

民國二十五年六月訂

外科學各論

軍醫教育班學員班印



MG
R6
1

外科各論講義目錄

第一編 頭部外科

第一章 頭顱外面軟部之損害及疾病

第一節 頭顱軟部之創傷

第二節 頭顱軟部之皮下損害

第三節 頭顱軟部之疾病

(甲) 頭丹毒

(乙) 頭蜂窩織炎

(丙) 頭氣腫及氣瘤

(丁) 頭動脈瘤

第四節 腫瘤

第二章 顱骨之損害及疾病

第一節 顱骨皮之損害

第二節 顱骨之創傷

外科學各論目錄



七 七 六 五 五 四 四 三 三 二 一 一 一

頁數

468637

第二節 顱穹隆骨折

第四節 顱底骨折

第五節 骨縫離開

第六節 顱骨疾病

第三章 腦及其附屬器之損害及疾病

第一節 腦震盪症

第二節 腦壓迫症

第三節 顱腔內血管之損害

第四節 顱腔內腦神經之損害

第五節 腦之損害

第六節 外傷性腦脫

第七節 腦疾病

第八節 水頭症(腦水腫)

第九節 頭赫爾尼亞或腦赫爾尼亞

第十節 顱腔之手術

第四章 面軟部之損害及疾病

第一節 面之先天性畸形

第二節 面軟部之損害

第三節 面軟部之疾病

第四節 面成形術

第五節 三叉神經痛

第六節 面神經之麻痺及癱瘓

第五章 頤之損害及疾病

第一節 上頤骨折

第二節 頤骨骨折

第三節 下頤骨折

第四節 下頤脫臼

第五節 頤骨炎症性疾病

第六節 上下頤之腫瘍

第七節 牙關緊閉

外科學各論目錄

二九

三〇

三一

三二

三七

三八

四〇

四一

四一

四一

四二

四三

四五

四六

四七

第八節 頸切除術

第九節 下顎關節離斷術及切除術

第二編 頸部外科

第一章 頸部之損害及疾病

第一節 頸部之畸形

第二節 頸部之損害

第三節 頸部動靜脈之損害

第四節 頸部血管結紮法

第五節 胸管之損害

第六節 頸部神經之損害

第七節 頸部炎症及化膿

第八節 頸部之腫瘤

第二章 甲狀腺之損害及疾病

第一節 甲狀腺之損害

第二節 甲狀腺炎症

第三節 甲狀腺腫

第三章 胸腺之損害及疾病

第一節 胸腺之損害

第二節 胸腺之炎症

第三節 胸腺增大症

第四節 胸腺之腫瘤

第四章 食管之損害及疾病

第一節 食管先天性畸形

第二節 食管之損害

第三節 食管內之異物

第四節 食管之炎症

第五節 食管狹窄

第六節 食管擴張

第七節 食管腫瘤

第八節 食管之手術

外科學各論目錄

五

六四

六七

六七

六八

六八

六九

六九

六九

七一

七一

七二

七二

七三

七五

七六

第三編 胸部外科

第一章 胸部損害及疾病

第一節 胸廓之畸形

第二節 胸廓之損害

第三節 胸骨骨折及脫臼

第四節 肋骨骨折及脫臼

第五節 胸廓外軟部及骨之炎症

第六節 胸廓壁腫瘍

第二章 胸膜橫隔膜縱隔膜及胸內臟腑之損害及疾病

第一節 胸膜及肺之損害

第二節 心窩及心臟之損害

第三節 橫隔膜之損害

第四節 胸膜之炎症

第五節 肺之炎症

第六節 心臟及心臟之炎症

第七節 縱隔膜之炎症

第八節 胸腔之膿瘍

第三章 乳腺之損害及疾病

第一節 乳腺之損害

第二節 乳頭及乳暈之疾病

第三節 乳腺之炎症

第四節 乳腺之腫瘤

第四編 脊柱脊髓及骨盤外科

第一章 脊柱之損害及疾病

第一節 先天性脊柱畸形

第二節 脊柱之骨折

第三節 脊柱之脫臼

第四節 脊柱之炎症(脊椎炎)

第五節 脊柱彎曲

第六節 脊柱之腫瘤

外科學各論目錄

九二

九三

九四

九四

九五

九六

九九

九九

九九

一〇〇

一〇三

一〇七

一一〇

一一三

軍醫教育班學員班

第二章 脊髓之損害及疾病

第一節 脊髓之損害

第二節 脊髓及其被膜之腫瘤

第三節 脊柱之術

第三章 骨盤之損害及疾病

第一節 骨盤之骨折

第二節 骨盤之脫臼

第三節 骨盤軟部之損害

第四節 骨盤骨及骨盤關節之炎症

第五節 骨盤軟部之炎症

第六節 骨盤之腫瘤

第五編 腹部外科

第一章 腹壁損害及疾病

第一節 腹壁損害

第二節 腹壁之炎症

| | |
|-----|-----|
| 一一三 | 一一三 |
| 一一〇 | 一一〇 |
| 一一九 | 一一九 |
| 一一八 | 一一八 |
| 一一七 | 一一七 |
| 一一六 | 一一六 |
| 一一五 | 一一五 |
| 一一五 | 一一五 |
| 一一三 | 一一三 |
| 一一三 | 一一三 |
| 一一四 | 一一四 |

| | | |
|---------|------------|-----|
| 第三節 | 腹壁之腫瘤 | 一二四 |
| 第二章 | 腹膜之損害及疾病 | 一二五 |
| 第一節 | 腹膜之損害 | 一二五 |
| 第二節 | 腹膜之腫瘤 | 一二六 |
| 第三節 | 腹腔之開放 | 一二六 |
| 第三章 | 肝及膽道損害及疾病 | 一二七 |
| 第一節 | 肝及膽道之損害 | 一二七 |
| 第二節 | 肝及膽道之炎症 | 一二九 |
| 第三節 | 肝及膽道腫瘤 | 一三一 |
| 第四節 | 肝臟之形狀及位置異常 | 一三三 |
| 第五節 | 胆石病 | 一三三 |
| 第六節 | 胆道之手術 | 一三四 |
| 第四章 | 膝之損害及疾病 | 一三六 |
| 第一節 | 膝之損害 | 一三六 |
| 第二節 | 膝之炎症 | 一三六 |
| 外科學各論目錄 | | |

軍醫教育班學員班

第三節 脾之腫瘤

第五章 脾之損害及疾病

第一節 脾之損害

第二節 脾之炎症

第三節 遊走脾

第四節 脾臟之手術(脾摘除術)

第六章 胃之損害及疾病

第一節 胃之畸形

第二節 胃之損傷

第三節 胃內異物

第四節 胃癌

第五節 其他之胃病

第六節 胃之手術

第七章 腸之疾病

第一節 腸閉塞症

| | | |
|-----|-----------------|-----|
| 第二節 | 慢性腸狹容 | 一五四 |
| 第三節 | 虫樣突起炎(盲腸周圍炎) | 一五四 |
| 第四節 | 腸癌腫 | 一五九 |
| 第五節 | 腸之手術 | 一五九 |
| 第八章 | 直腸及肛門之損害與疾病 | 一六三 |
| 第一節 | 肛門閉鎖(鎖肛) | 一六三 |
| 第二節 | 直腸周圍蜂窩織炎(直腸周圍炎) | 一六四 |
| 第三節 | 直腸瘻 | 一六五 |
| 第四節 | 直腸及肛門脫出 | 一六七 |
| 第五節 | 痔 | 一六八 |
| 第六節 | 直腸及肛門癌腫 | 一七〇 |
| 第九章 | 赫爾尼亞 | 一七一 |
| 第一章 | 總論 | 一七一 |
| 第二章 | 各論 | 一七五 |
| 第一節 | 外赫爾尼亞 | 一七五 |

軍醫教育科學員班

第二節 內赫爾尼亞

第六編 上肢外科

第一章 肩胛部之損害及疾病

第一節 肩胛部之畸形

第二節 鎖骨骨折

第三節 鎖骨脫臼

第四節 肩胛骨骨折

第五節 上膊骨上端骨折

第六節 肩胛關節脫臼

第七節 肩胛關節之損傷

第八節 肩胛部血管及神經之損傷

第九節 肩胛關節之炎症(肩胛關節炎)

第十節 肩胛關節之韌縮及強直

第十一節 肩胛軟部之疾病

第十二節 腋窩之炎症性疾病

一八〇

一八〇

一八〇

一八〇

一八一

一八二

一八三

一八三

一八五

一八七

一八八

一八九

一九〇

一九一

一九一

第十三節 鎖骨及肩胛骨之炎症性疾病

第十四節 肩胛部腫瘍

第十五節 肩胛部之手術

第三章 上膊及肘關節之損傷及疾病

第一節 上膊骨幹骨折

第二節 上膊軟部損傷

第三節 上膊之炎症性疾病

第四節 上膊骨下端骨折

第五節 前膊骨上端骨折

第六節 肘關節脫臼

第七節 肘關節之炎症

第八節 肘關節之變態及強直

第九節 上膊及肘關節之腫瘍

第十節 上膊及肘關節之手術

第三章 前膊與腕關節之損害及疾病

外科學各論目錄

一九二

一九三

一九三

一九五

一九五

一九六

一九七

一九八

一九九

二〇一

二〇四

二〇四

二〇五

二〇五

二〇七

| | | |
|-----|---------------|-----|
| 第一節 | 前膊骨折 | 二〇七 |
| 第二節 | 前膊軟部之損傷 | 二〇九 |
| 第三節 | 腕關節之外傷 | 二一〇 |
| 第四節 | 腕關節之脫臼 | 二一一 |
| 第五節 | 前膊及腕關節部之炎症性疾患 | 二一一 |
| 第六節 | 腕關節炎症 | 二一三 |
| 第七節 | 前膊及手腕之腫瘍 | 二一四 |
| 第八節 | 前膊及腕關節之手術 | 二一四 |
| 第四章 | 手及指之損傷及疾患 | 二一六 |
| 第一節 | 手及指之畸形 | 二一六 |
| 第二節 | 手及指之外傷 | 二一六 |
| 第三節 | 手及指之炎症性疾患 | 二一七 |
| 第四節 | 指彎縮症 | 二一九 |
| 第五節 | 手及指之腫瘍 | 二二〇 |
| 第六節 | 手及指之手術 | 二二〇 |

第七編 下肢外科

第一章 股關節及大腿之損害及疾病

第一節 股關節脫臼

第二節 大腿骨上端骨折

第三節 股關節之炎症

第四節 股關節之彎縮及強直

第五節 大腿骨頸彎屈症

第六節 大腿血管之損傷

第七節 大腿骨幹骨折

第八節 大腿骨之炎症性疾病

第九節 大腿之腫瘍

第十節 股關節及大腿之手術

第二章 膝關節及下腿之損傷及疾患

第一節 關節之挫傷及捻挫

第二節 膝關節脫臼頸骨脫臼

外科學各論目錄

二二二

二二三

二二四

二二五

二二七

二二〇

二三〇

二三一

二三二

二三三

二三四

二三五

二三五

二三五

二三五

第三節 膝蓋骨脫臼

第四節 上頸腓關節之腓骨脫臼

第五節 大腿骨下端骨折

第六節 下腿骨上端骨折

第七節 膝蓋骨骨折

第八節 膝關節及其周圍之創傷

第九節 膝關節炎症

第十節 膝關節之變縮及強直

第十一節 膝關節之靜態的畸形

第十二節 膝部粘液囊之疾患

第十三節 膝關節腫瘍

第十四節 下腿血管之損傷

第十五節 下腿骨幹骨折

第十六節 下腿軟部之疾患

第十七節 下腿骨之疾患

二三六

二三七

二三八

二三九

二四〇

二四一

二四二

二四三

二四五

二四五

二四六

二四七

二四八

二四九

二五一

第十八節 下腿之腫瘍

第十九節 膝關節及下腿之手術

第三章 足關節及足之損傷與疾病

第一節 踝骨折

第二節 足關節捻挫

第三節 足關節脫臼

第四節 距跟關節脫臼

第五節 距骨及其他跗骨之單獨脫臼

第六節 蹠骨及趾脫臼

第七節 足骨骨折

第八節 足關節創傷

第九節 足關節足骨及其他足部關節之炎症

第十節 足軟部炎症性疾患

第十一節 足攣縮症

第十二節 足部腫瘍

外科學各論目錄

二五一

二五二

二五三

二五三

二五三

二五四

二五五

二五五

二五六

二五七

二五八

二五八

二五九

二六〇

二六三

軍醫教育班學員班

第十三節 足關節及足之手術

二六

二六三

泌尿器外科

第一節 腎臟及輸尿管外科

- I 腎臟及輸尿管先天性畸形 二六七
- II 腎臟及輸尿管之損傷 二六八
- III 急性化膿性腎臟炎及腎臟膿瘍 二六九
- IV 腎盂炎 二七一
- V 腎臟周圍炎 二七三
- VI 腎臟結核 二七四
- VII 腎臟徵毒 二七六
- VIII 腎臟水腫或水腎症 二七八
- IX 遊走腎 二八〇
- X 腎臟結石症 二八二
- XI 腎臟腫瘍及囊腫 二八五
- XII 特發性腎臟出血 二八八

外科學各論目錄

Ⅻ 腎臟神經痛

二八八

Ⅺ 腎臟及輸尿管之手術

二八八

第二節 膀胱外科

二九二

I 膀胱先天性畸形

二九二

II 膀胱損傷

二九五

III 膀胱炎及急性化膿性膀胱炎

二九五

IV 膀胱內異物

三〇二

V 膀胱結石

三〇三

VI 膀胱腫瘍

三〇八

Ⅶ 膀胱靜脈瘤

三〇〇

Ⅷ 膀胱盤

三一一

Ⅸ 膀胱 Tumor 及膀胱脫出

三一七

X 膀胱神經症

三一三

Ⅹ 膀胱手術

三一七

第三節 尿道外科

三二一

| | | |
|----------|----------------|-----|
| I | 尿道先天畸形 | 三三二 |
| II | 尿道損傷 | 三三四 |
| III | 尿道內異物 | 三三六 |
| IV | 尿道結石 | 三三七 |
| V | 尿道淋 | 三三八 |
| VI | Cooper 氏腺炎 | 三三九 |
| VII | 尿道狹窄 | 三四一 |
| VIII | 尿道瘻 | 三四四 |
| IX | 尿道腫瘍 | 三四五 |
| X | 尿道手術 | 三四五 |
| 第四節 陰莖外科 | | |
| I | 陰莖先天畸形 | 三四七 |
| II | 陰莖損害 | 三四七 |
| III | 包莖 | 三四八 |
| IV | 嵌頓性包莖或炎症性包皮外翻病 | 三四〇 |

外科學各論目錄

軍醫教育班學員班

V 龜頭炎及龜頭包皮炎

VI 陰莖淋尿管炎

VII 陰莖蜂窩織炎

VIII 陰莖壞疽

IX 陰莖海綿體炎

X 軟性下疳

XI 硬性下疳

XII 陰莖護膜腫

XIII 陰莖結核

XIV 包皮匍行疹

XV 陰莖象皮病

XVI 陰莖腫瘍及囊腫

第五節 陰囊外科

I 陰囊外傷

II 陰囊尿滲潤

一一一

三四一

三四一

三四二

三四二

三四二

三四三

三四四

三四四

三四四

三四四

三四五

三四五

三四七

三四七

三四八

| | | |
|------|-------------|-----|
| III | 陰囊蜂窩織炎 | 三四八 |
| IV | 陰囊浮腫 | 三四九 |
| V | 陰囊癰 | 三四九 |
| VI | 陰囊象皮病 | 三五〇 |
| VII | 陰囊腫瘍及瘻腫 | 三五〇 |
| 第六節 | 睪丸及副睪丸外科 | 三五〇 |
| I | 睪丸先天性畸形 | 三五〇 |
| II | 睪丸及副睪丸外傷 | 三五三 |
| III | 急性副睪丸炎 | 三五三 |
| IV | 急性睪丸炎 | 三五五 |
| V | 結核副睪丸炎及睪丸炎 | 三五七 |
| VI | 睪丸及副睪丸癌毒 | 三六〇 |
| VII | 睪丸及副睪丸腫瘍及囊腫 | 三六一 |
| VIII | 睪丸及副睪丸之手術 | 三六三 |
| 第七節 | 陰囊內夾膜等之外科 | 三六四 |

外科學各論目錄

軍醫教育班學員班

二四

- I 辜丸精系炎膜之外傷 二六四
 - II 急性單純性辜丸炎膜炎或急性辜丸水腫陰囊 二六五
 - III 急性化膿性辜丸炎膜炎 二六五
 - IV 慢性漿液性炎膜炎或慢性辜丸水腫陰囊 二六六
 - V 出血性辜丸炎膜炎或辜丸水腫 二七一
 - VI 急性精系炎膜炎或急精系水腫 二七二
 - VII 慢性漿液性精系炎膜炎或慢性精系水腫 二七二
 - VIII 炎腫及精系腫及囊腫 二七三
 - IX 精系靜脈瘤 二七四
- 第八節 攝護腺外科
- I 攝護腺損傷 二七五
 - II 急性攝護腺炎 二七五
 - III 慢性攝護腺炎 二七七
 - IV 攝護腺結核或結核性攝護腺炎 二七八
 - V 攝護腺肥大 二七九

| | | |
|-----|--------|-----|
| VI | 精液結石 | 三八五 |
| V | 精囊之腫瘍 | 三八四 |
| IV | 結核性精囊炎 | 三八四 |
| III | 急性精囊炎 | 三八四 |
| II | 精囊損傷 | 三八四 |
| I | 精囊畸形 | 三八四 |
| 第九節 | 精囊外科 | 三八三 |
| VII | 攝護腺腫瘍 | 三八三 |
| VI | 攝護腺結石 | 三八二 |

外科學各論目錄終

外科學各論目錄

外科學各論

第二編 頭部外科

Chirurgie des Kopfes

第一章 頭顱外面軟部之損害及疾病

die Verletzungen und Krankheiten der weichen Theile der Schädeldecke

第一節 頭顱軟部之創傷

Wunden der Schädeldecke

原因 或以銳器而生切創刺創或因鈍器而生裂創挫創鎗創等

症候 切創之只限於皮膚者創緣不甚哆開若傷及帽狀腱膜則多開甚大出血亦多又常因外力之方向而生

瓣創 Die Lappenwunden 然因血管豐富皮瓣鮮有壞死者刺傷以其多達骨內每有斜行之創管而出血則較切

創爲少但爲長穿通創出血往往劇烈創內殘留異物引入細菌則起蜂窩織炎而蔓延於帽狀腱膜之下挫創及裂創



出血不多常呈線狀或瓣狀創緣或銳利或稍挫裂或挫滅呈壞疽狀又或剝離頭顱軟部之大部分而成剝皮創
apiruna 鎗創多為小鎗彈之擦過創呈深淺不同之創溝彈力衰弱者往往成周匝鎗創 Der Koncussions

預後 關於創傷之大小及其狀態瓣創創緣之著明挫滅者能早施以無腐或制腐專法往往不致化膿反是無適當之處置但極微創傷能續發丹毒蜂窩炎腦膜炎致死

療法 新鮮創傷出血不止者先結紮血管或行血管周圍括約法次將創部消毒造一新創面而縫合之陳舊者創內充填消毒棉紗外加無腐細帶待其成爲無腐性創面時再施第二期縫合

刺創有時因欲精檢異品之存在否不可不開大其創口挫創之創緣挫滅已甚將陷於壞死者甚切齊創緣而縫合之鎗創之療法與挫創略同即切開創管除法壞疽狀之創緣等至於剝膏創其皮瓣尙有一部連續者則可期其癒合否則造有瘻皮瓣以被覆之

第二節 頭顱軟屯之皮下損害

Subcutane Verletzung der Schaedeldeckel

因鈍器衝突打擊而起以皮下組織挫滅及血管斷裂爲其生徵局部呈瀰漫性或限局性溢血限局性者往往成有波動之血腫從其發生部位別爲皮下血腫 dar subkutane Haemngiom 帽狀腱膜下血腫 das subapone

Striatische H^o 及骨衣下血腫 das subperiostale Haematom. 三種

經過 上述各症常能完全消散即甚夫者亦能吸收惟挫傷骨表時多起一時性或永久性骨肥厚或或溢血部封鎖於結締織性被膜內而成囊腫中含帶赤黃色液體間或藉 *sinus* 氏導血管而與硬膜之靜脈竇交通手術時須注意及之其他因顱蓋血管損害而起血管腫動脈瘤者有之

預後 大致可因吸收而愈若由創傷或淋巴行血行竇入化膿菌則起蔓延性蜂窩織炎或膿性腦膜炎而死
療法 輕度者無需特別療法稍重者按摩之且施壓低細帶促其吸收吸收緩慢時可以穿刺排去凝血之一部
再加四五日間壓低細帶稍大之血管損害應迫無效者則切開局部求其血管施行結紮然後縫合創緣外加無腐細帶

第三節 頭顱脈部疾病

Krankheiten der Schaedeldecken

I. 頭丹毒 *Erysipelas cranis*

原因 常續發於創傷濕疹及皮膚之輕微擦傷其發生必因連鎖球菌竇入組織斷裂部之淋巴管內乃起皮膚及皮下蜂窩織之進行性炎症

症候 耳與額部發生水泡臉及耳郭著明腫脹患者常發嗜眠及譫妄間或發嘔吐昏睡痙攣麻痺等腦膜炎性症候又因其常併發膿性蜂窩織炎遂築板障之膿潰膿性腦膜炎靜脈竇血塞膿毒敗血症等若侵及眼內蜂窩織則

外科學各論

以靜脈炎而致靜脈竇血塞及膿性腦膜炎畢命其他或向口內咽喉蔓延起聲門浮腫陷於窒息故須注意也

療法 詳總論凡輕微之創傷必嚴密消毒剃去毛髮以防其發生或監視其蔓延之程度有效藥劑爲 Ichthvöl

塗布法 3% 石炭酸水皮膚注射法丹毒治療液及連鎖球菌血清注射法等

II. 頭蜂窩織炎 *Phlegmone capitis*

原因 發於創傷之後常與丹毒合併

症候 有淺表性及深在性二種前者係發於頭顱之皮下後者乃發於帽狀腱膜或骨衣之下就中以深在性症較爲危險蓋帽狀腱膜大部陷於壞疽骨衣剝離膿潰炎症更向顱腔進行則可續發膿性腦膜炎靜脈竇血塞而死但骨衣雖全剝離顱骨往往不至全部壞死在皮下蜂窩織炎症候極爲著明反是對於深在性症非剃去毛髮不能確知其蔓延之程度甚則須行切開方得診斷

療法 預防爲先對於微小創傷宜嚴密制腐頭部既有發赤腫脹疼痛諸症時早期切開之再加濕性糊膏對於深在性蜂窩織炎切開務求廣大裝入排導管除去壞死組織

III. 頭氣腫及氣瘤 *Emphysema et Pneumatocelcapitis*

頭氣腫係空氣蓄積於帽狀腱膜及骨衣間之症如鼻骨篩骨前頭骨及顱額骨骨折後空氣由鼻腔篩骨蜂窩鼓室乳突蜂窩竇入而達於頭顱軟部之下者是壓迫之柔軟而有捻髮音且無痛以自然消散而愈若空氣長留於骨膜及骨之間呈限局性腫脹者則稱爲頭氣瘤多因乳突蜂窩之空氣竇入而發蓋此種與乳突竇交通之頭氣瘤皆由乳

突峰窩外壁存有先天性或後天性缺損部於是當咳嗽噴嚏鼻息等時空氣遂貫入於顱骨骨衣之下而發初期限局於乳突之上呈彈力性無痛之腫癢經年則漸向後頭部及頂部增大

頭氣瘤亦往往與頰竇交通而位於頰之中央或占其全部是名前頭氣瘤

療法 頭氣瘤可用穿刺法或切開後加以壓低帶骨壁存有裂隙者則造骨衣瓣或移植骨片以閉鎖之

四、頭動脈瘤 *Cereb. aneurysms des Kopfes.*

原因及症候 本症常繼發於顱動脈領域損傷時繼發最多而動脈擴張之形狀有種種而有圓柱狀紡錘狀或囊狀其大小不一有達至鷄卵大動靜脈同時受傷時則成動靜性動脈瘤若起廣大之血行障礙其他有所謂蔓狀血管瘤 *Arteriovenöse* 者乃係一種腫瘤占領頭顱之一部得自外面透見其迂迴搏動性之青色血管壓迫其輸入動脈則腫瘤縮小去壓忽再充張發育遲速不一患者有頭痛眩暈之感苦漸次增大則皮膚非薄每因輕微外傷而起極大之出血

療法 壓低法或可治愈而最確實之法厥為將動脈中樞末稍二端及動側枝悉行結紮然後剝出腫瘤至於蔓狀血管腫小者可完全切去之稍大者宜先結紮其主幹動脈(例如頸外動脈)至頸總動脈結紮法實不適用宜將該腫瘤之周圍分數次切斷之並結紮其血管電氣燒灼法亦可用

第四節 腫瘤 *Geschwulste*

上皮新生物中以乳嘴腫或疣贅 *Verrucae* 為最多常生於頭顱之被髮部內含色素皮膚變肥厚有時形成

巨大之皮角瘤腫好發於額部及顛部而尤以扁平癰腫性潰瘍為最多其侵及深部每破壞骨質甚及腦膜粉瘤疣贅瘰癧發生者不少粉瘤亦好發於頭顛軟部居於皮膚內或下為柔軟緊滿之腫瘤小者如雞卵雀卵大者如手拳在頭部往往為多發性穿破皮膚形成瘻管或發炎化膿或變為癌腫皮樣癰腫 *Lymphocysten* 之外觀頗似粉瘤惟此多在深部與骨衣癒着好發部位為眼之外上方眉間顛部乳突附近及大顛門部常屬先天性發育極緩至懷春期始發見之

結締織性腫瘍中之纖維腫硬性者少多為軟性身體各部多數發生往往成爲瘤而以頸與頭部聯絡狀神經腫 *Rankeomenom* 係一定神經發結節狀結締織樣變性神經索條蔓狀迂曲以顛部眼眶上部上臉部多見之外觀上如皮膚皺裂凹凸不平而有壓痛脂肪腫好發於脂肪組織帽狀腱膜下及顛部額部之筋膜下肉腫較少而黑色肉腫往往發生於色素性的胎痣

療法 乳嘴腫皮角粉瘤等則速摘出之對於粉瘤尤須摘出囊壁全部以防再發癰腫之與骨相癒着者則鑿去其骨質再以及膚瓣補其缺損或行他種成形術纖維腫之巨大者可分數回楔狀切去之肉腫與癌腫同

第二章 顛骨之損害及疾病

die Verletzungen und Krankheiten der

Schädelknochen

第二節 顱骨之皮下損害

Codusion der Schadelknochen

原因及症候 因鈍器衝突打撲或流彈射擊而發或爲單純性挫傷或合併骨折前者以板障內或骨與骨膜及骨與腦硬膜間出血爲其特徵其兼骨折者則外板或內板龜裂甚或全部骨折且發創震盪症候或顱腔內有多量溢血而發腦壓迫症候在單純之皮下挫傷溢血多能吸收若軟部存有創傷化膿菌一旦侵入則起膿潰蜂窩織炎丹毒等或因板障膿性骨髓炎惹起腦膜炎靜脈竇血塞膿毒敗血症等其他須注意者爲受傷部常來骨之肥厚及隆起若腦髓同時受傷則胎留腦疾病又骨質與腦膜癒着或骨之一部肥厚時往往爲癩癩之原因

療法 輕者無需治療合併軟部挫傷者則以防腐法處置之腦震盪腦壓迫症等療法詳後

第二節 顱骨之創傷

Wunden der Schadelknochen

原因 及症候以穿通顱腔與否而別爲穿通性與非穿通性顱創又以創傷種類而有切創刺創鎗創等鎗創詳於骨折章茲述前二者切創起於銳器之侵襲因侵襲方向而作線狀癱狀或使骨質一部缺損癱狀或物質缺損創常以斜割額部額部及枕部而起刀刃愈銳利創緣愈平滑即使切傷腦髓患者亦不致立即失神若鋒刃遲鈍且打擊力強大時則骨粉碎患者即時失神粉碎之骨往往只限於內板非穿通性創經過一般佳良穿通性創反是刺創因刀

劍等之刺入而發深者達至腦內此時創內每存留器械之尖端而發腦膜炎及腦髓炎或經過數月數年之後穿以腦膿腫致死

診斷

切創易診欲知穿通否須精細視察創傷部對於刺創或須開大創口搜檢異物在穿通創灌注于倍鼻素水得認知腦搏動X光線能明知骨折及異物之有無

療法

先剃髮消毒創面廣大者縫合一部尤填消毒棉紗倘骨一部與軟部同斷裂者可作皮瓣法覆或行植皮術內板破碎者與顱骨骨折同一療法對於靜脈竇之出血可以壓迫制止之腦膜中動脈出血應鑿開骨創施行結紮其他合併症應用相當之處置

第三節 顱穹窿骨折

die Konvexitätsfrakturen des Schädels

本症在顱骨骨折中最占多數其種類如後

一、冰裂或龜裂骨折 Sprünge od. Risse im Knochen 骨折線貫通骨之全層或只限於內板及外

板而以內板為多其裂線或單一或分歧長者達於顱底而成放散性冰裂骨折 unrichtige Eissuren

二、片折及粉碎骨折 Splitter- und Splitterbruch 所謂片碎骨折者係顱骨一部以分界線與他骨分離

之謂粉裂骨折者係骨裂為大小不同之多數碎片倘碎片有一定之中心放散作輪狀者謂之星芒狀骨折 Sternb

ruache 重篤之症顱骨全部粉碎性小片折片若向顱腔內轉位時則成陷沒骨折 Depressionsfraktur 往往

誘起腦壓迫症

三、穿孔骨折 *Lochfraktur* 常起於槍傷內板之物質嵌在射入部每大於外板而射出部反是骨折之重輕關於彈徑之大小與發射距離之遠近由近距離射擊則骨折因彈丸之爆發作用而粉碎燬發愈烈破壞益甚至於遠距離之彈丸常留於骨或腦內甚或不破壞骨質他如輕微擦過槍傷起內板之片碎骨折者有之

原因 爲直接與間接之暴力尤以直接的外力爲多至於顱骨壓陷之時往往獨有內板破裂者他如內外板空骨折時內板較外板折傷爲早又在僅有射入口槍創彈丸衝着他側內板反致起外板之單獨骨折者

症候及經過 專視有無損傷腦之貴重部位及顱腔內有無溢氣爲斷是則發腦震盪症腦壓迫症及一定之局部症候震盪症立發於受傷之後壓迫症必待溢血達一定度而始發生粉碎骨折常致膿潰幸而治愈每貽精神障礙彈丸癒合於創內經數年後突發腦膿腫或腦膜炎以死者不少顱骨之皮下骨折有時皮下潛骨腦脊髓液呈有波動之腫瘤多以結發腦膜炎而取不良之轉歸然亦有因壓抵細帶而自然消散者

診斷 軟部膨開之複雜骨折不難診定在細小之冰裂骨折其冰裂部露出於外方且由裂隙內湧出血液者亦易確診壓迫創部若發劇痛者則爲骨折當無疑義又與顱腔穿通之創傷潛注防腐液能認其腦搏動若腦膜同時受傷則腦質脫出

皮下骨折須細按頭部以檢陷沒疹開及折片鏡線之有無溢血腫脹者先以按摩除去溢血再行細檢大抵骨折沒愈者可推知外力之侵襲最爲限局而內板之破碎亦愈烈其他之光線透照法尤爲確實便利

預後 屬概不良就中尤以顛骨骨折爲最惡

療法 對於無腦症候之皮下骨折但令安臥靜養即足著明腦充血或頭痛時施行冰菴法但冰菴使用過久有減緩假骨發生之弊節減飲食暢利便通在骨折部陷沒而無腦損傷症候者亦然既通腦壓迫症須行穿顛術露出血管而結紮之或摘出竊入腦內之骨片對於複雜骨折須先行防腐法俟其經過佳良再行適當之處置大之骨及軟部缺損得移植皮膚骨衣骨瓣以被覆之其他注意其體溫槍射骨折之折片與彈丸竄入腦內而難再出者放置之徐視其經過必要時行穿顛術以圖異物之摘出

第四節 顛底骨折

Frakturen der Schädelsbasis

原因 比前爲少主由襲擊穹窿部之間接外力而起亦有發於面骨或脊柱之間接外力者直接外力除槍擊者外或起於侵襲眼眶及鼻腔內之外力其他衝突打擊頰部致下頷關節窩骨折者亦屬之分橫骨折縫骨折及斜骨折三種

間接性顛底骨折之發生除關於全部抵抗力外尙與外力襲來之部位及方向相關

症候即診斷 以皮下溢血與血液或腦脊髓液由鼻孔及耳流出或腦質脫出及腦與底部之腦神經官能障礙爲其特徵綠臉眼球結合膜咽頭粘膜或乳突附近皮下溢血實底部骨折之一症候若眼動靜脈斷裂則眼眶內強劇

出眶而眼球突出耳孔滲出腦脊髓液其爲硬膜蛛膜及鼓膜之破裂並顛骨錐體之骨折無疑若鼓膜無裂縫則必爲外耳道上壁之骨折又錐體骨折而鼓膜無損傷時則腦脊髓液經歐氏管出於咽頭及鼻腔通歸骨迷路。顛前凹骨折則腦脊髓液由鼻腔流出至由耳道及鼻腔排出腦質者則爲顛蓋基底骨折更無疑義且爲腦膜似裂腦損傷之確據至各腦神經之麻痺固由骨折片破裂擠滅或壓選該神經或遮斷其經路而起亦與腦損傷有關其他本症往往發生皮膚氣腫糖尿蛋白尿試行腰椎穿刺則腦脊髓液中含有血液。光像得認知其骨折線。

經過及預後 關於腦神經幹血管之有無損傷並續發炎症化膿與否鼻腔額竇蝶竇損傷後細菌易入於顛腔而發腦膜炎其無合併症者概可治愈惟眼眶骨折每以視神經損傷而貽視力障得。

療法 惟有對症療法即無合併症者絕對安靜節減飲食注意通便若爲穿通中耳之骨折則將耳內消毒充填紗菌棉紗眼眶部有膿潰之兆者宜速切開以防其蔓延於腦膜。

第五節 骨縫離開

Dilatase der Schaedelnahte

本症常與顛骨骨折併發以猛暴外力爲其原因如墜落時頭顛衝突於地或樑木落於頭上及楔狀物嵌入骨縫內時皆可發生此時腦膜靜脈竇及腦髓常一同損傷不僅發於少年即老人亦見之。

診斷及預後 開放創可以目觀皮下離開者可由皮膚上觸之其裂隙。

外科學各論

預後 以其多合併骨折常陷於不良

療法 與顱穹窿骨折同

「附」 初生兒之顱骨損害

Verletzungen der Schadelknochen bei Neugeborenen

爲兒頭通過骨盆顱骨互相推移壓迫之症取後頭位者其枕骨常移壓於頂骨下或一側頂骨緣被壓入於他側頂骨下尤以母體骨盆狹窄者爲著但分娩後即可恢復又或分娩時顱穹窿因荐骨岬之壓迫而致變質然起骨折者絕少

第六節 顱骨疾病

Krankheiten der Schadelknochen

I. 急性顱骨骨膜炎 *Periostitis ossium acuta*

原因 多發於頭部之新鮮創傷或續發於頭顱軟部炎症膿潰之後

症候及經過 炎症輕微早施切開可不化膿而愈但亦有炎症初即劇烈伴以寒戰而發高熱者骨衣迅速剝離

皮膚始則硬固腫脹壓迫之過敏頭而項部浮腫越一二日局部發赤柔軟而呈波動切開時流出多量濃汗如能早時切開已剝離之骨衣可復癒若不起骨壞死即骨衣雖似壞全骨層陷於壞死若仍極少惟合併腐敗性骨髓炎者則常

以腐敗性腦膜炎靜脈管血塞膿毒敗血症而死

診斷及預後 本症頗似顱軟部蜂窩織炎且或與之併發但原發性骨膜炎其炎性腫脹極硬固而位於深部歷之劇痛初期侵襲皮膚及皮下組織者甚少腫脹部皮膚可以移動因往往續發腦膜炎故欲決其預後須注意

療法 預防爲先顱骨有新創或化膿者當嚴行防腐既發炎症時早期切開腫脹部及骨衣以利濃汁之排泄插入排膿管外施防腐劑帶骨一部壞死者剔出之

二、急性化膿性顱骨骨髓炎

Osteomyelitis Cranii purulenta

原因 或因血行之媒介或以頭部炎症而續發

症候及 過 因其輕重及廣狹而異有僅侵及骨衣者有侵硬膜者炎症延及顱腔則發腦膜炎膿毒敗血症等而死

療法 與急性骨膜炎同時宜鑿去外板或併內板而除去之

三、顱骨之慢性炎症 *die chronische E. der Schadelknochen*

• 顱骨結核 *die Tuberkulose der Schadelknochen*

原因 有原發繼發二種

症候及經過 先於顱蓋軟部起壓痛及自發痛浮腫漸次膿潰但不易向外破開經久放任乃襲骨質全層手術

外科學各論

時遂得認如硬膜或腦髓此時常以腦膜炎或臂脈管血塞而死

療法 速開病灶搔爬健康部原發性骨瘍其病灶已達腦腔內或骨內外全成膿瘍者則鑿去骨質搔爬硬膜發性流亦須露出病灶施行搔爬其為顱骨骨瘍則行乳突穿開術篩骨結核則切開鼻正中線或行鼻唇溝一時的切除術

b. 顱骨梅毒 *Die Syphilis der Schädell Knochen.*

原因 或原發於骨衣板障成續發於顱軟部而以梅毒性骨衣炎為最多

症候及經過 梅毒性骨衣炎往往成爲限局之橡膠樣腫好發於額骨及頂骨數爲一個或數個柔軟而有彈力無炎症候疼痛亦極輕數月數年而無變化用驅梅毒療法則全然消散胎留骨凹窩又或向外方破潰在再年餘骨質上以膠樣物閉鎖之若爲蔓延性症則表面而廣大蔓延同時侵入深部致硬脂露出於外細察其病竈亦成於多數之小著明缺損電性橡膠腫先在皮下潛伏皮膚菲薄終以炎症或機械刺戟而向外方破潰排泄臭膿

板障梅毒原發者較少多積發於骨衣其他橡膠樣腫之原發於硬膜者稱爲橡膠樣腫性硬膜炎 *Die Meningitis gummosa*

此等疾患常傾向於乾燥纖維性膿腫潰者少

骨質一方新生一方壞死但因其內面發生骨骨或硬膜肥厚而與骨面黏着時每爲頑固性頭痛之原因

療法 全身驅梅毒法及局部療法惟其異於結核者不宜鑿開病竈耳

四. 顱骨壞死 *die Nekrose der Schädellknochen*

原因 因蜂窩織炎骨衣及結核梅毒等而發就中以化膿性骨衣炎骨髓炎爲其主要之原因

症候及經過 本症常穿通顱腔續發腦膜炎靜脈竇血塞膿腫而死但亦有籍肉芽發生及癒者性炎症將病竈包裹者又本病之發生多不發生骨板故過稍大之壞死即及於骨全層缺損部不生新骨只以硬膜及結締纖維性癩痕閉鎖之

療法 首在預防即頭部損傷時必速制腐或無腐之法若既陷化膿則速切開其已起骨疽者嚴防腦膜炎等發生對於腐骨可鑿去之

五、顱骨之萎縮及肥大

Hypertrophie der schaedelknochen

病理的顱骨萎縮有先天性及後天性二種前者如 生兒之顱骨一部或全部化骨不全專以母體營養不良梅毒水頭症爲其原因所謂顱骨成形不全 *Aplasia cranii* 是也後者原因有種種如骨衣骨髓之炎症性病顱骨動脈瘤虛癆水頭症等然以起於佝僂病者爲最多此時骨之發生不全既成之骨復被吸收枕骨菲薄軟弱此外因顱骨萎縮而發高度骨軟化症者有之

顱骨肥大分爲二種一爲一部增生者一爲蔓延性增生者又有求心性與遠心性二症求心性骨肥大 *die konsentrische Knochenhypertrophie* 即稠化性骨炎之使骨質稠密者骨質變症屬之遠心性肥大 *die extrinsische Knochenhypertrophie*

係骨質真正肥厚者常與硬變症併發發育緩慢若向顱腔增育則因壓迫而頭痛眩暈精神

瘤惡或發驚厥

療法 先天性萎縮專注意小兒營養即足後天性萎縮須治其原因至於肥大則僅限局性者可以手術而

治

六、顱骨之動脈瘤

der Aneurysmen der Schen delknochen

標顱骨血管孔內動脈之動脈瘤性擴張乃骨動脈瘤中之最多者多數發生經過緩慢增大時消耗骨質終致缺損於軟部現一柔軟亦拉動之腫瘤因壓迫而縮小壓迫同側之頸動脈亦然去壓忽又充張向外或內敞開不免於死

療法 限局性者可與骨一同切去欲防外力之侵襲保護細帶且維持其體力若為腦膜中動脈之動脈瘤則鑿

去顱骨結紮其中樞及末稍二端而抽出之時或須行頸總動脈結紮法

七、顱骨之腫瘤 *Case aneurke der Schen delknochen*

最重要者為內軟骨腫骨腫及肉腫內軟骨腫原發於篩骨向額竇眼眶或鼻腔內增育卒致化骨骨腫多生於骨衣顱骨內膜次之結發於外傷炎症結核梅毒之後限局一處或具短莖表面平滑而有凹凸呈海綿質樣或象牙質樣構造陳舊者質更堅固其生於骨衣者無腦症候反之生於骨之內外二面者則發病竇症候及神經幹之麻痺肉腫多發於骨衣及板障每以外傷為其誘因或自他部轉移而來以髓樣肉腫之性質為最惡若骨衣肉腫主向外方發育間或同時向顱腔增大骨髓性肉腫初期每被有骨殼漸次發育骨質崩潰終致缺損而以軟性腫瘤組織充填之穿破

外皮形成糜爛潰瘍面又或向內方壓迫硬膜及腦體更有所謂硬膜菌腫 *Fungus dura mater* 者由硬膜發生其狀較惡往昔誤為癰腫實則肉腫也好發於少年之頂部

診斷 骨腫之現於皮下者就其形狀硬度等可資診斷對於被有骨殼之肉腫須待穿刺或手術後方確知顯蓋內面之骨腫僅能憑腦及顱腔內神經幹之官能障得推測之骨腫與肉腫鑑別之點即為症候及經過硬膜菌腫初期每有還納性並能認知其腦搏動其他在骨肉腫根部有新生之骨質而菌腫則無之

療法 外部骨腫鑿去之內部者亦然顯骨及硬膜肉腫可及的早期摘出

第三章 腦及其附屬器之損害及疾病

Verletzungen u. Krankheiten der Gehirns u. seiner Aehnlich

第一節 腦震盪症

Comotio cerebri, Gehirnsekuestration

原因 係因鈍器衝突打擊震盪腦髓致起機能障礙者是外力有直接間接二種腦髓震動力強弱與外力之速度及強弱相關如外襲力劇烈迅速者雖起骨折或可不致生本病反是則起強大之震動

症候 患者如熟睡神識及智力障得頭痛眩暈嘔吐惡心痙攣體溫下降呼吸淺表脈搏微弱大便秘結尿閉輕者漸次恢復重者感覺全失瞳孔縮小或稍散大大小便失禁或閉止幸能漸次恢復則於鎮靜狀態後呈一時的興奮

即患者發揚頭痛額面潮紅脈搏固實而頻數凡昏睡愈長腦之障礙亦愈甚醒覺愈早治療亦愈易又因腦之一部損傷或顱腔內溢血每併發腦壓迫症

預後 外觀上雖甚輕微之症每以顱腔內溢血驟起壓迫症候若昏睡愈進脈搏愈緩者實為不良之兆

療法 先使患者安靜平臥低下其頭溫包身體摩擦四肢注射強心劑心窩部上腹部膀胱部貼以芥子泥脈搏幽微且不整者注射食鹽水或內服麝香及酒類

第二節 腦壓迫症 *Compressio cerebri de Hirndruck*

原因 為顱腔內壓力急劇增加腦起機能障礙之症也原發性症多以顱腔內血管受外傷而出血或以陷沒骨折及竄入異物遂起本症但平時腦脊髓液一面能向脊椎管流出一面能向淋巴管及靜脈管內逃避故顱腔之狹窄必須超過一定程度致腦脊髓液非常緊滿腦及被膜之毛細血管被壓迫血行高度障礙時始起壓迫症候顱腔既起血行障礙腦之一部因直接壓迫而貧血他部又生鬱血貧血與鬱血皆障礙腦之機能但血管運動神經中樞迷走神經中樞及痙攣中樞之刺激候必待失神增進後而始發現

症候 多與腦震盪症及腦損傷之症候合併故欲知其純粹症候當証諸動物試驗其第一症候為硬膜被壓迫緊張次則神識昏朦知覺脫失肌肉麻痺壓迫增加則發熱擊再次則脈搏變調始徐終疾此時呼吸不整既陷昏睡則呼吸平均深而徐緩壓迫更甚乃陷於麻痺而心動之停止較呼吸麻痺遲二三分鐘至體溫之變動則極少人體所見

亦復近似始則不安五官過敏頭痛頭面潮紅瞳孔縮小脈搏遲緩頸動脈之緊張增加病勢更進則來惡心嘔吐精神錯誤睡眠繼以人事不省其餘症候與動物同惟不發聲擊此外臨床上重要者為腦之限局的機能障礙如動眼神經麻痺則來瞳孔及眼底之變常即被壓迫側之瞳孔最初即縮小壓力增高則極度散大健側之瞳孔亦稍散大眼底檢查能認知鬱血乳頭

診斷 單純之症可據其特異症候以診定之其與腦震盪異者彼則立發於受傷之後由昏睡而醒覺呈一時的與奮性顏面蒼白在本症先起與奮繼以壓迫增加而麻痺節面潮紅頸動脈緊張等鬱血乳頭尤為本病之確徵

預後 主關於損傷之種類壓迫物之容積壓迫時間之長短及其增減其已昏睡各種知覺脫失呼吸不正淺表瞳孔散大者概於 24 小時內死亡但亦有漸次輕減而脫愈者

療法 以除去原因為急務在陷沒骨折須視陷沒之深淺血管及腦之有無損害如腦膜中動脈出血則須行穿顱術以結紮之其起於腫瘤者則須行顱骨一時的切除術或行腦側室穿刺術或腰椎穿刺術一方為恢復腦之血行障礙對於心力未衰動脈緊張不甚減退者行刺絡法以減腦內之血壓拾舉頭部助靜脈血之還流或投以較下劑以催腦脊髓液之吸收

第三節 顱腔內血管之損害 Verletzungen der intrakraniellen Blutgefäße

一、靜脈竇之損害 die Verletzungen der Sinus

外科學各論

因顱骨外傷而起常見於上矢狀竇及橫竇尤以橫竇與骨密接而易受傷血液流溢於硬膜及骨之間而起腦壓迫症

一、時切除術
療法 開放性損害用無腐蝕性膠帶帶骨片蓋入者摘出之其無骨創傷而現壓迫症候時行穿顱術或顱骨的一時切除術

二、腦膜中動脈之損害 *die Verletzung der Arteria meningea media*
本動脈為內頸動脈之最大分枝顱腔內分為前後二枝當顱骨損害時往往傷及該動脈平常以顱骨或頂骨部最易受傷所催生血腫多為限局性

症候及診斷 常顱部與頂部複雜骨折血液直向外迸出者顯為腦膜中動脈之損傷若為皮下骨折則發本症時尙有其特異症狀即患者經數小時後先覺頭痛惡心嘔吐不安疲倦次呈意識昏朦嗜眠昏睡脈搏緩徐等症
預後 不良常死於二十四小時之內

療法 及早手術露出該動脈施行結紮

三、腦部頸動脈之損害 *die Verletzung der Carotis cerebrialis*
本病極少以刺創槍創及各種離斷骨片為其發生原因預後極為不良
療法 全斷者不免立死行頸總動脈結紮法或有九死一生之望

四、軟膜血管之損害 *die Verletzung der Piafasciae*

慢

大抵起於顱蓋骨折時腦震盪症亦發生本病出血劇烈其主徵為腦壓迫而較腦膜中動脈損害者為輕微且緩
療法 已述於腦震盪及腦壓迫症中

第四節 顱腔內腦神經之損害 *Schädel die Verletzungen der Hirnnerv*

en während ihres Verlauf im

因刺劍槍創顱蓋基底骨折神經受壓迫或離斷時則該神經分布區域皆現麻痺麻痺或發於受傷直後或經過數時數日方始發生倏者或以炎症沿神經幹蔓延或延腦底炎症漸以下行性神經炎而起此症然損害神經幹者則其麻痺為同側性若為腦內神經起根部之損害則其麻痺為對側性所謂交叉麻痺 *die gekreuzte Lähmung* 是也故由麻痺之存在略可推之損傷之部位

症候 大抵多數神經同時受傷故症候極為複雜茲就各腦神經一述其梗概

嗅神經之損害 來自鼻根部之槍創及篩骨地平部之顱底骨折間或以前方腦葉之挫傷併發本症其因挫傷及神經鞘內溢血者不過呈一時性麻痺若神經完全斷裂則嗅覺永久消失在嗅覺麻痺者往往併發言語障礙或視力障礙味覺亦常鈍麻

視神經之損害 來自眼窩部之顱底骨折及劍傷神經離斷則全失明神經鞘內溢血輕度者視力起一時性障

礙高度者則陷於萎縮

動脈神經之損害 常見於眼窩骨折之後又腦部內頸動脈之動靜脈性動脈瘤亦見該神經之麻痺

滑車神經之損害 來於重症之頭部損傷

外旋神經之損傷 多起於顛底骨折

三叉神經之損害 單發者極少常與其他腦神經損害及重篤腦症候併發當頭部損害該神經知覺障礙後常

發神經麻痺性眼炎

顏面神經之損害 習見於鉗子分娩之幼兒或因打擊衝突槍傷而起其經過岩樣骨部分之損傷必因於顛底

骨折此時聽神經或同受傷麻痺常為偏側性欲知神經損傷之部位須檢口蓋帆麻痺與否因口蓋帆不麻痺則其損傷必在膝狀結節之下反是則其損傷部位必在面神經膝之上部

聽神經之損害 常見於岩樣骨骨折時若鼓室及迷路溢血亦起該神經之麻痺

舌咽神經迷走神經副神經及舌下神經之損傷從來僅有少數實驗例茲從略

第五節 腦之損害 Verletzungen des Gehirns

原因 有挫傷槍傷刺創及切創等挫傷或併發腦震盪及顛骨骨折或為開放創傷或為皮下損害其輕重與外力強弱相關或為點狀至米粒大之溢血或胡桃大之挫灶甚重者腦質全部挫滅創內竄入種種異物受傷部位概在

外力易於襲擊之處，但亦有生於對側者。又打擊顱前上部，可使第四腦室 *4th ventricle* 導水管及脊髓正中管上部損傷。平常損傷最多者，即為腦皮質第四腦室壁次之小腦下面，又次之延髓、大腳及橋部。最少此外腦因劇動經 *shock* 週間忽來致死的腦出血者有之。

槍傷有貫通劍半管狀劍擦過劍等切劍或兼挫傷呈瘡狀劍或物質缺損劍則因刀劍等銳器直接刺入眼窩、鼻腔或直接穿破顱骨而入於腦。

症候及經過 凡腦外傷雖多與腦震盪症、腦壓迫合併而生種種腦症，但一定部受傷必起與該部一致之局部障礙。亦有取無症候經過者，茲將各主要之病灶症候述之。

第一及第二前頭迴轉損傷者不起運動及知覺知障礙而貽一時或永久之精神異常。第三迴轉損傷則發運動性失語症，患者忘去言語構成之想像，遂發語諸筋健全而不能成言。

前及後正中迴轉有面神經及舌下神經之運動性皮質中樞，上下兩肢之運動性大腦皮質中樞。若正中前頭迴轉之最下部損傷則來面神經之麻痺，舌下神經之麻痺於中央溝之正中兩正中迴轉部起有損傷則來上肢之麻痺。正中後迴轉之上部達至頂後起有損傷則發下肢之麻痺，又中央前回之上內部為上下兩肢運動中樞連合之所。若有損傷可來上下兩肢之麻痺。

頂間溝之周圍損傷即起筋肉及皮膚之知覺麻痺。

損害顱回之前部雖無異常而顱上回兩後方三分之一部損傷則發兼語擊之感覺性失語症。

豫後 腦爲動物中之生活上最貴要之部位其損傷之豫後如上述之症狀經過而損傷之處有無繼發炎症否若開放性腦創傷時容易頭蓋腔內侵入細菌及異物等幸耳毫無反應時而能痊癒否則不良

診斷 主爲前述之症狀經過即可推知損傷之部位

療法 以豫防其發炎化膿爲主其爲膨開性腦創則消毒創口或以殺菌食鹽水及純粹之殺菌水洗滌之若因腦中動脈出血起壓迫症或以病灶症候疑腦內有異物存在時可行穿顱術

第六節 外傷性腦脫 *Prolapsus cerebri traumaticus, der traumatische Hirnvorfall*

原因 多發于顱蓋複雜骨折或穿顱術後挫滅之腦質于受傷後立即脫出創口者是爲原發性若稍經時日腦起浮腫始脫出者是爲續發性症脫出部位以穹窿部爲最多耳孔眼窩等次之

症候及經過 大小不一有如手拳大者概無硬膜被覆脫出部初呈搏動至一定程度後搏動停止初期尙可藉壓迫而整復然往往因以惹起眩暈惡心脈搏緩徐等症候經過不一極大者其頂尖往往壞死脫落脫出部遂漸縮小而至消失間或脫出部被以上皮而成腦赫尼亞

療法 對于露出或流出之腦質須嚴密防腐續發性症尤須注意壓抵細帶決不可用僅使得庇護即足待其自然縮小或行植皮術以掩護之或造有莖之皮膚骨膜骨瓣補充骨缺損部

第七節 腦疾病 *Die Krankheiten des Gehirns*

1. 腦膿腫 *Der Hirnabscess*

原因 別爲急性慢性二種急性者概原發于顱蓋開放創及腦挫傷慢性者概續發于鄰接部炎症急性症患者或立以蔓延性腦膜炎致死或先起化膿後以腦膜炎而死更或膿汁排泄于外發生肉芽結核而愈又或包裹膿灶由急性轉爲慢性經數月至數年侵及腦之貴重部儼然致命

症候及經過 主要症候爲發熱增進性腦壓迫症及與膿灼所在部一致之病灶症候有局限性頭痛輕擊該部疼痛增劇壓迫症候多不著明急性症或與化膿性腦膜炎靜脈竇血塞呈同一症候經一二週至四五週而死慢性症之潛伏期中常有頭痛眩暈神經過敏癲癇樣發作再越數週數月以至數年然後斃命

診斷 凡受傷所發腦症候殆全消失後忽又再現者大抵屬於本症X像常能証明膿腫之所在
療法 穿開顱腔排泄膿汁或行顱骨一時切除術但對於轉移性及結核性膿腫則不適用

11. 腦腫瘍 *Die Geschwulste des Gehirns*

腦腫瘍中以神經膠腫 *Gliom* 肉腫或神經膠腫兼肉腫爲最多神經膠腫呈淡灰白色或灰白色性狀恰如腦髓且境界不明頗難辨認但富有血管者稍帶赤色或暗赤色容易出血大如豌豆至手拳單一發生發育緩慢不侵及周圍但實質中出血則發腦卒中肉腫由血管腦膜神經鞘等發生境界分明多孤立但發自腦膜者則或多發腦之各部皆可發生而以發于邊緣者爲最多其他有結核梅毒等傳染性肉芽腫前者多見于小兒概爲孤立或併腦膜結核而多後發者亦多孤立又或合併樣腫性腦膜炎而多發膠

症候 其發育緩慢者初無臨床症候待其增大則因發育之遲速及大小而發一般症候及病灶症候所謂一般症候者即由腦壓迫而起頭痛嘔吐眩暈痙攣脈搏緩徐昏朦智力障礙及鬱血乳頭等頭痛為持續性漸次增劇若打擊局部疼痛增甚者為腫瘤在腦表面之徵嘔吐多發於早晨眩暈與腫瘍部位無關惟以發于小腦及四疊體者為甚瀰瀰為常發生腫瘍之初兆脈搏緩徐為腦壓迫增加之徵此時呼吸亦緩慢智力障礙大抵可疑其腦腫患者應答不明寫字困難精神多沉鬱病勢增惡則陷昏睡腦腫瘍中之 \odot 多發鬱血乳頭至病灶症候以發生部位而異病灶症候固由發生腫瘍之部位而異但初多為刺戟症候漸以腦內壓增加而來制止症候終因腫瘍增大乃發缺損症候但本症之病灶症候實與起於他種腦疾病者無異故在各種病灶症候均其純正者固與外科手術上以大價值而複雜者則難診定其部位

腦垂體腫瘍之生於前方腺樣部者則呈 Ab omegale 症候其侵襲後方神經部者則起脂肪過多毛髮不生視力障礙等

診斷 按一般及病灶症候以診斷之但難確實

預後 不免於死惟梅毒性者可消退

療法 能行手術與否則以腫瘍之部位性質及大小卜之若能施術則造有莖皮膚骨膜骨瓣又腫瘍不能全摘出者則去其一部以救患者一時苦惱

第八節 水頭症(腦水腫) der Wasserkopf Hydrocephalus

原因 爲顱腔內蓄積水液之症分爲二種一爲水液蓄積于硬膜下腔者一爲水液滯留于腦室內者而以後者爲最多常爲先天性後天性者極少真正原因今猶未知恐與梅毒及嗜飲有關

症候 頭顱闊大面部狹小上眼窩壁壓向前下方眉毛較居于上方患者多死于分娩之前後幸得生存精神發育減退學語遲鈍因不能負擔頭重終日橫臥身體發育亦大障礙

療法 無特殊療法後天性症之輕者可試行緩下利尿劑溫浴兼種種強壯療法重者則行無腐穿刺術再加壓迫法先天性症增惡時穿刺術亦能收一時之效

第九節 頭赫尼亞或腦赫尼亞 *ber Kopfruch • der Hirnruch, Cephalocele*

頭赫尼亞者乃腦膜或兼腦髓經顱骨之間隙出於顱腔而藏于顱軟部之腫瘤也概屬先天性然此並非真正之赫尼亞不過顱內容向顱腔外發育之一種畸形耳

先天性頭赫尼亞多見於後頭部眉間及鼻根部存于顱頂前下方矢狀縫部者甚少

因內容別爲三種類腦膜膨出內充漿液性液體者曰腦膜赫尼亞 *die Meningocele* 同時有腦之一部者曰腦赫尼亞 *die Encephalocele* 赫尼亞囊內之腦實質內蓄積漿液性液體者曰水腫腦赫尼亞 *die Hydro-Encephalocele*

頭赫尼亞之大小甚有差異或達至兒頭大或具細莖或以溝而分爲數部又或呈腦搏動

症候及經過 腦膜赫尼亞多發于後頭結節之下部上部次之額部極少輕者腦之發育無異常腫瘤無搏動表面平滑啼泣時則增大壓迫之則縮小小兒多于分娩後死亡腦赫尼亞多發于顛蓋前部發于後頭部者絕少爲柔軟有彈力性之小腫瘤根部寬廣有著明搏動啼泣咳嗽時增大患此者非死產即產後速死幸能保全生命亦貽精神障礙水腫腦赫尼亞多發于後頭之上部爲巨大之腫瘤無搏動患此者亦死于分娩之前後

療法 對於腦膜赫尼亞先以穿刺排泄其水液外加壓迫繃帶無效者摘出 赫尼亞囊或于赫尼亞門部結紮該囊而除去之次以皮膚瓣被覆其創面腦赫尼亞之小者亦或可以赫尼亞根治術而愈水腫膜赫尼亞則之救治之術矣

第十節 顛腔之手術 die Operationen der Schadelhöhle

1. 穿顛術 die Trepanation

即用電氣輪鋸 *Elektrische Kreisäge* 將骨質穿開數孔再除去各孔間之骨連續然後依病態而施處置如有膿灶者開放創口有骨片異物者摘出之堵塞布紗經二三日後再自近圍取於莖之皮膚骨膜骨瓣補其缺損

二、顛骨一時切除術 die temporäre Resektion des Schadelknochens

將皮膚切開作 C 狀達於骨膜並切開之次離斷骨之大部再由兩側離斷其軟部下之骨橋終則翻轉皮膚骨膜骨瓣處置後復翻轉該瓣以補缺損

三、顱蓋切除術 *die Kraniektomie*

此術之目的在造一骨缺損部以代償骨縫化骨過早及顱門過小者法於離矢狀縫約一指橫徑處由額縫至後頭縫施縱切開切除長 9—12 cm 幅 1—2 cm 之骨片藉以助長腦之發育

四、腦垂體露出法 *die Freilegung der Hypophyse*

將鼻部骨又狀切開而翻轉於一側同時鑿開其額竇次及蝶竇然後由此漏斗狀創底穿一豌豆大之小孔切開硬膜用銳匙除去腫瘤組織袪塞沃仿棉紗

五、腦穿刺術 *die Hirnpunktion*

切開軟部而達於骨剝離骨膜再用小穿顱器穿通骨質刺入細穿刺針即得

六、側室穿刺術及排導法 *Punktion u. Drainage der Seitenventrikel*

由距中央線 2 cm 距前中央溝 3 cm 之額骨部向後方刺入深達 4—5 cm 即達側室

七、胼胝體穿刺術 *Balkenloch*

於額縫近傍距中央線 2 cm 處穿開骨質再以尖端純圓之弓狀穿刺針沿鑱膜前進

第四章 面軟部之損害及疾病 *Verletzungen u. Krankheiten der Weichteile des*

Gesichts

第一節 面之先天性畸形 *Angeborne Missbildungen des Gesichts*

1. 上唇破裂 *die Spalten der Oberlippe*

原因 因胎生時前頭突起或上額突起融合不全之故又與遺傳有關常發於左側男多於女

症候 本症爲面畸形中之最多者亦謂之兔唇 *die Haarscharte* 有偏側性與兩側性二種又則爲三度

其裂緣止於唇粘膜者爲第一度達於鼻孔部者爲第二度介在二者之間者爲第二度同時齒槽弓硬口蓋軟口蓋合

併破裂者多曰狼咽 *der Wolfsachen* 而上唇齒槽弓及硬口蓋之破裂多在偏側軟口蓋及懸壺垂之破裂則存

於正中線齒槽弓破裂有終於鼻口蓋孔者有達至硬口蓋者亦有合併軟口蓋一同破裂者兩側齒槽弓破裂有時因

門齒骨受鋤骨之推移向前突出如象鼻狀破裂亦有單獨發生者軟口蓋單獨破裂時輕則口蓋帆存破裂狀孔懸壺

垂健全反之懸壺垂亦裂而爲二

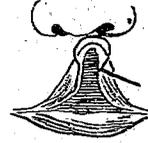
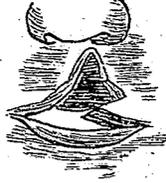
本症之最高度者爲兩側上唇齒槽弓及脣全破裂之兩側性狼咽

療法 切除裂緣作新創面縫合之其手術時期在強健小兒生後第二週內即可施術虛弱者必待至四五個月

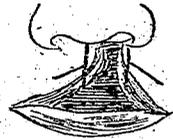
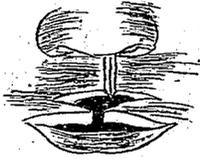
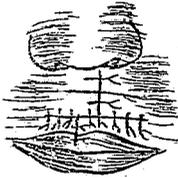
後但齒槽弓及口蓋破裂則非至五六歲或七八歲不可手術時將局部消毒用動脈鉗子撮口角附近之上唇再用刀

剪由皮膚斜向粘膜面切離此斷上唇與上額間之軟部連合令創緣易於移動於是以細針線密縫其創緣但不可縫

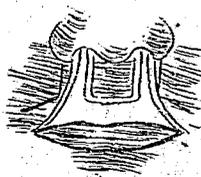
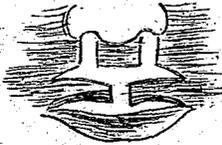
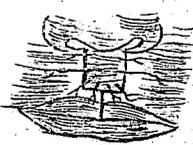
合粘膜造新創面之術式有種種分述於後



Die mirault'sche methode d



Die König'sche methode E

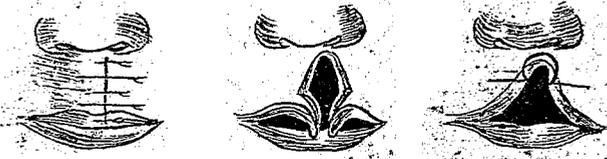




Die gräfe'sche methode . A



Die Nelaton'sche methode . B



Die malgaigne'sche methode . C

^a die Graaf'sche Methode 切除弓狀裂線後作一直線縫合之適用於輕度之兔唇

^b die Nasen'sche Methode 亦適用於輕度之兔唇即以有鉤鑷子將裂線牽引緊張尖刀沿裂線之皮膚穿

通粘膜而切開之更用鉤牽引唇緣之下方使創角成爲菱形行縱縫合

^c die Malgaigne'sche Methode 爲由各側朱唇部造有莖瓣向下方翻轉縱行縫合之法也

^d die Mirault'sche Methode 將破裂外側之裂線造一小瓣內側亦按照瓣之大小造成新創面而縫合

之

^e die Koenig'sche Methode 先將裂線全長作一新創次並行朱唇之游離緣行橫切開使成小瓣縫合時將

二小瓣稍向下方翻轉

複兔唇之手術與上述同一方式

單兔唇之門齒骨突隆者宜於縫合前用鉗使之退縮或切除其一部但出血必多虛弱小兒施術不宜過早在複兔唇

則宜行 *Bardach's* 鋤骨及鼻中膈骨膜下切離法即將粘膜骨膜剝離之後用骨剪刀鉛直切除鋤骨半至二

cm 乃將移動之門齒骨向後方壓迫使之退入於上顎骨裂隙內

二、斜面破裂 *die schräge Gesichtspalte*

亦爲頤弓及上顎突起融合不全之症其部位與眼鼻溝一致下方起於下唇游離緣或口角上行至下臉部或額

頸部甚或達至髮際有時發于兩側而兼巨口症又有因斜面破裂在子宮內癒合致眼鼻溝部形成癭痕者

三、頰破裂 die Wangenapalte

本症係腮弓及顎突起之融合不全發於偏側或兩側或合併斜面破裂其破裂多始於口角高度者或達於智齒部及外耳部又腮弓及上顎突起過度融合口裂異常狹小者曰小口症 die Mikrostomie

四、下唇破裂 die Spaltlippe der Unterlippe

爲腮弓之兩半側融合不全通常現於下唇之中央或亦合併下顎骨及舌破裂
上述各種破裂之療法概與克唇同即將裂緣作新創面而縫合之是也

第二節 面軟部之損害 Verletzungen der Weichteile des Gesichts

I、面之創傷 die Wunden des Gesichts

本症有切創刺創咬創裂創鎗創等切創傷及外頸動脈顱深動脈每起危險之出血或發動脈瘤傷及鼻淚管及面神經則生淚癢唾液癢或面麻痺眼窩鼻腔之刺創往往穿通顱腔傷及腦髓或留銳器尖端於上顎竇內咬創裂創各處皆可發生鎗創多見於自殺者彈丸大抵由口腔內經口蓋而入於鼻腔再由鼻根部射出

療法 先行防腐處置動脈損傷者結紮之臉口唇部之切創須注意縫合免貽醜貌切斷鼻尖或耳翼者迅速縫

合亦可癒合刺創須注意創內有無異物鎗創往往經 6—10 日後忽來內外頸動脈及深淺顱動脈之出血此時

須速結紮顱動脈

11. 面之火傷 *die Verbrennung des Gesichts*

或因觸接煮沸之液體及火焰或因火藥等爆發而起第一度者皮膚充血第二度者發生水疱第三度者則呈腐爛本症之須注意者即為癍痕收縮如因驗鼻翼頰部及口圍之火傷而起驗外翻口門狹窄牙關緊閉等症又或顛頤間生癍痕索條而妨碍屈伸運動

療法 詳總論欲防癍痕收縮可用植皮術

三. 面之凍傷 *die Erfrierung des Gesichts*

常見於鼻尖及耳翼輕者局部血管麻痺高度者則陷於壞死甚或脫落

療法 詳總論

第三節 面軟部疾病

Krankheiten der Weichteile des Gesichts

一. 癰及癤 *der Furunkel und Karbunkel*

係化膿菌侵入皮脂腺及毛囊而發常見於上唇及鼻中隔若能早施處置即可治愈然有所謂顏面惡性癰腫及疽 *der maligne Furunkel und Karbunkel* 者係一種腐敗菌之傳染因而惹起急劇之腐敗性蜂窩織炎患者死於二三日或一二週間

療法 或用 Bier und Knapp 氏吸引療法或早期廣大切開或以烙白金燒灼然以失時機而死者往往有之

外科學各論

二、脾脫疽膿泡 *Car. Miltbrandpustel*

因顏面接近動物而感染脾脫疽桿菌或因蚊蠅等之媒介傳播病質於皮膚內經三——六日之潛伏期侵入部生灼熱搔痒赤色小結節次則形成帶赤色或帶紫色之水疱破裂結痂周圍浮腫且起水疱蔓延甚速近隣之淋巴腺亦被侵犯經四八及至六〇小時發高熱譫語脫力下痢遊走痛等患者多死於五——八日之內

療法 早施摘出腐蝕燒灼等滅却傳染竈或於局部皮下注射五百——千倍之昇汞水

三、水瘰 *Nanno Wasserkrebs*

原因 爲類粘膜進行性之壞疽迅速侵襲頰之全層病原未明患麻疹或猩紅熱之衰弱小兒多患此症初生兒及成人極少

症候 口角附近類粘膜先糜爛形成潰瘍次則顏面浮腫浸潤外皮生藍紫色斑經三四日頰部穿孔再越三四日因敗血症虛脫或外頸動脈出血而死齒齲顎骨舌口蓋等亦或破壞患者幸而不死則以癩痕收縮而貽口腔狹小牙關緊閉諸症

療法 燒灼壞疽竈對於軟部缺損及牙關緊閉則施成形術

四、顏面丹毒 *Erysipelas faciei, das Erysipel des Gesichts*

本症因丹毒連鎖狀球菌由皮膚粘膜等微小斷裂部竄入淋巴道而發患者口唇眼驗著明腫脹然蜂窩綠炎樣或壞疽性丹毒之發於顏面者則極少即化膿壞疽亦只限於一部分所謂習慣性丹毒 *habituelles Erysipel* 者多以

鼻黏膜加答兒性潰瘍而續發患部皮膚呈慢性肥厚

療法 詳總論

五、面之尋常性狼瘡 *Lupus vulvaris* *Cancels*

實爲皮膚之結核病多屬原發性續發於頭腔黏膜者較少結核桿菌由尋常之皮孔或微小創痕侵入生極小之結節破潰而成潰瘍小結節與潰瘍不絕發生遂成蔓延性浸潤及組織增殖

本症在臨床上別爲三種即落屑性狼瘡潰爛性狼瘡及肥大性狼瘡是也落屑性狼瘡 *Lupus scrofulaceus* 爲發生赤色成黃褐色斑表面龜裂或有落屑者潰爛性狼瘡 *Lupus scrofulaceus* 爲皮膚及近隣組織大部破裂者肥

大性狼瘡 *Lupus bysrr-ophicus* 爲呈結節狀者

狼瘡之經過極緩慢有綿延至數十年之久而爲皮膚癌腫之原因

療法 *Fraser* *Lea* 氏光線療法與 *Rea* *Lea* 療法可奏良效局部療法可將患部切除再施成形術或以燒灼器

燒灼患部此外兼行全身強壯療法

六、面之梅毒 *die Syphilis des Gesichts*

口唇及其附近每生梅毒性初期硬結（硬性下疳）時與癌腫馬鼻疽或脾脫疽誤診第二期梅毒亦常見於面部往往呈腫似癌腫之潰瘍但在癌腫性潰瘍邊緣硬固侵潤而不及梅毒之著明變入且由驅梅毒法可以鑑別

之

療法 驅梅療法

七・面之腫瘤 *Cechnmale des Gesichts*

以眼類及口唇爲其好發部上皮膚性腫瘤多於結締織性腫瘤就中尤以癌腫爲最多自皮膚移行於粘膜由 *M. Albin* 氏網細胞或皮脂腺毛囊發生外形有種種最多者呈限局性結節或稍蔓延作扁平浸潤之硬結後成潰瘍時或乳嘴狀增殖男多於女下唇較上唇爲多

皮膚癌依解剖及臨床上之所見可別爲扁平皮膚癌及深蝕皮膚癌二種扁平皮膚癌主由 *Malpighi* 氏網發生局部先起蔓延性肥厚次成爲邊緣稍隆起之潰瘍而向周圍蔓延甚少侵入深部經過頗慢往往能遷延十年至二十年之久而不起移轉深蝕性皮膚癌主由皮脂腺發生先於深部生硬結節或乳嘴性暴殖後呈底面硬固之潰瘍性極猛惡經過急劇迅速侵犯淋巴腺或著明破壞軟部及骨質

良性上皮膚性腫瘤有皮角疣贅粉瘤皮樣囊腫等皮角或生於鼻背或生於口唇常見於老婦疣贅每具色素及毛粉瘤好發於耳廓之近傍皮樣囊腫常見於眼眶外上方眉間額部及顳部發育甚緩多至懷春期或其以後始發見之上述各症若不早行摘出皆可變爲癌腫

結締織性腫瘤中有纖維脂肪腫神經纖維腫肉腫血管腫淋巴管腫等纖維腫有軟硬二種軟性纖維腫往往成巨大之腫瘤而由頭面懸垂形成垂皮 *Crisis par. III* 眼口鼻強被牽引致顯骨及面骨變形或與粘液腫血管腫淋巴管腫合併所謂癩痕癭足腫 *Das Nervenleoid* 者不外一種硬性纖維腫間或發生於上面唇或下

唇之先天性增大者稱爲巨唇症 *die Makrocheilie* 一部爲結締纖維增大之蔓延性纖維腫一部乃屬血管或淋巴管擴張之海綿樣血管腫或淋巴管腫

神經纖維腫表面凹凸不平含龍色素而多被毛肉腫甚少見顏面之色素性母斑間或發生黑色肉腫血管腫之生於顏面者約占三分之一尤以女子爲多

療法 癌腫早期切除缺損部施成形術其他之良性腫瘍皆剔出之巨唇症行數次的楔狀切除法或用燒灼法

第四節 面成形術 *die plastischen Operationen* Gesicht

於缺損周圍造有莖皮瓣以彌補之法也其一般法則如下

缺損部有所新鮮者有被肉芽者亦有結成癍痕者若已結成癍痕必先於其邊緣作新創面彌補缺損以額部頸部鼻部等皮膚最爲適用頰部較爲不良頸部及項部皮膚最劣所用皮膚務取其健全者瓣不可過小約須大於損傷部三分之一瓣之營養務宜富饒皮膚之血管神經應盡力保存縫合時瓣之捻轉及緊張不可過度用極細絹絲作結節縫合或以細腸線作連次縫合因採取皮瓣所生於缺損部可直接縫合閉鎖之外加防磨綑帶但不可壓迫莖部三五日除去縫合線之一部餘則徐徐除去之

1 造唇術 *Die Cheiloplastik; die Lipenbildung* 常用於下唇缺損甚少者牽引兩側加以縫合或

將宋唇緣及粘膜緣縫合之即可若甚大之三角形缺損則橫切左右口角施行縫合或更並行缺損緣加縫切開減去

皮膚之緊張下唇全缺者則先開大口角達於粘膜而剝離之再由創口稍上方切斷粘膜用此粘膜瓣以造下唇一側之邊緣或於缺損部之兩側造有莖皮膚瓣亦可缺損條在下唇之一側者則於下唇造一與缺損部相當之皮瓣閉鎖之至上唇裂唇術可用波狀切法 *Diefenbuecher'sche Wellenlinie* 即沿兩側鼻翼切開皮膚由骨面剝離鼻翼及缺損緣然後縫合之又或於兩頰部造二側瓣剝離縫合之

11 造口術 *Die Stomatoplastik*. *die Mundbildung* 術式不一最通用者爲 *Dieffenbuecher'sche methode* 即於口門狹窄部起刀切去狹窄之皮片而保存其粘膜次於粘膜中央橫切開將粘膜創緣與外皮創緣縫著又或將粘膜與皮膚同時切開後再剝離粘膜下層然後與皮膚緣縫合之

12 造頰術 *die Maloplastik* *die Wangenbildung* 頰部皮膚富有延長性故小縫損條可直接縫其裂緣或於近傍造有莖瓣縫合閉鎖之稍大者則由頰部頸部上下頸部頰部取有莖皮瓣將其皮面向內翻轉然後與缺損部縫合至外方之創面則行 *Thiersch* 氏植皮術或再製皮瓣被覆 *Jacod* 氏由頸部及鎖骨上窩部造長皮瓣翻轉此瓣(皮盾向口腔)而縫著於缺損部同時剝離上下唇緣之粘膜以造口角越十七日切斷其莖併縫合之 *Kraske'sche* 氏則於距缺損緣約 1cm 處造一皮瓣將皮盾面向內方縫著於缺損部外方創面再行 *Thiersch* 氏植皮術

第五節 三叉神經痛 *die Neuralgie des N. trigeminus, die Gesichtsentalgie*

亦名顏面痛

Tic do la tneur. die procephalie 又從神經枝區域別爲上眼部神經痛 *die Neuralgie des N. trochlearialis*

下眼窩神經痛 *die Neuralgie des N. infraorbitalis* 及下顎神經痛 *die Neuralgie des N. infraorbitalis* 三種

原因 有中樞性及末梢性中樞性原因爲腦及被膜之腫瘤梅毒等末梢性原因爲神經幹或神經鞘之炎症或由滲出物營養之壓迫上顎窩齶膿往往引起本症然原因不明者亦甚多感冒與本症有重大關係其他亦多數於反射的

原因 *Hysterie* 泌尿生殖器病精神感動瘧疾便秘等亦足誘發本症

症候 疼痛爲發作性強弱不一大抵偏於一側或限局於一枝所布之區域內甚則亦向他神經區域放散或合併面

神經之間歇性攣擊每因極微刺戟而發作疼痛日久患者異常苦悶且因營養不良而陷於衰弱

診斷 按其解剖部位不難診斷然欲分其爲中樞性末梢性則甚難合併腦症或神經疾病者大抵屬於中樞性上眼窩神經痛疼痛在眼窩上緣而向額部放散或波及於鼻根及上臉壓痛點在上眼窩孔之直下下眼窩神經痛由眼窩

下緣沿頰部波及于上唇及鼻翼側部壓痛點在下眼窩孔舌偏側劇痛者爲舌神經痛

預後 中樞性者不良

療法 中樞性者殆無治愈之望反射性症用原因療法末梢性症可作手術的療法即神經切斷術 *Neurotonie*

是也神經既經切斷再將其連續部除去 (*神經切除術 Neurotomy*) 以防兩斷端之再癒合或行神經拔斷術

die Evulsion der Nerven 近時以70—80酒精注射各神經枝或 *Ganglion Casseri* 每著良效然再發者亦不多

第六節 面神經之麻痺及癱瘓 Laennung und kramof des N. fa. Cialis

一、面神經之麻痺 die Laennung des N. facialis

原因 起於腦損傷者爲中樞性起於顏面損傷者爲末梢性但因感冒而發者亦屢見之
症候 兩側麻痺顏面失其表情運動偏側麻痺顏面向健側歪斜患側之眼不能閉鎖因此發流淚結膜炎口裂閉鎖
不全吐痰談笑嗅覺聽覺皆起障礙

療法 先求原因神經切斷者速縫合之電氣療法甚佳無效者或將該神經末梢與舌下神經舌咽神經等吻合(神經吻合術 die Nervenastichnorie)

二、面神經之癱瘓 der krambf des N. facialis (der Gesichtskrampf)

因神經之刺戟而發顏面筋持續癱瘓尤以臉輪匝筋爲然所謂臉癱瘓症 Bleph. los agens od. Lidkrambf 是也
但此癱瘓亦因三叉神經興奮性反射而來此時壓迫該神經出口部則癱瘓停止是爲二者鑑別之點

療法 先治原因內服鎮靜劑局部行按摩法冷水摩擦法無效者行神經切除術合併三叉神經痛者用面神經伸展術

面神經伸展術 die Dehnung des N. facialis 法由耳垂附着部下頷骨後緣從切開 5 cm 注意分離耳下

腺筋膜及耳下腺組織慎勿傷及頸外動脈於是先現出該神經之下枝次達於上枝再向後方至乳孔部露出神經幹

而伸展之

第六章 頷之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten der Kiefer

第一節 上顎骨折 Frakturen des Oberkiefers

原因 由墜落器械鎗創等而起或併發顛底骨折

症候 若外力極猛兩側上顎骨折兼發顛底骨折者殆即死亡此骨折多發於直達之外力故軟部亦多損傷局部腫脹壓之則骨過敏對於下顎對上顎齒列變位上顎齶前壁骨折則折片多陷沒患側頭面氣腫骨折線通於眼窩底時則因出血而眼球突出內顎動脈及下眼窩神經面神經同受傷者則起危險之出血與麻痺

療法 先整復轉位之折片使上下兩顎之齒列互相適合然後用細帶固定之救急細帶之最稱用者爲頤投石帶

der Kinnsehender Danda maxillae 或複頂頤帶 Capstrum duplex 上顎齶之陷沒骨折切開皮膚提舉

骨片骨片全游離者則摘出之尙與骨或骨膜連續者放置之一方與以含嗽劑清潔口腔取流動性食物限制其談笑

第二節 頤骨骨折 die Frakturen des Jochbogens

原因 本症往往合併上顎骨及眼窩骨折因外力多由前下方襲來骨被排展于內方及眼窩故也至於頤弓之骨折則甚少見常以外力或口內之直接外力而起折片向內方或外方轉位

症候 患側頭面扁平因嚼筋之附着部變動故咀嚼運動障礙若骨折線通過眼窩緣則起眼窩內出血而眼球突出

額弓骨折之症候局部著明溢血腫脹又因嚼筋深頭起于額弓之前部故亦有阻嚼障礙折片若向冠狀突轉立而嚼肌及顳肌內時則妨下顎之運動

療法 整復折片後以骨縫合或骨膜縫合固定之

第三節 下顎骨折 *Frakturen des Unterkiefers*

爲面骨骨折中最多之症有齒槽突骨折體部骨折上行枝骨折關節突骨折及喙突骨折數種就中最多者爲齒槽突骨折最少者爲喙突骨折體部之門齒與犬齒區域內骨折較上顎枝骨折爲多見且爲由前向後之斜骨折折片互相重疊

下顎骨折常兼軟部損害而成複雜骨折

原因 起於直接外力間或爲間接外力例如高處墜落時衝突頰部而起關節突骨折或下顎角鑿於車輪骨由左右壓迫乃致中央部骨折者是惟下顎上行枝及喙突之骨折殆皆由於直達之外力例如拔齒往往發生齒槽突骨折

症候 以下顎體部及角部之全骨折最爲著明有疼痛變形異常運動及 軋音 *Crepitus* 疼痛原於下齒槽神經及其分枝之損傷變形則由於筋肉之牽引如骨折部在嚼筋前方則後方之折片被嚼筋及 筋牽向外前方而前方之折片則由二腹筋顳舌骨筋及顳舌骨筋牽往內下方又骨折部在嚼筋後方則兩折片因該筋及翼內筋之固

定不起轉位其他下顎體部之粉碎骨折則折片因自己之重力向下方轉位異常運動亦最著明凡下顎骨全骨折於談話及嚥下時患者每以手支其下顎開口即流唾液言語亦不明瞭

關節突骨折因該突起被翼外筋牽向內前方患側之下顎短縮兩側關節突皆折斷者下顎向後方轉位故下齒列退居於上齒列之後方此時常顛底骨折及腦震盪症或因損傷外耳道致耳內出血

喙突骨折來折片轉位者甚少因顛筋腱纖維之附着部甚廣能保持其固有位置也

療法 體部骨折先整復折片而後固定之整復困難者可於麻醉後行之固定之法輕症者用石膏或隨投石帶或複頂頰帶使上下顎齒列適相接觸對於廣大之粉碎骨折或斜骨折則於齒牙周圍繫以銀線或行骨縫合法於下顎骨前後二面切開齒齦用鑽骨器穿通骨質再用銀線縫合之亦有用齒副子以爲固定者至後療法務令患者不開口與以流動性食物清潔口腔約五六週後方許其咀嚼

第四節 下顎脫臼 *die Luxationen des Unterkiefers*

下顎脫臼分爲前方脫臼及後方脫臼二種然以脫於前方者多脫於後方者則極少

下顎前方脫臼 *die Luxation des Unterkiefers nach vorne*

原因 爲關節突偶然越過關節結節而滑脫於前方者如欠伸號泣嘔吐及因其他目的而開口時偶蒙打擊衝突則發此病脫轉於前方之關節頭因側韌帶之緊張及嚼筋翼外筋之牽引而固定於關節結節之前方時或喙突插入於

嚼筋與顫筋之間然囊狀韌帶既不破裂此其特異之點本症占全脫臼數約 1.5% 發於兩側者較偏側爲多女多於男有以輕微外力而反覆發作者是名習慣性脫臼 *die habituelle Luxation*

症候 兩側脫臼之患者口半開而不能閉鎖隨齒列下顎角等皆應脫臼度而移轉於前方下顎固定於異常位置頰部扁平且延長於耳角前方觸有凹窩關節突即居此凹窩之前至偏側脫臼之症狀患者口亦半開不能閉鎖頰向健側推移患側關節窩空虛關節突向前方轉移

療法 令患者坐於椅上一人立其後方兩手於耳部固定其頭術者立於患者之前方兩手拇指送入患者口內在他四指把握下顎下緣此時揆指力向後方壓下顎骨餘指乘下顎稍稍上舉之會乃向後方壓送之此時術者速抽出拇指以免咬傷如兩側同時整復困難者則先治其一側再及他側卒難整復知恐爲囊狀韌帶有狹小裂隙或合併骨折宜於麻醉下整復之或切開關節除去障礙物甚或切開關節突習慣性脫臼注射碘酒二三回可得永久之治愈脫臼整復後以繃帶固定一週間與以流動性食物

11. 下顎後方脫臼 *die Luxation des Unterkiefers nach hinten*

原因 因閉口時頰部受打擊衝突而發生與外耳道前壁骨折合併關節突脫轉於外耳道之後方

症候 外耳道狹窄或全閉塞耳內出血鼓室滲出醬液粘液樣液患者稍張口下顎齒列常居於上顎之後方

療法 向前下方牽引下顎骨且以同一方向壓迫關節頭外耳道內有折片轉位者可用麥粒鋪使其復於原位堵塞

沃仿綿紡

第五節 顎骨炎症性疾疾 *Entzündliche Erkrankungen der Kieferknochen*

常以齶齒而發化膿性骨膜炎限局於齒槽突之一部而生限局性骨疽但亦有為蔓延性梅毒毒常以護膜腫性骨膜炎及骨髓炎自口鼻而侵及上顎骨之鼻尖蓋及口蓋板致起缺損結核或為原發或繼發于口腔粘膜而以上顎骨之眼窩緣為其好發部位經久不愈陷沒而成瘻管或向眼窩內蔓延繼發腦膜炎

水密永毒性口內炎麻疹豆瘡猩紅熱及其他重篤傳染病後因口內不潔續發急性化膿性骨膜炎及骨髓炎由下顎齒槽突起始於重篤全身症候之下來局部進行性腫脹及化膿齒牙弛緩脫落齒槽出多量之臭膿經數星期下顎大部陷於壞死

下顎之放線菌病常為續發性發育緩徐與骨癒着硬固漸向口腔或皮膚板開形成多數瘻孔分泌物中能認知黃色小顆粒

又有所謂磷骨道 *die Phosphorose* 者常見於製燐之工人與齶齒有密切關係因磷蒸氣侵犯顎骨骨膜而起先於齶齒部之齒槽突發限局性化骨性骨膜炎形成贅骨次以口內病原菌入於齶骨及骨膜或贅骨及齶骨間而來發炎化膿骨質壞死但亦有僅以化膿性骨膜炎及骨髓炎起始者本症常見於下顎骨重篤之症除全部陷於骨疽外且侵及蝶骨及後頭骨之基礎部

療法 先注意其原因即以齶齒而起之急性化膿性骨膜炎則拔除病齒切開齒齦其起於急性傳染病者則清潔口

腔已化膿時亦切開之對於腐骨片游離後再摘出之梅毒結核放線菌病可用脫匙搔爬病灶彙行全身療法

第六節 上下顎之腫瘍 die Geschwulste des Oberund Unterkiefers

一、上顎之腫瘍 Geschwulste des Oberkiefers 身體諸骨中發生腫瘍最多者為上顎骨就中以肉腫為主惡腫次之其發生部或為上顎竇或為齒槽突或為骨體上顎竇腫瘍以粘液茸腫為最多漸次增大充滿全竇壓迫骨壁然大多皆待屍體解剖時始能發現其他為肉軟骨腫骨腫粘液腫肉腫內皮腫癌腫等凡由上顎竇發生之腫瘍概先排壓前壁犬齒窩生隆起次則壓迫側壁頰部因以廣闊又上方眼窩底被壓排眼球向外上方轉位發育更盛鼻腔亦被壓閉或被破壞鼻中膈竇由鼻後孔向咽腔突出口蓋穹窿亦被壓向下方或呈丘狀隆起或使全口蓋傾斜及下降倘腫瘤增大則顏面變形齒槽突腫瘤概稱齶贅 *die Zysten* (即齒齶增殖之意) 屬於良性者為肉芽腫纖維腫內軟骨腫骨腫等屬於惡性者即肉腫為最多之症占惡性腫瘤中十分之八九平常所稱齶贅多係指此而言骨體瘍有纖維腫內軟骨腫骨腫纖維腫主生於少年發自骨體或骨膜漸次增大侵入上顎竇壓迫骨壁使之菲薄且消耗之內軟骨腫或為發自骨膜骨髓之純粹軟骨腫或合併纖維腫粘液腫及骨腫而成骨腫極少

療法 因發生部位及性質而異上顎腫瘤之良性者可由犬齒凹切開竇室或由頰部開其前壁摘出腫瘤惟惡性腫瘤宜早行上顎骨全切除術齒槽突之腫瘤亦須及早摘出其由齒叢齶齒發生之小肉芽腫或纖維腫則拔去患齒以電氣燒灼或摘出之對於骨腫則用銳鑿除去若為惡性腫瘍則行摘出術或行上顎骨全切除術

二、下顎之腫瘍 *die Geschwulste des Unterkiefers* 下顎腫瘍之屬於良性者為肉芽腫纖維腫軟骨腫及骨腫屬於惡性者為肉腫癌腫下顎之纖維腫多生自骨膜或骨髓其發自骨膜而未增大者易與骨面剝離其已增大而與骨面黏著者非行切除術不能摘出發自骨髓之纖維腫因其發育而骨質漸次消耗僅於腫瘍之上被以骨膜性膜樣骨殼下顎之軟骨腫多由骨膜發生或作纖維樣變性骨腫好發於下顎角肉腫為下顎腫瘍中最多者好發於齒槽突及體部由骨膜或骨髓發生或與軟骨腫纖維腫混合癌腫概發於齒齦或口脣之原發痛其發於齒齦者口內腐爛榮養障得下顎隙迅速腫脹或以出血衰弱而死

療法 與前症同

第七節 牙關緊閉 *die Kieferklemme*

有關節性牙關緊閉 *die arthrogene Kieferklemme* 炎症性牙關緊閉 *die entzündliche Kieferklemme*
 肌肉性牙關緊閉 *die myogene Kieferklemme* 痙攣性牙關緊閉 *die spasische Kieferklemme* 癱瘓性牙關緊閉 *die narbiae Kieferklemme* 等

症候 偏側強直者關節略能運動兩側強直者則運動廢絕

療法 以原因而異關節性牙關緊閉則行下顎關節切除術或併去其喙突關節突與關節窩起骨性癒着者則以鑿難斷之炎症性症則待炎症減退後以開口器解除之筋發性及痙攣性者則治其原因癱瘓性者切除癱痕而行造頰

術

第八節 顎切除術 *die Resektion des Oberkiefers*

有全切除術及一部切除術二法又有切除骨而保存骨膜者是謂骨膜下切除術摘出上顎後方腫瘤往往須定切除骨後再令復舊位者是名一時切除術或骨成形切除術分述於次

一、上顎骨全切除術 *die totale Resektion des Oberkieferknochens*

本術成于三節即切開軟部離斷骨連續及止血與縫合是也切開軟部有正中切法側切法弓狀切法瓣狀切法四式而以後者為最良

離斷骨連續即以刺錐線鋸或鑿等切斷上顎骨與額骨頰骨及他側上顎骨之口蓋突之連續次再離斷口蓋骨與樸離骨翼突之連續

須結紮之血管為眼窩下動脈翼口蓋動脈及顎內動脈等至外顎動脈面橫動脈及上唇冠狀動脈則於切離軟部時已行結紮矣止血既創內栓塞沃仿綿紗一端出於鼻孔然後縫合其創緣

二、兩上顎骨全切除術 *die totale Resektion beider Oberkiefers*

術式同前不過行於兩側耳

三、上顎骨一部切除術 *die partielle Resektion des Oberkiefers*

最多行者爲齒槽突切除術 *die Resektion des Alveolarfortsatzes*

四、上顎骨一時或骨成形切除術 *die osteoplastisch Resektion des Oberkieferknochens*

係將上顎骨三面離斷而使其一側與軟部連續恰如門扇能向外方翻轉待內部處置已畢再將該處復於舊位之法也

第九節 下顎關節離斷術及切除術 *die Artikulation und Resektion des*

Unterkiefers

有半側全切除術全部摘出術一部摘出術及一時切除術等

一、下顎骨半側全切除術 *die totale R. einer Unterkieferhälfte*

由顎弓下緣切斷軟部並將該骨內外面之軟部剝離之次鋸斷骨質並離斷其關節終乃行止血及縫合

二、下顎骨全摘出術 *die totale Exstirpation am Unterkiefer*

即將顎骨中央鋸斷再切除其各半之骨質者也此時須以粗線牽出舌端

三、下顎骨一部切除術 *die partielle R. am Unterkiefer*

有齒槽突切除術中央部切除術體側部及下顎枝切除術三種

四、下顎骨一時切除術 *die temporäre R. des Unterkiefers*

外科學各論

由患側口角至甲狀軟骨鉛直切開軟部再由外上方向內下方鋸斷骨質

凡下顎骨切除後必用補足器 *Prothesen* 以補其缺損

第二編 頸部外科

Chirurgie des Halses

第一章 頸部之損害及疾病

Verletzungen und Krankheiten des Halses

第一節 頸部之畸形

Misbildungen am Halse

1. 先天性頸瘻 *Fistula colli congenita*

因腮弓不能完全閉鎖而起有二種瘻管存於頸之一側者曰側頸腮瘻 *die laterale Halskeimfistel* 主由第一腮溝閉鎖不全所致瘻管適在正中者線曰正中頸瘻 *die mediane Mittelfistel* 為胎生時甲狀舌管之殘物

側頸腮瘻有備內外二口者有只存內口或外口者全瘻之內口多在咽之下部口蓋咽弓部及扁桃體部而外口

則多在胸鎖關節附近胸鎖乳突筋內緣或喉之近傍更有在耳附近者不全頸瘻則以盲端而向體內或體外開口

正中頸瘻亦稱爲氣管瘻 *die Luftröhrenfistel* 本爲內不全瘻嗣以續變穿孔而成全瘻此時外口常在舌骨皮

頸窩間之正中線上

症候 瘻孔往往極小周圍稍突隆漏粘液樣液體但亦有至成人尙不自覺者開放即久則沿瘻管經路可觸知

纖維樣軟骨樣或骨樣物體

療法 能摘出全部瘻管最爲妥善否則注入碘酒促其閉塞

二、頸肋骨 *die Halsrippe*

爲肋骨之過剩發生殆皆與第七頸椎連接且其關節聯合常爲對側性長短不一有達至第一肋軟骨者有以軟骨與胸骨連接者

症候 長大者因經過其上之血管及神經受壓迫而來上肢血行障礙或神經痛鎖骨上窩隆起觸之梗固表面

能視知鎖骨下動脈之搏動

療法 有血行障礙及神經痛者行按摩法及電氣療法但欲根治非行肋骨切除術不可

三、斜頸 *der Schiefhals, Caput ad asinum*

先天性斜頸之發生由于胸鎖乳突筋之短縮彎位分旋者見頭因強力牽引致胸鎖乳突筋及頸筋膜挫傷或斷裂局部溢血經時既久遂以瘢痕收縮而起斜頸

後天性斜頸之原因亦不外癰痕收縮及頸筋之痙攣麻痺及腫瘤

症候 頭向患側傾斜胸鎖乳突筋硬固經時既久患側頸椎因壓迫而發育障礙遂呈楔狀故該部脊柱向患側彎曲而胸部脊柱則向反對側起代償性側彎其餘頸筋血管神經亦起短縮患側頭面較健側爲小下顎著明傾斜右側多於左側

療法 分娩時頸部有溢血者先用按摩法驅除之次用襟帶纏包頸圍使頭稍偏於健側以防癰痕收縮既起癰痕時則矯正之無效者行胸鎖乳突筋皮下切髓術即於麻醉後患者頭向健側屈曲使該筋之胸骨及鎖骨起始部緊張隆起於其起始部上方 1-2 處以拇指及示指撮舉之次用切髓刀刺入皮下而入於筋之後面刀刃對筋腹向外徐徐離斷之平常僅離斷其胸骨附着部必要時則鎖骨附着部亦須切斷然斷去刀先用消毒棉紗被覆創口次於頭部頸部及胸部皆加繃帶而令頭稍傾於健側但最確實者爲切開狀露出胸鎖乳突筋再切離該筋及周圍之癰痕索條至頭能完全屈向健側爲止然後縫合創口外如無腐爛帶待創口治愈頸部用襟帶固定二週間一方兼行按摩法及練習體操至由皮膚癰痕所發之斜頸則用植皮術因麻痺腫瘤頸椎疾病者各行原因療法

第二節 頸部之損害

Verletzungen am Halse

1. 頸部之創傷 die Wunden am Halse

常見於自殺或被殺者自殺者恒用小刀刺割頸部中央其創多在舌骨及喉之間為橫或斜切創或僅于甲狀軟骨部作淺表之切創而已傷及大血管者殆不多見被殺者以側頸部之刺創為最多每以頸動脈損傷而速死遠距離之彈丸於此每起周匝鎗創

療法 依防腐法及制腐法處置之

二、舌骨骨折 *die Fraktur des Zungenbeins*

原因 力壓舌骨兩側或向後方頸椎壓迫而起常與喉外傷合併骨片著明轉位

症候 為呼吸及嚥下困難甚至嚥下不能談話及下頸運動時發劇痛患者不能高聲骨折部起血腫頸內有異物感

療法 由咽內或外方整復其折片安靜頭頸呼吸困難時行氣管切開術與以流動性食物或用食道消息子露送之

第三節 頸部動靜脈之損害

V. der Arterien und Venen des Halses

一、頸部動脈之損害 *Verletzungen der A. des Halses*

最重要者為無名動脈鎖骨下動脈頸總動脈頸外動脈頸內動脈甲狀腺動脈及椎動脈但此等血管皆富彈力

且能移動故損傷極少損傷之種類不外刺創切創及鎗創血液向外流出或著積於組織間同時傷及氣管胸腔者則起窒息或血胸流血不止隨即死亡鎗創往往初無著明出血經五—十日乃發劇烈之出血

頸部動脈之損害以無名動脈為最少見鎖骨下動脈次之頸總動脈則甚多時或併發頸內靜脈之損害頸動脈常見於頸骨後方及肩桃體部之創傷頸外動脈較前者更易損害且每傷及多數分枝甲狀腺上動脈及舌動脈損害每見於自殺或被殺者椎動脈伏在深部其損害以寰椎部為最多

療法 多以不及治療而死最單簡之止血法即以指壓迫其出血處或中樞端次求二斷端而結紮之無效者結紮其輸入動脈幹例如頸內動脈及頸深動脈之出血則結紮頸外動脈是也但頸外動脈分枝之出血多宜直接結紮

頸總動脈

二、頸部靜脈之損害

Verletzungen der Venen des Halses

頸部較大靜脈之損害其危險有二一為著名出血一即竄入空氣是也損傷種類亦如前症但亦見於惡性腫瘍之侵蝕及剝出時凡接近心臟之靜脈損害血液因吸氣時胸廓內陰壓而迅速吸引空氣又以頸靜脈壁與筋膜密著切斷時不能立時收閉空氣更易竄入此時能聞一種吸噎音隨求心臟及呼吸障礙患者面色蒼白不安或大聲呼號呼吸困難脈搏微弱疾速不整瞳孔散大意識消失遂以窒息而死但亦有漸次恢復者

療法 與動脈同惟結紮頸內靜脈不起腦機能障礙結紮困難時則施壓抵繼帶凡靜脈側壁共傷口未至四小

五 *Ein* 以上時可以細線行側方結紮又創口未達血管口徑三分之一以上者可以連次縫合閉鎖之

對於空氣竄入靜脈內雖無救治良策宜速以指壓迫靜脈創口創內注入生理食鹽水或殺菌水且於患者吸氣時強力壓迫其胸廓使行呼吸運動則引入之空氣往往再經靜脈創而逸出於外方

第四節 頸部血管之結紮法

die Gefässunterbindungen am Halse

一、無名動脈結紮法

die Unterbindung der Arteria anonyma

頭強向後屈並稍左傾由頸窩中央沿鎖骨上緣向外切開皮膚長約九 *Cm* 次由切開線之內端向上沿胸鎖乳口嘴筋內緣再切開皮膚三四 *Cm* 將此三角形皮膚向外上方翻轉切斷各筋使頸內靜脈及迷走神經遊離並牽向外方及達於鎖骨下動脈由該動脈向下追尋乃得無名動脈於是送入動脈瘤針徐徐結紮其分歧部之稍下方

二、鎖骨下動脈結紮法

die Unterbindung der Arteria subclavi

1. 鎖骨上結紮法 *die Unterbindung der Subclavia oberhalb der Clavicula* 於鎖骨上一指橫徑處並行該骨由胸鎖乳突筋外緣向外而至斜方筋之內緣切開皮膚離斷闊筋及頸筋膜排開頸外靜脈次向上方牽引

外科學各論

肩胛舌骨筋露出頸下三角部排開脂肪組織並切開被覆臂神經叢之筋膜而入深部探求第一肋骨之前斜角筋結節鎖骨下動脈即在該結節之外側

2° 鎖骨下結紮法 *die Unterb. der Subclavia unterhalb d. c.* 即於鎖骨下緣一指橫徑處由其中部向外切開皮膚及淺筋膜橫斷胸大筋之外緣切開烏駝膊筋膜以指送入於三角筋鎖骨筋及胸大筋之間遂得該動脈

三・頸總動脈結紮法

die Unterbindung der Carotis communis

有種種法式其最適用者爲 *Coopersche Methode* 先將頭強向後屈於環狀軟骨上緣同高處沿胸鎖乳嘴筋內緣向下方切開皮膚切離闊頸筋露出胸鎖乳嘴筋內緣而向外方牽引之再切斷頸筋膜露出血管鞘並切開之即得頸總動脈

四・頸外動脈結紮法

die Unterbindung der Arteria carotis externa

沿胸鎖乳嘴筋內緣切開皮膚離斷闊頸筋及淺筋膜排開靜脈再前進在舌骨大角之前方肩胛舌骨筋及二腹筋後腹之間即得該動脈及其分枝

五・頸內動脈結紮法

die Unterb. der arteria c. interna

與頸外動脈結紮法同

六・推動脈結紮法

die Unterb. der Arteria vertebralis

沿胸鎖乳嘴筋外緣下三分之一部向鎖骨切開皮膚闊頸筋及筋膜次排開胸鎖乳嘴筋及頸總動脈於是使患者之頭正直或稍向前方屈曲送入指頭向深部搜求頸動脈結節在結節之內方即爲推動脈之所在

第五節 胸管之損害

Verletzungen des Milchstranges

在鎖骨上窩摘除腫瘤時每將胸管壁損傷此時由管中漏出乳糜液入於胸腔而成乳糜胸 *dar Chylothorax* 或不絕向外流出

療法 用栓塞法或結紮法乳糜胸行穿刺術

第六節 頸部神經之損害

Nervenverletzungen am Hals

外科學各論

頸叢之損傷常因胸鎖乳嘴筋外緣受打擊衝突或因切創刺創切斷其一部或全部而起

迷走神經之損害常因擠出脈瘍或結紮頸總動脈該神經未完全分離時又或甲狀腺手術則誤傷其返迴枝所致舌下神經之損傷常見於自殺者

交感神經之損害每見於下顎角後方及鎖骨上鎗傷

症候 臂叢損傷時有僅起一部麻痺者有全部麻痺者或為一時性或為持續者在輕度挫傷者每起痙攣知覺過敏及神經痛苦麻痺過久漸致皮膚筋肉營養障礙一側迷走神經之喉上神經分支部下方損傷時則來一側聲門張筋麻痺聲帶完全不動患者聲音鈍啞或竟無聲傷及喉上神經分支部之上方時則喉上神經亦來麻痺實際上將一側迷走神經切斷並無若何危險症候二側迷走神經損害時患者以聲門張筋麻痺及心肺障礙多死於三十六小時以內舌下神經所起之障礙為一側或兩側舌麻痺一則橫隔神經損傷起一則橫隔麻痺兩則麻痺者立死交感神經之損害為半面潮紅結膜炎流淚眼球縮小近視等但刺戟該神經則來瞳孔散大

療法 神經切斷者縫合之因假骨或異物壓迫者除去之發刺戟症候者行按摩法及神經伸展術

第七節 頸部之炎症及化膿

Entzündungen u. Eiterungen am Hals

本症多續發於頭面及顱蓋炎症之後

淺表性炎症及化膿 O erflächliche Entzündungen und Eiterungen 爲發於皮下及關節筋下之炎症以淋巴腺或下顎骨疾病起始頸部淋巴腺炎慢性多於急性猶以結核梅毒爲其主因屬于前者謂之結核性淋巴腺腫 Tuberkulöse Lymphome 好發于頸部及下顎部先呈局限性腫瘤漸次軟化破開形成多數瘻管

深位性炎症及化膿 Tiefere Entzündungen und Eiterungen 爲頸側部血管裂隙內之炎症或由深部淋巴腺或由頭部炎症蔓延而來有急性慢性局限性蔓延性等就其以急性蔓延性蜂窩織炎性化膿爲最險患者頭向患側傾斜頸部濕潤硬固因扁桃腺及喉門之壓迫或會厭軟骨炎症性腫脹而來高度呼吸障礙又或炎症蔓延于喉及食道附近致阻嚼及嚥下發生困難交感神經因刺激或麻痺而起瞳孔散大或縮小膿向胸腔下垂則繼發縱隔膜炎化膿性心囊炎肺膿腫等此外有沿胸神經叢及血管而蔓延于腋窩隨於鎖骨上下部呈波動性腫瘤者至於急性局限性往往轉爲蔓延性慢性局限性化膿症多起於深部之淋巴腺結核其爲蔓延性者則頸部硬固如板不發熱亦不疼痛化膿之傾向極少大抵因毒性微弱之化膿菌轉染法醫 Reclus 氏稱爲木樣蜂窩織炎 Holzphlegmonen enx. die Holzphlegmonen

頸部故隸菌病 die Aktinomykose am Halse 多由口腔蔓延而來初於此部硬固浸潤發生硬結後乃軟化崩潰

療法 凡頸部之急性炎症均須早期切開以防蔓延其切開線與胸鎖乳突筋之縱軸平行先切開皮膚及筋膜然後插入手指或以鈍器達於深部泄其膿汁裝入排導管或紗塞沃仿棉紗起塞息者行氣管切開術對於慢性結核

性頸腺炎及放線菌病則用X光腺照法

第八節 頸部之腫瘤

Geschwulste des Halses

1. 淋巴腺腫瘤 die Lymphdrüsenanschwellung

屬於此者為惡性淋巴腺腫淋巴腺肉腫及繼發性淋巴腺癌腫但論真正腫瘍之先必須鑑別其類似症故略述之

單純肥大性淋巴腺腫 das einfach hyperplastische Lymphom 為拇指頭至胡桃大之腫瘤常見於十

歲以下之兒童因經久刺戟而起此時兒童之皮膚粘膜易起炎症故淋巴腺亦易感受至成年而潛失其以細胞增生為其主者曰大淋巴細胞性肥大腺體柔軟以結締組織增殖為主者曰纖維性肥大腺體硬固

腺病性淋巴腺腫 das atrophische Lymphom 為單純性腺肥大及結核性腺腫之中間症具腺病性體質

者其肥大之淋巴腺易染結核故本病亦為結核生腺腫之前驅

結核性淋巴腺腫 das tuberkulöse Lymphom 因侵入結核菌致淋巴腺慢性肥大者凡顱蓋頭面之慢性炎

症隨商常為結核菌之侵入門又扁桃腺肥大往往為本病之發源地本症發生緩慢初犯二三淋巴腺後乃漸臨變性成膿潰次遂及於鄰近之淋巴腺而為多數之無痛性腫瘤

橡膠樣腫性淋巴腺腫 *Das Erhartose Lymphom* 爲下顎部之無痛性腫瘤大如胡桃漸次增大乃與皮膚腫着向外方破開而成特異之潰瘍

1. 惡性淋巴腺腫 *Kai maligna Lymphom* 爲不絕進行之淋巴腺肥大症側頸部初生大小不等之軟性腫瘤無痛且能移動經數週或數月近鄰之淋巴腺皆腫脹好犯於一五—三五歲之男子初無全身障礙待腫瘤增大則患者以貧血虛弱食慾減退浮腫腹水下痢痔瘡等致死或因食管及氣管之壓迫而起窒息或榮養障礙全經過中赤白血球之比例如常要至末期則血液之有形成分及血色素皆著明減少

2. 淋巴腺肉腫 *Das Lymphosarkom* 概爲平滑而有平等硬度之腫瘤好生於脈管裂隙及下顎下部發育甚速性最惡者迅速破壞腺囊膜而與周圍癒着且侵入靜脈腔內而起轉移遂致死亡

3. 續發性淋巴腺癌腫 *das sekundäre Lymphosarkom* 繼發于口唇舌顎骨扁桃腺喉食管之癌腫硬固作結節與周圍組織迅速癒着若向外方破開即成潰瘍

療法 單純肥大性腺腫先去其原因對於惡性淋巴腺腫瘍早期摘出或可全治

11 硬性腫瘤 *de festen Geschwulste*
屬于此者爲纖維腫脂肪腫神經腫軟骨腫肉腫

纖維腫極少見或成巨大之腫瘤多發于項頸帶頸椎棘突及橫突之纖維樣組織或由血管神經周圍結締組織及交感神經節發生發育緩慢壓迫鄰近器官則起種種危險

脂肪腫帶生於頸部尤以項部爲然成限局性之巨大腫瘤更有懸垂於肩胛及背上者由皮下脂肪發生好發于成年之男子其向周圍廣大蔓延者曰蔓延性脂肪腫

神經腫常爲多發性以耳前或耳後爲多向頭頸蔓延皮膚及皮下結締織著明增生肥厚外觀類似象皮病沉着色素或有毛

軟骨腫及骨腫恐由胎生時軟骨性腮弓之殘物發生亦有自脊椎鎖骨或第一肋骨發生者

肉腫除由淋巴腺發生外亦起于血管鞘及筋膜經過與淋巴腺肉腫同

療法 良性腫瘤摘出之蔓延性脂肪腫及神經腫楔狀切除數次使之縮小肉腫及癌腫之不能摘出者難施救

治

三 囊腫性腫瘤 *die cystischen Geschwulste*

有先天性者如腮道囊腫皮樣囊腫囊腫樣淋巴管腫及血囊腫有後天性者如粉瘤粘液囊腫包蟲囊腫等

腮道囊腫 *die branchogena cysten* 多因第二腮溝發育障礙而起好發於側顏部

皮樣囊腫係胎生時皮膚萌芽竄入腮溝部者發育緩慢

囊腫樣淋巴管腫 *Lymphangiomata cystoidea* 好發于下頸部迅速增大起于淋巴管之擴張新生及囊腫

樣變性或爲多房性或爲單房性

血囊腫 *die Blutzysten* 爲囊腫中含有血液者起於胎生時之靜脈發育失常或靜脈壁一部擴張作瘤狀

者

粉瘤好發於頂部側頸部及前頸部

粘液囊腫由固有粘液囊擴張而成

包蟲囊腫常發於側頸部大血管之近傍

療法 腮道囊腫皮樣囊腫行摘出術惟與大血管接觸者只可將囊壁內面之上皮層除去囊腫樣淋巴管腫之未增大者摘出之否則數次切開以冀其萎縮或行穿刺法血囊腫亦行摘出術其與靜脈交通者則先結紮靜脈再摘出之其餘腫瘤悉以摘出為主

第二章 甲狀腺之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten der Schilddrüse

第一節 甲狀腺之損害 Verletzungen der Schilddrüse

自發時常與氣管候頭時受傷除出血外無著明症候

療法 止血法

第二節 甲狀腺炎症 die Thyreoiditis

一 急性甲狀腺炎 die akute Thyreoiditis

外科學各論

健全之甲狀腺發病者少僅於急性傳染症經過中或月經產褥時腺體來一時性腫脹但甲狀腺肥大者在柱起急性炎症其發生原因或為外傷或由細菌傳染

症候 患者發熱腺體腫脹疼痛病竈若在深部則壓迫氣管而起呼吸困難或壓迫食管而致嚥下障礙重症者每以膿毒敗血症化膿性縱膈膜炎而死但亦有自然消散或腺一部壞死膿灶向氣管或食管內開口者

二 慢性甲狀腺炎 *die chronische Thyreoiditis*

常為全身粟粒結核之一分症

第三節 甲狀腺腫 *der Kropf, die Struma*

本症可別為實質性甲狀腺腫結締織性甲狀腺腫及血管性甲狀腺腫三種

實質性甲狀腺腫 *Struma parenchymatosa* 亦名濾囊性甲狀腺腫 *Struma follicularis* 主為濾囊細胞之增殖

為甲狀腺腫中之最多者濾囊中漸起膠樣變性而含多量之膠樣物時謂之膠樣甲狀腺腫 *Struma colloidales* *Reit. 3. 0. 0.* 腺體全部肥大質甚柔軟高度者腺質內充滿膠樣液而呈波動所謂囊腫性甲狀腺腫 *der Nystenkröpf*

者即是纖維性甲狀腺腫 *Strumafibros* 以腺間結締織增生為主因其缺乏血管故每起石灰變性血管性甲狀腺

腫 *Struma vasculosa* 以毛細血管之增生為主每呈毛細血管腫或海綿樣血管腫狀態起出血時該部組織壞死

乃變爲囊腫上述三種或獨立發生或互相合併

原因 常爲一地方或一家族之流行病原因尙未確定而與遺傳素因營養及飲料水有關或謂飲水中缺乏磷素或石層中混入植物性不潔物使水之性質變化時則能惹發本病故本病流行之地與一定之泉水有關然其真正原因恐係一種有機性病原隨飲水入於體內所致凡使甲状腺充血及鬱血者如登山負重呼號妊娠心肺疾病等皆爲本病之素因 女多於男子每發于少女之春情發動期與遺傳之關係多爲母體遺傳本病流行之地多羣臨白痴者是否與本症同一原因尙不可知

症狀 主要障礙爲血管神經氣管食管等被其壓迫頭靜脈因壓迫而頭蓋起鬱血症候腫瘤過大患者稍稍動作即起高度鬱血壓迫迷走神經返神經及交感神經時則起心臟及喉之官能障礙尤以所謂胸骨下及胸廓內甲状腺腫 *Struma subternalis* · *intra-thoracea* 爲然即壓迫迷走神經則心働增進壓迫返神經時則除喉上神經所主宰之環甲肌外其餘喉肌悉行麻痺猶以聲門張肌即環披裂後肌之麻痺爲最險如一個麻痺則來呼吸困難兩側全麻痺則聲門閉鎖而窒息返神經與交感神經同麻痺時則來眼裂狹縮瞳孔縮小眼球陷沒下臉下垂等又返神經麻痺之外氣管亦受壓迫而狹窄於是患者呼吸困難是名甲状腺腫喘息 *Kropf asthma* 在一側甲状腺腫氣管必向他側狹隘或彎曲其由前方向脊柱壓迫者則氣管扁平作刀鞘狀長時持續萎縮而成膜狀每於睡眠麻醉中變更頭位時頓起窒息而死亡之壓迫甚少或於咽後甲状腺腫 *der retropharyngeale Kropf* 時見之

經過 遲速不一或達至一定程度而停止或起變性而縮小凡甲狀腺腫忽然增大者稱為惡性甲狀腺腫 *die Boesartige Struma* 即甲狀腺肉腫及癌腫是也與周圍迅速癒着

療法 有藥物療法及手術療法藥物療法於初期每日內服碘酒一二滴持續數月或食閩羊奶牛新鮮甲狀腺用量成人每週于³小兒減半若無新鮮甲狀腺或代以甲狀腺錠劑 *Thyadenin* und *Thyreoidin* 少年之濾濾性甲狀腺腫每因而縮小或全治但甲狀腺服用過多能使心臟及神經機能障礙體重減少多尿下痢等甲狀腺劑中毒症 *Thyreoidismus* 其他內服小羊之新鮮胸腺或碘酸鹽類甲狀腺內注射沃丁每奏良效手術的療法即甲狀腺腫摘出術 *die Strumektomie* 宜於局所麻醉之下行之其術式有二

(一) 甲狀腺半側腺囊外摘出法 *die extracapsulare Exstirpation eines Schilddrüsenhalbes* 適用於富血管之惡性甲狀腺腫及蔓延性發炎之腺腫橫行切開皮膚淺筋膜闊頸筋等而達於腺再切開外面之筋膜囊用甲狀腺消息子 *die Kropfsonde* 剝離腫瘤二重結紮甲狀腺上動脈而切斷之後將腫瘤之上緣內緣外緣所有之靜脈一一施行結紮切斷然後剝離其下緣結紮甲狀腺下動脈此時慎勿傷及返迴神經及交感神經結紮既乃將腺集束結紮或用壓挫鉗 *die Oreschanzanzersch* Kocher 鉗撮腺施行切除再將斷端結紮之

(二) 甲狀腺腫結節腺囊內摘出法 *die intracapsulare Entfernung der Kropfknoten* 為甲狀腺組織中摘出腺結節之法也據各家經驗腺腫組織有稍厚之囊膜與健全腺組織分界故可依其自然境界將病變部摘出惟誤認境界傷及腺體則出血甚多故不適用於慢性炎症性及惡性甲狀腺腫術式一如前法惟達至腺體時須用鈍器分離

青其色少血管之結節囊膜

後療法 甲狀腺腫摘出後用食鹽水清拭創面深部裝入排導管然後縫合閉鎖之約經八至十日而愈其經過中體溫多升騰此殆由血液吸收多數蛋白之故

惡性甲狀腺腫之療法可及的早期摘出之既失時期則行對症療法

甲狀腺全部摘出數月後有起所謂甲狀腺摘出性惡病質 *Kachexia thyroidea* 者最初全身倦怠手足厥冷鈍麻言語遲鈍顏面蒼白浮腫智力減退生殖器萎縮少年者則身體發育停止宜用甲狀腺療法或甲狀腺移植法

die Transplantation der Schilddrüse (將新鮮之人甲狀腺移植於筋膜腹膜間脾臟內或脛骨骨髓內)又摘出副甲狀腺時則四肢肌肉起強直性痙攣其發作持續二三分間或數小時甚至一二日間歇之長短不定或併發咀嚼肌面肌軀幹肌隔等痙攣是名甲狀腺手術後破傷風 *die Toxämie nach Kropfoperation* 患者殆皆死亡宜用副甲狀腺移植法 *die Transplantation von Glanduloparathyreoidae*

第三章 胸腺之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten der Thymusdrüse

第一節 胸腺之損害 Verletzungen der Thymusdrüse

胸腺位於縱膈腔內並在胸骨上部之後方出生後第一年發育達於極度至第二年而停止約自十歲以後即陷於萎縮而以脂肪及結締組織補充之小兒胸廓富有彈力縱遇外力不過僅起肋骨骨折故本症極屬少見

第二節 胸腺之炎症 Entzündungen der Thymusdrüse, die Thymitis

一、急性胸腺炎 die akute Thymitis

以傳染化膿菌而起好犯於腺底部呈多數榛實大膿腫向心包及氣管內破開預後絕對不良

二、慢性胸腺炎 die chronische Thymitis

常見於罹結核及佝僂病之小兒腺實質萎縮而結締織者明增殖又有遺傳梅毒者往往於腺內呈膿腫狀病灶

係 1850 年 Poul Dubois 氏所記載故至今尚稱為 Dubois 氏膿腫 der Dubois'sche Abscess

第三節 胸腺增大症 die Hyperplasie der Thymusdrüse

胸腺之增大病理解剖上別為二種一為腺皮質及髓質共同肥大者一唯髓質肥大者而以後者為多此時皮質

萎縮髓細胞著明增多全身淋巴裝置亦增殖肥大脾臟心臟腫脹壓迫氣管則起呼吸困難 (胸腺性喘息 Asthma

thymicum) 壓迫上腔靜脈及右房則心動忽然停止所謂胸腺死 Thymusd. 者係增大胸腺壓迫氣管及神經

所致

療法 起呼吸障礙者用胸腺切除術及固定術 die Exsection Fixation des Thymus 即將患兒全身

麻醉後頭向後屈於頸前部下方沿頸橫切皮膚長約 6 cm 向上翻轉皮膚縱切淺筋膜左右分開胸骨舌骨筋

及胸鎖乳峯筋之後面切開深筋膜乃達於胸腺再切開囊膜則一部腺實質忽然脫出切除後縫合囊膜固定於胸骨

筋膜上創底痊塞棉紗然後縫合頸筋膜及皮膚

第四節 胸腺之腫瘤 *Geschwulste des Thymus*

極爲少見有脂肪腫皮樣囊腫膠液腫肉腫淋巴肉腫及肉腫與癌腫之混合腫瘤等

療法 切除胸骨一部而摘出之但此時不免胸膜及心臟之損害

第四章 食管之損害及疾病 *Verletzungen und Krankheiten des Oesophagus*

第一節 食管之先天性畸形 *Kongenitale Formfehler des Oesophagus*

夫自口腔自肛門之全消化管人皆知成於口腸固有腸（原腸）及肛腸三部固有腸又別爲前腸中腸及末腸三部因及食管即由前腸而成口腸與前腸間最初存有菲薄之隔壁後及消失而留殘痕即口蓋弓與懸垂是也又胎生發育之一定期內前腸與呼吸器本相交通在人體第二月之初氣管與食管始全隔離根據此類事實則其畸形首爲氣管及食管之異常交通 *diaphragmatische Kommunikation zwischen der Luftröhre und Speiseröhre* 小兒產出即死或能生存數日高度者食管上部以盲端終下部則與氣管分枝部交通輕度者食管發育如常而以穿孔交通氣管此外食管之先天性狹窄及憩室經驗上皆屬稀罕

第二節 食管之損害 *Verletzungen des Oesophagus*

外科學各論

1 食管之皮下損害 die subkutane Aeriezung des oesophagus

有以壓迫及鑿傷而起食管之皮下損傷者然極少

11 食管之創傷 die Wunde des Oesophagus

單獨發生者極少常與氣管損害合併臨床上之常見者為送入食道消息子及誤嚥異物時所生之食管穿孔 die Perforation des Oesophagus 此時消息子及異物進入縱隔膜或胸膜內則來化膿性縱隔膜炎及胸膜炎但食管穿孔亦發於周圍之各種疾病如喉及食管周圍之癌腫膿腫動脈瘤等又酒客每以嘔吐而起自然破裂

Spontanriss 其破裂部常在贛門附近胃內容滲入於縱隔膜及胸膜內患者常死於二十四小時以內是殆該部抵抗力減退致起自家消化之故

症候 以嚥下時疼痛及吐血為主膨開創飲食物出創口滲出於外若與氣道相通則粘液及食物入於氣管而起劇烈之咳嗽呼吸困難繼發氣管枝炎及肺炎食物竄入周圍蜂窩織內則起腐敗性蜂窩織炎其他或因化膿性縱隔膜炎及胸膜炎而死

療法 全斷者其下端稍下墜故須與上斷端縫合創內充填沃仿綿沙然此僅能施之於頸部食管若刺創每能自愈 須縫合既起炎症者開大創口低下其頭以防膿汁入於縱隔膜內行滋養灌腸或用食道消息子送入榮養物

III, 食管之火傷及腐蝕 die Verbrennung und Verätzung des Oesophagus

食管之火傷多由飲料過熱而起常見於小兒腐蝕則見於誤飲腐蝕藥或自殺者

症候 因損傷輕重而異如飲多量鹽硫酸則口脛食管胃之粘膜劇烈破壞而來食管壁及胃壁之穿孔幸而治愈多貽高度食管狹窄但起於過熱之飲料或稀薄腐蝕藥者僅起淺表性炎症主要症候為疼痛嘔吐下困難嘔吐等

療法 火傷者與以冰片腐蝕者用反對藥中和之且飲多量水分必要時行胃洗滌法炎症消散後時送入食管擴張器預防其狹窄

第二節 食管內異物 Fremdkörper im Oesophagus

原因 異物之種類不一常見於小兒及精神病者或於睡眠麻醉時嚥下假齒而異物最易箝留之處為生理之狹窄部位(第三胸椎部隔穿孔部及噴門部)

症候 因異物之種類大小而異極尖銳者往往傷及管壁及鄰接之器官普通症候為疼痛痙攣疼痛特於嚥下時增劇該異物或日後自然吐出或經胃腸而排出或箝留於食管內誘發穿孔性腐敗性縱隔膜炎

診斷 依其既往症及現症不難診定食管最上部之異物可用喉鏡檢知之下部異物則以象牙球食管消息子探其所在部位如為金屬之細小異物可應用 X 光線然最確實之法為食管鏡檢查法 Die oesophagoskopie

療法 箝留於食道起始部者用彎曲之咽鉗 Schlingzange 摘出之無效時行舌骨下咽切開術存有食道下

部之異物用貨幣鈎或魚骨鈎 *Wenzelnagel v. Grafese Graetenagel v. Weiss* 及其他器械取出必要時行外食管切開術 *oesophagotomia externa*

第四節 食管之炎症即食管炎 *Entzündungen des oesophagus, die oesophagitis*

有急性慢性卡他格魯布或狄夫的里蜂窩織炎及腐蝕性炎等急性慢性卡他起於各種刺戟酒客每發慢性食管卡他 膜肥厚弛緩

格魯布及狄夫的里繼發於咽之同症且有蔓延至胃者

蜂窩織炎見於損害及異物刺戟後或由周圍蜂窩織炎蔓延而來酒客常以輕微之外力而生裂傷惹起食管周圍蜂窩織炎炎症或限局於一部或延及大部食片竄入膿窠內則起腐敗性膿腫

腐蝕性或中毒性食管炎 *oesophagitis corrosiva s. toxica* 起於腐蝕藥之作用輕度者僅來上皮剝脫

高度者則粘膜粘膜炎下組織筋層皆呈腐爛而起腐敗性化膿

療法 對症療法治愈後再慮置胎留之狹窄症

第五節 食管之狹窄 *die Strikturen des oesophagus*

原因 有種種因附近臟器之腫瘤或大動脈瘤之壓迫者曰壓迫性狹窄 *die Kompressionsstriktur* 由於異

物或新生物之狹塞者曰閉塞性狹窄 *die obstruktive*。由於腐蝕後之癩痕收縮者曰癩痕性狹窄 *die narbige oesophagusstriktur*。由於神經刺激致食管輪筋變縮者曰痙攣性狹窄 *die spastische Striktur*。就中以癩痕性狹窄為最多範圍亦最廣。

症候 主要 候為嚥下困難高度狹窄者即流動食物亦難下嚥所食之物或停滯於狹窄部之上方或漸次下降於胃或經一定時間而復吐出其狹窄之上部每因食物之停滯而擴張病勢徐徐增進患者日益羸瘦終以餓餓而死

診斷 用食管消息子 查法 *Sondenuntersuchung des Oesophagus* 診定之但須注意不得損傷食道致發腐敗性蜂窩織炎食管鏡檢查法 X 光線檢查法最為確實又食管上部之狹窄用喉鏡或指觸法亦能診定其他詢其既往症在癩腫每於消息子尖端之窗口內或吐物中能認知癌腫細胞

療法 因壓迫閉塞及癩變者須用原因療法癩痕性者行食管漸次擴張法 *die allmähliche Dilatation der Percehre* 即先試以較粗之消息子不能通過則逐漸改用細者對於上部之高度狹窄初可送入較細尿道 *Katheter* 或 *Doule* 後乃逐漸增大此法每日行之插入之消息子須停留 10—20 分鐘猶無效者則行食管切開術胃瘻建設法或食管瘻建設術

第六節 食管之擴張 *die Dilatation des oesophagus*

有二種一爲食管平等擴張者稱爲食管擴張一爲食管壁一部膨出者稱爲食管憩室

1、食管擴張 Die Ekstase des oesophagus

以發於狹窄部之上方爲最多是名停滯性食管擴張 die Stauungs- oder stagnierende Ekstase 間或因收縮力減弱而起至於橫隔膜穿孔部上方或賁門上方之先天性擴張 die angeborene Ekstase 則爲僅見之例

症候 由擴張程度而不一其起于狹窄者仍以狹窄症候爲主在無狹窄之高度擴張症因營養物停留食管內經一定時而復吐出之故患者遂起營養障礙又擴張部因食物之充滿壓迫氣管及肺則來呼吸障礙有時且可由外觸知之

療法 除由狹窄者外難施處置僅能設法維持患者營養而已

1) 食管憩室 der Divertikel des oesophagus

若由外方牽引使食管之一部擴張者曰牽引性憩室 der Tractiondivertikel 以氣管之分歧部之前壁爲多如淋巴腺炎症或脊椎骨腸管壁與周圍組織粘着粘膜及粘膜下組織呈漏斗狀陷沒其因食物之壓力食管一部被壓出於外方者曰壓出性憩室 der Schlingendivertikel 以男子爲多常見於食管起始部直上之咽內故又有咽赫尼亞 die Pharyngeale 之稱呈豌豆大至胡桃大或其以上之球狀梨狀或圓柱狀塞位於食管脊柱間或遙向下方下垂囊壁成於粘膜及粘膜下組織由筋纖維間脫出於外其好發於咽後壁之故即以該部抵抗力減退時易因嚥下食物之壓力而起本症

症候 徐徐發生經數十年由小窩而成癥狀食物入匙室中停滯其中至壅充滿乃復吐出並因食物之分解胃部腫脹而有雜音巨大噎室來血氣管及神經之壓迫症候患者卒以饑餓而死

診斷 食管鏡檢查法 X 光透照法

療法 用消息子輸送食物入胃或行滋養灌腸能擠出者則先行胃遊建設術

第七節 食管之腫瘤 *Geschwulste des Oesophagus*

最常見者為癌腫至纖維腫脂肪腫粘液腫肉腫則較少纖維腫發生於咽下部而呈茸腫狀長垂於食管內所謂食管茸腫 *Oesophaguspolypen* 是也其生於咽壁者曰咽茸腫 *Pharynxpolypen* 以富血管之結締組織脂肪及平滑筋纖維構成之出於口腔而垂於咽下部所發症候為嚥下困難生於咽或食管上部之腫瘤每因其紋扼運動使食管突出於咽內致喉門閉塞而來窒息

癌腫多屬扁平上皮癌好發部位為咽與食管之境界部隔穿孔部及噴門附近先作島嶼狀或環狀增殖後成潰瘍男多於女約七八倍尤以嗜酒者為多患者因狹窄而起嚥下困難及增進性衰弱不出一二年即死於饑餓惡病質蜂窩織炎食管穿孔及其他之心肺疾病通以復息子則於其尖端之穿孔內每能證明癌細胞

療法 咽茸腫之脫出於口外者則結紮其莖加以切除或行舌骨下咽切開術以圖擠出但存於食管稍下方者不可不行外食管切開術對於癌腫除對症療法外兼行胃遊建設術或食管遊建設術

第八節 食管之手術 *die Operation am Oesophagus*

一、食管切開術 *Oesophotomie*

1. 內食管切開術 *Oesophagotomia interna* 即於食管內方切開膜狀或癢痕性索條者與內尿道切開術同今不多用

2. 外食管切開術 *Oesophagotomia externa* 由外方切開食管之法也又有頸部食管切開術及胸廓內食管切開術二種

頸部食管切開術 *die cervicale Oesophagotomie* 當於頸之左側環狀軟骨及胸骨柄間行之其術式使患者取半坐位頭向右方迴轉同時送入食管消息子至食部下部以資引導次於胸鎖乳突肌內緣與環狀軟骨同高處下刀達於胸骨柄上切開線長約 5-7 cm 俟切開肌肉綫筋膜後用純鉤向外牽引胸鎖乳突筋次切開頸筋膜中板剝離甲狀腺將血管神經向外牽引遂至食管行縱切開取出異物或送入擴張器或切開狹窄部然後用腸線縫合食管創緣捺塞沃仿綿紗

胸廓內食管切開術 *die intrathorakale Oesophagotomie* 於胸廓右方造一大軟部瓣切除肋骨一部直達食管此時食管前後壁之迷走神經脊椎體側傍之交感神經左側氣管枝肺靜脈奇靜脈主動脈心包等皆須避去損害又須預防發生氣胸故用壓差法 *Druckdifferenzverfahren*

二、食管瘻建設術 Oesophagostomie

以人工造成頸部食管瘻之法也先行外食管切開術將食管創緣縫合於皮膚創緣穿孔中插入 *Katheter* 上置漏斗使患者自己咀嚼之食物由漏斗而入於胃

三、食管切除術 Oesophagektomie

常行者爲頸部食管切除術 *die Resektion des cervicalen Teil des Oesophagus* 即由舌骨至胸骨柄切開皮膚露出食管病變部而加以切除再縫合其上下二斷端若兩斷端不能接合時則以頸部皮膚補其缺損或將下斷端與外皮縫合使或食管瘻

四、食管成形術 Oesophagoplastik

施行於食管切除術之後如頸部食管或咽切除後則於頸部造有莖皮瓣以爲食管後壁待一二月後再造皮瓣以成其前壁然行此術之先必須建設胃瘻

第三編 胸部外科 Chirurgie des Thorax

第一章 胸廓之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Thorax

第一節 胸廓之畸形 Missbildungen des Thorax

外科學各論

一、胸廓之先天性畸形 *die angeborenen Missbildungen des Thorax*

胸骨之先天性畸形 *die kongenitalen Missbildungen des Sternum* 爲胸骨一部或全部缺少者在後症胸骨部代以硬固之纖維性組織時或胸骨缺少半側使肋骨端完全游離此外胸骨或生種種破裂及小孔破裂當在上部及劍突內殆因發育障礙所致胸骨下部及腹上部陷沒如漏斗者曰漏斗胸 *Tichtbrust*

肋骨之先天性畸形 *die kongenitalen Missbildungen Rippen* 有互相蓋着者有起破裂者有完全缺少者但無特殊價值僅第十二肋骨缺少者則手術腎部時須注意

二、胸廓之後天性畸形 *die erworbenen Missbildungen des Thorax*

佝僂病性鷄胸 *die rachitische Hühnerbrust, Pectuscarinatum* 胸骨向前突隆肋骨陷沒胸廓之橫徑著明短縮凡羅扁桃體肥大鼻咽腺樣增殖症之小兒因其呼吸筋過度動作更足促成本症之發生

三、肺赫尼亞 *Lungenhernie*

爲肺一部脫出於外之症極少見或因胸廓皮下損傷或持續性咳嗽而起好發部位爲胸前壁及胸廓上口以一部胸壁之抵抗力減少爲其原因亦有屬於先天性者局部呈柔軟之腫瘤打診得鼓音聽診得肺胞音易於整復處置之法可用赫尼亞帶或由根治術閉鎖其開放口

第二節 胸廓之損害 *Verletzungen des Thorax*

一、胸廓震盪症 *Commonio-horacia*

由打撲衝突而起常兼內臟或胸廓之損害單純者極少輕者僅起一時性血脹沉降重者則血脹著明低減呼吸不整短促昏睡以至死亡

療法 低下其頭與以與奮劑呼吸不整者行人工呼吸法

二、胸廓之挫傷 *Konkusion des Thorax*

與前症同或僅胸壁軟部略有皮下溢血或兼肺心大血管神經氣管食管等損害而死

症候及經過

單純之皮下損害無著明症候合併肺臟及胸膜損傷者血液及空氣蓄積於胸膜腔內遂成氣胸或血胸又或咯血或發皮膚氣腫輕者空氣及血液漸次吸收而愈若病原菌侵入其中則來化膿性胸膜炎又助骨骨折及胸膜破裂者則肺一部脫出於皮下而成外傷性肺赫尼亞 *der traumatische Lungenbruch* 傷及心臟則心包內蓄積血液心臟因壓迫而麻痺

療法 單純性皮下挫傷用冰菴法兼彈力性壓迫繃帶溢血之不易吸收者切開排出之凡重症者立即致命無

救治之餘塊幸而不死亦唯對症療法而已

三、胸廓之創傷 *die Wunden des Thorax*

係就未穿通胸腔者而言有切創刺創挫創鎗創等

症候及經過 較小之創傷若行防腐處置速能自愈否則誘起化膿膿向胸筋下流注或化膿菌由淋巴行而入

於胸膜腔發生化膿性胸膜炎傷及胸長動脈乳房內動脈及肋間動脈時則起危險之出血胸長動脈之出血可以壓迫而制止傷及肋間神經則起肋間神經痛此外損害胸前神經每來胸大筋之永久麻痺

療法 依防廢則處置之創內有異物者除去之創口內決不可通入消息子以免穿通胸膜已陷化膿者切開之出血者結紮其受傷之血管

內乳動脈結紮法 *die Unterbindung der Art. mammae int.* 先於胸骨外緣 1 cm 處並行該骨縱開皮膚長約 5-7 cm 離斷胸大筋及肋間筋切除一二肋軟骨即得伴有二靜脈之內乳動脈

肋間動脈結紮法 *die Unterbindung der Art. intercostalis* 於肋間分歧為二宜剝離骨衣切除肋軟骨後再將兩斷端結紮之

第三節 胸骨骨折及脫臼 *Frakturen und Luxation des Sternum*

1. 胸骨骨折 *Frakturen des Thorax*

為各種骨折中之最少者僅占全骨折數中 0.1-0.9% 其原因多為間接的外力如脊柱之過度屈曲或頭部衝突於地上而頸部則壓迫於胸骨柄時至於直接的外力作用不外車輪輾過重器壓迫等常為胸骨體上部或其中間之橫骨折下折片每向前方轉位又本症常與其他之骨折併發

症候及診斷 對骨片轉位者則胸廓部異常隆起間或折片隨呼吸而移動部貼以手掌或按以聽診器則于

深呼吸時能證明其摩擦音此外患者頭向前方保持伸展軀幹及管深呼吸則發劇痛

療法 單純之皮下骨折其折片不轉位者使患者安臥避過度之胸廓運動折片轉位於前方時則以壓迫或過度伸展其脊柱而整復之但欲保持其尋常之位置仍屬難事治愈後幸或不起機能障礙然強度轉位時每影響於心肺之機能宜切開局部整復折片而縫合之或切除其一部對於複雜骨折須用防廢或無廢之處置既發炎症及化膿者速即開大創口利其排洩並防蔓延

11. 胸骨脫臼 die Luxation am Sternum

即胸骨體柄及劍突間之半關節離開也原因症候與骨折同時與柄離開時則體轉位於柄之前方
療法 與骨折同

第四節 肋骨骨折及脫臼 Frakturen und Luxation der Rippen

1. 肋骨骨折 Frakturen der Rippen

有骨性骨折及肋軟骨骨折之別然以骨性肋骨骨折為最多助骨本富彈力尤以幼年時為最至老年則脆弱故骨折甚易而壯年男子以受傷之機會較多故本症其最好發部為第四至第八助骨中三分之一部尤以第七助骨為多但亦有折斷全部者若因衝突打擊等直接外力而起者因兩骨折片向一方陷沒故者兼胸膜及胸內臟損傷其因壓迫胸廓之間接外力而起者則以肋骨向外屈曲而折斷故副損傷甚少此時骨折部多在助骨之中央或在骨頭

部及肋骨角之後方在骨質非常脆弱者可因咳嗽噴嚏分曉等筋肉強劇收縮而發本症尋常多為皮下橫骨折或斜骨折至皮下粉碎骨折則甚少見複雜骨折見於鎗創或切創軟骨骨折僅見於老人亦為橫骨折以軟骨與骨之境界部為其好發部位

症候及診斷 主要症候為骨折部疼痛以深呼吸咳嗽及指壓而增劇又壓迫全胸廓骨折部之疼痛亦增甚多

數肋骨骨折者則胸廓變形合併胸膜及肺臟損傷者則生氣胸或血胸

預後 無合併症者可因骨性癒合而癒唯以轉位折片之畸形性癒合或假骨發生過多而貽留神經痛者有之

罹肺病者又可因傳染細菌惹起化膿性胸膜炎及肺炎

療法 安靜胸廓避折片之移動且可輕減其疼痛而促進其癒合輕度轉位者無整復之必要否則切除折片或

施骨縫合固定胸廓法之最簡者即以橡皮帶纏絡其周圍或以二三指寬絆創膏由胸骨緣至脊柱自下向上貼附數條患者坐立並不感痛苦時則無安臥之必要頻發咳嗽者內服鎮靜劑

11、肋骨脫臼 die Inzisionen der Rippen

常與他部損傷合併由直接之外力而起其與脊椎體脫臼者殆與骨折呈同一症候與胸骨關節脫臼者則肋軟骨轉位於胸骨之前面

療法 與脊椎體脫臼者難於整復與胸骨脫臼時則強度後屈其軀幹同時壓入脫臼端但欲固定於原位常須

縱合

第二節 胸廓外軟部及骨之炎症性疾

entzündliche Krankheiten der außeren Weichteilen und des Knochen am Thorax

1. 軟部之炎症 *Entzündungen der außeren Weichteilen*

在胸廓壁中以背部皮膚爲癰及癰疽之好發部位就中項部及肩胛板部常受衣服之刺戟故此等疾病更多其他或因下顎骨炎症腮腺炎而來背筋胸筋或腋窩腺之化膿病竈伏在肩胛骨之下面往往因不覺察而起膿毒敗血症或敗血症致命故於可疑時須用細長套管針試行穿刺倘有膿汁速行切開排膿此時或須切除肩胛骨之一部至於慢性化膿症主爲肋骨胸骨及胸膜之結核即寒性膿腫是也或因膿胸或肺膿瘍向外破開而成慢性化膿其他肺放線菌病胸廓上往往形成多數瘻孔

療法 因其病症施以適當之治療

II. 骨之炎症 *Entzündungen der Knochen*

1 肋骨之炎症 *Entzündungen der Rippen*

或以梅毒結核或以急性傳染病致肋骨或肋軟骨起骨膜炎或骨髓炎者皆屬之然最常見者實爲結核性肋骨 *die tuberkulöse Rippenarkitis* 或爲原發或續發於胸膜炎膿胸之後又或爲多發性全身結核之一分症 中年最多少年次之由骨膜或骨髓起始而多在肋骨之前方該部先現無痛性腫脹後漸軟化而呈波動漸次增大則

沿筋膜向下流注終則向外破開胎留滯管往往侵犯多數肋骨助軟骨之結核常以骨膜炎起始後遂破壞軟骨治癒後缺損部由瘻痕停結締補充之

診斷 不難亦有與脂肪腫肺肺赫尼亞放線菌病助骨腫瘤等誤診者

療法 對於寒性膿腫由穿刺排膿後注入 *Jodjormglycerin* 病勢既進或已發瘻孔者切開病灶再行搔抓肋骨著明骨膜肥厚及壞死者則剝離軟部而後切除之

2. 胸骨之炎症 *Entzündungen des Sternums*

多為結核及梅毒前者以骨膜炎及骨髓炎起始經過一如肋骨結核病竈在胸骨後時診斷甚難後者常由骨膜起始多為限局性之橡膠樣腫

療法 結核性症將胸骨患部除去胸骨後膿腫則切除胸骨之一部對於梅毒專行驅梅毒法

第六節 胸廓壁之腫瘍 *Geschwulste der Thoraxwand*

生於軟部之腫瘍除乳腺外多發於背部以粉瘤為常見皮樣囊腫好發於胸骨前後面及側傍脂肪腫常生於背部形成巨大之腫瘤肩胛骨之周圍往往發生蔓延性脂肪腫纖維腫亦常于背部形成大腫瘤軟性者屢為多全性其他有血管腫淋巴管腫等由骨發生之腫瘤則有軟骨腫及骨腫軟骨腫多由助軟骨發生有其大者或為各種混合腫瘤如軟骨粘液腫軟骨纖維腫軟骨肉腫等骨腫甚屬少見亦往往成為混合腫瘤

胸廓壁之惡性腫瘤大抵由乳腺或縱隔腺蔓延而來但亦有生自骨膜或骨髓者
療法 依一般法則處置之

第二章 胸膜橫隔膜縱隔膜及胸內臟腑之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten

Verletzungen der Brustfels zwerchfels, Mirefels und der organe
in der Brusthoehle

第一節 胸膜及肺之損害 Verletzungen der pleura und der Lungen

一、胸膜之損害 Verletzungen der Pleura.

見於胸廓之穿通性創傷或僅傷及助胸膜或與胸膜及肺共同受傷原因爲切創刺創鎗創助骨骨折等
症候及經過 與副損傷之有無及創口開放否有關創口狹小且即閉合者經過佳良即令竄入空氣而無細菌
可以吸收而愈否則竄入異物或細菌則起炎症及化膿胸膜腔內儲留血液者則成血胸

診斷 胸廓損傷欲別其穿通否實屬難事惟有觀察其經過加事推斷而已

預後 單純之胸膜損傷雖一時發生氣胸亦屬無害若傳染細菌則預後難卜

療法 穿通創除嚴密消毒止血外迅速閉鎖其創口有創傷傳染之疑時創內充填沃仿綿紗

二、肺之損害 Verletzungen der Lungen

外科學各論

原因 與前症同

症候 肺損害雖可由咯血咳嗽呼吸障礙氣胸與血胸之有無而認知之但其症候實不一致僅咯血一事為其

習見者或為一時性或持續稍久患者咯出泡沫狀血痰呼吸困難

經過及轉歸 關於出血之多少副損傷與續發性炎症之有無如肺門部受傷出血劇烈反是淺表之肺創出血

甚少傷及周圍臟腑立可致命續發肺炎肺膿腫肺壞疽時則幸能治愈異日亦發肺萎縮肺結核肺氣腫等

診斷 按泡沫狀血痰胸廓內漏出空氣及血液呼吸障礙氣胸血胸等而診斷之創傷部不可濫用消息子

療法 以防止出血為要故有切開胸廓以行結紮之必要此外創內充填沃仿綿紗外施防腐繃帶發熱或呼吸

困難胸廓內存有多量滲出物者宜行穿胸術或開胸術 Thorakotomie

第二節 心囊及心臟之損害 *Verletzungen des Herzbeutels und des Herzens*

二者常同時受害且多合併胸膜肺臟大血管及膈等外傷損傷種類不外切創刺創鎗創及挫創等心囊之單獨

損傷若不侵入細菌則僅以輕度炎症而與心臟癒着不留特別障礙否則細菌竄入其中可因化膿性心囊炎而死又

心囊內蓄積血液者曰心囊血腫 *Hämopericard* 存儲空氣者曰心囊氣腫 *Pneumopericard* 心臟之損害多係穿

通其全層以右室較易損傷

症候 患者不即死於 *Shock* 及內出血時則規失神頭面蒼白脈搏細弱心動過微心濁音部在心囊血腫則增

大在氣腫則消失

診斷 心囊內蓄有血液或空氣者易診惟合併氣胸血胸時則難檢知創傷部位亦宜注意心臟是否損傷須以
其部位器械種類腦震盪症心動脈搏等而推知之

預後 無合併症之心囊外傷治愈者約 80% 以上心臟外傷之治愈者約 70-75%
療法 症候不著者先令患者安臥與以強心劑局部貼用冰袋外加防腐處置如此若不再見異狀則持續二週
間可期治愈若心臟壓迫症候增進是為強劇出血之徵宜急行手術的療法

心臟露出法 *die Blöelung des herzens* 有種種方式就中最常用者即於第四第五肋間由胸骨左緣
向外方切開皮膚及筋肉除去肋骨之一部或僅離斷胸骨附近之肋軟骨而向外方牽引之露出心臟加以切開去其
血液再用細絲縫合其創口但縫合絲不可穿通心臟之內腔於縫合時欲制止其出血可以指壓追創口或右房之上
下腔靜脈開口部縫合既竟心囊及胸膜內或各插入繃紗一小片

第二節 膈之損害 *Verletzungen des zwerchfells*

膈之皮下損害大抵起於墜落或車輪碾傷間或因分娩或嘔吐而發其開放損傷則以刺創及鎗創為多腹內臟
腑間或縱裂隙而入於胸腔內遂成膈赫尼亞 *zwerchfellbruch* 但此並無赫尼亞之義故與真正赫尼亞有別
症候 以受傷輕重及有無副損傷而異倘僅生有裂隙則局部疼痛以深呼吸及咳嗽而增劇腹內臟腑有轉位

者則心與肺因壓迫而起呼吸困難消化器亦生障礙開放損傷之經過係於炎症之有無若續發化膿性腹膜炎或胸膜炎時則不免於死

診斷 單純損害診斷甚難無臟腑轉位者尤然否則可由打診或聽診而知之

預後 或與他臟腑之重傷合併而立死或以膈赫亞尼而死於呼吸障礙及腸管頓症

療法 無合併症者對症療法否則當在外創下部切除肋骨 $cc - 10^{\circ}$ 由此創口達於膈創或先造一皮膚筋肉骨瓣由下向上翻轉之開放胸腔再求其裂口待脫轉之臟腑被整復後於是縫合閉鎖之手術時患者之位置宜使軀幹水平骨盤下垂

第四節 胸膜之炎症 *Entzündungen der Pleura*

茲僅就其需要外科療法者述之

漿液性滲出性胸膜炎 *Pleuritis exudativa serosa* 純粹者滲出物澄清透明無細菌故不化膿非純粹者

則含膿球及細菌本病原因甚多主要者為結核主要症候為局部疼痛輕熱呼吸障礙打診上發濁音呼吸音及聲音震顫微弱或消失

化膿性胸膜炎 *Pleuritis purulenta* 繼發於胸廓之穿通創或滲出性胸膜炎多由化膿菌傳染而起其侵入腐

敗菌者則成腐敗性膿胸主要症候為呼吸障礙及高熱急劇之症每以寒戰而體溫昇騰稽留數日患者即陷於衰脫

以致死亡

療法 純粹之漿液性症內服 Salicyl 酸劑有多量滲出液妨礙心肺機能者宜行穿胸術對於化膿性症則須速行開胸術

1 穿胸術 die Punktion des Thorax 令患者半坐位或仰臥位麻醉局部在前腋窩線或中腋窩線第五

第六肋間刺入套管針若較在後方則由第七第八肋間刺入使液體徐徐流出頻發咳嗽者可注射嗎啡於其皮下陳舊之症胸腔內壓力陰性液體不能自然流出時則用吸引器吸出之

2 開胸術 die Eröffnung des Thorax durch Incision (Thorakotomie) 有僅以局部麻醉切開肋間組織之全層而達於胸膜者有切除肋骨一部以開放胸廓者略術於次

切除肋骨之開胸術 die thorakotomie mit Rippenresektion 由前腋窩線或中腋窩線第五或第六肋骨部又或由肩胛線第八至第十肋骨部沿肋骨之縱軸一刀切開皮膚及軟部長約八至十 cm 剝離軟部及骨膜後遂入骨剪或線鋸斷骨質 5-6 cm 再用尖刀刺破胸膜次用球頭刀開大其創口然後徐徐排出其膿插入排導管外加無腐細帶待分泌物減少再將排導管除去

陳舊之膿胸肺既受滲出物長時壓迫且與周圍癒着即使排膿除去外壓肺亦不復擴張一方更因骨性胸廓之癥痕收縮助胸膜與肺胸膜不能密接遂生膿胸故宜切除肋骨使軟部因癥痕收縮而接合於肺以期閉鎖膿腔此即所謂胸廓成形術 die thorakoplastik 也法有種種 Eichtenen 氏將患側下部之肋骨切去 6-8 cm, 高度

症則由前胸而至背部全切法之廣開胸膜最低部或行搔爬或充填消毒綿紗 Scherle 氏對於更重之症則於患側側胸部造一基底向上之U字狀皮瓣並向上翻轉之由骨膜下切除肋骨除去附着於肋骨之胸膜肺底再將皮瓣被覆其缺損使與肺胸膜癒着

第五節 肺之炎症疾病 Entzündliche Krankheiten der Lung

肺之炎症性疾病中需要外科療法者不外肺膿腫肺壞疽氣管枝擴張肺炎結核及空洞放線菌病等外科療法之最要者又不外肺臟切開術及肺臟切除術凡手術胸內臟腑必須預防氣胸

氣胸發生之防禦法 die verhuetung der Entstehung der Pneumothorax

1. 兩胸膜癒着法 die Heilbehandlung von verwachsungen zwischen beiden Pleura
Pneumothorax 即切除肋骨後將兩葉及肺表層行圍狀之連次縫合或結節縫合經數日至兩葉充分癒着後再行正式手術

2. 壓差法 das Druckdifferenzverfahren 爲切開胸腔時使肺臟內氣壓高於周圍而不致退縮者有二種

a) Überdruckverfahren von Sauerbruch 係建一可密閉之室室之一壁有一孔以便插入患者之頭周

圍再以橡皮輪密閉之手術時患者之頭露出於外面術者及助手則立於室內室內空氣以唧筒使也稀薄減壓 der

Mirsdorckl 約至水銀柱 10 mm. 乃切開胸膜 b. das Überdruckerfahren von Brauer 即將患者之頭與行麻酔者之兩腕置於一個箱內而將箱內氣壓增加至 10 mm

上述二者價既昂貴搬運亦不易故近時多用根據高壓法而成之 Tregel-Henle 氏假面裝置 die Tregel

henlesch Maskenapparat

一，肺切開術 die Incision der Lungen 先謀胸葉之癒着或以壓差法切開或燒灼病灶排泄膿汁創內栓塞沃仿絲紗或裝入排導管

二，肺切除術及摘出術 die Resection und die Exstirpation der Lungen die 其在兩胸膜未相癒着者亦宜先使其癒着或用

第五節 心囊及心臟之炎症性疾病

entzündliche Krankheiten des Herzbeutels und des Herzens

就中需要外科療法者爲心囊炎 die Entzündung des Herzbeutels, die Pericarditis 有漿液性及化膿性二症而漿液性症又分爲急性及慢性二種急性漿液性心囊炎常續發於急性傳染病後亦或爲全身水腫之一分症慢性漿液性心囊炎多爲結核化膿性症或爲漿液性心囊炎轉變而來或最初即爲化膿性症其時併發急性骨髓炎者不少

療法 心室內蓄積多量液體則壓迫心臟而起機能障礙故宜穿刺或切開之

1. 心臟穿刺術 *die Punktion des Herzhohls* 穿刺部位各家所見不同要之須先精檢其濁音界最妥善者係在第五第六肋間密接胸骨緣穿刺之又距胸骨緣 6 cm 處行之亦可穿刺時使患者取半坐位穿刺不可過於急速致傷心臟

2. 心臟切開術 *die Incision des herzhohls Dalmme* 及 *Mignon* 氏距胸骨左緣 1 cm 處由第四肋骨上緣至第七肋骨縱開軟部次於切線二端各加二三 cm 長之橫切開翻轉皮瓣切除第五及第六肋軟骨露出內乳動脈將其避向一側終則切開心室

第六節 縱膈膜之炎症 *Entzundung des Mediastinum die Mediastinitis*

茲僅述其前後縱膈膜內之化膿性炎症或為原發或為續發前者多以損傷後者則因周圍之炎症蔓延而來症候及經過 急性化膿性炎症發高熱胸內終痛有苦悶及壓迫感嚙下及呼吸亦起障礙慢性者殆與急性者同患者多死於敗血症或膿毒敗血症膿灶或向外破開向心臟胸膜及氣管枝內穿孔

診斷 甚難唯前縱膈膜膿腫之已現出於胸骨側者或由損害部位及原發性炎症之種類可得而推知之

療法 膿腫之已現出者切開之胸骨後膿腫須切除大部胸骨而後縱膈膜膿腫切除脊柱右側或左側之橫突後再開其膿灶

第七節 胸腔之膿瘍 *geschwulste im der Brusthöhle*

一，胸膜之腫瘍 *geschwulste der Pleura*

有原發性纖維腫血管脈管腫肉腫及內皮細胞腫等然皆少見最多者為續發於乳腺甲狀腺食管及胃之癌腫。往往在胸膜生多數瘤小結節胸膜腔內則蓄積漿液纖維素性或出血性滲出物此外有轉移性肉腫及包蟲囊腫。

療法 惡性腫瘍行對症療法

二，肺之腫瘍 *geschwulste der Lungen*

原發性者極少間或於氣管枝周圍生小纖維腫及脂肪腫氣管軟骨上生軟骨腫原發性癌腫則發於氣管枝粘液腺及被覆上皮

三，縱膈膜之腫瘍 *geschwulste des Mediastinum*

常為繼發性瘤腫及肉腫增大時呼吸及嚥下困難因壓迫心臟及大血管而來血行障礙因壓迫迷走神經而致脈搏徐緩因壓迫神經而來聲帶虛痺但此等壓迫症候並非本症之特徵故診斷極難

療法 淺表者可切除胸骨而摘出之後縱膈膜內腫瘤則須切除橫突後再行摘出

四，胸部大動脈瘤 *Aneurysma aortae thoracicae*

為動脈瘤之最多者尤以男子為多梅毒性動脈炎實為本病之主要原因其他凡可以減弱動脈壁彈力者皆可

誘發本症

症候及診斷 其大小形狀有種種最大者向胸背肋骨脊柱肺臟等處蔓延若向外方增大則於胸廓右上方作拳大兒頭大或大人頭大之搏動性腫瘤聽診上於心臟收縮期發生雜音機動脈之搏動左右不同更以壓迫周圍臟器而起嚙下困難背部疼痛肋間神經痛等壓迫迷走神經則起喘息聲帶痙攣或嘶啞此時食管每起狹窄其與胸膜及縱隔膜腫瘤之鑑別診斷即動脈瘤之搏動必向四圍平等擴張至因下方存有巨大動脈之搏動性腫瘤則其搏動僅向一定方向作升降運動而已

療法 安靜身體有梅毒者行驅梅毒法或結紮其末稍然其效僅屬一時注射 *Calmette'sche* 於瘤附近可使縮小云

第三章 乳腺之損害及疾病 *die Verletzungen und Krankheiten der Brustdrüsen*

第一節 乳腺之損害 *Verletzungen der Brustdrüsen*

有皮下損害及創傷二種所謂皮下損害者即以衝突打擊致皮下及腺質間溢血之謂壯年者可吸收而愈或包裹而成囊腫或誘起癌腫創傷有刺創切創鎗創等可從普通法則處置之

第二節 乳頭及乳暈之疾病 *Krankheiten der Brustwarzen und des Warzenhofs*

此處皮膚柔軟菲薄最易損傷尤以哺乳時爲然患者有劇痛不能授乳細菌侵入則發淋巴管炎丹毒急性乳腺炎等故有時宜禁止授乳腐蝕局部再塗軟膏或散布粉末

乳頭陷沒且過小者往往難於哺乳有於距乳頭尖端二、三處造數個之放線狀楔狀片與乳頭基底之筋膜用腸線輪狀集束縫合之能得良效云

第二節 乳腺之炎症 die Mastitis

本症有慢急二症男女皆可發生急性性症中之最重要者爲產褥性乳腺炎 *Mastitis puerperalis* 多起於產後四星期以內乳腺一部陷於化膿不速切開則侵全腺其原因爲細菌由乳頭之裂創潰傷等經淋巴道而達於乳腺及乳腺管內發育蔓延妨礙乳汁之分泌遂起炎症然細菌不經淋巴道直接侵入腺管內者有之

症候及經過 輕者疼痛不甚每能吸收而愈重者疼痛腫脹腺體下方尤甚併發惡寒戰慄且有高熱膿向周圍組織蔓延皮膚發赤腫脹波動著明又或多數膿腫集成而爲一大膿腫放任之向外方穿破或向乳腺後方蔓延膿汁蓄積於腺與胸大筋之間遂成乳腺後膿腫 *die retromammarie Abscess* 甚或更向後蔓延而穿破胸膜

預後 早切開排膿可以速愈若聽其自潰或併膿不利則創口不愈形成瘻孔曰乳腺瘻 *Fistula mammarie* 其由此漏出乳汁或乳樣液者謂之乳汁瘻 *Fistula lactei* 在廣大化膿時洽愈後每貽萎縮或畸形

療法 初期於小兒哺乳時不感疼痛者則勿止其授乳惟宜提舉乳腺以防鬱血(乳腺提舉帶 *St. Pansorium*.)

(Mammæ) 欲促進炎症性滲出物之吸收或化膿溶解時可用濕布繃帶小兒哺乳其疼痛者可用吸乳器 (Milk character) 排洩乳汁或與以下劑以防乳汁之鬱滯如已化膿則以放線狀方向切開乳腺對於乳腺後膿腫則切開乳腺全層插入排膿管已成瘻管者腐蝕或搔爬之吸引法其頗適用

慢性乳腺炎有間質性囊腫性結核性梅毒性諸症間質性乳腺炎見於月經閉止時之婦人乳腺起結節狀硬結及癰瘰時起疼痛而不化膿能漸吸收間或誘起癰腫故有疼痛者寧早行摘出囊腫性乳腺炎為乳腺內形或多數大小不同之囊腫者其病性位於炎症及腫瘤之間
乳腺之結核及梅毒則極少見

第四節 乳腺之腫瘤

Geschwulste der Brustdrüsen

乳腺腫瘤女子最多男人極少腫瘤中除癰腫外他亦甚少茲將其最要者述之

一、纖維腫 *Fibrom der Mamma*

或為單純之纖維腫或與他腫瘤合併如纖維腺癌纖維肉腫纖維粘液腫纖維囊腫等是由腺胞及小乳腺管周圍之結締組織增殖而成常見於 15-30 歲之婦人 60 歲以後者極少單純纖維腫呈凹凸不平之結節在乳腺內能移動大如雞卵但為混合腫瘤則極巨大

療法 依一般法則施行摘出術

11. 肉腫 Sarkom der Mamma

有圓形細胞肉腫紡錘細胞肉腫小細胞性肉腫大細胞性肉腫巨大細胞性肉腫血管肉腫黑色肉腫纖維肉腫等區別就中以後二者性最惡亦由腺泡及小乳腺管周圍之結締組織發生其起於血管壁者亦不少混有擴張排泄管之囊腫性肉腫性質最良表面如結節狀或處處呈波動

療法 早行乳腺切除術

III. 腺腫 Adenom der Mammae

由腺實質增殖而起同時腺間結締組織亦稍增殖其性質與乳腺肥大近似所異者不過肥大常爲兩側乳腺之平等蔓延性組織增殖而腺腫則爲局限性結節狀之腫瘤且發於偏側者也發育緩慢圓形硬而凸凹能移動之結節無大過蘋果以上者性本善良決無轉移亦不侵害淋巴腺間或起神經痛樣疼痛經過數年乳腺因其壓迫而萎縮若一旦變爲癌腫則突然增大且失其移動性

療法 早期摘出並於半年內注意檢查之若能即施乳腺切除術更佳

四、乳腺癌 Carcinoma mammae

病理解剖上分爲腺泡性癌腺萎縮性癌腫單純性癌腫及膠樣癌腫等就中以單純性者爲多其原因不明凡月經時妊娠授乳期閉經期之乳腺生理的變化與本症發生至有關係外傷及炎症亦是誘發本症又與遺傳素因有關

症候及經過 乳腺內先起無痛能移動之硬結毫無自覺症候或以時發刺痛而感知之發育最速經過最不良者為髓樣癌腫表皮亦生多數結節硬固如板經過較佳者曰鏢狀癌腫 *Pavani's* 據多數統計自初期至死亡期約一年半至三年半摘出癌腫者大抵可延長七個月發病後 *1-10* 月腋窩腺始被侵犯

診斷 凡 30 歲以上之婦人乳腺內發生無痛發硬結與皮膚癒着乳頭陷沒或腋窩腺硬固增大者則屬本症無疑

預後 不良惟作初期將乳腺腋窩腺及蜂窩組織同時摘出且除去胸筋者亦有治愈之望平常癌腫未侵及腋窩腺即施手術可望全治既侵及腋窩腺及上下鎖骨窩淋巴腺者手術後不免再發若經三年不再發者殆已永久治愈其死因為胸膜及肺臟之轉移症全身衰弱出血腐敗性傳染等就中以癌腫性胸膜炎為最多

療法 早行乳腺切除術腋窩腺雖未發病亦宜摘出之同時將脂肪蜂窩組織悉行除去於胸大筋間之裂隙及鎖骨上下窩部尤須注意鎖骨窩淋巴腺已被侵襲時先行鎖骨一時的切除術次將病腺盡行切除

乳腺切除術 *Ampuatio mammae* 即使患者仰臥手術台上肩胛下插入小枕上膊上舉且外收圍繞乳頭行二個弓狀切開更自切開線之一端延長至腋窩切開皮膚先將上弓狀切開部之皮膚剝離達於深部胸大筋用指或鈍器剝離乳腺或切斷胸大筋之一部或全部於是由創底更剝離下弓狀切開部之皮膚摘出全乳腺乃沿切開至線腋窩將其內之淋巴腺結締脂肪完全除去(腋窩廓清法 *de Ausraumung der Achselhöhle*) 欲摘出鎖骨上下窩淋巴腺可行鎖骨一時的切除術手術既畢嚴密止血裝入排導管縫合創緣外加無腐細帶

第四編 脊柱脊髓及骨盤外科 Chirurgie der Wirbelsäule, des Rückenmarks, und des Beckens

第一章 脊柱之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten der Wirbelsäule

第一節 脊柱之先天性畸形 Angeborene Missbildungen der Wirbelsäule

有脊椎半側缺乏及第一頸椎與枕骨癒者等然臨床上最要者為脊椎破裂

脊椎破裂 Spina pifida 為脊柱之先天性破裂脊隨膜或脊髓由破裂部脫出如赫尼亞者常見於椎弓或棘

突部以發於腰椎及薦骨部者為最多發於頸椎及胸椎者極少更因脫出內容而分為脊髓膜赫尼亞 die spinale

Meningocele 脊髓脊髓膜赫尼亞 die Myelo-Meningocele 脊髓囊赫尼亞 die Myelocele 三種脊

髓膜赫尼亞為含有腦脊髓液之脊髓膜囊狀脫出者脊髓脊髓膜赫尼亞為赫尼亞囊中含有脊髓者臨床上以此為

多脊髓囊赫尼亞為脊髓正中管之囊腫狀擴張者巨大腫瘤則以緊張而透明壓迫之每見大顱門部皮膚隆起

症候及經過 大多死於分娩之直後間或患者最初全無神經病症勢增進則起麻痺如腫瘤在腰部者則來下

肢膀胱直腸之麻痺壓迫外部則因腦室內之液壓亢進而發疔擊在不與椎管交通之腫瘤每以囊分破裂或炎症而

起萎縮或閉塞自然治愈然平常皆漸次增大一旦破裂則流出多量之腦脊髓液立陷死亡或以急性脊髓膜炎或脊

髓炎而致命又有在子宮內破裂胎留產管而後產出者

診斷 於脊背正中線之腰椎部呈圓形腫瘤基底廣大或為莖狀有波動壓迫之則起癢癢顯門皮膚因壓迫腫瘤而隆起小兒啼泣腫瘤增大於椎弓部能觸知裂隙者則屬本症無疑

療法 脊髓腫赫尼亞用手術療法餘僅能用壓抵繃帶防其增大手術療法有三(一)穿刺法即用注射器斜向刺入囊內排出內容後以左手閉鎖其椎間裂隙注入碘酒 *0.5-1%* 或與無水酒精等分混合注射但在有莖之脊髓腫赫尼亞應先行結紮或皮下括約縱合使赫尼亞門閉鎖後再注入藥液注射後當發輕度炎症從其反應之度隔 1-10 日再行注射如是三四次可期治愈(二)結紮法即將莖狀之赫尼亞用絲線或銀線結紮之但易使囊壁發炎化膿故不常用(三)摘出法先將腫瘤之一側弓狀切開剝離皮膚而至於基底部更於切開線中央切開囊壁若為單純之脊髓膜則結紮其基底而切除之混有脊髓時則切開囊壁後精檢神經之經路若神經遊於囊內者先整復神經再切除其餘囊壁終乃縫合軟部及皮膚若神經行於囊壁內者則整復全部囊壁後再縫合皮膚

第二節 脊柱之骨折 *Frakturen der Wirbelsäure*

有全骨折及不全骨折之分由於直接或間接的暴力後者如由高處墜落頭肩胛臀足衝突地上或重物落於頭肩胛及胸部時致脊柱外收迴轉或強屈曲伸展前者如礮傷鎗傷等

症候 分局部症候及全身症候二種局部症候之最顯者為椎體之壓迫骨折局部疼痛變形突出或陷沒在兩上頸椎之骨折頭向前方或側方傾斜胸椎骨折因折片或溢血之壓迫於咽及食管而發噎下困難全身症候為腦震

盜症及脊髓震盪症脊髓因壓迫或損傷而起機能障礙如一時性疼痛知覺過敏轉變麻痺反射機及血管運動神經障礙體溫變常等其因壓迫所起之麻痺多為癱瘓性兩側麻痺若因外傷而起者則為運動及知覺麻痺視其程度部位而發於一側或兩側凡損傷部愈在上方神經障礙亦愈廣大茲將各部脊髓損傷之症候略述之

1. 寰椎及樞椎骨折 *Fraktureo des Atlas und Epistro heus* 上方頸髓完全橫斷時則除頸外全身知覺及運動麻痺此時若起兩側隔神經麻痺者立死緣該神經雖由第四頸神經而來亦收容第三及第五頸神經之纖維故第三第四頸椎骨折之兼脊髓損傷者每起隔麻痺

2. 下方頸椎至第二胸椎骨折 *Fraktur der unteren Halswirbel bis zum 2. Brustwirbel* 該部脊髓全橫斷時四肢完全麻痺腹筋肋間筋膀胱直腸等亦起麻痺吸氣僅賴膈及二三頸筋之作用呼吸氣僅賴胸廓之彈力患者不能咳嗽及嘔噦

3. 上方及中央之胸髓損傷 *die Verletzungen im Bereich des oberen und mittleren Brustmarks* 則來下肢運動麻痺及腹肌膀胱直腸麻痺其知覺麻痺僅達於劍突部

4. 下方胸椎骨折兼腰膨大部上之脊髓損傷 *Fraktur mit Verletzung der Markes dicht oberhalb d Lendenschwelligung im Bereich der unteren Brustwirbel* 則來下肢膀胱及直腸之運動麻痺自臍部下之皮膚知覺脫失

以上各處損傷除麻痺外有時反射機往往亢進如麻痺部起強直性或間代性筋攣緊(是由大腦內反射制止

中樞達於腰髓灰白質之傳導斷絕之故)或特發或以輕微刺戟而誘起然同時有反射制止神經纖維之刺戟者即不發生

5. 第十二胸椎骨折於腰膨大部中央損傷脊髓時 die Verletzungen des Rückenmarks in der Mitte der Lendenschwelligung etwa in der Höhe der 12. Brustwirbel 凡坐骨神經領域內之運動及知覺麻痺肛門括約筋亦起麻痺但損傷部若在腰膨大部之上方則股神經閉孔神經及脛前神經亦發麻痺

9. 第三腰椎以下之骨折 bei Wirbelrakar vom 3. lendenibel nach abwaerts 脊髓無損傷者因脊髓圓錐之尖端 die Spitze des Conus med llaris 由第二腰椎而移行於馬尾 Cauda equina 此處受有損害乃來下肢及骨盤內臟腑之麻痺

凡麻痺部因知覺及營養障礙之結果每生瘡瘡速向四方蔓延惹起危險症候(敗血症膿毒敗血症)然在脊柱骨折其脊髓橫徑一部損害者則僅起一定神經之局部麻痺如脊髓橫斷面全半側損害時則損傷側之半身發運動麻痺反對側起知覺麻痺所謂 Brown-Sequard 氏半側症狀是也又脊髓有一部保存者其運動麻痺恒較知覺麻痺為顯著此殆因知覺纖維有多數吻合枝之故

轉歸及預後 損傷部愈大且愈在上方者危險亦愈甚然在腦神經分出部以下之頸椎骨折(即第四頸椎以下)預後常佳其因溢血或折片所起之壓迫麻痺者漸消散即過高度之折片轉位脊髓亦能漸習慣其壓迫而恢復其機能然有震盪症及慢性脊髓炎者則漸衰弱致死凡損傷後立死者為腦及脊髓重要部合併損害之故其死於傷

後數日數週或數月者爲續發脊髓炎及膿毒症之故

診斷 甚難凡遇墜傷者身體不能移動而意識如常則當疑及本症檢查時切勿濫動體身致折片轉位故須剪除衣服視脊柱有無陷沒角狀屈曲側方轉位等變形在頸椎骨折可由咽內檢查之此外更精檢其運動知覺腫孔呼吸脈搏腸膀胱及尿管等狀態起兩側麻痺及膀胱麻痺者爲脊椎骨折及脊髓損害之確診損傷時不起麻痺後始發現者爲脊椎管內溢血增加壓迫於脊髓部所致X光線透照法對於診斷本症頗爲重要

療法 以勿濫動身體爲第一義將頭部脊柱及背部保持於軟褥上使之安臥臀下墊以軟枕實行麻酔強力伸展脊柱並整復其折片外加石膏綑帶然無脊髓損害者寧避上述之暴力伸展法而代以持續的重錘伸展法如頸椎骨折可用 *Clison* 氏係蹄牽引頭部及下頸初用 11 kg. 之重錘後漸增量一方利用患者體重使向反對側牽引胸椎骨折則用棉花圓枕插入患者背部或用 *Ruchlins* 氏浮動帶 *Ruchlinsche Schwabenschür* 持續數週可望治愈折片插入脊椎管內或畸形骨癒合時則露出骨折部除去骨片或鑿去其過剩骨質

第二節 脊柱之脫臼 *Luxationen der Wirbelsäule*

爲脊椎關節面完全或不全轉脫之症上方脊椎之下關節突後緣越過下方脊椎之上關節突前緣而前方轉脫者爲全脫臼上方脊椎之下關節突後緣緊接於下方脊椎之上關節突前緣者爲不全脫臼此外尚有偏側脫臼及兩側脫臼若外力不強上下二關節面雖一時離開或起椎間韌帶及關節韌帶之裂傷而脊椎仍即恢復原位者爲關節

離開或捻挫 *Distorsion, Distorsion* 本症極少就中以頸椎最多胸椎及腰椎最少常併發骨折

原因 因外力而使脊椎運動超過生理範圍時即發本症其因脊柱捻轉而起者多為偏側脫臼其因牽引或屈曲而起者多為兩側脫臼至因筋收縮而起之脫臼必係骨及韌帶既起變性而失却抵抗力時

又由發生之狀況而別為三種即屈曲脫臼伸展脫臼及外收脫臼是也然因過度背面屈曲所起之脫臼常兼椎弓及棘突之骨折

前方屈曲脫臼 *die Beugungsluxation nach vorne* 起於脊柱之強暴屈曲且兼椎間韌帶及弓間

韌帶之斷裂者為脊柱脫臼中最多之症往往併發椎體之皮質斷裂及關節面骨折當脊柱過度屈曲時上方脊椎向前移轉關節突互相離開次以向後屈曲兩側之上方關節突轉脫於下方關節突之前方而為鉤狀嵌合遂成兩側前方之全脫臼

外輪脫臼或迴轉脫臼 *die Abduktions-Luxation oder Rotationluxation* 由脊椎之過度外輪或迴轉而

起主發於頸椎亦以前方脫臼為多例如頭向右肩胛接近則左關節突之關節面互相遠離此時若更以外力使其向右迴轉則左側脊椎之下關節突脫轉於下方脊椎關節突之前方而成左側外輪脫臼右側關節突亦失其尋常之連接即上方脊椎之上關節突稍向後上方轉位故嚴格言之此種偏筋脫臼寧可稱之為兩側反對脫臼 *die Blasse*

Halbseitigen Luxation 也

脊椎脫臼除關節突骨折外亦往往兼有其他之損害如前方屈曲脫臼則來椎間韌帶及黃韌帶之斷裂脊椎迴

面及後面之冰裂骨折如外輪脫臼則來脫臼對側之關節突骨折但疏大之前縱韌帶常不受害春髓損害與骨折何

症候及診斷 亦有局部症候及神經症候肩部症候與骨折相似所異者即春柱不呈著明之駝背而有異常下轉外輪及輕度屈曲脫臼春椎之棘突向前方或側方轉位陷沒而不可觸知神經症候軟骨折為輕

經過及預後 單純脫臼其預後較骨折為佳此因定之春髓神經雖因壓迫或牽引而麻痺然整復後可自然消散也

療法 早行整復術但此時不可壓迫春髓整復之法即伸展春椎壓迫之使復原位無效者則切開脫臼部再行整復之

春柱脫臼又因部位而異其症候及療法故述其梗概於後

1. 頭脫臼 *die Luxation des Kopfes* 生體上極少見蓋後頭骨寰椎間之關節韌帶抵抗方極強故也

2. 寰椎脫臼 *die Luxation des Atlas* 常兼樞椎齒突骨折及固定該突之橫韌帶斷裂多為前方屈曲脫臼當頭強度屈曲時齒突被壓向後方致附着之韌帶斷裂乃發本症此時患者頭向前方屈曲至於外輪或迴轉脫臼每見於一側右側脫臼者頭向左側迴轉左側脫臼者頭向右側迴轉又屈曲脫臼常兼春髓重篤損害而致命一側之迴脫臼則不見之此時可牽引其頭且向脫臼側迴轉藉行整復

3. 第二至第七頸椎脫臼 *die Luxation des 2. 7 Halswirbels* 多為前方屈曲脫臼以第十四頸椎為多因頭過度屈曲致椎間韌帶及黃韌帶斷裂上方脊椎之關節突脫轉於下方關節突之前方所發症候與頸椎橫骨折類似頭向前方屈曲顛接近胸骨患者為避免疼痛類以兩手支持之頸椎輕度屈曲脫臼部以上之棘突殆難觸知項筋掣縮隆起膝下困難時或於咽粘膜下能觸知凸隆之脊椎此種脫臼脊椎每受高度壓迫尤以第三及第四頸椎為然其療法使患者頭向左側傾斜而高舉他側關節突再使頭由前向後迴轉俟右側整復後再令患者頭向右側傾斜由前向後迴轉於是左側脫臼即被整復

4. 胸椎脫臼 *die Luxation des Brustwirbels* 單觸脫臼甚少有之惟見於第十二胸椎亦為前方屈曲脫臼此時脫臼之胸椎及其棘突陷沒脊柱屈曲脫臼部直上方之棘突突出整復術即牽引脊柱上下兩方在凸隆之脊柱上直接加之壓力

以刺劍鎗創為最多極小刺創即能癒合唯創口稍大創緣著明挫滅者須以沃仿棉紗於塞或開大其創口至於由前方射來之鎗劍彈子每嵌留於椎體內由後方或側方射來之鎗劍有時僅破碎棘突及椎弓而不穿通脊椎管然平常多為脊椎管穿孔且兼脊椎損傷者高度症者髓著明挫滅

症候及經過 以脊椎損傷輕重及發炎症與否而不同在脊椎損傷之症候經過及豫後已詳於前

療法 對於鎗劍須開大創口嚴重消毒對於脊椎管穿通者消毒頗難只能可及的除去彈子若有分離之骨折片亦可除去外部充填沃仿棉紗再加防腐綳帶

第五節 脊柱之炎症性疾病 *entzündliche Krankheiten der Wirbelsäule* (脊

椎炎 *die Spondylitis*)

一、急性骨髓炎 *die akute Osteomyelitis der Wirbel*

甚少好犯於少年之腰椎病原菌由淋巴道或血行沉着於此遂發本病。瘧熱症之經過中往往繼發此病是名瘧熱症後脊椎炎 *die Posttyphöse Wirbelentzündung*

症候 急劇者全身障礙甚劇高熱尿含蛋白脈搏頻數間發黃疸頭痛嘔吐全身困乏徐緩者背部薦骨部發散性疼痛輕擊患病之棘突則發疼痛腫脹運動制限終呈軟部蜂窩織炎症候

診斷 初期不易血液及尿檢查頗屬重要 X 光線亦可應用但不確實

豫後 不良

療法 依急性骨髓炎治療原則處理之

二、結核性脊椎炎 *Spondylitis tuberculosa*

多以椎髓之結核性骨膜炎或骨髓炎起始原發于椎間韌帶脊椎關節或關節突者甚少初期該部之脊神經領域內發生疼痛壓迫或運動局部亦然病機漸進脊柱硬直患部腫脹侵潤骨質破壞缺損椎間韌帶亦被毀滅脊柱角狀彎曲名曰結核性後彎 *die tuberkulöse Kyphose* 以三至十歲小兒為最多十五歲以下者較少男多於女好犯

於胸椎腰椎次之頸椎最少經過緩慢有迅速破壞椎體之大部者亦有互數年病竈包裹而不呈駝背者更有一方向外穿破一方向椎韌帶及他骨蔓延者椎骨破壞愈大駝背亦愈著明此處後彎他處必起代償的前彎例如胸部後彎頸部及腰部則起前彎病灶溶解軟化膿因自己之重力經筋膜或髓膜之隙隙向下方流注至一定部而蓄積多量膿汁成爲寒性下垂膿瘍 *die kalte Senkungabscess* 如因上方頸椎結核則起咽後膿腫或食管後膿腫 *Repharyngealabscess* *od.* *Retrooesophagusabscess* 從其大小而來呼吸及嚥下障礙甚或于斜方筋前方或鎖骨上窩部向外破開上方胸椎結核則膿下垂於後縱隔膜內積發縱隔膜炎下方胸椎及上方腰椎結核膿沿腰筋膜至鼠蹊韌帶經股環而達於股前內側是即腰筋膿腫 *der Parathace* 此時腰筋亦稍化膿大腿取屈曲位易與股關節炎誤診又有膿汁蓄積於鼠蹊韌帶之上方或穿破陰囊者亦有經大坐骨截痕而現於臀部者若向直腸破開時則成結核性直腸瘻本症脊椎雖有高度屈曲而骨髓毫無壓迫症候但彎曲過速則不免起壓迫症候髓反射著明亢進上部胸椎之駝背肋骨向下傾斜胸廓扁長下部胸椎之駝背節骨上舉胸廓短共前後徑著明延長腰椎及薦骨之後彎骨盤入口直徑增加而出口之橫徑縮小

經過及豫後 經過緩慢但有脊柱尙未變形而即致死者豫後大體不良能施以適當治療或有治癒之望治癒後再發或起粟粒結核者有之

診斷 有駝背及下垂膿瘍者易診初期須精密檢查其特異症候患兒常保持脊柱於正直位置若向前稍屈必加兩手於腿以支身體若與股關節炎鑑別則可借助X光線

療法 有全身療法及局部療法全身療法如與以滋養物吸收新鮮空氣內服強壯劑等日光療法極有效力。光線療法亦佳局部療法之最要者為安靜患部及減除負擔體重二事矯正變形猶其次地對於下垂膿瘍可以穿刺排膿視患者年齡注射 5-10-20 gr. Jodoformglycerin 大抵二三週注射一回至手術療法即將患部露出行搔爬或行切除術

三、梅毒性脊椎炎 Spondylitis syphilitica

大抵發於第三期頸椎為多骨質一方破壞一方新生骨質若壓迫神經或脊髓則起運動及知覺障礙

症候 脊柱強直病椎棘突部皮膚腫脹夜間疼痛而沿頸叢放散脊柱後彎甚者呈腦膜炎症候

診斷 初期與結核或腫瘤甚難鑑別須行血清診斷或細菌檢查

預後 能早期診定且施適當治療者預後佳良

療法 驅梅毒法兼行矯形術

四、強直性脊椎關節炎 Spondylarthritis ankylopoetica

為中年期之脊椎強直症有二型一為由上而下及肩胛關節如常時或現運動及知覺神經之刺激症候脊椎後彎間或側彎一為由下而上各大關節亦皆強直無神經症候及後彎然二者實屬一症僅臨床症候稍有差異耳

症候 病機徐緩持續疼痛以精神感動及運動而加劇脊柱漸致變形行動坐臥皆感障礙治愈後每貽機能障

礙

療法 內服碘化鉀水楊酸鈉等藥亦有效此外爲練習體操溫浴按摩法等

五、畸形性脊椎炎 Spondylitis deformans

原因不明其異於前症者即好發於五十歲以上之老人多限局於一部以關節軟骨起始該軟骨在X光像上厚徑減小脊椎體上緣及下緣發生多數骨腫與鄰接椎骨癒合脊柱側彎或後彎

療法 如前

第六節 脊柱彎曲 Verkrümmungen des Wirbelsäule

初生兒之脊椎原爲正直至取坐位時則因負擔體重漸次稍向後方曲彎迨起立及步行之頃更因體重及筋肉牽引而來生理的曲彎至於病的曲彎亦不外負擔體重之結果而誘其發生者又爲脊柱之損害及疾病就中如炎症骨軟化發育異常及筋肉衰弱經因其彎曲之方向而別爲三種即後彎前彎側彎是也三者或單獨發生或互相合併

一、脊柱後彎 die Kyphose

乃脊柱屈曲彎縮其穹窿向後方者也又因原因及臨床而別爲二種一爲發育期之習慣性後彎二爲脊柱炎症及其他疾病所起之後彎此已述於前章茲僅言其前者

習慣性後彎 *die habituelle Kyphose* 常見於二三歲之佝僂病小兒又或發於十至十五歲筋肉薄弱之貧血性處女當此等兒童讀書寫字時屈曲其脊背久之遂來變形此外有因職業關係致椎體及椎間軟骨因壓迫萎縮而起變形者與年齡亦有關係如老年人骨及韌帶萎縮肌肉消耗易發本症

療法 習慣性症先除原因次行各種體操及矯形術職業性者則行改業

一、脊柱前彎 *die Lordose der Wirbelsäule*

為脊柱彎曲中之最少者其穹隆向前方以腰部為多由於骨盤傾斜脊柱起一種代償性作用例如兩側先天性股關節脫臼時見之患者腹部及臀部皆凸隆腰部陷沒高度症腰椎越薦骨基底面而轉移於其前下方進而沉沒於小骨盤內可以指由直腸內觸知之

療法 先除原因次行矯形

三、脊柱側彎 *die Skoliose der Wirbelsäule*

為脊柱向側面彎曲之症多發於胸部及腰部脊柱全附側彎者甚少且兼縱軸迴轉側彎愈甚迴轉亦愈大小女之發育期易於發生常為右側彎曲就其發生原因別為六種

1. 先天性側彎 *die angeborene Skoliose* 極少見

2. 佝僂病性側彎 *die rachitische Skoliose* 好發於 1—4 歲之小兒多為左全側彎兼有輕度後彎其原因

非僅由骨質軟弱韌帶椎間軟骨及筋肉抵抗力薄弱亦關於體重之異常負擔

外科學各論

3. 病的側彎 *die pathologische Skoliose* 為脊柱及胸廓疾病所起側彎之總稱其因椎骨及椎間韌帶炎症而起者殆皆兼有後彎但在結核性脊柱炎症勢僅及椎體之一側者則每呈純粹之側彎其他屬於此者尙有癩瘰性

側彎 *die distrielle Skoliose* 及歇斯脫里性側彎 *die hysterische Skoliose*

4. 外傷性側彎 *die traumatische Skoliose* 為脊柱骨折之畸形治癒者

5. 重力性側彎 *die statische Skoliose* 因兩下肢長短不同或其他機能障礙而起其主因為一足短縮或骨

盤傾斜在急性風濕症性筋膜炎及坐骨神經痛所起之一時性側彎係患者欲減輕疼痛側之神經緊張所致

6. 習慣性側彎 *die habituelle Skoliose* 為側彎中之最要最多者常見於 8—10 歲筋肉薄弱之處女以

骨盤傾斜為其主因骨盤之所以傾斜又因身體姿勢之不正如斜坐寫字或一側負重者其骨盤傾於一方脊柱為保持身體之平衡而求彎曲此時椎骨受壓力側厚徑減小遂成楔狀同時並向縱軸迴轉即椎體轉向凸側而椎弓側向凹側筋骨亦呈特異之變形即在脊柱凸側之肋骨強而後彎肋間增廣而在凹側者肋間狹小該側胸廓後方平坦前方則向前突出如此所成之胸廓其在凸側之半部各直徑皆縮小凹側半部則容積增大胸骨偏立脊柱側彎之反對側又因骨盤經久傾斜薦骨亦起變化而其傾斜方向恒與胸廓相反如在右側胸部側彎則骨盤之左斜徑延長

習慣性側彎之經過可分為三期患者雖取斜位而脊柱未呈著明畸形者為第一期肋骨變形胸骨偏於一方脊椎開始縱軸迴轉者為第二期肋骨前後隆起脊柱彎曲顯著雖施懸吊不能恢復其一部者為第三期第一期可以矯形而愈第二期尙能防止其增甚第三期則已無能離力矣

療法 以除去原因爲要習雙性側彎更宜注意預防如對於肌肉薄弱之兒童學校中須給以適當之坐椅坐時身體務宜正直注意營養及體育既發病者則施矯形術兼行滋養法

第七節 脊柱之腫瘤 Geschwulste der Wirbelsäule

惡性者多與良性尤以癌腫爲最多或由隣接臟腑蔓延而來或以轉移而繼發好犯胸椎腰椎之體部亦有侵及椎弓及棘突者脊柱後彎脊筋起壓迫性麻痺其彎曲多作弓狀亦有僅以神經痛爲其唯一症候待破壞甚大始犯脊髓而發一定障礙者次爲肉腫或原發於骨膜或由他處蔓延及轉移而來經過較癌腫迅速

療法 對症療法

第二章 脊髓之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Rückenmarks

第一節 脊髓之損害 Verletzungen des Rückenmarks

因損害脊髓全橫徑所起之症候已述於前茲僅言其餘者

一、脊髓震盪症 die Erschütterung des Rückenmarks

因墜落或重物落於脊椎部及火車出險時每來脊髓之強劇振以至於死此時或併發胸震盪症

外科學各論

症候 患者呈 *Shock* 狀症候輕者迅速恢復重者繼發慢性脊髓炎而現各種刺戟症候及一定之缺損症候即先起筋痛精神興奮或憂鬱五官過敏運動力缺乏記憶力減退知覺脫失或過敏等終致癱瘓及麻痺經過緩徐治癒者鮮多以慢性衰弱而死

療法 與腦震盪症同

二、脊髓壓迫症 *die Kompression des Rückenmarks*

係脊椎管內溢血所起之壓迫者而言此溢血名曰脊髓血腫 *Hämatomyelie* 常見於頸髓受傷初尙無著明症候後以溢血增加乃發二側麻痺單純性症於溢血吸收後即愈若起血行障礙不免壞死或形成空洞貽留永久之機能障礙其症候及療法參攷脊柱骨折施以適當之處置

三、脊髓之挫傷 *die Quetschung des Rückenmarks*

亦詳於脊柱骨折中有僅傷及一處者有數處同時受傷者傷後立起與受傷部相應之麻痺症候預後不良

四、脊髓之創傷 *die Wunden des Rückenmarks*

以刺創及槍創為最要刺創因爲刀劍等銳器由椎弓間刺入脊髓間或穿通骨質創口漏出腦脊髓液多發於頸髓因其輕重而發二側或偏側肌痺又或僅起切斷神經纖維之局部麻痺但本症常能速愈因神經離斷不多僅脊髓受一時壓迫故耳若上方之頸髓損傷或發化膿性脊髓膜炎時不免於死槍傷時脊髓或挫滅甚大或僅起壓迫症

第二節 脊髓及其被膜之腫瘤 Geschwulste des Rückenmarksand seiner

Häute

多屬結締織性腫瘤由蜘蛛膜發生起於軟膜者甚少脊髓內神經膠腫常合併肉腫此時脊髓非僅不增大且形成空洞而發脊髓空洞症之症候疼痛爲本症之主徵待脊髓被壓迫則起運動麻痺次現知覺麻痺自患側及於他側其他尙於反射機亢進痙攣筋強直等在第二胸神經之上方之脊髓受壓迫時則來瞳孔之變化

療法 良性腫瘤行脊柱穿開術摘出之

第三節 脊柱之手術 die Operation der Wirbelsäule

I. 椎分切除術 die Resektion der Wirbelbogen

即於棘突頂尖部縫切皮膚剝離棘突及椎弓之骨膜然後剪斷棘突根部向二側排開骨膜及筋肉更以圓鋸及骨剪切開脊椎管露出脊髓自正中線分開其上之脂肪組織撮舉該膜行縱切開拭去流出之腦脊髓液精密檢查待必要之處置畢事後乃縫合硬膜次及筋及筋膜終則縫合其皮膚而開放其上下二角以便排泄創液

II. 椎管之腰穿刺術 die Lumbalpunktion des Wirbelsaule

先令患者向左橫臥腰部強向前屈或命患者坐於手術臺上兩手下垂而向前方強屈其頭及軀幹消毒局部再

外科學各論

以腰椎穿為器於脊柱正中線之第三及第四腰椎間刺入之欲定此部位可於左右腸骨棘間引一虛線由其中央再向上接觸即得然在成人棘突間有強韌之韌帶故宜離正中線 2—3 cm 處刺入待針深入 4—6 cm 即至蜘蛛膜下腔

第三章 骨盤之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Beckens

第一節 骨盤之骨折 Frakturen der Beckenknochen

甚少間或發於強劇之直接暴力其因間接外力而起者更屬創見因其範圍別為二種

一、骨盤骨單獨骨折 die isolirten Frakturen der Beckenknochen

凡骨折限局於骨盤骨之一部者屬之

坐骨結節骨折之折片及骨膜均離斷者則折片可因下肢屈筋之牽引而向下方轉位

腸骨翼骨折之折片不致轉位而在橫骨折則上折片每被腹斜筋及腹橫筋牽引於上

腸骨椅骨折時該輪由臀筋向外由腹橫筋及腹斜筋向上牽引腸骨前上棘及前下棘骨折時其前之棘能因縫

匠肌及張股鞘肌而向下方轉位

臏臼骨折若股骨頭突入於小骨盤內時則名中心性股骨脫臼 Luxatio femoris centralis

二、骨盤骨複雜骨折 die multiplen Frakturen der Beckenknochen

又由其發生狀況而別爲四種

骨盤環骨折 *die Fraktur des Beckenrings* 因直接外力以矢狀方向由前向後將骨盤之直徑或斜徑壓縮而起此時不僅腸骨及恥骨地平枝發生骨折亦來坐骨上行枝骨折及薦腸關節離開薦骨向前上方轉位或兼薦翼骨折

骨盤骨復鉛直骨折 *der doppelte Vertikabruch der Beckenknochen* 由側方壓迫骨盤橫徑而起此時除恥骨縫及薦腸關節離開外一側之腸骨恥骨及坐骨均以鉛直方向而破折卵圓孔裂成二半

壓迫骨盤斜徑所起之骨折概與壓迫骨盤橫徑者同亦來薦腸關節離開或復鉛直骨折兼或發腸骨粉碎骨折墜落時衝突臀部則來卵圓孔及坐骨結節附近之恥骨及坐骨骨折間或起薦腸縫或恥骨縫之離開

症候及診斷 因骨折種類及合併症有無而異在複雜骨折常起於強劇之暴力故多合併震盪症此外患者因疼痛而力避骨盤及下肢之運動軟部亦損害欲檢其異常運動及彈軋音則以矢狀徑橫徑或斜徑方向壓迫其骨盤但不可用強力內診直腸及陰道亦屬診斷上之要件又膀胱直腸尿道陰道及血管之有無損害亦須詳細檢知之

療法 有骨折之疑者搬運時務宜注意單純之皮下骨折先整復其碎片然後保持於適當之位置即令患者仰臥伸展其股膝關節同時用寬廣之皮帶固定其骨盤對於複雜骨折則依一般法則處理之

第二節 骨盤骨脫臼 *die Luxation der Beckenknochen*

較骨折尤少有數種

一，恥骨縫斷裂或脫臼 *die Zerreissung oder Luxation der Schambeinfuge* 因墜落或打撲恥骨縫受強劇之衝突而起或見於骨盤狹小之婦人分娩時其特異症候為疼痛異常運動及步行困難等觸診該處有膨開之裂隙或兼尿道及膀胱之損害若有骨折者則折片互相重疊

二，薦腸關節斷裂或脫臼 *die Zerreissung oder Luxation der Articulatio Sacro-iliaca* 常兼骨盤環及骨盤鉛直骨折以橫徑矢狀徑或斜徑之方向強力壓迫骨盤所致若直接壓迫薦骨亦能起該關節之單獨脫臼或發於一側或發於兩側其特異症候為疼痛異常運動及骨轉位即在偏側脫臼則左右腸骨榦及腸骨前上棘異其位置如合併恥骨縫斷裂者則骨盤半側向上前方或後外方轉位患側之下肢縮短且外轉又本症之副損傷甚重

療法 先整復轉位之骨次使患者仰臥屈曲股膝用寬廣皮帶或絆創膏固定其骨盤必要時行骨縫合術

第三節 骨盤軟部之損害 *Verletzungen der Weichteile des Beckens*

骨盤軟部之挫傷常見於墜落時其臀部或薦骨部受衝突所致肥胖者每於皮下蜂窩織內巨大溢血又常合併坐骨神經之損害而來下肢運動力一時減弱或長貽坐骨神經痛

骨盤軟部之創傷多為刺創或鎗創能創及臀上下動脈則來強烈之出血

療法 生大血腫者行無腐穿刺術臀動脈出血則結紮之

第四節 骨盤骨及骨盤關節之炎症

Entzündungen der Beckenknochen und Beckengelenke

或屬原發性或繼發於鄰近器官之疾病或由膿毒敗血症及其他傳染病經過中轉移而來最多者為急性骨髓炎及結核而急性骨髓炎之潛伏性者每誤為結核

1. 骨盤骨急性骨髓炎 *Osteomyelitis acuta der Beckenknochen*

常見於年少者之腸骨有二型一為瀰漫性者腸骨全部形成多數大小不等之膿灶旋互融合而成之膿腫向外或內破開二為限局性者常犯於較厚之骨部如髌臼附近腸骨嵴腸骨棘等處往往知四肢骨之起骨端離解而致骨盤骨分開

症候 與管狀骨同起病時忽然惡寒發熱局部疼痛腫脹瀰漫性症尤為危險有驟死者慢性骨髓炎之症候為骨肥厚及骨盤變形如慢性腸骨骨髓炎之侵及薦腸關節者則關節荒蕪薦翼發育不全患側骨盤狹窄腸骨內外面發生多數贅骨隨關節亦被侵襲而來骨性或纖維性關節強直或脫臼等

療法 急性症切開膿灶膿液排泄小腐骨片可以自然排出慢性症宜切開瘻管或爬除肉芽有大腐骨者鑿去之

二、骨盤骨及骨盤關節之結核 *die Tuberkulose der Beckenknochen und Beckengelenke*

外科學各論

骨盤骨之結核性骨瘍多見於腸骨脛腹臼後部及薦腸縫近部或爲原發性或繼發於薦關節及薦骨縫結核之後有時成大膿腫而向大腿蔓延或穿破於膀胱直腸及陰道內

骨盤關節結核實爲常見之病就中尤以薦腸關節結核爲最要初期症候潛伏不著僅於罹病關節部或腸骨前上棘股前後面及臀部有徐徐增進之疼痛經過極緩疼痛漸烈則來步行障礙及其固有之病徵即炎症存於薦骨後面時則沿關節線呈泥狀腫脹臀筋瘦削腫脹益著形成膿腫若炎症在薦骨前面者則由直腸或陰道內可觸知其腫脹部

恥骨縫結核常見於中年及老年之婦人其特異症候爲局部疼痛發現較早次於縫之上方或下方形成膿腫破開後胎留遊管

療法 對於骨盤骨骨瘍切開局部施行搔爬病灶存於骨盤內面者須先鑿開骨盤或切除尾骨及薦骨之一部在骨盤關節結核宜注意其有無流注膿腫有之則廣大切開並行搔爬或穿刺後注入 10% Jodolformglycerin

第五節 骨盤軟部之炎症 *Entzündungen der Beckenweichteile*

或爲骨盤本身之疾病或由遠隔部位之膿流注於此所謂腰筋膿瘍 *Der Psoasabscess* 者大多爲胸椎及腰椎結核之續發症此種續發性結核性腰筋炎之膿汁或蓄積於筋周圍結締織內或存留於筋間結締織內由鼠蹊部帶之上或下向外方破開又或穿通陰囊或經坐骨孔而向臀部流注更或破開於直腸及膀胱之內其向大腿流注者

常現於大腿之前側腰筋腱之內方或沿內轉筋而下垂於膝有以腸骨粘液囊為媒介而穿破於關節內者若膿汁依腸骨筋區域蔓延時則名為腸骨筋膿腫 *der Haccalabscess*

此等膿腫之破開部位雖有種種而腸骨筋膿腫其腫瘤多居於腸骨窩內面若向大腿前面破開時則其瘻孔位於縫匠筋之外緣或內緣而腰筋膿腫則在腰筋腱之內側至於腰筋膿腫於關節炎之鑑別即在腰筋袋膿關節絕無異常而脊柱則起後彎也

療法 凡來自腸腰筋部之流注性膿腫須沿其流注之道廣大切開達於病灶施行搔爬插入排導管同時或須鑿去腸骨之一部然在結核性症寧用無腐的穿刺術除去內容再注入 *Jodoformglycerin*

第六節 骨盤之腫瘤 *Geschwulste des Beckens*

以發於骨盤結締組織骨膜或骨髓之肉腫為最多常為富有血管之搏動性髓樣肉腫其他如軟骨腫及骨腫則較少。

骨盤肉腫發育迅速往往成巨大之腫瘤致害骨盤內臟腑之官能如壓迫直腸則來頑固之便秘壓迫輸尿管則

起無尿症宜從速摘出否則須建設腸瘻或腎臟瘻

骨盤骨之包蟲囊腫預後不良須及早鑿去骨質

此外臀部腫瘤之常見者尚有粉瘤脂肪腫軟性纖維腫及神經纖維腫等可依普通法則摘出之

軍醫教育班學員班

三三

第五編 腹部外科 Chirurgie des Unterleibs

第一章 腹壁之損害及疾病 die Verletzungen und Krankheiten der Bauchdecken

第一節 腹壁之損害 Verletzungen der Bauchdecken

一、腹壁之皮下損害 subkutane Verletzungen der Bauchdecken

單純挫傷以直接之暴力而起皮下或筋鞘內溢血更因血液之重力向下方及後方蔓延又挫傷舉重或分娩時每來腹筋之斷裂就中尤以腹直筋爲最多此種斷裂亦見於破傷風熱性傳染病經過中患者發生劇痛斷裂部溢血若筋纖維全斷裂者可觸知其裂隙隙過大每起腹赫尼亞又筋膜因外傷而斷裂時則筋纖維由裂口脫出是即筋赫尼亞常見於腹直筋下腹之重症挫傷併發震蕩症者不少

療法 淺表挫傷行局部冰卷法或溫濕捲法有震盪症時注射強心劑欲促溢血之吸收則用按摩法筋或筋膜斷裂者可切開皮膚接合之有腹內臟腑損害症候時速行腹而加以適當之處置

二、腹壁之創傷 Wunden der Bauchdecken

有挫創裂創切創刺創等腹腔穿通與否實與預後有極大關係診斷時不可用消息子或指送入創內若有疑時可清拭創圍排開創口或更切開之以便檢查

療法 非穿通創防腐淋法筋斷裂者縫合之出血者行結紮法

第二節 腹壁之炎症 Entzündungen der Bauchdecken

或爲原發或由他處蔓延而來因發性炎症劇烈之時腸管有發一時性充血而發腸出血者然平常以續發性症爲最多如因胸廓脊柱結核之下垂性膿腫及腹內臟腑之化膿性炎症往往惹發腹膜炎而死又腸放腺菌病亦可蔓延於腹壁此時胃腸部臍部腰部先生境界不明之硬結繼乃侵及皮膚終則向外破開形成多數瘻管排出顆粒狀且帶糞臭之膿汁

第三節 腹壁之腫瘤 Geschwulste der Bauchdecken

腫瘤之生於腹壁者較少或由皮膚內發生或生於筋腱組織中有癌腫纖維肉腫血管腫等但原發性癩腫極少概由胃腸癌與腹壁癒着後而續發至於腹壁之脂肪腫因其發生部位而別爲皮下脂肪腫筋內脂肪腫及漿液膜下脂肪腫三種皮下脂肪腫 das subkutane Lipom 每居於腹壁之側方徐徐增大數年後可成巨大之腫瘤筋內脂肪腫 das intramuskuläre Lipom 極爲少見漿液膜下或腹壁前脂肪腫 das subseröse oder präperitoneale Lipom 每由腹筋或白線之間隙內脫出與網膜赫尼亞酷似其鑑別點即赫尼亞以莖狀根絡連接於腹腔且能整復其內容大網膜之橫行結腸附着部有牽引性疼痛但發生於腹膜前脂肪組織中之脂肪腫每與網膜脫出難別且因其向外牽引腹膜常爲赫尼亞之原因

腹壁之單純纖維腫常見於 35—35 歲之女子大抵由產褥後腹壁之髓樣部及筋性部發生以腸管窩腸骨
瘤部及腹直筋鞘爲其好發部位往往成巨大腫瘤與腹膜癒着其生於腸骨窩部者易與子宮或卵巢腫瘤誤診

療法 脂肪腫纖維腫等摘出之其與腹膜癒着者則切去腹膜之一部

第二章 腹膜之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Peritoneum

第一節 腹膜之損害 Verletzungen des peritoneum

一、腹膜之皮下損害 subkutane V. des peritoneum

概因直接外力而發此時胃腸膀胱充滿或肝脾腫大者亦每蒙其損害若雖斷腸間膜則腸之一部陷於壞死他
如衝突膝蓋成骨盤之間接外力腹部因強烈震盪致起損害

症候 有二種一爲 shock 症候一爲臟腑損害症候最陰者爲膿質臟腑及腸間膜之出血與傳染性物質
竄入腹腔內當腹腔內出血時患者顏面起增進性蒼白脈搏頻數細小陷於失神或呈不安狀態腹壁緊張膨滿至於
臟腑之損害症候則因其種類而異詳見次章

診斷 腹部挫傷欲知內臟之損害與否及損害者爲何臟腑頗屬困難

療法 凡重篤之挫傷宜先與以大量阿片劑制止腸之蠕動俟診斷確實或有內出血及蔓延性腹膜炎之初兆
時則速行開腹術而加適當之處置

二、腹膜之創傷 Wunden des peritoneum

因刀劍彈子等之刺射有僅穿通腹壁而不傷及臟腑者有腹壁與臟腑同被穿通者但前者係屬破格之事

症候 以臟腑同時受傷之故呈內出血及腹膜炎症候

診斷 創口已癒合者須注意檢查其部位及方向若有可疑速行試驗的開腹術

療法 不兼臟腑損害者則單行開腹術以縫合之或先整復脫出之腸網膜若網膜挫滅已甚則結紮各部施行
切除呈蔓延性腹膜炎症候時則開放腹腔插入排導管今患者取腹位或側位使滲出物能十分排泄胃腸等臟腑及
大血管之穿通創亦須開腹處置之

第二節 腹膜之腫瘤 Geschwulste des peritoneum

原發性者極少多屬續發性有肉腫纖維脂肪腫等或自漿液膜發生或起於漿液膜下組織網膜間或發生經
過急劇之原發性肉腫續發性腫瘤中之最多者為肉腫及癌腫此時腹膜面生無數大小不等之結節即所謂汎發性
肉腫及癌腫是也

診斷 試驗的開腹術

療法 能摘出者開腹摘出之否則對症療法

第三節 腹腔之開放 die Eröffnung des Bauchhohle

1. 穿腹術 die punktion des Abdomens

令患者取坐位或臥位術者執穿刺針於臍及恥骨縫合之間或左腸骨前上棘與臍之中央刺入腹腔內液體即自然流出但若液體流出過急腹內壓力頓減臟腑驟起強度充血遂來腦貧血故術前必用布帶纏絡腹部徐徐牽引其二端或用手掌徐徐壓迫腹部又腹水不宜排泄淨盡術後取出穿刺針外加無腐細帶

11. 開腹術 Laparotomie

手術之先須行胃洗滌法並排泄其尿管室之溫度應在 30—35 度之間腹部塗布碘酒滑白線切開腹壁之皮膚及筋膜切開線之長短須視病症而異其須切開臍之上下方者則繞臍之左側切開之次分開筋膜腹筋橫腹筋膜及腹膜前脂肪組織而至腹膜此時先嚴密止血再用有鉤鉗撥舉腹膜之一部行小切開送入示指開大腹膜創口探求手術部分用壓抵巾隔離其周圍同時防腸之脫出壓抵巾以溫濕且附有標誌者為宜欲切斷組織須先行二重結紮凡斷裂之血管皆須結紮或用周圍括約法手術既畢先縫腹膜次及筋與筋膜終縫皮膚外加防腐細帶

第三章 肝及膽道之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten der Leber und

Gallenwege

第一節 肝及膽道之損害 Verletzungen der Leber und Gallenwege

外科學各論

一、肝之損害 Verletzungen der Leber

有皮下損害及開放損害原因不外強劇之外力或僅使其被膜斷裂或毀傷肝實質之一部極重者常兼他臟腑之損害

症候 皮下外傷常無特異症候即肝組織著明挫滅者其症候亦無一定惟最宜注意者爲內出血出血過多則因血液蓄積於右腹部及右腸骨窩部打診上皆呈濁音肝臟部疼痛或向右肩胛部放散更因吸收滲出於腹腔內之胆汁患者常於二三日後發現黃疸至開放損害之症候亦爲出血在深廣創傷患者立死又胆汁內含有細菌時則因其滲出而起傳染性腹膜炎者有之

診斷 開放創傷可由外部視知之否則行試驗的開腹術

預後 速加救法者得免於死惟挫滅廣大且兼大血管破裂者大抵即死

療法 早期開腹止血肝組織極脆弱故必將縫合絲深廣穿通被膜及組織而行結節縫合

1) 膽道之損害 Verletzungen der Gallenwege

與肝損害併發或於墜落時將擴張如水腫之膽囊單獨發生裂傷

症候 與肝裂傷同患者虛脫右季肋部疼痛及嘔吐其疼痛向右肩胛部放散三四日後發生黃疸胆汁溢出過多則右腹部膨滿

療法 開腹後二列縫合創口縫合線不可穿通粘膜或以網膜被覆於膽囊缺損部挫滅甚烈者行膽囊剝出術

若合膽囊管之損害則結紮後取出膽囊輸膽管及肝管之損害甚難可試行栓塞法高度症常與重篤肝損害合併無救治之望

第二節 肝及膽道之炎症 Entzündungen der Leber und Gallenwege

1, 化膿性肝臟炎 die eitrige Leberentzündung Hepatitis purulenta

病原菌由血行或淋巴行經門脈領域而達於肝臟遂發本症例如門脈炎胃潰瘍盲腸及直腸周圍膿腫潰瘍等常續發本症他如傳染性膽囊炎或胆管炎化膿菌經肝管而入於肝臟發生膿腫所謂熱帶性肝臟膿腫 die tropische Leberabscess 者常見於旅居熱帶歐人殆因多食肉類或酒精易罹胃腸病之故熱帶 Malaria 亦為本病

之原因

症候 肝臟部疼痛其疼痛沿膈神經及第四頸神經路而放散於右肩胛部肝臟肥大有腰痛黃疸患者消化不良漸見羸瘦體溫昇騰為稽留性(熱帶性症為間歇性)待膿腫與腹壁癒着則局部呈浮腫性腫脹或有波動
診斷 據其原因及症候可診定之始則肝臟隨呼吸而移動待與腹壁癒着則不復動欲確定其為單發性抑多發性須待手術之後

經過及預後 經過有甚急者有痊愈數月之久者多發性者預後最惡單發性者可因手術而愈

療法 不待其與腹壁癒着或穿破腸胃時即行手術時先行試驗穿刺然後施肝臟切開術對於表在性膿腫

則切開腹壁或切去肋骨及肋軟骨露出患部後以沃仿棉紗墊塞腹創待肝與腹壁腹膜癒着之後切開膿腫裝入非導管膿腫稍在深部者可用烙白金燒斷肝組織若膿腫既與腹壁癒着外部能觸知著明波動者則直接切開之可矣

11. 膽管炎 die Entzündung der Gallengänge, die Cholangitis

分卡他性膽管炎及傳染性膽管炎二種卡他性膽管炎 Cholangitis catarrhalis 之最輕者常續發於胃腸疾病所謂卡他性黃疸是也本症因十二指腸乳頭腫脹膽汁鬱滯而發可用內科療法治愈稍重者多與胆石症併發由傳染毒性微弱之細菌而起患者有發作性肝臟腫脹及右季肋部疼痛間發一時性黃疸及輕熱傳染性膽管炎 Cholangitis infectiosa 爲毒強大之細菌傳染輸膽管內往往存有胆石臨床上症候與膿毒症相似惡寒高熱肝臟腫脹鈍痛且發痙攣及黃疸患者不免死亡從來所謂隱發性敗血膿毒症 die kryptogenetische Sepsispyaemie 者殆爲腐敗性膽管炎之結果

療法 傳染性迅速開胆管行排導法然病勢既蔓延進行時不奏效方

III. 胆囊炎 die Entzündung der Gallenblase die Cholecystitis

亦分爲卡他性及化膿性胆囊炎二種皆因細菌傳染而發且多合併胆石卡他性者胆囊壁肥厚漿液膜及粘膜輕微充血經過既久囊壁著明肥厚與鄰接臟腑癒着化膿性症囊壁肥厚之外且處處發生潰瘍粘膜面有膿性被膜胆囊管亦著明肥厚胆囊內蓄積粘性液膿性或純膿性分泌物囊壁極擴大者名曰胆囊水腫或胆囊萎縮 II. Idiops der Gallenblase oder Empiem der Gallenblase 但此多因胆石閉塞胆囊管或膽囊頸而發

症候 膽囊部疼痛或如痲痛樣向背部肩胛及下腹部放散炎症蔓延於膽囊管則肝腫脹發生黃疸卡他性者無熱化膿性者反是膽囊部有壓痛

診斷 膽囊炎之疼痛常與胃痛誤診但膽囊部有壓痛乃其特異處且胃痛限局於上腹部而本症之痲痛則向各方放散此外膽囊擴大呈圓形或長圓形之腫瘤由外面可觸知之而合併膽石否則難於診定

療法 卡他性症用內科療法膽囊水腫及蓄膿則行膽囊切開術或膽囊摘出術

第二節 肝及膽道之腫瘤 Geschwulste der Leber und der Gallenwege

1. 肝之腫瘤 Geschwulste der Leber

先別爲實質性及囊胞性二種前者極少癌腫肉腫血管腫纖維腫囊胞性腺腫屬之癌腫及肉腫常屬轉移性外科療法鮮克奏效惟對於肝臟邊緣之腫瘤且具莖者手術亦能奏效囊胞性腫瘤以包蟲囊腫爲最多最要其囊胞徐徐增大至一定程度乃發特異症候而於肝臟部能認知具有波動之軟性膿瘤在未與腹壁黏着時腫瘤隨腸之呼吸運動而昇降試以一手貼於腫瘤之一側他手輕擊腫瘤則感有一種震顫運動所謂囊胞震顫 *Hidradenschwitten* 是也患者或現黃疸腫瘤增大則肝臟部起壓重感及呼吸障礙壓迫胃腸則起消化障礙腫瘤更大肝組織毀滅而健康部分則起代償性肥大癌胞一旦破裂內容入於腹腔則因毒素之吸收有時起重篤之虛脫症候或發生多數之囊胞其他穿孔於胃腸及胸腔內者有之

療法 其未與腹壁癒着者先切開腫瘤部腹壁而露出之固定肝臟於腹壁創內經 6-12 日俟其癒着然後用刀或燒灼器開放囊壁插入排導管經過數週囊壁脫落創內發生肉芽越數月而全治至與腹壁已癒着之腫瘤可直接切開之並插入排導管

II. 膽道之腫瘤 Geschwulste der Gallenwege

以膽囊癌腫為最多常見於婦人或為原發或續發於肝癌之後其原發性症囊膽內常存膽石可知其發生原因為膽石之刺激

療法 限局性者由手術或有治愈之望既犯肝臟或較大胆管者手術無效患者雖發高度黃疸而尚堪施術時則設膽囊 或行膽囊吻合術

第四節 肝臟之形狀及位置變常 die Form und Lageveränderungen der Leber

I. 一部肝臟下垂症 die Partielle Hepatopose (絞榨肝 die Schmelzer)

係肝臟因強劇壓迫而變形其一部增大成為舌狀之腫瘤能稍移動或且下垂至腸骨椅常見於歐美之婦人且以右側葉為多

症候 有毫無痛苦者有於肝臟部起壓迫感及牽引樣疼痛者其疼痛向肩胛部或薦骨部放散

療法 行肝臟固定術 die Hepatofixation 即平行右肋骨弓切開腹壁露出肝葉向上方壓抵再用數個縫合

固定之於體壁腹膜及腹壁之深層

二、全部肝臟下垂症 *die totale Hepatoptose* (遊走肝 *die Wanderher*)

或爲內臟下垂症之一分症或因胸腹部強力絞扼分曉後腹壁弛緩及外傷而起

症候 有壓重感及牽引性疼痛疼痛向各方散因運用體方面增劇此外便有胃腸障礙及各種神經症候

療法 輕症者用適當腹帶得除患者苦痛重症者須行肝臟固定術然爲內臟下垂症時無確實療法

第五節 胆石病 *die Cholelithiasis*

爲胆囊及胆管內形成結石之症頗屬常見者女多於男約四倍老年期約占 25% 發生原因據 *Nambya* 氏之說有二要件一爲胆道卡他二爲胆汁之鬱滯而胆汁之鬱滯亦爲卡他之誘因據 *三宅連氏*之說形成胆石除上述二者外異物亦爲重要因子病原多屬大腸菌次爲傷寒菌該菌由腸而入於胆道門脈傾域鬱血及全身營養障礙能本病之發生胆石成分

症候 因解剖變化而異其症候其差異與結石大小及多少似之少關係而與胆石存在之部位及併發胆道炎症之輕重則殊重要膽石尚存于胆囊內膽道尙未起炎症者毫無異狀或稍感違和一旦因膽囊收縮後大膽石偶被驅逐而存留於胆囊管內時則肝臟部起劇烈之疼痛即所謂胆石痛 *die Gallensteinkolik* 是也故胆石痛者似可目爲遊走胆石所起之機械的刺戟石若排出痛即鎮止然膽囊炎及膽管炎亦爲發生痛痛之主要原因綠炎

性滲出物蓄積於膽囊內則因其壓力將結石驅入於胆囊管同時膽囊緊張乃發痙痛此種疼痛有毫無前驅症而急劇發作者然平常多先發惡心胃部脹重及寒冷感發作時上腹部或有痙攣狀絞扼狀之疼痛且向肩胛部薦骨部或下腹部放散持續二三分間至數時間間或連日又有於發作時伴有惡寒戰慄高熱者本症經過中發嘔吐者不少有時或能觸知肝及膽囊之腫大黃疸非為必發之症且現於發作後數時間係胆石閉塞輸膽管或炎症蔓延輸膽管 膜腫脹膽汁鬱滯所致又膽囊炎經久不愈患者覺膽囊部有不快之灼熱感且有腰痛肝臟腫脹消化不良若胆石長留於膽道內則因膽汁鬱積膽囊擴大如腫瘤能自外面觸知之所謂膽囊水腫或蓄膿是也

診斷 按上述症候不難診斷惟與胃病、腎痙痛及鉛毒痙痛易誤但在本症膽囊部有腰痛疾痛向肩背放散足資鑑別至欲明其單純膽囊炎抑係含有胆石則屬至難之事X光像頗足為診斷本病之助

預後 一般良好但有起合併症而危及生命之虞故須注意

療法 發作時與以麻醉劑次行手術療法如膽囊切開術膽囊造設術膽囊管切開術膽囊摘出術輸膽管切開術及膽道胃腸管吻合術等惟對於老人脂肪肥滿者動脈硬化糖尿病及心肺疾病者宜用內科療法

第六節 胆道之手術 die Operationen der Gallenwege

一、胆囊切開術 die Cholecystomie

沿右腹直筋外緣縱開腹壁或自劍突部下方沿右季肋下緣斜行切開又或沿白線行縱切開達於腹腔舉起肝

膽若胆囊極度膨漲者則先穿刺泄其內容再由其基部切開囊壁插入麥粒鉗取出結石將囊壁二度縫合然後閉鎖腹壁

一，胆囊瘻建設術 *die Cholecystostomie*

最適用者為切開囊壁後插入 *N. Jones' Kanüle* 將囊壁密縫於 *Katheter* 之周圍而使縫合線與 *Katheter* 同出於腹腔周圍塞沃仿棉紗使胆汁不絕向外流出且無傳染之弊然後閉鎖腹壁俟炎症消退再藉露出之縫合線牽出胆囊除去 *Katheter* 而閉鎖其囊壁

二，胆囊管切開術 *die Cholecystikotomie*

先剝離膽囊管次沿管軸行縱切開除去結石二度縫合創口周圍塞沃仿棉紗

四，膽囊摘出術 *die Cholecystektomie*

切開膈壁後先檢胆囊與周圍有癒着否有之則行剝離次由胆囊基部離斷肝臟緣之漿液膜下結締織漸至深部而至胆囊頸及胆囊管管之上緣有胆囊動脈分離結紮之密接胆囊管開口部行二重結紮於二結紮間切斷胆囊燒灼切斷端之粘膜再將漿液膜瓣行埋沒縫合肝臟剝離面之漿液膜瓣同時縫合之檢囊沃仿棉紗越 8-10 日而愈

五，輸膽管切開術 *die Choledochotomie*

常用者為十二指腸上輸膽管切開術 *Choledochotomie supra duodenalis* 大抵先須摘出胆囊再由其斷端切

開輸胆管拭去流出之胆汁除去結石如尚有結石潛藏之疑時可通入長消息子普通白胆管開口部向下能通過消息子遂 *elim* 以上者爲管腔無障礙之徵然後縫合切開口或插入排導管充填沃仿棉紗

六、膽道胃腸管吻合術 *Anastomosenbildung zwischen den Gallenwegen und dem Magen—Darm*

Kanal

最適用者爲胆囊十二指腸吻合術 *Cholecystoduodenostomie* 先以絲線通過漿液膜及筋層縫合胆囊基部與腸壁次沿縫合線之兩側切開胆囊與十二指腸拭去內容再用腸線通過該臟器之全層接合兩創緣最後復以絲線縫合其餘部分

第四章 胰之損害及疾病 *Verletzungen und Krankheiten des Pankreas*

第一節 胰之損害 *Verletzungen des Pankreas*

常與其他臟器損害合併患者多死在腹壁之開放損害有發瘰臍脫出症者其療法將損傷部結紮後再行切除若脫出腹外而無損害及炎症者還納之否則結紮切除後再行整復

第二節 胰之炎症 *die Pankreatitis*

外科上以化膿性肺炎 *Pankreatitis purulenta* 爲最要或起於創傷之後或以淋巴行血行之細菌沉着又或細

直菌接由十二指腸經脾管而入此外續發於周圍組織之化膿或隣接器官之炎症者有之其因化膿而發壞疽性脾臟炎 *Pankreatitis gangraenosa*

症候 於健康人心窩部突然劇痛嘔吐腹部膨滿脫力且兼便秘者大抵屬於本症但易與中毒胃十二指腸炎膽石腹膜炎腸嵌頓等誤診經過急劇者每發胃障礙腹便黃疸皮膚青銅色等而死於膿毒敗血症稍緩慢者則於胃與結腸間之偏左方(或左腰部)能觸知其腫物膿汁向腹膜胃腸網膜囊內穿開或包裹於網膜囊內又或下垂於腹膜之後部

診斷 易與肝胃疾病誤診其特徵其為上腹部腫瘤增進性貧血及羸瘦腹便等且患本病者多屬酒客

療法 切開皮膚將胃向上牽引以鈍器分離網膜次將橫行結腸向下牽引露出十二指腸隣即在其後方直接切開膿灶消毒後向後方插入排管導如為巨大之腫瘤宜先將膿瘍壁與腹壁創縫合然後切開之

第三節 隣之腫瘤 *Geschwulste des Pankreas*

① 囊腫 *die Pankreaszyste*

多因胰液之吸收障礙而起從其發生原因而別為排泄管潴留囊腫腺小胞及小排泄管潴留囊腫腺組織發芽囊腫 *die Proliferationszyste* 及假性囊腫四者而以發芽囊腫為最少

症候 徐徐增大通常位於胃及橫行結腸之後方甚大者每破腹膜而入於腹腔內或向腎臟下方蔓延呈圓形

外科學各論

稍能動移之腫瘤其內容因原因而異或為鬱滯之膝液或為漿液及血液

診斷 手術前往往不能確診其足注意者即在胃後方膝腺部有腫瘤呈波動而無炎症症候

療法 先將囊腫與腹膜縫合再施切開插入排導管

● 11 脾臟癌腫 der Pankreasrebs

或為原發或續發於隣接器官之癌腫以 40-55 歲以上之酒客為多

症候及診斷 上腹部疼痛消化不良脂肪下痢嘔吐增進性羸瘦稍大腫瘤於腹腔深部能觸知之又往往與主

動脈之搏動相應起整調的升降初期有糖尿病至末期則消失

療法 對於脾尾癌腫胰管尚能保存者行摘出術其餘無效

第五章 脾之損害及疾病 *Verletzungen und Krankheiten der Milz*

第一節 脾之損害 *Verletzungen der Milz*

亦分為皮下損害及開放損害二種屬於前者為挫傷及裂傷健康脾臟非有極強之外力不致斷裂而有病變者雖有輕微外力即蒙損傷開放損害有切創刺創及鎗創等脾附近之腹壁穿通創往往併發本症或來脾臟之脫出即創口較小者亦可脫出其一部或全部橫膈之收縮脾實受其壓迫故也

症候 皮下橫裂傷之症候為內出血脾臟部疼痛腹筋緊張高度貧血口渴及嘔吐等開放損害因出血而立

死

診斷 單純挫傷診斷不易開放損害則因其部位及出血狀況而知之脾臟脫出症易診

療法 輕度挫傷患者安靜局部貼用冰袋若有裂傷或開放損傷時速行開腹加以縫合或摘出脾臟

第二節 脾之炎症 die Splentis

主要者爲化膿性脾炎 Splentis purulenta 發於外傷後急性傳染病經過中及膿毒敗血症所謂潛發性脾

臟腫脹 darrkporosenische Milzscres 者乃指不能証明其原因者而言慢性化膿多因放線菌病及結核而起

膿腫或爲限局性或爲蔓延性內含大小不等之脾實質小塊甚症全部膿潰成爲膿樣症帶赤灰色之泥狀物向腹腔胃腸破開症穿通膈而入於胸腔又或經腹壁胸 與外界交通若向腹膜後破開則腹下垂而入於直腸周圍結締

織或腔 內若膿汁被包裹於腹膜囊內形成限局性膿灶者謂之化膿性脾周圍炎 Perisplentis purulenta

診斷 左季肋部有限局性疼痛及炎症性症候脾臟肥大若該部皮膚浮腫或腫脹者則爲脾周圍膿腫之徵

療法 用注射器行試驗的穿刺術檢其有無膿汁既成膿腫行脾臟切開術但在未與胸壁或腹壁癒着者則與肝膿腫之處置同

第三節 遊走脾 die Wandermilz, Liemobilis

多屬後天性症常見於婦人或爲內臟下重症之一分或症起於數次分娩之後膈脾鬆弛及胃脾韌帶漸次延長

爲其主因其以外力作用致上術二韌帶斷裂者則突然發生本症高度轉位時脾臟可達於腸骨嵴部此時脾門向下旋轉而起血行障礙卒致萎縮或軟化

診斷 脾臟濁音部消失下腹部能濁知移動類似脾臟之腫瘤

療法 輕者用腹帶發胃牽引及腸壓迫症候者行脾摘出術至於脾固定術多屬無效遊走脾常甚肥大故也

第四節 脾臟之手術 *die Operation der Milz-脾摘出術 die Exstirpatione*

Milz, die Splenektomie

沿白線切開皮膚或更由臍部向左方加一橫切開次及腹膜露出脾臟用溫濕布將胃腸排壓於一側先以重複結紮剪斷膈脾韌帶胃韌帶及其中所有血管此時慎勿損傷脾被膜致來危險之實質性出血故遇該臟器與膈廣大癒著者手術便宜中止脾門部之動靜脈結紮務求確實然後取出脾臟閉鎖腹壁

第六章 胃之損害及疾病 *Verletzungen und Erkrankungen des Magens*

第一節 胃之畸形 *Misshilungen des Magens*

1. 幽門之先天性閉鎖或狹窄 *die angeborene Atresie od. Stenose des Pylorus*

初生兒不絕吐乳因筋質之肥大而起或與幽門環聯合併療法爲幽門成形術幽脾鈍的擴張法及胃腸瘻造設

術

二、砂漏胃 Sanduhrmagen

以後天性者爲多如因潰瘍或酸類腐蝕後之癍痕及惡性腫瘍之癒着性胃周圍炎等使胃腔間之交通狹縮思者苦痛宜用胃成形術胃切除術胃吻合術及胃腸瘻造設術

第二節 胃之損傷 Verletzungen des Magens

原因 多與肝脾膈腎橫膈膜及胸腔內臟器合併指傷亦分爲皮下及開放損傷二種皮下損傷因拳打蹄鐵汽車衝突驟過等暴力而使胃壁之一部或全層挫滅或斷裂其一部挫滅者異日往往仍以潰瘍而穿孔但胃之皮下損傷實較腸爲少蓋彼潛居于肋骨之後故也開放損傷多爲鎗傷及刺傷

症候及診斷 一爲 Shock 症候一爲因損傷之續發症候即因胃內容滯泄於腹腔嘔氣嘔吐腹部發痛及壓疼腹壁緊張等腹膜刺激症候甚或吐血若胃內容盡入腹腔時則不嘔吐又當胃空虛時雖有裂傷而因筋收縮成粘膜嵌塞創口亦不見胃內容之滯泄且因其與他臟器損傷合併故對於皮下損傷極難診定即穿通性創傷亦然僅能憑出入口之位置及創管之方向而推斷之在鎗傷胃創邊緣初猶閉鎖經數日創緣壞死乃發窄孔性腹膜炎者有之

療法 鎗傷及刺傷速行開腹術閉鎖胃創口(鎗傷常有二個創故不可忽視)並清潔其腹腔但傷後經過十二

小時以上多不能奏效既起腹膜炎時切開腹腔行排導法

第二節 胃內異物 Fremdkörper im Magen

原因 或故意或誤嚥異物經食道而達于胃種類不一常見者為菓核骨片紐扣針貨幣齒牙小刀肉斂小匙等常見於精神病及 *Psychische* 患者此外異物或以外傷而入或由齒門而至（如因胆囊或輸尿管穿孔於十二指腸上部胆石乃由齒門而入于胃）更或由胃內發生如嚥下人體或動物之毛髮久之形成巨大異物所謂毛髮胃石 *Trichobezoar* 者是

症候及經過 因異物之種類及大小而無小而無害之異物不起障礙有之亦甚輕微異物甚大且常留于胃內時則發壓迫疼痛嘔吐食慾不振等一旦吐出或排出各症頓去尋常多續發腸閉塞或穿孔性腹膜炎

診斷 巨大異物固着于胃之前壁者或可觸知之若異物小且既往症不明時診斷極難屬金可由 X 光線檢知之至毛髮胃石每與他類腫瘍誤診

療法 尖銳多角及不能通過腸管之異物行胃切開術摘出之倘係無害而能通過腸管者令多食可以包裹異物之食物如馬鈴薯白芋豆渣等而決不可與以下列

第四節 胃癌 das Magenkarzinom, Carcinoma ventriculi

原因 與胃潰瘍有密切關係又或得證明其遺傳性男多于女多發於四〇——六〇歲之間齒門及小彎乃其

好發部位

症候 分全身及局部二類。全身症狀即爲癌腫惡液質蓋胃之機能既受侵害全身營養自受影響患者皮膚及粘膜呈蒼白色食慾缺乏口渴便秘但至末期則下痢尿量減少比重增高衰弱愈甚則皮膚乾燥筋肉瘦削且起浮腫。局所症狀中之重要者則在腹壁菲薄之人於其中線之稍右側密接肝臟下緣或沿小彎向左側蔓延有表面凹凸不平而甚硬固之腫瘍壓迫之則發劇痛但不呈呼吸的移動此則異於肝脾之腫瘍胃液中缺乏遊離之鹽酸而能證明一種長桿乳酸菌 (Dosis-Oppler 氏桿菌) 胃部嚴重膨滿疼痛嘔吐吐物惡臭或混血液色如咖啡或墨汁若幽門狹窄者則胃蠕動亢進可自腹壁外認知之

診斷 須早期診定而甚難凡訴胃病者雖施各種內科的療法病 毫不輕減且反漸次增惡急遽羸瘦貧血不得不疑爲本症此時爲鑑別診斷之主要症候即遊離鹽酸之缺乏多量之乳酸鹽酸內容停滯蠕動亢進便中混有血液等 X 光線檢查法多能爲診斷本症之助

療法 胃切除法僅能奏效於初期之未蔓延轉移且未與他臟器癒着是大彎及小彎部之淋巴腺同時除去幽門癌腫行胃腸叢建設術噴門癌腫行胃腸叢建設術胃之全部毀棄者行空腸叢或十二指腸叢建設術

第五節 其他之胃病 Sonstige Erkrankungen des Magens

1. 胃潰瘍 Ulcus ventriculi

因胃出血血塞動脈硬變血管癱瘓等胃粘膜炎抵抗力減少遂受酸性胃液侵蝕而發女多於男好生於胃之後壁呈圓形或卵圓形之潰瘍底面平滑周圍浸潤硬固漸次侵蝕胃壁深層乃成穿孔淺在性者治愈後不留痕跡而深在性者則以結締組織痕痕而遺幽門狹窄 Pylorusstenose 或砂漏胃 Sanduhrmagen

療法 行胃腸重建設法使胃內容不起停滯藉以減除潰瘍面之刺激

II、胃擴張症 Dilatio ventriculi

以幽門部狹窄或胃筋質衰弱而起

療法 行胃腸胃建設術或鍛鑲形成術 die Gastroplation 法將胃之前後壁作成鍛鑲由線通過腹膜及

筋層沿胃之縱徑(自幽門向噴門)而縫合之

III、胃下垂症 Gastroptosis

爲內臟下垂症 Splanchnoptosis 之一分症患者有消化障礙及各種神經症狀或與胃擴張併發

療法 將胃壁縫着固定於腹壁腹膜(胃固定術 die Gastropexie)或行胃腸重建設術

IV、胃痙攣症 Gastrospasmus

有幽門痙攣及噴門痙攣 Pylorusasmus u. Cardiaspasmus 一種因潰瘍或精神感動而起

療法 幽門痙攣行胃腸重建設術噴門痙攣行胃腸重建設術

第六節 胃之手術 die Operation des Magens

一、胃切開術及胃縫合術 die Gastroomie und Gastrorrhaphie 或沿劍狀突起下之正中線或並行左側肋骨弓切開腹壁將大網膜稍向下方牽引易認知胃之下緣牽胃前壁出於腹創周圍塞入溫濕布於是切開胃壁再由二列縫合閉鎖之

二、胃成形術 die Gastroplastik 係沿胃狹窄部縱開胃壁再將切開創橫行縫合之法也其行於幽門者曰幽門成形術 die pyloroplastik

三、胃吻合術 die Gastroanastomose 即將胃狹窄部之兩側各作一切開孔而後互相縫着亦名胃胃瘻建設術 die Gastro-Gastrostomie 其行於胃及十二指腸間者曰胃十二指腸瘻建設術 die Gastroduodenostomie

四、胃瘻建設術 Gastrostomie 自劍狀突起下以一拇指橫徑之距離並行左側肋骨弓切開復壁長約 6 cm 將腹膜與皮膚緣連次縫合再撮舉胃前壁向腹創外牽出而以細絲線環狀縫合固定之此時縫合針不可穿通胃粘膜固定後切開胃壁長約 1 cm 插入橡皮管 (B-Tube) 其他尚有 Wittl, Kader, Frank u Kocher 諸法茲不詳述

五、胃切除術 die Gastrektomie

最常用者為幽門切除術 Resectio pylori 其術式大別為二種即 I Billroth 氏法及 II Billroth 氏法也前者係幽門切除後十二指腸斷端與胃斷端直接縫合之謂後者乃幽門切除後胃及十二指腸斷端各自縫合閉

鎖使成盲端再將胃及空腸吻合之謂

die I. Biliochole Methode. 自劍突至臍部沿白線切開腹壁先將大彎與橫行結腸間之大網膜沿幽門作數個二重結紮並離斷之次以同一方法剝離小彎部之小網膜(肝胃韌帶)但網膜離斷過大有使結腸壞死之虞待幽門完全遊離後牽胃出於腹腔之外下敷溫濕棉紗密閉腹腔創口切除幽門此時爲預防胃腸內容之漏泄故宜用二胃挾鉗 *Meser'sche* 緊挾幽門附近之胃壁剪斷其中央部除將胃斷端下部留一創孔外餘皆向內翻轉連次縫合閉鎖之更於其上再穿通漿膜及筋層作第二列縫合次以挾鉗緊挾十二指腸而離斷之然後將腸斷端及胃創口縫着其縫合法即用細絲連次縫合二者之粘膜緣次於外面縫合其漿液膜及筋層最後更將其附近之淋巴腺摘出終則縫合腹創

die II. Billroth'sche Methode 乃因胃之大部既被切除若將胃斷端與十二指腸縫合則緊張過甚縫合遂難期確實故不如將胃斷端全行閉鎖然後行結腸前胃小腸瘻建設術以圖胃腸之交通此即本法之所由來也

後療法 術後第一日完全禁止飲食物第二三日可行滋養灌腸又一二日後飲稀茶及少量葡萄酒不致爲害第四五日則與以流動食凡第八日以前決不能攝取固形物

六、胃小腸瘻建設術 *Gastroenterostomie*

係 1881 年 *Weccher* 氏所創即在胃小腸間設一交通之路也亦名胃空腸瘻建設術 *Gastro-jejunostomie*

適用於幽門痙攣之強度狹窄胃及十二指腸之潰瘍胃損傷胃下垂症及胃擴張等而尤以良性胃疾病著有良效因幽門之炎性腫脹狹窄可藉此而全消失也

術式 術前與以下劑使腸內容充分排泄手術前洗胃排除其內容使之完全空虛臨手術時用阿片瀉腸於是用全身麻醉(極虛弱者行局所麻醉)自劍突至臍窩沿白線將腹壁切開腹膜創緣與腹壁皆用腹膜鉗撮使其間不致有傳染體侵入於是搜求胃之變牽出空腸此時須將胃及橫行結腸向上推移尋得十二指腸空腸鑿鑿而舉其空腸與胃施行縫合

1. 前方結腸前胃小腸遊建設術 *Gastroenterostomy antecolica anterior* 亦為 *Wooller* 氏所創即將距離十二指腸空腸彎曲下方之空腸係蹄越過橫行結腸之前方沿胃大彎施行縫合者也法將大網膜橫行結腸舉上於臍窩部左彼方插入指至脊柱之側傍即得欲行縫合之空腸再將距此部約二〇 cm 之腸管向上下排壓其內容然後用鉗挾鉗固定之次將胃之前壁亦以鉗施行固定而還納其餘露出之腸胃腹壁創內插入濕性棉紗乃行胃腸吻合術吻合之長徑之約需 3-5 cm 縫合法亦為二列連次性

行此手術之缺點有三一因腸間膜過短壓迫結腸而起閉塞症二易發消化性潰瘍 *Ulcer Perlema* 三為胃內容往往不入於輸出脚而入於輸入脚致生所謂錯誤循環 *Circulus vitiosus* 故欲免此不得不將吻合部之下方四橫指處再將輸入脚與輸出脚再行一度吻合

2. 後方結腸後胃小腸遊建設術 *Gastroenterostomy retrocolica posterior* 為 *Hecker* 氏所創乃將空

腸之最上部在橫行結腸後方通過結腸間膜而與胃壁後下方縫合之法也術式將腹腔切開後左手提起大網膜及橫行結腸右手深入腹腔內沿脊柱之左側牽出空腸之最上部用腸夾鉗固定次以左手緊張橫行結腸間膜擇其無血管處用鈍器開口然後露出胃後壁再用鉗固定之次將二鉗橫向密接一處施行縫合再閉鎖膨開之結腸間膜於胃漿液膜上以免其他小腸入網膜囊內

七・幽門廢止術 Pylorusausschaltung

爲 Eiselschütz 氏所創所以防止腸之腐敗成分逆流於胃內之法也即將幽門切斷閉鎖其兩斷端然後施行胃腸重建設術

第七章 腸之疾病 Erkrankungen des Darms

第一節 腸閉塞症 Darmverschluss (Ileus)

原因・主因有二一爲腸筋質之機能障礙一因他故而妨腸內容之通過乃生本症因其發生原因別爲動力的及機械的腸閉塞症

一・動力的腸閉塞症 Der dynamische Darmverschluss
及分爲麻痺性症及攣攣性症二種

a. 麻痺性腸閉塞症 der paralytische Ileus 其原因有種種基於腹膜炎者曰腹膜炎性腸閉塞症 der

peritonisch aus 此因炎症蔓延於腸管之一部或全部障礙腸筋質之收縮機能而起麻痺者也於盲腸周圍炎及婦人骨盤腹膜炎往往發生局部的腸麻痺又腸間隙廣大手術後或嵌頓性赫尼至整復後腸管發生血行障礙時亦發本症其發於手術後者曰手術後腸閉塞症 der postoperative Ileus 他如因 Gas 之蓄積腸管過度擴張或細菌毒素之中毒亦皆為本症之原因

b 痙攣性腸閉塞症 der spasmodisches Ileus 甚少或見於 Hysterie 患者又或因異物寄生蟲結石之刺戟而發

症候及診斷 主要症候為膽汁糞樣物之嘔吐便通閉止鼓腸及腹痛就中尤以鼓腸為麻痺性腸閉塞之主要症候麻痺或限局於一部或蔓延於大部手術後之麻痺性閉塞症往往在二十四時間或四十八時間內達於高度因 Gas 之蓄積而吐腹著明膨滿打診上呈鼓音然在腹膜炎性腸閉塞症每因腹腔內含有滲出物而呈濁音至若痙攣性腸閉塞症既習見於 Hysterie 患者故除 Hysterie 症候外無特別症狀

II. 機械的腸閉塞症 der mechanische Darmverschluss

A 絞扼性腸閉塞症 der Strangulationsileus

乃腸管之一部受腸間膜之絞扼而斷絕其通路所致同時復因營養障礙而陷於壞死屬於此者略舉於次

1 腸間膜或網膜裂孔內腸嵌頓症 die Einklemmung des Darm in Luicken des Mesenterium

亦名內嵌頓症 Incarceratio interna 係腸間膜生一裂孔腸管竄入其間如赫尼亞然次因糞便之積滯而起嵌

頓

2 腸軸旋或捻轉 *die Achsendrehung od. volvulus des Darms* 分爲二型一爲腸軸之捻轉爲痙攣性腸閉塞之一症一爲腸間膜軸之捻轉通常因腸管一部偶成係蹄其兩脚腸間膜之附着部相重疊而致捻轉此捻轉一面因其他腸管之重力一面因腸內容之重力而固定於異常位置本症在大腸中之 S 狀彎曲部及回腸下部爲常見其原因殆由於該腸管或腸間膜先天性過長或因腸間膜之慢性炎症起癢痕收縮使腸係蹄之二脚接近遂起本症
 Payer 氏謂靜脈系統鬱血與本症有大關係云凡過長之腸間膜腸筋質弛緩者皆爲軸旋之素因由軸旋之結果生血行障礙有第二日即陷於壞死或腸穿孔者患者發吐蕪症及增進性虛脫其死因或爲腹膜炎或由心肺之麻痺

3 腸結節形成症 *die Knotenbildung des Darms* 有成於二個或數個小腸係蹄者有成於盲腸及小腸者有成於小腸及 S 狀腸彎曲者而以 S 狀結腸及回腸爲最多常與軸旋症併發腸間膜過長先起狀 S 結腸捻轉腸間膜成一環孔小腸係蹄進入其中因腸之蠕動環孔漸次緊縮遂成結節虫樣突起過長及 *Neckelche* *Die Fikela* 纏絡腸管亦爲形成結節之原因他如腹膜炎症性癒着生成索條而起腸閉塞者謂之索帶絞扼 *die Strangulation durch Baerler*

4 腸壘積症 *die Invagination des Darms* 即腸管之一部向內翻入者由上向下翻入時曰下行性腸壘積由下向上翻入時曰上行性腸壘積其壘積更有單性複性之分以回腸盲腸壘積症爲最多常見於一歲未滿之

小兒發生原因未明或由於炎症性機轉腸管之一部麻痺或弛緩而他部之腸管藉蠕動送入于麻痺部乃起本症但腸間膜之過長亦與有關腸管互相壅積因腸及腸間膜之牽引壓迫遂起閉塞及血行障礙持續愈久障礙愈甚本症之轉歸或漸自疏解而治愈曰自然整復 the spasmodic Rod Lion 或相對之漿液膜面互相蓋着而起腸狹窄或壞死其壞死部由塞門排出於是閉肛症狀忽然緩解或起腸壞死而發腐敗性腹膜炎遂以致命本病經過自數週至數月其間有至年餘者但以急性經過為多即患者因腸閉塞或穿孔而致命慢性症則漸以營養障礙為礙鬱滯衰弱而死

症時 絞扼性腸閉塞症因各原因而異其症候茲舉其共同症候即發病前或毫無症候或以消化障礙便秘腹膜刺戟症為前驅主要症候為便秘腹痛嘔吐鼓腸等便秘突然發生或尚非泄閉塞部下方之腸內容腹痛往往如痲痛樣發作因閉塞部上方之腸壁過度緊張及腸壁縮絞作用等所致嘔吐因腸壁及腹膜神經之反射作用然亦由於腸之逆行蠕動吐出物先為胃內容次為十二指腸及空腸內容混有膽汁再次則為糞便是曰吐糞症 *regurgitation* 鼓腸由於閉塞部上端之腸管因糞便及 *CO₂* 之鬱滯而起擴張肚腹膨大如鼓若閉塞部在腸下方者則更著明甚至壓抵膈而來呼吸及心動之障礙此時更因蠕動充連血液輸入及線分泌增多故腸因蓄積多量稀薄糞樣之內容尿量常減少或竟無尿體溫於初期有多少之昇騰脈搏頻數細小顏貌衰耗腸穿孔時則因汎發性腹膜炎致命即無腸穿孔者亦可因腸內之細菌或其毒素通過腸壁而至腹膜發腐敗性腹膜炎而死其雖穿孔僅發限局性炎症形成糞膿瘍者乃僅見之幸事也

經過 最急劇者一二日內忽陷於虛脫或腸穿孔死於汎發性腹膜炎時或取慢性經過綿延數週或數月亦有由嵌入股腸管壞死脫落而自然治愈者

診斷 閉塞症發生之初起局部的鼓腸是即所謂 *das Wahsche Zeichen* 十二指腸及空腸之絞扼其鼓腸僅限於一部吐物單含膽汁絞扼部愈在下方鼓腸亦愈甚而吐物亦益著明然在腸軸旋症初僅緊約之係蹄部呈鼓腸後因上部腸管亦因內容鬱滯起分解作用鼓腸遂漸次向上移行小腸閉塞症其經過常較大腸為速又以指遂入肛門或陰內精密檢查或送入腸消息子或壓入空氣或注入冷水亦可為診斷之一助至欲確知其原因臨床上甚為困難大抵小兒多屬腸蟲積二三十歲之男子多為憩室女子多為腹膜炎卵巢或子宮之疾病而起索帶絞扼又單純之大便滯積臃腫膽石等亦往往呈嵌頓症候但大便滯積者無鼓腸症候他如詳檢其有無赫尼亞猶不能診斷者速行開腹術

預後 若非立去其障礙則預後極不良患者多因穿孔後汎發性腹膜炎而死或因腸間膜靜脈栓塞或因虛脫或因高度鼓腸致心肺機能障礙而死其自然治愈者乃屬少見之例若起限局性包裹性囊腫時或可幸免於死凡在四十八小時內即行開腹者預後較良

療法 本症常以大量阿片內服或灌腸或用 *Anop. 0.0005-0.001* 皮下注射緩解腸之痙攣其他內服酒精冰片 *Col.* 油腹部施溫器法疼痛劇甚者皮下注射嗎啡下劑切勿濫用其由糞便積滯而起之嵌頓症則須投以下劑直腸內強力灌水法亦有良效他如胃洗滌法因其藉此可除去逆流胃內之物質緩解其鼓腸鬆其腹部故患

者自有輕快之感又有結腸軸旋或腸壅積之疑者則施高壓灌腸或送入空氣當得良效但此皆屬姑息療法欲其根治勢非開腹不可開腹愈早成績愈佳若鼓腸已達高度而患者呈衰脫時則開腹亦多無效術先施行洗滌廣開腹壁由胃及腸順次搜索其狀頓部其時並注意胃之後方腔蟲樣突起復膜囊及腸結腸間膜間腸膜之有無裂隙若既發見狀頓部則行適宜之處置如腸內滯積多量 (C₂) 或糞便者則用套管針或切開排去之狀頓部已陷於壞死者則行切除或先造人工肛門或糞便俟狀頓症治愈後再行閉鎖之如腸管非常膨大者往往不能搜得病灶故欲先去患者之苦痛亦不得不上法

B. 痙攣性腸閉塞症 Die Ostrationsleers

有因腸內部病變而起者有因腸外部病變而起者腸潰瘍治癒之癢痕收縮及硬結腫瘤異物腸石胆石糞塊使腸內腔完全壅塞者屬於第一種 卵巢子宮脾腎障大網膜腸間膜等腫瘤或膿腫之壓迫 腸管而致閉塞者屬於第二種

症候 與絞扼症同然其經過較為緩慢且發病前可徵知其原因之所在

診斷 因其經過緩慢足與絞扼症區別

預後 因原因而異若起於異物者預後佳良

療法 速行開腹術起於腫瘤者施腸切除術或吻合術必要時可先造人工肛門以濟一時之急由異物或胆石發生者行腸切開術

第二節 腸慢性狹窄 die chronische Darmstenose

原因 與壅塞性腸閉塞同或因腸管自身之狹窄或由外部之壓迫或牽引

症候 因部位而異十二指腸乳頭上方之狹窄與幽門狹窄同一症候乳頭下方之狹窄胆汁酸汁逆流於胃若

狹窄部適在乳頭則發黃疸而且發現糖尿空腸最上部狹窄時所發症候與乳頭下狹窄相似空腸之下部狹窄時腸內容往往經胃而吐出又症候中之最異者厥為腸勁直 Darmstauung 即一定之腸管發生強直同時起痙攣樣疼

痛經一二分間而消退反復發生腹內起一種嗚鳴緣狹窄部之內容發起逆流故也然在神經性腸蠕動亢進者亦往往有此症候狹窄之發於回盲部盲腸及上行結腸領域內者症候與小腸狹窄同大腸下部狹窄時僅有輕度之鼓腸及便秘時或因糞便鬱滯而起腸卡他

診斷 每因急劇之腸閉塞而開腹始能發見

預後 因原因而異起於癌腫或結核者較單純性癥瘕狹窄為不良

療法 手術療法

第三節 蟲樣突起炎 (盲腸周圍炎) die Appendicitis (die Perityphlitis)

原因 由病原菌傳染而起如腸內細菌直達該炎之內或由淋巴行血行轉移而來而以直達者最為多見在轉移性症常發於扁桃體炎鼻肺炎流行性感冒骨髓炎等經過中就中尤以扁桃體炎最有關係此以直接嚥下化膿

性物質或以血行之媒介而繼發蟲樣突起炎急性虫樣突起炎之細菌爲普通大腸菌及連鎖球菌間或爲葡萄球菌肺炎球菌惡性水腫菌但此等細菌往往混合傳染

蟲樣突起之所以易發炎症者實與解剖大有關係蟲樣突起之狹隘以管腔附於盲腸而開口位置又各不同粘膜存有富有濾胞之深凹窩皆爲炎症之素因一旦病原菌或糞便著積其中次以機械的障礙不復能排出於盲腸之內於是炎症作矣故凡腸病皆能促本症之發生其他或因異物及糞石而誘發罹病者以 10-30 歲爲多 40 歲後甚少男多於女

症候 因炎症之強弱合併症之如何而異 *Comendung* 氏分爲急性慢性二種急性症中更別爲急性單純性症及急性壞疽性症 *T. Minans* 氏則別爲限局性症滲出性症及合併瀰漫性腹膜炎性症三種

定型性急性性蟲樣突起炎初期胃部或臍部疼痛次及于迴盲部惡心嘔吐腹壁有壓痛體溫升高脈數增加時有全身暈和食欲不振舌苔吞酸痲痛樣刺痛輕度下痢或便秘等前驅症腹痛有自覺的他覺的二種即患者自覺痲痛樣疹痛施以他覺檢查患者皮膚痛覺過敏攪舉右腸骨窩部皮膚與左側比較則現過敏狀態由臍至腸骨前上棘設一假線於其二分一部有痛點所謂 *Mc. Burney'sche Punkt* 是也此痛點並非與蟲樣突起根部一致實係腹壁後方之淋巴腺觸云觸診腹壁則腹筋有反射性收縮是名筋性防禦 *defense musculaire* 炎症旺盛者收縮者明緩解時消散故可認爲一重要症候在重症或滲出性症往往取無熱經過而在佳良經過中又有忽然發熱至四十度且伴以惡寒者是爲化膿之徵本症體溫平常僅較常溫高一度倘體溫低而脈數多成交又線者殆後險症炎症侵及腹

膜則以劇痛發汗而虛脫輕度者數日即消退其有炎性滲出物者則稽留於右腸骨窩部形成腫瘤在盲腸周圍蜂窩織炎 Paratyphlitis 則滲出物存於腸骨前上棘之上後方多能漸次消退但若日益增大且發高熱者宜速切開排膿

又本症症候有現于下腹左側者是由炎症自右向左蔓延或藉血行淋巴行之轉移左側亦生滲出物之故凡蟲樣突起過長者往往左方先發症候慢性蟲突常見于小兒症候不著易與胃腸病或神經症誤診 Ewald 氏稱之爲假面性蟲突炎 Appendicitis larvata 有亦蟲突毫無變化而現炎症症候者是名假性蟲突炎 die Pseudopendicitis

急性蟲突炎合併症中之最要者爲限局性及汎發性腹膜炎腸閉塞腹膜炎有由於腸穿孔者有自血行或淋巴行轉移而來者但因炎症直接侵襲腹膜亦屬必然之事故人多稱蟲突炎爲盲腸周圍炎 die Paratyphlitis 炎症既蔓延於盲腸則來腸管炎症性肥厚浸潤旋與網膜癒着或與其他腸管癒着初於盲腸部周圍有境界明瞭含彈力性之腫瘤名曰盲腸周圍炎性膿腫 der peritiphliche Abscess 若起汎發性腹膜炎則患者常死於二三日之內腸閉塞或起於反射的腸麻痺或爲浮腫性浸潤之結果但至急性症候或減退或手術後則自然消失其由膿腫之壓迫或癒着者則非手術難去其障礙

經過 關於合併症之有無單純性者經數日數週諸症雖似消退而實際上治愈者極罕故每再發尤以一年後再發者最多再發次數愈多治愈希望愈少又妊娠中再發者特多

診斷 須可及的早期診斷其主徵爲肚腹之自發痛回盲部壓痛腹筋緊張惡心嘔吐體溫昇騰脈數增加等然亦有症狀不著而難確實診斷者又蟲突位置異常者當最初疼痛發作之頃每與腎石或胆石痲痛誤診甚且誤爲胃穿孔及卵巢炎他如消化不良急性腸卡他糞便滯積腸壘積中毒等皆易與此誤診觸診腹壁宜十分注意惟疼痛局限於蟲突周圍時則能確診該突起之過敏在骨盤內化膿者間發膀胱裏急後重尿道內疼痛故陰及肛門觸診與尿檢查亦不可忽盲腸周圍炎性腫瘤之呈波動者則爲膿腫無疑必要時可行試驗的穿刺術

預後 可疑與合併症之有無 相關如能早期發覺且在 2-4 小時內手術者常得救治小兒死亡數較大人爲多

療法 預防爲要凡有胃腸卡他及便秘者謹守衛生且施行適當療法既發病時速行手術蓋發病後 2-12 小時內手術可防合併症之發生然吾人遭遇此種機會實不易每於初期不能確診及能確診輒又逾期故亦有待急性炎症消退後再施手術之必要所謂中間期手術 *die Intervalloperation* 是也但既形成膿腫仍非及早切開不可中間期手術之時期雖無一定大抵在發作後二三週或二三月之後未婚女子中間期手術尤爲必要妊娠實有不良之影響故也

手術時腹壁切開法共有三種

1. 副腹直筋切法 *der Pararectuschnitt* 約當臍腸骨前上棘之中央稍上方腹直筋外緣向下內方切開皮膚再切開腹外斜筋腱膜則見腹直筋前鞘沿皮膚切開稍內側切開之露出筋纖維牽向一側乃切開後鞘及腹膜縫

合時可將腹膜橫筋膜及後鞘一次縫合次及前鞘腹外斜筋腱膜最後再縫合皮膚

2. 側面切法或斜切法 *der Flankenschnitt* od. *Sch. r. einschnitte* 自前上棘皮膚上方起始至腹直筋外方切開皮膚

3. 交換切法 *der Wechselschnitt* 距鼠蹊韌帶上方約三指橫徑處自腸骨前上棘之上內側向下內方並行時韌帶切開皮膚長約 7-10 cm 露出腹外斜筋依其方向切開之剝離其上下二緣再用絹絲與皮膚緣縫合此時露出於創底者即腹內斜筋于其腱樣部沿筋纖維方向切開之用鈍器分開創口於是將腹橫筋膜及腹膜依同一方法切開術後先縫腹膜次及深部筋層與腹外斜筋終乃縫合皮膚此法既依組織生理方向又無神經損傷故人多稱用之

腹壁既經切開送入手指於創內搜求虫突根部但不可濫加壓迫或牽引徐徐將其與盲腸共同牽出腹外然後塞入壓抵巾分離虫突間膜結紮該突根部再用 *P. coli* 氏鉗壓榨部再加一重結紮用刀或烙白金離斷二結紮間之虫突次將斷端埋沒於盲腸內並縫合剝離之突起間膜必要時用生理食鹽水清拭手術部然後還納于腹腔內

盲腸周圍炎性膿腫之接近腹壁者可由腸骨前上棘前方約一拇指橫徑處至恥骨結節前方一拇指橫徑處並行鼠蹊韌帶（或其上方約一指半橫徑）切開皮膚達於筋層以麥粒鉗進入深部即進出帶綠色惡臭之膿汁然後充填殺菌棉紗或裝入排導管而膿腫若在深部或不能確診時則須開腹視病灶之所在而加以適當處置

在中間期手術該突每與周圍癒着故須注意剝離不能剝離時則須結紮突起間膜於根部 *L. S. M.* 處環狀切

開漿液賦剝離翻轉之密接翻轉結集與突施行切除清拭後再縫合翻轉之漿液膜

第四節 腸之腫瘤 Gechwulste des Darms

最主要者厥爲癌腫常見於結腸及直腸小腸極少見就中以盲腸及S狀灣曲部爲尤多因囊地通過該部時受機械的刺戟特甚故也但初常爲腺腫後乃成癌故多屬圓柱細胞癌腫而膠樣癌腫時亦見之或限局於一部呈軟性之結節或蔓延於大部呈乳曠樣增殖腸管周圍起高度癌腫性浸潤管壁肥厚硬固與周圍黏着若癌性組織崩潰則起穿孔腹膜後淋巴腺早被浸襲此外尚有纖維腫及脂肪腫至於血管腫筋腫及肉腫則極少見肉腫常爲小圓形細胞肉腫好侵於30-40歲之男子腸管因以狹窄或反擴張腸茸腫每障礙腸通路或致阻塞但亦有離斷莖部而由肛門自然排出者

診斷 腫瘤著明增其則障礙腸之通路淺表者可由外面觸知之又惡性腫瘤每速誘發惡液質但盲腸部腫瘤每與慢性炎症誤診

療法 惡性腫瘤早行切除良性腫瘤之起狹窄症者亦施根治療法其不能切除者則用吻合術或腸曠置術重篤腸閉塞時可在狹窄部上方設人工肛門以濟急

第五章 腸之手術 die Operation des Darms

外科學各論

患者手術前之處置一如胃手術

1. 腸切開術 *die Eröffnung des Darms, die Enterotomie*

腸內嵌留異物不能由肛門排泄者行之亦用於急性腹膜炎及腸閉塞法將腸管牽出於腹壁創外以溫濕布閉塞腹腔牽出部周圍亦以棉紗被覆藉防污染於腸間膜附 部之對側縱切腸管再閉鎖之

11. 腸縫合術 *die Darmak. die Enterorrhaphie*

亦可及的牽出腸管即溫濕棉紗被蓋腹腔再以腸夾鉗壓閉腸管之兩端以防內容之溢出次則縫合其縱切創或橫切創縫合之法即名 *Lambarsche Naht* 先向內方翻轉其創緣後再縫合漿液膜縫合針應取纖細鈍圓者縫合線則用絹絲或腸線針由一側創緣刺入漿液膜及筋層再由粘膜下刺出至創緣乃復自他側創緣附近刺入通過漿液膜及筋層由粘膜下刺出如是作成一系列結節使漿液膜面互相密接創緣向內翻入但此恐仍未確確實故於上述縫合外應再加一系列縫合也又在特殊情形之下有行三列縫合者腸之小穿孔可用烟袋縫合而稍大之挫傷乃須沿腸管縱軸切開使成橫創而縫合之

111. 腸斷端閉鎖術 *der Endverschluss dess Darms.*

使腸斷端成爲盲端之法也即將腸斷端向內翻轉行連次縫合然後再加第二列縫合惟以括約縫合爲最良即先用腸壓挫鉗強力壓挫腸管於壓挫滯處施行結紮次使斷端陷沒腸內而括約縫合其周圍

四. 腸切除術 *Darmresektion*

別爲小腸切除術回盲部切除術及結腸切除術三種

小腸切除術

Duodenumresektion

沿正中線切開腹壁牽出小腸下敷棉紗同時密閉腹腔以防壞死

及脫出驅除牽出部之內容而固定其兩端離斷切除部之腸間膜嚴密止血斜行切除腸管然後環狀縫合之如兩斷端口徑不等者則將小管腔斜造一新創使與適合再將剝離之腸間膜縫合於創緣之上使無間隙又先閉鎖兩斷端次乃吻合其側面者名曰側方吻合術 *Saiten- oder Seitenanastomose* 時或一斷端成爲盲端再以側面與他斷端吻合者名曰端側吻合術 *End-zu-Seitenanastomose*

b. 回盲部切除術

Resektion ileocaecalis

於右腹直筋之外側切開腹壁先結紮回盲下部之腸間膜在距

該部 10 cm 該切斷回腸移其斷端縫着如橫行結腸之中央部再結紮盲腸腸間膜剝離盲腸與上行結腸之腹膜翻轉部更提舉盲腸結紮結腸間膜於是上行結腸完全遊離二種結紮且烙斷之將殘留之結腸斷端向內翻入施以數回之縫合即得

然因病勢進行回盲部不能切除時則閉鎖患部縫健全腸管之斷端於他處是名腸廢置術 *Darmverschlingung*

又兩側均切斷封鎖者名曰全部腸廢置術 *vollständige Darmverschlingung* 其僅小腸斷端與上行結腸縫合而盲

腸仍與上行結腸連續者曰一部或不全腸廢置術 *partielle Darmverschlingung*

9. 結腸切除術 *Colorectomie* 因部位不同切除方法各異茲略不述惟吻合時應施側方吻合輪狀

吻合非所宜也

外科學各論

五、腸吻合術 Enterostomose

先驅除腸內容再挾持腸管使吻合部縱行下列次在其凸側行 4-5 cm 長之連次性漿液膜筋層縫合於

距縫合部約 5 cm 處切開腸管切開口長約 3.5-4.5 cm 更行第二列縫合(通過全壁)再將他側創緣先

行全壁縫合次施漿液膜筋層縫合待吻合部寬其間更補縫數針以免遺漏

六、腸瘻建設術 die. Enterostomie

a, 空腸瘻建設術 Jejunostomie 切開腹膜牽出最上部之空腸一如胃瘻建設術插入細橡皮管於腸內使

其末端與輸出脚一致

b 回漣腸及結腸瘻建設術 Ileostomie und Kolostomie 前者僅障礙存於盲腸上部時用之其他則設

結腸瘻

腸瘻之機能有二一為腸內容一部由瘻孔排出他部則尚經自然之通路者名曰糞瘻 Fistula stercoralis 否

則名曰人工肛門 Anus praeter naturalis

(1) 糞瘻建設術 die Anlegung einer Koffiker 常應用者為鼠蹊肛門 Anus inguinalis nach Litzke

于左鼠蹊韌帶上方一摺指橫徑處並行該韌帶切開腹壁 7-8 cm 切創之起始點與腸管前上緣同高按索S狀

部並牽出之將腸壁用連次縫合與體壁腹膜及橫腹筋膜密着此時再將腹膜切開口加以二三結節縫合經24-36

小時後乃沿切開線開放腸管

(2) 人工肛門建設術 die Aftersurgens künstlich Anfers 異于下法者即將腸骨牽出一部後再將該部切開或全部使腸內容完全由此排出者也或先將牽出之腸管切斷使其輸出脚成爲盲端納入腹腔輸入脚則與腹壁嚴密縫合

七、人工肛門閉鎖術 der Verschluss des künstlichen Afters
切開腹壁後剝離腸之輸出端及輸入端並牽出于創外施行切除然後縫合腸之兩端納入腹腔再將腹壁創造一新創縫合閉鎖之

第八章 直腸及肛門之損害與疾病 Verletzungen und Krankheiten des Rektum und Anus

第一節 肛門閉鎖(鎖肛) die Afterschliessung oder Aftersperre

- a. 肛門閉鎖 Atrophia ani 即直腸以盲端終於肛門者肛門部皮膚僅作凹陷狀或以菲薄皮膚閉鎖之
- b. 肛門及直腸閉鎖 Atrophia ani und recti 係缺少肛門及直腸者直腸部以結締組織充填之結腸在第五腰椎或薦骨上緣左側終於盲端肛門部僅有一淺凹痕
- c. 直腸閉鎖 Atrophia recti 有肛門口而無直腸者直腸下端以盲端終於內括約筋之上緣

外科學各論

一六三

d. 先天性汚道 Cloaca caecalis 即直腸開口於泌尿器或在生殖器內而兼肛門閉鎖者其開口於膀胱內者
 膀胱肛門 Anus Vesicalis 開口於尿道前列腺部者曰尿道肛門 Anus urethralis 開口於龜頭部者曰龜
 頭肛門 Anus Balis 開口於陰內者曰陰肛門 Anus vaginalis 開口於子宮者曰子宮肛門 Anus uter
 ianus

症候 腸內容完全不能排出者則呈腸閉塞症候小兒於生後 4—8 日間斃命者開口於膀胱或尿道內時因
 大便排泄不暢亦起上僅之症候而陰肛門常不為害

療法 可及的早期手術如肛門部僅以菲薄皮膚閉鎖者則因大便之壓迫而使該部隆起故用尖刀破開之即
 足若直腸下端在肛門左近則切開皮膚將直腸粘膜與皮膚緣縫合或施造肛術 Proctoplastik 即矢狀切開肛門部
 漸向尾骶骨進行達至深層搜求波動性之直腸盲端剝離其周圍組織向下牽引使與皮膚緣縫合緊跟過甚則更剝
 離皮膚向上略為牽引於是切開盲端而與皮膚縫合此法猶不適用時惟有造一人工肛門

膀胱肛門僅見於兒童蓋多因癰敗性炎症而致命尿道肛門則與鎖肛同一療法選口部每能自然消愈肛肛門
 可待至數月或數年後俟其體格相當發育後再行手術即自隱近傍至尾骶骨前緣切開皮膚露出直腸開口部用鈍
 器剝離其周圍結締組織而離斷之移其斷端於皮膚創之後角與皮膚縫着再縫合會陰部之創緣

第二節 直腸周圍蜂窩織炎 (直腸周圍炎) dse. Paraproctitis, die Periproctitis

原因 續發於直腸炎潰瘍創傷及手術後但亦有續發於隣接臟器之疾病者緣直腸或隣接臟器發生瘻管往往蔓延化膿形成膿灶是名直腸周圍膿 疔 Perirectal abscess 然本症往往先向上蔓延後始穿通皮膚而破潰者又坐骨結節與直腸壁間富有脂肪內含多數淋巴腺故直腸粘膜結核其病毒每傳染於淋巴腺而來乾酪變性向破潰開形成瘻管

直腸周圍膿腫每向膀胱尿道子宮內破潰而此等臟器之損傷或痛腫又常續發直腸周圍之膿腸

症候 刺痛灼熱排便時尤甚按觸會陰部則深部劇痛硬固 潤化膿者或能觸知波動又或肛圍潮紅浮腫以指送入直腸內疼痛難忍此時直腸壁一部腫脹柔軟女子可由陰內檢查慢性症經過緩徐構成膠移之瘻管直腸壁變稠狹窄狀如癌腫

療法 雖無波動證明亦須速行切開即送入左示指於直腸內右手執刀切開皮膚及會陰筋膜再用麥粒鑽進入深部搜求膿灶送入排導管或栓塞沃仿棉紗廣大膿灶須沿直腸周圍切開數處若已向直腸穿孔者則由穿孔部以下與肛門一周切開

第三節 直腸瘻 *Fistula recti, Mastdarmfistel*

原因 基於炎症性機轉亦因損傷肛圍瘻腫或膿瘍而起直腸周圍炎亦為本症之原因其瘻孔往往肛門周圍而不與直腸通者曰外直腸瘻 *External fistula recti* 反之直腸壁有瘻孔而不與皮膚通者曰內直腸瘻 *Internal fistula*

recti interna 其澀管穿通皮膚及直腸粘膜者曰全直腸澀 *Fistula recti complexa* 慢性直腸炎直腸周圍炎潰瘍等每為內直腸澀之前驅症全痔澀多由不全痔澀而來常在直腸僅有一孔而在皮膚則有數孔者澀口之位置以肛門之外側方為多惟續發於直腸坐骨蜂窩織炎者則常在肛門之後方開口又有所謂蹄鐵狀直腸澀 *Fistula*

recti unguiliformis 者乃澀管由直腸之一側繞過他側而呈半環狀之謂也

症候 極輕微患者往往不自覺惟膿性分泌物增多時始行覺察全痔澀時排膿汁且濕糞便樣液接觸澀孔部有一硬固索條存于深層通入消息子則往往不能得圓滿之目的因該管經過常迂曲內口且甚狹小故也內直腸澀常為人所忽視惟因分泌物蓄積於澀管內故排便時疼痛且流出膿汁用指或肛門鏡檢查可以確實診斷外直腸澀患者因膿汁不絕流出肛圍有濕潤不快之感

診斷 令患者側臥或仰臥見肛門之外側方有細小之澀孔間塗以肉芽攪舉肛圍皮膚觸得澀管之經路或通入消息子一方更送入手指定我是否與直腸相通又在內口相當部每能觸得稍隆起之肉芽檢內直腸澀則須憑藉既往症以資診斷如直腸周圍會否疼痛肛門有無多量膿汁流出排便時是否流膿膿疼痛與否等又指觸診法或壓迫肛門附近視其有無膿汁流出

預後 單純性者預後佳良結核性者雖施手術在再不愈常與肺結核併發

療法 手術法手術之前日與以下劑術前灌腸再充分清潔直腸以有滯消息子通入澀管取尖刀沿消息子切開其全部其為內或外直腸澀則先穿破皮膚或直腸使成全痔瘻而後切開之但內直腸澀之在高部者須切開括

約筋露出。口再切開之括約筋經數次離斷每時大便失禁愈後可施括約筋縫合術切開後搔爬充填沃仿棉紗外
隙廣細帶結核性症可施燒灼法若直腸肉著別掛血者則須即行結紮術後與以阿片禁食大便節減飲食必要時可
術灌腸欲促肉芽發生可用硝酸銀藥棒腐蝕之

第四節 直腸及肛門脫出

Prolapsus recti et a m. Proctocele oder Rectocele

原因 有種種如括約筋及舉肛筋麻痺急性及慢性直腸卡他瘰核常習性便秘等他如赤痢尿道狹窄前列腺
腫腸腸結石等排便時使腹壓增加者或多次分娩腹膜弛緩者均為本症之誘因輕者唯肛門部之直腸粘膜脫出

(脫肛)重者則直腸全部脫出於肛門之外(直腸脫出)

插候 脫肛者初僅於排便時脫出後復即復經久則起立咳嗽步行均發生回復亦漸困難脫出之直腸粘膜與
肛門緣皮膚有一環狀淺溝直腸脫出者其粘膜與肛門緣成一深溝可以手指直達其翻轉部陳舊性症粘膜往往
燥如革且生潰瘍時或脫出部發生嵌頓陷於變死脫落而得自然治愈因經久之直腸脫出上端腹膜向下牽引而致
環狀亦腸卵巢或膀胱墜不其由即成所謂直腸疝尼亞 *Hernia rectalis*

診斷 觀上所述即足診斷惟須與結腸腸積之肛門外脫出 *Protrahus coli, Intestine prolapsus* 鑑別如為腸

積之結腸呈蠟腸樣個柱粘膜暗赤充血於粘膜肛門間送入手指不能觸得其翻轉部

療法 先去原因輕度者可以指頭還納之高度症須用麻酔整復若腸脫出日益加甚則不得不行手術即將脫出

腐及粘膜之一部切除或燒灼使成痂痕縮小肛門或切去肛門粘膜之大部再行縫合對於直腸脫出須先略復脫出之直腸後用銀線行直門粘膜下烟袋縫合至肛門僅通過小指之度為止於是銀線周圍生一纖維素性環能防直腸之再脫近亦有用粘膜以代銀線者又 Park 氏將脫出部整復後左示指深直入腸之內再用注射器並行腸管刺入深部注入無水酒精於其周圍結締織內能得良好之結果云其他有直腸固定法 Robinson 者係縱切肛門及薦骨間軟部(或更除去尾骶骨之一部)露出直腸後壁乃用二條絲線通過腸筋層而縫着於薦骨或鞞帶之上對於高度直腸脫出宜在腸骨櫛附近鼠蹊鞞帶上方斜開腹壁牽出 S 狀彎曲部用縫合絲固定於腹壁腹膜更有所謂輪狀切除法者即由肛門起始輪狀剝離其粘膜約達 1.5 吋 並除去之將存留之筋層重疊於肛門周圍然後縫合皮膚緣及粘膜緣結腸疊積之肛門外脫出症可敗骨盤高位施行整復無效者開復還納之或將脫出肛門外之結腸切除後再縫合其二斷端

第五節 痔 die Haemorrhoiden

原因 凡能使肛門及直腸靜脈鬱血者皆為本症之原因如常習性便秘子宮膀胱前列腺等腫瘤妊娠肝脾心肺疾病等是又與職業有關坐業或立業者常起本症亦有關於遺傳靜脈因鬱血而擴張形成結節故痔靜脈之靜脈瘤性擴張也其發自括約筋外方之血管者曰外痔 je außenen Haemorrhoiden 發於肛門內之血管者曰內痔
 外 die innen H. 20 - 30. 歲間發生最多男多於女

症候 初於直腸及肛門內有癢痒灼熱壓重膨滿或疼痛感覺惟其主徵爲發作性出血病勢增進則肛門內發生膿脈瘤性結節 *Isaacs'itchy tubercles* 爲豌豆大或胡桃大一一個至數個不等其底廣闊鮮有具莖者若爲外痔則於肛門皮下呈帶青色結節因努責而增大因指壓而縮小被覆之皮膚極形菲薄或肥厚有癢痒灼熱感一日發炎該結節腫脹疼痛觸之現過敏狀態經七八日炎症自然消散或陷化膿結發瘻孔或痔潰瘍若爲內痔則直腸內有小腫瘤觸之柔軟被以帶青色或鮮紅色粘膜核之甚大者往往觸得動脈搏動初自覺肛門內有異感壓重排便時疼痛後乃發生出血先附着於大便之表面繼則點滴狀流出甚至因努責而退出如線又以直腸之粘膜下組織與筋層易於移動該結節遂經括約筋而脫出於外方初尙能自然縮入漸至粘膜下組織異常弛緩即於聲咳之間亦致外脫若括約筋發痙攣狀收縮或起炎症則來候頓症候疼痛劇烈時伴以尿閉嘔吐發熱等經二三日陷於壞死形或潰瘍出血甚烈或因血塞化膿誘起膿毒症

診斷 易與扁平肝腫及肛門鐵線誤診惟肛門鐵線不因努責而脫且與皮膚同一色澤肝腫則有梅毒症候且其表面濕潤於陰唇或陰莖上至同一之病變內痔核可用肛門鏡檢查

預後 佳良惟經久出血可因貧血而致命

療法 除去原因下劑不宜濫用局部清潔法亦不可忽起嵌頓者整復之陷於壞疽者烙斷之藥物注法不甚確實結紮法亦可用最良之法厥爲燒灼及切除所謂燒灼法 *cauterization* 者即將各種即成鐵板握起毋用藥狀鉗緊接結節根部再以烙白金燒灼之至組織灰化而止燒灼面塗以油煎肛門內插入橡皮管管之外端以安全針固定

之

切除法 *Excision* 者即於肛門皮膚黏膜之境界部先以指固定並環狀切開之剝離所有靜脈瘤與粘膜一同除去止血後縫合其粘膜與皮膚又有先將結節切去再施連次縫合者

第六節 直腸及肛門癌腫 *Carcinoma recti et ani*

直腸癌腫多發於腺腫之後故屬於圓柱細胞癌腫始由腺管之增殖繼來上皮性細胞增殖一部破潰成潰瘍周圍硬固浸潤腸管著明狹窄漸次增進遂與鄰接器官癒着破潰穿孔最先侵襲者為薦骨窩部之淋巴腺及肝臟其發於肛門外皮者多為扁平上皮癌

症候 便通障礙為其主徵因大便之蓄積而起腸卡他故下痢與便秘交作患者營養不良更因浸潤崩潰便中混有血液及膿汁且放惡臭衰弱日甚現惡液質其發於肛門上者則來大便失禁

診斷 以指觸診得硬固結節狀腫瘤或蔓延性菌狀新生物者即可確診若與梅毒性潰瘍不能鑑別時則行切片檢查其他注意其既往症及現在症

預後 一二年內即致死亡早期摘出者或得永久的治愈又本症好發於二三十歲之男子且多為膠樣癌腫故預後極不良

療法 可及的早期手術或將直腸肛門完全除去或切除其一部而留肛門

切斷術 *Amputation recti* 使患者向右侧臥屈曲股及膝關節先將肛門輪狀切開用細絲封鎖肛門然後

自切開部中央向尾骶骨心端而沿尾骶骨左緣至坐骨切迹切開皮膚時筋織及筋膜需用尾骶骨左緣斷
附着於荐骨大臀肌纖維荐骨棘及荐骨結節 帶遂達於坐骨直腸窩用鈍鉤開大創口切斷尾骶骨後頭之 帶除
去尾骶骨復切開舉肛筋膜而達於直腸再向兩個分開直腸固有筋吸牽引直腸徐與前列腺精囊輸尿管尿道或
子宮隣等剝離次離斷肛門部之舉肛肌及骨盆筋隨使直腸完全遊離乃將其外時與皮下筋膜強力縫合大創腔內
充填沃仿線紗切去患部將粘膜與外皮縫合固定即所謂荐骨肛門 *Ann's strais* 是也

切除法 *Resectio recti* 先封鎖肛門次加上法切斷諸肌及筋膜更用鈍器剝離直腸膨大部之周圍組織向
下方牽引達於直腸之最上部在前列腺上方直腸前側切開腹腔剝離骨盆部之直腸或結腸強力牽出再以細絲將
腹膜與腸周圍縫合閉鎖腹腔除去患部乃將斷端與直腸肛門部連絡施行輪狀縫合先將肛門部直腸翻轉除去其
粘膜作新創面而整腹之然後將上部直腸斷端經肛門輪牽出於外而與皮膚縫合

後療法 患者側臥與以阿片排尿管困難者則用 *Katheter* 排尿

第九章 赫尼亞 *die Hernie der Bruch*

第一節 總論 *allgemeiner Teil ueber Hernie*

一、病理解剖 *Pathologische Anatomie*

外科學各論

分爲門 *die Bruchforte* 囊 *der Bruchack* 副被膜 *die accessorigen Hüllen* 及內容 *die*

Bruchinhalt 四種所謂赫尼亞門者即形成赫尼亞之孔或裂隙是也凡腹壁抵抗力減少之部位皆是惟與解剖的關係極爲密切如鼠蹊部臍部股輪等所謂赫尼亞囊者乃腹膜之一部被內臟壓出而成囊狀者也分爲頸底體三部囊之內面滑澤潤滑囊壁每因刺戟而肥厚但亦有甚薄者或爲梨狀或爲圓柱狀或爲連珠狀數爲一個間有數個者如陰囊水腫併發赫尼亞時見之赫尼亞副被膜即係覆於囊上之被膜各依部位而異其構造大別爲三層即(一)皮膚皮下組織(二)赫尼亞固有筋膜(三)腹膜鞘膜其內容多爲腸網膜尤以回腸及S狀結腸爲最多但亦兼有卵巢子宮膀胱遊走腎者在巨大之赫尼亞其內容大部除腸外兼有胃脾肝等臟器又在囊中每蓄液體倘赫尼亞門互相癒着時則囊中完全空虛充以漿液

II, 赫尼亞之發生 *die Entstehung der Hernie*

素因 當胎兒分娩時期因腹壁之局部發育障礙所致如鼠蹊管臍輪未完全閉鎖腸管壓迫該部腹壁而脫出是名赫尼亞素因 *Bornkrankheit* 或因腹膜前脂肪腫腹膜因向外方牽引成袋狀或因腹壁損傷炎症及手術後之瘻痕形成或因膈板裂腹內臟器變位等皆能發生本症又腸間膜過長或弛緩內臟重力或容量即加時亦屬本症之素因

誘因 凡使腹內壓增加者皆爲其誘因如啼泣咳嗽下痢及負重歇唱勞苦劇烈運動分娩等故亦屬於職業病

III, 症候 *Symptom*

當起立步行或咳嗽啼泣時腸或一部網膜出赫尼亞門而呈腫瘤更因仰臥或按壓而消失指觸赫尼亞門令患者咳嗽或努責則腸管與指銜接者曰還納性赫尼亞 *Hernia reponibilis* 反之脫出之臟器因囊頸壓縮或與囊癒着該腫瘤不復消失者曰不還納性赫尼亞 *Hernia irreponibilis* 又此時若妨腸內容之通過且使腸或網膜起血行障礙者曰嵌頓性赫尼亞 *Hernia incarcerata* 還納性者之自覺患症者有消化不良便秘緊張感痼痛樣疼痛等但亦往往毫無自覺症候打診腫瘤發清音或鼓音但其內容為網膜或腸內充滿糞便者則發濁音倒診上柔軟而有凹凸加以壓迫則漸縮小有時因下腹緊張患者不能直立加以惡心嘔吐胃痛等易誤為他病不還納性症之障礙多於還納性症腫瘤甚巨大者則妨害步行或起消化不良更因胃及結腸之牽引而起疼痛且易起嵌頓症嵌頓性赫尼亞之症狀詳於另章

四、療法 *Therapie*

小兒之還納性赫尼亞用赫尼亞帶數月或一年前後每見治愈然求其奏效確實不得不行手術術式因各症而不同其要點不外除去赫尼亞囊及閉鎖赫尼亞門而已術到四五日內與以流動性食餌安臥二三星期

五、偶發症 *Beifälle*

1. 糞便積滯 *Koprostase im Bruchdarum* 因食物不發生或結腸蠕動機能不全使赫尼亞囊內腸內容鬱滯者是

症候 腫瘤增大者有異常緊張感滯積愈甚則被膜菲薄能直接觸知其泥狀內容甚或肚腹膨滿噎氣而來吐

囊一如瘻頰性赫尼亞

療法 還納性者行還納術否則用按摩法及壓抵帶下劑不可濫用欲催進腸蠕動以促糞便之排泄則行灌腸

2. 赫尼亞炎症 *Brichenzündung* 因糞便滯積壓抵巾壓迫或其他輕微刺戟囊內滲出漿液性物質或因

傳染及化膿性疾患病原菌沉着於囊內而起化膿

症候 漿液性症僅呈輕度炎症症候容積增大則有緊張感疼痛幽微化膿性症則起劇烈疼痛被膜潮紅浸潤

發熱惡寒又腸管因膿之浸淫而陷於麻痺

療法 漿液性症還納其內容不能還納者則令安臥高舉患部化膿性症宜早施手術

3. 嵌頓性赫尼亞 *Hernia incarcerata* 即赫尼亞內容為門所緊約阻止腸內容之經行且障礙血行者是

其原因或由腸蹄係陡然極度擴張或赫尼亞門過度狹小因腹壓增加開被擠出後遂不能回復或因腸軸旋盤積及

纖維性索條等致發本症若網膜被嵌頓者曰網膜嵌頓 *die Einklemmung des Netzes*

症候 還納性症一旦不復還納觸之硬固疼痛腸管著明擴張而起炎症炎症甚皮膚潮紅腫脹如蜂窩織炎

續發便秘嘔吐吐囊及虛脫等嵌頓部每於 24 時間內陷於壞死由腐敗性炎症誘起汎發性腹膜炎幸或炎症限

局於一部則貽留囊袋當腸管初被嵌頓時呈黯赤色次變為褐色青色而至於黑色門愈小腸瘻充實者壞疽發生亦

愈早熱之高低不定惟脈搏則頻數而微弱此由腸知覺神經過度刺激來心肌之反射的麻痺故也

網膜嵌頓症有增劇性疼痛更因腹膜刺激起便秘及嘔吐惟斃死者極少僅遺愈着性炎症使還納性成爲不還

納性而已

預後 速施手術者常得救治死亡數約 24% 云網膜嵌頓之預後多屬良好

療法 發生嵌頓數小時後腸管萎尙無大害者則行整復術 *de Tins* 令患者仰臥屈曲膝及股關節（

但坐骨赫尼亞則下肢須伸展卵圓孔赫尼亞則下肢宜屈曲外轉）撮舉赫尼亞底部牽引且反復移動之藉以擴張赫尼亞門次乃用手指平等壓迫其底部則內容漸向腹腔退却若仍無效速施赫尼亞切開術 *de Harlowne*

即沿腫瘤長徑切開皮膚分開各層組織而達於赫尼亞囊用有鉗鉗撮舉囊壁先開一小口再用球頭刀開大之直至赫尼亞門更開大其絞扼部牽出嵌頓之腸管而檢其榮養狀態如既呈黑褐色或黑色者則已壞死應即切除之則用生理食鹽水清拭脫出之腸管還納之於腹腔內又瘻內腸管自己破開形成囊膜腫時則將腸與皮膚縫合使成人工肚門後再閉鎖之

第二章 各論 · Spezieller Vellauber Hernie

分爲內外二種屬於後者有鼠蹊赫尼亞股赫尼亞臍赫尼亞腹赫尼亞其他尚有閉鎖孔赫尼亞坐骨赫尼亞會陰赫尼亞但甚罕屬於前者有腹腔內赫尼亞及膈赫尼亞

一、鼠蹊赫尼亞 *Hernia inguinalis*

1. 外鼠蹊赫尼亞 *H. ing. externa*

外科學各論

即赫尼亞內容由內鼠蹊輸入於鼠蹊管沿精系而出於外鼠蹊輪者是出生後因莖狀突起一部或全部未閉鎖腸及網膜墜入其中而達於豎丸時名曰先天性赫尼亞 *H. ing. congenita* 腹膜莖狀突起雖完全閉鎖而以腹壓增加或其他原因使愈着之腹膜漸次擴張成漏斗狀形成赫尼亞囊臟器竄入於內是名後天性赫尼亞 *H. ER. acquista* 又內容達至陰囊內者曰陰囊赫尼亞 *H. scrotalis* 達至大陰唇內者曰陰唇赫尼亞 *H. labialis* 此外赫尼亞內容或不脫出於外鼠蹊輪或僅停留於腹膜與橫膜筋膜之間者有之不甚巨大之赫尼亞精系常位於囊之內方

2. 內鼠蹊赫尼亞 *H. ing. interna*

係內臟直接由外鼠蹊輪而脫出者是初於外鼠蹊部呈半球形腫瘤指壓之則消退又送入手指於赫尼亞門內則其外緣後方觸得下上腹動脈之搏動精系位於赫尼亞囊之後外方若赫尼亞著名增大則垂入於陰囊之內其發生由於腹壁抵抗力減少好發於老人起嵌頓者較少

診斷 內外鼠蹊赫尼亞之鑑別不難然巨大者亦不易又腹膜與橫腹筋膜間之赫尼亞須精密檢查方能診斷肥胖婦人之鼠蹊赫尼亞與股赫尼亞極難區別惟後者之腫瘤位於鼠蹊韌帶之下方且其上方能觸知耻骨結節

療法 小兒之還納性疝可用赫尼亞帶然巨大而不還納且感疼痛者宜立施根治療法

外鼠蹊赫尼亞之手術有種種撮要述之於下

1. Czerny'sche Methode 將外鼠蹊輪部之囊剝離可及的牽出其最上部施行結紮並切除其下部再沿鼠蹊

管之經路用嗎綫作 S-O 支柱縫合疝管腔疝疝即得所法適用於小兒然鼠蹊管內仍留腹吸滯乎故 *Championnière* 氏主張外斜腹肌切開至內鼠蹊輪分離囊頸可及的牽出結紮切除之然後以 *Ceany* 氏支柱縫合使管腔狹小

2. *Barnische Methode* 由外鼠蹊輪至內鼠蹊輪露出外斜腹筋腱膜並切開之使其創緣成爲二瓣以鈍器剝離精系及赫尼亞囊之周圍組織切開囊壁納其內容捻轉囊頸且結紮之次乃切除結紮部之下端提舉精系將橫精管內斜腹肌鼠蹊囊頸囊終縫合造成鼠蹊管之後壁最後之縫合可穿過膈直肌之外緣於是將精系復位而縫合外斜腹肌腱膜

3. *Kochersche Methode* 切開皮膚分離精系與赫尼亞囊將囊內內容移以麥粒鉗將囊壁積而推入於鼠蹊管內俟達內輪外方切開該鉗尖端之腹壁露出體壁腹膜行小切開從此更推出疝入之囊壁先將體壁腹膜固定然後強力牽出赫尼亞囊除去麥粒鉗縫合結紮囊頸並切除其下端再縫合體壁腹膜與分斜腹筋腱膜至鼠蹊管則用 *Ceany* 氏縫合

內鼠蹊赫尼亞之手術較爲簡單即將囊露出後牽出並結紮其頸部施行切除次乃閉鎖其門

二 股赫尼亞 *Hernia femoralis, H. cruralis*

腹內臟器由股輪而脫出於股管內者常見於婦人小兒及男子甚少因婦人骨盆寬大股管亦廣大回分抵抗力量減弱之故爲胡桃大或雞卵大之半球形或卵圓形腫瘤位於鼠蹊韌帶下方之中央易於忽視內容或含盲腸破裂

及卵巢

診斷 不難唯在肥胖婦人易與內鼠蹊赫尼亞誤診但股赫尼亞之上部能觸得耻骨結節且位於鼠蹊韌帶之

下方

療法 手術療法即自鼠蹊韌帶稍上方鉛直切開皮膚剝離赫尼亞囊先還納其內容結紮切除之然後由 C. B. Bernia 韌帶起始使鼠蹊韌帶與耻骨水平枝之骨膜 (Coo. pri. 玉韌帶) 恥骨肌及筋膜由內向外縫着而較大之股赫尼亞則以 Lohseisen'sche Methode 為最適用即平行鼠蹊韌帶上方約 1cm 處切開皮膚及外斜腹肌

腱膜深入達至赫尼亞囊頸此時或須結紮腹壁動脈再用鈍器剝離股管內之赫尼亞囊向上牽出施行結紮切除乃用絲線將腹壁深層肌肉與 Cooper 氏韌帶及鼠蹊韌帶縫合閉鎖赫尼亞門再將精系置於縫合壁上終則縫合外斜腹肌腱膜

三、臍赫尼亞 *Hernia umbilicalis*

a. 先天性臍赫尼亞 *Hernia umbilicalis congenita*

亦名臍帶赫尼亞 *der Nabelstrangbruch* 為腹內臟器脫出於臍帶內之症內容多為腸管間或含有肝脾胃之一部絲臍輪狀者滯斗是即本症之素因小兒多於生後即死亡且合併兔唇及脊椎破裂凡產婆結紮臍帶時須注意否則腸管因結紮而壞死發臍瘻

b. 嬰兒臍赫尼亞 *Hernia umbilicalis infantum* 因臍輪閉鎖不全內韌韌腹壓而脫出者為球狀或圓錐狀

突出於腹壁之上於臍後方能觸知赫尼亞門表面皮膚呈蒼白色又因腸管之壓迫被覆組織非薄故時透見其內容
巨大者上方之白線左右開張

c. 大人臍赫尼亞 *Hernia umbilicalis adulti* nini 多見於婦人最小者外部不覺有何異狀惟臍部發痛巨大者則向腹壁下垂門甚寬廣能觸知之內容以小腸及網膜為最多次為橫行結腸與糞瘰着則成為不還納性

療法 臍帶赫尼亞先還納內容再結紮臍帶外加防腐處置必要時加以輕度壓抵嬰兒臍赫尼亞於門上加一壓枕再用寬長絆創膏固定之一二週間交換一次大人臍赫尼亞之還納性症可用臍赫尼亞帶不還納性症須用類似提舉帶之腹帶以防臟器之愈往下脫手術療法內最簡者將臍部一側半環狀切開次及於囊剝離內容並還納之
切除囊壁更將臍及其過剩之皮膚去然後縫合閉鎖之

四、腹赫尼亞 *Hernia abdominalis*

見於腹壁各部由腹壁抵抗力減弱所致如癩痕伸展腹壁骨盆之化膿脊椎骨疽之流注膿瘍腹肌變性復膜前脂肪腫等以發於白線上者最為習見是名白線赫尼亞 *H. albae* 直腹肌左右離開而呈間隙常在臍之近傍其發於劍突及臍之間者名曰上腹赫尼亞 *H. epigastrica* 多自腹直肌趾畫而出患者有劇甚之不快易與胃病誤診發於直腹肌之外緣或外斜腹肌區域內者則名為側腹赫尼亞 *H. ventralis lateralis* 發於腸骨輪及第十二肋骨間者曰腰赫尼亞 *H. lumbalis* 皆屬稀罕之症

療法 如臍尼亞凡開腹術後常須帶適當之彈力帶藉防本症之發生

外科學各論

第二節 內赫尼亞 Hernia interna

a. 復腔內赫尼亞 Hernia intra abdominali 發生於腹腔內之凹窩尤以十二指腸空腸窩網膜袋盲腸後窩上及下迴盲窩、狀直腸間窩等為多臨床上難於認知療法即開腹後伸展其門除去嵌頓而縫合之使該窩閉合

b. 膈赫尼亞 Hernia diaphragmatica 多由膈之損傷而起亦有先天性者部位多在膈之左方臨床症候即為氣胸巨大者則障礙呼吸及心臟之機能每于剖檢時始能確實發見起嵌頓者則須切開胸腔施行縫復並閉鎖赫尼亞門

第六編 上肢外科 Chirurgie der oberen Extremität

第一章 肩胛部之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten der Schultergegend

gend

第一節 肩胛部之畸形 Missbildungen der Schultergegend

鎖骨先天性全部或一部缺如 der kongenitale totale oder partielle Defekt der Clavicula 多見於兩側但起官能障礙者甚少患者之上膊互接於胸部之前方

肩胛骨先天性高位或轉移 der angeborene Hoehstand oder die angeborene Verschiebung des Schulterb

多聚於一側，殊以左側爲多。患側之肩胛骨比健側高側約 3-4 cm。同時以矢狀軸向周圍迴轉，下角向內側外緣傾向下。

第二、鎖骨骨折 der Bruch des Schlüsselbeins. Fraktura clavicalae

原因 多起於間接的外方如肩胛外面受衝突打擊或墜落手掌肘部衝突於地則發本症。占全骨折數中之 1/3 好發於中 1/3 部及與外 1/3 部交界處內 1/3 部甚少。有僅發生骨屈折者。

症候 中部骨折內折片因胸鎖乳突筋而上舉外折片則以上肢重力及胸筋牽引而下移。遂呈定型的轉位。鎖骨縱徑短縮。骨折部於壓痛尤以上肢舉至水平綫上時爲然。患者常以健側之手支持患側肘部。上肢內轉。頭稍傾於患側。更有骨折縮變形異常運動喉軋音而在不全骨折及複合骨折則無異常運動及軋音。外 1/3 骨折部往往兩折片交成直角是因外端以上肢重力而下降更以斜方肌而向上之故。內 1/3 部骨折常無轉位症候。又本症同時傷及血管神經及肺臟者有之。

診斷 患側肩頭比健側稍餘接上述症候不難診斷。

預後 一般佳。良兒童二三星期大人三四星期可以治愈。然亦不無因假骨之過生而壓迫神經血管或妨礙上膊上舉者。

療法 折片之未轉位者單施提肘三角帶即足。轉位者令患者仰臥向後方牽引肩胛部同時向上方推舉使骨折端整合於患側腋窩。插入楔狀枕肘關節屈曲。壯部壓迫胸壁然後將胸廓肩胛部及上肢固定之。

第三節 鎖骨脫臼 die Luxation des Schlüsselbeins, Luxatio clavicular

1. 鎖骨胸骨端脫臼 die Luxation des sternalen Endes des Schlüsselbeins 分爲胸骨前鎖骨脫臼胸骨上鎖骨脫臼及胸骨後鎖骨脫臼三種就中以前脫臼爲常見原因由於暴劇之外力加墜落衝突打擊驟過等使肩胛骨後方運動所致

症候 脫臼之鎖骨 骨端隆起於胸骨之前面鎖骨向內下方傾斜肩胛下降且內輪肩峰端與頸切迹中央之距離短縮胸鎖乳突肌緊張其鎖骨附着部著明隆起頭傾於患側上肢舉至水平線上時則有運動障礙

療法 整復不難而易再脫即令患者跨坐椅上術者立其背後而置兩膝於兩肩胛間將肩頭牽引於後此時助手將脫臼之鎖骨端直接壓入於關節內而以絆創膏固定之再加以鎖骨骨折之同一綑帶無効者行骨縫合或切除脫臼端

2. 鎖骨肩峰突起端脫臼 die Luxation am akromialen Ende der Clavicula 分爲肩峯突起上脫臼峯突起下脫臼二種就中以上脫臼爲常見其原因由肩胛骨受由上落下或由後向前轉移之打擊而起若鳥喙鎖骨帶不斷裂者則起不全脫臼

症候 全脫臼者鎖骨肩峯端著明隆起僧帽肌之外緣在皮下突出頭常傾于患側肩胛向下移轉上膊向內前方偏倚患肢不能舉至水平線以上

療法 將兩肩胛向後方牽引直接壓迫其脫轉端即能整復再用絆創膏固定之但最確實者莫如縫合斷裂之韌帶或骨

第四節 肩胛骨骨折 *Fraktur scapulae, der B. rich des Schulterblattes*

分爲肩胛骨體骨折肩胛骨頸痛折肩峯突起骨折及鳥喙突起骨折四種以肩峰突起骨折爲多因其突出易遇外力之故多由直達之外力如打擊墜落等或由跌落時肘部衝突於地上間接發生本症其骨折線向尖端斜行或橫行或走其基底部生於少年者每起骨端離解

症候 骨片轉位不甚困難有三角肌牽引及上肢重力而斜方肌則向反對方面支着也骨折部疼痛高舉上肢戒觸診時則有異常運動及聾軋者

療法 於上膊胸廓間插入枕头而將二者固定之再用提肘三角巾若折片著名轉位者不可不施骨縫合

第五節 上膊骨上端骨折 *Frakturen am oberen Ende des Humerus*

有骨頭骨折解剖頸骨折骨端線骨折折節骨折及外科頸骨折五種其中最要者爲解剖頸及外科頸骨折

1. 上膊骨解剖頸骨折 *die Fraktur des Collum anatomicum humeri* 即於軟骨境界部之直接囊狀韌帶附着之最近部起骨折也骨折線在關節囊內或達於外科頸部間成兼結節部骨折好發於老人因頭撲打擊等直達外力所致在單獨骨折下折片固定於關節囊內或兩折片互相楔合毫無轉位有時下折片因三角肌及大胸肌牽分

至上內方亦或上折片向下方轉移軟骨面向下方或方廻轉

症候 單獨骨折無著明症候僅上膊稍短縮肩胛部略覺扁平患者除疼痛外無異常運動及嘎軋音但關節內甚溢血者則肩胛部著明腫脹

診斷 不易檢查時易將楔合折片離斷故宜注意

預後 楔合骨折預後佳良其骨頭完全離斷以營養之通路斷絕乃陷於壞死或因假骨形成過多關節囊癩痕萎縮強直等致關節機能障礙

療法 楔合骨折用三角巾細帶將上肢固定於胸廓即足不楔合者則整復其折片腋窩插入枕子再用三角巾固定上肢然後施以石膏細帶上法仍來折片轉位者則用上膊骨切除術

2. 上肩骨外科頸骨折 *die Fraktur des Collum antr. humeri* 即上膊骨大小結節與關節胛肌大胸肌附着部之間骨折也如槍創打聲或墜落時之直達外力或手及肘部衝突地上時所生之間接的外力本症亦以老人為多常為橫骨折亦有骨折線達於囊狀韌帶內者其折片有定型的轉位即上折片因外轉肌（棘上肌棘下肌及小圓肌）之牽引稍向外方（有肩胛下肌反抗）下折片因三角肌稍向上方上舉更因大胸肌關節胛肌大圓肌向內方牽引

症候 折片之不楔合者有持異之變形即肩胛部扁平於肩胛下之上膊有凹陷且每稍短縮試廻轉其上膊可微知其異常運動及嘎軋音上膊骨軸向內方之腋窩如下折片壓迫上膊神經叢時則發劇痛壓迫血管則起上肢之

壞疽

診斷 症狀著明診斷容易因上膊骨軸向內方腋窩頗如上膊骨之腋窩脫臼或烏啄突起下脫臼然在骨折上膊之他動的運動仍然存在且因伸展可整復其變形肩峰突起下之關節窩不空虛

預後 佳良 4-6 星期即能骨性愈着不留機能障礙然或假骨發生過多或折片畸形愈着壓迫神經則發肢上麻痺

療法 折片轉位者先行整復腋窩內插入枕子再加石膏綑帶折片甚破碎者則行切除術

第六節 肩胛關節脫臼 Luxatio humeri, die Luxation des Humeri

占全脫臼數之 60% 分為前方脫臼後方脫臼二種

1. 肩胛關節前方脫臼或上膊骨關節窩前方脫臼 die Luxation des Schultergelenks nach vorne-Luxatio humeri, praeglenoidalis 最為常見之症肩胛部受直達之衝突打撲或因槓桿作用而起骨頭遂高肩胛下肌與三頭膊肌長頭之囊狀韌帶部微開而脫出於腋窩更因軟部之彈力性動機骨頭向上轉移至烏啄突起之下是名上膊骨烏啄突起下脫臼 Luxatio humeri subacromioida 其他尚有上膊骨鎖骨下脫臼及上膊骨烏啄突起上脫臼 Luxatio humeri subclavicularis et suprascapuloidea

症候 在烏啄突起下脫臼上膊骨頭通常在烏啄突起之下解剖頭適位於關節窩之前緣肩胛下肌縫之上方

外科學各論

肩峰突起著明突隆下方之關節窩部凹陷燭之空虛於鳥啄突起下則能觸得骨頭上膊骨軸稍偏於內方上肢呈短長之外觀肘部外輪不能與胸廓接着肩胛關節運動廢絕本症常併發上膊骨及肩胛關節窩之損傷甚致裂斷神經及血管

診斷 與肩胛頸骨折及上膊骨解剖頸或外科頸骨折類似但依其特徵不難鑑別其合併骨折者則上膊骨易於移動且有叩雜音

預後 受傷後即行整復術損後佳良然關節囊廣大斷裂成整復後運動過早者常再致發甚因輕度外力成肌運動即生脫臼(習慣性脫臼 *habituelle Luxation*)若久不整復則關節腔荒蕪於骨頭所在尿新生關節而遂致上膊運動機能著明障礙

療法 受傷時日愈久整復愈難整復時通常毋須麻壓整復術之最簡單者即令患者臥手術台上助手於肩胛上方鈍迫固定之再一助手徐徐牽引患肢而高舉之待與腋窩成爲銳角更強力牽引乘上肢伸直舉上之際術者即首下內方壓入骨頭於關節內又或令患者坐於椅上術者先將上膊移接患側胸廓次乃外轉其上肢徐徐舉上再向內方迴轉之即得整復後用三角巾固定上肢於胸廓經三四週後應用按摩法自動或他動法宜謹避過度運動免致再發其不整復者則行關節切開術必要時可將關節頭切法

2. 肩胛關節後方脫臼或上膊骨關節窩後方脫臼 *die Luxation des Schultergelenkes nach hinten*
instabile humer. Hergelenkdaile 爲極稀有之症因肩胛前面受衝突打撲或上肢向前方伸展手掌衝突于地上

而起

症候 肩胛前面著明陷沒關節窩空虚肩胛向後方傾斜肩峰突起及鳥喙突起突隆上膊骨骨軸向後外方肘部外緣稍向前方迴轉

療法 暴患肢至成直角且向外方迴轉再將骨頭直接壓入手腕窩內

第七節 肩胛關節之損傷 die Verletzungen des Schultergelenks

1. 肩胛關節皮下外傷 *subkutane Verletzung des Schultergelenks* 有挫傷及捻挫之別 *Distorsion* 前者因噴達之外力後者因間接之外力皆無危險症狀催精核質者每於捻挫後發熱核質其主病為運動時關節疼痛及關節內外溢血

療法 受傷後用按摩法自動或他動的運動使溢血速即吸收然後加以細帶使之安靜

2. 肩胛關節之創傷 *Wunden des Schultergelenks* 以切創刺創槍創為最多此部槍創每兼骨折有半

營狀刺貫通創及複雜槍創之別關節均著明損害若早施防腐法得免炎症反應但常因細菌之侵入誘起急性炎症及化膿該部著明腫脹發熱運動時有劇痛甚者因腐敗熱致死即切創刺創之穿通關節者亦須注意免貽關節膿腫障礙

診斷 新鮮之關節穿通創有清液流出若創口廣大且見關節軟骨者更易診斷其創口微小不易診察者則以

其經過而判斷之消息子試探法決不可用

療法 不論創傷之大小皆宜周密處置之槍傷者先暢利其排泄除去其異物及碎骨片化膿時則行切除術切勿刺創之微小者先用粉末糊帶視其經過如何加以相當治療廣大者裝入排尿管外施防腐糊帶而固定之化膿時開大創口排滲濃汁必要時須行肩胛關節離斷術或上膊骨切除術

第八節 肩胛部血管及神經之損傷 Verletzungen der Gefässe und Nerven

der Schultergegend

1. 腋窩血管之損傷 die Verletzung der Gefässe der Achselhöhle 最要：為腋窩動脈之損傷其全斷者常以失血即死一部損傷者往往形成外傷性動脈瘤在摘出積發於乳腺癌之腋窩淋巴腺癌時每傷及腋窩靜脈不幸空氣竄入其中則忽然死亡

療法 對於大血管務求其中稱端及末稍端施行結紮但在靜脈壁之微小損傷只結紮其損傷部即足

腋窩動脈結紮法 die Unterbindung der A. axillaris 先使患者仰臥上膊強向外輪上舉且稍向外方廻轉由腋窩部為駝膊肌內緣與大胸肌交叉之所向末稍切開皮膚約 5 cm. 再切開筋膜直達膊神經叢動脈即在此叢中故宜切開神經鞘將正中神經中皮下神經向前方尺骨神經及橈骨神經向後方排開即現出該動脈至腋窩靜脈則再神經叢後緣之稍淺表部

2. 膈神經叢之損傷 *die Verletzung des plexus brachialis* 當肩胛關節脫臼或鎖骨骨折時間或將神經之一部或全部壓挫壓迫麻痺 *Konsequenzentzündung* 即屬此症又上膈強向頭側高舉而行長時間麻痺後每來該叢之麻痺即所謂麻痺麻痺 *Narkosenachmung* 是也此殆因於由第五第六頸神經分出之膈神經叢受鎖骨壓迫所致凡腋窩神經損傷後適應其所分佈之區域發現運動及知覺麻痺損傷膈神經叢之上部時間發 *die Erb'sche Laehmung* 或 *die Klumpke'sche Laehmung*

療法 神經全斷者行縫合術大部分缺損者作有莖莖或移植其他之神經

第九節 肩胛關節之炎症 (肩胛關節炎) *Entzündungen des Schultergelenks*

ks. des Omphritis

分爲急性慢性漿液性化膿 結核性等

1. 急性及慢性漿液性肩胛關節炎 *Omphritis serosa acuta et chronica* 常見於挫傷後之關節內溢血者其他急性或慢性關節俱麻低斯經過中亦往往發生慢性症常由急性轉來其自始即爲慢性皆大抵爲結核

症狀 因滲出液液使二頭肌肌滯部腋窩烏喙突起之周圍及棘下窩等腫脹呈波動急性性且發疼痛因壓迫而增劇關節機能障礙爲其主徵試固定肩胛部患者上肢不能外輪上舉慢性症則關節變攣大肌肉萎縮上膊因自己之重力高下內方下垂每誘起脫臼

療法 急性症初期用三角巾裹包關節更貼以冰壺使炎症消散疼痛緩解後即行按摩法及自動他動的運動
電氣療法能防肩胛肌之萎縮及強直充滿漿液者行無腐穿刺或切開術時或兼用三%石炭酸水或于倍具冰水洗滌

2. 急性及慢性化膿性肩胛關節炎 *Omphritis puru-enta acuta et chronica* 急性症多繼發於關節複雜
外傷及急性傳染病或急性傳染性骨髓炎於高熱劇痛腫脹關節機能著明障礙若膿性滲出漸增則呈波動或炎症
向四周蔓延發關節周圍膿瘍不速切開可因腐敗熱而致死即幸治愈每貽關節強直

療法 輕者用穿刺術或切開術再用石炭酸水或昇汞水洗滌之發高熱者須廣大切開裝入排膿管重篤者行
上膊骨切除術或關節離斷術

2. 結核性肩胛關節炎 *Oma Artis tuberculosa* 一般症狀與他關節炎同常為潛伏性慢性症待症狀既著
則關節著明突出可觸知腫脹肥厚之滑液膜或肥大骨質上膊骨常取內輪之位置於上膊中央部或關節內每發鈍
痛或牽引性疼痛

療法 固定關節注入藥液甚則用銳匙搔爬患部或行上膊骨切除術

第十節 肩胛關節之彎縮及強直 *die Kontraktur und Ankylose des Scapulothoracgelenks*

ulrergelenks

鑄鑄于急性慢性化膿性關節炎關節傷性僂麻低斯之條或起真性強直或起關節變縮又或發假性強直及變縮但在真性強直者上肢仍能向矢狀方向運動而外輪外轉及上舉則受限制

療法 預防為先即當關節炎症稍減時便用按摩法自動及他動的運動法既起強直運動著被障礙者宜施上膊切除術

第十一節 肩胛軟部之疾病 *Erkrankungen der Weichteile der Schulter*

1. 肩胛部粘液之炎症 *die Entzündung des Schleimveils der Schultergegend* 最主要者為肩峰突起上粘液囊及突起下粘液囊肩胛下粘液囊烏喙突起下粘液囊三角肌下粘液囊等此等粘液囊因損傷後發生血腫而起者為多結核病發此者亦不少漿液性症每因持續壓迫摩擦等而發是名粘液囊水腫 *Hydrops bursalmucosae* 化膿性症每向關節內破開

療法 輕症者蓋包化膿者切開之結核性症則惟有摘出而已

2. 肩胛肌痛 *Myalgie scapularis* 因急性為慢性僂麻低斯而起多犯三角肌及肩胛諸肌肩胛運動因受妨害療法 溫熱療法按摩法電氣療法等內服水楊酸鈉 *Aspirin* 等溫泉療法最為有效即頑固之症應用溫泉數星期即能奏效

第十二節 腋窩之炎症性疾病 *entzündliche Erkrankungen der Achselhöhle*

外科學各論

主要者為急性性淋巴腺炎因手指之小創或女子乳房部之表皮剝脫傳染病所致由傳染部至液窩腺生淋巴管炎化膿則成大膿瘍速向探部蔓延而發峰窩織炎不速切開可延至鎖骨部或向上膊或在大胸肌下及肩胛骨部流注膿汁慢性淋巴腺炎或為單鈍之腺增殖或為結核症具慢性化膿症常續發於手指之炎症形成瘻管排泄膿汁

療法 急性化膿症沿腋窩縱徑廣大切開之剔出膿體但不可損傷血管及膈神經叢結核性淋巴腺炎可用輝照法治療

第十三節 鎖骨及肩胛骨之炎症性疾病 *entzündliche Erkrankungen am Schlüsselbein und Schulterblatt*

一、鎖骨之炎症 以骨膜炎及骨髓炎為最多常為急性症起於急性傳染病經過中每生限 局性慢性慢性症多為結核或梅毒梅毒性者鎖骨著名膨大易與肉腫誤診結核性則起骨瘍但鎖骨再生機能甚旺故經過佳良

療法 急性症應用適當之局所療法梅毒則行驅梅毒結核則爬搔或切除之

二、肩胛骨之炎症 小兒每起肩胛骨傳染性或外傷性之急性骨髓炎或骨膜炎其為結核則發於關節結核之後肩胛骨前面發生化膿性炎者宜速手術否則必起敗血症膿毒症而死故於肩胛部起蜂窩織炎樣腫脹而劇痛及宜速穿刺確診之

療法 肩胛骨下炎症行穿刺術蓄膿者廣大切開或除去肩胛之一部

第十四節 肩胛部腫瘍 *Geschwulste der Schultergegend*

肩胛軟部之腫瘍有粉瘤脂肪纖維腫等每成巨大腫瘍鎖骨肩胛骨之周圍及腋窩為脂肪腫之好發部位而腋窩部常起血管動脈瘤較為罕見其他諸種之淋巴腺腫亦常發生而癰腫性淋巴腺腫每為乳癰癩癰發症肩胛部骨之腫瘍中以上膊骨上骨端線部之肉腫為最要發自骨膜或骨髓富有血管每呈搏動恰如動脈瘤其他軟骨腫骨軟骨腫軟骨肉腫亦有生於此部者在鎖骨或發骨軟骨腫及骨腫而肉腫較少該部腫瘍每壓迫鎖骨下靜脈及膈神經叢而起上肢浮腫運動及知覺障礙故宜速施手術凡鎖骨及肩胛部之腫瘍往往有自外傷而起者

第十五節 肩胛部之手術 *Operationen an der Schultergegend*

一、鎖骨切除術 *die Resektion der Clavicula* 有一部切除術及全部切除術二種而切除鎖骨緣以保存骨膜為優(骨膜下鎖骨切除術 *die Subperiostale Resektion der Clavicula* 術式沿鎖骨長軸切開皮膚及骨膜並剝離之鋸斷適當之骨片。(一部切除術)或切離胸骨及肩峰之關節聯合部(全部切除術)

二、肩胛骨切除術 *die Resektion der scapula* 別為一部切除全部切除及肩胛帶切除三種

1. 肩胛骨全部摘出術 *die Totalexcision der Scapula* 沿肩胛骨上緣及內緣切開皮膚剝離皮瓣先切離該骨內緣之菱形肌及肩胛舉肌次及於肩胛棘及肩峰突起之斜方肌三角肌並肩胛骨上緣之肩胛舌骨肌最後切

離其外緣及下角之大小圓肌於是提起該骨內緣縫離其下面之大前鋸肌及肩胛下肌再於上肩胛頭上鑄鐵狀母開肩胛關節囊且離斷大結節部之棘上肌棘下肌及小圓肌更將肩胛骨向外方迴轉由關節窩緣切離關節囊殘部及二頭膊肌三頭膊肌由烏喙突起初斷小胸肌及烏喙膊肌期該骨完全摘出宜結紮之血管有肩胛盂動脈肩胛橫動脈肩胛廻旋動脈及筋枝術後用二三縫合將上膊骨頭連接于鎖骨肩峰突起端之下面次將關節囊殘部與肌肉縫合而成新關節創面被覆皮膚插入排導管縫合創緣外加無腐綳帶

2. 肩胛骨一部切除術 *die partielle Resektion d. Scapula* 切開皮膚之相當部在欲保存肩胛骨頸部者其術或與全切除術略同唯不切開關節而僅鋸斷骨體身

3. 肩胛帶切除術 *die Resektion des Schultergürtels* 先結紮腋窩動脈或鎖骨下動脈離斷上膊骨次則鋸斷鎖骨終以上法摘出肩胛骨

三 肩胛關節切除術 *die Resektion des Schultergelenks* 使患者仰臥肩胛下置枕子上肢出於手術合緣助手持其屈曲之上膊稍向外輪且向外方迴轉使外踝正向外方術者取切除刀由肩峰突起中央縱切三角筋遂至其停止部排開左右劍絲露出結節間溝沿縫鞘送入有滲消息子切開關節囊此時若欲行骨膜下切除術則向外方迴轉上膊由囊狀韌帶之創口剝離小結節之肩胛下肌附着部次向內方迴轉上膊剝離大結節之肌附着部則骨頭突然出於創外挾以骨鉗剝離囊狀韌帶之後側鋸斷外科頸插入排導管縫合其一部外加無腐綳帶腋窩內插入枕子肘關節直角屈曲而與上膊同固定於胸廓凡本關節切除部愈大術後起弛緩症者亦愈多

四 肩胛關節離斷術 die Exarthikulation des Schultergelenks 有環狀切法及瓣狀切法二種

- a. 環狀切法 使患者仰臥於手術台緣之近傍在腋窩之肩峰突起上 以驅血帶外膝上膊在三角肌下界環狀一次切斷諸軟部而達於骨鋸斷骨質結紮血管撤去止血帶再由肩峰突起前緣下刀縱切軟部排開創緣鑄離骨膜露出上膊骨殘部以左手握持不絕向左右迴轉之使骨頭自關節離解剪斷神經叢插入排導管縫合創緣骨
- b. 瓣狀切法 患者向健側臥墊高肩胛部如前法止血後先於肩胛外面造一鈍圓方形皮瓣切離三角肌向外翻轉之露出肩胛關節之外面次將上膊骨頭向上方抵壓切離兩結節上之囊狀韌帶及髓使關節頭窩出於創內更切離囊狀韌帶之後壁並向下方進至腋窩造一約 *Dem* 長之筋皮瓣同時切斷神經及血管終乃縫合內外二瓣插入排導管

第二章 上膊及肘關節之損傷及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Obera

Umstand der Ellbogengegend

第一節 上膊骨幹骨折 Frakturen der Humerusdiaphyse

本症乃由外科頸下至下端內外二髁之區域內所生之骨折是也常起於直達之外力間或因手或因髁部衝突於地上所致又有因肌肉之劇動三角肌附着部之下方起骨折者以斜骨折最多橫骨折次之螺旋狀骨折又次之縱

骨折最少有成不全骨折者有爲複雜骨折者其粉碎骨折每因尖銳折片傷及神經及動脈

症狀 有異常運動變形呻吟軋音疼痛等特異症候若使外驗或上舉則變形尤著負傷部作角屈曲上部短縮骨輪異常若撓骨動脈無脈搏皮膚亦變色者爲上轉動脈損傷之徵知覺及運動障礙者爲神經損傷之徵

預後 佳良小兒約三週成人約 4-6 週治愈若二折片間嵌入肌肉或折片固定不全每形成假關節複雜骨折之衆神經及血管之損傷者預後不良時或因假骨之過生而起壓迫麻痺

療法 單純骨折可牽引轉位之折片而整復之務使骨軸歸於正常（使多觀向大結節及膊峯突起成一直線）再使肘關節直角屈曲固定上膊於胸廓複雜骨折有須行骨縫合者若因大血管之損傷或假骨過生時則行適當之處置假關節則除去之再行骨縫合

第二節 上膊軟部之損傷 Verletzungen der Weichteile des Oberarms

1. 上膊肌肉之損傷 die Verletzung der Muskeln am Oberarm 最要者爲二頭膊肌長頭髓之轉脫或斷裂及二頭膊肌之斷裂但皆伴有，肘關節脫臼及上膊骨上端之骨折單純者絕少二頭膊肌髓自結節間溝脫轉者起局所之劇痛溢血伊軋音且能觸知脫出之索條肘關節不能伸展該髓若起斷裂則屈曲患者之肘關節弛緩無力不能見二頭膊肌之收縮斷裂之深且大者能觸得其裂處

療法 脫落者整復之且固定上膊次用按摩法及他動的運動法斷裂者行肌縫合

要

2. 上膊神經之損傷 die Verletzung der Nerven am Oberarm 說中以橈骨神經及筋皮神經二者為最

橈骨神經主宰上膊之肌肉為二頭膊肌及內膊筋之外束蒙損傷時則來此等肌肉之麻痺
筋皮神經分佈於二頭膊肌烏喙肌及內膊肌內束若起損傷則來此等肌肉之官能障礙

療法 神經縫合術

3. 上膊血管之損傷 d. V d Gefäße am Oberarm 最要者為上膊動脈

上膊動脈結紮法 die Unterbindung der Arteria brachialis 通常行於上膊之中央即使上膊直角外輪先沿
二頭膊肌內緣切開皮膚長約 4 cm 切開筋膜露出二頭膊肌內緣向外方牽引之正中神經直在上膊動脈之上而
故須分離其周圍而移向於外方然後切開動脈鞘施行結紮

第三節 上膊之炎症性疾病 entzündliche Erkrankungen am Oberarm

1. 蜂窩織炎 die Piletrone 續發於手指之外傷及炎症沿二頭膊肌溝蔓延每引起靜脈炎及淋巴管炎
法詳總論

2. 淋巴腺炎 die Lymphadenitis 不論其為急性或慢性皆發於二頭膊肌溝內之腺體結核症則以乾酪變性
形成膿瘍砂潰而生瘻管及皮膚潰瘍

外科學各論

3. 肌之炎症 die Myositis 常見於二頭膊肌內膊肌及三頭膊肌或因外傷或因梅毒或因癩麻低斯其原於梅毒者每起肌底樣變性致發高度萎縮亦有梅毒第二期之初毫無前驅症而忽起肌變縮者常見於二頭膊肌觸膠上於肌健移行部緊張而固有壓痛可持續數月或年餘之久其他上膊肌肉之炎症有傳染性及化骨性肌炎 Myositis infectiosa und Myositis ossificans 所謂操練骨 Exerciseknochen 者即外傷性化骨性肌炎之一種也

4. 上膊骨之炎症 die Entzündung am Humerus 在上膊骨端附近往往起急性慢性骨膜炎及骨髓炎急性傳染性骨髓炎每致全骨幹壞死厥後有再新生骨質者有不再生者此時上膊無力而下垂其他結核性或橡膠樣腫性骨髓炎往往形成假關節

療法 腐骨變管常在上膊骨後故因摘出腐骨而傷及神經者較少腐骨摘出後上肢用支柱裝置形成假關節者則搔爬之或縫合骨質

第四節 上膊骨下端骨折 Frakturen am unteren Ende des Humerus

1. 上膊骨疎上骨折 Fractura humeri supracondylica 以斜骨折為最多純粹橫骨折較少每穿通肘關節而為冰裂骨折其原因多為直達之外力間或以間接外力如墜落之際前膊過度伸展則發此症定裂性症上膊骨之下折片因三頭膊肌之牽引向後上折片位於下折片之前方然亦有相反者

2. 上膊骨髁上骨折兼肘關節冰裂 *Fractura humeri supracondylar minima Elbogengelenk penetrierenden*
Fractur 鷹嘴突起受強劇之外力所致骨冰裂之形狀有二狀或一狀者各折片或互相連合或互相分離若分離時
則肘關節著明增大內外二髁部發劇痛及呷軋音

3. 上膊骨下骨端離解 *die partielle Trennung des unteren Endes des Humerus* 上膊骨下端之骨端幾在前後
滑車上窩之直下及二髁間該線之離解大抵見于十二歲以前之少年原因爲直達或介達外力例如前膊之劇裂迴
轉過度伸展外輪內輪等症候與 上橫骨折略似惟得因年齡及軟骨性呷軋音區別之

4. 上膊骨內上髁及內髁骨折 *die Fraktur des Epicondylus und Condylus internus humeri* 內上髁骨折之
折線常在關節囊外習見于小兒其特徵爲內上髁之異常運動呷軋音局所溢血疼痛等

內髁骨折之骨折線由上膊骨內緣斜向上外方其折落之內髁或在原位或轉位至內上後方其症候爲內髁部
腫脹異常運動呷軋音等

5. 上膊骨外上及外髁骨折 *die Fraktur des Epicondylus und Condylus externus humeri* 外上髁骨折甚少
外髁骨折較常同于內亦見于少年其折片可自由運動兼發呷軋音及變形

療法 按一般骨折療法若已知其肘關節不免于強直者則使肘關節取直角或銳角之位置固定之

第五節 前膊骨上端骨折 *Frakturen an dem oberen Enden der Vorderarmknochen*

1. 鷹嘴突起骨折 *Fractura olecrani* 常因直達暴力或打擊於直角屈曲之肘關節所致間有因於間接之暴力者如墜落時手衝突於地上前膊過度伸展時是骨折部多在突起尖端或其中央而在其底部者甚少此骨折每合併上膊骨骨折或前膊骨後方脫臼

療法 其為皮下骨折則伸展肘關節鑿復折片在上折片上用小棉球抵壓之縱橫貼以絆創膏將肘關節固定於伸展位若關節部有強度溢血者俟溢血消散後再施固定綑帶第一次交換綑帶之時期約 8—10 日經四五週後令行屈曲運動折片之離接合者用骨縫合法

2. 冠狀突起骨折 *Fractura. dei proennis coronoideus ulnae* 常見於尺骨之後方脫臼其症候亦以尺骨後方脫臼之症候為著所異者此脫臼易於整復而整復後又易脫出單純之骨折甚少因關節溢血運動肘窩部則發劇痛故難診斷但能觸知其折片及聾軋音時不難斷定

療法 直角或銳角屈曲肘關節加石膏綑帶固定二週後施關節運動及按摩法在固定後第八日宜交換綑帶變換位置以防強直

3. 橈骨小頭骨折 *Fractura. dei Capitulum radii* 多為關節囊內骨折因直達或介達暴力而起例如墜落時手翅前衝突地上或強劇翅前運動時起本症小兒每起橈骨小頭之骨端離解其他併發髁外骨折鷹嘴突起及冠狀突起等骨折或橈骨後方脫臼者亦復不少其為全骨折翅轉前膊發生疼痛及聾軋音每能觸知折片之移動

療法 屈曲肘關節成直角前膊取半翅前位而固定之(三週)每八日交換綑帶施按摩法及關節運動

4 橈骨頸骨折 *die Fraktur des Collum radii* 爲蓋狀韌帶附着部橈骨結節間之骨折在小兒則爲骨端離解每兼尺骨後方脫臼及冠狀突起骨折其爲全骨折者折片突出於肘窩部前臂不能迴前或迴後運動而固定于迴前位

療法 先宜弛緩二頭膊肌之緊張屈曲肘關節整復二折片外施石膏繃帶

第六節 肘關節脫臼 *Luxation des Ellenbogengelenkes*

1 二前膊骨後方脫臼 *die Luxation beider Vorderarm knochen nach hinten* 爲肘關節脫臼中之最多者有全脫臼及不全脫臼二種屬于前者上膊骨關節端位于冠狀突起之前方及橈骨頸部屬於後者其冠狀突起及橈骨頭緣抵于滑車及上膊骨小頭之下面其原因如墜落時肘關節過度伸展爲喙突起抵觸于滑車上窩形成槓桿作用將上腕關節下端抵出於前方致囊狀韌帶破裂而成其他屈曲肘關節上膊後面之打擊及前膊過度側方運動時皆可發生重症者每兼軟部外傷或諸種骨折

症狀 外傷後症狀著明爲時已久溢血漸增則變形而症狀不著蓋喙突起及橈骨小頭突出於肘關節之後方突起部上方成凹陷在皮下能觸知緊張之三頭膊肌健肘關節前方觸得上膊骨下端肘關節多少取屈曲位置前膊取迴前週後之中間位且著明短縮肘關節不能自動他動之則有彈撥性不全脫臼之症狀同上唯較輕耳觸診之冠狀突起及橈骨小頭低觸於上膊骨關節下面

預後 數復愈早則痊愈大抵纏四一六週後即為不遺納性症其併發骨折者同時不加適當處置每貽著明
官能障礙

療法 整復術一人固定上膊一人牽引前膊即可困難時則用次法(1) *die Reposition durch Hyperextension*
des Ellbogengelenks nach Rover 患者肘關節置於術者膝上而將上膊過度伸展之約成120°之角此時窩
嘴突起成為支點將嵌合於滑車上窩之冠狀突起抬起而壓出之同時牽引前膊而復急向前屈曲助手則由後方
抵壓窩嘴突起(2) *die Reposition durch forcirte Beugung nach Dumeril* 肘關節作直角屈曲前膊纏絡筋
帶依上膊軸向下方牽引同時上膊向上反對牽引待前膊伸展後更屈曲而整復之

後療法 用石膏固定肘關節使成直角屈曲二週後行按摩法及關節運動法

2 兩前膊骨前方脫臼 *die Luxation beider Vorderarmknochen nach vorne* 甚少對於肘關節強度屈曲
其窩嘴突起受衝突或打擊所致窩嘴突起尖端轉位於上膊下端前方者曰全脫臼窩嘴突起抵壓於滑車者曰不全
脫臼其症候前膊銳角屈曲肢軸延長窩嘴突起位置異常能觸知緊張之三頭膊肌腱及上膊骨下端在肘窩觸得尺
骨半月狀截痕及橈骨小頭

預後及療法 預後佳良整復術與後方脫臼同即使強度彎曲且向後方壓抵之

3. 前膊骨 方脫臼 *die seitliche Luxation beider Vorderarmknochen* 亦極少之症因劇烈暴力而起常

為內外側不全脫臼就中以外側較多所發症候橈骨小頭轉脫於上膊骨外側上方故該部著明隆起尺骨半月狀截

痕轉位於上膊骨小頭下肘關節之橫徑及面積增大內轉亦著明隆起前緣取屈曲迴前位置運動障礙若為內側脫臼則症狀恰與前相反凡本症常兼內外上髌橈骨小頭冠狀突起及滑車等骨折內側脫臼每兼尺骨神經之損傷

療法 外側脫臼牽引而將骨向內方推移同時向外方壓迫上膊骨內側脫臼則以與上反對方向整復之

4. 二前膊骨排開脫臼 *die bivergende Luxation beider Vorderarmknochen* 此為二前膊骨各向一方脫

臼如尺骨向前方橈骨向後方之類是也其症狀及療法見於橈骨及尺骨之單獨脫臼

5. 尺骨脫臼 *die Luxation der Ulna* 單獨者常為後方脫臼多為不全脫臼冠狀突起轉位於滑車下窩際突起之關節面向後方隆起在全脫臼症常兼橈骨或上膊下端骨折冠狀突起轉位於後滑車上窩內面骨間韌帶輪

狀韌帶及內側韌帶著明斷裂其症候與二前膊骨後方脫臼略同惟 骨仍在常位耳

6. 橈骨脫臼 *die Luxation der Radius* 橈骨之單獨脫臼常見於尺骨上 骨折及橈骨小頭骨折時其為

前方脫臼者小頭轉位於上膊骨外 前緣碰觸診皆見該部之異常小頭原位凹陷能觸知尺骨之關節突起緣前略屈曲而迴前稍能運動在全脫臼症無著明變形僅前膊取迴前位置使之迴後則發疼痛其他更有向後方或外

方脫臼者然皆甚少

診斷及預後 前膊取屈曲或伸展位置而行迴轉運動即能認知小頭之所在而前方或後方脫臼每兼尺骨上

骨骨折宜注意其預後因韌狀韌帶之一部或輪狀韌帶介在關節或因囊狀韌帶之緊張或小頭軟骨片及折片等阻礙整復故預後不良其不能整復者前膊加山及迴旋運動著明障礙

療法 前方白脫屈曲前轉且廻後并加牽引壓迫以整復之鬆復困難者切開關節除去障礙物不能固定者縫合囊狀部帶裂口或切除橈骨小頭

第七節 肘關節之炎症 die Cubitalarthritis

1. 急性肘關節炎 C. b. a. a. 有漿液性漿液纖維素性化膿性等或由外傷或因淋病其症候見總論惟宜注意者在關節後面橈突起之兩側早能認明腫脹關節全部發炎則起屈伸障礙滲出物增多關節取屈曲位置其他炎症初期有二頭脾肌之攣縮

療法 一般關節炎療法

3. 慢性肘關節炎 C. b. a. r. h. c. h. r. o. n. i. c. a. 結核性症為最多常見於腺病性小兒或結核性體質之人多以外傷為誘因病之原發於骨質者較原發於滑液膜為多前者上膊骨下端腫脹後者發關節水腫 *Hydrarthrose* 然至後期關節一沉腫脹上膊及前膊諸肌漸次瘦削關節部形或紡錘狀運動著明障礙若病灶向外穿破則成瘻管

療法 見總論

第八節 肘關節之攣縮及強直 die Kontraktur u. Ankylosis des Ellenbogengelenks

有癢痕性肌性關節性三種癢痕性攣縮於起創傷及火傷肌性攣縮起於肌之損傷或疾患關節性攣縮起於囊

狀軟帶萎縮或關節結締織性或骨性癒着他如骨折後畸形性癒着或假骨過生亦可發生

療法 癥痕性者作有莖皮痲肌性者原因療法關節性者用按摩法運動法及關節切除術

第九節 上膊及肘關節之腫瘍 *Geschwulste des Oberarms und der Ellbog-*

engegend

自骨發生者有骨髓軟骨腫骨膜性及骨髓性肉腫等就中以上膊骨上骨端線之肉腫性狀特惡自軟部發生者有尺骨神經腫及皮膚癌腫

療法 摘出術惡性者行上膊切斷術或肩胛關節離斷術

第十節 上膊及肘關節之手術 *die Operationen der Humpers und des Ell-*

ogengelenks

上肢手術目今皆用神經叢知覺麻痺法 *die Anästhesierung des Plexus brachialis nach Kutschenkmir* 是以 2% *Novocain-Adrenalin* 溶液由鎖骨中央之上方鎖骨下動脈之外側適當於鎖骨與肋骨交叉處注射於神經叢使全上肢起知覺麻痺者也

一、上膊切斷術 *die Amputation des Humpers* 以二次的環狀切法爲最適先於肩胛部或上膊上骨部施行

外科學各論

驕血環狀切離皮膚直至筋膜而向上翻轉之密接翻轉部切離肌層鋸斷骨質結紮上膊動脈及深膊動脈牽出神經並離斷之

11、肘關節切除術 *die Resektion des Ellenbogengelenks Resectio Cubiti* 有種種而最常用者爲 *Resektion*

Cubiti nach v. Langenbeck durch einfachen Längsschnitt 即稍屈肘關節且將窩突向上方固定之於關節後面窩突之稍內方約在該突尖端上方 3-4 cm 處下刀達至尺骨內緣即至尖端下 5-6 cm 處縱切皮膚直達骨面將三頭膊肌之內半部與骨膜一同剝離更以刀刃向骨面進行剝離內側軟部慎勿傷及尺骨神經復如前法剝離外側軟部然後將肘關節強度屈曲鋸斷相當之關節端及關節窩並切除其滑液膜

三、肘關節離斷術 *die Exarticulation des Ellenbogengelenks Exarticulatio Cubiti* 有環狀切法瓣狀切法二種

環狀切法 術者左手向上牽引肘關節皮膚右手執刀由上膊內外側之下方四指橫徑處環狀切開皮膚達於筋膜次將皮膚向上剝離達於內外側部翻轉皮瓣於是伸展肘關節沿屈曲面之皮瓣翻轉部橫斷軟部切開關節更於外上課上切離外側勒帶分離橈腕關節再斷內上課上之內側勒帶在窩突尖頂部切斷三頭膊肌臆結繫動脈牽出神經

瓣狀切法 依軟部狀況造一大掌側瓣及一小背側瓣各由筋膜剝離之於是由背側橫斷軟部切離三頭膊肌及二側勒帶更及於掌側軟部

第三章 前膊與腕關節之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Vorderarms und des Handgelenks

第一節 前膊骨骨折 Frakturen am Vorderarm

1. 兩前膊骨骨折 Frakturen an beiden

其原因爲衝突打撲轉過等直接外力間接者較少起於直接者骨折常在同高之位置間接者尺骨之折斷每在橈骨折傷部之上甚好發部爲下或中或上甚少折片之轉位方向雖因外力方向及骨折部位略有不同而常向骨間部或尺骨側或橈骨側轉位小兒每起不全骨折

症候 完全骨折有骨折異常症候前膊不能自動肢軸短縮不全骨折前膊略向掌面或側方屈曲

診斷 下或中或上部易上部難

療法 先將二折片反對牽引整復接合後肘關節作直角屈曲前膊迴後自上膊至掌指關節用副子綑帶每週

交換一次察其接合位置之當否且行按摩法

3. 尺骨幹骨折 die Fraktur der Diaphyse des Ulna

因直達暴力而起以上或中或交界處爲多中下部較少每兼橈骨小頭前方脫臼

症候及診斷 前膊背側能觸知尺骨後緣全長徑故不難診斷若迴轉前膊有異常運動及呷軋音骨片向骨間

外科學各論

轉位且兼橈骨小頭脫臼前膊短縮肘關節取半屈曲位置迴後及屈曲運動著期障礙

療法 兼橈骨小頭脫臼者先正其脫臼次正轉位之折片肘關節作銳角屈曲前膊取半迴後姿勢加石膏或副

子綑帶固定2—3週

3. 橈骨骨折 Radial Fracture

a. 橈骨骨幹骨折 Colles Fracture 為稀有的發生於腕部骨折症候亦須藉X光以證明之

療法 整復折片前膊迴後袖袖自上膊至腕關節用石膏或副子綑帶

b. 橈骨下端骨折 No. 1861 Fracture 在下端關節而下方約2.5cm 處骨折最多(占全身

骨折中常為橫骨折年少者則為骨端難解起於外達之暴力例如肘關節伸脛手背屈以掌面衝突於地下時者上折

并向掌側轉位手與下折片向背側轉位此種骨折常有定製裝故明定製鞋橈骨骨折 Colles Fracture

症候 定製鞋者症狀著腕腕關節背側有下折片之隆起其上方則凹陷在掌側之凸出部隨與背側相反微隆

體如肉父其他手向橈骨側彎曲尺骨下端著明突出不能迴前迴後試以左手握骨折上部右手持患者之手向四週

運動可証明其呻吟音發異常運動

診斷 不難但症狀不明者早與腕關節捻挫或脫臼誤診尤以腕部著明溢血者為甚

預後 單純之橫骨折預後佳良約3—4週即能骨性癒合年老及衰弱者須5—6週

療法 預防折骨之畸形癒合致腕關節之機能轉位折片須正確整復即將手強力向尺骨側牽引伸展患部

且向掌側屈曲將橈骨側彎曲矯正後車時取腕前頭後之中間位置而固定之其固定繩帶以副子爲佳每於交換也
一週後除去繩帶參其位置之當否施按摩法日使腕及指關節運動以助伸直及肌肉萎縮待三—四週後解
除固定繩帶并使入浴再行按摩法其用石膏網帶者固定七八日後亦須交換

第二節 前膊軟部之傷損 die Verletzungen der Weichtheile des Vorderarms

1. 前膊神經之損傷 d. v. der Nerven am Vorderarm

1. 正中神經之損傷 / . des Nerven Medianus 手指之第二節及示指中指之第三節全不能屈曲姆指之
官能障礙甚著其指腹不能與小指接觸傷於伸屈位置略折示指姆指部愈在上方則屈側之前膊肌麻痺亦愈多但
尺骨側諸肌由尺骨神經支配故第二至第五指尙能稍屈又皮膚知覺神經之障礙則甚少

2. 尺骨神經之損傷 V. des N. ulnaris 手向尺骨側屈曲及內輪均被限制第二至第五指之屈曲困難或不
能小指運動全廢又因內外全骨間肌麻痺之故各指之第一節不能屈曲而第三節不能伸展姆指不能內轉是名壓
爪 die Krallstellung

3. 橈骨神經之損傷 V. des N. radialis 手不能把握亦不能營迴後運動及背屈除終末二節略能伸展
外餘皆不能姆指不能外輪前膊迴後運動廢絕若三頭膊肌麻痺則前膊不能伸展

療法 在新鮮創傷直接縫合其兩斷端陳舊之症先由周圍剝離神經斷端更作新創而縫合之

二 前膊血管之損傷 d. V. der Geleasse am Vorderarm

1. 橈骨動脈結紮法 Die Unterbindung der A. radialis 於橈骨莖狀突起及內橈骨肌腱之中間切開皮膚及筋膜即得

2. 尺骨動脈結紮法 Die Unterbindung des A. ulnaris 於內尺骨肌腱之橈骨側縱切皮膚及筋膜長約 4cm. 該動脈即在內尺骨肌與淺總指屈肌腱之間

第三節 腕關節之外傷

Verletzungen der Handwurzelgelenks oder Carpalgelenks

1. 腕關節挫傷及捻挫 Konusion und Distorsion der Handwurzelgelenke 挫傷起於直達之暴力捻挫則因強劇迴轉或屈曲而起多為橈腕關節之捻挫例如顛倒手掌衝於地上而向背側過度屈曲時是也

症狀 與橈骨下端骨折類似但其疼痛及運動障礙只限於關節部

療法 按摩法或運動法兼用濕罌法如勒帶斷裂且高度溢血者宜用 2-3 日固定勒帶然後行按摩溫浴等

催進血液吸收並防關節強直

2. 腕關節之創傷 die Wunden der Handwurzelgelenke 為切創挫創及銃創等每起機能障礙亦有危

及性命者關節內流出滑液為本病之確徵

療法 一 腕關節創傷療法

第四節 腕關節之脫臼 Luxationen der Handwurzelgelenke

主要者為橈腕關節脫臼 *Luxation des Radi-Carpalartic* 甚少因該部有強韌之韌帶若發脫臼須先起橈骨下端骨折其脫臼分背側掌側而背側多於掌側所發症候與橈骨下端骨折酷似其鑑別在背側脫臼橈骨與尺骨莖狀突起之關係正常如在骨折則橈骨莖狀突起變為下折片向背側轉位其他自然嚙突起尖端至中指尖端測其全長亦為診斷之一助

療法 助手握前屈術者左手握患肢而反對牽引之同時右手直接其腕骨面壓迫整復固定之數日後再用按摩法及他動法

第五節 前膊及腕關節部之炎症性疾患 *entzündliche Erkrankungen am Vorderarm*

der Arm und an der Handwurzelgelenkgegend

F 前膊急性炎症 *die acute Entzündung am Vorderarm* 常因手指輕微外傷繼發淋巴管炎丹毒皮下或深部(筋膜下)臄鞘筋間結締組織 蜂窩織炎其為進行性者每須切斷上膊以救生命炎症向上延則肘腋窩均陷於化膿

療法 不論創傷之大小均須嚴行防腐已起靜脈炎及淋巴管炎而未化膿者則用藥水洗滌高舉患肢化膿時則切開排膿施防腐細帶再用副木使患肢鉛直舉上

2. 前臂手腕之腫及腱鞘疾患 die Erkrankungen der Sehnen und Sehnenhäuten am Vorderarm und Carpus 分爲伸側及屈側二種伸側者如下

a. 紅腫性腱鞘炎 (die Inflammation der Sehnenhäuten am Vorderarm). Tendovaginitis erythematosa 好發於長外轉拇肌短伸拇肌常見於洗衣女琴師等試以手掌貼患部而運動其腕關節能觸知嘶軋性摩擦音患部腫脹疼痛手指運動障礙

療法 按摩法濕布應抵帶前縛且用三角巾固定之俟炎症既退再用按摩法及他動運動或塗擦水銀軟膏

b. 漿液性腱鞘炎 (腱鞘水腫) Tendovaginitis serosa. Hydrops tendovaginalis 好發於總指伸肌及拇指伸肌多爲結核症沿膿鞘形成莖管及膿瘍若爲梅毒毒性者則起橡膠腫性浸潤

療法 原因療法頑固不治者切開之

3. 化膿性腱鞘炎 T. purulenta 繼發於手指之癰疽腫之一部有起壞死者

療法 一部壞死者用膿成形術

屈側者如次

a. 急性腕粘液囊炎及腱鞘炎 Bursitis et Tendovaginitis carpalis acuta 化膿性症每繼發於外傷及癰疽

若爲腐敗性炎症腫之大部每陷於壞死

療法 未化膿者鉗直高舉患部已化膿者切開之

b. 慢性漿液性腕粘液囊炎及腱鞘炎 B. et. T. carpalis serosa chronica 少爲結核性症而勞動者亦常起外傷性炎症於橈骨側或尺骨側之粘液囊內瀦有多量之漿液或米粒樣體

療法 對症療法

3. 前膊骨及腕骨之炎症 die Entzündung der Vorderarmknochen und Handwurzelknochen 因外傷及深在性蜂窩織炎而續起骨膜炎梅毒性骨膜炎及骨髓炎好侵於尺骨結核性骨膜炎及骨髓炎常發於關節之附近

療法 一般療法

第六節 腕關節炎症 die Carpalrhritis. Entzündungen der Handwurzel

gelenke

1. 急性化膿性關節炎 Carpalrhritis acuta purulenta 續發於腕骨挫滅後及腕關節傳染性創傷速侵及周

期延稍治愈後貽留關節強直其他急性多發性關節僂麻低斯亦爲本症之原因

外科學各論

療法 關節炎一般療法

2. 結核性腕關節炎 Carpalarticulitis tuberculosa 為較多之症多原發於骨有繼發於髓鞘結核者常見於成人經過不良蓋兼併肺結核及局部廣大破壞故也其症狀始呈結核性水腫或骨腫脹經過數月蔓延全關節侵及髓鞘手指運動障礙穿破皮膚形成瘻管或致關節周圍崩壞

療法 初期注射 10% Jodoformglycerin 並以副子固定之進行性者搔爬之或用關節切除術

第七節 前膊及手腕之腫瘍 Geschwulste des Vorderarms und des Carpus

常見者為脂肪腫纖維腫神經腫及血管腫而脂肪腫每在前膊及手腕沿髓鞘蔓延發生在多發性神經腫及囊狀神經腫每兼皮膚肥厚而為巨大腫瘍惡性腫瘍有肉腫及癌腫

療法 摘出腫瘍神經腫摘出後每須用神經成形術惡性腫瘍則切斷上膊或前膊

其他尚有結節樣腫 das Ganglion 者為手背上之囊腫狀腫瘤常見於橈骨側自豌豆大至胡桃大形狀或圓或稍帶結節樣在皮下能移動柔軟呈波動但有因緊張而堅硬於軟骨者內容多為透明膠樣質或黃色如蜂蜜發生緩慢至一定度而發育停止不起障礙有漸自消失者其療法以摘出為主或使挫滅於皮下二三日間用壓抵細帶

第八節 前膊及腕關節之手術 die Operationen des Vorderarms und der Hand-

gelenks

I. 前膊切斷術 *die Amputation des Vorderarms, Amputatio antibrachii* 以二次的環狀切發為最適當法與上膊切斷術同惟環狀切離肌層後宜用兩刃骨間 先由掌側刺入橈尺二骨之間切離骨間肌及韌帶次再由背側刺入分離軟部然後鋸斷骨質

2. 腕關節離斷術 *die Exarticulation der Carpo-Radialgelenks, Exarticulatio manus* 常用二次的環狀切法用二莖狀突起下約二指橫徑處環狀切離皮膚及皮下脂肪組織將皮膚向上剝離翻轉之而至莖狀突起部次於該突起下部作第二次環狀切離使手向尺側屈曲切開橈骨側之關節再由此全斷其軟部

3. 腕關節切除術 *die Resektion des Handgelenks, Resectio manus*
a. 用兩側切法之橈骨及尺骨下關節切除術 *die Resektion der unterem Gelenkenden des Radius und der Ulna durch Bilateralreih* 先自尺骨莖突下方沿尺骨向上縱切開 4—5 cm. 剝離軟部露出尺骨下端鑿除病變部再於橈骨莖突下方向上縱切 5—6 cm. 手向背屈曲橈骨下端剝離骨膜切除骨質裝入排導管外施無腐細帶

b. 用背面橈側切法之腕關節全部切除術 *die totale Resektion des Handgelenks mittels Dorso Radialschnitts nach v. Lerschenbeck* 置手掌於小手術台略向尺側屈曲第二掌骨尺側中央下刀上行至橈骨端背面中央切開皮膚長約 6 cm. 漸入深部切離莖狀韌帶露出橈腕關節手向掌屈第一列腕骨即露於創外切離腕骨間韌帶由大小多稜骨分離舟狀骨由有頭骨及鈎狀骨分離半月狀骨及三角骨若欲摘出第二列之腕骨則錯

挾有頭骨之上端外轉拇指分離大小多稜骨之關節次漏曲四指切離背側韌帶滴出小多稜骨及有頭骨

第四章 手及指之損傷及疾患 die Verletzungen und Krankheiten der Hand und Finger

第一節 手及指之畸形 Missbildungen der Hand und Finger

1. 躡指 die Synaktylie 為鄰接二指或數指一部或全部癒着之症就中以 III. IV. 指癒着者為最多
療法 皮膚性癒着者切離後用 Thiersch 氏植皮法或用 Didot 氏皮瓣移植術
2. 刺指 die Polydaktylie 為指數過多之症往往一家族中數世遺傳過多之指常存于尺骨側或橈骨側同時亦伴他種之畸形最經之症即於指端上有二個之爪節
療法 切除之

第二節 手及指之外傷 die Verletzungen der Hand und Finger

1. 手及指之軟部創傷常見者為刺創切創挫創等軟部損傷若傷及手背皮下靜脈或深淺掌動脈弓者則出血甚劇

血凝閉

療法 一般傷創療法

2. 掌骨骨折 die Fraktur der Metacarpalknochen 其罕由直達外力而起好發於第一第二及第五掌骨每

兼脫臼

療法 折片轉位者牽引指端同時於折斷部加以壓迫再施固定綑帶安置前膊三於角巾上

3. 指骨骨折 die Fraktur der Phalangen 亦發于直達之暴力多為橫骨折

療法 作一小副子使患指與鄰指一同固定二三週複雜骨折可用腸線縫合骨髓若已斷絕者則鋸斷其突出

之骨端或將附近之關節離斷再行閉鎖

4. 腕掌關節脫臼 die Luxation im Carpo-Metacarpal gelenk 常見者為拇指之掌腕關節脫臼就

中尤以背側脫臼為多脫臼端突出於掌骨之背面整復術牽引脫臼部同時壓抵之治癒後每留多少之關節運動障

碍

5. 掌指關節脫臼 die Luxation der Metacarp-Phalangealgelenke 亦以拇指背側脫臼為多常以強劇

背屈所致拇指基節鉛直起立

療法 將拇指過度伸展次急向掌側屈曲且壓抵之固定十日再施按摩及運動

第三節 手及指之炎症性疾患 die entzündliche Erkrankungen den Hand

外科學各論

und Finger

1. 指關節之急性炎症 die akute entzündliche Erkrankung der Fingergelenke. Arthritis interphalangealis. 起於外傷繼發於關節周圍之化膿

2. 手之急性炎症 die acute Entzündungen der Hand 常見者爲掌側蜂窩織炎起於外傷或繼發於手指進行性蜂窩織炎及手掌淺在膿瘍工人每因水泡或肝疔而續發本症其深在性炎症速侵襲髓鞘及粘液囊甚則進入關節

療法 縱切皮膚用麥粒鉗擴張創口以利排膿

3. 指骨掌骨結核 die Tuberkulose der Fing- und Metacarpalknochen 常見於小兒通常以骨膜爲原發性結核性骨膜炎及骨髓炎使指骨或掌骨呈壘子狀腫脹即所謂風疔病 der Windhorn, Spina ventosa 者是但梅毒性症狀亦然此又須注意其既往症者也

療法 初用強壯療法局所注入 10% Jodform-Glycerin 已成膿管者搔爬之頑固不治者切除或離斷其關節

4. 指關節之慢性炎症 die chronische Entzündung der Fingergelenke 有尿酸性結核性及慢性漿液性關節炎而尿酸性關節炎以發于趾者爲多若侵犯指關節則名手痛風 Chiragra

5. 手及指之慢性髓鞘炎 *Tendovaginitis chronica an der Hand und den Fingern* 亦有漿液性漿液纖維索性化膿性肉芽及痛風性等及痛風性為多好發於指之伸肌腱部常生多數之痛風結節 *der Geackhöer*
6. 指之特發壞疽 *die spontane Gangraen din Finger* (*Fayrandiche Krankheiten*) 因慢性閉塞性動脈膜炎或營養及血管運動神經障礙而起亦名對側性壞疽 *die symmetrische Gangraen* 又好發於掌側
7. 爪之疾患 *die Erkrankungen der Naegel* 最要者為爪床之炎症 (*爪床炎 die Onychie*) 其起於爪牀周圍軟部者稱為爪滴炎 *die Paronychie* 因梅毒而起者曰梅毒性爪床炎 *Cyrcchia syphilitica* 凡化膿性症則須摘出爪甲一部或全部梅毒性症則用驅漆療法

第四節 指攣縮症 *die Fingerkontraktur*

1. *die Duvrenische Fingerkruemmung* 為一指或數指之攣縮常見於第四第五指因手掌腱膜及其放狀纖維胛肌樣萎縮所致常發於手上亦有因痛風及其他全身病者或與遺傳有關患指初不能伸展後遂彎曲數年後則緊接於手掌

療法 手術療法 *W. Birsch* 氏於手掌部造一三角形皮瓣尖端向中樞基底向指尖先剝離皮瓣摘出胛肌樣手掌腱膜切去深部緊張之纖維索條使患指伸直為度在瓣根部加二三縫合尖端之缺損部可用肉芽治愈之或行 *Hirsch* 氏植皮術

2. 彈撥指 der schnelle Finger 爲一種特異之髓性指攣縮症好發於中指、無名指及環指該指外觀如常即患指屈伸至一定度時非藉他手之力不能伸屈且起疼痛而發憂然之音蓋因炎症或損傷髓之一小部肥厚或髓鞘之一部狹窄障礙其通行所致可以按摩法及運動法治之無效時則切開除去其障礙物

第五節 手及指之腫瘍 die Geschwulste der Hand und Finger

常見者爲皮膚乳嘴腫發生於手指背側自一個至數個有自消散者有須切除或腐蝕者其他有上液囊腫血管腫海棉樣腫瘍脂肪腫纖維腫神經腫癌腫肌肉腫等

第六節 手及指之手術 die Operationen Hand und Fingern

1. 掌指關節及指骨間關節切除術 die Resektion eines Metacarpophalangealgelenks und Interphalangealgelenks

先於指側沿伸肌腱切開皮膚長約 2—3 cm 直接骨面排開囊狀韌帶骨膜及屈伸肌腱露出關節施行切除

2. 指切斷術 die Amputation d'alanges 以環狀切法露出指骨而鋸斷之若用瓣狀切法則於掌側造一皮瓣縫着於背側創緣

3. 指骨間關節離斷術 die Exarticulation eines Interphalangealgelenks 向前屈指切開軟部及韌帶終刀刃向前下方造適當之皮瓣

將刀刃向前下方造適當之皮瓣

4. 掌指關節離斷術 die Exarticulation eine Metacarpo-Phalangealgelenken 將皮膚卵圓形切開尖端適

當掌骨小頭上部基底位於指根之掌側離斷二側韌帶及關節囊除去指骨縫合創緣

5. 腕掌關節之拇指關節離斷術 d. E. des Daum. n. im Carpo-Metacarpalgelenk. 由拇指掌骨及大多

稜骨之關節聯合部中央起刀沿掌骨背面兩側卵圓形切離軟部更於腕掌關節部橫斷掌面軟部終乃離斷大多稜

骨及骨掌關節

第七編 下肢外科 Chirurgie der unteren Extremität

第一章 股關節及大腿之損害及疾病 Verletzungen und Krankheiten des Huftgelenks und des Oberschenkels:

第一節 股關節脫臼 Luxationen des Huftgelenks, Luxatio femoris

1. 外傷性股關節脫臼 die traumatische Luxation des Huftgelenks

a. 大腿骨關節後方脫臼 (股關節後方脫臼) die Luxation des Huftgelenks nach hinten Luxatio manus retroarticularis

因大腿向後急劇屈曲並內轉內輪而起此時大腿骨頭先強壓囊狀韌帶之後下壁同時大

外科學各論

1111

腿骨頭衝着於髌臼之前內緣因起槓桿作用骨頭滑脫於髌臼之後下緣且因韌狀韌帶之斷裂骨頭向下方轉位於內鎖肌髓下之坐骨截痕上是名坐骨脫臼 *Luxation femoralis* 或更籍第二動機骨頭向上或略向內方轉位於內鎖筋髓上方之腸骨上是名腸骨脫臼 *Luxation iliaca* 大腸骨頭固定於異常位置且兼種種之副損傷如軟骨輪挫傷或剝離坐骨神經過度伸展及挫傷臀部血管之壓迫或斷裂大腸骨前面諸肌(恥骨肌腸腰肌內轉之肌)之緊張及部分的裂傷或發髌臼緣骨折大腸骨頭頸或骨幹之骨折

症候 股關節後方脫臼有極特異之症候即患肢之股膝關節略屈曲內轉且短縮臨床上坐骨脫臼與腸骨脫臼無甚差別唯在腸骨脫臼使患者直立則患肢內轉足緣支持於髓股之趾上屈曲之股關節以該側骨盤之下降及腰部脊柱之前彎而代償其短縮故患者足 仍能觸接地上但使仰眼則患肢著明屈曲若為坐骨脫臼則患肢之屈曲及內轉較前症為著起立時患足位於髓足之前僅能以足尖觸於地面仰臥時屈曲之膝部與他側上腿交叉其內面接近他側大腿之前面而支着於膝蓋之上方其向前內方迴轉之大轉子尖頂不在 *Roser Nelaton'sche Linie* 內而在上方約 $2\frac{1}{2}$ 處於股關節部不能觸知大腿骨頭及頭而呈凹陷臀部之皺襞向上推移在臀肌下能觸得脫臼之骨頭尤以迴轉及屈曲運動為著股關節自動的運動廢絕他動的運動則有彈發性而劇痛亦只能稍稍屈曲內轉而已上述各症乃指腸骨大腿韌帶未斷裂者而言若已斷裂則患肢因自己重力向外迴轉身於他動

診斷 有特異症狀者不難如患肢變形髌臼部凹陷等X光線檢查尤易診斷

預後 單純脫臼而即整復者佳良若髌臼緣及大腸頸骨折或軟部著明損傷時預後不良脫臼已遲擬選醫則整復甚難或全不能蓋髌臼漸次閉塞故也其骨頭脫臼部漸成新關節略能運動

療法 用全身麻醉除去肌肉緊張助手用雙手抵壓於腸骨前上棘固定骨盤術者握持患肢膝膈及足踝部而整復之 Middelert and Reeri 氏則將患肢屈曲外輪外轉使骨頭入於髌臼之內凡本症整復後宜臥三週間再使步行按摩及電氣療法

b 大腸骨關節前方脫臼 (die Luxation des Hüftgelenkes nach vorn: Extension, Flexion praeglendialis) 亦有二種 (1) 耻骨上脫臼 K. supraplica 因身體強度髌屈下肢外輪外轉而起囊狀韌帶前上方破裂骨頭轉位於耻骨上者 (2) 耻骨下脫臼 Luxatio infrapublica 股關節強劇屈曲外轉時再加強力外輪而只張狀韌帶之前下方破裂骨頭轉位於耻骨地平枝下者

症候 凡大腸骨前方脫臼僅關節部屈曲外輪外轉耻骨上脫臼骨頭在耻骨上能觸知之患肢短縮臀部扁平臀皺變消失大轉子失其常位恥骨下脫臼患肢輕度短縮大轉子部骨扁或陷沒迴轉運動時在內轉肌下及直腸內能觸得骨頭

預後 若無合併症者脫後佳良即不能整復者亦無著明之步行障礙

療法 恥骨上脫臼麻醉後使助手固定骨盤術者握持患肢過度伸展再屈曲大腿並內輪內轉時用手掌抵壓骨頭送入於髌臼內恥骨下脫臼將患肢屈曲成直角再向前方牽引更內輪內轉即能整復

c. 股關節上方脫臼 (曰上脫臼) Luxatio femoris sup. trochanterialis s. supraclavicularea 爲稀有之症關節頭恰轉位於髌臼之上方或腸骨前下棘之下方常因大腿前劇內轉時過度伸展而起或因屈曲內轉及外轉而起

療法 屈曲患肢向下牽引且使內轉直接壓入骨頭於髌臼內

d. 股關節下方脫臼 (曰下脫臼) Luxatio femoris infratrochanterialis s. subpectoralis 極爲罕見骨頭位於髌臼下緣或坐骨結節部致此脫臼之外力常與坐骨脫臼及閉鎖孔脫臼相同其特徵爲股關節直角屈曲向上直立或略外轉外轉膝關節亦屈曲而不能自動運動

療法 向上方牽引患肢變換其方向次乃外轉且伸展而整復之

2. 先天性股關節脫臼 die kongenitale L. des Hüftgelenks

在各種先天性脫臼數中約占 50% 其原因諸說紛紜現今最有力者共有二說一爲子宮內之畸形負担即妊娠初羊水過少子宮腔異常狹隘子宮壁壓迫於胎兒下肢使之強剛屈曲內轉所致二爲原始骨成形成質缺損故起本症云此病女子較男子約多七倍強據 Penning 氏證明女性胎兒之髌臼比男性者稍位於前上方其骨盤亦稍向前凸隆則因子宮壁之彈力性壓力骨頭遂易排出於髌臼

症候 初生兒症狀不著至能行走始覺有異常步行大抵初爲關節上方脫臼因步行骨頭復向後方轉位於腸骨上行迴轉運動易觸知識其骨頭大轉子在之。Osgood 氏線上臀部膨隆患肢短縮偏側者則起跛行兩側者則骨盤

著明傾斜脊柱下部向前方彎曲步行踉蹌類似鴨行

診斷 不難

療法 有種種初期可用無血整復術即用牽引外輪及廻轉等運動使骨頭入下納入於髀臼內也(有時須切斷內轉肌腱)既整復後大腿固定於外輪外轉及屈曲之位置 Gips 綑帶每三四週交換一次無效者則切開關節囊掘整髀臼造一新關節窩以正復骨頭

3. 病的股關節脫臼 (特發脫臼) die pathologische Luxation des Hüftgelenks (die Spontane Luxation)

起於關節患疾之經過中有擴張脫臼崩壞脫臼以及畸形脫臼等

療法 詳後

第二節 大腿骨上端骨折 Frakturen am oberen Ende des Femurs

1. 大腿骨頭骨折 die F. des Caput femoris 甚少每見於股關節脫臼圓韌帶裂斷骨質之一部時

症候及療法 詳於關節囊內頸骨折章

2. 大腿骨頸骨折 Fraktur a. coli femoris 為大腿骨上端骨折中最多之症其骨折部在關節囊內者曰關節囊內頸骨折 intrakapsulaere Schenkelschaftsfraktur 其骨折部在囊外者曰關節囊外頸骨折 extrakapsulaere S.

外科學各論

骨頭附近之骨折必爲囊內骨折大轉子附近之骨折骨折綫之一部有在囊內者臨床生主要之區別爲離解骨折及楔合骨折二種楔合性易起骨性癒合離解性者骨片轉位患肢著明短縮本症常因介達外力而起例如墜落或轉側時衝突於大轉子部臀部或膝部是也依從來經驗其衝突於大轉子部者每起大轉子周圍骨折衝突於膝部足部者每起關節囊內骨折常發於五十歲以上者女多於男

症候 主要症候爲患肢外轉及短縮但楔合性者不著所以外轉者即係大腿自己之重力在離解性囊外骨折其幹部折片因肌力向上後方牽引短縮度約 8-10 cm. 而楔合性者不出 2 cm. 大轉子轉位於 Neelon 氏線上或因頸部之短縮大轉子向內方轉移其他股部腫脹疼痛及官能障礙等

診斷 患部以少移動爲要若受傷後患肢即短縮 5-10 cm. 者爲囊外骨折之徵其他可籍 X 像以診斷之

預後 楔合性者佳良囊內之離解性骨折因骨頭折片之榮養不給骨膜之發育不全離期其骨性癒合大腿骨頸骨折之治療日數大約 6-10 星期治療後患肢不免短縮 2-3 cm. 老年人在經過中每起危險併發症而致死

療法 第一正骨之位置第二注意其全身狀態離解性者一手握足根部他手置於腰部略伸患肢且肩轉側定於外輪位置再用絆劍牽引綑帶 *der Bardenheuer'sche Heftapparat* 大人用 6-10 Kgm. 之重錘臥床用柔軟被褥保持清潔以防褥瘡常使起坐以防下垂性肺炎

3. 骨端線骨折 *die F. der Endphalanx* 分骨頭部骨端線外傷性離解及大轉子部骨端綫外傷性離

解前者之特徵爲負傷者係幼齡腿短縮及外轉軟性喉軛音等後者則甚少見

療法 與囊內頸骨折同

4. 大轉子單獨骨折 *die isolierte F. des Trochanters major* 絕少之症大轉子因中小二髁肌牽引轉位於上方

第二節 股關節之炎症 *die Entzündungen des Hüftgelenks, die Coxitis*

1. 結核性股關節炎 *Coxitis tuberculosa (Coxarthrose)* 多原發於骨頭骨頸或大轉子內始自滑液膜者少結核灶破開於關節內生漿液性或漿液纖維素性滲出物而成結核性關節水腫厥後成乾酪性膿液病勢漸進軟骨及骨質日益破壞骨頭及骨頸全致消滅脾白亦往往穿孔或向上漸次破損骨頭隨之轉移其他有不侵關節囊而向外方破開者

症候及經過 好發於五歲——十歲之兒童大人及老人罕見經過緩慢茲分四期述之 (1) 初期 *das Frühstadium* 其特徵有二即跛行及疼痛是也初步行時易起疲勞不能闊步每作跛行此時之原發病灶尚潛伏於骨頭或骨頸內迨病機漸進乃發疼痛即步行時股關節覺痛或壓迫股關節前部 (*Gefürasche Dreiecke*) 則訴疼痛或該部有特發性疼痛夜間尤甚故患兒多夜啼其疼痛部位有在膝關節者此殆皆閉鎖神經受刺激之故症狀漸著運動範圍亦漸狹小其始妨礙迴轉運動繼及其他但此障礙能以麻醉緩解之 (二) 第一開花期 *das erste Florerzust.*

Parry 此時股關節屈曲外轉若使起立步行則骨盤前傾斜且向患側弛降故腰側轉患肢假性延長股關節轉動真正障礙該部日漸腫脹患肢肌肉萎縮疼痛增劇患者不能起立步行而入于第三期 (三) 第三開花期 **azwarte Fliegen stadium** 患肢位置復變股關節更形屈曲漸內轉患者常取健側臥位以支持其患側股關節變假性延長之足漸次縮短病機漸進遂起關節周圍膿瘍及下垂膿瘍等向外方破開形成瘻管或因骨盆骨病而侵入膀胱形成尿瘻如此經過年餘乃入於第四期 (末期 **end stadium**) 有自然治愈者或因增進性衰弱肺結核性腦膜炎或全身粟粒結核而死亡上述經過須視體格及患者境况而不定其經過甚急劇者有之

診斷 初期較難當先檢定股痛之有無如疼痛在膝關節者令仰臥患肢作外轉運動若內轉肌因反射的緊張患肢固定於骨盆者乃股關節炎之徵其他步行時患肢以足趾或趾踏於地上直立時以轉側支持其體重患肢稍屈曲等皆足為診斷之助 X 光線診斷不論何期均有重大之價值

豫後 初期加以適當治療可愈自第二期後豫後不良死亡數約 40% 以死於發病後三年內者為多年齡愈長豫後愈不良治愈後每因偶然的損傷而致再發

治療法 初期用保守療法固定關節嚴禁步行安臥於牀榻施重錘牽引綑帶 (小兒錘重 **5-10 lbs.** 大人 **10-20 lbs.**) 欲矯正或防骨盤之傾斜用適當椅子墊于其下而高舉之大腿著明外轉或內轉者則將健側與患側反對牽引其他局所療法用 **10% Valoforn-Glycerin** 注入於關節大抵 2-4 週注射一次每次用最 小兒 **5-10-20 cc.** 注射時施麻醉大腿屈曲外轉在大轉子上注射刺入即達於關節經注射後活動關節注意按摩使藥液平均分配上述療

持續中患者亦須時時出外呼吸新鮮空氣依此目的遂有 *Die Fixationen Hufschulte nach Thomasnd der*

Gehverband am Gips 強壯療法亦不可忽病勢仍增進者施行手術切開關節搔爬患部可及的保存其關節若已

高度破壞化膿且呈高熱者行切除術或離斷術並除去滑液膜搔爬髌臼部充填沃仿棉紗高舉骨盆大腿外輪再用牽引綑帶其關節周圍形成多數澀管或積膿內膿結核者實不易治

一，化膿性股關節炎 *C. purulenta* 起於急性傳染病及骨盆大腿骨傳染性骨髓炎之經過中症候為腫脹疼痛高熱等療法切開術或切除術以利排膿

III，精神性股關節炎 *Die nervose Coxitis* 常見於高度 *Hysterie* 患者以感冒精神感動損傷為其誘因亦與生殖器疾患有關其主症為股痛 *Coxalgia* 局所無變化間或因皮膚血管運動性障礙而來患股之萎縮及衰弱感有起麻痺者

療法 原因療法局所施按摩法運動法電氣療法

四，畸形性股關節炎 *Coxitis deformans* 係大腿骨頭骨頭之軟骨及骨質同時消耗過生漸致變形者是關節囊及韌帶肥厚或乳嘴狀增殖但決無化膿及骨瘍通常見於歐西之高年男子生於少年者曰少年性畸形性關節炎 *yvenile Arthritis deformans* 經過緩慢初期覺關節強直(以晨間為甚)步行時疼痛及有嘎乳音乃其特徵

療法 可及的早期按摩浴法運動法兼全身強壯療法或用適當之支柱裝置近來 *Hildebrand* 氏用手術療法結果其佳云

第四節

股關節之彎縮及強直

Die Kontraktur und Ankylose des Hüftgelenks

常爲慢性關節炎之結果而彎縮之主因爲關節周圍軟部（表面及深部之髓膜索條或廣筋膜等）之萎縮強直則由髌臼與大腿骨端生纖維性軟骨性或骨性愈着所致其彎縮強直於適當位置者每能起位步行蓋因骨盆關節運動性增加足以代償之也他如屈曲彎縮藉骨盆傾斜脊柱前彎而對於起坐時稍感不便兩側之關節強直障得最甚

療法 患股關節炎者若知可必不能免除強直寧將關節固定於輕度屈曲及外輪位置蓋因屈曲雖強直亦能倚坐外輪可藉骨盆傾斜足雖短縮仍能行步也既起彎縮時輕症者用重錘持續牽引綳帶無效可藉麻醉用強力牽引之但須預防大腿骨頸骨折又結核性強直每因強力矯正面致再發不可不慎性縮既去用按摩法浴法電氣療法運動法催進關節之運動仍無效時則施手術或切開緊張之軟部或鑿除骨質再經度外輪重錘牽引之其起強直者大抵須行切除術

第五節

大腿骨頸彎屈症

Die Verbiegungen des Schenkelhalses

一、股內翻症

Coxa vara

大腿骨頭向下彎屈與骨幹幾成直角因結核骨髓炎等炎症性疾患及佝僂病

發亦為職業病之一通常見於

15-18

歲之少年其主症為大腿骨頸延長及彎屈骨頭位于大轉子尖頂之下患

股因骨頭之延長而呈外輪位置又因下彎之骨頸稍偏後方大腿取外轉位置其他患者步行時微痛且稍跛行

療法 施牽引綳帶及外輪運動無效者不得不行大轉子下切骨術

二、股外翻症

Coxa vara

大轉子與骨頭之角度增大之症常發於無體重負擔者(下肢之麻痺炎症等)

則甚屬罕見

第六節

大腿血管之損傷

die Verletzung der Blutgefäße des Oberschenkels

最要者為股動脈之損傷此時損傷部以下即無脈搏

股動脈結紮法

die Unterbindung der A. femoralis

股動脈之經過略與自腸骨前上棘及恥骨縫合之中

央至大腿骨內髁所引之虛線一致可分三部結紮之

1. 鼠蹊三角部結紮法

沿血管經路切開皮膚約

6-7cm.

直至淺筋膜乃通入消息子而切開之再開血

管鞘股靜脈在動脈之內側注意鉤出動脈結紮之

2. 中三分之一部結紮法

依上述之虛綫沿縫匠肌內緣切開皮膚露出筋鞘強向外方牽引之再開下部之

板鞘及血管鞘即得

3. 內收長肌裂孔部結紮法 亦依虛線沿縫匠肌之外緣切開皮膚進入深部露出脩鞘面向內方牽引之次開血管鞘加以結紮

第七節 大腿骨幹骨折 *Fraktur der Diaphyse des Femur,*

起於直達或介達之暴力中 1—3 最多上 1—3 次之下 1—3 最少常為斜骨折骨片著明轉立上 1—3 骨折上骨片因腸腰肌及臀肌之牽引向外前方下折因內轉肌而向內方中及下 1—3 骨折上折片常在下折片之前方但在後者上折片每因內轉肌向內方下折片因腓腸向後下方轉位又凡大腿骨骨折下折片必因下肢重力向外迴轉

症狀及診斷 依上轉位診斷不難患肢外轉不能上舉且短縮斜骨折尤著其他有軋軋音及異常運動

預後 佳良大人 6—8 週小兒 4 週營養性愈合但在老人有因肺炎或褥瘡肥胖者因脂肪栓塞而死

療法 整復折片即固定患者骨盆再握持踵部及趾將患肢徐徐舉上次用方牽引使髁趾膝蓋骨內緣骨片部腸骨前上緣成一直線後用副子或石膏固定之尤以重錘牽引細帶為最適用錘重自 2—3 Kg. 若在伸展位雖不能完全整復其轉位者取外輪位置牽引之最初一二週間使患者安臥其後用步行繩帶

第八節 大腿骨之炎症性疾患 *Entzündliche Erkrankungen am Femur*

實際上以大腿骨急性傳染性骨髓炎爲最要

大腿骨急性傳染性骨髓炎 *Catarrh ylia infection acuta des Femor* 常見於大腿骨之下端以起於黃色葡萄狀球菌者爲多亦有發於連鎖狀球菌者所發症狀甚爲劇烈由小創侵入骨內呼吸器消化器粘膜亦爲其侵入門戶好發於八歲至十七歲之青年男多於女約二倍餘

症候及診斷 始則惡寒戰慄患部劇痛腫脹體溫稽留於 $39-41^{\circ}\text{C}$ 度腫脹迅速增進之大腿全部浮腫潮紅漸呈波動約經二週穿破體外

預後及轉歸 本症呈 Typhus 樣熱型共起骨端離解且合併化膿性股關節炎或膝關節炎或侵及全骨幹或其大部者不免於死唯大多數形成腐骨片遺留莖管其腐骨片之遊離約須三月之久若易由污道或骨樞之肉芽出血者爲腐骨片遊離之徵

療法 初期安靜用副子固安之以冰囊或冷罨緩解其疼痛既著膿時切開裝內排膿管精密檢查骨質有病變者鑿開如長滯狀搔爬骨髓充填沃仿棉紗陳舊之症則行腐骨剝出術 *Die Sequestromie oder Nekrotomie*

第九節 大腿之腫瘍 *Geschwulste des Oberschenkels*

以結締織性腫瘤爲多就中尤以肉瘤爲常見由血管鞘間結締織及筋脈軟部或由骨膜等及骨髓發生在年幼者每迅速發育

療法 腫瘍一般療法

第十節 股關節及大腿之手術 *die Operationen des Huftgelenks und des Ob-*

erschenkels

1. 股關節切除術 *die Resektion des Huftgelenks, Resektio femoris s. coxae* 僅切除關節頭而已
髀臼常保存之宜用骨膜下切除術術式以 V. Langenbeek 氏法爲最佳即使患者上健側臥股關節作半屈位
(75度) 由大轉子尖頂中央起刀上向腸骨後上棘下沿大腿骨軸切開皮層長約 10-12 cm 直達骨膜用
鈍鉤排開創緣切開囊狀黏帶剝離附着於大轉子諸肌及骨膜切除白唇之一部於是過度內轉內輪其大腿骨頭及
由關節窩內半脫出離斷圓韌帶更將大腿屈曲內輪內轉骨頭即完全脫出鋸斷之後充填沃仿棉紗外施牽引綑帶
2. 股關節離斷術 *die Exarticulation des Huftgelenks, Exarticulatio femoris* 先行驅血於大轉子下
方約一掌寬環狀切離軟部鋸斷骨質結紮血質除去驅血帶再由大轉子上方約 5 cm 處沿大腿骨軸縱開軟
部鉗持大腿宜斷端剝離骨膜進入關節切斷囊狀韌帶及圓韌帶除去骨頭縫合創緣
3. 大腿切斷術 *die Amputation des Oberschenkels, Amputatio femoris* 與上膊切斷術相似有二次
環狀切法及瓣狀切法二種

第二章 膝關節及下腿之損傷及疾患

Arterienverletzungen und Krankheiten des Kniegelenks und des Unterschenkelgelenks

第一節 膝關節之挫傷及捻挫

Kontusion und Distorsion des Kniegelenks
此關節易受外傷常致腫及囊狀韌帶之皮下斷裂其主症爲溢血蓋骨能跳動治之適宜迅速收斂否則每變爲關節水腫有結核素質者則誘發結核性關節炎療法與他關節挫傷同

第二節 膝關節脫臼(頸骨脫臼)

Die Luxation des Kniegelenks (Luxation der Tibia)

屬於稀有之症因該關節面廣大周圍韌帶極鞏固即發脫臼亦不過不全脫臼而已若起全脫臼其外力必先使大腿骨下端骨折

一 下腿前方脫臼 die Luxation des Kniegelenks nach vorne 因關節過度伸展且強劇外轉而起太

腿下端支持于脛骨後緣其爲全脫臼時脛骨上端脫轉於大腿骨下端之前方膝關節靜脈及坐骨神經緊張時或兼發大腿骨下端骨折

症候 全脫臼者關節之矢狀徑者著明增大前能觸知脛骨頭大脛骨之關節 髁突出於後面膝關節呈適

度伸展且知縮膝蓋骨位於脛骨上方之陷沒部關節不能自動他動的運動只能增減其伸展度因壓迫膝關節而足背動脈及後脛骨動脈之搏動不明因壓迫坐骨神經而足部麻痺不全脫臼之症候不如上述之著明

療法 麻醉後將大腿及下腿反對牽引同是抵脛脛骨頭屈曲膝關節而整復之大腿骨端遊離於脛骨後方者則當牽引時過度伸展膝關節抬起大腿骨而整復之否則切開關節施行整復高度機能障礙時行關節切除術整復後加石膏綑帶固定 2-4 週再用按摩法及運動法

二 下腿後方脫臼 *die L. des Unterschenkels nach hinten* 此症為少大抵因膝關節屈曲脛骨受向後方之打擊或衝突而起有全脫臼及不全脫臼二種

症候 與前症相反大腿關節髌與膝蓋骨向前突出脛骨頭突出於膝關節窩不全脫臼其大腿骨關節髌之後部位於脛骨頭之前緣

療法 反對牽引大腿及下腿同時向前方壓入脫轉之骨頭

三 下腿側方脫臼 *die laterale L. des Unterschenkels* 極少見下脛骨向外方或內方脫轉實以外側不全脫臼為多脛骨上端突出於下腿外方或內方關節橫徑增大膝蓋骨常伴脛骨轉位大腿骨下端取反對側位置下腿內轉或外轉進行整復不留關節機能障礙整復術即將大腿與下腿反對牽引同時壓入其脫臼端

第二節 膝蓋骨脫臼 *die Luxation der Kniegelenke, Luxatio patellae*

本症較脛骨脫臼爲多然在全體脫臼中仍居少數且所謂脫臼者實兩頭股肌腱之轉位而已(膝蓋骨不過髓中之一種子骨耳)

一、膝蓋骨側方脫臼 *die laterale L. der Patella* 爲膝蓋骨越過大腿關節榫而向內側或外側脫臼者因外髌之機節而不若內髌之廣而高故以外側脫臼爲常見其原因于伸展時遇直達外力或四頭股肌急劇收縮而起有全脫臼及不全脫臼之分而內側脫臼殆無全脫臼者

症候 外側全脫臼于外關節榫側面觸得膝蓋骨四頭股肌腱及膝蓋韌帶緊張隆起膝關節增寬不能自動他動之發踭痛不全脫臼症狀不著

療法 先屈曲其股關節次伸展其膝關節使四頭股肌弛緩後乃整復之

二、膝蓋骨鉛直脫臼 *die vertikale L. der Patella* 爲絕少之症因膝蓋骨沿縱軸作 90 度之迴轉所致其一線支持於大腿骨關節面之中央他側突隆於皮下軟骨面向內或向外

症候 無特異之症候惟隆起於皮下之膝蓋骨側緣不能觸知軟骨面之方向可由中央隆起線判斷之其他膝關節不能自動他動之發踭痛

療法 同前

第四節 上脛腓關節之腓骨脫臼 *die L. der Fibula im oberen Tibiofibularg*

外科學各論

有極少之症有前方脫臼及後方脫臼二種前者腓骨小頭位於脛骨結節之側傍後者小頭在脛骨外髁後方之皮下

療法 在前方脫臼足向背面屈曲乘下腿屈曲時壓入腓骨小後復方脫臼乘關節強度屈曲壓入小頭後再加

石膏綑帶

第五節 大腿骨下端骨折 die Fraktur am unteren Ende des Femur

與上膊骨下端骨折同分為深上骨折骨端離解¹ 或²狀骨折關節髌骨折粉碎骨折不全骨折等常因直達達暴力而起惟當墜落時其屈曲之膝頭或足衝突於地上則發髌上部之橫骨折或斜骨折膝關節之過劇運動亦為本症原因之一而強劇之側方屈曲每起骨端離解或偏側關節骨折其他槍傷每起關節內穿通性冰裂骨折

症候及診斷 關節 上部之橫骨折¹ die Querfraktur oberhalb der Femurknöchelchen 其變形與脛骨前方脫臼同膝關節之神經血管常受上折片之損傷但亦有呈脛骨後方脫臼症候者斜骨折之變形與橫骨折類似² 狀及³狀骨折其骨折線之一部達於關節內關節內著明溢血關節 單獨骨折之不傷及骨膜及十字韌帶者骨片不生轉位又內髌骨折其折片與下腿同向上方轉位者則成內翻足反是在外髌骨折則呈外翻足其他本症每兼脛骨上端骨折

療法 反對牽引大腿與下腿整復轉位之折片著明腫脹者先用鑷線副子及上狀鐵製副子安靜之施按摩法促溢血之吸收待全消退乃用石膏或重錘牽引綑帶越二三週後交換綑帶稍運動其關節再固定之折端可完全癒各再施按摩法運動法以治療關節之強直及防肌肉之瘦削若折片擊復困難或易轉位者用助廢的打釘法複雜骨折則行大腿切斷術

第六節 下腿骨上端骨折

Frakturen am oberen Ende der Unterschenkelknochen

亦為稀少之症茲略將脛骨上端骨折 die Fraktur am oberen Ende der Tibia 一述之該骨因直達介達暴力而起冰裂骨折橫骨折斜骨折粉碎骨折骨端離解內髌骨折等有因十字韌帶扯裂關節面者症候及診斷 關節內溢血骨折部疼痛變形異常運動及嘶軋音皆為其主徵
療法 與大腿下端骨折同片癒合須 6—8 週

第七節 膝蓋骨骨折

Frakturen der Kniegelenkfläche

好發于三十至五十歲男子二十歲以下者極少約占全骨折數 1.3 由直達或介達暴力而起多為橫骨折
膝蓋骨橫骨折 die Querfraktur der Patella 為膝蓋骨骨折中最多者骨折部每在中央部

外科學各論

症候及診斷 在兩折片離開髓膜及纖維樣結構縱廣大斷裂者症候最著並能觸知其異常運動及嘎軋音但骨膜及側部囊狀部不離斷者折片轉位較少或不轉位其他關節內多少溢血患者四頭股肌弛緩下腿不能高舉

療法 新鮮而非高度離開者用按摩法及橡皮帶壓迫驅除關節內之溢血後再伸展膝關節使折片互相密接用絆創膏固定之再自大腿上部至下腿踝部加以石膏綑帶在石膏未硬固以前於二折片周圍加以壓迫每 10 日交換一次此時按摩膝關節及四頭股肌但折片高度離開者非用骨縫合術難期骨性癒合其他關節內高度溢血者可用防腐穿刺法

第八節 膝關節及其周圍之創傷 *die Wunden des Kniegelenks und dessen*

Umgebung

1. 膝關節之創傷 *die Wunden des Kniegelenks*

細小之刺創切創每能自然癒合而槍創每起粉粹骨折或關節化膿

症候及經過 與病原菌侵入與否相關若無細菌侵入則創口營第一期癒合而不貽其他障礙否則呈急性關節炎症候惡烈發熱關節腫脹疼痛皮膚發赤灼熱或即不陷於化膿而各症漸退或急速化膿起著明之全身症狀幸而治愈多貽關節孱弱或強直

療法 對於切創刺創先消毒創面及周圍外加剝木固定之若發熱疼痛而具化膿徵兆者宜速開關節以圖排

膿其或切除其關節檢傷時先行止血擠出異物外施固定細帶創內留有彈子而不呈反應時放置之骨及軟部著
控測者行切除術或切斷術

二、膝關節股之損傷 die Verletzung der A. poplitea

見於膝關節脫臼骨折及槍傷時又動脈內膜炎或動脈瘤之初期管壁已起病變每當膝關節或暴運動時則來
皮下斷裂

療法 結紮法

膝關節結紮法 die Unterbindung der A. poplitea 伸展膝關節在膝關節中央縱切皮時約 8cm 排開脂
肪組織於有滯消息子上切開筋膜膈胫骨神經直接現出於創口之上向外牽引之更至深部於膝關節靜脈之後內方即
得該動脈

第九節 膝關節炎症 Entzündungen der Kniegelenks, die Gonitis

分爲急性慢性二種

1 急性膝關節炎 原發者多爲關節之損傷繼發者多由他處炎症轉移而來分爲急性漿液性膝關節炎及急
性化膿性膝關節炎二種前者又名急性膝關節水腫 I. /drarthritis a. nuda 其特徵爲滑液膜充血腫腸關節內有混
濁漿液或混纖維素片後者之特徵爲關節韌帶高度充血腫脹等

外科學各論

症候 漿液性關節腫脹灼熱及多少疼痛漿液滲出多量時最著明波動曰膝蓋骨跳動 *Turzen der Patella* 關節運動障礙有輕熱化膿性症則現高熱惡寒戰慄劇痛灼熱發赤腫脹等且高度機能障礙膿汁甚多則腫脹波動尤著患肺呈浮腫狀

診斷及預後 診斷不難欲辨其內容可用試驗穿刺術漿液性症經過佳良治之得宜可速治癒每轉為慢性炎症或變為化膿性致關節強直或因全身傳染而死

療法 急性漿液性症使患肢安靜而高舉之時或宜用副子貼用冰袋濕布綑帶彈力性綑帶等後乃漸次步行兼施一二回按摩法促進滲出物之吸收但滲出物多量者每須行穿刺急性化膿性關節炎速切開關節裝入排膿管或用關節切除術及大腿切斷術

2. 淋毒性膝關節炎 *Gonitis gonorrhoeica* 為淋病性關節病中最多之症常發於偏側亦有數關節同時被侵襲者關節內滲出物多為漿液纖維素性間或為化膿性單純之淋病性膝關節炎發熱疼痛腫脹其侵及周圍軟部組織而發蜂窩織炎時則有特異之劇痛即觸以輕微之手患者每不能堪初期施以適甚療法不起關節機能障礙有因滲出物至數月不見吸收以致關節攣縮或強直者

療法 藥包法冰卷法或熱氣療法內服解熱藥如有多量滲出液時用穿刺術或 1% Protargol 水洗滌關節腔

3. 慢性膝關節炎 *Gonitis chronica* 亦分漿液性及化膿性二種慢性漿液性膝關節炎之症候不抵與急性

症同缺熱型關節內滯留稀薄漿液或膠樣液滑液膜漸次肥厚增生絨毛脂肪組織增進或起軟骨之疏解(關節鼠)此時試運動該關節則牛糜擦音慢性化膿性病中之最要者為結核性膝關節炎好發於兒童及年少者男多於女原發於滑液膜或骨質

症候及經過 初發時置過緩慢步行易疲癆長久步行或起立則關節疼痛患部漸次腫脹皮膚不發赤而是腫樣光澤昔名白腫 *Tumor albus* 腫脹增進起立步行時甚感疼痛在小兒此時必就褥關節漸固定於屈曲位置及至第二期腫脹疼痛更著發熱化膿或穿破關節囊而成關節周圍膿瘍或流注膿瘍瘻管等關節體日益崩壞狀軟帶弛緩或致荒蕪甚至關節脫臼

轉歸及預後 與股關節結核同有自然治愈者有須手術者或以全身結核致命本症治愈後下肢著明短縮或全部瘦削或一時治愈後因外傷而再發

療法 使患兒安臥如固定細帶以防彎縮既屈曲者應許伸展 再施石膏細帶伸展時不可用強力宜行持續牽引細帶漸使伸展惟患兒久時就褥於全身榮養大有障礙故宜用步行細帶其他局所療法上外注射排膿搔爬等

4. 梅毒性膝關節炎 *die Syphilis der Kniegelenke* 為關節梅毒中最多之症發於第二三期起於第二期者常為漿液性滑液膜炎呈關節水腫時或數關節同時發生經過較急發於第三期者經過緩慢而僅侵及膝關節每兼骨衣骨髓及滑液膜之橡膠樣腫若向外穿破每呈特異之潰瘍或生橡膠樣膿性骨瘍其他滑液膜呈胼胝狀或絨毛狀結締組織增殖又後期梅毒有起急性或慢性漿液性關節炎者

療法 全身驅梅毒法

5. 畸形性膝關節炎 (Cott's deformity) 關節腫脹呈畸形試運動車部膝蓋骨與脛骨結節間感摩擦音病機益進關節運動亦益限制療法見總論

6. 膝關節之關節遊離 (關節鼠) die freien Gelenkkörper od. Gelenkmause des Kniegelenks 繼發於關節之慢性水腫及畸形性關節炎之後與外傷大有關係其主徵於關節運動時忽來電擊樣劇痛甚致失神此蓋關節鼠嵌入關節間或壓迫緊張之骨液膜故也療法切開摘出之

其他尚有癱瘓低斯性脊髓節性膝關節病及神經痛等均見總論茲不備述

第十節 膝關節之彎縮及強直 die Kontraktur und Ankylose des Kniegelenks

其因關節性者常因關節炎而起其他因關節周圍軟部病變或肌肉的神經疾患而起又關節性彎縮 die arthrose Kontraktur 有為結締織性及骨性癒着者亦有為囊狀韌帶萎縮及關節體病變而起者高度症常見於慢性結核性關節炎

療法 凡有關節炎及其附近疾患務宜保持其伸展位置并用按摩法運動法預防其彎縮既起彎縮而未骨性癒着者用牽引韌帶徐徐伸展之或麻醉後暴力伸展再加石膏繃帶但炎症未去即用暴力則有增進炎症之虞尤以結核為然故宜漸次伸展之經久之高度彎縮宜分數次伸展既成纖維性軟骨性或骨性強直者須行手術的療

第十一節 膝關節之靜態的畸形 *statische Deformationen des Kniegelenks*

1. 膝外翻或X狀脚 *Genu valgum od. das X-Bein* 下腿外輪彎縮常兼過度伸展及外方迴轉小兒多起於佝僂病其發於牽機發動期者多爲一種職業病而亦基於小兒時代之佝僂病

症狀 主症爲膝關節向外方作角狀位置高度者兼過度伸展及外方迴轉性在膝關節屈曲時變形消失此症久時持續則股關節亦高度外轉以避膝關節之互相衝突足趾始取假性內翻位嗣後足內緣日益沉下而成外翻足偏側者則起骨盆傾斜及脊柱側彎他脚起代償的膝內翻故步行障礙

療法 先治原因若爲佝僂病小兒則治其佝僂病及用矯形術無效者在成人則用手術的療法 *Macewen*

氏於大腿骨內關節體之上緣約距二指橫徑處切開皮膚及內大腿肌將骨露出楔狀鑿去骨質伸展其患肢有須在脛骨上同一切除者斷端約四五週癒合

2. 膝內翻或O狀足 *Genu varum od. das O-Bein* 適與前症相反下腿內輪彎縮其彎曲面向內方者原因與前症同療法適與上向反對側矯正之

第十二節 膝部粘液囊之疾患 *Erkrankungen der Schleimbeutel in der Knieg*

egend

1. 膝蓋前粘液囊炎 *Bursitis praepatellaris* 此在膝關節之前方不與關節相通

a. 急性膝蓋前粘液囊炎 *B. p. acuta* 有漿液性漿液纖維素性及化膿性等特異症狀即在膝蓋骨前面呈限局波動性腫脹化膿性者每發蜂窩織炎性症候

b. 慢性膝蓋前粘液囊炎 *B. p. chronica* 多成膝蓋前粘液水瘤于膝蓋前面皮下呈限局性無痛之腫瘤其內容常為粘液性或粘液性日久有起囊壁肥厚而石灰化者其起於外傷者常為血腫

診斷 急性化膿性症每繼發于關節周圍皮下蜂窩織炎故其症狀與膝關節炎相似但關節之機能障礙甚微亦有穿破於關節囊內者粘液囊水腫與關節水腫之區別其腫脹波動限局於膝蓋前面者為粘液囊水腫其腫脹現于關節之二側者為關節水腫

療法 輕度漿液性或血性滲出物可使漸漸吸收化膿性症或巨大腫瘤則縱切粘液囊中央裝入排膿管外施防腐綑帶囊壁著明肥厚或為結核性者則摘出患部

第十三節 膝關節部腫瘍 *Geschwulste in der Kniegelenkgegend*

最常見者為大腿骨下端及脛骨上端之肉腫常見於成人二十未滿之小兒發此者亦不少為骨髓性肉腫間有生於骨衣者每成大人頭大之腫瘤富有血管而呈搏動者有之初期骨部膨大易與結核誤診其起於骨髓者呈限局腫瘤易於觸知骨髓性肉腫必破潰骨皮質後延候始著大腿骨衣頸骨之骨端線部發生骨腫則障礙骨之發育其他

在大腿骨下端脛骨上端骨膨大成包蟲囊腫者有之又脛骨慢性膿瘍而成腫瘍狀者大抵係結核症或急性傳染性骨髓炎膝關節軟部發生之腫瘍每生於筋膜血管鞘及淋巴腺以纖維腫及肉腫爲最多或爲粘液囊水腫脂肪腫亦常發生

療法 大腿骨下端及脛骨上端肉腫速行大腿中央或上三分之一部切斷術但仍不免於再發經久者即股關節離斷術亦無大效其他腫瘍則行摘出術

第十四節 下腿血管之損傷 *die Verletzung der Blutgefäße am Unterschenkel*

下端骨折或槍傷時每致前後脛骨動脈之損傷宜求其中樞及末梢端結紮之

一・前脛骨動脈結紮法 *die Unterbindung der A. tibialis anterior* 該動脈爲膝關節動脈之細小分枝於

脛骨結節及腓骨小頭間通過過閉目魚肌之縫裂出於骨間韌帶之前面愈至下方愈與脛骨接近且在表面在足關節上部直位於脛骨之前面終爲足背動脈而位表面筋膜之下

1. 下腿及中三分之一部結紮法 於脛骨橈外方約 5 cm 處由脛腓二骨之中央切開皮膚 5-6 cm.

再開淺筋膜則見前脛骨肌及長伸趾肌間之白色纖維膜用指排開二肌達於深部露出深筋膜乃注意切開之該動脈介於二條靜脈之中間

2. 下腿下二分之一部結紮法 由跗骨橈外方約一指橫徑處切開皮膚 3-4 cm. 深入前脛骨肌長伸趾

外科學各論

肌間而達於骨間動脈即在其上

3. 足背動脈結紮法 沿長伸肌跟腱之外緣於第一二趾間作一虛線將足背屈曲舟狀切開皮膚約1.4。

沿長伸肌外緣及短總伸肌間進入深部切開深筋膜直達於動脈

二、後脛骨動脈結紮法 *die Ueberbindung der A. tibialis posterior* 該動脈為膝關節動脈之強大分枝經開

目魚肌 *Achillis* 腱達於內髌之中央次於內髌下方徑外轉跟肌下而出於跟足分為內外足趾動脈

1. 下腿上三分之一部結紮法 由脛骨內方約1cm處切開皮膚及筋膜分離肌肉並向後方牽引之由此

送入指頭達於深筋膜再加切開即足

2. 內髌後方結紮法 於 *Achillis* 腱中央及內髌上方起刀弓狀切開皮膚再開腓腸肌膜動脈即在其

直下

第十五節 下脛骨骨幹骨折 *die F. der Diaphyse der Unterschenkelknochen*

多為脛腓二骨同時折傷若單發者則以腓骨為多

1. 二下脛骨骨折好發部為中三分之一部及下三分之一部常為粉碎骨折骨折後下折片因腓腸肌向上後方轉

位且因足之重力向外方轉爾又上折片往往穿通皮膚

療法 將膝部足部上下牽引壓迫而整復之固定五六至七八週

脛骨骨幹單獨骨折 die isolierte P. der Tibiadiaphyse 此係稀有之症骨片轉位甚少但上折片因四頭股肌之牽引腓腸肌之收縮往往向前方稍轉移其症候除骨折痛溢血外餘不著明

療法 石膏綑帶

3. 腓骨骨幹單獨骨折 die isolierte P. der Fibuladiaphyse 罕見上部骨折因有厚筋層被覆難以證明患者亦無特別苦痛仍能步行其主徵爲骨折痛及嘔吐音療法用石膏固定三四週

第十六節 下腿軟部之疾患 Erkrankungen der Weichteile des Unterschenkels

1 下腿之急慢性炎症疾患常見者爲淋巴管炎丹毒蜂窩織炎癰腫或濕疹等

2 下腿潰瘍 Ulcus cruris 原因甚多如機械的刺戟皮膚營養障礙血行不良就中下腿靜脈瘤當以搔痒搔爬而成所謂靜脈瘤性潰瘍 das varicose Geschwür 他如經久之炎症亦爲本症之原因好發性下腿下二分之一部始限局於內症漸次增大或數個融合而成大潰瘍底面深陷表面被以壞疽狀物質邊緣浸潤如胼胝經久者潰瘍增大如環狀及於下腿之全周自覺症爲疼痛愈大愈甚其合併症之最要者爲濕疹下腿炎症性浸潤經久持續則呈象皮病樣腫脹其他梅毒癩病神經性疾患糖尿病等每在踵部生褥瘡性潰瘍

療法 先求原因局部用沃仿次硝酸蒼鉛酸亞鉛醋酸礬土等壞疽性或侵蝕性潰瘍用銳匙搔爬奇性加里腐蝕或烙白金及電氣燒灼下腿高舉至爲重要有須行切斷術者交感神經切除術頗奏良效云

3. 下腿靜脈擴張症 (靜脈瘤) dio phlebektasie (Varix) am Unterschenkel; phlebektasia cruris 下腿

靜脈瘤之好發部凡使靜脈還流困難處皆是故多見於妊婦及起立者又靜脈壁及其周圍之遺傳病變為常其誘因好侵於大蓄薇靜脈 (特以皮靜脈及皮下靜脈為然) 亦有侵及深部肌靜脈者

症候 靜脈或作紡錘狀或囊狀擴張帶青色或作線狀蛇行狀海綿狀而透見於皮下有因破裂失血致命者又本症每併發靜脈炎及靜脈周圍炎此由足趾小創或潰瘍傳染病菌所致患部形成廣大血塞膿潰後形成轉移性膿毒症亦有石灰化而成靜脈石者其他肌間靜脈瘤每起腓腸肌痙攣欲明其是否發於大蓄薇靜脈可以 Trendelenburg'sche phaenomen 別之

療法 除去原因下肢加以彈力性壓抵帶如起於大蓄薇靜脈者則於大腿中及下三分之一交界部施二重結紮切斷靜脈頗奏良効

4. 下腿淋巴管擴張症 Lymphangiektasie am Unterschenkel, Lymphangiektasia cruris 因淋巴液還流障礙所致破裂時則成淋巴瘻

療法 與前略同將裝管中樞部橫行切開皮膚即能治愈

5. 下腿象皮膚病 die Elephantiasis am Unterschenkel, E. cruris 為各部象皮膚病中最多之症下腿浮腫性腫脹終陷於持續性肥厚皮下結締組織增殖病症達於極底下腿較平常粗二三倍呈圓柱狀足亦肥大但達於膝部以上者較少多為偏側性其原因為淋巴液鬱積如鼠蹊腺廣大化膿後之癰痕稍小或經腫性變性後往往發生在精帶

地方每爲慢性傳染病而流行

療法 先求原因局部用彈力性壓抵帶或數次紡錘狀切除或行股動脈壓抵法必要時行切斷術

第十七節 下腿骨之疾患 *Erkrankungen der Unterschenkelknochen*

1. 下腿骨之炎症 以急性傳染性骨髓炎爲最多常見於少年之脛骨及大腿骨骨端部症狀與大腿骨炎症相似每起限局性骨髓炎或生腐骨梅毒好犯於脛骨骨質結核好侵其骨端部

療法 見大腿骨骨髓炎

2. 下腿骨之慢性彎曲 *die rachitische Verkrümmung der Unterschenkelknochen* 屢發於脛骨上骨端附近亦有脛腓二骨全部彎曲者其彎曲方向向外方最多前方次之內方最少多見於 1—5 歲之佝僂病性

小兒

療法 在小兒用佝僂病療法兼施適當副子裝置少長者用切骨術

第十八節 下腿之腫瘍 *Geschwülste des Unterschenkels*

最多者爲老人之上皮膚纖維炎於經久之下腿潰瘍脛骨骨疽之澀管或癰疽轉移之傾向較少頂後發良其他因疣贅母斑所生之黑色瘤腫及黑色素肉腫並生於肌間結締組織之肉腫性極猛惡良性腫瘍爲纖維腫脂肪腫血管腫骨腫軟骨腫包蟲囊腫等

療法 惡性腫瘍下腿切斷術或離斷術良性腫瘍則摘出腫瘤

第十九節 膝節及下腿之手術 die Operationen des Kniegelenks und des Unterschenkels

Schenkels

1. 膝關節切除術 *Resectio genu* 今日常以滑液膜切除術 *die Synovetomia* 代用其切開關節之術式有種種而以弓狀橫切法為最習用即使膝關節直角屈曲由大腿骨外下梁後緣下刀經蓋骨下而達於他則之上弓狀切開皮膚膝蓋鞞帶及囊狀鞞帶於是更屈其關節離斷兩則鞞帶及十字鞞帶診開關節切除滑液膜此時慎勿損傷膝關節脈若大部骨質被侵奪時則行切除術橫斷大腿骨及脛骨骨端至於膝蓋骨不問健全與否常須摘去

2. 膝關節離斷術 *Exarticulatio genu*

環狀切法 伸展患肢於膝蓋骨下 8 cm. 處環狀切開皮膚剝離之至於膝蓋骨下緣翻轉皮瓣屈曲膝關節橫斷膝蓋鞞帶次於大腿下離斷囊狀鞞帶及側鞞帶更使關節屈曲切離十字鞞帶後將患肢伸展分離膝關節之軟部止血後裝入引流管而縫合之

瓣狀切法 高舉患肢於膝關節窩作一長 8 cm. 之半月狀皮瓣後屈曲關節再於前面作一長約 10-12 cm 之前方皮瓣剝離膝蓋骨向上翻轉之依上述離斷其關節

3. 下腿切斷術 *Amputatio cruris* 以二次的環狀切法為最適用即環狀切開皮膚剝離翻轉之密接翻轉部再離斷其他軟部用骨間刀分離二骨間軟部剝離骨膜鋸斷骨質

第三章 足關節及足之損傷及疾患 Verletzungen und Krankheiten des Fußgelenks

nks und des Fußes

第一節 踝骨折 Frakturen der Knochen od. Malleolofrakturen

因脚距關節及兩距骨關節過度運動所致如足強劇迴前迴後或外輪內輪時是也

症候及診斷 折片轉位者症候着明診斷亦易如外踝下端之上方五六。處所起之定型的腓骨骨折呈扁平足尤以折片縱轉者爲著其他具異常運動及嘶軋音其有多量溢血者亦有骨折痛症候但仍易與單純關節挫誤診

療法 高度腫脹者先行按摩謀溢血之吸收足關節固定於直角位置高舉患肢持消腫後加石膏紮帶腓骨定型性骨折固定足關節於內翻位以矯正下折片之向上縱轉其治愈期自三四週至五六週不等

第二節 足關節捻挫 die Distorsion des Fußgelenks

與踝骨折及足關節脫臼之原因同但外力較微弱耳例如向內或向側傾倒之際足關節過度伸展韌帶延長或一部斷裂所致

療法 受傷後即行按摩且可及的早期步行及運動法其他溫浴酒精劑塗擦等

外科學各論

第三節 足關節脫臼 die Luxation des Talocruralgelenks

距關節連絡甚固非有強劇暴力不易脫臼而脫臼者常兼腓骨折脫臼種類如下

1. 足關節側方脫臼 die Lateral-luxation des Fussgelenks 爲足關節脫臼中之最多者原因與髌骨折同就中又以外側脫臼爲多

足關節外側脫臼 die U. des Fussgelenks im Talocruralgelenk nach aussen 其原因爲足過度腓骨側屈曲及外輪每兼腓骨下端定型性骨折關節內側因三角韌帶延長而致斷裂成內髌骨折於是足沿矢狀迴轉而起全或不全脫臼不全脫臼者胫骨下端尙支持於距骨關節面全脫臼則胫骨脫出於距關節面而在其外方

足關節內側脫臼較前者爲少因足過度向胫骨側屈曲及內輪而起

症候 外側脫臼之特徵多爲足取迴前位置置關節廣闊下腿短縮若溢血不甚於內髌下能觸知距骨或該骨著明突出於此部內側脫臼之特徵爲足取迴後位置置腓骨端穿破關節外側之皮膚

療法 易於整復即將膝股二體節屈曲弛緩其肌肉牽引足部而直壓之外側脫臼將足內輪且迴後內側脫臼將足外輪且迴前整復後甚難固定者宜用 Achilles 腱切斷術

2. 足關節前方脫臼 die Luxation des Fussgelenks nach vorne 較前症爲少因足強度背屈所致

症候 足部著明延長後方 Achilles 腱緊張於跟骨上方於胫骨前方能觸知距骨滑車

療法 足強背屈將脛骨下端由後方向前方壓入

3. 足關節後方脫臼 die Luxation des Fussgelenks nach hinten 距骨關節面脫出於脛骨之後方 Achilles 腱在腫上弓狀凹陷諸趾因屈肌之緊張而稍屈曲

4. 足關節上方脫臼 die Luxation des Fussgelenks nach oben 爲二下腓骨排開時距骨轉脫其間常爲下腿骨下部骨折之結果

第四節 距跟關節脫臼(距骨下足脫臼) die L. des Talo-calcanealgelenks (Luxation pedis subtraio

tion pedis subtraio

爲絕少之症偶見之則爲外方脫臼其症狀足取迴前位置足之外側(外踝)向內方推移跟骨及骹子骨向外側著明突出內踝及距骨頭突出於內側

療法 屈曲膝股二關節使足迴前而兼外輪次自距骨及腫上相互壓入之

第五節 距骨及其他跗骨之單獨脫臼 Luxation des Talus und der uebrigen

Fusswurzelknochen

1. 距骨之單獨脫臼 die isolirte L. des Talus 爲稀有之症因脚距關節距跟關節及距跟舟狀關節之過劇

運動而起以前方脫臼及前外方脫臼爲多

症狀 距骨位置異常於緊張之皮下易觸知之或刺破皮膚露出創外

療法 屈曲股膝將下腿內外側部固定若而脛骨成腓骨屈曲者乘其屈曲之勢更牽引之同時直接壓迫距骨施行整復後固定足關節直角位置外施石膏綑帶或三角巾無效者行距骨摘出術

2. 跗骨單獨脫臼 *die isolierte Luxation der Tarsalknochen* 即距骨舟狀骨骰子骨等因暴劇外力而脫臼者極爲罕見

第六節 蹠骨及趾脫臼 *Luxation der Metatarsalknochen und der Zehen*

1. 蹠骨脫臼 *die Lux. der Metatarsalknochen* 一二蹠骨自楔骨或骰子骨脫臼或蹠骨全體自跗蹠關節脫臼以上側脫臼爲多因外力由上方衝擊於跗骨使蹠骨小頭向足背脫轉所致其特徵爲足背部隆起能觸知突出之蹠骨小頭趾向背側屈曲

療法 對於總蹠骨脫臼固定蹠骨牽引蹠骨同時以左右拇指壓迫脫臼處無效者則切去障礙物再整復之

2. 趾脫臼 *die Lux. der Zehen* 蹠跗關節脫臼僅常見於 趾有背側脫臼及內側脫臼背側者因趾過度背屈而起蹠骨小頭強壓袋狀韌帶之下壁遂致斷裂蹠骨竄入袋之下方跗趾第一節在背側可以觸知內側脫臼及蹠趾直角屈曲時兼過度外轉所致

療法 背側脫臼者其趾距增其背屈之度更向下方壓入之或用槌骨小一切除術對於內側脫臼則牽引其趾節直接壓迫趾端即得

3. 趾骨間關節脫臼 *die L. der Interphalangeal Gelenke* 爲絕少之症

第七節 足骨骨折 *die Fr. Knochen der Fusknochen*

1. 距骨骨折 *die F. des Talus* 自高處墜落時足部衝突地上距骨被壓於脛骨及跟骨間所致或由於強暴之迴前迴後運動成以直達暴力(轉過)而起好發於該骨頸部多爲橫骨折

症候及診斷 骨片轉位者易誤爲脫臼不轉位者易誤爲重症關節捻挫但在本症使足迴前迴後或屈伸運動每爲嘶軋音且患者不能起立關節運動時深部疼痛

療法 不轉位之皮下骨折用石膏綑帶固定足關節於直角位置約三四週能治愈若已轉位則施皮下整復術甚或摘出骨片或距骨全部

2. 跟骨骨折 *die F. des Calcaneus* 多爲跟骨結節之骨折見於墜落或跳舞時足衝地上或於失脚時 *Achilles* 腱強劇收縮乃起本症亦有因墜落而起壓挫者

症候及診斷 跟骨結節骨折及距跟關節下部橫斷裂其折片隨 *Achilles* 腱向上轉移易於觸知中部骨折則踵部著明腫脹疼痛有嘶軋音其他起立不能足部扁平等

療法 屈曲膝關節足向膝屈使腓腸肌弛緩整復折片加石膏綑帶折片不能固定者用 Acliss 氏縫切斷術治愈期爲四—六週日

3. 小趾骨骨折 die Frakturen der kleinen Toesalknochen 皆由直達之強劇外力而起每乘軟部損傷其療法可及的取保存療法

4. 蹠骨骨折 die Frakturen der Metatarsalknochen 原因多爲直達之外力間或因墜落時足趾突衝地上而起一骨折斷者由鄰部蹠骨支持不起轉位若全體折斷則向足背或足蹠移轉療法依一般骨折療法

5. 趾骨骨折 die Frakturen der Zehen 亦起於直達暴力往往一趾全部斷裂折片突出於創口
療法 剪去折片或離斷其關節若爲皮下骨折則與隣趾一同固定之約二三週間治愈

第八節 足關節創傷 wunden der Fussgelenke

有切創刺創鎗創等宜注意者爲脚距關節之槍創常伴腓骨脛骨距骨之損傷

療法 化膿者廣大切開裝入腓膜管懸吊下腿必要時行足關節離斷術或下腿切斷術凡固定足關節務使成

直角位置

第九節 足關節足骨及其他足部關節之炎症 Ent der Fussgelenke der Fusskno-

chen und der sonstigen Gelenke am Fuss

以足關節炎爲最要者急性慢性二種慢性者多爲結核

1. 急性足關節炎 有漿液性漿液纖維素性化膿性等

症狀 足關節內蓄有液體關節前方伸筋腱之兩側腫脹平常之凹陷消失內外微近傍起固有之隆起呈波動
足背屈時於伸筋腱二側更爲著明滲出物漸增則內外髁下方 *Achilles* 健後側方及下方均腫脹

療法 一般關節炎療法

2. 慢性足關節炎 以結核爲主其他則繼發於急性炎症之後足關節結核 *Arthritis pedis tuberculosa* 多
原發於距骨及脛骨尤以距骨爲甚其破開於附近關節者每或廣大之跗骨瘍

症候 原發於滑液膜者初於囊狀韌帶之前部伸筋健兩側發現軟性沉狀腫脹原發於距骨脛骨及腓骨或趾
鞘者初無關節異常僅患部腫大知覺過敏病灶或限局于趾鞘及至穿破距關節則屈伸運動日漸障礙而發疼痛
若侵及二距骨關節者則足之迴旋外輪內輪均被制限病勢增進向外破開形成瘻管

診斷及預後 宜確診其病灶限局於距關節抑或已波及於他跗骨關節倘週後無障害者大抵爲未侵
及二距骨關節之徵此外須視其腫脹疼痛以定疾病蔓延之程度小兒較大人豫後佳良即生數多骨瘍亦能治愈
療法 與他關節結核同

第十節 足軟部炎症性疾患 *entzündliche Erkrankungen an den Weichteilen*

外科學各論

des Fusses

1. 趾及足壞疽 Die Gangraen an der Zehen und am Fusa 有種種在老人曰老人性壞疽 Gangraen senilis 在壯年曰壯年性壞疽 juvenile Gangraen 有動脈硬變症者趾之營養障礙該部鬱血因微細之損傷或無外傷而起炎症性浮腫始於趾趾皮膚色紫厥冷知覺鈍麻次起乾性或濕性壞疽乾性壞疽被乾燥黑色痂皮濕性者上皮膚泡狀隆起分泌旺盛設蜂窩織炎狀而發熱但不論乾性或濕性均發劇痛其經過不一有限局於一部者有迅速蔓延者有至一部分而生分界線者其他糖尿尿病經過中亦發本症神經性疾患石炭酸中毒亦然

療法 先探原因局部用收斂性或制腐粉末高舉下肢防腐的溫器法每使患者輕快又能促進分界線之發生劇痛者用鎮痛劑交感神經切除術每奏良效云

2. 爪嵌頓及爪刺 die Einklemmung der Naege Inantriongnis s. Unguis incarnatio 爪溝甚深之人或穿狹隘之鞋者往往跣趾爪內外緣發生爪床炎或爪溝炎初為單鈍炎次陷於潰瘍梅毒毒者常兼爪床腐爛名之曰惡性爪床炎 Onychia maligna

療法 初期切除患側之爪床加防腐繃帶病勢進行者則摘出爪之半側或全部

第十一節 足攣縮趾 die Contracturen des Fusses

1. 馬足或宋足 *in Fleurba. Pes equinus ad 3m Stadii.* 其特爲屈曲離頭時應屈曲者當爲每天性其原因爲肌之麻痺蓋下腿肌麻痺足以自己重力而向懸而屈曲下垂伸肌因而漸次延長屈肌因其二附着點互相接近榮養不良而致短縮於是關節運動日益制限遂成馬足他如患者長久就褥足受被之壓迫而向懸屈亦生本症但下腿肌僅一部麻痺者足尙能屈曲成直角步行者能防馬足之發生其他癢痕變縮亦爲本症原因及至後期兩距骨關節亦被侵襲向懸屈且兼迴後及內輪是名內翻馬腿 *Pes equinovarus* 高度者則穹窿亦向懸屈是名凹足 *et Hohlnus. Pes excavatus*

療法 凡下肢經久疾患及須長時間就褥者足務保持於直角位置以預防馬足之發生既發生時行原因療法兼局所療法其因外傷而起麻痺者大抵爲神經損傷須用神經縫合術及電氣療法若爲腓腸肌之癢痕性變縮則行 Achilles 氏髓切斷術或延長術再施按摩及運動法起於癢痕收縮者則除去癢痕由周圍造有莖皮瓣或行植皮術變縮性馬足有初用暴力矯正後加石膏翻帶足成直角固定之兼施按摩及運動法否則足同背屈使 Achilles 氏髓緊張於跟骨結節附着部稍上方密接於髓刺入切髓刀用拇指按於對皮膚上觸其刀尖而行皮下切斷於是使足背屈並固定之

2. 腫足 *der Hackenfuss, Pes calcaneus* 乃脚距關節背側・縮者適與馬足相反有先天性後天性二種先天性者每爲外翻腫足 *Pes calcaneus 1. Gr.* 在子宮受異常壓迫而起後天性多爲麻痺性腫足 *Pes calcaneus paralyticus*

療法 與馬足同惟須用矯正裝置以牽引其腫部

3. 內翻足或蹠足 *Gr. Klumpfuß, Pes varus* 爲足之廻後及內輪彎縮有先天性及後天性二種而先天性者每兼發馬足(先天性內翻馬足 *P. at. Varico-varus gongeniu*) 後天性者每於生後第一年略有變形至學走時乃發本症患者以足外緣或足背步日久骨及關節皆起發育異常故變形益甚肌肉陷於廢用性萎縮下腿高度瘦削短縮其原因先天性者多由肌骨發育異常後天性者多發於麻痺長久就褥後發生其他兩距骨關節癢痕攣縮脛骨骨折之畸形治愈以及不整復之距骨下內方足脫臼等皆爲本症之原因

療法 先天性內翻足在生後二月末即宜矯正之過遲則因骨之發育而變形益著故須強方矯正再加石膏細帶十歲以上者麻醉後切離 *Achilles* 腱及足內緣之足蹠膜高度症先於皮下切斷後脛骨肌長屈趾肌及前脛骨肌縫經二三日後再用副子靴徐徐牽引之或先用暴力矯正在治療中用按摩運動及電氣等療法若爲高度內翻足用手術療法或將跗骨背部及外側楔狀切除或摘出其距骨及跗骨後天性症之療法略同

4. 外翻足或扁平足 *Der Plattfuß, Pes valgus* 乃足之廻前外輪彎縮與內翻足相反亦有先天性後天性二種而以後者爲多見於佝僂病性小兒或春機發動期之羸弱者或長久起立及步行之職業工不堪體重負擔乃發本症高度症因跗骨軟弱足內緣漸次沉降足穹窿取迴前位置而足蹠扁平小兒時外翻足之症候爲步行易於疲勞且感足痛其變形於起立或步行時特著其跗骨部發劇痛者名炎症 *Til扁平足* *at. Infantiler Plattfuß* (少年扁平痛 *Caisella's "Tarsalgia dei Adolescenti"*) 此因軟帶筋膜及其他軟部受壓迫所致非真性炎症也

療法 先探原因能用適當副子墊枕或靴矯正之

5 凹足 *der Hohlfuß*. *Pes cavus* 爲足蹠凹陷病的增大而足穹窿異常增高者然常合併內翻足馬足及蹠足其來自獨立的先天性畸型者絕少輕度症雖不致發生障礙高度症則於蹠趾關節部起疼痛或生有痛性胼胝而須手術者此時可行皮下切斷足蹠筋膜矯正其畸型再加石膏細帶

附 *die Koehler'sche Krankheit* 本症爲 *Koehler* 氏所發見爲小兒疾患之一其症候與扁平足頗似故易誤診惟在X光像上舟狀骨之一側或二側強度短縮或較尋常寬廣或現濃厚之影但無骨萎縮此與結核不同其原因未明殆與外傷有關療法用扁平足療法數年之後可自然治愈

其他趾之後天性彎縮 *die erworbenne Kontraktur der Zehen* 以趾趾外翻 *Hallux valgus* 爲最常見該趾外輪彎縮因着尖齒狹隘之靴鞋而起高度症他趾悉在蹠趾之上蹠趾關節著明變形歐西人士罹此者極夥療法即將第一蹠骨楔狀除去使趾正直再加縫合

第十二節 足部紀腫瘍 *Osschwellste am Fuße*

較他部爲少見有之則爲脂肪腫纖維腫神經纖維腫血管腫肉腫等宜注意者即足部之黑色素肉腫每遷轉移於內臟致死其他軟骨腫骨瘤粉瘤乳瘤及瘤腫間亦見之

第十三節 足關節及足之手術 *die Operationen am Fußgelenks und Fuße*

外科學各論

二六三

1. 足關節切除術 d. Resektion des Fußgelenks 以 pie Subperiotale Resektion des Fußgelenks nach v. Langenbeck mit der Seitenschnitts neher das untere Ende der Fibula und der Tibia 爲最適用即置患脚於手術台上由脛骨後緣至外踝尖端縱切皮膚約 6cm 次自切線下端作一長 1.5cm 之鈎狀切亦開達至骨面剝離軟部及骨膜鋸斷腓骨而摘出之再於足內側脛骨下端部行鉗狀切開剝離軟部及骨膜鋸斷脛骨檢查骨上關節面若須切除者則以鋸或鑿削除之

11. 距骨切除術 die R. des Tarsus. die Tarsotomie

a. 距骨切除術及摘出術 die Resektion und Exsirtation des Tals 先於足關節面上沿足趾伸肌腱之外緣行縱切開離斷皮膚筋膜及十字韌帶將長伸肌腱牽向內側短伸肌牽向外側露出關節剝離囊狀韌帶露出距骨脛及頭乃於切線之中央向外方施橫切開離斷軟部達於距骨於是切斷諸韌帶而摘出之

b. 跟骨切除術及摘出術 d R. u. E. des Calcaneus 由外 尖端上方 Achillis 腱之外緣起刀達至跟骨結節之下緣更作直角屈曲向前而至第五跖骨基部附近分離軟部切斷跟骨與骰子骨間關節聯合及其上方連續部而摘出之

c. 跗骨部骨成形的切除術 die orthopädische Resektion im Tarsus vomikulitz — Windmülow 由足

內緣舟狀結節起圍繞足趾至第五跖骨結節之後方橫切諸軟部次自切線內外二端至內外緣後緣切離 Achilles 腱及軟部而達於骨足向背出露出關節分離趾骨及跟骨之連接更離斷 Chopart 氏關節鋸斷內外緣及脛骨

關節面進而除去舟狀骨骺之骨之距骨跟骨關節面止血後將二斷端接合之待其癒着乃使學步使趾及躡骨小頭着地而成高度之馬足

三、足部關節離斷術及切斷術 die Exarticulation und Amputation am Fuss

1. 躡趾關節諸趾離斷術 d. E. saemmtlicher Zehen im metatarso phalangealgelenk 以左手使諸趾背屈由第一躡趾關節內側沿足躡趾根間之溝而至第五躡趾關節之外側弓狀切開更在背面行同一切開使此二切線會合足之內側剝離上下二半月狀瓣達至躡骨小頭除去諸趾但在第一躡骨小頭二仰之種子骨宜保存之

2. 跗蹠關節離斷術 d. E. im Tarsometatarsalgelenk nach Listank 先於足外緣第求五躡骨結節之直後求骺子骨及第五躡骨之關節次於足內緣求第一楔狀骨及第一躡骨之關節而以左手示指及拇指標示之於是弓狀切開足背造成皮膚向上翻轉之切離跗蹠關節更送入切斷刀於躡骨後面密接足躡骨切離其軟部至足躡之前緣造成類似側皮瓣而於背側皮瓣縫合

3. 躡骨關節離斷術 d. E. in Tarsus nach Chopart 所謂 Chopart 氏關節係在尺內側舟狀結節上方 1. cm. 及足外側而五躡骨結節上方 2 cm 處故術者宜以左手舉起足尖由左方標點下刀沿足外緣向足尖至躡骨小頭上方一拇指橫徑處然後將刀轉向於右弓狀切開足躡達至他側更上行而至於右方之標點切離軟部先開舟狀骨結節上之關節次開跟蹠關節終送刀於舟狀骨及骺子骨之下面徐徐切離足躡軟部造成足躡瓣而與

背側縫合

4. 距骨下足部關節離斷術 *die Art. des Füsse sub. talonach Malgaigne* 先於跟骨結節上部 *Achilles* 腱內緣起刀迴繞外踝下方及骰子骨之中央沿足背直至足內緣更至足趾之中央又依正中線向跟骨結節切開軟部直達於骨先離斷 *Charcot* 氏關節次將跟骨與距骨分離

5. *P.* 氏骨成形足手術 *die osteoplastische Fussoperation nach Pirpov* 係將跟骨後部保留而摘出趾骨然後將跟骨斷面愈着於下腿骨者也即血一腺之尖端越過足趾而達於他腺尖端切離軟部再由此側切開點越過足背達於他側切開點切離軟部離開距關節將足強向踵屈密接跟骨載距突起鋸斷跟骨次剝離下腿骨端周圍軟部(勿傷內髁後方之後脛骨動脈)將內外二髁及關節面除去一薄片止血後縫合其兩骨面。

泌尿器外科

Chirurgie des Urogenitalapparats

第一節

腎臟及輸尿管外科 Chirurgie der niere und des wasserleiters

腎臟檢查法 *untersuchungsmethoden der niere* 腎臟檢要重者如次

(1) 腎臟觸診法 (*palpation der niere*) 爲腎臟檢查法中最重者因之得知其部位表面硬度應感正常腎臟難以觸之腹壁弛緩及腸內容空虛時或可觸之但於遊走腎及種種腎臟腫瘍當可觸之腎臟觸診有種種方法其普通之方法適之如次先令患者取背位或半側臥位屈曲關節及膝關節除去腹壁之緊張而檢查之或立於檢查之術者立於患側以兩手檢查之例如檢查右腎術者於患者右側以左手置於腰部右手置於前腹肋弓約二〇cm 下方注意呼吸吸進退吸氣 (*inspiration*) 不加壓呼吸氣 (*expiration*) 始徐徐之指尖向腹壁深部壓之同時左手由腎之後向前壓之勿逆呼吸運動反復行之則可得知腎臟之變化有無及其狀態左側腎臟檢查術者及手之位置相反其他腎臟檢查法雖有視及打診等法但不重要

(2) 膀胱鏡檢查法 (*Cystoscopie*) 本法不只膀胱之檢查爲必要亦用爲腎臟疾患之檢查即檢查輸尿管內有無排泄膿液或血液或其附近有結節否又依膀胱鏡爲次之檢查

(3) 腎臟機能之檢查法 (*funktionelle diagnose der niere*) 於膀胱鏡之下行左右輸尿管之檢查 (*Ure-*

外科學各論

terkaheeriman) (依其特殊器械有種種分尿法近來不用) 分取左右腎臟之尿行顯微鏡的化學的肉眼之檢查又欲知腎臟之官能有次諸法

(一) Methyleneblau 試驗法以 Metylenblau 少量注射於皮下或靜脈檢查其如左右輸尿管排泄之尿

(ii) Indigocarmin 試驗法同上

(iii) Pheno sulphono - Phthalain 試驗法同上

(iv) 血液及尿之凍結點測定法

(Gefrierpunktprobe des hutes v. des harns) 省略

(二) X線檢查法 (Kontrastmittelschutz) 只檢查腎右之際用之近來行腎盂攝影法

(Pellographia) 即於膀胱鏡下行輸尿管

Katheter 注射 1-5% Salin 液或 Lipiodol 等於腎盂而後以 X光線攝影也因之可知腎盂及腎臟之疾患

1. 腎臟及輸尿管先天性畸形 angeborene missbildung der Niere v. ureters

(一) 先天性腎臟缺如 (angeborene Defekt Der Niere) 有扁側或兩側者但甚罕見一腎臟缺如他腎臟則為

代償性肥大 (Kompensatorische hypertrophie)

(2) 腎臟發育不全 (Unvollständige entwicklung der Niere) 比前者稍多併合他腎代償性肥大

(3) 剩餘腎臟 (Vibrzählige Niere) 因腎小葉之陷凹異常深入恰如多數之腎也

(3) 重複腎 (Doppel-niere) 有三種

(a) 馬蹄腎 (Hufeisen-niere) Ren arcuatus s. Valgiformis) 左右腎臟其下端結合為馬蹄狀者有左右兩大者或一方發育不全者此腎臟位於脊椎前有誤為腹部腫瘍者

(b) 餅子腎或甲狀腎 (Kuchenerle od. Schildnere) 兩腎完全相合為一體者存於腹部中央有誤為腹部腫瘍者但扁側的亦有

(c) 扁細長腎 (Einseltige Langnere od. Renelongatum) 由一腎之下極與他腎之上極相結合也大都偏於一方或誤為遊走腎

(5) 腎臟異常位置 (Lagenanomalie Der Niere) 最重要者為遊走腎後述

(6) 輸尿管先天性畸形 (Angeborene mi sbildung Des harnleiters) 先天的閉鎖或狹窄因之而起腎臟水腫 (Hydronephrose)

II 腎臟及輸尿管之損傷 Verletzung Der Niere v. Des vocolere

(1) 腎臟損傷 (Verletzung Der Niere) 常見者分為二種

(1) 腎臟創傷 Offene Verletzung (wunde Der Niere) 戰時多見之即因鎗創刺創者而來

(2) 腎臟破裂或挫傷 Geschlossene Verletzung (Ruptur) od. Quetschung Der Niere) 因腎部受種種鈍性外力而來其他如因肋骨骨折共骨折端損傷之

病理 腎臟損傷有種種

(一) 脂肪被膜損傷 (Verletzung Der Fettkapsel) 無血尿他症狀亦少

(二) 腎臟實質損傷 (Verletzung Der Nierenparenchym) 有種種程度但其破裂概比外部創傷多甚至全腎

破裂此際有著明之血腫或伴尿浸潤 (Harninfiltration) 或是外傷性假性腎臟水腫 Traumatiscbe Pseudohydroephrose) 之狀態或輸尿管因血液凝塊閉塞起真性腎臟水腫

(三) 腎盂或輸尿管之損傷 (Verletzung Der Nierenbecken v. Des Uters) 屢有著明之尿浸潤

症狀依損傷狀態有種種在破裂之際症狀沉重

(一) Stuck 特破裂之際屢見之其一時失神大都不久恢復

(二) 血尿 (Hematurie) 腎囊損傷不見有血尿又腎臟損傷依其狀態亦有種種輕者祇尿紅色多時則純為血液甚者因血塊來閉尿 (Harnretention) 又輸尿管損傷時不來血尿

(iii) 血腫 (Haematom) 亦有種種重者腎部來汎發性腫脹或漸次為擴大之溢血斑 (Ecklymose)

(iv) 尿浸潤 (Harninfiltration) 腎臟重破裂併合腎盂或輸尿管損傷來之於腎部腫脹漸次增加至後起蜂窩織炎或因尿滯留著甚而生外傷性假性腎臟水腫

(v) 疼痛 (Schmerz) 大都腎部有劇烈疼痛屢放射於周圍或血塊經過輸尿管而發痙痛 (Kolikschmerz) 或

新尿意促迫 (Harndrang)

併合症常伴次之損傷：(i) 胸腔損傷於腹腔內有出血；(ii) 胃腸肝等損傷脊柱或肋骨骨折；(iii) 或損傷處來上行株或血行性細菌傳染而起重蜂窩織炎特尿浸潤時易起之

診斷：大抵容易與輸尿管膀胱損傷之區別又注意腎臟破裂之有無

預後：腎臟重損傷出血多時有危險否則可救

療法：(i) 膨開損傷依一般之法則行止血法或行腎臟或腎盂縫合腎之破裂甚者剔除之；(ii) 皮下破裂大都行保守的療法可以治愈出血甚者以手術治療之

(b) 輸尿管之損傷 (Verletzung Des Ureters)

(i) 輸尿管之創傷 (Offene Verletzung (Wunde) (Des Ureters) 因槍刺創創者稀有時於或腹部手術之際有誤傷者

(2) 輸尿管之皮下損傷者 (Subcutane Verletzung Des Ureters) 甚罕大都伴他之損傷

(iii) 急性化膿性腎臟炎及腎臟膿瘍 (Acute purulenta aetia v Nierendress 原因由腎臟內有種種化膿細菌之傳染而起其侵入門有種種

菌之傳染而起其侵入門有種種

(j) 因腎臟損傷或手術後而起者

(ii) 血行性傳染 (Haematogene Infektion) 身體他部有化膿菌此細菌依血行而傳染於腎臟又因急性傳染病

(腸室扶斯肺炎膿毒症猩紅熱麻疹等) 但罕見

(iii) 尿路性傳染 (Virgane Infektion) 經膀胱及輸尿管起尿管炎 (Pyelitis) 或更侵襲腎臟

(iv) 隣接性傳染 (Benachbarte Infektion) 因副腎炎肝膿瘍急性化膿性腹膜炎急性化膿性膀胱炎而來

病理 有發生多數小膿瘍 (因血行性傳染) 或者一二大膿瘍者又因尿路性傳染由腎盂擴張至腎實質則成

腎膿症 (Pyonephrose) N 狀態

症狀 依各時期有異舉其最重要症狀如次

(一) 腎部疼痛 (Schmerz der Niere) 或為痠痛樣屢放射於外陰部及大腿或不過鈍性疼痛過運動及加壓則疼痛增加

(二) 腎臟腫脹 (Anschwellung der Niere) 初時不明其程度顯著時由外部亦可觸之但得證明波動者甚稀

(三) 一般症狀 (Allgemeine Symptome) 大都惡寒戰慄之後發高熱但熱型 (Fieberstypus) 不一伴熱而來者有疲勞頭痛食慾缺乏噁心嘔吐等徐徐來身體衰弱高熱者起譫妄昏睡等但一般症狀輕者亦有其他血液白血球過

多

(iv) 尿之變化 (Veränderung des Harns) 大都尿量減少若腸瘍限局於腎臟實質內者尿無顯明變化倘襲腎盂時尿中混合膿液 (膿尿 Pyuria) 又屢混合液圓柱管上皮又可証明細菌

診斷 以上症狀完備時診斷容易腎臟腫脹不著無膿尿者診斷困難故此與腎臟周圍炎區別困難依腎臟部嚴密

檢查膀胱鏡經過等而區之膿尿管顯明時不可不與腎臟結核區別

與腎盂炎之區別述於次項

其他炎性疾患熱源不明時則應慮腎臟膿瘍而檢查之

預後 險惡者多但衰弱不甚期內行適當治療有救其因血行性傳染而兩腎被侵襲者預後大抵不良

療法 腎盂炎以保守療法亦可治愈但腎臟膿瘍則無效主行手術大膿瘍行腎臟切開但單純切開有殘留管以行

剷除術較妥

IV 腎盂炎 Pyelitis od Nierenbeckenentzündung

原因 因種種細菌之傳染而發其發生亦有種種

(一) 續發於腎臟膿瘍(Sekundäre Nierenabszess)兩俱侵襲者曰腎盂腎臟炎

(二) 腎盂腫瘍及腎石(Geschwulste des Nierenbeckens v. Nierenstein) 易起本病且頑固

(三) 尿路性傳染(Urogene Infektion) 最多有尿道炎及膀胱炎時易起本病又尿閉(Harnretention) 時亦易起之

婦人無尿閉臥病中亦有起本病者

(iv) 急性傳染病(Akute Infektionskrankheiten) 例如重症大腸炎之際因血行性傳染而起本病

(v) 刺戟劑(Reizmittel) 例如堯菁(Santalin) Copalvabakam. Terentinal 等內服後因刺戟而起輕度腎盂

炎

症狀腎盂炎劇者雖亦侵襲腎臟實質大抵只腎盂炎之症狀其症狀類似腎臟膿瘍

(i) 熱及熱症狀 (Fieber v. Fieberpyrexie) 惡寒戰慄之丁發高熱或熱度比較僅微熱為稽留的或不規則的持續其他有種種熱度症狀白血球增多輕重不一

(ii) 疼痛 (Schmerz) 腎部及輸尿管而放射疼痛但比腎臟癆輕微不過有純性疼

(iii) 腎部腫脹不明者多概有腰痛

(iv) 尿之變化 (Zeränderung des Harns) 大抵著明尿量減少屢訴尿意頻數尿為膿樣混濁 (與腎臟膿瘍有異者膿尿不變) 反應酸性或 alkalisch 鏡檢之有膿珠血球細菌或見有壞死塊其他有腎孟上及種種尿管柱

診斷 與他症區別不易惟按 A) 尿之變化自初顯明 B) 腎臟腫脹不著二點而區別之

其他要與膀胱炎腎臟結核種種熱性疾患區別

預後 不惡 以保守療法可治但併合腎臟膿瘍則困難又因腎石者亦難治療

療法 (i) 守安靜不與刺激食物特與牛乳茶等腎部行滲滲法

(ii) 內服療法與 Wcoropin, helminol, salol, hexal, Cystol, bororetrin, urea ursi, santalol, 等

(iii) 注射 Hesiylamin neoeynol, aktrifarin, Rivanol, presiod, 等於靜脈但功效不確

(iv) 腎孟局所療法普通不行罕有於膀胱鏡之下插入輸尿管 Katheter 以稀澀消毒劑洗滌之

(v) 併合腎臟膿瘍或腎石時行切開或腎臟摘出術 (Nephrektomie)

V 腎臟 周圍炎 Paranephritis

原因 其主要原因爲 (i) 腎部損傷 (ii) 由腎臟或腎盂之化膿而續發 (iii) 續發於周圍即腹膜肝臟脊柱腰部等之化膿 (iv) 最重要者由他部之化膿由血行性而續發之或腸壁扶斯肺炎膿紅熱痧疹膿毒症等之際由血行的傳染而起之

症狀 (i) 初時依其原因有異血行性傳染大都驟然惡寒戰慄之下發高熱而起本病者因他因者則漸次發病後來體溫之上昇

(ii) 腰部之自發疼痛及壓痛 (Spontaner schmerz u. druckschmerz am lendenend) 爲本病最重要之症狀因之忌避深呼吸咳嗽腹脹等

(iii) 其他因化膿進行之方向而呈種種之症狀即 (a) 進於背者於腰部之上方特有劇烈之壓痛或認腫脹 (b) 腎部上方著明者呈肋膜炎或肺炎之症狀有吃逆黃疸嘔吐等 (c) 腎部下方著明者有腰筋變縮大腿放射射性疼痛外生殖器之知覺異常 (Hyperaesthesia) 等 (d) 腎部前方顯明者於腹腔內來滲出物或併合腹膜炎

(iv) 尿 (ur) 無變化爲常 (但伴腎臟變化時不限此例) 或有大便閉結

(v) 觸診 (palpation) 初時於腎部雖有壓痛顯脹但觸診難行至後則可以觸之與腎腫瘍有異者爲瀰漫性腫脹而無呼吸移動硬固而波動不明

(vi) 任之則於腰部自然穿破罕有向助腹腹腔膀胱等穿破者或由本病起膿毒症者
診斷 (i) 初時不顯常誤爲種種熱性疾

- (ii) 腰筋筋炎由筋經過之腫脹筋之官能障害無肋膜及腹膜之刺戟症狀而區別之
 - (iii) 腎臟膿瘍腎孟炎腎臟結核因其尿之變化觸診周圍刺戟症狀及其他區別之
- 預後切開可治但晚期者不良

療法 早期診斷之下於腰部行大切開以大樹膠管排導膿多時行洗滌法

vi 腎臟結核 *Nierentuberkulose od Nephrophitis*

大都由身體他部之結核而續發者二〇歲前後之人爲最多右側比左側亦多或於兩側俱來

原因及病理 (a) 血行性傳染 (*hämogene Infektion*) 由他部之結核依血行而傳染者初於腎內形成小結節漸次度增加其數及大至後融合形成大的結核性膿瘍一方至腎孟長特腎孟及腎之結核變化甚者曰膿腎症

(*pyonephrose*) 又一方破腎囊而形成腎臟周圍膿瘍 (*Perinephritischer Abszess*)

(b) 尿路性傳染 (*urogene Infektion*) 膀胱結核之際有經輸尿管由腎孟而傳染者此際不論腎孟之變化如何腎實質之變化不劇但於末期則兩者之區別不明

症狀 本病之症狀有種種或永無症狀而經過於剖檢之際忽然發見之但大都漸次發現症狀則如次

(i) 疼痛 (*Schmerz*) 不定大都無痛或訴鈍性疼痛罕見劇烈之痙痛

(ii) 腎臟腫脹 (*Vergrößerung d. Niere*) 初時不明末期顯明此際因周圍有多少浸潤邊界不銳故呼吸的運動不著
壓痛不定

(iii) 排尿障礙 (Hematurie, Dysurie) 初時原有反射性尿意促進 (Häufigkeit) 排尿之際訴有多少疼痛又侵襲膀胱及輸尿管時排尿障礙特甚 (參照膀胱炎) 或是等障礙比較輕者亦有

(iv) 尿之變化 (Veränderung Des Harnes) 有自早期有尿之變化而至末期變化始顯者

(v) 尿量 (Menge) 初時為多尿症 (Polyurie) (一日 3000—4000 cc) 比因反射的腎臟之刺激而來但後

變腎臟著甚者或兩腎侵犯時尿量減少殆為無尿症 (Anurie)

(vi) 尿濁濁 (Trübung Des Harnes) 初時不明隨其進行而顯明特犯腎盂時著明或見高度之膿尿又此際不只

膿液混雜乾酪樣絮片 (Eitrige Flocken) 又見從來濁濁之尿速度澄明者，但罕，此因一腎被侵犯時乾酪樣

絮片閉塞輸尿管也但暫時之後尿又見濁濁

(vii) 尿之反應 (Reaktion Des Harnes) 尿有濁濁者酸性為常但混合傳染時為 alkalisch

(viii) 赤血球 (Erythrocyte) 常見之其量多時則為血尿 (Hämaturie) 少者於顯微鏡下證明之

(ix) 蛋白尿 (Albuminurie) 不關血膿之多少大抵見之其量不多

(x) 結核菌 (Tuberkelbakterien) 大都存在其數不多難以證明遠心沉澱之後或將沉澱之乾酪樣絮片檢查之

可以證明但要與耶斯菌 (Mycobacterium) 區別

(xi) 一般症狀 (Allgemeine Symptome) 初時一般症狀不著特缺熱然於末期有不定之體溫上升消瘦，貧血，盜汗，食慾不振，下痢等但無白血球過多

診斷 初時診斷困難與膀胱炎腎臟腫瘍腎臟膿瘍腎盂炎腎臟周圍炎腎石等區別又特須與起膿尿血尿之各種疾患鑑別

依膀胱鏡、線檢查細菌證明等診斷確定之預後依手術療法可以救之但兩腎侵犯時或有肺之顯明併合症者亦難施手術惟膀胱結核腎臟手術後較快者多療法行腎臟摘出術不得已時行切開X光線療法無效其他行一般結核療法

(ix) 腎臟梅毒 Syphilis Der Niere)

罕見腎臟形成大 tumour 或於腎臟為彌蔓性傳染性侵潤初時誤為腎臟腫瘍漸次腎臟萎縮排泄少量蛋白質有誤為腎臟炎者以驅微劑則蛋白質消失者多

(x) 腎臟水腫或水腎症 (hydronephrose od hydronephritis)

原因 (a) 先天性腎臟水腫 (kongenitale hydronephrose) 其稀因輸尿管或尿道之先天的狹窄而來

(b) 後天性腎臟水腫 (erworbene hydronephrose) 有種種原因 (i) 因楔入腎石於腎盂輸尿管者最多 (ii)

因輸尿管之屈曲癥痕性狹窄壓迫等 (卵巢，子宮，膀胱等之腫瘍罕因遊走腎妊娠子宮等) (iii) 因腎臟之血腫而閉塞輸尿管或因輸尿管損傷妨害尿之流通也 (iv) 其他因膀胱腫瘍攝護腺腫瘍尿道狹窄包莖等

病理 依以上之原因尿落積於腎盂或輸尿管則腎盂等次第擴張腎臟實質因壓迫為菲薄因之腎臟漸次擴大甚

至頭大輸尿管亦如小腸大腎臟水腫有常變重其大度者曰間歇性腎臟水腫 (Intermittierende Pyelonephrose) 此特因腎石楔入而來

腎臟水腫之內容初爲尿及粘液腎臟實質萎縮著甚者爲漿液難證明尿質症狀 (a) 先天性腎臟水腫腹部膨隆著甚妨害產育者有之生後呼吸困難 (因壓迫橫隔膜) 不久即死

(b) 後天性腎臟水腫不達一定度不注意者多

(i) 腹腫瘍 (Hämatom) 大都發於一側而顯於季肋部 (hypochoondriacend) 或上腹之側甚者充極全腹形狀卵圓形或梨狀表面平滑腹膜堅固或稍軟而波動有明者有不明者呼吸的運動存在欠缺壓痛

(ii) 自訴 (Subjective Klage) 常欠缺或因擴大而來多少疼痛平常無熱

(iii) 壓迫症狀 (Drucksymptome) 擴大甚者因強壓迫呼吸器消化器而起障礙漸次陷於衰弱罕因壓壓而起腸閉塞症

(iv) 破裂 (Ruptur) 腎臟水腫於腹內破裂者稀其內容以化膿則起腹膜炎無菌者液體漸次被吸收腎石者因石其出而治者有之否則再發

(A) 內容 (Inhalt) 有尿具之液後難証即尿成分或混合血球罕因化膿菌傳染而起膿腎 (pyelophrose) 來急性炎症而呈重症

(B) 尿 (Harn) 因他腎之代償尿量專無變化者多若兩腎侵犯時則起尿毒症 (uraemia)

診斷 依其部位腫瘍之性質而診斷之須與腎臟囊腫腎臟腫瘍腸間膜腫瘍卵巢囊腫等區別後二者特因大腸膨脹法可以區別其他試驗穿刺術亦為要但在注意消毒

預後 無直接生命危險長時存在時漸次來衰弱或有因併合症而陷沈重者但大都以手術治療

療法 (i) 先對其原因治療之 (ii) 側者可作腎臟摘出術此手術容易若囊腫大者先以穿刺術縮小之後剔除之 (iii) 兩側者或難行腎臟摘出術時作輸尿管造

x 遊走腎 *Vanderniere od Ren mobilis* 腎臟下垂症 *Nephroptose*

原因 先天的少大都為後天的二十至四十歲之婦人最多超過男子數倍乃至十數倍右側比左側多稀見兩側同來者一般以身材細長者為多其真因尙未明以頑固咳嗽劇腹壓身體過勞妊娠頻數束腰等為其誘因症狀有完全無症狀而忽然發見者或呈次之症狀

(A) 自覺的症候 (*Nirrose Symptome*) 於薦部腰部背部等有神經痛或放射於周圍此時於身體疲勞月經之後顯明 (因腎神經之受壓迫或牽引也) 又呈神經衰弱或 *hysterie* 各種症狀

(ii) 消化障礙 (*verdauungsstörung*) 有腹部之膨滿感噯血食慾不振惡心嘔吐胃痛大便秘結等

(B) 他覺的症候 (*Objektive Symptome*) 正常雖以觸知腎臟於遊走腎可得觸之而分三度

(i) 只得觸下極 (*unterpol*) 者 (ii) 得觸腎臟之大部分者 (但此際得整復於上方) (iii) 腎於異常位置而遊離運動性者 (可注意其形狀表面大小硬度運動等但併合腎臟水腫腫瘍等時則更大常欠缺壓痛

(c) 遊走腎之飲噸 (Inkretion Der wandern) 身體疲勞之後或無誘因而起恐因腎臟變位腎之血管及神經轉捻屈曲或因輸尿管之屈曲而起也驟然發劇烈腹痛沿輸尿管下方放射而起 *Shock* 甚至一時失神有持續數時乃至一—二日者常起發作

遊走腎尿雖無變化飲噸時尿量減少若解除飲噸時則排泄大量之尿屢混合血液蛋白因之起急性腎臟水腫者有之但隨飲噸而共同消失者曰間歇性腎臟水腫

診斷 依腎臟之觸診運動等顯明等診斷容易有時須於腹部腫瘍特腸間膜囊腫區別又腎臟於腎臟腫瘍腎臟水腫腎結核等亦得觸之須與是等鑑別

其他飲噸時與內飲噸及蟲樣突起炎區別

預後不致直接致死有飲噸時來衰弱但以手術大都可以治愈

療法 遊走腎無特別障害者多概不要特別治療有種種障礙時不可不治療之

(a) 保守的療法 (Konservative Behandlung) 行固定帶療法 (Bandschmelz) 腹部弛緩者用腹帶 (Unterleibsgürtel) 壓腹壁而壓上腎臟否則用有壓枕之固定帶 (Bandage mit Polster) 將轉位之腎臟固定於正常位置固或有不愉快之感) 其他行仰臥療法 (Lagerung) 六—八星期及肥胖療法使腎臟脂肪囊肥厚又行按摩法以強腹筋

(b) 手術的療法 (Operative Behandlung) 保守的療法無效時行手術即腎臟固定術 (Nephropexie) 固定

術有種種方法（參照別項）遊走腎併合腫瘍結石水腫則行腎臟摘出術

X腎臟結石症（Nierenstein od Nephrolithiasis）腎石為頗多見之症

原因腎石二〇—五〇歲人為最多男子比女子多依地理關係歐洲比亞洲人多又與遺傳給養（食肉過多慣飲葡萄酒者）亦有關係

腎石之發生諸說不一尙未確定（一）因尿有多量之尿酸磷酸 C_2O_4 等易於析出（ii）尿中含蛋白之有機質多一面為結石之核一面為形成結石之接合物質炎症有尿鬱積之時易形成結石職是故也（iii）上皮尿圓柱血球纖維等為其核又寄生蟲寄生蟲卵異物亦有為其核者全無核而發者少

病理腎石於腎盂內發生為常於細尿管內之尿酸梗塞亦於發生有關係

大小有種種分為（a）腎砂（b）腎礫（針頭大內外者）（c）腎石（粟粒大至豌豆大者多）或有鷄卵大以上者數目一至三三個或多數

形狀有球形卵圓形不規則形星芒形等種種成分（Beard's table）分為（i）尿酸石（ii）尿酸鹽石（iii）磷酸鹽石

（iv）碳酸鹽石（v）碳酸鹽石（vi）Cystin 石（vii）xanthin 石等（參照膀胱結石條下）

腎臟等因腎石之變化依腎石之部位大小形狀傳染之有無而異腎石小而無傳染時不呈特別之變化尖銳之腎石存在過久或因大腎石則來腎盂粘膜炎或纖維性變化腎囊亦呈纖維性變化與腎石實質癒者又腎石屢閉塞輸尿管而來腎臟水腫又常來細菌傳染而起腎盂炎（pyelonephritis）或為膿腎（pyonephrosis）偶有起腎臟周圍

炎者其他由腎盂炎而起輸尿管(Ureter)膀胱炎小腎石屢隨尿而排泄者或介在輸尿管膀胱而漸次擴大為輸尿管石或膀胱石

症狀有種種或全無症狀經過石雖小但為運動的有傳染時又因其部位則呈著明之症狀

(一)疼痛 (Schner) 有無痛者但屢於腎部有鈍性疼痛或劇烈痛特身體運動後為著或放射於周圍特腎時楔入輸尿管內則來腎痙痛 (Nephritic) 驟然於腎部及腰部發劇烈疼痛沿輸尿管而放射於外生殖器大腿等常來發作的甚至起 (Stone) 但結石通過輸尿管或退回腎盂內時即消散此際大都可認尿之變化其他訴尿意促迫 (Urinary) 尿道內疼痛

(二)排尿 (Micturition) 腎石有時無尿其故有二種 (a) 兩輸尿管因結石閉塞之際或他腎因疾患起劇甚變化其所殘留之腎臟官能停止之際起之即結石性無尿症 (Obstructive anuria) 也本症持續時起尿毒症 (uraemia) 而死 (b) 腎石痙痛發作之際因刺激反射起一時性尿分泌停止 (反射的無尿症 (Reflex anuria) 其他楔入之結石解離時一時有排泄多量之尿者又尿排泄有全無異常者

(三)尿之變化 (Urinary Excretion) 雖為最重要之症狀或有不顯著其最要者為血尿 (Haematuria) 有以肉眼可見赤色者有以顯微鏡下始證明者痙痛發作後或劇動後特著明腎盂炎腎臟炎發時有尿之膿樣濁濁甚至見膿尿如證明之尿混有腎砂及腎礫等診斷確而易

診斷依上記之症狀大抵容易與腎臟結核腎臟腫瘍遊走腎膀胱結石膀胱腫瘍等區別須痛發作之際要與膽石
頑痛腸痙攣蕪瘻突起炎初期等鑑別

以X光線檢查雖得證明結石但依結石之種類有不明者又與他疾患之鑑別上有行膀胱鏡的檢查者

其他結石脫出時可檢查結石之性質(膀胱結石條下)依結石之種類療法有差異也

預後及經過(一)結石有經自然通路而排泄者但少(二)腎內有結石時有久不來障害者(三)大都因之起腎盂炎

腎臟炎或因反覆疼痛來衰弱又間有發生癌腫者

(iv)有起腎臟水腫腰痛或因尿毒症而陷危險者

(v)但腎結石依種種療法可以治癒

療法(一)保守的療法 (Konservative Behandlung) 痙攣發作之際注射 morphium pantopon Narkopon 等使用

溫熱法冰發或沐浴

(1)尿酸石以菜食爲要與多量牛乳限制食肉禁酒運動沐浴等促進新陳代謝內服 dilantin 劑列如重曹碳酸鈉

碳酸鈉石炭等 3-4g 溶解多量水內服或 uromin 0.5 gva ysa 葉侵劑或湯茶劑等

(2)碳酸鹽石因高其尿之酸度以肉食 (Fleischahrung) 爲主減蔬菜服用多數碳酸泉水

(3)磷酸石亦以肉食爲妥與鹽酸乳酸等

(4)手術的療法 (Operative Behandlung) 行保守的療法無效時以手術剔除之依結石存在部位行腎臟切開術

(Nephrotomie) 腎孟切開術 (pyelotomie) 輸尿管切開術 (ureterotomie) 又腎臟變化甚者行腎臟摘出術 Nephrektomie 但他側腎臟健康方適 X 腎臟腫瘍及囊腫 Geschwulste u. zyste Der Niere

腎臟發生種種腫瘍其要者如次

(a) 良性腫瘍 (gutartige Geschwulste)

(1) 脂肪腫 (Lipom) 常見由腎臟之脂肪被膜 (Fettkapsel) 發生之有時甚大向腹內擴大誤為腹部腫瘍硬度有彈力而軟有假性波動為其特異之點

(2) 乳頭腫 (papillom) 發生於腎孟但少由外部觸之頗難屢察顯著之血尿至後有變腫而為癌腫者

(3) 其他有發生纖維腫筋腫軟骨腫骨腫血管腫淋巴管腫內皮腫等然為小結節而存在於臨床上無意味

(b) 惡性腫瘍 (maligne Geschwulste)

(1) 腎臟癌腫 (Nierenkarzinom) 有原發與繼發二種原發者稀由腎石或乳頭腫而發生之但有不然者四〇—五〇歲前後之人為多

主要症狀為血球腎部疼痛腫瘍之觸診但按情形是等症狀有不明者故常不注意看過至後起轉移惡液質而死

又腎臟之官能檢查 X 線檢查等診斷上有視為重要者又常於手術後始確定之者

(2) 腎臟內腫 (Nierenström) 與癌腫有異者在發生於青年人純粹肉腫罕見依其發育速表其平滑硬度有彈力

而軟時因其軟化或出血一部形成囊腫血尿少或造成血行性轉移從其增進來衰弱而死

(3) 副腎腫瘍 (hypernephroma od Fawcettcher Tumor) 此由副腎特其迷路崩芽 (verruer Keim) 而發生之

一種定型的腫瘍而屬於腺腫乃至瘤腫此迷路崩芽雖附着腎臟而存於腎臟以外之膜腹腸間膜肝臟脾臟部骨盤骨腔等

此腫瘍大抵限局的表面平滑而軟切面類黃色或灰白黃色處處有潮紅 (惡性) 又處處形成出血性囊腫自腎臟發生時增大則壓排之

組織的所見大都由大上皮細胞而成其間有單純毛細管網此細胞中含有多數脂肪及肝糖

(phoscar) 為定型的惡性者細胞之配置形狀不整甚起變性

症狀以四〇歲前後為最多惡性者一二年非常巨大良性者數年十數年其主要症狀如次

(i) 腎部疼痛常存在但有缺者

(ii) 尿之變化亦不一定雖時見血尿但屢缺如腎臟呈壓迫萎縮時則腎臟官能著減但是等症狀於其他之腎腫瘍亦來之

(iii) 腎臟腫瘍有大如拳大乃至小兒頭大等但不及次之胎胎性腺腫瘍或脂肪腫之巨大表面平滑硬度彈性性而軟但無定型的

(iv) 轉移惡性者時有轉移於肺臟骨皮下等甚者原發病灶腫瘍不明只轉移者顯明

診斷 不易推知四〇歲之人可注目的腎臟腫瘍具但有血行性轉移時可思為副腎腫瘍確定的診斷不可不藉手

術的望見乃至組織的檢查

(4) 胎兒性腺肉腫 (Embryonal adenosarcoma) 本症時常見之發生於先天的而於哺乳兒或小兒見之發育遠症狀及病理自胎兒時所存之 Wolff 氏管之殘餘而生生於腎實質或腎臟被膜之下依發育增進則壓排腎臟腎部之疼痛及尿之變化大抵欠缺只認腎部之腫瘍依其增大腹部膨隆而呈腹部腫瘍之狀態甚則全腹膨隆表面平滑、巨大者有淺粗稜面、有彈力性而軟有時一部有波動缺乏轉移

診斷：發生於小兒之大腎臟腫瘍大部屬此但要與副腎腫瘍鑑別確實之診斷不可不藉組織的檢查

本腫瘍之切斷面灰白色僅透明或淡紅色屢有壞疽或因出血形成囊腫組織的於粘液纖維腫性之實質中有腺腫性之塊或見有肉腫瘤腫筋腫軟骨腫等狀

(c) 腎臟囊腫 (Zyste Der Niere)

1) 多發性腎臟囊腫 (Multiple Nierens zyste od zy kanklaren) 本症原因不明恐為先天的但後天亦見之大都兩腎形成多數囊腫其中為漿液間有含僅少粘液或血液

本症初時無自訴症狀而偶然認之但不如腎臟腫瘍之巨大兩腎俱見腫脹表面粗糙

2) 腎臟包蟲腫 Nieren echinokokkus

(3) 腎臟水腫 (Hydronephrose) (參照前項)

療法 腎臟腫瘍宜早期行腎臟摘出術而根治之但行此術之光證明他腎之官能健全後方妥

Ⅷ 特發腎臟出血 (Essentielle Nierenhämaturie) 此指肉眼的腎臟無顯明變化而來血尿也或伴疼痛發作雖有種種誘因但無特殊之原因

欲下本病之診斷要否定腎臟及膀胱之種種疾患倘難確定之診斷時可暫觀察其經過療法 (1) 以安靜牛乳茶發止血劑等可以治療但不達目的者亦有或一時止血後來再發

(2) 以手術探出腎臟檢查腎之狀態有結石腫瘍結核等時可處置之又本症以剝皮術 (Dekapsulation) 可治

Ⅸ 腎臟神經痛 Nierenneuralgie

腎臟疼痛有因前記種種原因而起倘有腎臟無何等器質的變化而發發作的劇痛者或伴血尿本症之原因尙未明因脂肪被膜血纖維被膜愈着或因後者肥厚而來以腎臟剝皮術或腎切開術而治愈者多

Ⅹ 腎臟及輸尿管之手術 Operation Der Niere v. Des ureters

(1) 腎臟摘出術 (exstirpation Der Niere od Nephrektomie)

如前記腎臟之種種疾患之際行之但必要証明他側腎臟健康後而行人

(i) 體位 (Co-Position) 使取健康側在下之側位側復之下插入大木枕使患側膨隆

(ii) 消毒 (Desinfection) 用 Prossin 氏法

(iii) 麻醉 (Narkose) 往昔用全身麻醉近來亦用局所麻醉

(IV) 皮膚切開 (hautschnitt) 種種方法如 Feistner 氏斜切法 Feistner 切法爲多用有時亦用 Smith 氏縱切法

(v) 皮膚切開後張開筋層達于腎臟之脂肪被吸掃手指於其周圍而分離之若因腎臟炎與周圍強着着而鈍性割開困難時可結紮血管而銳利的分離之

(vi) 腎臟充分分離之後牽出創外以腎臟鉗子將腎門部挾置之切斷門剔除腎臟

(vii) 以粗綢絲結紮門後除去腎鉗更結紮主要之血管

(viii) 創口填充棉紗排導行筋及皮膚縫合若腎臟之上極分離時或腎臟腫瘍大時可切除第十二肋骨及第十一肋骨之前三分之一

又腎臟腫瘍巨大於腰部切開剔除困難時則行腹膜經由腎臟摘出術 (Transperitoneal Nephrectomy) 即行白線或直腹筋側縱切開或於腫瘍之上行大斜切開而開腹腔牽出腫瘍置於腹外創開腫瘍上之腹膜以鈍性或銳性分離之將輸尿管及血管所成之莖行重二結紮之後摘出腎臟

(2) 腎臟切開術 (Lanzion Der Niere od Nephrotomie) 本法行於腎臟水腫膿腎臟膿瘍腎臟囊腫腎臟結核腎結石腎臟出血等

與腎臟摘出術同樣之原則之下牽出腎臟而切開之於腎臟膿瘍腎結石先以套管針穿刺排除內容後開之通常以剖檢的切開法 (Zerkloppung) 於腎之外側行縱徑切開蓋依此方向損傷血管最少也

關於輸尿管取出結石次縫之(但此際縫合不可穿過粘膜)

(6) 輸尿管縫合術 (*ureterorrhaphie*) 輸尿管損傷之際行之如前記不可穿過輸尿管粘膜而密縫之因縫合系穿時易起結石之故耳

(7) 輸尿管輸尿管製造設術 (*uretero-ureterostomie*) 輸尿管完全切斷之時行之此際祇縫其兩端不易成功宜從 Hook 氏方法為輸尿管之側方疊積法或移植法 (*Säuliche Invagination od Implantation Der urete*) 但該部起傳染著甚時

(8) 輸尿管膀胱製造設術 (*ureterovesicostomie*) 骨盤內損傷輸尿管之際行之

令患者取骨盤高位於白線開腹由輸尿管之周圍充分分離之於膀胱底部為小切開縱切開輸尿管端約 1cm 插入膀胱中以腸線固定於膀胱

(9) 輸尿管腸製造設術 (*uretero-intestinalstomie*) 或輸尿管直腸製造設術 (*uretero-Rectostomie*) 易起輸尿管及腎盂傳染而來下痢故不得已之際行之

(10) 輸尿管結紮法 (*Interruption Des ureter*) 輸尿管損傷難行上法之際行之即以絹絲種種方法而結紮輸尿管也但因漸次被吸收而不達目的者多以筋膜結紮雖稍有效但亦有不充分者惟於輸尿管結節之後其再上再加縫合可完全閉鎖之

第二節

膀胱外科 Chirurgie Der Harnblase

膀胱檢查法 Untersuchung Der Harnblase

膀胱在骨盤內而接於縫隙之後方其形狀大小依男女及各人而有異其容積 (normal) 男子約 735c. c. 女子約 680. c. 膀胱空虛時隱於縫隙之下充滿時膨隆於縫隙之上膀胱分爲 (a) 膀胱頂 (b) 膀胱底 (c) 膀胱頸 (d) 膀胱體於膀胱壁有多數筋纖維於粘膜有多數之皺襞膀胱頸有膀胱三角部 (Trigonum vesicae) 有輸尿管及尿道之開口知覺銳敏

膀胱之檢查有種種方法其主要者述之如下

(1) 膀胱鏡檢查法 (Kystoskopie) 本法爲 Nitze 氏所始創有數種由金屬管而成其嘴端有電燈小反射鏡故從金屬管可以窺視膀胱之內景用時消毒插入膀胱後通電流而照之視察膀胱內部 (詳細參照泌尿學)

(2) (Katheter) 檢查法因檢查膀胱結石而行之(參照同項)

(3) 觸診 (palpation) 有大膀胱結石異物腫瘍時使膀胱空虛插入手指於直腸一方之手強壓下腹即可證明之所謂雙合的檢查法 (Kombinierte Untersuchung) 是也

(4) X線檢查法 (Röntgenuntersuchung) 等於膀胱而行X線檢查因之可証明膀胱結石異物腫瘍憩室等

1 膀胱之先天性畸形 angeborene mißbildung Der Harnblase

先天性畸形中最重要者為先天性膀胱破裂 (*fistula abdominovesicalis Congenita*) 因胎兒時發育障害所致

特小兒為多分為二種

(1) 下膀胱破裂 (*Blasenspathe Des I Grades od fissura vesicae inferior*) 大都伴尿道上裂於縫隙下部有憩管

(2) 上膀胱破裂 (*Blasenspathe Des II Grades od fissura vesicae Superior*) 謂存於縫隙上部之膀胱憩也但是等不伴縫隙破裂

(3) 膀胱變位或旋轉 (*Blasenspathe Des III Grades od ectropus Inverso vesicae*) 膀胱之前壁有廣潤之破裂同時縫隙腹壁外生殖器亦有破裂膀胱粘膜因腹內壓而脫出於外方現於縫隙部為潮紅或暗紅色之圓形腫瘍成人有及拳大者粘膜著明硬變輸尿管開口於其下方本症定型的尿由膀胱破裂下絕淋瀝因之用圍濕潤因尿之分解而發惡臭屢伴濕疹糜爛等有此畸形之小兒正常發育者多

此畸形屢伴生殖器等等之畸形

療法患者雖有使用樹膠製之受尿器 (*urinal*) 之法實際不適用如得生存應於十四五歲後行膀胱成形術人工的膀胱成形術 (參照膀胱手術條下)

11 膀胱損傷 *Verletzung Der Harnblase* 原因有種種原因

(2) 膀胱開放性損傷 (創傷) (*Offene Verletzung (Wunde) Der Harnblase*) (1) 大都屬於災害創傷而遇刺

創槍創切創等犯之

(i) 骨盆骨折之際因骨折而損傷之。

(ii) 下腹各種手術 (hernia) 手術或以鉗子分曉之際而損傷之。

(b) 膀胱皮下損傷 (Subcut. ne verletzung (Ruptur) Der Harnblase) 特因膀胱充滿之際衝突打撲變過等鈍性外力作用而起甚罕因閉尿而起破裂者症狀依損傷之狀態而有異其主要者述之如次

(i) 出血 (Blutung) 鑿於尿中混有血液出血量多時則為鈍血起急性貧血但膀胱之損傷大者血液出於腹腔有不外流者

(ii) 尿量 (Harnmenge) 因尿由膀胱漏出入於腹腔減少尿量甚至無尿症 (anurie)

(iii) 尿意促進 (Harnjange) 因膀胱之損傷及出血之刺激而起尿意促進但非泄之尿量如前述少量

(iv) 尿毒症 (uraemie) 多量之尿排泄於腹腔內時則起尿毒症遂有致危險者尿毒症之主要症狀為頭痛噁孔狹小惡心嘔吐食慾不振下痢呼吸困難等重者起昏睡譫妄振聾等

(v) 腹膜炎 (peritonitis) 尿泄於腹腔易腐敗特有細菌傳染 (開放損傷時多) 則易腐敗來重症瀰蔓性腹膜炎
參照腹膜炎條下)

(vi) 尿浸潤 (harninfiltration) 於腹膜附近之結締組織內起尿浸潤則因其腐敗而起重症腐敗性蜂窩織炎
診斷膀胱損傷大者因呈上記定型的症狀診斷容易但損傷小者初時診斷困難可注意損傷之部位狀態血尿尿意

促迫等診斷困難時行膀胱鏡檢查

預後損傷小者佳良。大者嚴重特於開放損傷易起傳染者爲重。又如上記之尿管尿道炎尿澀潤或有他之重併合症者嚴重療法。(一)早期以手術行膀胱創傷縫合。此際以腸系或絹絲行 Lenoir 氏縫合。縫合時勿穿過膀胱粘膜。只將筋及漿膜層密密縫合之。又因避閉尿管插入停留。Katheter 約一星期。

(ii) 膀胱頸損傷時於會陰部行尿道切開術 (urethrotomia externa)

(iii) 伴有皮膚創傷之膀胱損傷行開放的治療爲例

(iv) 起尿毒症以開腹術排泄尿。早期救治之。其他對於腹膜炎尿澀潤行對症療法。但屢因失時期而不達目的。

III 膀胱炎及急性化膿性膀胱炎 (Cystitis od entzündung, Derrhaktlose und Cystitis purulenta acuta)

原因及種類有種種分之如次

(i) 膀胱加答兒或加答兒性膀胱炎 (Cystitis Carthais od Blasenarth)

(a) 單獨性膀胱加答兒 (Cystitis simplex od einfache Cystitis) 大都因細菌之傳染或因化學藥劑之刺激

而來。膀胱充血呈一時膀胱炎之狀態。但是等數日後治愈者多。細菌傳染如插入不潔之 Katheter 急性傳染病之際起膀胱炎是也。

(b) 婦人膀胱炎 (Cystitis bei Frauen od Cystitis femine) 婦人妊娠產褥之際或因病臥之際無特別原因亦易起。膀胱炎(因腸菌者多)此因婦人之尿道比男子短。細菌容易侵入之故也。淋毒性膀胱炎亦婦人爲多。

(c) 伴閉尿之膀胱炎 (Cystitis bei Harnverstopfung) 因種種原因而起閉尿時屢有來膀胱炎者特因種種骨盆腔障礙者為頑固

(p) 伴尿道狹窄之膀胱炎 (Cystitis bei Harnröhrenstriktur) 淋疾之後尿道狹窄或因攝護腺肥大之際漸次閉尿所起者也

(e) 外傷膀胱炎 (Cystitis traumatica) 膀胱損傷後細菌傳染所起者又因異物膀胱結石膀胱粘膜損害而起之

(t) 腫瘍之膀胱炎 (Cystitis bei Geschwülsten) 因膀胱癌腫乳頭癌等所起膀胱炎也

(st) 鄰接性傳染之膀胱炎 Cystitis durch benachbarte Infektion) 膀胱之周圍骨盤腹膜炎等侵入膀胱內所起之膀胱炎也或因周圍之惡性腫瘤之侵襲有併發膀胱炎者

病理 初時急性後為慢性

(a) 急性型 粘膜有不規則的充血及腫脹處處伴小溢血 (Kleine eichinome) 尿因膿粘液質混合而濁濁初為弱酸性反應重時為 alkalisch 於顯微鏡下可認紅血球膿球膀胱上皮及多數細菌等

(b) 慢性型 粘膜充血腫脹溢血更著且為潮濕性粘膜因粘液膿苔之遮蓋處處認有 polypöse 狀或纖毛狀之肥厚更慢性者粘膜為暗紅或黃血狀

尿糖濁濁 反應大都 negativ 因尿之分析發一種惡臭於顯微鏡下有多數之膿球及細菌或紅血球膀胱上皮

等其他尿沈渣即物三層磷鹽尿酸石灰膀胱加答兒之初只表粘膜有變化而漸次波及於膀胱壁且障害其收縮力 (Kontraktions vermögen) (實質性或間質性膀胱炎)

症狀 依其原因部位有異又依其急性與慢性有異其主要症狀如次

(i) 尿意促進 (harndrang) 初時膀胱粘膜因急性炎症刺激特膀胱致有炎症時膀胱內積聚少量之尿亦易生排之感又慢性膀胱加答兒膀胱壁炎症性浸潤著甚其膨大性減退亦起尿意促進此尿意促進與神經性原因有異無晝夜之別頻頻排尿一回尿量少或因膀胱頸炎症劇烈膀胱扼筋攣擊而起尿閉

(ii) 疼痛 (Schmerz) 於慢性膀胱不明於急性膀胱炎為重要之症狀炎症劇烈時排尿之前於膀胱部發疼痛排尿之後因除去膀胱壁之緊張而疼痛減輕但炎症於膀胱頸顯明時排尿之後劇烈疼痛主在於膀胱部或於縫隙部會陰部及陰莖之前端又身體運動劇烈時亦起疼痛

(iii) 尿之變化 (Veränderung Des Harns) 慢性膀胱炎上記之症狀雖不顯但膿尿 (Eitrige) 不論何時亦有膿尿關於炎症之蔓延急性比慢性膀胱炎者顯明依二杯或三杯試驗大抵最後之杯為潤濁 (與尿道炎有異)

急性膀胱炎於尿混有血球亦於最後之杯著明尿大多酸性慢性膀胱炎則為 (alkalische) 其他於顯微鏡下可認明前述各種成分

(iv) 一般症狀 (allgemeine Symptome) 急性膀胱炎屢伸體溫上昇但不甚高慢性者無熱倘有熱度為他之併合

症所致也

預後 大抵輕微但要充分檢查其原因

療法 (i) 預防法 (prophylax) 行膀胱之 *antiseptic* 時注意消毒特閉尿時更注意爲要

(ii) 膀胱炎有如前記之種種原因先對其原因治療之

(iii) 一般療法守安靜尿意催促追疼痛著甚時行下腹溫浴法或坐浴食物與無刺戟如牛乳等禁用葱辣椒胡椒等刺戟劑及酒類大便閉結時與瀉下劑

(iv) 鎮痛劑 (*analgetica*) 不與爲安不得已時與 *Opium* 劑或 *aspirin*

(v) 內服藥膀胱炎無論急性與慢性均視爲重要之療法輕者只與內服藥可治藥劑有種種從未所用者 *urotopan* *hexal helm kal* *Bayererin Cystol* *Sanatol* *Saol* 等其因淋疾者有用 *gonovaccin* 者

(vi) 局所療法 (*Lokale Behandlung*) 1日1回以 *guyonischer Katheter* 注意 2—3% *Protargol* 500—1000倍硝酸銀 5—10cc 於膀胱內 (此際 *Katheter* 不可深插入於膀胱內)

膀胱之刺戟症狀減輕時每日以五千至一萬倍青酸酸化汞千倍硝酸銀千倍 *Protargol* 1% 硼酸液等 50—60cc 洗滌之務注入銀劑

(2) 淋毒性膀胱炎 (*Cystitis gonorrhoeica*) 原因續發於尿道之淋疾特婦人頗見之
症狀 大抵分爲二種

(a) 急性淋毒性膀胱炎 (Cystitis acuta gonorrhoeica)

(i) 尿道意促迫 (harassing) 最劇甚至每分鐘五十回之多

(ii) 疼痛排尿後有劇烈的疼痛因之障害睡眠

(iii) 尿中混膿及血液行二杯試驗因併合淋毒性尿道炎一杯其潤濁二杯潤濁少見後尿出血 (terminal Hematuria) (但常欠缺)

(iv) 一般症狀有輕度發熱及熱症狀

慢性淋毒性膀胱炎 (Cystitis Chronica gonorrhoeica) 由急性型移行而來漸次減輕尿意促迫及疼痛後只有膿

尿或尚見出血依此既往症及尿之檢查診斷不難也

預後 大多佳良

診斷 同上

療法 同上

(3) Diphtheria 及壞疽性膀胱炎 (Cystitis diphtherica u gangraenosa)

原因 罕是於不潔之 Katheterismus 或 Diphtheria 猩紅熱經過中發之

症狀比牠之膀胱炎體溫上昇等之一般症候重尿意促迫及排尿後疼痛著甚早期尿之 Pus 性分解著明

於膀胱粘膜來 Diphtheria 性壞疽生污穢灰白色苔或進行於輸尿管腎盂甚至穿孔膀胱周圍起蜂窩織炎或腹膜

炎

預後 不佳

診斷 大抵容易

療法 同上有穿孔性之腹膜炎之症候時速行手術

(4) 膀胱結核 (Cystitis tuberculosa od Blasen tuberculose)

原因 本症二〇—三〇歲之男女常見者小兒及老年稀一般結核遺傳者多其發生有次三種

(a) 下降性傳染 (Descendierende Infektion) 續發於腎臟結核此際并合輸尿管結核及輸尿管開口部結核者多

(b) 上昇性傳染 (ascendierende Infektion) 男子常見之續發於副睪丸及攝護腺等之結核

(c) 血行性傳染 (haematogene Infektion) 肺臟肋膜骨等之結核結核細菌依血行而來屢有他部之原發性結核不明而認膀胱結核為原發者迨嚴密檢查始知之

病理初發生灰白色結節漸次加且擴大或互相融合為結節次第軟化而穿破形成結核性潰瘍 (Indurculoesa e. chvivi) 其大小形狀數目有種種

其他膀胱粘膜炎為灰白色乃至暗紅色處處充血凝血有化膿性者

是等變化物只存於膀胱粘膜炎日波及於筋管後至膀胱壁萎縮而厚甚至細小如雞蛋大或膀胱之周圍亦起結核

性侵潤或索結核性瘻

下行性傳染之變化初起於輸尿管開口部上行性傳染起於三角部至末期則是等之區別不明

症狀 (一) 初期症狀 (Initialsymptome) 有輕度之排尿頻類 (Harnhäufigkeit) 排尿後膀胱部有不快感尿之性質不見著甚之變化然屢伴輕度之出血此時於排尿之後為著明而非如膀胱炎及膀胱結石於身體運動有關但以上之初期症狀全缺者有之

(二) 尿意促進 (Harndrang) 初期不著漸次顯明骨侵襲膀胱三角部及膀胱頸部時障礙著甚約五—一〇分鐘即起行種種療法效果亦不確遂漸次陷於衰弱

(iii) 疼痛 (Schmerz) 痛疹性膀胱炎 (Cystitis Dolorosa) 初時不著及末期排尿後發之放射於周圍伴裏急後重 (tenesmus) 甚則發作時會陰部及肛門部亦有壓重感 (Kompressionsgefühl) 或灼熱感故患者益陷於衰弱但較輕者亦有

(iv) 尿之變化 (Veränderung Des harns) 尿中混合膿汁血液膿量不一而比他膀胱炎多又出血時排尿後顯明此膿尿定型的反應為酸性

(v) 一般症狀 (allgemeiner zustand) 末期熱度上昇夜汗甚衰弱但初時不著

診斷 依尿意促進疼痛尿之性狀診斷容易但初時診斷屢難依其年齡既往症他部結核淋疾有無膀胱鏡尿中之結核菌等而診斷之

與他之膀胱炎之區別由其疾患之初期經過尿之性質(多混膿血反應酸性)診斷之

其他須與膀胱結石及膀胱腫瘍區別

預後 大抵不佳治癒甚稀續發於腎臟結核者腎臟摘出後有減輕者

療法 (i) 膀胱結核無根治療法

(ii) 病狀進行障礙甚者行膀胱高位切開術 (Seelio'sche) 搔爬病灶以烙白金電氣燒灼器或1%硝酸銀腐蝕之

插入停留 Katheter

(iii) 令守安靜與牛乳無刺戟食物又行氣候療法

(iv) 局所行溫卷法坐浴可以稍減輕障礙 X線療法無效但高山日光療法有效

(v) 膀胱炎使用之種種尿管防腐劑對於膀胱結核無效

(vi) 局所有種種療法亦不確實特普通之膀胱洗滌法行之反有害

Povsing'sche Karbolsaurebehandlung 於洗滌膀胱後注入5%石炭酸約五〇cc(三分度溫熱)於膀胱內二分後排

泄之反覆行之至該液證明為止二日後再行之若疼痛劇烈則先注入 Cocain od Novocain 然效亦不確又有注

入 guaiacol 50 godolform 0.5—5.0 Olivenol 10 0 合劑五〇cc於空虛之膀胱者

其他乳酸 (115—10%) 昇尿 (0.01—0.1%) Ortolan Lechbyol 等亦有用之但無效用硝酸銀反有害

iv 膀胱內異物 fremdkörper in Der harnblase

原因大都由尿道而來特因插入尿管 (Zinc probe) 或尿道探子 (Catheter) 於膀胱之際其先端折斷於膀胱內又手淫 (Masturbation) 之際有誤插入石蕊塞帽針等於膀胱內者 (特女子爲多因女子尿道較短之故) 罕有因鎗彈砲彈等入於膀胱者異物於膀胱內屢爲結石之核

其他寄生蟲 (細蟲絲狀蟲 (Trichinella) 等之蛋或子宮寄生蟲有由腎臟經輸尿管而入膀胱者但概不呈症狀而屢爲膀胱結石之核

症狀 依異物之種類及大小而有異大都刺戟著明起膀胱炎而起尿意促進

疼痛 尿中混合膿液坐臥者有穿破膀胱而呈危險症狀者

診斷 依其既往症及症狀診斷概易其他以直腸檢查 (Rectal examination) 膀胱鏡 (Cystoscopy) 線檢查等可以證明之

預後 無直接危險但因膀胱結石膀胱炎則起種種障礙或膀胱穿孔而陷於危險

療法 早期則除之爲妥女子依 Simon 氏法擠大尿道以鉗子剔除之男子則不能按異物之種類以碎石器 (Dilatator) 破碎摘出之但大都開膀胱而摘出之

4. 膀胱結石 Blasenstein or Cystolithiasis

原因 本症頗多見男子比女子多年齡以四〇—五〇歲爲最多但小兒亦發之

膀胱之結石發生雖有諸說要因尿中鹽類沉着爲一塊而來膀胱內有異物寄生蟲膿塊粘液塊凝血等時則爲結石之核而形成結石者時因腎石下降爲核者亦有

又尿鹽之沉着有種種條件

(i) 食肉過多時易生膀胱結石故歐美頗多

(ii) 筋肉過度勞動者增加尿中尿酸及尿酸鹽之排泄反之坐食者是等排泄不充分

(iii) 心臟或肺臟患者因酸素攝取不充分增加尿酸

(iv) 食料水含有多量之石灰及 *magnesium* 者易使結石形成

(v) 膀胱炎起 *alkali* 性發酵易生結石

膀胱結石之性狀 (*Beschaffenheit Des Blasensteins*)

大小有種種大概雀卵大至鳩卵大但鷄卵以上者亦有甚至充滿膀胱小者如米粒

數目 有一個—二三個—數個不等甚至數百小者為多

形狀 為圓形卵圓形橢圓形不規則等多數之膀胱結石有許多角形面

種類 依化學上成分區別如次

(i) 尿酸石 (*harnsaure-Stein*) 為褐色硬結石屢混尿酸鹽切面為層狀

(ii) 尿酸鹽石 (*uratslein*) 由尿酸鈉尿酸 *ammonia* 尿酸 *magnesium* 等而成表面純粹顆粒狀且為層

狀而呈粗土狀或灰白色

(iii) 磷酸鹽石 (*phosphatstein*) 由磷酸鈣或磷酸 *ammoniummagnesium* (三層磷酸石) 而成之灰白色

石此石大者易脆敗

(iv) 磷酸鹽石 (Oxalatium) 由磷酸鈣而成堅硬褐色之石表面棘狀不平如桑實 (桑實石 (unrühbeeren))

(v) 碳酸石灰石 (Kohlensaurekalkstein) 爲白雲狀白色之脆弱石但純粹者稀

(vi) Cystin 石罕見表面純粹顆粒狀蠟樣黃褐色切便有光澤

(vii) Xanthin 石爲紅色硬石甚稀

如上的膀胱結石有種種大都由各種成分混合而來純粹者甚罕尤以尿酸鹽石磷酸鹽石碳酸鹽石爲多其他罕見但酸性尿中容易沉着尿酸尿酸鈉尿酸石灰 *amorph.* 尿中容易沉着磷酸鹽尿酸 *amorph.*

症狀 依其大小形狀表面可動等有種種初時常無症狀其最重要之症狀如次

(一) 疼痛 (Schmerz) 臥床時無痛起立勞動特坐馬車行於惡路之際感膀胱部有劇痛又膀胱充滿尿時無痛若尿量少於排泄之後疼痛有者明者疼痛劇烈時亦放射於尿道龜頭其他併合膀胱炎者有持續性疼痛 (參照膀胱炎條下)

(二) 排尿障礙 (Harnbeschwerde) (三) 排尿頻數 (Harnhäufigkeit) 常見之且與身體運動有關故於夜間殆無障礙而晝間勞動時有障礙之時不可不疑爲膀胱結石 (或有欠缺者) 尿線卒然中絕 (Sich plötzl. nierenstörend)

(四) *Des harntrockenes* 爲膀胱結石定型的症狀或缺亦有此因小石於排尿之際一時閉塞膀胱頭故尿線忽然中絕也若彎曲上體近於水平或振搖身體多得再排泄

(iii) 尿之變化 (Veränderung Des Harns) 尿大抵變化但屢混血液該血液依時有多少少者於顯微鏡下始知持運動後多時是尿後出血 (terminale Blutung) 又尿中排泄特殊之鹽或小石砂

(iv) 他覺的檢查 (Objektive Untersuchung) 由直腸或經檢查膀胱得觸結石以膀胱鏡診斷亦為重要 X 線檢查因結石之種類有明有不明

(v) 膀胱炎 (Cystitis) 屢併發之此際尿意逼迫疼痛顯著且其障礙不變尿血兼混粘液膿時為 alkali 性 (vi) 一般症狀 (allgemeine Symptome) 大都無障害但膀胱刺戟症狀著甚時來多少衰弱又併膀胱炎時障礙大

易起衰弱時伴體溫上昇
經過及預後 有經數年殆無礙或自然隨尿排出者
又有刺戟症狀著甚難以放任者特併膀胱炎時為然又來閉尿時易起腎臟水腫甚至尿毒症

一般膀胱結石按療法容易治療之
診斷 有上記之定製症狀時診斷容易但以證明結石為確其法有種種

(i) 結石消息子 (Sensante) 特用 Thompson 氏者插入膀胱內向各方運動探索結石或此際以手指插入直腸壓上膀胱後壁而檢之

(ii) 膀胱鏡 (Kystoskopie) 為最確實 是得知結石之種類大小數目等

(iii) X 線檢查 (Röntgenuntersuchung) 於小兒難行膀胱鏡有行 X 線檢查者但於磷酸石顯明他石則不顯或注

人造腎囊攝影

iv) 腹壁弛緩者行腹壁合疹可觸結石

要與膀胱結石不鑑別者爲膀胱異物膀胱腫瘍膀胱炎等

療法 (c) 內療法 (Litheme Behandlung) 例如尿酸鹽石用 alkali 劑溶解之但效力不確其他有膀胱炎

炎時用對症藥物亦有效與不效者 (溶石治 Litholyse)

(c) 碎石術 (Steinzertrümmerung od. Lithotripsies Lithotomie) 用碎石器 (Lithotriptor) 於膀胱內鉗碎

結石以吸出器 (evakuator) 洗出之但結石堅硬者難行本法

本法大都於腰椎麻痺之下行之令患者取背位高舉骨盤使結石聚於膀胱底而欲之易行本法之際先注入溫三%

硼酸水二〇〇^{cc} 於膀胱內擴張膀胱爲要

碎石器有種種 使用 Thompson 氏者多嚴密消毒之下如普通 Kahner 插入膀胱內先以 (Bowie) 擴大尿道

較妥 其嘴端向上方開閉兩嘴或稍向左右移動挾石挾得結石之時廻旋其柄部之螺旋固定結石自膀胱壁運至

膀胱中央上下左右運動之確定其不挾帶粘膜後廻旋柄部之螺旋破碎結石此數回故此手術有須數石者結石

殆已破碎則拔出碎石器插入大管孔之 Kahner 於膀胱內而洗出結石或用吸出器 (aspirationsapparat an

Ch. Bieclow) 及碎片排出器 (Steinzertrümmer — evakuator Nach Guyon) 洗出之即插入 Kahner 於膀胱

內注滿硼酸水交替擴張二連像皮球以吸出其內容反覆數回最後以食鹽水洗滌膀胱

本法雖屬簡便但有損傷粘膜之處又給石過硬有難達目的者或碎石不定而殘胎者

(iii) 截石術 (Steinchnitt od Lithotomic) 有 (a) (高位切開術 (hohe Steirchnitt od Sectionla

(b) 會陰切開術 (perineala Steirchnitt) 二法現主行高位切開術無損傷尿道之處即大結石亦可擠

出無貽漏結石之弊 (參照後項手術條下)

vi 膀胱腫瘍 *Reschivulste Der harndase* 膀胱腫瘍比較的稀其主要者述之如次

(i) 乳嘴腫 (papilum) 較多概發於膀胱底但膀胱頭亦有有根底大者有莖小者又有肥厚之乳嘴突起者 (

緣維乳嘴腫 *papilloma fibrosum*) 作多數長房狀者 (絨毛瘤或總房狀乳嘴腫 (*zottenkrebs od papilloma fimb*

riam) 乳嘴腫本來良性但於膀胱底為癌腫性變種

有小指頭大至雞卵大或其以上或於膀胱發生多數屢來著明膀胱來血有時絨毛斷裂排泄於尿

(2) 癌腫 (*Karzinom*) (a) 續發的由輸尿管直腸之癌腫之侵襲膀胱但甚罕 (b) 原發性癌腫亦少

常由乳嘴腫變種而來其他因膀胱結石刺戟而發生之

(3) 肉腫 (*Sarkom*) 更少但有見於青年考發於膀胱底或前壁以紡錘狀細胞肉腫最多

(4) 皮膚樣囊腫 (*Dermoidzyste*) 甚稀發生於膀胱與直腸之間穿破膀胱由膀胱排泄物積內容或毛髮

(5) 其他尚有發生纖維腫筋腫腺腫血管腫軟骨腫混合腫瘍等但是等量臨床的症狀少於剖檢之際發見之耳

症狀 (i) 血尿 (*haematurie*) 為最重要之症狀有時永為獨一症狀而存在此血於身動運動無關突然

而起者多出血爲持續而量多施療法亦難治但無他因急遽止血或突然出血者亦有

出血之多少不關乎腫瘍之善惡乳癌腫亦來多數出血癌腫反少但不絕來少量之出血者則近乎癌腫
罕有腫瘍小塊排泄於尿中

(ii) 疼痛 (Schmerz) 隙缺特於良性腫瘍缺乏爲常惡性腫瘍初時無痛但於膀胱頸腫瘍發生排尿障礙及疼痛特有莖腫瘍之先端楔入尿道時有著明尿意促進痛腫末期於膀胱部發疼痛放射於外陰部肛門大腿等其他併合膀胱炎時有疼痛

(iii) 排尿障礙 (Störung Der harnentleerung) 非膀胱腫瘍之重要症狀只發於膀胱頸時有之而已有時膀胱結石依體位置之變更或易排尿

(iv) 膀胱炎 (Cystitis) 膀胱腫瘍併膀胱炎而發各種障礙

(v) 其他惡性腫瘍起轉移或侵潤於周圍漸次陷於惡液質又癌腫穿破於他臟器而形成膀胱瘻
診斷 初時不易起血尿時須與各種疾患鑑別(參照血尿條下)

(i) 膀胱出血之證明可據二杯試驗法在膀胱出血第一杯血液比較的少第二杯血液多於腎臟出血第一亦杯頗多輸尿管出血第一杯有血第二杯澄清

(ii) 由兩手檢查有得觸膀胱腫瘍者

(iii) 最確實者以膀胱鏡可知腫瘍之種類及其程度

(vi) 尿中流出腫瘍小塊時診斷最確但如是者罕

預後 嚴重者多乳嘴腫元本良性但屢因多量出血而致危險又常變為癌腫有莖之腫瘍可以別除但罕於癌腫肉腫即行手術結果亦不良

療法 (a) 保守療法手術難行時行之 (i) 對於尿意促迫疼痛用種種麻醉劑內服或肛門坐藥等或留置 *Verdier* (ii) 對出血亦膀胱空虚之時注入五〇〇—一〇〇〇倍酸銀液約百 cc 隔日一次亦有注入 *salin adenalin methylenblau* 等

(b) 手術療法 (i) 以高位切開術 (*Scio alta*) 開膀胱將膀胱壁之一部與腫瘍共同剝去其創以腸線縫合之或以烙白金電氣燒灼法等於其基底腐蝕之其後縫合膀胱壁插入停留 *Verdier* 八至十二日

(ii) 腫瘍蔓延時行全膀胱摘出術此際輸尿管終端開放於創口或縫於臍或腸

v. 膀胱靜脈瘤 *varix Der harnblase od harnblase — haemorrhoiden*

原因 甚稀常併發於高度痔核其他於攝護線肥大動脈硬變中樞神經疾患 (脊髓癆脊髓炎) 等見之

症狀 本病之主要症狀為無何等原因而突然來多量之血尿全無疼痛因凝血塊而致排尿障礙有疼痛性尿意促迫

在膀胱鏡檢查具膀胱頸靜脈擴張及纏絡 (*verschlangene*) 顯明於其附近認有粘膜不出血

診斷 須與他之血尿鑑別其可注意之點為出血多而厚薄少也

防後 不惡

療法 插入停留 *Katheter* 於膀胱以五百至千倍稀醇銀液之大抵可達目的若尙未止血時則施高位切開術
開膀胱以熔白金腐蝕出血灶

viii 膀胱瘻 *Blasenfistel* od *fistula vesicae*

原因 因損傷化膿(局限性腹膜炎)瘻腫等

症狀 分爲二種

(^a) 外膀胱瘻 (*externer Blasenfistel*) 由瘻管不絕排泄尿於外部此瘻注入 *Methylenblau* 液於膀胱時依其着色容易認知瘻管

瘻管之位置大小等有種種甚至膀胱粘膜脫出又有膀胱瘻時來膀胱萎縮瘻管之周圍屢起皮膚剝離皮膚炎不快之事

(^b) 內膀胱瘻 (*interner Blasenfistel*) 謂腹內臟與膀胱交通也以膀胱腸瘻爲多因之糞便腸氣入於膀胱與尿共同排泄而起膀胱炎罕有尿流入腸來腐敗而起尿毒症

診斷 依其定型的狀態診斷容易其與尿道瘻區別在尿道瘻祇排尿時漏出尿膀胱瘻則不絕排泄也
預後 無直接生命關係但亦難治療

療法 依其部位原因有異因瘻腫者難治(一)輕度之外膀胱瘻以硝酸銀棒熔白金電氣燒灼時時腐蝕之可以治

療(ii)新其瘻口而縫合之(iii)以高位切開術開膀胱由膀胱內探索瘻管而縫合之(iv)膀胱瘻依開腹術閉鎖之
尿管以在直腸由薦骨部手術之

ix 膀胱 *atri a* 及膀胱脫出 *Basenbr u od h vesicalis u Blasenvorfall od prolapsus vesicae*

(1)鼠蹊膀胱日鼠蹊尤之際腸網膜等與膀胱之一部甚至全部有入於鼠蹊者

症狀 屢有排尿障礙排尿爲二時的即初排泄膀胱之尿次爲膀胱內之膀胱尿或排尿之際自然來壓迫上之習慣
又伴尿意促進疼痛或全無自覺的症狀

膀胱於日內時可觸球狀之彈力軟性腫瘍依打診呈濁音壓之 感尿意促進大部 遂復容易然有困難者但無起箭
嘔

診斷 依上記之症狀容易但日手術之際不知有膀胱則易損傷之注意爲要

療法 割開日囊送復膀胱行日手術

(2)膀胱內日 (*hæmole intravesicalis*) 與膀胱憩室相反由膀胱壁之筋層割裂而復膜向膀胱之內面脫出大者
腸亦脫入但本症甚罕臨床上概不明

(3)尿道膀胱脫 (*Cystocele urethralis*) 因反生縱產膀胱等甚弛緩脫出於尿道內也輕者只留於尿道重者脫出
尿道外

(4)腸部膀胱 (*prolapsus vesicae vaginalis*) 亦發於反覆生產之後膀胱脫出室內易誤爲子宮脫 (*prolapsus*

(vii)

(5) 膀胱憩室 (*Divertikel Der harnblase*)

(a) 先天的有一至三個憩室

(iv) 後天的因尿道狹窄攝腺肥大等而來排 碍排尿之際膀胱過度彎縮以致膀胱筋裂開膀胱粘膜向外突出遂形或憩室也但是等不呈特別症狀以膀胱鏡可證明之

X 膀胱神經症 *Neurose Der harnblase od Neurosis vesicae*

有各種型分之如次

(i) 膀胱知覺過敏症 (*hyperaesthesia vesicae*) 謂膀胱無器質的變化只其知覺過敏也有過敏性膀胱膀胱神經痛膀胱神經症等數種

原因 特種神質之人內心理上或身體過勞或手淫房事過度之後有起之男女有因尿道口狹窄而來者其他於直腸炎淋疾或中樞神經系統之疾患者亦起之

男子比女子多

疾狀 (1) 尿意促進每一五分至半時排出少量之尿 (但與他疾異者只於晝間夜間則無或輕度)

(2) 疼痛初存於排尿之初而逐次增惡不論何時俱有秒時且放射於其周圍

(3) 其他有起多尿症 (*polyuria*) 者一日排泄三至四 *litre* 之水樣澄清之尿

(4) 尿無變化

診斷 依上記之症狀而診 之檢查膀胱及其周圍有無起尿意催促之疾患特婦人要檢其子宮位置異常否

痔瘡 腎孟炎攝護腺炎雖呈類似之症狀行是等病之療法可癒又可注意其原因

預後 本症於生命無關惟尿意催促及疼痛頑固難治

療法 (一) 鎮經劑 (anesthetica) 例如內服 morphinparacet. Baldona Kalktomati 或注射 miphyrin phenac

cerin p ramidon 等液又以阿片 1-10 至 20 滴澆入直腸插入阿片坐藥於肛門內

(二) 用坐浴下腹溫浴法等或插入保溫器於直腸內又行電氣療法即先令膀胱充滿殺菌水置一極於膀胱內他極

於會陽部 10 至 20 分鐘

(三) 其他行一般強壯療法轉地療養法等

7) 膀胱運動神經衰弱症 (Rizikus Der motorischen Blasennerve)

原因 由於因膀胱括約筋之痙攣性收縮也有膀胱強痙攣症膀胱經攣症膀胱吃納症 (Sottent Der Blase) 等

名

本症因脊髓運動神經中樞之刺激而來於脊髓腫瘍脊髓炎脊枉勞等見之 Injurie 神經衰弱等亦見之又因膀胱

部疾患反射而起又有因一時精神感動而來

症狀 其主要症狀有排尿困難 (Dysurie) 因膀胱括約筋痙攣不易排尿尿線細小時時中絕著力努責 (anstrengung)

(iii) 祇漸淋瀝耳或有時排尿困難有時則否(膀胱吃納症)但尿道無狹窄易插入金屬 Katherer 於膀胱而照常排尿無自訴痛苦但尿閉甚時有威膀胱緊張張性疼痛等者

診斷 大抵容易但要檢查原疾之有無

預後 依原疾之有異

療法 治療原疾以大 Katherer 排尿或插入大 Bougie 放置半時乃至一時間或行尿道冷却 (abkühlung Dreurohra)

附錄 遺尿症 (conversio of Bettlassen) 本症分爲 (a) 夜尿症 (enuresis Nocturna) (b) 晝間遺尿症 (enuresis Diurna) 二種前者於夜間就眠中而起後者晝急催尿意時致遺洩褲內

本症因利尿筋之興奮性狀縮比括扼筋之收縮強而起以一般神經質之小兒爲多有大便閉結肛門破裂寄生蟲包

莖水腫 haemia 腺腫鼻耳癩癩等爲誘因

預後 大都佳良達於青春期自然治癒但罕有至成人尚存在者

療法 (i) 衰弱者努力全身榮養或行氣候療行

(ii) 禁避刺戟性食物特於就眠前限制飲料 (iii) 暗示法 (Suggestion) 有效或行催眠術 (hypnose)

(iv) 發見原因者除去之 (v) 內服藥如莫若越幾斯臭劑鐵劑肝油等 (vi) Katherer 氏注射法 (參照外科總

論) 注射 %Noucinolone 5-10-15cc 於薦骨管內 (vii) 行尿道擴張術即以大 Buge 插入尿道擴

膀胱括扼筋滴入二三滴一%硝酸銀液於膀胱內有效

(c) 膀胱運動神經麻痺症 (Laming Der motorischen Blasenerven)

原因 本症因種種中樞神經系統疾患例如脊髓損傷腫瘍出血脊髓炎脊髓勞半身不遂進行性筋麻痺等或爲是等疾患之前驅症狀故有本症狀者要注意以上之疾患之有無其他由於 *Hyperie*

症狀 有種種

(一) 完全閉尿 (Rantio nrimae Completa) 膀胱括扼筋如常而利尿筋麻痺也

(二) 尿失禁症 (Incontinantia urinae) 因以上兩筋俱麻痺也尿不絕由膀胱滲出

(三) 不全閉尿 (Retentio urinae incompleta) 尿失禁症之際是之即膀胱內充滿之尿高過膀胱口經開口之括扼筋而不絕流出也

(四) 膀胱不全麻痺 (paris's vesicae) 謂膀胱筋之麻痺不完全尙有多少收縮力致尿之一部分尙殘留於膀胱內也欲斷定之排尿直後以 Katheter 導出殘尿 (Residuum) 並可知其程度

(五) 奇性尿閉 (Urachia paradoxa) 謂利尿筋麻痺時膀胱括扼筋未麻痺蓄積多量之尿於膀胱內尿意促迫非常但排尿困難也

以上各症屢起膀胱炎或上昇而起腎盂炎尿濁濁度有溫度上昇但自覺症不如他之膀胱炎重

診斷 依前記之定型症狀診斷容易但要嚴密檢查其原狀

療法 先對於其原疾行治療但是等大都難治膀胱麻痺時應須以 Kather 尿管因此常起膀胱炎注意爲要又與
Vatrophin uvaurei 葉煎等

其他內服藥與 Serjalin n. 少量 (1日0.01) 行膀胱電氣療法

(4) 膀胱無力症 (atonia Der Blase)

類似前症 前者因膀胱運動神經障礙而來膀胱麻痺本症則因膀胱筋之衰弱也

原因 高年者因動脈變硬致膀胱筋之收縮力衰退者其他因攝護腺肥大而蓄尿持續重症實質性膀胱炎亦來膀胱筋衰弱又有原因不明者

症狀 如前症有完全尿閉症不全尿閉症奇怪尿閉症等

診斷 尿閉之診斷大體容易惟要檢索其原因

預後 難治

療法 先對其原因治療之消毒嚴密之下以 Kather 尿管

內服藥與少量 at chinine (1日0.01) 或行電氣療法

1 膀胱手術 Operation Der harublaste

(1) 膀胱穿刺術 (Punktion Des harublaste od punctio vesicae) 「恥骨上膀胱穿刺術」

各種原因所起之閉尿難行 (a Intracta) 時行之使患者仰臥依打診及觸診而確定膀胱之充滿狀態後充分消毒

局部於恥骨直上中央部注意少量 *Nouveau* 液行小切開以膀胱套管針 (*Hirantche Baenshokart* 尖端向下) 刺入膀胱內拔出軸針時尿自流出若欲稍久留置可插入尖端鈍圓之內管時時拔出消毒套管針之外管以紐固定於腹壁及欲拔出套管清潔時則以長導子 (*Dicoa*) 經套管而插入膀胱內然後拔出套管清潔畢再嵌於長導子而送入

漏出之尿以樹套管附於套管而導入受尿器 (其中貯十倍昇水)

金屬 *Kuhler* 通常一星期拔出去而換 *Kalonscher Kahler*

Neubacher Kahler 以伴創齊固定於腹壁附壓子閉鎖之膀胱滿時除去夾子而排泄之

(2) 膀胱切開術 (*Blaenschnitt od C stomie*) 重行於膀胱結石又於膀胱損傷異物腫瘍重膀胱炎澀滯

腺腫瘍肥大等亦行之有二三方法現主行者為高位切開術

(a) 恥骨上膀胱切開術或高位切開術 (*C stomie Supra pubica Secchio alta*)

(i) 膀胱結石而起膀胱炎時宜先治療之又手術之際須灌腸

(ii) 使患者取背側骨盤高位置大都腰髓麻痺之下行手術

插入 *Kahler* 於膀胱有膀胱炎時以 1% 硼酸水洗滌至澄清為止最後殘留 230-300 cc 硼酸水於膀胱令膀胱膨隆

膀胱膨隆

自縫隙上方沿白線切開皮膚六至十 Cm 或接縫隙行橫切開割開結締組織脂肪組織筋膜筋而入於深部達於

膀胱壁鬆疎結締組織

次以鉤張開創口鈍性分離結締組織至見充滿之膀胱壁（此際使助手搖動已入膀胱之 Kather 更易認之）膀胱前壁中央以二個有鉤鑷子挾之或通一線而固定之其間行小切開術則膀胱內之水湧出於是以示指由創口插入而觸膀胱內部有結石時匙或結石鑷子剔除之又腫瘍時可及的以鉗牽出由膀胱壁切除之

結石除去後以稀酸水洗滌之須將結石小片剔除淨盡

次依 v. Bergmann v. Bura 法嚴密縫合膀胱壁但決不可穿刺膀胱粘膜只縫合膀胱壁以小綿紗為引導而縫合

皮膚又有主張暫時開放其創口而治療之者

治療法插入大 Natornscher Kather 為留置 Kather 四至五日除去之

(b) 會陰膀胱切開術或會陰切開術 (perineala Blasenschnitt Cystotomia perinealis S. sectio perinealis)

分為 (a) 側會陰膀胱切開術 (b) 正中會陰切開術二方法普通多採用後者茲述於後

患者之位置為截石位 (Sammithlage) 插入 Kather 於膀胱膀胱內充滿稀酸水牽引陰囊於上方由陰囊後

附着部沿會陰縫隙行皮膚切開至肛門為止割開軟部進入深部則易達至尿道球 (Bulbus urethrae)

於是割開尿道球與攝護腺間之筋層而達尿道膜樣部（此際因有插入之 Kather 發見容易）次以一示向該

部固定 Kather 由球之終線向攝護腺割開尿道 1.5—2.5 cm 後除去 Kather 插入手指或擴張器於尿道

向膀胱而擴張之以手指結石匙或結石鉗除去結石大者以碎石器

(Lindsklar) 破碎結石而後除去其後以硼酸水洗滌膀胱再以手指檢查膀胱無殘留結石小塊後由尿道插入
 大 Nelonscher Katheter 於膀胱內為留置 Katheter 於會陰部縫合尿道(不可穿刺粘膜)由上行皮膚
 縫合

婦人尿道短可以尿道擴張法 (Simonsche Dilatationsmethode Der Urethra) 漸次擴張尿道(能通過示指為
 度)而除去結石

其他婦人以腔式膀胱切開法 (spinale Blasenschnitt) 而除去結石者亦有

(c) 膀胱瘻造設術 (anlagung Der Blasenfistel od Cystostomie)

有(a) 所的膀胱瘻造設術 (b) 永久的膀胱瘻造設術前者行於重膀胱炎膀胱出血複雜性尿道狹窄後者於
 高度攝護腺肥大攝護腺癌腫膀胱重結核或攝護尿管遺癰腫等

依高位切開法割開膀胱插入金屬管或樹膠管以樹膠管容易導引尿液或依前記之方法行膀胱穿刺術而插入

Nelonscher Katheter (4) 膀胱成形術 (Cystoplastik) 本法行於膀胱破裂症 (ectopia vesicae)

於下腹作皮膚瓣以中等之皮瓣覆於下方覆蓋腹部破裂而密縫合於腹壁左右皮瓣移動於中央使中間皮之裏
 側行縫合取皮瓣處之一部行縫合一部至後行植皮術其他一部插入留置 Katheter

(5) 人工的膀胱成形術 (Kunstliche Blasenbildung) 膀胱破裂高度者行之

準備 先洗滌 S 狀部及直腸由周圍分離膀胱保持尿道口而切除四至五 C² 平方之膀胱為卵圓形成四角

形

次行開腹術牽出 S 狀部於其基底行吻合術（因此糞便由下行結腸排泄至直腸）然後收回 S 狀部於腹腔只裸出其上部於創表其預部與預切除之膀胱行一重縫合於是收回腹腔以棉紗爲排導行普通腹壁縫合但本法易起傳染

第二節

尿道外科 Chirurgie Der urethra (Harnröhre)

1 尿道先天性奇形 angeborene misbildungen Der urethra

有種種其中屢見者爲上裂尿道及下裂尿道

(1) 上裂尿道 (epispadie) 分爲二度

(a) 龜頭上裂尿道 (epispalia Das 1 grades od epispalia raris) 尿道開口於陰莖龜頭之上而爲縫紮

雖但甚罕見

(b) 陰莖上裂尿道 epispalia Das II grades od epispalia penis 於陰莖背有縱破裂由陰莖龜頭至縫際有關

淺溝

陰莖發育不佳常伴耻骨破裂或伴尿失禁（因尿道後部擴張故致括扼筋閉鎖不全）

外科學各論

(c) 兼膀胱破裂之尿道破裂 (epispadie Des III Grades od epispadie mit ectopia vesicae) 謂陰莖破裂高度而裂開至膀胱也常伴尿失禁污穢周圍交媾時精液不達於體內本症大都伴耻骨耻骨破裂其他亦伴 *hernie* 纖維腺等之畸形

療法 以手術治療之有各種方法最多行者爲 *Fier* 氏方法

(i) 先於會陰部作膀胱攪擾以防尿汚手術野即先以左指插入膀胱將膀胱頸頭壓向陰部而於肛門前部施小切開於是插入金屬 *Katheter* 或 *Nalanscher Katheter* 於膀胱內

(ii) 次於陰莖龜頭作尿道即按龜頭兩側之縫溝施二縱切開約及龜頭之三分之二 (此二切開於深部相接樣) 次於其外側作新創於龜頭表面牽引龜頭之兩側部於中央部上而將兩瓣之新創縫合之

(iii) 次因閉鎖陰莖背之縱溝於兩側作二長方形之皮瓣 (一方狹他方廣) 捲翻第二瓣而覆蓋縱溝其上第一皮瓣而縫合之

(iv) 於是閉鎖龜頭之新尿道與陰莖之新尿道間之小孔此時可利用破裂之際所常見陰莖下部肥大之包皮即橫切開之露出龜頭清新小尿道孔之邊緣縫合包創而閉鎖孔

(v) 終因閉鎖陰莖背面之新尿道後方之小孔於下腹作三角之皮瓣二捲翻而一方覆蓋小孔而縫合之次移覆他皮瓣於其上而縫合之下腹之皮膚缺損以他之形成手術或皮膚移植而覆蓋之

以上手術後 新尿道插入細 *Katheter* 放置之是等創傷全治後除去會陰部之膀胱攪之 *Katheter* 時膀胱

變大都漸次閉鎖此手術要三至四月或因化膿結果不佳者亦有(其他參照後項)

(2) 下裂尿道 (hypospadie) 本症水前者 多亦分二度

(a) 龜頭下裂尿道 (hymenale Des I gradesod hypospadias claudic) 謂尿道開口於龜頭下面即包皮發帶之部位也而陰莖之發育有正常與不良者包皮每常發育不充分或陰莖與陰莖癒合

(b) 陰莖下裂尿道 (hypospadie Des II grades od hypospadia penis) 謂於陰莖下面尿道開口於龜頭與陰莖之間也大都陰莖發育不良勃起 erection 之際陰莖屈曲

(c) 會陰下裂尿道 (hypospadie Des III grades od hypospadias fistule) 謂陰莖因深皺而分為二尿道於其皺裂後方會陰部開口恰如女子之旺也本症大都陰莖發育不及龜頭恰如陰核之狀態或因墨丸停溜於尿道管彷彿女子之陰唇故稱男女兩性 (hermaphroditismus) 又有 (a) 假性兩性 (b) 真性兩性二種大都為男性其區別為 (i) 有無墨丸 (ii) 與性相當者之外有無尿道是也

其他會陰下裂尿道因尿道口狹窄來排尿障礙或因括約筋衰弱而伴尿失禁或交接及生殖 (fortpflanzung) 不能

療法 以手術為主然此手術依其程度有種種

(a) 形成術 (plastische operation) 輕度下裂尿道特用於龜頭下裂尿里與 Moor 氏上裂尿道手術同於龜頭下方斂裂兩側為二縱切開使其中央陷入縫合兩側鑄於其上插入 Kather 置之

(b) 瓣形成術 (Lappbildung) 遇陰莖下裂尿道之際行之即於陰莖尿道前溝之兩側作平行長方形之皮瓣捲翻一方覆蓋溝而縫合之他方移覆於其上而縫合之

(c) 尿道移動法 (verlagerungs method. Derurethra) 依 Beck 氏法插入 Katheter 於尿道內準尿道正中間施縱切開將尿道與海綿體分離而牽出之 (尿道之先端附少許皮膚較安) 次以套管針或尖刀自尿道開口一致之處刺入陰莖內經該管牽出剝離之尿道而與皮膚縫合

(b) 尿道移植術 (Transplantation Der urethra) 行於陰囊下裂尿道會陰下裂尿道即於陰莖正中間切開剝離尿道之前端而與預先摘出蓄薇靜脈附於消息子之 (或蟲樣突起輸尿管等) 縫合次以套管針或尖刀刺入龜頭作一管由該管內牽出他端以與、與皮膚縫合然後縫合陰莖之皮創

(5) 陰莖屈曲 (Knickung Der penis) 下裂尿道陰莖有向下方屈曲之時縱割開而橫縫合之或於陰莖上方為橫切開使陰莖至其上方而縫合之

II 尿道損傷 Verletzung in Der harnröhre

(1) 尿道開放損傷或創傷 (Offene Verletzung/Wunde Der harnröhre) 因切創刺創鎗創等大都同時伴他部損傷

(2) 尿道挫傷 Subkutane Verletzung (anschung Kontusion) Der harnröhre) 登廁所或跨浴盆之際其邊緣銜突會陰部而生之又由高所墜落跨於樹枝或鐵棒上亦起之損傷之程度有種種

(3) 尿道內損傷 (Verletzung im uretra) 尿道狹窄等之際因亂舉的插入 Katheter

Double 等損傷尿道也又有作假尿道者其他如銳之膀胱結石通過尿道有損傷之者又神經痛插入異物於尿道有來損傷者

(4) 沿盤骨骨折之際因骨折片有損傷尿道者

症狀(1) 尿道出血出血量依其損傷之程度有異輕者只出少量血液重者多量出起至起貧血

(2) 排尿障礙 (Harnbeschwerde) 輕者無排尿障礙僅排尿之際感疼痛重者因血液凝固

(Blutcoagula) 或尿道周圍組織出血或尿道全破裂而其端退縮有來排尿障礙者又有外傷直後無障礙者日後

來閉尿者 (因尿滲潤或血炎症)

(3) 尿滲潤 (Harninfiltration) 尿道損傷過重時尿液滲潤於肉道周圍組織物只腫脹及疼痛次起腐敗性蜂窩織炎則發事熱炎症擴延周圍而起壞疽有惡臭尿遂起重全身傳染

診斷 大都容易

預後 輕者無何等障礙而治愈但損傷重時治愈後胎留狹窄起尿滲潤重時有死者或起壞疽後來尿瘻

療法 輕者任之亦能治愈

(一) 出血多或排尿障礙時插入 Kathereter 於膀胱內放置之連結樹膠管導於容易中兼使其內服 Nitrophenol

Leufuran uva ursi

(ii) 難插 *Katheter* 時行外尿道切開法 (*urethrotomia externa*) 而插入之尿管損傷可及的縫合之但縫合線不可通過尿道粘膜倘尿道有缺損時縫合線使其接近而縫合之

(iii) 於外傷部難發見尿道損傷者依部位切開膀胱由膀胱內逆插入 *Katheter* 於尿道內以探之 (後部 *Katheter* 插入法 *Katheterismus posterior*)

(A₁) 有尿滲潤而危險者宜早期切開之行導引法或行持續灌注法

直尿道內異物 *fremdkörper in Der Harnrohre (urethra)*

原因 (i) 由尿道外部入者大都因插入不良之 *Katheter* 其先端斷折而殘留於尿道內其他因惡戲而插入釘帽束髮針鉛筆蠟燭等 (ii) 通入陰莖者如針鎗彈 (iii) 膀胱結石有楔入尿道內者

症狀 (i) 疼痛 (*Schmerz*) 每常有多少疼痛其程度依異物之種類有異一般有角性者疼痛劇烈疼痛雖為自發的時壓迫勃起或排尿之際則增加

(ii) 出血 (*Blutung*) 有角性者因尿道損傷而出血否則無出血

(iii) 排尿障礙 (*harnbeschwerde*) 因尿道狹窄而起尿管細小或中絕有時是閉尿此因膀胱括肌痙攣而來

(iv) 急性尿道炎 (*urethritis acuta*) 尿道突發腫脹疼痛分泌膿液此際倘不治療容易起膀胱炎或該部來尿滲潤

生膿瘍或尿管

診斷大都容易患者常隱蔽其原因但有以上之症狀時可疑本症而檢查之以 *Katheter* 或 *Bougie* 可觸知之但須

注意否則反有押入膀胱之危險依異物之種類以X線可証明之

預後 不惡但不可任之

療法 (一) 異物小者以二指挾龜頭壓尿道口使其排尿則尿道擴張而將異物排出或由尿道外部漸次押出異物

(二) 用尿道鉗子 (urethralange) 摘出之但摘出有困難者

(三) 以上之方法不達目的時以外尿道切開術 (urethrotomia externa) 摘出之

(四) 尿道結石 *harnrohrenstein* od *urethralstein*

原因 本症主見於男子女子殆無

本症原發性非常罕見大都由腎石膀胱(罕有攝護腺結石)下降至尿道者也楔入處既為生理的尿道狹窄處或慢性淋疾狹窄之上部尤以外尿道口為多

尿道結石之性狀與膀胱結石一致但一個為常

症狀 類似尿道之異物但依其結石之性狀部位發生而有差異

尿道結石由上部下降來楔入者於尿道驟然發疼痛尿線中絕或來排尿障尿管中時混合血液又結石楔入膀胱頸時來尿失禁

尿道內原發者症狀比較的輕微長時無症狀而經過惟見其上方尿道擴張再但大都因結石攢大來排尿障發疼痛屢起尿道炎尿滲潤尿道膿瘍或生尿瘻

診斷雖易但需知結石或以 Kather X 或線檢查診斷方能確定與此區別者為尿道內異物

預後 不惡

療法 行尿道內押出法尿道錐子摘出法倘難達目的可行外尿道切開術

△ 尿道炎 urethritis gonorrhoeica (Gonorrhoea tripper)

尿道炎雖因化學的或器械的刺戟而起是等除去但原因一去即可治癒無臨床的意味最重要者為淋菌之傳染今

主述男子淋疾關於女子者讓於婦人科書

原因 本症依 Neisser 氏淋菌而來主由交接而傳染之

症狀分爲 (1) 急性尿道炎 (2) 慢性尿道炎又分爲 (a) 前尿道炎 (b) 後尿道炎

(1) 急性尿道炎 (urethritis acuta gonorrhoeica) 本症交媾後二三日發病初呈前尿道炎之狀態倘治療不宜則

起後尿道炎

(a) 前部急性尿道炎 (urethritis anterior acuta gonorrhoeica) 初於尿道口或龜頭內部感痒或癢灼感次為疼痛

初由尿道分泌少量粘液漸次潤濁二三日後為膿狀罕混血液於此膿中常證明淋菌

於此時期尿道口來炎症性腫脹龜頭亦有多少腫脹或起炎症性包莖甚因尿道粘膜腫脹而來閉尿又因炎症性刺

戟陰莖勃起疹症 (疼痛性勃起 erectio dolorosa) 其他伴陰莖急性淋巴管炎或急性鼠蹊腺炎

以上之狀態發病後一星期漸次增惡至二三星期則漸次減輕分泌物減少而為粘液性治療得宜四至六星期治癒

者多否則蔓延而起後尿道炎 (b) 急性接尿道炎 (urethritis proctator acuta gonorrhoea) 本病前部尿道炎之際因不攝生劇動或不適當療法而起

感非常尿意促迫排尿後於會陰部有劇烈疼痛屢見尿後出血 (terminale Blüthen))

本病比前尿道炎治療困難移行爲慢性尿道炎

(2) 慢性尿道炎 (urethritis chronica Gonorrhoea od chronischer tripper) 淋疾經六星期後尙未治愈時謂之慢性淋疾多屬於後尿道炎但有併合前尿道炎者本症無自訴症狀且膿液少只早晨起床時於尿道口見粘液滴一朝滴膿 (morgertröpfen) 尿澄清然細檢查之則有稠濁及淋絲 (Nippeladen) 慢性尿道炎因器械的或化學的刺戟再呈急性症狀一再燃 (anazeration) 比急性尿道炎淋難治併合症 淋疾性尿道炎屢起種種疾患即

(1) 由尿道起者爲尿道周圍炎攝腺炎 (Ward氏腺炎精囊炎輸精管炎副睪丸炎膀胱炎腎盂炎等) (2) 由血行起者爲肋膜炎心內膜炎腹膜炎關節炎髓鞘炎粘液囊炎神經炎等 (3) 其他因尿道之膿液直接傳染者有淋毒性結膜炎直腸炎 (4) 於婦人起子宮內膜炎喇叭管炎卵巢炎骨盤腹膜炎 (5) 氏腺尿等直腸炎婦人特多診斷依其發生症狀經過等診斷容易但需要檢尿以定其程度

要與本症鑑別者爲膀胱炎依分尿法檢查之膀胱炎第一及第二杯俱稠濁第二杯者特著尿道炎則第一杯稠濁著甚與其他尿道炎依之區別可根劇其發生經過等但欲確定之可就殘渣物 (Sediment))

預後 尿道淋可治之病也但於急性期倘治療不適宜則變為慢性尿道淋比較的難治其他依其種種併合症預後而異又慢性尿道淋屢起狹窄症

療法 (i) 預防 (prophylax) 用保險套 (Condom) 最安全預防有種種但不盡可靠

(ii) 頓挫療法 (abortive Behandlung) 傳染後四十八小時以內注射膿厚之尿道防腐藥水例如 1—2% 硝酸銀 2—5% protargin 5—10% iargarin 等於尿道內即可治愈但一時感覺尿道內劇痛

(iii) 尿道淋之初局所要避免一切刺激即禁止劇動與無刺激性食物避辛酸甚鹹之食物整調大便禁止情慾 (Geschlechtstriebe) 膿液不可污穢他部以棉紗包裹龜頭

(iv) 內服法與白檀油 gonosan turgol nitrolopin heliocol 等又令其多飲牛奶

(v) 局所療法 (Lokale Behandlung) 急性期不行尿道洗滌初以 1—2% 醋酸礬土水 2% 硼酸水 Douliwo 氏液等為陰莖濕毒法

急性炎症稍消出後用前尿道注射器以萬倍過錳酸鉀洗滌前尿道後至洗水清澄用注入尿道器 (用 Esmann 氏或 Guyon 氏注射器) 注入 0.2—1.0% protargol thiostrin 萬倍 atker uronol 等於尿道挾住龜頭三—五分間後放出本法每日行一次每週間增加其膿度膿液後分泌滅退淋菌業已消失則注入 1000—3000 硝酸銀 400—100 或倍 atbargin Leharan 100—400 倍硫酸亞鉛

(vi) 其他淋菌 yasin 於尿道炎無效或有推疑 Diathermie X 線療法熱毒法者又淋疾於發熱病後有自然治

瘻者故近來試行 *malakotherapie*

ix. Couper 氏腺炎 *entzündung Der Cowpersche Drüse (glandulae bulbo-urethrales)*

(1) 急性 *acuter* 氏腺炎 (*Cowperitis acuta*) 續發於淋毒性尿道炎但同時多併合攝護腺炎因攝護腺炎之症狀顯明本症不明者多以示指挿入直腸拇指當會陰部如兩指之間可觸知 Couper 氏腺有示指頭末又有壓痛可證明之

有時化膿向尿道穿破而排滲膿液

療法大體與攝護腺相同

(2) 慢性 *Chronic* 氏腺炎 (*Cowperitis Chronica*) 由前症移行而來長貽結節

(3) 結核性 *tuberculosa* 氏腺炎 (*Cowperitis tuberculosa*) 並發攝護腺精囊結核

vii 尿道狹窄 *harnrohrenstenose ad Strictureurethra*

原因有種種

(a) 炎症性尿道狹窄 (*entzündliche urethralenose*) 因尿道淋尿道損傷後攝護腺炎等尿道急性炎症性腫脹有起狹窄者但隨炎症而消退若因尿道淋者其後有起纖維性狹窄者

(b) 痙攣性尿道狹窄 (*Spastische urethralenose*) 因急性膀胱炎尿道炎攝護腺炎直腸炎精神的感動神經系統疾患等之際而起其他因行 *Katheterisation* 器械的刺戟起筋攣變有來狹窄者為一時的或併臟器的變化

外科學各論

(c) 癰疽性尿道狹窄 (Narбие (organische) urethralstenose) 最多見者為尿道淋後發生之窄因外傷後之癰疽

(d) 其他因尿道內之異物尿道結石腫瘍或尿道周圍膿瘍攝護腺肥大由外方壓迫而起之症狀依尿道狹窄之形狀程度等有種種

輕度狹窄殆無症狀重者來排尿異常即尿線細小而分歧或螺旋狀甚者僅有淋瀝 (Aur. anula) 故排尿異常時問

長時持續排尿障礙則尿道於狹窄上方擴張甚則達於膀胱輸尿管腎盂又有尿道狹窄者易起膀胱炎或腎盂炎自覺症大都欠缺排尿之際訴狹窄附近有灼熱感或有射精 (Ejakulation) 障礙其際發疼痛或混血液併合症以上併合症之外尙來尿道潰瘍膿瘍尿滲潤尿澀或攝護腺炎等又排尿之際因努責有起 Hæmaturia 脫肛者

診斷按以上之症狀及原因易明欲確定之可行 Leurg. orang 但使用細 bougie 有作假尿道之虞以用較大者為妥

預後器質的狹窄任之則漸次增惡至來閉尿大都依療法而愈輕者以非觀的療法亦可治療重者則不可藉手術療法 如上記尿道狹窄有種種原因癰疽性狹窄以外者依其原疾而治療之今只述癰疽性狹窄 癰疽性狹窄療法有種種務於程度不高時行之

(1) 尿道擴張法 (Dilatation der Harnroehre) 有二方法

(a) 漸進的擴張法 (a) *Marche dilatation*) 初以適當細小 *Bochi* 或 *blanchet* 插入尿道部漸次用大的擴張之使用之器械雖有種種概用金屬的或彈力性 *bonico* 又金屬性 *bonico* 其尖端及彎度亦有種種

尿道擴張之度數依其程度雖不一定約無日或隔日一回每次行十至二十分隨日增加 *Perle* 或 *Lachet* 之程度至通過 *Charriere* 氏廿二號暫時休息一二星期

漸次擴張之際行沐浴或按摩等較宜兼注射 *Hydrinamin* *Fikrolysin* 等

(b) 暴力的擴張法 (*forcible dilatation*) 用 *Cheerland* 氏擴張器於全身麻醉之下一時擴張之用也但易起副損傷故近來不行

尿道切開術 (*urethrotomie* od *lozision* der *harnrohre*) 有二法

(a) 外尿道切開術 (*urethrim* *in* *externa*)

患者之位置為截石位置其身體術者於陰部為直面坐椅子而行之

以 *Boirie* 或有滯消息子插入尿道狹窄處 (狹窄不顯者使其通過) 以為引導於會陰中央切開皮膚割開尿道

尿道之末斷端易於發見而中央斷端則難故開尿道後以消息子探索狹窄之中央斷端或壓迫膀胱出尿以求之可

也又開狹窄上部之尿道由上方逆插入消息子檢查之

割開狹窄部後切除癥痕組織由尿道口插入 *Nathanschr* *Kathete* 或金屬 *Katheter* (停留 *Katheter*) 其端連結樹

膠管導入尿器

該裂口勿縫合以 *iodoform* 綿紗填充之或切除瘻痕組織插入 *catgut* 後其上以腸線行尿道縫合（尿道縫合術 *urethrorrhaphie*）其他有行尿道成形手術者

以上手術後之後療法每日送入 *Doyle* 擴大尿道如於會陰部殘留瘻管以硝酸銀腐蝕之即漸治

（*a*）內尿道切開術（*urethrotomy in interna*）乃 *Wright* 氏尿道切開力由尿道內割開瘻痕狹窄之法因出血多且有副損傷之危險故不通用

VI 尿道瘻 *Harnrohrenfistel* od. *fistula urethrae*

原因 本症常見因尿道淋而來者最多其因尿道附近化膿尿道損傷或手術後尿道結石尿道瘻腫等症狀定型者排尿之際由瘻管滲出尿液其量不一或全部尿由瘻管而出消或滲出少量或由瘻管滲出膿液

依瘻管之部位分爲（*a*）陰莖瘻（*b*）陰囊瘻（*c*）會陰瘻（*d*）尿道直腸瘻又依瘻管之狀態有如左諸種

（*a*）唇狀瘻（*lipperdistiel*）於瘻管口有尿道粘膜者

（*b*）瘻痕瘻（*nudice fistel*）瘻管口有瘻痕組織者

（*c*）膿膿瘻（*pyogene fistel*）隨尿液滲些少膿液者

診斷 大都容易難者注入 1% *methylentolan* 液而使其排尿或由瘻管插入消息子檢查之

預後 因瘻腫者惡其他以手術可治

療法 先探索其原因而治療之尿道狹窄者行手術

(三) 瘻管小者先於瘻管之周圍爲紡錘狀切開擠出瘻管後其上下行弓狀切開而行橫縫合其後使用停置 *stop* Heber 與尿防腐藥

(b) 瘻管稍大者先行尿道瘻瓣整形術即施長方形皮膚切開先將下方之皮膚捲翻於上方覆蓋缺損後將左右皮膚覆蓋其上而縫合之下創依縫合而狹窄後療法與前者相同

1. 尿道腫瘍 *Geschwulst u. Zyste der Harnröhre*

本症罕見但 *Polyp* 乳頭腫 纖維腫 肉腫 癌腫 有發於尿道口或尿道尿道中者有排尿障礙或見血又

女子尿道口有見贅肉 (*Karuncle*) 者特因尿道炎而來不外一種多數血管之肉芽腫

其他有粘膜炎或 *Couper* 氏線之小潴溜瘻腫

X 尿道手術 *operation der urethra*

(I) 尿道 *Kathete* 插入法 (*katheterisation der urethra*)

普通用者有 (一) 金屬 *Katheter* (A) *nonconductor Kathetr* 二種其大小有種種

(一) 法國式度數板 (*charriere seche od. branze de filiere*) 有由一號至三十號諸種各差三分之一 *mm.*

(二) *Denque* 氏度數板由一號至六十號各差六分之一 *mm.*

(三) 英國式度數板 (*engliche filiere*) 由一號至十六號各差二分之一 *mm.*

Katheter 有管孔 *Bohrige* 則無管孔

(a) 金屬 Katheter 插入法 (einführung der Metallkatheter) 患者取背位術者立於患者之左側挾住陰莖將尿道口向上先以十倍昇汞水潔淨尿道口以右手之拇示中指持消毒之金屬 Katheter 其先端塗布消毒之橄欖油或二%硼酸 (Boracid) 由尿道口緩緩插入尿道內此際左手沿 Katheter 牽引龜頭以免尿道之作皺摺

Katheter 之尖端達至尿道球時則將陰莖漸次放向水平位一面輕持 Katheter 之翼部向下方畫一八〇度弓狀又以左手壓會陰部之 Katheter 助其插入於是翼部將越水平線時 Katheter 之終端即經膀胱頸頸突然而入膀胱內其後無抵抗可以左右可動由 Katheter 排尿

該插入法須以輕妙之手拔出之決不可用暴力否則損傷尿道來出血或成假道若中塗有阻可拔出些少後再漸次插入

尿道狹窄不能插入 Katheter 時先插入誘導消息子 (Leitvorrichtung) 於膀胱其末端之螺此連結大 Katheter 或 Bonas 導入膀胱螺旋旋連結不充分時易貽誘導消息子於膀胱內又舊誘導消息子有折斷者

(b) 樹膠 Katheter 插入法 (einführung von naturlicher Katheter) 先將 Katheter 及尿道口消毒後以左手保持陰莖於垂直位而精向上牽引塗布消毒之橄欖油於其端徐徐插入尿道之際左手之拇示中指把住龜頭端以張開尿道口又使則手持 Katheter 後端

(c) 留置 Katheter 或持續性 Katheter (Newell-Katheter) 各種手術之後療法行之普通用 naturlicher Katheter 不用金屬 Katheter 其方法如前記插入 Katheter 導出尿液後以絆創膏固定而留置之每三至五日一更換

留置 *Katheter* 使用之際須與尿方腐爛

又持續性 *Lakone* 因不斷吸引尿水宜連以樹膠導於受水器倘於該樹膠管之中途插入一丁字玻璃管再接以樹膠管藉以流入空氣則尿流更暢矣

第四節

陰莖外科 *Chirurgie des penis*

1. 陰莖先天性畸形 *angeborene missbildungen des penis*

- (1) 包莖 (*Phimose*) 另述於後
 - (2) 陰莖發育不全 (*rudimentäre entwicklung des penis*) 屢併下裂尿道上裂尿道而來
 - (3) 陰莖先天性缺損 (*angeburtliche defekt des penis*) 非常罕見於同上之病症時見之
 - (4) 重複陰莖 (*verda pchahag des penis od diphallos*) 謂陰莖完全或一部分裂開也
 - (5) 包皮繫帶 (*abnorme verbindung des frenulum praeputii*) 陰莖勃起之際則屈曲妨碍交媾
 - (6) 手掌狀陰莖 (*nigra firmata*) 非常罕見謂繫帶如翼狀也連於陰囊亦障碍交媾
- II 陰莖損傷 *Verletzungen des penis*
- (1) 開放損傷 (*offene verletzung*) 因切創刺創挫創槍創砲彈創咬創等而損傷

陰莖創傷出血多時勃起時損傷者爲甚概自然止血又陰莖創傷容易治愈比較的傳染少

其他因暴力性交婦女皮緊帶有來裂創者

(b) 皮下損傷 (挫傷) (Subcutane Verletzung mit Quetschung) 因種種純性外力而來一般罕見陰莖來皮下出血甚至併合尿道損傷

(c) 陰莖損傷 (Trauma penis) 陰莖勃起之際遇暴力衝突屈曲或轉捻有來海綿體破裂者

此際皮下出血甚來腫脹疼痛有時伴尿道損傷倘尿道無損傷則血液漸次被吸收或海綿體貽堅韌之結節而治愈若尿道損傷時來尿滲潤而化膿則呈重篤之症狀

(b) 陰莖脫轉 (Inversio penis) 罕見因陰莖驟過或機器損傷而來於包皮附着部龜頭與海綿體之連繫分離而陰莖幹轉移於腹部或陰囊等之皮下出血比折傷少

療法行一般創傷療法反下出血多時高舉陰莖用水囊二三日內行濕卷法按摩等血液吸收不佳時行穿刺術或切開術

注意尿道損傷之有無若有損傷則處置之

脫轉或折傷有轉位者由手術縫合於正常位置

III 包莖 Phimose od. Phimosis

包莖爲常見之畸形

(a) 先天性包莖 (*ergelenere Phimose*) 小兒本爲包莖至青春期包皮即漸退於龜頭後否則稱曰包莖生理的包莖無排尿障礙若其口過狹小時始有障礙其程度有種種高度者謂之包皮口閉鎖 (*Atresia praeputii*)

高度包莖有排尿困難時尿滯包皮囊內而包皮擴張爲氣球狀由包皮口射出細小尿線屢訴疼痛遂因尿阻不只膀胱擴張亦來輸尿管腎盂擴大起腎臟水腫 (*Hydronephrose*)

先天性包莖交媾稍有障礙勃起之際稍有疼痛包皮口易生破裂且易罹各種疾患

又於包皮內因滯積包皮垢脂 (*Smeum*) 易來炎症或生包皮石及至晚年易生陰莖癌腫

(b) 後天性包莖 (*erworben Phimose*) 包皮炎症後因癩痕性萎縮而來但頗稀而因損傷後起化膿淋疾包皮內軟性下疳等者爲多

此際包皮炎症腫脹顯明高度者來排尿困難

療法後天性包莖除去原因包莖即治故此主述先天包莖

(1) 無血擴張法 (*Vahutige dilation*) 初插入細小消息於包皮口內漸次插入大者擴大之稍大時插入

Bahr 氏鉗或麥粒鉗擴大之是等方法無效果時則行手術

(2) 手術的療法 (*operative Behandlung*) 有種種從來最多用者述之如次

(i) 包皮背面切開法 (*Dorsalschnitt der Preputium*) 包皮與龜頭之間插入有溝消息子以刀或剪子自包皮

中央行縱切開直至冠狀溝部因包皮之外板比內板更有退縮可從該創角之上方加小斜切開於兩端以作所謂

ore) 氏瓣而翻轉於上方縫合創角次縫合內外板殘餘之線結扎綿紗條以掩護創口則不施綳帶亦可

(1) 包莖環狀切除法 (circumcision des praeputium) 以兩個鑷子牽引包皮於適當處環狀切除之縫合外板與內板但注意不可損傷龜頭

(iii) scholler 氏法先行包皮外板之斜縱切開至冠狀溝牽引外板之創緣於側方再向對方亦將內板斜縱切開恰形成菱形缺損後橫牽引而縫合之

IV 嵌頓包莖或炎症性包皮外翻症 paraphimose od entzündliche Ikropium des ruohaut

原因由強後退包莖之包皮或包皮內板有軟性下疳等之炎症而起

症狀 包皮來炎症性浮腫性腫脹特內板為著向外翻轉而外板向後退縮兩者之間生輪狀深溝龜頭裡出因充血而甚腫脹發疼痛

倘龜頭受腫脹之包皮所絞扼日久則來龜頭壞疽或包皮之上部亦來壞疽其他因壓迫來排尿困難

診斷 容易但要注意其原因

療法 以樹膠帶由龜頭至陰莖根部強施綳帶先除其浮腫二三分後除去綳帶整覆之但易再發故二三宜行包莖手術倘難達目的時或有軟性下疳者包皮下插入有溝消息子以刀或剪割開子或於包皮繫帶為小縱切開行橫縫合

(附錄) 陰莖絞榨 (umschnürung der penis) 以細絲毛髮戒指鐵圈等於龜頭冠絞榨陰莖而起此小兒之惡戲

或預防於潰疔 (infect. rectit.) 且之用之藥劑尤如喉噴的引惹之喉痛甚至陰莖壞疽

療法 速除去陰莖發性物若難去時可於充血之龜頭部行小切開挖出鬱積之血液使龜頭萎縮而遂復之

V 龜頭炎及龜頭包皮灸 balanitis u balanopostitis

原因 特包莖患者因包皮垢脂帶積而起其他因淋疾軟性下疳等之發生而來又 syphilitic 麻疹猩紅熱等傳染病際有起特殊之炎症者又糖尿病之人亦易起之

症狀 於龜頭及繫帶來潮紅腫脹痒感及灼熱感分泌惡臭潤濁滲出物

表面生糜爛 (erosion) (diphther. 則生苔) 包皮因腫脹後退更難強行之則起嵌頓包莖

本症行不適當療法則變為慢性包皮肥厚包皮口及尿道口亦來肥厚或起龜頭與包皮癒合

診斷 容易但要注意其原因

預後 大都容易但因糖尿病者治療困難倘不速治療則殆上記之障礙

療法 (i) 先就原因治療之 (ii) 翻轉包皮以硼酸水道酸化水素 rivanol 液洗滌之或行陰莖浴散布 Dermadol 者

鉛亞鉛華澱粉等 (iii) 糜爛者以硝酸棒腐蝕之 (iv) diphtherie 之苔以熔白金蝕之其跡用沃丁或 Iodoform (v)

當起本症時行包莖手術

VI 陰莖淋巴管炎 lymphangitis penis

陰莖糜爛或化膿時起之

於陰莖之背面生一—二潮紅線稍有壓迫的過敏大都二三日無化膿治愈

療法 施菴法

vii 陰莖峰窩織炎 *phlegmone des penis*

於陰莖特尿道損傷或淋疾及陰莖海綿體炎之際起之陰莖來局限或濕莖性炎症性腫脹疼痛顯著潮紅熱或伴熱度上昇或形成膿瘍於尿道損傷時來尿滲潤腫脹更甚有時起皮膚壞疽

療法施陰莖提帶行濕菴法化膿時切開之

viii 陰莖壞疽 *sangraen des penis*

原因 非多見者原因種種

(a) 局所疾患如外傷絞榨窩織炎氣體壞疽丹毒惡性軟性下疳重海綿體炎等

(b) 一般疾患如尿管炎 *malaria* *Infuenza* 肺炎等

(c) 罕見時發壞疽

症狀及診斷依定形的狀態診斷容易此壞疽有只限於皮膚有擴至海綿體又有限局的進行的

預後 依其原因有異特進行的惡但無生命的關係壞疽之處貽缺損而治愈

療法 限局的於其分界線 (*demarkationslinie*) 除去之對於進行者行特發壞疽療法 (參照後項)

X 陰莖海綿體炎 *Cavitatis des penis* 比較的少分為二種

(a) 急性海綿體炎 (*Cavernitis acuta*)

原因 結發於尿道損傷淋疾尿道狹窄等因尿道炎者由尿道之滲胞炎而起海綿體炎 (*porulitis*) 遂成爲海綿體炎

症狀 大都由眼局性小結節而起有特發疼痛及腰痛雖有自然吸收者但有軟化而穿破者或潰蓋於海綿體而成陰莖炎 (*angitis*) 甚至起瘻疽又炎症劇裂時則發高熱惡性者起膿毒也

診斷 大抵容易但要與蜂窩織炎鑑別蜂窩織炎存於表面海綿體炎則在深部兩者併合亦有其他亦要注意其原因

療法 以消炎治療劑

(b) 慢性海綿體炎 (*cavernitis chronica*)

原因 由急性移行而來或續發於原發性淋疾痛風血登性靜脈炎等

症狀 於海綿體生索狀或結節其小結節有甚堅硬者其數目有一二三或多數或互相融合爲六板狀平時則無妨礙勃起時則該部屈曲而發痛疼或障礙排尿射精 (*jakuration*)

診斷 容易要與陰莖 *rimma* 軟骨腫鑑別

療法 行溫器法按摩治療法及線療法等內服 *kali iodati* 注射 *filo ysin*

軟性下疳 *weicher schanker* od. *ulcus molle*

參照外科總論

xi 硬性下疳 *harter schanker od. ulcus der um ud. linsklerose*

參照外科總論

xii 陰莖護膜腫 *gumma des penis*

發生於龜頭繫帶陰莖皮下海綿體等但罕見形成豌豆大至示指尖大之彈力軟性腫瘍至相當程度則漸次吸收或軟化而穿破形成護膜腫性潰瘍罕向尿道穿破治癒後胎徵毒性狹窄

診斷 要與慢性海綿體炎陰莖腫瘍鑑別

療法 驅徵療法

xiii 陰莖結核 *tuberculose des penis*

甚稀惟有他部之結核特肺結核泌尿器之結核之時發之分爲二種

(1) 結核性潰瘍 (2) 狼瘡 (參照外科總論)

xiv 包皮匍行疹 *herpes praeputialis*

原因不明

症狀 於龜頭及包皮之內板發生多數之粟粒大內外之小水疱其內容初則澄清後濁濁爲膿遂穿破而成小糜爛
自覺僅有痒感及輕度疼痛大都數日後自癒有時來再發

診斷 依其特別之狀態容易

療法 殆不要治療只清潔局部或撒布亞鉛華澱粉等

x 陰莖象皮病 à ophthalia des penis

原因 有二種

(a) 原發的因人血絲蟲 (*Filaria sanguinis humanus*) 但頗稀

(b) 續發的因慢性龜頭包皮炎慢性軟性下疳鼠蹊腺全摘出等

症狀 本病有併合陰莖象皮腫與只來與陰莖者

陰莖象皮腫不侵襲陰莖海綿體主裂包皮及陰莖幹之結締組織非常肥厚表面粗糙增加陰莖之直徑及長徑起包

莖包皮口縮小

排尿困難不著若起包皮炎而發疼痛則排尿障礙

診斷 容易

療法 有種種方法據木村之研究切除肥厚之皮膚一部分由下腹作有莖之皮膚翻轉於陰莖創口而縫合之另作

新淋巴道有效云云 (參照外科總論)

xvi 陰莖之腫瘍及囊腫 Geschwulsten, Zyste des Penis

其主要者述之如次

外科學各論

(I) 陰莖癌腫 (carzinom des penis) 大都發生於成人身發於包莖者多於龜頭或包皮之內板形成表皮癌等由皮脂腺發牛髓樣癌 (medullarkarzinom)

症狀 其狀態有種種即

(一) 乳嘴狀乃至椰菜花狀者最多 (二) 不正規的腫瘍狀 (三) 潰瘍性腫瘍 (四) 向深部滲潤發育
硬度堅硬有一種惡臭潰瘍者於污穢肉芽組織中可認癩腫性瘻或癌腫乳糜易出血
自訴症狀有種種無疼痛或有劇烈疼痛放射於鼠蹊部肛門部侵襲尿道者則來排尿障礙
大都轉移於鼠蹊腺或轉移於後腹膜腺腸窩腺

診斷 大抵容易但初期困難須與尖圭 kord/lan 肉腫 summa 結核等鑑別
療法 早期行陰莖切斷術完全摘出轉移性腺腫陰莖切斷術 (amputation des penis) 該手術按部位有異施局
所麻痺或腰脊柱麻痺行之

(a) 陰莖末端切斷時先以柯膠官行一時結紮陰莖根頭以……比錐子挾之左手持陰莖幹環狀切開皮膚
及筋膜則裸出陰莖海綿體退縮

次結紮陰莖背側動脈及深海綿體動脈又因防海綿體出血密縫白膜與尿道球中隔
然後牽出尿道於其上壁為小縱切開尿道粘膜與皮膚為環狀的縫合

(b) 陰莖根部切斷於會陰部作尿道口為佳因假將陰莖根殘存一部反排尿不自由也

以消罪綿紗充分防護陰莖陰莖根縫隙行銳或鈍的分離之後於會陰部爲縱切開割開軟部由其口牽出陰莖後如前法切斷之尿道口縫合於會陰皮膚該手術後患者欲排尿可牽上陰莖與婦人相似

(2) 尖圭 *Condyom* 及乳嘴腫 (*Spien-Condyom* u. *papillom*) 尖圭 *Condyom* 發生於龜頭冠溝龜頭冠淋疾爲其原因

小乳嘴狀突起單獨或集族而發生無著大者或自然治愈乳嘴腫比尖圭 *Condyom* 少漸次發育而甚大依其定型之狀態診斷容易但有變爲癌腫者

(3) 陰莖肉腫 (*sarkom des penis*) 其罕發大於皮下或海綿體又有由皮膚發生黑色素肉腫者

(4) 其他於陰莖發生纖維腫血管腫淋巴管腫軟骨腫骨髓等甚少發皮角

(5) 粉瘤 (*athrom*) 發於陰莖背

(6) 其他外傷性皮膚囊腫皮膚樣囊腫 (於陰莖縫隙) 圓柱細胞囊腫 (先天畸形) 等

第五節

陰囊外科 *Chirurgie des skrotums (hodensack)*

(1) 陰囊外傷 (*verletzung des skrotums*)

(1) 陰囊傷 *wunde (verletzung)* 因切創刺創槍創裂創等但比較的少年則辜丸脫出或伴辜丸或陰

腔等損傷

(2) 陰囊挫傷 (kontusion od. outschung des skrotums) (陰囊血腫) 由於衝突或打擊陰囊而來以皮下出血為主要症狀流出於陰囊之肉樣膜與總莖膜之間因之陰囊為著明腫脹呈青色或紫青色甚至會陰部下腹部亦有皮下出血但該出血吸收較速挫傷甚時陰囊一部來壞疽或因挫傷為誘因而起化膿

診斷大部容易須於陰囊塗丸莖膜血腫或睪丸血腫鑑別

療法初守安靜及行溫番法後行溫番法按擦等化膿時行切開術

II 陰囊尿參潤 a brunnfiltration des skrotums

原因由於膀胱或尿道之損傷又淋疾之尿囊症狀因外傷者初無炎症狀態漸來陰囊腫脹因淋疾者初即有炎症症狀陰囊及會陰漸來腫脹不硬以手壓之有多少陷凹壓痛不著

經二三日傳染而起蜂窩織炎腫脹潮紅熱疼痛著明硬皮緊張而軟或形成處體又來組織之壞疽溫度上昇不即施治療恐有危險

診斷依其發生診斷容易只要與蜂窩織炎區別療法按尿參潤之蔓延行一個乃至數個切開又對尿參潤之原因的損傷行治療

III 陰囊蜘蛛織炎 phlegmone des skrotums

原因最可懼者因前記之尿參潤而來其他續發於陰囊損傷癰瘡丹毒疥道疳團炎急性淋丸炎疥癩 herida 等

狀陰囊突起潮紅腫脹熱疼等甚至陰囊比正常大二—三倍初硬度為滲潤性軟性後化膿呈波動甚至來皮膚或筋膜之壞疽

其他伴體溫上昇及熱候症狀

IV 陰囊浮腫 *oedem des scrotums*

急性炎症之際於陰囊容易併合浮腫其他因續發腎臟炎心臟障礙損症消耗性疾患高度腹水下腹腫瘍等而來浮腫該症因原發性疾患症狀顯明診斷容易

繼法行原疾治療

V 陰囊遊 *Fistula scroti*

因種種原因而起

(1) 先天性鎖肛 (*angeborene Anorektalanie*) 之際於陰囊有異常瘻管排泄內容

(2) 先天性尿道下裂 (*angeborene Hypospadie*) 之際於陰囊附着部有瘻管而排泄尿液

(3) 淋毒性尿道炎 (*urthritis gonorrhoeica*) 之際來會陰膿瘍次來尿瘻

(4) 結核性副睪丸炎 (*epididymitis tuberculosa*) 之自潰或手術後生結核性瘻

(5) 睪丸護膜腫 (*hydrogonima*) 穿破後生微毒性潰瘍但不深漸次治愈為常

療法 依其原因有異(參照各病條下)

IV) 陰囊象皮病 elephantiasis scroti

原因 (a) 原發的由於住血絲狀蟲 (b) 續發的由於淋巴或血液之鬱積

症狀 因住血絲狀蟲者疾病之初類似丹毒發作其後殘胎結締組織之堅勒肥厚 (陰囊腺器無變化) 如此漸次

肥厚擴大陰囊往往達於面大軀幹大陰囊腫脹甚者陰莖退縮而埋沒其中又併合陰莖下腺象皮病

診診 本病之經過完全慢性因之來衰弱者甚少但亦無自然治愈者

療法 有種種方法但以對肥厚之陰囊皮膚行紡錘狀切除之自下腹部作有莖皮瓣移植於其間為有效 (木村氏

法參照外科總論)

vii 陰囊腦瘍及囊腫 Geschwulste v. zypais des skrotums

(a) 於皮膚發生血管腫乳嘴腫表皮粗糙美有發生炳煤瘡 (ruhrkreter) (發於煙筒掃除夫 parafino (發於

parafin 工人)

(b) 皮下腫瘍頗稀有的脂肪腫纖維腫血管腫淋巴管腫肉腫等

第六節

睪丸及副睪丸外科 Chirurgie des hodens u. des nebenhodens

1 辜丸先天性畸形 angeborene misbildungen des hodens

(1) 停留辜丸 (retentio testis) 此種的辜丸元來辜丸及副性丸於腎部由原發生漸次下降經鼠蹊管腹腔而入陰囊或於途中不達於陰囊依其停留所分

(a) 鼠蹊停留辜丸 (retentio testis inguinalis)

(b) 腹內停留辜丸 (retentio testis abdominalis)

兩辜丸存於腹腔者謂之潛伏辜丸 (Cryptorchismus) 一側者曰偏側辜丸 (monorchismus) 鼠蹊辜丸因外傷易受損傷又停留辜丸屢起萎縮容易發生肉腫或癌腫故宜治療之

症狀及診斷辜丸如常而不變形因不在陰囊內診斷容易又初生兒尚存於陰囊上部有誤為本病者長成後漸次入於陰囊內者為常

有時誤為精系水腫鼠蹊 (hernia) 但亦常併合鼠蹊 (hernia)

療法 (1) 非觀血的整復術 (non-vascular Epiproctium) 鼠蹊停留辜丸於鼠蹊管以手指可以使其下轉或以 *Hernia* 帶向下方壓之使其達陰囊內但本法必非盡達目的又難行於腹部停留辜丸

(2) 觀血的整復術 (vascular reposition) 於鼠蹊部為斜切開割開筋探索辜丸或探至內鼠蹊管之內方發見辜丸之時則割開總夾膜分離精系使辜丸遊離送復陰囊內而縫合固定於陽囊囊底 (辜丸固定術 orchidopexy) 但難使下降特辜丸變性時寧可摘出較妥因停留辜丸屢發生惡性腫瘤之故也

(3) 辜丸變位 (cryptorchidismus) 謂辜丸存於辜丸下降之經過以外者即辜丸存於腹壁股輔附近大腿附着部與陰

癢之間等但關於該發生不明

(3) 辜丸鬚轉 (*Inversio testis*) 先天的辜丸之長軸轉捨副辜丸存於前方或其橫軸轉位者是也

(4) 辜丸發育不全 (*Hypohar-a testes*) 先天的辜丸萎縮或於後天萎縮亦有依辜丸之大小容易認識屢因先天的微毒而來

(5) 辜丸缺如 (*anorchie od. apne testes*) 罕見但須與停留辜丸區別

11 辜丸及副辜丸之外傷 *verletzungen des Hodens u. des Nebenhodens*

(1) 墜開外傷 (*offene Verletzung*) 與普通無異只辜丸之刺創來辜丸血腫

(2) 皮下外傷 (*incisive Verletzung Kaution Queichung*) 比較的多由於種種鈍性外力
外傷直後於陰囊內發劇烈疼痛或反射的嘔吐甚至起 *shock*

陰囊內多出血而來陰囊血腫及辜丸血腫有時併合辜丸莖膜血腫是等血液大抵速被吸收或續發的起化膿
因重外傷來辜丸壞疽其他外傷後來辜丸副辜丸萎縮或外傷為其誘因而發生副辜丸結核或辜丸肉腫等

療法以提辜帶 (*suspensorium scroti*) 提舉陰囊行濕毒法血腫吸收難時或化膿時行切開術

(3) 辜丸脫臼 (*hodanluxation od. luxatio testes*) 甚少因重外傷辜丸有脫出陰囊外者依其部位分為 (一) 腹部

辜丸脫臼 (二) 腹部辜丸脫臼 (三) 會陰辜丸脫臼 (四) 鼠蹊辜丸脫臼等

本症之診斷容易但要與停留辜丸區別

療法先行非觀血的整腹法倘不達目的時行觀血的整腹術但手術亦不確

III 急性副睪丸炎 epididymitis acuta

原因 有種種大體分爲三種

(a) 外傷性原因 (traumatische urethra) 因陰囊之受劇烈衝突或打撲尾部多或舉重荷腹壓等 (頭部多) 此際雖有因外傷之直接刺戟而起炎症但屢爲誘因而由淋疾菌或化膿菌之傳染而起炎症

(b) 尿道性副睪丸炎 (urethrale epididymitis) 因尿道結石尿道 kateter boese 等之插入損傷尿道而來最多者爲淋疾性尿道炎感染淋疾二三期以內起者多或慢性淋疾經過中再起急性症狀之際發之身體過勞亦屢爲其誘因

(c) 轉移性副睪丸炎 (metastatische epididymitis) 屢見於睪丸而副性睪頭稀乃因化膿球菌血行感染而起症狀於陰囊及鼠蹊部下突發劇烈疼痛時乳射於腹部或骨盤起立步行之際疼痛增加安靜橫臥時減輕陰囊全體突然腫脹、潮紅、著熱、特睪丸之後方著有壓痛

注意觸診之於睪丸後方有互於上下之翹蹙腫脹到處壓痛著明該腫脹以尾部爲著或平等腫脹其程度有種種以雞蛋大爲多但有更大者

副睪丸炎之初表面平滑但爲慢性則有多少凹凸不平睪丸之境界大都顯明併合睪丸炎者則否
精系亦同時腫脹有時達正常二三倍大但與結核者有異況發性肥厚有壓迫過敏感

體溫後上昇殆如常者亦有

經過及預後本症大部一—二星期減退有時形成膿瘍或殘留慢性結節或淋毒性副辜丸炎後發生結核性副辜丸

炎

本症對生命無直接之關係但兩側副辜丸被侵襲後為不生直 (sterilita) 之原因

診斷(1)與急性辜丸炎之區別如下表

| 副 辜 丸 炎 | 急性副辜丸炎 |
|-----------------------|-------------------------------|
| 陰囊內臟之前方腫脹為卵圓形之處壓痛顯明 | 陰囊內臟之後方腫脹有長與玉狀自後方壓痛(彷彿丸樣)壓痛著明 |
| 於陰囊之前方顯明，但比副辜丸炎輕或缺如 | 於陰囊後側顯明 |
| 依體位無關有時發性疼痛(因辜丸囊緊張之故) | 起立步行之際疼痛增加(因牽引精索所致) |
| 時有併合 | 甚 少 |
| 甚 少 | 大抵顯明 |
| 因流行性耳下腺炎者多 | 併合淋疾者最多 |

| | | | | | |
|----|--------|-------|-------|-------|----|
| 觸診 | 陰囊皮膚潮紅 | 特發性疼痛 | 急性莖膜炎 | 精系之變化 | 原因 |
|----|--------|-------|-------|-------|----|

(2) 與結核性副睪丸炎之區別述於次項

療法 (一) 初期 (acute stage) 提舉陰囊安靜行冷療法有時於提舉帶上置冰囊但勿過久因有阻碍吸收及

長貽結節之虞或因之起壞疽也急性炎症消退後行溫療法促其吸收

(ii) 疼痛劇烈時用阿片劑或阿片肛門坐藥

(iii) 其他與無刺戟之給養禁酒與瀉下劑尿道炎之直接療法此時不行

(iv) 注射 Rohokkenicin 行 Chloracum (1-3%) 20-30 C. G. 之靜脈注射有效

(v) 起急性炎症時塗布沃度膏水銀軟膏 Jchnyol 等促其吸收

(vi) 既化膿時行切開術

IV 急性睪丸炎 orchitis acuta

原因比副睪丸炎少亦有二種原因

(a) 外傷性睪丸炎 (traumatische orchitis) 睪丸外傷後發生之但稀見

(b) 尿道性睪丸炎 (urethrale orchitis) 大都續發於淋毒性副睪丸炎

(iv) 轉移性辜丸炎 (metastatic orchitis) 依細菌血形傳染而來因種種急性傳染病例如傷寒肺炎急性傷寒等而最多者為原於流行性耳下腺炎 (parotid gland infection) 罕因化膿球菌而傳染之

症狀 (i) 驟然以熱度、鼻塞及陰囊內劇烈疼痛而起疼痛比急性副辜丸炎著臥床亦不減輕

(ii) 辜丸腫脹著其二三日內達至鴉卵大形狀為卵圓形表面平滑硬度軟性緊張或少堅韌有時如有波動壓痛著

明

(iii) 副辜丸被壓向後方觸之乃索狀物成不明或副辜丸亦為炎症所涉有腫脹壓痛

(iv) 有時起急性辜丸炎 (orchitis testis acuta) 其間來滲出物稀薄難辨辜丸及副辜丸

(v) 陰囊皮膚之炎症與副辜丸炎有異於前方顯明比副辜丸炎輕屢缺如者亦有但急性辜丸炎時則多發

之

(vi) 精系炎症比副辜丸炎非常少因化膿菌者傳於精系而起腹膜炎

(vii) 急性辜丸炎大抵一星期內被吸收而治者多或至後起萎縮罕來化膿或壞疽

診斷大抵容易與副辜丸炎之區別如前述與急性辜丸炎之區別參照後項

預後大概佳良罕有如前述之變化

療法 (i) 初期 (antrastradium) 高舉陰囊安靜行冷滲法(用提辜帶為便)時於其上用冰袋(但不可使用過久)

(ii) 後滄布 *Ichhyol* 水銀軟膏沃度膏等以輕度按摩促其吸收

(iii) 疼痛劇烈時對症治療之

(vi) 犬都依斯可以治療倘化膿時行切開術

結核性副睪丸炎及差丸炎 *tuberculose des nebenhoden n. des Hodens, epididymis et orchis tuberculo*

副睪丸結核為常見之症睪丸結核大都續發於副睪丸結核原發性睪丸結核甚罕故上述副睪丸結核原因結核性副睪丸炎大都肺肋膜淋巴腺等之結核因血運傳染而起有時由腎臟膀胱等之結核經精系而傳染之

本病與他部之結核相同有結核遺傳之人為多特二〇—三〇歲小兒及老人甚少

病理 本病副睪丸之頭部為多但尾部或全體亦有初分散形成結性結節漸次增加其數及大或互相融合為大結核性病灶副睪丸結核因治癒傾向少而乾酪變性顯明即軟化形成膿瘍遂致自然穿破作膿（生於差丸後方為常）

又一方睪丸亦被浸潤或生分散結節而來腫脹後兩者境界不明睪丸時屢起結核性睪丸炎腺炎（*epididitis tuberculose testis*）來滲出物之瀝溜

其他副睪丸結核屢變輸精管不規的肥厚特接副睪丸部顯明屢延及下方甚則經鼠蹊管至腹腔

症狀 (一) 本病為初潛伏概少注意驟然發見者為常 (ii) 初於副睪丸可觸二三個之堅固結節頭或尾部肥厚或

全副睪丸肥厚為胡桃大樽蛋大鷄子大在睪丸後方如曲玉狀此其特異處也

(iii) 表面有不規則的結節狀凹凸而堅硬有時稍軟末期形成膿瘍呈波動壓痛不明為常

(iv) 睪丸與副睪丸之境界顯明為常侵犯睪丸時則不明又併合結核性睪丸水腫 (hydrocèle testis tuberculosa)

者於睪丸前方有軟性腫脹呈波動副睪丸之境界多少不明

(v) 精系特輸精管 (vas deferens) 肥厚適正常二三倍或至數倍大為不規則的連珠狀的肥厚為特異但有時為

彌蔓性輸精管肥厚時初期顯明時經鼠蹊管而達腹腔

(vi) 依結核性病灶擴大軟化而形成膿瘍遂向陰囊後側穿破作結核性瘻而難治或形成潰瘍 (結核性睪丸菌腫 fungus testis tuberculosa)

(vii) 全身症狀缺如者多末期來衰弱又因肺等之併合症常有熱

診斷 最重要鑑別診斷為亞急性淋毒性副睪丸炎示之以表

| | | | | | | |
|---------|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------------|
| 結核性副睪丸炎 | 初即呈慢性 症狀初時本 病不明 | 初副睪丸 有局限全 後擴充頑固 表面或為結 核性 | 大抵堅韌有 膿瘍則為軟 性但無壓痛 | 自初疼痛即 不著 | 精系之肥厚 漸次顯明 (連 珠狀) 無痛 | 結核性青年 人多有他 部之結核症 其既往 |
|---------|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------------|

| | |
|-------|----------------------|
| | 亞急性淋菌性副睪丸炎 |
| 初期 | 以急性症狀而起移行於慢性 |
| 腫脹之狀態 | 副睪丸全體腫脹大抵表面平滑但末期亦略結節 |
| 硬 度 | 初時稍為軟性後為堅韌有膿瘍者該部膨脹 |
| 疼 痛 | 初著明漸次不顯 |
| 精 系 | 初時有沉發性腫脹後則無 |
| 原因的關係 | 成人多有淋疾 |

其他要與睪丸護膜腫交感性副睪丸炎及副睪丸或睪丸之腫瘍及囊腫等區別

預後關於他部有無結核特有肺泌尿器結核者預後不佳一側有結核時屢侵犯他側睪丸或起他臟器結核其自然

治癒者甚多

療法 (a) 保守的療法使其一般營養佳良行 X 線療法聚線療法日光療法 (特高山日光療法為良) 等但有不
能治者

(b) 手術療法即除膿術 (Incision) 一個睪丸除膿術則無障礙倘兩側時特青年者須加注意因睪丸為營內
分泌之機關若兩側摘除則來身體的及精神的變化故遇副睪丸結核未侵犯睪丸之間手術之將其精壯充分切斷

犯精系時應連健康部而切除之辜丸則任之又割開辜丸囊於實質內移植精系斷端或割開陰囊之莖膜壁開他側之辜丸囊與患側辜丸囊互相縫合之

vl 辜丸及副辜丸之徵毒 *sphilitis des hodens u. des nebenhodens*

梅毒與結核相反而主發於辜丸

辜丸徵毒 (a) 先天的罕見 (b) 後天的多而 (i) 第二期徵毒雖發之但以 (ii) 第三期徵毒形成護膜腫為多

(1) 先天的辜丸徵毒 (*angeborene sphilitis des hodens*) 見於小兒與成人之第三期徵毒相同但形成護膜腫之狀態者稀其結果來辜丸萎縮

(2) 第二期辜丸徵毒 (*II stadium der syphilitis des hodens*) 辜丸稍有急性腫脹硬度稍增但缺疼痛只夜間訴鈍性疼痛一至二星期後自然治癒不留痕跡但有發生本病不注意者

發生本病之際大都有他部徵毒第二期之症狀以驅徵劑易治之

(3) 第三期辜丸徵毒 (*III stadium der syphilitis (gumma) des hodens*) 有二種

(a) 徵毒性滲潤乃至粟粒小護膜腫多數發生於辜丸實質辜丸為瀰漫性腫脹有正常二三倍大表面平滑硬度稍增但不久即被吸收其跡生結締組織而辜丸萎縮堅硬或初時腫脹不惹注意只認辜丸萎縮而已

(b) 辜丸有形成大的護膜腫者以兩側為多其數一個至二三或數個辜丸腫脹之程度較前者顯明鴨蛋大至拳

頭大以上表面粗糙不平硬度腫力性軟而無壓痛但經時露有更軟之處與堅硬之處疼痛大衝欠缺腫毒甚大者引精系則稍發痛

腫膜腫有漸次被吸收者（其跡生結締組織來萎縮）有軟化穿破而形成護膜腫性潰瘍者（徵毒症辜丸腫膜 *fungus testes sphilitica*）初則為充滿脂肪塊之海綿體形潰瘍漸次不見家脂塊而為淺性潰瘍（參照潰瘍條下）

遂結癩痕而治愈但後來辜丸萎縮副辜丸無變化為常或來一時的增大然與結核性異者不伴精系肥原

辜丸護膜腫之際併併微毒性水腫（*hydrocele sphilitica*）因難觸辜丸自己之腫脹有誤為原發性水腫者

診斷 辜丸護膜腫之診斷大抵容易要與辜丸腫瘍結核副辜丸炎辜丸腫鑑別就中後者依穿刺術顯微劑區別之

豫後於生命無關侵犯兩側辜丸時則生殖不能

療法 顯微劑

vii 辜丸及副辜丸之腫瘍及囊腫 *Reschwiltsue u. zyste des hodens u. des nebenhodens*

有種種但比較的少

(1) 良性腫瘍 (*gute u. boshafte*) 有纖維腫脂肪腫軟骨腫骨腫筋腫血管腫等發生之報告但罕見

(2) 肉腫 (*sarkom*) 丸丸之肉腫時見之特停留辜丸易於發生甚罕發於副辜丸

大都由大圓形細胞肉腫而成時有紡錘狀細胞肉腫纖維肉腫粘液肉腫血管性肉腫腺腫性肉腫囊腫性肉腫又囊

丸肉腫伴變性乾酪性出血時有囊性者

器丸肉腫有二種

(一) 良性者發育緩慢頗硬度類似纖維腫腺腫結核但比是等發育迅速

(二) 惡性者發育迅速柔軟類似纖維腫甚至為蛋大至小兒頭大以上者硬度不一有呈波動之處壓併水腫其內容為漿液性或血液漿液性從大向外穿破形成惡性器丸菌腫 (fungus testes malignum, Sarkomatodes) 其他生血行性轉移或鼠蹊腺之轉移漸次陷於衰弱

(三) 橫腫 (bartholin) 器丸肉腫比肉腫稀亦易發生於停留器丸大都為髓樣菌腫見硬化稀渣

器丸肉腫大都於器丸實質內部近副器丸部發生故初期其狀態不明但隨其長成而突出外部表面結節不平阻硬診斷容易本症常併合水腫其內容為血液性

又漸次轉移於鼠蹊腺後腹膜腺或發疼痛又因靜脈壓迫下肢起浮腫又轉移於肝臟肺臟等

(4) 器丸腺腫 (hodenaderom) 發于先天的或後天的因器丸之細精管增殖及擴張而形成囊狀腺腫內容為漿液性粘液有時稍稠濁但無精液時達頗大本症之確證不易手術後始能診斷者多

(5) 混合腫瘍 (mischgeschwulst) 及畸形腫 (teratom) 頗罕混合腫瘍以腺腫軟骨腫筋腫橫紋筋腫為成分畸形腫於腫瘍內見骨筋腺性臟器等

(6) 皮膚樣囊腫 (dermoidzyste) 稀見 (a) 單純性皮膚樣囊腫 (b) 複雜性皮膚樣囊腫 (參照外科總論)

(六) 精液凝腫 (Spermatocele) 發生於成人之睪腫有發於急性副睪丸炎及外傷之後者亦有原因不明者因睪丸網之閉塞而起罕因迷走精管或水腫體之閉塞而來

內容漿液性澄清或白色混濁其中常證明精液 (不明亦有) 或其中固出血為褐色或暗紅色
囊腫的腫瘍發生於睪丸與副睪丸之間或發生於睪丸或副睪丸頭部而以莖相聯絡

大小豌豆大至拇指頭大與他之囊腫區別臨床上困難手術後精細檢查區別之

(七) 在血吸蟲 (Filaria sanguinis humanus) 所致之囊腫罕見發於副睪丸之近傍 Filaria 之母體存於陰囊內其周圍形成小囊腫內容為漿液其中見 Filaria

本症雖乳糜尿及象皮膚症等之症狀又獨立而來如斯臨床的診斷殊難

副睪丸及副睪丸之手術 operation des Adensens. des Nebenhodens

(一) 出睪術或睪丸摘出術 (castration od. exstirpation testes) 睪丸之惡性腫瘤重副睪丸結核重睪丸損傷等皆之

皮膚切開由後方以左手挾陰囊使皮膚緊張從陰囊之前側為縱切開達於莖膜腫瘍大者皮膚切除為紡錘狀有囊管時於其周圍作紡錘狀切開而切除之

次剝開莖膜分離睪丸 (依時以刃或剪子一部分之銳物分離) 只與精系聯絡次自精系分開輸精管檢查其有無變化若有變化由鼠蹊管牽出或切開皮膚至腹部自精系之健康即斷之此際輸精管不結紮為常因其易起神經痛

之故也因之其上斷端以烙白金腐蝕之（如上處置精系只於副辜丸結核爲必要）

次輸精管以外之精系行二重結紮自其間切斷而摘出辜丸

止血後行皮膚縫合以小 Jodo form 綿紗導流

(2) 副辜丸之摘出及切除術 *excision u. resection des nebenhodens* 皮膚切開與前述之除辜術相同探出辜丸與副辜丸按副辜丸之變化以刀或剪子將副辜丸由辜丸完全摘出或切除其一部分

(3) 輸精管之移植術 (*implantation des vas deferens*) 摘出副辜丸後縱剖開輸精管之先端將辜丸固有莖膜爲小切開縫合輸精管之粘膜於辜丸網內

第七節

陰囊內莖膜等之外科 *Chirurgie des scheidenhäute (unica vaginalis) im skrotum*

1 辜丸及精系莖膜之外傷 *verletzungen der scheidenhäute des hodens u. des samenstrangs* 陰囊挫傷之際起陰囊血腫或辜丸血腫前已述之其他與莖膜內外或精系膜內部亦生血腫

(a) 辜丸莖膜外血腫 (*haematoma extra vaginalis testis*) 謂總莖膜與辜丸固有莖膜間出血也

(b) 辜丸莖膜內血腫 (*haematoma intravaginale testis*) 或辜丸莖膜血腫 (*haematocoele testis*) 謂莖膜腔內出血也（參照出血性辜丸莖膜炎）

(c) 精系而腫 (orchitis) 精系內出蟲之謂也。於精系結為精索蟲初發時無膿化漸次呈出血性著色

是等出血於外傷之直後顯明而漸次被吸收但莖膜腔內之血液吸收緩慢

診斷 大抵容易須與急性漿液性睾丸炎、陰囊蜂窩織炎區別。後則特異丸前部腫脹及疼痛著早呈波動可以區別之

療法 初行保守療法早期行切開排膿

急性單純性睾丸炎或急性莖膜水腫 orchitis testis simplex or hydrocele testis acuta

原因 因陰囊挫傷淋疾性副睪丸炎急性睪丸炎等或因慢性睪丸水腫穿刺術後法射刺戟刺而起

莖膜內之滲出物為漿液性有時混纖維素

症狀 陰囊發急性腫脹疼痛有多少潮紅時伴浮腫滲出物多時呈波動少量者波動不顯只有壓痛耳樣雜性多時

按之有摩擦雜音初時有多少熱度

預後 本病大都二三星期治癒時起化膿又有移行於慢性水腫者

診斷 初為原發疾患所掩不明者多但腫脹著者則顯化膿期症狀劇烈以試驗穿刺術可以區別之

療法 以消炎療法安靜可治有滲出物時行穿刺術

急性化膿性莖膜炎 orchitis testis purulenta acuta

原因 比較的少因陰囊損傷淋毒性副睪丸炎水腫穿刺術後傳染而來

症狀 陰囊急性腫脹疼痛潮紅大都伴浮腫化膿甚時呈波動但因壓痛顯著而難證明之體溫上昇

預後 本症不易自然治癒向周圍起蜂窩織炎或向外部穿破排膿罕涉腹腔而起腹膜炎或起膿毒症而致危險

診斷 大抵容易屢併陰囊血腫睪丸血腫確診難但療法相同

療法 安靜與提舉帶溫濕法後行按摩等

iv 慢性漿液性炎膜炎或慢性膿丸水腫 *vaginitis testis serosa chronica oed. hydrocele testes chronica*

原因本症類見其原因有諸說

(1) 先天性水腫 (*angeborene Hydrocele*) 關於其發生有二三說

(2) 後天性水腫 (*erworbene Hydrocele*) 因淋疾副睪丸炎包莖外傷等而來故多見於成人或由急性移行而來亦

有原因不明者

(3) 續發性水腫 (*sekundäre Hydrocele*) 因睪丸腫膜結核性副睪丸炎睪丸腫瘍等

症狀 (i) 偏側性者多有兩側的 (ii) 本症欠缺自覺症狀故常忽略 (iii) 主症狀為陰囊腫脹漸次擴大 (iv) 其

大小有種種鴨蛋大鴛蛋大小兒頭大或其以上 (v) 形狀卵圓形西洋梨子狀者多其他有種種形狀 (vi) 表面一般

平滑壁薄慢性者或內部出血者則壁厚有抵抗有時壁肥厚而不規則 (vii) 硬度大甚緊張柔軟有波動但緊張強時

則波動不明 (viii) 水腫顯明時大抵睪丸之存在不明但壓陰囊後側特近下方之時有訴一種之鐵丸感者 (*Ballgefühl*)

(iii) (xi) 水腫定型者爲透光性 (translucent) 以左手提舉陰囊置 Frank 氏聽診器白光檢之則透光潮紅但壁厚者或出血時期不明 (x) 水腫之對鼠蹊管之邊界銳利且可屈曲又稍舉之 (與鼠蹊 hernia 相異之點) (x) 於精系無變化爲常大水腫者則見其肥厚 (xii) 陰囊之皮膚緊張減少皺襞常認靜脈之擴張與皮膚無適合 (viii) 通常無自覺症狀著大者於鼠蹊管或精系有牽引疼痛或壓感又陰囊陷又陰囊內排尿管或有硬交媾

診斷水腫大者依其定型症狀診斷容易但原發性水腫與續發性水腫區別困難欲確定之可由穿刺術排洩內容後行觸診法而區別之

水腫小者特於小兒與鼠蹊 (scrotum) 精系水腫交通性陰囊水腫二房性陰囊水腫等區別困難或併合是等而來者茲將鞘狀突起與 Epididymis 及水腫之關係列表於次

類似疾患之區別示之以表

| | |
|-------|--------------|
| 交通性水腫 | 鼠蹊水腫 |
| 先天性 | 先天性或後天性 |
| 同左 | 有或時即感按時肝腹中出沒 |
| 硬度少不輕 | 而時軟弱自與鼠蹊狀 |
| 而時更現 | 而時軟弱自與鼠蹊狀 |
| 十 | 十 |
| 有時稍大 | 大 |
| 異，只依 | 是等區別之 |

| | 睪丸水腫 | 精系水腫 | 二房性水腫 |
|--------|-----------------|-------------------|----------------------|
| 發生 | 先天性或後天 | 先天性多 | 先天性 |
| 腫之部位 | 陰囊下方有腫 | 陰囊中間或於鼠蹊部 | 陰囊中間及鼠蹊部有腫 |
| 硬度及還納性 | 有彈性，軟弱，顯難，有緊張波動 | 同左，覺於鼠蹊部，有似納於管外之硬 | 而軟，時小，緊縮，不易縮小，鼠蹊部之腫場 |
| 透光性 | + | + | + |
| 鼠蹊管 | 正 常 | 正 常 | 有時稍大 |
| 其他雜因 | 表面，形 | 狀，打診 | 等有多少相 |

預後 初生兒之水腫有漸次治愈者其他自然治愈者難水腫甚時睪丸受壓迫而萎縮其他水腫有外傷而出血則急發速而又穿刺之際因消毒不充分有起化膿者但由水腫而發生癰腫者無

療法 (a) 保守療法為最簡單而常行之法局部消毒後以左手由陰囊後方握之使前側皮膚緊張右手持套管針於

陰囊前側由下而上刺入(該位置不傷睾丸)

次以左手保持套器針右手拔出軸針排泄內容後拔出套管針其跡貼絆膏陰囊施提帶依本法先天付水腫之初時可以消愈然多來再燃

又行穿刺術後有注一種種之藥劑於水腫內令起炎症以圖其愈合者但亦無確效藥劑如 *ing. K. 氏液* *Hot. (15.5. K. H. Jod. 3.0. sq. dia. 30.0)* 沃度丁幾，酒精三一五%石炭酸等注射後經一二星期起炎症有劇烈疼痛而漸次治愈

(b) 手術的療法 (*operativ. Behandlung*) 而種種方法

(1) *V. Volkmann* 氏方法如前法緊張陰囊前壁而縱切開之割開炎症排洩內容後縫合炎症與皮膚開炎症腔其中填 *iodoform* 綿紗間接的使其治愈但本法要三星期以上易起傳染故近來無人行之

(2) *V. B. Tramm* 氏方法如前法割開炎症後只於鞏丸附近殘留炎症餘則切除之(先除注意不可損傷精系之血管陰精管) 行皮膚縫合創口之間以小綿紗引流一二日後除去之經八日至十日而愈再燃者少

(3) *Winkelmann* 氏方法依上之方法割開固有炎症膜取出鞏丸後捲纏鞏丸之後方於後方縫合其邊緣於本法固有炎症全開其內壁直接向皮下流出液體易被吸收而治本法最簡單少出血水腫過大時可切除一部之囊

(4) 其他有 *loc. ear. kappa* 等之方法又遇出血等而炎症變化著甚時行除鞏術

陰囊水腫之異型 (*Atypische form der Hydrocele*)

(1) 交通性陰囊水腫 (hydrocele Communicans)

發生與先天性 Hernia 發生相同因腹膜之鞘狀突起不閉鎖而起其門闊大時容易發生先天性 Hernia 痰小時則腸不脫出於其中而來漿液之滯溜而起本症 (故有先天性陰囊水腫 hydrocele testes Communicans 之名) 其後屢發生 Hernia 其他有時併停留辜丸症狀及診斷類先天性鼠蹊 hernia 但 H 以腸為內容故打診為鼓音此為濁音且有透光性

壓之容易縮小稍鬆指頭則又擴大臥時稍散立時擴大但加腹壓其增加緊張不如 H 之甚

療法大抵與 蹊 H 之療法相同不將門閉鎖後來易發生 H

(2) 二房性陰囊水腫 (Hydrocele bicouclaris)

發生腹膜之鞘狀突起雖閉鎖但於鼠蹊管之上方略閉鎖因而來漿液之滯溜而此囊腫因鼠蹊管狹小故分為二囊

(a) 外囊及於 蹊部或陰囊上部 (b) 達內囊內鼠蹊輪腹膜與腹筋之間甚至腸骨窩內由於狹頸兩相交通或併停留辜丸

症狀本症先天的或二—三歲小兒發生之內囊之腫脹通常不顯只外囊甚顯耳如交通性水腫臥時縮小立時擴大但其消散非完全的時壓迫之亦不能完全消散且於鼠蹊管之上方為囊腫樣之腫瘍緊腹壓之則下方之囊腫顯明此為本症之特點本症無甚大者稍擠大時則於鼠蹊部有壓感或牽引感

診斷依以上定型的症狀診斷容易特要與鼠蹊 H 神系水腫交通性水腫鑑別

療法於鼠蹊部爲斜切開抽出莖若癒合著甚時難以完全抽出時則切除莖後填充綿紗行皮膚縫合

V 出血性睾丸莖膜炎或辜丸血腫 *Vaiginis testes haemorrhages* or *Aetmaocele testes*

原因於正常莖膜腔見之者甚稀大都有水腫之處因外傷強腹壓等而起之四十歲以後之人無特別之原因亦有發之者

症狀外傷等直後驟然來陰囊腫脹伴疼痛或沿精系而放射於鼠蹊部但壓痛不著（此與他之急性炎症相異者）形狀類似普通水腫而稍硬壁肥厚（軟硬不一）不透光

其他無體溫上昇等之全身症狀但續發化膿時呈急性炎症之症狀

該血液吸收較難或長貽壁肥厚時見石灰沉着內容暗紅色或 *Chocorde* 者多

診斷 大抵容易要與辜丸水腫辜丸炎等鑑別

療法新鮮者行水腫相同之療法割開之而切除肥厚之莖膜壁填 *X* *iodoform* 綿紗又壁肥厚過甚壓迫辜丸時或化膿時行摘除術

iv 急性精系莖膜炎或急性精系水腫 *perispermatis serosa acuta od. Hydrocele acuta funiculi spermatic*

原因 精系之莖膜腔普通雖然閉鎖倘殘留而形成精系慢性水腫之際如遇外傷淋疾穿刺術後則或發之但化膿者頗罕

症狀於陰 內突來腫脹於精系側有疼痛放射於鼠蹊部呈軟嚙性H狀態但其硬度不同有壓痛時伴熱度上昇

療法安靜行消炎療法化膿時行切開術

慢性漿液性精系炎或慢性精系水腫
perispermatis serosa Chronica od. Hydrocele Chronica funiculi spermatici

原因 比藥丸水腫少而亦常見之症

(a) 先天的屢見之因鞘狀突起膨開而起者

(b) 後天的亦因鞘狀突起膨開而起又有由於外傷遺毒等者其原因不明者本症以小兒為多三〇歲以後少見
藥丸水腫合併而來

病理按鞘狀突起閉鎖之高下分為三種

(a) 鼠蹊管外精系水腫 (*Hydrocele funiculi spermatici extratunicalis*)

(b) 鼠蹊管內精系水腫 (*Hydrocele funiculi spermatici intratunicalis*)

(c) 全精系水腫 (*Hydrocele funiculi spermatici II totalis*)

其他之變化與藥丸水腫相同

症狀 (i) 於陰囊內上方生囊腫的腫瘍

(ii) 大小榛實大至鳩蛋大或更大者亦有

(iii) 形狀圓形或卵形者多表面平滑

(iv) 硬度緊張顯軟或稍堅硬波動多不明

(v) 透光

(vi) 於陰囊內爲自由移動與睪丸及副睪丸顯有區別但與精系有關聯而共同運動

(vii) 向鼠蹊部壓之則如納還然然注意檢查之則知實存於鼠蹊部之皮下

(xiii) 內容爲澄清的漿液外傷後有混合血液(精系血腫)者

(ix) 自訴之症狀無甚大時發脹感或牽引疼痛

診斷大抵容易要與鼠蹊一精系橫張(Spermatocle) 睪丸水腫等鑑別

療法囊腫上縱開陰囊剝離囊而摘出之

血莢腫及精系腫瘍及囊腫 *geschwülste u. zysten der Scheidenh. aunte u. Samenstrange.*

一般罕見

(1) 脂肪腫 (Lipom) 生於莢膜之間但站見沿精系而生者頗多又易誤爲網膜且精系靜脈溜

(2) 纖維腫 (Fibrom) 於精系內生之易誤爲結核性副睪丸炎之初期

(3) 肉腫 (Sarcom) 罕見急速發生又易誤爲睪丸水腫精系水腫

(4) 其他有粘液腫筋腫軟骨腫等

(5) 淤罕於輸精管生小囊腫此由胚胎期之 Müller 氏管或 Wolff 氏體生之

外科學各論

三七三

(6) 因住血絲蟲而生癰腫

血精系靜脈瘤 varicocele

原因因精系靜脈之充血來靜脈擴張及延長也起立作業者多有鬱積之傾向或先天性靜脈壁抵抗薄弱亦為其原因以二〇歲以後發病最多本症特左側為多是因左側之睪丸比右側抵且因左精系靜脈於腎靜脈為直角右精系靜脈直接於下空靜脈為尖角也有時因下腫瘍之壓迫而來

症狀 (i) 初時因欠缺自覺的症狀不注意之

(ii) 精系靜脈顯明時於陰囊內有燒灼感又緊張感或不快感甚至疼痛而放於周圍是等症狀臥時不顯久立則著明又色慾亢進時更著

(iii) 大都左側陰囊比右側的下垂可認不規則的腫脹特於陰囊底為然沿精系移行至鼠蹊部靜脈擴張著甚時呈褐色的透明甚至陰莖靜脈亦擴張延長以上陰囊之腫脹臥時不顯立時則顯明

(iv) 按之明認靜脈之擴張延長有輕度之壓縮性但放手又來輕度之腫脹如其中有栓塞則觸結等

(v) 睪丸與靜脈瘤之區別極為判明但本症高度時來睪丸萎縮

診斷 容易有時要與鼠蹊 (特網膜疝) 交通性水腫精系脂肪腫節鑑別又須注意有無下腹腫瘍

預後 不惡但過久的靜脈瘤因睪丸萎縮來不妊症 (Schilder) 因結婚後自然治愈者亦有但罕罕因靜脈栓

塞而來危險者

療法 (i) 保守的療法以提辜帶提舉丸行冷卷法與瀉下劑給餌但只行此法不能治愈者多 (ii) 手術的療法最多行之法於陰囊與陰莖之根部以樹膠管結紮之沿精系縱剖開陰囊膜開裝膜探出擴大的靜脈 (不可損傷精系動脈及輸尿管) 祇留二三靜脈餘悉結紮之即於上部近鼠蹊部下部近辜丸行二重結紮縫其間切斷之

陰囊甚弛緩時則將該靜脈之兩端互為結節或行陰囊皮膚之紡錘狀的切除橫縫合而舉上陰囊
手術二星期後靜臥其後暫用提辜帶 (Suspensorium testes) 該手術後有來靜脈栓塞而來陰囊腫脹者但漸次治愈

第八節

攝護腺外科 Chirurgie des prostata

I 攝護腺之損傷 (verletzung der prostata)

攝護腺之外傷甚少大都因暴力施 Kehrerisation 或附近手術之際而誤傷之

攝護腺雖受損傷但無特別症狀有時化膿而起急性攝護腺炎又由尿道而損傷者周圍尿滲洩

療法 無特別療法化膿或尿滲洩時由會陰切開之

II 急性攝護腺炎 Prostatitis acuta

原因 (i) 續發於淋疾最多 (ii) 因攝護腺損傷濫用 *hatheter* 或尿道結石等

(iii) 續發於直腸炎直腸周圍炎骨盤蜂窩織炎等

(iv) 轉移性由於膿毒症腸壁扶斯流行感冒流行性耳下腺炎等

病理 依病理解剖區別為 (a) 加答兒性攝護腺炎 (b) 速劑性攝護腺炎 (c) 實質性攝護腺炎 (d) 化膿性攝護腺炎臨床上是等區別不明者多但化膿者最重加答兒性者最輕

症狀 (i) 自覺的症狀於膀胱部有壓感或燒灼感特於尿大便之際著甚或有裏急後重 (*tenesmus*) 及閉尿因排尿而插入 *Katheter* 時訴劇烈疼痛

(ii) 全身症狀大都有熱度上升及熱症狀時於惡寒戰慄之下發高熱特化膿型為重

(iii) 他覺的症狀於直腸檢查有攝護腺腫脹壓疼顯明化膿著時有波動

轉歸及預後種種 (i) 輕者漸次吸收治愈一般因淋疾而來者佳良 (ii) 或移行於慢性攝護腺炎 (iii) 化膿型形成膿瘍有向尿道或直腸破潰而治愈者有起骨盤蜂窩織炎腹膜炎或膿毒症而來危險者診斷大抵容易不注意攝護腺檢查則容易看過

療法 (i) 初期命安甯與瀉下劑於會陰部行溫卷法用水囊不如溫卷治或溫坐浴有效

(ii) 疼痛劇烈時與阿片莫有劑等之坐藥或以 1% 阿片水 2—3% *Leishou* 水灌腸

(iii) 閉尿時注意行 *Katheterisation*

(二) 形成膿瘍時由會陰部或直腸內行切開不可待其自潰

慢性攝護腺炎 Prostatitis Chronica

原因 (a) 由急性攝護腺炎移行而來 (b) 自初即為慢性者因慢性淋疾尿道狹窄加答兒性膀胱炎膀胱結石攝護腺結石房事過度 (Carcinus urethrae) 手淫等

病理有種種變化 (一) 最輕者為攝護腺輸尿管加答兒有粘液分泌或有少許膿液上皮脫落

(二) 於腺或線周圍起白血球滲潤而攝護腺腫脹但充血不如急性炎症之甚

(三) 後則減少白血球滲潤起結締組織增加漸次為癥痕故來攝護腺萎縮及硬化

(iv) 時因腺之變性形成氣泡狀或囊腫

以上之變化屢併合而來

症狀 (i) 自覺的症狀有種種 (一) 輕度之尿意促進 (ii) 會陰部及直腸有異常感 (iii) 排尿或排便後及射精時有疼痛等但或無是等自訴亦有

又屢伴神經衰弱及 Hyochondria (生殖器病精神衰弱症)

(b) 排尿無甚障礙為常或見殘尿 (residualurine) 又排尿後排滑尿砂其際劇烈疼痛
屢有攝護腺漏 (prostatorrhoe) 與來於他原因有異鏡檢上內混膿球

(c) 他覺的症狀以手指於直腸檢查攝護腺一部或全部腫脹表面不平整度有軟有硬有多少壓痛診斷要與慢性

淋疾精液滿攝護腺肥大等鑑別有攝護腺滯時於顯微鏡下檢查則容易診斷

預後雖不惡但難治

療法 (i) 治原疾 (ii) 對於局部行慢性後部尿道淋之治療 (iii) 行攝護腺按摩法 (Kochanski's sign) 即插入手

指於直腸內向上下左右按摩攝護腺如此可促攝護腺之分泌血運良好以期炎症之吸收

iv 攝護腺結核或結核性攝護腺炎 Prothuberical se of prostatitis tuberculous 原因青春期為最多老年及小兒

罕見時有結核遺傳者多

大頸併合副腎丸膀胱腎臟等結核

症狀 (i) 初時類似慢性攝護腺炎隨經過則呈種種之症狀

(ii) 屢於會陰部直腸部有疼痛性脹重感特運動排便之際顯明

(iii) 排尿障礙有尿意頻數漸次至排尿困難屢有輕度排尿後疼痛甚則起尿閉

(iv) 出血排尿之初或後見之但平常少量故不見顯明之血尿

(v) 時見血性精液 (haem osperme) 但亦少量

(vi) 末期結核病灶於尿道穿破時由尿道流出膿液

(vii) 攝護腺結核病灶穿破於直腸時由直腸流出膿液血液但於臨床上常看過該澀管永久不治

(viii) 攝護腺之按診依直腸檢查攝護腺腫脹可觸豌豆大至櫻實大之結節硬度頗軟大都有多少壓痛可觸其上

時屢網結核性肥厚之精竅

診斷初時診斷頗難要與慢性攝護腺炎攝護腺肥大等區別末期穿破於尿道或直腸則診斷容易
預後大都不佳療法初時注意 Lodoform, glycerin, yunajako 等但不確實

形成膿瘍時由會陰部切開至深部割開攝護腺搔爬之亦不確實

併合副辜丸結核時摘出之後可治結核性攝護腺炎

v 攝護腺肥大 prostatic hypertrophy

原因本症見於老年人歐洲六〇歲以上之男子占三分之一亞洲則不如斯多是其程度亦不如斯之甚

本症之原因不明有謂因動脈變硬有謂因攝護腺生理的變性又膀胱及尿道之炎症骨盤臟器之充血促其發生
病理攝護腺肥大瀰漫性多時亦有限局性

臨床上 (a) 硬型 (b) 軟型前者主因結締組織增殖時呈纖維腫或纖維筋腫之狀態後者因腺質增殖時呈腺
腫之狀態甚至為囊腫樣

攝護肥大高度時尿道呈變化即尿道狹窄特矢狀徑擴大且尿道屈曲顯明或尿道攝護腺部屈曲或側部移動甚則
排尿障礙

又膀胱頸因攝護腺肥大而被舉上其下方因囊狀易起尿閉因屢因膀胱筋之變性來排尿困難
其他因尿閉來輸尿管腎盂之擴大甚至起腎臟水腫 (hydronephrosis)

外科學各論

惡狀 (i) 輕者全無臨牀的症狀

(ii) 但稍重者來排尿障礙如前述因攝護腺及膀胱頸之變化或伴膀胱括約筋閉鎖不全 (Incontinence) 因之初時排困難少量尿可以排洩或起尿失禁高度者來尿閉此際漸次起膀胱輸尿管腎盂之擴張又因尿之分解起膀胱炎本症因行尿道之消息子送入法 (Katheterisation) 困難或形成假尿道因而有起腐敗性炎症者

(iii) 行直腸檢查每常可觸攝護腺之肥大即可知攝護腺之大小境界形狀表面硬度等又膀胱空虛時可強迫膀胱部以行雙合診

倘於直腸檢查難以證明攝護腺肥大是恐攝護腺主向膀胱內增大也

(iv) 消息子送入法 (Katheterisation) 為最重此以用尖端橄欖球狀之大彎曲彈力軟性之 *Katheter* 為妥又用 *Mercier* 氏攝護腺 *Katheter* 亦可因之則知尿道攝護腺部延長之程度

(v) 其他依膀胱鏡 (Kystoskopie) 之檢查於膀胱頸可知其種種之變化

診斷 依前証之症狀診斷大抵容易特老年人訴排尿困難時宜檢查其攝護腺但須與攝護腺腫瘍預因鑑別後本病直接致死者無於末期起膀胱炎腎盂炎腎臟水腫等又因排尿困難漸次陷於衰弱遂至死亡者也不至末期手術之結果佳良保守的療法無效

療法 (i) 保守的療法初期行坐浴利大便飲用碳酸水類倘主症候對尿閉以消息子送入法排尿為妥若患者業

已發習該法則自己行之惟消毒須嚴耳

高度尿閉時消息子送入法亦難行不可濫行以防虞假尿道

如此則用 *Erbe* 氏攝護腺消息子 (先端彎而強) 又英國製樹膠消息子 (彎曲大者)

(ii) 攝護腺實質內注射術 (*perichromose Injektion in Der prostata*) 以上保守的療法無確效故有種種之

根據的療法即注射沃度液亞砒酸液於攝護腺內等法但結果不佳且有危險故近來不用

(iii) 強力擴張術 (*gaurkram-Dilatation*) 雖曾試行於一時近來不用

(iv) 攝護腺切開術 (*Prostatae*) 注射 3% *Cochin* 於尿道以電氣燒灼器 (*galvanokauterisation non Bor*

stria) 將依攝護腺肥大而狹窄之尿道切開之法近來少用之

(v) 會陰部攝護腺摘出術 (*parina o. prostatektomie*) 患者為碎石位橫弓狀切開皮膚進入深部時 (不可損

傷直腸前壁) 於肛門舉筋之兩脚間可認攝護腺之後壁次依預插入尿道之 *Katheter* 求尿道之膜樣部而割開之

插入攝護腺牽出器 (*Yoninscher traktor*) 開其兩翼以使攝護腺露出於會陰部之創口

於是將尿道側方攝護腺選為平行的二切開以手指或鈍性器械分離之後以鉗挾攝護腺而摘出之手術後插入停

留 *Katheter* 於尿道會陰部創口則插入 *tampon* 而閉鎖其一部

(vi) 膀胱內攝護腺摘出術 (*transurethrale enucleation*) 於恥骨之上行大橫切開而開膀胱縱割開之於尿道口之

後方將膀胱粘膜作一小切開此際以預插入尿道內之 *Katheter* 為目標又手術者之左手或助手之手指捕沃

直腸墮壓攝護腺於膀胱內由膀胱粘膜炎切口插入手指先鈍的剝離攝護腺後方次全部摘出之於尿道膀胱部銳的切斷之如此攝護腺全摘出及暫時行壓迫充填止血

後療法由耻骨上之創口插入樹膠管於膀胱內而縫合膀胱經四！五日除去之由尿道插入停留 *Katheter* 於膀胱其他與 *urotopin* od *Lithium ura us* 該手術雖屬於根治療法但時有危險

() 其他有因攝護腺與睪丸有密切關係之故而試行兩側睪丸摘出術兩側精系結紮法或切斷等者
X 光線療法不確

1 攝護腺結石 *prostatstein*

原因本症比較的少由於存於攝護腺內之褐色或暗褐色之澱粉樣小體 (*Corpora amyliana*) 沉着石灰鹽而生病理大小有種種數目大者多數褐色乃至暗褐色

症狀 無特別之症狀屢取無症狀之經過但結石露於尿道內時則發排尿障礙
疼痛血尿等甚至尿閉但結石被排洩時是等症狀即忽然消散

行直腸檢查有時可觸結石又因攝護腺之壓迫而訴疼痛
診斷 不甚容易依直腸檢查可知之又以金屬消息子可觸之X線之成績不定

須鑑別者為攝護腺肥大攝護腺癌攝護腺炎尿道狹窄等
預後 不佳有時因化膿穿破於直腸或膀胱

療法 有障礙則以手術的摘出結石普通自會陰部切開達於攝護腺而摘出之

攝護腺之腫瘍 *geschwülste der prostata*

1) 良性腫瘍 (*gutartige geschwülste*) 有纖維組織纖維筋腫腺等但甚罕難與攝護腺肥大區別手術後始知者爲常

(2) 攝護腺肉腫 (*sarkom des prostata*) 甚罕於青春發生之有排尿障礙疼痛血尿等遂至尿閉攝護腺增大頗速或起血行轉移

(3) 攝護腺癌腫 (*karzinom der prostata*) 雖罕由肉腫而來者多有上皮癌單純本病發於老年者有排尿障礙疼痛血尿等遂來尿閉漸次陷於惡液質終轉移於腸骨腺

按攝護腺爲不規則的體大堅硬境界不明攝護腺癌常有顯明的石灰沉着

本症特要與攝護腺肥大區別

療法 早期於會陰部或膀胱內摘出之但比攝護腺肥大之手術的結果惡

第九節

精囊之外科 *Chirurgie der Samenblase (Utricula seminalis)*

外科學各論

1. 精囊之畸形 *missbildungen der Samenblase*

甚罕有先天性精囊缺損射精管缺但臨床上無意味

2. 副精囊之損傷 *Verletzung der Samenblase*

於會陰部行膀胱結石手術之際有損傷之者因之殘留精囊雖無大障礙但不行手術則難治

3. 急性精囊炎 *spermatocystitis acuta* 因淋疾性尿道炎者屢併副睪丸炎

熱度上昇於精囊部發牽引疼痛放射至會陰部腰部下腹特排尿酸疼痛顯明壓隨疼痛而排洩紅褐色之精液

依直腸檢查可認精囊腫脹壓感罕見化膿穿破於膀胱或腹膜內如穿破腹膜內則起腹膜炎而危險

療法 使守安靜與緩下劑會陰部行冷卷法置冰囊既化膿時由直腸或會陰部行切開

4. 結核性精囊炎 *tuberculose der Samenblase od. spermatocystitis tuberculosa* 續發於副睪炎膀胱攝護腺之結核

初時欠缺疼痛末期則發疼痛有尿意促進裏急後重其特點為精液中混血液有時起血尿依直腸檢查可認精囊腫

脹硬度硬或顯壓痛不著後軟化則向直腸膀胱會陰部穿破

療法 並發副睪丸結核攝護腺結核時則由是等之手術而精囊結核可以自癒

如有是等疾患而只行精囊插療法無效

V. 精囊之腫瘍 *geschwulste der Samenblase* 非常罕見有發生肉瘤癌腫之報告惟於末期因起排尿障礙始知之其

他於精囊發生囊腫者亦有

v) 精液石 *samenstein*

精囊因淋疾或精液鬱積而來內容凝結及石灰沈着則形成小結石但於臨床上不明者爲常

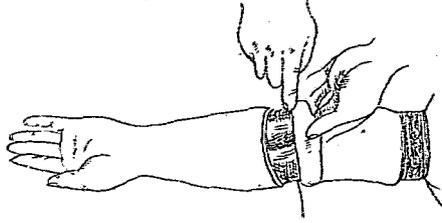
外科學各論終

外科學各論

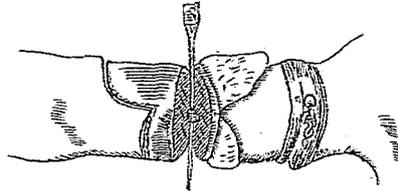
軍醫教育班學員遊

三八六

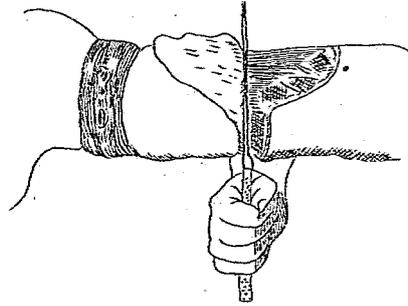
上臂之二次的環狀切法之方法



上臂切斷術前大瓣及後小瓣造法



將前瓣翻轉後半部環狀切斷之



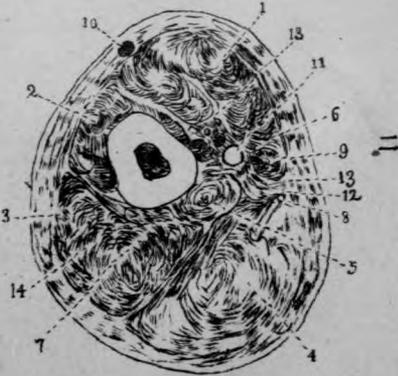
右上臂中部之橫斷面

外科各論附圖



- (1) 二頭膊筋 (2) 內膊筋 (3) 三頭膊筋 (4) 筋
 腋 (5) 上膊筋 (6) 浮在膊筋
 筋 (7) 上尺側副動脈 (8) 貴要
 靜脈 (9) 頭靜脈 (10) 正中神經
 (11) 尺骨神經 (12) 中膊皮下神
 經 (13) 桡骨神經 (14) 節皮下神
 經 (15) 外腕動脈 (16) 內腕動
 脈 (17) 上膊副動脈 (18) 上
 膊動脈 (19) 上膊副動脈 (20) 上
 膊動脈 (21) 外皮

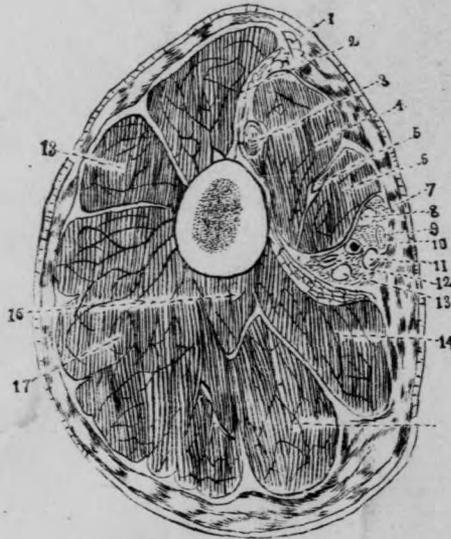
右上臂下三分之一部橫斷面



- (1) 二頭膊筋 (2) 內膊筋 (3)
 三頭膊筋 (4) 三頭膊筋長
 頭 (5) 三頭膊筋之內頭 (6)
 正中神經 (7) 浮在膊筋 (8)
 上尺側副動脈 (9) 貴要靜脈
 (10) 頭靜脈 (11) 上膊動脈 (12)
 尺骨神經 (13) 中膊皮下神經
 (14) 桡骨神經 (15) 節皮下神經

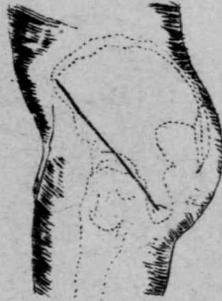
於腋窩前在上臂之橫斷面

外科各論附圖



- (1) 頭靜脈 (2) 大胸肌 (3) 二頭肌 (4) 三角肌 (5) 牙
 孔神經 (6) 正中神經 (7) 尺神經
 靜脈 (8) 上臂動脈 (9) 尺骨神
 經 (10) 上臂靜脈 (11) 桡骨神
 經 (12) 深層肌 (13) 淺層肌 (14)
 內轉肌 (15) 三角肌 (16) 內轉肌
 對肌 (17) 三角肌 (18) 內轉肌

Roser-Nelston'sche Linie



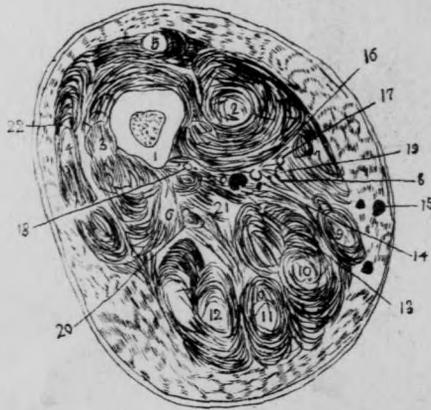
外科各論附圖

股動脈之位置



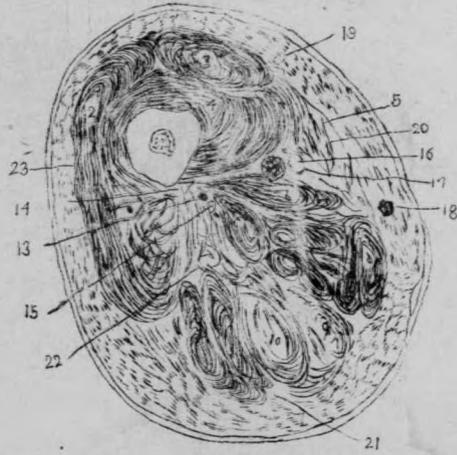
四

右大腿下三分一部之橫斷面



- (1) 大腿骨 (2) 四股筋 (3) 中股筋 (4) 外股筋
 (5) 直股筋 (6) 二頭筋之短頭 (7) 縫匠筋 (8) 大
 內轉筋之筋 (9) 薄股筋 (10) 半膝肌筋 (11) 半膝肌
 筋 (12) 二頭筋節之長頭 (13) 股靜脈 (14) 副行靜脈
 (15) 大著微靜脈 (16) 脈動脈 (17) 上膝間靜脈
 (18) 管通柱 (19) 大著微神經 (20) 坐骨神經 (21) 脂
 肪結締織層 (22) 大股筋膜

右大腿中部之橫剖面



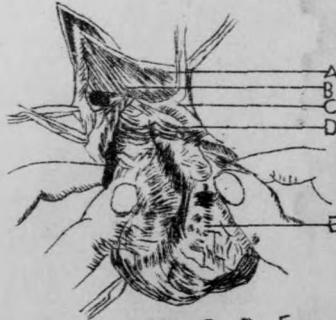
外科各論附圖

(1) 大腿骨 (2) 外股筋 (3) 且股筋 (4) 內股筋
 (5) 膝屈筋 (6) 長內轉股筋 (7) 大內轉股筋 (8)
 薄股筋 (9) 平股筋 (10) 平體轉筋 (11) 頭股筋
 之長頭 (12) 副頭 (13) 深股筋 (14) 淺股筋
 動脈 (15) 股動脈 (17) 股靜脈 (18) 大著股靜脈
 中股皮神經 (20) 大著皮神經 (21) 後股皮神經 (22)
 坐骨神經 (23) 大腸腸管

Hernia 門之開大



腸管絞扼輪



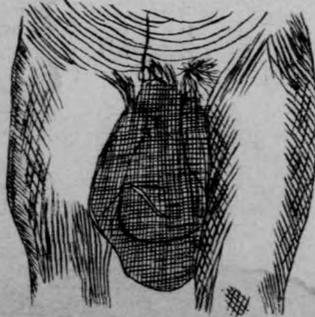
- A 外科針線肌腱膜
- B 內斜腹筋
- C 二指環 疝囊
- D 絞扼輪
- E 嵌頓之腸管

成人之 Hernia



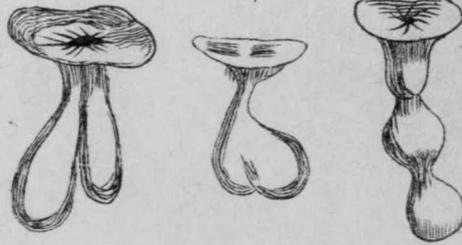
右側鼠蹊 Hernia } 之表示
左側內鼠蹊 Hernia }

稀 有 之 巨 大 陰 唇 Hernia



外科各論

種種形狀之Hernia囊



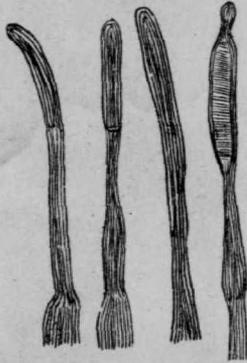
皮膚切開式



嵌頓 Hernia 之假還納



Hernia 刀



外科各論附圖

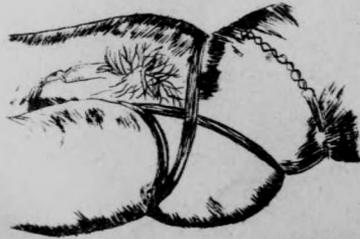
Momhurs 氏
下半身之人工驅血法

股動脈結紮之皮膚切法

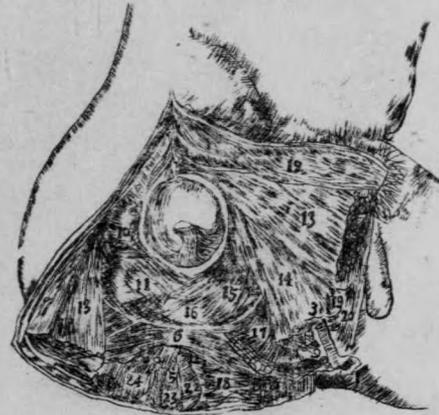


股圓筋以 Esmarch 氏 Gumm 管

(a) 外腸胃動
脈之結紮也
在股三角
結紮股動脈
在大腿中
三分之一部
結紮動脈
在內轉筋
裂孔部結紮



股關節斷術後創面之解剖
(據 Roset 氏)

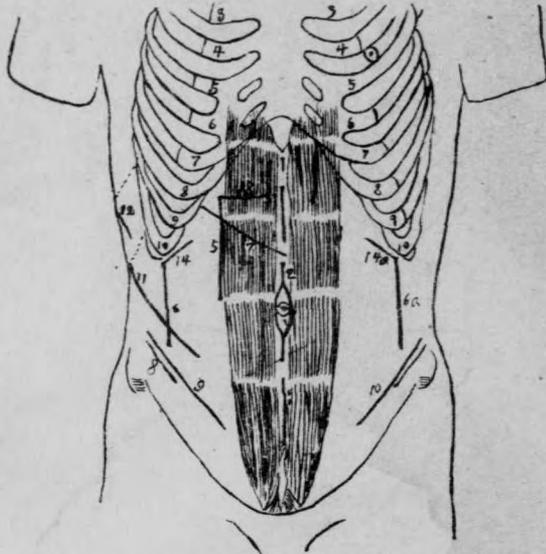


- (1) 股動靜脈伴有大量叢神經
- (2) 內旋股動脈 (3) 外旋股動脈
- (4) 坐骨神經之隨伴動脈 (5) 外旋股動脈 (7) 區中及小
- 區前 (8) 梨子狀筋 (9) 內旋筋及
- 仔筋 (11) 方形股筋 (12) 屈筋 (13) 張
- 筋 (14) 外大股筋 (15) 內大股筋
- (16) 髂腰筋 (17) 長內
- 轉筋 (18) 大及短內轉筋 (19) 直
- 股筋 (20) 縫匠筋 (21) 薄股筋
- (22) 半腱樣筋 (23) 半膜樣筋
- (24) 二頭筋

(面背) 式胸切腹腹切於ニ、ハ、ク、氏、ツ、ク、ミ

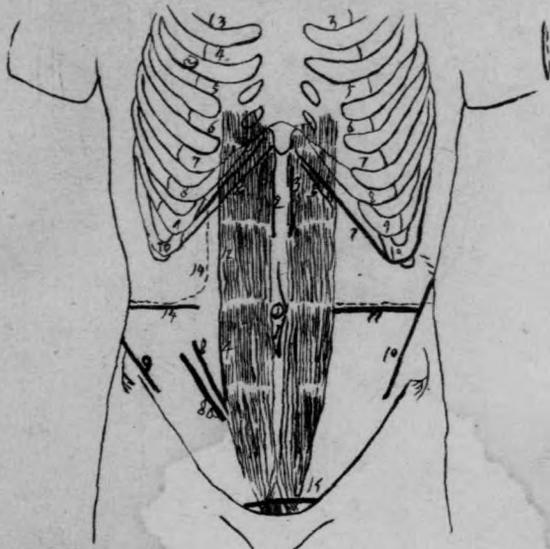
(ハ、據、ニ、氏、ツ、ク、ミ、ニ、マ、フ)

外科各論學講義



(一) 上腹正中切開 (二) 中腹正中切開
 (三) 下腹正中切開 (四) 胃切開得二
 於ケル切開 (五) 肝狀肝臓及胆
 嚢切開 (六) 矢狀腸切開 (七)
 斜行胆嚢切開 (八) 及人五在
 門ニ對スル切開 (九) 盲腸切開
 去様手術 (十) S字狀部腸切
 開 (一) 腎臓切開 (二) 膀胱切
 開 (三) 切開 (四) 合併セ
 肝臓及胆嚢切開 (五) 合併セ
 及ハチ合併シテ肝臓部及脾
 臓部結腸彎曲ニ對スル切開

面背)式胸切筋腹胸
 (12 據ニ尻ツリクミン、7)



外科各論學講義

1 腹部正中切開 2 直腹筋割正中切開
 3 直腹筋内副正中切開 4 沿直腹筋背
 腸周圍切開 5 胃切開術 6 肝腹
 邊緣切開 7 左側結腸背曲部切開
 8 盲腸周圍切開 9 盲腸周
 圍天切開 10 斜行腎臟切開 11 橫行
 腎臟切開 12 胆囊切開 13 恥骨縫
 合上十字切開 14 橫行腎臟切開

外科各論附圖

出二外創壁腹二共卜腸育ヲ起突様虫
者ル也鎖初腔腹ヲ以中抵壓



(1) 除切之炎起突樣蟲

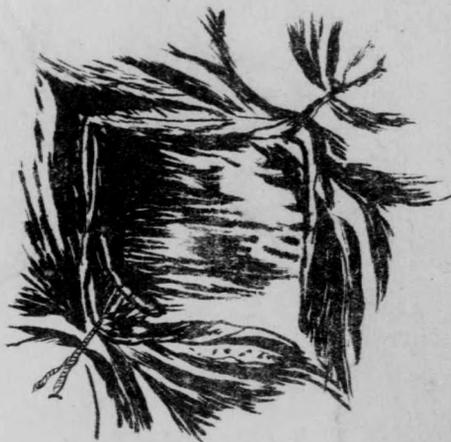
外科各論附圖



胆汁結石膜起突樣蟲

外科各論附圖

法切换交
二其(法切氏仔ノバケマ)



交換切法
三具(法切氏仔ノバクマ)

外科各論附圖

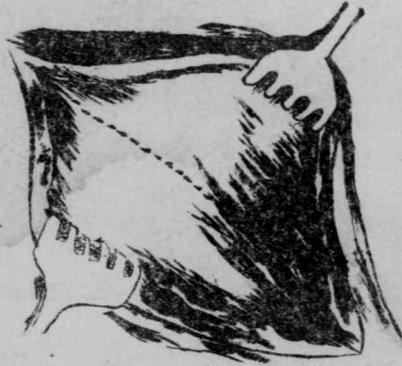


外科各論附圖

ヒナンデル氏
副直腹筋
切法

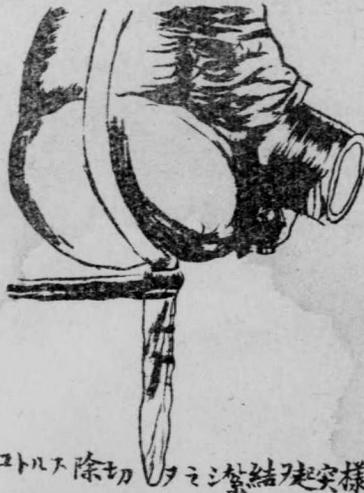


交換切
法
(多々下
子イ氏
切法)
其一



外科各論附圖

(2) 除切之夾起突樣蟲



口より不除切ヲ之ヲ繋結及起突樣虫

(3) 除加之突起樣虫



縫草下ニ為儿没ヲ断
合囊菸施ノカヲ埋端

