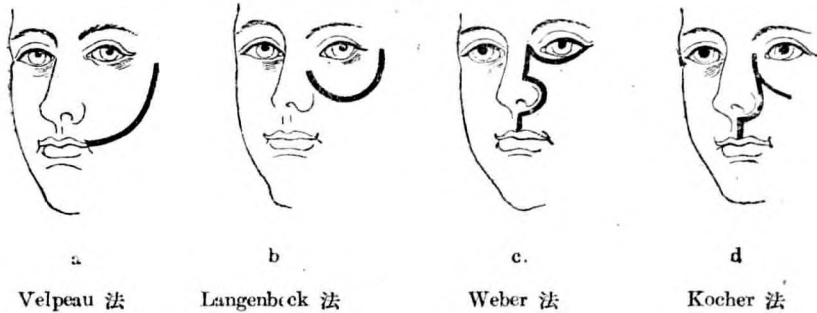
a) 先爲離斷額骨計，用潤鈎，提高眼球向內上方而掩護之。誘導子之先端，用絹絲連結 Gigli 氏線鋸，由下眼眶破裂，通過額突後面，由內上方向外下方，通過線鋸。線鋸之兩端，接以線鋸把手，以鋸斷額突。

b) 次用骨鉗離斷額突。或開淚骨，由眼眶之梨狀孔，通線鋸以鋸斷之，或鑿斷之。

c) 爲切除腭部計，將患側之大白齒拔除，硬腭之粘膜，與骨膜，在縱方向

第二百三十四圖

上頷骨全部切除術



切開，達軟腭時，改爲橫向切斷之，次用板狀鑿，於齒槽突前面，以木槌強打，使腭裂開，或用線鋸亦可。

d) 最後分離頷骨與蝶骨間翻狀突之結合，上述三結合已經離斷之上頷骨，可用骨鉗固定，以強力向外振轉，且向下牽引，可折開骨質結合。此事外觀雖似殘忍，實則可以減少出血，並無其他危險。

上頷骨離斷後，用紗布強力栓塞之。是時若頸外動脈已經結紮者，大抵可以止血。仍有多少出血時，可結紮出血之血管。止血後，凡留有可疑之組織，用

剪刀或Lüer氏骨鉗剷除之。

手術時，爲預防血液入呼吸器，用Belleq氏管引導紗布，栓塞鼻腔，但行局部麻醉時，則無此必要。若血液多在咽腔時，用鉗子夾紗布拭除之。

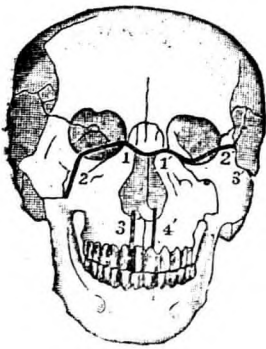
iii) 軟腭存留時，於頰粘膜之間縫合之。用碘仿紗布栓塞手術腔面部切創，行第一次縫合。栓塞布通以粗線，置於口外，3—4—5日後除去之。面之縫合，6—7日後拔線。口腔用過酸化水素，時常清潔之。營養流動品。時或在手術前造成補填器，俟創傷全癒時安插之。

2) 兩側上頤骨全部切除術

行者甚罕。依上記切除法，行諸兩側是也。

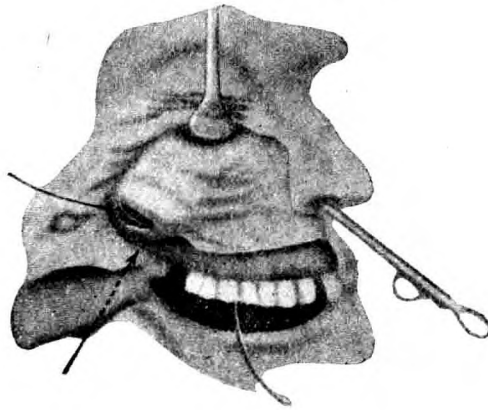
第二百三十五圖

上頤骨連續部離斷線



第二百三十六圖

上頤切除時之骨鋸斷法(Bier)



3) 上頤骨一部切除術

多屬齒槽突之切除，其他用於硬腭及眼眶緣之部分切除。簡單切開皮膚及粘膜，俟骨膜切開後，用Lüer氏骨鉗子或Liston氏骨剪刀或鑿子切除之。是時多不必結紮頸外動脈，出血由壓迫法可止。

4) 上頤骨一時的切除術或骨成形切除術

顱底之大腫瘤，擴大於鼻腔或於咽腔時行之。上頤骨一時切除，俟腫瘤摘出後，再復諸原位而縫合之。方法不一，常用者推 v. Langenbeck 氏法。

i) 皮膚切開，如第 237 圖所示，直達骨部，先將皮瓣，向內側翻轉，切斷

軟部後，自顴骨切斷嚼肌。

ii) 使病人開口，用線鋸送入翼腭溝，由後外，向前內，在水平方向鋸斷上頷骨，對 Highmore 氏腔行橫切開，達鼻腔，(是時為避免軟部副損傷，用示指插入口腔以保護之)。

iii) 用刺鋸或線鋸，鋸斷上頷骨之顴突。

iv) 次由眶上裂，在眼眶內角，切除上頷骨眶面而達淚骨時，上頷骨祇剩鼻骨及鼻額突之結合矣。

v) 於是骨膜剝離子插入顴骨鋸斷線而提高時，上記結合，可以解除並露出鼻腔及鼻咽腔。

vi) 於是除去該部腫痛止血後，使上頷骨仍歸原位而行軟部縫合。

其他尚有 Weber, Kocher 氏等法。

B) 下頷骨切除法。關於該手術之一般注意，與上頷骨手術略同。惟頸外動脈之結紮，得省略之。

1) 下頷骨半側切除術

i) 與下頷骨下緣相當，由頷角越過頰部正中，達於他側為止之骨膜，施行一時性切開(是時若切開線過近後方時，有損傷 Stenon 氏管及面神經之危險，須特別注意)。又頷外動脈，不免受傷，必須結紮。若頷骨腫瘍過大時，由頰部正中達下唇為止之部分，行縱切開，

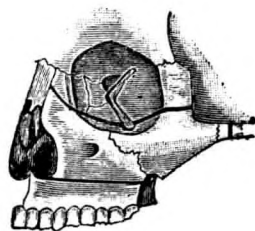
第二百三十七圖

Langenbeck 氏上頷骨
一時的切除術之皮膚切法



第二百三十八圖

表示前圖手術時
之上頷骨鋸斷線



ii) 切除刀對頷骨緣之骨膜，行縱切開後，用骨膜剝離子，將骨膜與軟部同時由骨部剝離，但須保存齒槽突之粘膜(後將該部粘膜行縱縫合)。

iii) 在下頷骨正中，須切除部位之齒牙拔除之，用線鋸或刺鋸鋸斷下頷骨。

iv) 由助手將軟部充分向上外方牽引，施術者之左手，用骨鉗子把持骨端，向下牽引之，附着於頷枝之軟部露出時，用鈍性或銳性離斷之。

v) 最後將下頷骨數回捻轉，縱關節韌帶及肌附着點之殘部離斷，而切除下頷骨。

vi) 止血後，粘膜用腸線縫之，皮膚除紗布栓塞及橡皮管外，皆施縫合。

手術後亦可用補裝器。

2) 下頷骨全部摘出術

是法極少行之。先在下頷骨頰部正中切斷後，據前記半側切除術，行諸左右兩側是也。

手術後，為預防舌向咽腔下降之故，通以絹絲蹄係，固定於口外。

3) 下頷骨一部切除術

a) 齒槽突切除術

與上頷骨同，若後方行切除時，有一時切開頰部者。

b) 下頷骨中央部切除術

由下唇之正中，將頰部切開，剝離骨膜及軟部後，鋸斷骨部。

為預防手術後舌向咽腔下降，用絹絲蹄係，固定於口外五日或六日。

c) 下頷骨體及下頷枝切除術

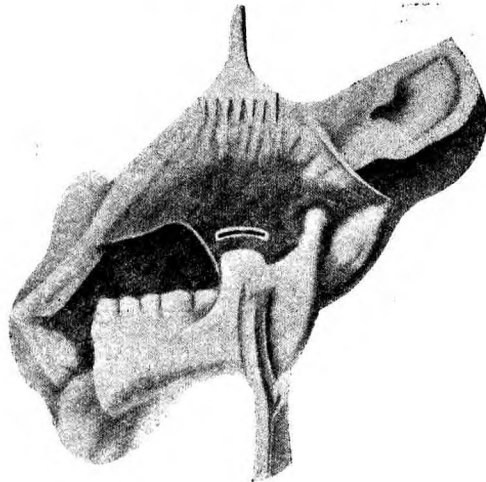
大體與半側切除同。

4) 下頷骨一時的切除術

口底，舌及扁桃體等惡性大腫瘍手術時行之。方法不一，茲述較常用之 v. Langenbeck 氏法如次。

第二百三十九圖

下頷關節離解術 (Bier)



由患側口角，下向甲狀軟骨爲止之高處，施行軟部切開，摘出頷下腺部轉移，又結紮舌動脈後，切斷二腹肌及舌肌附着點。下頷骨由外上方向內下方斜鋸之(爲欲便利以後兩骨端之接合)，用銳鉤將兩骨端排開後，切開口粘膜，得擴大口腔，施行前記手術。

5) 頷骨缺損補裝法。

因頷骨手術後之缺損發生咀嚼，嚥下，言語障礙及面畸型，故每用種々補裝法。

1) 立時補裝法

該法用諸手術直後，推 Schröder 氏補裝法爲最佳。如第 240 圖所示，其支持點，係在手術側之頷關節窩中。在他端遊離緣上所置之環，固定於殘存頷骨之齒牙，頷骨之機能，必能良好運用。此類裝置亦不一而足(參照齒科書)。

第二百四十圖
Schröder 氏即時補裝板
(Bier)



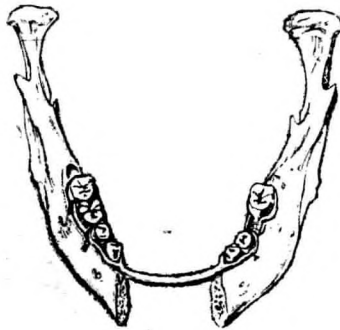
2) 二次補裝法

值手術創成爲癢痕後，持續的所用裝置是也(參照齒科書)。

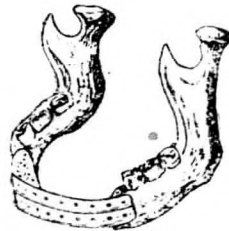
3) 植接補裝法

手術時，施行植接補裝法，是後不加其他操作，而使之痊治是也。此種補裝

第二百四十一圖
Sauer 氏線狀副子



第二百四十二圖
Partsch 氏金屬副子



器，有 Sauer 氏線狀副子及 Partsch 氏金屬副子等。

4) 游離骨移植法

左頤骨缺損部間，由鎖骨，肋骨及脛骨等所得之骨膜骨片以移植之。

關於耳鼻喉及副鼻腔參照耳鼻喉科書，關於齒牙，參照齒科書可也。

第四章 口腔外科

I. 加答兒性口內炎

原因：由口腔之腐蝕及輕度熱傷等，或因口內清除不周，尤為急性傳染病經過中及手術後，發生本病。

症狀：粘膜充血及腫脹，分泌物初較透明，後成白色而混濁(由於白血球及剝脫上皮)略有惡臭。每在唇，頰及舌等粘膜，生小水泡，破壞成小糜爛而疼痛，攝食為之障礙。但本症無發熱等全身症狀。

預後：多良，自然痊治。間或在經過中發生肺炎，因而致死者有之。

診斷：易。須與潰瘍性口內炎區別，但二者有交互關係。

療法：口腔手術後，或急性傳染病經過中，須注意口腔衛生，每日時常漱口。本病已經發生，其療法亦以含嗽為主。所用嗽口水，如10%過酸化水素水，2%硼酸水，2%醋酸鉛水等。

對糜爛，用硝酸銀棒腐蝕之，或用2%硝酸銀，5%碘酒，1%鉻酸等亦可，又時々塗硼砂甘油。

其他投瀉劑使大便通利。

II. 潰瘍性口內炎

原因：本症之成因有三種。

- a) 由加答兒性口內炎續發。
- b) 原發性由水銀，鉛，磷，銅等中毒，尤以水銀中毒，常於微毒之水銀療法時見之稱曰**汞毒性口內炎**。當是時，口之不潔及便秘，為其誘因。
- c) 由於壞血病者。(本症別有記述)。

症狀：齒齦腫脹，發紅，較唇頰之粘膜為著明，齒齦弛緩，處生糜爛及淺潰瘍，頰痛，有輕出血，口臭及流涎著明，重症者在齒槽突

發生骨疽。時或有輕微熱發。

診斷：多易。須問其有無使用水銀等。**加答兒性口內炎**與本病初期雖不易區別，加答兒性者侵犯齒齦不著，一般症狀亦較輕，但由加答兒性移行於潰瘍性者有之。

對濾胞性口內炎及壞疽性口內炎之區別，可參照後項。

預後：非甚不良。但視原因而異。間有發生嚥下肺炎之危險。

療法：先除病因，其他療法，與加答兒性口內炎同。

III. 水瘡或壞疽性口內炎

原因：對病原菌之報告不一，尙未決定。3—7歲之小兒爲多，乳兒及成人則少。

本病多發於麻疹，肺炎，腸傷寒等病後，尤以營養不良之小兒佔多數。

症狀：i) **原發竈**多始自齒齦或頰粘膜，(尤爲口角粘膜)間有由腭起始者。

ii) 初呈潰瘍性口內炎狀，漸變爲壞疽性，或起初卽爲壞疽者有之。又在壞疽前，有構成水疱者，有不然者。

ii) 陷於壞疽之部分，成穢灰黃色及穢暗黑色。周圍之境界，雖較明瞭，在周圍常有浮腫性腫脹或有水疱。壞疽之擴大頗速。

iv) 隨潰瘍之擴大，發生齒齦崩潰，齒牙脫落，頰部破潰或穿孔，頷骨，舌，腭鼻等之破潰發現巨大缺損者有之。

v) 其他在局部頰痛，有口臭及流涎，攝食困難，頷下腺或頰下腺有發炎症性腫脹。

vi) **全身症狀：**多有體溫昇騰及熱症狀。

預後及經過：壞疽在1—2日或數日之間，急速擴大，因敗血症，虛脫或出血致死，或發生嚥下性肺炎若能在早期行適當療法，則多可救。

診斷：多易。**潰瘍性口內炎**與本病初期，有難於區別者，由組織壞

死之有無，口臭，全身症狀等辨別，惟兩者可互相移行，須加注意。

療法： i) 力求增進全身營養。

ii) 壞疽初期，用 Lugol 氏液塗抹，有輕快者。

iii) 於病竈周圍，用 1% Rivanol 液注射後，從健全部切除之。

iv) 在健全部分，切除病竈，以烙白金充分腐蝕之。

v) 始終用 10% 過酸化水素嗽口。

vi) 痊治後，對缺損部，施行整形手術。

IV. 亞布答性或濾胞性口內炎

原因：尚不明。或謂係由牛乳傳染，主要發於乳兒。

症狀：本病特徵，係在口粘膜，尤為舌緣，舌繫帶，口唇，頰粘膜(但腭甚少)，生扁豆大至豌豆大之灰白色或稍帶黃色斑點，多扁平或稍隆起，斑點周圍有赤暈，斑點之數亦不等，或由多數斑點，融合而成大斑。

其他口腔有灼熱感，咀嚼及嚥下運動，發生障礙，有流涎，但無口臭。常有發熱，倦怠及淋巴腺腫脹等。

預後：多不惡，時或有肺炎合併之危險。

診斷：多易。但須與鵝口瘡，潰瘍性口內炎，白喉等區別(參照小兒科書)。

療法：用 2% 硝酸銀塗抹，多可癒。

V. 壞血病

原因：新鮮食物，尤以野菜攝食不足，缺乏維他命 C，是其原因。在長期航海及冬期蟄居，有發病者，曾有人報告，東京之一苦學生，發生本病。

症狀：前驅症狀。如貧血，全身衰弱，運動時之胸內苦悶，心悸亢進及肌痛等，感情易變或成無慾狀，時伴有咽峽炎。本病定型之症狀如次。

第二百四十三圖

面 水 瘡 (七歲三個月兒童)



i) 出血性齒齦炎

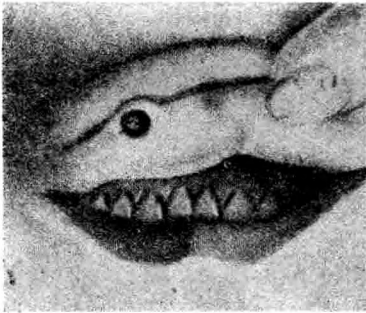
齒齦腫脹，呈蒼白色，失緊張力，甚易出血，或自然出血。或表面破潰，成爲潰瘍。因疼痛劇烈，發生咀嚼障害，營養愈陷不良。口臭特甚。齒齦之變化，專在齒牙接近處，無齒牙處則否，且無齒牙之小兒及老人，不見本病。

ii) 自然出血

血友病時，除齒齦以外，如鼻粘膜，胃，腸，腎，膀胱，泌尿生殖

第二百四十四圖

口唇之硬性下疳
(Cemach)



第二百四十五圖

口唇軟性下疳
(京都帝大外科教)



器，肋膜心囊，腹膜，關節，皮下等，有出血。

iii) 血之性質

血色素及赤血球減少，呈水血症之狀粘稠度及凝固力亦減少，因是止血不易。

預後：放置之，由衰弱而致死，早治，可救。

診斷：由症狀與原因，易於診斷。時或須與潰瘍性口內炎區別。

療法：含有維他命 C 之食物，尤以新鮮野菜，果實(橙檸檬)等之供給，可以快治。

VI. 口腔結核

殆無原發性多為續發，特以肺結核末期為多。故臨牀之意義甚少。

症狀：咽，腭，舌根，齒齦及口角等，有灰白色或稍帶黃色，針頭大至小豆大結節，為散在性或為集簇性，結節稍有滲潤。隨結節之增大，破潰，而成潰瘍，其表面有乾酪樣物質，潰瘍疼痛頗甚。

診斷：多易。

預後：肺結核病人，生口腔結核時，其預後大抵不良。

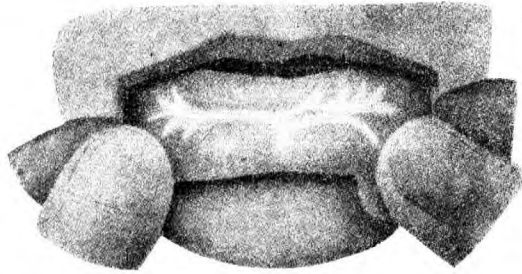
療法：無法可治，疲痛難堪時，用2%乳酸腐蝕之。

狼瘡由面進犯口腔者有之。(參照面結核)。

第二百四十六圖

口腔第三期微毒癩痕

(Moral)



第二百四十七圖

唇瘡 (慶大外科教室)



第二百四十八圖

末期之口唇瘡 (慶大外科教室)



VII. 口腔微毒

各期微毒，可以侵犯口腔。

1) 初期硬結

日本雖甚少，歐美往々見之(因口性交?)。

本症在口唇最多，其他發於舌，頰，扁桃體。等

其狀態與外生殖器完全相同，在頷下淋巴腺生亞急性炎症，腫脹著明，硬結而不痛。

2) 第二期，有二三變化。

a) 微毒性紅斑。

主要在腭，扁桃體及咽喉表面，其狀態與皮膚同，經2-3星期或數星期而治，在咽，存在有較長者。

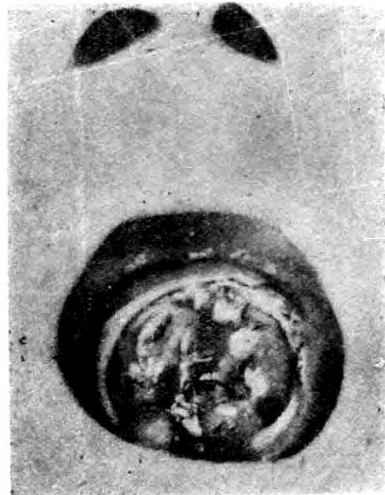
b) 微毒性丘疹

口腔到處發生，呈白色，稍隆起，時或破壞成小糜爛，而有過敏性。

第二百四十九圖
腭 瘡
(桐原外科教室)



第二百五十圖
末期之腭瘡
(瀨尾外科教室)



2) 扁平疣贅

生在口角及舌，為豌豆大至示指尖大之扁平隆起，表面呈乳白色，稍有痛覺。

3) 橡皮腫

發於第三期。舌部最多，其他咽，腭扁桃體及口唇等，亦見之。腫物初柔軟而有彈性，逐漸軟化而吸收，或軟化破潰而成橡皮腫性潰瘍，漸化瘻瘻而治。在腭有因而穿孔者。又在咽，全癒後，發生瘢痕性癒着，致起嚥下困難，甚至呼吸困難。

診斷：多易。懷疑時，行 Wassermann 氏反應及驅微療法。須與癌腫及結核區別。

療法：驅微療法。

VIII. 口腔腫瘍

述其主要者如次。

1) 淋巴管腫。口唇，頰，口底等，時有由先天性發生海綿狀淋巴管腫者，以故該部著明，腫脹，成巨唇或巨頰之狀態。硬度柔軟有壓縮性。與血管腫不同，不見血色，但巨大時，透視呈蒼白色。

第二百五十一圖

下唇之粘液囊腫

(山村博士)

2) 血管腫。在前述部位，有發生單純性血管腫或海綿狀血管腫者如淋巴管腫，呈巨唇巨頰狀態，是時多可透視暗紅色或青色，俱深部之小血管腫，其着色不明，使病人努責時，其容積增大，着色亦變而著明，硬度柔軟而有壓縮性，時或在中心有韌固結節，可以觸知之。



3) 脂肪腫。較罕，須與血管腫及淋巴管腫區別。

4) 纖維腫。罕見。時或在粘膜上，成茸腫

狀，往々與粘液腫合併。

5) 乳嘴腫。時或在口底等見之。

6) 混合腫瘍。與腮腺腫相同，係由腮弓之迷芽所發育，在口唇，頰，腭，等發生。

7) 肉腫。甚罕見，有自少年發育者，繁殖急速，不獨能血行轉移，往々在頷下腺發現淋巴行轉移。

8) 癌腫。i) 口唇。下口唇，特以粘膜與皮交界處為多，常屬增殖性癌腫。

ii) 頰粘膜。多在上下頷間移行部附近，雖現增殖性癌腫狀，往々成爲潰瘍性癌或滲潤性癌，後者對開口動作次第發生障礙。

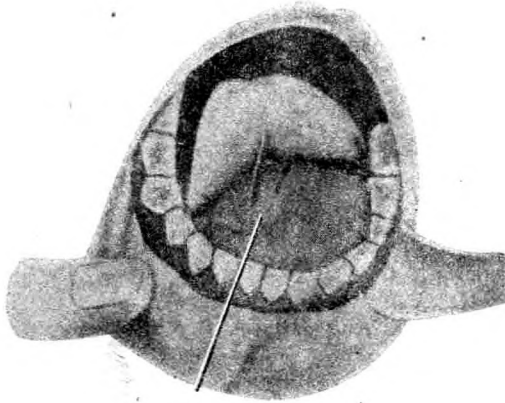
iii) 口底。時或生癌腫，此時癌種性滲潤多著明，舌運動發生障礙。

iv) 腭。少見。

口腔有癌腫時，於頰下腺及頷下腺發生轉移。

(詳細參照外科總論)。

第二百五十二圖
左側 蝦蟇腫
(Bergmann-Küttner)



第二百五十三圖
膨出於頷下之巨大蝦蟇腫
(山村博士)



IX. 口腔囊腫

1) 粘液囊腫

原因及病理：時或見於口唇及頰粘膜，因粘液腺排出管閉塞而生為具有薄壁之小囊，含水樣粘液，有在外傷後發生者，亦有原因不明。

症狀：囊腫為球狀或半球狀，約如榛實大有蒼白藍色，硬度柔軟而緊張，不如血管腫之有壓縮性，無壓痛。

預後：佳良。雖不能自然痊癒，但亦不至增大。

診斷：多易。惟須與血管腫區別。

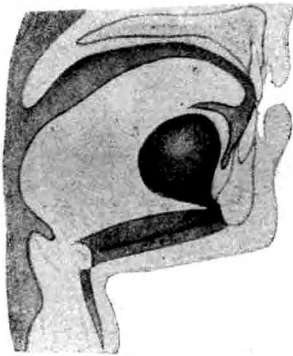
療法：在局部麻醉下，容易摘出。

2) 蝦蟇腫。

原因及病理：在口底舌繫帶傍，發生囊腫，以少年為多。其成因，諸說不一。

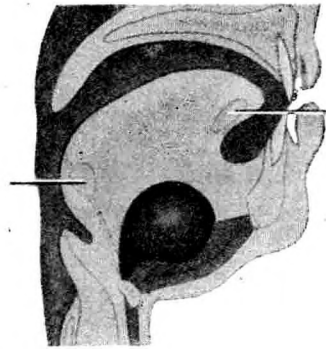
第二百五十四圖

舌下皮狀囊腫



第二百五十五圖

頰下皮狀囊腫



- i) 由 Bochdaleck 氏腺管發生，為顫毛上皮囊腫(Neumann)說。
- ii) 因舌尖 Blandin-Nuhn 氏腺排出管之閉塞所發生(v. Recklinghausen)。
- iii) 由胎生時之甲狀舌管遺殘物所發生(Sultan, Tillmanns)。
- iv) 舌下腺之滯溜囊腫(Retentionszyste)，(Suzanne, Hippel)。
- v) 舌下腺及頰下腺排出管之滯溜囊腫等說(Kroiss)。
- vi) 近來謂蝦蟇腫與微毒有關係云。(都築氏)。

症狀：蝦蟇腫本由舌繫帶之一側發生，漸次擴大，能達對側，但囊腫正中，受舌繫帶之壓迫而凹陷，宛如由舌繫帶兩側發生者。

形狀為球形或半球形，表面平滑。莖膜菲薄。內容透視為蒼白帶藍。不與粘膜炎着，無自覺痛，惟著明增大時，舌運動稍有障礙。

蝦蟇腫逐漸增大，不獨口底，頰下部及頰下部亦膨脹。多為單房性，囊腫，多房性甚少。囊壁菲薄，內容含有引襪性粘稠液體，常為無色透明，時或帶黃色，紅色或褐色。於基底雖有癒着，而於粘膜炎及皮膚則否，

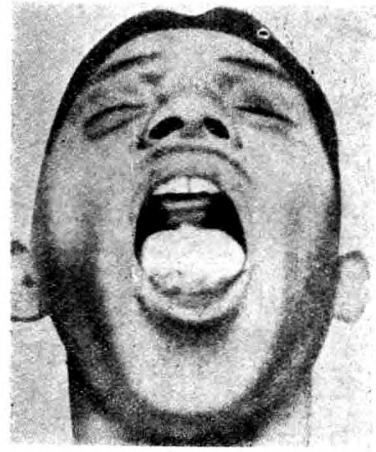
經過：完全慢性，間或因化膿而急速腫大，是時伴有急性炎症。

預後：對於生命無關，但用姑息療法則不治。

診斷：多易診斷，須與皮狀囊腫，血管腫及淋巴管腫區別。

療法：囊腫全部摘出。囊腫不過大時，由口底行手術，若大時由頰下部行手術。若囊壁有殘

第二百五十六圖
舌下皮狀囊腫(山村博士)



第二百五十七圖
頰下皮狀囊腫(慶大外科教室)



留，雖一部分亦難免再發。

囊腫不易全部剔出時，在可能範圍內，將粘膜與囊壁同時切除之，後將粘膜囊壁縫合，施行紗布堵塞，以待第二次痊愈。

雖有種々注射療法，但毫無裨益。

3) 皮狀囊腫。

原因及病理：在胎生早期，腮裂，將合成口部時，一部分之外胚層遂入其內，嗣後即生囊腫。

症狀：有二種以少年爲多。

a) 舌下皮狀囊腫。

發生在頰舌骨肌與頰舌肌之間，多在口底正中，時或稍偏一側，隨其逐漸擴大，向頰下部膨脹。硬度爲泥膏狀柔軟，於粘膜及皮無癒着，於舌骨及下頷骨癒着者有之。

雖無自覺痛，若著明擴大時，舌受壓迫，發生言語及嚥下運動障礙。發育雖緩，但急性炎症合併時，則急速增大。間或癌腫性變性，但甚罕耳。

b) 頰下皮狀囊腫。

在頰舌肌正中之下，爲半球形，如泥膏狀柔軟，表面平滑，於皮無癒着，常與基底癒着。囊腫逐漸增大，口底亦因而膨脹。

診斷：由口腔內之囊腫透色，硬度及試驗穿刺等，可與蝦蟇腫區別。

療法：行摘出術。囊壁不可有一部殘留，有則再發。根本手術，並非難事。

第五章 舌 外 科

I. 舌 畸 形

有種々畸形

1) 舌癒着症。

a) 先天性：舌緣兩側，有索狀物，向口底癒着，甚至舌有密着於口底者。

b) 後天性：潰瘍及化膿後，舌與口底間，有發生癒着者。

療法：對癒着部，加橫切開，而以縱向縫合之，瘢痕收縮大時，須整形手術。

2) 舌繫帶過短症。

捲舌音發生障礙。橫切開，縱縫之。

3) 舌繫帶過長症。

初生兒有因是窒息者，成長後於捲舌音，有障礙。縱切開後，作摺襞，在橫方向縫而短縮之。

4) 舌分裂或舌破裂。

輕者祇在舌尖，重者由先天性破裂，達於舌底。

將破裂之兩緣作新創後行縫合。

5) 舌過長症。

發生捲舌音障礙。切除舌尖後縫合之。

6) 舌肥大症。

多由先天性腫瘍，例如淋巴管腫及血管腫，由舌實質肥大者甚少。

7) 舌萎縮性。

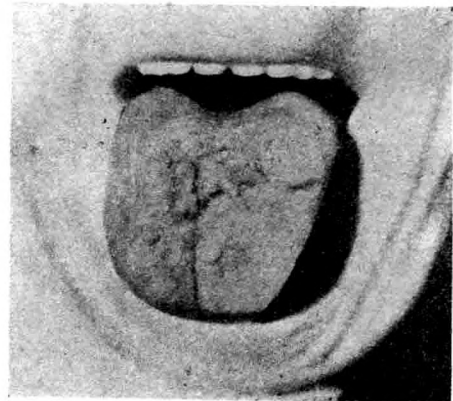
先天性與後天性俱見之，由脊髓痲者，屬後天性。

8) 舌之先天性缺損。甚罕。

9) 皺襞舌

第二百五十八圖

先天性皺襞舌 (Quervain)



由成人後之舌樣皮腫而來，舌成不規則形，由瘢痕收縮而凹陷，生多數皺襞。時有由先天性微毒者。

II. 舌 外 傷

舌有創傷，熱傷及腐蝕等，有時因發急性舌炎。舌創傷時，其創傷雖小，常有大出血，尤以舌動脈損傷時，可以出血致死。

時因尖銳異物刺入舌內，而發生膿瘍者亦有之。

III. 急 性 舌 炎

a) 表在性舌炎。

b) 急性深在性舌炎或實質性舌炎或舌蜂窩織炎。

前者與急性口內炎合併，茲祇就深在性舌炎述之。

原因：a) 原發性：因創傷，熱傷及腐蝕等。

b) 續發性：由表在性舌炎，急性扁桃體周圍炎，面及口腔丹毒與蜂窩織炎等。

其一部分能發生壞死，其他變為慢性炎症，發生舌膿瘍。

舌膿瘍多為示指頂大左右，硬度在初期稍鞏固，波動不明，稍有壓痛，至末期則波動著明。

急性舌炎之全身症狀中，有發高熱達 40°C 以上者，但漸變為慢性時，體溫亦歸下降。

症狀：舌腫脹全為急性時或大至平常之 2—3 倍，因是舌由口唇露出，難於閉口，舌運動亦有障礙，言語咀嚼及嚥下運動等，均受障礙，發生營養不良。若炎症強烈，口底及咽腔等腫脹達於喉時，有發呼吸困難者。

疼痛頗強，時或放散達耳部。舌乾而紅，且有舌苔。

初因舌實質之滲潤過強，硬度如板，但大抵數日後，可以吸收，或成膿瘍，而呈波動。

預後：一時雖現危險症狀，多不久即治，因而致命者甚少。

診斷：多易。但慢性舌膿瘍對腫瘍及橡皮腫，須加區別。

療法：用稀薄防腐消毒劑嗽口，時含冰片，給以流動食。有便秘者，予以瀉藥。

舌腫脹強時，對硬結著明之處，加縱切開。

呼吸困難強時，須行氣管切開術。

第二百五十九圖

舌 膿 瘍
(後藤外科教室)



IV. 舌 結 核

原因：與口腔結核同，多發于肺結核末期，原發者殆不可見也。

症狀：多在舌尖及舌緣，初生散在性或集簇性之粟粒結節，不久成爲結核性小潰瘍。其肉芽組織弛緩，灰白而帶紅色，基底常有乾酪物質，其緣如鋸齒狀。凹凸不平，緣下時呈掘鑿形。

潰瘍有互相融合，成大潰瘍者，又潰瘍周圍亦有新生粟粒結節者。

分泌物僅少，時或有出血。多有疼痛，末期尤甚因是食物不易進口，發生營養障礙。

預後：肺結核病人，有舌結核合併時，預後常不良(數月或1—2年後致死)。

診斷：須與舌橡皮腫及舌癌腫區別。

療法：i) 用烙白金或電氣燒灼後，以2—5%硝酸銀塗抹之。

ii) 用匙搔爬後，行腐蝕法亦可。

iii) 愛克斯線療法。

iv) 行摘出術，但業已進行者，不可用。

v) 藥物療法，雖有用2—5%乳酸或鹽化亞鉛等塗抹者，但無確效。

耳。

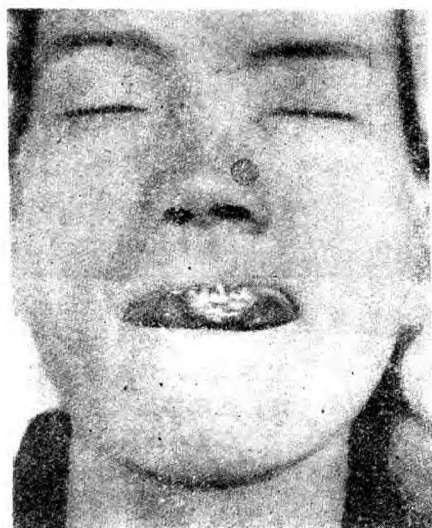
vi) 有劇痛時，可用麻醉劑。

V. 舌 徽 毒

1) **第一期**：有在舌部生硬性下疳者，但甚罕，常在頰下腺及頷下腺發生硬結性腫脹(參照外科總論)。

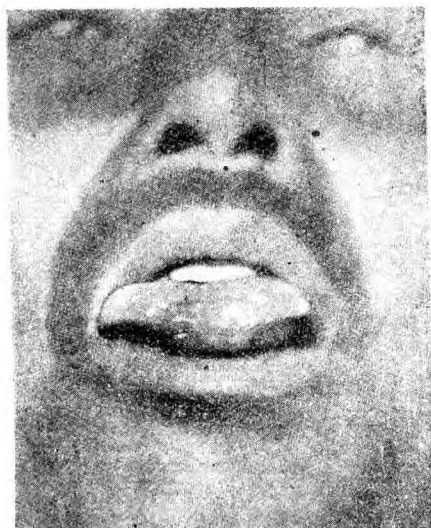
第二百六十圖

舌 結 核 (桐原外科教室)



第二百六十一圖

舌 結 核 (赤岩外科教室)



2) **第二期**：在舌上雖有發蕾微疹及丘疹者，但無甚意義。舌底發生多數丘疹之結果，遂有扁平萎縮，昔日信為係徽毒性典型，但近來在臨床上殊少意義。

3) **第三期**：舌粘膜下或肌質間，有生橡皮腫者。一般由橫紋肌生徽毒腫者，甚罕，惟舌肌則有時見之。大體可分為兩型。

a) **結節性橡皮腫**

i) **表在性**：舌尖或舌背生單獨或多數橡皮腫結節，自然吸收，殘

留小瘢痕性收縮，或軟化成橡皮腫性潰瘍而治。

ii) 深在性：在舌內生柔軟有彈力或稍韌固之結節，稍有疼痛。多

第二百六十二圖

舌 橡 皮 腫 (杉村外科教室)



第二百六十三圖

舌 橡 皮 腫 (桐原外科教室)



逐漸吸收，留結締織之增殖，後成瘢痕性陷凹。

b) 廣汎性微毒性滲潤

此亦罕見，舌肌內生粟粒大之小橡皮腫或細胞滲潤，因是舌有廣汎性腫脹，硬度亦稍韌固，但無壓痛，後因結締織增殖，逐漸萎縮且硬化，故有**硬化性微毒性舌炎**之稱，後因瘢痕性萎縮，舌形漸不規則，而現**皺裂舌**之狀。

診斷：結節性橡皮腫，須與舌腫瘤，舌膿瘍等區別。成為潰瘍時，須與其他原因所成之潰瘍區別。有瀰蔓性滲

第二百六十四圖

硬化性微毒性舌炎 (Schwalbe)



潤時，多易於診斷，有壞疑時，須試行驅黴療法。

療法：行驅黴療法。舌有變形時，無法可治。

VI. 舌放線狀菌病

甚罕見。舌部生硬結節及滲潤，徐々擴大，陳舊處軟化，排出含有菌塊之膿(參照外科總論)。

VII. 舌葡萄狀菌病

甚罕見，其性狀與他部同。

VIII. 舌 癩

在舌上生橡皮腫狀之癩結節，但亦以全身兼有癩病，故易診斷。

IX. 舌 潰 瘍

a) **單純性潰瘍：**舌之創傷，火傷，腐蝕後有發生者，形狀與其他相同。又舌緣，因受齶齒刺激，發生淺潰瘍，有難治者，當是時，若放置之或構成癌腫，故須及早治療齶齒。若屬單純性，則以除去刺激，可以速痊，若尙不治，即須疑及癌腫矣。

b) **特殊性潰瘍：**有由原癌腫，橡皮腫，結核，放線狀菌病等發生者，其形狀各殊，故診斷亦易。

加答兒性口內炎之糜爛，時有誤診為潰瘍者。

第二百六十五圖

舌之葡萄狀球菌病
(熊野御堂外科教室)



X. 舌之特殊疾患

1) 地圖舌

原因：尙不明，時於衰弱兒童見之。

症狀：舌背有不規則之地圖狀紅斑，其周圍有白堤漸擴大成蛇行狀舊斑次第消失。

自覺症狀，有燒灼感，時或覺癢，甚至疼痛。

經過及預後：經過完全慢性，但無生命危險，逐漸有痊治之傾向。

診斷：多易。須與黴毒疹區別。但後者不相融合，其擴大亦不明，再由既往症及驅黴療法，可以鑑別。

療法：對於局部非必須治療，小兒嗽口尤為困難，祇須用 5% 硼砂甘油塗佈。其他須力求改良全身營養。

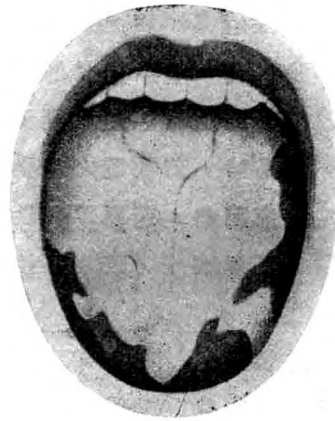
第二百六十六圖

黑色毛舌
(Bergmann)



第二百六十七圖

高度舌白斑
(Keen)



2) 黑色毛舌

原因：由胃加答兒，糖尿病，猩紅熱等，時或於吸煙者見之。

症狀：舌背生大小不同，暗褐或暗黑色斑，表面粗糙是因舌之線狀乳嘴，上皮角化增殖，且有褐色之色素沈着故也。

本病除舌乾燥及口臭外，無特別自覺苦痛。

預後：佳良。原因一去，經數日或 2—3 星期，可自然痊治。

療法：用過酸化水素水或硼酸水清淨之。

3) 舌 白 斑

原因：嗜煙者及大酒客為多，其他有來自種々慢性刺激者，與黴毒及胃加答兒亦有關係，男性居多。

症狀：發於口粘膜，以舌背為最多，亦有發於頰粘膜，口唇，腭等處者。

生乳白色扁平隆起，境界分明，硬度韌固，對基底緻密結合，強剝離之則出血。斑紋之大小及形狀有種々(是因舌粘膜上皮之增殖而角化，乳頭反受壓迫，成為扁平)。

多無自覺症狀，時或有燒灼感或輕痛，味覺鈍麻。

預後：不甚惡，然由此為癌腫變性者有之。

診斷：須與舌癌區別，由形狀，滲潤，發育及轉移等可以斷之。

療法：先去原因，以 2% 硼酸水，或過酸化水素嗽口。局部用 2% Resorcin, 2% 硝酸銀，1—2% 鉻酸等腐蝕之。愛克斯線療法，鐳錠療法亦有功效。

XI. 舌腫瘍及囊腫

1) **纖維腫。**舌實質內生硬結，或舌面生芽狀腫瘤。硬度韌固，發育甚緩慢。時或與肌腫合併。

2) **脂肪腫。**於舌實質內或粘膜下發生，但甚罕見。較纖維腫柔軟。

3) **淋巴管腫。**較常見，舌在先天性即腫脹(巨舌)，硬度柔軟，有壓縮性，但與血管腫不同者，表面無着色。蓋以海綿狀淋巴管腫為最常

第二百六十八圖

舌纖維腫 (Breslauer Klinik)



見也。

4) **血管腫**。舌部性單純血管腫或海綿狀血管腫，前者多在表面，後者多在實質內，呈巨舌狀，表面多着藍色。

5) **乳嘴腫**。多在舌背及舌緣，間或於舌面見之，有時變為癌腫。

6) **腺腫**。甚罕，舌面及實質內生芽狀小結節，多由粘液腺發生，但舌尖，則由 Blandin-Nuhn 氏腺發育。

7) **肉腫**。偶生於少年，發育急速。

8) **混合腫瘍**。與腮腺腫瘤相似。由腮弓之迷芽發生。

9) **舌之副甲狀腺腫**。

由甲狀腺迷芽發生，常見於舌盲孔但甚罕耳。

臨牀上，呈纖維腫及脂肪腫之狀，確實診斷，非由組織學檢查不可。

10) **粘液潴留囊腫**。

由舌背或舌緣之粘液腺所發生，約近豌豆大之小囊腫，內容為粘膜性或膠性。

11) **寄生蟲囊腫**。甚屬稀罕。

12) **癌腫**。最屬重要，當另題述之。

(以上各腫瘍之症狀，診斷及療法等，應參照外科總論)。

第二百六十九圖

舌 脂 肪 腫
(Bergmann'sche Klinik)



XII. 舌 癌

原因：通常多見於四十歲以上之男子。

以舌前部及舌緣為多，有由齶齒刺激者，多見於吸煙者。

其他由舌之慢性潰瘍，舌白斑及乳嘴腫而生癌腫者亦有之。

病理：舌癌以表皮癌居多，間或由粘液腺癌。分為三種 a) 增殖性癌 b) 潰瘍性癌 c) 滲潤性癌。

症狀：初性小結節，漸破壞成潰瘍，有自始即為潰瘍者，亦有久為

腫瘤狀增殖於表面者，或起初癌腫性滲潤雖不明，經時既久，從而基底及周圍，有著明韌固性滲潤者，茲述其各種狀態如次。

a) 增殖性癌

在舌表面為腫瘤狀增殖之謂。表面不規則，或成乳嘴狀，硬度韌固。表面破潰時，即呈次述之潰瘍性癌。其周圍略有韌固癌性滲潤。

b) 潰瘍性癌

為扁平潰瘍，或則增殖腫瘤之表面，成潰瘍性。初期有與單純潰瘍

第二百七十圖

舌之淋巴管腫

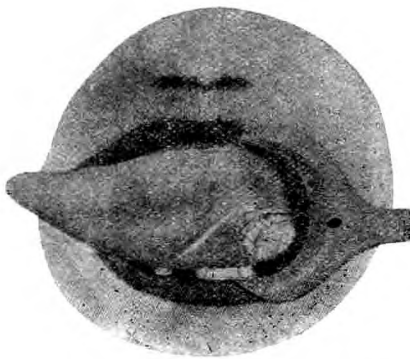
(Hochenegg)



第二百七十一圖

舌乳嘴腫

(Hochenegg)



第二百七十二圖

舌之有莖肉腫

(Mikulicz-Mischelson)



相似者，但形狀及基底，多不規則，在紅色組織中，可見癌栓或癌乳，其中時有壞死性物質，每發惡臭。硬度相當韌固而易出血。周圍及基底，略有癌腫性滲潤。且在潰瘍性癌，時或兼有萎縮。

自覺症狀雖缺如然多有疼痛，愈進行，痛亦愈甚，甚至向上頰放散，

攝食言語，均為障礙，並有特別口臭及流涎。

舌癌腫雖能在頷下腺，頰下腺發生轉移，常比其他癌腫之轉移為遲，至血行轉移，則甚少。癌腫愈發育，口底，腭扁桃體等亦受侵襲，或發生頷攀急，漸陷於惡液質而死。

c) 滲潤性癌

表面之腫瘤及潰瘍均不明顯，而周圍之癌腫性滲潤特別著明者是也。甚至舌之大部分，因有鞏固之滲潤，舌之運動，亦受妨礙。

以上區別，初非嚴格，有可視為移行型者，其進行者，此等區別不明。

第二百七十三圖

舌 癌 (青山外科教室)



第二百七十四圖

末期之舌癌 (青山外科教室)



乳嘴腫及舌白斑變性為癌腫時，其發育驟變急速，發生癌腫性滲潤，**二**疼痛及轉移等。

由粘液腺發生者，初為粘膜所被覆，不久即破潰而成潰瘍性腫瘤狀。

診斷：多不難，但須與單純性潰瘍，結核性潰瘍，橡皮腫及放線狀菌病等區別。時或須與慢性舌膿瘍區別。

由舌白斑，乳嘴腫而成癌腫變性之變化，已如上述。

預後：經過較緩，早期能行手術，則可救。轉移無完全摘出希望時，即手術亦無意義。

療法：i) **預防法：**舌有可疑潰瘍時，自不待論，難為單純潰瘍，若難治癒者，寧以摘出為佳。又齶齒不絕刺激舌緣時，即須拔齒。

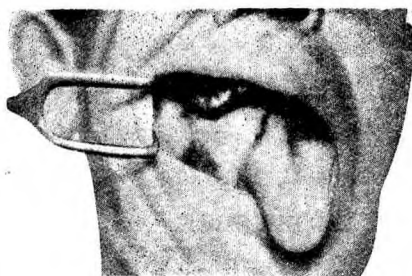
ii) **摘出術，**為舌癌腫最確實之療法。若有轉移時，須先完全除去之，又舌癌腫根本摘出時，最少須離腫瘍 1.0 cm 內外之健全分行之。舌癌腫小時，尚可由口腔摘出，若腫瘤既大或在舌後時，可暫橫切頰部，或由頰下部或頷下部切開，引出舌部而行手術，或一時切斷下頷，由口腔內行手術者有之(參照別項)。

iii) 對癌腫雖有鐳錠療法及愛克斯線深部療法，但手術可能之時期內，以早行手術為得策，

iv) 手術不可能之舌癌，有時用烙白金或電氣燒灼法腐蝕之。疼痛劇烈時，切斷舌神經或結紮舌動脈或頸外動脈，亦可暫時抑制其發育力。

第二百七十五圖

舌 癌 (Breslauer Klinik)



XIII. 舌及口腔底之手術

先將手術時應注意之一般事項，敘述如次。

i) 口腔使之絕對無菌雖不可能，但用器械的或化學的清潔齶齒，除去齒石，及齒間穢物後，用碘酒塗抹齶齒，再用 10% 過酸化水素嗽口，多不至有傳染之危險。惟口腔內本急性炎症時，須待消炎後，施行手術。

ii) 昔日此等手術用半麻醉或全身麻醉，近來多行局部麻醉。

iii) 行大手術時，豫先將舌動脈或頸外動脈結紮，若小手術則可不必。又舌切

除時，爲欲減少出血之故，有用烙白金及電氣燒灼器(電氣力)者。

iv) 病人位置，常在半坐位行之，不獨可以減少出血，且可防血液之誤嚥。往時爲預防血液流入氣道，行一時性氣管切開法及枝氣管栓塞法，近來多用局部麻醉而行手術，非必要矣。

v) 後療法：注意後出血及舌後墜之窒息等。用粗線縛舌固定於頰部，又須注意手術後之嚥下肺炎，故手術時，務使唾液血液等勿流入氣道，此外手術後須再三漱口以清淨口腔。

1) 由口腔之手術法。

舌腫瘍小時或腫瘍在舌炎時行之。其法簡單，用開口器開口，或用 Lier 氏口角拉頰向後，牽舌外出，在腫瘍後方，用 Novocainadrenalin 液充分注射，用有鈎鉗子或粗絲蹄係縛舌，牽出舌尖，使助手用兩指壓定舌底近部(兼可止血)，術者用剪刀或刀，離癌腫約 1.0 cm 之處，將舌切除，用絹絲或腸線，達深層密切縫合之。若舌之一側切除過長，舌之殘部成爲細長形時，將舌尖向他側屈曲而縫合之。本法出血僅少，通常無結紮舌動脈之必要。

舌癌已大或在舌緣後時，爲欲擴大手術野，由患側之口角(間或健側口角亦然)向耳郭附着點間之頰部，有一時加以橫切開者，但須不越過嚼肌前緣，否則有損傷 Stenon 氏管之危險。又頰部切開以前，將頰之上下，用 Kocher 氏壓搾子夾定，可以減少出血。本法仍難得充足之手術野，且在頰部遺殘瘢痕，但係最簡單易行之法。

2) 由下頷骨之手術法。

有三種。

i) Regnoli-Billroth 氏之頷下切開法。

Regnoli 氏法：在頰下部正中，由頰部達舌骨爲止切開之，更由頰部左右隨下頷骨下緣，達嚼肌前緣爲止切開之。

Billroth 氏法：在兩側頷動脈間之下頷下緣，行弓狀切開，再由兩端下行縱切開，長 3—4 cm。

由上述切開，進入深部，除去頰下腺及頷下腺之轉移，且結紮舌動脈，切斷

第二百七十六圖

舌手術之皮膚切線

1. Egel-Rose 氏頰部切線
2. Kocher 氏法



附着頰部諸肌，更開口腔粘膜後，引出舌部。是時非先用有鉤鉗子或絹絲蹄係牽出舌部不可，因附着頰部諸肌切斷時，舌向後墜落故也。

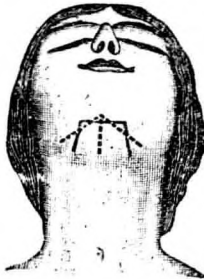
由上法將舌癌充分切除後，將頰下肌及皮膚縫合，惟留一部分插入紗布。舌由絹絲蹄係，一時固定諸頰部。

i) Kocher 氏頷下切開法。

由頰下緣，開始切開，由頰部與舌骨正中處，至胸鎖乳突肌前緣為止，行橫切開，次向耳郭，行斜切開。由是翻轉皮膚，除去淋巴腺轉移，結紮舌動脈，切斷頰舌肌及粘膜，開大口腔，牽出其舌。

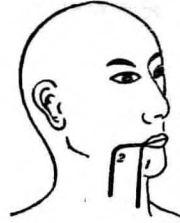
第二百七十七圖

舌癌腫摘出術
——Billroth 氏法
……Regnoli 氏法



第二百七十八圖

舌手術之皮膚切線
1) Langenbeck 氏法
2) Bergmann 氏法



iii) Bergmann 氏頷下切開法

由舌骨達胸鎖乳突肌切開之，其他略與前法相同。

3) 由頷骨一時的切除之手術法

癌腫擴大達舌根及腭時，由上法不易摘出，非用下頷骨一時切除法不可。

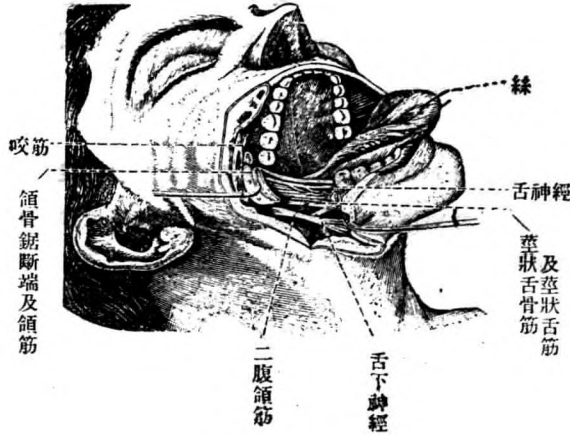
i) Kocher 氏法

由下唇正中達舌骨為止，縱切開，在下頷骨正中，用線鋸鋸斷，肌切斷後，使下頷向兩方開張，拉頷外出手術之，手術後用銀線縫合下頷，但本法不常用，多用次述手術法。

ii) Langenbeck 及 Bergmann 氏法。

v. Langenbeck 氏之皮膚切開，由口角垂直達甲狀軟骨上為止，行縱切開。

第二百七十九圖



v. Bergmann 氏之皮膚切開，由口角，橫達嚼肌前緣，由是垂直下行，達胸鎖乳突肌爲止切開之。第 279 圖。

由是摘出頷下淋巴腺之轉移及頷下唾液腺，結紮舌動脈及頷外動脈。

次在下頷角之前方，切開軟部及骨膜，露出下頷骨，由後上向前下，用線鋸鋸斷，同時由內前方向外後方斜鋸之。因其後便於接合下頷之故。

下頷骨兩端，用骨鉤向左右牽引，切斷附着之二腹肌及頰舌肌，在腭舌弓前方，切開口粘膜時，可得掌大之手術野。於是舌，口底，腭等腫瘍，得充分切除矣。

切除腫瘍，接合下頷骨時，用骨穿刺器造成 2—3 對骨孔，通以銀絲，將兩骨端，完全接合。(在下頷骨未鋸斷前，造成骨孔，更爲得法)。第 211 圖次在頷角前方，用紗布行排液法，並行皮膚縫合。

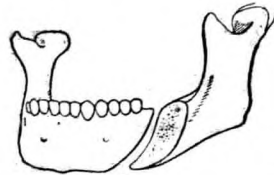
舌動脈結紮法

在舌癌腫時最常用，其他舌損傷止血困難時，巨舌之手術時亦行之。舌動脈結紮，雖有在手術中之者，茲僅述結紮舌動脈之法。

i) 病人取背位，面向反對側，頭向後

第二百八十圖

下頷圖之側方鋸斷



極度伸展。

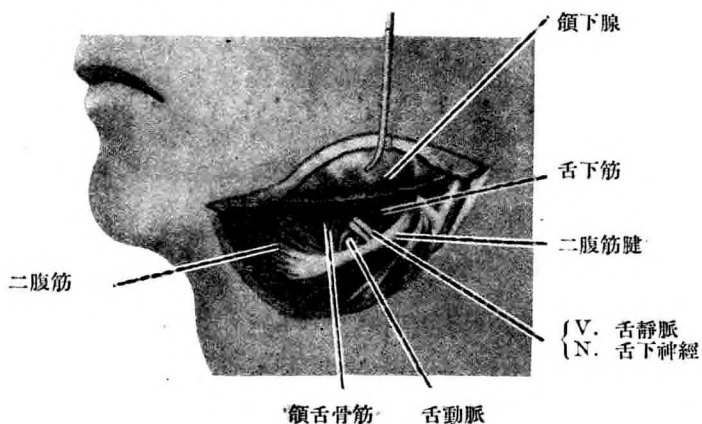
ii) 皮膚切開：由頤角下部，沿舌骨，近頤部爲止，作弓形切開，用鉤開大創口。

iii) 次切斷頸潤肌時，露出鈎筋膜及頤下腺，切開腺下部筋膜後，用鉤拉腺向上。

iv) 是時在外側由二腹肌之後腹及莖狀舌骨肌，內側由頤舌骨肌，上方由頤下腺，基底由舌骨舌肌所成之三角。其中央，稍近上方之粗鬆結締織中，有舌靜脈與舌下神經相並橫行(用鉤將二腹肌之兩腹間牽引之，同時舌骨亦向下方牽引，則更爲明瞭)。

第二百八十一圖

舌 動 脈 結 紮 法



v) 將該靜脈及神經，稍避向上方，對下方之舌骨舌肌纖維行解剖時，可見舌動脈橫行其間。用動脈瘤針繞線而結紮之。

第六章 唾液腺外科

I. 唾液先天性畸型

1) 唾液腺全部缺損。

間或於頷下腺證明之。

2) 唾液腺異狀位置。

頷下腺與舌下腺並在頷舌骨肌上，或腮腺在頰部，狀如變形之癌腫。

3) 先天性唾液瘻。

在側頸上方，有先天性唾液瘻，但甚罕。

II. 唾液腺外傷

唾液腺外傷中之主要者，僅腮腺損傷，舌下腺及頷下腺因受頷骨掩護，故受傷甚少。

腮腺有受切傷，刺傷，銼傷者，是時出血頗多，但其程度不足致死。腮腺有損傷時，創底得見腺顆粒。

腮腺損傷時，常合併面神經損傷。

止血後，可見唾液流出。又損傷雖縫合，若癒合不良，或化膿時，由縫合部有唾液流出，或在縫合部下，有唾液蓄積，遂破裂而生唾液瘻，但與唾液管損傷後之瘻不同，較易逐漸痊治。

療法：腺創縫合時，力求不貽唾液瘻，皮膚縫合，亦須緻密。創緣受挫迫時，切新後行縫合，力求第一癒合。

後療法：施行壓迫繃帶，守安靜，為減少唾液分泌計，與以流動食，並禁止談話。

III. 腮腺排泄管之外傷

腮腺管亦名 Stenon 氏管。其經過與耳郭向口角間之連結線相當，故

頰部損傷或手術，損及此線時，管之損傷，亦所難免。

唾液腺排泄管受傷時，唾液由創傷流出，尤以醋及糖少量進口時，分泌旺盛。又創傷新鮮時，可以視察排泄管之斷端，並得插入消息子。

腮腺管損傷時，較腺體損傷，唾液更多流出，其瘻管不易治。

療法：在新創，將兩端密接縫之，更將周圍軟部，密切縫合，但創傷穿通頰部時，僅行皮膚縫合，粘膜損傷，聽之可也。

後療法：與前者同(參照次項唾液瘻)。

IV. 唾 液 瘻

原因：由唾液腺或排泄管損傷者最多，其他由腮腺部膿瘍，橡皮腫，癌腫，結核，水癌後發生，但較少意義。間或由唾液腺異物及唾石而生唾液瘻。例或於先天性見之。

種類及症狀：分為 a) 唾液腺瘻及 b) 唾液管瘻兩種，又別為 a) 嚼肌部瘻。及 b) 頰部瘻。又皮膚有瘻管時，稱曰 a) 外唾液瘻，在口腔內時，稱曰 b) 內唾液瘻。其中最要者，為外唾液瘻，

內唾液瘻，尚無特別障礙。外唾液瘻則唾液流出外部，尤以飲食時，唾液流出特多，甚為可厭。唾液瘻長久存在時，在其周圍發生濕疹及糜爛，因唾液喪失過多有起消化障礙者。

唾液腺瘻，雖可次第治癒，唾液管瘻能自然全治者甚罕。

診斷：甚易。

療法：1) 較新之唾液瘻用硝酸銀棒或烙白金腐蝕瘻緣，有治癒者，

第二百八十二圖

唾 液 瘻

(京都帝大外科教室)



但多難達目的。

2) 手術法亦有種々。

i) 梭狀切除瘻孔，接合排泄管之中心端與末梢端後，密縫周圍組織，最後縫合皮膚，但本法有許多困難。

ii) 由外唾液瘻管，插入直徑4mm之套管針，次改插入直徑2—4mm之橡皮管使該管稍露出口腔粘膜後，將皮膚之瘻孔切新，密縫皮膚。橡皮管經四日或五日後，由口腔內拔除之(Desaullt氏法)。

iii) 梭狀切除唾液瘻，距唾液瘻，4—5mm粘膜處，用套管針造成一孔，用銀線或絹絲縫合粘膜，再密縫皮膚。天然則於粘膜造成瘻管與縫合部一致(Deguisse氏法)。

iv) 完全結紮腺排泄管，停止其機能，起初雖腺有腫痛，可逐漸萎縮。該法有時受鬱積之結果，發生化膿性炎症者。

3) 近有報告謂於腺行愛克斯線照射，使腺萎縮之法，蓋便法也。

V. 唾液排泄管內異物

異物在頷下腺最多，腮腺甚少。(因排泄管之口徑甚小之故)

魚骨，木屑，蕈莖，麥穗，羽毛等，由唾液腺之排泄管進入腺體者。

症狀： i) 異物入唾液腺排泄管時，突發疼痛，及唾液瀦溜，該腺發生腫痛，若是者稱曰**唾液腫**。

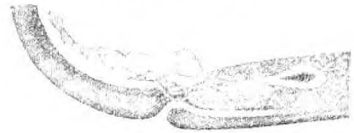
ii) 在異物未除去之中，反復發作，攝食時尤然。但唾液腫在食後，則漸縮小。

iii) 異物存在之中，不獨症狀不能消失，腺內起化膿炎症，時或由排泄管開口部，流出少量膿液，或破裂而成唾液瘻，或移行於慢性炎

第二百八十三圖

Deguisse 氏瘻管手術

(Har mann)



症。

iv) 異物小時，有全無症狀而經過者，但有時成爲唾石之核。

診斷：由上述定型症狀，易於診斷，若能以指觸知異物，則更確實。

預後：若無廣泛性化膿則預後佳良。

療法：除去異物，立即瘵治，異物在深部時，切開除去之。

VI. 唾 石

原因及病理：見於頷下腺之排泄管時或於唾液腺自身見之，偶亦有見於舌下腺及腮腺排泄管者。一般男多於女。

唾石由磷酸石灰及碳酸石灰構成最多，間或由硫酸鎂，食鹽等構成。每有小異物，細菌及上皮等，爲唾石之核。

關於唾石之成因，恐係由唾液腺之炎症，唾液發生變化其中所含鹽類沈澱，又亦以上記之核爲中心，遂至形成結石。

唾石之數及大小，雖不等，而以豌豆大者爲最多(間有頗大者)，形狀多爲長形或圓柱狀，往々爲鼠糞狀。表面爲顆粒狀或平滑。色爲灰白或稍帶黃，硬度多脆弱易碎。有時頗爲堅硬。

症狀：不定，唾石達相當大小爲止，多無症狀而經過。

i) 時或在舌底等處，觸知硬石。

ii) 定型症狀，如異物之類，有呈唾液腫者，攝取食物時，疼痛尤爲著明。疼痛劇烈，當咀嚼之際，不無妨碍，因而發生營養障礙者有之。

iii) 唾石長久嵌入時，發生化膿性炎症，壓迫排泄管時，由管口流少量膿汁。(唾液膿漏)甚則炎症劇烈，其周圍起蜂窩織炎，或化膿後生唾液瘻。

iv) 他覺症狀：在舌底觸知堅石狀物，略有壓痛，或由排泄管行消毒子檢查，得證明唾石。

診斷：多易。須與唾液腺排泄管之異物及炎症區別(多由硬度可以區

別)。發生**蜂窩織炎**時，須由其種々原因判斷之。

預後：非重症蜂窩織炎則良。但疼痛發作經久時，可發生營養障礙。

療法：唾石小時，可由排泄管壓出，否則由切開而除去之。

VII. 唾液排泄管急性炎症

原因：多由異物及唾石嵌頓於排泄管而起，偶或由口內炎，齦齒，外傷後發生。單純性炎症，則 Stenon 氏管較多於 Wharton 氏管。

症狀：在排泄管口有炎性腫脹，兼有發紅及**壓痛**，壓迫排泄管時，由排泄管口，有2—3滴膿液流出(**唾液膿漏**)或有纖維性膿性凝固物排出，繼以透明唾液。

或因排泄管口閉塞，生唾液腫，尤以攝食時，有發作性疼痛。但不如唾石之頻發，且無從觸知唾石等。

診斷：多易。只須與排泄管異物及唾石區別。

預後：不惡。

療法：去其病因，清潔口腔，時々診察排泄管，用2%硼酸水，10%過酸化水素注射。仍頑固不治時，由口腔切開排泄管。

VIII. 唾液腺之急性炎症

1) 急性化膿性腮腺炎。

原因：起於腮腺之細菌傳染，而由於種々化膿細菌及種々急性傳染病。其發生，可分為次列數種。

i) **上行性傳染**。口腔細菌，經排泄管入腮腺而發炎症之謂。在通常狀態，細菌不易由唾液流上昇入唾液腺，但唾液有鬱積(異物，唾石等)或因唾液分泌減少，即種々重病而臥牀者(以老人為尤多)或於精神病者發生本症，是時因口腔不能充分清潔，口腔內繁殖多數細菌，遂易發生本症。

傷寒猩紅熱，肺炎，白喉，痘瘡時，有經血行傳染者，但亦發生上

行性傳染。

ii) 手術後腮膜炎

手術後，尤以化膿性腹膜炎，卵巢炎等手術後，有起本症者。關於發生之學說，或謂由血行傳染，或謂因壞死而抵抗力減弱，一方因唾液分泌減少而起云。

iii) 血原性傳染。前記傷寒，肺炎等急性傳染病時，由血行傳染，發生本症，偶亦有由淋菌病生本症者。當是時，可證明各種特殊細菌。亦有由上行性傳染者，此時可證明種々化膿菌。

續發性傳染。唾液腺創傷，或附近有化膿病時，以持續性於唾液腺炎症，方是時，唾液炎症，不成多大問題。

症狀：本症爲一側性或兩側性。在腮腺部有急性腫脹，每兼浮腫，疼痛，發紅，灼熱等，開口，言語及咀嚼運動，均受障礙。疼痛劇烈時，向頭面放散。

初在腫脹之腮腺，有滲潤性韌性硬度，時或有漸次吸收者，但多逐漸軟化，但以受緊張性莢膜所包被，波動多不明。若放置之，則破潰莢膜，在周圍生蜂窩織炎，稍經時日，由腮腺之排泄管(近上第一白齒之頰粘膜)，漏出少量膿液。

發炎症甚時，咽及喉，亦有炎症性腫脹，有發呼吸困難者。或有聽覺障礙，或波及顛腔，起化膿性腦膜炎，靜脈竇血栓等而有生命危險。

全身症狀，有發熱及熱症狀，時或有譫語，成爲重篤狀態。

診斷：須與咽後膿瘍，側頸之蜂窩織炎，急性化膿性淋巴腺炎區別。又須與流行性腮腺炎區別。更須注意有無原發性急性傳染病。

預後：有腦合併症者則危。其他衰弱病人，由兩側發生時，大都危險。

療法：初行保守療法，既化膿時行切開。穿刺亦可。是時須與面神經之經過相平行切開之，莢膜行鈍性剖開，切勿損傷面神經。其他須注意全身衰弱。往々有輸血之必要。

2) 流行性腮腺炎

(日本對於本病之俗名，稱曰阿多福風)

原因：尙不明，係一種傳染病。屬流行性，兒童爲多。

症狀：本病發生多在腮腺，時或有頷下腺舌下腺腫脹者。唾液腺急發炎症而腫脹，有潮紅及灼熱感疼痛強甚，開口及咀嚼運動，嚥下運動等均受障礙。腺兩側受侵犯時，面之表情，與日本之阿多福神相似，故有此稱。

第二百八十四圖

流行性腮腺炎

(山村博士)



本症不獨侵犯唾液腺，往々辜丸發生急性腫脹，時或有侵犯副辜丸，精系，間或

侵犯尿道，發生急性炎症。女子則在乳腺，外陰部，卵巢等，發生急性腫脹，或發現白帶下症。

全身症狀有發熱，時或兼有惡寒。其他有熱症狀，如頭痛，倦怠，食慾不振，惡心，嘔吐，消化不良，下痢等。

預後：唾液腺之腫脹雖著明，但不化膿，多經 1-2 星期，吸收而癒殆無因本病而致死者。

診斷：本病多發於流行性，據不能證明腮腺炎之原因而斷定之，又與化膿性炎症不同，無白血球增加症。

療法：臥牀安靜，溫褸包，嗽口等。

IX. 慢性唾液腺炎症

1) 唾液腺單純性炎症

有時見於頷下腺，於腮腺少見。

原因：口腔細菌，由排泄管入唾液腺，可發生慢性炎症。

症狀：唾液腺慢性腫脹，成腫瘤狀(炎伴性腫瘤)。發育完全緩慢，不至甚大。以無壓痛為常，時或略有疼痛。腫瘤之硬度稍韌固，壓迫時，由口腔排泄管口，有小量膿汁排出。時或在經過中呈亞急性伴狀。

診斷：須與唾液腺腫瘍及其他特殊慢性炎症區別。

預後：不惡。

療法：行溫卷包及X光線療法，不効，且增苦痛時，可行摘出術，但實際上甚罕。

第二百八十五圖

左化膿腮腺炎 (與傷寒併發)

(山村 博士)



2) 唾液腺結核。

病理：甚罕。多發於腮腺。由唾液腺生散在性結核結節，時或生纖維性硬結，或軟化而成寒性膿瘍。

症狀：腮腺慢性癭脹，其典型者，有稍韌固之部，亦有稍柔軟之部。多無疼痛，在進行期內，時或稍有壓痛，或有領癱急。間或有神經痛或面神經麻痺。在末期發生寒性膿瘍或結節性癭。

診斷：常誤診為腮腺腫瘤，手術後始得確斷之。

預後：不甚佳。

療法：愛克斯線可試用。若不効，充分搔爬病竈。

3) 唾液腺黴毒。

腮腺有生橡皮腫者，但甚罕。

4) 唾液腺放線狀菌病。

由口或下頷之放線狀菌病，續發者。

X. Mikulicz 氏病(淚腺唾液腺之左右對稱病)

原因及病理：係淚腺及唾液腺左右對稱腫脹之疾病，在組織上，有

腺間質增加及圓形細胞滲潤。時或淋巴腺及脾臟亦有慢性腫脹，但本病之原因，仍不明。間或有假性白血病或白血病合併。

症狀：本病以青年為多，亦見於成人。淚腺，頷下腺及其他口腔唾液腺，有對稱性慢性腫脹，腺之腫大，多不過倍，間或腮腺有大為鷲卵或手拳者。

硬度鞏固，而無壓痛，與皮膚毫無癒着。但唾液腺著明腫大時，咀嚼及談話運動發生器械的障礙。

時因腺機能消失之故，結合膜及口腔乾燥，並有眼痒，消化障礙及齒牙脫落等。

經過及預後：經過甚慢，達數年或十數年以上。雖本非致命之疾，終因衰弱而死者亦有之。

診斷：因有特別病像，多易診斷。

療法：無適當療法，碘鉀，砒素劑亦不見効。X光線療法亦徒供一試，手術無效。

第二百八十六圖

Mikulicz 氏 病

(青山外科教室)



XI. 唾液腺腫瘍

唾液腺腫瘍中之最要者。為混合腫瘍。

1) 混合腫瘍。

本病發於腮腺者為最多(腮腺腫瘤)，時或在頷下腺發生。其他不僅腮腺本身，即腮腺周圍，頸側頰，口唇，口腔等，亦可發生。且該腫瘍非由唾液腺自身所產生，乃係胎生期內，自腮弓之迷芽所生者。

病理：該腫瘍雖含有種々成分，而以內被細胞腫，纖維腫，粘液腫，

第二百八十七圖

腮腺混合腫瘍
(鹽田外科教室)

第二百八十八圖

巨大腮腺混合腫瘍
(京大外科教室)

粘液腫，軟骨腫為最多，時或有肉腫，癌腫合併，間或見有骨腫等，有時一部分軟化，成為囊腫。

症狀： i) 該腫瘍本係先天性，但於兒童期極少見，大抵於思春期始著明，或在成人後始見之。

ii) **形狀：** 常不規則。

iii) **表面：** 多粗糙凹凸。

iv) **硬度：** 以不等為特徵，有鞣固處，亦有柔軟處，或堅為軟骨，構成囊腫時則有波動。

v) **大小：** 雖視腫瘤之成分而異，但多在雞卵大內外，變為肉腫性時，可達兒頭大以上。

vi) **與周圍之關係：** 不與皮膚癒着，於基底，有癒着者，亦有不然者。成癌腫性時，往々向周圍滲潤發育，腫瘍之境界頗不明。不僅基底，且與皮膚癒着。

vii) **自覺症狀**：常缺如，時或壓迫神經而發神經痛或起面神經麻痺，或壓迫靜脈而生鬱血。

viii) **轉移**：於惡性常見之，以周圍之淋巴腺生轉移。

經過：視腫瘍之成分而異，起初多緩慢發育，時由中途急速增大，在肉腫性，癌腫性，發育尤為急速。

預後：多良，由手術療法可使全治，但惡性且有癒着，更有轉移時則惡劣。

診斷：由形狀，表面，硬度及經過等診斷之。

療法：確効莫如摘出。腮腺手術時，須注意面神經。

第二百八十九圖

兩側腮腺腫

(鹽田外科教室)



第二百九十圖

巨大腮腺腫

(小澤外科教室)



2) **唾液腺癌腫**。

多由混合腫瘍之癌腫變性，原發者較少。但有報告謂有腮腺，頷下腺，發生癌腫者有之，又舌下腺之癌腫，多與口底癌腫合併。

症狀：分為 a) 髓狀癌及 b) 硬性癌，前者雖為腫瘤狀，後者之唾液腺

反呈萎縮。前者以青年爲多，後者以老年爲多，在腫瘍之周圍生轉移（詳細參照外科總論）。

預後：早期行根治手術則可救，否則不良。

診斷：末期雖易，初期則難，須注意年齡，硬度，經過及轉移等之有無。

療法：須將淋巴腺轉移及主要腫脹全部摘出。X光線之深部治療，可收効一時。

- 3) **肉腫。**多由混合腫瘍移行，純粹肉腫甚少。
- 4) **腺腫。**間或見之。一側性或兩側性。有頗巨大者。
- 5) 其他如纖維腫，脂肪腫，血管腫，淋巴管腫，腺腫等皆可發生但均罕見。

第二編 頸部外科

第一章 頸部外科

I. 先天性頸部瘻管

1) 先天性頸瘻分二種。

a) 正中頸瘻由盲孔與甲狀腺中央之連結線上發生，由於胎生期甲狀舌管之臃部。瘻之外口，在頸中線與甲狀軟骨上緣，瘻有內口時，其末端開口於咽腔。

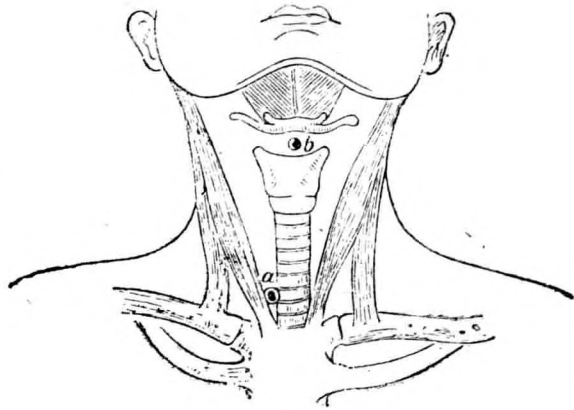
第二百九十一圖

b) 側頸瘻。

a. 頸側瘻 b. 頸正中瘻 (Bergmann)

由第二腮弓臃部所成，在胸鎖乳突肌及舌骨間為最多，外口常在頸側，或在正中，故須注意瘻管之經過。

內口常在扁桃體或腭弓之側，或在咽側壁。



以上兩瘻，視其內外相通與否分為 i) 完全瘻及 ii) 不全瘻，更由後者之開口部位，分為內瘻或外瘻。

瘻管受圓柱上皮或扁平上皮所被覆。瘻管之經過，在正中瘻常為單一，側瘻雖多單一者，間或分為二三枝。

瘻管受圓柱上皮或扁平上皮所被覆。瘻管之經過，在正中瘻常為單一，側瘻雖多單一者，間或分為二三枝。

症狀：瘻管多由先天性存在，間或初有囊腫，由其破開而發生者。

正中瘻如上記部位，常在正中，側頸瘻多為一側性，兩側性較少。

第二百九十二圖

頸正中瘻 (慶大外科教室)



第二百九十三圖

側頸瘻 (慶大外科教室)



瘻管每成硬束，由皮上可以觸知。瘻管分泌透明或混濁之粘液性液體，量少時乾燥，量多時，皮上生濕疹。大抵無苦痛而經過，惟因外口閉塞，分泌物瀦溜時，有疼痛性腫脹，間或由側頸瘻發生嚥下困難，反芻等。

診斷：多易。續發性所生瘻管，由腺化膿之破壞，有與瘻管癒着者，可疑時，將瘻管之表皮，行顯微鏡檢查。正中瘻與側瘻之區別法，可用蒼鉛泥或 Lipiodol 注入管內，次用愛克斯線檢查，則易診斷。欲知其為完全瘻或不全瘻，可用著色液注入瘻管，視著色液有無滋口內流出定之。此等決定法，在手術時，甚為必要。

預後：雖無特別苦痛，但不能自然痊癒。間或後來由瘻管發生癌腫。

療法：雖有腐蝕劑等注入法，但無効。確實之療法，將瘻管完全摘出。若留一部分，則易再發。

2) 炎症性頸部瘻管

a) 化膿性瘻管

i) **急性化膿性淋巴腺炎**切開後或破潰後，外口過小時，有構成瘻管者，其分泌物為膿性。

療法：充分切開，以利排膿，多由此而治。

ii) **創傷**內有異物殘留時，創傷難治，每生瘻管。

療法：除去異物則易治。

b) 結核性瘻管

結核性淋巴腺炎之自潰或手術後，或由頸椎結核寒性膿瘍破壞後，有構成瘻管，經久不治者。

此等瘻管所特有者為 i) 分泌物稀膿性 ii) 瘻管周圍之皮膚薄且有皮下掘鑿 iii) 間或同時有腺病性皮炎及結核性潰瘍。iv) 結核性淋巴腺炎時瘻之基底或周圍，有結核性淋巴腺腫，若由頸椎結核時，頸椎每有變形。

療法：先處置原發疾病，對瘻管行搔爬術。

c) 放線狀菌病性瘻管

頸部常生放線狀菌病性瘻管，i) 有硬韌性滲潤，ii) 由膿中證明菌塊，iii) 缺急性炎症狀，iv) 較結核性瘻管易治，v) 他部再三軟化容易自潰等，故易於診斷。

療法：行愛克斯線療法，內服碘鉀等(參照外科總論)。

d) 橡皮腫性瘻管

甚罕。瘻管甚淺，且較速自變平坦。再由其他之橡皮腫症狀，故易於診斷。

療法：驅黴療法。

e) 甲狀腺腫瘻管

間或由甲狀腺化膿自潰或切開之後，發生瘻管。

因瘻管與甲狀腺有連絡，故嚥下運動時，有共同運動，在尻部可見甲狀腺腫脹。

療法：甲狀腺之摘出或切除。

II. 頸 肋 骨

頸肋骨昔所罕見，自X光線盛行以來，常被發見矣。

分爲兩側性及偏側性，多見於第七頸椎，有僅留肋骨斷片者，或有完全發育與胸骨連結者，但甚少。又有介在此等中間者。

症狀：不等。往々無苦痛而經過不知有頸肋骨而偶然發見者，亦有因頸肋骨而神經及血管呈壓迫症狀，從而發現者主要之壓迫症狀如次。

a) **壓迫症狀**特以肱神經叢受壓迫爲最多，故肱部發生運動障礙，知覺異常，神經痛等，其他因膈神經受刺激，發生吃逆，又返神經受壓迫，發生聲音啞嘶。

b) **血行障礙：**鎖骨下動脈，位於頸肋骨前側或直接上方，故此部之血管受壓迫而生狹窄，因是，同側上肢之搏動微弱，並有厥冷，甚則血管內有血栓形成而發壞疽。

c) 間或受壓迫，發生嚥下困難。

故遇有上述症狀而別無他因時，須置疑頸肋骨，加以檢查。

診斷：肋骨片長時，多易診斷。但斷片小時則否。鑑別診斷如次。

第二百九十四圖
頸肋骨 (慶大外科教室)



第二百九十五圖
左側之頸肋骨 (Keen)



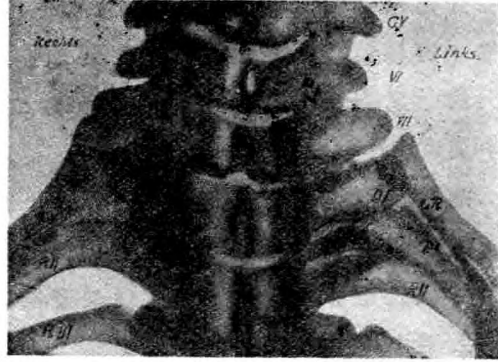
a) 石灰化之淋巴腺結核

- 第二百九十六圖

b) 軟骨腫及骨腫

兩側性頸肋骨 (Quervain)

惟頸肋骨 i) 與第七頸椎，有親密關係，ii) 在直接上方或前側，有鎖骨下動脈之搏動，可以觸知等，由此可加區別，iii) 若屬兩側性，則更瞭然。iv) 正確診斷，非經 X 線檢查不可。



預後：多佳良。

療法：對過餘肋骨，行切除。

其他如安靜肱部，按摩術及電氣療法等，雖能減輕苦痛，但非確實療法。

III. 斜 頸

所謂斜頸者頭向一側傾斜之謂。由其發生原因，可分數種。

A) 先天性斜頸

關於此種斜頸之成因，有次列舉說。】

i) 因胸鎖乳突肌，當分娩時，受裂傷(胸鎖乳突肌，往往于分娩後發見血腫)之說。

ii) 子宮內壓迫性畸形說。

iii) 由胸鎖乳突肌在子宮內有炎症之說。

似以第一說為有力。

症狀：嬰兒成長至能自保持頭部時，始能發現。

患側之胸鎖乳突肌縮短，附着於胸骨及鎖骨之部分萎縮由外部可觸知臃狀之硬索。不但胸鎖乳突肌縮短，其他軟部，亦以續發性縮短。

著明者為面及顛之左右不稱，患側之面，較他側為低濶，且頭部稍向他側迴旋。在高度斜頸，頸椎發生側彎，為之代償，而胸椎向他側

第二百九十七圖

斜頸 (鹽田外科教室)



第二百九十八圖

斜頸 (慶大整形外科教室)



成側彎，腰椎向同側成側彎。

診斷：由上記特別症狀，易於診斷。

鑑別診斷上，須與次述由其他原因之斜頸區別。

預後：不能自然痊治，放置愈久，程度愈增，務須早行處置。

療法：a) 保存的療法

在初生兒，於胸鎖乳突肌，時々按摩，使頸部向健側極度伸展，又常以患側向下墊以高枕由此可以漸治。但須母親及家族，能以忍耐行之。

於成童，雖有用 Glisson 氏蹄係，頸領(板或厚紙所製之副子綑帶)，Hoffa 氏矯正器等，但奏効較少。

b) 手術的療法

姑息療法無効時，或成長之兒童，可行手術。其法亦有二三種。

i) 皮下切斷肌肉法

先將皮膚消毒後，施行麻醉，將頭向健側強度伸展，對癢痕性收縮之胸鎖乳突肌，在胸骨及鎖骨之附着點，使之緊張，以拇指及示指支持之，用切臚刀刺入肌側之後方，刀由其後方近附着部，垂直切斷之。是時須以指調節刀尖。肌肉非全部切斷不可。手術後覆以消毒紗布，貼絆創膏行次述之後療法。本法雖似簡單，然有發生頸靜脈之副損傷者，且手術之成績，未必確實，故近來行本法者較少。

ii) 肌肉開放切斷法

行皮膚消毒及局部麻醉後，在強度伸張肌肉之上，加縱切開，對癢痕化肌肉，筋膜及周圍組織，完全切斷，或將癢痕部分，完全切除之。迨皮膚縫合後，頸向健側加以過度矯正，用頸領副子行繃帶，或用石膏繃帶，固定二星期，再行按摩術及肌肉練習可也。

B) 後天性斜頸

可分數種

a) 肌性斜頸

胸鎖乳突肌發生癩麻質斯性肌炎，急性化膿性肌炎時，或胸鎖乳突肌下之淋巴腺，發生急性淋巴腺炎時，病人為減輕疼痛計，將頭向患側傾斜，故起斜頸。間或因胸鎖乳突肌之側，發生橡皮腫後，能發輕度斜頸。

其他由外傷，切斷單側胸鎖乳突肌時，頭向健側傾斜，亦足發生斜頸。

b) 皮膚性或癢痕性斜頸

火傷，傳染創及種々大潰瘍之後，頸部癢痕，攣縮過度，可以發生

第二百九十九圖

右側斜頸手術後之石膏繃帶



斜頸。

3) 痙攣性斜頸

較罕，於神經質或癔病婦人見之。昔謂為副神經痙攣，實則不然，係一種中樞神經系統之疾病，胸鎖乳突肌之一側，突然痙攣因是頭向一方傾斜且有疼痛，痙攣之性質，為強直性或陣攣性。

副神經之損傷或炎症時，胸鎖乳突肌受刺激而痙攣，發生同側之斜頸。若該神經完全切斷時，由肌肉麻痺，發生反對側之斜頸。

第三百圖

痙攣性斜頸 (Wilms)。



4) 由於頸椎之斜頸

頸椎重傷後，如骨折或脫臼時，其結果發生斜頸，間或頸椎受挫傷或捻挫可以發生斜頸。又每於頸椎骨瘍時，見有斜頸。

5) 症候的斜頸

側頸之急性淋巴腺炎，蜂窩織炎時，病人為減輕疼痛，自然使頭向患側傾斜是也。

最少者為腦內眼肌之核麻痺，或因一側眼肌損傷，眼球有視力障礙時，因代償之故，亦易發生斜頸。

診斷：先天性斜頸及後天性斜頸之區別，由其起原，原因及胸鎖乳突肌之狀態等，易於診斷。又各種後天性斜頸之區別，各有特別症狀，可以診斷。

預後：視其病原而異。

療法：施行原因療法。又或對於某種病人，則用整形手術。

IV. 頸部挫傷

原因及症狀：由衝突，打擊轢過等。是時幾無傷及喉及氣管者，間或有 a) 舌骨骨折，發生呼吸及嚥下障礙。

其他頸部挫傷時發生 b) 喉震盪症即反射性起聲門痙攣至於窒息者有之，但多自然恢復。c) 頸部有轢過傷時，甚至組織挫滅或頸椎脫臼及骨折，常致死。

V. 頸部絞扼

頸部絞扼，分為 a) 扼首 b) 絞首 c) 縊首三種。

其主要症狀為窒息，或由喉震盪症，或因舌根部壓迫咽腔後壁，閉鎖喉口之故。

由絞扼致死時，法醫學上多重要問題。

- a) 扼首之被害者，頸之全周，多可證明行兇者之指痕。
- b) 絞首之被害者，在頸部全周，可見索溝。
- c) 縊首祇喉之前上部有索溝，項部常無之。

又他殺時，因被殺極力抵抗之故，在身體他部，亦多有損傷。(參照法醫學書)。

VI. 頸部創傷

多因自殺或他殺之目的，偶然受傷者則少，若係自殺，則多屬刀類之切創，次為刺創。在切創舌骨與喉之間，有橫行或斜行之表在創，多不損傷重要臟器。此外有時或見鈍創。他殺時多在側頸見刺創。但鈍創，刺創時，有見副損傷者。

預後：若為頸之單純創傷，預後不惡，倘大血管，神經，氣管及食管等損傷時，大抵危險。

療法：依創傷療法原則行之。

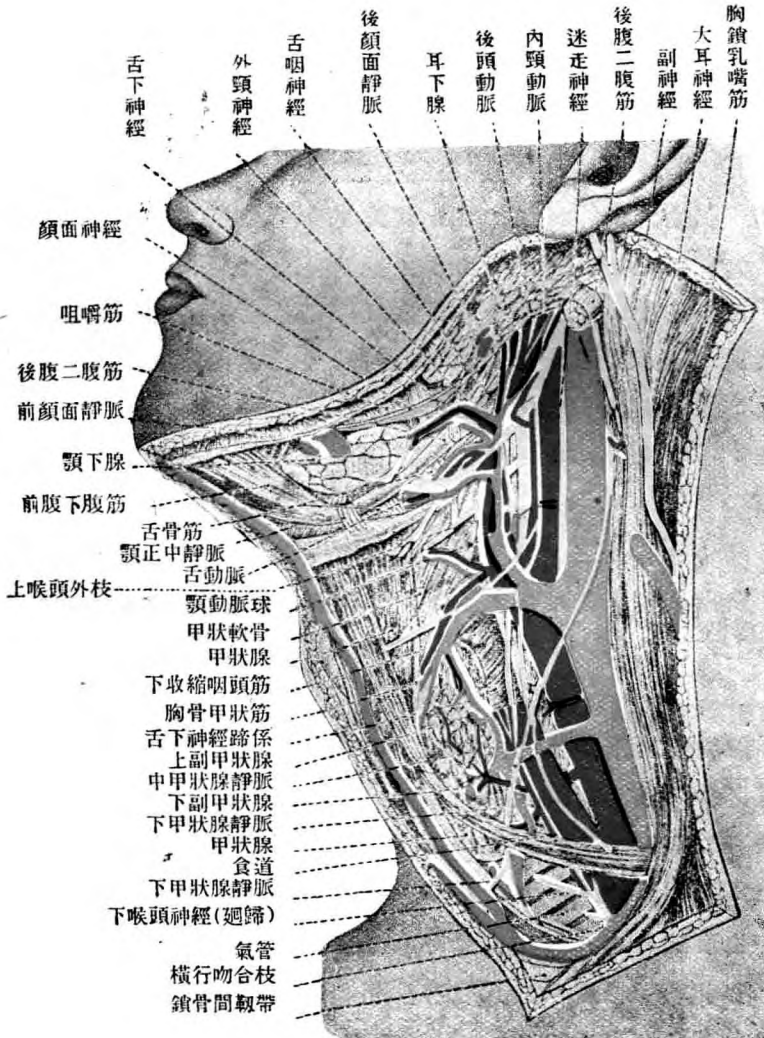
又頸部損傷中之重要者如次。

1) 頸部大血管創傷

頸部動脈之重要者，為無名動脈，鎖骨下動脈，頸總動脈，頸外動脈，頸內動脈，甲狀腺動脈及椎骨動脈等。

第三百一圖

(Bardeleben)



靜脈之重要者，爲無名靜脈，鎖骨下靜脈及頸內靜脈等。

上述頸血管中，最常損傷者，爲頸內靜脈，頸內及頸外動脈，其次爲頸總動脈。

症狀： i) 大血管受傷時，多以大出血立即致死。

ii) 鈹創，刺創等之外口小時，出血可自然停止，但經數日，有起後出血者。

iii) 有高度皮下出血，壓迫氣管，發生呼吸困難。

iv) 氣管受傷時，血液流入，有發生窒息之危險者。

v) 大靜脈受傷時，時或發生**空氣栓塞**。

診斷：頸之大血管損傷時，或爲大出血，或皮下血腫急速擴大，故易知之，又何種動脈及靜脈受傷之區別，由次述各點判別之，即：

i) 創傷局部 ii) 創傷經過 iii) 出血狀態(搏動性或連續性)) 出血之色 v) 損傷血管末梢搏動之缺如等，可以判明。時有動靜脈並受損傷者。

預後：非速止血，則生命危殆。

療法： i) 呼吸困難時，除去其原因之血腫，仍不奏效時，即行氣管切開。

ii) 氣管中有血液，將有窒息危險時，用導管吸出之。

iii) 強出血時，先在創傷上下加以強壓，除去血塊，搜覓損傷血管，在傷部上下結紮之，不可能時，在離開出血處之中心部，結紮血管可也。

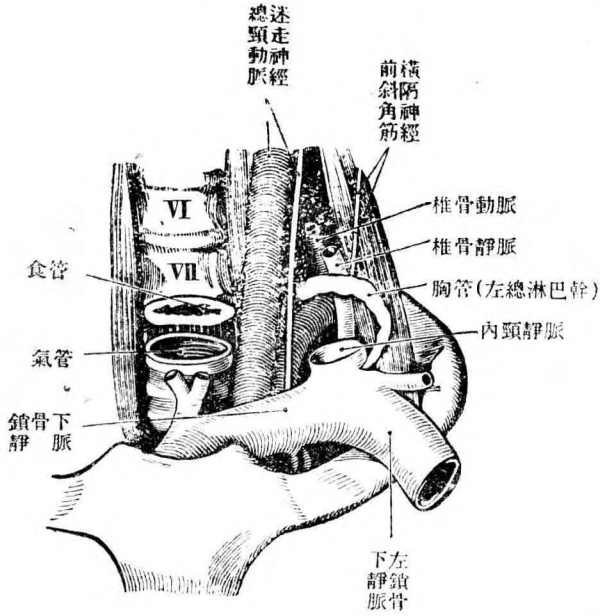
iv) 靜脈性出血甚強，其起源不明時，用綿布栓塞，勿徒費時於努力發現出血來源，拂拭血液，以致因出血而死。(蓋靜脈性出血，多由栓塞法可以止血)。又大血管損傷時，勿濫用綿紗壓迫，直接用拇指按該部止血，然後徐々舉起拇指時，易於發見傷處，即可結紮矣。

v) 血管縫合：在頸總動脈等大血管損傷時行之。

vi) 副損傷：特須注意食管有無損傷，有之則須盡力縫合，喉有損傷時，行氣管切開。

vii) 對於創傷，若創淺時，可一次縫合，若為深創，毋寧開放以治療之。

第三百二圖



2) 胸管創傷。

本症極罕見，因摘出左側鎖骨上窩腫瘤時，受傷者有之。

症狀：特別之點，係由傷處流出白色混濁之乳糜液是也(但空腹時，其量少而透明)。

療法：多單用栓塞法即足，時有必須結紮者。

左側胸鎖乳突肌與前斜角筋之中間，將頸內靜脈及鎖骨下靜脈之會合點露出後，即可發現胸管。鎖骨下靜脈，係在頸總動脈及鎖骨下動脈之前方。

3) 頸部神經損傷。

a) 頸神經叢

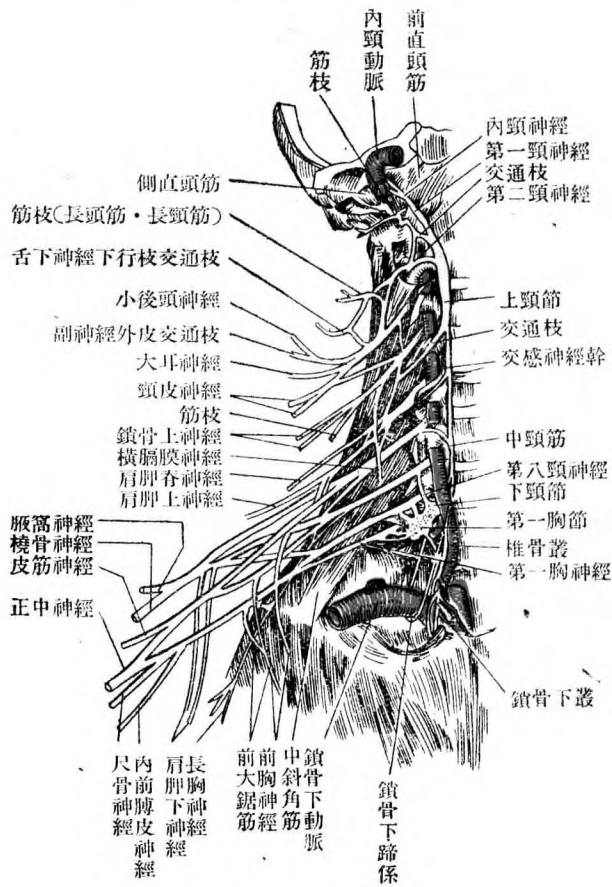
常因頭部腫瘍摘出時，或意外受傷。是時有起一側膈神經麻痺者，

又支起頸部知覺，故傷部呈知覺障礙，但神經之吻合枝極多，故常無著明變化。

b) 臂神經叢

臂叢之支配領域甚廣，成於下方四對之頭神經前枝及胸神經第一枝之一部，至腋窩時，各神經集合為橈骨神經，正中神經，尺骨神經，腋窩神經等，以司上背上胸等皮膚知覺及肌肉運動。

第 三 百 三 圖。



以故視其損傷部位及程度，有種々症狀。有全部麻痺者或一部麻痺者。又由頸叢下行之膈神經，兼發麻痺者有之。

此種麻痺，爲一時性或爲持續性。若爲持續性，係神經完全切斷之故，若屬一時性，係因受傷後皮下出血或由異物，其區域中，多有劇痛。

因較輕之挫傷，局部每搖擗，知覺過敏，神經痛等刺戟激症狀，或發局部知覺障礙而有完全運動麻痺。

神經症狀，不僅發於受傷之直後，經相當時間而起者有之。此因神經變性，假骨形成等之壓迫及癢痕萎縮所致。神經傷後之麻痺，若長久持續時，皮膚及肌肉，逐漸發生營養障礙。

c) 迷走神經

在頸部血管束之後，與血管同包在結締織總鞘內，向胸腔下行。若一側切斷時，因一側之聲帶麻痺，起音聲嘶啞。

由上部切斷時，同側之喉半側，發生知覺麻痺，但不起心臟麻痺。

但手術時，用動脈鉗子等，壓挫迷走神經，或結紮時，作爲重篤之迷走神經刺戟現象，呼吸及心臟停止而死者有之。是時須立去其原因，行心臟摩擦及人工呼吸。兩側迷走神經損傷時，常以心臟麻痺，心悸動，肺炎及肺水腫等致死。

d) 副神經

主要支起胸鎖乳突肌及斜方肌由其麻痺，發生麻痺性斜頸，其受刺激時，發生痙攣性斜頸。

e) 舌下神經

自殺時，或在頷下腺部，受他人之刺傷，鉞傷時，發生一側兩性之舌麻痺。

1) 膈神經

單側損傷時，發生單側性膈麻痺，尙不至呼吸困難，若兩側損傷時，則起呼吸困難，有致死者。又由膈神經之刺激，發生膈痙攣，因有吃

逆及反復咳嗽。

g) 交感神經

頸損傷時或鎖骨骨折時有發生者，但甚罕。是時面半側潮紅，並有結合膜炎，流淚，瞳孔縮小，臉裂狹縮，近視等症狀，又起臂部充血。若交感神經受刺戟時，則瞳孔散大。

VII. 頸部急性炎症

1) 癰腫

毛囊或皮脂腺，受化膿菌之傳染(尤以葡萄狀球菌為最多，時或為鏈球菌而生。項部為癰腫之好發部位，因項皮富有皮脂腺，易於污染及摩擦之故。又因該部皮厚而毛囊較深，及皮下組織疏鬆之故，易發廣汎性蜂窩織炎。

又項部易生多數癰腫癰腫質，在糖尿病尤然。
(癰腫之症狀診斷療法等，參照外科總論)。

2) 癰疽

項及背最常見，糖尿病者尤多，預後每不良。

項背皮膚，厚韌，因皮下組織疏鬆之故，易發廣汎性蜂窩織炎，往々有生命危險。(第 228 圖)。

初行保守療法，既軟化時，者十字切開或雙十字切開，除去壞死組織，用刀或剪將皮膚之基底，充分切開，以防炎症之發展。(用電刀更佳)或用 3% 炭酸洗滌之有效，吸引療法亦可應用，又糖尿病人，不可疏忽糖尿病之療法(參照外科總論)。

3) 蜂窩織炎及膿瘍

(蜂窩織炎，有瀰漫性化膿性炎症之意義，膿瘍有限局性化膿性炎症之意義，二者或互相連絡，初為蜂窩織炎，漸為限局性而成膿瘍者有之)。

原因及限局性：有種々原因。

1) **創傷傳染。**時可見之，部位以頸為到處可見，尤以項及前頸為

多，其他咽喉及食管損傷後，有發頸部重症蜂窩織炎者。

2) **續發性蜂窩織炎**。頸部蜂窩織炎，多係續發性。視其發生部位而原因各有不同，例如。

a) **頰下部**：急性化膿性頰下腺炎，急性下頷骨骨膜炎或骨髓炎，急性舌下腺炎，急性舌炎皮膚囊腫化膿等。

b) **頷下部**：急性化膿性頷下腺炎，齶齒，頷骨炎症及Ludovici氏咽喉炎等。

c) **側頸部或血管腺**：由於急性化膿性頸淋巴腺炎及腮腺炎者最多，間有由於咽喉，食管損傷，急性胸鎖乳突肌炎者。

d) **鎖骨上窩部**：該部以原發性發性蜂窩織炎者甚罕，每發於他部之急性淋巴炎，或縱隔竇炎，間有見鎖骨之急性骨膜炎或骨髓炎者。

e) **前頸部**：較罕。由甲狀腺腫炎，甲狀腺炎，甲狀軟骨骨膜炎，舌骨粘液囊炎，急性胸鎖乳突肌炎，胸骨柄部骨髓炎及前縱隔竇炎等。

f) **項部**：由癰腫，癰疽，急性枕淋巴腺炎，急性化膿性乳突炎，枕骨骨膜炎及骨髓炎，粉瘤腫等。

但由上列各部，可向他部蔓延。

3) **轉移性傳染**。是時之蜂窩織炎每由淋巴道發淋巴腺炎，但原發性蜂窩織炎則甚少，由膿毒症時，由血行傳染，在頸部各處，有發膿瘍及蜂窩織炎者。

症狀：由原因及部位而異，尤視其為表在性或深在性蜂窩織炎，其症狀與預後亦各異。

a) 表在性蜂窩織炎

係皮下或頸闊肌下之化膿，主要由於上頸各種疾病。初為瀰漫性炎症，境界不明，但在原病竈周圍，其腫脹特別明瞭。下頷隅附近腫脹著明時，兼有頷攀急(牙關緊閉)。

表在性蜂窩織炎，罕有如深在性之呈危症者，炎症多漸減輕，或成限局性膿瘍。但間有由是發生靜脈竇血栓，腦膜炎及膿瘍者則危險。

b) 深在性蜂窩織炎。

側頸炎症，特向血管間隙侵入，達頸之深部筋膜下時，炎症在頸表

面雖不明，常向深部擴大，每有危險。是時頸向患側傾斜，滲潤如硬板狀，有劇痛。甚則疼痛向額，耳，枕部放散者有之，全身症候，則有體溫昇騰等。

往往壓迫食管，氣管，喉，發生嚥下及呼吸困難，在上方，發生口底浮腫，聲門浮腫，故有須切開氣管者。甚至膿汁破潰於氣管及食管之內。

其他刺激返神經時，發生咳嗽，該神經麻痺時，則聲音嘶啞。又交感神經受刺激時，瞳孔散大，若麻痺時，瞳孔縮小。或臂神經叢受刺激時，在肱及肩胛部，有神經痛。

膿汁時或沿臂叢及大血管，向腋窩蔓延者有之。

最可恐者為膿汁下流，而發縱隔竇炎，或起膿胸，心囊炎，肺膿瘍等，或起膿毒症，敗血症，或腦之危篤合併症。

預後：已如前述。

診斷：多易診斷，惟深部蜂窩織炎，則診斷多不易，須由其成因，經過，局部及全身狀態等判斷之。對本症幾無須鑑別診斷之病症，但其原因如何，必須判定之。

蜂窩織炎時，斷定已化膿成為膿瘍與否，在實際上甚為重要，若為淺在性，易於判斷，深在性時，不盡容易，但滲潤較為限局性，且發熱經4—5日以上時，非疑為化膿不可，是時可行試驗穿刺，但在頸部，須注意副損傷。

療法：i 初期行保守療法，時或用1% Rivanol (50—100 cc)，Presojod (30—50cc)，Yatren (1.0—2.0—3.0 cc)等試行靜脈內注射(但有腎臟炎或糖尿病時，須注意)，菌苗(Vaccin)療法，血清療法之功效不明。

ii) 既確定為化膿時，切開行排膿法。

iii) 深在性蜂窩織炎，已呈危症者，雖波動不明，亦須充分切開，行上述之保守療法。但切開時須注意不生副損傷。

iv) 其他對原病須加處置。

VIII. 頸部慢性炎症

有次之各種。

1) 頸部結核

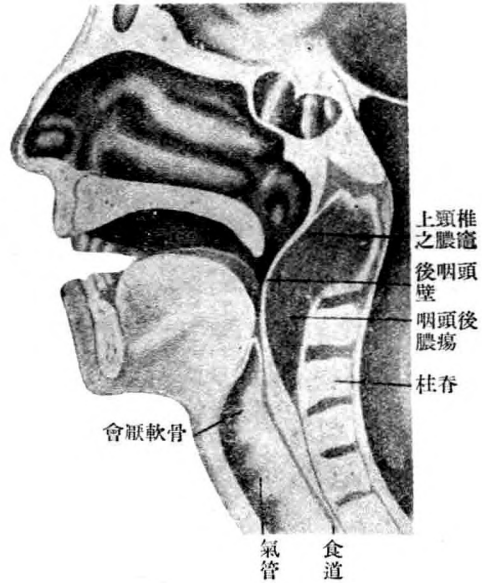
第三百四圖

脊椎炎之結核性膿瘍
(Quervain)



第三百五圖

咽後膿瘍
(Cemach)



頸部淋巴腺結核，雖所常見，但其他結核甚少。

a) 尋常性狼瘡

面狼瘡有向頸部擴大者，但較少。

b) 腺病性皮膚炎

淋巴腺結核破潰後，發生本症(參照外科總論)。

c) 胸鎖乳突肌結核

甚罕，須與橡皮腫及腫瘍區別，但於初期，診斷甚難。

d) 寒性膿瘍

由椎骨腐骨，尤爲頸椎腐骨。因頸部強直之故，頭之運動不能自由，且在頸椎，可證著明之壓痛。

有時可見咽後膿瘍。

寒性膿瘍，亦有來自淋巴腺結核者，但多爲表在性，其形狀每不規則，且由證明原病之腺結核，常可與腐骨下垂膿瘍區別。

療法：處置原病，即治療脊椎腐骨及腺結核是也。

2) 頸橡皮腫

頸部較罕，時或在皮膚，皮下結締組織，胸鎖乳突肌等處發生。

所生腫瘤，爲彈力性柔軟而不痛，逐漸增大，達相當範圍時，軟化而破潰，成爲橡皮腫性潰瘍，或漸吸收。

潰瘍形成時，易於診斷，但尙爲橡皮腫時，須與淋巴腺腫脹，囊腫及其他腫瘍區別。橡皮腫，由驅微療法治之。

3) 頸部放線狀菌病

第三百六圖

面及頸部放線狀菌病

(鹽田外科教室)



第三百七圖

面及頸部放線狀菌病

(岩永外科教室)



下頷部之放線狀菌病，向下擴大，波及頸部者有之。症狀與他部同。

診斷：須與次述之木樣蜂窩織炎區別。

療法：依一般之放線狀菌病療法處置之，對軟化部，行切開及搔爬術，內服用碘鉀或 Yatren 注射。X線療法，常有效。

4) 木樣蜂窩織炎

原因：就病原言，雖有諸說，但恐由毒力薄弱之鏈球菌或葡萄狀菌傳染。

側頸部，下蜂部或上側頸部 為好發部。

症狀：木樣蜂窩織炎之滲潤性腫脹為瀰蔓性或有限局性，其硬度似木樣韌固，故有是名。初期雖有微熱，後則不熱不痛。

經過：完全慢性，化膿則甚罕。

診斷：多易，須與次記疾病區別。

i) 放線狀菌病之異點：a) 木樣蜂窩織炎比放線狀菌病更為慢性，b) 甚少化膿。c) 無菌塊可以證明等。

ii) 與腫瘍之區別：木樣蜂窩織炎時或為限局性，其界限不如真性腫瘍之分明。硬度堅韌。與橡皮腫不難區別。

預後：無由本病致死者，若罹病過久，可致衰弱。

療法：可用X線療法，其他行溫罨包，或徹底切開後，行濕罨包。

-IX. 頸部真性腫瘍

1) 脂肪腫

頸部為全身中最易發生脂肪腫之處，由其發生位置及性狀，分為次之種類。

a) 表在性限局性脂肪腫

生於皮下脂肪組織，主要為項部。

硬度為彈性柔軟，表面呈分葉狀，界別判然。巨大之脂肪腫，以莖垂至背部者有之。

b) 深在性脂肪腫

間屬先天性，在側頸或鎖骨上窩筋膜下發生，有由脂肪突起，侵入頸部臟器間者。

本症須與洞性腫瘍及深在性結核膿瘍區別。

c) 對側性項部脂肪腫

偶於頸部見之，為酒客較之脂肪腫，結締織較富，表面為分葉狀，無膜，擴大於肌肉之間。

d) 腺周圍脂肪腫

在項部及側頸周圍，可見略有境界之脂肪堆積，常帶神經痛及精神變質，甚至發生嚥下困難及呼吸困難等。以男性為主，婦人之疼痛性肥胖病，或謂與此類似云。

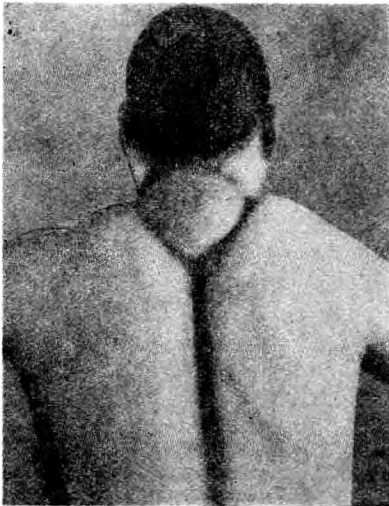
e) Madelung 氏脂肪頸

本症與腺周圍性脂肪腫難以區別。柔軟之脂肪組織，於取全體作領

第三百八圖。

對側性頸背部脂肪腫

(杉村外科教室)



第三百九圖

Madelung 氏病

(Wullstein)



狀堆積者是也。

療法：視病型而異。

- i) 孤立脂肪腫，不問深淺，易於摘出。
- ii) 對側脂肪腫之大者，分二三次切除之。
- iii) 腺周圍性脂肪腫，對呼吸及嚥下，不至有障礙時，手術尚非必要，試用甲狀腺劑療法，腦垂體劑療法可也。
- iv) Madelung 氏脂肪頸，達發生障礙之程度時，始分數次摘出脂肪物質。

2) 纖維腫

由其位置，分爲次之二種。

a) 表在性纖維腫。

由先天胚腫，在頸部皮下到處發生，有硬纖維腫及軟纖維腫之分，形狀大小不同，軟者易於長大，且常爲多發性，時或合併蔓狀神經纖維腫及血管腫。神經纖維腫亦屬之。

b) 深在性纖維腫

較前罕見，由筋膜，血管鞘，神經等發生。局在性以側頸爲主。

診斷：a) 由韌固硬度，可與深在性脂肪腫區別。b) 由發育緩慢及移動性，可與惡性腫瘤區別。但與纖維肉腫，則區別甚難。

療法：摘出之。

3) 神經腫

主要爲次列二型。

a) 淺在性神經纖維腫

在側頸及項部真皮或皮下發生，外觀與纖維腫相似，時或成蔓狀神經纖維腫狀。

b) 深在性神經纖維腫

由種々神經幹發生，爲梭狀圓錐狀，每兼神經痛或麻痺。

頸部之神經腫，屬全身性神經纖維腫之一分症者有之。

與真性神經腫之嚴格區別頗難，僅於合併神經痛時診斷之。
神經纖維腫，時有為肉腫變性者，尙因內部軟化或出血，成為囊腫狀。

c) 真性神經腫

由頸部交感神經生真性神經腫結節，但甚罕。

療法：為限局性而獨生時，摘出之。若為彌蔓性而叢生，不行手術時可試用X線療法。

4) 軟骨腫

有次之三型。

a) 耳附肉

耳之周圍或更在下方，先天性即見小結節。此由胎生時第一腮弓之迷芽所生，非真性腫瘤。

b) 混合腫瘍

第三百十圖
鎖骨上窩囊腫性淋巴管腫
(近藤外科教室)



第三百十一圖
側頸部囊腫性淋巴管腫
(鹽田外科教室)



作為混合腫瘍之一成分，有軟骨腫，與腮腺腫瘍有關係。(參照腮腺腫瘍)。

c) 真性軟骨腫

由脊椎或鎖骨發生，但甚罕見。其表面及硬度均特殊，惟深在者，臨床上難下診斷。

5) 骨腫

a) 真性骨腫

在脊椎及鎖骨發生，但甚少。由其硬度，表面及與骨之關係，易於診斷。

b) 頸肋骨。參照前述。

6) 乳嘴腫

時或由頸部生小乳嘴腫。

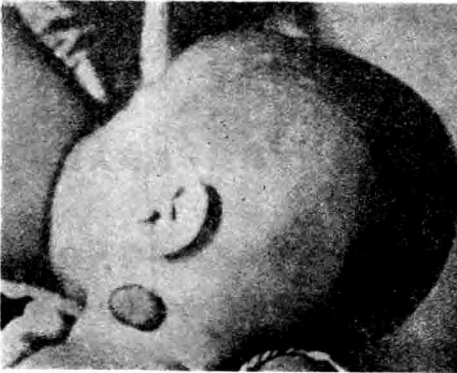
7) 淋巴管腫

在頸部發生。

a) 單純性淋巴管腫。

b) 海綿狀淋巴管腫。

第三百十二圖
頸部血管腫
(慶大外科教室)



第三百十三圖
頸部巨大血管腫
(高橋外科教室)



c) 囊腫狀淋巴管腫。

其重要者，爲囊腫狀淋巴管腫，亦稱爲先天性水瘤，在頷下部，側頸或鎖骨上窩發生。

係多房性，有堅韌部分，亦有柔軟而呈波動之處。壓縮性有著明者，亦有不然者。

診斷：由形狀，硬度及發生部位等，易於診斷。據試驗窄刺，證明內容有淋巴液，則更爲確實。

療法：摘出最妥，不能摘出時，窄刺後，試用稀釋液注入亦可，X線有見效者。

8) 血管腫

頸部發生血管腫有二。a)單純性血管腫，b)海綿樣血管腫，c)蔓狀血管腫，則不發生。

a) **單純性血管腫**，間或以先天性發於頸部，無可特記者。

b) **海綿狀血管腫**屬淺在性時，其表面凹凸不平，帶暗青色。若屬深在性，其表面之性狀不明，祇感覺爲柔軟腫瘍。有壓縮性，使低頭，或使努責，頸靜脈鬱血時，卽形膨大。

療法：與他部血管腫同，惟過大且不能手術時，試行注射或X線療法。

9) 混合腫瘍

由側頸等生，與腮腺腫瘍相同者，時或在側頸部發生，其成分爲內被細胞腫，纖維腫，粘液腫，時或有軟骨腫及骨腫等。

10) 肉腫

在頸部，時或於淋巴腺生肉腫，其他若在皮下組織，筋膜及肌等生梭狀細胞肉腫。

肉腫之硬度稍韌固，或稍柔軟，或稍不規則，境界常不明。發育迅速，隨其長大，易與周圍癒着，又對周圍發生各種壓迫症狀，例如顳額部，耳部，枕部之神經痛，返神經麻痺(聲音嘶嘎)，交感神經麻痺，

第三百十四圖
右頸部腮弓癌
(鹽田外科教室)



第三百十五圖
末期之右頸部腮弓癌
(慶大外科教室)



嚥下困難，呼吸困難等。

診斷：須與次述之頸動脈腺腫瘍區別。確實診斷，非由組織學的檢查不可。其他須與癌腫區別。

療法：務須早期手術，癒着著明，或有轉移時，不能手術，可行X線療法。

11) 癌腫

頸部淋巴腺發生癌腫轉移雖常有之，惟原發性癌腫，則甚罕。

a) 頸部皮膚偶有生表皮癌者，或由潰瘍及癩痕為之素質，或由頸部粉瘤，皮狀囊腫而，偶亦有正常皮膚發生表皮癌者，但甚少耳。

b) 腮弓癌

係由腮弓瘻管或腮弓囊腫所發生，40—50歲前後之男子為多。發生部位，以上頷三角部為多，腫瘍之硬度鞏固，與周圍頸着亦較速，呈神經痛及其他壓迫症狀。

診斷：須與食管癌，喉癌等之頸部轉移區別，亦須與自甲狀腺來之癌腫(甚罕有)區別。

療法：須在未發生轉移及癒着時摘出之，X線療法亦可應用。

12) 頸動脈腺腫瘍

為類似腎上腺腫之腫瘍，婦人多於男子。

腫瘍由頸總動脈分岐部之頸動脈腺所發生，現於上頸三角部之深處。

多為良性腫瘍，且有限局性。發育雖緩慢，時或變為惡性。

硬度為彈力柔軟，因與頸動脈有密切關係，可見搏動之傳達。

診斷：須與淋巴腺結核，副甲狀腺腫，肉腫，癌腫等區別，確實診斷，須由組織學檢查。

療法：早期摘出為上策。

X. 頸部囊腫類

頸部有種々囊腫及與腫類似之物。

A) 先天性。

有腮弓囊腫，皮狀囊腫，淋巴囊腫，淋巴管腫，血囊腫，血管腫等。

B) 後天性。

有粉瘤，粘液囊炎，囊腫性甲狀腺腫，包蟲囊腫等。

C) 與囊腫類似者，如動脈瘤，膨出性腫瘤，下垂膿瘍等。

主要之囊腫述如次。

1) 腮弓囊腫

原因：與先天性頸瘻之起源相同，可視為頸瘻兩端之閉鎖者，頸瘻有正中頸瘻及側頸瘻，囊腫亦若是。

a) 側頸囊腫

較常見。生於胸鎖乳突肌與喉之間，或在鎖骨上窩，係由第二或第三腮溝之發育障礙所發生。

b) 正中頸囊腫

第三百十六圖
側 頸 囊 腫
(慶大外科教室)



第三百十七圖
正 中 頸 囊 腫
(慶大外科教室)



罕見。發於甲狀腺正中線之上部，由殘留性甲狀舌管之兩端，閉塞而發生者。

症狀：腮弓囊腫，通常為單房性，多房性較少，故形狀多為球形，不正者頗少。大小不同，普通在鵝卵大左右，時或達鴛卵大以上。

發育：常緩慢，對周圍不生壓迫症狀。

囊腫上之皮膚，有小凹，臨牀上無特別症狀，但特別擴大時，對隣接臟器，發生壓迫症狀者有之。間或囊腫化膿或囊腫中有出血者。

診斷：往々不易。須與頸部各種囊腫區別，有可疑時，行試驗穿刺，內容為漿液性，粘液性。或為糜粥狀，有毛髮，骨片及齒牙等皮狀囊腫內容。

其上皮，為扁平上皮，或有毛上皮之性狀。

預後：本屬良性，發生癌腫變性時則惡。

療法：根本的摘出最為上策。若僅切開而插入栓塞，不能徹底，有

再發者。

2) 粉 瘤

項部爲多，與他部粉同。在診斷上，須與**皮狀囊腫**及**皮膚與淋巴腺結核**癒着時區別。(參照瘤外科總論)。

3) 血液囊腫

- a) 頸靜脈由先天性發育異常，靜脈缺損，有生血液囊腫以代之者。多與附近靜脈有密切關係，例如鎖骨下靜脈及頸外靜脈是也。
- b) 海綿狀血管腫與靜脈交通時，次第擴大，成爲血液囊腫。
- c) 靜脈壁之一部，由後天性受外傷，發生靜脈瘤狀擴張，由是成爲血液囊腫。

限局性：多在胸鎖乳突肌下展及鎖骨上窩，形狀多作球形，非不規則形，其大小爲胡桃大至兒頭大。**硬度**爲彈力性柔軟，常有波動，時或稍壓縮性(與靜脈交通時)。其壁不厚。如血管脈之由鬱血變化者甚少。與表面無癒着，但與基底則常癒着。無自覺苦痛。

診斷：須與其他囊腫區別，薄壁性之囊腫，與淋巴囊腫相似，由試驗穿刺可以區別。

療法：壓迫療法(淋巴囊腫，在腫瘍項下述之)。

4) 頭部粘液囊腫

甚罕見。

限局性：甚爲特別，在次述三處發生。

- i) 舌骨上粘液囊。
- ii) 舌骨下粘液囊。
- iii) 甲狀軟骨粘液囊。

此等粘液囊炎症，繼外傷，癱瘓質斯等發生，但由於化膿者甚少。在前頸部正中線上，多在舌骨上方，或下方，或甲狀軟骨之前方發生，與皮膚無癒着，於基底有之。

硬度爲緊滿彈力性或彈力性柔軟而有波動常缺自覺症或有疼痛。

診斷：由發生部位及上記所見，易於診斷。

療法：濕褸包，穿刺及注射，時或以手術除去之。

5) 包蟲囊腫

頸部之包蟲囊腫甚少，可發於頸側部大血管附近。初在深部逐漸增大，達胸鎖乳突肌後緣或前緣，成爲巨大囊腫者有之(參照外科總論)。

6) 膨出性腫瘤

頸部可見爲膨出性腫瘤者。

a) 食管憩室(參照食管項下)

b) 喉赫尼亞

由先天性發於頸部正中線，恐與不全正中頸瘻相同，吸氣時無變化，呼氣時則爲膨出之軟瘤，與咽腔有連絡。易診斷。

c) 氣管赫尼亞

由先天性或後天性之軟骨缺損而生，咳嗽等強呼氣時，粘膜向外膨出之謂。

d) 肺赫尼亞

第三百十八圖

於左鎖骨上窩肺赫尼亞 (吸氣時)



第三百十九圖

同左 (呼氣時) (鹽田外科教室)



肺尖向鎖骨上窩，爲雞卵大至蘋果大之氣腫狀腫瘤，呼氣時，有著明突出者。

e) **腦膜赫尼亞及腦膜腦髓赫尼亞**

生於頸椎(參照背椎項下)。

XI. 頸部動脈瘤

A) 真正動脈瘤

原因：如總論所述，動脈瘤雖有種々原因，但頸部動脈瘤之主因，爲微毒，動脈硬變及外傷。

症狀：i) 初無自覺症，故多達相當程度，而不自覺也。

ii) **限局性：**頸部各種動脈，可生動脈瘤，最多者爲頸總動脈，尤以分岐部爲最，其次在頸外動脈及頸內動脈，間或在無名動脈，鎖骨下動脈及椎骨動脈發生。故動脈瘤常發於上記動脈，惟囊狀動脈瘤，則於稍偏側方見之。

iii) **形狀：**圓形，長卵形及梭狀，左右境界分明，但與動脈經過一致，上下境界，則稍不明。

iv) 大小不等，發生於大動脈時，有甚大者。

v) **硬度：**緊張而柔軟，略有壓縮性，最特別者，爲有搏動。該搏動不獨可以觸知，著明時並可以視診見之。

vi) 心臟收縮性雜音，由聽診及觸診，證明心臟收縮性雜音，此亦動脈瘤之重要症狀。但梭狀動脈瘤初期及動脈瘤內滿凝血塊時，則症狀不明。

vii) 壓迫動脈瘤之中心部動脈時，瘤即縮小，搏動亦微弱，若壓迫周圍動脈時，動脈瘤之容積稍增，緊張亦然。

viii) 在頸動脈之動脈瘤，顫顫動脈之搏動，微弱而遲徐。又鎖骨下動脈或無名動脈生動脈瘤時，該側橈骨動脈，亦呈同一變化。

ix) 動脈瘤自身，無自覺症狀，比及增大，則呈周圍之壓迫症狀。

且壓迫神經，而起神經痛，聲音嘶啞及麻痺等。若血液循環障礙甚時，有起腦症狀者。其他由食管氣管之壓迫，發生嚥下及呼吸困難者有之。

診斷：多易。有時須與 a) 富有血管之肉腫及 b) 大動脈上之囊腫，膿瘍，柔軟性腫瘍等區別。但是時為舉上搏動，不如動脈瘤之為擴張性搏動。其他須與假性動脈瘤區別。

預後：不能自然痊治。頸動脈，脊椎動脈瘤，雖有療治之望，鎖骨下動脈及無名動脈之脈瘤，則希望甚少。若放置之漸次增大，由自然破裂而卒死。

第三百二十圖
右總頸動脈瘤 (術前)



第三百二十一圖
同 (術後) (慶大外科教室)



療法：動脈瘤雖有種々療法，但用於頸部動脈瘤者，略如次。

i) **保守療法：**祇有阿膠注射法。(用 2—5% 阿膠液，每星期 1—2 次，每次以 100—200 cc，注射於股或肱之皮下或肌肉內)。壓迫法無效。

ii) **手術法：**頸部動脈瘤，難用理想的手術在頸動脈，可應其部位，結紮末梢頸動脈或兩者同時結紮。但老年之頸總動脈及頸內動脈，完全結紮時，因腦血液循環障礙之故，頗有危險，須注意。(善非老人則左右腦血管之交通充分)。近來木村博士，對三例之動脈瘤病人，施行動脈狹窄法，頗有成績。

先露出動脈，用絹絲結紮使之狹窄及半之後，用髓膜圍繞之。因絹絲能吸收而髓膜則否，有持久固定之效果故也。其一例初行狹窄法，經若干時期之後，而完全結紮之。

B) 動靜脈瘤

原因：側頸鈍傷，刺傷時，間或見之，但創傷大時，有出血致死之危險。

病理：於頸總動脈與頸內靜脈之間，有含血之腔隙，或因動脈及靜脈異常擴張而互相交通(參照外科總論)。

症狀：為搏動性腫瘤，或為圓形，時或為不正形。雜音不獨見於心臟收縮期，心臟擴張期亦有之，且波及主幹之靜脈。

壓迫輸入動脈時，腫瘤雖可縮小，但不如真性動脈瘤縮小之著明，且搏動及雜音不明。其他，該側頸動脈之搏動，薄弱而遲滯。隨動脈瘤增大，呈神經等壓迫症狀。

又與真性動脈瘤稍異者，靜脈鬱血著明，頸靜脈著明擴張，甚至因腦循環障礙，發生頭痛等。

預後：幾無自然治癒者，多漸擴大，或自然破裂而死。

診斷：須與真性動脈瘤區別。據(a)外傷之既往症，(b)雜音之狀態，(c)靜脈鬱血著明等區別之。

療法：i) 保守療法，有壓縮頸動脈中心端之法，但不必定能奏效。阿膠注射療法，於傷部亦少效果。

ii) 手術療法：露出血管兩端，於傷部行血管縫合，或重複結紮動脈及靜脈。

c) 假性外傷性動脈瘤。

頸動脈小損傷後，在動脈附近，形成血腫，與動脈交通之故，因呈搏動者之謂，但於頸部甚罕見之。本症不至著明增大，且有自然治癒者。

第二章 頸部淋巴腺外科

頸部有多數淋巴腺，各有一定部位，

- 1) 頰下腺 2—5 個
- 2) 頷下腺
 - a) 淺在性腺 4—5 個
 - b) 深在性腺 4—5 個
- 3) 耳下淋巴腺 2—5 個
- 4) 腮腺部淋巴腺 2—3 個
- 5) 耳前淋巴腺 2—5 個
- 6) 枕下淋巴腺 2—3 個
- 7) 頸側腺
 - a) 淺在性腺 5—6 個
 - b) 深在性腺 5—6 個
- 8) 鎖骨上窩腺 2—3 個
- 9) 咽後淋巴腺 2—3 個
- 10) 喉後淋巴腺 2—3 個

上列之淋巴腺中，罹病最多者，為頰下腺及頷下腺。

若淋巴腺罹病著明時，其附近有新生淋巴腺之說。

I. 急性化膿性淋巴腺炎

本症常見之。

原周：頸部有多數淋巴腺，已如前述，若有化膿菌侵入時，遂發急性炎症，但由細菌之毒力及各人之過敏性，而炎症之程度不同。

更以細菌侵入門戶而異，各有一定部位淋巴腺為所侵犯，例如。

a) 頰下腺炎

由口唇之裂創或化膿，頰部癩瘡膿疹及濕疹等，由於齒病者較少。

第三百二十二圖

頸部淋巴腺之分布



b) 頰下腺炎

由齶齒及齒齦炎者最多，其他由面傳染創，癬，膿疹，濕疹，鼻及眼之化膿症及潰瘍，潰瘍性口內炎，咽峽炎，舌之化膿及潰瘍等。

以上兩種為最多者，時或侵入門戶不明者有之。

c) 腮腺炎

由耳，面及口之化膿潰瘍，裂創等傳染。

d) 腮腺部淋巴腺炎

略同上。

e) **頰淋巴腺炎**

由面化膿症傳染。

f) **枕下淋巴腺炎**

由頭部化膿，濕疹，乳突炎等。

g) **深部頸靜脈淋巴腺炎**

多與上記淋巴腺炎合併，無原發性。

h) **深部側頸部淋巴腺炎**。同上。

i) **鎖骨上窩淋巴腺炎**

由腋下淋巴炎續發，或由上記之淋巴腺炎續發。

症狀： i) 多起急性淋巴腺腫痛，迅速增大。局部有灼熱感及潮紅，但腺在深部者，起初紅腫不明。疼痛劇烈時，暫呈斜頭狀。

ii) 腺有單獨受侵犯者，然多為一二腺體，同被侵害，但如淋巴腺結核，有多數淋巴腺腫大，則未之見也。

iii) 腫脹之淋巴腺，有較為限局者，大都炎症波及周圍，起**淋巴腺周圍炎**，腺自身或與周圍癒着，或在周圍起蜂窩織炎。

iv) 起初行適當療法時，有不至化膿而吸收者，但每逐漸腫脹化膿。多數淋巴腺受侵犯時，其化膿初雖限於各個腺內，但逐漸融合，成為大膿瘍，發炎之淋巴腺有完全崩壞者。亦所有取較慢之經過者。

v) **硬度**在起初雖膨脹而韌，隨其軟化，發生波動。

vi) **全身症狀**有發熱反熱症狀，血液起白血球增多症，此等全身症狀，不必與局部症狀一致，淋巴腺腫脹雖強，而發熱不著者有之，亦有與此相反者。

預後： i) 良者自然吸收，或經保守療法而治。

ii) 多漸增大，化膿而作膿瘍，放置之有自然破潰者，向深部進行時則危險。(參照蜂窩織炎項下)。

iii) 有時取亞急性經過，不至完全化膿，而長留硬結者有之。

診斷：多易。應加區別者如次。

a) **蜂窩織炎。**由淋巴腺炎之蜂窩織炎，須與他種原因之蜂窩織炎區別。應注意病竈與淋巴腺之所在部，是否一致，該蜂窩織炎中，劇痛之部位及有無硬結，並有無互為原因之疾病等，從而區別之。

b) Parinaud 氏病。(參照次項)。

c) **單純性慢性淋巴腺炎**

起初與亞急性淋巴腺炎有不易區別者，當是時，一面行保守療法，監視其經過可也。

d) **結核腺淋巴腺炎**

須與亞急性淋巴腺化膿區別，可據發端，經過，疼痛等辨之。有時非暫視其經過，難於區別。

療法：i) 初行濕褱包，以保守法處置之。

ii) 既化膿者，**切開排膿。**是時皮膚切開，在上頸部，行橫切，在側頸則與胸鎖乳突肌平行。

有無化膿，由硬度可以決定，但在深部，其波動有不明者，若經過數日，炎症限於局部，無吸收之望時，雖硬度堅韌，亦須疑及化膿，或行試驗穿刺可也。

iii) 屬亞急性者，行溫褱包或X光線療法，由是可以吸收，或促進化膿，可以早日切開。

iv) 探其他原發病之有無，行適當療法。

II. Parinaud 氏病

原因：為稀有之病，外科醫切開結核性膿瘍時，有膿汁誤入眼內而發本病者，或謂恐係結核菌舊化膿菌之混合傳染。

症狀：在結合膜，以急性起本病，與砂眼相似，有充血及顆粒等。

耳前淋巴腺及下頷淋巴腺，起亞急性炎症，每至軟化，雖切開，不如急性化膿之速治而甚頑固。時或略兼發熱。

診斷：據原因的動機，結合膜炎及局部症狀等，易於診斷。

療法：行切開，搔爬及X光線療法。

III. 單純性慢性淋巴腺炎

原因：多由扁桃體炎，慢性喉加答兒，齶齒，面皸裂，濕疹等，毒力較弱之細菌及毒素，爲所吸收，淋巴腺受慢性刺激之故。

本病在十歲以下小兒之頷下腺或頰下腺見之，因小兒淋巴腺，爲感受性，易罹前記之疾病也。

淋巴腺之腫脹，係因淋巴球及間質結締織之增加，並視結締織之多少，分爲硬性型與軟性型兩種。

症狀：i) 一個或二三個淋巴腺，慢性腫脹達豌豆大至小指尖大，但無達拇指指尖大以上者。

ii) 硬度韌或稍韌，不至化膿。

iii) 不與周圍癒着，有移動性。

iv) 起初稍軟，多無著明壓痛。

預後：達某程度大小時即停止，或去其原因，即漸縮小。又小兒成長，及營養佳良，從可漸治。

診斷：多易，a) 結核性淋巴腺炎之初期，有難於區別者，此時由原發竈之有無，保守療法之奏效與否，可以區別之。

兩者之區別仍困難時，在便宜上，附以腺病性淋巴腺腫之診斷名可也。

b) 對急性化膿性淋巴腺炎必須區別，即由經過，疼痛等別之。間或有可視爲移行型者。

療法：多無須特別療法而治，有原發病時，須加處置。

其他須令全身營養佳良，使轉地於山間或海岸常在戶外爲適當運動。內服用碘鐵舍利別，碘鐵蛋白質，肝油等，鉀石鹼塗擦，亦可行之。X光線療法及太陽光線亦有效。

IV. 結核性頸腺炎或頸腺結核(瘰癧)

原因：本症見於各種年齡，以 15—25 歲為尤多，體格及榮養惡劣者，及有結核素因之小兒多見之。

病理：(參照外科總論)。

症狀：症狀有種々，茲述大要如次。

i) **限局性：**下頷腺部，側頸部，時或在頰下腺部，鎖骨上窩等處頸腺發生。

ii) **數：**有弧發性或二三個腺腫脹，或在頸部為散在性或羣簇性之多數淋巴腺腫脹。

iii) **大小：**豌豆大至小指尖大一鳩卵大一雞卵大各種，或數腺癒着時，成為腺塊。或多數腺，積累增大時，宛如白血病性淋巴腺腫，或惡性淋巴肉腫，上頸著明腫脹者有之。

iv) **形狀：**淋巴腺腫脹之初期，為扁平圓形或扁平橢圓形，加大則成球形。又數腺互相癒着時，成不正形。

v) **硬度：**視腺之病理變化而異。

a) 初期多成於結核性肉芽組織，故其硬度呈彈力性而稍軟。

b) 肉芽組織為良性時，逐漸萎縮而呈韌性。

c) 多在結核竈中，有乾酪變性，因是增加彈力性。

d) 腺內之乾酪變性，在良性時，逐漸密集，為結締組織所包裹，而漸趨平治，或在腺內起石灰沈着，因此等變化之多少，其硬度為韌—全韌—軟骨硬—

第三百二十三圖

頸腺結核 (Lexer)



骨硬等。

e) 多在乾酪變性後，逐漸軟化，終於化膿，變為結核性膿瘍，其硬度不等或為彈力性而稍軟—彈力性而全軟—軟而有波動等。

以上硬度，視時期而異，淋巴腺多數腫脹時，依新舊及大小等，硬度不一，亦固有所也。

vi) **癒着**：起初無癒着，於皮膚及下面可以移動。孤立性瘰癧，多早治而無癒着。但大抵因發生淋巴周圍炎，對周圍或腺與腺間，發生癒着，甚至多數淋巴腺，密着而成**腺塊**，變為大而不規則之腫瘤。又有肥大性型，有多數淋巴腺，迅速腫大，宛如惡性淋巴肉芽腫與周圍幾無癒着者有之。

vii) **皮膚**：雖如常，腺之軟化著明時，即與癒着逐漸侵犯皮膚，由發紅而菲薄，終至自然破裂，排出結核性膿，久留瘻管不治，或發皮膚腺病。

viii) **疼痛**：多缺，但軟化時，多少發生疼痛。

ix) **發育**：不一而足，良性者，發育緩慢或自然痊癒，惡性者，急速腫大，且不絕發生新腺腫。

x) **全身症狀**：不甚明顯，凡素有結核性淋巴腫之病人，榮養雖不良，間亦有榮養佳良，而非貧血者，但有多數淋巴腺結核長久存在時，其榮養常屬不良。

因淋巴腺結核之本身而有發熱等全身症狀者，幾不可見，但每因合併肺及肋膜結核，而兼不定性發熱，倦憊，夜汗，貧血，羸瘦等症狀者有之。

診斷：多容易，亦有困難者。應區別之病症，各視其病型而異。

a) 孤立性硬性淋巴腺結核

單純性慢性淋巴腺炎，腺病性淋巴腫，微毒性淋巴腺炎，纖維腫，混合腫瘍，癌腫轉移及與尋常頷下唾液腺等，必須區別。

b) 孤立性軟化性淋巴腺結核

與脂肪腫，副甲狀腺腫，橡皮腫，粉瘤，亞急性化膿性淋巴腺炎，下垂膿瘍及動脈瘤，各種囊腫等必須區別。

c) 多發性散在性淋巴腺結核

此在淋巴腺結核，實為特徵，與其他無須區別。即他型之淋巴腺結核，若注意檢查，亦見有二三散在性淋巴腺之腫脹。

d) 團塊性淋巴腺結核

本症亦易診斷，在他部亦每有小腺。其可強為區別者，惟癌腫轉移，及淋巴肉腫而已。

e) 多發性果積性淋巴腺結核

須與惡性淋巴肉芽腫，白血病性淋巴腫及假白血病性淋巴腫等區別。

f) 破潰性淋巴腺結核

診斷多易，須與頸部放線狀菌病，橡皮腫性潰瘍等區別。

預後：數少而不大者，預後良，但有多數腺體腫脹，其大者預後不良。有肺，肋膜結核之合併者，預後不良，自不待言。

療法：i) 僅由全身療法，淋巴腺結核，雖不能奏效，但可為局部療法之助。病人宜便轉居於海濱或山地，在日光及新鮮空氣中，行適當運動。內服用肝油，鐵，碘，砒素劑，與以新鮮營養品。

ii) 藥物療法

于淋巴腺內，有注射各種藥品之法，但無確效。

iii) 理學療法

在局部行日光療法，紫外線療法，X光放射療法，後者尤為有效，但X光放射療法，並非一切均可適用，於尚未乾酪化或酪化較弱之淋巴腺則有效，乾酪化已著明時則否，又由X光療法，反能促進軟化，提早切開時期者有之。

iv) 摘出法

淋巴腺結核之手術，昔曾盛行，近自應用X光療法，行手術者，著明減少。惟腺為孤立性，且係少數，病人希望速治時，有行手術者。

但腺腫脹，爲多數時，不獨手術困難並易再發。又深部腺手術時，有損傷大血管之危險。特於大靜脈，須注意空氣栓塞。其他於肺等有合併症時，手術卽爲禁忌。

頸部之手術切線，在頸側與胸鎖乳突肌平行，在正中則行縱切開，在頸上，則與下頷骨平行。又大手術時，如第324圖所示行切開法可也。

v) 切開法

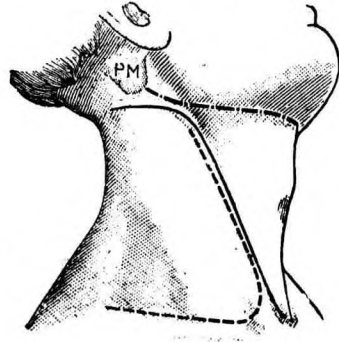
既軟化成膿瘍時，行切開及搔爬後，用理學療法。

vi) 碘仿甘油注射法

淋巴腺結核，完全軟化時，穿刺排膿後，用10%碘仿注入之。或以手術切開，創內之肉芽組織，完全搔爬後，投入碘仿，密縫皮膚，由此可得第一次癒合。

第三百二十四圖
頸部手術切線

-----Kocher氏法
———Küttner氏法
-----Quervain氏法



V. 微毒性淋巴腺炎

1) 第一期微毒

通常罕見。初發部位若在口唇，舌，口底及扁桃體時，有於頸上部發生腺腫者。其大小在鵝以下，硬度爲彈力性韌。無痛，決不自然破裂，多經3—4星期而吸收。口唇，口腔，舌，扁桃體等有原發症，故易診斷。

3) 第二期微毒

與皮膚發疹等微毒症狀合併。凡屬頸腺，皆可發生，近斜方肌前緣之淋巴腺尤多。

腺腫大小在扁豆以下，爲彈力性韌，完全不痛。多經2—3星期而消

失。本症類似**單純性慢性淋巴腺炎**，由其限局性，及其他微毒症狀，可以區別。

3) **第三期微毒** (橡皮腫形成)。

在頷下腺，頸側腺等，構成孤立性或多發性之橡皮腫，為彈力性柔軟，大達胡桃以上者有之。缺壓痛及自發痛。

或漸吸收，或自然破潰形成橡皮腫性潰瘍。

本症各種軟腫瘍，尤以軟化結核性淋巴腺炎，須加鑑別。

療法：驅微療法。

VI. 惡性淋巴肉芽腫或 Hodgkin 氏病

原因：尙不明。或謂係來自結核菌之一種疾病。15—30 歲之男性為多。

病理：不獨身體各部淋巴腺腫脹，其後脾肝等亦腫大。

組織學上，淋巴腺間質稍見增加，有類上皮細胞，淋巴球及少數血管，每見多核巨細胞(與結核之 Langhans 氏巨細胞不同)但決不至於乾酪變性。由間質之多少，可別為 a) **硬型** 與 b) **軟型** 兩種。

症狀：i) 常始於上頸腺(頷下腺，頰下腺)腫大，他如側頸腺，鎖骨上窩腺等，多數纍然腫脹。大小多如示指尖一鵝卵大，硬度為彈力柔軟(軟型)，或稍韌(硬型)，完全不痛，對周圍無癒着，亦無化膿，破潰。

ii) 隨淋巴腺之腫大，在頸部壓迫氣管食管，發生呼吸困難，嚥下困難，甚至因是致命。

iii) 隨本病之進行，不獨頸腺，即腋窩腺，鼠蹊腺，股腺，縱隔竇腺，枝氣管腺，腹後腺等淋巴腺皆腫大，其性狀與上記相似。

iv) 其他以扁桃體，咽腺開始，肺脾肝等亦復腫脹。

v) **全身症狀**

間或起初有輕熱，但多無熱。全身營養，起初常無障礙，腫大增加，從而惡劣，起貧血，羸瘦，水腫，腹水，下痢，終因衰弱而死。間或

久缺全身症狀，經過多年者有之。

診斷：較易，但須與次記疾病區別。

a) 初期須與**多發性累積性淋巴腺結核**區別，大抵在結核性，有特殊症狀，易於區別，若難診斷時，監視其經過或由試驗的摘出而區別之。

b) **白血病性淋巴腫**

由血像容易區別，但對初期之**假白血病淋巴腫**則甚難，是時非由試驗的摘出不可。

預後：由初期行適當療法，雖可救治，迨全身症狀著明時，則不良。

療法：砒素及碘製品之內服，行X光療法。手術療法無效。

第三百二十五圖

惡性淋巴肉芽腫 (杉村外科教室)



VII. 白血病性及假性白血病性淋巴腺腫

原因：尙不明。在白血病及假白血病，脾，骨髓，血液變化，同時，有數淋巴腺著明腫脹。

症狀：酷似惡性淋巴肉芽腫，臨牀上幾不能區別，加以惡性淋巴肉芽腫，有編入假性白血病患者。

但白血病及假白血病，以淋巴腺之細胞成分增殖為主，且見各種幼期之白血球，惟在惡性淋巴肉芽腫，則呈前記之特殊病像。

白血病與假白血病之區別，視血像有無而定，但末期之假白血病，

其血像亦與白血病同。有時對淋巴腺結核及淋巴腺肉腫，亦須鑑別。

診斷：參照前項。

預後：常不良，逐漸由衰弱而死亡。

療法：與前項同，但多無效。

VIII. 頸腺腫瘍

1) 良性腫瘍

由頸淋巴腺發生纖維腫，脂肪腫，血管腫，淋巴管腫等之報告，雖亦有之，位甚罕。

2) 結締織性肉腫

間或由頸腺發生梭狀細胞肉腫，屬較良性，在臨牀上，與淋巴肉腫多難區別，確實診斷，非由組織學檢查不可。

3) 淋巴肉腫

頸腺中尤多在頷下腺發生，呈圓形細胞肉腫之狀，在圓形細胞間，可見具有毛管之小網，是其特徵。

症狀： i) 多屬成年，間或發於幼年。

ii) 初雖在一個淋巴腺發生，但易轉移至附近淋巴腺，著明增大。

iii) 硬度屬有彈力性而稍軟一稍韌。

iv) 初雖不與周圍癒着，後則與皮及底面癒着。

v) 發育迅速，遂破潰淋巴腺莢膜，向周圍浸潤性增殖，終乃破潰皮膚，形成增殖性潰瘍。

vi) 隨腫瘍之擴大，壓迫神經，血管，氣管，食管等，遂呈壓迫症狀。

vii) 由血行向肺，肝，脾皮膚等作轉移。因惡液質致死。

診斷：須與惡性淋巴肉芽腫，假白血病性淋巴腫及惡性淋巴腺結核等區別。

預後：多惡劣。能早期手術者，尙可救。

第三百二十六圖
末期淋巴肉腫
(慶大外科教室)



療法：根本療法。既有轉移時則無效。X光療法多無效。

4) 癌腫轉移

淋巴腺雖不發生原發性癌腫，但轉移則甚多。

a) 上頸腺轉移

由於口腔，鼻，耳，面及頭部等癌腫。

b) 側頸腺轉移

罕見，由於氣管，食管及甲狀腺等癌腫。

c) 鎖骨上腺轉移

由於食道，胃及乳腺等癌腫。

症狀：此種癌腫轉移時，原發性癌腫多著明，時有原發之癌腫不明祇轉移明顯者，或有原發癌腫縮小，而轉移之癌腫，特別巨大者。

癌腫之硬度，常堅韌，初對周圍雖無癒着，入後則否。又初期雖不痛，後因神經受壓迫而生神經痛。

診斷：癌腫多易診斷，時或對成人之淋巴腺結核，有區別之必要。

預後及療法：原發部之手術可能時則良，否則不良。在頸腺既生轉移時，則癌腫已頗有進行性矣。

第三章 甲狀腺外科

甲狀腺外科

一般注意

甲狀腺之位置，在頸前三角部，隆出於側頸之前，甲狀腺成於側葉與腺峽，腺峽在第二第三(間或第四)環狀軟骨前方，側葉之上界，達甲狀軟骨，間或達於舌骨，其下界達第五第六環狀軟骨，由腺峽發出錐體突。

異常時，不獨缺錐體突，腺峽及各側葉有全缺者，又甲狀腺有特別在深部者。時或有副甲狀腺，自正規之甲狀腺遊離，為豌豆大一示指尖大之結節，見於舌底，喉，氣管，胸廓等處，亦由此發生副甲狀腺腫(參照後項)。

甲狀腺之血液分布，常由甲狀腺上下動脈行之，時或加以甲狀腺無名動脈，此等血管間，有許多吻合。

分泌神經分布，以喉上神經為主。

在局部解剖上，甚重要者，因返歸神經與甲狀腺下動脈交叉，該動脈結紮時，神經右同被結紮之危險。

切除甲狀腺之大部分或全部時，其固有障礙，即起全身營養障礙及發育障礙。

又甲狀腺於碘之新陳代謝，大有關係云。

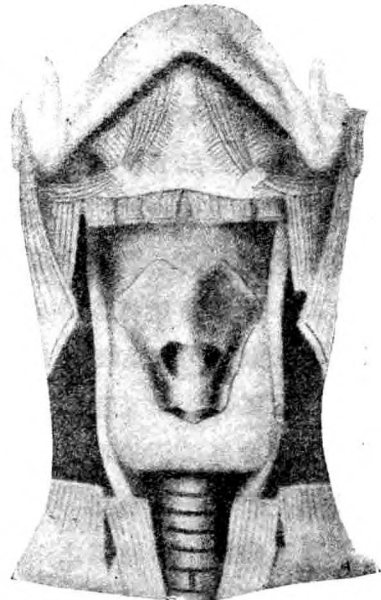
婦人之甲狀腺，當月經時，有一時腫大者。

上皮小體在甲狀腺後面或接近氣管，食管，有二個或二個以上，時或在甲狀

第三百二十七圖

正規甲狀腺之位置及形狀

(Quervain)



腺組織內。

上皮小體或謂對石灰之新陳代謝有關。除去上皮小體，可以發生 Tetanic。

I. 甲狀腺損傷

甚罕。自殺時，有與喉及氣管等，同時受傷者。甲狀腺富於血管，故受傷時亦多出血，尤以甲狀腺動靜脈受傷，有大出血之危險，又氣管及喉同時受傷時，血液流入氣管，發生窒息，時或在創內，可見損傷之甲狀腺實質。

療法：與通常之創傷療法同。

II. 甲狀腺之急性炎症

1) 急性甲狀腺炎

原因：外傷或急性傳染病，如傷寒，猩紅熱，流行性感冒，急性關節癱瘓質斯，瘧疾，肺炎，敗血症等，間或由化膿菌為血行傳染。

本症以30—40歲之婦人為多，時或在男性見之。

症狀：大都惡寒戰慄，發熱之後，在前頸部有緊張感，及嚥下困難，放散痛等，炎症進行時更有咳嗽，嘎聲及呼吸困難等。

他覺的在前頸之正中，發生鳩卵大一鷄卵大之韌性腫脹，有壓痛，在嚥下動作時，有共動可以證明。

本症分為化膿型及非化膿型，前者由產梅毒熱，傷寒，肺炎及化膿菌傳染，後者由麻疹，瘧疾，敗血症及關節癱瘓質斯等。

炎症激烈而化膿時，其表面成蜂窩

第三百二十八圖

甲狀腺炎

(青山外科教室)



織炎性腫脹，發高熱，全身症狀危篤，局部初為滲潤性韌，逐漸軟化，呈有波動。若在適當切開時期，不行切開，膿向縱隔竇內下降，或有破入氣管及食管之危。

診斷：由其局限性，成立狀況及症狀等，雖易於診斷，但須與次列兩病，加以區別。

a) **甲狀性腫炎**

由既往症中，有甲狀腺腫之存在，可以區別之。

b) **甲狀腺腫內出血**

由其大小與高熱之有無，可以區別之。

預後：行正當療法則良，但已化膿時，亦有危險者。

有時在甲狀腺炎之後，續發 Basedow 氏病或粘液水腫。

療法：i) 非化膿性甲狀腺炎先對原因之疾病，加以治療例如瘧疾用雞納，癱瘓質斯用柳酸製品等。

ii) 其他對局部初用冷罨包，後用溫罨包。

iii) 既化膿時行切開。但是時須防護血管，試驗穿刺，有出血之危險，以不行為是。

2) **急性甲狀腺腫炎**

原因及症狀：原因的動機，與甲狀腺炎同，但有甲狀腺腫時，較普通之甲狀腺，易生轉移性炎症，其症狀雖與甲狀腺炎無異，而腫脹更為明顯，因常發高度嚥下困難及呼吸困難，又甲狀腺腫，有全體發炎與一部結節內發炎之別。甲狀腺腫炎亦分為 a) **非化膿性型**及 b) **化膿性型**，通常多為化膿型。

診斷：多易診斷，但須與次列疾病區別。

a) **甲狀腺內出血**

腫脹在少時間之內，達最高點，次則靜止，再次逐漸吸收消腫。時或有輕熱。又出血時疼痛較少。

b) **惡性甲狀腺腫**

亞急性所經過之甲狀腺腫炎，須與急速發育之惡性甲狀腺腫區別，是時就既往症中，甲狀腺腫炎之原因，是否屬諸傳染病及由炎症性徵候等區別之。

預後：與甲狀腺炎同。

療法：i) 甲狀腺腫有化膿時，與甲狀腺炎同，應行切開。

ii) 甲狀腺腫結節化膿時，雖可切開，但有貽留**甲狀腺腫瘻**者。故是時寧可剔出炎症性結節。

III. 甲狀腺慢性炎症

一般罕見。

1) 甲狀腺結核

於幼年見之，有次列諸型。

a) 急性粟粒結核

在臨牀上，毫無意義。

b) 瀰漫性甲狀腺結核

臨牀現象，與非化膿性甲狀腺炎之緩和型相似。自覺若痛甚少。

療法：一側性者行手術，兩側性時，行氣候療法，太陽光線療法及X光線療法，營養務使佳良。

c) 限局性甲狀腺結核

有乾酪化及化膿之傾向，療法照前記原則行之。

d) 甲狀腺腫結核

在臨牀上，其症狀多不明，在瀰漫性或結節性甲狀腺腫中，謂有結核性病竈云。

2) 甲狀腺徵毒

甲狀腺有生橡皮腫者，但甚罕。在臨牀上，與**惡性甲狀腺腫**相似，擴大較速亦發疼痛，且有嚥下困難及呼吸困難。

但達某程度時，腫瘍逐漸縮小，或軟化以至破潰，構成徵毒性潰瘍。

診斷：施行 Wassermann 氏反應，試驗的驅微療法等，易於斷定。

療法：驅微療法。

3) 甲狀腺放線狀菌病

完全在例外見之，甲狀腺全體破壞時，有發粘液水腫者。

IV. 甲狀腺腫或甲狀腺肥大

原因：甲狀腺腫，多起於地方病性或散在性，屬流行病症者甚少。地方病性者，如 Alpen 山，臺灣等山谷間常見之。家畜如犬馬之類亦有發病者。

年齡以 20—40 歲為多，時或在小兒發病。婦人遠過於男子，又甲狀腺腫在妊娠中，有急速擴增大者，凡可起頸部血管充血諸動機，如吹唱，登山等，成為甲狀腺腫之誘因者亦有之。

本病原因，今尙不明，其主要之學說如次。

a) 水土說

與飲料水及土地有關之學說，自昔著稱，或有證明甲狀腺腫井者，因飲用是水，可以發病，在實驗上，使犬馬，鼠等飲之，亦可發生甲狀腺腫。但該井水經煮沸後飲用則否。

b) 碘缺乏說

甲狀腺腫，謂係碘質供給不充分之結果。

c) 中毒及傳染之原因說

究其原因在中毒或傳染。

d) 關於衛生學上之諸原因說

甲狀腺腫，由衛生學上之諸原因所成立。

病理：甲狀腺腫，在病理學上，其大要可別如次。

A. 瀰慢性甲狀腺腫

1) 實質性甲狀腺

a) 濾胞性甲狀腺腫

b) 膠狀甲狀腺腫

2) 血管性甲狀腺腫

3) 纖維性甲狀腺腫

B. 限局性甲狀腺腫 (結節狀)

1) 實質性甲狀腺腫

a) 濾質性甲狀腺腫

b) 膠狀甲狀腺腫

2) 血管性甲狀腺腫

3) 含種々轉化性之膠狀腺腫

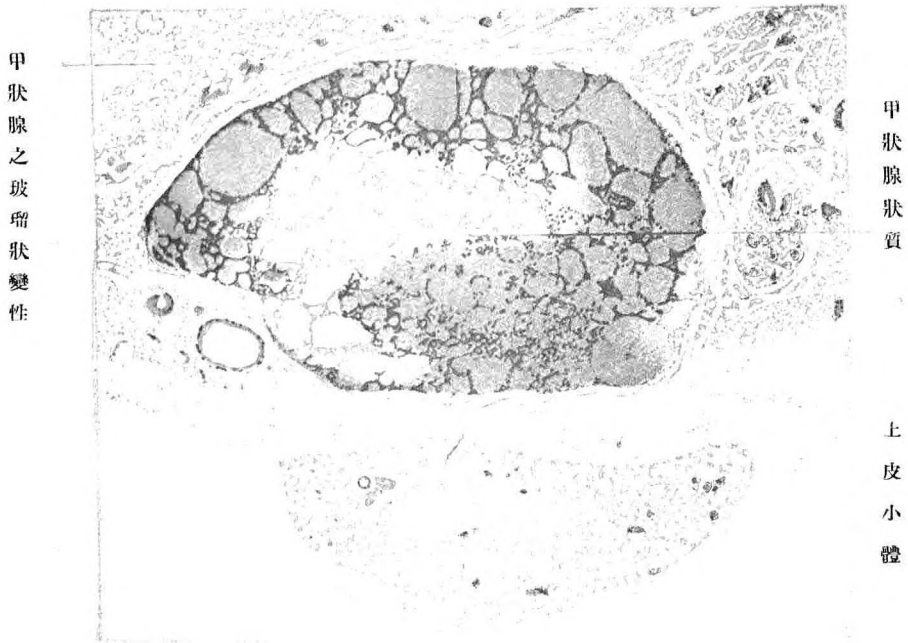
a) 囊狀甲狀腺腫

有真性與假性之分

b) 剝離性甲狀腺腫

第三百二十九圖

甲狀腺及上皮小體 (三輪外科書)



甲狀腺之玻璃狀變性

甲狀腺狀質

上皮小體

- c) 纖維性甲狀腺腫
- d) 兼有玻璃狀變性
- e) 兼有石炭沈着
- f) 兼有化骨

瀰漫性甲狀腺腫，係甲狀腺全體擴大，**結節性甲狀腺腫**，係甲狀腺之一部分擴大，兩者分爲各種如前述，但組織學上之構造則相同。

1) 實質性甲狀腺腫

主要由甲狀腺之實質增殖及擴張，可分爲兩種。

a) 濾胞性甲狀腺腫

主要爲甲狀腺濾胞增加，與甲狀腺單純性肥大類似，濾胞腔不甚擴大，腔壁細胞，爲立方形。

此型，不甚增大，達通常甲狀腺三倍者，幾不可見，硬度爲彈力性而稍韌或稍軟。

b) 膠狀甲狀腺腫

濾胞內容之膠質增加，濾胞著明擴大，實質變爲扁平，或有多數細胞剝落于其中(**落屑性甲狀腺腫**)。濾胞擴張著明時，終成爲囊腫性甲狀腺腫。

膠狀甲狀腺腫，著明增大時，表面成分葉狀且不規則，其硬度亦柔軟。以上兩者，常合併而來。

2) 囊腫性甲狀腺腫

a) 眞性囊腫。由膠狀甲狀腺腫內之膠樣質過度增加所發生。

b) 假性囊腫。由甲狀腺腫中，有壞死或出血所發生。

發生囊腫之場所，以側葉爲多，有時或在腺峽。囊腫之數，爲單獨或爲多數。多數囊腫中，有其一特別擴大時，壓迫其他小囊腫，觀之有爲單囊性者。囊壁之厚薄亦不等，大者壁薄陳舊者則較厚，時或見石灰沈着。

濾泡細胞，完全扁平或消失。或有反見增殖者。甚有呈乳嘴狀增殖，

充積囊腔者。(增殖性囊腫性甲狀腺腫)。其內容亦以成因而異，有膠狀，漿液性，粘液性，血液性，暗紅色等。亦在內容中，見膽固醇結晶。

囊腫性甲狀腺腫，往々著明擴大，屬多囊性時，其表面粗雜不平，惟單囊性則平滑。硬度柔軟，多有波動。

3) 血管性甲狀腺腫

甲狀腺內之血管，著明增生且擴大之謂。多屬限局性，間或為瀰漫性 (Basedow 氏甲狀腺腫)。稍與血管腫相似，硬度柔軟，有壓縮性，往々有搏動及吹鳴雜音，雖不至若何巨大，時或在甲狀腺腫內出血，或構成出血性囊腫，是時則驟然增大。

4) 纖維性甲狀腺腫

主要為實質間之結締織增加。罕有為瀰漫性者，多屬限局性。時或由甲狀腺腫內出血及軟化後發生。在此型，甲狀腺腫之擴大，不甚著明，硬度頗韌。表面稍平滑或不平。

5) 其他在甲狀腺腫組織內，尤以纖維性甲狀腺腫之結締織內，見有玻璃狀變性，石灰沈着及化骨等。

症狀：A) 局部症狀

視甲狀腺腫之種類及大小而異，述其大要如次。

i) **限局性**。普通與甲狀腺之存在部位一致，瀰漫性甲狀腺腫時，在前頸及左右兩側生腫脹，巨大時，有山顏部波及胸之上部者。在限局性甲狀腺腫，多生於側頸，間或由腺岐腫脹。又副甲狀腺腫，完全離通常甲狀腺之位置而發生。

ii) **大小**。大小不等，小者不過較常稍大，以鴨卵大一蘋果大為最多。大者達成人頭大以上。

iii) 形狀

瀰漫性甲狀腺腫，大體從甲狀腺之形狀，成馬蹄形，但巨大時，頸部全體著明腫脹。限局性甲狀腺腫，似僅一葉腫脹，成球形或磊塊形，偶或為有莖性。

iv) 表面

或如脂肪腫，爲分葉形，或爲粗粒狀，結節狀，或如囊腫而平滑者亦有之。

v) 硬度。亦視種類而異，實質性者，有彈性而軟，在膠質性者特柔軟。又囊腫性者柔軟而有波動。

纖維性，腺腫性者，堅韌或稍韌。血管性者，柔軟有壓縮性，時有搏動及雜音。甲狀腺腫大者，隨部位而異其硬度。

vi) 皮膚。常無變化，其大者，皮膚靜脈或有擴張，有癌腫變性時，常與皮膚癒着。

vii) 底部。因與甲狀軟骨有關，通常在嚥下運動時，有共同運動是其特徵。但巨大時，運動有不明者，又惡性甲狀腺腫，對下層癒着時，其移動性受抑制，反障礙嚥下運動者有之。

B) 壓迫症狀

甲狀腺腫，呈壓迫症狀者，較罕，但時或見之。此於甲狀腺腫之大小，固有關係其成立之部位，發育之方向，所關亦大。茲述其主要症狀如次。

i) 呼吸困難

氣管爲甲狀腺腫所壓迫初因種々身體勞働時，隨其狹窄之增加，常發喘鳴，若有過烈之勞働，枝氣管炎，咳嗽發作時，突現窒息(甲狀腺喘息)者有之，該發作多不久即治，間或突然致死者有之(甲狀腺死)。

ii) 聲音嘶啞。聲音嘶啞，亦因喉粘膜之慢性血行障礙，或返神經麻痺之故。

第三百二十九圖

惡性膠狀甲狀腺腫

(慶大外科教室)



iii) 嚥下障礙。係或見之，即因下副甲狀腺於或後副甲狀腺腫或左右兩葉成馬蹄形著明腫脹時，壓迫食管之故。

iv) 大靜脈幹鬱血

頸總動脈，由甲狀腺腫擠，向側方時不起若何困苦，但前記副甲狀腺腫過大時，大靜脈幹受其壓迫，發生鬱血現象，面呈浮腫狀腫脹，並有腦血行障礙，其他在上胸部，呈水母頭狀靜脈怒張者亦有之。

v) 對於心臟之影響

a. 氣管狹窄之結果，越肺氣腫，因起右心肥大及擴張者有之。

b. 靜脈循環障礙之結果，有起心臟病者。

c. 由毒力作用，起心動急速症及心臟肥大即甲狀腺腫心臟者有之。

vi) 神經性影響

習見者為返神經麻痺。若係單側性，因健側聲帶之補償，雖不現有若何障礙，但達不可補償之程度時，發聲音嘶啞或失聲症。兩側麻痺時，有呼吸困難，甚至有窒息之危險。其他間或呈迷走神經，交感神經，舌下神經，副神經等壓迫症狀者亦有之。

診斷：多容易。由局部所見，尤視與喉之關係，可以診斷，若呈壓迫症狀時，更易診斷。

應與本病區別之疾病，分類如次。

i) 與甲狀腺無關係之疾病。例如腮弓囊腫，皮狀囊腫，粉瘤，蝦

第三百三十圖
右側限局性甲狀腺腫
(Quervain)



囊腫，脂肪腫，柔軟性結核性淋巴腺炎，橡皮腫等，當與限局性甲狀腺腫區別。是時視形狀，表面，硬度，尤以與喉之共同運動等區別。

b) **甲狀腺腫以外の疾病。**例如 Basedow 氏病，惡性甲狀腺腫，腺腫，甲狀腺炎，甲狀腺結核，黴毒，胞蟲病等，有區別之必要，但此等之疾病，皆屬罕見，且各有特別之症狀，多易區別。但與甲狀腺結核及黴毒之區別，非經組織學的檢查不可。

甲狀腺單純性肥大

先天性或青年婦人，時或見之，每當經期限增大。本症甲狀腺，屬瀰漫性擴大，與瀰漫性濾胞性甲狀腺腫之輕症者難於區別，但本症不至若何發育，或能逐漸縮小。

c) 甲狀腺腫之種類

瀰漫性甲狀腺腫與限局性甲狀腺腫之區別，由其形狀，尙屬容易。又成於何種構之鑑別，則爲次表。

經過及預後：甲狀腺腫之經過，由種類而異。膠狀甲狀腺腫，囊腫性甲狀腺腫，最迅速，變爲巨大，其他則經過較爲慢性，或達相當範圍時，不再擴大，間或由變性而反萎縮者亦有之，但惡性變性時，迅速發育，並有癒着。他如甲狀腺腫發生傳染，起甲狀腺炎時，隨急性炎症而迅速增大。在尋常甲狀腺腫，縱著明巨大，無不致死，但如上所述呈種種壓迫症狀時則危險。又惡性變性時，亦不良。

療法：有種種，由甲狀腺腫之種類而異。

A) 藥物療法

第三百三十一圖
囊腫性甲狀腺腫
(慶大外科教室)



第三百三十二圖
巨大囊腫性甲狀腺腫
(Bruns)



i) 古來於甲狀腺腫之療法，最多用者為碘劑，於瀰漫性實質性甲狀腺腫且屬青年者最為有效，但囊腫性，血管性，纖維性等則否。碘之作用，在使腺機能亢進，所鬱積之膠狀質，使旺盛吸收是也。

碘劑用法，(a) 用少量之碘鉀或碘鈣(每日0.1瓦以下)，使之內服，每兩星期後，停藥兩星期，如是持續數月。

(b) 用碘酒塗抹，或用碘碘鉀軟膏(1:10:100)，或用60%碘仿軟膏塗擦之(今不用是法)。

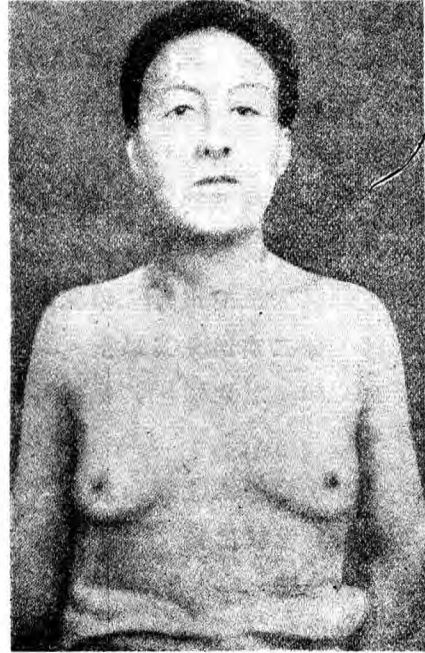
(c) 碘酒，碘仿依的兒橄欖油(1.0:5.0:9.0)注射之，但今亦不用是法。

	成	立	形	狀	表	面	硬	度	大	小	疼	壓	迫	經	過	其	他	
濾 甲	性 腫	後 天 性 多， 先 天 性 少， 或 屬 地 方 病 性	瀰 漫 性 或 屬 局 限 性	一 葉， 或 屬 局 限 性	大	平 滑	彈 力 性 稍 軟， 時 或 稍 韌	不 至 巨 大 在 正 常 三 倍 大 以 下	無	無	無	無	但 副 中 狀 腺 腫 在 例 外	緩 漫				
膠 甲	狀 腫	同	同	上	分	葉 性	彈 力 性 而 柔 軟	著 明 腫 大	多 不 痛	巨 大 時 則 有 之	同	同	同	相 退	當 速	有 各 型 互 相 合 伴 者， 時 或 成 疔， 是 時 發 育 急 速 有 疼 痛 及 轉 移		
血 甲	性 腫	多 後 天 性， 時 或 先 天 性	多 限 局 性， 時 或 多 發 而 不 規 則	上	大 體 平 滑， 時 或 不 平	囊 腫 之 表 面 平 滑， 多 數 時 不 平， 或 呈 塊 狀	柔 軟， 有 脈 縮 性 時 有 搏 動， 雜 音	頗	無， 內 部 無 出 血 時 則 有 之	同	同	同	同	同	同			
囊 腫 甲	性 腫	後 天 性， 囊 腫 性 大， 或 壞 死， 出 血 之 後	多 限 局 性， 時 或 多 發 而 不 規 則	上	囊 腫 之 表 面 平 滑， 多 數 時 不 平， 或 呈 塊 狀	囊 腫 之 表 面 平 滑， 多 數 時 不 平	柔 軟 有 波 動， 或 緊 張 而 柔 軟	著 明 腫 大	間 或 有 之	同	同	同	同	退	速			
繃 甲	性 腫	後 天 性	同	上	大 體 平 滑， 時 或 不 平	大 體 平 滑， 時 或 不 平	韌 或 完 全 堅 韌	不 甚 腫 大	無	無	無	無	無	完 慢	全 性			
甲 腺	之 腫	先 天 性 或 後 天 性	限 局 性	性	結 節 之 表 面 平 滑 由 甲 狀 腺 除 出	結 節 之 表 面 平 滑 由 甲 狀 腺 除 出	稍 韌	小 結 節	無	無	無	無	無	同	同			
甲 癌	之 腫	三 四 十 歲 後， 往 往 由 甲 狀 腺 腫 發 生， 間 或 由 甲 狀 腺 原 發	多 為 限 局 性， 間 或 屬 瀰 漫 性	間	多	不 平	韌	頗 巨 大	比 較 的 早 期 即 有 之	常	有	常	有	頗 迅 速				淋 巴 腺 轉 移， 惡 性 液 質
甲 肉	之 腫	青 年 甲 狀 腺 或 由 正 常 甲 狀 腺 發 生	限 局 性	性	腫 瘤 自 身 之 表 面 大 體 平 滑	腫 瘤 自 身 之 表 面 大 體 平 滑	稍 柔 軟 或 稍 韌	常 巨 大	常	有	常	有	常	退	速			上 （ 但 淋 巴 轉 移） 同 （ 無 轉 移）

第三百三十三圖

因胸腔內甲狀腺脈之強度血管鬱血

同上手術後 (Sauerbruch)



Kocher 氏推荐磷酸鹽，係如磷酸曹達是也。

貽患。 碘劑與以過量時，有呈震顫，心悸亢進，羸瘦等之 Basedow 氏病諸症狀者，是名 Jodbasedow，須即刻廢止碘劑。

B) **臟器療法。** 按日攝食山羊或犢之新鮮甲狀腺 0.3—1.0 瓦。或將甲狀腺乾製為粉末(成人每星期服新鮮甲狀腺 10 瓦，小兒服 5 瓦左右)，加食鹽，胡椒等，塗麪包上食之。其他由甲狀腺所製之 Thyladen 錠，Thyreojodin 錠，Jodothyryn 等，皆由碘及甲狀腺各種成分所合成，與碘療法有同樣意義及貽患。

(曾有 Basedow 氏病症狀時，或謂不可用碘劑及臟品療法，但近來用法，得宜時，足以奏效，為衆所稱)。

C) **理學療法**

其中尤以X光療法對實質性，瀰漫性甲狀腺腫為有效，但結節型，纖維型，囊腫型則無效。又X光療法，長時連用時，對周圍發生癒着，手術變而因難者有之。

其他鐳錠療法，紫外線放射療法亦可一試。

D) 外科療法

甲狀腺腫之發育緩慢，擴大不著時，不必急於手術，但保守療法不效時，呈壓迫症狀時，有惡性變性徵候時，務須早期手術。

甲狀腺腫手術時，因全身麻醉危險，故以局部麻醉行手術為原則。

又甲狀腺完全摘出時，因脫落症狀而起甲狀腺性惡液質，故最多不可摘出三分二或四分三以上。又是時若將甲狀腺側之上皮小體摘出時，有發生Tetanie之危險。其他返神經，大血管等不可損傷，又須注意後出血。

甲狀腺腫之手術種類如水。

- 1) 偏側性摘出術
- 2) 切除術
- 3) 剔出術
- 4) 剔出兼切除術
- 5) 甲狀腺動脈結紮術

上述各法，視甲狀腺腫種類而取捨之。

因甲狀腺腫發生窒息時，從速行甲狀腺摘出術，不得已時，施行氣管切開術。

V. 甲狀腺之手術

1) 偏側摘出術或甲狀腺摘出術

是法適用於瀰漫性甲狀腺腫及惡性甲狀腺腫。

i) 皮膚切開，為法不一，以Kocher氏之頸襟切開法為最佳、或沿胸鎖乳突肌內側，或在正中，行縱切開，由其上端走向側方切開之。

ii) 次將皮膚，腱膜，頸闊肌及被覆甲狀腺之肌切斷，務以鈍力使腫瘤遊離，切開腺莖膜後，結紮血管。

iii) 是時為把持腺部，用Kocher氏腺鉗子，使之遊離時，宜用甲狀腺腫消息子。

iv) 用指尖之鈍力，從甲狀腺腫基底剝離之，使甲狀腺腫脫轉於手術創之外。是時甲狀腺側葉之上極，有甲狀上動靜脈，可重複結紮，於其中間切斷之，莖膜之血管亦逐漸結紮，務用鈍力以遊離甲狀腺腫，將甲狀腺腫向健側之上方稍牽引時，在側葉之下方，即見甲狀腺下動靜脈，於是加以結紮，更使腺腫遊離，結紮時，特須注意返神經，不可一同結紮或損傷。

v) 次在甲狀腺腫之正中，以鈍力剝離，在腺峽行集束結紮後，切除之，或依 Kocher 氏法，用壓挫鉗子將腺峽集束壓挫後切斷之。

vi) 摘出後，充分止血，縫合肌及腱膜之一部分，用小紗布行排液法，縫合皮膚。

第三百三十四圖

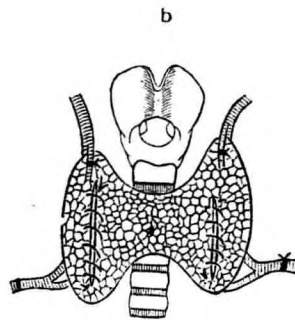
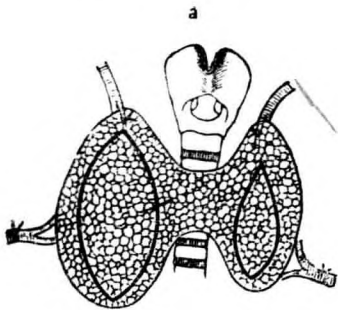
——Billroth 氏法
 - - - - - Kocher 氏角狀切法
 - · - · - Kocher 氏標式切法



第三百三十五圖

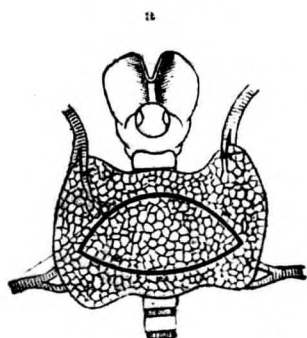
兩側切除

兩側切除後，加以縫合

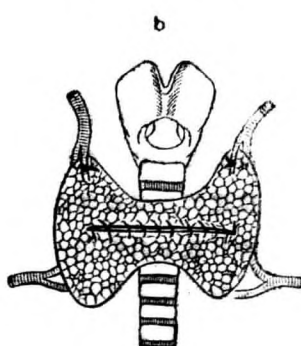


第三百三十六圖

峽部切除峽

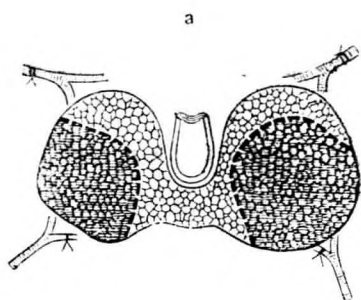


部切除後，加以縫合

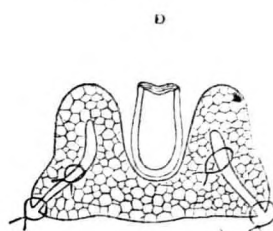


第三百三十七圖

兩側部分的切除



同左後縫合



2) 甲狀腺切除法 (Mikulicz, Hahn, Mayo 等)。

大體與上法同，遊離甲狀腺腫，結紮甲狀腺上下動靜脈，甲狀腺腫脫轉之後，對增大之甲狀腺，行梭狀或楔狀切除，於實質緻密縫合。本法可行於兩葉。但是時為保留上皮小體計，甲狀腺腫之後方可保存之。行切除時，與其用普通小刀，毋寧用電氣刀。

3) 剝出法或腺內摘出法 (Porta, Socin, Burkardt 等)。

本法適用於囊腫性甲狀腺腫或結節性甲狀腺腫。由前法將甲狀腺腫露出後，切開結節上部之莢膜以至實質，用甲狀腺腫消息子或指尖，鈍性遊離之。本法

出血既少，主血管亦可不須結紮，亦無副損傷，容易施行，惟傷及結節周圍實質時，出血必多，但能以鈍力遊離，則可無此種危險。

4) 挾出法

與前法同，遊離甲狀腺腫後，甲狀腺腫之實質與結節性甲狀腺腫，同時切開，其兩半部，用指尖或匙除去之。

5) 甲狀腺主要動脈結紮法

是法對實質性甲狀腺腫或 Basedow 氏甲狀腺腫之發育迅速者行之。但因主要血管結紮時，即呈與甲狀腺全部摘出相似之症狀，故至多以結紮三血管為限。不行甲狀腺腫截除術，單結紮及甲狀腺上下動脈者，可依次法行之。

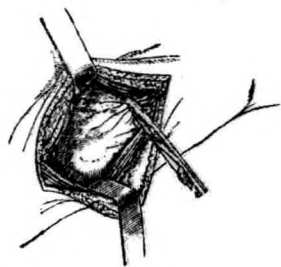
a) 甲狀腺上動脈

在甲狀軟骨上緣高處，頸總動脈分岐部之上，出自頸外動脈，其初上行，次成弓狀下行，在甲狀腺側葉上緣，入甲狀腺內。

第三百三十八圖

部分的甲狀腺摘出術

(Marion)



第三百三十九圖

部分的甲狀腺摘出術

(Marion)



故皮膚切開，應沿胸鎖乳突肌前緣行之，切開頸闊肌及淺在性腱膜時，在側葉上即易見該動脈。

b) 甲狀腺下動脈

與其他動脈枝同出於鎖骨下動脈，由頸部血管神經鞘之後，稍斜上行，由側葉下部入腺內，其前後，有交感神經。又其分岐部，有返神經，與之交叉。

沿胸鎖乳突肌內緣，經甲狀軟骨上緣，達鎖骨1—2cm之上方為止，行皮膚切開，在創角上方斜行之肩胛舌骨肌，向上牽引之，又將胸鎖乳突向外牽引時，在創口內側，可見胸骨舌骨肌及胸骨甲狀肌縱走，故將此等肌肉及甲狀腺之外側向內擠壓時，即現頸部血管鞘，故由頸總動脈內側，遊離血管鞘時，在其後方，可見甲狀腺下動脈橫行。注意神經而結紮之可也。

附加：副甲狀腺腫

離開正規甲狀腺位置之副甲狀腺，所生腺腫之謂。其部位有種々，Madelung氏別為五種如次。

1) **下副甲狀腺腫或胸廓內甲狀腺腫**

診斷往々困難，發現與縱隔竇瘤相似之壓迫症狀，有呼吸困難，面及頸部之青藍變色等。若由愛克司光檢查，對縱隔竇瘤不能否定時，則確診完全困難。

2) **後副甲狀腺腫**

又分為次列各種。

a) **食道後副甲狀腺腫**

b) **喉後副甲狀腺腫**

c) **氣管內或胸廓內副甲狀腺腫**

增大時，發生嚥下困難及呼吸困難。

3) **上副甲狀腺腫**

發生於甲狀腺上部至舌盲孔之間，或有作為舌甲狀腺腫而發生者，非由組織學檢查，於其他腫瘍，不易區別。

4) **外側甲狀腺腫**

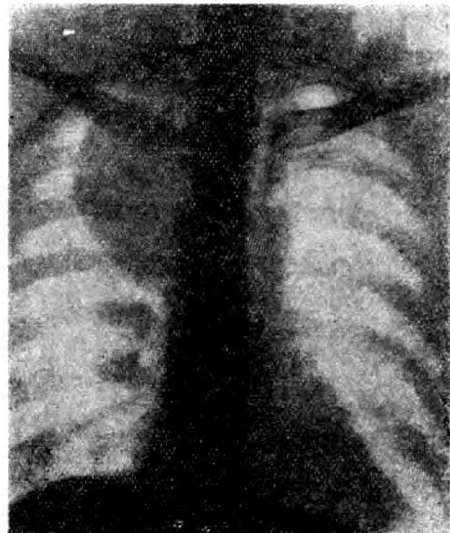
發生於下頷部至鎖骨間，甚少見。或誤診為結核性淋巴腺炎。

5) **前副甲狀腺腫**

發生在甲狀腺附近皮下，亦甚少見。有誤診為舌骨之粘液囊炎者。

第三百四十圖

胸內甲狀腺腫愛克司線像
(瀨尾外科教室)



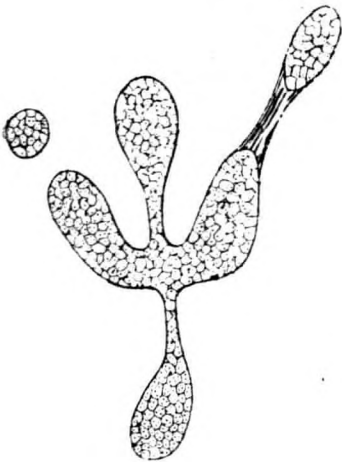
第三百四十一圖
迷芽性囊狀甲腫腺腫
(慶大外科教室)



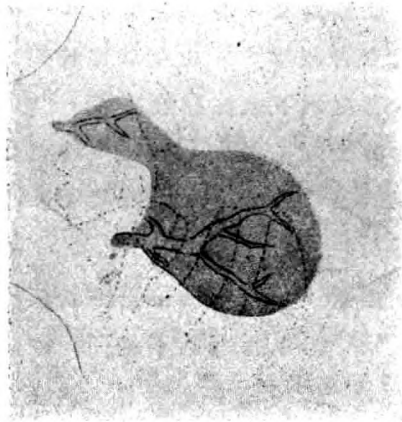
第三百四十二圖
迷芽性甲腫腺腫
(京都帝大外科教室)



第三百四十三圖
副甲狀腺腫發生之模型
(Wö tler)



第三百四十四圖
(左側) 甲 腫 腺 腫
(右側) 胸骨後部副甲狀腺腫



他如普通甲狀腺腫，可相當移動至異常位置時，稱曰**隱沒甲狀腺腫**，或著明在下時，稱曰**甲狀下垂症**。

VI. 甲狀腺腫瘤

1) 腺腫

分爲三型。

a) Wölfler 氏型胎兒性腺腫

留有胎生時甲狀腺之構造，但甚罕見。呈限局性甲狀腺腫之狀。

b) 管狀腺腫

c) 乳嘴狀囊腫性腺腫

以上腺腫，屬限局性瘤，其硬度韌或稍軟，發育較緩。

診斷：與結節性甲狀腺腫，不易區別，僅由組織學檢查可以別之。

療法：摘出。

其他雖有纖維腫，脂肪腫，血管腫發生之報告，但甚少。

2) 惡性甲狀腺腫

雖稱爲甲狀腺腫，但非真性甲狀腺腫，不外癌腫或肉種而已。

a) 甲狀腺癌腫

較肉腫爲常見，多見於40—50歲以後者，男多於女。由普通甲狀腺發生者甚罕，多由甲狀腺腫變性爲癌腫，亦發於右葉，或侵犯全腺，或有由副甲狀腺腫發生者。

其種類，爲單純性癌，時或爲表皮癌，腺癌，膠狀癌，以單純性癌(髓狀癌及硬性癌)中之髓狀癌及膠狀癌爲惡性，發育迅速，能爲轉移，易起惡液質。

症狀： i) 甲狀腺或甲狀腺腫之一部，無特別原因，增大頗速。

ii) 形狀易變爲不規則，硬度韌性(膠狀癌則稍軟)。

iii) 對周圍易於癒着，甚至境界亦多少不明。

iv) 大小不等，髓狀癌，膠狀癌頗大，腺癌次之，表皮癌，硬性癌

第三百四十五圖

甲狀腺癌 (慶大外科教室)



室第三百四十六圖

甲狀腺癌 (近藤外科教室)



則較小，後者尤能萎縮，當是時，其硬度全屬韌性。

v) 不拘大小，常有自發痛，放散於耳，枕及肩胛部，但壓痛不著。

vi) 腫塊雖不甚大，起返神經麻痺易發聲音啞嘶。

vii) 由腫瘤之壓迫，可以發生嚥下困難及呼吸困難，但此等運動，往往由癒着面受障礙。

viii) 每在所黏部之淋巴腺作轉移(視癌腫之種類，而遲速不同)，甚至在肺，骨等，作血行性轉移。

預後：視癌腫種類而異，在早期行根本的手術則可救，既在周圍有著明癒着及轉移時，手術無望。多在 1-2 年內死亡。但硬性癌則完全取慢性經過者有之。

診斷：三十歲以後，甲狀腺或甲狀腺腫急速發育，其硬度韌性，並發疼痛時，非懷疑惡性甲狀腺腫不可。若轉移及壓迫症狀著明時，診斷更加確實。所應區別者。為腺腫內之出血，甲狀腺之結核及徽毒等。

療法：早期行根本手術，若既侵及腫體全部時，難行手術。

b) 甲狀腺肉腫

多見於青年，以梭狀細胞肉腫爲多。在甲狀腺之一部生腫瘤(以右葉爲多)，急速發育，在短時間內，著明擴大，硬度爲彈性性而稍軟韌。較癌腫爲罕見，時或疼痛，末期發生癒着，呈附近壓迫症狀，並有血行轉移，但淋巴腺之轉移則少見。

由早期行根本手術可救。

VII. 由於甲狀腺之特殊疾患

1) Basedow 氏病或 Graves 氏病

原因：本病之真因尙不明。向來學說，證本病係甲狀腺過剩機能之自家中毒，此說，最爲有力。本症與甲狀腺腫，夙信其有密切關係。其他由甲狀腺炎症及真性腫瘍，亦有發生本病者。

又本病對體質及遺傳，亦有關係，甚至由精神感動而發病，因有謂爲神經症者，近知本病對胸腺關係密切，在初無甲狀腺腫之 Basedow 氏病，每見胸腺肥大云。

又本病多見於少婦，數倍於男子。

症狀：i) 以甲狀腺腫脹爲特徵，多係瀰漫性實質性甲狀腺腫，富有血管，時或呈血管性甲狀腺腫狀，搏動及壓縮性著明，或爲限局性實質性甲狀腺腫。

極少數由於急性甲狀腺炎，甲狀腺結核，微毒，亦有甲狀腺腫不明者。

ii) 速脈症及心悸亢進

爲最常見之現象，時或伴有胸內苦悶。

iii) 眼症狀。最要者，爲眼球突出症。

眼症狀要有如次之現象。

a) Möbius 氏症狀。

因眼球突出，起眼球運動障礙及視軸之轉合機能不全，即在患者眼前，伸指使之凝視而，向遠或左右移動手指時，至其一程度以上眼球不純運動。

b) Graefe 氏症狀。

眼瞼與眼球之運動，不相符合，在病人眼前之高處置一指，指尖次第下降，眼球雖能隨指尖向下運動，但眼瞼不動或僅能運動。

c) Stellwag 氏症狀。

雖刺激眼瞼，而不能瞬，或甚薄弱，但有時期反過敏。

d) 在初期雖流淚過多，但逐漸減少，終成結膜乾燥症者有之。

iv) 全身症狀。雲頰為最著，其他有兼全身多汗症，羸瘦，全身倦怠或神經衰弱，臟躁症，嘔吐，渴痢等症者。又吸氣時，胸廓擴大，有著明減弱之症狀。

v) Vigorou 氏症狀。皮膚之電氣傳導抵抗力有減退者。

vi) 血液變化

多核白血球減少，淋巴球，單核大細胞，嗜伊紅細胞等增加，血液凝固性減低及抗鹼蛋白酶增加。

診斷：以上症狀存在時期易。時或諸症中祇有一二，或甲狀腺腫不甚著明，祇有其他症狀，或起初祇有甲狀腺腫，Basedow之症狀蓋缺至某時期，始有 Basedow 氏症狀，故診斷非慎重不可。

鑑別診斷，須與神經衰弱，初期結核，Addison 氏病等區別(參照內科書)。

療法 . i) 全身療法。精神須安靜。行氣候療法及水治療法等。

ii) 藥物療法。用砒，鐵，溴，磷，雞納等製劑。

碘劑對於 Basedow 氏病，昔幾視為禁忌，自 1920 年以來 (Neisser 等

第三百四十七圖

Basedow 氏 病

(赤岩外科教室)



之報告，少量之碘，對本症每有見效，或推為手術療法之前處置者有之。

其用法雖有種々，較常用者為 Lugol 氏溶液(碘 5.0—碘鉀 10.0—蒸水 100.0)·日三次，每次五滴，逐漸增量，按日增至 20 滴，既達適時，則甚有效云。其效果因人而異，第二日，至十日，可見其功能。但或謂本法，非有根本療法之效果，祇可用為手術之前置云。又時用本法，反見症狀增惡者，是時須立即停止。鑒於 Basedow 氏病，何以見效，則諸紛紜，尙無定論。

iii) **臟器療法及血清療法**。甲狀腺及其製劑，在所禁忌。但甲狀腺摘出後之動物，由其血清內所取出之 Antithyreoidin, Thyreodektin 等，或以甲狀腺製劑所處置之動物血清，或甲狀腺摘出後之山羊乳，或其製劑 Rodagen 等，雖經試用，奏效亦未必確實。近有試用腎上腺，胰臟，腦垂體等臟器療法者。

iv) **愛克斯光療法**。其結果亦不定，有反見症狀惡化者。

v) 手術療法

以上種々保守療法不效時，且求速治者行之，但有心臟擴張，脈搏不整，衰弱過甚時，手術危險。Basedow 氏病之手術，忌全身麻醉，非局部麻醉不可。

其手術方法。

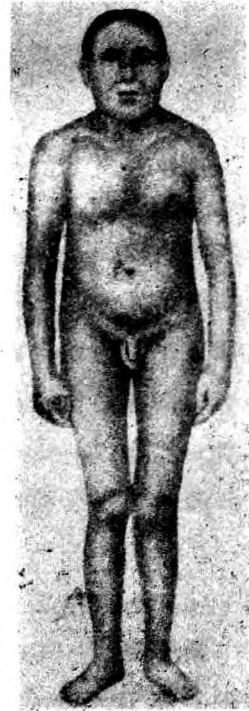
a) 結紮二三甲狀腺血管。

b) 甲狀腺單側摘出。

或兩法併用亦可。

本病之各種症狀，多在手術後由輕快而治，時或再發，是時將殘留之甲狀腺，再切除其一部分，可以奏效者有之。

第三百四十八圖
(Aus d. chirurg. Klinik)
(in. Bern)



2) 手術的粘液水腫或甲狀腺摘出惡液質

原因：甲狀腺之全部或大部分，以切除之故，在手術二三月後發生，本病以婦人為多，昔稱為成人特發性粘液水腫云。

症狀：起初覺有全身倦怠，次外皮膚及舌發生水腫，鎖骨部，腫脹，起言語障礙，表皮乾燥，脫毛，發生白癩，生殖作用減退，月經多閉止，在少年體格發育，亦受障礙。

其特徵為全身水腫，但與尋常水腫不同，指壓皮膚，不留痕跡，蓋以粘液水腫者之皮下，有液質浸潤故也。

在血液，則赤血球，血色素減少，白血球增多，粘液素增加。

診斷：由甲狀腺手術後，發生上述固有症狀，易於診斷。

療法：由甲狀腺移植或服用甲狀腺劑，有暫時快者。

3) 小兒性粘液水腫

原因：由於先天性缺少甲狀腺(甲狀腺缺少症)特於甲狀腺腫地方見之。

第三百四十九圖

粘液水腫 (四歲之小兒)



第四百五十圖

同上 (甲狀腺給與後)

(Bruns 氏 Klinik)



症狀：與手術性粘液水腫相似，加以身體發育，受其障礙。

診斷：多易，究其出產地最為重要。

預後：惡，常早死。

療法：與手術性粘液水腫同。

4) 克汀病

原因：本病在甲狀腺腫地方，屬地方病性而發生，或為散在性而生之特異疾病。按其原因，雖有種々學說，但未決定。男子稍多。

症狀：i) 骨系統

克汀病之重要症狀，為骨長軸成長之障礙，因長管狀骨之骨端化骨作用遲延結果，病人有略呈侏儒狀態。但骨膜性橫軸之成長，常不受障礙。

ii) 面及頭部

頭成短顱或扁顱之狀，額小而鼻根陷沒，鼻翼寬，鼻孔向上，呈鞍鼻狀，眼裂小而口大，唇厚。

iii) 皮膚。弛緩或肥厚且呈粘液水腫狀。

iv) 口腔。口腔膜為加答兒性，咽腔扁桃體肥大，多見腺狀增殖症。

第三百五十一圖

克汀病之十六歲女子
(慶大外科教室)



第三百五十二圖

克汀病時之甲狀腺腫
(Eiseisberg)



v) **胸及腹**。胸扁平或成洋樽狀，腹向前方突出，成懸垂腹，常有臍赫尼亞合併。

vi) **甲狀腺**

呈實質性增大到處，有韌性結節，或為凹凸不平之韌性腫瘤，尤以克汀病地方，甲狀腺著明增大，有乘至胸部者，間或反是，亦有甲狀腺萎縮者。

vii) **精神障礙**

病人多可證明精神缺陷，時或成為白癡，或意思薄弱。

viii) **生殖器**。生殖器之發育，在小兒期已告停止，無陰毛，女子無月經來潮生殖作用亦不全。

ix) **五官器**。聽力多受障礙，甚至聾啞，其他五官機能，亦有多少障礙。

x) **神經機能障礙**。證明有痛覺減弱及膝蓋反射亢進等。

xi) **體溫**。多低減。

診斷：由上列症狀，多易診斷。須加區別者，為胎兒性軟骨營養異常性骨形成，佝僂病性侏儒，粘液水腫等，但由既往症及皮膚性質等，可以判斷。有時與小兒性粘液水腫不易辨別。

預後：多不良。

療法：i) **藥物療法**。

碘劑，甲狀腺製劑繼續與之。

ii) **手術療法**

甲狀腺移植，或骨髓，脾等移植，亦可一試。

5) **甲狀腺手術後之強直症**

原因：本病在甲狀腺腫手術之後見之，與甲狀腺無直接關係，因摘出甲狀腺旁之上皮小體而生，在手術直後或2-3日後發病，間或繼發於甲狀腺炎之後，但甚少耳。

其他，本病有時無可由胃腸病，急性傳染病，妊娠，中毒等誘發之(參照內科

第三百五十三圖

甲狀腺手術後之慢性強直

(定型的助產手)



講)。

症狀：本病侵犯上肢，特多侵手指，由此等肌羣之強直性痙攣，前臂在肘關節屈曲，手指呈特徵之鳥手狀或助產手狀(全手指發現痙攣性強直，尤以拇指為著明，屈曲於其他四指下)。痙攣發作，由二三分時至數小時，有繼續 1—2 日者。又此種痙攣發作，或由壓迫肱動脈及神經所致，稱曰 Trousseau 氏現象。痙攣發作時，該部輒訴疼痛。

痙攣發作亦有在下肢者，膝關節伸展，足趾，為蹠面屈曲。其他面，項，頸，背，腹部等肌羣，亦能發生強直，若侵犯腦膜時，有窒息之危險。

其他外毛髮，爪，齒之營養不良，或至脫落，汗分泌增多，發生蕁麻疹，水腫等，時或伴有發熱，在小兒常有知覺潤濁，成人則否。此外有其他種之症狀。(參照內科書)。

診斷：多易，須與破傷風，臍躁病區別。

預後：急性者不良，慢性者，不致直接死亡。

療法：因上皮小體摘出而發者，將人體所得之上皮小體，移植於骨髓或腹腔中，謂可輕快，但似不能持久。又臟器療法亦取行。內服劑可用乳酸鈣一日六瓦)，臭剝劑等。其他對原因疾患，加以治療。

第四章 胸腺外科

一般備考

胸腺係體內分泌臟器之一，在胸骨後方，縱隔竇上部，心臟上方大血管之上，其上部與甲狀腺相近。在初生兒時，成於扁平長格圓形兩葉，其下部有廣大之連絡。

胎生時至生後二歲為止，雖發育，自第三歲至第九歲，逐漸萎縮，至十二歲，完全消失，常變為脂肪組織及結締組織，但在病理的，則仍能長久留遺。

組織學上由腺狀組織構成，其小葉為結締組織所包圍，腺體分為皮質及髓質，在髓質中，有 Hassal 氏小體(由上皮細胞層集而成)。

胸腺機能仍屬不明，但於幼小動物之發育，似屬必要，若摘出幼稚動物胸腺時，漸成惡液質，發育障礙，尤以骨之發育為不良，呈佝僂病之狀態。其他與脾臟，甲狀腺，亦似有關聯。

第一節 胸腺缺亡症及胸腺不全症

此種疾病，有見諸先天性者，小兒發育不良，宛為克汀病，骨之發育甚惡，精神發育亦受障礙，成癡呆狀。通常胸腺至成人時，全歸萎縮，已如上述。

第二節 胸腺損傷

無特別意義。

第三節 胸腺炎

1) 急性胸腺炎。間或於小兒見之。多因附近化膿，偶或由血行傳染。

每在胸腺基底，構成多數膿瘍，其周圍，有著明之蜂窩織炎，壓迫氣管，發生呼吸困難，終於致死，或移行於縱隔竇炎而死。

因在臨牀上，診斷甚難，幾無施行手術者，故預後常不良。

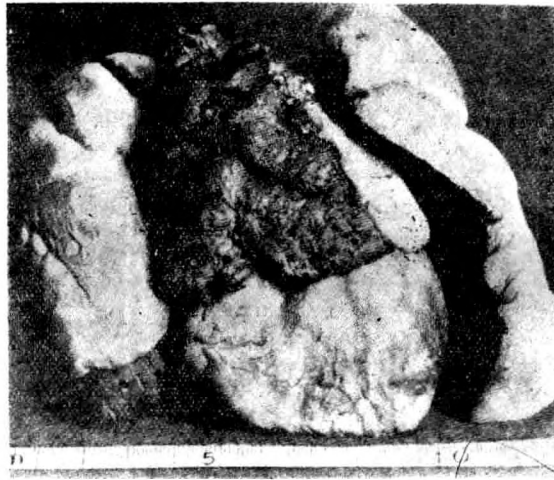
2) 慢性胸腺炎

在外科上不甚重要，係由解剖發見之，以故其胸腺，多為硬變性。於小兒胸腺，有見微毒，結核者，皆僅由解剖時知之。

第三百五十四圖

稀有巨大胸腺 (因壓迫氣管致死之例)

(小澤外科教室)



第四節 胸腺增生症

胸腺在胎生時及小兒期雖較大，隨成長而縮小。然在生後，尙有著明肥大者。(有皮質及髓質兩皆肥大者，亦有髓質單獨肥大者)。

症狀：胸腺增生時，骨之發育，常受障礙，有誤診為佝僂病者。

胸腺增生時之最大危險如次。

- i) 由其壓迫發生呼吸困難(胸腺性喘息)。
- ii) 因壓迫大靜脈，發生循環障礙，可以猝死。小兒由滯泣而用力吸氣時，易起胸脈之靜脈性充血，此名胸腺死。

療法：是時在前頸，行縱切開至深部髓膜時，可達胸腺，撮胸腺莢膜向上牽引，而切開時，胸腺實質，一部脫出，呼吸困難減輕，由是摘出胸腺之一部分，將莢膜固定於胸骨柄上窩，或將胸腺莢膜下摘出。有時鑿去胸骨一部，行上記手術。

第五節 胸腺淋巴腺體質

本症原因不明，為一種異常體質，不獨小兒，即成人亦見之。

具有此種體質者，對全身麻醉之抵抗力，特別薄弱，毫無特殊原因，即可致死。又對於種々急性傳染病(白喉，傷寒，肺炎，流行性感胃等)，脚氣，急性中毒等之抵抗力亦復薄弱。又有因遇無關重輕之事而死者，稱曰**胸腺死**。

臨牀上，病人身體細長，皮膚纖弱，毛髮發育不良，各處之淋巴腺如腺病性淋巴腫脹，胸腺亦見腫脹等。胸腺腫脹，偶從頭窩可以觸知，或由愛克斯攝影證明，但在臨牀上，多難見之。因而，此種體質，在臨牀上可下診斷者甚少，常因事故死後，經解剖始得證明之。

又 Basedow 氏病，甲狀腺腫之病人，多有此種體質。對此種體質，別無良法。

第六節 胸腺腫瘍

胸腺發生脂肪腫，皮狀囊腫，粘液腫，肉腫，淋巴肉腫，癌腫等，係或有之。參照縱隔竇腫瘤項下。

第五章 食管外科

第一節 食管檢查法

述其主要者如次。

A) 食管消息子檢查法。

檢查時所用消息子，如

1) 象牙消息子(第356圖)。

2) 食管探條。

無管腔之硬橡皮管。

3) 食管導管。有管腔之硬橡皮管。

病人坐椅上，使安靜呼吸，口須全開。檢者以右手之指頭，壓舌向下，他手爲執筆姿勢把持消息子，由口之正中線，越舌背，達咽而插入，並使病人嚥下，由是多易達目的。是時若行以暴力，非損傷食管，即引起痙攣，反難插入，若有嘔吐時，即須中止。神經質者，用5%古加英溶液塗咽及咽壁可也。

消息子檢查時，須豫先注意三處生理狹窄部，由上門齒所算之距離如次。

	男 子	婦 女
1) 至食管進口爲止	約 15 cm	14 cm
2) 至枝氣管分岐部爲止	26 cm	24 cm
3) 至食管之賁門部爲止	40 cm	39 cm

食道之狹窄部，在此種部位以外者亦有之，通常與此種部位一致。

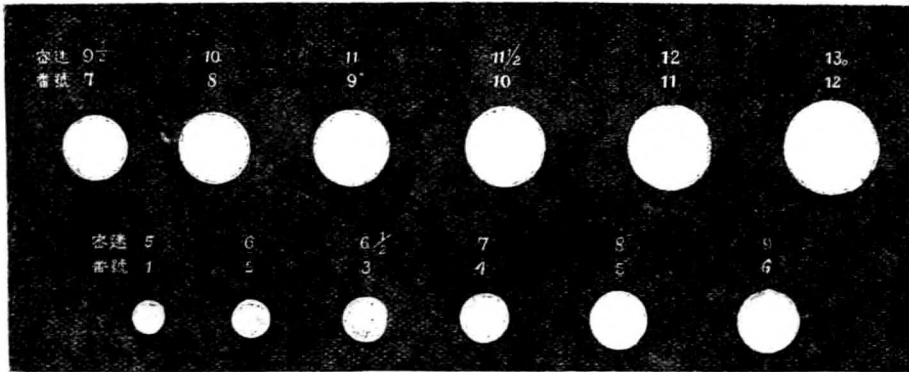
第三百五十五圖
象牙消息子



狹窄存在部，由其抵抗，硬度，長短可以推測，是時以上門齒為目標，視食管消息子插入若干，可定狹窄之距離。是時須注意消息子之尖端，有無血液，腫脹，腫瘍小片等附着。

若食管有擴張時，消息子之尖端，由其特別自由移動而知之。

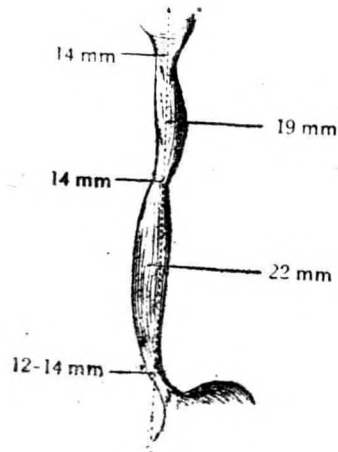
第三百五十六圖
食管消息子調度計



第三百五十七圖
食管消息子送入法



第三百五十八圖
示廣狹不同之食管部位



B) 食管鏡檢查法

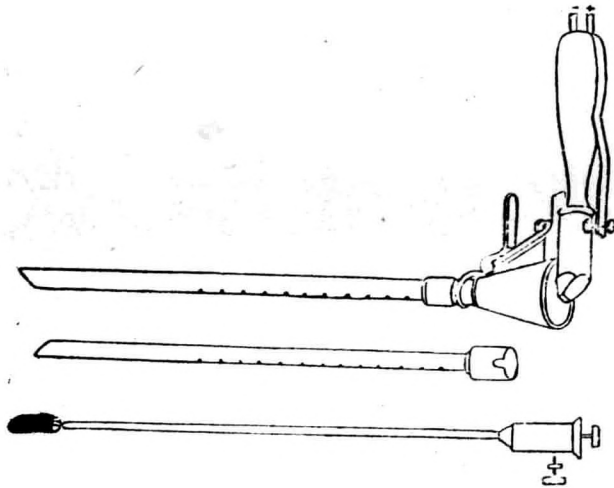
食管鏡有 v Mikulicz, Rosenheim, Starck, Brinings 各種。

使用食管鏡時，先用古加英溶液塗佈舌根，咽腔，食管進口等，在坐位或背位行之。

就背位檢查法，簡單述之如次，病人之頭，由手術臺下垂，檢者坐病人頭部之前，使助手固定病人頭部及四肢，檢者之左手，持舌壓子壓迫舌根，窺伺會厭軟骨，對食管鏡管內，用額反射鏡照明之，且刻刻注目，插入食管進口內，

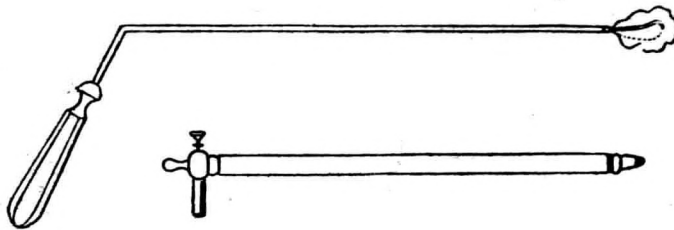
第三百五十九圖

Mikulicz 氏 食 管 鏡



第三百六十圖

Rosenheim 氏 食 管 鏡



經過是部時，使之通過食管腔中央，不壓迫食管壁而插入之。

食道鏡及消息子檢查，若遇有高度之主動脈瘤，心臟病，重症肺結核，縱隔竇病，肝臟硬變症等均為禁忌。(參照耳鼻咽喉科書)。

1) 食管之愛克斯線檢查法

往時對食管之檢查，多行消息子檢查，但時有危險，故近多用愛克斯線檢查。於食管中之異物，食管狹窄，食管癌腫，食管憩室等之檢查，尤為必要。

食管中之異物，直接由愛克斯線檢查，即可明瞭，其他疾病，須用造影劑檢查之。造影劑有種々，較常用者為硫酸鋇，法以硫酸鋇100—150g，澱粉20—30g，水200—300cc之比例混和之，在鍋內仔細攪拌而加溫，使成鋇湯而用之。或再加砂糖，柯柯糖等調味亦可。其他特殊製劑，有Gtobarium(Merck公司出品)，Umbrathol(Heyden公司出品)，Toridol(Siemens公司出品)等。

食管之愛克斯線檢查，在空腹時取立位，先使嚥下造影劑，約30cc，先檢其通過食管之狀態，是時之體位，勿取矢狀方向，而在第一斜位照射，(病人之體位，向左前方約迴轉四十五度)，檢查之。蓋欲避免主動脈弓，脊柱陰

第三百六十一圖

食管之愛克斯線檢查法

(人工氣腹併用法) (瀨尾外科教室)

a) 普通法 b) 人工氣腹併用法

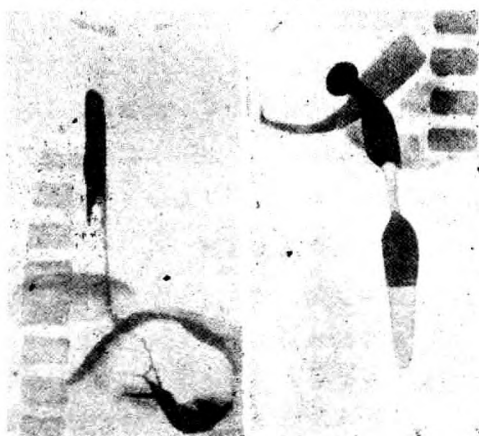


第三百六十二圖

滲透膜氣囊診斷法

(瀨尾外科教室)

a) 普通法 b) 滲透膜氣囊法



影之重複故也。造影劑一日不足時，有使嚥二日或三日者。如欲精密如其所見，須用愛克斯攝影。是時亦宜用斜位方向攝影法。

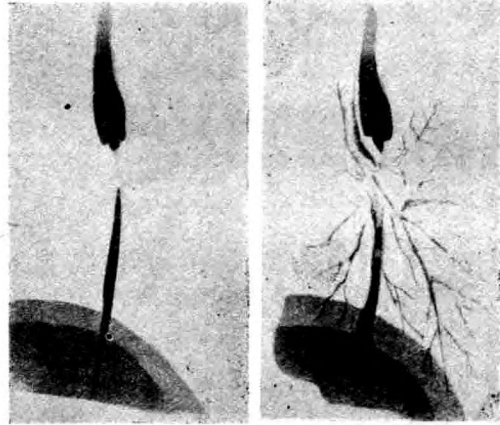
據近來瀨尾教授之研究，食管愛克斯攝影之際，如用人工氣腹法，則食管下端與膈膜及其附近之臟器關係可以明瞭云。又併用枝氣管愛克斯線檢查法時，接近枝氣管分岐部之食管周圍狀態，亦可知之云(參照日本外科學會第三十三回第十一號，瀨尾貞信及中澤美志郎氏記事)。

第三百六十三圖

枝氣管攝影併用法(瀨尾外科教室)

a) 普通法

b) 枝氣管攝影併用法



第二節 食管畸形

食管畸形，有僅見於食管者，有與身體他部畸形合併者，但生後多不久即死，又因手術成績多不良，故實地外科上殊少價值。

食管發生學

胎生時，由口至肛門之消化管，係由 a) 前腸 b) 中腸 c) 後腸三部所構成，隨胎兒之成長，三部從而交通，食管，咽，氣管等，產自中腸上部，但前腸與中腸之間，初有菲薄隔壁，其後相互交通，膈弓及懸壺垂，為其所留之遺跡。又咽及食管，在胎生初期，本與氣管交通，在人類，約胎生兩個月時，二者之間，發生隔壁而分離。故此等發育有障礙時，則有次述之畸形。

1) 食管之先天性缺損

- a) **全部缺損。**極罕見，常伴有先天性心臟缺損。
- b) **部分的缺損。**食管上部或下部，成盲囊狀，其中間以肉質索條連續，或上下無所連絡，僅留上部或下部之形態。時或有瘻管與氣管相通，
- c) **食管之先天性隔壁。**食管之上部，中部或下部，具先天性隔壁者有之。

d) **食管重復形成**。食管由先天性縱裂之謂。

2) **食管先天性狹窄**。有管狀狹窄與輪狀狹窄，食管下部較多，上部及中部較少。

間或兼有先天性憩室者。

3) **先天性食管氣管瘻**。與前記畸形合併，或食管普通發育，而獨有瘻管。瘻管多在枝氣管分歧部。於上部或下部則甚少。

4) **食管真性膈膜赫尼亞**。偶因胎生期發育異常，而起本症，食管先天性甚短促(1—5 cm)，胃異常細小，由膈膜之食管裂孔，向胸腔內膨出者之謂。赫尼亞囊，係由膈膜肌層及腹膜構成，臨牀上幾難發見本症。

5) **戲弄性嚥下困難**。由右側鎖骨下動脈異常，經行於食管及脊柱，或氣管之間，食管受其壓迫，發生嚥下困難之謂，但甚少。

6) **後天性食管氣管瘻**。由外傷或潰瘍等，在食管與氣管之間，構成瘻管，但罕見。

第三節 食管創傷

原因：由外方損傷頸部時，氣管多與食管同時受傷，即由於刺創，切創，鎗創，間或由輾過傷，結締傷等，亦有由自殺而發生者。在胸部，僅食管受傷者甚少，多與心，肺，肋膜，主動脈同時受傷。

自內損傷者，因嚥下粗糙尖銳之異物，或食管消息子檢查時發生，甚者至於穿孔。

又**食管穿孔**，起於食管癌或重症腐蝕。

食管周圍之癌腫，膿瘍，動脈瘤等，自外向食管內穿孔者會之。

酒客于暴飲暴食後，在嘔吐時，有特發破裂者。

症狀：食管創傷之症狀，多為副損傷所蔽，但其主要症狀如次。

i) 食物嚥下時疼痛，ii) 吐血，iii) 在開放性創傷，食物或唾液，由創口向外漏出，但在小創則多不明。

iv) 氣管或喉同時負傷者，因血液吸入，有窒息之危險，或食物入氣管，時發咳嗽，呼吸困難，繼發枝氣管加答兒，嚥下性肺炎。

v) 胸部食管，與肺同時受傷者，在吐物中，混有泡沫性血液，且因食物漏入胸腔或縱隔竇內，發生膿胸或氣腫，迅速致命，幸而不死，亦起化膿性肋膜炎或縱隔竇炎，危及生命。

診斷：外方可見之創傷，由創口有食物或粘液出現時，診斷容易，否則難於確定。

食管有可生創傷之原因後，嚥下覺有疼痛，吐物中混有血液，或突然有氣胸合併症，繼發膿胸，縱隔竇炎時，應疑及食管損傷。

預後：視副損傷之種類而異。單獨食管創傷，可以適當療法治之。創小時，可自癒。雖巨創，由手術多可救治。但胸部食管創，則預後惡劣。

療法：在頸部食管小刺創或鎗創，多無須縫合。若被橫斷而離開時，接合兩端縫之，一二日內，用食管消息子，供給其營養。皮之創傷，可任其開收而栓塞之。

發生蜂窩織炎時，低其頭部，以防膿汁流入縱隔竇，開大創傷，行栓塞或排膿。

創傷小者，早晚可自然閉合，創大者，須開大創口，切新食道創緣加以縫合。在胸部內食管損傷，行開胸術，露出食管縫合之。但是時多起傳染，須特別注意。

第四節 食 管 腐 蝕

原因：自殺之目的，或由誤服腐蝕藥而起多為強酸類，加里鹼汁；曹達鹼汁。

症狀：a) **輕型：**食管表面，發急性炎症，有疼痛，腫脹，及嚥下困難，粘膜上皮雖脫落，但治愈後不留痕跡。

b) **重型：**不獨粘膜，即粘膜下膜至肌層，為止，均陷於壞死，更甚者，食管為之穿孔，發生食管周圍炎或蜂窩織炎，終於致死，幸而得治，亦因瘢痕萎縮，多生狹窄。

食管腐蝕之主徵，爲疼痛，嚥下困難，惡心等，時在吐物內，混有血液，或食管及胃均穿孔，陷諸虛脫而死，或因吸收濃鹼汁及濃酸，中毒而死。

診斷：由既往症，可簡單診斷之。

療法：初期專用對症療法，先用中和劑，與以大量之水，施行洗胃。對疼痛與以鎮痛劑，於榮養以鷄卵或流動榮養品，或滋養灌腸，或行胃瘻造設術，俟炎症退後，爲預防狹窄起見，插入食管探條可也。

癩痕性狹窄，可參照次項。

第五節 食管內異物

原因：食管異物，由故意或不注意而來，小兒及精神病者爲多。

異物種類頗多，最常見者，爲貨幣，鏰，鉤，義齒，玩具，骨小片，魚骨，針，釘等，精神病者，甚至於嚥下羹匙，肉叉，食物用刀等。此等異物，多嵌在食管之生理的狹窄部。

症狀：視異物之種類，形狀及大小而不同，但以嚥下障礙，疼痛，出血等爲主，時因化膿而發熱，起呼吸困難，間或病人自己，對於異物之存在，不甚自覺，偶然發見者亦有之。

尖銳有稜角之異物，每達嚥下時，感覺刺痛，頗爲著明，食道及其周圍臟器受傷時，後因化膿引起食管周圍炎或縱隔竇炎，則有生命危險。

較大之異物，完全閉塞食管腔，因而吐出食物，或因壓迫氣管，發生呼吸困難者有之，若停在喉間，不能吐出時，有因窒息致死者，若閉塞不全時，流動品或軟食物，尙可嚥下。

診斷：i) 由既往症，即病人之陳述，於診斷甚爲重要。

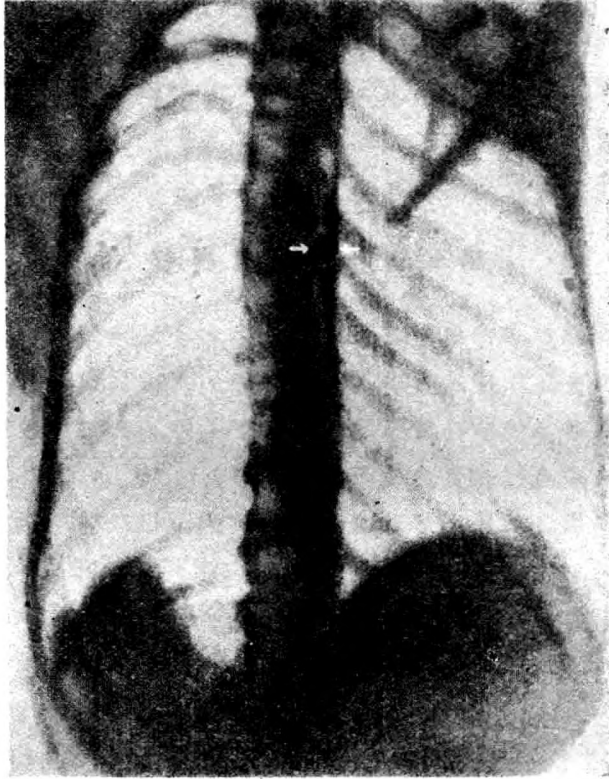
ii) 須檢口腔及咽腔進口，因此部，亦有異物介在之故。

iii) 異物若係金屬性，直接由愛克斯線檢查，可以證明。否則嚥下造影劑行愛克斯線檢查。

第三百六十四圖

食管異物

(Sauerbruch)



iv) 最確實者，爲食管鏡檢查，由是則異物之有無，大小，形狀及食管內部狀況，可確實檢查，且可摘出之。

v) 從來行消息子檢查，但此法時或不無危險。

療法：除去異物，分爲觀血手術及非觀血手術兩種。

i) 在習俗爲捶背或使吞嚥大食塊(飯塊或蒸芋)。

ii) 咽腔或食管進口，若確有異物時，用咽鉗子或指頭拔出之。

iii) 對食管內異物，可應視其物體，用 Gräfe 氏鈞貨子或 Weiss 氏

魚骨除去子。

iv) 異物若非尖銳而無稜角時，單用食管消息子，使落入胃中，由肛門排出，是時可使多食芋類或菠菜，糞便，須盛以便器 檢視有無異物排出。

v) 用食管鏡，以細長特殊之異物鉗子，摘出異物之法，最為理想，但須相當熟練。

較大之義齒，摘出困難時，用特殊之電氣燒灼器，經燒灼分割而摘出之。

vi) **觀血法**。多由上述之非觀血法，可以摘出，不可能時，由手術摘出之，其手術，視異物嵌入部位而異。

a) 異物嵌於頸部食管時，由後述之側頸切開，露出食管，不加切開，由外部押上異物，再由口腔插入異物鉗子摘出之。當是時，因食管未曾切開，故無傳染危險。

若本法不可能時，則行食管切開術，摘出異物。是時若決定無炎症之危險，可縫合食管，否則開放處置之，在1—2星期內，用食管導管

第三百六十五圖

Weiss 氏魚骨除去子

a. 插入時 b. 抽出時



第三百六十六圖

Grafe 氏鉤貨子



第三百六十七圖

用電氣燒灼器燒灼正在分離之管內義齒

(瀨尾外科教室)



供給營養，或行一時性胃瘻造設術。

b) 異物嵌於胸部食管時，由後述種々途徑，達於食管，摘出異物，此時傳染危險極大，又以後療法之故，宜行胃瘻造設術以營養之。

c) 異物嵌於食管下部時，切開胃部，由下方摘出異物。

上述手術，有種種改良法。

第六節 食 管 炎 症

食管之炎症及潰瘍，其經過有急性與慢性兩種。

A) 急性經過。

1) 急性食管加答兒。因外傷性刺戟，過熱食物及刺戟性食物嚥下而生，嚥下時覺有疼痛，多經一二日而治。

2. 食管白喉及驚口瘡。

由咽喉白喉及驚口瘡下行而發，在咽喉有白喉症及驚口瘡時，若有嚥下困難，

須疑及本症。他如傷寒，麻疹，猩紅熱，敗血症等急性傳染病末期，亦有發生本症者。

3) **食管蜂窩織炎**。外傷或腐蝕後，食管周圍化膿，擴大，或在大酒窖，食管發生破裂，在食管壁或其周圍，有生蜂窩織炎或膿瘍者，是時有嚥下困難，疼痛及發熱，難於救治。

療法：對輕症，行對症療法，重症者，由食管鏡檢查，細心切開之，更重者，則無治法。

4) **中毒性或腐蝕性食管炎**。

由食管腐蝕而生者之謂。

B) **慢性經過**。

1) **慢性食管加替兒**。多為酒客，喫煙者，食管粘膜肥厚弛緩，或有瀰漫性擴大，易於破裂。

2) **食管結核**。其他臟器尤以有肺結核時，每兼本病，且成潰瘍，但甚罕見。

3) **食管徵毒**。多在食管之上部或深部，發樣皮腫，形成潰瘍，其後起瘢痕萎縮，遂至狹窄。有由顯徵法，而下診斷者。

4) **食管放線狀菌病**。本病雖有報告，但甚少。

第七節 食管潰瘍

1) 上記種々炎症時，有成潰瘍者。其症狀及療法，如上述。

2) **食管壓迫性潰瘍**。

由食管之外或內受壓迫而生潰瘍，由食管外者，如甲狀腺腫及其他腫瘍，由食管內者，如異物及持續用消息子等。臨牀上甚少意義。

3) **食管消化性潰瘍**。

本症罕見，與胃之侵蝕性潰瘍相等。

常在食管最下部發生，或全無症狀，亦有呈胃潰瘍症狀者，有時因潰瘍之刺激，食管發痙攣而現狹窄症，或于潰瘍治後，發生瘢痕性狹窄。

診斷，難，時或由食管鏡診斷。

療法：輕症者，與胃潰瘍同，由食餌療法而治，重者須造胃瘻。

第八節 食 管 瘻

先天性食管枝氣管瘻，如前所述，頗罕見，此外有後天性食管瘻，分爲兩種。

a) 外食管瘻。

原因：食管創傷，有一時發生食管瘻者，多漸治癒，但食管癌腫及食管瘢痕狹窄時，因施行食管鏡檢查或探條檢查時，損傷食管，或由食管異物，發生蜂窩織炎，有在頸部發生瘻管者，間或由脊椎腐骨，有在背部形成瘻管之例。

症狀及診斷：嚥下食物，立接出於瘻管，故診斷容易。欲確定內部之位置，須行愛克斯線檢查。

療法：視原因而異。若爲單純化膿瘻，則開大外部瘻孔，俾便排膿。食管癌腫及食管狹窄時，非行根本療法，則瘻亦不治。

b) 內食管瘻。食管與氣管，在體內可以交通之謂。

原因：由氣管與食管，同時受傷而起，但極罕。多由食管癌，橡皮腫，放線狀菌病，深部淋巴腺化膿而來。

症狀：激烈之咳嗽刺戟，同時咳出食物，並有呼吸困難，常併發嚥下性肺炎。或縱隔竇炎。

療法及預後：預後多不良。先作胃瘻，禁止由食管攝取食物，對原病加以處置可也。

第九節 食 管 狹 窄

原因： a) 由於異物者。

b) 由於外來之壓迫。在頸部，則甲狀腺腫，淋巴腫，喉癌等，在胸部，則由主動脈瘤，縱隔竇腫瘤，胸骨後甲狀腺腫之壓迫而起。

c) 由於食管壁變化者，有次列各種。

i) 先天性狹窄。

ii) 炎症性狹窄。

iii) 痙攣性狹窄。

由食管肌痙攣而起，於神經質或臟躁病人見之，又有食管之消化性

潰瘍刺戟者。

- iv) 癩痕性狹窄。
- v) 腫瘍性狹窄。

最佔多數，尤以食管癌為主(但可與單純性食管狹窄區別)。

上述各種，最要者，為癩痕性狹窄。

症狀及診斷：主要症狀為嚥下困難，其程度與狹窄之程度相應，因狹窄部位固有相差，但食物必常吐逆。病人每回僅取少量食物，細心緩慢嚥下之，時或將頭部廻轉傾斜，始可嚥下，狹窄上部，多起擴張有反芻現象。在強度狹窄，嚥下之食物常與泡沫狀液體一同吐出，以食後為尤多。在初期，固形食物，尚可通過，但逐漸困難，隨狹窄之進行，初則軟食，終經液體亦不能通過，次第衰落，由脫力而死。

狹窄之位置及程度，由消息子檢查，可以確定，若欲更詳其性質，非愛克斯線或食管鏡檢查不可。

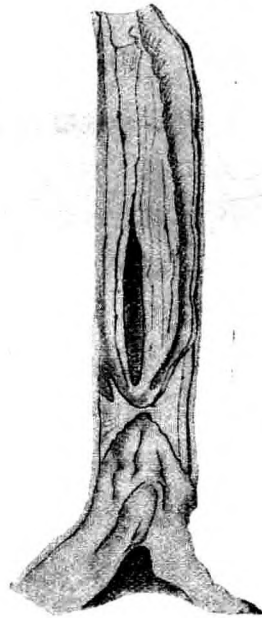
i) **癌腫性狹窄與癩痕性狹窄**之區別較易，前者尤為數見，後者由原因關係，可以分明。又由食管鏡所見，或由此所得組織片，經顯微鏡檢查，最為確實。

ii) **痙攣性狹窄**(食管痙攣症，賁門痙攣症)，見於神經質者，消息子

第三百六十八圖
分岐部上之瓣狀狹窄



第三百六十九圖
強度之環狀狹窄
(Prakt. Chirurgie)



檢查，與其他狹窄症，同屬難能，但其症狀，有消長之特性，再由食管鏡檢查，可知其無解剖變化。若由消化性潰瘍時，其症狀不如前者之有變換。

預後：由狹窄之程度而異。在腐蝕後之瘢痕狹窄，約三分之一之病人，因狹窄而致死，雖一時用擴張法奏效者，亦多再發。時或因消息子檢查，在狹窄部有穿孔之危險。

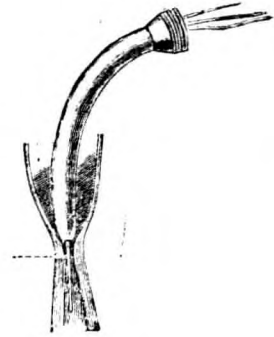
療法：1) 因壓縮性狹窄及果物之嚥下困難，須解決其原因。

2) **痙攣性狹窄**，須對**神經疾患**，加以治療，在局部，以附着腸線之消息子，插入狹窄部利用其膨脹作用，行器械的擴大，或行胃瘻術，以手指從胃中擴大之。

3) **瘢痕性狹窄**之療法，分為非觀血性及觀血性二種。

a) **非觀血性療法**。用種々直徑之彈力性食管探條行擴張法。若狹窄高度，擴張法不可能時，用細腸線通過狹窄部，至膨脹為止。放置之，是時用 v. Hacker 之探條，最為適合(第三百七十一圖)，這探條可以進入時，漸次施行擴張療法。又有應用昆布莖者。

第三百七十圖
腸線插入狹窄部
(Hacker)



無端消息子法或逆行性探條法 (Hucker)

先行胃瘻造設術，這手術創治癒後，以有孔之小錘，通以長約一米突之粗絹絲，使之嚥下，小錘通過食管狹窄部，往々不易，經二三日始得通過，達於胃內。絹絲之末端，掛於病人耳上小錘是否入胃，由嚥下絹絲之長短，固可知之，愛克斯線檢查，亦可證明。是時將胃內之橡皮管拔出，用一小鈍鈎，插入胃內，將錘及線引出胃外(引出之法有種々)。更取一橡皮管，結以粗絹絲，再由食管引出時，橡皮管介在食管之內。用力牽引絹絲時，橡皮管變為細小，易於通過，絹絲弛緩時，橡皮管粗大，可以擴大狹窄部。若是者三十分至一小時試行擴張

之後，可僅留導線翌日又反復行此法時，狹窄部可漸次擴張。橡皮管又可漸易粗大者。其他尚有種々改良之法。

b) 癰疽性食管狹窄之觀血的療法。有種々方法。

i) 食管內切開術

食管上部有狹窄時，用切開尿道之器械，由口腔插入，或由頸部，切開食管，所用器械，由是插入食管內，對狹窄處，加以切開可也，近時有在食管鏡下，目視狹窄部而切開之法，或用電氣裝置，但多有副損傷，且食管周圍，易起傳染，故應用者甚少。

食管下端有狹窄時，切開胃部，由下方達狹窄部，雖有由食管內部切開之法，但危險多而成效少。

ii) 食管外切開術。

在食管上部露出頸部食管，將消息子插入食管內，以示狹窄部之所在，次由外部切開食管可也。

在食管中部，行開胸術，露出食管有狹窄之部位，由外部切開之。

在食管下部者，有行開腹術，露出食管加以切開之法，但以危險，故通常不用。

iii) 食管合併切開術。

有由食管內外切開之法，但成績不良。

iv) 食管狹窄部切除術。食管之狹窄部在頸部或下端時，切除狹窄部行兩端吻合術，或施食管成形術，此於頸部食管，雖有收效之報告，但施行似不普遍。

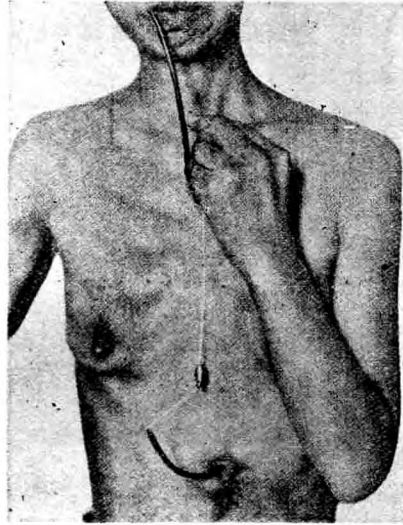
v) 胃瘻造設術。此為食管狹窄時最通行之法，從來行胃瘻造設術，專供榮養之用，近則除榮養目的外，多兼行食管探條擴張術。

vi) 食管狹窄部之曠置術。

第三百七十一圖

無端消息子法

(京都帝大外科教室)



a) 食管胃吻合術。

本法於狹窄在食管下部時行之。

i) 洞胸腔食管胃吻合術。行開胸術而吻合之法。

ii) 洞腹腔食管胃吻合術。行開腹術，切開膜之一部，引出食管而吻合之法。

在實際上行者甚少。

b) 前胸部食管成形術。曠置胸部食管，於頸部食管與胃之間，置入由他部之結合管是也。

此法尚有種々。

a) 皮食管成形術。

用皮作管。

b) 腸食管成形術。

用腸管作管。

c) 皮腸食管成形術。用皮及腸作管。

d) 皮胃食管成形術。用皮及胃作管。

第十節 食管擴張症

食管擴張，分爲瀰漫性及限局性(憩室)兩種。

A) 瀰漫性食管擴張症

原因：i) 先天性擴張症甚少。

ii) 先有食管狹窄，在其上部，因食物鬱積之結果，間接發生擴張症，最初在狹窄部之肌肉肥厚，次則弛緩及閉鎖不全，以漸擴張，但在臨牀上殊少意義。

iii) 特發性擴張。初在解剖上，毫無變化之謂。就其成因，雖多有所議論，恐係迷走神經及交感神經之障礙，發生賁門痙攣在上方之食道肌，因其緊張之下降所致云。

輕者，食管之一部分，成梭狀擴張，重者，則食管全部擴張。

症狀：由擴張之程度及位置而異，有狹窄症者，呈嚥下困難及由食物鬱積而來之反芻等病狀。

即無狹窄症合併，食物在一定時間內，留於食管中，一時胸部，有劇烈之壓迫感。

食物留於食管內之時間長久，因分解而發生口臭，病人逐漸衰落，至於餓死。

時或食管擴張症，因食物充滿，而壓迫氣管及肺臟，發生呼吸困難，擴張症在食管上部時，由頸部可以觸知之。

診斷：雖多容易，但與憩室之區別，非由食管鏡及放射線檢查不可。

療法：有種々。又視原因而異。有器質性狹窄時，非先治療狹窄症不可，是成問題者，為特發性擴張症。

i) 內科療法，與以 Atropin, Papaverin, Adrenalin 等，望少量食物，分類次與之，勿使食物鬱積，加以有規則之洗滌，與以暗示。

ii) 非觀血性擴張術，用種々探條擴張術，但奏效不確。又無端消息子法，亦可行之。

iii) 其他對本症，雖有種々手術，較為多數人所用者，為賁門成形術或食管胃吻合術。

B) 食管憩室

第三百七十二圖

境界憩室 (膨滿時)

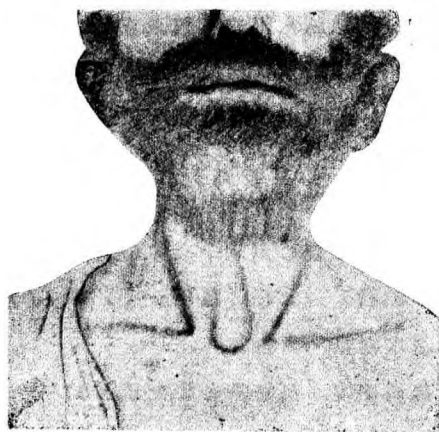
(Prakt. Chirurgie)



第三百七十三圖

同 左 (空虛時)

(Prakt. Chirurgie)



由其成因，可別爲二種。

1) 壓出性憩室

由其位置，更分兩種。

a) 境界憩室

咽赫尼亞或稱 Zenker 氏憩室。

原因及成立：本症在咽及食管中間發生，其原因雖不明，該部在解剖上，抵抗薄弱，自由部加以食物之壓力，逐漸形成憩室云。

男多於女，特於老人見之。

憩室口部較狹，其大小不等，小者自櫻實大起，大者幾如兒頭。以雞卵大爲最多。

症狀：本症全屬慢性發育，起初多不見何等症狀。

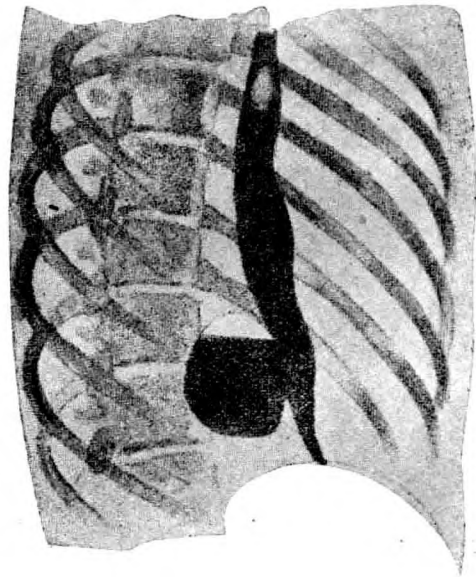
其症狀不一，初期常吐濃稠粘液，或咳嗽刺戟(因是起初有誤爲喉病者)，或於進食時，有壓迫感及停滯感，因病症進行，遂有吐逆，嘔吐。但此種嘔吐，因食物積於憩室而起，吐物之分量不多，食物分解時，發生口臭。憩室大者，壓迫食管，發生嚥下困難，經種種手術，始能嚥下。

頸部發生腫脹者較少，時或見之，因憩室內混有空氣及液體等，發一種雜音。其他壓迫氣管，發生呼吸困難，壓迫靜脈，發生鬱血，壓迫返神經，發生嘶啞，壓迫交感神經，發生眼症狀，又病人因營養攝取不足，次第羸瘦。

診斷：攝食時，頸現腫瘤，若加以壓迫，食物即可嚥下者，其診斷確實，但若是者甚少見之。

第三百七十四圖

食 管 憩 室
(Stierlin)



有上述症狀時，應注意有無本症，行消息子檢查，食管及愛克斯線檢查等。

預後：經過甚久，輕者無礙於生命，重者，次第陷於餓死。

療法：以保守的，行消息子療法及憩室洗滌法等，但奏效不確。

手術，雖有種々，最常用者為憩室切除術。該術後暫時用食管導管或由胃瘻造設營養之。

其他有重積法，憩室固定法等種々方式，又有置憩室不問，單行胃瘻造設術者，但成績不良。

b) 深在性憩室

原因及成立：本症較前，甚少，於氣管分岐上部(枝氣管上之食道憩室)及膈膜上部(膈膜上食管室)見之。原因雖不明，但上述部位，在解剖上，因抵抗薄弱，發生食管痙攣，遂致食物鬱積，構成憩室云。

本症亦係男多於女，40—50歲者較多。

本症多小於境界憩室，罕有達手拳大者。

症狀及診斷：症狀亦不定，發病後在攝食時，徐々由胸骨後側，發不定之鈍痛，隨其進行，發生食物之鬱積感，嘔吐，嚥下困難，呼吸困難，心悸充進等，逐漸羸瘦為常。

本症不如前者自外部可見腫脹，診斷更為困難。僅由消息子檢查，食管鏡愛克斯線檢查等，可以診斷之。

預後：比前者惡劣。

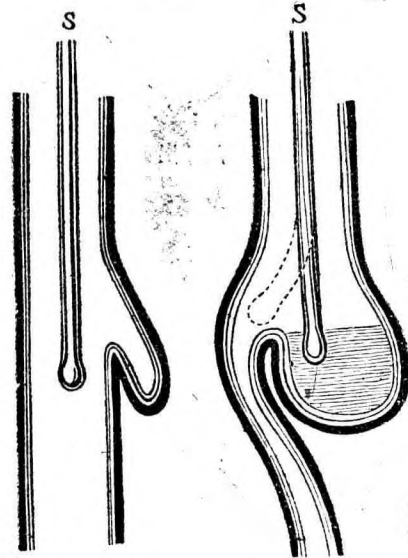
療法：行開胸術，或由開胸腹法達於食管，切除憩室或行重積法，胃食管吻合術，或單行胃瘻造設術。但根本療法頗為困難。

2) 牽引性憩室

原因及成立：由外部牽引食管壁而

第三百七十五圖

食管憩室 (Cenach)



a) 空虛時 b) 充滿時

(S 表示消息子通路)

生，多在食管前壁，接近氣管分歧部。蓋以氣管，淋巴腺或縱隔竇之炎症等，與食管癒着，因瘢痕收縮，食管壁向外牽引，成漏斗狀擴張。

症狀及診斷：多無症狀經過，死後解剖，偶然見之，間或有食物鬱積感，嚥下困難，羸瘦及合併種々神經症狀。

或有在尖頂穿孔，破開氣管，枝氣管，肺，肋膜，縱隔竇等而粹死者。

本症在生前可以診斷者甚少，但有由愛克斯線檢查及食管鏡檢查可下診斷者。

療法：多未經特別處置，但診斷確定時，為避免穿孔計，禁忌飲食過急，務與以柔軟食物，手術法大體為前，切除憩室或行胃瘻造設術。

第十一節 食管瘍腫

A) 食管之良性腫瘍。

食管除癌腫外，可發生纖維腫，脂肪腫，乳嘴腫，肌腫，混合腫，肉腫，茸腫，貯溜性囊腫等但均甚罕見。此等腫瘍，多在解剖時，偶然發見，在臨牀上無大意義，偶有由食管之小腫瘤，略有嚥下困難，疼痛，嘔吐等症者。

診斷：愛克斯線檢查，食管鏡檢查。

療法：有痛苦時，切開食管面摘出之。

(大澤博士：有摘出肌腫之例)。

B) 食管癌

食管疾患中，佔最重要之位置，據某統計，則食管狹窄症之90%由此而起云，又食管癌之發生率，雖諸家報告不同，與全數癌腫之5—12%相當。

多為四十歲以上男子，尤多見於嗜酒者，喫煙者及喜食熱物者。

發生部位，以生理狹窄部，即 i) 食管進口，ii) 氣管分歧部，iii) 食管之賁門部為多，特以iii) 及 ii) 為最。

病理：別為 a) 腫瘤性癌，b) 潰瘍性癌，c) 滲潤性癌等。腫瘤性癌，則狹窄症發生較早，他則較遲。但有互相合併者。

組織：表皮痛佔大部分。

淋巴腺轉移：a) 上部食管癌，轉移於頸部，b) 中部食管癌，轉移於食管周圍腺及枝氣管腺，c) 下部者轉移於上胃腺及肝臟。頸部之腺轉移，有著明者，亦有不能證明者。時或食管狹窄不著，惟頸部淋巴腺轉移著明，似頸部為原發性腫瘍者有之。

症狀：最著明者，為嚥下困難。食管狹窄，多緩慢發生，漸至粥狀食不易通過，終則液體亦復吐逆，遂陷於飢餓而致死。

間或腫癌崩潰，狹窄症狀，忽暫輕快者有之，但常逐漸再起。狹窄在慢性經過者，於癌腫上方，食管擴張，由食物分解發強烈口臭，多無疼痛，時或有之。

診斷：陳述狹窄者，診斷多不難，中年以上男子，有嚥下困難，較速發現羸瘦及惡液質，且頸部有淋巴腺轉移時，診斷確實。

用消息子及愛克斯線檢查，尤以食管鏡為最確實。

不呈食管狹窄者，診斷不易，病人之主訴，不在食管，多述全身衰弱，頸腺腫脹等，是時須用愛克斯線及食管鏡檢查。又消息子檢查時，若能得腫瘍之小片，則有由鏡檢，而可確定者。

應與食管癌區別者，如癭痕性食管狹窄，微毒性食管狹窄，食管痙攣，食管之壓迫性狹窄(主

第三百七十六圖
食管之壁在性癌
(Züricher Klinik)



第三百七十七圖
食管之萎縮性及狹窄性癌
(Züricher Klinik)



第三百七十八圖

微有狹窄之壁在性食管癌

(Sauerbruch)



動脈瘤，縱隔竇腫痛，枝氣管癌，下垂膿瘍，胸廓內甲狀腫)等是也。

合併症：食管癌之末期，有由癌腫性潰瘍而大出血者，或癌腫侵及主動脈，由大出血而即死者有之，時或發生肺壞疽，偶或起縱隔竇炎而死者亦有之。

療法：i) 往時視食管癌，為不可手術，近來隨食管外科之發達，有行手術者。頸部食管之癌腫手術，較易於胸部食管之癌腫手術，若與氣管癒着時，兩者均切除之，然後行食管成形術可也。

ii) 下胸部食管之癌腫手術，近有行者，但達於該部之手術法，有種々，頗爲困難，以氣管分岐部附近之食管手術爲尤難。

食管癌初期，切除後可行食管縫合，但實際上在初期得行手術者，絕無而僅有，多在相當進行之際，故每不能切除。於是僅能行次項所述種種方法。

i) 不可手術之癌腫，往々施行胃瘻造設術，以治病人最爲苦惱之飢餓，而保其榮養。但雖施行本法，在2—3個月或半年以內，多因合併症而死，間或能生存至二年以上。

iv) 如上之不能手術而爲食管狹窄所苦時，則用。

a) 鹽酸瑪珞 0.02—乳糖 1.0 分爲三包，一日三次。

b) 過酸化水素 3.0—蒸水 100.0 一日分三次服。

又榮養物通過不良時，與以水飴，山芋漿，牛乳，米湯，蜂蜜等，但酒精飲料及刺戟劑則屬禁忌。

第十二節 食管手術

食管外科，近來發達，最近千葉醫大瀨尾教授，京都帝大大澤助教之研究成績，超過泰西之上，茲述其大要如次。

A) **食管到達法**。頸部食管之手術，較早業已施行，惟胸部食管手術，至最近爲止，幾無能行者，以食管手術之故，其到達方法，視部位，而各異焉。

1) **頸部食管**。欲露出頸部食管，通常沿左側之胸鎖乳突肌前緣，切開皮膚，(雖有沿後緣行皮膚切開之法，但離食管較遠)。在上部結紮面靜脈，下部結紮甲狀腺下動靜脈，切斷之後，將甲狀腺向內上方牽引，頸總動脈及頸內靜脈壓向外方時，在頸椎與氣管間，發現食管，易從周圍遊離之。

於是應手術之目的，切開食管，或切除之。與氣管癒着之癌腫，有氣管與食管同時切除者。

2) **胸部食管**。爲食管外科最困難之部位，其到達法有種々。

a) **後縱隔竇法**。背部之左側或右側，行較大之縱切開，由第三至第六肋骨，切除 10—12 cm，由胸膜外切開後縱隔竇到達食管，但手術野不能充分開大，故

少應用。

b) **前縱隔竇法**。在右胸前上方，接近胸骨緣之第一至第三肋骨，切除其一部分，由肋膜內切開前縱隔竇到達食管之法，該部多數血管及神經存在，須留心避免副損傷，但本法之手術野亦不大，故應用不廣。

c) **側胸法**

在左側胸行弓狀大切開，應食管患部，切開第六至第九之肋間腔，該部之一二肋骨，約切除15cm後，用肋骨開張器，充分開大胸廓，注意心臟，迷走神經等，壓之使向前方，達縱隔竇，切開之，即達食管行鈍性剝離。

本法向在異壓裝置下行之，但烏湯，大澤博士等，主張用平壓開胸術，瀨尾博士則採用中間說。

d) **頸腹腔法**

亦稱隧道法。不開胸廓而摘出胸部食管之法，即切開頸部及腹部，

由此深插指頭，將食管鈍性剝離後，由胃方，切斷食管，次由頸部牽出，而切除之。或用重積法，即以消息子為媒介，將食道下端，用絹絲緊縛於消息子之一端，索引消息子時，食管即向食管內重積，可以拔出之，又管用特殊消息子使之重積而拔出之法(瀨尾博士)。此等方法，曾試諸食管癌腫，但癌腫周圍，多與氣管分歧部癒着，且血管等副損傷，在所難免，故本法對於人體幾無成績可言也。

或切開胃部，自下方行重積法，摘出食管者有之。或由此摘出食管後，行食管成形術。

3) **食管下部及賁門部之手術**

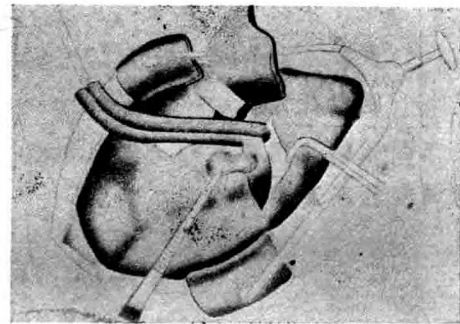
有種々方法。

a) **腹式法**。於上腹部行正中切開，再向左行橫切開時，賁門即易露出，對食管下部可行手術，但專恃本法，則食管手術，仍難充分行之。

第三百七十九圖

由側胸法摘出食管肌腫

(大澤博士)



第三百八十圖

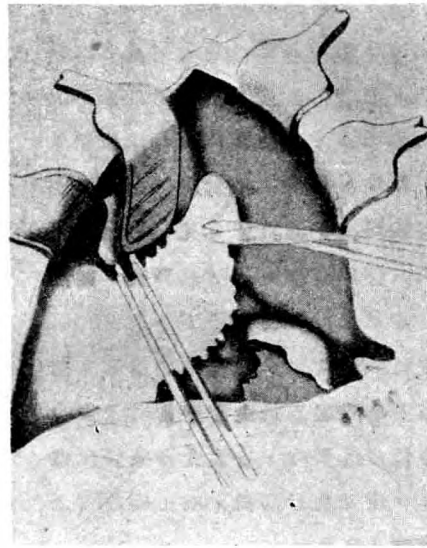
由胸腔法切除食管下部或胃贛門部

(大澤博士之胸腹腔法 其一)



第三百八十一圖

同左 (其二)



b) **胸腹腔法。**(本法由 Wendel, Sauerbruch 氏等所施行，茲就大澤博士之變法述之如次)。在上腹部，行正中切開，自其上三分之一處，行橫切開，是時過第九肋軟骨之先端，沿第九肋骨，約前進 7 cm，露見第七，第八，第九肋骨，各在肋軟骨之後方約 2 cm 處切除之(由軟骨膜下)，繼將第六第七之肋軟骨，在胸附着部切斷之，向上舉起胸壁，肝臟左葉，由周圍遊離之，壓向右側，達膈膜之食管孔，於裂孔周圍，加輪狀切開，膈膜壓向上方時，可充分引出食管。於是時對食管下部或贛門可以切除。

本法之皮膚切開，有種々方法，大澤博士之切開法，其手術野最大。本法不必開胸，舉上肋骨時，有損傷肋膜，而生氣胸者，亦無特害云。

c) **膈膜下胸膜外切開法。**行開腹術達膈膜，由食管裂孔向背側，在漿膜下行放線狀切開，剝離肋膜，由後方在肋膜外，切開縱隔竇，向上壓開各種組織，剝離食管下部，而行手術但在本法，手術野似亦不甚充分云。

d) **胸膜內腹腔術式。**本法係 Biondi 氏在 1895 年所創，經 Sauerbruch 氏所常用

之法，其改良法亦有種種，茲述大澤博士之二種變法。

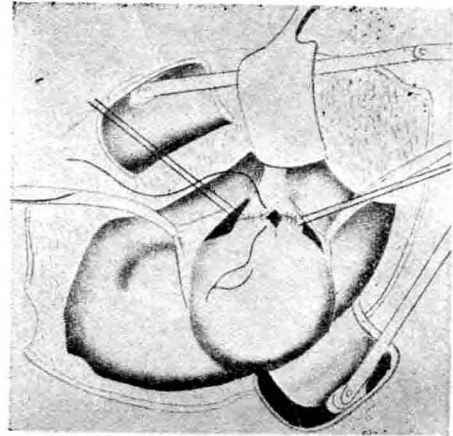
α) 平壓開胸開腹法

自左側胸廓豆及背部，行鈎形大切開，第七及第八肋骨，或第八及第九肋骨，務近脊柱，約切除15cm，由第七及第八肋間腔，洞開胸腔，於膈膜神經內，注射麻醉劑，迨膈膜安靜後，對食管裂孔，約切開5cm，露出食管，次切開膈膜，開通胸腔及腹腔，使食管下部及贛門，在同一手術野，施行切除術等。然後將膈膜縫着於食管手術部上方，(但縫着過緊時，有發食管榮養障礙者)。腹及胸封閉後，吸出胸腔內之空氣，可也。

第三百八十二圖

由肋膜內腹腔術式之切除法

(大澤博士)



β) 平壓開腹開胸術

在上腹部行正中大切開，或切開左側副腹直肌而開腹後，更由左側腹達肩胛骨下隅，行弓狀大切開，洞開第七肋間腔入胸腔內，以放線狀切開膈膜，至食管裂孔為止，開通胸腔，與腹腔施行食管手術。

手術無異壓裝置，可以施行，于食管手術後，縫合膈膜，緻密封閉胸廓後，用吸引器吸出空氣，行腹壁縫合。

B) 食管手術

由以上各法，達於食管，應其疾病，行種種手術。主要之手術如次。

1) 食管內切開術

2) 食管外切開術

3) 食管合併切開法

(以上三法，於食管瘢痕狹窄時，行之)。

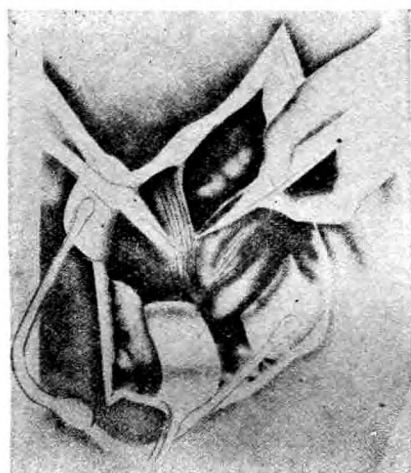
4) 食管切開法及食管縫合法

食管異物，良性腫瘤等，有暫時切開食管，除去者。頸部食管切開法，比較

第三百八十三圖

平壓開胸術 (大澤博士)

I



同 II



易行，已如前述，但中部及下部食管，手術甚難，胸腔較諸腹腔，對於細菌，抵抗薄弱，亦有傳染危險。食管縫合，在上述切開後，或食管頸室部分的切除後行之，但比諸胃，腸等縫合，則甚不易。因食管壁菲薄，且缺漿膜故也。又縫線通過粘膜時，易生傳染。食管縫合之學說，雖不一而足，在大體，第一層用腸線，在粘膜下，行結節縫合，粘膜緣務求在內面互相接合，第二層用腸線對肌層用結節縫合，其外層為第三層，用絹絲及腸線，縫合之。又瀨尾博士，謂宜用洋銀之縫針錄云。

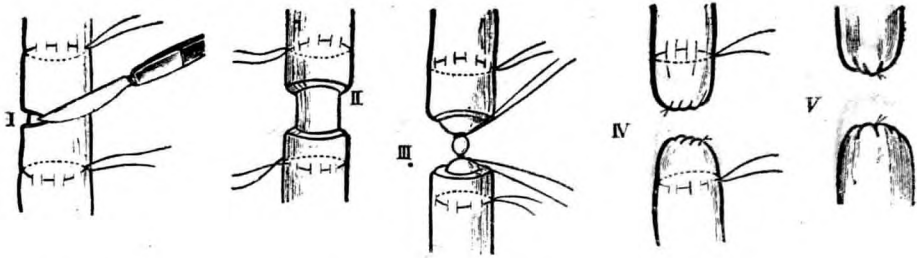
5) 食管切除法及其縫合法

食管癌腫，或瘢痕性狹窄時，有行食管切除術者。但食管切除後之縫合，不如腸管之簡單，每有失敗者。蓋以 a) 在食管，不能如腸之施行側面吻合術 b) 兩斷端難於充分接合，因縫合部難免牽引作用(據岡氏之研究，以 4cm 內之切除，則屬可能)，c) 食管創傷，易發循環障礙，d) 食道外層，不如腸之有漿膜，又不如腹腔內之有網膜，可以保護。食管縫合法，已略如前述，用三層縫合法，如可能時，務使縫合部，在腹腔之內。其他對縫合部有用疝膜或網膜保護之法。

6) 食管切斷法及斷端閉鎖法 (大澤博士研究)。

第三百八十四圖

食管切斷法及斷端閉鎖法 (大澤博士)



食管切斷時，斷端易於退縮，又食管壁之縫合，比腸困難，故有種種注意，施術之初，對將欲切斷之處上下各離開約1.5cm之部位，先安置巾着縫合絲，對應切斷之肌層，行輪狀切開時，肌層向上方或下方，約有1cm縮退，次對粘膜下層，在上下方，用絹絲施行重複結紮，在其中間，用 Paquelin 氏燒灼器切斷之，迨兩斷端縫合後，將預先安置之巾着縫合絲，結紮而閉鎖之。用本法時，毫無傳染危險云。

7) 食管貫通法 (v. Mikulicz 及其他)。

本法於胸部食管癌腫及重症狹窄時行之。食管癌腫時，行開胸術，將食管癌由周圍遊離之，在癌腫下部切斷食管，閉鎖下方之食管斷端，對上方之食管及癌腫，由頸部引出，造胸廓閉鎖後，切除癌腫食管下端，使在側胸部開口。一面則用胃瘻造設術，使上方食管，用橡皮管與體外交通。但該手術對病人，實為相當之侵襲，多足致命，故大澤博士主張先行胃瘻造設術，再於第二時期，行癌腫切除術。但食管之瘢痕狹窄，可僅用體外聯絡法，故無危險。食管纖維脫出法及隧道法，參照頸腹腔法。

8) 食管胸壁固定術 (Zaaijier)。

第一次施行胃瘻造設術並切開第六至第七之肋骨，作第二次手術之準備，待病人元氣恢復時，行第二次手術，由左側乳嚙線上之肋骨弓，越過後腋窩線，達肩胛骨下隅間，行弓形大切開，洞開，胸腔及腹腔，胸部食管，在腫瘤下方切斷之，閉鎖兩斷端，行膈膜及腹壁縫合，上方之食管與腫瘤，同使露出於胸壁外，在腫瘤上方之健康部，行食管之肋膜縫合，待腫瘤與食管壁亦為壞死而

第三百八十五圖

對食管狹窄之食管體外聯絡法
(瀨尾外科教室)



第三百八十六圖

食道壁固定法
(大澤博士)



脫落後，將胸壁上所留之食管瘻與胃瘻間，在體外，用橡皮管連絡保持榮養。

9) 胸部食管癌包埋切除法

食管在胸腔內切開時，多起傳染，故在胸部食管癌時，諸家欲得不切開而可切除之法，瀨尾博士及佐久間氏，對 Sauerbruch 及 Nissen 之重積法，加以改良，所稱爲包埋切除法者是也，法在側胸部，行弓形大切開，第七肋骨，幾切除其全長經開胸腔，達於膈膜之食管裂口爲止，行放線狀切開，開腹腔後，使食管及贛門，與癌腫同時遊離，癌腫之上下，用粗絹絲及細橡皮管，以較扼的結紮之，胃自周圍遊離後，使轉位於腹腔內，胃之上部，如日本衣服之襟，相合而包埋之，食管不加切開，將食管肌屬與胃之肌漿膜層，用結節縫合，行一列或二列之緻密縫合，次如第三百八十八圖所示，食管包埋於胃中，再將胃之肌漿膜層，縫合，在胃管周圍，縫合膈膜閉鎖胸腔，吸出胸腔內空氣。又手術時，左腹壁造胃瘻，以支持榮養。據佐久間氏之動物試驗手術後90—112小時，食管變爲壞死(重複結紮線間之食管部)而脫落，食管與胃交通云。其後在該部雖或發生狹窄，由探條擴張法可以解決之。又該手術對病人，頗有侵襲作用，往發

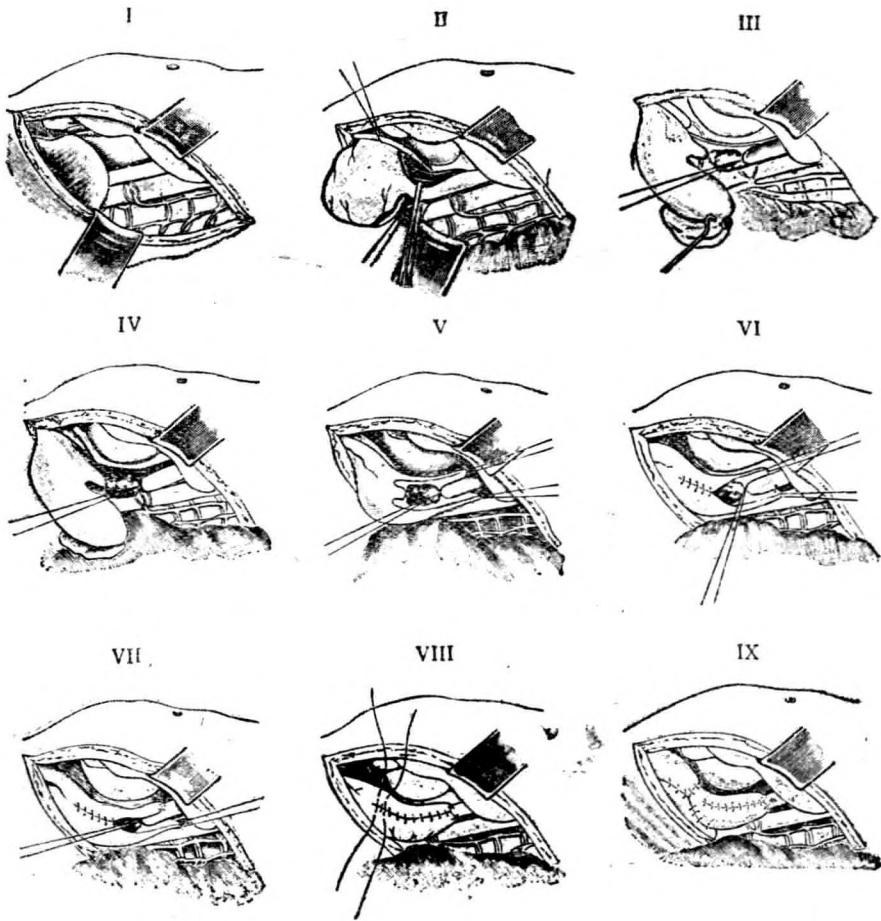
第三百八十七圖

胸腔內食管癌包埋法 (瀨尾博士)

體位及皮膚切開法



手術操作



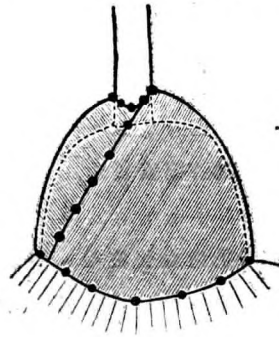
生震盪症，故須應用輸血。瀨尾博士施行五次手術，成績佳者有二例云。

10) 胃食管吻合術

切除食管下端時，需要本法。荒木博士就動物試驗，研究本法，但單純之胃食管吻合術，認為成績甚不良，更考究各種補助法，食管及胃，須行各層縫合，其上用大網膜，充分包絡，直至胃上部為止。此法最稱佳良，大澤博士於人體，曾經驗十例，成績頗佳云。

第三百八十八圖

大網膜包被法 (大澤博士)



11) 空腸食管吻合術

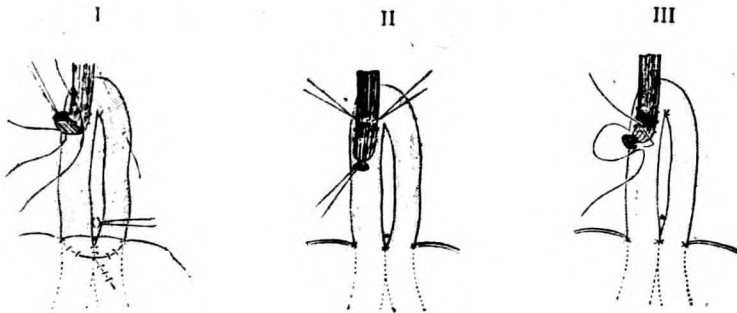
胃癌時之胃全部摘出，有施行本法之必要。本法經數氏研究之結果，在胸部所行空腸食管吻合術之成績，較腹腔內所行者為不良云。行空腸食管吻合術時，將食管下端，於空腸側壁，力求避免牽引，按層施行吻合術，用大網膜保護之，並加 Braun 氏吻合術，時或用與 Roux 氏法類似之吻合術(參照胃吻合術項下)。

12) 食管賁門成形術

食管及賁門狹窄時，有縱切開，橫縫合之法，然多起縫合不全，故 Wendel 氏於縫合後，以臃膜保護之，Gottstein 氏，縱切開至粘膜下層為止，粘膜不加切開，行橫縫合而達目的。但有時雖用本法亦復再發云。

第三百八十九圖

胸腔食管縱合 (瀨尾博士)





大澤博士，由胸腹法，切開食管，次則切開膈食管裂孔之環狀肌，食管下部及賁門，完全遊離，現行上列之手術後，將膈膜移向上方之食管擴張部縫合之。

13) 食管瘻造設術

非根本手術，而為種々侵襲性手術之前手術。

暫時欲造食管瘻時，不切斷食管，將食管側壁，縫合於頸部皮膚，俟接合後，切開食管。欲作持續性食管瘻時，切斷食管，縫合於頸部皮膚。

14) 食管造設術。本法對高度食管狹窄時行之，其方法亦有種々(參照上述前胸部食管成形術)。

第三編 胸部外科

第一章 胸壁外科

A) 胸壁之畸形

臨牀上意義甚少。述其主要者如次。

I. 胸骨先天性畸形

胸骨在胎生時，由胸廓左右發生骨芽，互相癒合而成，因癒合不全之故，遂生一二畸形，但均甚罕見耳。

1) 胸骨一部或全部缺損

2) 胸骨之偏側發育

缺損部之肋骨，終於遊離性，或由結締織與他側癒合。缺損部大者，呼吸時可見肺運動，甚至發生肺赫尼亞或可見心臟主動脈搏動。

3) 胸骨之異常破裂或孔隙

以胸骨之上方為多，時或亘及中央，或在劍突者有之。

II. 肋骨先天性畸形

1) 肋骨缺損或發育不全

自一至數肋，先天缺損，或發育不全，缺損多在胸骨附着部，每以結締織補充之。

2) 過剩肋骨

生在肋上(參照頸肋骨項下)，或第十二肋下(後者在臨牀上無甚意義)。

3) 肋骨癒合

一或二肋有先天性癒合者，特於

第三百九十圖

先天性胸骨缺損
(Praktische Chirurgie)



第三百九十一圖

先天性胸骨穿孔
(Prakt. Chirurgie)



肋軟骨部見之。

4) 肋骨之異常疎隔

肋間異常疏濶，特於第二與第三肋，第三與第四肋間見之。

III. 胸肌缺損

1) 較多者，為胸大肌，由先天性完全缺損，或不全缺損，全部以一側為常，無兩側者。是時因與該肌相當之隆起部缺損，故易診斷。但雖缺損該肌，而該部之機能則無障礙。

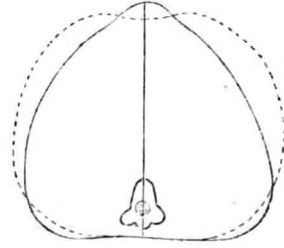
2) 胸小肌及肋間肌有先天性缺損者，但臨牀上難於證明，多與他種畸形合併。

IV. 胸廓畸形

胸廓在先天性或後天性有見畸形者。

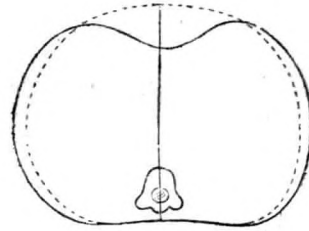
第三百九十二圖

雞胸之橫斷面
點線係表示健康兒之胸部



第三百九十三圖

漏斗胸之橫斷面
點線係表示健康胸



1) 雞胸，鳩胸

胸骨向前隆出如鷄，肋骨之側穹窿，變而扁平，胸廓橫徑短小者之謂(第三百九十三圖)。本病有由佝僂病者，於衰弱兒童，亦屬見之。

2) 漏斗胸

兒童之呼吸器病，如扁桃體肥大症，腺之腫瘍狀增發症，白喉，百日咳等，因吸氣過於努力，致劍突深陷，胸廓成漏斗形。但原病治癒，常可次第恢復。

3) 帶溝胸

本病為Bael氏所創見，日本之衰弱兒童，在胸廓下部之前壁及側壁，見有淺溝，此因腰帶締結過緊所致，多合併雞胸，但去其原因，可漸恢復。日本在近來，亦甚少見矣。

4) 狹小胸及扁平胸

於衰弱兒童見之，時或兼有多少左右不稱。

5) 胸廓之左右不稱

衰弱兒童，多少見有左右不稱，其他因側彎一側之膿胸，氣胸肺結核，慢性肋膜炎，肺或肋膜之手術後等，亦見之。

第三百九十四圖

胸部擦過鈍創後之肺赫尼亞

(Sauerbruch)



V. 肺赫尼亞

原因：在先天性，因胸骨或肋骨缺損而發生者有之；在後天性，由外傷，在肋間肌生裂隙，或由肋骨骨折，胸廓抵抗減弱，間或因肺氣腫，喘息，百日咳等，或難產之努責，遂於胸廓上口，見肺赫尼亞者有之。

其他因胸壁有創傷，肺有由創口脫出者，然此症不稱肺赫尼亞，名為外傷性肺脫出症。

症狀：肺赫尼亞，爲扁平柔軟之腫脹，由咳嗽及努責，增加容積及緊張，又由吸氣擴大，呼氣減小。加以壓力，易於縮退，打診，證明肺音，聽診證明呼吸音。

預後：雖不至惡變，但多少可以擴大。

診斷：易。

療法：整復後，用赫尼亞帶固定之，或由手術閉鎖其囊，由周圍之上下方，造成骨膜肌瓣被蓋而縫合之。

B) 胸廓損傷

I. 胸廓之火傷及腐蝕

在前胸部及背部，尤爲兒童等，因熱浴或因衣服燃燒，有起火傷者，腐蝕，係誤服腐蝕劑所致，較少於火傷。

輕者雖無特別障礙，若達深部，則發生肋膜炎，或有治癒後，發生癍痕性萎縮者。(療法及其他，參照外科總論)。

II. 胸廓震盪症

原因：種々鈍性暴力，突向胸廓作用時，胸壁不見損傷，而起本症者有之(日本之柔術上，所稱爲**當身**，卽屬於此)時或胸壁兼有損傷。

就發生言，雖有諸說，要係胸內迷走神經，由器械的刺激，起一種震盪云。

症狀：受傷後，立時在深呼吸氣之狀態，變爲人事不省，顏面蒼白，身體厥冷，脈搏細數，變而緩慢，時有缺滯。呼吸淺數，或不規則。

預後：多不久自然復元，因而致死者甚少。其死者，由胸廓內臟損傷。

診斷：大抵較原因及定型症狀，易於診斷，但在初期，果係**單純性胸廓震盪症**，抑有**胸廓內臟損傷合併症**，診斷完全困難，僅據有無咯血或急性貧血等危篤症狀，爲之鑑別而已。

療法：使病人靜臥，低其頭部，與以 Kampher, Digalen, Adrenalin 等強心劑。呼吸惡劣時，行人工呼吸及酸素吸入等。(酸素 = 氧)。

治療時，特須注意有時副損傷。

III. 胸部挫傷

原因：由種々鈍力，損傷胸壁之謂。

本症分爲單純挫傷及複雜挫傷二種。

a) **單純挫傷或輕症挫傷。**由較輕度之侵襲而起，不傷胸廓內臟，祇傷胸壁者是也。

症狀及經過：與他部挫傷同，以皮下出血爲主，經一二日或數日後吸收，其溢血多屬瀰慢性，但在胸骨前部，可見如頭部之限局性血腫者有之。

又胸肌受劇烈之暴力作用時，特別在**胸大肌**有破裂者。是時之皮下出血，特別明顯，在該處，可見凹陷，及該肌之機能障礙。

療法：與一般挫傷同。初用濕，冷罨包，經一二日後，改用溫罨包，徐々行按摩術，促其吸收。血液吸收過慢時，由切開而排出之。

胸大肌破裂較大時，用手術縫合之。

b) 複雜挫傷或重症挫傷

由強侵襲而生，不止胸壁，胸廓內臟亦有損傷之謂。是時胸廓內臟中，以肺之損傷爲最多，間或傷及心臟及大血管神經，食管，氣管及膈膜等，或兼有胸骨，肋骨，脊柱等骨折。

重傷者，立刻死亡。(參照各部損傷項下)。

IV. 胸部創傷

1) **胸廓之非穿通性創傷。**有種々，述其主要者如次。

原因及症狀：a) **切創。**格鬪或戰爭等，亦有受傷者，與他部切創同。苟非大血管損傷，則出血不多，亦無危險。

b) **刺創**。亦多在格鬥及戰爭時見之尤多爲側胸部。刺創每不止胸壁，多爲穿通創，傷及肺或肋骨等，或凶器尖端折斷留於胸內者亦有之。

c) **挫創**。由於種々鈍力，與他部挫創同。但在胸廓，亦有胸震盪症，胸廓內臟損傷，或肋骨骨折等合併，故外部挫創雖小，而危篤者有之。

d) **銃創**。胸廓銃創，佔全身銃創之第四位。在胸廓與他部同可於貫通銃創，盲管銃創，擦過銃創，打撲銃創以外，見**周匝銃創**，此因轉力弱之子彈，在肋骨上，由斜力作用，向他方滑轉之故。其他銃創者，損傷胸廓內臟者，但專憑銃創之方向，則判斷有不明者。

預後：一般佳良。非損傷胸腔，縱有傳染，亦少危險。

診斷：易，但爲穿通創，抑非穿通創，多有不明者，是時勿強用消息子等檢查，斟酌其輕重而處置之。

療法：與一般創傷療法同，有異物時摘出之。若創深而有傳染時，切開創傷，以利排膿。

2) **胸廓之穿通性創傷**。當刺創，銃創，切創之際，有穿通胸壁者。是時可傷及肺膜，肺，心囊，心，縱隔竇，食管，氣管，肺管，膈膜等，又有合併骨骨折者。(參照各條)。

V. 胸壁血管之損傷

胸壁血管中重要者，a)乳內動脈，b)肋間動脈等之損傷是也。

1) **乳內動脈**。在胸骨外緣附近，由刺創，或胸骨，肋骨手術時誤傷者有之。該動脈如第三百九十六圖所示，與許多肋間動脈，腹下上動脈，鎖骨下動脈等交通，故出血甚多，止其一端，由他端仍能出血。或於外部不出血，而爲內出血。時或形成著明之**縱隔竇血腫**，或流入胸膜腔，心囊之內，發生壓迫症狀者有之。

乳內動脈，屬單純損傷者甚少，每有縱隔竇，胸膜，肺，心囊，心

等損傷合併。

預後：傷後，立施治療，則可救，過時者，發生失血死。或一時暫告止血，而發後出血者有之。

診斷：有外出血時，易於診斷，若內出血時，須特急性貧血及壓迫症狀發現時，始能推定。

療法：洞開創傷，行壓迫栓塞法，有可止血者，但往々再出血。或經數日，而發後出血者有之。

最確實者為**乳內動脈**之結紮法，行是法時，用小栓塞緊塞出

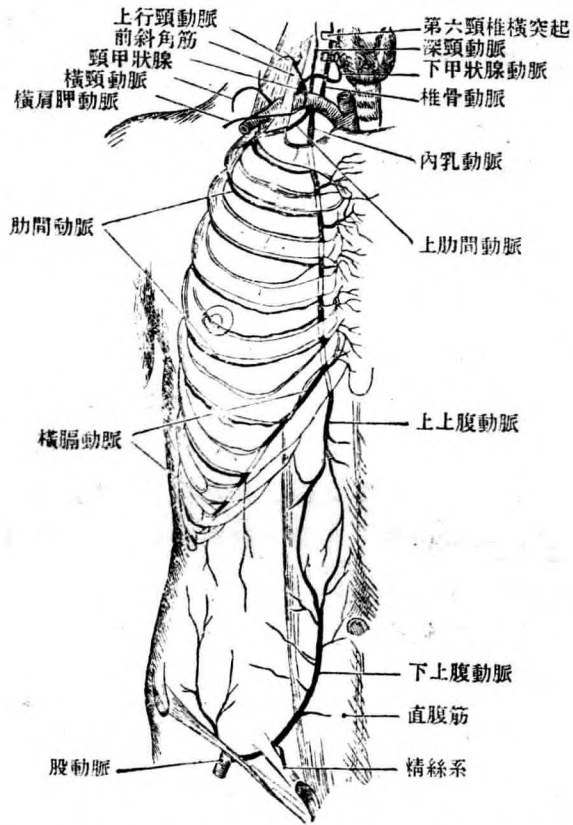
血竈，在胸骨外緣，施5—7cm之縱切開，切除上下肋軟骨之一部，開大手術野對乳內動靜脈，均結紮其兩端(結紮一端，則不充分)。

著者經驗一例，係乳內動脈鈍創後，形成動脈瘤，又肋間動脈，亦能發生云。

2) **肋間動脈。**本症亦由刺創，鈍創或肋骨切除，肋骨骨折時受傷者有之。或由肋骨窩骨侵蝕動脈，有大出血者。又胸廓穿刺，在肋骨下緣施行時，亦可損傷，故須注意。

肋間前動脈出血較少，肋間後動脈出血較多，愈近脊柱者，出血亦愈甚。

第三百九十五圖



有創傷時，其外出血著明，若無創傷，或創口小時，成爲內出血，若胸膜兼有損傷，則起**血胸**，有危險者。

診斷：多易，僅內出血時，有難診斷者。

療法：肋間動脈，因在肋骨內面，僅用壓迫栓塞，難於止血。確實之止血法，非行**結紮肋間動脈**不可。施術時，於該部以小壓迫栓塞緊塞之，行橫切開，切除肋骨之一部，擴大手術野，結紮動脈。

3) 其他在胸壁，有種々動脈損傷，但易診斷，止血亦不難，故預後不惡。

VI. 胸壁神經損傷

刺創，鉞創，切創等，或肋骨骨折，肋骨切除時，有損傷肋間神經者，但一二神經雖受傷，亦無障礙，惟其後發生肋間神經痛者有之。

又前胸損傷時，有傷及**胸前神經**者，是時發生胸大肌麻痺，肱部難近胸廓，亦難向胸前內轉。

該神經之縫合，初非易事。

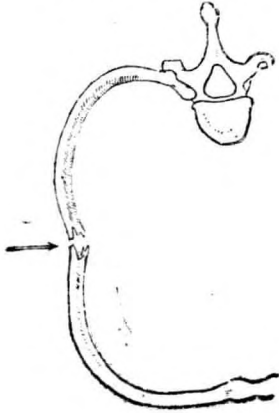
VII. 肋骨骨折

肋骨骨折，佔一切骨折之第二位，臨牀上常見之。

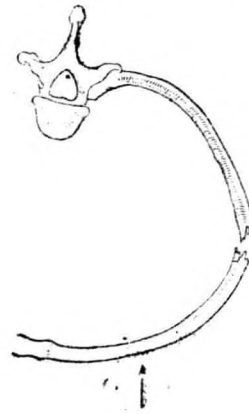
原因：a) **直達外力**。由打擊，衝突等，但肋骨有彈力性，至其程度爲止；能屈曲而不致骨折，若越過範圍，即起骨折。此時如三百九十六圖所示，在外力作用之處，向內骨折，易於損傷肺臟。

b) **間達外力**。由種々動機，胸廓被強力壓搾時發生。或由亂暴之人工呼吸者亦有之。但肋骨以全體言，彈力甚大，尤以小兒之胸骨，愈與脊柱接觸，外肋骨雖屈曲而不起骨折，但暴力作用，達某一程度時，在暴力方向之反對部位，發生所謂破裂骨折。是時肋骨常向外方折斷(第三百九十七圖)，又肋骨多在中部骨折，時或在肋骨前半或後半，或頸部生骨折者有之，是時罕有合併內臟損傷者。

第三百九十六圖
肋骨骨折

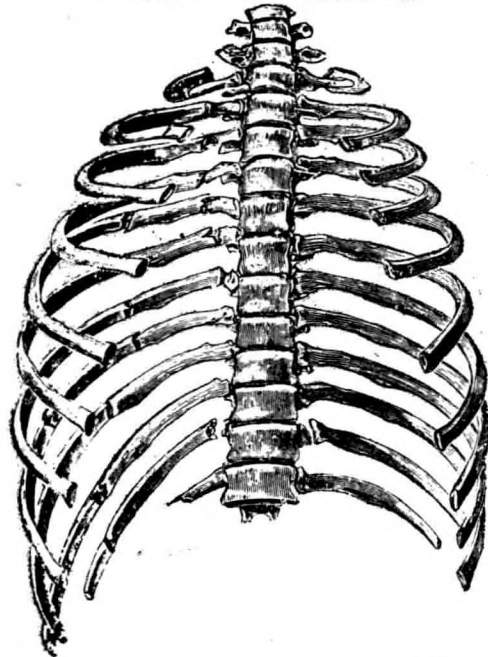


第三百九十七圖
肋骨骨折



第三百九十八圖

右側全肋骨及左側第十一肋骨之骨折



c) 由强烈之肌力，而發肋骨骨折者有之。例如強力噴嚏或分娩，發生肋骨骨折是也。尤以老人，惡液質者，消耗性疾患後，或肋骨自身有疾病時，易發骨折，是時之骨折，多在胸肌附着部。

肋骨骨折，在小兒甚少，因小兒之肋骨彈力甚大之故。但年歲漸加，則肋骨之彈力性漸減，從而易起骨折。老人肋骨，雖甚脆弱，但少接觸外傷之機會，故骨折不多。肋骨骨折最多者，為成年男子。

病理：肋骨骨折，特以膨

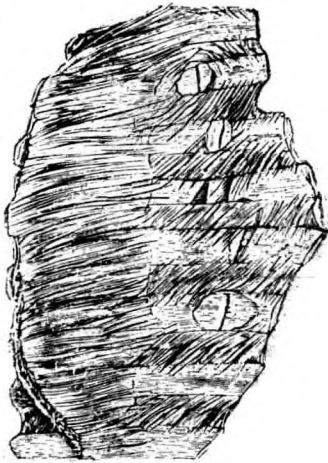
隆於表面之 IV—VIII 肋骨為多，其中以第六及第七肋為特甚，I—III 肋骨及 XII 肋骨則少見骨折。肋骨骨折，多為一肋，時或有一二肋或數肋折斷者，若全部肋骨之骨折，則最罕見。

骨折型：以橫骨折，斜骨折為多，屈折骨折時，屬於不全骨折。粉碎骨折，在鎗創，爆裂彈創，重症挫創時見之。

骨折，由其原因，分為 a) 開放骨折與 b) 皮下骨折，又分為 a) 單純骨折與 b) 複雜骨折，後者可損傷胸膜，肺，間或損傷心囊，心膜，甚至傷及腹部內臟其他有肋間動脈及肋間神經損傷者。

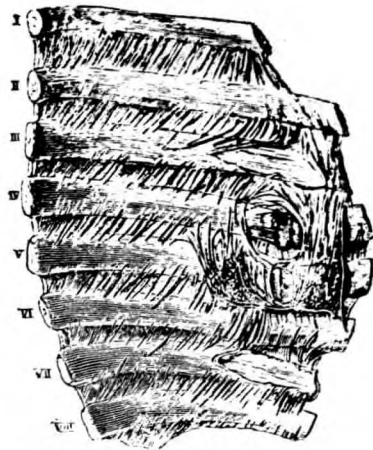
第三百九十九圖

第四，第五肋骨之全骨折及第三，第六，第七，肋骨之不全骨折



第四百圖

同左裏面



症狀：視有無副損傷而異，純粹肋骨骨折之症狀，甚為簡單。

i) **疼痛：**係肋骨骨折之主要症狀。自發痛雖非強度，但限局性壓痛著明，胸廓由前後徑或左右徑受壓擗時，在骨折部，即訴劇痛，又深呼吸，咳嗽，噴嚏時，在一定部位有劇痛，甚至為避免疼痛計，呼吸變為淺表性，上身向前屈曲，現不安之表情者有之。是等症狀，為

焉胸廓單純挫傷之鑑別要點。

ii) **軋轢音**。置手掌於骨折部，使行深呼吸時，可證明之。但骨折片轉位著明時，或不全骨折時，本症狀不明。

iii) **觸診**時，可觸知骨隆起或陷凹，但在初期因皮下出血，故不明。

iv) 在開放骨折，有可目覩骨折部者，亦有不明者。

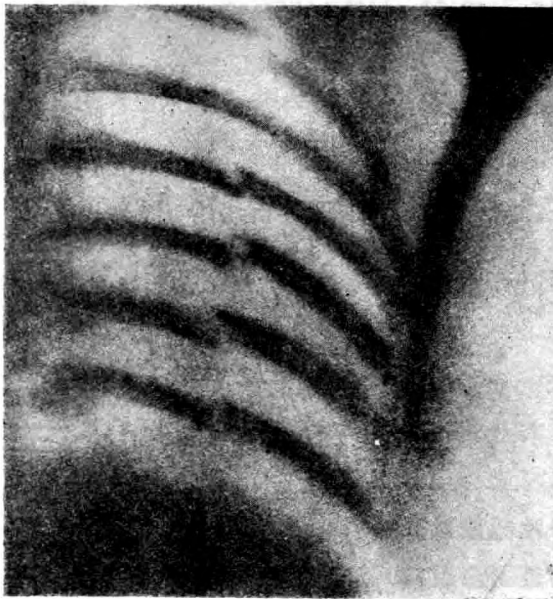
v) **副損傷**中，每兼胸膜及肺之損傷，是時發生胸痛，咯血，肺炎及胸壁氣腫等，有由是證明肋骨骨折者。

診斷：由上述症狀，多易診斷。診斷不確時，由愛克斯線檢查可也。但須與單純性挫創區別，又內臟有無副損傷，須注意。

第 四 百 一 圖

多 發 性 肋 骨 骨 折

(Quervain)



預後：肋骨骨折，多經3—4星期而治，在老年則較遲。又骨片轉位過甚時，活後因假骨贅生而壓迫神經，有起神經痛者。

其他有內臟副損傷時，預後與之相應。

療法： i) 肋骨骨折片轉位輕微時，多無須施行整復術。

ii) **絆創膏繃帶法。**係通用之肋骨骨折固定法。將普通販賣之絆創膏，縱裂為六條，用五六條，先自胸骨上，至脊柱為止，循肋骨之經過，各被覆其 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ ，使成屋瓦狀，實貼於胸廓。經4—5星期後除去之。

iii) 病人位置，不必一定，疼痛不甚者，可照常起居，但疼痛劇烈時，宜取半坐位，輕減苦痛，同時有咳嗽者(胸膜有損傷時)用Morphin或Pantopon。

iv) 骨折片轉位強甚，特有肺等損傷時，以手術除去骨折片。

(附加)：肋軟骨骨折。

較肋骨骨折甚少見，時或能有之。在小兒無此症。在老人其肋軟骨已經骨化時見之。以VI—VIII之肋軟骨為多，尤以近肋骨呈界為多見。

骨折型多為橫骨折，時或為斜骨折。又骨折片之胸骨端多向內，而脊柱端多向外而轉位。

其症狀診斷等，與肋骨骨折同。

療法亦同，但較肋骨骨折，極難治癒。

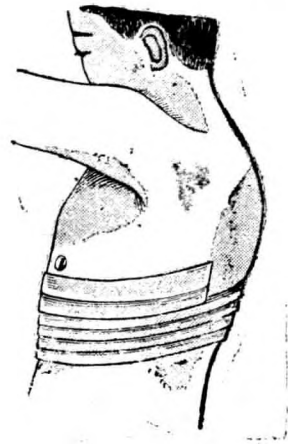
VIII. 肋骨脫臼

甚罕。多與其他重傷合併，未見有純粹之肋骨脫臼，此可分為三種。

- a) 肋骨脊椎關節脫臼
- b) 肋骨胸骨關節脫臼
- c) 肋骨肋軟骨縫離開

多由直達暴力。

第四百二圖
肋骨骨折之繃帶



肋胸關節脫臼，肋骨端向胸骨前方突出，故易診斷，其他二者，多與肋骨骨折，難於區別。由愛克斯線檢查，雖可明瞭，但是時多兼有重傷，故檢查不易。

療法：肋胸關節脫臼之整復，使軀幹竭力向後伸展，對脫出之肋骨端，強加壓迫時，可達目的。整復後，行壓迫繃帶，但難免再發，是時非行手術療法不可。

IX. 胸 骨 骨 折

胸骨之骨折甚罕，因胸骨為海綿狀，而多軟骨部，並由三部分所構成故也。

因間： a) 多由**直達暴力**，例如強烈之打擊，衝突，墜落，轢過傷，蹄傷，銃創，爆裂彈創等。亦有亂暴之人工呼吸而起者。

b) 由**間達暴力**時，有二種動機，即

i) 胸骨突向前方屈曲，胸骨體發生骨折。時或伴有胸骨脫臼或脊柱骨折。

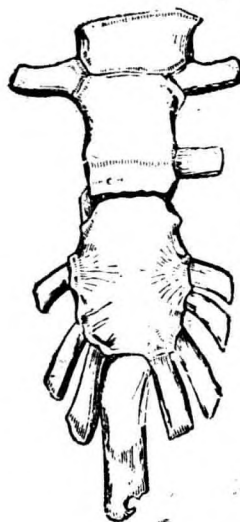
ii) 脊柱突向後伸展，在胸骨之末梢或中部，發生骨折，亦或兼有脊柱骨折。

c) **腹肌**突然收縮，例如挑起重擔，難產，強刺嘔吐時，胸骨劍突，為之裂開，又胸骨柄可生橫骨折。

病理：胸骨骨折，以胸骨體部上半或中部最多，為橫骨折及斜骨折。

第四百三圖

胸骨體中部之骨折



第四百四圖

胸骨中部之骨折



胸骨柄及劍突之骨折，則較罕見。

在胸骨體之不全骨折，有見屈曲骨折者。

橫骨折有轉位時，下骨片常在上骨片之前上方。在胸骨骨折，時或有胸廓內臟損傷合併。

症狀： i) 骨折片之轉位著明時，診斷最易，是時骨柄凹陷，其前方可見下部之骨片。但亦有不轉位者。劍突骨折時，或有異常運動。

ii) **軋轆音。**無轉位時，反能證明軋轆音，但不可勉強檢查。

iii) **皮下出血。**多著明，故轉位有不明者。

iv) **自覺苦痛。**在局部，疼痛劇烈，呼吸時尤著，故呼吸運動，略成淺在性，同時前屈上體，以減少附著於胸骨上各肌之緊張。

其他，胸骨體與劍突間，有骨折，且轉位強甚時，每有頑固之嘔吐(由食管或迷走神經之器械刺激)，由骨折片整復，可以復元。

診斷：由上述病狀，多易診斷。須與胸骨脫臼及挫創區別，由愛克斯線檢查，雖可證明，但有時甚難。

預後：由合併症有無而異，甚者立死。轉位不明時，約經 3—4 星期而治，轉位強甚時，其治療之持續期較長，貽留變形，或因是發生呼吸困難，咳嗽，心悸亢進等。

療法：無變位時，祇以安靜為主可也。

有變位時，壓迫局部，或將脊柱過度伸展以整復之，或應用 Rauchfuss 氏之浮動法以謀整復(Rauchfuss 氏之浮動法，係脊柱齶骨治療時所

第四百五圖

屈曲於外方之胸骨骨折

(Quervin)



用可也。或由手術，切除骨片之一部，行骨縫合術，但輕症變位，聽其自然，亦無妨礙。

X. 胸骨脫臼

胸骨體與胸骨柄或劍突之間，關節離間之謂。

原因及症狀等，與胸骨骨折略同，但出血及疼痛較少，常呈橫骨折狀，且由其限局性可與骨折區別，經愛克斯線檢查，則更明瞭。

療法亦與前同。

(1. 胸壁炎症

I. 癰及癰疽

胸壁中之背部，因富於皮脂腺，故多生癰及癰疽，特以項部及肩胛骨部，由衣服刺激，易於發生。又背部易發蜂窩織炎時或危及生命，有糖尿病時，預後尤為不良，故檢尿實為重要(癰及癰之詳情，可參照外科總論)。

第四百六圖

背部癰疽

(慶大外科教室)



II. 蜂窩織炎及膿瘍

胸壁之蜂窩織炎及膿瘍，其原因不一。

- a) 由於創傷傳染。
- b) 由於癰及癰疽。
- c) 由急性化膿性腋窩淋巴腺炎、急性化膿性乳腺炎，急性化膿性胸肌炎，肋骨或肩胛之急性化膿性骨髓炎等續發。
- d) 由頸部蜂窩織炎續發。

- e) 由腹，腰之蜂窩織炎續發。
- f) 由肺，胸膜之化膿性炎症續發。
- g) 在極少數，有化膿病原菌，由血行侵入胸壁時。

以上之蜂窩織炎症狀，與他部同，但在背部者易於擴大，又肩胛骨下，有蜂窩織炎時，初期多不明。

膿瘍由血行傳染而原發者，與夫由蜂窩織炎而集成膿瘍者(詳見外科總論)。

III. 胸肌之急急性化膿性肌炎

胸大肌胸小肌，背肌，每發肌炎，有腫脹疼痛。發紅及灼熱感，初不著明，後乃顯著。機能障礙，非必發之症狀，時或誤診。由切開而治。

IV. 胸廓軟部之慢性炎症性疾患

- 1) 寒性膿瘍。幾無原發者，多由下述種々疾患續發。
 - a) 脊椎腐骨。
 - b) 肋骨腐骨及肋軟骨腐骨。
 - c) 胸骨腐骨。
 - d) 結核性胸膜周圍炎。
 - e) 結核性窄厄性膿胸。由他種化膿菌之膿胸，常形成急性膿瘍，時或有取亞急性經過者。
 - f) 結核性肩胛關節炎。
 - g) 結核性腋窩腺炎極罕。
 - h) 乳線結核極罕。

以上各種疾患，其原發病常明瞭，但在 b), c), d), 則原發病屢不明，僅

第四百七圖

左胸壁橡皮腫
(慶大外科教室)



見著明之寒性膿瘍。(寒性膿瘍，參照外科總論，又各原發病，可參照各該項)。

2) 橡皮腫。間或在皮下或肌內，形成橡皮腫，有誤認爲寒性膿瘍或腫瘤者，懷疑時，可試行驅微療法。(參照外科總論)。

3) 放線狀菌病

肺放線狀菌病末期，有由內部漸向胸壁現出者，是時若有板狀硬結，其中軟化者，可疑及本病，間或大部分柔軟，類似寒性膿瘍者有之，但由菌塊之證明及肺之所見，可以診斷。嗣後構成瘻管，流出含菌塊之濃汁。

V. 肋骨及胸骨之急性化膿性骨髓骨膜炎

原因：由種々化膿菌之血行傳染。其他傷寒，間或由肺炎，猩紅熱，流行性感胃，淋病等發生本病。時或挫創，骨折爲誘發動機。

本病爲較罕之疾病，20—25歲之男子，時或於婦人見之。由急性傳染病者，雖成長後亦能發生。

在肋骨較多於胸骨，多侵一肋，時或有一二肋被侵犯者，又肋骨中易受侵襲之部位，爲肋骨與肋軟骨之境界，時或在脊柱附着部附近。

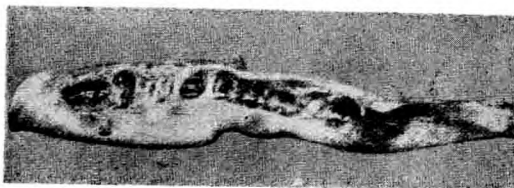
在胸骨，體部上方及胸骨柄，多受侵襲。

症狀：由化膿菌而來者，多突發高熱，在骨或胸骨，有強烈之限局性疼痛，呼吸運動時，亦有苦痛。在局部有急性腫脹，發紅，灼熱感，但肌層厚時，有誤爲急性肌炎者。

急性炎症，不僅肋骨或胸骨，且向周圍擴大，發生蜂窩織炎或成膿瘍，終則向外破潰，而急性症狀亦輕減，但在骨內腐骨未排出以前，

第四百八圖

肋骨化膿性骨髓膜炎



不能全治，變為慢性炎症，起不規則之骨肥厚。

其他在肋骨，有自發性骨折，或侵襲肋間動脈，發生大出血。

又在肋軟骨，因軟骨膜受侵襲，有起廣延性軟骨壞死者。深在性時向胸膜腔內破裂，危及生命。

診斷：在前胸部，多易診斷，若在背柱附近，則與**脊柱之骨髓炎**，**急性腎外膜炎**相誤，又在厚肌層下時，誤為**急性肌炎**者有之。

亞急性者，須與**肋骨腐骨**，**肋骨橡皮腫**，**窘厄性膿胸**區別。由愛克斯線，多可證明。

預後：雖非若何不良，但向胸膜腔內破潰時，則危險。

療法：與一般同，初行保守療法，次由手術除去腐骨，或切除肋骨。軟骨膜受侵襲時，在其範圍內之軟骨，非完全切除不可。

(附加)：由**傷寒菌**所發之**肋骨骨髓炎**。

原因：在傷寒恢復期有發本病者，間或由麻疹，猩紅熱，肺炎，流行性感胃，發生同樣疾患。

症狀：多在肋骨與肋軟骨之境界發病，有小腐骨或作膿瘍，或呈韌性滲潤。症狀屬亞急性，在肋骨部雖相當腫脹，而疼痛不烈，時或有輕度發熱。

有時膿瘍自然破潰，形成瘻管，但與急性骨髓炎不同，骨質新生少，又因軟骨膜受侵襲，發生軟骨壞死，長久不治者有之。

診斷：每誤認為**肋骨腐骨**，由既往症，經過，局部所見及膿之性質等區別之。

預後：不惡。但軟骨受侵襲時，非完全切除則不治。

療法：與肋骨腐骨同。

第四百九機
肋骨之傷寒性骨髓炎
(Lexer)



VI. 肋骨腐骨

本病亦常見之疾病。

原因：由結核菌，侵襲肋骨而生，有原發於肋骨者，有由肋骨附近之結核性膿瘍胸膜周圍炎，

第四百十圖

容厄性膿胸，下垂膿瘍等)，

骨膜性肋骨骨瘍 (n. Lexer)

續發本病者。又肋骨腐骨，



原發性者甚少，多由肺，

胸膜之結核，經血行傳染，

續發本病在臨牀上，以為係原發性，解剖證明他部有結核性病竈者甚多。時或由外傷，成為誘發原因者有之。

本病以青年為最多，老人較少，有結核性素質者，及衰弱者，易於發生。

病理：由其成因，分為 a) 骨膜型及 b) 骨髓型，通常以骨膜型為多。

第四百十一圖

肋骨腐骨及寒性膿瘍
(慶大外科教室)



第四百十二圖

肋骨腐骨及寒性膿瘍
(慶大外科教室)



a) 骨膜型。有於肋骨以原發性開始者，或有由周圍侵入者。原發性，多由肋骨後側開始。骨膜逐漸溶解，在骨生淺在缺損，即腐骨也。該部有多少肉芽組織，多成**寒性膿瘍**。在此種骨膜型，決不能見骨質肥厚。

b) **骨髓型**。較少於骨膜型。為在骨之內部，生結核性病竈，時或形成小腐骨。往々表面骨膜肥厚，其一部分偶有石灰沈着。結核性病竈未變化膿出於骨外，而成寒性膿瘍。

寒性膿瘍。在肋骨腐骨時，甚常見，在骨膜形，早期即著明，在骨髓型則較晚。寒性膿瘍，多在病肋骨附近，亦有成爲**下垂膿瘍**，於遠隔處見之。又寒性膿性膿瘍之大小，與原發病竈之大小無關，原發病竈雖小，而發生巨大寒性膿瘍者有之。

肋骨腐骨，不論何肋骨，皆可發生，以 III—VII 肋爲尤多，且多在乳線與液後線之間，時或在一二肋骨有多發者。

症狀：本病成立全爲潛行性，常由 i) 肋骨痛，ii) 肋骨肥厚或 iii) 寒性膿瘍等，始能覺之。

i) 肋骨痛非必發症狀，通常多不見，又自發痛不著明，多祇有壓痛。

ii) 骨肥厚，亦較罕。僅在骨髓型見之，有輕壓痛，或有不痛者。

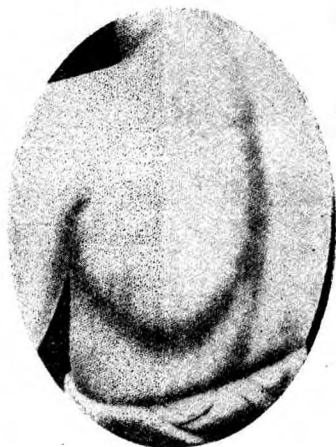
iii) **寒性膿瘍**最多見，每爲肋骨腐骨之主要症狀。有在原發竈附近者，亦有在遠隔處者。**形狀**爲扁平腫脹，亦有成瘤狀著明隆起者。**大小**亦不等，自鵝卵大一雞卵大一鶩卵大，其特大者，在人頭以上，硬度柔軟，波動多著明，但膿少而富於肉芽組織時，波動不明。

境界多不明，多不與皮膚癒着對基底

第四百十三圖

巨大背部寒性膿瘍

(山村博士)



常難移動。

表面之皮膚如常，無發紅，灼熱，疼痛等，但隨膿瘍之擴大，皮膚漸成菲薄，有限局性發紅或透視膿色，終於自潰，流出結核性膿汁，貽留瘻管，永久不治。(膿瘍多向外破潰，向內者甚少，因受胸膜，肌等保障之故)。

iv) 由瘻管探入消息子檢查之，可觸粗糙骨質者甚少。結核性瘻管緣菲薄，多有穿掘而見弛緩之肉芽組織。在該部多有混合傳染而甚污穢。

診斷：有肋骨肥厚，壓痛及寒性膿瘍時，其診斷雖確實，僅有寒性膿瘍時，須與**肋軟骨腐骨，胸骨腐骨，脊椎腐骨，胸膜周圍炎，窘厄性膿胸**等區別，在脊椎腐骨，膿胸時，有其他著明症狀，診斷雖易，但其他則有甚難區別者。**且肋骨腐骨雖由愛克斯線檢查，仍多不明者。**

有肋骨肥厚時，須與**肋骨橡皮腫，肋骨肉腫**等區別。其他與**脂肪腫，肉腫，粉瘤**等亦有區別之必要。由試驗穿刺，亦可區別。

預後：在他部有進行性結核時，預後不良。既生肋骨腐骨者，可視為他部亦有結核病竈，手術後，特須注意全身療法。但由手術，而根治者亦有之。

療法：i) 以保守療法言，可行愛克斯線療法，但奏效不可預卜。有寒性膿瘍時，行穿刺而排膿，用10%碘仿甘油或10%之碘仿阿膠等溶液注射之。(成績良者，肋骨之原發竈，受其作用而治癒，但此例甚罕耳)。

ii) 根本療法，行肋骨切除。肋骨腐骨之手術，先在膿瘍上，切開皮膚，務求不健康部接觸，使之排膿，其次將充分肅清膿瘍壁，開放病部，搔爬肉芽組織，探索瘻管，總以切除病肋。瘻管，有時通至意外之處。肋骨腐骨，多侵肋骨後側，已如前述，肋骨切除後，必須檢視其變化。

在肋骨腐骨，既有瘻管時，特別污穢，須先切除瘻孔，然後行以上

之處置。

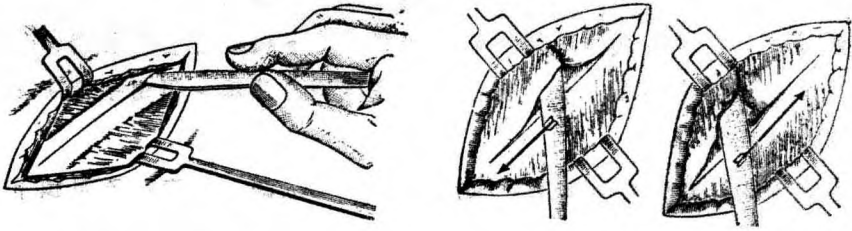
病的肋骨，在切除後，可疑之瘻管，須充分切開，更決定有無病部。皮膚縫合有於第一次行之者，有行排液法而縫合其一部者，因人而有完全開放從而治療者。伊藤肇博士主張，于肋骨切除後，以除去死腔之故，由其附近，造成有莖脂肪瓣，填滿補手術腔，然後行第一次皮膚縫合云。或于第一次縫合後，用紗布球充分壓迫死腔，以絆創膏固定之，其上施行繃帶(著者等近來即用此法)。

肋骨切除術。本法不僅用於肋骨腐骨，而於肋骨之骨髓炎，腫瘍，開胸術等亦行之，茲述其大要如次。

i) **器械**，普通器械以外，須預備切除刀，骨膜起子，骨膜剝離子，Stille 氏骨剪刀或 Schoemaker 氏骨剪刀，骨鉤，Lüer 氏鑿鉗子等。

第四百十四圖

骨 膜 剝 離 法



ii) 病人之位置，取側位或半側位，在背側，或胸側，插軟枕以支持之。

iii) 消毒法與一般同。

iv) **麻醉法**。多用局部麻醉，僅不得已時，用全身麻醉。在施行麻醉以前，宜注射 Pantopon 或 Morphium 等。

局部麻醉，多用 0.5—1.0 Novocain 溶液(加數滴 Adrenalin)。先在皮膚切開線相當之處，充分滲潤麻醉法，其周圍行周繞麻醉法及基底麻醉法。次于切開軟部後，於將切除之肋骨上下肋間腔，特於肋骨之下緣，注射 Novocain 溶液 3—5 cc，使肋間神經麻痺。

v) 切除肋骨時，先用示指及中指，決定肋骨之限局性及經過，肋骨上之軟

部使之緊張，用切除刀，將骨膜等，一刀直達骨部，對肋骨成併行之縱切開，助手持鈎子，須將軟部充分展開之。

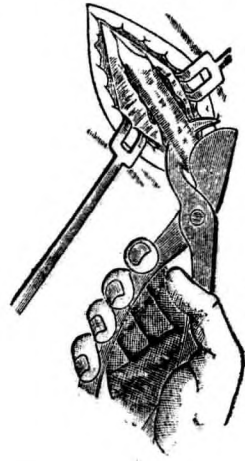
vi) 皮膚切開，若係切除一肋，可沿肋骨，作縱切開。手術之中途，認定更有二肋骨，須切除時，將創口向左右開大，或加以垂直切開。起初即認定數肋骨，有切除必要時，行瓣狀切開法，留瓣之基底向上。

vii) 次用骨膜起子，或骨膜剝離子將骨膜由肋骨之表面剝離，次用骨膜起子，將肋骨後側之骨膜剝離。前側骨膜為未完全剝離，後側之骨膜難於剝離。又使用骨膜起子時，近尖端用拇指及示指把持之須注意雖用大力，不至滑脫，勿傷肋間動脈及胸膜，若該動脈及胸膜損傷時，用指頭掩護傷部，急速切除肋骨後，施行縫合。

viii) 骨膜充分剝離後，用骨剪刀，先切斷其一端，次將肋骨提高，再切斷其他端，最後用Luer氏鉗子，將其兩端充分切除之。

ix) 肋骨切除後，視手術之目的而異其方法。

第四百十五圖
骨膜下腐骨切除法



(附加)：肋軟骨腐骨

與肋骨腐骨類似。肋軟骨腐骨主要始於肋軟骨膜，而不起於軟骨自身，軟骨膜既受侵犯，軟骨漸為破壞焉。

症狀，診斷，療法等，雖與肋骨腐骨同，惟肋軟骨腐骨，非將軟骨全部切除不可。或於充分切除後，用健全之軟骨膜，保護軟骨。

VII. 胸 骨 腐 骨

較少於肋骨腐骨。

病理：多在胸骨之軟骨部，以胸肋關節附近為尤多，於胸骨柄，劍突則少見。多在胸骨前側發病，偶有由後側發病者。

多屬骨膜型，而罕見骨髓型。

症狀：多與肋骨腐骨同。時或在胸骨有腫脹，壓痛，但常不明，惟寒性膿瘍為主要症狀。寒性膿瘍，不在原發病竈附近，亦在遠隔之處形成下垂膿瘍，故易誤為肋骨腐骨。

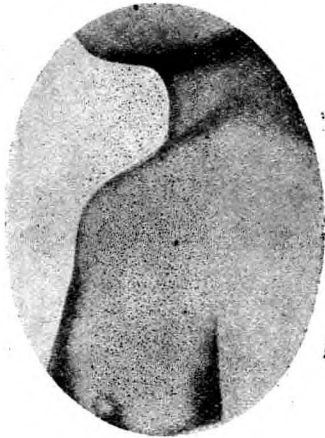
寒性膿瘍，在胸骨後側發生時，流入縱隔竇，壓迫胸膜及心襄，間或在其中破潰。

診斷：須與肋骨腐骨，肋軟骨腐骨或胸膜周圍炎區別，本症常難診

第四百十六圖

胸骨結核

(山村博士)



第四百十七圖

胸骨腐骨自潰

(慶大外科教室)



斷，有經手術始明其真相者，但由膿瘍之限局性，大概可以推測之。膿瘍在胸骨後側時，其診斷更難。

其他非與胸骨橡皮腫區別不可。

預後：較惡於肋骨腐骨。

療法：有膿瘍時，試行穿刺並注射碘仿甘油根本療法，切開患部而搔爬之，且用 Lüer 氏鉗子，對可疑之胸骨，充分切除後，開放治療之。

VIII. 肋骨及胸骨之徵毒

徵毒**第二期**，在胸骨及肋骨前側，發生皮下骨膜炎，而有扁平腫脹及夜痛，經一二星期，自然消失。

第三期徵毒，間或由**先天徵毒**，在肋骨或胸骨有構成橡皮腫者。為彈力性軟腫瘤，無痛有誤為**腫瘍**或**寒性膿瘍**者。但達相當程度，則以次軟化而吸收，或破潰成橡皮腫性潰瘍而治，惟其遺跡常留有骨肥厚。

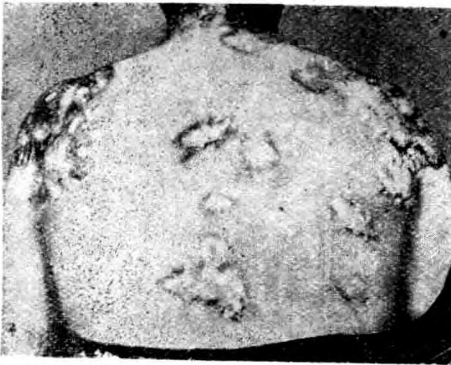
由 Wassermann 氏反應，驅徵療法可確實診斷。

療法及預後：與一般徵毒同。

D. 胸壁腫瘍及囊腫

第四百十九圖

脊部之多發性癢痕蟹狀腫
(岩永外科教室)



第四百二十圖

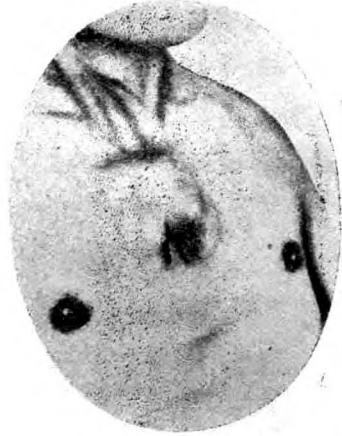
脊部軟性纖維腫 (岩永外科教室)



第四百十八圖

胸骨體部及左第六肋骨徵毒腫

(山村博士)



I. 胸壁軟部腫瘍及囊腫

由胸壁軟部所發腫瘍，除乳部外，大抵罕見，但脂肪腫，纖維腫則較多，時或發生血管腫，淋巴管腫，肉腫，癌腫，在腋窩周圍，有生乳嘴腫者。囊腫以粉瘤為最多，間或有皮狀囊腫，最罕者生包蟲囊腫。茲述其主要者如次。

1) **纖維腫**。在胸壁有 a) 硬性纖維腫及 b) 軟性纖維腫兩種。其中軟性纖維腫，為多發性纖維腫或多為 Recklinghausen 氏病，在全身中，特於胸壁，發生多數，其大小不等。

神經纖維腫，時或發育，尤多在末梢神經發生，其堅韌者有壓痛。

第四百二十一圖
多發性神經纖維腫
(高橋外科教室)



第四百二十二圖
胸壁之血管腫
(高橋外科教室)



癥痕蟹狀腫，亦或在胸壁發生。

2) 脂肪腫

脂肪腫生於前胸者少，數多在背部，亦分爲 a) 硬性脂肪腫，b) 軟性脂肪腫兩種，軟性者易於巨大，或爲有莖性，又瀰漫性脂肪腫。

3) 血管腫

胸廓血管腫，在面部之次，最多見之，胸部較背部尤多，大抵爲單純血管腫或海綿狀血管腫，無蔓狀血管腫，多係先天性，起初發育緩慢，由中途突變爲急速發育。

大小及形狀不等，淺在性者，現紅色或青色，深在性者，其著色不明，有誤爲他種柔軟性腫瘍或囊腫者。但血管腫之硬度柔軟有壓縮性，是其特徵。又最易與淋巴管腫相誤，但用細針作試驗穿刺，可以區別。

血管腫雖有種々保守療法(參照外科總論)，但在胸部時，宜以手術摘出之，若皮膚缺損大時，可行植皮術或整形手術。對巨大之血管腫，

第四百二十三圖

頸部之巨大有莖脂肪腫

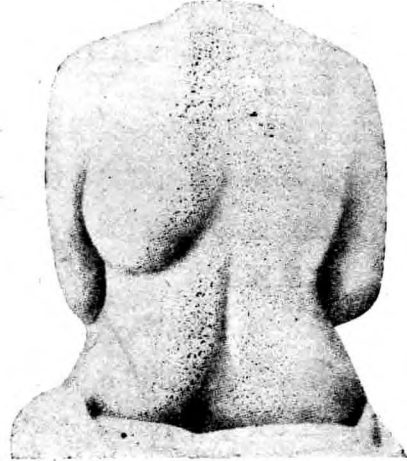
(高橋外科教室)



第四百二十四圖

偏側脊部脂肪腫

(Lexel)



初用保守療法，迨相當縮小後，施行手術。

4) 淋巴管腫

雖時或見之，但少於血管腫，時或見甚大之海綿特淋巴管腫。

淋巴管腫與血管腫不同，保守療法多不效，故以手術為主。手術時非嚴重消毒不可，若有傳染，則甚危險。

5) 肉腫

甚罕見，在皮下或肌肉中發育。預後較惡，手術後易於再發。

6) 癌腫

乳癌甚多，惟胸壁及背部之原發癌則甚少，時或由皮膚生表皮癌，其他在胸壁軟部，有由血行發生癌腫轉移者。(療法及其他，參照外科總論)。

7) 粉瘤

每於背部發生，有時生在前胸，呈固有之形狀，與他部同。應區別者為寒性膿瘍，皮狀囊腫。

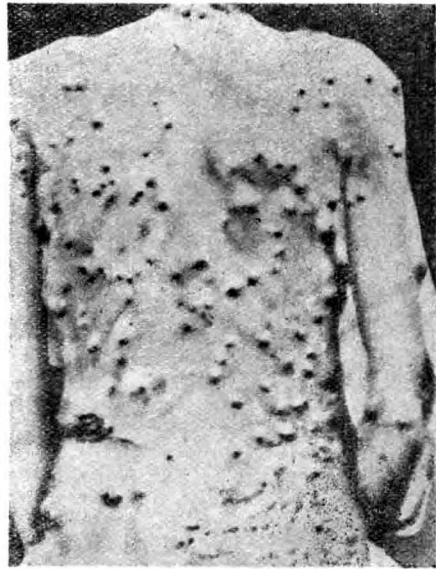
8) 皮狀囊腫

與粉瘤不同，甚罕見，且在一定部發育，即僅限於胸骨中央或其側方。又與粉瘤不同者，此係先天性，與基底癒着。

第四百二十五圖
巨大脊部肉腫
(高橋外科教室)



第四百二十六圖
皮膚之多發性肉腫
(Quervain)



粉瘤及皮狀囊腫之療法相同，後者之囊壁，若留一部分，則易於再發。

II. 肋骨及胸骨之腫瘤

肋骨及胸骨，有發生骨腫，肉腫者，但甚少。惟軟骨腫時或見之。尤多見肋骨，間亦在胸骨發生。在兒童期齒已發育，多至成人時代，始發於之。本症分爲 a) 良性及 b) 惡性兩種。或初爲良性，變爲惡性而急速發育者有之。在肋骨發生純粹軟骨腫較少，所發生者爲粘液軟骨腫，軟骨纖維腫，粘液軟骨肉腫，軟骨肉腫等，肉腫性者則屬惡性。

症狀：於肋骨常在肋軟骨之境界發生，初爲小結節，表面凹凸不平，硬度爲軟骨，發育緩慢。若變惡性時，表面較平，硬度稍軟，發育急速，變而巨大。腫瘤不獨向外發育，並向胸膜發育，壓迫肺臟，在胸骨發生時，壓迫縱隔竇，漸呈壓迫症狀。惡性者，作血行性移轉，手術後有再發者。

第四百二十七圖

胸骨肉腫 (Quervain)



第四百二十八圖

由胸壁而隆出之左肺癌 (關口外科教室)



第四百二十九圖

肋骨粘液軟骨肉腫 (關口外科教室)



第四百三十圖

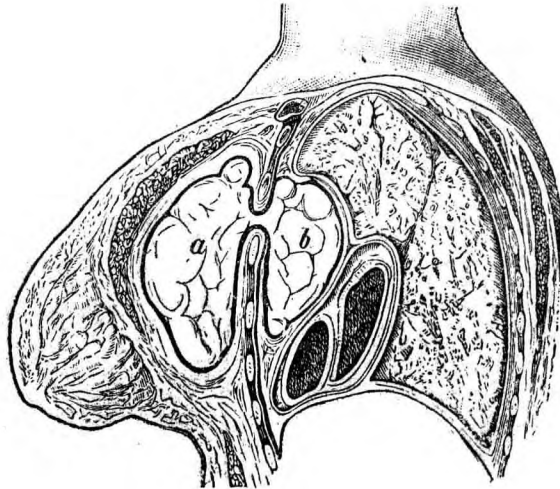
肋骨軟骨肉腫 (慶大外科教室)



第四百三十一圖

胸膜下脂肪腫 (想像圖)

(a) 在胸廓外方 (a) 其一部在胸廓內方 (Gussenbauer)



預後：良性者預後良，惡性則否。

療法：務須早期與肋骨一同切除。大軟骨腫切除後，胸壁留有缺損，胸廓爲之變形，但於生命無傷。

III. 胸膜下腫瘍

甚罕。在胸廓內部，胸膜之下，有生脂肪腫，肉腫者時或如第四百三十一圖所示，一部分在胸腔內，一部分在胸腔外，在胸膜內部者，初雖爲胸膜所掩衛，隨其發育而破壞胸膜者有之。外面之隆起，時或不甚著明。

第二章 胸膜外科

I. 胸膜損傷

原因及種類：a) 皮下損傷。

胸廓挫創，特於肋骨骨折時，由骨折片而受損傷。

b) 開放骨折由切創，刺創，銃創等而受損傷。

胸膜之單純創，祇傷胸壁之胸膜，但時或傷及肺之內膜胸膜及肺。

症狀：單純胸膜損傷之症狀，為胸痛及由其刺激之咳嗽。但胸膜損傷時往有副損傷，又胸壁之創傷，因開放性等，則呈種々症狀。

i) 胸膜雖受損傷，而限於體壁胸膜，且創口小時，可就而縫合，胸膜內，若無空氣侵入，或侵入空氣有限時，多無細菌傳染，一時雖有胸痛及咳嗽，未幾即治。

ii) 胸壁創傷大時，或創傷雖小而哆開時，多量空氣侵入而發氣胸(參照次項)。空氣之分量少時，雖可次第吸收，惟大量空氣，急處侵入時，立即死亡。

空氣侵入，同時有細菌傳染時，有化膿而成膿胸者，有是時胸廓內空氣多時，稱曰膿氣胸。皮下損傷時，雖或發生氣胸惟膿胸則甚少。

iii) 損傷時，若肋間動脈，肺等同時受傷，在胸膜腔中，積有多量血液，稱曰血胸。

診斷：多易。

預後：單純創良好，有副損傷或合併症時，則危險。

療法：單純創，用無菌性繃帶及安靜即足，其處合併症，可參照各項。

II. 氣 胸

原因及種類：氣胸，係由胸壁之開放傷或肺傷，而空氣侵入胸腔者

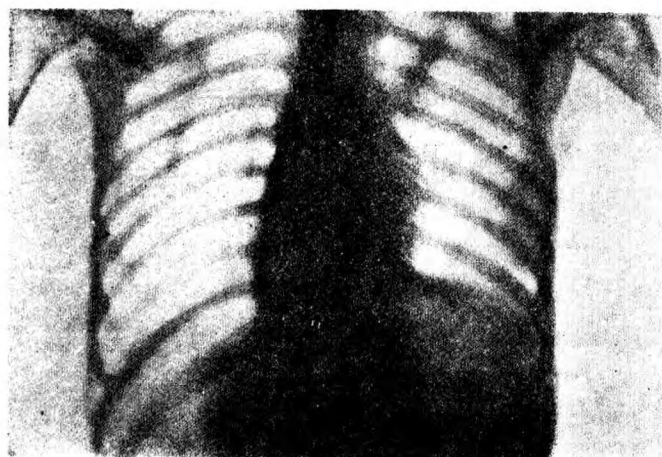
之謂。間或在膿胸時，由腐敗菌之混合傳染，產生氣體者有之。氣胸由其狀態分爲次列各種。

- 1) **閉鎖性氣胸**。胸壁創傷甚小，縱一旦發生氣胸，縫合創傷，則氣胸，不再增加者之謂。
- 2) **開放性氣胸**。胸壁創傷開放，空氣可自由出入者之謂。
- 3) **瓣狀氣胸**。胸壁之創傷，成爲瓣狀，吸氣時，空氣可入胸腔，呼氣時，空氣難於逸出，其氣胸，逐漸增加之謂。
- 4) **緊張性氣胸**。由腐敗氣體所生之氣胸，胸廓內緊張著明者之謂。
- 5) **無腐性氣胸**。指雖有氣胸但無細菌傳染者而言。
- 6) **膿氣胸**。胸腔內有膿及空氣，卽氣胸與膿胸合併者之謂。
- 7) **血氣胸**。指氣胸與血胸合併者而言。

症狀： i) 氣胸輕時，尤以閉鎖性氣胸，無特別障礙，初稍有呼吸困難，但空氣逐漸吸收，數日後，卽復常態。瓣狀氣胸，起初症狀雖輕，但呼吸困難等，漸次著明。

ii) 氣胸高度時，呼吸困難甚著，發生青藍症，更甚者，由虛脫致

第 四 百 三 十 二 圖
左 側 氣 胸 (Bruns)



死。

iii) 他覺的據視診患側半胸擴張，肋間腔擴大，打診有鼓音，聽診時呼吸音不明或微弱。

iv) 以愛克斯線檢之，如第四百三十二圖所示，見有光明之空氣，患側胸擴大，正中之陰影，壓向健側，患側之肺萎縮，肺門部示暗影。且由愛克斯線，亦可證明肋間腔擴張。他如氣胸時，有血胸，膿胸合併者，在胸腔下方，肝影之上方，存有暗影，其上界變為水平。

v) 其他若血胸著明時，有急性貧血症狀，膿胸合併時，有發熱及其他熱症狀(參照該病項下)。

預後：純粹氣胸，多良。呼吸雖甚困難，行適當治療可癒。但有細菌傳染時，則危險。

診斷：多易。但須注意有其他合併症。

療法：對無菌閉鎖性氣胸，不施特別療法，其空氣能自然吸收。但胸腔內空氣量多時，吸收不足，此時之處置，有種々方法。

i) 由異壓裝置，使肺擴張，俟大部分空氣排出後，縫合胸壁創傷。

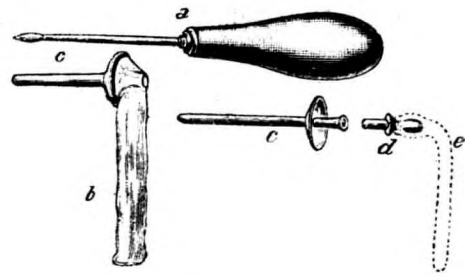
ii) 嚴重消毒之下，用 Nélaton 氏導管或套管針刺入胸腔，其周圍，

則氣密封閉之，或用**瓶吸引器**(第四百四十二圖)，使上下兩瓶，成 20—30cm 之距離于吸出胸腔內空氣後，將胸壁創傷閉合之。

iii) 若創傷有傳染危險時，不宜即刻閉合，用 **Thiersch 氏瓣狀排膿管**，(插入胸腔之導管或套管針之一端，用極

薄之橡皮管連接之，呼氣時雖開放，吸氣時則鎖閉)或用 **Zieger 氏瓣狀排膿管**(日常不多用)。此等排膿管，迨傳染危險去後，始拔除之。

第四百三十三圖
Zieger 氏排膿管



iv) 其他有膿胸合併時，加以治療。

III. 血 胸

原因：胸壁穿通創或挫創，將胸壁之血管，特以肋間動脈，內乳動脈，或胸部大動脈受損傷時，或由肺心之損管及破裂，或由各種疾患，侵蝕血管壁，向胸腔內出血，於是發生血胸。

心，主動脈及肺之大損傷時，由大出血卽刻致死，否則呈血胸症狀。

症狀：由出血量而異，茲述其主要症狀如次，

i) 血胸時，因出血而刺激胸膜，常起咳嗽，由是更足以促進出血。

ii) 內出血多量時，起**急性貧血**，面色蒼白，全身厥冷，冷汗，脈小而數，時發譫語，由虛脫而死。

iii) 出血量多時，作爲肺之壓迫症狀，起呼吸困難，多則致死，但當非由大血管出血，則因血胸而內壓增加，多可自然止血。

iv) 血胸由視診雖無著明變化，打診，則胸廓下部有濁音，聽診，則呼吸音微弱，聲音震顫亦微弱。惟此等檢查，不可牽強行之，反足促大其出血故也。

v) 出血停止時，血液漸開始吸收，是時往往在一二日內，發吸收熱，且在尿內，見黃疸性着色。

vi) 時或當血胸時，伴以細菌傳染，發生重症膿胸。是時有高熱持續，並有熱症狀，全身狀態危篤，由試驗穿刺，證明膿汁。

vii) 胸腔內血液，大抵經 1—2 星期而吸收，時或 1—2 星期後，胸廓濁音反見增加者，此因血液吸收惡劣，由其刺激，而生**液性胸膜炎**之故，或因血液吸收後，貽留胸膜癒着者有之。**(癒着性胸膜炎)**。

診斷：由外傷所附帶之刺激症狀，及急性貧血等，可以診斷，呼吸困難，係危篤之兆。時或由試驗穿刺證明之。理學的檢查，不可強行，愛克斯線檢查，在起初亦不宜用。

預後：由出血之程度而異。急性出血，突然發生及呼吸困難甚者則

危。發病後經數時，無著明變化者，多可救。

療法：i) 絕對安靜為必要，因此以砂囊或撒彈囊載胸上，制限呼吸運動，注射 Morphium, Pantopon 等，減少咳嗽，同時行酸素吸入。

ii) 用種々止血藥，如 Clauden, Fibrinin, Thrombrin 等。

iii) 大出血時，行輸血法。鹽水注射，在初期以不用為佳，反是增加出血故也。但時或有用 1500—2000 cc 之大量注射者。

iv) 損傷後，是否立即手術，有相當議論，心臟，主動脈損傷時，無施行手術之餘地，但乳內動脈，肋間動脈出血時，須從速手術。肺損傷時，視情形而異。(同項參照)。

v) 血液吸收過慢時，由穿刺或開胸術排出之。

IV. 乳 糜 胸

本症甚罕見。

原因：因胸腔內胸管，受傷而起。即由刺創，鉸創等直接損傷，或由脊柱，肋骨骨折而損傷，或由機械等，對肺部強壓而生。

甚罕由胸廓內之惡性腫瘍，侵蝕胸管而生。

症狀：因外傷時，在受傷後，雖不如血胸之急速發現，但次第在胸內有液體蓄積，或呈肺，心之壓迫症狀。時或其程度不著，達相當程度時，自然治癒。

其原因為腫瘍時，與滲出性肋膜炎相似，其液體之蓄積亦較速。

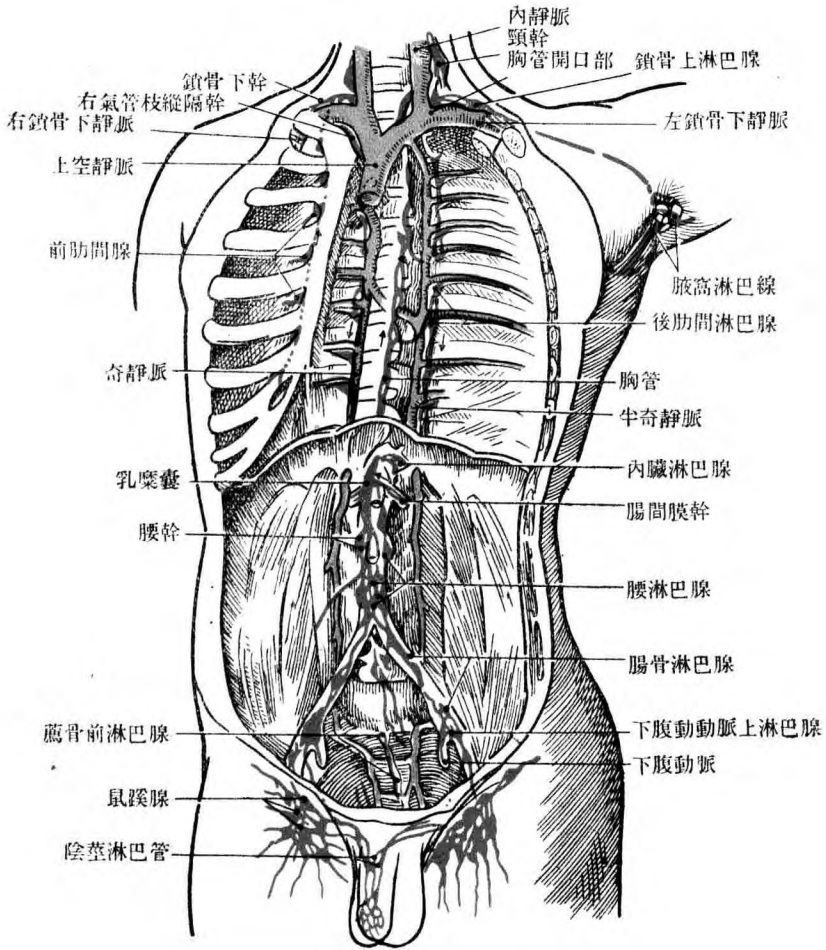
時或由續發性細菌傳染，成為膿胸。

診斷：確實診斷，在由試驗穿刺，證明乳糜液。為稀薄乳狀液體，比重少，在化學上，證有糖質，顯微鏡下，證明脂肪球，淋巴球。須與血胸，滲出性肋膜炎，胸膜癌腫等區別。

預後：非絕對不良，但有重傷合併時則危險。或漸陷於衰弱而死。

療法：有胸廓內臟之壓迫症狀時，僅可穿刺，而不可行開胸術。

第四百三十四圖
胸腔及腹腔內之大淋巴管



V. 水 胸

全身循環障礙，尤以心臟瓣膜障礙，腎臟炎，惡液質種々之消耗性疾患末期見之。

是時在胸廓內，生漏出液，其量雖多，在臨牀上多難證明。是時每

有肺水腫合併。

漏出液或爲漿液透明，或稍帶血液性，比重較少於滲出液(1018以下)蛋白質亦少(3%以下)。

豫後惡劣。

療法僅對原因行之，對水胸則無療法。

VI. 漿液胸或漿液性胸膜炎

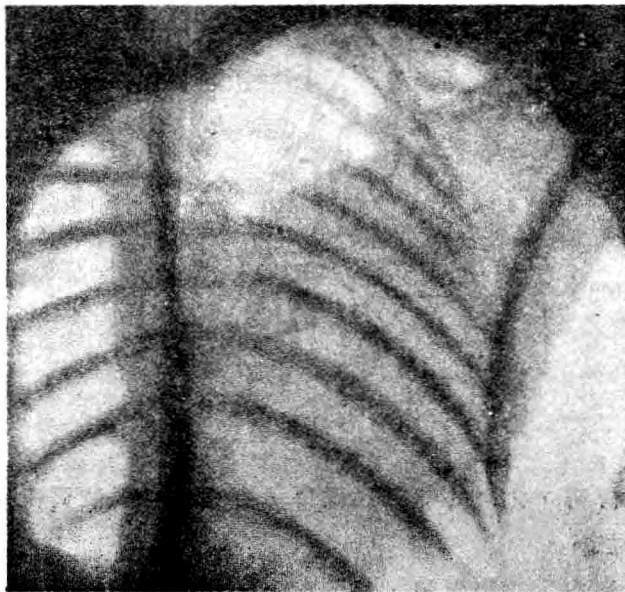
原因：多因結核桿菌，在胸膜傳染所致。間或在傷寒質斯時，由胸膜生滲出液。

其他由肺炎球菌，鏈球菌葡萄狀球菌等，起急性化膿性胸膜炎，其前期有見漿液性滲出液者。

症狀。在患側有胸痛，伴有輕咳及發熱。滲出液多時，則起呼吸困

第四百三十五圖

漿 液 性 滲 出 物



難。

由打診證明濁音，體位更動，則濁音界有消長。滲出液多時，心臟向健側壓排，肝臟向下沉降。

聽診上呼吸音微弱，或消失，聲音震顫亦微弱。

診斷：確實診斷，非行試驗穿刺不可，初期之穿刺液，微黃而透明，俟後因纖維素之析出，則白色而混濁。其量特多時，稱**纖維性漿液性胸膜炎**。炎症為急性時，因多含白血球，故白色而混濁，胸膜充血強甚時，混入血液，有稍近出血性者。愛克斯線檢查時，其陰影較膿胸淡薄。

預後：雖視原因而異，然多不惡。

療法：外科的療法，行**穿胸術**。昔日惟恐在是時空氣竄入，近於施行穿胸術後，即發生輕微氣胸，亦無不可，或有主張注入酸素者。

VII. 急性化膿性胸膜炎或膿胸

本病為常見之疾病，臨床上甚為必要。

原因：由種々化膿性細菌，有種々傳染經路。

- i) **胸膜損傷**，受化膿性細菌傳染時，尤以異物侵入時，易發本病。
 - ii) **續發性膿胸**。血胸，氣胸，漿液性胸膜炎等，由某種動機，因細菌侵入而化膿，有成膿胸者。
 - iii) **轉移性膿胸**。身體他部，有化膿竈(例如傳染創傷，癰疽，骨髓炎，產褥熱，蛔突炎等)，經血行，達胸膜發生化膿。但原發竈每有不明**特發性膿胸**者。時或由扁桃體，腸濾胞之細菌，經血行侵入，在進入門無變化者有之。
- 其少數由傷寒，流行性感冒，麻疹，淋疾等，經血行達胸膜而化膿。
- iv) **肺炎共發性膿胸及肺炎後膿胸**。膿胸多由肺炎續發。前者係肺炎症狀存在時發生，後者係肺炎症狀已去後而發之謂。其他在肺膿瘍，肺壞疽後，亦有發生者。

v) 其少數者，由腹腔內化膿疾病(急性化膿性腹膜炎，下膿瘍等)，或胸壁之化膿疾病(傳染性創傷，蜂窩織炎，肋骨骨髓炎等)後，以進行傳染而起者有之。

膿胸以小兒爲多，乳兒尤然，續發於肺炎，麻疹，流行性感胃等。

症狀：i) 本病起始，有突發者，亦有稍近潛行性者。

ii) 初發症狀之主要者，在患側胸痛，咳嗽及體溫升高。但始於潛行性者，此種病狀不明。

iii) 膿胸可以確實診斷時，係在胸腔內有化膿性滲出液多量集合。是時胸廓之理學的所見著明，即由打診，其濁音著明，胸廓後下方特著，由體位更動之濁音像，幾無變化，時或在濁音上界，證明鼓性音。但蓄膿高度時，胸廓全體，成爲濁音性。

iv) 由聽診證呼吸音成微弱，或完全不能聽取。肺有變化時可聽微弱之枝氣管呼吸音或水泡音。

v) 聲音震顫微弱。

vi) 體位蓄膿少時，體位無定，但多取健側之側位，膿量多時反舉向患側取側位。若膿量更著時，因呼吸困難劇甚，病人欲減輕苦痛，而取半坐位(端坐呼吸)。

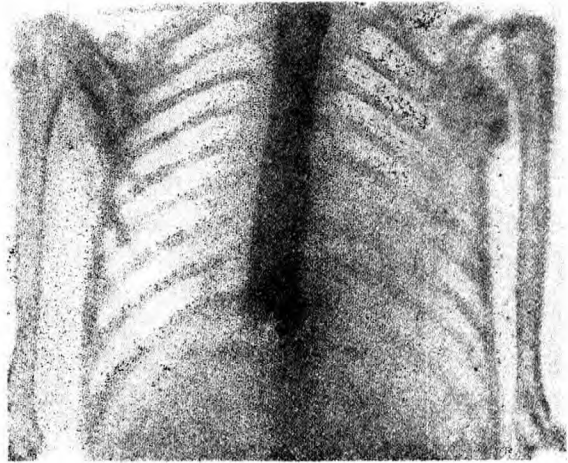
vii) 胸圍

側比健側擴張，呼吸運動患遲鈍，時或在側胸壁，見有水腫或蜂窩織炎。

viii) 在陳舊膿胸，肋骨肥層而潤，列成

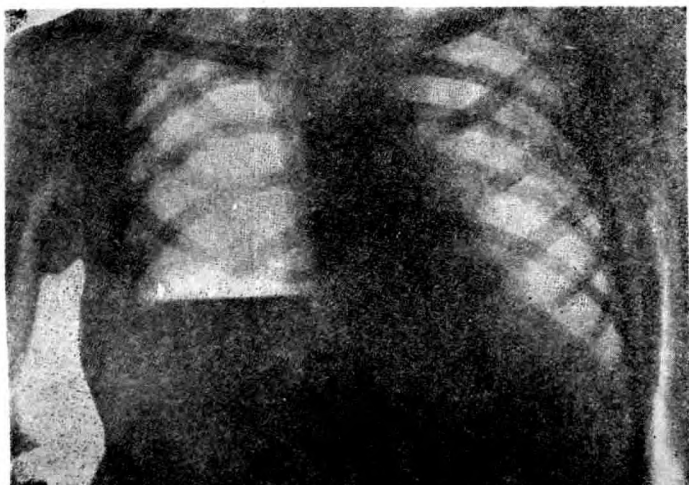
第四百三十六圖

右側之肺炎性續發膿胸



第四百三十七圖

右側膿氣胸 (Sauerbruch)



呈瓦狀，肋間甚狹。健側反是因代償性擴張，其肋間較為寬大。

ix) 心臟壓向健側，在右側膿胸肝臟壓向下方。

x) 體溫多上昇，熱型不定，為弛張性或間歇性而持續，又有種々熱症狀，營養亦次第障礙。

xi) 愛克斯線檢查時，在著膿部陰影著明，可見心，肝受壓排之像，又健側之肺，因代償性擴張，而呈光明之像。

診斷：本病發生，有不自覺

第四百三十八圖

皮下包囊性結核性膿胸之自潰



者，蓄膿症既著明時，由理學的檢查，易於診斷。時或須與**漿液性胸膜炎**，**肺膿瘍**，**橫膜下膿瘍**區別。由試驗穿刺，愛克斯線檢查，亦有可能確定者。

轉歸：有次列諸種，

i) 急性者，突發震盪症，或由窒息而死，此恐係迷走神經受刺激之故。

ii) 慢性者，蓄膿量漸增，終於衰弱致死。

iii) 時有向枝氣管自然破潰者，然決不因是而自然痊愈，腐敗菌反因此而入胸膜，併發腐敗，更足增加衰弱。

iv) 或膿汁漸侵胸壁而破潰之，有在皮下生蜂窩織炎或膿瘍者，此名**窘厄性膿胸**。以前胸為多，時或見於上胸，側胸，順利時，自然向外破潰而治。

v) 在限局性蓄膿，膿汁漸次濃厚，為結締織所包，漸能痊癒者有之，但甚罕耳。

預後：視細菌之種類而異，一般發於肺尖，流行性感冒，麻疹之後者多良，由鏈球菌，葡萄狀球菌，普通大腸菌來者，速行手術可救，否則不治。兼有腐敗者惡劣。其他因肺炎共發性膿胸及肺壞疽，肺膿瘍而繼發者，預後亦惡。

膿胸初起時，行適當療法，則易治，陳舊者因肺膿形成故難治。

療法：對膿胸若用藥物及理學療法則無効，血清及疫苗療法，亦無効，當以手術為主，其方法有種。

A) 對於新膿胸之方法。

1) 穿胸術

於側胸下部(尤以V, VI肋間腔)，局部消毒後，先用纖細 Pravatz 氏注射器，在皮下注射少量 Novocain 溶液，次用較大之注射器或套管針，刺入胸膜排膿。

本法每一二日至數日行之，其順利者(特以由於麻疹，肺炎者)二三次

至數次，有治癒者，但本法僅新者有效。

施行達十次以上，而不效時，非行其他手術不可。其他于穿胸術之後，注入10%碘仿甘油，1% Rivanol 但非絕對必要。

2) Bilau 氏法

局部消毒後，用較大之套管針行穿刺，其刺管中，用 Kocher 氏夾揀子插入而擴大之，以消息子，緊張細橡皮管之尖端，經刺管插入胸膜中，以謀持續排膿。本法比諸次述之簡單開胸術為有效，且手術亦簡易，雖未能治癒一切膿胸，但每收良果。



第四百三十九圖
穿胸後吸管(Siphon)排膿法

3) 單獨開胸術。不行肋骨切除，而僅切開胸膜之謂。即局部麻醉後，在肋間腔加橫切，洞開胸膜而排膿是也。

本法因肋間腔狹小，難作充分間隙，故排膿有不能充分者，但衰弱甚者，可暫用此法，若尚不治，則俟體力恢復後，行徹底的手術可也(Bilau 氏法亦宜於此種目的)。

4) 兼除肋骨布開胸術

本法最為常用。施術部位，多在腋窩前線與腋窩後線之間，在第五或第六肋行之，時或在肩胛骨線上第八至第十肋行之。此等部位，視膿胸之限局性及其程度而異，須豫先詳細檢查後行之。該手術因簡單之故，常於局部麻醉下行之。

依前述方法，將肋骨切除3-4cm後，用刀尖或刀柄鈍性切開肋膜時，膿即流出，若排膿過急，因肺之急性充血，有起震盪症者，故一時不可多量排膿，用紗布稍加抑制，次將創口，以鈍性或銷性(刀或剪刀)，沿肋骨經過而擴大之。時

或加以縱切開，成爲T字形(由肋間動脈出血時，可結紮之)。大抵祇切除一肋即足，間有切除兩肋者。

開胸後，用1—2枚粗橡皮管排膿，其多置消毒紗布，而加繃帶。繃帶交換，大抵按日一回，膿多時則交換兩回。橡皮排膿管，約在手術一星期後，按日交換，膿汁分泌漸減，從而縮小其排膿管，後則改爲紗布，逐漸漸趨痊治。

開胸術後，有用各種防腐劑者，如 Dakin 氏溶液，1% (Chloramin T, 1% Rivanol 2% 過酸化水素，醃等加以洗滌，但無確效，惟用無害組織之防腐劑，行持續灌注法，有收良效者。著者時或對排膿不止之膿胸，用生理食鹽水或重曹水洗之。

該手術對於肺炎共發性膿胸，在肺炎未去時，足以增惡肺之炎症，而有危險是時不行手術，寧用單獨穿胸術或 Bilau 氏法，不效時，行本法可也。

5) 特殊排膿法

膿胸時，有種々排膿法。

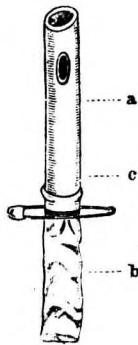
i) Thiersch 氏瓣狀排膿管

如第四百四十一圖所示，甚爲簡單，薄橡皮管，於呼氣時開放，吸氣時閉塞。

ii) 片岡氏裝置 取粗細不同兩橡皮管，用橡皮薄片，介在中間而連結之，

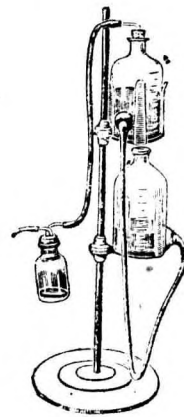
第四百四十圖

- a. 硬橡皮管
- b. 薄橡皮管
- c. 絲及安全針之固定
- d. 係薄橡皮布，呼氣時開放，吸氣時，爲所吸而閉塞橡皮管



第四百四十一圖

Perthes 氏 瓶



使其氣密，插入胸內，又在橡皮管腔之間，裝置一小橡皮瓣，在呼氣時，膿可流出，吸氣時，內部之瓣閉鎖，空氣不得入內。片岡氏，用以經驗多例而收良果云。

iii) Perthes 氏瓶吸引法

如第442圖，用500—1000 cc之瓶，分上下裝置之，與氣密而插入胸內之橡皮管相通，由兩瓶之高低距離，以達排膿之法是也。

其他後療法亦有種々，即是由異壓裝置，使縮退之肺擴張，或使行規則之深呼吸，對於小兒，使弄喇叭或笛等玩具。又在膿胸雖多少留有腔，亦可逐漸痊癒云(烏湯博士)。

B) 對陳舊性膿胸之方法

膿胸手術後，長久不治時，肺及胸膜之表面，成胼胝狀肥厚，肺遂難於擴張，病人因排膿不止，逐漸羸瘦。是時患側胸廓漸形萎縮，非更行徹底手術不可。

1) Estlander 氏胸廓成形術

本患側之 V—VIII. 肋上，沿肋骨之經過，行皮膚大切開，下部之 2—4 肋骨，務充分切除之(有時幾將全肋骨切除)。在最底部之胸膜，充分切開，或搔爬其內面，用碘仿紗布行排膿法，因是胸廓次第縮小，胸膜之癒着，亦可期待矣。

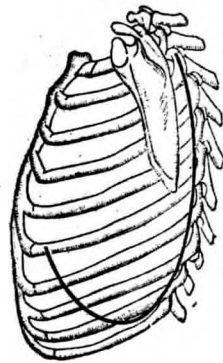
2) Schede 氏胸廓成形術

如第 442 圖所示，行 U 字形之皮膚大切開，基底在上。皮膚，肩胛骨，肌等，成爲一瓣，由肋骨剝離而翻轉之，上自 II—III 肋骨，下至最低肋骨爲止，前方至肋軟骨之接合部，後方至肋結節爲止，均由骨膜下切除之。次將與肋骨缺損部相當之體壁胸膜及軟部切除時，肺可直接由軟部之皮膚肌瓣被覆。祇縫合出前緣，下方及後方均開放，用碘仿紗布行排膿法，漸由肉芽組織發育而待其癒着可也。

該手術有相當殘忍性，對衰弱強甚者，有危險，

第四百四十二圖

Schede 氏手術之皮膚切開創



故有時分爲二次，行之

3) Delorme 氏法

陳舊性膿胸，因肺胸膜甚肥厚，妨碍肺之擴張，故欲使肺能運動，露出肺部，將肥厚之肺胸膜，以鈍性或銳性除去之。但本法出血頗多，不必即爲良法。但 Jordan, Krause 等，行 Schede 氏手術，僅將肥厚之肺胸膜表面切除之。

尙有種々方法，從略。

VIII. 結核性胸膜炎

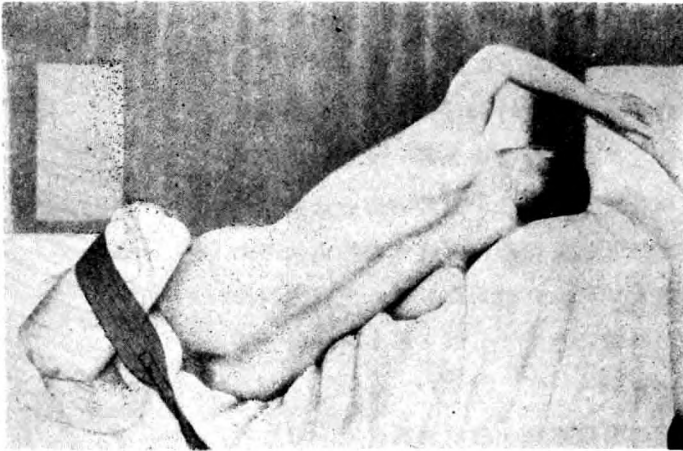
通常所見之胸膜結核，爲滲出性胸膜炎，時或爲乾性或纖維索性胸膜炎，皆屬內科疾患。有時在陳舊之結核性胸膜炎，在胸膜內化膿，發生結核性膿胸，或結核進行，及於外方胸壁，起胸膜周圍炎者有之。此等疾患，多與肺結核併發，而肺之變化不明者，時亦有之。

1) 結核性膿胸

症狀：通常成於慢性，不如化膿性細菌性膿胸之有急性症狀。惟有不規則之熱度上昇，咳嗽，夜汗，羸瘦等，隨膿之增加，發現呼吸困

第四百四十三圖

Schede 氏成形術之體位 (Sau: rbruch)



難。

在他覺的，如急性膿胸，患側之呼吸運動遲鈍，或稍擴張，肋骨扁平肥厚，肋腔母寧狹小。在打診上有濁音，聽診上，呼吸音微弱或不明，聲音震顫亦微弱(詳細參照內科書)。

試驗穿刺之特徵，為稀薄膿性，混有乾酪質。時或相當濃厚，與他種膿汁，難於區別。然由細菌學檢查，可證明結核桿菌。或見葡萄球菌，鏈狀球菌之混合傳染。

診斷：須與急性膿胸區別，由既往症，經過，肺所見，試驗穿刺等，可以明辨。

預後：比急性膿胸為惡劣，雖行療法，多難治，有肺結核合併時，其預後尤不良。

療法：i) 常以保守療法處置。即由穿刺排膿，注入碘仿甘油。本法在一星期內施行 1—2 回之譜。

ii) 有混合傳染，而有急性症狀時，以開胸術排膿，但難根治。

ii) Sauerbruch 氏，由穿刺充分排膿後，主張行胸膜外胸廓成形術(詳見前)。

2) 胸膜周圍炎

限局性或愈着性結核性胸膜炎時，結核症之肉芽組織或膿逐漸侵襲胸壁，於外部形成寒性膿瘍，或侵肋骨膜有剝離者。

本症無特別之症狀，每誤診為**肋骨腐骨**。手術時，肋骨變化不著，病竈深居胸膜之間，每由此始能確定。但其療法，與肋骨腐骨略同，有疑似之肋骨，則切除之，擴大手術野，搔爬結核性瘻管，入碘

第四百四十四圖

胸膜周圍膿瘍 (盧口外科教室)



仿粉，行皮膚縫合，多由此而治。

IX. 胸 膜 腫 瘍

一般罕見。

a) **在原發性**，有生**脂肪腫**，**肉腫**，**內被細胞腫**等報告，其中之內被細胞腫，亦稱**內被細胞癌**，係胸膜之內被細胞，廣泛增殖，類似紅色肉芽組織而肥厚，生血性滲出液(**血性胸膜炎**)，終由衰弱致死，但無轉移(著者曾經驗二例)。

b) **續發性**，在胸膜有為**癌腫**，**肉腫**，**軟骨肉腫**等侵犯者。

以上各腫瘍，治療幾不可能。

第三章 肺臟外科

I. 肺臟外傷

頗常見。

原因：由於自殺，他殺或災害尤以戰創為常見。刺創，銃創，爆裂彈創，時有由於刺創者。在刺創，兇器尖端，有折斷於肺內者，在銃創，對肺臟成貫通創或盲管創，其子彈有留于胸廓內者。爆裂彈之彈片，多留在肺內。

又肋骨骨折時，其骨折片損傷肺臟者甚多，是時每見皮下損傷。其他間或因胸廓之鈍性暴力，有發皮下性肺破裂者。

症狀：由損傷之局限性及程度而異，肺表面之損傷較輕，出血及氣胸亦小，或症狀幾於不明，惟肺門之損傷，出血甚多，枝氣管幹部受傷時，迅速發生氣胸，甚為危險，尤以兩肺損傷為甚多，立刻致死。茲舉肺損傷之主要症狀如次。

i) 往々在肺損傷後，立即有種々**危篤症狀**，即負傷後，倒仆而難起立，面色蒼白，有冷汗，戰慄而有恐怖感，發嘎聲，口唇呈青藍色。時或痙攣，人事不省，亦有肺之損傷雖大，而不發此等症狀者。

ii) **咯血**。幾為必有之症狀，咯出之血，鮮紅色而有泡沫。輕者，與咯痰同時咯出，少量血液，祇數回而治，稍重者咯出數日。最重者，一時咯出大量血液立即死亡者有之。

iii) **咳嗽**。因肺實質內出血及胸膜損傷之刺激，其甚者起呼吸困難。此種咳嗽，亦可次第輕減。

iv) **疼痛**。初因創傷或胸膜刺激而發疼痛。咳嗽時，其痛增劇，但肺自身之疼痛則甚少。以上之疼痛，可迅速輕減。時或由胸膜刺激，在下腹部疼痛者有之。

v) **呼吸困難**。初由前記刺激而起呼吸為腹式，淺在而數，刺激一

去，呼吸亦復常態。或稍經久因發生血胸，氣胸，遂有呼吸困難。後因肺及胸膜之炎症，亦起呼吸困難。但是時兼有發熱等症狀。

vi) 氣腫。為肺損傷時之重要症狀，於肋骨骨折時所發皮下性肺損傷常見之，有時雖為開放性損傷，其創口小者，亦可見之。初見於創傷周圍，迅速擴大，甚至在短時間內，有延及全體之例。創口大時，不至發生氣腫。

vii) 時或在損傷直後，由創口有血液及空氣同時逸出，未幾因肺之退縮，空氣遂不能逸出。

viii) 創傷大時，有肺臟脫出，若此者多歸死亡。

第四百四十五圖

胸部貫通銃創後之廣泛皮下氣腫
矢線係表示射入之方向



第四百四十六圖

同上患者治愈後
(Quervain)



ix) 創傷小時，發生**血胸**，**氣胸**，經過時日，有成**膿胸**者。(參照各項)。

x) 大出血者，起**急性貧血**，面色蒼白，脈小而繁，或成不規則，但脈之變化，雖未至於急性貧血，當損傷之初，一時有因迷走神經之刺激而起者。

預後：視肺損傷之限局性及程度而異。在表面小創，有自癒者，創傷大時則危險，若兩肺均傷，則危險甚大矣。在統計上，肺損傷之全數，約20%得自然全治云。

若有副損傷，傳染等，則預後嚴重，因傳染可以發生肺炎，肺膿瘍，肺壞疽，膿胸等。或損傷後，有貽留枝氣管瘻或肺瘻者。

診斷：由前記症狀，易於診斷，特以泡沫性咯血，咳嗽，呼吸困難，或由創傷有血液與空氣逸出，氣腫，氣胸，血胸等症狀，可以診斷。但此等症狀，有缺少其某種者。

療法：i) 輕者僅用保守療法而治。即命其安臥休息，用鎮痛劑鎮靜咳嗽及胸痛。或如肋骨骨折時，用絆創膏繃帶固定之。

ii) 大出血時，開胸行肺縫合(別項參照)。是時雖不必用異壓裝置，惟用之則較便利。

iii) 氣胸等各施以相當療法。

iv) 皮氣腫輕者，聽之亦可治，重者開大創傷，行胸膜縫合。

II. 肺及枝氣管內異物

原因：較常見者，誤將異物，例如鈕，針，食物片，義齒，穀物，貨幣等，吸入枝氣管內是也。

其他銃創時，彈片有留於肺內者，又在刺創，兇器尖端，有折斷於肺內者。

甚少見者，為食管異物，逐漸穿破食管而入肺，是時兼有化膿，易發縱隔竇炎而致死。

症狀：吸入異物時，有激烈之咳嗽及窒息感，異物轉動時，激烈咳嗽持續不息，若安靜不動，咳嗽可漸停止。時或感有激烈胸痛。

他覺的，肺呼吸音消失，時或打診變為濁音，或發枝氣管炎，有濕性水泡音，長久不治。

由愛克斯線檢查，若係金屬，骨質，可顯然證明。患側之肺，因缺乏空氣，陰影稍暗。

由銃創，刺創之異物，初有肺損傷症狀如咳嗽，咯血等，但次第消失，為結締織所包被，比較治癒者有之。

有時發生肺膿瘍，肺壞疽。異物從枝氣管入內者，易起此種危險。

預後：由銃創或刺創而來之異物，其預後較良，由呼吸道吸入者，預後多惡劣。

診斷：由原因，症狀及愛克斯線檢查，多易診斷。

療法： i) 異物吸入時，使上半身垂直，頭向後極度伸展，對胸部強加壓迫，同時以強力呼氣時，其順利者，能咳出異物。但惟早期或

第四百四十七圖

第四百四十八圖

步兵銃彈在肺內之實體像

(Sauerbruch)



能有効耳。

ii) 上法不達目的時，以 Killian 氏枝氣管鏡之助而取出之(參照耳鼻咽喉科書)。

iii) 或由後記方法，前縱隔竇腔或後縱隔竇腔，在枝氣管分歧部上方切開，取出異物後，行氣管周圍縫合法，然後閉鎖縱隔竇腔。

iv) 入肺實質內之異物，以開胸術摘出之。若無炎症徵兆時，不必急於手術。

III. 肺瘻及枝氣管瘻

原因：由肺結核，肺放線狀菌病，肺包蟲病，枝氣管擴張症，膿胸，肺膿瘍，肺壞疽等，或肺損傷及肺手術後發生。

症狀：胸壁有瘻管，呼吸時有空氣出入(瘻管小時，有不明者)，由瘻管注入液體，隨咳嗽之刺激，其液體咳出。視原發疾病，各有特別之膿汁排出。

瘻管與主氣管相通時，稱曰氣管瘻。

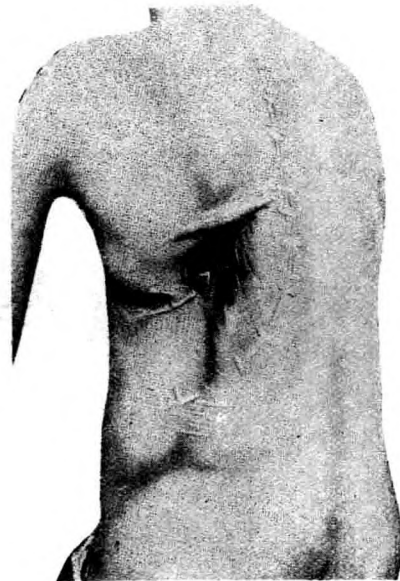
預後：瘻管小時，可漸痊癒，但多永久不治。損傷或手術後之肺瘻，可由手術治之，其他則無法可治。

診斷：易。

療法：i) 最簡單者，用 Paquelin 氏燒灼器，腐蝕瘻口，瘻管周圍，切新後，行縫合，又在其上，行皮膚縫合。

ii) 瘻管稍大，周圍之瘢痕厚時，距瘻管周圍，約一橫指，以梭狀切

第四百四十九圖
左側肺臟切除後之枝氣管瘻
(Sauerbruch)



除肥厚之胸膜，拔去瘻管，對韌性胸膜，行深縫合而閉鎖之，更在其上，縫合胸壁之軟部及肋骨骨膜，再行皮膚縫合(Delorme氏法)。

iii) 在氣管主枝之瘻管，充分露出後，行氣管周圍縫合法。

IV. 肺之炎症

A) 急性炎症

肺炎最數見，主要屬於內科。惟肺炎時，有種種外科合併症。

肺膿瘍，肺壞疽亦屬內科疾患，但由保守療法往往不治，因而行手術者有之。關於本症，須參照內科書。至于手術，後當記之。

B) 慢性炎症

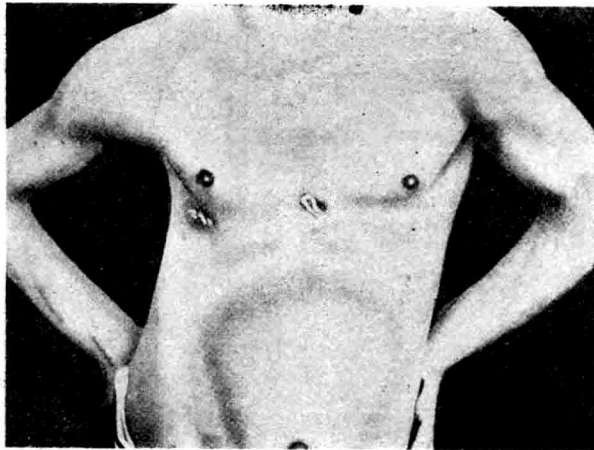
最多者為肺結核，常由內科治療，近來時亦由外科處置之。(參照別項)。

其他枝氣管擴張症，肺放線狀菌病，亦有由外科治療者。

第四百五十圖

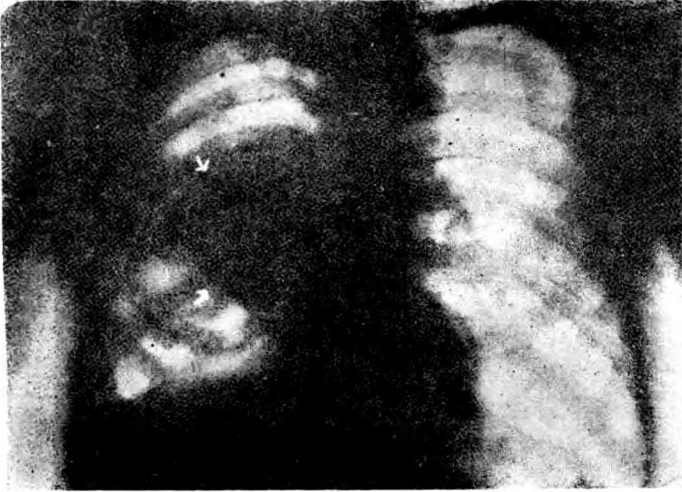
肺放線狀菌病

(Fauerbruch)



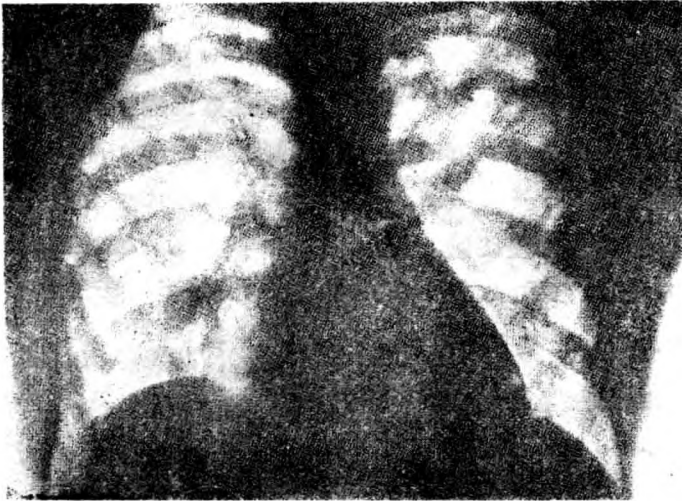
第四百五十一圖

原發性肺癌 (Sauerbruch)



第四百五十二圖

轉移性肺癌 (Sauerbruch)



V. 肺腫瘍及囊腫

A) **原發性腫瘍**。良性者，如纖維腫，脂肪腫，軟骨腫，骨腫，血管腫等，雖有報告，但皆於解剖時始見之，在臨牀皆無意義。

以言惡性腫瘍，有發生癌腫，肉腫，軟骨肉腫者，以癌腫為較多。此等腫瘍起初無特別症狀，又由限局性，而症狀不同，隨腫瘤擴大，發生呼吸困難，並如肺結核之有咳嗽，咯血等，但顯微鏡下，不見結核桿菌，時或證明腫瘍細胞(詳細參照內科書)。

療法：由愛克斯線，決定其限局性，行開胸術，將腫瘍與肺組織同時摘出。惟因發現腫瘍之時期過遲，多難達目的。

B) **腫瘍轉移**。癌腫，肉腫，或腎上腺腫等，經血行轉移時，每先至肺臟，蓋以靜脈血，必先通過肺臟之故。(但腹部內臟靜脈血，經門脈，先過肝臟)。惟肺之腫瘍轉移，在臨牀上殊少意義，僅由是知其預後更為惡劣耳。

C) **囊腫**。有發生皮狀囊腫，包蟲病之報告，但甚少，亦有可由手術救治者。

VI. 肺之手術

肺外科之發達，全屬近代，肺在胸廓內，本在陰壓支配之下，故胸壁一開，肺臟立即縮退，而有危險，但自異壓裝置發明以來，開胸始告無憂，肺臟外科於是大有進步。異壓裝置，有種★。

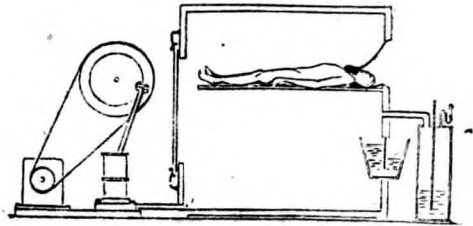
1) 異壓裝置。

a) **減壓裝置或陰壓裝置**
(Sauerbruch 氏，在 1904 年，由 Mikulicz 氏指導而發明者)。

其室係由鐵骨裝玻璃板而成氣密封鎖之小室，寬約二米突長約三米突。行手術時，施術

第四百五十三圖

Sauerbruch 式減壓裝置模型



者及助手在室內，病人由頸部以下，置室內手術臺上，頭部及頸部，露出窗外，由橡皮輪使之氣密而封閉之，在室外面，裝電氣發動機以運轉排氣唧筒使吸出室內空氣，其氣壓使減低至水銀柱 7—10 mm(該空氣由瓣之作用，得由室內加減之)，由是在室內開胸，室內均受陰壓之支配，肺由鼻，口，與外界交通，於是肺不至縮退。若用全身麻醉，則在室外行之可也。

b) 過壓裝置或陽壓裝置。

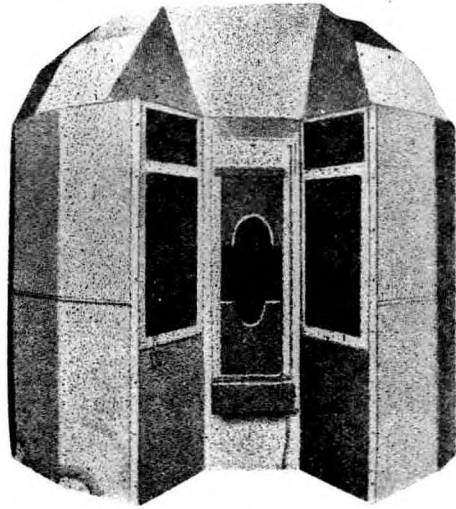
此與前者相反，將肺內氣壓增高，預防肺之縮退。其裝置有三種。

i) 箱裝置。係 1905 年，Brauer 氏所創製，其後有 Karewsky, Engelken 氏裝置。茲述本器之要點如次。

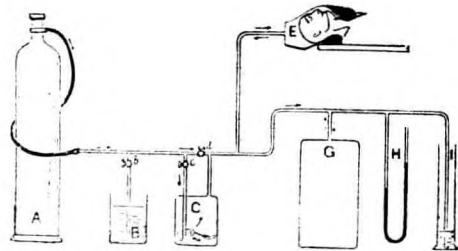
本器係一個氣密之大箱，病人之頭，置於其中，在頸部則氣密封閉之，由空氣唧筒作用，箱內送入空氣，其內部氣壓，使增高 7—10 mm 時，雖在外部開胸，肺亦不至縮退。是時若行全身麻醉，術者之兩臂伸入箱內，腕部用氣密法封閉，在箱內行麻醉法。但此法今無用者。

ii) 氣管插入裝置。本法最舊為 1895 年，Tuffier, Hallion 氏所創製，其後多用 Kuhn 氏法，(Fell-O' Doyer 氏之變法)。本法係於喉內，插入一定之呼吸管，于管之前端，附以加壓裝置，增高肺內壓力。本法一時在法國流行，今無用者。

第四百五十四圖
Sauerbruch 氏兩裝置



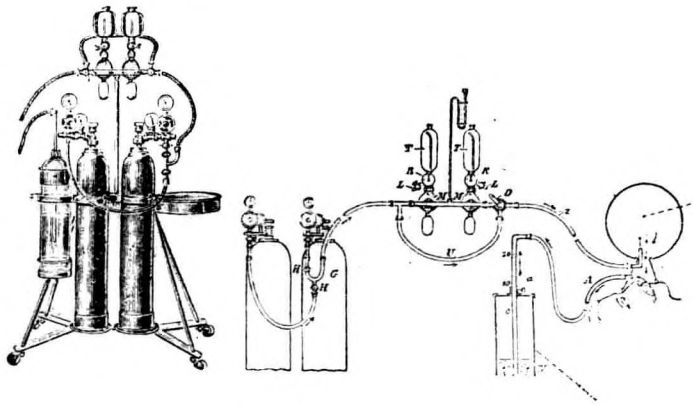
第四百五十五圖
Brauer 氏裝置之模型



iii) **假面裝置**現今最爲多用。本法係1908年 Ziegel 及 Henle 氏所創製，後有 Erat, Schmieden, Lutsch, Robinson, Schoemaker, Roth-Dräger 等裝置，現今最多用者，係 Tiger 之 Roth-Dräger 氏裝置。本器附有氣仿一醚麻醉裝置其金屬假面之周圍，附以橡皮環，以覆口鼻，由氣容器，送氣於假面內，使肺內發生過壓。同時由本器可行全身麻醉法。

開胸術時，宜用陰壓，或宜用陽壓，大有議論，在大體用陰壓危險較少，然

第四百五十六圖
Ziegel 氏加壓裝置法



雖用陽壓，其壓力不失之太高，則無危險，且陽壓之裝置，亦甚輕便。又近來對於開胸術，主張不必用異壓裝置之說，頗爲有力。

其他用愛克斯線之應用，對於肺外科之發達，亦有密切關係，因愛克斯線不獨可以診斷肺之病變，其限局性及程度，亦得而決定也。

2) **開胸術**

肺之損傷，異物結核囊腫等手術時，所行開胸術是也。在簡單者，不用異壓裝置，但多用之。

本法用局部麻醉或全身麻醉行之。局部麻醉時，用0.5—1.0% Novokain, 如第459圖所示，各應切除肋骨之上下，後方達肋骨後角，前方達腋前線之範圍內，由肋間腔向肋骨後側在上下注射，肺臟自身初無感覺，故無須特別麻醉。惟手

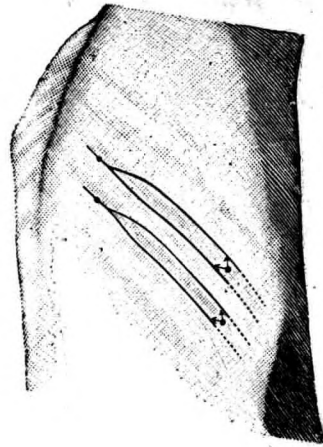
術前，宜於皮下注射 Pantopon 或 Morphinum, (Skopolamin 能障礙咯痰，故不適當)。全身麻醉法，用氫仿或醚氫仿，無專用 Aether 者，因能增加呼吸道分泌物故也。麻醉中，注意脈搏，猶須注意嘔吐，近來亦用 Avertianarose 等。

體位取側位，使健側在下，上半身稍高，時或在腹位施行手術。

開胸術，大體分爲二法。

a) 肋間切開法

第 459 圖所示，在肋間腔行皮膚大切開，展開肌層，達胸膜，由兩鑷子所撮定之中間切開之，用肋骨把開器，充分擴大肋間腔，肋間切開愈大，手術野亦愈寬。用此法時可摘出肺之兩部，胸腔內之食管手術亦可行之。



第四百五十七圖

肋骨局部麻醉注射法

由上述開胸術，施行肺手術後之胸腔封閉法，分爲 a) 肋骨縫合法，b) 肋

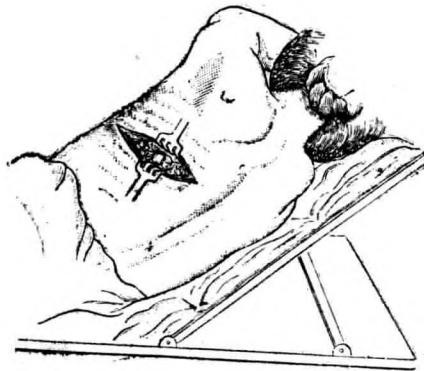
第四百五十八圖

肋骨把開器



第四百五十九圖

肋間切開法



骨外縫合法二種。行肋骨縫合法時，由肋骨穿刺器，對肋骨穿孔，通過縫合線而縫合之。施行肋骨外縫合法時，用普通之大針，通二肋骨外方而縫合之。

又助胸廓封閉之前，用加壓裝置，使肺充分擴張，特於吸氣時，迅速縫合之。其他由手術之目的，有插入紗布或有瓣排膿管者。

1) 瓣狀切開法。皮膚切開，應必要為弓形或瓣形，若屬上葉手術，將II—III肋骨，適當切除之，若中葉或下葉手術，將V—VII肋骨，由胸廓之側方或後

第四百六十圖

肋骨穿刺器



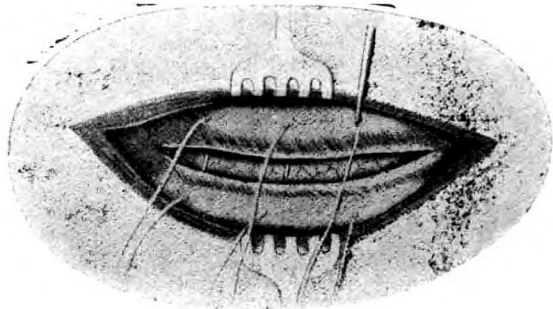
第四百六十一圖

縫合絲導子



第四百六十二圖

肋骨縫合胸腔閉鎖法



方切除之，此等肋骨切除，分為持續性或一時性，後者由肋骨之中部切除之，與軟部同向外後方翻轉，于手術後封閉之。惟近來少用瓣狀切開法。

3) 肺臟縫合

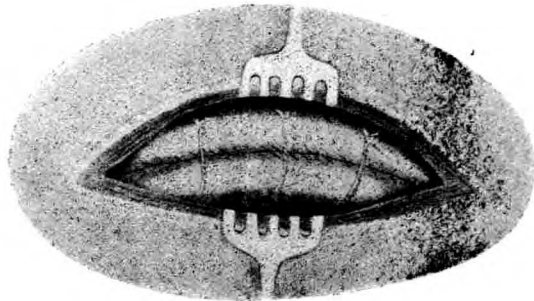
本法在肺損傷或肺切除後行之。

行是法時，使健側在下，而取側位，其下，插入圓枕，使患側胸壁隆起。

肺損傷，視其部位而異，下葉損傷時，在IV—VI之肋間腔，行肋間切開，用肋骨把開器，將胸廓充分擴大之。

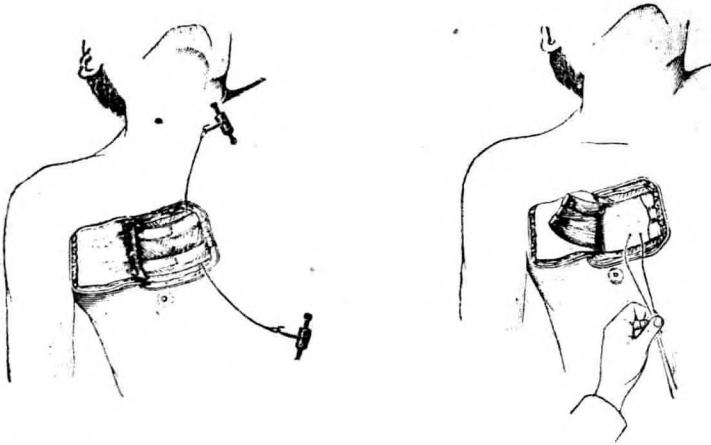
第四百六十三圖

肋骨外縫合胸腔閉鎖法



若用過壓裝置使肺擴張時，血液在一時，由胸廓溢出，由肺之損傷部，有大量泡沫性血液流出，故易於發見損傷部。

第 四 百 六 十 四 圖



初欲使肺擴張，約加 8 Hg. mm. 之壓力，損傷部發見後，使壓力降低為 3 Hg. mm. 因肺過於擴張，則難縫合也。

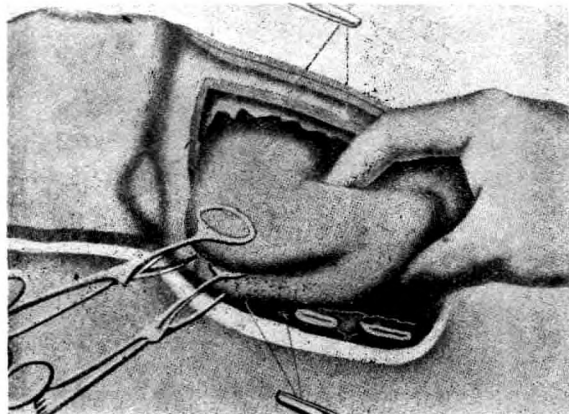
第四百六十五圖

Schumacher 氏肺鉗子



第四百六十六圖

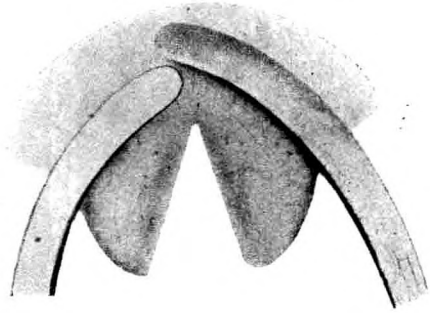
肺把握法 (Sauerbruch)



損傷部發見時，用 Doyen 氏鉗子或 Schumacher 氏肺鉗子，由兩側夾而止血，將創緣用剪刀剪平時，枝氣管及大血管可以明視，由是一々結紮，最後除去肺鉗子。

第四百六十七圖

用鉗子行肺壓縮



肺創傷小時，一如縫合腸漿膜，將肺表面，用結節縫合或連續縫合，務求適合。創傷大時，沿創傷之全經過，先通兩條支持縫合絲，於其外方，行多數結節縫合或連續縫合。縫合用普通縫合線亦無不可，Tieger 氏則用浸於鹽化鐵中之線，或用腸線行之。

既行肺臟縫合，再使肺臟充分擴張後，封閉胸廓。是時由縫合部有多少空氣逸出，亦無妨碍。

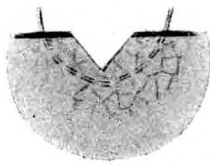
上葉損傷時，非由 III—IV 肋間腔開胸不可。是時手術，較前為難。儼如胸

第四百六十八圖

肺臟各種縫合法

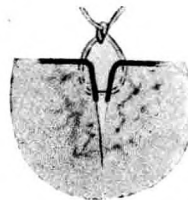
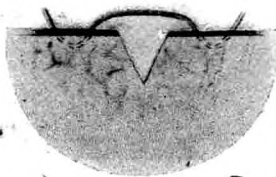
(a)

單純縫合



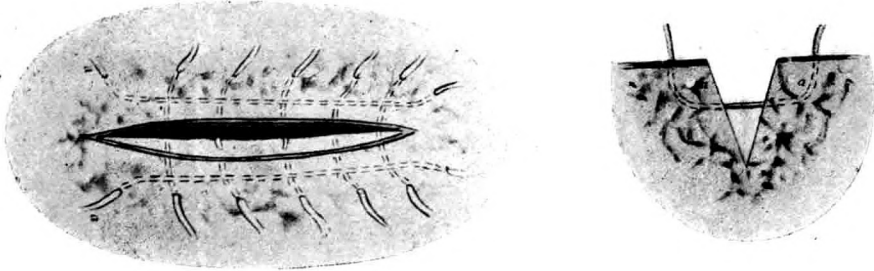
(b)

漿膜縫合法



(c)

用支持縫合絲行肺縫合 (Tieger 氏法)



廓成形術，由肩胛骨外下方，行弓形大切開，使高舉上肢，肩胛骨及肌，一時同自胸廓遊離，使向上翻轉，切開 III—IV 肋間腔，嗣後將肩胛骨及肌回復舊位，縫合肌層及皮膚。

4) 肺切除術及摘出術

於肺有惡性腫瘤，放線狀菌病，枝氣管擴張症等行之。與胸膜有癒着時，雖

第四百六十九圖

肺 臟 鉗 子



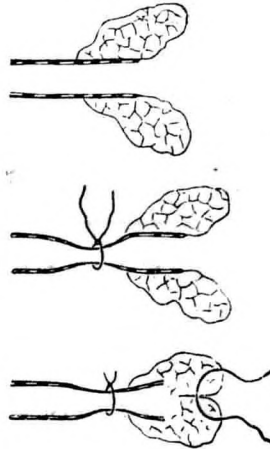
第四百七十圖

肺 門 鉗 子



第四百七十一圖

電 氣 縫 合 法



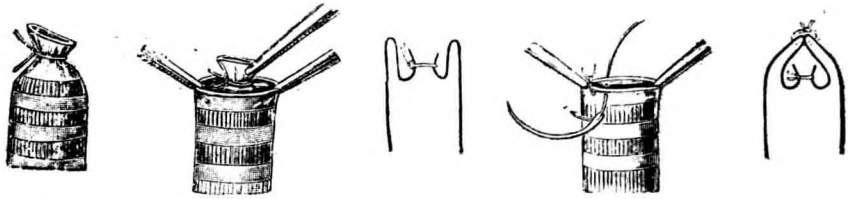
有剝離之煩，若無癒着，則不難手術，手術時多須用異壓裝置。

a) 肺切除術

如前述行開胸術後，用 Friedlich 氏肺門鉗子(Fig. 470)，夾撮肺門而行一時止血法，用手指或肺臟鉗子，撮其肺葉，次用肺鉗子於離開患部之處夾持肺部後，切除患部，然後行前記之肺縫合。

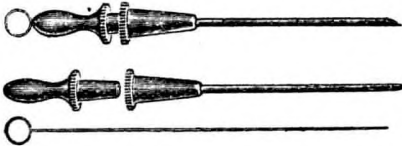
b) 肺摘出術。下葉摘出術，由 VI. 肋間腔，上葉摘出術，由 II. 或 III. 肋間腔切開，行開胸術。

第四百七十二圖
枝氣管縫合法



夾持患肺，露出胸廓外，使助手固定，將肺門之血管，由枝氣管遊離而結紮之，次將肺組織，由枝氣管，鈍性剝離，距縱隔竇 4—5 cm 處，用挫滅鉗子挫滅枝氣管後，結紮枝氣管而切斷之，摘出肺臟。

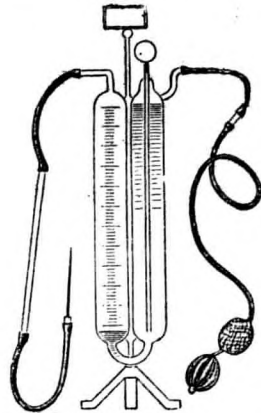
第四百七十三圖
Deneke 氏針



如第 472 圖，所結紮之枝氣管斷端，使向枝氣管中心陷入，在其外方，密行枝氣管縫合(Willi Mayer 氏枝氣管封鎖法)。又有于結紮枝氣管後，於其上縫合肺組織之法(Fig.471)。

肺疾患若為炎症，每癒着於胸膜，故難手術。是時以鈍性剝離癒着後，直至肺門部，將枝氣管，血管及肺之一部，

第四百七十四圖
Forlanini 氏氣胸形成器



行羣簇縫合，摘出肺臟後，充分結紮血管及枝氣管。本法之成績，有不確者。

施術後，如前所述，封閉胸廓。

摘出一側肺臟全部，或摘出殘肺三分之一，於生命亦無危險，已由臨床及實驗上爲之證明矣。

VII. 對於肺結核之外科療法

對於肺結核之外科療法，有種々，述其大要如次。

肺結核之手術適應症： i) 長期行內科療法，不效，或有肺空洞，由內科療法，無治癒之望時。

ii) 一側肺結核時，而他側健全，或雖有病變，然非活動性結核時(活動性或非活動性，在臨牀有難確斷者，是時作爲試驗手術而行人工氣胸者有之)。

iii) 增殖型或屬混合型而又增殖型傾向時，雖適於手術，若屬滲出型則不適當。

iv) 肺以外有進行性腸結核，腎臟結核等，不宜手術。

v) 心臟病，糖尿病，老人等，亦屬禁忌。

此種外科療法有種々，述其主要如次。

1) 肺實質內注射法。

在歷史上雖有名，今則不值一顧。

2) 肺空洞切除法或誘導法。

由肺結核形成空洞，且與胸膜癒着時(或由手術使發生癒着)，切開之，或施排膿法，其後以防腐法處置之，但本法之結果，亦不確實。

3) 肺葉切除術。

爲結核所犯之肺，切除全葉或其一部是也。本法之原則雖可取，在實際上欲確定病竈，頗非易事，手術後，潛在之結核因而惡化者不少，故本法不能普遍行之。

4) 人工氣胸法。

本法係 Forlanini 氏所創始，今則內科醫較外科尤爲常用。又本法不獨治療，於診斷之目的亦用之。

本法之意義，於胸腔內，注入空氣或無害瓦斯，使肺臟縮退，且鎮靜其運動，

促結核竈之痊愈，減少毒素吸收，使結締織增殖，又有空洞時，能使萎縮，其他有咯血時，使之止血是也。

往時本法專用於一側性肺結核，最近對兩側性肺結核，交互的或比較的少量，同時注入兩側者有之。

但肺結核之末期，粟粒結核，胸膜之癒着強甚時，重症腎臟炎，糖尿病，心臟病等為禁忌。

技術：雖有種々裝置，但多用 Forlanini 氏裝置，或其改良裝置。先詳細檢查肺臟及其他，凡數日至一週，察其經過，然後行之。

病人位置，或使患側在上而取側位，或使坐於椅上亦可，施術30分前，注射 Pantopon 或嗎啡，嚴重行局部及裝置之消毒，在局部麻醉下行穿刺。

穿刺之場所，多在腋窩線，V—VII 肋間腔，或於肩胛骨線上，VII—X 肋間腔行之，特須選定胸膜無癒着之部位，又須沿肋骨上緣刺入。(下緣有損傷肋間動脈之危險)。

穿刺針不直接刺入胸膜，達胸膜附近時，拔出針心，僅刺入注射筒。(以避肺之損傷)。後將接於驗壓計之活栓開放時，待驗壓計表示陰壓，在吸氣約為—1 mm Hg，呼氣約在—8 mm Hg，之間動搖為限。

然後由相當裝置，徐々注入空氣于胸膜腔之內。(往時用氫，炭酸，窒素，等瓦斯以代空氣，今祇注入空氣)。關於空氣之注入量，雖意見不同，但第一回用 150—300 cc，第二回則經數日後，用 300—500 cc，其後每 8—10 日，注入 500—600 cc，每回注入後，由愛克斯線，觀察肺之狀態可也。又大出血時，一時注入 800—1000 cc 大量者亦有之。

本法之施行期間，隨時而不一定，大抵須 1—2 年其後每 4—5 星期行一次，最初雖應住院施術，經數回後，可於門診時行之，且可照常動作。

由本法之治癒率，視患者之病狀而異，又術者之報告亦不同，綜合施術者之二分一至三分一，均為有效云。

本法雖少危險，惟穿刺時若傷肺臟，則有危險。間有發震盪症者，又在第一回氣胸術，有咳嗽刺戟及多少呼吸困難等，但常可自癒。

5) **油胸術。**本法之原則與人工氣胸相同，其效能，較氣胸有持續力，無須反復施行，胸膜雖有癒着，若程度不甚，亦得施行本法，空洞壁厚時，胸膜炎，

膿胸時，亦有效。惟由本法時或有起肺空洞之穿孔者。

行本法時與氣胸相同，以針注意刺入胸膜內，於橄欖油或地蠟中，混入預防結核菌發育之藥劑，如 1—10% Gomenol, 4% Lipiodol 或 Jodipin 等，每次約 100cc，每 3—5 月注入一次。本法不獨對於肺結核，即膿胸，肺氣腫，枝氣管擴張症等，亦可應用。

6) 胸腔內燒灼法。

胸腔鏡在肋間腔較寬之腋窩前線，應癒着部位，由 II—VII 肋間腔，插入胸膜，直接視診癒着部，一回用電氣針，切斷癒着部之法。行本法後，尤適於人工氣胸或油胸術。但由本法，每於燒灼後出血或化膿，因是不能普及。

7) 肺尖成形術及肺尖剝離術。

於肺尖加答兒或肺尖空洞時行之。起初 Freund 氏主張切除第一肋軟骨法，其後又發表切除第一肋骨全體，或 I, II, III, 肋骨等之一部分，或自始切除其全部，或將 II 肋骨單獨切除後，剝離肺尖，施行栓塞，以壓迫肺尖之法。本法之可否，尙有議論，又本法與充填法及神經切斷術並用者有之。

8) 肺剝離法及胸膜外充填法。

本法亦為肺之安寧及萎縮計而行之。

近於肺患部之肋骨，切除之肋膜由胸壁鈍性剝離，其空隙中，插入紗布，脂肪組織，地蠟，橡皮球等，以壓迫病竈之法。本法時或引起化膿，或有穿破胸膜者。綜之本法與胸廓成形術，可合併行之。

9) 胸腔內肺剝離術。

本法曾經 Sauerbruch 氏等所試行，因成績不甚如意而中止，橫田博士在平壓開胸術之下，施行本法，且並用膈膜神經切斷術，而收效極佳云。

第四百七十五圖

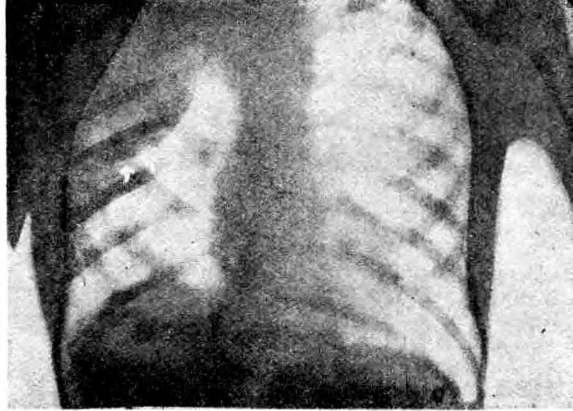
胸腔鏡用法(關口外科教室)



第四百七十六圖

胸膜外充填法對右肺結核所施行之愛克斯線攝影

(Sauerbruch)



取患側在上之側位，行局所麻醉於患側胸廓，由背部，經側胸下，至前側，作弓形大切開，向上方翻轉皮膚，VII, VIII 或 X 肋骨中之二，切除 15—20 cm, 在其間切開胸膜(開胸後，繼續行氫吸入)。然後對胸膜，注意用鈍性，不得已時用銳性剝離之(燒灼法以不用為佳)。達肺尖為止而遊離之(用平壓胸廓成形術，則利於剝離)。次將肺之下葉排開，在心囊中央，自上下行之膈神經，在下部切斷之。夫然，則膈膜上舉，且運動停止。

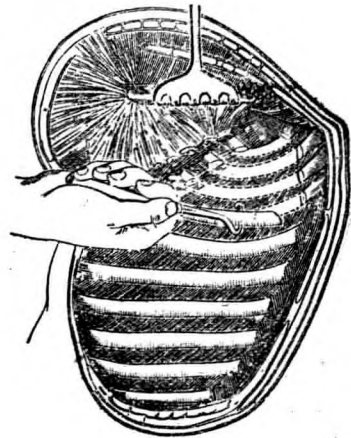
然後胸膜與肌組織，一同縫合，手術後，若呼吸困難著明時，穿胸吸出空氣 500—700 cc 後，縫合皮膚，加以緊束之壓迫繃帶。

10) 胸廓成形術或由肋骨切除之肺萎縮法。

本法於胸膜有癒着，難行氣胸術時用之，由肺之安寧及縮退，促其痊愈。惟

第四百七十七圖

胸廓成形術 (Friedrich)



手術侵襲頗大，衰弱著明者，難於應用。是時亦有種々方法，即。

i) 胸壁全除骨法

自鎖骨以下，至下方第十肋骨，更至上方，達肩胛骨之下後，行弓形大切開，將皮肌瓣，向上翻轉，由骨膜下切除 II—X 肋骨，幾達其全部長徑，行廣大之胸廓成形術，惟手術危險頗大，近罕行者。

ii) 矢狀切除法

先在 I—IX 肋骨，由肋骨後角，約切除其 3—4 cm，經三星期後，在胸骨側切除 I—V 肋軟骨。本法較前雖少危險，惟其奏効不確。

iii) 側脊椎切除法

現今之胸廓成形術，多行本法。由脊椎之正中，約三橫指濶外方，在 V—VI 棘突之高處開始，與脊柱平行而下行，至第 IX 肋附近，稍向前成鈎狀彎曲，使達腋窩後腔爲止，次切開肌層，由第 X 肋達第 V 肋爲止，在骨膜下，各切除其 6—8 cm，次切斷 XI 肋骨，更將皮膚切開，延長至肩胛上部，將 I—V 肋骨切除之，(I. 肋骨之切除，稍爲困難)。

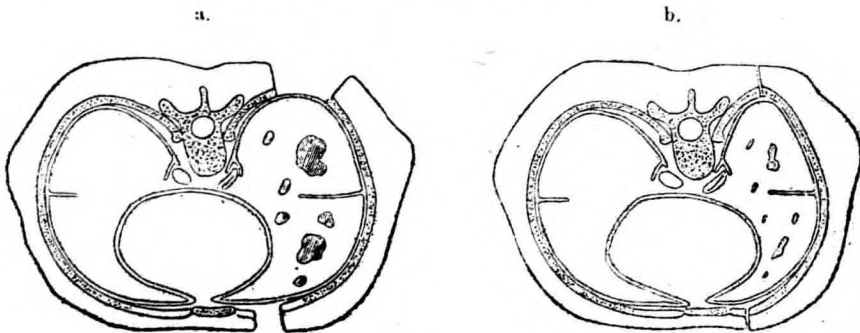
本法不在一時行之，分爲二次可也。

11) 膈神經切斷術。

一側之膈神經切斷時，該側膈，麻痺而上昇，至於壓迫肺臟，其運

第四百七十八圖

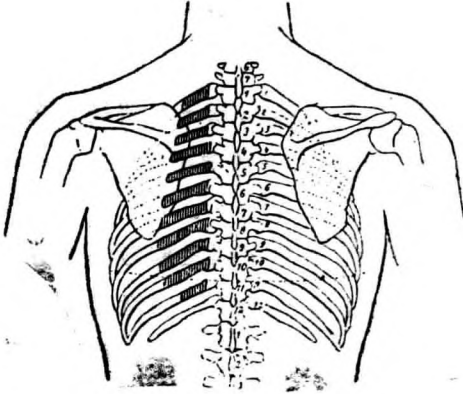
胸廓成形術之模型



第四百七十九圖

Sauerbruch 氏之肋骨切除法

(Chirurg. Klinik, Zürich)



第四百八十圖

Sauerbruch 氏手術之皮膚切開線

(Chirurg. Klinik, Zürich)



動幾完全停止 (Stoltz, Sauerbruch 等)。本法特於人工氣胸或胸廓成形術難行時，用之，又本法分爲二種。

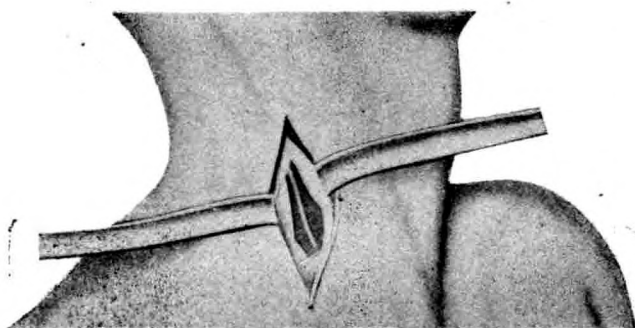
i) 膈神經切除術

病人在手術臺上取半坐位，使之仰臥，頭部使盡量伸向反對側，沿胸鎖乳突肌外緣，至鎖骨附近爲止，施行切開 481 圖，切開頸闊肌用鈍性向周圍剖開，達肩胛舌骨肌用鉤強向下方牽引時，發現前斜角肌，其上，見膈神經下行，該部有頸外動脈，用鉤避開，用小鉤引出膈神經，僅切除 2 cm，然後縫合軟部及皮膚。

ii) 膈神經拔除術

據 Felix 氏謂簡單切除膈神經時，膈之麻痺不能完全，故推本法爲有效。本法與前相同，露出膈神經，先行切斷後，用 Thiersch 氏鉗子，徐徐牽出神經，達

第四百八十一圖
露 出 膈 神 經
(Sauerbruch)



11—12 cm, 至下方爲止, 拔除之, Goetze 氏, 以膈神經, 與鎖骨下神經有吻合枝欲加以遮斷, 切開皮膚, 更向外下方擴大而切除之。

又故尼見博士謂僅施膈神經切斷術, 難完全鎮靜胸廓, 非將胸壁多數肋間神經切斷不可云。

又有切斷 II, III, IV 脊髓神經及交感神經交通枝之法, 惟不多用。

上述之神經手術, 改用酒精注射法, 使膈神經或肋間神經機能, 一時性中止者亦有之。

12) 其他如肺動靜脈結紮法, 人工膈赫尼亞法等, 在動物試驗上, 雖有效果, 但尙無用諸人體者。

VIII. 對於肺膿瘍及肺壞疽之外科療法

肺膿瘍及肺壞疽, 向以內科治療爲主, 近則外科, 亦屢行治療。手術之先, 由理學檢查及愛克斯線檢查, 充分決定其限局性可也。

肺切開術施行時, 分爲 a) 一次肺切開術及 d) 二次性切開術兩種。

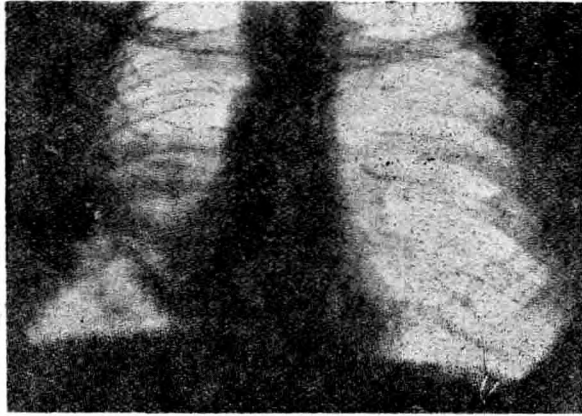
手術前, 須使充分咯出排泄物, 健側不可在下。

皮膚切開, 沿肋骨之經過, 約長 15 cm, 切除 2—3 肋約 10 cm 以達胸膜。

胸膜有癒着時, 胸壁之呼吸運動著明, 其表面, 亦可見肥厚, 水腫及化膿性

第四百八十二圖

初期肺膿瘍之愛克斯線像 (Sauerbruch)



滲潤。有無癒着在可疑時，刺入注射針，若無癒着，其運動明瞭，有癒着時，則顯然不能運動。

無癒着時，如第 483 圖所示，務於距離膿瘍之處，行後刺縫合法。又病竈不明時，行開胸術，用指尖觸診肺臟以決定之。既有癒着時，即照次法施行。

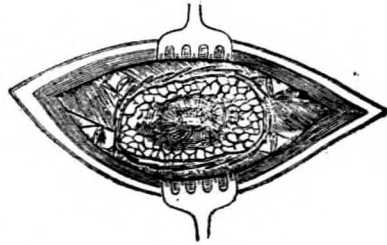
刺入注射針，決定其限局性及深淺，針即保持不動，由 Paquelin 氏燒灼器，充分擴大膿瘍腔，用粗橡皮管，包以碘仿紗布行排膿法，肌及皮膚，可縫合一部份。

若屬急性膿瘍，手術後之創傷，立即清潔，周圍之肺組織萎縮，多經 6—8 星期而治，惟在慢性膿瘍，肺壞疽，則痊癒較緩，是時務將肋骨從長切除，肺臟完全為可動性。

手術之際，或有大出血，惟是時緊塞紗布，多可止血。

第四百八十三圖

肺 膿 瘍



IX. 對於枝氣管擴張症之外科療法

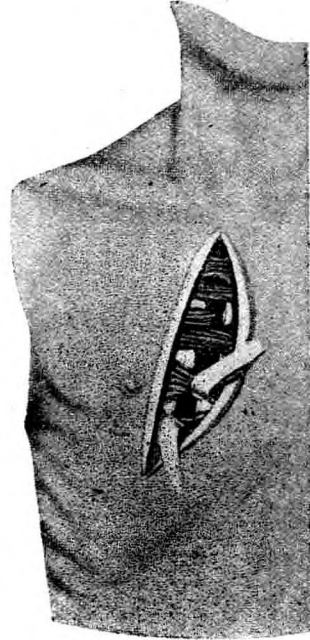
有種々方法，惜成績較劣。

- a) 肺切除術。常貽肺癆。
- b) 人工氣胸術。
- c) 胸廓成形術。同上。
- d) 肺切除術或摘出術。

本法雖最確實，惟實際上，罕行之。手術後，時或因枝氣管之縫合滑脫，有大出血者。

第四百八十四圖

對於肺氣腫之肋軟骨切開術
(Sauerbruch)



X. 對於肺氣腫之外科療法

有種々議論，初有 Freund 氏法，近已無復顧及者，主要多用 Seidel 及 Sauerbruch 氏法。

距副胸骨線，一橫指外方，在 II—VI 肋軟骨上，行縱切開，以鈍性剖離胸肌而達肋軟骨，通常對 III—V 肋軟骨，用 Lüer 氏骨鉗子，約切除其 1 cm，為預防肋軟骨之癒着，分離胸肌之一部分，作成幅 2 cm 長 4 cm 之肌束，插入肋軟骨間隙中縫合之，其上更行皮膚縫合。

手術後，或有一時性之咳嗽，呼吸困難等，但由嗎啡或 Pantopon 可治，術後經一星期，可行胸部之被動的運動。

XI. 對於枝氣管喘息之外科療法

在頸部切除頸部神經節，有由是而治者。(參照交感神經項下)。

第四章 心臟外科

I. 心囊損傷

心囊損傷，多兼有肺或心之損傷，僅損心囊者甚少。

原因：由刺創，銹創，爆裂彈創，切創等。

症狀：i) 心囊損傷甚時，發震盪症，有人事不省者，惟損傷不著時，或無特別症狀。

ii) 心囊乏於血管，故少出血，若其主要動脈受傷時，由創口出血多量。又創傷大時，心臟有由創口脫出者。

iii) 心囊之主要動脈受傷時，傷小者，血液積于心囊內，負傷後，直發心囊血腫，打診上，心濁音擴大，聽診上，證明摩擦音反是而損傷巨大時，心臟機能停頓，終於死亡。

iv) 損傷直後，雖無特別症狀，惟經過相當時間，有發急性化膿性心囊炎或漿液性心囊炎者。

診斷：在損傷直後，有心囊血腫者，診斷確定，否則不易，惟由創傷之限局性，方向及心臟部疼痛等推定之。

預後：安危不等。

療法：i) 出血不甚時，無須特別治療。

ii) 外出血多時，切除創傷近傍之肋軟骨，達心臟部，以結紮血管。

iii) 有心囊血腫時，用上法達心臟部，切開心囊排除血液，止血後，縫合心囊。縫合不宜緻密，蓋依心囊內之滲出液，易向外部流出故也。(關於化膿性心囊炎，可參照別項)。

II. 心臟損傷

原因：多由刺創，銹創，爆裂彈創，切創等，或在肋骨骨折，胸骨骨折時，因骨片起皮下損傷者有之。

症狀：視損傷之狀態而異。

i) 心臟損傷時，多因其刺激而起震盪症。但多能漸自恢復。

ii) 心臟損傷，為未損其全壁，則出血不多，與僅傷心囊者無異。惟大出血時，或有出血或積於心囊內，發生心囊血腫。

iii) 心臟全壁損傷時，其傷雖小，但在心臟收縮期，血液成線狀射出，由急性貧血而卒死。

iv) 無外出血時，血液積於心囊內，成心囊血腫，立呈心臟壓迫症。心臟之壓迫症狀，由抵抗力最薄處開始，即壓迫心耳，起靜脈鬱血，頸靜脈著明擴張，面呈青藍色，又由降主靜脈鬱血，而起肝鬱血，脾鬱血。又因心內出血液量缺乏之故，脈小而繁，幾難觸知，因肺臟血液缺乏，而起青藍症，由心囊擴張而有胸內苦悶及心臟部疼痛。有向臑部，上腹放散者。甚至發恐怖感，痙攣，陷於昏睡而死。

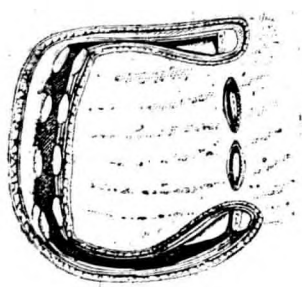
有心囊血腫時，隨心臟運動，可證特別摩擦音，即發摩擦性，吹鳴性，破裂性，攪拌性諸雜音。此等雜音時亦有不明者。

v) 心臟損傷，血液向胸膜或縱隔膜內流出時，心症狀不明，而生急性貧血，呼吸困難及青藍症有著明者。

預後：險惡，多即死。惟心壁之不全損傷，或心壁雖完全損傷，而創小時，亦能自然止血。但隨血壓之增高，而起後出血者有之。

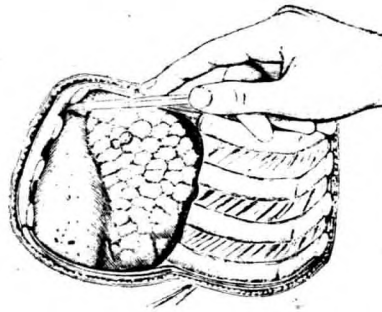
第四百八十五圖

心臟切開法(I)



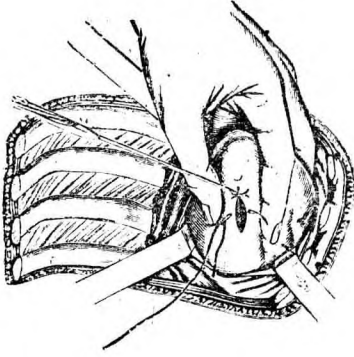
第四百八十六圖

心臟切開法(II)



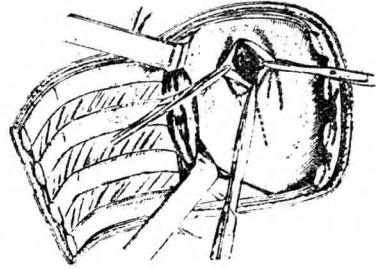
第四百八十七圖

心臟切開法(III)



第四百八十八圖

心臟切開法(IV)



診斷：多易，傷小時，有困難者。

療法：有心臟損傷疑時，因發生危險極速，須速行手術。其大部分兼有肺損傷，可用過壓裝置以行手術。

病人取右側外斜位，心臟部之胸廓，以瓣狀切開法或弓狀切開法切開之，在後一種由 IV. 肋間腔切開，用肋骨把開器，使肋間腔充分展開時，即見側面為肺葉被覆之心囊。胸膜有損傷時，插入紗布栓塞，用過壓高達 3 Hg. mm. 時，心臟即向手術野押上。是用二鑷子提起心囊，從而切開，用腹膜鉗子保持之，將心囊以必要為度切開心囊，速將心囊內血液排出，先檢心臟之前側，有無損傷，若無損傷，則速將左示指及中指插入心囊，直達心臟基底之下，於左拇指間把持之，將心臟向各方面移動，以檢損傷之有無。

如是若發現心壁損傷時，務用結節縫合法，密縫肌層。縫合之結紮，須在心臟收縮期行之。次將縫合部暫時壓迫，確定其不出血後，心囊加以清拭，行漿膜縫合。胸廓由過壓裝置，驅出空氣後縫合之。

III. 心臟手術

- 1) 心囊壁縫合法。為前述。
- 2) 心囊穿刺術。

心囊內之滲出液，壓迫心臟甚時行之。行術時，以不損傷心臟及乳內動脈爲主，在穿刺前，須由打診及愛克斯線檢查，決定濁音界限。施行時，有次列種種部位。

i) 與心尖外方相當處，即在第 V 或 VI 肋間腔，與左乳線一致點上行之但有損傷胸膜者。

ii) 與心囊底一致之處，即在劍突基底與第七肋骨附着部間之角部行之。

iii) 由心囊在側膨隆部之後方，穿刺之。

iv) 時或行皮膚切開，由外部發現心囊後穿刺之。

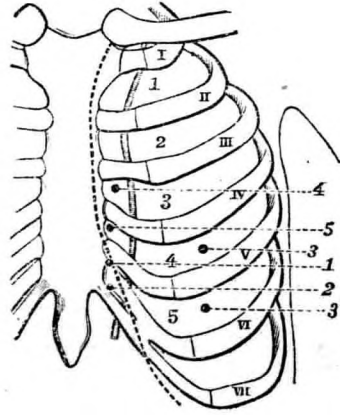
3) 心囊切開術

化膿性心囊炎或心臟損傷時行之。心臟損傷，雖應大切開，但心囊炎時，則無大切開之必要。最常用之法有二，茲述如次，

第四百八十九圖

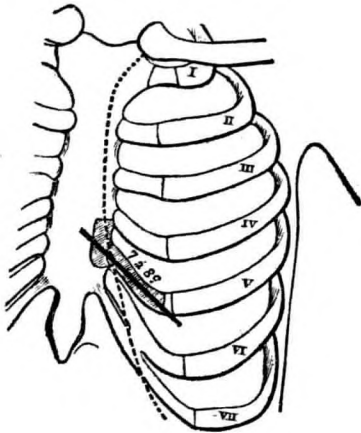
施行心囊穿刺術之種々部位

(Terrier)



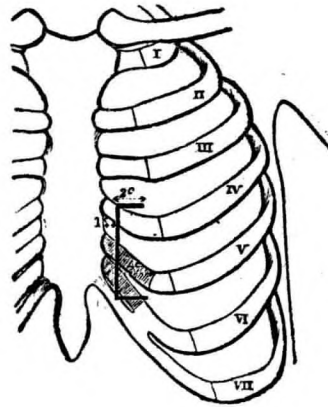
第四百九十圖

Ollier 氏心囊切開術



第四百九十一圖

Delorme 及 Mignon 氏法



a) Ollier 氏法。由胸骨之正中，互V肋軟骨之全長之上，行皮膚切開，剝離軟骨膜，切除肋軟骨，將乳內動脈，分上下結紮之，次將胸骨，胸膜，肌等，向側排開，若手術野尙嫌小者，可切去胸骨之一部，用二鑷子固定心囊，在其間，將心囊切開，更延長 3—4 cm 排膿，插入橡皮管。

b) Delorme 及 Mignon 氏法。去胸骨左緣約 1 cm 處，由 IV 肋軟骨至 VII 肋軟骨止，行縱切開，更在其上下端向外，行 2—3 cm 之橫切開，翻轉軟部，V 及 VI 肋軟骨，切除其 3—4 cm，露出乳內動脈，壓向側方，依前記方法，切開心囊。

第五章 縱膈竇外科

I. 縱膈竇之外傷

縱膈竇由硬骨保護，故受傷極少，多兼他種損傷，如主動脈，腔靜脈等大血管受傷，常立即死亡。

II. 急性縱膈竇炎

原因：a) 少原發性，多在縱膈竇之受傷時，因細菌傳染而來。

b) 續發性雖有種々原因，而多由頸部蜂窩織炎，其他間或由食管氣管，心囊，胸膜，肋骨，胸膜，脊椎等化膿疾患續發。時有與食管，氣管等交通者。

症狀：縱膈竇炎，由其限局性，分爲 a) 前縱膈竇炎及 b) 後縱膈竇炎。

與高熱同時有胸內苦悶，胸痛及壓迫感，每兼呼吸困難及嚥下困難。此等症狀漸次惡化，或向外，在胸骨側方穿孔，或在內，破潰於心囊，胸膜，氣管者有之，於後者急速致死。其他間或起膈神經之壓迫麻痺。

診斷：多困難。有上記疾患，又突發上列危篤症狀時，最須疑及縱膈竇炎。

預後：早期行手術雖有可救者，但預後多惡劣。

第四百九十二圖

惡性縱膈竇腫瘍之右頸部轉移

(小澤外科教室)



療法：a) 前縱膈竇炎在前方現膿瘍時，祇簡單切開即可，否則須在胸骨行孔術，或切去胸骨柄部之一部，以圖排膿。

b) 後縱膈竇炎之療法，更為困難，縱膈竇炎之膿係在鎖骨上窩發現時，簡單切開，有可治者。其他在脊柱側行縱切開，切除二三橫突，或在脊柱側方，切除二三肋骨，以達縱膈竇，但頗為出血性手術。

III. 慢性縱膈竇炎

以結核性縱膈竇炎為主，但甚少見。因肺門腺結核之軟化，脊柱，胸骨，肋骨結核之寒性膿瘍，有呈胸痛，胸內苦悶及各種壓迫症狀者。每與縱膈竇腫瘍相誤。

IV. 縱膈竇腫瘍

a) 原發性腫瘍。i) 良性腫瘍，如脂肪腫，纖維腫等有發生者，但少臨牀上意義。

ii) 惡性癌腫，由胸腺或胎生時上皮迷芽，而發者有之，或由皮狀囊腫等癌腫性變性而生。

iii) 肉腫中之結締織性肉腫甚少，時或在縱膈竇發生淋巴肉腫。

iv) 其他有白血病性淋巴腫，假白血病性淋巴腫，惡性淋巴肉芽腫，結核性淋巴腫等。

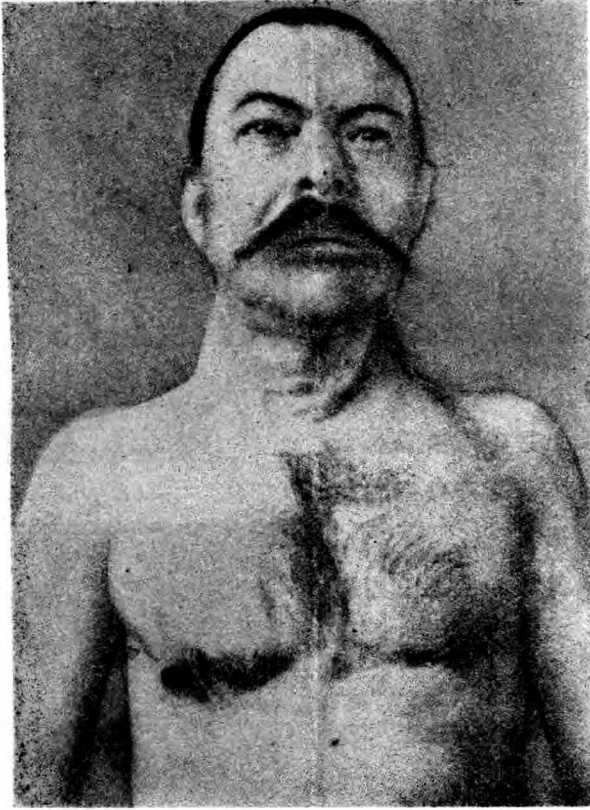
v) 囊腫中，間或發生皮狀囊腫，包蟲囊腫。

b) 續發性腫瘍。胸骨，肋骨，脊椎，肺，食管等癌腫，肉腫由進行性侵襲縱膈竇，或有作腺轉移者。

症狀：i) 縱膈竇腫瘍小時，經過毫無症狀，著明增大時，症狀亦漸明顯。

ii) 其症狀，主要為縱膈竇之壓迫症，初為胸內苦悶感恐怖感，時或發放射性疼痛，乾性咳嗽，喘鳴，漸至呼吸困難，此等症狀，特於身體運動後著明。

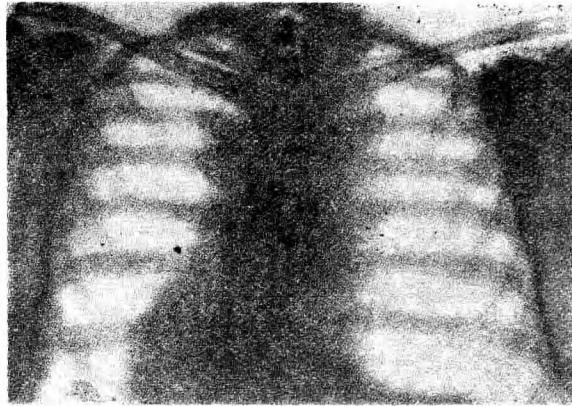
· 第四百九十三圖
由縱膈竇腫瘍之顏面等鬱血
(Sauerbruch)



- iii) **血管系統**，特以大靜脈，受巨大壓迫，故面，頸部之鬱血著明。
- iv) **壓迫食管**發生嚥下困難，在後縱膈竇發生時，比較在早期發現，若在前縱膈竇，則於末期見之。
- v) **神經之壓迫症狀**，不一而足，由返神經之壓迫，則起嘶啞，由壓迫交感神經，有瞳孔散大，末梢血管擴張，由壓迫膈神經，有膈麻痺，可見其高舉，由壓迫迷走神經，則起脈搏遲緩等。
- vi) **據打診**，於胸骨上部，證明濁音，向左右翼狀擴張，下方則移

第四百九十四圖

縱膈竇腫瘍 (Quervain)



行於心臟濁音。

(vii) 腫瘍在上方時，有向胸骨柄上方膨出者，或癒著於胸骨側方，向肋間膨出。

診斷：初雖困難，是上記各種壓迫症狀時，不難診斷，但欲決定何種腫瘍，則亦不易，對於主動脈瘤，由受愛克斯線檢查，易於區別。

預後：多危險因多在末期發現之故。

療法：摘出非易，在前縱膈竇，切除胸骨以達腫瘍，若在後縱膈竇，腫瘍在脊柱之前，須切除肋骨而達腫瘍。

第四百九十五圖
膨出於胸壁之胸部主動脈瘤
(赤岩外科教室)

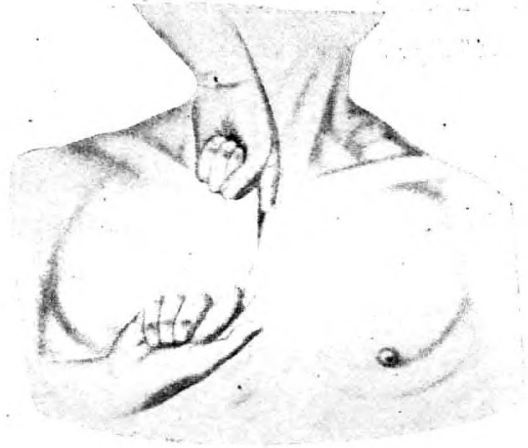
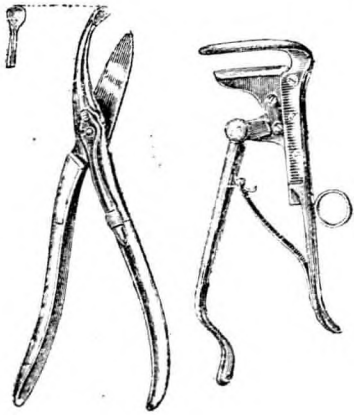


第四百九十六圖 第四百九十七圖

第四百九十八圖

Schumann 氏胸骨正中割截用鉗子

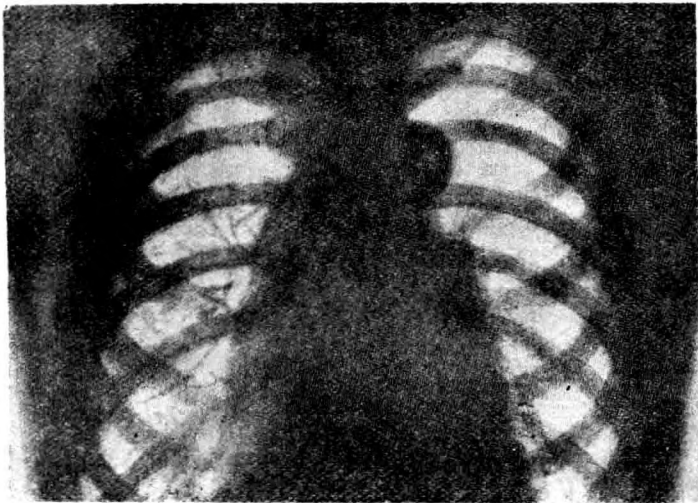
縱膈竇縱切開法 (Sauerbruch)



第四百九十九圖

主動脈瘤之孤立性擴張

(Sauerbruch)



V. 主動脈瘤

於上昇主動脈，主動脈弓往々發生動脈瘤，隨其增大，有呈縱膈竇瘤之像者，或向胸壁膨出，在外證明爲搏動性腫瘍者有之。
(參照內科書)。

第六章 膈 外 科

I. 膈先天性畸形

一般甚少。

1) **膈先天性缺損或裂隙**。之發全層有缺損者，或有肌層單獨缺損者，缺損大時，可發赫尼亞(次頁參照)。

2) **膈憩室**。膈之一部，尤以臍性中央部成漏斗狀膨出，發生膈赫尼亞者有之。

3) **膈胸腔內大脫出症**。

稱爲膈弛緩症或膈高位症，膈在先天即甚薄而弛緩，故腹部內臟入於胸腔，呈類似膈赫尼亞之像是也。

II. 膈 外 傷

1) **膈開放損傷或創傷**

由刺創，銃創等損傷者有之，是時多有腹部內臟或胸部內臟損傷之合併症，單純之膈損傷則甚少。又本症無特別徵兆。

2) **膈之皮下損傷或破裂**

由重症挫傷，轢過傷，震盪，其甚少數者，由強烈之嘔吐而起。是時因胸廓內有陰壓，膜部內臟進入胸廓內，發生急性膈赫尼亞(參照次項)。

III. 膈 赫 尼 亞

所謂膈赫尼亞者，係由膈之裂溝，膜部內臟，向胸腔內脫出之謂。由其狀態，可分別如次。

a) **真性膈赫尼亞**。有膈及腹膜之外套是也。

b) **假性膈赫尼亞**

無上述外套，時或此等區別不明者有之。

又由其成因，可分為 a) 先天性及 b) 後天性，但此種區別，亦常有不明者。

本症常見於左側，因右側有巨大之肝葉，足以阻腹內臟脫出故也。

症狀：不一。

a) **自覺症狀**。有腹部內臟，循環器及呼吸器之障礙，但時有毫無症狀而經過者。

i) 病人時覺有不定之腹痛，尤以運動及體位，而著明。

ii) 時或起**嚥下困難**，此因胃之變位，且由於噴門之屈曲，間有成爲奇性**嚥下困難**者。

大食塊雖易通過，小塊反見困難之謂，此因大塊嚥下時，有大壓力，故易於通過。

時或起不定性之**食管狹窄**。

iii) 其他以**胃腸症狀**而論，有食慾不振，噯氣，胃膨脹，便秘，結腸部於疼痛等，不能多食。

iv) **呼吸氣及循環器**障礙，有胸內苦悶，呼吸困難，心悸亢進，胸痛(時向肩胛部放散等。又攝食後，尤以大量液體攝取後，以上症狀，突然增惡，或反輕快，或于排便時，突發此等症狀者有之。

b) **他覺的所見**亦有種々。

i) 患側上方之胸廓，有時擴張。由打診及聽診，見心臟向他側壓排，胃腸向胸廓內侵入，若含多量瓦斯時，可打診，證明胸廓下部，成爲高調鼓音，若含有液體時，發有響性雜音或震盪雜音，或由體位變更，而所見各異。

ii) **愛克斯線檢查**所得診斷最確實，由此可知膈之高低及胃腸之位置。

iii) 急性膈膜赫尼亞，即膈損傷後立即發病時，膜部內臟之大部分入胸廓內，同時有急性擴張，腹部忽形陷沒。

iv) 膈赫尼亞之**嵌頓**時或見之，其症狀視嵌頓之內臟而異，在腸，

則為內嵌頓或腸閉塞
症狀，在胃，則發賁
門閉塞或胃軸轉換症
狀。

v) 在先天性或極
慢性之膈赫尼亞變無
症狀而經過，或僅時
有腹痛耳。

診斷：多難由膈損
傷時，突然呈上述症
狀，安易據以診斷。

先天或後天性起慢

性膈赫尼亞時，呈前記症狀或突發嵌頓。由愛克斯線，可以診斷之。

須與本病鑑別者為**膈弛緩症**本症發於先天性，在臨牀上，甚難區別。祇由愛克斯線檢查，可以判斷之。

預後：由外傷等急性發生者，預後多惡，由先天性而為慢性者，其預後非常不良，有長保生命者，然每因營養障礙，終由衰弱致死。

療法：對於膈赫尼亞，應否即行手術頗多討論，因本症手術，不如他種赫尼亞之簡單，往々含有危險之故。惟因膈破裂而屬急性，及有嵌頓時，非速行手術不可。

膈赫尼亞之手術法如次。

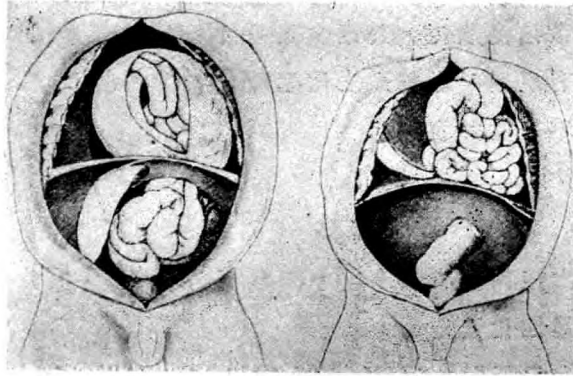
a) **由開腹術之方法。**在肋骨弓下，行弓形大切開，使肋骨弓遊離。病人取Kelling氏骨盤下垂位時，可得充分開大之手術野。但由本法，難知胸廓內赫尼亞之內容，又易貽留氣胸，故近罕行之。

b) **由開胸術之方法。**用異壓裝置，行肋間切開，或切除1—5肋骨，使胸廓充分展開，在損傷直後者，可直接施行縫合，惟先天性及陳舊性者，非將創傷切新後縫合不可。又缺損部過大時，將膈所附着之肋

第 五 百 圖
先天性真性膈赫尼亞

第 五 百 一 圖
先天性假性赫尼亞

(Piannler)



切除後縫合之，或用肝，脾，胃壁爲之掩蔽，或行胰膜移植法。

c) **保守療法。** 膈赫尼亞，無危迫症狀時，於攝食及排便使有規則，避劇烈之體運動，尤不可增加腹壓。

IV. 膈下膿瘍

本症係較少之疾患，在膈下，限局性化膿是也。

由提肝韌帶分爲 a) 右膈下膿瘍及 b) 左膈下膿瘍兩種，前者占多數，又由腹膜之關係，分爲腹膜內膿瘍及 b) 腹膜外膿瘍兩種。

原因：皆由他種疾患續發。其主因如次，

a) 右膈下膿瘍。

最多者此由於蛔突炎在腹膜內或腹膜外構成膈下膿瘍其他肝右葉，膽囊，或右腎之化膿疾患，更少數者，由於肺膿瘍，肺壞疽，膿胸等。

b) 左腹下膿瘍。

由於胃腸潰瘍，癌腫性破潰，肝左葉，胰，脾，腎之化膿，血腫，極少數，發於包蟲病等，或由肺，胸膜之化膿而續發者。

膈下膿瘍之內容，視其原病而異，有單純化膿者，有混合腐敗瓦斯者(由於蛔突炎時)，或混有血液，膽汁，或混有包蟲之鈎。

症狀：i) 急性開始時，惡寒戰慄同時發生高熱，上腹部有劇痛，或兼嘔吐。

第五百二圖

Kelling 氏骨盤下垂位

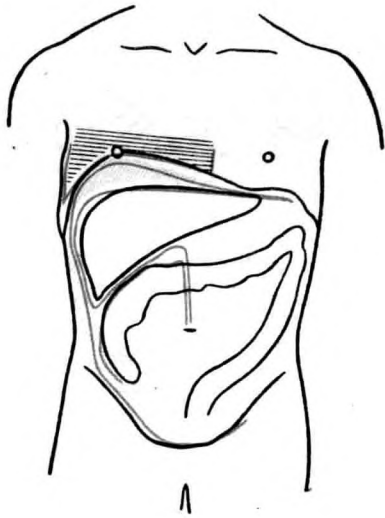


ii) 時或由潛行性開始，有不規則之發熱，或伴有膿毒症狀，迅速發現體力衰弱。

iii) 膈下膿瘍著明時，由視診，可見上腹部膨脹，觸診覺肝脾下降。打診時，則見膈穹窿向上高舉，肝濁音向上擴大，其凸面向上方，故與胸膜內滲出液，易於區別。由愛克斯線檢查，更為明瞭，且可見膈之呼吸運動。

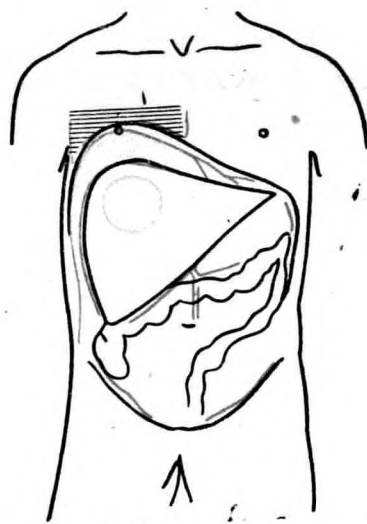
第 五 百 三 圖

右膈下膿瘍兼漿液性胸膜滲出液



第 五 百 四 圖

由肝膿瘍穿孔之膈下膿瘍及
胸膜漿液性滲出液



iv) 由聽診，至濁音上部為止，呼吸音完全如常，在濁音部，毫無呼吸音，但在胸膜滲出液，則無此判然區別，濁音部內，亦多少可聽呼吸音焉。

v) 膿瘍內含有腐敗瓦斯時，在打診上，除肺音外，或有鼓音，其下則有濁音。但胸膜滲出液合併時，此等所見，變而不明，若行試驗穿刺，可證明之。即以針刺入膈下膿瘍時，可見典型之膈運動焉。

診斷：多難，在上舉疾患之後，而續發前記症狀時，即須疑及本病，

詳細檢查，尤以愛克斯線檢查及試驗罕刺為重要。

預後：嚴重，若放置之，多致死，非早期手術不可。

療法：由原病而手術法不同。

i) 屬於腹部內臟時，由前方沿肋骨弓，行大切開，切除最後肋骨，以達膿瘍。是時於胸部下方，插入高枕，或取 Kelling 氏體位亦可。

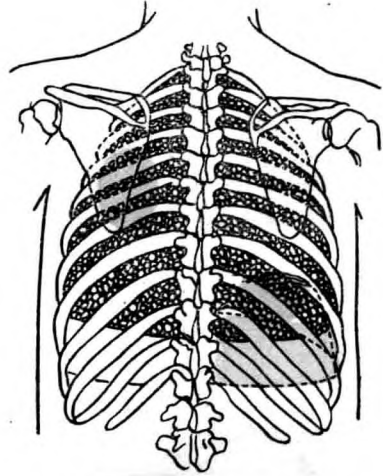
ii) 由腎脾發生時，其膿瘍在後方，故由後方切除最後肋骨 1—2 根，以達膿瘍。

iii) 由胸廓內臟發病時，在前方之 VI—VII 肋骨，約切除其 1.5 cm 而開胸，若胸膜有癒着時，立與膈同時切開，以達膿瘍，用橡皮管行排膿法，惟胸膜無癒着時，如第 508 圖所示，縫合兩胸膜，而閉鎖之膈露出一部分，放置 4—5 日後，行二次切開可也。

V. 膈炎症

- 1) 急性炎症。膿胸或膈下膿瘍時，有續發橫膈炎者。
- 2) 結核性胸膜炎，結核性腹膜炎時，在膈，亦有發生結核者。
- 3) 放線狀菌病有由胸部或腹

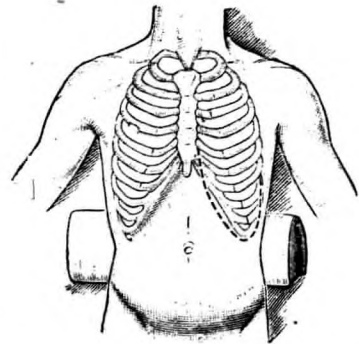
第五百五圖



右側為膈下膿瘍，有瓦斯氣泡及漿液性胸膜炎，左側係肺膿瘍。(綠色)膈下及肺膿瘍。(黃色)漿液性胸膜炎。(黑色)瓦斯氣泡。

第五百六圖

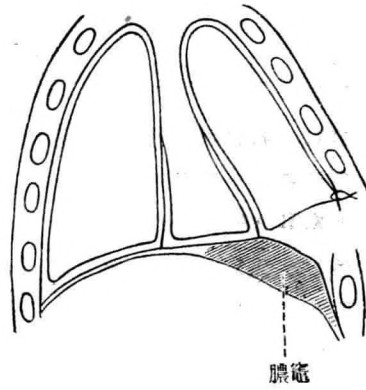
膈下切開法



第五百七圖
膈下膿瘍二次的切開法



第五百八圖
膈下手術切開法



部向膈蔓延者。

此等變化，爲續發性，於膈膜，均無特殊症狀，不過於解剖或手術時見之。

VI. 膈 腫 瘍

膈由續發性有爲癌腫，肉腫所侵者，但原發性腫瘍之報告，幾無其例。

第七章 乳腺外科

I. 乳腺畸形

- 1) **乳異常**。其種類不一。
- a) **無乳**。乳腺雖正規發育，乳頭則先天性缺損之謂。(甚稀罕)。
- b) **扁平乳**。乳頭扁平者。
- c) **橫裂乳**。乳頭上有橫裂者。
- d) **真性陷沒乳**。乳頭成陷沒形，雖由側方壓之，亦不隆出者是也。
- e) **假性陷沒乳**。乳頭雖陷沒，由側方壓之，可以隆出者是也。

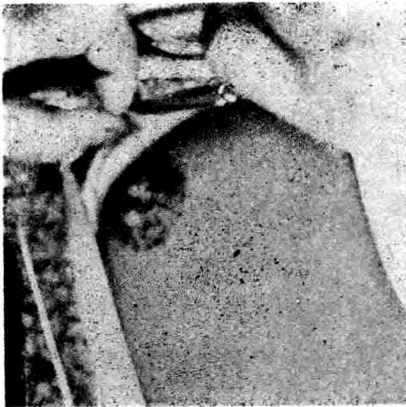
上述之畸形，因哺乳困難，須行整形手術。

f) **多乳，乳過多**。有過剩之乳頭者之謂。或一乳房之乳暈中，有二個以上乳頭，是名乳暈間多乳頭。

第五百九圖

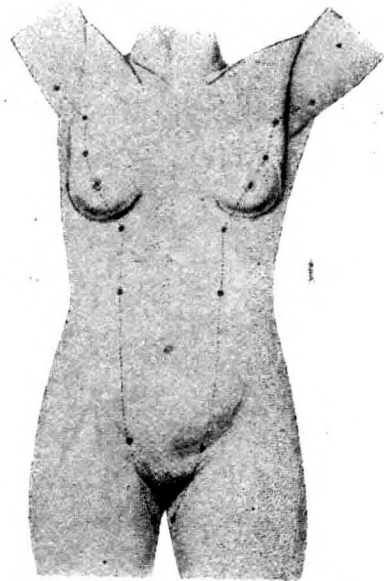
先天性多乳頭

(慶大外科教室)



第五百十圖

胎生乳腺發生線 (Merkel)



2) **無乳腺**。先天性缺少一側或兩側乳腺，但甚罕。

3) **小乳腺**。女性達春機發期，而乳房仍如小兒或小如男性者有之，若是之婦女，雖能妊娠，而乳腺發育不良，不能分泌乳汁。

4) **多乳腺或乳腺過多**。

除普通乳腺外，有 1—2 個或數個乳腺，較常見之。屬定型者，於胎生時乳腺，發生線(第 510 圖)見之，時曰**幅乳**或**過多乳腺**。多為對稱性，在普通乳腺之內下方，時或在上方，間或在腋窩，肩峰突起部，中腹部，上腿，背部等見之。

副乳之大小及構造雖不同，大概較小於正規乳腺，時有誤認為疣贅者，但常為對稱性，在深部覺有多少乳腺組織，妊娠時亦能增大。在發育佳良之副乳，授乳期有分泌乳汁者。男子亦有發生副乳者，但甚罕耳。

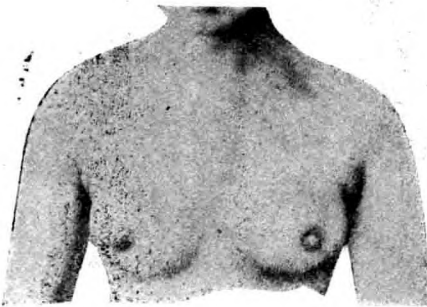
5) **錯位乳腺**。乳腺組織之一部，散布於異常位置之謂。

在皮下，成束狀或結節狀構造，達相當大時，常疑為腫瘤。

最常發之部位，在乳腺與腋窩間，偶在胸骨或鎖骨之上，多無排出管及乳頭，腫瘍構成之傾向頗大，在預防目的上，宜摘出之。

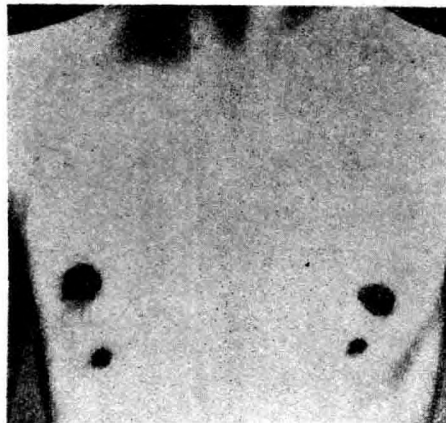
第五百十一圖

副乳腺 (慶大外科教室)



第五百十二圖

男子之副乳腺 (杉村外科教室)



(附加)：產褥婦之腋窩乳腺。與副乳或錯位乳腺不同，係腋窩之分枝大汗腺，在產褥 2—4 日後增大者之謂。巨者有如鶩卵，壓痛過敏，壓之有初乳或有乳狀分泌液。產褥 5—7 日後，可以消腫，約經 1—4 日而萎縮。

6) 乳腺之左右不稱

乳腺在普通，左右側略相稱，偶有先天性左右不稱者，至於後天性疾病，有變為左右不稱者，不待論矣。

7) 女乳腺。男子而有女子乳房之謂。兩側性或一側性不等，在種々年齡見之，而以春機發動期為多，此種男性，有見睪丸萎縮及生殖器畸形者。

8) 下垂乳腺。婦人乳腺之大小，因人各異，蓋與種族遺傳，腺實質質及脂肪層之多少，均有關係，分娩及授乳反覆者，下垂愈甚，隨年歲之增加，其弛緩益著，甚至位置及形狀，發生異常變化，此名下垂乳腺。高度時，有達腹部者。其甚者兼有多少痛苦。

第五百十三圖

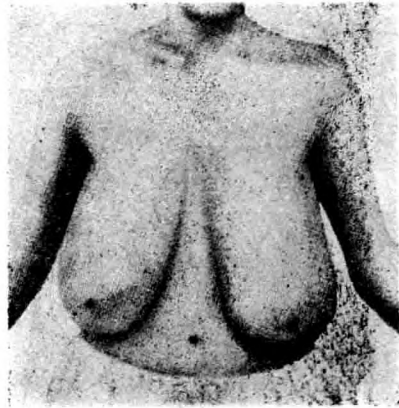
男子之女性乳房 (Keen)



第五百十四圖

高度之下垂乳腺

(Quervain)



9) **眞性汎發性乳腺肥大**。乳腺異常發育，而有普通構造者之謂。

原因：本病甚罕，時或於少婦見之，與青春性肥大或妊娠性肥大有關，亦有全無關係者，偶有見於男性之例，惟其原因，則完全不明。

症狀：本病多爲兩側性，間或爲一側性。

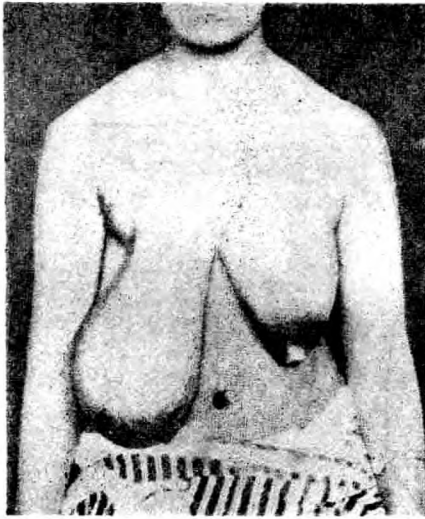
無特別原因，而乳腺急速增大，經2—4個月，達相當巨大時，其發育經自然停止，或月經時，再形增大者有之。時或在妊娠中，雖著明增大，分娩後，縮小者有之，或逐漸增大，成爲巨大者有之。時或發痛，但多缺自覺症，受傷時，則易疼痛。

診斷：須與乳腺之肉腫，癌腫等區別，惟多係兩側性平均增大，且

第五百十五圖

右乳腺肥大症(三十三歲女)

(赤岩外科教室)



第五百十六圖

左乳腺肥大症(二十六歲女)

(鹽田外科教室)



有普通乳腺之硬度，故診斷容易。在組織學上，有正規之乳腺構造。

療法：無特效藥，由愛克斯線，有不奏效者，亦有奏效者，用提乳帶，避免外傷，不得已時，行摘出術。

II. 乳腺外傷

1) 乳腺創傷。由切創，刺創，鈍創等。雖與一般創傷同，惟在授乳期若排出管受傷，一時有發生乳瘻者，授乳期終可自然治癒。

2) 乳腺挫傷

因種々鈍性暴力作用，在皮下或間質，發生溢血或血腫，雖漸自然吸收，但時或化膿，或成血囊腫，間或成爲惡性腫瘍之誘因焉。

III. 乳頭之表皮剝脫及皸裂

乳頭之皮膚纖細者，容易發生，以初產婦爲尤多。器械的刺激，特以吸引而起表皮剝離，發生表皮剝脫或於表皮生裂創，成爲皸裂。授乳之際，常訴刺痛，不獨授乳困難，每爲細菌侵入門戶，有起乳腺炎，淋巴管炎，丹毒等病者。

療法：i) 患乳在二三日或數日，禁止授乳用硝酸銀棒腐蝕，貼以 Hebra 氏軟膏或用 Burow 氏水或 1% Rivanol 液，行濕褱包。

i) 兩側性時，用乳頭帽，使其哺乳。

iii) 有鬱乳時，則用吸乳器。

iv) 預防法。在初產婦自妊娠中，即常用冷水或酒精等，清潔乳頭，增高其抵抗力。

v) 有合併症時，行相當療法。

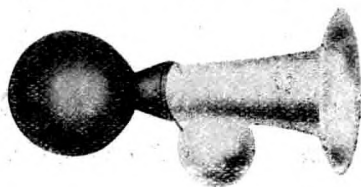
第五百十七圖

野西克氏吸乳器



第五百十八圖

吸乳器



IV. 乳腺之機能的疾患

本病分爲種々。

1) **初生兒之奇乳及血乳分泌**。與內分泌有關，兼有輕症乳腺炎。

2) **處女之初乳分泌及乳腺出血**。此亦與卵巢之內分泌有關，達思春期或處女月經來潮時，乳腫發生腫脹，分泌少量之乳狀物質，或由乳腫排泄管出血，或在乳腫內出血，發疼痛性腫脹者有之。

3) **代償性月經**。

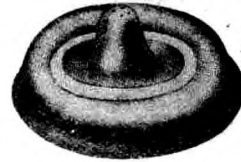
本症於身體各處可以見之，當無月經或月經過少時，值月經期，乳腺內亦出血，或有血性分泌物流出，特猶見於刺戟性之婦人。

4) **月經閉止期之出血**。時亦見之。

5) **乳癌**初期，在囊腫性慢性乳腺炎等，有污穢暗赤色之血液分泌，故是時對乳腺內之硬結，須充分觸診。

6) **脊髓癆，卵巢腫瘍，子宮附屬器之結核**人有由乳腺發生異常分泌及疼痛者。

第五百十九圖
乳 頭 帽



V. 乳 腺 痛

原因：多見於15—20之女子，時或見於男性。多屬神經質，且以生殖器有疾病者爲多，亦有由月經，精神興奮而誘發者。

症狀：一側性爲多，少兩側性。

乳腺無特別變化，而該部發強烈之神經痛，甚至向胸，腋窩，背，四肢放散，雖衣服接觸，亦訴劇痛，甚則嘔吐，又有不眠及全身衰弱等。

間或由外部可觸知疼痛性結節，惟是否可與神經纖維腫等視，尙多議論。

診斷：須與肋間神經痛區別。對於乳腺癌，乳腺炎等，則易區別。

預後：不甚惡。

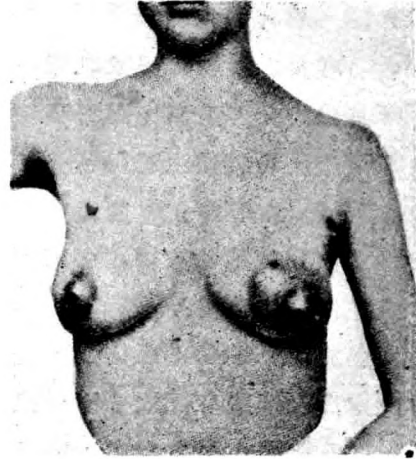
療法：由於生殖器者，先加相當治療，由精神原因者，與以暗示。

對局部用濕褱包，提乳帶及愛克斯線療法等。

藥物療法，用溴，雞納，亞砒酸，鐵等製品，更與以瀉藥。

第五百二十圖

乳腺前膿瘍（疥癒後）(Krose)



VI. 乳頭炎或乳暈炎

限於乳頭或乳暈之炎症是也。時或在授乳期見之。或因疥癬，濕疹，糜爛，皸裂等，在乳頭發生，遂有細菌傳染，而發乳暈下蜂窩織炎或膿瘍，或在 Montgomery 氏腺化膿，甚至發生**乳腺前膿瘍**。

療法：在預防上，對於濕疹，皸裂，須加治療。

初行濕褱包，化膿時，行小切開對乳暈行淺在性併行狀或環形切開可也。

VII. 乳 腺 炎

有各種。

- A) 急性乳腺炎。
 - 1) 初生兒乳腺炎。
 - 2) 成年乳腺炎。
 - 3) 外傷性乳腺炎。
 - 4) 急性化膿性乳腺炎。
- 尤為產褥性乳腺炎。
 - a) 鬱積性乳腺炎。

b) 傳染性乳腺炎。

5) 特殊性傳染性乳腺炎。

B) 慢性乳腺炎。

6) 月經閉止期乳腺炎。

7) 慢性間質性乳腺炎。

8) 乳腺結核。

9) 乳腺黴毒。

10) 乳腺放線狀菌病。

1) 初生兒乳腺炎

在初生兒，與性別無關，又無特殊原因，時或在乳腺，發現腫脹，潮紅，加以壓迫，則有透明或乳狀液體排出，此即寄乳，此由一種內分泌關係，多不至化膿而治，偶有化膿者。

療法：行濕褻包，化膿時，行小切開。

2) 成年者乳腺炎或青春期乳腺炎

不論男女，在思春期乳腺腫脹，硬度增加，時或自訴疼痛。輕者僅鈍痛，高度者，即上肢運動時，亦著明疼痛。乳頭突出，乳暈著色增加。經二三星期而治，幾無化膿者。

處女月經時，乳腺腫脹，有多少疼痛(月經期乳腺炎)，本病亦與內分泌有關。

3) 外傷性乳腺炎

職工因從事職業關係，其胸部時受壓迫者見之，故有職業乳腺炎之稱。

乳腺受一回或數回外傷之故，一時呈急性乳腺炎症狀，多經數日而吸收。但每留有硬結。

療法：初行消炎法，後行按摩術。

4) 急性化膿性乳腺炎猶以產褥性乳腺炎。由乳腺之傳染創，侵襲乳腺而發化膿性炎症者有之，但甚少見，最要者為關係產褥之乳腺炎。

原因：產褥時，常發急性乳腺炎，初產婦較經產婦尤多，且授乳婦多於非授乳婦。

細菌侵入門戶有次列三種。

- i) 由乳頭之糜爛，皸裂，潰瘍等，經淋巴道而入乳腺者最多。
- ii) 細菌有由乳管入乳腺者，特於鬱積性乳腺炎時多見之。
- iii) 間或由血行傳染而生。

化膿病原菌，以葡萄狀球菌為最多，鏈球菌次之，尙有其他化膿菌。本病在臨牀上分為 a) 鬱積性乳腺炎及 b) 傳染性或蜂窩織炎性乳腺炎二種。

a) 鬱積性乳腺炎

發於產褥初期或妊娠末期。

症狀：乳腺幾成瀰漫性腫脹，緊張增加，疼痛劇烈，表面潮紅，略有發熱，此因乳汁分解之故，所謂，**乳熱**是也。乳汁為濃厚黃色，起初在乳汁中，不見細菌。

僅屬單純鬱積性時，雖一時呈急性症狀，多經數日而輕快，惟乳汁有鬱積時，由其分解，使細菌易於傳染，故多移行為傳染性乳腺炎是時之急性症狀，更加惡化。

預後：良。惟化膿時，則與傳染性乳腺炎相等。

診斷：易。

療法：i) 宜避乳汁鬱積，或哺乳，或用吸乳器。

ii) 使服瀉劑及碘鉀，制限乳汁分泌。

iii) 行濕罨包，制限炎症性滲潤，且促其吸收。

iv) 用乳腺提舉帶以防鬱血。

v) 既化膿時，則行次項之療法。

b) **傳染性或蜂窩織炎性乳腺炎。**多在分娩後 3—4 星期以內發生，亦有較遲者。

症狀：急性時，突然惡寒戰慄而發高熱，在乳腺發急性炎症現象。

亞急性時，乳腺性生疼痛性癰結，兼有多少發熱。

初多在乳腺之一部生疼痛性腫脹或硬結，炎症激烈時，則兼有潮紅，浮腫。時或兼有腋窩腺之炎症性腫脹。

硬結行適當療法時，不至化膿而，可吸收，大抵因炎症進行而軟化，成爲膿瘍，放置之，則自然破潰，是時全身或局部症狀，忽覺輕快。時或炎症波及全乳腺，成爲大膿瘍或多數性膿瘍有焉。

又炎症向乳腺周圍或後方擴大化膿時，稱曰**化膿性乳腺周圍炎**或**乳腺後蜂窩織炎**，甚至發生膿毒症者有之。

時或在乳腺炎之遺跡內，有小硬結，長久不治(**慢性纖維性乳腺炎**或**乳腺硬變症**)。有誤爲癌腫或腺腫者。

預後：在早期有由保守療法而治者，但多化膿，大抵經切開而治。時有自然破潰而治者。

若切口過小時，長久不治，或不獨貽留乳癭，更因炎症直至內部，有須再三切開者。

時或如上述，留有慢性硬結。惟因全身傳染而死者甚少。

診斷：多易。惟在亞急性時，須與乳腺部之寒性膿瘍區別。

療法：i) 在早期與鬱積性乳腺炎同，行保守療法。

i) 既化膿時，充分切開。雖局部波動不明，其硬結過一星期不吸收者，多化膿。

切開時用醚麻醉或 Chloroethyl 全身麻醉，或用局部麻醉。皮膚切開，以乳頭爲中心，行放線狀大切開，但宜避開乳頭，因在授乳期，不便哺乳故也。

切開後，以指插入膿瘍內，檢其大小及擴大方向，應必要，而作對孔可也。

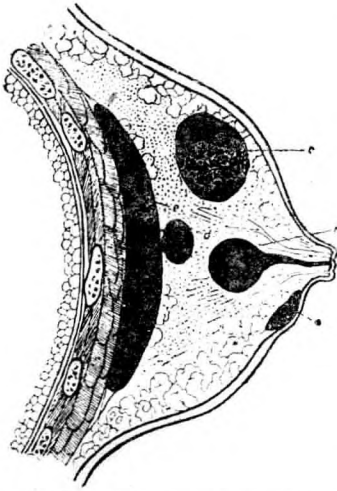
第五百二十一圖

在乳腺膿瘍。在乳頭有陷凹，而不舉上

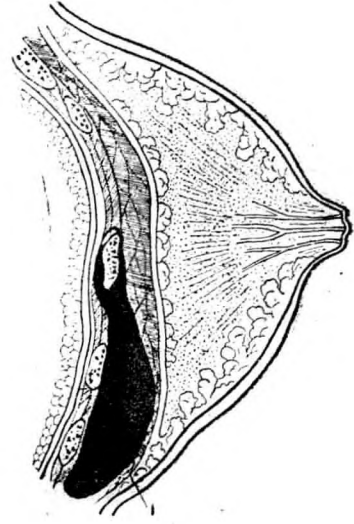
(Quervain)



第五百二十二圖
乳腺膿瘍模型圖
(Quervain)



第五百二十三圖
由肋骨腐骨之乳腺後膿瘍
(Quervain)



- a. 乳暈下之表在性膿瘍
- b. 細乳管之膿著積
- c. 實質組織內膿瘍
- d. 乳腺後膿瘍

切開及插入橡皮管及碘仿紗布，若非動脈性出血，無須結紮血管，惟緊塞紗布栓塞止血。紗布塞于手術後第二日，遂漸引出之。隨膿汁之減少，除去橡皮管可也。

切開後，用防腐劑洗滌亦可。

由以上之切開，時或發生乳癰，但由中止授乳，多可自然治癒。尚不治時，則用愛克斯線治療。

用放射線切開法，時或難治，或留較大之癰痕，故有人主張在乳腺下，施行半月狀切開法(Bardenheuer, Scheid, Dexamorest等)。由該法將乳腺組織，從胸肌剝離，自膿瘍後方面通之。若是則排膿便利，乳腺之癰痕亦小。

ii) 乳腺炎化膿成熟時，可不用上述方法，祇行1-2小切開後，用3%石炭酸洗滌時，其治療之日數，可以縮短，手術後之癰痕亦小，本法對於嫌惡手術者為適當。

iv) 吸引療法。在硬結部上，行小切開，認爲膿汁排出時，以吸引器當之，每次 15—45 分鐘，使之吸引法(每日 1—2 回)。

吸鐘之大小，須吸引全乳者，但吸引過強時，亦不相宜，以略有緊張之程度爲限。由是可減輕疼痛，而速治。

5) 特殊性傳染性乳腺炎

間或在傷寒，肺炎，流行性感冒，淋球菌等急性傳染病經過後，有起乳腺炎者，多呈亞急性症狀，時或化膿，但多不化膿而吸收。

預後，診斷，療法，大體與急性化膿性乳腺炎相同。

6) 閉經期之乳腺炎

原因：由一種內分泌之關係。

見婦人月經閉止之前後，多爲兩側性，時或爲一側性。

症狀：乳腺之間質內，有細胞滲潤及多少結締織增殖，故到處可觸知韌性結節。起初略有壓痛，但不化膿，大小及硬度，時有變換。

時或兼有腋窩腺腫脹，誤爲癌腫，惟本症常漸吸收而治。

第五百二十四圖

吸 乳 玻 璃 器

絕 壁 型 靴 型 球 型



診斷：極易誤爲癌腫，是時由多數結節，症狀變換及年齡等，可以診斷，懷疑時，暫時監視其經過可也。

預後：良。

療法：雖不行特別療法亦可治。但多用濕罌包，輕按摩術，碘鉀等。

7) 慢性囊腫性乳腺炎

原因：本症之發生意義，尙未決定，或稱炎症，或曰腫瘍。

多爲 30—50 歲之婦人，分娩而不授乳者尤爲多，又有在急性乳腺炎罹病後發生者。

病理：乳腺中有豌豆大一示指尖大左右之囊腫，成葡萄實狀，多數發生，囊腫之內容，透明如水，或爲如乳汁，或稍帶綠色與褐色，囊壁成於單層細胞，時或爲多層性。在間質多少有結締組織增殖及細胞滲潤等。

症狀：本症多由兩側乳腺發生，時有由一側發生者。

乳腺內觸知多數結節，大小不等，由豌豆大至示指尖大，最大者如鴿卵。硬度以柔軟故，推向胸壁檢之，多歸不明，若夾在兩指間觸診之則明瞭，間或證明波動。

強壓乳腺時，由乳頭流出透明液體，或乳狀帶褐色之液體。

本病之典型，在月經時腫脹發痛，月經一止，腫痛俱消。月經閉止後常縮小，但由是有生癌腫者。是時，硬度增加，逐漸發育，而作轉移。

診斷：多易，惟須與慢性間質性乳腺炎，多發性腺腫，月經閉止期乳腺炎等區別。

預後：非不良。惟癌腫變性時則惡。

療法：雖無須特別治療，時或用提乳腺帶，濕罨包，愛克斯線療法。有癌腫變性之疑時，則行手術。

8) 乳腺結核

原因：較罕見，已經分娩之少婦爲多。關於傳染路徑，雖有各說，而以血行傳染爲主。乳部之肋骨腐骨雖常見，但侵入乳腺組織則甚罕。

第五百二十五圖



症狀：多在一側乳腺發生，因無自覺的痛苦，故多偶然發覺。

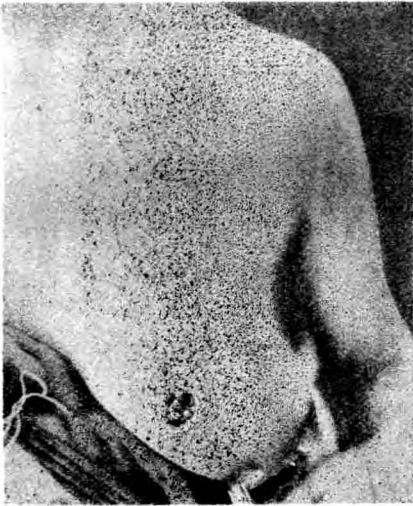
初在乳腺組織內，有示指尖大左右之孤立性或多數結節，可以觸知其硬度稍韌或稍軟，無壓痛。

其境界初雖明瞭，多不能完全區劃，即經時日，遂與皮膚及基底癒着。

第五百二十六圖

乳 腺 結 核

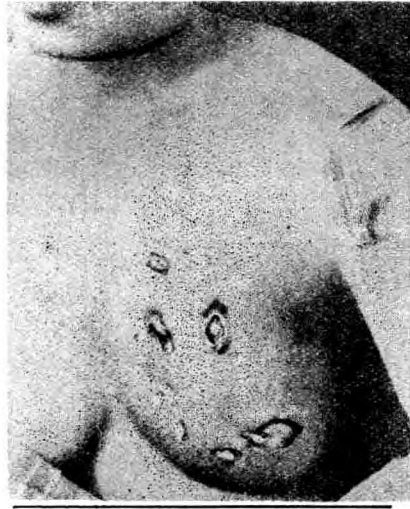
(慶大外科教室)



第五百二十七圖

進 行 性 乳 腺 結 核

(慶大外科教室)



結節漸大，至軟化而成寒性膿瘍，經自然破開，而成瘻管。肉芽組織弛緩，向周圍皮膚蝕進。時或兼有腋窩腺結核。

診斷：晚期則易，起初有孤立性結節時，須與腺腫，橡皮腫，癌腫等區別，是時由硬度，經過等可以辨之，在末期須與肋骨腐骨區別。

預後：若他部無著明結核時則良，否則惡劣。

療法：由手術摘出，最為確實。有多數結節時，行乳腺切斷術。後療法則用愛克斯線療法，日光療法。

9) 乳腺徵毒

較屬罕有，惟由徽毒各期，均可侵犯之。

i) **硬性下疳**。見於乳頭周圍，但甚罕。

ii) **第二期**。在乳腺周圍，生丘疹，或乳腺下皮皺襞附近，生扁平疣贅。

iii) **第三期**。乳腺組織內，發生限局性橡皮腫，或有在間質內發生瀰漫性橡皮腫性滲潤者，但軟化甚少，多次第吸收。

橡皮腫有誤診為腫瘍及結核者，但本病由驅徽療法，可以吸收。

10) **乳腺放線狀菌病**

由肺及胸膜之放線狀菌病而續發，有特殊之韌性滲潤，膿中有特殊菌塊(參照外科總論)。

其他乳腺之皮膚，有發濕疹，鴛口瘡，狼瘡，丹毒等者。

VIII. 乳 腺 腫 瘍

乳腺有各種腫瘍。

第五百二十八圖

右乳腺纖維性脂肪腫

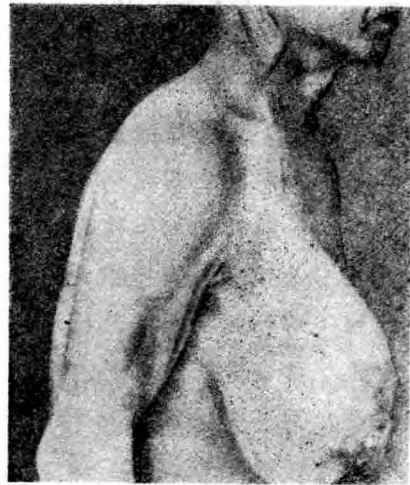
(瀨尾外科教室)



第五百二十九圖

發於男子右乳腺之纖維脂肪腫

(瀨尾外科教室)



1) 纖維腫。在乳腺部之皮下，時或生纖維腫，但於乳腺組織內發生純粹纖維腫則甚少，多與腺腫合併，成爲韌性結節。

2) 粘液腫。幾無純粹之粘液腫，與纖維或腺腫合併者則有之。

3) 脂肪腫。較罕見。多屬一側性，間或爲兩側性，本病分爲 a) 腺內脂肪腫及 b) 腺外脂肪腫，後者尤多在乳腺後方，稱曰乳腺後脂肪腫，發育雖緩，時或達小兒頭大。

4) 軟骨腫，骨腫，混合腫瘍。均甚罕見。

第五百三十圖

左乳腺之血管肉腫 (後藤外科教室)



第五百三十一圖

乳頭部有莖乳嘴腫

(慶大外科教室)



第五百三十二圖

癌腫變性之有莖乳嘴腫

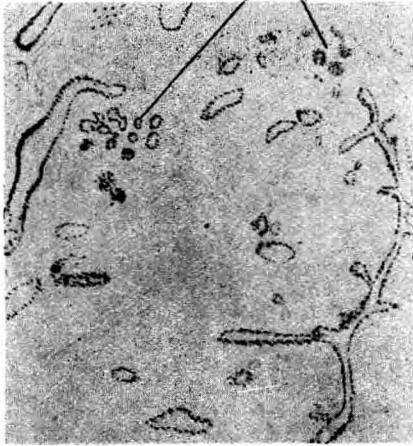
(關口外科教室)



第五百三十三圖

乳 腺、 腫

葉狀腺腫

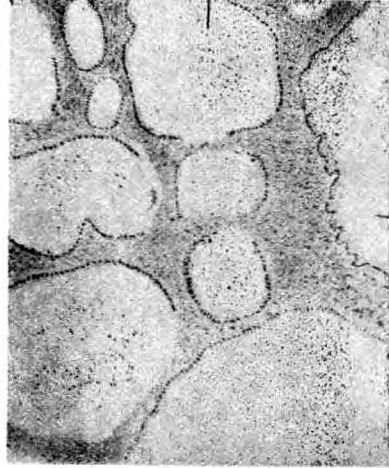


管狀腺腫

第五百三十四圖

囊 狀 腺 腫

脫落變性之上皮細胞



囊狀腺腫

第五百三十五圖

增 殖 性 腺 腫

擴張而增殖之腺腫



擴張之腺腫

不擴張之腺腫

5) 肌腫。偶見滑平肌腫作為小結節而發生。

6) 血管腫，淋巴管腫。均甚少，血管腫每逢月經，有一時增大者。

7) 肉被細胞腫

亦罕見，著者曾經驗一例，為血管性內被細胞腫，病婦亦每逢經期有一時性增大。但本症之確實診斷，非由組織學檢查不可。

或發生血管外被細胞腫，或血管肉腫之事有焉。

8) 乳嘴腫。發於乳頭或乳暈。

第五百三十六圖

乳 腺 之 乳 嘴 狀 腺 腫



9) **乳房腺腫**。乳房之良性腫瘍中，以本病為最多，但純粹腺腫，則甚少(純粹之纖維腫亦少)，**纖維腺腫**則最多，其他成為**粘液纖維腺腫**、**肉腫性腺腫**又在乳房有種々腺腫。

- a) 葉狀腺腫。
- b) 管狀腺腫。
- c) 囊狀腺腫。
- d) 乳嘴性或增殖性囊性囊狀腺腫。
- e) 惡性腺腫(此等構造，參照外科總論)。

症狀：) 多為 20—30 歲婦人，不能謂與授乳無關。

ii) **數目**有單獨者，時或成二三結節，或在兩乳發生。

iii) **形狀**為圓形或稍不規則形。表面平滑，境界判然，與皮膚及基底無癒着。

iv) **大小**不等，由示指尖大至胡桃大為多，有自蘋果大至小兒頭大者。

v) **硬度**韌，無壓痛，但成囊腫性時則柔軟，時或有波動。

vi) **發育**緩慢，有數年間不變形狀者，惟囊腫性腺腫，肉腫性或癌腫性之發育，則急速，或數年間不見發育之腺腫，及起此等變化，而

第五百三十七圖

男子左側乳腺腫

(慶大外科教室)



第五百三十八圖

巨大右乳腺之纖維腺腫

(五十七歲婦人)



十八年前小指頭大之腫瘤，經發現後，漸次腫大，施行乳腺切斷，腋窩廓清術，但腋窩無轉移。(慶大外科教室)。

急速發育者有之。

vii) 不如癌腫或肉腫之作轉移。

診斷：與其他良性腫瘤，雖有區別之必要，尤以腺腫，為數見。每須與癌腫，肉腫，區別(參照次項)。其他與乳腺炎後之硬結，乳腺結核，乳腺橡皮腫，乳囊腫等，亦須區別。

預後：良。務在未成惡性變種前摘出之。

療法：在局部麻醉下摘出。摘出後應行組織檢查。

1) **乳腺肉腫。**據少於癌腫但

第五百三十九圖

十五歲女子之左乳腺纖維肉腫

(慶大外科教室)



時或見之。

肉腫在組織學上，雖有各種，而最多者為梭狀細胞肉腫，多與腺腫合併，或多少帶纖維腫性或粘液腫性。間或有發生圓形細胞肉腫，巨細胞肉腫之報告。又有由乳頭發生黑肉腫者，但甚少。其他有由腺腫變為肉腫者，已如前述。

症狀：20歲前後之婦人為多(成年亦見之)，間或於男性發生。

發育大抵迅速，在短期間，著明巨大。遂破潰構成肉腫性潰瘍。其

第五百四十圖

三十一歲婦人之左乳腺肉腫及
腋窩腺轉移 (慶大外科教室)



第五百四十一圖

右側乳頭部病
(慶大外科教室)



境界多判然，形狀初為圓形，後為不規則形，表面平滑或有多少不平。

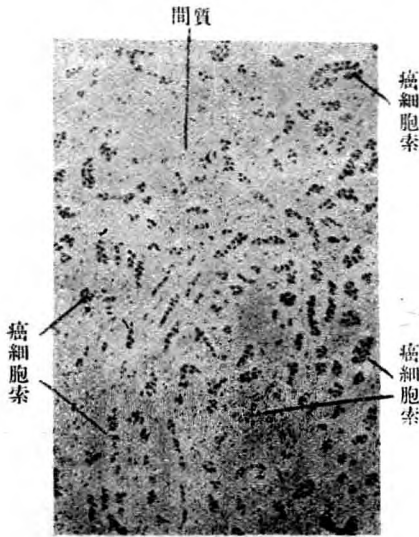
硬度稍柔軟，但視種類而異，無疼痛。

其他不如癌腫有著明癒着，無萎縮者，又轉移較遲，惡液質僅末期見之。

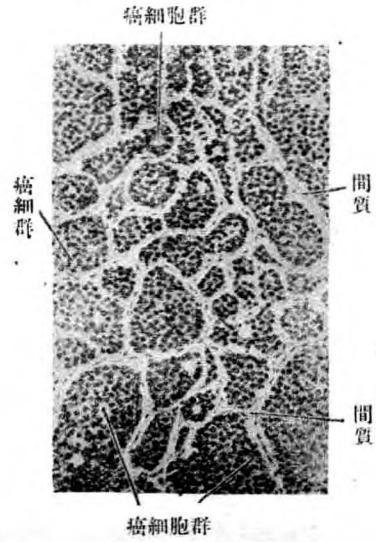
診斷：末期雖容易，初期須與腺腫，癌腫，橡皮腫，結核，囊腫等區別。其中之腺腫，可由其發育，硬度，大小等區別之。

預後：較良，手術後之再發，較少於癌腫。

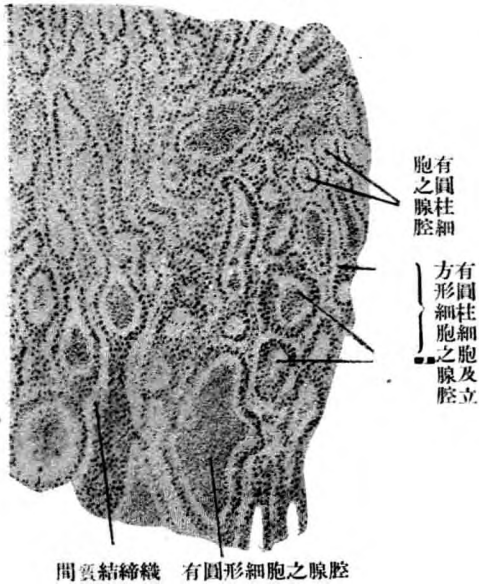
第五百四十二圖
硬 性 癌



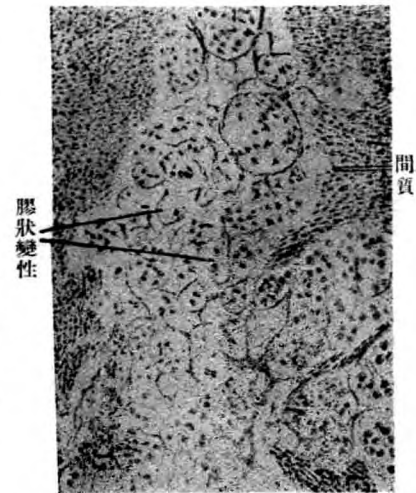
第五百四十三圖
髓 狀 癌 (Borst)



第五百四十四圖
腺 癌



第五百四十五圖
膠 狀 癌



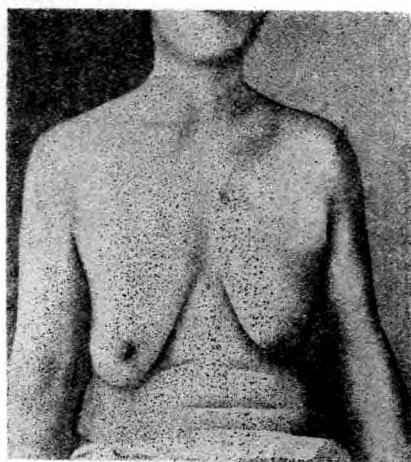
第五百四十六圖

六十九歲男子所發生之初期右乳癌及
左胸部脂肪腫 (慶大外科教室)



第五百四十七圖

由右乳腺癌之乳腺下垂
(慶大外科教室)



療法：全部摘出。腋窩腺有可疑之腺腫時，必完全肅清之。

11) 乳 癌

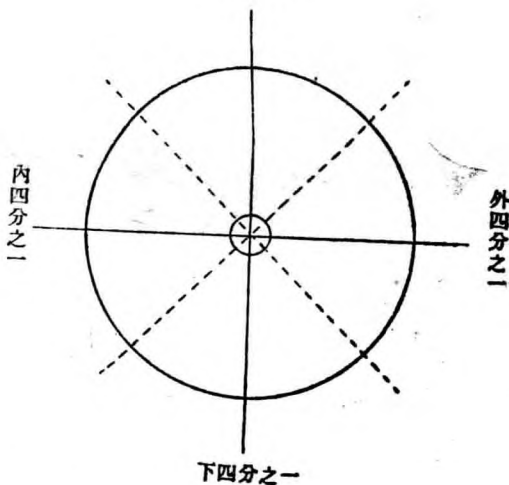
乳癌之多，在胃癌，
子宮癌之次。

原因：與其他癌腫同，
真正原因，尚不明，婦
人占其大部，男子則甚
少。以4)一50歲前後為
最多，有發於少婦者。

分娩特以曾經授乳之
婦人為多，有起於乳腺
炎，外傷之後者，亦有
由腺腫，囊腫性慢性乳
腺炎等發生者。時或有

第五百四十八圖

上四分之一



遺傳關係。

種類：乳癌由組織的構造，分爲次列各種。

- 1) 表皮癌。有極少例在乳房內發育。
- 2) 單純性癌。
 - a) 硬性癌或萎縮性癌。
 - b) 髓狀癌。
- 3) 腺癌。
- 4) 膠狀癌及粘液癌。

又乳腺癌，由其特別形狀，有鐮狀癌，Paget 氏病稱。

第五百四十九圖

右乳腺髓狀癌
(慶大外科教室)



第五百五十圖

末期之萎縮性癌
(慶大外科教室)



症狀： i) 多在一側乳房兩側者甚少。 ii) 結節多單獨，係有同時見一二結節者。

爲示結節之存在，分乳爲上下左右之四分之一，例如上四分之一，內四分之一，下四分之一，外四分之一等。

iii) 形狀。圓形或不規則形。

iv) 表面。多凹凸不平。

v) 大小。不等，小者爲示指尖起初不自覺。大者由手拳至兒頭大，多爲鴿卵至雞卵大。

vi) 硬度。多爲韌性，發育緩慢之硬性癌尤堅韌。髓狀癌，腺癌，膠狀癌易成大腫瘤，硬度稍韌。囊腫性軟化時，柔軟而有波動。又與

第五百五十一圖

左 乳 腺 萎 縮 性 癌
(乳 高 舉 及 陷 凹)
(慶大外科教室)



第五百五十二圖

左 乳 腺 之 硬 性 癌 (六 十 五 歲 婦 人)
左 乳 房 及 乳 頭 之 舉 上 及 陷 凹。
乳 暈 小 (慶 大 外 科 教 室)



肉腫合併時，則稍柔軟。

vii) 境界。初雖明瞭，在短期間內多變而不明，時有周圍著明滲潤而成長者。

viii) 癒着。其初與皮膚及下層無癒着可，與乳腺同時移動，後則與皮膚及下層胸肌癒着。

ix) 萎縮。爲乳癌之特徵。癌腫與皮膚癒着時，皮膚堅韌，滲潤而

牽引，在乳附近時，乳頭因而高舉或起萎縮。時或全乳萎縮而高舉，乳房下皺襞變而低平。上述變化，在硬性癌，尤為著明，其他癌腫，則不若是明瞭，多成瘤狀而隆起。(乳頭陷凹，在急性乳腺炎，乳結核點見之，但乳房無萎縮者)。

x) 乳癌漸大，向皮膚隆起，並與之癒着，遂發限局性潮紅後，自然破潰，成為**癌腫性潰瘍**。此在末期見之。

xi) **疼痛**。有無不定，有全然無痛而經過者，或初期不痛，後發雷

第五百五十三圖

自潰之乳癌
(慶大外科教室)



第五百五十四圖

崩壞之乳癌
(慶大外科教室)



擊性或牽引性疼痛，向肩胛，肱部放散常無壓痛。

xii) **分泌**。壓迫乳房時，由乳頭漏出黃色或褐色之分泌物，時或漏出暗血色之分泌物，但非癌腫特徵，於他病亦有之。

xiii) 乳癌易作轉移。

a) 最常見者，為**限劃性淋巴腺轉移**，在患側之腋窩腺作轉移，末期則在鎖骨上或鎖骨下淋巴腺，其極少數，亦能在健側腋窩淋巴腺生

轉移。腋窩之轉移大時，壓迫靜脈及淋巴管，在患肢發生水腫，象皮病性肥厚，或壓迫神經，發神經痛者有之。

b) 或見局部性皮膚轉移。

c) 在末期由血行轉移，於肺，皮膚，骨發生轉移者有之。

xiv) 隨癌腫進行，漸陷於惡液質終於死亡。

xv) **再發**。乳癌手術後，往々再發，分爲 a) 局部性再發及 b) 腺再發，或分爲 a) 早再發及 b) 晚再發，一年以後再發者，稱曰晚再發。

第五百五十五圖

左 乳 癌
(兼有腋窩鎖骨上窩頸部轉移)
(關口外科教室)



第五百五十六圖

左側滲潤性乳癌之末期，在左上肢發生浮腫及象皮病性肥厚
(慶大外科教室)



經過及預後：癌腫之經過，因種類而異，以硬性癌之發育爲最緩，有達十數年之久者，但髓狀癌，腺癌，膠狀癌則急則增大，且轉移亦較早。

大概在老年，癌腫之經過緩慢，在少年發育迅速，其預後多惡劣。乳癌若能在早期手術，成績良好，且預後不在腫瘤之大小而在有無轉移及轉移可否完全摘出而定。轉移難於全部摘出時，手術即無意義。又根治手術後，亦有因再發而死者。癌腫之根治，手術後，最少亦須經三年以上之成績。

診斷：40歲以上婦人，乳房生韌結節時，非疑及乳癌不可，惟乳癌在臨牀上，呈種々構造，已如上述，其診斷大有難易。(亦由組織學的檢查而定)。次依癌腫之種類，舉其鑑別診斷如次。

1) **在乳房內成小結節時。**須與腺腫及其他良性腫瘍，纖維性慢性乳腺炎，乳腺結核，橡皮腫各期等鑑別。由其年齡，發育，硬度，癒着，轉移等，加以區別。診斷困難時，行試驗摘出。

2) **在乳房內成大腫瘤時。**須與乳房肉腫，腺纖維腫，囊腫性腺腫，脂肪腫，混合腫瘍，橡皮腫等區別，但較前者易於判別。

3) **有乳頭陷凹，高舉及乳腺萎縮時。**此係乳癌之特徵，為他種腫瘍所無之症狀，乳房結核，雖多少有乳頭陷凹，無萎縮，其他由種々症狀，易於區別。

4) **癌腫已破成爲潰瘍時。**見於癌腫末期，故易診斷。肉腫破潰時，其表面之增殖著明，在癌腫，僅略有潰瘍部分，且癌栓，癌乳均著明發固有惡臭。

5) **腋窩腺特別著明時。**是時有誤認爲腋窩之原發性腫瘤者，但注

第五百五十七圖

右側乳癌手術後之局部再發

(慶大外科教室)



意檢之，可見，乳房之原發腫瘤。

6) 由乳房之腺腫，囊腫，慢性乳腺炎等發生惡性變種時。起初雖難診斷，由其硬度，癒着，轉移及急速發育，可以區別。

7) 鑑狀癌 (詳後)。

8) Paget 氏病 (詳後)。

療法：1) 務在早期行根治手術始為安全。手術要點，為腫瘤之徹底摘出(乳房切斷術)及腋窩之廓清法是也。

i) **位置。**取背位，患側肩胛下，以枕墊高之，肢部外轉，向頭部高舉。

ii) **麻醉。**多用局部麻醉。

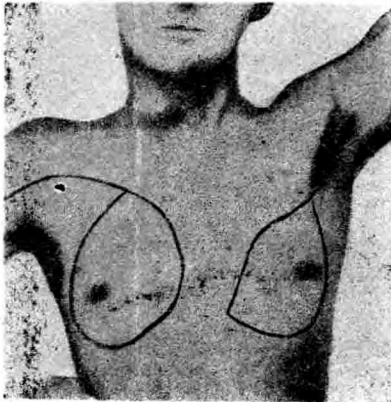
iii) **皮膚切開。**普通在乳腺上，行二號形切開，更向腋窩延長切開(559圖)之。此外有 Kocher 氏切開法(558圖)；Beck 氏切開法(559圖)。

iv) 二號形切開後，皮膚由乳房剖開，迨達乳房境界時，進達深部肌層，自下層，以鈍性剝離乳房。蓋鈍性剖開時，不但出血較少，癌腫與肌層有癒着時，亦得詳細注意。若與肌層癒着時，肌與肋瘤，均須充分切除之。

v) 腫瘤切除後，須檢查腫瘤，有無遺存，次於創傷內，插入紗布校塞之，創口向腋窩上方擴大之，腋窩之脂肪組織及淋巴腺，一部分用鈍性，一部分用

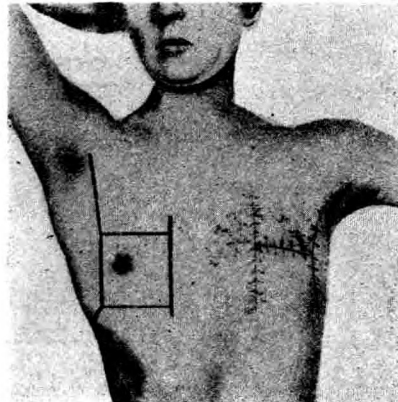
第五百五十八圖

乳癌手術切開線 (Kocher)



第五百五十九圖

乳癌切開 (Beck)



銳性摘出，此名**腋窩廓清法**。是時須注意勿損腋窩之大血管神經。乳癌手術，廓清腋窩較摘出主瘤為重要，抑亦困難。大靜脈與腺轉移癌着時，有結紮其兩端兩摘出者。

vi) 腺轉移多數在鎖骨上下窩時，安以一時性切斷胸肌，或一時性鋸斷鎖骨，腺摘出後，縫合之。

vii) 充分止血後，在腋窩後後方，行小切開，創內插入橡皮管，排出創液，施行皮膚縫合多覆紗布，棉花，行壓迫繃帶。

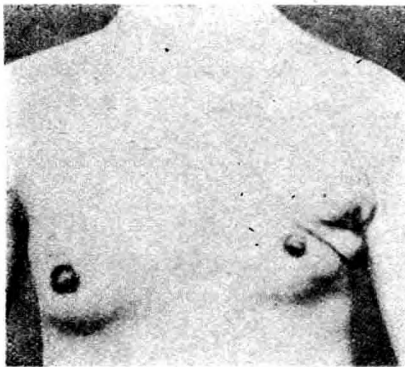
2) 對於不能手術之斷腫，行愛克斯線療法，電氣腐蝕等，雖有種藥品注射法，但無效。

(附加)：鎧狀癌

本症非特種疾病，在組織學上，成於單純性癌或膠狀癌，不生結節，在乳房瀰蔓擴大，向胸部膚，皮下，肌層內，成浸潤性發育，或侵肋骨，胸壁因而堅韌，宛如革鎧在胸，故有此名，甚有發生呼吸困難者。時或在乳內，構成多少結節，但如其他癌腫，破潰而成潰瘍者甚少。

第五百六十圖

鎧狀癌
(京大外科教室)



第五百六十一圖

末期之鎧狀癌
(高橋外科教室)



淋巴腺轉移，惟在末期見之。

由其特別形狀，診斷容易，無須鑑別診斷。

預後，療法，與其他乳癌同。

(附加)：Paget 氏病。

原因：本病為甚少之疾病，成因尚不明。或云由乳頭周圍之慢性濕疹，因乳管受刺激而生癌腫，或反對是說，謂癌腫係原發，由癌腫之異常分泌而生濕疹云。

症狀：以 40—60 歲之婦人為多。

初在乳頭及乳暈為濕疹性糜爛，或乾燥成乾癬狀，有肉芽性小結節，或於一部生痂皮，略有痒感或灼熱感，但與普通濕疹不同，雖行軟膏療法，亦不見效，次第向周圍擴大。

乳頭下，可觸知韌結節，境界稍不明，乳頭陷凹，或平坦。晚期在腋窩腺生轉移(在組織上，係由乳管所發之單純性癌腫)。

經過慢性，數年或數十年。

診斷：雖有誤為慢性濕疹者，但在深部有韌性滲潤，經過慢性，及有轉移等，可以區別。

預後：愈早行手術則佳。

療法：乳房切斷術，同時行腋窩廓清法。

第五百六十二圖

乳 腺 之 Paget 氏 病

(Quervain)



IX. 乳 腺 囊 腫

1) 乳 囊 腫。

原因：罕見，因乳腺炎之故，乳管閉塞，在末梢部，乳汁鬱積時，

成所謂瀰溜囊腫，時或與腺腫合併。

症狀：乳房組織內，生示指尖大至鵝卵大之結節，為單獨性或為多數性，表面平滑且屬限局性，其硬度為彈力性柔軟—緊張性柔軟—稍韌，波動著明與否，則隨病人而異，無壓痛。

內容為乳汁，或因其變化，成為油狀—半酪狀—石鹼狀者有之，或完全濃厚，構成**乳石**者亦有之。

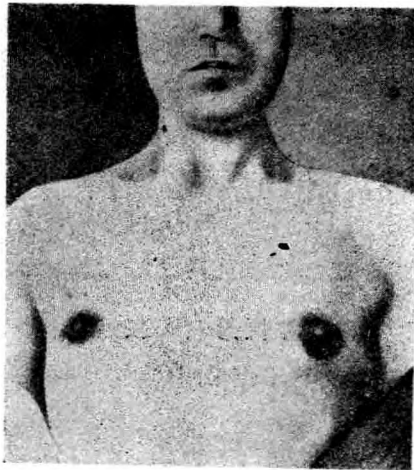
診斷：須與乳腺炎後之硬結，癌腫之初期區別，於硬度，境界，成立等，底注意。時或在手術後，始能診斷。

預後：良。但或有發生癌腫變性者。

療法：簡單摘出之。

第五百六十三圖

乳 腺 乳 囊 腫
(慶大外科教室)



第五百六十四圖

乳 房 部 粉 瘤
(慶大外科教室)



2) 囊狀腺腫

有成大囊狀腫瘤者，參照外科總論之腫瘍項下。

3) 寄生蟲囊腫

間或由包蟲，結締織胞蟲，絲狀蟲發生囊腫。

4) **乳房粉瘤及真珠腫**。在乳暈時或發生粉瘤，此由皮脂腺發育者，呈粉瘤之特別形狀。

時或因粉瘤上皮，濃縮為多層，而成真珠腫者有之，是時成為硬圓形之結節。

第四編 脊椎外科

第一章 脊椎骨外科

I. 脊椎骨先天性畸形

1) 脊椎披裂症

屬較常見之先天性畸形，與腦膨出同類。本病分爲開放性脊椎披裂症及 b) 囊狀脊椎披裂症兩種。

a) 開放性脊椎披裂症

甚罕見。脊椎全體之披裂症，偶或見之，大抵爲腰椎部及薦椎部之部分披裂。

脊椎在正中裂開，成平溝，一見爲紅褐色之天鵝絨狀。此即脊髓表面之髓質血管層。裂披在高位時，有發下肢，膀胱及直腸麻痺者。

本病多兼有頭顱之高度畸形，生存者較少。

b) 囊狀脊椎披裂症

脊椎披裂症之大部分屬之，單稱爲脊椎披裂者，即指本病而言。

種類：常見於部分披裂，由其限局性，可分爲次列三種。

a) 腰部脊椎披裂症常見。

b) 薦骨部脊椎披裂症常見。

c) 頸部脊椎披裂症甚罕。

次由其內容，可分爲次列四種。

1) 脊髓膜膨出常見。

2) 脊髓囊腫較少見。

3) 脊髓囊脊髓膜膨出常見。

4) 脊髓脊髓膜膨出，較少見。(參照後述)。

1) 脊髓膜膨出

脊髓之腦脊膜，由骨缺損部向皮下成赫尼亞狀而膨隆，中含腦脊液，惟不含脊髓(465圖)。本症較常見，多自拇指尖大至雞卵大，無過巨者，為尋常皮膚所被覆，有潤底，有莖者亦有之。(參照後述)。

2) 脊髓囊腫

在脊椎雖有部分性披裂，脊髓及腦脊膜則無披裂惟脊髓正中管，在骨之披裂部，成高度擴張，膨出如囊狀是也。

3) 脊髓囊脊髓膜膨出

本症雖與前者類似。但脊髓之正中管擴張以外，在後方之脊髓與脊髓膜之間，有腦脊液停積，由骨之缺損部膨出。本症亦由尋常皮膚被覆常有潤底。

4) 脊髓脊膜膨出

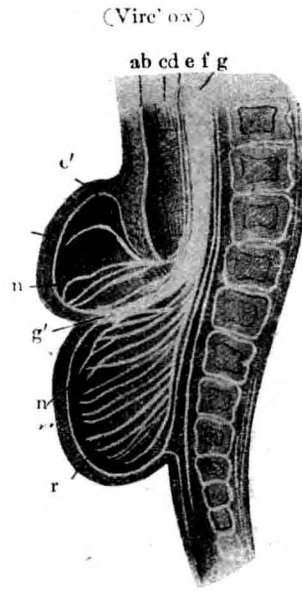
本症較罕有，脊椎披裂，兼有脊髓披裂，其皮膚與通常不同，有紅色之髓質血管層。是時脊髓前面，與脊髓膜之間，有腦脊液停積，脊髓膨出，成為囊狀脊髓，時或為菲薄之癩痕組織封閉。囊內之脊髓成扁平索狀而分散，且與囊壁癒着，下行入脊髓管時，又集成通常之脊髓，每在上下端見小陷窩，與脊髓正中管一致。

症狀：本病之症狀，因部位而不同。

i) **成立：**均屬先天性。

ii) **限局性：**多在脊柱正中，以薦骨部為尤多，或由正中稍偏者亦有之。

第五百六十五圖
腰部脊髓膜膨出之縱斷面



- iii) **大小**：不等，多為拇指尖大至雞卵大，時有達兒頭大以上者。
- iv) **形狀**：表面雖有種々，而多近圓形，多有瀾底，時或為有莖性。
- v) **硬度**：柔軟有波動，與脊髓管交通大時，其壓縮性亦著明。
- vi) 時或因受急劇壓迫，有發生痙攣者，或當壓迫時，在大腿門見其膨脹。又啼哭時，腫瘤增加緊張，但與脊髓管無交通時，則症狀缺如。

vii) 時或在腫瘤基底，可能知椎弓缺損部，(有之則診斷更為確實)，但多不明。

viii) **內容**：為水狀透明之腦脊髓液，含有少量糖質及蛋白質。囊腫大者，有透光性。

ix) 囊腫大時，尤為脊髓囊脊膜膨出及脊髓脊膜膨出時，有發**脊髓麻痺**症狀者。

症狀雖視限局性而異，以多在腰椎部之故，下肢，膀胱及直腸多見麻痺。

x) 脊椎破裂，每兼脂肪腫，纖維腫，粘液腫，血管腫，混合腫瘍等，其表面毛髮過生者有之。

經過及預後：i) 多漸增大。但與脊髓管不通時或交通狹小時其發育緩慢或幾不發育。

ii) 與脊髓管之交通大時，急速發育，尤以有麻痺症狀者，由衰弱而死。

ii) 時或突然破裂，腦脊髓液忽然流出過多而即死。

iv) 或因腦脊髓液之緩慢流出，因急性脊髓膜炎或急性脊髓炎而死。

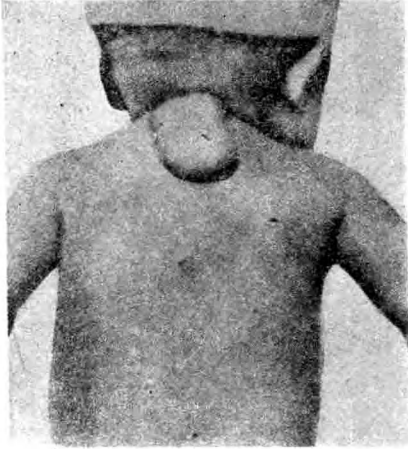
第五百六十六圖

閉鎖性脊髓破裂及毛髮過生

(Cemach)



第五百六十七圖 頸椎脊髓膜膨出
(慶大外科教室)



第五百六十八圖 頸椎脊髓膜膨出
(慶大外科教室)



第五百六十九圖 胸椎脊髓膜膨出
(高橋外科教室)



第五百七十圖 腰椎脊髓膜膨出
(柳外科教室)

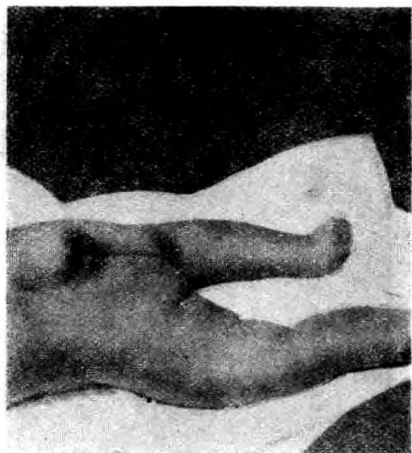


v) 與脊髓管無交通時，因囊壁之破裂，或因炎症而萎縮，非無自然治癒者。但其例甚少。

vi) 脊髓膜歇爾尼亞之手術最易，脊髓囊歇爾尼亞次之，故預後良。

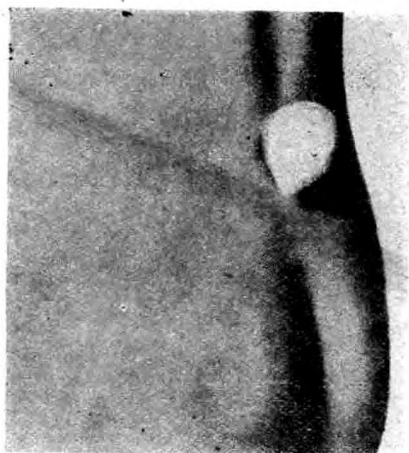
第五百七十一圖 腰椎脊髓膜膨出

(慶大整形外科教室)



第五百七十二圖 腰椎脊髓膜膨出

(青山外科教室)



脊髓囊脊髓膜膨出及脊髓脊髓膜膨出之手術預後，則較惡劣。

診斷：不甚困難。須與血管腫，脂肪腫，混合腫瘍，先天性薦骨腫瘍等區別。但往々與此種疾病合併，須注意。

各種鑑別診斷，如前表所記。

療法：i) 往時行**壓迫法**，其效不確，惟壓縮性著明，可用壓子壓迫之，防止其發育。

ii) **穿刺法：**使上身低降(防腦脊髓液多量流出)，嚴厲消毒，在囊壁較厚之處，以斜方向，刺入穿刺管，排出內容，或穿刺後，注入酒精、碘酒等，是時為預防藥品流入上方之故，可結紮囊底。用是有時可因此而治，但藥品注入，時有危險。

iii) **結紮法。**用於有莖性脊髓膜膨出，切開皮膚後，用腸線或絹線，由皮下結紮之，或不切開皮膚，用銀線與皮膚一同緊縛之。

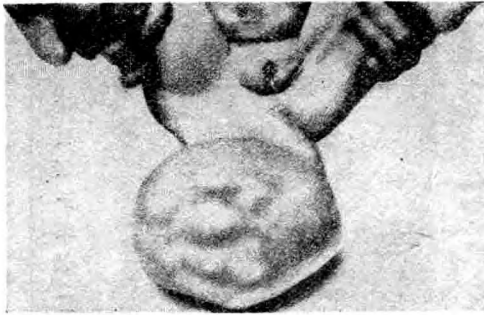
iv) **切除法：**嚴格消毒後，於囊側行二弓形切開，剝離皮膚達囊底為止，切開囊壁，檢其內部，若係單純性脊髓膜膨出，在基底行結紮，切除其囊，再縫合皮膚。若為脊髓腦脊髓膜膨出時，由囊壁剝離擴張

	脊 髓 膜 膨 出 Meningocele	脊 髓 囊 腫 Myelocystocele	脊 髓 囊 腫 脊 髓 膜 膨 出 Myelocysto-Meningocele	脊 髓 腦 脊 髓 膜 膨 出 Myelomeningocele
限 局 性	多	多	多	多
基 底	薦 骨 部	腰 椎	胸 椎	腰 椎
皮 膚	如 常	透 視 着 白 青 色	如 常	表 面 有 淺 藍 痕 ， 呈 紅 色 ， 時 或 在 其 上 下 ， 有 小 脣 狀 陷 凹
硬 度	彈 力 性 柔 軟	少 壓 縮 性	著 明	間 或 觸 知 有 神 經 纖 維 束
山 壓 迫 之 狀 腦 症	無	壓 迫 之 則 大 顛 門 隆 起	發 不 安 及 痙 攣 等 症 狀	少
脊 髓 症 狀	無	祇 有 輕 微 之 感 覺 障 碍	著 明	尤 為 下 肢 麻 痺 ， 及 膀 胱 ， 直 腸 等 障 碍

第五百七十三圖

薦骨部畸形腫

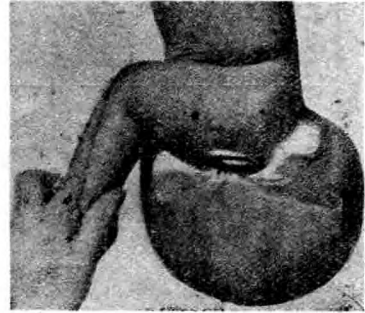
(後臺外科教室)



第五百七十四圖

薦骨部腫瘍

(青山外科教室)



之脊髓及神經，其囊可單獨切除，若不能剝離時即依原狀整復之，其上，行緻密之軟部縫合，或行骨移植後，縫合皮膚。但在後者，手術成績不良者有之。

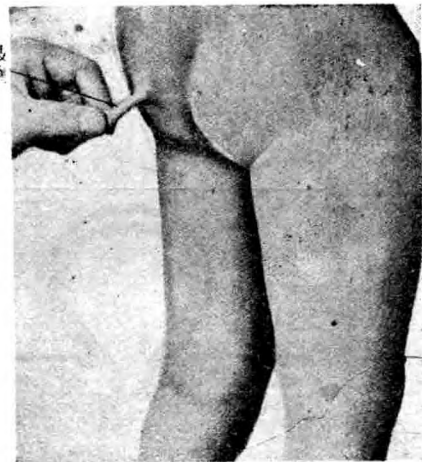
2) 先天性薦骨腰部腫瘍

由脊椎披裂好發部位之腰椎部，及薦椎部，先天性，有發種々腫瘍者。較常見者，為畸形腫，其他有纖維腫，脂肪腫，血管腫，肉腫，皮狀囊腫等。時或此等腫瘍，與脊椎披裂症合併。時或在薦椎部，見毛髮過生。又在薦骨部，見尾形成，此蓋胎生學上之遺物也。

第五百七十五圖

先天性尾形成

(慶大外科教室)



3) 潛在性脊椎披裂症

本病係由近來之二三學者所提倡。因薦骨管裂孔異常寬濶，有發神經痛者是也。僅由愛克斯線確定之。

4) Richard 氏病

本病雖尙有議論，大體因V腰椎橫突之異常發育，在骨盆骨間之肌肉神經，遂至壓迫或緊張。在少年骨尙未硬，不至發生壓迫症狀，比及成人，或因過勞等，為誘發動機，在腰部起一種神經痛云。

本病之診斷，由愛克斯線檢查確定之。

療法由手術切去過長之橫突。

6) 蛙頸或蛙人

頸椎之一種先天性異常。但甚罕見，且不遺傳。頸部特短，枕部髮際甚低，頭之運動為所抑制，以側方運動為尤甚。故頭部似直接向胸部移行，因有蛙頸之稱。

第五百七十六圖

蛙 頸 (慶大整形外科教室)



第五百七十七圖

蛙 頸 (同 左)



其他在本症，有脊椎側彎，輕度斜頸，肩胛骨高舉等合併。或兼有脊椎之先天性披裂。惟缺疼痛及神經性障礙等，大體可以如常生長。由愛克斯線檢查，多可證明有頸椎骨愈着及發育障礙。

診斷因有特殊形狀，故易，惟無療法耳。

II. 脊椎創傷

時或由刺傷，銼傷等，脊椎有起創傷者，是時若非脊髓受傷，在臨牀上，別無意義，然脊髓之損傷，雖有直接由此等創傷者，時或有脊椎骨折，由骨折片而受損傷或壓迫，發生障礙者有之，故於是時，須經愛克斯線檢查以斷定有無骨折。時或由脊髓管之傳染，發生腦脊髓膜炎。

III. 脊椎骨折

據 Gurlt 氏之統計，本症佔全骨折中之 0.33% 云。

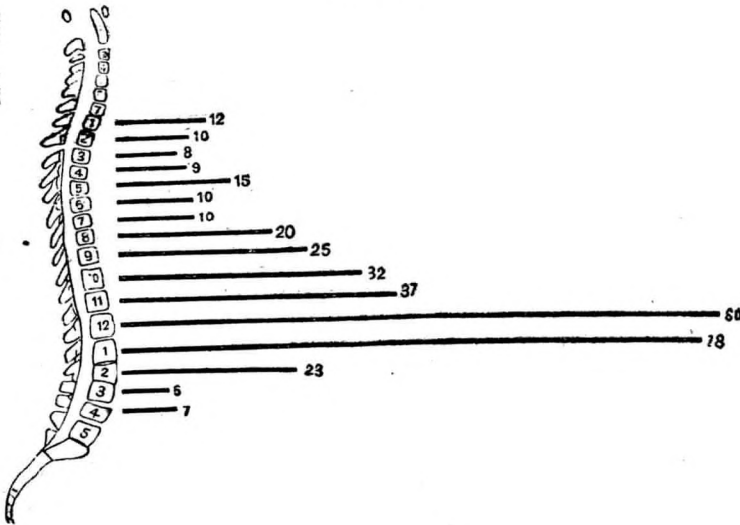
本症多見於成人，因接觸外傷機會較多之故。

原因： a) **間接暴力。** 由高處墜落，頭，肩胛，骨盤等，在地面，受激烈之撞突，或重物，向頭，肩胛等下落時，或由土砂崩壞等，脊椎過度彎曲，伸展或迴轉等，椎體及其他，因而發生骨折。

第五百七十八圖

脊椎骨折之頻度表

(Menard)



b) **直接暴力**。由轢過創，鈦創，挫創等，在椎體，椎突(尤為棘突)發生骨折。

種類：a) **由骨折之限局性**分別如次。

1) **棘突骨折**

起於棘突著明突出之處，如下方之頸椎，上方之胸椎是也。

2) **關節突骨折**。有與脊椎脫臼合併者，少臨床之意義。

3) **橫突骨折**

在橫突較長部位，如腰椎是也。

4) **樞軸齒狀突骨折**。基底骨折尤多，時或合併後二者之骨折。

5) **載域骨折**。極少例有與脫臼合併者。

6) **椎弓骨折**。於IV—VI頸椎，見有此種骨折，因易受直接暴力之作用故也。

7) **椎體骨折**。最常見，尤以第VII胸椎及I腰椎為最多，據Menard氏之圖說，如第578圖。

在脊椎骨折，兼有韌帶，肌肉血管等副損傷，重傷時，則兼有顛骨，肋骨，骨盤，四肢等骨折及內臟破裂等。

骨折型：a) **完全骨折**及b) **不全骨折**，又由其形狀分為i) 冰裂骨折，ii) 壓迫骨折，iii) 楔狀骨折，vi) 斜骨折，v) 橫骨折等。又脊椎骨折，常兼脫臼，是名**脫臼骨折**。

於此又可分為a) **單純骨折**及b) **複雜骨折**，但脊椎之骨折，單純者較少，大抵有**脊髓之損傷**合併。單純性時，一時性僅呈**脊髓震盪症**，但多因出血或骨片而發**脊髓壓迫症**，或**脊髓挫滅**。

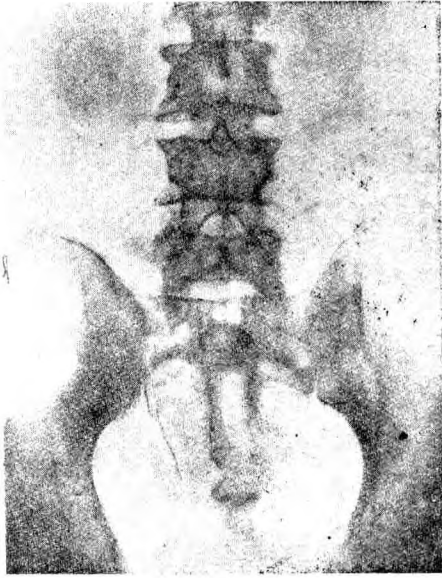
症狀：本症之症狀，分為兩類。

a) **局部症狀**：較諸長管狀骨之骨折，症狀甚少，但有一二典型症狀。

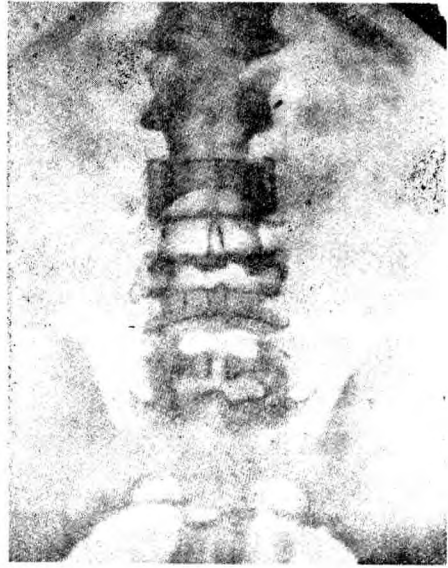
i) **疼痛**。有自發痛，尤因脊椎之運動及壓迫，發限局性疼痛。

ii) **變形**。著明者為**龜背**(椎體橫骨折，或斜骨折時尤著)。

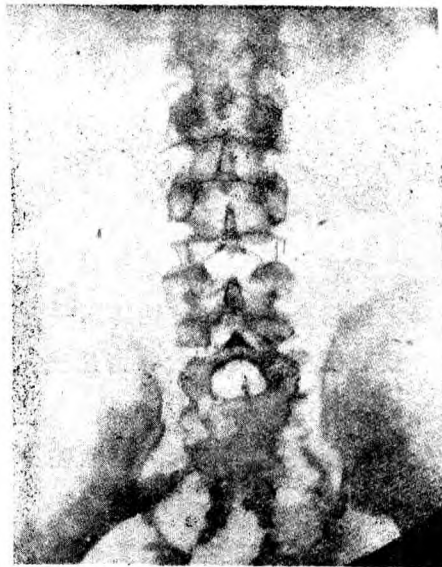
第三圖表



潜在性脊椎破裂症



同 左



Richard 氏病

或反對而成**陷凹**(尤為椎弓骨折)，其他發生**側彎**(椎體側方骨折)或頸部向側方或前方傾斜(上方之頸椎骨折)。又頸椎骨折時，由項部及咽腔之合併檢查，可觸知變形，但不全骨折，壓迫骨折時，變形有不明者。

iii) **異常運動及軋轢音。**

於椎弓或棘突完全骨折時見之，椎體骨折則不明。

iv) **皮下出血。**在背部或項部見之，亦有不明者。

v) **愛克斯線檢查。**於診斷最為必要，各有特別像。

b) **脊髓症狀。**視脊髓損傷之程度，限局性等而不同，最輕者脊髓毫無損傷，次則僅有震盪，再次則因骨片或血腫壓迫，最甚者，脊髓有部分的或全部損傷是也。

次按脊髓高低之部位，述其損傷時之症狀如下。

i) **載域及樞軸之骨折。**

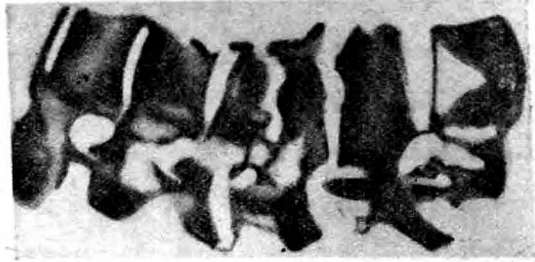
脊髓之上部完全受傷時除頭部外，全體之感覺及運動，完全麻痺，及兩側神經麻痺，常因而即死。

頸髓部損傷時，由**交感神經**麻痺，而瞳孔縮小，若為刺激時，則瞳孔散大。

ii) **下方頸椎至 II. 胸椎間之骨折。**該部之脊髓完全受傷時四肢完全麻痺，肋膜間，膀胱及直腸均麻痺，吸氣雖可由一二頸肌及膈行之。

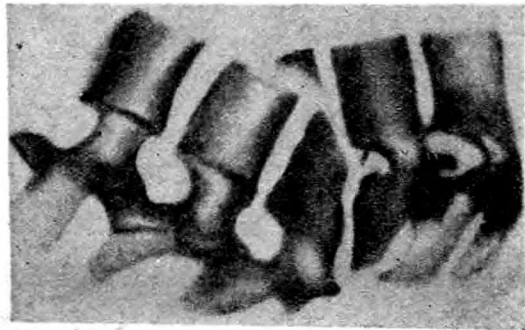
第五百七十九圖

第一腰椎之壓迫骨折



第五百八十圖

第十二腰椎之骨折脫臼及
第十一腰椎之棘突骨折



但呼吸僅能由被動之胸廓彈力，又嘔吐及咳嗽則均不能。

iii) **中部胸椎骨折**：脊髓挫滅時，上肢反胸部雖無障礙，下肢及腹則麻痺，感覺障礙，約達創突高處，在該部有帶狀痛。

其他由膀胱麻痺而有尿閉或奇性尿閉由直腸麻痺而發便秘或糞便失神等。又因膀胱麻痺之結果，易起膀胱炎。

中部胸椎之脊髓，半側損傷時，發 Brown Sequard 氏半側損傷之症狀(後項參照)。

iv) **下部胸椎之骨折**。腰膨大部之直接上方脊髓受傷時，下肢，膀胱及直腸麻痺，同時至臍部為止，有知覺障礙。時或見末梢部有反射亢進。

v) **胸椎骨折**。腰膨大部之正中受傷時，下肢反射消失，除脛骨前神經領域外，坐骨神經全領域之運動反感覺麻痺，又兼有肛門括約肌麻痺。

腰膨大部之下部損傷時，發股神經，閉鎖神經及脛骨後神經麻痺。

vi) **腰椎特為腰 III. 腰以下之骨折**。脊髓之損傷症狀不明，因終末錐體之尖端，第一腰椎已告終了，其末梢部為馬尾之故。若後者受傷時，下肢後側及骨蓋內臟麻痺。

脊椎之骨折，非必全部麻痺，而多為部分的或半側性之損傷。

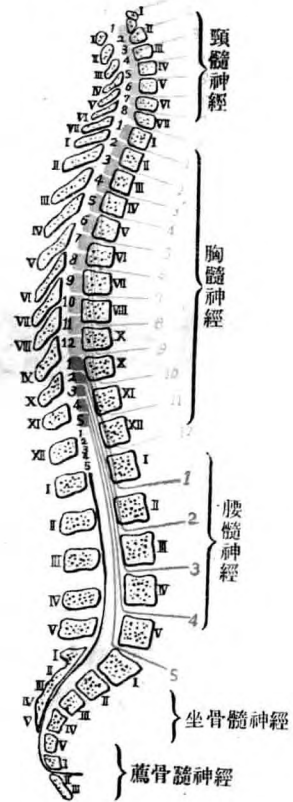
完全損傷與部分損傷之區別。

對於診斷及預後，均屬必要，茲將其區別點表記如次。

Brown Sequard 氏半側損傷。

胸部脊髓之半側損傷(不獨骨折，刺傷及銹傷，亦由腫瘍及微毒等)時，

第五百八十一圖
脊髓節模型圖



	完 全 損 傷	部 分 損 傷
i) 運動性麻痺	完 全 麻 痺 不 治	由 麻 痺 而 次 第 恢 復
ii) 感覺性麻痺	完 全 麻 痺 (其 領 域 大 體 與 運 動 性 麻 痺 同)	麻 痺 不 完 全, 或 部 分 的 不 麻 痺
iii) 腱 反 射	長 時 消 失	一 時 消 失 而 次 第 恢 復, 或 自 始 保 存
iv) 膀 胱 直 腸 障 碍	常 麻 痺	無 麻 痺, 或 由 麻 痺 而 恢 復

發現特殊症狀，即

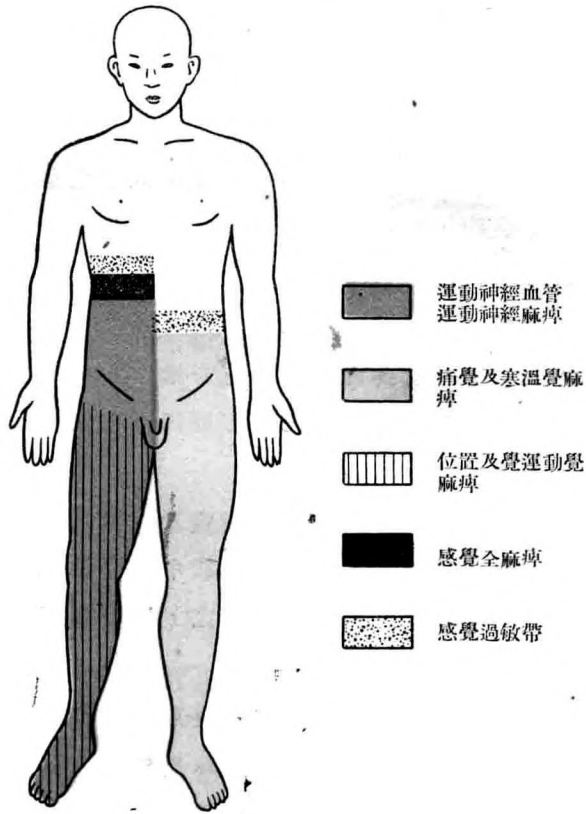
i) 在損傷側有反射亢進，運動麻痺(由錐體道之障礙)，血管運動麻痺，營養障礙(由側角之障礙)等，且部位覺及運動覺亦消失。惟感覺則無麻痺，或反過敏。

其上層有感覺亡失帶(由脊髓之後根障礙)，再上層，有細狹之感覺過敏帶(由後根受刺激)。

ii) 在損傷之反對側感覺障礙為主，因後根受損傷之故。尤以痛覺及寒溫覺之麻痺為著明，在其上層，如損傷側之有感覺過

第五百八十二圖

Brown-Sequard 氏 症 狀



敏帶。

其他兼有膀胱直腸之一時障礙。以上症狀，由代償作用可以回復，但每發生褥瘡。

診斷：脊椎骨折之診斷，頗有難易，呈脊髓症狀時，診斷較易，否則多難診斷。

但 a) **有脊髓症狀時**，須與**脊髓脫臼**及**脊椎內之出血**區別。有激烈疼痛，尤以脊椎運動時，為然者，雖可區別，但此種運動，不可勉強行之。由愛克斯線檢查，則易診斷。若由於出血時，經時愈久，則脊髓症狀，亦愈減輕。

b) **無脊髓症狀時**須與**脊髓之捻挫**及**挫創**區別，由有激烈限局性壓痛及脊椎運動時劇痛區別之，但確實診斷，非經愛克線檢查不可，惟棘突骨折時，由觸知可動性之骨片，易於診斷。

預後：無脊髓症狀時，其預後雖良，有則難治，尤以上部頸椎之骨折，甚為危篤，有即死者，IV頸椎以下之骨折，雖不至即死，但有脊髓麻痺症時，由褥瘡，膀胱麻痺而繼發膀胱炎，腎盂炎，腎臟炎等，或由衰弱而發膿毒症，終於致死，間或殘存下肢麻痺，膀胱直腸麻痺等，永在悲慘狀態之下生存者亦有之。

療法：i) 最要者，為疑有脊椎骨折，病人之運搬，宜用數人合力，移在堅牢之門板上搬運之，否則因骨片之移動，更有損傷脊髓之危險。又檢查時，不可用暴力。

ii) 脊椎之變形著明，脊髓症狀著明時，有在全身麻醉下，用Callot氏之強力矯正法者，即在麻醉期中，用數人之力，向上下牽引，同時將變形之骨直，直接加壓以整之，同時行石膏繃帶固定。惟本法未必能常收良果。

iii) 脊髓症狀不甚時，對於變形，毋寧逐漸調整之。

在頸椎，最適合者，用Glisson氏蹄係，使當頸及項部，掛以2 kg左右之重錘，病床稍斜，可利用體重，為反對牽引。

在胸椎，可於有變形之胸椎下，插入圓枕或使病人臥 Rauchfuss 氏浮動帶上。

由上法將變型調整後，由 Sayre 氏支持器行石膏繃帶(參照脊椎骨疽項下)。

iv) **手術**。骨折後有脊髓症狀時，務早行脊椎穿開術，除去壓迫脊髓之骨片，或去其血腫，若脊髓挫創著明時，雖行脊椎穿開術亦無效。陳舊性骨折亦鮮效。又在手術後，施行下肢之電氣療法及按摩術等，促進神經麻痺之恢復。

v) 雖有骨折，但變形少而無脊髓症狀時，不加特別手術，使保安靜即足。(3—4星期)。

vi) 有脊椎症狀時，須預防褥瘡及施行尿閉之對症療法為要。

IV. 脊柱脫臼

指脊椎之關節突，其一部分或全部，由關節面脫出之謂。其脫臼與四肢不同，係以脫臼上部椎骨，表示脫臼之方向。

原因及種類：a) 間接暴力或 b) 直接暴力，例如由高處墜落，重物之落壓，土砂等埋沒及轆過等。該脫臼往々與脊椎骨折或他種副損傷合併。由脫臼狀況，可分數種。

第五百八十三圖

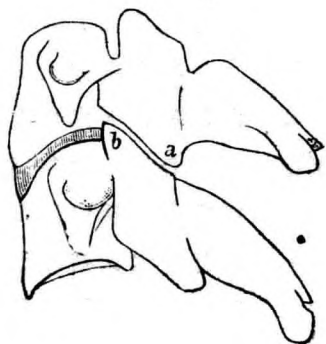
種類：由其程度分為，

椎骨之生理的位置

- a) 完全脫臼
- b) 不全脫臼
- 或 a) 偏側脫臼
- b) 兩側脫臼

又脊椎脫臼，由其成立狀態，可分三種。

1) **屈曲脫臼**。最佔多數，以頸椎為尤多，亦發於向前彎曲過甚時，往々與



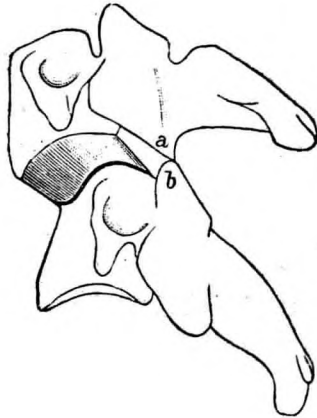
骨折合併。

2) **伸展脫臼**。向脊方伸展過度而起，但純粹脫臼，殆不可見，常與脊椎弓，棘突等之骨折合併。

3) **迴轉或外旋脫臼**。本症係因頸部劇烈迴轉時所致，時或發生兩側脫臼。

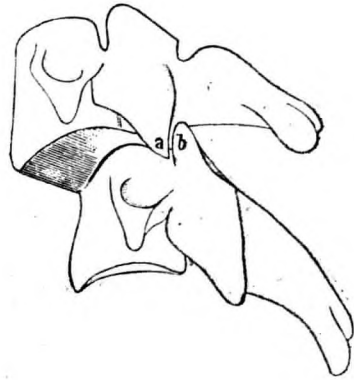
第五百八十四圖

完全脫臼



第五百八十五圖

不全脫臼



症狀：與脊椎骨折同，分爲 a) 局部症狀及 b) 脊髓症狀，惟脫臼視限局性而症狀不同，茲分別述之。

1) **頭骨脫臼**。甚罕。枕骨與載域之間，發生脫臼是也。在兩骨間之，屈戌關節韌帶甚強，韌帶若至破裂，其暴力之強大可知，是時多立即死亡。其主要症狀，爲頭部不能運動，頭向前方低垂。

2) **載域脫臼**。本症亦較少，爲 I—II 頸椎之間發生脫臼。或兼有樞軸齒突之骨折，或將固定齒突之橫韌帶破裂。

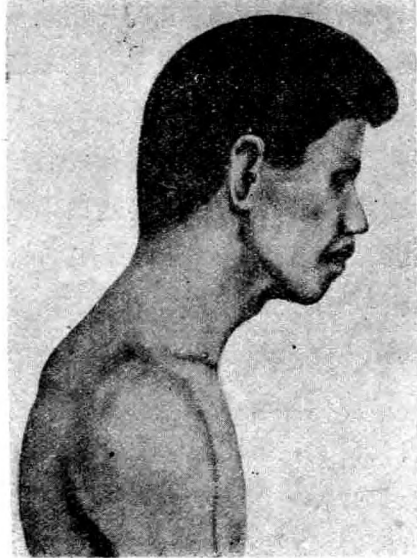
i) 前方屈曲脫臼最多，頸部前屈著明，由咽腔可觸知載域前弓突出，由項部可觸知樞軸後弓，其上部存有陷凹。

ii) 時或見有**迴轉或外旋脫臼**。以一側性脫臼爲多，a) 右側脫臼時，頭向左側迴轉，b) 左側脫臼時頭向右側迴轉。

第五百八十六圖
第五第六頸椎間之前方完全脫臼
(Quervain)



第五百八十七圖
第五頸椎前方完全脫臼
(Quervain)



一側脫臼時，脊髓雖受損傷，有由整復而治者。
兩側脫臼，起於外傷強烈時，死者居多。

3) II-VII 頸椎之脫臼

以 IV-V 及 V-VI 頸椎為尤多。

a) 前方屈曲脫臼

因頸之過度屈曲，遂致該部韌帶破裂，上頸椎向前方脫臼，與脊椎橫骨折之上骨片向前轉位者相似。即頭向前屈，頰近胸骨，病人為輕減痛苦，多用兩手支持頰部。是時因項肌之攣縮著明，頰難觸知棘突時或在咽腔，可證明椎骨之突出，亦兼嚥下困難。在脊髓，多受高度壓迫，發四肢及軀幹麻痺，難長保生命，或因膈神經麻痺，而猝死。

b) 下方頸椎之偏側迴轉或外旋脫臼。因頭部過度迴轉或外旋所發生，頭向健側傾斜而固定，項部穹窿而緊張。咽腔有異常骨質隆起，

可以接觸，嚥下困難不甚。脊髓神經在脫臼側受壓迫，或反對側之神經根，因受強牽引，而此等神經，亦起麻痺。

c) **兩側反對性脫臼**。甚罕。頭之位置，大體與偏側性脫臼相似，惟健側之頭部迴轉性屈曲，則更著明。

4) **胸椎脫臼**。純粹之脫臼，甚少，與骨折合併。純粹骨折，於第十二胸椎見之，多屬**前方屈曲脫臼**。是時所脫出之胸椎及棘突，成陷凹，其脊椎彎曲，但上部之棘突，則著明隆起，與胸椎骨折形狀相似。

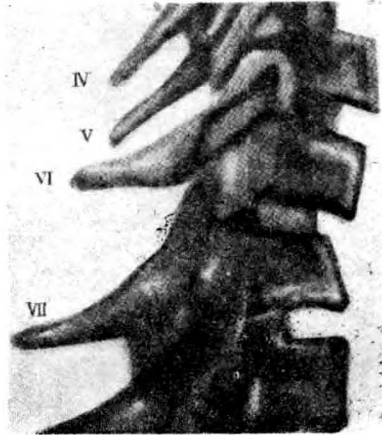
5) **腰椎脫臼**。上方腰椎，雖有屈曲脫臼或迴轉脫臼，但亦甚少。多與骨折合併。

診斷：脊椎脫臼亦與**脊椎骨折**相似，分爲 a) 局部症狀及 b) 脊髓症狀，每難與骨折區別。但脫臼時，i)

第五百八十八圖

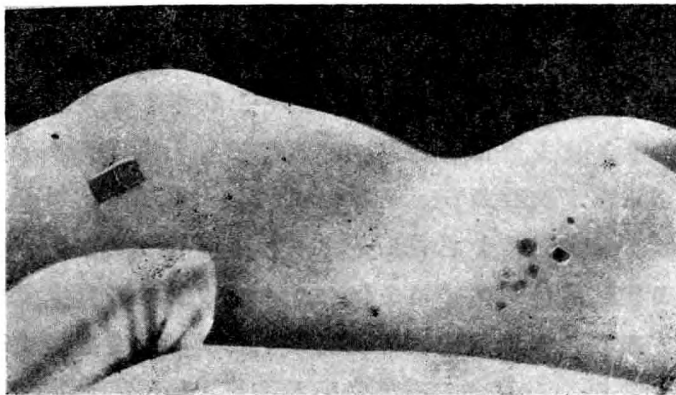
第六第七頸椎間之脫臼及骨折

(Quervain)



第五百八十九圖

下方胸椎之複雜骨折 (Quervain)



固定於異常位置，ii) 不如骨折之有著明變形，iii) 壓痛及運動疼痛亦較輕，iv) 脊髓症狀較輕或缺如，v) 確實診斷，非由愛克斯線檢查不可。

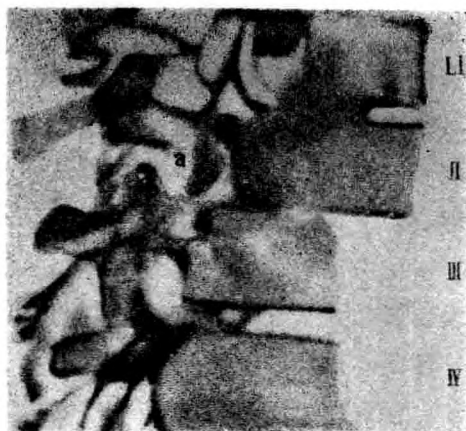
其他須與脊椎捻挫區別。

預後：單純脫臼，其預後較佳於骨折。又脊髓症狀較輕者多有壓迫症狀或脊髓神經之牽引症狀，若脫臼整復，則多立愈。

療法：務早整復。即在全身麻醉下，將脊椎向上下牽引，由脫臼之狀態，加以屈曲，伸展或迴轉，或對局部直接壓迫而整復之，但勿過用暴力。

或由手術，將妨碍整復之骨摘出後整復之，或行脊椎穿開術。

第五百九十圖
腰 椎 全 脫 臼
(Quervain)



V. 脊 柱 捻 挫

原因：與脊椎脫臼，同一動機。惟其暴力較輕，故脊椎之關節面，一時離開，或其附近韌帶有生裂創者，但關節面仍在尋常狀態之謂。

症狀：傷後，脊椎立起疼痛而強直，屈曲時疼痛更甚，但無脊髓症狀及變形，能逐漸輕快。

預後：佳。或於其後繼發脊椎炎。

診斷：多易。對脊椎骨折脊椎脫臼之區別不難，若困難時，可用愛克斯線檢查。

療法：初 1—2 星期，使守安靜，後則漸行身體運動。水浴療法亦佳。

VI. 脊椎骨急性化膿性骨髓炎

原因：本症罕有。葡萄狀菌，鏈球菌，由血行傳染而生，5—15歲之小兒爲多，女子較少。]

多發於腰椎，胸椎及頸椎較少。亦發於椎體，時或於椎弓，椎突發生。

症狀：突以惡寒戰慄高熱而開始，全身症狀危篤，時或兼有譫語。

未幾於一處著明有壓痛或敲打痛，強直著明(但起始無起脊椎彎曲者)經4—5日或1—2星期，患部有蜂窩織炎性腫脹。僥倖時形成膿瘍，自然破潰，得全生命者有之，但甚少耳。

多速向周圍進行，尤侵及脊髓，脊髓膜，或穿破胸膜，腸膜而速死，或由膿毒症致死。故預後多惡劣。

診斷：起始診斷不易，有與肺炎，膿毒症，敗血症，腎盂炎等誤診者，惟脊椎之症狀發現時，則易診斷。與**脊椎腐骨**則不難區別。

療法：務早期充分切開局部，行排膿術。多由背部開刀，但手術頗爲困難。

手術後用石膏繃帶固定脊椎。

(附加)：

慢性化膿性骨髓炎。

有作爲急性骨髓炎之結果者。在脊椎骨髓炎，不如四肢之易行根治手術，手術後每貽留瘻管，不易全治，移行爲慢性骨髓炎者有之，時或因此漸發脊椎變形。療法與椎骨腐骨同。

傳染病性脊椎炎。

傷寒，肺炎，流行性感胃等恢復期有發本症者。

多取亞急性症狀及經過。與脊椎骨腐骨雖類似，但無貧血，急性症狀及膿瘍，由愛克斯線可以區別之。

預後不甚惡劣，多由石膏床而治。

VII. 脊椎腐骨或結核性脊椎炎

原因：本病頗多見，歐美常見於小兒，日本則以20—30歲較多，男

於女。大抵由他部結核續發。

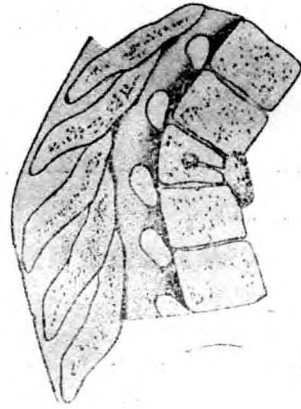
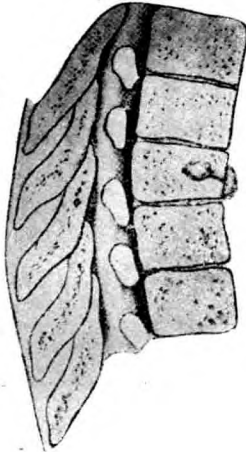
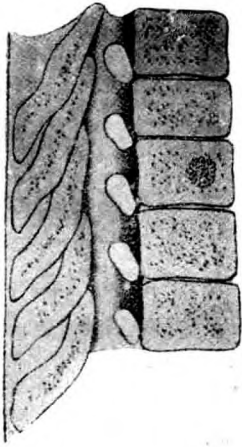
病理：本病以胸椎為最多，腰椎次之。多由椎體發病，其前方尤然，時在於側方，但於椎突，椎弓及椎間韌帶則少見。其主要變化如次，

第五百九十一圖

第五百九十二圖

第五百九十三圖

脊椎體部因結核流注膿瘍及脊椎彎曲發生模型圖 (Quervain)



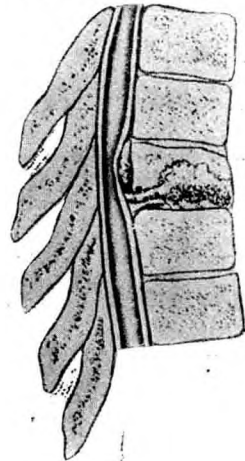
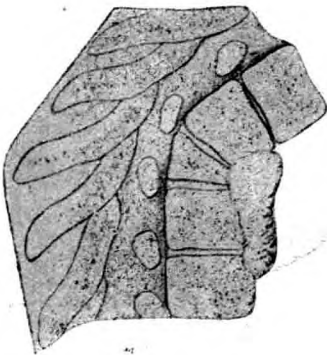
第五百九十四圖

第五百九十五圖

第五百九十六圖

因腐骨壓迫脊髓

因膿瘍壓迫脊髓



- a) 以肉芽組織構成爲主時，
- b) 以骨崩壞及膿瘍形成爲主時，
- c) 以腐骨形成爲主時(少數)，

不論何種，在周圍殆無骨新生，惟**骨萎縮**則著明，脊椎不勝上體之負擔，至一方傾斜。因脊椎前方，多受侵犯，故多向前傾斜，而成**後彎**。1-2椎體有變化時，成爲角狀後彎，多數椎體有變化時，則成弓狀後彎。側方有變化時，則成**側彎**。脊椎有彎曲時，椎骨爲所壓迫，其變形愈顯。

膿瘍形成，幾佔脊椎腐骨之半數。但膿瘍在原發竈附近者較少，多則遠隔處，發生**下垂膿瘍**(參照次項)。

症狀：有種々，

A) **早期症狀或刺激症狀。** 1) 疼痛 2) 脊椎強直。

B) **晚期症狀：** 3) 脊椎變形，4) 下垂膿瘍。

(C) **脊髓症狀。** 就各種症狀說明之，

1) **疼痛。** 脊椎腐骨病人之疼痛，視部位有不同，有自發痛，亦有僅爲壓迫痛者，或有無疼痛著明者。大抵有疼痛者，在身體運動時爲著明，由靜臥而輕快。

故在小兒，其運動，漸不活潑。成人，陳訴種々神經痛。

用兩手置病人肩部或頭上，向下壓迫脊柱，自上至下，順次叩打脊椎棘狀突，或加壓迫，或使脊椎迴轉時，

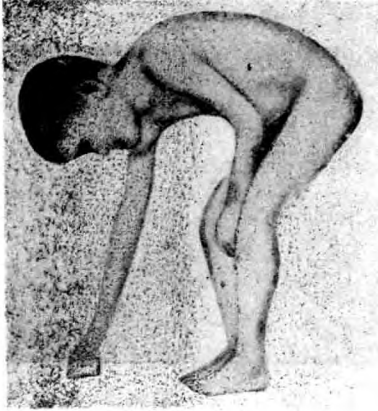
在一定部位，覺有疼痛。是時注意檢之，在該部兩側可證明**背肌攣縮**，

第五百九十七圖
在椎腐骨患者之頭部支持
(Cenach)



第五百九十八圖

健康兒之拾物運動 (Quervain)



脊椎結核患者之拾物運動



在頸椎腐骨，疼痛常劇烈，病人以手支持頭，頸為力避疼痛(枕下脊椎炎)之屈曲。

ii) 脊椎強直。為減輕脊椎之負擔及緩和其疼痛，致脊柱強直，不易彎曲(肌性強直)。檢查時有一二方法。

a) 置某物於地上，使病人試行拾物之作，若脊柱有強直時，非屈股關節及膝關節，則不可能(拾物運動)。

b) 使病人席地而坐，命其起立，若脊柱有強直時，用手支持膝部，殆漸起立，其狀態與進行性肌萎縮相似。

c) 使病人臥於腹位，檢者持病人兩下腿而舉起時，若脊柱無強直，必先舉起下肢，若有強直，腹部及背部必同時而舉起，但股關節強直時，亦有同一變化，故須檢定股關節有無強直。

iii) 脊椎畸形

第五百九十九圖

無下垂膿瘍病人之股關節狀態 (Wullstein)



本症於脊椎腐骨之診斷，甚為重要，多因1—2脊椎為所侵犯，成角狀彎曲稱曰 Pott 氏龜背，屬脊椎腐骨之特徵。但時或以續發性多數椎體蒙壓迫萎縮，遂成弓形後彎者亦有之。或起初後彎不明，祇1—2椎突，著明突出者有之(多在該部有壓痛)。

其他若脊椎後彎著明時，其上下之脊椎常見代償性前彎。時或見有側彎，是因椎體側方受侵犯之故。該側彎與由他種原因者不同，多少兼有後彎及強直。

在脊椎突結核，脊椎變形，常不著明，但有敲打痛及強直等。

脊椎變形著明時，胸廓及骨盤亦變形，尤在胸廓，若胸椎後彎著明時，胸廓變而窄狹，腰椎有後彎時，胸廓寬濶，有側彎時，則為不對稱形。

iv) 寒性膿瘍及下垂膿瘍

脊椎腐骨中約半數，可以見之，有與脊椎變形，同時存在者，時或變形不明，惟寒性膿瘍顯然者有之。膿瘍之大小，不必與病變一致，時或有甚大者背部固為最多，往々遠隔處亦復存在，時或在骨盆，腰部，上腿等意外地方發現者有之。

寒性膿瘍之症狀，已如外科

第六百圖

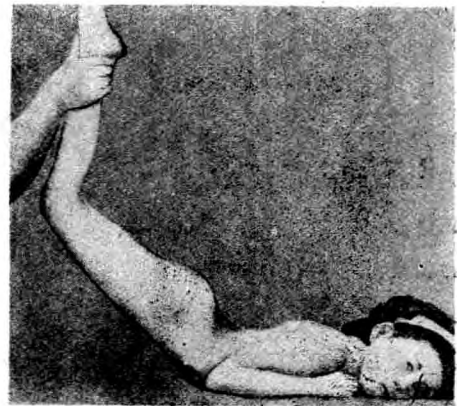
有下垂膿瘍病人之股關節狀態

(Wullstein)



第六百一圖

佝僂病性後彎之病人狀態



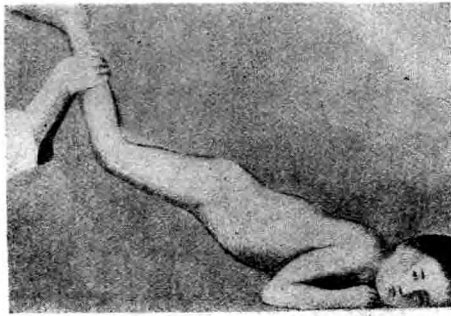
總論等所述，若放置之，終於自然破潰，留難治之瘻管者有之。

v) **脊髓症狀**。最多見於胸椎腐骨，於頸椎腐骨較少。腰椎腐骨雖頗數見，但該部無重要神經，故不呈壓迫症狀。

脊髓症狀，係因結核性肉芽組織向脊椎管內增殖，及由寒性膿瘍，著明側彎等所致，初發脊髓神經之刺激症狀，其後則呈麻痺。又脊髓神經之症狀，多由後根障礙，因上述變化，多在後方故也。

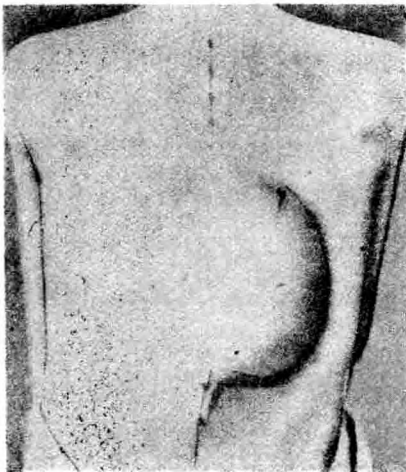
常見之症狀，為胸部脊髓神經領域之神經痛，帶狀痛，繼起知覺過

第六百二圖
脊椎炎性之後彎狀態



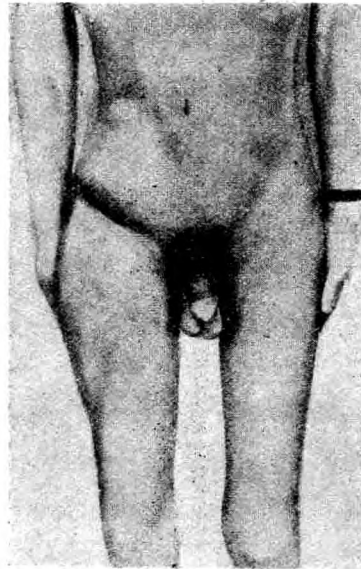
第六百三圖

脊椎腐骨兼有巨大寒性膿瘍
(高橋外科教室)



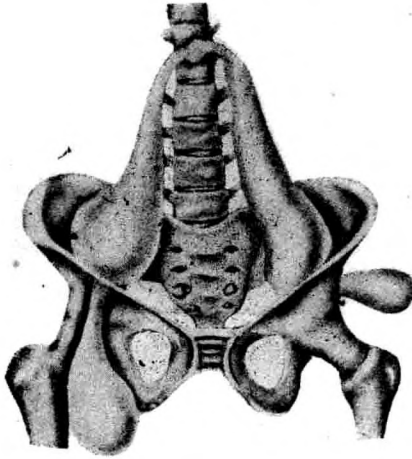
第六百四圖

腰椎腐骨兼有右腸骨窩及大腿上部之下垂膿瘍
(赤岩外科教室)



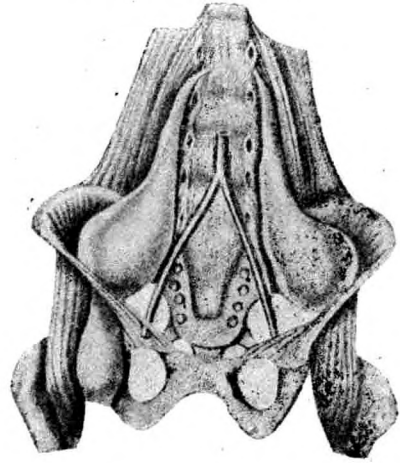
第六百五圖

因腰椎腐骨之各種下垂膿瘍



第六百六圖

因腰椎腐骨之各種下垂膿瘍



敏，知覺鈍麻，知覺脫失，以下肢麻痺為尤著，此係痙攣性麻痺，反對亢進。其他兼有膀胱及直腸障礙(頸椎髓痺，參照頸部外科)。

vi) **全身症狀**：脊椎腐骨，多起於衰弱者，全身狀態自始已屬不良，或漸次惡化。初期雖無體溫上昇，迨末期則有發熱，盜汗等更加衰弱。

vii) **愛克斯線檢查**：於脊椎腐骨之診斷，甚為必要，其變化有種々，茲述要點如次。

- a) 骨萎縮，
- b) 骨構造不明，
- c) 骨質內限局竈，
- d) 骨膨出，
- e) 骨限界不明瞭，
- f) 椎體間縮小，
- g) 椎體變化，
- h) 椎體變位，
- i) 椎柱彎曲，

j) 椎骨間隙異常等。

但脊椎腐骨初期，愛克斯線像，往往不明。

預後及經過：最良者，能自然漸治，但一時雖若小康，遇某種動機而再燃者有之。

ii) 多漸惡化，由衰弱或他種合併症致死。間或膿瘍向脊椎管內破開，發生結核性腦膜炎，而猝死焉。

iii) 在早期行適當療法者，多可治。

診斷：上述脊椎腐骨症狀完備時，診斷雖易，時或僅有 1—2 症狀而已。

a) **初期**，祇有刺激症狀時，往往診斷困難。**初期**應鑑別者，如小兒之 Barlow 氏病，時或發於女兒脊柱成長痛，脊椎神經病(起於癩病時)，腰痛(有種々原因)，脊髓癆之初期等，但可由疼痛之狀態，強直，愛克斯線檢查等區別之。

b) 有**下垂膿瘍**時，須與種々軟性腫瘤，囊腫等鑑別，向於原發竈須與**肋骨腐骨**，**胸膜周圍炎**，**骨盆腐骨**等區別。不可怠脊柱之檢查。

c) **脊柱有變形**時，須與**脊柱腫瘍**，**橡皮腫**等區別。

前田和三郎博士，最近分脊椎腐骨為次列五種。

1) 前驅期或不定期。祇有自發痛，鈍突敲打痛，但脊柱之強直或變形，尚不著明，與單純性神經痛，難於區別。

2) 疑症期。上述症狀外，有脊柱強直或變形之時期是也。

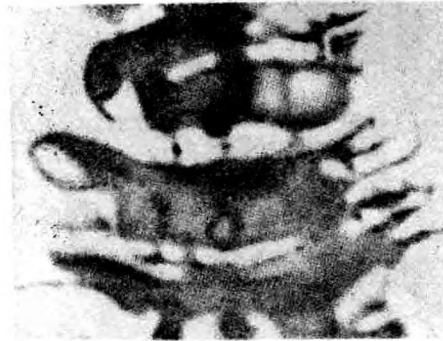
3) 初期。為上列症狀具備時，注意檢查，可下診斷，否則往往看過者有之。

4) 最盛期。上述症狀惡化外，更有後發，膿瘍，麻痺，瘻管等，其診斷可以一目了然。

第六百七圖

頸部骨炎之初期

(Quervain)



第六百八圖

由 VI—IX 脊椎腐骨之軟骨間關節及
脊椎骨之化膿



第六百九圖

椎骨之結核腐骨



5) 鎮靜期。胎存後彎，脊柱強直等，成爲非活動性狀況。

療法：務使全身榮養佳良，同時行局部療法，是時有種々處置。

i) **脊柱炎床**，在胸椎及腰椎腐骨時用之。使病人取腹位，有脊柱變形時，在不甚痛苦之範圍內矯正之，豫使病人穿線織衣，在背上用石膏帶，由枕部，項部至臀爲止，行石膏繃帶(在成人以固定石膏之故，加細鐵帶者)，俟石膏凝固後，將線織衣由前方切開，用以包囊石膏床緣可也。

石膏床置於下方，使病人取背位臥於其上，長保脊柱之安寧。脊柱變形甚時，非可一時矯正，隨其改良之時，逐漸改造石膏床。用本法時，雖已呈脊髓症狀者，亦得奏效。但於普通步行之人，則此法難於實行也。

ii) **石膏支持甲**。此爲可動性之固定法。是時須用 Sayre 氏懸吊裝置(有種々改良裝置)。使病人穿適合之線織衣，由本器將兩腋窩及頰部，

充分懸吊，以足尖僅能觸地爲度，而力圖矯正其脊柱。

脊柱之突出部，覆以棉花而保護之，或行石膏繃帶後，於該部開一小窗。又腹部多置棉花，以避石膏之過強壓迫。或石膏繃帶施行後，將腹側石膏加以較大之切開可也。

依上述準備後，將石膏繃帶，由頸部或項部下方至胸部及腹部，完全包被之，若是者繼續一二月，或數月，若脊柱變形甚時，每二三星期交換一次，逐漸矯正其變形。Calot氏等，主張在麻醉之下，用暴力，一時矯正後，加以石膏繃帶，但此法亦有危險。

又石膏支持甲，中有合併 Glison 氏牽引裝置或 Taylor 氏支持器者，特於頭窩骨時，用之。

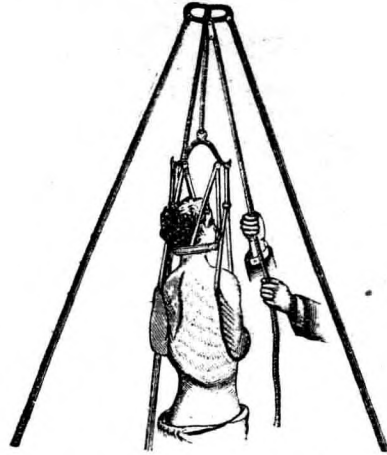
iii) **脊柱支持甲**。與石膏支持甲同，於可動性固定法之目的時間之，較石膏輕便，且易除去，但其固定性，不能如石膏之嚴格，故本器作爲石膏支持甲之後療法可也。

本器用革，Celloid 金屬等製成，其型式，因製造所而不同，須擇有信用之店，合共製造所，合用者，在小兒，隨其成長，改換本器。脊柱支持甲，約可用 1—2 年。

其他有種々浮動裝置，但近多不用。

iv) **對頸椎腐骨用石膏襟帶** (厚膏石膏帶在柔軟時，置頸部)，或胸部用石膏支持甲或普通脊柱支持甲，同時用 Glison 氏牽引裝置，Taylor 氏支持器，Jyrymast 氏支持器等補助之。

第六百十圖
施行石膏甲時所用之
Sayre 氏懸吊裝置



v) **理學的療法**。其中最要者，爲**日光療法**，行是法時，使病人取腹位，由背部照射之，或使臥石膏床上，即從而由腹部照射之。本療法在高山行之，更爲有效，有數月之間即收良果者，在本法不致有肌萎縮之慮。在日本，今尙未能普及，但今後當爲日見發達之良法也。

vi) **手術療法**。往時由背部手術，切除椎突，或開腹達椎體患部，由手術除去之，但屬冒險之手術，近無用之者。但作爲**手術的固定法**，如 Albee 氏，對於後彎之部，位將棘突加縱切開，插入取自脛骨之骨片棒，而固定之，暫時用石膏支持甲保護。其他雖有各種方法，而主要行之者，爲 Albee 氏方法。惟本法亦不足以根治一切，或有反對用本法者。

vii) 對**寒性膿瘍**行穿刺排膿，注入 10% 碘仿甘油，每星期 1—2 回。但原發竈逐漸惡化時，雖行本法，亦無效耳。

VIII. 橡皮腫性脊椎炎或脊椎微毒

昔視爲罕見之症，自愛克斯線發達以來，時々見之。頸椎較多，有時亦於胸椎腰椎見之。

橡皮腫常生於椎體(骨膜或骨髓)，在椎突者甚罕。

本病初期，其症狀不明，惟橡皮腫著明增大時，或吸收後，骨質變形著明，殆或現症狀。

症狀：局部疼痛(往々夜痛)，脊柱強直，脊柱變形(時或起角狀彎曲)，脊髓之壓迫症狀，雖與脊柱變腐骨相似，但決不見下垂膿瘍其他由年齡，經過，微毒之有無，驅微療法，愛克斯線檢查(骨之缺損，變形，硬化等)而區別之。

療法：行驅微療法，其他略與脊椎腐骨同，但陳舊變形，骨已癒着時，則難治。

IX. 畸形性脊椎關節炎

本病易與強直性脊椎關節炎混淆(據成書亦有種々記載)。本症發生多在40歲以上，其原因多由外傷或脊柱之反復過勞。

在下胸椎或腰椎發痛，起立行走時更甚，靜臥或固定脊柱，則痛止。時或於脊柱運動時，有捻髮音。脊柱之運動範圍，以次縮小，間或起高度後彎。

第六百十一圖

腰椎下部之微毒病變，兩側肌攣縮

(Quervain)



第六百十二圖

畸形性椎骨炎



本症在臨床上，雖與強直性脊椎關節炎相似，在病理解剖學上則不同，因椎間韌帶之彈力性，次第消失，向椎體間逸出，因而刺戟骨膜，骨在椎體邊隅增殖。故椎體邊隅變形，或呈邊緣骨腫之狀，椎體距離狹隘。此等形狀，由愛克斯像，多可瞭然見之。

療法：與畸形關節炎同。行水浴療法，熱氣療法透熱療法等。理學的療法，痛苦輕快時，逐漸行按摩術及體操。疼痛劇烈時，用石膏支持甲或其他支持器，同時用柳酸製劑。

X. 慢性強直性脊椎炎或脊椎關節炎

關於本病，有各種學說，昔所稱為外傷性脊椎炎，Kummel氏脊椎炎，慢性脊柱強直症等，似應歸納於此類。尋常甚罕見之。

原因：未確定，發於急性癩麻質斯，淋疾，黴毒，急性傳染病之後，或發於外傷(重傷或反復輕傷)後者亦有之，或有原因的動機，完全不明者。

20—40歲之男性為多，婦人甚少。

第六百十三圖

慢性強直性脊椎炎之韌帶器官化骨
(Hochenegg-Payer)



第六百十四圖

慢性強直性脊椎炎之特異姿勢



病理：起初在脊柱之小關節，起慢性炎症，漸發骨性癒着，其韌帶亦化骨。椎體初雖無恙，後因椎間韌帶化骨，椎體互起骨性癒着(613圖)於椎間孔有骨性增殖，因發神經根之壓迫症狀，但不如畸形性關節炎，椎體無骨質新生，至末期，反可見壓迫萎縮。

症狀：初在薦骨部，腰部有神經痛狀疼痛，漸發脊柱強直症，腰椎及下部胸椎尤著，漸達上方，成弓形後彎，脊柱變而剛直。病人因有特殊姿勢，如第 615 圖所示，軀幹成弓形，向前屈曲，頭部向前下垂，頰部接近胸骨，不能為水平視方向，以股關節及膝關節，屈曲而起立。又使病人就座時，身體難完全伸展，蓋使膝關節接觸床面而伸展時，上部脊柱及頭部，有懸空之勢。

脊柱以外，侵及肋骨脊椎關節，漸起強直，終則不能為肋式呼吸而行腹式呼吸。又股關節，肩胛關節等，亦有發僵麻質斯性疼痛及強直症者。

神經症狀。下肢亦有疼痛，感覺障礙，肌萎縮等，但此等症狀時或缺如。此外有發背長肌剛直，及萎縮者。

往時分為兩型，a) **Bechterew 氏型**。由胸椎開始，其後彎著明，脊髓神經之壓迫症狀，有神經痛，感覺障礙等。b) **Pierr -Marie-Strümpell 氏型**。由腰椎開始，後彎不著，無神經痛等症。二者之間，有移行型，多難劃然區別。

診斷：末期由其特殊之形狀，易於診斷，但初期於結核性脊椎炎，外傷性進行性化骨性肌炎，肌肉僵麻質每難區別。其中對於結核性脊椎炎之區別，在脊椎窩骨，有限局性壓痛，固定而守安靜，可較速治。由愛克斯線檢查，可以區別之。

預後：於生命無妨，但以病論則難治，榮養漸受障礙。

療法：各種有方法。

- i) 內科療法，向用 Aspirin, Salol, Chinin, 碘鉀等。
- ii) 近來謂蛋白體療法有效(Hass)。

iii) 理學療法，如水浴，熱氣，愛克斯線療法等，可以應用其他如按摩術及體操亦可。

iv) 但劇痛時，暫用石膏支持甲或支持器處置之。

v) 有二三學者，主張在全身麻醉下，施行強力矯正法，但少行者，有時或因此骨折之危險故也。

其他在脊柱有**放線狀菌病性脊椎炎**，**脊髓癆性脊椎炎**等，均甚少。又有**外傷性脊椎炎**之名稱，但與畸形性脊椎炎或硬直性脊椎炎有關係，似非特殊疾病。

XI. 椎骨腫瘤

1) **原發性**有肉腫，多生於胸椎或腰椎，尤多犯椎體。

2) **在續發性**，則肉腫，癌腫，有經血行而犯脊柱者。

症狀：i) 初期在脊柱之一處，有持續性疼痛，雖安靜亦不減，時或發坐骨神經痛。時亦有幾無痛苦而經過者。

ii) **強直**，疼痛時存在，不痛時消失。

iii) 隨其進行，發生**後彎**，多成弓形，不成角狀，亦有永不變形者。

iv) 肉腫著明增大時，在局部皮膚，有見浮腫或靜脈擴張者。

v) **脊髓之壓迫症狀**起於末期。初為刺激症狀，有持續性神經痛，知覺過敏，知覺異常，漸起麻痺此種症狀，多起於偏側，但神經根之壓迫症狀，則多為兩側性。時或發生痙攣，攣縮，血管營養障礙等。

vi) **經過**多迅速，漸發惡液質而死。

vii) 間或自然起脊柱骨折，突然呈脊髓壓迫症狀者有之。

診斷：肉腫及癌腫有原發竈時，大體可下診斷，否則不易，有時與脊椎腐骨，或脊椎橡皮腫相誤，但由愛克斯線檢查，大約可以區別。

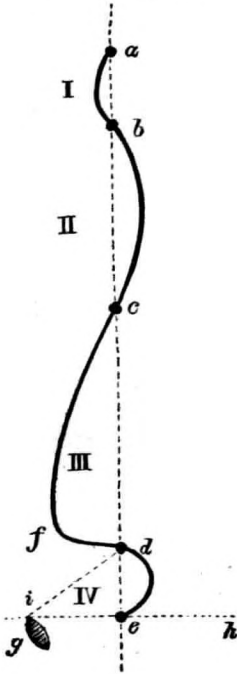
預後及療法：多屬不能手術。

間有脊柱骨腫，包蟲症，但臨牀上，多屬不明。

XII. 脊柱彎曲

在脊柱胎生期，本直而不曲，及生後起立時漸在矢狀方向為輕微之S字狀彎曲，其彎曲之處有四。

第六百十五圖
直立位置之脊椎彎曲狀態



(I)頸彎曲，(II)胸彎曲，(III)腰彎曲，(IV)薦骨彎曲，(a)枕前結節，(b)第六頸椎，(c)第九胸椎，(d)通第三薦椎之彎曲部，(e)尾骶骨之尖端，(f)薦骨部，(g)耻骨縫，(h)地平線，(i)前後縱線。

常由彎曲之方向而定，

- a) 側彎。左側或右側。
- b) 後彎。
- c) 前彎。

- a) 頸彎曲
- b) 胸彎曲
- c) 腰彎曲
- d) 薦骨彎曲

超過此種彎曲之程度，或向反對方向彎曲時，即為病理的彎曲，在橫方向，生後亦後平直，若向左右側有所傾斜，亦屬病理。由凸隆起之方向，分為：(日

第六百十六圖

先天性右側凸面脊椎側彎
(Quervain)



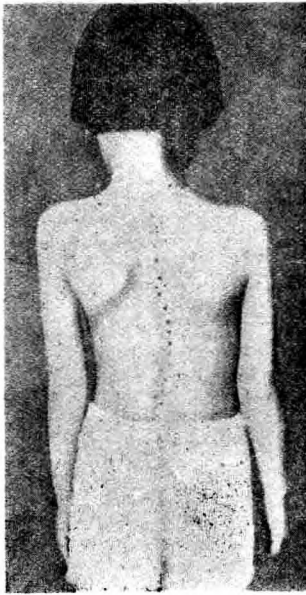
第六百十七圖
寫字時之不良姿勢



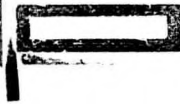
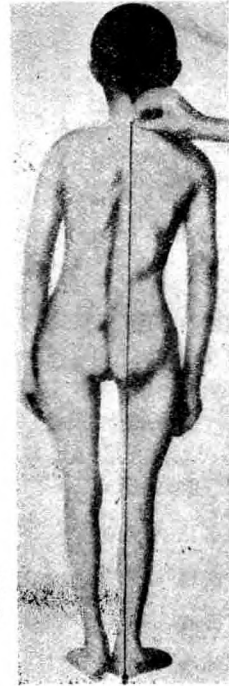
第六百十八圖
同 左



第六百十九圖
脊椎側彎症 (慶大整形外科教室)



第六百二十圖
側彎檢查法 (Qervain)



A) 脊椎側彎

分爲 a) 全部側彎及 b) 部分側彎兩種，其程度隨時不同。而原因亦有種々。

1) 先天性側彎。甚罕。有誤認爲習慣性側彎者，但療法相同。

2) 習慣性側彎。亦稱負擔畸形在側彎中佔最多數。述其種類如次。

a) 成長性側彎。8—16 歲之衰弱女子爲多，兒童亦有之。讀書或寫字時，因几案過低，或取不正姿勢而起。

b) 職業的側彎。裁縫等職業，其骨盤專向一方傾斜，因而發生，以少年職工，尤易發生本病。

側彎著明時，可一目瞭然，若輕度時，有不易見者，檢查時有種々方法，由上方棘突，逐一加以墨點，自後檢視之，或在頸椎上方，垂下一線，附以垂錘而檢之。非單純側彎，兼有柱迴轉時，發見稍有困難，側彎著明時，在其上方或下方，向反對側彎曲，蓋欲保持身體之

第六百二十一圖

初期之右側凸面脊椎側彎(輕症)



第六百二十二圖

同上(重症)(Quervain)

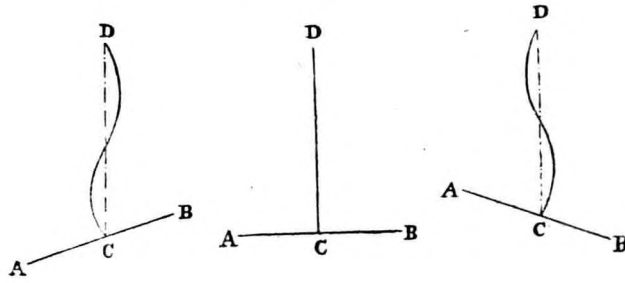


重心故也(代償性側彎)。

側彎由其程度，可分為三種。

- a) 脊柱雖側彎而椎骨無變化者。易於療治。
- b) 不獨側彎著明，兼有脊柱迴轉，胸廓變形，肋骨之隆起，胸骨之偏倚等。經治療可收效至相當程度。
- c) 上述變化，更屢著明，椎體變化顯然，側彎為之固定，雖施療亦難奏效者是也。

第六百二十三圖



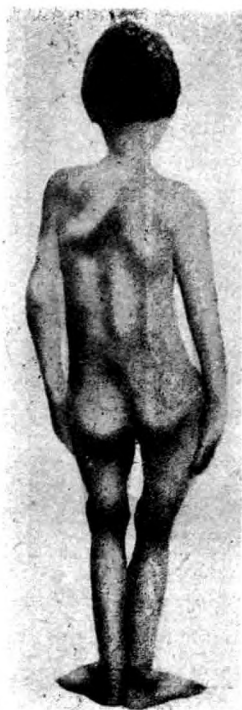
3) 靜力學性或代償性側彎。因兩下肢之長短不同，骨盆向一方傾斜所發生。例如股關節炎，腰肌炎，骨盆膿瘍，股關節脫臼，股骨折，膝關節屈曲等發生。

本病發生之理由。如第 623 圖所示假定骨盆之橫軸為 A—B—C，脊柱之縱軸為 D—C，今橫軸向一方傾斜時，縱軸亦隨之彎曲，若照此情形必向傾斜側傾倒，以欲防止之故，在縱軸上方，向反對側成爲側彎。即在腰椎，雖向傾斜側傾斜，而彎椎則向反對側成側彎，再在上方之頸椎，又向傾斜側稍作傾斜焉。

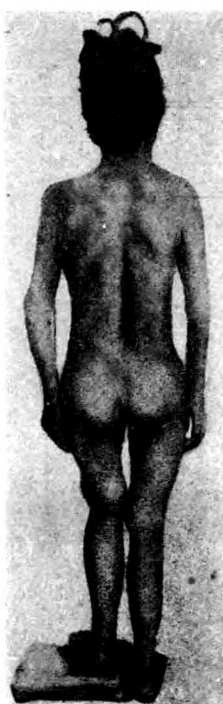
在靜力學性側彎，所短縮之下肢，置諸臺上，加以矯正，斯骨盆之傾斜，歸於消失時，側彎常變而不明。但側彎經數年之久時，已經固定，其矯正困難矣。

4) 外傷性側彎。於脊椎骨折，脊椎脫臼時見之，是時必爲重傷，如側彎者，不成問題。

第六百二十四圖
左側凸面腰椎側彎



第六百二十五圖
同左短縮之代償 (Quervain)



第六百二十六圖
學校桌椅(後爾細益爾氏型)



5) 病的側彎。由脊柱及胸廓之各種疾病。

a) 由於椎骨之疾病。最多者為椎骨窗骨，是時純粹之側彎甚少，多兼後彎。其他由脊椎骨微毒，放線狀菌病，腫瘍等又有由佝僂病，骨軟化症而起者。

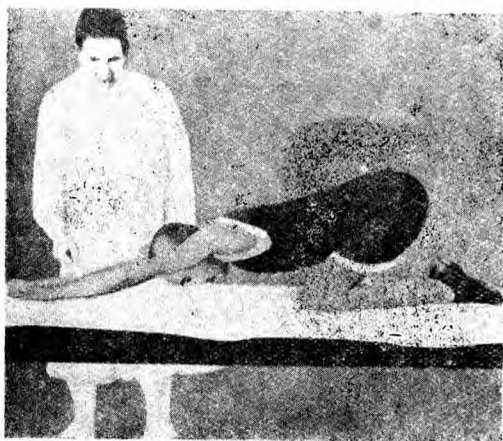
b) 癥痕性側彎。由側胸廣汎性癥痕牽縮，蜂窩織炎，陳舊性膿胸，偏側肺摘出後之類。

c) 肌性或神經性側彎。由進行性肌萎縮，半身不隨，急性小兒麻痺或 Heine-Medin 氏病後，胸肌麻痺，而起側彎，是時若加助力，可使脊柱復元，但放手，則仍為側彎之狀態。其他癥病時，因肌肉收縮，

第 六 百 二 十 七 圖
側 彎 矯 正 體 操 (桂 氏)



第 六 百 二 十 八 圖 (A)
側 彎 矯 正 體 操 (桂 氏)

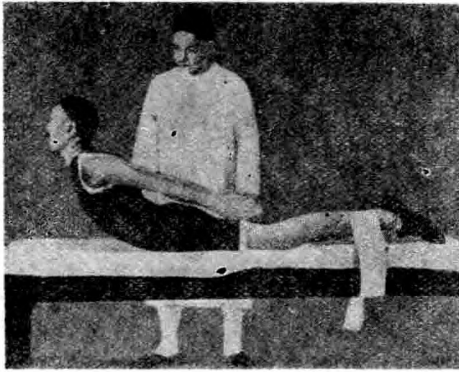


第 六 百 二 十 九 圖 (A)
側 彎 矯 正 體 操



第六百二十八圖 (B)

側彎矯正體操 (桂氏)



第六百二十九圖 (B)

側彎矯正體操



而發一時性側彎者有之。

① **症候的側彎**。腰痛，坐骨神經痛，下肢疼痛時，病人力求減少患側緊張，不期然而傾斜骨盆，發生側彎者有之。

預後：先天性側彎，習慣性側彎，若在初期施行適當療法，常可治。靜力學的側彎，外傷性側彎，病的側彎，則關於原病，但此等原病，多屬難治。

療法：對於續發性者，先治療其原病。茲就原發性中尤要之**習慣性側彎及後彎**略述如次。

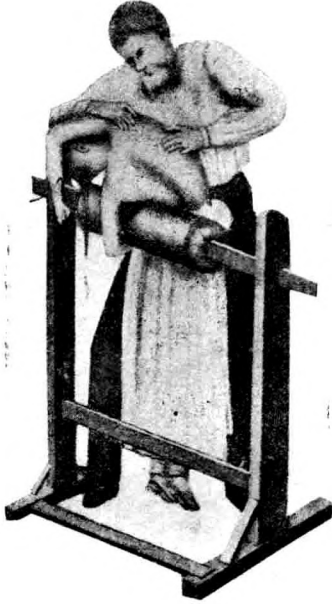
a) 第一以**豫防**為必要，即於衰弱兒童，力求榮養佳良，課以體操，易起習慣性彎曲者，在學校與以適當桌椅，坐時使身體保持正直，並須注意採光，且勿使久坐。此實學校衛生上，最應注意之問題也。

b) 既發生側彎或後彎時，雖有各種療法，仍望病人有長期忍耐及徹底自覺。茲述其療法如次，

i) **治療的體操及按摩法**。為矯正病態及增強肌力行之，深呼吸，

第六百三十圖

Wolm 氏側方彎曲法



第六百三十一圖

脊椎彎矯正法



亦屬重要。體操亦有種々方法(528, 529, 530圖)(參照整形外科書)。

ii) **他動的矯正法**。其目的與前同，用徒手或種々器械，以行矯正運動。各種器械中，推 Wolm 氏側方彎曲法爲最佳。

iii) **牽引法**。有 Glisson 氏浮動器，Hoffa 氏矯正器，Wullstein 氏矯正器等，由牽引使脊柱伸展，同時用壓枕等裝置，以壓力矯正之。或牽引與體操兼施之裝置，用 Schmidt 氏伸展遊戲板 Wagner 氏牽引器均可，又欲使側彎自行矯正，而有 Volkman 氏傾斜坐牀法，Wullstein 氏側彎矯正器等。

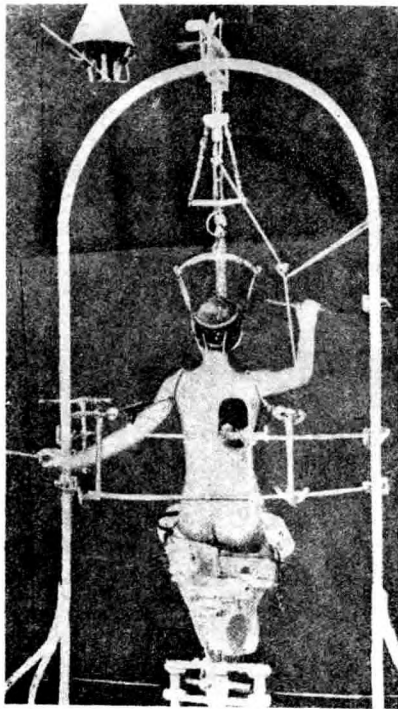
d) **石膏支持甲及支持器**

病人用 Sayre 氏裝置牽引之，造石膏支持甲，或更加支持器(支持器有種種)處置之，但用之過久，反使肌肉萎縮，故同時須行體操，不可久用裝置。

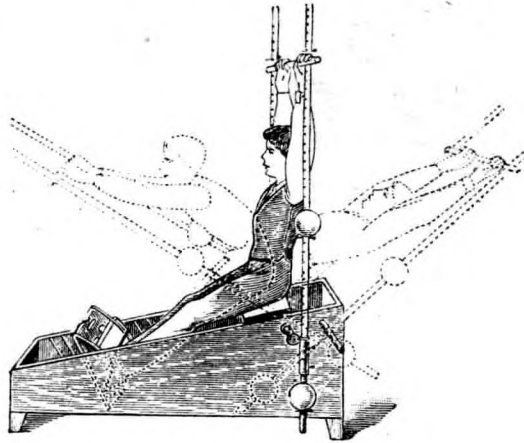
以上各種方法宜併用之(詳細須參照整形外科學書)。

B) 後彎

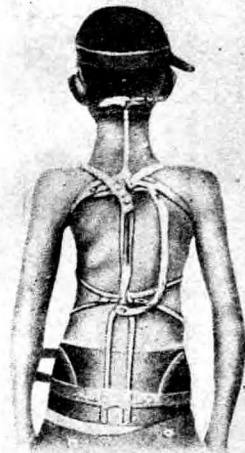
第六百三十三圖
Wullstein 氏側彎矯正器



第六百三十二圖
Beely 氏裝置



第六百三十四圖
Wullstein 氏支持甲



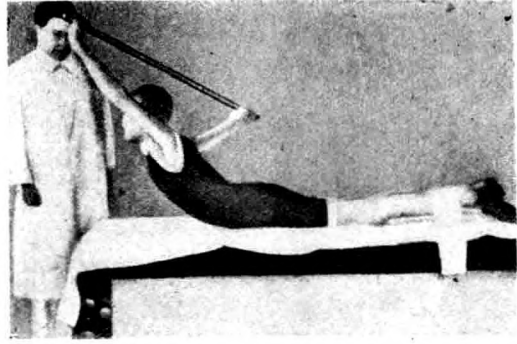
第六百三十五圖

圓 背 (Cemach)



第六百三十六圖

後 彎 之 矯 正 體 操 (桂 氏)

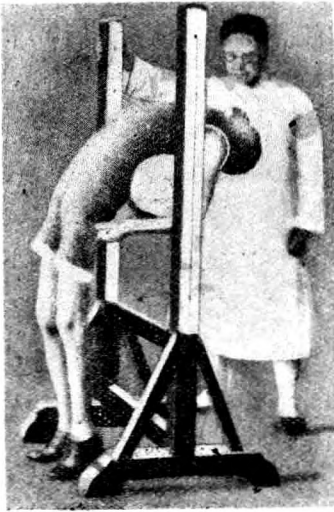


本症亦有各種原因。

ii) 部分的後彎時，成角狀彎曲。特稱 Pott 氏繼背。

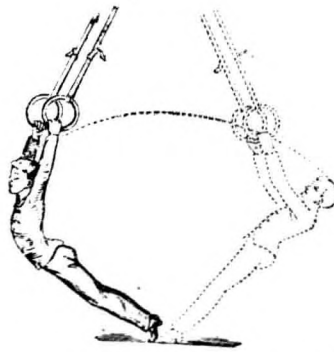
第六百三十七圖

迴 轉 枕 裝 置 (桂 氏)



第六百三十八圖

後 彎 之 懸 垂 體 操



- b) **廣泛性後彎**時，成弓狀彎曲，或曰圓背其主要原因如次，
- 1) **先天性後彎**。甚罕。
 - 2) **習慣性後彎**。分三種。
 - 3) **發育性後彎**。10-15 歲之衰弱女子，時或見於童男，尤多緣於在校時之體勢不良。多為全部後彎。
 - 4) **職業性後彎**。如搗工，裁縫等，因始終彎腰操作所致，常為全部後彎。
 - 5) **老人圓背**。因脊柱萎縮而起。
 - 6) **病的後彎**。由於各種原因，最多者由脊椎痲骨，其特徵為 P. tt 氏龜背，但每不若是著明。

第六百三十九圖

前彎且有進行性
肌萎縮 (Quervain)

脊柱微毒，脊柱放腺狀菌病脊柱腫瘍時，有發部分的後彎者。

其他如強直性脊椎炎，畸形性脊椎炎(罕)時，有發弓形後彎者。

又脊椎骨折，脊椎脫臼時，亦發部分的後彎，但是時兼有其他重症。

預後：大體與側彎同。

療法：大體與側彎同，以體操，按摩為尤要。

(C) 前 彎

較前少見。本症，脊柱穹隆面向前彎曲，以腰椎為主，且係續發性。

i) 多因有高度脊柱後彎合併，在腰椎發生前彎。

ii) 股關節炎，先天性股關節脫臼，腰肌收縮等，在股關節屈曲著明時，腰椎發生代償性前彎。

iii) 進行性肌萎縮症，在脊髓前角炎等，因



背肌麻痺，有起前彎者。

iv) 有由佝僂病，骨軟化症而發前彎者，但甚少耳。

前彎時，腹向前，臀部向後突出，腰部陷凹，胸項向後緊張。高度時，由直腸內，觸知腰椎穹窿部，是名**脊椎脫位症**。

預後：關於原病，多難治。

療法：用適當之石膏支持_甲或支持器，其他則行原因療法。

第二章 脊髓外科

I. 脊髓創傷

原因：由刺傷或鈍創。

i) **刺創。**由刀尖或槍等。

在頸椎，最多受傷，通過椎弓間而損傷者雖不少，時或穿破骨質而損傷脊髓者亦有之。時或凶器尖端，折在椎管之內，或由椎管內血腫，呈脊髓壓迫症。

ii) **鈍創。**直接損傷脊髓，或因是而起骨折，由骨片而挫滅，壓迫，或由血腫壓迫者亦有之。時或彈丸留在椎管，發現壓迫症狀。其他在損傷後，症狀不明，繼因化膿而生膿瘍，漸現壓迫症狀者亦有之。

症狀：由損傷或壓迫之限局性及程度而異，發偏側性或兩側性麻痺，或因脊髓神經受傷而發麻痺。時或由創傷流出腦脊髓液。

頸部脊髓受傷時，有立死者。

預後：刺創之預後，較良於鈍創，機能恢復較易，但麻痺區域過大時則難治。傷後有傳染時，起腦膜炎，脊髓炎等有生命之危。

診斷：受傷直後，有脊髓麻痺，尤為有腦脊髓液流出時(但往々不明)其診斷確實，至損傷之高低，可參照脊椎骨折項下。

療法：行無菌療法，創傷內用碘仿紗布，但消息子不可深入創傷之內，因反足以引起深部傳染故也。

因骨片或彈丸壓迫時，行椎弓截除術，務須及早除去之。對於脊髓麻痺，惟有對症療法。

II. 脊髓挫傷

因脊柱骨折，或脫臼而發，故受傷直後，即起麻痺，即症狀視脊髓之高低而異。挫傷之程度不一，甚者，發生兩側性麻痺。

因脊髓之再生不能充分，故亦難痊愈。

III. 脊髓震盪症

由高處墜落，或受重負壓倒，強烈之衝突，打擊等，發生腦震盪或震盪，時或就此死亡，幸而覺醒，呈脊髓震盪症者有之，關於此有種々議論，有否定脊髓震盪症者，有謂係脊髓受外傷而出血，因發本症者，或有視為一種神經症者。

症狀：震盪症及腦震盪症狀以外，有知覺障礙，知覺過敏，運動性麻痺，膀胱直腸障礙等。

此等症狀，有漸輕減者，有反漸陷衰弱而死者。

療法：與腦震盪之療法同。對局部行電氣療法，按摩術，浴療法等。

IV. 脊髓壓迫症

其原因不一。

i) **脊椎骨折及脫臼。**起於受傷直後，非即刻手術，解除壓迫則不治，但每兼脊髓挫滅，是時雖手術亦多不治。

ii) **脊髓血腫。**由脊柱受傷，或未傷及脊柱而生，後者在受傷直後無特別變化，迨血液著明集合時，始發壓迫症狀。由血腫之限局性及大小，而分為偏側性或兩側性。多逐漸吸收，壓迫症狀消失。但血腫大時，脊髓壞死，其後於該部成囊腫，永留脊髓障礙者有之。

iii) **異物。**尤為彈丸入於椎管。由手術除去之則治。但多兼脊髓損傷，故常難治。

iv) **脊椎腐骨之寒性膿瘍。**其成立緩慢，有由保守療法而治者。此外有脊椎腐骨之症狀，可以證明。

v) **脊椎或脊髓腫瘍。**是時之壓迫症狀為一側性，多緩慢開始，雖由保守療法，不見輕快。

症狀及療法等，參照脊椎骨折及其他項下。

V. 脊髓膜炎

種類不一，其主要者，為次述二種。

1) 脊髓外硬腦膜炎

原因：時或由脊柱之化膿骨髓炎，或由開放性損傷後之傳染，但多由於結核，來自微毒，者甚少。

症狀：有背痛，脊柱強直，神經痛，知覺過敏，時或有肌肉痙攣等，由原因有急性慢性之分，時或與脊髓內硬腦膜炎合併。

診斷：往々困難對上述之症狀及原因，須加注意，對**脊髓腫瘍**，須特加區別。

預後：由於微毒者良，其他則難治。

療法：對原因的疾病，治療之。雖行椎弓截除術，成績多不良。

2) 脊髓內硬腦膜炎

原因：本症每兼軟脊髓膜炎來自結核者較少，多起於脊髓開放性損傷後，手術後，或脊椎披裂症之破裂或手術後等之化膿炎症。

症狀：大體與脊髓外硬腦膜炎同，兼有體溫上昇，經過為急性。易與腦膜炎合併多，取死亡轉歸。

診斷：多易。由腰椎穿刺，可以證明之。

療法：對原病治療之，有創傷時，注意預防傳染，行脊椎切開術排膿，或用無害之藥液洗滌之，但多不效。

VI. 脊髓及其被膜之腫瘍

種類：有次列各種。

1) 硬膜外腫瘍

a) **原發性**如脂肪腫，肉腫，軟骨腫，內被細胞腫，包蟲病等。

b) **續發性**如轉移性肉腫，痛腫等。

2) 硬膜內腫瘍

原發性如脂肪腫，纖維腫，粘液腫，神經腫，肉腫，砂瘤，內被細胞腫，血管腫，包蟲病等，**續發性**之腫瘍甚少。

3) 脊髓內，有發膠質腫者，但不成瘤狀，多軟化而成空洞。

症狀：緩慢，發各種症狀。

i) 第一症狀，係由壓迫之刺激症，多因後根受刺激，發**神經痛狀疼痛**，初為偏側性，後亦及於他側。但由腫瘤之位置，有初期即屬兩側性者，若發於脊髓內時，根症狀及脊髓症狀，同時並至。

ii) 前根之刺激症狀，有在一定肌肉，發生**痙攣**者，後則漸成**麻痺**，肌肉亦著明**萎縮**。但肌肉麻痺，不獨為根症狀，亦起於脊髓自身之壓迫，由脊髓之高低，其麻痺區域亦不等。

iii) 由後根麻痺或脊髓自身障礙，發**知覺脫失**。此等症狀，初雖偏側性，其後成兩側性。若脊髓之半受侵犯時，有呈 Brown-Sequard 氏之特殊症狀者。

iv) 其他有反射亢進，足現像，膀胱及直腸障礙，由榮養神經之障礙，易發褥瘡。又第二胸椎之上方受侵犯時，呈**瞳孔變化**。

v) 硬膜外腫瘍若為惡性，則脊柱有變形者。

診斷：初發根症狀，後發脊髓症狀者，診斷雖易，但須與脊椎腐骨區別。

與硬腦膜炎之區別，可據其症狀，原因，及經過。脊髓腫瘍，時或與脊髓空洞症，脊髓炎，進行性肌萎縮等，有誤診者，須注意根症狀之有無。(詳見內科書)。

預後：多惡。

療法：行椎弓截除術，摘出腫瘍。硬膜外腫瘍及硬膜內腫瘍，時或能達目的，但脊髓內腫瘍。則手術成績不良。

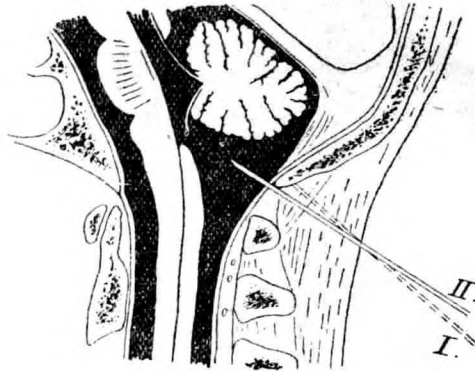
VII. 脊髓液腔攝影術

本法在 1912 年，由 P. Krause 氏所創始，後漸發達，今則為脊髓病之最要檢查法。行本法時，在項部行蜘蛛膜腔穿刺，注入造影劑(雖有種々，多用 Lipiodol)，身體使取斜位，逾下降後，行愛克斯線攝影，由造影劑之分布狀態診斷之。

行本法時，先使病人取坐位或右側位，頸部方向前屈曲，由枕部至項之上部間，剃毛，行皮膚消毒，在枕外結節與II頸椎棘突連結線上稍近中點之下方，穿刺之，或在中三分之一與下三分之一之交界點穿刺，是時用特殊之針，向正中面正直刺入4.2—4.7cm(平均4.5cm)。若偏側方刺入時，能傷血管及神經，刺入過深時，能傷延髓，特須注意。

第六百四十圖

蜘蛛膜腔穿刺法 模型圖



第六百四十一圖

同上之 穿 刺 針

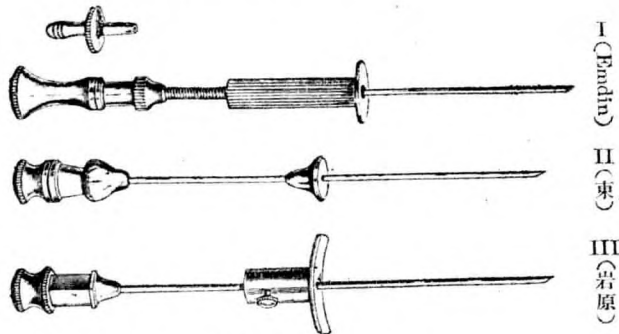
或為避免刺入過深在針上相當距離處，附以阻止之裝置。針較粗而，尖則稍鈍，且附有針心(641圖)。

針尖達蜘蛛膜腔時，由剎那間消失抵抗而知之，拔出針心，即

有透明性腦脊髓液流出。取之一定量，置於消毒之容器內。

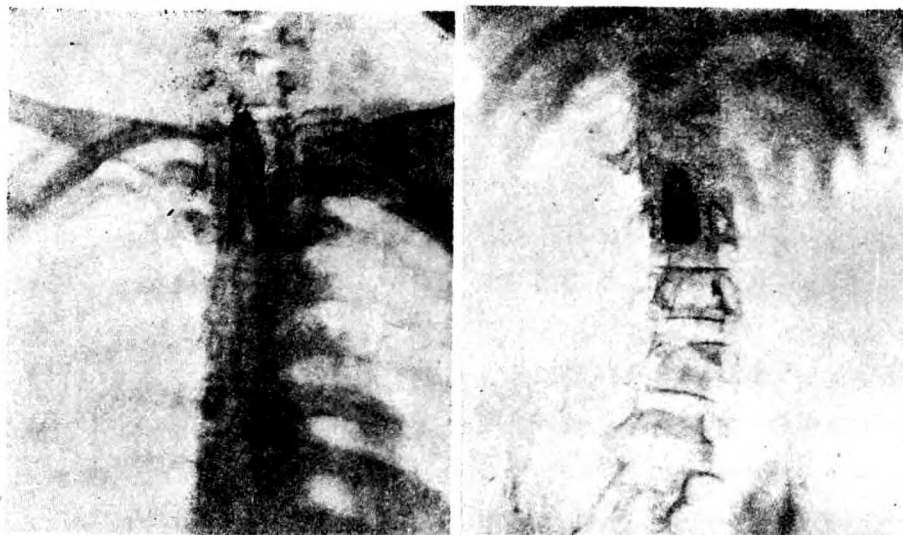
次將 Lipiodol 1.5 cc，由注射筒徐徐經穿刺針而注入蜘蛛膜腔內，注入後，將所存留之腦脊髓液注入，以洗針內之餘藥。注入完了後，使病人仰臥在20—30度之斜面臺上，庶脊管內 Lipiodol 可以下降，先用愛克斯線透視，經決定 Lipiodol 之位置後，行愛克斯線攝影。不但攝影，不僅一次須改換方向，行二三次。

椎管及脊髓無障礙時，可見 Lipiodol 向硬腦膜囊下方沈降，若有障礙，即見 Lipiodol 停留於其上，但愛克斯像，種々錯雜，判斷之須有相當經驗也。



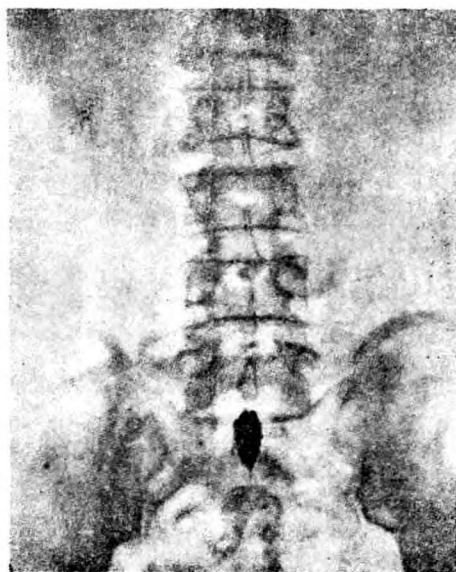
第六百四十二圖

椎管內有異常，造影劑停於中途（名大整形外科教室）



第六百四十三圖

造影劑向椎管內下方沈降之像



行脊髓液腔攝影術後，雖有各種副作用，如發熱，頭痛，項部硬直，腰痛，四肢等之神經痛，知覺障礙，運動障礙，膀胱及直腸障礙，惡心，嘔吐，暈眩，痲癢等，但不久常自治。雖有而致死者，則以蜘蛛膜腔穿刺過深，損傷延髓故也。

其他如脊髓內造影術，即脊髓空洞症時，注入 Lipiodol 於空洞內以攝影之法是也。硬膜外造影術，係硬膜與椎管之間，注入 Lipiodol 攝影之法，但不常用（詳見日本整形外科學會雜誌第七卷第

四號東陽一氏論文等)。

VIII. 脊髓手術

1) 椎弓截除術

椎管內之腫瘍，異物，脊椎骨折，脊椎脫臼，脊椎腐骨時，行之。

位置：取腹位或半側位，骨盆下，插入軟枕，以提高腰部(防腦脊髓液之流下)。

技術：身 在背部正中之棘突上，行充分縱切開。

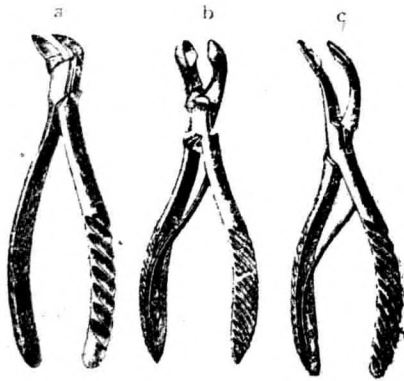
ii) 棘突及椎弓之骨膜，用骨膜剝離器，達附着部為止，完全剝離之。是時出血頗多用，紗布暫時壓迫，可以停止。

iii) 次用 Langenbeck 氏骨鉗子或 Bruns 氏脊椎穿開器，將兩側之椎弓截除。椎弓截除術中。以此為最費力，但一處既開，他部之骨切除容易。有出血時，用紗布暫時壓迫之。

iv) 由上述操作，穿開脊柱後，用鑷子二枚索提脊髓膜，在兩鑷子之間，逐

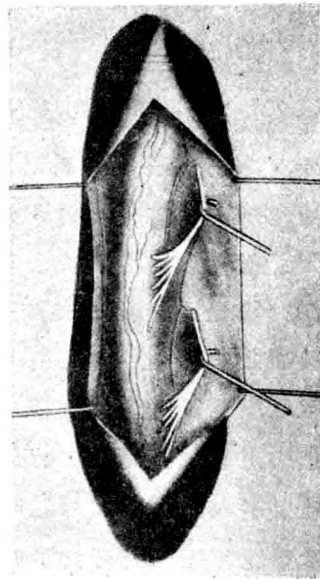
第六百四十四圖

脊椎弓截除術所用之骨鉗子



第六百四十五圖

Foerster 氏後根切除術



漸切開之，有腫瘍，異物，骨片時，則細心除去之，是時務勿接觸脊髓。因過於刺激，其後能生癒着故也。

v) 後將脊髓膜緻密縫合，次縫合肌，腱膜，皮膚。脊髓膜腫瘍時，對切除後所遺之缺損部，用腱膜補填之。

2) Foerster 氏手術

該手術于 Little 氏病之下肢攣縮時，或脊髓癆之胃發症時用之。由前記方法，穿開椎管，用動脈瘤針，將脊髓向側方移動切斷反對側所緊張之後弓。

下肢攣縮時，將 XII 胸椎，I—II 腰椎穿開，而切除 I—II 腰部之後根。

胃發症時，切斷 VI—XII 胸部之後根，但 Foerster 氏手術每有危險。

3) 腰椎穿刺術

(參照外科總論)。

附 加

植物性神經外科

植物性神經，於生命之機能，甚為重要，其研究之盛，在最近二十餘年，本神經於內外科兩科，均有重要意義，故述其大要如次。

全部神經，可分兩種。

1) 動物性神經 或腦脊髓神經或隨意神經。

2) 植物性神經 或自律神經或內臟神經或不隨意神經或生命神經或廣義之交感神經。

前者受腦及脊髓之支配，主要司運動，知覺感覺等，大體為本人之意思所左右，其研究，已頗進步。後者關於血行，內臟，分泌等，直接難由本人之意志加以左右也。

植物性神經，更可大別為二種。

第六百四十六圖

植物性神經系統

赤 = 交感神經系統 青 = 副交感神經系統 紫 = 兩系統之交通網



I) 交感神經

II) 副交感神經

A. 植物性神經之解剖

I. 交感神經系統

成於交感神經節及交感神經索。

在脊柱兩側，平行經過，上端由第一頸椎，下端達尾閭部。由纖細之神經纖維，與脊髓神經交通。次述各交感神經節之概要。

1) 頸神經節

分為次記之三對神經節。

a) 頸上部神經節。在II—IV.頸椎之橫突前方，頸動脈，迷走神經，舌下神經之後方，對舌咽神經，舌下神經及迷走神經交通，又向頸動脈神經叢，咽腔及心臟，發出分枝。

b) 頸中部神經節。在甲狀腺下動脈之內側，對甲狀腺動脈神經叢，及心臟神經叢，分出神經纖維，又經鎖骨下動脈之前後，與下頸部神經相交通。

c) 頸下部神經節。在VII.頸椎橫突之前，脊椎動脈由鎖骨下動脈而分枝之處，與I.神經節，構成星狀神經節。該神經節與鎖骨下動脈神經叢及上膊神經叢相連絡，又向心臟及枝氣管，亦有多數分枝。

2) 胸部神經節

有十二對神經節，對同高之肋間動脈，主動脈，氣管，肺，食管等神經叢，分出細枝，又分出大小內臟神經，貫通膈至腹部對腹部，神經叢及腎，腎上腺之神經叢有交通。

3) 腰神經節

由4—5對之神經節所成，於腹腔之各神經叢，即腎，主動脈，精囊，下腹等

第六百四十七圖

腰薦部神經節摘出標本

(京都帝大整形外科教室)



第六百四十八圖
頭 部 神 經 節 摘 出 標 本
(京都帝大神經科)



神經叢，分出細枝。

4) 薦骨神經節

成於三對神經節，於下腹，尾閭部之神經叢，分出細枝，又薦骨部神經纖維之下端，在正中線上相合，構成Walther氏神經節。

5) 腹神經節，太陽神經節

在膈之主動脈裂口前下部，係腹腔最大之神經節及神經叢，不獨來自上記之各種神經纖維，即來自迷走神經之細枝，亦與之連絡。此神經節主宰膈，胃，腸，肝，脾，腸系膜，腎，腎上腺，精索等之腹部全體。

II. 副交感神經系統

分爲1) 腦自律神經系統及2) 薦骨自律神經系統兩種。

1) 腦自律神經系統

出自中腦及延髓，由次迷之經過，達於末梢器官而支配之。

a) 中腦經動眼神經，達睫狀神經節，於是支配縮瞳肌及睫瞳肌。

b) 出自延髓與i) 大淺神經，同至蝶腭神經節，由此至淚腺及鼻咽腔之粘膜。

- ii) 經舌咽神經，再經數種神經節及神經，與耳神經同至腮腺。
- iii) 與面神經同經數種神經節及神經，至顎下唾液腺及舌下唾液腺。
- c) **迷走神經**係主要之腦脊髓神經，含有運動及知覺纖維，更重要者，含有副交感神經之纖維。迷走神經，由10—15枝之細神經纖維，由延髓橄欖體後方出發，經數種神經節及神經，支配咽，食管，心，氣管，枝氣管，肺，胃，腸，肝，脾，腎及腎上腺等。

2) 薦骨部自律神經系統

出自II—V. 薦髓，在小骨盆，構成陰部神經叢，由神經纖維，支配大腸下部生殖器等，膀胱等。

B. 植物性神經之生理及藥物

植物性神經在生理上之作用，與腦脊髓神經不同。

i) 受植物神經系統所支配之臟器，係受交感神經前副交感神經二重拮抗性支配，例如眼，瞳孔散大由交感神經司之，其收縮，則副交感神經主之。尤在心臟交感神經，由心動促進神經，以促進心之運動，而出身迷走神經之副交感神經，則抑制心運動是也。

ii) 植物性神經，不如腦脊髓神經，有興奮及安靜之交代作用，交感神經及副交感神經，係無所作用不息而毫無靜止者，兩者緊張度之動搖，與平衡秤之高低相似。但植物神經之安靜狀態，即兩系統之緊張度，表示完全保其平衡者也。

該緊張度之動搖，由於腦脊髓神經興奮，及複雜之反射作用，或由內分泌之血中，受某成分及精神之影響。其中植物性神經與內分泌之關係，甚為重要，關於此之種々內臟，均受植物神經二重拮抗支配所調節焉。

示內臟之關係時，則如前表。

又植物性神經，對於藥物，有特別關係。

1) **關於全部植物性神經者。**煙草毒對交感神經或副交感神經均有影響，初發生一時的興奮，後則發生麻痺焉。

2) **專作用於交感神經者。**腎上腺素刺戟對交感神經所支配之全部，麥角精及變性陳酪素鹼，於交感神經所支配之終末器官中，由交感神經可使興奮之末

末梢器官	交感神經系統	副交感神經系統
頭部	頸部交感神經	頭部自律神經
瞳孔部	-	+
睫狀肌	-	+
Müller氏肌	+	-
淚腺	-	+
唾液腺	-	+
汗腺	+	-
血管	+	-
立毛肌	+	-
食氣管部	胸部交感神經	迷走神經
支氣管肌	-	+
心臟肌	+	-
食管	-	+
腹部	內臟神經	迷走神經
血管	+	-
胃	-	+
胰臟	-	+
膽囊	-	+
小腸, 昇結腸, 橫結腸	-	+
腎臟	-	+
腎上腺	+	- (?)
	下內臟神經	陰部神經
降結腸, S字狀部, 直腸	-	+
泌尿生殖器	下腹神經	陰部神經
膀胱壓縮肌	-	+
膀胱括約肌	+	-
生殖器(血管, 皮膚收縮)	+	-
軀幹及四肢		
血管	+	-
汗腺	+	-
毛髮肌	+	-

+ (興奮) - (抑制)

稍，能使麻痺，但於由此而起抑制作用者，則無影響耳。

	交感神經緊張者	迷走神經緊張者
性質	易興奮多辯	靜而寡言
眼	眼球突出，瞳孔散大	眼窩陷凹，瞳孔縮小
皮膚	皮膚乾燥，發赤	皮膚發汗，蒼白
分泌物	淚液消化液之分泌少	淚液消化液之分泌多
心動	易於心悸亢進	脈搏遲徐
腸管	便秘	下痢
生殖器	易於興奮	—
Adrenalin 注射	反應著明，即血壓亢進，脈搏增加，尿量增加尿中有糖	反應輕度
Pilocarpin 注射	反應輕度 (唾液分泌增加，發汗)	反應著明，即流涎發汗，血壓下降，嘔氣等
Atropin 注射	瞳孔散大，心悸亢進口內乾燥等著治	反應輕度

3) 專作用於副交感神經者

膽素，素菌精，素扁豆素，防已素等，對副交感神之末梢有興奮作用，顛茄素，則有麻痺作用。

交感神經與副交感神經，多互相反對之作用，尤著者，為交感神經，使血管收縮，迷走神經，則使之擴張。而血壓能保適中者，在此二者之保持平衡。但其緊張度，因人而有強弱，故別為交感神經緊張者及迷走神經緊張者。Eppinger氏，及Hess氏，由腎上腺素(Adrenalin)及(Pilocarpin)之注射而區別之(參照前表)。

C. 植物性神經之手術

植物性神經之外科，雖尚未十分發達，今所行者，為頸，腹，四肢之交感神經外科，至於副交感神經之外科，僅有迷走神經，茲述其大

要如次。

I. 頸部交感神經之手術

A) 應用：可用於次列疾病。

1) 眞性癲癇

之原因，雖有各說，切除頸部交感神經時，可減輕血管運動神經之緊張度，變更腦之血行，而收良好云，但其結果，不變者約居半數。

2) 偏頭痛

之原因，亦有各說，或謂係頸部交感神經之痙攣，應切除兩側之頸部交感神經，或將頸總動脈及頸內動脈，行血管周圍交感神經切除術，可以收效云。(Hellwing, Witzel)。

3) 進行性半面萎縮症

由頸部交感神經慢性刺激之障礙，試行切除術，可見效云(Cahipault)。

4) 三叉神經痛

因叉神經領域之血管運動神經障礙，施有行頸部交感神經切除術者。(Jaboulay)。

5) Basedow 氏病

本病之原因有各說，由頸部交感神經之刺激，甲狀腺血管，受血管運動神經性刺激。因而腫脹，又如心悸亢進，震顫，發汗，及下痢等，皆因甲狀腺之機能亢進。

故主張將頸部交感神經節全部切除(Jaboulay, Jonnescu, Balacescu)。但其成績因人而異，亦多不治者。

6) 枝氣管喘息

喘息由於枝氣管肌之發作性痙攣，該肌受交感神經(肺神經叢)及交感神經(迷走神經)之二重支配。在藥物上，喘息由腎上腺素注射，可以輕快(交感神經之刺激)或注射顛茄素亦可輕快(副交感神經之麻痺)，是其明證。故有主張切除一側之頸部交感神經節者，(Kümmel)，又有摘出迷走神經之報告(Kappis)。柳博士就多數之喘息病人，行交感神經切除術，而收成效云。

7) 狹心症

本症由心及主動脈之神經叢刺激，切除頸部交感神經可也(Frank, Jonneau)。

S) 其他有數種疾病，可行交感神經切除術。

B) 頸部交感神經切除術術式(Brüning 及伊藤弘博士)。

用全身或局所麻醉行之。
病人取背位，面向健

側極力伸展，項部之下，
置一大枕，高舉肩胛，
使頭部下垂時，可增大
手術野而易手術。

皮膚切開，由乳突，
沿胸鎖乳突肌前緣，或
後緣達側頸之下三分
處爲止。

又切除下部之神經節
其手術野過小時，將胸
鎖骨外側下方，行弓狀
切開者有之。

次將頸濶肌切開，結
紮頸外靜脈而切斷之，露出胸鎖乳突肌，用肌鉤向內牽時，可見大血管鞘。

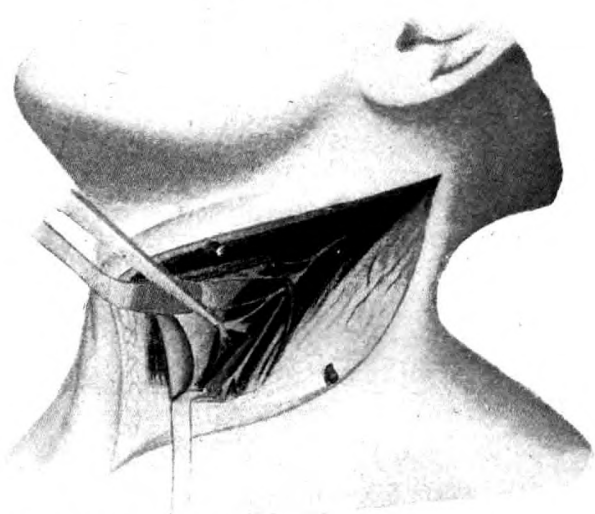
該血管鞘不切開而向內方牽引時，在手術野之正中，可見頸部交感神經(即頸
椎橫突之內方，膈神經內方或迷走神經外方)。

以鈍性剝離之，向下方探索時，即達甲狀腺下動脈之交叉點，頸中神經節，
即在此處。

該動脈結紮而切斷之，更切斷神經枝，向下方探索時，在脊角筋及脊柱間之
溝中，見有椎骨動靜脈及神經纖維經過，舉向內方驅逐時，即見頸下神經節，
在其下方，可見與星芒神經節連絡。若欲游離星芒神經節，可自後側，直達下
端剝離之，次剝離前側，是時須注意，勿傷肺尖及椎骨動脈。

次於上方，追求神經纖維易達頸上神經節，由是避免他神經及血管之損傷而
切除之。

第六百四十九圖
頸部交感神經節索狀切除術
(Brüning)



II. 腹部交感神經之手術

A) 應用：在種々疾病，可以應用，茲述其主要如次。

1) 胃發症。脊髓癆之胃發症時，切除太陽神經節，或伸展內臟神經，或切除，均有效。

2) 胃潰瘍時，近賁門之胃壁，行環狀切開，直達粘膜外部，支配胃壁之迷走神經或交感神經枝切斷時，可止胃痙攣，而胃液酸度亦可減少云，或有切除內臟神經者。

3) 無器質變化之胃腸擴張，分泌障礙及運動障礙時，切除太陽神經節可以收效云。

4) 對腎神經痛，出血性腎臟炎，腎臟水腫，切除腎神經可有效云。

5) 血管痙攣性無尿症，結石嵌頓性無尿症時，切除內臟神經，可有效。

6) 骨盆神經痛，陰道痙攣，坐骨神經痛，紅足症時，切除交感神經可有效。

上述各法，時或有效，但無把握，手術亦頗複雜。

7) 其他近來許多學者，對特發脫疽，Raynaud氏病，下腿潰瘍，骨及關節結核，慢性骨髓炎等，行腹部交感神經切除術，或同時用股動脈之血管周圍交感神經切除術，收效者頗多。

B) 腰薦交感神經節切除術術式

將III. 腰椎至III. 薦骨間之交感神經節，行偏側性或兩側性之摘出法是也。

前準備。在手術之前日，投蓖麻子油，使腸管空虛，臨手術時，用導尿管，使膀胱空虛，務使腹骨盆腔寬大，病人處骨盆高位，多在全身麻醉下行手術。

皮膚切開，在下腹部行正中切開，充分開腹後，腸管驅向上方，或暫置腹外用適溫之生理鹽水浸紗布包護之，於薦骨岬角之處，達後方腹膜，稍提高之，以薦骨岬角為中心，行正中切開，約長8cm，以達後腹膜腔。

腹部主動脈，在IV. 腰椎之前，向左右分岐，下腔靜脈在其下分岐，輸尿管在其側方，經腰大肌前面下行，腸骨總動脈在腹部主動脈之分岐部，通過其前側。

交感神經節，左上迷血管後方，先將血管周圍組織，用鈍性剖開，第一將薦骨岬角兩側最大之薦部交感神經節發見，(該神經節由腹膜上，亦可觸知)。用動

脈縮針，向上牽引，次用甲狀腺消息子，從周圍剖開之，其與脊髓神經之連絡，用鈍性切斷之，切除 II.—III. 薦骨神經節，更向上方，切除 III. 腰神經節，以下之神經節及，神經纖維。是時由血管之下，雖可連續摘出，不得已時，將薦神經節及腰神經節分別切除亦可。

最後封閉後腹膜，行腹壁縫合。

III. 動脈外圍交感神經 切除術

應用：主要用於四肢疾病，

例如神經損傷後之血管營養神經障礙，由於脊髓旁之壞疽，特發脫疽，Raynaud 氏病，糖尿病性脫疽，紅足症，鞏皮症，下腿潰瘍，難治性骨折，骨及關節結核，慢性關節癱瘓質斯，慢性發疹等，均可應用，但比諸腹部之交感神經切除術，則其效較少。

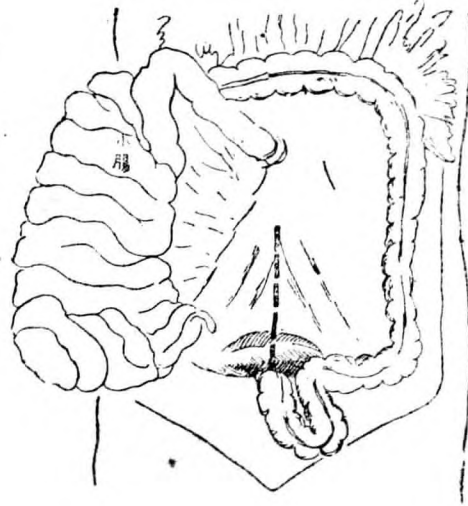
1) **股動脈之血管外圍交感神經切除術。**依法充分露出股動脈，先將血管鞘行縱切開，次切開血管壁外膜其全周，約僅切除 8—10 cm 之。

術後動脈，在 2—6 小時，發生局部痙攣，末稍蒼白，厥冷，血壓降低。其後

第六百五十圖

後腹壁腹膜切開術

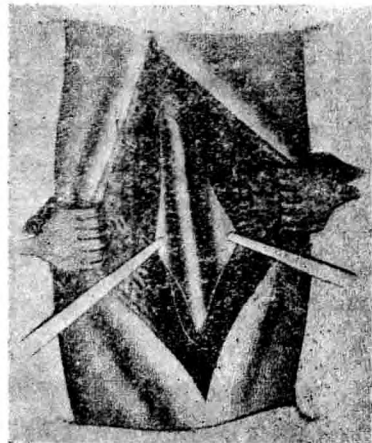
..... 後腹壁腹膜切開部



第六百五十一圖

動脈外圍交感神經切除術式

(Brüning)



則該動脈擴張，該肢發紅，溫暖疼痛亦消失，皮膚溫度增高(2—4°C)，經3—6日而又下降，但手術後數個月，能繼續上昇1—2°C。

2) **腋動脈之血管外圍交感神經切除術**，大體與股動脈同，但在實際上，罕用之。

3) **頸動脈之血管外圍交感神經切除術**。半身不遂症，癱瘓，綠內障，Basedow氏病時，與頸部交感神經節切除術，同時行之。

VI. 末梢脊髓神經之手術

交感神經，經動脈壁而至末梢之外，其一部分亦在末梢脊髓神經中，支配末梢。切斷脊髓神經時，同時有發運動及知覺障礙之慮，故通常不行此種手術，但坐骨神經痛時，有行坐骨神經手術者，坐骨神經伸展術或酒精注射，於此病亦有效。

V. 副交感神經之手術

所應用之疾病，如枝氣管喘息，狹心症，胃發症，胃潰瘍等，可以代表之，是時將一側之，迷走神經，在返神經分岐部下切斷之，但不如交感神經切除術之能奏效。

