

星
級
〇

最新實用醫科各全書之一

外科學

張崇熙醫師編



3 0529 2704 7

序言

泰西醫學輸入吾國已數十年於茲。論病有真理。治療有實效。故能深得社會信仰。比歲以還。國內有志研究斯學者紛起。或入醫校肄業。或赴醫院實習。更有好學人士。羈於職務。限於時間。購售坊本。以期自修成功者。又不知凡幾。但醫學淵深。浩如烟海。初學驟涉其藩。往往茫然無所適從。編者在二十年前求學時代。亦深引爲苦。嘗憶業師德國醫學博士 Dr. *Wunder* 氏有言。『欲求醫術之進步。宜多閱實用參考書。』又日本醫學博士頓宮寬氏有言。『中國醫學譯本太少。初學難免困難。』嗚乎。吾國現代醫學幼稚。衛生學識未能普及。推厥緣由。實缺乏實用醫書有以致之也。

二十年前。編者掌教海上中國醫學院。惠生女醫校。兼任醫會醫報主編。多數學子。紛紛以有否簡明實用醫本。託爲介紹。同時海內人士。又多以醫學疑難問題函詢。編者深感切合。

實用之醫書。確有出版之必要。普遍灌輸新醫知識。實刻不待緩。爰毅然偷閒捉筆。編輯各科醫學書籍。費兩載許之精力。始克勉成全部。二十三年夏出版。謬蒙 讀者稱許。未及一載。銷售殆盡。現值再版。更將內容充分增修。舉凡醫學各科實用知識。一切診療經驗臨床技術。無不詳細記載。搜羅靡遺。務使讀者在極短時間。達到澈底明瞭爲目的。惟本書倉卒付梓。難免挂一漏萬。尙乞 社會明達。醫學方家。不吝珠玉。加以教正是幸。

蒙陳公益宋文華趙志超三君襄助校對。特此誌謝。

中華民國二十四年十月張崇熙醫師識於上海東亞醫學編輯所。

凡例

一 本書全部內容，共分二十四種。各科齊備。包羅萬有。曰解剖學，生理學，細菌學，病理學，診斷學，藥物學，傳染病學，內科學，外科學，皮膚病學，花柳病學，婦科學，產科學，小兒科學，眼科學，耳鼻喉齒科學，調劑學，急救學，衛生學，看護學，各種注射療法，顯微鏡用法及檢查細菌法，臨床經驗處方，診療實用指南。均以淺顯文字，敘述明晰。務使學者容易研討。切合實用。

一 研究新醫學問。須先明瞭程序。閱讀醫藥名詞。又宜熟識西文。編者爲切實便利初學計。特憑經驗心得。另著「研究醫學指導一書」，以及「外國文醫學名詞拚讀法」。隨書附贈。學者得此。不難澈底了解。獲得正軌。

一 書中所列病名，藥名。均中西文對照。附載各種圖解，重要表格，以及醫院藥室中常用

之印刷品式樣多種。讀者一覽瞭然。可免思索難解之苦。

一 年來醫學進步。一日千里。本書中所述各種療法。除記載相沿應用之舊方外。凡新藥新方確有實效者。靡不搜羅列入。以求完善。

一 診療上各科技術頗多。記憶難免困難。編者因特擇要彙編於後。定名為診療實用指南。以便學者隨時可以檢閱。

一 本書所用衡量度。概從萬國權度通制。即法國米突制。計算重量。以格蘭姆（或稱瓦克。公分）為單位。計算容量（液體）。以西西（或稱立方纏。公撮）為單位。計算長度。以生的密達（或稱仙迷。纏）為單位。除載有詳細表外。復列英美重量液量制。我國舊制量比較表。以供學者參照。

一 本書切實記載各科實用學識。凡屬高玄理論。概從簡略。取材廣博。編制新穎。不但為有志醫學者之良好讀本。亦足備實地醫家臨床參考之用。

外科學目錄

緒論……………一

第一編 災害外科……………二

第一章 創傷……………二

第二章 炎症……………一五

第三章 火傷……………三四

第四章 日射病及中熱症……………四〇

第五章 電傷……………四一

第六章 凍傷……………四二

第七章 化學外傷(腐蝕)……………四六

第二編 外科傳染病……………四七

第一章 化膿性全身傳染……………四七

第二章 丹毒……………四九

第三章 破傷風……………五二

第四章 狂犬病(恐水病)……………五六

第五章 脾脫疽(炭疽)……………五八

第六章 馬鼻疽(馬疫)……………六〇

第七章 創傷白喉症(病院壞疽)……………六一

第八章 放線狀菌病……………六二

第九章 蛇咬症……………六三

第十章 鼠咬症(鼠毒症)……………六五

第十七章	屍毒症	六五
第三編	皮膚外科	六六
第一章	癰腫	六六
第二章	癰疽(癰)	六八
第三章	蜂窠織炎	七〇
第四章	膿瘍	七二
第五章	皮膚及皮下護膜腫	七三
第六章	狼瘡	七五
第七章	皮膚結核	七六
第八章	潰瘍	七六
第九章	(附)乳腺炎及乳癌	七八
第四編	肌及臄外科	八〇

第一章	急性化膿性肌炎	八〇
第二章	外傷性化骨性肌炎	八一
第三章	進行性多發性化骨性肌炎	八一
第四章	臄炎及臄鞘炎	八二
第五章	結節狀腫	八三
第六章	走馬疔(水癩)	八三
第五編	血管及神經外科	八四
第一章	動脈炎及靜脈炎	八四
第二章	動脈瘤	八五
第三章	靜脈瘤(靜脈擴張症)	八八

第四章 神經炎……………九一

第六編 淋巴管及淋巴腺外科

九三

第一章 急性淋巴管炎……………九三

第二章 急性淋巴腺炎……………九四

第七編 骨外科……………九五

第一章 骨折……………九五

第二章 急性化膿性骨髓骨

膜炎……………一〇二

第三章 慢性化膿性骨髓骨

膜炎……………一〇四

第四章 結核性骨炎(骨結核)

……………一〇五

第五章 骨梅毒……………一〇六

第八編 關節外科……………一〇七

第一章 關節捻挫及挫傷……………一〇七

第二章 脫臼(脫節)……………一〇八

第三章 急性化膿性關節

炎……………一一四

第四章 急性漿液性關節

炎……………一一六

第五章 慢性漿液性關節

炎……………一一七

第六章 結核性關節炎……………一一八

第九編 內臟外科……………一二一

第一章 蛔突炎及盲腸炎……………一二二

第二章 鼠蹊赫尼亞(脫腸)

..... 一三三

(附)小兒臍赫尼亞

..... 一二五

第三章 膿胸(即急性化膿性胸膜炎)

..... 一二五

第四章 肺結核(肺癆)

..... 一二七

第五章 腹水

..... 一三〇

第六章 膀胱結石

..... 一三一

第十編 畸形外科

..... 一三四

第一章 斜頸

..... 一三四

第二章 兔唇

..... 一三六

第三章 贅指及駢指

..... 一三六

第四章 馬足(尖足)

..... 一三七

第五章 脊柱側彎症

..... 一三八

第六章 包莖

..... 一三八

第七章 先天性肛門閉鎖及直腸閉鎖

..... 一四〇

第十一編 腫瘍

..... 一四二

續編

第一章 消毒法

..... 一五二

(一)患部消毒法..... 一五三

(二)醫師及助手消毒法..... 一五四

(三)器械消毒法..... 一五四

(四)綑帶材料消毒法..... 一五六

(五)手術室・病室及物件消毒

第二章 法……………一五八
 麻醉法……………一五九

(一) 局部麻醉法……………一五九

(1) 寒冷麻醉法……………一五九

(2) 浸潤麻醉法……………一六〇

(3) 傳達麻醉法……………一六〇

(二) 腰髓麻醉法……………一六一

(三) 全身麻醉法……………一六二

(1) 哥羅方麻醉法……………一六三

(2) 以脫麻醉法……………一六五

(3) 混合麻醉法……………一六六

第三章 開刀法……………一六七

(一) 開刀術式……………一六七

(二) 運刀姿勢……………一七〇

第四章 創口縫合法……………一七一

(一) 縫合器械……………一七一

(二) 縫合術式……………一七二

第五章 排膿法(創液排導法)……………一七三

第六章 止血法……………一七五

(一) 一時止血法……………一七五

(二) 永久止血法……………一七六

(附) 歐司買而希氏人工驅血法……………一七八

第七章 植皮術……………一七九

(一) 替耳什氏表皮移植術……………一七九

(二) 克勞斯氏真皮移植術……………一八〇

(附) 粘膜移植法……………一八〇

第八章 手術時猝變之救治

法……………一八〇

第九章 手術後療法……………一八三

(一)手術後療法……………一八三

(二)大手術後療法……………一八三

第十章 綑帶交換法……………一八五

第十一章 綑帶使用法……………一八七

(附)不動固定綑帶及副子……………一九二

第十二章 綑帕之用法……………一九四

第十三章 輸血及瀉血法……………一九七

(一)輸血法……………一九七

(二)瀉血法……………一九〇

第十四章 開腹術……………二〇一

第五章 四肢切斷術及關節

離斷術……………二〇二

(一)四肢切斷術……………二〇三

(二)關節離斷術……………二〇四

第六章 義裝術……………二〇五

外科學

中國醫學院教授
惠生女醫校教授
張崇熙醫師編

緒論

吾國之有外科。遠在上古。周官冢宰有疾醫瘍醫之分（瘍醫即專治外科之醫）。厥後扁鵲，倉公，華佗等氏。均以斯術擅名於世。惜後世業此者。類多市井目不識丁之流。以致妙術失傳。實堪痛惜。

歐洲古代外科醫學。亦極簡陋。十四世紀後。經各國學者苦心究討。於是外科之價值日增。一八四六年麻而通（Morton），約克松（Jackson）發明以脫麻醉法。一八四七年辛魄松（Simpson）發明哥羅方麻醉法。一八六六年利駭特松氏（Richardson）發明局部寒冷麻痺法。一八六七年立斯推而氏（Lister）發明制腐法。一八七〇年創傷傳染病之研究大興。其後派斯他後而（Pasteur），克雷白斯（Krebs），殼黑（Koch）諸家。先後發見種種病原菌。知抑制細菌有害作用。不必濫用藥品。亦可根據理學原則而撲滅。故醫學上更有防腐法之偉大發明。輒近以來。醫治傳染性外科病。有血清療法（一八九〇年北里氏，倍林格氏 Behring，歐而立希氏 Ehrlich 等發



明)。診斷治療各種疑難疾患。又可應用愛克斯光線(一八九五年倫託根氏 Röntg 發明)。他若各種手術改良法，繃帶法，腰髓麻醉法，人工驅血法，輸血法，電氣燒灼法等等。皆外科進步中之彰明較著者。於是可見歐西醫學之精進。較之吾國誠有霄壤之別矣。

第一編 災害外科

第一章 創傷 Wunde

(定義) 創傷者。由外部之器械作用。使身體組織表面受損傷之謂。換言之。即身體表面因強暴外力而起組織哆開或缺損。故又名曰外傷 (Verletzungen, Trauma) (原因) 創傷原因。不外器械，溫熱，電氣，化學四大作用。較爲常見者。以器械作用爲最多。例如刀刃切刺，車輪碾過，機器捲拉，動物齒咬，槍彈射擊等。(種類) 創傷因原因之不同。有切創，刺創，挫創，裂創，及咬創，銚創等種種名稱。

以創形方向區別 有橫創 (Querwunde) · 縱創 (Längswunde)。
以創緣狀態區別有正形創 (Regelmässige Wunde) · 不正形創 (Unregelmässige Wunde) · 鋸齒狀創 (Fetzartige Wunde 卽創緣凹凸交錯如鋸齒者) · 瓣狀創 (Lappen wunden 卽組織一部分離而他方仍連續

爲皮瓣者)。組織缺損創 (Wunde mit Substanzverlust) 即組織之一部完全離斷者)。

以創傷性質區別 有清潔創 (Reine Wunde 即創內清潔無異物) · 不潔創 (Unreine Wunde 即創內有污穢物) · 毒創 (Vergiftete Wunde 即蛇虫等竄入特殊毒質) · 感染創 (Infizierte Wunde 即創內存有細菌)。

以創傷程度區別 有單純創 (Einfache Wunde 即祇限於表層之損傷) · 複雜創 (Komplizierte Wunde 即深部組織同時損傷)。

以受傷後時間之久暫而區別 有新創即出血創 (Frische Wunde, Blutende Wunde) · 舊創即化膿創 (Alte Wunde, Eitende Wunde)。

(症狀) 隨種類而異。茲分述如下。

(一) 切創 Schnittwunde

由刀刃或鐵片等具銳利之邊緣物作用而起。創形呈直線狀。創緣正銳。創面平滑。是爲特徵。在身體表面起斜作用之切創。則呈瓣狀創，組織缺損創。若在四肢。則呈切斷創。切傷主要症狀爲疼痛，出血，及創緣哆開。

(二) 刺創 Stichwunde

由槍刀尖，針錐，竹木等穿刺而成。凡細長有尖端之物體。衝入皮膚之時。大都生創口狹小之細長創管。此即所謂刺傷。創道深而哆開少。劇甚者往往損及身體內部大血管臟器等。更有凶器尖端斷折一部殘留於內者。刺傷出血較少。惟傷

及深部及稍大動脈者。極易形成血腫。又深部刺傷。往往局部蔓延腫脹。觸之柔軟。因局部周圍蓄積空氣。故有外傷性氣腫之稱。

(三)挫創 *Quetschwunde*

由外襲猛劇之鈍力而生。例如木石打擊，墜落，車輪輾過，馬蹶，或器物軋傷等。其創緣及創形。大都不正而錯雜。且有侵潤腫脹。呈青黑色。創底溢血。創緣之一部。屢有組織挫滅壞死或捲縮於創內者。重者骨及關節悉成糜爛。同時起腦震盪症。心力沈衰。血壓低降。

(四)裂創 *Risswunde*

由於急劇或異常之牽引伸展而起。多見於機器，引擎等軋傷。症狀概與挫創相同。甚者組織糜爛碎裂。四肢被犯時。往往肢節斷裂。同時起重篤腦震盪症，而致昏倒。

(五)咬創 *Bisswunde*

因犬，蛇，鼠，虫等動物齒咬而起。輕則僅留齒痕。皮膚不破。有時見少量之皮下出血。較重者成相當齒牙形創傷。更重者組織缺損。咬痕常呈亂雜不正狀態。咬創多不潔。每致化膿發炎。疼痛劇烈。

(十六) 銃創 Schusswunde

銃傷又名槍彈創。爲一種器質缺損之挫創。因彈丸形狀，大小，成分，與發射之方向，及距離之不同。其所成之創傷亦異。舉述如下。

(1) 貫通銃創 即槍彈通過人體組織。穿出體外。有射入口，射出口，及射道三部。在遠距離時。射出口較大於射入口。近距離時。則射入口爲大。若距離太近時。組織之破壞特顯著。又射入部之附近。皮膚焦灼而帶火傷。

(2) 盲管銃創 即距離遠或速力小之槍彈，不能通過身體而嵌留於體內。僅有射入口。而無射出口。

(3) 擦過銃創 槍彈於身體之表面而擦過。成溝狀之長創。

(4) 周匝銃創 通常槍彈射入體內。大都取直線方向。倘貫通力薄弱之槍彈，中於硬性骨質。則滑走而變更其方向。每成曲線狀。常於頭部及肋骨部見之。

(5) 反跳銃創 槍彈中於堅硬物體。反跳而傷及人體。因其力微弱。故僅成一種挫創狀態。

(6) 射斷銃創 例如指，趾或手足全行斷裂之謂。

(7) 彈片創 由礮彈，爆裂彈等之破片所致。破壞組織極強。同時有呈多數之創傷。並伴骨折等之複雜損傷者亦多。

(8) 爆裂創 由火藥炸彈等之爆發而起。常因容器之破片，或附近異物之飛散。而成與彈片相同之創。

(療法) 各隨症狀之如何而處置之。

(一) 切創療法 切創哆開者。檢其創傷深淺及有無異物留入。不哆開者。以消毒手指或鑷子鉗子等將創緣開大檢視之。如有異物。須細心剔除。出血者可用止血法。細小血管破裂出血不甚劇烈時。可用止血藥(例如單甯酸，沒食子酸，過鹽化鐵液，鹽化腎上腺液等均可用)。或以消毒紗布填塞，包紮。亦能自行止血。倘較大血管破裂出血劇甚時。則須將出血之血管或其主幹血管行結紮法。若肌肉有斷裂者。則施縫合或行適當處置。對於不潔切創。須用防腐消毒藥品，或沃度仿紗布，或殺菌紗布充塞之。外施消毒被覆綳帶。俟其逐漸癒合。

(二) 刺創療法 疑有異物侵入者。先以消息子(即探針)探定。次用鑷子或鉗子除去之。如創口過小。異物不能取出。則切開擴大以出之。其他療法同上。

(三) 挫創療法 挫創新鮮而組織挫滅不廣者。將創緣切齊消毒而縫合之。若患部

挫滅甚劇，將陷於壞死者。剪除之後。縫合創口之一部或全不縫合。以沃度仿紗布充填。外加消毒被覆繃帶。如創口深大，有創液瀦留之虞者。則插入排膿管。如創口化膿。則切開排泄。切口以寬大爲宜。

(四)裂創療法 與挫創相同。茲不贅述

(五)咬創療法 分下列各種。

(1)狂犬咬 速將創口開大。以昇汞水，或石炭酸水嚴行消毒。次用烙白金燒灼創面。或用腐蝕藥(苛性加里，硫酸，硝酸)腐蝕之。或在被咬後。隨即吸吮傷部。時亦有效。如四肢被咬。則自被咬部之上固縛之。杜絕血行。同時注射狂犬病疫苗。以防狂犬病發生。

(2)蛇咬 速緊縛咬傷上部。阻止其血行。創口須立即開大。用昇汞水，石炭酸水充分洗滌。或用五至一〇%過錳酸鉀液注射於咬傷部約一〇西西。或行燒灼法，腐蝕法亦可。同時注射蛇毒血清。尤爲妥善。

(3)鼠咬症 被咬後速將患部消毒。有謂注射洒爾佛散(六〇六)亦有效。

(4)昆蟲刺螫 蜈蚣，蜂，蟻，蠍，虱等刺螫後。普通可用阿母尼亞水塗布。次用二%鉛糖水罨包。對劇甚之蠍螫。可以消毒細針。亂刺創部。擠出血

液後。以過錳酸鉀末或食鹽塗擦。對於蜈蚣咬傷。可用阿片膏塗抹。每能奏效。

(六)銃傷療法 銃傷大多見於戰爭時。療法先應止血。細察傷處有無布片，異物帶入，或彈丸碎骨等殘留。如有則須設法鉗出。用消毒藥水洗滌。次用沃度仿紗布填塞。外施繃帶。廣大者須用排膿法。以便膿液排泄。

彈丸嵌留體內，探針不能探知時。則用愛克斯光線鑑定之。彈片創，爆裂創。往往四肢斷裂。容易引起高熱等全身傳染。治療時須嚴密防虞。必要時需用切斷術。

(附) 各種劇重創傷一般療法

(一)腦震盪症 此為知覺神經受震盪或挫傷，起反射性麻痺。而成之類似急性虛脫症。症狀為卒然昏倒，意識溷濁，顏面蒼白。冷汗淋漓。眼球失光而凝視。反應遲鈍。脈搏細微。呼吸不整。此時宜用人工呼吸法。並注射興奮藥。(例如樟腦油，康福那心，可拉明，海克賽通，可羅那金，狄茄令等均可用)。

(二)失神(腦貧血) 有僅因極小創傷，或見他人失血或手術時。突發顏面蒼白，冷汗，噁心，昏倒，意識消失，或併發痙攣等。此由精神感動，反射而起之腦貧

血現象。以貧血性，神經性，婦女爲最多見。大抵不久即能恢復。發生時可以冷水灌其面部。再用濕布摩擦足趾。嗅入阿母尼亞，給服酒類等興奮藥。

(二) 虛脫 此因重症外傷出血過多而起。主徵爲皮膚蒼白，手足厥冷，體溫下降，煩渴，冷汗，呼吸淺表，脈搏細弱。速宜注射生理食鹽水，或林格兒氏液，或洛克氏液（林格兒葡萄糖液）。

(四) 創傷劇痛 可服凡拉蒙，痛必靈，康普樂等鎮痛藥。劇甚時注射鹽酸嗎啡。

(五) 不潔創 對污染有泥砂木片等創傷。爲慎重計。須行破傷風血清預防注射。

(六) 骨折 如有骨折合併時。行副木繃帶。固定患部。保守安靜。

(七) 劇烈出血 急救一時劇烈出血。可用清潔巾布等速掩創口。並以手指壓其中樞動脈幹。俾得暫時止血。

(八) 高熱 創傷後不論經過治療與否。如發現高熱。持續不退。須疑及細菌傳染。細檢創傷部。有否膿液蓄積。用消毒藥水重行十分洗滌。若排膿不利。則再施手術。已縫合者。則拆除縫線。如此處置後。倘熱依然高劇。則可對症治療。給服阿司必林，安替正林，規寧等退熱藥。又電銀膠，電化可拉哥耳等亦可注射。

(附) 各種創傷適用之消毒(殺菌防腐)方

- (一) 石炭酸 *Acid Carbolicum* 1.0—2.0
溜水 *Aq Dest* 100.0
上爲洗滌用
- (二) 利沙耳 *Lysol* 1.0—2.0
溜水 *Aq Dest* 100.0
上爲洗滌用
- (三) 過錳酸鉀 *Kali Permanganicum* 0.1
溜水 *Aq Dest* 100.0
上爲洗滌用
- (四) 雙氧水(過氧化氫) *Hydrogenium Peroxydatum* 30.0
上爲洗滌用(或加入等分溜水亦可)
- (五) 昇汞 *Sublimat* 0.1
溜水 *Aq Dest* 100.0—500.0
上爲洗滌用
- (六) 硼酸 *Acid Boricum* 2.0
溜水 *Aq Dest* 100.0
上爲洗滌用
- (七) 雷佛奴耳 *Rivanol* 0.1—0.5

溜水 Aq Dest

100.0

上為洗滌用

(八) 脫呂帕弗拉文 Tryparlavine

溜水 Aq Dest

0.1
100.0

上為洗滌用

(九) 托拉明 Tololanin.

溜水 Aq Dest

0.5—1.0
100.0

上為洗滌用

(一〇) 得利沙而 Trisol

溜水 Aq Dest

1.0
100.0

上為洗滌用

(一一) 藥特靈 Yalren

溜水 Aq Dest

1.0—2.0
100.0

上為洗滌用

(一二) 素色質(梅枯羅克羅姆) Meurochrome

溜水 Aq Dest

0.5—2.0
100.0

上為洗滌或塗布用

(一三) 耐可姆(紅色素) Neochrome

0.2—1.0

外科學

11

溜水 Aq. Dest.

100.0

上爲洗滌或塗布用

(一四) 沃度丁鐵(藥酒) Tine. Jodatum

Q.S.

上以棉球蘸塗患部

(一五) 乍鐵紅油 Jodion

Q.S.

上爲塗布用

(注意) 普通醫治創傷手續。大多先行洗滌。對小創傷改用(一二)(一三)(一四)(一五)方均可。經過洗滌或塗布後。再用下方。倘遇初創劇烈出血時。則迅速洗清創口。首先設法止血。小出血經栓塞後均能自止。不必處置。

(一六) 滷碘方紗布或雷佛奴耳紗布 Jodoform Gase od. Rivanol Gase

上剪成細條栓塞創口用

(一七) 海碘方 Jodoform

1.0—2.0

甘油 Glycerin

10.0

上爲注入用

(一八) 海碘方(沃度仿) Jodoform

Q.S.

上爲撒布用

(一九) 海磁仿或慰歐仿 Haliform od. Vioform

Q.S.

上爲撒布用

(10) 代馬妥耳 Dermatol

Q.S.

上爲撒布用

(11) 海礫方 Iodoform

10.0

凡士林 Vaseline

100.0

上混和爲軟膏塗布用

(注意) 通常創口深大，最多用藥紗布堵塞。凹陷不易堵塞時。有用海礫方甘油注入。對淺或小之創面。廣用(一八)(一九)(二〇)方撒布劑。促進表皮生成時。則用海礫方軟膏或代馬妥耳爲妙。

(附註) (1) 創傷出血之程度。可分三種。動脈性出血。血色鮮紅。血壓強盛。有搏動性。直射如線。其量甚多。例如頸動脈，臂動脈，股動脈等較大動脈破裂時。倘不迅速止血。卽足致命。靜脈性出血。血色暗赤。血壓較低。有持續性。其量亦多。凡軀幹近傍大靜脈之出血。不速鎮止。亦有生命危險。毛細血管出血。狀如湧出。其色介於動靜脈出血之間。而近於赤色。其量較少。每因管壁之收縮及血栓之形成。能自然中止。故少危險。凡血管內之血壓愈小。其血栓之形成愈速(血液凝固)。故毛細血管之出血易治。較大動靜脈之出血難止。出血有因個人體質而容易出血者。曰出血性素質。最特著者爲血友病(Haemophilia)。往往因極小創傷，出血不止而致死者。此等人雖屬少見。但亦爲外科醫所應知。其原因起於遺傳。乃血液凝固力低降，血管壁之構造非薄易於破裂。或謂動脈壁肌層發育不全致收縮力微弱之故。(2) 創傷疼痛之感覺。因個人性質，受創部位，及創傷種類而異。強壯男子。雖廣大受創。不至十分痛苦。若在纖弱體，或神經質之人。卽細微創傷。亦呈痛不可忍之勢。凡切創，刺創，咬傷。疼痛較劇。

挫創，銃創，彈片創等。有一時附近之知覺發生麻痺者。又口，鼻，唇，舌，指頭，外陰部，肛門部，骨膜等處。(知覺未稍神經豐富)疼痛顯著。反之。背部，臀部，則疼痛較輕。又一般疼痛。於受創時最劇。然經時後。常次第而減輕。若創傷有傳染時。疼痛更甚。故於創後經過數日疼痛不去或反增劇者。卽有創傷傳染之疑。

(3)創傷如損及末稍神經時。則該神經領域內之知覺運動發生障礙。往往有蟻行感，寒冷感，刺戟性疼痛。輕者經過數日。能逐漸減退。因有鄰近未傷之副行吻合神經。可代其作用。惟重者恢復不易。經久則損傷部之骨及肌膚。起進行性瘦削或強直。

(4)發熱就臨床上察之。若創傷處置得宜。經過適當。大抵無熱度亢進之虞。多因創傷不潔。或醫治時消毒不嚴密。吸收細菌及其產物(分泌毒素)。刺戟調節溫熱之神經中樞。致血行變調。於是乎發熱。故有稱此熱為吸收熱者(或名傳染熱)。但亦有因體內死滅之血球及壞死組織之細胞的作用。亦能吸收入血而使同樣發熱。此非細菌侵入而起。故又特稱曰無腐敗性熱。此外驚恐，精神感動，腦及脊髓之損傷亦能發熱。名曰神經性熱。創傷後或手術後之發熱。爲吾人於常見。究竟屬於細菌性與否。自須鑒別。附述其要點如下(a)無腐敗性熱之持續祇有一二日。傳染熱則發熱期較長。(b)無腐敗性熱罕見達攝氏三八度半以上。傳染熱則多爲高熱。劇烈之疾患。往往反低至常溫以下。(c)無腐敗性熱之熱型爲稽留熱。且無惡寒。傳染性則熱型不定。且有惡寒戰慄。(d)無腐敗性熱全身症狀較少。食慾不變。且無嘔吐。不致精神朦朧及衰弱。且舌無異狀。傳染熱則全身症狀甚劇。食慾缺乏。口渴嘔吐。且精神昏迷，舌被厚苔。(e)無腐敗性熱之脈搏。隨體溫之高低而增減。傳染熱之脈搏。則不與體溫爲比例。(f)無腐敗性熱之創傷無變化。傳染熱則創傷有異狀。

(5) 自細菌學發達後。知凡創傷之化膿，腐爛。必有一定之病原菌。故對創傷一切處置。須以嚴重消毒為原則。創傷轉歸。可分為兩種。新鮮創。無異物，不潔物混入。則創內血液淋巴凝固。創緣互相粘接。數日乃至一週間即可治愈。僅留線狀之痕跡。此名第一期癒合。倘不潔創，毒創，或大部器質缺損創傷，發炎症候時。則創底漸漸被覆膠樣洗着物。分泌創液或膿汁。創面成赤色顆粒狀之柔軟組織。即肉芽組織。此時倘醫治適當。則創液次第減少。肉芽組織收縮鞏固。形成瘢痕而治愈。

(6) 治療創傷，欲圖迅速收口。依普通心理。往往宜另用有生肌作用之藥。以新醫學理言。祇須注重消毒防腐，蓋吾人體內細胞。生理上大多本有再生能力。例如皮膚粘膜之深層上皮細胞。常分裂增殖。以補被覆表層上皮之消失或剝脫。毛髮爪甲脫落。亦時見有新生以補充。創傷之延遲收口者。不外因細菌之繁殖，膿液之滯蓄，發炎持續，妨礙細胞自然之癒合而已。苟能對細菌謀制止，圖預防。根本剷除害因。則患部組織極易恢復。自不待言。

第二章 炎症 Entzündung

(定義) 炎症者。即身體之一部。受刺戟而發潮紅，腫脹，灼熱，疼痛及官能障礙之謂也。

(原因) 炎症之原因有六。即化學刺戟，器械刺戟，溫熱刺戟。寒冷刺戟，電氣刺戟，傳染刺戟(毒物刺戟)。六者之中。以傳染刺戟為最多。即細菌侵入體內發生化膿。化膿菌中之主要者。為諸種葡萄狀球菌及連鎖狀球菌。他如綠膿桿菌，

淋毒菌，普通大腸菌，肺炎菌，傷寒菌，四聯球菌。亦常起急性化膿症。而慢性化膿症。常爲結核菌，梅毒菌。及放線狀菌而起。又刺戟再三反覆亦能誘發。刺戟原因之來路。可別爲二種

(一)自體外直接侵入皮膚，呼吸道，消化器，泌尿生殖器，而在局部起病變。
(二)自體內既有的炎症性病竈。經血管或淋巴行，輸送至他部。而復誘起新炎症，此即所謂轉移性炎症。

(種類) 炎症經過。或急或緩。故可分爲二種

(一)急性炎症(Acute Entzündung) 卽進行極速。自發炎至化膿。不出數日。

(二)慢性炎症(Chronische Entzündung) 卽進行極慢。有數週，或數月，甚有數年不等。

就其炎症病變之性狀而分類 有滲出性炎症(尙有類別，詳後)，變性炎症，及產出性炎症等名稱。

就其侵襲之組織而分類 有實質性炎症，間質性炎症等名稱。

就其發生部位之深淺而分類 有表層炎症，深層炎症等名稱。

就其病竈之廣狹而分類 有局限性炎症，彌蔓性等名稱。又同時發生多數病竈者。曰多發性炎症。進行不止者。曰進行性炎症。自原發病症，移行病變至他部呈炎症者。曰轉移性炎症。

(症狀) 炎症症狀。有局部及全身之別

(一)局部症狀 不外潮紅，腫脹，灼熱，疼痛，官能障礙五種。局部初緊張發硬。後漸化膿變軟。呈顯著之波動。表皮初呈赤色。後得透見黃色膿液。不治則往往自潰。惟深在性及慢性炎症。大都症狀不顯。五種主徵。未必全備。

潮紅(Rubor) 因血管壁生變化，局部充血所致。炎症初期。患部之血管運動神經失其調節作用。小動脈之毛細血管遂致擴張。受納多量血液。其與單純充血異者。以其持續時間較長。血管壁每續發病變，而來滲出現象。

腫脹(Tumor) 因血管充血，滲漏漿液及血球所致。凡炎症部分。其血液之流動成分及固形成分。常滲出於管外。康哈後姆氏(Cohnheim)。曾以蛙之腸系膜。於顯微鏡下行試驗檢查。其時毛細血管擴張。血流徐緩。中心血流與周圍血流之關係漸不著明。白血球次第附著於管壁。以其固有之阿米巴樣運動。通過血管內皮間隙。而遊出管外。此外漿液，赤血球，血小板於炎症進行期內。亦每滲出。腫脹程度須視組織部位而異。倘炎症部為疎鬆組織。則腫脹更甚。因漿液易於積聚之故也。若炎症起於厚肌膜之下。則附近部見腫脹。如手掌炎症，手背發腫。頭皮炎症，眼瞼發腫等。

灼熱(Caer) 因局部血管充血，輸送於該部之溫熱增加。同時以血行緩慢，溫量

之放散減少所致。吾人通常診察炎症時。往往覺局部非常灼熱。有不與體溫同高者頗多。卽其明證。

疼痛(Dolor) 因患部之知覺神經受滲出血漿之壓迫所致。疼痛視炎症部滲出物之分量，性質，及組織部位而不同。滲出物蓄積愈多。疼痛亦益劇。滲出物內含有菌毒者。則因傷害知覺神經關係。其痛亦甚。組織之緊張力愈張。痛亦隨之增加。再皮膚之痛如灼如刺。粘膜之痛。略帶癢感。肌肉之痛。若斷若裂。在骨則起鈍痛。在神經每爲發作性疼痛，不僅覺於發炎之部。更有波及附近部者。

官能障礙(Functio Laesa) 因腫脹及疼痛所致。蓋局部血行異常。滲出物壓迫運動神經及分泌神經，並障礙組織之生活力。惟其輕重不等。隨發炎之強弱及部位而異。例如喉頭炎症。腫脹過甚可致窒息而死。四肢炎症。大抵無害於生命。普通輕度炎症。均少官能障礙。

(二)全身症狀 主要者爲體溫增高。同時伴發食慾減退，大便祕結，頭重頭痛，口渴，尿量減少，尿色膿黃等。倘炎症過久。則身體羸瘦。體力減弱。倘炎症進行劇烈，細菌或其毒素侵入血液，發生化膿性全身傳染時。則體溫暴昇。惡寒戰慄。發頭痛，知覺障礙，煩渴，嘔吐，譫語，嗜眠，昏迷等腦症狀。結果多致死

亡。慢性炎症。多由急性轉成。然亦有初起即成慢性者。其中最要者。爲結核性，梅毒性，偽麻質斯性等。皆經過緩慢。其炎症組織。漸爲硬結。例如骨部慢性炎症。該骨往往肥大而堅密。骨膜炎後。骨質大都增生而肥厚。又細菌性而起之放線狀菌病。又能形成特異結節。(另詳於後)。其他局部症狀。與急性相同。惟發生緩而不顯。爲其特徵。

茲再就炎症滲出物之性狀而分述之。

(一)漿液性炎症(Seröse Entzündung) 此炎症所分泌之物。均爲血液內之漿液。呈黃色透明之液體。內含蛋白質頗多。且有大量白血球。更有組織細胞及赤血球。例如肋膜炎，腹膜炎，心囊炎，睪丸炎等見之。鬱積於皮下時。則成水泡。例如各種皮膚炎，第二期火傷時見之。發於組織內而爲瀰蔓性時。則生腫脹。

(二)纖維素性炎症(Fibrinöse Entzündung) 此炎症分泌物之漿液中。含有由蛋白質所凝固之纖維素。故色呈溷濁。倘發現於粘膜。則因其中之纖維素附着於粘膜之故。能成薄膜。名曰纖維素性偽膜。本炎症常發生於咽腔，氣管及氣管支等處。但亦有發生於關節腔，及漿液膜內者。

(三)化膿性炎症(Eitrigige Entzündung) 此種炎症較上述兩種經過迅速。細菌亦繁

劇。以分泌多量之膿汁爲特徵。膿由肉眼視察。爲帶黃白色或帶綠色之液體。濃厚者名曰良性膿。多見於普通外症。稀薄者名曰惡性膿。多見於慢性炎症。膿汁含有二種成分。卽膿球及膿清。膿球又名膿細胞。係多核性白血球變成。膿清大都爲由血管滲出之血清所成。此外又有組織壞死殘片，及結締組織細胞等。

化膿性炎症。因其狀態及部位之不同。有種種名稱附述如下。

膿汁之由表面滲出者。曰化膿性粘膜炎 (Katarthalsche Entzündung)。膿汁分泌多量而持久不急者。曰膿瀉 (Eitorrhö)。膿汁蓄積於皮膚層致起小泡者。曰膿泡 (Eitropfkel)。蓄積於組織實質內者。曰膿性浸潤 (Eitrige Infiltration)。蓄積於漿液腔內者。曰蓄膿 (Empyem)。組織化膿之蔓延甚廣者。曰蜂窠織炎 (Phlegmone)。其與周圍之界限判然者。曰膿瘍 (Abscess)。皮膚之毛髮及皮層腺發生局限性化膿性炎症者。曰疔腫 (Furunkel)。多數之疔腫集於一處者。曰癰 (Carbunkel)。膿瘍之破潰者。曰潰瘍 (Gangrän)。如組織之缺損甚小，形成管狀，其表面相交通者。曰瘻管 (Fistelgang)。

(四) 出血性炎症 (Hämorrhagische Entzündung) 此爲炎症之最重者。其滲出物之成分爲赤血球。此因炎症刺戟甚強。血管起強度之變化。甚至局部血流靜止而成血塞，或成血栓。而使血液循環起障礙。其滲出物中含有膿汁者。曰膿性出血性炎症。含有粘液者。曰粘液性出血性炎症。又含有纖維素者。曰纖維素性出血性炎症。(五) 加答兒性炎症 (Katarthalsche Entzündung) 其分泌物爲粘膜血管之漿液及白

血球。係起於粘膜之炎症。故又名粘膜炎。此種炎症。通常分泌初爲漿液。繼則分泌多量之粘液而變爲粘液性。至後則因多數白血球滲出。而變爲膿性。間亦有始終不變者。本炎症於胃，腸，子宮，咽喉，氣管支等發炎時見之。

(六)壞疽性炎症(Nekrotisierende Entzündung) 此爲炎症中最不良者。乃纖維素性滲出物與組織壞疽合併之炎症也。其組織之一部分。完全陷於壞死。混於滲出物中。致使患部起缺損。本症粘膜上患之爲多。

(診斷) 診斷炎症方法。可根據潮紅，腫脹，疼痛，灼熱，及官能障礙之五大主徵證明之。但炎症在內部或慢性者。則較難診斷。其成膿與否。於診斷上頗關重要。大概局部觸有波動者。爲成膿之象。但膿在深處。則波動往往不著。不可不注意。若化膿不能確定。則可檢查其血液。觀白血球之增加與否。或用注射針爲試驗的穿刺。倘欲確定其滲出液之性狀時。則惟有行顯微鏡檢查。

(轉歸) 炎症轉歸不一。視其致病之原因，有無病原細菌及其組織內抵抗力之大小而異。若有多數病原細菌侵入。大都頗難消散。轉歸良否。視菌毒之輕重爲正比例。其局部變化。約可分爲四端。

(一)患部壞死 其原因或受細菌之作用。或受滲出物之壓迫。或因血管壁之病變

而鬱血，以及血管中血液起凝固等。往往可使患部組織壞死。

(二)恢復全治 多見於輕度炎症。先以血管壁之回復，而滲漏停止。已滲漏者之炎症液。由淋巴管吸收。白血球之一部。爲脂肪性分解。纖維素起脂肪化。亦賴淋巴管之力而吸收。赤血球破壞而生之色素。漸次溶解而消失。組織細胞之侵害者。以營養恢復而全愈。結果遂達全治狀態。

(三)變成癥痕 強烈之炎症。局部組織壞死脫落。實質缺損。然後漸生肉芽組織。以纖維性結締組織。形成癥痕而告終。

(四)轉移性傳染 炎症不論屬何性。倘病原菌毒力強劇者。每誘發危險全身症狀(見前)。轉歸大多不良。

(療法)分理法療法，藥法療法，血清療法，手術療法四種。

(一)理學療法 爲輔助藥物治療之一法。分下列數種。

(1)安靜 炎症發生部。以安靜爲最要。有用相當器械而使局部安靜者。因安靜後。可使發炎部官能休息。避外來之刺戟。並促血液之還流。

(2)高舉 發生炎症部高舉之。可預防鬱血。同時可使血行佳良。倘炎症不在四肢，不便高舉時。如乳房，睪丸等。則改用繃帶提懸法。

(3) 寒冷 寒冷有緩解疼痛及消炎之效。故劇烈炎症時。可應用冰罨法。頗有特效。

(4) 注意飲食 嚴禁刺戟性食物。宜攝取富於滋養分且易消化之淡泊食餌。

(5) 鬱血療法 當炎症發生時。局部之血。恆起白血球抗菌現象。由是可知苟充血愈甚。體內之自然抵抗力亦愈強。未始不能達消炎之效。皮而氏^{W. H. W.}利用此項原理。即創鬱血療法。以象皮帶緊縛於有炎症之四肢中樞部。例如前臂炎症。則用皮帶縛其上臑。其緊縛之程度。須使動脈之搏動不停止爲度。在急性症纏繞十至二十小時左右後。解除其縛而高舉。以減退其浮腫。然後再反覆行之。惟施行宜若干回數爲適當。尙無定論。且用之不當。反有增進炎症之弊。故實際用之尙少。

(6) 吸引療法 本法與上述之鬱血法略同。而應用於軀幹局部之消炎法也。即在炎症部先行切開。即用吸引器覆於其上。以吸出創內之分泌物。同時被吸引部起鬱血狀態。吸引時間。普通爲數分鐘。與上述同樣原理。亦能收消炎功效。惟對劇烈廣大部之炎症不適用。

(7) 溫熱療法 應用溫熱之空氣於局部，使起實性充血而達殺菌消炎目的。

適用於慢性炎症。有促進吸收滲出液之效。以前溫熱療法所用之器械。未能完善。今則有透熱電療。可不害局部皮膚。而將溫熱輸送於深部。神經炎，關節炎，關節僵麻質斯，淋毒性尿道炎等。用之尤有偉效。

(8)按摩療法 可恢復血行，減退浸潤，緩解疼痛，並排除體內滲出物。應用於肌肉麻痺，神經痛，關節強直，滲出液滯留，及一切慢性炎症。惟其效頗薄弱。

(9)愛克斯光療法 對慢性頑固性外科疾患均可適用。例如頸部癩癧，骨及關節結核，癌腫，肉腫等。均有效。惟本法不易施行。必須有專門經驗。

(10)鐳錠療法 此為新發見之一種化學物質。對癌腫，肉腫頑固難治之外症亦有特效。惟代價極昂。實際上罕用。

(11)瀉血法 此為舊時實用之法。或於局部行亂刺。或以刀刃行靜脈切開（刺絡）。或用水蛭貼着於皮膚面。均為減輕充血目的。惟現時應用極少。

(二)藥物療法 分內服，外用，注射三種。均有消炎之效。處方如下。

(A) 內服消炎方

(1)愛太克那克西路 *Flainoxyli*

1.0

乳糖 Sacch. lact

1.0

上分三包。一日分服

(十一) 士丹洛克西片 Stanoxyll Tablets

V1

上 一日三四分服

(三) 奧克錫丹 Oxytannol

1.5—3.0

上分三包。一日分服

(四) 硫酸鎂 Magnesium Sulfuricum

20.0

上放於糖水中頓服

(B) 外用消炎方

(一) 沃度丁幾(碘酒) Tine Jodatum

Q.S.

上以棉球蘸塗患部

(二) 乍鐵紅藥油 Jotion

10.0

上爲塗布用

(三) 伊克度 Jektyolum

10.0

凡士林 Vaseline

100.0

上調和爲軟膏塗布。用適量塗布(即伊克度軟膏)

(四) 安福消腫膏 Antiphlogistin

Q.S.

上塗於布上。貼敷患部

外。科。學。

(五) 三福消腫膏 Sanfloid

Q.S.

上爲塗布用

(六) 醋酸鉛 Plumbum Aceticum

10.0

溜水 Aq Dest

500.0

上振盪倒在棉花。覆敷患部。頻頻更換

(七) 鮑魯氏液 (醋酸鋁土水) Liq Bourouin

50.0

溜水 Aq Dest

150.0

上混和倒在棉花。覆敷患部。頻頻更換。

(八) 硼酸 Acid Boricium

4.0

溜水 Aq Dest

200.0

上倒在棉花。覆敷患部。一日多次更換

(九) 九六%酒精 Alcohol (96%)

200.0

上倒在棉花。覆敷患部。一日多次更換

(10) Pick's 硬膏 Pick's Plaster

上剪一小方。貼於患部

(註) (一) (二) 方適用於小炎症。(一〇) 方適用於顏面疔腫。範圍較大之炎症。應用軟膏塗布或

藥水滌包爲宜。

(C) 注射消炎方

(一) 士丹洛克西 Stainoxy

肌肉注射。每日一次二——四西西

(二) 電銀膠 Elektroargol

肌肉或靜脈均可注射。每日一次五——一〇西西

(三) 電化可拉哥耳 Elektrocollargol

靜脈注射。每次五——一五西西

(四) 銀愛寶克勞益多 Elektrold Silver

皮下，肌肉，靜脈均可注射。每次三——五西西。

(五) 提姆那丁 (百病注射液) Ornadin

皮下肌肉均可注射。每次二西西

(六) 安替保 Anipol

肌肉或皮下注射。每次一西西

(七) 愛而斯丁 Irsin

皮下肌肉均可注射。每次二西西

(八) 奧倫 Aolan

肌肉注射。每日或隔日一次五——一〇西西

(註)(一)至(四)有直接殺菌之效。(五)至(八)有增加抗菌力之妙。與應用血清療法性質類似

(三) 血清療法 有增強體內抗毒力之作用。舉述著名者如下。

- (一) 葡萄狀球菌血清 Anti Staphylococcus Serum
皮下或肌肉注射。每日一次二〇西西
- (二) 葡萄狀球菌凝漿苗 Staphylococcus Vaccine
皮下或肌肉注射。每二三日一次。由五〇——一〇〇兆起。漸加至二〇〇〇兆
- (三) 鏈狀球菌血清 Anti Streptococcus Serum
皮下或肌肉注射。每日一次一〇——三〇西西
- (四) 葡萄菌鏈球菌混合凝漿苗 Staphylo-Strepto Vaccine, Mixed
肌肉注射。每二三日一次〇・五——一西西
- (五) 藥特靈化膿菌混合凝漿苗 Anti-phogenous Yacton Vaccine
肌肉注射。每二日一次一西西
- (六) 斯太法 Staphar
皮下或肌肉注射。每二三日一次〇・五——一西西
- (七) 勞可淨 Leukogen
皮下或肌肉注射。每三四日一次。由一〇——二五兆起。漸加至一〇〇〇兆
- (附) 特殊毒物之血清
- (一) 狂犬疫苗 Lysan Vaccine
皮下注射。每日一次。臨用時以乾燥苗加滅菌食鹽水二西西混成乳劑用之
- (二) 蛇毒血清 Antivenomous Serum

皮下注射。每日一次二〇——四〇西

(四)手術療法 施行種種消炎方法後。倘不能達治愈之目的時。則惟有手術之一法。手術主施於化膿性炎症。用刀直接切開排膿。即普通所謂切開法是也。切開法可減退發炎部組織之緊張。且可使膿汁盡量排出於外方。其方式有十字式，有環狀式，有單一之切開等種種。要視身體之部位。與病竈之狀況不同而異。切開之部位。宜選近膿竈部。其在淺層者。可用尖銳刀輕切之。在深層者。則可於切開表層後。以刀柄或鑷子行鈍的排開。而直達於膿竈。由是可防血管及神經等之損傷。切開務必充分廣大。徐徐排膿後。而以滅菌紗布或海碘方紗布行栓塞法。倘病竈甚深大者。宜插入排膿管。

手術時。除醫師手指，一切開刀器械，繃帶紗布等須嚴密消毒外。患部皮膚更宜用消毒藥水或肥皂水十分清洗。手術後之處置。可參照創傷療法。(處方詳見第一章)。手術時為避免患者痛苦計。可先應用麻醉法。麻醉法有全身，局部及腰椎(半身)之別。大手術須用全身或腰椎麻醉。對普通各種手術。則用局部麻醉已足。附述處方如下。

(A)全身麻醉方

(一) 以脫 Aether

哥羅力 Chloroform

1teil

純酒精 Alkohol

3teil

上爲全身麻醉吸入劑(必耳羅忒氏 Billroth 合劑方)

(二) 純酒精 Alkohol

1teil

哥羅方 Chloroform

2teil

以脫 Aether

3teil

上爲全身麻醉吸入劑(英國藥方)

(三) 蘇納司丁 Solaethin

50.0

上爲全身麻醉吸入劑

(B) 腰椎麻醉方

(一) 忒羅伯科卡普 Propocain

0.5

溜水 Aq. dest.

10.0

上爲腰椎麻醉注入劑

(C) 局部麻醉方

(一) 鹽化歐芬兒 Chlor-allyl

上噴射局部爲麻醉用(淺表小手術用之)

- (一) 鹽酸科卡音 Cocain Hydrochloricum 0.1—0.2
 O·一%食鹽水 Aq Nat Chloratum(0.2%) 20.0
 變化腎上腺液 Adrenalin Hydrochloricum 3gtt
 士爲局部麻醉料(雷芬諾氏 Reculus 氏)
- (二) 鹽酸科卡音 Cocain Hydrochloricum 0.1—0.2
 鹽酸嗎啡 Morphin Hydrochloricum 0.02
 食鹽 Nat Chloratum 0.2
 溜水 Aq Dest 100.0
 士爲局部麻醉料(許拉後希氏 Schleich 氏)
- (三) 諾服卡音 Novocain 0.5—1.0
 O·五%食鹽水 Aq Nat Chloratum(0.5%) 50.0
 士爲局部麻醉料
- (四) 諾服卡音 Novocain 1.0
 食鹽 Nat Chloratum 0.5
 重曹 Nat Bicarbonicum 0.25
 溜水 Aq Dest 100.0
 士爲局部麻醉料(雷芬諾氏 Reculus 氏)
- (五) 諾服卡音 Novocain 0.6
 (六) 諾服卡音 Novocain

食鹽 Nat Chloratum	0.1
重曹 Nat Bicarbonicum	0.15
溜水 Aq Dest	30.0

上爲局部麻醉料(雷澤氏La"vent方)

(注意)諾服卡音毒性較科卡音少。故現代醫師多用諾服卡音。通常便利起見。調製該項溶液。單用食鹽水或蒸溜水亦可。如欲預防手術出血。可於藥液中加入鹽化腎上腺液數滴

麻醉現成注射藥。有下列種種。

(一)鹽酸科卡音(鹽酸高根) Cocain Hydrochloricum
有 1%—2%。每次用 1—2—5 西西

(二)奴佛客因(奴佛根·諾服卡音) Novocain

有 2%—3%—5%。每次用 2—5 西西

(三)奴佛根阿特雷乃林 Novocain Adrenalin

有 2%—3%。用量同上

(四)斯妥乏音 Stovaine

用量與奴佛客因同

(五)本妥卡音 Pantocain

有 0.2—0.5—1% 每次用 1—2 西西

(六)忒羅伯科卡音 Tyropococain

有一%—三%。每次用一二西西。另有五%。供腰椎麻醉用。每次一西西

手術時小出血。不必處置。因毛細管性出血。經手術後栓塞。大都均能自止。惟遇劇烈出血時。則爲損及較大血管之徵。須速用消毒紗布壓視出血部組織。檢出血管端。而用血管鉗夾住而結紮之。

慢性炎症之治療。與急性同。惟其經過緩慢。化膿延遲。故積極的宜用藥物消炎。並用按摩等理學療法爲輔助。如能確定病因。施原因療法。例如梅毒性者。可用洒爾佛散(六〇六)。結核性者。可用比荷哥靈。癩麻質斯性者。服水揚酸鈉等。倘有腐骨，異物等則除去之。身體羸弱，病久不愈者。宜用強壯劑。

(附註) (1) 炎症初起尚未化膿時。速宜用消炎法。除局部用消炎藥外。或兼行內服，或併用注射。視病情之輕重而定。普通炎症。用內服法及局部消炎法已足。劇甚者。再用注射藥。以期撲滅病菌，消退炎機。同時注意安靜。如炎症在四肢則高舉之。可提懸者則提懸之。行適當之理學治療。以輔助藥物療法之不足。倘發現全身症狀劇烈時。爲暫除患者痛苦計。亦可行對症治療。

(2) 炎症最易化膿。而化膿原因。最多爲葡萄狀球菌，連鎖狀球菌等所引起。根本抵抗病菌。不如應用血清療法爲最合理。血清者。卽以細菌或其毒素反覆注射於動物體，使發生多量抗毒素。然後採取其血液而製成。借異性動物產出之抗毒素。以補充患者之免疫質。實爲增強抵抗力之一法。惟按諸實際。有時未必確有特效。尚須待醫藥界之研討。

(3) 手術療法。適用於已經化膿之炎症。組織內含有膿液。不速排除。非但不易恢復健康。且有釀成轉移性炎——全身傳染等危險。故對有膿之炎症。以愈早開刀為愈妙。吾國舊法開刀。創口極小。大多以為過大恐有收口困難之慮。殊不知皮膚肌肉。生理上本有自然再生效力。不必過慮。倘創口十分過大。蓋損健全組織。固屬不宜。若創口狹小太甚。妨礙膿液排泄。實有弊害。體內之有膿液。猶家室之有盜賊也。盜賊不除。家室難以安寧。膿液不清。組織難以增生。故吾人對化膿炎症之治療。不外有二要件。一即開刀之創口須適當廣大。以便膿液充分排出。二即開刀後須注意消毒。勿使細菌再行侵襲。

化膿性炎症開刀後。倘肉芽組織增生太多。可用硝酸銀桿腐蝕之。否則易成贅肉狀態。倘肉芽增殖遲緩。可用沃度丁幾少許塗入。有刺戟促進增生之效。

(4) 炎症經過狀況之遲速。因數種關係而有差異。一關於炎症刺戟之強弱。二關係刺戟作用時間之長短。三關於組織之狀態。第一第二種極易明瞭。第三種即缺乏血液及營養不良之組織。抵抗力甚為薄弱。雖遇輕微及極短時間之刺戟。亦惹起著明之炎症變化。下腿靜脈瘤患者。於下腿皮膚易起炎症與潰爛者。即此理也。

(5) 慢性炎症之發生。除梅毒性、結核性、優應質斯性、放線狀菌原因外。凡刺戟對於組織再三反覆時。亦可起慢性炎症。如塵埃持續吸入。則起慢性肺炎。表皮持續受刺戟。則起慢性皮炎等。又急性炎症經過中。因種種變化妨害治愈時。亦能轉為慢性症。於早期之組織大部分缺損或壞死。或有多量滲出物吸收困難時見之。如腐骨形成不即治愈。往往在經年累月。保持其炎症狀態。

第三章 火傷

Verbrennung, Combustio

(定義) 人體組織。因高熱之作用而致損傷者。均稱曰火傷。

(原因) 火焰，沸水，熱氣，及灼熱固體，火藥爆發等。均能爲火傷之原因。

(症狀) 可分爲局部及全身兩種。

(A) 局部症狀 可分爲下列三種。

(一) 第一期火傷(即紅斑性火傷) (Verbrennung ersteres Grades, Combustio erythematosa) 爲火傷中最輕之症。皮膚潮紅腫脹。略感疼痛。毛細血管擴張。呈充血現象。約隔二三日。漸次消退。上皮剝脫而愈。

(二) 第二期火傷(即水泡性火傷) (Verbrennung zweiteres Grades, Combustio bullosa) 腫脹，發赤，疼痛均較劇。患部角質層。因有滲出物之蓄積。造成大小不等之水泡。泡內含有透明液體。多爲黃色。亦有帶血液者。

(三) 第三期火傷(即腐痂性火傷) (Verbrennung dritteres Grades, Combustio eschrofica) 組織火傷程度較前尤高。形成褐色或黑色之痂皮(名曰炭化)。壞死部分脫落。則成肉芽創面。結果成癍痕治愈。癍痕愈大時。收縮亦愈甚。隣近皮膚及軟部。被其牽引。往往貽留醜形。且壓迫神經血管等。而留種種劇甚之官能障礙。高度火傷。大都兼有一二期之形狀。

(B) 全身症狀。有下列種種。

廣大火傷。神志興奮。煩惱疼痛。苦悶號啼。劇甚者。現不安狀態。轉輾反側。譫語痙攣。脈搏細數。嗜眠昏睡。體溫下降。厥冷出汗。陷於虛脫狀態。亦有至死精神興奮者。更有始終不發一語，嗜眠昏睡而死者。其他症狀。爲口渴，嘔吐，下痢，大便混血液，尿量減少。此外合併症。爲肺炎，肋膜炎，腦膜炎，腎臟炎，腸加答兒等。

火傷之輕重。隨火傷部分之廣狹而定。大抵身體表面火傷達二分之一以上。終不免於死。越三分之一以上。豫後不能斷定。假定第一度火傷。廣涉體表二分之一以上。可決定其必死。若一肢火傷。即使完全炭化。但較輕度廣大火傷。預後佳良。劇甚火傷之死亡。在受傷後數小時或一日以內。亦有經過數日至數星期者。

(療法) 第一期火傷。局部塗布甘油或橄欖油，亞麻仁油，或亞鉛華軟膏，硼酸軟膏。以無刺激性油潤藥品被覆爲宜。症狀較劇時。用2%硼酸水，鉛糖水，醋酸礬土水罨包。或用油類藥品後。再撒布亞鉛華濃粉，或代馬妥耳等。外施被覆細帶。第二期火傷有水泡時。將水泡刺破。排泄其液。用消毒藥水洗清後。撒布亞鉛華，次硝酸錳，或沃度仿，硼酸粉，代馬妥耳等。劇痛可用俄耳妥封，阿那

雖信。外施消毒殺菌棉花。並以紗布被覆包紮。此名制腐乾燥粉末繃帶。被覆後，可不必更換。隔數日即能自愈。倘不用乾燥繃帶。改用伊克度軟膏，沃度仿軟膏，或其他防腐性軟膏泥劑均可。第三期火傷。治療大致與上同。

廣大火傷。宜用生理食鹽水注射或灌腸。以補體液消耗。且稀釋毒素。劇痛不眠時。可注射鹽酸嗎啡。有虛脫現象時。用興奮強心劑。

(處方) (一) 甘油或橄欖油 Glycerin od. Ol Olivarum 20.0

上塗布用

(二) 硼酸軟膏 Ung. Boricum 10.0

上塗布用

(三) 亞鉛華軟膏 Ung. Zinci Oxydatum 20.0

上塗布用

(四) 3% 硼酸水或醋酸鉛水 Aq. Boric od. Aq. Plumbum Aceticum (2%) 100.0

上裹包用

(五) 亞鉛華或次硝酸銨 Zinci Oxydatum od. Bismuth Subnitricum 10.0

澱粉 Amylum 10.0

上撒布用

(六) 次硝酸銨 Bismuth Subnitricum 10.0

亞鉛華	Zinc Oxidatum	10.0
	上撒布用	
(七) 硼酸	Acid Boricum	5.0
沃度仿	Jodoforma	5.0
	上撒布用	
(八) 代馬安耳	Dermatol	5.0
	上撒布用	
(九) 羊毛脂	Lanolin	10.0
豚脂	Adeps Sullus	20.0
石灰水	Aq Calcariae	30.0
	上外用塗布	
(10) 亞麻仁油	Ol Lini	5.0
石灰水	Aq Calcariae	5.0
替摩耳	Thymolum	0.05
	上外用塗布	
(11) 次硝酸鉍	Bismuthi Subnitricum	6.0
硼酸	Acid Boricum	4.0
羊毛脂	Lanolin	70.0

橄欖油 *Olivarium* 20.0

上爲軟膏外用

(二) 俄耳妥封 *Orthoform* 2.0

澱粉或亞鉛華 *Amylum od. Zinc Oxidatum* 10.0

上爲撒布用

(三) 阿那睡信 *Anaesthesin* 2.0

澱粉或硼酸 *Amylum od. Acid Boricum* 10.0

上爲撒布用

(四) 俄耳妥封 *Orthoform* 10.0

凡士林 *Vaseline* 100.0

上爲軟膏外用

(附註) (一) 火傷程度之強弱。由病原物體溫度之高低，接觸時之久暫，接觸面之深淺廣狹而異。凡攝氏四十五度以下之熱。不過致局部充血。五〇度以上者。則起炎症浮腫。五十三度以上。組織淺部生壞疽。六〇度以上深部亦起壞疽。

(二) 火傷致死之原因。從來學者議論不一。或謂因表皮呼吸機能停止。或謂因全身血液溫度增加，以致心臟麻痺。或謂因血液水份喪失，血液濃厚，終至循環障礙。或謂因血液形成數多血塞血栓。或謂體內生出一種毒素 *Pomalin* (蛋白質之毒性分解產物) 侵犯神經。要之火傷致死。以高熱之故。使血液變化。遂起循環障礙。因而鬱血，出血變性，壞疽等症，相繼發生。同時體內形成毒素。侵犯肝腎神經。其死

因複雜。殆無疑義。

(3) 全身火傷死者之解剖所見。視其致死之緩急而異。急死者並無內臟變化。經過二三日而死者。漿液膜粘膜上有凝血點，內臟實質變性。尤以腎臟瀰濁腫脹爲著。倘經過多日而死者。且可見胃及十二指腸潰瘍等變化。

第四章 日射病及中熱症 *Sonnenschlag u. Hitzschlag*

(原因) 日射病因強烈日光直接照射頭部而起。中熱病因高溫作用於全身而起。兩者多於長時間行走於暑天烈日之下，或夏季行軍等見之。

(症狀) 患日射病者突然嗜眠眩暈。有劇烈頭痛，耳鳴，眼花，幻覺等。繼即昏倒。並發痙攣。體溫上昇達攝氏四〇度。顏面潮紅。皮膚灼熱。呼吸促迫。脈搏細數。瞳孔散大。多於數時間內。由心臟麻痺而死亡。患中熱症者。先見大汗，倦怠，噁心，口渴等。繼即發劇烈之頭痛，眩暈。不安，嘔吐，脈搏細速。呼吸促迫，意識瀰濁，大便失禁等。體溫高達攝氏四〇度以上。且有伴發痙攣。輕症症狀緩和。漸次恢復。重症經過數時。往往虛脫而死亡。

(療法) 以冷卻身體，興奮心臟作用爲要件。移臥患者於陰涼之處。灌注冷水於全身。或以浸於冷水之濕布被覆。對頭部尤宜注意。且以飲水頻頻灌入。同時注

射大量生理食鹽水(五百至一千西西)。一方再施行人工呼吸法。又樟腦油，康福那心，可拉明，純葡萄糖注射液等與奮強心劑。均可應用。

(附註) 日射症與中熱症。有誤認爲同一病理者。其實不然。日射病因日光直接作用而起之一種腦病。卽由腦充血，而轉成腦膜炎，結果心臟麻痺而死亡。中熱症死亡之理由。則與火傷類似。蓋身體在高溫中。外來之溫已不少。加以行走勞動。體內產溫增多。因不及放散。故體溫每蓄積而上升。終至循環障礙而致死。亦有謂因體內蓄熱過多，妨害心動與呼吸，使肺內氣體交換不良，血液中發生有毒產物而起

第五章 電傷 Verletzungen der Elektrizität

(原因) 接觸強劇電流所起之外傷。例如發電機，雷電等。總稱曰電傷。

(症狀) 輕度者驟然失神昏倒。意識一時模糊。或發痙攣，或運動麻痺。脈搏細緩。呼吸淺表。經過數時或一二日。漸次消退。劇重者血行及呼吸中樞麻痺而頓死。局部發現輕重不等之火傷。

雷電傷害人體時。曰電擊 (Blitzschlag)。其所起局部症狀。亦不外潮紅，炭化等火傷現象。甚有四肢斷裂者。但轉瞬卽發全身障礙。著明變化爲神經麻痺。急性者數分鐘或二小時內。以高度呼吸困難而致命。輕度者亦有經數時或數日而恢復。凡電擊後之損傷組織。創緣呈鋸齒狀。且往往有樹枝狀或蛇行狀之褐色線紋。名曰電紋或電斑 (Blitzfigur)。

(療法) 局部依照火傷處置。此外急救治療。與日射症亦同。

(附註) (1) 不論直流電與交流電。接觸電壓二〇〇Volt以上。即有危險。至五〇〇Volt。即足致命。年來電氣專業。日見發達。因觸電而死者。幾無日無之。歐西對於處置犯罪犯人。更有應用極高度電氣(一千至三千Volt)者。頃刻之間。立能致死。

(2) 電傷死之解剖上變化。血液為暗赤色。胸腔鬱血。皮膚有細小溢血點。此等變化。因窒息與電流之直接作用而起。究其致死原因。不外呼吸中樞及心臟癱瘓而已。

(3) 電擊後何以能發生電紋。考其由來。學說亦不一。Kolliter氏謂因雷擊以後。血色素自血球中脫出。浸潤血管壁。電紋即血管分歧之狀。Hobert氏謂電力作用於血管神經。而血管麻痺。電紋實為麻痺之血管云。

第六章 凍傷 *Errierung, Congelatio*

(定義及原因) 組織長時間觸於高度之寒冷而起之外傷。謂之凍傷。

(症狀) 分局部及全身兩種。局部臨牀上亦如火傷。分爲三期。惟第三期凍傷與火傷不同。蓋凍傷及於大部份者較少。而達於深部者較多。

(A) 局部症狀 分爲三期如下。

(一) 第一期凍傷(紅斑性凍傷)(*Errierung erstes Grades, Congelatio erythematose*) 局部血管收縮。初呈蒼白色。繼而毛細血管擴張。靜脈血鬱滯。變為紫藍色。若

寒冷作用持續較久。或反覆刺戟。則起一種慢性炎症。即所謂凍傷。終至陷於潰瘍。本症於冬季最爲多見。婦女，小兒及貧血者易患之。

(一)第二期凍傷(水泡性凍傷) (Erfrierung des zweiten Grades, Congelatio bullosa) 此因寒冷之度較大。而刺戟之時間亦長。局所皮膚黯赤帶青。發生水泡。往往組織陷於壞死而達深部。

(二)第三期凍傷(腐痂性凍傷) (Erfrierung dritteres Grades, Congelatio eschroctica) 發生於劇烈之寒冷作用。組織全陷於壞死而潰爛。血行全止而呈暗褐色。外被水泡及腐痂。局部之知覺脫失。

(B) 全身症狀 舉述如下。

高度寒冷作用全身時。例如酷寒旅行，雪中泥醉。往往發全身症狀。先覺身體疲勞，困極欲眠，頭重眩暈，步行蹣跚。繼即卒倒昏睡，知覺亡失，瞳孔散大，反射遲鈍，呼吸緩徐，脈搏細弱。終至體溫下降。陷於虛脫而死亡。

(療法) 輕度凍傷。用冷濕布摩擦。或用樟腦酒精塗擦，明礬醋酸鉛水罨包，或用沃度丁綫，伊克度軟膏等塗布。倘凍瘡已成潰瘍者。則改用樟腦軟膏，單寧酸軟膏，或硝酸銀軟膏，或其他防腐性藥品。全身凍傷瀕死時。治療不可驟行溫煖

。須先將患者以冷濕布摩擦全身。注射興奮劑。使血行漸見恢復。再行微溫浴。同時施行人工呼吸。待其稍有知覺能嚥下物時。乃溫包全身。並可飲以多量酒類。處方如下。

。(一)樟腦Camphor

酒精Alkohol

5.0

50.0

上每日塗擦用(未潰爛用)

(二)酒精Alkohol

90.0

阿片丁幾Tine Opium

5.0

石炭酸Acid Carboficum

1.0

樟腦Camphor

15.0

坎他利斯丁幾Tine Cantharides

1.0

單寧酸Acid Tannin

0.5

真特丁幾Tine Scopolia

10.0

甘油Glycerin

5.0

上每日塗擦用(同上)

(三)明礬Alumin

5.0

醋酸鉛Plumbum Aceticum

25.0

溜水 Aq. Deat.

500.0

上爲器包用(同上)

(四)伊克度軟膏 Ung. Ichtyol

10.0

上爲塗布用

(五)朋淨 Benzin

10.0

樟腦 Camphor

2.0

單軟膏 Ung. Simplex

90.0

上每日塗布用(已潰爛用)

(六)樟腦 Camphor

5.0

凡士林 Vaselin

100.0

上每日塗布用(同上)

(七)樟腦 Camphor

5.0

單寧酸 Acid Tannin

5.0

單軟膏 Ung. Simplex

100.0

上每日塗布用(同上)

(注意)已潰爛凍瘡。簡便應用亞鉛華軟膏・硼酸軟膏・沃度仿軟膏塗布亦妙。

(附註) (1)局部寒冷作用。除發生凍傷外。可使遠隔臟器發生病變。此等障礙。特於氣候不和時尤易發見。卽所謂感冒是也。蓋寒冷則皮膚血管收縮。血液被其驅逐。不得不向內臟進行。凡充血之臟器。

抵抗病原之力減弱。病原菌即易侵入。惹起炎症變化。故鼻炎，氣管支炎，肺炎，腸炎，肋膜炎等。均好發於感冒之後。

(2)人類及高等動物之抵抗力頗強。雖遇劇寒亦能耐受。但因身體之營養狀態，年齡，體質，衣服，習慣等而有差異。少壯者較老弱者為強。飽食者較空腹或酒後為強。穿厚衣者較薄衣者為強。久居寒帶者較南方人為強。均為顯著之例。

(3)凍死之原因。不外高度寒冷作用於全身，致體溫下降。生命保存上所必需之熱量不足。遂成直接之死因。或謂因寒冷破壞赤血球。或謂因寒冷刺戟神經及肌肉。更有謂皮血管收縮，心臟充血為凍死原因者。

(4)凍死者之解剖所見。為身體中血液分布之不均。即皮膚貧血，呈蒼白色。而內臟則充實多量之血液 (Dunbar氏謂凍死者之心臟，血量有二九三西西)。此外表皮有浸潤硬結等變化。心肌及胃粘膜有數多巨大溢血斑。又體內液體大都冰結。故屍強甚久。不易腐敗。

第七章 化學外傷(腐蝕) *Chemische Verletzung, Aetzung*

(原因) 接觸種種化學藥品而起。換言之。即誤用具有腐蝕性質之藥品而成之外傷。

(症狀) 由腐蝕藥之強弱，分量，作用，時間等而不一。輕度之際，局部皮膚或粘膜。僅發潮紅。較高度時。形成水泡。最重者。局部壞死。而成痂皮。

驗類而起之壞死。爲褐色軟泥狀。損傷常及於深部。

酸類而起之壞死。呈黃褐色或褐色。痂皮硬固。能阻隔藥液深達。故作用較驗類爲輕。

金屬鹽類之壞死。亦能形成硬固之痂皮。以防藥液之及於深部。故其作用亦不如驗類之強劇。

(療法) 應用作用相反之藥品中和之。對於驗類。用一%醋酸，枸橼酸水洗滌。對於酸類。用一至二%重曹水，石灰水，或煨製鎂水洗滌。對於金屬鹽類。用牛乳，卵白洗滌。其他處量。與火傷療法同。

(附註) 具有腐蝕性作用之藥品。可別爲三類。即(1)驗類(河爾加里類)腐蝕藥。例如苛性鉀(Kali Causticum) • 苛性鈉(Nat Causticum) • 苛性石灰(Calcaria Causticum)等屬之。(2)酸性腐蝕藥。例如硫酸(Acid Sulphuricum) • 硝酸(Acid Nitricum) • 鹽酸(Acid Hydrochloricum) • 石炭酸(Acid Carbonicum) • 酪酸(Acid Chironicum) 乳酸(Acid lacticum)等屬之。(3)金屬鹽類腐蝕藥。例如硝酸銀(Argent Nitricum) • 氯化亞鉛(Zinc Chloratum)等屬之。

第二編 外科傳染病

第一章 化膿性全身傳染 Pyogene allgemeine Infection

(原因) 不潔創傷，或醫治消毒不嚴密，以及劇烈炎症等。均能引起化膿性全身傳染。已如上述。此種疾患於外科上頗關重要。茲特摘要另述之。

化膿性全身傳染。可分爲二種。一卽化膿性轉移性全身傳染。一卽非轉移性全身傳染。前者曰膿毒症。後者曰敗血症。倘兩者同時發現。則總稱曰敗血膿毒症。

(一) 膿毒症 (Pyæmie) 發熱爲本症所必有。其特性常於惡寒戰慄之後。而起三九至四一度以上之高熱。至次日下降。然未幾又以惡寒戰慄而起病。熱型不正。大抵爲弛張性(呈稽留性者甚少)。其間隔時期亦不等。此外全身疲倦，食慾缺乏，舌苔乾燥，口渴嘔吐，呼吸促迫，脈搏不正，頭痛發重，嗜眠昏迷，或發譫語，下痢，黃疸等。

本症特徵。又能使身體各部生轉移性膿瘍。轉移症狀甚爲複雜。侵犯淺表。則成皮下膿瘍。若侵犯至內臟。則能發生肺炎，肋膜炎，黃疸，脾腫，腎炎，心囊炎，心內膜炎等。亦有轉移至腦而起腦膜炎。轉移至骨及關節而起骨膜炎，骨髓炎，關節炎等。此外侵及腸膜，卵巢，睪丸而致發炎亦有之。

(二) 敗血症 (Septicæmie) 本症多見於不潔新創。症狀概與膿毒症類似。但敗血症之體溫。多順次上昇。以稽留性持續爲較多。症狀劇烈時。往往驟然無熱，或降

至常溫以下。昏迷，譫語等腦症狀。發現均較膿毒症爲早。且較顯著。此外皮膚上又常合併發生小水泡疹，膿泡疹，紅斑等。

本症不發生轉移性膿瘍。檢查創面大都乾燥而分泌減少。有惡臭之溷濁漿液。且被污穢痂皮。此與膿毒症不同之要點。

(療法) 第一要務。即防止細菌及毒素之血行傳染。欲達此目的。不可不注意嚴密消毒。已發上述症狀時。從速將原發病竈廣大切開。使創傷內毫不積留膿性分泌物。用消毒藥水充分洗滌。倘炎症劇烈，進行不止，有危害生命時。如在四肢則速行切斷術爲妥。其他對症療法。可用退熱劑，清涼劑，興奮劑等。此外可溶性銀製劑(電銀膠，電化可拉哥耳，銀愛查克勞益多等)，葡萄狀球菌血清，鍊狀球菌血清，葡萄菌鍊球菌混合漿苗等均可應用。又生理食鹽水有解毒功效。亦可用以靜脈注射。

第一章 丹毒 *Erysipelas*

(定義及原因) 丹毒爲皮膚淋巴間隙之炎症。係感染一種丹毒連鎖狀球菌而起。臨床上因傳染徑路之不同。可分爲外發性，淋巴性。血行性三種。第一種以創傷

潰瘍而傳染。第二種由深在炎症介淋巴管而傳染。第三種由血行而傳染。本病無免疫性。曾經感染者。極易再發。

(症狀) 本症潛伏期。約二三日。亦有四五日不等。初起惡寒戰慄。繼發寒熱(攝氏四〇度左右)。體溫爲稽留性。但弛張性者亦有之。主徵爲皮膚發赤。先起特著境界明瞭之潮紅。漸次蔓延。非常迅速。最多見於顏面及頭部。或四肢之一部。繼即蔓延及於軀幹之全體。潮紅呈薔薇色。有微痛及灼熱感。全身症狀除發熱外。常伴食慾缺乏，噁心嘔吐。劇甚者意識溷濁。並發頭痛，煩渴，譫語等其他腦症狀。

丹毒以症狀上之差異。別有下列多種。

(一) 紅斑性丹毒(*Erysipelas erythematosum*) 即普通常見之丹毒。其始皮膚呈紅色斑點狀。旋即溶合而爲平等紅斑。形狀不整。或尖銳如舌。或突出如火焰。其與周圍境界甚明。

(二) 游走性丹毒(*Erysipelas migrans*) 狀如火焰燃紙。蔓延游走。今日足部發生丹毒。明日忽又見諸膝部或大腿部之類。

(三) 浮腫性丹毒(*Erysipelas oedematosum*) 皮下組織疎鬆之皮膚。不但病機進行

迅速。且漿液往往多量滲出。而呈強度浮腫。例如眼臉，陰莖。女子外陰等部見之。

(四)水泡性或膿泡性丹毒(*Erysipelas bullosum* od. *pustulosum*) 在表皮之下。蓄積漿液。形成水泡。或變爲膿泡而不透明。每於顏面及耳翼等處見之。

(五)蜂巢織炎性丹毒(*Erysipelas phlegmonosum*) 與蜂巢織炎並發。而患部有紅斑或水泡。

(六)壞疽性丹毒(*Erysipelas gangrinosum*) 先發水泡。水泡破裂後。流出血性漿液。皮膚壞死而呈暗褐色。終則周圍分界脫落。

丹毒之劇烈者。可轉移至內臟而起種種合併症。如急性肺炎，肋膜炎。心內膜炎，腎炎，下痢，腸出血，及腦膜炎之類。強健及年壯者預後較良。惟老人，小兒，衰弱者，以及有心臟病者預後皆危險。通常丹毒死亡數約三至五%。

(療法) 局部首要安靜。苟患在手足則高舉之。用於局部之藥品。自古至今。方法甚多。有用三%石炭酸水注射於潮紅部之皮下。而謀殺菌。此在狹小之丹毒局部尚或有效。倘反覆注射於廣大部。則反有引起石炭酸中毒之危險。此外又有應用昇汞水或撒酸液注射。或以一〇%之石炭酸酒精與濃厚之沃度丁幾塗布。或於

潮紅與康健之交界處施行亂刺。再以三至五%石炭酸，千倍昇汞水而洗滌之。但均無甚確效。現時最常用之法。莫如用伊克度軟膏塗布。次數每日一回。倘蔓延迅速。則可改塗伊克度純品。或於其進行部之前方。用〇·一%雷佛奴耳液行皮下注射或於患部附近。用絆創膏緊貼。丹毒血清對於本症。確有特效。可行皮下或肌肉注射。每回一〇至二〇西西。又鍊狀球菌血清，氯化鈣注射液，電銀膠等。亦可應用。其他不外對症治療。心臟衰弱可服毛地黃丁幾，斯忒羅仿丁幾等興奮藥。高熱頭痛可用冰囊，或安替正林，鹽酸規寧等退熱劑。譫語或精神不安可用溴化鉀，溴化鈉等鎮靜劑。

(附註) (1) 丹毒俗名流火。為古來周知之疾病。昔者認為另有一種丹毒菌傳染而起。後經學者研究之結果。知即係化膿性連鎖球菌。惟因侵入部位之不同，而發症狀有異耳。

(2) 丹毒離床過早。每發重症心臟衰弱。故倘輕快治癒後。仍宜臥牀休息數日。

(3) 患丹毒者。又宜時常檢尿。因本症經過中。易發腎臟炎故也。

第三章 破傷風 Tetanus

(定義及原因) 本症為感染一種破傷風菌而起。此菌繁殖於田園，土地，竹片，木屑中。乘人微細之指趾外傷或別處之創傷而侵入。農夫工人發生較多。以嚼肌

及其他諸肌發生痙攣性收縮爲其特徵。

初生兒臍帶創面以及產婦胎盤脫落之子宮。因不潔物之媒介。間亦能感染本病。前者曰初生兒破傷風。後者曰產褥性破傷風。

(症狀) 潛伏期約一二日或四至十日均無定。在此期內所被傳染之創傷。雖無何等變化。但大抵常知覺過敏。在癰痕形成之時。有時轉發潮紅而呈炎症再發之傾向。過此潛伏期。卽爲前驅期。患者精神不安。一切感覺性敏捷。夜不安寢。病初以顏面嚼肌(卽咬肌)強直痙攣。齒牙上下固着。不能開張。呈所謂牙關緊閉現象。在初生兒之破傷風。往往僅發此種症狀。在成人則顏面諸肌大都同起痙攣。口裂橫徑增加。兩唇略開。齒牙微露。似笑非笑。唇溝加深。鼻翼向外上方牽引。臉裂縮小。眉間蹙蹙，呈所謂破傷風顏。其次項肌痙攣。向後屈曲(此名項強直)。病更進行。背肌亦被侵犯而起痙攣。卽背部硬固不能向前屈曲。終成弓狀(此名後弓反張)。胸肌腹肌等亦次第硬變。甚至不能呼吸而僅以橫隔膜行之。四肢肌同時亦發強直性痙攣。或伸直或屈曲。動之覺有抵抗。重症破傷風。大都各部同時發生痙攣。較輕之症則常爲發作性。因微小之刺戟。如光之刺戟，或音響之刺戟，往往卽可喚起其發作。發作之際。患者非常苦痛。

其持續有僅數分至十數分鐘。至其體溫。則無一定。或爲平溫。或爲微熱。間有體溫高昇至攝氏四十一度或四十二度者。此外患者常併發煩渴，精神不安，流涎，多汗等症。

(療法) 本症預後大多不良。故遇不潔創傷。以預防處置爲最要。如已發病。令患者安靜。速將創傷部廣大切開。行嚴密消毒。撒布沃度仿。同時並須注射現代新藥。即破傷風血清(肌肉注射一萬或二萬單位)。又盧密拿溶液(肌肉注射每日一或二次一西西)，鎂固素靈(肌肉或靜脈注射每次二〇西西)。亦可應用。一方隔離患者於暗室。避去一切刺激。劇痛精神不安時。可用嗎啡皮下注射。或用抱水格魯拉兒灌腸。內服溴化鉀，阿片劑等。痙攣發作過劇時。爲挽救一時痛苦計。亦可行少量哥羅方吸入麻醉。處方如下。

(1) 抱水格魯拉兒 Chloral Hydratum

2.0

阿拉伯樹膠漿 Mucilag Gummi. Arabicum

10.0

溜水 Aq. dest.

100.0

上混和灌腸劑(鎮痙)

(11) 哥羅方 Chloroform

10—30.0

上爲吸入劑(同上)

(三) 溴化鉀 *Kali Bromatum* 2.0

溴化鈉 *Nat Bromatum* 2.0

溴化銨 *Amm Bromatum* 2.0

溜水 *Aq dest* 100.0

上 1日3回分服(同上)

(四) 纈草丁幾 *Tine Valerianae* 2.0

阿片丁幾 *Tine Opium* 1.0

糖漿 *Syrup Simplex* 10.0

溜水 *Oq dest* 100.0

上 1日3回分服(同上)

(五) 盧密拿 *Luminal* 1.5

乳糖 *Sacch Laet* 1.5

上分三包 1日3回分服(同上)

(附註) (1) 破傷風之經過。有急性，亞急性及慢性之別。急者發病後數時或一二日即死。大抵發作急劇者預後多不良。如能延至一週以上。危險較少。本症之死亡數約八八%。其直接死因。或為急劇心臟麻痺。或為反覆發作，營養缺乏，全身衰弱而致。

(2) 本症根據各項症狀。不難診斷。惟項強直起始者。易與腦膜炎誤混。不可不注意。惟破傷風當痙攣發生時。精神如常。且不頭痛。腦膜炎則頭痛而精神渾濁。此為其異點。又士的年中毒時。亦發痙攣與

強直。惟此發作往往突然而來。多限於四肢。下頷之僵硬頗遲。更參以既往症。亦易於鑑別。

(3) 本症治療。顧及維持患者營養。亦為要務。每有經過初期發作，而死於全身衰弱者。故遇患者經緯劇甚，嚥物困難時。宜行滋養灌腸。

第四章 狂犬病(恐水病) *Lyssa, Hydrophobia*

(原因) 本病多發生於犬類動物。其病毒存在於病犬之唾液，血清，腦髓，脊髓中。病原體尚屬未明。人類被犬咬傷後。往往感染。

(症狀) 可分為四期。舉述如左。

(一) 潛伏期 自十日至六十日。短者二星期。長者半年或一年。症狀發生於犬咬已經治愈者為多。此期或全無症狀。或患部起神經症狀。如冷感，知覺鈍麻，肌力減弱，痙攣，以及神經病發作，頭痛等。

(二) 前驅期 一名憂鬱期。持續約一二日。有全身倦怠，失眠，不安，食慾不振，憂鬱等症。對於食物有嫌惡之感。治愈之舊咬傷部。往往發現搔癢感，知覺過敏，疼痛，或炎症。

(三) 發揚期 一名恐水期。最著之現象。為咽喉諸肌之痙攣，高度呼吸困難，流涎煩渴。患者常渴甚思飲。惟見水或念及水時。咽肌立即痙攣。卒至全然不能攝

取飲料。此爲狂犬病之主徵。亦即恐水病名稱之來源也。此期反射機能異常亢進。即遇輕微刺戟。如音響，光線，接觸等。亦能引起痙攣發作。此痙攣依病勢之進行。漸及於軀幹及四肢肌肉。初爲間代性。後成強直性。患者意識明瞭。故痛苦劇甚。有時每發幻覺。呈狂躁狀態。往往咬噬自身，或擲物傷人。如此持續約一至三日。即移行於麻痺期。

(四)麻痺期 至此期則嚙下，呼吸及其他之痙攣沉靜。一變而呈麻痺狀。進達高度之全身衰弱。約經三至五日而死亡。體溫每有昇至三十八度或四〇度者。

(療法) 治本之法。莫如預防。凡有狂犬發見。速宜設法撲殺。倘已被咬傷。迅將創口開大。擠出血液。嚴行消毒。或用烙白金燒灼。或用苛性加里，硫酸等腐蝕。如被咬在四肢。則自被咬部之上固縛之。以杜絕血行。同時速行注射狂犬病疫苗(已發病者無效)。倘症狀已發現者。則惟有避諸種刺戟。應用抱水格魯拉兒，溴化鉀，盧密拿，鎂固素靈，哥羅方等鎮靜劑，麻醉劑。行對症治療(參照破傷風處置)。

(附註) (1)乾燥狂犬病疫苗應用時。須加入滅菌生理食鹽水。全量爲二西西。然後行肩胛部皮下注射。並須繼續注射十數日。成人每次注射量用乾燥疫苗一個。十歲以下則改用半量。

(2) 凡患狂犬病之犬。亦呈一定症狀。初現一種不安狀態。食慾減少。嘔吐。且好食毛髮土塊等不消化物。約經二三日。即入狂躁期。其特徵即日夜狂奔。吠聲變調。見物即噬。意識障礙。迅速瘦削。約經三至六日。即移行於末期。衰弱顯著。吠聲嘶啞。四肢麻痺。呈睡眠狀態。遂至於死。

第五章 脫脾疽(炭疽) *Milzbrand, Anthrax*

(原因) 本病大都發生於畜類。其中以羊及牛爲多。患此病畜類之糞便中含有脾脫疽菌。人類因飲食不慎或由創傷而傳染。凡畜牧者，屠夫，獸醫，農夫，皮匠等易患此症。

(症狀) 潛伏期爲三至六日。症狀有全身，局部兩種。局部症狀有二。其一被犯局所起痒感及灼熱。皮膚呈紅色丘疹。形成水泡。旋破而結痂。名曰脾脫疽膿疱。此膿疱漸向周圍組織蔓延。同時並起蜂窠織炎。其原發丘疹硬固脹大。蔓延極速。呈癰疽狀。名曰脾脫疽癰。與真性癰疽不易區別。其二爲脾脫疽水腫。與前者不同點。即被犯局部忽然腫脹。形成水腫狀態。漸次潮紅如丹毒。表面上處處生水泡狀隆起。旋即破潰。而該部陷於壞疽。其狀與脾脫疽癰之劇烈者相類似。全身症狀。發高熱，倦怠，意識渾濁，譫語，呼吸困難，睡眠不安，精神興奮，下痢，頭痛等症。通常全身症狀。起於局部症狀發現後四八至六〇小時之後。重

症多於一星期左右而死亡。輕症取慢性經過。漸次減退治愈者亦有之。此外脾脫疽菌侵入內臟。如肺，腸等處。亦能發生急劇病變。附述如下。

(一)脾脾脫疽 常見於檻樓業者。因本菌附着於檻樓物片。當處理之際。混於塵埃。遂得吸入於肺內。故又有檻樓病之稱。其發生症狀。與急性肺炎相似。咯出赤色或銹色之痰。並伴上述全身症狀。

(二)腸脾脫疽 因食病獸之肉或乳酪而起。發劇甚之下痢。便中混有血液。並伴噁心，嘔吐等症。

(療法) 注射脾脫疽血清(皮下或肌肉注射每日一次一〇至二〇西西)。將所被傳染之部。速行切除，或行燒灼法。或用濃硝酸腐蝕之。或以一至二%昇汞水，二至三%石炭酸，一至二%沃度丁幾注入患部皮下。內服藥預防心臟衰弱。可服興奮強心劑。對肺脾脫疽。內服薩羅耳(Salol)，碘化鉀(Kali Jodatum)。或用一至二%石炭酸水行吸入法。給以滋養食餌及多量酒類。以維持其體力。對腸脾脫疽。內服甘汞(Calomel)。並用多量食鹽水灌腸。

(附註) (1)人類之皮膚脾脫疽。其細菌自局部侵及全身。為時較久。故傳染後速施治療。大抵可免全身感染。死亡數為二五至三〇%。在顏面部者。其預後較四肢不良。上肢較下肢不良。內臟被犯者，預

後最不良。

(2) 皮膚脾脫疽。可以惡性膿疱狀態及全身症狀。為診斷之根據。肺及腸脾脫疽之診斷則較難。須將排泄物(痰或糞便)行顯微鏡的檢查。其他詢問患者職業。亦足為診斷之助。

第六章 馬鼻疽(馬疫) *rycz, Mallens*

(原因) 本症為馬類之細菌性傳染病。其病原菌由鼻粘膜或皮膚創傷，呼吸道而侵入人體。馬夫，騎兵，獸醫易患之。

(症狀) 急性症潛伏期為三至五日。或發不正輕熱。或以惡寒戰慄開始而發高熱。全身倦怠。且起頭痛，關節痛，及背痛。其病毒侵入部。發生小結節或膿疱。旋破潰而成潰瘍。潰瘍底面有豚脂樣沈着物。潰瘍緣則成蠶蝕狀而向周圍蔓延。有時皮膚發蔓延性丹毒樣炎症，或淋巴管炎，淋巴腺腫，或蜂窠織炎狀態，化膿而陷於壞疽者。又有病毒轉移至內臟器官(如肺，肝，脾，腎，睪丸，骨，關節，腦膜等)。發生結節及膿瘍。體溫上昇。意識溷濁。急劇者往往數日而致命。與膿毒症類似。

慢性症之經過。長而諸症較輕。大抵可延持數月至年餘。其間時見發熱。處處發生結節。每至乾酪變性。與梅毒性或結核性酷似。

(療法) 診斷確實後。行早期切除。或用燒灼，腐蝕等法。以防蔓延。內服碘化鈣，砒劑。或用灰白軟膏塗擦亦可。惟效力極薄。處方如下。

(一) 碘化鉀 Kali Jodatum

3.0

苦味丁幾 Tine Amara

3.0

溜水 Aq. Doct.

200.0

上 1日3回。2日分服

(11) 亞砒酸鉀液 Liq. Kali Arsenicaci

10.0

複方規寧丁幾 Tine China Composita

20.0

上 每日3回各五滴。和水服下。漸次增加至十五滴

(三) 灰白軟膏(即水銀軟膏) Ung. Ilyduregyri Oinereum

10.0

上分三四回塗擦患部。每日一回

(附註) (1) 本症急性者。預後不良。慢性者大抵可治。惟亦有自慢性而變為急性者。

(2) 發生於鼻粘膜及皮膚者。可根據結節，潰瘍，及職業等而斷定。惟侵犯內臟者。則診斷不易。須檢查其血液，咯痰等。

第七章 創傷白喉症(病院壞疽) Wunddiphtherie, Hospitalbrand

(原因) 本病多見於消毒不全之創傷。係感染一種白喉桿菌而起。或謂係混合傳

染之高度腐敗性創傷傳染症。

(症狀) 創傷肉芽面腫脹發赤。被有灰白色不潔之義膜。不易剝離。

重症侵及深部組織。大部變成灰白色軟泥。分泌漿液樣腐敗液。疼痛劇烈。潰瘍周圍之皮膚。亦潮紅劇痛。更有一種最劇烈之症。其創傷肉芽面。著明出血。周圍浮腫。組織迅速膨脹。全部腐敗崩壞。化生灰白色或赤灰白色軟泥。放出惡臭。疼痛極劇。在二十四小時之內。可使創面腐爛大至一倍。全身症狀。通常輕微。重症始以惡寒慄戰。旋即體溫上昇。並伴消化障礙，四肢倦怠等。甚者起化膿性全身傳染而死亡。

(療法) 預防爲先。倘病已發。須使患者隔離。行強劇的局部療法。用烙白金燒灼法。或以石炭酸，硝酸腐蝕。如患處部分小時。可由其周圍用手術摘除之。廣大者施行切開。充分排除膿液後。並用千倍昇汞水，或雷佛奴耳液洗滌。注射電銀膠，電化可拉哥耳等。病勢進行不已，倘在四肢。則行切斷術。

(附註) 在普防腐法未明。病院中衛生設備不全。往往見有本症發生。近代學術日精。消毒法進步。本症幾絕跡於文明諸國。惟行軍時消毒未全，或鄉間新醫未興之地。仍不少見。

第八章 放線狀菌病 Actinomycosis

(原因) 爲感染一種放線狀菌而起。此菌寄生於植物葉莖，殼類等，多由口腔粘膜，齧齒等侵入。亦有自皮膚，呼吸道，腸管，陰部而傳染者。

(症狀) 多見於下頷頸部。其一般症狀。爲慢性進行。組織內浸潤。觸之有板樣之硬度。但無疼痛，熱感。形成腫瘤狀硬結。漸次增大柔軟。而成膿瘍。往往自潰而排出膿汁。膿汁稀薄。內含蒼白黃色顆粒狀之小體。本症經過甚慢。頑固難治。多亘數年以上。有侵及肺，肝，腸，腦等重要臟器。預後多不良。

(療法) 早期切除或切開搔爬。表在性者。用一%碘化鉀液，或昇汞水局部注射。內服碘劑。亦有相當功效。又近來愛克斯光線療法。亦頗適用。

(附註) 本症內服碘化鉀。可逐漸增加。不妨增用至大量。每日可內服二至五瓦。

第九章 蛇咬症 Schlangenbiss-Krankheit

(原因) 由各種毒蛇之咬傷而起。

(症狀) 咬傷部有二個針刺狀之小創傷。該部發赤，劇痛，浮腫。而呈暗紫色。浮腫逐漸蔓延於他部。往往續發淋巴管炎，淋巴腺炎，蜂窠織炎。且創口漸次腐敗。陷於壞疽。其全身症狀。始則不安，倦怠，發熱。次則呼吸促迫，脈搏微弱。

，噁心，嘔吐，下痢。間或便血而發黃疸。再進則發痙攣，譫語，昏睡等。終則呼吸及心臟麻痺而死亡。若咬傷及於大血管。則中毒致死。更形迅速。

(療法) 若咬傷在四肢。立即緊縛其上方。以杜絕其血行並廣大切開咬傷部。用吸引器吸出毒血。再用消毒藥水充分洗滌。或用腐蝕劑腐蝕，或用烙白金燒灼，或切除其一部亦可。為解毒目的計。可於患部注射五至一〇%過錳酸鉀液一〇西西。又蛇毒血清對本症亦有特效。亦宜應用(皮下注射二〇至四〇西西)。此外投與奮劑，發汗劑，利尿劑等。有謂速用洗胃法(〇·一%過錳酸鉀液)亦可收效。

(附註) (1) 毒蛇種類頗多。隨產地而異。我國尚無詳細調查。惟據 Kroyenberg 氏之報告。長江以南。毒蛇頗多。常見者為褐色毒蛇 (*Ancistrodon blomhoffii*) 在九江南京一帶。其次為雞冠蛇(百步蛇) (*Ancistrodon acutus*) 在江西山中及宜昌福建等處見之。九江山中或森林中有含布蛇 (*Naja tripudians*)。舟山羣島之蛇。與之相類。名 *Sputatrix*。長江以南。山中有雨傘節毒蛇。名 *Bungarus candidus*。廣東有一種黃色蛇。名 *Bungarus fasciatus*。江西福建。更有一種名赤傘節蛇 (*Callisaurus granulatus*)。香港寧波一帶。又有竹青蛇 (*Laobasis granulatus*)。其他有毒水蛇。在南方沿海及臺灣海峽等處。寧波舟山羣島及黃浦中。亦有巨大水蛇云。

(2) 毒蛇口內。有一種毒腺。咬人之際。腺內毒液。自排泄管通至毒齒。而注入創內。此毒液有二種毒性蛋白體。一為 *Venoglobulin*。專侵咬傷部周圍之組織。一為 *Venopepton*。吸收後能使呼吸及血管運動神經中樞麻痺。兩者含量之比較。因毒蛇種類而異。故有局部侵害猛烈而全身中毒症狀比較微弱者。亦

有全中毒症狀劇烈而局部症狀反見輕微者。其毒性最猛者。每於患部症狀未發而先斃命者有之。

(c) 據 Brunken Artl 氏報告。蛇毒自傷部入血中。最先入胃。復由胃中徐徐吸收。故起持續的中毒症狀。在動物試驗。蛇毒注入皮下。不過一小時。即達胃內。此時試用胃洗滌法。則僅發局部的腫脹壞疽。並無其他症狀。若以該項胃洗滌液再注入他動物體內。則發中毒症狀。此可為蛇毒自血入胃之確證。

第十章 鼠咬症(鼠毒症) Rattenbiss-Krankheit, Rattengift-Krankheit

(原因) 本病由鼠咬傷而起。其病原菌為鼠咬症螺旋體(日本二木氏發見)。

(症狀) 經一至三週之潛伏期後。發惡寒戰慄。體溫上昇至三八·五至四〇度以上。咬傷部紅腫疼痛。惹起急性性淋巴管炎，淋巴腺炎。肢節上發紅斑，丘疹，或結節。並伴肌痛，四肢痛，疲勞，倦怠，頭痛，眩暈，耳鳴等。本症狀持續三至七日後。常間隔數日無熱。其後再反覆發作。

(療法) 被咬部速即嚴密消毒。用砒素劑(六〇六)注射。亦有偉效。

(附註) 本病雖無直接斃命之危險。但由反覆發作，以致貧血，衰弱而死者亦有之。

第十一章 屍毒症 Leichengift Infektion

(原因) 多見於屠夫，革工，屍體解剖者。由皮膚創傷感染一種屍體內之腐敗產

物。卽所謂屍毒(卽尸毒Typhaine)而起。

(症狀) 最險惡者與重篤敗血症無異。創傷局部變青黑色。周圍強度浮腫。繼起頭痛，噁心，倦怠，惡寒戰慄，高熱，昏睡等狀態。由而斃命者頗多。但此重症。比較的尙屬少數。

最常見者。爲創傷部發生炎症。陷於化膿，壞疽。或生小膿泡。或爲丹毒樣發疹。或形成小結節。每有併發淋巴管炎，淋巴腺炎。

(療法) 以預防爲最緊要。接觸屍體時。宜戴象皮手套。處置屍體後。宜嚴重消毒。若誤傷手指。速擠創口。使充分出血。再用昇汞水，或石炭酸水洗之。若創傷部已有症狀發見。則速切開。行制腐法(用消毒藥水充分洗滌，松塞沃度方或雷佛奴耳紗布)。倘發劇重症狀時。則用電銀膠，或電化可拉哥耳等靜脈注射。(附註) 凡人畜死後在二十四小時以內。倘含有特殊病毒(如丹毒，敗血症，膿毒症，產褥熱，脾脫疽，結核等)。皆有傳染之力。

第三編 皮膚外科

第一章 癰腫 Tunnkel

(定義) 本病乃由化膿菌侵入皮膚毛囊，皮脂腺而起之急性炎症。

(原因) 以葡萄狀球菌爲最多。亦有起於連鎖狀球菌者。

(症狀) 發於皮膚表層時。僅生小膿泡。如帽針頭大。周圍稍潮紅。不甚疼痛。經過數日。膿自囊口排出。旋即治愈。此即俗所謂瘡瘡(Alone)。顏面，背部常見之。倘病毒強劇，深入毛囊內時。則周圍所起之炎症性浸潤亦較烈。此即所謂真性癰腫。其始毛囊周圍。腫起潮紅。成小圓椎形腫瘤。四周有指頭大至鷄卵大之硬結。且伴發熱，劇痛。約經二三日後。隆起中央。現黃色小膿泡。硬結次第軟化。旋即自潰而排膿。發生部位。以臀部，背部，項部，顏面及腋窩等爲多。而足趾及手掌則不發生。因其無毛囊及皮脂腺故也。

本症約數日可愈。施以適當治療。大概預後佳良。惟亦有併發淋巴管炎，淋巴腺炎，蜂窠織炎、丹毒，栓塞性靜脈炎而致傷命者。顏面上之癰腫。即俗所謂疔。以其病毒蔓延至頭蓋腔內而易發腦膜炎。故較爲危險。

(療法) (一) 癰腫小者。可貼匹克(Dick)氏硬膏(內含水楊酸及石鹼等成分)。一則可防刺戟。二則能助膿泡破出。或於其周圍塗布沃度丁幾，伊克度等軟膏。倘無效時。則代以溫罨法促其化膿。(二) 成熟之癰腫。即中心軟化內部有膿時。則

加小切開。已潰破者。用鑷子拔去其栓子(即俗稱膿頭)。並剝落其痂皮。其所穿之孔倘狹小。則再用刀擴大之。(三)炎症劇烈有強度浸潤時。用2%鉛糖水。或醋酸礬土水罨包。(四)瘡腫內服藥。可用愛太衣那克西路。或士丹洛克西。進行劇烈者。可用斯太法。電銀膠或握姆那丁。葡萄糖鍊球菌混合漿苗等注射。

此外關於瘡腫治療之注意點。列舉如下。(一)瘡腫務求安靜。故局部之運動。頻數之接觸。壓迫。絞榨等。均宜避之。(二)瘡之周圍。皮膚宜清潔。否則附近有傳染之虞。故遇毛髮部。須將毛髮輕輕剃去。每當交換繃帶時。於其周圍皮膚。用酒精。或沃度丁幾塗布。(三)常例有便秘之傾向者。須投以下劑。(四)小瘡腫施單一切開已足。若大瘡腫則以十字切開為宜。

(附註) 瘡腫發生與素質及誘因有關。例如糖尿病。傷寒恢復期。慢性傳染疾患。消化不良。以及濕疹。疥瘡等搔癢性皮膚病。往往易罹本症。故凡過多發瘡腫之患者。亦須詳加診查。根本治療其原因病。實較妥善。

第二章 癰疽(癰) Carbunkel

(原因) 癰疽與瘡腫。原因相同。不過侵犯範圍廣大而已。瘡腫數個簇生。接合

相連時。卽成癰疽。其病竈剖視之。爲篩狀穿孔。宛如蜂窠。蔓延於表面及深部之發炎傾向。較爲著明。

(症狀) 劇甚者往往惡寒高熱。全身倦怠。此症多發於項部，背部，及臀部。初起較大硬結。潮紅腫脹。試推動其底部。則發劇痛。旋腫脹增加。中央呈暗赤色而隆起。生多數之膿泡及膿點。軟化破潰後。膿血排出。生廣大之空洞。然後漸漸發生肉芽以充填之。約經二三期治愈。

本症發生於強健體質之人。無甚危險。惟有續發廣大蜂窠織炎，皮膚深部組織陷於壞死。並能誘起全身傳染而致命。最可怖者。卽爲口唇頰部及發於項部之癰疽其炎症往往蔓延於頭蓋腔內。而忽取死亡之轉歸。

(療法) 療法與癰腫大致相同。倘炎症進行強劇時。則不如切開爲妙。其手術式須施廣大十字式，或放線狀。達健康部爲止。次用銳匙搔爬其壞死組織。外面皮瓣有壞死者剪除之。再用十倍昇汞水或雷佛奴耳液充分消毒。然後填塞沃度仿紗布或殺菌紗布包紮之。若其周圍炎症浸潤著明時。可用醋酸礬土水或鉛糖水濕性罨包。內服藥與注射。均可參照癰腫治療。至炎症消退，肉芽逐漸發生。則改用沃度仿軟膏，或硼酸軟膏。

(附註) 瘰癧消炎新法。可用〇二%消毒雷佛奴耳液。注入瘰癧中心及周圍。頗有偉效。又瘰癧手術更不實用摘出法者。於瘰癧周圍相隔二三耗之健康部。施以切開。將瘰癧之周圍。自基底至皮膚全部摘出之。此法對於限局性小瘰癧有效。廣大者似難適用。

第二章 蜂窠織炎 Phlegmone

(定義) 爲化膿菌侵入皮下結締組織層而起之急性進行性炎症。

(原因) 或由局部損傷處侵入。或因皮膚面或深部之化膿性疾病而起。亦有由遠隔部之化膿創傷或化膿症時，經血行轉移而生者。

(症狀) 分限局性與蔓延性兩種。

(一) 限局性蜂窠織炎 其炎症大抵限局於病機起始之部。表在性者。皮膚呈發熱疼痛等炎症主徵。同時緊張浮腫而不能撮起。迨後漸漸軟化。形成膿瘍。深在性者。初無皮膚發赤腫脹等症。僅覺深部疼痛。經過相當時日。始發現與表在性相同之症狀。本症劇甚者。易轉成蔓延性蜂窠織炎。

限局性蜂窠織炎。倘發現於指趾。特稱曰瘰疽 (Paronychia, Fingerwurm)。疼痛異常劇烈。炎症向深部進行。往往於極短時期變成蔓延性。而危及生命。

(二)蔓延性蜂窠織炎 大都急性而較險惡。初覺惡寒戰慄。次則體溫上昇。皮膚局部炎症劇烈。漸呈暗赤色。表皮浮腫隆起。發生水泡狀而發劇痛。附近淋巴腺著明腫脹。組織陷於壞死。往往形成大膿瘍。甚者發膿毒症或敗血症而致不治。

(療法) 蜂窠織炎不論限局性或蔓延性。務宜早期手術。就疼痛最甚，浮腫最強之處。充分用刀切開排膿。炎症倘在深部。當於切開後。用鑷子或鉗子等鈍物深行插入。細探有無膿汁瀦留。通常膿竈切開後。可用千倍昇汞水，或一至二%石炭酸水，或〇·一%過錳酸鉀，雷佛奴耳液洗滌消毒。行制腐的處置。病竈深大創液瀦留者。插入排膿管。或殺菌紗布填充。外用繃帶不宜過緊。以免膿汁竄入近旁蜂窠織內。

四肢蜂窠織炎之最初期。宜高舉患部。消炎藥不妨試用。另有主張用 *Wohl* 氏鬱血療法(見前炎症篇)。險惡之腐敗性進行性蜂窠織炎。如切開無效，且有全身傳染之危者。則用患肢切斷術或關節離斷術。

(附註) (1) 本病淺在性者診斷頗易。深在性者宜詳細檢查。倘不早行醫察。一旦蔓延。實屬可慮。

(2) 本症預後。視部位與蔓延程度而異。大抵表在性限局性者較良。惟指趾瘰癧。則因容易蔓延。不可忽視。深在進行性者大都不良。餘如頭部顏面蜂窠織炎。有蔓延至頭蓋腔之危險。頸部蜂窠織炎。有起

整門水腫之危險。吾人均不可不注意。

(3) 本症早應切開。爲治療之要訣。切口尤宜廣大。膿之有無。可勿計及。因患部切開。可減發炎組織之緊張。並能預防化膿及壞死故也。

第四章 膿瘍 Abscess

(定義) 本症爲化膿限於一部之謂。

(原因) 急性症多由各種化膿菌而起。亦有因其他化膿性炎症而續發。更有經血行而轉移至他部或臟器而形成膿瘍。慢性症。每由結核菌或梅毒菌或放線狀菌而起。亦有由急性膿瘍轉成。

(症狀) 可分爲急性及慢性兩種。

(一) 急性膿瘍(即熱性膿瘍) 局部紅腫灼熱。皮膚緊張疼痛。其後膿瘍中央部之皮膚。漸次菲薄。軟化而成著明波動。淺小者可自潰而愈。若具有厚層之皮膚者。不加切開。則往往發生壞疽。亦有伴發淋巴管炎，淋巴腺炎，蜂巢織炎等，全身症狀。體溫上昇。每有惡寒戰慄而發高熱者。內臟或深部膿瘍。局部症狀。不甚顯著。僅有疼痛，發熱。其他血液中見白血球增加。

(二) 慢性膿瘍(寒性膿瘍) 初期不呈炎症症狀。進行異常緩慢。有數週或數月。

數年不等。至末期始有灼熱，發赤，疼痛等現象。漸次化膿而自潰。亦有侵及深部。而成流注膿瘍，鬱積膿瘍。遷延時日。不易治愈。又慢性膿瘍。體溫上昇者甚稀。血中白血球亦不增加。所排出之膿汁。稀薄而非濃厚。是又爲本症顯著之特徵。

(療法) 急性膿瘍。初起應用消炎法。如無效有化膿現象時。則切開排膿。依照急性炎症手術療法處置。慢性膿瘍。因切開後不易收口。故積極的宜用藥物消炎。注意原因療法，強壯療法。倘已有膿汁。則尤宜用穿刺法吸出。然後再用一〇%沃度仿甘油(沃度仿一〇・〇，甘油一〇〇・〇)注入。倘有多量膿汁蓄積，不得已時。則照急性膿瘍切開治療。

(附註) (1)膿瘍在淺表者。大抵軟化後能自潰而治愈。至內臟膿瘍之自潰。則頗多危險。例如肺膿瘍破於肋膜腔則起膿胸。肝膿瘍破於腹腔則起化膿性腹膜炎之類。

(2)急性膿瘍之膿汁。每爲濃厚。慢性膿瘍之膿汁。則隨各病而有異。結核性者。淡黃稀薄而混有乾酪樣絮片。梅毒膿膜腫之膿。黃色雖較粘稠。但其底部每有多量豚脂樣物沉着。放線狀菌病之膿。稀薄宛如飯湯。且有特異之菌塊(即黃色顆粒小體)。

第五章 皮膚及皮下護膜腫

Haut-Gumma u. Subkutane Gumma

(原因) 由第三期梅毒而起。

(症狀) 分爲二種。

(一) 皮膚護膜腫 好發於顏面，肩胛，臀部，及四肢。初生圓形如豌豆或榛實大之硬結。漸成暗赤色或淡褐色而被吸收。或軟化自潰而形成潰瘍。又一方舊結節吸收消失。他方在其附近新生續發。蔓延無有已時。

(二) 皮下護膜腫 通常形成胡桃或鷄卵大之結節。一至二三個不等。稀有多發者。初存於皮下。漸在表面隆起。皮色初紅後褐。有彈性稍硬。或漸次軟化而被吸收。或自潰而成潰瘍。其形如腎臟形，或半月狀，或圓形。創面深凹。創緣峻峭。有硬性浸潤。底面有豚脂狀物沉着。經日既久。潰瘍淺狹。呈銅色肉芽面。經過緩慢。自覺症輕微。

(療法) 宜行全身驅梅毒療法。內服碘劑(即沃度劑)。注射洒爾佛散(六〇六)，或梅毒淨，以諾茶而，亞歷佛耳等。對於皮膚護膜腫。用灰白銀膏(即水銀軟膏)塗擦。皮下護膜腫化膿時。則行切開。依手術一般療法處置之。

(附註) 本症發現時。必有其他梅毒全身症狀伴發。故診斷鑑別不難。如可疑時。可試行驗血。檢查瓦瑟耳曼氏反應。

第六章 狼瘡 Lupus

(原因) 本病爲結核菌侵入皮膚或附近粘膜組織中而生。

(症狀) 初於皮膚面生粟粒乃至帽針頭大之圓形小結節。呈淡紅色或赤褐色。其後結節增大。隆起於皮膚。呈豌豆樣大小。以散在性或集簇性而存在。表皮落屑剝脫。此結節或破潰而成潰瘍。或形成乳頭狀腫瘍。又小結節向周圍蜿蜒擴張。不絕新生。更有集合數多狼瘡結節。而成凹凸瘰肉樣硬化。深入皮下組織。犯及肌，骨膜，骨者有之。本症好發於顏面鼻頰部。次爲上下唇，額，耳前。亦有侵犯頸，四肢，軀幹者。本症經過極慢。有亘數年或十數年以上。

(療法) 用硝酸銀桿尖端。每日一回插入狼瘡疹中。或用一五%苛性鉀液。將棉球浸潤插入亦可。手術治療可用切除法，銳匙搔爬法，烙白金燒灼法。然後再塗布焦性沒食子酸軟膏，硼酸軟膏等。內服藥爲肝油，砒，鐵等強壯劑。近代有謂愛克斯光線照射。亦有特效。

(附註) (1) 患本症後。不速治療。往往變成醜形。例如狼瘡生於鼻部。因組織破潰，以致鼻翼缺損及鼻中隔穿孔者不少。生於口唇。因瘰痕羸縮。易致口裂傾斜。生於頰部。常惹起眼臉外翻症。生於四肢

及經幹。以蛇行性蔓延。又多侵蝕而致手足變成畸形者。

(2) 瘡瘡注射新藥。現有安癆福 (Anrophen) · 沙克拿 (Solganal) 等。可供試用。

第七章 皮膚結核 Tuberculosis Cutis

(原因) 粟狀結核多由內臟結核而併發。疣狀結核乃係結核菌從外界侵入皮膚而生。

(症狀) 皮膚粟粒結核。多見於口唇，口腔粘膜，鼻孔，口角，及肛門部。發生黃灰白色粟粒大之軟弱小結節疹。羣簇發生。周圍有紅色之細暈。疹容易膿潰。而有劇痛。潰瘍底面。生弛緩柔軟之淡紅色肉芽。周圍有新生小結節散在。有向周圍擴大。亦有呈蛇形狀者。皮膚疣狀結核。常發於手及指之背面。亦有發於手掌及前膊。形成圓形疣贅狀之物。中央甚凸隆。周圍漸低下。患部與健康皮膚相界之處。為扁平紅色。其周圍常見多數小膿疱及結痂。但不現潰瘍。其中中央漸次治愈成平坦。而留薄癢痕。疼痛不著。經過極緩。

(療法) 參照狼瘡治療。

第八章 潰瘍 Ulcus oder Geschwür

乳糖 Sacch lact

1.0

上分三包。一日分服

(二)士丹洛克西片 StanoxyI Tablets

V1

上 一日三回分服

(三)奧克錫丹 Oxytanol

1.5—3.0

上分三包。一日分服

(四)硫酸鎂 Magnesium Sulfuricum

20.0

上放於糖水中頓服

(B)外用消炎方

(一)沃度丁幾(銀酒)Tine Jodatum

Q.S.

上以棉球蘸塗患部

(二)乍鐵紅藥油 Jochion

10.0

上為塗布用

(三)伊克度 Ichtyolum

10.0

凡士林 Vaselin

100.0

上調和為軟膏塗布。用適量塗布(即伊克度軟膏)

(四)安福消腫膏 Antiphlogistin

Q.S.

上塗於布上。貼敷患部

外科學

(五) 三福消腫膏 Sunflord

Q.S.

上為塗布用

(六) 醋酸鉛 Plumbum Aceticum

10.0

溜水 Aq. Dest

500.0

上振盪倒在棉花。覆敷患部。頻頻更換

(七) 鮑魯氏液 (醋酸鑾士水) Liq. Bourowi

50.0

溜水 Aq. Dest

150.0

上混和倒在棉花。覆敷患部。頻頻更換。

(八) 硼酸 Acid Boricum

4.0

溜水 Aq. Dest

200.0

上倒在棉花。覆敷患部。一日多次更換

(九) 九六%酒精 Alcohol (96%)

200.0

上倒在棉花。覆敷患部。一日多次更換

(10) Pick氏硬膏 Pick's Plaster

上剪一小方。貼於患部

(註) (一) (二) 方適用於小炎症。(一〇) 方適用於顏面癰腫。範圍較大之炎症。應用軟膏塗布成藥水裱包為宜。

(C) 注射消炎方

(原因) 乳腺炎多因乳房有皸裂外傷潰瘍等，致化膿菌侵入而起。授乳婦患之較多。乳癌發生與遺傳頗有關係。多見於四十歲以上之婦女。常犯一側。患兩側者較少。

(症狀) 分兩項述之。

(一) 乳腺炎 輕症僅有輕度壓痛與潮紅。硬結不甚顯著。大抵不至化膿。重症則伴有惡寒戰慄全身症狀。局部腫脹硬度均增加。疼痛發赤亦顯著。腋窩腺亦呈炎症腫脹。漸至化膿而成潰瘍。或侵全部乳腺而成一大膿瘍。炎症倘向周圍組織或後方蔓延。則成化膿性乳癌周圍炎或乳腺後蜂窠織炎。引起敗血症亦有之。

(二) 乳癌 病初乳腺內先起無痛性圓形小硬結。毫無自覺症狀。以後輒覺刺痛。硬結漸次增大。與皮膚癒着。表皮亦生磊塊。乳頭陷沒。附近淋巴腺腫脹。患者著明羸瘦。本病據多數統計。經過約一年半至三年間死亡。

(療法) 乳腺炎初起。可照常授乳。預防乳腺鬱血計。可用綳帶提舉乳房。同時可用伊克度軟膏，或鉛糖水等普通消炎藥。乳汁鬱滯甚疼痛者。可用吸乳器吸出乳汁。或與以下劑。限制乳汁之分泌。如已化膿。則行局部麻醉。以放線狀方向。切開乳腺，插入沃度仿紗布或排膿管。依一般手術後療法治之。

乳癌治療。惟有從早摘出乳腺。斯時腋窩腺脩有侵及之疑者。則開大創面。將腋窩中脂肪蜂巢組織及腺體。悉行摘除。如大胸肌已被侵襲者。亦一併除去之。癌腫蔓延既廣，不能手術時。則用X光線療法。其他行對症治療。例如衰弱投強壯劑，刺痛給鎮痛劑等。

第四編 肌及腱外科

第一章 急性化膿性肌炎 *Myositis purulenta acuta*

(原因) 本病由葡萄狀球菌引起為最多。亦有由連鎖狀球菌或兩者混合傳染而起者。間或有由肺炎菌，傷寒菌等所致。其侵入也。或由血行傳染，或因附近組織化膿症之蔓延，或由創傷直接傳染而起。

(症狀) 多以惡寒戰慄開始。其後體溫上昇。患部肌肉有疼痛腫脹。劇甚者。早發官能障礙。腫脹初甚硬固。限於一定之肌肉。輕者軟化而自行消散。重者則逐漸膨大。周圍起蜂巢組織炎。化膿進行。則起波動而破潰。但在深部時。皮膚上却無異變。本症高度化膿者。肌肉常陷壞疽。治愈後遺有癍痕。

(療法) 初使局部安靜。施以鉛糖水，醋酸礬土水等濕性罨包。如有化膿狀態。速宜擴大切開。

(附註) 本症侵犯四肢肌肉爲多。背部，胸部，臂部諸肌次之。預後大抵佳良。惟老人及衰弱者預後不定。

第二章 外傷性化骨性肌炎 *Myositis ossificans traumatica*

(原因) 本病由反覆性之外傷或刺戟，於肌肉內起纖維性肌炎，其後該部往往有骨質增生而起。其因荷鎗而發生於三角肌者。名曰操練骨。其起於肱二頭肌，肱內肌，胸肌等處者。名曰鎗骨。其因騎馬而起於股內轉肌者，名曰乘馬骨。

(症狀) 局部有壓痛。肌肉內可觸及化骨(多爲長形。間或皿形或球形)。連續刺激該部。則略見增大。試以愛克斯光線檢查之。初期爲境界不明瀰漫性之陰影。後期則呈明割之骨性像。

(療法) 宜避去器械的刺戟。或行溫浴及按摩術等。障礙劇甚時。可行手術摘出之。

第三章 進行性多發性化骨性肌炎 *Myositis ossificans multiplex*

Progressiva

(原因) 原因不明。爲稀有之疾患。患者男子較女子爲多。

(症狀) 先於背部或項部之肌肉。發急性炎症症狀。呈彈性有痛性柔軟之腫脹。體溫稍昇。此症狀經數日而自退。惟以結締織之新生而次第化骨。呈硬節狀。如是反覆發作。漸次及於軀幹及四肢肌肉。各新生化骨。漸增大而互相連絡。結果惹起運動，呼吸，及營養障礙而死亡。本症經過緩慢。有及於二十餘年者。

(療法) 無適當良好療法。有謂可用碘化鉀內服。惟效力亦極微薄。

第四章 腱炎及腱鞘炎 Tendinitis u. Tendovaginitis

(原因) 急性化膿性者。多起於創傷傳染，周圍炎症波及，間有血行傳染。慢性者多由於結核或梅毒而來。

(症狀) 急性化膿性者。沿腱部有顯著之腫脹。疼痛亦劇烈。每化膿而致腱陷於壞疽。且周圍易惹起蜂窩織炎。全身症狀。體溫上昇。並有熱之伴發症狀。慢性者。沿腱部有長形腫脹。屢因滲出物之蓄積而呈波動。平常疼痛缺如。稍感官能障礙。自外部強加壓迫。有時得觸知米粒狀小體。此爲纖維素樣變性所致。

(療法) 急性症初起。施普通消炎法。如已化膿。則行手術切開。慢性症行溫罨包，熱氣浴，輕按摩。或注入一〇%沃度仿甘油，或數滴沃度丁幾亦有效。

第五章 結節狀腫 Ganglion

(原因) 原因未明。或謂皮下腫瘍，腱鞘之新生物。多生於手腕關節部。亦有起於足背或膝部者。

(症狀) 爲球形或橢圓形之腫瘤。表面平滑。大若豌豆。或如胡桃。有緊張性硬度。或軟骨狀硬度。與皮膚無關。底部固定。自覺症狀極輕。無疼痛及官能障礙。發育極慢。

(療法) 最簡單者。以拇指壓潰之。或用刀切破之。再加以壓迫綑帶。然有時容易再發。故不如行手術摘出法爲佳。

第六章 走馬疔(水瘡) Nomā, Wasserkrebs

(原因) 本症又名壞疽性口內炎 (Stomatitis gangraenosa)。病原尙未確知。多發於梅毒，結核，急性傳染病後之虛弱小兒。營養不良，不潔及亦能爲其誘因。

(症狀) 口角附近頰粘膜。先現小水泡。漸即腐爛形成潰瘍。外皮生藍紫色斑。經三四日。頰部穿孔。潰瘍腐臭衝鼻。附近淋巴腺腫脹。本症常伴發高熱。體力消耗顯著。大多迅速虛脫而死亡。

(療法) 禁刺戟性飲食物。注意補助營養及口腔清潔。患部用硝酸銀腐蝕。或用派奎林氏烙白金燒灼。或用〇·一%雷佛奴耳液注射於病竈周圍亦妙。有遺傳梅毒性者。速宜注射洒爾佛散。

第五編 血管及神經外科

第一章 動脈炎及靜脈炎 *Arteritis u. Phlebitis*

(原因) 動脈炎與靜脈炎。俱以化膿性者爲多。其原因有二。一爲血管外部傳染。續發於隣接之化膿竈。以血管周圍炎而起。一爲血管內部傳染。即血行傳染。以血管內膜炎而起。

(症狀) 可別兩種述之。

(一) 化膿性動脈炎 若由血管外部侵襲時。血管壁往往起壞疽。而致大出血。若

僅侵及血管壁之一部分時。則易續發動脈瘤。反之。由動脈內發病而動脈內膜被侵犯時。往往構成化膿性血栓。遊離而阻塞於末梢動脈內。以致發生移轉性膿瘍。引起全身傳染之危險。

(二)化膿性靜脈炎 由靜脈之外部或內部而起傳染者。皆易形成血栓。是爲血栓性靜脈炎。血栓中含菌頗不少。質亦脆弱。故在血液中最易於遊離。而傳播全身。構成移轉性膿瘍。往往足以致命。

(療法) 初期中可行普通消炎法。其已經化膿者。即宜切開。或於其上部行血管結紮。

第二章 動脈瘤 Aneurysma

(定義) 本症即動脈管一部擴張，充有流通血液之謂。其擴張或發於局部。或發於廣大部。因擴張狀態之不同。遂有囊狀，紡錘狀，圓柱狀之分。

(原因) 多由外傷，動脈硬化症，梅毒等而起。其他飲酒過度，身體過度。均足爲本病誘因。

(症狀) 局部生漸漸增大之腫瘤。此腫瘤生波動性之搏動。是爲特徵。試以手壓

迫瘤之中樞動脈，則瘤縮小。而其搏動亦停止。若壓迫末梢動脈。則瘤之緊張增加。試以聽診器檢之。又可聽得一種雜音（衝動性摩擦音）。此因血液在瘤內發生旋渦或與凝血塊相摩擦而生。

動脈瘤好發部位。最多為胸部大動脈。其次為膝關動脈，股動脈，亦有生於頸動脈，鎖骨下動脈，無名動脈。本症不問其部位性質。苟放任之。必漸增大。而發壓迫症狀。壓迫神經時。則起神經痛，知覺障礙，運動障礙。壓迫靜脈時。則起末梢之鬱血，浮腫，血栓形成等。其他壓迫食管。則起嚥下困難。壓迫氣管。則起呼吸困難。無論臟器何部。苟被增大腫瘍之相觸壓迫。均能呈一定之病變。

腫瘤若在四肢部位。每有惹起隣近關節之攣縮者。再動脈瘤著明增大時。每因破裂起大出血而致死者有之。特多穿孔於皮膚，心囊，食道，氣管，以及肋膜，腹腔等。

（療法） 命患者安靜。禁止酒類，一切興奮刺激性飲食。其他宜避過勞，怒責等亢進血壓之一切要約。療法分藥物與手術兩種。

（一）藥物療法。有下列兩種。

（1）內服沃度劑，鈣劑等。

(2) 以嚴密消毒之一或二%白阿膠食鹽水溶液(○·七%食鹽水)。注射於瘤之近傍皮下或瘤之內。每星期一二回。其量自五〇至二〇〇西西。視瘤之大小而定。

(1) 手術療法。有下列種種。

(1) 於兩血管端部切除動脈瘤後。將上下斷端行環狀縫合。倘係囊狀動脈瘤。則切除腫瘤後。行側壁血管縫合。

(2) 結紮兩端動脈後。切開腫瘤而搔爬之。栓塞沃度仿紗布。

(3) 用 Esmarch 氏驅血帶。以預防出血。次切開瘤上皮膚及其他軟部。探求瘤內之血管枝而結紮之。然後剔出動脈瘤。

(4) 結紮動脈直上部之中樞動脈或未稍動脈。

(5) 刺入銀線，鐵線，銅線等於動脈瘤內。或通以電氣，或刺入鑊之小片。以促進血栓形成。

此外尚有簡單常用之指壓法及器械壓迫法。宜應用於初期。附述如下。

(1) 指壓法 以指壓迫瘤之中樞動脈(瘤之近部)。持續數時至數日。至瘤內不現搏動爲度。

(2) 器械壓迫法 用壓枕(Pariote) 壓迫動脈瘤近部之中樞動脈。

(附註) (1) 動脈瘤之療法。雖視發生部位而有異。但在外部於發牛初期。除宜用內服法外。亦宜應用指壓法或器械壓迫法。如患者能耐。則施行時期不妨持久。以囊瘤內血液凝固。動脈閉塞。往往有因此而自愈者。倘久用無效或難施行時。則行注射或手術療法。

(2) 胸腔及腹腔之動脈瘤。往往與發生於該部之腫瘍及囊腫等誤診。故宜詳細診察。可疑時。不得不照愛克斯光線檢查以證明之。

(3) 發生於動脈幹上之腫瘍。囊腫。膿瘍。亦常傳波其底部之搏動。有如動脈瘤之感。然此搏動。僅一方向之昇降運動。動脈瘤之搏動。則向四方平等的以擴張性而搏動。

(4) 動脈瘤膨隆於表面時。於其穿孔之前。每有與皮膚癒着而現赤色。且易誤診為膿瘍者。須注意發生部位及其他症狀而鑑別。

第三章 靜脈瘤(靜脈擴張症) Varix, Phlebektasie

(定義) 本症為靜脈管之一部或大部擴張，充有靜脈血之謂。

(原因) 久立工作者，坐業者，下腹部腫瘍，心臟病，妊娠等。均易發生本病。

因靜脈血之歸流發生障礙(使靜脈內鬱血)所致。亦有因靜脈壁抵抗薄弱，具先天性素質而起者。

(症狀) 最多見於下肢肛圍部。

(一) 下肢靜脈瘤 最初下腿皮下靜脈之一部。作紡錘狀或囊狀擴張。蜿蜒屈曲成蛇形。呈青色可以透見。其彎曲處。更形膨大。宛如結節。即所謂靜脈瘤結節。結節多數集合。遂成腫瘤。又擴張之靜脈管。因血行緩慢。能形成血栓。起石灰變性。而成所謂靜脈石。在皮下可觸知其有硬固之抵抗。此外患者自覺症狀。常以細小之原因。而起浮腫。發覺質麻斯懨疼痛或疲勞感。腫瘤持續過久。發生局部營養不良。偶變外傷。又易起大失血或成難治之潰瘍。

(二) 肛圍靜脈瘤(即痔核) 於直腸及肛門內。有瘙癢，灼熱，壓重，疼痛，異物感。肛門內或外有靜脈瘤性結節(依其發生部位。別為內痔或外痔)。現帶暗青赤色。豌豆乃至桑果大。結節漸漸增大。有成如胡桃大之腫瘤。排便常感微痛。其後發生出血。先附着於大便之表面。繼則點滴狀流出。甚至因腹壓而迸出如線。經久引起貧血致命者亦不少。

(療法) 分述如左。

(一) 下肢靜脈瘤初起時。可用彈力性帶壓迫之。或用新鮮麥角液，或無水酒精。注射於血管周圍之組織。無效時。須行手術治療。其法使患者之脚自手術檯下垂

。俾靜脈瘤怒張。次於大腿上三分之一。以象皮帶輕輕加壓。纏絡該部。然後沿靜脈瘤之徑路。縱向切開皮膚。以二重結紮靜脈之中樞端。於是向末梢部之枝別。以鈍器剝離之。其側枝及稍大之靜脈口。悉以動脈鉗子。箝制而結紮之。廣大之靜脈瘤。除皮膚縱切開外。更於其側施小切開。怒張之靜脈瘤。悉行剔出之後。乃縫合皮膚而施防腐繃帶。倘有下腿潰瘍之合併者。則於靜脈瘤摘出之際。同時處置潰瘍。對廣大部之靜脈瘤。則用烙白金燒灼法，或電氣燒灼法爲宜。

(二) 肛圍靜脈瘤初起時。宜整理大便。禁飲酒及過勞。如感疼痛，出血，脫肛，裂瘡等。均可應用痔疾新藥略維導爾 (Kavidol)，或肛密陀 (Kamidol) 軟膏塗布或坐藥插入。出血劇烈者。用冰罨法。或用明礬單寧酸坐藥 (明礬一〇，單寧酸一〇，可可脂適量。爲坐藥十個)。欲痔核收縮消失。又可應用却痔病 (Caseolin) 或馬格內莘 (Magnesin)。注射於結節中心。每能奏效。倘痔核經久藥物無效時。則須應用手術治療。主要方法有二。

(一) 燒灼法 先行局部麻醉或全身麻醉。以肛門鏡將結節露出。用痔核鉗子向放線方向夾住之。並充分向外牽引。再用翼狀鉗緊夾結節起始部。周圍蔽以濕性棉花。以防火傷。後以烙白金燒灼翼狀鉗上之結節。使之炭化爲止。

燒灼後或加數個縫合。或被覆沃度仿紗布。再蓋以消毒紗布。外施丁字帶。術後療法。安靜就褥。專取流動食物。給以阿片劑。暫止其大便。經過一星期灌腸，或投以下劑。

(2) 切除法 先伸展肛門。應用鉗子固定皮膚及粘膜境界部。於是環狀切開該部。剝離粘膜。至靜脈瘤之末端而除去之。次將健全粘膜與皮膚縫合。或先用痔核鉗撮引結節。再用翼狀鉗緊夾其底部。剪去結節並搔爬之。除去其血塞。然後反覆二回。連次縫合其斷端。如鉗除去而仍出血者。則再結紮其血管。又有所謂結紮法者。係用絲線或腸線結紮結節之根部。肛門內栓塞紗布。約一週後結節壞死脫落。形成潰瘍。於是清潔創面。大抵三四週後。可得治愈。

(附註) 痔核易與扁平濕疣及肛門皺襞誤診。惟肛門皺襞。不因腹壓而膨脹，且與皮膚同一色澤。扁平濕疣則有梅毒症狀，且表面濕潤，陰唇或陰莖上有同一病變。內痔核可用肛門鏡及指檢查法以鑑別。

第四章 神經炎 Neuritis

(原因) 外傷，中毒，急性及慢性傳染病(傷寒，肺炎，白喉，結核，梅毒，癩

病，慢性中毒（酒精中毒，鉛中毒，砒中毒）以及隣接器官之炎症波及，感冒，痛風，糖尿病等。

（症狀）急性神經炎。每以惡寒開始。而體溫昇騰。沿神經徑路。發如錐如裂之疼痛。以壓迫或運動而加劇。此為主徵。次為知覺及運動機能之刺戟症狀。如知覺過敏，知覺異常等。或繼發神經傳導障礙症。如腱反射消失，知覺脫失，運動麻痺，肌肉短縮。又本症沿神經徑路之皮膚。初現潮紅。後因營養障礙。變為蒼白。慢性症疼痛緩和。發生及經過均較緩慢。但往往時愈時發。不易根治。結果官能障礙特甚。

（療法）注意原因。施以原因療法。最為重要。其他一般療法。為冰罨法（急性症），水銀軟膏，碘酒等塗布（慢性症），內服安替疋林，飛那西汀等。劇痛可注射嗎啡等麻醉劑。急性症消散而殘留肌肉麻痺時。則宜用電氣療法，按摩法，溫泉浴等。倘疼痛頑固劇烈。藥物不能奏效時。則惟有行神經切除術或神經拔去術。前者即於神經幹近部切斷神經之法。後者即將神經之近於中樞部露出一小部分。以 Thiersch 氏鉗子箝住。徐徐迴旋，使纏絡神經而拔去之。

（附註）中毒性神經炎。又有各種固有症狀。（1）鉛中毒 先發鉛灰色齒齦炎，鉛毒疝痛，鉛毒關節痛

，鉛毒性腦症狀等前驅症。次發兩側橈骨神經麻痺。手指呈無力萎弱之感。漸漸運動困難而呈完全麻痺。
(2) 砒中毒 初發煩渴，口乾，下痢等胃腸症狀。迨後手及足部發生疼痛及知覺異常。步行不正。皮膚營養障礙。(3) 酒精中毒 以劇烈之神經痛為前驅。繼發下腿及前臂伸肌之麻痺。漸波及全肢。同時發瞳孔縮小，反射遲鈍，眼肌麻痺等。療法等均詳載於內科學中。茲不贅述。

第六編 淋巴管及淋巴腺外科

第一章 急性淋巴管炎 *Lymphangitis acuta*

(原因) 大抵繼化膿創傷或毒蟲等刺創而起。

(症狀) 可別為淺在性及深在性兩種。淺在性者。為皮下淺部淋巴管炎。即病原侵入部之近部之皮膚起瀰蔓性發赤。向淋巴行中樞部蔓延。伴發浮腫。有丹毒或蜂巢織炎狀態。此炎症由傳染部向上方所屬淋巴腺進行時。則發生赤色之線條。現於淋巴管之徑路。以手壓之。稍硬而覺痛。且有多數念珠狀排列之小硬結。往往軟化而成膿瘍。深在性淋巴管發炎時。則不見赤色之線條。僅於淋巴管之徑路感壓痛而已。此外本症兩性多併發所屬之淋巴腺炎。同時有惡寒發熱等全身症狀。

(療法) 用鉛糖水，醋酸礬土水罨包，或用伊克度軟膏塗布。對於創傷傳染部。

嚴行制腐法。倘局部化膿或發峰窠織炎時。則速行手術切開。預防全身傳染時。亦可應用電銀膠等注射。

第二章 急性淋巴腺炎 *Lymphadenitis acuta*

(原因) 由化膿菌侵入淋巴腺內而起。往往續發於淋巴管炎。病原菌多為葡萄球菌，連鎖狀球菌。又鼠蹊部淋巴腺炎(橫痃)。多由淋菌及軟性下疳菌而起。

(症狀) 大抵發於頷下腺，腋窩腺，鼠蹊腺等。腫脹疼痛。觸之覺腺體有彈力感。炎症初起時。腺體呈小塊狀。不與周圍組織連着。推之能移動。經久則腫脹漸增。波及周圍。腺體癒着。移動不能。患部漸見紅腫。大都化膿而為膿瘍。此際常伴發惡寒戰慄，發熱等全身症狀。

(療法) 淋巴管炎初期。可參照上章行消炎法，或冰囊罨法。又斯太法(*Staphar*)，奧倫(*Aolan*)，電銀膠(*Electrugol*)亦可注射。倘經過多日炎症無消退之望者。則施溫罨包促其化膿。有化膿充分現象時。即行手術切開。搔爬其內容。塞入沃度仿紗布。依照創傷處置。鼠蹊部淋巴腺炎(橫痃)。多因淋疾或軟性下疳而來。初期應用退苦病(*Tekubin*)，脫呂帕弗拉文(*Trypalavine*)或德美貢斯(*Dmelcos*)

注射。頗有消散功效。又已化膿之橫痃。除開刀排膿外。亦有主張不開刀而用穿刺及注入法者。其法即以消毒注射器刺入抽出膿液後。用一%硝酸銀液一西西，或〇·一%雷佛奴耳液數西西注入於膿瘍腔內。如此反覆數日行之（每日一回）。亦有效。

（附註）（1）淋巴腺炎倘化膿未達十分成熟時。不宜即行切開。因病竈內尚有淋巴腺實質殘留。常使遲延治愈。故無危險合併症時。須待充分成熟後切開為妥。溫濕包可以促進化膿。欲期早切開時。不妨應用。

（2）穿刺及注入法。祇限用於淋巴腺炎狹小者。廣大者往往失效。

（3）深在之淋巴腺炎化膿。宜廣大切開淺部皮膚後。再用鈍性（刀柄）漸漸切達至膿瘍竈。以防損及血管神經。此不但本症如此。即其他外症深部手術時。亦應取此方式。

（4）患梅毒時。亦能引起橫痃。惟此橫痃大抵無痛性。不至化膿。且應用洒爾佛散。往往可以消退。

（5）患鼠疫時。又能發梅毒之淋巴腺炎及淋巴腺周圍炎。但往往同時伴發惡寒，高熱，噁心，嘔吐，昏迷，譫語等劇烈全身症狀。亦容易與普通腺炎區別。

第七編 骨外科

第一章 骨折 *Fracturen, Knochenbrüchen*

(定義) 骨折者。即骨質斷裂之謂。爲外科中最常見之症。外傷數中。約居七分之一。且男多於女。因其遭遇骨折之機會較多故也。

(原因) 造成骨折之原因。可別爲外力及內力兩種。外力即自外來之暴力。更可分爲直接與間接。前者如直接打擊，衝突，銃射，轢過等，於受傷部起骨折。後者如傾墜之際。手衝地上，外力達於侵襲部位而起之骨折。內力多由劇烈之肌肉動作而起。例如振鞭擊馬之際，用力過度，所生之鎖骨骨折。舉手猛擊之時，不能命中，而致肱骨折斷之類。

(種類) 骨折有單純骨折(Einfache Fractur)複雜骨折(Komplizierte Fractur)之別。前者皮膚未有損傷。即有損傷。亦極膚淺。故又名皮下骨折(Subcutane Fractur)。後者皮膚及其他軟部組織皆損傷。創口深大。直達骨處。故又名哆開管折(Offene Fractur)。

由損傷程度而區別 有完全骨折(Vollständige Fractur)與不完全骨折(Unvollständige Fractur)。以骨折線之形式而區別 有橫骨折(Querbruch)・斜骨折(Schrägbruch)・縱骨折(Längsbruch)・螺旋狀骨折(Spiralbruch)・丁字狀骨折(T-förmigerbruch)・V或Y字狀骨折(V, Y-förmigerbruch)・粉碎骨折(Splinterbruch)・陷沒骨折(Depressionsbruch)。

以外力方向及種類而區別 有屈曲骨折(Biegungsbruch) 例如長管狀骨受打擊或壓迫等外力作用於中央

。則起屈曲骨折)・捻轉骨折(Torsionsbruch 例如固定骨及下脛時。上體迴轉倒地。可起股骨折)・壓迫骨折(Kompressionsbruch 例如短骨受強劇之壓迫而起之骨折)・銃創骨折(Zahnfraktur 例如鎗彈中於骨部而起之骨折)。

(症狀) 別爲自覺症狀及他覺症狀兩種。

(一)自覺症狀 主要者如下。

(1)疼痛 自覺症中最顯著者爲疼痛。診斷上有重要特徵。即固定骨折痛(或名馬氏骨折痛 Malgaignescher Bruchschmerz)。往往限局於骨折部。壓之而發劇痛。其他健部並無痛感。其痛點似有固定故名。

又試動搖折骨。或使屈曲。雖未直接觸及骨折部。亦能使骨折處發劇痛。此名間接疼痛。亦爲骨折診斷之要點。

(2)腫脹及皮膚變色 骨折部漸見腫脹。骨折亦變青紫色。此因骨折伴有出血之故。若有劇甚出血時。一二日間體溫每見上昇。即吸收熱是也。

(3)官能障礙 大抵完全骨折(即破折之骨毫不連續之謂)最爲顯明。如在四肢部。更易自覺。倘不完全骨折(即骨之一部破折,尚有他部相連未至完全離斷者)。則感覺輕微或缺如。

(二)他覺症狀 主要者如下。

(1)骨折部之觸知 近表面之骨折。每可觸知骨折端或骨折線。然其移動不著明或因出血高度腫脹者。則難觸知。

(2)異常運動 例如長骨之完全骨折。於平時不能屈曲之處。忽如關節之能使屈曲。是為骨斷絕之明證。惟斷絕而骨片互相嵌入者。一時不易發見。

(3)軋轆音 當骨折端異常運動或加壓迫之際。則兩骨折面互相摩擦而發硬性之摩擦音。可由觸診知之。此症狀雖亦為診斷骨折中之重要一種。但不全骨折，嵌入骨折，骨折端離開高度，兩骨折端間有軟部組織介在，骨折經久，局部多量出血等。軋轆音亦有不明或缺如。

(4)骨片移動(即骨轉位) 因外力方向，肌肉牽引，折片重力而起。可區別為(a)側移動 特多見於橫骨折。可觸知兩骨折端。(b)軸移動 骨折部成角狀屈曲。(c)縱移動 向直方短縮或延長移動。(d)捻移動 即骨折片之縱軸迴旋。

劇烈骨折。往往合併腦震盪症，大出血(血管損傷)，神經麻痺等。複雜骨折時。因創傷部容易侵入不潔物。又往往有續發創傷傳染之危險。

(診斷) 根據上述自覺及他覺症狀。詳加診查。不難確診。倘有可疑時。惟有應用愛克斯光線以鑑定。

(療法) 絕對保守安靜。患部不可妄動。倘須搬運。宜周密保護。醫療主旨。爲迅速整復轉位之骨折端。再施固定。以期待自然的治愈及圖機能之恢復。方法有種種。舉述如下。

(一) 徒手整復法 先依骨之縱軸向兩方強行牽引。次加直壓以復正常之位置。而使兩骨折端接合。當整復之際。若患者劇痛，或需用強力者。則宜施行全身麻醉。整復之際。注意有無骨折片或他組織介在於骨折端。倘有則接合困難。故必須設法除去。不得已時。須嚴密防腐切開除之。

(注意) 整復之完全與否。與預後大有關係。故整復後之檢查。亦須注意。(1) 與健側比較患肢之長短及軸之方向。而檢其有無差異。(2) 行局部觸診。以檢查能否觸知骨折隙或骨折端。可疑時行愛克斯光線檢查。尤爲確實。

(二) 固定法 由整復法將骨折端互相接合後。須用固定法。目的使患部一切肌肉保持最弛緩狀態。不致以肌力再使骨片轉位。且防遏肩部之動搖。最廣用者爲副子(Schiene)及石膏綑帶(Gipsverband)。

(1) 副子(副木綑帶) 有木製，厚紙製，金屬製，石膏製等。式樣亦不一。別有肱副子，手臂副子。迴後副子，重複副子，提懸副子，背側副子，關節副子等種種。隨疾病之部位與病情而選用之(見後)。

(2) 石膏綑帶 即用無水石膏混和以水而製成之硬固綑帶(用法詳後)。此種綑帶雖亦宜行於骨折初期。但若施行過早。亦有流弊。因纏絡石膏綑帶後。局部腫脹增進，壓迫患部，致血行障礙，有惹起無血性攣縮，甚至局部壞死者。故新鮮骨折有出血或反應性刺戟現象之腫脹時。須待其腫脹減退後行之。此時代用副木綑帶。或謂自初即用石膏綑帶亦可。祇須用時造成橋狀而開放骨折之一部。即可避免上記之弊害。

此外尚有重錘伸展法，懸吊法。適用於下肢高度轉位之骨折。一時不易整復。即雖整復。亦恐仍易轉位。故不得不謀適當之方法，持續的牽引。以冀達骨折端癒合之目的。前者即於施行整復法後。用堅韌布片或絆創帶纏繞絆紮如普通綑帶然。固定於一定裝置之足板上。連接繩索而繫重錘(重約5-8kg)以牽引之。後者應用提懸副子懸吊之。

(三) 手術療法 凡骨折轉位高度不能整復，或骨折經久已成異常位置時。須應用

手術治療。其法切開骨折部後。用鑽骨器。造骨質刺孔。次以銀線穿通於兩向之兩骨端孔內。用力牽引。以指捻轉兩線端而固定之。或先於骨之兩斷端各繞以圈狀銀線。次以固著於兩環線之縱行銀線二條。固定骨之兩端。或用四角之金屬釘行骨之釘合法。約經三四週。然後以鉗子拔除之。

複雜骨折之處置 以預防傳染為第一要務。切除或搔爬腐敗之創緣。依照創傷防腐處置。栓塞沃度仿紗布。然後再行整復固定。倘屬創內高度不潔，無法制止，而已呈劇重之全身傳染症狀時。則宜切斷患肢。以保生命。

骨折後療法 所謂骨折後療法者。即患部肌肉之按摩。自動及他動的運動，浴治（熱氣治療），酒精塗擦等。自治療開始，經二週後。均可漸漸試行。以防肌肉攣縮及關節強直。

（附註）（1）單純骨折。大概易治。複雜骨折。預後不定。骨折已起化膿者。治愈特別緩慢而更危險。傷及大血管及重要臟器時。每有直接致命者。四肢骨折近於關節部者。治後易起官能障礙。又高年患者。因長期臥牀。引起嚔下性肺炎，瀰蔓性氣管支炎而死者亦有之。

（2）骨折治愈遲速。與年齡，營養，及全身病之有無均有關係。例如小孩迅速而成人較遲，年老者更遲。營養佳良者速而不良者較遲，衰弱者更遲。急性傳染病，重症結核，梅毒，壞血病，糖尿病，甲狀腺腫，中樞或末梢神經變性疾患，體質異常等均能使骨質再生緩慢。

(3) 當骨折治愈之始。骨折部生極多柔軟之成骨細胞。次成軟骨樣組織。因骨膜及骨髓之化骨作用而漸次骨化。其化骨之組織。名曰假骨 (Kallus)。此假骨初常疎鬆而增大。後漸縮小而硬固。於是疼痛日減。骨之異常運動亦消失。遂至全愈。大抵小骨較大骨容易治愈。據 Chitt 氏報告。各種單純骨折之治愈日數。生理上亦有差異。指趾骨骨折約二週，掌蹠骨骨折約三週，鎖骨骨折約四週，前臂骨骨折約五週，肱骨骨折約六週，兩下腿骨骨折約七八週，大腿骨骨折約十週。亦有假骨形成不依規則而非常延遲者。細究原因。不僅屬於全身疾患(見第2項)。有時實為局部病變。例如高度骨缺損之骨折，骨折端間有軟部組織之嵌入，骨折部之固定不充分，骨折部化膿，異物或腐骨之嵌留。故遇疑難不明時。利用愛克斯光線以視察患部之狀態。亦為不可缺之手續。治療方面。除探其原因而設法除去外。一方可試行骨端交互摩擦法。即交互摩擦骨折端。行適當刺戟。迨起局部反應。則行固定細帶，或內服鈣，磷，亞硫酸等製劑。無效時則用骨縫合法。

第二章 急性化膿性骨髓骨膜炎 Osteomyelitis et Periostitis Puru-

lenta acuta

(原因) 本病由葡萄狀球菌而起者為多，次為連鎖狀球菌。間有由肺炎，傷寒菌四聯球菌，淋菌，綠膿桿菌等而起。傳染徑路。多為原發(即特發性傳染)。例如病原菌自皮膚，咽喉，齶齒，或消化器等處侵入後，經血行而達骨髓構成化膿竈

。亦多發於外傷之後，附近之各種化膿症。又感冒亦能促本病之發生。

(症狀) 得區別爲下列三種。

(一)重症型。以惡寒戰慄開始。體溫急速上昇。屢有達四〇度以上。次則患骨劇痛。該部難以動搖。且由壓迫而增劇。腫脹初不著明。後則次第顯著。局部並見發赤及熱感。漸成蜂窠織炎症狀。劇甚時。每發官能障礙。腫脹部初爲緊張性。因時日之經過。往往陷於化膿而呈波動。且常形成腐骨。隨膿汗同時排出。約經三四週。骨質變成肥厚。有顯著之凹凸狀。本症又常生瘻管而流膿。遷延變成慢性。

(二)最重症型 或稱惡性骨髓骨膜炎。多由連鎖狀球菌而起。突然惡寒戰慄而發高熱。全身症狀顯著。有譫語，昏睡等。患骨急速腫脹。繼卽化膿。軟部發腐敗性蜂窠織炎。或起轉移性膿瘍。結果往往於數日內因敗血症或膿毒症而致命。

(三)輕症型 局部及全身症狀。均屬輕微。大抵患骨不至化膿。亦不形成腐骨。約二週可告全愈。

(療法) 輕度之急性症，未形成腐骨者。可行冷罨包或冷囊等消炎法。再施副木綑帶。使之安靜。症狀劇烈時。則須行手術療法。先用 Esmarch 氏驅血帶。以預

防出血。然後廣大切開。以骨鑿鑿開患處。排泄蓄膿。同時用腐骨鉗或麥粒鉗摘出腐骨。腐骨大者。開大瘦管之上下端，剝離骨膜，鑿開骨瘦而摘出之。然後以銳匙搔爬肉芽。栓塞仿度沃紗布。行防腐處置。倘最重症已發全身傳染症狀，不得已時。可行肢節切斷術。

(附註) (1) 本症多見於八歲至十八歲之少年。因此時期骨髓富於血管，而細菌侵入之機會亦較多故也。

(2) 急性化膿性骨髓炎與急性化膿性骨膜炎。兩者初期局部變化。雖較明瞭。但轉瞬即難區分。蓋骨膜經屬健康。往往由骨髓炎而侵犯。結果二者共同發炎。故通常總稱曰急性化膿性骨髓骨膜炎。

(3) 本症好發部位。以股骨為最多。脛骨，肱骨，橈骨等長管狀骨次之。扁骨及短骨則甚少。又長管狀骨中。特以骨幹端患之為多。

(4) 腐骨形成之原因。不外阻害骨之營養。因骨髓血管受炎症之影響而形成血栓。同時化膿滯蓄於骨膜之下面。骨膜漸次自骨剝離。患部骨之內外蓋被膿汗所圍繞。血液輸入斷絕。遂起壞死而成腐骨矣。

第三章 慢性化膿性骨髓骨膜炎

lenta chronica

Osteomyelitis et Periostitis Puru-

(原因) 常由急性症轉移而來。或續發於複雜骨折之化膿，或其他化膿性炎症之後。亦有初起即屬慢性者。

(症狀) 續發性者。無特別症狀。惟常感膿汁有自形成之瘻孔中排出。有時因瘻管閉塞。宛若全愈。但遇外傷或過勞。則該部又起疼痛，發赤等症狀。體溫亦有上昇者。原發性者。通常炎症症狀不甚顯著。僅時發輕度之疼痛與微熱而已。漸次患骨起增殖肥大。

(療法) 初期試用溫罨法，或內服沃度鉀。倘無效則行骨鑿開手術。摘除腐骨而搔爬之。

第四章 結核性骨炎(骨結核) *Ostitis tuberculosa*

(原因) 本症乃由結核菌經血行而傳染。每以外傷爲其誘因。

(症狀) 經過極緩。初期無固有症狀。至數月後始有發現。主徵爲患部腫脹，疼痛，官能障礙，及由病竈形成之瘻管。其腫脹因骨膜或骨髓之結核性浸潤所生之贅骨或骨膨大。觸之有硬固或彈性感。其後穿破皮膚而自潰。形成瘻管。排泄稀薄膿液。含有乾酪樣物。此外主要續發症爲寒性膿瘍。或發於原病竈之附近。或見於遠隔部位(流注膿瘍)。全身症狀。初期亦不顯著。病勢增進時。每有輕度發熱等。但本症合併肺結核者亦頗多。

(療法) 行全身強壯療法。以治療肺結核之藥品治之。局部務須安靜。可施固定綑帶。對寒性膿瘍。宜行穿刺注射法(10%沃度仿甘油注入)。若病勢增進，藥物無效時。則切開患部。用銳匙刮除病竈。然後依一般創傷療法處置之。

第五章 骨梅毒

Knochen syphilis

(原因) 大抵發於梅毒後期。

(症狀) 在梅毒第二期之骨梅毒。常發經過較急之骨膜炎。好發於脛骨，鎖骨，胸骨，頭蓋骨，尺骨等處。生大小種種之彈力性隆起。患部皮膚發赤且感疼痛。第二期骨梅毒。好發於額骨，顱頂骨，口蓋骨，脛骨，鎖骨，肋骨，四肢骨，脊椎骨等。以形成護膜腫為特徵。有護膜性腫骨炎，骨髓炎及骨膜炎。第一第二種多合併發生。症狀為骨質略為破壞。生淺在性或中心性骨瘍或骨壞疽。往往軟化自潰而成護護腫性潰瘍(例如在鼻骨則成鞍鼻，在硬口蓋則起口蓋穿孔，在頭蓋骨則發生達於硬腦膜之骨缺損，即俗所謂開天窗)。至骨膜性護膜腫。則呈扁平之彈力性腫脹。其斷面始為膠質狀。後陷於脂肪性，乾酪性崩壞。每至癩痕收縮，而為強固之纖維性胼胝。結果常遺骨之肥厚及骨硬變。並有著明之凹凸不平。

又骨梅毒往往於夜間發劇甚之疼痛(名曰夜痛)。亦爲主要之特徵。本症經過甚緩。有數月至數年。

(療法) 行全身驅梅毒療法爲主。內服沃度鉀等。對梅毒性潰瘍之難治者。行手術切開並搔爬之。

第八編 關節外科

第一章 關節捻挫及挫傷

Distorsion u. Kontusion des Gelenks

(原因) 前者由暴力超過生理運動之範圍而起。其原因恰如脫臼。惟其程度較輕耳。後者由直達性外力，例如關節部之衝突，打撲等而起。

(症狀) 受傷後關節急起腫脹而有疼痛。因其周圍發生血腫。故關節之境界不明。有輕度之發赤及熱感。且伴官能障礙。但不若關節炎症之著明。本症多自然治愈。但亦有久留疼痛而移行於慢性關節炎者。關節挫傷時。局部皮膚並有挫傷之症狀。

(療法) 初以安靜爲要。用二%鉛糖水等行冷罨包或冰罨包。經過二三日俟疼痛稍退後。改用溫罨色，溫浴，按摩，熱氣療法。並營自動及他動的運動。以免

彎縮及強直。關節內有著明之出血時。則行穿刺，或行壓迫綑帶，以促其吸收。若疑有小骨折時。則可施石膏綑帶。局部皮膚如有挫傷時。兼可參照創傷處置。

第二章 脫臼(脫骹) Luxation, Verrenkung

(定義) 脫臼者。兩關節面失其正常之接合，而其一部或全部脫轉離解之謂。

(種類) 可分為外傷性脫臼 (Traumatische Luxation)，病性脫臼或名特發性脫臼 (Pathologische od. Spontane Luxation)，先天性脫臼 (Angeborene Luxation) 三種。

通常單稱脫臼。乃指外傷性脫臼而言。

以脫臼程度區別 有全脫臼 (Vollständige Luxation)，不全脫臼 (Unvollständige Luxation)。

以脫臼方向而區別 有前方脫臼 (Luxation anterior)，後方脫臼 (Luxation posterior)，側方脫臼 (Luxation lateralis)，分散脫臼 (Luxation divergens) 例如肘關節之尺骨轉脫於後方而橈骨轉脫於前方)。

以脫臼有否副損傷而區別 有單純脫臼 (Einfache Luxation 即皮下脫臼無他損傷合併)，複雜脫臼 (Komplizierte Luxation 即兼有軟部哆開血管神經斷裂或合併骨折等)。

以脫臼經過久暫而區別 有新鮮脫臼 (Frische Luxation)，陳舊脫臼 (Veraltekte Luxation) 更有脫臼雖行整復，但過輕微動機又易再起者。曰習慣性脫臼 (Habituelle Luxation)。

(原因) 隨種類而不同。外傷性脫臼。大抵爲外方所襲，間亦有起於強劇之肌肉動作者。病性脫臼。在關節疾患經過中見之。或徐徐脫離，或脫臼之機已熟，一遇經微外力及肌肉動作而卒然脫離。先天性脫臼。爲一種胎生的畸形。以股關節爲最多。

(症狀) 分述如下。

(一) 外傷性脫臼 別有自覺及他覺兩種症狀。

(i) 自覺症狀 (a) 患肢知覺麻痺或有其他異常感覺。(b) 動搖患肢疼痛 (但不若骨折之劇烈)。(c) 患肢不能自動。由他動而稍能屈伸 (此異常固定與骨折時之異常運動。可資鑑別)。

(2) 他覺症狀 (a) 關節部變形。例如肱前脫臼則肩胛失其圓滿之狀；肘關節後脫臼則烏喙突起顯隆於後方之類。惟深部關節之脫臼。則此變形較少著明。(b) 患肢縱軸變更其位置。例如肱前脫臼則上肢外轉，而縱軸偏落於關節窩之內方等是。(c) 患肢短縮或延長。因關節頭轉位，骨之縱軸不向關節內而偏倚一側，故該肢較健肢短縮。但不全脫臼有時反覺延長。(d) 可觸知關節窩及異常位置之關節頭。惟不全脫臼時。此症狀亦不顯著。

劇甚脫臼往往合併下列各症(a)關節內骨折疼痛及腫脹特甚。(b)大血管損傷。有大出血或起循環障礙。(c)神經損傷或壓迫。每發神經痛或麻痺。

(注意) 本症在受傷後立即檢查。大抵難診斷。惟有大出血或著明炎症時。每易誤為關節端骨折。茲述其鑑別要點如下(1)骨折時有異常運動。脫臼時則異常固定。(2)骨折時疼痛劇烈而限局於骨折部。脫臼時則不限於一處。且較骨折輕微。(3)骨折時可觸知一種軋轆音。脫臼時則此音缺如。(4)骨折時肢軸變化在骨折部。脫臼時則肢軸變化在關節部。(5)骨折時可觸知骨折端及骨折線。脫臼時可觸知關節窩及變位之關節頭。疑難確診時。須用愛克斯光線鑑定。

(二)病性脫臼 由其原因可別為三種。

(1)擴張性脫臼(弛緩性脫臼) 各種慢性關節炎，因有多量滲出物之瀦留，致關節囊及韌帶高度擴張而致容易脫臼之謂。

(2)破壞性脫臼 由關節化膿或結核，高度破壞關節裝置時而起。

(3)麻痺性脫臼 各種中樞神經系統疾患之際。關節肌發生麻痺，關節囊失其緊張所致。

(4)缺損性脫臼 例如前臂及下腿隣接之骨，一方缺如或短縮，他方之骨因異常之負擔，該關節之關節囊即形擴張而易成脫臼。
一般症狀。與上述外傷性脫臼類似。惟本症發生之前。關節部先有病變。

(三)先天性脫臼 最多見者爲股關節先天性脫臼。初生兒症狀不顯。至能行走時。始覺其步行異常。初爲上方脫臼。大腿骨頭轉於髀臼之上方。漸次因步行而骨頭亦向後移轉。占據於腸骨上。遂變爲腸骨脫臼。當迴轉運動之際。腸骨面上。易觸及骨頭大轉子。臀部上方異常隆起。腿著明短縮。行步時。軀幹及骨盆向患側沉降。兩側脫臼之症狀更著。步行頗呈奇觀。蹣跚類如鴨步。因大腿骨頭不能充分固定，支持體重之故。

(療法) 分三項述之。

(一)外傷性脫臼 療法之要領。在於整復脫離之關節頭而固定之。整復愈早。結果愈良。倘延久不治。則變爲陳舊脫臼。往往整復困難。通常整復法。先施全身麻醉。使患者減少痛苦。然後用力牽引。再沿脫臼之徑路逆行，使通過關節囊之破裂孔而還納之。

實施時亦須視各關節及脫臼之種類而異。舉述主要者如下。

(一)下頷脫臼整復法 令患者坐於椅上。一人立其後方。兩手於耳部固定其頭。術者立於患者之前方。兩手指送入患者口內。其他四指把握下頷下緣。此時拇指力向後方壓下頷骨。餘指乘下頷稍稍上舉之機會乃向後方壓送之。

(二)肩胛關節脫臼整復法 肩胛關節前方脫臼時。令患者坐於椅上或仰臥於手術台。助手於肩胛上方。

加以壓迫。使之固定。另一助手徐徐牽引患肢而高舉之。待與腋窩成爲鈍角。更強力牽引。乘上肢鉛直上舉之際。術者即以兩拇指自下內方壓入骨頭。倘肩胛關節後方脫臼。則舉患肢至成直角。且向外方旋轉。再將骨頭直接壓入於關節內。

(三)肘關節脫臼整復法 肘關節作直角屈曲。前臂纏絡布帶。依上臂軸向下方牽引。同時上臂向上反對牽引。待前臂伸展後。更屈曲而整復之。倘兩前臂骨向外側脫臼。則牽引前臂而將骨向內方推移。同時向外方壓迫肱骨。內側脫臼時。則以與上反對方向整復之。其他由前臂過度伸展。外展。內收。屈曲等。亦能整復。

(四)腕關節脫臼整復法 助手握前臂。術者左手握患肢而反對牽引之。同時右手直接其腕骨面。壓迫整復固定之。

(五)股關節脫臼整復法 股關節後方脫臼時。助手用雙手抵壓於腸骨前上棘固定骨盆。術者握持患肢膝關節及足踝部。先將患肢向內方旋轉。次屈曲股關節至成直角。強向上方牽引。然後急向外旋而伸展患肢以整復之。股關節前方或上方脫臼時。助手固定骨盆。術者握住患肢充分伸展。再屈曲大腿。內收內旋。用手掌抵壓骨頭送入於髌臼內。或將患肢牽引伸展。且使內旋。直接壓入骨頭於髌臼。

(六)膝關節脫臼整復法 將股及小腿反對牽引。同時抵壓脛骨頭。屈曲膝關節而整復之。股骨端遊離於脛骨後方者。則當牽引時。過度伸展膝關節。抬起股骨而整復之。

(七)足關節脫臼整復法 足關節前方脫臼時。將脛骨下端由後方壓向前方。同時將足向後下方壓抵之。足關節後方脫臼。將足強度底屈。並向前方牽引。同時壓迫脛骨前端並背屈其足以整復之。

整復倘屬完善。則骨端還納窩內。必有一種滑音可以聽得。同時關節運動。亦能

立即恢復。倘骨頭並未正確還納。則雖一時似復正位。轉瞬必現脫臼舊態。

若關節囊裂孔過小或翻轉，或軟部組織嵌入，或有骨折合併。則整復往往困難。必須行手術切開關節囊而整復之。

陳舊脫臼，亦多不易整復。須行手術切除關節囊之萎縮部分及其附近之結締織。而後整復之。

脫臼整復後。須施行固定綑帶。以期關節囊裂創之癒合。

習慣性脫臼整復後。固定時宜較長。或用沃度丁幾，或無水酒精。注入於關節囊。或行手術將弛緩之囊狀韌帶縫合之。

複雜脫臼。則用防腐處置。其他整復等。與前法相同。

脫臼整復後。須施行固定綑帶。以期關節囊裂創之癒合。輕度者用三角巾。劇重者用副木或石膏綑帶。約經一二週後。漸行自動或他動的適當運動。以防關節強直。若肌肉萎縮。則用按摩法，電氣療法等治之。

(二)病性脫臼。擴張性脫臼之療法。行穿刺排出內容。再施壓迫綑帶而保守安靜。對於原病。合併處置。破壞性者。以治療原病為最要。麻痺性者。大都預後不良。或有切除關節囊之一部而施縫合。缺損性者。須行關節成形手術。

(三)先天性脫臼 先天性股關節脫臼。初期治療宜試行整復法。整復時。令患者取仰臥位。助手充分屈曲健側股關節而固定之。術者將患肢之股關節外展成九十度。同時向前下方強力牽引。使關節頭近接髌臼。次術者以左手支持於股骨之下。他手則握住膝關節部向下壓迫之。整復後用石膏綑帶固定。須持久至二三月。並施按摩，電氣療法。其成績與年齡成反比例。即年齡愈幼。結果愈良。一至二歲之患兒。極易整復。五歲以上。較為困難。有時須行手術整復法。即先牽引患肢。使骨頭近接髌臼。除去肌肉之緊張。次於腸骨前上棘之處。向下切開皮膚。再切開關節囊。以銳匙充分搔爬髌臼。然後整復骨頭。縫合軟部。後療法同上。

(附註) (1)外傷性脫臼以中年為最多。老人及小兒較少。上肢脫臼占總數九二·二%。下肢脫臼占五%。其中尤以肩胛關節脫臼最為常見。其次為肘關節，股關節，腕關節，下頷關節，膝關節，足關節等。但老年婦人患下頷關節脫臼者多。較男約多四倍。

(2)新鮮脫臼。速行整復。治愈容易。倘放任之。則腫脹疼痛次第消退。脫臼關節頭之周圍。因壓迫，摩擦之刺激。起骨膜及結締織之增殖。亦能形成新關節。但大多營不全之運動。不能完全回復（此即陳舊脫臼現象）。

第三章 急性化膿性關節炎

Arthritis purulenta acuta

(原因) 本症一名關節蓄膿。爲各種化膿菌之傳染。原發性者。由關節之哆開性創傷而起。續發性者。由附近軟部之化膿而起。轉移性者。由他部之化膿性疾患或急性全身傳染病(膿毒症，產褥熱，丹毒，敗血症，猩紅熱，傷寒，白喉，痘瘡等)而起。

(症狀) 以惡寒戰慄而起高熱。好發於膝，足，肘，肩，股等大關節。其始關節之一局部。每有急劇之疼痛，腫脹，著明之發赤及熱感。初期無波動。後則關節內漸漸充滿膿性或膿性纖維素性滲出物。非特關節部腫脹顯著。容易觸知。且發高度官能障礙。亦有膿汁自潰於關節之外。惹起蜂窠織炎，或膿毒症，敗血症而致命。

(療法) 初期試用消炎法。有蓄膿時改用穿刺排膿法。次以二%石炭酸水，或千倍昇汞水，千倍雷佛奴耳液注入洗滌關節內部。倘化膿高度，發熱劇烈。則須施行手術切開關節。以利排膿。極重症之關節化膿，陷於全身傳染時。爲救患者生命計。亦宜行切斷術。

本症常起關節之強直。故須時時注意其機能之回復。俟炎症退後，或手術後。須早期行運動法，按摩法，及電氣療法。

(附註) 本症症狀顯著。不難診斷。欲確知其是否化膿。可應用試驗穿刺法。

第四章 急性漿液性關節炎 *Arthritis serosa acuta*

(原因) 本症一名急性關節水腫。原發性者。多因關節捻挫，挫傷而起。或續發於隣接骨膜及骨髓之炎症。或為轉移性而發於急性傳染病之經過中。又感冒亦能為本病之原因。

(症狀) 主徵為局部腫脹，疼痛，潮紅，灼熱等。疼痛以壓迫而增劇。如有多量滲出物時。則膨隆顯著且呈波動。發於膝關節者。試將膝蓋骨舉上。狀如浮遊。壓之又易移動。此即所謂膝蓋骨跳動。關節運動機能。每略有障礙。此外有輕度之發熱。或全然無熱者亦有之。惟轉移性者。亦有發顯著之高熱。本症單純性者。預後大都佳良。但亦有變為化膿性，或移行於慢性，或反覆再發者。

(療法) 初期塗布伊克度軟膏或冰罨包。並嚴守安靜及高舉等。經數日後。俟急性炎症消退。改用溫罨包，或施壓迫綑帶等。以促滲出物之吸收。其他行按摩及適當之運動。倘滲出物有多量蓄積時。則於局部嚴重消毒。行穿刺術以排泄之。穿刺後再以二%石炭酸水，或千倍昇汞水注入洗滌。

(附註) 上列兩種關節炎。與急性慢癒質斯，淋毒性關節炎，以及尿酸性關節炎(痛風)之症狀極相類似。

。茲附述如下。以便鑑別。

(1)急性關節假極質斯(即急性關節風濕症)(Akute Gelenkrheumatismus)本症原因。尙無確論。或謂係一種特異傳染毒侵入。感冒、寒冷、潮濕能爲發生之誘因。症狀亦以惡寒發熱開始。關節部起腫脹，疼痛、灼熱，官能障礙等。惟本症之特點。疼痛腫脹常爲遊走性。即初發關節症狀消退，他關節又惹起炎症。且發熱持續。有極強度之發汗並伴酸性之臭氣。又其症狀。每隨寒冷或陰濕之天時而增劇。試投水楊酸鈉。亦多緩解輕快。均爲本病之特徵。

(2)淋毒性關節炎(Arthritis Gonorrhoeica)原因由淋菌侵入關節而發生。多發於尿道淋病之後。以侵犯偏側膝關節爲最多。亦有波及足關節，手關節，肩胛關節等。症狀類似急性化膿性關節炎。疼痛特甚。患部不能動搖。關節周圍發炎。亦甚著明。但本症體溫昇騰於發病之初。通常不高。罕有至三十九度以上。且多有淋疾既往症。試行淋病伐克辛，脫呂帕弗拉文等注射。均能輕減。此爲本病之特徵。

(3)尿酸性關節炎即痛風(Arthritis uricae od. Gicht)本病爲慢性新陳代謝疾患。血液中原尿酸成分增加。沉着於關節而起。與遺傳有關。大抵發於三十乃至三十五歲之男子爲多。食肉，飲酒，運動不足，感冒。皆能促其發生。好發於跖趾關節，或拇指關節。往往突然於夜間發劇痛，並起腫脹，發赤灼熱等。發作時伴有輕度發熱。常於晝間輕快。夜間增劇。本症因有好發部位，及發作特徵。不難與他症區別。

(4)梅毒性關節炎(Gelenksyphilis)梅毒在第二期末期及第三期。亦有發關節炎。常呈急性漿液性關節炎之象。惟發熱通常缺如。且易形成潰瘍。並有其他梅毒症狀。試行瓦瑟耳曼氏反應。又多呈陽性。此與他症不同之要點。

第五章 慢性漿液性關節炎 *Arthritis serosa chronica*

(原因) 本症一名慢性關節水腫。多由急性漿液性關節炎轉成。初起即屬慢性者甚少。

(症狀) 起於膝關節居多。以局部腫脹及官能減弱為主徵。疼痛輕微。又不伴發關節周圍炎。故關節膨脹界限明瞭。易觸知波動。關節內瀦留稀薄漿液或膠樣液。至末期因關節滑液膜漸次肥厚，增生絨毛，軟骨或起疎解。每於患肢伸展運動之際。可聽得一種摩擦音。本症持久不治時。因關節韌帶伸展擴張日甚。關節失其常位。往往易成脫臼症。

(療法) 初期以按摩法為最有效。平時宜用壓迫綑帶。促其吸收。且使患者步行，運動關節，施局部溫浴法等。倘無效時。則行穿刺術排泄內容。參照急性性症處置。

(附註) 慢性關節癱瘓質斯(即慢性關節風濕症)(Chronische Gelenkrheumatismus) 本症關節部疼痛，腫脹均輕度。亦有運動困難，官能障礙，摩擦音等。但本症多侵犯多數關節。且隨天時而增劇。與慢性漿液性關節炎顯有不同。

第六章 結核性關節炎 Arthritis tuberculosa, Gelenktuberkulose

(原因) 由結核菌侵入關節部而起。有原發性與續發性之別。通常以後者為多。

以外傷，關節捻挫，爲其誘因。亦有具先天性及後天性素因者。

(症狀) 本症以二十歲以下兒童患之爲多。初生兒及壯年極屬罕見。好發部位爲膝關節及股關節。肘，足關節次之。經過緩慢。往往延至數年。

(一)初發症狀 初期自覺患肢易於疲勞，全身倦怠(幼兒每見運動不活潑)。病勢漸進，發不定之疼痛。

(二)續發症狀 有下列種種。

(1)局部異狀。關節部腫脹。皮膚緊張。患部毫不潮紅。反呈白色臘樣。

(2)關節異常位置 因患部肌肉之反射性攣縮，關節周圍組織及關節端骨質之變化。罹病之關節每呈異常位置。例如肘關節及膝關節取屈曲位，股關節初取屈曲外旋外轉位置，後取內旋內轉位置，足關節略成足蹠面伸展位置。

(3)關節運動障礙 本症初期因關節之腫脹或疼痛。亦感輕度之運動障礙。後則因關節周圍炎，關節裝置之破壞或萎縮等。障礙程度格外顯著。甚有完全強直者。

(4)疼痛感覺 初期雖有不定之疼痛。但極輕微。至末期則起立步行時均有顯著之疼痛。小兒每常就褥。

(5) 寒性膿瘍之形成 關節漸次崩潰。破壞關節囊。形成關節周圍膿瘍，流注膿瘍，瘻管等。

(6) 病性脫臼之構成 關節體日益崩壞。囊狀韌帶弛緩或荒廢。關節漸漸失其常位。遂成病性脫臼。

全身症狀為羸瘦，貧血，食慾不振，下痢，盜汗，熱度無定型，若荏苒不治。終以全身衰弱而致命。

(療法) 以全身療法及局部療法兼行為宜。

(一) 全身療法 參照內科中肺結核療法處置。例如吸收新鮮空氣。常服滋養食餌。藥物可服魚肝油，克雷沙忒，夸挨藥科耳等。或應用比荷哥靈，三鈣劑注射液，碘化鈣注射液，海而平等注射。

(二) 局部療法 初期保守安靜。用副子或石膏綑帶固定。行持續牽引。若關節有高度攣縮。則行麻醉而伸展之。再施硬化綑帶。倘關節著明腫脹，有多量滲出物瀦留。則行穿刺排出內容。注入一〇%沃度仿甘油，或沃度仿白阿膠五至一〇%西。每越一週一次。同時行關節運動，並輕按摩。此外日光療法，透熱療法，愛克斯光線照射等亦可為治療上之補助。以上保守療法應用無效，病勢增進時。

則須施行手術切開。行搔爬法，或滑液膜切除術。

第九編 內臟外科

內臟外科。包括甚廣。欲詳細研究。實非容易。就實際言。除穿胸術，穿腹術較易施行外。其餘均須手術熱練之專門醫師方可施行。

本編擇常見者數種述之。以供參考。

第一章 蚓突炎及盲腸炎 *Appendicitis n. Thyphilitis*

(原因) 異物竄入，細菌傳染，宿便，隣近炎症之波及，轉移性傳染等。

(症狀) 多發於二十至三十歲之男子。分述如左。

(一) 蚓突炎 前驅症於發病前。有下痢，便秘，食慾缺乏，全身違和，輕度腹痛及噁心等。繼於右腸骨窩部頓覺限局性劇痛（臍與腸骨前上棘引一直線，約距前上棘三四橫指處。有最甚之壓痛點。曰 Mac-Burney 氏點）。腹壁肌肉著明緊張。甚如硬板。此外體溫上昇，大便祕結，同時併發惡寒戰慄，速脈，嘔吐等。劇重之蚓突炎。往往化膿或穿孔。合併發生腹膜炎。患者體溫突然高昇。腹痛更甚。甚有頻發痛厥。劇烈嘔吐。轉瞬陷於虛脫而死亡。

(二)盲腸炎 症狀與蚓突炎類似。不易區別。惟其發生比較的稍遲。由蚓突炎之波及而起者亦不少。於病前二三日。有便秘或下痢。嗣後或因運動咳嗽等而右腸骨窩發痛。或為持續性。或為發作性。同時亦伴食慾不振，嘔吐，發熱，腹部脹滿等。右腸骨窩部並有顯著之硬結可以觸知。本病往往續發盲腸周圍炎。形成膿瘍。惡寒戰慄。體溫急昇至攝氏四〇度左右。腹痛劇烈。右下肢常取屈曲外展位。不久因膿瘍化膿穿孔。合併起汎發性腹膜炎。多迅速死亡。

(療法) 身體絕對宜安靜。暫行絕食。腹部用冰罨包。或塗布沃度丁幾，水銀軟膏等。以期吸收消炎。下劑切不可內服。須服阿片劑使腸蠕動安靜。俟炎症消退。始可用灌腸法。倘經過三四日。症狀險惡，藥物無效時。則惟有速行外科手術。

(一)蚓突炎切除術 (Appendektomie) 行全身麻醉後。約當臍及腸骨前上棘之中央稍上方。自腹直肌外緣向下內方。切開腹壁。送入手指於創內。搜求蚓突根部。徐徐與盲腸共同牽出腹外。分離蚓突系膜。結紮該突根部。再用 Pean 氏鉗壓榨之。於壓榨部再加一重結紮。用刀或烙白金離斷二結紮間之蚓突。並縫合剝離之突起系膜。然後還納於腹腔內。術後先縫腹膜。次及深部肌層。再次縫合腹外科

肌。終乃縫合皮膚。

(二)盲腸周圍炎性膿瘍之手術 (Operation beim Perityphlitischen Abscess) 全身麻醉後。沿腸骨內緣，鼠蹊韌帶處(即從腸骨前上棘跨於恥骨結節之韃膜下緣)。施以切開。更沿外斜腹肌纖維行走之方向。漸次切進。以鈍性進入膿竈。即有惡臭之膿液排出。倘有糞塊。宜用麥粒鉗鉗出。然後充填沃度仿紗布或插入排膿管。開放其手術創之一部。若膿瘍位於深部而接近脊柱時。宜由側腹壁進行爲便。

(附註) 患剝突炎盲腸炎時。白血球往往增加。即每一立方 cm 中。達一萬五、六千乃至三四萬。合量愈多則愈危險。因有化膿之傾向。故在病之初期。宜行顯微鏡檢查血液。可資診斷之一助。

第二章 鼠蹊赫尼亞(脫腸) *Hernia inguinalis*

(原因) 本症即俗稱小腸氣。係腹膜一部受腸之下墜成爲囊狀，經腹壁鼠蹊部裂隙而脫出於外。有起於先天性閉鎖不完全，亦有因後天性腹壓增加過度。例如大哭，劇咳，努責，負重，高歌，吹奏，呼號等。均足以誘起。

(症狀) 當起立行走或咳嗽等時。陰囊漸見膨大(腸之一部墜入之故)。靜臥時則收縮。試令仰臥以手按壓。則可還納而消失。並可觸知脫腸部之裂孔。病勢增進

。因囊於內容癒着，或囊內網膜肥厚，或盲腸S狀部與其附屬腸管膜共入囊內，或囊徑過大。因之脫出後不能還納。往往起劇痛，潮紅，腫脹，灼熱等局部炎症症狀。劇甚者（即嵌頓性脫腸）。更發腹部膨滿，便秘，嘔吐，吐糞，虛脫等腸閉塞症狀。卒致有死亡危險。

（療法）初起用保守療法。即用一種特製之脫腸帶（Herniaband）。其主要部分。不外綱彈條及壓枕。俟脫腸還納後。即應用而固定之。不特可防腸內容之脫出。並可藉壓迫而使裂孔部癒着。但此法主用於小兒。為時又宜持久。須需數月或一年左右。待脫出之傾向減少。始可於夜間就褥時暫行除去。惟二十歲以上。此法甚難奏效。本症非藥物可能治療。凡年長者之脫腸，或已發生不還納性時，嵌頓性時。惟有應用手術以治之。

巴西尼氏手術法（Bassini'sche Methode）用局部傳達麻醉或全身麻醉後。由外鼠蹊輪至內鼠蹊輪露出腹外斜肌腱膜並切開之。使其創緣成爲二瓣。以鈍器剝離精系與囊之周圍組織。然後切開囊壁還納其內容。捻轉囊頸且結紮之。次乃切除結紮部之下端。提起精系。將腹橫肌，腹內斜肌與鼠蹊韌帶後緣縫合。造成鼠蹊管之後壁。最後之縫合。可穿過腹直肌之外緣。於是將精系復位。而縫合外斜腹肌腱

膜。

(附) 小兒臍赫尼亞 *Herinia umbilicalis infantum*

(原因) 因臍帶脫落後，臍環閉鎖不全，更以腹壓增加(號泣，咳嗽)。乃發本症。多起於生後六月以內之衰弱小兒。

(症狀) 臍部呈球狀著明突出。往往因腹壓而增大。易於整復。並能觸知裂孔。(赫尼亞門)。其內容亦為腸之一部。

(療法) 整復內容後。行壓迫法。以銅幣或厚紙外包綿紗。作成壓板。放置於赫尼亞門部。再用絆創膏固貼之。每二週交換一次。持續一月。或能治愈。或於門部注射酒精一西西。每星期一次。如久用無效。則切開被膜。整復內容。而縫合其裂孔。

第三章 膿胸(即急性化膿性胸膜炎) *Pyothorax ac. Pleuritis*

purulenta acuta

(原因) 一名急性化膿性肋膜炎。因化膿菌傳染而起。原因頗多。外傷性(創傷，打撲)，近旁炎症及膿瘍之波及(化膿性肺疾患，肝脾等膿瘍，腹膜炎等)，以

及急性熱性傳染病之後(傷寒，猩紅熱，產褥熱等細菌之轉移)。均能發生本病。亦有由胸水，氣胸轉成者。

(症狀) 初發患側胸痛，嗽嗽及高熱。熱型不定。打診上呈濁音。尤以後下方爲著。患者多取健側臥位。膿多時因呼吸困難。亦有取坐位。患側較健側胸廓著明擴張。呼吸運動幽微或消失。

(療法) 安臥，節飲。初期局部用碘酒，或安福消腫膏，伊克度軟膏等塗布。內服下劑，利尿劑等。倘症狀劇烈，藥物無效時。則可行手術療法。

(一)穿胸術(Punktion des Thorax) 行本法之前。須先探膿。令患者取背坐位或仰臥位。先以嚴密消毒之針。向肋骨上緣刺入。以探是否蓄有膿汁。如有則可手術。患部施行局部麻醉。在前腋窩線或中腋窩線第五第六肋間切開皮膚。密接肋骨上緣。刺入套管針。使膿液徐徐流出。惟流出時不可太使急劇。以防胸膜腔內壓力頓減，有起腦貧血之虞。若頻發咳嗽，妨礙排泄時。則可注射鹽酸嗎啡。倘經久之症，胸腔內壓力降低，膿汁不能自然流出時。可用吸引器吸出之。行本法後。可注入一〇%沃度仿甘油或〇·一%雷佛奴耳液。創口塗布碘酒並貼絆創膏。

(二)切除肋骨開胸術(Thorakotomie mit Rippenresektion) 由前腋窩線或中腋窩線

第五或第六肋骨部。沿肋骨縱軸。切開皮膚及軟部。長約八至十釐。將骨衣與周圍軟部一同剝離後。送入骨剪。離斷肋骨約五至六釐。再用尖刀刺入胸膜。次以球頭刀沿肋骨徑路。將創口開大。然後徐徐排出其膿液。插入排膿管。外覆防腐綑帶。待分泌減少。再將排膿管除去。本法於蓄膿高度，欲充分排除目的時用之爲宜。

第四章

肺結核(肺癆)

Tuberculosis Pulmonum, Lungentuberculose

(原因) 爲感染結核桿菌而起。凡與肺結核患者接近，居室不良，運動不足，操勞過度，以及憂慮，悲哀，貧血，慢性疾病等。均易誘發本病。肺癆質之人。尤易罹染。

(症狀) 本病初期。往往不易自覺。消化障礙。食慾減退。發頑固性咳嗽。患者易發疲勞。羸瘦日甚。經過相當時日後。各種症狀漸顯。每於晚間體溫上昇。發三入至三九度左右之熱。脈搏易因身體精神感動而增速。兩頰部又易起限局性潮紅。皮膚蒼白。呈貧血現象。咯痰粘液膿樣。呈球狀或錢狀團塊。吐於盛水之器內。甚易沉着水底。且混有血點或血線。有時咯出多量純血者有之。此外夜臥盜

汗。亦爲常見。至末期則患者高度瘦削。咳嗽咯痰增劇。往往聲音嘶啞或至完全失聲。大便呈下痢狀態。不久即歸死亡。本症經過中。又多合併發生寒性膿瘍，關節炎，皮膚結核，病性脫臼等外科疾患。

本病患者之鎖骨上下窩。常著明陷沒。上腹角尖銳。肩胛骨內緣與胸廓背面顯著離開。頗似鳥翼狀。左右側胸廓比較。患側常較狹小。呼吸運動減弱。打診。患部弱而濁。有空洞時。則呈鼓音，鑛性音，破壺音。聽診。呼吸音銳利或不正。往往有斷續性呼吸音。呼氣延長且銳利。如病變進行浸潤或形成空洞時。則可聽得氣管支呼吸音，多數濕性水泡音。本病初期。診斷頗難。有可疑時。須行顯微鏡檢查痰液。或用鐵勃固靈爲診斷試驗（詳見診療實用指南）。近時盛用X光線照射。尤較確實。

（療法）初期注重身心靜養。極屬重要。吸收新鮮空氣。避免劇烈運動。攝取滋養物質（如魚肝油等）。藥品可內服克雷沙忒，夸挨藥科耳，肺而舒等。或兼用結核注射藥（例如比荷哥靈 *Biocholine*，二鈣劑 *Tricalcine*，海而平 *Hepin*，安癆福 *Antophos*，愛活 *A-O* 等均可應用）。其他咳嗽，盜汗，咯血，以及他種合併症。均不外對症處置。

肺結核現代無特效藥。往往有藥品失效而轉成高度者。現時醫界有主張應用人工氣胸手術療法。其法爲意大利名醫福爾蘭(Fortanni)氏所發明。其法卽注入氣體於胸膜內。使肺臟患側受壓迫而萎縮，安靜呼吸運動。以促進患部結締組織新生與自然治愈之機轉。惟施行本法。須確實診察患者他側肺臟是否健全。如屬健全。則施術後。一側健肺尙可營代償呼吸作用。自無危害可言。否則難免不發生意外。又高度心臟病，肺氣腫，糖尿病，腎臟病，喉頭結核，腸結核，以及五十歲以上患者。均宜禁用。

人工氣胸術 (Künstliche Pneumothorax) 術式有穿刺及切開兩種。(一) 穿刺式 施術時患者取健側半臥位。上體稍高。舉上患側之上肢。術者卽於前腋窩線第四至第六肋間。先行打診或 X 光線檢查。確定無肺胸膜癒着部。次行局部麻醉。切開皮膚。以穿刺針沿肋骨上緣刺入。然後注入空氣。或淡氣。或淡氣(九〇)，炭酸(六〇)，養氣(四)之混合體。其量通常第一回三百至四百西西。第二回五百西西。第三回八百至一千西西。其後約一千五百西西。每回注入氣體間隔日期。視吸收徐緩而大同。第一回至第二回約隔三四日。行第三回時。約隔七日。以後每隔一週或十日以上。(二) 切開式 於上述部位行四至五糲之肋骨切開。發現胸膜後。

用前法同樣之穿刺針。刺入胸膜腔內。氣體注入及注意。與前法同。創口充填消毒紗布。嚴防不潔傳染。

第五章 腹水 Ascites

(原因) 本病非獨立疾患。不外全身性或局部性鬱血而起。例如心臟瓣膜病，腎臟病，肝臟病，脾臟病，重症肺癆，癌腫末期，門脈鬱血或閉塞，急性或慢性腹膜炎。均能續發本病。

(症狀) 初起腹腔內蓄積少量滲出液時(一千西西以下)。大都不易覺察。超過一定量時。腹部乃見膨脹。皮膚蒼白而放光澤。臍窩消失。腹壁靜脈擴張蜿蜒。下肢及陰部往往浮腫。此外伴心悸亢進，呼吸困難，尿量減少等。本症高度時。腹部形狀。更因體位而變換。仰臥位則前腹扁平，側腹膨大。起立位則下腹著明膨隆。觸診呈波動(腹壁緊張時則輕微或消失)。打診於蓄液部呈重濁音。

(療法) 注意原因療法。藥物用下劑，利尿劑，或發汗劑，強心劑。此外斯忒羅仿丁(Strophantin)，安息香酸咖啡鈉精(Caffeine Sodium Bezoate)，奈迫且而(Nepthol)，拿佛阿色羅(Novasural)，洒利汞(Salyrgan)等注射藥亦可應用。倘高度腹

水，壓迫心肺有生命危險時。則可施穿腹術（即腹腔穿刺法）。

穿腹術 (Bauchpunktion, Paracentese des Abdomens) 在未穿刺前。令患者排尿。然後取坐位或側臥位。穿刺部位。大抵於臍與陰部之中央（由臍與恥骨縫間之白線），或左側腸骨前上棘與臍之中央。先診定其確有濁音之部。乃以碘酒或酒精行皮膚消毒。衰弱者並投以強心劑（葡萄酒等）。術者即以左手示指抵壓應穿刺之部。右手執套管針。對直急速刺入。約四至七釐（先用普通皮下注射細針行試驗穿刺，證明液體之存在，並預定刺入腹壁之深淺亦妙）。將套管針中之針拔去。卽有液體流出。惟液體排泄不宜太急。以防腹腔充血並起腦貧血等（有謂用闊綳帶緊縛臍上部可作預防）。若液流過緩。可用手加壓於腹部。以助液體之排出。排液告畢。拔去套管。創口塗碘酒，或放置消毒紗布，或貼絆創膏。再加壓迫綳帶。（附註）穿腹術非根本治療法。僅減除患者一時痛苦而已。故本症宜以藥物治療爲主。於不得已時。始可用穿腹術。再穿腹後有由穿孔滲漏液體不止者。可於拔針後。以手指強壓穿刺孔約二三分鐘。輕加按摩。或置紗布於創口。自兩側高摺其皮膚。牽引至紗布上。而以絆創膏固定之。

第六章 膀胱結石 Cystolithiasis, Blasenstein

（原因）發生原因頗多。不外尿中尿酸及鹽類沉着而起。例如多食肉類酒類。腎

盂及輸尿管內。每起尿酸及尿酸鹽類之沉澱。一旦達於膀胱。則增大而成結石。其他肌肉運動不足，泌尿器鬱尿。亦能促尿酸及其鹽類之過剩。多飲富有石灰及鎂之飲料。與本病發生亦有關係。又異物，寄生蟲，膿塊，粘液塊，凝血等。往往能爲結石之核。

(症狀) 主徵爲排尿疼痛及障礙。每於身體運動之際。尿中帶血。至安靜後漸見消失。結石小者。排尿時尿線常忽中止。變換體位而復常。患者往往取橫臥位或前屈上體而排尿。因排尿障礙。又每發生膀胱膨大。併發膀胱炎時。疼痛更劇。又疼痛恆由膀胱向龜頭放散。本病用金屬尿道導管送入膀胱。又可得一種抵抗及音響(檢查結石最妙另用結石消息子)。倘行膀胱鏡檢查。又能發見其狀態。膀胱結石自粟粒大至鵝卵大，或鵝卵大以上。成分亦不一。別有尿酸石，尿酸鹽石，磷酸鹽石，磷酸鹽石，碳酸石灰石，Cystin 石等種種。

尿酸石 爲硬固黃色帶赤色或褐色石。

尿酸鹽石 主由尿酸鈉，尿酸銻，尿酸鎂而成。表面呈細顆粒狀。以尿酸銻爲主者。多爲圓形或扁平。呈粘土樣色澤。尿酸鎂石呈灰白色。

磷酸鹽石 成於磷酸石灰及三層磷酸鹽。呈灰白色。往往甚大而脆弱如土。

碳酸鹽石 成於碳酸鹽。質甚硬固而呈褐色。表面類似桑子(卽桑榛故又名桑榛石)。

碳酸石灰石 呈白垩樣色。純粹者甚少。

Opalin 石 極少。質軟如蠟。呈帶黃褐色。

結石中之最多者爲尿酸鹽類。磷酸鹽石及碳酸鹽石次之。

(療法) 初期多飲流質。使尿量增加。藥品可內服烏羅透賓。倘檢查已明瞭結石性質者。則可各施溶石法。對尿酸石，尿酸鹽石。宜多食菜類。限制肉食及酒類。服鹼性藥劑(如重碳酸鈉，碳酸鈉等溶於大量之水中內服)。或飲鹼性礦泉。其目的在減少尿之酸性。使結石溶解縮小。得賴利尿而排出。對磷酸鹽石及鹽酸鈣石。則以增強尿之酸性爲主。與上相反。宜多食肉類而減食菜蔬。內服酸性藥劑(碳酸水，稀鹽酸等)。本病高度時。藥物往往失效。宜應用手術療法。

(1) 碎石術(Lithotripsie, Steinzetrimmung) 施術時用腰髓麻醉或局部麻醉。令患者仰臥。高舉骨盆。使結石存於膀胱底部。以便箝夾。膀胱內用微溫2%硼酸水約二百西西充滿之。插入Thompson氏碎石器。而向上方關閉其器上之嘴。或向左右移動。搜索結石而箝夾之。乃稍旋柄部之螺旋。並將嘴端與膀胱後壁遠離。而上下左右迴轉之。以測膀胱粘膜是否同一箝住(誤將膀胱粘膜共同箝住時。則有劇痛及出血)。經此試驗後。強力旋轉螺旋。破碎結石。乃用Bigelow氏吸石

器或 Guyon 氏碎片排除器插入膀胱內吸出之。

(一)膀胱切開術 (Cystotomy, Blasenschnitt) 方法有種種。以高位切開爲最著。患者先行腰髓麻醉。次取骨盆高位仰臥。先插入導管(加答得兒)。灌注二%硼酸水二五〇至三〇〇西西。使膀胱充滿而隆起於恥骨縫上。在恥骨縫上緣。沿白線切開皮膚六至一〇釐或密接恥骨縫行橫切開。次離斷皮下蜂巢織及淺肌膜。或以鈍器剝離。深達腹橫肌膜。露出膀胱前壁。乃以鈍鉤拉開創口。於膀胱前壁之中央。施小切開。此時膀胱內液體卽由創口噴出。術者送入左手示指於膀胱內。而探結石之所在。次用結石匙或結石鉗摘出。結石過大者。可用碎石器破碎之。再以硼酸水洗滌膀胱。處置既畢。縫合創部。後療法由尿道插入較粗之軟性尿道導管。留置數日。再行除去。

第十編 畸形外科

第一章 斜頸 Caput obstipum

(原因) 斜頸之發生。均係胸鎖乳突肌短縮而起。先天性者胎兒在子宮內頸部受肩胛壓迫而貧血，肌肉遂陷於變性。或分娩時兒頭強力牽引，因挫傷溢血而起癥

痕收縮。後天性者。亦不外癩痕收縮及頸肌之痙攣麻痺。

(症狀) 頭向患側傾斜。胸鎖乳突肌硬固。經時既久。患側頸椎。因壓迫而發育障礙。遂呈楔狀。該部脊柱向患側彎曲。而胸部脊柱。則向反對方向側彎。其餘頸肌，血管，神經亦起短縮。患側顏面。往往較健側短小。下頷著明傾斜。

(療法) 先天性者。行頸部按摩法。或用厚紙或皮製之硬領。纏包頸圍。令頭稍偏於健側。以防癩痕收縮。倘經久斜度較強，或大人不易持續伸展矯正。則宜行外科手術。

斜頸手術 施麻醉後。將患者頭向健側屈曲。使病側之胸鎖乳突肌緊張。於其起始部上方一至二釐處。以拇指及示指撮舉之。次用切臚刀由皮下而入於該肌之後面。刀刃對肌腹向外徐徐離斷。通常切斷僅止於胸骨部。必要時則須將鎖骨部同時亦切斷之。去刀後。創口被覆消毒紗布。外纏紮帶。使頭稍傾於健側。另有一法。為切開皮膚。露出胸鎖乳突肌。再切斷該肌及周圍之癩痕索條。至頭能完全屈向健側為止。然後縫合創口。外加防腐網帶。手術施行後。約經二週可愈。但難保其不有再發。故宜於該部常施按摩法及練習伸展。臥時並宜用硬性領帶矯正固定之。

第二章 兔唇 Labium Leperinum, Hasenscharte

(原因) 有爲先天性之畸形。亦有因創傷破裂而成。

(症狀) 兔唇俗名缺嘴。口唇之偏左或偏右裂開。亦有左右兩側均破裂者。其破裂程度不一。重者達於鼻孔。曰全兔唇。輕者不達於鼻孔。曰不全兔唇。

(療法) 本症祇有手術療法。術前以硼酸水令患者口內含嗽。十分清潔。如屬小兒。則用布片蘸藥水清拭口內。次行局部麻醉。然後用小刀(改用剪刀亦可)。將破裂緣造成新創面。兩側相適合而縫合之。手術中倫出血多者。以動脈鉗將上唇之兩側。接近口角之部夾住之。術後縫合。先以較粗之線。稍離創緣之處。貫通口唇全部。施以一二減張縫合。其創緣宜以細線密接吻合而縫之。創面可撒布代馬安耳或沃度仿。外覆防腐紗布而以絆創膏固貼之。

第三章 贅指及駢指 Polydaktylie et. Syndaktylie

(原因) 全屬先天性畸形。

(症狀) 贅指即指數過多，一手有六指至七指。駢指即二指或三指互相癒着不能

分離。

(療法) 贅指可行局部麻醉後。將過剩之指節行環狀切開，離斷關節除去之。駢指則須察其癒着之原因。倘單純之皮膚性癒着。切開後可行植皮術。將癒着指之背側及掌側。各造一個皮瓣而縫合於其指間。倘骨性癒着者。則不能手術。

(附註) 贅趾及駢趾之療法。與上相同。

第四章 馬足(尖足) *Pes equinus, Pterdass*

(原因) 先天性者甚少。後天性者多為小腿肌肉麻痺，長時就擡不步行(足以重力向底面屈曲)。此外如足關節疾病，癱痕攣縮等。亦可發生本病。

(症狀) 馬足發生偏側者較多。兩側者較少。主徵即步行時以趾尖著地。足底深凹。重者以趾背或足背行步。

(療法) 初起宜行按摩法，電氣療法。高度之麻痺性馬足。須行臆移植手術法。即將麻痺肌臆接合於有類似作用之健康肌肉。如為脛骨前肌麻痺。則將該臆移植於伸趾長肌等是。若 *Achilles* 臆著明短縮者。不可不先行皮下切臆術。或露出該臆延長之。然後於小腿前面下方縱切開約六至七釐。露出脛骨前肌。將其下部穿一

小孔。在足關節稍上方切斷其外側之伸躡長肌腱。將上斷端通過脛骨前肌之小孔。並縫合固定之。更將麻痺之脛骨前肌施行縫合。使之縮短。次將伸躡長肌之下斷端縫合於伸趾長肌。又 Lange 氏法。則將麻痺肌腱縮短後。再與骨衣縫合固定。倘屬足關節疾患而起者。則宜治療其原因病。

第五章 脊柱側彎症 Skoliose der Wirbelsäule

(原因) 原因頗多。有先天性側彎，佝僂病性側彎(內科疾患)，病性側彎(脊柱及胸廓疾病)，外傷性側彎(見於脊柱骨折的畸形治愈後)，重力性側彎(因兩下肢之長短不同或其他機能障礙)，習慣性側彎(平時身體姿勢不正)等種種。

(症狀) 為脊柱向側方彎曲。多發於胸部及腰部。脊柱全部側彎甚少。多兼縱軸迴轉。側彎愈甚。迴轉亦愈大。

(療法) 以除去原因為最要。兒童及坐業者易患習慣性側彎。更宜注意預防。既發本病。祇有用矯正法。一方常服滋養食品，兼行操練運動等。所謂矯正法者。即用一定之矯正裝置。如伸展鞦韆，石膏胸衣。均可適用。

第六章 包莖 Phimosis, Phimose

(原因) 包莖亦有先天性與後天性兩種。前者爲生來卽包皮狹隘。至青春期而包皮仍不能向龜頭後方退却。後者多因損傷，淋病，下疳等而起。亦有發於慢性炎症性浮腫，癍痕形成等。

(症狀) 包皮口狹小。將龜頭緊包。主徵爲排尿障礙。但因狹隘之度而有輕重。高度包莖者。排尿時尿蓄積於包皮囊內。膨大如球。僅由小口放射尿線。加以努責(用方排尿)。每常見劇痛。此外本症患者。因包皮內皮脂蓄積。龜頭每以其刺戟而發炎症。又易感受傳染而患下疳等症。其他包莖能爲遺尿之原因。高度者又能妨礙陰莖之發育。

(療法) 先天性包莖。可試行擴張法。卽初用細消息子擴張其包皮口。漸改用大者。待稍擴大。再以鑷子或麥粒鉗子擴張之。或以消息子剝離其上皮性癒着。再將包皮強向龜頭翻轉。亦可收效。又令患者持續常將包皮自行牽引。亦有因此漸愈者。上述諸法倘無效時。則須施行手術治療。

(一) 包皮背面切開法(Dorsalschnitt des Praeputium) 先於包皮手術部之上方及周圍。施行局部麻醉。次於陰莖背面中央包皮與陰莖間。插入有溝消息子(至龜頭冠狀溝爲止)。乃以剪刀沿消息子溝剪開其包皮。將龜頭露出。此時包皮之外板(卽

外層)急速縮短。而內板則否。可於內板創隅。向創緣方向。剪成一三角形之小瓣。向上翻轉。縫合其瓣尖於外板之創隅。然後將內外板共同縫合。外裹消毒防腐紗布。手術後每有發生一時性浮腫。大抵數日即能自行消退。

(二)環狀切除法(*Zirkulazion des Praeputium*)適用於高度過長之包皮。其法即將過剩之包皮。向前牽引。而環狀切除之。然後縫合其內外二板。術前及術後處置均同上。

後天性之包莖。注意治療其原因。大抵可隨原因病之治愈而消退。少數變成貽後疾患時。先試行牽引。經久無效者。則亦可行手術治之。

第七章 先天性肛門閉鎖及直腸閉鎖

Atrisia ani congenita et, Atrisia recti congenita

(原因) 爲胎生時發育障礙而成之畸形。前者即直腸以盲端終於肛門者。肛門部皮膚。僅即凹陷狀，或以菲薄皮膚閉鎖。後者即有肛門口而無直腸者。直腸下端。以盲端終於內括約肌之上緣。又或肛門向陰道內開口而不與直腸相通。

(症狀) 腸內容完全不能排出時。則呈腸閉塞症狀。小兒於生後四至八日間斃命

。若通於膀胱或尿道內時。因糞便排泄不暢。亦多起腸閉塞症狀。現象爲腹部大痛，嘔心嘔吐，初吐胃內容，繼吐膽汁，糞樣臭物。往往著明鼓脹，呼吸困難，脈搏細數，四肢厥冷，卒至虛脫而死。

(療法) 可及的早期手術。術式有種種。

(一)普通手術 如肛門部僅以菲薄皮膚閉鎖者。則因大便之壓迫。可見該部之隆起。用普通手術刀切開該部皮膚即足。若直腸下端在肛門左近。則由胎便與腹壓關係。亦可使該部隆起。切開皮膚後將直腸粘膜與皮膚緣縫合。又直腸下端與肛門部間存有較厚之組織，由外部不能觸知時。則不得不行肛門成形術。

(二)肛門成形術 (Protoplastik) 施行麻醉後。以矢狀方向切開肛門部。依直腸之平常徑路。進入深部。在剝離組織進入深部時。宜時以指探求充實胎便而呈波動之直腸末端。剝離其周圍(此時防損腹膜)。向下牽引。使與皮膚緣縫合。倘緊張過甚。則更剝離皮膚。向上略爲牽引。切開盲端。而與皮膚縫合。如切開會陰部，深達三至四纏而尙不能發見直腸時。則手術應即中止。恐結果失效而反有損害腹膜之虞。不如應用人工肛門建設術。

(三)人工肛門建設術 (Anus praeternaturalis) 本術即於左下腹部沿直腹肌外緣，並

行左鼠蹊韋帶上方二指橫徑處。施斜切開通達腹壁。搜出S字狀結腸部而橫斷之。並縫合固定腸管於腹壁肌肉。以後糞便即能由此腹壁上造成之管而排出。

(附註) 施行外科手術。須有相當經驗。本編中所述之翹突炎切除術，盲腸周圍炎手術，脫腸手術，穿胸術，切除肋骨開胸術，人工氣胸術，膀胱結石手術，肛門成形術，人工肛門建設術，以及其他開腹術等。均屬於大手術範圍。絕非如疝腫瘰癧疔膿瘍等之小切開可以比擬。必須由外科經驗專家施術。方許穩妥。設備不全之醫院以及普通醫師。不宜妄行。

第十一編 腫瘍

(Geschwülste, Tumor)

(定義) 腫瘍者。非指普通腫脹而言。乃由組織異常增殖而成。各細胞之配置雜亂不規則。發育無一定目的及終局。且無官能裨益於全身。實一種特性之組織新生物也。

(原因) 腫瘍之原因及發生。學說尙未一定。或謂因胎生時某種細胞羣迷入他組織內，及全身發育後，遇有機緣，該迷入細胞即發育增殖而成。或謂因細菌，原蟲而起。或謂因組織發育不平均而來。更有謂由於細胞變形，或刺戟過多者。因之有迷芽說，寄生說，刺戟說等種種。此外本病與遺傳。亦有密切關係。拿破侖一族。患癌腫者甚多。即其明證。

(種類) 腫瘍就其構造而分類。可別爲三大類。即結締組織腫瘍，上皮性腫瘍，及畸形性腫瘍。

(一) 結締組織腫瘍 又可分爲纖維腫(Fibrom)，粘液腫(Myxom)，脂肪腫(Lipom)，軟骨腫(Chondrom)，骨腫(Osteom)，血管腫(Angiom)，淋巴管腫(Lymphangiom)，肉腫(Sarcom)，肌腫(Myom)，神經腫(Neurom)。

(二) 上皮性腫瘍 又可分爲乳嘴腫(Papillom)，眞珠腫(Perlgeschwulste)，腺腫(Adenom)，囊腫(Cyste)，癌腫(Carcinom)。

(三) 畸形性腫瘍 以皮狀囊腫(Dermoidcyste)爲最多。就其性質而區分。可別爲良性與惡性二種。

惡性腫瘍(Bösartige Geschwulste)。即成長速，易再發，有轉移性，多發惡液質。良性腫瘍(Gutartige Geschwulste)。即成長緩慢，無轉移性，多無再發(摘出完全者例外)，不致羸瘦顯著。

(症狀) 腫瘍範圍頗廣。茲就一般症狀述之。

(一) 凡一切腫瘍多呈結節狀。小者如粟粒。大者逾人頭(有達一〇至二〇kg)。

生於粘膜及皮上。常爲疣狀或乳嘴狀。生於臟器表面。常爲海綿狀或茸狀。腫瘍

之表面。有滑澤(平坦)者。亦有粗糙(凹凸不平)者。有帶赤色者。亦有呈特異之色者。其硬度以骨腫及軟骨腫爲最硬。脂肪腫及粘液腫則較軟。其內容或充實或含液體均無定。

(二)腫瘍常無自覺症狀。惟神經纖維腫，因壓迫神經之故。每有發疼痛。又癌腫及肉腫之末期。亦有發生疼痛者。

(三)巨大之腫瘍。每發附近組織或臟器之壓迫症狀。(1)靜脈被壓迫。則起血行障礙。致末梢部鬱血。(2)淋巴主幹被壓迫。則起末梢部之淋巴鬱積。往往皮膚顯著肥厚。(3)神經被壓迫。則起末梢部之知覺障礙，鈍麻感，神經痛，運動障礙等。(4)其他發生部位。往往呈特有之官能障礙。

(四)良性腫瘍。大抵無熱。惟惡性腫瘍。有時亦多發熱者。是因吸收腫瘍壞死組織片之故。

(五)凡患惡性腫瘍。身體營養不良。每起高度衰弱。呈所謂惡液質(Kachexie)。良性腫瘍全身症狀不著。惟腫瘍過度增大時亦有見之。又良性腫瘍多爲限局性。惡性腫瘍往往界限不明。

茲再將各種腫瘍摘要舉述如下。

(一) 結締組織腫瘍

(1) 纖維腫 有硬性軟性兩種。(a) 硬性好發於顏面，頸部，軀幹。四肢部，臃，肌膜，子宮等處。(b) 軟性好發於皮下組織及神經鞘。呈類圓形結節狀，茸狀。單發或多發。大小不一。自粟粒至人頭大不等。成長緩慢。(良性)

(2) 粘液腫 好發於骨膜，皮膚，肌鞘之結締織，或皮下漿液膜下之脂組織，腮腺部等。呈類圓形或分葉狀結節。質軟。多為單發。成長緩慢。惟與肉腫合併時。變為惡性而發育頗速。(不定性)

(3) 粘液腫 好發於頸項部，背部，臀部，腋部，腹壁等處。軟硬不一。呈圓形或分葉狀(即瓣狀)。多為單發。大小亦不等。大者往往懸掛下垂。成長多數緩遲。軟性者速。(良性)

(4) 軟骨腫 好發於骨，骨膜，軟骨，肌膜，腮腺，睪丸等。少數見於乳腺，卵巢。氣管支，軟骨等處。呈球狀或拳狀。硬度如軟骨樣。單發或多發。成長甚緩。(良性)

(5) 骨腫 好發於顱骨內外，或四肢骨骨端，或生於骨之海綿質，骨髓及

軟骨膜。呈球形或結節狀。骨樣硬度。單發或多發。成長亦緩。(良性)

(6) 血管腫 分三種。(a) 單純性者。好發於表皮及皮下脂組織。呈類赤色斑或稍隆起突出。多見於顏面，頭部，口唇，眼臉，頰部等。質甚軟。(b) 海綿狀者。好發於外皮之皮下脂組織，肝脾，腎，腦等處。生於內臟無顯著症狀。發於外皮者。或為赤色小斑，或隆起呈青紅色而肥厚。(c) 蔓延狀者。好發於頭部，顏面。蜿蜒迂曲。管壁肥厚。皮膚隆起。本症單發或多發。成長緩遲或稍速。(不定性)

(7) 淋巴管性 亦分三種。(a) 單純性者。好發身體各部皮下。頗似單純性血管腫。亦有壓縮性。惟皮膚表面不呈赤色。為其異點。(b) 海綿狀者。好發於顏面，頰部，側頸部之皮下。亦與海綿狀血管腫類似。惟其表面色澤內容相異。(c) 囊狀者。好發於側頸部，頰，腋窩，鼠蹊部，四肢屈側等。呈軟性或胡桃大之囊狀。軟性而有波動。本症概為多發。成長緩慢或稍速。

(不定性)

(8) 肉腫 本症為發於青年較常見之惡性腫瘤。分類頗多。就其細胞之形狀及其組織上之構造而區別。計有四種。(a) 小圓形細胞肉腫及大圓形細胞肉

腫。好發於表皮，骨膜，肌間結締織，卵巢，睪丸，淋巴腺等處。呈結節狀，疣狀。質軟而發育迅速。每與周圍組織相癒着。(b)紡錘細胞肉腫。多發於骨膜，肌膜上。硬度較硬。(c)巨大細胞肉腫。多發於骨系統，骨髓。非至末期。不易察知。再肉腫因細胞之特異產物或間質之變化。往往呈一種固有性狀。大別有六種。即(a)黑色素肉腫。多發於表皮，眼球之脈絡膜。(b)綠腫。見於頭蓋骨，顏面(割面一遇空氣即發污穢色)。但甚少。(c)骨性肉腫。好發於骨膜及骨髓。(d)化石性肉腫。好發於骨骼。(e)砂腫。罕見於軟腦膜，硬腦膜，松葉腺。(f)含有玻璃狀形成物之肉腫。由細胞，或結締織，血管變性而成。本症發育迅速。往往經一二年間。即成巨大之腫瘍。且均有轉移性。患者每呈惡液質。(惡性)

(g)肌腫 分二種。(a)滑平肌腫。多見於子宮。間或發生於輸卵管，子宮圓韌帶，陰唇，食管，胃腸，輸尿管，膀胱等。呈球狀或分葉狀隆起。質軟。(b)橫紋肌腫。極少。發於心臟壁或半月瓣。偶有侵及腎，卵巢，睪丸，腮腺，膀胱，食管等。多為單發。成長緩慢。但生於子宮者或速。(不定性)

(10)神經腫 分二種。(a)真神經腫。極少。發於身體各部交感神經之處。

(b)假神經腫。發於表皮。見於頰部，頭顱部亦頗多。本症呈圓形或橢圓形。自粟粒至果實(胡桃大)，偶有達拳大者。單發或多發。質硬。成長緩慢。
(良性)

(二)上皮性腫瘍

(1)乳嘴腫 好發於皮膚，粘膜。間有侵及鼻腔，喉，膀胱，腎盂，輸尿管，子宮，膽囊等。呈結節狀，或鷄冠狀，圓柱狀。實質有硬軟兩種。硬性突出於皮膚。每形成肉角。本症概為多發。成長頗緩。(良性)

(2)真珠腫 常發於輸尿管，中耳，外耳，及軟腦膜。為白色有光輝之真珠樣新生物。呈小結節狀。或為單發。成長頗緩。(良性)

(3)腺腫 好發於皮脂腺，乳腺等部。或腸，子宮，肝，腎，卵巢，睪丸等處。呈結節乃至蘋果大。有管狀腺腫，泡狀腺腫，乳嘴性腺腫三種。質硬。多為單發。成長亦緩。(良性)

(4)囊腫 可分為真性囊腫及假性囊腫二種。(a)真性者。即上皮細胞增殖而成之囊腫。好發於卵巢，睪丸，肝，腎，乳腺等處。呈球形。自果核大至人頭大不等。內含粘稠白色混濁不透明之液。若囊壁兼有出血者。則帶赤色

或褐色。硬度中等，或稍軟。又有乳疳性囊腫。好生於卵巢。呈乳頭狀突出。若乳頭過多。不作囊狀。而呈髓狀或海綿狀。本症多爲單發。成長亦緩。

(b) 假性者。又名鬱積性囊性。乃生理上分泌物鬱積使腺腔擴張而起。並非上皮細胞增殖而成。又別有濾泡性囊腫(粉刺，粉刺瘤等)，粘液囊腫(見於慢性炎症之後)，及因腺排泄管閉塞所生之囊腫(見於唾液腺，乳腺，肝，脾，腎，陰莖腺等處)三種。形體大小不一。成長均速。但不屬於真性腫瘤。預後大多良好。

(s) 癌腫 本症爲發於老年(四十歲至五十歲之間)頗爲多見之惡性腫瘤。就其構造區別。分有三種。(a) 扁平上皮癌腫。好發於顏面部四肢之表皮，口腔咽喉食管子宮等粘膜。呈結節狀，乳頭狀，絨毛狀(即海綿狀)，或於表面崩壞而成癌腫性潰瘍。(b) 圓柱上皮癌腫。好發於胃腸，氣管，子宮，卵巢，乳腺，肝臟，膽囊等處。初起尙爲腺腫性質。後漸變爲惡性。故又有惡性腺腫之稱。(c) 單純癌腫。好發於乳腺，肝，脾，腎，卵巢，睪丸，甲狀腺等腺質臟器。其增殖之上皮細胞。先充實腺腔。再破壞固有膜而羣集於結締織中。形成細胞索而互相融合。癌腫組織。呈髓狀白色而柔軟。亦有因含

緻密之結締織而硬固者。切面類似蜂窩。稍行加壓。每有白色混濁液體流出。是卽癌汁(或名癌乳)。因癌腫細胞之壞死高度。故於其中又常有退行變性之凝固狀物可見。本症浸潤性發育。早期與周圍癒着。其侵襲一切組織之狀。恰如樹枝之蔓生於地中然。且一般具有轉移性。藉淋巴行，血行之媒介。輸送脫落之癌腫組織片於他臟器而發育增殖。本症成長頗緩(數年)。但亦有經過僅數月者。患者瘦削衰弱。非常迅速。(惡性)

癰腫以間質狀況及其發性變化而言。更有硬性癰腫，髓狀癰腫，粘液癰腫及膠狀癰腫，大細胞性癰腫，黑色癰腫等之別。

(三) 畸形性腫瘍

(一) 皮狀囊腫 畸形性中以此爲最多見。好發於卵巢。其次爲睪丸。呈囊狀。自豌豆大至人頭大不等。硬軟不一。內面被表皮組織。深層且雜有他種組織。內容白色糜粥狀物質。含有上皮細胞，脂肪，毛髮，頰廢物等。多爲單發。成長亦緩。但偶有較速者。(不定性)

(療法) 腫瘍治療。隨種類大小而有異。大別爲非見血的及見血的療法二種。
(一) 非見血的療法 (Konservative Behandlung) 卽應用藥物或理學方法以治療。

(1) 內服藥 例如碘化鉀，亞砷酸(或用砷素注射劑)等。但功效微薄。

(2) 腐蝕法 即應用濃硝酸，硝酸銀，石炭酸等。腐蝕藥腐蝕，僅限用於微小血管腫，或其他皮膚小腫瘍。但難免再發。

(3) 壓迫法 即常以手指壓迫患部。其效亦弱。僅限用於小兒之頭蓋血管腫。或四肢血管腫之發育緩慢者。

(4) 燒灼法 即應用派奎林氏烙白金燒灼。較上法為優。惟對廣大及深部腫瘍。亦不適用。

(5) 愛克斯光線照射法 此法最為妥善。不論良性或惡性腫瘍。均可應用。凡不便手術，或不能手術，或行手術後而預防再發。均適用之。

(11) 見血的療法(Blutige Behandlung) 即手術療法。凡腫瘍發育巨大。非藥物或理學療法所能治愈時。均宜施用。具轉移性之惡性腫瘍。苟診斷確實後。尤宜從早剔除。術式有下列多種。就中以第一及第二法較為廣用。

(1) 摘出法 腫瘍發育迅速者，或有惡性變性之傾向者。均宜早期摘出。即切開後。充分將病變部切除。不可殘留。(根部浸潤部格外注意)。否則腫瘍細胞發育恢復迅速。甚易有再發之虞。

(2) 皮下剝脫法 卽由線狀切開皮下。以銳利的及鈍性將腫瘍剝離抽出。本法適用於皮下海綿狀血管腫，如已侵襲皮膚者。則同時切除該部之皮膚。

(3) 環狀纏絡結紮法 本法行於廣汎之腫瘍。卽以達於骨膜之連鎖纏絡結紮。而圍繞腫瘍。

(4) 輸入血管結紮法 有試用於蔓狀血管腫者。但其效爲一時的或全無效。本法行於頭部血管之外。又以節約出血之目的。用於摘出術之前。又爲非觀血的療法之補助手術時行之。

(5) 四肢之血管腫。倘行摘出，切除，結紮法等無效，且有蔓延進行發生危險時。不得已須行切斷術。

(附註) (1) 腫瘍在皮膚學中亦有論及。但本症治療與外科手術極有關係。故特列入外科範圍中再申述之。

(2) 癰瘍之診斷。有極容易者。亦有甚困難者。遇困難時。須詳詢其既往症，發生年齡，發生動機，發育速度，自覺症狀，遺傳關係，並注意局部所見(視診，觸診)，全身症狀(惡液質之有無)。懷疑時。更須行補助診斷(試驗的摘出及顯微鏡組織調查，愛克斯光線檢查)，旁參試驗療法(用消毒療法或臨梅毒療法。以觀其能否減輕)。

外科學續編

第一章 消毒法 Desinfektion

消毒法者。包括制腐及防腐，以殺滅或防禦細菌之方法也。爲英醫立斯推而(Lister)及法醫派斯他後而(Pasteur)等所創。昔時遇手術後之創傷化膿。以及全身傳染每無良法制止。因之病人死亡者。均居全數之半。自消毒法發明後。創傷化膿傳染得以大減。由是醫界莫不公認該法爲重要。

外科消毒。別有下列數種。

(一) 患部消毒法

(一) 皮膚之手術部 先用溫水，石鹼水。蘸以毛刷。充分洗清。如有毛髮。又宜剃除。然後以酒精棉花。楷拭數回。再用棉球蘸沃度丁幾塗布之。

(二) 口腔之手術部 先以牙刷清潔齒牙。再給以二%氯化鉀或硼酸水等含嗽。

(三) 直腸肛門之手術部 前一日投以蓖麻油。通其大便。再於手術前二小時。用食鹽水灌腸洗滌之。

(四) 膀胱尿道之手術部 令患者排尿後。用尿道洗滌器。注入二%硼酸水而洗滌

之。

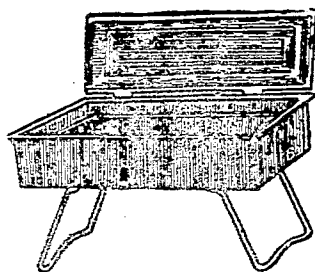
(五)新舊創傷及手術後 宜用消毒殺菌藥水洗滌。常用者。例如一%或二%石炭酸水，〇·一%過錳酸鉀液，一〇%過酸化水素(雙養水)，二%硼酸水，一%或二%汞色質(梅克羅姆)，〇·一%雷佛奴耳液等。注入洗滌。然後再栓塞海碘方紗布，或雷佛奴耳紗布，或撒布海碘方，海繖仿，代馬妥耳，或塗布海碘方軟膏等。

(二) 醫師及助手消毒法

手術前用肥皂水充分洗滌手指及手腕。特於指之周圍，皮膚皺襞，指甲縫間。格外注意。次在二%利沙耳水，或〇·一%昇汞水中洗過。再倒酒精少許摩擦清拭。大手術時。須穿消毒手術衣。並戴消毒象皮手套。

(三) 器械消毒法

各種金屬器械。如刀刃，鉗子等外用品，以及玻璃醫用器械，如注射器等。均可應用煮沸消毒法。通常煮沸。須備器械煮沸消毒器 (Instrumentenloch apparat)。該器係銅質塗鑲而成。其形如長方小箱。有大中小數種。消毒時。先將清潔溫水放入。然後再將預備之器械置放其中。燃點酒精燈。待其煮沸。約五至十分鐘為



器械煮沸消毒

度。此時內部器械。即可達消毒目的。

器械消毒。有注意數點如下。

(一)各種器械欲消毒前。遇有附着污穢物。務須十分拭淨。

(二)凡有柄或閉鎖之器。須先拔出。始可置入。否則恐不能達完全消毒目的。

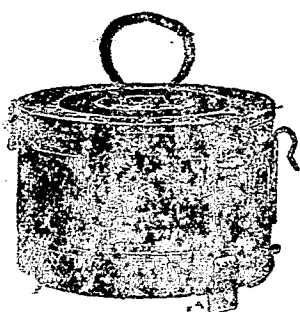
(三)各種玻璃醫用器械。須預先放入溫水中煮沸。倘水已沸。萬不可再行投入。以防破裂。

(四)橡皮器械。如排膿管，軟性導管(即加答得兒 *Nelaton Katheter*)，橡皮手套等亦可行煮沸消毒。但此等器械經久煮沸後。往往有粘稠損壞之弊。故時間以短少為宜(約五分鐘)。倘用於已傳染之處或為誘導創液而用之排膿管。則經一二分鐘煮沸消毒已足。倘要嚴密消毒。須先行短時煮沸。然後貯於十倍昇汞水中。臨用時以殺菌藥水洗滌之。至導尿管可先以酒精通入管腔並摩擦之。或浸於昇汞水中，或懸掛於福爾買林蒸氣中均可。但此諸法。均難完全。不如稍受損失。行煮沸消毒為妥。

(五)有鏡器械。例如額帶鏡，喉頭鏡等。若加沸煮。難以久用。可用酒精充分揩抹。

(四) 綳帶材料消毒法

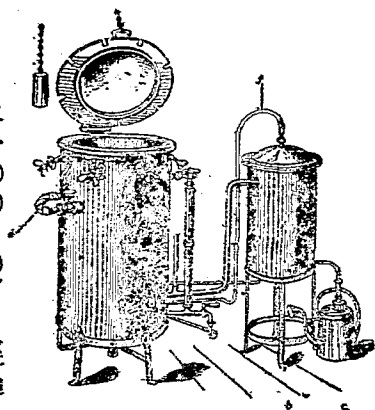
綳帶材料者。包括紗布 (Gaze)，棉花 (Watte)，卷軸帶 (或簡稱綳帶 Binde od. Verb- and)，縫合線及結紮材料 (Nachtaden u. Ligaturmaterial)，手術用布帕 (Operationstrich) 等而言。



編
布筒，或稱綳帶貯槽) 內。經過蒸氣消毒。其法將紗布罐側面及底部之小孔開放。置在蒸氣消毒器中。加熱至攝氏一〇〇度至一三〇度。約三十分鐘取出。然後將小孔密閉。以備臨時應用。

罐 (一) 縫合線及綳帶材料之消毒。分有數種。

(一) 普通縫合用之絹線 (Sette)。多用煮沸或蒸氣消毒。或將絹線浸於以脫及酒精中。各十二小時脫脂。次則煮沸於〇·一%昇汞水中五分鐘。用時再煮沸於〇·一%昇汞水中。



蒸氣消毒器

，水一〇〇・〇）。經過八日。用時以二%石炭酸水或蒸溜水洗清。若欲保存。可投貯於酒精中。

(三)手術用手帕。可摺成小塊。直接放入蒸氣消毒器中消毒。其他手術衣等亦同。(附註) 上述蒸氣消毒器。價值頗昂。通常經濟起見。可囑白鐵匠用白鐵自製。其式為長圓形(口徑約一尺左右)。下做約三寸高之鐵脚。器底密穿小孔。上備活蓋。另製一尖頂式較大之白鐵罩。用時先以白鐵消毒器放入大鍋中。鍋中傾入潔淨之水。其量較鐵脚稍低。然後將預備消毒之各種綳帶材料置入。密封器蓋。再將白鐵罩罩上。燒炭火於鍋下而煮沸之。約經一時許。取出以備應用。

(2)金屬線(Metaldracht)之消毒。與其他器械同。可煮沸於器械消毒器中。

(3)腸線(Catgut)之消毒。浸置於二%福爾買林水中，約二十四小時。次則取出以水洗清。再經過煮沸。然後貯於昇汞，甘油，酒精中(昇汞一・〇，甘油五・〇，酒精一〇〇・〇)。以備應用。或將腸線浸於以脫中二十四小時脫脂。次浸於沃度加里液(沃度一〇・〇，沃度加里一・〇

(五) 手術室·病室及物件消毒法

(一)普通手術室。注意清潔。施行大手術之手術室。須有特別構造。全室漆色潔白。四壁舖以磁磚。室內地面光滑可鑑。屋頂及四圍。均有玻璃窗。光線明亮。空氣充足。在手術前。須開窗換氣。約十五分鐘。以噴霧器噴水。使室內浮遊塵埃。悉被沉降。次再用溫石鹼水清拭牆壁及手術臺。終則閉窗。以待應用。

(二)病室時宜注意清潔。自不待言。倘被傳染病患者住過。則須應用福爾買林蒸氣消毒。其法即將福爾買林(一立特水中加入福爾買林一〇—二〇·〇)。和水傾入於特製消毒器或磁盆內。置放炭火上。使成蒸氣。將門窗等密閉。經過十二小時乃至二十四小時。至患者吐瀉物及咯痰等。須加入生石灰(石灰一分，加水四分至九分)。投入糞缸或污穢之水桶中。最妙和以木屑而燒去之。以防傳染。

(三)物件消毒。視種類而不同。污穢太甚及物價低廉之物。則以燒除爲妥。衣服，被布，盆碗等。則放入水中。煮沸消毒一小時。或於水中加炭酸鈉(即曹達)少許。使沸點較高。則消毒大爲確實。再攝氏一百度以上高熱蒸氣。其消毒殺菌力亦強。如有相當蒸氣消毒設備。則可將一切物件放入。其效與煮沸相等。對與家具之類。用石炭酸水清拭後。可置日光中曝曬。因日光亦具有殺菌之作用。

第二章 麻醉法 *Anaesthesia, Narkose*

吾國古代魏世。名醫華佗嘗以麻沸散試用於刀割手術。其主要成分爲印度大麻。惜其方法失傳。以致中醫界無從明瞭。歐西全身麻醉法之發明。始於一八四六年麻而通氏(Morton)，約克松氏(Jackson)，以及一八四七年辛魄松氏(Simpson)。局部麻醉法之發明。始於一八六六年利駭特松氏(Richardson)。骨髓麻醉法之發明。始於一八五八年皮而氏(Bier)。自該項技術相繼發表後。施術可免患者痛苦。外科上遂得便利不少。

(一) 局部麻醉法

局部麻醉法(Lokale Anaesthesia)。應用於各種小手術。能使施行手術之局部，喪失痛覺，爲外科中重要之技術。茲將常用者數種。舉述如下。

(1) 寒冷麻醉法

局部麻醉(Kälte Anaesthesia) 適用於體表淺部之小手術。如癰腫及皮下膿瘍之切開。惟本法對於粘膜。頗不易行。其效力不能達及深部。爲其缺點。歷來醫界。常用鹽化歐斯兒(一名氣乙完基 Chloräthyl)作寒冷麻醉。此種鹽化歐斯兒爲極易

揮發之無色液體。裝在特製有螺旋鉛塞之長玻璃管中。藥房中均有現成者出售。用時。對準手術部約離半尺許。將管之鉛栓子揷開。藥液得着手部之溫。即能成細線狀噴出。射至皮膚呈白色爲度。此際即可開始手術。

(2) 浸潤麻醉法

浸潤麻醉(Infiltrations Anästhesie) 其效力能達深部。比較前法應用尤廣。應用此法之藥。最常用者有兩種。即科卡音與諾服卡音(Cocain u. Novocain)兩者之中。因諾服卡音毒性較輕。故尤爲醫界所贊許。通常以該藥溶解〇·八%食鹽水或蒸溜水中。製成一或二%溶液煮沸消毒後用之。使用本法時。即將該藥液吸入於五西西或較大之消毒注射器中。沿開刀線之方面。以針頭略斜平行。刺入患部皮膚。約射入藥液半西西。使成白色小膨疹。然後將針拔出。復注射藥液於膨疹邊緣。反覆施行。順次使皮膚浸潤。達到局部知覺麻痺。倘遇堅厚之皮膚，富於彈力者。則已刺入之注射針，可不必拔出。逐次刺進針頭並注入藥液。注射後約五分鐘。藥力漸顯。即可施行手術。

(3) 傳達麻醉法

傳達麻醉(Leitungsanästhesie) 即注射藥液於周圍皮下。亦多適用於各種皮膚小手

術。效用同上。本法中以哈根勃盧黑(Hackenbrack)氏菱形麻醉法爲最著。即將一或二%諾服卡音液注射於開刀線之上下兩端(距手術部約二或三釐)及左右兩旁。如是可使菱形區域內之神經傳達杜絕。而達局部麻醉目的。

此外尚有奧倍而司忒(Obers)氏法(神經周圍注射)。適用於指及趾之手術。卽用細橡皮帶緊縛指之根部。於手背面正中線之兩旁。定兩注射點。將針尖向掌面刺入。注射諾服卡音液一或二西西。次則沿骨前進。再注射一二西西藥液於手掌側。同樣行他側注射。使周圍之神經麻醉。約經數分鐘。可使指節知覺脫失。

(附註) 諾服卡音溶液中。若加入千倍鹽化腎上腺液二三滴。有三種利益。(一)可使麻醉劑吸收徐緩而少其毒性。(二)可使麻醉期較久。(三)可使出血減少。諾服卡音溶液對於粘膜效力亦著。凡喉頭，鼻腔，眼部疼痛時。亦可用該液塗布或滴入。局部麻醉藥新出頗多。例如忒羅怕科卡音，斯妥之音，匿耳之寧等。應用與性質。大致與諾服卡音相同。故不贅述。

(二) 腰髓麻醉法

腰髓麻醉法(Lumbalanästhesie) 爲應用於下半身手術。最廣用之藥。爲忒羅怕科卡音。通常先將該藥製成一%或五%蒸溜水溶液(須加熱消毒)。實施麻醉時。用一種特製套管針刺入腰髓。其注射部位。在第二腰椎與第三腰椎或第三腰椎與第四腰椎之間。

其注射手續須明瞭者。須令病人取坐位或側臥位。脊柱須前屈。務使棘狀突起間距離增加。以便針頭刺入。此時病人倫爲坐位。則下垂其兩下肢於手術臺緣。前部低落。上體前屈。助手自其前方保持之。堅囑病人不可搖動。若爲側臥位。則使其軀體持曲如胎兒狀。病人體勢既定。乃以消毒之手。取消毒之布條。執其兩端。以細測兩腸骨櫛（即腸骨前上棘）之最高部。而探求於其上方中心點。確定注射部位。皮膚上用指甲印痕。然後將注射針取斜上之勢。由正中點刺入。經皮下棘狀突起間韌帶及硬膜。而達硬脊髓膜囊內。針尖既入此中。抵抗忽覺減少。（針尖刺入約自五乃至六釐）。可將針管中之鑷絲拔出。即見有脊髓液流出。此際急速將已預備好抽在針管之麻醉藥注入（注入5%一西西或1%五西西均可）。注射時須徐緩。以防腦脊髓壓驟增。藥液注射既盡。針尖急速拔去。其創傷處貼以消毒乾燥紗布。上加象皮膏抵壓之。次用高枕令病人仰臥。注射後約十分至二十分鐘。即可達麻醉目的。此種麻醉法。適用於陰部，臀部，肛門，下肢，鼠蹊部，下腹等之手術。而於心，腎，肺等疾病及異常衰弱，不能用全身麻醉者。尤爲適當。

(二) 全身麻醉法

全身麻醉 (Allgemeine Anästhesie oder Narcoese) 應用於各種大手術。其最常用之藥。爲哥羅方及以脫 (Chloroform u. Aether)。或單用一種。或併用兩種。

全身麻醉所發之現象。約可分爲三期。初爲任意期 (即麻醉開始期。意識期)。患者初受麻醉藥液之刺戟。每苦悶似將窒息。手足動搖。拒絕施術。旋忽安靜。半醒半醉。次爲興奮期。精神發揚。四肢亂舞。或大聲談笑。或高歌狂呼。甚有突然躍起者 (男子之興奮期較女子及小孩爲烈。特飲酒者尤著)。後爲麻醉期 (即甘受期)。鼾聲發作。呈熟睡狀。呼吸脈搏均徐緩。瞳孔縮小。試觸其眼球不瞬。刺戟其鼻粘膜亦不嚏。全身肌肉弛緩。此際即可開始手術。既動手術後。又宜常檢其呼吸脈搏有無變化。若有變化。宜即停止麻醉。以防中毒。發生危險。再使用麻醉藥時。務使漸漸吸入。不可驟多驟少。

(一) 哥羅方麻醉法

哥羅方麻醉法 (Chloroformnarkose) 令患者仰臥手術臺上。將胸腹間襟帶解開。後用哥羅方約五西西。一次滴入吸入具 (即麻醉罩。或名假面。其中預先填好紗布)。蔽覆病人面上。並囑其閉目。徐徐吸入。倘有口涎與痰沫者令吐出。勿使嚥下。迨後不久。患者意識即見模糊。或笑或哭。舉止反常。甚有手足舞動 (即發揚

期)。助手可在旁輕輕按住其四肢。此際麻醉藥不絕滴下。約經片刻。患者發揚狀態。即能漸行減退。瞳孔縮小。面色蒼白。脈搏遲緩。呼吸深慢。醫師可以一指翻起病人眼瞼。試驗其已否達到完全麻醉。倘觸其眼球而瞼不動者。是即麻醉已足之證。即可開始刀割。以後麻醉藥漸漸滴上。直至手術完畢爲止。

(注意) 麻醉中最常見而最危險者。爲呼吸停止及心臟麻痺。故施用麻醉時。不可不注意患者之呼吸。倘有停止現象時。立宜去其吸入具。暫緩滴藥。須待其呼吸平勻。然後再滴。

此種停止原因。大多有物質或吐物，或唾液，吸入氣道而起。故在未麻醉之前。宜察看病人口內。有無痰涎，果核，或假牙等狀。在麻醉中。又應注意患者有無吐物唾液。宜頻頻用棉花清拭其口腔。再舌向後縮。亦爲常見之象。此際填塞咽喉。呼吸亦往往呈停止狀態。須將患者之項扶仰正直。急用舌鉗將舌尖籍住拽出。並以手指探其口內。有無別物。倘用此法。呼吸依然不能回復者。可將其兩臂上下反覆提起。行人工呼吸。或以兩手輕壓其肋部。即能漸漸見效。又麻醉時病人發吐。大概因手術前未能忌食，或用藥乍多乍少不勻之故。宜將病人之頭。放低向側。使其容易吐出。以防吐物返入氣管。而礙呼吸。

心臟發生停止危險。大都繼於呼吸變化之後。但亦有在呼吸未生變化前而停止者。其原因或因吸入法不得其當。或因病人吸入濃厚之哥羅方蒸氣至肺胞內之故。或因病人心臟有病的變化，忽略施術而發。此際患者顏貌突然蒼白，瞳孔散大，脈搏消失。即所謂假死。施術者宜立即停用麻醉藥。使其吸新鮮之空氣。以便藥物之排泄。同時亦宜施行人工呼吸法。或以多量食鹽水注射於靜脈。或用土的年(Strychnin)鹽化腎上腺液(Adrenalin)注射。均可挽救於垂危。

(附註) 據外科專家經驗。在末行麻醉之前。先用硫酸阿刀邊(0.0005 Atropin Sulcurium)注射。可以預防反射的心臟停止危險。用鹽酸嗎啡(0.01 Morphin Hydrochlorium)注射。又有防止呼吸停止之妙。哥羅方麻醉使用前，應先將病人仔細檢查。凡心臟有病，貧血，衰弱症，糖尿病，肥胖病，高年人，及妊娠後半期均忌用。

(2) 以脫麻醉法

以脫麻醉法(Aethernarkose)其麻醉手續，施術方法，以及吸入時之吸收作用。與哥羅方無甚差異。所異者本品興奮大腦皮質中之運動甚劇。故用後病人發揚期甚長。不易迅速達麻醉目的。其侵犯心臟之毒性。則較哥羅方弱。惟其刺戟呼吸器亦頗強烈。用後常續發肺炎，氣管支炎。故肺臟及氣管支有病時。亦宜禁用。

(附註) 用以脫麻醉。發揚期凶猛。不易達完全麻醉。據外科專家實驗。在施術之前。先給與催眠藥內

服。或用溴化鹽酸斯科波拉民 (Scopolamin Hydrobromatum 0.0003)・鹽酸嗎啡 (Morphin Hydrochlorium 0.01) 注射。可以避免上述缺點。

(3) 混合麻醉法

混合麻醉法 (Gemischte Narkose) 即取麻醉藥混合應用之法。其功效 (a) 可使麻醉力增強。(b) 麻醉藥用量減少。(c) 減少副作用。有英國劑及必耳羅忒氏合劑 (Bilroth 氏合劑)。前者為以脫三份，哥羅方二份，純酒精一份。後者為哥羅方三份。以脫及純酒精各一份合成。此種混合麻醉。實際上確較單純麻醉為優。

(附) 全身麻醉之準備



具入吸



夾 (一) 診查全身 例如心臟，肺臟，尿等
舌之檢查。甚為重要。



瓶滴醉麻



開 飲食。倘有胃內容。則不特難達麻醉。
口 且往往於麻醉中發生嘔吐。有引起嚔下
器 性肺炎，窒息等危險。

(三) 口腔清潔

用布片清拭口腔。注意痰涎，果核等。以防施術時嚔下。

(四)除去假牙 人工鑲牙極易脫落。須於手術前除去之。

(五)安慰患者 以除其畏懼之念。或再投以鎮靜劑。

(六)全身麻醉時，須準備吸入具，麻醉滴瓶，夾舌鉗，開口器，以及士的年，樟腦等興奮注射藥。

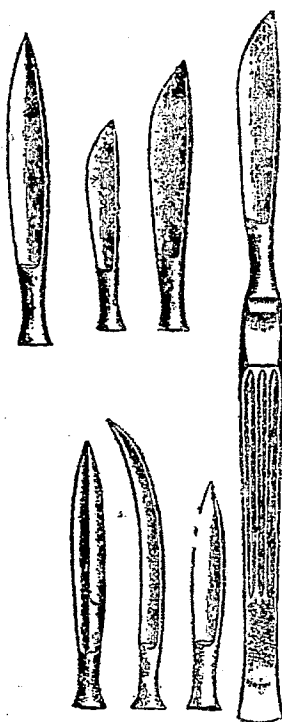
第三章 開刀法

(一) 開刀術式

西醫開刀。爲尋常事。學者不可不明瞭熟知。開刀術式。通常有十字式，環狀式，及腰椎式數種。十字式者。卽橫豎各開一刀成十字之謂。如瘡腫癰疽開刀時應用之。環狀法者。卽切開成環形之謂。例如截除四肢及趾指時應用之。腰椎式（又名橢圓式）者。卽切開成橢圓形之謂。例如趾指炎症及骨瘍開刀時用之。對於尋常發生小瘡癰等開刀。則祇須行單一一切開（卽開一刀）便可排膿。再開刀之深淺廣狹。須視疾病與部位而殊。均由醫師審症臨時酌定。總之開刀創口。過小不易排膿。過大癒合遲緩。大概以適合使膿液排出爲最宜。手術前患部先以消毒藥水或肥皂水十分清拭。次用沃度丁幾塗布。然後切開。俟膿液充分排出後。以海碘仿紗布剪成長條。用消息子填塞（創口深大者須改插排膿管）。外用消毒棉花紗布

包紮。隔日再行更換一次。外科第一要件。須嚴密消毒。絕對不可以未經消毒之物。接觸開刀之部。否則非特不能使創口迅速收愈。反有傳染危險。不可不慎。

(附註) 刀 (Messer) 之形狀有多種。刀頭凸隆與稍稍凸隆者。曰圓刃刀 (Gewölbte Messer)。刀頭尖直者。曰尖刃刀 (Spitze Messer)。刀形成彎曲者。曰彎刃刀 (Gekrümmte Messer)。刀端鈍圓者。曰球頭



各 種 之 刀 形 狀

刀 (Kleinöfite Messer)。刀之兩側俱有刃者。曰兩刃刀 (Zweischneidige Messer)。刀端呈柳葉狀者。曰柳葉刀 (Lancette)。視手術之大小。可擇刃刃之長短廣狹適宜者用之。舊式刀刃多有角柄。柄刃之間。可以移動。不用時可

折而藏其刃於莖中。惟因把柄不便消毒。故用者甚鮮。新式刀刃。柄與刃完全不能移動。全部鋼製塗線。不特消毒便利。外表且較美觀。

此外外科上開刀時。尚有應用其他器械。附述於下。以便學者明瞭。

(1) 消息子 (Staple) 其形如細直鉛絲一根。長約五六寸。用以填塞紗布。並可插入創口之內。以探創底之深淺廣狹。故又名探針。

(2) 鑷子 (Pinzette) 其兩腳尖端內面。有尖銳小鈎二至四個者。曰有鈎鑷子 (Hakenpinzette)。為把持組織或摘出組織片異物等之用。其兩腳尖端無鈎者。曰無鈎鑷子 (Pinzette)。亦為把持組織。並用以鈍的分割之用。

(3) 鉗子 (Zange) 其形有種種。端鈍或直或曲者。曰麥粒鉗子 (Kornzange)。為摘出異物之用。其把柄有閉鎖裝置可以緊撮組織者。曰 Luer 氏鉗子。鉗子兩腳具有銳鈎亦可用以緊符者。曰 Museux 氏有鈎鉗子。



(4) 創鈎 (Wundhaken) 分開兩面創



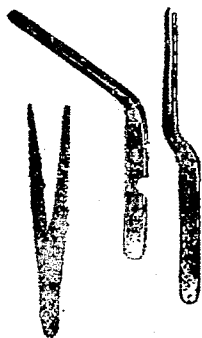
鈎緣。視察創之深部。或復進行分割之用。有銳鈎鈍鈎兩種。前者齒之尖端極銳。齒數有二個或二個以上。後者亦具有齒。惟較鈍而扁平稍長。且彎曲成直角形。可以分開稍大創口之用。



銳 (5) 剪刀 (Schere) 為剪斷外科紗布棉花縫線之用。亦可剪除腐壞組織等。有時應用較刀



鈎刃尤為重要。形狀亦有種種。有直剪刀 (Gerade Schere) 彎頭剪刀 (Gekrümmte Schere)



子鉗



子鉗



鉗管血及刀剪

ane) • 圓頭剪刀 (Gelenkpfie Schere) 等。

(6) 銳匙 (Scharfe Löffel) 有大小各種。頭端有直者。有稍彎曲者。為刮去腐敗組織或骨質等之用。故又名搔爬器。

(7) 有溝消毒子 (Echlonde) 其形如普通消毒子。惟其上有槽溝故名。用以探視創之深淺。同時並可沿溝施術。不致傷及他部。

(8) 血管鉗 (Gefäßzange) 其形如剪刀。惟其端口不銳利而有輪齒。有大小數種。為出血時籍住血管之用。

(附註) 外科器械種類甚多。普通可購小手術刀包(內有器械二十餘件)。以供應用。

(二) 運刀姿勢

運刀姿勢。別有下列數種。

(一) 執筆狀運刀法 即姆指與第二第三兩指。拈住柄根處。上端斜向指間。開刀時手勢由前向後。凡欲開口淺而廣之外症多用之。

(二) 鼓弓狀運刀法 即將刀持平。姆指拈柄之根處。食指尖抵刀背。隆起如弓。他三指俱順列刀之右側。用刀時手勢由後向前。凡欲開口深而狹之外症多用之。

(三) 強力運刀法 其持刀之法似鼓弓狀。惟食指抵刀背。不若上式之高。口微斜向下。凡欲開深大之外症需大力時用之。

(四) 倒挑運刀法 將有溝消息子插入患部。其槽向上。再以右手持刀柄根處。作縱斜狀。刀柄向外。刀口向上。將刀背沿在下消息子之槽溝次第送進。既抵相當之所。即舉起刀刃。向外倒挑。凡開割膿瘍痔管時多用之。倘病狀位置平正。不必拘定此法。祇須將刀口向上即得。

(五) 柳葉刀運用法 即以姆食兩指。拈定刀柄根部。柄稍向後。刀尖略前。刀口向下。中指尖抵住患處下附近。以防鬪刀時有刀尖切下過深之虞。

(六) 球頭刀運用法 其法與普通直刃用法類似。惟使用確較直刃爲便。蓋此種球頭刀不用有溝消息子。亦可以深插患部。凡開刀欲防刀尖傷及他部時多用之。

第四章 創口縫合法 Wundnaht

創口縫合法。即軟部接合法 (Vereinigung der Weichteile)。凡哆開之創傷。欲期迅速治愈。可將兩面之皮膚(即創緣)縫合。閉鎖創面。茲將縫口時應用之器械及其縫合方法述之如下。



縫合針

(一) 縫合器械

(一) 縫合針 (Needle) 呈彎曲形。類似釣魚用之鈎。但有粗細大小之別

。(每購一套。內有大小各種縫合針)。用時可審視創面之狀態。然後擇其適當者用之。例如胃腸縫合宜擇細小，腹腿等部外面皮膚縫合宜擇較大者是。

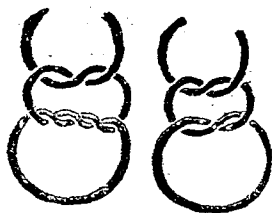


把針器

(一)把針器(Nadelhalter)其形類如虎鉗。為縫口時把持縫針之用。通常縫合創面。先以該器箝住針之中端。針之末端。有特製之小孔。用時將縫

合線。從外箝入其中。不必從孔穿入。可省許多麻煩。

(二)縫合線(Nachtaden) 主用殺菌之絹線腸線及金屬線。第一種及第二種。大多應用於皮膚外表及內部創緣。後一種則概用於骨縫合。間亦有用以輕感組織之緊張。



縫合線之打結

(二) 縫合術式

以有鈎攝子箝住創緣。使之固定。同時用縫合針穿過其一側。再移行於他側。或令助手併持兩創緣。而以一針一次穿過之亦可。縫合線之打結。大都用舟子結節。即吾人普通打結之式樣。倘創緣緊張。則用外科結節。即線端先纏兩回。然後再行一回打結。此種打結。均須偏在創緣之一側。不可置

於創緣之中央。其縫合程序。必先自創傷中央部縫起。然後再及兩端。結節縫合中。有分減張縫合與接着縫合兩種。例如創口哆開甚烈。可於距離創緣二或三四釐之處。先用較粗之縫合線締結。使創緣接近。然後再於接近創緣處。用細線行接着縫合。此兩種同時並行。在醫學上名曰合併縫合。

此外更有所謂連續縫合法。此法亦名皮匠縫合。先於創緣一端。行一結節縫合。次將縫線之長端。連續穿過兩創縫。如是反覆數次。直至創緣他端爲止。倘創緣緊張者。(即哆開太甚)。可於縫合前先行減張縫合。

縫合之良否。與創傷預後有莫大關係。倘創緣內側有皺襞。或縫合不整。則勢必妨礙其治愈。故醫師在縫口之際。須注意創緣有無內翻或外翻。兩緣是否恰相接合。又縫合宜乎適當。不可過鬆過緊。如縫隙之下，有空隙者。則先用腸線閉鎖再行皮膚縫合。

縫合線拔去之時期。視創傷種類而異。大概於第三日至第七日行之。其拔法先用外科鉗子撮縫合結節一端牽引之。次則沿創線剪斷。略加輕壓於創面而拔去之。

第五章 排膿法(創液排導法) Drainage von Wundsekreten

各種創傷內。必有血液漿液，或分泌之膿汁。有時並有壞死組織片混於其中。創面愈大。其量愈多。若不設法排泄。則創液停積於內。極易化膿。其已化膿者。勢必更見旺盛。並有惹起敗血症膿毒症等全身傳染之危險。故排膿法在外科上。頗占重要地位。

排膿法實用者有兩種。有用殺菌紗布或海礫仿紗布填塞入內者。此在醫學上即所謂毛細管性排導法或防腐栓塞法。藉人體毛細管固有之吸力。吸攝創液而排泄於外。更因塞入之紗布。有壓迫組織凝固血液作用。同時有制止細菌發育。保持防腐性之性質。故本法應用後。能使創液逐日減少。創口癒合迅速。究其所以然之原理。實不外上述幾點也。吾人每至醫院或西醫診所中。常見醫師處理病人。剪用黃白色紗布細條。對着患者創孔。以消息子深深將布條塞入。此即應用本法之狀態。其對於深廣之創口。更有應用排膿管者。此種排膿管。現時廣用者。爲硬橡皮或軟橡皮管。管壁剪開洞口多個。以便創液流入管腔。管宜廣大。不可過細過長。其插入方法。可用排膿管鉗子或彎曲之長麥粒鉗子。惟須將管插至創內之最深部。蓋創液每以移動下沉。倘不考究適當插法。創液則往往依然蓄積。結果必至毫無效力。故吾人對此。亦不可不注意。排膿管插入後。以線繫其外端。或

貫以安全針，絆創膏。固定於創緣皮膚外部。以防其有脫出或沒入之虞。排膿管每於綑帶交換時。須以新消毒者更換之。否則管腔因礙血，組織死片，凝固分泌液等之閉塞。概不適合外科治療方法。其除去之時期。則以創液減少為標準。創液愈滅。創口愈窄。漸次將排膿管剪短而滅細之。直至創液極少，肉芽發生時。則完全除盡。栓塞用紗布。初時亦須用寬大者緊填。漸次改用細小者疏鬆塞入。再紗布小塊。隱蔽於創傷深部者。綑帶交換時。每易遺漏。故必須將其一端。稍露於創緣之外。

第六章 止血法 Blutstillung

出血有靜脈性，動脈性，以及毛細管性（即微小血管）三種。其止血方法。可分為一時及永久兩種。茲分述如下。

(一) 一時止血法

一時止血法（Vorläufige Blutstillung）應用於偶然外傷，急救處理時。以消毒綑帶品壓迫出血部。倘在四肢有一二動脈血迸出時。同時可由末梢部纏繞卷軸帶數回。並令高舉固定肢節。如無消毒綑帶品。則可以潔淨新布片代之。倘用民間習慣。

澀施冷水洗滌，或香灰泥土等不潔物撒敷。則往往有傳染細菌危險。對於劇烈動脈性出血。可由手指壓迫動脈中樞部。四肢出血劇烈時。又可應用歐司買而喜氏 (Esmarch) 人工壓血法。

(二) 永久止血法

永久止血法 (Endgültige Blutstillung) 分有下列數種。

(一) 壓迫法 (Compression) 以防腐棉花紗布，或海碘仿紗布。栓塞壓迫。此法於開刀手術後亦多用之 (小血管受壓迫常能止血)。

(二) 燒灼法 (Thermokauterisation) 大都用派奎林氏燒灼器 (Paquelin'scher Thermokauter) 或電氣燒灼法 (Galvanokauterisation)。凡血管細小不能結紮部多用之。此法燒灼創面。能使附着之細菌死滅。且結成燒痂。復可制止血液流出。防止細菌再行侵襲。故醫界亦樂用之。

(三) 結紮法 (Unterbindung der Gefäße) 此法應用最廣。以血管鉗挾住出血之血管端。結紮時由助手提起血管鉗。醫師用細線密接箝住處。迴繞而結紮之。然後再剪斷結紮線。行此法時須注意者。即結紮血管時。須先使血管端遊離。或用鑷子壓開周圍組織而後結紮。對於大動脈。須作外科結節 (即重複打結)。小者則作單

純結節。結紮後。除去鉗子。並須審視結紮是否確實，有無滑脫。
結紮法中。除血管結紮法外。又有下列各種。

(一)纏縫結紮法(即血管周圍括約法)(Umstechung der Gefäße) 凡強固之組織。有時雖挾住其出血點尚不能止血。則須應用本法。其法於血管鉗尖端一側。用針貫通血管外之組織。引線通過之。作一單純結節。然後將鉗子倒向反對之側。將兩頭線頭分歧。迴向他側。纏繞結紮之。

(二)集束結紮法(Massensigatur) 此法之結紮。不專注重於血管。即將血管與周圍組織，併合結紮之謂。例如切離富有血管之網膜，或剝離腹膜炎性癒着。多用此法。

(三)動脈連續部結紮法(Kontinuitätsunterbindung der Arterien) 此法即結紮動脈之上流。或其本幹。概用於稍大動脈之外傷。例如因刺創，銃創，切創等。由深部之動脈出血。則擇動脈易結紮處結紮之。

對於細小血管，不能結紮時。又多應用止血藥品。例如千倍腎上腺鹽液有收縮局部小血管效力。過鹽化鐵液有凝固蛋白質止血作用。他若單甯酸，沒食子酸，明礬末等。均可應用。詳見藥物學止血劑章中。

(附) 歐司買而希氏人工驅血法

人工驅血法 (Künstliche Blutleere) 創於一八七三年。由歐司買而希氏 (Esmarch) 發明故名。四肢手術時大多應用之。其裝置係用橡皮帶及橡皮管所成。管之兩端。附有金屬鈎及小圈。以便固定。用時先用剃刀剃去肢節上之毛。並行消毒。然後令其高舉。以 (Esmarch) 橡皮帶。由肢節末端。加以適當之牽引。纏繞至手術部上方。即於其下端。用橡皮管鈎牢固縛定。迨後將帶除去之。

此法應用於切斷術，關節離斷術，切除術，腐骨摘出術時。可使該肢節出血減少。切斷後故得從容以鉗子結紮其主要血管。此為其特長。惟施行本法時宜注意者。即手術後。須先紮好血管。然後始可將橡皮帶除去。再施行驅血法後。又須將患肢高舉二十四小時。以防後出血。

第七章 植皮術 Hauttransplantation

植皮術者。乃取生活組織以補缺損組織之法也。凡因手術或外傷而成之新鮮皮膚缺損，腐骨摘出後之潰瘍等時。均可應用之。

植皮術亦為普通成形手術。不可不嚴守防腐法。而於皮膚缺損部尤然。故於陳舊

之缺損。應俟其炎症狀態消退，肉芽面清潔後，方可施行。其方法有數種。茲分述如下。

(一) 替耳什氏(Thiersch)表皮移植術

表皮移植術(Epidermistransplantation)施行之前。須先注意其缺損部。如爲新鮮創面。則須十分止血。倘爲陳舊之肉芽創面。須先用銳匙括去肉芽層。並用刷子拭使清潔。

採取填補之材料(卽皮瓣)。可於患者自己或他人之大腿或上膊等處切取之。其切取法。先以左手拇指及食指。將預備切除部皮膚緊張。或令助手手行之。然後用大剃刀或特式之植皮刀(此種用刀。須先浸入酒精。然後取出拭清。再用消毒食鹽水洗滌)。斜向皮膚面切入。前後移動。如引鋸狀。徐徐平等進行。所取皮片宜菲薄。切下後放於扁平之莖上(有專放皮片之特製莖)。以消息子尖端。撥移於缺損部。使皮瓣邊緣。互相接觸。此時宜注意者。卽皮瓣邊緣有無翻轉，或空氣及液體潛伏於下。

植皮手術完竣後。宜以乾燥殺菌紗布被覆。或用浸於生理食鹽水中之紗布亦可。後以亞麻仁油紙及棉花掩蓋於其上。而縛以卷軸帶。隔四日至八日。卽交換其上

層之綑帶。其最下層之紗布。可放置之。待表皮癒合後。即能自行脫落。

(二) 克勞斯氏 (Krause) 真皮移植術

真皮移植術 (Kutistransplantation) 切取皮膚任意大之皮瓣。用剪刀除盡皮下組織及脂肪組織。以之移植於缺損部而縫合之。術時亦須注意防腐法及止血法。術後之綑帶。亦須乾燥之殺菌紗布爲妥。約隔三四日。施行交換。其癒着時期。約經三四週。此法據外科醫生實驗報告。不及上法佳良。

(附) 粘膜移植法

粘膜移植法 (Transplantation von Schleimhaut) 由翠而尼氏及武安而夫雷氏 (Cerny u. Wollfer) 所提倡發明。即以剝離薄粘膜片而移植於粘膜缺損部。然後縫合固定之。大都應用於尿道口鼻粘膜及結膜缺損症。其材料都取自陰道粘膜或口粘膜等處。

第八章 手術時猝變之救治法 *Behandlung der Operationszufälle*

醫師施行手術。事屬尋常。但間有發生猝變。其原因大都屬於手術拙劣，麻醉過多，以及診斷疎忽，未能詳考患者之體質所致。茲述主要數種述之。以備學者注

意焉。

(一)失神(Ohnmacht) 不用麻醉藥而動手術時往往遇見。蓋神經性及貧血性之患者。驟視刀刃或特異之醫械。心中發生異常驚駭。醫生不用藥以鎮其痛。貿然施術。患者自必突然恐怖。而發現本症。其狀態以顏面蒼白，冷汗淋漓，心窩苦悶，噁心爲前驅。繼卽神識喪失，昏倒如酒醉然。有歇司的里(Hysteria)病之患者，且併發痙攣。其救治方法。宜令患者平臥。以冷水灌其面部。再用濕布摩擦足蹠。給與酒類興奮。並嗅入阿母尼亞水(Aq. Ammonia)。同時又須注意新鮮空氣之吸入。

(二)出血(Blutung) 手術中之出血。均可依照種種止血法。設法使之止血。大概無甚危險。不足爲慮。惟有一種血友病人。具特異體質。每因極小手術。而發極危險之出血。不可不注意。查血友病。概多遺傳性。其原因有謂血管壁薄弱，易於破裂。有謂動脈壁肌層發育不完，而收縮力微弱。有謂大動脈幹狹窄，壓力不平均。有謂血液中含有異常成分，而妨礙其凝固。究竟以何者爲正確。在現代醫學。尙不能切實而證明之。有血友病體質之人。往往因極小外傷。如針刺，蟲咬等。而卽發大出血。有僅因拔除齒牙。而卽造成致死之出血原因者。更有毫無外

因。亦能自行流血於皮下，粘膜，及關節，胃腸，尿道等。此血友病性患者之出血。實驗上應用種種止血方法。都屬無效。吾人欲求血友病之療法。不可不先講預防。對於血友病家族及易出血之孩童。宜時食滋養品。多吸新鮮空氣，戶外運動，及其他強壯等法。使其體質改良。而達強健目的。並須防避創傷。非萬不得已。亦宜忌動手術。種痘亦當慎重。倘已發生出血。則用血管結紮法，栓塞法，指壓法，燒灼法。或用鹽化腎上腺液(Adrenalin)塗布注射。或用白阿膠液(Gelatin alba)注入皮下。又手術前為預防計。可使內服石灰鹽類(例如氯化鈣，食鹽等)。以促血液凝固。至於麥角，醋酸鉛等內服。根據實驗。殊難奏效。

(二)空氣竄入靜脈(Luftintritt in die Venen) 此即所謂空氣栓塞(Luftembolie)。危險非常。大概由手術不慎而起。其症狀為胸內苦悶，呼吸困難，顏面青紫，瞳孔散大，脈搏細弱，失神痙攣等。其所以危險之原理。乃因心肺兩臟發生障礙及腦貧血。所吸引之空氣。先蓄積於右心室。次由右心室達肺臟。填塞肺動脈。左心室遂不得受容新鮮血液。腦及延髓之血行循環。發生障礙而營養告絕。亦有只因空氣蓄積於右心室。妨害收縮。而發心臟麻痺，或肺臟循環不靈而死者。

本病無良好救治方法。倘因頸部及胸部手術，誤將靜脈損傷時。急宜速加結紮。

如有空氣竄入。則於吸氣時。以指壓閉靜脈創口。呼氣時放去。再可壓歙兩側胸廓。以助其空氣排出。同時用生理食鹽水滿注創內。以防空氣再有竄入。此種緊急救治。在醫學上。雖載有辦法。但實際上。預後均難佳良。故醫者施行手術。對於附近大靜脈時。不可不注意。再普通靜脈注射。亦必須先將針管中之空氣推盡。否則藥液同空氣同時射進。其發生危險。亦與上相同。故又不可不慎重也。

第九章 手術後療法 *Nachbehandlung der Operation*

手術後療法者。即手術後之處置方法也。分小手術及大手術兩種。

(一) 手術後療法

手續較為簡易。即手術完畢後。將附着於開刀部皮膚之血斑及污點等。以布片或棉花。浸蘸酒精。十分拭淨。再用沃度丁幾塗布創口。以防細菌侵入。次乃以消毒紗布覆蓋於手術部(或用海碘仿紗布。或用普通消毒紗布均可)。再用紗布棉花摺疊。覆於其上。然後纏以綳帶。極小之創口。則不用綳帶。用絆創膏貼住紗布即可。

(二) 大手術後療法

施行包紮手續完畢。須注意下列數點。

(一)安靜 手術後務使手術部安靜。倘手術在四肢。並宜鉛直高舉。如是則可減輕疼痛及鬱血。

(二)注意患者精神 倘患者精神疲乏。脈搏細微。是則有心臟衰弱狀態。須內服強心劑或酒類，或注射樟腦，狄加林等。

(三)體溫 一日必須檢查一二次。蓋檢體溫。爲外科上極重要事項。大概手術消毒完全者。都不發熱。倘消毒不嚴密。則體溫卽見昇騰。局部亦必感覺異常疼痛。須速行綑帶交換。並檢視其創傷。此時如發見縫合針孔輕度腫脹發赤。則宜除去一二縫合線。以鬆創緣之緊張。同時交換紗布栓塞之。倘非關手術傳染，而因血腫發熱者。大抵其熱。經一二日卽能自退。

(四)病體宜煖 病人身體不宜受冷。故在天寒之際。宜用湯壺。平時亦宜多用被褥。

(五)口渴 全身麻醉後。患者必感大渴。其醫治方法。可用生理食鹽水。行皮下注射。或注入直腸。倘口渴不甚劇烈時。祇須以冷水含嗽。或時時以冰塊冷卻其唇已足。多飲水料。易起嘔吐。恐更增病苦。故宜勸戒痛人。悉心耐守。

(六) 噁心及嘔吐。大抵亦因全身麻醉而起。劇甚時。可注射嗎啡。不甚劇時。可放置之。不久能自行消退。對於頑固之嘔吐。可行胃洗滌。在嘔吐時期中。不宜飲食。

(七) 飲食物。手術之當日。通常不與飲食。惟俟麻醉作用消退後。宜速以易消化之食物。以防其衰弱。初試以茶。倘無噁心。然後與以食物。虛弱患者。再可飲比較多量之酒類。

(八) 創傷痛。手術後第一日。其手術局部。有發生劇痛者。可注射嗎啡。或內服凡拉蒙 (Veramon) 阿司必林 (Aspirin) 痛必靈 (Tombelin) 等。不眠可按以薩耳佛那耳 (Sulfonal) 浮羅那兒 (Veronal) 密底拿 (Madinat) 等催眠藥。倘有不安狀態。可給服溴素劑。惟不宜濫用。

第十章 綑帶交換法 Verbandwechsel

外科手術後。不論大小創傷。均須使用綑帶。已如上述。通常交換時期。視疾病種類而異。大抵創傷劇重。分泌液多量時。須每日更換。創面清潔。創液不多時。則間日亦不妨。

交換綑帶之先。須準備器械及綑帶材料。醫師之手指及應用之器械。嚴行消毒。先解除卷軸帶（即外面絆紮之帶），及創面上所蓋之紗布等。次用殺菌消毒棉花。蘸石炭酸水，或硼酸水，或過酸化水素，洗清創口及創內。再用消毒乾棉花或紗布。拭清壓乾之。創口深陷。如有栓塞海碘仿紗布在內時。又須將鉗子箝去之。重剪海碘仿紗布細條。用消息子塞入更換。倘創面坦平。則僅須撒布少量海碘仿或其他防腐藥。然後再用殺菌消毒紗布摺疊蓋覆。或貼以象皮膏固定。或用卷軸帶均無不可（極小創傷。祇須象皮膏貼住便可。不必用卷軸帶）。此對於小創傷普通外科綑帶之交換情形也。

至對於較大手術部之綑帶交換。除去綑帶時。又須先用消毒之手指。輕壓患部。詳檢創液。有否滯留蓄積。倘排膿管中。膿液充滿。則拔去易以新殺菌者。倘血液閉塞。則以消息子通之。倘縫合線緊張。恐絞斷皮肉。則速切斷之。倘創液鬱滯化膿。創面發赤腫脹。則切開插入排膿管。

其他交換時之創液拭清。創口蓋覆。與上相同。不再贅述。

（附註）凡患部之紗布綑帶。被創液粘着不易揭開時。可先用消毒藥水濕潤。又象皮膏貼住緊牢時。可用朋淨（Bain's）或酒精拭除之。

第十一章 綑帶使用法 Anwendung der Verbände

綑帶一名卷軸帶。以棉紗，洋布或麻布剪成細長帶狀。每條約闊一寸半至二寸許。卷作圓柱狀以便應用。綑帶細分種類。有單頭帶，二頭帶，多頭帶，以及丁字帶等。

(一)單頭帶(Einköpfige Binde)爲外科中最廣用之綑帶。由一端卷成圓柱形。
(二)二頭帶(Zweiköpfige Binde)由帶之兩端卷成兩圓柱形。適用於纏繞頭部外傷手術及切斷端。

(三)多頭帶(Mehrköpfige Binde)乃以多數短帶製成。又名司庫而推忒氏(Sculter)多頭帶。

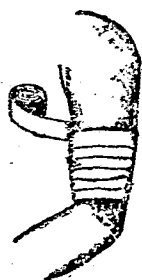
(四)丁字帶(T-Binde)爲多頭帶之一種。乃縫合一帶於他帶之中央。適用於骨盤部或頭部。

其纏用綑帶方法。亦有種種。茲列述如下。



蛇形帶

(一)蛇形帶 先以綑帶環狀纏繞(即普通圍繞·又名環行)兩回。以資固定。次牽引綑帶之一端。由下至上。纏絡數回。每回並不密接。多爲急速固定罨包材料或副木等之用



螺旋帶

。繞至適宜時。再行環狀纏繞二三回。以剪刀剪斷。將剪頭拉開爲二。卽行打結固定。或用針扣着均可。

(二)螺旋帶 綑帶固定之後。順次斜繞。每回繞帶。均蓋覆前帶二分之一，或三分之一。

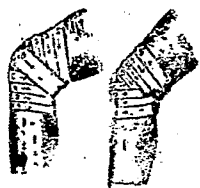
折轉帶

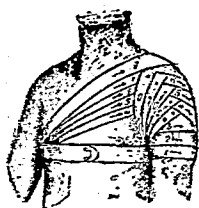


(三)折轉帶 以尋常螺旋帶纏繞臂肱下腿等高低不平之部位。往往容易脫落。故宜應用此法。以矯其弊。其法先行環狀帶。纏至一定處。以左手拇指捺住綑帶。右手引帶折轉之。使上邊折爲下邊。外面折爲內面。向下迴轉至一定處。仍折轉如前。如是反覆繞至適當處。再作環形。並固定帶端。

(四)交叉帶 此式形似龜甲。故又名龜甲帶。應用於下肢膝部屈伸之處。先纏環形帶一二回於下腿。旋即斜過膝窩窩。上至大腿作半環形後。交互纏絡膝關節之上下兩部。而結其終端於關節中央。或先由膝關節中央。依次纏絡其上下兩方。終則環狀於股或下腿。此兩種交叉帶。肘關節絆紮時亦應用之。

(五)人字帶 此式左右交叉。形如人字故名。用於肩頭，鼠蹊





腋 麥 穗 帶

部等移動之處。先用環狀法由腋內側。迂迴肩胛。經背部及對側腋窩。復還至肩胛上。終則環行於胸廓以固定之。此種

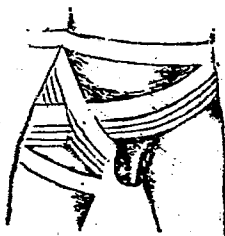
紮帶用法。又名腋麥穗帶。

對於鼠蹊部。可先用環狀纏於股上部

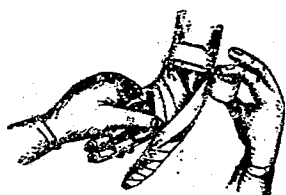
。如在右側，則經右臀部，薦骨部。

再纏引至左側之上部。次經腹下及鼠蹊部。至股後外側。繞其內側。反覆數次。終則環繞於腰際二三回而止。此種

紮帶用法。又名籠臼麥穗帶。



籠 臼 麥 穗 帶



全 指 帶

(六)帽狀帶 此式應用於頭部。以其形如帽故名。其法先貼兩

頭帶於額之中央。即以其兩頭。繞顛側。交叉於枕骨部。次則

引其一端。反折經頂至前額。以指壓住此帶

指再將該帶返折回至枕骨部。如是反覆行之。

至頭部完全覆蓋後。則將他端之帶。行環狀

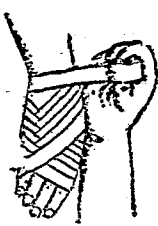
纏絡於顛之周圍。以安全針固定之。

(七)全指帶 應用於手指部。先以小卷軸帶環行於腕關節部。



帽 狀 帶

次經手背至患指。行螺旋狀之纏絡。終歸腕關節部以環行而終。或先以指端纏絡。然後固定於腕關節部亦可。倘並欲包沒指尖。則由腕關節引帶端。將指尖纏沒。再以環形帶固定之。

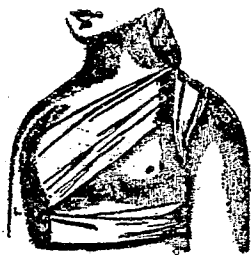


手帶

(八)手麥穗帶 先環行於腕關節部。次作十字形或8形。漸達指部。終復環行於腕關節端固定之。

(九)胸廓卷軸帶 胸廓之卷軸帶。用環狀法。或兼折轉。又或自下作環行。漸次上昇。纏絡於肩胛部及腋窩。

(十)提乳帶 婦女施行胸廓包紮。則又有用提乳帶。先行環繞於胸廓下部。斜包乳房下緣。超過他側肩胛。繞腋。經背部。還至乳房。反覆纏絡。始則包乳下緣。次則包其上緣。終乃包其中央。環行於胸廓下部。以收帶端。又有所謂複提乳帶。即行前法於兩側。以包兩乳。此外尚有鑿帶，隻眼帶，及雙眼帶。



提乳帶

(十一)鑿帶 應用於足部。先行環繞於足趾後方。次螺旋上行三四回。終作人字形。交叉於足關節前面。終則環行於足踝。如欲並纏足踵。可如B圖。如欲包沒足

總部。須寬緊得所並須稀密適宜。太寬易脫。太緊不舒。太稀恐不穩。太密又感浪費。故吾人使用。極宜注意。
再解除卷軸帶。亦有一定規則。先解其固定部。然後反對纏絡之順序。順次解除。而收集於掌中。或用剪刀剪除之亦可。



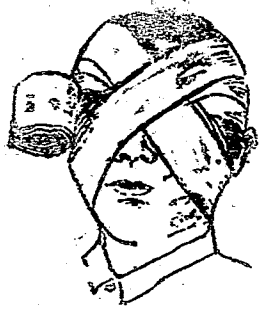
(B) 帶



(A) 帶

趾。則可參照全指帶。
(五) 隻眼帶及雙眼帶 應於眼部。將綑帶之一端。固定於額之中央。持他端環頭二三回。後由頭部斜絡顱骨。包護一眼。此即隻眼帶。倘欲包護兩眼時。則用綑帶環繞頭部後。交互纏絡。作人字形。順次重疊。其交叉點集於兩眼中間(此即雙眼帶)。最後用安全針固定帶端。或將帶端分開而結住之。

(附註) 綑帶用手指或用一種綑帶迴轉器(又稱捲綑帶器)卷之。又纏繞卷軸帶於



雙眼帶



隻眼帶

又纏帶包蓋患部。有時被膿液粘牢。一時不能解下時。須先以溫湯或石炭酸水濕潤之。

(附) 不動固定纏帶及副子

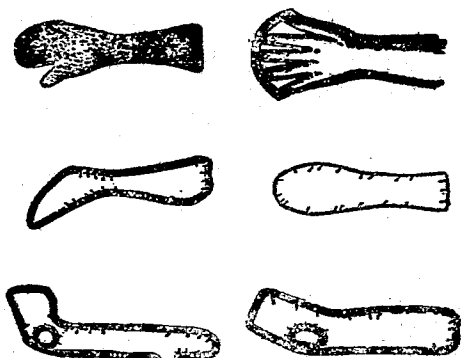
凡骨折脫臼，關節炎，關節切除術，切骨術等手術後。常用不動固定纏帶。固定患部。以制運動。硬化性物質有種種。最良最廣用者。莫如石膏纏帶。

石膏纏帶(Gypsverband) 爲含水之燒石膏。纏帶製時用無水石膏。混和以水。或水浸數分鐘後。即起化學變化。而形成硬固物質。

石膏纏帶用法 先以柔軟之絨布帶纏絡局部而包以棉花。其上復以單層布帶固定之。於不宜壓迫之部位。則禦以厚層棉花。乃將豫備之石膏纏帶。投水中。約十五秒鐘。俟其不發氣泡。即絞以纏絡局部。但宜鬆。勿用力牽引。以防纏帶過狹。傷害肢節。且纏絡不必行折轉法。即稍有皺襞。以手撫之。可使適合體部。纏絡後。即將石膏末和水或泥塗於其上。但宜均勻滑澤。纏帶於塗布時。雖已硬固。而乾燥硬化。須費二小時。倘欲迅速硬化。可減混合之水量。或加食鹽。明礬等。如欲硬化遲緩。則增多水量。或加糊膠，牛乳，麥酒，礪砂等於水中。

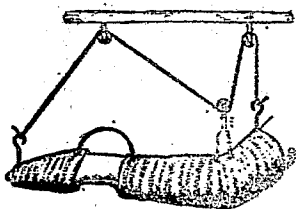
副子(Schiene) 用木材，或厚紙，或金屬，或石膏等所製成。主用於骨折療法。其種類及形狀甚多。有副木，厚紙副子，金屬副子，石膏副子，肱副子，手臂副

病情而選用之。
此外尚有重錘伸展法(Gewichtsex-
tension), 懸吊法(Suspension)。

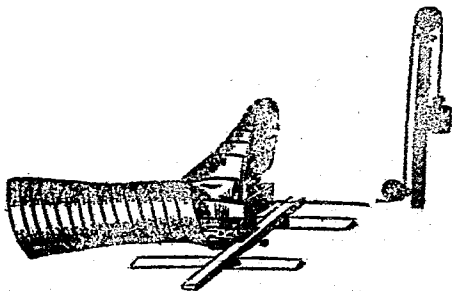
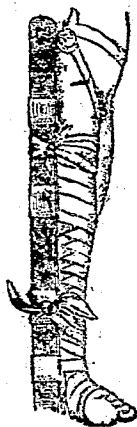


手 臂 副 子 之 種 種

子，迴後
副子，重
複副子，
背側副子
，關節副子等種種之
別。目的均以固定患
部。隨疾病之部位與



懸 吊 法



應 用 副 子 及 重 錘 伸 展 之 狀 况

即應用副木或足板固定患肢後再懸以重錘，或用提懸副子後再行懸吊。應用於四肢關節慢性疾患或高度骨折。以防肌肉攣縮或關節強直。

第三章 綑帕之用法 *Anwendung der Verbandtücher*

綑帕又名三角巾。應用於倉猝遇險。急救創傷。頗覺便利。其帕通常作為三角或四角形。其用法隨身體部位而異。舉述如下。



頭 額 綑 帕

(一) 頭額受傷 可將三角巾反覆對摺。折轉邊齊兩眉。引兩角循耳後至後頭。打結於後。如巾廣闊。更可引兩角回至前額。然後打結。其自頭頂包過垂於後項之一角。則塞入

打結之兩角內。仍翻轉向上。用針固定。

(二) 面部受傷 如一目或兩目刺傷，鼻部切傷，下頷脫臼等。可取綑帕如前摺作數層。將傷處遮住或托起。引兩角於面之一隅打結。或用針固定。



面 部 綑 帕



大擔布

。以針與之固定。
(五) 背脊受傷 包紮與胸部同。惟以背為前。打結於胸前耳。

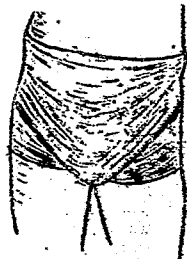


(三) 頸項受傷 以三角巾摺轉圍繞頸部。或向上打結至頭頂亦可。包紮甚易。
(四) 胸部受傷 以三角巾之中央當胸前。尖角垂患側肩後。折轉邊齊胸圍。引其他兩角循左右腋。回向背後而打結。再拉下垂於肩後之角



大擔布

(六) 腹部受傷 可用大綱帕摺疊數層。置於前腹壁。亦引兩角打結腰後。
(七) 四肢受傷



腹部綱帕

以大三角巾或小三角巾，摺疊圍繞包裹。打結於背面或側面。

(八)前臂受傷。將三角巾之一角。放置於健側之肩而垂於後背。以患臂放置於三角巾中央。再以他角向上包裹牽引至傷臂之肩上。與垂於健側肩後之一角。打結收束。再將肘後餘下之尖角。反折向前。用針固定。此名大擔布。另有一法。以三角巾摺疊如綑帶。兩角繞頸而打結於後。將傷臂穿入提起。此名小擔布。三角巾之用法。以此為最多。

(九)肩部受傷。用全巾或半巾一塊。折疊作數層。以兩角打結。如前小擔布法。吊傷臂於頸項間。以另一巾包圍受傷之肩。尖角向頸。嵌入頸部之吊帕。翻轉而用針固定。



手部綑帕

(十)手部受傷。以三角巾之中央部墊手掌下。尖角將指頭包沒。兩角交叉其上。打結手背腕關節。或將三角巾疊作數層。包手掌作斜十字形或人字帶。引兩角向上。然後打結亦可。

(十一)臀部受傷。用三角巾折轉邊緣。蓋覆於臀之上部。引兩角纏腰部二回。而後打結或用別針固定。其對折轉邊之尖角。則自後



引前。出自胯下。更向上與褲帶相連結（與腹部綑帕
足用法相似）。
部（十二）足部受傷，將三角巾之折轉邊齊脚跟。尖角向前
及左右。平鋪脚底。取脚前尖角。包轉至脚背（宛如
舊時包脚布法）。引兩角纏繞足踝周圍。終乃打結於
足踝前面。

第三章 輸血及瀉血法 Bluttransfusion und Blutenziehung

(一) 輸血法

輸血法者。將健康者血管內之血液，輸入於患者血管內之法也。一六三八年英國
撲特（Potter）始創動物輸血法。三十年後。法國得尼（Dennis）以羊血輸入人體。
其後有謂人類間之血液。可相接受。惟以方法不精。學理不明。試驗每遭失敗。
其試行輸血法而成功者。首爲克里來（Crile）。嘗以動靜脈管直接吻合。而行直接
輸血法。惟手續繁瑣。頗難實用。一九一四年至一九一五年間。哈斯丁（Hustin）
、阿哥特（Agote）、赫頓（Hedon）氏等。研究防止血液凝固作用之方法成功後。此

法始能通行。

輸血法之適用。以大失血爲最有效。此外惡性貧血，血友病，瓦斯中毒，其他中毒症，虛脫等。亦可應用。惟準備施術之前。須選體格強壯給血之人。除檢定不可有梅毒，結核，瘧疾等傳染病外。並須注意給血與受血者之血型。一般以性質相仿卽所謂同型爲最宜。

(一)給血者之準備 上膊施以鬱血帶。使肘關節之靜脈怒張。用酒精或碘酒消毒皮膚。在局部麻醉之下。施行切開。結紮露出靜脈之中樞端。以止血鉗子夾其末梢端。於其兩端中央部之上壁。施以小橫切開。該部注一〇%枸橼鈉液。以防血液之凝固。

(二)受血者之準備 同上述方法。露出肘靜脈兩端。夾以止血鉗子。施行切開。

(三)採血手續 分述如下。

(1)給血者與受血之準備終了時。取已經煮沸消毒之五〇〇西西之採血管。注入一〇%枸橼酸鈉液。約三〇西西於其內。以濕潤其全內面之後。殘留一定量。使自他端流出(一定量云者。例如輸血量二五〇西西爲一〇西西，五〇〇西西爲二〇西西)。

(2) 次將採血管下端之細管。插入給血者之靜脈切開孔內。除去靜脈末梢端之止血鉗子。利用陰壓。可吸引血液。此際不絕震動採血管。使血液與枸櫞酸鈉水充分混和。以防血液之凝固。

(3) 約在二三分鐘間。採得所要之血量(通常二五〇—五〇〇西西)。拔去採血管。末梢端夾以止血鉗子以止血。(用此法所採之枸櫞酸血，如保存冰箱中。於一週內。均堪使用)。

(四) 給血手續 將採血管之下端細管。插入受血者之靜脈切開孔。細管之方向。與採血時相反。即向中樞進行。注入血液。以徐緩爲宜。不可過速。

以上爲間接輸血法。此外尚有直接輸血法。術時令給血者及受血者兩肘以反對方向。置於手術臺。術者將輸血器置於兩者之間。器之兩端。均連有象皮帶及針管。一端刺入給血者肘中靜脈。他端則刺入受血者之肘中靜脈。本法手續雖似簡易。但易發生血液凝固。頗多危險。不如上法爲妥。

(附註) (1) 輸血法雖爲近代醫學上發見之血液良好補充新法。但按諸實際。施行極多不便。故通常遇大失血等。仍多沿用食鹽水注入法。

(2) 查出血死亡原因。學者有謂因亡失赤血球。血色素減少，攝取養氣之能力減退，遂致窒息。但亦有

學者認為真正原因。乃在血管之容積，與其內容之關係。蓋血管系統。有一定容積，容有一定血液。若一旦內容減少。則血液不能充塞血管全部。而一部空虛。故其心臟初則雖能動作。繼則如空虛之唧筒。不復能輸送少量之血液於血管系。故速宜輸入液體。使血管系統充實。維持心臟功用。生理食鹽水治療大失血所以能奏效原理。即此故也。

(二) 瀉血法

瀉血法者。即將患者血液設法減少之法也。外科上之適用。以消炎，減輕充血為目的。內科中於各種中毒（尿毒症，糖尿病性昏迷），急性腳氣，心臟代償機能障礙等用之。又腦出血（中風）。亦有主張施行本法者。惟實際未必確有大效。

本技術式。用鬱血帶緊縛患者上臍而使肘窩之表在靜脈膨起。將該部皮膚消毒。沿靜脈之縱軸而斜行穿刺。或以尖刀之刀刃。向上方穿入。其尖端於靜脈之側面。自內向外橫斷靜脈壁。通常一次瀉出靜脈血。為二〇〇至四〇〇西西。視病情之重輕及患者體質之強弱為斷。

此外尚有水蛭瀉血法。即將皮膚拭清。用水蛭（*hirudo*）十至二十條。包以濕布或放入吸角。或置小杯內。壓着皮膚面。使之吸血。平均約三十分鐘自能脫落。更有所謂亂刺法者。即以亂刺刀亂刺患部而瀉血。消炎目的時用之。

(附註) 瀉血法盛行於曩昔。現時則應用較少。

第四章 開腹術 *Laparotomie, Koielotomie*

外科中應用開腹手術甚少。且不易實行。茲舉述概要。以供參考。

(一) 手術準備 如胃手術則須洗胃，腸手術則須灌腸。又手術前必放尿。衰弱者先行注射興奮劑或食鹽水。次行全身麻醉及局部消毒。

(二) 開腹術式 先將皮膚切開。術式因目的不同而有種種。例如中央切開法，副中央縱切開法，斜切開法，角狀切開法，橫切開法等。但通常於白線上中央切開為多。皮膚既切開後。再切脂肪組織，肌肉，而達於腹膜。然後用有鈎鑷子二個撮起腹膜。於其中間行小切開。插入有溝消息子，手指，或紗布。以防腸管及網膜之損傷。乃用剪刀沿此漸次開大。將切開腹膜創緣之各處。夾以腹膜鉗而與皮膚密着。切開創不必過大。又切開下腹部。宜注意膀胱之損傷。腹腔既被開放。術者速宜將手術部分。以消毒紗布隔離其周圍。並壓抵腸管。以防脫出。

手術中須絕對注意防腐法。手術務求迅速。但過於匆促。易生副損傷及異物誤留腹腔等之弊。不可不注意。

對於腹腔縫合。通常施三層縫合法。初以連續縫合閉鎖腹膜。次以同樣之連續縫合將肌膜及肌肉同時縫合。最後於皮膚施以結節縫合。但欲求手術結局迅速之時。則僅施二層縫合。即腹膜與肌膜肌肉同時縫合後。施以皮膚縫合。

(三)後療法 患者取仰臥位。命其絕對安靜。術後二十四小時內。完全禁止飲食。口渴者可含冰片或飲少量鹽酸里母乃特(清涼劑)。至第二日可給服粥湯等流動食。漸移行於固形成分。術後每起尿閉。可用消毒尿道導管放尿。便祕經久倘覺腹部膨滿時。可行灌腸。又體溫，脈搏，全身狀態。均須注意。如虛脫徵兆時。宜速用興奮藥，或注射生理食鹽水，或行輸血法。經過倘無異常。約兩星期左右可行拔線。

第五章 四肢切斷術及關節離斷術

Amputation des Extremität

切斷術者。由四肢之連續部切斷其一部之謂。關節離斷術者。乃由關節內離斷肢節之謂。

應用本術之適應範圍。為四肢之高度急性或蔓延性，或腐敗性炎症，有全身化膿傳染危及生命時。此外四肢之惡性腫瘍，骨及關節之高度結核，肢節之壞疽，廣

泛部之下腿潰瘍。亦得適用。

(一) 四肢切斷術

行全身麻醉。局部嚴行消毒。並剃去肢節毳毛。患者取適當臥位。將患肢高舉。縛以歐司買而希氏人工驅血帶。

(一) 環狀切法。可分爲二種術式。

(1) 一次環狀切法。令助手牽引切斷部皮膚。向上緊張。術者持刀將刀面向上。先於反對側自前方迴向後方。切離軟部約達三分之二。次將上方殘留之軟部切離。軟部完全切離後。用刮子剝離骨膜。露出骨面。用把骨鉗子固持骨端而鋸斷之。骨之切離。最重要器械爲弓鋸。倘鋸斷後骨片突出。則用骨鉗子，骨剪刀，刺鋸等除去之。再以骨銼子銼平骨端而使平滑。本法現時罕用。因對肌肉強大者不能適用。惟於重症病人冀其迅速終了手術時行之。

(2) 二次環狀切法。先將皮膚環狀切開。以達肌膜。令助手將皮膚強力牽向上方。術者持刀稍向上斜。隨牽隨將皮膚與肌膜剝離而翻轉之。如袖口然。是曰皮袖。以備包裹骨端之用。其長徑須與患肢斷端之半徑相等。倘切斷端之上方極大，皮袖之切斷端狹小。則於皮袖一側或相對之兩側行縱切開。皮

袖翻轉後。卽於密接翻轉部。切離其他軟部而達於骨。次則剝離骨膜。將骨鋸斷。與上法同。

(二)瓣狀切法。於肢節內外。切離皮膚分成兩半月狀瓣。前瓣大而後瓣小。或切成同長之皮瓣。由肌膜剝離翻向上方。密接其基底部。切斷肌層以達於骨。其餘悉與上法同。

(二) 關節離斷術

一切準備與切斷術同。其離斷順序。亦如上法。先切開局部皮膚造成皮瓣。或行二次環狀切開。剝離骨膜後。強度屈曲關節。使關節頭與關節窩顯著露出。於是牽引關節韌帶而切斷之。倘滑液膜已罹病變。亦可同時剪除。

行切斷術或關節離斷術出血時。卽以紗布壓視出血之動靜脈斷端。並以動脈鉗夾住之。如小血管出血。壓迫或箝住後少時開放。卽能自止。較大血管。須行結紮。然後解除驅血帶。縫合創緣之法。先縫骨膜及肌層。次及皮膚。倘手術部爲化膿性領域。有腐敗性機轉擴張之虞者。則僅將創口中央之軟部及皮膚縫合。而開放其兩側。插入排膿管。俟分泌減少，肉芽新生後。再行二次縫合。綑帶勿過度壓迫。術後高舉患肢靜臥。大抵二三日後行第一次綑帶交換。此時除去排膿管並

交換新綑帶。倘術後發熱劇痛。則須迅速行綑帶交換。待創面治愈後。須注意該肢運動。並行按摩。使肢節健強。以爲裝置義肢之備。

(附註) 行上列手術所宜預防有數端。附述如下。

(1) 肌變縮 手術後初期每有肌肉痙攣而肢節震顫者。此時可注射鹽酸嗎啡。或固定其斷端。例如應用砂囊或副木之類。

(2) 後出血 血管縮入斷端組織中一時未及結紮。或已紮而復裂。往往於術後發現出血。此即後出血。不特妨礙創傷治愈。劇甚者因出血過度亦能引起意外。故遇後出血時。應速開放創面。重行結紮。

(3) 皮瓣壞死 因皮膚薄弱營養不足。或被覆綑帶壓迫過度。往往皮瓣變黑而壞死。急宜除去該部縫線。倘壞死部廣大。則剪除之。

(4) 圓錐形斷端 此爲術後最不良之結果。由手術拙劣。皮瓣短小。不敷被覆骨端。或因皮瓣一部壞死。又或因肌肉化膿與軟部收縮之故。主徵爲骨端露出肉芽面。不結痂痕。與骨面癒着而緊張。患者自訴疼痛。往往不能裝置義肢。必須重行施術。方能告癒。

第六章 義裝法 *Prothese*

義裝法者。乃以假裝設備。補患者身體之缺損。其目的乃補足身體之外形並稍稍恢復其機能。

本法中以上肢義裝及下肢義裝較爲多見。應用於因外傷疾病行切斷術或關節離斷

外科學

二〇六

術，一部或全部缺損之後。例如裝用木手，木腳之類。該項義裝。現成製售者。均有革鈕或皮帶固定。使用頗便。

(外科學完)



