

醫 學 士 劉 國 霖 著

名 醫 叢 著

(原 名)

(專 科 診 療 醫 典)

第 一 冊

名醫叢著

(原名)各科
專門診療醫典譯本弁言

是書爲日本諸名醫著述之集成溯鄙人自脫離教育範圍後改途入醫校以至今日業醫數年不離座右之參考書也久欲譯成中文供諸醫界之參考復以文學謬陋日語粗通恐遺笑大方故欲爲而不果者再至任醫學教授以來遍歷書市欲購一適當之教科書苦不可得卽有一二種類非失之甚繁卽失之過簡且屬譯十數年前之著作至適當之參考書則猶屬缺如無論醫學之道日新月異此種繁簡不當之教科書其適用於今日與否不問可知矣原此書各科皆俱用爲參考既適於臨牀復便於攜帶且爲最近之著作故不揣能力勉爲譯述以供同好而微補吾國醫學之進步惟鄙人終日碌碌於學校醫院藥房之間本無暇顧此率而撰觚內容不當之處實不能免仍祈讀者 諸大雅時加指正以匡不逮鄙人極表歡迎然是書原定計畫分四期出版第一期於本年一月一日出版復以郭軍倒戈更換鉛印之故微有遲延故預定延期至二月一日不意一則以中國工藝之窳敗製版遲延一則以書中醫學名詞罕見稀有之字甚多每停工以待現鑄以致荏苒至今始行就緒仍祈愛讀 諸君見原是荷

中華民國十五年四月一日奉天劉國霖志於陪都

本書譯例

- 一、此書各科俱備攜帶便利可供臨牀醫者專門學校參考之用
- 一、原書有西名無譯語者以假名切音本書均爲尋出原文
- 一、原書僅有西名而譯無語者間爲酌定但必附註於下以俟博學改正
- 一、書中所有解剖名詞仍用舊時譯語以俟教育部科學名詞審定會議決發表後再行更正
- 一、各科相同之病症則僅於主要之分科述之以免重複讀者須注意例麻疹百日咳於內科傳染病中則略而不述僅述於小兒科是也
- 一、譯筆不文及訛謬之處甚望方家教正

名醫叢著 (原名) 各科診療醫典 第一期目錄

專門

外科 總論

皮膚病

醫學博士 鹽田 廣重
 醫學博士 青山 徹藏
 醫學博士 茂木 藏之助

編譯者 盛京 醫學士 劉 國 霖

皮下出血.....一
 皮下皮膚剝離.....一
 皮下氣腫.....一
 皮膚成形手術.....二
 瘰.....三
 癰疽.....四
 皮下蜂窠織炎.....四
 丹毒.....四
 象皮病.....五
 筋 及 腱 疾 患.....五
 腱肥大、腱結節腫.....六
 軋轢性腱鞘炎.....六

狹窄性腱鞘炎.....六
 腱鞘水瘤囊腫.....六
 化膿性腱鞘炎.....七
 化膿性筋炎.....七
 木性蜂窩織炎.....七
 肌肉及腱鞘之結核.....八
 一、肌肉結核.....八
 二、腱鞘及粘液囊結核.....八
 筋膜及肌肉之創傷.....九
 皮下創傷.....九
 筋之裂傷.....九
 腱之損傷.....九
 腱之開放損傷.....一〇

髓鞘及粘液囊之損傷.....一〇

骨之損傷及疾患

骨折.....一一

一、 屈曲骨折.....一一

二、 捻轉骨折.....一一

三、 壓迫骨折.....一一

四、 粉碎骨折.....一一

五、 銳創骨折.....一二

急性傳染性骨髓炎.....一四

骨結核症(結核性骨炎).....一六

骨梅毒.....一八

蛋白性或漿液性骨膜炎及骨髓炎.....一八

骨壞疽(骨疽).....一八

佝僂病.....二〇

關節之損傷及疾患

關節捻挫.....二〇

關節挫傷.....二〇

放開性關節損傷.....二一

外傷性脫臼.....二二

先天性脫臼.....二三

病之(特發)脫臼.....二三

攣縮及強直.....二四

急性關節炎.....二五

一、 急性漿液性關節炎或急性關節水腫.....二五

二、 化膿性關節炎.....二六

淋毒性關節炎.....二六

梅毒性關節炎.....二七

慢性關節炎.....二八

畸形性關節炎.....二八

神經病性關節炎.....二九

血友病性關節炎.....二九

關節鼠.....二九

結核性關節炎.....三〇

神經脈管及淋巴管疾患

神經之皮下損傷	三五	化學之損傷	四七
神經之開放損傷	三五	電氣之損傷	四八
神經痛	三九	電擊之損傷	四八
動脈瘤	四〇	日射病	四九
靜脈瘤	四一	熱射病	四九
血栓性靜脈炎	四二	腫瘍	
淋巴管炎	四二	纖維腫	五〇
一、急性淋巴管炎	四二	粘液腫	五〇
二、慢性淋巴管炎	四三	脂肪腫	五〇
淋巴腺炎	四三	軟骨腫	五一
急性淋巴腺炎	四三	骨腫	五一
慢性單純性淋巴腺炎	四三	筋腫	五三
結核性淋巴腺炎	四四	神經腫	五三
射創及化學之損傷等		膠腫	五四
射創	四五	乳嘴腫	五四
一、銃創	四五	腺腫	五五
二、砲創	四六	血管腫	五六

目錄 外科總論

四

一、單純性血管腫	五六	一、淋巴腺之結締織性肉腫	六二
二、海綿樣或竇狀血管腫	五六	二、淋巴瘤腫	六二
三、蔓狀血管腫或蔓狀動脈血管腫	五七	三、惡性淋巴瘤腫	六二
淋巴管腫	五八	四、白血病性淋巴瘤腫	六三
內皮細胞腫	五八	黑色腫或黑色肉腫	六三
一、淋巴管內皮細胞腫	五九	多發性骨髓腫	六三
二、血管內皮細胞腫	五九	綠色腫	六四
三、血管外皮細胞腫	五九	癌腫	六四
四、腦砂腫或硬腦膜內皮細胞腫	五九	混合腫瘍	六五
五、其林杜維木(圓柱腫)	五九	一、單純性混合腫	六五
肉腫	五九	二、類畸形腫	六六
甲、由結締織發生者	六〇	三、畸形腫	六六
乙、骨肉腫	六〇	皮膚樣囊腫	六六
一、骨膜性肉腫	六〇	粉瘤	六七
二、骨髓性肉腫	六一	真珠腫	六七
丙、淋巴腺腫瘍狀腫脹	六二		

外科各論

頭 部 外 科

頭蓋骨骨折.....六八

腦壓迫.....六九

腦挫傷.....六九

頭蓋內出血.....七〇

腦震盪.....七一

塞法羅塞雷(腦脫出).....七一

腦水腫.....七二

腦膿瘍.....七二

腦腫瘍.....七三

顏 面 外 科

兔唇.....七三

口蓋破裂.....七四

顏面之傷害.....七五

醫學博士 鹽田廣重
 醫學博士 青山徹藏
 醫學博士 茂木藏之助
 編譯者 醫學士 劉國霖

顏面骨折.....七五

顏面溢折.....七五

顎骨之後天性畸形.....七六

顎骨骨折.....七六

A. 上顎骨骨折.....七六

B. 下顎骨骨折.....七六

下顎脫臼.....七八

甲、前方脫臼.....七八

乙、後方脫臼.....七八

顎骨之齒根骨膜炎及骨膜炎.....七八

顎骨骨髓骨膜炎.....七九

顎骨結核.....七九

顎骨梅毒.....八〇

顎骨放線狀菌病	八〇	口腔結核	八七
顎囊腫	八〇	口腔梅毒	八八
甲、齒根囊腫	八〇	舌白斑	八八
乙、濾胞齒囊腫	八一	口腔癌腫	八九
顎骨腫瘍	八一	甲、頰部粘膜之癌腫	八九
甲、齒槽突起腫瘍	八一	乙、口基底癌	八九
乙、顎骨體部之腫瘍	八一	丙、舌癌	九〇
齒性顎腫瘍	八一		
顎骨體部肉腫	八二	頸部外科	
海毛路氏腔癌腫	八三	斜頭或斜頸	九二
唾液瘻管	八三	先天性頸瘻	九二
異物及唾液結石	八四	頸部蜂窩織炎	九二
唾液腺炎症	八四	頸部放線狀菌炎	九三
米苦里此氏病	八五	頸部腫瘍	九三
蝦蟆腫(拉奴拉)	八五	良性甲狀腺腫	九四
唾液腺之混合腫瘍	八五	急性甲狀腺腫	九六
唾液腺之上皮性腫瘍	八六	慢性甲狀腺炎	九七
水瘤	八六	惡性甲狀腺腫	九七

巴塞兜氏病..... 九八 肋骨及胸骨梅毒..... 一〇八

甲狀腺摘出後之惡液質..... 九八 胸壁放線狀菌病..... 一〇九

粘液浮腫席泡其雷歐伊吉斯木斯雷秦病..... 九八 肋膜及肺臟創傷..... 一〇九

食道損傷..... 九九 血胸..... 一一〇

食道糜蝕..... 一〇〇 氣胸..... 一一〇

食道內異物..... 一〇〇 禮胸..... 一一一

食道狹窄..... 一〇二 陳舊膿胸..... 一一二

食道擴張..... 一〇四 心臟及心囊外..... 一一三

一、環狀汎發性擴張即食道擴張..... 一〇四 青春期乳房炎..... 一一四

二、一部膨出即食道憩室..... 一〇四 產婦乳房炎..... 一一四

食道癌脂..... 一〇五 鬱滯性乳房炎..... 一一四

胸 部 外 科

胸部挫傷..... 一〇六 慢性間質性乳房炎..... 一一五

肋骨骨折..... 一〇六 慢性囊腫性乳房炎..... 一一六

肋骨結核..... 一〇七 配吉埃透氏病..... 一一六

胸骨結核..... 一〇八 乳房良性腫瘍..... 一一七

乳房惡性腫瘍..... 一一七

乳癌	一一七	汎發性急性腹膜炎	一一五
脊柱外傷	一一九	結核性腹膜炎	一一六
一、捻挫	一一九	橫膈膜下膿瘍	一一六
二、側關節脫臼	一二〇	肝臟損傷	一一六
三、挫傷	一二〇	肝臟膿瘍	一一七
四、脊椎體單獨骨折	一二〇	肝臟腫瘍	一一八
五、棘狀突起脊椎弓橫突起單獨骨折	一二〇	一、肝臟囊腫	一一八
六、全脫臼及全脫臼骨折	一二〇	甲、寄生性囊腫	一一八
七、刺傷、銃創等	一二一	肝臟胞虫	一一八
脊髓外傷	一二一	乙、非寄生性囊腫	一一八
棘狀突起破裂	一二二	二、實性腫瘍	一一九
脊椎骨瘍	一二二	一、肝臟梅毒	一一九
梅毒性脊椎炎	一二四	二、良性腫瘍	一一九
慢性脊柱關節強直症	一二四	三、惡性腫瘍	一一九
腹部外科		膽石症	一二九
腹壁損傷	一二四	急性脾臟炎	一二〇
腹部瘻管	一二五	脾臟腫瘍	一二一
		一、脾臟囊腫	一二一

二、其他之脾臟腫瘍	一三一	三、胃切除術	一三七
脾臟損傷	一三一	腸管先天異常	一三七
脾臟膿瘍	一三二	先天之腸管狹窄及閉塞	一三八
脾臟腫瘍	一三二	席路西由是布路恩古氏病	一三八
一、原發性腫瘍	一三二	腸管放線狀菌病	一三八
二、慢性脾肥大	一三二	腸管潰瘍	一三九
脾摘出術	一三二	狹窄形成腸潰瘍	一四〇
胃之異物	一三三	腫瘍形成潰瘍	一四〇
胃之外傷	一三三	腸管癌腫	一四〇
甲、皮下創傷	一三三	虫樣突起炎	一四一
乙、開放性創傷	一三三	腸不通症	一四二
丙、自胃內部之創傷	一三四	脫腸	一四三
胃潰瘍	一三四	脫腸嵌頓	一四四
胃之腫瘍	一三五	脫腸內糞便蓄積	一四六
胃之手術	一三六	脫腸炎症	一四六
一、胃瘻造設術	一三六	一、急性炎症	一四六
二、胃腸吻合術	一三六	二、慢性炎症	一四六

鼠蹊脫腸	一四七	肛門裂創	一五三
一、外鼠蹊脫腸	一四七	痔疾	一五四
二、內鼠蹊脫腸	一四九	肛門及直腸脫出	一五六
股脫腸	一四九	直腸及肛門癌	一五七
閉鎖孔脫腸	一五〇	泌尿及生殖器系疾患	
坐骨脫腸	一五〇	腎臟外傷	一五八
會陰脫腸	一五〇	遊走腎	一五九
臍脫腸	一五一	腎臟結石	一五九
一、臍帶脫腸	一五一	腎臟水腫	一六〇
二、嬰兒臍脫腸	一五一	腎臟及腎盂之外科炎症	一六一
三、大人臍脫腸	一五一	一、無菌性腎臟炎及腎臟周圍炎	一六一
腹脫腸	一五一	二、有菌性腎臟炎及腎盂炎	一六一
內脫腸	一五一	腎臟結核	一六二
直腸瘻管(痔瘻)	一五一	腎臟腫瘍	一六三
直腸狹窄	一五二	甲、良性腫瘍	一六三
肛圍膿瘍	一五三	乙、多發性囊腫	一六三
肛門及直腸閉鎖	一五三	丙、惡性腫瘍	一六四

腎臟周圍結締織炎	一六四	甲、直接創傷	一七五
膀胱外傷	一六五	乙、挫傷	一七五
膀胱加苔兒	一六六	一、第一度挫傷	一七五
甲、表皮性膀胱加苔兒(洛維金古氏)	一六六	二、第二度挫傷	一七六
乙、一、化膿性安母尼亞性膀胱加苔兒	一六六	三、第三度挫傷	一七六
乙、二、酸性化膿性膀胱加苔兒	一六八	尿道狹窄	一七七
膀胱結石	一六九	陰莖畸形	一七九
膀胱異物	一七〇	陰莖之外傷	一七九
膀胱腫瘍	一七一	一、海綿樣體之皮下裂傷(陰莖屈折)	一七九
攝護腺炎	一七二	二、挫傷	一七九
一、單純性攝護腺炎	一七二	三、創傷	一七九
二、淋疾性攝護腺炎	一七三	四、所謂陰莖脫臼	一七九
三、結核性攝護腺炎	一七三	陰莖腫瘍	一七九
攝護腺肥大	一七三	甲、良性腫瘍	一七九
攝護腺腫瘍	一七四	乙、惡性腫瘍	一八〇
尿道畸形	一七五	陰囊及睪丸之畸形	一八〇
尿道外傷	一七五	陰囊炎症	一八一

陰囊水腫	一八一	三、肩峯突起骨折	一八八
精系水腫	一八二	四、鳥喙突起骨折	一八八
精系靜脈瘤	一八二	上膊骨上端骨折	一八八
罌丸及副罌丸之炎症	一八三	一、上膊骨頭骨折	一八八
一、急性炎症	一八三	二、上膊骨解剖頸骨折	一八八
二、慢性單純性炎症	一八四	三、上膊骨骨端線骨折	一八九
副罌丸結核	一八四	四、上膊骨結節骨折	一九〇
罌丸梅毒	一八四	五、上膊骨外科頸骨折	一九〇
罌丸腫瘍	一八五	肩胛關節脫臼	一九〇
甲、良性腫瘍	一八五	一、肩胛關節前方脫臼	一九一
乙、惡性腫瘍	一八五	二、肩胛關節後方脫臼	一九三
去勢術	一八六	急性及慢性漿液性肩胛關節炎	一九四
上肢外科		化膿性肩胛關節炎	一九四
鎖骨骨折	一八六	結核性肩胛關節炎	一九四
肩胛骨骨折	一八七	肩胛部粘液囊之炎症	一九五
一、肩胛骨體骨折	一八七	鎖骨之炎症病	一九五
二、肩胛骨頸骨折	一八七	肩胛骨之炎症病	一九五

肩胛部之腫瘍……………一九六

上膊骨幹骨折……………一九六

肘部粘液囊之疾患……………一九七

上膊骨下端骨折……………一九七

一、上膊骨髁上骨折……………一九七

二、通肘關節內有冰裂上膊骨髁上骨折

三、上膊骨下端骨端線離開骨折……………一九八

四、上膊骨肘突起骨折……………一九八

五、上膊骨內上髁及內髁骨折……………一九九

六、上膊骨外上髁及外髁骨折……………一九九

前膊骨上端骨折……………一九九

一、鴛嘴突起骨折……………一九九

二、冠狀突起骨折……………二〇〇

三、橈骨小頭骨折……………二〇〇

四、橈骨頸骨折……………二〇〇

肘關節脫臼……………二〇一

一、兩前膊骨脫臼……………二〇一

甲、兩前膊骨後方脫臼……………二〇一

乙、兩前膊骨前方脫臼……………二〇二

丙、兩前膊骨側方脫臼……………二〇二

二、兩前膊骨排開脫臼……………二〇二

三、尺骨脫臼……………二〇二

四、橈骨脫臼……………二〇二

肘關節炎……………二〇三

一、急性肘關節炎……………二〇三

二、慢性肘關節炎……………二〇三

三、結核性肘關節炎……………二〇三

上膊及肘關節部腫瘍……………二〇三

前膊骨骨折……………二〇四

一、兩前膊骨折……………二〇四

二、尺骨骨折……………二〇四

一、尺骨骨幹骨折……………二〇四

二、尺骨莖狀突起骨折……………二〇五

三、橈骨骨折……………二〇五

一、橈骨骨幹骨折……………二〇五
二、橈骨下端骨折……………二〇五
結節樣腫(威古里翁)……………二〇九
駢指……………二〇九

腕關節脫臼……………二〇六
剩指……………二〇六

一、橈腕關節脫臼……………二〇六
手及指之軟部創傷……………二〇六

二、下橈尺關節脫臼……………二〇六
手及指之骨折及脫臼……………二〇六

三、腕骨間關節及各腕骨脫臼……………二〇七
掌骨骨折……………二〇七

前膊之急性炎症……………二〇七
指骨骨折……………二〇七

前膊及手腕之腱及腱鞘諸病……………二〇七
腕掌關節脫臼……………二〇七

甲、前膊及手腕伸側腱及腱鞘諸病……………二〇七
掌指關節脫臼……………二〇七

一、軋轢性腱鞘炎……………二〇七
指骨間關節脫臼……………二〇七

二、漿液性腱鞘炎……………二〇七
瘰癧……………二〇七

三、化膿性腱鞘炎……………二〇八
指骨及掌骨之結核症……………二〇七

乙、前膊及手腕屈側腱及腱鞘諸病……………二〇八
手及指之梅毒……………二〇七

一、急性腕骨粘液囊及腱鞘炎……………二〇八
就蒲伊透林氏指彎屈症……………二〇七

二、慢性漿液性腕骨粘液囊炎及腱鞘炎……………二〇八
彈撥指……………二〇七

前膊骨及腕骨之炎症……………二〇八
下 肢 外 科……………二〇七

結核性腕關節炎……………二〇九
二〇九骨盤骨骨折……………二一三

骨盤骨之急性傳染性骨髓炎.....	一一四	膝外翻.....	一一五
骨盤骨及關節之結核.....	一一五	膝內翻.....	一一六
下肢畸形.....	一一五	大腿骨髌狀突起骨折.....	一一六
先天性股關節脫臼.....	一一五	膝蓋骨骨折.....	一一六
股內翻症.....	一一七	四頭股筋腱破裂.....	一一七
靜學的股內翻症.....	一一七	膝關節脫臼.....	一一七
尙佻病性股內翻症.....	一一八	膝蓋骨脫臼.....	一一七
外傷性股內翻症.....	一一八	急性膝關節炎.....	一一八
股關節脫臼.....	一一八	淋毒性膝關節炎.....	一一八
大腿骨頸部骨折.....	一一九	結核性膝關節炎.....	一一八
關節囊內骨折.....	一一九	神經性膝關節疾患.....	一一九
大轉子下骨折.....	一二〇	梅毒性膝關節炎.....	一二九
急性股關節炎.....	一二〇	下腿骨骨折.....	一二九
慢性畸形性股關節炎.....	一二一	下腿骨髓炎.....	一二九
結核性股關節炎.....	一二一	脛骨梅毒.....	一三〇
大腿骨中部骨折.....	一二四	脛骨骨幹部結核.....	一三一
大腿骨骨髓炎.....	一二五	足關節捻挫.....	一三一

踝上骨折.....二三一

踝骨折.....二三一

足關節脫臼.....二三一

足距骨下脫臼.....二三二

跟骨骨折.....二三二

足趾骨折.....二三二

內翻足.....二三二

先天性內翻足.....二三二

後天性內翻足.....二三三

扁平足.....二三三

馬蹄足或尖足.....二三四

足根骨結核.....二三四

足根骨結核及足關節結核.....二三五

靜脈瘤 靜脈擴張.....二三六

股靜脈血栓炎.....二三六

坐骨神經痛.....二三六

鼠蹊淋巴腺炎.....二三七

下腿潰瘍.....二三七

脫疽.....二三八

動脈硬化症性特發脫疽僅特發脫疽.....二三八

糖尿病性脫疽.....二三八

名醫叢著 (原名) 各科 診療醫典

外科總論

皮膚病

皮膚病，多屬皮膚科，此所述者，則屬外科範圍。

▲皮下出血 Subcutane Blutung

(原因) 爲粗鈍物體之外力。

(症候) 由出血大小，有溢血斑、血腫等名，如無明瞭境界，擴張於平面者，則謂血斑，有痛腫、著色及波動，或有握雪樣感覺，傷稍大血管，則有搏動腫瘍，如出血處纖維素凝固，則微硬，皮膚色，先暗赤，或暗青，數日後，則漸漫散，由綠而黃，面積亦縮小，終至消滅，往往因出血吸收，體溫上昇者有之。(參考法醫學)

(療法) 由輕壓迫繃帶，以防損傷皮膚，或用冷濕布，以安靜爲最要，大血腫，可穿刺之，取出內容，有化膿徵候時，則速切開而處置之，或數日後，以輕按摩而速其吸收。

▲皮下出血 ▲皮下皮膚剝離 ▲皮下氣腫

醫學博士 鹽田廣重
原著者 日本 醫學博士 青山徹藏

醫學博士 茂林藏之助
編譯者 盛京 醫學士 劉國燾

▲皮下皮膚剝離 Subcutane Losreissung

der Haut

(原因) 爲斜方或切線方向之外力，或轆過時，推移皮膚過劇，與下層斷絕連絡，血液淋巴液集於其間，形成腫瘍。

(症候) 背部多，乃平滑之皮下血腫，或淋巴液腫，常有各腫瘍固有之症候。

(療法) 同前，須注意皮膚營養不良，陷於壞死，可切開或穿刺，取出內容。

頭部或陰囊，有全皮膚剝離者，見於工廠。

▲皮下氣腫 Hautemphysem

(原因) 有腔氣之體空，多由氣道之損傷，空氣侵

▲皮膚成形手術

入皮下組織中，蓄積而生氣腫，多爲呼吸咳嗽等氣壓高時而侵入，例由鼻腔、上顎竇、前額竇、乳嘴突起、氣管、肺等而發，惟於肋骨骨折，可生甚大之氣腫。

(症候) 爲柔軟有彈力性之腫瘍，無明瞭之境界，及壓痛，有握雪樣感覺，壓迫之，容易消散，打診爲鼓音，輕者，二三日空氣吸收而治愈，重者，皮下各方面，續發顯明之腫瘍，由頸部皮下，漫延於縱隔膜內，現呼吸心臟運動障礙而死者有之。

(診斷) 類似氣囊腫、竇織炎、然蜂巢織炎，則有局部及全身之炎症症候。

(療法) 發見空氣侵入之創口，則縫合之，以防空氣之侵入，由自然吸收而愈，否則塞以栓塞，或擴張創口，或切開外皮，使空氣自然排出亦可。

▲皮膚成形手術 *Plastische Operation*

der Haut

(一) 使創緣爲移動性，牽引而縫合之，舊創緣不平滑者，可稍切爲平滑新鮮，移動不充足時，可剝離皮

下組織，使之弛緩，或行減張切開，以便牽引縫合，然須注意剝離過大，或縫合過於緊張，則皮膚有發壞死之害也。(第一圖)

(二) 由隣接部分，作有莖皮瓣，以補皮膚缺處，此法剝離莖部以外之皮膚，而移植之，有次之三種。

(甲) 推移皮瓣 (第二圖、第三圖) (乙) 迴轉皮瓣 (第四圖) (丙) 捻轉皮瓣 (第五圖)

(三) 於身體他處，取有莖皮瓣，曲臂於胸部，以胸部皮膚，補臂部缺損面者也。

(四) 無莖皮瓣，即皮膚移植術是也，皮膚成形手術之注意，皮瓣厚須平等，惟於莖部，猶不可薄，莖之長軸，須平行於血管之方向，莖之廣，須有皮瓣長之半始可，皮瓣形，大體須與缺損部之形類似，然長銳皮瓣，有壞死之害，避之爲宜。

瘻之大，必稍大於缺損部，乃剝離後，收縮不足，苟強爲牽引，可起營養障礙故也，縫合不可過於緊張，刺針亦必近於創緣，繃帶必弛緩，以防壓反縮，而

害其榮養。如以榮養障礙之故，皮瓣青腫，或以小出血之故，表皮剝離者，可穿刺去其內容，化膿時，則除去一二縫合絲，導膿於外方，五乃至十日後，始斷其莖。

△皮膚移植術 Transplantation der Haut

△齊魯氏法 Thiersch'sche Methode

將移植之新創面，或肉芽面，不加何等處置，或搔爬其肉芽，或稍切除之，以乾棉花，或以浸於生理食鹽水，及過酸化水素之紗布，壓迫之而止血。皮瓣多取自上膊或大腿，須使其處十分無毒，且須避用消毒藥，最後以生理食鹽水洗之為佳。術者及助手，使皮膚十分緊張，以植皮刀，或剃刀，削表皮及乳嚙體，採取之皮瓣，以透明為度。移植於創面，瓣之周緣，必須超過創緣，以繃帶時，易剝離移植之皮瓣，故用消毒穿孔之橡皮紙，或錫箔，保護之，雖有此法，然多用紗布，直接覆於皮膚，換繃帶時，不必除去，換新者即可。

△苦落賊氏法 Krause'sche Methode

▲皮膚成形手術▲癰

取上膊或大腿皮膚之全層縫合，固定於缺損部，其處置，須注意無毒止血為要也。取紡錘狀之皮膚，除去皮下脂肪始可，繃帶同前，有數日後，皮瓣呈赤色，表示有效者，或為青色，表皮剝離者，此時仍繼續以無毒紗布處置之，一加部為鮮紅色時，則亦為有效之結果，否者，全部壞死。

二者之得失。表皮移植，雖較全層皮膚移植，效果確實且迅速，然如移植部抵抗之強，及收縮少而不害於美形，不及移植全層皮膚也。

▲瘡 Furunkel

(原因) 主為黃色化膿性葡萄狀球菌，亦有由白色葡萄狀球菌，或鏈狀球菌而得者，乃毛囊、皮脂腺或汗腺之炎症，此等細菌，由皮膚表面侵入者也。(症候) 炎症弱時，僅為小膿疱之小結節，或座瘡，如炎症強烈，則紅腫、浸潤、發硬，中心有膿疱及壞死，周圍現廣大之炎症性浮腫。

部位為頂部、背部、臀部、顏面、前膊、下腿、大腿等，常同

▲癰疽 ▲皮下蜂窩織炎 ▲丹毒

時發生、或繼續而生、故遂愈遂發、若此者、則謂之癰腫質、於糖尿病惡液質素質者、或熱性病恢復期、多得之、往往由癰之多發、有發見糖尿病者、無病之人、亦有發生者。

(療法) 先貼皮苦氏膏、無效時、則用3%硼酸水、鉛糖水濕布、如炎症甚烈、化膿壞死甚大時、則切開之、或用吸引鬱血療法、癰腫質者、有全身病時、須先治之、並行清潔皮膚、整理飲食等全身療法。

▲癰疽 Kanbunkel

癰腫羣集而生、互相接合、作甚大局面、為蜂窩狀、組織壞死甚大時、則曰癰疽、癰腫素質者、易得之、症候較癰腫甚劇、全身症候亦多、故有致命之危險。

(療法) 大十字切開而搔爬之、再施濕布、除去組織之殘片、炎症消退、發生健全肉芽時、則貼硼酸軟膏、以待表皮之形成。

▲皮下蜂窩織炎 Phlegmone

其細菌與癰疽相同、由皮膚之創傷、癰等而傳染、或

經血管及淋巴管而得、或深部炎症傳至皮下、無局限性、成瀰漫性而擴張、化膿者少、浸潤甚強。

(症候) 局處紅腫、熱痛且硬、初切開時、組織呈豚脂狀、無血、微有漿液而已、更進為膿瘍、稍重者、僅漿液性膿、浸潤擴張、不作膿瘍、或炎症激烈、皮下組織及皮膚壞死甚大、此炎症多發於皮下組織、而深部之筋間組織、血管鞘或縱隔膜間、亦得擴張而蔓延也、全身症狀、為惡寒發熱、熱度甚高、而多稽留。

(診斷) 須與丹毒、淋巴管炎、靜脈炎等鑑別、丹毒

後述、靜脈炎或淋巴管炎、各有索條、大體可以鑑別、(療法) 早期切開、或用濕布、待成膿瘍後、再切開、炎症強時、則不論化膿否、即可切開、再施濕布、高舉

其處而安靜之、或用必魯氏鬱血療法、亦可、由腐敗菌而得者、前述症狀外、復有局所氣腫、為特有。

▲丹毒 Erysipelas

(原因) 連鎖狀球菌

(症候) 突發戰慄、稽留性高熱、皮膚甚紅、痛少、輕

腫周緣界限明瞭而隆起，形常類火焰，凡此諸點與蜂窠織炎之發赤，可明瞭鑑別。丹毒多漸次蔓延於周圍，然達一定度，則多停止。局部皮膚，除發紅外，或生水疱，或成壞疽，故有水疱性或壞疽性丹毒之稱。蔓延於頭蓋、胸廓或腹壁，則甚危險，乃由淋巴管侵害以上各體腔故也。

(顏後) 多良，亦有死者。

(療法) 對症療法。用殺菌布里斯尼此濕布，浸於千倍昇汞水，或酒精或醋酸陶土等，或塗十乃至十五%「伊克度」軟膏，可緩解痛，並注意心臟，用強心劑，或強壯滋養物。

▲象皮病 Elephantiasis

(原因) 由屢次反覆之炎症而發。例丹毒、淋巴管炎、血塞性靜脈炎，或靜脈鬱血、淋巴鬱滯等，持久之浮腫加輕度之炎症而發。

病理解剖，乃由慢性炎症性組織肥厚，與淋巴管之擴張，而成皮膚及皮下組織之後天性肥厚也。熱帶

▲象皮病

地方，本性不明之象皮病，常為地方病，其原因有種種之學說，確實者為一種寄生蟲，閉塞淋巴管而得。(症候) 起於數月或數年，皮膚肥厚，或為平等，或區分以深溝，以指不得握上，色素沉着，表皮增殖，可成痂皮，或淋巴鬱滯而生水疱，破則漏出淋巴液，其他皮膚易發濕疹潰瘍，故局部狀態，有種種之變化，結締組織增殖，有波及深部筋間者，部位為下肢、包皮、陰囊、大陰唇等，亦有生於上肢、耳、頰、唇、乳房等者，顏面軀幹，殆不發生。

(診斷) 易有時與淋巴管腫、神經纖維腫、血管腫等，所謂先天性象皮病之形類似，而難區別者，須考查既往症始可。部分巨大，骨亦巨大，以此得以鑑別。(療法) 葉狀得切除者，則切除之，或於肥厚皮膚，行紡錘狀切除，有得良好結果者。大體以催淋巴液之流動為主，即置局部於高處，或捲彈力帶，或施按摩術。據韓豆雷(Huntley)氏，插絹絲於皮下(例由下腿至下腹部)，以謀淋巴液之流通。

筋及腿疾患

▲腿肥大 ▲腿結節腫

腿有膨大為球形乃至紡錘狀者，多為屈指筋，為彈指症之主原因，構造多為表面之纖維性增殖，有時呈纖維腫樣之點，或為小囊腫，或有由腿之小血管出血者。

腿結節腫，恐為關節囊、腿鞘結節腫，由外傷性而成之變性囊腫也，於三頭膊筋、脾腸筋、指之伸筋或膝蓋鞞帶見之。

▲軋轢性腿鞘炎 Tendovaginitis crepitans

於過動及腿牽引後而發之乾性、腿鞘炎也，有摩擦音及囉音，故有軋轢性、腿鞘炎之名，由腿鞘內分泌纖維素故也。

(症候) 除摩擦音及囉音外，運動時有激痛，沿腿之徑路有長形腫脹等。

(經過) 重者有時經過二週，輕者數日即治，然多由過勞而常再發。

(療法) 用板紙副木繃帶，如頑固者數週後尙聽得囉音，則可行輕按摩術。

▲狹窄性腿鞘炎 ste isierende Tendovaginitis

主發於拇指伸筋之腿鞘，且為掌側韌帶之附近。(原因) 為常續之刺戟，該處病理，解剖著明肥厚，有至二！三分者，因此腿之通過處狹窄，故有此名。本症為中年婦女，於日本，裁縫婦女得之，有時為兩側，然右側者多。

(症候) 拇指之運動不完全，有壓痛。

(療法) 輕者由濕布可減輕，然不能全治，肥厚之腿鞘，可以手術除去之。

▲腿鞘水瘤囊腫 Hygrom der Sehenscheide

由粘液囊之慢性炎症而起，囊腫樣變化，則謂之水瘤囊腫，原因，為出血後吸收不完全時，或為永續之器械刺戟也，囊腫之內容，初期為粘液性，至晚期則為漿液性，有時於挫傷後，有為出血性者，囊腫之壁，

如急性生成者，不平滑，有各種之凸凹或絨毛樣之膨隆，亦有絨毛增殖甚盛，僅有少量之液，其他於內部亦有遊離之骨片鎗彈等存在者。

▲化膿性腱鞘炎 *Tenovaginitis purulenta*

本病常見於指之屈側或伸側。

(原因) 主由外傷傳染，亦有由血行傳染者，後者多於淋疾之時見之。

(病理解剖) 由漿液性而移行於漿液纖維素性化膿性等種類。

(症候) 沿腱之徑路，有痛腫及熱感，化膿性時，則全身發熱，集積之液量多時，則有著明之波動，纖維素分泌甚多時，於腱運動時，則可觸知雪球樣感覺。(經過) 有移行於慢性型者，化膿性腱鞘炎，侵犯周圍之組織甚重，有發生腱壞疽者。

(療法) 漿液性者，於局所施以冷或溫濕布，化膿性腱鞘炎，每常切開。

(附記) 尚有與腱鞘炎相同之粘液囊炎，其傳

▲化膿性腱鞘炎 ▲化膿性筋炎

染徑路微候，與腱鞘炎同，而粘液囊炎之特有者，為不若腱鞘炎之呈長形而為圓形也。

▲化膿性筋炎 *Myositis purulenta*

(原因) 乃最多見且最重要者，由血行路傳染而起，例身體他處之瘡癤，其膿菌入血行中，而起筋之炎症是也，由外傷而傳染者少也，最多之化膿菌，為葡萄狀菌，連鎖狀菌，亦有為肺炎菌，淋菌，傷寒菌等。

本病有同時於諸種筋，為多發性，或有次第發生者。(症候) 概以惡寒或戰慄而起，該筋肉有疼痛，局

處之感覺頗銳敏，硬度堅固，同時發現該筋肉之官能障礙，苟不切開，其膿集積而作膿瘍，呈波動，更進破壞軟部而排膿，亦有症狀不著於小膿瘍之周圍，呈反應炎症，不能即時消退，可於長時間觸為硬固結節狀之腫瘍，即為慢性狀態，而時感疼痛者也，一次化膿之筋肉，其局部之筋肉纖維不能新生，以癢痕而治癒，故病灶愈大，筋肉障礙之程度亦愈著明。(療法) 局處灼熱感覺著明時，可用冷濕布然通

▲木性蜂窠織炎 ▲筋肉及腱鞘之結核

八

常用溫濕布即可化膿時，則僅切開之一法而已。

▲木性蜂窠織炎 Holzphlegmone

本病爲雷苦路斯氏所記載，氏謂木性蜂窠織炎者，主於頸部之筋肉間皮下組織發之也。

(症候) 有輕微之熱，於局部殆不感疼痛，觸診有木樣之硬度，故有此名，化膿者少。

(經過) 緩慢且極長。

(原因) 有謂連鎖狀菌、葡萄狀菌、肺炎菌，尙未定。

(鑑別) 與放線狀菌病症候相同，然放線狀菌病可見特有之放線狀菌塊。

(療法) 濕布或氈布。

▲筋肉及腱鞘之結核 Tuberkulose der

Muskeln und der Sehenscheide

一、筋肉結核 乃不多見之疾病，由附近粘膜或皮膚結核而發，或周圍之組織即骨、關節等結核破於筋肉中者也。

(症候) 爲筋肉組織之慢性炎症，作粟粒結核，由

此早晚發生筋組織之破壞，乾酪化，或軟化作膿瘍，或有發生硬結者，以上爲續發者，亦有由血行路原發性而來者。

二、腱鞘及粘液囊結核 此種結核種類甚多，其狀恰若關節結核多樣之型，故別爲次之四型。

一、結核性水瘤囊腫

二、米粒水瘤囊腫(水瘤囊腫)

三、肉芽性型有萎縮之傾向者

四、肉芽型有化膿之傾向者(寒性膿瘍)

以上皆爲原發性者，或發於一處，或各處皆發，有時左右相對而發，非原發性者，有續發於骨關節等者，此種結核，好發於腕部，惟腕關節屈筋之腱鞘，於手背則常發於第二乃至第四指之腱鞘，於足則多於背側，其中原發性結核性粘液囊炎，諸粘液囊皆可發生，然較續發性者少也。

(症候) 放散性疼痛，限制運動，有薄弱之感覺，爲扁平長形之腫脹。

(診斷) 比較容易僅鑑別爲結核性與否稍困難也。有肉芽性化膿之傾向者。結核之診斷亦易也。

(療法) 漿液性型。穿刺之。使其液流出。再注射黃碘甘油。於他型則不須手術也。

▲筋膜及肌肉之創傷 Verletzung

der Fasern und der Muskeln

皮下創傷 筋、膜之、皮、下、創、傷、爲、筋、膜、所、被、之、筋、突、然、收、縮、而、起、多、見、於、二、頭、膊、筋、或、騎、兵、等、之、內、轉、股、筋、被、筋、腹、部、分、之、筋、膜、亦、多、破、裂、

(症候) 筋、膜、之、裂、傷、僅、於、靜、止、時、得、觸、知、裂、口、狀、之、間、隙、由、此、間、隙、筋、肉、實、質、部、突、出、形、成、扁、平、柔、軟、之、脫、腸、狀、即、所、謂、筋、脫、腸、也、初、期、患、者、雖、感、苦、痛、經、時、之、後、則、其、障、碍、常、減、退、也、

(療法) 可、以、手、術、閉、鎖、其、間、隙、而、筋、脫、腸、之、大、者、有、必、須、剪、除、其、突、出、部、者、

筋之裂傷 本病由筋肉過度延長而發。分完全裂傷與不完全裂傷二者。筋腹部較腱移行部爲多。於

▲筋膜及肌肉之創傷 ▲腱之損傷

胎兒臀位分娩時之外傷。可見胸鎖乳嘴筋之裂傷。又往往於先天性股關節炎脫臼整復時。可發內轉筋之裂傷。由直接暴力而發者甚少也。此種裂傷多見於筋腹。即抵抗力減弱之傷寒。猩紅熱等熱性傳染病者。突由病牀起立時。發筋腹之裂傷者有之。

(症候) 外傷後。即時發電擊性激痛之筋肉。發現完全作用障礙。爲確徵。或裂傷時。患者可聞裂傷之音者有之。初期尚可觸知間隙。後則成爲血腫。

(療法) 不完全裂傷。多無手術之必要。完全裂傷。則必縫合其筋。然須於裂傷後即時行之。然亦有利用石膏繃帶固定其位置。以促筋之癒合。其後療法。則爲按摩術及練習運動。

▲腱之損傷 Verletzung der Sehnen

皮下損傷

腱之裂傷 較筋少。多見於腱移行於骨或筋處。

(原因) 由過度之延長。亦有以直接之暴力而發者。或發於間接脫臼時。

▲ 腱之開放損傷 ▲ 腱鞘及粘液囊之損傷

一〇

(療法) 最良之法，為早期切開而縫合之，使筋肉弛緩，以繃帶固定，四乃至六週間。

腱之脫臼 乃腱脫離粘液鞘，呈異常位置之謂也。(症候) 於異常之處，觸知其腱，且易整復於原位。(療法) 整復其腱於原位，以石膏繃帶固定數週，間得完全治癒，再發時，可以手術固定之。

▲ 腱之開放損傷 of eine Verletzung an der Sehnen

不完全或完全腱斷損傷，常見於手腱創傷，每離創口，而有難診斷者，腱損傷，多起於長鞘之中央部，未端部者少，以難診斷，故必詳細檢查，腱作用始可。(療法) 縫合其腱，然須注意大挫滅形及裂傷形之創傷，易發壞疽，或損傷腱之末端起炎症時，則不適於縫合，此時必十分切除健康之一部，如非新鮮之腱創傷，則不可縫合，須待肉芽組織發生後行之，尋覓損傷腱之末梢，由人工排血法，極感便利者有之，新鮮之創面，不用此法，亦易發見，尋得腱之末端

時，可即時行腱縫合術，如甚大之損傷，同時數腱斷離時，鑑別其末梢端，屬於何腱，甚為困難者，有之，此時須十分注意其狀態，斷面之大小及解剖位置等，腱末梢挫滅或裂傷時，必先使為新鮮，然後縫合之，縫合方法，最良之簡單法，為次之二種。

(一) 夫利豆利西氏法，於薄細腱損傷用之。(第六圖)

(二) 黑古雷路氏法，於粗腱之損傷用之。(第七圖) 縫合後，以厚紙副木或石膏繃帶固定於一定位置，期間，普通規定四週間，後作自動或他動性運動，以廣大開放性之挫傷或裂傷之故，腱發缺損，或腱中央部萎縮時，可用形成術。

▲ 腱鞘及粘液囊之損傷 Verletzung der

Sehnenhülle und Schleimbeutel

發於打撲及裂傷之後，血液流出，有彈力性，多現波動，運動時甚感疼痛，現象狀樣之長形體，或限局之腫脹，其療法為安靜，且施以壓迫繃帶，多於一週之

後而消，失然亦有必須以穿刺而排出其內容者。

骨之損傷及疾患

▲骨折 Fraktur

(種類) 骨折有二種，即外傷性骨折及特發性骨折。是也。特發性骨折由骨腫瘍、骨炎症、(骨之壞疽、膿瘍、結核、骨軟化症等) 骨髓癆痛風等而起。外傷性骨折以有無皮膚及軟部外傷、分複雜性骨折與單純性骨折。複雜性骨折有化膿之害，故預後不良。骨折有完全骨折與不全骨折之區別。完全骨折時，骨折線之狀態極爲不同，有橫骨折、縱骨折、斜骨折及螺旋骨折等。骨折發生於外力作用之部分，曰直接骨折，其由外力作用部分之外而起者，曰間接骨折。年幼者，骨幹與骨端之境界存在軟骨，由外傷而起，外傷性骨端分離者有之。

(原因) 可發骨折之外傷種類極多，由作用之狀態區別如次。

(一) 屈曲骨折 骨之超過彈力界限而屈曲時發

▲骨之損傷及疾患 ▲骨折

之骨支於二點爲橋狀，其上方受打擊壓迫等，則發生此種骨折。又屈曲骨折，壓骨之上下兩端，增大生理之彎曲度而起者有之。例脛骨已折之患者，強爲起立，腓骨不堪體重，著明彎曲，終至骨折者是也。

(二) 捻轉骨折 外力超過骨之捻轉強度而起者也。此時常固定骨之一端，回轉他端者也。例足及下腿固定時，回轉上體，發大腿骨之捻轉骨折是也。骨折線爲螺旋狀，乃其特有。如外傷爲骨之右旋，則骨折線亦旋於右方。捻轉骨折常爲間核骨折，折端多尖銳，故折端之移動著明，且多爲複雜性骨折。

(三) 壓迫骨折 常爲間接骨折，於骨受急激壓迫時起之。管狀骨於長軸之方向，受急激壓迫，骨幹強度甚大，不起變化，僅於骨端海綿樣質抵抗少處，發不全骨折，成骨幹嵌入骨端內之狀，甚至有骨端粉碎者。墜落時，以衝突足跟部，而發跟骨之壓迫骨折。

及大轉子部之外傷，可發大腿骨頸之壓迫骨折是也。壓迫骨折，乃外力超過骨之壓迫強度而發者也。

(四) 粉碎骨折。於不規則作用之強大外傷時發之，骨多為碎片。

(五) 銃創骨折。近時各國新小銃彈，直徑八耗以下射擊骨時，由距離起特有之骨折，即距離約八百米突以內，管狀骨幹，可為多數碎片，苟集合其碎片，可見放線狀之射入口，八百米突以上之距離，管狀骨可生孔狀缺損部，如距離仍大，則彈丸可停留骨中，於海綿樣質，較此稍小之距離，可生孔狀之缺損。(症候) 新鮮骨折，症候明瞭，舊骨折，有不明瞭者。

(一) 異常可動性。為最要之症候，然亦有不著明者，於不全骨折及嵌入骨折見之。

(二) 軋音。異常可動性之骨折，端互相摩擦而發，故軋音，不全骨折及嵌入骨折則無之，亦有僅有異常可動性，而無軋音者，乃骨折端離開，不相摩擦，故也。筋肉及筋鞘等軟部，挾入骨折端之間，亦無軋音。

(三) 變形。為最要之症候，由外傷部可見之，不全骨折，則無此變化，亦有完全骨折，骨片未移動而不變形者，不全骨折，與嵌入骨折之區別，即以此變形之有無也。變形由視診及觸診即得而知，有時發骨折時，骨即短縮，變形為骨折之移動，區別如次。

(甲) 側移動。(乙) 角移動。(丙) 縱移動。此中復分二種，一骨片隔離者，二骨片重積者是也。骨片之隔離，由筋肉之牽引而起，可增骨之長，重積者，為普通所見骨之全長縮短也。

(丁) 捻移動。由骨片回轉其長軸之周圍而發者也。骨片移動，雖主由發生骨折之外力而左右之，然多於折後，由筋之緊張，及四肢之重力等，起後發之移動也。

(四) 出血。凡軟部之症狀，於直接骨折時著明，皮膚及筋肉由外力，及骨片而起外傷，漸次出血著明，常有妨碍骨折之診斷者。

(五) 疼痛。檢骨由於骨折而發之疼痛，為限於一小局部，甚為著明，如由挫傷而發之疼痛，則可擴延。

於全骨面其疼，痛間接骨折時，於診斷甚有價值也。於間接不全骨折，其症狀不明者，於骨之縱軸方向衝突之時，可於骨折部發現疼痛。

(診斷) 由上之症候，極爲容易，最確實之診斷，則爲用X光線照像也。

骨端嵌入者，及不全骨折與單純挫傷之區別，常困難也。如欲明瞭之區別，亦非X光線照像不爲功也。

(經過) 骨折時，周圍以血液浸潤，白血球浸潤，而漸次腫脹，由漸次吸收浸潤之血球及破壞之骨髓而發熱，至一週間後，腫脹始縮小，於二三週後，觸骨折部位，有軟骨樣硬度之紡錘狀體，此即假骨質也。假骨質漸次縮小，硬度亦增加，此時骨折部，異常可動性亦減少而消失，假骨質，主由骨膜發生，一部則由骨髓，故初爲海綿樣骨質，後漸次縮小，爲緻密骨質之狀態，且生髓腔，以上爲普通之經過，亦往往發生若後述之障礙者。

(一) 脂肪栓塞 骨髓中脂肪，經靜脈及淋巴管而

栓塞肺毛細管，一部分通過肺臟，由動脈而擴延全身，有因此致死者，療法，可強心臟作用，使脂肪速自腎臟排出。

(二) 假骨質形成遲緩 骨折後，假骨質形成，有時極爲旺盛，成骨腫樣，然亦有極緩慢者，若骨幹骨折是也，此時防假關節之形成，可強壯全身，行局所鬱血療法，或以麻醉摩擦折端，或以釘固定兩骨折端，三假關節，乃骨折後折端未互相固定之謂也，骨折端僅由結締纖維結合者，則曰纖維性假關節，折端成關節樣者，曰真性假關節，其原因，雖爲衰弱微毒等，然屢次摩擦折端，或軟部挾入時，亦發之，其療法，假關節時，僅以釘或象牙片固定之，即可治癒，軟部挾入者，則必須以手術除去也。

(預後) 單純性骨折，著明衰弱者，或老人由下垂性肺炎，有致危險者，其他則無生命之危險，然由此發生職業及生活障礙非鮮也。

障礙原因中之主要者，爲骨折端移動，治癒後呈畸

▲骨折

▲骨折▲急性傳染性骨髓炎

一四

形者是也。又關節長久安靜，可爲運動不完全之原因。又假骨質之增生，亦可爲壓迫神經之原因。複雜性骨折與他創傷相同，有種種之危險也。

(療法) 整復正位，以適當之繃帶而固定之。

整復時，助手可牽引兩骨折片，使之離開。術者則移動骨折端於適當之位置，極困難之整復，乃骨折端著明移動時，及軟部骨片等挾入時是也。常見於骨折線之複雜者爲然也。整復之完全與否，與骨折後大有關係，其困難者，可於全身麻醉行之，或用手術切開局所而整復之，又行骨縫合法亦可。

繃帶以安靜骨折片爲目的，故常固定該骨之上下兩關節爲要。最多用者爲副木及石膏繃帶，尙有用種種複雜之器具者。搬運骨折患者，無適當之器具時，於下肢則固定於健側之下肢，於上肢則固定於胸廓者有之。

骨折時所用之繃帶，由整復之狀態而不同，完全整復後無移動之害時，就此位置固定之即可，故用副

木、石膏繃帶等也。橫骨折及斜骨折多若此。苟未完全整復，有移動之傾向者，可用牽引繃帶，牽引繃帶普通應用重力，亦有應用彈力之裝置者。牽引繃帶必使兩骨折片向同樣之方向，牽引力亦必作用如此之方向，亦有側方牽引，使骨之位置於適當者，牽引最有力者，爲斯他因滿氏之釘牽引法。通常以針穿過折骨之下端，以重錘而牽引之者也。牽引繃帶外，他之繃帶，亦須常監視其位置適當與否。通常第一次繃帶後，經過十日許，局所之腫脹減退，換繃帶時，必適合於局所之狀態爲要。其後約一週間再換一次，固定繃帶之狀態常須注意。惟於石膏繃帶過狹時，由其壓迫，可起麻痺及攣縮，甚至有起壞疽者。骨折之後療法，乃最重要者。由此該肢關節之作用可得保全。故自治療二週後，換繃帶時，須施行按摩及運動。骨折部十分固着時，關節之運動常多少不甚完全。故由運動及熱氣療法，以圖作用之復原。

▲急性傳染性骨髓炎

Osteomyelitis

(原因) 主由化膿菌而起，最多者為黃色化膿性葡萄狀球菌，其他亦有由白色或橙黃色化膿性葡萄狀球菌，或化膿性連鎖狀球菌，肺炎球菌，傷寒桿菌，大腸菌，淋菌，流行性感胃菌，肺炎桿菌等而得。急性傳染性骨髓炎，有特發性者，亦有繼續外傷而發者，挫傷或折傷之骨，抵抗力減少之故，可為化膿菌發育及繁殖良好之培養地也，其他感胃亦可促本病之發生。

人體中發育最速者，為大腿骨下端，上端則次之，其次為脛骨，上膊骨，橈骨等，扁平骨及短骨，比較甚少，得本病者，多為八歲乃至十七歲之少年者，骨之發育已完全終了則少也，男較女多。

(病理解剖) 連鎖狀球菌，性骨髓炎，多誘起關節炎，且多因此起全身傳染而死，由葡萄狀球菌者，可破壞局所甚重，由傷寒桿菌之骨髓炎，經過緩慢，為寒性膿瘍之狀，或為潰瘍性及因芽性之狀。

▲急性傳染性骨髓炎

本病乃骨髓蜂窩織炎，有至骨端軟骨而止者，或致骨端解離，或至關節內而化膿者有之。

輕者有僅發硬化性骨炎者，亦有成為慢性骨膿瘍者，蛋白性骨炎骨膜炎，則可謂之輕症之非化膿性骨髓炎，重者可發生全部之壞疽。

(症候)及(經過) 各症候甚為不同，重者熱高，譫語，病骨急腫，全身症狀甚重者，數日後即死者有之，然極輕者，各症候亦甚微也。

重症體溫自四十度乃至四十一度，常有惡寒戰慄，其後漸次局所症狀著明，病骨痛腫甚烈，初期無波動，且無炎性症狀，僅以劇痛而發甚重之官能障礙，極重者骨髓之化膿及腐敗甚速，骨膜亦化膿，於軟部可發腐敗性蜂窩織炎，發生氣體，以敗血症之故而亡，或於內臟發轉移性膿瘍，以膿毒症之故而死，極輕症者，不化膿，大抵二乃至五週間而治，然本病之機轉，多以病之輕重，骨發多少之壞疽，殘留瘻管，而分泌膿汁，長久不斷，先局所漸次紅腫，而有波動。

▲骨結核症(結核性骨炎)

後膿瘍之處處破潰、排泄厚膿、痛亦減退、膿中有脂肪、而骨髓及骨膜內、發蔓延性化膿時、則長管狀骨幹之全部、有陷於壞疽者、如骨疽片離解時、有自然排出者、限局性膿瘍、以包圍之故、經過慢性、形成膿瘍骨有瀰漫性膨大者、此外本症之合併症、爲骨端之化膿性解離、與骨折或如外傷性骨端解離相同、於局所可起異常運動、骨髓炎之經過後、雖無甚大之骨疽、然往往骨甚軟弱、有發骨幹彎屈或軸旋者、(預後) 雖多無生命之危險、然因此而死者亦不少、惟於連鎖狀球菌而得者、有以全身傳染而死者、(療法) 用埃斯馬路西氏驅血帶、切開皮膚、十分鑿開骨質以排膿、最重者、有必須切斷或離斷關節者、如骨端壞死者、或兩骨端解離、周圍包以膿汁者、有必須摘出其骨者、併發於急性傳染性骨髓炎之關節炎、或切開或切除之、骨端解離之療法、與骨折同、對骨之彎屈、可用重錘牽引法、急性症狀已去、至腐骨形成時期、務必俟其解離而後除去之、

▲骨結核症(結核性骨炎)

Knor-lentherkulose

(意義)及(原因) 骨之慢性疾患中常見者、爲結核性骨膜炎及骨髓炎而發、崩潰骨質、成所謂結核性或肉芽性骨瘍或壞疽、骨結核症、少年最多、然其他之年齡亦得之、最常得者、爲脊椎、足骨及手骨之結核症也、外傷後可得之、

(病理解剖) 骨結核症多於骨膜或長管狀端骨之骨髓內、或短骨海綿質內、爲限局性病灶、或以關節結核症、或結核性骨髓炎之故、於長管狀骨幹部、續發結核者、多爲限局性、而短骨海綿質及長管狀骨骨端內結核性病灶、常爲豌豆大乃至榛實大而止、其後或連續蔓延其周圍、或於原病灶周圍、新生病灶而增大、骨內有結核性病灶時、常呈小窩狀吸收狀之骨質消耗、早晚自病灶中心爲乾酪變性、即結核性骨瘍是也、或生結核性腐骨片與乾酪狀之

膿存於稍大之空洞內，或以瘻管而通空洞之外，然多不生腐骨片，全部軟化或液化，若此之中心性骨膿瘍，多存在於數年之間，其後骨髓漸次消耗，雖成骨癆，而其周圍以反應而增加骨質，以硬變之骨質包圍病灶者有之，所謂骨硬變症是也，尚有如象牙質之緻密，完全消失髓腔者，則謂之骨質象牙變化。如化膿旺盛時，則成包以被膜之膿瘍，所謂寒性膿瘍是也，寒性膿瘍由其膿之重力，而垂流於遠隔之部者，則謂之流注膿瘍（下垂膿瘍）或蓄積膿瘍。

（症候）及（經過） 骨結核經過，甚為緩慢，初期無何等可見之症候，其未害及關節骨膜或外表軟部者，則不感疼痛，至數日後，始顯症候，於骨膜症候，至成腫瘤後，始可得知，其發生於骨髓及骨者，骨肥厚之故，可生得以証明之腫瘤，病症漸增，症候亦愈著明，即患部腫痛，官能障礙，病灶破開而成瘻管等是也，若所謂風刺病者，即結核性骨髓炎之骨膨大也，本病初期觸其骨，或硬固，或彈力性菲薄，經時之後，

▲骨結核症（結核性骨炎）

自然自薄皮膚破出，排泄混合乾酪樣稀薄之膿，後由此瘻管生瘻管性膿瘍，其他繼發於骨結核之症候中，最要者為寒性膿瘍，經過緩慢，苟原病灶不見消耗，則難治癒也，本病進行時有微熱，他器官併發本症者雖多，然不併發本症，因此而障得全身狀態者亦有之，有高熱時，則因化膿球而混合傳染故也，（診斷） 由經過發生部位，患者體質等，容易診斷，惟於病灶破於外方作瘻管者，潰瘍邊緣，為穿掘狀，排泄稀薄膿汁，混乾酪樣物者，則為本病無疑，但此時骨之著明肥厚者，則多不為結核症也，然亦有原發性骨幹結核症，骨皮質著明膨大，而誤診為由化膿性骨髓炎所得之骨疽，或慢性骨膿瘍者，亦有之，（預後） 可以手術速除病灶，亦非無永久治癒者，否則一旦治癒，尚可再發也。

（療法） 分全身療與局所療法二者，局所療法初期須使患者安靜，施固定繃帶為要也，至藥物則用一〇%黃碘甘油，或黃碘橄欖油，於不可手術之

▲骨微毒 ▲蛋白性或漿液性骨膜炎及骨髓炎 ▲骨壞疽(骨疽)

一八

寒性膿瘍而注射之，如病症增重，則不可不用手術療法也。詳述於各論。黃碘甘油，乃黃碘一〇・〇甘油一〇〇・〇之比，混合之，臨用時製之，而注入者也。無須殺菌，振盪後用之，即可大膿瘍排膿後，可注入五〇・〇。小兒則為一〇・〇。每二乃至四週間反復行之。

▲骨微毒 Syphilis Tor. Kiv. chion

本病多發於第三期，至第二期則發稍急性。經過骨膜炎，惟常發於脛骨、鎖骨、胸骨、頭蓋骨等處。經過緩慢，患部皮膚有無色者，有紅痛，而生彈力性隆起者。第三期橡皮腫性骨膜炎及骨髓炎，可多少破壞骨質，發生淺在性或中心性骨瘍，亦有發生骨疽者，為扁平彈力性腫脹，其斷面初期為膠質狀，後期則為脂肪性、乾酪性，或往往發生癥痕收縮，以骨膜性或骨髓性橡皮腫之故。骨質消耗時，則易起骨折，續發於關節者亦不少。然由反應而新生，生成大小種種之贅骨，或發骨肥大症及硬化症者有之，如病機增

進，破壞骨質而起壞疽，終至破於外方，而生潰瘍，然限局性橡皮腫及瀰漫性橡皮腫炎症，用驅微療法可漸次吸收，由臍臍樣之癥痕組織，或骨組織之新生而補之。骨微毒之特有者，為夜間劇痛也。

(療法) 局所療法，骨膜炎，塗擦灰曰軟膏，於手術切開病灶而搔爬之，全身療法，則為驅微療法是也。

▲蛋白性或漿液性骨膜炎及骨髓炎 Parisis Osteomyelitis aluminosa & serosa

本病為未滿二十歲者，長管狀骨端骨膜得之，或侵骨髓骨質，急性發生，慢性經過，決不化膿，患部骨膜下，存在血液漿液性或類似滑液之液體，為囊腫狀。(療法) 切開病骨搔爬之，除去髓腔即可。

▲骨壞疽(骨疽) Knochennekrose

(原因) 外傷或炎症，故有外傷性骨疽，炎症性骨疽之名稱，化膿性骨膜炎，為最多之原因。骨疽之起，乃炎症長久持續，且蔓延於哈威路斯氏管內者也。(參考頸部) 外傷性骨疽，乃骨之一部破壞分離時

得之。然皮下骨折，或防腐經過之骨折，即已分離之碎骨片，亦有再癒合者。然受劇烈挫傷之骨，以溢血之故，壓迫骨內諸血管，發限局性骨疽者有之。

(病理解剖) 骨之一部壞死，由分界性之炎症，自周圍生活骨漸次分離，即解剖上所謂之肉芽性鬆化性骨炎是也。其骨與分界線一致，由小窩狀骨吸收而融解，其全分離之骨片，曰腐骨片。而骨膜之皮質面常平滑，由分界機轉，漸次發生骨質，分離之部分，恰若蠶蝕狀而粗糙。各腐骨漸次縮小，無化膿。由肉芽性組織密包之時，則全吸收者有之。蓋至腐骨片全分離時，其分界機轉之長短，由腐骨片之大小及發生之部位，甚不同也。而個人之體質，亦有關係。一般稍大之腐骨，例骨幹之全骨疽，其全分離，須三至五個月，或一年。而年幼者，較老人分離較速。骨壞疽腐骨片分離時，同時骨亦再生，由此可補骨之缺損部。其機轉乃由化骨性骨膜炎及骨髓炎故也。先形成圍擁腐骨片之骨囊，即所謂骨柙。或死柙是也。

▲骨壞疽(骨疽)

由此通於外方之瘦管，曰汚道。骨柙多由骨膜再生機能而成。然骨之中心生骨壞疽時，骨柙之最內層，則由所殘之舊骨片而成。中心性骨疽，於骨膜發生。反應之化骨性骨膜炎，而骨可肥厚也。骨之再生機能，甚為旺盛。管狀骨全部壞疽者，可完全由骨再生而復舊狀。年幼者管狀骨幹之骨疽，刺戟骨端軟部之故，可增骨縱徑之發育。比健側可延長數仙米者有之。然再生機能，甚為減少，或缺無者亦有之。

(症候)及(診斷) 略如上述。被骨軟部之缺損者，死骨可露外部，多為白色，故易知之。如軟部尚存腐骨片之在於深部者，有難測知者。然插消息子於瘦管內，觸得腐骨時，則判斷確實也。診斷及治療上最要者，為確定腐骨片之已全分離及為可動性與否也。檢查腐骨片之可動性，可以消息子或麥粒鉗子，以試其移動即可。然有已全分離之腐骨片，固定骨內，而不移動者，若此者，可就瘦管經過之時日，以察知腐骨片之分離否。骨肥大者，有瘦管之骨膿瘍及

▲佝僂病 ▲關節捻挫 ▲關節挫傷

二〇

骨瘍有誤診爲骨壞疽者。骨瘍多爲結粒性，亦有與骨疽合併者。然結核性腐骨片，常爲乾酪樣組織所侵，觸之稍爲軟性，而普通之腐骨片，其質堅硬，且爲白色，膿粘稠而量亦少。結核性者，膿稀薄，混乾酪樣物，瘻管多爲豚脂樣，色污穢，以消息子可觸知，弱之骨，於骨疽則發生良性之肉芽，甚爲旺盛，觸之則易出血，觸腐骨片時，甚甚硬固，結核性骨瘍發生常緩慢，定型骨疽，常發生於急性或亞急性炎症之後。

(療法) 腐骨片尙未分離時，以保瘻管清潔爲主，已分離者，如不能自然脫離排出，可用腐骨摘出術。

▲關節捻挫 Distorsion (or) Joints

(原因) 由超過關節生理運動範圍之暴力而得，故與脫臼之原因相同，僅較輕而已。故暴力持續作用時，則終至脫臼也。

(症候) 於關節內及周圍發生血腫，關節之境界不明，疼痛甚劇，故有官能障礙。

小者，可即時施行手術。大者，則須待時機之如何而後行之。此乃至骨樞完全發生時，仍以死骨支持生骨故也。然腐骨疽時，則可不待腐骨片分離後，即須早期切除也。行腐骨片摘出術時，骨片較瘻管小者，僅開大之，以麥粒鉗子摘出即可。骨片大時，可縱切，瘻管上下兩方軟部，十分開大，瘻管後，以錘鑿破開骨樞，摘出可也。然後盡力搔爬惡肉芽，堅塞黃紗布於創內，再施以防腐綳帶即可。於四肢則須囑後二十四時間，舉於高處，並須以副子固定。患肢爲要。

▲佝僂病 Rachitis (參考小兒科)

(診斷) 關節骨端，仍爲生理之位置，故可與脫臼鑑別。小骨片離斷者，由X光線照像，即得知之。

(療法) 與挫傷同，初得時，先須安靜，後用溫浴，及按摩法，可用壓迫綳帶，以速血腫之吸收。

▲關節挫傷 (一五九) (一六〇)

(原因) 多爲直接外力，即衝撞打撲是也。由間接

外力而起者，則爲關節面之激烈衝突故也。

(症候) 以關節內及周圍之血腫疼痛之故，常有官能障礙。

(診斷) 與骨折或脫臼之鑑別容易，與捻挫之區別，則以外力作用之程度如何而定。

(療法) 有痛時，則用壓迫繃帶，貼水囊，而安靜之，必使早期爲他動，或自動之運動，然此時常可惹起炎症之發生，極須注意，關節內之血腫，有可以穿刺而排出者，有韌帶或關節囊之破裂，或疑有輕微之骨折時，可試用石膏繃帶，而對於痛腫，亦著明有效。

▲放開性關節損傷 Die offene

Felenkverletzung

(症候) 病之強弱，關於創傷之大小，及續發性傳染之有無，刺傷或鈍傷時，關節囊損傷甚小，且由凝固物或肢節變位之故，而閉塞之，滑液不能流出，以溢血之故，而關節腫脹，於切傷則創口哆開甚大，挫滅傷之時，周圍軟部，亦甚受損傷(筋、血管、神經)且

▲關節挫傷 ▲放開關節損傷

往往脫臼，同時骨亦損傷，有著明症候，開放性關節損傷，異物侵入時，往往惹起炎症，甚至化膿腐敗，有甚激烈化膿性關節炎之一般症候及局所症候。

(診斷) 創傷小者，欲知其通關節內與否，甚爲困難也，僅可由皮膚創傷之位置狀態，及損傷時之深，想像之而已，用消息子，反有傳染之害，須要注意，異物侵入時，用X光線照之，即明矣。

(豫後) 有將來爲化膿性關節炎之害。

(療法) 切傷之新鮮清潔者，可嚴重消毒而縫合之，創傷小者，可清潔之，塞以黃碘藥布，固定其關節而安靜之，有異物則即時除去，以往往因此惹起炎症故也，起炎症化膿時，則切開而十分排膿。(參考化膿性關節炎) 挫滅傷著明損傷軟部時，有可清潔之而縫合者，然必須開放其一部分，插入排膿管，雖得治癒，而官能障礙亦著明，故無治癒之希望時，有往往施行切斷術或離斷術者，惟於傳染甚烈一般症狀危險時，常行之也。

▲外傷性脫臼

一一一

▲外傷性脫臼 traumatic Dislocation

(原因)及(意義) 由外力之作用，一關節而脫轉

於他關節面之謂也。關節囊多斷裂，骨頭脫出於關

節之外方，其關節面之一部，尚接觸時，則謂之不全

脫臼。脫臼發生之機轉，多由間接性外力，以關節之

突起關節窩緣，關節囊，關節韌帶等，制止裝置為支

點，由其部至關節端短軸之槓桿作用故也。不由槓

桿作用，由直接外力及筋肉急激收縮而起者，少也。

脫臼之骨頭，以該肢節之重力及韌帶囊或筋肉等

軟部之彈力性緊張之故，復變其位置而固定之。

(症候) 新鮮之脫臼，以疼痛及官能停止為主。餘

則以出血之故而稍腫，於正常關節內，不能觸知骨

頭，而固定於脫轉之異常位置。他動運動時，可感有

彈力性之抵抗，與該骨頭共動。又骨頭變位之故，其

骨之長軸，不向關節之內，而向脫轉骨頭存在之方

向。且該肢節較健側之長，亦變普通多短縮。

副損傷 往往併發關節內之骨折，其併發之症候，

亦著明，或為複雜性軟部之損傷甚重者有之。損傷
大血管時，則出血甚烈。以脫臼骨頭壓迫神經之故，
可貽風痺性疼痛，或損傷神經而遺麻痺。

(經過) 脫臼後不加處置時，則腫痛減退，運動亦

稍恢復，而關節骨，則起若畸形性關節炎之變化，

關節囊之結締組織增殖肥厚，次起癢痕萎縮，成所謂

陳舊性脫臼。由脫臼骨頭之刺戟，其部之骨膜增殖

肥厚，作成關節窩樣之堤防，骨頭即支持於此。復於

其周圍，新生結締組織，成新關節囊，復於新關節窩面

生纖維性軟骨，形成新關節，以營不完全之運動。有

制止脫臼作用骨突起之骨折，或關節囊著明擴大

時，則其關節，由輕微之外傷，及隨意或不隨意之筋

作用，易於脫臼，且易於整復者，則謂之習慣性脫臼。

(診斷) 須詳知外傷時狀態為重要。有痛腫官能

障礙，關節內無骨頭，於異常位置存在骨頭，與他動

時共動，有彈力抵抗及變化長軸之方向等，如用X

光線照之，則易診斷也。骨折時，診斷困難者有之。

(預後) 新得者易治，陳舊性則難治也。有骨折時多遺強直，傷大血管出血多量時，則危險也。並如前所述，有遺留麻痺或風痺性疼痛者。

(療法) 整復，即整復脫臼骨頭於正位者也。其法由各關節解剖狀態及脫臼發生狀態而不同。對二次轉位，可應用麻醉劑，以除去筋之緊張為最要。否者用強力牽引之亦可。次按脫臼之經路，由反對槓杆作用，通過關節囊之破裂孔即可除股脫臼外，他之脫臼，可不用麻醉，即得整復。

後療法用固定繃帶八日乃至十日間，以防再發。俟關節囊治癒後，可使練習運動，行按摩法，固定時間甚久者，有起強直之害。關節囊裂口小者，或軟部嵌入時，則整復困難也。陳舊性脫臼多不能整復，以手術除去囊之萎縮部分及結締組織，復骨頭於正位，固定十日乃至二週間後，可練習運動，不能整復，運動障礙甚烈者，可由切除骨頭，得以輕快者有之。如確定有骨折不能整復時，則可即時切開而處置之。

▲先天性脫臼▲病之(特發)脫臼

▲先天性脫臼 *angeborene Luxation*
多為女兒，常為一側，且常為股關節，而肩、肘、膝、手掌等關節則少也。(參考先天性股關節脫臼)

▲病之(特發)脫臼 *pathologische (spontane)*

Luxation

由諸種關節疾患，神經中樞疾患，或他之原因，於關節發生病之變化，無外傷而自然脫臼之謂也。

(一)擴張性 以關節炎症之故，有多量滲出物，可擴張關節囊及韌帶，同時骨頭離開於關節窩者也。
(二)破壞性 化膿性炎症，或結核時，以關節裝置著明破壞之故而得。

(三)麻痺性 神經中樞之諸疾患時，作用於關節諸筋麻痺時，關節囊失其緊張，次以肢節重量之故，而擴張之，終為動搖關節，或關節筋之一部麻痺時，先以拮抗筋之故而起攣縮，強運動時，遂發脫臼也。
(四)前膊及下腿，缺其隣骨，或一方之骨著明短縮，他骨負擔異常之故，關節囊擴張，遂至脫臼者有之。

(療法) 以除原因爲要，關節囊之擴張著明者，有
 切除其一部分者，破壞性時，則切除關節者有之。

▲攣縮及強直 Kontraktur und Ankylose

攣縮者，關節以軟部萎縮之故，固定於一定之位置，
 著明限制該關節生理運動之範圍者也。分先天性
 及後天性二者。強直者，乃關節內變化之故，全制
 止其運動者也。即關節性攣縮是也。

(一) 先天性攣縮 發育不全，或以子宮內過度負
 擔而起，惟多於小指或足，大腦缺損，或出產時腦受
 損傷，爲痙攣性之一部而發者有之。

(二) 後天性攣縮 由原因所加之方向，而關節固
 定於種種位置，即屈曲位，伸展位，內轉位，外轉位，
 迴前及迴後位等是也。由其所起之組織，分次之
 五種。

(甲) 皮膚性攣縮 由皮膚癢痕之收縮而發者也。

(乙) 結締織性攣縮 由腱筋膜等深處癢痕而發。

(丙) 筋性攣縮 筋之榮養性短縮(廢用萎縮)或

由特發性疾患而起者也。前者，一肢節長時間固定於
 同一位置之故，發生筋萎縮者也。後者，乃由炎症損
 傷發生結締織性萎縮者也。局所貧血性筋炎亦屬此。
 (丁) 神經性攣縮 由神經之疾病而起者也。爲反
 射性，痙攣性，及麻痺性而發現。反射性者，以知覺神
 經刺戟之故，反射性肌肉發生攣縮者也。以牽引神
 經之癢痕，異物，炎症之結果而起。故以除去原因預
 防爲要也。痙攣性者，乃運動神經之病的刺戟而起
 也。麻痺性者，乃以腦脊髓疾患之故，一部以筋肉麻
 痺，由其拮抗筋之收縮而起也。其狀態，由其肢節之
 重量而不同。

(療法) 皆須除去原因，即以癢痕切除，皮膚移植，
 腱之手術，按摩術等法，各按其原因而處置之也。

(戊) 關節性攣縮即強直 乃關節裝置之病的變
 化，即炎症或損傷時，常起強直，於初期炎症或筋肉
 故意收縮而起者有之。即假性強直是也。然此種強
 直用麻醉得使之運動，而真性強直關節體由種種

之組織連結甚爲硬固由其組織可分爲結締纖維性軟骨性及骨性之三種三者關節皆不能動而結締纖維性者則稍有彈力性之運動感覺

(療法) 由炎症不能免強直時則可置該肢節於官能上最爲適當之位置例時關節則爲直角屈曲位膝關節則爲伸展位是也。用暴力矯正時可使炎症再發之害不可不注意也。若結締纖維性比較強直症輕者則可試用伸展繃帶按摩法電氣溫浴或熱氣浴等法同時併行練習他動運動亦非無效也。其他則非手術療法不爲功也。對關節強直之手術療法近來甚爲發達行如關節切除術及同時植入筋膜遊離瓣早期練習運動等爲最有效之方法也。此法最初創行者爲怕伊亞氏以鋸及鑿十分切除癒着之組織於骨頭相當之部橫切一直線上下切爲半球狀其間插入附近之筋膜筋腱或皮膚等軟部之有莖瓣十分除去肥厚之關節囊縫合皮膚固定一定時間再行適當之後療法然關節囊除去過多

▲攣縮及強直 ▲急性關節炎

時則有動搖於橫方之害故除關節囊著明變化之部分外不可除去縫合之即可也。再有莖瓣於附近筋膜少之關節甚爲不便故近時自大腿筋膜採取遊離瓣插入關節面之間多用此法也。

▲急性關節炎 Arthritis acuta

(原因) 由外傷而傳染者如哆開性脫臼或由骨膜骨髓其他附近之炎症(蜂窩織炎丹毒)直接移行。亦有於丹毒敗血症產褥熱猩紅熱麻疹傷寒肺炎等全身傳染病經過中而得者。急性關節炎之關節腔內常微有滲出物故由性質可分爲漿液性及化膿性二者。

△一、急性漿液性關節炎或急性關節水腫

(原因) 外傷風痺性關節炎淋疾微毒結核及種種神經病之經過中得之。

(症候) 關節腔內常有潤濁漿液與多少纖維素關節紅腫痛熱境界甚不明瞭波動著明初期熱甚微或無熱運動障礙著明即疼痛亦有微得運動者。

▲急性關節炎 ▲淋毒性關節炎

二六

(經過)及(預後) 經過由原因之輕重而不同,預後一般雖甚,然變化膿性,或移行慢性,有時可惹起反覆性關節水腫。

(療法) 塗「伊克度」或「伊克度華攝林」貼冰囊,用副木稍舉高之,極力保持安靜始可,然長久安靜,反可變為慢性,或有發縮之害,故炎症消退後,即用壓迫繃帶,按摩法,人工鬱血療法(必路氏法)及熱氣浴等,再試行早期運動,然須注意不再發炎症為要,或穿刺之而注射藥液(3%石炭酸水,1%昇汞水)。

△二、化膿性關節炎

(原因) 凡為急性關節炎之原因,皆可引起化膿性炎症,故漿液性者,為化膿菌傳染時亦得之。

(症候) 惡寒,戰慄,次發熱,有甚激烈之疼痛,關節內蓄積膿汁,故腫脹,漸次現著明之波動及熱感,皮膚發赤浮腫,而患部固定於疼痛最少之位置,續發假性或真性强直,常有官能之障礙。

(經過)及(預後) 由傳染種類而不同,早期施適當處置,則可為可動性而治癒,然軟骨骨等關節裝置破壞甚烈時,常可遺留強直,多移行於慢性狀態,如傳染甚重或有腐敗時,有往往發敗血症而死者。

(療法) 對強直之預防法最為重要,苟不能免強直時,則可擇最適當之位置而置之,須極力安靜,貼以冰囊,置於高位,或以穿刺排出關節之內容,以藥液洗之(1%石炭酸水,1%昇汞水等),化膿甚重熱度甚高,而持續時,則切開以排膿,置排膿管,或必須切除關節者有之,腐敗時,有必須即時行切斷術者,如炎症減退,能成可動性關節時,則可用他動之運動,按摩法,電氣等,然必須以防炎症之再發始可。

▲淋毒性關節炎 *Arthritis gonorrhoea*

感染淋毒,炎症至尿道後部,淋菌易侵入於血行中,之時,即多為罹病後三乃至四週間,亦有年餘之後而發者,男子則為膝或肘關節,女子則多發於手及足關節,多發性者少也,其炎症有為關節水腫者,或

爲纖維素性，或爲化膿性，有時併發蜂窠織炎。

(症候) 惡寒、高熱、急性之關節腫脹、發赤、激痛，周圍組織現浮腫，皮膚有熱感，其後由炎症之性質，而局所症狀稍不同，然激烈之疼痛，則長久存在，官能之障礙亦甚重，常可遺留關節強直。

(診斷) 症候激烈，爲單發性，有激烈痛，由一般狀態較局所症狀輕，即可診斷，且須注意既往症及尿道炎，由尿道分泌物，得證明淋菌時，誤診者少也。(經過) 及(預後) 痛腫於二三週之後，雖可緩解，然由輕度之運動，而再發者有之，多於一二個月之後始得完全消散，然一般有起強直之傾向也。

(療法) 以極力安靜及固定爲最要，用副木、貼冰囊，或用濕布繃帶，有謂塗一〇—五〇%「伊克度甘油」有效者，對激烈痛，有須用麻醉藥者，其他於初期用石膏繃帶，對疼痛甚有效也，近來應用透熱療法，或有用注射二%酒精方法者，注射淋菌「瓦苦辛」Vaccusin甚有功效，炎症消退，則用按摩法，必

魯氏鬱血療法，或熱氣浴，施以他動運動法，然往往有可再發急性症狀者，一般有起強直之傾向，故於初期固定時，擇適當位置爲最要也，其他淋疾之原因治療，亦不可忽略。

▲微毒性關節炎 Arthritis sypilitica

後天性微毒之初期，有以急性風痺性關節炎之症狀而起關節炎者，其爲慢性關節水腫或有爲化膿性關節炎者，乃多爲滑消膜或關節軟骨之橡皮腫性，是也，主爲膝關節及肘關節得之，多爲兩側性，乃其特異之處也。

(症候) 關節內膜肥厚，官能障礙較他覺之症狀少，有時現急性症狀，腫痛增重，然筋萎縮者少也。(診斷) 常誤診爲結核性關節炎，須注意以下諸症狀始可，即既往症之有無，時有急性症狀，官能障礙較他覺症狀少，壓痛較自發痛少，多爲兩側，身體他處有微毒症狀，瓦塞路滿氏陽性反應，及用驅微療法可減輕等是也。

▲微毒性關節炎

▲慢性關節炎 ▲畸形性關節炎

二八

(療法) 可用驅微療法，有時須要切除者，關節水腫時，可用穿刺及壓迫綑帶。

▲慢性關節炎 Arthritis chronica

乃關節膜之慢性刺戟狀態也。單獨而發者少，爲由急性漿液性關節炎移行於慢性時之症狀，或爲結核微毒等關節諸病之初發續發及併發之症狀。
(症候) 有緊張及重感，易疲勞，關節囊肥厚，絨毛增殖之故，可生多量漿液性滲出物，成關節水腫。故關節之形狀，有種種之變化而腫脹，量多長久存在者，由韌帶之延長，有起動搖關節者，亦有關節之位置異常或成不全脫臼者，波動常著明，可聞一種囉音，且多爲無痛性。

(診斷) 一般診斷雖容易，然難知其原因疾患爲何者有之。

(療法) 有原因疾患存在時，則原因療法爲最要也。一般便吸收滲出物爲目的，故用壓迫綑帶（惟用彈力性者），按摩法，有時使之練習運動，關節內

容多量時，則可行穿刺及注入藥液之法。

▲畸形性關節炎 Arthritis deformans

爲類似慢性關節風痺症狀之慢性關節疾患也。

(原因) 不明，高年男人，多女子發於股及膝關節。
(病理解剖) 若風痺之形，關節囊肥厚，滑液膜及絨毛亦增殖，然主要之變化，則爲軟骨及骨，一者疎解吸收而消失，一者新生增殖是也。（新生之骨軟骨片，有遊離而爲關節鼠之原因者）彼老人常發之慢性關節疾患，乃由營養障礙而起者也。骨及軟骨，則無增殖之現象也。

(症候) 初期爲潛行性，僅運動時有微痛，可聞摩擦音，關節有剛硬之感覺，此等症狀，漸次加重，同時關節之腫脹亦著明，且其形狀亦甚不正，運動之限制亦加重，然吸收作用及增殖於一定之位置時，則有異常運動，或不全脫臼者，囊萎縮時，則爲弛緩性或動搖性，亦有全然強直者，往往漿液性滲出物，可反復發生者有之。

(經過)及(預後) 經過甚爲緩慢，常爲進行性不治之症也。

(診斷) 與風痺性之區別甚爲困難，用X光線照之即可。

(療法) 與慢性關節風痺相同。

▲神經病性關節炎 Arthritis neuropathica

爲骨髓癆或脊髓空洞症其他之脊髓病或末梢神經病等之併發症，有起類似畸形性關節炎之關節炎者，其破壞機轉甚重，增殖亦著明也。

(症候) 關節變形甚重，輕微之勞動或外傷後，可發生多量之漿液性滲出物，及關節周圍寬廣之浮腫，有動搖性或異狀之位置，以始終無痛爲特異，骨髓癆時，多爲下肢，空洞症時，多爲上肢。

(療法) 必須除去原因，至局所療法，則與畸形性關節炎同。

▲血友病性關節疾患 Brithers'dent's

血友病時(參考內科篇)輕微之外傷，或自然出血

▲神經病性關節炎 ▲血友病性關節疾患 ▲關節鼠

之故，而發關節之變化也，血友病性疾患約二〇%可發本病云云。

(症候) 疼痛微熱之後，關節內急激出血之故，發生著明之腫脹及波動，幸不以出血之故而死，數日後，皮膚以透見血液之色而變色，有幸而吸收迅速不遺障礙者，然多移行於慢性炎症性症狀，有類似慢性關節風痺，或結核性關節炎之症候，即血液漸次吸收，纖維沉着，關節囊肥厚，關節軟骨崩壞，關節腫脹，有自發痛及壓痛，著明限制運動，可發一種呻吟之聲音，破壞部爲結締織化時，有起強直者。

(診斷) 須注意既往症爲要，於無何原因或輕微之原因，而關節之腫脹增大甚烈也。

(預後) 有常以出血而死者，即雖移行於慢性，亦難治愈也。

(療法) 絕對安靜，用壓迫繃帶，以速其吸收，同時可注射膠麥角等止血劑，或用鹽化石灰。

▲關節鼠 (Tendonknar)

▲關節鼠▲結核性關節炎

(意義)及(病理) 爲關節內游離存在之自由運動之小體也。亦有以細莖與關節體連絡者。本小體主爲軟骨或骨。有豌豆大乃至胡桃大。爲一個或數個。其他有爲退行於纖維素性絨毛之肥厚者。有爲枝狀脂肪腫而脫離者。有爲石灰化之纖維素或米粒體者。亦有區別前後二者。爲硬性與軟性者。

(原因) 一般多爲中年強壯之男子。於外傷或諸種關節疾患。惟於畸形性及神經病性關節炎得之。亦有先無大外傷或關節疾患。而仍有發生關節鼠者。可埃尼西氏之說明。則以解裂性骨軟骨炎爲其發生者。有關節鼠之關節。呈慢性炎之症狀。

(症候) 最奇者。爲小體嵌入關節面間而起之症狀。即(一)以急激劇痛故。皮膚蒼白。流冷汗。(二)突然關節固定。(三)關節腫脹。(四)小體有復舊位感覺時。則於暫時之間。或一二日。發作症狀。遂消失。如爲慢性關節炎狀態。往往以滲出物而可變其大小。故多腫脹。又於他覺檢查時。常可觸知摩擦音。

者有之。

(療法) 切開關節腔。除去小體。縫合之。以俟一期癒合。再施以適當之後療法。

▲結核性關節炎 Arthritis tuberculosa

(原因) 由結核菌之傳染而得之關節疾患也。亦與他之一般結核性疾病相同。有先天性及後天之素因存在也。而關節與骨。皆爲結核之好發部位也。關節結核之發生。雖有原發性及續發性二者。然原發性者甚少也。年齡一般多爲年幼者。以半數以上爲至二十歲也。即於骨之發育旺盛之時期得之。至二十歲以後。或年老者。則漸少也。切生兒哺乳兒亦有得之者。然亦少也。好發部位。膝關節及股關節最多。肘關節及足跗關節次之。其他若肩胛。手腕。手掌。足趾。胸鎖。肩胛鎖骨等關節。則以上之順序。而遞減也。普通雖爲單發性者。然亦有多發性者。誘因。爲輕度之外傷。例如捻挫。打撲。過度勞動之後而起者。有之。關節結核其成立爲次之二者。

一、滑液膜性 初發生於滑液膜。

二、骨性 始起於關節附近之骨，由此陸續而起。然此二者，於初期雖得以區別，至末期，則呈同樣之狀。一般多為後者，惟於小兒為然也。滑液膜之變化，發赤肥厚，生灰白色之結節，次生結核性海綿樣肉芽，漸次近於關節腔內，遂侵蝕軟骨及骨，肉芽有發乾酪性變性而化膿者，或有變為纖維性而有治癒之希望者。關節軟骨，無論骨性或滑液膜性，皆甚為侵害，陷於坏死，而充以肉芽。骨為結核所侵，多形成腐骨，常為可埃尼西氏楔狀骨端腐骨。結核性肉芽之進行，由骨而至軟骨，關節腔內，常生多少之滲出物，為黃色之漿液，混多少之纖維素，或有膿，或有時滲出物少，殆皆以肉芽充滿者有之。膿之發生，乃以肉芽之乾酪樣變性，及化膿性融解而生也，亦有以混合傳染之故，而惹起急性化膿性炎者。

(症候) 初得為潛行性，往往症狀不明，症候甚不定而複雜也。前驅症 病肢節有疲勞及衰弱感。

其他倦怠，不活潑，好靜坐，以務必不用該肢節為佳。尚有不定之疼痛或輕熱。

可埃尼西氏於臨牀上，分關節結核為次之三種。

(一) 結核水腫 關節腔內有淡黃白色之透明漿液，或多少潤潤之（以混入纖維素之故而起）液滑液膜性，多為大人之膝關節，此型一般滲出物消失後，關節囊可遺留肥厚，移行於次之肉芽性者多也。

(二) 肉芽性關節結核 外傷後雖有初得即為此型者，然常由水腫性移行而來，為關節結核中之最多見者也。病關節以肉芽增殖之故，著明腫脹，為特異之紡錘形，表面皮膚滑澤而緊張甚強，為蠟樣白色，常有假性波動，稱曰白腫。惟於其上下部削瘦時，猶著明也。由壓迫及運動而感疼痛，其位置常固定於疼痛最少，便於內部變化，即負擔最輕之位置，故病肢節之筋肉，及諸組織，陷於所謂廢用性之萎縮，甚為羸瘦，關節之腫脹，更為著明矣。關節於異狀位

置而陷於攣縮，肉芽組織，有時萎縮，形成癥痕，而自然治癒者有之，或因此關節內發生癒着，而起強直，或為乾酪變化，或起化膿性融解，發生膿瘍，而移行於次之化膿性病，關節內之變化著明時，則起不全脫臼，或關節窩游走，以致該肢節短縮。

(三)結核性化膿性關節炎。發於疾病之末期，不問其為漿液性與肉芽性者，其結核性組織崩壞，起乾酪變性及化膿性融解，長久存在時，其膿不止存在關節內，且浸潤於周圍組織中，形成所謂關節周圍膿瘍，穿破外皮，發生特異之結核性瘻管，而排出膿汁，然有時膿不破於外方，沿結締組織流注，形成下垂性膿瘍者有之，化膿性症發於疾患之末期，故關節內之病的變化著明，有疼痛、腫脹、機能障礙、肢節之削瘦及異常位置，亦甚著明，甚至有發病之脫臼者。

一般症狀。初期多無一般症狀，熱亦常少，而化膿滲出物之蓄積時，惟於形成瘻管起混合傳染時，則

常發弛張性之熱也。

(合併症) 附近之淋巴腺，殆皆常為結核所侵害，往往有達著明之大者。

對關節結核行種種操作後，有發急性粟粒結核者，(異型) (一)乾性骨瘍。比較年壯者得之，無炎症症狀，而發關節全體之萎縮者。

(二)急性化膿性關節結核。僅見於初生兒，有急性之經過，往往數日而死之化膿性炎也。

(診斷) 病症成熟時，其診斷容易，於初期，即治療上認為必要，而診斷甚困難也，前驅症所現者，為不定之疼痛、倦怠之感、疲勞、肢節之削瘦等，為診斷上之必要也。

症狀稍進行，則可觸知滑液膜之肥厚，或至形成白腫時，則容易診斷也，或行試驗穿刺，以顯微鏡證明滲出物中之細菌，雖多少困難，然如注射於動物，則得知細菌之存在，至膿瘍穿破於外部，發生瘻管時，則由瘻孔肉芽及膿之性狀為結核之特有，而誤診

者少也。或參考身體他部之結核亦可。用諸種之結核血清反應。

X 放射線，非僅利於診斷，即治療上決定病狀亦甚要也。該部較健康部，其構造區劃皆不分明。

(鑑別) 鑑別之最要者，為慢性關節水腫也。然結核以外者，皆由急性而移行之故，以其初發，即可區別也。其他不可不行內容物細菌學之檢查法。

慢性關節風痺，乃多發性，多為年壯者，侵及關節周圍組織者少。由濕潤寒冷，而病症增重，於早期即可聽得摩擦音。關節微毒，為兩側性，官能障礙少。時呈急性症狀，壓痛少，有既往症。其他瓦塞路滿反

應為陽性。畸形關節炎，為年高者得之，骨之變化甚重，摩擦音著明，亦不侵害關節周圍之組織。

慢性粘液囊炎，多為結核性，以其位置不同，誤診者少。然往往有與關節結核合併者。又本病於關節之運動時無疼痛。關節端肉腫雖少，然往往有誤診

▲結核性關節炎

為結核者，由不斷增大，皮膚緊張，靜脈怒張，X 放射線檢查，試驗穿刺等，即得以明瞭區別矣。又有於骨之成長時，發現疼痛者，雖有誤診者，然其疼痛，僅一定時間存在而已。

(轉歸) 及(預後) 一般為進行性，以衰弱結果，或起他合併症而死，或自然，或由輕微之處置，而全治癒者有之。然甚少也。然亦有一次治癒，由輕度原因(外傷等) 而往往再發者。預後由年齡、體質、關節

種類、局所症狀、合併症之有無，或療法之適否等，甚不同也。年齡愈小，則愈良。往往對結核有抵抗力甚強之體質者，於大關節，為骨性，或已為化膿性者，預後不良也。一般雖有治愈者，然亦多遺留攣縮、強直、異常位置、發育障礙、不全脫臼、全脫臼等後遺症也。

(療法) 一般雖由局所症狀之輕重，其療法不同。然最要之目的，仍以佳良榮養，治癒局所疾病，務必盡力使可動性關節近於正常始可。

對此目的，雖有種種之療法，然可大別為次之三類。

三三

▲結核性關節炎

三四

(一)一般療法 (參攷內科肺結核)

(二)保存療法 保局所之安靜，使自然治癒，或作用於局所之病原體，或增進其再生機能，惟於年幼者甚為便利，然局所症狀著明險惡時，無論何時，皆無效果，故仍以手術療法為有價值也。

(甲)安靜固定 該關節以減輕負擔，同時遠其關節，而避其接觸摩擦，以遞減刺激症狀為目的，故行牽引法，石膏繃帶，塞路羅伊豆繃帶，由此往往不生於初期可收效果，即痛腫及浮腫等之急性症狀，亦可減輕，又於末期，且有整復異常位置之利益，此固定法，每二乃至三個月除去之，由局所之症狀，或再應用，或用種種之整形外科支柱器，使患者運動，且須注意般一之症狀。

(乙)穿刺關節腔內之滲出物，而注入諸種之藥液，使作用於局所病原體之法也，最常用者為一〇%沃度仿甘油，每回一〇乃至三〇瓦，每八日至乃十四日反復注射之，或一〇%沃度仿依脫，二%石炭

酸沃度仿油，一〇%「伊透羅路」及「阿苦透路」，「甘油」其他鹽化亞鉛水，桂皮酸曹達，黑透路」等種種藥液注入，近時有謂「夫埃腦路」樟腦甚有效者。

處方 (夫埃腦路樟腦)

石炭酸	三〇〇
樟腦	六〇〇
酒精	一〇〇〇

右混合一回一〇〇注射用

注射後三日，雖有發熱痛等反應，然數日後即消散，本法與安靜固定法同時施行，乃最為得當之處置，(丙)增高局所殺菌力，同時增進組織之再生機能為目的，可用必魯氏鬱血療法，或熱氣浴，及日光療法，惟於日光療法，對全身之榮養，有著明之效力云，近時應用X放射線於局所，亦於效果云，(三)手術療法 既長時應用保存之一般療法，而病機仍照常進行不止者，終至成異常位置，一則全

身狀態漸次衰弱，由他之方法，全無治癒恢復之希望時，而行此法也。故行手術療法時，不可不十分參考年齡、關節種類、體質及榮養狀態、患部疾患之輕重、關節機能障礙程度等也。手術療法亦有種種。

(一)單純切開法及搔爬法，一般效果少。(二)滑液膜切除法，於滑液膜性侵害關節面少時用之也。

神經脈管及淋巴管疾患

▲神經之皮下損傷

der Nerven

Subkutane

Verletzungen

由原因及損傷之狀態，而區別爲震盪、挫傷、斷裂及伸展、脫轉等。

(療法) (一)保存療法 (1)務必於初期一週間，以帶縛保患者安靜。(2)次用電氣療法。應用弱度之半流電氣，即置陰極於傷部，置陽極於神經叢，至少須持續四乃至六週間。

(二)外科療法 神經全橫斷面之損傷，可即時應用外科之療法。方法 (1)切開局部，露出神經。

▲神經皮下之損傷 ▲神經之開放損傷

(三)關節切除法，爲骨性或滑液膜性者，病機之甚爲進行時，十分除去病灶，所用之根治療法也。

(四)切斷法，無關節切除之餘地，化膿、疼痛、發熱等劇烈之全身症狀險惡時，最後所行之方法也。總之於初期務必極力試行保存療法，苟無效而病機進行時，始可行手術療法也。

如神經長區域之間以癢痕塊肥厚，或全離開而不能自然治癒時，可切除癢痕部，或於斷端作新創面，行神經縫合術，或成形術。(2)以假骨或癢痕組織之故起壓迫時，行神經剝離術，即由周圍安全剝離圍繞之神經部，次防其再癒着之故，可縫合隣接肌肉二三次，以引近於神經下床，或移植皮下脂肪組織於神經之下床。

▲神經之開放損傷

der Nerven

Offene Verletzung

由創傷之種類，其深部之神經，可發生完全或不全

之截斷貫穿、射通、挫滅、或斷裂等損傷。

(原因) (1) 挫傷、斷裂者，乃常於複雜骨折時，由

突出外方骨折尖端端之作用而發也。(2) 骨、小片

或異物(玻璃片、木片、金屬片、銃彈破片等)嵌留於

神經內，圍以硬固之疤痕組織，其物體壓迫損傷神

經之一部分，遂至全不能傳導。(3) 有時過度結

紮神經而發障礙。(4) 由火藥爆發、器械損傷，或

溜彈損傷、野獸之咬傷等，神經大部分同時裂開者。

(症候) 已傷神經之官能斷絕，故由神經機能之

如何，症候亦有種種。混合神經損傷時，可惹起運動

障礙、感覺障礙、血管運動障礙及榮養障礙等。又感

覺神經、混合神經不全斷斷時，則起痛及感覺異常。

(局所變化) 肉眼之變化，乃斷斷後兩斷端僅稍

微相離，神經截面常不平滑，神經纖維束稍膨出。

損傷神經之治癒如(1)無創傷傳染者。(2)神經

未完全斷者。(3)截斷後其截面互相密接而存

在者。(4)全橫斷面所受挫傷區域之廣，恰若以絲

緊縛後，極輕微者，雖皆良好，反之，癒合不良者，若

(一)有創傷傳染時。(二)神性之大區域，由挫傷破

壞時。(三)於兩斷端間，發生多量疤痕組織時。(四)

完全斷斷後，兩斷端間，嵌入筋組織、骨或異物等時

(五)兩斷端轉位於側方時等是也。若此之時，中樞

端呈棍棒狀腫脹，主所謂截斷神經性腫。末稍部細

微崩潰物吸收後，漸次發生結締織性變化，更進而

被傷神經所支配筋已全萎縮(神經性筋萎縮)。

(診斷) 須根據創傷或疤痕之解剖位置，運動障

碍或感覺障礙等，即可診查運動障礙時，以檢查其

神經及神經所主宰肌肉之電氣性狀態為最要也。

即(一)斷斷神經，對於感傳電氣及平流電氣之亢

奮性，於十二乃至十四日間完全消失。(二)筋之感

傳電氣興奮性，亦與此相同。(三)筋之平流電氣亢

奮性，則不然，於傷後二週間以內，則反亢進，為緩慢

之擊縮，次則與擊縮法則相反，即陽極閉鎖時擊縮

較陰極閉鎖時擊縮強大也。此變性反應，於傷後三

乃至四週間時，則達於極點，持續數月間，其後於一年之後，發筋萎縮之故，中流電氣亢奮性，全然消失。

(療法) 一、第一期神經縫合術，新鮮者，殆皆須手術也，即清潔創傷之周圍，行完全止血，法除去汚物，異物及組織片之後，或有須開大創面者，由創傷之深部探出神經而縫合之，此第一期神經縫合術，僅於大挫傷、裂傷、咬傷、神經未大缺損時適用也。

二、第二期神經縫合術，銃創之時，神經由小銃丸多不能完全離斷，故傳導中絕，常由保守之療法，可自然恢復，如至數週後無效時，則可如癍痕治療之創傷，陳舊時，可行第二期縫合術也，即切除癍痕，除去異物後，露出兩斷端使之密著即可。

神經縫合術 *Nervennaht*

不新鮮者，可以刀橫切神經兩斷端，(缺子容易挫滅，故不可用) 故斷裂或挫滅者，或已結癍痕者，或於中樞端變神經腫之部分，皆須切除之也，神經橫斷面須精密接合之始可，其接合有次之二法。

▲神經之開放損傷

一、直達性神經縫合術，以纖細針自神經端切斷，面約距一厘米處刺穿之，細小神經時，則刺通其全橫徑，大神經時，則僅穿通其外層，故務必避神經纖維之損傷，始可縫合，絲於中央用一條，不若兩側各用一條之法，安全也，縫合針須用形圓者(第八圖)。

二、介達性神經縫合術，於神經之兩側，苟為必要時，更須於前後，僅縫合神經周圍結締織，雖有完全可避損傷神經之長處，然有不能精密接合之短處，然於纖細之神經，則此法最為適當也，一名曰神經周圍縫合術 *paraneurotische Naht*

神經縫合術之二三，可注意者如次：(一)縫合之神經部，常與周圍癒着之故，於運動時，有發生疼痛，神經痛及官能障礙者，如避此癒着，(A)置縫合部於鈣製管內，(B)或置於以「夫歐路馬林」固定之角管內，(C)或置於自牛犢採取動脈或靜脈管片內，(D)自他部移植新鮮之脂肪組織片，而埋置神經於其內者有之。(二)第二期神經縫合術之時，布路

恩斯氏縱切開癥痕性連絡部，橫縫有再生力之部，且須縫其癥痕皺襞，保持確實，或無癥痕性連絡時，則可截刻膨大之中樞端，爲縱走楔狀，分爲二瓣，可縫尖銳之末梢端於其間（參考第十圖）（二）切除神經之全區域斷裂或挫滅之癥痕或腫瘍時，於其間可生間隙之缺損，雖兩斷端之接合困難，然仍以神經縫合術爲最確之方法也，即（甲）如爲三鞭之小缺損，可注意牽出伸展之，使互相接近，得不發緊張而縫合（乙）八鞭之缺損時，於橈骨神經，正中神經，坐骨神經，膝膕神經等，可伸展關節於極度之位置，接近兩斷端，以繃帶固定關節於其位置，約四週間，然後由繃帶使徐徐平均即可（丙）四肢神經之大缺損時，有切除骨於一定之長，使之短縮，以應必要者，如此尙得十分縫合之，如不能縫合時，可行次之神經成形術。

三、神經成形術。此術與神經接種術相同，較神經縫合術雖結果不良，然於不能縫合時，可一試之也。小

形。形成法。於中樞端或兩斷端，縱割其一部，於斷端作有莖小瓣，可以二三縫合絲，互相密著其小瓣，以此恢復傳導性者也（參考第十一圖）或如此相同，有填異物（除去石灰鹽之骨管，腸線，動物神經片，或他之補裝物）於其間隙，而使之接合者。

四、神經接種術。爲里其晚氏所發明，即於隣接健全神經之一側，作一創面，或如有莖小瓣，結合斷裂神經之末梢於其處，例（一）牽引斷裂正中神經之末梢，於健全之正中神經（二）引損傷之尺骨神經之末梢，於健全之正中神經（三）由正中神經切取有莖小瓣，與損傷橈骨神經之末梢端結合（四）麻痺顏面神經之末梢部，合縫於副神經，或舌下神經（參考第十二圖）

五、神經移植術。有移植舌神經之小片，於舌下神經之例者，又動物試驗，取鷄之坐骨神經三鞭，以補兔之坐骨神經缺損部而成功者，此乃非移植之神經，直接癒合也，其神經片，早已死滅，此死滅之神經片，

可妨礙結締組織之增殖，對於由中樞端新生神經纖維，可與以向末梢部而行之徑路者也。凡手術後之皮膚縫合，於第二期神經縫合術，神經成形術，神經接種術時，雖常即時縫合之即可。然於第一期神經縫合術，僅於創傷狀態佳良時，可即時閉鎖者也。如挫傷、壞滅、咬傷等，有必須開放創面之一部而置之者，該時，其神經至少須以軟部及皮膚被包之，以此可防癢痕組織之直接壓迫，牽張該神經也。施行繃帶時，由身體各部之位置，保持受傷神經於弛緩之狀態，可用繃帶至三、四週間，於神經成形術時，可繃帶於三、四週間以上，如由運動，有牽裂之害時，則可用副木或石膏繃帶。

後療法最要者，為催進其機能之恢復也，可試行電氣療法，按摩，及該筋肉他動或自動運動練習等法。治癒。治癒之初徵，為感覺機能之恢復也，然亦有為隣接分布神經所欺者，其次則為變性反應症候之消失，初對半流電氣，後對感傳電氣之反應近皆。

於正常狀態，自動之運動能力，先弱為隨意性攣縮，後可再現自由之收縮，而恢復此機能所需之時日，則不定，感覺機能之恢復，約二乃至四週間，運動機能之恢復，早者三週，普通則需六週，一般第一期神經縫合術，較第二期縫合術所需之時日短，神經接合術愈在末梢，其現再生機能愈為迅速也。

▲神經痛 Neuralgia

(原因) (症候) 及內科療法則於內科述之。

外科之療法，其適應症，為(一)雖用種種之方法，而毫無效力者，或於施行有效療法之時，頻發劇烈之發作，增惡全身狀態甚速者。(二)感覺神經，或混合神經，雖非適應症，然發甚重障礙者，例如三叉神經第三枝是也。非適應症者，乃其原因為中樞性也。方法及術式。

(一) 神經切斷術，有切斷神經者，然施於感覺神經時，其斷端可迅速癒著，故其效果亦為一時也。
(二) 神經切除法，雖優於切斷術，然苟非切取神

▲動脈瘤

四〇

經之極大部分，亦有再癒合之害也。

(三) 神經拔去術於一八八九年爲其路修氏所發明，較切除法更爲常用也。可除去神經幹之一部，或其全末梢枝，即務必選擇近於中樞之部分，露出神經之一小部分，以鉗子（其路修氏神經鉗子）鑷該神經，次徐徐回旋之，可纏絡神經於鉗子，由各連絡徐徐解離而抽出之，於再生力強大之三叉神經枝，尙往往有再發者。

(四) 神經伸展術其方法，乃於或部位露出神經，且由其全周圍剝離後，以指或堅固之鈍器撮舉之，向其走行之兩方向，試用強力徐徐牽引之，至著明延長爲止，惟於坐骨神經痛常用之。

▲動脈瘤 Aneurysm

(種別) 區別爲血瘤與動脈交通而呈脈搏之假性動脈瘤及壁由血管而成之真性動脈瘤。二者通常所謂動脈瘤者，即真性者是也。動脈瘤由其形狀別爲囊樣、圓筒狀、紡錘狀、蔓狀等形。

由發生之方法，有次之區別：(一)先天性動脈瘤，多見於腹部大動脈、泡他里氏管等處。(二)自然性動脈瘤，由動脈壁之變化（硬變、炎症等）而發者。(三)腐蝕性動脈瘤，結核病灶或膿瘍中之運脈，被腐蝕時，其壁非薄而生者也。(四)栓塞性動脈瘤，由栓塞而發者，惟於含有細菌之栓塞而發也。(五)創傷性動脈瘤，由創傷挫傷壁之一部時發之者也。(六)離開之動脈瘤，有病的變化動脈壁之內膜或中膜破裂，血液流出於內膜或中膜之外，漸次擴大而發者，於上行大動脈、腦動脈見之。

(存在) 以上之中，最多者爲第二類之動脈瘤也，多爲男子，且多爲三十歲至五十歲之間，其好發部位，爲胸部大動脈、膝膕動脈、大腿動脈，次爲腹部大動脈、頸部大動脈、鎖骨下動脈等是也。

(症候) 爲圓形乃至卵圓形之腫瘍，與周圍之區別，判然者不少，可觸其搏動，且得之見出之，置以手

則得感知衝動而發之摩擦感，如押上近於動脈之中心處，則得中止其搏動。於患側由其瘤之位置至末稍動脈之脈搏，較健側稍弱且遲慢，漸次成長，則侵周圍之器官，遂至破裂，常以出血之故而死。於動脈瘤內，通例可生血栓，於其生成不完全之處，可發破裂，常破裂於皮膚，或心囊、食道、氣管、胸腔、腹腔等處。

(七) 動靜脈瘤。由創傷而發，可區別為次之三者：即有靜脈囊者，與假性動靜脈瘤，即動脈與靜脈同時損傷而起之血瘤，與動脈靜脈相關聯者，及有動脈囊者等是也。於四肢之血管最多。

其症候與前述單純性動脈瘤相似之點最多，其發生多伴靜脈之擴大與鬱血。聽診時，於單純性動脈瘤，僅心臟收縮時可聞雜音，反之於動靜脈瘤時，則可聽雜音不絕，僅於心臟收縮時稍強而已。末稍部鬱血之結果，可發最著明之症狀也。

(療法) 施行外科手術，剔出後，縫合血管，則為理想之療法，或有結紮動脈瘤之上下兩端，而除去動

脈瘤之方法，或有結紮其中心或末稍之方法，於四肢則有破裂出血之危險，如無他術，可以施行時，則可行四肢之切斷術，於不可施行手術之動脈瘤，則有以下種種之方法。

一、繼續壓迫其中心部。二、膠療法。血管縫合術。有縫合其壁一部分之側壁，縫合與全壁之環狀縫合之二者，皆為通過血管壁之三層而走行縫合之，須用圓而細小之針，用細絹絲，內膜面與內膜面相合，須使血管內皮細胞相向而縫合。現今常用之血管連結，多由此縫合之方法也。稱曰卡雷路氏法。

▲靜脈瘤 Varicose Phlebectasi

(原因) 凡妨礙靜脈血之還流，靜脈內血壓增加時，且靜脈壁及其瓣抵抗弱時得之也。

(解剖之變化) 有與通常靜脈相同者，或有內膜中膜菲薄以結締組織之故而肥厚者，或亦有極萎縮者，於此種靜脈內，有生成血栓之傾向，或有石灰沉

▲血栓性靜脈炎 ▲淋巴管炎

着於其血栓中，而形成靜脈石者，最多得者，爲下肢。痔靜脈叢、蔓狀靜脈叢是也。靜脈瘤之結果，以循環榮養障礙爲根本，其變化著明，皮膚萎縮、浮腫、潰瘍，或其部分之菲弱感、濕疹、痙攣性筋攣縮、神經痛性疼痛等是也。危險之併發症，爲靜脈炎及出血也。往往由痔核之出血，而致於死亡者，其例不少也。

(療法) 以剔出靜脈瘤爲最良，於脚時，可結紮大蓋微靜脈，或行下肢之彈力性壓迫，或舉高下肢法。

▲血栓性靜脈炎 *Thrombophlebitis*

爲合併血栓形成之靜脈炎症，由諸重症、急性及慢性炎症病機而發。

(症候) 急性血栓性靜脈炎，最多發生於下腿，沿靜脈之徑路發生疼痛，於表面之靜脈，則於當其靜脈之處，可觸知索狀物，如在深處者，則僅有壓痛，往往有惡寒發熱及鼠蹊腺腫。

(合併症) 通常可釀成血栓化膿之危險(化膿性血栓)，發生化膿性全身傳染，於顏面之附近，有起

腦膜炎者。

(療法) 雖爲最輕之症，亦須絕對安臥數週間，至無熱爲止，施行濕布繃帶，由下腿潰瘍者，則用軟膏(決不可塗擦或全不可行按摩術)於重症時，則可設結紮輸出靜脈幹之方法。

▲淋巴管炎 *Lymphangitis*

△一、急性淋巴管炎 *Lymphangitis acuta*

(原因) 由種種之化膿菌而發，惟於連鎖狀及葡萄狀菌，於結核、癩、疥、窩織炎、外傷等時見之。

(症候) (一)局所症狀爲癢、緊、灼熱等，皮膚發赤，初由毛細淋巴管之方向，爲網狀或點狀而進行，其後則沿淋巴管爲紅色之索條，向淋巴腺而行，即由其部位而常見腋窩腺、膝關節、股腺、鼠蹊腺等之腫脹，觸其索條，則肥厚而有疼痛。

(二)一般症狀爲發熱、惡寒、戰慄、身體倦怠等是也，輕症者，則僅淋巴腺外膜之充血、漿液性細胞浸潤，數日之後，即輕快，重症時，則生成栓塞，次濃潰，併發

皮下膿瘍及蜂窩織炎，猶重時，則起轉移性炎症，就中爲敗血症，至發生肺膿瘍。

(診斷) 容易有誤診爲丹毒、靜脈炎者。

(療法) 安靜患部，如爲四肢，則置於高位，可行布利斯泥此氏療法，絕不可運動筋肉，及按摩術也，對疼痛可貼軟膏，成膿瘍時，則可切開排膿。

△二、慢性淋巴管炎 *Lymphangitis chronica*

反復得急性淋巴管炎時，或由濕疹、潰瘍等，不斷吸而傳染性物質時得之，淋巴管以結締組織增殖之故，致充塞，致發淋巴鬱積，得後天性象皮病或厚皮症。(療法) 除去原因，行壓迫繃帶，按摩術等。

▲淋巴腺炎 *Lymphadenitis*

△急性淋巴腺炎 *Lymphadenitis acuta*

△一單純性淋巴腺炎 *Lymphadenitis simplex*

由輕度之損傷、齒齦濕疹等而發，淋巴腺帶灰白赤色，充血，漿液浸潤，內皮細胞剝離，及淋巴細胞之增殖是也。

▲淋巴腺炎

(症候) 爲不過胡桃大圓形硬固之腺塊，有壓痛，與皮膚及周圍癒着者少，去其原因時，則自然治癒，長久存在時，則爲慢性肥大性淋巴腺炎。

△二化膿性淋巴腺炎 *Lymphadenitis suppurativa*

(一) 漿液化膿性炎 主由化膿球菌傳染而得，以腺周圍炎之故，而互相癒着，腺有膿灶及壞疽灶，一般症狀甚劇，易成皮下蜂窩織炎，腺著明腫痛，腺之境界亦不明。

(二) 膿瘍性炎 雖有自漿液化膿性炎移行而來者，然普通得者，爲亞急性單純性淋巴腺炎，先爲硬固之移動性腺塊，漸次與皮膚癒着，中央部生波動，終至穿破皮膚，一般症狀及發熱，多於初期，或併發腺周圍炎時見之。

(療法) 單純性者，則行布利斯泥此氏療法，漿液膿性者，則行廣汎之切開，務必稱出其腺，形成膿瘍者，則切開而排膿，總以安靜爲要。

▲結核性淋巴腺炎

四四

△慢性單純性淋巴腺炎

以濕疹、潰瘍等慢性刺激之故，腺發腫大，硬度或軟（純粹增殖）或硬（纖維性肥大），後者雖與結核性淋巴腺炎相似，然以腺萎縮而不增大為相異之點（療法）專除原因，塗沃度丁幾，注射內服沃度加里等，皆可試用。

▲結核性淋巴腺炎 *Tymphadenitis tuberculosa*

（原因）及（病理）雖多由附近結核而得者，然亦有小兒之頸腺結核及腹腔內淋巴腺結核之原發性者，多為十歲以上至二十五歲，腺以細胞浸潤及形成結節之故而腫脹，起淋巴腺周圍炎，更進行時，（一）則陷於乾酪變性而軟化，形成結核性膿瘍，次

為瘻管，或（二）為大細胞性淋巴腺肥大，以類表皮細胞之增殖為主，腺雖硬固，然不起乾酪變性，與周圍之癒着亦不著明，亦有為（三）純粹之淋巴腺肥大者，或全無結節之形成，或亦有極少結節者。

（症候）初期一二之淋巴腺硬固腫脹，極頑固，不

易治癒，次附近之淋巴腺腫脹，互相癒着，形成固有之腺塊，一旦起乾酪樣變性而軟化時，則為膿瘍，破而為瘻管，分泌結核尚有混乾酪樣物之膿液。

（診斷）初期雖易誤診為單純性炎性肥大，然於結核，則猶硬固也，有誤為癌之轉移者，必注意原發灶始可，對於淋巴肉腫，以硬度種種之點（雖有硬固者，亦有形成膿瘍者）及發育之緩徐，即可區別矣，白血病性淋巴腺，據血液之所見，即可假性白血病，惡性淋巴腺，則無腺之互相癒着，並須注意全淋巴系統之疾患始可，微毒性淋巴腺炎，可參考其他微毒徵候，其他皮膚腫、粉瘤、顫管、囊腫等，亦須注意。

（療法）一般狀態不良者，腺塊甚大者，與周圍癒着甚強，或有瘻管者，則可試用根治療法，否則務必摘出始可，但於頸部，或腋窩等，須注意重要血管神經，摘出後，或全縫合皮膚，或開放縫合下端之一部，插排膿管於其中，不能摘出時，則切開膿瘍，搔爬瘻

管塗沃度丁幾，近來則用放射線、日光療法等。

射創及化學之損傷等

▲射創 Schussverletzung

△一、銃創（鎗創）

銃創者，由小銃彈之創傷也。彈丸有鉛彈（軟鉛及硬鉛）與被彈二者。被彈者，以白銅為被套，中藏硬鉛者也。復別為全被彈與不全被彈二者。後者於尖端露出硬鉛之心，由彈丸之形有圓彈、蛋頭彈及尖彈之區別。銃創一般有射入口、射道及射出口，射入口雖關係於距離，彈丸之種類及組織等，然普通彈丸成直角而射於皮膚時，則為正圓形，較彈丸之口徑小，射道多為直線狀之管，然貫通力弱時，則滑走於骨面，成所謂周匠銃創。射道周圍之組織，以彈丸破碎、變形及骨片等，所謂爆發作用之故，有著明破壞者。射出口一般較射入口大多為不正形，然此時亦由彈丸之種類、射擊距離、爆發作用等，其障礙

亦不同也。近距離之銃創，射入口較射出口大，其形狀極不規則，有甚污穢者（參考法醫篇）。

（種別）銃創大別為五種：

- 一、銃創性打撲（反跳銃創）僅止皮膚之挫傷。
 - 二、擦過銃傷 生擦過傷之時。
 - 三、貫通銃創 有射入口及射出口者。
 - 四、盲管銃創 僅有射入口，彈丸留於體內者。
 - 五、射斷銃創 全斷裂四肢之一部者。
- 凡銃創之形狀及程度，關於彈丸之變形及其力，變形則關於組織之抵抗力，及彈丸之性質，鉛彈不全被彈，惟於尖鉛彈（一名曰達木達木彈）及空洞尖彈，變形甚著明，故組織之破壞作用亦甚劇也。骨及臟器，包液體或富於液體之組織（頭蓋、心臟、肝、脾、腎等），可受甚重之爆發作用。

（症候） 疼痛、陰骨折及傷知覺神經外，一般皆輕

▲射創及化學之損傷等

▲射創

微局所感覺鈍麻，發局所震盪症，有由此而移行於汎發震盪症者有之。

皮膚。距離遠者，僅為挫傷而已者有之，近距離時（自殺偶發）射入口附近有火傷，煙硝粉末浸潤於皮膚內，射出口軟部銃創時，概為正圓形，雖覺射入口稍大，有爆發作用時，則得著明之裂傷。

血管。近時所用之小口徑鎗，常傷血管，然以血栓充塞創口之故，比較外出血者少，但滯溜於體腔及軟部，有出血而死者，血管銃創，可注意者，為形成外傷性動脈瘤（或假性動脈瘤）及動靜脈瘤也，此時起血腫之炎症，有誤診為膿瘍者。

神經。腦神經損傷，皆同時有骨折，脊髓神經中，最多者，為橈骨及尺骨神經也，其損傷為挫傷，伸展裂傷，斷傷等，由彈丸而發者，有時為骨折之結果，由其程度，起運動性麻痺，感覺障礙，不若運動障礙之著明，傷後起榮養障礙，有以此發生劇烈神經痛者，骨。由彈丸之動力，可生挫傷，穿孔，骨折，冰裂等傷，

海綿樣質，苟非近距離之射擊，則無穿孔者，然為鉛彈，則可使之粉碎，且有殘留彈片於骨質中者，骨幹銃創，不論何種彈丸，普通皆為裂傷，胡蝶型骨折，可為其適當之例，由射入口向下方，發現二條之水裂，關節。多同時有骨折，動力弱之小手鎗等之小鉛彈，有不與骨接觸，而殘留於關節囊中者。

體腔及臟器。頭蓋銃創，最為危險，腦質多為粥狀，於腹腔臟器，可發生內出血，或腹膜炎，如為砲彈由胃腸漿膜之癒着，不併發穿孔性腹膜炎，雖有自然治癒者，然甚少也，於胸部臟器，心臟，大血管，無損傷時，比較危險少也，肺亦無爆發作用之傾向，創部可迅速形成癍痕。

△二、砲創

砲彈有溜彈，溜霰彈等，前者與他物衝突爆發為破片而散亂，後者用藥捻使於空中破裂，使其內裝之鉛丸飛散，砲創一般破壞組織甚強，射入口挫滅，其中多有衣服等布片，由射出口可露出筋，筋膜，腱骨，

等碎片，砲彈爆發於近處時，有起腦震盪症者。

(診斷) 由皮膚之射入口，硝磺之煙痕，火傷，其他各臟器之關係，大概容易，絕不可用消息子(探子)插入創口內，以達診斷之目的也。此乃銃創之原發性傳染，於臨牀上，非可恐者，而續發性傳染，反多為極危險也。腹腔等有臟器損傷之疑時，可按已有損傷治之，骨折，可用X光線。

(預後) 普通之銃創，概不傳染，砲創等之重傷時，以續發性傳染，有起破傷風，敗血症者。

(療法) 於震盪症，可注射樟腦油，行止血法，於頸部銃創，有必須行氣管切開者，於骨盤銃創，有必須行尿道切開者，創部不可以手觸之，並不可以藥液洗滌，及插入探子等，有大異物骨片，則以鑷子除去之，除彈丸於創內易見，或於皮下，或起傳染，或治癒後，貽留障礙等時之外，不可強為除去，施行以上之處置後，可用滅菌紗布(或沃度仿紗布)於骨折可用副木，骨折重時，惟於戰場時，則可行截斷術，腹部

▲射創▲化學之損傷

銃創時，可行試驗，開腹術，有行腸管縫合，腎臟摘出者，於頭蓋銃創，則由穿顱術，有必須除去彈丸者。

▲化學之損傷 Die chemische Verletzungen

(原因) 由所謂腐蝕藥者，有次之三種。

(一) 亞爾加里性腐蝕藥 Alkalische Aetzmittel

苛性加里，苛性曹達，生石灰等。

(二) 酸性腐蝕藥 saure Aetzmittel

鹽酸，硫酸，硝酸，亞砷酸，乳酸，苦洛木酸，石炭酸，等。

(三) 金屬鹽類，硝酸銀，鹽化亞鉛，硫酸銅等。

(症候) 由腐蝕藥之強弱，量，作用時間等，而不同，輕者，僅局處之皮膚，或粘膜潮紅而已，稍重者，則形成水泡，最重者，發壞死，形成痂皮，此等關係，與火傷相同也。由亞爾加里，特壞死部為褐色軟泥狀，損傷常達於深部，由酸類者，則痂皮硬，呈黃褐色(硝酸)或褐色(硫酸)，由金屬鹽類者，痂皮硬與前者同，覆以損傷之組織，以防藥液之達於深部，故作用淺，較亞爾加里損傷之度常輕。

▲化學之損傷 ▲電氣之損傷 ▲電擊之損傷

四八

(預後) 輕者無須治療，可自治，其痂皮與他之壞死相同，形成肉芽之結果而脫落，其時以損傷血管之故，有同時出血甚烈者，如此終至形成癍痕，血治癒與大傷相同，其續發之障礙亦同也，惟於食道、胃尿道等，可起狹窄，而遺留大害。

(療法) 損傷後時間未久者，可中和之，以防其害之復增，即由酸類者，則用重曹水、石灰水等，由亞爾加里時，則用醋酸、枸橼酸等，以洗其局所，即可或僅用水洗之，以減弱其作用，亦有效也，已生水泡紅斑時，可用軟膏，以去外來之刺戟，待其自然而治，形成痂皮時，可施無毒濕布繃帶，可促其脫落，繼發症狀，皆按其症狀而施，以手術詳記於各條之下。

▲電氣之損傷 Verletzungen durch

elektrische Starkströme

乃人體接觸於有一定度以上強度之導體時而起者也，暴風、大雪等時，已斷之電綫於路上觸之，則受損傷，或有死者，此人之所常見者也。

(症候) 雖多陷於失神之狀態，輕度之時，或即時恢復常態，或移行於麻痺、痙攣、恐怖等之全身症狀，高度之時，則陷於虛脫，或起心臟呼吸之麻痺而死，局處之變化，以皮膚之變化為主，恰類似火傷，由其程度，可發潮紅、水泡、壞死等，電流之入口及出口，恰若銃創，可生孔狀之創孔，生痂皮於周緣，以無疼痛為特徵，凡電流於人體之作用，由諸種之條件而不同，作用時間愈長，電力愈強，電位愈高，則作用愈烈，而損傷愈大也，並當電流通路之處，愈近於生活器官，而愈危險也。

(療法) 可行心臟按摩、人工呼吸法，與強心劑，以除心臟呼吸之障礙，起麻痺時，可行電氣按摩術，其創傷可行與火傷同樣之療法。

▲電擊之損傷 Verletzungen durch Blitzschlag

由前述電氣損傷同樣作用而起者，故皆相同也，(症候) 通常起心臟呼吸麻痺，即時而死，或起甚劇之腦震盪，全至失神，手足不動，脈搏小而遲緩，呼

吸淺，表知覺亦受障，碍此等症狀於一日乃至一週之間，漸次消失，或有長久不安，繼續麻痺等者，破裂作用甚烈，衣服亦裂，有至四肢異其位置者，電氣之出入兩口，於前者爲孔狀，兩者間，沿其經過之途，於皮膚可畫所謂赤褐色之電形線，有謂以皮膚血管之麻痺而起者。

(療法) 同前。

▲日射病 *Sonnenstich*

(原因) 日光直射於身體而起，惟見裸其頭部而勞動於戶外者也。

(症候) 以暫時甚烈之頭痛、眩暈、耳鳴、眼花、閃發等爲其前徵，速陷於失神狀態，同時起痙攣，顏面甚赤，皮膚灼熱，脈搏速而弱，體溫上昇，有達四十二度者，數時間以心臟麻痺而死，幸日光照射時間甚短，受適當之療法時，有得早晚快愈者。

(療法) 速冷其身體，並須高其心臟之作用，故使患者靜臥於蔭冷之處，注以冷水，或以浸水之布蓋

▲日射病 ▲熱射病

其身體，惟蓋於頭部，且使之飲水，或注入多量生理食鹽水，一面施行人工呼吸，心臟按摩，可與強心劑。

▲熱射病 *Heatstroke* 須參考內科篇

(原因) 與前者相同，雖由體溫之上昇，然與前者不同者，乃非受由外部之熱作用也，於體溫放散困難之狀態，發生多量體溫時，由熱之蓄積於體中而發者也，故於暑熱甚烈，同時天氣濕潤，過度勞動者常見也，夏期行軍時，士卒之卒死者，卽以此也。

(症候) 其前兆爲甚烈之發汗、倦憊、惡心、渴感等，後卽速見甚烈頭痛、眩暈、不安、嘔吐等，脈搏速小，呼吸淺表，皮膚甚熱，發汗甚烈，體溫超過四十度，知覺鈍麻，須臾之間，起全身痙攣，同時咀嚼筋及背筋勁直，輕者雖漸次治癒，重者數時間起心臟麻痺而死。

(療法) 同前預防時，可著適當之衣服，使之時時飲水，或茶等，且須半常鍛煉身體，避酒，極力強壯心臟之筋肉始可。

▲腫瘍 ▲纖維腫 ▲粘液腫 ▲脂肪腫

腫瘍

▲纖維腫 Fibroma

由結締組織而成之良性腫瘍也。有後天性或先天性發生者。

(發生部位) 凡存在結締組織之處，皆可發生之。惟於皮下(顏面、頸部、軀幹部爲多)、粘膜下、漿膜下、腱鞘、神經纖維內、或神經鞘、肌肉膜、骨膜、腹腔內、胃腸、卵巢、腎臟、乳房、子宮、肝臟等處發之。

(症候) 纖維腫大別爲硬性及軟性(多發性)之二種。爲結節狀、乳頭狀或茸(息肉)狀之局限性腫瘍也。爲單發性或多發性而生。惟於皮膚發生之軟性多發性纖維腫有達數千個者。多爲小豆大乃至銀杏大小者。有粟粒大者。有至人頭大者(子宮卵巢、腸間膜等)。硬度爲硬韌(硬性)或稍柔軟(軟性)。發育緩慢。決無轉移者。

(診斷) 容易於內臟者則困難也。

(療法) 雖以爲良性而不必治療。然仍以剔出爲

確實之療法也。然於軟性多發性纖維腫，則不能行此法也。「其歐吉那民」「非里布羅金」之效果不確。其他中醫書雖有內服葶藶或殼煎浸之記載。然效力亦不明。

▲粘液腫 Myxoma

由粘液組織而成之腫瘍。純粹之粘液腫，雖亦有先天性而發者。然多與他腫瘍合併而得。故臨牀之價值少也。僅本腫瘍成分多時，質軟，發育較速而已。

▲脂肪腫 Lipoma

(發生) 脂肪腫爲比較常發之腫瘍。由脂肪組織過度之增殖而發。時有爲先天性。然多爲後天性(三四十歲之時爲多)。而發。有時與他之畸形併發。於顛回外傷之後者有之。女子較多於男子。

(發生部位) 皮下最多(肩、脊、胸、項、頭、顏、臀部等)。其他處處之筋肉內，各種之內臟、關節等。

(病理解剖) 由結締組織之多少。臨牀上分爲軟

性(純脂肪腫)及硬性(纖維脂肪腫)二者其他由於合併之組織分爲血管脂肪腫、粘液脂肪腫、筋脂肪腫等。

(症候) 多爲限局性。有時於頸部、手掌等爲瀰漫性。硬度彈力性而軟。有假性波動(軟性)或彈力性而軟(硬性)。表面多呈分葉狀。本腫瘍有單發者有多發者。其大甚不等。硬性者小。軟性者大也。大者有超過人頭大者。爲半球形、圓形、茸狀、不正形、樹枝狀等形狀。發育多緩慢。然軟性者則有甚速者。

(診斷) 雖多容易。然硬性者則須與纖維腫、淋巴腺炎鑑別。軟性者則須與粉瘤、皮膚樣囊腫、粘液囊腫、結核性膿瘍、橡皮腫、軟性淋巴腺腫等鑑別。腹腔內之大者須與種種腹部疾患區別始可。

(療法) 全剔出。但發育甚速之軟性脂肪腫有再發之害也。

▲軟骨腫 *Chondrom, chondroblastom*

(發生) 有先天性或後天性二者。(二十四五歲

以前)有以外傷、佝僂病爲其誘因者。有時見於遺傳。

(發生部位)及(種類) 發生於骨骼或軟部組織。內於骨則分外發軟骨腫與內發軟骨腫二者。外發軟骨腫者少也。由肋骨端、脊椎骨間、耻骨縫際、眼窩、頭蓋基底部、或喉頭、氣管等有軟骨組織處發之內發軟骨腫比較多也。爲單發性或多發性。由指骨、掌骨、趾骨、四肢大管狀骨之骨端、或骨幹部內、無軟骨組織之處發之。其他亦有由骨盤、肩胛骨、頸骨、肋骨、頭蓋骨發生者。於骨骼以外之軟骨腫雖發生於甲狀腺、耳下腺、睪丸、乳腺、副腎、肝臟、肺、皮下血管、淋巴管等處。然皆常爲混合腫瘍也。

(症候) 多爲不正球形。表面有粗大之結節狀凸凹表面及剖面爲灰白色半透明。呈所謂「歐巴苦」狀。有軟骨樣硬度。由骨而生者則密著於骨。年幼者則有骨之發育障礙。有單發或多發。(此時多相對而生)發育緩慢。甚大者少。但與惡性腫瘍合併時、

▲骨 腫

五二

則發育迅速，其大著明，且時作轉移，其他軟骨腫之異型，則有纖維軟骨腫、粘液軟骨腫、骨軟骨腫、骨軟骨肉腫、囊腫性軟骨腫等，或常為混合腫瘍之成分。

(診斷) 由硬度、表面、發育等，容易診斷，或由X光線檢查而確定之，與之鑑別者，為骨腫、硬性纖維腫、石灰化之淋巴腺結核、石灰化之粉瘤等是也。

(療法) 剔出，但於骨之多發者，則不能手術也。

▲骨 腫 Osteum

為先天性或後天性，發於青年時期，有時以外傷、佝僂病為其誘因，亦有遺傳之關係者。

(種別) 由發生部位乃至發生基地，區別如次。

(甲) 由骨而生者 (一) 外骨腫 (A) 軟骨性骨腫、粘液囊性軟骨性骨腫 (B) 骨膜性或結締織性骨腫 (二) 內骨腫

(乙) 由軟骨組織發生者，由構造分為數種，即 (一)

象牙性或硬性骨腫 (二) 海綿樣骨腫 (三) 骨髓樣骨腫，其他骨腫，有合併肉腫、纖維腫之狀態，亦有呈

粘液變性囊腫狀變化者。

(構造) 如以上種類之不同，故因眼上雖其狀態之不同，然概皆為甚硬之腫瘍，於表面有著明顆粒狀之凸凹，由骨而生者，皆與骨密着，或以莖聯結之，其組織大體類似生理之骨組織，僅骨細胞之大小及形成不規則而已。

(一) 軟骨性骨腫為骨腫中之最多見者，發生部位雖凡骨皆得之，然多為長管狀骨、肋骨、鎖骨、指骨、趾骨、肩胛骨、頭蓋骨等，雖有單發者，然常為多發性者，發育緩慢，常為鷄卵大以內，超過拳大者少也，甚硬，形狀不同，表面有大小結節狀之凸凹 (如有軟骨覆蓋時，則凹凸粗大，全化骨時，則凹凸小也) 常與骨以寬廣之基底或細莖而附著，亦有莖斷絕者，自覺症狀雖常無，然亦有時由神經之壓迫，而發疼痛者，粘液囊性、外骨腫比較少也，多於大腿骨，於骨膜表面附著粘液囊樣物之謂也。

(二) 骨膜性或結締織性外骨腫

有時於前頭骨、顛頂骨、眼窠或顏面腔之骨膜發生小腫起物。與骨密着甚硬。表面有小結節狀凹凸。
(三)由軟部組織發生之骨腫。於肺、眼窩內、陰莖、卵巢、腦硬腦膜、皮膚等見之。其發生有種種之議論。
(診斷) 多容易。僅軟部之骨腫有不明者。以X光線檢查。為確定診斷之最要也。

(療法) 鉗除或鑿除。

▲筋腫 Myoma

分為(甲)平滑筋腫(由平滑筋成者)及(乙)橫紋筋腫(由橫紋筋纖維成者)之二種。

(甲)平滑筋腫。最多發生於子宮。其他有時發生於食道、胃腸、泌尿器、皮膚等。為硬韌之限局性腫瘍。發育一般雖緩慢。然發生於子宮者則甚速也。常有甚大者。呈各種局所之症狀(詳細參考婦人科)發生於他處者。無甚大者。故臨牀之價值少也。

(乙)橫紋筋腫。由發育不全之橫紋筋纖維與結締組織而成之腫瘍也。雖有發生於腎臟、膀胱、睪丸、子

▲筋腫 ▲神經腫

宮、心臟、食道、胃、耳下腺、攝護腺、四肢、顏面、舌、眼窩等處。然甚少也。有至人頭大者。本腫瘍之診斷。由組織之檢查。確定之者也。臨牀上平滑筋腫、纖維腫、肉腫、內皮細胞腫等之區別困難也。

▲神經腫 Neuron, Neuroblastom

本症別為假性及真性神經腫之二種。

假性神經腫。雖比較稍多。然不外乎由神經間質之結締組織而發生之纖維腫也。此神經纖維腫。於末梢神經中樞神經單發或多發。有時併發皮下象皮樣病增殖。發生於神經幹者。有時發壓痛。

真性神經腫。本病甚少。多由交感神經發生。惟於交感神經細胞節存在。處例後腹膜部、腰部、或頸部等發之。亦有發生於皮下者。(由血管之交感神經)本腫瘍為良性。雖類似纖維腫。然有至人頭大者。確定診斷。非據組織之檢查不可也。(證明神經纖維神經細胞節等) 切斷端神經腫。離斷端神經腫。外傷性神經腫。

▲膠腫▲乳嘴腫

五四

常於四肢之切斷後，由神經之切斷端發之（切斷）有時於下顎骨、上眼窩緣等打撲而傷神經之一部而發生（離斷或外傷），然此等不為真症之腫瘍也。乃神經之過度再生而已，故其大不能超過神經橫斷面之二倍，乃四肢切斷端之皮下或癢痕中、骨緣等神經存在部所生之硬結節也。由壓迫而發疼痛（療法）有必須剔出者，切斷端神經腫之預防，為四肢切斷時，必十分切除神經始可。

▲膠腫 Glion

乃由中樞神經基質膠細胞而成之腫瘍也。良性者，類似纖維腫，其發育亦緩慢也。惡性者，其性狀類似圓形細胞肉腫，發育亦迅速也。於腦、脊髓、眼窩內發生之多，為年幼之小兒得之。

腦之膠腫，雖由發生部位而不同，然與他之腦腫瘍類似。大時，由頭蓋內壓之亢昇，呈慢性腦之壓迫症狀，有時以出血之故，有突然呈卒中樣發作者。脊髓之膠腫，與他之脊髓腫瘍之症狀相同也。而

脊髓之膠腫，有常發軟化者，故呈脊髓空洞症之像者有之。

眼之膠腫，乃由網膜發生軟性結節狀之腫瘍也。由其增大之故，膨出於眼窩，或外部，或有侵入頭蓋腔內者。眼之膠腫，常為惡性，兩側而發者不少，易再發，有轉移者。

（療法）腦之膠腫，由發生之部位有得行手術剔出者，眼之膠腫，務必早期剔出之。脊髓之膠腫，治療之成績不良。

▲乳嘴腫 Paraffin

發生於皮膚或粘膜之表面，上皮異常增殖，呈乳嘴狀之謂也。

（發生部位）於皮膚則為頭皮、腋窩、鼠蹊部、乳房、

背部、會陰部、肛門附近，多發生之。特於以發汗摩擦之故，易受慢性刺戟之處為多。其外陰部附近發生之尖圭腫，其外觀雖似乳嘴腫，然不為真性腫瘍也。不外由淋毒性分泌物之刺戟所發之增殖而

其原因消退後，常治癒也。於粘膜則爲口腔粘膜、口唇、頰、軟口蓋、舌等。咽喉、喉頭、食道、腔等之扁平上皮性粘膜發之。其他膀胱、有時腎盂、輸尿管、亦有發生者。惟發於膀胱者，由其狀態之特有，稱曰絨毛癌。其他亦有於直腸、鼻子宮、胃、膽道等之圓柱上皮性粘膜發之者。然少也。乳癌腫，乃有細莖或廣莖，或有廣基底之腫瘍也。增殖上皮之突起，有細者，有粗者，故其形狀有覆盆子狀、雞冠狀、花柳子狀等種種。柔軟或稍硬，如癌腫，其基底無浸潤，發育緩慢也。然亦有變爲癌腫者。

(診斷) 由特有之外觀，容易診斷。

(療法) 剔出，然如殘留一部，則有再發者。

▲腺腫 Adenoma

比較常見之腫瘍也。多爲後天性發之。雖本爲良性腫瘍，然常有變爲癌腫者。

(發生部位) (一) 皮膚(汗腺、皮脂腺)少也。(二) 粘膜(胃腸、鼻腔、子宮、膽囊等)。(三) 腺臟器(乳腺、肝

臟、腎臟、副腎、辜丸、攝護腺、卵巢、甲狀腺、腦下垂體等。(就此等組織之發生) (A) 初雖有由健全組織發生者，然常爲(B)腺臟器一部之先天性迷入。(迷入性) (C) 慢性炎症，或有癥痕之處。(例乳、腺炎、粘膜之加答兒、肝硬變、慢性腎炎、卵巢之癥痕等) 發生之。

(構造) 爲限局性之硬腫瘍也。由腺管之增殖，由組織之狀態，有(A)葉狀腺腫、(B)管狀腺腫、(C)囊腫、(D)囊腫狀、(E)惡性腺腫等區別。由與其他腫瘍之合併，別爲纖維腺腫、腺腫、肉腫、腺腫性癌腫等。

(症候) 多爲良性，發育緩慢，硬度多硬，若明甚大者，亦不形成轉移。囊腫性者，比較易大，硬度亦多少較軟也。腺腫甚易呈癌腫之變性，此時發育驟然迅速，至形成淋巴腺轉移。

(診斷) 須與纖維腫、軟骨腫、慢性炎症性硬結或初期之癌腫等鑑別。有時苟不以組織之檢查，有不

▲血管腫

五六

能確定診斷者、

(療法) 別出、

▲血管腫 *Angioma Angio-taetom*

乃多爲先天性、或有時爲後天性、於血管發生之腫瘍也、爲最常見者也、

(種類) 於組織及臨牀分爲(一)單純性血管腫、

(二)海綿樣血管腫、(三)蔓狀血管腫三種、其他有分爲表在性血管腫、與深在性血管腫者、或有與他腫瘍合併而發者(例纖維血管腫、血管脂肪腫等)、

△一、單純性血管腫 *Angioma simplex*

(發生部位) 最多爲皮膚及皮下組織內、其三分之二發於顏面、其次多於頭部、其他粘膜(口唇、眼瞼、頰等)、肌肉內、乳腺、骨、眼窩、腦髓、脊髓、各種內臟等亦發之、

(構造) 單爲細血管新生迂曲、多限局爲塊根狀、表面及剖面呈血色、組織之檢查、可見多數之血管腔密集、其內皮細胞爲骰子形、或稍類似之、

(症候) 發於皮膚或皮下者、則現臨牀之症狀然

深在性者、則常不明也、有初爲小結節狀、至一定程度、而發育甚速者、或有初得即有一定之大、發育不甚著明者、形狀爲圓形、地圖狀、瘤狀、茸狀、分葉狀、有莖腫瘍也、表面有扁平者、有著明隆起者、表在性者、有覆盆子狀之小凹凸、表面之色、深在性者、如平常之皮膚、或微透青色、表在性者、則呈藍青色、或赤色、硬度、彈力性甚軟、有壓縮性、有時可於其中觸得小結節、大雖有種種、然無海綿狀血管腫之大者、其經過中、有起炎症、出血、或自然消退者、

△二、海綿樣或竇狀血管腫

常與單純性血管腫合併、或由單純性變化而發、(發生部位) 概與前者相同、多於皮膚、皮下、粘膜、下、惟好發於顏面、頭部、或口腔內、其他筋骨、內臟、(構造) 由擴張血管之集合而成、有結締組織破膜、有時直接移行於周圍之血管、

(症候) 表在性者，爲結節狀乳嘴狀，於顏面則有爲巨舌、巨頰、巨唇之狀者，界限雖明瞭，然瀰漫性者多，表面常有不同之凹凸，多可透見青藍色，有時可見皮膚之肥厚，及毛髮之增生者，其硬度以軟有壓縮性爲特有，有時於其中可觸知硬勒或軟骨樣之小結節(血栓靜脈石)與稍大動脈相通者，可見搏動，或有聽得一種雜音者，壓迫血管腫中樞端之輸出靜脈，或下垂其局部於頭部，顏面，則用力之時，皆常膨大，其大有種種，有超過拳大者，發育緩慢，亦有迅速著明增大者。

經過中可見炎症，及出血者，然無自然消退者。

△三、蔓狀血管腫或蔓狀動脈血管腫

本病先天性得之，有不以此爲真正腫瘍，而以爲血管之異常發育者。

(發生部位) 常爲頭部，及顏面，有時下肢，與上肢等亦得之。

(構造) 擴張肥厚甚強之血管，迂曲蜿蜒成蔓狀，

或擴張爲囊狀，增殖著明時，則爲塊根狀，多與大靜脈或動脈直接交通。

(症候) 表面有蚯蚓狀之隆起，或全體著明腫脹，皮膚多呈紫藍色，或非薄者，常癢著，觸於診似海綿狀血管腫，多有搏動及雜音，發育初雖迅速，後多緩慢，大者常發神經痛，亦有發炎症及出血者，故有甚危險者。

血管腫之療法，由血管腫之種類及大小而不同。

(一) 微小血管腫，則以發煙硝酸「馬苦拉尼恩」(以三〇%苛性加里溶解澱粉爲適當之膠樣者)世(雪狀炭酸(壓擠炭酸瓦斯之結晶)一週間腐蝕一二次，有僥倖數回即治者。

(二) X光線照射法「拉吉烏姆」療法，稍大之血管腫，亦可適用。

(三) 藥液注入法，用於大血管腫，用七〇—八〇%酒精，三三乃至一五〇%抱水「格魯拉爾」五〇%甘油等液，其中以抱水「格魯拉爾」常有效，一週間

▲淋巴管腫 ▲內皮細胞腫

五八

約一回，先以三三%者，注射腫瘍之周邊各處，約〇五cc，漸次增量，三四回後，則注射五〇%者，注射後，有呈炎症症狀者，此時行一時之冷瘧法，俟炎症消退後，復行注射。

(四) 鑷刺入法，電氣針刺入法，於大血管腫，不能行手術時用之，須用特別之裝置，故不能通用。

(五) 烙白金燒灼法，昔常用之，今多不用，以此法後易作癍痕也。

(六) 用手壓剔出，最為確實也，然大血管腫，有難行者，於蔓狀血管腫，則結紮輸入及輸出血管，然巨大之血管腫，有任如何之療法，而多無效果者。

▲淋巴管腫 Lymphangiom

較血管腫少，多為先天性所發之腫瘍也。

由組織分為(一)單純性淋巴管腫，(二)海綿樣

淋巴管腫，(三)囊腫性淋巴管腫之三者。

單純性淋巴管腫，乃身體各部皮膚或皮下所發之結節狀腫瘍也，類似單純性血管腫，微有壓縮性，與

血管腫不同者，即表面無血液之色也。

海綿樣淋巴管腫，頰(巨頰)舌(巨舌)唇(巨唇)耳垂、眼瞼、側頸部等發之，有時發於身體之各處，大體之狀態，類似海綿狀血管腫，僅其內容與表面之有色不同而已，如併發炎症時，則急劇增大，加以炎症傳播之故，有致命危險者。

囊腫性淋巴管腫，多於側頸部，亦有發生於頰、腋窩、鼠蹊部、四肢屈側、薦骨前面者，乃多房性之囊腫，其壁薄，內有漿液，質雖軟，有波動，然比較多為限局性之故，常無壓縮性，其診斷雖易，然與腮管囊腫、血液囊腫、胞虫囊腫、脂肪腫等，有難區別者。

(療法) 可剔出，其他可用血管腫之各種方法，淋巴管腫傳染時，甚為危險，故須嚴守消毒法始可。

▲內皮細胞腫 Endotheliom

本腫瘍雖有種種之議論，然大概分為淋巴管內皮細胞腫、血管內皮細胞腫、血管皮外細胞腫三者，外有附屬異型之腦砂腫「其林杜維木」，「圓柱腫」

二者

△一、淋巴管內皮細胞腫爲內皮細胞腫中之最多者。普通單稱內皮細胞腫者，即指本病也。由淋巴管或淋巴腔之內皮細胞而成。其構造稍類似單純性癌腫。唾液腺最多，其他亦有發於皮下、肋膜、腹膜者。發育多緩慢，比較爲良性。然合併粘液腫時，或腫瘍實質細胞多時，亦有發生迅速者。於臨牀本病與發育緩慢之肉腫或癌腫，難以區別。多由組織之檢查，始可診斷。

△二、血管內皮細胞腫由血管內皮細胞而成。有特有之構造。雖有生於骨、筋、陰莖、卵巢、乳腺、皮下等處者。然極爲少有也。雖有血管多肉腫之狀。然稍硬，發育亦緩慢。轉移者極少也。

△三、血管外皮細胞腫原稱血管肉腫。以小血管腔爲中心。而外皮細胞呈層狀而增殖。於臨牀有良性肉腫或癌腫之症狀。故難診斷也。僅由檢查組織始得確定診斷而已。

▲肉 腫

△四、腦砂腫或硬腦膜內皮細胞腫爲硬腦膜特有之腫瘍。內皮細胞呈層狀增殖。常於其中央。可見石灰沉着。爲限局性。球形或扁平。乃以細莖或席莖附着。淡赤色。硬韌之腫瘍也。發育多緩慢。雖無特別之症狀。然亦有發育迅速者。甚有破開硬腦膜。頭蓋骨。露出於外部者。或亦有現腦症狀者。

△五、(其林杜羅木)(腫柱圓) Nolin from
此非特別之腫瘍。乃內皮細胞腫。肉腫。或癌腫之內部。處處呈粘液變性。爲球形或圓柱狀。而蓄積於細胞間者之謂也。故臨牀無特別之價值也。

▲肉 腫 Carcinoma

肉腫屬於結締織性之類。與癌腫同爲惡性腫瘍之主要者。此病多年幼者得之。有以外傷爲誘因者。(種類) 雖有種種之分類法。比較常用之區別。爲(甲)由結締織發生者。(一)圓形細胞肉腫。(主由圓形細胞而成)。(二)紡錘形細胞肉腫。(由紡錘形細胞而成)。(三)多形細胞肉腫。(由不正圓形

或紡錘形細胞而成。(四) 巨大細胞肉腫。(於紡錘細胞間有巨大細胞者)

(乙) 與骨有關係者。(五) 軟骨肉腫。(六) 骨肉腫。

(丙) 由粘液組織發生者。(七) 粘液肉腫。

(丁) 由脂肪組織發生者。(八) 脂肪肉腫。

(戊) 由膠質發生者。(九) 膠質肉腫。

(己) 由淋巴組織發生者。(十) 淋巴肉腫。

(庚) 由色素細胞發生者。(十一) 黑色素肉腫。

(甲) 由結締組織發生者如前所述。有圓形細胞肉腫、紡錘細胞肉腫、多形細胞肉腫、巨大細胞肉腫之區別。不僅組織不同。其臨牀之症狀。亦多少相異也。

(發生部位) 皮下、粘膜炎、筋間、骨膜、腹膜後部、腸間膜、乳腺、甲狀腺、腎臟、睪丸、肺、肝臟、子宮等。

(一般症候) 初為限局性腫瘍。後為膨脹性。周圍

增大。但於末期。則為浸潤性之發育。表面普通平滑。末期愈著。其硬度為彈性軟。乃至硬韌。有時內部

出血。或起變性。甚至形成囊腫狀。表在性者。破於外

部。呈惡性潰瘍之狀。多由血行轉移。有於骨、皮下、肺、肝臟等。作轉移者。有時轉移於淋巴腺。手術之後。常有再發之害。腫瘍增大甚烈時。有陷於衰弱而死亡者。由肉腫組織之種類。臨牀之症狀。亦微不同。圓形細胞肉腫。最軟。發育速。不幾時即甚巨大。多轉移再發。紡錘細胞肉腫。及多形細胞肉腫。較前者稍硬韌。發育亦甚速。有時轉移或再發。巨大細胞肉腫。最為良性。有延至十數年者。然亦有不甚大者。硬度最硬。轉移再發者少也。

(乙) 肉骨腫或化骨性肉腫。為最常見者。含有骨質。或骨質前階級之物。多為長管狀骨。有時發生於骨盤、肩胛骨、鎖骨、胸骨、頸骨、肋骨、跟骨、膝蓋骨等。通常別為骨髓性(中心性)與骨膜性(周圍性)二者。其他由軟部組織發生之肉腫。密著於骨。刺戟之故。可促骨組織增生於腫瘍之內。有呈為骨肉腫之狀者。(一) 骨膜性肉腫。多為紡錘細胞肉腫。有時由圓形細胞肉腫。巨大細胞肉腫而成。初發為被骨膜層限

同性之結節，漸次發育，遂擴張於骨之周圍，於長管狀骨，甚為擴張，有變該骨為不正瘤狀之棍棒狀物者，如更增大甚烈時，則破骨膜層成浸潤性，發育於表面或周圍之軟部組織內，或破於關節內，或侵底部之骨質，侵入骨髓內，若此者，有與骨髓性難以區別者，本病之特有，乃腫瘍內易形成骨質也，於骨面突出束狀之骨棘，或為放散性新生於四方，此骨形成程度，有時不相同，甚至有全體化骨者，大體之臨牀症狀，雖類似骨髓性者，然不發羊皮樣之叩軋音，於初期，後者雖骨殼有腫脹，然於本病，有稍軟硬度，(二)骨髓性肉腫，由圓形細胞肉腫，紡錘細胞肉腫，或常由巨大細胞肉腫而成，初於骨髓內作膨脹性之發育，漸次使骨膨隆，有時骨之深部，有感疼痛者，亦有因肉腫發生部抵抗薄弱之故，由微小之原因，即得骨折者，(持發骨折)又腫瘍增大甚烈之故，壓迫表面之皮質，變為菲薄柔軟之骨殼，壓以指則發羊皮紙樣叩軋音，(子普伊透林氏) (本症狀為骨

髓性肉腫之最要者) 腫瘍更增大時，破骨殼為膨脹性而發育於軟骨關節內，或骨之周圍，後為浸潤性發育，骨髓性肉腫，於骨髓內時，形成骨質者甚少，既破骨殼現於外部時，則若骨膜性肉腫，有可見骨之新生者，故此時期，二者之鑑別甚難也，其他由肉腫之種類，血管甚多者，則可觸得搏動及雜音，即所謂骨動脈瘤者，又腫瘍內出血變性，該部軟化，有呈囊腫狀者，惟於巨大細胞肉腫常見之，關節肉腫，多續發於骨髓性肉腫，生漿液性漸次血性之滲出液，於初期有誤為他之慢性關節炎者，骨髓性肉腫較骨膜性不良，多轉移再發，其他骨膜性或骨髓性者，局所膨滿著明時，該部微有熱感，或表面皮膚靜脈擴張，有見甚著明之蛇行狀態者，(診斷) 已著明增大者，容易診斷，初期則難診斷，也有誤為骨微毒結核，慢性化膿性炎症等，(肉腫亦有不定之發熱) 其他限局性者，須與纖維腫骨腫，軟骨腫區別，有特發性骨折時，雖可先疑為骨

▲肉 腫

髓性肉腫，然亦有由他原因而發者，雖診斷時，可暫

時監視其經過，如加爲漸次著明增大時，則爲肉腫

也，又、線檢查法，爲診斷骨肉腫最要之法也，由此

得定發主部位及其範圍等。

(丙) 淋巴腺腫狀脾腫，淋巴腺由種種原因而腫

脹，即(一)淋巴腺之結締織性肉腫(二)淋巴肉腫

(三)惡性淋巴腺腫(惡性淋巴肉芽腫)(四)白血

病性淋巴腺腫及假性白血病性淋巴腺腫(五)淋

巴腺良性腫瘍(六)淋腺轉移癌(七)淋巴腺結

核(八)淋巴腺象皮病等，可爲腫瘍者略記如下。

(一) 淋巴腺之結締織性肉腫甚少，爲圓形細胞肉

腫或紡錘細胞肉腫發之，與在他之軟組織相同，臨

牀症狀，恰與淋巴肉腫難別，僅組織構造稍異而已。

(二) 淋巴肉腫常與單純之圓形細胞肉腫相混，然

由淋巴腺實質而生，且微留其構造，即主由類似淋

巴球之細胞而成，此細胞平等分布於被內皮細胞

腫區別也。

(發生部位) 頸腺(頸下部)最多，其他爲腋窩、腹

腔、縱隔、胸腔等之淋巴腺，或扁桃腺、咽頭部，亦有發

於胃腸壁之濾胞者。

(症候) 成年者多，亦有發於幼年者，爲韌軟或硬

韌之腫瘍，發育迅速，且破被膜，呈浸潤性而侵於周

圍，後貴而爲膿瘍性潰瘍，其他由發生部位，現氣管、

食道、肺、心臟等壓迫症狀，或常由血行性轉移而瀰

漫於全身。

(診斷) 由發生部、發育速度、硬度等即可診斷，

然與淋巴肉腫、惡性淋巴腺腫難鑑別也。

(療法) 別出，但常再發，其他、光線「拉吉烏姆」

療法，亦可用。

(三) 惡性淋巴腺腫本病有後豆期、恩氏病、惡性淋

巴肉芽腫等名稱，本症雖易與淋巴肉腫等相混，

然組織構造全異也，主由肉芽細胞而成，其他各種

(發生部位) 殆與淋巴肉腫相同，多於頸部，惟多發於上頸部。

(症候) 無痛，發育緩慢，同時可侵多數之淋巴腺，多爲胡桃大者，亦有至萍果大者，硬度軟或硬韌，無癒著，及自潰者，且不相癒着，漸次增大，侵及全淋巴系，由貧血及衰弱而死，甚至得病後數月即死者有之，經過中有發間歇性之熱者。

(診斷) 須與斯鐵路恩倍路古氏型淋巴腺結核、白血病性淋巴腺腫鑑別。

(療法) 雖剔出，亦易再發，光線療法，並內服亞砒酸劑時，有得效果者。

(四) 白血病性淋巴腺腫局所所見，甚似惡性淋巴腺腫，僅由血液所見，可以區別。(參考白血病及非白血病處)

▲黑色腫或黑色肉腫 *Melanosarkom*
本病以其性甚惡及其色爲特徵。

(發生部位) 皮膚，亦有發於接於皮膚之粘膜及

▲黑色腫或黑色肉腫 ▲多發性骨髓腫

眼者，然甚少也。皮膚黑色肉腫，多由先天性色素斑、疣狀母斑發生，多於顏面及四肢，初時發育雖緩慢，暫時之後，則發育迅速，爲黑色或黑褐色之圓形結節狀或蕈狀之腫瘤，易崩潰，而爲鱗花狀之潰瘍，且可浸潤及深部而發育，常於附近，作多數續發性之小結節，硬度爲軟性，有時硬韌而易出血，眼之黑色肉腫，由鞏膜、虹彩，或角膜緣之色素斑發生，增大甚速，破鞏膜由眼窩突出外面，多軟而易出血。

(轉位)及(經過) 發育迅速，且由血行轉移於全身，亦甚速，或以衰弱之故而亡，至末期色素排出於尿中，現所謂色素尿者有之。

(診斷) 由發育轉移之迅速，及其色，即可診斷。(預後)及(療法) 可於未轉移之初期摘出之，然預後多不良也。

▲多發性骨髓腫 *multiple Myelome*
本病極少，多發生於老人之長管狀骨，由骨髓細胞異常增殖於骨髓內，處處形成軟灰白赤色之結節，

▲綠色腫▲癌腫

六四

本病不蔓延於周圍，且不轉移，永為限局性，然常由結節互相癒合軟化，而發骨彎曲，骨缺損，或特發骨折者有之，或有時於間歇發熱之故，呈高度之貧血，速死者有之，又常於尿中有一種特有之吉要恩斯氏蛋白質，（攝氏五〇—六〇度加溫時，則溷濁，再加高溫，則溷濁復消失。）

▲綠色腫 Chlorome

亦為少有之病，多發於小兒及年幼者之頭蓋骨，顏面骨，有時肋骨，胸骨，脊椎骨，長管狀骨等亦得之。本病為骨膜發生肉腫樣之腫瘍，呈綠色—黃綠色—灰白綠色，為其特有性，發育迅速，不易轉移，有謂其色乃由脂色素而成也。

▲癌腫 Karzinom oder Krebs

（原因）雖有種種之學說，然尚未明瞭。

（發生部位）主為四十歲以上之老人，惟多為四五十歲者，然亦有十歲乃至二十歲時得之者，常見遺傳之關係，發生部為皮膚（顏面，頭部，四肢等）粘

膜（口腔，胃，子宮等）臟器（乳腺，腎，肝，肺等）良性上皮性腫瘍（乳嘴腫，腺腫）先天性或後天性發生之上皮性囊腫（皮膚樣囊腫，鰓弓囊腫，粉瘤等）等處，或常於慢性炎症，潰瘍，癩痕，慢性器械刺戟等後得之。

（種類）通常由組織分之。

（一）表皮癌或扁平細胞癌 附基底細胞癌

（二）單純性癌或假子形細胞癌

（三）腺癌或圓柱細胞癌

（四）膠樣癌及粘液癌

由癌細胞間質之多少，單純性癌復區別如次。

（甲）硬性癌或結締織性癌

（乙）軟性癌或髓樣癌

其他由臨牀之形態，有加萎縮性癌，鐮狀癌，惡性圓形潰瘍，浸潤性癌，壁在性癌，乳嘴狀癌等種種名稱（症候）癌腫之形態，有種種於臟器內者，初多為結節狀，生於皮膚及粘膜之表面者，則呈瘤狀，花椰

菜狀鷄冠狀茸狀等或爲扁平之浸潤或爲深淺之潰瘍然皆於其周圍及底部常有多少之浸潤硬度一般硬韌硬性癭最硬表皮癭次之膠樣癭髓樣癭稍軟癭腫之發育髓樣癭、腺癭等軟性者速若表皮癭、硬性癭則比較稍遲也癭腫雖有緊滿性之發育然多爲浸潤性故易與附近之組織或臟器癒着有發疼痛者亦有無痛者表在性之癭腫至末期外部破坏有爲蠟花狀潰瘍者 腫表面糜爛時則發一種不快之惡臭氣癭之轉移比較甚早多轉移於淋巴系先侵隣接淋巴腺次及他處有時自血行轉移於肝、肺、骨髓、皮下等者潛在性者爲原發癭則不明僅轉移癭有著明者其他局所性轉移於腹腔有爲撒種性者癭腫得以移植於動物癭腫之末期則爲惡液質身體衰弱枯瘦而死亡手術後常再發乃癭細胞爲浸潤性侵入組織之內不能盡摘出其全部故也其他由發生之部位尚有種種局所之症狀

(診斷) 表在性者比較易診深在性者則困難

▲混合腫瘍

也參考各論即可近來雖有癭腫之血清診斷法(阿布鐵路哈路鐮恩氏法)尚在研究之中

(療法) 現今以手術剔出法爲最確實但剔出時必連腫瘍周圍之健康部(至少須去一仙迷寬)共去之始可而轉移於淋巴腺時亦須摘出轉移之全部始可行手術療法時必早期診斷未甚大時始行手術乃最要也光線療法有入線「拉吉烏姆」紫外線「分塞恩」線等惟前者雖尚在研究中然成績常良也其他燒灼法藥液注射法(酒精)夫歐路馬林「鹽化亞鉛溶液等」血清注射法等效亦不確內服藥爲沃度化加里亞砒酸劑等不過慰患者之心而已糜爛發惡臭時可用一萬倍錳強錄(過錳酸鉀)濕布撒布(倍路泡羅路)或用白金烙鐵燒其表面

▲混合腫瘍 Mischgeschwulste

分爲單性混合腫類畸形腫及畸形腫之三種

△一、單純性混合腫 由各腫瘍之成分(例纖維腫、粘液腫、內皮細胞腫、脂腫、軟骨腫、骨腫等)而成

▲皮膚樣囊腫

六六

(發生部位) 唾液腺及其附近、腎臟、副腎及其附近、腹腔內、睪丸、卵巢、子宮、膀胱、乳腺、肺、肝等。

(症候) 先天性或青春期發之、或生於中年之後、由腫瘍成分之種類、其發育或迅速、或甚緩慢、故大小不等、硬度亦由腫瘍之成分而不同、其硬度不平等為特有、惡性者、有轉移再發者。

△二、類畸形腫 位於畸形腫與混合腫之中間、含有不完全之組織及臟器、復別為(A)複雜性皮膚樣囊腫、(B)類畸形混合腫之二種。

(A)複雜性皮膚樣囊腫 (好發於卵巢、睪丸、亦有發生於次述之部位者、然少也、由上皮囊而成、中有糜爛狀乃至泥狀之內容、於壁有毛髮、常於內容中發現大塊毛) 皮脂腺、汗腺、骨片、齒牙、頸部、四肢之一部等者、有時自上皮發癰腫變性。

(症候) 表面多平滑、有泥樣硬度、於深部可觸知硬部分、發育多緩慢、然變為癌腫變性時、則迅速也、常與單純性皮膚樣囊腫、難以區別、亦有誤為其

他各種囊腫、軟性腫瘍者、

(B)類畸形混合腫 屢發於睪丸、及卵巢、其他口腔、鼻腔、頭蓋腔內、胸腔內、腹腔內、尾骶骨、薦骨之附近、亦有發生者、為充實性及多房性之腫瘍、其中含有結締組織、粘液、脂肪、骨、軟骨等組織、及末梢神經、中樞神經、口腔、咽頭腔、腸管、氣管等種種組織或臟器者、然不含若畸形腫之胎兒痕跡也。

(症候) 乃形狀不正、硬度不同之腫瘍、發育比較緩慢、然成癰腫變性或肉腫變性時、有發育迅速者、
△三、畸形腫 常為先天性、發於口腔、頸部、唇部、腹腔、胸腔等處、乃雙胎畸形之一部分化為腫瘍者也、其發育不完全之臟器及身體之一部而成、形狀不正、硬度不同、在身體內部時、雖與類畸形混合腫難以區別、然由X線得以鑑別、在表面者、由其構造、即易診斷也。

(療法) 能行手術之處者、則全剝出即可、
▲皮膚樣囊腫 Verne's Teste

別爲單純性皮膚樣囊腫，與複雜性皮膚樣囊腫之二種。複雜性者，已述於前。單純性皮膚樣囊腫，乃由胎生之發芽者也。於顏面、頸部、頸部、胸腔內、腹壁、腹腔、薦骨部、陰囊、睪丸、卵巢、頭蓋基底部等處發之。各有一定之發生部位，與複雜性皮膚樣囊腫不同。乃單由上皮壁而成之囊腫也。內容爲糜粥狀，乃至泥狀，爲灰白色，有時可見內容之液化。

(症狀) 發於先天性或青春期中一般發生緩慢，爲扁平球形之囊腫，硬度爲軟泥樣（有時或軟成硬），與表面不癒着，常與深部癒着（亦有例外者），多爲胡桃大乃至鷄卵大，亦有至拳大者，亦有時發見癌腫變性，然少也。

(診斷) 常誤診爲粉瘤，其他由各發生之部位，須與各種之囊腫類，或脂肪腫、橡皮腫、流注膿瘍鑑別。

(療法) 全剝出，苟殘壁之一部，亦有再發之害。

▲粉瘤 Atherom

爲常於皮膚發生之囊腫，頭部、顏面最多，次爲項部。

▲粉瘤 ▲眞珠腫

脊部，然於四肢、陰莖則少也。乃毛囊或皮脂腺之開口部，自上皮異常增殖閉塞之故而發也。多爲成人期發之。據威爾肖氏說，十五歲以前，則不發生。男子較女子爲多。

(症候) 表面平滑扁平、球形之囊腫，亦有以莖而下垂者。囊腫之中央，富發生之處，有可見萎縮之微毛，或小凹陷，及暗黑赤色之點者。基底部不癒着，表面常癒着（然以續發變化之故，亦有例外者）。硬度爲軟泥狀或糜粥狀，亦有軟化或石灰沉着之故，而甚硬者。化膿者，發赤疼痛，而自潰，發育多緩慢，雖常不及鷄卵大，然亦有拳大者。單發或多發，亦有爲癌腫變性者。

(診斷) 雖多易診，然須與皮膚樣囊腫、脂肪腫、血管腫、淋巴管腫、皮下橡皮腫、流注膿瘍及各種之囊腫鑑別。

(療法) 全部摘出，殘壁之一部分時，有再發之害。

▲眞珠腫 Cholesteatom

▲頭蓋骨骨折

乃一種之皮膚性囊腫也，中填以層狀白色有眞珠狀光澤之物質，有特有之外觀，於中耳內（鼓室內或前庭）軟腦膜發生之，亦有發於尿道內者，然甚

少也，僅破壞露出時，於臨牀始得下診斷也。
（療法）可連被膜除去之。

外科各論

頭部外科

▲頭蓋骨骨折 Schädelbruch

（原因）頭蓋穹窿部骨之內外二板，由海綿樣質而連結，內板較外板彈力性少，故此部受打撲等時，外板破碎者極少，僅內板常甚破碎也，然亦有僅外板破碎者，今試置頭蓋於二物體之間，徐徐加以壓迫時，則即蓋可膨出於連結兩壓點軸垂直之方向，終至破碎，其骨折線，乃爲連結兩壓點之線，曰破裂骨折，尚有由外力骨彎曲之故，垂直於前者，可於壓點之周圍，生圓形之骨折線，曰彎曲骨折，外力速度甚大時，骨折之狀，與前者不同，例以鐵槌打撲時，可起限局性之骨破碎，鐵槌可嵌入頭蓋內，如爲大面

之物體，例以板打撲時，則起骨破碎及彎曲骨折，由高處墜落之硬物體，若石板等，打頭蓋時，則起前述之破裂及彎曲骨折，如軟物體，若砂等打撲時，有不見著明之外傷者，頭蓋底之構造，較頭蓋穹窿不同，抵抗少之處爲多，故往往發間接骨折，即墜落壓迫等時，可起破裂及彎曲骨折也，頭蓋骨折後之假骨質形，主由髓質，較他骨折甚少也。
（症候）頭蓋骨折時，不以骨折症候爲主要，乃以腦症候爲主要也，故僅爲壓痕或線裂者，常誤診斷也，骨折之症候如下（甲）與頭蓋腔連絡之腔及其

醫學博士 鹽田廣重

原著者 醫學博士 青山徹藏

醫學博士 茂木藏之助

編譯者 醫學士 劉國霖

周圍之出血（限高鼻耳及乳嘴突起）（乙）腦脊髓液漏（丙）神經麻痺（由骨折之部位而有種種）（丁）氣腫（乳嘴突起，篩骨，蝴蝶骨折時）等是也。而此等腔與外方直接連絡，故頭蓋骨折，往往由此等腔傳染而化膿，其預後雖由骨之變化，然仍以頭蓋內容之變化如何而定也。

（診斷）骨之轉位甚著明者，雖容易，其他往往困難也。得以X光線視得骨折線，其他有以腦之症狀如何，而得診斷頭蓋骨折之有無者。

（療法）腦症狀不著明者，先須保守即可洗滌耳鼻等，有送化膿菌入骨折部之害，故僅除其處之污物，施乾燥繃帶，使之靜臥，有軟部損傷者，有炎症進入頭蓋內之害，故剪傷部之毛髮，除去污物，挫傷著明之軟部，則剪除之，決不可以消息子，插入深部也。腦之壓迫症狀顯著者，或出血甚劇者，可行穿顱性折骨，自骨膜剝離者，則除去之，血管之切斷者，結紮之即可，外傷後即時行穿顱術，不若暫時觀其經過。

▲腦壓迫 ▲腦挫傷

之後而行之也。已化膿者，則切開之，以便膿之排泄。

▲腦壓迫 Compressio Cerebri

（病理）及（症候）於頭蓋腔內生出血腫，癆癆等，或由外部進入骨片，異物等，壓迫腦質時而起。此時腦之血管受壓迫，發限局性腦貧血，現種種之麻痺及刺戟症狀，惟鬱血乳頭，甚為著明，其他脈搏遲緩，有嘔吐，同時頭蓋骨缺損，頭蓋內壓增加時，可引起腦脫出症，脫出部分為赤色柔軟，現脈搏，由呼吸用力等而膨大，常大不及鷄卵，有常發壞疽者。

（療法）以對腦壓迫原因，行適宜之手段為第一也。腦已脫出者，僅用無菌繃帶即可，決不可剪除，或腐蝕其部分，不易治癒者，可行皮膚及骨膜之移植。

▲腦挫傷 contusio cerebri

（種別）及（症候）乃腦質有解剖變化也，其發生有二種，受外力之部分發生者，曰直接挫傷，如由間接損傷，則於受外力反對之方面發生者，則曰間接挫傷，有二者同時存在者，有僅為一者存在者，腦質

▲頭蓋內出血

著明挫碎，恰似粥狀，或腦質之外傷少，僅有輕微之出血者，或亦有若切傷或割傷之狀者，於外傷後，可發相當已損傷腦質處之癩痼，癱瘓，失語，四肢麻痺等症候，於一定時間後，復由出血或腦膜及腦質炎，發現症狀者有之。

(預後) 患者苟耐得外傷時，則挫碎之腦質及出血竇吸收，而形成癍痕，或為囊腫狀，不留何等症候而治者，或有時因此而遺留吉亞苦孫氏癩痼，或其他之腦症狀者。

(療法) 仍如頭蓋內出血，先用保守療法，不得已時，始可用手術除去挫潰之腦質也。

▲頭蓋內出血 *Blutung innerhalb des Schädels*

(原因) 頭蓋骨及其內容受傷時得之，形成血瘤，大者可起腦壓迫症候，血瘤有生於硬腦膜之內面，或外面者，或生於軟腦膜下，進入腦質內者有之，血瘤之大，關於形成所需之時間，與損傷血管之大小，如中腦膜動脈之大枝，及大靜脈竇切斷時，常形成

拳大之血瘤，而一般硬腦膜外血瘤，以硬腦膜與骨之結合甚強之故，多為限局性者，反之，硬腦膜內者，則可廣蔽腦之表面。

(症候) 血瘤之大，僅為五十立方厘米時，則僅有頭痛及脈搏遲緩，無意識之變化，大至六十乃至七十五立方厘米時，則腦之壓迫症狀著明，現譫妄及嗜眠狀態，有嘔吐，鬱血乳頭，瞳孔縮小等，血瘤更大時，則起麻痺症狀，意識全不明瞭，發屎尿失禁，及筋肉麻痺，有夏因斯透苦氏型呼吸，脈搏反迅速，遂至於死，硬腦膜外血瘤，如上所述，為限局性，故症狀發現甚速，以局所症狀為主，硬腦膜下血瘤發現症狀甚遲，且以刺戟症狀為主。

(經過) 小血瘤得以吸收，大者有變為囊腫者，細菌進入血瘤而化膿時，則起危險之合併症，此時熱甚高，可增惡腦症狀，靜脈竇損傷時，則為血塞，血栓化膿時，則有為膿血症者。

(療法) 安靜水囊，詳細觀察其經過，已由呼吸脈

搏及腦症狀危險時，則行穿顱術，結紮其血管，無創傷時，先穿中腦膜動脈之部而結紮之，乃以常由此動脈出血也，不得已時，則行外頸動脈或內上頸動脈之結紮，硬腦膜內血瘤，亦與此同樣，切開除去凝血，而止血即可。

▲腦震盪 (Comotio Cerebri)

(尚須參考法齋篇)

(症候) 由腦之外傷，未起著明之解剖變化者也，輕者僅一時腦貧血，不長留障礙，中等度者，則顏面蒼白，脈搏不整而沉降，意識亦多少瀰濶，重者，除上述症狀著明外，則發筋肉弛緩，尿尿失禁，瞳孔散大，有速死者，或有一定時間，全意識瀰濶，後復恢復者，而癒後殘留言語記憶力等之障礙，或亦有現種種之神經症者。

(原因) 不明，有以為延髓之脈管運動中樞，由外傷之力，反射性其機能減退，以腦血管麻痺之故，而腦皮質發血行障礙者，或有以為腦毛細管之出血

者，或有以為腦之壓迫者，其他則有以為腦構造各部之比重不同，受外力時，其各部受平衡之障礙者，診斷之最要者，乃上述之症狀，於外傷後即時發現，脈搏頻數且小等是也，同時有腦壓迫及挫傷者，診斷常困難也。

(療法) 安靜，防冷，處置脈搏及呼吸之障礙。

▲塞法維塞雷 (腦脫出) Cephalocele

(意義) 及(症候) 本病乃頭蓋內容，經頭蓋之孔，脫出皮下之謂也，最多見者，為後頭部及鼻根部，皆以先天性骨形成障礙故也，其內容，有僅為腦膜，呈囊狀脫出者，或有腦質亦同時脫出者，其大有種種，發於後頭部者，有至小兒頭大者，不被毛髮，生於鼻根部者，小多為不規則之形狀，腫瘍透明，如使退入頭蓋中時，則起腦壓迫症狀，小者不起障礙，生命亦可延至高年，大者，則預後不良也。

(療法) 穿刺及注入沃度丁幾等，其效不確，且危險，故用手術塞骨之隙，盡力使腫瘍退入，不得已時，

▲腦水腫 ▲腦膿瘍

七二

則除去之。

▲腦水腫 Hydrocephalus (尙須參考內科篇)

多爲先天性，亦有後天性，續發於腦腫瘍、腦膜炎等者。通常腦室之中，貯藏約二乃至三百瓦之透期漿液，頭蓋骨不癒着而薄弱，顱門甚大，故頭雖甚大，而顏面僅爲普通之大，呈甚奇之外觀也。且知識、運動及知覺之障礙著明，多爲白痴，常由發癡變及昏睡狀態而死亡。

(療法) 雖有穿刺、用壓迫繃帶之法，然漿液之形成甚速，故無效。尙有用靜脈管或金屬管等，導腦室內之漿液於靜脈皮下等，以促其吸收之法，有微見效果者。

▲腦膿瘍 Hirnhäusereis

由其原因區別如下，尙有由放線狀菌、微毒及結核菌而得者。

(一) 急性外傷性腦膿瘍

頭蓋骨之外傷，露出腦質之一部，或起腦膜炎時，而

續發者也。膿瘍小者，可切開之，由形成癥痕而治。一般頭蓋骨下，膿液排泄不利之故，膿瘍常可擴大。腦膿瘍一般較腦膜炎發生緩徐，且缺損症狀較刺戟症狀著明。其療法，常大切開，以便膿之排泄，爲最要也。

(二) 慢性外傷性腦膿瘍

急性膿瘍，多生於部皮質。慢性膿瘍，則常生於深部。其原因，乃急性膿瘍之大部分排泄後，僅其一部分殘留於深部而生者也。或因腦內存在之異物而發，或自他處之化膿菌，由靜脈及淋巴管傳播而發。此等膿瘍，包以膿瘍膜，周圍之區別明瞭，漸次增大，數週乃至數年之後，可破後腦室或腦膜下，大小不等。自鴉卵大至拳大，相當膿瘍破壞之部分，可發種種之症狀，往往大膿瘍，有不顯著明之腦症狀者，多頭痛發熱，此等症狀，於膿瘍增大時，著明發現。其他麻痺及痙攣，爲腦膿瘍之主要症狀。腦膿瘍常增大，至後常以此而死，故療法不可不行切開也。

(三) 耳性腦膿瘍

腦膿瘍多續發於耳疾，患且多

由慢性耳疾患(參考耳科篇)

(四)鼻性腦膿瘍。上鼻道及上頰竇、前頭竇、蝴蝶竇等化膿時、而發者也。(參考鼻科篇)

(五)有由頭蓋骨骨瘍或骨髓炎而續發腦膿瘍者、然甚少也。

(六)轉移性腦膿瘍。頭部之外、由胸腔內化膿灶、形成腦之轉移性膿瘍、亦甚多也、且多為多發性者、經左側頸動脈、多成左側西路、必氏窩動脈之栓塞、此種腦膿瘍、有由切開得以治癒者。

▲腦腫瘍 *Gehirntumoren*

顏面外科

▲兔唇 *Hänselscharte*

兔唇乃上唇形成破裂、常見之畸形也、有兩側者、有一側者、一側時多為左側、輕者、裂緣僅止於唇之粘膜部、重者、上唇全裂、達於鼻孔部、常併齒槽弓、硬口蓋及軟口蓋之破裂、其障礙乃(一)哺乳障礙及、(二)易得咽喉加苔兒、

▲腦腫瘍 ▲兔唇

本病於臨牀、雖定其部位、及腫瘍常在不能手術之部位、故於外科難全治也、多為神經膠腫、肉腫、及神經膠肉腫、或有少數之良性腫瘍、而小兒之結核、成人之橡皮腫、亦與腦腫瘍發同樣之症候、外科之適應症、乃腦皮質腫瘍、惟於運動中樞之腫瘍、或其附近之腫瘍、小腦腫瘍、小腦橋角腫瘍、腦下垂體腫瘍等是也、手術療法、近時愈得良好之成績、即行穿顱術、摘出腫瘍、苟不能行根治療法者、則僅行穿顱術、使腦壓減少、有可得使其症狀輕快者、

療法 強健者、分娩後即可行手術、否則二三週之後、亦可行手術也、

術式 有數種、先就單兔唇手術法主要者、記述之、(一)古雷夫埃氏法 如圖、先切除彎狀裂緣、後於一直線縫合之、(十三圖)
(二)內拉吞氏法 以有鈎鑷子、牽引唇緣使之緊

▲口蓋破裂

七四

張，以尖刀沿裂緣切開全皮膚層及粘膜後，以鉤牽引唇緣於下方，則創口爲菱形，於縱走方向縫合之。以上二法，兔唇之輕者適用之。

(三)馬路根氏法 由各側朱唇部，作有莖小瓣，繞轉於下方，而行縱走方向之縫合也。(十四圖)

(四)米羅烏氏法 此乃常用之法也。如圖，由破裂外側之裂緣，作中等大之小瓣，於他側亦對此，使緣

爲角狀，以小瓣作下方之唇緣，而縫合之也。(十五

圖) 以上諸法中，米羅烏及馬路根氏兩法，最爲常用，亦有多數改良之法，若可埃尼西氏法，即改良法

之一也。顎間骨未突隆之複兔唇，其手術，可與上述單兔唇同一術式即可，即盡切除裂緣作新創面，一

般常用者，爲可埃尼西氏法，如十六圖。

複兔唇，顎間骨突隆者，先須切除始可有諸種之法，最簡單者，爲鑿出該骨，或切除之是也，或用手術使

該骨退縮，兔唇，手術之後，療法，極須注意，術後無須綑帶，僅防創口之不潔，及避縫合部之緊張，連兩頰

貼以適宜之絆創膏，常須保守鼻口近處之清潔，始可散布次沒食子酸蒼鉛(鐵路馬透路)亦可，於術後第四日乃至第五日，即可抽出縫線，抽之過遲時，則化膿，或有妨礙癒合者，如化膿，則須再行縫合一次，須在六乃至八週後，始可行也。最良者，經六乃至七個月後，待瘢痕性裂緣再柔軟，且爲延長性者，可行手術也。

▲口蓋破裂 *Palatoschisis*

上顎突起與前額突起癒合不完全時，而生之顎及口蓋破裂也，多與兔唇併發。

(結果) 生後即時發現，榮養呼吸之障礙，經二三年之後，始發言語障礙。

(療法) 初生兒雖有行手術者，然以困難之故，多

至三乃至四歲行之也。麻醉或於懸垂頭之位置行之，或於坐位半麻醉之狀態行之，此乃避血液吸入咽頭喉頭故也。口鏡可用侯互伊透里此氏之發明

者，手術中之注意，乃不可使舌壓迫喉頭口是也。造

口蓋術之要旨，乃存口腔中兩側之橋狀瓣，自口蓋剝離移動於內方而縫合之也。賴根倍苦氏法，即此法也。後療法不可使兒童哭泣及發語，僅與液狀食餌，經過八乃至九日後始可，其間洗滌口中，吸入水蒸氣，及安靜爲第一要件。縫合後尙殘創口時，或聽其自然，或以硝酸銀棒刺戟之亦可。造口蓋術，施行完全者，由此可閉鎖口腔，然須長時日之練習，始能發語也。口蓋之缺損特別時，即發育不完全時，可由人工補裝法，即用所謂鎖孔器，即待補之也，但須兒童至九乃至十歲生門齒時，始可用之也。

▲顏面之傷害 *Verletzungen des Gesichtes*
顏面富於血管，故極易治癒，且一者爲全身中比較可保清潔，一者自多數血管流出血液，可排泄傳染性物質，故顏面傷，比較傳染少也。

(療法) 按一般療法。

▲顏面骨骨折 *Fraktur der Gesichtsknochen*
一類骨各骨片，乃至顳骨全體陷入深部，骨折後，以

▲顏面之傷害 ▲顏面骨骨折

軟部腫脹著明之故，骨折部之沉凹，反不著明，一旦腫脹減退後，則沉凹即著明矣。以下，眼緣，最爲顯著也。有時上顎骨折時，可見自鼻腔出血，或海毛路腔破時，則空氣溢出皮下，有觸知囉音者，比較最多合併者，乃下顎齒槽弓之骨折也。有時伴頭蓋底骨折，常現腦症狀者有之。

(療法) 沉凹不明時，聽其自然，亦無何等障礙，如著明時，可以銳鉤自下方牽引於上方，即得整復原位也。切開治療，常不應也。

二鼻支架骨折 折後腫脹之故，不甚著明，有甚自全脫位置而仍不覺者，有因強烈之外力而發外傷性鞍狀鼻者，通常此種骨折，常有鼻腔出血，有時出血之量甚多，有必須用栓塞者。

(療法) 鼻骨脫位時，可即時試行整復法，可插骨膜剝離子於鼻腔中，使骨移動即可。

▲顏面瘡 *Gesichtsfurunkel*
顏面惟於唇邊發生之瘡，極須注意，以經過常不良，

七五

▲顏面癱 ▲頤骨之後天性畸形 ▲頤骨骨折

七六

所謂惡性癱是也。男多女少。初雖若良性者。然可忽然腫脹散開。唇之全部。著明腫脹。更延至頰下眼臉。數日間發高熱。現中毒症狀而死。

(療法) 務必極力安靜。可施全顏面濕布繃帶。手術處置時。可十分切開。甚小之姑息切開。反爲有害也。必魯氏法置鬱血帶於頤部。經十二乃至二十四時間。有得良好之效果者。

▲頤骨之後天性畸形 *Fr. vorderer Teil der Orbitale*
重要者。乃後天性下頤異小也。此乃因關節炎症侵入下頤之骨端緣故也。如兩側關節同時侵犯時。則得發育障礙。遺留高度之顏面醜形。其狀恰似鳥之顏面。如炎症爲一側時。則頤偏於病側。凡此等病時。皆起高度之機能障礙。不待言矣。下頤異小之反對於肢端異常肥大症時見之。

頤骨骨折 *Fraktur der Kieferknochen*

△(A) 上頤骨骨折 本症甚少。於重傷近距離鎗傷及馬蹄傷時見之。齒槽突起骨折。有於拔牙時得

之者。正式之傷害。乃由前方向後方之暴力而發之。橫骨折也。概皆於顳骨下方約一cm處發之。後方至翼狀突起。長軸方向之骨折。亦爲罕見。亦有由上頤骨正中線分離者。

(診斷) 概由齒之移動性及弛緩性。捻髮音。異常運動。形成破裂。粘膜裂傷。等著明之徵候。容易診斷也。有時由檢視口腔。始得確定診斷者。每有粘膜之裂傷存在。故由鼻腔口腔出血。

(預後) 裂傷常良。重症死者。乃有頭蓋及腦髓傷害之時也。或由骨敗血症後出血之故而死者有之。(療法) 整復位置而固定之。整復。或由外方直接。卡或由口腔鼻腔以指或其他物器行之即可。次用一古他倍路。一副木。或金屬絲。副木固定之後。療法中最可注意者。爲清潔口腔也。

△(B) 下頤骨骨折 較上頤骨折多。乃以下頤骨

爲弓狀突出。易受外力。且抵抗少故也。顏面骨中。因間接外力而起骨折者。僅下頤骨也。顫受外力時。如

該力爲前後方向，則關節突起，衝突於頭蓋基底，苟自傍側壓迫時，則近正中綫之抵抗弱部骨折，同時受直接及間接暴力時，則通常起複雜骨折，多爲強狀之男子，可分次之三種。

(甲)突起骨折 齒槽突起之骨折，於拔齒時，由直接之暴力而發，關節突起之骨折，由間接之暴力而起，於頸部基底，表示特有之脫位。

(乙)下頰上行枝骨折 以由筋肉之保護，折者較少，冠狀突起骨折則猶少也。

(丙)下頰骨體部骨折 乃下頰骨中最多見者，且甚重要也，多爲犬齒之附近，骨折線有直斜二者，斜時，由前上方向後下方，或發於門齒或小白齒之附近，然正中線頤棘處，抵抗增加之故，多不得骨折，而單一骨折與複雜骨折之間，有各種之移行型。

(症候) 第一爲脫位，即犬齒附近骨折時，由咬筋之作用，可壓附於上頰骨，兩側折時，則中央部之骨片，由筋肉牽引於舌骨之處，其結果，舌下沉，有窒息

之危險，如大白齒及其後方骨折時，由咬筋之強力收縮，可阻害脫位，故骨片不移動，其他之徵候，則爲異常運動性呻吟，軋音，激痛，及官能障礙等是也，其他同時有頭蓋及腦之傷害時，則呈特別之徵候。

(診斷) 除後部之骨折外，一般容易診斷。

(豫後) 單一骨折，良，然皆常爲複雜骨折，往往由口腔傳染，起骨髓骨膜炎，或發骨片之壞疽，複雜骨折，則難整復脫位，故預後不良也。

(療法) 簡單骨折，則用提頸帶或兩側絡頭繃帶，便骨折片附著上頰骨固定之可也，其時可用橡皮管輸送營養物，最重要者，乃複雜性骨折之療法也，可注意之點有三，第一乃非傳染性處，置也，易起口內炎之故，可洗滌口內及口基底，第二可注意者，爲食餌也，即初期與液狀物，次與固形物，且須使早期行咀嚼運動，第三乃骨折片之整位也，骨片之整復，由齒之壓及逆壓，容易行之，下頰骨折如前所述，有起窒息之危險時，則氣管切開術爲最要也，複雜骨

▲下顎脫臼 ▲顎骨之齒根骨膜炎及骨膜炎

折、有化膿之疑時、則切開插導膿管、起骨髓骨膜炎時、則切開骨、除去壞疽始可。

▲下顎脫臼 Luxation der Unterkiefer

△(甲)前方脫臼 激烈開口之動作時、即嘔吐、叫喊、拔齒等、超過普通程度時、下顎小頭、捨關節突起出於前方、遂發前方脫臼、多為兩側、亦有發於一側者、而婦人之關節突起扁平、故易脫臼、小兒及老人少、壯年者多、脫臼時、關節囊不裂開、為其特徵。

(症候) 兩側脫臼、有明瞭之徵候、即口開而不閉、下顎較上顎突出於前方、壓三叉神經枝時、則覺激痛、下顎小頭之變化甚著明、即迎珠筋之前、發生一溝、顳骨之下、發生異常之隆起、頰扁平、咬筋著明、緊張、偏側之脫臼、徵候不著、口雖開不甚著明、關節筋之變化、僅現於偏側、頤則偏於健側、有關節突起骨折時、則頤偏於損傷側。

(預後) 習慣性脫臼、預後不良、他種脫臼則良。
(療法) 術者插兩拇指於口中、置下方齒列上、其

餘兩側之手指、自外下方執下顎、加壓力於後方、大臼齒附近、壓向下後方、同時以最後之指、舉頤於上方、即以拇指為支點、以頤體為槓杆臂、使關節突起還入於關節臼內、整復時、須急速使拇指離齒列之外、以防咬傷、有時兩側脫臼、有由一側行之者、後療法、以有再發之害、故於一二週間、禁其發語、與流動食物、行兩側絡頸繃帶即可、對習慣性脫臼、有注射沃度丁幾或酒精於關節周圍者、亦有切開治療者。

△(乙)後方脫臼 由解剖之關係、極少見也、惟女子得之、其徵候與前述之前方脫臼相反對。

▲顎骨之齒根骨膜炎及骨膜炎

Periodontitis u. Perostitis der Kiefer

顎骨骨膜炎之原因、常為齶齒、如僅齒根膜有炎症時、則曰齒根骨膜炎、侵害外部顎骨之骨膜時、則曰骨膜炎、齒齦部之膿瘍、曰齒齦膿瘍、齒齦及頰頰為界之粘膜腫脹化膿著明時、則波動著明、形成所謂肥厚頰、此膿瘍如齒根骨膜炎不能成立於高壓之

下故無甚激烈之疼痛，如此膿瘍破於口腔內時，雖一時徵候減輕，然病源之齒未除，則始終排泄膿汁，遺留所謂齒齦瘻管，如頰部生膿瘍破於外部時，則作外部齒齦瘻管，多於頤及口角部，上顎骨者少，插入消息子時，可觸知骨之組織面，或有時病機擴張於骨膜下甚大時，則有侵害骨組織骨髓者，甚至有起壞疽者。

(預後) 生命之危險極少，頰部骨膜及骨組織等有炎症時，則病態甚重，有高度之牙關緊急，以口內炎之故，唾液多，口內且有惡臭，膿亦發惡臭，毒力甚強，頸部淋巴腺亦腫脹，上顎骨時，則化膿性病機有破海毛路氏腔，起蓄膿症者。

(療法) 僅於初期宜用保存療法，化膿時，可先拔去病源之齒，有牙關緊急時，先切開膿瘍，然後拔牙始可。

▲顎骨顎髓骨膜炎 (Osteomyelitis der Kiefer)
除前述齧齒之外，複雜性骨折，例鎗傷等後，亦有起

▲骨骨髓骨膜炎 ▲顎骨結核

骨髓骨膜炎者，或於不潔拔牙之後得之，若他骨組織，由血行道而傳染者少也，普通多為下顎骨。

(症候) 以惡寒戰慄而起，發熱，顏面腫脹甚烈，發高度之顎緊急，不能攝取榮養，反以嚙下膿汁之故，起高度之消化障礙，有化膿性病機，延及腦髓，或全身敗血症之結果而死者有之，急性徵候消退後，顎發全部壞疽，如炎症為局所性時，雖為輕症，然高熱，顏面腫脹，頸部淋巴腺腫，激痛乃至衰弱等亦不能免也。

(療法) 急性時，則早期行切開之根治療法，同時行穿鑿術，由髓腔除去膿汁始可。

▲顎骨結核 (Tuberkulose der Kiefer)

下眼窩緣，惟顎骨與上顎骨合着處得之，常為小兒急性傳染性病時，惟於麻疹後發之也。

(症候) 於局所發無痛性腫脹，漸變寒性膿瘍，復破而留結核性瘻管，皮膚與骨癒着，癢痕，牽下眼窩緣呈醜形，一見即能確定診斷，於早期則以手術搔

▲顎骨微毒 ▲顎骨放線狀菌病 ▲顎囊腫

爬之即可發於齒槽突起者。乃結核患者。由口腔細菌傳染也。於下顎骨。則為齒槽突起。亦有為下顎骨體部者。此乃續發於齒槽突起者也。亦有原發性於下顎骨體部者。甚為慢性。先起骨之硬性廣汎性腫脹。次破而為瘻管。然患者之狀態。久不侵害。然以再發或顎部淋巴線結核。或頭蓋骨結核之故。發現衰弱。長時之後而死者有之。僅由早期手術。有全治者。手術如惡性腫瘍。自健康部十分切除始可也。

▲顎骨微毒 Syphilis der Kiefer

概屬第三期微毒。於上顎骨口蓋板之橡皮腫性破壞也。本症口蓋常穿孔。普通常由上顎之鼻部而起。亦有於下顎骨發橡皮腫炎者。皆能抵抗驅微療法。甚久。然終亦有效也。

(療法) 除特別療法外。可用外科之局所療法。

▲顎骨放線狀菌病 Aktinomykose der Kiefer

原發性顎骨放線狀菌病。於人則少也。多由顎之附近而來者也。原發性放線狀菌病發於顎骨之髓。呈

紡綆形腫脹。有牙關緊急。苟不以手術療法除去。則漸次發育。破骨擴張於顎部。或沿齒槽突起延及頭蓋內。此時則發危險之症狀。續發性放線狀菌病。或骨膜肥大。或病機僅犯骨之表層。不起壞疽。或細菌入骨內。起特有之化膿病灶。與壞疽。

(診斷) 可由膿中証明特有之放線狀菌。

(療法) 僅為外科療法。切開瘻管至底。並切開膿瘍。紡錘狀腫脹。可切開其骨。而排除之。並內服多量

之沃度加里亦可。X光線。多可為外科手術之援助。

▲顎囊腫 Kiste der Kiefer

有齒根囊腫。及濾胞齒囊腫之二者。

(甲) 齒根囊腫 本病由齶齒根部肉芽增殖而成。齶齒時之病機。即由髓壞疽刺戟。由該處上皮。發生囊腫。漸次增大。使骨膨隆。上顎較下顎多。且發生

於外壁。本病非鮮於齶齒最多之壯年者得之。

(經過) 徐徐發生。充滿海毛路氏腔內後。則外壁

凸隆。內容有黃色透明或褐色液體。除上皮白血球

外常見「叩雷是鐵阿林」板內容化膿時，則可誤為海毛路氏腔蓄膿症。

(診斷) 可注意者乃漸次侵害骨壁之結果致該壁菲薄，所生之羊皮紙樣捻髮音也。

(療法) 根本療法則為怕路其由恩氏之法也。即切開面口腔之骨壁，如為囊腫則栓塞約二週間，穿刺及注射，不免再發也。

(乙) 濾胞齒囊腫 本病非由齒之疾患，乃因發育障礙也。發於幼年，下頰較上頰易得，然一般甚少也。此乃由頰內部齒濾胞之集積者也。若此殘存之齒，通常發育於頰之內部，不現於外方，或有現於他之異常處者，或變為病之變化，而變化為囊腫樣者有之。若此妨礙齒之發育，有時於囊腫之基部，有見齒者，發育甚慢，漸次使頰膨隆，外壁較內壁薄弱，故愈為膨隆，其結果則起羊皮紙樣音，無痛，然起續發傳染時，則起激烈之炎症性徵候。囊腫之內容為漿液，可見脂化細胞，及「叩雷是鐵阿林」結晶。

(診斷) 如膨隆音起，羊皮紙樣音，得以穿刺時，則容易也。則困難也。齒根囊腫多為壯年者，且常見於上頰濾胞齒囊腫，則反年幼者多，且比較多為下頰骨一般良。

(療法) 與前述之齒根囊腫同。
▲頰骨腫瘍 (Muller, 1906)
(甲) 齒槽突起腫瘍 其中最要者為齒齦腫瘍，多為由齒槽突起骨膜發生之巨大細胞肉腫也，多為少年得之，為赤色之腫瘍，由二齒之間突出，或充滿於齒之缺損處，甚硬，有時有蒂，為移動性，有結節狀之構造，近傍之齒弛緩，然不起疼痛，僅有不快之出血，內關於含有血管之多少也。

(療法) 手術十分切除健康部，其時之出血，可由栓塞或燒灼法止血。

(乙) 頰骨體部之腫瘍 齒齦肉腫，多有由散在齒牙生真性之腫瘍也，屬於此者，乃齒性腫瘍也，於齒素質之發生時期常發生，再齒骨腫即 (Dorham)

▲頰骨腫瘍

軟型硬型二種前者含有齒之柔軟物質後者含有
珙瑯質象牙質及白堊質軟型者乃發於頰骨內境
界銳利且發生亦緩慢可膨隆骨組織然普通軟型

纖維學上由圓柱乃至四角形之上皮細胞而成有含
齒牙者好發於下頰骨惟於頰角部徐徐發生不起
轉移境界明瞭故以手術容易除去也

者常以硬皮質蓋之故手術時始得發見也硬型好

發生於智齒之近傍有二種甲為齒齦齒骨腫乙若

頸骨內存在之異物與齒齦全無關係齒骨腫乃良

肉腫一般多於頰骨與在他骨者相同有骨膜性肉
腫與骨髓性肉腫二者前者上下頰皆可得之後者

性之腫瘍與肉腫由發生狀態即得鑑別硬性齒骨

乃有真髓腔之下頰骨見之也病理解剖有圓形細
胞肉腫紡錘形細胞肉腫巨大細胞肉腫骨腫性肉

腫與異物相同遺留導管後為骨組織發生壞疽之

腫綠色肉腫等其他尚有種種混合型雖凡何年齡
起點其療法由外科手術即得容易除去也尚有囊

腫性者此乃由豌豆大乃至卵大之囊腫性及實質

皆得之然多於中年女較男稍多
骨膜性肉腫乃一種硬固腫瘍也於下頰骨則生於

性腫瘍混合而成者也其含有之成分有時種種不

水平枝及頰骨角之邊於上頰骨則任何部分皆可
同其特徵處乃由圓柱細胞而成者也此腫囊腫乃

由齒素質之珙瑯質而生者也概見於下頰骨屬於

得多自骨髓發生頰膨隆壁薄可觸得羊皮紙樣音更
良性徐徐長成有長至甚大者由X光線得明瞭大

小各囊腫之關係

進而壞破骨部時則侵軟犯部亦甚速
(症候) 骨膜性肉腫可早期發見痛苦亦少乃達

(療法) 僅為外科摘出法類似囊腫者乃「阿峇

神經幹晚故也僅由上頰骨後壁發生時則難早期
滿其腔木」也尚形成分為壓迫囊腫樣部之型組

發見也。骨髓性肉腫之第一徵候，乃貫通性之神經痛樣疼痛也。乃以腫瘍壓迫三叉神經故也。於晚期，則兩型亦不能區別矣。如置而不治時，則侵入口腔窩，乃至鼻腔，可壓迫鼻及眼球，如由下顎發生時，則侵襲口腔頰部及頰軟部，形成甚大之髓樣腫瘍，終至破於外方，為潰瘍，而後患者以腐敗出血之故，或轉移於重要臟器之故而死也。

(療法) 本病再發性著明之故，手術時，即健康部亦須摘出，除才而不必顧慮也。下顎骨肉腫，由解剖上之關係，容易手術也。

▲海毛路氏腔癌腫

腔粘膜之任何部分，皆可發生，然實則不生於顎骨腔，反由鼻腔之外壁發生，於臨牀現而為上顎癌也。至後期，則與自口蓋板粘膜所生之癌腫，臨牀上有難鑑別者。

(症候) 第一徵候，乃由癌腫早期壓迫三叉神經所起之疼痛也。乃神經痛樣之疼痛，雖往往有以此

▲海毛路氏腔癌腫 ▲唾液瘻管

疼痛而拔齒者，然無何效果也。第二徵候，乃癌腫由鼻腔壁起時而發者也。即全閉塞該半鼻腔，如為老人，多日疼痛之後，而感半鼻腔閉塞者，則必留意惡性腫瘍，行試驗摘出，以確定診斷也。第三，該顎半為腫瘍，癌腫破壞骨組織，增殖於口腔、鼻腔、眼窩，可壓迫移動眼球，且侵及外方之軟部，頸部淋巴腺腫脹，比較晚期發現，後患者苦於疼痛化膿，終至以出血及肺炎之故而死也。

(預後) 不良，然僅未犯顎骨壁者，較肉腫為良也。(療法) 有全摘出上頰骨者。

▲唾液瘻管 *Spicheltrichter*

乃唾液由異常之處分泌之謂也。有唾液腺瘻及唾液瘻管之二種。唾液之流出於皮膚之外方者，曰外瘻。流出於口腔之內者，曰內瘻。實際上意義多且最要者，乃耳下腺及其排泄管之外瘻也。惟於全唾液自該瘻孔溢出時，甚為苦痛也。

(原因) 外傷、膿瘍及潰瘍性病機，即癌腫、微毒、結

▲異物及唾液結石 ▲唾液腺炎症

八四

核及水瘻等見之。腺體瘻有自然治癒之希望，如用壓迫繃帶限制唾液分泌之刺戟，或行燒灼法時，則治癒尤速也。腺體瘻未自然治癒時，則必慮及排泄管之有傷害也。排泄管瘻亦有自然治癒者，然於（

一）排泄管粘膜與外皮癒着，遺留唇狀之瘻孔時，
（二）口腔內排泄管之一部閉鎖時，（三）排泄管有大缺損等時，則不能自然治癒也。若此者，除行手術外，無他法也。即多變外瘻孔為內瘻孔，有時用移植法，縫合瘻管者有之。

▲異物及唾液結石 Fremdkörper und

Speichelstein

異物至唾液腺者極少也。然以位置及廣狹之關係，多發於顎下腺排泄管。此排泄管異物，更至腺體，有起重篤之炎症者。徵候無異與唾液結石。

唾液結石亦為罕有之疾患，最多為顎下排泄管較腺體亦多。結石皆小也。

（症候）發著明之苦痛，即結石之後部，每食時分

泌液集積之結果，作間歇性唾液腺腫瘍發，所謂唾液陣痛之激痛，復由排泄管分泌膿汁，至唾液腺起腫脹炎症時，則診斷即確實矣。然以消息子檢查，復以X光線照之亦可。

（療法）摘出結石，即舌下腺由口內，顎下腺耳下腺由外方行之也。如多發性結石存在時，於顎下腺則可全部摘出之。如於耳下腺，有重篤之傷害，則不適當也。

▲唾液腺炎症 Sialoadenitis

有原發性、續發性、急性、慢性之別。其中最多者，乃急性原發性炎症也。即所謂流行性耳下腺炎是也。雖少，然僅於化膿時，或有二三合併症時，行手術也。而外科學上，重要者，乃急性續發性唾液腺炎也。較流行性耳下腺炎為惡，性通常化膿。

（原因）除續發於前述之傷害結石、異物及口內炎外，於一定疾患，惟於急性傳染性疾患，手術後，惟於開腹術後得之。其時殆僅發於耳下腺。

(症候) 一般狀態著明侵害，有激痛，同時一側及兩側之耳下腺腫脹，顏面擴張為特徵，至三乃至四日，愈增進，如不減退者，則決化膿無疑，故多早期切開排膿，始可切開常平行於顏面神經行之。

(預後) 一般不良，惟於抵抗力少者，為然也，其預防，保口腔之清潔即可，慢性之腺炎症少，顎下腺較耳下腺為多，有腺腫大者。

▲米苦里此氏病 *Mikthioz, sche Krantheit*

以頭部、顏部腺之慢性相對稱之腫脹為特有，又稱唾液腺淚腺之相稱之疾患，三大唾液腺、淚腺、有蘭錫恩奴恩氏腺、口腔及咽喉入口之粘液腺腫脹，本病止於局所，且預後亦良，此型之外，有同時發生淋巴腺及脾臟腫脹，現假性白血病或白血病之像者，有之，療法用砒素及X光線，有效者有之，於顎下腺及淚腺，則有行摘出者。

▲蝦蟇腫 (拉奴拉) *Ranula*

乃發生於舌下囊腫之謂也，生於舌繫帶與下顎骨(療法) 摘出腫瘍，一般有包囊者，則容易摘出也。

▲米苦里此氏病 ▲蝦蟇腫(拉奴拉) ▲唾液腺之混合腫瘍

間，壓舌於上方，先在一側，漸次增大，則越正中線而達於他側，增大甚烈時，則及於下顎部，頸部，乃有薄膜，內充粘液樣液之囊腫也，多由舌下腺發之。(鑑別) 皮樣囊腫，在正中線，故易識別。(療法) 僅切開，時則常再發，故以根本療法摘出為要也。

▲唾液腺之混合腫瘍 *Mischgeschwulstler*

Der Speicheldrüsen

本病乃特有者，多於耳下腺見之，顎下腺少見於舌下腺者，乃僅為例外也，本病乃境界明劃之腫瘍，有時於肉腫樣及癌腫樣細胞外，可見粘液樣組織，比較軟骨最為多見，故於臨牀，一見有呈軟骨腫像者，(症候) 境界明瞭，移動性之腫瘍，生於耳之前部，或顎下腺附近，有發生甚大者，初期不過徐徐發生，至晚期則急速增大，有變為惡性者，此乃重要之特徵，一〇乃至二〇%皆然也。

▲唾液腺之上皮性腫瘍 ▲水瘰

八六

▲唾液腺之上皮性腫瘍 *Geschwülste epitheliale*

der Speicheldrüse

腺腫極少，比較多者為癌腫，生於耳下腺，有髓樣癌與硬性癌二種，硬性癌，顏面神經麻痺發現最早，皮膚萎縮，頭部及顏面之軟部，硬化為鐵樣，有時發斜頸者，髓樣癌，細胞之增殖甚盛，早期發生潰瘍，較硬性癌侵犯淋巴腺甚速，然長時間之間不侵及顏面神經，疼痛二者皆著明，除激烈之神經痛樣疼痛外，尚可見聽覺及呼吸障礙，與發音咀嚼嚥下等困難。
(療法) 雖在耳下腺，亦須完全摘出，並須除去局所之淋巴腺始可。

▲水瘰 *Wasserkrebs, Koma*

乃由口腔粘膜炎發生一種壞疽性之病機也，更進而擴張於顏面口腔之軟部，本為何種疾患，尚未明瞭。

(原因) 成人有以膿潰性口內炎之結果而得者，然於小兒，則為特有之疾患，於麻疹，傷寒，先天性梅毒，水銀中毒等一定之疾病見之，不衛生之狀態，則

容易得之也，衛生之發達處，則漸少也。

(症候) 普通水瘰，以其重之口內炎為前驅症，其

時雖未著明侵犯兒童之一般狀態，而壞疽自口角附近之口內粘膜發生，有時為有內容稠濁之水泡，或為迅速擴延於周圍之浸潤，顏面甚腫脹，呈蒼白色，自口腔流出有惡臭之液體，病機愈進時，則水泡破裂，呈灰綠色之潰瘍面，此時外面亦發壞疽，現青黑色之斑，迅速增大，對蒼白之顏面，境界明瞭，終破壞頰部，頰及齒皆裸出，咽喉或扁桃腺之軟部亦侵害，現甚悲慘之狀態，常有無疼痛者，以患者抵抗減少之結果，亦不能現反應，故發熱者亦少，一二週之中，八〇%以嚥下肺炎，下痢，一般敗血症，出血之故而亡，雖亦有治癒者，乃屬例外，然終須遺留極重之畸形顏面也。

(療法) 如能早期用外科治療，則即無須顧慮，十分切開時，病機尚得良好之結果，即以電氣燒灼法於病部與健康部之境界部通過其全層盡燒灼之。

雖於黏膜面亦須較皮膚面十分廣大初開始可集積於口腔內之腐敗物須除去之且高以過酸化水素洗之以全力努力保存患者之抵抗力始可治療後缺損部可施移植術以補殘容即可

▲口腔結核 Tuberculosis of the Mouth

原發性結核極少也續發性結核或由血行或由附近之結核病灶或由含有結核菌之唾液等而傳染也最多者乃結核患者由含有結核菌唾液而傳染也罹患部灰黃色帽針頭大之粟粒結核體個散在或羣生於黏膜表面病灶乃發於舌某處口角口蓋齒齦等處處集合表面生境界明瞭之潰瘍形成潰瘍後則即時覺痛此乃診斷上重要之點也可塗布「叩卡音」及「聯包卡音」等麻酔劑搔爬燒灼等處置亦可也由血行道而來之口腔結核雖不精確亦有得之者預後療法等與他種亦相同由附近之結核而來者即狼瘡也此病有時頑固無何等可見之變化外觀上爲原發性結核者有之然實際上乃續

▲口腔結核

發性結核也其預後乃扁桃腺或他臟器之結核也

由頸部狼瘡或喉嚨發毒唇齒齦口蓋等處或有時

自鼻孔發生可淺及口蓋口蓋弓及咽喉者有之一

般舌之前部少發狀腺部多有時不見上述之連續

性潰瘍狼瘡與外皮相連以狼瘡瘡爲特有此乃

於黏膜面上破壞迅速作腐汎性潰瘍且化爲癩痕

之傾向當時有扁桃腺口蓋等發主陷沒者

（診斷） 主要狼瘡存在時雖容易然無時有之痛

淋巴腺潰瘍面皆可見何等變化時則難診斷也

（療法） 取顏面狼瘡

須特別記述者乃單獨性舌結核也本病雖少然口

腔結核中占多數者之一也雖多見於結核患者然

亦有呈原發性結核性疾患之外觀也

（症狀）及（診斷） 初期通例於舌緣發現硬固之

結節觸之發硬以赤色粘膜蓋之如爲單一存在時

則與扁桃腺及橡皮腫難鑑別也即爲多發性者亦與

多發性橡皮腫難鑑別也精確之診斷則爲試驗藥

出，非由顯微鏡之檢查，不為功也。然至晚期，則誤診者少也。即潰瘍而呈灰赤色，即安插有他種核性之變化，則得以診斷。與梅毒之組織，結核有疼痛，無硬固，浸潤，無梅毒之分岐裂傷，僅表層可見裂傷而已。

(療法) 結節性者，則由根本抽出即可。此於診斷上，亦為必要之點也。潰瘍則務必廣去健康部始可。如患者甚衰弱時，則可行保存療法。

△口腔梅毒 *Oral Syphilis*

於各期皆有特有(甲)初期硬結比較甚少，除唇、扁桃腺，則發於舌。此乃由接吻或使用梅毒患者之器具而傳染者也。生無痛性之硬結，作特有之淺潰瘍。而局所淋已腺，為無痛性高度腫脹。(乙)第一期梅毒普通定侵害口腔之臟器，定型微瘰中，以潮紅斑為主，發於口蓋及扁桃腺，不犯口腔之他部。反於全口腔發生丘疹，形成所謂特有之扁平瘰癧之斑。液斑，此乃扁平花環狀之丘疹，為其大乃至大豆，乃口腔黏膜發生斑狀乳白色之肥厚也。境界明瞭。

大特於舌及唇縫接處得之，呈灰白色，有時僅可誤診為白癬。扁平瘰癧，則皆以驅殺療法可治癒。易再發。(丙)橡皮瘰癧性變化，除口蓋外，尚發於舌，主於吸煙者見之。一為限局性之結節，一為廣泛性之浸潤。前者好發於舌尖，或舌背，在黏膜直下，或肌肉之間，多為多發性，存在表層者，易破壞為潰瘍。單一者，有誤診為癌腫者。橡皮瘰癧性浸潤，硬化性舌炎，主發於舌背，常有高度之結締組織新生，經過復進行時，則結締組織縮作深皺，其間影出腫脹之舌組織。此舌根部之平滑性萎縮，雖可視為後期梅毒特有之變化。然由最近之研究，多數後期梅毒雖有之，有時亦有無之者，或非梅毒性，亦發之云云。

(療法) 特別療法，同時有橡皮瘰癧性患者，則必須局所療法，即摘出限局性橡皮瘰癧即可。呈潰瘍者，可搔爬除去之。一般口腔梅毒(六)六號，最為適宜。

▲舌白斑 *Leukoplakia*

雖不甚高，然有硬固種種之形狀與大小，於頰內面，舌背，亦有於口唇及口蓋粘膜發生者。

(原因) 以吸煙者爲主，故男子多，刺戟性食物，慢性刺戟，亦爲其原因，有發癰，慢性變性之害。

(療法) 除去吸煙等原因，清潔口腔，小者摘出之，大者搔爬之，由燒灼法可結血痂，如有癰腫之疑時，則可十分摘出之。

▲口腔癰腫 *Karzinom der Mundhöhle*

分扁平細胞癰，與圓柱細胞二者，後者少，好發於舌，亦有發於頰部粘膜與口腔基底者，多爲受慢性刺戟之部，即舌緣頰粘膜之轉部是也，有謂由舌白斑，症口腔之不衛生處置，由銳齒緣生壓迫性潰瘍時，其他或由微毒等而發者也，吸煙飲酒，亦可認爲誘因也，四十五乃至六十五歲之男子得之，發於女子，乃例外也。

△(甲)頰部粘膜之癰腫

好發於頰部粘膜之轉部，惟於顎骨上行枝前之除下顎後，即達腫瘍矣。

▲舌白斑 ▲口腔癰腫

皺及袋下顎水半枝側部之皺裂也。

△(乙)口基底癰

原發性者少，多爲續發性，由附近，惟由舌癌發生也，或由粘膜或舌下腺得之，後者乃圓柱細胞癌，也，扁平細胞癌，則於舌繫帶或舌緣下得之。

(症候) 初期爲潰瘍，邊緣浸潤隆起爲堤狀，潰瘍面凹凸不平時，有呈菜花之乳頭狀者，如壓時，則排液特有之癰腫乳，漸次癰腫傳於表面，增大於周圍及深部，頰部爲硬塊，起頑固之顎舌變，發語，榮養皆受大害，更犯骨組織時，犯上顎或下顎骨，更進而侵及咽喉及口蓋，早期侵害淋巴腺，不止病側，健側亦腫脹，漸次增加轉移，故預後不良，癰腫之近於口唇者，亦不良也，如早期診斷，行適當之處置時，則可得永久痊癒也。

(療法) 不必顧慮物質缺損傷害之大小，由健康部十分除去之即可，如在後部時，則裂開頰部，或切

▲口腔癌腫

九〇

△(丙)舌癌 (Glossosarcoma)

口腔癌腫中最著者，主發於舌緣，後半較前半多。

(症候) 臨牀發為表面潰瘍，或深層癌腫，前者

由粘膜之扁平細胞發生，破壞甚早，而為潰瘍，擴延

於表面及深層者也。潰瘍面為不規則之噴火口狀，

乃至腫瘍狀而聳出，亦有隆起為乳頭狀之息肉

者。壓之則出特有之乳汁。潰瘍緣硬為堤狀，浸潤之

境界不明。深層之癌腫，由粘膜腺發生，較前潰潰

瘍性者為限局性。初期僅粘膜隆起，早晚達至粘膜

後，則破而為潰瘍。故晚期二者不得區別也。舌癌連

續擴延，或由淋巴道蔓延。如放置時，則先犯舌之後

半部，復及舌之前半部。進行於口基底及頰，則舌變

為與周圍癒着之硬潰瘍塊，更進而侵及口蓋，鼻，扁

桃腺，會咽軟骨，復至頤下頰，耳下腺部，及顯顯部，起

轉移甚速。淋巴腺轉移，頤下腺最多，次為深部頸腺

頤下腺，鎖骨上窩腺等。反對側亦發之。須注意也。舌

癌痛苦甚多，於早期即發神經痛樣之激痛，放散於

對口蓋，耳部等處。雖甚小之癌腫，亦有起嚙下困難

與發語障礙者。至後期，痛復增加，由潰瘍面生腐敗

物之故，愈覺痛苦。惡液質亦愈進行。

(預後) 甚不良。然由早期手術，亦得永久治癒者，

但不過占十三%而已。舌之潰瘍，或舌之小結節，有

疑時，則必慮及癌腫也。須摘出一片檢以鏡，如為癌

腫，則須即時手術。同時除去淋巴腺腫，始可。亦必連

健康部摘出始可。

(鑑別) (一) 有與由銳利齧齒所生之壓迫性潰瘍

相混者。其時雖拔齒，尚不消失者，則可意為癌腫也。

(二) 橡皮腫性潰瘍。此時驅激療法，於鑑別上價值

甚少。以有失手術機會之害也。微毒性者，為多發性，

生於舌背，或舌尖，且可見他之微毒徵候。無疼痛，出

血。淋巴腺腫脹及白斑。(三) 結核。可類症鑑別者少。

此時最良法為摘出也。(四) 肉腫。皆於少年得之也。

(五) 放線菌性腫瘍。發於舌尖。

(治療) 「小癌大切除」之五字，為療法箴言。即淋

巴腺雖小亦須十分除去之。即下腺、頤下腺、頤部淋巴腺、鎖骨上窩腺、耳下腺下部之腺亦須摘出。始可行局所麻醉或半麻醉。如除去甚大者則須結紮兩側之舌動脈以防出血與嘔下肺炎。甚重進行舌癌之手術有必須行氣管切開者。最簡單之手術自口腔內即可行之。此時切舌帶時則舌出於外方則易自健康部切除腫瘍也。然常用補助切開法有次之二種。

(甲)軟部之補助切開。(一)埃哥埃路氏橫擴張法自一側或兩側口角至咬筋切斷之。(二)雷古那里必路維透氏等法。雷古腦里氏法橫切咽舌骨上部於中央部行正中長切開之法也。必路羅透氏法沿頸緣自外動脈至他側動脈行弓狀切開。自其兩端向下方切開三乃至四仙米。摘出頤下部頸下部之腺。結紮舌動脈。切斷頸棘處筋之附着點。自下方展開口腔。牽舌於外方。此法有嘔下肺炎之害及達於腫瘍亦不便利。(三)叩黑路氏法(由舌

基底行之)自頤至頤與舌骨中部行直方向之切開。平行於下頸。至胸鎖乳嘴筋之前緣。次至耳垂切開之。展開皮膚。除去腺。切斷舌動脈及頤舌骨筋及粘膜。牽舌於下方。以除去癌腫者也。此等方法如腫瘍廣泛性擴延時則亦不能十分達到目的。此時須切斷骨壁也。

(乙)骨組織之補助切開。(一)頤正中之切開。塞吉要氏法自唇至舌骨切開正中線。頤骨亦於頤部正中線切開。分開頤舌骨筋與頤舌筋之間而進入。牽出舌後而摘出也。次縫合頤骨及唇部。插入沃度仿謨藥布即可。(二)頤骨之側方切開。夫歐恩頓根倍苦夫歐恩倍路苦滿氏法先切開口角通頰部。至咬筋。次以銳角度向下方。自頤下部舌骨部。至胸鎖乳嘴筋之內側。摘出腺。結紮外頸動脈及舌動脈。次以期苦里氏鋸。自上行枝與下行枝之間切之。其方向自後上部至前下部。同時自內前方向向外後方。即可次切二腹筋之中央部。切開粘膜及骨時。即容

▲斜頭或斜頸▲先天性頸瘦頸部蜂窩織炎

易行舌之手術也。若閉鎖創時，以鐵絲縫合，使兩骨片癒着，本法於手術前數日，先摘出其腺，然後行之，始可也。不能行手術時，亦可結紮一側，或兩側外頸

頸部外科

▲斜頭或斜頸 (Winged scapula)

(原因) 先天性斜頸之原因有種種 (A) 出產期間之外傷 (B) 子宮內位置異常 (C) 子宮內或分娩後之筋炎等。後天性則為癥痕性斜頸 (火傷痕瘡) 及風痺性斜頸也。

(症候) 先天常為一側，多右方。點頭筋短縮，附着於鎖骨及胸骨之兩部，或一部，為硬索狀，頭部迴轉於健側，而傾斜於患側。頸部脊柱，向健側凸彎，而胸椎或腰椎，有代償性反對之屈曲，顏面甚不整齊，患側短且廣，健側長且狹，患側之犬齒或第二切齒，常適合於第一上切齒，下頰可移動。

動脈，可止腫瘍發育，或能縮小，次再行摘出手術者，有之。

術，以切斷諸緊張性索狀物為最良，或由米苦里氏抽出筋之癥痕變性部分亦可。手術後，迴轉屈曲頭部於反對側，前後約十四日間，行石膏繃帶，半年間，頸中，並須極力行按摩術。

▲先天性頸瘦 (Isthia cilli congenita)

(一) 正中頸瘦，乃咽喉及頸之間 (甲狀舌管遺物)。
(二) 外側頸瘦，多在點頭筋之內緣，自鎖骨至下頰角之間 (顎裂遺物)。

(症候) 針頭大之口，分泌粘液。
(療法) 全瘦可完全摘出，方瘻管，以困難也，乃以與頸部大血管鞘癒着故也。

(療法) 輕者，多行患側按摩術，整復術，古里孫氏

▲頸部蜂窩織炎 (Erysipelas)

懸吊，以皮革或厚紙製造固定頸巾等重者，則行手術 (原因) 最多者，乃咽喉炎 (安魏那) 齒疾患，齒齦

潰瘍等、口腔化膿性病機後、或化膿性頸腺炎等得之、常有不能發見侵入門戶者。

(症候) 由腺之部位、菌之毒力、或由沿結締織間腔蔓延之位置、種種不同、(一) 頸下腺化膿後、可誘起頸下部之蜂窩織炎、頸部紅腫、忽而軟化、此時切開、則病可速癒、最危險者、(二) 頸下腺囊內之蜂窠織炎也、(又曰路豆維席氏安魏那) 常於發現化膿之前、發甚重之浮腫、可波及咽頭及喉頭、起嚔下呼吸等困難、常有高熱及劇痛、膿蔓延時、危險甚大、務必早期切開始可、(三) 最甚危險者、乃沿大血管鞘之蜂窠織炎也、在點頭筋內方、且有時膿下行至咽喉及縱隔膜之後部、咽頭或喉頭後部破潰、常甚腫痛、至續發頭不能動、牙關緊急、呼吸及嚔下困難等、(療法) 務必早切開、以排膿始可。

▲頸部放線狀菌炎 *Actinomykose des Halses*
自咽頭或下顎至頸、先發極硬皮下及皮膚浸潤、皮膚漸次由青色變至赤褐色、而軟化、膿中可見放線

狀菌之菌塊、

(預後) 非不良、

(療法) 切開搔爬、

▲頸部腫瘍 *Halsgeschwulste*

(一) 腮弓囊腫。發於頸之中央、由舌甲狀腺管之遺物發生、發於側頸部者、乃由第二或第三腮皺發生、皆有囊腫性新生物之性質、(二) 粉瘤。多生於項部、(三) 血管腫。有單純性及海綿樣血管腫二者、(四) 先天性囊狀淋巴管腫、(五) 脂肪腫。多生於頸部、有表在性者、有在筋膜下者、又馬鐵倫古氏之脂頸、若洋服之硬領、汎發性生於頸之周圍、(六) 纖維腫。有表在性與深在性二種、(七) 神經腫、(八) 軟骨腫。骨腫。惡性腫瘍如下、(九) 肉腫。雖種種之組織、皆可發生、然多發於淋巴腺、發生迅速而硬、其硬度不同、且多與周圍組織癒着、壓迫他之重要器官、(例神經、氣管等) 現種種症狀、(十) 癌。腫。原發者、最著明者、乃由腮弓而得也、由腮弓殘留之表皮細胞生之、

▲頸部蜂窩織炎 ▲頸部放線狀菌炎 ▲頸部腫瘍

▲良性甲狀腺腫

九四

惡性腫瘍之一般性質，其他由表皮而得之表皮癬，及有時甲狀腺之一小部，迷存於異常位置，由此發生原發性癰腫者有之。(十一) 頸動脈腺腫，乃自頸動脈分枝部之頸動脈腺發生之惡性腫瘍也，或屬於癌腫，或編入肉腫，今尚在疑問之中。

▲良性甲狀腺腫 (ver. strumige Kropf, Struma

(原因) 乃一種地方病，或散在於各處，流行性者甚少也。(甲) 地方性甲狀腺腫，歐洲之山地，(惟於阿路倍恩) 大河流域多，而海岸高原則無之。(乙) 散在性甲狀腺腫，到處有之，病理解剖型有種種。

(丙) 流行性甲狀腺腫，移住於地方性發生之處時，(惟於軍人) 同時可發多數甲狀腺腫之謂也，多為二十歲乃至五十歲者，有時小兒得之，女多，可占男之二倍，常發於妊娠時，或發育甚速，與飲水甚有關，係則似乎確實也。

(病理解剖) 良性甲狀腺腫，毫無炎症狀，起增殖及退行性變化，其結果發限局性或汎發性肥大。

(A) 汎發性甲狀腺腫，腺全體起同樣變化者，可分次之四種：(一) 實質性甲狀腺腫，腺成分之數量增殖，即小胞增加也，其大無健康三倍以上者；(二) 剝離性甲狀腺腫，小胞大而規則，內容或稍失或液化，表皮增殖，有異常落屑者也，質軟，於巴塞兜氏病見之；(三) 膠性甲狀腺腫，乃內容膠樣質增加之結果，而增大者也，表面不平滑而硬，有增至甚大者；(四) 血管性甲狀腺腫，乃前三者血管甚多者是也；(五) 纖維性甲狀腺腫，乃前四者起纖維性退行變性而萎縮者也。

(B) 結節性甲狀腺腫，一局部發生變化，周圍包以結締織，與健康部分界者是也。(一) 限局性實質性甲狀腺腫，乃由小胞增加而起者，各小胞較健康者尚小，內容極少，或無內容，恰若胎兒者是也。(二) 限局性膠樣甲狀腺腫，小胞較普通者大，形狀不規則，膠樣質多，處處表皮增殖，數個小胞，失其隔壁，作大囊胞，或有小者，無臨牀意義，如此限局性變化，增其

範圍，發榮養障礙，結締織起玻璃樣變性，次溶崩而成囊腫，有臨牀意義。胞及障壁中有出血者，或有成「硝雷斯鐵阿林」且發石灰沉着，有成爲骨者。

(C) 上述諸種，有相混而生者，例汎發性膠樣甲狀腺腫，有多數之小結節者是也，或汎發性膠樣甲狀腺腫，合併種種限同性甲狀腺腫者是也。

(位置)及(形狀) 甲狀腺生理位置，或在中央，或偏於側方，位置異常甚重者，有在胸腔中者，有圍繞頸部器官之周圍者，或有因呼吸而上下者。

(症候) 由位置發生速度，炎症癒着等，而有種種，舉其主要者於次：(一)頸粗異常腫脹，(二)呼吸困難，(壓迫氣管之故)，(三)嚥下困難，(四)血行障礙，(五)神經障礙。

(診斷) 頸粗有關係甲狀腺之腫瘍，嚥下時，與喉頭同時上昇，乃重要之症候，在胸腔時，則無此症候。(療法) (A)藥物療法 (一)沃度療法於汎發性未起纖維性變性者，最爲有效，於膠樣囊腫樣，則效

▲ 良性甲狀腺腫

少，愈初得者，效力愈確實。方法(甲)於局所擦入沃度，沃度加里軟膏，(一)〇〇—一〇〇—一〇〇〇〇—一〇〇〇〇，或六〇%沃度「夫歐路木」軟膏等，或塗活度丁幾於同處(乙)每次內服少量沃度加里或沃度鈉(一日〇.一—一〇.三)每服二週，後則歇二週繼續數月「要吉賓」及「沙要金」等，亦有同樣之效力。沃度療法之缺點，除沃度中毒症外，由甲狀腺分泌液吸收急激增加之結果，可起巴塞兜氏病樣症，狀即震顫，脈搏頻數，羸瘦等是也。此時則即停止此種療法。(二)甲狀腺製劑療法，新鮮甲狀腺，每次內服〇.三一—〇.或服與此量相當之甲狀腺製劑，與沃度療法，有同樣之作用，適應症亦相同。(B)外科療法 適應症(甲)藥物療法無效時，(乙)起呼吸循環障礙時，(丙)至三十歲以上始發生時，(丁)以外形異狀之不雅觀，且恐將來之合併症時等是也。方法用局所麻醉法爲佳，不得已，用全身麻醉時，須十分注意心臟之作用始可，皮膚切開

▲急性甲狀腺腫炎

九六

務必於下方行叩黑路氏頸襟切開法，或沿胸鎖乳頭筋內側切之，或於中央行縱切開，於上端作走向側方之皮膚滲，包甲狀腺之擴張靜脈，可結紮二次，而離斷之，再切開包囊，剝出甲狀腺，結紮上下甲狀腺動脈，可完全止血，此時易傷回歸神經，極須注意，若此剝出甲狀腺腫之處置，以時而不同，即汎發性血管甲狀腺腫，惟於巴塞兜氏病，兩血管之結紮，可停止，除汎發性之外者，則僅摘出一側即可，限局性者，僅切除或摘出其局處即可，血管僅結紮相當之部分即可，不可摘出全甲狀腺三分之二以上，據叩黑路氏謂四分之一，尚可再發，二分之一乃至三分之一，則死，因甲狀腺腫，臨死時之處置，即將起窻息時，則與瑪琪，以阻止頸筋之用力，無效時，雖以除去腫瘍為最良，然多設備不完全，故以簡單有效之方法，可救一時之急也，即囊胞性者，穿刺之，其餘則急速切開剝出之，若俟氣管壓迫症狀去後，則可結紮血管，或更進而行氣管切開術。

▲急性甲狀腺腫炎 *acute Strumitis*

(原因) 甲狀腺腫，惟於限局性者，已由退行變性出血等，較健康者變質，故易得炎症，有化膿性與非化膿性者，與前者相同。

(症候) 呼吸嚥下困難著明，局所變化，汎發性甲狀腺腫時，則及於全葉，結節性者，多止為其一部。
(診斷) 可與出血及惡性甲狀腺腫區別。

(一) 甲狀腺腫中出血時，則急劇膨脹，發呼吸及嚥下困難，有熱與傳染病時得者，易誤診，然出血時，數時間，即不出血，而膨脹亦達於極度，熱稽留，漸次減退，反之，炎症時，至少二十四時間，膨脹等症候增加，放散性痛，較出血時劇烈，全身症狀亦強。

(二) 惡性甲狀腺腫，惟肉腫之發生迅速時，與惡急性甲狀腺腫炎，難以區別，此時須詳查既往症為最要，惟於有急性傳染病否，必須詢問也。

(療法) 汎發性甲狀腺腫炎時，與甲狀腺炎同，結節性者，化膿時，雖可切開，然有後時生頑固之瘻孔。

者此時不可不摘出結節之一葉或全部也。故如為適應症時，則初時摘出之即可。

▲慢性甲狀腺炎 *Chroniche Entzündung*

der Schilddrüse

(一)結核 粟粒性結核時，雖有發於甲狀腺者，然於臨牀無何等意義。有生結核性結節者，然甚少也。其症候，或若惡性甲狀腺腫，或類似甲狀腺腫炎，或似慢性經過之甲狀腺炎，難診斷時，則可檢查組織療法，僅有甲狀腺截出術而已。

(二)梅毒 於第二期，有發汎發性無痛性腫脹者，於臨牀無何意義。第三期得時，則惡性甲狀腺腫症候，療法為一般梅毒療法。

(三)放線狀菌病 甚少也。

▲惡性甲狀腺腫 *Typhus malignus*

(原因) 多見於所謂甲狀腺腫地方，多為三十乃至六十歲，且男子多。甲狀腺腫及甲狀腺炎為誘因。(症候) 數年以來無何等症候之甲狀腺腫，至何

▲慢性甲狀腺炎 ▲惡性甲狀腺腫

年齡時，則發生微速，硬度亦增，移動性亦減少，發放散於耳、後頭、肩等處之疼痛，有時壓回歸神經，發聲音嘶啞，壓氣管，或與之癒着時，則起呼吸困難，影響於食道時，則起嚥下困難，壓內頸靜脈時，則頸部及胸部之表在靜脈，起代償性擴張，如壓交感神經，頸部交感神經時，則現各固有之症候，以疼痛、現睡眠障礙、及嚥下困難之故，侵害全身狀態，又分泌物質變化之故，羸瘦甚速，發震顫及心悸亢進，若此繼續一二年，常以此而死，然轉移廣大時，則死亦速。

(診斷) 甲狀腺腫至三十歲以後始發育而硬韌時，則可以為惡性，如更進行為不可動性之大腫脹時，則猶確實然如早期診斷，則手術之結果佳良，故甚為緊要也。或有嚥下困難、嘶啞、放散性痛等，初期即發現者，可鑑別者：(一)慢性甲狀腺炎，甲狀腺腫(二)囊胞甲狀腺腫內出血，(三)甲狀腺結核及梅毒等，由既往症全身症狀，即得判別矣。(療法) 診斷不明現得梅毒之患者，可施驅梅毒

▲巴塞兜氏病 ▲甲狀腺摘出後之惡液質

九八

法，其他有疑時，則即時行手術即可。方法如前述，摘出即可，然出血甚多。

(預後) 不良，可根本治者，不過十%而已。

▲巴塞兜氏病 *Baerlow's disease* *Kretschmer*

乃為內外科間之病也，於此僅述外科療法，其他可參考內科篇該病之處。

(療法) 外科療法之適應症及禁忌 (一) 甲狀腺腫起器械障礙時 (呼吸困難等) (二) 內科療法無效時，可行手術 (三) 心臟擴張時，脈搏不規則且小時，浮腫烈時，精神障礙大時，則不可行也。

方法 (一) 輕度乃至中等度汎發性時，則先結紮三條之動脈，以觀其經過，無效時，則可除去一側 (二) 輕度乃至中等度一側腫脹時，則於切除一側時，可結紮他側之一條動脈 (三) 重症者，先結紮二條動脈，俟稍輕快後，或切除一側，結紮他側一條動脈即可。此等手術，組織易破，血管擴張，血液多，較通常甲狀腺腫，甚困難也，由局所麻醉，即可多先一時間症

候增惡，不久即輕快 (有時於一個月後) 脈搏頻數，及眼球突出，存留之時間最久，據叩黑路氏，八十三%可治，死者不過三%五%也。血清療法，多無效，X光線療法，亦不定，有謂反可增惡症狀者。

▲甲狀腺摘出後之惡液質 *Kwashiorkor* *Marfan*

粒液浮腫，「席泡其雷歐伊吉斯木斯」苦雷秦病

Myxolena *Hypothyroidism* *Kretschmer*

凡此諸病，皆因甲狀腺官能之缺乏，其區別，乃由所起障礙之時期、程度及原因者也。然症候皆相同也。即甲狀腺摘出後之惡液質，乃發於摘出全部甲狀腺時也。粘液浮腫，乃由甲狀腺萎縮 (急性傳染病時，炎症或酒精中毒結果) 「席泡其雷歐伊吉斯木斯」乃因甲狀腺官能之不完全。「苦雷秦」病，散在性者，乃由甲狀腺先天性缺乏也。地方病性者，乃由起甲狀腺腫，因毒物而得也。

(症候) 精神障礙，勞力缺乏，智識低下，記憶力衰

弱、運動不活潑、皮膚蒼白、乾燥、浮腫、皮脂及汗分泌減少、毛髮無光澤、表情缺乏、無感覺、言語不活潑、無生殖作用、血色素減少、年幼者可妨礙身體發育。

(療法) 手術時不可除去全甲狀腺為最要也、內服沃度雖有效、最確實者、則為用甲狀腺劑也、雖有移植甲狀腺及內服製劑之二者、然以後者為確實也、但可繼續用少量之有效量、有「沃度其林」甲狀腺錠劑等(一日量一乃至三個)。

▲食道損傷 Verletzungen des Oesophagus

(原因) 由「布吉」(擴張食道之器)鉗子或嚙下異物、有內方受傷者、或由外面受刺切、銼等創而得、其中刺創、銼創、多同時傷血管脊髓、故較他傷甚危險也。

(症候) 由食道解剖位置即知、傷食道時、常同時發生甚重之副損傷、即於頸部、則為大血管、喉頭、氣管、於胸部、則為肋膜、肺臟、心臟等是也、故傷食道之固有症候、則為嚙下疼痛、及由傷部流出食物或唾

液等、多以副損傷症候、遮掩固有症候、副損傷中、傷氣管、喉頭時、以吸收血液之故、有窒息之危險、此時由血液唾液等侵入之、頻發咳嗽、即知、如傷大血管時、則現血液損失之症候。

(療法) 先止血、露出食道、縫合傷部、如食道全切斷、兩端距離大時、則不可即時縫合、先縫各兩端之傷部、後有以整形閉鎖者、縫後一二日間、可以食道「布吉」送入食物、外部損傷、決不可縫閉、可暫時塞沃度仿謨紗布、以避起縱隔膜膜炎故也、不幸後日起、食道周圍或後部蜂窩織炎、則開大傷部、插栓塞或排膿管、傷氣管、亦用同樣處置、傷血管、則須急速十分注意、結紮而縫合之。

(續發症) (一) 食道瘻孔為常發之症、多狹小、早晚自癒、亦有大有、漏出食物之故、有發榮養障礙者、此時須行手術、即使瘻孔緣新鮮而縫合之、(二) 食道氣管瘻孔、亦用同樣手術、縫閉之、如食道傷在胸部時、則如前所述、大動脈、心臟、肺臟、肋膜、同時皆傷、多

▲食道腐蝕 ▲食道內異物

100

即時而死。未起副損傷時，亦常由流出食物唾液等起腐敗性蜂窩織炎、膿胸等而死也。主要症候，即嘔下痛、吐血、嘔吐及附近器官傳染之症候等是也。

▲食道腐蝕 *Verätzung des Oesophagus*

(原因) 嘔腐蝕性化學藥而得，即硫酸、鹽酸、硝酸等。鑛酸，或苛性加里、苛性曹達等。亞爾加里是也。

(病理) 由化學藥之種類及多少而不同。一般酸類為表在性，亞爾加里則達深部。輕者僅結痂，重者可達最外層，有穿孔者。

(症候) 吐血、咳嗽、痛等。化膿時，有熱，或吐坏疽塊。

(療法) 絕對安靜，外置水囊，用麻醉藥，以去痛。原因為酸類時，則服重曹、鎂劑等。為亞爾加里時，則服枸橼酸、植物性酸類以中和之。而防腐蝕之擴延。絕對不可用「布吉」診查，可行滋養灌腸，或作胃瘻孔。

以榮養之。由此等療法，成癍痕治癒後，可用「布吉」以防由攣縮而成高度狹窄。詳述於後，但插「布吉」

至少須二個月之後始可。

▲食道內異物 *Fremdkörper der Speiseröhre*

(原因) 有種種，誤由口腔嚥下者，有停留食道中者，倒貨弊、砂礫、魚骨、義齒、釘等是也。多為老人小兒及精神病者，或有由嚥大塊餅肉而得者。有時胃內容逆上停留於食道中者，或於砲丸者等異物。者如

食道壁或周圍有病之變化，其通路狹窄時，通常雖易通過，然停留於此處者，乃異物也。前者，乃食道癍痕狹窄，食道癌等時，後者，乃甲狀腺腫、脊柱彎曲、動脈瘤、縱隔腫瘍、頸部腫瘍等是也。而食道中上中下

三處生理狹窄部，為其好發部位。

(症候) 由異物大小、表面粘滑、形態、種類、部位等而不同。大異物在咽頭部，則可窒息，常聞食餅而死

者，即此也。常發疼痛，銳物疝尤裂，或嚥下困難，有以銳角物體出血者，傷大血管，有以出血多量而死者。

影響於氣管則發咳嗽、血痰，異物穿透食道壁，則周圍起炎症，有起食道周圍膿瘍、縱隔炎、肺炎等者。

(診斷) 精查既往症，知物體種類性質，問痛之部

至少須二個月之後始可。

位，則得知異物存在之部位，然異物既通過，而以粘膜損傷腫脹，復尙覺異物存在者，故須確檢其存在與否爲必要也。卽先須診視咽頭、扁桃腺等，須用喉頭鏡，詳診梨子狀齶、喉頭入口等處，不可忽略。以釘針、魚骨等小異物，多存於此處故也。如不能發見時，可以指仔細觸診始可。已降至頸部者，由外部觸診，可感其存在處，或由特異之壓痛，亦可得知。已起食道周圍炎時，由炎症症候存在，亦得推定。如插入「布吉」亦能知異物之部位。二十四時間內，可用鯨骨「布吉」、硬橡皮「布吉」已過二十四時間，須用軟橡皮管始可。此時極須細心注意，初學者務必加意，或有時用X光線診斷，患者無痛苦，且甚明瞭，乃甚合理之法也。或用食道鏡，亦爲良法之一。

(療法) (一) 異物尙在咽頭時，以指卽能卽除去。(二) 異物稍在深部者，如示指尙可達到者，則以指指導，得用咽頭鉗子取出之。此等方法，不成功時，或得推知周圍起炎症時，可暫時用後述外部食道切

開術。(三) 如食道鉗子不能達到之深處，則用食道「布吉」壓於胃中，有得好結果者，但須異物圓滑不能嵌入食道壁者始可。(四) 如細小異物，有通過器械之餘地時，則可用瓦伊斯氏魚骨除去器，及古雷夫埃氏貨弊除去器，例魚骨針、貨弊鈕等是也。(五) 用食道鏡得見異物，同時用一定器械牽出異物，或牽出於適當位置，或得壓入胃中，以上方法，雖收效力時，則行次之手術。(六) 咽頭切開術，及食道切開術。(參考食道狹窄處)。(七) 胃切開術，異物下降，由齒列二十八仙米以下時，可用此法。此時切開口，須卽時縫合之。

(合併症) (一) 血管損傷。食道附近之血管，受特發或續發傷時，有甚出血者，血液或自口腔吐出，或侵入周圍組織，作血腫，或入胸腔成血胸。此時預後甚不良，如能極力搜索該血管而結紮之，尙有一線之希望。(二) 食道周圍炎。頸部蜂窩織炎，縱隔炎，膿胸，膿氣胸等，由異物嵌入食道壁而起，多因此而死。其

▲食道狹窄

1011

療法，則大切開局處以排膿即可。

▲食道狹窄 Oesophagostenosis

(原因) 得大別爲三種：(一) 食道內異物，(二) 食道周圍病變之結果，壓迫食道，(三) 食道壁之變化。(一) 食道內異物之狹窄，已述於前。(二) 屬此者，於胸部，爲胸部大動脈瘤，縱隔腫瘍，胸骨後部甲狀腺腫等，於頸部，則爲甲狀腺腫，淋巴腺腫，喉頭癌腫，結核性頸部脊椎膿瘍等是也。(三) 復分爲先天性，瘰癧性，炎症性，癩痕性及腫瘍性變化等，其中癌腫最占多數，或謂占食道狹窄全數五五%，或謂占全數九〇%。詳述於各條之下，其次爲腐蝕性癩痕，則占二七%，故於此主就癩痕性狹窄述之。

(症候) 嚥下困難，爲必發之症候，由狹窄之度，其

程度有種種，劇烈時，有僅得通過流動體者，而此困難程度，由練習或嚥下時特別注意，得減輕者，其

結果，患者當嚥下時，呈一種特別之狀態，即每次攝取小量食物，與唾液十分混合，屈頭於前方，或迴旋

之，成瘰癧性運動而嚥下，且同時好嚥下液體，如狹窄在下部時，則食物停留於上部，半時間乃至一時間後，有吐出者，此等症候，漸次增加，而營養障礙，亦爲必發之症候，即由食物嚥下困難而得也，可成與食道癌時同樣之狀態。

(診斷) (一)「布吉」診斷法，用鯨骨「布吉」得知其位置程度種類等，此時先用粗者，漸次試用細者，決不可粗暴。(二)X線照像法，使食蒼鉛粥，得明見狹窄程度位置，或用(三)食道鏡檢查法，亦得明瞭狹窄之種類。(四)問既往症及現症，乃最要也，爲推斷種類性質所不可缺者，例神經性者所發之瘰癧性狹窄，有時可變其位置，由食道鏡檢查，無解剖學變化，梅毒性狹窄，多在食道上部，由身體他處有無梅毒症狀定之，因食道周圍炎者，由甚烈之熱痛，即得決定。

(預後) 不良，僅癩痕性狹窄時，如早經適當之醫治，則有淺分之希望。

療法) 食道擴張法。先插入英國式中等大之食

道「布吉」，漸用細者，即知狹窄之程度，選將能通過者插入之，可置其中五分乃至十分間，每日用之，漸用粗者，如狹窄程度甚高，即最細之「布吉」亦不能通過時，則困難矣，此時先插入細腸腿線，放置一〇乃至二〇分，膨脹時，則可擴張狹窄，若此至能通過「布吉」時，則可用前法，此法雖有效，尚不若哈克埃路氏之無端「準吉輪古」為合理之方法也，即先作胃瘻孔，與榮養物以壯其榮養，一面待食道炎症之癒（避嚥下可自癒，須經過十四五日）以細絹絲，每隔二三釐處縛數個散彈大之鋼鐵丸，持絲之一端，使之嚥下，反復練習數回後，丸可通過狹窄部，落於下方，後以小鈍鈎自胃瘻孔插入，尋得該絲，或以消息子樣物置磁石於其中，使吸引鐵丸，牽出瘻孔之外，而於絲之上端，復結以粗絹絲，牽引胃中之端，使通過狹窄部為引導線，於粗絲之他端，連接細橡皮管，管之他端，再結以粗絲，牽引上下之粗

絲，則管即成細長，此時牽引下端之絲，使管恰存於狹窄部，去牽引力時，則以管之彈力而粗大，可徐徐擴張狹窄部，放置半時間乃至一時間，後漸次自胃瘻孔抽出，此時導線仍置其中，可使自鼻孔通過，以防咬壞，再以絆創膏附著於頸部下端，則用同法附著於胃部，漸換粗橡皮管，反復擴張狹窄部，則可至能用「布吉」至能嚥下食物時，則胃瘻孔以自然淘汰之結果，數日後即自然閉塞，以上方法，不能用時，則可行手術療法，有次之三種。

(一) 外部食道截開術。狹窄存於頸部等，易達到時用之也，即自外部達於食道，切開狹窄之上部，自切口插入「布吉」，通狹窄部，以此為標準，切開狹窄之部，一面自口腔插入食道「布吉」，使之通過，由此管以送榮養，創口於管周圍可俟第二期癒合。

(二) 內部食道截開術。用如尿道截開刀相同構造之刀，自口腔插入，達狹窄部時，使刃露出，向上下之方向截開，此時可發副損傷之危險，故多不用。

▲食道擴張

一〇四

(三)胃切開術及胃瘻形成術行開腹術，切開胃部，插入探子，鉗子，擴張器等，通過狹窄部，至十分開大後，再自口腔插入「布吉」，有成功者，此法不能行時，可作胃瘻孔，自此處屢行上法，亦有成功者，此時有得由該部輸送榮養之便利，此外有用食道鏡注視之，同時行切開之方法者，用於膜樣瘢痕有效。

▲食道擴張 Erweiterung der Speiseröhre

由臨牀及病理解剖之根據，可分次之二種 (一) 環狀汎發性擴張即食道擴張 (二) 一部膨出即食道憩室。

△一 食道擴張 Oesophagusektase

(原因) (一) 特發性者，或有謂先天性者，或食道壁有慢性加苔兒，由食道壁抵抗力減退而生者，或謂噴門痙攣之結果，其上部擴張也 (二) 有機質狹窄時，其上部可起擴張 (此時狹窄之症狀大，故無臨牀之意義)。

(症候) 嚥下困難，食物反流，口內惡臭等 (擴張

部中食物分解而發惡臭也)。

(診斷) 由症候即得知，或用「布吉」檢查法，食道鏡，X線檢查等法。

(療法) 狹窄時，則治狹窄，噴門痙攣，用電氣療法，有效對原因不明者，則僅用對症療法，即按正規則，每攝取小量之食物，以避其蓄積，用消毒劑洗滌，可避其腐敗。

△二 食道憩室 Oesophagusdivertikel

憩室由粘液膜之有否，可分真性及假性二者，又由其成立，可分內壓性擴張，及漏汁狀牽縮擴張二者 (甲) 內壓性擴張 Pensionsdivertikel

(原因) 不明，有種種說明，然先天性食道壁有弱處，由通過食物，或習慣性嘔吐等壓力，可生小憩室，漸次擴大者也，老年男人多，多在食道上部，入口為環狀，或裂口狀，憩室之大，有櫻實大，拳大等種種。

(症候) 先發嚥下困難，嘔吐，流涎等，至憩室達一定大時，則現重症，即攝食時，憩室由食物充滿之故，壓

食道期起器窄狹窄及不快之壓感壓迫食道甚烈

時殆不能嚥下行種種之操作費數時間始能攝取必需之量又憩室中食物腐敗之故可起甚烈口臭

(診斷) 精查症候復插入「布吉」即得而知多自齒列二〇乃至二五顆處可觸抵抗於其上部消息

子前得動移於其中(狹窄時不能動)有時消息子得易入胃中者

(療法) 用食道「布吉」雖得一時之效然不若手術爲佳也行外部食道切開術注意自周圍剝離憩室壁自柄處切斷縫其創口先以食道「布吉」以取榮養極爲有效也

(乙) 漏斗狀牽縮擴張 (Funnel-shaped dilatation)

較前者通常多於氣管枝交叉點之前壁生之乃以此處氣管枝或縱隔淋巴腺得結核軟化全壁愈着漸次萎縮牽引緊張之故而生憩室者也

(症候) 不定僅停留魚骨等穿入後起縱隔炎肋膜炎肺壞疽等有以此死亡者

▲食道癌種 (Carcinoma of the Esophagus)

乃食道疾患中最重要且最多者占食道狹窄九十%老年男子多得之

(原因) 不明酒客多遺傳熱食物等

(病理) 多於生理之三狹處及其近處其中上部最少中部最多或有謂下部最多者雖多生於一處然亦有同時發生於數處者殆皆爲扁平表皮細胞

癆環狀而生者多其周圍炎性或癌細胞浸潤之故此較初期強直爲不動性漸發育先起食道狹窄後破壞則不現狹窄症狀者有之其上部肌肉狹大食擴張粘膜常有慢性炎症之狀態更進行愈波及於周圍達脊柱氣管心臟大動脈橫隔膜等處而固定之破壞甚烈時則可穿孔於氣管或助膜轉移比較遲慢最多者爲轉移於食道周圍及氣管枝淋巴

腺等或於肝臟心窩淋巴腺等處僅癌腫位置高時可轉移於頸腺而此時比較發現甚早

(症候) 先爲嚥下困難常發現緩慢漸次進行至

▲胸部挫傷▲脇骨骨折

嚥下固形物亦感困難，遂至有任何物不能攝取者，有之。長時經過後，腫瘍之上部擴張，發現前述之諸症狀，多無痛，然亦有發痛者，如與氣管枝之間，發生小交通瘻時，則食時可發甚烈之咳嗽，有起肺炎及肺壞疽，壓周圍神經（交感神經）則有發瞳孔收縮，嗝聲，失音（聲帶麻痺，迴歸神經麻痺）等者。

（診斷）由嚥下困難及癌惡液質，大體得以推定，且用「布吉」X光線，食道鏡，以確定之，且得確知其位置。

（療法）根本療法為切除，然僅可於初期，與周圍癒着少時，及在上部三分之一部分行之也，但在下

胸 部 外 科

△胸部挫傷 Contusio thoracis

（意義）乃胸部受鈍物體外力，內臟受傷，而外部無傷之謂也。

（症候）脇骨皮下骨折或打撲時，喉頭聲帶閉鎖，胸腔壓一時增大，有肺臟破裂者，其結果可起血胸。

氣胸，或皮下血腫氣腫等，心臟大破裂，則即時死亡。部者，於高壓麻醉亦有得行手術之希望，方法與外部食道切開術同，全切除其部分，如範圍小時，可縫合其上下端，然相隔甚大時，則可作一時瘻孔於第二次縫閉之，如此法不能用時，則僅對症療法而已，即安慰精神，適當營養之故，務必使其攝取限定之食物，有時與「叩卡音」嗎啡等，得容易嚥下者，或注射食鹽水於皮下，有謂防腐敗之故，每一時間與一食匙過酸化水素者，已成甚重之嚥下困難時，則可注意插入「布吉」，以試擴張，然有穿孔之險，故寧作胃瘻，由此處送入榮養物為善也。

如心臟筋一部或瓣膜損傷後，可留心臟機能不全，（療法）可因時置宜，用適當之處置，先靜臥，置水囊於患處，以疼痛之故，呼吸甚為困難，或咳嗽甚劇時，則注射嗎啡於皮下，如甚貧血重時，則注射食鹽水，且與強心劑，血胸，氣胸及其他等時，可參考後篇。

▲脅骨骨折 Fractura costae

(原因) 直接外力，若打擊衝突，間接外力者，乃外力作用於脅骨兩端，彎曲過強而發骨折，例被車轢過時之骨折是也，亦有以筋收縮之故而發者。

(病理) 本病乃最常見之病也，中部脅骨最多，各脇骨任何部分皆能得之，因間接外力最多得者，為脅骨角折，一脅骨折則由上下脅骨及背間筋支持，骨折端常不變位置，多數脅骨於同列位置折時，則骨折端變位，脇骨骨折，同時傷及外皮，或所謂複雜骨折者，雖少，然骨折端傷脅膜肺臟等內部則多也。

(症候) 局部限局性痛，吡軋音，骨折端移動性，其他有時骨折端變位，加壓於脅骨兩端時，則痛發於骨折部，或呼吸時感痛，有發呼吸變調者，副損傷中重要者，如皮下氣腫，血胸，氣胸，咯血等，是也，其他由肝臟心臟橫隔膜之損傷，有即時喪命者。

(經過) 單純者，良，多四週以上癒着，皮下骨折時，由外部不發傳染，然傷肺臟時，亦有由此傳染而起。

▲脅骨骨折 ▲脅骨結核

膿胸者，或由打擊之故，發外傷性肺炎，或以疼痛之故，不能十分呼吸，有起鬱滯性肺炎者。

(療法) 輕者無須注意，或有診斷不明，仍照常勞動，而即治癒者，然多安靜仰臥，即足矣，咳嗽則與瑪啡，高上半身，貼水囊於局處，或自側胸部胸骨緣至脊柱貼絆創膏，以限制該脇骨之運動，患者甚感輕快，如骨折片或折端侵入內部，難去痛苦時，則切開取出骨片，或切除骨折端時，須守嚴重無毒之原則，且注意不可十分傷及脅膜始可也。

▲脇骨結核 Tuberkulose der Rippe

(原因) 與一般骨結核相同，或由血管而得，或由鄰近組織或器官直接通淋巴管而得，因此而得者，以脊椎，肺，腎臟，或淋巴腺等，於胸部為最多也，外傷亦可視為誘因，本病於健全無病他處無何等結核者，亦可得之，最多者(70%)仍他處有結核者也。

(病理) 原發灶為骨髓，骨膜，骨軟骨接點等處也，有時軟骨或軟骨膜亦得之，寒性膿瘍，或直接生於

▲胸骨結核 ▲脅骨及胸骨梅毒

骨灶之內外或微沉降，有時現於胸壁後，破而為瘻孔，破於內方脅膜肺臟等處者，甚少也。

(症候) 先沿脅骨生紡錘狀之腫脹，硬而密着於脅骨，無特別痛苦，或漸腫大，或長久停止而不增生，次起乾酪變性，軟化而作膿瘍，發現症候，膿瘍直接於脅膜者，呼吸時可變其大小，在心臟表面者，隨心之運動而搏動。

(診斷) 有誤為梅毒腫瘍、動脈瘤等者，本症由既往現在有無結核疾患以X光線、皮路可埃氏陽性反應、其他瓦塞路滿氏陰性反應、或驅梅毒療法無效等，即可診斷矣。

(療法) 小兒由穿刺十分排膿後，注入五乃至十%沃度仿謨甘油，即有治癒者，即或已有瘻孔者，尚有得良好之結果者，如此等方法無何等效力時，則須行根本之治療也，大人無論何時，務必早期行根治手術也，即早期膿瘍小時，自周圍十分剝離，不可破膿瘍之壁，自健康部與脅骨同切除之，全縫外創

口如大膿瘍難行，上述手術時，或已有瘻孔者，則切開膿瘍，切除脅骨，尚須十分深尋膿瘍之分岐處，盡除去其壁，或搔爬清潔之，以沃度丁幾腐蝕消毒，或縫創口之大部分，自一部置入沃度仿謨紗布，手術以「膿泡十音」傳達麻醉，即得十分舉行也，肺臟有結核者，或榮養不良者，亦得行之，因此以後之榮養亦可漸趨於佳良，往往見之也。

▲胸骨結核

Tuberculose des Sternum.

較脅骨甚少也，原因、病理、症候等，亦與脅骨同，手術時，可注意內乳動脈，如須切開胸膜腔時，則必用差壓麻醉裝置，始可也。

▲脇骨及胸骨梅毒

Syphilis der Rippe

und des Sternum

先天梅毒，有於脇骨之骨軟骨接續部發炎症者，至後天梅毒，於第一期，脇骨發生紡錘狀硬韌之腫脹，惟於夜間，有發神經痛樣之劇痛者，然此種疼痛，經一定時期，多自然消滅，第三期發橡皮腫性骨膜炎，

或骨髓炎、骨膜炎侵犯骨質、或爲骨瘍、或爲骨疳、或起肥大腫脹、骨髓炎時、胸骨多於肋骨、亦足與骨膜炎呈同樣之現像、橡皮腫後、無變化而吸收、骨殘留變形、或破而爲梅毒性之潰瘍。

(診斷) 結核與真性腫瘍、有難區別者、由瓦塞路滿氏反應、他之梅毒症候、驅微療法效果如何而定、已成潰瘍、注意基底邊緣膿等而參考之即可、(療法) 驅梅毒療法、難治者或擴延速者、可若結核、有必須外科療法者。

▲胸壁放線狀菌病 Aktinomykosis der Brustwand
多由頭部、咽喉、食道、肺、肋膜等原發病灶、續發而得也、生於池處者、皆作硬浸潤、後多爲膿瘍、預後、原發性者、或肺臟等後病灶微小者、非不良也、然原發灶爲重器官、變化甚大者、則不良也。

▲肋膜及肺臟創傷 Verwundungen der Pleura und der Lungen

(原因) 切創、打創、刺創等、傷側壁肋膜時、而接近

▲胸壁放線狀菌病 ▲肋膜及肺臟創傷

之肺、亦常受損傷也、銃創之貫通創、貫通全胸部、彈丸出於前方、未貫通者、或通胸腔內、有停留於他側、胸壁者、或射於骨、有由碎骨片而害及肺臟等處者、(症候) 肋膜及肺臟創傷所起之重要症候、乃由血液與空氣而起者也、血液多蓄積於肋膜間腔內、而作血胸、或由肺臟略出氣管之外者有之、(後述) 空氣發於外傷性之氣胸、此必創口甚大、且時間甚久、然彈丸或刀刃通過後、創口即時閉塞者、則不生氣、(後述) 或空氣由內部肺臟而生、作皮下氣腫、肺臟脫出者、乃肺臟由創口出於外方之謂也、如嵌頓此處、起血行障礙時、則其部可發壞死、傷後有即時以出血或氣胸之故而死者、否則於經過有重要之關係者、即有無傳染也、無毒經過時、血液及空氣吸出、肺臟創口治癒亦速、小刺創、銃創等屍體解剖時、有不能發見其癥痕者、由細菌傳染而發之主要者、爲膿胸也、多由肺炎菌或他之化膿菌、或腐敗菌而發、有異物在肺中時、多爲化膿之原因、彈丸停留胸

腔時不起化膿而治者亦有之也。

(療法) 普通所行之保存療法可除呼吸之障礙。避傳染之危險。即塗沃度丁幾於創口周圍。置無毒紗布即可。其他種種局部之診斷或處置多有害而無益也。甚出血者可按血胸處所述之處置。有氣胸之害時亦按氣胸治之也。肺臟脫出如以為脫出部分無毒而健全者則可徐徐押入之。已傳染而將發壞死者或待其自然脫落或纏縫後而切除之。

▲血胸 Hemothorax

(原因) 外傷肋膜破裂。傷胸壁或肺臟等血管流出血液蓄積於肋膜間腔而成血胸。然肋膜已癒着時則不生血胸。或限局於一部而成。

(症候) 若他之漿液性肋膜炎。打診或聽診可知肋膜間腔蓄積液體。同時以出血之故。發全身貧血。或以血液蓄積之故。增大肋膜間腔之廣。壓縮肺臟心臟縱隔膜等種種。受此影響。發呼吸困難。脈搏增加等。或血液自內外創口流出。或通肺臟內咯出者。

有之。血胸如保無毒之狀。數週後漸次吸收。肺臟及其他受影響之諸器官。漸次恢復其狀態及機能。治癒甚速。如細菌傳染發生膿胸。則經過甚長也。

(療法) 根本療法。開大創口。結紮出血血管。或引出出肺臟縫於胸壁創口。然此等手術或須要差壓裝置。或傳染危險多時。能預知僅由出血必發危險等時行之。否則亦不必強行也。普通輕度血胸。則無須手術。務保安靜。置無數紗布以防傳染。或置水囊於局處。咳嗽時則用瑪玳等處置。以防出血增大。如出血甚大。起內臟壓迫危險之症時。則或行前述之手術。或僅穿刺取出血液。以輕壓力。血胸吸收甚遲。治癒緩慢時。有穿刺以排出血液者。

▲氣胸 Pneumothorax

(原因) 肺臟與側壁肋膜間之腔洞。常為陰壓所支配。如由外方或通肺臟內侵入外氣時。則陰壓消失。肺臟由彈力而收縮。擴延於胸壁之深部。遂生氣胸。或不通氣。滯溜於肋膜間腔滲出液。腐敗發生。

瓦斯因此而生氣胸者有之。

(病理) 肋膜已癒着時，肋膜雖破，不生氣胸，或起一部限局性氣胸，空氣侵入口閉塞時，則曰閉塞氣胸。開放者曰開放氣胸，或口處作活栓，空氣能入而不能出者，曰活栓氣胸。因此氣胸壁甚為緊張時，曰緊張氣胸。緊張氣胸亦有由瓦斯發生者。

(症候) 閉塞氣胸於呼吸大體無何障得，僅發生時，肺臟一時收縮，有發虛脫者，然口閉塞時，由他側肺臟得十分補充其機能，開放氣胸，則不然，發甚危險之呼吸困難，此乃不但該側肺臟收縮，失其機能，或恐為縱隔膜失其固定，吸氣時健側動作，呼氣時偏於病側，健側肺臟不能十分滿足其機能故也。活栓氣胸，胸腔內氣壓漸次增高，次起內臟壓迫症甚大，及呼吸困難等而死。

(經過) 閉塞者，數日後空氣自然吸收而治癒，然開放或有活栓者，苟無適當之處置，則無自然治癒之轉歸也，尚須慮及有無傳染為要也。

(療法) 閉塞者，無須特別之處置即可，開放者可

閉塞之，然欲速除氣胸之症狀時，則行穿刺，或自創口插入消息子，嚴密縫之，吸引之以謀排出空氣，有活栓者，以此方法，去其緊張，待其自治，或開胸腔尋得空氣侵入之根原，而斷其入路亦可。

▲膿胸 Pyothorax (Empyema thoracis)

(原因) 為肺炎菌連鎖狀或葡萄狀球菌腐敗菌，結核菌等，亦有由傷寒菌，流行性感菌，淋菌而得者，此等病原菌，或來自續發於隣接部之原病灶，即肺臟(肺炎，肺壞疽，氣管枝擴張症等)，腹腔(盲腸炎，腎臟周圍炎，橫隔膜下膿瘍)，胸壁(骨髓炎，外傷)一等得之，或由血液轉移而得，或為原發，他處不見原病症，而得者有之，然此時多於肺臟中，有小病灶。(症候) 胸之下後部，可聽濁音，界限明瞭，向上呈凹狀，體位雖變，而界不變，照以X光線，可見明瞭之陰影，聽診可聽弱呼吸音，膿量多時，則起胸部內臟壓迫症狀，病側稍腫脹，不隨呼吸而運動，或胸壁

有炎性浮腫，患者好臥病側於下方。

(診斷) 注意穿刺之，如肋膜間腔有液體時，則須以肉眼或鏡檢細菌及其他之研究，不可忽略也。肺各葉間或下緣有極少膿時，除由X光線像可知外，有不能以物理法証明者。

(經過) 決不能自然治癒，長久存在時，諸內臟可起澱粉樣變性，體力漸次衰弱而死，或破於氣管內，發咯膿，或破外胸壁而作瘻孔，或侵入空氣而成膿氣胸，亦有小膿胸被包圍，遂變纖維組織者。

(預後) 小兒或早行手術者，成人手術遲緩者，雖能全治，亦須長久時，或因此脊柱有甚向側方彎曲者，或由病原菌之種類而不同肺炎菌者，最良腐敗菌最不良，故一般難定預後也。

(療法) 穿刺以橡皮管導膿於外方，此法不能十分排膿，故多不用，今多行切開法，先於第九肋骨後臚下線處，橫切約六種之創口，切除肋骨之一部，微切開側壁肋肌，徐徐排膿，如切開甚大，放膿甚速。

時有虛脫之害，須注意焉。放膿將終時，可大切開，徐徐拭去肋膜腔內之膿，加適當之後療法，若此肋膜腔內，雖滿充空氣，然空氣漸次吸收，肺減縮小之度，而漸復舊，如放膿後，因呼吸肋膜兩葉相接時，則互相十分密着，難以離開，且由後療法可稍妨外部空氣之侵入，以前被壓迫於他處之心臟，橫隔膜等，漸復原位，胸壁陷沒內方，以充盈肋膜間腔之空虛，彼此相待，以促肺臟之復舊，雖起胸壁內陷，脊柱彎曲等，著明不正之弊，至肺臟復舊時，也漸為正形矣。後療法多用橡皮排膿管，即插入管後縫管端於創口，以防陷入，閉創口置紗布而繃帶之，郝夫滿氏初三四日間，不插排膿管，僅置紗布，以便空氣侵入量，少，至氣胸概消退後，始用短排膿管，配路的斯氏用一種吸引裝置，以低肋間腔之壓，以促排膿，與肺臟復舊。

▲陳舊膿胸 Ventiles Empyem
膿胸癒着時，肺臟表面纖維質之發生亦愈多，肺臟

以此縮小且於異常位置與肋膜癒着故雖膿汁吸收亦甚阻害肺臟之復舊胸廓亦著明變形

(療法) 如前所述既已用前述之手術而治癒之希望少如聽其自然則因體力衰弱而致死埃斯透

藍的路氏用骨膜下肋肋骨切除法以除去膿胸部之肋骨使胸壁易與肺臟密着而充盈肋膜間腔之空虛然若此陳舊膿胸肋膜已厚而且硬即十分除去肋骨肺臟亦不能接觸也西埃鐵氏切除肋骨與

肥厚之肋膜胸壁為十分移動性時則可達目的即自大胸筋外緣至下方第九第十肋骨復上昇沿肩

胛骨之內緣作馬蹄形切創先剝肋骨上之軟部以此作大皮瓣折於上方自第二至第九或第十切除

其全肋骨復去下方之厚纖維組織露出肺臟肋膜即時以前之皮瓣覆蓋之由此法即十分陳舊之膿

胸效力亦著明肺臟機能亦可漸次恢復惟用吸引裝置以速其癒時則有甚良之結果然此手術非任何時期皆可也必由患者全身症狀而慮及適應

與否也斯鐵苦氏分為數次即橫作數個平行瓣就其各瓣反復切除肋膜及剝離肥厚組織也或先僅作胸壁軟部之切次切除肋骨以輕患者負擔亦可

▲心臟及心囊外傷 Verhulsting des Herzens
mit der Herzverlets

(原因) 刺創切創銃創等創多在於心臟部然亦有稍離開而在胸骨之右側或針傷心臟時有於針入口之外在意外之處得針者銃創彈丸力強時恰

若頭蓋心臟有成爲包血液囊狀物之粉碎樣者(結果) 約三〇%傷後即死乃因出血反射心臟

麻痺或切斷西斯氏傳導筋索或斷環狀動脈故也死之稍遲者乃肋膜間腔徐徐出血以致失血或出

血蓄積於心囊壓迫心臟害其機能故也此壓迫作用心耳常較心室甚強故先發靜脈鬱血也其後或

起心囊炎肋膜炎或起瓣膜閉鎖不全或一時治癒之創傷而再破或由此作心臟瘤而至危險之狀態

(診斷) 全身症狀顏面蒼白紫藍色脈弱小呼吸

▲心臟及心囊外傷

▲青春期乳房炎 ▲產婦乳房炎

困難、溫度下降等、凡此皆急激而發也、局處外創口之位置、心囊內出血症、濁音界大、心音弱、或呈心內氣腫症、鼓音有金屬聲之濁心音等、自覺局部左臂感痛、心臟部感壓迫等、

(療法) 心臟創傷、有待十分手術之餘力時、則切開胸部、達於心臟、縫其創部、如為針所刺、針之端尚在胸壁外方時、僅徐徐拔去之、注意其經過即可、然如針直徑大時、仍以切開胸壁拔去為佳也、心臟手術之成績、據雷恩氏穿創一〇八中有四二、鉗創一五中有六之治癒例、

▲青春期乳房炎 *Mastitis ad Adolescentium*

(原因) 不潔、男女於青春期、乳腺腫痛、皮膚亦紅、有同時腋下腺腫者、多二乃至六週間自然治癒、亦有成膿瘍者、

(療法) 濕布、切開膿瘍、女子經期、乳房腫痛者、恐與生殖器官有何等關係也、

▲產婦乳房炎 *Mastitis Puerperalis*

乳房炎、症多為女子、且多為哺乳期、即授乳於產後、週間之小兒、為最多也、由原因可分為鬱滯性、乳房炎、及細菌性或蜂窩織炎性、乳房炎二者、此區別關係預後、故須注意診斷也、

△鬱滯性乳房炎 *Stagnationmastitis*

(原因) 乳汁鬱滯而起、多產後不數日即得、(症候) 先發覺乳腺腫、皮膚微赤、觸之有硬物之感、乳汁中無細菌、鬱滯消退、則自癒、然若此狀態、易起傳染、成續發膿瘍者、甚多也、初產婦產後乳腺微腫痛、此乃常有、如不甚重者、亦可視為生理、

(療法) 務必盡力放出乳汁、如由小兒不能達此目的時、則以人工、由大人或吸引器放出之、或用種種下劑、亦得減制乳汁之分泌、

△細菌性乳房炎 *Infectious Mastitis*

Phlegmonous Mastitis

(原因) 黃色黃膿球菌、連鎖狀球菌、或淋菌等、由乳嘴或乳輪之剝皮裂傷等而入、或由排乳管口通

排乳管或遠處病灶通血流而至。其他得淋毒性眼
炎、幼兒或產婦自己污穢之手常為病菌之媒介也。
(症候) 多有熱，亦有以惡寒戰慄而起者。乳腺腫
痛，可見硬靱之分葉腫脹，各葉之界限不明，其間有
微軟之部，壓之甚痛，遂成膿瘍，有顯明波動，皮膚先
雖無何變化，後漸紅，遂破而流膿。此膿雖由自然潰
口流出，然如不甚流出，不得癒者，則炎症漸近於他
分葉，可侵害乳腺之大部分，膿瘍如生於乳房與胸
筋之間時，則乳房舉高甚大也。

(療法) 如診為細菌性時，則不問成膿瘍否，可沿
放射線切開，如有膿瘍，則切至膿瘍而放膿，浸潤之
腺組織，盡搔拭拂拭，十分清潔，插入導管，尚自他側
作小對孔，以便流膿。苦拉布氏，則稱讚必魯氏之鬱
血療法，即極初期未成膿瘍，炎症亦得消散如時期
已遲，則用此法，亦可早減痛苦，且治癒時癢痕亦不
大云云。置大玻璃鐘於乳房周圍，以華士林密塞之，
用苦拉布空氣氣筒，或用一夫拉新恩阿斯匹拉透

▲產婦乳房炎 ▲慢性間質性乳房炎

路」五分間吸出空氣，次隔三分間再吸之。若此五
六回即可。多切開之後，以上法同時吸出血液膿
汁及細菌等，每隔日一次，至痛甚減退，或膿甚減少
時，即止而不甲，其他補助療法，則為舉高乳房，鉛糖
水等濕布繃帶。

▲慢性間質性乳房炎 Mastitis interstitialis chronica

(原因) 不明，恐細菌由輸乳管傳染，月經閉止前
後得之，概不多見。組織學上，可見乳腺各分葉或輸
乳管周圍結締組織增殖，與圓形細胞浸潤。

(症候) 及(鑑別) 慢性，兩側同時發生，沿乳腺中
各葉作多數硬靱之限局性結節，或索條狀，甚似乳
癌，故二者之鑑別，極須注意。本病較癌無痛，皮膚無
變化，各分葉雖硬靱，然境界分明，各葉間或與皮膚
間癒着者少，腋下腺腫脹者亦少，然亦有時癒着或
腋下腺腫，殆不能鑑別者，則須檢查組織，不可忽略。
(療法) 可用稍壓乳房之舉高濕布繃帶。

▲慢質囊腫性房乳炎 ▲配吉埃透氏病△乳房良性腫瘍

▲慢性囊腫性乳房炎 Mastitis chronica cystica

(原因) 不明，三十乃至五十歲婦人得之，分娩前不授乳者多得之，且有已得乳腺炎為其原因者。

(病理解剖)

克埃尼西氏則謂由乳腺分泌物蓄積而生，割味路不修氏則謂乃一種囊腫性腺腫也。

囊內容透明，或為乳汁樣，有帶綠色者，囊壁多由一系列細胞而成，然亦有細胞增殖充滿囊內者，此乃有惡性傾向者也。

(症候) 經期痛，及汎發性腫，月經後則痛腫消退。

乳腺中遺留小硬物結節，或圓板狀淺浸潤如置乳房於拇指與他指間捻壓時，則即得明瞭觸知，由上方平壓時則即穩其形而不明，結節多小，僅胡桃大，每次月經稍增大，有至鷄卵大者，至經閉時，或有自然消散者，或有自此發生為癌者。

(療法) 舉高乳房，濕布纏帶內服沃度那里，或下劑，可待效，然診斷不明且恐後時發生痔腫等時，則

不若摘出或切斷也。

▲配吉埃透氏病 Paget's Keratoid

(原因) 一八七四年吉埃木斯配吉埃透氏始發

明本病，中年後婦人得之，初由類似乳嘴或乳輪之慢性濕疹病而起，可視為表皮癌之一種，近時亞甲池伊斯里，曾路透夏木巴，黑路氏等研究，乃為排乳管原發癌之一種，進行於皮膚時，則為配吉埃透氏病云云。

(症候) 一般類似皮膚癌，表皮剝落，現鮮紅色基

底部，流黃液汁作痂皮，周圍浸潤硬固，雖有如刺如灼之痛，然不著明，檢查組織時，有一種淡色大原形質之細胞，入於表皮細胞間，此細胞無表皮細胞之棘，且不着化。

(經過) 慢性甚長，至一二年或數年，其間有發生為真乳腺癌者，或有轉移於淋巴腺者。

(療法) 切除，須十分注意，稍有疑時，則可切斷全乳房，及除去腋下腺。

▲乳房良性腫瘍 (Carcinoma Tumour der Mamme)

纖維腺腫、囊樣腺腫及混合腺腫。

纖維腺腫 乃良性腫瘤中最多見者，其組織乃於結織中可見由腺細胞而成裂溝或管狀之列此。

列處處擴張，遂為囊狀腺腫，有時於軟骨或骨組織或腺細胞之外，有表皮細胞，為混合腫之狀，由此諸物，細胞增殖甚大，有為癌或肉腫者。

(症候) 多為二十乃至三十歲前後之婦人得之，有一乳房生二個，或同時發生多數者，發育緩慢，與周圍不癒着，且不起轉移，表面多平滑，然亦有後為多少凹凸者，其大由小漸大，乳腺因乳削瘦，如忽然增大者，則可疑為惡性變性。

(療法) 務必於小時切除之始可，乃以易行手術，且恐變為惡性故也。

脂肪腫 生於乳腺背部，有發乳腺萎縮者，除去時，自乳房下方起，以防傷損乳腺。

▲乳房惡性腫瘤 *maligne Tumor der Mamma*
肉腫 甚少，有為大小圓形細胞，紡錘狀細胞種種。

▲乳房惡性腫瘤 ▲乳癌

形狀，發育甚速，為包囊狀者少，且不若癌腫之萎縮。

肉腫有為囊腫性肉腫者，往往為甚大之腫瘍。
(療法) 與癌同，行切斷術，除六淋巴腺等。

▲乳癌 *Mammakarzinom*

(原因) 真因尚不明，四十歲乃至六十歲，曾授乳婦人為多，乳房炎症，惟慢性者，多少可為乳癌原因之價值也，乳癌乃乳房腫瘍中最多數也，且為婦人腫瘍中，較子宮癌稍少者也。

(病理) 髓樣癌乃最多者也，結締組織中，有中癌細胞而成之索條，或甚多細胞羣集，中間結締組織，圓形細胞之浸潤，癌組織後時或為脂肪化，或軟化，有為囊狀者。

纖維癌 以鏡檢查，中間結締組織，主呈如支配組織之現象，發育緩慢，多萎縮之傾向。

膠樣腫 中間結締組織多膠樣變性，或癌細胞亦有同樣之變化，凡此諸癌細胞，通結締組織間隙或淋巴腔擴張於周圍組織中。

(症候) 先僅由觸診爲表面不平之硬結，周圍境界不明，難加壓不甚痛，但時有刺樣痛，再發育則起萎縮，牽縮周圍之組織，惟於排乳管尤然，因此乳嘴陷沒，乳輪亦小，乳房較他側稍高，故乳房下陷萎縮，反之，如由乳腺上外部之副腺發生者，雖亦萎縮，然無乳嘴陷沒，乳房舉高等，或由正乳腺發生，亦有不萎縮者，故有不現上述之形狀者，然纖維化等，萎縮甚爲著明也，皮膚比較與腫瘍癒着甚遠，且硬韌，難以握起，後該處稍陷沒，發赤，破而爲潰瘍，漸向深部，害及胸筋，浸潤而與胸壁癒着甚固，淋巴腺之轉移，爲必不可缺，最先發於大胸筋之外緣，在乳與腋窩之中間，次爲腋窩腺，再次爲鎖骨下窩腺，最後爲鎖骨上窩腺，初期脂肪質者，自上方雖不能觸知，然手術時不可忘，淋巴腺腫脹也，全身症狀，如一般癌腫羸瘦，惡液質等，然亦有不害營養狀態者，(經過) 種種不同，經過極速者，爲癌性乳房腺炎，哺乳或妊娠時，有兩乳房全體腫脹，無結節之可見，

全體甚硬，皮膚紅，靜脈怒張，二三月後即死，然若纖維維癌，可至數年或十數年，患者全由他病而死，本病經過，均爲二年，死之原因，或潰瘍擴大，增加惡液質之故，或轉移他處甚重，發生重要機能障礙而死，因腋窩或鎖骨上下窩淋巴腺腫，而上肢發生浮腫，呈象皮病樣，或壓神經，有放射性痛，皮膚之轉移，尤難爲故，在小結節，至後結節互相癒合，害及胸部全體，有發呼吸困難而死者，或至肋膜間腔，而起肋膜炎，癌轉移，有至肺，肝臟，骨等處者，骨可自然折斷，於脊椎骨，則發壓迫脊髓炎之症候。

(診斷) 凡乳房得觸知硬結時，先須疑爲癌，慎重診斷始可，比較兩乳房，較他側高否，有無乳嘴陷沒，及乳輪狹小否等，或腫瘍之移動如何，皮膚能十分握上否，又搖動乳房於種種方向，如癌與皮膚間連結之結締組織有萎縮時，則其處之膚可見陷沒，復視與胸筋癒着及淋巴腺之轉移如何等始可，即舉高上肢，胸筋緊張，可見腫瘍同時亦移動，次插全指於

腋下、押撫胸壁、而以尋硬淋巴腺腫之有無、

(類症鑑別) 良性腫瘍者、可注意其界限及包囊完全否、即可、慢性乳房炎、或特種乳房炎者、(結核梅毒) 不若癌之發育常增進且萎縮、而於間歇時發育增大、或一側或兩側乳房中、多可觸知不互相癒合之結節、可為區別之目標、如仍疑時、則常試驗切除小片、以顯微鏡檢查之始可、

(療法) 本病之療法、常以手術切除為法、如癌密着於胸壁時、腋窩淋巴腺轉移、與血管神經癒着甚固時、轉移於鎖骨上窩、或遠隔部時、或害及皮膚甚廣等時、雖已失手術之時機、然亦有由手術而得、以長久治癒者、手術之目的、則為除去全乳腺與癒着之皮膚、此時胸筋筋膜之淋巴腺、亦常為侵害、故大胸筋亦同時切除、又去小胸筋、則易達腋窩及鎖骨下窩之淋巴腺、凡此諸腺、皆須盡除去之、手術之危甚小也、再發者、多為七個月後始見之、手術之成績如夫歐路苦滿氏言、三年間不再發時、則可視為

全癒、然尚有八年再發之例、由種種報告、據夫歐路苦滿說、可視為全治者、為二六乃至五三%也、不能手術者、雖可由「光線」「拉吉鳴姆」治癒潰瘍、消散疼痛、縮小腫瘍、然終不能全治、對潰瘍可用種種之消毒劑、作濕布繃帶、惟對發惡臭時、則用五千倍之錳強銀(過滿俺酸加里)。

▲ 脊柱外傷 *Verletzungen der Wirbelsäule*

(原因) 多為間接外力、惟墜落時、打撲臀部、或重物體落於脊柱上時、為其原因、有因筋之牽引者、然極少也、可區別如次、

甲、部分外傷 (一) 捻挫 (二) 側關節脫臼 (三) 挫傷 (四) 脊柱體單獨骨折 (五) 脊椎弓及棘狀突起單獨骨折

乙、全外傷 (六) 全脫臼 (七) 全脫臼骨折

丙、刺傷 銃創等

△ 一 捻挫 *Distorsion*

(症候) 局所甚痛、患者極力保持頭之安靜、惟於

▲ 脊柱外傷

▲脊椎外傷

110

僅一側捻挫時，則頭向同側傾斜，顏面微向反對側，捻挫時，靱帶緊張之故，較靱帶全斷時，痛甚烈也。

(療法) 安靜，用古里孫氏吊帶，保持頭部於正位。

△二 側關節脫臼

(原因) 頭過度傾於側方，或回轉時得之，單發者少，常同時有他外傷，頸椎最多，亦有因直接外力者。

(症候) 頭傾於脫臼之反對側，脊柱則反側彎於同側，棘狀突起側方轉位，橫突起可見異常突出，痛較輕，頭不能回轉，或常由刺戟神經根發神經痛。

(療法) 整復脫臼，須用強麻醉，使助手支持肩胛部，術者漸引長頭部，至脫臼略出時，則曲頭於後方，即時用石膏繃帶，或古利孫氏吊帶固定之，此時苟不注意，有傷脊髓者。

△三 挫傷 Kontusion

脊椎體由海綿樣骨質而成，故脆弱，受挫傷者非鮮也，有中間靱帶挫碎者，通常同時有脊椎骨折，故傷處脊椎後屈，其他則無著明症候，安靜即可治癒。

△四 脊椎體單獨骨折

(原因) 多於腰椎上下兩端，自高處墜落，頭部臀部受衝突時，或頭部頸部被強壓迫時得之也，亦有由脊椎彎曲過度而得者。

(症候) 局所痛，神經痛及麻痺症狀，雖起脊椎後曲，然不若頸椎腰椎生理前彎部分之著明。

(療法) 安靜，牽引繃帶外，對症候行適宜之處置。

△五 棘狀突起脊椎弓及橫突起之單獨骨折，一般甚少也。

△六 全脫臼及全脫臼骨折

全脫臼者，乃兩側之關節突起脫臼，且失上下脊椎體中間靱帶連絡之謂也，同時有骨折時，即為全脫臼骨折也，全脫臼多為頸椎，於胸椎則多同時骨折也，於腰椎則多壓迫骨折，全脫臼時，上下之椎脊下方者，普通出於前面，於第一頸椎，則亦有出於後面者，此時脊髓症狀甚為著明也，其他骨折之症候，痛腫及棘狀突起之離開是也，骨之關係用A線即得。

詳細檢查也。脊髓症候，僅由壓迫而起，或由破碎而得，故雖決定也。將治癒時，則脊椎以骨互相連絡，壓迫骨折時，初骨之轉位者少，有後發脊椎後曲者，曰外傷性脊椎炎。

(療法) 脊椎外傷之患者，須注意以麻醉整復其位置，以古里孫氏吊帶或石膏床固定之，至少須六—八週間，絕對安靜，其他對脊髓症候，行適宜處置。
△七 刺傷、銃創等

同時有脊髓外傷則症候著明，其他無特別可記者。
▲脊髓外傷 Verletzung des Rückenmarks

(原因) 打撲、刺傷、銃創、脊柱脫臼、及骨折等。
(病理) 輕者脊髓膜無變化，僅脊髓生輕度破碎，或僅由出血壓迫者有之，重者脊髓全分離，有兩端相離者，已破碎之脊髓，全不能再生，長留機能障礙。(症候) 除傷後即時發生者外，其後發者，即起退行性變性，所發之種種症狀也，即脊髓實質出血是也，此出血乃由脊髓外傷過度伸長時，脆弱灰白質

中之血管斷裂而起也，惟多於頸部，輕者數日即治，重者有因此而死者。(一)感覺障礙。多為兩側，乃下部之感覺麻痺也，此部與健康部之境界，多有感覺過敏之部分，由脊髓後根之刺戟，有槍刺樣痛者，有直腸膀胱障礙，或內臟神經麻痺，有發鼓腸者。(二)運動障礙。為不全麻痺，或有多為截癱者，雖有半身不隨者，然不若原因在腦之左右境界明確也，由刺戟有起筋強直痙攣者，腱反射及皮膚反射，或消滅或減少者多，亢進者少也，但外傷之後，可一時亢進也。(三)血管運動障礙。皮膚蒼白，水腫，發汗過多，紫藍色等，腸分泌異常亢進時，有起下痢者，尿量減少，體溫異常上升，或下降者有之。(四)營養障礙。最為著明，危險者，為褥瘡也，甚至除皮膚及筋外，且侵及骨質，有致膿血症者，或有現皮膚及筋之著明萎縮者，由膀胱麻痺而起尿閉，尿腐敗，有發壞疽性膀胱炎者，陰莖有不隨意之勃起及射精者。

(預後)及(療法) 預後多不良，有外傷後即時死

▲棘狀突起破裂▲脊椎骨瘍

亡者、或數年後以褥瘡膀胱炎等故而死者有之、僅對症療法、脊髓外傷、異物時可除去外、無他術也、

▲棘狀突起破裂 Spina irrita

(意義)及(種別) 乃自脊柱之先天性破裂或缺損、脊髓膜或內容皆脫腸狀而脫出者也、最多者為腰部及薦骨部、至頸部及胸椎則甚少也、可別為三種、

(一)脊髓膜脫出 乃含腦脊髓液之脊髓膜成囊狀脫出者也、(二)脊髓脊髓膜脫出 前者之中、含有脊髓物質者也、(三)脊髓囊脫出 乃脊髓正中管擴張為囊腫狀、成脫腸狀者也、

(症候)及(診斷) 分娩後既存在之腫瘍、有下肢膀胱及直腸之障礙、本病常有與脂肪腫、纖維腫、血管腫合併者、預後多不良也、

(療法) 切開、除去脊髓膜、使脊髓物質復原、以筋膜或骨成形術、密塞脊柱破裂、不能行根治手術時、有破裂險者、可以布拉瓦之氏注射器穿刺之、

▲脊椎骨瘍 Caries vertebrae.

Spinal ribs tuberculous.

十歲以下之小兒最多、最常見者、乃於胸椎之上端及下端、與頸椎之下端也、即脊椎中可動性之大部、分為多世、外傷常為其誘因、

(病理解剖) 有以肉芽形成為主者、有以腐骨為主者、前者於脊椎體中生腔洞、以結核性肉芽充滿

之後者形成肉芽者少、沿哈倍路氏管、結核性骨炎擴延而生腐骨、尚有由中間韌帶而生結核者、除若此脊椎體破壞外、其周圍之骨質亦萎縮、故脊椎不能支持體重、曲於前方、形成脊椎後曲、惟於胸椎、已有生理之脊椎後曲處、猶為著明也、已生脊椎後曲、身體上部曲於前方時、則脊椎之他部、可生代償性之前彎、如胸椎上部後曲時、則肋骨下垂、胸廓扁平也、胸椎下部後曲時、則肋骨舉上、胸廓之高減小、同時腰椎起代償之前彎、腰椎後曲時、則骨盤傾向後方、腸骨間距離遂大也、薦骨窩亦扁平、形成所謂

脊椎後彎。骨盤頸椎後曲時，則頭傾向後方而代地上物體時，其為著明也。(三)神經痛。乃由刺戟價之前額後頭徑縮小，且起大動脈之屈曲，心臟肥大等，病灶所生之膿汁，自脊椎與前韌帶之間而下降，常至形成流注膿瘍，起於頸椎者，則於後咽頭壁發現，更有下降至食道後壁者，亦有擴延至腋窩者，然少也。胸椎有病灶時，流注膿瘍多經大動脈腸骨動脈，而有發生於大腿內面者，或至小骨盤腔內，與坐骨神經發現於臀部者有之，或有類似肛圍膿瘍者，或有為肋腹膜炎腹膜炎者，或沿肋間動脈至前方，若筋骨骨瘍之狀者有之，自腰椎發生者，現於腰筋內方，為腰筋膿瘍，復下降自鼠蹊韌帶下方，現於大腿之內面者有之，或有於腸骨前上棘或坐骨神經之部發現者。

(症候) (一)痛。自發性痛或壓頭於脊柱之方向，或輕打局部，或由壓迫患部可發痛。(二)強直。以減輕脊柱負擔之故，背筋常收縮甚強，故脊柱呈強直，患者不能曲脊椎，於由臥位起立時，或於拾起

(診斷) 初期於小兒，則難診也，因佝僂病之脊椎後曲，不若脊椎骨瘍之僅一部強突出也，且有他佝僂病之症狀也，形成腰筋膿瘍者，有與股關節炎相似者，然脊椎骨瘍除脊柱之變化外，與股關節炎不同，大腿內轉或外轉時，痛不顯明，與梅毒性脊椎炎之區別，即以驅梅毒療法有效，或形成膿瘍者少，及大人多等，即可區別也，放線狀菌炎，自周圍侵至脊椎

▲梅毒性脊椎炎 ▲慢性脊柱關節強直症

時有發同樣之症候者

(療法) 全身療法最爲緊要也。局所療法之要旨，減脊柱之負擔，以去變形且固定而安靜之。對此目的所用之裝置，雖有種種，最多用者，乃爲以石膏床及石膏或以他種材料而成之「叩路塞透」也。前者須使患者常靜臥，後者得多少運動，或胸椎之上部與頸椎之骨瘍，行重力牽引，或以特別之裝置，即頭之重量直接加於胸椎以下之形者有之。膿瘍小無大障礙者，則無須手術，大者或若咽頭後壁膿瘍時，則穿刺之，然後以注入10%沃度仿謨甘油十乃至三十瓦，每二三週反復行之。脊髓症狀著明者，可行脊椎弓切除術，以去脊髓之壓迫。

腹部外科

▲腹壁損傷 Verletzungen der Bauchwand

腹壁傷不問其皮下性開放性與否，其僅傷腹壁或併傷腹腔及內臟器官否，有甚大之關係也。單純挫傷及未穿入腹腔內之創傷，通常可視爲輕傷，無特

▲梅毒性脊椎炎 Spinalitis syphilitica
於第三期梅毒有時見之，多於頸椎及上部胸椎得之，骨發生旺盛之故，起脊椎變形者少，流注膿瘍亦少，療法除驅梅毒療法外，皆與前者相同。

▲慢性脊柱關節強直症 chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule

甚不多見，多三十歲以上男子得之。斯透留恩配路氏型者，關節強直，自脊柱之下方起，漸及於肩胛及股關節，脊柱後彎甚不著明。倍席鉄留氏型者，自脊柱之上方，向下方進行，不侵害他之關節。二型之痛皆甚烈。

(療法) 除對症療法外，無他法也。

別可注意之，腹壁重篤之挫傷，常現震盪症之症狀，患者虛脫蒼白，脈搏細小，嘔吐，有死亡者，然多暫時之後常可恢復。

(療法) 按一般法則，有內臟損傷症狀時，(腹壁

緊張、內出血之症狀）則須即時行開腹術，施適宜之處置始可也。

▲腹部瘻管 Parahistelu

(一) 先天性腹部瘻管 (甲) 因臍及小腸下端結合，卵黃管之未閉鎖，形成臍腸管之瘻管也，或甚狹窄，排泄少量之腸內容物，或口甚大，小腸內容皆能排出，常有粘膜脫出者。(乙) 胎生尿管之瘻管，乃由膀胱及臍間之胎生尿管，胎生時未結合閉鎖而起也，於臍部形成微小之口，排泄點滴狀或多量之尿，可插探子於膀胱內，常有粘膜脫垂於外部者。

(二) 後天性腹部瘻管 胃腸之瘻管，例膿瘍之破於腸管內及腹壁外而生者，或由手術發生者，有之於腹壁之任何部位，有細小或廣大之口，排泄多少之胃腸內容物於外方者也。

(療法) 有時用硝酸銀棒腐蝕，可以閉鎖者，多由手術摘出瘻管，或須閉鎖胃腸之口。

▲汎發性急性腹膜炎 Peritonitis acuta diffusa

▲腹壁損傷 ▲腹部瘻管 ▲汎發性急性腹膜炎

(原因) 由血行傳染者少，多因腹壁傷後，或胃腸穿孔，或由腸壁病而得，最多者為續發於虫樣突起，炎，其他膽道病，女子生殖器官之病，泌尿器病，腸不通症等，亦為其原因，以傳染之種類，可分為漿液性、纖維素性、膿性、腐敗性腹膜炎等種類。

(症候) 發熱 (亦有無之者) 惡心、嘔吐、甚劇之腹痛，脈頻數而小，無大便，且無屁，可誘起腸麻痺，腸鼓，觸診腹筋先增加緊張，後則消失，呈「席泡苦拉的斯」顏貌，舌乾燥且生裂傷，有褐色苔，出冷汗，嘔吐不停，且常覺苦悶渴感，終至糞便樣之嘔吐，常有吃逆「音吉卡恩」尿，白血球增加，時發尿閉或尿淋瀝，終以心臟衰弱而死，然病狀甚不規則也，可參考胃腸穿孔，敗血症，膿毒症，產褥熱等病。

(預後) 常甚危險，然亦關於傳染之種類，患者之強狀狀態也，早期診斷，且病機比較為限同性者，療法效果之希望最佳也。

(療法) 絕對安靜，務必命其半臥位，貼水囊於腹

▲結核性腹膜炎 ▲橫隔膜下膿瘍

一一六

部(懸吊)有時用溫濕法務必早期行開腹術始可手術之主要者乃開腹除去病原清潔腹腔也胃腸穿孔者則閉鎖之因口樣突起炎者則切除之尙由腹腔清潔法或僅以紗布拭去膿汁或以生理食鹽水洗之通常縫合腹壁僅插入排膿管於豆古拉斯腔通於外方即可後療法對痛疼苦悶則注射瑪啡或反復注射生理食鹽水(每日三回每回五百—千瓦)於皮下或有時注入靜脈內或持續注入食鹽水於直腸內此時由「伊路里生透路」嘴管成滴狀流出插入直腸內即可對腸管麻痺雖有注射「阿透羅賓」夫伊少斷其古民」等法然效力亦少(參考內科篇)

▲結核性腹膜炎 Peritonitis tuberculosa

(參考內科篇)

外科療法爲開腹術於有腹水時爲最良也即腹水少以結締爲王者亦有效於正中較稱大切開除去腹水以紗布拭淨連至腹壁手術後雖常可再發腹

水然可自然消滅否則再行手術亦可

▲橫隔膜下膿瘍 subphrenischer Abscess

乃橫隔膜與肝臟間或橫隔膜下脾臟或與胃之間發生之膿結溜也多爲右側

(原因) 於蔓延性化膿性腹膜炎膿胸及虫樣突起炎傳染性肝臟病或腎臟病等後或此等臟器受刺傷後得之左側時則於化膿性胃周圍炎穿孔性胃潰瘍脾臟病脾膿瘍等得之者也

(症候) 上腹部右側或左側有劇痛惡寒戰慄高熱等有時於外觀若已治癒腹膜炎之再犯或下胸部(肋間腔)膨隆無濁音及呼吸音肝臟下降等如膿瘍穿孔滿充空氣時(橫隔膜下氣胸)則症狀若限局性氣胸焉

(鑑別診斷)

有與膿胸不能區別者即橫膈腹著明舉上時是也由既往症X線像即得區別以長針穿刺時自淺部可得漿液性抽出物自深部可得膿汁時診斷即確實矣漿液性者乃胸腔之滲出液也

(療法) 切開放膿或自胸腔或自腹腔、皆達橫隔膜下、自胸腔時、則切除下部之胸骨、縫胸壁肋膜與橫隔膜、密閉胸腔後、再切開始可也。

▲肝臟損傷 Verlet zungen der Leber

(一) 皮下損傷 因衝撞墜落、挫傷等、多為右葉、

(二) 開放損傷 因銃創、刺創、切創等、切創多為左葉、切創刺創常有大量出血、銃創則少也。

(症候) 由損傷之程度而有輕重、(一) 以內出血之故、貧血、甚至虛脫、開放損傷時、有多量搏動性之外出血、(二) 肝臟部或肩胛部有痛、喉頭痛者少也、(三) 二三日後發黃疸、(四) 嘔吐、吃逆、呼吸障礙、亦有尿中出糖者、(五) 震盪症、或有不發虛脫、震盪等何等損傷之症狀而死者有之、內出血多滯留於右腸骨窩、小骨盤腔中。

(療法) 診斷確實、則行開腹術、疑時亦可行試驗開腹、縫合肝臟創部、結紮血管、纏結結紮、或插入栓塞、同時且須注入食鹽水、膽囊及輸膽管損傷、與肝

▲肝臟損傷 ▲肝臟膿瘍

臟時、有同樣之症狀、膽囊之損傷小者、則縫合之、大者、除去之、即可、輸膽管時、則插栓塞或縫合之。

▲肝臟膿瘍 Leberabscess

(原因) 及(病理) 原因為門脈炎、胃腸潰瘍、虫樣突起、炎、膽囊及膽道炎、肝臟包虫、肝臟損傷等、尚有以「阿味巴」赤痢為原因之熱帶性肝臟膿瘍、多在右葉、熱帶性肝臟膿瘍、通常為孤立性、其他為多發性、惟於因膽道炎者為然也。

(症候) 有全無症狀者、然熱痛、肝腫大、為必要之徵候、(一) 熱 為間歇性或弛張性、有與瘧疾結核相誤者、慢性症時、且有無熱者、(二) 痛 病灶接近於表面時、則劇烈、可波及右肩、患者常稍曲體於右方、仰臥時、則屈大腿、接於軀幹、以緩解其痛、(三) 肝臟腫大 於右季肋部上腹部膨隆、或有舉高右橫隔膜者、其他皮膚有一種黃疸樣蒼白色、有為真正黃疸、腹水、腹膜摩擦音者、穿破腹壁時、則皮膚浮腫、穿破肋膜腔肺臟內時、各現其固有之症狀。

▲肝臟腫瘍

(預後) 有膿瘍全被包圍，膿液吸收而治癒者，或破於體外肺臟等處，有自然治癒者，然一般則不長，惟於多發性膿瘍爲然也。

(療法) 診斷確實，則即時施行手術，自膿瘍存在處，止中綫，肋骨下緣，或腹部切開皮膚，如肝臟與體壁部腹膜癒著時，則以「透羅伊卡路」確定病灶後，切開肝臟而排膿，苟未癒着且危險時，則於輪狀縫合肝臟表面與腹膜，於其間切開之，否則露出肝臟表面，插紗布於創間，待二三日間癒着後，切開之，病灶如在肝穹窿部時，則切除肋骨，切斷肋膜間腔於肋骨肋膜橫隔肋膜及橫膈膜之一部，行連鎖縫合而切開之。

▲肝臟腫瘍 (Teschwulste der Leber)

大別爲囊腫及實性腫瘍二者。

一 肝臟囊腫 甲 寄生性囊腫

有胞虫、肝蛭、柳葉狀蛭、布瘦羅斯倍路米埃恩等，然除胞虫外，無外科之意義也。

▲肝臟胞虫 (Tuberculinokokkus)

(症候) 初期無何症狀，及增殖時，則肝臟腫大，有上腹部壓迫感，肝臟部鈍痛，呼吸困難等，一旦化膿時，則體溫上昇，發黃疸，劇痛，脫力，蕁麻疹樣之皮疹，穿孔於隣接器官時，則現化膿性肋膜炎，腹膜炎，肺臟膿瘍等症候。(一)二次切開，與肝臟膿瘍時相同，囊腫壁與體壁腹膜癒著後(八—十日後)切開囊腫壁，置排膿管時，則漸次萎縮而治癒。(二)一次切開，乃囊腫不能接近腹壁時，或多房性囊腫時所行之方法也。切開腹壁後，縫合囊腫壁於腹壁成輪狀，插紗布於兩壁間切開之也，或先切開囊腫壁後，再縫於腹壁亦可，然一般以二次切開法安全也。(三)有別出囊腫之結締織被膜，間時連肝臟組織剝出之方法，但出血甚多也。

乙 非寄生性囊腫 除氈毛囊腫、皮樣囊腫、淋

巴囊腫外，尚有由輸膽管鬱積而生之囊腫，上皮性囊腫，及囊樣腺腫等，症狀及療法皆與胞虫略同也。

一、真腫瘍 (一) 肝臟梅毒 (參考內科篇)

(二) 肝膿瘍 為纖維腫、血管、腺腫等、深層出

血、形成血液囊、為惡性時、則為癌、(三) 惡性肝

瘍 副腎腫 (參考腎臟外科) 為癌、肉腫、肉瘤、多

為轉移性、雖有原發性癌、然極少也、原發性肉腫、亦

為稀有也。

(療法) 雖為良性腫瘍、然以增大之位、症狀甚烈

時、則可行手術也、惡性腫瘍、原發性者、則行肝臟切

除術、手術時之出血及吸引空氣、甚險也。

▲膽石症 Gallstonekrankheit. (hol. Hiltz's)

(療法) (原因、症候、內科療法等、可參考內科篇)

手術之適應症、為胆囊水腫或膽膿症、急性化膿性

膽囊炎、膽道炎 (惡寒、戰慄、高熱等)、慢性輸胆管閉

塞、高度黃疸等、有膿毒症危險時、有穿孔及發生癌

腫之疑時、及內科療法無效、頻發痛、障礙職務、可

患者希望手術時、可早期手術也、不可繼續過久之

無效內科療法、以失手術之時機也。

▲肝臟腫瘍 ▲膽石症

術式。平行肋骨切開皮膚、或於直腹筋之外緣

或內緣縱切開之、或於正中線切開、次向右下方行

鉤狀切開者有之、以後之操作、則以症之地位而不

同、(一) 胆囊健全、則切開除去胆石、縫合創口

若此者通常少、(二) 膽囊形、成瘦管、則行一次或

二次切開法、二次者、乃開腹後縫胆囊於腹壁、創口

二三日後、切開胆囊、取出膽石、一次者、乃露出膽囊

切開之、除去內容物者也、次縫其創口於腹膜、成輪

狀形、使滲出物能流出於腹腔、外同時置排膿管二

三週間、即可。滲出物消失後、即除去排膿管、可自

然治癒矣、(三) 膽囊管切開、乃膽石嵌入此管、不

易除去、而行之方法也、即切開其管、除去膽石、縫

合之即可、但此法常。時行膽囊瘻管形成者也、此

手術多不常用也、(四) 膽囊切除術、自周圍便膽囊

遊離、結紮膽管、切除膽囊、膽汁往往為傳染性、故切

除後、再排膿管於腹腔內、以防膽汁漏出、乃常用之

手術也、(五) 輸膽管切開術、乃切開輸膽管、除去膽

▲急性脾臟炎

石、開放創口之一部、自此處插入橡皮管於肝管、使膽汁一時排泄於體外即可、或置排尿管於膽囊有病變時、多同時行切除術也、(六)膽管狹窄、因癥痕性閉塞或脾臟硬結或腫瘍等壓迫輸膽管、黃疸頑固存在時、可吻合膽道與胃腸管、即使膽汁排泄於腸管、行膽囊十二指腸吻合或膽囊空腸吻合、或胃膽囊吻合等法也。

▲急性脾臟炎 Pancreatitis acuta

(原因) 由血行爲急性傳染病、(痘瘡、瘰癧、熱傷寒) 門脈靜脈炎、或膿毒症之一部付之、或由淋道自十二指腸、由腸管者、則自胃及十二指腸之潰瘍得之、其他則與膽石症有密切之關係也。

(病理) 化膿性炎、韋腺組織化膿者少、多浸潤於脾臟周圍結締組織、漸溜於大網膜囊、或形成腹膜後膿瘍、隔膜下膿瘍、然亦有穿孔於胃腸、腹壁、而治癒者、出血性炎、或出血在左、或炎症在左、未即所謂脾臟卒中症者、乃脂肪質之健康者得之、

壞疽性炎、炎症劇烈、出血甚多時、有臟器全部陷壞、凡有脂肪組織壞疽於腸間膜、大網膜、後腹膜之脂肪組織及腺自身、有麻質大乃至豌豆大黃色散在性壞疽灶者。

(症候) 突發胃痛、膽石、疝痛等類似之前驅症、或以輕微外傷、消化障礙而得者有之、於上腹部有發作性痛、嘔吐、噯氣、腹部壓痛、腹部滿膨、脈搏細小、頻數、有體溫不上昇、多便秘、一般狀態甚重、(診斷) 及(鑑別) 有前述之症狀、即可疑爲脾臟炎、於初期甚難也、可注意上腹部痛、有時可觸知橫走之抵抗、糖尿、特別反應等、(參考) 脾臟機能診斷) 對吐、痰、血、由高壓洗腸、氣體及排便、而不同、或於既往症有胆石痛痛時、於脾臟炎相近、腹膜炎、施行開腹術時、有出血性滲出液、或腹腔內脂肪組織有壞死灶時、有疑爲本病者。

(療法) 一切化膿灶置排尿管、切式由部位而不向、漸溜於大網間囊者、則於正中線、右側時、於腰部

▲脾臟腫瘍 (Geschwülste der Pankreas)

△一 將臟囊腫 (Pankreaszyste)

(原因)及(病理) 由成立分類於次(一)滯留囊腫。排泄管閉塞者(二)腺腫或增殖性囊腫(三)假性囊腫。腺質之炎性滲出液或外傷性滲出液滯留於大網膜囊形或血腫水腫或膿腫者(四)以上之外有山祿質變性。肌瘍組織軟化或血液滲漏者中年最多外傷為可注意之原因也。囊腫之圓隆起。與於胃與橫行結腸間者最多其他於肝臟而胃之胃亦有於橫行結腸間膜之間發生者。然少。囊腫之內容為亞爾加里性含蛋白質之粘液樣質。脾液及血液。有時含有嗜臟菌毒素。

(症狀) 以胃之壓迫症狀為主(食思缺乏。胃痛。惡心。嘔吐。黃疸。脫力)前記之隆起物。為緊張彈力性難移動。

(診斷)及(鑑別) 胃腸膨滿與腹腔臟器之關係。

即明矣。在肝臟下方時。有誤為肝臟胞虫。者。偏於體

▲脾臟腫瘍 ▲脾臟損傷

側。有誤為腎臟。或向腎疾患。者。試穿刺有危險。

(療法) 行開腹術。囊腫於腹壁。於一次或二次。

切開囊腫。置排膿管。或有行摘出囊腫者。然其難也。

△二、其他之 臟腫瘍

脾腫最多。亦有肉腫。腺腫。及橡皮腫。然少也。

▲脾臟損傷 (Verletzungen der Milz)

(一)皮下損傷。挫傷。破裂。及(二)開放損傷。(刺

創。切創。銃創)之二者。健脾損傷。強大外力時得之。

(挫傷。馬蹄傷)病脾損傷。有由輕微之外傷得之。

有(舉高重物。咳嗽。嘔吐等)能於病之肥大者得之。

症候) 裂傷時有內出血。脾部痛。腹壁緊張。貧血。

口渴及嘔吐。出血雖有充滿全腹腔內者。然多滯留。

於左側腹腔內。於其處生濁音。開放損傷時。有脾脫

出陷於懷疽者。然少也。

(預後) 多不良。

(療法) 挫傷則安靜貼水囊。裂傷則開腹縫創緣。

損傷甚重時。可摘出脾臟。開放損傷亦相同。脾脫出。

▲脾臟腫瘍 ▲脾臟腫瘍

一三二

新鮮者，整復之，已有傳染之疑時，則切除或全摘出。

▲脾臟膿瘍 *Milzabscess*

(原因)及(病理)因傳染病、傷寒、再歸熱、膿毒症、心內膜炎等，形成胡桃大乃至鷄卵大之膿瘍，有時脾臟全部陷於膿潰者，膿瘍破則為脾周圍炎，為膿胸，為汎發腹膜炎，或破於胃腸管，或有於腹壁者。

(療法) 一次或二次行開腹術，排膿即可，如侵及脾之大部分時，可摘出之。

▲脾臟腫瘍 (*eschinische der Milz*)

△一 原發性腫瘍

纖維質、血管腫及肉腫，雖有記載者，然極少也，而囊腫常見，有胞虫、漿液及血液囊腫、皮樣囊腫等。

(療法) 穿刺後注射刺激性藥液全不良，切開時以摘出脾臟為佳也。

△二 慢性脾肥大 *chronische Vergrößerung der Milz*

(甲) 白血病性肥大，不可摘出，此乃以脾腫不過白血症之部分症狀而已，其原因在他處故也，如姑

息加外科療法時，有以出血性素質之故，發危險者。

(乙) 假性白血病，此時亦忌摘出。

(丙) 慢性麻拉里亞脾，不重之麻拉里亞惡液質，脾腫癒著不大，未呈血友病之傾向時，摘出為佳。

(丁) 特發性脾臟肥大，凡不以白血病、假性白血

病、麻拉里亞、梅毒、酒精中毒等為原因之脾腫皆屬

此摘出之無害也。

(戊) 板其氏病，乃原發性脾臟肥大，與續發性肝

臟硬變併發者也，多幼年者得之，以脾腫貧血之症

狀始，次起肝硬變症及黃疸，以體溫上昇貧血增進

而死，近來論者，多謂可以摘出。

(己) 續發性脾腫，肝硬變症、循環障礙、澱粉樣變

性等，非可以手術治也。

脾摘出術，摘出脾臟，與生理關係無何障礙，切開

皮膚，可於白線部或直腹筋外緣，更於左側橫切之，

如脾臟與橫隔膜癒著時，當摘出時，有出血甚烈者，

須注意始可，且摘出時，脾臟組織易破碎，亦須注意。

若此者可一莖部數個結紮後摘出之

△胃之植物 *of the upper part of the stomach*

(一) 胃之植物 胃之植物 胃之植物 胃之植物

義齒等 (二) 由胃取出之植物 (三) 由胃取出之植物

胃之植物 (四) 植物纖維 (五) 植物纖維

病患者 喉毛髮呈塊狀 胃之植物者有之 (毛) 毛

植物塊

(症候) 由大小形狀而不同 小而鈍者 無症狀 或

僅有輕微之消化障礙 由嘔吐或與大便同時排出

大者惟尖形者可作胃壁之褥瘡 潰瘍 或穿孔 胃

出血者較少也

(診斷) 常用 X 光線以檢查其有無 不可徒信患

者之言也 由異物通過食道所生之創傷 即可思知

(療法) 極力使無障礙 由自然路排出為最要 即

與粥狀物以包異物 嚴禁下劑也 如形大難排出 成

病狀危險時 則用手術剔 (出胃切開法)

胃之植物 *Platzungen des Magens*

▲胃之異物 ▲胃之外傷

△甲 皮下創傷

(原因) 胃端或挾於汽車間 或車轢 其他古類似

此等之暴力 有對於胃之震動 身體甚強時 墜落

等 (二) 胃之震動 胃之震動 胃之震動

(病理解剖) 破裂 裂傷 胃之震動 胃之震動

傷 或漿液膜破裂 漿液膜破裂 漿液膜破裂

腫 粘膜破裂 穿孔等種類

(症候) 除震盪症外 有相當變化之症狀 有穿孔

時 則症候激烈也

(療法) 穿孔時 須即時行手術 無孔時 則由安靜

即可自然治癒 有發胃周圍膿瘍 或後發穿孔者

△乙 放散性創傷

(原因) 銃創 刺創

(症候) 初於空腹時 雖微弱 然有穿孔時 則呈腹

膜之刺刺症狀 胃之震動 胃之震動 胃之震動

雖與周圍發熱 發熱 胃之震動 胃之震動 胃之震動

死之故 皆有發發穿孔之字 震盪症常不甚著明

▲胃之外傷▲胃之潰瘍

一三四

(診斷) 診斷胃創傷之有無甚難也。僅由創管之方向位置胃之膨滿狀態自覺他覺症狀等想像而已。吐血時雖為有力之証然有無之者有時發內出血之徵候者有之。

(療法) 手術療法。但經過十二時間以上時。三分之一預後不良。於戰時以近來所用銃丸之小且負傷時多為空腹。故豫後較良也。不取食物。惟禁大食。安靜時則易自然治癒也。

△丙 自胃內部之創傷

(原因) 異物插入消息子時。潰瘍。癌腫。用諸種酸類或鹽基有發破裂者。

(症候) 除合併創傷症狀外。胃酸鹽類基類時。且有中毒症狀。輕者雖得自然治癒。然可得後時狹窄閉塞也。

(療法) 腐蝕劑時。可與不生氣體之中劑劑。亦有洗胃者。或與多量之水。以稀釋之。對創傷療法同前。

▲胃潰瘍 Ulcus ventriculi. Magendie's law

胃潰瘍之大部分。由外科療法。即得治癒。然亦有外科療法。有效。或有甚為重要。必須外科者。

●瘰癧症(一)潰瘍在幽門部時。以其浸潤之故。或由幽門筋反射性收縮(幽門痙攣)或以癢痕收縮之故。其結果得幽門狹窄。胃擴張。砂漏胃等。(甲)癢痕性狹窄時。則用胃腸吻合。胃十二指腸吻合。亦有行幽門整形術者。(乙)新鮮潰瘍。胃腸吻合。亦亦有效也。除去胃內容物亦之停留有效。他方膽汁。滲液入於胃中。得減弱酸度。若此胃之筋力性及分泌性能力漸次恢復。擴張亦減退。(二)潰瘍存於體部。近時有提倡切除該部者。切除後雖不一定再發。或發生瘰癧。然至少得一時根本治癒也。惟與瘰癧難鑑別時。為然也。或胃腸吻合術。雖亦有效。然在小彎時。則有無效。切除或作空腸瘻。胃於不用。胃腸吻合術之結果。於吻合部發生所謂消化性空腸潰瘍者。少也。凡慢性胃潰瘍。疼痛甚烈之故。不能飲食者。於適當之時機。不可不行手術也。(三)自潰

瘍之出血(甲)由屢次小出血患者衰弱甚速者則胃腸吻合術有效可防內容物停滯且緩胃壁蠕動收縮一面且能速潰瘍石瘻(乙)一次大出血時如尋其處而處置之亦可然常困難也一面由安靜注射止血藥有得良好效果者第二次大出血時始定手術之決心乃一般之徑也(四)潰瘍穿孔即隨時施行手術其三分之一在胃前壁生理運動最良之故與周圍組織黏著者其間不久可得僥倖保其生命穿孔可用市著縫針取出不倍距離或以其埃路尼氏縫合閉鎖之且有時加胃腸吻合術則清潔腹腔(溫食鹽水洗滌或拭擦之)行誘導繃帶

▲胃之腫瘍

(Gastric Tumors)

纖維脂肪囊腫肌肉腺腫然皆甚少也主要者為癌腫也述外科之必要者於左
(一)胃癌之治療由全切除始有希望然以早期診斷為要也早期幽門狹窄者較易少無淋腺之轉移一毀四十歲以上者未曾罹特別之胃障礙者如

有食慾減退消化障胃痛胃壓迫感及不快時則可疑為本病之發也(二)腫瘍之觸知性(甲)噴門癌常難觸知(乙)生於小彎部後壁者至甚大時始得發見(丙)幽門癌脂肪多者則難証(丁)瘦人胃下垂者惟於腹壁弛緩之婦人一般易診也
(三)胃之機能障 筋力性機能幽門癌時普通障碍著明其他之部分則常無之胃液酸度一般下降遊離鹽酸一般多消滅至得証明乳酸時則為己至一定大時也(四)出血 小潰瘍者出血少也(五)惡液質 於末期發 故多已不能切但不可與饑餓狀態混(六)待確實診斷時則自夫手術之時期者早期診斷則常須試驗開腹也手術可能之程度(1)關於原發腫瘍之擴延度與淋腺轉移度(2)與脾臟癒着及侵入肝臟著明時則可行手術也(3)與橫行結腸或橫行結腸間膜癒著時亦可切除腸之一部(4)轉移於後腹膜淋腺肝臟腹膜時則無效矣(5)大小彎部淋巴腺常

腫脹。雖為炎症性腫脹。如以爲轉移性時。亦須別出。
 (七) 腫瘍雖小。亦有轉移甚廣者。大腫瘍。亦有限局者。
 (八) 胃癌部切除術之成績。死亡率一〇—二〇%。二年以上無再發治療者二〇—三〇%。皆每年漸衰也。切除術雖難防再發時。然亦得延長生命也。最少亦可除去一時之障礙。
 (九) 不能切除時。可常行胃腸吻合術。其中幽門癌時。可去一時障礙。且多可延長生命也。

▲胃之手術 (Operation des Magens)

△一、胃瘻造設術 哈可埃路烏。此此埃路氏皮膚切開。在左側腹直筋中央。自肋弓下方。縱切七八仙米。分筋纖維。切筋鞘及腹膜。引胃於外方。縫胃體一部分之周圍於腹膜。於其部穿一小孔。插直徑五—六毫米橡皮管於胃中。方向與皮膚切開口。以胃之漿液膜及筋層之皺襞。包橡皮管呈管狀。(四—八仙米) 固定其上端於皮膚。他之切開口。置橡皮管於管之周圍。然後縫合之。卡鐵路氏法。瘻管非

斜行。乃直達於胃。以二—三層縫合。密閉管壁之間。
 △二、胃腸吻合術 (甲) 前部結腸前方胃腸吻合術 (烏埃路夫雷路氏法) 自白綫切開皮膚。即於劍狀突起及臍部之間行之。結合胃之部分。務必選幽門與體部中間。近於大彎之部分之前面爲宜。腸則爲通橫行結腸之前方。自十二指腸空腸彎曲四十一—五十厘米之末稍空腸部分。其時須使胃腸之蠕動運動同方向爲要。接合部分約五—六仙米。接合部分愈大。則可避吻合腸部。形如棘狀突起之危險。且防食物循環之故。自腸之吻合部二十仙米處。行腸吻合。有拉溫氏吻合 (乙) 後部結腸後方胃腸吻合 (哈克埃路氏法) 縱轉橫行結腸於上方。與血管平行切開結腸間膜。可達胃之後壁。固定切開之結腸間膜於胃壁。接合其間之部分與空腸之最上端 (自十二指腸空腸彎曲約十五厘米) 此時無須布拉溫氏吻合。本法最爲多用 (丙) Y 字形胃腸吻合 (烏埃路夫雷路氏法) 切斷空腸。吻合

排出管之腸端近於胃大彎處，再接合輸入管之腸端。(丁)胃十二指腸吻合術。(亨利米苦里其氏法)近幽門之胃部，與行於其傍側十二指腸下行部相吻合也。其縫合部常緊張，故叩黑路氏先切其側方腹膜，使十二指腸爲可動性，極力自後腹壁離開而舉上之。

△三 胃切除術 最常行者，爲幽門部切除術也。於臍之上部白線處，切開皮膚，必要時則橫斷右側腹直筋，切開腹腔，於切斷部分，切胃腸繫帶，自周圍剝離十二指腸之上部，插指於小網後方，於得觸知淋巴腺之對側，以鉗子切斷之，胃之全體，亦同樣通過其斷端各層，以縫合法閉鎖之。第二以雷不倍路透氏縫合包其上，以覆第一縫合即可矣。

十二指腸斷端接合法注有種種。

(子)必路羅透氏第一法。以前述之法，殘留胃斷端之下方，不縫閉而接合十二指腸斷端於此之法也。但於胃之縫合部，與腸之移植部，易發穿孔也。

▲胃之手術

(丑)必路羅透氏第二法。十二指腸斷端，亦與胃相同閉鎖之。次與殘餘之胃，依通常法行胃腸吻合術。但於十二指腸斷端縫合部，有易穿孔之害，故預防十二指腸部內容物之停滯始可，即必須用右拉溫氏吻合，或哈可埃略氏法吻合始可也。

(寅)叩黑路氏法。補必路羅透氏第一法之缺點，全閉鎖胃之斷端，復於其近胃後壁處，切開移植十二指腸斷端於此之法也。此時胃之切除甚大時，則十二指腸緊張甚強，故必併行十二指腸離動法也。

▲腸管先天異常

in Colonne v. Darmhaken

Das Darm

妹可埃路氏憩室 *Meckel'sche Divertikel*

乃胎兒臍腸間膜導管未全退化，殘留其一部者也。自大小腸移行部約六七十仙米突，或一米突上部附著之，大小長短有種種，或僅不過爲腸管壁之突起者，或達臍而與之癒着者有之。臨牀上必要者，(一)爲脫腸之內容，呈腸壁脫腸之狀態，即里此路

▲腸管先天異常 ▲腸管放線狀菌病

一三八

氏脫腸也。(二)移行於腸管部閉塞時，有於憩室內生蓄積囊腫者。(三)侵入異物。(四)爲腸閉塞之原因。(五)如發炎症時，則與虫樣突起呈同樣之症候。以上皆於其各項下詳述之。

△先天之腸管狹窄及閉塞

全腸管直腸及肛門最多，小腸亦最多，十二指腸次之，大腸則少也。

(症候) 有腸管狹窄乃至閉塞之症狀。

(療法) 初生兒不堪大手術，故務必用輕度手術法爲要，即不過腸管吻合術，或造人工肛門而已。其預後不關係手術與否，終常死也。參考肛門閉鎖症。

△席路西由是布路恩古氏病

本病生來大腸甚爲擴大，筋壁亦甚肥厚，且有頑固便秘之病也。席氏以爲先天性腸之原發性擴張及肥厚，有以爲多發見S字狀部之屈折捻轉，形成活瓣等機械之障礙者，有疑真爲先天性原發性擴張肥大症者。

(療法) 先造人工肛門，次行腸切除，機械障礙得除去者，則須試行除去之。

▲腸管放線狀菌病 *Actinomyces des Intestins*

(原因) 腹部放線狀菌病，較頭首部稍多，殆皆自腸管內侵入放線狀菌也。惟多見於迴盲部，病變可侵害任何組織，與周圍癒着較速，且易得他病菌之混合傳染。

(症候) 經過慢性，急性者極少也，而慢性者，亦有

急發激烈炎症者。(續發之混合傳染) 或急性而發

後變慢性經過者。初發期起不定之胃腸症狀，即屢

現食慾不振，便秘，通不良，經數週或月餘，遂形成腫瘍

腫瘍在迴盲部，有爲鵝卵大，得以移動者，有與周圍

癒着，後擴延於腹壁，硬固而境界不明者，自然痛或

無痛甚少，或有無痛者，亦有長爲移動性者，然極少

也。次處處發生軟化，中心有波動，如任其自然，遂破

而成瘻孔，流出膿汁，膿多稀薄，而有放線狀菌塊，或

有時混以腸內容物，由腸管而發之狹窄症候較少。

有時亦有無之者，全身狀態多以長時化膿之害陷於不良而衰弱，雖有微熱，然炎症劇烈時，則有高熱（診斷）腹壁起浸潤，軟化破潰，流有放線狀菌塊之膿時，則確實，然以前則不定，有板狀硬度，境界不明，及早期有癒着傾向等，皆須慮及始可與迴盲部結核、迴盲部癌，或虫樣突起炎之腫瘍，難鑑別也。

（預後）一般不良，如不加外科治療，則早晚化膿，以全身衰弱之故而死。

（療法）內服比較多量之沃度加里，漸增量，有一日增至三—四瓦者，局處初期未甚癒着時，則連腸管切除之，然若此者，質少也，多切開放膿，或搔爬之，參考總論即可。

▲腸管潰瘍 Paratyphus

腸管內由種種之原因，可生潰瘍，發現臨牀症狀者，多於內科研究之，僅潰瘍，需外科醫之手者少也。一指腸上部潰瘍，近來大為諸學者所注意，且為常得之病，其病理症候，甚似胃潰瘍，療法，二者皆亦漸

次包含於外科學勢力範圍之內也，其他潰瘍之常需外科治療者，乃大腸也，乃以比較診斷確實，且潰瘍多為限局者也，急性或慢性大腸炎，大腸結核，慢性赤痢等，有由手術得良好之結果者，手術為腸管曠置術，或人工肛門，然於腸管內潰瘍之合併症，或其結果所發種種之病變，則需外科手術者，非鮮也。

（一）腸出血 腸出血不若胃出血之大，危險亦少，因以反多可藉為診斷之補助，傷寒潰瘍雖多，然殆無外科之價值也。

（二）腸管破裂 傷寒潰瘍最多，亦有由血管變化而得潰瘍者，有由結核或梅毒性而得者，然甚少也。

（症候）與外傷之腸管破裂相同，且常由既往病症得知其為由傷寒潰瘍而得，或其他諸病而得者，傷寒潰瘍之破裂，最多為小腸下部，占三分之二。

（療法）即時行開腹術，尋得腸管破裂部而縫合之，如其附近有將破裂之潰瘍時，則行腸切除術，或用姑息療法，於潰瘍上行雷木倍路透氏縫合，腹壁

▲腸管放線狀菌病 ▲腸管潰瘍

創多不閉鎖，常誘導於腹腔之外，近時傷寒潰瘍破裂之成績，自一〇—二〇%有三〇餘%之治癒例。

△狹窄形成腸潰瘍

潰瘍治癒形成癍痕，收縮而成狹窄，本病結核性潰瘍得之者最多，亦有以梅毒、赤痢、傷寒之結果而得者，有時發生多數之狹窄，然多單獨而發，且常於迴盲部得之也。

(症候) 現一般慢性腸狹窄之症候，即結核亦無特有之症候，以既往症，或其中結核性疾患之有無，皮路可埃氏反應等，即可概為診斷矣。

(療法) 行腸管吻合術，如狹窄之附近，尚有結核性潰瘍等，或狹窄比較短期間，連續存在等時，則不若行腸管切除，為佳也。

△腫瘍形成潰瘍

潰瘍有形成腫瘍者，結核亦最多，其他放線狀菌病、梅毒等亦得之。

(症候) 無男女之別，二十—四十歲許者得之，多

有結核性之體格，他部多有結核，惟於肺臟，初恰似蟲穢突起，有發作性痛，發熱等，然發作不甚強，常多以慢性腸狹窄症狀而起，發腸管之局部鼓脹，蠕動不安等，惟痛痛發作，有時甚為著明，腫瘍多在迴盲部，硬度甚大，表面凹凸不平，有時沿上行結腸而延長，或沿迴腸延長於橫方，痛少，或無痛，經過雖慢性，然無自然治癒，以缺榮養之故，體力衰弱，其他結核亦逞其猛威，或有起續發混合傳染而亡者。

(療法) 以患者全身狀態，及局部腫瘍之狀，(癒著等不著明者) 適於行手術者，則自根本切除，腫瘍即可，如不得已，則行腸管吻合術，待全身狀態恢復，局部亦萎縮時，則設法切除之，即僅由吻合術，亦可除狹窄症狀，增加結核治癒之傾向，而患者亦有益非鮮也。

▲腸管癰腫 *Karzinom des Darmes*

(病理) 乃腸管腫瘍中最多見者也，多為大腸，惟多在盲腸或字狀部，且常於左右彎曲部得之，小

腸甚少組織多由圓柱細胞而成有腺腫之形有髓樣癌膠樣癌或纖維癌等發育狀爲輪狀增大者最多破而爲潰瘍狀時則微出血常不見大出血也腸間膜先雖稍引長後則收縮轉移恰似胃癌然較胃癌轉移常遲也

(症候) 大體呈慢性腸狹窄之症狀再加潰瘍及腫瘍症候然此等症候極少或有全不發現而突發腸管不通症者此乃狹窄部物體停留時或由腸重積或捻轉等而得也然亦有無此等症候僅爲腫瘍爲患者或醫師之注意者有之發育較遲故轉移亦常後期得之腫瘍硬表面多凸凹在大腸左右彎曲部或S字狀部下部時有至甚大者多不能觸知而盲腸橫行結腸S字狀部等之腫瘍初期易移動然與周圍生癒合時則固定不動矣於大腸生潰瘍時則發腸出血然無甚重者或有膿樣物混於大便之中亦有排出腫瘍組織者然甚少也腫瘍雖無痛然腸管不通症癒著潰瘍等時則有痛也裏急後重

▲腸管癌腫 ▲蟲樣突起炎

乃在下行結腸以下者有之且有帶不快之痛者腹水與胃癌有同樣之關係

(診斷) 腫瘍在腹部之稍中央若自由移動可想像在於小腸在大腸之走行部先無移動性可想像在於大腸腸狹窄症候由其位置之高下而微異此亦爲診斷上甚重要者也腸管不通症愈在上部則發生愈速且劇烈愈在下部則相反由潰瘍而起出血等症候亦大也

(療法) 手術禁忌 (一) 身體衰弱不耐手術時

(二) 轉移腫瘍位置癒著等故不能手術時

(三) 轉移於他器官雖切除原灶而仍無效者是也手術之樣式根治療法則爲切除術對症療法則因時適宜行腸管吻合行人工肛門等

▲蟲樣突起炎 Appendicitis

多數之蟲樣突起炎無需外科之療法如不能錯誤而希望時有早期即委外科醫者(參考內科篇)(療法) 發病後二十四時間內症候(惟疼痛)增

▲腸不通症

一四二

惡者，可即時行虫樣突起切除術，四十八時間內手術，曰早期手術，此時期手術容易，預後亦良也。（發病後二十四時間以內，症候漸向輕快者，則無需手術。）此雖爲外科治療之理想，然尙未到常行此早期手術也。故膿瘍形成後之手術，及腹膜炎（惟於

重要者）發生後之手術，不可不行之也。是等手術較早期手術困難，預後亦比較不良也。膿瘍乃發病後二三日，腫瘍尙增大者，脈搏數增加者，熱未下降者，則可視爲確實形成矣。熱度一次下降，復上昇者，則可視爲化膿，白血球增加至二五〇〇許時，則有化膿之疑。形成膿瘍時，多僅止於切開放膿而已，不切除虫樣突起，但於易尋出時，則仍可切除也。蟲樣突起炎時，常微有腹膜炎，然不限同，帶進行性者，則即時手術，切除虫樣突起爲要。一般狀態漸次增惡時，則可疑之，未形成腫瘍，一般症狀險惡者，則爲惡性也。須行手術，起一般性腹膜炎，四肢冷卻，脈搏細小者，則不能手術矣。

無熱時之手術。於有再發之懸念，或尙續有輕痛症狀者行之也，即尋得虫樣突起而切除之是也。或全無熱後行之約第七—八週也。化膿者較未化膿者，再發者少也。

▲腸不通症 *Intus*

（原因）及（症候）等，參考內科篇腸管狹窄及閉塞症即可。

（療法）腸不通症，不可用下劑，可試行注腸，然所謂高位注腸，有危險之害，可於低壓之下，徐徐試行，極力注入大量，惟於稍右側位，骨盤高位行之，由此有時可得還納閉塞之不通症，疊積症之初期等者，有然之反復行若此之內科療法，不可失手術時期。手術療法者，乃行開腹術，以恢復腸之通過性也。有時患者甚弱，不能行根治手術時，則欲誘導腸內容於外部，僅有形成人工腸瘻而已。由若此之手術，亦不能防止腸壞死穿孔腹膜炎也。手術時常洗胃，由古羅西席氏沃度丁幾塗布消毒法，以開腹即可有。

時雖尋出不通症者。此時常萎縮之腸部在不通部之下方。而膨大之腸。在不通部之上部。以此爲標準而尋出之即可。患者多常衰弱。故手術之前中後。注入食鹽水一〇〇〇〇〇（一立升）。注射樟腦油爲要。

▲脫腸（黑路尼亞） Hernia

（定義）於廣義雖有關節滑液膜、筋肉、肺腦等之脫腸（參考各該條下）然普通所謂脫腸者。乃腹部脫腸。其中助外腹部脫腸之意義也。腹膜之一部。通過腹壁之生理的或病的裂隙而脫出。此腹膜囊內。腹內臟器。時時不斷侵入時。曰外腹部脫腸。

（成立）及（命名）外腹部脫腸。乃由腹壁裂隙之脫腸門。形狀大小種種之脫腸囊。腹壁諸組織而成。有副被覆及脫腸內容。後者可見諸內臟。其中小腸。大網最多。盲腸。結腸。卵巢。膀胱等次之。脫腸之素因。乃腹壁之先天性後天性抵抗減弱。漿膜下脂肪腫。卵巢囊腫等。牽引腹膜。延長腸間膜。大網等是也。凡可亢進腹壓之原因。皆爲脫腸之誘因。脫腸以門部

之位置爲主而命名（鼠蹊、股、臍脫腸等）且有以內容存在之部位命名者（陰囊、大陰唇脫腸等）

（症候）由脫腸內容能否還納入腹腔內。則區別爲還納性。不還納性脫腸二者。各症候亦不同。

（一）還納性脫腸 完全形成者。於固有之部位。有大小形狀種種之腫瘤。由內容而硬度打診音等不同。平臥或加壓時得消失於腹腔內。此時如內容爲腸。則有「古略」之音。爲膀胱。則或有尿意。得觸知普通脫腸門。自覺症候。乃重感、痛痛、嘔氣、月經時異狀、便秘等。然常無之。不全脫腸。腫瘤亦不著明。

（二）不還納性脫腸 除嵌頓外。內容與囊癒著時。內容大網發炎症。或脂肪增加時。其他盲腸膀胱脫腸囊之一部形成時。皆不能還納。而前記自覺症候。較還納性脫腸亦大也。

（療法）預防法。則極力除去後天性素因誘因。

（一）還納性脫腸之療法（甲）還納內容。由高位而用形狀不同之脫腸帶（參考各脫腸條下）於幼兒

▲脫腸

▲脫腸嵌頓

一四四

施行時，有得根治者，大人則難也，但老人病者等難，施行根治手術時，僅用姑息法。(乙)根治療法。古用脫腸囊內，乃至周圍注射沃度丁、幾、酒精、鹽化亞鉛等，或皮膚重積法，或脫腸囊通皮結紮法等，今多不用，定規之根治法，為根治手術。此法通常易行，手術故無須全身麻醉，如非老衰重病等，皆可勸勉，以防嵌頓之危險。手術之要領，乃務必極力於高位閉鎖脫腸囊頸部，完全閉鎖脫腸門者是也。(參考各

脫腸條下)

(二)不還納性脫腸。如脫腸過大，腹腔小時，可與下劑行灌腸，常試行還納，腹腔大時，可還納，併除老衰重病等外，務必施行根治手術，不得已時，可用囊樣脫腸帶根治手術，與還納脫腸同，僅須剝離癒著。

▲脫腸嵌頓 *Intercaration der eonian*

(意義) 於脫腸門，內容絞扼，微有該內臟血行障礙時，則曰脫腸嵌頓。該脫腸曰嵌頓脫腸。

(成立) 及(病理解剖) 脫腸嵌頓之成立，有彈力

性與糞便性二者，彈力性者，乃絞扼甚重，血行頓止，腫部不增大，而陷於壞死之謂也。糞便性者，乃先由靜脈之還行障礙，內容腫大，而起壞死現象，同時糞便發生蜂窩織炎，終至皮膚破壞，形成糞瘻之謂也。然常先以腸管通行障礙之故，發鼓腸，得腹膜炎，而死者有之。內容之大網卵巢等，普通亦陷於壞疽，然有時絞扼輕者，恢復血行，常留癒著，為不還納性而治者有之。

(症候) 腸管內容存在時，其絞扼亦重，有以反射而卒死者，然甚少也。普通無何等原因，或舉高重物，用力等，脫腸覺痛，有嘔氣嘔吐，突現腫瘤，或已有之腫瘤增大，有緊張壓痛，現腸不通症，終以此症續發，腹脹、飢餓，或蜂窩織炎，發敗血膿毒症而亡，然亦有絞扼自解而全治，或成糞瘻，至比較治癒者有之。所謂腸壁之一部為囊內容存在之里透路氏脫腸，初發症候，如前所述，但有時有腸不通症，不著明者，大網嵌頓時，亦現同樣之症，然一般緩和，腸不通症

亦可緩解或不還納性脫腸而治者，鮮也。

(療法) 甲 姑息法 先施行還納術(他期西

斯) 卽置左手於門部，把持回定腫瘤莖，使內容不脫轉於門之周圍，徐徐注意以右手握腫瘤，爲振子樣運動，且安靜壓迫之，使內容還納於腹腔之謂也。施術時，絕不可用暴力，其補助法，須使門部不緊張之位置始可，且使胃腸膀胱空虛亦可，試行注射「阿透羅賓」，置水囊於腫瘤上，或撒粉「依脫」，皆無大效，最可用者爲溫濕布，惟用溫浴有效，彼用麻醉而試行還納術者，於還納術之危險，復加以麻醉之危險，故爲外科醫所不取也，僅不能行手術無策之時，可一試之而已，本術之危險有種種，卽用暴力有破腸傷血管者，惟最常見者，乃還納已陷榮養障礙之腸管，惹起腹膜炎者是也，其他塊團還納時，內容仍包於囊內，自被覆剝離，入於腹內，或曰假還納，其腫瘤外觀上似若消失，然由種種原因，有未解絞扼者，故還納法僅老衰者，重病者，哺乳兒等，以爲內容

血行障礙未著明，僅由發病之時間難也，或周圍

狀況不適於切開手術，時可行之也，他則可行切開

乙 切開療法卽脫腸切開術 乃由手術解脫嵌頓之法也，於還納術無效時，或以爲初卽行還納術有危險時行之也，此法常由局所麻醉或傳達麻醉法行之也，亦有全身麻醉者，手術之要領，乃自脫腸腫瘤至門部切開皮膚，且切開副被覆及脫腸囊，此時注意脫腸水之性狀，次詳檢其內容，惟須檢查門部之絞扼處，又所謂逆行性嵌頓卽W字狀嵌頓，囊內之腸蹄係，雖無著明變化，然腹內腸管，可見壞疽，不可忘也，然此等檢查，先須開大門部，卽先極力清拭囊內，次一面保護不使內容入於腹內，層層切離絞扼之組織卽可，苟檢查內容之結果，無壞疽之害時，則卽時行根治手術，如腸管陷於壞疽時，由患者之一般狀態，或行腸切除，或造腸瘻，救一時之急卽可，如能陷於壞疽與否不明時，則包蹄係於紗布，送於腹內，或置於囊內，於十二乃至二十四時間後

▲脫腸嵌頓

▲脫腸內糞便蓄積 ▲脫腸炎症

切開，由其狀態，以決定可切除與否，內容爲大網卵巢，陷於壞疽時，則僅切除移於根治手術即可，但此時微誘導於腹腔爲安全者有之，有糞膿瘍者，則切開之，造糞瘻，或有於附近部分，行腸吻合術始可也。

▲脫腸內糞便蓄積 *Intestention in Hernia*

(意義)及(原因) 乃脫腸內糞便蓄積於大腸內，停止通行之謂也，還納性脫腸，亦有得之者，惟於老人甚大之不還納性脫腸，腸管之蠕動減退，飲食不衛生時，易得之也。

(症候) 脫腸腫瘤增大，硬固，有緊張感，蓄積甚長時，則有腹滿，食慾不振，嘔氣，嘔吐痛等，腸不通症候。(療法) 預防發生治療脫腸，或微注意飲食，以避內容之蓄積始可，蓄積糞便者，則試行洗胃，或輕按摩腸腫瘤，無效時，則以手術行根治療法即可。

▲脫腸炎症 *Inflammatio Herniae*

脫腸囊爲腹膜之一部，內容亦被以腹膜，故發與腹膜炎同樣之炎症，由經過，得別爲急性慢性炎症。

△一 脫腸急性炎症

(原因) (一) 以內容爲腸之諸種潰瘍，或蟲樣突起，炎爲主，(二) 大部爲腹膜炎之一部症候，或由周圍炎症，例淋巴腺炎，蜂窩織炎等蔓延，(三) 亦有由介於血行，而發轉移性者。

(病理) 與腹膜炎同。

(症候) 除原病症候外，局部痛熱，嘔氣，嘔吐，腹滿等，局部腫脹緊滿，有濁音或鼓音，有壓痛，漸發赤，至發蜂窩織炎。

(診斷) 注意原因，惟與嵌頓鑑別始可，並須注意熱度，及初時局部呈炎症狀，但有難鑒別者。

(療法) 以手術切開局部，依所見，用適當處置。

△二 脫腸慢性炎症

(原因) 無特種細菌者，則主由器械刺戟，其他有結核性者，或特發，多爲全腹膜炎結核之一部症候。(症候) 非特種性炎症者，則囊與內容癒著，爲不還納性時，則有發緊滿感，痛，便秘等者，雖爲結核性炎。

然亦有無症候經過者，或囊內可見滲出物，有壓痛者，熱不定，有腹膜結核時，雖易診斷，然亦有困難者。（療法）非特種性炎，為不還納性，有痛苦者，可行手術，結核性炎，由一般狀態，可用內科療法，或手術療法，然手術時，偶然發見結核性炎者，非鮮也。

▲鼠蹊脫腸 *Hernia inguinalis*

乃鼠蹊部脫腸之謂也，分內外二者。

△一 外鼠蹊脫腸

又曰斜脫腸，脫腸囊自外鼠蹊窩與精系或子宮圓韌帶，皆自內鼠蹊輪入於鼠蹊管，曰不全鼠蹊脫腸，終出於外鼠蹊輪，曰完全鼠蹊脫腸。至陰囊乃至大陰唇者，曰陰囊——大陰唇脫腸。下腹壁動靜脈，在此之內方，其他雖有種種異狀徑路，茲不詳述。本症小兒多，常於先天性發見，老人亦有得之者，右側較左側多，亦有兩側者。

（症候）初發外鼠蹊脫腸，乃於腹壓亢進時，鼠蹊管部發小腫瘤，或以指插入，亦得觸知，不全外鼠蹊

脫腸，即腹壓不亢進時，亦於沿鼠蹊管生腫瘤完全外鼠蹊脫腸，於外鼠蹊輪外，即陰囊大陰唇上部，有種種大之膨隆，由此沿鼠蹊管，可見細隆起，但腫瘤大時，則下降於陰囊，乃至大陰唇內，有達於膝部者，無自覺症者有之，或微有重感、腹痛、便秘等。

（診斷）由上記症候，通常容易，有時須與內鼠蹊脫腸鑑別，或與流注膿瘍、精系脂肪腫，及於絲狀蟲病患者所見之精系靜脈淋巴管擴張時區別始可，或急性淋巴腺炎、精系捻轉、潛伏辜丸之嵌頓等，有與嵌頓脫腸相誤者。

（療法）用脫腸帶，或行根治手術。脫腸帶，雖有英國式、德國式等，然於小兒，用橡皮製瀨川式脫腸帶時，即沐浴時亦無須除去，大人普通用德國式（或法國式）者，常須詳細檢查此等脫腸帶之十分適合與否，然後用之始可，生後數月間者，用帶不便，小兒時，繼續用之，有治癒者，除有重症或老人甚衰弱時外，務必行根治手術始可，雖嬰兒亦可行之，然以

▲鼠蹊脫腸

▲鼠蹊脫腸

一四八

一年以後爲便也。手術務必由傳達麻醉，以避全身麻醉爲要。即大人，則注射「傍透朋斯叩泡拉民」自腸骨前上棘之內下方，尤於鼠蹊管周圍注射「腦泡卡音」液。術式雖有數十術式，如知

路卡夏恩皮要尼埃氏、巴西尼氏、叩黑路氏式，應用適當時，則即足矣。 (一)路卡夏恩皮要尼埃氏式，乃此埃路尼氏式稍改良者也。沿鼠蹊管切開，剝離脫腸囊，切開外斜腹筋腱膜，至內鼠蹊輪結紮囊之最上部而切除之，避精系，以絲縫合界於鼠蹊管內外之筋層二三針，使鼠蹊管狹小，此法適於幼兒。

(二)巴西尼氏式。自內鼠蹊輪上部，沿鼠蹊管至恥骨結節止，切開皮膚，復切開外斜腹筋腱膜，至內鼠蹊輪，剝離脫腸囊，其最上部，以煙卷囊縫合，或以針絲穿囊而結紮之後，切除其囊，一面引上精系，內方（與內斜腹筋橫腹筋外方與普怕路透氏韌帶）

（以內鈎強引外斜腹筋於外方時，與附著根部之白韌帶）於新內鼠蹊輪，使精系不絞扼爲度，以數

絲縫接之，置精系於其上。此上復合引於左右之外斜腹筋腱膜，於新成之外鼠蹊輪，須注意不可縫閉精系，以數絲縫接之，再縫其皮膚，此法應用於舊大脫腸，甚爲便利也。

(三)叩黑路氏式。切開鼠蹊管上之皮膚，剝離其囊，以麥粒鉗子，通外鼠蹊輪，沿精系送於鼠蹊管內，於內鼠蹊輪之稍上部，自腹壁內加壓同時，展開鉗子端，以刀切此處腹壁之各層，突出鉗子端，以此挾第二鉗子端，如通鼠蹊管，拔引第一鉗子時，則第二鉗子亦遂之下降，故第二鉗子尖端，可露出於外鼠蹊輪外，復以第二鉗子，挾已遊離之囊，引出於內鼠蹊輪上部之切開口外，縫合固定囊根部，腹壁後，切除其殘餘之部，復以絲縫接鼠蹊管之擴大外口，二三次，使之縮小，此時不可傷精系，且不可縫合過多，使鼠蹊輪狹小過度，致絞扼精系，始可。此法適於新鮮而小之脫腸，雖有叩黑路氏術法，然不必要也。故略之。術後七日乃至十日抽絲，安靜二三週始可。

嵌頓者，由脫腸嵌頓處所述之要領，處置之即可。

△二 內鼠蹊脫腸

一名直脫腸，脫腸囊自中鼠蹊窩之直前方缺腹壁筋部，出於外鼠蹊輪部，下腹壁動靜脈在其外方，普通腹壁抵抗減弱之老人得之，小兒者少，無男女之別，常兩側得之。

(症候) 當腹壓亢進時，於外鼠蹊輪部，或其稍內側，可見圓形扁平乃至半球形之腫瘤，停止腹壓時則消失，通常至鷄卵大以上者少，陰囊大陰唇等亦無下降之傾向，多無自覺症狀，發嵌頓者亦少。

(診斷) 注意年齡及前記症狀，則容易也。

(療法) 由全身狀態或患者之如何，難行手術時，則用脫腸帶，欲根治時，則行手術，即橫切開腫瘤，剝離其囊，以煙卷囊縫合，以狹小其廣基底，或切除其囊，若通常開腹術後閉鎖漿膜之縫合法閉鎖之，復縫合筋膜筋乃至外斜腹筋腱膜，務必極力閉鎖其裂隙，再縫皮膚，後療法，如外鼠蹊脫腸即可，但老人

▲股脫腸

易起沉降性肺炎，故須注意，不可使長時間仰臥也。

▲股脫腸 Hernia cruralis

股脫腸者，乃囊自股窩出於普怕路透氏韌帶與恥骨水不枝間，沿股靜脈至內側，大腿上內側皮下之卵圓窩，(覆以筋狀筋膜)亦有自血管之後，或他之徑路者，男子小兒少，婦人老人多也。

(症候) 有全無症候而經過者，或起種種之消化障礙，不注意腫瘤，而誤認為消化器病者有之，腫瘤通常小，較鷄卵大者少，性狀與一般脫腸同，常為卑透路氏脫腸，腸管壁一部為內容者有之，易嵌頓。

(診斷) 還納性脫腸，通常容易診斷，不還納性者，有與脂肪腫相誤者，嵌頓者，有誤診為淋巴腺炎者。

(療法) 衰老者或全身狀態不可手術者，可用脫腸帶，以法國式或德國式脫腸帶，製為較鼠蹊脫腸帶頸部屈曲強者，一般較鼠蹊脫腸帶難固定也，至起嵌頓後，始乞治療者，於脫腸嵌頓處述之，依要領處置之即可，根治手術，巴西尼氏，叩黑路氏兩式用

▲閉鎖孔脫腸 ▲坐骨脫腸

一五〇

之即可。巴氏式沿普伯路透氏韌帶於其下部切開皮膚，剝離其囊，至恥骨水平枝，還納內容，捻轉囊之根部後結紮之，切除殘餘部分。次閉鎖脫腸門時，自恥骨結節部起，縫接普伯路透氏韌帶與恥骨筋膜，近於外方靜脈之故，縫接後下方之恥骨筋膜與前上方之卵圓窩之上緣，最後縫其皮膚，即巴氏式。關於普伯路透氏韌帶內三分之一部，切開皮膚，剝離其囊，還納內容後，沿囊之前面，以麥粒鉗子，送於普伯路透氏韌帶上部外鼠蹊輪之外方，開鉗子之尖端，以刀切開鉗子尖端上之各層，穿一小孔，使鉗子端自此孔突出，挾第二鉗子之尖端，引出於脫腸門外。去第一鉗子，以第二鉗子，挾剝離囊，自小孔引出，縫合固定其根部於創口緣，切除殘餘之部，門部由縫接普伯路透氏韌帶與恥骨筋膜，即閉鎖之後，縫其皮膚，術即告終。其他雖有多數之術式，茲不贅述。

▲閉鎖孔脫腸 *Hernia obstruitoria*

脫出內臟者也，常發現於外閉鎖筋上緣與恥骨水半枝之間，恥骨筋之下方。
(症候) 正規於局所有膨隆，壓痛，下肢股關節屈曲及候西布，羅恩倍路古氏症候。(由壓迫閉鎖神經劇痛，放散於上腿內面之謂也。)
(診斷) 閉鎖孔脫腸多小，有時為腸壁脫腸，比較難診斷也。
(預後) 易嵌頓，常須根治手術。
(療法) 嵌頓者危險，可即時行根治手術，其時除切開大腿部外，尚有頂開腹術者。

▲坐骨脫腸 *Hernia inclinata*

本病甚少，於女子多。(一)發於梨子狀筋之上緣者。(二)有發於筋之下緣者。(三)尚有自坐骨截痕出者。(一)者最多也，脫腸腫瘤小，被以大臀筋，難以証明，故診斷常困難，如脫腸大時，較為易診，須與流注膿瘍，脂肪腫，動脈瘤，鑑別始可。

療法，依一般方式，以手術處置之。

▲會陰脫腸 *Hernia perinealis*

本病甚少，自骨盤橫隔膜之間隙突出會陰，出於坐骨直腸窩者也。又有坐骨直腸脫腸之名。

▲臍脫腸 *Nabelbruch*

乃內臟諸器自臍輪脫出者也。有三種。

△一 臍帶脫腸 乃先天性者。脫腸內容多為小腸，亦有胃、肝、脾等者。脫腸壁由羊膜、瓦路吞氏組織、腹膜而成。

(療法) 還納之。閉鎖臍輪。有時亦有不能還納者。

△二 嬰兒臍脫腸 臍部癢痕薄弱之故。於號叫、咳嗽、嘔吐、排尿困難時，腹膜壓增高而起也。較易還納。嵌頓者，殆少也。

(療法) 除原因。初期小者，還納之。貼絆創膏於其上。即可治癒。如不癒者，則以手術閉其臍輪。

△三 大人臍脫腸 以腹水、腹腔內腫瘍、妊娠等原因而得。多為女子。

▲腹脫腸 *Hernia ventralis*

▲會陰脫腸 ▲臍脫腸 ▲腹脫腸 ▲內脫腸

於腹壁諸處，可發脫腸。即自白線、直腹筋外緣，或腸骨柄與第十二肋骨之間，手術後其他癢痕部生之。

(一) 白綫或正中腹脫腸最多，或為手術後之癢痕脫腸得之。或由直腹筋之左右離開而發。

(二) 上腹脫腸於劍狀突起與臍之間得之。內容多為網膜，亦有胃腸等脫出者。有時現甚重症狀。若壓迫疼痛、嘔吐等，須與腹膜前脂肪腫鑑別。

(三) 側腹脫腸少。於直腹筋外緣或斜腹筋部得之。

(四) 腰脫腸發生於腸骨柄與第十二肋骨之間。

(療法) 苟非根治手術，難治癒也。癢痕脫腸時，以預防為最要也。例開腹術後，用適當之腹帶也。

▲內脫腸 *innere Brüche*

內脫腸，稱腹腔內脫腸。有腸內臟器止於腹腔內者，及所謂橫膈膜脫腸。即有自腹腔脫出於胸腔內者。

△一 腹腔脫腸及腹膜後脫腸

有腹腔內生理或異常凹窩內，內臟(惟小腸)進入者也。即十二指腸空腸窩、網膜囊、盲腸後窩、上下回

▲直腸瘻管(痔瘻) ▲直腸狹窄

一五二

盲窩、S字狀間窩等是也。嵌頓起腸不通症時，則施開腹術，行適宜之處置。

△二 橫隔膜脫腸

先天性或後天性得之。先天性脫腸者，乃橫隔膜之全部或一部，惟中心腱狀部缺損時得之也。後天性脫腸，多由外傷而起，或由毛路生苦尼孔(橫隔膜之胸骨部與肋骨部之間隙) 食道孔、泡候他雷之苦氏孔(腰椎部及肋骨部之間隙) 其他交感神經、內臟神經之通路、大動脈通路等得之。然無由大靜脈孔出者。

(症候) 有氣胸之症狀，及胃腸障礙之症狀。嵌頓時，則現症狀，由X光線照射，即知各臟器之關係。
(療法) 須外科療法者，多為嵌頓時也。行開腹術處置之即可。有時須切開胸腔者，須注意也。

▲直腸瘻管(痔瘻) Mastdarmlistel

(原因) 由未治癒之直腸周圍炎，或結核性潰瘍而得。別為不全瘻管(外或內)及全瘻管二者。外口

有時在肛門遠處，內口多包括約筋之上部。

(症候) 分泌膿汁而濕漉，排便時痛。

(診斷) 插手指於直腸內，然後由外口送入消息子，全痔瘻時，得觸知內口。

(療法) 插入有溝消息子於瘻管，自外口出於內口，連括約筋切開，如無內口時，則自最菲薄之處穿通而切開，可精細切除結核性肉芽，由肉芽組織發生，而治癒。雖切斷括約筋之一部分，仍不殘上禁。

▲直腸狹窄 *Rectal stenosis*

(原因) 潰瘍、癍痕形成，或由外傷性或先天性而得，或為輪形，或微為廣汎性淋毒性狹窄，多為女子。
(症候) 便通緩慢，或停止，排便時痛，漸次症狀增進，排便時諸處出血，如有潰瘍時，則出膿樣分泌物。各直腸狹窄，生大腸加苔兒，排泄細小帶狀或類似山羊糞狀之便。

(預後) 不同，關於狹窄之擴張度及療法，狹窄最狹者，有吐糞症之危險。

(療法) 有由「布吉」擴大法成功者。洗滌直腸後塗脂肪於「布吉」正規插入。不可用暴力。其他之時則須手術。最確實者乃摘出狹窄部也。故如直腸癌行截除及環狀縫合法。

▲肛圍膿瘍 Periproctitis

(意義) 乃直腸周圍之化膿炎也。多在肛門之附近。有時在坐骨直腸窩。或仍在高處。有起膿毒性蜂窩織炎者。

(原因) 由外皮傳染(瘡瘡等)或常由直腸粘膜潰瘍異物送入「布吉」之拙劣。或由隣接器官。

(症候) 化膿機轉遲速甚異。最多者為寒戰、高熱、渴、或昏惰、激痛(惟於脫糞時)會陰部及直腸周圍腫脹(急速移行於化膿者)等。

(合併症) 轉移性淋巴腺炎、化膿性復膜炎、會陰部及陰囊之壞疽。

(預後) 於適當時期處置時則佳良。須注意直腸瘻之成立否始可。

▲肛圍膿瘍 ▲肛門及直腸閉鎖 ▲肛門裂創

(療法) 務必早期行深廣之切開。(於肛門呈放線狀。務必保存括約筋始可)以防腐蝕液洗滌。可緩塞栓塞。以便分泌物排除。自深部生肉芽而全癒。

▲肛門及直腸閉鎖 Atresia ani et recti

胎生時肛門部皮膚翻入。與直腸末端結合之機轉而成之異常制止的畸形也。肛門閉鎖。乃未形成肛門。直腸閉鎖。乃肛門未達於直腸末端者也。有同時發生與膀胱尿道或腔之異常結合者。(膀胱肛門閉鎖。尿道肛門閉鎖。腔肛閉鎖)。

(診斷) 不排糞便。故易診。然與膀胱其他結合時。則便微由異常開口處排泄。如此等異常口不十分廣大時。則有生命之危險也。

(療法) 行造肛術。於生理肛門存在處切開。入於深部。尋出直腸末端。縫合於皮膚創。有異常開口時。則自此口插入消息子。尋出直腸即可。否則有難尋出者。

▲肛門裂創 Fissura ani

▲痔疾

一五四

(症候) 肛門之皮膚與粘膜曾合處，生裂創樣之淺表性潰瘍也。由肛門擴張，例硬糞通塊過時，生裂創之故，痛甚烈，或誘起括約筋痙攣。

(療法) 整理便秘，以硝酸銀桿腐蝕裂創，或以白金烙鐵燒灼之，無效時，則於麻醉時，行無血之括約筋伸展法，或連括約筋切開之，於小兒多貼布5%之「歐路透夫歐路不」及塗擦1%硝酸銀液，頗有效果，同時注意排泄軟便始可。

▲痔疾 Haemorrhoids

痔疾者，乃肛門及直腸下部分佈之靜脈一部之靜脈瘤性擴張之謂也。

(原因) 凡妨害肛門及直腸靜脈之還流，於此處起鬱血等故，皆可為其原因，即常習便秘，子宮卵巢等腫瘍壓迫，妊娠，常起立之職業是也。

(症候) 初期直腸內有膨滿，壓重，灼熱之感覺，本症主徵，即所謂痔出血，病愈增進時，則肛門之內部或外部，生靜脈瘤性之結節，所謂痔核是也，由其發

生之部位，復別為內痔核及外痔核之二種，內痔核有脫出於肛門外者，外痔核半部分在肛門外，故常有諸般之刺戟，起炎症，痛甚烈，有妨害步行者，惟者，嵌頓陷於壞疽而脫落，或有時起腐敗性炎症，以此致命者有之也。

(合併症) 直腸加答兒痔瘻，肛門裂創，或有起脫肛者，非鮮也。

(療法) 有種種區別於次。

第一 原因療法 如得除去主要原因時，即大痔核，亦可自然消散也。

第二 姑息療法 屬此者如次：(一)食物療法 整理便秘，使便之硬度適當，且無刺戟性。(二)水治療法 常使溫浴，惟於外痔核，則行冷水灌洗法，以清潔局所為最要。(三)器械療法 局部按摩法，以促血行，或插亞鈴狀「配沙留木」於肛門內。(四)藥物療法 雖有種種之方法，然近來多用「必斯毛蘭」之合劑。

鹽酸蒼鉛

酸化亞鉛

之布拉克尼恩千倍液

鹽酸歐席卡音

薄荷

拉腦林

加適宜固形華攝林全量爲二。

右爲肛門坐藥一個，每朝上廁後及每夕就寢前用

一個。

第三、體位療法。

乃埃路氏所倡導者，保持臀部於高位，晝夜臥時，高其足部，或置枕於臀下，由此

血行即不至於停滯也。

第四、併發症療法。

(一)痛則與叩卡音、阿片等坐藥，以安靜之，或用水囊，惟須注意大便之通利。

(二)濕疹或紅斑，則塗布亞鉛華橄欖油，或一三

%硝酸銀水。(三)炎衝性痔核，可行坐藥及濕布繃

帶，至高度者，則切開之，插入沃度仿謨紗布。(四)出

血泡阿氏，則注入1%鹽化石灰液20cc於直

腸內，其他保持臀部於高位，出血量多時，則以冰水

灌腸，或以止血劑(2%單寧酸、3%鉛糖水)洗滌，

如尚不止時，則開放其處，而結紮之。(五)痔核之脫

出，則塗油於指或紗布塊，徐徐持續加壓，而整復之，

如爲壞疽狀時，則無須整復，僅與鎮痛劑，俟其脫落。

第五、根治療法。有諸種方法。(一)燒灼法。

乃最常用之法也，先於手術之前數日與下劑，於手

術之前日，復灌腸，後與阿片丁幾，以止便通行，全身

或局所麻醉，以擴張括約筋，再以留埃路氏痔核鉗

子，鉗結節，次以夫歐恩拉恩倍苦氏翼狀鉗子，緊鉗

結節之根部，後預防他部之火傷，再以白金烙鐵炭

化結節。後療法，與流動食物，並與阿片劑。(二)

候瓦伊透黑豆氏切法。以鉗子鉗痔核，用鑷剪

刀切除之，止血後縫合創緣之法也。(三)結紮法。

用絹絲或橡皮絲結縛結節之法也。(四)注射療

法。有二種(甲)按痔核之大小，以布拉克尼之氏注

▲痔疾

▲肛門及直腸脫出

一五六

射器注，入石炭酸甘油（各等分，或二・乃至三倍者），自二・三滴，乃至五・六滴，於核內，多一回即有效。（乙）「抱水苦洛拉路」三・〇蒸餾水甘油各五滴而成之合劑，注射二・三滴，大者注入五・十滴，於核之中心，若此約三・十日，核即脫落。（五）雪狀炭酸療法 各痔核結節，試以雪狀炭酸順次壓迫，各二十秒間之法也，於小內痔核適用之。

▲肛門及直腸脫出 Prolapsus ani et recti

本病乃直腸之一部，脫出於肛門外之症也，輕者僅肛門部之直腸粘膜脫出，發所謂脫肛，重者，則發生直腸脫出。

（原因） 固定直腸之種種組織，由或機轉，（痔疾，類回分娩，腸加苔，常習便秘），弛緩延長，時得之（症候）及（診斷）（一）脫肛最初，僅於排泄硬便時得之，便後可自然還納，久病重者，則不易還納矣。脫出之粘膜，赤色無痛柔軟，多為輪狀。（二）脫肛與直腸脫出之區別，脫肛者，乃脫出之粘膜與肛門緣

間，不能插指或消息于於深部，直腸脫出時，則可插入也。（三）直腸脫出之程度有種種，最重者，有全直腸脫出者，直腸脫出大者，發大便失禁，或有脫出部嵌頓者，或陳舊之直腸脫出，粘膜有為皮革樣而生潰瘍者。（四）直腸脫出，有時誤診為結腸疊積之脫出於肛門外者，重症之結腸疊積，有脫出於肛門外至二〇・三〇仙米者，插消息于於脫出粘膜與肛門緣之間，以不能達至纖維皺襞，即得知矣。（五）直腸脫出之合併症，有甚大之陳舊直腸脫出，其直腸前壁之腹膜皺襞，有下垂於直腸與膀胱之間，或下垂於直腸與陰之間，為脫腸囊狀者，此囊中往往有小腸卵巢或膀胱，墜落於其中，即所謂直腸脫腸也。（療法） 一般除去可為其原因之障礙，以防其發生為最要，例下痢者，則設法治之，便秘者，則行灌腸。（甲）脫肛之療法（一）整復術 輕者，塗油於指，而還納之，此法患者自己，或小兒之母，施行之即可，難還納者，則用麻醉後，以絆創膏止其外出即可矣。

(一)可埃路是尼氏，則謂惟於小兒注射巴拉夫音。
 (二)長入者，則為有壓枕之埃斯馬路席氏，或倍夫歐古透氏式之固定器。(四)手術療法有種種，用刀切除皮膚或粘膜之一部，最佳者，則為用白金烙鐵燒灼之，結放綫狀之癍痕，或若痔核手術時，用翼狀鉗子緊張之而燒灼之，亦可。又吉非恩巴哈氏，則切除脫出之肛門部粘膜之大部，而縫其創緣。
 (乙)直腸脫出之療法。主為手術療法，有種種。
 (一)呈紡錘狀切除直腸粘膜，或若脫肛用燒灼器穿刺燒灼其各部之全層，次縫合創緣後，或燒灼之。痂皮捲縮後，還納縮小之脫出部，以繃帶壓抵之，本法成績多不確實。(二)用其路滋氏銀綫，行一時皮下環狀煙卷囊縫合法，僅於小兒用之，其法先整復脫出之直腸後，由上法使之狹縮，僅得通過小指即可。較此法佳良者，則為呈楔狀切除肛門之皮膚，括約筋及粘膜之一部後，伸展之，於夫禁括約筋之後方，僅以銀線縫合一次而短縮之。(三)直腸固定術。

▲直腸及肛門癌

此法自肛門至薦骨止縱切開之，露出直腸後壁後，以二、三絹絲締係（不穿通粘膜）固定直腸於尾閭骨之前壁。(四)結腸固定術。直腸脫出，乃為前壁，故(三)之法不適宜，而泡古荅尼苦、路豆羅苦氏，固定結腸S字狀部於腹壁，即於腸骨櫛之附近，鼠蹊韌帶之上方，斜切開之，展開腹腔，牽引S字狀部，以除直腸之脫出，若結腸，則於此位置，由多數縫合固定於腹壁腹膜。(五)直腸脫出甚重者，有切除其脫出部分者。

▲直腸及肛門癌 *Rectum and Anus Cancer*

(病理解剖) 有表皮癌、腺癌、圓柱細胞癌、膠樣癌等，或侵害腸壁之全周圍，或發生於壁之一部，主形或潰瘍，或有成腫瘍者，多將來發生管腔狹窄，肛門癌，雖轉移於鼠蹊腺，而直腸癌，則有轉移於骨盤內之淋巴腺者。
 (症候) 最顯明者，為狹窄症狀，其他則為血液便，膿性粘液性便之排出，老人發現此等症候時，先須

▲腎臟外傷

一五八

疑爲直腸癌也。

(診斷) 最要者，乃插指於直腸內，以觸知腫瘍也。其他用肛門鏡、直腸鏡診斷亦可。須與梅毒性潰瘍、癰疽性狹窄區別也。

(療法) 摘出腫瘍，施行直腸切除術，或切斷，在泌尿及生殖器系疾患

▲腎臟外傷 *External Verletzungen Nierenverletzungen*

(原因) (一) 咳開性創傷多於戰時，多主爲銃創也。亦有自腰部創口腎臟出者。(二) 皮下創傷，挫傷、破裂等。

(病理解剖) 最多於銃創。腎臟組織呈星芒狀之破裂，右腎臟破裂者，腎盂、腎盞、輸尿管之外傷時，則得尿浸潤，或有時發限局性尿漏出，有包圍成外傷，有假性腎臟水腫者，或輸尿管腎盂破裂之故。發生收縮壅塞時，則成真性腎臟水腫，或按血管損傷之程度而發血腫。

(症候) (一) 血尿 (二) 虛脫 (三) 出血 銃創之出

血重少，多開口常閉塞，有時得於腎臟部證明漸次於高位者，則須切除尾閭骨或薦骨之一部，或有時須併用開腹術者。直腸癌之無移動性者，多不能行根治療法，即不能摘出也。僅對狹窄，用對症療法之造人工肛門而已。

增大之腫瘍 (四) 血尿重時，凝血充於膀胱，故發尿意頻數，尿淋漓，然輸尿管壅塞時，亦有不見血尿者。(五) 除腎臟部有痛外，凝血通過輸尿管時，亦有發作性痛。(六) 得由觸診証明有壓痛之腫瘍，一日或數日後，漸次擴大，則生皮下溢血。(七) 合併症症狀 (合併症) (一) 腸胃、肝臟等同時受傷，自高處墜落，脊椎骨折，腎臟破裂時，有腸亦破裂者。(二) 續發性皮下創傷，亦可由排尿管上行性，或血行性感染，而化膿者，有時得甚重尿浸潤，尿漏出，或血腫化膿，可發激烈之症狀，其他有續發性出血者。

(療法) (一) 咳開性創傷，則由一般法則縫合

膿或腎盂觀察銼創經過，有傳染或大出血之徵時，則切開創部。(二)對皮下創傷，則行對症療法，或有必須切開縫合者。

▲遊走腎 *Wanderiere, Ren motilis*

(原因) 若婦人病之程度男子則少也，概於右側得之，多為壯年之時，腎臟部之外傷，雖有直接之原因，然多為潛行性也。

(病理解剖) 表面及形體與腎盂多現畸形，由輸尿管之屈曲捻轉，有發間歇性腎臟水腫者。

(症候) 處女之腎下垂症，常致發生激烈之疼痛，分娩之婦人，腹壁弛緩之故，常不現症狀，前者之腹痛，於清晨離牀時，漸次著明，仰臥時則消失，一般月經時則憎惡，有時有臟器下垂樣感，其他常有胃腸障礙，便秘，神經性諸症狀，激烈痛發作時，途嘔吐尿意頻數，尿量減少外，可證明異常位置之腎臟膨大，壓痛等(間歇性腎臟大腫)無合併時，則尿無異常。(診斷) 如上之症候外，由觸診可證明腎臟下垂。

▲遊走腎 ▲腎臟結石

可動性時，則確實矣。

(合併症) (一)循環障礙(鬱血)之故，自血中易受感染(細菌尿)發腎盂炎腎臟炎，如有腎臟周圍炎時，則與周圍癒著於異常位置。(二)由輸尿管捻轉等之血尿。

(療法) (一)姑息之腹帶療法。用緊張之腹帶以高腹腔內壓而押上腎臟於常位置，故適應症，為中腹壁弛緩而得者可用之也，即夫埃路妹林氏，下腹帶也。(二)腎臟固定法。先為哈恩氏所倡導，自第十二肋骨沿薦腰筋之外緣垂直切開皮膚，以絲通腎臟實質縫於創緣，或縱切開固有膜若門扉狀，切開而固定之，使腎臟與周圍組織之癒著而增大之法也。(三)一側之病，不能達固定法之目的，障礙大之時，有剔出腎臟者。

▲腎臟結石 *Nephrolithiasis, Nierenstein*

原因(症候) 參考內科篇

(療法) (一)X線照像，可證明豌豆大以下者，可

行飲水療法。(三)立突蒸溜水，每日飲一立突之八分之一。(四)持續一—三四個月，如大者時，則用手術療法。(二)結石性尿閉時，則急速切開腎臟剔出之。(三)大形無菌性結石時，亦用此法。(四)有菌性時，他側腎臟健全，患者狀態可行手術時，亦常行之，其時由腎臟之狀態，或僅切開之，或行剔出法也。

▲腎臟水腫 Nephrosis

別為二種。(一)先天性水腫。凡為先天性之原因皆屬此。(二)後天性水腫。由其原因障礙為一時性與否，而分為恒久性及間歇性二者。

(原因) (甲)先天性水腫。三分之一屬於此種，雖多為一側，然兩側者亦不少，此時原因之障礙，多在尿道或包皮，一側者則因輸尿管上端之瓣狀畸形(下端少)其他由異狀位置之腎臟血管，或先天性輸尿管壅塞等。(乙)後天性水腫。(一)恒久性，小骨盤及下腹部臟器之腫瘍，泌尿管內之結石狹窄，為最多原因，惟於潰瘍性結核性狹窄時，則生甚重

之腎水腫，其他腎盂膀胱之腫瘍極大之膀胱結石(二)間歇性。通常游走腎於尿管之捻轉屈曲時，發腎水腫，去其原因則消失，或有間歇性妊娠腎臟水腫，乃因子宮之壓迫，無菌性者，不現症狀而經過(病理解剖)自原因障礙存在之部分中樞部之輸尿管擴大，有時輸尿管之諸處，由纖維性索狀物固定於腹膜，呈念珠狀之擴大者有之，腎臟之變化，由其時期(第一期)腎臟為半月形，坐乘於擴張之腎盂上(第二期)不為尚有之腎臟形，腎盂擴張甚強，侵入腎臟實質之中(第三期)腎臟實質幾乎消失，全腫瘍為有扁平壁之囊狀物。

(症候) 腫瘍大時，由重量及壓力，可自覺痛與壓迫感，他覺症狀，除兩側時末期所發之尿毒症外，則異常之腫瘍，為唯一之症狀，然一旦細菌傳染時，則發激烈極危險之症狀，即水腫變為膿腫，將來得惡寒戰慄高熱之毒血症，感染之原因，(一)由血行而得，非鮮也。(二)上行性，由膀胱而得。(三)或於穿刺

或腎臟切開時得之。

(診斷) 雖常容易觸知波動著明之腫瘍，然與他之囊腫樣腫瘍中之卵巢囊腫，常難鑑別也。須自直腸送入空氣，証明後腹膜位爲要。有時須用輸尿管插入消息子法，試驗穿刺法，或試行切開法者有之。

(療法) (一) 凡其原因之障礙除去之。(二) 一側性極大時，剔出之。(三) 雖有試行切開腎臟之法，然感染之危險甚大。(四) 兩側性，或雖爲一側性，而無他方，或有病變時，不若作輸尿管瘻，即剝離輸尿管縫於腰部之創緣，縱切開之，插入誘導管也。

▲腎臟及腎盂之外科炎症 (Chirurgische

Entzündungen der Niere und des

Nierenbeckens

一般有須必外科療法炎症性疾患之意義也。

△一 無菌性腎臟炎及腎臟周圍炎

必須外科療法時，乃一般痛及出血，內科療法無效，陷於危險之時也。

▲腎臟及腎盂之外科炎症

(診斷) 不易痛及出血，多自腎臟結石而得。至今

所謂血尿性神經痛，亦多有炎症性變化。

(療法) 以腎臟剝離法，剝固有膜，切除腎臟周圍之結締組織。

△二 有菌性腎臟炎及腎盂炎

(原因) 感染徑路。(一) 開放性創傷。(二) 血行性。(三) 上行性自膀胱而得，血行性而得者，乃續發或合併於急性傳染病而發也。其他轉移性者，或由多所謂潛行性而得。後者之原因，乃在腸管，即大腸加峇兒也。由便秘誘發入於血行之病原菌，(主爲大腸菌) 於特種之條件(外傷，尿溜滯) 至發病之作。用。外傷之主原因，爲腎臟結石，妊婦之腎盂炎，爲尿溜滯之原因，誘發上行性感染者，亦爲尿溜滯也。

(症候) 病原菌「布羅的烏斯」(哈烏塞路氏) 或化膿菌時，則症候激烈，發戰慄高熱外，尙有腎臟部痛等。由大腸菌者，有輕微之熱，或無熱。腎臟部之痛亦少，僅有膿尿而已。而前者雖亦有濁尿，然爲鹽基

▲腎臟結核

一六二

性。因大腸菌者，常爲酸性也。

(診斷) 有膿尿之他疾患，即須與腎臟結核，攝護腺膿瘍，膀胱加答兒鑑別也。膿尿外，腎臟部痛，得觸知腎臟之腫脹時，則稍明瞭也。腎盂炎時，腎臟部亦有痛，無膀胱加答兒，尚有排尿發痛者，多合併膀胱加答兒。此種問題之解決，須用膀胱鏡檢查，及輸尿管消息子插入法也。

(療法) 除去原因之關係以預防，無合併症時，用飲水療法（一日中二—四立突水，每回一杯）如不能時，則注入食鹽水於皮下，或注腸，有插入消息子留置不動，以防尿滯滯者，內服藥於「安謨尼亞」性酸尿時，內服「烏維透羅賓」（一回〇，五瓦三回食後），入於膠囊，或混用四—五瓦之「烏瓦烏路西」（葉煎）大腸菌時，則服「沙洛路」（一瓦分三回用之）至症候激烈之多發性膿瘍，或形成腎臟膿腫時，如伸伸腎臟健全時，則別出之，變化不重者，有切開或切除一部分而得治癒者。

▲腎臟結核 Nephrophthise Nierentuberkulose

(原因) (甲) 粟粒結核 爲全身粟粒結核之一

症狀而得，微汎發性侵害腎臟，內科之疾患也。

(乙) 乾酪樣性限局性結核 常於外觀健全之人

得之。(一) 由他之結核病灶，有時由舊淋巴腺結核

於血行感染，於其部分之腎臟組織作新病灶，或經

淋巴管撒布爲粟粒大之結核，或病原菌侵入尿中，

侵及乳嘴部，腎盞，腎盂，次由輸尿管，膀胱，或由攝護

腺經射精管，侵及副睪丸，發生所謂泌尿生殖器結

核。(二) 上行性感染（主要恩氏）即由下部泌尿生

殖器結核續發也。(三) 由周圍臟器，例腹膜，肋膜，腸

淋巴腺等結核之直接感染。(四) 男子稍多，且多爲

二十一—三十歲時，占全結核之十％。

(症候) (一) 痛。時始注意，輸尿管狹窄，或生潰瘍

而發，有時侵及膀胱，始感痛者。(二) 血尿。有時爲初

期之症候而發現，乳嘴部生潰瘍而得也，然多侵膀胱

形成潰症而發現也，所謂排尿末期性血尿者也。

(三)膿尿。雖爲常有之現象，然膿量甚少，多爲肉眼所不注意。(四)熱。限局於腎臟間者，發熱者少，有外觀甚爲健全者，或羸瘦或易疲勞時，始至醫者之門也。(五)蛋白尿。

(診斷) 進行時得觸知膨大之腎臟，有痛及血尿時，須疑爲腎臟結石，如有尿頻數，膿尿時，則須慮及膀胱結石，膀胱加苔兒，無痛性膿尿時，須慮及腎孟炎也，必用膀胱鏡檢查，輸尿管消息子插入法也。(預後) 放置不治時不良，結核菌不斷由尿流擴延，經輸尿管膀胱，侵及他側之健全腎臟，死因爲尿毒症，自非常苦痛之饑餓，或結核病灶，突然破於大靜脈中，而發全身粟粒結核。

(療法) 不失時機，別出腎臟，外觀限局時，雖有切除部分法，然成績不良，以比較早期侵害腎孟粘膜炎故也，手術他側腎臟機能完全時，(有時雖有輕度之中毒性蛋白尿，亦無害) 可行之，膀胱有結核亦不可，不能行手術時，一般除對結核療法外，則命其內

服「烏洛透洛賓」(每回)、(五、一日三回)

▲腎臟腫瘍 *Nierengechwulste*

(甲) 良性腫瘍 (一) 腺腫、脂肪腫、纖維腫、筋腫、血管、軟骨腫等少也。(二) 單純性孤在性囊腫，生於皮質，有時由外傷性血腫而生，然多以爲炎症之結果而生之，黏溜囊腫也，療法，大時則切除之。(三) 皮膚樣囊腫少，療法爲切除。

(乙) 多發性囊腫 乃屬於良性惡性腫瘍中間之種類也，無特別症狀，全部已發囊腫樣變性，該變性爲多發性，內充透明稀薄或粘液樣之液體，若此成熟者，雖有先天性而得者，然多爲生後四十歲之後也，原因不明，或謂黏溜囊腫，或謂畸形，或謂新生物，多爲兩側，有時一側現初期狀態，恰若他側轉移者，肝臟併發同樣之疾患者，亦非鮮也。

(症候) 及(診斷) 由病之輕重，有不快之感，由痛始注意腫瘍，尿至末期，概皆爲常態，僅尿量漸次減少，突然發現尿毒症，有時致腫瘍發血行之感染，現

激烈之症狀者，未能觸知腫瘍以前，難診斷也。兩側性甚為發育時，則容易診斷。

(療法) 一側性，剔出腎臟，兩側性，以激痛之故，穿刺囊腫，以減重量，有得良結果者，否則行對症療法。
(丙) 惡性腫瘍 轉移性時多兩側得之，故無外科之興味，原發性者多為一側，故於初期剔出時，則可得根，不治癒，多幼年時代既已成育，年歲愈增，則本病愈少，至四十歲後，則復增多。

(病理解剖) 病理組織之種別多困難，大體可分次之三種：(一) 定型惡性 著明膨大者少。(二) 所謂胎胚腫瘍 發育極速。(三) 肉腫及副腎腫。通常徐徐發育而膨大，惟於副腎腫為由常見副腎組織細胞的構成，腫瘍多自上端或中部發生，對方侵入周圍之組織，或栓塞腎臟血管，為轉移之原因，破壞於腎盂之時期，以腫瘍性質及發生部位而不同。(症候) 及(診斷) 痛，有時發腰痛，他覺症為得觸知腫瘍與惡液質，例有半數之血尿，破於腎盂而

生，故由發生位置，為初期或末期之症狀，其量亦不同，小兒發育甚速，容易診斷，大人潛在性於深部，故難診也，多以血尿驚恐，始至醫者之門，因凝血有輸尿管痛，大出血時，與腎臟結石之鑑別甚難，然此病多安靜時發生，結石時，則運動後始發現也，其他用X線照像，無痛痛之血尿時，易誤為膀胱病，須檢尿(可見腫瘍細胞)用膀胱鏡檢查，有時且發熱。(預後) 及(療法) 多為一側，故得由剔出而有根本治癒者，然早期診斷甚難，故不能著明良好也，不能剔出時，則行對症之療法。

▲腎臟周圍結締織炎 *Perinephritis*

(原因) (一) 由周圍組織直接侵害，即腎臟之外腎、肝臟、胆囊、腰腸筋、脊椎、生殖器等，或由膿胸、(二) 續發於急性傳染病者較多。(三) 續發於癩、疥、蜂窩織炎、癰、癤等。(四) 脂肪囊之血管淋巴管腎臟與之有密切之關係，故一般續發於腎臟病最多也。(五) 有原因全不明者。

(症候) 以惡寒戰慄、高熱之激烈症候而發病、或全為潛行性而發、腰部有微痛、深在性壓痛、凡可高腹腔內壓力之運動皆避之、原發病灶、近於上端時、則如肋膜炎肺炎之症狀、有嘔吐、吃逆、黃疸等、近於下端時、則腰腸筋攣縮、外陰部知覺異狀、該側之下肢浮腫、近於腹腔時、則現腹膜之刺戟症狀、其他由大腸壓迫之便秘、蛋白尿、膿瘍經過中、破於後方薦腰筋之邊緣、或胸腔內、及腹腔、十二指腸、上行及下行結腸等處、有時下垂破裂於膀胱或腔之內、

(診斷) 初期困難、於腎臟部可診得局限性腫瘍、無移動性、有壓痛、軟組織有浮腫、有時可證明波動、疑時則試行穿刺、(自西毛恩氏切開線之後方)、

(療法) (一) 廣大切開膿瘍、極力排膿、(西毛恩氏縱切開法、或同時切開腎臟、如須剔出時、則斜切開之)、(二) 慢性時、切除舊膿瘍灶肉芽組織、則有效、其時須行腎臟不下垂樣之固定法、

▲膀胱外傷 Verletzungen der Blase

▲膀胱外傷

(原因) (一) 直接創傷 直接通於皮膚者、乃戰時或爭鬥時得之、其他有由直腸或經及膀胱內部受傷者、(二) 間接創傷 由腹部受外力時、已膨脹之膀胱有破裂者、但健全之膀胱、則須甚強之暴力、如潰瘍、腫瘍、炎症性浸潤、或萎縮之膀胱壁、由輕微之外力、有發破裂者、

(症候) (甲) 直接創傷 (一) 限局於粘膜時、有出血、痛性排尿頻數、如有感染時、則發頑固之加答兒、(二) 自外部之穿孔、創口、血尿外、復自創孔排尿、如創傷在腹膜外、創口小時、則發浸潤、通常且有腐敗性炎症、大時無特別之症候、如殘留尿管而經過、創傷開口於腹膜內時、則即時發玉汎發性急性腹膜炎、甚速、(三) 銃創時、其物銃丸、常有人於膀胱內者、(乙) 膀胱破裂 (一) 腹膜外破裂 周圍之結締織、生尿浸潤、有反下出血、下腹部壓痛、有痛性尿意頻數、及血尿、以試行人工排尿之故、合併感染、至發敗血症樣激症、(二) 腹膜內破裂 下腹部有破裂

▲膀胱加答兒

一六六

何種物體之感覺，且有散痛發震盪樣狀態甚速，暫時之間，即覺興奮不安，即時陷於嗜眠狀態，下腹部膨滿舌乾燥，有激渴，嘔吐，吃逆，有時搖擗譫妄，甚至昏睡狀態而至死亡。

(療法) (一)粘膜創傷時，須留意續發膀胱加答兒而處置之。(二)穿孔性創傷時，須防尿浸潤即新鮮創時，則行膀胱壁之二重縫合法，至將起尿浸潤時，則插入一時滯留之消息子，切開浸潤部，行誘導繃帶。(三)破裂於腹腔內時，即時行開腹術，洗滌或拭抹之，行誘導繃帶及縫合膀胱壁。

▲膀胱加答兒 *Blasenkatheter* *Cystitis*

△甲 表皮性膀胱加答兒(洛維金古氏)

(原由) 非化膿菌，乃由分解尿素之細菌而得也，通常存在尿道之內，插入器械時，可入膀胱內，發土

「安莫尼亞」性分解，因此化學作用，膀胱表皮遂破壞(插入消息子膀胱加答兒)此病較少也。

(症狀) 有痛性尿頻數，尿甚稠濁，有一安母尼亞

一性臭氣，直往巴試驗紙於尿上，則變青色，靜置時，則土多重微石粘液樣膿樣沉渣，然滴加少量硝酸，則沉渣遂消滅，鏡檢時，可證明三層磷酸鹽，尿酸，安母尼亞，表皮細胞等，膀胱鏡檢查，可見粘膜平等發赤微腫。

(診斷) 由上述症狀，惟於鏡檢，尿無膿球即知矣。

(療法) 內服硼酸或安息香酸(○)三盒一日量

(三四分服) 尿為酸性以去痛，或注入一%硝酸銀

水二(一五)立方厘米於膀胱內，有殺病原菌之

效力。

△乙(一)化膿性安母尼亞性膀胱加答兒

(原由) 由分解尿素之細菌(葡萄狀球菌，亦有

由哈馬基路氏，布洛的馬斯)者，其他里復球菌，桿

菌)而得，由此等病原菌至膀胱之徑路，分為

(一)尿(二)血(三)周圍等，直接感染最多者，乃

插入消息子時，常在尿道之諸種細菌，同時送入膀

胱之內，故染尿管也(消息子插入膀胱加答兒)

(癩菌解劑) 常爲汎發性粘膜炎，粘膜下出血，激烈之粘膜炎，結締組織層肥厚，或以激烈尿意縮數之故，筋層肥厚，於內面皺裂間作潰瘍，一方由淋巴管炎可發腹膜炎，或膀胱周圍蜂窩織炎，或常由三層磷酸鹽而作結石。

(症候) 突然以激烈之尿音頻數，痛恥骨縫合部上部之壓痛而發病，初雖有輕熱，亦有以惡寒戰慄而發熱，尿濁，有「安母尼亞」臭氣，爲亞爾加里性，(但膀胱完全排尿頻度時，雖爲中性或弱酸性，然暫時後遂爲「亞爾加里性」者) 沉渣多，有輕度之陽性蛋白反應，(如爲強度陽性時，則知併發腎盂腎膜炎) 鏡檢沈渣，可見膿球，多形表皮細胞，三層磷酸鹽，其他之結晶，尿酸「安母尼亞」，非結晶性磷酸鹽及細菌等，加硝酸於尿時，由沉渣之大部分生成碳酸而消失，僅殘留細胞細菌。

(療法) 預防法，務必避器械插入尿道，不得已時，須十分注意拭尿道外口，嚴重器械之消毒爲要，於插

▲膀胱加答兒

入器械時，則用殺菌之橄欖油或甘油，不可用花士林及其他脂肪也，乃以橄欖油於最初二三滴之尿，可一同排出，甘油亦可溶解消去，如用他之脂肪類時，有與細菌皆附著於膀胱壁之害也，如注入1%溶液二五—五〇立方厘米於膀胱內放置時，有預防之效，已現定型之加答兒症狀時，則命患者安靜，食無刺戟易消化之食物，內服硼酸安息香酸水楊酸(烏瓦烏路西葉煎)「烏洛透洛賓」等藥。

烏瓦烏路西葉煎(四·一五〇)一〇〇〇

烏洛透洛賓 一〇五

苦味丁幾 二〇〇

單舍利別 七〇〇

右爲一日量食後三分服

烏洛透洛賓 一〇五

健末 二〇〇

右爲一日量入膠囊內食後三分服

待急性症狀緩解時，行膀胱洗滌法，用2%硼酸水，

○●○三%過滿俺酸加里液○●一%硝酸銀液等洗滌藥，初得時或急性症狀緩解後，洛布金古氏硝酸銀療法有效云云，即插入消息子，以溫殺菌水，洗滌至透明為止，復注入二%硝酸銀液五〇立方仙米，二分間後，注入同量之殺菌水，抽出消息子即可。

在性限局於嚮部，不甚發赤，(二)淋菌及連鎖狀球菌加答兒，有比較廣汎侵害之傾向，紅腫亦著明。(三)結核，流入有菌尿部分之粘膜紅腫，粟粒結核散在，或作潰瘍，然非限於結核腎臟同側之輸尿管口也，潰瘍亦有擴延於全膀胱粘膜者。

△乙(二)酸性化膿性膀胱加答兒
(原因) 以連鎖狀球菌、淋菌、大腸菌、結核菌等為主要之病原菌，亦有肺炎菌者，其中淋菌、大腸菌，雖常在尿管之中，然較輕之膀胱加答兒，不能通過健全之膀胱粘膜而侵入也，其他有自血行或周圍臟器侵入者，續發於後部尿道淋時，由通常之化膿菌而起，得証明淋菌者，較少也。

(症候) 尿意頻數，有痛性尿淋漓，膀胱部之壓迫感及痛，惟於排尿末期，甚為劇烈，因括約筋痙攣性收縮，有至尿滯溜者，重症時常發熱，亦有侵壁之深層，至現腹膜之刺戟症狀者，排尿分排於三器之中時，第一器由停溜於尿道之膿，而洩濁著明，第二器口經尿洗滌後尿道，而排出之尿，則洩濁輕微，第三器尿，乃以沉澱於膀胱底部之膿，洩濁甚著明也，重症，惟於結核性時，有混血液者，而結核性潰瘍，膀胱壁收縮時，互相接觸，發現所謂終期性血尿，痛之症狀，及激烈之尿意頻數，由安靜即可消失，為亞急性，終至治癒，或為慢性，慢性膀胱加答兒時，通常膀胱部無壓迫感，或微有之，稍有輕微之尿意頻數，甚

膀胱結核，久在自結核腎排尿路中，雖有未發生何等變化者，然多早晚侵害，得定型之病變，其他亦有自隣近臟器結核(攝護腺)或由血行而感染膀胱者，然甚少也。

膀胱部無壓迫感，或微有之，稍有輕微之尿意頻數，甚

(病理解剖) (一)大腸菌加答兒 病變輕微，表

病變輕微，表

爲難耐，有時自初期即爲潛行性而發者。

(診斷) 膿尿僅於腎盂炎腎盂腎臟炎得之，大腸菌時，膀胱加答兒症狀不激烈之故，易誤診斷，因淋菌者，與後部尿道炎急性攝護腺炎相似，然皆須用膀胱鏡檢查也，潰瘍性膀胱加答兒，皆常爲結核性，終期性血尿，乃爲定型也，大腸菌加答兒與糖尿病合併時，則生氣體(氣尿症)。

(療法) 安靜，無刺戟性食物，內服「烏瓦烏路西」葉煎「沙洛路」(一日一瓦三—四回分服)即可，禁飲酒，寒冷之物及尿酸水，經過一—二週，待急性症狀輕快，則可洗滌膀胱，洗藥以溫二%硼酸水，青酸化水銀(五千倍)過滿俺酸加里(三—四千倍)等，注入一〇〇—一五〇瓦，反復洗之，至排出液透明爲止，可視爲有效者，乃硝酸銀水療法，先用一千倍後六百倍三百倍等，以注入後有灼熱感爲標準，增其濃度，於第三日注入百—百五十瓦，二三分後使之排尿，結核性時，由剔出結核性腎臟，輕微之膀胱

加答兒雖有治癒者，然漸次擴延，諸種療法之效果亦少，鹽化亞鉛液之滴入，洛維今古氏石炭酸療法，(洗膀胱之後，溫五—六%石炭酸水至三十八度，注入五〇立方仙米，二分鐘之後，使之流出，再注入新液，反復行之，至透明爲止，隔二日行一次，但以甚痛之故，常先須注入「叩卡音」腦泡卡音者有之，或用手術切開膀胱(恥骨上部切開，即高位切開)用「期由雷透」搔爬，或用白金烙鐵，電氣燒灼，器或以十%硝酸銀水腐蝕之，或插入滯溜消息子，以防尿停溜而安靜膀胱亦可。

▲膀胱結石 Blasenstein

(原因) 多爲腎臟結石下降止於膀胱，而尿中之結晶性成分沉著附加於其上，遂至難通過尿道，然自膀胱內發生者，亦甚多也，主要原因爲「安母尼亞」性膀胱加答兒，即膿球，表皮細胞，纖維素，爲有機性結合分子，惟三層磷酸鹽，爲結石成分，亦有異物爲結石之核而形成者，素因遺傳及地理關係等，與

▲膀胱結石 ▲膀胱異物

一七〇

腎臟結石同。一般男子多。乃以尿道細長。或攝護腺肥大。尿道狹窄甚多。故尿易停溜也。續發於腎臟結石者。多爲男人。原發性者。多爲老人。

(解剖) 化學成分。與腎臟結石同。然以「安母尼亞」性膀胱加答兒甚多之故。而多由三層磷酸鹽成之也。形有種種。小者。則以結晶之原形爲標準。大者。則爲介在類似其周圍之形。數個存在時。則其接觸面可互相磨滅。

(症候) (一) 小時。排尿時。陷入尿道口之故。則突然尿線細。或爲點滴狀。同時有甚烈之尿意逼迫感。與龜頭爲放射痛。如患者微變位置時。則或有機會。障碍消失。復得排尿。爲特有。其時尿常爲血性。或有時壅塞於後部尿道。(二) 結石大者。爲能動性時。則痛床音頻數。及血尿。常運動時著。即安靜時復消失。(三) 極大者。或數多者。充塞膀胱時。插及尿意頻數。爲常在性。即安靜時亦激烈。(四) 小兒於發作時。以俯臥。抑陰部爲固。有男子。則引延陰莖包皮有腫

脹者。(五) 尿意頻數。同時裏急後重之故。有脫肛者。(診斷) 診斷確實。有明瞭證明結石者。即用雙合診。插入消息子。(透木在孫氏結石消息子) 膀胱鏡檢查。X光線等。

(療法) 預防法。腎臟結石小者。用飲水療法。或治膀胱加答兒。攝護腺肥大。尿道狹窄等病。小結石。以必哥埃洛烏氏吸出器。有得吸出者。大者。由碎石術。及切開膀胱。剔出始可也。

膀胱切開法 (一) 會陰切開法。自陰囊後方附著部。沿會陰縫線。至肛門近處。切開之。達尿道之膜樣部。以鈍器擴大攝護腺部。達於膀胱。以指或結石鉗子。或插入石匙。剔出結石。大者。須要碎石器。(二) 恥骨上部。或高位切開。與結核時同。(三) 女子。則行腔膀胱切開。或擴大尿道。直接達於結石。而剔出之。

▲膀胱異物 Fremdkörper

(原因) 雖有以銚丸存在者。然最多者。乃(一)外科錯誤之異物。若絹絲器械。或其破片。(舊柔軟

之消息子) (二) 手淫所用之物品 女子爲多, 若牛角髮簪, 編織針, 及簪等, 男子則爲鋼筆桿, 鉛筆等 (症候) 關於異物之形狀, 及清潔之程度, 尖形傷壁時, 有血尿及有痛性尿意頻數, 穿孔時則得膀胱周圍蜂窩織炎, 腹膜炎, 普通「安母尼亞」性膀胱加答兒時, 則異物之周圍將來可沉着磷酸鹽, 甚速, 圓滑柔軟之異物, 不現症候, 爲結石之原因。

(療法) 小者, 得以粉碎者, 則可以必哥埃洛烏氏吸引消息子吸出之, 長形柔軟者, 可挾出之, 硬者, 以叩林氏整復器剔出之, 或切開膀胱 (會陰或高位切開) 一般婦人擴張尿道, 得以鑷子或鉗子剔出。

▲膀胱腫瘍 *Blasen Geschwulste*

(一) 表皮性腫瘍 (甲) 有莖性腫瘍 (乳嘴腫瘍) 爲絨毛樣, 乳嘴樣, 或息肉樣腫瘍, 或有發癌腫性轉移者, 有以爲惡性腫瘍者, 常爲多發性 (乙) 浸潤性表皮腫瘍 爲正規之癌腫, 爲瀰漫性小結節性及大腫瘍而突立, 或所謂腦狀癌 (丙) 囊腫性表皮腫

▲膀胱異物 ▲膀胱腫瘍

瘍, 小, 爲多發性, 內容爲透明之粘液, (二) 結締組織性腫瘍 爲纖維腫, 脈管腫, 粘液腫, 肉腫, 其中肉腫稍多。

(三) 筋組織性腫瘍 甚少, 除筋腫, 纖維筋腫外, 尚有肌肉腫及筋癌腫者。

(症候) 常無特別之原因, 而有激烈之血尿, 患者甚爲驚恐, 然可突然停止, 尿復透明爲固, 有浸潤性腫瘍時, 尿頻數, 或由括約筋浸潤而失禁, 此外血尿雖不激烈, 然有血, 繼續甚久, 有發高度之貧血者, 息肉狀腫瘍之端, 詳入於尿道時, 有發甚烈之尿意頻數, 及尿道出血者, 不愉快之合併症, 爲膀胱加答兒, 存在帶菌物質時, 則不能治愈也, 「安母尼亞」性加答兒時, 則三層磷酸鹽, 沉著於腫瘍甚速, 往往發生爲小結石。

(診斷) 血尿爲唯一之症候時, 則插入「布吉」觸腫瘍面時, 如出鮮血, 則可略知矣, 膀胱出血之病, 乃膀胱結石, 潰瘍 (結核性) 攝護腺肥大, 靜脈瘤破裂。

▲攝護腺炎

一七二

等是也。或常排出絨毛狀物體，及腫瘍片，病症最後

之診斷，乃爲膀胱鏡檢查，且由此可定手術適應症。

(療法) (一) 雖視爲良性，然常後時變爲惡性，故

不失時機以手術剔出，乃最良之法也。限局者，自恥

骨上部橫切開，並切開膀胱，剔出腫瘍。(二) 有莖腫

瘍時，則連其周圍之粘膜，或壁之全體皆切除之。

(三) 多發性侵全膀胱壁時，或輸尿管開口部有浸

潤性腫瘍尚未轉移時，則全剔出膀胱，及移植輸尿

管於直腸，或造腰部輸尿管瘻。(四) 不能行根本手

術時，可切除腫瘍之部分，及白金烙鐵燒灼，以防大

出血。(高位切開，或尼其埃氏手術用膀胱鏡)

▲攝護腺炎 Entzündungen der

Prostata. Prostatitis

△一 單純性攝護腺炎

(原因) 通常化膿菌，於尿道狹窄，後部尿道炎，膀

胱加答兒，腎盂炎，或抽器械於尿道內等時，多直接

侵入而發病，亦有轉移而得者，或於膿毒症，傷寒，肺

炎，蟲樣突起炎等時，有成膿瘍者。

(症候) 以惡寒戰慄發高熱，膀胱頸部之激痛可

放射於陰莖，會陰，薦骨部等處，及尿意頻數，排尿障

碍，爲點滴狀，或尿閉，以痛及括約筋痙攣之故，排便

亦困難，汎發性化膿性炎時，攝護腺緊滿腫脹，有甚

烈之痛，化爲膿瘍時，可証以波動，通常壓迫時，則可

自尿道排膿，小膿瘍，則破於尿道，大者，破於直腸，或

有破裂於兩處者，膿瘍破包莖，擴延於周圍時，上則

迫於腹膜，下則擴延於坐骨腸骨窩，破於會陰，下垂

於大腿，小有破於膀胱者，攝護腺組織大部分破壞

時，可引起生殖性及神經性異常。(陰萎，席泡昆蠟

里)

(診斷) 詳加注意檢查時，則不難，雖有與膀胱加

答兒，腎盂炎相誤者，此乃未檢查直腸故也。

(預後) 易得膿毒症之故，預後不良也。膿瘍破於

直腸者，易治癒，破於尿道者，難治也。

(療法) 急性時用對症療法，以熱水。(四) 一五

(○度) 灌直腸內全尿閉時於恥骨上部穿刺膀胱。急性症狀消退後須十分注意按摩攝護腺使膿排於尿道膨隆於直腸之膿瘍則自直腸穿刺之或切開直腸之不充分隆起之多發性膿瘍時則切開直腸與尿道之間以排膿慢性攝護腺炎與淋疾性者同樣處置之即可。

△二 淋疾性攝護腺炎 (參考花柳病科)

△三 結核性攝護腺炎

(原因) 多為壯年時得之乃泌尿生殖器中最易侵犯臟器之一也原發性者少多為續發性有自精液者有自副睪丸結核者或有自泌尿器官結核而得者然較少也。

(症候) 限局於攝護腺之時無特別之症候自直腸觸診有得証明結節樣浸潤者侵及尿道至成潰瘍狹窄時則發有痛性尿頻數尿中有血液及膿或自尿道孔流出或攝護腺包囊破後至成結核性瘻孔時則為定型之症候也。

▲攝護腺肥大

(預後) 不良惟病之進行時極為不良也。
(療法) 於初期由除去原發病灶得防其增重然增進時須行手術也即切開直腸前部為弦狀違攝護腺後則由其狀態或搔爬及燒灼之或剔出腺之一部分。

▲攝護腺肥大 Prostatalhypertrophie

(原因) 不明於老人為固有乃徐徐進行腺之部分增大或瀰漫性增大者也然非僅老人得之也。
(病理解剖) (一) 瀰漫性平等性肥大 球狀平滑而柔軟 (二) 瀰漫性非平等性肥大 全體雖增大然部分之肥大不等故表面凹凸不平也 (三) 部分肥大 腺增大乃因腺之常存部分之實質及間質增生也實質之增生者軟間質結締組織為主時則硬膀胱以戰勝排尿障礙之故則肥厚然障礙大時或長久時或衰弱患者等時則萎縮弛緩甚速也。
(症候) 常不現症候而經過否則(第一期)即膀胱尚能戰勝排尿障礙之時期則尿頻數尿線弱徐

徐排出，至全排出後所需之時間甚長，但膀胱尙得空虛（第二期）即部分之尿滯溜時期也。膀胱之力始衰弱不能排出全部之尿，其殘尿之量亦漸次增大，故排尿後以消息子取其殘尿，由其殘量，即可想像病之程度矣。如尿頻數之度增加時，由不攝生，僅飲多量之酒，有發急性尿閉者，但普通尿停滯，漸次增大，由尿中毒症發現諸種神經衰弱症樣之症候，體力衰弱，遂至（第三期）慢性尿閉，即為奇性尿失禁之狀態。此時膀胱不全萎縮，乃以障得力甚大故也。其他有夜間多尿症，故一日尿量，有至八—九立突者，有時且現血尿。

（經過）及（合併症） 極為慢性，至須用消息子排尿時，乃有合併症也。最痛苦者，乃化膿性膀胱加苔兒也。得化膿性腎臟炎，或尿毒症，或起尿道炎及急性副腎丸炎，或往往發生膀胱結石。

（診斷） 老人有排尿障礙時，先須慮為本病也。可鑑別者，乃膀胱結石，及尿道狹窄也。結石時之排尿

障礙，於運動時著明，攝護腺肥大時，雖安靜時亦著明，狹窄為淋疾性者，在尿道球部，即在攝護腺部之前方者也。

（預後） 發生尿滯溜者不良，有合併症者，危險也。（療法） 先須設對尿滯溜之療法，即每日以消息子取出殘尿，膀胱壁之筋力尙在時，則以手術（一）行間接攝護腺萎縮法，即切除輸精管（剔出睪丸，有發精神障得之害，故不用）但非軟性實質肥大時，則無效也。（二）即時切開恥骨上部，或會陰部，達攝護腺，切除可為排尿障得原因之部分，或全剔出，腺亦可。後法，近時贊成者雖多，然衰弱者，則危險也。膀胱全麻痺時，則用柔軟消息子排尿，或在恥骨上部作膀胱瘻，患者甚衰弱時，亦可行此法。

▲攝護腺腫瘍 *Geschwulste der Prostata*

良性腫瘍，若纖維腫，纖維筋腫等，雖有得之者，然外科之意義少也。惡性腫瘍亦非多，比較多得者，乃為原發性之癌腫也。亦有自直腸及膀胱癌連續而得

者肉腫甚少也。初期與攝護腺肥大難以鑑別。屆腫時，括約筋浸潤較速之故，發現奇性失禁亦早也。

(療法) 初期得以診斷時，則全剔出之。如已不能行手術時，則對失禁用對症之膀胱瘻造設法。

▲尿道畸形 *Mißbildungen der Harnrohre*

一、尿道全閉塞及缺無 二、先天性狹窄

三、尿道之憩室樣擴張 四、尿道破裂

(甲)尿道下裂 男子多分三型(一)龜頭部尿道

下裂 尿道之口，乃在普通開孔部之下方(二)陰

莖部下裂 尿道外口，尚在後方，有在陰莖與陰囊

之移行部者(陰莖陰囊部下裂)(三)會陰部下裂

陰囊自中央分裂，尿道外口在會陰部，此時如合併

潛伏辜丸時，則甚類似半陰陽。

(療法) (一)輕者，自周圍分離尿道於適當之長

以「透洛阿卡路」穿刺龜頭，使其孔道通分離之

尿道，復縫合龜頭之皮膚與粘膜(卡路·倍苦氏法)

(二)重者，就不雷氏尿道整形術(第一次手術)剔

▲尿道畸形 ▲尿道外傷

出瘻痕組織，直其屈曲部(第二次)於龜頭之尿道溝，切開二條縱行之平行線，縫側緣之創，而於「布吉」之周圍，作龜頭部之尿道(第三次)於陰莖柄部尿道溝之兩側，向同方向，作直角之皮膚瓣翻轉一瓣，使表皮向內側，創面向外側，以他瓣覆其創面，作陰莖柄部之尿道。

(乙)尿道上裂 普通合併先天性膀胱脫出及恥

骨縫合部離開，故障碍大，手術之效果亦不良，上裂

限局於陰莖時，就不雷氏整形術之效果佳良也。

▲尿道外傷 *Traumatische Verletzungen der Urethra*

甲 直接創傷

(原因)(一)銃創(二)切創 二者皆少也。

乙 挫傷 (一)第一度挫傷 即所謂間質破裂。

海綿樣體中出血，粘膜固有膜無連續缺損，會陰部

受外傷，球部得之柄部為勃起狀態，陰莖發折傷。

(症候) 海綿樣部腫，勃起痛，血腫發生尿道狹窄。

之故，有排尿障礙。

(療法) 用水囊防出血勃起，內服臭素加里。

(二) 第二度挫傷 僅爲尿道粘膜，或限局性海綿體已傷時，多爲醫師或故意插器械於尿道而得也。
(症候) 尿道出血，排尿時痛，或往往有尿道性發熱，即突然以惡寒戰慄而發高熱，乃尿道創面化膿之証也，次日即排出膿尿。

(療法) 他之泌尿道健全時，可與多量液體及一

沙洛路，「膀胱加答兒，腎孟炎等時，可插入滯溜消

息子，至發生肉芽組織止，以防尿道創面與尿接觸。

(三) 第三度挫傷 (原因) 乃會陰部之外傷，大

部分爲乘馬狀墜落，尿道壓迫於恥骨下方而破裂。

(病理解剖) 尿道壁全層破裂時，皆常發橫破裂。

(一部或全部) 定型之位置，乃尿道以泌尿生殖器

隔膜固定之部分，即球部及膜樣部也，部分之破裂

時，皆常在尿道之後壁，全破裂時，尿道收縮，雖見斷端，受外傷部會陰部之皮膚，多無創傷，局所有尿浸

潤時，瞬時之後，則現化膿性蜂窩織炎之像，有時合併骨盤骨折，此時則膜樣部之尿道，亦全破裂也。

(症候) 先會陰部感激痛，漸呈震盪症之狀態，著

明者，乃尿道出血也，因凝血而塞尿道，可發尿滯溜。

其結果膀胱尿道之中央部及會陰部皆膨隆，若此

膀胱之緊張達一定度時，則尿之一部分或大部

分，入於周圍之組織中，漸次擴大，其方向由破裂處

在於泌尿生殖器隔膜之前方或後方而不同，即球

部破裂時，則爲會陰、陰囊、陰莖、鼠蹊部之皮下，膜樣

部破裂時，先擴張於骨盤深部，外觀不著明，漸及膀

胱之周圍，已入危險之狀態，此時症狀，爲下腹部滿

漫性之抵抗，恥骨上部沿普伯路透氏韌帶，皮膚浮

及僅輕微之發赤，尿浸潤易化膿，此時則浸潤組織

急陷於壞死，以分泌多量之毒素，及吸收而之廣大

於最短短時間，即可現危險之狀態。

(診斷) 以前之症候，容易診斷，確實時，則插入消

息子，至血腫時，則流出血液，而不排尿，但插入消息

子有發生化膿之害。

(預後) 與不失時機行外科療法否甚有關係。尿浸潤化膿時則危險也。

(療法) 新外傷時則即時穿刺膀胱以防尿浸潤。後送入病院以行手術。即切開會陰以去血腫。尋得尿道之斷端。插入消息子。行尿道縫合法。如難見斷端時。有必須切開膀胱。插入消息子者。

▲尿道狹窄 *Stricture urethrae*

除尿道之一時性狹窄。(痙攣性、炎症性、壅塞性、壓迫性)或先天性畸形外。

(一)外傷性狹窄 主為橫破裂之結果。而生癥痕性狹窄也。硬且為限局性。

(二)炎症性狹窄 (甲)淋疾性狹窄 為最多之種類。乃以尿道壁浸潤淋毒。炎症產物之機化。及由纖維性收縮而得。故有限局於粘膜者。有達粘膜下結締織或海綿樣體者。程度形狀。亦有種種。不似前者之銳形而限局。成輪狀者亦少。普通前壁無之。

▲尿道狹窄

或輕微。多為一處。在於球部。亦有多發性者。狹窄部之後方。尿道擴張。以尿滯溜之故。易得化膿性炎症。合併症。乃易侵害開口於後部尿道諸腺也。(乙)單純。炎症性狹窄 膀胱麻痺或攝護腺肥大之患者。每日數回。插入消息子。結果。可得汎發性化膿性尿道。加苔兒。將來此瀰漫性浸潤收縮。有起廣大之狹窄者。(丙)結核性狹窄 普通在尿道之攝護腺部。攝護腺結核。延及尿道。作成潰瘍之結果。而狹窄也。(三)腐蝕性狹窄 由注入腐蝕液而得。普通為多發性且堅硬。

(症候) 排尿時。尿線變形。(分裂或扁平或為螺旋狀)方向之異常。及排尿線力弱。甚至為點滴狀。終至發生尿閉。狹窄著明時。於排尿時。有痛及尿頻數。後部尿道炎。復突然再發。有得一時性排尿痛。尿頻數及發熱者。有時自尿道口。惟於清晨。有排出少量之膿汁者。外傷性者。除化膿時。尿皆透明也。排尿障礙增大時。則膀胱壁肥厚。惟於老人。發生萎縮。可

▲尿道狹窄

一七八

得尿閉，由狹窄症狀發生之速度及性質，而有種種之狹窄，一般外傷性或腐蝕性狹窄，數月之內，已呈高度之狹窄症狀，然淋毒性者，為潛行性徐徐發生，有二十乃至三十年後著明者。

(合併症) 尿滯溜易侵入化膿菌，於化膿性膀胱加蒼兒腎盂腎臟炎，及尿道周圍炎續發之尿浸潤，與尿瘻附屬腺之急炎症，惟尿道柄部之尿浸潤，於排尿時膨滿為固有也。

(診斷) 由既往症(淋疾外傷)器械診察(期由要恩氏「布吉」)可診狹窄數、形狀及強度，可鑑別者，乃攝護腺肥大，尿道異物，或腫瘍是也。

(預後) 在未發困難合併症之前，必須治療，得腎盂腎臟炎尿浸潤時，不良，其治療成績，多發性或瀰漫性者不良。

(療法) (一)無血擴張 (甲)一時性漸進之擴張，有徐徐漸進之擴張法，及急進法之二者，前者乃插入得通過之最大「布吉」，放置十分間，以壓迫癥

痕組織而促其吸收，每日漸次插入稍粗之「布吉」，至夏里埃路氏第二十二號不難通過時，則漸次延長其間隔之時間，於一週或一個月後行之，急進之擴張法，乃插入「布吉」置二分間，復插入粗者之法，而希望一時擴大者也，以危險之故，全不應用(乙)連續性漸進之擴張，得通過之最大「布吉」，插入終日而置之，漸換粗者，此法必須常臥，然狹窄甚重，將得尿閉時，可插入微細「布吉」時用之，有適當者，(二)狹窄組織之化學破壞，有用硝酸銀液或苛性加里液者，後時可為強度再發之原因，或有用電氣分解法者，然亦無何效果也。

(三)尿道切開 (甲)內部尿道切開，以尿道切開刀(眉孫牛由路，期由要恩氏)自尿道內部切狹窄組織，後亦有須繼續行器械擴張者，有時得難止之出血，或自創部侵入化膿菌者，有之(乙)外部尿道切開，自外部切開狹窄部之尿道，插入消息子，置二—三日除去之，繼續插入粗「布吉」，即得治

癒毫無危險。

(四)尿道切除。乃切除有狹窄組織尿道之一部，先縫其斷端於插入消息子之周圍，待二週間後，縫合部癒著後，再去消息子即可。

▲陰莖畸形 *Mischbildungen des Penis*

先天性包莖。包皮之外口異常狹小之故，不能翻

轉至龜頭溝部，或生排尿障礙，有為兩側性腎臟水

腫之原因者，或得龜頭包皮內葉之炎症、陰萎等，強

力翻轉包皮時，則得所謂嵌頓包莖。

(療法) 輕者用無血擴張法，重者用手術療法，即

包皮肥大性時，則環狀切除之，包皮不大時，於背面

沿正中線切開包皮，至龜頭溝止而縫合之，或外葉

與內葉成角度切開，各自角之頂點相對縫合之，縫

合部比較可不化膿而治癒。

▲陰莖之外傷 *Traumatische Läsion des Penis*

△一、海綿樣體之皮下裂傷(陰莖屈折)於勃起

▲陰莖畸形 ▲陰莖之外傷 ▲陰莖腫瘍

狀態時，與強抵抗物衝突而得，裂傷大者，適當療法

遲緩時，則形成深癍痕，末稍部不勃起，或至彎曲，有

後時，必須切除癍痕組織者，尿道同時受傷時，則得

尿浸潤，故須插入滯溜消息子。

△二、挫傷 挾於門扉之中，或有以縛絲之故而

得者，此時以絲縛之故，末稍部腫脹脫落時，則甚困

難也，有時或速陷於壞死。

△三、創傷 偶然或精神病者，或信仰上而得者

有之，主要療法為止血，以「阿豆雷那林」為有效，其

他由創傷之程度而插入滯溜消息子，有必須縫合

其周圍者，切斷陰莖時，則縫合尿道粘膜與皮膚。

△四、所謂陰莖脫臼 寓著於龜頭部之皮膚全

切斷時得之也，陰莖收縮，有隱於陰囊之下者，須牽

出後再縫合之。

▲陰莖腫瘍 *Geschwülste des Penis*

△甲、良性腫瘍 (1)粉瘤 為多發性，多且小，

(2)血管腫 多為海綿樣性血管腫，分娩時小，漸

一七九

▲陰莖腫瘍 ▲陰囊及辜丸之畸形

次增大，故須速為剔出或破壞之也。且有生靜脈瘤、淋巴管腫者。(三)乳嘴腫。即所謂尖形舐肌腫也。關係花柳病，以為與濕潤之故而易發生云。以剪去腐蝕。(硝酸銀雷造路秦)等可治癒。(四)皮角。(五)有自海綿樣體發生纖維腫者。

△乙 惡性腫瘍 較多，主為癌腫，且老人多。以包莖為素因者多也。可分三型。(一)乳嘴性翻花瘡腫瘍。(二)癌腫性潰瘍。(三)浸潤性硬性癌。肉腫少。

(診斷) 初期常困難。乳嘴腫作舐肌腫與潰者，可誤為單純性炎症性潰瘍。惟於包莖常忽略之。硬性癌，有與硬性下疳相誤者。

(療法) 切斷陰莖，病進行時，則切除陰莖。此時尿道口可附著於陰囊之下方。

▲陰囊及辜丸之畸形 *Missbildungen des Skrotums und des Hodens*

- (一) 陰囊破裂。類似女子外生殖器，若大陰唇然。
- (二) 辜丸停留。停留者甚多，在下腹部者，曰腹部

停留，在鼠蹊管內者，曰鼠蹊部停留。(鼠蹊辜丸)一側時，則曰單側性潛伏辜丸，兩側時，則曰潛伏辜丸。常與脫腸合併而得，原因無定說。

(症候) 以平常位置無辜丸之觀念，往往發精神症狀。辜丸停留於鼠蹊管時，易受外力，因內出血而腫脹，故恰與嵌頓脫腸之狀態類似。除激痛外，且有嘔吐、鼓腸及全身障礙。其後辜丸萎縮，兩側性時，則得陰萎。潛伏辜丸，得傳染性病時，以接觸腹膜，有現甚危險之症狀者。自潛伏辜丸發生腫瘍者較多也。

(療法) 須急速治療。鼠蹊辜丸，以按摩而漸次降至陰囊，以脫腸帶壓迫鼠蹊管即可。然效果不定也。行辜丸固定法，即由巴西尼氏脫腸手術，閉鼠蹊管，分離辜丸，降至陰囊，牽引辜丸至陰囊底部陰囊隔膜或大腿而固定之。

- (一) 股部轉位。通股管而轉位於大腿。
 - (二) 會陰部轉位。由鼠蹊管轉位於會陰部。
- (療法) 以手術恢復於常位置而固定之。

▲陰囊炎症 (Inflammation of the Scrotum)

為常見之病，可分為表在性、淋巴管炎性及侵入深部之壞疽性炎症等。此陰囊間溝，至會陰部等處，為最不適之處，故易得糜爛、濕疹、瘙癢等。起淋巴管炎前，搽大易得丹毒，且易擴延，並反復再發得慢性淋巴管炎，其結果可致皮膚浮腫、漫潤、肥大，即為陰囊象皮病也。侵入深部之化膿性炎症，自翠丸或副翠丸或自尿道（尿管、澗）擴延而至，或有自陰囊侵蝕性潰瘍之進行而得者。

（療法） 須保清潔，諸種炎症與他部分相同，對象

皮膚於初期切除變質部分，可得治癒。然進行時期，治療之效亦不著明。化膿性炎症，可廣大切開，以防陷於壞疽。侵蝕性潰瘍，可行燒灼法。

▲陰囊水腫 (Hydrocele)

（原因及病理解剖） 一、急性陰囊水腫 於翠丸副翠丸之急性炎症時得之（症候性陰囊水腫）通常可以為炎症性水腫，或炎症至固，有莢膜時得

▲陰囊炎症 ▲陰囊水腫

之，僅得炎症性水腫時，雖為無痛性，然得莢膜炎時，則壓痛甚劇。皮膚紅腫，急性者，雖有與翠丸副翠丸之炎症同時消退，然亦有多為慢性狀態者。二、慢性陰囊水腫 乃最多之種類，初時主以潛在性而形成，難証明其原因之關係，多以從前經過不注意之外傷為原因。本病可分二型：（甲）先天性或連通性陰囊水腫，水腫囊自莢膜精狀突起而形成，故與腹腔相交通，但有時此通路極微細，或以澀狀物而隔離者有之。（乙）後天性陰囊水腫，水腫囊限

局而在陰囊之內。（症候） 先天性陰囊水腫，雖無甚大者，然以妨害莢膜突起顯著之故，可為脫腸之原因。後天性水腫，有不斷增大之傾向，除重量之苦痛外，翠丸萎縮，甚至陰莖亦為其壁之一部，故排尿及生殖機能發生障礙。局部皮膚緊張平滑，波動著明，形或周圍界限。判明之腫瘍，得証明透光。翠丸雖在後方，然常難觸。知內容液多透明無色，或帶黃綠色，多無有形成分。

▲精系水腫 ▲精系靜脈瘤

一八二

(診斷) 有透光性，爲卵形，或梨子形，限局之囊腫，樣腫瘍，得與脫腸鑑別，有時水腫囊生纖維性肥厚，有不能証明透光性者。

(療法) (甲)合併於先天性水腫之脫腸，無須手術療法時，則以脫腸帶壓鼠蹊管，以速莢膜突起之癒著，有得良好之結果者。(乙)對限局性水腫(一)以穿刺除內容液，注入路麟路氏液，三—五%石炭酸，然結果不良，每易再發。夫歐路苦赫氏手術

縱切開腫瘍之凸面，達莢膜切開之，與皮膚之切口等大，排出內容液，縫合莢膜與皮膚，插入紗布於創面，以待肉芽治癒，故須長久之時日。

仲路古滿氏手術 如前法切開皮膚，於切開水腫囊之前，十分白皮膚剝離，開囊除去內容液後，剝離近於墨丸翻轉部之莢膜，切除之，縫合皮膚，可得第一期癒合，烏香可埃路滿氏手術 切開水腫囊三—四仙米，流出內容液後，自切開孔取出墨丸，就已翻轉之莢膜，縫合一二次，固定精系結締織，再縫合皮膚，則莢膜

之漿液膜面可直接面於皮下組織，可以癒著。

▲精系水腫 Hydrocele funiculi spermatici

與陰囊水腫同樣之變化，限局於莢膜鞘狀突起而得也，對腹腔及墨丸全獨立時，則形成長圓形波動著明之腫瘍，沿精系達鼠蹊管外口，有時以狹小之管經鼠蹊管有連續於腹腔內者，則成連通性精系水腫，或囊爲砂表狀，成所謂二房性精系水腫，至甚大之形者少也，有時與限局性陰囊水腫合併，或與脫腸合併，成種種之關係而存在，故構造複雜，而診斷亦困難者有之也。

(療法) 易剔出水腫囊而得以根治也。

▲精系靜脈瘤 Varikozela

(原因) 乃精系靜脈叢之異常擴大，多於春機發動期得之，大部分爲左側，恐爲左側精系靜脈垂直，開口於左側腎靜脈，故血液流通困難也，在於右側時，普通爲兩側性也。

(症候) 左側陰囊半部下垂甚低，可通皮膚得見

擴大彎曲之靜脈瘤，且易觸知，橫臥位時，則不著明，或有全消失者，自覺症候，以重感為主，常起立之職業者多，靜脈系薄弱，亦為其素因，故多合併痔核及下腿靜脈瘤也，有至著明之大者，甚重時，睪丸萎縮，否則放散於下腹部及大腿部之一種痛，亦甚激烈，（療法）切除靜脈瘤或結紮之，不能行手術時，用懸垂法，同時整理便通。

▲睪丸及副睪丸之炎症 Entzündungen des Testis und der Epididymis

△一 急性炎症

（原因）分三型（一）外傷性睪丸炎及副睪丸炎，由直接外力而得，進入副睪丸之尾部為多，已經過或將經過之淋病為其素因，（二）尿管系性炎症，此中纏發於尿道淋之副睪丸炎為最多，於尿道粘膜之微傷後易得，往往以運動淋病不適當之器械，或注入療法等，可以誘發，有時不能証明直接之原因關係者，（三）轉移性炎症，睪丸多得，副睪丸則

少也，於流行性耳下腺炎，傷寒，多發性關節風痺，流行性感胃，肺炎，急性骨髓炎，瘡疾，天然痘等時得之，（症候）主要者為淋毒性副睪丸炎也，起時突發劇痛，沿精系放散於下腹及薦骨而發熱，副睪丸為瀰漫性浸潤，壓痛甚烈，數日之後，則化為硬殼狀之腫瘍，包圍常態之睪丸，精系亦往往腫脹而有壓痛，經過八—十日後，腫瘍消失，遺留硬固浸潤，淋毒性副睪丸炎，多限局於副睪丸，不作膿瘍，然他之急性炎症，常同時侵害睪丸，可得化膿性睪丸炎，急性睪丸炎時，初得時突然痛腫，陰囊有浮腫及壓痛，耳下腺炎，瘡疾，或尿管系性輕度之睪丸炎，由適當之療法，可不化膿而經過，傷寒，膿毒症性睪丸炎，或尿管系性之強度炎症，普通可為膿瘍，穿孔於皮膚，或化膿作用瀰漫性擴延，不成限局性膿瘍，（療法）靜臥，懸垂固定陰囊，用溫濕布，或貼水囊，有溫冷兩法互用為有效者，其他可併行塗布沃度，或塗擦水銀軟膏，壓迫療法，乃以絆創膏以屋瓦

▲精系靜脈瘤 ▲睪丸及副睪丸之炎症

形包睪丸及副睪丸其他則用必魯氏鬱血療法。形成膿瘍時則切開之及行誘導繃帶如此法無效或於瀰漫性壞疽性睪丸炎時則行睪丸剝出術。

△二 慢性單純性炎症

多由急性炎症而得除形成滲出液外且有結締組織增殖有收縮後副睪丸荒廢而成囊腫者或於經過中作成膿瘍有時往往漸次破潰而成瘻孔。

(療法) 切開膿瘍切除瘻孔多發性膿瘍時則剔出之其他則行對症療法。

▲副睪丸結核 *Epididymitis tuberculosa*

(原因) 二十一—五十歲之壯年時多得之恐由他臟器之結核性病灶轉移性而得也亦有由泌尿管結核之直接侵入者多外貌健康者得之也常同時合併骨或泌尿管及攝護腺結核後之何者為原發性者多不明也。

(病理解剖) 皆常自副睪丸而起生潛行性之結節漸次增殖結節多形成膿瘍而自潰作慢性之瘻

孔亦有破於睪丸時撒布粟粒結核於實質內擴延於輸精管時則其壁浸潤而可狹窄管腔。

(症候) 常無症狀有偶然發見副睪丸之結節形或者結節硬固先存於尾部或頭部其增大較速瀰漫性且有壓痛多成膿瘍而自潰作瘻孔或同時輸精管亦生結節腫脹存在時間甚長者亦可侵害他側之副睪丸。

(診斷) 於初期可與淋毒性副睪丸炎後之硬結相誤如成膿瘍或瘻孔時則甚明瞭矣亦有瀰漫性侵害睪丸時則診斷困難矣。

(預後) 關係本病限局於睪丸否或他臟器有無結核甚為重要也泌尿器結核同時存在時不良也。(療法) 限局於副睪丸時即切除之同時侵害睪丸時亦剔出之兩側性時預防諸種神經性合併症之故務必極力保存睪丸為要也。

▲睪丸梅毒 *Tularemia*
與結核不同常先侵害睪丸延及副睪丸者少也可

分二型、(一)瀰漫性。以纖維性收縮可發臟器萎縮。(二)。有至拳大者。橡皮腫性浸潤。可漸次破固有膜而及於皮膚。終為不規則之潰瘍。有以為結核性或肉腫性潰瘍者。

(診斷) 青年者則自先天性梅毒。老年者則後天性得之。故增大甚速。易與肉腫或癌腫相誤也。可試行瓦塞路滿氏反應及驅梅毒療法。亦有侵及副睪丸。誤診為結核者。

(療法) 速行驅梅毒療法。如睪丸甚為破壞或作膿瘍瘻孔時。則併用搔爬壞疽性部位與驅梅毒療法。如甚重時。則行睪丸剝出術。

▲睪丸腫瘍 (Testicular Tumors)

△甲 良性腫瘍 (一) 囊腫 最多。普通為精液腫。壅塞細精管因內容滯溜擴張。或由毛路生尼氏小水胞之擴大而得。多在睪丸與副睪丸頭部之間。有時為多胞性。表面平滑緊滿。胡桃大者少也。內容

▲睪丸梅毒 ▲睪丸腫瘍

液透明或為乳狀。特別大形者。有發緊張感及痛者。或有時出血。灶為囊腫而殘留者。

(二) 脂肪腫 普通由精系而生。此時甚大也。

(三) 筋腫 多為混合腫瘍。

(四) 纖維腫、粘液腫、軟骨腫、骨腫 亦有得之者。

△乙 惡性腫瘍 (一) 肉腫 易受外傷。故恐與肉腫發生有關係也。睪丸受外傷而腫脹。經過一週不恢復者。則可疑為肉腫之發生也。惟圓形細胞肉腫。較在他處者發生迅速。其他紡錘狀細胞肉腫。纖維肉腫。或黑色肉腫。亦可發生。有成囊腫狀者。轉位之睪丸易發生肉腫也。

(症候) 少。腫瘍及惡液質發生甚速。

(診斷) 須與橡皮腫及結核鑑別。如為囊腫狀或同時發生。症候性陰囊水腫時。可誤為陰囊水腫。但穿液體後。得証明腫瘍也。

▲去勢術▲鎖骨骨折

一八六

烈，不只增大甚速，轉移於淋巴腺亦早，故預後不良。
(療法) 須極力速行全剔出法，雖得根治局所然，因轉移腰部腹部淋巴腺，早晚有發生神經樣痛者。

▲去勢術 Neustration

(適應病) 睪丸及副睪丸之惡性腫瘤及結核，其他著明外傷，或陰莖癌切斷陰莖時，亦有行之者。
(術式) 普通用局所麻醉，精系之麻醉，自精系後

上肢外科

▲鎖骨骨折 Markman Thor. Clavicula

本病乃骨折中最多見者，兒童多得之。

(原因) 多為間接外力，亦有由筋之牽引而得者，直接外力，則甚少也。發生部位，最多者為鎖骨之三分之一部，及外三分之一與中三分之一部之境，其次為外三分之一部。

(症候) 不全骨折，症候不明，完全骨折，多為斜骨

折，多現定型之轉位，即鎖骨中三分之一部骨折，通常由間接外力而得，內折片由胸鎖乳嘴筋而舉於

方，注入麻醉液即可完全達到目的。普通縱切開皮膚，作瘻孔者，或腫瘍與皮膚癒著者，則此部分之皮膚，亦須與睪丸同時切出之，可以左手押出睪丸及被膜，次分開精系之血管為數條而結紮之，剝離附著於輸精管之神經後，務必於上方切斷輸精管。凡陰囊手術後，往往發生大血瘤，故須十分止血為要也。

上方外折片反由上肢之重力及胸筋之牽引，轉位於下方，兩折片互相交叉，向下方作角，成所謂折片乘。鎖骨縮短，常以健側之手支持患側肘部，以防因上肢重力而起之局所痛，頭稍傾向患側，以此可弛緩胸鎖乳嘴筋之緊張，通常上肢內轉且內旋。鎖骨折時，有傷血管神經者，或挫碎骨片，在第一肋骨上時，穿入胸膜內，有傷肺臟者。

(預後) 一般良，兒童約二乃至三週間，大人三乃至四週間，全骨性癒合而治癒，生假關節者甚少也。

亦有生假骨壓迫上膊神經叢及血管，或妨害上肢舉上者有之。

(療法) 折骨端轉位者，先使患者仰臥，牽引肩胛部於外後方，次牽引於上方，同時壓迫骨折部，整復折端後，施固定繃帶，如折片未轉位者，僅用提肘三角繃帶即可矣。繃帶式中，昔時常用者，有魏路氏維路泡及塞雷氏之繃帶式(參考繃帶學)

▲肩胛骨骨折 Fractura scapulae

本病甚少，不過占全骨折一%而已，別爲次之四者。

△一、肩胛骨體骨折 Fractura corpori scapulae

(原因) 因直接外力，同時亦傷軟部，其中最多者爲棘下窩橫骨折或破碎骨折，折片轉位亦多，雖有時骨體全部可得縱骨折，然常爲不全骨折。

(症候) 限局性劇痛，局所腫，有骨折固有之徵候。

(變形異，常運動及呼吸音)

(預後) 良。

(療法) 皮下骨折，折片未轉位者，僅用提肘三角

巾繃帶安靜即可，轉位甚大時，則用骨縫合法，轉位未甚重者，施行三角巾繃帶後，復用卷軸帶固定上肢及肩胛骨於胸廓即可。

△二 肩胛骨頸骨骨折 Fractura colli scapulae

本病別爲1、肩胛骨關節窩骨折，2、肩胛骨解剖頸骨折，3、肩胛骨外科頸骨折之三種。

1、肩胛骨關節窩骨折，多同時發肩胛關節脫臼。

2、肩胛骨解剖頸骨折，單獨而得者少，多可見關節窩及連解剖頸斜骨折，若此骨折，折片向下方轉位。

恰發若上膊骨腋窩脫臼之變形。

3、肩胛骨外科頸骨折，骨折線，普通可見自肩胛截

痕走向關節窩下方之斜骨折，烏喙突起及關節突起自骨體分離，然亦有未傷烏喙突起者，此骨折折片與上膊骨皆轉位於下方，其狀類似上膊骨腋窩脫臼，但與脫臼不同者，乃於腋窩舉高上肢時，雖容易整復，然術者離手時，則即時仍變其形。

(預後) 概佳，良，約四乃至六週間營骨性癒着而

▲上膊骨上端骨折

一八八

治癒，然亦有微發運動障礙者。

(療法) 轉位之斜骨折及外科頸骨折時，先自腋窩壓轉位，折片於上方而整復之，於腋窩內插入大綿塊或楔狀枕子，曲肘關節為直角，用與鎖骨骨折相同繃帶法固定。上肢於胸廓即可，未轉位之關節窩骨折，僅用三角巾繃帶即可。

△三 肩峯突起骨折 *Fractura acromioli*
為肩胛骨折中最多之病。

(症候) 骨折線斜行或橫行於骨端或於基本部，年幼者有往往骨端離開者，然折片轉位多不著明。(預後) 多二乃至四週間營骨性癒合，往往生假性關節，患者上肢有不能舉水平線以上者。
(療法) 插軟性枕子於上膊胸廓之間，以卷軸帶固定上膊於胸廓，可用提肘三角巾繃帶，轉位甚烈時，則行骨縫合。

△四 烏喙突起骨折 *Fractura Terg. Processus coracoideus*
單獨而發者少也。

▲上膊骨上端骨折

上膊骨骨折約占全數骨折之七·三%，有五種，1. 骨頭骨折，2. 解剖頸骨折，3. 骨端綫骨折，4. 結節骨折，5. 外科頸骨折是也。解剖頸及外科頸骨折為其中之最要者，但此等骨折多互相合併而發。

△1. 上膊骨頭骨折 *Fraktur des Caput humeri*
(症候) 單獨骨折，關節內發生溢血，與挫傷臨牀上難以區別也。

△2. 上膊骨解剖頸骨折 *Fraktur des Collum aatomicum humeri*
乃軟骨境界部之後，囊狀韌帶附著最近部之骨折也，骨折綫在關節囊內，然亦有脫出關節囊，延及外科頸部，同時結節部亦折者。

(原因) 此骨折老人常得之，因直接之外力，即身體卒倒時，衝肩胛部，或肩胛部受打撲傷時得之也。(症候) 單獨骨折，下折片為關節囊固定，或兩折片楔合，無著明之轉位，有時下折片由三角筋及大

胸筋牽引於上內方，上折片亦向下方，或迴轉，其軟骨面稍向下方，或有全向外方者。

單獨骨折多無著明徵候，惟於楔合骨折，僅上膊骨稍縮短，肩胛部微爲扁平，患者除有痛外，無咿軋音及異常運動，但關節內溢血甚重時，則肩胛部常著明腫脹也。

(診斷) 本病局所無著明之變化，故難即時確定診斷也，惟於楔合骨折爲然也，僅於局部可聽咿軋音，至證明異常運動及變形時，則始得確診爲骨折也，如不得知時，可稍舉上肢，外轉之後，固定肩胛，壓上膊於上方，此時或可自腋窩觸知骨頭已離斷之上折片，雖迴轉上膊，然不能同時運動，楔合骨折時，須注意檢查有不能離解之形。

(預後) 楔合骨折，治癒之經過最良，關節囊內骨折，骨頭分離者，其榮養途斷絕之故，有骨頭陷於壞死之虞也，然多營骨性癒著，假骨形成過多，關節囊之癥痕萎縮，至發生強直時，則有關節機能之障礙。

(療法) 多以三角巾繃帶固定上肢即可矣。

△3. 上膊骨骨端線骨折 Fracture des

Epiph. ventrale des Humerus

上膊骨上端之軟骨接合線，約十八—二十歲時，亦可存在，圍繞關節面及大小兩結節，即該線自小結節之下方橫繞大結節，次向上方，通解剖頸至關節面之下端，由此斜行而至小結節下之起點，以離解時骨折線可跨關節囊之內外交也。

(原因) 打撲肩胛部，或墜落時衝突而得，或由分娩時，胎兒上膊過度迴轉且伸展而得者，此上膊骨

上端之外傷性骨解離，乃諸骨端離解中最多之症也，其次爲橈骨下端及大腿骨下端之骨端離解也。(症候) 迴轉上膊時，骨頭片不能同時運動，上折片轉移於內方或後方，可明瞭觸知，其變形，由牽引

容易除去，然停止牽引，則即時轉位，妨碍上膊之自動運動，他動運動則容易，本病之特異者，乃可觸知硬骨之咿軋音與軟性之軟骨咿軋音也，且有痛腫。

▲上膊骨上端骨折▲肩胛關節脫臼

一九〇

(預後) 普通雖可營骨性癒合而治癒。然以骨端線部化骨過速。可障礙上膊骨之發育。故遺留短縮者非鮮也。

(療法) 與上膊骨外科頸骨折及解剖頸骨折同。

△4. 上膊骨結節骨折 *Fraktur der*

Tubercula des Humerus

大結節或小結節得單獨骨折者甚少也。

△5. 上膊骨外科頸骨折 *Fraktur des*

Collum chirurgicum humeri

(原因) 銃射打擊或墜落時。衝突於肩胛部之直接外力為多。間接外力時。例墜落時手或肘部衝於地時。則少也。其他於投石及投球時。亦有得之者。然甚少也。(筋之劇動) 老人多。最多者為橫骨折。

(症候) 轉位甚大時。上折片由外轉筋稍牽引於外方。下折片由三角筋。稍舉於上方。由大胸筋闊背筋及大圓筋。可牽引於內方。因此肩胛端平坦。上膊骨屈曲於其下部。且多著明縮短。迴轉上膊時。易証

知異常運動及呻吟音。此時得於腋窩明瞭觸知下折片。上折片不與骨幹同時運動。上膊骨軸向內方。腋窩其他下折片壓迫上膊神經叢時。則發生劇痛。壓迫大血管時。有得上肢壞疽者。

(診斷) 轉位甚大時。則易診斷也。與上膊骨腋窩脫臼或烏喙突起下脫臼之類症鑑別。乃此等脫臼時。肩峯突起下之關節窩空虛。上肢固定。肘部不能接觸胸壁。此變形苟不用一定之整復術。則不能除去。而外科頸骨折。上膊之他動運動甚為自由。由伸展得易整復其變形。以此即可鑑別矣。

(預後) 良。多四—六週間為骨性癒著。關節機能無障礙。然假骨發生過多時。壓迫神經之故。有上肢發生麻痺者。

(療法) 整復轉位。插楔狀枕子於腋窩。再施以石膏繃即可。其他之複雜骨折。可按一般原則處置之。
▲肩胛關節脫臼 *Luxation des Schultergelenks*
肩胛關節脫臼。為諸脫臼中最占多數者。約為五〇

%此脫臼之所以多得者，乃以解剖之構造故也。而中年及老年男子最多，別爲前方及後方脫臼二種，惟前方脫臼，乃最常見者也。

△一肩胛關節前方脫臼

(原因) 普通間接外力爲多，然亦有因肩胛部衝突打撲之直接外力而得者。例間接外力爲筋之劇動(投石擊擊時)或屈曲之肘部衝突時，或上肢過度外轉時，或仆倒時伸延前膊手衝地時等，最多得也。若此諸種原因，結節部向肩峯突起衝突，上膊骨頭對於囊狀韌帶前方抵抗最弱部而壓迫，故再加外力時，則於此部破裂，骨頭向腋窩脫臼。由脫出骨頭存在之部位，而加次之名稱，即(1)上膊骨腋窩脫臼，(2)上膊骨關節窩下脫臼，(3)上膊骨鳥喙突起下脫臼，(4)上膊骨鎖骨下脫臼，(5)上膊骨鳥喙突起上脫臼是也。

(1)上膊骨腋窩脫臼 上膊骨頭向前下方入於腋窩內，復入於三頭膊筋之長頭及肩胛下筋與大

▲肩胛關節脫臼

小圓筋之間。

(症候) 類似鳥喙起下突脫臼，不同者，乃骨頭之位置低，得於腋窩之稍前方或其稍後方觸知之，或三角筋甚爲緊張，及上膊有延長之狀等，即可鑑別。(2)上膊骨關節窩下脫臼 較上膊骨腋窩脫臼骨頭脫轉於下方甚大者也。此脫臼上膊骨頭亦稍在關節窩之前方，普通不正在其下方，故有以爲可視爲腋窩脫臼之一種者。

(3)上膊骨鳥喙突起下脫臼 上膊骨頭至鳥喙突起之下，解剖鎖在肩胛關節窩之前緣，肩胛下筋腱之上方，該腱多斷裂，骨頭常穿通肩胛下筋之纖維，有妨碍其整復者。

(症候) 肩峯突起著明隆起，關節窩部陷沒，得由觸診知其空虛，脫臼之骨頭，可於鳥喙突起下觸知之。且此部可見異常隆起，上膊骨軸向毛林海木氏窩稍偏於內方，且上肢微有延長狀，肘部外轉，不能接著胸廓，肩胛關節之運動亦全障害，骨頭固定，試

▲肩胛關節脫臼

一九二

行他動運動時，則有彈撥性之抵抗，患者之頭部傾於患側。

(4) 上膊骨鎖骨下脫臼 甚少，上膊骨頭至烏喙突起內方鎖骨下而降起，故上肢有縮短之外觀。

(5) 上膊骨烏喙突起上脫臼 極少，上膊骨頭可至烏喙突起骨折處，可觸知伊軋音，且發肩胛關節脫臼，肩峯突起下無陷凹，上肢內轉且縮短。

(併發症) 肩胛關節前方脫臼時，有併發肩胛關節窩破碎骨折，上膊骨頭挫傷，上膊骨外科頸骨折，大小結節骨折等損傷，或於軟部棘上筋棘下筋，及小圓筋，二頭膊筋，發生損傷者亦甚多，可壓挫肩胛下筋，二頭膊筋之短頭，烏喙膊筋及三角筋常緊張甚強，然大血管神經斷裂者少也。

(診斷) 由前之症狀容易診斷，須鑑別者，乃上膊骨解剖頸及外科頸骨折，與肩胛骨頸骨折是也。

(預後) 單純之肩胛關節前方脫臼概良，然關節囊斷裂大者，或脫臼後使用關節過早者，可再發也。

惟於肩胛關節脫臼後，有所謂習慣性脫臼者。

(療法) 僅有數日之經過，全整復困難時，則務必

早行整復術為最要也。整復時，普通先不用麻醉行之，如無效時，則行麻醉，以除去諸軟部之抵抗，整復術有種種之方式，單純之肩胛關節前方脫臼，常用次之諸法。

(一) 阿維參那氏整復術 使患者靠於椅子，或仰臥之，術者立於患側，右側脫臼時，以左手壓迫固定肩胛於下方，以右手尋上膊骨頭，務必極力握於指間，而壓迫於關節之內，用此法時，於烏喙突起下脫臼，及腋窩脫臼，其他上膊骨頸骨折合併脫臼時，最為適當也。

(二) 毛的氏高舉法 臥患者於手術台上，助手自上方壓迫固定患側之肩胛，第二助手把持患肢，徐徐牽引且舉高之，至腋窩成鈍角，復用強力牽引，乘上肢垂直舉上時，術者以兩拇指自內下方壓骨頭於關節內，如無助手時，則使患者橫臥，術者以己之

足自上方固定肩胛，一面稍牽引轉於後上方即可。

(三)新秦哥埃路及叩黑路氏迴轉法 新秦哥埃

路氏法，乃使患者坐或臥，術者持患肢先內轉，次外

轉，上膊內面向前方，大結節可衝著於關節窩之後

緣，次舉上膊，且急迴轉於內方者也。

叩黑路氏法，亦略似前法，其不同處，乃迴轉上膊於

外方後，舉至水平位為止，或欲弛緩烏喙上膊韌帶

之故，復稍舉上，次徐徐迴轉於內方，但此迴轉法，須

用強力，故施術時，須注意不生他損傷始可。

(後療法) 已整復後，則用三角巾及二三之卷軸

帶，尚定上肢於胸廓，約經三—四週間，則可應用按

摩術自動或他動之運動法及電氣等法，然先用輕

者，漸次移行於強度之運動法也。

新鮮脫臼，整復術無效時，則須行關節切開術而整

復始可也。此時往往有須切除脫臼之關節端者，或

骨端折時，軟部損傷甚大等時，亦可切除關節端，其

他脫臼合併骨折者，加壓於骨頭折處，或切開局所

先整復脫臼，次由骨縫合或打釘法，接合折端即可。

或有時必須摘出或切除上折片始可者。

陳舊脫臼亦須先試行整復術為正當之順序，此脫

臼可用之整復術，乃先行全身麻醉，再行叩黑路氏

新秦哥埃路氏之迴轉法也。

△二 肩胛關節後方脫臼 乃稀有之病也。

(原因) 肩胛之前面受衝突或打撲時，或轉倒時

上肢伸展於前方，手掌衝地而得也。關節囊多於後

方破裂，上膊骨頭脫轉於肩峯突起下方之肩胛骨

頸上，或由此向後方脫轉於肩棘之下方棘下窩。

(症候) 肩胛之前面，有著明之陷凹，關節窩空虛。

肩胛傾於後方，烏喙突起，肩峯突起，著明隆出，肩胛

之後面，當肩峯突起下，或其後方發現隆起，於此處

可觸知骨頭，肘部外轉且稍迴轉於前方，上膊骨骨

軸向後外方。

(療法) 舉患肢至水平位或至直角，伸展之且迴

轉於外方，次直接自後方向關節內壓迫脫轉之骨

▲肩胛關節脫臼

▲急性及慢性漿液性肩胛關節炎 ▲化膿性肩胛關節炎 一九四

頭、一面內上膊即可。

▲急性及慢性漿液性肩胛關節炎

Omarthritis serosa acuta et chronica

(原因) 因挫傷關節內溢血後、或急性慢性風痺之經過中得之。

(症候) 由漿液滲出之多少而不同、肩胛關節部腫、惟腋窩、烏喙突起周圍、二頭膊筋溝處、及棘下窩發現腫脹、觸知波動、急性炎時、此諸部有痛及壓痛、其他關節機能障礙、為本病緊要之徵候、即肩胛部固定時、患者上膊不能外轉舉於上方、慢性炎時、關節囊弛緩延長、且由筋萎縮之故、及上膊自身重量之故、而下垂、故有因此可誘發擴張脫臼者。

(診斷) 上之徵候全備時、則診斷明瞭、輕度炎症時、常可誤診、然自腋窩觸診時、得明瞭証明滲出物。

(療法) 按一般方法(參考總論)。

▲化膿性肩胛關節炎 (Omarthritis purulenta)

(原因) 急性炎症、於急性傳染病(傷寒、痘瘡等)。

▲結核性肩胛關節炎 一九四

經過中、或續發於急性骨髓炎、或關節複雜外傷等(症候) 高熱、劇痛、高度之炎性腫脹、關節有著明之機能障礙、膿性滲出物增加時、則有著明之波動、炎症蔓延於周圍時、則形成關節周圍膿瘍、苟不急速切開而排膿時、則患者以腐敗熱之故、終至於死者有之、既幸而治癒、亦常貽留多少之關節強直也。

(療法) 輕者、行防腐穿刺術、或切開術後、以三%石炭酸水洗關節腔即可、如為稍重之化膿症、有高熱者、則大切開關節、插入排膿管即可、如甚重者、有行上膊離斷術、或上膊骨切除術者。

▲結核性肩胛關節炎 (Omarthritis tuberculosa)

(症候) 結核性肩胛關節炎、多為乾性骨瘍而發生、以骨質之崩壞為主、形成膿汁者少也、上膊骨頭全破壞、故關節窩閉塞、囊狀韌帶亦萎縮、若此之骨頭、向關節窩或向烏喙突起、牽引、然亦有與此全不同者、即肉芽發生甚盛、有釀成多量之膿汁者、但乾性骨瘍、亦有病灶破開發生瘻孔、有與肉芽性炎

症不能明瞭區別者，乾性骨瘍初得時，患者肩胛關節有機能障礙，且萎縮，後恰若神經痛，有微劇烈之發作性痛，其後該關節強直，肩胛部甚削瘦，且扁平，上膊內轉，其骨端沉降，固定於下內方，大結節部壓痛甚為劇烈。

(療法) 按一般方法。

▲肩胛部粘液囊之炎症 Die Entzündungen der Schleimbeutel der Schultergegend

本病中常見者為(一)肩峯突起下粘液囊炎，(二)肩峯突起上粘液囊炎，(三)肩胛下粘液囊炎，(四)烏喙突起下粘液囊炎，(五)三角筋下粘液囊炎之五種。

(診斷) 肩胛下粘液囊水腫，與漿液性肩胛關節炎，鑑別甚為困難，於肩胛下粘液囊水腫時，有微限同性波動之腫脹，痛亦限局於一定部位，故得以鑑別，肩峯突起上粘液囊水腫，及三角筋下粘液囊水腫，為表在性時，亦不難診斷也。

▲肩胛部粘液囊之炎症 ▲鎖骨之炎性病 ▲肩胛骨之炎性病

(療法) 按一般方法。

▲鎖骨之炎性病 Die entzündlichen Prozesse am Schlüsselbein

本病可別為急性與慢性二者，急性者，多以急性傳染性骨髓炎及骨膜炎轉移而得，可生限局性腐骨慢性炎症，多為結核性及梅毒性者，惟梅毒性者，乃最為常見也，橡皮腫性骨膜炎及骨髓炎，骨端部可生著明之膨大，往往誤診為肉腫，結核性骨膜炎及骨髓炎，多為骨瘍，經過佳良也，乃以鎖骨再生機能，甚為旺盛，故雖生甚大之缺損部，亦得再為補償也。

(療法) 按一般方法。 ▲肩胛骨之炎性病 Die entzündlichen Prozesse am Schulterblatt

肩胛骨之炎性病，小兒多得之，其原因亦與一般之骨性炎症病相同，此部炎症，常因外傷而得，故於肩胛棘，肩胛突起及烏喙突起等，突出部得之也，發生於骨體部者，稍少也，而結核性骨膜炎及骨髓炎，多

▲肩胛部之腫瘍 ▲上膊骨幹骨折

於肩胛關節窩及骨頸部得之。普通多續發於肩胛關節之結核症。肩胛骨前面之下方。得化膿性病機。如不施行手術。則經過甚為緩慢也。肩胛部現蜂窩織炎樣之腫脹。有痛時。可行試驗穿刺術。以期早為確定診斷。此部之膿瘍。難早期診斷。故往往有以膿毒症或敗血症而死者。

(療法) 按一般方法。診有蓄膿時。可大切開以便於排膿。此時有須切除肩胛骨之一部者。

▲肩胛部之腫瘍 Die Geschwulste

der Schultergegend

有自軟部發生者。有發生於骨者。肩胛軟部之腫瘍。有脂肪腫。纖維腫。粉瘤等。而鎖骨肩胛骨之周圍及腋窩。為瀰漫性脂肪腫好發之部位。於腋窩部常見血管腫。然動脈瘤甚少也。此外往往亦為諸種淋巴腺腫之好發部位。若惡性淋巴腺腫。淋巴肉腫。癌腫。性淋巴腺腫等是也。其中癌腫。皆常續發於乳癌也。肩胛骨部腫瘍中常見者。乃上膊骨上端之肉腫也。

乃自骨膜或骨髓發生。血管甚多。常有搏動。有恰似動脈瘤狀者。其他軟骨腫。軟骨肉腫。外骨腫。骨軟骨腫。亦有自此處發生者。鎖骨發生肉腫者少也。有生骨軟骨腫及骨腫者。腫瘍雖小。然可壓迫鎖骨下靜脈及膊神經叢。上肢發現浮腫。運動障礙。及感覺障礙較速也。亦有須早期手術者。

(療法) 骨部腫瘍。良性者。可以鈍鑿連骨切除之。惡性腫瘍。須行骨之全摘。出術始可也。

▲上膊骨幹骨折 Die Frakturen

der Humerusdiaphyse

(原因) 最多因直接外力。然間接外力。即肘部或手掌衝地。亦可得之也。或有由筋之劇動而得者。(症候) 異常運動。呻吟。軋音。變形。痛等。骨折固有之諸徵候。甚為著明。而上膊外轉。或舉上時。變形愈為著明也。上膊於折傷部。曲為角狀。骨軸多脫出於常位。且微縮短。即自上膊外髁。向大結節及肩峯突起。所引之線。不為一直線。橈骨動脈無脈搏。如皮膚變

色者，乃上膊動脈損傷之徵也。如有感覺及運動障礙時，則可知神經微有損傷也。

(預後) 概良。大人則四—六週間，小兒約三—四週間可治癒。複雜骨折，則預後不良也。

(療法) 單純骨折，折片轉位者，先牽引整復之，使上膊骨外髁向大關節及肩峯突起所引之線為一直綫始可。次由肘關節為直角，恰若上膊骨外科頸骨折之固定繃帶即可。複雜骨折時，則按一般方法處置即可。

▲肘部粘液囊之疾患 Die Erkrankungen der schleimbeutel in der Ellbogengegend

肘部之粘液囊，乃窩嘴突起粘液囊、上髁粘液囊、二頭膊筋粘液囊、及肘橈粘液囊是也。此等粘液囊，可得漿液性或化膿性粘液囊炎，或往往發生血腫。故局所有呈限局性波動性腫脹者，所謂粘液囊水瘤，即漿液性炎症續發於血腫、化膿性炎症，由結核症或梅毒症而得，或有自非防腐處置而得者。

▲肘部粘膜炎之疾患 ▲上膊骨下端骨折

(療法) 按一般方法。

▲上膊骨下端骨折 Die Frakturen am unteren Ende des Humerus

分為(一)髁上骨折、(二)通關節內有水裂之髁上骨折(所謂T字狀或Y字狀骨折)、(三)骨端離解、(四)上膊骨肘突起骨折、(五)內上髁及內髁骨折、(六)外上髁及外髁骨折等六種。

△一、上膊骨髁上骨折
(原因) 直接及間接外力。間接外力者，若墜落時前膊過度伸展，手衝地上是也。由直接外力者多，且多為年少者及小兒。定型性症候，乃上膊骨之下折片及前膊骨由三頭膊筋之牽引，轉位於後方。上折片常在前者之前方。純粹之橫骨折極少。斜骨折甚多。外力甚大時，則折片穿破軟部，成所謂穿破骨折者有之。

(症候) 症狀甚似肘關節後方脫臼。脫臼時窩嘴突起著明突出後方。兩上髁變其位置。固定肘關節。

▲上膊骨下端骨折

一九八

於肘窩可觸知上膊骨之關節頭，於關節上部，決不若骨折可見異常運動，故不難鑑別，即折片未轉位之骨折，由骨折特有之徵候，即可診斷，如欲確診時，常用X光線檢查即可。

(預後) 單純皮下骨折，常三乃至四週間營骨性癒合，有微留肘關節機能障礙者，餘概皆佳良。

(療法) 骨折部腫甚著明時，於兩三日間，用適宜之副木繃帶，舉高患部，待消腫後，再行固定繃帶，然防關節強直之故，不可久置而不動，經八乃至十日，解除繃帶，注意行肘關節自動或他動之運動後，再行同樣之繃帶，或固定關節於他種位置，經三—四週後，行自動及他動之運動法，或按摩法即可，於兒童可稍早行之，治癒後關節強直時，可用麻醉運動關節，如始終不免強直時，可置肘關節於直角或稍銳角之位置，以繃帶固定之，複雜骨折，可按一般之方法治療之即可。

△二、通肘關節內有水裂之上膊骨髁上骨折

(原因) 同前。

(症候) 由骨水裂之形狀，有T字狀骨折，或Y字狀骨折之名，各折片有互相連合者，或有分離者，而此時有微傷尺骨神經及正中神經者，非鮮也，肘關節部著明擴大，內外兩髁有劇痛，呷軋音及易動性之症候，惟於銳創，上膊骨下端間有粉碎者。

(療法) 同前。

△二、上膊骨下端骨端線離解骨折

上膊骨下端之骨端綫，由一上髁至他上髁者也，約至十二歲之少年見之。

(原因) 直接及間接之外力，惟後者多也。

(症候) 與單純髁上橫骨折相同，患者常為少年，有軟性呷軋音為本症之特異處。

△四、上膊骨肘突起骨折

(原因) 直接及間接外力，惟衝突橈骨頭，有起小頭骨折者。

(症候) 固定兩上髁，按觸下部，則有呷軋音及異

常運動關節以溢血而腫，同時鶯嘴突起亦折，前膊得向側方運動，如僅小頭折時，於前膊迴前迴後時，平置於外髌上，得感知叩軋音甚明瞭。

(療法) 與上膊骨髌上骨折相同。

△五、上膊骨內上及內髌骨折

(原因) 直接及間接外力，多見於小兒，概得視為由內上髌之內髌起骨端離解，骨折線常存於關節囊外，然亦有同時發生通關節內之骨冰裂者。

(症候) 與一般骨折之所見相同，內髌骨折，跨關節囊之內外，內髌或止於常位不動，或於關節囊及骨膜著明斷裂時，則轉位於內上後方，亦有至下方者，尺骨亦同樣轉位，橈骨全脫臼或不全脫臼，或有時有兩前膊骨皆脫臼於後方者，於小兒，囊內骨折綫，常與小頭與滑車間之骨端線一致。

(療法) 同前。

△六、上膊骨外上髌及外髌骨折

外上髌骨折較內上髌骨折甚少也，因直接外力，常

於前膊骨後方或側方脫臼見之本，病常為關節囊外之骨折，外髌骨折見於小兒，症狀略似內上髌及內髌骨折。

▲前膊骨上端骨折 Die Fraktur an an oberen

Enden der Vorderarmknochen

本病別為(一)鶯嘴突起骨折，(二)冠狀突起骨折，(三)橈骨小頭骨折，(四)橈骨頸骨折之四種。

△一、鶯嘴突起骨折

(原因) 為最常見者，例肘關節曲為直角時，由直接衝突打擊，或由間接外力，若墜落時手衝地上，前膊過度伸展等時是也，因三頭膊筋劇動者少也。

(症候) 骨折部位，為該突起尖端之中央部，或其近部，橫骨折最多，直接骨折，常同時發生軟部損傷，如骨膜及三頭膊筋連關節囊之部分皆斷裂時，

骨片由三頭膊筋之收縮，轉位於上方，該骨折有往往併發上膊骨肘突起骨折，或前膊骨後方脫臼者，(診斷) 著明者易診，但於未轉位者，則難觸知異

▲前膊骨上端骨折

常運動也。

(預後) 折片離開甚大時，或其間存腱膜時，易生假關節，可妨害肘關節曲伸之運動。

(療法) 皮下骨折時，可伸展肘關節，先整復離開之折片，後置小綿球於骨折片之上部，其上縱貼稍寬之絆創膏條，復橫貼二三條絆創膏於伸展位，固定肘關節於石膏繃帶中，然關節部溢血甚大時，先除去之，後再行固定繃帶，而第一次換繃帶於第八、十日行之，經四五週間，漸次行屈曲運動，然折片難癒着時，可行骨縫合。

△二、冠狀突起骨折

多與尺骨後方脫臼併發，單獨得之者少也。

(診斷) 甚困難，然有關節內溢血，於肘窩可觸知該突起部時，或於內膊筋自動收縮，而起劇痛時，得下疑似診斷也。

(預後) 概良，然如生假關節時，易起前膊骨後方脫臼，或起運動障礙。

(療法) 曲肘關節於直角或脫角，用石膏繃帶固定約二週間後，即可行關節自動他動運動法及按摩法等。

△三、橈骨小頭骨折

(原因) 因墜落時迴前之手衝於地上，或暴劇之迴前運動之間接外力，及直接外力而得，常於小兒見之，除該骨折外，且多併發種種骨折，及橈骨後方脫臼，限局於關節囊內。

(症候) 除骨折之一般徵候外，前膊之迴前及迴後運動微起障礙。

(預後) 以骨性癒着而治癒，然如假骨發生過多時，可起運動障礙。

(療法) 曲肘關節為直角，前膊於半迴前位置，大約固定二、三週間即可，每八日換繃帶一次，後行按摩法，自動他動之運動法即可。

△四、橈骨頸骨折
(原因) 同前。

(症候) 乃囊狀韌帶附著部與橈骨結節間之骨折也。於小兒可視為骨端離解。全骨折時，下折片由二頭膊筋牽引於前上方。肘窩部有突隆。

(預後) 良。

(療法) 整復兩折片後，行石膏繃帶，但須曲肘關節以弛緩二頭膊筋之緊張為最要也。

▲肘關節脫臼 Die Luxation des Ellenbogen eines Kindes
此乃常見之疾病也。多數為不滿十五歲之兒童。大別為(一)兩前膊骨脫臼(後方、側方、前方之三)、(二)兩前膊骨排開脫臼、(三)尺骨脫臼、(四)橈骨脫臼之四種。其中最為兩者為兩前膊骨後方脫臼及橈骨脫臼是也。

▲一、兩前膊骨脫臼 Die Luxation der beiden Vorderarmknochen

△甲、兩前膊骨後方脫臼

此時關節囊前部破裂，脫臼於後方，別為完全脫臼與不完全脫臼二者。前者乃冠狀突起入於窩窩。

▲肘關節脫臼 ▲兩前膊骨脫臼

時，後者乃接觸於滑車及小頭時之謂也。

(原因) 直接及間接外力，惟於墜落時，肘關節伸展，手掌衝於地上甚重時，關節取過度之伸展位，以窩窩突起為槓杆，衝突於後滑車上窩，上膊骨之下關節端壓迫於前方，終至囊狀韌帶破裂，脫轉於前方也。此時已緊張之二頭膊筋收縮，同時三頭膊筋亦收縮，橈骨及尺骨之關節端脫轉於後上方，固定於屈曲位置。其他衝突上膊下端於前方之暴力，及前膊劇暴之側方運動，亦可發生此種脫臼。同時囊狀韌帶及側韌帶之損傷亦著明。

(症候) 由脫臼之全或不全，而稍不同。惟於症狀著明者，傷後之全脫臼時，肘關節則取屈曲之位置，當嘴突起及橈骨小頭，異常突出於肘關節之後側。可見凹陷部於其上，三頭膊筋，於後方現出凸部而緊張，故於肘窩皮下，得觸知上膊骨之下端，前膊著明短縮，關節不能曲伸，僅於他動時，微得運動而已。然傷後經時後，溢血增加之故，局所變形之程

▲兩前膊骨排開脫臼▲尺骨脫臼▲橈骨脫臼

11011

度多減退也。

(診斷) 全脫臼者不能誤診然上膊骨髁上骨折

有發與此類似之症狀者有必須以X線照檢也。

(預後) 良。陳舊性脫臼則難整復也。

(療法) 整復術愈速則愈容易也。

方式 羅塞路氏由肘關節過度伸展之整復術

置肘關節於術者之膝上過度伸展之於關節之後

方大略至百四十度之角助手自後方壓迫窩嘴突

起同時用強力牽引前膊而急速屈曲之法也。

強屈整復術 置膝頭於患肢之肘窩握腕關節曲

前膊加直壓於橈骨及尺骨使冠狀突起自後滑車

突起脫離次以強力曲肘關節之方法也。

芝路木拉伊黑路氏法 曲肘關節於直角以布片

纏前膊向上膊軸而牽引於下方同時反對牽引上

膊於上方前膊伸展後復曲之以整復脫臼。

整復之後療法曲肘關節於直角固定之約經二週

間可施行關節運動及按摩法陳舊性脫臼難以整

復關節機能障礙甚大時可行關節切除術。

△乙、兩前膊骨前方脫臼

△丙、兩前膊骨側方脫臼

此二者皆甚少也。

▲二、兩前膊骨排開脫臼

divergierende Luxation

Heider Vorderarmknöchen

兩前膊骨脫轉於各異之方向也極不多見通常橈

骨在前方尺骨在後方

▲三、尺骨脫臼 Die Luxation der Ulna

單獨得之者極少殆僅爲後方脫臼而已。

▲四、橈骨脫臼 Die Luxation des Radius

本病有前方後方外方脫臼之三種最多者爲前方

(診斷) 橈骨小頭脫臼時於前膊曲位或伸位行

迴轉運動時最能觸得小頭之位置。

(預後) 僅橈骨小頭脫臼時非僅小頭固定困難

而以囊狀靱帶之一部或輪狀靱帶之一部介於其

間並以其已折之小頭軟骨片及骨片等妨害整

復、頸後常不良也。

(療法) 橈骨小頭前方脫臼時，可曲前膊且迴後，同時牽引之，加直壓於脫臼之小頭，而整復之即可。整復後方脫臼時，使前膊過度伸展，且用強力廻前牽引之，自後上方壓迫小頭即可。外方脫臼時，曲前膊於尺骨側，同時自上外方壓小頭於下內方，然如輪狀韌帶介於其間，難整復時，則可行關節切開術，除去障礙物，或有切除橈骨小頭亦可。後療法，與前膊後方脫臼相同。

▲肘關節炎 Cubitalarthritis

△一、急性肘關節炎

可區別為漿液性、漿液纖維素性、化膿性之三種。

(症候)及(診斷) 診斷之可注意者，於鴛嘴突起兩側關節之後面，由視診及觸診，得知腫脹，此外尚有運動障礙，關節為屈曲位，其他以由反射而起之二頭膊筋攣縮為主，而早期發生之肘關節炎，亦為初徵中之一焉。

▲肘關節炎 ▲上膊及肘關節部腫瘍

(療法) 可按一般法則，如以為不能免強直時，須自直角稍曲於銳角，固定於迴前迴後中間之位置，不可忽略也。

△二、慢性肘關節炎

慢性滑液膜炎，即關節水腫，於關節捻挫或結核症、梅毒、淋疾、關節風痺、骨折後等得之，滲出物增加時，鴛嘴突起之兩側部，著明腫脹而降起。

△三、結核性肘關節炎

(症候) 本症多原發於骨，有自上膊骨下端，鴛嘴突起，橈骨小頭發生者，亦有自滑液膜得之者，先生關節水腫，至後則關節一般腫脹，上膊及前膊諸筋漸次削瘦，全關節部呈紡錘形，關節部為屈曲位置，漸起痛，關節運動，著明障礙，後病灶破於外部，至處處發生瘻管。

▲上膊及肘關節部腫瘍 Die Geschwulste des

Oberarms und der Ellbogengegend

自軟部發生者極少也，由骨發生者，為骨腫、軟骨腫、

▲前膊骨骨折 ▲兩前膊骨折 ▲尺骨骨折

二〇四

其他爲肉腫、肉腫復分骨膜性及骨髓性二者、肉腫生於上膊骨上骨端部、往往甚大、甚爲惡性、故雖行早期手術、然仍多不免再發、其他於上膊骨、有時生包虫囊腫、於軟部則生神經腫及癌腫、

(療法) 按一般法則剔出腫瘍即可、然惡性者、可上行上膊骨切斷術、或肩胛關節離斷術、

▲前膊骨骨折 *Die Frakturen am Vorderarm*
可別爲次之三種、(一)兩前膊骨折、(二)尺骨骨折、(三)橈骨骨折是也、

▲一、兩前膊骨折 *Fractura antibrachii*

(原因) 因直接及間接之外力、而其中直接者爲多、骨折部位、爲兩骨同高處、由間接外力者、尺骨較橈骨多折於稍上方、易得骨折處、爲下三分之一部及中三分之一部也、兩折片向骨間部、或多向尺骨側、或橈骨側、於小兒有得不全骨折者、

(症狀) 雖由骨折之完全與否而不同、然骨折之特異症候完全、故診斷常易也、

(預後) 經過尋常者、二十日及至三十日、營骨性癒着而治癒、然轉位折片、整復不全者、以折部畸形性癒着之故、前膊之迴前迴後運動、可起障礙、

(療法) 牽引兩折片於反對之方向、正當整復其兩端後、曲肘關節於直角、前膊全迴後、至患者得見其掌面爲度、自上膊至掌指關節、施以副子繃帶、每週換繃帶一次、以檢折端接合位置之正當否、且施按摩法、或有用石膏繃帶者、副子寬、必較前膊稍寬爲最要也、

▲一、尺骨骨折 *Fractura ulnae*

△一、尺骨骨幹骨折

(原因) 多由直接外力、部位、多爲尺骨之上三分之一部、或上及中三分之一之境界處得之、常同時併發橈骨小頭骨折、或前方脫臼、

(症候) 得明瞭觸知尺骨後緣全長徑、故易診斷也、如併發橈骨小頭脫臼時、則前膊縮短、稍迴前肘關節爲半曲位置、屈曲及迴後運動、發生障礙、比較

多爲複雜骨折

(預後) 轉位折片全未整復時，則障礙迴前迴後運動，否則如爲單純骨折，則易速癒也。

(療法) 併發橈骨小頭脫臼症時，先整復脫臼，次整復折片後，曲肘關節爲銳角，使前膊於半迴後位置，施行石膏繃帶或副子繃帶，二—四週間。

△二、尺骨莖狀突起骨折

本症雖有單獨發生者，然多於橈骨下端折時得之。

▲三、橈骨骨折 *Fractura radii*

△一、橈骨骨幹骨折

(原因) 爲直接或間接之外力，間接者，如仆倒時手衝地是也，然極少也。

△二、橈骨下端骨折

乃常見之病也，一名定型之橈骨骨折，又謂之叩雷斯氏骨折 (*Colles Fractur*) 本症乃橈骨下端距關節面上方約一—二仙米之處骨折也，本骨折之所以多見者，乃附著此部之韌帶，甚爲堅固，以諸種

外力對強韌之深掌側腕骨韌帶，不易斷裂，而骨反折故也，骨折線多橫行，或稍斜行，自掌側向背側，年少者，有發骨端離開者。

(原因) 最多者，乃肘關節伸展，手曲背方，掌面衝地時得之也，即由此之故，手曲於背側過度，橈骨下端以緊張甚強之深掌側腕骨韌帶之故而離斷，此時手及下折片，皆向背側轉位，上折片常向掌側轉位，而隆起，同時手向橈骨側，然亦有手曲於掌側，衝突手背而得此種骨折者，然折片則與前症之位置相反，其他有時兩折片互相楔合者，或有不全折者，然複雜骨折極少也。

(症候) 如上述骨折，有定型之部位，則症狀明瞭，其形狀恰似肉叉，故法國醫者謂之肉叉狀轉位，手向橈骨側彎曲，尺骨下端著明突出。

(診斷) 由上之症狀即明矣，然有與腕關節捻挫或脫臼相誤者，惟於局所溢血甚重時易誤也，故由X光線，可得正確之診斷。

▲橈骨骨折

(預後) 老人或病弱者五、六週即治癒。單純骨折三、四週以骨性癒合而治。治後長留腕關節機能障礙者，乃以折片異常癒合，傷橈腕關節及下橈骨關節及複雜骨折等故也。或年少者，以骨端離解故，可妨害骨之發育，手曲向橈骨側。

(療法) 避折片畸形癒合，不留腕關節機能障礙為最要也。故骨折轉位時，則必整復固定之為要也。故以強力互相對牽引骨折片，伸展患部，同時曲手向尺骨側，曲掌矯正橈骨側彎曲後，使患肢取迴前及迴後中間之位置，以繃帶固定之。固定繃帶易隨時更換，且得固定肢節於適當位置，則用副子繃帶較石膏繃帶為佳也。副子繃帶有西埃鐵氏掌面副子、內拉吞氏掌銃副子及羅賊路氏背側副子等。西埃鐵氏掌面副子，乃貼於患肢屈側者，有山向手面與偏屈尺骨側之強彎曲度，故固定上記之矯正位置，甚為適當也。內拉吞氏掌銃副子，乃貼於伸側者，羅賊路氏背側副子，與前同。此等固定繃帶，約

一週間一次，解去繃帶，以檢其整復位置適當與否。其時行按摩法，以防關節之強直及筋肉之萎縮。輕運動腕關節及指節，如此四週間後，除去固定繃帶，僅行按摩法及入浴等。但如患部仍甚腫脹時，則二日後即更換之。

▲腕關節脫臼 Die Luxationen der

Handwurzelgelenke

△一、橈骨關節脫臼

此關節以深掌側腕骨韌帶及深背側腕骨韌帶之鞏固韌帶固定之。故脫臼極少也。反易得橈骨下端之骨折，可誤診為脫臼。可別為背側脫臼及掌側脫臼之二種，而前者尤多。

△二、下橈尺關節脫臼

極少，其中最多者，乃三角軟骨上尺骨下端之不全脫臼也。惟於握小兒手舉高時得之也。迴前及迴後運動甚困難。關節有痛，尺骨下端之全脫臼，乃由暴劇之迴前迴後運動而得也。尺骨或脫轉於手根之

掌側背側、或向外側、往往併發橈骨下端骨折。

△三、腕骨間關節及各腕骨脫臼

此等關節之外傷性脫臼極少也、如得時、通常皆有高度之副損傷、各腕骨脫臼中最多者、爲右頭骨單獨脫臼也、通常因直接之外力、欲整復此等脫臼時、則於牽引時直接加壓於脫臼部即可。

▲前膊之急炎症 *acute Entzündungen*

am Vorderarm

爲日常之最多見者、多總發於手指輕度之外傷、乃疾病達前膊時、傳於此部、疎鬆之筋間結締織、或腱鞘之內、最易於蔓延、進行故也、舉其中最多之疾病、則爲丹毒、淋巴管炎、及下及深部之筋膜下腱鞘性及筋間蜂窩織炎等是也、其他進行性腐敗性蜂窩織炎、有往往由手指輕微之刺創而得者、當此等炎症時、往往肘腋及腋窩腺發甚大之膿瘍。

(療法) 預防法乃前膊手指之創傷、雖爲輕微、亦須施行嚴密之制腐法始可、未化膿者、可行鉛醋酸水。

▲前膊之急炎症 ▲前膊及手腕之腱及腱鞘諸病

醋酸礬土水、硼酸水等溫布法、舉高患部、有時亦可早達消炎之目的、已化膿者、則沿前膊縱軸十分切開而排膿即可、後用制腐繃帶、由副子舉高即可、如尚有敗血症、膿毒症之害時、則可行上膊之切斷術、或關節離斷術。

▲前膊及手腕之腱及腱鞘諸病 *Die*

Erkrankungen der Sehnen und sehnencheiden am Vorderarm und carpus

本病可別爲二種而說明之

甲、前膊及手腕伸側腱及腱鞘諸病

△一、軋轆性腱鞘炎

(原因) 本病多爲日常用手之職業得之、不外乎諸腱與腱鞘過度互相摩擦而發之急性外傷炎症也、主爲外長拇轉筋、短伸拇筋之腱、亦有示指伸筋及總指伸筋、腱得之者、尚有腫痛。

(症候) 參考總論

△二、漿液性腱鞘炎

乃腱鞘之慢性或亞急性炎症也。前者多因結核及梅毒症。然結核症者多。總指伸筋、拇指伸筋爲其好發部位。沿腱鞘腫脹。至後形成瘻管、菌狀肉芽、乾酪灶。或膿瘍。梅毒症者。則生橡皮腫性浸潤。其他於腱鞘水腫中。有見米粒置者。

危險之症狀者

(療法) 按一般方法

(療法) 輕症尙未化膿者。則可舉高患部。僅用消炎法。已化膿者。則可於固有掌側腕骨韌帶之上方。或下方十分切開而排膿。

△三、化膿性腱鞘炎

△二、慢性漿液性腕骨粘液囊炎及腱鞘炎

續發於手指外傷皮下蜂窩織炎性症。起化膿性腱炎。腱鞘炎。腱周圍炎。腱鞘周圍炎等。有終至壞死者。

(原因) 勞動者有單發外傷性炎症者。而結核性者亦不少。所謂腕部水瘤者。其經過極緩慢。中存米粒體。往往得明瞭証明軋轆音。結核者可發生有乾酪灶特異性之肉芽性粘液囊炎。

(療法) 切開排膿

(療法) 切開腕骨韌帶之上下兩方。切除其內容物及囊壁之全部。用防腐綳帶。結核性者切開之。除患部後。注入一〇%沃度仿謨甘油即可。

乙、前膊及手腕屈側腱及腱鞘諸病

▲前膊骨及腕骨之炎症 Die Entzündungen der

本病與伸側發生相同之腱及腱鞘之炎症疾患。手腕部之指屈筋腱。由疎鬆之結締組織。同集於一團。較伸側其臨牀之症狀。大不相同也。

vorderem und Handwurzelknochen

△一、急性腕骨粘液囊炎及腱鞘炎

(原因) 急性骨膜炎續發於外傷及深在性蜂窩

化膿性炎。雖發於外傷性。然有續發於癰疽等者。起急性腐敗性炎症。髓之大部分壞死。即前膊亦有起

織炎。前膊骨之急性傳染性骨膜炎及骨髓炎。較上膊骨少也。反之慢性骨膜炎及骨髓炎。即結核性者。

乃常見之疾病也。惟多發於關節附近，後亦有破開於關節內者。微毒性骨膜炎及骨髓炎，惟侵害尺骨者最多。

(療法) 按一般方法即可

▲結核性腕關節炎 *Ca-pal-arthritis tuberculosa*
乃手根部慢性關節炎中最多之症也。有原發於骨內，與原發於滑液膜之二種。或有時續發於跗鞘之結核症者。年少者及青年者得之。通常年少者經過佳良，於成人則全不良也。

(療法) 初期用石膏繃帶安靜，或以副子繃帶固定關節即可。本法惟於小兒有特效，如甚重者，則按法施行切開搔爬術，或有必須行腕關節切除術，或前膊切斷術者。

▲結節樣腫 (感古里翁) *Das Ganglion oder Ueberlein*

乃好發於橈骨側之一種囊腫狀之小腫瘤。雖有發於手掌者，然極少也。大自豌豆大至胡桃大，形狀或

為圓形或稍為結節樣，或分葉狀，其質柔軟，有呈波動者，有恰若骨腫或軟骨腫者。內容為膠樣，有玻璃體之外觀，或有為黃色者。本腫瘍對皮膚移動，對深部則不然。

(發生) 多由關節囊粘液囊或跗鞘發生，發育緩慢，至一定度則停止發育，雖長久存在，然毫無障礙，或有徐徐消散者。

(診斷) 容易。

(療法) 用防腐法全切除其囊，乃最確實之良法也。用強力於皮下挫滅之，再施壓，或繃帶兩三日，此方法，雖以前皆用之，然效力不著明也。

▲駢指 *Syndactylie*

鄰接之二指或數指之全部或一部互相癒著者，則謂之駢指。有僅皮膚癒著者，或有骨亦癒著者。若此之畸形，與他部畸形併發者不少也。

(療法) 骨性癒著，有一指甲者，則無術可施矣。僅皮膚性癒著，而限局於一部者，則最簡單也。駢指之

▲結核性腕關節炎 ▲結節樣腫 (感古里翁) ▲駢指

▲剩指▲手及指軟部之創傷▲手及指之骨折及脫臼

二一〇

手術雖有種種，然普通先切開皮膚性癒著，後由壓迫止血，由其路修氏法，即時或次日移植小皮片，由吉豆透氏法時，則由掌側及背側面各作一方形皮瓣，縫於指間切離處者也。

▲剩指 Polydactylia

剩指者，乃指數過多之症也，通常生於手之橈骨側或尺骨側，同時併發他畸形者不少，輕者，於爪節有二爪甲，重者可生完全之剩指，或有多生掌骨者，(療法) 僅切除之而已。

上述畸形外，尚有次之種種畸形，即(一)裂手。(指裂至腕骨者)。(二)巨指(指體過大者)。(三)小指(指體過小者)。(四)短指(指體過短者)。(五)缺指(缺指節之一部或全部者)。(六)切斷症等是也。

▲手及指軟部之創傷 Die Weichteilwunde

der Hand und Finger

主要者為刺創、切創、及挫創，刺創以針、竹、木、玻璃片等而得，如此等斷片殘留於創內時，則發劇痛，後化

膿，或有時發破傷風，切創及挫創多傷血管神經及腱，惟於諸種製造工場常見之也，如手及指有外傷時，則可試驗運動神經感覺神經及腱之作用，並須由此檢查其可保存與否。

(療法) 凡諸種創傷，不可不行嚴密之制腐處置，惟於勞動者，常必不潔，故先用「貧秦」「依脫」等十分拭擦之，塗一〇%沃度丁幾後，再詳細檢查創面，如創內有竹木片、土砂、玻璃片等時，則務必極力除去之，復行嚴重消毒即可，或切除爪之一部，或有必須全部摘出者，或一指之爪脫臼時，雖可全除去之，然概皆有指之挫創，務必用保存療法，縫合不可過密，僅用二三固定縫合，縫創緣之一部，餘則開放即可，其他刺創，亦有時開大而消毒者，如皮膚甚缺損時，可行皮膚之移植法。

▲手及指之骨折及脫臼

△掌骨骨折

(原因) 多由直接外力，然本病極少也。

(療法) 折片轉位時，先牽引指骨，同時加壓力於折端，整復後，置硬綿塊於掌面，以副子綑帶固定之，置前膊於三角巾綑帶中即可。

△指骨骨折

(原因) 多由直接外力而得，常為複雜骨折，亦有橫骨折者。

(療法) 複雜骨折，極力保存處置之，甚重者，自關節切斷，或作小副子與鄰接指固定二三週即可。

△腕掌關節脫臼

最多者為拇指之腕掌關節脫臼也，多為背側脫臼，整復時，當牽引時加壓於脫臼部即可，治後有微貽運動障礙者。

△掌指關節脫臼

拇指多得之，其中最多者，為拇指之背側脫臼也。

(原因) 由暴曲拇指於背面而得，囊狀鞴帶以掌骨頭之故，可於掌側破裂，拇指骨頭向背側，或全脫轉或半脫轉，得於皮下觸知掌骨，拇指之基節垂直

起立，拇指之掌側脫臼極少也。

(療法) 拇指背側脫臼之整復術，乃俟拇指之基節過度伸展，次急曲拇指於掌側即可，或直接推移拇指基節於前方亦可，整復後以小副子固定關節於十一十四日間，次行自動他動之運動法，及按摩法，如整復術無效時，則可行防腐之關節切開術，除其障礙物，或行掌骨骨頭切除術亦可。

△指骨間關節脫臼

多為背側脫臼，由過度之伸展而得，整復術，由牽引及直壓脫臼骨即易整復，然往往亦有由他之障礙物而難整復者。

▲瘰疽 Panaritium

瘰疽乃續發於通常輕微之指外傷之急炎症症也，惟於指之尖端及掌側面得之，先雖炎症局限於一部，然可漸次增大。

(原因) 多以葡萄狀球菌為主，若此細菌所侵害者，多以職業之故，手指皮膚為胼胝症生，皸裂者，或

▲指骨及掌骨之結核症

二二二

農夫婢女等常濕手指接觸易腐敗之物質或木匠桶工等易以細小竹木片刺傷手指者多得之也常不能發見病毒侵入門戶之小創口本病由罹患部位得區別如下(一)皮膚性(二)皮下性(三)腱周圍性(四)骨膜性(五)關節性等輕者化膿球菌僅

侵入馬路匹期氏網內作局限性表在性膿疔而已如除去之則治癒甚速然漸次侵及深部多先於指之掌面發生限局性之炎性浸潤有劇痛陷於化膿或有起蔓延性蜂窩織炎者如細菌侵入腱周圍骨膜等深部時則腱及骨易成壞死肘腋及腋窩膿化膿者亦不少腐敗性瘡疔乃最凶惡者有因此數日間不可不行前膊切斷術或上膊關節離斷術者尙有痛甚劇烈妨害睡眠者

(療法) 凡指之創傷雖輕亦須塗沃度丁幾之制腐法以防炎症之發生已發本症候則無須濕布法不待化膿已熟即早期十分切開後施防腐紗布繃帶或炎性浸潤甚烈者先用二%醋酸鞣土水或硼

酸水濕性繃帶舉高患部深在性瘻疽有大膿灶時可行數處之小切開以便排膿起重症蜂窩織炎時提舉患肢於垂直爲最良指之炎症後多起關節強直故不可不先爲預防也

▲指骨及掌骨之結核症 Die Tuberkulose der

Finger und Metacarpalknochen

本病爲原發性多於小兒即一般所謂風刺病是也指及掌骨有特異蠟子狀腫脹之結核性骨膜炎及骨髓炎也微毒性骨膜炎骨髓炎雖有同樣之症候然由患者之體質既往症其他由証明結核菌即容易鑑別也本病初雖關節健全然骨皮質漸次菲薄由壓迫可發羊皮樣爆鳴後成限局性膿灶破開於外部關節亦爲侵害指現著明之畸形全指節盡爲結核浸潤而破壞或由骨端緣之破壞有障礙指之發育者

(療法) 切開搔爬不得已時有行切除術或關節離斷術者

▲手及指之梅毒 Die Syphilis der Hand und Finger

指骨及掌骨之梅毒性(橡皮腫性)骨膜炎及骨髓炎，雖有發生所謂風刺病者，然與結核性風刺病不難鑑別，醫師及產婆，往往可見原發性於手指者，軟性下疳，亦可傳染指之創所，有生潰瘍者。

▲就蒲伊透林氏指彎屈症

Dupuytren'sche Fingerkrümmung

數指或一指，惟常於第四及第五二指，其原因可視為手掌腱膜及其放綫狀纖維素之胼胝樣萎縮也，患者全不能伸展其指，愈年久愈彎曲，終至屈曲固定，至接近於手掌，此時手掌硬韌，恰如觸知軟骨樣之索條，然腱與其發生無何關係。

(療法) 自尖端向中樞部，自基底部向彎曲指作

下 肢 外 科

▲骨盤骨折 Fraktur der Beckenknochen

一般甚少，可別為二種。

▲手及指之梅毒 ▲就蒲伊透林氏指彎屈症

三角形皮瓣，自下層剝離，摘出捲縮之胼胝樣手掌腱膜，於深部切斷索條，使指伸展於正直，可縫合瘻根部，並縫著於向對之創緣，缺損部，由肉芽而治癒，或行植皮術亦可。

▲彈撥指 schnelle Finger

乃一種腱性之指彎屈症也，惟多發於拇指，中指及環指，指之外觀，並無何等異常可見，然屈伸達一定度時，則發痛，或往往發戛然之音，而突然屈伸，其原因恐為炎症或外傷之故，腱之一小局部發生肥厚，或由腱鞘之一部發生狹窄，至此處指得以自由屈伸，至已遇此障障物時，苟不用全力，則即不能通過，其通過時用力過度之故，指因而屈曲或伸展也。

(療法) 由外科除其原因，即得治癒。

一、各骨單獨骨折，多由直接外力，例由墜落打擊等而起，亦有由間接外力者，若足衝突，或大轉子上

▲彈撥指 ▲骨盤骨折

▲骨盤骨之急性傳染性骨髓炎

二一四

墜落時得之也。或由筋之收縮，有得腸骨櫛或恥骨水平枝骨折者。恥骨骨折最爲常見，多爲兩腿擴開，爲乘馬狀，墜落於堅固物體上時得之。尿道亦常同時受傷。坐骨折時，乃臀部落下時得之。有坐骨結節折者。於腸骨其正型者，曰荅巴內氏骨折，乃自腸骨結節處至前下棘狀突起處之橫骨折也。上折片牽引於上方，前上棘狀突起，移動於上方，故該側下肢外觀發生延長，其他有見櫛棘狀突起折者，髌臼骨折。於所謂大腿骨中心脫臼時見之。年幼者，有表示軟骨線離開者。

盤骨、通腸骨、恥骨及坐骨之垂直破折者，此即所謂馬路根氏骨折是也。骨盤骨折，一般軟部損傷甚重，惟合併尿道膀胱輸尿管直腸等之損傷，必須注意。（症候）近於外部之骨時，則得證明呻吟軋者，移動及血腫。正型之骨盤輪骨折時，恥骨弓轉位內方，前上棘狀突起之在高位，有下肢延長之外觀。髌臼骨折時，則大轉子隆起消滅，下肢之外觀縮短。深部骨折時，於蒲帕路透氏韌帶之上，一二日有現皮膚變色者。骨折痛，由直接觸診，或正型之骨盤輪骨折時，壓骨盤於各種徑軸之方向，則感痛。骨盤骨折，通常直立步行困難，或全不能步行。診斷上可注意者，爲自腔及直腸之檢查也。由X光綫得確實診斷。

二、骨盤輪骨折。骨盤輪骨力作用於前後或左右，或斜徑方向壓迫之，轆過，缺於火車連結子之間時，或由甚高處墜落時得之。骨盤輪骨折，可別爲次之二者，即於外力作用處發生之直接骨折，與外力方向成直角之直徑方向之骨折是也。

（療法）安靜骨盤，垂直骨折，則用帶狀綑帶，髌臼表示高位時，則可牽引該下肢，整復移動之骨片於正當位置，由腔或直腸試行整復即可。

重復垂直骨盤骨折。乃自側方壓迫骨盤時而起

合併症，惟常有泌尿器之合併症，須處置之始可也。

者也。除恥骨縫隙及薦腸關節離開外，尚有偏側骨

▲骨盤骨之急性傳染性骨髓炎 Osteomyelitis

infectiosa acuta der Beckenknochen

本病雖少，然有時腸骨得之，有二型，瀰漫性者可侵害腸骨之全部，形成大小多數之膿灶，融合為膿瘍，內外骨膜剝離，遂至破潰，限局性者可侵害髌臼附近，及腸骨、橈腸骨、棘等厚骨之部分，年幼者，有得骨端離解者。

▲骨盤骨及關節之結核 Tuberkulose der

Knochen und der Gelenke des Beckens (骨盤骨瘍)

骨盤骨之發原發性結核時，則於薦骨中央部、髌臼部、恥骨坐骨等得之，最主要者，為薦腸關節結核也，多為男人，且多為二十乃至三十五歲，發乾性肉芽性化膿，膿汁或流出於關節之背面，或常流出於前面，移動於骨盤腔內。

(症候) 最初發現者為痛，或於罹患處感之，或有

似坐骨神經痛性者，尚有鼠蹊部感痛者，患者姿勢強直跛行，易疲勞，痛有延長數月或年餘者，或欲減輕骨盤患側之負擔，骨盤患側下降，該側下肢有延

▲骨盤骨及關節之結核 ▲下肢畸形 ▲先天性股關節脫臼

長之外觀，反之，有時外觀亦有縮短者，早晚化膿，則得證明腫脹波動，或現於關節之背部，或現於內部，現於內部者，由直腸或腔檢查即可證明，至已化膿時，則痛反減退者有之。

(療法) 年幼者，於初期用石膏綑帶之安置法，有得以治癒者，手術時，則切開瘻管，搔爬骨瘍部，或鑿去之，甚重時，則必須切除關節。

▲下肢畸形 Missbildungen

凡於手發生之畸形，於脚亦可得之。

一、脚之全缺損，二、下腿全缺損，三、脛骨及腓骨缺損，四、大腿骨之一部分缺損，五、剩趾，六、駢趾，七、巨趾，八、裂足，九、缺趾，上者中剩趾與趾癒著二者，乃最常見之畸形也，皆與上肢相同。

▲先天性股關節脫臼 Luxatio coxae congenita

乃最常見之先天性畸形也，兩側發生者，較一側少，(症候) 脫臼以關節囊之擴張，大腿骨頭變其位置者也，最初骨頭在髌臼之前上方，此為第一度，曰

▲先天性股關節脫臼

二一六

上髌臼脫臼。次復由關節囊之擴張，骨頭於伸展位，則在鼠蹊部，於屈曲時，則在關節窩之後方，此為第一度，於二—四歲時得之，如關節囊甚為擴張，至第三度時，通常骨頭在關節窩之後方，發生之症候，亦關係於其位置，生後一年，病腿稍短，大轉子之突出，較通常有稍在上方者，至嬰兒能步行時，由其跛行，始得知關節有變化也，一側跛行時，病脚著地時，上體常傾向患側，如為兩側時，則成所謂家鴨樣步行，此跛行乃由於大臀筋之官能不全為多也，患者以健腿立時，則全部骨盤保持於該腿上，患側之大臀筋皺皺較健側高，以患腿立時，不能支持健側骨盤，較患側甚為低下也，謂之透林鐵林布路西氏症候，腿之縮短，先——1cm（自腸骨前上棘至內踝計算之），大轉子突出，同側大臀筋皺皺較健側淺，骨頭於第一度，得於鼠蹊部帶下腸骨前上棘與股動脈之間觸知之，第二度時，於稍長時日步行之三四歲小兒見之，其骨頭於伸展時，在前面鼠蹊部帶之下，

方得押於後方，屈曲時，則自前面不能觸得骨頭，至第三度時，猶較此增進，骨頭常在後方之腸骨板上，兩側發生者，骨盤較平常支持於後方，故骨盤之前部在下方，故欲調節之故，則腰椎遂前彎，（診斷）第一度時，與佝僂病性股內翻症，外觀甚難區別，然由精細檢查，由X線像即得明瞭矣，故診斷以X線像為重要，因此髌臼底厚，髌臼窩淺，（預後）不得預良，凡步行時易疲勞，局部痛終起慢性關節炎，（療法）一般整復術，因大臀筋之縮短與關節囊之狹小，甚困難也，整復原位時，先牽引關節囊與筋肉，使之延長為要，腿縮短二—三—三時，則用四〇—六〇磅許之重量，伸展十分間即可，第一度時，經髌臼之上緣整復時，外轉至百五十度許，且迴轉於內方，同時加強壓於大轉子，整復原位後，置於百三十度許之外轉位，全伸展，且固定為稍內轉之位置，於此目的，可用極密接之石膏繃帶，如此三四個月

後，去繃帶以X線像確定其位置之狀態，固定於百六十度之外轉位，及內迴轉之位置，除去石膏繃帶後，可行筋之按摩術，如欲骨頭越過關節窩後緣復位時，須外轉至極度（至軀幹與腿成六七十角度）且盡力伸展，稍內迴轉，使骨頭至關節窩後緣，次加強壓於大轉子即可復位後，固定骨頭，可外轉至百十度，使稍曲，且曲膝關節於百三四十度之位置，以石膏繃帶固定之，然繃帶須固至軀體之半，與同側下腿之半始可，三月後，再換一次，此時外轉至百六十度，全伸展，強迴轉於內方，且全伸展膝關節，此次之石膏繃帶，亦可置二三月，但須時檢X線像，由此以定石膏繃帶日期之長短，外科切開療法（一）候發羅林此氏法，自腸骨前上棘行斜切開，至內方以深其關節窩者也，有起強直之害（二）賊恩哥埃路氏法，僅增長其筋肉，廣開關節囊，以除去其障礙（三）卡羅氏切開關節囊，並切開其中之狹窄處，以變其位置。

▲股內翻症

▲股內翻症 (Toxa vara)

通常大腿骨頸與骨幹有百二十乃至百三十度之角度，較此角度近於直角時，則曰內翻症，本症由其原因區別之，（一）先天性內翻症，乃在母體中取無理位置及姿勢而發也，（二）佝僂病性內翻症，生後第一年中得之，（三）炎症性內翻症，以結核骨髓炎等故而發，（四）靜學的內翻症，十八九歲時，於大腿骨頸之習慣（由職業上之關係等）不斷負荷重物而得也，（五）骨軟化症的內翻症，以骨軟化症之故而得也，（六）外傷性內翻症，以上中最重要者，復詳述於後。

△靜學的內翻症 多為十三！十八歲時，即骨發育復盛，多少柔軟之時代，合併職業之關係得之，骨幹與頸之角度，非僅狹小，且頸亦多有曲於後方者，（症候）大轉子上方變位，腿之真性縮短，腿成強內轉症，外轉運動減少，或全停止，如後方彎曲時，則取外迴轉之位置，而此種運動亦著明狹小他之運

▲股關節脫臼

二一八

動多無障礙，主觀之症狀，僅有輕痛，及易覺疲勞。

(經過) 甚為慢性，有時急激增痛，患者殆不能動。

轉者有之，此時通常強廻轉於外方，取內外轉中間之位置，同時股關節不能行各種之運動，曰強直性股內翻症，安靜放置時，則痛消失。

(鑑別) 股關節炎時，股關節微曲，本病則不然，X線像於診斷最為重要也。

(預後) 非不良也，不能繼續一年半以上。

(療法) 先改其職業，使體重不懸於其上始可，或以重量行懸垂繃帶，痛烈時，有健側亦用懸垂繃帶而相對應，此乃使患腿外轉為目的也，以懸垂繃帶整形後，再施以石膏繃帶矯正時，抵抗大時，可切內轉筋腱，後約二日許，施行石膏繃帶者有之，施術於軟部時，有不成功者，然頸部之施術，則預後不良也，且頭部有起壞疽者，故不可用也，反之，於大轉子下部向外方切為楔形之法者有之。

△佝僂病性股內翻症 與他病相同之症狀而得。

運動限縮較習慣性者少，或有常缺內轉者，然他之症狀，有類似習慣性者，與先天性股關節脫臼之區別，由X線像即最為確實也。

(療法) 一般行佝僂病療法，(食餌療法，鹽水浴，日光浴，新鮮空氣) 於小兒務必不使步行及直立為要，夜間行五—十磅之懸垂繃帶，且可行外轉練習，以戰勝抵抗。

△外傷性股內翻症 一般有輕度之外傷，後漸發內翻症之症狀之謂也，頸部骨折，雖有發此症狀者，然此時不可加此名稱也。

(療法) 與習慣性內翻症相同。

▲股關節脫臼 Luxatio femoris

凡股關節脫臼，乃骨最強之壯年時代得之也，由甚高處墜落時，加強大之外力得之，其物理作用，墜落時腿強外轉或屈曲時，自下方加強力於腿時，破關節囊之下部，骨頭自其處出於囊水，次由屈曲或迴轉運動，出於窩之前或後方，或此脫臼僅由強外轉

而得。由脫臼骨頭之位置，有種種之別。

(一)腸骨性脫臼 出於腸骨板之後者，(二)坐骨性脫臼 骨頭在後方坐骨之部，(三)上恥骨脫臼 骨頭在恥骨之前面，(四)閉鎖孔性脫臼 骨頭在閉鎖孔前。

(症候) (一)腸骨性脫臼，稍屈曲，且內迴轉，稍內轉，得於窩後觸知骨頭，腿縮短，大轉子在羅賊路內，拉透恩氏線之上方，(二)坐骨性脫臼，強屈曲，內迴轉，內轉，而骨頭及大轉子，得於關節窩緣觸知之，(三)上恥骨脫臼 足向外方，腿不縮短，在伸展之位置，於鼠蹊韌帶之下，有強硬之突出物，即骨頭也，其內方有股動脈，股神經亦被押，故有放射性之神經痛，(四)閉鎖孔性脫臼 強屈曲，外轉，及外迴轉，凡此等脫臼之特有者，乃下肢固定於其位置，欲運動時，則有彈撥性抵抗是也。

(療法) 不關係於如何之種類，用次之方法即可，平臥患者於牀上，助手固定骨盤，曲大腿於直角，強

引於上方，由於直角時，可弛緩腸骨大腿韌帶，頭至窩之後方，強引於上方時，則頭可返於窩中也，以上四種之外，尚有特有者，即

中心性脫臼是也，此乃稀有之脫臼，與骨盤骨折同時發生，即骨頭破壞骨盤（即髌臼底）及其周圍之骨部，突入骨盤之內者也，外力由大轉子於頸軸方向發生時得之也。

(症候) 得由肚門或腹部觸知骨盤內之骨頭，可著明限制腿之外轉運動。

(療法) 於外轉位，施行懸垂繃帶為最良，全恢復於通常之位置則困難也。

▲大腿骨頸部骨折 *raktur des Femurhalses* (原因) 於幼年時代及老年時得之，幼年者，主於衝突膝部時得之，於老年者，主於倒時衝突大轉子之上時得之也，可別為關節囊內骨折，與關節囊外骨折之二種。

△關節囊內骨折 即頭部於緣之骨折也，通常殘

▲大轉子下骨折▲急性股關節炎

二二〇

留頭於關節窩內，頸部與骨體由甚動於腸骨板之方向，腿可縮短五—六—十。B患者不能立，大轉子在羅賊路內拉透恩氏綫之最上方，患者臥時，腿迴轉於外方。

(療法) 雖有用懸垂牽引頸部與體於下方者，然骨頭之榮養甚不良，故骨性癒着成功者少也，最良法，乃由大轉子穿通頸部至骨頭插入堅固之螺旋釘者有之，或以釘打入亦可。

△關節囊外骨折 骨端大抵楔入大轉子之海綿樣部，故頸縮短，且後方十分進入，大轉子稍迴轉於後方，同時且在上方，以大轉子部楔入頸部之故，多有割為切片者，無論何時，骨之固著，皆能十分保持該骨也。

(症候) 腿迴轉於外方，且通常縮短一·五—三。

○C B 大轉子在羅賊路內拉透恩氏綫上方，大轉子當寬且有壓痛，或當大腿骨頭部有腫脹，或骨折時無此楔入，預後稍不良者有之。

(療法) 骨片楔入時，有得自然治癒者，多無須特別之療法，僅有痛時，或須安靜該腿時，則用懸垂繃帶，此非為伸展之目的也，可用小量五—八磅垂錘，未楔入之骨折，於大腿骨軸之方向，可用十五—二十磅之懸垂繃帶，待骨之癒着，再使之運動，多於治癒後，有局所之風痺性痛，且難十分保持該腿，故常倚杖而行。

▲大轉子下骨折 *Fractura subtrochanterica*

大轉子與骨盤之關係，通常相同，未楔入者，局部有腫痛，腿不能運動，以腸腰筋之故，起甚強之轉位，骨片向於上外方。

(療法) 與大腿骨骨折時相同，伸展可於外轉屈曲位行之。

▲急性股關節炎 *acute Coxitis*

(症候) 通常小兒或青年得之，全為急性，以高熱惡寒戰慄，譫語等而起，關節周圍腫脹，形成膿瘍，有破於外面者，雖有由此治癒者，然常留瘻孔者有之。

有之。腿之位置多屈曲，內轉，內迴轉，常有病之脫臼，骨端線離開，有於骨頭頸部間，或大轉子處者，患者多由急性傳染而亡，然經過此病後，有以膿轉移於肺而死者。

(診斷) 由經過、穿刺、X線照像，可定診斷。

(症候) 輕時，用懸垂繃帶，化膿性滑液膜炎時，以「透維阿卡路」穿刺之，次以二%石炭酸水洗滌之，重者，自大轉子後方切開，插入排膿管即可，骨髓炎性者，則大切開切除其骨即可。

▲慢性畸形性股關節炎

Chronische deformirende coxitis

重要者，有畸形性關節炎與老人性畸形性關節炎之二種，二者為極類似之型，前者，十二—十五歲以上者得之，後者，僅老人得之也，大腿頸部，曲而縮短，與大腿幹部之角度變化，其長全消滅，有骨頭直接付著於大轉子者，或有於關節內發見遊離小體者，(症候) 有相當以上變化之症候，發病初期，有時

▲慢性畸形性股關節炎 ▲結核性股關節炎

常難診斷，幼年得者，負傷後漸次發生，(有一二年後者) (有痛及運動障礙，現內入症之症候，然症狀為進行性，筋發甚強之萎縮，老年得者，即「馬路木賊尼雷」於四十五或四十歲以後得之，最初症候為易速現疲勞，患腿有勁直感及痛等，若坐骨神經痛，於清晨著明，患者漸次跛行，關節運動亦漸次限縮，(外轉少) 高度者，同側骨盤較他側在於高位自動，或他動時，有呷軋音，腿有真性縮短，大轉子在羅賊路內拉吞氏線上，可觸為扁平，有時得於關節周圍，觸知骨之突出，無強直，臀筋漸次萎縮。

(診斷) 由X光線照像，得確實診斷。

(療法) 欲減少其負擔，可用保持關節之裝置，筋按摩術電氣等，以防其萎縮為最要也，使患者步行即可，切骨頭可去痛，且於機能上亦有良好結果者。

▲結核性股關節炎 *Coxitis tuberculosa*

(病理解剖) 最多者，為肉芽性關節疾患，骨性者較滑液膜性者多，通常早晚骨病灶破於關節之內。

骨病灶最多者爲大腿骨頭與髌臼骨灶之破於滑液膜內者，多徐徐而破，其變化第一次與侵害滑液膜呈同樣之狀，肉芽向結締組織變化者少，多爲乾酪變性而化膿，漸次侵害骨及軟骨，止於骨頭髌臼或大轉子，或有至骨盤者，關節窩之後部，多由骨頭衝突之故而薄弱，終至關節發生變化，窩漸次擴張於後上方，則謂之關節窩遊走，然起脫臼者少，關節囊及韌帶終亦同樣變爲結核性，次有結締組織增殖時，遂發萎縮，關節囊之破壞，同時膿汁漸次侵入外部之筋結締織間，作下垂膿瘍或瘻孔，骨之發育，多由結核性股關節炎而妨害，大腿骨較他側有縮短者，骨盤發育亦不良。

(症候) 臨牀區分如下，(一)初期，(二)第二期，即機能障礙爲主之期，(三)第三期，即由解剖變化引起障礙之時期，(四)疾患之轉歸。

第一期 初期通常徐徐得之患者(惟小兒最多)羸瘦蒼白，食慾不振，全身衰弱，患者有訴其原因爲

外傷者，第一顯明腿爲跛行，患者多以足尖步行，或有感痛者，痛多在關節之位置，打大轉子及膝部時，於關節可覺激痛，有時大腿或膝可感痛，雖有由筋肉固定關節，然極輕微，通常多不注意，內臟無結核灶時，則常無熱也。

第一期 乃以位置變化爲主之時期也，由筋之反射性作用，以減輕關節負擔之故，關節位置，遂起變化之時也，最著明者，爲腿外轉，外迴轉，屈曲之位置，且外觀上腿延長，關節即於此位置，以筋固定之用，麻醉可見筋之弛緩，於關節運動時，即步行等時，常與骨盤同時運動，即大腿與骨盤外觀上，如形成爲一全體焉，患者於此時期，尙得十分步行，上述腿之位置，以足尖步行，筋萎縮之故，患側臀部扁平，臀皺襞之下降，一見即明矣，其他於股動脈側，有得觸知關節腫脹者，打大轉子及膝部向關節之方向時，於關節內可感痛，已進行於二期時，外觀腿不延長而反縮短，且第二期之初，變外轉及外迴轉，爲內轉及

內迴轉，屈曲仍同樣存在，骨盤之病側高，即成何種傾斜狀迴轉於後方（此乃代償腿之內轉故也）。全身症狀殆常變化，羸瘦，食慾不良，有時可於夜間見熱之上昇，此期終了時，患者常臥病牀也。

第三期 關節有甚重之解剖變化，軟骨亦破壞，有成骨性勁直者，關節囊韌帶筋膜等亦縮短，不能矯正，或由乾酪性化膿之破壞，關節窩骨頭等亦破壞，或起穿孔等，有起病之脫臼者，大腿骨頭亦小，有僅頸部為一桿狀者，關節囊常破，有時成白腫形，且有於關節周圍作膿瘍者，膿瘍有破於關節之前面或內面及小轉子部者，終至出於背部者有之，或為下垂膿瘍，有出於小骨盤者，膿瘍破時，有同時作瘻孔者，孔在後面，外面，或大臀筋之緣處，第三期常有熱，混合傳染時，有帶膿毒症之性者，由關節破壞，屢發真縮短，試行運動時，有骨頭動於甚粗糙面上之感，生呻吟音，大轉子在羅賊路內拉吞氏線之上，且以骨組織之消滅，同時在近於骨盤之位置，短縮可達

八—十〇三，且以大腿骨發育不足，有縮短彎曲者，腿取腸骨性脫臼之位置。

第四期 即末期，患者（惟於化膿性者），多死亡，即以瘻孔入存排泄膿汁而衰弱，或由他臟器之結核而死，預後最良者，有微殘運動障礙而治癒者，此時有纖維性強直，通常同時屈曲且有內轉彎縮。

（診斷） 須檢查一般關節疾患症狀之存否，證明關節之解剖變化，及其結果，原因等為要也，有代償性骨盤變位時，如置腿於病之位置時，則骨盤遂返於正位，由脊柱之前彎側彎，可發骨盤變位，有時十分注意，可見跛行，股關節屈曲，及腰椎之前彎等，其他可量腿之長及周圍，且須參攷X線像，有時關節炎之性質，有甚不明瞭者，淋毒性或微毒性關節炎，先天性脫臼，股內翻症，關節風痺，畸形性關節炎等，皆類症鑑別上必要之疾患也，腰筋膿瘍時，關節得以屈曲，且除伸展時有障礙外，其他方向之運動，皆無障礙，由此即得區別矣。

▲結核性股關節炎

▲大腿骨中部骨折

二二四

(療法) 主要者、可注意關節之安靜、關節端之牽引、並減輕關節之負擔、而治療之即可、安靜關節、以石膏繃帶爲最良、行此種繃帶時、必須伸展牽引、由石膏全固定者、爲骨盤至患側足部、及健腿之膝部

可用非手術療法、有大骨及軟骨之腐骨片時、化膿性之傾向大者、形成瘻孔者、有混合傳染者、則不可用保存療法也、而其中有化膿時、則切開搔爬之、以防其擴延全身始可。

止、皆須纏石膏繃帶、重錘牽引繃帶、可減痛、預防炎症性筋攣縮、且於減少關節端之破壞、乾酪性化膿

▲大腿骨中部骨折 *Fraktur der Diaphyse*

之點、甚有效也、無論同時、全身療法、食物療法、空氣療法等、亦須注意也、此種繃帶及其他種種之牽引

der Femur
有彎曲骨折(自高處墜落時、車轆過時等)、橫骨折、斜骨折等、斜折時、有折爲菱形之骨片、尙有捻轉折

方法、非數言即可盡述也、於關節內注入一〇%沃度仿甘油、可爲全身療法或上述療法之補助、通常

者、於尙候病、有得骨屈折者、(症候) 骨折端之變位、不似大腿骨折之著明、變位由骨折之位置狀態而不同、上及中三分之一部

沃度仿甘油、有混合傳染時、則切開排膿、根本之手術法、則爲關節切除術也、侵害骨頭時、則

之骨折、由腸腰筋之作用、上折片外轉、曲於前方、折處愈在下方、則變位亦愈少也、變位、由外部即得見

可於侵害大腿之部分處、切除之、侵害髌臼時、可切除全部、後療法、亦須十分注意、此關節切除術之預

骨屈曲透於軟部之外、腿縮短五—六仙米、且不能運動、易見異常運動、証明呼軋音、亦爲最要、且有痛、於下部骨折中、髌上骨折、最爲著明、橫及斜骨

後、常不得謂之良好也、關節結核、非手術療法之選擇、多因時而定、非初時即可斷定也、非化膿性炎時

折、下方折片、由腓腸筋之作用、變位於後方、重者有

壓迫後方之血管者，其他有一般骨折之症狀。

(療法) 須矯正骨之轉位，即以麻醉使肌肉弛緩，用強力牽引，時即能矯正骨之轉位，後再行伸展繃帶或不膏繃帶即可。此時上折片多在外方，或斜向前方之方向，而下折片之方向，亦與此相近即可。即牽引腿於上方或前方，可用十五—二十五磅重量，以抵抗戰勝最強上腿之筋力。此重錘牽引繃帶，於大人須續行四—五週間，但絆創膏每十日乃至二週間換一次。四五週後，行按摩術及輕微之運動。至六個月後，始可起立。矮正之腿，須使第一跗，膝蓋骨之內緣，與腸骨前上棘，皆在一直線上始可。以上之懸引繃帶，與矯正同時固定之，尚有同樣目的。行斯他音滿氏釘伸展法，今多用之，即以釘釘入兩踝狀突起，加重錘於其上，以伸展之法也。或於麻醉時，十分牽引而矯正之。石膏繃帶之方法，亦常用之也。

(預後) 治療不良時，有成假關節者，且有癒着於非生理之位置者。

▲膝外翻 ▲大腿骨骨髓炎

▲大腿骨骨髓炎 Osteomyelitis Femoris

大腿骨與脛骨，皆為最易得骨髓炎之處也。惟常侵害其下端，覆以最厚筋層之故。急性時，其局所變化發現甚遲也。全身症狀甚重，有誤為傷寒者。概皆形成甚大之骨壞疽。腐骨疳，常在大腿骨之後面，瘻孔多於膝關節，或外側外巨筋與二頭筋間，或內巨筋與內轉筋間。骨形狀之變化亦著明。大轉子及頸部之畸形，或於下端之內翻，或外翻而彎曲，或有以此得異常發育，及發育不全者。

(療法) 按一般法則。

▲膝外翻 Genu valgum

乃上腿與下腿於外方成角度之謂也。大腿骨中部曲於外側時，或骨端線及大腿骨骨端之骨核在內側較外側大時，或脛骨體曲於外方等時，可見膝外翻也。其他大多數則於關節囊內側部之弛緩，得向外方曲膝關節，至二十一—四十度，多同時合併扁平足，或終生膝外翻者。其足在內翻之位置，本病至六

▲膝內翻▲大腿骨髌狀突起骨折▲膝蓋骨骨折

歲之間得之者最多，或發於青春期。

(原因) 不明，雖得推測為長時用腿之故，然其真

因仍不明也，然亦有發於膝關節炎及外傷之後者。

(診斷) 於小兒則外迴轉其腿以代償畸形，故可

檢查膝蓋骨正向前方與否也。

(預後) 自然治癒之希望少。

(療法) 禁其步行，以強制矯正畸形為良，其矯正

裝置，或種種之副木，此不贅述，最確實者，為骨切開

也，原因在大腿骨者，則自外側關節腔之上七八釐

處，以鑿切其骨，存留內側骨皮質之一部，移矯正之

再行石膏繃帶於脛骨，則於骨端線下五—十仙米

處同樣處置之。

▲膝內翻 *Genu varum*

乃上腿與下腿於內方成角度之謂也，此角之頂點

非膝關節，乃為脛骨之上端或大腿骨之下端，於生

後一年之內，由佝僂病而起，而以佝僂病為原因者，

常至六歲時，可自然治癒，大人則少也。

▲大腿骨髌狀突起骨折 *Fractur. des Condylus Femoris*

有(一)髌狀突起上橫骨折(二)髌狀突起一側斜

骨折(三)T或Y字狀骨折(四)破碎等種類。

(原因) 主由非常之外力，多由高處墜落而得。

(症狀) 關節血腫，關節腫脹，機能障礙，異常運動，

他動運動時，有吶軋音，一側髌狀突起時，其骨折部

轉移於上方，故外髌狀突起骨折，則為外翻之狀，內

髌狀突起骨折時，則為內翻，Y字狀骨折時，骨中部插

入兩骨折片之間時，有腿亦縮短者，局處有痛。

(療法) 矯正轉位，除去關節血腫，腫脹常一週間

許即消失，矯正後，可用石膏繃帶，常不免關節勁直。

▲膝蓋骨骨折 *Patellafraktur*

(原因) 由直接外力之衝突，或由四頭股筋強收

縮力之間接作用而得。

(症候) 多橫折，亦有縱折者，多在中三分之一與

下三分之一之境界處，由直接外力者，有為粉碎骨

折者臨牀上，橫骨折時，骨折片以四頭股筋之故，有離開二或三指橫徑者，有關節血腫，機能障礙，四頭股筋之機能，全不能動，然無痛時，尚能直立，及不完全之步行也。

(預後) 縱骨折時，雖得自然治癒，然橫骨折時，則不然也，乃以骨折片離開，且以血腫之故，血液循環不足故也。

(療法) 關節血腫高度時，則除去之，即用壓迫繃帶，按按摩術，及穿刺法，使骨折片互相接近，可使腿伸展，後以絆創膏固定之，即用一·五—二仙米寬者，為龜甲狀帶卷於關節，一週間或第八日更換之，其他用馬路哥埃牛氏之裝置，此乃於皮下使兩骨端互相接近而固定之者也，設備完全之處，最良者，則行骨縫合，用銀線，青銅線，鐵線等，縫後以石膏繃帶，或副木固定之。

▲四頭股筋腱破裂 Ruptur der Quadricepssehne 得之者少，原因與膝蓋骨骨折同，破裂處最多者，為

▲四頭股筋腱破裂 ▲膝關節脫臼 ▲膝蓋骨脫臼

附著膝蓋骨之處，其次為筋之移行部，膝蓋骨腱，多於近骨之點破裂。

(療法) 縫合其腱，固定於伸展位，按摩術。

▲膝關節脫臼 Luxation des Kniegelenks

本病有兩種，以直接外力為最多之原因。

(一) 內脫臼 即脛骨突出於關節之內側，大腿骨內髌，在脛骨外髌之上。(二) 外脫臼 即脛骨突出於關節之外側，大腿骨外髌，在脛骨內髌之上。(三) 前脫臼 脛骨出於大腿骨髌之前。(四) 後脫臼 脛骨出於大腿骨髌之後。

(症候) 以上四種，皆極顯著，容易診斷，然無論何種關節韌帶，或關節囊，皆破裂甚大也。

(療法) 僅由外方押其骨端而整復之後，以副木或石膏繃帶固定之即可。

▲膝蓋骨脫臼 Irration der Patella

有次之三種。(一) 最多者，為外方脫臼也，膝蓋骨覆於大腿骨外髌之外面，以直接之外力為多。(二) 內

▲急性膝關節炎 ▲淋毒性膝關節炎 ▲結核性膝關節炎

二二八

方脫曰。乃極少也。(二)膝蓋骨迴轉於長徑之周圍時。所謂垂直脫曰。該骨以其周緣起立之謂也。亦有全迴轉。內外二面全轉換者。然甚少也。

▲急性膝關節炎 *Gonitis acuta*

膝關節較他關節。由細菌轉移起急性疾患者多也。有急性炎衝性滲出液時。不僅膝蓋骨兩側之凹陷部消失。且反隆起。波動著明。伸展該關節時。診者以左側拇指與掌部之間。自上方壓膝關節上部於下方。以右指押膝蓋骨時。則覺該骨當大腿骨之處。離右指時。則膝蓋骨若彈簧焉。隨右指而反撥。謂之膝蓋骨跳動。化膿性滑液膜炎時。以關節周圍浮腫著明之故。多不能知關節特有之形態。通常在屈曲外迴轉外轉之位置。

(療法) 用二個「透羅阿卡路」穿刺之。且洗滌之。或切開插入排膿管。最後之法。則為切開也。

(附記) 自上急性膝關節炎。有遺為慢性關節水腫者。由壓迫關節。或穿刺。及洗以石炭酸水等可治癒。

▲淋毒性膝關節炎 *Gonitis gonorrhoeica*

膝關節。乃關節中最易得淋毒性疾患之處也。其症狀。與一般淋毒性關節炎相同。(一)關節水腫。(二)漿液性纖維素性滲出炎。(三)蓄膿症。以上三型。於治癒後。尚能十分運動。(四)蜂窩織炎性關節炎。常遺留強直。症候。診斷。療法等。可參考總論。

▲結核性膝關節炎 *Gonitis tuberculosa*

(解剖變化) 膝關節乃常發結核關節之一也。最終於骨端生肉芽灶。惟於大腿骨髁。脛骨骨頭為多。亦有生於軟骨下者。滑液膜生第一病灶時。先於大腿骨髁之下緣。或外緣得之。次侵害全滑液膜。皺襞。形成寒性膿瘍時。則滑液膜肥厚。有無數之結核。於關節腔內形成膿瘍。

(症候) 本病惟於二十歲以下者為多也。

(一)結核性關節水腫 (二)肉芽性關節炎。

(一)時。已腫關節囊之輪廓明瞭。而(二)則不然。關節部全體腫為紡錘狀。或類似形狀。惟大腿肌肉萎

縮時則著明也。關節全體爲彈力性軟性，皮膚緊張，爲白色，成白腫。更進而化膿，瘻孔形成。於關節周圍形成膿瘍後得之，發於內側，外側，或亦有於膝關節者。於十分進行者，亦可得自然治癒。有發育障礙及畸形最多者，乃爲纖維性或骨性癒着而治癒也。

(診斷) 多不難，由X線像易與他病區別。

(預後) 於任何時期，皆得自然治癒。但於數年後，由輕微之外傷，有再發者，比較多由內臟之結核性疾患而死也。

(療法) 年幼者或水腫型者，可用保存療法。以此目的可行石膏綑帶，長久之伸展。水腫型者，穿刺後注射沃度仿甘油數次，如保存療法無效時，則行根本之手術療法。此法乃乾酪性膿瘍存在時，或骨病灶著明時，最爲適用。根本治療，關節切除術爲最良。

▲神經性膝關節疾患 *Nahm genu neuropathica*
膝關節乃最易得神經性疾患之關節也。良性者，有甚強之關節水腫，周圍組織浮腫，及囊之肥厚，惡性

者，形或畸形，起破壞，惟著明時，則形成膝外翻，膝內翻，及膝反張，甚至有全然破壞者。下腿若動搖關節，有僅爲自上腿下垂之狀者。原因，爲脊髓癆，脊髓空洞症，進行性麻痺，或脊髓損傷等。夏路叩氏，一般謂之脊髓癆性關節疾患。

▲梅毒性膝關節炎 *Gonitis syphilitica*

現一般關節梅毒症狀，多同時兩側得之。茲不贅述。

▲下腿骨折 *Brüche des Unterschenkels*

通常在尖稜前面之斜骨折，於脛骨中三分之一及下三分之一境界處爲最多。腓骨薄弱，故脛骨折後，患者欲直立時，有得骨折者。初次即折者少也。兩骨同時折時，多由直接外力，概於同高之位置，同時常有軟部之損傷。全下腿腫脹，浮腫，及血腫，碎裂之軟組織，有全陷於壞疽者。骨端變位不定，於斜骨折，兩端有甚接近者，骨軸有成或種角度者，有迴轉者。(症候) 局所腫脹，下腿機能障礙，足及下腿軸之屈曲與迴轉，有時可證明腿縮短，呷軋音，及骨折痛。

▲神經性膝關節疾患 ▲梅毒性膝關節炎 ▲下腿骨折

▲下腿骨髓炎 ▲脛骨梅毒

1110

(診斷) 証明脛骨骨折時，必須試查腓骨折否始可。X線像可明瞭表示骨折。

(預後) 小兒四週，大人六—八週即治癒。後療法，算入按摩術等期間，須三四個月，有遺假關節者。

(療法) 骨端變位者，須整復之，即以單純牽引或全身麻醉，使筋肉弛緩，然後牽引固定之。痛少而最便利者，爲石膏綑帶也。夫歐略苦滿之「T」字狀，則木等亦可用，然其固定，不及石膏綑帶也。固定時，須置足對腿軸爲直角，且正當之位置始可也。伸展法，不似大腿骨折時常用之也。骨端變位著明時，用伸展法爲佳，重量可用五—十磅者。

▲下腿骨髓炎 *Osteomyelitis des Unterschenkels*
下腿骨乃全身最易得骨髓炎之處也。脛骨得本病之後，發育不良時，則腓骨彎曲爲弓狀，凸於後側，如脛骨發育異常甚重時，則脛骨反凸向前內面成弓狀，故下腿變形，骨間腔擴大，足形位置亦變化，即脛骨發育甚大時，則呈扁平足之狀，發育不全時，則成

內翻足。腓骨得骨髓炎者極少也。脛骨骨髓炎之診斷較易，乃脛骨在皮下，易知其變化故也。死柩有至甚大之形者，排泄孔於前面，或多在無筋肉之內面。(療法) 除去腐骨疽，如除後缺空甚大時，則有種種方法，以補充之，即以人或動物之骨片，或「古他倍路卡」「塞民透」等，非動物性之物質以充填之。急性時，則切開骨膜下之膿瘍，或有時必須行骨切開者。

▲脛骨梅毒 *Syphilis der Tibia*

乃骨梅毒之好發部位也。腓骨得之者甚少也。骨膜性橡皮腫，多生於脛骨前面及稜部，常破軟部作潰瘍。治癒時，可留與骨癒著之癍痕，以橡皮腫周圍所行贅骨而骨爲堤狀，肥厚表面呈結節狀，於橡皮腫性骨及骨髓炎表面，以贅骨增生之故而肥厚，且內面髓腔狹小，爲不規則狀，或有全部髓腔消失，骨全爲實質者。本病與大腿骨橡皮腫相似，有起特發骨折者。

(療法) 一般梅毒療法、

▲脛骨骨幹部結核 *Diphsentuberkulosis der Tibia*

脛骨乃管狀長骨中常發結核之處也、其症狀可參考一般骨結核之處、

▲足關節捻挫 *Distorsion des Fussgelenks*

足關節內轉外轉超過一定範圍之強激運動時、最易得捻挫也、自外踝走向足根部、關節外側之韌帶、常於立足外緣之強力而破裂、捻挫時、該部腫脹、皮下生紫斑、壓痛可略表示韌帶之破裂處、有時骨附著點、亦同時發生裂傷、外踝之前部、為最多也、捻挫與兩踝骨折之類症鑑別、非易也、由兩踝之無壓痛點、及比較得自由屈伸等、可診為捻挫也、

(療法) 安靜關節、濕布等、

▲踝上骨折 *supramalleolare Fraktur*

由墜落、輾傷、直接打撲等而得、骨折線斜行或橫行於脛骨、由腫脹著明、下腿周圍之皮膚緊張、呷軋音、

▲脛骨骨幹部結核 ▲足關節捻挫 ▲踝上骨折 ▲踝折骨 ▲足關節脫臼 二三一

局所痛、異常可動性等、即得以診斷也、

(療法) 足之固定至少須二—三週間、骨折片之脫位者、較少也、

▲踝骨折 *Malleolarfraktur*

由墜下仆倒而得、內踝骨折、乃同時有腓骨屈曲之定型踝骨折也、多同時脛骨之下端亦折、足在外翻之位置、甚至有距骨與脛骨相接觸者、亦有全未脫位者、且有其他一般之骨折症狀、脛骨及腓骨之骨端線分離、往往幼年者得之、

(診斷) 由一般骨折症候、及上症狀、較易診斷也、(療法) 用副木或石膏綑帶、三—四週間、可管骨性癒著、置副木或石膏綑帶時、不可使足在外翻或內翻等之不良位置、乃最可注意者也、

▲足關節脫臼 *Inyatio Tella*

雖為距骨之脫臼、然距骨脫臼之一語、乃僅距骨脫臼時用之也、足脫臼者、乃距骨與以下諸骨脫臼、於前方、後方、外方、內方、等處也、有時有脫於上方者、多

▲足距骨下脫臼 ▲跟骨骨折 ▲足趾骨折 ▲內翻足 ▲先天性內翻足

二二二

有踝骨折，後方脫臼較多，此時乃骨折關節前方之韌帶破裂後，始脫臼也。用輕麻醉，牽引其足，加直接之力於距骨，即得整復也。

▲足距骨下脫臼 *Inxatio pedis subtralo*

乃距骨與舟狀骨及跟骨之關節脫臼也。雖有內外前後等脫臼，然以外方脫臼為多也。

(原因) 下腿與距骨固定之時，足得自由遊動時，或足固定，距骨與下腿受直接外力時得之也。

(症候) 足多強轉位於內方，或外方載距突起，突出於內方，或外方甚為著明，皮膚緊張於極度，足關節之運動，屈伸皆得自由，前方或後方之脫臼極少，且有合併骨折者。

(療法) 由單純之壓力或牽引，即得整復正位也。

▲跟骨骨折 *Fracturae Calcanei*

自高處墜落，足衝突時得之，有壓迫骨折之特徵，一般斜骨折綫多貫通跟骨，墜落時，足穹窿扁平，已折之跟骨片，分於左右，最重者，足幅有增寬者。

(診斷) 由一般骨折症狀及X線即可診斷。

(療法) 盡力整復其骨，後保持安靜於五、六週，然後使倚杖而步行，漸次使足著地，局部之痛有長久存在者，跟骨隆起，由腓腸筋之牽引，有起裂傷性骨折者，骨片舉向上方，整復後，繼續曲膝及足關節三週間，以弛緩腓腸筋，而待骨性之癒者。

▲足趾骨折

直接外傷，其中由轢傷，舟狀骨，骰子骨，三楔狀骨，可得種種型之骨折，趾骨及趾骨，亦由同樣之外力，可得橫骨折，第二第三趾骨最多。

▲內翻足 *Pes varus, Klumpfuß*

足內翻時，其內側緣高，足之前半內轉，固定於此位置者，謂之內翻足，多數之內翻足，穹窿部高，同時且為尖足者有之，此即內翻馬足也。

▲先天性內翻足 *angeborener Klumpfuß*

據統計，約占1%。男較女甚多，兩側較一側多。(原因) 由缺脛骨，或缺足骨內側列之骨而得據。

倍塞路哈根氏，乃子宮內生活中，妨碍自由運動時，例子宮筋腫時，羊水少時，或由羊膜壓迫強制內翻足之位置時而得也。內翻足之步行障礙甚重，有以足之外緣或足背步行者，易得外傷。

(療法) 務必極力使早期步行爲良，生後第一週後，即可行矯正法，初每日二次，以手矯正於外翻之方向，於稍超過正當位置之處，以絆創膏固定之，即以寬一英寸或一英寸半之絆創膏，自足之外緣，越足背，至內緣，再出外緣，越外踝迄膝關節之外側貼之，務必長久保持，二三日後，換新者一次，固定尙有用石膏者，此矯正，有種種之整形外科裝置，茲不贅述，稍大之小兒及成人之內翻足，有用強螺旋裝置矯正之方法，矯正後，除去尖足之故，可切斷「阿席雷斯」腱爲要。

▲後天性內翻足 *erworbener Klumpfuß*
於踝骨折足關節脫臼後，長時繃帶於內翻位時，或無脛骨等時得之，或有因火傷潰瘍後之癢痕，腓筋

▲後天性內翻足 ▲扁平足

切短等者，然最多者，乃神經中樞之疾患也，即筋攣縮(例巴里透路氏病)及急性脊髓前角炎等也，後者，據倍塞路哈根氏占七〇%云。

(療法) 以攣縮爲原因時，則行矯正及「阿席雷斯」腱切斷，或由腱之整形手術而延長之，麻痺性內翻足，主由長趾伸筋及腓骨筋之麻痺，故移植他健康筋腱於此麻痺筋之腱，以矯正之可也。

▲扁平足 *Pes planus Plattfuß*

扁平足者，乃足蹠穹窿消失之謂也，此畸形之一，有得足之外翻者，則謂之扁平外翻足，由胎內生活中，強制於何種姿勢而得也，亦有由胎外生活而得者，即踝骨折後先得外翻足，次成扁平足也，乃以缺外踝或缺足之外緣骨而得也，最多者，乃因足之負擔過重，結合骨之韌帶筋肉不全，二三歲得之者有之，或十八九歲時，多因同原因而得，四十一五十歲時得之者亦甚多。

(症候) 足長且廣，甚至有合併外翻足者，足穹窿

▲馬蹄足或尖足▲足根骨結核

二三四

全消失不可見，且反有突出者，此乃以舟狀骨與距骨突出於下內方，故爲腫瘍樣之突起也。主要之症狀有種種，甚拙於步行，且無彈力，足疲勞之感覺甚速，且有痛，乃以骨之壓迫與韌帶牽引之故而發痛也。長久步行或直立後，有痛腫甚大者，有炎症性扁平足之名，安靜時，則痛腫遂消失。

(診斷) 檢查足穹窿之消失，可使足著水步行於乾板之上，可印足蹠形於板上，即時可知矣。長時間站立或起立之時，足感痛，如不用足時，則痛即消失。此乃最主要之點也。

(療法) 三三歲時預防之故，可使吸新鮮空氣，且行按摩術，以強壯足之筋肉，矯正外翻之位置，可用自內側傾向外側之靴鞋，或於靴鞋之內底面，置支柱，墊，以高其內側之方法，最重要者，乃於職業上得之。(日本之理髮匠，鍛冶職等)此時則可變更其職業，由麻痺者，則行髓移植術。

▲馬蹄足或尖足 *Pes equinus Spizius*

雖於胎內生活中得之，然多爲產後得之也。其特徵，乃足尖端向於下方之點也。

(原因) 下腿或足之癍痕，長在牀上時，或被褥之重，習慣性而得者，神經系統得者，乃攣縮(攣縮性尖足)司足背曲運動筋肉之麻痺(脊髓性小兒麻痺)等是也。

(症候) 足固定於足蹠而屈曲之位置，足穹窿擴大者多，以足之前半步行，更進有僅以趾步行者，最重者，有以足背步行者，若此時，則於足背形成胼胝，粘液囊等，距骨不能與足關節面前部之下腿骨接觸，腓腸筋與足蹠面縮短。

(療法) 初期作他動運動，加足尖以重量。(五—十趾)牽引於足背之方向，長久存在者，矯正後，以石膏固定之，因足背筋麻痺者，則行髓移植術。

▲足根骨結核

先述與關節無關係之結核。

(一) 跟骨 多侵害前後二突起，常見近於圓形之

腐骨長久存在者，則留圓形或橢圓形之空處，或有爲浸潤性侵骨之全部者，瘦孔常生於外側，腓骨筋起腱鞘炎，內側得之者少，踵部著明腫大，以X線即容易診斷也。

(療法) 鑿除或搔爬侵害之部分，浸潤性者，則全剔出其骨。

(一) 子骨、舟狀骨，亦可得結核，常可侵害關節。

(二) 跗骨、趾骨，亦有得結核者，以上二者，皆以X線即容易診斷，得明見病灶時，可剔出其骨，切斷其趾。

▲足根骨結核及足關節結核 Tuberkulose des

Springgelenks und der Fusswurzelknochen

足關節結核，多於距骨之關節面近處，形成結核灶，破於關節中，自大腿骨而得者較少也，足根骨之結核，破於關節中時，則有傳至關節隙而擴張者，里斯夫蘭氏關節結核，有進行於足尖之傾向，楔狀骨及骰子骨多有病灶。

(症候) 多幼年者得之，有先以輕微之外傷爲原

▲足根骨結核及足關節結核

因，而漸次發生結核者，距下腿骨關節結核，其腫脹可同樣圍繞兩踝及關節周圍，足爲尖足之位置，有漿液性關節炎，或肉芽性炎之軟肉芽者，於關節伸筋之腱間，及「阿席雷斯」腱之內外側，可見關節囊之腫脹，於距骨舟狀骨關節時，則足外迴轉外轉，距跟骨關節結核時，則內迴轉內轉，肉芽組織，於距骨下腿關節，發生甚多時，於其內側即於距舟狀骨關節之下方，生甚高之腫脹，足根骨結核，擴張於關節時，其第一次病灶，多腫脹，足趾軟部，於末期始發枕狀之腫脹，可由壓痛及腫脹得知疾患之主部分，足之中部時，於運動於橫方或上下方時，有聽啞軋音者，肉芽組織，有破於外方而達於腱鞘者，侵及腱鞘時，則足在該筋肉最安靜之位置，長久妨害步行者少，除有爲外翻或內翻足之外，尙由骨之侵害如何，有成不規則之變化者。

(診斷) 被侵害之部分，可形成著明之白腫，故較易診也，有瘦孔時，則出稀薄淡黃色之冷膿，以X線

▲靜脈瘤、靜脈擴張 ▲股靜脈血栓炎 ▲坐骨神經痛

二二六

可十分診斷，且被侵骨之附近速陷萎縮之點亦可注意也。

(療法) 安靜局處，於關節水腫則行穿刺注入沃度仿甘油之法，於小兒則切開瘻孔搔爬之，注入沃度仿甘油，得以治療。手術療法，以關節切除術為最良，最後之法，則自下腿切斷也。於足根骨結核，則行切除或剔出其骨之法。

▲靜脈瘤 靜脈擴張 Varix Phlebectasia

於中年以上者見之，乃靜脈擴張及其續發症候之總稱也。靜脈壁之先天薄弱，或由機械之故，妊娠、腹部腫瘍等壓迫，腸骨靜脈時得之，多在大小窩靜脈之範圍也。

(診斷) 窩靜脈之靜脈網擴大而蜿蜒，由外部即得見之，腿一般為浮腫狀，多有慢性濕疹或潰瘍，疲勞甚速，常有疲勞感、重感、搔痒感，或神經痛樣痛。同時有筋靜脈瘤時，有起筋攣縮者，舉有靜脈瘤腿於上方，以除去靜脈瘤中血液，以手押大窩靜脈

幹部，次放腿於下方，而手押之靜脈有血液不再充滿者，此時則曰透林鐵林布路席氏之症候陽性也。

(療法) 保存療法。可除原因，行腿之壓迫法，即舉腿於上方約五分鐘，瘤即空虛，自足向上以法蘭絨作壓迫繃帶，八日間再換，有靜脈炎時，則忌用之。手術療法前記透林鐵林布路席氏症候陽性時，則可於大腿之上三分之一與中三分之一之境界處，結紮大窩靜脈，或剔出靜脈瘤全部法亦多用之。

▲股靜脈血栓炎 Phlegmasia alba dolens

下肢之靜脈炎，多續發於靜脈瘤，有產褥性子宮周圍炎，時炎症自骨盤結締織至股靜脈，形成血栓，則曰痛性白色炎症，全腿為浮腫性，現紫斑色，有痛得於股靜脈部可觸知拇指頭大硬痛之索條。

(療法) 可保持腿於高位安靜之，繼續至血栓全部機化為止。(二二個月)

▲坐骨神經痛 Ischias

原因、症候、診斷等，可參考內科編。

(療法) 急性者、安靜之、腰部熱氣療法、按摩術等、有良好之結果、或於坐骨神經自大坐骨孔而出之處、注射溶解一%比例「倍他歐伊卡音」之生理食鹽水、或僅注射食鹽水一〇〇〇之法、尙有於麻醉時、伸展膝關節、強曲股關節之法、反復行之、數回後、多有得效者、或以手術露出坐骨神經、用力伸展之法、

▲鼠蹊淋巴腺炎 *Lymphadenitis inguinalis*
急性炎症、同側鼠蹊部、生殖器、下肢有炎症時、由淋巴管輸出細菌於腺而得者也、途中之淋巴管、亦非必起炎症、細菌侵入之腺、有腫痛、

(療法) 先須極力行病原灶之根治療法、如病勢可擴大至腺以上而有害時、則剔出之、如化膿則切開之、惟於羅賊恩米由路雷路氏腺(鼠蹊韌帶與恥骨水平枝間之腺)之炎症、病菌有擴散之害、須注意始可、

慢性炎症 主由黴毒與結核而得、黴毒時、續發於生殖器之第一期梅毒、或爲全身梅毒之部分症候

▲鼠蹊淋巴腺炎 ▲下腿潰瘍

而得者有之、因結核而得者較少也、主由下肢之皮膚結核得之、亦有由骨關節等之結核而得者、

(療法) 除一般方法外、無特別之法也、

▲下腿潰瘍 *Interschankelgeschwür*

(原因)及(種別) 潰瘍發於全身、於下肢則下腿由多種之原因、爲潰瘍好發之部位、一般潰瘍、可由結核、黴毒、癰腫、血管硬化症、靜脈瘤、或神經病得之、一、下腿最多得者、乃由梅毒之潰瘍也、有由脛骨骨膜橡皮腫、破於外方而得者、有由皮膚橡皮腫得之者、因梅毒而得之潰瘍、由其邊緣銳截、底部有豚脂樣物質等點、即易知之、發生之部位、下腿之上部最多、下部及腓腸部則少、他種類之潰瘍、於下腿上部得之者極少、故以其位置、即可概定爲梅毒性與否之疑問也、梅毒性潰瘍、行一般之梅毒療法即可、

二、慢性下腿潰瘍、因外傷後、血液循環障礙、不潔等、長久不治時、得之者最多也、惟於下腿有靜脈瘤時、以循環障礙之故、由輕微之外傷、可留慢性之潰

靜脈內、有稍得果效者、對痛可用局所濕布（三%醋酸礬土水等）、得稍防痛於何程度、注射「瑪玢」須十分注意行之多、非切斷不爲功也。

△糖尿病性脫疽

血管起內膜炎與硬化症、糖分滲透於組織內、亦可起脫疽、若此之組織、細菌易於侵入、且易繁殖、易得蜂窩織炎、脫疽常爲濕性、限局之傾向少、有自趾延及下腿者。

（療法）限局者通常、切斷之濕性、脫疽須注意行酒精濕布、且不可妨害空氣之流通（不可用油紙）、使先變爲乾性者始可、兩側得者、多由梅毒性動脈內膜炎也、否則須慮及雷臘氏病、後者、乃由血管神經異常刺戟、起血管筋肉之攣縮而得也、足有蟻走感、與局所之貧血、有單獨發生者、或有與臟躁病骨髓癆等症狀合併者。

