

外科學綱要

下卷

1948.9.

分類號 511

外科學綱要
下 卷

出 版 東 北 軍 區 衛 生 部

印 刷 東 北 醫 學 圖 書 印 刷 廠

1948年9月

外科學綱要目錄

下 册

第二十七章 頭部之損傷.....	1	第三十章 鼻之疾患.....	33
頭皮之損傷	1	第三十一章 舌之疾患.....	37
頭顱骨折	2	舌之上皮癌	41
穹窿骨折	3	第三十二章 涎腺,扁桃體,咽	
顱底骨折	4	及食道之疾患.....	44
頭部損傷等之顱內併發病	6	涎腺之疾患	44
腦損害	6	扁桃體之疾患	45
顱內發炎	8	咽之疾病	47
腦膜炎	9	食管之疾患	48
腦膿腫	11	第三十三章 頸部之疾患.....	50
各種顱內發炎及受壓之診斷	12	頸部之囊腫	50
顱內出血	12	割喉	51
頭部損傷之遠達結果	13	甲狀腺之疾病,萎縮及肥大	51
第二十八章 頭顱,腦,及中		甲狀腺增大,甲狀腺炎	52
耳之疾病.....	15	甲狀腺腫,單純性或實質性增大	52
頭皮之疾病	15	毒素性甲狀腺腫	55
顱骨之疾病	16	惡性疾病	57
腦積水	16	副甲狀腺	58
因腦或腦膜經顱骨突出而致		第三十四章 氣道及胸部之疾病..	58
之瘤腫	18	氣道內異物	58
顱內瘤腫	18	喉部疾患	59
大腦區域定位法	21	胸部之外科	60
中耳炎	25	第三十五章 乳房之疾病.....	66
膿性中耳炎之併發病	25	乳房之發炎性疾病	66
第二十九章 唇及頷之疾病....	27	乳房之囊腫	67
唇之疾病	27	乳房之單純性瘤腫	68
腭裂	28	乳房之惡性疾​​病	69
頷	30	乳房硬癌	69

類腦癌	71	治療	107
乳房癌之其他種類	71	特殊之種類	108
乳房肉瘤	72	第一.內部之絞窄	108
乳房惡性疾病之治療	72	內部的赫尼亞	109
第三十六章 腹部之損傷,腹膜炎...73		第二.糾纏	110
腹部之挫傷	73	第三.腸扭結	110
腹部之創傷	74	第四.腸套疊	111
腹膜炎	74	第五.因異物之腸梗阻	114
急性全部腹膜炎	75	第六.腸狹窄	115
局部腹膜炎	76	第七.腸之其他贅瘤	117
肺炎球菌性腹膜炎	76	第八.腸以外之壓力	117
慢性腹膜炎	77	第九.積囊	117
慢性腹膜滲出:腹水	78	第四十章 赫尼亞.....119	
膈肌下膿腫	79	腹股溝赫尼亞	120
第三十七章 蘭尾炎.....82		股赫尼亞	124
第三十八章 胃之損傷及疾病...87		臍赫尼亞	125
胃內之異物	89	其他類赫尼亞	126
胃之損傷	89	赫尼亞之病理情況	126
幽門先天性狹窄	90	第一.難復性赫尼亞	126
胃之急性擴張	91	第二.赫尼亞之發炎	127
胃潰瘍	92	第三.赫尼亞之梗阻	127
急性胃潰瘍或糜爛	92	第四.絞窄性赫尼亞	127
慢性胃潰瘍	93	第四十一章 結腸之疾病.....131	
慢性胃潰瘍之併發病	95	結腸之功能性疾病	132
第一.急性併發病	95	結腸之特發性擴張	132
第二.慢性併發病	96	結腸炎	134
十二指腸潰瘍	93	結腸周圍炎:憩室:憩室炎:	
胃之單純性瘤腫	90	腸脂垂之疾患	137
胃之肉瘤	90	結腸之結核病	139
胃癌	90	癌腫	140
第三十九章 腸梗阻.....103		第四十二章 直腸及肛門	
急性腸梗阻	104	之疾病.....144	
慢性腸梗阻	105	直腸之先天性畸形	144
慢性梗阻變成急性	106	直腸炎或直腸之發炎	144
鑑別診斷	106	坐骨直腸窩膿腫	145

肛門瘻管	145	第一.腎盂炎	178
肛門裂	146	第二.腎盂腎炎	178
直腸之纖維性狹窄	147	第三.腎盂積膿	178
直腸及肛門之梅毒	147	第四.周圍的腎膿腫	179
直腸及肛門之贅瘤	148	腎盂積水	179
直腸之瘡	148	腎之結核病	180
痔	151	腎結石	182
直腸脫出	152	結石性無尿	185
肛門瘙癢	153	腎之瘤腫	187
第四十三章 肝及胆管之疾患...	153	腎之惡性疾疾病	188
肝之創傷	153	腎之良性瘤腫	190
膽囊或胆管之創傷	154	大的多囊性腎	190
膽囊炎	155	腎盂之瘤腫	190
胆石	155	輸尿管皮下的損傷	191
胆瘻	159	輸尿管之手術創傷	191
肝膿腫	160	輸尿管炎	192
包虫囊	162	因瓣或狹窄所致之輸尿管梗阻	192
能動肝	164	輸尿管結石	193
肝的實體性增大	164	腎機能不全	195
膽囊及膽管之贅瘤	165	第四十六章 腹部疾病之診斷...	197
第四十四章 胰腺及脾之疾患...	166	急性腹部疾患	197
胰腺之疾患	166	慢性腹部疾病之診斷	201
胰腺炎	166	第四十七章 膀胱之疾患.....	204
胰腺囊腫	168	膀胱外翻	204
胰腺之贅瘤	169	膀胱破裂	205
脾之疾患	170	膀胱炎	205
第四十五章 腎及輸尿管之疾患.....	172	膀胱之瘤腫	207
先天性異常	172	乳頭狀瘤或絨毛狀瘤腫	207
能動腎	172	惡性贅瘤	207
腎之損傷, 壁層下的損傷	174	膀胱贅瘤之診斷	208
割傷及穿通傷	175	膀胱之結核病	208
腎周圍炎·腎周圍膿腫	175	膀胱結石	209
間質性腎炎	176	膀胱之憩室	211
腎之化膿性傳染	177	小便失禁	211
		尿潴溜	212

第四十八章 前列腺之疾病.....	213	副睪炎	231
發炎	213	睪丸炎	232
前列腺增大	214	睪丸之梅毒	233
前列腺之惡性疾	218	睪丸之結核病	233
第四十九章 尿道之疾患.....	219	睪丸之贅瘤	234
外傷性破裂	219	第五十一章 腹股溝陰囊部腫脹	
尿道狹窄	219	之診斷.....	235
尿外滲	223	第五十二章 截斷術.....	238
第五十章 男生殖器之疾病...	224	特殊的截斷術	240
陰莖之疾病	224	第五十三章 表面標誌.....	243
陰囊之上皮癌	226	頭部及頸部	243
睪丸之先天性異常	226	胸腔內臟,等	245
精索靜脈曲張	227	腹部	247
水囊腫(積水)	228	上肢	249
陰囊血腫	230	下肢	251
睪丸及副睪之發炎性疾	231		(完)

外科學綱要

A synopsis of surgery

下 册

第二十七章 頭部之損傷

(HEAD INJURIES)

頭 皮 之 損 傷

頭皮之膿腫或血腫，可繼損傷發生之。

1. 腱膜以上淺層之膿腫或血腫——小及界限不清楚。損傷輕微。
2. 腱膜下之膿腫或血腫——大及界限不清楚。僅有顱頂肌附屬處所限制。若為膿毒性時可致命。
3. 顱骨外衣下之膿腫或血腫（頭顱血腫）——因顱骨外衣埋沒於骨縫間，故膿腫或血腫係局限於一顱骨或其他骨。常見的是生產時損傷。可伴有底層的骨折，與顱骨之凹篩骨折極相似。

治療——發炎性腫脹須開放，但血液性者不能開放。

頭皮之創傷——有割傷，裂傷或刺傷。需要特別注意者有三種形態：

極易出血，由於血管一部分分裂或由於受傷之血管在頭皮緻密組織中難以找到，常須要用縫線將頭皮之全層縫合以止之。

膿毒病，常由毛髮及毛囊傳入之，並很快的變成蜂窩織炎。所以凡創傷周圍之毛髮須完全剃光。

撕脫——因髮纏繞於機器，可發現局部或全部頭皮撕脫，特別是在婦女。若脫離之部分可找到並清潔時，可使之復回並縫合之，如此可有復連之機會。不然即需要廣大的植皮術。

頭皮蜂窩織炎——因有下列原因，故頭皮蜂窩織炎特別嚴重：

1. 範圍甚廣——在腱膜下蔓延甚速，故可由額擴展至枕。
2. 腦膜的傳染——由靜脈及淋巴管穿過頭顱的擴散，很快的發現腦膜傳染。
3. 顱骨慢性骨髓炎——為板障靜脈受傳染之結果。

治療——在最低部早期作多數切口，開放引流，及反復熱敷。

外傷性頭水囊腫 (Traumatic Cephalhydrocele) ——發生於小孩，但極罕見，在頭皮下有波動性之液體腫脹。經一穹窿處之骨折而與蜘蛛膜下腔或側腦室交通。隨心跳及呼吸而有跳動。

頭 顱 骨 折

機械的因素——頭顱係一有彈力性球，對於打擊有相當的忍受性。如此，打擊可使接觸點與對側極點間向內彎曲，並在此二極點間之赤道向外凸出。因之，凡頭顱骨折均可分為：

1. 彎曲骨折——因兩極的壓迫，骨折發生在受撞之點上及其相對之點上。最常見的是在穹窿處。內板較外板更易受惠，並係一寬廣的面積。有時僅受傷處骨折，在嬰孩及老年，無板障存在，故穹窿僅裂成一塊。
2. 爆裂骨折——原發的原因係受撞點及相對抗點兩極間之擴張。發現似放射形象。最常見於顱底，因該處較厚之而抵抗力較強處間有較薄之處及孔。其裂最常見的是由顱凹向下到顱底中凹並橫過蝶鞍 (Sella turcica)。此部係在強力支柱之間，此支柱係前有額骨顱突及蝶骨小翼，後有乳突及颞骨岩部。
3. 穿刺骨折——今將最常見的一類述之如下，即：

槍傷骨折——彈道可直接穿通或切過。

在穿通骨折，最後穿過之骨板損傷最重；即損傷之入口處內板破裂最重，損傷之出口處外板破裂最重。因彈丸所致水之壓力傳到腦液中之爆裂性作用而成爆裂骨折，並有重大的搗碎。

各種力量之作用——新式來福槍在近射程內可致重大的搗碎；約在一哩處，單純的穿通；在一哩以外的來福槍，或手槍，即不能穿通，或彈丸潛伏於顱內。

預後——大約有百分之四十五致命。

治療——依腦之症狀，須在一般原則下治療之。除非局部的刺激有限定的症狀時絕不可試探以移除彈丸。

一般的探討——

顱底骨折與穹窿骨折之關係——大部分穹窿骨折亦有顱底骨折。顱底骨折則常單獨發生之。

立刻死亡——大約有三分之一在四十八小時以內因腦之併發病而死亡。

以後死亡——傷後尚生存者多死於腦膜炎。

顱骨骨折之修補——多甚遲緩，不完全，或纖維性。

穹窿骨折 (Fractures of the vault)

種類——**坼裂骨折** (除非哆開骨折, 則無症狀或病徵); **凹陷骨折**; **穿刺骨折** (見第七十七圖)

凹陷及穿刺骨折——一般係粉碎骨折。在小孩可發生**凹陷**而無骨折。**外板或內板**可單獨破裂。

因內板之支掌較少, 故一般較外板更易破裂; 動力較小的力量可使之破裂; 其破裂的力量係放射到廣大的面積上。

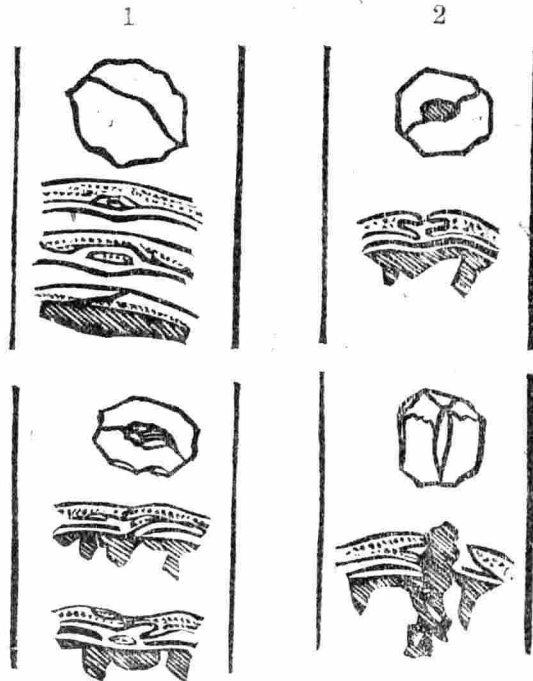
種類——

無創 (單純) 骨折或哆開骨折。

斜邊骨折——無尖銳陷下的邊緣。

溝形骨折——有尖銳陷下的邊緣。

槍傷骨折——創傷入口內板損害較重。創傷出口外板損害較重。可合併有顱底骨折。



第七十七圖 頭顱穹窿之骨折。

1. 單純骨折, 並內板破裂;
2. 內外板均折, 並腦挫傷;
- 3.

內外板均折, 並硬腦膜裂傷;
4. 顱骨骨折, 硬腦膜裂傷; 並骨之碎片驅入腦中。

原因——

1. 由打擊之震盪。

血管可被挫傷，並結果為血栓形成；或裂傷。

靜脈竇——硬腦膜下出血。

腦膜中動脈——硬腦膜外出血。

內頸動脈——動脈瘤或致命的出血。

神經可被損傷或撕裂——感覺消失；麻痺。

顱底骨折之病徵——

骨折之直接病徵——有咿軋音者極罕見。僅當碎片存在或顱骨分裂為二塊時方現有咿軋音。切忌尋找咿軋音。

尋常的病徵——即係併發病：

1. 腦震盪或腦裂傷——一般係長久昏迷。

2. 出血——

由鼻出血——因篩骨骨折（顱前凹）；蝶骨底骨折（顱中凹）；枕骨底骨折（顱後凹）。血液可被嚥下而後吐出之。

眶出血（顱前凹）——瘀斑（主要的是在下眼瞼）。結合膜下出血（在角膜下無向後的界限）。前垂（Prop tosis）。

眼眶動脈瘤——內頸動脈及海綿竇均損傷之。

耳出血（顱中凹或後凹）——中耳內小血管之裂傷，同時有鼓膜之破裂。損傷內頸動脈或各靜脈竇之一。顱底骨折損傷鼓膜，軟骨，或耳道均可致單獨的輕微出血。

在頸後部出血到肌肉中（顱後凹）——由瘀斑可知之。

3. 腦脊髓液之溢出——由鼻中或最常見是由耳中。因硬腦膜裂傷所致，一般係在內耳道。大量的溢出（一英升或數英升）。

溢液有下列性質：比重1005；鹼性；煮沸後不凝結；可使銀還原。

4. 腦質由耳中排出——罕見並僅在致命之患例見之。

5. 神經損害——

視神經或視神經束——罕見。盲目。

第三，第四，第六腦神經——常見。眼肌癱瘓。

第七及第八：各種中之最常見者，面癱瘓及耳聾。

第九，第十，第十一及第十二：罕有累及者。

如即刻發生損害者，多由破裂所致，故常為永久性；若損害係以後由骨折之包繞而發生者，一般可以恢復。

預後——恢復之預後乃其併發病。大部分的死亡係發現在傷後四十八小時以內。若在此時間以前而仍無顯著的轉好時其預後即嚴重。如係無併發病者其預後即良好；在腦損害，大血管破裂；及膿毒性併發病（腦膜炎或膿腫）：其預後均不良。

恢復完全之預後——因其遺患罕有良好者。

治療——外耳道消毒及敷裹。頭部剃光。用冰袋冷敷或涼水管。（Leiter's Tubes）。保持

身體上及精神上的絕對休息六星期。三至六個月以內須避免勞心的工作。

手術療法——若腦受壓之病徵十分顯著或第二天繼續增加時，須施行顳骨下移骨術，若需要時兩側均施行之。將硬腦膜切開並在硬腦膜下腔引流。（見後，腦受壓。）

頭部損傷等之顱內併發病

種類——

腦的——(1) 震盪；(2) 受刺激；(3) 挫傷；(4) 受壓；(5) 裂傷。

發炎性的——(1) 顳骨下膿腫；(2) 腦膜炎；(3) 靜脈竇血栓形成；(4) 腦膜腫。

出血——(1) 靜脈竇；(2) 硬腦膜外血管；(3) 硬膜腦下；(4) 蜘蛛膜下；(5) 腦的。

腦損害 (Cerebral Lesions)

腦震盪——

病理——內臟鬱血。腦有瘀斑，但無顯微鏡下之其他變化。其發生之理論：(1) 腦細胞分子的紊亂；(2) 多數性的小挫傷；(3) 因突然急性腦皮質貧血所致之血管舒縮中樞癱瘓。大概後一種理論比較正確。

症狀——

人事不省，部分的或完全的。瞳孔相等，縮小並有反應。在致命的患例其瞳孔相等，擴大，並無反應。皮膚表面灰白色，變冷，發黏。呼吸慢，淺，不規則。體溫低於正常。各種反射仍存在，即便在嚴重性患例亦存在之。除嚴重性患例外，膀胱及直腸不受損害。

繼之有下列情形之一：

1. 反應——神志恢復。體溫升高至一〇一至一〇二度。頭痛及眩暈。嘔吐。相當的過敏性。以後數天常有體溫低下及脈搏遲緩。
2. 死亡——深人事不省。體溫升高到一〇四度或更高。
3. 腦受刺激，發炎或受壓。

治療——臥牀休息數星期。頭敷冰袋。素淡飲食。

腦受刺激——此乃臨床上的觀點而非生理上的觀點。係併有一定的腦震盪的患例，特別是當有額部及枕部挫傷之患例。

症狀——腦震盪症狀可漸漸消失而由以下的症狀所代替：重大的精神上的過敏性係由倦疲的昏睡所發生。頭痛。患者彎曲在全身屈曲的位置。腦震盪之倦睡消失後繼之發生不安靜或譫忘。脈搏及呼吸不規則。過敏後繼之有癡呆。

治療——與腦震盪相同，在此類患例，為防止長久的精神性或癲癇性症狀，特別需要長期精神上與身體上的休息。

腦挫傷——此種實際上為重度的腦震盪或係輕度的腦裂傷。普通之部位是在顳葉之頂部及額葉側面下，因對側打擊之力其受患之部位常發生於受打擊之對側。

症狀——即腦震盪之症狀，但期限更長，並常繼之有相當程度的腦受壓或受刺激。恢復期延長，並其遺患較單純腦震盪更明顯。

腰椎穿刺，腦脊髓液中現有血液。

治療——臥牀休息，直到頭痛，脈搏遲緩，視網膜鬱積等消失。

腦受壓——

原因——凹陷骨折；骨之贅瘤；出血（硬腦膜外，硬腦膜下，腦內）；水腫；積膿（硬腦膜外，硬腦膜下，腦膿腫）；瘤腫。

生理——腦之受壓有二類：

1. 局部，例如，由瘤腫所致，其嚴重性與距延髓之遠近成比例。
2. 全身，例如，腦積水，此病係全部顱內循環受患。

血循環之變化——腦脊髓液最先驅出。以後即血管受壓，因靜脈之壁薄而血壓低故先受患。靜脈鬱積繼之毛細管貧血。如此即使貧血部分失去功能，若貧血在延髓內之生活中樞即死亡。

顱腔之分裂——顱腔係大腦鎌及腦幕分為三個空隙，故在發生全部受壓前可達到局部受壓之最高度。小腦幕下受壓最重要，因延髓之情況即此部位之難題。

代償性機能——若腦幕下之壓力超過動脈內之壓力，結果則因延髓貧血而死亡。但在鬱積之早期或血管舒縮中樞受輕度貧血刺激時，其血壓乃上昇。如此繼續增加直到二倍於正常之血壓。最後血壓不能再高，顱內壓力勝過之，結果即死亡。

血壓之波動——血壓有規則的擺動如同顱內之壓力及血管舒縮中樞血管內之壓力一樣係互相一致。所以血壓之改變及呼吸節律之改變係相當於延髓血循環的改變。如此可解釋切斯妥氏呼吸（Cheyne-Stokes respiration）。

症狀——

第一期——代償期。症狀甚少。頭痛與神志遲鈍。

第二期——靜脈鬱積。嚴重頭痛，與倦睡或不安靜，頭皮及眼臉血管充血。眼底現有水腫及彎曲的靜脈變大。脈搏變慢及血壓升高。

第三期——腦貧血。絕對不省人事。呼吸慢，辛苦，鼾聲。兩頰吹起。軟弱癱瘓。不良的患者有切斯妥氏呼吸。脈搏滿而慢。血壓升高。體溫一般是升高。在癱瘓側較對側更高。瞳孔不相等而有固定。各瞳孔均先收縮，繼之擴大；最初是受損側收縮，繼之對側收縮。視神經乳頭腫（Choked disc）。運動癱瘓，一般係偏癱性。膀胱癱瘓。尿潴留。直腸，括約肌癱瘓。一般對兩側反射不同。在癱瘓側反射增強。

第四期——延髓癱瘓。最初呼吸衰竭，繼之脈搏變快而弱。瞳孔擴大甚寬並係固定。血壓下降及發現死亡。

治療——

全身治療與腦震盪相同。

局部的壓迫如可能時除去其原因，例如，將骨折撬起，移除血凝塊或瘤腫，開放膿腫等。

靜脈注射高滲鹽水——靜脈注射百分之三十的氯化鈉液三十毫升。此藥可減低顱內之緊張力並減輕頭痛及昏迷。此種減輕幾乎即刻可以發生並可歷十二至三十六小時。

靜脈切開術用於極危急的患者係久被尊崇的療法。因其可減低血壓並可減弱代償機能以防延髓貧血。

腰椎穿刺乃甚危險者，因小腦及延髓已向下擠到枕骨大孔，此種常有突然死亡之結果。

顱骨下解壓術——凡局部之原因不能移除之患者均可施行之，並其病狀係在第三期時。將顱肌分開，向顱底部移除一直徑約一吋半之骨片，將硬腦膜切開，並插一引流物。此術可兩側行之。

腦裂傷——**原因——**

1. 顱部之打擊。常併發有顱骨骨折，發現在：(甲)受打擊點之下；或(乙)因對側打擊之力而在對側之點上。
2. 穿通創傷，與哆開骨折。

解剖——

即刻發生者——神經質裂傷或分開；軟腦膜出血；腦有瘀斑；出血到腦室內。

以後發生者——局部水腫；蔓延性水腫，與腦脊液之壓力增加；紅色軟化；黃色軟化，或罕見的蜘蛛膜囊腫。

症狀——裂傷無特殊症狀，但下列繼發情狀可想到為裂傷：

1. 腦震盪之症狀，繼之生腦受壓之症狀。
2. 腦震盪之症狀，併有昏迷而不減輕。
3. 腦震盪之症狀，繼之有腦受刺激之症狀。
4. 有規則成組的肌肉抽搐，抽搐部遺有癱瘓，並蔓延成有規則的遺患。
5. 體溫升高到華氏表一百零四度或更高，乃暗示裂傷之最嚴重者。

顱 內 發 炎

種類——顱內（膿腫或硬腦膜炎）；腦膜炎（急性或慢性，瀰漫性或限局性）；竇之傳染性栓形成腦組織之膿腫。

顱下膿腫——膿液積在骨及硬腦膜之間。

原因——膿毒性哆開骨折。膿毒性頭皮創傷及骨髓炎。挫傷後自身傳染。中耳疾病。

病徵及症狀——化膿之症狀。腦受壓。頭皮上有不健康的創傷與死骨片或水腫樣斑（坡特氏膨脹腫瘤——Pott's puffy tumour）。限局的頭痛及觸痛。若到運動區域時即有癱瘓或痙攣。

治療——環鑽法，撤空及引流。

腦 膜 炎 (Meningitis)

硬腦膜炎 (Pachymeningitis) ——硬腦膜局部變厚。大概是繼挫傷或骨折而生。固定的頭痛，與可能的乍克森氏癲癇 (Jacksonian epilepsy)。

急性腦膜炎——可為原發性及特發性，或繼發性及膿毒性。

原發的特發性腦膜炎——其發現似流行性腦脊髓熱，乃因細胞內雙球菌所致。在小孩基底後側腦膜炎之散發性患者，亦係同樣微生物所致。

症狀——急性起病，與頭痛及寒戰，嘔吐，畏光，視神經炎。顯著的頭仰縮及四肢痙攣。若不立刻死亡時即易成腦積水或癲癇。

治療——如有腦積水時即用反復的腰椎穿刺術及腦室穿刺術。

急性膿毒性腦膜炎——係經過鼻竇化膿球菌之傳染所致，此種傳染續發於穹窿骨折者常為鏈球菌，繼顛底骨折者則為肺炎球菌。

原因——頭皮或眼眶之膿毒性創傷。鼻腔或鼻竇之化膿。由咽部或咽門之傳染。中耳炎之擴散。

症狀——在受損傷後四十八小時很快的發生症狀。嚴重頭痛。腦型嘔吐。畏光。腦受刺激，繼之有譫忘及高聲呼號，並最後是腦受壓之病徵。肌肉痙攣及顫搐。頭仰縮。高熱，最初有寒戰。

在凸面性腦膜炎——特殊的一組肌肉驚厥。

在顛底腦膜炎——視神經炎；斜視，乃運動神經癱瘓所致；顯著的頭仰縮。

在診斷及治療上用腰椎穿刺術有極大的價值。由第三及第四腰椎間施行之。如壓力增加時腦脊髓液之流出即似射出。其中有多數淋巴細胞；在膿毒性腦膜炎為多形性並在結核性腦膜炎為淋巴球。亦有病原性細菌，由此可製出菌液。在基底後側患例其腦脊髓液多為無菌性。

解剖——硬腦膜及軟腦膜，腦質，及脈絡叢之血管充血。蜘蛛膜變厚及混濁。腐化的血清及膿液充滿蜘蛛膜下腔。腦回變平。腦室擴張。

治療——休息及治療全身發熱病症。頭部冷敷。反復腰椎穿刺術。

枕下引流——當患者因粘連而腦脊液不能流到脊膜而難於應用腰椎引流時，在枕外粗隆下之枕骨中部用環鑽鑽頭引流為最後的方法。

慢性腦膜炎——為外傷性或梅毒性。

原因——頭部局部的損傷。

病理——腦膜有變厚斑。可向上粘連到骨或向下粘連到腦。

症狀——常久的，固定的及限局的頭痛；局部的觸痛；有外傷性癲癇的可能；精神上的不安定；酒精中毒之症狀。

治療——長期休息。避免刺激。忌酒。頭皮用起炮劑。小量的汞。症狀已確定限局時用環鑽鑽開。

梅毒性腦膜炎——嚴重的頭痛併有一種精神上的症狀及腦神經癱瘓。其症狀之嚴重性為間歇的。

治療——最初須試用六星期藥物治療法。若此法無重大的進步時，即須試將局部的變厚移除之，或施行減壓手術。

大腦竇之傳染性血栓形成——

原因——中耳疾病（側竇）。頭皮或眼眶之膿毒性創傷。鼻或咽部之膿毒性疾病。面部或頭皮之丹毒或蜂窩織炎。顱骨骨髓炎。

種類——側竇：為最常見者，由耳傳染而生。海綿竇：常見者，由鼻，面或眼眶之傳染而生。矢狀竇：罕見，由頭皮，面或鼻之傳染而生。

解剖——竇內填滿柔軟的，粘連的，膿毒性血凝塊。受傳染的血凝塊小塊形成膿毒性栓子。栓子可致肺栓塞及肺膿腫。倘若發炎，則腦膜炎及膿腫為很有可能的併發症。

症狀及病徵——有原發膿毒性病灶存在時。

頭痛——突然發生並甚劇烈。在受患竇上有局部觸痛。

反復嘔吐。

體溫升高至華氏表一〇三度至一〇五度，並有重症寒戰；繼之減輕並反復寒戰。當寒戰時有顯著的呼吸困難及發紺。

脈搏豐滿，變慢並可壓下。但在體溫升高時即變速。

肺中有局部的疼痛或有其他肺部的病徵即可知發生栓塞。

精神態度——思睡或譫忘性。

視神經炎及頸部肌肉強硬乃表示腦膜炎。

側竇血栓形成——溢液由耳流出。頸靜脈上有痛性腫脹。患側面部有淡黑色充血。頸部可發生膿腫。由頸靜脈孔分出之神經受累而發生嘶啞，嚥下困難，呼吸困難或脈搏變慢者罕見。

海綿竇血栓形成——顯著的眼球突出與眼眶重度充血。結合膜水腫。視神經乳頭腫，視網膜出血，眼肌癱瘓與第五對腦神經之第一分枝感覺過敏及偶爾有疱疹。若血栓形成之擴展到腦下垂體竇，即成二側性者。

上矢狀竇——頭皮及前額腫脹。該竇上有觸痛，一腿或二腿有驚厥。

治療——

用於側竇——在雷地氏（Reid's）基底線上，外耳道後四分之三吋處用環鑽術。若診斷確定時先結紮頸內靜脈。將凝塊除去。如需要時施行乳突根治手術。填塞。

用於矢狀竇——在竇匯上用環鑽術。

腦 膿 腫

原因——

1. 外傷，例如，骨折或穿通創傷。

在損傷後之早期——接近於骨之淺層。

在損傷後之晚期——在額葉或頂葉深部之白質內。

2. 由隣近之膿毒性病灶傳染而來——

中耳炎，常為慢性型：一般係在小腦或聽覺葉，後者之易發數二倍於前者。膿毒症之蔓延係因骨及各層膜直接相連而生。最常見者是由血管所蔓延並在表面之下。

額竇，蝶竇或篩竇之疾病。

靜脈竇之血栓形成。

3. 在膿毒血病及疹熱病之由血液傳染。

膿毒性之肺疾病，例如，壞疽或支氣管擴張。

骨髓炎。膿毒性心內膜炎。

4. 結核性者可致慢性膿腫。

解剖——一般為一個並在慢性型者常有明顯的包膜。可破裂到腦室或蜘蛛膜下腔，或致腦水腫。膿液常向外浸蝕並其中含有普通膿性球菌及肺炎球菌。

症狀——

耳道中溢液停止。

頭痛——初為全部性，以後即成固定及限局性；常為間歇性。

精神狀態——倦睡，與過敏。

體溫正常，或常較低於正常。

常有嘔吐。厭食，不適，及便秘。

視神經炎。

壓迫病徵——慢或間歇性脈搏，困苦的呼吸；最後是切斯妥氏呼吸（潮式呼吸）。

因昏迷而遲鈍。患側之瞳孔擴大並固定。

隱性，僅一部症狀或全無症狀頗常見。

限局的病徵（罕見）。

聽覺部——對側面部癱瘓或痙攣；若左側受患即無言語能。

小腦——眩暈及有跌向患側之傾向，眼球震顫及兩眼偏向到同側（參看第二十八章小腦疾病之限局性症狀）。同側上肢癱瘓。

治療——將軟部之皮瓣向下翻。用直徑一吋之環鑽將骨環鑽。經硬腦膜作十字切開。

試探膿液。用根管鑿擴大開口。引流及輕輕洗出之。在引流物周圍填以紗布。

聽覺部膿腫——在外耳道上四分之三吋處切開。

小腦膿腫——在外耳道後一吋半並在基底線下一吋處切開。

二者合併的手術——在外耳道後一吋處並在基底線上半吋處切開。用環鑽鑽開後即係側竇。在顛蝶膿腫可向上及向前擴開；在小腦膿腫可向下及向後擴開。若係繼發於乳突之疾病者——切開乳突並沿之找到膿腫。

各種顛內發炎及受壓之診斷

引言——一種或二種以上的發炎性損害常同時存在。例如，血栓形成及膿腫，或血栓形成及腦膜炎，等。

腦膜炎——突然發病。顯著的腦受刺激（譫忘性呼號，畏光，瞳孔收縮），頸部強硬。高體溫而無明顯的減輕。早期發生及急性的經過。如底部受染時即有視神經炎。腰椎穿刺液中多形性白血球大量增加。

血栓形成——突然起病。合併有化膿性病灶。反復寒戰。高體溫並為間歇性。頸部有觸痛。肺部的病徵。

顛下膿腫——局部疼痛。觸痛，及水腫性腫脹。受壓症狀一定增加。高體溫。

腦膿腫——體溫正常或在正常之下。頭痛為惟一的症狀。嘔吐及視神經炎。發病較遲及進行較慢。

腦瘤腫——頭痛，嘔吐，視神經炎（為僅有的症狀）。症狀進行慢，但無減輕。無膿毒性病灶。在早期無全身不適。

顛 內 出 血

種類——（1）硬腦膜外——在硬腦膜及顛骨之間；（2）硬腦膜下——在硬腦膜及蜘蛛膜之間；（3）蜘蛛膜下——在蜘蛛膜及軟腦膜之間；（4）腦——在腦質內。

硬腦膜外或顛骨下出血——

原因——大多數患例係腦膜中動脈破裂。靜脈竇或其他腦膜血管之破裂或創傷。在顛部或枕部者罕見。在嬰孩或老年人硬腦膜出血者極罕見，因二者其硬腦膜及顛骨密接之故。

機械的原理——腦膜中動脈系在蝶骨，癩骨，及頂骨之深溝內或經各該骨之骨道內行走，故在顛底或顛頂骨折常撕裂之，或因打擊使硬腦膜分裂而無骨折。破裂處常在受打擊之對側。受患者常為其前枝。血液積聚在硬腦膜及顛骨間，將硬腦膜推至腦上。

症狀——典型的可分三期：

1. 因打擊而腦震盪，並有顛骨折之病徵及症狀；血壓低及出血輕微。
2. 人事不省漸恢復，與脈搏進步。血壓升高，並出血將硬腦膜由骨上脫離。
3. 因血凝塊所致之腦受壓而漸漸昏迷。在恢復知覺後數小時或數天內發現此症狀。視網膜充血與視神經乳頭腫為最早期病徵之，並在患側發生最早及最重。

在不良患例其腦震盪之病徵常混入腦受壓之病徵中而無恢復知覺之間隔期。

當昏迷開始時對側之上肢及面部常發生驚厥及癱瘓。在左側損傷時即無言語能。

同側眼充血與前垂及眼肌癱瘓，可因海綿竇上受壓力所致。

因共有損傷或因經骨折之漏血而顱凹部有腫脹及瘀斑。

診斷——當發生症狀典型遺患時方有可能。

由遲發性發生昏迷而與腦膜內出血鑑別。

由無顯著的體溫升高而與腦裂傷鑑別。但此診斷常不可能。亦常有腰椎穿刺液為澄清而無血球者。

治療——環鑽術及清除血凝塊。填塞或結紮腦膜動脈。此手術不能遲延到超過傷后四十八小時。

预后。不良。因手術遲延甚久。以致腦髓之腦子絕恢復

分之十到二十現有明顯的后作用。現有外傷性精神錯亂者幾達百分之十。

對於性情之后作用。乃由以下情況決定之：(1) 天賦的氣質；(2) 飲酒的習慣；(3) 幼年或老年；(4) 治療的效用——行手術，及以后的長期休息，即發生后作用之機會較少。

遠達症狀——

1. 全部頭痛——在額部，頂部或枕部有長久的遲鈍性痛。
2. 局部頭痛——頭痛與局部觸痛。可由於骨質硬化（常用環鑽術治療時）或由於腦膜粘連。
3. 痛性癢痕——因頭皮粘連到顱骨所致。
4. 眩暈——頭顱骨折后有百分之二十二遺有此患，乃由於腦之不安定性所致。
5. 嘔吐——常與眩暈併發。
6. 精神的改變——(甲) 憂鬱病 (Melancholia)，自殺（百分之一到百分之二）；(乙) 過敏；(丙) 神經作用消失；(丁) 精神勞力不能；(戊) 睡眠不寧；(己) 易於酒精中毒及中暑。
7. 無出言能——係在運動的言語中樞 (Broca's centre) 受患后見之。
8. 健忘症，或記憶力消失，在輕度患例極常見（百分之三十五）。係精神的不安定性及注意力衰竭之結果。可有下列三型之一：(甲) 發生意外時及其以后數日之記憶力消失；常見型。(乙) 受傷以前之半生記憶消失；罕見。(丙) 繼受傷后之記憶力消失；常見。
9. 特殊神經之損傷——嗅覺消失，瞳孔不等大，共濟性視力疲勞，眼球震顫，視神經萎縮，耳聾（百分之十二），膝蓋反射增強，脈搏慢。
10. 糖尿——暫時性者常見。永久性者罕見。繼頭后部損傷發生者最常見。
11. 偏癱——原發性，或繼發於癢痕，囊腫形成，或硬化。
12. 外傷性癲癇——在骨折患者有百分之七發生之。大多數是特發性，或全身癲癇，但有三分之一係乍克森氏癲癇。

在乍克森氏或外傷性癲癇，在驚厥之前有知覺消失，惟知覺消失甚輕微或無之。驚厥常起始於同一組肌肉，即與受患之腦皮質中樞有關之肌肉。在不良的患例由此組肌肉可蔓延到鄰近的肌肉，並直到傳遍全身之肌肉。在每一次驚厥后共開始驚厥之肌肉常有相當時期之癱瘓。

預防——若所有凹陷骨折及頭顱穿刺創傷均施行手術，則罕有發生癲癇者。

治療——用手術多不甚完滿，因在全身性者用手術無效，在乍克森氏癲癇則症狀常復發。

適於手術之患例：(甲) 有一定的損傷及癢痕；(乙) 限局的驚厥；(丙) 在二年以內的病歷；(丁) 家族方面無癲癇或精神錯亂之歷史。

手術——將腦露出及由硬腦膜上分離后，移除血塊，囊腫，或大塊的癢痕。若找不到重大的刺激性原因時，在適當的患例將其每次開始發作肌肉有關之一

部分腦皮質切除之。在腦與硬腦膜間置一金片。

13. 外傷性精神錯亂——大約有百分之七發生之。在大多數患例,損傷僅係促進易於發生此病患者之發生。凡損傷直接誘發精神錯亂者,其損害一般是在左額前部或頂部。

治療——若患者無精神錯亂之素質時,手術療法常有良好的結果。

第二十八章 頭顱,腦,及中耳之疾病

(DISEASES OF THE CRANIUM, BRAIN, AND MIDDLE EAR)

頭皮之疾病

單純性瘤腫——

乳頭狀瘤——常為多性,可需切除之。

纖維瘤——如同巨大的懸垂樣塊形成一皮膚鬆垂 (Pachydermatocele), 或似一中等大小的瘤腫。用切除治療之。

皮脂囊腫——極常見。在顱骨上可與頭皮一同移動, 故對骨無壓迫。若形成污穢的浮肉塊時, 可變成化膿或開花。用切除治療之。

皮樣囊腫——發生在近於眼外眥處。常接連到顱骨, 或在其表面埋藏在一空腔中, 或藉一蒂經過顱骨而與腦膜相連。

此病須用切除治療, 故須將顱骨切開。

脂肪瘤——為分葉形並一般係在髓膜之下, 頭皮可在其上移動。常發生在額部。

痣——見搏動性瘤腫, 見后。

氣瘤 (Pneumatocele) ——係在額部, 顱部, 或枕部上之含氣瘤腫。其發生係因額部或乳突之氣細胞與頭皮之蜂窩組織交通。乃因損傷或劇烈的噴嚏所致。

治療——切開及擴大開放後填塞骨粉。

惡性瘤腫——

上皮癌——常開始於耳部或近於耳部。其開始似一乳頭狀瘤或皮脂囊腫。有一般的特性, 累及淋巴腺。依一般原則治療。

崩蝕性潰瘍——常由面部開始並向上蔓延。

肉瘤——為強及之原發性瘤腫顯著罕見。

搏動性瘤腫——

痣——特別是在前額上, 由此可發生搏動。

外傷性動脈瘤; 動靜脈瘤; 動脈曲張 (顱部); 蜿蜒動脈瘤

——此病大多數生於頭皮而不生於其他部 (見第十四章及第十五章)

頭皮之外傷性腫脹——血腫；頭水囊腫（見第二十七章）。

頭皮之發炎性腫脹——顳骨骨膜下，腱膜下，或淺層膿腫（見第二十七章）。

顳骨之疾病

單純瘤腫——

骨性獅面 (Leontiasis ossea) ——見第二十九章。

骨瘤 (Osteoma) ——鬆質骨瘤或象牙質瘤。鬆質骨等一般是發生在與額竇或外耳道有關之各骨中；可隱伏於各骨內。象牙質瘤一般是發生在額頂部。此二種均係無痛性慢性生長的瘤腫，俱有寬廣的基底及銳利的邊像。偶爾發生在副鼻竇中。

治療——用鑿子移除之。象牙質瘤頗堅硬，並需將周圍之骨組織移除之。

内生骨疣 (Enostosis) ——現於與上矢狀竇蜘蛛膜粒有關之沿正中前後線，此種瘤腫發生壓迫症者罕見。

惡性瘤腫——

肉瘤——可為原發性或繼發性。在生此病之前常有外傷併發歷史。

開始係：(1) 骨髓的核細胞肉瘤；(2) 係中央性骨髓瘤腫擴展到骨；(3) 係硬腦膜上軟的，生長甚速的，巨細胞瘤腫，當其在未破裂穿過頭蓋之前可致重大的疼痛及腦受壓。

實際上所有以上疾病均不能行手術治療，除非骨髓的瘤腫。

癌——多為繼發性，常繼發於乳腺，甲狀腺，或前列腺之癌。

頭顱之搏動性瘤腫——以上任何一型的肉瘤或癌腫均可發生搏動。

吻合動脈瘤可發現在顳骨板障內。

急性發炎性腫脹——

骨膜炎或骨髓炎——任何創傷，骨折，或挫傷均可併發之。易成：(1) 顳外膿腫；(2) 顳骨下膿腫；(3) 顳骨之壞死；(4) 膿毒血病或敗血病。

用開放引流治療之。

慢性發炎性腫脹——

單純性骨膜炎——因頭部負擔重物或打擊後生之。

梅毒性骨膜炎——硬及軟的結節，後者較常見（見第二十一章）

結核性疾病——見第二十一章。

帕羅氏結——發生於嬰孩有佝僂病及先天性梅毒之額骨及頂骨之隆凸上。此種疾病仍有其他證明。

腦積水 (Hydrocephalus)

生理——腦脊髓液之發生係腦室脈絡叢室管膜之滲出液或分泌液。由第四腦室經第

頭顱，腦，及中耳之疾病

四腦室內側孔 (Magendie foramen) 及 Luschka 孔而到蜘蛛膜下腔。流入靜脈中，特別是進入上矢狀竇內之靜脈中。腦積水係因腦脊髓液在腦室內 (腦室內腦積水) 或在腦及硬腦膜間 (腦室外腦積水) 有不正常的積存。

種類——腦積水之發生，可由於：(1) 腦脊髓液過多；(2) 腦脊髓液循環之紊亂；(3) 吸收之紊亂。

1. 腦脊髓液過多——生產過多係因血管之慢性或急性充血而累及腦脊髓液生產之結果，例如，急性腦積水可伴於結核性腦膜炎。因大腦大靜脈輸出部之血栓形成致側室脈絡叢之充血，可發生生產過多。

2. 腦脊髓液循環之紊亂——仰 (甲) 腦室的。或 (乙) 腦室外的。

甲，腦室的——因產時出，嬰孩暫時的良性腦膜炎，梅毒性腦膜炎所致第四腦室內或上之粘連所致。亦因瘤腫之壓力壓迫到室間孔，大腦導管，或第四腦室所致。

乙，腦室外的——因腦回上發炎性變化，及因發炎性滲出，瘤腫，及出血而使小腦幕上之孔阻滯所致。

3. 腦脊髓液吸收之紊亂——吸收之發生經過突入靜脈竇中之蜘蛛膜粒。關於此處之慢性發炎可很嚴重的影響吸收並溢出腦脊髓液到靜脈血流中。

診斷——詢問有無梅毒，產時損傷，暫時性腦膜炎，及有無似發生瘤腫之症狀。

病徵——頭顱增大，但各骨重慶變薄，並在幼年囟門及骨縫裂開。

病因——常生於幼年，有時合併有母親的羊水增多。(Hydramnios)。一家中可數人同患之。有的患例與梅毒有關。腦室重性擴張，腦質萎縮。在重性患例可感到波動及骨的破裂聲。額部突出，及兩眼被推向前。面部不相稱的變小，兩耳及兩眼顯頭顱突出而凸出，頭皮及眼險之靜脈充血。

症狀——小孩抬頭困難。當哭泣時亦困難，因哭泣可增加顱內壓力。嘔吐頗常見，並有極度消耗。盲目。一般常死於間發病 (Intercurrent diseases)。若能繼續生活時，即合併有精神的不健全及體質衰弱。

對於各型診斷之幫助——

1. 因碑紅試驗 (Phenolsulphonephthalein Test) ——注射因碑紅到第三腦室。隨後，應用腰椎穿刺，若加鹼性可使發生駢因酸酐 (Phthalein) 反應時，即知腦室內及腦室外間之脊髓液交通完全——即腦室外腦積水。

2. 腦室鏡影術 (Ventriculography) ——經過前囟插一針到側室中，在抽出相當腦脊髓液後注射等量之空氣或氧。於是將頭部用愛克司光影屏照射或用一組愛克司光攝影。頭部之位置隨時改變以便其中之空氣可由一腦室到另一腦室。

治療——在極重慶患例僅可施行手術治療，及用全身治療無恢復之希望者用之。

若患者係由梅毒起始，即給以抗梅毒療法。當診斷為瘤腫，若能切除時即用手術治療。腦膜炎已致之腦室外腦積水，治療鮮有可能者，但可發生自然停止。當病情有進步時，用下列方法可使恢復，在小孩結紮總頸動脈；最初右側者三星期

後左側者。由側室切除脈絡叢，係一極度危險之手術。若係腦室內腦積水，與第四腦室頂部閉塞，用手術治療比較更能成功。用枕骨下開顱法達到第四腦室。在第四腦室頂部作一開口並其中放一導管，則腦室內及腦室外之脊髓液交通可以重建。填塞側室並由腦室到蜘蛛膜下腔間置一絞緊的絲製縛線曾被試用。Cusching 氏曾在第五腰椎插一導管以引流腰脊液到腹膜腔中。

腦外積水——此為極罕見之疾病。腦脊髓液位於腦及硬腦膜之間。腦變小及萎縮。常合併有癡愚。

因腦或腦膜經顱骨突出而致之瘤腫

先天性者——

腦膜膨出 (Meningocele) ——係腦膜突出，其中含有腦脊髓液。

腦膨出 (Encephalocele) ——係腦質經過顱骨先天的缺陷而突出。

水腫性腦膨出 (Hydrocephalocele) ——係與上一種合併，或係一腦膨出其中有一腔與腦側室交通。

凡此病均係大的腫脹並隨所有呼吸運動而有搏動。其含有腦者亦可隨心之跳動而有搏動。此病可由鼻根部，枕部，或任何骨縫部突出。由其非底部之周圍可摸到顱骨缺陷之骨性邊緣。一部分可以復回，當復回時常伴有驚厥。其上之皮膚常變薄及痣樣。

治療常不可能。在純粹腦膜膨出者切除腦膜尚有可能。若患者有進行性腦積水之情況時，永不可試用手術。

後天性者——

1. 腦或腦膜之肉瘤。

2. 腦赫尼亞——發生在以下情況之後：(1) 腦瘤腫無效的手術；(2) 膿毒性情形下之頭顱損傷或手術。

乃因顱內壓力增加所致。突出的物質其中主要的是水腫樣肉芽，但真腦質亦可突出之。

治療，主要的是：(甲) 當顱骨骨折行手術時須引流膿毒性溢液以作預防；(乙) 須在極小心下施以壓力；(丙) 塗一層純酒精或火棉膠；(丁) 覆蓋一層護壳；(戊) 僅在膿毒性變化所致之赫尼亞並在膿毒性變化已停止時方可用切除。

顱 內 瘤 腫

種類——其起始由於：(1) 腦組織；(2) 腦膜；(3) 顱骨及硬腦膜。

1. 由腦組織——神經膠質瘤。係一肉瘤其中主要的是含有神經膠質。係軟浸潤性生長，極多血管，及常為囊腫性。極易出血到囊腫內。發生於腦皮質神經根，視網膜，

及腦幹。適合切除者罕見。

2. 由腦膜——腦膜瘤 (Meningioma)。含有內皮細胞之輪生體。曾名曰砂樣內皮瘤，其蜂窩組織甚多者叫肉瘤。有兩型——限界性，及瀰漫性或蔓延性。不浸潤腦組織，但可滲入鄰近的顱骨。不轉移，並利於切除。
 3. 由顱骨及硬腦膜——肉瘤。常生於皮質而且生長甚慢。不一定浸潤到腦組織。有極清楚的界限。可用外科方法切除之，並以後長期內不復發。
- 其他顱內瘤腫是：(4) 由腦室壁生出之室管膜瘤腫；(5) 由聽神經上所生之纖維神經瘤；(6) 蜘蛛膜囊腫——由外傷後開始，因血塊之吸收所致；(7) 單純囊腫——其起源極可疑；(8) 繼發性病；(9) 結核瘤——特別發生於小孩，常為多數性並有包膜；(10) 梅毒瘤——樹膠樣腫最常生於基底部腦膜。

症狀——

固定的限局性頭痛，可使病勢加重並一定變惡。但很少用治療可見效者。

嘔吐——常常反復嘔吐而無惡心或與飲食無關。特別在顱底或腦幕下之瘤腫為嚴重。頭痛及嘔吐二者常在早上及運動后增劇。

視神經炎——開始似視神經充血及以後視神經盤腫，結果是視神經萎縮。在基底部瘤腫最常生之。患側之眼受患最先並達最重的程度。

眩暈，癲癇，記憶力消失，及其他精神上的改變均因受患之部位而發生率亦不同。

精神昏睡，結果是昏迷。

限局的症狀係腦之一定部位受患時方可發生（見後）。當運動區受患時，一定會發生限局的驚厥繼之有暫時的局部癱瘓。驚厥及癱瘓有變成蔓延更廣及更永久之傾向。

在小腦橋腦的瘤腫，有第三，第六及第七對腦神經之癱瘓，與累及第五及第八對腦神經而有三叉神經麻木或過敏，及耳鳴繼之耳聾。

生命之期限——各不相同，平均大約是三年。可因出血而突然死亡。在一精神病院內，囊腫或良性瘤腫之患例可生存終身。

治療——

內科療法——無效，除非樹膠樣腫之患者，可給以大量碘化鉀。

手術療法：移除——

預先給以嗎啡 (0.016 克) 以減少休克。將患者之頭部及軀幹墊起。在手術全程中須每隔相當時間測量患者之血壓一次。若露出硬腦膜後血壓有重大下降者最好是將瘤腫遲延至後期切除之。

出血，由以下的方法管制之：

1. 頭皮血管出血——頭皮止血帶。止血夾或縫合。

2. 由骨出血——Horsley's 蠟。

3. 由硬腦膜出血——用熱水（華氏表一百十五度至一百二十度）。將頭墊高。

開顱——可用下列二法之一：

1. 先翻下一含所有軟組織之皮瓣，而後用環鑽，圓鑿及鉗子將骨移去之。移去之骨須適合於小的切口並其部位是在顳部或枕部。
2. 用 Gigli's 鋸或外科器械經骨切開翻下一含頭皮及顳骨之骨形成術皮瓣，皮瓣底部之骨須使之破裂。若須在頂部，或額部或枕部作大的開口時此法最好。

當硬腦膜露出時，該膜即突入創口內，若顱內壓力增加甚重時，腦之搏動即不明顯。將硬腦膜十字形切開或切成一瓣，腦質露出並可切除任何組織。囊腫及結核性病灶一般可似脫壳樣取出而出血甚少，但其他瘤腫並界限不清楚時即須將腦質一部分切出之。在腦之切除部軟腦膜上之所有血管須於二線間切斷之。

二期手術是一次開顱一次將腦露出，雖有減少休克之利，但有增加膿毒病之危險及由肉芽上出血之弊。在第二期手術不一定需要麻醉劑，或僅在最後縫合時需要之。

若骨片大時即使使之復位，創傷用引流二十四小時。

若手術未成功或不完全，大概可發生腦赫尼亞。

姑息手術——在不能切除的瘤腫，用腦解壓術可延長生命並可防止盲目及減輕頭痛及嘔吐。

在大腦瘤腫最好是顳部下手術。並切除一游離骨。

在小腦瘤腫用枕部下手術行丁字形切口，將肌肉反回並切除一游離骨到枕骨大孔，此骨並須含枕骨大孔之邊緣。此亦切除小腦瘤腫之最好方法，因此法可自由的露出小腦，未受染之一葉可推於一側，同時患側可以處理之。

大腦垂體瘤腫——大腦垂體的瘤腫係與顱內其他瘤腫不同，因大腦垂體內分泌影響身體生長之全身變化之關係及其近於視神經而對視力有特別密切的作用。

大腦垂體的功能——其功能可管制碳水化合物之新陳代謝及骨骼及性的發育，並管制毛細血管之緊張力。

垂體機能亢進 (Hyperpituitarism) ——若發生在幼年即生成巨人，若發生於成年即成肢端肥大病。用愛克司光檢查可見蝶鞍部膨脹及不規則。性慾過敏。多尿，糖尿。憂鬱病。

垂體機能減退 (Hypopituitarism) ——發生短小骨骼的生長。性作用不發育。臨床上普通的兩型如下：

1. 肥胖性生殖無能營養不良 (Dystrophia adiposogenitalis) 或 Frhlich's 綜合病徵——短少的，愚笨的，及脂肪性的小孩。生殖器不發育。
2. Lorain 型或兒性體格 (Ateleiosis) ——短小及性的不發育，但精神狀態正常。

大腦垂體瘤腫之病理——

1. 大腦垂體本質瘤腫——(甲)嗜伊紅性腺瘤，產生垂體機能亢進；(乙)不染

色腺瘤——產生垂體機能減退。

2. 大腦垂體外瘤腫——拉克氏袋 (Rathke's Pouch), 囊腫及腦膜瘤。

症狀——兩類：(1) 因機械的原因所致者 (壓力的作用)；(2) 因功能紊亂所致者。

1. 機械性的症狀——

甲. 爆發型頭痛。

乙. 兩側偏盲 (Bitemporal hemianopia)。

丙. 第三對腦神經麻痺。

丁. 原發性視神經萎縮及盲目 (與原發性大腦瘤腫比較, 此病可致乳頭水腫及繼發性視神經萎縮)。

戊. 蝶鞍部被吸收。

己. 因第三腦室底受壓而有夢行 (Somnambulism) 及多尿。

庚. 面部感覺異常 (第五對腦神經)。

2. 功能紊亂所致之症狀——

甲. 由嗜伊紅性腺瘤而致之垂體機能亢進。

乙. 由不染色性腺瘤及大腦垂體外瘤腫致之垂體機能減退。

手術療法——

指徵——嚴重頭痛及進行性盲目。

方法——

1. 經過蝶鞍部腦解壓術——將鼻中隔由粘膜下切除由蝶骨體表面下露出之。將蝶骨組織破裂而露出大腦垂體。

2. 額部方法 (Frazier) ——由額部向外翻轉一骨成形術瓣, 將大腦額葉撬起後即可達到鞍膈 (Diaphragma Sella)。

大腦區域定位法 (Cerebral Localization)

大腦各部功能的定位法係隨損傷及疾病之各部功能的障害而表示之。此種障害, 仰由刺激損害所生之不正常的活動性或由破壞性損害所生之減少活動性。如此, 在運動中樞之患例, 即有肌肉之驚厥或癱瘓; 如損害在感覺中樞, 即有不正常的感覺 (例如, 耳鳴, 遇光發閃, 刺感, 感覺性之先兆), 或麻痺。限局或局部症狀之性質係根據局部損害之部位而非根據損害之性質, 所以極不相同的原因可產生相同的局部症狀。再者, 顱內疾病常合併有一定的全身症狀以幫助決定該疾病之性質及範圍。

局部損害——可致局部症狀之局部損害是：(1) 刺傷；(2) 凹陷骨折；(3) 異物；(4) 腦膜出血或發炎；(5) 癥痕組織與大腦皮質相連；(6) 膿腫；(7) 瘤腫。

全身症狀——顱內疾病合併之全身症狀並常伴有腦受壓係以下症狀：

頭痛（腦性開始的頭痛）——嚴重，運動時增劇，並常固定於頭之特殊部位。大概係因硬腦膜上受壓所致，並大概與下列情形成比例，（甲）顱內的緊張力，及（乙）因疾病直接累及腦膜之程度。此症狀須與下列數種者鑑別之：

中毒性的——合併有發熱或毒血病。

腎性的——大概係因腦水腫而致之腦病徵。由心臟及尿之情況即可證明其性質。

反射性的——因感覺器官之疾病而生。鼻竇之疾病，青光眼及虹膜炎，中耳炎，及齲齒均為此種之例證。

嘔吐——常為突然的，射出性的，不併有惡心。運動後增劇。

眩暈——特別是與第八對腦神經，中腦及小腦之疾病併發之。

視神經炎——有二期。

視神經盤水腫，係因顱內壓力增加而致之視網膜充血及視神經乳頭水腫。常為兩側性，但患側之眼常較對側受患為先並長久。

神經炎及萎縮——因長久的壓力及充血而致真性神經炎，或因原發性變化而萎縮，在後者為腦底部損害之指徵。

即便有高度的視神經盤水腫或神經炎，可不現盲目。

大腦皮質功能定位法——每一側大腦半球皆與對側頭部及身體之功能有關係。隨意運動中樞較感覺中樞更為明顯。

運動中樞（第七十八圖）位於前中央回或上行額回，直接在中央溝之前。其佔據之位置由上向下如下表：

足	} 上三分之一。	肩	} 中三分之一。	頭	} 下三分之一。
膝		肘		鼻	
股		腕		唇	
軀幹		指及拇指		下頷	

軀幹中樞及頸部中樞係相對於膝膝處或係中央溝所成之彎曲處，並其作用可分別為腿，臂，及面等中樞。舌，腭，咽及聲帶之中樞緊接位於大腦外側裂主幹前面之上。

運動的語言中樞——是在波卡氏中樞（Broca's Convolution）內，位於左側（適於慣用右手之人；在慣用左手者則位於右側大腦半球）。係在大腦外側裂垂直枝及後水平枝間所成之角處，並係第二額回之後部。

運動的書寫中樞——位於左側第二額回之後部，恰在手運動中樞之前。

感覺中樞——

普通觸覺係限局於後中央回或上行頂回，恰在中央溝之後。身體各部感覺之中樞恰在相對於各運動中樞之後。

痛覺及肌肉感覺中樞並不能由腦皮質表示之。大概是在視丘（Optic thalamus）體形感覺（Stereognostic Sensation）係限局於頂葉之上部。體形感覺係辨別接觸物體之形狀及大小者。

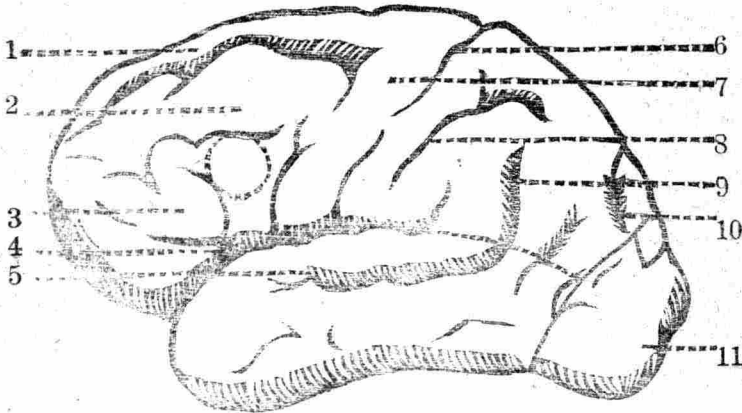
視力中樞係在枕葉內,此處與角回相連。視網膜之左半係相連於左側枕葉,右半者連右側。

識字中樞係在左側角(頂部的)回。

聽中樞係在顳上回。

聽言中樞係相當於左側聽中樞。

嗅中樞及味中樞大概是位於顳葉尖端並在其正中部,即海馬回(Uncinate gyru-s)。



(78)

第七十八圖 大腦皮質功能之定位法。1.額上回;2.額中回;3.額下回;4.大腦外側裂;5.聽言中樞;6.中央溝;7.前中央回;8.後中央回;9.角回;10.頂枕裂;11.枕葉。

附註——聽中樞係較大於臂中樞,但係側面觀,故縮繪之。

局部腦損害所發生之症狀——

運動的——驚厥或癱瘓。

皮質損害常致偏癱並合併有驚厥。

囊的損害可致偏癱而無驚厥。

橋腦的損害可致『交叉性癱瘓』,即面部之同側,身體之對側,生產癱瘓及脊髓癱瘓常為痙攣性兩側癱瘓或截癱。

症攣狀態併有癱瘓乃表示傳導纖維之損害而非運動中樞之損害,驚厥合併有癱瘓乃表運動中樞之損害。

感覺的——

癱瘓性——各類的麻痺。常為時極暫。此麻痺在距腦最遠的肢端最明顯,並逐漸減退而至正常感覺的部位。

刺激性——有不正常的感覺（常為痛覺），仰為特殊的或為一般的。此為癲癇發作之先兆。

與局部症狀有關之腦之區域——

中央溝部——

刺激性損害可致乍克森氏驚厥；此驚厥係開始於一定的肌肉並依運動中樞排列之順序而蔓延到其他肌肉。非至半身受患時知覺不消失。

瘤腫可致驚厥繼之癱瘓。

損傷可致癱瘓而無驚厥。

發炎性損害可致驚厥而無癱瘓。

感覺症狀，係如同以上所述在皮質的損傷為時短暫。在皮質下的損傷（例如，內囊）可產生更久的麻痺，並常伴有相當的驚厥。

額葉——（臨床上此名詞包含構成各運動中樞部的上行額回）。

額葉之前部及上部（額前部）係不易受刺激，並在大的損害亦可為慢性者。或可使性情有顯著的變化，記憶力消失，神氣呆滯（Apathy），抑制力消失。最明顯的是在左側額前部的損害。

額后部之下左側含有運動的語言中樞，此部有損害時可致無語言能。

頂葉——（除去後中央回）。

在左側角回受損害時可致識字盲。

在頂上葉受損害時——體形感覺消失，即由觸覺辨別物體之力量消失。

枕葉——破壞性損害可致同側偏盲（Homonymous hemianopsia），即兩眼之同側一半之視網膜盲，係在受損部之同側，如角回同時被破壞時此病即成永久性。瞳孔反射不消失。因左側角回之損害而成識字盲。

額葉——因左側上回之損害結果成聽語聾。

嗅覺及味覺的症狀係因海馬回之損害所致。

尾狀核及豆狀核及內囊——偏癱，與相當的感覺消失。

視丘——對側手足徐動症（Athetosis）及舞蹈病，感覺異常，及偏盲。

大腦脚——偏癱，運動眼癱瘓及患部同側眼之瞳孔反射消失。

四疊體——眼肌癱瘓，蹣跚步態，眩暈，有向後跌倒之傾向。

橋腦——損害之同側面部及側對肢體癱瘓。

小腦——停止及行走的不安定性，與顯著的共濟失調並伴有隨意的運動。

中葉——其症狀為兩側性。有向後或向前跌倒之傾向。

側葉——同側之臂運動無力。頭彎向患側及旋轉向對側。在行走時有旋轉偏向，轉向或跌向患側。兩眼有對應偏向（Conjugate deviation）及向患側之眼球震顫（nyctagmus）。（在小腦的疾病，可致各種不同之眼運動，在側面的刺激可致兩眼向同側偏向。側面癱瘓性的損害可致兩眼向對側偏向。但常係有損害而不致眼症狀）。

中 耳 炎 (Otitis media)

種類——卡他性, 急性膿性, 及慢性膿性。

原因——咽炎: 咽部卡他 (由耳咽管向上蔓延); 扁桃腺炎: 猩紅熱及其他發熱病; 白喉; 腺樣增殖體。

症狀——起病時有劇痛, 當鼓膜穿孔時即減輕。體溫升高到華氏表一百度至一百零五度。耳聾, 僅為部份的, 若將音叉放於骨上可聽得很清楚, 若音叉放顛頂部患耳聽得更清楚。耳鳴。膿性溢液由耳道流出——僅在鼓膜穿孔後方有。

病徵——

在鼓膜穿孔以前——鼓膜最初紅, 以後失去光澤, 並有不正常的向外凸出。在聽下時或用坡力測氏吹脹法 (Politzerization) 時鼓膜不能動。

在穿孔以後——由外耳道清除膿液後, 即可見鼓室已穿孔。在老患例鼓室已破壞者, 並有聽時可以看到或觸到。當耳咽管未閉鎖而用坡力測氏吹脹法時空氣可由外耳道吹出。

治療——無併發病患例之治療——

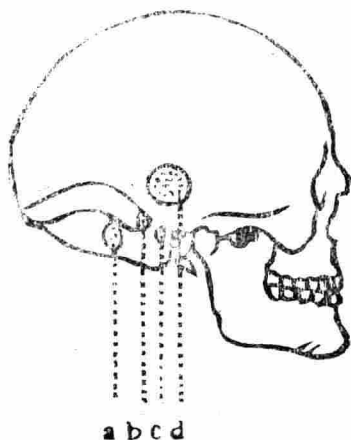
卡他性中耳炎——常合併有咽部卡他或腺樣增殖體。治療咽部卡他可用收斂性含嗽劑或噴霧劑, 例如, 百分之一的強蛋白銀。切除腺樣增殖體。用溫硼酸洗劑洗外耳道。治耳病之急性疼痛, 可在耳屏前吸血, 及用熱沙袋。

急性膿性中耳炎——

在穿孔以前或穿孔甚小, 在耳前及耳後用人工吸血器。將鼓膜由中央向下切開, 繼之用硼酸水灌洗。發熱症狀用全身療法。

在穿孔後, 當有溢液自然流出時, 用二千分之一的重氯化汞灌洗外耳道。外耳道擦乾及撒硼酸粉。

膿 性 中 耳 炎 之 併 發 病



第七十九圖 中耳疾病之併發病: A, 小腦膿腫; B, 側竇血栓形成; C, 鼓房化膿; D, 毒蝶部膿腫。

在慢性患例最常見。(第七十九圖)。

頭顱外的——外耳道濕疹。外耳道癬及深部發炎。顱頰關節化膿性關節炎。

頭顱內的——聽骨強硬或壞死。顱骨割壞死。破壞的鼓膜上生息肉(肉芽)。因第七對腦神經受壓而面癱。乳突炎。迷路炎。

頭顱內的併發病——顱骨下膿腫；腦膜炎；側竇血栓形成；竇蝶葉或小腦的腦膿腫。

急性乳突炎——

症狀——一定的緊張性疼痛的性質。在耳後乳突上有觸痛。乳突上有發紅及水腫。

耳郭向前，向外及向下移位。最後在耳後形成一有波動性膿腫。身體發熱性症狀：體溫一百零二至一百零四度，可發生寒戰(但反復的寒戰乃表示竇的血栓形成)。

治療——

在早期，診斷未確定之先——在耳前及耳後用吸血器。熱罨包。

若診斷確實時——切開並清除鼓房。在耳郭後作曲線切開。在外耳道上及後二切線交叉點上用圓鑿或鉗鑿開。由骨表面向下約四分之一吋至半吋即可到鼓房。將所有鼓房及外耳道間之骨移除之，置一深管於鼓房及竇間以保護第七對腦神經。由後部切開外耳道之軟骨部。將皮膚縫回到耳翼。經外耳道將全膿引流之。

中耳炎之顱內併發病——

診斷——下列症狀均可發現之——顯明的腦症狀。急性頭痛。昏迷或譫妄。由耳流出之膿性溢液變濃或停止。

竇之血栓形成——反復的嚴重性寒戰。體溫昇高至華氏表一百零三度至一百零五度，但在寒戰之間可降下。患處變藍色及虛脫。內頸靜脈上有觸痛或腫脹。

腦膜炎——初起時有寒戰，與持續的高體溫。頭退縮。視神經炎。不聞聲及聲。很快的發生昏迷。

顱骨下膿腫——(膿液積於顱骨岩部之間)——嚴重的頭痛。漸漸的有腦受壓。不規則的發熱。無血栓形成，腦膜炎，或膿腫之特殊病徵。

大腦膿腫——體溫正常或在正常以下。一定的頭痛漸漸成昏迷。脈博慢。呼吸慢——以後成潮式呼吸。患側有視神經炎及瞳孔癱瘓。

小腦膿腫——除以上之症狀外，可有眼肌震顫。眩暈，與有跌跌患側之傾向。

中耳炎顱內併發病之治療——先剖開及結紮頭部之內頸靜脈(若竇之血栓形成確定時)。施行乳突的根治手術並沿之達到膿腫，在竇蝶膿腫可向上及向前將骨移除，在竇血栓形成及小腦膿腫即向後將骨移除之。

第二十九章 唇及頷之疾病

(DISEASES OF THE LIPS AND JAWS)

唇 之 疾 病

巨唇或厚唇——

1. 先天性——淋巴管擴張；由表上面很清楚的可看到淋巴胞；常侵害下唇。用楔狀切除治療之。
2. 結核性——生於小孩及幼年；一般係上唇；可與鼻部之結核病併發；在裂之周圍有纖維性及水腫性變厚。
3. 梅毒性——在第二期疾病之纖維性肥大。

唇部之潰瘍——

1. 單純性——破及裂係因寒冷與循環不良之結果。凍傷及潰爛性凍傷，亦係同理而發生。
2. 疱疹——一般為一側性。合併於卡他或肺炎。小胞變成膿性或繼之破裂。
3. 結核性——仰慢硬結癰裂而致成巨唇；或一定的狼瘡，與清楚的結核及破壞性潰爛。
4. 梅毒性——

初期下疳——常生於上唇。與唇部第二期梅毒損害者接觸，或用以上患者接觸過之吸管或酒杯所傳染。在浸潤的基底上有扁平的潰瘍。皮膚較粘膜受累更多。頷下之淋巴腺增大並合成一塊（而非如生殖器下疳之淋巴腺散在）。

第二期梅毒——粘膜結核及淺的，疼痛的潰瘍。

第三期梅毒——深匐行性潰爛將唇破壞；淋巴腺不增大。或係一般的纖維性肥大（下唇）。

遺傳性梅毒——在口角處放射狀破開及裂開性潰瘍。遺有永久的瘢痕及收縮。

5. 惡性——

上皮癌——百分之九十五生於男人；一般是用粘土煙管吸煙者。下唇較上唇更常見。開始似一破口，潰瘍，或疣。可致潰瘍或疣性生長——硬結樣及外翻的邊緣，及硬結樣基底。頷下及頷下淋巴腺變硬及增大較晚，即在三至九個月以後。比舌部或咽門部之上皮癌生長為慢。對於可疑患例之診斷必須切除並作顯微鏡檢查。

治療——至少切除半寸寬之邊緣。不論頸下及頷下淋巴腺摸到增大與否均須將兩側者摘出之。

死亡乃由於頸部淋巴腺膿毒性潰爛所致。

唇部之瘤腫——除以上之潰瘍外，下列者亦常發生之：

疣——須切除以防變成惡性的生長，並須用顯微鏡檢查。

痣——摘出或用電觸法破壞之。

囊腫——因唇部粘液腺留滯所致。小圓形液體的腫塊內含有蛋白樣之粘液。摘出治療之。

兔唇（唇裂）——在上唇先天性之裂。一般為單側並一側（左側），並生於男孩。常有兩個並二側者。在單純性者僅軟部受害。其餘若上頷齒槽及腭亦可裂開。若完全裂開時即成一個鼻孔。常生於左側。凡此類患者鼻變寬及扁平。在兩側之患例，裂開之骨向前突出近似塌鼻。常合併有其它畸形，例如畸形足等。若齒槽受累者，其裂位於中間及側面之門齒間。

原因——淺層者係因上頷之內側突與上頷突接合失敗，更深層者係上頷之外側突。

影響——影響吮乳及言語。畸形，年長時更加重。

治療——在六星期到三個月施行手術。

在單個兔唇將唇中央由其下之骨上分離之。割去唇之邊緣。留一側或二側皮瓣之唇緣，如此當縫合後即有富裕以備收縮。用二個深縫合以防緊張。將邊緣用多數細馬鬃毛縫合。俾創膏交叉貼於面部以減少緊張。將小孩之臂置夾板上。用匙餵食，或更好是用鼻管，在一星期末可以吮乳。

在兩側兔唇——

若突向前時須治療門齒骨：將鼻中隔前端行再新術；將鼻向後推並縫於鼻中隔上。

裂之治療：將唇由其以下之骨上分離之。將兩裂之邊緣均割開。在中部（縫合後之邊緣部無此份）之下將兩裂外側之邊緣縫合之。在每裂外側緣各留唇緣之皮瓣。

腭裂 (Cleft palate)

係腭之兩半接連時，先天性的缺損。

程度——(1) 兩歧懸壅垂 (Bifid uvula)；(2) 軟腭裂；(3) 軟腭及硬腭裂直向前到前腭孔；(4) 包括上頷之齒槽緣及唇，即合併有兩側兔唇。

種類——

1. 正中的——裂在中線上，並鼻中隔在上不與裂之任何部相連。
2. 兩側的——鼻中隔向下生，並將裂分為二。

3. 一側的——鼻中隔與一側之裂相連。裂常在左側。

齒槽腭裂之發育——在男子門齒骨一般係接於犁骨尖端之始基塊。構成面部之諸骨中無此骨，亦不生齒。相反的，上頷骨向內生出二突將門齒骨包繞而將此骨隔離於面部之外，此二突即：

1. 門齒突在前，與同行者相合並生出門齒。

2. 腭突在後，構成硬腭。

在二突之間遺留有前腭孔，在此孔之內壁有始基的門齒骨。

在單純腭裂，上頷之腭突缺失。

在齒槽腭裂，上頷之門齒突缺失。並門齒骨向前生長到面部，似下等動物有規律的生長。齒槽裂即係不正常的門齒骨及不發育的門齒或上頷突間之空隙。

在嚴重性的患例，門齒骨生出所有四個門齒，並在其兩側各有一裂而與上頷骨所生出之犬齒分離。

在發育較少的患例，門齒骨僅生出一個門齒，並上頷骨之門齒突生出其餘門齒，並裂係生在中央及側面門齒之間。

外形——經過裂可看到鼻中隔及鼻甲。在更完全者其寬度更大。兩邊之斜度各有不同，大都是向上而非水平。

影響——吮乳不能，並嬰孩須用匙飼養。因通鼻腔使口不能閉鎖以致不全的語言。爆裂聲音，例如，T, D, P, B, F, V 等字變成M或N，及喉音，例如，K及G變成H。

治療——

手術療法——凡二十歲以內者均可應用之

閉孔器——用象牙質板填充於裂隙中；但此器對於言語並無多大利益，因其作用不似正常的軟腭。

郎更白氏 (Langenbeck's)，斯密忒氏 (Smith's)，或後期手術——於三歲或大約三歲時施行之，當此時硬腭有相當硬度並固定。將裂之邊緣割開並由裂處將粘骨膜由骨向外分離。由硬腭骨之聯合處將硬腭完全切開，軟腭仍與粘骨膜瓣保持相連。任何由咽與軟腭上面相連之束均須剪斷之。作側面切開為軟腭長度之半或到第二前白齒以減少緊張。將二半縫合在一塊。用銀線縫上腭之粘骨膜，用馬鬃毛縫軟腭。

將軟腭連合到一塊而不緊張頗為重要。

裂隙常發現於硬腭，但用以後的手術頗易治療，使之完成健全的及能動的軟腭乃手術之主要目的。

需要長期小心的言語教育以改正其錯誤的發音。

後期手術之利——(1) 對於生命之危險少；(2) 患部較嬰孩時為固定及厚；(3) 在生後最初一年時裂可自然減少；(4) 因軟腭與硬腭分離，故接連之機會多並繼之能運動。

後期手術之弊——(1) 患者罕有滿意等到二或三年者；(2) 在手術以前有不完

全的言語；(3) 在何腮部常復發裂隙即需要以後的手術。

藍氏 (Lane's), Dayies-Colley's, 皮瓣, 或早期手術——於第三個月施行之, 即在
任何牙齒生出之前。由一側切一粘骨膜瓣, 其外側邊緣係在齒齦之外。將此翻轉, 其
相連處在裂處似一懸帶。將對側之粘骨膜撬起似一皮瓣, 其相連之處在外側齒齦上
; 第一塊皮瓣翻轉到對側其切傷之面向下, 並縫合於對側皮瓣及骨之間。軟腭係由
分離的粘骨膜而完成之。

早期手術之優點 —— (1) 在小孩於學慣不正的言語之前, 軟腭之缺損已閉合;
(2) 裂隙之主要部分係用二層組織所閉合; (3) 如此做成之皮瓣上無緊張;
(4) 對於軟腭上的肌肉及神經無影響。

早期手術之缺點 (1) 當太早時有因窒息, 出血, 及膿毒症而致命之危險; (2)
組織嬌軟易碎; (3) 可供手術之部位太小; (4) 在口中遺有大塊切傷之面積
而成第二期癒合; (5) 軟腭分離, 故軟腭未與一腭之結合常不甚良好, 因之常
易成接連失敗。

Brophy's 手術——在嬰兒早期完全腭裂應用之。

前驅的考慮——除去極罕見的患例外, 在生產時多無組織之缺失, 但僅以分叉而已
; 因裂之寬度而上頷較正常者寬。此處可由舌之壓力而將兩半上頷連合乃很有可
能者。待小孩漸長時, 不正常之部分不能與其餘組織等比率生長, 特別是在軟腭
為甚, 故變得比例太小。

手術——在小孩生後六個月以內必須施行之; 大概是在第三個月時。用鋼絲縫線經
過一側上頷之外緣到另一側之外緣並絞繫於鉛板上而使之適合於該部。鋼絲縫
線亦經過頷突之上。若有門齒骨存在時, 即將其邊緣再新後並括於橫的鋼絲縫線
內而壓向後。在裂之邊緣割斷門, 將頷壓迫到一塊, 並將鋼絲縫線拉緊。軟腭可需
要以後的手術。

利——此法可得到真的解剖上的復位。軟腭可生長成一正常的器官, 並 Brophy 氏
曾表示此法對言語並無影響。

弊——在一年內嬰兒之死亡率為百分之十一, 但 Brophy 氏曾表示凡同年的所有
嬰孩因各種原因之死亡率實際上相同, 並係由於營養缺乏或胃腸炎而非由於手
術。

後療法——用鼻管飼食一星期。最好是在手術前即教小孩用鼻管飼食。在十天到十四
天將縫線除去。

頷 (Jaws)

齒槽膿腫——乃因齦齒之結果。可向外開口到齒槽表面, 腭上, 或到上頷竇中。常致骨膜
炎, 壞死者罕見。

治療——將牙齒拔除及將膿腫開放。

齦瘤 (Epulis) —— 由齒槽骨膜或齒根骨膜生出之瘤腫。

種類 —— 假性 & 真性。

假性 —— 因死齒及活齒之刺激而生之肉芽組織。

真性 —— 係新生物瘤腫，可有：

1. 纖維性 —— 由息肉樣生長而來。
2. 纖維肉瘤性。
3. 髓細胞樣 —— 係良性巨細胞肉瘤，僅破壞局部。需要與周圍的一部分骨完全移除之。

上皮癌 —— 開始在齦齦，或由頰或舌蔓延而來，很快的侵及其下之頤骨。

齒槽膿溢 (Pyorrhoea alveolaris) (立格氏病 —— Riggs's disease) —— 在齒根及齒齦之慢性化膿。先在有齒石之沉澱及因齒石所致膿液在齒齦邊緣下形成袋及癰。齒齦由齒上退縮及齒齦鬆鬆。可致消化不良，慢性腐血病，及有時成慢性關節炎或滑膜炎。

治療 —— 齒石剝脫時將之縱割之；用消毒劑每日灌洗，長期應用之用此種傳染之微生物製出菌液治療。

頤骨之壞死 ——

原因 —— 齒及齒槽膿腫 頤骨之膨脹 (折) 當拔牙時之損傷 濕熱毒病；磷中毒 (現在已罕)；第一期梅毒；結核菌 (罕)；汞中毒 疹熱病後之骨髓炎。

頤骨之中毒 —— 此種疾病始於在黃熱病中工作者。齒齦齦之周圍。因新骨膜骨化形成，結果是慢性骨髓炎之重大一種型，其口於口內及口外。有重大之臭味，並有腐血病，消化不良，及膿毒性肺炎之傾向。死骨片為灰白色並多孔，且分離時需時極久。此病似可以証明為結核性。創液液中常可找到結核菌，並患者常死於癆病。

治療 —— 用一般的原則治療之。

頤骨之囊腫及瘤腫 ——

1. 單純性齒囊腫 —— 常生於活齒齒根之附近，一般是在上[頤第一白齒及犬齒。大概是釉質器上上皮始基刺激所致。無痛。腫脹擴展至[，並有蛋壳樣破裂。含有粘液性物質及少許上皮碎屑 (第八十圖)。

治療 —— 牙齒拔除，與囊腫腔之引流。

2. 小泡性齒瘤，或頤骨之含齒囊腫，最常生於下頤。乃因含有永久齒之小泡擴展所致。所以此病常伴有一永久齒之缺失。頤骨腫脹及變厚，骨變得似羊皮紙樣。在腔內可找到缺失齒之齒冠 (第八十一圖)。

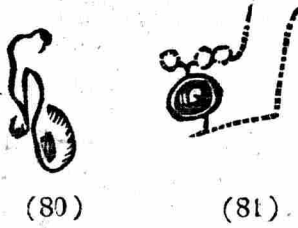
3. 上皮性齒瘤，或頤骨之纖維性疾病，常侵害下頤，並係在青年人。其原因乃由於齒胚胎或釉質器之上皮增生細胞柱狀排列而與上皮癌相似，但係良性的經過，並經囊腫樣變性。可形成一大塊狀，並擴展到整個頤骨，骨髓即形成囊腫之骨性支架。

治療——將頷骨大部切除之，一般是下頷骨之一半。

4. 纖維性齒瘤——係一未生出的牙齒被硬纖維的組織所包繞。

治療——將齒腫完全切除之。

5. 複質齒瘤——含有琺瑯質，齒質，及齒骨質之腫瘤。常為成層性的。極堅硬。可變大及侵上頷竇及鼻腔。



第八十圖 齒囊腫，位於齶齒根者。

第八十一圖 小泡性齒瘤（含齒囊腫）。未生出的牙冠位於囊腫之腔內。

治療——完全切除。

6. 齒骨質瘤——由齒生出之極端堅硬的瘤腫。

7. 骨髓瘤——當其為中央性起始時，可破裂成大血液囊腫。亦可致頷骨重大的擴張。

8. 上頷竇之囊腫——（見後）。

良質瘤腫——纖維瘤，骨瘤，囊腫，及息肉。

治療——局部切除。

惡性瘤腫——肉瘤或癌腫。肉瘤更常見。一定可使頷骨增大，若上頷竇被染時，則在其五個表面上有突出：（1）頰部；（2）眶面與眼球突出；（3）鼻部與鼻硬阻溢淚（Epiphora），因鼻淚管阻滯所致；（4）腭部；（5）頰骨面，在頷骨發生腫脹。疼痛極重並幾乎為永久性。

治療——將頷骨切除之。

上頷竇之疾病——

化膿——

原因——齶齒，特別是白齒及前白齒。鼻內化膿或上鼻竇之化膿。

症狀——痒及觸痛，與眶下神經之神經痛。鼻中道間歇性之溢液流出。此膿液可見由鼻中道中鼻甲下及下鼻甲上流出之。當患者之頭傾向前時溢液可由鼻流出，當患者臥下時溢液即流入咽部。此乃因上頷竇之上部開口於鼻腔所致。

在急性患例鼻孔常較阻滯。其症狀即更嚴重，並可合併有骨髓炎。

病徵——

壓迫病徵——（1）鼻硬阻及鼻淚管阻滯；（2）相當的眼球突出；（3）腭部腫脹與牙齒不規則；（4）頰部腫脹。

透照法（Transillumination）——用電燈在口內透照可在眼下發現暗黑色以代替正常的玫瑰色。

穿刺灌洗法 (Transirrigation) ——用一尖銳的空針經鼻腔壁刺入上頰竇中並由注射器注射入液體。此液體即由天然的開口中流出之，並由液體之濁濁性即知其化膿。

治療——引流：(1) 經下鼻道壁，並將上頰竇洗淨；或 (2) 經過犬齒窩。

粘液囊腫 (Mucocoele)，或囊腫性膨脹——

原因——係粘膜腺之囊腫性膨脹，或形成一齒囊腫。

病徵——僅係慢性無痛性膨脹與前面骨性壁之萎縮，可發生蛋殼樣破裂。

治療——與上一種相同。

骨性獅面 (Leontiasis Ossea) ——開始於青年人，無可知之原因。含有頭顱骨及面骨生出之突出的鬆質性的外生骨疣，特別是由上頰骨，下頰骨，及鼻骨。可產生醜陋的畸形，嚴重的神經痛，兩眼變位，並最後壓迫腦。

治療——當骨塊出現時早期移除之。

開口不能——

原因——(1) 關節強直，乃由膿毒病，結核病，或骨關節炎所致；(2) 在損傷或手術後關節周圍軟部組織之癒痕性收縮；(3) 破傷風之痙攣；(4) 由鄰齒所致之反射性痙攣，特別生在未生出之智齒；(5) 關節內或關節外發炎性腫脹，例如，流行性腮腺炎或扁桃腺炎；(6) 腮腺或口內之惡性瘤腫。

治療——僅在前二類患例方可用或需要手術治療。

鏟除術非常困難，並常不易施行，可試用各種將硬橡皮板或軟組織置於兩骨面之間以預防骨性連接。

愛司馬氏手術——在兩側下頰角處各除一塊平塊，此楔形塊之尖端係在齒槽邊緣。將嚼肌及翼內肌置於裂縫之間以預防骨性連接。

第三十章 鼻之疾患

(AFFECTIONS OF THE NOSE)

鼻骨之骨折——

乃因直接暴力之結果，一骨或二骨於其近於游離處骨折，或其軟骨由骨上撕裂。鼻中隔可同時破裂或僅鼻中隔之損傷。外傷性氣腫及鼻衄為常見的併發病。

治療——須即刻施行以預防畸形。在外用壓力，在內用有墊之鉗以使骨復位。用繃帶固定拍查樹膠夾板於鼻樑上一星期。

鼻中隔偏曲——

之疾病。

治療——大量稀液灌洗，繼之以液狀石蠟，薄荷醇等油性噴霧劑。

副鼻竇炎（包括：額竇之疾病）——下列各竇係開口於鼻腔者：

蝶竇 } 開口於蝶篩骨窩，位於鼻腔之最高處。
後篩房 }
中篩房及前篩房 }
上額竇 } 開口於中鼻道或半月裂孔，被中鼻甲所蓋。
額竇 }
鼻淚管——開口於下鼻道。

原因——卡他，異物，手術，發疹熱等疾病後細菌之侵入。

症狀及病徵——

頭暈，或限局於竇部，例如，額部，或全部頭痛，因其近於腦底部之故。

神經痛——由神經受壓所致，例如，額部疾病而致眶上神經痛。鼻部有膿性溢液，此種溢液除蝶竇及後篩房之患例外均係由中鼻道流出。

鼻鏡檢查——在中鼻甲處有一塊息肉及肉芽組織。常可觸到硬塊。注射古加英或腎上腺素後軟部不能減縮很多。

放射攝影術（Radiography）——可在額竇或在蝶竇處顯有陰影。

透照法——在額竇處顯有陰影，燈置於眶角處。

鑑別診斷——上額竇炎及額竇炎可由局部壓觸痛，疼痛，及腫脹而診斷，並可由透照法以證明之。

蝶竇若充滿膿液時用愛克司光線可發現陰影。

治療——

額竇——將前壁切除，並由鼻中引流。

篩竇及蝶竇化膿，當中鼻甲鉗去後在鼻內試尋其病灶，或在眼眶內壁切開篩骨之扁骨尋找之。

額竇之粘液囊腫——與同上額竇之患例一樣，額竇亦可被粘液壅腫而擴張，此囊腫可致擴張及骨壁變薄而使成蛋壳樣破裂。在額部現有腫脹，及眼球向下及向外移位。

治療——前壁之切除在可能範圍內愈多愈好，並將所有襯裏之粘膜除去之。

鼻息肉——有二種不同之起源：（1）發炎性；及（2）贅生性。

1. 粘液性息肉僅係由受患疏松性骨炎或有傷之篩骨表面生出之水腫性肉芽組織。發生於前部，並致鼻梗阻，常為兩側者。生於中鼻甲及上鼻。因其上覆蓋之粘膜除囊腫之生長則常成囊腫性變。在局部切除後數月內即可再發。

治療——（甲）在古加英麻醉下用鉗圈套器；（乙）常需要篩骨側塊之切除或將化膿竇開放。以便將受患之骨移除。

2. 纖維性及肉瘤性息肉——具有纖維瘤及肉瘤間之各級變化，常開始係一纖維瘤

並結果成一肉瘤。最常發生于小孩及成年人。生于顛底並位於鼻咽部。可致鼻梗阻，與竇之溢液。

壓迫病徵——此瘤腫可：(1) 將腭帆推下並致窒息；(2) 使鼻腔增大並鼻梁變寬；(3) 將眼球壓向外；(4) 伸展至腦底。

若瘤腫為惡性時，在頸部淋巴腺均可發生繼發性瘤腫。在此種患例其原發性瘤大概是咽扁桃體之淋巴肉瘤。

治療——僅在早期時治療方有可能。

1. 經鼻前孔用一圈套取出之。
2. 在軟腭分開後經口中取出之。
3. 由面部移除之，在軟部翻上後並使頷骨暫時變位以將鼻前孔開大。

增殖腺 (Adenoids) —— 鼻咽背及頂部淋巴腺樣組織之增生性過長。

原因——體質的纖弱而致之反復的鼻卡。缺乏衛生，例如，不充分的換氣。缺乏運動及因不清潔的呼吸而生。

病徵及症狀——多葉的並相當對稱性的淋巴樣物質充滿于鼻咽部。此物體可由鏡看到並可用指尖觸到。其大小係天天不同，若小孩受冷時則變大些。用口呼吸。鼻道梗阻並口則成習慣性保持開放。可變硬及乾燥，在夜間鼾聲頗重。由鼻前孔及鼻咽部有漿液膿性溢液流出。

結果及遺患——

在鼻——鼻前孔變狹似裂隙樣，乃因側軟骨陷下所致。犁骨及中隔軟骨變彎曲，因鼻腔太小不敷其生長所致。

在口——腭變高，變狹，及成弓形。齒之排列不整齊，因腭之生長不充分故齒常擠在一塊。此種在七歲以後，當大的恒齒出現時更為明顯。

在耳——鼻咽部卡他染及耳咽管，並使之成慢性梗阻與耳聾，結果是中耳炎及其併發病。此乃耳聾之最常見的原因。

在軀幹——在胸部，因經鼻吸入之空氣阻滯，即變成扁平胸或雞胸。有極易成氣管支炎及癆瘵之傾向。此種變化常併有脊柱彎曲。

在精神上——因神經中樞之灌氣缺乏，精神變遲鈍及愚笨，並由鼻梗阻而成不安靜及睡眠不良。口開張，耳聾，流涎，均可增加精神的薄弱。

治療——

氣候——無變化時，乾燥的氣候，如埃及的氣候可治療輕度患例。

運動——有系統的『呼吸運動』，若長久持續施行時可治療大半增殖腺，但大部分患例此法不能實行。

手術——在全身麻醉下用刮匙刮除；小心訓練用氣呼吸頗重要。

鼻梗阻之原因——

1. 粘膜之腫脹——

鼻炎：單純性，結核性，或梅毒性。

2. 因鼻中隔之阻塞——

甲、由犁骨壓生之軟骨刺及骨刺。經粘骨膜切除及鋸去以治療之。

乙、鼻中隔偏向。此種可由外傷性開始，或因發育不良而生。若無梗阻之其他原發性原因時，可由粘膜下截除以治療之。

丙、鼻中隔之血腫及膿腫。用切開治療之。

3. 篩竇及其他副鼻竇之疾病——（見前）。

4. 鼻甲之疾患——

甲、血管舒縮的充血——用古加英或腎上腺素注射後可重大地減退。其治療係：

（1）發生的方法；（2）內服減劑及番木鱈素；（3）在下鼻甲可用燒烙術。

乙、鼻腔之比例較鼻甲為小。當不適於治療。可用剪刀或鼻錐鑿器將下鼻甲前端切除一部分。

丙、中鼻甲增大——常合併嚴重頭痛。用剪或鉗切除以治療之。

丁、下鼻甲後端之肥大（Morform）用圈套修除之。

5. 鼻腔之阻塞——異物，息肉，贅瘤等。

6. 鼻後孔之阻塞——增殖體，纖維肉瘤樣息肉。

鼻衄——

原因——損傷。鼻鏡後部顛倒骨折。鼻中隔潰瘍。靜脈曲張。血管舒縮紊亂：（甲）青年期之；（乙）老年現有高血壓者。血液特殊的疾病，例如，血友病。

治療——首先檢查發見其原因後治療之。

1. 可能時堵塞出血點。
2. 將浸有1%鹽液之紗布填塞鼻腔中。
3. 將鼻孔（前及後）填塞，或有需要者。
4. 用一可吹吸的塞子，放入鼻內吸吹脹之。
5. 氯化鈣或乳酸鈣口服，劑量0.5克。

第三十一章 舌之疾患

(AFFECTION OF THE TONGUE)

先天性畸形——

不發育或發育停止（極罕見）。

裂舌或腭裂。需要與蛇樣舌一樣縫合之。

結舌，或舌繫帶短縮。——繫帶太短，並吸吮及說話困難。雖常引證，但極罕見。在先天性患兒，雖小心分離常致嚴重出血，繼發性潰瘍，或危險的舌退縮。

舌退縮（Tongue Swallowing）——因其運動性過度以致舌向後縮，並可因窒息

而死亡。

舌肥大——

1. 巨舌 (Macroglossia) ——係淋巴管瘤，常為先天性，但有時為後天性。在表面上有清楚的水疱，常近於舌尖處，並全舌增大。淋巴囊腫係形成于粘膜下。乳頭肥大，並有新形成之血管及小圓細胞浸潤。舌有反復發生舌炎之傾向，每次發生後則較前增大些。其變大可使不能容於口中，並使下頷發生繼發性變化。

治療——『V』形切除術。

2. 單純性肌肉肥大可發生于童子，或無其他任何損害。

3. 發炎性肥大可發生於任何類之舌炎，但最常生於梅毒性之後。

舌之損傷——

其創傷最常見的是因牙齒所致，抑癱瘓或驚厥，或當舌伸出時頷上之打擊。出血頗嚴重，但癒合甚速。

刺傷，如被吸管柄，可使舌深部存有異物，可使發生嚴重之繼發性出血，或慢性發炎性變厚。

急性實質性舌炎——一般係生於成年男子，寒冷，汞中毒，及虛弱為其因素。

很快能發生痛楚腫脹，可使言語，嚥下，或閉口不能。

由窒息或膿毒症而死亡，但一般係恢復與相當之淺層腐崩。

治療——在嚴重患例係用長形切開引流治療之。

鏈球菌性舌炎——開始於頷下腺之隣近，結果很快成頭部之疼痛，繼發與會厭水腫。

葡萄球菌性舌炎——一般係創傷及損傷之結果，形成一硬節性腫脹，而後在舌深部組織中變成腐腫。

治療——由口內切開引流，或在深部患例由頸正中經舌骨上切開之。

汞中毒性口腔炎——此病併有呼吸不良，齒齦變疏鬆，及淺層腐崩。用氫酸鉀治療，與收斂劑含嗽。

壞疽——可因急性口腔炎，或為走馬疳之蔓延，結果發生壞疽。在前一類患例，常為腐肉之脫離而自然痊癒。

表在性舌炎——發生於口中之膿毒症疾病及消化不良及痛風患者。

單純性或消化不良性——舌因牙齒之摩擦而有切迹，重症消化不良性之患例舌質粗燥及剝脫。

治療——氫酸鉀，與治消化不良之藥物。

半舌炎 (Hemiglossitis) ——罕見，常為神經性開始，並伴有疱疹。

鵝白瘡性舌炎 (Aphthous glossitis) 或餓口疳——發生於嬰兒，因白色念珠狀菌 (Oidium albicans) 之生長所致。舌及口齦紅，於是發蓋有白色斑，其中含有成堆的微生物。在小孩極易接觸傳染之。

治療——注意牛乳之供給，用鹼類或硼酸洗口。

遷徙性紅斑 (Erythema migrans) 或遊走疹——罕有發生者，此病是發生於衰弱的小孩，可現為紅色，光滑斑，周圍繞以黃色高起的邊緣。後者之蔓延似錢癬，並與隣近之環交切，可致痒及流涎並有極慢性。無特殊的治療可以應用。

疱疹——最常見於初經性的婦女，類痛，遺有頑固的潰瘍，並有反復發作之傾向。

治療——外敷古加英，或石炭酸。

慢性表在性舌炎——

白斑病 (Leucoplakia or Leucokeratosis) ——

病因——僅發生於二十歲至六十歲，婦女極罕見。梅毒，吸煙過長，特別是用粗煙管，用不純的酒及熱的食物，糖尿病，濕病，及消化不良，均係其病因。

病理——乳頭消失。在生發層及上皮層之間有一層小圓細胞，並後者變成角性。其病理上之各型如下：

1. 乳頭腫脹。
2. 白斑病——上皮過長及角化。
3. 粗糙和樣舌——上皮脫落，遺有粗糙的舌而無任何乳頭。
4. 破裂及裂——因纖維組織收縮所致，遺有溝形之裂。此為癌腫之前期。
5. 上皮癌——常繼之發生。

症狀——舌感覺堅硬及乾燥，並有顯著的口渴。感到有觸痛及粗糙，特別是當斑之表層剝脫時，當易於形成潰瘍，疔，及裂時。

經過——可歷多年，實際上無法治療。此病共存有數期。常生長上皮癌。

治療——忌煙及甜的，酸的，尖銳的及硬的食物。鹼性液含漱，硼酸及甘油，及硼酸軟膏或接葉軟膏，小心使舌變乾後於夜間敷舌上。亦有用百分之一的銘酸者，將限局之斑，疔，潰瘍，或裂隙除之。錳曾被應用已有效。

吸烟斑——白斑病之限局於一面積者，其凸起之上皮已剝脫。

角化過度 (Hyperkeratosis) 或黑舌——在舌中線輪廓乳頭前面之上皮斑變暗或黑，並乳頭變大以形成長波頭髮狀。此色係因小微生物所致。無需特殊的治療。

單純性潰瘍——發生於表在性舌炎，當其為極慢性時即極頑固。

塗擦銘酸，若不能即刻癒合時即見除之，不然易成癌腫。

疱疹性潰瘍——發生於小孩或青年似一急性之疾病，並有相當的不適，頗似水疱性發疹，繼之潰爛。最好用氫酸淨治療之。

刺激性潰瘍——傷害舌之近於破裂齶齒或不良齒板之邊緣處。不整齊及粗糙的底部及邊緣。在底部極硬痛。當牙齒除去後癒合甚速。若不治療時可成爲上皮癌開始之點。

消化不良性潰瘍——類是在近於舌尖之舌背部。合併有嚴重度的消化不良。淺的頑固性潰瘍。無硬結。頗痛。

治療——治療消化不良，並在潰瘍上塗硝酸銀。

汞中毒性潰瘍——在淺層腐肉脫離後發生之，有各種惡臭及口腔炎之其他病徵。

結核性潰瘍——併發瘡於瘰癧或狼瘡。特別易生於舌尖部。乃膿腫破裂後遺留而生。淺的潰瘍具有尖銳刀切樣邊緣並無硬結。表面灰白及柔弱。極痛。用古加英麻醉後切除治療之。

舌之梅毒——

初期梅毒——如唇之下疳。淋巴腺融合在一塊及增大。基底部有很重的浸潤，或無很重的硬結。

第二期梅毒——淺的，多數性，痛性的小潰瘍，特別易生於舌邊緣之周圍及表面以下。可生粘膜炎及濕疣（胡頓森氏疣）。

治療——潰瘍表面上塗擦百分之二的銻酸。

第三期梅毒——

1. 慢性表在性舌炎。

2. 舌之瀰漫性纖維性增厚。慢性間質性舌炎，一般是合併有(1)舌變大及變硬。舌因溝及裂而扭曲。乃因表面皺褶及溝之纖維組織牽拉所致。

3. 樹膠樣腫及潰爛——患者一般是在四十歲。開始是舌組織中之腫脹。最普通的位置是在中線並較後部，或在側面。破裂及溢出『樹膠性物質』。遺有無痛性潰瘍。基底部為堅韌的腐肉所構成（與濕皮相似）。尖銳刀切樣邊緣（突出）。基底部無硬結。舌不固定。淋巴腺不增大。可保持安定相當長久的期間。其瘡痕可發生上皮癌。

舌及口底之單純性瘤腫——

涎腺瘤腫——由頰下腺，舌下腺，或門齒腺而生。大多數是內皮瘤，含有內皮柱及軟骨。

舌下囊腫 (Ranula) ——係阻塞或潑溜性囊腫，一般係舌下腺；門齒腺者罕見（見第三十二章）。

涎腺石——涎腺石與其周圍部發炎，可嵌入華通氏管 (Wharton's duct) 中，及形成一硬的腫脹。

皮樣囊腫——一般係在口底之中線上，位於下頰舌骨肌及頰舌肌之間。此係身縫皮樣囊腫。可生於側面近於下頰角處，此種患例大概是由腮裂所生之管狀皮樣囊腫。可形成堅固的，有彈性的，黃色的腫脹，並在頰下突出之。

治療——大部患例須經口中切除之。

寄生蟲性囊腫——囊蟲及包蟲囊均極罕見。

舌扁桃體可慢性增大或形成一濕泡性膿腫。每種患例用外科手術切除或切開，均當要之。

甲狀舌管之瘤腫及囊腫——此病有二種位置：(1) 在舌背舌盲孔處，似一瘤腫或囊腫，為紅色，有血管性，其大小大約為豌豆大或櫻桃大，並有甲狀腺瘤之構造；(2) 在舌組織內，近於舌骨，此病形成癭腫繼以纖毛上皮及含粘液之囊腫之

脂肪瘤可有：(1) 先天性——當囊腫大而深在時；(2) 淺在而小，多生於老年人，並變成息肉樣；(3) 深在，發生於晚年，位於舌及口底之間。

纖維瘤——仰息肉樣或深在。無痛並生長極慢。

血管瘤——可有動靜脈性，毛細管性，或海綿性，後一種為最大並最重要者。常為先天性。需要切除以防潰爛及出血。

乳頭狀瘤——發生於小孩及成年似一單純性贅疣，當係一易生癌腫之傾向者，亦為表在性舌炎患者。常須切除之。

舌之肉瘤——係極罕見之疾病。發生於青年似舌組織中之一彈力性塊。除非切除後頗難診定之。有的患例係有包膜包繞並比較為良性者，但在其他開始於舌扁桃體之淋巴肉瘤，為顯著的惡性。

舌 之 上 皮 癌

病因——多生於男子，即有百分之八十五。一般是發生在四十歲至六十歲。因粗糙的煙管，過度的吸煙，刺激性潰瘍，梅毒性瘡痕等所致，亦因用不適當的苛性劑所致者。

開始似：

1. 疣性過度生長，常生於慢性舌炎。
2. 邊緣部之潰瘍，在中心三分之一及後三分之一連合處。大概是因粗糙的牙齒所致。在舌炎及梅毒者係在舌背部。
3. 破或裂，特別是在慢性舌炎。
4. 粘膜下浸潤（極罕見）。
5. 由扁桃體或喉之蔓延。

病徵及症狀——一般是開始於前三分之二份，並向邊緣。為杯狀潰瘍，或疣性生長。堅硬的，外翻的（捲向上）的邊緣。兩邊傾斜到不平的，污穢的基底上。觸到時即出血。大量惡臭溢液及大量流涎。潰瘍底部極堅硬。大約六個月後，頸部淋巴腺即變硬及增大。

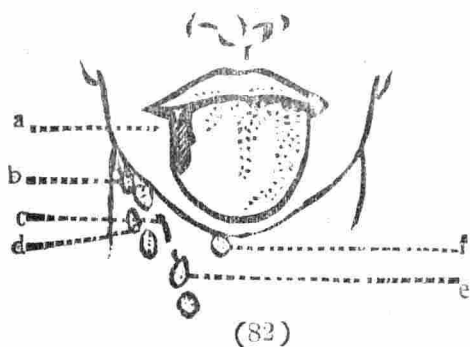
以後——疼痛極顯著；常限局於耳部。涎液常由口中滴下。因累及本質內的肌肉，舌不能伸出。頸部淋巴腺成巨大塊狀。

蔓延——到咽門及扁桃體；齒齦及下齦；口底。

繼發的沉着——

腺體的——頸部淋巴腺常在疾病之最初六個月以內受染，並有時常早於六個月。癌腫在舌尖或兩側者，頰下腺及頰下腺受染最早；頸動脈腺受染較遲，由顱骨蔓延到胸骨。最常見的部位是在頸動脈分叉處。在早期常係患側之淋巴腺受染，但以後其對側者亦受累（第八十二圖）。

內臟的——肝，肺，心臟，腎上腺，及其他內臟受染極罕見。——



第二圖 舌之皮膚癌及淋巴腺之關係：A, 瘤腫開始於舌之側面邊緣；B, 下頷角處之淋巴腺；C, 胸鎖乳突肌線；D, 頸動脈腺，上組；E, 頸動脈腺，下組；F, 頸下淋巴腺。

併發病——

頸部淋巴腺——形成大的囊腫樣腫脹。破裂後並形成不潔的膿毒潰瘍。因氣管受壓，或壓迫性嚥下困難而致死。

膿毒性肺炎。繼發性出血。

經過——患者多在一年內死亡。

診斷——

其他潰瘍——（見前）

放線菌病——膿液，與特殊的顆粒。

涎腺石周圍發炎——雖極堅硬，但非確實固定者。切開後可證明為石。

每一潰瘍，疔，或裂不可即刻應用局部或靜脈的清藥，及消毒藥液在是否為上皮膚。

治療——除非下列情形，舌及淋巴腺須切除之。

1. 舌基底部之浸潤到兩側無法切除者。
2. 蔓延累及咽門者。
3. 累及喉部者。
4. 蔓延累及頷者。
5. 淋巴腺固定於大血管及氣管者。

舌癌之手術——

所有手術之前驅步驟——除去齦菌及殘齒。剝脫牙砂及清潔牙齒。用稀消毒液將舌及所有口腔均洗擦之。治療消化不良。用十分之一的石炭酸，或二千分之一的重碘化汞，或百分之一的強蛋白銀及甘油噴霧劑。在不佳的患例，即需廣大手術之患者，具有不潔的放射形塊者，則須用鏈球菌血清前驅注射以作預防劑。

1. Whitehead's 手術——

指徵——舌須能伸出者。

方法——用兩條縫線將舌背固定。由中縫向下將舌劈開。須經過舌底之粘膜。再切到舌中部將舌動脈結紮。再切到咽門柱及舌根。背側髓有深硬結或近於中

線時將兩半均切除之。在殘部撒以碘仿。

在切除後二或三星期，將頸部兩側之所有淋巴管與頸前深部動脈三角及頰下三角均切除之 (Butlin)。或將組織均切斷，包括切除胸鎖乳突肌及頸內靜脈 (Crile)。

2. 科霍耳氏手術，或側面口外手術——

指徵——當舌根受累，當舌不能伸出；當頰或咽門輕度受染。

方法——切口由耳垂到舌骨大角，再沿舌骨向上到下頰骨聯合。

切除淋巴腺並結紮舌動脈頸外動脈。若需要時將有病的齒槽除去之。經下頰骨肌切開。將舌拉於頸部。向後到會厭切除愈多愈好，並切到舌骨。如切到對側之血管時即結紮之。將外部之切口閉合並引流。

3. 賽姆氏 (Syme's) 手術，或中央部口外手術——

指徵——舌根受累者 疾患蔓延至下頰骨聯合者。

方法——切口由下唇邊緣經頸部到舌骨正中。由中線將側將頰骨兩處破開之。將頰切開兩半或將受患之部移除之。將舌拉出。用剪刀由後面及向上舌剪斷之。將所遇之血管一一結紮。將頰之兩半用綑線縫合。將外部切口縫合。

無論何法之全舌切除術：

事前預備——

前驅的氣管切開術——在手術時，或在手術前數日施行之。用周圍繞以棉花之 Hahn's 管，或用擴張的保護管，或將咽部塞以棉球。

或在手術時用喉切開術 (Laryngotomy) ——較容易；較快；以後癒合較快。

或氣管內麻醉——用一導管經喉而將麻醉藥導入之。有一定的氣流吹出可防止血液或其血液流入氣管。

將殘部用線固定於頰部以預防窒息。

養療法——在重症患例將氣管導管應用二至七天。口內撒碘麝香草腦 (Aristol) 或碘仿粉，並常用過錳酸鉀液或八十分之一的石炭酸洗出之。若體溫升高時，注射三十號抗鏈球菌血清。用直腸飼食二十四小時。用食道管六天。

手術後死亡之原因——休克；反復性或繼發性出血；殘部後陷到喉部之窒息；膿毒性肺炎；敗血病。

手術之結果——立即死亡；口內手術，百分之七；口外手術，百分之二十以上。患者能生存至第三年末而復發者，百分之二十。

復發——在六個月以內常由殘部開始發生復發，或於後期在頸淋巴腺發生之。

用透熱法移除——舌之癌腫可應用透熱法移除。此種高頻率電流可使在電極處以下約半吋深之所有組織均破壞之。其利是：無出血；比較無痛；無休克。此法特別適於大而固定的癌腫。

輻——氡氣子或鐳針於原發癌腫之周圍可發生良好的結果。並大有代替切除等老法之勢。輻對淋巴腺無作用故須切除之。

姑息療法——拔除齲齒及用消毒劑以保持口腔之清潔，例如千分之一的重錳化高汞。
 疼痛——吸入含嗎啡或俄妥仿之粉劑。潰瘍上填碘仿紗布。切除舌神經。最後用嗎啡皮下注射。
 流涎及惡臭——阿托品注射，及局部撒碘仿。

第三十二章 涎腺，扁桃體，咽及食道之疾患

(AFFECTIONS OF SALIVARY GLANDS, TONSILS, PHARYNX, AND OESOPHAGUS)

涎 腺 之 疾 患

腮腺炎 (Parotitis) ——

種類——(1) 急性；(2) 慢性。

1. 急性——

甲、非化膿性——流行性腮腺炎 (Mumps)：有傳染性，常侵害小孩；兩側腮腺全部發生實質性發炎，但永不化膿。常共同發生（或轉移到）生殖器官發炎：睪丸，乳腺，或卵巢。其發生率是以如上的順序。用內科方法治療之。

乙、化膿性——常係由口腺管向上傳染，但亦可為膿毒血性，由相當距離之任何病灶經血液傳染之。腺管之傳染如患者手術後膿毒性乾口腔，及當發燒時。亦有時因缺乏食物之刺激涎液流出減少之故。

治療——熱電包，及平行于顫突之早期切開以免損及面神經。

2. 慢性——(甲) 單純性。(乙) 放線菌病。(丙) 結核病。(丁) 梅毒。後三者極罕見。

病因——因由口腔之傳染所致。

症狀——該腺之痛性腫脹。

治療——按摩，或注射油碘於腺管中。

其他涎腺之發炎罕見，茲不多詳。

涎腺石——涎腺石常生於頷下腺導管 (Warton's duct)，但生于腮腺導管 (Stenson's duct) 者罕見。此病係在口底發生硬的腫脹，並有成涎液梗阻或腺管之傾向。常與上皮癌相混誤。

治療——經粘膜炎切除之。

涎液梗阻——可由於：(1) 結石；(2) 癥痕；或 (3) 損傷。除頷下腺外則罕見。

症狀——飯後該腺有痛性腫脹。

治療——將梗阻處移除，或將腺切除。

涎管檢影術 (Sialography) ——用一至二毫之油碘注射于腮腺導管中。用愛克司光照射即可見導管或腺泡之畸形或擴張。

涎液瘻管——除腮腺導管外，罕見。因手術創傷或損傷所致。

治療——由口內之開口穿入縫線或用引流管到瘻管中。

涎腺之瘤腫——

潑溜囊腫或舌下囊腫——在舌下腺極常見，但在其他腺則極罕見，係純粹潑溜囊腫之粘液囊腫，或贅瘤。在口底形成淺藍色的腫脹並常為一側性，頷下腺導管位于其上，用切除治療之。

單純性瘤腫——此病與惡性瘤腫相似，常生于腮腺，生于頷下腺者罕見。常係一種併發性組織，故現在認為是內皮瘤。單純性纖維瘤或腺瘤比較罕見。瘤腫內含有類粘液性變之內皮增生柱，並其中常發生軟骨。因此其中可以找到腺樣，纖維樣，軟骨樣及類粘液樣的各種混合物。

病徵——固定的彈力性的或囊腫性的腫脹，可自由運動，並常係被顯突，嚼肌之前緣，胸鎖乳突肌，及下頷角所限制。

症狀——常為無痛，但不一定。生長甚慢。

治療——切除。

Von Mikulicz's 疾病——所有涎腺之慢性對稱性增大，並含有淚腺。其病理尚不知。

大概是一種慢性發炎，並非贅瘤。

治療——砒劑，碘化物，及愛克司光。

惡性瘤腫——此種常係內皮瘤而後變成惡性者，但原發為肉瘤或癌者亦常見之。

病徵——瘤腫固定于皮膚及其以下之組織。因累及面神經而有面神經癱瘓。蔓延到顯下凹並侵入口及咽。

治療——切除，僅在早期發現時方有可能。

扁桃體之疾患

急性扁桃體炎——依其受患之部位可有：(1) 濾泡性；(2) 實質性；(3) 淺在性。但此種分類係太人工的並非需要。

濾泡性扁桃體炎為最常見型者。

原因——膿毒病，陰溝穢氣，與膿毒性創傷接觸（醫院喉疾病），敗血病，猩紅熱，風濕病，慢性扁桃體增大。

症狀——嚥下極痛，頷下之淋巴腺增大，體溫昇高到華氏表一百零三度至一百零五度。

病徵——兩側扁桃體均腫大及發炎，其所有之陷窩均充以粘液膿，此膿液可在

表面形成一膜。

診斷——與猩紅熱之區別係無發疹。

治療——用柳酸綿以免耳聾。氫酸鉀含嗽。

扁桃體周圍炎或急性咽門炎 (Quinsy) ——扁桃體內或扁桃體周圍化膿，一般係後者，發生于扁桃體及其底層組織之間。

病徵——咽門及軟腭有亮紅色的腫脹，常係一側較重于他側。扁桃體本身常不浸于口張的咽門柱內。幾乎絕對不能下嚥，疼痛及全身不適極嚴重。若不治療時，待其膿疔破裂，大概要經七八日，其破裂一般是經過軟腭或前咽門組織之很快而恢復。可見到波動及膿腫之化膿點，但不能觸到，因患者不能將口張開。

治療——將可達到之軟部直接切之。一般不經軟腭切之，並平行前咽門柱繼續下切之。

慢性扁桃體炎。肥大——

原因——膿毒病，寒冷，虛弱，缺乏運動。通常係先前發生急性扁桃體炎而使復發慢性者，特別是成年人，在每一次發作後其扁桃體比前一次大一些。

構造及合併的情況——增大的扁桃體可：(1) 伸出一突出之地並幾乎兩側互相接觸；或 (2) 深位隱藏于咽門柱之內。在扁桃體之上及咽門柱之間有一隱窩，即扁桃體上凹，其中有扁桃體上部濾泡之開口。大的濾泡可見有開口，其口中填以細菌及類粘液性碎屑。一葉下垂至舌側之表面。在小孩其咽扁桃體亦增大之（其前，增殖腺）。

症狀——語言笨重。因增殖腺一般係用口呼吸。急性扁桃體炎反復發作之傾向為最嚴重之結果。亦因慢性膿毒症吸收而有相當之虛弱。

治療——

剷除術 (Guillotine) 為治療之例行方法，在小孩可用氣體全身麻醉，成人則加英局部麻醉。有很多扁桃體深在的患兒，用此法剷除不甚為宜，因其殘留位于咽門柱深部者均遺留之，並繼之使症狀復發。此種缺陷有很多患例可在剷除器拉回之前將扁桃體用雙爪鉗拉出，以避免之。

摘出術 (Enucleation) ——此係一完美的方法，但亦常需要麻醉藥。將指插入扁桃體上凹，將扁桃體由其牀面拉出，並絞緊或切斷之。出血不嚴重，因為僅係撕裂而非切斷。所謂傷及頸內動脈係十分無稽的。因自血管到扁桃體床約有四分之三吋，這側頸咽壁亦同。

扁桃體之梅毒 可為：(1) 原發性 (極罕見)；(2) 繼發性表在性潰瘍，常見；(3)

樹膠樣腫，或遲發第三期潰爛，可致重大的癰疽形成及畸形。

扁桃體之贅瘤——

種類——

上皮瘤常開始于咽門或舌。

淋巴肉瘤，可發生于任何年齡，但常生于青年人，為極端惡性之混合細胞肉瘤，罕見。病徵及症狀——很快的增大而無疼痛及發炎。在上皮癌之患者，即刻可發生深的潰爛。在肉瘤其塊為彈力性，軟，並最初有包膜包繞。所有以上各類其類下頸部淋巴腺很快的增大。一般致死的原因是嚥下困難，窒息，或繼發性出血，常發生于一年以內。

治療——由頸部將該側所有可找到之淋巴腺均切除之。其切口為郭霍耳氏舌切除術之切口，並將頸外動脈結紮之。

咽 之 疾 病

急性咽炎 乃因膿毒性吸收所致，並常併有猩紅熱，敗血病，風濕病及梅毒。咽門及粘膜疼痛，腫脹，及發紅，與嚥下困難。在膿毒性患例，可發生會厭水腫並致窒息。

治療——用混有石炭酸或樹香蒸氣之氣流吸入之。口服柳酸鹽。如有窒息之危險者須多數性切開。

慢性咽炎 係因吸煙，飲不純的酒，發音過度，例如，牧師及沿街叫賣者。血管變無緊張力及擴張，並有類淋巴樣組織之結節突出。可分泌出稠粘液，此粘液之黏着的並致咳嗽及作嘔。

在濾泡性類其增大的類淋巴樣結節頗顯著。

在萎縮類者其粘膜變光滑及平滑，並常蓋有痂，

治療——

避免講話，吸煙，及飲酒。噴散甘油柔酸，鹽化鐵，或強蛋白靈，或用油類噴散，其中含有薄荷腦，核，等。

電烙——大的濾泡應用之。

咽後膿腫——

急性——因擦破後之膿毒性傳染，例如，嚥下魚骨。因化膿性微生物在咽及椎前筋膜間生長所致。可因突然破裂到喉部而發生窒息。在咽喉後壁形成緊張的，波動性腫脹。

治療——經咽壁切開，須注意其膿液不可流入喉部。

慢性——因上部頸椎之結核性疾病。當形成時有輕微的疼痛及發炎，深可到椎前筋膜，向後可沿之到喉部。

治療——在經口穿破或膿毒傳染之前，可在胸鎖乳突肌之後切開之。

咽之梅毒——(1)第二期，係以在舌粘膜炎，或蝸牛跡性潰瘍之形式。(2)第三期，係粘膜炎下樹膠樣腫及深潰爛之形式，當其癒合時可因拉下軟弱到咽壁而致重大的畸形。

咽狹窄——仰因燒燙傷後之瘢痕形成，或大劑量梅毒以後。在最普通型者，因殘餘的軟腭被纏繞于咽後壁而鼻咽部與口閉鎖之。在最重型者，咽門，軟腭及咽後壁收縮，以致由口到食管之通路縮緊。

治療——將狹窄部分離並通入一探子。在嚴重類者，此法失敗時即用食管造瘻術（Esophagostomy）。

上皮癌——僅係咽部原發之癌腫，但罕見之。其外形，經過，及治療與舌背之疾病相似。

咽陷凹或推進性憩室——係咽下縮肌橫部及斜部間粘膜之赫尼亞樣突出。常生于三十歲之成年人。常位于左側。可因壓力而致嚥下困難。

治療——由頸左側切除之。

食 管 之 疾 患

畸形——

先天性——與氣管成瘻管性交通。在胃噴門，狹窄。

後天性

牽引性憩室——在前壁有小陷凹。近于氣管叉處。因粘連之體牽拉所致。不生症狀。可使異物存留。

食管內異物——銅板，齒板，針等可誤嚥之，常由小孩或精神病人。

異物之性質頗重要：

大小，可在入口處阻滯，並因壓迫咽部而生致命之呼吸困難。

不規則性，可易于取到，並易嵌入食管壁內。

尖銳者，可致穿孔。

結果——由天然食管經過之，特別在小，圓，光滑而物體。嵌入，特別是異物或不規則之患例。

嵌入之部位：相對於喉之部位，（距齒有六吋）；相對於氣管叉之部位（距牙齒有十二吋）；在下端（距牙齒有十八吋）。

食管之潰爛，結果是頸部蜂窩織炎，或縱隔障炎，開口到氣管；開口到大血管；與致命的續發性出血。

沿筋膜平面遷移相當距離，在異物為縫針或注射針之患例。

症狀——食管內異物之症狀為：嚥下困難；呼吸困難，特別是若喉之附近受累時。

遲發症狀——因潰爛及發炎之疼痛；出血。

治療——

診定其部位係由：咽門之視診；用食管鏡視診；指探察術；愛克司光。

藉食管鏡移除之。若此法失敗時，可由左側行食管造瘻術移除之。用銅板鉗或捕鉗器試圖移除異物均甚危險。

食管梗阻——

原因——

外部的：頸部之癌腫（例如，甲狀腺腫）；胸內之癌腫（例如動脈瘤）；食管上之壓力。

內部的：痙攣；嵌入性異物；纖維性狹窄；惡性狹窄。

食管痙攣——可為希司忒利阿性；或永久性神經肌肉的過度作用與肥大，所謂噴門痙攣（Cardiaspasm）。後者之治療可將胃切開用手指將食管下端擴張之，或用成形手術。

食管之纖維性狹窄——一般係中年人。在食管之上端或下端。因腐蝕性潰瘍之收縮所致。大體是梅毒性潰瘍。

症狀——嚥下困難；少量不消化食物之反流；應用探子時有輕度出血或無出血；生長甚慢。

治療——

應用探子，一星期用二個或三個大小之探子。

Symond's 管——經鯨鬚導引器放入之。保留之，並用線固定于頰部以備定期移去。

分瓣狹窄。續之用探子。

由口中：用隱藏刀向後切之。僅高位之狹窄適用之。

由胃中：將狹窄用力擴張。僅下端狹窄時方有可能。

用線繫：患者將線嚥下。下端由胃中取出。向上及向下牽拉。

食管造瘻術——當狹窄甚高時，可將食管縫于頸左側。

胃造瘻術（Gastrostomy）——惡性患例應用之。

食管之惡性疾病——四十五歲以上之患者；常為男子。

部位及種類——

1. 相對於環狀軟骨——由距齒六至八吋，約百分之十五。
2. 相對於氣管叉處——距齒十二吋，約有百分之三十二。此種係上皮癌。此種上皮癌無細胞巢。
3. 賁門端——距齒十二吋，有百分之五十二。係柱狀細胞癌。

症狀——嚥下困難。嚥下固體食物不能，最後，液體亦不能。未十分消化食物之反流。此症狀不如纖維性狹窄顯著，因瘤腫以上的部分無時間以變成擴張。疼痛及咳嗽。嘔血。很快的消瘦。

物理病徵——用食管鏡可看到瘤腫。當嚥下液體時相當於狹窄處之脊柱上可聽到氣過水聲。

蔓延及併發病——早期潰爛；侵及氣管，支氣管，大血管；腺癌之轉移性生長。

其他併發病——膿毒性肺炎，因氣道之穿孔所致。因累及喉而失音。因累及喉返神經而成喉癱瘓。肺窩織炎，或縱隔障炎。

經過——因營養缺乏而死亡，在六至十二個月。

治療——

1. 根治法——曾有人試圖直接移除之，但因以下之原因易於失敗：（甲）患者之年齡；（乙）症狀之遲發；（丙）接近困難及危險。僅適合于環狀軟骨部之

患者。

2. 始息療法——其目的在勝過壓阻。方法：

甲. 插入 Souttar's 管（螺旋狀德國線）；此管較 Symonds 管更佳。

乙. 透熱法及鑷。結果曾失敗。

丙. 後期患例用胃造瘻術。

第三十三章 頸部之疾患

(AFFECTIONS OF THE NECK)

頸部之囊腫

先天性——常到成年以後方出現之。

1. 皮樣囊腫——

在胸鎖乳突肌下——

腮裂管狀皮樣囊腫（第六十圖）——可沿胸鎖乳突肌前緣開口似一腮裂瘻管。可變成惡性——腮裂癌。

在中線——

原發身縫皮樣囊腫。

甲狀舌管囊腫——由甲狀腺管；舌盲孔；舌根或口底；位於舌骨之後，在喉或氣管之前。

在其囊壁任何部位均可發生腺瘤。

囊腫可有開口似一正中瘻管。一般係在中線下部近于胸骨。

2. 囊狀水囊瘤——係淋巴間隙擴張之大的無定形塊。可佔整個之頸及面，並下垂到胸部。任何解剖上的界限均不能限制之。

後天性——

皮脂囊腫——固定于深部皮膚表面。

滑囊囊腫——在甲狀軟骨上；在舌骨及甲狀腺之間。

頸部水囊腫——大概是淋巴囊腫。在胸鎖乳突肌之下，並擴展到頸後三角。

血囊腫——動脈瘤；靜脈曲張；與靜脈交通之囊腫。

腺樣囊腫——甲狀腺；嚥下時可移動。涎腺；除在口底外罕見之。

惡性囊腫——由腮裂囊腫；由破裂的腺瘤而成上皮癌之始基；由頸動脈腺之內皮瘤

包虫囊。

割 喉

曲變——一般係由左向右；左側者更嚴重。

殺人——因部位及範圍而不同。

種類——

1. 未將口或呼吸道開放，無特殊之點。
2. 累及呼吸道者——在舌骨上；經過甲状舌骨間隙；到喉；到氣管。

發覺的作用——

在舌骨下——傷及舌血管因而血管損傷舌根。由舌陷于喉部而有窒息之危險，甲状舌骨間隙——在喉部傷及舌，及甲状腺上諸血管。損及會厭，出血到喉。喉下面——損及聲帶及甲狀腺之各葉。

喉下——由甲状腺及血管出血；氣管開放；由切斷端部位出血到氣管而窒息；傷及大血管，其致死的出血，空氣到靜脈中，喉返神經破裂。

遠達作用——生血病或腸胃血病；蜂窩織炎而成縱隔障；聲門水腫；繼發性出血，氣管炎；支氣管炎；肺毒；肺炎；食物誤入氣管；外科性氣腫。

治療——止血，縫合，與血流。若喉部出血時，閉合並施行氣管切開術 (Tracheotomy)。

鑿瘻之遺患——氣管，一般係在甲状舌骨間隙。閉塞。喉或氣管狹窄。因損及喉或喉返神經而成失音。

甲狀腺之疾病。萎縮及肥大

萎縮——有三種狀態：

老年萎縮——此種不發生症狀。

粘液性水腫——上皮組織一部分完全消失，存留者僅有締織。

克汀病 (Cretinism) ——甲狀腺係：(1) 先天性缺失；(2) 由結締組織遺跡所代替；或 (3) 似甲狀腺腫，有少許或無上皮余子。此病可為散在性地方病性，後者常生於地方性甲狀腺腫流行之區域。

粘液性水腫及克汀病均可有：

1. 皮下組織之變化——脂肪及類粘液組織大量增加。髮剛脆及髮疏。鎖骨上脂肪塊顯著。
2. 神經系統之變化——癡愚及呆滯明顯。在克汀病之患者除經治療者外。全生均係小孩狀態或遲鈍。
3. 骨骼之變化——末節指骨變寬及薄刀樣。在克汀病患到其生長停止，故成年之形態與大約六歲時相似。
4. 生殖器之變化——在克汀病者陰囊不發育，睪丸不降下，及無繼發的兩性的

性質。在粘液性水腫者性感覺及性力量消失。

治療——喂飼乾的羊甲狀腺抽出質（每日十分之六克）。人類甲狀腺移植術。由健康甲狀腺組織上切下一小块（例如由甲狀腺瘤之患者）並移植到：（1）皮下。

（2）腹肌下；或（3）患者之脛骨頭內。

肥大（與實質性甲狀腺腫不同）常在下列情形發生之：

1. 腺體之一部分肥大，當其餘者被切除時。
2. 當月經時（大概僅係增生性過長）；在青春發動期；當妊娠時；在性的刺激以後。

甲 狀 腺 增 大，甲 狀 腺 炎

種類——

化膿性或急性傳染性——罕見，但常見于增大的甲狀腺。可併于疹熱病。腺體變腫脹，觸痛，及固定。

治療——熱卷包，切開。

結核病——罕見。常見于幼年。腺內之結核性硬塊生長甚快。甲狀腺變固定，並可發生壓迫症狀。

治療——將受患之腺切除之。

樹膠樣腫性——罕見，並易同惡性甲狀腺病相混。腺體有結節性而固定。可發生壓迫症狀。

治療——若診斷確定時用抗梅毒療法。

本質的（甲狀腺之 Riedel's 疾病）——係淋巴瘤病，繼之是該腺之纖維癌病。藥及兩葉及峽。發生甲狀腺周圍炎，與該腺被固定。發生壓迫症狀。

治療——用愛克司光治療，或切除峽部或一葉。

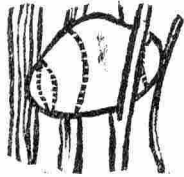
甲 狀 腺 腫，單 純 性 或 實 質 性 增 大

此種增大係一致性的。乃青年患者之普通型者，開始于二十五歲以後者罕見（第八十四圖）。

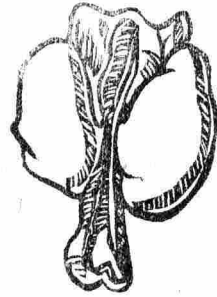
發育之各期——（1）腺泡肥大期：是以甲狀腺腫變硬及實體狀。（2）膠性期：過多的膠質使腺泡擴大。（3）膠性囊腫期：腺泡合到一塊並形成囊腫。（4）局部增生性過長或結節性甲狀腺腫期：胎性腺瘤性細胞之小島位於腺泡間隙內，多方管制腺體之功能，即破壞其功能。（5）變性性甲狀腺腫：有的部份變性，有的部分鈣化，有的部分有出血到囊腫內。

實質性甲狀腺腫之原因——普通地方性。限局於地方者最常生於瑞士，法國及意大利之高山地區，英國之 Derbyshire 及 Gloucestershire。常合併於石灰岩地質形成之

地，或因其致使飲水有特殊性，或因其中未含有碘或碘化物。



(83)



(84)

第八十三圖 由腮裂之殘餘在頸部所生成之囊腫，全囊腫 (C) 代表其最大的限度，由胸鎖乳突肌到咽部；A，毗連肌肉之殘餘；P，肌肉及血管間之囊腫；D，毗連咽部之囊腫。

第八十四圖 實質性甲狀腺腫的後面觀。氣管係切除表明之，並係因增大的甲狀腺葉間兩側受壓。

甲狀腺腫之物理病徵——

運動性——在嚥下時該腺上下移動。不能由氣管向兩側分離。由此一點常可足以診斷之，但：

1. 當嚥下能運動之其他頸部之瘤腫是：粘連於氣管之淋巴腺；與喉，氣管，或食管相連之膿腫或惡性瘤腫；舌骨下滑囊；甲狀腺舌囊腫。
2. 嚥下時不運動之甲狀腺腫：極大的塊不能經過胸腔的上口。甲狀腺腫被惡性或發炎粘連性所固定。

形狀及大小——實質性甲狀腺腫可為馬蹄形，其他瘤腫常為圓形。其大小可由任何大至該患者之頭大，此種其腫脹多垂於胸骨上。

部位——普通係在喉部以下。在中線或兩側。有時在胸骨下；高達舌骨大角之平面者罕見。將胸鎖乳突肌推向後。

與血管之關係——將頸總動脈推向後及向外，同時頸外靜脈變伸展到表面，並被甲狀腺靜脈所纏繞。在惡性甲狀腺腫，血管圍繞於周圍而無重大的變位。

與胸骨之關係——偶爾胸骨下甲狀腺腫可下降到主動脈弓處。

搏動——甲狀腺瘤常現有搏動，其搏動或因 (1) 與頸動脈交通，或 (2) 係甲狀腺之動脈，或 (3) 因瘤腫係血管性，特別是在格雷斐氏病 (Graves' disease)。此類患者常可聽到高及粗糙的雜音。

堅度——實質性者柔軟。腺瘤性或囊腫性者堅固及有彈力。纖維性或鈣化者堅硬。

壓力之作用——

在靜脈上——頸靜脈充血，但在惡性或發炎性之瘤腫方有水腫及發紺。

在神經上——喉返神經，交感神經，頸神經，臂神經並以此次序而受累，明顯的弱經受累即係一惡性之嚴重病徵。

在氣管上——可(1)向側面變位，(2)糾纏，或(3)壓迫到側面，所以其腔變小成一裂隙。此乃呼吸困難最普通的原因。

在食管上——甲狀腺後部之瘤腫可致食管之變位及受壓者罕見。

呼吸困難——此為甲狀腺腫惟一發生之症狀。可有數種原因而發生之，氣管上受壓為最普通之原因：

1. 氣管的壓力——氣管向側面變位，或有時向後變位（因胸骨下甲狀腺腫所致）。其腔變狹窄乃由於(甲)糾纏，(乙)側面的壓力，(丙)兩側之壓力（第八十四圖）。氣管因受長久的壓力後而變軟，但非萎縮。
2. 因喉返神經受壓——此種極罕見，由少許的失音合併有呼吸困難而知之。
3. 因瘤腫擴展到氣管內——僅在惡性疾病時有之。
4. 因囊腫或疝腫破裂到氣管內——
5. 因致聲門水腫——僅在發炎性或惡性甲狀腺腫時發生之。
6. 因氣管粘膜炎腫脹——常患者受寒或患支氣管炎者發生之。

甲狀腺腫呼吸困難之病發——最常見於青春發動期及二十歲間之患者，在實質性，二側性，及胸骨下甲狀腺腫。

突然的變化乃由於出血到腫內，或腫體之迅速增大。

黃銅色咳痰，一般是併發呼吸困難，並係因氣管傳染所致。

單純性甲狀腺腫之治療

一般地——將患者由甲狀腺腫地帶中移出之。

碘及碘化物（二碘五滴，碘化鉀百分之二，每日三次），甲狀腺抽出質（百分之三克、每日三次）。

此種藥物治療僅在青年患者之實質性患例有作用。在囊腫或腺瘤即無效用。一個月以內即有顯著之減少或不見。

局部敷用——碘及碘化汞液可敷于甲狀腺上但効力甚小。

手術治療之指徵——呼吸困難或其症狀之增劇，或一定時增大。囊腫或腺瘤。變性甲狀腺腫藥物療法失敗時。

預備——在呼吸困難極顯著者。用局部麻醉。用氣管內麻醉可減少因呼吸困難所致之困難，並可使呼吸運動減弱以便可得到極平穩之手術。施行此種手術時在患者呈仰位位置以便保其呼吸。

手術——

1. 半甲狀腺體除術——用特種樣切開後由二包膜中將甲狀腺切除三分之一或三分之二。將舌骨下諸肌向外拉或切斷。遺留大塊不易見到之一側單一葉。

特別注意(1) 函內靜脈，因其擴展到甲狀腺上，及(2) 喉返神經，因其在後並在假狀軟骨之下與瘤腫相距極近。

分離峽部並切除其葉。引流二十四小時。

2. 兩側楔狀切除術——此手術係用於瀰漫性甲狀腺腫。在每一側葉中切下一底部在前面之楔形塊，其遺留之空腔用腸線閉鎖。用鉗將峽分離之。
3. 摘出術——用於囊腫及腺瘤之手術，係將厚的腺組織所形成之包裹脫壳樣取出之。

當甲狀腺手術時可發生之意外——

突然死亡——在開始時節發生呼吸困難者常因呼吸困難而突然死亡。乃由于氣管上之牽拉或壓力，全身麻醉，聲門之痙攣或頸部神經之牽拉。當正在牽引瘤腫時或將瘤腫翻出為最易發生之。最好是用局部麻醉或氣管內麻醉以避免之。原發性出血——在摘出手術時易成嚴重出血。在摘出術時須將所有主要血管皆結紮後方可切除。主要的是靜脈出血而成發生困難。

損及喉返神經——致一側聲帶癱瘓。

損及交感神經或迷走神經——後者可致死亡。

損及氣管，胸膜，食管，或咽部。

壓扁之氣管虛脫——極罕見，但需氣管切開術。

甲狀腺手術後可生之意外——

反復性出血——特別是摘出術後及應用局部麻醉藥加入腎上腺素者。可因出血或因呼吸困難而致死。最好的預防法是在縫合以前讓患者部分的回轉一下。

膿毒病，易成蜂窩織炎或縱隔障炎，或成慢性癰。

不安靜及脈搏呼吸增快——在格雷斐氏病之手術最常見，實質性甲狀腺腫次之。

大概是因甲狀腺分泌物吸收甚快所致。一般係致命。最好的避免法係小心拿取瘤腫，用水灌洗傷口及引流。

遲發的聲帶癱瘓，因癢痕組織包繞喉返神經所致。

手足搖蕩——極罕見。大概係由于切除副甲狀腺所致。

遠達的併發病——僅在甲狀腺完全切除者見之。

甲狀腺截除性惡病質（*Cachexia Strumipriva*）——手術後二或三個月發生症狀。患者自訴疲乏，四肢覺重及倦惰。指變腫脹及拙笨，所有精細的運動均不可能。皮膚灰白色並肌膜甚重，特別是眼瞼，前額額，及舌，但加壓時無陷凹。面部之表情變愚笨及無情。腦運用極慢，記憶力甚壞。言語甚慢並甚用力。皮膚變乾及脫髮，髮脫落。體溫在正常之下，並對寒冷極過敏。若患者未成年時，其生長及性的發育停止。在成年者其性作用停止。

治療——服用甲狀腺抽提質，或甲狀腺形抗術

毒 素 性 甲 狀 腺 腫

此種疾病有二類：（1）突眼性甲狀腺腫（格雷斐氏疾病）；（2）毒素性腺瘤。其

性質分述如下：

突眼性甲狀腺腫

1. 在早年。
2. 腺體增大一年內開始發生症狀。
3. 二或三個月後有進步並以後復發。
4. 幾乎常常發生突眼。
5. 用藥物治療其生長可停止。因心動過速及心肌作用衰竭而死或不致死。可變成甲狀腺機能遲鈍。

毒素性腺瘤

1. 在晚年。
2. 在腺體增大後十或十二年不發生症狀。
3. 其症狀如發生後，乃常常繼續進行。
4. 無突眼。
5. 若不用手術移除之，常因心動過速，及心肌衰竭而致死。不能應用藥物療法。

其餘症狀參考突眼性甲狀腺腫之一節

突眼性甲狀腺腫 (Exophthalmic Goitre) ——

病因——女性佔百分之九十，年齡之病發數是在性活動之早期（十五歲到三十歲）。局部的情況與地方性甲狀腺腫無關係。

解剖——腺體一致的增大而非重大的增大。深光滑的表面及堅固的肌性結構。血管既不增大亦不明顯。顯微鏡檢查組織內有重大的上皮增生及膠性物質之減少或無之。胸腺常增大。

病理——此病乃由于：(1) 增加甲狀腺之活動力；(2) 引導甲狀腺之活動力；(3) 甲狀腺分泌液之吸收增加。無中樞神經系統或交感神經系統之致因性疾病之明證。

症狀——

主要的——(1) 一致的及輕度的甲狀腺增大；(2) 眼球突出，當閉眼時上脰降下較遲；(3) 心動過速，並患心悸。

次要的——(4) 神經症狀，震顫，過敏，及發生急性躁狂；(5) 出汗，與不能耐熱；(6) 呼吸困難；(7) 腹瀉；(8) 糖尿；(9) 斑樣色素沈着；(10) 局部脂肪腫脹，特別是在腹壁；(11) 體溫輕度升高。

基本新陳代謝增加——在休息的情況下記錄一定時間內所用量之量，並與同一年齡，重量，高度，及性別之正常人比較之。若較正常者高出百分之十時即知新陳代謝有改變。在突眼性甲狀腺腫者此率可高出百分之二十到六十。此量之增加係疾病嚴重性之良好的指徵。

偶爾不現甲狀腺腫或突眼。突眼係由于脂肪在眼眶內堆積及眼球後部平滑肌纖維之痙攣、呼吸困難皆由于心血管性改變，並由喘鳴所併發。

治療——

藥物療法——溴化物，毛地黃及顛茄有效。盧戈氏碘液三滴至五滴，常須數期治療，每期皆增其劑量。主要的是完全休息。

放射療法——愛克司光或鐳可使甲狀腺腫之大小明顯減少。

外科療法——

結紮動脈——將兩側甲狀腺上動脈及一側下動脈結紮之，結果有相當的進步。

部分甲狀腺截除術——將甲狀腺兩葉之四分之三連峽一塊切除之。將兩葉之後部遺下，以保全副甲狀腺及避免傷及喉返神經。輕的手法及小心精細的止血頗重要。手術前必須特別注意及治療。完全的休息及安靜。事先的治療必須使心臟增強，手術後亦須繼續之。可能時使基本新陳代謝近于正常。患者在疾病過程中須有一休息期。對於手術之驚擾須儘量減少。此種可有數種方法。醚直腸麻醉與單純灌腸作先驅的預備。用局部麻醉，或醚氣管內麻醉使朦朧的睡眠而切除之。手術後患者須置于戶外，僅蓋一層薄衣，直到患者訴冷。最初四十八小時，每四小時注射鹽酸嗎啡六分之一噸。

毒素性腺瘤——生于甲狀腺一葉之限局性腺瘤樣瘤腫。常為一個並增大甚慢。其臨床上的特性已上見表。

治療——主要的是用手術移除之，其預備與施行突眼性甲狀腺腫之手術相似。

惡 性 疾 病

病因——生于四十歲以前者罕見。兩性之病發率相同。常發生于單純性甲狀腺腫。

構造——濾泡性癌及肉瘤，仰圓形細胞或梭形細胞，其發生率相等。肉瘤更易于很快的生成且具轉移性，在癌腫一類中生長最慢。但二者之分尚不能不確誌。

症狀及病徵——可證明甲狀腺腫為惡性之特殊病徵是：(1) 堅硬，與凸出的周界；(2) 早期累及神經之明證——一側聲帶癱瘓，放射性疼痛，上達頸部下到臀部，瞳孔收縮及臉裂收縮；(3) 累及血管或動脈被瘤腫所包繞以代替其變位，在靜脈閉塞之患例以後可發生面部之發紺與水腫；(4) 氣管被瘤腫所穿通，穿通咽部者罕見；(5) 與周圍組織有重大之固定性。皮膚及淋巴腺罕有累及者。

轉移——發生于骨及肺。在前者可形成搏動性瘤腫，特別是在顱骨。由甲狀腺瘤腫所轉移之瘤腫有時無其。惡性之病徵。

死亡——發生在三個月到二年。

原因——(1) 呼吸困難；(2) 穿通氣管，及膿毒症肺炎；(3) 聲門水腫；(4) 出血到瘤腫內與突然發生呼吸困難。

腺瘤及乳頭狀腺瘤——當腺瘤可惡性時，僅有有限制的惡性：即極易復發，但最初不浸潤組織或致生轉移。

治療——

根治療法——僅一小部分患例可用；常包括大血管及氣管之切除。手術的死亡率為百分之五十五，能生存三年者僅百分之六。

姑息療法——將壓迫氣管之塊局部切除之。

氣管切開術——在瘤腫下等有可能者。常係經過瘤腫切開。一般係由瘤腫上切開，並用一四至五吋之 Koenig's 管由旁邊向下插入之。

副 甲 狀 腺

此為四個直徑為四分之一吋之小體，在甲狀腺下排列成對。其形狀，位置，及數目各有不同。若此體與甲狀腺同時切除，常可引起手足抽搐而致死。此種情形，可用鈣劑及副甲狀腺素治療之。

(參考上冊第二十一章 普遍性纖維性骨炎)

第三十四章 氣道及胸部之疾病

(DISEASES OF THE AIR-PASSAGES AND CHEST)

氣 道 內 異 物

鼻道內——常見于小孩。一側膿性溢液。

治療——經健康鼻孔內灌洗。在麻醉下移除之。

在聲門裂——食物塊，或大的異物。很快的窒息及死亡。

治療——用手指經口移除之，或即刻用喉切開術。

在喉內——小而圓的異物。可發生急性的呼吸困難；格魯布性咳嗽。以後因它腫而發生完全梗阻。

治療——用喉鉗移除之（懸吊喉鏡），喉切開術，或甲狀軟骨切開術。

在氣管內——因異物吸入于喉部而發生痙攣性咳嗽及呼吸困難。氣管炎，與咳嗽及吐痰。

治療——經氣管鏡移除之。低位氣管切開術，並移除之；或刺激以逼氣管之創傷以等待將異物咳出之。

在支氣管——光滑，圓形，重質物體，例如，石彈或通喉管。一般是到右側之支氣管，因為：比較與氣管更在一條線上；氣管間中隔位小於左側；右側支氣管比大於左側者，其比例為五比四。

症狀——短期的痙攣性呼吸困難，因異物經過喉部所致，感胸肺萎縮，因空氣之排出較吸入容易。產生：(1) 呼吸音變濁及無；(2) 一側支氣管炎，支氣管擴張；(3) 肺膿腫，或肺炎；(4) 膿胸。

結果——由以上原因之一而死亡。因劇烈之咳嗽而由膿腫排出膿液。由膿胸排出膿

液。

治療——用氣管。移去之。用低位氣管切開術移去之。由胸後壁移去之。

喉 部 疾 患

聲門水腫，或喉部水腫——

原因——

1. 直接的損傷——因燙傷，窩蝕，或創傷直接損傷喉部。
2. 異物嵌入喉部。
3. 繼發于：(甲)喉部任何發炎性疾疾病；(乙)頸部蜂窩織炎（盧德維氏頸炎）；(丙)急性舌炎；(丁)咽後膿腫。

解剖——下列各部之腫脹及水腫：披裂會厭皺襞；披裂內皺襞；會厭，自己變成皺摺樣；假聲帶、聲門裂部分的或全部的關閉。

症狀及病徵——劇烈的吸入性呼吸困難。會厭及喉部以上之皺襞可見到及觸到腫脹，紅，及水腫樣。

治療——

在輕度患例——將腫脹的粘膜炎性。外部用冰敷。

在重症患例——氣管切開術。

喉部的梅毒——

在第二期——粘膜炎結節，淺層潰瘍，發生嘶啞及失音。

在第三期——樹膠樣頸部浸潤，及深在破壞性的爛瘡及：(1)聲門，可完全被破壞；(2)真聲帶以上之軟骨壞死，軟骨膜炎。最後喉狹窄。

症狀——早期：聲音嘶啞，嘶啞性咳，失音。後期：因狹窄而呼吸困難。

治療——鹽化汞及汞。狹窄用氣管切開術治療之。

結核性喉炎——原發，或繼發于癆瘵。狠密。

解剖——披裂突起，披裂會厭皺襞，及聲門有結核性浸潤及潰爛。

症狀——重大的疼痛；嘶啞及咳嗽；呼吸困難及痛烈嚥下困難。

治療——

全身的——在溫暖氣候之間敞的空氣，及高熱力飲食。絕對安靜。

局部的——疼痛時可吸入俄委仿粉。用古加英麻醉後刮淨結核性沉着，並繼之擦以乳酸（百分之五十）。

喉部之瘤腫——

乳頭狀瘤——在小兒患者；一般發生于聲帶；可致嘶啞，呼吸困難，或喉部癱瘓。

治療——用喉內截除鉗除去之。

上皮瘤——四十以上的患者；開始似一疣樣生長；很快可變潰爛及侵害鄰近之結構。

症狀——咳嗽；染血痰液；嘶啞或失音；疼痛，並常有嚥下困難。

外部型者——在聲門裂或聲門裂以上。很快的蔓延到舌及咽。很快的累及頸部淋巴腺。

治療——完全喉切除術。豫後幾乎無望。

內部型者——瘤腫生于聲帶。比較良性。不染及淋巴腺。

治療——甲狀軟骨切除術，與局部除去之。

環狀軟骨後竊腫——開始于環狀軟骨之背部。常生于女性。其經過與外部型者相似。

胸 部 之 外 科

胸部之損傷及創傷——

分類——此病常分為：(甲) 穿透性，及 (乙) 非穿透性；但由實際的觀點上看下列分法更重要：(甲) 單純性，即無顯明內臟的損傷，及 (乙) 複雜性，即併發有損及 (1) 心臟及心包膜，(2) 肺及胸膜，(3) 大血管。為更清楚點，即一方面雖僅係挫傷可併發有嚴重內臟的損傷，特別是由于破裂肋骨尖銳的斷端，在另一方面創傷可穿過肺臟，並確實經過之（例如，來福槍彈）而不致特別需要治療的併發病。

單純的創傷或挫傷——

非穿透性者——若很清楚的知道胸壁無穿孔時，其創傷即需要如創傷或肋骨骨折之一般療法。

穿透性者——如證明或猜想到胸壁有穿孔時，有兩點預防即需要注意：(1) 避免試探創傷之深度，因其不但無益而且更壞；(2) 不可將創傷完全縫合，但需應用通暢的引流。另一方面凡單純的創傷均應用一般預期的方法治療之。如此以先加強或有內臟創傷明證之信念。

複雜創傷——

下面是內臟損傷之主要指徵

1. 出血——一般係潛出血，無不由外部創傷中浸出之。蒼白色，昏暈，脈速為其指徵。在大血管或心臟之創傷最嚴重。在肺部的創傷可由咳血以表示之。
2. 心力窘迫——由心臟的創傷，常有快速而弱的脈搏，心前有重大的疼痛，並常伴有出血之病徵。
3. 呼吸困難——僅在胸膜之損傷可致之。在肺之創傷而血液或空氣很快的滲出到胸膜腔內者更常發生之。
4. 胸膜腔底部有濁音，此濁音因移動而變更並很快的增大其面積——係出血到胸膜之指徵。

5. 鼓響——因氣胸而該側有鼓響，常伴有胸膜滲出液之病徵。

6. 心周圍之濁音增加，乃由於血到心包膜之故。

7. 外科性肺氣腫之病徵。

以上各病徵均在傷後數小時以內發現。

8. 胸膜炎或膿胸之病徵。

9. 心包炎或縱隔障化膿之病徵。

此二類病徵係損傷後二或三天發生之。

此類創傷之治療，在下面肺之創傷及心臟之創傷項下述之。

肺部之創傷——

原因——挫傷，肋骨骨折，穿通創傷。

結果——肺部之挫傷及裂傷可致：

嚴重氣疼痛，休克及呼吸困難。

咳血——吐出染血的粘液或純粹血液，並因窒息或昏厥而死亡。

血胸 (Hemothorax) ——濁音之面積迅速增加，與呼吸音減弱，無發炎之明證。

氣胸 (Pneumothorax)，與肺塌陷——嚴重的呼吸困難，與胸肺部有鼓音及空囊聲呼吸。

血氣胸 (Hemopneumothorax) ——與上一種相似，並伴有擊水音 (Splashing Sound)。

氣腫——(1) 外科性：因空氣被驅入胸膜腔內，或吸入到外部的創傷，到壁層的蜂窩組織內。(2) 間質性：極罕見。空氣到肺之結締織內，並在頸部之蜂窩組織中出現之。

胸膜肺炎，或膿毒肺炎。肺之壞疽。

胸膜炎或氣腫，特別是在穿通創傷之患例易生之。

肺創傷之治療——絕對休息及斜臥。避免談話。堅固的貼膠法及繃裹胸部，除非呼吸困難很迫促者方禁用之。

咳血之治療——麥角，腎上腺素，硫酸；均可使血管收縮及血壓升高。鴉片及亞硝酸五烷 (Amyl Nitrate) 可使血壓減低。

血胸或氣胸之治療——用抽液術治療之。

穿通性創傷之治療——小心治療壁層的創傷。用愛克司光檢查以決定為異物或凹陷骨折。肋間出血須將創傷開大或必要時將肋骨切除一節以止之。若為嚴重性肺出血多來不及治療。在中等出血患例當昏厥時即可停止。

直接縫合肺臟頗困難，因肺有重大退縮的傾向。發生氣胸之患例自己可以止血，因血管位於萎縮之肺中。

除去異物僅在下列情形方可施行：(1) 若發生一定的發炎性症狀。(2) 若用愛克司光檢查確在可以達到之部位時。

肺部之手術——不需要特別不同壓力之器具。一個胸膜開放與肺之退縮並

無危險。在前面沿第四肋骨及其軟骨切開，軟骨用V字形切口切開之，將胸膜切開，將肋骨移位，將胸膜切開，將第三及第五肋骨向各方推縮。將手放入，摸到異物，或將肺之受染部取出到傷口。將彈丸取出並將肺縫合。將肺放回，第四肋骨復位，及縫合創傷。

肺及縱隔障之腫瘤——

良性——最常見的是皮樣囊腫及畸胎瘤。一般係開始於縱隔障。可潰爛到支氣管，並吐出皮下組織或骨。

惡性——

肉瘤——原發性肉瘤極罕見

癌腫——可為由支氣管而來之鱗狀細胞癌或由支氣管腺開始的柱狀細胞癌。

診斷——在早期頗困難。慢性支氣管炎之病徵與實變、肺汁痰、愛克司光檢查為緻密的陰影。

治療——因診斷較晚多無希望。可用肺葉截除術。

慢性胸膜滲出——

原因——結核及心臟疾病。其他傳染幾乎結果均易成膿胸。

物理病徵。——患側胸壁運動不良。由肺底部向上有大塊的濁音。呼吸音及語顫減弱。向液體平面上有一區有羊聲。心臟向對側移位，並肝及膈肌向下移位。

症狀——得原發肺疾病之症狀。——呼吸困難，咳嗽，脈速等。

外科療法——在腋中線經第6肋間行抽液術。將液體盡量抽出直到咳嗽或開始吐血。

膿胸 (Empyema 積膿)

原因——損傷，創傷，胸膜肺炎，結核，腹部化膿。由隣近之膿腫蔓延而來，例如，肝，腎，膈肌下，等。

微生物——肺炎球菌為最常見者。結核菌係合併於極慢性者。葡萄球菌及鏈球菌皆有相當之機會。

病徵——與漿液性滲出相同，但不加治療時，肋間隙即開始凸出，並在前面上部之肋間隙中發生膿中之化膿點（自潰性積膿 Empyema necessitatis）。

症狀——與漿液性滲出相同，但一定有癆瘵性體溫昇。

結果——肺變塌陷，並胸膜之臟膜因增厚及收縮而將積膿包繞之。壁膜變得極厚及纖維性。心臟及縱隔障永久移位，並係拉向患側。對側肺發生相當的代償性肥大。

患側之膈肌及腹部內臟向上移位。胸壁相當的陷下，脊柱變彎曲與凹面向患側。

豫後——

肺炎球菌性傳染可發生良好的經過而不變成慢性。

化膿性及結核性者變成慢性，及需要切除手術以閉鎖其腔。

鏈球菌性傳染可惡性的豫後。

治療——若抽出之液體為膿液時，若非肺炎之少量滲出時即用：

引流——最初檢驗膿之性質。若為肺炎球菌性（粘連性），即刻施行引流。若為鏈球菌性（非粘連性），最初用抽液術而後應用引流治療之。在肩胛線上將第八或第九肋骨切除二吋。使患者臥於患側，而非臥于面部。插入大而短的管。灌洗不常應用，但在慢性者即有效用。用消毒水，緩慢的水流並自然流出之。

促進肺之膨脹有二種方法，在慢性症狀消失後施用愈早愈好：（1）創傷上施用鼻耳氏吸杯半小時，一日二次；（2）使患者吹氣到伍氏瓶（Wolf's bottle），其中含有一公升液體。此液體可由一瓶吹到另一瓶中，以增加氣管內之壓力而擴張肺部。此法特別適用於小孩，可以此為娛樂。

肋骨切除術（Estlander's 手術）——在慢性患者其腔變或永久性後。在患側作斜的或皮瓣樣切口，空腔上所有肋骨（一般是第三到第九）大塊除去之，或前及後兩端作二部切除之，如此中間者可以陷內。增厚的胸膜刮除愈多愈好。

胸壁切除術（Sebede's 手術）——由胸側翻轉一大塊皮瓣，包括直到肋骨之所有軟部組織。將該腔所有骨性及胸膜性外壁一塊除去之。將肺部之臟膜切除愈多愈好。

肺膿腫——

原因——肺炎；壞疽；異物；創傷；傳染性血栓。

病徵——局部實變之病徵與癆瘵性體溫。用愛克司光檢查可發現陰影。膿腫可破裂到支氣管，並咳出大量腐敗的膿液。此外即肺部有空洞之物理病徵，與明顯的濕性沸泡音及空囊聲呼吸。

治療——胸壁切開，與切除一塊肋骨。若胸膜粘連很堅固時，可用探子或套管鑽插入空腔中直接抽放之。用大管引流。若無胸膜粘連時，最好將胸膜之臟層及壁層縫合在一塊，或用紗布填塞二或三天。

肺之包囊虫亦同樣方法治療之。

肺結核——外科療法幾乎僅限于一側性患者。所有方法之目的均在閉鎖疾病之空腔及發生休息。其方法是：

1. 產生人工性氣胸。
2. 膈神經之撕脫法——結果是膈肌一半癱瘓。
3. 肺尖萎縮法（Apicaly is）——此法係分離受患之肺尖，並用揀入脂肪，移植肌肉，或紗布填塞以壓迫肺臟。

人工氣胸之產生——

指徵——癆瘵；主要在一側之患例。支氣管擴張之患者。

方法——在局部麻醉下將一空針插入胸內。此針連于水測壓計上，由其節律的振動可表示已進入胸膜。於是慢慢注射到二百毫氣並將針拔出之。此法每星期一次或間隔較長的時間。

結果——在適當的患例，即胸膜無粘連者，其肺可收縮並其空腔變小或變閉鎖。體溫變正常及痰量減少。

危險——在胸膜腔未刺入之前注射空氣可發生重大的胸膜反射，或在胸膜粘連之患者因壓之而胸膜撕裂。其症狀為疼痛及虛脫。注射到肺中，可使發生肺氣腫，及胸膜腔之傳染。以上二種危險均可在水測壓計證明針確在天然的胸膜腔中時施用注射以避免之。

心臟之創傷——

原因——槍彈傷、刺傷，一般係自殺的性質。

病徵及症狀——

1. 外部的病徵——創傷在心前部，與出血及氣腫。此類患者用外科處理多不可能，向外出血一般不甚重要。
2. 心包積血——心的濁音增大。心音變弱及變遠，頸部靜脈擴張，發紺，唇及藍色顯著的呼吸困難。有恐懼及窒息之感覺。
3. 血胸——在重症患例其左肺及胸膜亦被傷及並血液很快的充滿胸腔，及立刻發現死亡。

手術——需要切開一很大的骨成形術瓣以便有大的地位施行手法。可將此瓣翻向外或向內愈。愈好。

此皮瓣包括第三，第五，及第六肋骨及其軟骨，並範圍由乳線之外到胸骨。將肋軟骨于緊接胸門處切斷並將肋骨在皮瓣外緣處折斷，將此瓣向外翻。如此可將兩心室及心左耳上之心包露出之。若係心右耳受傷時一部分胸骨必將切除。左肺及胸膜可用紗布墊向後推。將心包切開，清除血凝塊，並將心室之創傷缝合。將皮瓣復回及引流創。

心包抽液術——有很多輕度的患例時時施用心包抽液術可保護心臟受壓力之危險直到創傷可以處理之。

方法——用一套管子由第五肋間近于胸骨處向內及向後插入，並用一抽液器將血液抽出。

結果——曾手術治療一百二十個患例，有百分之四十六恢復，僅有百分之十五手術時即死。大半患例係傷及心室，右側及左側大約受累相等。心耳之受傷大約為百分之七。

致死之原因——

1. 出血——當創傷甚大時，在未用任何處置之以前因出血而死亡。
2. 在心臟上之壓力——血液聚集在緊張之心包而壓迫心臟，乃中等嚴重性患例致死之原因。
3. 化膿——近于百分之九十的手術患例，在心包或胸膜發現化膿，並其中有一半係因此而死。

心包滲出——罕有需要外科療法者。在第五肋間距胸骨緣一吋半處施行抽液術。

心包化膿——由化膿球菌可成急性（包括肺炎球菌），或因結核性傳染而成慢性。若滲出不能用其他方法治療時即用引流。經肋骨胸骨角處引流。

直接按摩心臟為恢復生命之方法——因外傷性休克，手術，麻醉劑，或窒息所致心跳停止之患例，用按摩或壓榨運動以直接刺激心臟有時可使生命恢復。

生理學——

擴張的心臟之腔室——有很多患例心臟由血液所擴充，特別是在右側。如此可使肌肉纖維收縮。

冠狀循環恢復——心肌纖維之活力係依靠冠狀血管循環。按摩可使此血管腔室並繼之再充滿而使之有相當恢復。

心動節律恢復——在心臟上有節律的壓力可使心臟之自動節律恢復。

方法——

膈肌下法——恰在劍突軟骨下經過白線在腹正中線上切開腹部。

將心臟在膈肌及胸壁間用手法運動之。乃此最易，最安全的方法，並其成功之比例較大。

胸部法——用切開法或皮瓣法經過胸腔將心包露出之。

經膈肌法——經腹部及膈肌將心包切開。此法無成功者。

人工呼吸之施用必須與心臟手法之節律不同。

靜脈切開術——在窒息之患者放血三百到五百毫可使心臟之張緊力重大的恢復。

結果——成功之希望係根據下列因素：

1. 心臟停止跳動時間之長短。無論如何若超過五至十分鐘則恢復之機會甚少。
2. 所致心力衰竭之原因——由窒息或神經休克所致者則（麻醉劑之毒性作用所致者）更易于恢復。
3. 循環衰竭之性質——充血性窒息與發紺及靜脈充血之患者有良好的結果。由于原發性心力衰竭所致明顯蒼白之患者為不良的預後。在此類患者即係無其他方法可用者，並在心臟按摩開始以前不可失掉任何時間。

心鬆解術 (Cardiolysis) ——心臟肥大及因粘連到心包而被拉住之患者將心臟上之胸壁除去可使之恢復。此法即名心鬆解術。

合適的患例——青年患者，休息時可使很快的進步，但運動時症狀復發。

指徵——

心包粘連之病徵——特別是瀰漫性及有力的心衝動，與收縮時心前部退縮者。

心力衰竭之病徵——當站立或行走時有呼吸困難及水腫。因靜脈充血而肝及脾增大與腹水。

手術——將由乳頭到胸骨含有所有軟骨組織直達肋骨之皮瓣向上翻，將左側第三至第七肋軟骨露出，將第四及第五（偶爾由第三至第六）肋軟骨及其軟骨切除一公分，大約為每條之三至四吋。將肋軟骨膜之後部遺留之。

結果——脈搏之力量及容量有進步。靜脈充血之病徵減少，肝，脾，及水腫減少。患者由痛苦中恢復並可作輕的工作。大約有二十個患例報告而無不幸。

肺栓塞之手術——此法曾被提議用于肺動脈手術後之栓塞，切開血管並除去血凝塊（

川德倫)。

方法——骨成形術之皮瓣含左側第二，第三，及第四肋軟骨向後翻並將心包露出及切開。應用特別的止血器後將動脈切開並將血塊分塊取出之。以後將血管縫合。

結果——大約有十一個成功的患例報告。其他患例皆當時或較短時間以後死亡，一般係因膿毒性或肺臟之併發病而死。

第三十五章 乳房之疾病

(DISEASES OF THE BREAST)

乳頭之潰瘍——

單純的破傷及裂——因哺乳所致。結果常成乳房之膿腫。

濕疹——

1. 原發性急性濕疹。經治療後即恢復。
2. 慢性濕疹，與大量的痂，但不破壞乳頭或硬結。
3. 伯吉忒氏病。慢性濕疹之一種。乳頭被破壞。濕疹性斑之深面甚硬及結節樣。可併有其下部之乳房癌。此常認為係乳頭疾病之結果。但可為原發性疾病並因破壞及侵入淋巴管而致乳頭破壞 (Handley)。

治療——若腐蝕係單純時可先試用軟膏及洗劑。若腐蝕無進步時即將乳房完全除去之。

梅毒——(1) 初期下疳，梅毒性小孩之母親罕見之。腋淋巴腺腫大及變硬。(2) 第二期膜粘斑。(3) 第三期樹膠樣腫及潰瘍，極罕見。

上皮癌——火山口樣潰瘍與硬而外翻的邊緣。皮膚及乳頭有重大的毀壞。硬癌或肉瘤。

乳房之發炎性疾病

急性乳腺炎：急性乳房膿腫——

原因——哺乳時傳染，仰由乳腺管或由淋巴管。膿毒症病。傳染性腮腺炎。初產嬰兒，一般係在損傷以後，例如，「乳頭索之破裂」。由其他組織之蔓延。例如，胸膜或肋骨。

種類——

乳房上——膿腫形成於皮膚及乳房之間。

治療——單純的切開很快的可以治癒。

乳房內——膿腫形成於乳房質內。最初是限局於一葉或多於一葉，其一部分係由纖維性放射狀中隔所限制。因潑溜乳汁而全乳房腫脹。

治療——放射狀切開引流：在腔中將中隔破壞以免遺留有「袋」。低部有相對的開口以引流。

乳房下——在乳房及胸間壁。可發生於肋骨或胸部之疾病。乳房被推向前，但不發炎。

治療——由下部開放並到外側。

慢性乳腺炎——

1. 葉的——存留在哺乳期以後，由一葉或多於一葉之不完全退化。乃損傷或急性乳腺炎之結果。

症狀——神經性質的疼痛。當月經期內加重。

與癌腫之鑑別。用平手按時無瘤腫。無不平的邊緣。

治療——休息。固定的繃帶。藥茄。

2. 小葉的或間質的——大概是經絕期之女子。常生於瘦弱及不受孕的女子。

病理——(甲)間質的纖維組織過長；(乙)此種纖維組織之集中；(丙)對腺管及腺泡因此而生之壓力；(丁)上皮增生；(戊)腺泡擴張而形成囊腫。囊腫內充滿稠的、黑色的、漿液性液體。無囊腫內瘤腫。

病徵——全乳房內有結節樣感覺。一個或多數的凸起可以看到及摸到。用平手摸時無物壓迫到胸壁上。淋巴腺常稍微增大及觸痛。乳頭退縮。常生於兩側乳房。疼痛不定，並在月經時加重。有界限的囊腫形成彈性性腫脹。

終局——萎縮。多囊性或纖維性疾病；癌。

診斷——同癌或腺瘤區別之。

治療——短時期固定的壓力及施用愛克司光，若不見進步時即切除之。

慢性膿腫——常為結核性，亦有放線菌性之可能；均係開始於胸壁。化膿性者發生於妊娠或哺乳時。硬而有彈力的腫脹。中央較軟於邊緣。

治療——切開，刮術，及引流。

乳 房 之 囊 腫

潑溜囊腫——由腺泡擴張而生。在乳頭常有漿液性溢液。

乳腺囊腫 (Galactocele) ——充滿已變壞的乳汁。當哺乳或哺乳後發生之。

膨脹囊腫——

退化性囊腫——發生在間質性乳腺炎，且滯腺管。因纖維組織之收縮所致。

刺激性囊腫——由刺激乳頭而生，可致反射性分泌物。

腺泡內囊腫——

漿液囊腫——淋巴間隙擴張。襯以內皮。永不使乳頭發生溢液。包蟲囊。

癌前囊腫 (第八十五圖) ——

腺瘤	}	囊腫有囊腔內瘤腫，並在乳頭常有漿液性或血液性溢液
腺管乳頭狀瘤		
腺癌		
癌	}	由出血或變性。
肉瘤		

乳房之單純性瘤腫

種類——纖維性腺瘤；腺瘤；脂肪瘤及軟肉瘤（極罕見）；腺管乳頭狀瘤。

乳房腺瘤——

所含之組織與正常的乳腺組織相似。

1. 堅固的纖維性包膜包繞。
2. 上皮性小泡——一般係一層；無管；常擴張成囊腫；囊腫內常含有囊腔內瘤腫。
3. 間質性纖維組織。

種類——

純粹腺瘤，或腺泡腺瘤——其構造似正常的腺。

纖維性腺瘤，或管狀腺瘤——最多見者。纖維組織之比例較多於腺組織之比例。

小泡被向外拉而成長的小管樣。在小管內有纖維性的內生物。

囊狀腺瘤，或漿液囊性疾病——小泡擴張成囊腫。內充以纖維乳頭瘤狀增生物。

一般係形成大的瘤腫，亦可經過皮膚破裂，常變成肉瘤性。

病徵——

年齡——由青春發動期至三十歲為此病開始之時期。

原因——常繼打擊而生。

疼痛——神經性痛，當月經時加重。

瘤腫——硬，圓形及有彈力性，在乳房組織內可自由移動。不固定於皮膚，乳頭，或胸，不使腋部淋巴腺增大，常為多數性並生於兩側乳房。移除後切面為硬的，白色的，分葉的，及包繞的。用無液注可刮出。

終局——保持不改等。變成癌前性或肉瘤性。

治療——除去之。

腺管乳頭狀瘤——小的瘤腫近於表面並近於乳頭（第八十五圖）。由管的內面生出一上皮乳頭狀瘤，大約為櫻桃大之囊腫，含有疣樣的生長。乳頭處有漿液性或染血的溢液。瘤腫無包膜，並係有清楚的界限。無淋巴腺增大。

由於乳頭狀瘤之上皮經過管壁之生長而變成腺管癌。

治療——將乳房切除之。

腺管癌——與上一種相似，但瘤腫底部有硬結。淋巴腺增大。較普通瘤腫之生長不快及少惡性。

治療——將乳房切除之。

乳 房 之 惡 性 疾 病

癌——

種類——

球狀細胞癌——硬癌，最普通型者，類腺癌。

柱狀細胞癌——腺管癌。

鱗狀細胞癌——乳頭之上皮癌。

乳 房 硬 癌

病因——女性與男性之比例為一百比一。除子宮外乳腺為癌腫最易發生之部位。

易於發生之原因，乃：(1) 因青春發動期，哺乳，及經絕而有很快的組織變化；(2) 因哺乳之刺激；(3) 露出易於損傷。

可繼發：濕疹（伯吉忒氏病）；乳腺炎；腺瘤。

發生於四十歲至五十歲之間，大約是在經絕期。

經過——大約經過一至三年。在老年婦女可成慢性疾病並經過約十五年。

解剖——乳房硬癌之解剖（乳房內之硬塊）看之似白色纖維組織。此瘤腫一般甚小而乳房收縮。不平的邊緣而無包膜。切面凹下並刮時有液汁。當切時有磨擦的感覺。與周圍組織之界限不清楚。可浸潤乳房，結締組織，肌肉，及胸壁，並此組織確實被癌細胞所代替。

顯微鏡檢查——成列的球狀細胞（癌細胞）。每列一般有三行或四行細胞。每列分枝並有不規則的分枝。有大量纖維組織圍繞上皮細胞柱。

蔓延之方法——

1. 直接侵入鄰近之組織——因原發性瘤腫之蔓延可累及胸肌膜，胸肌，皮膚，胸壁或胸膜。

2. 轉移，或蔓延到相距較遠的組織——

透過淋巴管。癌細胞沿淋巴管直接與瘤腫相連，此蔓延性大概可以發現之。

最初受染之淋巴道破裂發生淋巴管周圍纖維性變，在中央部發生此中變化而癌細胞消失。

癌細胞生長的邊緣在顯微鏡下可由深筋膜之淋巴管中顯示出，在原發性瘤腫的周圍似一圓圈，此圓圈之直徑係因患者之年令而增大。

凡癌細胞透入之處均可發生轉移，由其側面的淋巴道或由瘤腫之直接生長線上而轉移，生於鄰近之組織，或淋巴管周圍纖維性變失敗之處。

淋巴腺為天然的最初及最重要的繼發性瘤腫生長之部位：(甲)最早侵害腋部，胸部，肺尖，及肩胛下各組之淋巴腺；(乙)頭部及頸後三角部之淋巴腺係因腋部之蔓延而來；(丙)在縱隔內其淋巴腺之傳染係由與內乳動脈穿通枝伴行之淋巴腺傳染而來，或由頸部之蔓延。

皮膚結節可成不規則圓形，發生于一區域中，並以原發性瘤腫為其中心。永不侵害肢體之遠側端，除在軀幹，頸部，及頭部外其他處者罕見。

骨的轉移，亦常發生于單一骨，其發生率與距瘤腫之遠近成比例，並主要的是發生在，如三角肌附麗肱骨處，或股骨之大粗隆等點上，因此處深筋膜之淋巴管係與骨膜相連。最易受染之骨是胸骨，鎖骨，肱骨，肋骨及脊椎骨。

經過體腔之植入法，此種變化之癌細胞到胸膜或腹膜並游離于該腔內，並在該腔所含內臟之表面上發生瘤腫。

症狀及病徵——常有三期：

1. 早期瘤腫與可疑的性質——在乳房內有硬的結節，用平手在胸壁間很易觸到。十分無痛，僅在消耗時有痛。無觸痛。一般係生于乳房外側之葉。係與腺組織相混雜，但此期不固定於其他組織上。慢慢的增大。

2. 生成瘤腫與明顯固定的性質——

堅硬的生長，有結節性，不平的，界限不清楚的邊緣。固定于懸韌帶上並與皮膚相連，發生陷窩。到皮膚，當形成潰爛時即到皮膚之上。到乳頭，牽拉其管而發生退縮（第八十六圖）。到胸肌，將乳房固定故不能在肌纖維長度以外向上下移動。到胸壁，故乳房不能橫過肌纖維之方向移動。

淋巴腺在腋部及頸後三角部形成堅硬的，固定的，結節樣塊。

疼痛係與固定生成比例。痛為神經痛性及間歇性。

皮膚——則受染下列各途之一：

1. 堅硬的，充血的，並固定于瘤腫上。
2. 潰爛。光滑的，腐敗的潰瘍，其基底係由瘤腫所形成。
3. 乳房上有繼發性瘤腫之結節，或在相當距離處軀幹之皮膚上發生。
4. 胸甲癆，皮膚由癌侵害組織形成一厚層，原來皮膚或「豬皮」位于其前，腺口開放並有過多的分泌液。
5. 癌性淋巴管炎。淋巴管中充滿癌細胞，並淋巴液由淋巴毛細管中滲出，形成濕爛性濕疹。

溢液——由乳頭處；染血性；偶爾可發生之。

3. 惡病質期——很快的變消瘦。顯著的貧血，全身的皮膚變疏鬆及無彈性。瘤腫係緻密的固定或寬廣的潰爛。因淋巴腺壓迫到血管及神經而致臂部水腫及疼痛。固體堅硬的水腫係由于淋巴管周圍纖維性變所致淋巴管廣大的毀壞而生。由轉移性瘤腫可發生胸膜炎或腹水。時常疼痛及不能忍耐。

診斷——在第一期，除非經顯微鏡檢查外，其餘均係猜測而來，但每一可疑的瘤腫均須

認爲惡性，直到證明爲良性爲止。

與乳腺炎鑑別——此病用平手壓迫乳房時無瘤腫。其發生乃因打擊或哺乳之後。其邊緣不堅硬或不平。一般有觸痛，有皮膚及乳頭之退縮並淋巴腺增大。

與纖維性腺瘤鑑別——此種瘤腫動浮於乳房組織內。開始於三十歲以前，一般係在二十歲。可致放射性痛，在月經時加重。有極清楚的界限。

與囊腫鑑別——此病有乳腺炎之其他病徵。其腫脹爲有彈力性及有波動性。有長久之病歷。

與慢性膿腫或結核性病灶鑑別——此病其病歷長久。早期即有疼痛或觸痛。腫脹之中央較邊緣爲軟。

與胸壁腫脹鑑別，例如，胸壁結核或放線菌病，動脈瘤等。此類疾病係顯明的固定在胸壁，同時乳房可在其上移動。

類 腦 癌

由下列數點而與硬癌鑑別：

解剖——癌細胞大。癌細胞之行例較厚。間質的纖維組織少。瘤腫大，軟，及有血管性。

病因——發生於青年女子，二十五歲至三十五歲。常繼哺乳或妊娠以後發生之。

經過——極快，大約六個月死亡。

病徵——中等大小的軟或有彈力的瘤腫。生長極快。因其爲血管性故感覺熱。在早期即有疼痛。很快的染及淋巴腺。放射性的塊狀經過皮膚破裂。無皮膚及乳頭之退縮。

治療——用放射線法作前驅治療可慢慢將瘤腫之大小減小，並可使根治法容易。

診斷——可疑而不能診斷之時期並不長久。

由急性乳腺炎——此病形成一膿腫，開放後其腫脹及病徵即消退。有發炎之各種病徵。高體溫。

由肉瘤——此病瘤腫爲圓形及圓錐。無痛。早期不累及淋巴腺。

乳 房 癌 之 其 他 種 類

萎縮性硬癌——六十歲以上的婦女。其經過極慢，經過十到十五年。纖維組織增大甚多。癌細胞甚少。乳房發生萎縮。

膠樣癌——係球狀細胞癌之變性。癌細胞變成膠樣。

顯微鏡檢查——間質組織之不規則，含有少許變性的細胞及大的清楚空隙，因此處膠質不着色。

病徵——增大更快。較軟的性質。疾病進行之速率不減少。

急性癌或哺乳癌——此類腦癌更急性。可與急性乳腺炎相混誤。由無痛以區別之。治療無希望。在六星期至三個月內死亡。

乳房肉瘤

種類——

圓細胞肉瘤——似淋巴組織。極快。多數的轉移，特別在肺中。淋巴腺鮮有累及者。

梭狀細胞肉瘤——係普通類者。細胞為雀麥形。生長較慢，最初有限局的包膜。

病因——任何年齡，與功能的改變無關係。老年或青年婦女均易患之。與哺乳無關。可繼纖維性或囊腫性腺瘤發生之。

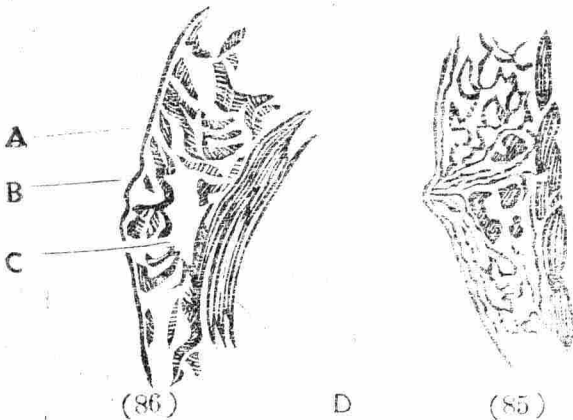
病徵——

瘤腫——彈力性或半波動性。圓形並有清楚的界限。生長極快。

蔓延——皮膚先受累。有放射狀，出血的突出塊。深部組織以後受累。

轉移——淋巴腺，特別是梭形細胞類者。肺及胸膜。

變性——出血；假囊腫；粘液瘤性變性。



第八十五圖 乳房內囊腫

A. 係腺管乳頭狀瘤。

第八十六圖 乳房之早期硬

瘤急性瘤。A. 皮膚被瘤

腫之收縮索向內拉；

B. 退縮的乳頭；C. 瘤腫

D. 胸肌（未累及）。

乳房惡性疾病之治療

1. 根除術常包括有：

甲、將整個乳腺與一良好的邊緣移除。

乙、移除乳腺上一寬廣面積之皮膚。

丙、移除胸筋膜；最好將肌肉之胸肋部亦移除之。

丁、將所有腋部淋巴腺，胸部，肩胛下，及肺尖等之淋巴腺均移除之。

偶爾：胸小肌亦移除之以便找到高位的淋巴腺；移除鎖骨上淋巴腺。

特別之點：

診斷可疑的患側：切除瘤腫並作顯微鏡檢查，不要等待典型的病徵。

移除多數皮膚之患者：(甲)分離邊緣之皮下組織；(乙)切皮瓣；(丙)替耳什氏植皮術。

2. 不適於根治手術之患例——

皮膚之情形：胸甲癌；癌有寬廣的瀰漫性結節者；癌性淋巴管炎。粘連到胸壁者。淋巴腺致臂水腫，或在頸後三角形成硬塊者。
轉移：胸膜，腹膜，或骨。
惡病質，與很快的消耗。

3. 不能施手術患例之治療法——

鐳針或鐳氣子。癌可注射錒酸鉛；肉瘤注射科雷氏液。
愛克司光療法：皮膚之反回性結節。疼痛較少及固定。可使生命延長。
臂部之堅硬的水腫：由腕到胸之皮下插入絲線。其作用似毛細管引流 (Sam-
pson Hadley)。

第三十六章 腹部之損傷·腹膜炎

(INJURIES OF THE ABDOMEN • PERITONITIS)

腹部之挫傷

結果——

壁層——腹壁之挫傷；腹壁內之腫脹；腹肌之破裂；後發的赫尼亞；腹膜壁層之破裂；由壁層血管，由腹部之血管出血。

臟層——

內臟之破裂及挫傷——肝；脾；腎；胰腺；膀胱；胃；腸；受孕的子宮；卵巢囊腫。
腹膜炎，或胃或腸內容物之腹膜外滲——氣；血液；尿；胰液。

症狀——

第一期：休克——蒼白色，出汗，口渴，體溫在正常以下，昏倒，快而弱的脈搏，局部損傷之明證。

第二期：休克恢復——脈搏及體溫變正常及一般症狀消失，而現嚴重的內臟損害。如有之，即刻可生第三期。

第三期：併發病開始——

1. 由損傷實體內臟而生者——肝，脾，腎，胰腺。其症狀乃由於內出血。即是：漸漸增加脈率，脈搏亦變弱，及以上所述所有休克之症狀，但增加不安靜及呼吸增加，呼吸可成嘆息。最后二症狀對於區別內出血及純粹休克頗重要。腹強

變膨脹，並在左右側面有轉移性濁音。

2. 由損傷空內臟而生者——胃或腸。其最後的症狀即腹膜炎之症狀。持久的嘔吐，脈搏率增高，腸氣變而腹部膨脹，肝濁音消失。腹壁之腫脹及腸蠕度增加。
3. 由損傷膀胱——排尿不能，或排出少量之血液及尿。常有轉移性濁音並以後是上述腹膜炎之病徵。

診斷——雖然對於成功的治療頗重要，但早期診斷頗困難。若有內臟損傷之可疑時，不可由口給以嗎啡或食物，使之休息及保暖，每小時記錄脈搏一次，若在第一次休息恢復以後脈搏增加或發生任何上述的症狀時，即如同內臟損傷一樣治療之。

內臟損傷之治療——即刻施行探索剖腹術，目的在找到此種損傷以治療之。需要輸血及特殊的麻醉，如局部，脊髓，或氣與氧。

腹 部 之 創 傷

非穿透性者——其性質僅在小心切除創傷完全到達底部後方可確實決定之。若腹膜未損傷，其他層則逐次縫合之。盲目嘗試探務須避免，因易致穿透及膿毒病。

小穿透傷，例如，戳傷，等——由流出血液，糞，氣，膽液，或尿即可知何種內臟之穿透。以後即有腹膜炎之病徵，但以上之各病徵有時無之：無論如何創傷必須切開而不可遲延，並須在傳染無時間發生以前將其下之內臟檢查之。

多數性創傷——常需要正中的切開以處理內臟的損傷，同時將各創傷切除並個別縫合之。

大創傷——此病有重大的腸膨出。膨出的內臟及腹壁必須在內臟復位以前小心清潔之。閉合壁層的創傷至少要三層縫合。

槍彈傷——槍彈傷常應施手術切開。若有穿透可疑時，用愛克司光及切開彈迹即可決定此點。若穿透明顯，特別是有多數性創傷時，即需要大的正中切開，並將內臟作有系統的檢查及需要時縫合之。

腹 膜 炎

原因——

1. 由外面而來者——穿透創傷，產褥性腹膜炎。
2. 由胃或腸——損傷，潰瘍，或穿孔。
3. 由輸卵管——淋球菌性；肺炎球菌性。
4. 由血液——結核性；葡萄球菌性；鏈球菌性；肺炎球菌性。

細菌學——

白色葡萄球菌——為最常見者並少毒性。在營養差及較慢性疾病是最初經腸壁而

來。可發生貪噬作用 (Phagocytosis) 及粘連。較其他微生物傳染的腹膜炎為有限制的蔓延。

金色葡萄球菌——罕見，毒性較大。

膿鏈球菌——一般係由創傷而來，亦可由腸而來，極易致命。

大腸桿菌——幾乎常常發生之。一般係由腸而來。純粹的傳染幾乎皆致命。一般係混合有白色葡萄球菌，並不如此易於致命。

腸桿菌——純粹傳染者罕見，並幾乎一定致命。

肺炎球菌——一般係血液之傳染合併于肺炎。寬廣的瀰漫。稀薄的膿液。多數纖維

結核桿菌——抑由腸潰瘍或由血液傳染。

急性全部腹膜炎

解剖——

血管擴張——位於腹膜下之血管擴張。在腸蟠處最清楚。

淋巴滲出到腹膜表面，並瀰漫。在迴腸蟠間之角處最先看到。滲出之血清及白血球及細菌形成毒性滲出質。膿液充滿於最低的部位——腰部及骨盆。

小圓細胞的滲出在腹膜下。

內皮脫落——在毒性傳染內皮脫落。此種病例，若發生恢復時，淋巴較圓細胞層所機化，並形成永久的纖維性粘連。

若內皮未脫落而發生恢復時，淋巴粘管即被吸收。

粘連——最初是淋巴，以後是機化的肉芽組織（見上），使鄰近的內臟連合到一塊。網膜特別易於粘上到發炎最重的病灶部。

症狀——

全身的——深虛脫；嘆息的面孔；小，快，及堅毅的脈搏；快及淺的呼吸；體溫改變，重性患例降低；嘔吐（力小，黑色或糞性）；呃逆；便秘。

局部的——極度的觸痛；腹部肌硬極顯著；最初局部疼痛而後瀰漫全腹；完全係腹式呼吸；氣鬱；腿拉起；二或三天後腹左右側面有濁音。

注意——在手術後的腹膜炎除患者全身的磨損及脈快外可無以上分類的症狀。

治療——

全身的——休息及熱寢包。用單純的灌腸或松節油灌腸使下部之腸洗清，但反復用之即無用。定時洗胃，可能時最好將胃內置一條 Rehfuß 管。忌用瀉劑。疼痛時幾乎一定要用嗎啡。若有明顯的數眼時必須將此藥更換。關於依色林 (Eserine) 或腦下垂體等藥物有用，及瀉劑一定有害則尚為疑問。須在藥。與瀉劑之選擇間選擇之，藥物即如阿托品抑制迴盲括約肌之收縮，脊髓注射那復士因可制止腸交感神經之抑制作用。

繼續注入生理鹽水——(1)由直腸；(2)在腹部切開後闌尾之殘部；或(3)皮下注射之。

靜脈注射高滲鹽液——有極大的用途，因其可補充因嘔吐所致氫之缺乏。

抗氣性壞疽血清（產氣莢膜桿菌）——靜脈注射二十至三十錢。可幫助管理毒血病，此病或係由厭氣微生物在已擴張及麻痺之腸中所致。

人或牛的胆汁，直腸施用可減輕不停嘔吐合併之全部腹膜炎。

手術療法——

切開腹部：若已知損傷處時即在其上；若不知時即在中線上。

尋找腹膜炎之原因並處理之。

用棉球將所有腹腔內液體清除，並攪動腹膜表面愈少愈好。

若僅為局部腹膜炎時不可灌洗，例如，在大多數闌尾炎之患例，因灌洗而助傳染物質之瀰漫。

若無粘連並為全部腹膜炎時可用溫度在華氏表一百零五度之生理食鹽水灌洗之。

若有膿液或糞液時即用橡皮管及燈芯引流之：(1)局部損害處；(2)直腸子宮陷凹；(3)腰部。

局 部 腹 膜 炎

原因——腹部的損傷，或內臟的損傷，與毒力較輕的傳染。

種類——腹部的挫傷；膈肌下膿腫（見後）；胃潰瘍或胃癌之滲漏；膽囊炎或膽囊漏；十二指腸或其他腸之潰瘍；闌尾炎；盆腔腹膜炎；卵巢瘤腫或子宮附件之發炎；腸脂垂之發炎。

症狀——

1. 局部疼痛及觸痛——其症狀係相當於受患之器官，例如，消化不良，黃疸，子宮溢液。
2. 局部腫脹——硬結。叩診有濁音。內臟之症狀增加。
3. 局部膿腫之病徵——升高及稽留的體溫。波動性或水腫性的腫脹。膿腫向內或向外破裂。

治療——最初休息及熱罨包。當診斷確定時，用手術除去原因。

肺炎球菌性腹膜炎

原發性或繼發性。小孩較成人為最多見。

原發性者——抑由血液傳染，或經輸卵管傳染。為證明後者之理論：除污穢招呼不良的小孩外，罕有發生者，幾乎完全侵害女性；膿液中有特殊的微生物。

特性——極急性之腹膜炎。若不加治療時經二天至七天即致命。腹瀉、嘔吐，及痛性排尿均係明顯的早期症狀。開始的病徵係下腹部強硬。

繼發性者——在併發於肺炎者兩性有相等的發生率。乃一致性的侵害全腹膜。常因有胸內疾病之理由而被忽略之。

治療——早期剖腹術並澈空稀薄的漿液膿性之滲出及溢液。由親屬輸入枸橼酸血液乃係恢復之有力的輔佐劑。

慢性腹膜炎

原因及種類——(1)單純的刺戟，或良性的膿毒性傳染；(2)結核；(3)惡性瘤腫。

單純性慢性腹膜炎——有二型：

1. 局部纖維性腹膜炎——良性膿毒性細菌侵入之結果。可併發或以後遺留有急性局部傳染，並常在胆囊，胃，闌尾，或子宮附件之周圍。
2. 不明起始原因之單純性腹膜炎——發生全區慢性腹膜炎與滲出及腹膜增厚，而不能證明其原因者比較少見。合併有風濕病及李來忒氏病者被認為係中毒性開始。腹膜，特別是在肝上及在大網膜內者變得極厚並屈曲，並有明顯的腹水。

結核性腹膜炎——最常見於小孩及青年。

起始——

1. 如同腹膜瀰漫性粟粒性傳染，結核發生於血路中。
2. 由腸而來，抑闌尾，迴腸，或盲腸，在腸之其他部者更罕見。在此種患例腸之淋巴組織受染，於是疾病蔓延到腹膜。
3. 由子宮附件：此乃婦女最常見起始方式之一。
4. 由腸系膜之結核性淋巴腺。

種類——(1)腹水性；(2)纖維性；(3)化膿性；或潰瘍性。

腹水類——此類大約是在最良性類中之最普通及最一定者。

病徵——最普遍的病徵是膨脹及發生液體。腹膜及腸系膜有輕度增厚，但無粘連，液體為稻草黃色，高的蛋白，並含有多數白血球。

治療——(1)全身的及局部的藥物治療，後者係用碘或汞軟膏外敷。(2)剖腹時而不用灌洗及引流。其有利的作用大概是液體取出後可流出含有抗體之血清。此法可治癒此病之百分之七十。

纖維類——

解剖——腸系膜及網膜顯著的增厚，後者常捲起在結腸下似一級密束。因腸融合到一塊而發生粘連，特別是在原發病灶之周圍。腸系膜收縮已易成紐結，再加強粘連，則致腸梗阻。

物理病徵即是游離液體之病徵，並在腹內成組的粘連部可摸到不規則的硬塊。腸

系膜及腹膜後之淋巴腺顯著增大。

治療，僅係全身療法；手術之結果一定不良，因腸撕裂後乃預備傳染之道路，並且移除受染之組織常不可能。

化膿及潰瘍類——

解剖——乃以上類之更加傳染者，在腸及網膜結連塊之中間發生乾酪樣變及化膿病灶。最常見於結核性子宮附件之周圍。腸之本身及結核性潰爛發生之部位。此種化膿性病灶較腸內細菌繼發性傳染頗常見。

物理病徵與上一類者相似；但限局性波動性腫脹即可證明爲此病，或經壁層穿破之，特別是在臍。

治療——當全身療法失敗時即用剖腹術。當原發病灶位於輸卵管，闌尾，或淋巴腺時即試行移除之。此手術最大的危險是傷及腸而遺留糞瘻。

症狀——與上述之結核病損害一樣廣泛及不固定。在急性或晚期的患例有癆瘵性熱、消瘦，無口味，及無限定的腹部疼痛。在結連及化膿型者常有腸梗阻。

惡性腹膜炎——

原因——

1. 腹膜之原發性惡性疾病。此病係內皮癌，其開始一定在骨盆。
2. 由生乳頭性囊腫繼發的沉着而生，特別是由卵巢門處所生者。原發瘤腫經包膜穿破並在所有腹膜表面上變成移植。
3. 繼發於內臟癌之沉着，特別是胃，肝，及腸。

物理病徵——發熱，消瘦，及發現瘤腫，均在葉栗游離的腹膜浸潤之前抽出之液體多爲染血性，但在卵巢之生乳頭性囊腫則係稠及粘液性。

慢性腹膜滲出：腹水

原因——

1. 慢性腹膜炎，結核，發瘤，等。
2. 心及腎之疾病。
3. 門靜脈梗阻、肝萎縮。肝或門靜脈腺之惡性疾病。

物理病徵——

腹部之補氣膨脹，皮膚變亮並因紋而更明顯。

叩診，於斜臥時之左右側發生濁音區，在立位時此區在腹上部，若膨脹太重而腸系膜過短不能使腸浮起以貼近壁層時則濁音可置於腹上。在典型的患者其濁音區於患者翻轉時變成回響。

液體震動——在對側叩診時另一側可感到液體震動；其清楚與否與液體之緊張力成比例。

抽液取出之液體極清及幾乎無色，在梗阻性者含有少蛋白及少量血球並可與發

炎性或惡性者比較之——

解剖上的分類。

1. 瀰漫性——此病係最普通類者，液體位於腹膜之大囊內。
2. 限局性——(甲)在腹膜之小囊。常生於胰腺之疾病，並發生胰萎縮症之病徵，(乙)在骨盆，特別生於婦女，與腹膜後或闊韌帶之囊腫相似。(丙)在網膜或腸系膜內，與腸系膜囊腫相似。

治療

在濁音區上用套管針及導管抽液。最有效並對患者不適最小者為 Southey's 毛細管，每側插入一條，並使之引流數小時。大網膜縫定術 (Epiptopexy) 或 Talma's 手術——僅適合於由門靜脈梗阻而發生之患例，將大網膜縫合於壁層之創口，以使門靜脈及大循環靜脈形成新之吻合。

Morison's 手術——將肝劃痕並縫於膈肌之底面。

永久引流——小的銀導管或一小束絲線經股輪縫入之以便由腹部引流腹水液到股三角及腹壁之蜂窩組織中。

膈肌下膿腫

定義——局部膿液的積聚，接觸於膈肌下面。

解剖上的分類——腹膜由肝之表面翻轉到膈肌，在冠狀韌帶，鐘狀韌帶，及側韌帶形成十字形。如此可產生簡單的分類：

1. 腹膜內——右前，右后，左前，左後。
2. 腹膜外——右，左。

病因——最大多數是發生在二十及三十歲間。兩性相等。其原因係由鄰近內臟之膿毒性傳染，或極罕見的外傷病。

胃及十二指腸潰瘍破裂之原因者有三分之一或更多。

腎炎及肝的疾病之原因者各有六分之一。

其餘三分之一係由於下列疾病所致：分娩作用 (Parturition)，膿毒血病，脾梗塞，胸部的疾病，胃痛，腰椎之疾病，胆管炎，胆囊化膿，右腎化膿，上腹部損傷或壓傷。

病理——其變化含有，即：(1) 局部腹膜炎，因接觸或萬有引力而由鄰近的內臟所蔓延，或由向膈肌之淋巴流；(2) 由肝或膈部之蜂窩組織而蜂窩織炎蔓延到腹膜下。

最大多數的患例係大腸桿菌及葡萄球菌。

各類之詳——(第八十七，八十八，八十九圖)——

1. 腹膜內右前膿腫——佔全病例三分之一以上。位於肝右葉及膈肌之間，在右側冠狀韌帶之前並到鐘狀韌帶之右，可向下蔓延到腰區並在肝之下，所以大多數患者累及不止一個陷凹。

原因——闌尾炎，肝及胆囊化膿，胃及十二指腸潰瘍等最常見，並依以上次序。肝粘連到前面壁層，將以無變位。

病徵——膿腫成於肝右葉及膈肌之間，將膈肌向上推並致右肺底部實變之病徵；或在胃性的患例在右季肋部形成鼓響性的靜脈，在正中有鑷狀韌帶包繞，下面在臍及右肋邊緣處有一線。

2. 腹膜內右後膿腫——大約為患例之八分之一，位在冠狀韌帶之後右腎及肝右葉之間；幾乎常合併有右前膿腫。

原因——大多數係闌尾炎。

病徵——膿腫在右肋緣下向右髑間蔓延。

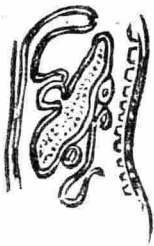
3. 腹膜內左前膿腫——大約為患例之二分之一。其上有膈肌，後有肝之左葉，下有網膜及壁層之粘連，脾向左，鑷狀韌帶向右。一般係單純性。

原因——大多數為胃潰瘍。

病徵——上腹部的胃脹，由中線及臍與左肋緣間之線包繞，其中有氣所形成之鼓響移動區。

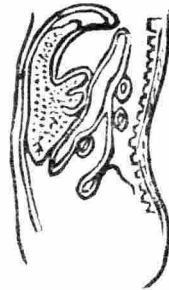
4. 腹膜內左後膿腫——為各類之最罕見者（百分之四）。包括於腹膜小囊內，上有肝，下有橫結腸系膜，前有胃，後有胰腺。

原因——後部的胃潰瘍，胰腺及胆管之疾病。



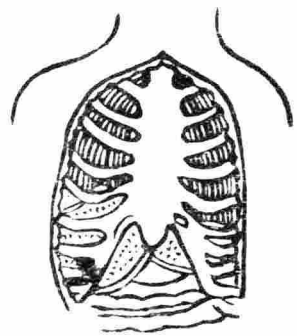
(89)

第八十七圖 膈肌下膿腫集合之圖表。右側膿腫及左側膿腫。



(88)

第八十八圖 前面型之膈肌下膿腫；中央垂直切面。A.膿腫；C.結腸；P.胰腺；S.胃，與其前壁之穿孔。



(87)

第八十九圖 後面型之膈肌下膿腫：A.膿腫在腹膜小囊內；C.結腸；P.胰腺；S.胃，與其後壁之穿孔。

病徵——極不清楚即胃後部腫脹之病徵並與胰腺囊腫有關。

5. 腹膜外右側膿腫——大約有四分之一的患例。膿腫形成于左冠狀韌帶各層之間在肝後部之上，並將肝向下推到腹。此空腔前與鑷狀韌帶相連，後與右腎周圍

之腹膜後蜂窩組織相連。

原因——大多數患例係肝及胆的化膿，左腎或胰腺頭部化膿，十二指腸潰瘍，及胸部的化膿比較少見。

病徵——右肺底部實變，與明顯的肝向下變位。膿腫可在上腹部或腰部右側現出之。

腹膜外左側膿腫——少見類（百分之五）膿腫形成于左側冠狀韌帶之間。

原因——左腎化膿，後部胃潰瘍，腰椎之疾病，左側膿胸。

病徵——左肺底部實變，與膿腫由腰部左側現出之。

症狀——

歷史——以前症狀的歷史，大多數為消化不良，或肝之疾病，但慢性患例多係急性起始而無先前的發作。

起病——半數以上的患例都是突然起病，並幾乎所有腹膜內類者均如此。隱襲性起病者少于半數，並包括所有腹膜外患例。

疼痛——位于膿腫之部位，在急性者為急性及刺痛，在隱襲性者為遲鈍及痠痛。嘔吐，嘔血，及膿囊，如發生時即係由于腐蝕性胃潰瘍或十二指腸潰瘍。暫時便秘後繼之腹瀉。

發熱，與所有全身病徵：面色，舌，出汗，等。寒戰者少見，乃生于病情甚重之患者。白血球增加乃一定的並甚顯著。

病徵——

腹部的——有三分之一患例在上腹部及季肋部均有腹部腫脹。大部分此種患例係由腹膜內膿腫所成；其他者係因腹膜外膿腫而將肝推向下。此腫脹呼吸時不能動，因其被粘連所固定。

大多數的患例在形成膿腫之前形成一鼓響區隨患者之姿勢而移動。在肝部有非常顯著的觸痛及強硬。

胸部的——在一側或二側肺底部有濁音，因實變或壓迫肺部而呼吸音減低，併有胸膜炎或無胸膜炎，在前一類者可聽到磨擦音。如有膿氣胸時即有空囊聲呼吸及鼓響。心臟可向上變位，在胸膜炎者則有向側面變位之特性。

膿腫可在季肋部出現之，或更罕見於腹上部或腰部。

膿腫可破裂到：(1) 胃；(2) 胸膜；(3) 支氣管；(4) 腹膜；(5) 腸；(6) 外部。若穿破到內臟或粘液道則常有痊癒之傾向，但若到一漿液腔時則很快的致命。

探察注射器——以由下向上的次序（僅用於當患者已麻醉後手術之第一步驟，並永不可經過腹腔應用之）在第十，第九，第八，或第七肋間隙作深的穿刺（三吋），第一針在肩胛線上，以後者漸移至腋中線。若針穿過膈肌時，注射器即隨呼吸能運動。

診斷——須注意腹部疾病之歷史及病徵。

胸膜滲出質——特別是膿氣胸。其病歷及病徵為肺疾病之病徵。心臟向側面變位而

非向上探察抽液針不隨呼吸而運動。呼吸音消失區更寬廣，並空變性呼吸之部位更大。

肝瘤腫及膿腫——除惡性疾病外肝隨呼吸而動，並少有觸痛或癆瘵性熱。

肺炎球菌性腹膜炎與肺炎——腹膜炎的疾病一般係全菌性；不然即事實上形成一膈肌下膿腫。

豫後——大約有半數患者死亡；所有死亡者均係未施手術者。由後部手術較由前部手術之希望為佳。

治療——若診斷確定後立刻切開引流。此手術係因膿腫之部位而有各種成法；僅前二種成法較普通。

腹前部成法——用於腹膜內前部的積膿，大腹腔腔不開放。常需在腰部有一補助引流，特別是右側之患例。

後部經過腹膜成法——切口隨探察注射器之部。將一肋骨切除但不可高於第七肋骨，將膈肌置於壁層。膿腫開放經膈肌引流。

其他成法——前面經過胸膜，側面經過胸膜，胸膜下，並需要腰部的開口。最後一種常需要用於肝下陷凹處積膿之引流。

第三十七章 蘭 尾 炎

(APPENDICITIS)

蘭尾之解剖——

長度——四吋，或在四分之三吋及九吋間之任何長度。

直徑——四分之一吋（除非已擴張者）。

部位——其底部連於小腸，在結腸瓣下一吋處；在表面上之點，係在右髂前上棘到中線之水平線之中點上。

若發炎時，常在以下的部位找到，以常見的次序排列：（1）在迴盲角；（2）在腸後；（3）在盲腸內；（4）在盲腸之外側；（5）在盲腸於一腹膜後凹內；（6）在蘭腸之前；（7）在腹股溝，股，或臍赫尼亞囊內。

方向：（1）在結腸後向上及向外；（2）在盲腸緣上向下及向內；（3）在迴腸後向上及向內。

可作引導之部位——肌性的結腸帶與之在同一起點上。

構造——下列各層係由內向外可找到者：

1. 粘膜，含有單純的粘液腺。

2. 粘膜下組織，含有大的實體的淋巴濾泡，每一淋巴濾泡各有一基底淋巴囊在一

側圍繞之。

3. 發育不良的粘膜肌層。

4. 一層環狀肌肉纖維。

5. 一層縱行肌肉纖維。有一處或二處其第四及第五兩層缺乏，經過此處「肌肉裂孔」粘膜下層及腹膜下層直接交通，並由此導管中發生肌肉傳染。

6. 腹膜下結締織含有血管及淋巴管。

7. 腹膜。

動脈及靜脈——迴結腸動脈之分枝由迴腸後部分入之；左側卵巢動脈之分枝者大概係病理類者。

腸系膜——腹膜皺摺之游離邊緣處含有動脈。接於迴腸腸系膜。

迴腸尾皺襞及凹——由闌尾之動脈到迴腸之返回枝遺留一腹膜褶皺襞及圍繞成一凹而以此名之。

病因——

性別——男性與女性為四與一之比例

素因——

闌尾門之梗阻——粘膜腫脹；其闌尾之絞窄；慢性便秘；糞結石（Facal concretions）。

循環之梗阻——由於血管位於盲腸之後。由於血管無向外到闌尾之末端。

異物——極罕見。

誘因——

微生物——最普遍的是大腸桿菌及葡萄球菌。鏈球菌，結核菌，及放線菌者罕見。

粘膜之潰爛或發炎而使上列之細菌侵入。

竊理解剖——

糜爛——因結石，異物，或絞窄而粘膜糜爛。

粘膜——一般是經發炎或潰爛。因壓力，血栓形成，或細菌之毒性作用而有腐崩。

細菌之侵入——經粘液腺之基底層，或一般係經腸潰瘍之底層。於是淋巴組織受染，並藉此方法蔓延到肉層，最後到腹膜。細菌傳染到腹膜而闌尾無可以表示出的穿孔，潰爛，或壞疽。

動脈常成血栓形成——可致壞疽，因此處無側枝以構成循環。

靜脈可變成血栓形成——結果是門靜脈的膿毒血病及肝膿腫。

腹膜——成形性或化膿性發炎。

全層的闌尾壁經過：（1）凝固性壞死，或（2）腐崩，或（3）穿孔。

糞結石位於門部乃大體惡性患例由此而生。一般係形成細菌之凝結塊圍繞於糞殘渣，有多數患例因此而生潰爛，穿孔，或壞死。

異物，例如，針，蟲，菓子，均少見，但此異物與致發炎有礙門部，若被結石佔據時更

可發生一個或多數下列之變化：

1. 可因**粘**膜之破壞及**粘**膜下組織之接連而閉塞。此種變化罕有染及全器官者。
2. 可在一點上發生狹窄。如上一種患例，或因絞窄所致。
3. 在狹窄以外，其口可因**粘**液或膿液而擴張。

鄰近之組織——(1) 成形性腹膜炎；(2) 因粘連而限制化膿；(3) 瀰漫性腹膜炎。

蔓延——盲腸，迴腸，及迴腸回部之腹膜幾乎常常累及之。網膜是普遍之受染。骨盆及子宮附件常染及之。下腹部之內容物亦常被染及。全腹部之內容物則罕見。

種類——

1. 闌尾炎而不累及腹膜。
2. 闌尾炎與成形性腹膜炎。
3. 闌尾炎與局部化膿性腹膜炎。
4. 闌尾炎與全部腹膜炎。
5. 反迴性闌尾炎——大概是相似於1, 2, 或3之繼發性發作。

臨床歷史——

第一類——不累及腹膜

疼痛——突發，劇痛，相當間隔後再發；疼痛感覺在右髭回部。此部上有觸痛。

溫度——少微升高，或不升高。

消化——無口味，舌有苦，便秘。

解剖——闌尾變長，或絞窄，並粘膜常成潰爛及其壁被細菌所侵入。

經過——良性的反復發作。

第二類——併有成形性腹膜炎——

起病，此類及繼發性類者——全腹痛，痠痛性，並常反射到臍部或腸上部。最後嘔吐一次或二次，並間隔和當時期後即發現以下的局部病徵。

發熱——體溫升高到華氏表一百零一度或一百零二度。

局部——在闌尾可摸到一有反抗性塊，在第三天後最顯著。

觸痛——最初在迴盲瓣部有觸痛，位於右髭前上棘部與臍部間三分之一處——闌尾炎點（馬克亭內氏點，McBurney's point）。

經過——大約在三星期內即痊癒。極易復發。

解剖——局部成形性腹膜炎使盲腸，闌尾，迴腸，及網膜癒合在一塊。

第三類——併有局部化膿性腹膜炎——

起病——一般是突起並嚴重。常是在尚未起身的早晨。有時先有全身不適及無定的疼痛及觸痛。

局部——全腹部膨脹及觸痛，在右髭回部最顯著。

右髭回發現：(1) 最初三天至五天有肌肉的反抗及觸痛；(2) 在第三天至第七天有無定的反抗性塊；(3) 當叩診時硬塊變成濁音。皮層變微黑及水腫

樣。

直腸檢查在右側有明顯的觸痛；最後成柔軟的或波動性腫脹。右腿自動舉起。
體溫——大約昇到一〇零四度，偶爾有寒戰。自后抑（甲）稽留於高溫，特別是有壞疽者；或（乙）下降同時脈搏增加。

呼吸——幾乎完全是胸式呼吸。呼吸率增加。

脈搏——增加到一百至一百二十。偶爾完全保持慢的脈搏。

解剖——關尾一般是穿孔或壞疽，但無壞疽，穿孔，或潰爛時即發生化膿。有惡臭膿液的積聚並被粘連所包繞。

膿腫之蔓延：下到骨盆；上經結腸后到右腎；經過腹壁；到腹上部。

膿腫破裂：到腸，盲腸，迴腸，或直腸；到外面：或到腹膜腔。

消化器官——舌有苔及變乾。一般是絕對的便秘。最初嘔吐嚴重最後消退。當移動時常可排出少量的粘液，膿液，或未消化的食物。由腸排出血液者罕見。

排尿有時疼痛，此乃指示發炎的變化鄰近於膀胱。

經過——急性症狀大約經過五天。於是變消退並發生局部膿腫之症狀，或變成（1）全部腹膜炎，或（2）門靜脈膿毒血病。

第四類——併有瀰漫性腹膜炎——

起病及早期症狀與上一類相似。

局部病徵——除右下四分之一份特異觸痛增加外，無局部病徵。全部腹膜炎之病徵很快的加入之：腹部腫脹，不能動，強硬，及鼓響。

體溫——最初體溫降，一般是下降，或在疾病之其餘期中體溫低於正常。

脈搏增加到一百二十次，及變得更快及更小。

解剖——關尾穿孔或壞疽樣。稀薄的，惡臭的，漿液膿性滲出液位於腸蟠之間，不被任何粘連所局限。

經過——患者因全部腹膜炎於三天至六天以內死亡。

第五類——返回性關尾炎——

在受病的關尾內或其周圍反復的發生發炎或成形性腹膜炎。

症狀或病徵與第一類或第二類者相似。

復發之發生係間隔數月或數年。間隔有漸縮短之傾向。復發易形成膿腫，罕有或永不形成瀰漫性腹膜炎。

解剖——關尾可：（甲）絞窄，擴張，其壁被細菌侵入，腹膜不被侵害；或（乙）發炎及被粘連塊所包繞。

診斷——

全身的病徵——突發的全腹疼痛，以後嘔吐，以後累及腹膜，發生局部的病徵。

腹膜的滲出或化膿常發現白血球增加與多形核細胞比例之大量增加。關尾炎患者，除良性患例未累及腹膜，或爆裂性患者其傳染性極嚴重而無力發生活體的反應者外永無白血球不增加。

局部病徵——右髂回觸痛，疼痛，及抵抗增加為闌尾炎之主要病徵。在肥胖或膨脹的患者由直腸模檢觸痛及盲脹對於診斷有極大之幫助。

良性或反復性患們之診斷由下列幾點可知之：

胆疼痛——黃疸，常無脈搏或体温之升高。在腹右上部有觸痛。

腎疼痛——膿液，細胞，或尿的結晶，患有多尿。疼痛放射到生殖器或腰部。

能動腎——腎囊可觸到移動。其症狀由多尿可知之。

卵巢炎——卵巢增大，觸痛，或下垂。常有月經之紊亂。

內臟下垂與大的盲腸的下垂，常有乍克森氏膜——此種疾病疼痛發作之次數更多，期限較短，或在右髂回部有為一定的疼痛並常常加重，愈時減輕。

局部化膿性腹膜炎之診斷，乃由：

骨盆膿腫，特別是子宮旁炎（Parametritis）；子宮被固定及移位。

髂部或腰部膿腫——有骨疾病之病徵。膿腫為寒性。

盲腸之贅瘤——有便秘及腹瀉之歷史。站立久時有腹中之腫脹。有硬的，界限清楚的，及無觸痛的塊。

早期腸套疊（Intussusception）——腫塊無特殊的觸痛。其大小，形狀，硬度常有改變。肛門有血性粘液流出。

結腸炎——由肛門流出大量的粘液或管型。若有觸痛時即發生於全結腸經過之部位。

子宮附件之發炎，例如輸卵管積膿（Pyosalpinx）或小的卵巢囊腫；由雙手陰道檢查可知之。

急性瀰漫性腹膜炎之診斷——由穿孔性胃，十二指腸，或腸潰瘍；急性胰腺炎；急性腸梗塞；胆囊破裂；子宮外孕之破裂；輸卵管積膿破裂（見第四十六章）。

豫後——乃係可疑之事。

不良的病徵——局部無反折腫塊。保持高體溫。体温低，與脈速。全腹部腫脹。顯著的便秘與嘔吐。持久的呃逆。在有嚴重性傳染之病徵者無白血球增加。

治療——

全身的——臥床。熱荷包。素淡的飲食，例如，乳漿或肉汁。灌腸：肥皂及水或松葉油。

藥物——鴉片僅可用於手術之前驅治療，或若手術抗拒時應用之。在診斷未確定時不能應用。瀉藥常係危險者，因致腸有力的蠕動而使發炎的闌尾穿孔。此種特別易生於小孩。

手術，手術之目的在發作之二十四小時以內將闌尾移除及將腹壁縫合而不用引流。

若患例可疑時——臥床休息於斜坡臥式（Fowler position），熱包，灌腸，及流質飲食，每二小時記錄脈搏及體溫一次。永不可給以嗎啡。永不可給以瀉瀉劑，因闌尾已發炎，若用此藥增加蠕動時即易於穿孔；特別是在小孩易於

穿孔。

若診斷極確實時，在疾病之任何期中均可將闌尾移除之。

延期性手術之危險，特別是在小孩為最大。體溫正常及原發的疼痛消退亦不可不加治療，因二者常伴闌尾之壞疽發生之。

切開膿腫而未移除闌尾乃係在疾病晚期所行之手術（例如，大約第十天），此時有限局的膿腫與緻密的粘連，同時闌尾埋藏於深部。

手術後長久的癰或囊瘻——此乃由於：（1）移除闌尾失敗；（2）有一部分闌尾遺留；（3）闌尾之底部仍開口於創傷；（4）盲腸壁之腐崩；（5）有一囊結石遺留於後部；（6）有一受傳染的無吸收性的縛線。以上大部的患例均可將創傷開放以治療之。不然即需要正中切開行迴結腸截除術（Ileocolostomy）。

第三十八章 胃之損傷及疾病

(INJURIES AND DISEASES OF THE STOMACH)

胃之檢查——

望診及觸診 可顯示出瘤腫或蠕動性收縮。更精密的診察膨脹的方法已有愛克司光將聽診廢棄之。

功能的試驗食——

於早晨使患者嚥入 Rehuss 氏改良之 Einhorn 氏管，並在前十二小時以內不許有食物入口。此管為橡皮第六號導管，具有一球形的穿孔端並有重量。此管直嚥至距離為六吋時為止。

將所有禁食的分泌汁抽出之，記錄其性質及數量，並試驗有無胆液，澱粉，血液，總酸度，及游離鹽酸。

試管在原位，令患者嚥下一英升試驗粥，並每隔十五分鐘用注射器接於試管之游離端抽出其胃內容物，直到胃變空。

每一次標本均試驗血液，胆液，粘液，及澱粉，並計算游離鹽酸及總酸度之量。此標本分析之記錄係與時間相對記載之（第九十及九十一圖）。

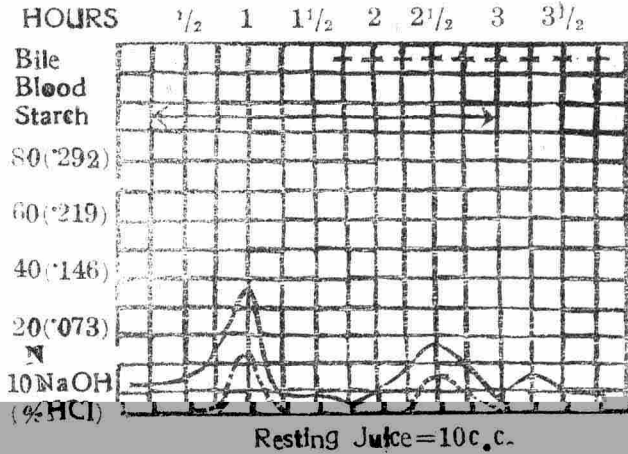
在正常胃當初食入食物時酸度下降，並以後因胃的分泌液而升高，以後因胃變空及分泌液減少而再下降。正常胃之變空大約為二小時至二小時半。

不透明食之愛克司光檢查——含有不透愛克司光之硫酸銀三隔之食物，於麪包及牛乳或粥內食入之。由愛克司光所照之螢光隔簾上可看到陰影，並注意下列數點

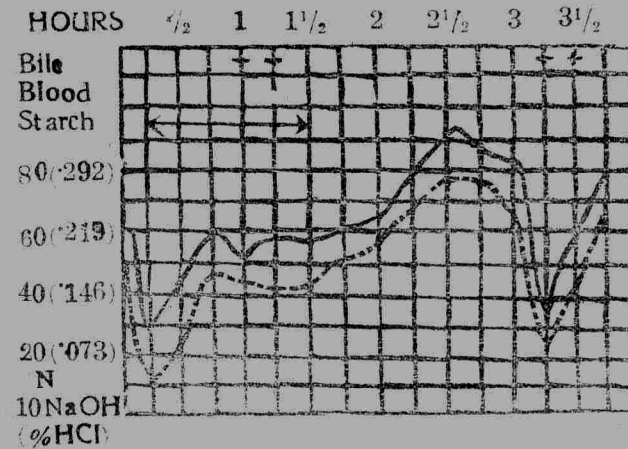
胃之部位——有無下垂，因粘連或瘤腫而致之變位。

胃之外圍——若有瘤腫即在外圍現有不規則鋸齒狀。若係潰瘍其中充滿潑食則現有突出或凸起。常在潰瘍之對面生胃環狀肌層之痙攣性收縮，即有明顯的鋸齒狀或切迹以表示之。

胃之運動——正常者胃恰於飯後二小時變空。在十二指腸潰瘍者胃之變空較快，幽門狹窄者胃之變空遲緩。



(90)



(91)

第九十圖 胃潰瘍患者功能試驗食之典型曲線。——總酸度。……游離鹽酸。

第九十一圖 十二指腸潰瘍功能試驗食之典型曲線。

胃內之異物

種類——

1. 因意外而嚥下異物——例如，齒板，口笛，木工之釘，常由歷史或藉愛克司光以診斷之。
2. 患者嚥下多數異物——患者常係精神病或希司忒利阿性女子。
3. 因嚥下多數小物體而生成實體——在不同的時間嚥下髮屑細繩，或銅線可接合到一塊而成胃管型。髮團或毛糞石幾乎常發生於青年女子。

症狀——可全無之，特別是小的單個物體。最普遍的症狀是疼痛，嘔吐並附有白色條紋。在髮團除滿充於胃外常無症狀；因之常在飯後疼痛加重；髮團患者常無嘔吐。幾乎均可摸到瘤腫。

診斷——用愛克司光最有用，因大多數嚥下的物體均不透明。在髮團性患者，若給以不透明銀食時，可見該食圍繞於髮團，並髮團漸移於其上似在胃中有一杯盛有相當物體。

豫后——形成一實體較其大小更重要。任何物體凡能經過賁門者即能經過幽門。但長的物體如鉛筆，長釘，則常不能通過之。

治療——無論不現症狀為多久，若物理之形狀理想上可以經過幽門時即不須治療。用口服搗碎的馬鈴薯或稠粥；以便包緊物體而易通過幽門。在十四天內不須要應用胃切開手術。若相當的時間以後物體仍在胃中，或若發生症狀，或若物體很明顯的不能通過幽門時方需要胃切開術。

胃之損傷

皮下的創傷——

原因及種類——

1. 外部的創傷——罕見；腹上部之直接打擊。即如跑步過快的意外。僅在胃充滿時可發現之；於是因突然很快的增加壓力而致最弱的胃壁處發生破裂，即沿胃大彎。
2. 由內部的創傷——胃中有異物；應用食道探子；為診斷的目的上用氣使胃膨脹均可生之。當胃已有先在的疾病時以上的原因僅可使發生破裂。
3. 天然的破裂——正常的胃破裂者極罕見。其發生乃由於肌肉的過度作用，如舉重或嘔吐。

症狀——胃潰瘍穿孔之症狀。

穿通傷——

種類——

1. 戮傷——可發於日常行動時，但極罕見。

2. 彈傷——常見於戰爭行動時。

症狀及病徵——與胃潰瘍穿孔之症狀及病徵相似。常有嘔血，吐出胃液者罕見。其致死的原因最常見的是嚴重的內出血。

治療——在第一次世界大戰以前一般的意見都傾向於保守療法即為嗎啡，絕對休息，禁止飲食。由該次戰爭之經驗知道用手術治療會發生較大的恢復百分率，並因此在用手術時必須早期施行。

幽門先天性狹窄

係包括幽門肌層之重大的肥大，與胃其餘部之擴張。常在生后即刻發現之。

病理——幽門肌層有重大的肥大，幾乎所有環狀纖維均肥大。其肥大完全為集中性，故幽門出口重大的減小，由外部觀幽門之直徑並未增加。其粘膜變成縱行的皺襞。肥大的兩端向十二指腸係遮斷，但向於胃體者係漸漸的消下（第九十二圖）。胃之其餘部分擴張並其壁相當肥大。

病因——其原因仍不一定。其理論有下列：

1. 先天性不正常——下像，因生出時不發生症狀。亦不常併有其他先天性不正常。
2. 痙攣之結果——致痙攣之原因有人謂係：（甲）肌肉纖維不全之共濟運動，故不發生弛放；（乙）酸過多；（丙）粘膜之感覺不全；（丁）腎上腺機能過敏合併有包莖之刺激。

臨床上的形態——男孩較女孩多甚。小孩生出時多十分健康並體重正常。當其症狀開始之前常係間隔一至五星期或更多。

嘔吐——每一次食后均嘔吐並開始時輕微；以後即變成幽門梗阻之特性——即，間隔不一定的大量吐出，三至四次的食物可一次吐出之。吐出為射出性，故胃內容物可射出相當距離。

體重減輕——為繼續性及嚴重性。皮膚皺縮及變乾。

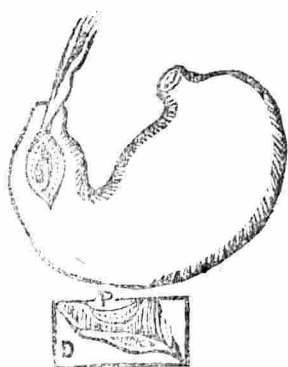
便結——頗顯著

看到蠕動——在胃膨脹很明顯者可看到蠕動，特別是在飼食後。

幽門的瘤腫——此乃最特殊的病徵，並亦係特殊的情形。有百分之八十的患例可發生之。在幽門部位可摸到一延長的管狀塊，大約長一吋半及直徑半吋。在飼食后，及小孩背向上用手掌舉起時最易直接摸到。

治療——內科療法過去的結果是死亡率至少百分之八十。現在的意見均傾向於診斷既定須即刻施行手術。

Rammstedt's 手術，已將其他手術廢棄。此手術係用縱的切開到粘膜但不包括粘膜，將所有肥大面積之全長完全分離之，讓粘膜凸出（第九十二圖）。除縫合腹壁外不用縫合。



第十二圖 幽門先天性狹窄。下圖示幽門之剖面，與肌層之肥大。P. 幽門 D. 十二指腸。上圖示 Rammstedt's 手術，將腹膜及肌肉分離，同時將粘膜保存。

(92)

胃之急性擴張

胃之迅速的及無限制的擴張，常結果死亡。

病因——

1. 為手術後併發病——最常發生於腹部之手術，特別是胆囊，闌尾，及骨盆器官之手術；在胃之手術後者罕見。亦可發生於四肢手術後及局部麻醉後。
2. 為急性疾病之併發病——特別是在危象後之肺炎，及傷寒。
3. 食入大量食物後——可無先在的手術或疾病。

病理——死後的解剖胃有重大的擴張，常發現充滿於全腹腔。為U字形或V字形，並在小彎處有一尖銳的彎曲。胃壁極薄並極緊張。胃擴張並不到幽門即停止，並累及十二指腸，常在十二指腸第三段繫膜上的橫過之點上突然停止。在其他患例胃擴張漸消退到十二指腸第三段上行部並接近於十二指腸空腸曲。

原因——有各種不同的理論。可由於：

1. 過度的分泌——此理論係胃分泌過快而胃壁癱瘓。此理論未解釋分泌之原因，或胃膨脹大部為氣而其液體之事實。
2. 幽門痙攣——此理論未顯看到十二指腸亦擴張。
3. 因腸系膜上動脈而致十二指腸梗塞——此理論係根據三分之一的患例為擴張突然在十二指腸之血管經過處停止之事實。
4. 胃之原發性癱瘓，並繼之擴張的胃壓迫到十二指腸——Box 及 Wallace 二氏曾表示正常胃之死后解剖，由賁門用力灌入水時可使之重大擴張。但水分不經十二指腸，即便若空腸被橫斷，或即便若腸系膜上血管及鄰近之腹膜皺襞亦切斷之。雖然如此，若擴張的胃離開十二指腸時，則胃之內容物很容易的經過十二指腸。這是現在一般人所承認的意見。

症狀及病徵——一般係手術後第二或第三天方發現之——即，在麻醉之期已過之後腹上部疼痛及不適——常為開始的病徵。係一定的，並感到膨脹。常常甚嚴重。

嘔吐——此為最明顯的形態。最初量少並係不一定的間隔，最後變成連續性。吐出性質最初是未消化的食物，以後是染胆色的，最初由血液及胆汁而成黑色或棕色。胃之膨脹——最初腹上部發生膨脹；初在中線之左臍以上最明顯；最後變得極明顯。膨脹胃之外圍可以見到。

胃內容物之擊水聲——很容易發生。看到蠕動者罕見。

插入胃管可流出大量氣體及液體，當係突然而來似爆裂一樣。幾乎立刻胃又充滿。

患者全身情況，很快的虧損，不久即虛脫狀，與不可忍受的口渴。

診斷——麻醉後有嚴重的延長性嘔吐，由腹膜炎或由腸梗阻而生嘔吐之區別是無局部腹部的膨脹，震盪性擊水聲，及用胃管時排出大量氣體及液體之特性。

治療——不論如何治療，患者有半數死去。無論胃空腸吻合術或胃造瘻術等手術均不如下列方法結果較佳。令患者俯臥用一枕頭墊於胸部，另一枕頭墊於骨盆部，並將床後腳墊高。此位置令患者可能須保持愈久愈好，例如，每二小時在此位置十五分鐘。用胃管時反復的將胃內容物排出。每八小時給腦下垂體素一託，與二百分之一哞之依色甘，每二小時一次，共用六次。

胃 潰 瘍

胃部之潰爛在下列情形下發生之：

1. 急性胃潰瘍或糜爛。
2. 慢性胃潰瘍。
3. 為急性或慢性胃炎之一部分。
4. 由異物或化學腐蝕劑之損傷。
5. 因後面的壓力而併發嘔血。
6. 由特殊的傳染，例如，結核，炭疽，梅毒，及傷寒。
7. 癌性或肉瘤性潰瘍。
8. 肉芽腫性潰瘍與何杰金氏病。

急性胃潰瘍或糜爛

病理——潰瘍為多數性，最常見于胃後面及胃底部，為小的潰瘍，直徑二至三耗，長形或圓形，並有銳利的邊緣似粘膜之鑿緣一樣。底部光滑，並常係由肌層所構成；無浸潤。癒合頗易而無收縮。有使粘膜下層血管開放之傾向。當生存時在潰瘍部之腹膜上看不出變化，在死后即需小心尋找之，最好將胃取出于燈光上看透光斑。此處即係潰瘍。

臨床上的形態——急性胃潰爛在臨床上有下列情形：

1. 其他疾病之併發病——急性潰瘍可發生于任何膿毒性中毒病，例如，急性化膿性

闌尾炎，或敗血病，等。一般的病歷是患者生有膿毒性損害乎下山時發生之，在下山之經過中，經惡心后即嘔出血液，此病可為大量的，反復的，並致死。在嘔血之前數天常在飯后有腹上部疼痛及嘔吐。雖在死后解剖是多數性急性潰瘍，常在生前無胃潰瘍之病徵或症狀。

2. 為嚴重嘔血之原因——可有數天或數星期胃部不適的歷史，如飯后疼痛及嘔吐，並以后突然嘔出大量血液，此種嘔血可反復發生及致命。

3. 為少女之疾病——常合併有貧血。

腹上部疼痛與飲食有關，在飲食后發生之。

常有嘔吐，在疼痛最高度時發生。此痛不同慢性潰瘍一樣可發生完全的恢復期。

常有嘔血，並可復發。常為大量，並罕有致死者。

觸痛——常在腹上部有淺層的及深部的疼痛。

治療——永不需外科療法。臨床休息。Lenhartz's 食物。急性潰瘍之出血須用內科方法治療：嗎啡；入託腎上腺素液與同量的水分每半小時飲一次，共飲六次。

慢性胃潰瘍

病理——

潰瘍——常極大，直徑有數吋。普通為單個，多數性者僅百分之二十或更少。最多見於胃之幽門部，近胃小彎處者較多於胃大彎處者，並最常在胃后面。

形狀——圓形或卵圓形。

邊緣——圓形的，硬結核，及突出的，不似刀切樣的急性潰瘍。現有浸潤，所以整個腫塊似一癌腫。

基底——由硬化的組織粘連於胃而生，常係胰腺或肝。

深度——相當深，故腹膜層亦常受累。

腹膜層——圍繞潰瘍邊緣之周圍有小血管性之點放射到周圍腹膜的表面。常在表面有纖維性沉着，由此而發生粘連。

潰瘍於癒合時可發生重大的收縮。在其蔓延時可使胃以外之大血管破裂，例如，胃十二指腸動脈或脾動脈。

原因——急性潰瘍變成慢性之理由尚不明瞭。Bolton 試驗將一急性潰瘍使之變成慢性極為困難：當發現急性潰瘍時，反復注射胃毒素血清，增加酸度，喂飼細菌，均不能使之變成慢性。理論：

1. 栓塞——Virchow 所主張理論的根據是由梗塞大小，形狀及外表相同之其他器官而證之，雖然用人工閉塞胃部之血管可發生潰爛，但胃部潰爛之患者同時常有腎及脾之栓塞者罕見，除非有一處已有一定的膿毒性原素者。

2. 血栓形成——雖然胃血管血栓形成后可繼之有潰爛的明證，但普通型的潰爛

- 並不合併有全身動脈的變性，患者亦不發現周圍血管的血栓形成。
3. 神經系病的紊亂——在脊髓的損害及腹腔叢之損傷，及迷走神經切斷后可發生潰瘍。所以猜想其一般的原因係與雷那得氏病相似並易於成小的壞疽斑。但對此很少理由以證明之，因胃潰爛之患者罕有發生神經症狀者。
 4. 細菌的傳染——有相當多的明證可以證明急性潰瘍係直接由於膿毒性傳染所致，例如，在口腔，扁桃體，及特別是闌尾。細菌傳染之道路大概是血流。大概淋巴濾泡之發炎係由原始病灶傳染所致；淋巴濾泡變大及發炎最後成壞死樣，而成潰瘍。
 5. 特殊的胃毒素——Bolton 表示若將一動物之胃細胞注射於同類或不同類動物身體內可製出一種胃毒素血清。若將此血清注射於與製出胃細胞之同類動物身上，在胃中即可發生急性潰瘍。此潰瘍之發生乃因胃細胞被胃毒素血清所損傷而由胃液之酸度所致，故在未注射以前先給以數劑量之重碳酸鈉以中和胃液後，即不發生潰瘍。

病因——男人較女人易生之：八十三個男人比以八十一個女人 (Moynihan 1923)。年齡，三十到五十。

症狀——

疼痛——

部位——在腹上部或胸下部。在病歷中其以後可放射到全腹上部，並最後到背部兩肩胛葉之間。

與食物之關係——乃係極一定的：其疼痛在每飯後一定的時間發生，由半小時至二小時半不等。其時乃係每飯後一定的，整在食飯時或剛食完以後永不會發生，但常在飯後及開始疼痛之間有相當間隔。

疼痛繼續相當時間，在胃變空時即消失。並在第二次食飯前永有一無痛的間隔，胃潰瘍疼痛之節律是：飲食，安適，疼痛，安適；於是再飲食，安適，疼痛，安適。此乃發作時一定者。當嘔吐時引痛可即刻消退，用鎮或鹼類亦可消退。疼痛之部位不能指示出潰瘍之部位。若在飯後發生疼痛較早時一般是潰瘍近於賁門處，若發生較晚時潰瘍係近於幽門處。

嘔吐——僅有百分之五十的患者可發生之。係在疼痛之最高度發生，並即刻消退。

嘔血——僅有百分之二十五的患者發生。嘔血患者之百分之七十五常合併有胃之損傷，於手術時可知之。

口味——一般良好。患者常自訴任何食物均欲食，但為了以後的疼痛即感到恐懼。

全身的情況——在疾病之早期，患者肥胖及良好。以後患者似有病樣，並體重減輕。

觸痛——一般係無淺層的感覺過敏，但在幽門平面之中線上有的觸痛。

以上的症狀于發作時即可發現，其最明顯者為痛。每次發作后用藥物療法與否均經二至六星期即消失。經過二至六個月之恢復期后，或無原因或因受冷及過度運動，即發生再一次之發作。此種發作之定期性乃慢性潰瘍之極端的特性並幾

乎爲其特殊的病徵。其發作時之症狀乃以上所述者，並疼痛一定是在飯後發生。此種定期性發作之歷史可延長數年之久。在以後幾年則發作之期限可延長而中間恢復之期限則漸短。

病徵——

試驗食——游離鹽酸及總酸度經度增加。功能試驗食可見酸度之增加及消化時間較長（見第九十圖）。

愛克光司——胃之位置較正者高，因小網膜之皺摺拉起之。

胃之周緣，在小彎處現有噴泉口樣之龕（niche）（覓在空腔中），在此處之對側胃大彎處因蠕動而有顯著的永久的壓迹或切迹。在有經驗者用愛克司光檢查可將百分之七十五的患者確實診斷之。

治療——藥物治療多不佳，因爲：（1）雖可使現在的發作停止，然不能變更以後的復發。（2）由死後解剖及手術從未見有慢性潰瘍之癒合係藥物治療之結果者；（3）無力防止併發病之發生。在診斷確定後須即刻施行外科療法。

幽門處之潰瘍，施行胃空腸吻合術（Gastro-Jejunostomy）。

在胃小彎之小潰瘍施行胃空腸吻合術與用燒灼切除術。

部分胃截除術爲各類最完美的手術。

極大的潰瘍並侵蝕肝或胰腺者用空腸置瘻術（Jejunostomy）。

慢性胃潰瘍之併發病

第一。急性併發病

1. 穿孔——穿孔可爲急性，易成瀰漫性腹膜炎並以後很可能成膈肌下膿腫；或爲亞急性，致局部腹膜炎及膈肌下膿腫。膿腫經腹壁破裂時即成外部的胃瘻管；穿孔到空的內臟時即成內部的胃瘻管。

急性穿孔——

發生率——患例之百分之十五至三十可發生之。

潰瘍之部位——有三分之二以上的患例係由前壁穿孔。急性潰瘍之穿孔者係在賁門端較多于幽門端。在慢性潰瘍者則相反。

性別及年齡——係慢性潰瘍之性別及年齡，即男人較多於女人。

穿孔之大小——由一小口至可容二指大不等。

常有先期消化不良的歷史，但約有百分之十的患者無之。

症狀及病徵——

痛——突然及加重。

休克及虛脫——快，嚴重，並增加（見第四十六章）。

嘔吐——常發生一次，罕有反復者。

上腹部強硬——極硬並有觸痛。

因充氣而肝濁音不明顯。左右動時有移轉性濁音。

在亞急性患者有局部腹膜炎之病徵：(1) 在腹上部，特別是幽門周圍；(2) 在右髂間部；(3) 如膈肌下膿腫相似。

診斷——突然發作腹上部之急性疼痛與明顯的休克，繼之腹上部似平板樣及重之大的觸痛，有大多數患例可使易於診斷。

治療——由臍上中綫處將腹切開。檢查胃前面由賁門端開始，並經胃結腸網膜切開後檢查胃後面。用數層縫線將穿孔縫合。若此法不可能時將網膜縫於其上，引流腹腔。若患者能耐受延長的手術時即施行胃空腸吻合術。

手術後之豫後係依：(1) 胃之情況——由外觀之胃愈充滿時其豫後愈壞；(2) 穿孔距手術間之時間——若少於十二小時時即良好，在急性患例如超過三十六小時即無望；(3) 穿孔之大小。

2. 出血——

原因（嘔血之一般的原因）——

外傷——打擊或異物。

胃潰瘍——急性或慢性。

其他外科的情況——血腫，動脈瘤，肥囊炎，闌尾炎。

功能的情況——替代性經性貧血；手術後嘔血。

全身的疾病——肝萎縮，紫斑病，壞血病，心臟病，白血病，腸熱病，敗血性疾病。

由潰爛之出血，與外傷性有別，係唯一需用直接療法之類。

在最急性者其出血之來源係由毛細血管，在慢性者係由動脈出血，並係出血之最嚴重及最易致命者。脾動脈，胃十二指腸動脈，及胃網膜右動脈最常受侵蝕。

在急性潰瘍僅小血管受侵蝕，並無硬結以防止其自然的閉合。

治療——(1) 絕對休息。吸吮冰。冰敷於腹上部。完全用流腸餌食數日。不安靜時用嗎啡。口服千分之一的氯化腎上腺素液十滴。輸血，以後用 Lenhartz 飲食。(2) 罕有需要施行手術者，並僅在上法失敗後施用之。將胃切開及縫合出血部。亦需要行胃腸吻合術，以保持該器官之休息。

在慢性潰瘍則常有常長期消化不良之一般特徵及歷史。其出血在在最初多甚嚴重，似繼發性出血。當出血嚴重時乃因受侵蝕出血之血管埋沒於粘連中而不能收縮或退縮。

治療——若出血繼續時即同時應用以上之藥物療法；當出血停止並患者之全身情況良好時，即施行手術。

第二. 慢性併發病

粘連到肝及胰腺——此併發病及以下之三併發病可使慢性潰瘍症狀之特性改變，即其

症狀失去定期性。可有數年每次發作之定期性，但在潰瘍開始侵蝕肝或胰腺時，則其發作可歷更長，六個月或更久。此外，其痛的形態，是：

痛為全日繼續性，但仍是飲食後加重。其痛更嚴重，並其放射更寬廣，有時放射到左肩部。

嘔吐與以前相似，若發生時仍然可使疼痛完全消退。

全身健康極不佳。患者常見有體重減輕及貧血，常猜想到癌。

愛克司光檢查常可決定其性質，可顯示出潰瘍之囊固定於肝或胰腺上。

診斷——與癌腫之鑑別非常困難。

治療——對於此種併發病僅用胃空腸吻合術則不如用燒灼或刀切除等直接處理與胃空腸吻合術易於成功。部分胃切除常有良好的結果。「Y」形胃空腸吻合術係用於粘連甚大的潰瘍之不能用其他方法治療者。

2. 幽門梗阻

原因——

1. 胃及十二指腸潰瘍。
2. 幽門痙攣或單純的纖維化變。
3. 胃癌腫。
4. 胃周圍發炎。
5. 胃癌。

臨床上的形態——若係為慢性胃潰瘍之一併發病時即有胃潰瘍症狀發作之長久歷史，在此種其潰瘍近於幽門，於食後開始疼痛較遲。在梗阻開始時其胃潰瘍症狀之發作所痛逐漸加長直到梗阻之特殊症狀發生。

痛雖較輕，但係全日疼痛，並仍係因食物而加重。

在發生時常有嘔吐，並係不一定的間隔（一天或二天一次）；嘔吐係大量，數餐飲食可一次嘔出之。

全身情況更壞。

物理病徵可見胃膨脹，與可見到的蠕動，易于查出擊水聲。可查出幽門增厚的瘤腫。愛克司光可見重大的胃膨脹。

3. 沙漏形狹窄——沙漏形胃有人謂係先天性或後天性，但前者發生者罕見並可疑。

原因——因潰瘍而成之胃周圍粘連。胃前壁潰瘍之穿孔及粘連。橫方向中間部潰瘍之疤痕形成。胃，非原發性，或繼發於潰瘍。

解剖——胃因橫狹窄而分為兩等部分或不等部分。此狹窄一般係在中部，其窄有時導管亦不能穿過之。由於潰爛之重大的皺縮及結痂可表示出及指示出其原因。

臨床上的形態——

症狀——失去單純性潰瘍之定期性，疼痛更常見並增加其嚴重性。嘔吐更常見。

若賁門部之袋較小，在只用少量的一口食物後即發生回流，與食管梗塞相似。

若賁門部之袋較大，即係由於狹窄近於幽門處，其嘔吐似幽門梗阻。此種狹窄

之原因，在女子幾乎全係因慢性潰瘍所致；在男子全係腫瘤所致。
特殊的物理病徵——

1. 用一導管導入之液體不完全返回之。
2. 在胃洗淨以後仍可湧出腐敗的液體。
3. 用虹吸法使胃變空以後仍可感到擊水聲。
4. 可聽到由一空腔到另一空腔之氣及液體經過之氣過水聲。
5. 用愛克司光可見有兩個空腔被一相當長之狹導管分開。

治療——

1. 胃成形術 (Gastroplasty) —— 由胃狹窄處之縱軸分開，橫方面將其縫合之僅在無粘連及硬結者適用之。
 2. 胃腸吻合術噴門袋切開一個大的吻合性開口。僅在無幽門狹窄處行。
 3. 胃之切除術 —— 將賁門處之房連於空腸。
 4. 胃部分的截除 —— 惡性者需用之，合適的單純性患例亦用之。
4. 癌腫之起始——關於慢性潰瘍之癌腫發生率有各種不同的統計。在所有胃癌之患者有百分之三十至七十不等的比例其先前有發生慢性潰瘍之明證。若癌腫與潰瘍之併發病時，即失去潰瘍症狀之定期性，其最末一次發作可歷數月並有少許一定的疼痛仍然於食後加重。其疼痛可不甚嚴重，但患者全身虧損的病徵即刻可能發生。

十二指腸潰瘍

十二指腸潰瘍與胃潰瘍相似，並常同時發生之，但一定有不同的重要特性如下：

其發生率大約為胃潰瘍之四分之一或更少。

部位——幾乎常在十二指腸之第一部。

數目——常為多數性，一個相對於另一個。

胃部的情況——大約有百分之五合併有胃潰瘍。

年齡——所有年齡均易生之。

性別——男性較女性易生之，大約為四比一。

症狀——一般係與胃潰瘍之症狀相似，疼痛，嘔吐，及游離鹽酸過多成了規律（見前第九十一圖）。其特殊的性質是：

1. 很多患例係極隱性的僅在死後解剖時方可發見之。
2. 很多患例係極隱性直到嚴重的穿孔或出血之發生。
3. 其疼痛為遲鈍及痠痛或灼痛，在中綫之右側感到。其痛係在食後三至四小時發生，並在飲食後消退（飢餓痛）。疼痛發作經二或三星期繼之有無痛之間隔可歷數月。在寒冷天氣更常發作。其疼痛於每天同一時間發作並極有規則。
4. 出血則不如胃潰瘍之常見，因不注意糞便之故。可由嘔血或黑糞而知之。或在

嚴重或致命的患者其能夠了解清楚，因其出血到自己之腸中而死亡。胃十二指腸動脈及大網膜右動脈係最易受侵蝕者。

種類——與胃潰瘍相似，抑急性，特別易於穿孔向腹腔以致於出血及瘻痕形成。

併發病——

出血——更易於致命，用藥物療法較胃潰瘍之效果更少。

穿孔——較胃潰瘍更易發生及更易致死。極易與急性闌尾炎誤認之，因其滲出液下垂到右髂凹部。

在亞急性或慢性患者可發生膈肌下或他處之膿腫，或內部的或外部的瘻管。

瘻痕性收縮——可發生與幽門梗阻不能區別之症狀及病徵，並此病之治療方法相同。

胆管之閉塞，與結石及黃疸。

胰腺炎，因胰腺管閉塞所致。

疝氣，在十二指腸潰瘍罕有發生者，實際上可無之。

治療——胃腸吻合術。用縫線將幽門閉鎖亦常施用之，特別是用於大量出血之潰瘍。

胃之單純性瘤腫

種類——腺瘤。肌瘤。淋巴腺瘤。囊腫。均極罕見，但可致下列病徵：(1) 極易移動的腹上部瘤腫；(2) 因瘤腫塞於幽門而發生嘔吐。

腺瘤——息肉樣塊與狹窄之蒂。很可能為惡性疾病之前驅徵。

肌瘤——可發生於胃之以內或以外。

囊腫——可發於胃壁各層之間或網膜各層之間。大概係由胃之外生瘤腫突出所形成。

治療——移除，與小心顯微鏡檢查

胃之肉瘤

此病約為所有胃惡性瘤腫之百分之五。

種類——淋巴肉瘤或梭狀細胞肉瘤。

症狀及病徵——與癌相似，但胃膨脹不甚普遍。前癌腫性者更易成一大移動性瘤肉腫。在梭狀細胞者可形成一息肉樣塊並易於局部移除之。

胃 癌

病因——男子比女子更普遍。年齡：大多數患者係在四十至七十之間；亦可生於三十歲，或幼年。慢性胃潰瘍有時為其前驅徵。

解剖——

受染之部位——幽門佔百分之六十；胃小彎，及賁門端各佔百分之十；其他部位各佔百分之十五；全部者佔百分之五。

肉眼現象——

1. 普通型者——在幽門外環形的生長，幽門管變狹窄或閉塞。瘤腫最後突出到十二指腸；沿胃小彎蔓延較遠於胃大彎。胃壁增厚為半吋或更厚。瘤面內或瘤前附近之肌肉肥大。粘膜常被潰爛所破壞。腹膜層變厚及皺起。
2. 軟的放射狀易碎塊，與浸潤性基底。
3. 凹陷性潰瘍，與外瘤的邊緣。
4. 整個胃之全部浸潤及收縮——皮囊樣胃。

組織學——

1. 球狀細胞癌——有百分之六十以上是此類者。一般係硬癌型。球狀細胞柱侵入胃之各層。
2. 柱狀細胞癌——少於百分之四十。胃腺之基部侵入深組織。瘤腫內含有非典型的腺體泡。

二型者均易成一定的變化：(甲)膠樣變、(乙)類脂型；(丙)肉瘤型。

3. 鱗狀細胞癌——生於食管者極罕者。

蔓延——

到淋巴腺，沿胃小彎；在肝之門靜脈管；腹腔動脈周圍。

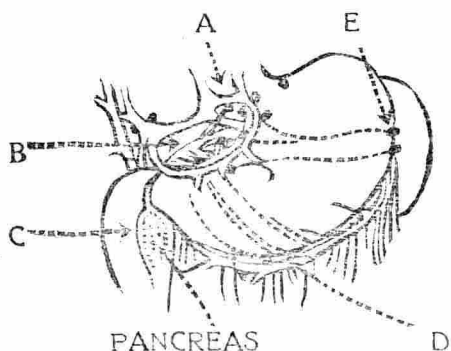
到腹膜表面，並因粘連而到肝，胰腺，腹膜腔，腹前壁。

大網膜早期即侵入癌細胞。

骨盆腔內在相當早期即由繼發性瘤腫之核植（大概是由於橫過體腔之移植），在此種瘤腫其直腸子宮陷凹必須檢查之。

淋巴腺塊可阻塞門靜脈及胸導管。

粘膜下組織較肌層或漿膜層受染更重，並其進行之邊緣在此層中可找到。



(93)

第九十三圖——胃之淋巴管。

- A. 圍繞冠狀動脈之淋巴腺；
- B. 沿胃小彎之淋巴腺；
- C. 幽門下組淋巴腺；
- D. 沿胃大彎組淋巴腺；
- E. 沿胃底部之淋巴腺。

注意 A, B 及 C 係胃癌蔓延之最重要的淋巴腺。所有淋巴腺均易因粘連及侵入而累及胰腺。

胃小彎——大多數患者最明顯的蔓延是沿胃小彎，隨淋巴流之線蔓延，隨冠狀動

脈而離開胃（第九十二圖）。

十二指腸——一般係瘤腫到幽門處遂然停止，即便進行的患例亦如此。

症狀——

1. 胃小彎之癌腫——

甲、隱襲的起病——在初期常與胃無關，患者主訴為軟弱及無力，體重減輕及口味減退。以後即於飯後有不舒服或不限定的飽滿感覺。此症狀變成多少一定的發生，但在飯後加重。最後，即嘔吐或回流出少量腐敗液體，雖然有時其症狀可全然不現。此症狀繼續進行直到消瘦，發生胃部之癌腫，或繼發性傳染。時方始診斷確定。由於肝內繼發性沉着而生之黃疸為外部之形態。

乙、繼發於胃潰瘍——自先前的病歷係多年典型慢性胃潰瘍之定期發作。若癌腫發生時即失去其定期性，而最後的發作係與其先發作不同：其發作所歷更久，並疼痛係終日不停，雖然在飲食後更劇。其疼痛由一般觀之並不較以前者為嚴重。在（甲）項中所述之症狀亦現之。

2. 癌腫塞幽門——有數月腹上部疼痛的病歷，多少有一定性，但在每飯後及每日終時加重。早期即有嘔吐可使痛減退，無口味及明顯的體重減輕。當檢查時，可看到蠕動及發生擊水聲，並可摸到一癌腫。其症狀即慢性潰瘍阻塞幽門之症狀，但進行更快，並僅有數月先在消化不良歷史以代替慢性潰瘍之有多年消化不良的歷史。

3. 癌腫塞贛門——此病起始頗隱襲：無力，體重減輕，於是有腹上部疼痛。其疼痛為每飯後發作，並可全日持續之。早期發生嘔吐，並有胃內容物之回流。最後發生食管梗阻之症狀，其時乃真正食體下物時發生，並嚥下食物困難。

物理病徵——

癌腫——在幽門部之癌腫係小而移動性位於第九肋軟骨平面到中線之右側。無限制的腹上部膨脹乃顯示累及胃體，大概係胃小彎。若更晚發現較早時，在呼吸時即易於上下移動，而不易兩側移動。

胃內容物——大約有百分之八十的患例其游離鹽酸變無或減少。在慢性潰瘍上所生之癌其游離鹽酸常現之。同時可有乳凝，乳酪酸，八聯球菌，俄刺波阿氏桿菌（Boas-Oppler Bacilli），及癌腫之小塊。嘔吐物中罕有含新鮮血液者，但其中常含有棕色混合及改質的血液名曰『咖啡渣樣嘔吐物』。

愛克司光檢查——可見胃壁之動力受損害，在癌腫有缺物填補之。此乃診斷之有價值之方法。

在晚期——有重大的消瘦，皮膚成檸檬色或黃疸樣，並失去彈力。在腹上部有一硬塊，與肝增大。腹水。腸水腫。背部及腹上部有嚴重的疼痛。在右鎖骨上部有淋巴腺塊，係由胸導管之繼發性傳染而生。

診斷——若可能時應在早期即診斷之。有大多數患例，幸第二期頗明顯時施用根治療法即不可能。主要診斷之病徵是：

早期——於五十歲以上的患者第一次發生隱襲性消化不良。顯著的消耗。胃內容物中游离鹽酸減少。

晚期——瘤腫。胃擴張之病徵。

由慢性潰瘍鑑別——在此病有：長久消化不良的歷史。消耗並不如此顯著，並係與消化不良成比例。較年青的患者——三十至五十。若發生出血時係大量，並幾乎純粹血液。游离鹽酸增加。雖有多數瘤腫患例係由慢性潰瘍開始，但吾人相信后者為良性常不可能。此種患例故須用切除治療之。

單純性慢性消化不良——消耗並不顯著。胃內容物無一定的改變。

單純性胃擴張或有潰瘍——有游离鹽酸。洗胃后可使其症狀及消瘦很快的進步。

發炎性粘連圍繞胆囊——可有一無限定的硬塊。有胆石或黃疸的歷史。無重大的消耗。胃中有鹽酸。

可疑的患例——凡四十五歲以上的患者，不易治療其疼痛及消耗者，必須應用探索手術。

治療——

飲食——粉類及乳類食物。魚，禽，或切碎很細的肉類。避免植物纖維，種子，纖維，皮膚，等。

藥物——酸：鹽酸，硝酸。發酵時用木溜油（Creosote）。疼痛用嗎啡。

姑息療法——用泉水或過錳酸鉀液洗胃，每日一次。

手術療法——

胃腸吻合術——當有幽門梗阻存在時即為姑息方法。若切除可能時即為前驅手術。行胃腸吻合術後之平均壽命僅六個月。在因一定的幽門梗阻而致之明顯的擴張及嘔吐之患者可使減輕。

胃切除術——下列數點頗重要：

1. 根治手術之禁忌徵：腹膜或肝之轉移性瘤腫。圍繞肝之門靜脈裂，腹腔動脈，及主動脈前面有堅硬的固定的淋巴腺。對肝或胰腺有重大的固定。
2. 在有顯著的幽門梗阻及重大的虛弱的患者，手術應分二期，即先用胃腸吻合術，十四天以後繼之行瘤腫切除術。
3. 須將胃小彎，小網膜，大網膜，及胰腺頭部之淋巴腺廣大的移除。

第三十九章 腸 梗 阻

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

原因——

一般為急性者——(1) 由腹及經孔之絞窄，包括內側及外側赫尼亞；(2) 糾纏；(3) 腸扭結 (Volvulus)；(4) 腸套疊；(5) 因異物之梗阻；(6) 麻痺性腸塞絞痛。

一般為慢性者——(7) 狹窄；(8) 由腹壁生長之瘤腫；(9) 腹外瘤腫之壓力；(10) 積糞。

性別及年齡——男性者特別易為赫尼亞，腸扭結；女性易為瘤腫之壓力，胆石之梗阻，及積糞；小孩易為腸套疊及先天性狹窄；五十歲以上的患者則多為惡性瘤腫。

梗阻而無絞窄之一般病理，因在何型的狹窄或贅瘤所致者——

梗阻以下之腸變空及收縮。但在直腸狹窄以下變成鼓氣的直腸者為僅有的例外。

梗阻以上之腸變擴張及肥大係與患例之慢性成比例。粘膜變薄，卡他，及潰爛。此潰瘍（當梗阻在結腸）特別易生於恰在梗阻之上，在盲腸，及迴腸之下部。

此潰瘍常因穿孔性腹膜炎而致死，但亦可形成慢性囊瘻，或極罕見的粘膜炎，因此而致梗阻減輕。

囊形成或陷凹形成可在小腸，但最常見的是大腸。陷凹內常充以菓子。梗阻以上發生腸壞疽者極罕見。

絞窄之一般病理，因赫尼亞或腸扭結所致者——

變化及症狀之強度係依：(1) 絞窄之部位，在小腸者較在大腸者更嚴重；(2) 腸受累之長度；(3) 絞窄之緊度，即血管關閉之程度。

絞窄以上之腸變紅，充血，及由氣及液體而膨脹。在絞窄以上生潰瘍或壞疽者極罕見。絞窄以下之腸變灰色及變空，但由此發生腸炎者極罕見。

絞窄處之腸變充血，水腫樣，因氣而重膨脹。最後其表面失去光澤，而覆蓋以粘性滲出質，色變紫及黑，並腸變壞疽樣。

在絞窄線上成潰爛及壞疽線頗常見，特別是在近側部者（更進一步的敘述，見後絞窄性赫尼亞）。

絞窄主要的因素是血管的關閉。如此可發生血管血栓形成，因腸內容物的腐敗而有重大的鼓腸，組織死去，與細菌經此穿過之。

臨床上的種類——(1) 急性；(2) 慢性；及(3) 慢性最後成急性。

急 性 腸 梗 阻

病因——內部的絞窄，糾纏，腸扭結，異物，腸套疊。

症狀——

休克——因糾纏內臟神經所致。全身的虛脫（Prostration）：憂慮及嘆息的面孔；重大的蒼白色 體溫在正常以下，出冷汗；小，弱而快的脈搏；淺而快的呼吸。在掙扎時有嘔吐。

此種腹性休克係各型虛性腹膜炎（Peritonism）之最常見者，並在開始時很少或無不同的形態。

在此種患例其輕重之程度係與下列條件成比例：（1）突發性；（2）絞窄之緊度；（3）絞窄腸之性質，小腸較大腸易生休克，空腸較迴腸更易生休克；（4）絞窄腸之數量；（5）患者之年令，愈年青者愈重。除最急性之患例在二十四小時以內休克即過或變輕。用嗎啡後可使重大的減輕。

疼痛——突然及嚴重的起始。繼發的情況而生之疼痛有四種不同的原因：（1）腸絞窄；（2）梗阻以上不正常的蠕動運動；（3）腸之膨脹；（4）腹膜炎。

此痛為恆久的，但在完全梗阻者可使病勢加重；在部分梗阻者為間歇性。

疼痛可反射到臍部，並無指徵以表示損害之部位。

最初很顯明的無觸痛；在事實上，壓力可減輕疼痛，並患者翻轉於不能休息的痛苦中。

大約在第三天於梗阻部位處發生局部的觸痛，並很快的被腹膜炎之全腹部疼痛所代替。

當發生穿孔，壞疽，膿毒中毒，或腹膜炎時疼痛即減輕或改變其性質。

用輕瀉劑，飲食，灌腸，或按診後疼痛即增加。

嘔吐——嘔吐有三種原因（1）在開始休克可致突然嘔吐，特別是當胃充滿時；（2）腸梗阻；（3）腹膜炎及膨脹。梗阻之嘔吐最初是胆汁的，以後是吐糞，係在第五天吐糞。舌變乾並有惡臭。

吐糞係由腐敗及細菌的產物所致。在小腸梗阻者最顯明，其發生之早晚係與梗阻距胃之遠近成比例。此乃由梗阻處液體軸流之回流所致。用鴉片後其發生即較遲。須認為係將近死亡之病徵而非腸梗阻之病徵。

真實糞之嘔吐更罕見，係因胃及大腸有瘻管性之交通所致。

便秘乃絕對的，既不排糞亦不排气。因反射神經癱瘓所致。下部之腸可自然變空或由灌腸而變空，但此不常見。

假性腹瀉，與粘液及血液，此病在慢性者頗常見，在急性者僅急性腸套疊見之。

鼓響性膨脹係由鼓腸而致，並梗阻愈底者其膨脹愈重。若僅小腸受累時，腹中央部膨脹最重，但若結腸受患時，全腹均鼓出。用番木鱉素後可減輕，用嗎啡後即

增加。在S狀結腸扭結時膨脹最重。在最急性患例並不顯著（除非扭結），但在開始腹膜炎時可重大的增加。

腹壁——一直到發生腹膜炎腹壁保持柔軟。在原發之急性患例永無可看見的蠕動。若發生時可證明為慢性者。

瘤腫——在急性患例罕有按到瘤腫者：（1）腸套疊，（2）異物，（3）腸融合，（4）內側赫尼亞等可發生一個瘤腫，但除第一種外其餘罕見之。

尿液減少或有時因休克而停止。最後尿量減少，因強度嘔吐所致。尿藍母尿係小腸受累之急性患例。

體溫——致各的溫度之下。若併發腹膜炎時可輕度增高，並在穿孔時可突然下降。

脈率——最初慢，並血壓低下。脈率增快為不良之病徵。

腹膜炎——在大多數致命的患者附有腹膜炎。其原因係（1）細菌經腸一般的滲出，或因（2）穿孔。其發病可由下列情形而明顯知悉：腹變觸痛及強硬，脈變硬及細，並若發生穿孔時，其一般的病徵是充氣及游離液體。

毒血症——有腹膜炎或無腹膜炎均可生毒血症，除過急性患者其死亡係在休克期外，毒血症為其餘所有患例之最後一期。譫妄及不省人事，舌變乾及裂，眼沉下，灰色及青黑色面容，不安靜，與大量的冷汗，脈搏不能記數，嘆息呼吸。

慢性腸梗阻

病因——腸之狹窄或梗阻可由於：（1）糾纏；（2）粘連；（3）腸系膜皺縮；（4）各種腸扭結；（5）腸外或腸內之瘤腫；（6）異物；（7）狹窄，良性或惡性——此種原因較以上各種原因總合更常見；（8）積糞。

症狀——

起病——漸進的起病與不一定的消化不良及漸漸增加便秘。

疼痛——係痠痛並係陣發性。有限局於梗阻部位之傾向。用輕瀉劑後疼痛增加。

嘔吐——不規則及不明顯，常無之。

腸——一般均有便秘，但有極重要者須記着，即除去最明顯的慢性梗阻外每日均有規則的大便。在結腸或直腸之狹窄常有假性腹瀉。乃因狹窄以上部之卡他所致。於是大便變得極不規則。僅在極下部及有痛性性質時方有血性的粘液。

大便之形狀——偶爾在S狀結腸或直腸之疾病其大便為壓下性或捲帶樣。

腹——因氣及糞二者而腹有重大的膨脹。係圓形及水桶樣，或寬及扁平。可聽到及按到漣漣音及腸鳴音。

可看到及可按的蠕動係因：（1）狹窄以上增加蠕動之作用；及（2）腸變肥大患例愈慢性蠕動發生愈重。

全身的情況——重大的消耗。面容變渾濁及黃色，與黃色的結合膜。偶爾有體溫昇

高，特別是用輕瀉劑以後。患者全身之情況係與疾病之慢性有直接關係而與梗阻之性質關係較小。

小腸及大腸慢性梗阻不同之點——

在小腸狹窄——不消化的一般症狀。疼痛係受食入之食物及飲食之性質所影響。腸較遲。用輕瀉劑可減輕。常有嘔吐。在癌性狹窄有百分之三十可觸到瘤腫。自症狀發生後可生存三至六個月。

在結腸狹窄——無不消化之症狀。食物之性質上疼痛影響小。輕瀉劑可使症狀加重，並致虛脫，嘔吐，穿孔，或死亡。直至變成絕對梗阻時，嘔吐者罕見，並以後直至十四天或更晚罕有發生嘔糞者。常有血液及粘液與假性腹瀉，特別是在癌性狹窄。當損害在最下部時直腸可成皮囊狀及發生裏急後重。在癌腫患者有百分之四十五接到瘤腫。自起病後可生存三至九個月，但行結腸造瘻術後可生存二年。

慢性梗阻變成急性

原因——任何類之慢性梗阻均可變成急性，其發生仍由於：(1) 因固體的糞閉塞狹窄處；(2) 腸糾纏；(3) 狹窄處及其以上之腹膜炎；(4) 瀉藥；(5) 嗎啡。

與原發性發作不全之點——休克，疼痛，及突然的起病均極輕。僅若在急性以前有慢性梗阻者方有可看到的蠕動。

鑑別診斷

1. 其他種類急性腹部之疾病——胆絞痛；腎絞痛；鉛中毒絞痛；胃潰瘍破裂；腸破裂；闌尾穿孔；急性胰腺炎；卵巢囊腫之纏繞；子宮外孕；輸卵管積膿破裂；睪丸扭轉。此疾病可待其數小時後即發生相當的特殊症狀以診斷之。(見第四十六章)。
2. 由闌尾，胃，或胆囊穿孔而致之急性腹膜炎——此病在起病時常有寒戰，雖常有變更但早期常有體溫增加。觸痛極重，最初限局，以後即更瀰漫。腹膜炎之疼痛消失較快於腸梗阻。嘔吐量較少，不持久，及不易成嘔糞。便秘並非絕對。腹變硬及強硬。早期即有腸鳴並為瀰漫性。患者為仰臥與膝部舉起，即可與腸梗阻患者，不安靜的運動相較比。脈搏極硬並有高的緊張力。大多數患者現有白血球增多。
3. 結核性腹膜炎特別易於全腸套叠或慢性腸梗阻相混誤。常有相當的發熱及局部的觸痛。
4. 霍亂——在急性腸梗阻與深休克並繼之腹瀉之患者，或急性腸套叠之患者，曾與此病相混誤。
5. 痢疾，膜性結腸炎，及酸中毒曾與套叠相混誤。

6. 腸系膜血管血栓形成——急性腹部的發作疼痛，嘔吐，及虛脫。可發現染血性腹瀉。腸系膜靜脈或腸系膜動脈之一受累。在後一種患例其所供之腸可生梗塞。在手術以前罕有可以診斷者。

治 療

1. 非手術療法——

嗎啡——可使疼痛及休克減輕。可減少蠕動性收縮，故可減定嘔吐。可因減少神經之抑制作用而自然排尿。可防止腸套疊急速的進行。

危險——可使診斷不清楚並易於使腸難癒。故須在直至診斷確定以前禁用之，此後成人可給以四分之一劑，小孩給以八分之一劑。

灌腸——單純性肥皂灌腸，用一英升之容量，給之愈早愈好。一般是未有改變而流出。不須再注入。若能洗淨下部之腸可使手術容易。並亦可繼之用直腸飼食。

若有真性腸梗阻存在或可疑時，即不能用瀉劑。因其可增加疼痛，休克，嘔吐，及絞窄。

餵食——所有由口餵食均須停止。口渴時最好是用半英升之水與血液同樣溫度每四小時由直腸注入一次以止之。偶爾可飲一長口水（適當的熱度）。可致嘔吐及因之而洗出胃內容物。

洗胃常可暫時減輕嘔吐。特別適應於施用麻醉藥之前。

2. 手術療法——

當完全梗阻已證明或可能時，每一患例均須施行手術。成功之最大的希望是早期施行手術。

麻醉劑——須先洗胃，以減少吸收嘔吐物之危險。麻醉劑給入愈少愈好。常可施用局部麻醉或脊髓麻醉。

切口在臍下之中線。可決定用其他切口之患例：（甲）當原因已知為S狀結腸曲以下之竊腫者，其切口即似腹股溝部結腸造瘻術；（乙）當患者有急性闌尾炎之可能時。

在無望的患例——有時惟有在膨脹之腸近於有效的彎曲處行腸造瘻術。可減輕迫促的症狀並可以後行更根本的手術。

尋找梗阻處之腸——先檢查盲腸。若此處膨脹即知大腸受患；若盲腸塌陷即知梗阻在小腸。其次檢查骨盆及左髂凹。大腸經過之全程均易摸到之。小腸一般均可取出在腹上檢查之。

腸之穿刺——當有重大的膨脹及染及結腸時，並特別是累及乙狀結腸曲，即須刺入一套管針將氣排出。用一單一縫線閉合。穿刺膨脹的小腸用途甚小，因其僅可減輕穿刺之彎曲部。

當梗阻之原因去掉，若仍有重大的膨脹，特別是在小腸有膨脹時須施行腸造瘻術。縛紮於 Paul's 管上。

腸壞疽之治療——在無望的患者僅可將死掉之腸取出，在死以上施行腸造瘻術。但若患者情況良好時須即刻施行腸截除術。

特 殊 之 種 類

第一. 內 部 之 絞 窄

內部的絞窄，係在東下及經腸口。

原因——絞窄原有六種：

1. 腹膜束——此乃由任何型之局部腹膜炎，特別是闌尾炎之結果，亦因腸或淋巴腺之結核性疾病而生，因腸之運動而拉張或旋轉成束。常接連於盲腸部，腸系膜，子宮及卵巢，或臍。其作用有二：（甲）似一短帶形成弓樣，其下之腸陷入之；及（乙）長帶並形成圓圈以使腸結紮。
2. 由網膜之粘連而形成之束——與上一種相似，網膜之一束連接於盲腸部，骨盆，或赫尼亞口。最常見於左側。
3. 美克耳氏憩室（Meckel's Diverticulum）——係卵黃腸管的殘留。大概有百分之二身體內存留之。約有三至六吋長，連接於距盲腸二至三呎處之迴腸。可存留一與腸同大之口，或閉鎖之，並形成卵黃韌帶。其末端可游離，或連接於臍，腸系膜，或任何其他之點上。可致梗阻：（甲）似一短帶將其以下之腸縮緊；（乙）

病因——一般係青年人，因此類患者易生各種型的腹膜炎，赫尼亞，或損傷。大約有百分之六十以上有一次或一次以上先前有此種情況之歷史。

起病——大多數患例係突然及驟發，並有時是勞苦的運動，大量的飲食，或瀉劑而決定之。

疼痛——疼痛早，嚴重，並為繼續性。嘔吐是一定的。大量，及嚴重，並在大約第五天時嘔糞。

虛脫，與重度的出汗極顯明。

腹無特殊的性質。因梗阻上部之充血環而致局部的濁音或一定的硬塊者均極罕見。

經過——患者大約在一星期死亡，其限度係八小時及二十天。自發現嘔糞後患者罕有可生存三天者。

預後——除行手術者外一般均係致命。死亡之早晚係與絞窄之緊度，受患腸之高度，絞窄腸之長度等成比例。

死亡——由於膿毒的吸收，虛脫，腹膜炎，或穿孔，並以此順序。

手術治療特殊之點——束及粘連須在結紮之間小心分開之；將憩室除去，及殘餘縫合之。

內 部 的 赫 尼 亞

膈肌赫尼亞——大約有半數膈肌之口係先天性，並其他半數為外傷性。受累者為胃，結腸，及小腸，並以此順序。其症狀可有急性或慢性。除非腹已切開後，診斷常不可能。治療——一般係切開胸膜腔以閉合此口。

十二指腸空腸窩——此窩至少有九種不同的種類，最常見的一種是腹膜皺襞由十二指腸末段經過向左去，並形成一向上或向下之陷凹。其餘者主要的是副十二指腸。係由腹膜皺襞所形成並由腸系膜下靜脈所舉起，並係在腸系膜根部經過到橫結腸。左側十二指腸空腸赫尼亞係八倍於他側者。大概是突出到副十二指腸陷凹。可伸展到左側位於降結腸之後，並有腸系膜下靜脈及左側結腸動脈之一枝在其頸部之前面經過之。

右側十二指腸空腸赫尼亞伸展到腹膜後向右到昇結腸之後。在腸系膜根部進入一陷凹中，並有腸系膜上血管在其頸部之前。

其症狀係因下列情形不同，由消化不良及不舒適到慢性或急性梗阻。在後者其經過為急性者。

治療——比較困難，因其囊頸之前有大血管。

網膜孔 (Foramen of Winslow) ——係極罕見型者，僅在不正常的結腸系膜存在時方有可能。常係累大腸，但有時小腸之一大部分亦受累。腸可穿過胃肝網膜或經過橫結腸系膜並變成絞窄。在囊頸上網膜孔處有門靜脈，肝動脈，及胆管經過之。其症狀一般係慢性梗阻與腹上部膨脹，繼之變急性梗阻。

治療——困難，因其頸不能分離。

S狀結腸間赫尼亞——S狀結腸間凹係在S狀結腸系膜之根部，腸凹向下及向左，並有S狀動脈所圍繞。其症狀為內部絞窄之症狀。

盲腸周圍赫尼亞——在盲腸部：(1) 在盲腸之前有二凹，由迴結腸動脈所分開——此處有時叫迴結腸凹；(2) 在盲腸後有一凹並向上伸展直到腎；(3) 有一凹位於闌尾腸系膜之後；(4) 迴闌尾凹係上有迴腸，下有闌尾，並前有迴闌尾皺襞圍繞之——此處常名之曰迴盲凹。真實可發生之患者，僅係第二及第四類者。其症狀為隱襲性或係與其他原因所致之內部絞窄相似。

第二. 糾纏 (Kinking)

原因——

腸之一環可在一束帶上糾纏之。在此種罕見的情形可併發粘連或腸扭結。可因束帶或憩室之牽拉而一段腸糾纏之。粘連之腸可形成V形，或N形。此常為發炎或絞窄性赫尼亞之後作用所致，其症狀係於赫尼亞形成後數星期或數月後發生之。粘連之收縮可發生壓迫。此病發生於結腸周圍，特別是結腸右曲，由胆囊之發炎所致。

腸之數彎曲蝟合在一塊可發生於小腸或大腸。在前者係局部腹膜炎之結果，並產生亞急性梗阻；在後者係由慢性便秘及潰爛所致，並發生慢性梗阻。

臨床病徵——此病太少不能形成臨床上一定的型。其症狀與任何類之梗阻相似。

第三. 腸扭結 (Volvulus)

定義——腸之一環糾纏，可由於：(1) 圍繞其本身之腸系膜軸旋轉；(2) 旋轉到其他腸曲之蒂部。

部位——可受患的有三部，並依如下之順序：(1) S狀結腸曲，即骨盆結腸；(2) 小腸；(3) 盲腸及昇結腸。

S狀結腸扭結——腸曲及其系膜之長度不正常；系膜附着處太窄。結腸系膜上之腹膜緻密，收縮，並常粘連。慢性便秘，與腸曲之膨脹為其常久的素因。近側端常陷於遠側端之前。其扭轉可由半圈至三個圈。與膨脹之長久一樣腸扭結不能恢復之，或經恢復後重復生之。在致命的患例乙狀結腸變得無限制的膨脹，直到其壓迫肝及膈肌而使高度達第三或第四肋骨之水平線上。腸曲極度充血及出血。其外衣常破裂。常有壞疽。結腸系膜充血。一定可發生腹膜炎。以上部之腸更膨脹並有時穿孔。有時S狀結腸曲與一小腸曲互相扭轉之。最普通類之患者一般是年老的男性。

小腸腸扭結——小腸之一腸曲有不正常的長系膜，或有一腸系膜其所附着處被粘連所皺起；例如，被乾酪樣變的淋巴腺。胆石在腸中可使發生扭轉。腸曲可由一呎到五呎

之長度無限制的腫脹，充血，或壞疽。腸內常充滿血液，但在穿孔以前患者死亡。兩腸曲互相扭轉罕見，小腸腸扭結係在四十歲以下之患者發生，並有時小孩亦生之。盲腸及結腸扭轉——最罕見類。腸可扭轉在：(1) 其自己之軸上；(2) 與其本身之軸成直角，即糾纏；(3) 扭轉似一曲圍繞其結腸系膜軸。盲腸及昇結腸系受累之處，並此類患者多係先天性錯位或據有結腸系膜。昇結腸扭結與小腸曲互相扭轉者罕見。

S狀結腸扭結之臨床情況——

原因——男性普通受患較女性多四倍；一般係在四十歲及六十歲之間，常有慢性便秘的歷史。

疼痛甚早及嚴重，但係間歇性並每次病勢增重。嘔吐較遲及無徵象，罕有嘔糞者。

腹膜炎之病徵係早期即有並係一定者。

腹部的情況——因S狀結腸曲之膨脹而迅速的及大量的鼓腸，可經壁層或到膈肌之上。因腹膜炎早期即有觸痛及強硬。

因迅速的腹部膨脹而呼吸增加。

其他型腸扭結太少故不能在臨床上分類。常致急性，但有時為間歇性或慢性腸梗阻。

經過及豫後——快（大約一星期）及致命。

死亡——由膈肌上之壓力所致之窒息，膿毒的吸收，或腹膜炎而死亡。

手術治療特殊之點——在S狀結腸及結腸之扭結其腸曲須取至表面，用一小切口而使之撤空，改正扭轉，縫合到壁層以防止再扭轉，並行一結腸造瘻術而完成之。

第四. 腸套疊 (Intussusception)

定義——係一段之腸突出到直接相連的一段腸內。佔所有腸梗阻三分之一的原因。

腸之三層完全集中於另一腸內。腹膜與腹膜相接觸。粘膜與粘膜相接觸。外層是鞘或鞘部。中層是反回層，此層腸之各層反回，即其粘膜在外向鞘部，其腹膜在內向內層。內層係進入層。中層及內層，其相接的腹膜層常粘連到一塊，並叫套入部。其類即係鞘部及反回層相連之處，此處含有內層。其頂部即係中層及內層相連之處。

種類——

1. 小腸的——佔所有病患例之百分之三十。完全由小腸所構成。一般係六吋長。易生於空腸四倍於迴腸。
2. 結腸的或直腸的——為所有患例之百分之十八。完全由大腸所構成。最常生於S狀結腸。一般係很短。
3. 迴腸盲腸的——為所有患例之百分之四。四，迴盲瓣到結腸內，盲腸及迴腸亦均拉入之（第九十三圖乙）。此種甚大，其頂端即迴盲瓣成並常可到達肛門。

4. 迴結腸的——為所有患例之百分之八。迴腸經迴盲瓣突入之，同時盲腸亦突入並保持其原來位置。以後常繼發迴盲嵌頓。

異常或罕見之形式——

1. 臨死腸套叠。一般係小腸，並係小部的，常為多數性，可為退行性的，大概是當屍殭時發生。
2. 退行性腸套叠極罕見，與臨死的腸套叠有別。一般係極短，並係在結腸。
3. 雙層，或有時三層的腸套叠，罕見，係因一次腸套叠為體突入其下之腸中，一次或有時二次。
4. 該迴結的腸套叠係一迴腸之腸套叠其頂端係由迴腸所形成並到達迴盲瓣及經過之或在其前而推入。

生長的方法——除迴結腸類者其餘各類均相似。

生長之發生係在鞘部之邊緣部，即更多的鞘被拉入。

頂部則完全保持其原來者，例如，在普通型之迴盲類者，無論是大或小，其頂係由迴盲瓣所成。

此乃由於內層及中層其相連處形成頂部，其腹膜相接近，並互相粘連而不滑動。但在外層及中層則係粘膜表面互相接觸，並此處能滑動，所以套入部係滑入鞘部。

病理解剖——

腸系膜——被拉到鞘部內，在內層及中層之間。(1) 因生腸套叠之牽拉而拉緊。(2) 在頸部被縮緊，因此處凸出最大。(3) 其組織因發炎產物之滲出而腫脹。

以上部之腸——充血及擴張；僅在罕見的慢性患例是變成潰爛。

鞘或鞘部——在急性患例變化較小；在慢性患例係受患局部腹膜炎，或變成潰爛或壞疽，特別是相對於套入部之頂部。

套入部——

1. 被腸系膜之牽拉而彎曲，故其頂部直接接觸於鞘壁上。
2. 頂部水腫最重，其可形成球形瘤腫，並係在凹入之邊上。
3. 粘膜發生卡他及落屑，並可在囊中計算粘液及碎片。
4. 其二層均變充血，並滲出到門內。
5. 急性患例常有壞疽，並在頸部最顯著；在慢性患例其頂部最顯著。
6. 套入部之分離或通過可使全塊發生作用，其通過似一完全的雙層管可由數吋至一碼或更長；或管之本身無皺摺僅係單層之壁；或係逐漸發生，後者在慢性患例最常見。

梗阻係由於：(1) 頂部之口被腸系膜拉下，或成裂樣或相對於鞘部；(2) 因腸系膜將套入部或彎曲的糾纏；(3) 因水腫，出血，及發炎性滲出之壓力而使口變窄；(4) 因食物之碎片將狹窄之口阻滯。

絞窄——係因腸系膜血管之受迫，因頸部之組織，因套入部各層之腫脹及因牽拉及扭

轉所致。

不能復回 係因：(1) 內層及中層間之粘連，此種乃一定發生於慢性患例及非常的急性患例；(2) 套入部之腫脹，特別是其頂部；(3) 套入部之彎曲或扭轉；(4) 頂部息肉樣生長。

病因——

性別及年齡——偏生於男性，特別是早年及慢性之患例。在急性患例有百分之五十生於十歲以前，有百分之二十五生於一歲以前。在慢性患例有百分之五十生於二十至四十歲之間。

素因——腹瀉，寄生蟲病，大塊不消化的食物，息肉，腸壁之贅瘤，美克耳氏憩室，嵌頓性闌尾（後三者極罕見）。

誘因——因以上任何一種原因而發生之不規則的蠕動性收縮，抑癱瘓或（罕見）癱瘓可致一部分腸被吸入，即如被其下部之腸吸入。

迴盲瓣之影響——其作似肛門括約肌，及裏急後重將盲腸在迴腸之上拉入。

腸套叠生長之原因——當腸套叠之情況開始時其鞘部之蠕動性收縮即可將套入部驅入。

臨床上之種類——有：(1) 急性，一星期內即致命，為所有患例之百分之五十；(2) 亞急性，可經至一個月，為患例之百分之三十；(3) 慢性，可生存達一個月以上，為患例之百分之二十。

急性腸套叠之症狀——

起病——係突然，與疼痛或裏急後重。

疼痛——早期即有之。最初嚴重，當腸套叠變固定時即可變輕。其特性為間歇性，經一定的時間后有規則的發作。當瘤腫發生時其疼痛係限局於該部。就全部觀之其疼痛較任何其他型急性梗阻之急性為輕。

嘔吐——在起病時常有嘔吐，在疾病之經過中疼痛不規則及不一。其作用較其他梗阻患例為輕。嘔吐之經量與腹瀉相反。罕有變成嘔糞者。在小腸型者嘔吐最顯著。

腸——明顯的便秘者為例外，並係在腹瀉後發生之。因卡他及過度的蠕動而早期發生腹瀉；亦可遲發之，並當套入部腐崩時特別有臭味。在急性患例有百分之八十可明顯的發生血液及粘液，特別是在小孩。

裏急後重常極顯著。此為早期之一症狀，並其規律距肛門愈近發生愈多。

休克，口渴，尿量減少，較其他類之急性腸梗阻為不顯著。

腹壁——強硬及膨脹係較輕並發生較遲。

觸痛——局部面積上之觸痛可指示出損害之部位。

腸部之瘤腫——所有患例有百分之五十以上發生腹部之瘤腫。在迴盲及結腸類者最常見。在小孩更清楚，為臘腸形為彎曲狀。在降結腸及橫結腸最常見，可順結腸道路之方向漸漸運動之；用有力的灌腸可使其道路回縮，當疼痛發作時即可硬並

在發作之間可消失。

直腸瘤腫——由直腸可摸到似軟的子宮口樣地，或由腸所突出之。此種大約有三分之一的患例發生之，特別是在小孩，在小孩可在發作之第二天發現。係在結腸及迴盲腸類發生。可突至三吋到八吋，並迴盲瓣及闌尾口可在其頂部認出之。

患例之經過——急性係由下列情況決定之：(1) 損害之部位——愈高者愈急性；(2) 幼年之患者。一歲以下嬰兒之過急性患者可在十二小時內死去。有百分之八在八天內死亡。

死亡率——所有患例之死亡率為百分之七十。其自然恢復者大多數為亞急性患例。

自然恢復之方法——(1) 自然的復位，特別是用鴉片以後；(2) 套入部自然排出。恢復最常發生于成年患例。其發生作用者大約為百分之三十，而其中僅有百分之十恢復；其餘者死于腸穿孔，潰爛，及出血。其分離之時間由三天到六個月不等，大多數是發生于第一個月末。小腸類者較其他類者最易發生之。

慢性腸套疊——一般係迴盲類者，係生于成年而非小孩。可經一個月到一年，其經過極不規則，並嘔吐，疼痛及腹瀉均因種類而不同。有半數之患例有染血的糞便與粘液。可見到的蠕動極明顯。有半數患例在腹部可摸到瘤腫，由直腸可摸到者約有三分之一。其死亡率甚高——百分之九十以上。

治療——

用灌腸使之復位，現在已不應用。

可復位患例之手術——中央部切開。將瘤腫取至側口。經鞘部將頂部向上行方向壓榨之。由頸部將進入之層向外拉係無用並危險。其最大的困難係水腫之頂部最後復位。尾可由壁層取出而切除並形成一口經此而飼養。如此亦可將迴腸繫住而防止復發。

不能復位患者之手術——

Barker's 手術——若鞘健康時，先將套入部塞進鞘內一點，于是用連續縫合將二者縫合到一塊。用縱軸切口將鞘切開並將套入部取出；用橫切除去之，將二層縫合而成嚙株。

全部切除腸套疊僅在鞘部壞疽時適用。在小孩用小腸造瘻術幾乎皆致命。

第五. 因異物之腸梗阻

1. 嚥下異物——不消化性的異物——

甲、金屬及其他硬的物體因意外而嚥下之：例如，齒板，或係精神病人或魔術者之有意嚥下。此種異物多可經肛門而出，但亦可存留于任何處，特別是在盲腸，並致梗阻。最常見的是穿破腹膜。壁層，或內臟，例如，膀胱。

乙、尖銳的異物，例如，針或釘。此種異物可積聚于胃或十二指腸，或穿破消化道並走到甚遠的部分而不致症狀。

丙、碎片之積聚。髮，線，纖維，菓石或皮屑。精神病者及希司忒利阿婦女嚼下自己之髮可成髮球。

2. 胆石——胆石而致梗阻時常由胆囊潰爛而到十二指腸中。此石很少以此變化而到結腸右曲，故此處致梗阻者罕見。此石常因腸中鎂或石灰碳酸鹽之沈澱物質形成胆石於迴腸下段，或十二指腸或空腸發生嵌頓。一般係二十歲以上之婦女。

3. 腸石，或腸內形成石塊——此石可有：(甲)磷，大概係因卡他性分泌液沉澱所致；(乙)雀麥腸石係由石灰鹽及雀麥碎塊所形成；(丙)由藥物鹽類之沉澱，例如，鎂，鈉，柳酸困等。由以上而來之真性梗阻者頗罕見，常發現者係下部迴腸之嵌頓而生。由胆石所致腸梗阻臨床上的情形——

性別及年齡——有四分之三的患者係女性，並四分之三係五十歲以上的患者。

歷史——先前曾發作肌痙痛或胆囊周圍之局部腹膜炎。

突然起病。疼痛嚴重但為間歇性。早期即有嘔吐，不間斷的，大量的，並常有嘔糞。便秘及虛脫係與發作之急慢性成比例。大多數患例係急性，但亦發生亞急性及慢性。

胆石梗阻不常見的患例——急性起病後發生者罕見，石經過迴盲瓣後可忽然減輕。數星期或數月後石可經直肛門而出。或經不同的間隔而有數次繼續亞急性的發作。或患者現有慢性梗阻之各種特性，即如由狹窄所致者相同。

其他異物所致梗阻在臨床上的情況——與由胆石所致者相似，但除去腸石之患者一定是慢性，並常結果是固結體自然通過之。

經過及豫後——有百分之六十五死亡。大約在一星期末即死亡或復原。

治療——在中線上將腹切開。將異物上之腸作縱切開。異物取出後將傷口縫合之。

第六. 腸 狹 窄

1. 癩痕性狹窄——因潰瘍之癒合所致。

甲、發炎症潰爛——(1)十二指腸潰瘍。可致狹窄者極罕見，並以後其症狀係胃擴張所致。(2)結核性潰瘍。狹窄為多數性；最常生于迴腸下段或在迴盲瓣上。(3)傷寒性潰瘍致狹窄者極罕見。(4)梅毒性潰瘍：除在直腸外罕有發生狹窄者。迴盲瓣可受累。(5)痢疾性潰瘍可使直腸，S狀結腸曲，降結腸，結腸左曲及右曲等處發生狹窄。總之以上所述，大腸受患狹窄六倍于小腸。

乙、赫尼亞後——因腸絞窄而潰爛或限局的壞疽後發生之。當復位後癒之發生症狀可歷一個月到數年。一般受患的部位是迴腸。

丙、損傷後——可有：(1)外科手術，例如，吻合術，當有機械的方法如麻斐氏吻合節 (Murphy's buttons) 或單純的縫線更易發生狹窄。(2)腹部打擊後可使腸一部分裂傷，此處發生粘連並易于發生梗阻。(3)異物，例如，胆石或齒板。

丁、憩室周圍炎（見第四十一章）。在結腸憩室周圍形成一緻密的收縮性纖維塊，此處即慢性發炎性變化之部位。在盆結腸最常見。

2. 癌性狹窄（見結腸癌腫，第四十一章）——癌腫常係圓柱狀細胞，其發生梗阻有各種形式：（甲）最常見的是由環狀束似狹窄的帶所限制，而繞繫於腸（第九十四圖）；（乙）因放射形塊充滿於腸腔中；（丙）因發生糾纏；（丁）因發生腸套疊者極罕見。

在受患的部位有癌腫之緻密的及極度的收縮，向腔內放線形，在癌腫或其以上發生潰爛，及膠樣性變。可發生粘連或侵襲到周圍之組織，但較他處之惡性癌腫更遲及更重。轉移性生長常發生於肝，淋巴腺，及肺，但發生遲或全無，即便係進行性者。癌腫可發生于任何一點，但最常見的是在S狀結腸曲，降結腸，結腸左曲及右曲，及迴盲瓣。

3. 先天性狹窄——較1及2者極罕見。最常生于迴腸，距迴盲瓣一至二呎，係由卵黃管過度閉塞所致，以後是十二指腸或空腸。可狹窄成纖維束，膜樣膈，或任何狹窄之程度而使腸絕對不通。在結腸之患例很少有記載。在嚴重性患例，十二指腸患例即發生幽門梗阻之症狀，或其他患例即生腸梗阻之症狀，並生後數天內死亡。可保持隱性數年或一生。

非先天性狹窄之部位——結腸，特別是S狀結腸部，較小腸為最易受患之部位，在所有狹窄之患例中有百分之六十是S狀結腸。

在小腸有百分之六十係癥痕形成所致——因潰瘍者百分之三十八，由赫尼亞者百分之十五，由外傷者百分之七——百分之四十係癌腫所致。

在大腸（包括直腸）有百分之六十五係癌腫所致，百分之三十五係癥痕形成所致。

狹窄之機械的情況及作用——若狹窄處腸內容物為液體時，腸狹窄不會致絕對的梗阻。所以致命的小腸狹窄係較大囊更緊一點。真正的梗阻係因：（1）因囊質或菓碎片之阻滯；（2）發生糾纏或腸扭結。

治療——

飼食——用遺留極少殘渣之柔軟食物。特別要避免水菓，粟類，蔬菜等。

輕瀉劑必須小心應用之。生理食鹽水頗有用，特別是在小腸受累之患例。但在腸絕對梗阻者永不能施用之。

手術——

非惡性狹窄可施用腸成形術或截除術。

長狹窄埋藏于粘膜者即用捷徑術。

惡性狹窄——主要的是切除。若患者情況不佳，或在癌腫以上有重大的膨脹時須先用一捷徑術或結腸造瘻術后切除之。

在不能行手術之癌腫須選擇捷徑術（若可能時常用之）及腹股溝部之結腸造瘻術或盲腸造瘻術，腰部之結腸造瘻術早已禁用。

第七. 腸之其他贅瘤

此類少見並罕有致梗阻者。

1. 息肉可為腺瘤，纖維瘤，纖維肌瘤，或粘膜下脂肪瘤；先天性開始之囊腫性者罕見。最常生于直腸（百分之八十），其次是迴腸或結腸。普通係多數性，若瘤腫小時即不致症狀。當若致腸梗阻時，即與因狹窄所致者相似。可由其蒂部分離而由肛門排出之。
2. 淋巴腺瘤或淋巴肉瘤與粘膜下瘤腫相似。

第八. 腸以外之壓力

原因——

子宮——大者子宮後傾，特別是與；纖維肌瘤或妊娠；子宮外孕 骨盆蜂窩織炎；子宮癌。

卵巢——任何類的瘤腫，但特別是固體性或惡性者。

膀胱——贅瘤，特別是癌；亦因大的結石或前列腺贅瘤。

腸系膜——贅瘤，特別是囊腫，腹膜下瘤腫，或包蟲囊。

腎——贅瘤。因能動腎之蒂而梗阻者罕見。

胰腺——癌，或罕見的囊腫。

脾——大者及能動脾。

肝——由肝，胆，或門靜脈裂處淋巴腺之贅瘤。

受患之部位——直腸，百分之六十；降結腸及盆結腸，百分之十二；迴腸之下部，百分之十；十二指腸，百分之七；其餘部分，百分之十一。

臨床上之性質——有各種種類，即急性，間歇性，慢性，或慢性結果是急性。

第九. 積糞 (Faecal Accumulation)

(見結腸之功能性疾病，第四十一章)

原因——

1. 缺乏逼出的力量，由于神經的疾病或全身的虛弱，或係由于應用輕瀉劑太多。
2. 排糞之抑制作用——由痔，裂，或骨盆部之疼痛，發炎的闌尾或卵巢，不注意習慣。
3. 大量的不消化的食物及少量的液體。
4. 解剖上的不正常——盲腸，S 狀結腸，或橫結腸之擴張及脫出。球狀囊增大，結腸周圍各部之粘連，特別是曲部。一部分結腸系膜增厚，收縮，或糾纏。

物理性質及腸之結果——發生于直腸，S 狀結腸曲，或盲腸，並依此順序，或發生于整個大腸。糞之積聚有二種：單獨的石樣堅硬的塊狀其所有潮濕均被吸收，及更原始的糞塊。常覆蓋有粘膜之粘液或壳。結腸變擴張，變長，及肥大；測量時直徑可有六吋，其皺褶增大，並其球狀囊不適當的突出。常有糞積性潰瘍，並可易成穿孔性腹膜炎。臨床上之性質——

婦女較多于男子。係生于中年以後並係可疑病患者。

習慣性便秘，但有時發作假性或卡他性腹瀉。可歷數星期，有時是數月不大便。消化的紊亂——口味不佳，噴出性呼吸，腐爛的舌，噯氣，腸胃充氣，及消化不良。

精神的改變——頭痛，頭暈，神氣呆滯，疲倦，疑病，或有時精神錯亂。

皮膚層遲鈍，油膩，並有不爽之氣味；結合散遲鈍及退色。

體溫偶爾增加，特別是用輕瀉劑後。

腹部的膨脹可變明顯，並發生呼吸困難及心跳。可見到的蠕動不常見。

壓迫病徵——坐骨神經痛，月經的紊亂，腳冷或腿水腫。

梗阻性發作與重大的疼痛及嘔吐，有時常發生之，並可致命。

在大腸經道中可摸到癰腫，係由糞塊所成。最常見的部位是盲腸，以後是S 狀結腸。柔軟者極罕見。因糞積性潰瘍常有觸痛。

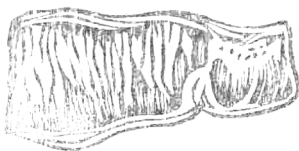
死亡者罕見，因患者可以治療之；但急性腸梗阻，穿孔，敗血病，或心力衰竭可致死。

治療——



(93)

第九十三圖乙——普通迴盲類之腸套疊。一部分鞘及反回層已切除以表示進入層。由迴盲瓣形成頂部。A. 胃尾。M. 腸系膜。



(94)

第九十四圖——結腸之瘤腫與幾乎完全的梗阻，圖係縱切面。由外面看似一條帶繫于腸之周圍；可見名曰「帶瘤」。

1. 藥物，特別是鹽水瀉劑。愈有力之瀉藥一般是損害愈重。
2. 大量每日灌腸——（甲）肥皂及水——（乙）礦油，灌入一英升保留一夜而至第二天，而後繼之用單純的灌腸。

3. 有系統的動運及按摩常施用之。
4. 闌尾造瘻術——將闌尾之殘端縫于腹壁之開口部。經此可每日將大腸完全洗出。此種灌洗患者可自己行之。
5. 迴腸、乙狀結腸吻合術及切除乙狀結腸以上部之結腸，當其他療法失敗時應用之。
6. 交感神經截除術——切除腰下部交感神經節（見第十七章）。

第四十章 赫尼亞 (HERNIA)

定義——內臟經過腹部壁層開口之凸出。

腹部赫尼亞之病徵——

1. 腫脹，一般係在腹股溝部，股部，或臍部，或在癍痕之部位。
 2. 在墜脹時有衝動傳達到腫脹中。此衝動為膨脹之性質。此腫脹不但推出；並可增大。
 3. 復位——赫尼亞內容物可復位到腹內（除非難復性者），係突然性發生並有潺潺聲。當赫尼亞內容物重現時腫脹再成並係由上向下。
- 注意——病徵2. 及3. 可証明腫脹之內容物與腹內相連，在難復性之赫尼亞即不能，在此種患例其診斷為推測之事。

病因——

- 先天性——胸膜鞘狀突之開放。睪丸之遺降。壁層之衰弱，與大的腹環。胃的腸系膜。腹白線先天性開口。臍或膈肌之畸形。
- 後天性——劇烈的運動（因腹內壓力突然增加）。束緊的皮帶，腰帶，或束帶。可致常常墜脹之任何事物：支氣管炎——大前列腺——便秘——包莖。妊娠及分娩。腹內之脂肪或瘤腫。腸系膜附着處裂下。腹肌之老年性萎縮。

赫尼亞之構造——

囊——腹膜經口推下。在早期患例此囊可推回。在已成功的患例此囊即固定於外邊之壁層。

發炎可使：(1) 囊增厚；(2) 內容物粘連；(3) Loculation ——沙漏形收縮或囊之水囊腫。

覆蓋物，係原來覆蓋於赫尼亞口上之各種組織。在赫尼亞口有融合一塊之傾向。

內容物——

小腸——腸膨出。

網膜——網膜膨出，特別易變性成難復性。可發育成漿液囊腫。

活動物——由網膜或腸脂垂分離下的垂下物。

結腸或盲腸——罕見，但在小孩可見之。

膀胱——抑底部或側囊。在極大的赫尼亞見之。

任何內臟除胰腺外均可在各種腸下垂之不同的情況下而下降到赫尼亞囊內。

腹股溝赫尼亞

種類——

1. 斜的或間接的——後天性；先天性(鞘狀突的或腹膜鞘狀突的)；嬰兒性；腹壁間。
2. 直接的(常係先天性)——腹內或腹外。

由腹膨出之口——

斜赫尼亞均經腹環。在腹壁深動脈之外。

直接赫尼亞係在腹壁深動脈之內側離腹部，即在 Hesselbach's 三角，在腹直肌外緣及腹壁下動脈之間。

外側直接赫尼亞係在腹壁下動脈及臍動脈之間離開腹部。

內側直接赫尼亞係在腹下動脈及腹直肌外緣。

腹股溝赫尼亞之覆蓋。由外向內：——

斜類者——

1. 皮膚，筋鞘。
2. 由腹外斜肌而來之柱間筋膜。
3. 由腹內斜肌而來之提挈肌層。
4. 由橫筋膜而來之漏斗形筋膜。
5. 漿膜下脂肪組織。
6. 腹膜形成之囊。

外側直接赫尼亞——除橫筋膜代替漏斗形筋膜外其餘與上一種相似。

內側直接赫尼亞——覆蓋有橫筋膜及腹股溝臍膜以代替漏斗形筋膜及提挈肌層

嬰兒性赫尼亞——近於囊有二層附加的腹膜覆蓋。

腹股溝赫尼亞之程度——

完全——經過皮下環而下降到陰囊或陰唇。

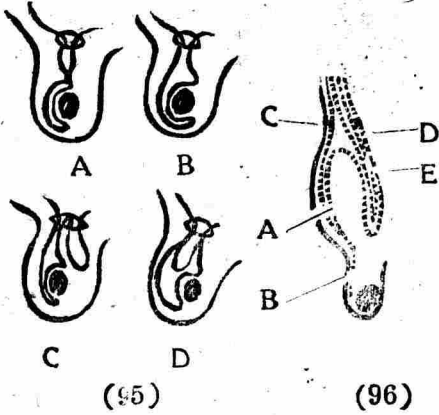
不完全或腹股溝不全赫尼亞——位於腹環及皮下環之間並在腹外斜肌腱膜之下。

後天性腹股溝斜赫尼亞——其囊係由腹膜所構成。發生較慢並常係不完全者。在早期係在睪丸之上並距睪丸有相當距離。在晚期係位於睪丸之前。精索之結構分散而覆蓋於囊之上。

先天性腹股溝赫尼亞——其囊係由腹膜鞘狀突所構成。可在嬰兒時即發生之。可生於成年(在此種患例形成甚速並即刻變成完全赫尼亞)。常生於右側。極易成絞窄。精索之結構很密切的粘連於囊壁。

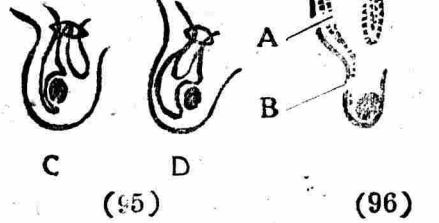
在腹膜鞘狀突類者——囊位於睪丸本鞘膜及睪丸之上並清楚可別(第九十五圖A)。

在鞘狀突類者——囊與睪丸本鞘膜相連(第九十五圖B)。睪丸被赫尼亞包繞。



第九十五圖。腹股溝赫尼亞。囊之種類。

A.先天性腹膜鞘狀突類；B.先天性鞘狀突類；C.D. 兩類嬰兒性者（腹膜鞘狀突在腹環處閉鎖）。



第九十六圖 腹壁間赫尼亞。A.腹壁間之囊位於肌層之間；B.固有赫尼亞囊向下伸展到總鞘膜；C.外斜肌 D.內斜肌；E.橫肌 F.睪丸。

嬰兒性腹股溝赫尼亞含有嬰兒性積水及腹股溝赫尼亞。腹膜鞘狀突係在腹環處閉鎖，但由此特別向下，並開口於睪丸本鞘膜。其赫尼亞囊係：(1) 推下到積水囊以後（第九十五圖C）；或(2) 套入於其中——包繞類（第九十五圖D）。如此即有充水之二層腹膜覆蓋於囊。

直接腹股溝赫尼亞——常係後天性者。通常起於晚年。因腹內斜肌及橫肌弛緩衰弱所致。係直接經過腹壁而生。腹壁之內口及外口甚大並相對。腹壁下動脈在其外側經過。常保持甚小及不完全。

此類較斜類難於用赫尼亞帶保持或用手術治癒之。因為：(1) 口較大；(2) 腹肌弛緩；(3) 直接降下。

精索清楚，在囊外側。

腹壁間赫尼亞——係先天性斜赫尼亞。其囊有一附加的憩室。此憩室位於：

1. 在膀胱前之腹膜及肌肉間或在腔凹——壁層內類；或
2. 在腹外斜肌及腹內斜肌之間並平行於腹股溝韌帶之外半——腹壁間類（第九十六圖）；或
3. 在腹肌與皮膚之間，沿腹股溝韌帶之前：一般係合併有隱睪——壁層外類。

用還納術恢復，特別易於發生困難。

無併發病赫尼亞之病徵——

圓形腫脹——位於腹股溝腹股溝韌帶之上或擴展到陰囊或陰唇。

衝動——在咳嗽或用力時有衝動。腫脹更下降並增大。——膨脹性衝動。

內容物可恢復到腹腔內：在間接類者向上及向外。在直接類者可直接返回之。由上向下而復現。復現時常潺潺作聲。

關係——腹股溝韌帶及腹股溝皺襞位於其下。在完全類者恥骨結節係在下並在外側。腹股溝管被囊與其內容物所充滿。

不全腹股溝赫尼亞之診斷，由：

隱睪——加壓時有睪丸的感覺。陰囊中無睪丸。其衝動僅係推出而非膨脹性。腫脹之上界可以摸到。

精索之腫脹——積水；脂肪瘤；血囊。腫脹之上界常可摸到。復位不可能或極慢。無膨脹性之衝動。由學丸拉之可使腫脹降下。

股部赫尼亞——此病腫脹發現於腹股溝韌帶之下。腹股溝管中僅有精索。囊頸可摸到係在腹股溝韌帶之下。

腹股溝部之膿腫，特別是慢性腰肌膿腫或髂部膿腫。有一大的腹內腫脹。原發疾病之病徵。外界不清楚。有波動。

腹股溝淋巴腺腫大——不能復位。無膨脹形衝動。有瀉痛，與不限定的外圍。有傳染之原發的來源。實體的感覺。

完全腹股溝赫尼亞之診斷，由：

股部赫尼亞——囊位於恥骨結節之下及外。復位時先向下而后向上。由以上所述之其他病徵區別之。

精索靜脈曲張——感覺似一袋蟲不常擴展至腹股溝管。臥下消失。復現時由下而上

先天性水囊腫——一般係生於嬰孩。有彈性或波動性。透明。復位極慢。永無衝動。

難復位或發炎性腹股溝赫尼亞之診斷——

當不全性時：——

腺樣的腫脹常不可能。傳染的原發來源。逐漸的生長。正常的腹股溝管。

急性膿腫，特別是若含有氣時。其限界是腹在腹股溝管之外。有原發的原因，例如，有子宮旁炎。

若為完全性時——

學丸之實體增大——精索係成結節或贅瘤而增厚。其增大甚慢並係逐漸而來。可感到實體及沉重。無衝動。

無併發病腹股溝赫尼亞之治療——

赫尼亞帶——

在嬰孩——應用一年左右可使治癒。須有穩皮墊。若腹股溝部無支持物時不可移去之。

在成人——僅可保護破裂。永不能治癒赫尼亞。

測量——骨盆之周圍，在膝以下，在恥骨連合上相遇——其大小以時表明之。

彈簧——使之向後並稍向上壓。須每年更換二或三次。

調整螺旋——僅在赫尼亞內容物已復位后施用之。墊加於腹股溝管上而不可在骨上。並須有一條腿皮帶以防赫尼亞突於墊子之下。在夜間可除去之。

普通的方法——（1）鼠尾赫尼亞帶：在相連於腿皮帶之舌樣突出上加墊子。（2）

蛙舌形赫尼亞帶：墊子有二突起相連於腿皮帶及交叉皮帶。二者均可用於大陰囊赫尼亞其皮下環極大者。

根治手術——

指徵——健康的成人。活動的職業。

禁忌徵——一歲以下的嬰兒，在此種用赫尼亞帶常可治癒。老年性。無緊張力的

肌肉。內臟下垂。有慢性支氣管炎。前列腺增大及致墜脹。
 可疑的患例——直接的腹股溝部赫尼亞：因肌肉弛緩或撕裂。老站立性大赫尼亞。
 。老年人大的難復性赫尼亞。

方法——巴西尼氏手術 (Bassini's Operation) 或改良的巴氏法 (第九十七圖) 。

在腹股溝韌帶內半吋處切開 (用彎曲的切口將皮膚向下翻較佳) 。

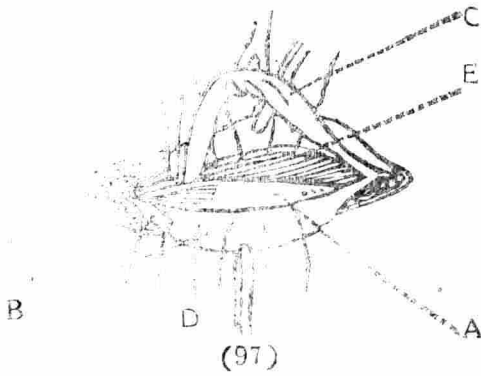
在腹股溝韌帶上半吋處由皮下環到腹環將腹外斜肌劈開。

認清囊之界限並與精索分離之。分離粘連及移除過多的鞘膜。切開後使囊變空。

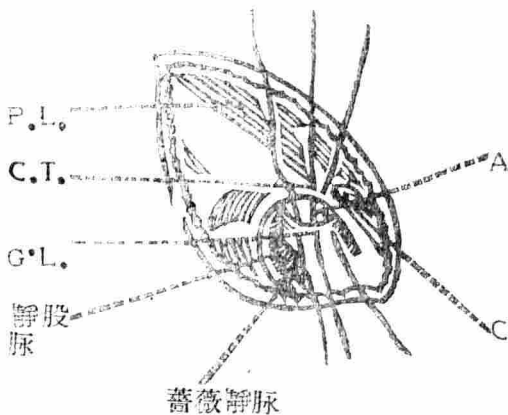
在刺入固定以後與腹膜平齊將囊頸縛紮之。切下囊，並將殘部埋於壁層之深面。

在精索之下將腹內斜肌之弓狀纖維及腹橫肌縫合於腹股溝韌帶。縫合腹外斜及皮膚。

在大的赫尼亞此肌肉係用由腹外斜肌腱膜上切下之筋膜條縫合之，或用闊肌膜上移植下的筋膜 (Gallie) 。



第九十七圖 腹股溝赫尼亞之根治手術療法。A. 腹外斜肌腱膜，下部；B. 腹外斜肌腱膜之上部；C. 精索；D. 縫合腱縫合於E. 腹股溝韌帶之深面。



第九十八圖 股赫尼亞之根治手術療法。將腹股溝韌膜縫合到古貝氏韌帶及闊筋膜之恥骨部以閉結股環及股管。P.L., 腹股溝韌帶；C, 精索；C.T. 腹股溝韌膜；G.L. 古貝氏韌帶；A, 腹股溝韌膜；股鞘，及古貝氏韌帶間之聯合。

股 赫 尼 亞

病因——在青春發動期以前兩性相等，但罕有受患者。在青春發動期以後女性為多，因骨盆之寬度增加使股管開放。

解剖——由股管突出之。股管係股鞘最內部。股鞘係以下組織連合而成：(1) 腹橫筋膜，在血管之前；(2) 髂筋膜，在血管之後。

股管及股赫尼亞頸之關係——

在前面——股鞘橫的增厚部——深股弓。腹股溝韌帶——淺股弓。闊筋膜蓋部及篩筋膜。

在內側——陷窩韌帶。

在外側——股靜脈。

後面——恥骨及古貝氏韌帶 (Cooper's Ligament)。恥骨肌被闊筋膜之恥骨部所覆蓋。

上面係由漿膜下組織所閉合——股中隔。

下面相接於篩筋膜並在闊筋膜之股卵圓窩中閉合之。

覆蓋——

(1) 皮膚及筋膜等。(2) 篩筋膜。(3) 股鞘 (腹橫筋膜)。(4) 漿膜下組織 (股中隔)。(5) 腹膜。

頸——位於股環處。

前面——腹股溝韌帶及腹股溝管與其內容物。

內側——陷窩韌帶。

後面——闊肌膜恥骨部覆蓋恥骨。

外側——股靜脈。

與血管之關係——股靜脈在外側。大靜脈在其下面進入。腹壁下動脈行其外側。

在四個患例中有一個其閉孔動脈發出似腹壁深動脈之分枝。一般係在囊之外側經過並在囊及股靜脈之間。在七十五個患例中有一個近陷窩韌帶而在囊之內側經過之。在此類患例僅在赫尼亞切開網時可發生危險。

生長之方向——由股卵圓孔出現者，赫尼亞即轉向上到腹股溝韌帶之上並因淺筋膜深層之附麗處而到闊筋膜沿與恥骨結節平行之平面進行之。

內容物——小腸 (迴腸)，普通類。卵囊，有時發生之。大腸，當左側患例時——罕見。卵巢或輸卵管，偶爾發生之。

病徵——在腹股溝韌帶之內側端有腫脹。可縮小並發冷感。咳嗽時有膨脹性衝動。頸在恥骨結節以下之下。位於腹股溝韌帶及腹股溝管之前。當其到腹股溝韌帶以上時可閉塞腹股溝部之皺襞，並在腹股溝管之淺層。

診斷——當赫尼亞為再發性時，在肥胖女子或不易診斷。

腹股溝赫尼亞及發炎的淋巴腺（見前）。

脂肪瘤——長久的歷史與一定的大小。

腰肌腫脹——與髂部腫脹有關。在股鞘之后降下。

隱靜脈曲張——其下部之靜脈一般均彎曲。在變空以後雖在股管上加壓力亦常充滿之。

治療——

赫尼亞帶用於此處被用於腹股溝赫尼亞不甚適合，因其壓力可到血管上，並因整子在恥骨上，此處之壓力可致疼痛及摩擦。

手術治療亦不甚佳，因難於閉合股環。

方法——垂直切開。分離囊。切開囊而使變空。在高位縛紮囊頸。于是任用下列各法之一：

1. 在腹股溝韌帶下約二吋處經恥骨肌之增厚部切開，將此肌瓣向上翻並縫合于韌帶上。
2. 用金屬釘將腹股溝韌帶固定于恥骨。
3. 切口在腹股溝韌帶之上及平行于該韌帶，在腹外斜肌腱膜線上分離該腱膜達切口之全長。在其下部分離後將囊經股管取出，縛紮愈高愈好並切除之。將腹股溝腱膜鍊及腹內斜肌縫合于腹股溝韌帶（沿恥骨之水平枝）。腹外斜肌之裂開如此修補之。
4. 如3.一樣的前驅處理後將腹股溝韌帶恥骨附屬處分離，並縫合腹股溝韌帶于深部縫合線之上。

臍 赫 尼 亞

種類——

先天性——赫尼亞突出到臍帶之基底部。腸可與臍帶同被縛紮及切斷。極罕見。

嬰兒性——赫尼亞經過緊張的臍癢痕。有自然恢復之傾向。用束腹帶治療之。

后天性——在臍以上或以下赫尼亞經腹白線而出。一般係生于矮小的經產婦。其囊極薄並分葉。內容物，一般係含有一部分腸結腸及網膜，並極易粘附。在（1）囊壁之外；（2）網膜內容物內，可生大量的脂肪。

治療——

手術方法——

在小臍尼亞——垂直切口。切開囊。移除網膜及分離粘連。分離及切斷囊。切囊頸之邊緣即切開腹直肌鞘。將後部腹直肌鞘縫合到一塊。將腹直肌縫合一塊。最後將前部腹直肌鞘縫合。

在大臍尼亞，最好用 Mayo's 手術——在臍及赫尼亞周圍用橫切開，並深到赫尼亞之底部。在頸部切開囊，此處一般無粘連。將囊內容物復位並將囊切除。閉

繞臍腹裂隙之邊緣稍分離腹膜用烟包式縫合。腹壁之臍膜用褥縫法縫合，如此一側邊緣蓋于他邊一或二吋。表面瓣之邊緣即縫合于其下一瓣之表面上。

其他類赫尼亞

腹赫尼亞——

臍以上之腹白線——一般僅係漿膜下之脂肪突出。甚小，但很痛。治療——將脂肪除去並縫合腹白線上之孔。

臍以下之腹白線——在分娩后。用皮帶支持時有自然恢復之傾向。僅在不良的患例方用手術療法。將一側腹直肌之邊緣縫合于對側之深面。將對側之邊緣縫合于前者之表面。

手術后赫尼亞——特別是化膿性闌尾炎。

在所有青年患例均用手術治療。將腹部各層一一縫合。用活體筋膜縫線（例如，闊筋膜）不易復發。

赫尼亞之病理情況

種類——(1) 難復性。(2) 發炎性——包括1。(3) 梗阻性——包括1。(4) 絞窄性——包括1, 2及3。

第一. 難復性赫尼亞

定義——赫尼亞之內容物不能返回到腹內。

原因——

內容物粘連到囊上。

內容物互相粘連到一塊，所以形成大于囊頸之球狀塊。

囊壁互相粘連到一塊，形成束或狹窄。繼之發炎。當梗阻及絞窄時發生。

網膜到囊中。發生粘連，脂肪積聚，或囊腫形成。

發現——以易生之次序——臍，股，及大的陰囊赫尼亞。

病徵——在一赫尼亞口處有一腫脹。可摸到及聽到潑潑聲。內容物之一部分常可復位。

診斷——由下列疾病區別之（見上）：淋巴腺炎；壁層或精索之脂肪瘤；膿腫（例如，腰肌膿腫）。

危險——梗阻；絞窄。

治療——

固定的壓力——臥床，用繃帶及冰袋。用特別製赫尼亞帶；杯狀赫尼亞帶。

根治手術——

禁忌徵：無症狀之老年患者極大的赫尼亞。

用袋狀赫尼亞帶支持之。

第二. 赫尼亞之發炎

定義——腹膜的囊及赫尼亞之內容物發炎。

原因——損傷，例如，因還納疝。細菌經腸壁而出。絞窄。

解剖——由疝壁及腹膜之滲出物覆蓋內容物。滲出物之性質為漿液性，成形性，或膿毒性。

病徵——即外部發炎的病徵。赫尼亞上有熱，紅，痠痛，及水腫。赫尼亞難復回。體溫昇高。有便秘及嘔吐。

結果——膿腫形成及向外破。繼之絞窄。一般均有難復性。

治療——臥床休息與灌法。若發生化膿時切開及引流。除非膿毒性發炎已過不能施行根治術。

第三. 赫尼亞之梗阻

定義——赫尼亞內之腸腔梗阻而腸之各層未絞窄。

原因——腸內有固體塊。特別是生於臍赫尼亞，其中常含有橫結腸。併發腸融合到一塊影響腸之蠕動作用。

症狀——赫尼亞不能復回並較平常者大。便秘，嘔吐，及痠痛——與發作時同時發生並歷數小時或數天。

結果——初次發作一定可以恢復。最後的發作結果是絞窄。

治療——臥床休息與流質飲食。赫尼亞上用壓力及冰袋。大量灌腸。若梗阻發生時用根治手術。

第四. 絞窄性赫尼亞

定義——赫尼亞內容物之絞窄到停止其循環之程度。

原因——

甲、有一緊的絞窄帶或狹窄部。在先天性腹股溝患例係囊頸自己絞窄。在后天性腹股溝患例係在腹環處有結合之組織。在股部患例係陷窩韌帶。在囊內有粘連的束。

乙、內臟附件經囊頸有力的下降。

丙、因發炎之結果腸曲變粘連及絞窄。

病理——

甲、腸——

第一期——循環鬱與積，靜脈充血。顏色爲暗紅色或紫色。因水腫而腸壁重大的腫脹。因充氣而腸腔膨脹。經腸壁透出細菌，即葡萄球菌及大腸桿菌。可發生小的瘰癧。腹膜光滑及發亮。血管因壓力可變空並易于恢復。

第二期——血栓形成。腹膜被成形性淋巴所覆蓋及失去光亮。爲暗紫色。血管用壓力不變空。細菌可經腸壁自由走出。

第三期——壞疽。腸爲石板灰色或黑色。用手握之可穿孔，或破裂。

在絞窄之部位——粘連之表面上有壓迫性潰瘍，或在壓力最大之點上腸之全層腐崩。細菌經此跑出。在復位前后或復位時，可發生穿孔。

在絞窄以上部——因梗阻而腸膨脹。若病狀長期繼續時以後即發生癱瘓及腹膜炎。

乙、網膜——經同樣的變化，但壞疽極少。

丙、囊——經腹膜炎之變化。發炎，爲大量的漿液性滲出。滲出液變或染血性及腐敗性。在其表面上可沉澱成形性淋巴。因細菌作用之毒性而腐崩。囊外組織之水腫爲發炎之先驅。囊破裂結果成囊瘻。

絞窄性赫尼亞解剖上的種類——

單純性腸膨出——普通型。

網膜膨出——除非腸亦到赫尼亞中時罕有發生絞窄者。

部分的腸膨出，利什忒氏（Richter's）赫尼亞——僅腸之周圍一部分絞窄。

憩室之赫尼亞，利特雷氏（Littre's）赫尼亞——僅一盲憩室絞窄，例如，梅尼或麥克耳（Meckel's）憩室。

病徵——

最初——赫尼亞變硬或感到緊張，難腹性。咳嗽時無衝動。觸痛或疼痛。有新近增大之歷史。

以后——皮膚變發炎及水腫樣。若患者生存時變黑色及氣腫。

腹部——嚴重的痙攣性疼痛反射到臍部。最初很明顯的無觸痛及強硬。膨脹及鼓音（因臌腸而生）。以後發生腹膜炎之病徵。

症狀——

休克——

最明顯的是在：純粹腸膨出；部分腸膨出（利什忒氏赫尼亞）；當赫尼亞最初發生時即變爲絞窄者。

不甚明顯的是在：長期站立的患者；大的赫尼亞；先前有難復性及發炎之患例；網膜膨出。

脈搏慢及弱，最後快及不規則。體溫低於正常，但發生炎症時即升高。昏倒。

疼痛——反射到臍部。亦在赫尼亞部上。發生時似痙攣之痙攣，繼之是一定腹痛。在

發生壞疽時即減輕。

嘔吐——最初嘔出食物。以后是胆汁及小腸內容物。最后是腐敗的糞液。

便結——大多數患例最初即為絕對的便結。原因係由：(甲)腸腔之梗阻；(乙)神經休克所致之腸癱瘓；(丙)腹膜炎(最后)。

最初不發生便結者：高位腸絞窄，其以下部腸可自己變空。

完全不發生便結者：在網膜膨出，或在腸以外其他內臟所成之赫尼亞內容物(例如，卵巢)。在部分腸膨出(罕見)。

毒血病——在患者經歷相當時間後發生。萎縮的面孔，凹下的眼睛，憂慮的表情。體溫開始在正常以下。思睡，譫妄，及昏迷。

症狀之潛伏常很明顯並極重要。特別是在老年患者，及長久站立的赫尼亞。可全無休克。僅有的症狀是便結，輕微的嘔吐，及赫尼亞局部的觸痛。

此種患例之腸壞疽可由以下症狀而表明之：腹部之疼痛減輕。赫尼亞部之緊張及觸痛減輕。赫尼亞上發生之水腫。

注意——絞窄后數小時內即可發生腸壞疽。

治療——

還納術——僅在下例情形時須施用之——

1. 當赫尼亞是剛發生時，例如，在先天性赫尼亞，當內容物下降並即刻絞窄者。
2. 當赫尼亞不久以前尚能復回者。
3. 絞窄發生在數小時以內時。
4. 極短之時間(十分鐘)。
5. 極端輕度之絞窄。
6. 在麻醉下，可延長至施行赫尼亞切開術。

危險——除以上所提及之患例外，還納術較手術則更危險，並常為手術後結果致死之原因。

1. 可損傷其囊及內容物，特別是腸。可致水腫及腫脹。可發生出血到囊內及腸壁內。可使腸破裂。
2. 迫使發炎及壞疽的腸返回到腹內。促進細菌經腸壁之滲出。而使以後的手術更困難及危險。
3. 可復回赫尼亞而症狀未得減輕。
 - 甲、因破裂或壞疽的腸復位。
 - 乙、因膿毒性的內容物復位到腹中而致之腹膜炎。
 - 丙、因用力使囊與絞窄的內容物回復到腹中——『全部回復』。
 - 丁、因用力將赫尼亞內容物推到主囊分出之陷凹中，如此即似腹壁間赫尼亞——(Reductor eu Bissac)。
 - 戊、因用力使內容物經囊頸破裂處經過之。

已、因復回內容物，其絞窄並非由於囊頸，而係由於內容物本身之束帶或糾纏。

手術不可有任何不需要的遲延。在診斷確定或確有可能性時，除非少數患例可用還納術或可成功者，均須即刻施行手術。

手術遲延之危險——

無自然恢復之傾向。除非極罕見的發生天然囊瘻。

膿毒病與絞窄同時開始發生，因細菌經充血的腸跑出所致。

腸壞疽，數小時內即發生。

腸癱瘓與無力恢復，可因長期膨脹之結果而生。

因遲延患者全身情況變惡而不轉佳係由於：(1) 欠缺飲食；(2) 欠缺睡眠；(3) 因嘔吐而欠缺水分；(4) 膿毒性吸收之迅速增加。

減輕絞窄性赫尼亞之手術——

前驅手術——若嘔吐嚴重時即洗胃。或施用局部，脊髓，或氣管內麻醉。

露出赫尼亞內容物——一切到囊。小心開放囊並讓其所含液體流出。

分離絞窄原因——一般係在頸部找到。偶爾在囊體或內容物中。在斜的腹股溝赫尼亞，即在囊頸處向內切開。在股赫尼亞，向內切斷陷凹韌帶。在所有其他類者，將所有可摸到緊張的束帶均切斷之。切口愈小愈好；恰巧足以使內容物遊離即可。

檢查內容物——最先將內容物更推下一點，如此找到真實的絞窄部位。決定內容物何部尚能活，特別是腸。

腸或其他內臟能活之病徵——腹膜光滑及發亮。用壓力時血管可變空及再充滿。

腸不能活之病徵——腹膜失去其亮光。由淋巴所覆蓋。色為深紫色或石板色。血管加壓力時不變空。

腸及其他赫尼亞內容物之治療——在絞窄處之任何限局的潰瘍或任何壞疽之限局的斑均須將鄰近健康的腸縫合以覆蓋之。能活的腸須送回腹內。過多的網膜結紮並切除之。不活的腸須切除在絞窄處以上及下切斷。以後將兩健康端直接施行吻合術，除下列之情形時：(1) 當有重大的膨脹時，或(2) 當患者情況無望時，將腸兩端周圍一部縫合，在其餘的部分縛紮一管，將此結合處恰送入腹內。

根治法——除去患者之情況不佳，或有明顯的壞疽及膿毒病時則須用根治法將手術完成。在此種患例即須經壁層之開口引流。

后療法——用松節油及肥皂灌腸直到天然撤空。有明顯的虛脫或腹膜炎之患者，由直腸繼續灌入生理食鹽水。避免用口飲食直到腸有作用時為止。

手術後之併發病——因腸癱瘓而成之腸梗阻。腹膜炎，急性腸炎，排出血液及粘液。

第四十一章 結腸之疾病

(DISEASES OF THE COLON)

結腸之解剖及生理——

名 稱	起	止	長 度	周 圍
盲腸	盲端	廻盲瓣	七糲	二十八糲
升結腸	廻盲瓣	肝	十糲	二十糲
結腸右曲	肝	肝		
橫結腸	肝	脾	五十糲	十五糲
結腸左曲	脾	脾		
降結腸	脾	左髂嵴	十五糲	十四糲
髂結腸	左髂嵴	左腰大肌	十糲	
盆結腸	左腰大肌	第三骶椎	五十糲	十七糲

此表各有不全，特別是橫結腸及盆結腸最長。

大腸之容量——在成人可容三至五英升（二，三公升），即大約為全小腸之容量。

結腸之特殊性質——（1）外部之縱肌排列而成清楚的束或帶。此帶在盆結腸下部變成二條。（2）在各膨隆間突出成囊。（3）腸脂垂。在肥胖者，在老年及橫結腸及降結腸脂肪性附件最明顯。

普通的變異——

盲腸上生鬚尾：（1）突然的分界係在後部並到內側——成年型；（2）突然的分界並係在末端——嬰兒型；或（3）在末端無明銳的分界——胎型。

盲腸之位置——（1）正常係在右腹股溝部；常（2）在右腰部緊接於肝下，（3）懸於骨盆邊緣或確實在真骨盆內；罕見於（4）臍後，或（5）左髂凹。

結腸右曲可無之，升結腸斜行到橫結腸。

橫結腸之長度及部位各有不全。當極長時其中部可到骨盆內。

盆結腸其不同係：（1）長度——由十二糲到四十八糲；（2）部位——一般係在骨盆內，向上似一環直接橫過腹部者罕見；（3）腸系膜之長度——盆結腸系膜可無之，或由任何長度至二十五糲。

狹窄——

結腸左曲被膈結腸韌帶糾纏太重並係最狹窄之點。

直腸結腸連合處——此處盆結腸到直腸常有一突然的角度，並在此點上其環肌增厚形成一種括約肌。

迴盲瓣由神經及反射的限制而形成一肌肉的括約肌，以管制食糜之由小腸到大腸。如同一機械的瓣，然閉鎖不全：因用力灌腸可使液體到迴腸。

內容物經過所佔之時間——小腸，四小時；升結腸，一至三小時；橫結腸，二小時；降結腸及盆結腸，十六小時。

結腸之運動——

蠕動，如同小腸，係將腸內容物驅向肛門。

逆蠕動——在結腸之近側部大概是一種正常的運動，並有將橫結腸或升結腸之液體內容物驅向盲腸之傾向。在一定的情況下此種逆蠕動收縮增加。

結腸內之消化——

水分之吸收——結腸能吸收無限量水。正常可吸收由小腸所來食糜中水分之百分之六十。此為結腸之主要功能。

食物之吸收——蛋白質，脂肪及炭水化物可吸收極少量。當注射到直腸內可吸收相當數量之乳化的脂肪及炭水化物，蛋白質則極少。

腐敗——蛋白質及脂肪係分解並炭水化物在結腸內係因細菌作用而發酵。

腸內之細菌——

十二指腸及空腸幾乎無菌，若口腔及食物係無毒時可保持無菌。

迴腸內容物其細菌之數目由上向下逐漸增加。

盲腸中細菌之數目及種類最多。最好是名之曰腸之污水池——小腸及大腸之液體內容物均流入之。

結腸中含有多類的桿菌及球菌。大腸桿菌及化膿球菌佔優勢。大約乾糞重量之三分之一為細菌。

結腸之功能性疾病

有多數極度便秘的患例不合併有任何重大的結腸疾病；有的其他患例——比較罕見——其結腸變厚，糾纏，或擴張係因原發先天性的缺陷；並其餘者其便秘與結腸之擴張同樣的發生及增加，此一情形有時為其他情形之原因，有時為其他情形之結果。雖則此類極罕見，為敘述的目的上最好將結腸特發性擴張之最嚴重者述之。

結腸之特發性擴張

(赫什朋氏疾病 —— (Hirschsprung's Diseases))

病因——

性別——男性較女性易生之，並此病係孩時較成人更顯著。在小孩，男性比女性為

八比一。在成人，男性比女性為二比一。

年齡——在嬰孩或小孩大多數是發生在十歲以下，在成人大多是發生在四十以上。

原因——大多數的記載係結腸之先天性畸形。其他患例，長久站立之便秘為其原因並結腸擴張為其結果。交感神經系統之過度作用。

病理解剖——

受染之部位——盆結腸單獨受患者近於百分之三十，與其他部分同時受染者則在百分之六十以上。全結腸一致性擴張者大約有百分之十五。

測量——常有長度增加，但因情形而不同，在極幼年的小孩較年齡較長者則較少發生。腸之周帶變擴張，故其周圍與患者之股部相等（嬰孩為十四吋，成人為廿四吋）。其容量亦相對的增加，在嬰孩可到七英升并成人可達廿英升。

必定有糾纏，係為大容量腸之調節。在橫結腸及盆結腸最顯著，並特別是在結腸及直腸相連處。

肌肉的肥大——肌肉壁一般特別厚，並偶爾有腸節之一長節或短節很緊的收縮。最普通的厚度為六耗，或正常之三倍。

腹膜之發炎性變化很明顯的無之。在管口部可發生囊積性潰瘍並易成穿孔。

繼發或壓迫性變化——靜脈的梗阻，與腿水腫。酮蛋白性尿液。將膈肌，心臟，及肺推向上。

物理病徵——

腹膨脹並似球形，叩診有鼓嚮，並無游離液體之徵象。

可看到蠕動——結腸之大腸曲主要的是排列在縱的方向，並此種收縮可看到並可聽到。

胸部係收縮及變短，僅軀幹長度五分之一或六分之一以代替正常者之五分之二。下部肋骨之邊緣變外翻。

症狀——

起病——漸起的，可先有一各不相同的隱性期。

便秘——各種極不相同。一般最明顯的是大便之間隔由一星期到三個月不等。雖然有時腸有規則的每日排糞，但不能表示腸內無鬱積。

腹瀉可與便秘交互發生之並可暫時的減輕腹部之膨脹。

消瘦與無口味，在嚴重患例遲早會發生，並係必須即刻治療不可遲延之指徵。

神經系統——在嬰兒係驚厥或手足搐搦，在成年係神經衰弱及憂鬱病。

致死之原因——穿孔性腹膜炎；支氣管肺炎之支氣管炎；驚厥；毒血病。

經過——疾病之長短由數星期到數年不等。自己發生症狀愈早則患例之經過愈快。在成年患例其原發原因為便秘者。與以上所述結腸特發性擴張患例之不同之點由以下數項可知之。

受患之部位——結腸之上部，即盲腸，升結腸及橫結腸最常受患，但在先天性或特發性類者最常受患者係盆結腸。

性別——女性偏過於男性，比例為五或七比一，恰與先天性患例之比例相反。

症狀——在早年無定期的便秘；腹部之膨脹不明顯，並無可看到的蠕動。

治療

飲食——易於消化的食物——牛乳，魚，蛋，及穀粉類食物。有的患者用蒸麪包，粥，及蔬菜等粗燥的食物可收縮甚佳，但此為例外。

藥物——一般的瀉劑不但無用反而增惡，特別是有重大的膨脹者。強壯劑及刺激劑例如，番木鱈素，蘆薈，及鐵等與灌腸等合用可有相當的用途。

灌腸——由直腸可注入大量的液體，此液體可保留或不改變而流回。在夜間注入橄欖油一英升（保留）繼之在早晨用松節油（一噸）合於肥皂水中注入最有效。五十個千分安培電流可與灌腸合併應用。腸線連於金屬直腸管上，管極由一墊置結腸部位上。

機械的方法——運動的練習，腹部的按摩，及電療，對於輕度之患例有益。須在蹲位排糞，禁用緊的腰帶。

外科療法——

指徵——用飲食，藥物，及灌腸等療法對於明顯的減輕失敗時。腹中明顯的及增加膨脹。可看到腸的蠕動。進行性消瘦。

機械的使腸口空——有的患例係將結腸切開使之口空，繼之縫合之。用小心的飲食及灌腸繼之更行手術並不需要。

人工肛門——盲腸造瘻術或結腸造瘻術可使暫時減輕。

捷徑術——（1）將迴腸置於盆結腸。（2）一部結腸置於他部之結腸，特別是大的盆環之二段。

切除——將全結腸或受患部切除有良好的結果。此手術之危險已由前驅的迴乙狀結腸吻合術而重大的減少。

關尾造瘻術——將關尾切除，其殘部縫合於壁層之創口上。經此全結腸可逐日洗出之。此法適用於較輕度之疾病。

交感神經截除術——切除腰部神經節（見第十七章）。

結 腸 炎

結腸發炎性疾之分類——

1. 卡他性結腸炎。
2. 膜性結腸炎。
3. 潰瘍性結腸炎——
 - 甲. 單純性——濾泡性，糞積性。
 - 乙. 壞死性——栓塞性，血栓形成性。
 - 丙. 急性傳染性——傷寒，痢疾。

丁.慢性傳染性——結核,梅毒。

戊.全身性——瀉風,壞血病,白血病。

己.中毒性——尿中毒,汞中毒。

4. 息肉性結腸炎——

5. 結腸周圍炎——S狀結腸炎;憩室炎。

卡他性結腸炎——主要症狀是疼痛,便秘,及排出粘液。注意排出之粘液係單純性卡他,及本身無重大器官性疾病之明證頗重要。

在小腸之卡他,粘液與糞緊密的混合,有游離的胆色素,並有明顯的酸性反應。

在下部結腸之卡他,粘液在糞之外表面似壳及片。

膜性結腸炎——大量粘液係由結腸所形成及排出而無任何腸壁組織上的變化。

病因——

性別——百分之八十以上是婦女。

年齡——百分之六十以上是在廿歲及四十歲之間。

神經官能病 (Neurosis) ——幾乎所有患者均有極明顯的神經衰弱,並任何情感上的紊亂均易於繼之使疾病增劇。

常合併有瀉風及結石病及關節炎同類疾病。大約百分之十有腸石排出。

症狀——

排出之粘液一般並不與糞混合,係一長壳或長管狀。此管並非確實為粘膜性,但係一單純的結腸管型其中纏有少許細胞。

疼痛極明顯並係陣發性,主要的是在空腔回響,發生疼痛常先有或併發排出粘液。

即便有疼痛及排出粘液,便秘頗頑固並一室。

潰爛之症狀,即排出血液及膿,有很多患者繼之發生之。易于很快的消瘦。

治療——

全身的治療與神經神經衰弱相似。

飲食——粗燥的食物,例如,硬麵包,粥,蔬菜,及菓類可克復便秘。

輕瀉劑常增加疼痛而不能治癒便秘。

灌洗法——有系統的灌洗結腸與大量熱水溫度 Plombieres 灌洗法。僅暫時的用,但常再發。

外科治療 (見後)。

潰瘍性結腸炎——

原因——

痢疾——在熱帶帶者,係阿米巴原虫。在地方性或病院性痢疾。係志賀氏桿菌 (大體是大腸桿菌之一種)。

卡他性,瀉泡性,及囊積性潰瘍可發生於任何情形之便秘或結腸炎。

病理——

單純性潰瘍一般發生在盆結腸，或在腸曲，或在盲腸，潰瘍為實體性並破壞粘膠層及肌層而不使腹膜有重大的增厚。所以此病易於發生急性穿孔。其癒合時易生狹窄者罕見。

傳染性或痢疾性潰瘍可染及全結腸。最常見是局限於：(1) 盲腸及升結腸；或(2) 在盆結腸及直腸。大塊面積之粘膠被破壞，遺有突出的不規則的潰瘍。在慢性型者腸變強硬及增厚並融合于粘連中。

病狀——

在單純性或實體性潰瘍其症狀僅係卡他性結腸炎之症狀。易於突然發生穿孔並致命為幾乎不變的結果。

在更瀰漫性之潰爛可發生下列症狀——

腹瀉頗嚴重及持久，特別是直腸及盆結腸受患時。

疼痛及裏急後重同樣更嚴重，當下部之腸受患時。

粘液，血液，及膿構成疏鬆糞的大部分。合併有膿與血液及粘液乃證明係急性潰爛。

觸痛——沿結腸之經過處有觸痛乃特別指示腹膜的受染。

肌肉的消滅頗嚴重。主要的是因為毒素的吸收，並係外科治療之一重要指徵。

藥物治療——休息，保暖，牛乳飲食，及直腸洗出法，但僅可治癒急性之少數患例，在慢性患例特別難于治療，並常再發。

外科治療——

結腸造瘻術——可在腹股溝部或腰部施行之，曾發生良好的結果，因其可發生自然引流。右側腹股溝部結腸造瘻術大概最有效，因其可使其以下結腸之糞轉向流出。人工肛門保持六至十二個月，以後用成形手術縫合。

闌尾造瘻術適合于不甚嚴重的患例。若失敗時，以後可施行更根治手術。闌尾經一小的壁層創口取出並移除之，但距近心端四分之一吋。闌尾傷口固定于創傷上，並經此將全結腸每日灌洗之。闌尾基底部之環肌可供為括約肌以防止糞滲漏。患者不久即可學習往家中洗滌。闌尾造瘻術可在粘膠上施用烙鐵燒灼以閉塞（一般是一年的時間）。

迴 S 狀結腸吻合術——係在盆結腸及直腸健康時適合之，並係不用闌尾造瘻術或結腸造瘻術失敗時施用。

息肉性結腸炎（結腸之多發性息肉）——多數性息肉可發生于大腸之任何部分。常由盲腸擴展到直腸，數目為數千。

普通的年齡是二十歲及四十歲之間，並可發生腹瀉及排出染血的粘液。有疼痛及體重減輕。

用銀灌腸後用愛克司光檢查可指示出息肉。

治療——將受患部切除為最合適的療法，因一個或多數息肉最後可發生惡性變化。

結腸周圍炎：憩室：憩室炎：腸脂垂之疾患

在消化道之任何部均可發生憩室，並可為先天性或後天性。先天性憩室主要的是在十二指腸及空腸或似一美克耳氏憩室。後天性憩室是限局于結腸，並此病之合併有發炎之情形者名之曰憩室炎。

結腸之憩室；憩室炎——

解剖——

部位——降結腸及盆結腸比較多見。在結腸之其他部者比較罕見，常在直腸處中止。由腸之外及內向外突出，常凸入腸脂垂中（第九十九圖）。

數目及大小——常為多數性，並有時多為四百，一般係覆盆子同大小，可由針頭大至葡萄大不等。

結構——係粘膜極薄的肌層腸壁之特尼亞樣膨出。此病特別易於發生在血管穿過腸壁而到脂肪性闌尾之處。其中常含有糞質，並可變濃以形成結石。存留一異物者罕見。

病因——憩室之形成，或係因腸內壓力之增加（內壓性憩室），或係因粘連於腸外表結構之牽拉（牽拉性憩室）。

性別及年齡——男人較女人易生之。在十二歲以前永不發生。一般係生於大約六十歲。

常發生肥胖病，並在腹內及腸脂垂有大量脂肪。

便秘為其發生之最重要的因素。其結腸之肌層肥大係指示因擴張所致。如此則與老年人有前列腺增大者之膀胱內發生球狀囊相似。

繼發性病理解變——若形成時，即結腸之憩室形成一縮形的闌尾，並與闌尾有同樣病理變化。

全部腹膜炎——由憩室之穿孔或細菌經憩室滲出。其穿孔即有壞疽性憩室炎的情況。

左髂回腫，確與闌尾炎腫相似。

慢性發炎——圍繞憩室周圍之結腸壁發生增生性慢性發炎；此種情況之結果使腸變厚，強硬，及狹窄之管，確與數型之癌瘤相似。

粘連到其他內臟——特別是小腸及膀胱，在前者成急性硬阻，後者即成膀胱結腸瘻（第九十九圖）並結果由尿道排氣（氣尿——Pneumaturia）。

慢性發炎繼之可生癌腫。

症狀——

隱狀——常發生憩室而不致任何症狀。

臨床的分組——一般承認臨床上有下列數組：

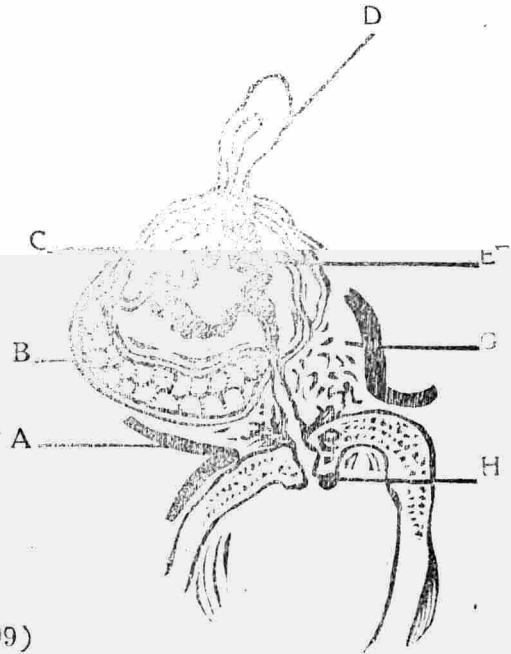
1.發炎性——此組中患者有嚴重性較大或較小的發作，此種發作係限局的疼

痛，觸痛，強硬，及水腫。現有暫時的腸症狀伴有嘔吐。其症狀與闌尾炎所致者極相似，故有很多例子名之曰左側闌尾炎。在嚴重型者可找到急性全部腹膜炎，並在手術時可見未閉合之憩室穿孔。

2. 梗阻性——慢性腸症狀與腸症狀增劇之定期發作結果成暫時梗阻者頗常見；在嚴重性者可發生完全腸梗阻。
3. 瘻管性——由尿道排糞及排氣即知腸及膀胱間有交通（第九十九圖）。其開口可由膀胱鏡窺知之。其原因幾乎是S狀結腸曲處之憩室炎。
4. 盆性的——在骨盆內可找到發炎性塊并在女性常委諸附件之疾病。其症狀常與輸卵管炎及輸卵管膿腫相似。

第九十九圖 圖示憩室炎。上為結腸，下為膀胱二者之切面。

A. 增厚的腹膜； B. 增厚的硬結核結腸壁，與硬癌相似； C. 粘膜炎增厚； D. 憩室向外擴展到腸脂垂； E. 粘膜； G. 結腸及膀胱間之發炎組織； H. 穿孔到膀胱。



(99)

鑑別診斷——若此處生瘤腫者，則區別癌腫及憩室炎常發生重大困難。癌腫之出血較憩室炎更常見，並其粘液狀膿液更多。憩室炎之腸症狀期限可延長至數年，常進行極慢。在癌腫其骨盆之情況與憩室炎極相似，但用愛克司光檢查可使診斷明瞭。

治療——

藥物療法——限制食物有重的沉渣及每日服用瀉劑所致液體的作用可制止疾病之進行及預防併發病。在進行的患例有瘤腫形成，發生狹窄，或發生瘻管者即需要外科療法。在一定患例其用外科手術之困難係因疾病之廣佈性，如結腸由其右曲至直腸皆受患。

外科療法——極困難，由於損害的廣佈。

1. 急性——

甲. 切除及燒灼，與用於闌尾者相同。

乙. 若找不到患室時，將結腸由創傷取出並引流直到梗阻減退。以後切除患室或行側邊吻合術。時常將大腸洗出。

丙. 不能施行其他方法時，將網膜在結腸周圍包裹之。

丁. 將受患部切除之。

2. 慢性——

甲. 在以上部引流，以後切除之。

乙. 若甲項不能施行時，即施行捷徑術，將橫結腸運到疾弱部以下之S狀結腸上。

丙. 結腸造瘻術。

丁. 截除術常不可能。

慢性S狀結腸炎——係盆結腸之慢性變厚合併有狹窄。

原因——患室炎（見前）。單純性或囊積性潰瘍之癍痕形成。

症狀——慢性起病之慢性腸梗阻並常合併有左腹股溝部之膿腫及癰腫。

治療——在早期，用牛乳飲食與大量的油類灌腸可使減輕。以後用結腸造瘻術或將患部切除。

病理的情況合併有腸脂腫——

1. 合併疝室（見前）。

2. 扭轉——其結果係蒂部扭緊及狹窄。症狀為反覆的絞痛與結果可成闌尾之分離，如此發生一脂肪瘤腫游離在腹腔中。可發生發炎，與亞急性腹膜炎之症狀。

3. 腸梗阻——係由於發炎及粘性的腸脂垂形或一束而絞窄小腸之環。

4. 赫尼亞囊內絞窄——長的懸脂垂可為赫尼亞內容物之一部分或為赫尼亞唯一的內容物。赫尼亞之絞窄可致脂肪性突起壞疽。可發生於兩性或兩側之股或腹股溝赫尼亞，並女性為最常見的疾病。

結腸之結核病

除粟粒性結核外，大腸易生兩型之結核病，此二者特別易生於盲腸及迴盲瓣。

種類——

腸腹膜性——漿膜，粘膜，及粘膜下層均受患，與結果是乾酪樣變及潰爛。無過多的纖維組織形成，故無狹窄之傾向。常染及迴腸，亦染及闌尾。常有腹膜粘連，局部腹膜炎，及囊瘻。

增生性——全腸壁包繞於緻密的纖維組織地中，周圍有稀疏的結核病灶。常侵及迴盲瓣或盲腸。產生狹窄及梗阻。

纖維脂肪塊圍繞於受患的腸。

淋巴腺增大或發生結核性疾病，主要的是侵害位於盲腸以前及以後之淋巴腺及位於迴結腸血管處之淋巴腺。

腸壁變成硬的，強硬的，纖維性塊。

粘膜變潰爛，或形成不規則的息肉性肉芽。

在此類中迴腸及盲腸永不受累。

顯微鏡檢查，結核性巨大細胞系及結核桿菌極少。在囊中罕有找到結核菌者。

年齡及性別——

腸腹膜炎者——可發生於任何年齡，並無特別發生於全生某一時期之傾向。

增生性者——一般發生在二十及四十歲間。小孩及老年病例罕見。

兩性受患相同。

症狀——

在腸腹膜炎——起病似亞急性闌尾炎，在右髖凹形成一痛性發炎塊。腹瀉與排出血液及粘液。硬結之地變大及增厚，經數星期及數月後囊積性膿腫破裂，結果在腹股溝部，股部，腰部，或臍部形成瘻管。常有肺部併發病。

在增生性——起病為極隱襲性，慢性梗阻，與絞痛，瀉瀉聲，便秘，及可看到蠕動。在右腹股溝部形成瘤腫。係堅硬的，可移動的，並為盲腸之形式。二至三年後因腸梗阻而死亡。

診斷——

腸腹膜炎者，由：

闌尾炎——此病愈病更急性，經過更快，血性腹瀉者罕見。

放線菌病——其塊更硬，壁層受患更重。溢出硫磺樣顆粒。

增生性者，由：盲腸或結腸之瘤腫——此病除非將硬塊切除並顯微鏡檢查後常不能診斷之。在瘤腫其梗阻之發生及疾病之經過更快。其瘤腫更不規則。

治療——

在腸腹膜炎者——局部膿腫切開，結果常成囊瘻，因粘連的融合移除病灶不可能。經中線切開施行疾病部以上及以下之捷徑術常可發生治癒。將迴腸及上部盲結腸連合並將迴腸分離係最有致的手術。

在增生性者——切除患部，與其隣近之淋巴腺。在膨脹極重的患例可施行前驅的迴S狀結腸吻合術。

癌 腫

年齡及性別——最常見於四十歲及五十歲之間。患者在三十歲以下生結腸癌腫者並不如其他部之癌腫一樣比較罕見。

部位——腸各部發生癌腫之部位，下列為比較的病發數：直腸，百分之五十二；結腸（包

括盲腸，迴盲瓣，及闌尾），百分之四十三；小腸，百分之五。盲腸及結腸癌腫發生之部位是下表：

結腸，百分之五十五	結腸左曲，百分之十五	盲腸，百分之九	橫結腸，百分之八	降結腸，百分之四	升結腸，百分之四	結腸右曲，百分之二。
-----------	------------	---------	----------	----------	----------	------------

(Burgess)。

病理——

組織學——常係柱狀細胞癌腫。在癌腫部及癌腫以上部之肌層有明顯的肥大。肌層被柱狀細胞及上皮侵入。小圓細胞的增生極顯著，並以後轉變為結締織。原發性及繼發性癌腫發生膠樣性變者頗常見。

顯微鏡下之情況——為便利計癌腫可區分為不同的四型。

1. 環狀的——癌腫形成緻密硬度的收縮性緊張的環（見第三十九章，第九十四圖）。其生長慢，早期發生梗阻之症狀，並係最易行根治療法之一型。
2. 管狀的——相當長度的腸變成緻密的贅瘤。粘重及固定極顯著。
3. 潰瘍——癌腫形成深的，堅硬的潰瘍，與硬的，開花狀的邊緣。結果排出血液及粘液而非腸梗阻。
4. 開花狀塊——軟的，易碎的，生長很快的塊蔓延到腸內並沿腸腔生長。可在早期轉移及自然出血，與很快死亡。

癌腫以上部之結腸，與癌腫之慢性成比例發生各種不同程度之肥大及擴張。潰爛恰生於癌腫上及盲腸頗常見，並可發生穿孔。若癌腫突然變阻塞，或若不加考慮的施用瀉藥時可相當突然的發生盲腸之急性擴張與破裂。

腹膜炎——可由下列途徑發生：糞積性潰瘍之穿孔。腸擴張之急性破裂。局部化膿，易形成一膿腫，此膿腫為糞積性。成形性腹膜炎，抑單純性或惡性，可使結腸與鄰近部分融合在一塊。

囊瘻——皮下瘻管最常生於盲腸上並在臍部。粘膜間癰可發生在結腸及小腸及膀胱間。

繼發性癌腫——轉移性癌腫不如其他處癌腫之在早期即發生。最初染及結腸表面之淋巴腺及與該部血管相伴之淋巴腺。此二轉移的形式常與癌腫之軟開花型者一同發生之。肝為繼發癌腫之部位，特別是在慢性生長型癌之末期。腹膜及網膜為瀰漫性受染。在膠樣癌患例發生極早。由於腹膜的受染結果是嚴重性腹水。肺及其他內臟受患者罕見。

症狀——

起病——症狀之發生為慢性及隱襲性，並與腸梗阻不同，癌腫可保持隱性一或二年。急性梗阻之突然起病可發生在主訴無早期症狀之患者。此乃由於腸狹窄部之突然阻滯。

全身情況——可保持良好直到癌腫累及結腸及梗塞變明顯以前。很快的發生惡病質係繼發於腹膜的受累。

疼痛有二種：(1) 間歇性疼痛，由梗阻部以上腸之收縮；(2) 時常痛，僅在癌腫固

定於腸之外部時發生之。

腹部之情形——此種特性僅若梗阻及當梗阻發生時方發生。

各種不同程度之全部鼓響性膨脹。梗阻在盲腸時係累及腹中央部；盆結腸梗阻時係累及腹側面。

可看到的蠕動性收縮——此乃偶爾係因梗阻上部之腸有力的肥大性收縮所致。

此乃長期站立所致之指徵，並由此可與最近開始的慢性患例之急性起病相區別。肥大的結腸一般係由上向下形成長的曲，最常看到的是盆結腸及橫結腸。小腸形成短而橫曲。蠕動性收縮常併有可聽到的腸鳴聲。

瘤腫——僅有百分之四的患例可找到瘤腫。當發生在盆結腸或結腸左曲時則特別易於變成惡性者。在其早期有移動性。

大小之增加——因以上部之積囊，隣近部之腸套，或因蔓延到網膜。後一點特別適用於橫結腸之瘤腫，此病其網膜常形成一橫的硬圈。

特殊的試驗——

由直腸灌入銀漿劑可看到在瘤腫之部位停止。

由口服銀汞劑可在瘤腫以上部停止。

以後兩種試驗在可疑的患例可交互應用之。

大部分盆結腸患例用S狀結腸鏡可示出之。

直腸或陰道檢查可發現盆結腸瘤腫之不能用外部方法查出者。

腸之作用——

便秘——雖然常發生，並不如所想像的一定發生。並常常不發生。在中年患者。

第一次發生便秘，並係一定的逐漸增惡，即可想到為大腸之瘤腫。

腹瀉與便秘交互發生，乃此病之特殊症狀。係由瘤腫部或瘤腫以上之卡他及潰爛所致。

痛楚裏急後重，排糞時及排糞後有下墜感。僅在盆結腸或直腸受患者方發現。

糞內可含有：(1) 血液，(2) 粘液，(3) 膿，或罕見的，(4) 瘤腫碎塊。其周圍組織特別腐敗時，係表示瘤腫很迅速的潰爛或壞死。

併發病——

急性腸梗阻（見第三十九章），為此病之第一個指徵，係因：(1) 因糞塊將腸腔梗阻；(2) 粘連或糾纏；(3) 因誤用瀉劑或嗎啡之癱瘓。

急性穿孔——一般係黃積性潰瘍破裂之結果。其結果所生之腹膜炎幾乎完全致命，並常併有低於正常的體溫。

瘻管——發生外部的瘻管可減輕膨脹。腸結腸瘻可致永久的腹瀉及很快的消瘦。胃結腸瘻可致不消化性腹瀉，故糞中有未消化的食物，及真性嘔糞。膀胱結腸瘻可致膀胱炎，並由尿道排氣及糞。陰道結腸瘻可因由陰道排氣及排糞而梗阻減輕。

轉移——因多數質腹膜的瘤腫，腹水為最常見的病徵。肝可變大及分葉，但繼發性

者常不發生此症徵。

毒血症——發生較遲，為致死之最常見的原因，僅次于梗阻。

疾病之經過——無併發病之患例可歷二至五年。便的及收縮性癌腫常有暫時的豫後，因生長慢，轉移少，並由結果是慢性梗阻而很迅速診定之。

經結腸造瘻術後患者常生存一年或二年以上。

治療——僅患例之少部分可用根本外科方法治療。其餘除可用姑息手術療法外，其主要的治療係用淡薄的飲食，食物中含有很少不消化的碎屑。牛乳，湯，及淡薄的穀粉類為主要的飲食，魚，蛋及少量肉類可以食用。蔬菜，麵包，及菓類特別有害。

探查手術——在診斷可疑之患例應常施用。特別是發生下列情況時：(1)最近開始便秘及程度逐漸加重；(2)由直腸排出血液，粘液，及膿液，(3)有可看到的蠕動。

部位——臍以下中線部切開可接近於各部，但除結腸左曲。此種可在其左半月形綫上部作第二切開即露出之。

結腸造瘻術——可作姑息的或前驅的手術。

姑息的——必須在癌腫以上。抑盆結腸，橫結腸，或盲腸，第一種者為最常見。在此種患例用軸樣結腸造瘻術最佳：將腸分開，用一大管插入近心端，用一小管插入遠心端。

若腸不能取出到腹外，則必須用側面結腸造瘻術。

若無迫切的梗阻時，此手術須用二期施行，將腸取出於腹外並固定為第一期，第二期將腸切除或分離。

前驅的結腸造瘻術——若有將癌腫根本移除之機會，應前驅行結腸造瘻術或捷徑術。在癌腫之相當距離行此手術有重大的利益，因其可使在清潔面積上行根治手術，例如，橫結腸造瘻術施行於盆結腸切除之前，或盲腸造瘻術施行於橫結腸切除之前。

吻合手術——其指徵與結腸造瘻術相似，但僅在無明顯的梗阻者方有可能。用捷徑術較結腸造瘻術更有利益：(1)若用為姑息療法時可避免人工肛門的不快感；(2)若用為切除之前驅時：其以後的手術可簡單到僅多除而無吻合。最好的捷徑術是迴乙狀結腸吻合術。迴腸與盆結腸作側面後吻合迴腸須分開，除非不能行手術及易於致完全梗阻。並當迴腸腔膜健全時。

癌腫之切除術——

禁忌徵——肝或腹膜轉移。廣大粘連，或重大淋巴組織受累。

切除之範圍——須移除一長段腸，在癌腫以上及以下的有數吋長，並一同將一扇形之腹膜亦切除，其尖端在腸系膜。如此即將所有連於癌腫之淋巴管包括之。

第二期切除之利——凡切除癌腫之患例均策前驅用結腸造瘻術或捷徑術（例如，迴乙狀結腸吻合術）。此法之利係。

1. 手術以前減輕腸梗阻及毒血病。
2. 膿毒病之機會減少。
3. 休克可重大減輕。
4. 因充血減輕，惡性塊可變小及粘連少。
5. 在切除以前可作顯微鏡檢查。
6. 手術之死亡率由百分之五十減少到百分之十。

第四十二章 直腸及肛門之疾病

(DISEASES OF THE RECTUM AND ANUS)

直腸之先天性畸形

1. 無直腸及肛門——結腸終止于骨盆邊緣。骨盆狹窄及發育不良。當小孩哭時會陰部無突出。

2. 有直腸，但無肛門——當哭時會陰部有突出。

3. 肛門及肛管存在，但不與直腸相連——在肛門上大約一吋處用手指可摸到一隔膜。

4. 肛管與直腸相連處狹窄。

以上各種情況之治療

甲. 每日通入探子以擴張狹窄。

乙. 穿過中間的分裂，並擴張之。

丙. 若肛門不能穿孔者：在中間向上切二吋；將直腸拉下，切開，並縫于皮膚。

丁. 若由會陰部不能達到直腸時：施行腹股溝部結腸造瘻術。

5. 直腸開口于膀胱，陰道，尿道或女陰；或直腸與膀胱，陰道，尿道或女陰交通——治療——在輕度患例，經前驅的結腸造瘻術使糞改道後，行成形手術。

直腸炎 (Proctitis) 或直腸之發炎

原因——異物；魚骨或糞中之其他堅硬的物質；直腸之息肉或瘤腫；痔核；痔裂，或瘻管；脫肛；痢疾；梅毒；結核性潰爛；淋病；寄生蟲：蟯蟲（在小孩），埃及血吸蟲（在由非洲而來之患者）。

症狀——垂下性疼痛。痛性裏急後重。在會陰部感到有重量及飽滿。由肛門溢出粘性膿液。

治療——

1. 確定及除去其原因，例如，痔核，痔裂，或異物。
2. 大量熱水灌腸。在急性期用鉛及鴉片洗劑或坐藥。在晚期用蛋白銀洗劑，十分之六克加水三十託。
3. 治蟯虫：通大便，與注入苦木浸劑（Infusum Guassia）。
4. 治埃及血吸虫：括除腺樣息肉，因其中含有虫卵。
5. 若用其他方法失敗時，即將括約肌切開或結腸造瘻術。

坐骨直腸窩膿腫

解剖——坐骨直腸窩之垂直切面為三角形。外壁為坐骨襯以閉孔內肌。內壁為直腸襞以提肛門肌。底壁由皮膚所構成。前面係三角韌帶。後面係臀大肌之邊緣。

傳染之來源為：可經三壁之任何一面，或由前面。

1. 因異物之潰爛及穿孔經直腸傳入之。
2. 因創傷之擦破或皮脂腺經皮膚傳入之。
4. 因骨盆之疾病由外壁傳入之。
4. 在前面由尿道傳入之。

種類——

1. 蜂窩織炎——可能為壞疽性。由腸或皮膚瀰漫性蜂窩組織的傳染。一般係纖弱的老年人。
2. 急性坐骨直腸窩膿腫——由腸而來之大腸桿菌傳染，或由會陰而來之化膿性傳染。
3. 慢性膿腫——一般係結核性的開始。

症狀——局部發炎之症狀。在會陰部有硬的腫脹。熱，極痛，由直腸可摸到腫脹。排糞時疼痛。經皮膚破裂或破裂到腸內，或二種方向同時破裂之。當結果是瘻管。

治療——

急性患例——由會陰部開放及引流。若有一開口到腸內時，其治療與瘻管相同。

慢性患例——試用括術及填塞碘仿。易成膿毒病而使癒合不良，常可施用結腸造瘻術。

肛門瘻管

定義——與肛門相連之任何瘻。

種類（第一百圖，一百零一圖，一百零二圖）——

1. 完全的——瘻向內通于直腸，向外通于會陰。
2. 外部不完全的——會陰部瘻不開口到直腸內。

3. 內部不完全的——瘻開口到直腸內但不通于外面。

原因——直腸炎之各種原因。坐骨直腸窩膿腫。直腸下部之潰爛或狹窄：惡性結核性或梅毒性。

解剖——化膿性或肉芽性瘻與一個或二個開口相交通。可完全在腸外經過之，或更常見的斜行穿過腸，如穿粘膜及肌層間經過相當距離。可幾乎環繞腸。雖然外部有多數開口外，內部之開口常為一個。外部的開口常為多數性者。其並抑經過外括約肌纖維，或更常見的在外括約肌之淺層。瘻管與膿腫相似其開始主要的是由：(1) 坐骨直腸窩為；(2) 骨盆的；或(3) 粘膜下的。

在慢性患例：在周圍形成緻密的瘻痕組織。多數憩室的分枝分出到各種不同的方向，特別是向下列到紙骨及肛門之間。其向內的及向外的開口均為多數性。

症狀——疼痛，特別是在排糞時。於大便時或大便後有毒性溢液由瘻或肛門流出。

治療——

前驅的——先用鹽類輕瀉劑數日。在手術前十二小時用鴉片丸十分之六克。恰在手術以前瀉腸。

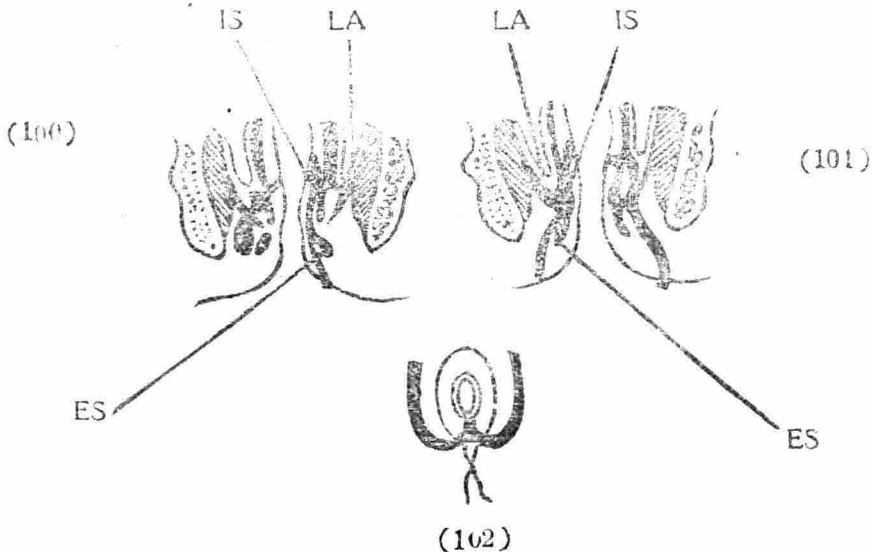
手術——置一管子于瘻管內，由一端到他一端完全切開之。掃除所有肉芽組織及切除瘻痕組織。填及所有的繼發性瘻管及竇。深填以浸油紗布。

由骨盆開始的深部瘻管——若瘻管開口在內括約肌以上時，離分該肌肉及提肛門肌肉甚危險，因結果即成大便失禁。必須由會陰部用丁字形切開將瘻管開放並使由底部生出肉芽。

在慢性或急性之患例——即切除直腸之下端，保留括約肌 (Kryaske's 手術)，或用腹股溝部結腸造瘻術。

肛 門 裂

定義——在肛門邊緣部之縱形溝瘍。



第一百圖 肛門瘻管之圖表。I.S.內括約肌；E.S.外括約肌；L.A.提肛門肌；A.盲的内瘻管，一部分在骨盆及一部分在坐骨直腸窩，B.完全的粘膜下接管。

第一百零一圖 肛門瘻管之圖表。I.S.內括約肌；E.S.外括約肌；L.A.提肛門肌；A.完全的粘膜下及坐骨直腸窩瘻管；B.完全的骨盆及坐骨直腸窩瘻管。

第一百零二圖 馬蹄形肛門瘻管之圖表。有一個中央內部的開口及二個側面外部的開口；瘻管幾乎完全圍繞肛門。

部位，等——一般係一個並在后部正中綫上，此處係肛門很堅固的固定于尾骨上。

在裂之下是一『前哨痔』，係粘膜被糞塊撕下之垂下物，如此形成潰瘍。

男子較多于女子。

症狀——在排糞時及排糞後有嚴重的灼痛，與重大的裏急後重。糞中有染色並條紋。

治療——輕瀉劑及大量熱水灌腸。古加英坐藥及五倍子鴉片油膏。

手術療法——在麻醉下：(1)將括約肌擴張；(2)將所有痔除去之，特別是前哨痔；(3)將潰瘍切除，使切口垂直的方向擴張到括約肌，以便使之暫時癱瘓。

直腸之纖維性狹窄

病因——老年患者。一般係婦女。繼于：(1)因痢疾，結核，或梅毒之潰爛；(2)腸外痔瘻纖維炎之收縮；(3)直腸炎之其他情況，例如，血腫病或痔疾致者。

解剖——狹窄位于距肛門二或三吋處。可為：(1)環狀及光滑；(2)長形及不規則；(3)纏繞于紙管。狹窄以上之腸變肥大，擴張，及潰爛。狹窄以下部腸常氣脹。

症狀——便秘及腹痛交互發生。稀薄樣樣的糞便，與少量的血液及粘液。慢性腸梗阻。經糞管性潰瘍之破裂或傳染可形成坐骨直腸窩膿腫或骨盆膿腫。可在臀部形成大的囊腫，並可致死或成慢性瘻管。

治療——

用刻度探條擴張之，若此探條可放入時。

當狹窄短及其以上與以下之腸健康並游離時可將狹窄切除之。

在惡性患例在骶部或腹股溝部施行人工肛門。

直腸及肛門之梅毒

第一期下疳——罕有位于肛門者。

第二期扁平濕疣——在肛門周圍極常見。

第三期樹膠樣腫——形成直腸壁的瀰漫性浸潤。此病女子較多于男子。開始在粘膜下組織。很快的發生潰爛，並甚深，但此較無痛。可蔓延到肛門。S狀結腸，陰道，會陰，或

膀胱，並形成瘻管。其一般的結果是重大的狹窄。

症狀——少許的疼痛及直腸裏急後重。由肛門排出血液及膿液。最後係慢性梗阻之病徵。

治療——

1. 酒爾佛散，汞，及碘化物直到活動性疾病停止。
2. 暫時的或永久的結腸造瘻術。
3. 在極罕見的病例當狹窄短時可切除之。
4. 結果性的狹窄可用探條治療之。

直 腸 及 肛 門 之 贅 瘤

息肉，或有蒂腺瘤，含有單純的腺體組織與多少結締織由一血管性的蒂而與粘膜下層相連。最常生于小孩。可致輕微的直腸疼痛，受刺激，或脫出。

治療——縛紮及切除。

乳頭狀瘤——為限局性或瀰漫性瘤腫，有自然出血之傾向。罕有發生者。

治療——切除。

埃及血吸虫性乳頭狀瘤——為息肉樣粘膜的贅生物，可自然出血，其中可找到很多埃及血吸虫卵。

上皮癌——發生于肛門者，常在陳舊的肛門裂之部位。可形成疣樣塊，但很快的變或潰爛。如硬結樣，其邊緣堅硬及外翻。極易出血，並有大量的腐敗樣溢液。極早期即發生腹股溝淋巴腺之繼發性沉着。

治療——早期完全切除，並將兩側腹股溝部淋巴腺一同切除。一罕見的疾病，發生于青年患者（三十歲以下）。在粘膜下組織形成極瀰漫性的瘤腫並致梗阻。無潰爛或發生較遲。

治療——須切除之，但易復發。

直 腸 之 癌

病因——男子較多于女子，並一般是發生于中年以後。

解剖——開始于粘膜，並于是蔓延到：(1) 腸腔；(2) 腸以上及以下；(3) 向外經過腸壁到周圍之結構。

其肉眼觀察的結構可有三型——

1. 放射狀易脆的塊突出到腸內。
2. 相當面積的潰瘍與硬而高起的邊緣。
3. 纖維性環狀的收縮與比較小的贅瘤或潰爛。

腸之以上及以下之變化與腸梗阻章所述者相同（見前）。

顯微鏡下——常係一柱狀細胞癌，並現有膠樣變性，並其中有不同比例之腺體組織及纖維組織。如此，在軟性，迅速生長類者，其中腺體組織較多，同時硬性環狀類者其中主要的是含有纖維組織。

蔓延——可經過腸壁向外蔓延，並可累及：(1) 蜂窩組織；(2) 骶骨；(3) 骨盆之血管及神經；(4) 陰道及子宮；(5) 前列腺，膀胱，及輸尿管。在陰道或膀胱之患例可因潰爛而結果成粘膜炎。

轉移——比遲緩及罕見，可發生：(1) 在腰部淋巴腺；(2) 在肝及腹膜；(3) 當肛門受累時可轉移到腹股溝淋巴腺。

症狀及病徵——

1. 早期，梗阻以前——

遲鈍性疼痛，牽拉類，與輕微裏急後重。可完全無之。

出血——在大便時及大便間發生之。

排出腐敗染血質粘液。

罕有大便狹窄及變形者。

腹瀉與便秘交互發生之。

在檢查時，可找到一硬塊，抑(甲)易碎及放射狀，或(乙)堅硬，與潰爛的表面及外翻的邊緣。硬塊非固定于某一部位，在墜脹時腸整個下降。

2. 進行性，阻梗者——慢性腸梗阻之病徵及症狀並增加以上之病徵。腹有重大的膨脹與可看到的蠕動。明顯的便秘，與痙攣，並用瀉劑而加重。疼痛及裏急後重更一定及嚴重。

在檢查時，腸腔一部分被狹窄或放射狀塊而閉塞。

3. 累及鄰近之結構——因蔓延到骶骨及骶神經而致嚴重的一定的或神經性痛。水腫，係因累及血管所致。可由尿道排洩氣及糞，並膀胱炎因由膀胱的蔓延。因輸尿管之阻滯而成腎盂積水，腎盂積膿，及尿毒症。由陰道可排出氣及糞。

在骨盆內，坐骨直腸窩，或臀部可發生膿腫，並發生一個或多數瘻管，與癌腫以上部之腸相交通。

在檢查時，癌腫固定並墜脹時腸一點不下降。此種固定僅係部分的，如例，後面到骨或前面到陰道，或為完全的，全腸之周圍被累及。

4. 晚期惡病質與繼發性癌腫——此期永不會發生之，因患者常死于腸梗阻或膿毒病。在腰部可摸到淋巴腺塊。肝變大及結節樣，發生腹水。

經過——極不相同。在幼年患者及軟的放射狀癌腫其經過僅一年。在老年患者及纖維癌腫可歷五年。

診斷——若經局部檢查之患例，一般均甚易。在早期患例若無直腸檢查時與痔，息肉，或瘻管之鑑別常不可能。

痔——無贅瘤，僅係腫脹的靜脈，但須記住痔常係癌之併發病頗重要，所以在每一痔之患者必須檢查腸之內部。

裂——疼痛極嚴重，並常不能忍受遠側端之檢查。線狀的潰瘍與前哨痔很顯明。並腸內部健康。

息肉——塊小及有蒂並粘膜健康。

纖維質狹窄——該部為頑固性並贅瘤無，檢查時無出血或出血極輕微。

梅毒性疾病——樹膠樣腫係軟的，無痛，及無血管性。潰爛及高巴，潛行性，並毫無硬結。

脫出及腸套叠——視診及觸診可清楚診斷之。

注意——用指不能達到痛之患例，用S狀結腸鏡頗有用（距肛門有三到十二吋）。

治療——

不適於切除之患例——所有患例幾達百分之七十。癌腫固定于膀胱，前列腺，或輸尿管，或骶骨之上部。蔓延到蜂窩組織或腺體。轉移性癌腫。年老及虛弱之患者。

治療——軟的食物與少的肉屑，避免菓類，蔬菜，等。每日用軟管子將腸洗出。橄欖油灌腸。

低位手術：會陰切除術——

指徵——用于疾病蔓延到肛門內一吋以內之患者，但不能高于手指可達到之處。

方法——用一前驅的結腸造瘻術後，將肛門及由癌腫以上之下部腸切除之。將創面抑用周圍繞以紗布之管填塞而不將腸縫合于皮膚，或用少數之固定縫合。

高位或橫截骨術之切除術——現在幾乎絕對應用之。

指徵——肛門括約肌可以保全之患例。疾病未向上蔓延距肛門五吋以上，即在骶骨之第三節以上。

方法——常須施行前驅的結腸造瘻術：(1) 以決定有無其他癌腫及直腸疾病之限度；(2) 由側面將糞轉移；(3) 以減輕便秘。

將尾骨切除後，切口須向上到骶骨，將骶骨之下部斜方向或橫方向切除之，須在該骨第三節以下；不然即傷及骶叢。

將腸隔離，一般係將腹膜腔切開及填塞。由骨盆將後部之蜂窩組織及腺體切除愈多愈好。

將癌腫切除，將上端及下端之腸縫合之。

腹會陰方法——此乃可以選擇之手術，但因其嚴重性故係在纖維患者之禁忌徵。

指徵——可施用于所有患例；特別適用於疾病蔓延到第三骶椎以上之患例。其利在能作腹部之探察轉移性癌腫，並可由骨盆將淋巴腺及蜂窩組織自由移去之，並易使腸有移去之可能（第一二零三圖）。

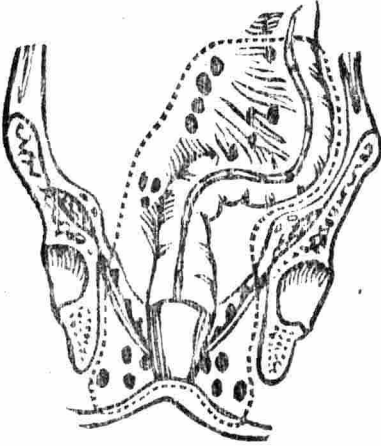
方法——有二期：

第一期——經中央切開將腹打開，直腸之前有膀胱並後有骶骨。將痔上及痔中血管找到。盆結腸系膜可允許S狀結腸曲下垂到骨盆。將結腸分開並將上端拉出作一人工肛門。

第二期（十天以後）——由會陰將直腸，肛門，及提肛門肌除去之。

直腸癌切除之結果——

立刻死亡者約有百分之十五。



第一百零三圖 由腹會陰部切除直腸除去部之圖表，由虛線表示之。黑點係直腸癌累及之淋巴腺。

生存者——由手術後恢復能生存者，有百分之二十五可生存三年或更久。在肛門受累之患例對於生存之預後極壞。即便能生存三年之患例亦罕見。

恢復——有三分之二的患例係手術二年以內發生恢復。發生恢復患者其疾病之部位有百分之七十四是局限於直腸內或直腸之周圍；有百分之二十四係有內臟之轉移者，並有百分之四係轉移到淋巴腺。在發生恢復患例其平均生命之長度為二年。

痔 (Hemorrhoids or piles)

定義——肛門部之靜脈曲張。

原因——門脈系統內血液之壓力。門靜脈無靜脈瓣。門靜脈及全身血管系統間之吻合發生于痔上，痔中，及痔下靜脈間。任何門靜脈的充血，肝萎縮，或腹內的癌腫。酒精中毒及慢性便秘。

特別易生于青年及中年孕婦。

種類——外痔及內痔。

外痔——係覆蓋以皮膚。含有一中央靜脈被一肥大的皮膚贅生物所覆蓋。症狀輕微。癢及輕度疼痛。常有發炎及血栓形成或化膿。

治療——用哈美馬利 (Hamamelis) 軟膏及小心洗滌。當發炎時即用繃包。切除時須在極節省下施行，以避免重大癢痕形成。

內痔——發生于括約肌以內，並可蔓成到二吋以上之腸內。

係靜脈曲張覆蓋以肥大的黏膜。在肛門內形成一組肌性，紫色塊，有的係很厚，固定

，及肌性。並有的係壁很薄及易出血。

症狀——排糞後有疼痛及遲鈍疼痛性。極尖銳疼痛係因裂所致。排糞後出血，血液可濺于便盆上。粘液樣溢液，脫出之傾向。

併發病——發炎及血栓形成。若化膿時，可致門靜脈膿毒血病。因括約肌壓迫到脫出之痔上可致絞窄及腐崩。脫肛。肛門裂。

治療——

全身的——鹽類輕瀉劑及充分的運動。

局部的——排糞後洗滌。收斂性軟膏，例如，哈馬美利軟膏或沒石子鴉片軟膏。

注射法——每一痔在其基底部分注射五滴百分之二十的石炭酸甘油液。數次治療即足。不須麻醉，以後亦不須使患者躺臥。

手術療法——有嚴重的出血或疼痛，並無重大的永久的門靜脈充血時，例如，無肝萎縮存在時。

前驅的——瀉藥，例如，蓖麻油 (Castor oil) 繼之用瀉鹽。在手術前四十八小時應用瀉藥。手術前十二小時灌腸。

膀胱石截除術位置。有四種方法：(1) 夾器及燒灼；(2) 縛紮及切除；(3) 壓碎法；(4) Whitehead's 手術，或切除所有患痔之粘膜。此法常繼之有頑固的潰爛或少許的肛門狹窄。手術後保持便秘六天。

直 腸 脫 出

不完全的——在成年係常合併有痔，當僅粘膜脫出者。

完全的——常生于小孩，當所有腸之各層均突出之。

原因——(1) 組織之鬆弛；(2) 常有損傷，例如，大前列腺；(3) 腹瀉或寄生蟲；(4) 慢性便秘，痔。

病徵、等——肛門有突出之塊，其中央之口與直腸之腔相交通，其壁相連于肛門邊緣之皮膚。粘液樣溢液及出血。當為慢性時即大便失禁。絞窄及腐崩極罕見。與痔，息肉，及腸套疊診斷之。

治療——

姑息療法——除去任何勞損或直腸刺激原因，例如寄生蟲或痔。

收斂性洗劑——在睡前用側位排糞；由用一棉墊吸收洗劑敷肛門上；用丁字形繃帶纏紮之。

手術療法——在不完全的脫出將粘膜除去之。線繩劃痕法，注射收斂劑或注射石蠟。在完全脫出之患例將整個突出的瘤腫切除，與將腸縫合。在極少見的返復性患例行結腸固定術 (Colo pexy)，或將S狀結腸曲縫于壁層。切口到肛門及尾骨之間隙中。將此間隙填塞消毒紗布並令其從底生部第二期癒合。由此處之收縮而將腸保持于原位。

肛門瘙癢 (Pruritus Ani)

定義——此病之特性為圍繞肛門之緊張性癢。

原因——

1. 在成人——普通係由于肛門皮膚漏出之時常潮濕所致。此乃由于：(甲)痔瘡或息肉，脫肛或括約肌；(乙)裂；(丙)瘻管；(丁)卡他性直腸炎。
2. 在小孩——幾乎係由于寄生虫病。

病理——肛門周圍之皮膚變潮濕及皺起，並常因抓而有擦破。瘙癢僅係由原發原因發生之一症狀，但在原發原因除去後仍可繼續之。或係因相當時間之刺激後皮膚所生之變化及在真性感覺神經官能病之神經性的結果。

臨床上的形態——主訴為緊張性癢，開始在肛門邊緣。最緊張的刺激一般是恰在肛門開口處並沿前及後正中線。有時為持續性，同時在其他時間有一度之發作。一般係在夜間加重。有很多患者數星期不能安眠及其生活發生十分難堪。該患者常訴緊張的刺激較疼痛更難忍受。男子較女子常見。

治療——須小心檢查直腸及肛門，將任何局部的疾病除去之。

小心洗滌肛門之周圍，以後用四十分之一的石炭酸洗劑或撒粉常可減輕之。

Ball's 手術，係在肛門周圍切下一皮瓣，將神經分開之，常有良好的結果。

第四十三章 肝及胆管之疾患

(AFFECTIONS OF THE LIVER AND BILE-DUCTS)

肝 之 創 傷

非穿通性創傷（皮下破裂）——

原因——緩衝之意外；壓過；打擊，踢，跌倒，等；肋骨骨折。

素因——脂肪性肝或肝充血。

種類——

挫傷——瘀斑。纖維囊未破裂。

破裂——纖維囊破裂。一部分肝可完全脫離。

部位、等——最常見是右葉。前後的裂傷。若係因將肝摺起時即在上表面橫裂開。

症狀——

休克，由意外的暴力。

後一類患者胆管之連續可于數星期內恢復，並需由試驗以證明之。

症狀——即即刻發生膿毒性腹膜炎，或限局的腹膜炎，繼之是波動性癰腫；黃疸；尿中有胆液；泥土樣糞。

診斷——即急性腹膜炎合併有外傷、黃疸，或胆石疼痛之歷史。

治療——

在亞急性或不清楚的患例——臥床。若發生局部腫脹時，則施以剖腹術。

在急性患例——即刻行剖腹術。其方法與穿通創傷之患例同（見上）。凡膿毒性的胆囊必須引流，或除去之。

胆 囊 炎 (Cholecystitis)

定義——胆囊之發炎。此病常與胆石併發之，並後者由其機械的作用而表顯出臨床上的形像，但胆囊炎可為原發的疾病。

病因——因傷寒桿菌，大腸桿菌，鏈球菌，或葡萄球菌之傳染。

種類——

最早的形式——此種僅係卡他性發炎，合併有粘膜之絨毛狀增厚並在其中有膽固醇之沉着。此型乃謂楊梅草葉膽囊或膽固醇沉着症 (Cholesteresis)。

症狀——不知理由的不舒服或右季肋部疼痛與嘔吐及便秘。

以後或最急性類——膽囊發生膨脹與粘液性膿液，強大的增厚，及擴張或腐崩。由穿孔可發生局部腹膜炎或膿腫，但全部腹膜炎頗罕見。

症狀——限局的疼痛，與癰腫形成。嘔吐，便秘，及發熱。

治療——將胆囊除去。在壞疽型者，或當局部的膿腫形成時，其第一期須將胆囊引流，若有慢性瘻管之結果時即將胆囊除去之。

胆 石

原因——

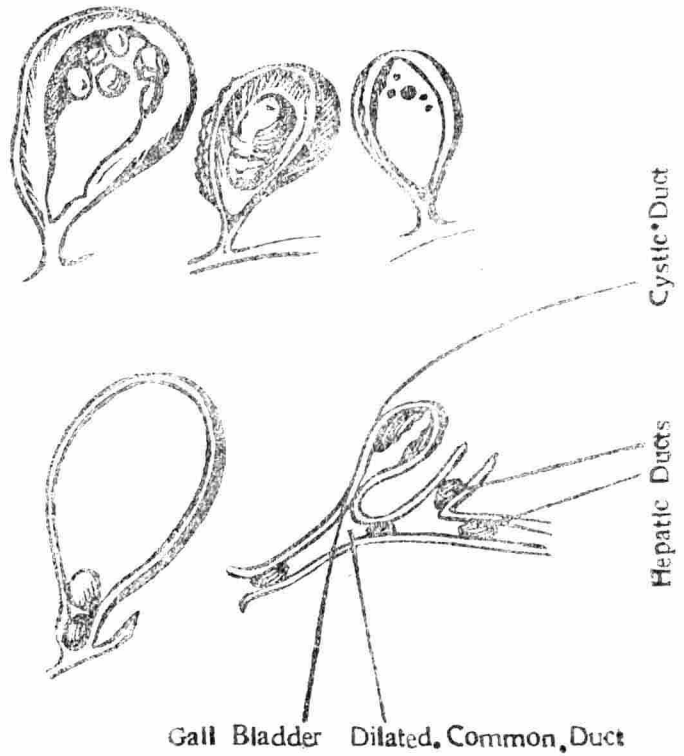
1. 胆液滯留——由于靜坐的習慣，胸衣阻礙呼吸運動而阻滯胆液之流通，及便秘。有謂胆液經分解，所以膽液變酸性及膽固醇沉澱而出。但鮮有真的確證以証實此種意見。至由癰腫而梗阻總胆管時，雖膽液變極端粘性，結石，膽固醇及其他物質永不形成之。
2. 胆囊之傳染——Naunyn 氏表示膽固醇係由胆囊之上皮而來並非由膽液所生。胆石之形成係因胆囊粘膜有發炎性卡他所生，其中之膽固醇大量增加，其鱗狀上皮細胞及細菌形成一核。

傳染之原因——普通的微生物是大腸桿菌及傷寒桿菌。此種細菌曾在胆石中找到。此病常先前有傷寒病之歷史。傳染之途徑大概是由血流。大概胆石之形成僅為傳染變成慢性或薄弱時；若為急性時，則不發生更多的膽固醇。在

婦人常見的胆石大概是由于孕婦受多次大腸桿菌之傳染。

3. 異物 (罕見) —— 針; 蛔虫; 爪仁虫; 包囊虫, 等。

第一百零四圖 各類胆石及膽囊之圖表, A. 膽囊炎, 與多數小塊結石及增厚的膽囊; B. 單純性膽固醇結石; C. 膽囊與小桑葚結樣石; D. 單純結石 嵌入膽囊管中, 膽囊變擴張; E. 在乏特氏 壺腹 (Ampulla of Vater), 總膽管, 肝管, 及膽囊內之結石。膽囊之形狀係單純之圖表 Hartmann's 陷凹未表示出之。



胆石形成之部位——一般係在膽囊內。亦可在膽囊管或總膽管中找到之; 生于肝管者更罕見 (第一百零四圖)。

構造——有三層: 核; 中層; 外層。

核——含有: 成團的細菌; 粘液; 血凝塊; 毛細膽管之管型, 或異物, 或 $CaCO_3$ 之結晶。

中層——成層的膽固醇結晶層。

外層——胆紅質與鈣鹽之結合層。

種類——膽固醇及膽紅質, 鈣之混合物。每一物質幾乎純粹者。後者于肝中形成結石。

發生——所有男性之百分之四; 所有女性之百分之二十; 大約有同樣的比例, 即一與五, 可發生症狀。

發生之年令——在小孩不知; 常生于中年之婦人——三十歲到五十歲。最常生于老年——但常為潛在性。在老年者常見多為潛在性大概係因膽囊及胆管肌肉性組織之變性所致。

症狀——係根據發生胆石之各種不同的位置, 有無傳染, 並根據膽石為穩定性, 或曾有移動, 及變成嵌入性等發現之。

膽石疼痛——僅在膽管中之結石可發生, 並因結石之運動或嵌入而發生。疼痛係

極痛苦疼痛之突然的發作，開始在季肋部或腹上部及放射向臍及右肩胛部。可歷數分鐘到數小時，常伴有虛脫，細弱的脈搏，油膩的皮膚，並在發作之末期有嘔吐。在數小時內可有重複的發作。

黃疸——因肝管總膽管之阻滯而發生。此管內發生結石不一定發生梗阻；當傳染時，可致粘膜之腫脹，或結石之嵌入，可發生完全梗阻繼之生黃疸等結果。黃疸發生于疼痛發作十二到三十六小時以後；一般係二到三天後即消失。胆色素之滯留最初是由發生在尿中而知，可致尿如暗棕色；以後是眼之鞏膜變黃，並以後是皮膚。糞變為生粘土色。有人謂結石在胆囊管之患例有百分之十五發生黃疸並在總胆管中之結石僅有百分之四十可發生黃疸。

體溫——在疼痛以後有時有寒戰，體溫昇達到一百零三度或更高。大概係潰爛處有膿毒性傳染所致。發熱為間歇型（夏科氏間歇熱），合併有胆管之卡他及嵌入之結石。熱可稽留而變成敗血症或膿毒性心內膜炎；合併于胆管內之化膿。

胆囊內之結石——

甲。無併發病者——多年的胆石消化不良的歷史。飯後即刻或較短的時間內腹上部發生遲鈍的疼痛。感覺充滿及膨脹，併有腸胃充氣及嘔吐；特別是飯後易生之，（如麪食，乾酪）等。常無物理徵象。患者常健康並活過中年。

乙。併有急性胆囊炎者——經多年之以上症狀後，引起更急性疼痛之發作。此種症狀開始于右季肋部及腹上部，並放射到背部及肩部。疾病時常有輕度的震顫性發作，常合併有發熱。常有嘔吐。其疼痛，飯後常增加，並可發生于夜間。食物後即減輕，因刺激而發生十二指腸潰瘍。

物理病徵——胆囊上有觸痛。此病徵最好由 Murphy's 徵指出之，此徵即患者于坐位，醫生之手指彎曲向上到兩側肋緣之下。在患者深呼吸時觸痛的胆囊可致呼吸突然的反射性抑制。Boas's 徵係在第十一胸椎及第一腰椎水平面之間脊椎橫突到腋後線之面積上有淺層的觸痛。

丙。併有化膿性或壞疽性胆囊炎——其症狀之開始似急性胆囊炎經二日或三日之進行方能診斷清楚，或係突然起病與腹上部嚴重的疼痛與嘔吐，寒戰，發熱及右上腹直肌顯著的強硬。此種情形頗似急性闌尾炎，係僅在右上腹部。在檢查，若局部之觸痛輕時，在右季肋部可摸到一硬塊，此塊係膨脹的胆囊被包繞在大網膜中。若不施行外科治療時，可發生胆囊穿孔與全部腹膜炎。

胆囊管結石——

在一次之胆疼痛發作后，胆囊內可由粘液所膨脹並可生長得極大但症狀少。若發生傳染時，其病徵即係急性胆囊炎之病徵與發生膨脹而可摸到胆囊。僅在合併有總膽管或肝管之梗阻者方能發生黃疸。

總胆管結石——

一般係有先前發作膽疼痛之歷史繼之是很清楚的黃疸。若結石在總膽管中變成嵌入時，其黃疸很快的即變嚴重，與發癢及蒼白色等。若開始為完全梗阻時，以

後梗阻可減輕，所以日日有不同程度之黃疸。此種不同程度之黃疸對於診斷因癌腫所致梗阻而生之黃疸頗屬重要，結石在總膽管中很快的可發生傳染，並因發生傳染性膽管炎而有寒戰及間歇熱。

物理病徵——

肝增大——軟度增大：有觸痛。

膽囊增大——在第九肋軟骨。光滑及圓形。尖端向右側 恥骨結節。隨呼吸而運動。能兩側移動之。可由于結石塊，粘液，或膿液而成。此種膽囊增大乃表示膽囊管之阻滯，並在此種患例僅有輕度的黃疸。在總膽管之阻滯，並在大多數慢性或反復性患例，膽囊係收縮者。若結石可產生明顯的黃疸者即不能使膽囊增大，反之即可使之增大。

COURVOISIER'S 律——『當總膽管係由結石梗阻時，擴張者罕見；若總膽管係其他原因梗阻時，擴張者常見』。在診斷上極重要。無增大與膽石係因為先前有發炎所致之粘連及纖維性變。

定律之推論——因膽石而致黃疸者其膽囊小；因癌腫所致者，一般是增大。

定律之例外——

1. 因膽囊管之結石或窄狹可致水腫或積膿，合併有總膽管結石之急性嵌入時。
2. 膽囊管有結石壓迫總膽管時。
3. 因急性發炎的變化而膽囊膨脹與總膽管被結石梗阻者。
4. 胰腺頭部有慢性硬結與總膽管之結石。
5. 總膽管經過中任何一部之惡性疾病，或胰腺頭部之癌腫及慢性硬化性膽囊炎。

診斷——一般係根據合併有無疼痛與黃疸，並是否可摸到膽囊或囊中有結石而定。

腎疼痛——疼痛放射到骨盆及股部：膀胱的刺激，尿中結晶。

鉛中毒疼痛——慢性便秘，藍色線，等。

胃潰瘍——疼痛與餐食有關係。

胰腺頭之癌腫——發生固定的瘤腫，肌肉消失，深黃疸合併有膽囊之增大。

膜性結腸炎——排去結腸管型及腸壳。

肝膿腫，蛔虫病，包虫囊。

膽囊攝影術 (Cholecystography) ——食入角質包囊之 Sodium Tetraiodophenolphthalein 後照射愛克司光可顯出膽囊。

臨床上的分組——(1) 患者之結石可通過並發生疼痛及清楚的黃疸；(2) 患者之結石嵌入並無疼痛但結果有更多的遺患。

嵌入者：其併發病及遺患——

1. 結石嵌入而無其他併發病——

在膽囊頸部，或膽囊管：膽囊形成大的液體瘤腫。

在總膽管：永久的黃疸，除非與腸形成瘻管性的交通。

2. 嵌入繼之有膿毒性遺患——膽管炎及膽囊炎與寒戰。膽囊積膿。肝膿腫。膽管穿孔及鄰近部之膿腫。結石到腹腔中。膿毒性腹膜炎。
3. 嵌入繼之有粘連到胃或腸，與瘻管之形成及排出結石。常無症狀。
4. 嵌入繼之有潰爛及腸梗阻。
5. 嵌入繼之有粘連到腹前壁及經腹前壁而潰爛。
6. 膽囊閉塞。
7. 潰爛繼之有膽管之癢痕形成及收縮。
8. 因結石之刺激而結果形成癰腫。
9. 因嵌入在乏特氏壺腹而有慢性胰腺炎。

治療——

藥物的及飲食的——

用于痙痛——嗎啡 四分之一噸與阿托品 一百二十分之一噸；熱浴 大量的熱水與重碳酸鈉及柳酸鈉以增進 膽液之流通。哥羅芳吸入。橄欖油或 甘油用途可疑。

用于預防結石——運動。飲食。

外科治療用於：增大的膽囊；永久的黃疸；反復發作的疼痛；間歇的發熱；局部發炎的病徵；腹膜炎。

膽囊結石——膽囊截除術，即移除膽囊，係可選擇之手術。此手術移除膽囊，不易使結石復發並使恢復期極端縮短。用膽囊切開術移除結石後則引流，須應用在急性化膿及有緊密粘連的患例，或應用於情形 不佳患者用大的手術可生危險者。

膽囊管結石——將石推回並由膽囊取出，或切開管壁移除結石后缝合之。

總膽管結石——向前或向後推，或切除及縫合。若結石在該管之第三段，即須將十二指腸之第二部分並經腸之后壁將石取出之。

胆 瘻

外部的——

原因——膽石；膽囊或膽管之穿通創傷；肝膿腫（特別是外傷開始的）；肝囊腫或膿腫之外科治療；胆囊切開術；放線菌病；惡性疾病；先天性。

部位——常生於臍部或右季肋部，可生于腹上部或腹股溝部。

症狀——溢出胆汁，粘液，血液或膿液。其數量之多少係根據該管開口之大小而定，若所有胆汁均外溢時，患者即消瘦及死亡。

豫後——若因惡性疾病，肝深部之膿腫，或不可通過的狹窄；其豫後即不良。其他原因者即良好。

治療——痛保持清潔。引流。括淨及填塞。移除胆囊。由總囊管移除梗阻。膽囊小腸

吻合術。

內部的——

原因——係因粘連到或潰爛到：胃；結腸；十二指腸；胸膜；腎盂；陰道；門靜脈；包繞的腹膜腔。或因同樣器官炎症性浸潤。

症狀——膽石可：(1) 嘔出；(2) 由肛門排出；(3) 腸管梗阻；(4) 致包繞的腹膜積水。

肝 膿 腫

原因——

1. 外傷——主要的是膿球菌。季肋部之打擊。穿通創傷：由外面；由胃(魚骨，針)。
2. 膽石——主要的是大腸桿菌。由膽囊或膽管直接的潰爛。間接的傳染，特別是當結石潰爛在總膽管時。
3. 寄生蟲——蛔蟲病：由十二指腸爬到膽管；特別是在小孩；其死亡及作用與膿毒性異物所致者相似。包蟲囊。瓜仁虫(極罕見)。球虫類；小的多數性膿腫。
4. 直接蔓延——由隣近發炎的病灶直接蔓延。右側膿胸，腹膜炎，右側腎周圍炎，等。
5. 膿毒血病性原因——

系統性，肝動脈道——其發生似全身膿毒血病之一部分。特別是骨(最常見的是頭顱骨)之膿毒性發炎，潰爛性心內膜炎，肺之膿毒性疾病。

門靜脈的，門靜脈道(膿球菌，大腸桿菌，結腸阿米巴，結核菌，放線菌病)——胃或十二指腸潰瘍，闌尾炎；痔之手術，臍帶之膿毒性發炎。

肝之結核性膿腫係一單純粗糙的腔，並一般是繼發于盲腸肥大性結核性疾病。

放線菌性膿腫係蜂窩狀。

6. 傷寒病——直接向上蔓延到膽管。由于門靜脈炎。接間經一化膿病灶。
7. 熱帶性膿腫——

地理上分佈——最多見于熱帶。地中海沿岸。偶爾發生于英國

氣候——重大的潮濕，及每日溫度有重大的改變者。

種族——歐洲人較本地人更易生之。

性別及年齡——男人與女人之比例為三十比一。年齡是二十歲至四十歲。

酒精為一重大的素因。瘧疾可作為素因之一，但熱帶性膿腫生于無瘧疾之處，例如，智利。

痢疾——有百分之七十五患痢疾。在大便及膿腫中可找到結腸阿米巴；常在第一次抽膿時膿中找不到阿米巴，但在以後二或三天可找到。在括膿腫之壁時一定可以找到。

病理——

單個者——熱帶性，有百分之七十五。膽石；蛔虫病；由磷銹化膿之蔓延。

多數性者——在所有其他患例均為多數性；典型的膿毒血性。

可開放到：肺；胸膜；心包；胃；腸；腹膜；右腎盂；下腔靜脈；向外。

部位——最常生於右葉之上部及後部。

症狀——常為隱性直到熱帶性膿腫之破裂。

在季肋部有隆凸，或突起。皮膚變紅及水腫。

肝上有遲鈍性疼痛。尖銳的疼痛乃指示有肝臟周圍炎。

肝增大——腫脹與呼吸一塊運動。罕有摸到波動者。肝有觸痛。

氣色不佳——輕度黃疸。

聽診——肝上有磨擦音。右肺底部有胸膜炎之病徵。右肺底部有啞軋音。當膿腫破裂到胸膜時有擊水音。

肝之濁音界增大。一般係向上。胃，結腸，及右腎被推向下，疼痛在右肩胛及肩部。

咳嗽（由刺激膈肌或侵入肺中）。痰中可現結腸阿米巴。因侵入胸部即有呼吸困難。

體溫——在損傷或膿毒血病之患例為癆瘵型（與寒戰）。在隱性熱帶性膿腫常體溫正常。

消化之紊亂——嘔吐，腹瀉，便秘，等。

併發病，由膿腫破裂所致者——

到胃——嘔出膿液。

到腸，一般是結腸——由肛門排出膿液。

到腹膜——致命的腹膜炎。

到右側腎盂——極罕見。

到上腔靜脈——致命。

到胆囊——由腸排出膿液。可恢復。

到胸膜——罕見——很多形成膿胸之症狀。

到肺——胸膜炎之症狀；咳嗽。吐出惡臭的，無的膿液，並常有大量的血液；結腸阿米巴。有百分之七十的熱帶性膿腫破裂到肺中而癒，但在膿毒血性者可致命。

到心包——很快的致命。

向外穿破——在肋軟骨間或肋軟骨下。

神經系——發生憂鬱病或疑病。最後譫妄及昏迷。

診斷——

隱性——有的患例係隱性，最初的病徵是膿腫之破裂。

特別病徵——右季肋部疼痛；右肩部疼痛；氣色不佳；黃疸（輕度）；肝增大；體溫昇高。

發生痢疾，頭部之膿毒性創傷，或任何化膿的病灶，均可使以上的症狀顯明。限局的肝周圍炎可致似膿腫樣疼痛，無肝增大，症狀不嚴重。其他類之腦肌下膿腫（見第三十六章）。

用針抽液——若抽液為陽性之結果須即刻施行手術方適當。可找到結腸阿米巴，包蟲的小鉤，球蟲類，放線菌，或厚的膿液似鱗魚醬。

豫後——在單個或無膿毒血病之患例，死亡率由百分之五十至八十不等。

治療——用注射器確定膿腫之位置後開放引流。若壁層無粘連時，周圍填塞紗布，並在撤空以前將壁層縫於肝上。切肝臟最好用烙刀。若膿腫在右葉在肋緣以上，胸壁即須切開。若膿腫與胸腔交通時，一部分胸壁須切除，並將空腔均引流。若有膿胸，但不與肝交通時，即需要二個個別的開口。若膿腫破裂到腹膜，即須切開，若有粘連包繞損害時，即撤空即可成功。

阿米巴膿腫之治療——用大的骨針抽出膿液，並用奎甯液洗淨膿腫，遺留所抽出膿液一半數量之奎甯液于膿腫中。若抽液不能洗淨膿腫時，僅可施行經過胸膜引流。內服碘化汞吐根離膠囊。

包 虫 囊

分佈——常見于澳洲及冰島。在倫敦較蘇格蘭或其他各省為多。

肝中之部位——可累及任何部分或表面。肝之包蟲為包蟲疾病之百分之五十七。

症狀——

肝瘤腫——在上部表面向上擴展，將肝推向下。在下部表面向下擴展，將肝推向上。波動，或有彈性，與包蟲囊震顫。

壓迫症狀——

到肝——呼吸困難。

到消化器官——疼痛，嘔吐，等。

到血管——水腫，腹水，痔。

到腹膜——限局性腹膜炎，疼痛。

黃疸者罕見——由于壓迫，或破裂到膽管。

破裂——

到消化道——自然痊癒。

到腹膜——休克，虛脫，尋麻疹性疹。

到胸膜或肺——胸膜炎或肺炎，有吐出囊腫之可能。

到心包——很快的致命。

到膽囊——疼痛及黃疸。

到腎盂，膀胱，下腔靜脈，門靜脈。

向外——成瘻管。

化膿——可由於損傷，由於有其化膿毒性病灶，由於膿毒血病，等之結果。形成肝膿腫與一般的病徵。

自然痊癒——寄生蟲死亡，液體被吸收，無活動性粥樣的物質被包繞。囊腫變鈣化。囊腫內可充滿膽液，並於是痊癒。

出血——出血到囊中可繼之破裂，並可致命。

包蟲囊液體之組成——中性反應。比重1.006。約有百分之二的固體——鹽類，蛋白質，及提出物。常含有鈎。無白蛋白。

診斷——慢慢生長之肝腫脹，為：(甲)液體性或彈力性；(乙)可與呼吸一同運動。抽出時含有鈎。補體固定試驗。血液中一定可找到嗜伊紅血球增多。

鑑別診斷——

1. 肝之實體性增大——實體的感覺。有梅毒或惡性疾病之病徵。抽出時無液體。
2. 單純性囊腫(極罕見)——液體中無鈎，並有大量白蛋白。
3. 膿腫——迅速發生之。加壓時有瀾痛。跳痛。寒戰及發熱。
4. 胆囊增大——合併有絞痛及黃疸。有兩側的運動。
5. 膈肌下包蟲——全肝推向下。向上侵佔胸膜腔。肋弓外翻。
6. 膈肌下膿腫——肝之下緣變位，但外形未改變。有發炎變化之病徵。抽液時有膿或氣。
7. 右腎之囊腫或腫脹——呼吸時肝有輕微的運動。結腸位於其前，而非位於其下。
8. 胸膜滲出——濁音更瀾漫並少局限。全身的症狀更明顯。
9. 肝動脈或動脈弓之動脈瘤——膨脹性搏動。吹氣雜音。當肝動脈受累時常有黃疸。疼痛極重。
10. 卵巢囊腫——與骨盆相接。距肝有分濫界。
11. 腹壁之包蟲囊——肝可單獨運動。
12. 肺底部之包蟲——咳嗽與染血的痰液。
13. 擬瘤(Phantom Tumor)。
14. 腹膜之局部的膿腫。
15. 腹水。

豫後——若發生化膿或破裂時豫後即不良；經胸腔可摸到囊腫時亦不良。經腹切開後之死亡率為百分之十。經胸腔切開後之死亡率為百分之二十九。

治療——不可抽出。將囊腫露出，注射百分之二的福爾馬林以使內容物消毒，並試圖摘出囊腫。若此法失敗時即將囊縫于壁層(即，袋形縫術)，並切除之。

肝之其他囊腫——可大或可小。一般無症狀。其液體於煮沸後成固體。無鈎。大概係淋巴管或膽液之粘液腺擴張。

治療——與包蟲囊同。

多房囊腫性疾疾病——常合併有囊腫性腎。大概是膽小管之類粘液性變。最常見于老年人。一般不能認識之。無法治療。

囊腫性腺瘤——限局的腺體性瘤腫，含有囊腫。

皮樣囊腫——極罕見。

能 動 肝

原因——

先天性——冠狀韌帶及懸韌帶之變長。無冠狀韌帶。

後天性——膽囊之增大或生長。胸部下口變窄（緊的束帶）。瘤腫或囊腫之重量或牽引。腹部鬆弛，由於多次的懷孕。腹膜炎後之懸韌帶脂肪性變。

症狀——當合，伴有腸下垂，能動腎，或能動脾。牽拉性疼痛。偶爾有黃疸。腹內有肝形腫之瘤腫，可復位到右季肋部。肝之部位有反響。行走困難。消化的擾亂。幾乎常生于婦女。

治療——腰帶。停用胸衣。可能用肝固定術。

肝 的 實 體 性 增 大

畸形——肝質向下生長之否，一般係與肝右葉（名 Riedel's 葉）之前緣相連。其重要性僅係因常與胆囊，腎，或其他瘤腫誤認。

放線菌病——原發性者罕見。一般係繼發於腸之傳染，或由胸部之蔓延。肝增大，與有凸出的外緣，並合併有腹部或胸部發炎之病徵，可變軟或破裂成一膿腫，由其膿液可知其性質。

豫後及治療均無望。

梅毒——

瀰漫性肝炎——一般係見於先天性患例。肝變硬，結節樣，因間質性纖維性變而有重大的增大。

樹膠樣腫——發生於後天型或先天型者。可致表面有凸出性增大，與輕微症狀或無症狀，直到門靜脈裂被侵及時。

澱粉樣疾病——可為梅毒或慢性化膿之結果。

血管瘤——為有僅的良性瘤腫並非罕見。可為先天性或後天性，並一般是恰生長在包膜之下。

先天性患例——形成大的塊形可達臍部，無包膜包繞。

後天性患例——大約為多數性包膜包繞瘤腫之百分之六十，橫徑為半吋至一吋。

癌——為原發性瘤腫，可發生於肝細胞，或肝之胆管。硬塊為單個性。繼發性瘤腫常見，並為多數性。

肉瘤——原發性者極罕見，但繼發於骨及黑色素沉着者常見。

惡性增大之症狀——結節樣增大侵入到胸部及腹部。若因原發疾病而為死亡時，

第四十四章 胰腺及脾之疾患

(AFFECTIONS OF THE PANCREAS AND SPLEEN)

胰 腺 之 疾 患

糖尿病——係由於胰腺之萎縮或贅瘤所致之全部移除或破壞。

常合併有胰腺之脂肪性變及纖維性變。

腺泡間胰腺炎，與一定的特殊細胞所謂胰腺島之破壞，係胰腺性糖尿病最常見的損害。

損傷——極罕見，並常係致命。

在小腹膜腔中可形成一血囊腫，並在其中有胰腺酵素。

治療——由前面切開及使空，結紮出血的血管及從後面引流。

胰腺結石——極罕見，主要的是由碳酸鹽所組成。可致疼痛，並合併有腹瀉，並常有糖尿病。

胰 腺 炎

病因——胰腺管與總胆管之關係，係二者有共同的開口到十二指腸，若由胆石梗阻之特氏壺腹（共同的開口）時即易成胰腺的梗阻及發炎。

損傷——由於腹部的挫傷或手術可易成亞急性或慢性胰腺炎。

細菌的傳染——每一患例皆有細菌存在，一般是結腸桿菌類。原胰蛋白酵素陽性細菌係胰蛋白酵素形成之結果，並因此而胰腺發生很快的壞死。傳染的途徑係由受傳染的胆囊經淋巴管而傳染。

病理——

無胰腺的消化——係由下列情形表示之：(1) 在患者未患腹瀉而有不消化的肉纖維；(2) 在大便中有大量未消化的脂肪，以致糞便成灰色。

脂肪壞死，即脂肪分解成甘油及脂肪酸。後者在組織中保持為不透明塊，聯合成鈣鹽。乃係在血中分解脂肪的胰腺酵素擴散之結果。主要的是發生在腹部的脂肪，臟層及壁層二者之脂肪。常見於急性及亞急性胰腺炎，但慢性者罕見。

出血——在大多數急性患例係顯著及極明顯。可發生：(1) 胰腺之本身；(2) 到周圍之腹膜組織。可由於脂肪分解的變化所放出的甘油所致，並常因同時發生黃疸而增加。

尿中之結晶——在很多梗阻性及急性胰腺炎之患例，尿氧化後與苯胍 (Phenyl hydrazine) 煮沸可產生似種子樣清楚的黃色結晶 (Cambridge)。

分類——

1. 急性——

甲. 出血性：(1) 過急性，此病出血在發炎以前，腺內外均有大陣出血。(2) 急性：發炎在出血以前，出血不甚多並在全腺體中分佈成斑狀。

乙. 壞疽性。

丙. 化膿性 (瀰漫性)。

2. 亞急性——胰腺之膿腫。

3. 慢性——

甲. 間質性：(1) 葉間。(2) 腺泡間。

乙. 胰腺硬化。

急性胰腺炎——

病理——壞疽或重大的出血到胰腺，與明顯的脂肪壞死。

突然起病，但先前常有打擊。

腹上有嚴重的疼痛，觸疼，及腫脹。

強度亂休克，小而快的脈搏，低於正常的體溫。

嚴重的嘔吐及顯著的便秘——後者可用灌腸以治癒并可發生腹瀉。患者有上腹部型急性腹膜炎之病徵及經過，並約在三天內致死。

發紺——全身成淡藍色。

診斷——與內臟破裂或急性胃位的梗阻罕能鑑別。

治療——上部切開由找到下列情形而確定其診斷：(1) 在胰腺部有腫脹及出血；

(2) 脂肪壞死。器官必須露出并經胃結腸繫膜及開放小囊之後壁而引流。若患者之情況有更進一步的侵入時即須將胆囊引流。

亞急性胰腺炎——

起病不甚突然——較急性類者很明顯的少休克。

嘔吐亦不如此嚴重。

腹瀉變成永久性。糞中有血液及膿液。

極不規則的體溫，在黃昏時昇高到華氏表一百零三度至一百零五度。

肌肉消失——極快。

明顯的臃腫。

一定的腫脹或膿腫——可發生於胰腺上。

膿腫可：(1) 向上似一膈肌下膿腫；(2) 向外似一腎周圍膿腫；(3) 向下似髂部或腰肌膿腫；或(4) 向前似腹膜膿腫。

經過——患者可歷數星期或數月，并可恢復。

治療——口服甘朮及薩羅 (Salol)。洗胃及灌腸。

膿腫可用手術——由前面露出。將腹膜腔填塞後，由後面或前面引流之。

慢性胰腺炎——

原因——(1) 在總胆管末端之胆卡他及結石，亦同時梗阻胰腺管；(2) 十二指腸內之卡他，潰瘍，或膿毒病；(3) 先存的急性或亞急性胰腺炎。

解剖——胰腺管之化膿性卡他。腺體之間質性發炎，與最初腫脹及以後收縮。十二指腸，幽門，及胆囊之粘連，與後者之膨脹。

起病——常為漸起，但亦可突然起病，有疼痛及黃疸。

疼痛——可為持續性及陣發性二者，二者之病例均係在臍以上之腹部。

無力，與肌肉之消失及消化的紊亂，例如，消化不良及嘔吐顯明顯。

糞便為大量，疏鬆，色亮，有惡臭及含有游離的脂肪。

癆瘵熱與寒戰頗常見。

胰腺頭可摸到似一硬的瘤腫，並胆囊常膨脹。

種類——

1. 梅毒性，發生於嬰兒之先天性疾病。
2. 小葉間。侵及小葉間組織，并破壞島可避免。此乃由管所傳染之普通型者，並不生糖尿。
3. 腺泡間。發炎性纖維組織穿過小葉及侵入胰腺島。並合併有糖尿病。

診斷——常與慢性胆石之病例相混誤，並僅在手術時方認識之。其中央部之觸痛，及瘤腫可使診斷清楚。

胰腺頭之癌通常不能與此病區別之。在癌腫係生於老年人，更無疼痛，並經過更速。

經過——可歷數年，除非繼發糖尿病時。

治療——在胆管中之任何結石須去除之，並將胆囊物合到胃或十二指腸。如此可使黃疸減輕，因其乃係胰腺頭在總胆管上之壓力所致者。

胰 腺 囊 腫

分類——(1) 潑留；(2) 增生；(3) 包虫；(4) 出血；(5) 先天性；(6) 假囊腫。

1. 潑留囊腫——因結石，間質性纖維性變，十二指腸瘤腫之壓力，或糾纏。形成單純性囊腫之大多數。
2. 增生性囊腫——抑腺瘤，似卵巢瘤腫，或癌。
3. 包虫囊——極罕見。
4. 出血性——當血液由腔中吸收後可在胰腺內或其周圍遺留胰腺囊腫。
5. 先天性囊腫性疾病，與腎及肝之囊腫性疾病相似。
6. 假囊腫——位於胰腺之前，常繼外傷而生。大概其單純的形成係因損傷胰

腺滲出之液体充滿小腹膜囊所致。

解剖——常在胰腺尾部並常極大，有十五至二十公升。內壁光滑，但在增生性囊腫其中有少許乳頭狀瘤。一定有緊密的粘連。

液体為黑色、粘性的，及類膠樣，並可含有蛋白分解酵素，乳融酵素，及澱粉分解酵素。

症狀——腹上部疼痛。消化不良，嘔吐，及很快的肌肉消失。糞或尿的改變（脂肪或糖）乃例外的。腸內無胰腺分泌液由 Sanli's 徵可知之，即薩羅不分解成柳酸及石炭酸，若在正常之患例即可在尿中檢出之。

病徵——腹上部之彈力性腫脹大部在中線之左側。常在胃及橫結腸之後找到。腫脹為固定性，並有一傳導性搏動。其生長有四種不同的經過：

1. 在胃上及結腸下之間，二者均在其前。此為最多見者。
2. 在胃上，小網膜之後。
3. 到橫結腸系膜二層之間。
4. 在橫結腸之下。

當其變大時可充滿全腹。常係固定，並隨呼吸而極少運動。

診斷——由左腎，肝，脾，腸系膜，網膜，及卵巢等之囊腫，及由腹部之動脈瘤（在膝肘位按之）以診斷之。

治療——

摘出術——可能時施行之。

撤空及引流——最初用袋形縫術，因液体有重大的消化性質故不可使之流入大腹膜腔中。用礦物脂肪保護皮膚。若囊腫不能用袋形縫術時，即抽液，填塞，及引流。

胰 腺 之 贅 瘤

癌——可有硬癌，類腺癌，柱狀細胞癌，類膠質癌。一般係在胰腺頭部。可蔓延到胆管，十二指腸，結腸，輸尿管，門靜脈。

症狀——發病之疼痛為漸起，但常甚嚴重。黃疸與胆囊之增大係慢性及極重，並常伴有肝之增大，僅有四分之一的患例可摸到腫塊。很快的消瘦，嘔吐，大量腐敗的糞便含有未消化的脂肪及肌肉纖維。

併發病——除一般的（1）胆梗阻外，可有：（2）幽門梗阻；或（3）因下腔靜脈及門靜脈上之壓力而生腹水。

診斷——與胆石鑑別，由黃疸之無痛的起病，胆囊之增大，及很快的消瘦。

治療——將胆囊吻合到十二指腸或胃可以減輕黃疸。

脾 之 疾 患

先天性異常——

無脾者極罕見。

在胃脾韌帶或大網膜生有副脾。

除去後之作用——

血液之改變——白血球增加，赤血球減少；血色素減少。此種變化于除去二或三個月後最明顯。

淋巴管——淋巴腺常變大，並在腸系膜及網膜發生淋巴結，該處以前無淋巴結。

骨髓——骨髓內細胞變化之活動性增大。

全身——經度發熱，口渴，多尿，及腹部有觸痛。此作用在青年患者較老年患者不明顯。

能動脾——

原因——(1) 支持腹膜的皺襞伸長及破裂；(2) 脾增大；(3) Glenard's 疾病；(4) 緊的束帶。

結果——

變位——能動脾可位于任何位置，並有時可佔據腹股溝 赫尼亞囊。位於右髂間及子宮後之骨盆底者係診斷上常發生錯誤之位置。

旋轉——軸性旋轉常併有極度的變位。常為半周或全周旋轉（一百八十度到三百六十度）。其症狀與卵巢囊腫扭轉所發生者相似。脾血管血栓形成，並發生粘連將脾固定於旋轉之位置。

充血及出血——可發生於任何變位之脾，但特別易生於蒂被扭轉之患例。出血到脾組織中可生囊腫。

其他器官之變化——胃及胰腺被拉向下，胰尾可形成蒂之一部分。可與其他任何內臟形成粘連，特別易與在骨盆變位之子宮及膀胱粘連。

治療——

大多數患例行脾剷除術，即在所有發生扭轉，出血，及粘連者。

脾固定術——將脾縫成一腹膜袋，此乃係由第九及第十肋骨內面形成之。

脾之損傷——

刺傷——抑因刀或因彈丸，極易由出血而死亡。

治療——即刻行剖腹術。除非脾有重大的裂傷須將脾截除外，所有患例均須將脾縫合之。

皮下破裂——

原因——與肝破裂之原因相似，但有很多患例常有先在的瘧疾或其他脾增大的

疾病。

解剖——脾可裂開，由其蒂部分離破裂為二，或在其包膜內壓碎成一軟塊。左腎，及肝左葉常同時裂開。

症狀——除其原因及結果係在左側最明顯非右側外，其症狀與肝破裂極相似。在開始疼痛及繼之內出血病徵之間常有數小時或數日之穩性期。此乃由於血液在脾血管中凝結所致。腹兩側有轉移性濁音，但右側可完全是回響，而左側不然，因左側為血凝塊佔據而不能移動之故。若不治療，有半數患例於傷後一小時內死去；大多數患例於二十四小時內死亡。

治療——很快的露出並鎖住其蒂，繼之截除脾，或至部分破裂之患例用紗布填塞及縫合。

外科上重要的脾疾病——

膿腫——一般為轉移性，在急性發熱病之過程中由一膿毒性栓子而發生，例如，傷寒，瘧疾，心內膜炎，或門靜脈膿毒血症。

症狀——在左季肋部有很快的增大，與腹部的觸痛及強硬。

治療——若粘連到壁層時即引流。若無粘連時即將脾截除之。

結核——結核病單獨侵害脾並使其增大者極罕見。在此種患例用脾截除術常有良好的結果。

囊腫——此病可有（以常發之順序）包虫性，出血性，漿液性，或淋巴。其症狀即左季肋部囊腫性瘤腫之症狀，其治療為脾截除術。

脾之瘤腫及增大——

一般的性質——在左季肋部有一硬塊發生於第九肋軟骨之頂部。常可摸到銳利的結節狀邊緣。與呼吸一同運動。叩診時前面有濁音，而非後面。其邊緣消失於左肋緣之下，並與後面第九，第十，及第十一肋骨胸部濁音區以下相連續。

贅瘤——原發性贅瘤一般係很快生成淋巴肉瘤。形成結節狀瘤腫並為痛性。用移除治療之。

惡性貧血——在此病移除脾後可減少過度的赤血球溶解。在用脾截除術之前應小心用『活梯』式輸入全血及除去牙齒，胆囊，及闌尾上之所有病灶。此法不能治癒疾病，但可延長生命。

白血病——移除大的脾常可致命。但在最初用重複的鐳照射而使脾縮小，以後用截除術僅有百分之五的死亡率。

雖然其原因不很清楚，出可使生命延長。

脾性貧血或班替氏（Banti's）病——係一慢性疾病，有貧血及白血球減少，合併有脾之重大增大及極易出血，特別是由胃出血。在晚期，有肝萎縮，黃疸，及腹水。增大的脾常很緊密的粘連到其周圍之組織，用前驅的鐳治療后脾截除術施行愈早愈好。

出血性贅瘤——係贅瘤的情況而脾中無別液或灰色囊便。可有先天性或後天性。其

脾中過度的赤血球溶解所致。血球對鹽液之反應顯示過度的脆性。脾切除術可使永久的痊癒。

第四十五章 腎及輸尿管之疾患

(AFFECTIONS OF THE KIDNEYS AND URETERS)

先 天 性 異 常

錯位——腎可錯位到骶髂關節上，骨盆內，或近于腹環，或係因為睪丸下降時之牽扯所致。腎之極端錯位者極罕見，並可致疼痛。

若此病發生于女性，特別是當月經或妊娠時疼痛加重。

畸形——分離成二葉或多數葉，如同多數動物之正常腎一樣，雖此病比較常見但無臨床上的徵象。

雙輸尿管——可僅輸尿管之上部受患，或整個輸尿管一直到膀胱。此病頗常見。

額外的血管——頗常見。副腎動脈常在主要腎動脈之下由主動脈單獨分出之，並在其上形成一束而使輸尿管糾纏，如此而發生腎盂積水。

數目之異常——

一腎變無——極罕見，大概在五千患例中不足一個。

一腎先天性萎縮——較以上之病為常見，大概有很多患例是計入上一類中。腎係由纖維塊所代替，輸尿管係由一細索所代替，至膀胱的開口係由一小凹所代替。此二種病及下一種病其對側之腎變肥大近于正常大小之二倍。

二腎併合成一塊——此為所有嚴重型先天性異常之最要者。常形成一馬蹄形內臟，兩腎在其下端相連，並一般係較正常者為低。在腰一側或在骨盆內可形成一盤狀或S形之器官。與一腎萎縮或變無者不同，用膀胱鏡檢查時不能證明之，因其輸尿管口正常。

囊腫性疾病，肉瘤，及腎盂積水——偶爾為先天性者。

能 動 腎

移動之程度——

1. 在腹膜後移動——篩灰渣樣運動。抑在其脂肪膜內或與該膜一同運動。
2. 流動向前，與向下相同，將腹膜推于其前。
3. 流動與一清楚的中腎 (Mesonephros)。

病因——女子爲患例之百分之八十。右腎受患十二倍于左腎。症狀最顯著之年齡是三十一歲到四十五歲。

常繼生于：多次妊娠。迅速的消瘦使腎與其脂肪包膜相當分離。緊的束帶，將肝及腎推向下。飛行性充血合併有月經。腰部之打擊。或由脚上嚴重的跌倒。任何腎之增大的疾病。

常合併于：胃擴張，腸下垂；憂鬱病。

解剖——腎周圍之脂肪缺乏或無。腹膜弛緩。腎變大，軟，及柔弱。腎血管變長。

併發病——腎盂擴張及腎盂積水。常有輸尿管糾纏。腎盂炎。結石，癌腫，或其他疾病。腎下端向前及向內傾斜。

物理病徵——雙手觸診可摸到腎之下端。當腎流動時可形成腹部的癰腫。一般係恰在臍之一側。在腰部有不正常的回響。

症狀——

疼痛——腰部有重性或運動性不舒感覺。腹部及背部有牽拉性疼痛，當月經期增劇。若其帶扭轉時偶爾有急性瀕死之危象。

胃腸症狀——消化不良及胃擴張，可能的是由于十二指腸糾纏。由于結腸上之牽拉，有痙攣與便秘，或罕見的腹瀉。由腎蒂部之牽拉可發生痙攣及嘔吐之嚴重胃危象。顯明的黃疸。

尿的症狀——由于腎盂炎或充血有輕度的蛋白尿，膿尿，血尿，多尿，與極度的希望排尿。疼痛及排尿少以代替疼痛停止及多尿，乃係輸尿管之扭轉及腎盂積水。急性腎疼痛，排出蛋白，血液及管型，乃係腎蒂之扭轉。

神經症狀——希司忒利阿，神經衰弱，憂鬱病，及疑病，常在月經時增劇。

診斷——

由其他腎疾病，例如，結石，結核，或贅瘤。此類病有相當清楚的形態，例如，結晶體，桿菌，或血尿，並其經過更限定及更速。

其他形式之慢性腹部疼痛——卵巢炎或卵巢脫垂。子宮異位。返回性闌尾炎。痙攣及便秘。

其他腹部之腫脹——肝右葉異常。膽囊膨脹或贅瘤，脾異常。盲腸之贅瘤。卵巢之癰腫。

腎可以復位到腰部，及加壓于腎時感到有疾病性疼痛，乃係證明此癰腫爲異位腎之主要事實。

豫後——

治癒之預期——炎性發作後。患者變肥胖時。有時在受孕后。

變惡之預期——當合併有腸下垂或腎盂積水時。

危險之預期——當合併有發生腎危象時，腎盂積水或腎盂積膿。增加便秘或闌尾炎。

治療——

姑息療法——指徵係：(1) 良性患例；(2) 患例合併有希司忒利阿或疑病者；(3) 全部腸下垂。

此療法係：休息，使肥胖的食物、腎部使用束帶與墊——須在腎復位後施用之。
根本療法——

1. 腎固定術——當休息及束帶其症狀更嚴重而不減輕者，當有腎盂積水時。當發生腎危象者。

結果：百分之十至十死亡；百分之九十治癒疼痛；百分之五十治癒胃腸症狀。

2. 腎切除術——僅因腎盂積水或其他疾病而結構紊亂時用之。

腎之損傷，壁層下的損傷

原因——直接暴力；壓碎。間接暴力；肋骨嵌入，及肌肉的暴力。

發現——最常見于男子，並係在右側。

解剖——可發生任何下列之損害：脂肪性包囊撕裂——腎周圍血腫。腹膜撕裂——特別是在小孩，囊下出血，實質破裂——血腫。腎盂破裂——出血及外滲。血管破裂，血管血栓形成，腎完全脫出，腎由腎門窩撕裂。腎之壞死或膿腫。

症狀——

虛脫——長及深。當由出血而來者常為遲延性。嘔吐。

瘀斑——在腎部。皮下環及生殖器之周圍。

疼痛——至腰部，放射至睪丸及股部。當在輸尿管中有血塊時即有疼痛及睪丸退縮。

瘤腫——在腎部。痛性及無界限。

血尿——最常見及最特殊之病徵。

此結果係由：(1) 腎破裂，(2) 單純性挫傷或充血；(3) 栓子或血栓形成；(4) 遲發的發炎；(5) 先在的原因，例如，結石。

在腎破裂無血尿者：(1) 當破裂為淺層時；(2) 血管有血栓形成；(3) 輸尿管梗塞；(4) 腎由輸尿管處撕裂。

性質——大量。可歷多日，但可為間歇性。可有輸尿管之血凝塊管型。

排尿——極欲排尿。排尿時疼痛及困難。由于遲發的腎炎而尿中有膿液及管型。

尿少症 (Oliguria) 及無尿 (Anuria) ——由于體休克。實體之腎受損傷。兩腎均受損傷。

尿潴溜 (罕見) ——膀胱內有血凝塊。腹肌之癱瘓。

腹膜炎——當腹膜曾有撕裂時。

嚴重損傷之結果——(1) 由休克或出血而死亡；(2) 腹膜炎；(3) 發炎及化膿；(4) 輸尿管閉塞，與腎盂積水，腎盂膿腫，或腎萎縮；(5) 尿外滲；(6) 外傷性腎炎；(7) 腎周圍膿腫，由于結腸之挫傷並繼之大腸桿菌傳染。

治療——

在大多數患例須治療休克——嗎啡及麥角素。瀉藥。涼水管 (Leiter's Tube)。

活動性的動脈出血——探察切開；用紗布填塞破裂處。若血凝塊不能通過時須洗膀胱。若膀胱內充滿凝塊時即用膀胱切開術。

在嚴重患例——鉗住蒂部。若休克嚴重時將腎除掉。

在腹膜滲出者——在前面將腰部之切口延長。

腰部血腫——切開及引流。

割傷及穿通傷

解剖及症狀——與上一種病相似，並增加創傷。外出血。溢出尿液。

特殊的危險——累及血管或腎門。傷及腹膜。膿毒性變化。

治療——

創傷——小的創傷須擴大。大的創傷須填塞及引流。任何異物須使定位及移除。

出血——露出腎臟。依其嚴重的程度而縫合，填塞，或移除。

腎周圍炎，腎周圍膿腫

插圖——圖414。圖415。圖416。圖417。

股屈曲及脊柱前凸。股完全伸直不可能。可使股屈曲，內收及外展。若身體彎曲到壞腿時可用該腿站立，膝部時有疼痛。無股關節疾病之病徵。

2. 有化膿者——明顯的便結。全身症狀——體溫，華氏表一百零三度至一百零四度，疼痛為深在性，跳痛性，放射性，並可變更。加壓時增加。腰部抵抗力增加及有重量。叩診有濁音，波動。脇腹有紅及水腫。患側之睪丸退縮。患側之足及腿水腫，患側偶爾有麻木或癱瘓。

尿——例外者含有或血膿。

診斷由：

- 腰痛——無發熱或腫脹；兩側性。
 腎痛——定期性，無局部的腫脹；希司忒利阿。
 器官性疾病——良好的外形。無局部的發熱或水腫。
 脊柱的疾病——無傾斜于一側。角樣彎曲。
 髓關節病——股關節疾病之局部病徵。
 骶髂關節病——骶髂關節疾病之局部病徵。
 腰肌膿腫——近于中綫。脊柱的症狀。
 血外慘——與損傷有關，無發熱。
 關尾炎——症狀開始于髂凹。
 糞積。
 脾或肝腫大，傷寒，膿胸，肺炎。

部位之診斷——

- 上道可致胸部症狀，例如，胸膜炎。
 中道可致腹股溝部，陰囊部疼痛，與蛋白尿。
 下道可致臍部，髂部及膝部之疼痛。
 預后——一般均可癒；百分之三十死亡。若早期切開，即良好。
 若膿腫破裂到肺，結腸，或輸尿管，仍有一恢復之機會。
 若膿腫破裂到胸腔或腹腔，極不良。

治療——熱療法，鉛鹽化物之軟膏，等。嗎啡，瀉藥，等。早期及切開，與引流。

間質性腎炎

(腎盂腎炎而無化膿)

病因——(1) 所有發生梗阻之情況；(2) 外傷病；(3) 藥物——松節油，斑蝥(?))。

病理——增厚的顆粒樣包囊。過多的及粘連性的腎周圍脂肪。腎盂全部擴張及發炎。間質性結締組織增加，總之腎小管彎曲。常合併有結果性的結石。老患例可發生『癥痕收縮性腎』。

症狀——

1. 慢性型者——由梗阻發生者。

隱襲的起病——一般無寒戰或發冷。

全身不適——小及快的脈搏，倦睡，口味消失，腸胃充氣，很快的消瘦，口渴，惡心，及嘔吐。

癆瘵熱——黃昏時體溫華氏表一百度至一百零二度，數日及數星期不等，大量出汗。

尿——常因膀胱炎，等而混誤，量多，比重減低，有微量蛋白，由腎盂炎而有膿液，輕減及復發。

2. 急性外傷性腎炎——

開始有極顯明的寒戰。

癆瘵熱——極顯明。

腰部疼痛——般是在一側，極不一定，急性或遲鈍性，限局周圍或瀰漫性。

尿——常閉止，血液，紅色含砂的沉着，蛋白及微量的膿液。

在殺菌性傳染有重復寒狀。

診斷——

慢性型——與任何型的慢性血中毒區別之。

急性型——與敗血病或傷寒病區別之。

豫後——依據梗阻之原因，尿閉止者極危險。

治療——

預防——克服滯留原因，小心器械應用，由膀胱洗出分解的尿。

姑息療法——休息，保暖，瀉藥，熱浴，裹身法，腰部用吸杯及敷熱，尿閉止者用嗎啡六分之一噸，阿托品百分之一噸，癆瘵熱用金雞納五至十噸，與鴉片酊五至十滴，多尿用麥角。

腎之化膿性傳染

種類——(1) 腎盂炎；(2) 腎盂腎炎；(3) 腎盂積膿；(4) 周圍性腎膿腫。

細菌——主要是大腸桿菌，亦可有鏈球菌，葡萄球菌，結核桿菌。

素因——尿路梗阻；例如，包莖，狹窄，結石，前列腺增大，能動腎。

直接原因——

1. 由尿路任何處傳染之蔓延——膀胱炎，尿道炎。

2. 全身的原因——血液的傳染；膿毒，性栓子，刺激性藥物，寄生蟲（埃及血吸蟲，圓蟲）；腎盆發炎，妊娠；疹熱病，白喉，傷寒病。

第一，腎盂炎 (PYELITIS)

定義——腎盂之發炎及化膿。

病理——襯裏粘膜之充血及增厚。

症狀及病徵——高熱，不適。尿多。在酸性尿中間歇的溢出膿液（若無併存的膀胱炎）

。腰部有疼痛及觸痛。常在開始時有寒戰。尿之顯微鏡檢查可証明有膿及微生物。

治療——除去原因。服優洛託品 (Urotropin) 及枸橼酸鉀。洗膀胱及以後用輸尿道導管灌洗腎盂，但在急性期不能器械應用。

第二，腎盂腎炎 (PYELONEPHRITIS)

定義——腎質之發炎及化膿與腎盂相同。

症狀及病徵——急性起病與寒戰及背部疼痛。頭痛，偶爾有嘔吐，口乾及口渴。大量出汗。倦怠或以後昏迷。除非在尿中毒，以前有高熱。尿為深色及含蛋白，血液，及膿液。

慢性腎盂腎炎——癆瘵性體溫。腎增大及有觸痛。尿中含有上皮細胞，管型，及膿液；在早期為酸性反應，在晚期為鹼性反應。胃口及消化不良。夜間有輕度譫忘。

治療——除去原因。給以柔軟的液體食物，優洛託品，及枸橼酸鉀。腰部用熱敷。洗腎盂及膀胱並滴二百分之一的汞溴紅水溶液。若繼之有化膿時，將腎盂切開及引流（腎造口術）。

第三，腎盂積膿

定義——腎盂及腎盞內積聚膿液而膨脹。由于滯留及傳染。

病因——所有腎盂積水之原因（見該後節），與附加膿毒病。特別是結石性腎盂積水。右側最常見。

病理——腎盂成多房性的膿囊。小房間隔含有硬化的腎實質。小房分離或與中央腔相交通。此腔由輸尿管處閉合之。含有膿液，尿，及乾酪樣物質。小房，抑原發或繼發。

形成粘連，繼之成膿管，可通到腰部，結腸，胃，或腹膜。

症狀及病徵——一般係前驅有膀胱炎，腎盂炎，或腎盂積水等症狀及病徵。寒戰，腹瀉及疾病。癆瘵性體溫。消瘦及虛脫。

瘤腫——在腰部感到有增大的觸痛性腫脹。可分葉及有波動，並大小不等。

疼痛——遲鈍性痛與急性病勢增重。在前面之觸痛最顯著。

尿——少量的膿尿與少量血液。常與膀胱炎相混誤。

診斷——特別是與腎盂積水，腎周圍膿腫，腎盂腎炎，或腎結核區別之。

預後——係依據其他一腎之情況而定。

治療——

1. 移除原因，例如，狹窄，增大的前列腺，膀胱結石等。
2. 治療膀胱炎。
3. 當診斷清楚後用手術治療之。

手術療法——

1. 腎切開術，與引流。移除結石及破除間隔。
2. 腎截除術——在施用腎切開術失敗之患者或當腎係無希望的結構紊亂時。

第四，周圍的腎膿腫

病因——腎之膿腫可發生于：(1) 任何以上所述之情況；(2) 在膿毒血病；(3) 在全身傳染性熱病。

病理——膿腫常為多數性並局限于小管之間。由于膿液之浸潤，錐體成有條紋的白色。在膿毒血病膿腫之先常有梗塞。在最慢性類者大概是由結核性起始。

治療——腎造口及引流。進行性及結核性膿腫患例用腎截除術。

腎 盂 積 水

原因——各種漸生或間歇性之梗阻。

先天性——包莖。輸尿管異常。陰莖彎曲。腎血管異常。

後天性——尿道狹窄。前列腺增大。膀胱結石或腎癌，膀胱收縮（已証實）。骨盆之瘤腫或錯位。腹膜炎之束或粘連。由輸尿管炎而生之輸尿管狹窄。輸尿管結石，瓣，或袋。由運動而輸尿管糾纏。外傷性梗阻。

種類——(1) 薄壁囊腫——實質萎縮；(2) 擴張的腎盂周圍腎實質肥大。

病理——不同程度之腎盂及腎盞之擴張，與腎實質萎縮之程度而不同（第一百零五圖）。液體中含高水及蛋白質。常在細胞，纖維，蛋白。偶爾有胆固醇。

症狀及病徵——女子常見二倍于男子。此種患例臨床上有二類：

1. 輕度患例，此種有：腎實質的萎縮甚少或無；摸不到瘤腫。

症狀——偶爾在腰部發作疼痛及排尿稀少。由變成多尿而減輕。

2. 進行患例——此種有：

腎實質萎縮。

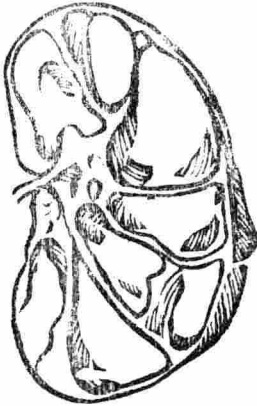
可摸到大的瘤腫——遲鈍的，大的，與所腎瘤腫之性質。波動。常為多葉狀。可含數卽噲液體。

疼痛——常無疼痛。發生於背部並係沿輸尿管，若發生破裂時疼痛極嚴重。

間歇——疼痛，瘤腫，及尿稀少變成無痛，無瘤腫，及多尿。

無尿或尿中毒——發生于罕有的兩側性疾病之患例。

腎盂攝影術——用一導管置輸尿管中並在低壓力情形下注入不透過愛克司光之液體，例如，百分之二十五的溴化鈉液到腎盂中。作一愛克司光攝影（第一百零六圖），並腎盂腎盞之界限即可由圖上表示之。

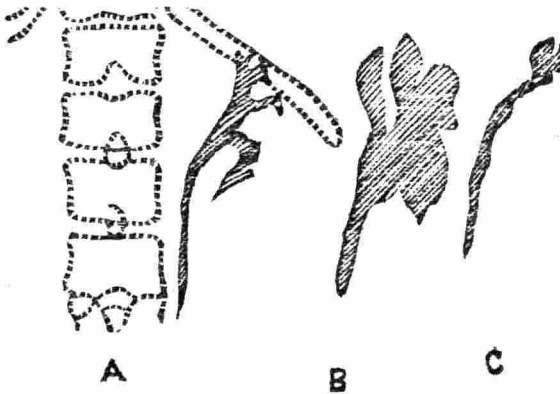


第一百零五圖 腎結石嵌入腎盂之圖表，乃表示進行性腎盂積水（縮小六倍）

靜脈注射腎盂攝影術——用靜脈注射一定的有機碘化物，最常用的二種是尿路攝影劑（Uroselectan）及 Abrodil，不用輸尿管插管術即可將腎及輸尿管之空腔由愛克司光圖表以顯示之。此種在不能見膀胱鏡或輸尿管阻滯者有價值。

診斷由：腎膿腫；腎周圍膿腫；腎周圍外滲；腎盂積膿；腎之包蟲囊；肝之包蟲囊；卵巢囊腫；腹水。

治療——在輕的患例與症狀少者不需治療。因運動之結果之患例用腎固定術。移除輸尿管梗阻時用腎切開術。若腎實質萎縮並證明對側之腎尚有功能者用腎截除術。



第一百零六圖〔腎盂攝影圖表示：A. 正常的腎盂；B. 腎盂積水與擴張的輸尿管；C. 因腎盂之下極被瘤腫所佔據故未充滿。

腎之結核病

腎結核可為原發性或繼發于他處之結核——例如，肺——並在泌尿生殖系可由其本身之原發或繼發。

病因——

素因——全身的虛弱；局部的虛弱。

年齡——小孩為粟粒性；罕見。青年為乾酪樣變。老年者罕見。

兩側腎——在粟粒性結核一般是兩側腎受害。在乾酪性結核：在早期有百分之八十五為一側，但晚期有百分之五十三為兩側。

傳染之道路——

1. 向上（縱行性）——罕見。
2. 造血的（原發性）——最常見。
3. 淋巴——罕見，由縱隔障淋巴腺。

病理及病理解剖——

1. 急性粟粒型——腎中佈滿粟粒性結核。
2. 潰瘍空洞型——開始于錐體尖端，由腎盂將錐體向外脫出。
3. 重大的乾酪型——全腎可變成結核性腎盂積膿。此乃潰瘍空洞型之進行期。
4. 下降型，此乃由尿管傳染——乾酪樣塊發生于皮質。輸尿管及腎盂比較健康。輸尿管常阻滯，常變厚。

繼發傳染——由于發生結腸內之桿菌及膿毒性球菌。

症狀——

疼痛——最初輕微；以後嚴重；由輸尿管梗阻而發生痠痛；觸診時有輕微的觸痛。

瘤腫——中等大小，常因腎周圍炎所生；浮沉運動極顯著；可分葉。

尿——多尿；酸性；膿尿及血尿；尿素及焔減少；重大的改變乃由于輸尿管之阻滯。

膿尿——少量污穢灰色的膿液；混合有乾酪樣塊及焔碎屑。

血尿——有時的開始症狀；量少；有時的凝塊成型于輸尿管中。

桿菌——少數結核桿菌難于查出。在疾病之晚期有大量的膿毒性微生物。在酸性膿性之尿中有結核菌時即無其他微生物。

膀胱鏡檢查——輸尿管口變紅，與努出腫脹的唇，或退縮。靜脈注射美藍后不由疾

健康。膀胱鏡檢查及輸尿管導管。靛胭脂試驗 (Indigocarmine Test)。

豫后——可歷五年。繼發性化膿性傳染係最可慮的併發病。偶爾發生自然痊癒。手術之豫后大約有百分之二十死亡。成功之患例經統計之結果極佳。

治療——

全身的——飲食。氣候，等。

手術療法——

1. 腎剷除術——對側之腎健康時。出血，疼痛，腎盂積膿之救急手術。若在他處有進行性結核病時即無用。
2. 腎輸尿管截除術——當輸尿管有病時用之。
3. 腎切開術——當腎盂積膿為其主要症狀者。當他側之腎是否健康不能確定時。
4. 部分腎截除術——當疾病僅限于腎之一部分時。

腎 結 石

構造——

原發性——尿酸

尿酸鈉或尿酸銨 } 在酸尿中。

草酸鈣

磷酸鈣 } 在鹼尿中。

胱氨酸 (cystin)

海生汀 (Xanthin) } 在酸尿中，但均罕見。

靛 (Indigo)

繼發性 (繼發于膿毒性變化) ——

混合磷酸鹽

磷酸銨及磷酸銣 } 由鹼尿而來。

碳酸鈣

大結石——係由原發核上繼發之沉着而生。

核——尿酸銨係小孩時即形成。尿酸係在成年。草酸鈣係四十歲以後。細菌——僅係例外。

數目——草酸鹽者一般是單個。可達二百個。

各類之比例——尿酸者佔總數百分之七十五。草酸鹽者佔取出者之大多數，因其可致更重的痛苦。

外形及內容——

尿酸——硬，光滑，褐紅色。尿酸銨——淺黃色，軟，易碎。草酸鹽——硬，粗糙，黑色。磷酸鹽——似白堊，灰泥樣。碳酸鈣——圓形，白色，硬。胱氨酸——軟，

結晶，黃綠色。海生汀——光滑，硬，肉桂紅色。

部位——腎盂，腎盞，輸尿管口，或腎實質。

病因——在兩腎者為所有患例之百分之五十。

年齡——所有年齡均可見之。臨床上十歲以下者罕見之；普通係在二十歲及五十歲之間。

性別——在男性稍佔優勢。

遺傳——在尿酸結石一般有極明顯的家族史。

側——右側及左側受患相等。

習慣——安定的生活及富有的飲食。

水——飲水中有石灰質。

氣候——熱帶最常見，因蒸發及出汗使尿變濃。

損傷——在血塊之周圍可發生結石，或在已存在之結石移動時最初發生症狀。

病發之理 (Pathogenesis)

尿酸——特別是在十歲以前及四十歲以後。由核蛋白衍化。尿之酸度。富有的飲食，少運動。肝充血。痛風。惡性貧血。白血病。

尿酸鹽——特別是在小孩。濃尿，如在發熱的情況。消化不良。

草酸鈣——男子較多于女子。神經的，易受刺激的氣質。好學的，安定的習慣。瘧疾。大黃，醋栗，番茄，酸模等。貧苦，蔬菜性飲食。酸過多。常由尿酸形成。水中石灰質多時常分泌出草酸鹽。

磷酸鈣及磷酸鎂——由于尿中有固定性鹼。鹼性過多的食物？食物中石灰質過多。粒狀腎。癆病。消化不良。

磷酸鉍鈣——由于發炎產生鹼性尿。

碳酸鈣——與磷酸之情況相同。特別合併有膿液。

膀胱氨基酸——含有硫。發生于某一家族。

結晶体之凝集作用以形成結石時僅在有膠樣物質方可發生，例如，尿，粘液，膿，或蛋白等有色的物質。

腎結石之病理——

無毒的變化——腎炎（脫屑性，間質性）。最初肥大，以後萎縮，（1）由于硬化，（2）由于腎盂積水之壓力。腎盂積水。部分腎盂積水。纖維脂肪組織增生及成癭結。腎變成脂肪瘤性塊。

膿毒性變化——化膿性腎盂腎炎，與繼發性結石。腎盂積膿，腎周圍炎及腎周圍膿腫。外部或內部的瘻管。

由於結石下降到輸尿管之變化——嵌入，潰爛，等。

症狀——

疼痛——由於：結石通到膀胱——症狀可以停止，除非有第二塊結石形成或僅第一塊結石之碎片通過時。結石嵌入於腎盂。排出血凝塊或粘液膿。疼痛可射到腿，

睪丸，腹股溝部，或膀胱。為陣發性，寒戰，嘔吐，出汗。虛脫，尿少，為染血性。尿多，常污穢。睪丸退縮及變觸痛。發作突然可停止。結石可卽刻排出或嵌入於尿道。一定性質之疼痛——在腰部，腹部，輸尿管路，睪丸，股部，腿或足部之內側。遲鈍性痛至刀刺性痛。運動後增劇，常在月經期增劇。尿酸性結石——疼痛最少。草酸塩結石——急性疼痛。磷酸塩——重大及不停的疼痛。

反射痛——在對側之腎。在膀胱——小便頻煩及痛性排尿。在子宮及卵巢（特別是同側者）。在睪丸。在胃腸道——疼痛，嘔吐及惡心。

血尿——幾乎常常發生（若其他方法不見時用顯微鏡檢查）。常合併有疼痛或疼痛——一般在疼痛停止後疼痛常延長二或三天。因運動所致或因之而增加。休息時可制止或停止。

膿尿——一般經數或顯微鏡下方現。尿為酸性，膿很快的沉着。

尿——透明管型；少量蛋白；膿液，血液，結晶體。

物理檢查——在消瘦患者可摸到，但極罕見。在雙手檢查時有觸痛及刺痛。患側肌肉之抵抗力較大。

輸尿管導管及膀胱鏡檢查，現有：一側之輸尿管口水腫。兩側之尿不同。

愛克司光攝影——草酸可發生良好的陰影。磷酸塩可發生黑色陰影。純粹尿酸及尿酸塩可發生模糊的陰影。

診斷——

第一、與其他腎疾病鑑別——

1. 腎結核——此病有：疼痛及血尿，休息時無影響。僅當排出粘液 膿時方有疼痛。尿中有結核桿菌，或其他結核性損害。
2. 腎癌腫——在此病：癌腫生長快。血尿更大量。疼痛更一定並少夜痛性。
3. 能動腎——此病，可摸到腎之移動。尿中無結晶體，此二種情形可共存之。
4. 輸尿管炎或輸尿管瓣之糾纏——此類病：間歇性腎盂積水。無結晶體。此二種情形可共存。
5. 結石病 (Lithiasis) ——此病：血尿，膿尿，或蛋白尿均罕見及少量。用合適的治療與鹼，披培拉辛 (Piperazine)，等症狀可很快的消失。
6. 腎炎——此病：尿之比重低。一定及常有管型。結晶體罕見。高張力的酸毒，及心臟肥大。

第二、與其他器官疾病之鑑別

1. 腰痛及肋間神經痛——在此病：此痛與肌肉之作用有關。一般係兩側性。疼痛發生時肌肉被固定，無破壞性腎之病徵。
2. 脊椎骨痛——在此病：固定，強硬，觸痛，及脊柱之疼痛，尿的症狀，若發生時係與截癱併發。
3. 胆疾病——此病，與黃疸有關。有胆囊觸痛或增大之病徵。
4. 復發性闌尾炎——在此病：觸痛在闌尾炎點上。肛門檢查有觸痛，腸症狀。

5. 胃或十二指腸潰瘍——此病：與食物有關。消化不良。嘔吐。

在所有以上之疾病，除(2)有時發生外，均無尿之改變。

6. 膀胱內之疾病——贅瘤或結石。在此病：膀胱之刺激。排尿後疼痛。排尿末有血。用膀胱鏡檢查可証明此病。

在一定的患例，與顯著的症狀者——探察切開術切開包囊及實質。插入輸尿管探像後——

危險型者：嵌入於輸尿管。輸尿管癢痕形成及狹窄。腎萎縮。腎盂積水。化膿性腎盂腎炎。腎周圍發炎，化膿。瘻管。對側腎之疾患。無尿。

手術後——腎石截除術：有百分之二死亡。腎切開術：百分之二十三死亡。腎截除術：百分之二十九死亡。

治療——

預防——運動及新鮮空氣。避免含有麥芽溶液，葡萄酒，香檳酒，醋及生菜之食物，豐富的肉，過多的屠宰之肉，甜麪包，肝，腎。大量的稀釋劑：蒸溜水，Contrex-veville 或 Vichy 處之水。

藥物——

鹼，重碳酸鹽，鉀，鈉。枸橼酸鉀，酒石酸鉀，醋酸鉀。碳酸鉀及安息香酸鉀。

披培拉辛

Sidonel

優洛託品

利尿劑，尿酸之溶媒，及消毒劑。

草酸尿——與以上者同，但亦須：避免硬水，綠的菜類，蘆筍，番茄，大黃，醋栗，葡萄。強壯劑，例如，鐵，番木鱈素，及金雞納。

磷酸尿——治療神經衰弱及消化不良。酸類。強壯劑。

繼發性結石——無毒的預防。避免含鹽類的水。優洛託品，等。

姑息療法——用於痛及絞痛。嗎啡。熱浴。鴉片及菸茄卷包。鹼類飲料。

根本或外科療法——

腎石截除術——手術之選擇，最恰當的症狀是：血尿，結晶體及膿，時常疼痛或疼痛。

腎切開術——用於結石性腎盂積膿，及所有膿毒性的情形併有結石者。

腎截除術——若腎完全破壞時。腎切開術後需要再行手術者。繼腎切開術後之頑固的瘻管。

部分腎截除術——在合適的患例施行之。

若結石已在瘻管中或有腎周圍膿腫時用腰部切開。

結石性無尿

病因——

原因——(1) 小結石阻滯輸尿管；(2) 大結石破壞腎。

僅有一個有功能的腎，或（罕見）受損之對側腎之反射性閉止。

嵌入之部位——腎盂，百分之十三；輸尿管上端，百分之六十；輸尿管中部，百分之十三；輸尿管下端，百分之二十；膀胱（大結石），百分之四。

年齡及性別——可發生於任何年齡或 無論男性與女性。最常見於四十歲以上的男性。

歷史——一般的：先前有疼痛的歷史。有時：一腎之疾病（非結石）。罕見的：兩側輸尿道天然的阻滯；單一腎輸尿管之阻滯。

即刻的原因——震動，跳躍，或運動。

病理——一方面無之，腎萎縮，結構紊亂，或腎盂積水，或係陳舊的嵌入性結石。在另一方面：增大，充血的腎。罕有腎盂積水者。嵌入性之結石係在腎盂或輸尿管。

症狀——

起病——疼痛（痠痛），在最後受害之側；一或二天後減退。或在病之全程中有遲鈍性疼痛。起病為隱襲性及無顯著的疼痛或疼痛者罕見。無能的小便困難，或多尿。無尿為完全的，不完全的，或間歇性的。

耐受期——完全無尿可歷七或十天而無尿中毒症狀。若無尿暫時或永久的停止時，即刻可排出大量比重低的尿液。完全無尿者罕見。尿為間歇性排出，比重低，尿素少，淺的顏色。有血液，蛋白，或管型者罕見。可發生多尿及遲發死亡的結果。時常欲排尿。抑鬱，不寐，及消化的紊亂。當合併有腎盂積水時；病期極長；可歷十五至二十五天。一般的歷史是疼痛及無尿之反復的發作。可摸到瘤腫等。

尿中毒期——脈搏洪大，慢，不規則。鼻衄及水腫（由於靜脈鬱積）；體溫低。大量的出汗，瘙癢等。大量的流涎及吐痰。一定的及大量的嘔吐，與便秘及腹脹。瞳孔收縮。肌肉震顫，程度甚驚厥者罕見。身體及精神的完全抑鬱。不停的不安靜。倦睡及半昏迷。呼吸慢及不規則。

豫后——在令其自然變化之患例，百分之八十死亡；百分之二十因結石排出而恢復。在手術之患例，百分之五十恢復。當耐受期，常有恢復之機會。在復發性患例其豫後不良。

診斷——

在直進患例——一側有腎疼痛。對側有疼痛歷史。無尿。

在其他患例——一腎可被破壞而無疼痛。患者可忘記何側最初疼痛。輸尿管之觸診可發生痛痛。直腸或陰道檢查可感到結石。不然即將發后受害側之腰部切開。

由其他情況——

子宮痛腫，膀胱痛腫，及其他盆腔內臟的瘤腫（無尿之最常見的原因）——由骨盆檢查診斷之。

外傷性無尿——由與外傷有關診斷之。

下尿路手術後繼生之無尿——與手術有關。寒戰。不潔。

李來忒氏病——無尿合併有頭痛，嘔吐，昏迷，及驚厥。其尿為濃稠的，血性，及固體與蛋白。分泌漸漸再發。

澱粉性變——長久歷史的多尿，水腫，等。

希司忒利阿——其他症狀。

藥物（斑蝥，松節油，汞）——其開始的歷史。漸漸的起病。血性尿，及似李來忒氏病。

尿澀溜——非由插入導管所致。

治療——診斷確定後即刻行手術。在最后受患之側，在觸痛側，在腹部抵抗最大之側將腎切開。

手術之性質——移除結石，若可能時用腎石截除術。若結石不能除去時可形成一腰部瘻管。若結石可限局在輸尿管下段之患例用輸尿管切開術。

腎 之 瘤 腫

年齡——一生中有二期最常見：(1) 五歲以下；(2) 四十歲至五十歲。

種類——腎上腺瘤百分之七十；癌腫百分之七；其他百分之廿三。

腎腫脹區別之點——

1. 結腸在瘤腫之前；抑有回響或似一卷。
2. 在瘤腫及脊柱之間無空隙或回響。
3. 不凸向后，但僅可致腰部充滿。
4. 無任何銳利的邊緣。
5. 隨呼吸有輕微的運動或無。
6. 一般係不橫過中線；不侵入骨盆；在瘤腫及肝間有一回響之線，除非在極端腎盂積水之患例。
7. 當其接觸到腹前壁時大概係在臍之水平線上。
8. 常有新近生成的精索靜脈曲張。
9. 尿或排尿之變化。

診斷，由——

肝瘤腫或增大——隨呼吸而運動。指不能放於瘤腫及肋骨之中間。在腰部無濁音。前面無腸。

脾——前面無腸。銳利的邊緣——有時切齒樣。脾及脊柱間有回響。隨呼吸而運動。

腎上腺——一般與腎不能區別。一般不與腸交叉。

卵巢——腸在其後。由下向上生長。與子宮相連。腰部有回響。尿正常。

增大的淋巴腺。

積糞。

大腸的惡性瘤腫——無腎之形狀。反應到腸之症狀。若瘤腫大時，一般係極固定。

腎癌——腸系膜，網膜，胰腺，胆囊之贅瘤。

腎周圍及腎上腺瘤腫——向外凸出到腰部。運動極受限制。由前面不能觸到。

腎之惡性疾病

病因——有大多數之患例係因結石之損傷或刺激。

病理——

腎之腺瘤（見下）——球形及有包囊。轉移在肺內及骨內，盤曲管增生。管之空腔襯以腎上皮。大概係腎小管之竈腫。一般係生於四十及六十歲之成年人。

癌——在老年人，五十歲到六十五歲。在右側及男人較常見。有二型：包囊性及瀰漫性。侵入隣近內臟，特別是結腸或十二指腸，及下腔靜脈。小泡結構，與血囊腫。轉移在肺及肝。

肉瘤——在五歲以下之小孩，成年較少見，二十至六十歲。生長至極大。侵入下腔靜脈，輸尿管，及淋巴腺。早期有包囊。出血及假囊腫。

肌肉瘤——特別發生在嬰兒。大概係先天性。

症狀——

血尿——百分之八十發生之。尿血為最初的症狀者有百分之五十以上。自然發生。與休息或運動無影響。一般係大量。常係間隔發生並可歷六天。有時輸尿管之血凝塊形成。在小孩不甚常見。

瘤腫——在成年患例為最初的症狀者有百分之二十五。在小孩大多數為最初的症狀。常難於查出，特別是在腎之上極者。一般無觸痛。當右側腎受患時有時有黃疸，便秘，及嘔吐。

疼痛——在小孩常無之。成年為最初症狀者有百分之三十五。開始在腰部。放射到胸，股，生殖器，對休息無影響。間歇性。

尿——一般係多尿。尿素及氫化物減少。罕有膿液或蛋白。可有小便頻煩。

全身症狀——貧血，消瘦，及惡病質。發現晚（一或二年），及進行快。

癌及腎上腺瘤		肉瘤	
		成人	小孩
年齡	四十歲至六十歲	二十歲至四十歲	
血尿	大量者有百分之七十	大量者少見	少量
疼痛	不同	重大	輕微
惡病質	早期即有之	晚期	早期
期限	三年至三年半	五至六年	少于年
轉移	常有	罕見	罕見

診斷——

1. 有瘤腫而無血尿者——大概是惡性疾病：在十歲以下的小孩及四十歲與七十歲間的成人。生長很快。其大小無定期的縮小。靜脈梗阻——腿腫脹或精索靜脈曲張。淋巴腺增大。

2. 有血尿而無瘤腫者——

甲。由腎起始——血液完全與尿混合。排出虫樣的血凝塊。膀胱鏡檢查。

乙。腎疾病之性質——

結石——運動刺激出血。痙攣。

結核——血尿輕微。膿尿。可找到桿菌，青年之患者。

腎炎——管型。血液中有過量的蛋白。

罕見的情況——主要的血尿或血管壞死性患例。神經痛性血尿。血友病。能動腎。

3. 血尿及瘤腫共存之患例——由結石病及結核病診斷之（見前）。多囊腎——多尿，無尿，或尿中毒：一般係兩側者。囊腫。腎盂積水。膀胱瘤腫所致。

治療——

腎截除術——有百分之二十五死亡，及百分之七十五恢復並大多數在三星期以內恢復。大的瘤腫可經腹膜取出。小瘤腫經腰部取出。兩種切開方法合用可生良好的結果，因其粘連及蒂可良好的處理及施用引流。

腎上腺瘤——腎上腺瘤或 Grawitz's 瘤腫，從前相信係發生在腎上腺髓餘內之瘤腫，大概是發生於腎小管之癌。

部位——普通係與腎相連，其生長似包囊下之結節，或在腎質內清楚的瘤腫。與卵巢，睪丸，或子宮有關者較罕見。

構造——是否主要的為腺瘤，癌腫，或肉瘤，乃一係爭辯之事。大概常係最初為良性腺瘤，並繼之變成惡性。在其初期係有清楚的包囊，但在以後經包囊而破裂，並侵入周圍之組織，沿靜脈蔓延並致轉移。常為管狀結構與腎上腺皮質之組織相似。細胞係顯著的空泡狀，其中含有大量的脂肪，動物澱粉，及卵磷脂。瘤腫為多血管性，並偶爾含有巨大細胞。

狀症——一般係腎癌之症狀，下列數點為其特殊的性質。發生於中年。在發生瘤腫之病徵以前常有長久的間歇性血尿的歷史。以後血尿變嚴重，並伴有排出輸尿管之血塊管型及痙攣。貧血極明顯。偶爾皮膚發生色素沉着與阿狄森氏病 (Addison's disease)。

轉移——藉靜脈而發生之。可染及肺，肝，或骨。骨內之繼發性瘤腫為此病之第一個明証。最易受惠的是頭顱骨，肱骨，及股骨。

豫後及治療——與腎之癌腫相似。

腎 之 良 性 瘤 腫

腺瘤——一般之大小僅豌豆大，並不致症狀。有乳頭性及囊腫樣形成。

纖維瘤——

脂肪瘤，骨瘤，及軟骨瘤。

血管瘤，淋巴管瘤，及肌瘤。

腎之囊腫——(1) 粒狀腎之潴留囊腫；(2) 皮樣囊腫（極罕見）；(3) 單純囊腫；(4) 圓球狀囊腫；(5) 包虫囊；(6) 腎上腺囊腫。

單純囊腫——一般係單個，其大小由一櫻桃大至一西瓜大不等。生於腎之極。充滿水樣或膠樣物質。除壓迫外無其他症狀。用部分腎截除術治療之。

大 的 多 囊 性 腎

病理——重一至十六磅，仍保持腎之形狀。多數性囊腫由針頭大開始。襯以立方上皮。含有液體或膠樣物質。幾乎常為兩側性。常合併有肝及脾的囊腫性疾病。左心室常有肥大。在嬰孩常合併有各種先天性缺損。

發生之理論——包含有中腎的原素（中腎 Wolffian body）。分泌管及導管未連合。小管纖弱，而易於使擴張。萎縮或硬化，將小管閉塞。發瘤，例如，膠樣腺瘤。

病因——抑嬰孩（先天性囊腫性腺腫）或在二十至八十歲之間。男性較女性更易受惠。症狀——

極隱襲的起病——與慢性亨來忒氏病相似。

疼痛——腰部有遲鈍性痠痛。有重量及不舒服的感覺。有觸痛。

瘤腫——在一側或兩側大約有百分之五十。

全身症狀——有時無尿或多尿。間歇性蛋白尿或血尿。

尿與慢性亨來忒氏病之尿相似；灰白色，比重低，少量管型，不定的蛋白。惡心，嘔吐，腸胃充氣，等。頭痛，譫妄，驚厥，昏迷。

心及肺的症狀，呼吸困難，支氣管炎，等。

惡病質——僅少數患例有之。

診斷——極困難。合併有瘤腫與慢性亨來忒氏病之症狀。

豫後——慢慢的進行到尿中毒（一至十年）。

治療——若僅一腎受惠時用腎截除術，並僅當該腎致發重大的疼痛或出血時方可施行之。

腎 盂 之 瘤 腫

最普通的種類——(1) 單純乳頭瘤；(2) 上皮瘤。單純性者可變成惡性者。

瘤腫之塊可變脫離或移植到輸尿管或膀胱。常致腎盂積水或腎盂積血。其大小由豌豆大至捧大地不等。常合併有結石。係因結石所致。

狀症——

瘤腫——一般均可發生瘤腫，並係因腎盂積水或腎盂積血所致。有時瘤腫改變而有血尿。

血尿——最早的症狀。可為輕微的，間歇的，或致命的。

尿——可有蛋白或膿。其量各有不同。

疼痛——不常有。由於排出血塊可有疼痛。或由膿脹而來者。

全身的——貧血，等。尿中毒（遲發）。

診斷——與腎實質之瘤腫區別為不可能，當膀胱鏡檢查膀胱正常時尿中有絨毛狀胎血管叢。

治療——腎截除術或腎輸尿管截除術。

輸尿管皮下的損傷

病因——一般係壓過，踢，或跌倒之結果，由於將輸尿管壓迫到脊椎橫突上。由於向腎之跌倒。常生於青年人（二十五歲以下）。

病理——輸尿管橫斷或裂傷。普通腹膜無撕裂。若腹膜撕裂時，尿即外滲到腹膜腔中。若輸尿管係在腹膜外撕裂，即發生尿的外滲到腰部。若損傷未將輸尿管橫裂，但閉塞輸尿管，即可發生各種 nephrectasis 之結果。

症狀——

血尿——輕微，嚴重，或無。

尿——若兩腎均受損傷時尿可閉止。

疼痛——與腎損傷相似。

瘤腫——若受意外患者仍能生存，結果即發生腹部或腰部的瘤腫。若瘤腫係因腎以外之外滲，數天以內即發生。若瘤腫係因 nephrectasis，則數星期後方可發生。一般瘤腫均可發生化膿。

診斷——僅在體損傷後有瘤腫形成者方明顯。

豫後——僅在嚴重的兩腎均受損傷，或腹膜破裂時方不良。

治療——穿刺不適宜。由腰部切開及引流為最好的治療方法。若找到裂口時縫合輸尿管。不可結紮輸尿管之近心端。在嚴重的化膿或頑固性瘻管之患例，用腎截除術為最後的方法。

輸尿管之手術創傷

最常見的是輸尿管之骨盆部，近於子宮頸，或在惡性瘤腫粘連之中部。結果抑皮下

的或陰道的瘻管，或腹膜炎，或局限腹膜的尿膿腫。

治療——

輸尿管及輸尿管吻合術——其危險為由瘻痕而生之狹窄。

方法——(1) 對端吻合——極小心及小的縫綫；(2) 一端在他內——不適宜；(3) 側面植入法——良好；(4) 斜的對端吻合。

預防——兩端須用輕的縛紮。尋找結石或狹窄。膀胱內置導尿管。腹膜後的患例要引流。

輸尿管移植術——當輸尿管不能達到小的成形手術時。當除掉有相當長度之輸尿管時。最好是移植到膀胱。若移植到膀胱不够長度時，移植到結腸比移植到直腸或小腸為佳。

陰道移植——當時間上頗重要，及輸尿管之近心端够長時。

皮下移植——經腰部之戮傷移植之。在所有移植方法中此法對腎之膿毒性傳染有重大的危險，因無天然的輸尿管括約肌。

結紮輸尿管之兩斷端——當時間上不允許行其他方法時。

腎截除術——僅用為繼行手術，以減輕瘻管或腎盂積水或腎盂積膿。

輸尿管炎

原發的——極罕見。結石或損傷。

繼發的——上昇性；下降性；由於骨盆發炎；由輸尿管瘻管口。

上昇性輸尿管——有二因素：膨脹；發炎。

原因——即膀胱炎及尿潴留之原因。亦有骨盆發炎，輸尿管陰道瘻，妊娠。

解剖——有三類：

急性——粘膜炎之膿毒性發炎。擴張或硬結小或無之。

慢性擴張型——輸尿管可成小腸樣大小。兩端均有重大的彎曲。在彎曲處形成瓣。管腔彎曲或閉塞。輸尿管周圍炎甚小或無。輸尿管之肌肉組織重大的增加。在粘膜常生囊腫。

纖維型——輸尿管周圍組織有緻密的粘連塊。輸尿管變直，增厚，乃硬結狀。所有各層均發炎，與纖維組織增加。狹窄頗長，強硬，幾乎不能通過，或為角性。常合併有單純的腎盂積膿。

輸尿管膀胱口之情況——一般係收縮。有時是擴張。其瓣因以下的情況而破壞：(1) 潴留之機械作用；(2) 膀胱炎之發炎性作用。

因瓣或狹窄所致之輸尿管梗阻

瓣形成之原因——暫時的梗阻（例如，妊娠，等）可致腎盂之糾纏及擴張。腎盂擴張的

陷凹可壓迫到輸尿管上。在輸尿管腎盂炎之發炎性擴張。結石周圍粘膜之捲起。

狹窄的原因——

先天性——一般係近於腎盂。因迷走血管所致。

後天性——損傷。繼潰爛后之瘢痕。結石的嵌入。輸尿管炎。

症狀——最常見於三十歲左右之女性並係在右輸尿管。

瘤腫——抑腎或輸尿管。

疼痛——每隔數星期復發一次。急性，與腎痙痛相似。在腰部有間隔性遲鈍痙痛。

尿中含有膿液，結晶體，或血液。

臍痛——雙手檢查時有觸痛，瘤腫可復原，及膀胱充滿。

膀胱——尿頻煩。不能保存尿液。排尿時疼痛。

狹窄有時可由陰道觸到或用輸尿管導管觸及之。

治療——腎探察術開術。若可能時，由上部及下部插入探子。

1. 狹窄或瓣位於腎盂及輸尿管連合處——縱的切開。如橫切的方法縫合。
2. 若瓣係因輸尿管開口在擴張的腎盂過高處——將輸尿管及囊分離到最低點上，並邊緣縫合。
3. 當輸尿管高位斜的連合到腎盂積水並共存有狹窄時——切除狹窄。將輸尿管之下端與擴張腎盂之最低部連合之。在輸尿管未縫合于其新位置之先將輸尿管劈開 (Kuster's 手術)。
4. 當狹窄在骨盆時——輸尿管切開術與形成手術或腎截除術。
5. 腰部瘻管。
6. Colpo-ureterostasis ——將輸尿管移植到陰道。
7. 輸尿管及輸尿管吻合術，或移植到對側之輸尿管。
8. 腎輸尿管截除術或腎截除術，當輸尿管不能修補時施用。

輸尿管結石

病因——大多數患例由腎開始。可形成圓形異物，例如，血凝塊。不一定保持於原位，或在十八個月內排出，並腎恢復其功能。

部位——(1) 恰在輸尿管開始處以下；(2) 在膀胱之輸尿管口；(特別是在婦女)；(3) 在骨盆邊緣。

症狀——痙痛。疼痛沿輸尿管放射。輸尿管上有觸痛。血尿。無尿 (對側之腎阻滯或受患)。腹部瘤腫 (持久性或間歇性)。尿中含有結晶體，血液，或膿液。輸尿管脫垂到膀胱。用愛克司光攝影可現有結石。

診斷——大多數患例其症狀僅係腎結石之症狀，其診斷完全是僅在腰部的探察術或插入輸尿管探子。有的患例其結石可由直腸或陰道摸到。

囊包性膀胱結石——臨床上不可能。

膀胱炎——在此病：尿為鹼性。排尿開始或以后有膿液。

輸尿管炎——在無疼痛歷史之患例頗困難。

膀胱結核病——在此病：尿中有結核菌。多尿。尿頻煩。輕度血尿。休息時症狀不減輕。

脫垂的發炎性卵巢——卵巢位於闊韌帶之後 並距套道壁有較大的距離。在前外側穹窿可摸到結石。硬度及周緣更一定。

愛克司光攝影——在輸尿管過程中有一陰影，但須與石灰性髂部淋巴腺或蘭尾結石相區別（後者發生陰影者極罕見）。

輸尿管導管插入術——經膀胱鏡檢查不但可看出何側受患，但導管之末端可觸到結石並其塗蠟之尖端上有刮傷之痕迹。

豫後——

腎——若阻滯為完全性及永久性時腎變萎縮。在六至八個月內將阻滯移除時可以恢復。若阻滯不完全時成腎盂積水。若發生膿毒病時即成腎盂積膿。

生命——若其他一腎良好時對生命無影響。在腎之發炎及化膿，尿外滲，若對側腎不佳時之無尿即可發生危險。

病理作用——

在輸尿管——

以上部——變薄，擴張，囊狀，及彎曲。或水腫樣，發炎性，及潰瘍性，與破裂。

在嵌入之點——潰爛及狹窄。

以下部——不變，或增厚及狹窄。輸尿管口脫垂，結石之潰爛到膀胱。

在輸尿管周圍之組織——硬結，發炎。膿腫或瘻管。

在腎——任何類之萎縮；發炎；囊腫性腎；腎盂積水或腎盂積膿；腎周圍炎及化膿；瘻管。

治療——除非可致無尿外（見前）患者須小心觀察以便記錄其石為固定或移動。在後一類患例須給以時間以便自然排出。

在近於腎處嵌入者——試圖推回並經腎盂移除之。如此法失敗時，經輸尿管切開取出，而後將輸尿管縫合。

在骨盆邊緣處嵌入者——經長的斜的腰部切開除去之，此切口係在髂棘前面向下切開。

在坐骨棘處嵌入者——使膀胱膨脹及在臍下作中央的切開將恥骨後部開放。使膀胱變空並在該側骨盆處與膀胱分離並向坐骨棘處尋找之。

在膀胱壁嵌入者——由恥骨上手術經膀胱除去之。在女子可經尿道除去之，但有尿道瘻管之危險。

腎機能不全

腎分泌功能發生機能不全時。可為絕對的或僅相對的。正常者腎質有多於二倍的功能維持生命的最低度。若因萎縮疾病，或輸尿管阻滯而有腎質之破壞或使無功能時，即可達一定的限度，過此限度時即可致命。故所有在腎，輸尿管，前列腺，或膀胱之手術對此為最重要之事，因其直接移除腎質，或因嚴重的休克可超過相對的機能不全及絕對的機能不全間之界限。

計算機能不全之方法

十二小時內排出尿及其成分之量——

量——由五百毫至七百毫不等。

尿素——由十二至十五克不等。

氯化物——由五至六克不等。

此數量減少至百分之三十以下時即表示腎機能不全之最低限度。

尿素濃度試驗——此為最實際的試驗，此為決定手術辦法之前較其他方法之最有用的一法。六小時不給以任何液體，於是收集一尿標本。此時使患者口服尿素十五克溶於一百毫水中，以後每隔一小時取尿標本一次，共取三次並計算每次尿素之量。若其量超過百分之二點五，腎之功能即良好。若不少於百分之二，腎之功能大概充足。

靛胭脂試驗——此色素可用肌肉或靜脈注射之（四毫千分之四的溶液）。若靜脈注射七分鐘以內即可發現藍色，或肌肉注射半小時內即發現藍色。在十二至二十四小時以內共排出即應停止。腎之機能不全係由以下情形指出：（1）尿中發現藍色遲；及（2）延期排出歷三天以上。

染色膀胱鏡檢法（Chromocystoscopy）——在正常患例，注射靛胭脂後在五至二十分鐘以內其色素即經輸尿管口似藍色水流一樣排出，在三十分鐘後看得最清楚。用此法可很明顯的指出一腎變無一側輸尿管阻滯。

困停紅試驗——一次注射六毫色素，用比色方法計算二小時內排出之量。在此時間內其正常排出之比例與開始的劑量比較（百分之六十），若有腎機能不全時即減少。

血液尿素之計算——

每一百毫之正常血液中含有十至四十毫之尿素。並因食物，絕食，及運動而其量亦不同。此試驗係將尿素酶（由大豆製出）加入到血中，當尿素分解時，即發生氫。若每百毫血液中共量超過四十五毫時即表示尿素瀦留，即腎機能不全。

在嚴重的尿中毒其量可增加至二百毫。或以上。

計算機能不全之例行方法——一腎或二腎功能之容量不能用任何一種試驗可以計算之。臨床的檢查至少其價值與化學的試驗相等。下面是良好的例行方法。

臨床檢查——發作嘔吐之歷史；口味良否，特別是對肉類；有無不正常的口渴。患者之全身現象；舌之情況。血壓。動脈及心臟之情況。尿之基本檢查。量大及比重低（即低於1010）為機能不全之病徵。

膀胱鏡檢查及尿素濃度試驗——

若膀胱鏡檢查是在下午一時半鐘開始，在上午十時四十五分應使膀胱變空並頓飲十五克尿素溶於一百託蒸溜水中。

在十一時四十五分患者排尿——標本甲。

在十二時四十五分患例再排尿——標本乙。

在一時三十分若需要時於麻醉下將膀胱鏡放入，用導管插入每一腎盂中，由每腎取出二託尿液——標本丙（右）及（左）。

四託千分之四的靛胭脂液射入腎部之靜脈。觀察輸尿管口染色素尿液之排出，並記錄其時間。

表明此法之例証——

兩腎均健康——

臨床檢查——無發作嘔吐，無不正常的口渴，並對肉類有良好的口味。全身的現象良好，舌濕潤。血壓低；無動脈硬化或心增大。尿檢查正常。

膀胱鏡檢查，等——膀胱及輸尿管正常。

標本甲 —— 含尿素百分之1.5至1.7。

標本乙 —— 含尿素百分之1.9至2.1。

標本丙（右） —— 含尿素百分之2.0至2.2。

標本丙（左） —— 含尿素百分之2.0至2.2。

靛胭脂經過各輸尿管少於七分。鐘。

一腎或二腎不健康——

臨床檢查——有發作嘔吐之歷史，口渴，對肉類無口味。惡病質性現象。舌乾。血壓高；動脈變及厚心肥大。

膀胱鏡檢查，等——膀胱或輸尿管不正常。

標本甲 —— 含尿素百分之1.2至1.3。

標本乙 —— 含尿素百分之1.4至1.6。

標本丙（右） —— 含尿素百分之1.4至1.5。

標本丙（左） —— 含尿素百分之1.3至1.4。

在十分鐘以內無靛胭脂經各輸尿管排出。

一腎健康，一腎有病——

臨床檢查——不顯示不正常。

膀胱鏡檢查，等——在一輸尿管口可現有疾病的情況。

標本甲 —— 含尿素百分之1.5至1.7。

標本乙 —— 含尿素百分之1.9至2.0。

標本丙（右）——含尿素百分之0.65至0.8。

標本丙（左）——含尿素百分之2.5至3.0。

膽脂經左輸尿管於四分鐘以內即排出，在十五分鐘以內無經過右側排出者。其推論是右腎實際上已無用並可很安全的移除之，因左腎之效力四倍於右腎，並可作所有之工作。

第四十六章 腹部疾病之診斷

(THE DIAGNOSIS OF ABDOMINAL DISEASE)

急性腹部疾患

對於急性腹內損害之一般性質須保持一清晰的概念極關重要；在腹未切開以前對於損害之所在，位置，及性質欲保持一正確的知識常不可能。有多數患例，為等待需要完全診斷之病徵常遲延治療直至治療無效。例如，為等待完全臨床徵象而發生胃潰瘍破裂乃極愚笨之事。用理性可猜想此種情形者必需一定用剖腹探察術，有的患例切開腹內器官對患者係非需要之手術，但另一方面亦無重大傷害，例如，腎及鉛疼痛。再者有少數患例用剖腹探察手術後可轉換秤向死亡方面之平衡。即如霍亂或酸性中毒。如此，損害之性質反映到剖腹探察術之需要上應為第一及主要的事情，並為此目的以下分類乃極有用。

急性腹部損害之分類——

1. 腹膜之突然侵襲——由於傾入膿毒性或刺激性液體腹膜腔多少有些突然的侵襲。

此類共有的病徵及症狀——

1. 在全腹內感到有突然的及極嚴重的疼痛。
2. 深度休克，極少或無恢復傾向，但漸成腹膜炎之虛脫。
3. 腹壁之緊張的觸痛及強硬。

種類：胃，十二指腸，小腸，大腸，闌尾，胆囊，膀胱，輸卵管積膿，包蟲囊，膿腫等之破裂；急性「特發的」腹膜炎，在肺炎球菌性者最顯著。

2. 出血到腹腔——此病其失血為主要的事實，同時休克及腹膜侵入的重要性較少。

病徵及症狀——

1. 中等的疼痛及休克，並一般係與外傷的程度成比例，且外傷為最普通的原因。

2. 出血的病徵：蒼白色，不安靜，快而可壓下的脈搏，及嘆息的呼吸。
3. 症狀之不變的進行，例如，增加脈率及增加膨脹。為最值得注意的病徵。
4. 在腹兩側及骨盆有游離液體之明証。

種類：肝，脾，腎，子宮，尿道，血管等之破裂。

3. 腸阻硬——此病，腹腔最初不受染，在腹膜炎未發生以前休克已渡過。

病徵及症狀——

1. 由最初即有便結，一般為絕對的。
2. 休克之嘔吐常為所有急性腹部損害之第一個症狀，並進入梗阻之不停嘔吐之特性。
3. 除非繼之發生腹膜炎，無觸痛及腹部的強硬。

種類——赫尼亞，內部的絞窄，腸扭結，腸系膜血栓形成，因異物之梗阻。

4. 一內臟之扭轉，絞窄，或急性發炎——此病，其病徵係各不相同及不一定，但較其他類者更一定限局。

病徵及症狀——

- 1. 其休克較其他類者為輕度及更漸起。
- 2. 疼痛嚴重，但常先在有一間歇性質之前驅症狀。
- 3. 因疼痛之部位係在不正常的腫脹或有抵抗的面積上，故一定的地位有可能。

種類——急性腸套疊，腎蒂扭轉，脾蒂扭轉，卵巢瘤腫扭轉，急性胰腺炎，睪丸扭轉，赫尼亞內實體內臟之絞窄，例如，卵巢或網膜。

5. 痙攣——此病，無原發的發炎性損傷，但僅因導管之膨脹或不正常肌肉的痙攣而致疼痛。

病徵及症狀——

1. 痛苦的疼痛為患者最顯著的病徵，此病徵一般係限局於患部上並常有放射性分佈的性質，且為間歇性。為突然起始及突然停止。
2. 雖腹常強硬，但加壓可減輕而非疼痛加重。
3. 常有相當先在的情況之歷史，即痙攣之原因，例如，黃疸，尿之症狀，或常與鉛接觸。

種類——胆絞痛，腎絞痛，鉛中毒痙攣，結腸炎；或其他腸痙攣。

6. 非外科之情況，可與任何以上一種相似。此情況很難用任何一般的敘述，除非不與其他類腹部疾病病徵相關的嘔吐，腹瀉，及疼痛。

種類——霍亂，急性刺激性中毒，脊髓癆危象，基底胸膜肺炎，急性酸中毒。

歷史——有無任何先在的疾病或疼痛，並此種確實的性質最重要。

消化不良——在胃潰瘍係飯後直接疼痛。在十二指腸潰瘍係飯後一或二小時疼痛。

不限定的消化不良可發生在胰腺炎，胆絞痛，或幾乎任何急性損傷之前。偶爾胃

潰瘍，並最常見的十二指腸潰瘍，可穿孔並係最隱性。

便秘——在囊積性潰瘍或惡性潰瘍破裂以前有重度便秘及增加其嚴重性。

腹瀉——在結核性或痢疾性潰瘍破裂以前有腹瀉。

黃疸——在胆石疼痛，胆囊破裂，因胆石之腸梗阻，及胰腺疾病之患例。

排尿紊亂——在腎疼痛，腎危象，或膀胱破裂之前常有排尿困難，頻煩，及痛性。

先前發作疼痛——一般是發生各種疼痛（胆，腎，或鉛中毒），亦在腎或脾多位，或卵巢囊腫起轉。闌尾炎亦可有反復發作，但一般最重要的係其爆發性發作可使診斷困難。

鉛中毒，例如，油漆或顏料工人，常出鉛中毒疼痛。

外傷病，若嚴重及直接者，可想到為內臟破裂。若嚴重性輕及間接可為內臟扭轉，胆或腎疼痛，或子宮外孕之原因。

月經的歷史——可知有各型不正常受孕或受孕子宮破裂之可能的指徵。

全身的症狀——

脈搏——大多數患例係脈率增加。正常的脈搏實際上包括所有內臟破裂，腹膜炎，腸梗阻，內臟扭轉，或出血之患例，並可指示出係一疼痛之患例。小，硬，堅韌的脈搏可想到為突然腹膜的侵入，並快及可壓下的脈搏為出血。脈搏變慢為休克已過之指徵，脈率增加可指示為進行性損害，若合併有體溫降下時即有最可慮的意義。

體溫——對於早期診斷價值極小，因最可慮的情況，例如，潰瘍破裂，腸梗阻，疼痛等常實際上體溫正常。高體溫而保持其高度時可想到為毒力較輕型之腹膜炎。間歇性高體溫與寒戰，乃指示為胆管化膿，或有門靜脈膿毒血病可能。低體溫乃指示為虛脫或突然腹膜侵入或出血。由高體溫突然下降至正常以下乃合併於傷寒性潰瘍之穿孔。

嘔吐——如為最初的症狀無意義，因其合併於任何情況之休克。若嘔吐持久，並增加時，乃指示為梗阻。若發生較遲可想到為腹膜炎。在胃之損傷可見染血嘔吐並在穿孔性潰瘍罕見之。但繼續性嘔吐不能診斷為胃之損害，並在穿孔性胃潰瘍之惡性患例永無嘔吐。

便秘——相當程度之便秘常合併於最急性腹部損害。若下部腸自己變空時為絕對的及經久時，乃指示為梗阻或腹膜炎。

腹瀉——腹瀉與血液及粘液乃合併於腸套疊，結腸炎，霍亂，腸熱病，及刺激性中毒。

疼痛——在此類患例均常見。其性質頗重要。

極突然的起始：內臟破裂，膽或腎疼痛。

急性疼痛之先有先兆症狀：絞窄性赫尼亞，腸梗阻，內臟扭轉，胰腺炎。

瀰漫性，但主要的在臍，係在腹膜侵入及梗阻之普通型。

限局的：在胃潰瘍，胰腺炎，肝破裂，膽石疾病，或脾破裂等係在臍以上。在闌尾炎係右髂凹。在輸卵管受孕，輸卵管積膿，或膀胱破裂係在腹下部。在腎扭轉

及腎疼痛係在腰部及反射到腹股溝部。在膽石及十二指腸潰瘍係在右側直肌之上。

間歇性腸之疼痛——在各型之疼痛，在部分的腸梗阻，及急性腸套疊。

腹部——

運動——罕有十分自然者。在疼痛，腸梗阻（早期）可自由運動。在內臟扭轉或骨盆的損害可減損運動。無運動為各型腹膜侵入，內臟破裂，及外傷起始的出血等之特性。

強硬與運動減損，茲詳細的分析，即：

上腹部強硬係在繼胃，肝，膽囊或膽管，胰腺，及脾之損害。

下腹部強硬係隨闌尾炎及骨盆的損害發生。

在右側強硬更顯著係與膽，闌尾，及十二指腸之損害發生。

觸痛及強硬一般係同生之。明顯的無觸痛，患者常壓迫腹部以減輕者，可想到為腎，膽，或鉛中毒疼痛，或腸梗阻。最急性的疼痛係在腹膜侵入及內臟破裂之患者見之。

膨脹——為早期病徵者罕見。起病數小時內發生者，乃指示為內臟破裂，空氣，液體，或血液之滲出，並於是合併有觸痛及強硬；或急性腸梗阻，特別是腸扭結，其強硬及觸痛即不甚顯著。

叩診——在兩側有移轉性濁音，特別是在數小時內增加時，乃指示有游離的液體，血液，或內臟之內容物由破裂的內臟中流出之。不清楚的肝濁音很快的發生乃指示由胃或腸破裂之游離空氣。但若係起病時即現有者可由於膨脹的結腸。正常的肝濁音實際上包括游離的腹膜空氣。

瘤腫——罕見，可摸到者更罕見。最明顯的是在急性腸套疊，在結腸上為臃腸形，並當疼痛發作時變硬。腎或脾移位，卵巢瘤腫，子宮破裂，或膽囊膨脹等可摸到瘤腫。

骨盆檢查——

直腸內——腸套疊或贅瘤可摸到之。顯著的氣球樣可想到為乙狀結腸疾病；或各型的骨盆腹膜炎。

直腸外——在多數闌尾炎患例可摸到右側發炎性的腫脹。或一血囊可指示管的破裂。

由陰道——可決定為卵巢或輸卵管之腫脹，及子宮的情況。

患例之進行——在急性患例此乃極重要者。

症狀很快的增加，特別是脈率，強硬，及膨脹，可指示為內臟之損害。此症狀在一或二小時內即可看到，並需要即刻剖腹術。

穩定的增加，特別是膨脹及嘔吐，乃指示腸梗阻。

穩定的進步，在損傷後之休克而無內臟損害者見之。

有進步繼之脈率升高乃指示休克消退後發生出血。

疼痛突然減輕乃發生在結石通過之後，及在腸或其體內臟狹窄發生壞疽時則程度輕並在患例之晚期。

異常病例之特別檢查——

血球計數——顯著的白血球增加，與多形核細胞之比例增加，可想到係急性傳染，良好的抵抗力，即係一膿腫。

胸底部——可現有胸膜炎或肺炎的明證，其所致之疼痛極似腹部疾病之病徵。

尿——

結晶體，血液管型，及蛋白可想到為腎疼痛。

膽色素可想到為膽痛。

糖——在胰腺炎極罕見。

尿藍母——小腸之急性梗阻。

坎米杰氏 (Cambridge's) 結晶體——在胰腺炎。

醋酐及雙醋酸——在酸中毒。此病一般發生于肥胖的小孩，嘔吐為主要的症狀。

呼吸時有甜味乃此種情況之警告。認識此種情形頗重要，因在探察手術試用麻醉藥時可結果致命。

囊——在霍亂，結腸炎，及腸套叠囊中含有血液及粘液。在胰腺炎囊中有大量的脂肪及未消化的肉纖維。在十二指腸潰瘍血液很緊密的混合在囊中。

神經系——無膝蓋腱反射，瞳孔對光無反應，可想到為脊髓癱，此病可致內臟危象。

慢性腹部疾病之診斷

此組係此類疾病之診斷上可發生最大困難之最多數及最多類者；但在身體上無其他部之診斷比腹部更重要，因大多數的疾病都可施用手術治療之。對於診斷必須確切的能够答覆下列三問題：是或否，何時，及何處將腹切開。對於肥胖及脊柱骨瘍患者作不重要的剖腹術常不良。在胃或腸癌之手術若遲延時可致命。若化膿性腎經腹腔切開時此手術更有害而無益。但有很多患例除可猜想到疾病之大概的性質不能再詳加診定者，故極完全的檢查每一器官最重要，並在手術以前確定每一可能的事實，並預備在手術時可找到與猜想極不相同的疾病之性質。在另一方面，需要避免二條極端，一方面，對於診斷不生困難者，但要每一腹部的情況均行手術；另一方面，當非用探察術診斷不可能者拒絕將腹切開。

分類——

1. 全腹部膨脹——一致性的增大。脂肪，腸胃氣，糞，液體。大的贅瘤充滿腹內。擬癰。

。

2. 局部的腫脹——

壁層的——壁層上，壁層間，壁層下，係依其部位在腹肌外，腹肌中，腹肌內而定

。

臟層的——肝；胆；脾；胃；腸；結腸；網膜；胰腺；腎；腎周圍；子宮；卵巢；闊韌帶；睪丸；膀胱；等內臟的腫脹。

赫尼亞的——內臟經壁層突出。

腹股溝部；股部；臍部；腹部。

3. 局部的疾病而無腫脹——

在下列內臟疾病之消化紊亂：食管；胃；十二指腸；小腸；大腸；闌尾；肝；胆管；胰腺。

在下列內臟疾病之黃疸與糞有改變：肝；胆囊；胆管；胰腺；十二指腸。

在下列內臟疾病排尿紊亂及尿改變：腎；輸尿管；膀胱；肝及胆管；胰腺；與泌尿器官相連之膿腫。

血液改變，在：脾之瘤腫；化膿性膿腫；結核性損害（調理素）；胃壁。

疼痛為唯一的症狀，在：

疼痛——胆結石；腎結石；鉛中毒腹痛；闌尾炎；卵巢炎；痛經。

內臟移位——腸下垂；腎，脾，卵巢。

脊髓及神經之疾病——動脈瘤；脊柱骨瘍；脊髓癆。

全腹膨脹之情況——

脂肪，腸胃氣，及糞——對於叩診不改變，並變手檢查在腰部或骨盆找不到硬塊。

液體，即腹水——在腹兩側發生轉移性濁音，與腹之最上部有回響。

擬瘤——係在腹之較底部。對叩診無改變。雙手檢查摸不到瘤腫。行麻醉即消失。

局部腫脹之檢查——

腫脹對壁層之關係——由腫脹之運動與壁層運動之關係，同時由壁層肌肉收縮對腫脹上之作用，可証明其部位係在壁層之上，之內，之下，或與壁層不相連。

壁層上瘤腫，對肌肉收縮無影響，例如，脂肪瘤或皮脂囊腫。

壁層間腫脹，係因肌肉之收縮而變硬及固定，例如，肌肉內之纖維瘤或膿腫。

壁層下腫脹，因肌肉之收縮而不清楚，但若固定在壁層時可與壁層一同運動，例如，發炎性或惡性瘤腫相連於腹壁。

內臟腫脹，若不與壁層相連時壁層可在其上運動，並在壁層肌肉收縮時其輪廓有消滅傾向。

赫尼亞腫脹係位於腹白線，臍，股或腹股溝部，並在肌肉運動時變得更突出。

腫脹之部位常與受惠內臟正常之部位相當，即——

在腹上部——胃的，或較罕見的肝的腫脹。

右季肋部——肝，胆囊，右腎及腎上腺。

左季肋部——脾，左腎及腎上腺。

臍部——胰腺的，網膜的，及小腸。

腰部——腎的及腎上腺的，結腸。

右髒部——闌尾，盲腸 }
 左髒部——S 狀結腸 } 腰肌，髂部，或骨盆膿腫。
 腹下部——子宮，膀胱，卵巢瘤腫。

估據腹一大部分者——卵巢，子宮，網膜的瘤腫。腎盂積水。惡性及結核性疾病。

內臟腫脹之運動與壁層運動之關係——腫脹在腹深部與壁層一同運動大概是發急性或惡性。與呼吸一同運動係在肝，脾，及胃的腫脹最顯著，在腎之腫脹則較小。

腹內運動性——肝及胃癌除呼吸的運動外其運動性較小。能動脾可運動，以左季肋部為中心。胆囊之腫脹可圍繞肝邊緣為中心的側面運動。腎腫脹可向上及向下運動。但向側面毫無運動。卵巢及子宮的腫脹可由一側到另一側運動，但不向上離開骨盆。固定于後部之壁層者為胰腺囊腫，動脈瘤，及深部之惡性疾病。

腫脹之外緣——有銳利的邊緣為肝及特別是脾腫脹的特性。切透樣邊緣係在脾見之。不平的結節樣塊係在惡性瘤腫見之，緊張性堅硬可想到為放綫菌或癌腫。界限極不清楚的邊緣可想到為腹膜之發炎或惡性疾病的侵入。球狀的外緣可想到為囊腫——腎，卵巢，胰腺，等之囊腫。

大小及內容定期的改變——蠕動性收縮係梗阻以上之胃或腸。痛性收縮與變硬發生在腸套疊，亦生於分娩時懷孕的子宮。看到或摸到不規則的運動，發生在腸梗阻腹鳴，並似胎動。膀胱膨脹用導尿管後即消失。

叩診可給以有價值的知識，如：(1) 消化道與腫脹之關係；及 (2) 在腹或腫脹內有無游離的液體或氣體。腫脹有回響係含氣的膿腫，例如，膈肌下，及罕見的子宮旁膿腫，亦可為胃或腸之擴張部分，被胃及腸所蓋之後部的（胰腺的）瘤腫。腫脹係濁音，大多數為內臟的瘤腫及變位。腎腫脹在腎之前部有痠痛性反響的區域。肝，脾，及脾之腫脹，在其下有痠痛性反響。卵巢囊腫一般係有濁音並在其上及兩側有回響的區域。積水的積聚係中心性回響，與兩側的濁音。

腹部疾病之症狀分類——

消化的——

厭食 (Anorexia)，嘔吐，及消化不良，在胃，十二指腸，及胰腺之疾病見之。

不規則的消化不良係常合併在胆石或闌尾的疾病。

便秘可發生於任何型之梗阻，在胃或在腸。亦可發生在發炎的情況，例如，闌尾炎，及骨盆的瘤腫或變位壓迫到直腸。

排出血液及粘液是在大腸之惡性疾病，及急性腸套疊，痢疾及結腸炎等見之。

黃疸，與疼痛及灰白色糞，發生在肝，胆管，及胰腺之疾病。

排尿之紊亂，在腎疾病，結石或變位；膀胱，前列腺，及尿道之疾病。亦生於骨盆內之疾病，變位，及瘤腫。

尿之改變——在泌尿器的疾病尿有血液，膿液，結晶體，管型，寄生蟲卵，粘液等。在肝，胆，及胰腺之疾病，有胆液。在胰腺之疾病，有坎米杰氏結晶體。

月經不規則——在正常的及不正常的受孕為經閉。在子宮的疾病為月經過多。在

子宮外孕爲不規則的月經。在骨盆之發炎性疾病及子宮附件之疾病爲痛經。
運動的紊亂——

因行走而疼痛增加，在腎及膀胱結石。脊柱之疾病。

共濟失調，與膝蓋髓反射消失，等，在脊髓癆。

血管的紊亂——動脈硬化，高張力脈搏，心臟肥大，乃合併于動脈瘤。

不斷的體重消失，極有意義，一般爲疾病進行之結果；例如，消化管之惡性疾病。疾病之部位愈高，則此病徵之發生愈重及愈快。慢性胃潰瘍及慢性胰腺炎亦可致明顯的消瘦。

無症狀的腫脹——卵巢或網膜之囊腫。包虫囊。子宮纖維肌瘤。由骨（例如，髖骨）而生之結核性膿腫而未累及關節者。腹壁，肝，及脾之樹膠樣腫。

不清楚患例檢查之特殊方法——

胃——空氣及液體之膨脹，用映光法，及銀食攝影。

放射攝影圖可表示脊柱或骨盆骨，動脈瘤之疾病。用銀食或灌腸後可表示出胃及大腸之形狀及部位。胃，輸尿管，或膀胱內之結石。一定的異物。

結腸充氣之膨脹，可表示出腫瘤係在結腸內或外，並加重與腎，肝，胆，及脾等竇腫之關係。

膀胱鏡檢查，尿之分隔，及輸尿管插管插入法，可表示出腎，輸尿管，或膀胱等之不清楚的疾病，特別是結核病。

血球計數（見前）。

第四十七章 膀胱之疾患

(AFFECTIONS OF THE BLADDER)

膀胱外翻 (Ectopia Vesica)

解剖——膀胱僅爲輸尿管口及膀胱後壁一部分之三角所代替，膀胱之此部係位于下腹部之前腹壁。陰莖發育不全及發生完全的尿道上裂。骨盆發育不良而恥骨不能在恥骨聯合處相接。骨盆由前向後極窄。在此病找不到膀胱。

症狀——常有尿滴瀝。皮膚表皮剝脫。最後成腎盂腎炎。

治療——下列爲可改變的方法，第一項爲最好之方法。

1. 將膀胱三角移植至直腸，係該三角所在處。此法不將會陰切開。
2. 在腹膜內移植輸尿管至直腸內。
3. 用成形手術將皮膚之皮瓣縫于膀胱上，皮下之表面向內。

4. 預備一堅橡皮杯以形成一尿壺。

膀胱破裂

原因——膨脹的膀胱上直接的打擊。由骨盆骨折一部分而來的創傷。穿刺創傷。挫傷後繼之滯留。膀胱一般係成潰爛或囊狀。

種類——(1) 腹膜內；(2) 腹膜外。

腹膜內破裂——累及上部之表面。嚴重的休克。痛性尿淋瀝 (Strangury)，即常有疼痛及欲排尿。腹內有游離液體之病徵。腹膜炎。

病徵——用導管取出者僅少量血性尿。若洗劑注入膀胱時，流回者較注入者少。

治療——剖腹術。用棉球吸出游離的液體。縫合膀胱的創傷。若尿為膿毒性時引流膀胱直腸回。紮入一大的導尿管。

腹膜外破裂——累及底部或側壁。最初對排尿無影響。可發生骨盆蜂窩織炎或尿外滲。在恥骨上及會陰部可發生微黑色的腫脹。若尿為膿毒性時很快的發生致命的毒血病。

治療——在恥骨上及會陰部切開到腫脹的部分。用導管引流膀胱，或行中央的尿道切開術。

膀胱炎 (Cystitis)

原因——

急發卡他——寒冷。尿酸性素質。痛風。刺激劑，例如，斑蝥。

急性膿毒性膀胱炎——外傷病；手術；異物。淋病。膿毒性創傷或導管。由大腸內桿菌經女性尿道直接傳染。所有慢性膀胱炎之原因均為急性膀胱炎之素因。

慢性膀胱炎——結石。瘤腫。前列腺增大。狹窄。因脊髓疾病之癱瘓。結核病。

細菌——

大腸桿菌 (單獨的)	} 在酸尿中。
結核桿菌 (單獨的)	
淋球菌 (單獨的)	
鏈球菌 (單獨的)	
變形桿菌	} 鹼性尿中。
尿雙球菌	
葡萄球菌	
大腸桿菌 (與以上細菌)	

症狀——

疼痛——在腹下部及會陰部。

膀胱刺激——常欲排尿。尿頻煩。排尿後痛。

尿——

在急性患例——可含有血液；粘膜之碎屑及腐肉。

有少數患例——若傳染純粹係由形成酸性的微生物（大腸桿菌，淋球菌，結核桿菌），無明顯的改變。

在大多數患例——由尿素之分解而銻之形成尿變鹼性。惡臭。含有膿液，粘液，上皮，及磷。

全身症狀（主要的是在急性患例）——毒血病。低的發熱情況。因缺乏睡眠而衰弱。

併發病——腎之膿毒性傳染。

解剖——

急性變化——

卡他——粘膜之急性發炎。

粘膜重度充血，其血管變血栓形成性。斑樣腐肉及遺有潰瘍。可脫去似一完全的腐肉。

慢性變化——

粘膜，特別是膀胱三角上——變厚及覆蓋以混合有磷碎屑之粘液膿。表層缺失。充血，與重大擴張的血管。囊狀及潰爛樣。

肌層壁——最初增厚及肥大。最後（如有梗阻時），即擴張，變薄，及成束狀。

輸尿管——因肌肉痙攣而口收縮。

腎——腎盂積水。腎盂積膿。腎盂腎炎。

治療——

全身——在急性患例：臥床休息。乳酪飲食。除去原因（例如，結石，狹窄）。

藥物——

大量鹼性飲料——以減少刺激性之尿酸。

蘆茄及莨菪素——用于痙攣。

抗毒劑——六次甲基四胺（優洛託品），薩羅，安息香酸，以防 止膿的分解及阻滯微生物之生長。

利尿劑——枸橼酸鉀，布枯葉，以減少尿之變濃。

樹脂油——在慢性患例用白檀油，畢澄茄（Cubeba），古巴香膠等。當有大量的粘液膿，及特別是在慢性淋病。

局部使用（在急性患例禁用）——用稀的過錳酸鉀液，及硼酸甘油灌洗。在極慢性患例：百分之一的強蛋白鈣，或二百分之一的汞色質水溶液。先將膀胱用溫硼酸液灌洗；以後將三十兆汞色質液滴入空的膀胱中並告知患者半小時不要排尿。

膀胱切開術（Cystotomy）——在難處理的患例可作以後手術之前驅。會陰部瘻管可有良好引流。若移除瘤腫時恥骨上引流最便利。

膀胱之瘤腫

種類——

良性——乳頭狀瘤；纖維瘤及肌瘤（罕見）。

惡性——上皮癌；柱狀細胞癌（繼發於子宮或直腸之疾病）；肉瘤（罕見）。

乳頭狀瘤或絨毛狀瘤腫

由十四歲至四十歲之患者。男人較多於女人。

解剖——分枝突出之束，每束含有中心的結締織及血管，外覆以改形性絨毛狀上皮。不累及粘膜下及肌肉組織。一般是在或近于膀胱三角並緊接于一輸尿管口。偶爾為多數性。可為腎盂絨毛狀瘤腫之繼發者。

症狀——三期：(1) 潛匿，(2) 血尿，(3) 膀胱炎。

血尿——所謂無症狀血尿，乃由于無其他病徵或症狀。大量的出血，在清晨末更顯著。可有長的間隔而再發，每次可歷數日。

膀胱刺激——尿頻煩。由于瘤腫塞入尿道口中而排尿後疼痛。

膀胱炎——慢性類。排出大量粘稠粘液。

腎盂積水——（偶爾發生），由于輸尿管口阻滯所致。

病徵——用探子可致重的出血。由直腸或陰道摸不到瘤腫。膀胱鏡檢查可看到瘤腫。

預後——手術後常有復發，與最後是惡性的發育。

治療——

膀胱透熱法或電擊法——用一透熱器上之電線經膀胱鏡並敷用于乳類狀瘤之底部，通以電流即可燒去之。此法極適於小的瘤腫。

手術療法——恥骨上膀胱切開術。用一菲古森氏（Fergusson's）擴張器將瘤首分離。由直腸或陰道壓迫其根部。以除去長瘤腫處之粘膜及粘膜之下層。

惡性贅瘤

可為原發性，或繼發於直腸或子宮之瘤腫。

原發性瘤腫，係——

1. 惡性乳頭狀瘤。

2. 浸潤性瘤腫（瘤腫開始於以前健康之膀胱上）。

3. 惡性潰瘍——一般係繼發於結石。

症狀——血尿，小便困難，膀胱炎，腹下部及會陰部疼痛。

在惡性乳頭狀瘤血尿係生於小便困難之前，但在其他型者小便困難係在血尿之前

並有細小的間隔。

併發病——由於累及輸尿管而腎有腎盂積水與腎痛。腎盂腎炎及敗血病。由於累及尿道而有尿道炎（罕見）。

病徵——由直腸或由尿道可在膀胱壁上摸到硬結塊。用膀胱鏡檢查可見無蒂的乳頭狀瘤或邊緣紅厚的潰瘍。用探子可在膀胱壁上感到有粗糙的區域。

治療——

1. 恥骨上膀胱 開術——與良性瘤腫一樣露出之。除去膀胱壁之一寬廣的面積，含有其全部。若輸尿管被累及時，將受患部移除之。其遠心端移植於膀胱之另一部位。
2. 膀胱完全摘除術——在廣大性的瘤腫用之。將輸尿管移植到直腸或結腸內。或用兩側腎造口術。

膀胱贅瘤之診斷

1. 與瘤腫相似情況之鑑別——

- 甲. 腎之疾病——砂石或 瘤。在此病：腰部有疼痛或癱腫，出血不甚大量。血液可混入有尿。分屬時可見兩個者不同。尿呈酸性，膀胱之刺激性小。
- 乙. 膀胱結石——在此病：有排尿後疼痛與痙攣。出血少。用探子可觸到石。
- 丙. 膀胱結核——在此病：疼痛及膀胱之刺激頗嚴重。無出血或微量。尿中有結核桿菌。膀胱鏡檢查有潛行性潰瘍之陰影。

2. 診斷瘤腫之種類——

- 良性瘤腫之特性係：幼年的患者。最初是大量反回性血尿 而無其他症狀。膀胱壁無硬結。
- 惡性瘤腫之特性係：四十五歲以上的患者。早期及明顯的疼痛及膀胱炎。在膀胱壁上可摸到硬結。

膀胱之結核病

膀胱之結核幾乎常係繼發於腎，前列腺，睪丸之結核病。

病理——在精囊下組織開始似一粟粒結核。此結核乾酪樣變及破裂，遺有凸起的潛行性潰瘍。一般係位在或近於膀胱三角處。

症狀——慢性膀胱炎與血尿之症狀。膀胱有重大的刺激。

豫後——不良。

治療——可能時治療原發病灶。膀胱灌洗。若僅係少數潰瘍時，用電烙器燒烙。注射結核菌素。

膀胱結石

種類——

尿酸——卵圓形或球狀石。棕色及成層的構造。沉澱之結晶為菱形，小麥形，或不規則的集合。在酸尿，係由於過度出汗，飲水少，過多的含氮的食物，久坐的習慣，發熱的情況，痛風性體質等之結果。乃結石之最常見類者。

尿酸胺——與上一種相似，但顏色較淡。其沉澱似有刺的球，或不定形的沉澱。

草酸鈣——粗糙，結節樣似桑椹。陰硬。棕黑色或黑色。似包裹或啞鈴形之結晶。生於神經性或消化不良的患者。

磷酸鹽結石——一般係在尿酸或草酸結石或異物上的沉着。有時係原發于膀胱之球狀囊，因膀胱炎而沉着。形成白色，軟的，纖弱的塊。在鹼性尿中之沉澱如三聯磷酸鹽（磷酸鈣鎂），刀架形結晶，或六角羽毛形結晶。磷酸鈣可生定形沉澱。混合之磷酸鹽可形成可溶性結石。

膀胱氨基酸（Cystin）——黃色，蠟樣。極罕見。

海生汀（Xanthin）——紅色，極罕見。

構造——

核——在中央由異物，腎結石，或粘膜所成。

體——由粘液將結晶集合一塊之集中層。

外殼——最近之沉澱。一般是混合的磷酸鹽。發生於膀胱炎與形成鹼性尿時。

數目——一般係單個。罕有多數者。

病因——

年齡——任何年齡，特別易生於十歲以下的小孩，中年後的成人。

性別——男人較女人為更常見。

社會的情況——小孩多侵古貧苦者。

氣候，土壤，等——在印度及熱帶極常見。普通常見於東方的國家，該處之水多極硬。

局部尿的情況——任何梗阻而有沉澱成結石的素質：特別是小孩的包莖，及老年人之大前列腺。

痛風，結石病，草酸尿常先有或為其原因，常最易的原因為腎結石。

症狀——

先兆的——腎痠痛。小便失禁（在小孩）。排出尿砂，尿酸或草酸鹽。

疼痛——在膀胱及會陰部。反射到會陰之末端。在排尿末增重。

白天尿頻煩。若有膀胱炎時白天或夜間均有之。

膀胱刺激——常排尿，繼之疼痛及痙攣，與膀胱未空之感覺。

血尿——輕微並係在排尿後。

運動的影響——所有症狀均因運動而加重，因之白天較夜間為重。

排尿中斷或急性尿滯溜，乃由於結石嵌入尿道口或尿道內。

傷力及神經刺激之作用——痔或脫肛。赫尼亞。陰莖異常勃興。

在小孩——小便失禁。常自拉包皮。

病徵——

用探子探索——膀胱內實充滿尿液或洗劑。臀部高起。在小孩用麻醉劑。探子口向兩側轉並於是向後到大前列腺之後。

硬的響的聲可指出係石。此聲可聽到或感到。在草酸及尿酸結石最顯著。在磷酸結石不甚明顯。可被粘液所覆蓋。

探子檢查之謬誤——

探不到石，乃因：位於大前列腺後面之深部，或在小口之球狀囊內，或被韌性之粘液所覆蓋。

可發生響聲或摩擦聲而非結石，即：前列腺結石。在潰瘍或腫瘤上之磷酸碎屑。愛克司光攝影術——所有普通類的結石均可用愛克司光明顯的表示出之。

診斷——由腎結石，膀胱腫瘤，膀胱結核（見前）。

小孩之小便失禁——由顯著的陰莖痛性勃起或症狀之頑固性常須想到為結石。

併發病——

1. 傳染性併發病——膀胱炎，腎盞炎，及腎盞腎炎。
2. 梗阻性併發病——膀胱之肥大及成囊狀。憩室形成。腎盞積水。
3. 潰爛及痛重。

治療——

須先確定之事項——

1. 有無尿梗阻。狹窄之大小及部位。有無前列腺瘤腫及其性質。
2. 結石之大小。由直腸觸之。是否可用碎石鉗拮住。
3. 結石內容之性質。由檢查尿中之結晶體可知之。由探子上感到光滑，或粗糙，或柔軟。
4. 有無膀胱炎或腎之疾病。

碎石洗出術（Litholapaxy）——

指徵——石之直徑小于一吋半。石質纖弱者。無狹窄或無極大的前列腺。無膀胱炎或腎之併發病。

方法——臀部高起。膀胱內充以硼酸洗劑（至少二公升）用碎石鉗拮住石並壓碎之。將所有可拮到之碎片均壓碎。用掃出器將所有碎片洗出之。可能時由最大的洗出管。繼之探索及治療存留的碎片。

恥骨上膀胱切開術——

指徵——大結石（一吋半或更大）。硬的結石不能壓碎者（特別是草酸石）。合併有大的前列腺者。當狹窄時。當石被包繞時。

方法——垂頭仰臥式。使膀胱充滿直至在恥骨上可摸到。即刻由恥骨上切開。將石取出后；若爲膀胱炎或出血時即引流；不然即縫合膀胱，引流創傷。

偏側截石術——

指徵——收縮的膀胱。嚴重的膀胱炎。當尿道膜部有狹窄時（非傷性）即同時可以處理之。

方法——用一側面有溝的探子插入尿道中。充滿膀胱。使患者在膀胱截石臥式（切會陰臥式）。助手將探子握于中線上並觸于恥骨上。由肛門前一吋半處至肛門及坐骨結節間之內點作一切開，深約直至刀透探子之溝中。繼續使刀沿此溝向前推到膀胱內。插入手指及鉗將石取出之。用一大的導管引流膀胱。

膀胱之憩室

定義——膀胱壁某部分之囊狀突出。

種類——

1. 先天性——此種包括膀胱之肌層突出。
2. 後天性——此種包括僅係粘膜層突出，並可有：
 - 甲. 壓迫性憩室——此係因尿梗阻而發覺發生者，例如，前列腺增大，結石。
 - 乙. 牽引性憩室——此乃由外部的牽拉而生，例如，赫尼亞，膀胱周圍炎。

症狀——由尿停滯在憩室內而生。嚴重的及頑固的膀胱炎。可發生包繞的結石，並可經憩室而留滯以產生尿外滲。

診斷——在膀胱內充滿硫酸鎂或氯化鈉後用愛克司光斷之；用膀胱鏡檢查，憩室之開口在膀胱壁上似一黑暗口。

治療——切除憩室，或在能發生就下引流法（Dependent drainage）之情形下將憩室之頂部懸吊之。

小便失禁

定義——由于逼尿肌不正常的作用或括約肌缺乏作用所致之不隨意的排尿。

1. 自動性失禁——逼尿肌不正常的作用，常見于小孩，特別是男孩。一般係在夜間——夜尿。

原因——不正常刺激膀胱中樞之反射性刺激作用。例如，因：輕度的膀胱膨脹；直腸的寄生蟲或息肉；包莖；尿酸尿砂；情緒。

治療——除去任何不正常刺激的原因。在膀胱未過度充滿以前使小孩排尿。清淡飲食；晚上不食肉類。藥物：鐵及砒等強壯劑；菸茄及溴等鎮靜劑。器械（僅在頑固性患例用之）：插入一金屬探子；經此用輕度的感應電應用法。

2. 被動性失禁——括約肌缺乏作用。

甲. 癱瘓性——由于脊髓內膀胱中樞之損傷者。括約肌癱瘓而仍有反射。尿液由尿管滴瀝至尿道。膀胱保持空虛及收縮。

乙.機能性——當有石或瘤腫而使膀胱頸部開放者(極罕見)。女性尿道之過度膨脹。

被動性失禁之治療——治療其原因。亦須在尿道口注意消毒以防止膀胱炎。

8.假性失禁——膨脹性溢出。膀胱重大的膨脹,及尿液常滴瀝出。

甲.尿溢出之梗阻。前列腺增大。尿道狹窄。

乙.脊髓的損傷。

假性失禁之治療——治療原因,與無毒的預防。

尿 瀰 溜

原因——

1.溢出之梗阻——

在陰莖——包莖;環。圍繞陰莖之束;惡性瘤腫(致梗阻者極罕見)。

在尿道——狹窄;充血與痙攣;嵌入性結石;破裂。

在前列腺——肥大;贅瘤;發炎。

在膀胱——贅瘤;結石(致瀰溜者罕見)。

在膀胱頸之外——瘤腫之壓力,例如,子宮纖維肌瘤;妊娠的子宮後傾。

2.神經性——脊髓之疾病,特別是脊髓癆或骨髓炎。腦及脊髓之損傷。反射神經機能之損傷,例如,在直腸或生殖器官之手術。希司忒利阿。

3.弛緩——膀胱之弛緩乃由于:過度膨脹(急性或慢性)。膀胱炎(罕見)。在老年(大概合併有前列腺增大)。

症狀——膀胱發生似一緊張的腹下部的腫脹。在腹部及會陰部有一定性質之疼痛(在癱瘓性者無之)。

結果——

臨床上的——(1)膀胱破裂;或(2)尿道破裂;或(3)膨脹性溢出——假性失禁。

病理上的——

在膀胱——在急性患例:擴張及弛緩。在慢性患例:肥大,繼之有擴張及成囊狀。

在腎——腎盂積水或腎盂積膿。腎盂腎炎。

診斷——

小便閉止——在此病:膀胱空虛及收縮。繼嚴重休克,或手術,或腎炎發生之。少量尿液與高的比重及蛋白。

結石性尿閉——腰部疼痛及痠痛之歷史。膀胱變空。無痛或僅在腰部有痛。

膀胱破裂——繼損傷以後。膀胱變空或含有血性尿液。注入膀胱內之染料較流出者為多。

治療——

1. 當充血性癱瘓為其原因時——最初試用熱水浴，與嗎啡及亞茄坐藥。以後插入軟的導管。
 2. 當有一定的梗阻時——最初插入大而軟的導管；若失敗時，即用小的絲狀導管。
 3. 當前列腺肥大時——最初試用大的軟導管，以後用單彎導管，最後用金屬前列腺導管。
 4. 當無導管可放入時——
 - 恥骨上引流——經一導管插入—Dep zzer氏管並遺留膀胱內。
 - 恥骨上膀胱切開術——當以後可處理大的前列腺或膀胱之瘤腫時，或同時可將結石取出時。
 - 會陰膀胱切開術——當有尿道之狹窄同時可以治療時。
- 在急性尿潴留存留數小時，及在慢性尿潴留與膀胱炎者，最好是先用導管或抽液以減輕潴留，當以後患者膀胱之情況良好時施行根治手術。

第四十八章 前列腺疾病

(DISEASES OF THE PROSTATE)

發 炎

種類——急性前列腺炎，急性膿腫，慢性前列腺炎，結核性前列腺炎。

急性前列腺炎——

原因——淋病。繼發于器械應用之膿毒症；狹窄；膀胱炎。

解剖——全器官之發炎性腫脹。腺管及濾泡被粘液及細菌所填塞。膿腫形成：（甲）在一個濾泡；或（乙）在實質內經包囊所擴散。

症狀——會陰部有灼痛，坐時增劇。痛性尿頻煩。由于癱瘓及充血而尿潴留。發熱之全身症狀。便秘。排糞後及排糞時有疼痛。

病徵——尿中排出前列腺碎屑或膿液。由直腸可摸到發炎的前列腺。會陰部有硬結樣腫脹。當在包囊下或包囊外有化膿時，可由直腸或會陰部摸到波動。

併發病——膿腫可破裂到：尿道；膀胱；直腸；會陰。可結果為直腸或會陰部瘻管。膀胱炎及腎之膿毒性疾病。

治療——休息及乳類食物。熱水浴。藥包會陰部。熱的灌腸。嗎啡及亞茄坐藥，用于潴留；軟導管。用于化膿；會陰正中切開。

慢性前列腺炎——

原因——後尿道炎（淋病）。膀胱炎。狹窄。

症狀——尿頻。排尿後有輕度疼痛。會陰部有重量的感覺。排尿後溢出有蛋白樣物質，尤其是在早上之第一次排尿。排出前列腺管型。罕有形成膿腫者。

病徵——由直腸可摸到觸痛性增大。

併發病——前列腺結石之形成。

治療——清淡食物。避免性道刺激。大量液體，與利尿劑。用二百分之一的強蛋白銀洗劑灌洗前列腺尿道。插入大的尿道探子。癩茄坐藥。

結核性前列腺炎——一般係繼發于睪丸或精囊之結核病。罕有原發性者。

解剖——前列腺有乾酪樣沉着。慢性膿腫。不平的潰爛，一般係膿毒性傳染之結果。

症狀——即慢性前列腺炎之症狀。膿尿，與尿最初為酸性及含有結核桿菌。直腸檢查可示出前列腺有觸痛及不規則的增大。

併發病——除去原發良性的患例，均蔓延到膀胱及腎。

治療——一般僅係全身療法。清淡食物及大量液體。疼痛用嗎啡及癩茄坐藥。在原發性患例經會陰切除者罕見之。

前列腺結石——乃由于濾泡內有灰鹽沈澱之結果。在慢性前列腺炎之患例。含有碳酸鈣。普通為多數性。集存于增大的前列腺之隔間中。

症狀——膀胱之刺激。排尿困難。

病徵——慢性前列腺炎之病徵。恰在探子未進到膀胱之前可觸到之。

治療——會陰中央切開形除之。

前 列 腺 增 大

正常前列腺之解剖——其形狀似錐形，與四個三角形的表面。正常的量與橫徑為微長于一吋，他側之直徑大約一吋。

表面——

上表面——係在膀胱腔內；被尿道內口所貫入；被膀胱之粘膜所覆蓋。

后表面——與精囊相接。由筋膜及蜂窩組織而與直腸分離，並被膀胱後筋膜所覆蓋。

側表面——位于提肛門肌由恥骨起始之處。被骨盆筋膜之臟層所覆蓋。此面在前面與恥骨相連即恥骨前列腺韌帶。

尖端——位于兩側面之澹合處。被尿道貫入。麗于形成三角韌帶深層之骨盆筋膜部。

連接物——

膀胱——膀胱之精囊延續過其上表面而入尿道。膀胱之肌層壁連續至其後面及側面。

尿道貫過此腺係由其上而到尖端。

射精管——由後面穿過腺質而與尿道相連。

周圍——腺體與其纖維肌性包膜係由下列組織包繞：

1. 膀胱頸部，此係與其纖維性包膜在結構上相續者。
2. 蜂窩組織內含有靜脈之前列腺叢。
3. 筋膜鞘：(甲)三角韌帶之深層；(乙)在兩側係骨盆筋膜之臟層；(丙)後面係直腸膀胱筋膜。(此乃同一筋膜之各部分，此筋膜為前列腺形成一連續的鞘)。

構造——含有兩種組織：(1)非橫紋肌及纖維組織塊；(2)在(1)組織內之腺體組織。

包膜——含有纖維肌性組織之周圍的部分，並排列為成層的情況。此包膜向下浸入似一正中縫並相連于尿道之前壁及後壁。在正常的情况下包膜與腺體之其他部位間無清楚的界限。

葉——有二原發的側葉位於正中縫之兩側。有一中央的，正中的，或第三葉乃係尿道內口以上及以後腺體之部分；此部係因射精管將側葉處分下之部分。

管——腺之側葉有十至十五個開口到尿道底部尿道腔兩側之溝中。腺體之中葉開口到一隱凹(前列腺囊——男性子宮)，此凹隱開口到尿道腔之頂部。射精管開口于前列腺囊口之兩側。前列腺之正中葉即男性子宮。

病因——普通係生于五十歲以後。可由于前列腺炎，尿道炎，或結石病，或任何慢性膀胱刺激之情況。一般僅係一種老年的變化。

病理解剖(第一百零七圖)——

前列腺的變化——

形狀及大小——最初保持原有的形狀，以後變成分葉的及不規則的。側葉向直腸增大。正中葉及全上表面向上生長到膀胱內。有一正中的狹窄乃膀胱頸附着部之標記，並將該腺之膀胱內部由膀胱外部者分離之。

構造——增大的腺體含有：(1)過多的纖維組織：一般係可致症狀之最小的標本。(2)所有正常組織之過長：一般係光滑，中等大小的標本。(3)纖維肌瘤性癌腫或纖維肌瘤：可形成大塊。(4)纖維腺瘤，即腺組織之過長，構成突出的最大的標本。(5)係一極顯著的成層的包膜含有纖維肌肉組織之各層圍繞于腺體之其餘部份，並係與膀胱之肌層壁相連續。

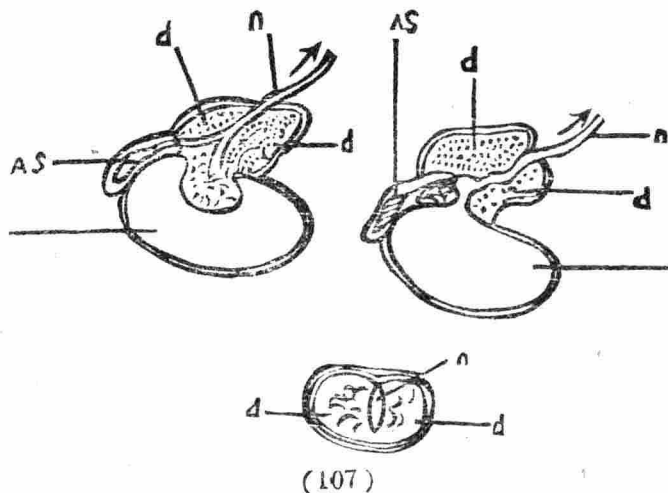
堅度——主要為纖維組織時即堅硬。係由腺瘤而來者即軟。

尿道之變化——變長約一時至數吋。變彎並凸面向後。原增大葉之壓力而彎曲。因中葉之生長而尿道內口變扭轉或阻滯，其開口仍保持開放而不變者罕見。

膀胱及腎之變化——膀胱最初變肥大而後擴張，肌性束分離，粘膜在束間成陷凹。遲早會發生膀胱炎。由于慢性滯留及膀胱炎之結果可生腎盂積水，腎盂積膿，或腎盂腎炎。

症狀——普通有四期，然其早期不明顯或不陳訴之：

1. 排尿困難——開始尿出時須較長的時間。沖出較佳的尿流但頗慢，其射出較小或無力量。用力時常阻止尿流。
2. 尿頻煩——最初由于膀胱頸部之充血及刺戟，以後由于滯溜。在夜間加重，或最注意。
3. 尿滯溜——當梗阻增加或膀胱變弱時膀胱不能自己變空。故每次排尿後有少許尿存留。由一隔至十隔不等，此可為膀胱無能力之計量。急性尿滯溜可為最初之病徵，或常見者為繼發於慢性尿滯溜當膀胱變弛緩而排尿變遲延甚久者，或因過度寒冷及酒中毒而致之充血性痙攣之結果而來者，在任何疏忽的患例可發生假性失禁（滯溜與溢出）。
4. 慢性膀胱炎——其傳染一般係因器械而生。可因自身傳染而發生。尿變含絨性，及含有磷，膿，及粘液。



第一百零七圖 前列腺增大之圖表。上圖係前列腺之橫斷面，乃表示尿道（U）被前列腺之側葉（P）所壓迫。下面的兩圖係前後切面。在左側者表示尿道之變長及彎曲；右側者係變長及彎曲的尿道，變曲出的中葉所阻塞。S.V. 精囊。

物理病徵——

尿滯溜之病徵——在無狹窄或癱瘓者。在恥骨上可摸到膀胱（在早期患例罕見）。
· 排尿後有殘餘尿。

直腸檢查——大約距肛門二吋半處可在直腸前壁摸到前列腺。可摸到變大或分葉狀。實際上可摸到正常。

尿道檢查——前列腺尿道變長——由插入導管自恥骨弓至進入膀胱間之距離決定之。正常者大約為一吋半；在前列腺病之患者可主任何長度到四吋。用一長的彎曲導管或單彎導管插入最容易。

膀胱鏡檢查——可見到膀胱內之增大，但較困難。

治療——

1. 飲食及藥物——良性與無殘餘尿之患例。

飲食——肉類豐富的食物要有節制。大量的乳類，鹼性水分及稀釋劑。避免酒精。

膀胱之調節——待欲排尿時不可遲緩。

藥物——鹼類，例如，重碳酸鉀及枸橼酸鉀。鎮靜劑，例如，莨菪素或癩茄。消毒劑：六次甲基四胺，薩羅，以防止或減少膀胱炎。

2. 導管療法——用於發生瀰溜之患例，抑急性或慢性，由發生殘餘尿而知之。

器械之選擇——(甲)第十二號橡皮導管；(乙)單彎導管或複彎導管；(丙)金屬導管器有直的前列腺部彎曲。正規的應用橡皮或金屬的器械較佳，因其可以煮沸。

方法——每日插入一次，用於夜間更好。尿道口及導管須消毒。充分的潤滑劑。

禁忌徵——有緊張的尿道狹窄者。導管插入術時有重大的疼痛，由於膀胱之神經過敏或刺激性。導管插入術時出血。患者不能施行必需的消毒的預防。患者自己不能插入導管者。發生寒戰及發熱者（導管熱）。膀胱炎（若膀胱炎被灌洗膀胱可治癒時，導管可再用之，但膀胱炎很快的復發）。

3. 根本的手術療法——前列腺截除術（Prostatectomy）。

指徵——禁忌用導管方法之患例（見上）。比較年輕的患例（五十歲至六十歲）。當前列腺生長甚速者（腺瘤），當有膀胱炎時。因血中尿素及尿素濃度試驗（見第四十五章）以證明腎尚有功能時。

甲。恥骨上手術（例行的方法）——用洗劑將膀胱充滿。由恥骨上切開之。在前列腺上切開粘膜。用左手指在直腸內將腺壓上。經粘膜之開口將示指插入膀胱壁及前列腺之間。在前列腺及包膜層間擦離之。當到達三角韌帶之深層時經尿道上撕裂之。除去前列腺。用熱水灌洗膀胱。縛入一大的引流管。圍繞該管縫合膀胱及壁層。施用吸引器或虹吸器，例如，Cathcart's 注洗器或 Irving 氏敷料。七至十天後患者方可由陰莖排尿。漸漸使引流減小。

乙。二級的手術療法——須在下列情況施行之：嚴重的瀰溜需要手術減輕者；膀胱炎；結石。腎效率在安全之邊界線上。用單純的恥骨上膀胱切開術以引流膀胱或經腹部之戳傷切口後插入——de Pezzer 氏導管引流之。間隔十天至一個月以後將前列腺除去之，以使腎之功能進步到安全點上。

以上手術之弊——整個前列腺部尿道均移除。射精管必須移除，偶爾精囊亦移除之。

結果——(甲) 全身恢復，與有正常的排尿者約有百分之七十至八十。

(乙) 有百分之二十的患例死亡乃由於：休克及出血；躁狂；膿毒性傳染，特別是經腎者；老年性無力；尿中毒。(丙) 恢復與永久的恥骨上接管。(丁) 恢復與膀胱弛緩而偶爾需要導管插入法。

丙。恥骨上開放或 Thomson Walker 氏手術——作一四吋長的切口及膀胱自由開放以便手可插入之。將前列腺刮出而不需要左手插入直腸內。此時將患者置於完全的垂頭仰臥位並用一自動牽開器插入膀胱內。在直接觀察之下將前列腺組織疏松的束除去並將出血點由底下經過及結紮之。將膀胱口部之粘膜剪除，在凸出的半月形邊緣上切去一楔形塊以形成開口之後唇。

利——傳染之危險較少，因對直腸無損傷。出血之危險少，並因切去半月形的邊緣其手術後膀胱前列腺開口處纖維性狹窄之可能性極少。

丁。會陰部前列腺截除術——

指徵——輕度增大。嚴重的膀胱炎。膀胱收縮。全身虛弱。

方法——在直腸前面作新月形切開。經過三角韌帶及尿道膜部括約肌而到深部。經三角韌帶之深層（即，骨盆筋膜之深層）切開。經尿道切開可能時愈高愈好。切到其包膜時將前列腺拉出之。經切口引流。

利——較恥骨上法休克為少。尿道可更從容及準確的分離。可發生更好的引流。

弊——損傷尿道膜部括約肌及到骨盆筋膜。大有成永久瘻管之傾向。

4. 其他手術之方法——

由前列腺之纖維肌性包膜內截除腺瘤。

用透熱法經尿道截除突出之塊。

辜丸截除術或兩側輸精管截除術以誘導前列腺萎縮。

前 列 腺 之 惡 性 疾 病

此常係一圓形細胞癌。其原來的症狀及病徵與良性前列腺增大不能區別之，並在其早期於手術以前罕有認識為惡性者。下列數點可表示出其性質：

1. 症狀很快的發生及尿梗阻。
2. 早期發生出血，自然的及器械應用後均可發生之。
3. 較單純的增大有更早更顯著的疼痛及膀胱炎。
4. 由直腸可觸到大的，硬的及結節樣腫瘤並以後直腸壁固定於其上。
5. 前列腺上之粘膜係固定及不能自由運動。
6. 正中縫即刻消失。

治療——若在施行摘出術以前其性質未認識出者其手術可證明為特別困難，癌腫係撕裂而非脫殼樣出之。非常的大量出血，並早期及很快的復發。

會陰部前列腺截除術——在手術前即認為惡性時，必須施行之。在露出前列腺及分離尿道膜部後將前列腺截除之，同時由骨盆筋膜前列腺鞘以內，將固有膜一同除去之。將與前列腺相連處之膀胱壁切開並將前列腺除去之。將膀胱在一橡皮導管上與尿道縫合之。

鑿——施行恥骨上膀胱切開，將鑿氣子或鑿針埋於前列腺內。

第四十九章 尿道之疾患

(AFFECTIONS OF THE URETHRA)

外傷性破裂

原因——橫跨時跌倒。會陰部之打擊。恥骨骨折。

部位——尿道膜部，一般係在其經過（淺層）三角韌帶處。

範圍——部分的，經過底部；或完全的，經過其全周圍。

症狀——疼痛。尿潴溜。

病徵——會陰部，陰囊部，及陰莖部瘀斑及腫脹。企望排尿時有尿外滲。由尿道有出血。

結果——有緊張的彈力性質之纖維性狹窄，或因外滲而死亡。

治療——所有患例，均即刻施行恥骨上膀胱切開術。

若無會陰部出血或腫脹者：不需要局部治療。臥牀休息。

若發生會陰部腫脹者：即刻將尿道切開。尋找撕裂部之斷端。在一軟的導管上縫合之。保留導管一星期。

若有尿之外滲時：在會部將尿道切開；用一管插入膀胱內。在腫脹部作多數性切開。在新鮮之患例須在導管上將尿道之兩斷端即刻縫合之。

尿道狹窄

正常尿道之解剖——

1. 尿道前列腺部——為尿道之最寬及擴張最大之處。

長度——一吋或一吋以上。

直徑——甚大，可容第二十號探子。大約為三分之一吋。

形狀——在切面上，為馬蹄形與凸面（尿道齶）向前。

構造——正中齶（尿道齶）沿底部行走。在此齶之正中有前列腺囊開口，兩側有射精管開口。側面之溝內有前列腺側葉之管開口之。

方向——垂直的。

狹窄——極罕見；僅為外傷，或手術如前列腺截除術之結果。

2. 尿道膜部——

長度——半吋長。

直徑——大約為四分之一吋。可容第十二號探子並有少許緊張。當其經過淺層三

角韌帶時變窄。

部位——由前列腺鞘開始，即深三角韌帶，到淺三角韌帶。

被尿道膜部括約肌所包繞。尿道球腺位於其兩側。

方向——向下及向前。

狹窄——常為外傷性。

3. 尿道海棉體部——

長度——六吋或六吋以上。

直徑——四分之一吋。可容第十二號探子而無緊張。全管腔之最狹窄處為尿道外口。

形狀——係水平的裂隙，除去外口為垂直的裂隙。

構造——粘膜襯以柱狀上皮。陷窩開口於其中。尿道舟狀窩陷窩較其他陷窩重大，係開口於上壁並係在開始處以後之遠處。小的單純性腺體（尿道腺）亦開口於其內。在粘膜下有血管極豐富的粘膜下層。非橫紋肌係圍繞於此，並尿道海棉體之豎立性組織包繞整個尿道。

方向——最初水平。以後向上及向前。再以後係在陰莖線上。

狹窄——發炎性。

狹窄之種類——（1）痙攣性及充血性；（2）發炎性；（3）外傷性。

痙攣性及充血性狹窄——

部位——在尿道球部。

原因——急性尿道炎。會陰部之輕度的打擊。寒冷及潮濕。酒精或性的過度，特別是併存有器官性狹窄者。插入器械之損傷。直腸，會陰，或睪丸上之手術。

治療——熱浴。熱的灌腸。嗎啡及罌茄坐藥。若滯溜不減輕時用大的軟導管。

發炎性狹窄——

年齡——最普通是由二十五歲至五十歲的患者。

原因——淋病，最大多數之原因。異物所致之潰瘍。尿道下疳，極罕見。

病理——粘膜易生化膿性卡他。在一定的點上穿到深部，大概可染及腺體或陷窩。此處之粘膜被毀壞並發生潰瘍。微生物及發炎性變化如此以進入有血管性的粘膜下組織。在粘膜下組織發生慢性成形性發炎。產生圓形細胞浸潤。經相當時間即有癢痕組織覆蓋，並經收縮而致狹窄。

狹窄——粘膜因潰爛而消失。尿道壁之其餘部分被癢痕性纖維組織所覆蓋並穿通較多或較少範圍之海棉體。惡性疾病為罕見的併發病，係可附加於狹窄者。普通係改形性細胞癌。

狹窄以上之尿道——擴張。膿毒性發炎與粘膜之表層消失。在陳舊的不加處理的患例即成潰爛。腺體之陷窩之開口變擴張。尿道之深層變厚及梗結樣。

膀胱——極顯著的肥大。因患者係幼年，故較前列腺之患例其膀胱之擴張及成囊狀為晚及不常見。發生炎性變化，與膀胱炎。

腎及輸尿管——發生擴張。腎盂積水。腎盂積膿及腎盂腎炎與發生膿毒病。

部位——恰在三角韌帶之前為最常見的部位。可發生於尿道海棉體之任何部。

數目——普通係一個，偶爾有多數性者。

種類——

環狀——全周圍受累，但僅甚短之長度。

帶形——與上一種相似，但管有相當長度。

束樣——僅周圍之一部分受累。

有彈力的——在擴張後其狹窄收縮甚快。

不可通過者——不能插入器械。

不可滲透者——尿不能排出。

症狀——

排尿困難——在用力後無遲延尿流即開始。但排尿須經長時間方可完結。尿流與所用之力不相稱。

排尿後滴瀝——膀胱及狹窄間擴張的尿道慢慢變空及滴到患者之衣服上。

膀胱之刺激——尿頻煩。

尿瀰溜——急性，以後是外滲；或慢性，與假性失禁。

尿道之溢液為粘液膿性，具稀薄的性質。

最初之尿有碎屑，與由粘液腺及尿道而來少量的管型，與尿之第一部同時排出之。以後之尿，由膀胱炎之變化而生粘液膿性及含銻性。在不加治療的患例遲早會發生膀胱炎。

物理病徵——即尿瀰溜之病徵。插入尿道探子或導管被梗阻。由外可摸到狹窄周圍有硬結，特別是尿道球部之不良的狹窄。

插入器械之方法——

前軀的——患者之背部臥下與頭及膝墊起，清潔龜頭及尿道外口。注入尿道內稀釋的消毒劑。注入四托加石炭酸的油類。

決定有無器官性狹窄者——插入第九號李司忒氏探子。若此探子插入容易，即無狹窄存在或僅係痙攣性狹窄。

尋找狹窄之部位——記錄探子尖端所到達之點。記錄其距尿道外口之距離。

決定狹窄的大小——插入小的絲狀或塗橄欖油的探子。記錄所嵌入狹窄中探子之大小。

尋找狹窄之長度——經狹窄插入橡實頭之探子。向外拉並記錄由啣接狹窄直到鬆時向外所拉之距離。無論如何均可用軟的可彎的探子。永不可用力試探以通過狹窄。

方向——插入器械其柄與腹股溝韌帶平行。於是旋轉塗莖到中綫。舉器械之柄與身體垂直，並使其尖端圍繞恥骨弓插入之。

在小器械亦可嵌住之點——

在陷窩，特別是尿道頂部之舟狀窩陷窩。使探子尖端愈在底部似到會陰部愈好。

在三角韌帶。使探子之尖端在尿道頂部如同圍繞恥骨經過之。

在前列腺囊係在尿道前列腺部之底部。須使探子之尖端在尿道前列腺部之頂部。

由插入器械之結果所生之損傷及其副作用——

出血乃指示擦傷及裂傷。

假性插入——金屬器械之尖端可插入尿道壁而再進入尿道或膀胱，或產生一癰。

病徵：突然發生出血及疼痛。結果：潴溜之症狀增加，尿道周圍膿腫：會陰瘻管。

由膿毒病而生膀胱炎或副睪炎。

尿道性熱——經擦傷處吸收毒素之腐血病。由於微生物侵入腎而致之敗血病。

在神經性患者可發生休克。

尿閉止者罕見，並係繼生於先前有腎疾病之患例。

尿道之外傷性狹窄——

原因——繼尿道膜部之被裂而生。

部位——普通係在（淺層）三角韌帶。

性質——癢痕樣軟骨的緊張塊擴展至三角韌帶之兩側。探子在其表面有擦過聲。即便若能擴張，亦很快的收縮。

結果——急性或慢性潴溜。在狹窄後部尿道有擴張及潰爛。會陰部膿腫或瘻管。尿外滲。

器官性狹窄之治療——

1. 可通過之狹窄——

1. 漸漸的擴張——大多數患例施用之。應用李司武氏探子。每一星期應用二個號或三個號大小。繼續應用直到第九至第十二號容易插入之。

2. 繼續擴張——在小的狹窄與嚴重的潴溜者有用。縛入一小的器械四十八小時。以後同時應用較大的器械。最後施行漸漸擴張擴張術。

3. 狹窄之切除——適於用導管插入法產生不良結果之患例。擴張後很快的復發之患例。極緻密的狹窄。狹窄之長度在一吋或一吋以內。

方法——插入一探子或賽姆氏探子到狹窄處或經過狹窄。露出尿道並經狹窄處劈開。將狹窄部切除。將二健康端縫合似一條帶，令縱的切口自然閉合。引流外部的創傷。縛入軟導管。

4. 內部的尿道切開術——其狹窄極內不能切除者。應用於切除之同一級的患例。其限度為能容第四號探子者。

方法——用 Clivale's 尿道刀經狹窄插入之。除掉其鞘。將刀拉出。當其經過狹窄切開後將鞘置入。在尿道球部係向頂部切。在尿道陰莖部係向底部切。縛入第十號導管數天。

5. 外部的尿道切開術——與切除同級之患例。其狹窄須可容第二號探子者。

方法——插入一賽姆氏探子與其小的尖端通過狹窄處。由後向前經狹窄切開。開縛入一導管在膀胱內。使會陰部創傷保持開放。

2. 不可通過的狹窄——

1. 無滯溜者——

Wheelhouse 氏手術——插入一 Wheelhouse 氏探子。由其溝上切開尿道。用探子上之鉤使創傷退縮。由前向後將狹窄切開。縛入一導管。

狹窄之切除常須試用於以上方法不能施用之患例，並係最後的方法。

2. 有滯溜者——

Cock 氏手術——會陰正中切開。用指在直腸內作引導，用刀切至尿道前列腺部。

在更從容的平面上行尿道切開術較佳——開始用恥骨上膀胱切開術。由膀胱內插探子到狹窄處。在會陰部向下切到探子。以後可施行切除，當患者及局部之情況更健康時。

狹窄之局部併發病——

1. 會陰部膿腫——乃由于狹窄後部之潰爛。膿毒性尿液滲漏到尿道周圍之組織。治療——外部自然開放。找到開口而到尿道中。插入一較大之導管至膀胱內。以後治療狹窄。
2. 會陰部瘻管——乃膿腫不加治療之結果。一般係多數性，開口到會陰部，臀部，或陰囊部。形成彎曲的瘻道沒于緻密的瘻痕組織內。
3. 尿外滲——

尿 外 滲

原因——

膀胱破裂——腹膜外。

狹窄以後之尿道破裂——

1. 急性滯溜後之直接破裂。
2. 慢性滯溜後潰爛性尿道之破裂。

尿道周圍膿腫之破裂到皮下組織內。

尿道之損傷——因用器械之力量失敗經狹窄周圍插入及再進到狹窄以上部之尿道。

尿道之外傷性破裂。

解剖——

尿道膜部——其破裂一般係在或近于淺層三角韌帶。

尿經三角韌帶排出。

由科雷司氏筋膜所引導；向前到陰囊及陰莖；向上到前腹壁。

受淺筋膜附麗處所限制到腹股溝韌帶之內端，並於是水平的橫過股部而到闊筋膜。

症狀——當用力以減輕滯溜時有破裂之感覺。感覺滯溜減輕而無排尿。很快的發生致命的腐血病或敗血病。

物理病徵——在會陰部，外生殖器，前腹壁很快的增加柔軟性的腫脹。該部變成微黑色並於是壞疽。在皮下組織內形成氣體而致氣腫樣爆裂聲（Crackling）。若患者恢復時有重大的皮膚腐崩。

治療——早期將所有受染之組織作開放切開，恥骨上膀胱切開術與膀胱的引流及灌洗的體浴，與所有切口上覆包。

第五十章 男生殖器之疾病

(DISEASES OF THE MALE GENITAL ORGANS)

陰 莖 之 疾 病

畸形——

包莖及鞘頸包莖（見下）。

尿道上裂（Epispadias）——尿道開口在陰莖背部。含有陰莖之扭轉。常合併有膀胱外翻。合適的患例用成形手術治療之。

尿道下裂（Hypospadias）——尿道開口于陰莖下方或在會陰部。有三級：（1）尿道口開口于龜頭下；（2）尿道口開口于陰莖體下；（3）尿道口開口于會陰部。最後一類合併有陰囊裂及陰莖及睪丸之發育不全。在嚴重的患例用成形手術治療之。

陰莖扭轉——此器官扭轉。常合併有尿道上裂。

脫位（極罕見）——全器官推出于其皮膚的覆蓋以外，並位于陰囊或腹股溝部之皮膚以下。

雙陰莖——極罕見。

包莖——

1. 先天性——由于長，及狹窄的包皮。由于小的包皮口。由于包皮粘連到龜頭。

症狀——排尿疼痛及困難。尿道成氣球形。排尿後尿滴瀝。

結果——生殖器上或其周圍生濕疹。膀胱結石。膀胱炎。膀胱，輸尿管，及腎擴張。赫尼亞。直腸脫垂。

2. 後天性——由于包皮口部之裂收縮而來，由于包皮之發炎性傳染。

結果——**狹頓包莖**。繫帶破裂。易生花柳病之嚴重型者，或**上皮癌**。

治療——

1. 環截術——凡無併發病之患例均用之。

方法——將包皮推向前，**過龜頭**時切斷之。用腸線將皮膚及粘膜縫合。

錯誤——截除皮膚過多：陰莖退縮，防止勃起；易成潰爛。截除皮膚太少：包莖復發。

2. 沿背側方向將包皮縱切。在下疳或惡臭的分泌物藏在包皮內之患例。或發生**狹頓包莖**者。

狹頓包莖——

原因——包皮拉後以後，因包皮口在冠狀溝部收縮將龜頭收窄。

病徵及結果——疼痛及水腫。在縮緊的點上發生潰爛。在收窄以下部發生疔疽。

治療——麻醉下使之復位。不能復位者沿背部正中綫將包皮分離。**環截術**：若該部健康時用之。若有重的發炎時即以後行之。

陰莖異常勃起 (Priapism) ——在無性的慾望時陰莖繼續勃起。

原因——性交過度，海棉體之損傷或血栓形成。包莖或膀胱結石（小孩）。白血病。頸脊髓之損傷。

症狀——疼痛。精神的痛苦。在神經患例有腫脹而無疼痛及強硬。

治療——在神經患例不必治療。

鎮靜劑：溴，鎂，嗎啡，等。切開到海棉體腔。

密腫——

皮脂囊腫。

角——由破裂的皮脂囊腫上生長。

乳頭狀瘤——常生于淋病患者。一般係在包皮內，或生于龜頭上。係軟的，纖弱的，樹枝狀塊。其底部無浸潤。

治療——用剪刀截除，底部用烙器燒灼。或敷甘朮。

上皮癌（見下）。內瘤（極罕見）。

上皮癌——

原因——四十歲以上的人。幾乎常係發生在有包莖情況者。生于猶太人者不知其原因。任何潰瘍，疔，或裂均可發生**上皮癌**。

部位——一般是開始于龜頭後之溝。

性質——（1）出血性疔之絨毛樣塊與硬結樣基底；或（2）深的潰瘍與硬結樣基底及邊緣，常隱藏于包莖內，與惡臭腐敗的溢液。

豫後——可形成一進行的開花狀塊或一深的惡臭的潰瘍。每一種均可經皮膚發生腐肉。尿道常在尿道外口以後開放而成一尿瘻。腹股溝淋巴腺增大並常化膿。淋巴管可凸起似一條紅線。由于淋巴梗阻結果可成實腫。

診斷——

乳頭狀瘤——無硬結。

下疳，或任何硬結性潰瘍與包莖——若不能很快的施行治療時，將包皮縱切，截除，並檢查之。

第三期潰瘍（所謂返回下疳）——纖維發性下疳以後發生。用碘化物可發生作用。為無血管性。邊緣上有極少或無贅瘤。

治療——

經陰莖體截斷術——在早期患例累及龜頭者。

全陰莖截斷術——在進行性患例。將陰囊劈開。將腹壺由恥骨上截除。

由兩側腹股溝部將所有淋巴腺完全取出之。

陰囊之上皮癌

（Chimney-sweep 氏癌）

一般的性質——此乃陰囊皮膚之癌腫，並發生一典型的惡性潰瘍。其進行慢，並腹股溝淋巴腺受患遲。

治療——與腹股溝淋巴腺一塊完全截除。

睪丸之先天性異常

多睪畸形（Polyorchism）（二個以上的睪丸），無睪畸形（Anorchism），及單睪畸形（Monorchism）（一個睪丸），均極罕見。

隱睪（Retained Testis）——普通係睪丸留在腹內或腹股溝管。

留滯之程度——

腹內的——附着在腹後壁，即真實未降的睪丸。

陰部——在腹股溝腹環之深部。

腹股溝的——位於腹股溝管內。

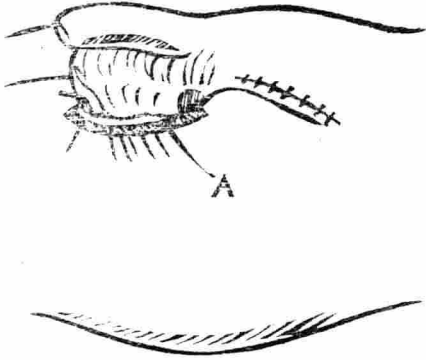
構造及病徵——在腹股溝腹環或在腹股溝管內有一軟的，或劇痛性的肉起。陰囊發育不良並該側變窄。此睪丸常係柔軟，發育不良，及無功能。

併發病——常共存有赫尼亞。睪丸完全萎縮。扭轉及壞疽。睪丸炎。積水或積血。惡性疾病。

診斷，與：赫尼亞，精索水囊腫，及其他腹股溝的腫脹，陰囊內無睪丸為主要的線索。

治療——Torek 氏手術：將陰囊壁切開，將睪丸拉下。將股內側之深筋膜露出，並將陰囊之無皮的邊緣及睪丸縫合于此筋膜上（第一百零八圖）。三個月後將

異位睪丸 (Ectopia Testis) —— 睪丸離開腹股溝管而係在不正常的位置。各種的部位：
 (1) 會陰部；(2) 股部；(3) 近于髂前上棘；(4) 恥骨部；陰莖前。若發生疼痛或發炎時即截除之。



第一百零八圖 睪丸未降之 Torek 氏
 手術。A. 睪丸縫于股部之筋膜。

精索扭轉 —— 睪丸旋轉一週或二週而精索扭轉。扭轉的精索可致血管絞窄。大概是由于不完全的下降及發育之情況而發生。

解剖 —— 副睪之重大的腫脹及瘀斑。睪丸體比較正常。全器官有壞疽之可能。

症狀 —— 腹股溝部有突然疾病性疼痛。在絞窄以下部之睪丸及精索有重大的腫脹。嘔吐及虛脫。

診斷 —— 由絞窄性赫尼亞。由下列數點區別之：有睪丸未降的證明。副睪係在睪丸之前。在腫脹之上有精索之正常的部分。無便結。

治療 —— 截除睪丸及精索。罕有合意的或正當的復位者。

精索靜脈曲張 (Varicocele)

定義 —— 精索靜脈顯著的肥大及曲張。

病因 —— 常係發生于左側。其理由尚不知，但可有：(1) 睪丸之低位；(2) 左側精索靜脈開口到腎靜脈以代替開口到下腔靜脈；(3) 先天性反常。

症狀 —— 常無症狀。牽拉性痛，特別是運動或交媾以後。當患者注意力引動到此處時，常有疑病性症狀。常拒絕公共職業。

病徵 —— 在陰囊部很容易摸到大地之靜脈。其感覺似一袋或。當患者臥下時即變空，並當咳嗽或用力時有衝動。睪丸常甚小及軟。

治療 —— 當患者執行公共職務或有重大的疼痛時用兩層結紮截除。在其他類患例用懸吊綑帶。

水 囊 腫 (積 水)

定義——漿液或精液之集聚與睪丸，精索，或其他覆蓋物相連。

種類 (第一百零九圖) ——

1. 鞘的，即在正常的或異常的睪丸本鞘膜。
 1. 先天性——在全總鞘膜或本鞘膜。其腔與會陰部交通。
 2. 嬰兒性——與先天性相似，但係由腹膜在腹股溝腹環發出。
 3. 兩房的——在一異常的，兩房的，鞘膜囊內。
 4. 后天性——
 - 甲. 原發性——係本鞘膜自身之慢性傳染。
 - 乙. 繼發性——可為急性或慢性，繼發于睪丸或副睪之疾病或損傷，或繼手術如精索靜脈曲張或腹股溝赫尼亞手術之後發生。
2. 精索水囊腫，常係鞘膜的——
 1. 包繞性精索水囊腫——生于鞘狀突未閉鎖部分由本鞘膜下發出。
 2. 鞘膜水腫——發生于特有的鞘狀突。
 - 甲. 先天性——與腹膜交通。
 - 乙. 嬰兒性——由腹膜腔所發出。
 3. 精索之瀰漫性水腫囊——乃淋巴腺水腫的情況。
3. 睪丸及副睪之水囊腫 ——
 1. 包繞性副睪丸水囊腫——由精管內之擴張。
 2. 包繞性副睪丸水囊腫——發生于睪丸白膜下。
 4. 赫尼亞囊水囊腫——在嬰兒此即先天性水囊腫。在成年者當其赫尼亞內容復回時可在赫尼亞囊內發生相似的情況。

原發性慢性鞘膜水囊腫——

原因——實際上不知其原因。大約是由于本鞘膜之發炎性變厚。

構造——本鞘膜之變厚與水囊腫之年齡成比例。可變成纖維性，軟骨性，或鈣化。可在腔內找到游離的纖維性或疣性生長，或係由鞘膜表面上生出。

其液體之量普通為四十二噸；比重1025，中性反應，蛋白質百分之六。當混合有少量血液時即凝結。常係很清的稻草黃色。可成綠色（血色素），濁濁（粘液），或發光（胆固醇結晶）。

解剖——變長的鞘膜圍繞睪丸，乃位于腫脹之後及下部（第一百零九圖a.）。其增大可使陰囊膨脹，並有極少或無沿精索向上之傾向。

病徵及症狀——陰囊部的腫脹並有下列性質：甚大，但慢慢形成。無重大的疼痛及觸痛。表面摸到光滑，係球狀或梨狀。彈性性或波動性係與囊之薄度及緊張度成比例。

透明性。下列情形可無之：當液體內含有大量血液或粘液；若本鞘膜極厚；若囊內有很多粘連時。

叩診爲濁音。咳嗽時無衝動。五個中約有一個係兩側性。

診斷——

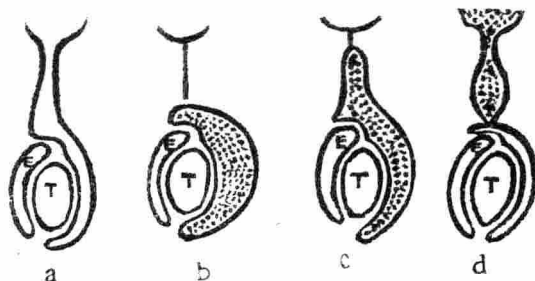
赫尼亞——在此病有：腫脹擴展到腹股溝部。有衝動，可恢復，潺潺聲，回響等。難復性的網膜膨出爲最難區別者。其主要點係精索不清楚，軟的感覺，及不透明。

兩種疾病可共存。

陰囊血腫 (Hematocele) ——感覺較硬，較重，及少彈力性。無透明性。常有損傷的歷史。可有少許瘀斑。

第一百零九圖 水囊腫

之圖表：(a) 先天性水囊腫；(b) 鞘膜水囊腫；(c) 嬰兒性水囊腫；(d) 先天性鞘膜水囊腫。T. 睪丸體；E. 副睪。



(109)

睪丸及副睪之實腫——不透明，無波動。睪丸體及副睪之範圍普通均可摸到。有顯著的疼痛及觸痛。精索常變厚。在器管之發炎性增大可發生繼發性水囊腫，但發炎的病徵頗明顯。

睪丸之肉瘤頗難區別之，因其同樣常有彈力性。

其他類水囊腫——精索及副睪及睪丸之水囊腫可遺留睪丸不模糊。先天性及嬰兒性水囊腫可上到腹股溝腹環，先天性類者爲可恢復性。

治療——

放液刺癩——先確定睪丸之部位。向上及向後插入套管針以清除睪丸內液體。每隔幾月重複施用一次。

放液刺癩後注入強消毒劑。碘擦劑八託，水十六託；或濃石炭酸及甘油各四託。切除囊之一部或全部。特別適用於放液刺癩後液體恢復很快者，或其囊甚厚者。

將囊翻轉——將水囊腫露出並作一切口，其大小可使睪丸經此口取出。將囊由內向外翻並用縫線縫合。將翻轉之囊及睪丸送回陰囊內。

繼發性慢性水囊腫——大小極小，僅係睪丸之外圍不清楚。繼發于梅毒，結核，或慢性發炎。

治療——即原發性疾病之治療。固定的貼膏法頗有效用。

急性水囊腫——常常係繼發于睪丸之損傷或疾病。淋病，外傷性睪丸炎，或創傷等均可致之。一般係自然吸收，遺留粘連。化膿者極罕見。治療即係治療其原發疾病。

先天性及嬰孩水囊腫——有顯著的透明性。腫脹擴展至腹股溝部。先天性水囊腫慢慢的可復回。

治療——一般可自然消失。放液刺術（在嬰孩性者）後，繼之用赫尼亞帶。注射藥劑頗危險。僅若具有赫尼亞時方可行手術。

二房性水囊腫（Bilocular Hydrocele）——嬰兒性水囊腫之一種。開放的鞘狀突上仍有第二個陷凹開口于其上。此陷凹可位于腹膜及肌肉間，肌肉與肌肉間，或皮膚及肌肉間。

治療——開放的切口，可能時摘出愈多愈好。

精索水囊腫——液體的腫脹在睪丸之上並與睪丸分離。先天性者可復回到腹膜內。嬰孩性者擴展至腹股溝管，但係難復性者。包繞性者係精索之一部分球狀增大。可為多數性。右側較多于左側。增加有透明性及波動，所有以上病徵均可在睪丸上運動與牽拉而區別之。並常在上部有一定界限，如此與赫尼亞區別。

治療——針穿刺法或切除。

副睪之包繞的水囊腫——係由副睪頭部之一管，或一胎管所形成。一般係含有已改變的精液。此液係酸性，具有少量或無蛋白。不透明，乳樣。加醋酸後即沸騰。其中含有很多生活的或變性的精子。在睪丸及本鞘膜上相當距離處形成一腫脹。含有多于數百之液體者罕見。

睪丸之包繞的水囊腫——位于白膜下。一般係十分小。當其變大時似上一類者。

以上二類均可用針穿刺法或切除。

陰 囊 血 腫 (Hematocoele)

定義——血液集合在本鞘膜或精索。

種類——鞘膜的：唯一的常見類。瀰漫于精索者：因血管破裂。包繞于睪丸，副睪，或精索：由于各該部之水囊腫出血所生。

原因——睪丸之挫傷。水囊腫之挫傷或破裂。繼發于惡性疾病。

構造——鞘膜壁重大的增厚與軟骨或石灰性物質之斑。充滿陳舊的及成層的凝塊，或有少量液體。睪丸常變性。

病徵及症狀——係卵圓形瘤腫，包括二側睪丸及副睪。不透明，並感到實體狀或軟性，有外傷或水囊腫的歷史。在新近的患例瘀斑極顯著。精索不變厚。其大小係固定或近于該大。

診斷——

由水囊腫——此病為波動性及透明。穿刺有清的液體。

由外傷性睪丸炎——診斷極困難。在此病常可找出睪丸或副睪之外緣。觸痛極顯著。

由肉瘤，樹膠樣腫，或其他贅瘤——在此病其大小一定增大。在早期睪丸及副睪可以區別之。

凡可疑之患例最好露出之。

治療——外傷後之急性患例用姑息療法：休息，墊高，及洗劑。在慢性患例用手術療法。

取出凝塊及切除囊。在老年患例與慢性及重大的疼痛之患者用睪丸截除術。

睪丸及副睪之發炎性疾病

種類——

副睪炎——急性或慢性——(1)單純性。(2)化膿性。(3)淋性。(4)結核性。(5)梅毒性。

睪丸炎——急性——(1)外傷性。(2)併發于特殊之熱病。

慢性——(1)由急性者之結果。(2)梅毒性。(3)結核性。

副睪睪丸炎——開始似一睪丸炎。一般係外傷性。

副睪炎 (Epididymitis)

急性副睪炎——

原因——後尿道，前列腺，或膀胱之原發性發炎，即：淋病；痛風性尿道炎；膿毒性導管插入法；狹窄；前列腺炎；膀胱；大腸桿菌性腎盂炎。亦常發生在前列腺摘出術後。

解剖——副睪腫大甚重，主要受患在尾部（第一百一〇圖b）。脈管普遍的腫脹。鞘可發炎，並其液體增加以形成一急性水囊腫。

病徵及症狀——睪丸後有舟形腫脹並有極重的觸痛，在其下端最顯著。陰囊變紅，發炎，並常粘連。由于鞘膜之受染可形成一液體的腫脹而使睪丸不清楚。脈管腫脹，觸痛，及疼痛。全身不適，與體溫增高。極度觸痛。行走時腿外展。急性期可歷一或二星期。在副睪尾部常遺留有結節樣增厚。在急性期其尿道的溢液普通是減少。一側受患後另一側受患。

遺患——慢性副睪炎。膿腫（極罕見）。兩側性患例無生殖能。

治療——臥床休息，與支持陰囊。蒸發性洗劑。若有重大的疼痛時用熱罨包。不可用任何尿道注射劑。

慢性副睪炎——

種類——單純性：常見的是淋性。結核性。梅毒性。（見下）。

原因——與急性副睪炎之原因相同。一般係急性發作之保留。有時最初為慢性者。

症狀——睪丸上牽拉性疼痛。

病徵——副睪上及脈管上有一硬結及腫脹。在尾部（即副睪尾）最顯著。可累及全副睪。在淋性傳染副睪尾受患最早，在梅毒性傳染副睪頭受患最早。

結果——若為兩側性者常發生無生殖能。

治療——睪丸之貼膏法及懸吊術。

睪 丸 炎 (Orchitis)

在副睪炎罕有蔓延到睪丸體者，但睪丸體之發炎常蔓延到副睪。

外傷性睪丸炎——常染及兩側之副睪及睪丸。乃由于壓擠及挫傷之結果。在睪丸及副睪質內含有出血性及纖維性塊。此器官變大，極硬，結節樣，及觸痛。一般係遺留一慢性結節樣增厚。結果可成萎縮。

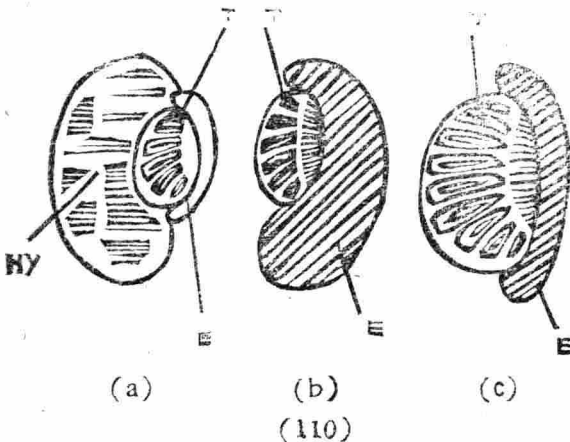
治療——用貼膏法懸吊術。

急性睪丸炎——

原因——外傷病。傳染性熱：流行性腮腺炎；腸熱；天花；扁桃體炎；猩紅熱；瘧疾；流行性感胃；風濕病；痛風。

病徵及症狀（唯一常見型的病徵，即流行性腮腺炎之病徵）——發生于青年。開始于腮腺炎後約一星期。睪丸腫大等于其自然大小之二或三倍（第一百一〇圖c.）。可保持其形狀，並係固定及有彈力性。係緊張性觸痛及疼痛。一側發生後另一側受患。發生高熱及虛脫數日，但很快的減退。在腮腺型者幾乎永不發生化膿，但在天花，腸熱，風濕病，或痛風可發生之。萎縮為其遺患者罕見。

治療——全身療法，臥床休息，等。大多數患例用冷却洗劑。在痛風或風濕患者用襪包。



第一百一〇圖 睪丸之疾患。(a) 本膜鞘水囊腫，(b) 副睪炎。(c) 睪丸炎。T. 睪丸；E. 副睪；Hy. 水囊腫。

睪丸之梅毒

種類——(1)先天性。(2)後天性：(甲)第二期，及(乙)第三期。

1. 先天性——其發生似兩側性樹膠樣腫性睪丸炎。年令在六個以前者梅毒實際上僅可致睪丸之增大。最後睪丸萎縮及成纖維性，所以在成年人之睪丸萎縮而無先前損傷者很易想到先天性梅毒。此種患者為陽萎（胡頓森氏四解：『發育不足；盲；聾；陽萎』）。在青春發動期可發生似樹膠樣腫侵潤。

2. 後天性——

病理——可發生似限局性樹膠樣腫與間質性睪丸炎，或似一樹膠樣腫性浸潤。睪丸變得由纖維性組織所代替並其中發生樹膠樣腫性乾酪樣變。可粘連到陰囊並經前面破裂，形成一潰瘍或睪丸蕈樣腫。可形成繼發性水囊腫。

病徵——睪丸體慢慢的，一定的增大。為結節樣，沉重的，無痛塊，及無睪丸之感覺。可共存有繼發性水囊腫。可發生潰瘍或睪丸蕈樣腫。精索（提睪肌及血管）有輕度瀰漫性增厚。

治療——碘化物，與汞。若有乾酪樣之明証存在時，即截除睪丸以避免蕈樣變。

。

睪丸之結核病

病因——發生于青年，或即便是小孩。可為原發性結核性損害，或更常見的是繼發于他處之疾病，特別是膀胱，前列腺，精囊，腎，或肺。

素因：睪丸之任何損傷，特別是淋病或外傷性睪丸炎。

病理——副睪最初受惠幾乎是不變的。副睪頭係疾病最早期的部位。若副睪尾最先受惠時，則疾病大概是繼發于精囊或前列腺之結核性疾病。相繼發生結節樣浸潤，乾酪樣變，及瘻管形成。在慢性或治癒的患例，並特別是在小孩，永久遺留一瘻痕組織之堅硬的纖維組織塊，此病可擴展到下列組織：輸精管，精囊，前列腺，本鞘膜，（可發生水囊腫，或因粘連而閉塞），陰囊（形成瘻管或蕈樣腫），睪丸體（罕見），膀胱，及腎。

病徵——副睪發生結節樣增厚，最初在副睪頭，于是到副睪尾，再到副睪體。最初係變硬而非發炎。到數星期，或數月後，可摸到一變軟的區域。陰囊之皮膚變紅及粘連，並膿腫破裂，溢出結核性膿。結果是睪丸瘻管或睪丸蕈樣腫。本鞘膜內最初充以小的水囊腫。以後常因粘連而閉塞。瘻管或蕈樣腫可開口于後而不累及鞘膜，或最初可侵入鞘膜及以後開口于前。對側之睪丸常以後累及之，並可發生同樣疾病之較早期。輸精管可摸到似一變厚的束。前列腺及精囊可由直腸摸到為變厚及結節樣。

經過——與他處之結核性疾病相同，其進行之速率各不相同。一般是進行慢，可歷數月。其死亡一般係由于膀胱，腎，或肺之傳染。患例可變成慢性，並可發生痊癒性的纖維性

變。在此種患例其管幾乎一定是閉塞，所以在生殖的目的上睪丸是無功能。

治療——在慢性或輕度患例用內科療法，與注射結核菌素。在疾病之早期尚無繼發性沉着並希望根治時用睪丸截除術；或在疾病之晚期，用睪丸截除術以減輕瘻管或葦樣腫。

副睪截除術——在兩側性患例，以預防對淋巴腺之全部影響。須在可能範圍內將輸精管廣大的截除之，有的患例，髂及腰部淋巴腺亦切除之。

在精囊的疾病，若膀胱及腎仍健康時即用會陰部成法將精囊除去。若膀胱及腎亦受染，除非治療葦樣腫及輸管之姑息療法外，用手術即無用。

睪丸之贅瘤

病理——所有睪丸之贅瘤均須認為惡性。所認為纖維瘤，腺瘤，軟骨瘤，脂肪及肌瘤，抑係一混合瘤腫佔該種組織較多者，或係一罕見的臨床上無價值的瘤腫。畸胎瘤可保穩定性數年，但最後是很快的生長。

種類——

1. 正型的畸胎瘤或纖維囊性疾病——此瘤腫有各原發層：外胚葉中胚葉，及內胚葉。
2. 非正型的畸胎瘤——此乃正型畸胎瘤之惡性期。有一原發層發育及過盛而犧牲其他二層。
3. 癌，精原細胞瘤 (Seminoma or Spermatoeytoma) ——此為球狀細胞瘤生于曲細精管生發層第二排之精原細胞。
4. 絨毛膜癌——大概是由于畸胎瘤外胚葉組織變形變化所生。
5. 肉瘤——純粹肉瘤極罕見。大多數的此瘤患例大概是非正型的畸胎瘤，惟其中胚落組織過多。

病因——平均年齡是三十歲。

症狀——在早期既無疼痛亦無不適，但睪丸之大小一定增加。其增加最初不累及副睪故可摸到與睪丸分離。在瘤腫之大小增加時可摸到圓形結節樣腫脹。睪丸可感到重及一般極硬並感覺遲鈍。若很快的生長與重大的變性時可發生波動的印象。在腰主動脈淋巴腺發生轉移並在臍平面或以上形成深在的塊。可在肺中發生轉移。

診斷

慢性陰囊血腫——有損傷歷史並繼之大小增加，與急性疼痛。

樹膠樣腫——用抗梅毒治療後很快的有進步。

水囊腫——若為陳舊者即不透明。由放液刺術的歷史可確定其診斷。若不用探察術時常不能診斷之。

治療——睪丸截除術，與切除精索直上達腹股溝腹環；即當纖維囊性或良性期時切除瘤腫。用其他方法治療之患例豫後不良，但睪丸截除術可施行之，同時將上到腎靜脈水

平面之淋巴管及淋巴腺由腹後部切除。此種方法係經腹部側面的肌肉延長其切口施行之。

第五十一章 腹股溝陰囊部腫脹之診斷

(THE DIAGNOSIS OF SWELLINGS IN THE INGUINO-SCROTAL REGION)

在腹股溝及陰囊部可發生極多不相同的腫脹，故鑑別常係一困難之事。為解決此事，第一件重要的是須知道可能發生之疾病的種類，第二件重要的是，此部之系統的檢查。特別要知道的是患側須同健側比較，故患者須檢查之，先站立，而後臥下，並使患者面向亮光，以便光及影可對稱的分佈到兩側。

分類——

1. 赫尼亞——

解剖上的分類——腹股溝部（斜的，直的，先天性的，鞘膜的）或股部。

內容物之性質——腸，內臟（例如，卵巢或膀胱），網膜，或液体。

病理的情況——難復性，閉塞性，絞窄性。

2. 精索之疾患——

水囊腫（先天性，包繞的，瀰漫性）。

實腫，例如，脂肪瘤。

睪丸腫脹之蔓延——惡性或結核性。

血管性——腹股溝部靜脈曲張。

3. 睪丸及附件之疾患——

水囊腫——鞘膜的，原發性，繼發性，包繞的，等。

發炎性——急性或慢性睪丸炎及副睪炎。

特原性——梅毒性及結核性疾病。

外傷性——副睪睪丸炎。

靜脈曲張。贅瘤。

4. 皮膚及皮下組織之疾患——象皮病，水腫，尿外滲，上皮癌，皮脂或皮樣囊腫，疣，角，梅毒性或結核性發疹。

5. 腺性的——

發炎性——繼發于腿部，生殖器，會陰，或腹部之刺激或膿毒病。

特原的——結核性，梅毒性。

發癰——淋巴腺瘤，上皮癌，黑肉瘤。

6. 膿腫——

腺性的——由于上一類中任何一種之化膿。

腰肌或髂部——沿腹股溝韌帶下。

骨盆的（例如，子宮旁的）——經腹股溝管而來。

髖關節疾病——在股三角。

7. 內臟異位（非赫尼亞）——

未降睪丸，或睪丸異位，與其任何一種之併發病。

卵巢在腹股溝管或股管內。

8. 血管的腫脹——

動脈的——髂動脈或股動脈之動脈瘤。

靜脈的——腹股溝，睪丸，或陰靜脈之靜脈曲張。

淋巴管的——液囊瘤。

9. 滑囊的——髖關節上之腰肌滑囊。

10. 骨之肉瘤——可發生在骨盆或股骨之任何部分。

正常存在的不同結構之鑑別——為決定疾病之範圍及得到其性質之知識；下列部分須系統的檢查之：皮膚，特別是陰囊的皮膚。睪丸體。副睪及輸精管。腹股溝管及其內容物。陰莖及尿道口。韌膜。精索靜脈。淋巴腺。

腫脹之歷史，特別是與下列情況之關係——起病的時間及方式。梅毒。結核病。淋病。外傷病。膿毒病。

腫脹之部位——

純粹陰囊的腫脹——

在囊內組織內——樹膠樣腫，上皮癌，囊腫，睪丸，疾病之蔓延。

在睪丸體內——此塊主要的是實體狀，並與副睪不能分別。睪丸炎（特別是合併于腮腺炎者），外傷性損害，樹膠樣腫，癌腫，肉瘤，囊腫性疾病。

在副睪內——當睪丸體可與副睪分別者，此腫脹常係副睪內之原發性副睪炎。結核性，梅毒性結節。

在鞘膜內——液體，波動性，一般是透明性的腫脹而使睪丸及副睪之界限不清楚。

鞘膜水囊腫，原發性或繼發性；陰囊血腫。在水囊腫之液體撤空後檢查睪丸常甚重要，以免忽略了睪丸之原發性疾病。

包繞的水囊腫——液體甚透明的腫脹，與睪丸體清楚可辨。睪丸，副睪，或精索之包繞的水囊腫。

精索靜脈曲張——鬚尾樣的腫脹與睪丸及輸精管可分別之。

純粹腹股溝之腫脹——

在腹股溝管內——赫尼亞，睪丸未降，精索之水囊腫，精索之瘤腫，腹股溝靜脈曲張。
。在腹股溝部腫脹累及精索者可由推拉睪丸而有運動之事實以知之。

腹股溝韌帶之淺層——淋巴腺。

界限不清的發炎性腫脹係由淋巴腺或由骨盆而生。

股部的腫脹——股赫尼亞，動脈瘤，隱靜脈曲張，髕關節膿腫，腰肌滑囊炎。

腹股溝陰囊部腫脹——乃由于此陰囊部之腫脹與一腹股溝管部腫脹相連之事實以分別之。

腹股溝赫尼亞——此乃由上向下降下。普通在咳嗽時有衝動，為可復性，並在叩診時有回響。

水囊腫——大的鞘膜水囊腫可向上擴展到精索。精索之水囊腫。先天性或嬰孩性水囊腫。所有此病，均有波動及透明。

發炎性，結核性，及惡性腫脹，由副睪向上擴展至精索。

精索靜脈曲張可合併有腹股溝的靜脈曲張。

腫脹與無限定的或廣大的界限——

腮腺炎 淋病 膿腫 疝氣 水疝 骨之肉瘤 疝外溢

復位後之復發，在赫尼亞患例是由下向上，但在靜脈曲張或先天性水囊腫是由上向下。

透明性——若將水囊腫用作試驗時其透明性極明顯。在陳舊的增厚的水囊腫及在精索之水囊腫即難發生透明性。

用力時有衝動——在赫尼亞可見之（若其無發炎或難復性時），精索靜脈曲張。隱靜脈曲張，及有的精索腫脹。

擴散性衝動特別是可復性赫尼亞見之，在先天性水囊腫罕見。

若係推出性衝動在腹股溝管之瘤腫見之，例如，辜丸未降。

第五十二章 截斷術 (AMPUTATIONS)

引論——先在前，無毒外科的進步使一般保守療法均有可能之前，截除一肢體及截除肢主體之一部分乃極普通之手術。在一世紀以前古典的截斷術已經發明，當時係以迅速為要的條件，患者無麻醉之利益。在現代，截除術已不常見，並為單純型者之便利起見大多數陳舊的方法已被放棄。此乃由于製造肢體的進步，特別是經歐洲大戰的經驗知道僅當截斷後可適合于假肢者方可截斷之。

截斷術之指徵——

外傷——壓碎肢體之一部。軟部之重大的撕裂，如機器的意外。複雜骨折，與併行的損傷到關節或血管。

重大的畸形——連接不良的骨折，特別是累及關節者。在嬰兒難癒疾病或夏科氏疾病罕見。

壞疽——所有各型之壞疽均須將肢體之死去的部分移除之。但有的老年壞疽之患例，若無疼痛時，最好是等待該部由自然的潰爛而分離，因外科的截斷術可在高位經健康組織施行之。

膿毒病或結核病——當骨及關節受染用保守療法不能恢復者。

慢性潰爛（腿）——當潰瘍破壞腿之周圍組織一半以上時，或當保守及成形法後短時間內即復發者。

惡性疾病——普通是骨之肉瘤。

原發性成骨的肉瘤——將全肢高位截斷術。

骨髓瘤（若保守療法失敗時）——局部截斷術。

軟骨瘤——當瘤腫破壞了肢體之功能時。

皮膚之上皮瘤。

截斷術之部位——由疾病處以上截除之。經過健康組織與良好的循環處。在上肢，須挽

救指或掌之任何可活的部分。在下肢，須選擇裝假肢最好的殘株。

截斷術之技術——

切口——

環形或橢圓形，翻上一似袖形之皮膚——當骨在中央或不須擔負重量時用之。

網球板形——在肩關節或髖關節，當尋找主要血管為截斷術之第一步時用之。

留一皮瓣——當骨非在中央並欲留一癩痕在殘株之一側而非尖端時用之。

袖形或瓣狀皮膚之長度——皮膚够長以覆蓋殘株而無緊張為度。在骨切面之點上兩側皮瓣之須合超過肢體直徑之長度。袖形之皮膚須在骨切面之點上超過肢之半徑。

止血法——除肩及髖關節外所有患例均須用一前驅的止血帶。截斷後縛紮所有開放的血管，以後除去止血帶再縛紮所有出血點。

肌肉——將肌肉很清楚的斜切，若可能時在創傷閉合以前與對側肌肉之切面縫合到一塊，以免遺留死腔。

神經——將主要的神經拉下，夾一血管鉗，經被夾的部位縛紮以便神經纖維限制於其鞘內。

骨——在骨切面以下分離骨膜，翻回似一袖形，並在骨上縫合之，以避免生長骨膜骨刺。

閉合創傷——分層的縫合骨膜，肌肉，筋膜，及皮層，以閉合死腔及預備骨上舒適的覆蓋。引流係用於滲血不能制止或當有膿毒痛時。

斬斷術 (Guillotine Amputation) ——此法廣大的應用在戰爭之暴發性膿毒的情況。大概永無一定的明証。用一環切將肢體斬下並在同一水平面上分離所有組織。敷裹此大的創傷極痛，並常需要一第二期的截斷術。此手術之步驟可用一原來的環狀截斷，在皮膚以上高於肢體直徑一半處分離骨以成之。用絆創膏將皮膚拉下並創傷填塞弗拉芬紗布或凡士林紗布。

後療法 ——

當創傷癒合時——將肢體置於合適的夾板上，例如，安馬斯氏夾，以預防肢體的攣縮（特別是應用在膝以下的截斷術）。

當創傷已癒合時——在下肢的患例須鼓勵患者行走，最初用一安馬斯氏夾並以後（大約六星期）用一暫時的假肢，暫用假腿 (Pylon) 係一價廉及易做的暫時的肢體，係由二塊槐木條末端有一木的圓桶並用橡皮包繞末端所成。係用絆創膏綑帶固定於肢體，其殘株可以免去壓力。假肢須在截斷後三至六個月施用，當殘株收縮到其最後的大小並無觸痛時。

當創傷變成膿毒性時——當截斷術係施用於膿毒性情況時，例如，複雜骨折或骨髓炎，其創傷即易于變成膿毒性。為避免高位的再截斷術，即刻及充分的治療此種情況頗重要。除去縫線使之開放直到創傷之全深度以塞填浸弗拉芬 (1至1000) 之紗布或可滲入卡雷耳迨金氏管。皮膚上用絆創膏及用重量索引 (二至四磅)

以固定筋膜之斷端或在肢體上將肢端縛繫於妥馬斯氏夾之一端。用此法可防止軟部之收縮及骨之因壞死而消失可減少至最少量。

特殊的截斷術

指及拇指——

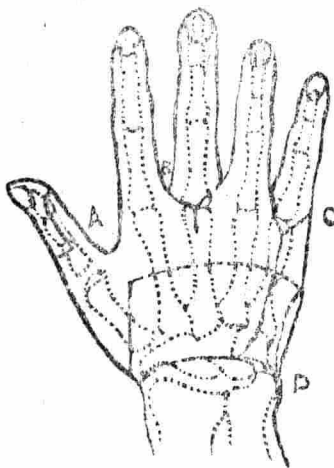
為保留一有用的指——若指要保存時；例如，在拇指，或示指，或其他指已失去；此手術須用一長的掌部的皮瓣以覆蓋殘株之末端（第一百十一圖A）。

為截除一指時——若一指因疾病或因無用而去掉時，最好是用網球板形切口，並其柄在背部（第一百十一圖B）。在指節關節作關節截斷術。相對的掌骨亦截除者罕見（第一百十一圖）C。

手——對於手之截斷術常係因損傷及壞疽，無形勢上的線可劃出。在有健康皮膚處切皮瓣，常願在掌面選擇之（第一百十一圖）D。

前臂及上臂——正規的是用環狀或橢圓形切口。翻上一袖樣的皮膚並肌肉在皮膚之水平面較高處分離之（第一百十二圖）C。

若全前臂需要截除時，最好是在踝以上截斷而不在肘關節處。



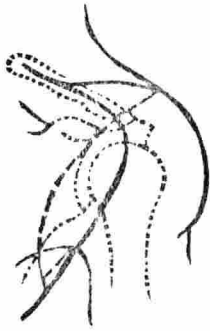
(圖111)

第一百十一圖
指及手之截斷術：
A. 用一長的掌部的皮瓣之拇指一部截斷術；B. 用於指截斷術網球板形切口；C. 與B. 相同，含有掌骨之截斷術；D. 用一掌面長及背面短的皮瓣手之截斷術。



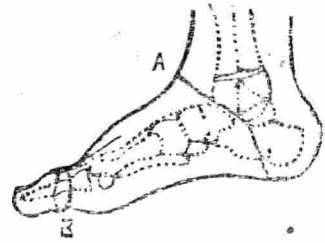
(圖112)

第一百十二圖
肩，上臂，及前臂之截斷術。
A. 用一網球板形切口在肩部之截斷術；B. 用環形切口經上臂中部之截斷術；C. 用環形切口經前臂之截斷術。



(圖113)

第一百十三圖
用網球板形切口之
上肢截斷術。



第一百十四圖
跗及足之截斷術。A. 足之賽姆
氏截斷術所用之切口；B. 跗趾
截斷術所用之網球板形切口。

因肱骨下端形成一球狀殘株，並假肢之關節可在正常關節之平面處（第一百十二圖B）。

肩——用網球板樣切口。開始在喙突並沿三角肌前緣向下切。尋找及結紮大血管。在腋前皺襞之平面處環切上臂（第一百十二圖A）。

上肢截斷術（Forequarter Amputation）——截除鎖骨之外半及肩胛骨與上臂。

作網球板樣切口並其柄沿鎖骨之線，其環形之部分係在腋下面圍繞肩部（第一百十三圖）。在鎖骨內三分之一份處分離並使外段退縮。露出及結紮鎖骨下動脈及靜脈。用百分之二的挪復卡因注射臂叢。將皮瓣翻回。經上臂及胸臂間之肌肉切斷之。

跗及足前部——

截除單獨的跗——用經過跗趾關節之網球板形切口（第一百十四圖）。

截除所有足跗——有時是用于凍傷之患例。

李司凡克氏（Lisfranc's）截斷術——係作一長的足底皮瓣與截除所有跗骨。

跗骨間及距骨下截斷術——罕有應者，因失去骨形殘株之管制，故殘株有向後脫位之傾向。

全足——賽姆氏截斷術。應標記之二點：（1）外踝之頂點（2）內踝下及後一指寬處之一點。由二此點連接用二個切口而至骨，一切口經踝關節前面，一切口在足跟下。在踝關節前面將足關節截斷之。將跟骨由足跟皮瓣上摘出，分離跟腱。將軟部由踝上翻轉並將脛骨及腓骨切斷（第一百十四圖A）。

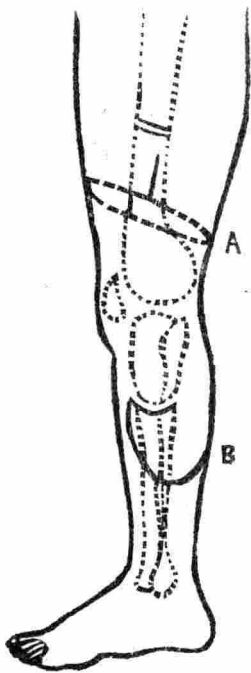
小腿——

在適位（即膝下五至七吋）——此為用于腿下部所有情況之最優良的手術。很多人認為可以代替賽姆氏手術，因其較適合於裝假肢。

皮瓣之形成——若有廣大的健康皮膚時，最好是用一長的外側皮瓣。不然即用一

後側皮瓣或相等的側面的皮瓣。在骨切面之平面處皮瓣相加之長度須長於小腿直徑之長度。外側皮瓣須含有肌肉直到骨間膜，並圍繞腓骨，並須包括脛骨前動脈，用於外側皮瓣之切口開始於脛粗隆遠側六吋處之脛骨嵴上，並至小腿中部對側之點。腿內側部係用輕度彎曲的切口相連以上皮瓣開始點及終止點（第一百十五圖B）。

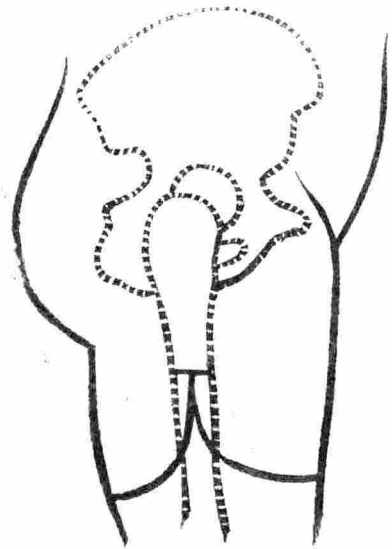
將骨在脛骨粗隆遠側大約五至七寸處分離之。先將腓骨分離，傾斜由上向下及向內。脛骨之分離係傾斜由上向下及向後，如此以便截除骨髁之尖銳的角（第一百十六圖）。



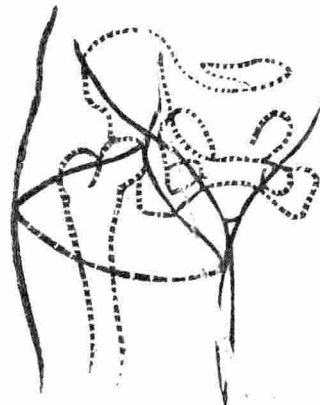
(圖115)



(圖116)



(圖117)



(圖118)

第一百十五圖 股及腿之截斷術。A. 用橢圓形切口之經股下部截斷術；B. 用一長的外側皮瓣在小腿適位之截斷術。

第一百十六圖 表示如何用斜切使脛骨踏成斜角。

第一百十七圖 用相等的皮瓣經股部上三分之一處之截斷術。

第一百十八圖 用一前面網球板形切口經髌關節之截斷術。

近於膝關節——若無健康組織能够形成五吋長之殘株時施用之。若在膝以下保存一殘株即便僅有三吋亦極有價值。在此種患例最好將胫骨完全截除之。

經膝關節之截斷術——現已不用，因經膝部無論如何良好截斷術永不能構成如同經股下三分之一處截斷術之良好的殘株以裝假肢。肢體製造者在正常膝關節之平面上須有空間以造成一銜鏈的關節。

經股部截斷術——

下或中三分之一——下或中三分之一為適合之分離骨之平面。作一環形或橢圓形切口，將袖形皮膚及脂肪翻上，並在較高的平面將肌肉斷離之。

骨係在皮膚切口上高于股部半徑長度之平面處分離之。

上三分之一——在肌肉性股部之上分之一，用相等的皮瓣更有益。每一皮瓣須長過股部之半徑，並包括有皮膚，皮下組織，及筋膜。在骨切面平面之下將肌肉用環形切口斷離之（第一百十七圖）

經髌關節之截斷術——

前面網球板形切口——網球板之柄係一位于髌前上棘及恥骨聯合間之垂直線。圍繞股部之環形部係在坐骨結節之水平面上（第一百十八圖）。

止血法——露出髌外血管，在兩處縛紮，並分開之。在第四腰椎上壓迫腹主動脈分叉之點以管制由其他血管出血。

關節截斷術——在緊接髌白處分離關節囊，使髌關節脫位，並將附麗于股骨之肌肉分離之。

第五十三章 表面標誌

(SURFACE MARKINGS)

頭 部 及 頸 部

顱之骨點——

鼻根 (Nasion) ——鼻額縫。

眉間 (印堂 —— Glabella) ——鼻根上之隆起。

枕外粗隆 (Inion) ——枕骨外的隆凸。

前囟 (Bregma) ——冠狀縫及矢狀縫相遇之點，相連兩耳前點垂直線之中點。

人字縫尖 (Lam da) ——人字縫及矢狀縫結合處，在枕外粗隆上及前二吋半處。

翼部 (Pterion) ——額骨，頂骨，蝴蝶骨及顳骨之結合處；在顳突中央上一吋半處。

竇——

上矢狀竇——由眉間中央到枕外粗隆；前部窄似綫，後部闊約為四分之三吋，偏于右方。

橫竇及S狀竇——由枕外粗隆上之一點開始到外耳道後四分之二吋處之一點止，其闊為半吋，成彎曲形故彎曲之最高點在雷地氏 (Reid's) 基底線上約四分之三吋處。

腦膜中動脈——

主幹及前枝——由顳突中點到顳突中點上一吋半處之一點 (翼部) 並在額骨顳突後一吋半處，于是向上向後成四十五度之角。

後枝——在顳突上約一指寬處由主幹向後分出。

大腦半球——由眉間到翼部彎曲向下及向後，在眶緣上二分之一吋；由翼部到顳突彎曲向下及向前；沿顳突及橫竇之線到枕外粗隆。正中之邊緣係由枕外粗隆到眉間。

中央溝——由鼻根到枕外粗隆線中點後半吋處之點起，成六十七度半之角 (直角之四分之三) 向下及向前達三又八分之三吋處；(或) 向下及向前到耳前點上約二吋處之一點。

顏面中樞——中央溝之下三分之一。

臂中樞——中央溝之中三分之一。

腿中樞——中央溝之上三分之一。

運動的言語中樞 (波卡氏中樞) ——恰在左側大腦外側點之上。

大腦外側點——係顳突中央上一吋半處，並係額骨顳突後一吋半處之點。此點標記：(1) 翼部；(2) 腦膜中動脈；(3) 大腦外側裂之前，降，後三枝分開處之點；(4) 腦島 (Island of Reil)；(5) 大腦中動脈。

大腦外側裂——由大腦外側點到頂骨隆起下四分之三吋處。

頂枕裂——由眉間及枕外粗隆間線後四分之三份處之點起向外向額骨顳突劃約一吋半長之線。

雷地氏基底線——由眶下緣到外耳道並到枕外粗隆。

環鑽點——

側竇——在雷地氏基底線上外耳道後四分之三吋處。

鼓房——在外耳道上三角，或外耳道上切線及後切線之交點上。

下緣——在旁胸骨綫處至第六肋軟骨，在腋中綫處至第八肋骨，在肩胛骨處至第八肋骨，在胸椎處至第十肋骨（六至八至十）。

裂隙——由第二胸椎向下及向前在旁胸骨綫處至第六肋軟骨。

橫裂（僅在右側）——由主裂沿第四肋骨及軟骨向前。

氣管分叉——在前面：胸骨柄與體間之角（*Angulus Ludovici*）。在後面：在第三及第四胸椎之間。

肺根——相對於第四，第五，及第六胸椎。

胸膜——

尖部——鎖骨內三分之一份上一吋。

內緣——

右——在中綫由胸骨柄之中點至第七肋軟骨。

左——由胸骨柄之中點至中綫之左到第六肋軟骨。

下緣——由內緣最低之點至第十肋軟骨尖端上二吋處，至第十二肋骨，此處有韃棘肌橫過，再至第十二胸椎；或簡言之，由第七肋軟骨（旁胸骨綫上）至第九肋骨（腋中綫上）至第十一肋骨（肩胛骨角）（七至九至十一）。

心及心包——位於下列四點相連之彎曲線之間。

1. 左側第二肋間隙，上緣距胸骨一吋。

2. 右側第二肋間隙，下緣距胸骨半吋。

3. 右側第六胸肋連接處，距胸骨一吋。

4. 左側第五肋間隙，在鎖骨中綫內半吋。

右房室溝——連接1及3。

瓣門——皆位於1至3線之下及左。

由上向下之次序：

肺動脈及主動脈瓣——相對於第三肋軟骨。

二尖瓣——相對於第四肋軟骨。

三尖瓣——相對於第四及第五肋軟骨。

昇主動脈——由左側第三至右側第二胸肋關節。

無名動脈——由胸骨柄中點至右胸鎖關節。

左鎖骨下動脈及左頸動脈之第一段——由胸骨柄中點至左胸鎖關節。

肺動脈——由第三至第二左側之胸肋關節。

左無名靜脈——由左胸鎖關節至右第一肋間隙之尖端。

右無名靜脈——由右胸鎖關節至右第一肋間隙之尖端。

上腔靜脈——由右側第一至第三胸肋軟骨連接處。

內乳動脈——由胸鎖關節垂直向下至第六肋軟骨，上端距胸骨約半吋，但下端較接近。

乳腺——向上至第二肋骨，向下至第六肋骨，內內至胸骨邊緣，向外至腋中綫。

乳頭位於第四肋骨上，或第四肋間隙，在鎖骨中線上。

膈——亦係肝（右），胃（左）之最高平面——

在前（五，五，五）——在鎖骨中線上位於左第五肋間隙，至劍突與胸骨相連處（第五胸肋關節），至鎖骨中線右第五肋骨處。在後（八，八，八）——在肩胛線上位於第八肋骨，至第八脊椎，至左肩胛線第八肋間隙。

腹 部

表線——

橫幽門平面，或幽門線——胸骨上緣及恥骨嚮水平面之中點，及劍突及臍之中點。在正常部亦為第九肋軟骨頂點之連線。

在此水平面上有下列器官：幽門——十二指腸之第一段。胆囊。十二指腸空腸連合。腎門——輸尿管之起端。胰體。腸系膜之起點。第一腰椎之下緣。

肋骨下平面——經第十肋骨頂之連線。與第三腰椎在一平面上。

髂嵴線——與第四腰椎在一水平面上。

結節間平面——在髂嵴外唇上經過結節。與第五腰椎在一平面上。

腹股溝中線——經腹股溝韌帶中點之垂直線。

半月線——由第九肋軟骨頂點至髂前嵴及臍中點，再至恥骨嚮。

橫線——（1）在臍上；（2）臍及劍突之中點；（3）在劍突上。

腹股溝腹環——恰在腹股溝韌帶中點之上。

腹股溝皮下環——恰在恥骨嚮之上。

肝——

前上面——由鎖骨中線左第五肋間隙，至胸骨及劍突之連接處。至右鎖骨中線上第五肋骨。

後面——由左肩胛線上第八肋間隙，至第八胸椎，至右肩胛線上第八肋骨。

下面——由鎖骨中線上左第五肋間隙，至中線橫幽門平面處，至右側肋緣。

胃

賁門——在劍突聯合之左一時。

幽門——在幽門線中點之右一時。

最高平面——在左鎖骨中線上第五肋間隙。

最低平面——肋骨下線。

十二指腸——起端在幽門線中點之右一時。止端在幽門線中點之左一時且稍下處。

向右伸展達右腹股溝中線。向下伸展達髂嵴最高點之連線。

腸系膜——由幽門線中點左一時並稍下處至右髂前上棘及中線水平線間之中點。

闌尾——附着端，在右髂前上棘及中線間水平線之中點。

結腸瓣——右腹股溝韌帶中線橫過結節間線之點。

盲腸——在右髂凹內結節間平面之下，三分之一在腹股溝中線之內及三分之二在腹股溝中線之外。

結腸——

後面兩側結腸——由髂臍後半吋處向上到右側第十一肋骨及左側第十肋骨之垂直線。

昇結腸（在前面）——由結節間平面到第九肋軟骨之上緣，在右腹股溝韌帶中平面之外並接近該平面。

橫結腸（在前面）——由右側第九肋軟骨到左側第八肋軟骨，此處被腹股溝中平面所切之處。彎向下在中線上到肋軟骨下平面。

降結腸（在前面）——由左側第八肋軟骨到左側髂臍，在腹股溝平面之外並接近該平面。

直腸（後面）——從髂後上棘（平第二骶椎棘突）水平線下一吋之點起至肛門。

膽囊——位於右結腸外緣橫過右側第九肋軟骨時所成之角中。

胰腺——胰體位於第一腰椎。橫過幽門線及第十二胸椎棘突之平面。胰尾從第十二胸椎向左，上達幽門線上之第十肋骨。

脾——在左側第九，第十，及第十一肋骨下方。最內端距第十胸椎棘突一吋半。最外端至左腋中線。

腎——

後面——自第十一胸椎棘突水平面至第三腰椎棘突水平面。腎門距第一腰椎棘突二吋。內緣距中線二吋，外緣距中線四吋。

前面——腎門在幽門線上距中線二吋（第九肋軟骨尖端）。腎之範圍即由此向上二吋左腎至第六肋軟骨右腎至第七肋軟骨。向外二吋。向下二吋，左腎至肋骨下平面，右腎即在此平面下。二腎之上端比下端較近中線半吋。左腎比右腎高半吋。

輸尿管——後面由腎門至髂後上棘。前面由腎門至髂動脈分岐處。

腎上腺囊——相對於第十一肋間隙內側部。

血管——

腹主動脈——從劍突尖至兩髂臍最高點之連合線，寬一吋。位於中線左側。

下腔靜脈——下段寬一吋，上段寬一吋半，由髂臍最高點之連接線起至右側第五肋間隙之頂。位於中線右側。相對於第八胸椎棘突處穿過膈肌之最高部。

腹腔動脈及腸系膜上動脈，起於恰在幽門平面以上。

腎動脈——起於恰在幽門平面以下。

腸系膜下動脈——起於恰在肋骨下平面以上。

髂動脈——從二吋骨最高點連接線中點以左起至髂前上棘與恥骨聯合之中點。

上三分之一段——髂總動脈，下三分之二段——髂外動脈。

腹壁深動脈——從髂前上棘與恥骨聯合之中間起，至臍窩。

旋髂深動脈——恰在腹股溝韌帶外半以上，並迴繞髂嵴。

門靜脈 } 從幽門線中點右一吋處起向上並稍偏右至肋緣。靜脈及胆管從該點下
 總胆管 }
 肝動脈 } 二吋發出：靜脈向左行，胆管向右行。
 網膜孔 }

脊髓——向下伸展，後面直到第一腰椎棘突，或前面至幽門線。硬脊膜向下伸展至髂後上棘間以下半吋處。

上 肢

肩鎖關節——當臂垂於身側時，關節在臂之內及外之中間成矢狀方向。恰在鎖骨前緣骨隆起之外。

喙突——在三角肌前緣鎖骨中三分之一段與外三分之一段相接處之下一吋處。

二頭肌溝——從肩峯起向下沿肱骨長軸長二吋之一線。

粗隆——臂外翻時，小粗隆在喙突與二頭肌溝中間。大粗隆在二頭肌外側。

肱骨頭——與肱骨內髁同一方向。

肱骨髁——當臂伸直時，內外髁及鷹嘴尖在一水平線上。

橈肱關節——在外髁尖下四分之三吋處。

尺肱關節——在內髁尖下一吋處。

外肌間隔——起於三角肌附着點至外髁。

內肌間隔——起於喙肱肌附着點至內髁。

腋動脈及肱動脈——在臂外展手旋後之位置，從鎖骨中起至二肱骨髁間之中點，並止于此點下一吋處，此線即代表腋動脈及肱動脈。從腋皺襞前緣外端至後緣外端距離三分之一份處之點為腋動脈之終點，肱動之起點。

橈動脈——從二肱骨髁間之中點下一吋起至橈側屈腕肌腱之橈側邊。由此行于外展拇長肌腱及伸拇短肌腱下方，達于第一掌骨間隙頂之後。

尺動脈——從二肱骨髁間之中點下一吋處起經過連接內髁與豌豆骨橈側邊之連接線上三分之一段與中三分之一段相交處，從後沿該線下行。

掌淺弓——弓向下凸，與拇指蹼相平。

掌深弓——在淺弓上一指寬處。

貴要正中靜脈及頭正中靜脈——從肘前間隙中心分行于二頭肌腹之內緣及外緣。

貴要靜脈——沿二頭肌腹內緣向上行至較高于臂之一半處。穿入深筋膜。

頭靜脈——沿二頭肌腹外緣上行並經三角肌與胸肌間，並穿入喙鎖筋膜。

淺層淋巴管——與淺層靜脈同行，並進入與貴要靜脈及頭靜脈同行之淋巴幹。

淋巴腺——

1. 在肘彎部——滑車上及肘前淋巴腺收集前臂前面及內側之淋巴管。
2. 腋卜淋巴腺——與腋靜脈位於腋窩外緣，收集前臂之淋巴管

3. 胸部淋巴管——沿胸小肌外緣，收集胸壁及乳腺之淋巴管。
4. 肩胛下淋巴腺——沿腋窩後皺襞收集背部，腋下，及乳腺一部分之淋巴管。
5. 鎖骨下淋巴腺——位於大小胸肌以下，鎖骨之下方，並向上至頸後三角。此羣淋巴腺收集以上各組淋巴腺之輸出管。
- 腋神經（及旋後動脈）——恰在三角肌中央之上方迴繞肱骨後。
- 橈神經（及肱深動脈）——由上臂與腋窩後皺襞相交處至三角肌附着點與肱骨外髁間三分之一份處之點，並此後即行于二頭肌與肱橈肌間之溝中。
- 橈神經（前臂段）——由二頭肌腱與肱橈肌間之溝中至上臂中三分之一段與下三分之一段相接處，行于旋後肌下面之腕背。
- 正中神經——在上臂與肱動脈同行；在肘部行於其內側；在前臂下行至腕，在環狀韌帶下方穿至橈側屈腕肌之尺側。
- 尺神經——在上臂，最初與肱動脈同行；在臂上三分之一段與中三分之一段相接處即行於肱骨內髁後之溝中，並以後下行至豌豆骨之橈側。
- 肘關節——在肘前面皮摺痕下一指寬處。
- 腕關節——由前面二皮摺痕之上皮摺痕表示之。
- 橈骨莖突尖——係在「解剖上的鼻煙盒」內，在屈拇肌腱與伸拇肌腱之間。與腕部下皮摺痕在同一水平面上，低於腕關節二分之一吋。
- 尺骨莖突尖——在腕上皮摺痕之平面以下，即比橈骨莖突高半吋。
- 舟狀骨結節——在腕之下皮摺痕處位於橈側屈腕肌腱與外展拇長肌腱之間。
- 前環狀韌帶——此韌帶寬一吋；上緣相當於腕之下皮摺痕，由豌豆骨及鈎骨擴展至舟狀骨及大多角骨。
- 屈肌總滑膜鞘（包括深淺諸肌腱及正中神經）——在腕關節上及上掌橫皮摺痕下伸展二或三指寬。伸展至小指。屈拇長肌腱另有分離鞘。
- 中間三指屈指肌滑膜鞘——伸展至下掌皮摺痕。
- 掌指關節——在下掌皮摺痕及指蹼之中間。
- 指骨間關節——中間指關節在皮摺痕之間，下部指關節相當於皮摺痕。
- 橈骨背結節——位於伸拇肌腱鞘之外側。
- 腕背結節——為第二掌骨之莖突。
- 後環狀韌帶——此韌帶寬一吋，由橈骨背伸展至尺骨及腕骨間。
- 腕背滑膜鞘——伸展於環狀韌帶以上及以下約一吋。此髓鞘為：
1. 外展拇長肌及伸拇肌。
 2. 橈側伸腕長肌及短肌位於「解剖上的鼻煙盒」之底部。
 3. 諸伸拇肌位於橈骨莖突尺側邊。
 4. 固有伸食指肌及伸指總肌位於橈骨後。
 5. 固有伸小指肌位於橈骨及尺骨之間。
 6. 尺側伸腕肌位於尺骨頭及莖突之間。

下 肢

髂嵴最高點——與第四腰椎棘突及體在同一水平面上。

髂結節點——在髂前上棘後二吋半。與第五腰椎在同一水平面上。

髂後上棘——與第二骶椎棘突在同一水平面上。在骶髂關節中間。

大粗隆——內拉通氏線（由髂前上棘至坐骨結節之線）經過此粗隆之頂。此粗隆係位於髂結節點之下方。

字來忒氏三角（Bryant's Triangle）——患者平臥。經大粗隆頂畫一水平線。經髂前上棘畫一垂直線與前線相交。由髂前上棘與粗隆頂連接一線即成。水平邊代表股骨頸之長度，垂直邊代表旋轉度，患者若在直立位置，粗隆頂在髂結節之正下方。

小粗隆——當股骨內旋時，在臀皺襞外端之上方可摸到。

大臀肌下緣——由股骨之上三分之一段與中三分之一段相交點至臀皺襞中並轉向上。

臀動脈——在髂後上棘與大粗隆頂用連線之上三分之一段與中三分之一段相交之點上出骨盆。

坐骨及陰部血管——在髂後上棘與坐骨結節相連線之中三分之一段與下三分之一段相交之點上出骨盆。

坐骨神經——大粗隆及坐骨結節間垂直線之中點。

股外側肌間隔——連接髂結節及腓骨頭間之線。

二頭肌腱——膕外側腱。

半腱肌腱——膕內側腱。

半膜肌腱——在膕內側腱之深部並迴繞腓腸肌內側頭之下；在二腱之間形成一滑囊。

髌關節——為下列三角形之內接圓：從髂前上棘畫一垂直線，由恥骨結節向外畫一水平線，腹股溝韌帶。

恥骨棘——在男子可從陰囊插入腹股溝皮下環可觸到，在女子可順內收長肌腱向上觸到。

卵圓窩——在恥骨結節下一吋半並在其外側。

股動脈——將股及膝彎屈並旋向外。由髂前上棘與恥骨聯合間線之中點至股骨內髁最突出部之連線。此線之上端二吋代為股深動脈，其下段為股淺動脈。此線之上三分之一段表示該動脈在股三角內之部分。中三分之一段表示該動脈在內收肌管內之部分。下三分之一段表示在膕窩中之膕動脈。

膕動脈（後面）——由膕窩頂至二髌中間相連線中點在脛骨粗隆水平面之點。

脛骨前動脈——由腓骨頭及脛骨外粗隆間之中點起至二髌中點，該處有伸躡長肌

腓骨結節——在外踝頂下方半吋；腓骨短肌腱在其上，腓骨長肌腱在其下。各有一滑膜鞘，該鞘在結節上連接，並在外踝上一吋經過之。

伸趾短肌——位於腓骨短肌腱及第三腓骨肌腱之間。

距骨頭及跟骨——係在上述同一間隔中摸到。

距骨頭——亦可在脛骨前肌腱及脛骨後肌腱中間觸到，此頭應位於內踝頂及舟狀骨結節之連線以上。

載距突——在內踝下半吋。在此二骨點間有脛骨後肌腱及屈趾長肌腱經過。在此突下有屈拇長肌經過之。

趾趾之跗蹠關節——在趾蹠關節與內踝頂之中間。

舟狀骨結節——在趾蹠關節與內踝之中間。

距跟關節——內側恰在載距突之上，外側在外踝頂與腓骨結節之中間。

跟骰關節——在腓骨結節與第五趾骨底之中間。

前環狀韌帶——

1. 上部——二指寬，由脛骨下端前緣至腓骨下端前緣。有一滑膜鞘，乃屬於骨前肌腱者。

2. 下部——為韌帶，由外踝頂前之跟骨部分向上到脛骨前緣並橫過骨之內緣。有三滑膜鞘，乃屬於脛骨前肌，伸拇長肌，及伸趾總肌與第三腓骨肌。

內環狀韌帶——內踝頂起至跟骨後突起之內側。有三滑膜鞘，在此三鞘中由內向外為：(1) 脛骨後肌；(2) 屈趾長肌；(3) 屈拇長肌。各鞘均伸展。踝上大約一吋。

(完)

