

著者 劉兆霖 教授 醫學院 大平

論各科外科
上卷

第二版

上海醫學書局

第 二 版 序

拙著告成 瞬經數稔 暇時披覽 罅漏
良多 蓋彼時脫稿倉卒 固未臻於完善也
際茲再版 乃事修訂 闕者補之 誤者正之
又以解剖名詞未盡統一 特將原文附入 並
增新圖若干幅 俾得對照參證 更易瞭解
他如印刷等等 亦復力求改進 期鑿閱者厚
望 第學問之道無窮 而一人之知識有限
疵謬之處 仍所難免 海內專家 幸匡正焉

著 者 識

中華民國二十六年二月於平大醫學院

第一版序

西醫自東漸以來 爲時已不下數十載 學者孜孜孟晉
日就月將 而寰顧國人自著之參考書籍 尙寥若晨星 其關
於外科各部疾病者尤闕焉無聞

諱陋如余 遑敢質然著述哉 願從余游者 往往以此相
屬 使命所在 余又何敢辭其責而藏其拙焉

乃就歷年講授之筆錄 復參以東西諸邦之載籍 勉輯兩
冊 顏曰外科各論 都爲五十餘萬言 先梓上冊 餘待來年
非敢以之問世也 蓋別有微意存焉 嘗聞行遠必須自邇
拋磚所以引玉 初學者各置一編 未始不可以參考而互證 譬
彼階梯 若欲拾級而上 從而鑽研之推闡之 循序漸進 亦可
爲升堂入室之基 他如博學專家 見獵心喜 或因以引起其
著述之興趣 鴻編鉅製 層出不窮 外科學術 藉以發揚而
光大之 則拙作雖等諸覆瓿 固余之大願 亦余之切望也

惟是脫稿倉卒 謬誤必多 海內宏碩 苟以爲可效而辱
教之 則幸甚矣 是爲序

中華民國二十二年九月

金華劉兆霖

主要參考書目錄

- 1). A. Denker und W. Albrecht; Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege.
- 2). A. Schwarz; Chirurgie des Thorax.
- 3). A. Hoffa; Lehrbuch der Frakturen und Luxationen.
- 4). Axhausen; Operationsübungen.
- 5). Axhausen; Chirurgie des Anfaengers.
- 6). Bockenheimer; Allgemeine Chirurgie.
- 7). Binnie; Manuel of operative Surgery.
- 8). Bier-Braun-Kummell; Chirurgische Operationslehre.
- 9). Bernard; L'appendicite.
- 10). Brauer-Wortmann; Darmverschluss.
- 11). Buxello; Akute Infektionen.
- 12). Brumberg; Topographische Anatomie.
- 13). C. Brunner; Handbuch der Wundbehandlung.
- 14). C. Garrè und A. Borchard; Lehrbuch der Chirurgie.
- 15). Corning; Lehrbuch der topographischen Anatomie.
- 16). E. Lexer; Die freien Transplantationen.
- 17). E. v. Bergmann u. P. v. Bruns; Handbuch der praktischen Chirurgie.
- 18). E. Lexer; Allgemeine Chirurgie.
- 19). E. Doyen; Traité de Therapeutique chirurgicale et de Technique opératoire.
- 20). Franzrot, Pathologische Physiologie des Chirurgen.
- 21). Franz M. Groedel; Grundriss und Atlas der Roentgendiagnostik.
- 22). F. Brünig—O. Stahl; Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems.
- 23). Heiplich Braun; Die örtliche Betaeubung.
- 24). Hoehenegg—Payer; Lehrbuch der speziellen Chirurgie.
- 25). H. Tillmanns; Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie.
- 26). H. Tillmanns; Lehrbuch der speziellen Chirurgie.
- 27). H. Gocht u. H. Debruner; Orthopaedische Therapie.
- 28). H. Bouucois et. Ch. Lenormant; Précis de Pathologie Chirurgicale.
- 29). J. Misch; Grenzgebiet zwischen Medizin und Dentist.
- 30). Kirschner-Nordmann; Chirurgie.
- 31). Keen's Surgery.
- 32). L. Katz und F. Blumenfeld; Handbuch der spiciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege.
- 33). Lejars; Dringliche Operation.
- 34). L. Aschoff; Pathologische Anatomie.
- 35). L. Casper; Lehrbuch der Urologie.
- 36). Martle; Klinische Medizin.
- 37). Mehring; Lehrbuch der inneren Medicin.
- 38). Matti; Knochenbrüche und ihre Behandlungen.
- 39). M. Borst; Geschwulstlehre.
- 40). M. Kirschner u. A. Schubert; Allgemeine u. spezielle chirurgische Operationslehre.
- 41). Otto Hildebrand; Grundriss der Chirurgisch-topographischen Anatomie.
- 42). O. Zuckerkandl; Chirurgische Operationslehre.
- 43). O. Koerner und K. Grünberg; Lehrbuch der Ohren—Nasen— und Kehlkopf—Krankheiten.

-
- 44). O. Vulpius und A. Stoffel; Orthopaedische Operationslehre.
 - 45). Pfaunder und Schlossmann; Handbuch der Kinderheilkunde.
 - 46). Pels-Leusden; Chirurgische Operationslehre.
 - 47). R. Stich und M. Makkas; Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen.
 - 48). Rauber; Lehrbuch der Anatomie.
 - 49). R. Miller; Lebensnerven.
 - 50). Strümpell; Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie.
 - 51). Spalteholz; Handatlas der Anatomie.
 - 52). Sauerbruch; Chirurgie der Brustorgane.
 - 53). Sultan; Allgemeine Chirurgie.
 - 54). Sultan; Spezielle Chirurgie.
 - 55). Tandler-Ranzit; Chirurgische Anatomie und Operationstechnik des Centralnervensystems.
 - 56). V. Orator; Spezielle Chirurgie.
 - 57). V. Schmieden; Chirurgische-Operationskursus.
 - 58). W. Kolle und H. Hetsch; Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten.
 - 59). Wilhelm Baetzner; Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen.
 - 60). Wullstein u. Wilms; Lehrbuch der Chirurgie.
 - 61). Warbasse; Surgical-Treatment.
 - 62). 下平用彰; 新纂外科總論
 - 63). 下平用彰; 新纂外科各論
 - 64). 山村正雄; 近世外科總論
 - 65). 山村正雄; 外科診斷學各論
 - 66). 近藤外科學
 - 67). 三輪德寬; 外科手術學
 - 68). 三輪德寬及吉川泰次郎; 實驗外科學
 - 69). 時振麟; 外科學(總論)
 - 70). 茂木藏之助; 外科各論
 - 71). 茂木藏之助; 關節結構及其療法
 - 72). 小川蒼; 簡明外科各論
 - 73). 湯爾和; 解剖學提綱
 - 74). 湯爾和; 近世病原微生物學及免疫學
 - 75). 鮑鏡藩; 組織學綱要
 - 76). 周鎮聲; 生理學
 - 77). 劉兆霖; 外科史
 - 78). 劉兆霖; 實用纏帶學
 - 79). 各徑雜誌(不備載)

目 錄

第一編 頭部外科

第一章 頭顱外面軟部之損害及疾病	1
第一節 頭顱軟部之創傷	1
第二節 頭顱軟部之皮下損傷	3
第三節 頭顱軟部之疾病	4
一，頭丹毒	4
二，頭絲窩織炎	5
三，頭氣腫及氣瘤	6
四，頭動脈瘤	7
第四節 頭顱軟部之腫瘤	8
第二章 顱骨之損害及疾病	11
第一節 顱骨之皮下損害	11
第二節 顱骨之創傷	12
第三節 顱骨骨折	13
一，顱穹窿骨折	13
二，顱底骨折	16
第四節 骨縫離開	19
〔附〕 初生兒之顱骨損害	19
第五節 顱骨疾病	20
一，急性顱骨骨炎	20
二，急性化膿性顱骨骨髓炎	21
三，顱骨之慢性炎症	21

a. 顱骨結核.....	21
b. 顱骨梅毒.....	22
四, 顱骨壞死.....	23
五, 顱骨之萎縮及肥大.....	24
六, 顱骨之動脈瘤.....	26
七, 顱骨之腫瘤.....	26
第三章 腦及其附屬器之損害及疾病.....	29
第一節 腦震盪症.....	29
第二節 外傷性腦壓迫症.....	30
第三節 顱腔內血管之損害.....	32
一, 靜脈竇之損害.....	32
二, 腦膜中動脈之損害.....	32
三, 腦部頸動脈之損害.....	35
四, 軟腦膜血管之損害(硬腦膜下出血).....	35
第四節 顱腔內腦神經之損害.....	36
第五節 腦之損害.....	38
第六節 外傷性腦脫.....	42
第七節 腦膜及靜脈竇之炎症.....	43
一, 化膿性外硬腦膜炎(化膿性顱骨內膜炎).....	43
二, 硬腦膜靜脈竇炎(靜脈竇血塞).....	43
三, 化膿性軟腦膜炎(化膿性腦膜炎).....	44
第八節 腦疾病.....	45
一, 腦膿腫.....	45
二, 腦腫瘤.....	46
三, 腦垂體腫瘤.....	48

四，頭損傷後之癲癇	48
第九節 腦水腫	49
第十節 腦赫尼亞或頭赫尼亞	50
第十一節 顱腔之手術	53
一，穿顱術	55
二，顱骨一時切除術	56
三，腦穿刺術	59
四，腦室之持續的排導法	61
五，胼胝體穿刺術	61
六，腦垂體露出法	62
七，枕骨下穿刺術或小腦延髓池穿刺術	62
第四章 面軟部之損害及疾病	63
第一節 面之先天性畸形	63
一，上唇破裂	64
二，鼻破裂	70
三，斜面破裂	70
四，橫面破裂或頰破裂	71
五，下唇破裂	72
第二節 面之損害	73
一，面之創傷	73
二，面之火傷	73
三，面之凍傷	74
四，額骨骨折	74
第三節 面軟部疾病	74
一，癬及癭	74

二，脾脫疽膿疱	75
三，馬鼻疽	75
四，走馬疳	75
五，顏面丹毒	76
六，面之尋常性狼瘡	76
七，面之梅毒	78
八，頰淋巴腺疾病	78
九，面之腫瘤	78
第四節 三叉神經痛	81
三叉神經枝之切除術	83
1. 三叉神經第一枝(眶上神經)切除術	83
2. 三叉神經第二枝(眶下神經)切除術	84
3. 三叉神經第三枝(下頷神經)切除術	85
第五節 面神經之麻痺及痙攣	86
一，面神經之麻痺	86
二，面神經之痙攣	87
第六節 面成形術	88
一，造唇術	88
二，造口術	91
三，造頰術	91
第五章 鼻及鼻腔之損害及疾病	93
第一節 鼻之先天性畸形	93
第二節 鼻骨及鼻軟骨之骨折	93
第三節 外鼻疾病	94
第四節 鼻腔疾病	95

一，鼻出血(衄血).....	95
二，鼻粘膜之炎症(鼻炎).....	96
1. 急性鼻卡他或急性鼻炎.....	96
2. 慢性鼻卡他或慢性鼻炎.....	97
3. 蜂窩織炎性鼻炎.....	98
4. 鼻腔之格魯布及狄扶的里.....	98
5. 鼻腔之膿漏症.....	98
6. 鼻腔之結核.....	98
7. 鼻腔之梅毒.....	98
8. 鼻腔之癩病.....	99
第五節 鼻腔內異物.....	100
第六節 鼻腔之腫瘤.....	100
第七節 鼻部成形術(造鼻術).....	102
一，全部造鼻術.....	102
二，一部造鼻術.....	104
三，鞍鼻成形術.....	104
第八節 額竇之損害及疾病.....	105
一，額竇之損害.....	105
二，額竇之疾病.....	106
三，額竇之腫瘤.....	107
第六章 頷之損害及疾病.....	108
第一節 上頷骨折.....	108
第二節 下頷骨折.....	109
第三節 下頷脫臼.....	110
一，下頷前方脫臼.....	110

二，下頷後方脫臼	112
第四節 齒牙及齒齦之疾病	112
一，齦齒(齒瘍)	112
二，齒齦炎	113
三，拔牙術	113
第五節 頷之炎症性疾病	115
一，齒根膜炎及齒槽骨炎	115
二，頷骨骨髓炎	116
三，頷骨結核	116
四，頷骨梅毒	117
五，頷骨放線菌病	117
六，磷毒性頷骨骨疽	117
第六節 上頷竇之疾病	118
一，上頷竇蓄膿	118
二，上頷竇水腫	119
第七節 頷骨之腫瘤	120
一，齒牙瘤	120
二，釉瘤	121
三，濾囊性齒囊瘤	121
四，齒根囊瘤	122
五，頷骨肉瘤	122
六，頷骨癌瘤	124
七，頷骨之良性腫瘤	125
第八節 下頷關節之炎症	126
第九節 牙關緊閉	127
第十節 上頷切除術	128

一，上頷骨全切除術	129
二，兩上頷骨全切除術	132
三，上頷骨一部切除術	132
四，上頷骨一時或骨成形切除術	132
第十一節 下頷關節離斷術及切除術	133
一，下頷骨半側全切除術	133
二，下頷骨全摘出術	134
三，下頷骨一部切除術	135
四，下頷骨一時切除術	135
第七章 口腔舌及咽腔之損害及疾病	135
第一節 口腔疾病	136
一，卡他性口內炎	136
二，潰瘍性口內炎	136
三，口粘膜丹毒	136
四，亞布答(Apthae, Stomatitis aphthosa od. Stomatitis makulofibrinosa)	136
五，壞血病	137
六，口腔結核	137
七，口腔梅毒	138
八，口腔之腫瘤	138
第二節 舌之畸形	141
一，舌癒着症	141
二，舌繫帶過短症	141
三，舌繫帶過長症	142
四，舌分裂症(舌破裂)	142

五，舌過長症	142
六，舌肥大症	142
七，舌萎縮症	142
八，舌之先天性缺乏	143
第三節 舌之損害	143
一，舌之創傷	143
二，舌之火傷	143
第四節 舌之炎症及其他疾病	143
一，急性舌炎	143
二，舌結核	144
三，舌梅毒	144
四，舌瘰癧	145
五，舌麻痺	145
六，舌神經痛	145
七，舌匍行疹	145
八，舌之特殊疾病	146
第五節 舌之腫瘤	147
第六節 惡性舌腫瘤之手術療法	148
第七節 舌動脈結紮法	151
第八節 腭之畸形	153
一，先天性腭破裂	153
1 硬腭成形術	153
2 軟腭縫合術	154
二，後天性腭缺損	154
第九節 腭扁桃體及咽之損害	155
一，腭之損害	155

二，扁桃體之損害	155
三，咽之損害	155
第十節 咽內異物	156
第十一節 腭扁桃體及咽之炎症	156
一，腭之炎症	156
二，扁桃體炎症(扁桃體炎)	157
三，咽之炎症(咽炎)	158
第十二節 腭扁桃體及咽之腫瘤	159
一，腭之腫瘤	159
二，扁桃體之腫瘤	160
三，咽之腫瘤	160
第十三節 咽之手術	161
一，咽切開術	161
二，咽摘出術	163
第八章 耳之損害及疾病	163
第一節 耳郭之損害及疾病	163
一，耳郭發育失常	163
二，耳郭之損害	164
三，耳血瘤	164
四，耳郭之炎症	164
五，耳郭之腫瘤	165
第二節 外耳道之損害及疾病	165
一，外耳道之發育失常	165
二，外耳道之損害	165
三，外耳道之炎症(外耳炎)	166

四， 疔疔栓塞	166
五， 外耳道異物	167
六， 外耳道腫瘤	167
第三節 鼓膜之損害及疾病	167
一， 鼓膜之損害	167
二， 鼓膜之炎症(鼓膜炎)	168
第四節 鼓室之損害及疾病	169
一， 鼓室之損害	169
二， 鼓室之炎症(中耳炎)	169
三， 鼓室之新生物	171
第五節 歐氏管(耳咽管)之損害及疾病	171
一， 歐氏管之損害	171
二， 歐氏管之炎症(耳咽管炎)	171
三， 歐氏管之狹窄及閉塞	172
第六節 乳突之損害及疾病	172
一， 乳突之損害	172
二， 乳突之炎症(乳突炎)	172
第九章 唾液腺之損害及疾病	173
第一節 唾液腺之損害	173
第二節 唾液腺之炎症	174
一， 腮腺炎	174
二， Angina Ludovici, Cynanche	176
三， Mikulicz'sche Krankheit	176
第三節 唾液排泄管內之分泌物滯留(唾液囊瘤)	176
第四節 唾石	177

第五節 唾液腺之腫瘤	177
第六節 腮腺及下頷腺摘出術	178
一，腮腺摘出術	178
二，下頷腺摘出術	179

第二編 頸部外科 180

第一章 頸部之損害及疾病 180

第一節 頸部之畸形	180
一，先天性頸瘻	180
二，頸肋骨	182
三，斜頸	182
第二節 頸部之損害	185
一，頸部之創傷	185
二，舌骨骨折	185
第三節 頸部動靜脈之損害	186
一，頸部動脈之損害	186
二，頸部靜脈之損害	186
第四節 頸部血管之結紮法	187
一，無名動脈結紮法	188
二，鎖骨下動脈結紮法	188
三，頸總動脈結紮法	190
四，頸外動脈結紮法	193
五，頸內動脈結紮法	193
六，椎動脈結紮法	193
第五節 胸管之損害	193

第六節	頸部神經之損害	194
第七節	頸部之炎症及化膿	196
第八節	頸部動脈瘤	200
第九節	頸部之腫瘤	200
一，	淋巴腺腫瘤	200
1.	惡性淋巴腺瘤	201
2.	淋巴腺肉瘤	201
3.	繼發性淋巴腺癌瘤	201
二，	硬性腫瘤	202
三，	囊瘤性腫瘤	204
第二章	甲狀腺之損害及疾病	205
第一節	甲狀腺之損害	205
第二節	甲狀腺之炎症	205
一，	急性甲狀腺炎	205
二，	慢性甲狀腺炎	206
第三節	甲狀腺肥大	206
一，	甲狀腺摘出術或甲狀腺半側腺囊外摘出法	209
二，	甲狀腺腫結節腺囊內摘出法	210
三，	甲狀腺動脈結紮法	210
	〔附〕副甲狀腺腫	211
第四節	因甲狀腺而起之特別疾病	212
一，	Morbus Basedowii	212
二，	粘液水腫	214
1.	手術的粘液水腫或甲狀腺摘出性惡病質	

2. 小兒性粘液水腫	214
三, Kretinismus	214
四, 甲狀腺手術後破傷風	215
第三章 胸腺之損害及疾病	215
第一節 胸腺之損害	216
第二節 胸腺之炎症	216
一, 急性胸腺炎	216
二, 慢性胸腺炎	216
第三節 胸腺增大症	216
第四節 胸腺淋巴體質	217
第五節 胸腺之腫瘤	217
第四章 喉及氣管之損害及疾病	218
第一節 喉及氣管之畸形	218
第二節 喉及氣管之損害	218
一, 喉震盪症	218
二, 喉之挫傷	219
三, 喉軟骨脫臼	219
四, 喉軟骨骨折	219
五, 氣管之骨折	220
六, 喉及氣管之創傷	220
七, 喉及氣管之火傷及腐蝕	221
第三節 喉之炎症	221
一, 卡他性喉炎或喉卡他	221
二, 喉格魯布及狄夫的里	222

三， 粘膜下喉炎	222
四， 聲門浮腫或喉浮腫	223
五， 喉軟骨炎及骨膜炎	223
六， 喉結核	223
七， 喉梅毒	224
第四節 喉及氣管內異物	224
第五節 喉及氣管之腫瘤	225
第六節 喉之運動神經症	225
一， 聲門閉肌之痙攣	225
二， 喉肌之麻痺	226
第七節 喉及氣管之手術	226
一， 喉切開術	226
二， 氣管切開術	228
1. 上氣管切開術或高氣管切開術	228
2. 下氣管切開術或低氣管切開術	229
三， 喉插管法	230
四， 氣管栓塞法	230
五， 喉摘出術	231
1. 全摘出術	231
2. 半側摘出術	231
第五章 食管之損害及疾病	232
第一節 食管之先天性畸形	232
第二節 食管之損害	232
一， 食管之皮下損害	232
二， 食管之創傷	232

三，食管之火傷及腐蝕	233
第三節 食管內異物	234
第四節 食管之炎症即食管炎	236
第五節 食管之狹窄	237
第六節 食管之擴張	238
一，食管擴張	238
二，食管憩室	239
第七節 食管之腫瘤	240
第八節 食管之手術	241
一，食管切開術	241
二，食管縫合法	243
三，食管切除術	244
四，食管切斷法及斷端閉鎖法	244
五，食管穿通法	244
六，食管重疊法	245
七，食管胸壁固定法及食管瘻建設術	245
八，胸部食管癌包裹切除法	245
九，胃食管吻合術	246
十，空腸食管吻合術	246
十一，食管賁門成形術	246
十二，食管瘻建設術	247
十三，食管成形術	247
第三編 胸部外科	248
第一章 胸廓之損害及疾病	248
第一節 胸廓之畸形	248

一，	胸廓之先天性畸形	248
二，	胸廓之後天性畸形	249
三，	肺赫尼亞	250
第二節	胸廓之損害	250
一，	胸廓震盪症	250
二，	胸廓之挫傷	250
三，	胸廓之創傷	251
	乳房內動脈結紮法	251
	肋間動脈結紮法	253
第三節	胸骨骨折及脫臼	253
一，	胸骨骨折	253
二，	胸骨脫臼	254
第四節	肋骨骨折及脫臼	254
一，	肋骨骨折	254
二，	肋骨脫臼	256
第五節	胸廓外軟部及骨之炎症性疾病	256
一，	軟部之炎症	256
二，	骨之炎症	259
1.	肋骨及胸骨之急慢性化膿性骨髓炎及骨膜炎	259
	〔附〕腸傷寒症時所起之肋骨骨髓炎	259
2.	肋骨結核或肋骨骨瘍	260
3.	胸骨結核或胸骨骨瘍	260
4.	肋骨及胸骨之梅毒	260
第六節	胸廓壁之腫瘤	262
第七節	肋間神經痛	263

第二章 胸膜,膈,縱膈膜及胸內臟腑之損害及疾病	264
第一節 胸膜之損害及疾病	264
一, 胸膜之損害	264
二, 氣胸	265
三, 血胸	267
四, 乳糜胸	268
五, 水胸	270
六, 漿液胸或漿液性胸膜炎	270
七, 膿胸或急性化膿性胸膜炎	271
(一) 穿胸術	272
(二) 單純開胸術	273
(三) 切除肋骨之開胸術	273
(四) 特別排膿法	274
八, 結核性胸膜炎	275
九, 胸膜之腫瘤	275
第二節 肺之損害及疾病	276
一, 肺之損害	276
二, 肺及枝氣管內異物	277
三, 肺癆及枝氣管癆	278
四, 肺之炎症	279
五, 肺之腫瘤	279
六, 肺之手術	279
(一) 氣胸發生之防禦法	280
甲. 兩胸膜葉癒着法	280

乙. 壓差法	280
(1) Sauerbruch 氏低壓法	281
(2) Brauer 氏高壓法	281
(二)開胸術	282
(1) 肋骨切開法	282
(2) 瓣狀切開法	283
(三)肺縫合	284
(四)肺切除及摘出術	285
(1) 肺切除術	285
(2) 肺摘出術	286
(五)肺結核之外科療法	287
(1) 人工氣胸	287
(2) 油胸	287
(3) 肺尖成形術及肺尖剝離法	287
(4) 胸腔內肺剝離術	288
(5) 胸廓成形術或切除肋骨肺萎縮 法	288
(6) 肺剝離法及胸膜外充填法	288
(7) 肺之絆創膏療法	288
(8) 肺血管狹窄法	289
(9) 膈神經離斷術	289
(六)肺膿腫及肺壞死之外科療法	290
(七)枝氣管擴張之外科療法	291
(八)肺氣腫之外科療法	291
(九)枝氣管喘息之外科療法	291
第三節 心及心包之損害及疾病	291

一，心包之損害	292
二，心之損害	292
心露出法	293
三，心包及心臟之炎症性疾病	294
四，心之手術	294
(1) 心包穿刺術	294
(2) 心包切開術	295
第四節 縱隔膜之損害及疾病	295
一，縱隔膜之損害	295
二，縱隔膜之炎症	295
三，縱隔膜之腫瘤	296
四，胸部主動脈瘤	296
第五節 膈之損害及疾病	298
一，膈之先天性畸形	298
二，膈之損害	298
三，膈赫尼亞	298
四，膈下膿腫	299
五，膈之炎症	301
六，膈之腫瘤	301
第三章 乳腺之損害及疾病	301
第一節 乳腺之畸形	301
一，乳頭異常	301
二，無乳腺	301
三，小乳腺	302
四，多乳腺	302

五，錯位乳腺	303
六，女乳腺	303
七，下垂乳腺	304
八，真性汎發性乳腺肥大	305
第二節 乳腺之損害	305
第三節 乳頭之表皮剝脫及皸裂	306
第四節 乳腺之官能疾病	306
一，初生兒之奇乳及血液分泌	306
二，處女之初乳分泌及乳腺出血	306
三，代償性月經	306
四，閉經期之出血	306
五，脊髓癆卵巢腫瘤子宮附屬器結核等	306
第五節 乳腺痛	307
第六節 乳頭炎或乳暈炎	307
第七節 乳腺炎	307
一，急性乳腺炎	307
(1)初生兒乳腺炎	307
(2)成人乳腺炎或懷孕期乳腺炎	308
(3)外傷性乳腺炎	308
(4)產褥性乳腺炎	308
(一)鬱滯性乳腺炎	308
(二)傳染性或蜂窩織炎性乳腺炎	308
(5)特別傳染性乳腺炎	309
二，慢性乳腺炎	309
(1)閉經期之乳腺炎	309
(2)慢性癌瘤性乳腺炎	309

(3) 乳腺結核.....	310
(4) 乳腺梅毒.....	310
(5) 乳腺放線菌病.....	310
第五節 乳腺之腫瘤.....	310
一，纖維瘤.....	310
二，粘液瘤.....	311
三，脂肪瘤.....	311
四，軟骨瘤及骨瘤.....	311
五，肌瘤.....	311
六，血管瘤及淋巴管瘤.....	311
七，內皮細胞瘤.....	312
八，乳頭瘤.....	312
九，腺瘤.....	312
十，肉瘤.....	313
十一，乳腺癌瘤(乳癌).....	314
[附] Paget 氏病.....	316
十二，乳囊瘤.....	317
十三，寄生蟲性囊瘤.....	317
十四，乳腺之粉瘤及真珠瘤.....	317
第四編 脊柱脊髓及骨盆外科.....	318
第一章 脊柱之損害及疾病.....	318
第一節 脊柱之先天性畸形.....	318
一，脊椎破裂(脊椎水腫).....	318
二，先天性薦腰部腫瘤.....	320
三，潛伏性脊椎破裂.....	320

四， Richard' 氏病	321
五， 蛙頭或蛙人	322
第二節 脊柱之骨折	322
一， 寰椎及樞椎骨折	323
二， 下方頸椎至第二胸椎骨折	324
三， 上方及中央之胸髓損傷	324
四， 下方胸椎骨折兼腰膨大部直上之脊髓損傷	324
五， 第十二胸椎骨折於腰膨大部中央損傷脊髓時	324
六， 第三腰椎以下之骨折	325
第三節 脊柱之脫臼	327
一， 頭脫臼	329
二， 寰椎脫臼	329
三， 第二至第七頸椎脫臼	330
四， 胸椎脫臼	330
五， 腰椎脫臼	330
第四節 脊柱之創傷	330
第五節 脊柱之炎症性疾病(脊椎炎)	331
一， 急性骨髓炎	331
二， 結核性脊椎炎	332
三， 梅毒性脊椎炎	333
四， 強直性脊椎關節炎	333
五， 畸形性脊椎關節炎	339
六， 腰痛	339
第六節 脊柱之彎曲	340

一， 脊柱後彎	340
二， 脊柱前彎	341
三， 脊柱側彎	343
(1) 先天性側彎	343
(2) 佝僂病性側彎	343
(3) 病的側彎	344
(4) 外傷性側彎	344
(5) 重力性側彎	344
(6) 習慣性側彎	345
第七節 脊柱之腫瘤	348
第二章 脊髓之損害及疾病	349
第一節 脊髓之損害	349
一， 脊髓震盪症	349
二， 脊髓壓迫症	349
三， 脊髓之挫傷	350
四， 脊髓之創傷	350
第二節 脊髓及其被膜之炎症	350
第三節 脊髓及其被膜之腫瘤	351
第四節 脊柱之手術	351
一， 椎弓切除術(脊柱穿開術)	352
二， Foerster'sche Operation	353
三， 椎管之腰穿刺術	353
第三章 骨盆之損害及疾病	354
第一節 骨盆之骨折	354
一， 骨盆骨單獨骨折	355

二，骨盆骨複雜骨折	355
第二節 骨盆骨脫臼	357
一，恥骨縫斷裂或脫臼	357
二，薦腸關節斷裂或脫臼	357
第三節 骨盆軟部之損害	357
一，臀上動脈結紮法	358
二，臀下動脈結紮法	358
第四節 骨盆骨及骨盆關節之炎症	358
一，骨盆骨急性骨髓炎	359
二，骨盆骨及骨盆關節之結核	359
第五節 骨盆軟部之炎症	360
第六節 骨盆之腫瘤	362
〔附〕植物性神經之外科	363
第一章 植物性神經之解剖	363
第一節 交感神經系統	363
一，頸部神經節	364
a. 頸上神經節	364
b. 頸中神經節	364
c. 頸下神經節	364
二，胸神經節	364
三，腰神經節	365
四，薦骨神經節	365
五，腹神經節或太陽神經節	365
第二節 副交感神經系統	365
一，腦自律神經系統	365

二，薦骨自律神經系統	366
第二章 植物性神經之生理	366
第三章 植物性神經之藥物學	368
第四章 植物性神經與內分泌	369
第五章 頸部交感神經之外科	370
第一節 頸部交感神經之損害	370
第二節 頸部交感神經之腫瘤	370
第三節 頸部交感神經之手術	371
一，適應症	371
(一)真性癩癩	371
(二)偏頭痛	371
(三)進行性半面萎縮症	371
(四)三叉神經痛	371
(五)Basedow 氏病	371
(六)枝氣管喘息	372
(七)狹心症	372
二，頸交感神經節切除術之術式	372
第六章 腹部交感神經之外科	373
一，適應症	373
(一)脊髓癩之胃發症	373
(二)胃潰瘍	374
(三)胃腸膨脹分泌障礙或運動障礙等	374
(四)腎神經痛等	374

	(五)血管痙攣性無尿症結石嵌頓無尿症	374
	(六)骨盆神經痛陰門痙攣坐骨神經痛紅 足症	374
	(七)特發壞疽 Raynaud 氏病小腿潰瘍骨及 關節結核慢性骨髓炎等	374
	二，腰薦交感神經節切除術之術式	374
第七章	末梢交感神經之外科	376
	第一節 動脈周圍交感神經切除術	376
	一，適應症	376
	二，股動脈周圍交感神經切除術	377
	三，臂動脈周圍交感神經切除術	377
	四，頸總動脈周圍交感神經切除術	377
	第二節 末梢脊髓神經之手術	377
第八章	副交感神經之外科	377
	第一節 迷走神經之損害	378
	第二節 迷走神經之腫瘤	378
	第三節 迷走神經之手術	378



外科各論

北平大學醫學院教授

劉兆霖著

第一編 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 aeußeren

Weichteile des Schaedels)

第一節 頭顱軟部之創傷

(Wunden der Schaedelweichteile)

原因一或以銳器而生切創、割創、刺創、或因鈍器而生裂創、挫創、槍創等

(李)

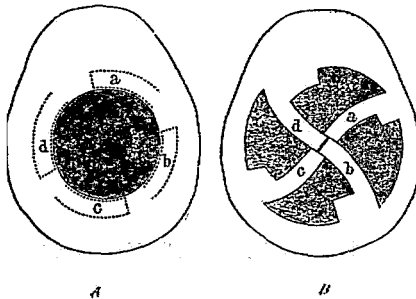
二十六年徵集之書

症候：一切割創之只限於皮膚者，創緣不甚哆開，若傷及帽狀腱膜 (Galea aponeurotica)，則哆開甚大，出血亦多。蓋頭顱軟部之血管甚富，且與外圍組織緊接，一旦斷裂斷端難向組織中退縮，管口不能收閉故也。又常因外力之方向而生瓣創 (Die Lappenwunde)。然因血管豐富，皮瓣鮮有壞死者。刺創以其多達骨內，每有斜行之創管，而出血則較切創為少。但為長穿通創 (Die penetrierende Wunde)，出血往往劇烈 (尤以傷及顱深動脈 (Art. temporalis profunda) 時為然)。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，常呈綫狀或瓣狀，創緣或銳利，或稍挫裂，或挫滅呈塊狀，又或剝離頭顱軟部之大部分而成剝皮創 (Die Scalpierungswunde)。槍創多為小槍彈之擦過創 (Die Streifwunde)，呈深淺不同之創溝。彈力薄弱者，往往成周匝槍創 (Der Kontourschuss)。

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療法，往往不致化膿。反是無適當之處置，即極微創傷，能續發丹毒，蜂窩織炎，腦膜炎，靜脈竇血栓致死。

第一圖

生髮部頭皮缺損之成行術
(仿 v. Volkmann u. Messner 氏)



療法：新鮮創傷之出血不止者，先結紮血管，或行血管周圍括約法。顱前及顱後深動脈 (Art. temporalis profunda anterior u. posterior) 出血，則結紮頸外動脈 (A. carotis ext.)，次將創緣毛髮盡行剃去，嚴密消毒後，乃造一新創面而縫合之。陳舊者，創內充

填消毒綿紗，外加防腐繃帶，待其成爲無腐性創面時，再施第二期縫合。

剝創，有時因欲精檢異物之存在否，不可不開大其創口。挫創之創緣挫滅已甚，將陷於斃死者，則切齊創緣而縫合之。槍創之療法，與挫創略同，即切開創管，除去壞疽狀之創緣等。至於剝皮創，其皮瓣尙有一部連續者，則可期其癒合。否則造有莖皮瓣以被覆之（如第一圖），或行 *Thiersch* 或 *Krause* 氏植皮術（*Die Transplantation nach Thiersch oder Krause*）。

第二節 頭顱軟部之皮下損害

(Subkutane Verletzungen (Quetschungen od. Kontusion)

der Schaedelweichteile)

因鈍器打擊衝突而起，以皮下組織挫滅及血管斷裂，爲其主要局部呈瀰蔓性或限局性溢血（*Extravasat*），限局性者，往往成有波動之血瘤（*Haematom*），從其發生部位，別爲皮下血瘤、帽狀腱膜下血瘤及骨衣下血瘤三種。

a. 皮下血瘤（*Das subkutane Haematom*）因打擊衝突而發，常見於兒童之額部、頂部及枕部。血液流溢於皮膚及帽狀腱膜間之緊密結締織中，故血瘤小而不至蔓延，隆起作半球狀，分界正確，周緣比較硬固，中央呈波動，皮膚每因血色素之滲透而變色。

b. 帽狀腱膜下血瘤（*Das subaponeurotische Haematom*）係血液溢於帽狀腱膜與骨衣間之疏鬆結締織中，若稍大之動脈脈斷裂，則血液向四方蔓延而成大腫瘤，在動脈性血瘤則呈搏動（*Pulsation*）。

c. 骨衣下血瘤（*Das subperiostale Haematom*）因骨衣與骨面強力推移，致血管斷裂而發，多見於骨發育時期之兒童，而所謂初生兒顱血瘤（*Cephalohaematoma neonatorum*）者，大抵亦屬於此種，爲腎臟

形至梨子狀之腫瘤，常占居於頂骨上，大小雖有種種而皆不越骨縫 (Knochennähte)。蓋分娩時，兒頭受骨盆骨或鉗子之壓迫，骨衣血管斷裂，乃起本症。此時初生兒之頭顱軟部，現有壓跡 (Druckmarke)。輕度者消散迅速。若頭顱軟部著明挫滅，不免膿潰壞死，或起蜂窩織炎，或發腦膜炎致死。

經過：上述各症常全消散。即甚大者亦能吸收。惟挫傷骨衣時，多起一時性或永久性骨肥厚。如初生兒之顱血瘤，其溢血部之周圍每可觸知堤狀之隆起，此乃由被抬起之骨衣，新生骨質故也。又或溢血部封鎖於結締織性被膜內而成囊瘤，中含帶赤黃色液體，間或藉 Santorini 氏導血管 (Emissaria Santorini) 而與硬腦膜之靜脈竇交通。Strohmeyer 氏稱之為顱蓋骨外靜脈竇 (*Sinus pericranii*)，手術時須注意及之。其他因顱蓋血管之損傷而發血管瘤，動脈瘤者有之。

預後：大致可以吸收而愈。若由創傷或淋巴行，血行，竄入化膿菌，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，且施壓抵繃帶，促其吸收。吸收緩慢時，可以穿刺，排去凝血之一部，再加四五日間之壓抵繃帶。稍大之血管損傷，壓迫無效者，則切開局部，求其血管，施行結紮，然後縫合創緣，外加無腐繃帶。

第三節 頭顱軟部之疾病

(Krankheiten der Schaedelweichteile)

一、頭丹毒

(Erysipelas capitis, die Kopfroese)

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竄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：耳與額部發生水疱，臉及耳郭著明腫脹。患者一方因腦直接受炎症刺激，一方因高熱作用，故常發嗜眠及譫妄(Schlafsucht u. Delirium)。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，遂來板障(Diploë)之膿積，膿性腦膜炎，靜脈竇血栓，膿毒血症等。若侵及眼內蜂窩織，則以靜脈炎而致靜脈竇血栓及化膿性腦膜炎畢命。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：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。有效藥劑為 10-50% Jchthyolglycerin, 30% Zinkoxyd-Olivenoel, 30% Zinkoxyd-Desinfector, 10% 碘酒等塗布法。1-2% 石炭酸, 1% Rivanol 等皮下注射法, 2% Chlor-Calcium (10-30 cc), 2% Magnesium sulfuricum, 1% Rivanol (50-100 cc), 1% Trypaflavin (50-100 cc), Presojod (40 cc), Yatrenlösung 等靜脈內注射法。他如連鎖球菌血清, 丹毒血清, Autovaccin 等注射, 鬱血療法, 熱氣療法, X 光線療法, 時亦奏效。為保護患者之心力, 更須給與強心劑。

二、頭蜂窩織炎

(Phlegmone capitis, die Kopfphlegmone)

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。就中以深在性症較為危險。蓋帽狀腱膜若大部陷於壞疽，骨衣剝離，膿積，炎症更向顱腔進行，則可續發膿性腦膜炎，靜脈竇血栓而死。但骨衣雖全剝離，顱骨藉硬腦膜之供給營養，其壞死部往往僅止於骨質之表層。在皮下蜂窩織炎，症候極為著明。反是，對於深在性蜂窩織炎，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：預防為先。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，再加濕性防腐繻帶。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。

三、頭氣腫及氣瘤

(Emphysema et Pneumatocele capitis)

頭氣腫，係空氣蓄積於帽狀腱膜及骨衣間之症。如鼻骨、篩骨、額骨及顳骨骨折後，空氣由鼻腔、篩骨蜂窩、額竇、鼓室、乳突蜂窩竇

第二圖
頭氣腫
(仿 Mason Warren 氏)



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。若空氣長留於骨衣之間，呈限局性腫脹者，則稱為頭氣瘤。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（名曰乳突上頭氣瘤 *Pneumatocele capitis supramastoidea*），皆由乳突蜂窩外壁，存有先天性或後天性缺損部，於是當咳嗽、噴嚏、鼻息等增進鼓室內氣壓之際，空氣遂竇入於顳骨

骨衣之下而發。初則限局於乳突之上，呈彈力性無痛之腫瘤，經年則漸向枕部及頂部蔓延增大。

頭氣瘤亦往往與額竇交通，是名前頭氣瘤（*Pneumatocele syncipitalis*），位於額之中央，或占其全部。由於額竇骨壁，因損傷或炎症而致缺損之故。但亦有因先天性存有骨壁裂隙而起。

療法：頭氣瘤可用穿刺法，或切開後加以壓抵帶。Wernher氏應用上法，使腫瘤縮小後，再注入碘酒，獲得良效。云骨壁存有裂隙者，則造骨衣瓣或移植骨片以閉鎖之。

四，頭動脈瘤

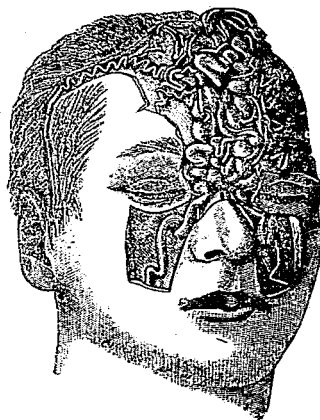
(Aneurysma capitis, Aneurysmen des Kopfes)

原因及症候：本症常續發於顱動脈之損傷，動脈擴張作圓柱狀，紡錘狀，或囊狀，其大小不一，間或大如雞卵，靜脈同時受傷時，

第三圖
頭動脈瘤
(仿 Czerny 氏)



第四圖
蔓狀動脈瘤
(仿 P. v. Bruns 氏)



則成動靜脈性動脈瘤 (*Aneurysma arteriovenosum*)，每惹起廣大之血行障礙。其他有所謂蔓狀血管瘤 (*Rankeangiom*) 者，乃基於先天性素因而發，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。若漸次增大，則皮膚菲薄，每因輕微外傷而起極險之出血。

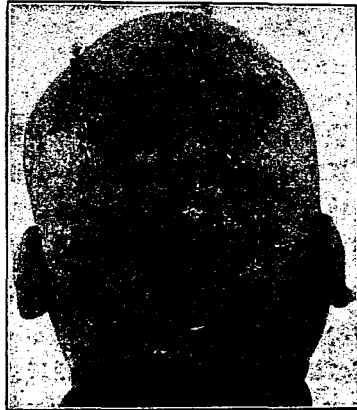
療法：壓抵法或可治愈。而最確實之法，厥為將動脈中樞末梢二端，及動脈側枝，悉行結紮，然後剝出腫瘤。至於蔓狀血管瘤，小

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),至結紮頸總動脈(Art. carotis communis),則腦因血行障礙而軟化,故不適用。此時可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 頭顱軟部之腫瘤 (Geschwuelste der Schaedelweichteile)

上皮性新生物中,以乳頭瘤或疣贅(*Papillom und Verruca*)為最多,常生於頭顱之被髮部,內含色素,皮膚蔓延肥厚,有時形成巨大之皮角(*Horn*)。癌瘤好發於額部及顳部而尤以扁平癌瘤性潰瘍為最多。其侵及深部,每破壞骨質,甚及腦膜。由粉瘤,疣贅,瘻痕發生者不少。粉瘤亦好發於頭顱軟部,居於皮膚內或下,為柔軟緊滿之腫瘤。小者如鷄卵雀卵,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,或變為癌瘤。皮樣囊瘤(*Dermoidzysten*)

第五圖
乳頭瘤
(著者)



第六圖
皮角
(仿 Gould and Pyle 氏)



第七圖
頭顱軟部之惡瘤
(著者)



第八圖
頭部之多發性粉瘤



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，額部，乳突附近及大小囟門部。常屬先天性，發育極緩，至懷春期始發見之。

結締織性腫瘤中之纖維瘤，硬性者少，多為軟性。身體各部，多數發生，往往成為大瘤而以莖與頭部連絡。蔓狀神經瘤 (Rankeurom) 係一

定神經發結節狀結締織樣變性，神經索條蔓狀迂曲，以顳部，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。脂肪瘤好發於脂肪組織，帽狀腱膜下，及顳肌，額肌之筋膜下。肉瘤較少，而黑色肉瘤，往往基生於色素胎痣。

第九圖

眼附近之皮樣囊瘤

(著者)



A. 術前

B. 術後

療法：乳頭瘤，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。癌瘤之與骨相癒着者，則鑿去其骨質，再以皮膚瓣補其缺損，或行他種成形術。纖維瘤之巨大者，可分數回作楔狀切去之。肉瘤與癌瘤同。

第十圖

右頸部之軟性纖維瘤
(著 衣)



第十一圖

蕁狀神經痛



第二章 顱骨之損害及疾病

(Die Verletzungen und Krankheiten der Shaedelknochen)

第一節 顱骨之皮下損害

(Contusion der Shaedelknochen)

原因及症候：因鈍器衝突，打撲，或流彈射擊而發，或為單純性挫傷，或合併骨折，前者以板障內，或骨與骨衣，及骨與硬腦膜間出血，為其特徵，其兼骨折者，則外板或內板 (Lamina externa od. L. interna) 龜裂，甚或全部骨折，且發腦震盪症候，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,靜脈竇血栓,膿毒血症,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,則遺留腦疾患。又骨質與硬腦膜癒着或骨之一部肥厚時,往往爲癲癇之原因。

療法: 輕症者無需治療。合併軟部挫傷者,則以防腐法處置之。腦震盪,腦壓迫症等之療法,見後章。

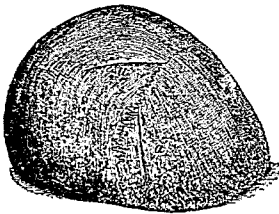
第二節 顱骨之創傷

(Wunden der Schaedelknochen)

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(*Die penetrierende u. nichtpenetrierende Schaedelwunde*)。又以創傷種類,而有切創,刺創,槍創等。槍創,詳於骨折章,茲述前二者。切創,起於

第十二圖

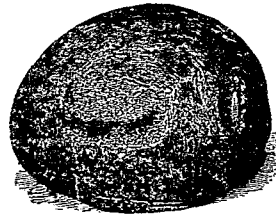
顱骨之綫狀切創



a à 綫狀切創

第十三圖

枕骨之槌狀創



銳器之侵襲。因侵襲方向而作綫狀,澗狀,或使骨質一部缺損。澗狀創,或物質缺損創,常以斜割額部,顳部及枕部而起。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。穿通性創則反是。刺創,因刀劍等之刺入而發。深者達至腦內,此時創內往往存留器械之尖端而發腦膜

炎及腦髓炎。或經數月數年之後，突以腦膿腫致死。

診斷：一切創易診。欲知穿通否，須精細視察創傷部。刺創，或須開大創口，搜檢異物。在穿通創，試於創內灌注防腐液，得認知腦搏動。X光線像，能認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，餘則充填消毒棉紗。倘骨一部與軟部同斷裂者，可作皮瓣被覆或行植皮術。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 (Art. meningea med.) 出血，應鑿開骨創，施行結紮。其他合併症，用相當之處置。

第三節 顱骨骨折

(Frakturen der Schaedelknochen)

一、顱穹窿骨折

(Fraktur des Schaedelgewoelbes)

顱穹窿骨折，在顱骨骨折中最占多數，其種類如後。

(一) 龜裂或冰裂骨折 (*Fissuren, Spruenge 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，蓋內板之抵抗力較弱故也，因亦名為玻璃板 (*Glastafel*)。其裂線或單一，或分歧。長者達於顱底而成所謂放射散性冰裂骨折 (*irradierte Fissuren*)。

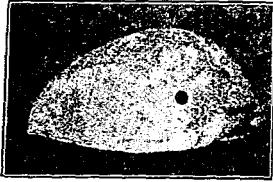
(二) 片塊及粉碎骨折 (*Stueck- u. Splitterbrueche*) 所謂片塊骨折者係顱骨之一部，以分界線與他骨分離之謂。粉碎骨折者，係骨折為大小不同之多數碎片。倘碎片有一定之中心，放散作輪狀者，謂之星芒骨折 (*Sternbrueche*)。重篤之症，顱骨全部粉碎作小片，折片若向顱腔內轉位時，則成陷沒骨折 (*Depressionsfraktur*)，往往惹起腦壓迫症。

(三) 穿孔骨折 (*Lochbrueche*) 常起於槍傷，內板之物質缺損，

在射入部每大於外板，而射出部則反是。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，則顱骨因彈丸之爆發作用而粉碎。爆發愈烈，破壞益甚。蓋其破壞也，以富有水分之柔軟腦質，遇射入顱腔內之彈丸，則靜水壓 (Der hydrostatische Druck) 著明亢

第十四圖

一千公尺之槍創射入口



第十五圖

一千公尺之槍創射出口



進，故顱骨為所壓排而破壞，即與射擊無關之部位，往往生冰裂骨折者，亦即因此。至於遠距離之彈丸，常留於骨或腦內，甚或不能破壞骨質。他如輕微擦過槍傷，起內板之片碎骨折者有之。

原因：為直接與間接之暴力，尤以直接的外力為多。至於顱骨壓陷之時，往往獨有內板破裂者，可視第十六圖而自明。他如內

第十六圖

因骨屈拗而起內板單獨骨折之想像



外板全骨折時，內板較外板折傷為早。又在僅有射入口之槍創，彈丸衝着他側內板，或起外板之單獨骨折，亦同一理。

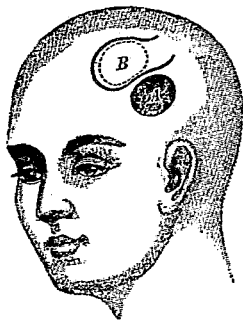
症候及經過：專視有無損傷腦之貴重部位及顱腔內有無溢血為斷。甚則發腦震盪症，腦壓迫症，及一定之局部症候。震盪症立發於受傷之後。壓迫症，必待溢血達一定度而始發生。粉碎骨折，

常致膿潰，幸而治愈，每貽精神障礙，如眩暈、痙攣發作等。彈丸瘡合於創內，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，有時皮下滯留腦脊髓液，呈有波動之腫瘤，多以續發腦膜炎而取不良之轉歸，然亦有因壓抵綳帶而自然消散者。

診斷 軟部哆開之複雜骨折，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（固定骨折痛），則為骨折，當無疑義。又與顱腔穿通之創傷，灌注防腐液，能認知其腦搏動。若腦膜同時受傷，則腦質脫出。

皮下骨折，須詳細接觸頭部，以檢陷沒、哆開，及折片銳緣之有無。溢血腫脹者，先以按摩，除去溢血，再行細檢。大抵骨陷沒愈甚，可推知外力之侵襲最為限局，而內板之破碎亦愈烈。其他 X 光線透照法，能證明異物之存在與否。行腰穿刺往往能得血性之腦脊髓液。

第十七圖
顱骨缺損部之成形術



A = 骨缺損部
B = 有蓋之皮膚骨衣骨瓣
(該骨成於外板及板障一部)

預後：關於腦實質損傷之輕重及有無腦壓迫症，在顱骨骨折，往往傷及腦膜中動脈，且合併顱底骨折，故預後極不良。

顱骨骨折治愈後，每續發外傷性癲癇。

療法：對於無腦症候之皮下骨折，但令安臥靜養即足。若明顯充血或頭痛時，施行冰罨法。但冰罨使用過久，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。既發腦壓迫症，

須行穿顱術 (*Trepanation*), 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。較大之骨及軟部缺損, 則移植皮膚骨衣骨瓣以被覆之 (如第十七圖)。其他注意其體溫。槍傷骨折之折片與彈丸, 竄入腦內而難再出者, 放置之, 徐視其經過, 必要時行穿顱術, 以圖異物之摘出。

二、顱底骨折

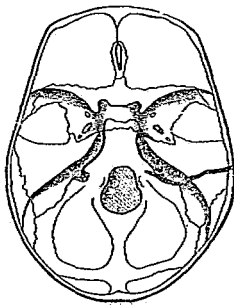
(Fraktur der Schadelbasis)

原因: 比前者為少, 常見於顱中凹 (*mittlere Schadelgrube*), 顱前凹及顱後凹次之。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, 除槍射者外, 或起於侵襲眼眶及鼻腔內之外力。其他衝突打擊額部, 致下頷關節凹骨折者亦屬之。分橫骨折, 縱骨折, 及斜骨折三種。

第十八圖

顱底不全橫骨折

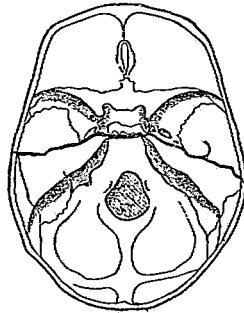
(仿 v. Wahl 氏)



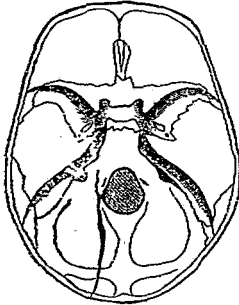
第十九圖

顱底全橫骨折

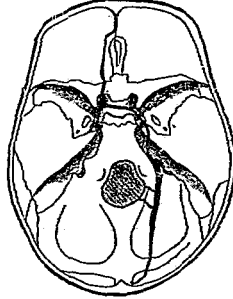
(仿 v. Wahl 氏)



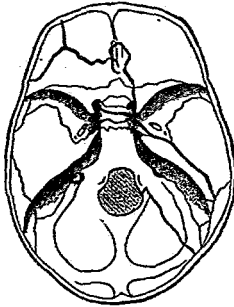
第二十圖
顱底不全縱骨折
(仿 v. Wahl 氏)



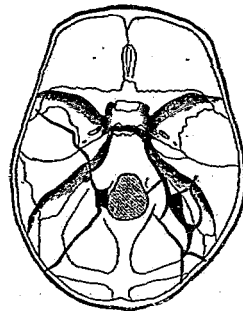
第二十一圖
顱底全縱骨折
(仿 v. Wahl 氏)



第二十二圖
顱底全斜骨折
(仿 v. Wahl 氏)



第二十三圖
枕骨之粉碎骨折
(仿 v. Wahl 氏)

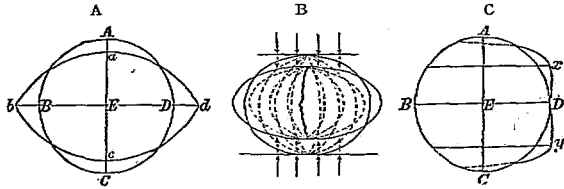


間接性顱底骨折之發生除關於全部抵抗力外（顱底因有多數血管神經孔故抵抗力較穹窿為弱），尚與外力襲來之部位及方向相關。即因壓力超過骨凝集力而生之破裂骨折（*Der Berstungsbruch*），其方向恒與壓迫軸並行。如顱蓋受前額方向之橫壓迫，則起顱底全或不全橫破裂骨折。受矢狀方向之縱壓迫，則起顱底

全或不全之縱破裂骨折。又受對角線之斜壓迫，則生對角線之破

第二十四圖

破裂骨折及屈折骨折之想像圖。



裂骨折。他如顛頂與脊柱間，加以鉛直方向之壓迫，則起枕骨周圍之粉碎骨折。其因壓迫或屈曲而生之壓迫或屈曲骨折 (*Der Kompressions- und Biegungsbruch*)，則其方向與壓迫軸成爲鉛直。試言其理，假如有 A B C D 之空洞球，A C 二處同受壓迫，則呈 a b c d 橢圓形，a c 二處生直接壓迫骨折，b 及 d 間之子午線距離增廣，乃生間接的破裂骨折 (見二十四圖 A. B.)。反之，僅 D 部受有壓迫 (例如墜落時，足衝於地而壓迫枕骨孔部)，則除 D 部直接骨折外，x 及 y 發生間接的破裂骨折。蓋此部適當 A D 及 C D 二子午線之最高隆點也 (見二十四圖 C.)。

症候及診斷：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。蓋臉，眼球結合膜，咽頭粘膜或乳突附近，如未受直接之外傷而來皮下溢血者，實爲底部骨折之一症候。若眼動靜脈斷裂，則眼眶內強劇出血，而眼球突出。若耳孔漏出腦脊髓液，可知其爲硬腦膜，蜘蛛膜，及鼓膜之破裂并顛骨錐體之骨折。若鼓膜無裂創，則必爲外耳道上壁之骨折。又錐體雖起骨折而鼓膜無損傷時，則腦脊髓液可經歐氏管 (*Tuba Eustachie*) 出於咽頭及鼻腔，通篩骨迷路之顛前凹 (*vor-dere Schaedelgrube*) 骨折，則腦脊髓液由鼻腔流出。流出之腦脊髓液量，恒不一定。該液初帶血色，後乃澄清若水，呈鹼性反應，含少量蛋

白而富含鹽，煮沸之微現混濁，依此遂得與淋巴（來自迷路）或血清（來自硬腦膜外血瘤）區別。

至由耳道及鼻腔排出腦質者，則為顱底骨折，更無疑義，且為腦膜破裂，腦損傷之確據。至各腦神經之麻痺，固由骨折片斷裂，挫滅，或壓迫該神經，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（因腎臟內血管運動神經障礙），試行腰椎穿刺，則見壓力亢進，腦脊髓液中含有血液。X光像，得認知其骨折線。

經過及預後：關於腦大神經幹及血管之有無損傷，並續發炎症，化膿與否。鼻腔，額竇，蝶竇損傷後，細菌易入於顱腔而發腦膜炎，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礙。

療法：惟有對症療法。即無合併症者，絕對安靜，節減飲食，注意便通。若為穿通中耳之骨折，則將耳內消毒，充填殺菌棉紗。眼眶部有膿潰之兆者，宜速切開，以防其蔓延於腦膜。

第四節 骨縫離開

(Diastase oder die Trennung der Schädeldnaechte)

本症常與顱骨骨折併發。以狂暴外力為其原因，如墜落時，頭顱衝突於地，或檣木落於頭上，及楔狀物竄入骨縫內時，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，即老人亦偶見之。

診斷及預後：開放創可以目視。皮下離開者，可由皮膚上觸知其裂隙。預後，以其多起上述之合併症，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 Schädeldknochen 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，顱穹窿因薦骨岬之壓迫而致變形。然起真正骨折者絕少。有之，惟在鉗子分娩，或兒頭受薦骨岬強度抵壓時見之。以頂骨骨折爲最多。間發骨縫之斷裂。此時若起顱腔內溢血，則分娩後即歸死亡。否則，雖有骨折，亦屬無害。

第五節 顱骨疾病

(Die Krankheiten der Schaedelknochen)

一、急性顱骨骨膜炎

(Periostitis cranii acuta od. Pericranitis acuta, die akuten Entzündung des Periosts der Schaedelknochen)

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，頭面，項部亦起浮腫。越一二日局部發赤，柔軟而呈波動。切開時，流出膿汁。如能早時切開，已剝離之骨衣，可復癒著，不起骨壞死。即骨衣雖破壞，全骨層陷於壞死者仍極少。緣顱骨之榮養，可由硬腦膜補充之也。惟合併腐敗性骨髓炎者，則常以腐敗性腦膜炎，靜脈竇血栓，膿毒血症等而死。

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，其炎症腫脹極硬固而位於深部，壓之劇痛。初期侵襲皮膚及皮下組織者甚少。腫脹部皮膚且能移動，故可鑑別。惟本症往往因續發腦膜炎，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，以利膿汁之排泄，插入排膿管，外施防腐繃帶。骨之一部壞死者，則剔出之。

二，急性化膿性顱骨骨髓炎

(*Osteomyelitis cranii purulenta acuta, die acute Entzündung des Knochenmarkes der Schaedelknochen*)

原因：或因血行之媒介，或續發於頭部之炎症，實即顱骨之板障蜂窩織炎也。

症候及經過：因其輕重及廣狹而異，有僅侵及骨衣者，有侵硬腦膜者。炎症由導血管傳播於顱腔，則發腦膜炎，膿毒血症等而死。

療法：與急性化膿性骨衣炎同。要在暢利排膿，及消毒病灶二事。故宜鑿去外板，或併內板而除去之。

三，顱骨之慢性炎症

(*Die chronische Entzündung der Schaedelknochen*)

a. 顱骨結核 (*Die Tuberkulose der Schaedelknochen*)

原因：顱骨之罹結核，較他骨為少。有原發性繼發性二種。後者續發於鼓室及鼻粘膜結核。前者多見於幼年之罹他部結核病者，以頂部及額部為多。

症候及經過：先於顱蓋軟部有壓痛，及自發痛，浮腫，漸次膿潰。但以帽狀腱膜及頭皮之密固，不易向外破開，經久放任，乃襲骨質全層。手術時，遂得認知硬腦膜或腦髓。此時常以腦膜炎或靜脈竇血栓而死。

診斷：初期不易診定，有誤為軟性腫瘤及囊腫者。

預後：初期用X光線或日光療法得治愈之，然已形成膿腫或瘻管，則非以手術除去之不可。

第二十五圖

夏廷性橡膠樣頭性骨炎及骨炎

(著者)



第二十六圖

顱骨梅毒性癩斑



第二十七圖

因橡膠樣頭而生之顱骨缺損



D 缺損部

於額骨發骨炎,作錶面玻璃狀之扁平腫脹,訴有頭痛,尤以夜間為甚。此腫脹經一二週而自然消散。

b. 第三期骨梅毒 (*Knochensyphilis des III. Stadiums*) 多侵襲骨

療法: 切

開局部,充分搔爬。

如在初期,可用 X 光線或日光療法。

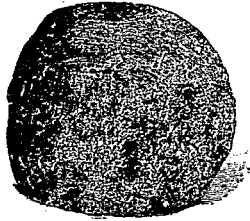
b. 顱骨梅毒 (*Die Syphilis der Schaedelknochen*)

原因: 或原發於骨衣,板障,顱骨內膜,或續發於顱軟部而以梅毒性骨炎為最多。

症候: 有下述之二型。

a. 第二期梅毒性骨炎 (*Periostitis syphilitica des II. Stadiums*) 主

第二十八圖
因蔓延性橡膠樣腫
而生之顛骨骨疽



衣，有時則侵犯板障(骨髓)，就中尤以顛骨表面之骨衣為常見，間亦發於顛骨內之骨衣，即所謂橡膠樣腫性顛骨內膜炎或橡膠樣腫性硬腦膜炎(*Endocranitis gummosa* od. *Pachymeningitis gummosa*)是也。此時在骨衣或板障內，發生少數之大橡膠樣腫，最大者可達至蘋果大，柔軟有彈力，無自發痛，但有時則訴夜痛(Nachtsch-

merz)。漸次吸收，或軟化破潰，形成特異之橡膠樣腫性潰瘍，更隨時日經過歸於治愈，周圍骨質著明肥厚，中央則呈缺損。

又或在骨衣或板障內，發生多數之小橡膠樣腫，致骨表面呈瀰蔓性腫脹，是名瀰蔓性橡膠樣腫性骨衣炎(*Periostitis gummosa diffusa*)，初有彈力而稍硬固，漸次軟化吸收，間或破潰，遺殘瀰蔓性骨肥厚。

橡膠樣腫性硬腦膜炎時，多不呈臨床症候，但顛骨內面發生贅骨，或硬腦膜肥厚而與骨面癒着(所謂癒着性梅毒性顛骨內膜炎(*Endocranitis syphilitica adhaesiva*)時，每為頑固性頭痛之原因。

療法：全身驅梅毒法及局部療法。

四，顛骨壞死

(Die Nekrose der Schaedelknochen)

原因：因蜂窩織炎，骨衣炎，結核，梅毒等而發，就中以化膿性骨衣炎，骨髓炎，為其主要之原因。

症候及經過：本症常穿通顛腔，續發腦膜炎，靜脈竇血栓，腦膿腫而死，但亦有藉肉芽發生及癒着性炎症，將病灶包囊者。又本症之特徵，多不發生骨樞(幼年者除外)。故遇稍大之壞死，即及於

骨全層，缺損部不生新骨，常以硬腦膜及結締織性癆痕閉鎖之。

療法 首在預防，即頭部損傷時，必逆制腐或無腐之法則。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。

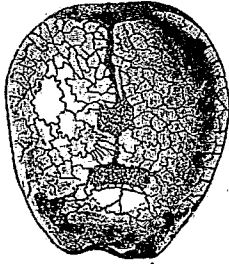
五、顱骨之萎縮及肥大

(Die Atrophie und Hypertrophie der Schaedelknochen)

尋常之顱骨厚徑，據 Péan und De Tornery 氏之測量，左側常較右側為大。又骨縫部，皆較他處為厚。女性較男性薄三分之一或四分之一。其與年齡之關係，大抵自七十歲起，骨質漸次萎縮。

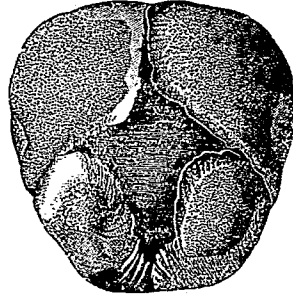
第二十九圖

多致小骨片化骨不全之顱骨
(仿 Vrolik 氏)



第三十圖

佝僂病性顱癆
(仿 Heineke 氏)



病理的顱骨萎縮，有先天性及後天性二種。前者如初生兒之顱骨一部或全部化骨不全。專以母體營養不良，先天性梅毒，水頭症為其原因。所謂顱骨成形不全 (*Aplasia cranii*) 是也。後者名曰後天性顱骨消耗 (*Atrophia s. Anostosis cranii acquisita*)，原因有種種，如骨衣骨髓之炎症性病，顱骨動脈瘤，腫瘤，水頭症等。老人性骨脆弱症 (*Osteoporosis senilis*) 亦屬之。然以起於佝僂病者為最多 (佝僂病性

顱蓋癆(*Craniotabes rachitica*)。此時骨之發生不全，既成之骨，復被吸收，枕骨特別菲薄軟弱。此外因顱骨萎縮而發高度骨軟化症者有之。其由末梢神經及中樞疾病所起之神經麻痺性及榮養神經性骨萎縮(*Die neuroparalytische und trophoneurotische Knochenatrophie*)，詳細原因未明。小兒骨縫化骨過早，各顱蓋之發育方向，與骨縫成爲鉛

第三十一圖

小 顱
(著者)



直時，是名塔顱(*Turmschädel*)。患者發腦壓迫症候，視力障礙。又因腦畸形及發育不全而起之小顱症(*Mikrocephalie*)，患者以精神痴愚，爲其特徵。發病原因，約與梅毒嗜飲有關。

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。近心性骨肥大(*Die konzentrische Knochenhypertrophie*)，爲稠化性骨炎(*Die kondensierende Ostitis*)之使骨質稠密者，骨硬變症或骨象

牙症(*Osteosklerose oder Eburneatio ossis*)，屬遠之心性骨肥大(*Die exzentrische Knochenhypertrophie*)，係骨質真正肥厚者，常與骨硬變症併發。贅骨(*Osteophyten*)及外骨瘤，係限局性之肥大。骨象皮病(*Elephantiasis ossium*)即蔓延性之肥大。本症發育緩慢，若向顱腔增生，則因壓迫而頭痛，眩暈，精神痴愚，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

第三十二圖
顱骨視變態肥大
(仿 Lexer 氏)



第三十三圖
顱骨動脈瘤
(仿 W. Busch 氏)



其原因。至於肥大，則僅限局性症，可以手術而治。

六，顱骨之動脈瘤

(Die Aneurysmen der Schadelknochen)

係顱骨血管孔內動脈之瘤性擴張，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，終使缺損，於軟部現一柔軟有搏動之腫瘤。因壓迫而縮小，壓迫同側之頸動脈亦然，去壓忽復充張，向外或內破開，不免於死。

療法：限局性者可與骨一同切去。欲防外力之侵襲，施保護綑帶，且維持其體力。若為腦膜中動脈之動脈瘤，則鑿去顱蓋骨，結紮其中樞及末梢二端而摘出之。時或須行頸總動脈結紮法。

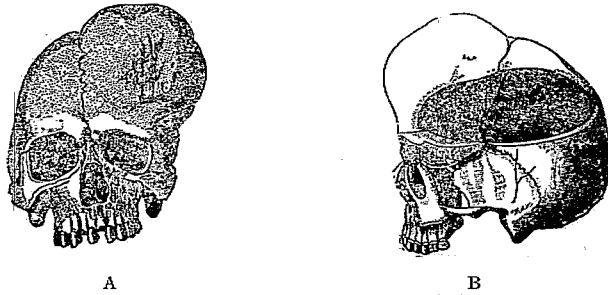
七，顱骨之腫瘤

(Geschwuelste der Schadelknochen)

最重要者，為內軟骨瘤、骨瘤及肉瘤。內軟骨瘤，原發於篩骨，向額竇、眼眶或鼻腔內增育，卒致化骨。骨瘤多生於骨衣，顱骨內膜次之。續發於外傷、炎症、結核、梅毒之後。限局一處，或具短莖表面平滑或呈凹凹，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，生於骨之內外二者，則發病灶症候及神經幹之麻痺。肉瘤多發於骨衣及板障，每以外傷為其誘因，或自他部轉移而來，以髓樣肉瘤之性質為最惡。若骨衣性肉瘤，主向外方發育，

第三十四圖
骨衣性骨瘤
(仿 H. Fischer 氏)



第三十五圖
顱骨骨瘤
B 為 A 之切斷面



間或同時向顱腔增大。骨髓性肉瘤，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，又或向內方壓迫硬腦膜及腦髓。更有所謂硬腦膜菌瘤 (*Fungus durae matris*)者，由硬腦膜發生，性狀較惡。往昔誤為癌瘤，實則

第三十六圖

顱骨肉瘤之新生骨



第三十七圖

骨髓性板障肉瘤

(仿 Albert 氏)



肉瘤也。此腫瘤生於硬腦膜之外面，故消耗骨質甚早，硬腦膜則長時保存。漸次增大，由消耗之骨裂隙內突出於外方，或經眶上破裂及岩骨管 (*Felsenbeinkanal*)而現於皮下。好發於少年之頂部。檢查組織，多為梭形細胞。臨床症候，與肉瘤同。

第三十八圖

硬腦膜菌瘤

(仿 Heineke 氏)



診斷：骨瘤之現於皮下者，就其形狀硬度等可以診斷。對於被有骨殼之肉瘤，須待穿刺或手術後，始能確知。顱蓋內面之骨瘤，僅能憑腦及顱腔內神經幹之官能障礙推測之。骨瘤與肉瘤鑑別之點，即為症候及經過。硬腦膜齒瘤，初期往往有還納性，並能認知其腦搏動（若已與骨癒着，且向骨上移行時則消失），是其特徵。其他在骨肉瘤根部常有新生之骨質，而齒瘤則無之。

療法：外部骨瘤鑿去之。內部者亦然。顱骨及硬腦膜肉瘤，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 des Gehirns und seiner Adnexa)

第一節 腦震盪症

(Commotio cerebri, Die Gehirnerschuetterung)

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。如打擊顱蓋，即屬於直接之外力。墜落之際，足或臂衝突地上，即屬於間接之外力。腦髓震動之強弱，與外力之速度及強弱相關。如外襲力劇烈迅速者，雖起骨折，或可不致發生本症。反是，則起強大之震動。至於發生本症之理由，尚無定說，恐因腦受外傷的刺戟而來一時的循環障礙之故（其失神由於大腦之障礙，循環及呼吸障礙，則由於延髓之障礙）。剖檢上，除軟腦膜、軟脊髓膜、腦髓及延髓充血外，不見其他變化。

症候：受傷後陷於失神，熟睡，頭面蒼白，眼瞼閉合，瞳孔狹窄或散大。對於閃光，稍能調節或竟不能。

呼吸淺表頻數不規則，時發鼾聲，脈搏在輕症者無著變，重篤之症則緩慢，更重者則細小頻數，體溫多下降。於不知不覺中洩出

大小便及精液。

腦脊髓液不混血液。輕症者持續一二分鐘至二三十分鐘，重症者持續竟日。其間之知覺、運動及反射，完全消失。

意識回復後，除有一時的健忘外，雖不見何等障礙，然於數日間，猶有殘遺：眼球震盪、重聽、吃納、頭痛、耳鳴等者。

輕度震盪症，有於受傷後僅現瞬時眩暈或耳鳴而即恢復者。

本症往往與腦壓迫症、腦挫傷併發。此時必先現震盪症之症候，次始現壓迫症及挫傷之症候。

診斷：若為純粹之震盪症，診斷容易，伴發他症者困難。

預後：外觀上雖甚輕微之症，每以顱腔內溢血，驟起壓迫症候。若脈搏及呼吸皆不規則，大小便失禁，瞳孔散大無反應者，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、心回部，上腹部、臍部，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。呼吸不良者行人工呼吸法。興奮不安時，注射嗎啡，Pantopon，頭部置以冰囊。

第二節 外傷性腦壓迫症

(Compressio cerebri traumatica od. traumatischer Gehirndruck)

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，多以外傷，損傷顱腔內血管，致起溢血，或起於陷沒骨折及竄入異物。其他續發於炎症性產物之急劇增加。其如顱腔腫瘤，腦脊髓液增加，顱蓋縮小變形等所生之顱腔狹窄，則無壓迫症候。蓋其發生緩徐，即使顱腔極狹，亦能保其平均故也。又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，必須超過一定度，致腦脊髓液非常緊滿，腦及其被膜之毛細

管被壓迫，血行高度障礙時，始起壓迫症候（出血量未至 50—60 cc，不現壓迫症候）。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，受害最先者，為大腦皮質。放綫狀冠 (Corona radiata)，脊髓及橋部之灰白質次之。延髓最後，此所以呼吸中樞，血管運動神經中樞，迷走神經中樞及癱瘓中樞之刺戟症候，必待失神增進後而始發現也。

症候：腦壓迫尙不甚時則現刺戟症候，隨壓迫之增加而來麻痺症候。

a. 刺戟症候：先以硬腦膜被壓迫緊張而發頭痛，與時俱進，惡心，嘔吐，不安，譫語，呼號，顏面潮紅，瞳孔雖狹小而對光線尙能調節，脈搏緊張充實，僅有 30—50 至（壓迫性脈搏 (Druckpuls) 是即迷走中樞之刺戟症候也。呼吸不規則而頻數。

b. 麻痺症候：患者陷於嗜眠，昏睡，大小便失禁，瞳孔散大，患側尤甚，有時且能證明鬱血乳頭，脈搏增速，達至 120—140—160 至，且不規則（迷走神經麻痺）。

呼吸深而緩徐，屢發屏聲，甚至呼吸停止一分鐘，次來深吸氣，即所謂 Cheyne-Stocke 氏現象 (Cheyne-Stockesches Phaenomen) 是也，終以完全停止而死，此時心臟多尙跳動。

c. 病灶症候：初以刺戟症候而現反射亢進，癱瘓，終來麻痺，復以血瘤位置之不同，病灶症候亦不一律，更有不現病灶症候者。

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，是一時的興奮性，顏面蒼白。在本症先起興奮（頭痛），繼以壓迫增加而麻痺，顏面潮紅，頸動脈緊張等。鬱血乳頭亦為本病之一徵，但此亦見於顱腔內腫瘤，水頭症，結核性顱底腦膜炎之末期，又試行腰椎穿刺，在本症其壓力著明亢進。

預後：主關於損傷之種類，壓迫物質之容積，壓迫時間之長短及增減，其迅速起腦壓迫症候者預後不良。又全身症候不漸次輕減，且徐緩之脈搏反見增速者亦然。

療法：以除去原因為急務。在陷沒骨折，須視陷沒之深淺，血管及腦之有無損傷。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，或行腦側室穿刺法，枕骨下穿刺法或腰椎穿刺術。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。抬舉頭部，助靜脈血之還流。或投以酸下劑，催進腦脊髓液之吸收。

第三節 顱腔內血管之損害

(Verletzungen der intracraniellen Blutgefäesse)

一，靜脈竇之損害

(Die Verletzungen der Sinus venosus)

因顱骨外傷而發，常見於上縱竇及橫竇，尤以橫竇與骨密接，當顱骨移動（分娩時）或骨折時，最易受傷。血液流溢於硬腦膜及骨之間而起腦壓迫症。然其症候，常較因腦膜中動脈損害而起者為輕緩。在裂創之不甚大者，出血且可自止。緣竇內血壓微弱，竇壁又與骨密着故也。上縱竇損害，則血液雖不斷由創口流出，而壓抵之即易制止。

凡靜脈竇損傷，類能全治，致死者極鮮。

療法：開放性損害，用無腐壓抵綑帶。有骨片竄入者摘出之。其無顱蓋創傷而現壓迫症候時，行穿顱術或顱骨一時的切除術。

二，腦膜中動脈之損害

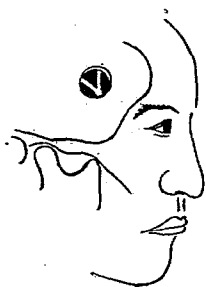
(Die Verletzung der Arteria meningea media)

腦膜中動脈，為頰內動脈 (Art. maxillaris int.) 之最大分枝（間或

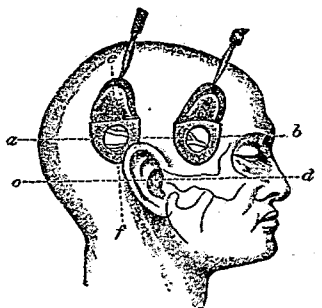
出自眼動脈(Art. ophthalmica),經棘孔(Foramen spinosum)而入於顱腔之內,分前後二枝,前枝走向額部,後枝經顳骨及橫溝(Sulcus transversus)之上走向枕部,中分多數小枝,一部穿出骨質,以榮養頤軟部及面部各腔之被覆。故頭顱損害之際,往往合併該動脈之損害,而為硬腦膜與骨間之溢血原因,有時外力直接侵襲部位,不起損害,而反對側却來出血,如左側顳部受打擊,右側腦膜中動脈忽來損害者是。尋常以顳骨或頂骨部最易受傷,因硬腦膜與骨面附着較固,故所生血瘤,多為限局性,溢血之量,自60—240cc不等,據近時研究,顱腔能堪5,3%之空間狹縮,然則假定其內容為1400cc,則雖有78cc之血量,尚可無害云。

症候及診斷: 當顳部與頂部複雜骨折,血液直向外迸射者,頭為腦膜中動脈之損傷,欲與顳深動脈出血分別,可露出其源泉而確診之。若為皮下骨折,則發本症時,尚有其特異症候。患者於受傷後,比較的不感違和。經數小時溢血漸次增加,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,但亦有缺酒

第三十九圖
 顱腔中動脈之位置
 (仿 Hueter u. Vogt 氏)



第四十圖
 結紮顱腔中動脈之穿顱孔
 (仿 Kroenlein 氏)



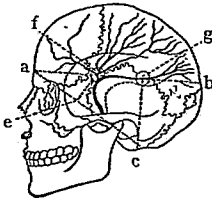
伏期而直陷於人事不省者。

預後：不良，常死於二十四小時之內，死因多由腦壓迫而起進行性腦浮腫，兼延髓麻痺。

療法：及早施術，在複雜骨折，則露出該動脈，施行結紮，故時宜開大皮膚創口，鑿去骨之一部，必要時可試行頸總動脈結紮法。皮下骨折之血管損害，速行穿顱術，或代以一時的顱骨切除術（術式詳後）。

行穿顱術之先，宜定腦膜中動脈之位置。Hueter 及 Vogt 氏，於額弓上二指橫徑部，設一地平線，次在額弓之升性蝶額突 (Proc. frontosphenoidalis) 後方一拇指橫徑處，作一鉛直線，二線交叉之隅角，即與手術部位相當。Kroelein 氏從動脈損害之部位，別為前方，中央及後方三種血瘤。氏先在蝶額突後方 3—4 cm 處穿顱。若此處不見血瘤，則由地平線向後進行，再於耳郭上方及稍後之頂結節 (Tuber parietale) 部穿開之。欲定此二部位，可由眶上緣向後引一 ab 線（如四十圖），該線與眶下緣耳孔之 cd 地平線並行。在 ab 線內，額骨額突 (Proc. zygomaticus des Sternbeins) 後方 3—4 cm 之處，即為前方及中央血瘤之穿顱孔。 ab 線內，外耳道後方 3—4 cm 之處（由

第四十一圖
腦膜中動脈之分枝
(仿 Steiner 氏)



乳突 (Proc. mastoides) 向上引一 ef 線，與 ab 線交叉，即為後方血瘤之穿顱孔。Steiner 氏則由眉間中央到乳突尖端，引一 ac 線（如第四十一圖），於該線中央，設一 ef 鉛直線，而與通過眉間中央之 ab 地平線交叉，是即前方及中央血瘤之穿顱孔。又由 ab 線至乳突尖端，作一 cg 鉛直線。 ab 與 cg 之交叉點，適當腦膜中動脈後枝通路，是即後方血瘤之穿顱孔。

三，腦部頸動脈之損害

Die Verletzung der Carotis cerebralis)

本症極少，以刺創（眼眶），槍創，及各種之離斷骨片，為其發生原因。或起於顱底骨折之顱骨強向側方壓迫時，此際或起動靜脈性動脈瘤，所謂搏動性眼球突出症（*Exophthalmus pulsans*）者，殆基於此。預後極為不良。

療法：全斷裂者不免立死。速行頸總動脈結紮法，或有九死一生之望。頸內動脈瘤之治法亦然。但據Nieden氏之說，結紮頸總動脈之先，必以手指長時壓迫該動脈，使腦髓有血液輸入障礙之習慣時，方得行之云。

四，軟腦膜血管之損害或硬腦膜下出血

(Die Verletzung der Pia-gefäße od. die subdurale Blutung)

大抵起於顱蓋骨折之際，腦震盪症亦或發生本病。出血劇烈。其主徵為腦壓迫，而較腦膜中動脈損害者，為輕微且緩慢。有昏睡雖至一週之久，尚能全治之例。限局性出血，往往不發症候。即損害腦皮質而該部機能可由他部代替時，亦無障礙。至於腦皮質一定部，如Hitzig氏運動性皮質領域及延髓內，來限局性或毛細管性散在性出血者，則發病灶症候。又較大之腦動脈，如Sylvii氏回動脈（A. fossae Sylvii）損害時，則忽呈高度之壓迫症而立死。

療法：已述於腦震盪及腦壓迫症中。要之，頭部力避充血，起高度壓迫症者不能不疑為腦膜中動脈之出血，故須穿顱。若見硬腦膜下出血，則穿開硬腦膜，除去其溢血。但限局性溢血，自能吸收。廣大溢血，萬難除淨，是切開硬腦膜，亦非必要之舉。

第四節，顱腔內腦神經之損害

(Die Verletzungen der Hirnnerven waehrend ihres Verlauf im Schaedel)

因刺創槍創，顱蓋基底骨折或損傷，神經受壓迫離斷時，則該神經分佈區域，皆現麻痺。其麻痺或發於受傷直後，或經過數時數日，方始發生。後者或以炎症沿神經幹蔓延，即升性神經炎 (*Neuritis ascendens*)，為顱底腦膜炎之前驅症。或因腦底炎症，漸以降性神經炎 (*Neuritis descendens*) 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 Laehmung*) 是也。故由麻痺之存在，略可推知損傷之部位。

症候：大抵多數神經同時受傷，故症候極為複雜。茲就各腦神經之損傷一述其梗概。

嗅神經之損害：來自鼻根部之槍傷，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 (運動性失語症)，或視力障礙。又味覺常需嗅覺補足之，故嗅神經麻痺，味覺亦多鈍麻。

視神經之損害：來自眼眶部之顱底骨折及創傷，神經離斷則全失明，神經鞘內溢血，輕度者視力一時性障礙，高度者則陷於壓迫萎縮。

動眼神經之損害：常見於眼眶骨折之後。又腦部頸內動脈之動靜脈性動脈瘤，亦見該神經之麻痺。此時眼之各種運動皆障礙。

滑車神經之損害：來於重症之頭部損傷。因該神經支配於上斜肌，若起麻痺，則來內上斜視，痙攣時則起外下方斜視。

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。該神經司額、顳部、頰、上下頷皮膚及粘膜之知覺，咬肌之運動，眼角膜之知覺。故若損傷，每起神經麻痺性眼炎。一因與該神經同行之眼榮養神經纖維同時損害，一因知覺消失，眼不能充分防止外來之刺戟也。

外展神經之損害：多起於顛底骨折。此時因外直肌麻痺而來斜視。

面神經之損害：習見於分娩之際，鉗子壓迫該神經出於顛腔之部位。又或因打擊、衝突、槍傷而起。其經過岩骨部分之損傷，必由於顛底骨折。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，須檢腮帆麻痺與否。因腮帆不麻痺，則其損傷必在膝狀節 (*Ganglion geniculi*) 之下，即在大淺岩神經 (*N. petrosus superficialis major*) 分枝部之下方。反是，則其損傷部位必在面神經膝之上部。又此神經與舌咽神經間有交通枝，故由味覺之檢查，亦可推其損傷之部位。

聽神經之損害：多伴面神經之麻痺。單發者鮮。常見於岩骨骨折時。患者耳聾。若鼓室及迷路溢血時，亦起該神經之麻痺。

舌咽神經之損害：常與迷走神經、副神經及舌下神經同時受傷。患者舌咽之運動機能障礙，味覺一部喪失。

迷走神經之損害：該神經司心肺之運動及知覺機能。一旦受傷，患者立死。

副神經之損害：該神經損傷，則起斜方肌 (*M. trapezius*) 之運動性麻痺。

舌下神經之損害：該神經司舌及其以下肌肉之運動機能。若受損害，則來運動性障礙，且被其支配之諸肌次第萎縮。

預後：全離斷者，不能恢復其機能。

療法：無特別療法。

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顱骨骨折，或為哆開創傷，或為骨下損害。其輕重與外力強弱相關，或作點狀至米粒大之溢血，或生桑榛至胡桃大之挫灶。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。例如墮落時，枕部衝突地上，挫傷反在前額部，

第四十二圖

顱內癰彈
(著者)



所謂對側挫傷 (*Die Kontrakontusion*) 者是。又顱腔內存有腦脊髓液，與蜘蛛膜下腔，腦室，及脊髓正中管互相交通。一旦顱腔受有打擊或衝突，則液體起最強度壓縮之處，其脆弱腦質，遂來損害，如打擊顱前上部，可使第四腦室，Sylvius氏導水管部，及脊髓正中管上部等損傷。凡富有血管之軟性灰白質，其抵抗力常較白色之髓質為弱。平常損傷最多者，即為腦皮質，第四腦室壁次之。小腦之下面又次

之延髓，大腦脚及橋部最少。但延髓及第四腦室壁為生命上極貴重部，稍有溢血即屬可懼。此外腦因劇動，經2—3週間，忽來致死的腦出血(外傷性腦出血)者有之。

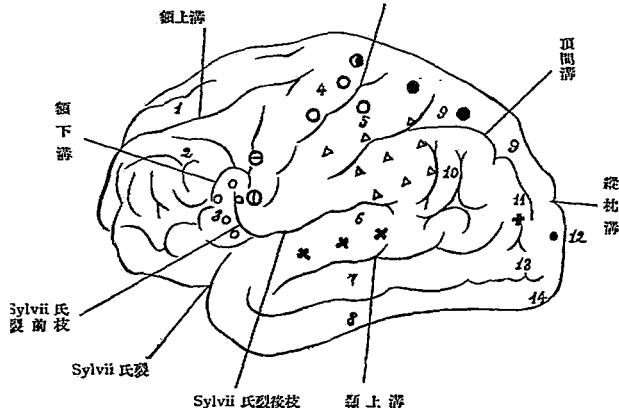
槍傷，有貫通創，半管狀創，擦過創等。切創或兼挫傷，呈瓣狀創或致物質缺損。刺創，則因刀劍等銳器，直接刺入眼眶，鼻腔，或直接穿破顱骨而入於腦。

症候及經過：凡腦外傷，雖多與腦震盪症，壓迫症合併而生種種腦症候，但一定部受傷，必起與該部一致之局部障礙(病灶症候(Herdsymptome))。其有取無症候經過者，乃因他部腦質，與受傷部有同一之官能而代償之耳。又受傷部無甚生理價值者，亦無病灶症候。如兩側額葉(除額下回外)及兩側顳下回，雖有廣大之損傷，毫無症候。反之，於中央溝部，Hitzig氏運動性皮質中樞遇有損害，則起與此一致之運動麻痺。茲將各主要之病灶症候述之。

因損害大腦皮質而起之病灶症候，最要者如次：

額上回及額中回(Gyrus frontalis superior u. medius)(見四十三圖1,2)損傷，患者不起運動及知覺障礙，而貽一時或永久之精神異常(痴呆)。額下回(G. frontalis inf.)(所謂 Broca 氏回)為運動性言語中樞之所在(同上圖3)。若遇損傷，則發運動性失語症，患者忘去言語構成之想像，故肌肉無恙而不能成言。尋常多由於左側損害。左利者(Linkshaender)則來自右側。

第四十三圖
大腦皮質及其中心樞之想像圖
中央溝

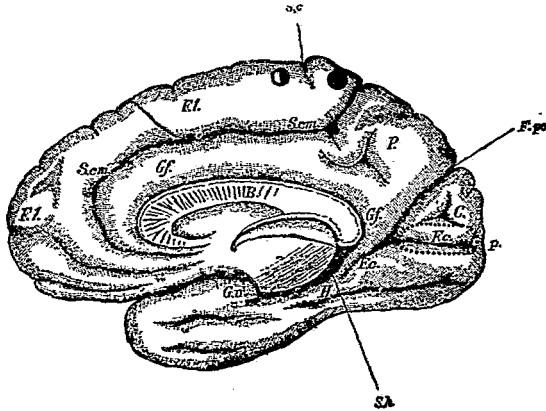


1額上回,2額中回,3額下回,4中央前回,5中央後回,6額上回
7額中回,8額下回,9頂上回,10頂下回,11角回,12枕上回,13
枕中回,14枕下回。

- 中央溝兩側4及5部爲上肢運動性皮質中樞
- 爲上肢一部與下肢一部(跗趾)之運動性皮質中樞
- 下肢運動性皮質中樞
- ①舌下神經之皮質中樞
- ⊖面神經之皮質中樞
- (3)運動性失語症
- * (6)余語覺感覺性(聽覺性)失語症
- + (11)余語盲失語症
- (12)極(視領部分)
- △肌及皮膚之知覺

第四十四圖

右腦半側內面之所見



B 胼胝體之中央切斷面 Gf 穹窿回 H 海馬回 Sh 海馬溝 Gu 鈎
回 Scm 胼胝體緣溝 F.l. 額上回 S.c 中央溝末端,前方中央前回
有上下肢一部分之運動中樞,後方中央後回有下肢之運動中
樞 P 楔狀前葉 C 楔狀葉 F.Po 縱枕溝 p 極 F.c 橫枕溝,於其後
部及極之近部,有點狀線者即係視領

前及後中央回(G. centralis ant. u. post.)，存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。若中央前回最下部(同上圖 ⊖ ①)，即額下回之後方起有損傷，則來面神經及舌下神經之麻痺，於中央溝之正中，兩中央回部起有損傷(同圖 4)，則來上肢之麻痺。中央後回之上部，達至頂上回起有損傷(見四十三至四十四圖 ●)，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(見四十三與四十四圖 ○)，若有損害，可來上下兩肢之麻痺。

頂間溝(Sulcus interparietalis)之周圍，存有肌及皮膚知覺機之中樞，故此部腦皮質損害，即起肌及皮膚之知覺麻痺。

損害額回(G. temporalis)之前部，雖毫無異常，而額上回(G. temp. superior)之兩後方三分之一部，有第二皮質性言語中樞(見四十三圖 6 ✱ ✱ ✱)。若有損傷，則發彙語體之感覺性失語症，即患者能聽言語而不能理解之謂。

大腦枕葉(Lobus occipitalis)損傷，主發視力障礙，蓋視神經皮質中樞，即在橫枕溝(Sulc. occipit. transversus)領域及極(Polus)之附近故也(見四十四圖)。

後方角回(G. angularis)之枕葉(Lobus occipit.)移行部，視領之近傍，有第三皮質性言語中樞。損傷該部，則發彙語旨之感覺性失語症。患者失去關於語言文字之光學的想像，不能書讀及理解。

紋狀體(Corpus striatum)大部損害，則起病灶反對側之半身麻痺，及面神經之下枝麻痺。間或來舌下神經，上下肢及軀幹肌麻痺。若與內囊一同傷害時，則發永久的半身不遂。

損害視丘(Thalamus)則起交叉性弱視或同側性側方半視症，並有運動性刺戟症候(半身震顫，半身舞蹈病，Athetose等)。

四疊體(Corpora quadrigemina)與視神經及動眼神經有密切之

關係。若有損傷，忽來視力減弱或失明。

損害大腦脚 (Pedunculus cerebri)，必起病灶反對側之四肢神經，舌下神經，面神經及三叉神經麻痺，兼同側動眼神經各枝之麻痺。

Varolio 氏橋 (Pons) 損傷時，反對側之四肢運動及知覺麻痺，同側三叉神經，外展神經，面神經及舌下神經麻痺。

小腦蚓部 (Vermis cerebelli) 之損害，則來失調運動。患者眩暈，身體失其平均，步行蹣跚，惟此亦見於迷路損害時。

損傷小腦脚 (Pedun. cerebelli)，身體依縱軸轉動，眼球呈一種特異之不動性，即一眼向上內方而他眼則向下外方。但小腦連絡非全斷絕者，僅呈刺戟症候。軀幹，頭，及眼，均取強迫位置。

延髓 (Medulla oblongata) 有呼吸及血管中樞。若蒙損傷，患者立死。此外由迷走神經道而來之心臟制止神經中樞，及傳近心性刺戟於遠心性傳導之反射運動機能，皆在於延髓中。故患者雖幸不死，必來此等機能之障礙。

損傷延髓球部，則來交叉性半身不遂。即上下肢此側發運動麻痺，他側發知覺麻痺。

第四腦室底損傷時，則來多尿症，蛋白尿，糖尿。

療法：以預防其發炎，化膿為主。其為哆開性腦創，則消毒創口，或以殺菌食鹽水及純粹之殺菌水洗滌之。若因腦膜中動脈出血而起壓迫症，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：多發於顱蓋複雜骨折，或穿顱術後。挫滅之腦質，於受傷後立即脫出創口者，是為原發性症。若稍經時日，腦起浮腫始脫出者，是為續發性症。脫出部位，以穹窿部為最，耳孔，眼眶等次之。

症候及經過：大小不一，有如手拳大者，概無硬腦膜被覆，是

第四十五圖

發於槍傷後之腦脫

(仿 Podrazky 氏)



因早已破開，或漸消滅之故，脫出部初呈搏動。迨至一定度後，搏動停止。初期尚可藉壓迫而整復。然往往因以惹起眩暈，惡心，脈搏緩徐等症候。經過不一。大者其頂尖往往壞死脫落，脫出部遂漸縮小而全消失。間或脫出部被以上皮而成腦赫尼亞。

療法：對於露出或流出之腦質，須嚴密防腐，除去壞死組織及異物。積發性症，尤須注意。壓抵綳帶決不可用。僅使得庇護即足，待其自然縮小。或行植皮術以掩護之，或造有莖之皮膚骨衣骨瓣補充骨缺損部。

第七節 腦膜及靜脈竇之炎症

(Entzündungen der Hirnhäute u. der Sinus)

一，化膿性外硬腦膜炎 (化膿性顱骨內膜炎)

(Pachymeningitis externa purulenta)

(Endocranitis purulenta)

原因及症候：有急性慢性二種，而皆由於顱骨複雜骨折或中耳化膿。急性症常合併蜂窩織炎，化膿性骨炎，靜脈竇血栓，軟腦膜炎，腦炎等。其無合併症者，骨與硬腦膜間蓄積膿汁，而發熱及腦壓迫症候。

療法：廣大排膿之路，故時宜切除骨之一部。既有缺損者則開大之。原於中耳化膿者速穿開乳突。

二，硬腦膜靜脈竇炎 (靜脈竇血栓)

(Phlebitis sinus durae matris, die Entzündung der Blutleiter
der harten Hirnhaut)(Sinus thrombose)

原因：由近鄰之炎症化膿傳播而來。常見者為橫竇，海綿竇次之。Körner 氏謂本症起於耳病者，約占三分之二云。其他顱蓋之複雜骨折，頭蜂窩織炎及丹毒，唇癰，扁桃體炎等，亦為其原因。

症候：多與他部炎症合併。發弛張性高熱，在發熱時有惡寒或戰慄。其腦症候，為頭痛，眩暈，嘔吐，意識渾濁，譫妄，昏睡，鬱血乳頭等。在橫竇炎，除發中耳，乳突化膿，岩骨骨瘍等症候外，兼有硬腦膜膿腫之症候。海綿竇炎，則眼靜脈怒張，動眼神經，滑車神經，三叉神經第一枝麻痺。上縱竇炎，除腦膜炎及腦炎之症候外，無特異症候。

療法：預防為主。既發本症，則用原因療法。有硬腦膜下膿腫之疑時，速穿開顱腔，排泄膿汁，創內充塞碘仿棉紗。

三、化膿性軟腦膜炎（化膿性腦膜炎）

(Leptomeningitis purulenta) (Meningitis purulenta)

原因：分原發續發二種。前者乃因顱骨有穿通性創傷，細菌得以竄入。後者乃由顱軟部之發炎化膿傳播而來，亦有自身體他部轉移而來者。

症候：原發症，概發於外傷後二三日或四五日內。繼發者則較遲。若為急性化膿性穹窿部腦膜炎 (*Akute eitrige Konvexitätsmeningitis*)，體溫漸次昇騰，脈小而頻數，嘔吐，繼則頭痛，不安，譫語，煩悶。終則偏側麻痺，瞳孔始則縮小，繼而散大。若為底部腦膜炎 (*Die Basilarmeningitis*)，則缺半身麻痺，而有面神經，外展神經，及動眼神經麻痺。更因刺戟脊髓而起項強直。其他與穹窿部炎症略同。

診斷：腰椎穿刺，則見內壓亢進，腦脊髓液混濁，內含細菌及白血球。但若顱腔與脊椎管之連絡隔斷時，則液體澄清，宜注意。

預後：不良。蔓延性者概死於發病後二三日。惟限局性及取亞急性經過者，能以手術而治愈。

療法：速行穿顱術，切開硬腦膜，栓塞硬腦膜下腔，以排泄其滲出物。

第八節 腦疾病

(Die Krankheiten des Gehirns)

一、腦膿腫

(Der Hirnabscess)

原因：別為急性慢性二種。急性者概原發於顱蓋開放創及腦挫傷，是為外傷性腦膿腫 (*Der traumatische Hirnabscess*)。慢性者概繼發於隣接部之炎症，尤以中耳化膿為最多。

急性外傷性腦膿腫，患者或於傷後，立以蔓延性腦膜炎而死。或先於損傷部化膿，二三週後方死於腦膜炎。更或膿汁排泄於外，發生肉芽，結痂而愈。又或包裹膿灶，由急性轉為慢性外傷性腦膿腫 (*Der chronische traumatische Hirnabscess*)。漸次增大，經數月至數年，侵及腦之貴重部，驟然致命。其繼發於中耳化膿者，謂之耳炎性腦膿腫 (*Der otitische Hirnabscess*)。繼發於上鼻道及鼻副腔化膿者，謂之鼻性腦膿腫 (*Der rhinogene Hirnabscess*)。其由內臟膿灶轉移而來者，謂之轉移性腦膿腫 (*Der metastatische Hirnabscess*)。往往形成多數小膿灶。

症候及經過：主要症候為發熱，增進性腦壓迫症及與膿灶部位一致之病灶症候。有限局性頭痛。輕打該部，疼痛增劇。但壓迫症候，有時亦不著明（無鬱血乳頭）。急性症或與化膿性腦膜炎，靜脈竇血栓呈同一症候。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，互數週數月，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。慢性中耳化膿者，一旦驟發上述症候，則為本症當無疑義。

急性症須與腦膜炎鑑別，慢性症須與腦腫瘤鑑別。

a. 腦膜炎：有項勁直，腹部舟狀陷沒，腦神經麻痺，細菌性腦脊髓液等特殊症候。在急性經過之腦膿腫，則缺此等症狀而有著明之腦壓迫症候。

b. 腦腫瘤：本症以腦壓迫症候為主，而在腦膿腫，則除壓迫症候外，尚見白血球增多，且時見體溫上昇，X光像常能證明膿腫之所在。

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。行術時，先須確定膿腫之所在。例如耳炎性腦膿腫，若聽神經健全，則膿腫大抵在鼓室上壁之近傍，故宜穿開上耳道稍上前方。若骨傳導廢絕，聽神經已被侵襲，則膿腫大抵在小腦天幕下，故當穿開顱後凹。當顱骨鑿開之後，硬腦膜緊張而不見搏動者，乃為其下蓄膿之證。即不然，硬腦膜仍須切開，再用穿刺法，確定膿腫之有無。創口廣大，且有洗滌之必要時，用食鹽水或2-3%硼酸水洗滌，栓塞碘仿棉紗，外施防腐綳帶。本症治愈者約五十%，且每貽留癩癩。

二、腦腫瘤

(Die Geschwulste des Gehirns)

腦腫瘤中，以神經膠瘤(Gliom)，肉瘤，或神經膠瘤兼肉瘤為最多。神經膠瘤，呈淡灰白色或灰白色，性狀恰如腦髓，且境界不分明，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，多屬單一發生，發育緩慢，不侵及周圍。但實質中出血，則發

腦卒中、肉瘤、由血管、腦膜、神經鞘等發生，境界分明，亦多孤立，但發自腦膜者，則或多發。腦之各部皆可發生，而以發於邊緣者為最多。

癌瘤間有由神經叢上皮或腦室被膜發生者，而多屬乳腺、肺、枝氣管之轉移，亦或由肝、胃、前列腺轉移而來，其他尚有纖維瘤、真珠瘤(Cholesteatom)、內皮細胞瘤、內軟骨瘤、骨瘤、脂肪瘤、血管瘤等，然皆甚少。至結核、梅毒等傳染性肉芽腫，前者多見於小兒，概為孤立，或併腦膜結核而多發，後者亦多孤立，又或合併橡膠樣腫性腦膜炎而多發。肺胸膜之放線菌病，亦可轉移於腦。

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、昏眩、智力障礙及鬱血乳頭等。頭痛為持續性，漸次增劇。若敲打局部，疼痛增甚者，為腫瘤在腦表面之徵。嘔吐多發於早晨，眩暈與腫瘤部位無關。惟以發於小腦及四疊體者為甚。痙攣常為發生腫瘤之初兆。脈搏緩徐，為腦壓迫增加之徵，此時呼吸亦緩慢。又智力障礙，大抵可疑其有腦腫瘤，患者應答不明，寫字困難，精神多沉鬱，病勢增惡，則陷昏迷。腦腫瘤中之90%發鬱血乳頭。至病灶症候，以發生部位而異。如延髓則起嘔吐、脈搏及呼吸緩慢。小腦則發眩暈。中央回則發痙攣。

病灶症候，固由發生腫瘤之部位而異。唯初多為刺戟症候。漸以腦內壓之增加而來制止症候。後更因腫瘤增大，腦質減少，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甚純正者，固與外科手術上以大價值，而複雜者則難診定病灶之所在。

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，可以腫瘤之部位、性質及大小卜之。若

能施術，則造有莖皮膚骨衣骨瓣。又腫瘤不能全摘出者，可去其一部，以救患者一時苦惱。

三，腦垂體腫瘤

(Tumor der Hypophyse)

原因不明，有二型。一為垂體之限局性腺瘤。因內分泌亢進而起末端肥大症 (*Akromegalie*)，四肢及齒牙之一部增殖，陰莖及陰唇肥厚。二為垂體道腫瘤 (*Hypophysengangsgeschwulst*)，係因胎生時垂體道內之扁平上皮迷芽而生，呈瘤型。因妨礙內分泌而起脂肪生殖性營養障礙 (*Dystrophia adipogenitalis*)，患者脂肪過多，生殖器發育障礙，性慾缺乏，月經缺如。

症候：腫瘤壓迫視神經交叉部時，則起兩眼半盲症 (*Bitemporale Hemianopsie*)。該神經漸次萎縮，視力日益障礙。若壓迫嗅神經，則來嗅覺障礙。此外由鼻腔流出腦脊髓液，額部疼痛，眩暈，惡心，嘔吐，衰弱等。

診斷：症候著明者易診。用 X 光線檢查蝶鞍 (*Sella turcica*) 擴大，或有凹陷。

預後：經過緩慢，患者漸以衰弱而死。

療法：摘出垂體之一部。

四，頭損傷後之癲癇

(Die Epilepsie nach Kopfverletzungen)

頭損傷後繼發癲癇者，約有 26.7%。其原因約有三種。一為顱軟部受傷，該部末梢神經結成癍痕，乃發本症。二因挫傷或折傷，致顱骨與硬腦膜癒着，遂為本病之動機。三以損害腦皮質而起，但皆與遺傳素因有極大關係。其因軟部損害所起者，先於受傷部發神經痛樣疼痛，並來反射的痙攣。此時壓迫該部，常現過敏，甚致發作

癩癇。其由顱骨硬腦膜或腦皮質損害而起者，則此側病變，身體之反對側起癩癇樣痙攣。痙攣初僅見於全半身，或限於一肢，或僅限於一二之肌肉，終乃及於全身。此種偏側痙攣，特名之曰皮質癩癇 (*Rinden-Epilepsie od. die Jackson'sche Epilepsie*)。

療法：顱軟部之疼痛性癢痕，即除去之。骨硬腦膜及腦皮質有病變者，則確定其部位行穿顱術，除去其障礙物，但後來仍可以癢痕收縮及硬腦膜癒着而再發。欲除此弊，可用硬腦膜成形術 (*Duraplastik*)，就中最便者，即取其大腿筋膜(或連脂肪組織)移植於硬腦膜缺損部，並施縫合。

第九節 腦水腫(水頭症)

(*Hydrocephalus, der Wasserkopf*)

原因：為顱腔內蓄積水液之症。分為二種。一為水液蓄積於硬腦膜下腔者，謂之腦膜水頭症或外水頭症 (*Hydrocephalus meningus s. externus*)。一為水液滯留於腦室內者，曰腦室水頭症或內水頭症 (*Hydrocephalus ventriculorum s. internus*)。就中以腦室水頭症為最多。

腦膜水頭症甚少，有先天性及後天性二種。先天性腦膜水頭症 (*Hydrocephalus meningus congenitus*)，或單獨發生，如腦髓發育不全，則腦與顱腔間蓄積液體者是。或與腦室水頭症併發。後天性腦膜水頭症 (*Hydrocephalus meningus acquisitus*)，每發於重病後腦萎縮者。限局性症，稱為硬腦膜水瘤 (*Hygrom der Dura mater*)。

腦室水頭症，常屬先天性，後天者極少。先天性腦室水頭症，可視為一種腦畸形。緣腦質本由膜樣囊壁發生，今此囊蓄積水液，則腦質壓迫萎縮，結果僅留腦室。但亦有因他種原因，使腦發育障礙者。此時柔軟之顱骨囊，因壓迫而擴張，併發脊髓水腫 (*Die Hydros-*

rhachis)。至其真正原因，今猶未知，恐與兩親梅毒及嗜飲有關。後天性腦室水頭症，常見於數歲之佝僂病性小兒。其原因為腦膜、血管膜叢及腦室被膜等充血及炎症，致腦髓腔中之液體量增加，乃起水腫。

液體滯留之量，種種不同，有全量達至 2000—4000 cc 者。液體大部存於側室。量甚多時，大腦半球，變為一大囊包。腦質極菲薄或全消失。惟小腦及腦神經恒無變化，顱骨互相遠離，僅以薄膜連合，

第四十六圖

水頭症
(著者)



骨亦菲薄，間或能透見光線。

症候：頭顱闊大，面部狹小，眶上壁向前下方，眉毛較居於上方，患者多死於分娩之前後。幸得生存，精神發育減退，學語遲緩且不完全，因不能負擔頭部重量，終日偃臥，身體發育亦大障礙。

療法：無特殊療法。後天性症之輕者，可試行緩下劑，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。

第十節 腦赫尼亞或頭赫尼亞

(Hernia cerebri, die Cephalocele, der Kopfbruch, der Hirnbruch)

腦赫尼亞者，乃腦膜或兼腦髓，經顱骨之間隙，出於顱腔而藏

第四十七圖

枕下腦赫尼亞
(著者)



於顱軟部之腫瘤也。概係先天性。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。與彼因顱骨損傷，腦由缺損部脫出之後天性腦赫尼亞，頗有區別。恐由胎生時顱骨不充分

第四十八圖

鼻前額腦赫尼亞
(仿 Albert 氏)



第四十九圖

鼻眼額腦赫尼亞
(仿 Niemeyer 氏)



癒合，復以腦壓增加或腦膜等向外牽引而起。

本症多見於枕部，眉間，及鼻根部，存於顛頂前下方，矢狀縫部者甚少。又後頭腦赫尼亞(*Cephalocele occipitalis*)之生於枕粗隆(*Protuber. occipit.*)上方者，為枕上腦赫尼亞(*Cephalocele occipitalis superior*)。生於下方者，為枕下腦赫尼亞(*Cephalocele occipitalis inferior*)。前者之赫尼亞門，每與小齒門通，後者每與枕骨孔通。前額腦赫尼亞(*Cephalocele sincipitalis*)之生於鼻骨上方眉間者，稱為鼻前額腦赫尼亞(*Cephalocele nasofrontalis*)，生於內眥部者，稱為鼻眼眶腦赫尼亞(*Cephalocele naso-orbitalis*)，生於鼻骨下部者，稱為鼻篩骨腦赫尼亞(*Cephalocele naso-ethmoidalis*)。

本症因其內容分為三種，僅腦膜膨出，內充漿液性液體者，曰腦膜赫尼亞(*Die Meningocele*)。同時有腦之一部者，曰腦質赫尼亞(*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，有達至兒頭大者，或具細小之莖，

第五十圖
頂骨部水腫腦赫尼亞



穿刺前

穿刺後

表面平滑，或以溝分為數部。因內容之充滿與否，有緊張弛緩之不同。又或呈腦搏動，液體蓄積愈多，光線透射亦愈明。壓迫之能略縮小。

症候及經過：其症候因種類而異。腦膜赫尼亞，多發於枕粗隆之下部，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，或全整復。小兒多於分娩時或分娩後死亡。腦質赫尼亞多發於顱蓋全部，發於後頭部者絕少。為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，多發於後頭之上部，為巨大之腫瘤，無搏動。患此者亦死於分娩之前後。

療法：對於腦膜赫尼亞先以穿刺，排洩其水液，外加壓迫綳帶。無效者摘出赫尼亞囊，或於赫尼亞門部，結紮該囊而除去之。次以皮膚瓣，被覆其創面。腦質赫尼亞之小者，亦或可。以赫尼亞根治術而愈。水腫腦赫尼亞則乏救治之術矣。

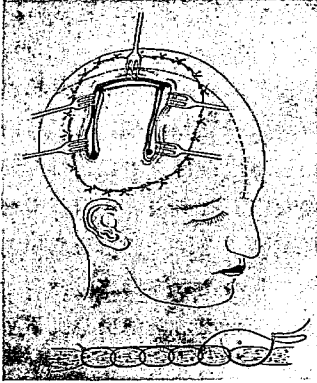
第十一節 顱腔之手術

(Die Operationen der Schaedelhoehle)

行術之先，必須剃去毛髮，塗佈碘酒，俟其乾燥後，再以酒精擦拭之。為減少腦脊髓液流出之目的，可取半坐位，或使患者平臥而稍高其頭。失神患者毋須麻醉，否則施行局部麻醉。但過敏患者則宜行全身麻醉，此時多用 Chloroform，緣 Aether 有使腦起靜脈鬱血，以致出血較多之故。

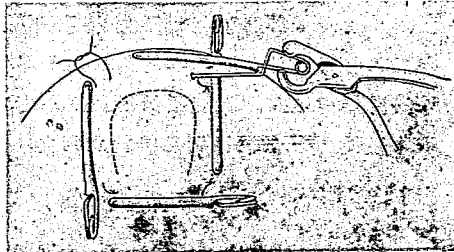
頭皮本富血液，手術時常苦其出血，故須用各種止血法。Heidenhain 氏則將手術野之周圍用粗線行括約縫合 (Umstechungsnaht) (如第五十一圖)。Makkas 氏則於手術野之周圍插入四個金屬夾

第五十一圖
Heidenhain 氏括約法



(Klammer), 以達止血之目的 (如第五十三圖)。Nicoli 氏則用鉛筆大之橡皮管強力繞過額及枕部, 再以 Kocher 氏鉗或作數個縫合固定之, 以防其滑脫 (如第五十三圖)。

第五十二圖
Makkas 氏夾



第五十三圖
Nicoli 氏止血法



第五十四圖

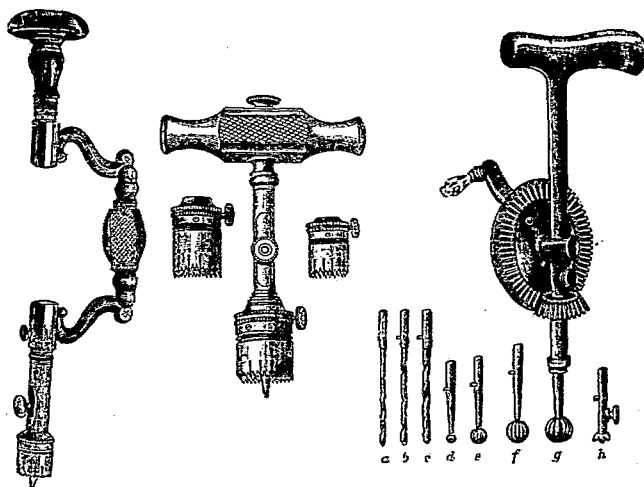
弓狀圓鋸

第五十五圖

手圓鋸

第五十六圖

獨因司梯氏穿顱器



一，穿顱術

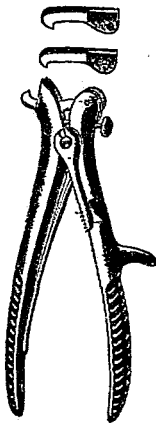
(Die Trepanation)

以一種特別圓鋸鑽開骨板。往昔通用弓狀圓鋸，手圓鋸 (Bog-entrepán oder Handtrepan (Trephine)，或獨因司梯氏穿顱器 (Trepan-bohrer nach Doyen-Stille)。近則用電氣輪鋸 (Elektrische Kreissaage)。先將骨質穿開數孔，達於硬腦膜，再由該孔刺入達格倫氏穿顱鉗 (Dahlgren'sche Trepanationszange)，或用鑿除去各孔間之骨質連續目的既達，乃依病態而施處置。如有膿灶者，開放創口。有骨片異物者，摘出之，栓塞棉紗。經二三日後，再自近圍取有莖之皮膚骨衣骨瓣補其缺損部。

二，顱骨一時切除術

(Die temporaere Resektion des Schaedelknochens)

第五十七圖
達格倫氏穿顱鉗

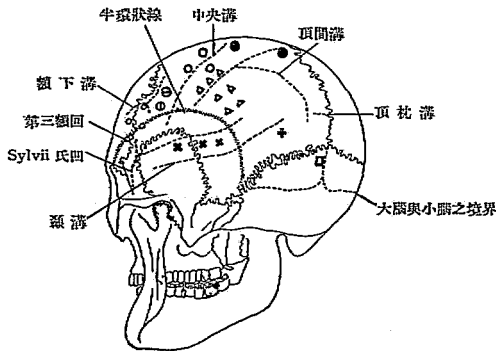


初行此術者為 W. Wagner 氏先切開皮膚作 Ω 狀達於骨衣待皮膚收縮後，切開骨衣，止血後，用鑿，小穿顱器，或輪鋸，將骨完全離斷，再由兩側離斷其軟部下之骨橋，終則翻轉皮膚骨衣骨瓣，行一定之手術後，復翻轉該瓣，閉鎖其缺損部。亦有先時不將骨全層離斷，僅以皮膚骨衣外板板障作為創瓣，俟此瓣翻轉後，再鑿開所餘骨質者。

欲知顱蓋對於大腦皮質中樞及主要溝之位置，可視第五十八圖而自明。Sylvii 氏凹，位於顱蓋之側方，與蝶骨大翼 (Alae magnae) 及鱗縫 (Sutura squamosa) 之接合部一致。此處分為短前上行枝

第五十八圖

顱骨內大腦皮質中樞及主要溝之位置



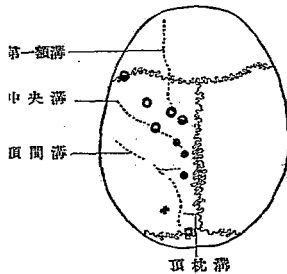
- △ 腦及皮膚之知覺
- ⊙ 而神經之運動性皮質中樞

- ① 舌下神經之運動性皮質中樞
- 上肢之運動性皮質中樞
- 下肢之運動性皮質中樞
- 運動性失語症(額下回)
- × 雜語與之感覺性失語症(額上回)
- + 雜語言之感覺性失語症(角回)
- 視領(枕上回)

及長後地平枝,存有運動性失語症中樞之第三額回,位於冠縫(Sutura coronalis)最下部之兩側,特在半環狀線(Linea semicircularis)與額縫交叉之所,半環狀線之上方,冠縫區域內額下溝部,及其稍後方半環狀線之直上,中央前回之下部,有面神經及舌下神經之運動性皮質中樞,存有第二皮質性言語中樞之額上回,在Sylvii氏後枝與額溝之間,由蝶大翼及鱗縫接合部起始,向上斜行,越過半環狀線而達於頂骨,枕縫之上下兩側,為視領所在,由此斜向前方,則為存有大腦皮質第三言語中樞之角回,又頂骨下面,中央前後回至頂回,及前方副中央回間,存有上下兩肢之運動性皮質中樞,更向後下方達於頂間溝之周圍,有肌及皮膚之知覺中樞。

第五十九圖

頂骨內大腦皮質中樞主要溝之位置



腦手術時之須注意者,為重要大腦皮質區域,與顱蓋之部位的關係,就中尤以中央溝(Sulcus centralis)與Sylvii氏裂(Fissura Sylvii)為最要,其測定法有種種,茲述其最實用者於次。

- 視領(枕上回)
- + 雜語言感覺性失語症(角回)
- 下肢之運動性皮質中樞
- 上肢及下肢之運動性皮質中樞
- 上肢之運動性皮質中樞
- ⊖ 面神經之運動性皮質中樞

a. Kocher 氏法 (Kochersche Methode): 有頭蓋計 (Kranimeter) 固佳, 否則, 可以帶尺 (Bandmass) 及顏色鉛筆測定之。法以帶尺繞耳郭附着部之上方, 外枕粗隆 (Protuber. occipit. ext.) 及眉上, 再用顏色鉛筆依該帶尺下緣繞頭蓋畫一赤道線 (Aequatoriallinie), 次依帶尺由眉間越過顛蓋至外枕粗隆畫一縱子午線 (Sagittalmeridian) (N-S-O), 其長在成人約為 35 cm, 二等分之即得 S 點, 然後用頭蓋計與縱子午線之前半 (SN) 成 60 度角引一縱線 (SC), 如無頭蓋計, 則將半側赤道線 (NO) 作為三等分, 而由其前三分之一點 C, 向上引一線與縱

第 六 十 圖

Kocher 氏法

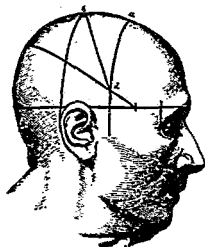


子午線之中央 S 結合即得如此, SC 適與前中央溝 (Sulcus centra. anter.) 相當, 重要腦中樞即直接在該線之後方, 如更將 SC 作三等分時, 則上三分之一 (SA) 約與下肢, 中三分之一 (AB) 約與上肢, 下三分之一 (BC) 約與面肌之中樞相當。

b. Tandler-Ranzi 氏法 (Tandler-Ranzische Methode): 即於眉弓及外枕粗隆間引一地平線 c。再由眉間至外枕粗隆引一中央線, 次更設通過下頷小頭及乳突之二垂直線, 此二線皆與中央線交叉 (a, b)。

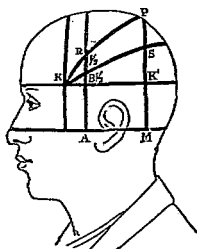
第六十一圖

Tandler-Ranzi 氏法



第六十二圖

Kroenlein 氏法



然後又由眼眶側緣至前垂直線之半徑而至 $b-c$ 之半徑作一斜線，此線與前垂直線交叉 d ，適與 Sylvii 裂相當。若再將 $d.b$ 連為一線，適與 Rolandi 氏溝 (Sulcus Rolandii) 相當。

c. Kroenlein 氏法 (Kroenleinsche Methode): 由眶下緣至外耳道設一下地平線，又由眶上緣設一與上述平行之上地平線。更由額弓中央，下頷小頭，乳突後緣依次各引一與地平線交叉之垂直線。終自眉間至外枕粗隆作一中央線。如此由前垂直線與上地平線之交叉點 K ，至後垂直線中與中央線之交叉點 P ，連為一線，約與中央溝相當。若將 PKD 三角等分為二而設一 KN 線，則與 Sylvii 裂一致。

三，腦穿刺術

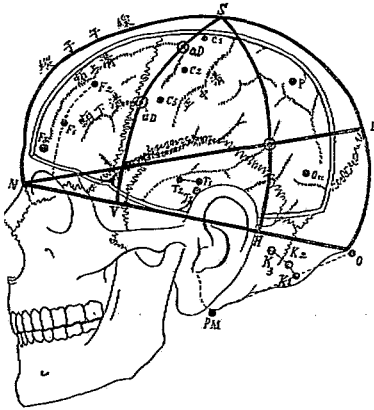
(Hirnpunktion)

於顱腔內出血，急性漿液性腦膜炎，腦膿腫，腦腫瘤，水頭症等時，往往須行穿刺以資診斷或治療。然以其有出血之危險，故有一定之穿刺點，茲據 Neisser u. Pollack 二氏所示者如下。

a. 前額葉之穿刺點有二，均在由眶上緣引一與中央線平行之

第六十三圖

Neisser 及 Pollack 氏穿刺點



- Kocher 氏顯蓋計線
- 各腦葉之穿刺點
- ⊙ Neisser-Pollack 氏後腦穿刺點

三分之一點 o.D 之上，與下肢運動中樞一致。中點 C₂ 位於上三分之一點 o.D 及下三分之一點 u.D 之中央，與上肢運動中樞一致。下點 C₃ 則與下三分之一點 u.D 同高，與面之運動中樞一致。u.D 以下，決不可穿刺，因其富有血管故也。

d. 額顳葉之穿刺點亦有二，第一點 T₁ 在耳郭上附着部之上，方 1—1.5 cm 處，恰與額顳葉之中央一致。第二點 T₂ 在耳郭上附着部上方 1 cm 及前方 1.5 cm 處。

e. 頂葉及枕葉之穿刺機會甚少，必要時可如六十三圖所示，先用顯蓋計測定部位，然後穿刺其中央。

f. 側室之穿刺應在大窗門側旁 2.5—3.0 cm 處行之，通常針刺入深達 5—6 cm，即達側室。

線上，即第一點 F₁ 位於眶上緣上方 4 cm 處，適與前額葉之前極相當。第二點 F₂ 位於 F₁ 上方 4 cm 處，適與前額葉之中央相當（額中回）。

b. 小腦之中央穿刺點 K₁，適位於由乳突尖端至外枕粗隆之連結線之中央。

c. 正中葉之穿刺，須先用 Kocher 氏顯蓋計測定前中央溝之位置，緣該溝與腦膜中動脈之主枝一致也。上點 C₁ 位於 SV 上

g. 耳發性顱腦腫之穿刺,可在耳郭上附着部上方 0,5—0,75 處行之。

h. 耳發性小腦膿腫,則由外枕粗隆至乳突連結線中央 K_1 及乳突後上角 K_2 之中央 K_2 處行之。

至於穿刺之方法或不切開皮膚,以電氣輪鋸由皮膚上直接穿通顱骨,再刺入穿刺針。然從來多行皮膚切開,露出骨質,再用手圍鋸或穿顱器穿開骨質,露出硬腦膜,刺入針頭,或更十字切開硬腦膜,露出腦髓,方行刺入。

四, 腦室之持續的排導法

(Dauerdrainage des Ventrikels)

有種種就中最簡便者為 Mikulitz 氏法,即於穿顱後,插入一金製小管於腦室內,針之一端附以小板俾得固定於帽狀腱膜下而使腦脊髓液不絕流出於皮下。

五, 胼胝體穿刺術

(Balkenstich)

於大窗門後方,中央線稍右方或左方約距 3 cm 處,切開皮膚,

第六十四圖

胼胝體穿刺法



剝離骨衣,穿通骨質,刺入 2—3 mm 粗之金屬管,此時慎勿損傷靜脈竇,該針沿硬腦膜及腦表面而達於鑲膜由此貫通胼胝體,則腦脊髓液放線狀流出矣。更將穿刺針前後移動,擴大胼胝體之穿刺孔,乃除去之而縫合硬腦膜及皮膚。術後腦室內之腦脊髓液遂集於硬腦膜下或皮下,吸收甚速。

六，腦垂體露出法

(Die Freilegung der Hypophysis)

將鼻骨叉狀切開，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，即垂體部骨壁，穿一豌豆大小孔，切開硬腦膜，用銳匙除去腫瘤組織，塞棉紗。

七，枕骨下穿刺術，蜘蛛膜下腔穿刺術

或小腦延髓池穿刺術

(Der Occipitalstich, Zisternenpunktion, Die Punktion der Cisterna cerebello-medullaris)

本法為一九二〇年美人 Ayer 氏最初報告者，法極簡便，偶發症亦少。凡神經科，皮膚花柳科及耳鼻喉科疾病之診斷及治療多應用之。最近 X 光線之腦或脊髓攝影，亦用本法輸入空氣，再行照射。反復穿刺，亦屬無害。所用之器械，為 Eskuchen 氏或 Ossan 氏等穿刺針，其形狀與腰椎穿刺針大抵相同。惟於距針尖 5—6 cm 處附一標誌。有直接穿刺法與間接穿刺法二種。所謂直接法 (Direkte Methode) 者，係直接向小腦下池刺入穿刺針。間接法 (Indirekte Methode) 者，係由接近枕骨大孔後緣部刺入，俟至枕骨，再使針尖向下，沿骨衣而向枕骨大孔後緣之直下推進，最後針尖稍向下方徐由孔緣下部，貫通枕寰膜 (Membrana atlanto-occipitalis) 而達至池內。前者易傷血管，後者稍感疼痛，且有折斷穿針刺之處。但在小兒須用間接法。局部嚴密消毒後，可用 Chloroethyl 寒冷麻醉，或注射 Novocain。刺入之部位，因各家主張而不同。其較易者先用指觸枕外粗隆 (第一標點)，下行沿項韌帶而至樞椎棘突 (第二標點)，由此二標點中央刺入即得。換言之，即由第一標點下 1 cm 處，以指壓之最為凹陷部分，為針刺入最佳之處。患者位置，或坐或臥，若取坐位，宜令跨坐

椅上，兩手置於椅背之中央且把握之，頭前屈而即固定於兩手之間。此時坐椅萬不可搖動。若取臥位（右側臥），須令第七頸椎之棘突，與枕外粗隆連結線成水平位置。頭部輕度前屈（但前屈過度，反使樞椎棘突不易觸知），針刺入角度，亦有種種，其最適宜者在間接穿刺時，針尖向前額髮際正中線上部 3 cm 之方向由樞椎棘突 0.5 cm 上部刺入皮膚。至觸接枕骨後（第一步工作），再將針後退至皮下組織間（第二步工作），於是使針尖轉向於外耳道與兩眉連結線上 1 cm 方向徐徐刺入之（第三步工作）。在直接穿刺法，可依間接穿刺之第三步工作進行。刺入深度，平均為 4.5 cm。但肥胖與羸瘦者大有出入。穿刺後有發嘔吐，頭痛，睡眠障礙，體溫上昇，神經痛等者，有呈假性腦膜炎症候者。又枕骨寰椎畸形，腦內壓亢進，腦腫瘤，動脈硬變，膿性腦膜炎及三歲以下之小兒，宜禁忌。

第四章 面軟部之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Weichteile des Gesichts)

第一節 面之先天性畸形

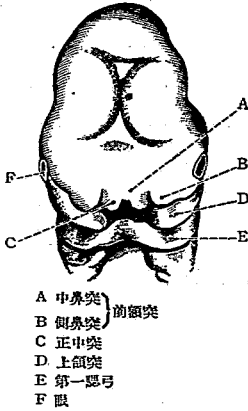
(Angeborene Missbildungen des Gesichts)

吾人之顏面，係由胎生時之前額突或鼻突 (Stirnfortsatz od. Nasenfortsatz)，兩側之上頷突 (Oberkieferfortsatz)，及第一腮弓或下頷突 (I. Kiemenbogen od. Unterkieferfortsatz) 數者癒合而成。此種癒合，通常在胎生時六個月末即告完成。如因某種原因而障礙其癒合時，則生破裂。

就中鼻背，鼻尖，人中，鼻中隔，上唇中央部，腭之前中部（至門齒孔止），由中鼻突發生，

頰，其餘之齒槽弓及腭，則由上頷突發生。

第六十五圖
發育約三十至三十四日之胎兒顏面



側鼻突形成鼻翼,至其與上下頷之形成有無關係,尙無定論。

下頷及口腔底,則由第一腮弓即下頷突發生。

面破裂之原因,今日尙未能完全明瞭,大抵不出於全身或局部之障礙,遺傳與破裂恒有重大關係,是即屬於前者。顛腔內壓力異常亢進,異常之羊膜索條與面瘡着及顛底異常寬廣時,均可致上頷突與鼻突癒合不全,是即屬於後者。

一、上唇破裂

(Die Spalten der Oberlippe)

原因: 因胎生時,中額突與上頷突融合不全之故,男較女爲多。

症候: 本症爲顏面畸形中之最多者,亦謂之兔唇 (*Labium leporinum, die Hasenscharte*),有偏側性(單兔唇)與兩側性(複兔唇)二

第六十六圖
各度之偏側兔唇



第六十七圖
各度之兩側兔唇



第六十八圖

突出如象鼻狀之顴間骨



第六十九圖

缺乏門齒骨與犁骨之破裂



第七十圖

兩側兔唇及狼咽
(著者)



第七十一圖

中央上唇破裂



第七十二圖

兼猛犬鼻之中央上唇破裂

(仿 Trendelenburg 氏)



種又別為三度。其裂線止於唇粘膜者為第一度。達於鼻孔部者為第三度。介在二者之間者為第二度。屆時齒槽弓、硬腭、軟腭合併破裂者，名曰狼咽 (*Der Wolfsrachen*)。竇上唇齒槽弓硬腭之破裂，多在偏側。軟腭及懸雍垂之破裂，則存於正中線。是因後者成於左右上頷突，該突不相融合於正中線故也。齒槽弓破裂有終於鼻腭孔 (*Foramen nasopalatinum*) 者，有達至硬腭者，亦有合併軟腭一同破裂者，兩

側齒槽弓破裂有時因門齒骨(腭間骨)受犁骨之推移向前突出如象鼻狀(見六十八圖)。腭破裂亦有單獨發生者,此時之破裂常終於前腭孔部(上頷突與額突融合部)。軟腭單獨破裂時,輕則腭帆存破裂狀孔,懸雍垂健全。反之,懸雍垂亦裂而為二。

本症之最高度者,為兩側上唇齒槽弓及腭全破裂之兩側性狼咽,其缺乏門齒骨及犁骨,致鼻下中央呈寬廣之缺損部者(以中額突發育不全而起),亦可以兩側性破裂目之。上唇破裂之存於正中線者,謂之中央上唇破裂(*die mediane Spaltung der Oberlippe*),極少見,其破裂多及於上唇之半,間或與犛犬鼻(*Die Bulldoggen-nase*)併發(見七十二圖)。

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。虛弱者必待至四五個月後。但齒槽弓及腭破裂,則非至五六歲或七八歲不可施術。蓋年齡太幼,小兒未能理解,則後療法甚困難也。單純兔唇手術時無須麻醉,可以布帶纏絡其上肢及胸廓,助手夾小兒之腰及兩腳於股間,再令一人至後方固定其頭部,然後將局部消毒,用動脈鉗箝撮口角附近之上唇,以防

出血。再以刀剪自皮膚斜向粘膜面切離,次離斷上唇與上頷間之軟部連合,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,如因縫合而鼻孔狹窄,則插入厚壁之橡皮管。造新創面之術式有種種,分述於後。

第七十三圖

Graefe 氏法



第七十四圖

Nélaton 氏法



一，Die Graefe'sche Methode 切除弓狀裂線後，作一直線縫合之。此法略能延長創緣，適用於輕度之兔唇（見七十三圖）。

二，Die Nélaton'sche Methode 亦適用於輕度之兔唇，即以有鈎顯子將裂線牽引緊張，尖刀沿裂線之皮膚，穿通粘膜而切開之。更用鈎牽引唇緣之下方，使創口成爲菱形，施縱縫合（見七十四圖）。

第七十五圖

Malgaigne 氏法



第七十六圖

Mirault 氏法



第七十七圖

Koenig 氏法



三，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(見七十五圖)。

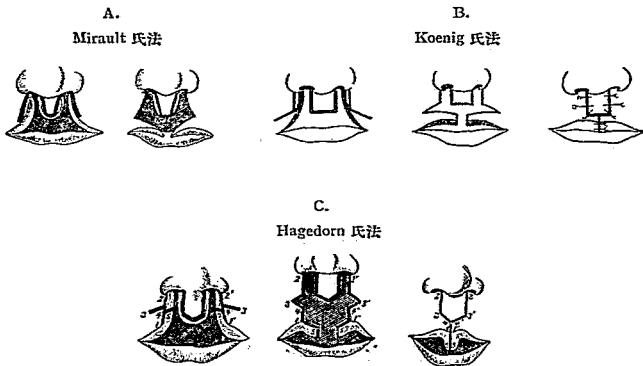
四，Die Mirault'sche Methode 將破裂外側之裂緣造一小瓣，內側亦按照瓣之大小，造成新側面而縫合之(見七十六圖)。

五，Die König'sche Methode 先將裂緣全長作一新創，次並行朱唇之游離線行橫切開，使成小瓣。縫合時將二小瓣稍向下方翻轉(見七十七圖)。

在單兔唇之門齒骨著明突隆者，每妨創面之癒合。宜於縫合前用鉗使之退縮，或切除其一部。但此法出血必多，對於虛弱小兒，手術時期不宜過早。

複兔唇之手術，有 Mirault, König, Hagedorn 等法(見七十八圖 A. B. C.)。

第七十八圖



複兔唇之門齒骨著明突隆者，不可不先行除却。法有種種。就中最簡單者，即將該骨摘出或切除之。然以後上頷骨著向後方退却，齒槽弓甚狹小而呈畸形，故以保存之爲宜。但使門齒骨退縮之

法亦有種種。如 Blandin 氏在該骨之直後，以骨剪楔狀切除犁骨及鼻中隔之一部。然因此損傷鼻膠動脈而來出血，或起門齒骨之榮養不良。故又以 v. Bardleben 氏犁骨及鼻中隔骨衣下切離法為最良。即在犁骨下緣，門齒骨後方 2—3mm 之所，通過粘膜及骨衣縱行切開，並剝離之。再用骨剪刀鉛直切除犁骨 0.5—2cm。乃將移動之門齒骨向後方壓迫。如此極易退入於上頷骨裂隙內。或暫用壓抵法，俟唇部縫合後，自足固定之。但門齒骨不甚大者，用橡皮帶或絆創膏施行壓抵，亦能使該骨漸次退縮，惟用此者極稀。

後療法：術後不施繃帶。可撒以防腐藥末，使結痂皮，以防污染。更須避縫合部之緊張，用寬廣絆創膏貼於二頰。鼻孔附近保持清潔。至第四五日拔去縫合線。線去線過遲，則來穿刺孔化膿，致胎癍痕，或需第二期縫合。

第七十九圖

中鼻破裂



第八十圖

側鼻破裂

(仿 Lexer 氏)



二，鼻破裂

(Die Nasenspalte)

本症分爲中鼻破裂 (*Mediane Nasenspalte*) 及側鼻破裂 (*Seitliche Nasenspalte*) 二種。皆爲罕見之症，尤以後者爲然。猛犬鼻係中鼻破裂之高度症，與中央上唇破裂併發。輕症者於鼻正中線裂有縱溝，或於鼻尖作凹陷，又或鼻背生有癍痕狀線。側鼻破裂或兼發兔唇，其原因尙無定論。

三，斜面破裂

(Die schraege Gesichtsspalte)

其部位與眼鼻溝一致。下方起於上唇游離緣或口角。上行至下臉部，甚或達至顳顬部。有時發於兩側而兼巨口症。又有因斜面破裂，在子宮內融合，致眼鼻溝部形成癍痕者。

第八十一圖

斜面破裂兼耳贅肉

(著者)



第八十二圖

斜面破裂

(仿 Hasselmann 氏)



第八十三圖

兩側斜面破裂兼巨口症



四，橫面破裂或頰破裂

(Die quere Gesichts- oder Wangenspalte)

本症乃第一腮弓及上頷突之融合不全，發於偏側或兩側，或

第八十四圖

眼鼻溝內之先天性瘻或

(仿 Kraske 氏)



第八十五圖

橫面破裂(巨口症)



第八十六圖

斜及橫面破裂

(仿 Lexer 氏)



第八十七圖

後天性小口症

(著者)



合併斜面破裂其破裂多始於口角故有巨口症 (*Die Makrostomie*) 之稱。高度者或達於智齒部及外耳部。又第一腮弓及上頷突過度融合，口裂異常狹小者，曰小口症或小頷症 (*Die Mikrostomie od. Mikrognathie*)。但此亦每以後天性之癍痕狹縮而起。

五、下唇破裂

(Die Spaltbildung der Unterlippe)

本症為第一腮弓之兩半側融合不全，通常現於下唇之中央，或亦合併下頷及舌破裂。

此外第一腮弓領域內之畸形，尚有舌與口腔底之先天性瘡着，及下唇瘻 (*Unterlippenfistel*)。前者每兼下頷中央破裂，後者常於粘膜下正中線兩側，各存一個瘻孔，分泌唾液樣液體，每與兔唇及狼咽併發。

又第一腮弓及上頷突之癒合部，每見疣贅樣皮膚隆起(耳贅肉(Aurikularanhaenge))，常位於耳前，內或含有軟骨。

上述各種破裂之療法，概與兔唇手術同。即將裂緣作新創面而縫合之。

第二節 面之損害

(Verletzungen der Weichteile des Gesichts)

一，面之創傷

(Die Wunden des Gesichts)

本症有切創，刺創，裂創，槍創等。切創，傷及頷外動脈，顳深動脈，每起危險之出血，或發動脈瘤。傷及鼻淚管，腮腺管及面神經，則生淚瘻，唾液瘻，或面麻痺。眼眶鼻腔之刺創，往往穿通顱腔傷及腦髓，或留銳器尖端於骨，上頷竇內咬創，裂創，各處皆可發生。槍創多見於自殺者，彈丸大抵由口腔內經腭而入於鼻腔，再由鼻根部射出。發射距離最近者，皮膚每有火傷，沈着火藥，貽暗黑色斑點。

療法：先以防腐處置。動脈損傷者結紮之險，口唇部之切創，須注意縫合，免貽醜形。切斷鼻尖或耳翼者，能迅速縫合亦可癒合。刺創須注意創內有無異物。槍創往往經6—10日後，忽來內外頷動脈，及深淺顳動脈之後出血，此時須速結紮頸外動脈。

二，面之火傷

(Die Verbrennung des Gesichts)

或因觸接熾熱之物體及火焰，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，即為癢痕收縮。如因險，鼻翼，頰部，及口圍之火傷，而起險外翻，口門狹窄，牙關緊閉等症。又或頸頰間生癢痕索條而妨礙屈伸運動。

療法：一般火傷療法。欲防瘢痕收縮，可用植皮術。

三，面之凍傷

(Die Erfrierung des Gesichts)

常見於鼻尖及耳郭。輕度者局部因血管麻痺而潮紅。高度者則陷於壞死，甚或脫落。

療法：一般凍傷療法。

四，顴骨骨折

(Die Fraktur des Jochbeins)

原因：本症往往合併上頷骨及眼眶骨折。又因外力多由前下方襲來，故骨多向內方及眼眶陷沒。至於顴弓之骨折則甚少見。常以外方或口內之直接外力而起。折片向內方或外方轉位。

症候：患側顏面扁平。因嚼肌之顴骨附着部變動，故咀嚼運動障礙。若骨折線通過眼眶緣，則起眶內出血而眼球突出。顴弓骨折之症候，局部著明溢血腫脹。又因嚼肌深頭起於顴弓之前部，故亦有咀嚼障礙。折片若向隆突 (Processus coronoideus) 轉位，而闖入嚼肌內時，則妨下頷之運動。

療法：整復折片後，以骨縫合或骨衣縫合固定之。

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癤疽 (*Der maligne Furunkel und Karbunkel des Gesichts*) 者，係一種腐敗菌之傳染，因而惹起急劇之腐敗性蜂窩織炎，患者死於一二日或一二週間。

療法：或用Bier und Klapp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。

二，脾脫疽膿疱

(Die Milzbrandpustel)

因顏面接近動物而感染脾脫疽桿菌，或因蚊蠅等之媒介，傳播病菌於皮膚內。經3—6日之潛伏期，侵入部生灼熱，瘙癢，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，近鄰之淋巴腺亦被侵犯。經48—60小時，發高熱，譫語，脫力，下痢，遊走痛等。患者多死於5—8日之內。

療法：早施燒灼，滅却傳染灶。同時行血清療法及醫包等。

三，馬鼻疽

(Malleus, der Rotz)

由馬鼻疽桿菌之傳染，多犯眼結合膜(Conjunktiva)，顏面及手次之。傳染部生特異之結節及潰瘍，時向內臟移轉。

療法：與前症同。

四，走馬疳

(Noma, Der Wasserkrebs)

原因：為頰粘膜之進行性壞疽。迅速侵襲頰之全層。病原尚未確定。梭形菌，Spirochaeten, Diphtheriebacillus, Streptothrix, 皆為其病原體。多發於患急性傳染病後之衰弱小兒。初生兒及成人極少。

症候：口角附近頰粘膜，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，或頰外動脈出血而死。齒齦，頰骨，舌，腭等亦或破壞。患者幸而不死，則以癭痕收縮而貽口腔狹小，牙關緊閉諸症。

療法：補助營養。壞死初起部塗以Lugolsche Loesung，病灶周

第八十八圖

繼發於癩疹後之走馬疔



第八十九圖

顏面水腫性丹毒



圍注射 1% Rivanol,再切除之。或用烙白金或電氣燒灼器及早燒灼壞疽灶。軟部缺損者,施成形術。

五、顏面丹毒

(Erysipelas faciei, das Erysipel des Gesichts)

本症因丹毒連鎖狀菌,由皮膚粘膜等微小斷裂部,竄入淋巴道而發。患者口唇,眼臉,著明腫脹,往往形成水疱,然蜂窩織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,多以鼻粘膜卡他性潰瘍而續發。患部皮膚呈慢性肥厚。

療法: 詳於頭丹毒。

六、面之尋常性狼瘡

(Lupus vulgaris des Gesichts)

實為皮膚之結核病。多屬原發性,續發於顏腔粘膜者較少。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

第九十圖

尋常性狼瘡

(著者)



第九十一圖

潰爛性狼瘡

(著者)



潰瘍。小結節與潰瘍不絕發生，遂成蔓延性浸潤及組織增殖。

本症在臨床上別為三種。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 exfoliatus*)，為發生赤色或黃褐色斑，表面龜裂或有落屑者。潰爛性狼瘡 (*Lupus exulcerans*)，為皮膚及近隣組織大部破裂者。肥大性狼瘡 (*Lupus hypertrophicus*)，為呈結節狀者。

狼瘡之經過極緩慢，有綿延至數十年之久而為皮膚癌瘤之原因。

療法：Finsen 氏光線療法，與 Röntgen 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。

第九十二圖

上唇之硬下疳

(著者)



七，面之梅毒

(Die Syphilis des Gesichts)

口唇及其附近每生梅毒性初期硬結(硬下疳)。時與癌瘤，馬鼻疽，或脾脫疽誤診。第二第三期梅毒，亦常見於面部，往往呈酷似癌瘤之潰瘍，但在癌瘤性潰瘍，邊緣硬固浸潤，而不及梅毒之著明彎入，且由驅梅毒療法，可以鑑別之。

療法：驅梅毒療法。

八，頰淋巴腺疾病

(Krankheiten der Wangenlymphdruesen)

頰部淋巴腺，據 Buchbinder 及 Küttner 氏之記載，共有四簇。一在下頷外面嚼肌之前，二在頰肌之上，口角之後方，三在頸腺管之近傍，四在上頷之上。或以急性炎症而腫脹化膿，或以腺病結核而發慢性炎症。又或由面部惡性腫瘤而起轉移。凡遇面癌瘤及鼻肉瘤時，必須注意及之。

九，面之腫瘤

(Geschwuelste des Gesichts)

以眼頰及口唇，為其好發部。上皮性腫瘤，多於結締織性腫瘤。就中尤以癌瘤為最多。自皮膚移行於粘膜，由 Malpighi 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

第九十三圖

下唇之扁平上皮癌瘤

(著者)



第九十四圖

上下唇之深蝕性癌瘤

(著者)



作扁平浸潤之硬結，後成潰瘍。時或乳頭狀增殖。男多於女。下唇較上唇為多。

皮膚癌依解剖及臨床之所見，可別為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，次成為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轉移。深蝕性皮膚癌，主由皮脂腺發生，先於深部生硬結節或乳頭性暴殖，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。

良性上皮性腫瘤，有皮角，疣贅，粉瘤，皮樣囊瘤等。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

第九十五圖
左頰之癌性潰瘍
(五十八歲之農婦)



第九十六圖
皮膚癌之顏面著明破壞者
(仿 Billroth 氏)



郭之近旁。皮樣囊瘤，常見於眼眶外上方，眉間，額部，及頸部，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，皆可變為癌瘤。

結締織性腫瘤中，有纖維瘤，脂肪瘤，神經纖維瘤，肉瘤，血管瘤，淋巴管瘤等。纖維瘤有硬軟二種。軟性纖維瘤，往往成巨大之腫瘤，而由顏面懸垂，形成垂皮 (*Cutis pendula*)。眼，口，鼻，強被牽引，致顫骨及面骨變形，或與粘液瘤，血管瘤，

第九十七圖
面皮角之根部變癌瘤者
(仿 Poncoast 氏)



淋巴管瘤合併所謂癩痕蟹足腫 (*Das Narbenkeloid*) 者，不外一種硬性纖維瘤。間或發生於面上唇或下唇之先天性增大者，稱為巨唇症 (*Die Makrocheilie*)。一部為結締織增大之蔓延性纖維瘤，一部乃屬血管或淋巴管擴張之海綿樣血管瘤或淋巴管瘤。

第九十八圖

軟性纖維瘤
(所謂垂皮)



神經纖維瘤，表面凹凸不平，含黑色素而多被毛。肉瘤甚罕見。顏面之色素性母斑，間或發生黑色肉瘤，血管瘤之生於顏面者，約占三分之二，尤以女子為多。

第九十九圖

蔓狀神經痛
(仿 P. v. Bruns 氏)



療法： 癌瘤及早切除，且去其近隣之淋巴腺，缺損部施成形術。其他之良性腫瘤皆剔出之。巨唇症行數次的楔狀切除法，或用燒灼法。

第四節 三叉神經痛

(Die Neuralgie des N. trigeminus, die Gesichtsnuralgie)

亦名顏面痛 (*Tic douloureux, die Prosopalgie*)。又從神經枝之區域，別為眶上神經痛 (*Die Neuralgie des N. supraorbitalis*)，眶下神經痛 (*Die Neuralgie des N. infraorbitalis*) 及下頷神經痛 (*Die Neuralgie des N. inframaxillaris*) 三種。

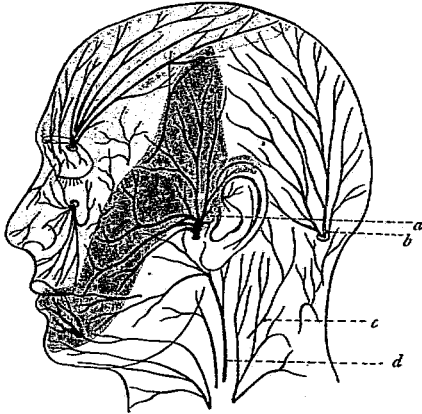
原因：有中樞性及末梢性。中樞性原因，為腦及其被膜之腫瘤，梅毒等。末梢性原因，為神經幹或神經鞘之炎症，或由滲出物，致骨之壓迫。上頷竇蓄膿，往往引起本症。然原因不明者亦甚多。感冒與本症有重大關係。其他亦基於反射的原因。Hysterie，泌尿生殖器病，急性傳染病，精神感動，齧齒，瘧疾，便秘，亦足誘發本症。

症候：疼痛為發作性，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痙攣。每因極微刺戟而發作。疼痛彌久，患者異常苦悶，且因營養不良而陷於衰弱。

第一百圖

三叉神經之分佈區域

(仿 v. Bardeleben u. Haeckel 氏)



(赤色)	(黃色)	(青色)	(a)	(b)	(c)	(d)
第一枝	第二枝	第三枝	耳額神經	大耳神經	小耳神經	大耳神經

診斷：按其解剖部位，不難診斷。然欲知其為中樞性抑末梢性，則甚難。合併腦症或其他神經疾病者，大抵屬於中樞性。眶上神經痛，疼痛在眶上緣而向額部放散，或波及於鼻根及上臉。壓痛點在眶上孔 (Foramen supraorbitale) 之直下。眶下神經痛，由眶下緣沿頰部波及於上唇及鼻

第一百〇一圖

三叉神經痛

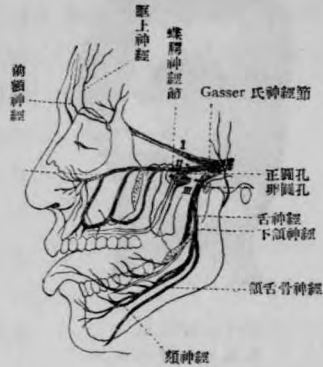
(著者)



第一百〇二圖

三叉神經分佈之模型

(仿 v. Esmarch 及 Kowalzig 氏)



翼側部壓痛點在眶下孔 (Foramen infraorbitale)。舌偏側劇痛者，為舌神經痛。

預後：中樞性者不良。

療法：中樞性者殆無治愈之望。反射性症，用原因療法未稍性症，可行手術的療法，即神經切斷術 (Neurotomie) 是也。神經既經切斷，再將其連續部除去 (神經切除術 (Neurektomie))，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 1.0—0.5cc. 注射各神經枝或 Ganglion Gasseri，每著良效，然再發者亦不少。

三叉神經枝之切除術

(Die Neurektomie der Trigeminusaesten)

一，三叉神經第一枝 (眶上神經) 切除術 (Die Neurektomie des I. Astes des N. trigeminus (des N. supraorbitalis)) 有縱切橫切二法。

第一百〇三圖

三叉神經切除術



- 1 第一枝切除術
- 2 鑿顙骨一時切除術
- 3 第三枝切除術

前者係由眶上切迹 (Incisura supraorbitalis) 向上鉛直切開皮膚及眼輪市肌 (M. orbicularis oculi), 露出該切跡而得神經之法也 (如一百〇三圖1)。然欲求眶後方之神經, 則不如橫切法之便利。此法係並行眶上緣, 於眉毛直下, 由眶上切迹向外方切開皮膚, 次以有溝探子分開眼輪市肌及眶上軟骨筋膜 (Fascia tarsoorbitalis superior)。再以翼狀探子向下方壓排眼球及提上脣肌 (M. levator palpebrae), 遂得緊張之神經, 用鉗向前方牽出而離斷之。

二, 三叉神經第二枝 (眶下神經) 切除術 (Die Neurektomie des II Astes des N. trigeminus (des N. infraorbitalis)) 最適用者, 為 Braun 及 Lossen 氏一時顙骨切除術之眶下神經切除術 (Die Neurektomie des N. infraorbitalis mit temporaerer Resektion des Jochbeins nach Braun-Lossen (如一百〇三圖2))。即於外眥上方約 1 cm, 離眼眶外緣約 2—3 mm 處起刀, 向下斜行切開軟部及骨衣而達於顙骨之下緣, 恰與第三臼齒相當。於是以前刀切離顙骨後壁之軟部, 由後方斜向前內方鋸斷骨質, 次於切開線之上端, 以直角沿顙弓而至顙骨之類突 (Proc. zygomaticus) 切開皮膚, 皮下組織, 及顙筋膜, 將顙弓向後折斷, 並向下翻轉, 壓排顙骨前緣於後, 使存於蝶頷凹 (Fossa sphenomaxillaris) 內之脂肪組織, 頷內動脈及多數靜脈囊遠離。然後除去其餘脂肪組織, 達於深部, 以探子探求眶下裂 (Fissura orbitalis inf.), 能見由內上方斜向前下方之眶下神經, 用鉤使之遊離, 再向前方牽引, 密接圓孔 (Foramen rotundum) 而

切斷之。更在斜切開口內，露出眶下孔部鵝足部 (Pes anserinus)，用動脈鉗牽出並切斷之。此時須注意者，即沿上頷結節 (Tuber maxillare) 經行之上齒槽神經 (Nervus alveolaris super.) 亦須一同切斷。手術既畢，頷骨復於原位，行骨縫合或骨衣縫合，以資固定。創之深部栓塞棉紗，並縫合創緣之一部。

三，三叉神經第三枝(下頷神經)切除術

(Die Neurektomie des III. Astes des N. trigeminus

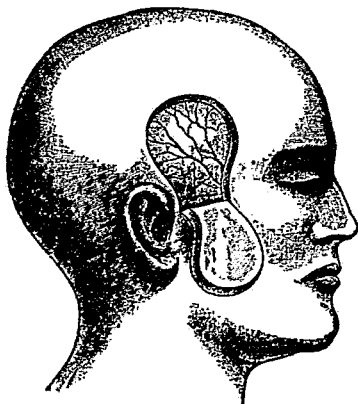
(des N. inframaxillaris))

1. 下齒槽神經切除術 (Die Neurektomie des N. alveolaris inferior)

第一百〇四圖

摘出 Gasser 氏神經節時之顱腔穿照法

(仿 F. Krause 氏)



a. 下頷骨管前小舌部之切除術 (Die Neurektomie des Nerven an der Lingula vor seinem Eintritt in den Unterkieferkanal 以 Lücke 及 Sonnenburg 氏法為最佳。其法使患者頭部下垂，於下頷角後緣，向枝及體部同時切開皮膚，長約 3—4 cm，直至骨衣，與翼內肌 (M. pterygoideus inter.) 同由頷骨內面向上方後方剝離。此

時即能觸知小舌 (Lingula)，次以指為嚮導，送入小鉤至小舌附近，使

神經與血管分離，再牽出切斷之。更由下頷管(Canalis mandibulae)拔斷其末梢端。必要時兼行舌神經切除術。

b. 下頷骨管內之切除術(Die Neurektomie des Nerven im Unterkieferkanal) 於下頷角弓狀切開皮膚，嚼肌及骨衣，並自下頷骨前面剝離，向上翻轉此瓣，鑿開骨前壁，即達神經，(如一百〇三圖3)。

c. 頰孔部切除術(Die Neurektomie des Nerven an seiner Austrittsstelle am Foramen mentale) 此法不甚適用，有口內口外二式。

前者係將口角強向下外方牽引，將第一及第二前臼齒粘膜水平切開，剝離軟部，露出頰孔即得。後者即於犬齒或第一前臼齒部起刀，至嚼肌前緣，橫切軟部，剝離骨衣，露出頰孔。

2. 舌神經切除術(Die Neurektomie des N. lingualis) 與下齒槽神經切除術同。有時須二者同時切除。

頑固性三叉神經痛，用上各法，往往無效或再發，故又有三叉神經全部摘出術(Die Totalexstirpation des Trigeminus)，即自耳角起始，至額骨結節終，造一子宮狀之皮膚軟部骨瓣(如一百〇三、一百〇四圖)。其最高點，約與額骨及前額骨接合部相當。再用鉗狀器械，將硬腦膜及腦髓向上提起。二重結紮該神經第三枝前方之腦膜中動脈。於是細心使神經幹，Gasser氏神經節及其分枝，與硬腦膜及骨分離。再用小鉗撮舉神經節與幹之移行部，切離神經節中樞部，次將該節由神經末梢部可及的全摘出之。

第五節 面神經之麻痺及痙攣

(Laehmung und Krampf des N. facialis)

一、面神經之麻痺

(Die Laehmung des N. facialis)

原因：起於腦損傷者，爲中樞性。起於面損傷者爲末梢性。但因感冒而發者，亦屢見不鮮。梅毒、鉛中毒，每致該神經變性而來麻痺。

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，流淚。因頰肌麻痺而不能營膨頰運動。口裂閉鎖不全。吐唾，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。驅梅毒法，亦可試用。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 Nervenastomose)）。

二、面神經之痙攣

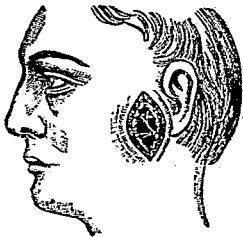
(Der Krampf des N. facialis, der Gesichtskrampf)

因神經之刺激而發。顏面肌持續痙攣，尤以眼輪匝肌 (M. orbicul. oculi) 爲然，所謂眼痙攣症 (*Blepharospasmus od. Lidkrampf*) 是也。但此痙攣，亦因三叉神經興奮性反射而來。此時壓迫該神經出口部，則痙攣停止，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

第一百〇五圖

面神經之伸展術



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*) 法由耳垂附着部與頰部間起始，向下頷骨後緣縱切開 5 cm。注意分離腮腺肌膜及腮腺組織。慎勿傷及頸外動脈。於是先現出該神經之下枝，次達於上枝。再向後方莖乳孔 (Foramen stylo-

mastoideum) 部,露出神經幹而伸展之。

第六節 面成形術

(Die plastischen Operationen im Gesicht)

於缺損近圓,造有莖皮瓣以彌補之之法也。其一般法則如下。

缺損部有新鮮者,有被肉芽者,亦有結成癩痕者。若已結成癩痕,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為適用,頰部較為不良,頸部及項部皮膚最劣,線術後每起強度收縮故也。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,以防收縮。瓣之營養務宜富饒。故皮膚之血管神經,應盡力保存。縫合時,瓣之捻轉及緊張不可過度。用極細絲線作結節縫合,或用細腸線作連次縫合。因採取皮瓣所生之缺損部,可直接縫合閉鎖之,外加防腐綳帶,但不可壓迫莖部。三五日後除去縫合線之一部。餘則徐徐除去之。

一、造唇術

(Die Cheiloplastik, die Lippenbildung)

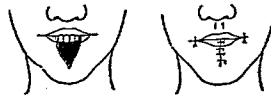
第一百〇六圖

將朱唇緣與粘膜緣縫合者



第一百〇七圖

橫切左右口角再加縫合者



第一百〇八圖

Diffenbach 氏造唇術



第一百〇九圖

Jätsche 氏造唇術



常用於下唇缺損之甚少者。即牽引兩側加以縫合。或將朱唇緣及粘膜緣縫合之即可(如一百〇六圖)。若甚大之三角形缺損。則橫切左右口角。施行縫合(如一百〇七圖)。或更並行缺損緣加縱切開。減去皮瓣之緊張(如一百〇八圖)。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。用此粘膜瓣以造口角之邊緣(如一百〇九圖)。或於缺損部之兩側造有莖皮瓣亦可(如一百一〇圖)。缺損部在下唇一側者。則於上唇或頰部

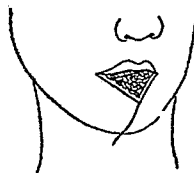
第一百一〇圖

Syme-Buchanan 氏造唇術



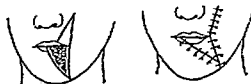
第一百一十一圖

Blasius 氏造唇術



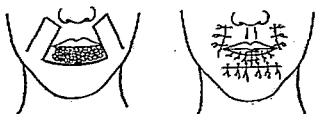
第一百十二圖

Estlander 氏造唇術



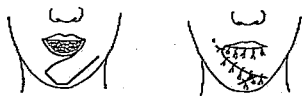
第一百十三圖

v. Bruns 氏造脣術



第一百十四圖

v. Langenbeck 氏造脣術



第一百十五圖

Difffenbach 氏上脣造脣術



第一百十六圖

上脣之造脣術



造一與缺損部相當之皮瓣閉鎖之(如一百十一,一百十二,一百十三,一百十四各圖)。至上脣造脣術可用波狀切法(*Difffenbach'sche*

Wellenschmit) (如一百十五圖)。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(全圖)。又或於兩頰部，造二側瓣剝離縫合之(如一百十六圖)。

總之翻轉粘膜以造唇緣，乃本術之最重要者。故手術時，務須竭力保存其粘膜。

第一百十七圖

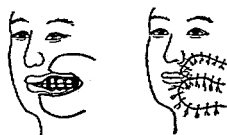
Diffenbach 氏造口術



二，造口術(*Die Stomatoplastik, die Mundbildung*) 術式不一。最通用者為 Diffenbach' 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(如一百十七圖)，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。

第一百十八圖

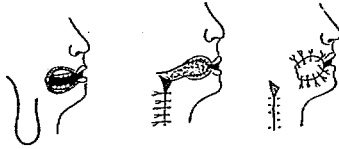
取頰及頰部皮膚之造頰術



三，造頰術(*Die Meloplastik, die Wangenbildung*) 頰部皮膚，富有延長性。故小缺損部，可直接縫其裂緣，或於近旁造有莖瓣縫合閉鎖之(如一百十八圖)。稍大者，則由額部，顳額部，上下頷部，頰部，取有莖皮瓣，將其皮膚面

第一百十九圖

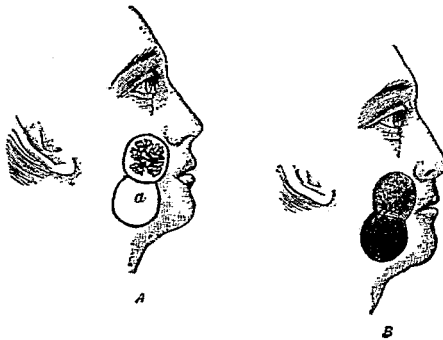
Israel 氏造頰術



向內方翻轉，然後與缺損部縫合。至外方之創面，則行 Thiersch 氏植皮術，或再造皮瓣被覆。Israel 氏由頸部及鎖骨上窩部造長皮瓣，翻轉此瓣（皮膚面向口腔）而縫着於缺損部，同時剝離上下唇緣之粘膜以造口角。越十七日，切斷其莖，並縫合之（如一百十九圖）。Kraske 則於距缺損緣約 1cm 處，造一皮瓣，將皮膚面向內方縫着於缺損部（如一百二十圖），外方創面，再行 Thiersch 氏植皮術。

第一百二十圖

Kraske 氏造頰術



第五章 鼻及鼻腔之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Nase und der Nasenhöhle)

第一節 鼻之先天性畸形

(Angeborene Formfehler der Nase)

外鼻之先天性畸形，如猛犬鼻，鼻破裂，已述於面破裂中。至無鼻症(*Fehlen der Nase*)，則屬僅見之例。此外較能多見者，為鼻孔之先天性狹窄或閉塞(*Die kongenitale Stenose od. Atresie der Nasenlöcher*)。然此亦發於狼瘡及梅毒之後。鼻中隔傾斜(*Der Schiefstand od. die Deviation der Nasenseidewand*)則以凸側向右方者為最多。據 v. Klein 氏之統計，鼻中隔完全正直者，不過 2% 云。高度傾斜時，則來鼻腔之通氣不全，或起各種神經障礙。

療法：對於狹窄或閉塞，則切開之。時或將因此擴張之皮膚與粘膜縫着，再插入金屬管或厚壁橡皮管，以防其狹縮。鼻中隔傾斜者，可於凸面上造一基底向後或上之舌狀粘膜軟骨衣瓣，並剝離之。次切離彎曲部前下端之軟骨，再將凹側粘膜細心剝離，終則除去該彎曲部軟骨（必要時切除骨中隔之一部），及凸側粘膜之一部。然後塞棉紗於鼻腔內。

第二節 鼻骨及鼻軟骨之骨折

(Frakturen der Nasenknochen und der Nasenknorpel)

多因打擊衝突等直接外力而起。鼻骨骨折時，其折片常向鼻腔轉位，故鼻梁陷沒平坦，頗呈陋貌，即所謂平鼻(*Die Flachnase*)是也。然亦有向側方轉位者，此時鼻梁偏斜，粘膜若有損傷，則生局限性氣腫。至於鼻中隔軟骨之骨折，則因中隔角狀屈曲而來鼻孔之狹窄或閉塞。

療法：及早整復折片。如爲鼻骨骨折，右手送入稍大之麥粒鉗(Kornzange)以整復陷沒折片，左手由外面調劑之，使其復於原位，再以棉紗栓塞鼻腔。鼻中隔屈曲者，亦以麥粒鉗夾正之，並插入金屬板，或 Guttaperchaplatten 以資固定。

第三節 外鼻疾病

(Krankheiten der acusseren Nase)

急性炎症，概與面部同。慢性炎症，如狼瘡、梅毒、濕疹，則詳於皮膚病學。若因此等結果而來鼻孔狹窄或閉塞時，則切開擴大之（詳前）。

腫瘤之最多者，爲硬性及軟性纖維瘤、血管瘤及癌瘤，摘出後往往須行造鼻術。

由鼻皮膚粘膜炎，生特異硬固腫瘤狀結節之鼻硬腫 (Das Rhinosklerom)，係一八七〇年 Hebra 氏

第一百二十一圖

鼻硬腫

(仿 Wolkowitsch 氏)



首先所報告。見於俄國南部，奧國東部，及匈牙利等處。常由鼻腔深部起始，經過甚緩，亦向口圍蔓延，鮮有治愈之望。該腫瘤組織，成於圓形細胞及纖維樣結締組織。圓形細胞又可別爲二種，一爲富有顆粒者，一爲膨大無核類似脂肪細胞之細胞。此中能發見特異之鼻硬腫桿菌。

第四節 鼻腔疾病

(Krankheiten der Nasenhöhle)

一、鼻出血(衄血)

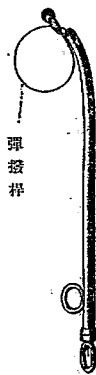
(Die Nasenblutung) (die Epistaxis)

發於鼻腔損害及各種病變,亦以全身病及月經不調而起。尤以血友病者,最多而且反覆發作。出血部多在鼻之前部,即來自下鼻甲(Concha nasalis infer.)之海綿體及軟骨性鼻中隔。輕者可以自止。重者須迅速處置之。在患熱性病及人事不省者,往往因多量血液,經鼻後孔(Foramen nasalia post.)而入於氣管,食管,致來不測之危險。

療法: 對於輕症,強壓左右鼻翼,或用含少量之醋, Tannin, 明礬等冷水或冰水,吸入於鼻腔內即足。對於重症,則用彎曲之麥粒鉗,向鼻後孔及鼻腔上部,栓塞棉紗,或以 Cocain 棉球栓塞鼻腔。最便利者,即用 Bellocq 氏小管(Das Bellocq'sche Röhrchen)(如一百二十二圖),先將該管由鼻孔透入咽頭後壁,俟彈撥桿突出於口腔內時,再用絲線繫一栓塞球於其針孔上,然後由鼻腔抽出該管,並牽引絲線,則該球固定於鼻後孔,其附於栓塞球上之絲線他一端,則留在口腔之外,以便除去該球時,可引此線而出於口腔也。彈力性 Katheter 亦可為該管之代用品。此外尚有 English 氏鼻球(Der Rhineurynter von

第一百二十二圖

(Bellocq 氏管)



第一百二十三圖

Englisch 氏鼻珠



- a 後鼻孔球
- b 兩球之連接部
- c 鼻孔球
- d 留於鼻孔外之橡皮管

Englisch)(一百二十三圖),係將空虛球先送入鼻腔內,然後注入水或空氣,使之充滿,其留於鼻腔外之橡皮管,則以線固定之。

二、鼻粘膜之炎症(鼻炎)

(Entzündungen der Nasenschleimhaut) (die Rhinitis)

有急性慢性卡他,狄夫的里性,格魯布性,蜂窩織炎性,或潰瘍性等症,就中最多者,為急性慢性卡他,潰瘍性者,多起於梅毒或結核。

1. 急性鼻卡他或急性鼻炎(*Rhinitis acuta (Coryza), der akute Nasenkatarrh*) 以起於感冒者為最多。每流行於春秋之季。又有因吸入刺戟性塵埃及氣體,或內服藥物而發者。此外為麻疹,流行性感冒,百日咳等一分症。

症候: 有輕度熱感,四肢倦乏,頭重,頭痛等前驅症,次於鼻內感癢,噴嚏,鼻腔有閉塞感。初分泌稀薄水樣液,後漸增量而為粘液性,終則變為膿性,炎症或經鼻淚管而向眼結合膜蔓延,致起流淚。或經耳咽管而蔓延於中耳,遂來頭痛。又或蔓延至額竇而起特異之前額痛。檢查鼻腔,鼻孔部皮膚及粘膜腫脹發赤,尤以下鼻甲為最著。經數日至一週,以分泌物漸次減少而愈,亦或轉為慢性。

療法: 初期行熱湯浴,或服發汗劑,或吸入收斂劑。Bier 氏僱血療法亦稱用。

2. 慢性鼻卡他或慢性鼻炎 (*Rhinitis chronica, der chronische Nasenkatarrh*) 或由急性轉來,或因腺病,結核及梅毒而原發,以其解剖變化,分為三種,即單純性慢性鼻炎,肥厚性鼻炎及萎縮性鼻炎是也。在單純性慢性鼻炎 (*Rhinitis chronica simplex*), 粘膜腫脹呈暗赤色,組織不見增生肥厚。但在肥厚性鼻炎 (*Rhinitis hypertrophica*), 粘膜呈淡赤色或濃赤色而著明增生肥厚,尤以下鼻甲及中鼻甲為最甚。鼻腔狹小,粘膜上附着多量之粘液及膿汁。萎縮性鼻炎 (*Rhinitis atrophica*), 粘膜菲薄呈蒼白色,鼻甲萎縮,鼻腔增大,常繼發於肥厚性鼻炎之後,粘膜面被有黃色或帶綠色之膿性分泌物,易於乾燥結痂,且發惡臭,即所謂臭鼻 (*Ozaena, die Stinknase*) 者是也。然此亦發於肥厚性症及鼻骨崩壞時,故又有單純性臭鼻 (*Ozaena simplex*) 及潰瘍性臭鼻 (*Ozaena ulcerosa*) 之分。前者即惡臭性萎縮性慢性鼻炎 (*Rhinitis chronica atrophica foetida*), 常與鼻副腔化膿併發,後者多為結核及梅毒。

慢性鼻卡他,往往侵及鼻咽腔之濾囊及咽扁桃體,使之著明腫脹。

症候: 自覺鼻腔閉塞,尤以肥厚性鼻炎為然。鼻呼吸著明障礙。患者居常必開口呼吸,顏貌呈癡鈍狀。發音多帶鼻聲,終至嗅能消失,味覺亦障礙,或併發種種反射的神經症候,即喘息 (*Asthma nasalis*), 神經痛,偏頭痛,胃脘攣性疼痛,精神障礙 (所謂鼻性精神機能不和症 (*Aplosexia nasalis*)) 等,甚則誘起癲癇。炎症蔓延至隣接部,則繼發額竇,上頰竇,中耳等病變。

診斷: 易診。但粘膜增生如茸瘤狀者,每與鼻茸瘤誤診。欲鑑別之,可用探子檢其硬度。如為鼻茸瘤,則全部柔軟且能移動,深部尚能觸知其細莖。在粘膜肥厚症,觸之硬固,由肥厚部漸次擴大而達於鼻甲之基底。

經過及預後：經過甚久，且極頑固，既陷於萎縮殆無全治之望，僅能去其惡臭而已。

療法：多屬全身病，故須注意原因療法。至於局部療法，在單純性慢性鼻炎，先以硼酸水洗鼻，清潔鼻腔，次吹入收斂劑。慢性肥厚性鼻炎，則洗鼻後，用強腐蝕藥腐蝕其粘膜，或行電氣燒灼法。對於慢性惡臭性瘦削性鼻炎，則於洗鼻後，並行薄荷水棉花栓塞法。

3. 蜂窩織炎性鼻炎(*Rhinitis phlegmonosa*) 往往發於損傷之後，又或由周圍蜂窩織炎蔓延而來，間或為膿漏症之續發症。限局性膿腫，每成於鼻腔前方上皮樣組織部及鼻中隔之癰腫。

症候：鼻粘膜著明腫脹，外鼻皮膚及其附近亦著明紅腫。經過多為急性。限局性膿腫，則以自然破開，或切開而速治。然間有死於腦膜炎者。

療法：先治原因生膿腫者切開之，並除去其壞死組織。

4. 鼻腔之格魯布及狄夫的里(*Der Group und die Diphtherie der Nasenhöhle*) 多繼發於咽狄夫的里。原發性者極少。

5. 鼻腔之膿漏症(*Die Elenorrhoe der Nasenhöhle*) 多見於小兒，亦或發於大人，以淋毒傳染為其原因。其特徵為不絕漏出膿性分泌物。

療法：用收斂性藥液洗滌鼻腔。

6. 鼻腔之結核(*Die Tuberkulose der Nasenhöhle*) 或繼發於外鼻之狼瘡，或原發於粘膜、骨衣及骨。男多於女約三倍。或呈潰瘍，或生櫻實大至胡桃大之腫瘤。粘膜結核經久不愈，則破壞下唇骨質而來結核性臭鼻(*Ozaena tuberculosa*)。至其破壞程度，則不如梅毒之甚。

療法：全身療法外，宜早行強烈之局部療法。即於潰瘍，搔爬或燒灼之，或塗布50—80%乳酸水。

7. 鼻腔之梅毒(*Die Syphilis der Nasenhöhle*) 原發者極少，常為全

第一百二十四圖

梅毒性鞍鼻



身梅毒之續發症，其發於第二期者，則粘膜生紅斑及丘疹（梅毒性急性鼻卡他 *Coryza syphilitica*），漸成潰瘍，破壞軟骨及骨質，然常見者實為後期之梅毒，即先發橡膠樣腫性小結節或浸潤，次成潰瘍，破壞鼻骨而生鞍鼻（*Die Sattelnase*），有臭氣（梅毒性臭鼻 *Ozaena syphilitica*），分泌物中混血或膿，經過緩慢，外鼻亦呈缺損，或

因病機向篩骨迷路及顱腔進行，而發腦膜炎或靜脈竇血栓。

療法：驅梅毒療法外，局部用銳匙搔爬，栓塞棉紗，外鼻缺損者施成形術。

鞍鼻之整形療法，近多稱用 Paraffin 注射，即所謂 Paraffin 注射之外鼻整形療法（*Die kosmetische Behandlung der aeußeren Nase durch Paraffininjektion*），為 Stein, Eckstein 諸氏所創，最初尚用流動 Paraffin，一九〇四年 Stein 氏始發表可用凝固 Paraffin 注射之新法，蓋以圓筒內具有螺絲迴轉而能將凝固 Paraffin 壓出之注射器，使 Paraffin 注射於皮下者也。法以有攝氏 50—65 度熔點之精製 Paraffin，裝入試驗管內，再置入沸騰熱湯中三十分鐘以上，籍行嚴密消毒，待其未起凝固，即吸入上述之注射器內，以供注射。注射之局部消毒後，先以穿刺針穿刺皮膚，次插入剝離針，剝離至適當度，於是拔去剝離針而代以附有鈍注射針之注射器，更藉螺絲迴轉，徐徐將 Paraffin 注射於組織內。注射後局部皮膚稍發赤，腫脹，然塗以 Ichthyol 等，則經四五日即可消散。

8. 鼻腔之癩病（*Die Lepra der Nasenhöhle*）為常見之症，粘膜發生潰瘍，鼻分泌物中能發見癩菌。

第五節 鼻腔內異物

(Fremdkoerper in der Nasenhoehle)

異物多由鼻前孔竄入，見於兒童及精神病者。異物種類不外豆類，小石，果核等。嘔吐時胃內容物往往由鼻後孔而入於鼻腔，此等異物能早除去，自無若何障礙。若經久殘留，則來鼻腔之狹窄，閉塞，出血，化膿，及種種之神經症候。

鼻腔異物亦有發自本身者。如腐骨片及鼻石(Rhinolithen)等是。鼻石，由既存之異物上，沈着磷酸或碳酸石灰而成，有甚大者。此外生活動物，亦往往誤入鼻腔。

診斷：新鮮者易診。經久之症，異物上常覆以粘液，每致誤診。大凡偏側之頑固性鼻炎，常有異物存在之疑。Hessler氏曾有除去存於左鼻十四年之異物而治愈患者之例。

療法：速由鼻前孔摘出異物。其在深部者，則令患者頭向前屈，或送入二指於其腭帆之後方，直由鼻後孔摘出之。若異物甚大，則須行鼻腔一時切除術。生活動物竄入鼻腔時，可吸入 Chloroform 或 Aether，或注入防腐液，Terpentin 等。又或吹入甘汞以殺滅之。

第六節 鼻腔之腫瘤

(Geschwuelste der Nasenhoehle)

有粘液茸瘤，纖維瘤，軟骨瘤，骨瘤，肉瘤，囊瘤，癌瘤等。就中最多見者，為粘液茸瘤，即所謂鼻茸瘤(Nasenspolypen)是也。

鼻茸瘤有具莖者，有具廣大基底者。分軟硬二種。前者粘液茸瘤屬之，後者概係纖維瘤。以慢性鼻卡他為其發生原因。或在一側，或發於兩側。好發部位為鼻腔前上部(中鼻甲)。

症候：呈鼻卡他症候。患者自覺鼻腔通氣不全。試閉塞其一側鼻孔，並令閉口行呼吸，則見其有閉塞或全不通之態。故患此者

居常專用口呼吸，並發一種鼻聲，此外或發種種之反射性神經症候。

診斷：檢查鼻腔，得見赤色或灰白色或膠樣之腫瘤，巨大者間或露出於鼻外，觸之柔軟有彈性，亦有經鼻後孔而向鼻咽腔內發育者，宜注意及之。

經過及預後：腫瘤甚大者，鼻骨各處因壓迫而萎縮，預後良好，惟再發者不少。

療法：先以 10—20% Cocain 水塗布鼻腔，令患者坐於椅上，頭稍後屈，送入麥粒鉗，撮莖部，然後迴轉捻斷之。腫瘤居於鼻腔後方者，則以左手示指，由口腔送入鼻咽腔內，自後向前壓迫該腫瘤入於鉗內，亦易摘出，殘餘部用銳匙爬去，此時往往劇烈出血，可堵塞棉紗以制止之。對於小腫瘤及鼻上道腫瘤，電氣燒灼法亦甚適用。然欲確實預防其再發，或欲盡除鼻上道小腫瘤時，則須切開鼻腔，最適用者，為鼻軟部一時剝離術 (*Die temporaere Abloesung der Weichteile*

第一百二十五圖

鼻軟部一時剝離術
(仿 Rouge 氏)



der Nase) (如一百二十五圖)。即自上方第一前臼齒，至他方第一前臼齒，切開上唇與齒齦之境界部，剝離上唇，次將軟骨中隔與前鼻棘，鼻翼軟骨與上頷骨剝離，必要時更剪斷骨中隔，剝離以後，乃向上方翻轉，術後復於舊位加以縫合，又其瘤居於鼻腔上後部者，則行外鼻一時切除術 (*Die temporaere Resektion der aeußeren Nase*)，法式甚多，Ollier 氏切離兩側鼻頰部及鼻根部之皮膚、骨及軟骨，且向下方翻轉之。此時鼻中隔當在一同

切離之下。Chassaignac及Bruns氏則切斷鼻根部及一側鼻頰溝之皮膚、骨及軟骨，並分離鼻翼與上唇，離斷鼻中隔而向他側翻轉之。手術既畢，乃將皮膚骨及軟骨瓣復於舊位，加以縫合。

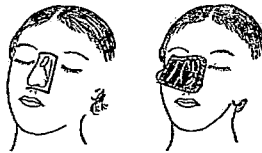
第一百二十六圖

外鼻一時切除術
(Ollier氏)



第一百二十七圖

外鼻一時切除術
(Chassaignac u. Bruns)



第七節 鼻部成形術(造鼻術)

(Plastische Operationen an der Nase) (Rhinoplastik)

一，全部造鼻術

(Die totale Rhinoplastik)

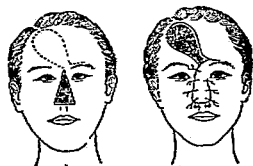
1. 取前額皮膚以造鼻者，亦名印度法(*Die totale Rhinoplastik aus der Stirnhaut oder die indische Methode*) 為最良之法。緣額部皮膚較取自頰部及肱部者萎縮為少。術式可分四節，即(一)缺損部造一創面，(二)依一定模型製成額皮瓣，(三)翻轉額皮瓣而與缺損部之新創縫合，(四)以縫合或植皮術使額缺損部縮小是也。

(一)將缺損部造一兩邊相等之三角形創。基底在上唇之上，尖端適當於鼻根(如一百二十八圖A)，剝離創線下層厚約2 cm。

(二)先以紗創卷製成一定模型，貼於額部，於是沿其周圍切開皮膚，達至骨面而剝離之(骨衣連於皮瓣之上)。該瓣須較缺損部大三分之一。對於骨性鼻部全缺如者，有時可取額骨之一

第一百二十八圖

全部造鼻術



第一百二十九圖

皮膚與缺損部縫合後下方之所見



片,以代鼻梁及鼻中隔。

(三)前額缺損部覆以棉紗,皮瓣則向缺損面翻轉之。此時不可過度捻轉瓣莖,致害榮養。或於瓣之基底,更加二個縱切開。用中央部以造鼻中隔,用兩側部以造鼻翼。即將側瓣基底向內褶疊,緻密縫合於三角形缺損部之兩隅。次將缺損部之基底中央,加一小縱切開,使與褶疊之中央瓣密接並縫合之(如一百二十九圖),終則縫合其餘部分。鼻腔內各插入一個小橡皮管。

(四)縫額缺損部使之縮小。再用肱皮瓣或 Thiersch 氏植皮術以補其餘部分。手術既畢。額部加以防瘡繃帶,而露出鼻及莖部。自第二日至第五日,乃漸次除去縫合線。

新造鼻既經癒合之後,則切斷莖部。大約在癒合後 4—6 週間行之為最宜。

第一百三十圖

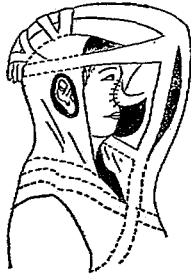
取頰皮膚以造鼻者
(Nélaton 氏)



2. 取頰皮膚以造鼻者 (*Die Rhinoplastik aus der Wangenhaut*) 為骨性鼻部尚保存,僅須彌補其動性鼻部之法。Nélaton 氏於動性鼻部之兩頰,各取菱形之骨衣皮膚瓣,其榮養橋適在內眥及鼻根部(如一百三十圖),此法亦名法蘭西法 (*Die französische Methode*)。

第三百三十一圖

取肱皮膚以造鼻者
(仿 Tagliacozza 氏)



第一百三十二圖

造鼻中隔法

3. 取肱皮膚以造鼻者 (*Die Rhinoplastik aus der Haut des Oberarms*)

爲十六世紀意大利 Tagliacozza 氏所創,亦名意大利法 (*Die italienischen Methode*)。即由肱之前面,取適宜皮瓣,將其游離基底部與鼻缺損部縫合。一方將肱固定於頭部,待癒合後再斷其莖(如一百三十一圖)。

二，一部造鼻術

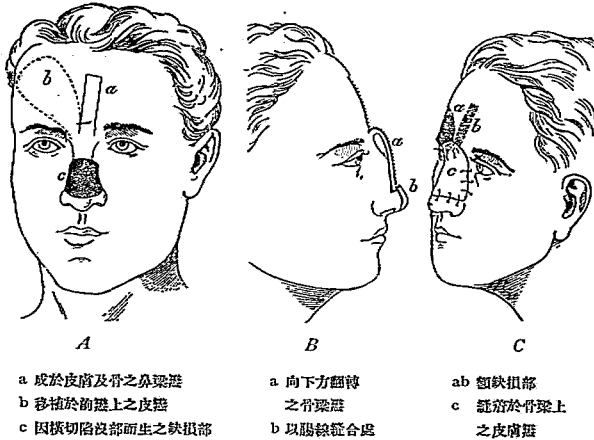
(*Die partielle Rhinoplastik*)

爲補足鼻側壁,鼻翼,鼻尖及鼻中隔一部缺損之法也。皮瓣取自額,他側鼻半部,頰部,上脣等處。至造鼻中隔法,可由上脣中央,行二個鉛直切開(如一百三十二圖1),離斷全唇,與粘膜一同向外上方翻轉,或在上脣造一斜瓣(同上圖2),但上脣皮膚萎縮甚烈,故又有取鼻背皮膚以爲彌補者(同上圖3)。

三，鞍鼻成形術

(*Die plastische Operation der Sattelnase*)

第一百三十三圖
鞍鼻成形術
(Koenig 氏)



A
a 成於皮膚及骨之鼻梁瓣
b 移植於前額上之皮膚
c 因橫切陷沒部而生之缺損部

B
a 向下方翻轉之骨梁瓣
b 以腸線縫合處

C
ab 額缺損部
c 縫着於骨梁上之皮膚瓣

於鞍鼻陷沒最著之處，橫切外鼻上下兩端，將下半部向下方牽引，至鼻尖復於正常位置為止。次於額部切開皮膚，長約 6—7 cm，廣約 1 cm，直達骨面，再沿切線鑿斷額骨外板，並剝離之。以此皮膚骨瓣（如一百三十三圖 A 之 a）向下方翻轉（皮膚面向內），與外鼻軟部中央縫合（同上圖 B），更於前額取一皮瓣被覆其上（同上圖 C）。然後處置額缺損部。

第八節 額竇之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Stirnhöhlen)

(Sinus frontalis)

一，額竇之損害

(Verletzungen der Stirnhöhlen)

最重要者為骨折。內壁骨折，往往與顱底骨折合併。前壁骨折

多起於直接外力。在皮下骨折之竇粘膜一同損傷者，則於額、頤、頰部，發生氣腫。試令患者閉鎖鼻口，強行呼吸，則空氣忽被驅於皮下，因能認知其損害之部位。若為複雜骨折，其內壁一同損傷時，則病原菌入於顱腔而發化膿性腦膜炎。竇壁一部缺損或陷於壞死者，則長貽瘻孔（額竇瘻（*Stirnhöhlenfisteln*））。此外因異物之存留，引起竇化膿、腦膜炎或腦膿腫者有之。

療法：與顱底骨折同一法則。對於氣腫行壓抵綑帶。前壁之陷沒骨折，不兼腦症候者，安靜放置之後壁損傷，且兼腦症候者，穿開前壁，栓塞棉紗。對於複雜骨折，可由竇向鼻腔裝入排導裝置，以利分泌物之排泄。

二、額竇之疾病

(Krankheiten der Stirnhöhlen)

以卡他症為最多，繼發於鼻卡他之後。若鼻粘膜以炎症而著明腫脹，或生腫瘤，致鼻額管閉塞，竇內漸次蓄積粘液或膿汁，則成額竇水腫（*Hydrops sinus frontalis*）及額竇蓄膿症（*Empyema sinus frontalis*）。經過既久，並來額竇之擴張（*Die Dilatation der Stirnhöhlen*），其擴張多向眼眶進行。又竇內蓄積血液者，則稱為額竇血瘤（*Haematoma sinus frontalis*）。

症候及診斷：因鼻卡他繼發本症時，額部有特異之疼痛。蓄膿症之症候，因其經過緩急而不同。急性症多發熱，額部劇痛。慢性症額部有不快之鈍痛，鼻腔排泄膿汁，敲打或壓迫骨質，則現過敏。竇愈擴張，骨愈菲薄，終向外方，鼻腔、眼眶或竇腔內破開。又竇壁向眼眶擴張時，眼球被壓於下外方而來複視，甚至萎縮失明。然亦有於經過中，排泄管一時開通，排出多量膿汁者。

療法：先去鼻卡他。對於額竇之單純性或化膿性卡他，則由鼻額管通入銀製小管以洗滌之。或用金屬探子，沿鼻背而至鼻中

隔與中鼻甲間，穿通竇之下壁，再以曲管洗滌竇腔。然較確實者，不如鑿開竇前壁，切除病變之粘膜，疏解竇鼻之交通。惟額竇廣狹因人而異。對於極小竇腔，此法不甚適用。宜在眉毛內端，眶上緣之直上，鼻根部之上外方，切開皮膚，直達骨面，剝離上下骨衣，再以細圓鑿密接眶上緣內側部，輕力鑿開額骨外板，達於現青赤色光澤之竇粘膜，切開粘膜而至竇內，然後用探子，小銳匙，或細鑿，廣大其與鼻腔之通路，裝入排膿管，再將切開創縫合閉鎖。行此法後，患者每以切除部陷沒而遺陋貌。故又有在竇前壁，先作有莖之皮膚骨衣骨瓣，術後再將該瓣復於舊位者。

然額竇化膿，病勢必向篩骨蜂窩，蝶竇內蔓延。故又有 Killian 氏額竇根治術 (*Radikaloperation der Stirnhöhlen nach Killian*)，法於前述部位，切開軟部，切開線之內端，迴繞內眥沿鼻側緣向下方延長 1—2 cm，剝離此部骨衣，然後露出眶上緣骨衣，於距該緣約四分之一之 3 cm 處，加以二條之平行切開線，先剝離上切開線之骨衣，次剝離下切開線入於眼眶內，同時剝離軟骨環，露出上頷骨額突。此時切開線中央殘餘之骨成爲橋狀，在橋之上鑿去額竇全前壁，更於橋下方眼眶內側，除去額竇之基底及額突，進而切除篩骨蜂窩及中鼻甲前部，使鼻腔交通暢利，以圖根治。

三，額竇之腫瘤

(Geschwulste der Stirnhöhlen)

有粘液茸瘤，粘液囊瘤，纖維性茸瘤，癌瘤，骨瘤等。而以骨瘤爲最多。由篩骨發生而向額竇發育，間或進入鼻腔。篩骨之所以多生骨瘤者，因其久留殘餘軟骨，故最初本爲內軟骨瘤，漸次化骨，遂成骨瘤。常見於少年，發育緩慢，增大時破壞竇壁而入於眼眶，鼻腔，顱腔之內，惹起眶上神經痛，視覺障礙，腦膜炎，腦膜腫等症候。又額竇

或其他鼻副腔之骨瘤，其莖部有以膿潰壞死，壓迫萎縮，而自然脫落游離者，是名死骨瘤 (*Die tote Osteome*)。

療法：與竇蓄膿症同，即鑿開骨前壁而摘出之。

第六章 頷之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Kiefer)

第一節 上頷骨折

(Frakturen des Oberkiefers)

原因：由墜落，蹄踢，器械打擊，槍劍等而起，或併發顛底骨折。

症候：若外力極猛，兩側上頷骨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，對於下頷之上頷齒列變位。上頷竇前壁骨折，則折片多陷沒，患側顏面氣腫，骨折線通於眼眶底時，則因出血而眼球突出，頷內動脈及眶下神經，面神經同受傷者，則起危險之出血或麻痺。

療法：先整復轉位之折片，使上下兩頷之齒列互相適合，然後用繃帶固定之。救急繃帶之最稱用者，為頰投石帶 (*Funda maxillae, der Kinnschleuder*) (如一百三十四圖)，或複頂頰帶 (*Capistrum duplex*) (如一百三十五圖)。上頷竇之陷沒骨折，切開皮膚，提舉骨片。骨片

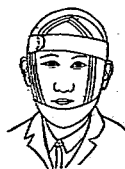
第一百三十四圖

頰投石帶



第一百三十五圖

複頂頰帶



全游離者則摘出之，尚與骨或骨衣連綴者放置之，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 下頷骨折

(Frakturen des Unterkiefers)

爲面骨骨折中最多之症，有齒槽突骨折，體部骨折，枝骨折，關節突骨折及髁突骨折數種。就中最多者，爲齒槽突骨折，最少者爲髁突骨折。體部之犬齒與臼齒區域內骨折，較下頷枝骨折爲多見，且爲由前向後之斜骨折，折片互相重疊。

下頷骨折，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，衝突頷部而起關節突骨折，或下頷角鑰於車輪，骨由左右壓迫，乃致中央部骨折者是。惟下頷枝及髁突之骨折，殆皆由於直達之外力，往昔用齒鑿(Der Zahnschlüssel)拔齒，往往發生齒槽突骨折。

症候：以下頷體部及角部之全骨折最爲著明。有疼痛，變形，異常運動，及吮軋音(Crepitation)。疼痛原於下齒精神經及其分枝之損傷。變形則由於肌肉之牽引。如骨折部在嚼肌前方，則後方之折片被嚼肌及頸顳肌牽向外前方，而前方之折片，則由二腹肌，頰舌骨肌及頷舌骨肌牽往內下方。又骨折部在嚼肌後方，則兩折片因該肌及翼內肌之固定，不起轉位。其他下頷體部之粉碎骨折，則折片因自己之重力向下方轉位，異常運動亦最著明。凡下頷骨全骨折，於談話及嚥下時，患者每以手支其下頷，開口即流唾液，言語亦不明晰。

關節突骨折，因該突起被翼外肌牽向內前方，患側之下頷傾斜短縮。兩側關節突皆折斷者，下頷向後方轉位，故下齒列退居於上齒列之後方。此時常伴顳底骨折及腦震盪症，或因損傷外耳道，

致耳內出血。

喙突骨折，來折片轉位者甚少。因顳肌纖維之附着部甚廣，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，可於麻醉下行之。固定之法，輕症者用石膏或水玻璃(Wasserglas)等類投石帶或複頂頰帶，使上下頷齒列適相接觸。對於廣大之粉碎骨折或斜骨折，則於齒牙周圍紮以銀線或行骨縫合。法於下頷骨前後

第一百三十六圖

骨縫合



第一百三十七圖

齒副子

(Sauer氏)



二面切開齒齦，用鑽骨器穿通骨質，再用銀線縫合之（如一百三十六圖），亦有用齒副子（Die Dentalschiene）以為固定者（如一百三十七圖）。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。

第三節 下頷脫臼

(Die Luxationen des Unterkiefers)

下頷脫臼，分為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。

一，下頷前方脫臼

(Die Luxation des Unterkiefers nach vorne)

第一百三十八圖

兩側下頷前方脫臼



第一百三十九圖

下頷脫臼之整復術



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，因側韌帶之緊張及咽肌、翼外肌之牽引而固定於關節結節之前方。時或腺突插入於咽肌與顳肌之間。然本關節之囊狀韌帶富有伸展性，故多不破裂，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，頰齒列，下頷角等，皆應脫臼度而移轉於前方，下頷固定於異常位置。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，患側關節凹空虛，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，兩手指透入患者口內，其他四指把握下頷下緣。此時拇指力向後方壓下頷骨，餘指乘下頷稍稍上舉之會，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。卒難整復者，恐為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，除去障碍物，甚或切除關節突。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，與以流動性食物。

二，下頷後方脫臼

(Die Luxation des Unterkiefers nach hinten)

原因：因閉口時，頰部受打擊衝突而發。每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，鼓室漏出漿液，粘液樣液。患者稍張口，下頷齒列常居於上頷之後方。

療法：向前下方牽引下頷骨，且以同一方向壓迫關節頭。外耳道內有折片轉位者，可用麥粒鉗使其復於原位，栓塞棉紗。

第四節 齒牙及齒齦之疾病

(Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches)

一，齲齒（齒瘍）

(Die Zahncaries)

原因：因口腔內微生物之作用，釀成酸類（主為乳酸），溶解齒質石灰分，使之軟化崩潰，即先於頸部及冠溝部之齒牙表面，生灰白色，黑色或綠色斑點，次乃侵入釉質（Der Email），並漸及齒質。遺傳，妊娠，糖尿病，為其發生之誘因。口內不潔，嗜糖果者多罹之，故有糖齲齒（Zuckercaries）之稱。

症候及經過：他覺症候，則為患齒之變色，及進行性崩壞。待達一定度後，患齒以溫度之變換而過敏，釉質齒質全被侵蝕，露出時則發疼痛，線在齒質細管內之細纖維，傳達外來之刺激於齒髓故也。日久齒質細管及纖維陷於萎縮，疼痛復暫停止，病勢更進，露

出齒髓，於是痛乃達至極度。侵入細菌，誘起腐敗性或化膿性炎症（齒髓炎），蔓延於齒根及齒槽骨衣，遂成齒齦膿腫（*Die Parulis*）。侵及頰骨，則生腐骨。齒齦膿腫破壞，則成齒瘻（*Zahnfistel*）。

療法：預防為先。宜常清潔口腔，以去誘因。既生齦齒，先用防腐液止其進行。缺損部用齒牙充填法（*Das Flombieren der Zähne*），不得已時用拔齒術（*Extractio dentis*）。

二，齒齦炎

(*Gingivitis od. Ulitis, die Entzündung des Zahnfleisches*)

多因水銀、鉛中毒及壞血病而發。其由水銀中毒者，齒齦腫脹出血，發生潰瘍，口臭。其由鉛中毒者，齒齦緣呈蒼白灰白色。因壞血病者齒齦出血。其他由口內不潔，食物殘片分解而發者不少。

療法：除去原因。其他與以含嗽劑。

三，拔齒術

(*Extractio dentis, die Extraktion der Zaehne*)

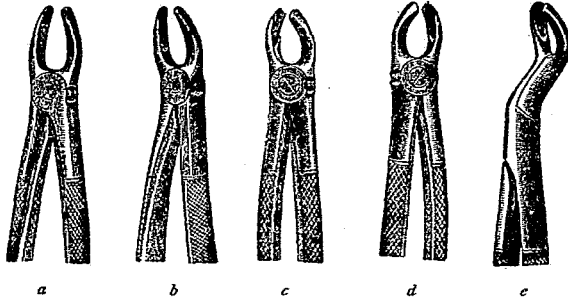
本術可分為四段，（一）以適當鉗子接於患齒，（二）將鉗壓送於齒齦齒頸之間而確實撮舉之，（三）搖動牙齒使之脫臼，（四）拔去齒牙。

齒鉗因齒牙之位置及種類而異其形（如一百四十圖及一百四十一圖）。術時令患者坐於椅上，一人固定其頭，略向後方屈曲。術者則立於患者之右側，左手開其口脣或口角。右手持鉗送入口內。先用 1% Cocain 或 Novocain 溶液注射於齒牙之兩側，次壓入鉗子之尖端於齒齦下，緊箝患齒，先向外方搖動之，使之脫臼，次乃拔去。惟最後方之下頰臼齒，實居下頰枝之後方。故須向內方搖動之。箝撮齒牙，用力過猛，易生折傷，故嘴端務必送入齒齦下部。

對於齒冠已崩壞者，先用尖刀剝離齒頸周圍之齒齦，再用齒

第一百四十圖

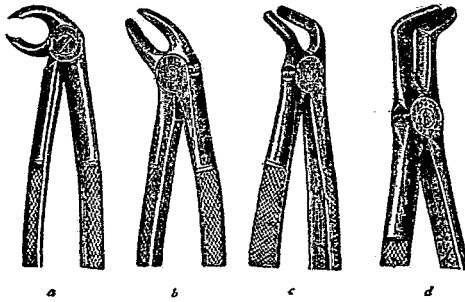
用於上頰齒之齒鉗



- a 用於門齒及犬齒者
- b 用於前白齒者
- c 用於右側之白齒者
- d 用於左側之白齒者
- e 用於智齒者

第一百四十一圖

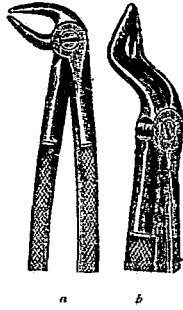
用於下頰齒之齒鉗



- a 用於門齒及犬齒者
- b 用於前白齒者
- c 用於兩側白齒者
- d 用於智齒者

第一百四十二圖

齒根鉗



a 用於上頰齒者
b 用於下頰齒者

第一百四十三圖

羊蹄及齒挺



(a) 羊蹄
(b) 齒挺

根鉗(Zahnwurzelzange)(如一百四十二圖)拔去齒根若齒根深藏於齒槽內者,可用羊蹄(Geissfuss)或齒挺(Zahnhebel)(如一百四十三圖)除去。齒槽腔充填消毒棉紗,並與以含嗽劑。

第五節 頰之炎性性疾病

(Entzündliche Prozesse an den Kiefern)

一、齒根膜炎及齒槽骨炎

(Periodontitis u. Periostitis alveolaris)

原因: 因齦齒進行,侵犯齒髓,乃起齒髓炎(Pulpitis),進而形成齒髓糜爛或齒髓膿腫,遂發本症。又或因齒齦炎積起齒槽骨炎。

症候: 有搏動性之劇烈齒痛,且向顏面放散。因炎症性浸潤難於開口。病牙有壓痛,周圍齒齦腫脹,疼痛亦著。該齒因齒根膜腫脹而由齒槽發出且弛緩,患者自覺該齒似若延長。又以炎症性,牙關緊閉而起口內炎,有粘膜腫脹,流涎,口臭等症。全身症候為發熱。炎症若向下頰及頰部蔓延,則於數日後成大膿腫。此時患者反以

炎症已成限局性而痛苦稍減。膿向齒根或齒齦粘膜破潰，滲入口腔，疼痛頓消，殘遺瘻管，是名內齒瘻 (Innere Zahnfistel)，又或膿向皮膚穿破而成外齒瘻 (Aeußere Fistel)，初雖排泄膿汁，後乃消失，於瘻孔周圍，肉芽增殖，狀似肉芽腫然，但必直接或以索條與頷骨癒着。他如因此而起頷骨骨髓炎，形成腐骨，或自然排出，或長留不愈者有之。

療法：未化膿者，行瘻包及其他之保守療法，已成膿腫則切開之，病牙尤須拔去，以圖根治，對於內外齒瘻，拔牙後再搔爬瘻管即可。有腐骨者，由口腔內或外面摘出之。

二、頷骨骨髓炎

(Osteomyelitis des Kiefers)

原因：一為蔓延性急性骨髓炎 (Fortgeleitete acute Osteomyelitis)，係由齒齦順序發生齒齦炎，齒齦膿腫，齒根骨膜炎，終遂及於頷骨之骨髓。一為血行性急性骨髓炎 (Haematogene acute Osteomyelitis)，由癰腫、癰疽、化膿創等積起血行轉移，乃發本症，多見於罹麻疹或猩紅熱後之小兒。成人則以前者為多。下頷較上頷稍多。

症候：呈一般急性骨髓炎症候，且有流涎、口臭、舌苔、牙關緊閉等，甚或現譫妄、腦膜炎症候。一旦膿向外或口腔內破開，則急性症候漸次轉為慢性，不去腐骨，難期治愈。又或因嚥下口腔內膿汁，惹發肺炎致死。

療法：穿開頷骨，排泄其膿，初期可行濕瘻包，有腐骨者於4—8週後除去之。

三、頷骨結核

(Tuberkulose des Kiefers)

原因：或為血行轉移，或因周圍結核灶之蔓延。前者每見於

小兒部位以上頤骨之眶下緣頤骨額骨接合部較多，下頤骨體部及齒槽突較少。

症候：骨來慢性過敏性腫脹，形成寒性膿腫，皮膚變色，卒致破潰，貽留結核性瘻管，時或發生沈降性膿腫。

齒槽突破壞時，則來劇痛，障礙飲食而速陷於衰弱。

療法：全身療法外，局部充分搔爬，有腐骨者除去之，或行切除術。

四，頤骨梅毒

(Syphilis des Kiefers)

梅毒第三期，每於上頤之硬腭生橡膠樣腫，若成潰瘍，則來穿孔，於下頤間或發生橡膠樣腫性骨炎。

療法：驅梅毒療法，但硬腭穿孔者不可不行成形術。

五，頤骨放線菌病

(Aktinomykose des Kiefers)

原因：因附有放線菌之殼針入於口腔，刺傷粘膜，先侵軟部，次犯頤骨，或以齶齒為其侵入門而直接發病。

症候：屬於前者，先於軟部來特有之板狀硬固浸潤，處處軟化破潰，殘遺瘻管，排出含有齒塊(Druse)之膿汁，頤骨肥厚，且有著明之牙關緊閉，屬於後者多見於下頤，該骨腫脹如瘤，內藏放線菌性肉芽組織，骨質非薄如紙，卒致破潰，又或續犯軟部。

診斷：由肉芽組織或膿汁內証明齒塊時，即能確實診斷。

療法：搔爬肉芽組織，栓塞 Jodoform 棉紗，或內服碘劑，X 光線療法亦可應用，時或應用於骨切除術之後。

六，磷毒性頤骨骨疽

(Phosphorkiefernekrose)

原因：甚少，見於製燐之工人，與齶齒有密切關係，或以燐蒸氣藉呼吸器入於血行，侵犯骨系統而起，尤以下頷為多。

症候：先以頷骨榮養障礙，減弱其對於化膿體之抵抗力，易受傳染，初現齒痛，齒齦腫脹，頷骨全體疼痛，齒牙弛緩脫落，排出膿汁，口臭，終來頷骨壞死，甚者下頷全體均陷於壞死，然周圍又發生新骨，因此頷骨凹凸不平。

療法：先注意其原因，有腐骨者除去之。

第六節 上頷竇之疾病

(Krankheiten der Oberkieferhöhle

(Sinus maxillaris) oder des Antrum Highmori)

一，上頷竇蓄膿

(Empyema sinus maxillaris, die Eitersammlung in der Oberkieferhöhle)

為竇內蓄積膿汁之症，其原因為鼻腔內化膿症之傳播，開口於竇之化膿性齒根骨炎，及其他之傳染病。就中以起於鼻疾患者為最多，又複雜骨折及竄入異物，亦為本症之原因。

症候：最主要者，為開口於齒槽突之瘻孔，或由鼻腔排泄膿汁，尤以患者向健側臥時為然，經過既久，粘膜腫脹，上頷竇孔為之閉塞，膿汁蓄積於內，竇壁漸次擴張，患側顏面腫起，終致骨壁壞死穿孔，以蜂窩織炎症候向四方蔓延，或又侵及其他顏腔，或又以膿毒血症致死。

診斷：由上記症候可診定之，可疑時則用洗鼻法或以耳Katheter送入上頷竇孔，以檢蓄膿與否。

療法：首治原因，有齶齒或齒槽突腐骨者除去之，再以銳匙開大其瘻孔，如無瘻孔者，將第一白齒拔去後，用鑿穿開竇之底面

以泄膿汁，且行洗滌，堵塞棉紗，防食物殘片置入其內，術後若竇底面之缺損部不能閉鎖者，可由邊緣取粘骨膜骨衣瓣以閉鎖之。

如不欲拔去健全齒牙，可由犬齒凹(Fossa canina)穿開竇之前下壁，即切開口粘骨膜翻轉部，剝離骨衣，鑿開骨壁，然後刺入套管針。v. Mikulicz氏則以Stilet(如一百四十四圖)於下鼻甲部穿開竇壁，但對於鼻道狹小或鼻甲肥厚者，此法不甚適用。

第一百四十四圖

Stilet



第一百四十五圖

上頤骨前壁之骨衣下囊瘤

(著者)



二、上頤竇水腫

(Hydrops sinus maxillaris, der Hydrops der Oberkieferhoehle)

為竇內蓄積粘液或分泌物之症。以鼻腔交通路閉塞為其原因。多屬後天性，且多為假性水腫(Der Pseudohydrops)。即由竇粘骨膜囊瘤狀變性，形成粘液茸瘤而起。間或由齒牙膿囊發生之頤骨囊瘤，轉向竇內增育者。此外生於上頤骨前壁之骨衣下囊瘤，亦往往與

本症誤診。蓋此囊胞，或由齒牙胚種發生，或以骨衣下齒齦膿腫之囊胞漸次化骨，壓迫竇前壁使之萎縮陷沒，遂呈上頷竇水腫之外觀。

症候：主徵為頷骨體部之擴大。由口粘膜翻轉部及硬腭上能認知之。指壓菲薄骨壁，則發羊皮紙音。

療法：與前症略同。對於頷骨前壁上之骨衣下膿腫及囊胞（所謂假性水腫），則將上唇向外翻轉，切開口粘膜翻轉部及骨衣，從其骨壁之厚薄，用鑿套管針，或刀切開之。

第七節 頷骨之腫瘤

(Geschwulste des Kiefers)

一、齒牙瘤

(Odontom)

為牙發育障礙之定型性腫瘤。智齒特多。下頷多，上頷少。有二型。

a. 軟齒牙瘤 (*Weiches Odontom*) 由發生齒牙之胎生組織而成（如齒髓，齒牙周圍組織）。生於頷骨之內部，漸次發育，遂形突出。骨皮質變薄，終呈羊皮紙樣啞音。

本症雖為先天性發生，但在兒童期並不顯明，多於青年期壯年期始著。

診斷：初難診斷。須與硬纖維瘤，軟骨瘤，骨瘤，髓瘤，初期肉瘤等鑑別。X光線檢查可資參考。有時須待手術後方可診定。

預後：不惡。

療法：開骨而剔出之，或行頷骨切除術。

b. 硬齒牙瘤 (*Haries Odontom*) 由發育後期之齒牙組織，即釉質，象牙質及骨質而成。為頷骨內之限局性腫瘤。每以結締組織包裹如異物然，呈象牙樣硬度之結節。在骨內時尚無所知，迨達骨面則可

診定。患齒缺如。時或腫瘤周圍骨壞死。形成瘻管。

他如齒根齒牙瘤 (Wurzelodontomi), 係生於齒根部之硬小結節, 常於拔牙後偶然發見。

診斷: 多屬偶然發見。淺表者須與骨瘤區別。

療法: 放置之亦無大害。必要時行拔牙術或摘出術。

二, 釉瘤

(Adamantinom od. Epithelioma adamantium)

成自齒牙發生時之釉質。又分為囊瘤性釉瘤或多發性頤骨囊瘤 (*Adamantinoma cysticum od. multiple Kiefercyste*) 及實質性釉瘤或狹義的釉瘤 (*Adamantinoma solidum od. Adamantinom im engerer Sinne*) 二種。但多為二者之移行型。

本腫瘤有定型的細胞群。其周圍有多少之結締織。此細胞群之基底細胞與釉細胞一致。呈圓柱形。其內部細胞為立方形及不整形。囊瘤性者中有腔隙。實質性者則反是。在細胞群中。時或可見發育不全之齒牙。

症候: 本症原因雖屬先天性。但每至成人始現於下頤。漸向骨面膨隆。骨質漸次菲薄。呈羊皮紙啞音。高度者消耗骨質。能自外部觸知柔軟之腫瘤。其異於肉瘤者。即骨衣不起增殖。亦不起轉移。囊瘤性症較實質性症發育迅速。柔軟。或呈波動。

診斷: X光線攝陰法。囊瘤性症更易認知。

預後: 大有不同。手術易者預後不惡。較大者不得不行頤骨切除術。甚大者手術亦不可能。時或再發。

療法: 摘出腫瘤。如行頤骨切除術。其後須行補接法 (Prothese)。

三, 濾囊性齒囊瘤

(Follikulaere Zahncyste)

成於齒發育時之齒嚢囊。上下頷皆可發生，而以下頷為常見。尤以第二生齒期即 10—20 歲者為最多。常呈單房性之囊瘤，內含黃色澄清之漿液性液體，亦有含粘液樣物質，Cholesterintafel 者。內壁成於結締組織，上被扁平上皮細胞。

症候：發育緩慢。齒槽突漸次腫起，境界較為明瞭，表面平坦，上被正常粘膜。待增大後乃呈羊皮紙樣啞嘍音，終來波動。患齒常缺如而存於囊瘤之中。在大囊瘤中更可見雜亂配列之齒牙。一旦化膿，則來劇痛及體溫昇騰等。

診斷：宜與齒根囊瘤及釉瘤鑑別。

預後：不惡。

療法：摘出腫瘤。

四、齒根囊瘤

(Zahnwurzelcyste)

多見於上頷。因齶齒及齒根肉芽腫，該部上皮細胞侵入骨內而成。

症候：以 20—30 歲者為最多，生於乳齒者甚少。其症候與前症略同，但本症有齶齒之存在，且常見於上頷。

預後：佳良，轉為癌瘤者極少。

療法：拔除患齒，再摘出之。

五、頷骨肉瘤

(Sarkom des Kieferknochens)

與他骨同，有由骨衣發生者，有由骨髓發生者。以梭形細胞肉瘤為最多。巨大細胞肉瘤及圓形細胞肉瘤時或見之。好發於幼年及大人。女多於男，實為常見之症。

a. 骨衣性肉瘤 (*Periostales Sarkom*) 下頷之齒槽突及體部，上頷

第一百四十六圖

頤骨肉瘤

(著者)



之齒槽突體部，腭，上頤竇等，皆其好發部位。迅速增大，境界不明，硬度初稍柔軟，旋即因骨衣之新生物而甚硬固。因其淺表，發覺較易，無神經痛症候。

b 骨髓性肉瘤 (*Myelogenous Sarkom*) 主由骨內部發生。漸次膨大，骨質萎縮。初時不易發見，或以三叉神經痛起始，或呈類似上頤竇痛瘤之症候。

診斷：初期不易與他種腫瘤鑑別。

療法：頤骨切除法，Roentgentiefentherapie 及 Radiumtherapie。

第一百四十七圖

上頰竇肉瘤

(著者)



六，頰骨癌瘤

(Karzinom des Kiefers)

較肉瘤更爲常見。多發於50歲前後之男子。上頰遠多於下頰。緣上頰存有上頰竇，往往由其上皮發生癌瘤故也。有原發性與續發性二種。前者或由齒槽突，齒齦，腭等粘膜發生（扁平上皮癌）。或由上頰竇粘膜發生（圓柱細胞癌）。後者則續發於皮膚，粘膜，口唇，口腔底，舌，腮腺等癌瘤之後。

症候：其起自齒槽突，齒齦或腭者，則於該部形成典型之癌性潰瘍，旋即侵犯骨質。腭之癌瘤，可向上頰竇內穿破。又或以潰瘍傳染而起口內炎。其起自上頰竇者，症候初多潛伏，時或以三叉神經痛及齒痛起始。故常誤爲齲齒而行拔齒，但齒痛仍不見愈。故凡四十歲以上之人並無病齒而訴頑固性齒痛者，當疑爲本症。

第一百四十八圖

齧 瘤

(著 者)



上頤竇瘤因其漸次增大，先壓排前壁，犬齒凹生隆起，次則壓迫側壁，頰部因以廣闊眶底被擠於上，眼球向外上方轉位，發育更盛，鼻腔亦被閉塞，或破壞鼻甲，腫瘤由鼻後孔向咽腔突出，腭穹窿亦被壓向下方，或呈丘狀隆起，或使全腭傾斜及下降，倘腫瘤不斷增大，則顏面變形。

診斷：初期較難與上頤竇蓄膿之區別，可依轉移，鼻分泌物，試驗穿刺，Roentgenuntersuchung等決定之。

預後：死於發病後一二年內，即能早施手術，不免再發。

療法：頤骨切除術。

七、頤骨之良性腫瘤

(Gutartige Geschwulste des Kieferknochens)

甚少見。有纖維瘤，軟骨瘤，骨瘤，血管瘤等。上頰竇除上述者外，尚有乳頭瘤。

齒齦瘤或齦贅 (*Epuilis*)，為齒齦實質性腫瘤之總稱。有纖維瘤，纖維肉瘤，梭形細胞肉瘤，巨大細胞肉瘤等。就中最良性者為纖維瘤，最惡者為梭形細胞肉瘤。

症候：下頰骨之前緣最多，時或發於上頰骨之前緣。齒齦上得認知示指尖大之腫瘤，亦有達至胡桃大或雞卵大者。表面平滑或具莖，上被粘膜。良性腫瘤堅硬，惡性者略軟，多無疼痛。近接之齒牙弛緩或脫落，該部易出血。發育緩慢或突然增大。

診斷：依其部位，經過等診定之。

預後：佳良，但或再發。

療法：將周圍軟部，齒槽突之一部，悉行切除。

第八節 下頰關節之炎症

(Die Entzündungen des Unterkiefergelenks)

急性下頰關節炎 (*Die acuten Entzündungen des Unterkiefergelenks*)

見於急性多發性關節風濕症 (*Der acute polyarticulaeren Gelenkrheumatisms*)，急性發疹病，及淋病之經過中。在風濕性者，運動關節則發疼痛，且因滲出物而呈腫脹，病勢一去，不留障礙。其起於急性發疹病者，常以化膿而來關節之強直。淋病性症，多發劇痛，妨害咀嚼及談話，經過短且化膿。

慢性下頰關節炎 (*Die chronischen Entzündungen des Unterkiefergelenks*) 或以結核性骨瘍而起，原發者極少，多為頸顛骨結核之繼發症。第三期梅毒，間或發此。

痛風性關節炎及畸形性關節炎 (*Arthritis urica und Arthritis deformans*) 頗屬少見。

療法：依據一般關節炎療法，在急性炎症，安靜關節兼行消炎療法。已化膿時切開之。對於關節強直及高度畸形性關節炎，用關節突切除術。

下頷關節切除術(*Die Resektion des Unterkiefergelenks*) 於耳角前方約一指寬之處，由額弓向下，鉛直切開皮膚，長約 2—3 cm。更於切線上端，向前方作一橫切開。但欲避免面神經損傷起見，單行橫切亦可。於是深入額弓之下，先使關節頭游離，再鑿斷之。此時務宜注意耳孔附近之面橫動脈，額動脈，面神經，及囊狀韌帶內側之頷內動脈，勿使損傷。創內裝入排導管，縫合後再加防腐綑帶。

第九節 牙關緊閉

(*Die Kieferklemme*)

原因：因下頷關節之炎症而發者，謂之關節性牙關緊閉(*Die arthrogene Kieferklemme*)。因關節周圍或其附近之炎症化膿而發者，謂之炎症性牙關緊閉(*Die entzündliche Kieferklemme*)。例如齒槽突骨炎，臼齒部齒齦炎，齒齦膿腫，扁桃體膿腫，腮腺及頷下腺之急性炎症等是。其他頰及頸部之蜂窩織炎，亦常續發本症。患梅毒者，間以嚼肌之間質性肌炎而發肌肉性牙關緊閉(*Die myogene Kieferklemme*)。因末梢或中樞神經被刺戟，而咀嚼肌攣縮，致牙關緊閉者，謂之痙攣性牙關緊閉(*Die spastische Kieferklemme*)。破傷風之牙關緊閉屬之。其他因頷骨附近化膿，及物質缺損後之癩痕性癒着或萎縮者，曰癩痕性牙關緊閉(*Die narbige Kieferklemme*)。

症候：偏側強直者，關節尚略能運動。患側下頷萎縮。兩側強直者，則運動廢絕。少年之兩側強直，則下頷發育障礙。待至成年，下頷與他顏面骨失其正當比例而成鳥顏(*Das Vogelgesicht*)，亦曰後天性小頷症(*Mikrognathia acquisita*) (一百四十九圖)。

療法：以原因而異。關節性牙關緊閉，則行下頷關節切除術。

第一百四十九圖

因兩側牙關緊閉之鳥西



或並去其喙突關節突與關節凹起骨性癒着者，則以鑿鑿斷之，然須避顛中凹之損害。炎症性症，則待炎症減退後，以開口器解除之。肌肉性及痙攣性者，則治其原因。癢痕性者，切去癢痕而行造頰術。Gussenbauer氏於左右頰皮膚，造一前方四cm寬後方六cm寬之皮瓣，剝離至咽肌前緣，次將皮下軟部及癢痕一同剝離至咽肌前緣並橫斷之。於是排開上下齒列，再將該皮瓣之外方向內方翻轉，使其前緣與咽肌前緣及口粘膜密接而縫合之。經四星期，切斷皮瓣後部，且向口內翻轉而與頰殘餘缺損部粘膜縫合。至於頰外面之皮膚缺損部，則由下頷取有莖皮瓣以補充之。

第十節 上頷切除術

(Die Resektion des Oberkiefers)

患者須先令牙醫清除齒牙，口腔亦須保持清潔。手術時為免除出血及因嚥下血液惹起肺炎之危險，宜於局部麻醉下，先行患側頷外動脈結紮法。

切除上頷，近時皆行局部麻醉(Braun氏傳導麻醉法(Braunsche Leitungsanaesthesie))，即以1% Novocain溶液注射於三叉神經第二枝及第三枝。注射法之最便者，可就需要切開之皮下，充分注射上述之溶液後，切開皮膚，再直接在上頷骨上注射該神經枝，則易達麻醉之目的。又在麻醉以前，若已注射嗎啡或 Pantopon等鎮痛劑者更佳。至於患者之體位，在局部麻醉下不必一定，緣患者縱有血液流入氣管，亦能咳出故也。

術式有全切除術(Die totale Resektion)及一部切除術(Die partielle Resektion)二法。又有切除骨而保存骨衣者，是謂骨衣下切除術(Die subperiostale Resektion)。摘出上頷後方腫瘤，往往須先切除該骨後，再令復舊位者，是名一時切除術或骨成形切除術(Die temporaere oder osteoplastische Resektion)，分述於下。

一、上頷骨全切除術

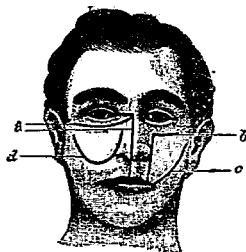
(Die totale Resektion des Oberkieferknochens)

本術成於以下之三節，即切開軟部，離斷骨連續，及止血與縫合是也。

切開軟部，須可及的避免腮腺管，頷外動脈及面神經各枝之

第一百五十圖

上頷骨切除術之軟部切開法



損害，切法有種種。

(1) 中央切法(Der Medianschnitt nach Diefenbach) 先由正中線切開鼻根與口唇間軟部，次由切開線上端至內眥，或沿眶下緣而至頷骨，加一橫切開，由此可得一鉛直之皮瓣(如一百五十圖a)。

(2) 側切法(Der Lateralschnitt nach Nélaton und Boeckel) 由內眥下

方，經鼻頰溝而至 upper 脣縱開軟部，次於切線上端，沿眶下線向外方切開之（同上圖 b）。

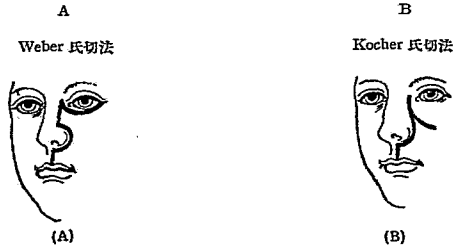
(3) 弓狀切法 (*Der Bogenschnitt nach Velpeau*) 爲由口角向頰骨外方之弓狀切開法也（同上圖 c），然此法有腮腺管及多數面神經枝之損害，故不適用。

(4) 瓣狀切法 (*Der Lappenschnitt nach v. Langenbeck*) 由內眥下方，或鼻骨鼻軟骨接合部稍下方起刀，沿鼻翼而下，至頰粘膜之上頷骨面翻轉部，次於耳垂鼻孔間所引之虛線同高處，作一弓形，再向外上方而至頰骨內緣，切開軟部（同上圖 d）。

(5) Weber 氏法 (*Webersche Methode*) 卽自內眥部沿鼻翼外緣下行，繞鼻孔緣至鼻中隔下端，再至上脣正中線行縱切開，再沿眶下線向外加一橫切開（見一百五十一圖 A）。

(6) Kocher 氏切法 (*Kochersche Methode*) 與上法類似（同上圖 B）。

第一百五十一圖



上述諸法，以 Weber 氏法爲最通用，因其副損傷甚少而術後癢痕亦小之故。切開時宜一次直達骨面，然後向下外方剝離，作成皮瓣。

離斷骨連繫，須用鏈鋸，刺鋸，線鋸，鑿及骨鉗等，即先以刀沿眶下線切離下頤軟骨，並剝離眶底軟部。次用刺鋸或鑿離斷上頤骨

第一百五十二圖

上頷骨骨連綴部之離斷



前額突(Proc. frontalis),淚骨及篩骨(如一百五十二圖)。此時若欲保存眶底後部,則先弓狀離斷其前方。又或由骨性鼻淚管,送入線鋸出於梨狀孔(Foramen piroformis),斷其前額突。然後剝離眶下裂(Fissura orbitalis inf.)組織,切斷嚼肌之顳骨附着部,再用鏈鋸或線鋸,通過眶下裂及蝶頷凹(Fossa speno-maxillaris)而離斷頷骨及上頷骨之連綴(第一百五十三圖)。其欲同時切除顳骨者,則剝離

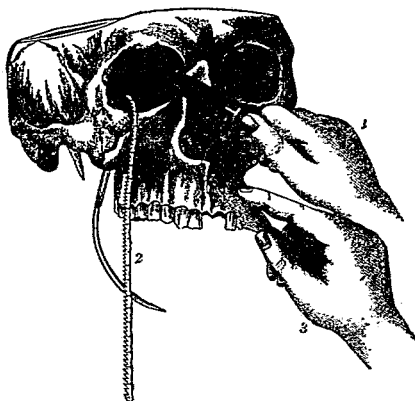
類肌後,鋸斷其額突(如一百五十二圖),次及下方之頷弓(同上圖)。最後使上唇與頷骨分離,且切開頷骨上所有粘膜附着部,並露出梨狀孔,又切離硬腭與軟腭部,適當鋸斷線之齒牙亦拔去之,鋸斷該部骨質。此時如欲保存硬腭之粘膜及骨衣,則沿齒列切開自內門齒至智齒間之軟部,直接骨面,並將軟部向正中線全剝離之,由硬腭後緣切離腭帆,使與已剝離之硬腭軟部連綴,成為瓣狀,次又舉起上唇,鋸斷硬腭。然後箝持頷骨,捻斷頷結節(Tuber maxillare),與蝶骨翼突(Proc. pterygoideus)之連綴,或挺舉鋸斷之顳骨以折斷之。如是上頷骨遂完全游離矣。

骨離斷後,速以棉紗強力栓塞,大抵可以止血,倘仍有多少出血者則結紮之,然後將殘遺之軟腭與頰粘膜縫合,手術創內充填Jodoform棉紗,閉鎖顏面皮膚。充填之棉紗則以粗線引於口外,俟三五日後除去之。

後療法 注意其有無後出血,並以食管Katheter供給患者之榮養,缺損部,漸由肉芽充填,外部皮膚,藉顳骨及鼻之支持,故其所

第一百五十三圖

三主要骨連綴部之離斷式



- 1 剪斷上頷骨之前額突
- 2 以鏈鋸離斷頷骨
- 3 以剝鋸離斷兩上頷骨之連綴及腭骨

留陋貌並非甚顯術後經三四星期，鑲補假齒以彌缺陷。

二，兩上頷骨全切除術

(Die totale Resektion beider Oberkiefer)

爲一八四四年 J. Heyfelder 氏所創，術式概與前同，僅有一側與二側之別耳。

三，上頷骨一部切除術

Die partielle Resektion des Oberkiefers

最多行者，爲齒槽突切除術 (Die Resektion des Alveolarfortsatzes)，即先切開齒齦而剝離之，再鑿斷患部骨質。

四，上頷骨一時或骨成形切除術

(Die temporaere cd. osteoplastische Resektion des
Oberkieferknochens)

由鼻軟骨及鼻骨境界部,或鼻孔外方向額弓起始點切開軟部,直達骨面,並將頷結節至翼腭管(Canalis pterygopalatina)之軟部全切斷之,保存翼腭凹(Fossa pterygopalatina)內之鼻後動脈(A. nasalis post.),由此管內送入刺鋸,達於鼻腔後部,沿切開軟部經路,鋸斷上

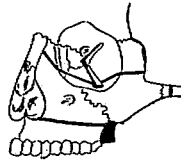
第一百五十四圖

上頷骨一時切除術之軟部切法
(v. Langenbeck 氏)



第一百五十五圖

向前之頷骨鋸斷線



頷骨體及梨狀孔,再由內眥下刀,沿眶下緣而至外眥部,以弓形或直角切開軟部,與下方切開線連繫。由眶下裂鋸斷上頷骨及額骨之連繫。次將眶軟部與骨衣一同剝離且上舉之。用鑿或刺鋸沿軟部切開線,離斷眶下壁,更由鋸斷之額骨間隙中,挺起上頷骨,折斷額骨與鼻骨之連繫,於是向上內方翻轉上頷骨。此時頷後所有空洞,如鼻腔,咽腔,蝶頷凹(Fossa sphenomaxillaris), 顳顬凹(Fossa temporalis),及眼眶,皆能洞見無遺。摘出其中腫瘤,再將該瓣復於舊位,縫合軟部創緣。

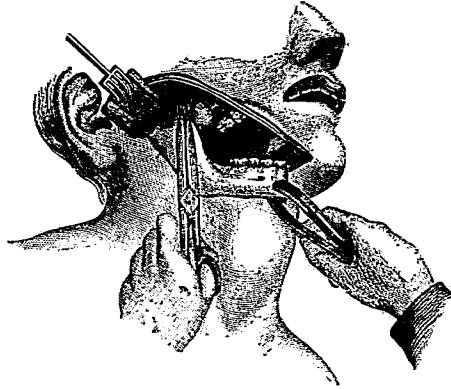
第十一節 下頷關節離斷術及切除術

(Die Exartikulation und Resektion des Unterkiefers)

有半側全除切術,全部摘出術,一部摘出術及一時切除術等,

一, 下頷骨半側全切除術

第一百五十六圖
下頷半側全部切除術



(Die totale Resektion einer Unterkieferhaelfte)

於頷弓下緣，自角而至頰之他側，切開軟部，直達骨面，結紮頷外動脈，先剝離附着於下頷前面之嚼肌及齒槽粘膜，次及後面之翼內肌(M. pterygoideus int.)及其他組織，拔去適當切斷部之齒牙，鋸斷頷骨中央，箱撮骨端向下牽引，剝離下頷枝軟部組織，切斷附着於喙突之顳肌，然後捻轉該骨，裂斷囊狀韌帶及翼外肌之上部纖維，結紮下齒槽動脈及頷內動脈之分枝，對於健側骨端之出血，可用烙白金制止之，已斷裂之下齒槽神經，可及的切斷其中樞部，再以腸線連次縫合粘膜創緣，創內裝入排導管或栓塞棉紗，術後暫以食管Katheter維持患者之榮養。

二，下頷骨全摘出術

(Die totale Exstirpation des Unterkiefers)

即將頷骨中央鋸斷，再以上法切除其各側，此時須以絲線通過舌端，向外牽引，以防其向下沈降。

三，下頷骨一部切除術

(Die partielle Resektion am Unterkiefer)

1. 齒槽突切除術(*Die Resektion des Alveolarfortsatzes*) 殆與上頷同。即向下牽引下唇，切離齒槽突粘膜附着部，剝離齒齦，拔去齒牙，再用骨鉗切除患部。如欲切除最後部之齒槽突，或須切開下頷角皮膚並在骨衣下行之。

2. 中央部切除術(*Die Excision des Mittelstuecks des Unterkiefers*) 於口腔內切斷附着於下頷之軟部，並剝離之。或縱切下唇中央，剝離切除部所有之組織，然後鋸斷骨質。

切除下頷中央，因左右頷舌骨肌(*Musculi genioglossi*) 附着部皆被離斷之故，舌失支持而向後方咽喉沈降，遂致窒息。故務以絲線通過舌全層，並以絆劍脊固定線端於頰部，持續五六日。睡眠時尤須注意看護。

3. 體側部及下頷枝切除術(*Die Resektion des Seitenteils des Kieferkörpers und des Kieferastes*) 切開下頷下緣或角部之軟部而剝離之，再以上法離解其關節。

四，下頷骨一時切除術

(Die temporaere Resektion des Unterkiefers)

其術式詳於舌摘出術中。

凡下頷骨切除後，必用種種方法補足其缺損，所用補接器(*Prothesen*)，成於金屬，象牙，或橡皮，而以橡皮製者為最適用。手術時由齒科醫製成適合形態，插入固定之。亦有用鎖骨，肋骨，脛骨以補缺損者。

第七章 口腔，舌及咽腔之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Mundhoehle,

der Zunge und der Rachenhoehle)

第一節 口腔疾病

(Krankheiten der Mundhoehle)

一，卡他性口內炎

(Stomatitis catarrhalis)

因刺戟或熱性病而發。粘膜充血腫脹，上皮剝脫，分泌增加，分泌物中混有剝離上皮及白血球。炎症甚盛，則口脣，頰，舌，均發水疱疹。破裂後，形成淺在性潰瘍。

療法：清潔口腔，與以含嗽劑。對於淺在性潰瘍，則以硝酸銀腐蝕之。

二，潰瘍性口內炎

(Stomatitis ulceroa)

或繼發於卡他性口內炎之後，或發於熱性病之經過中，又或因水銀，鉛，鏷，銅等中毒而來汞毒性口內炎 (*Stomatitis mercurialis*)，每見於用水銀療法之梅毒患者。壞血病 (*Skorbut*) 者亦或見此。口內不潔，吸烟，便秘等，能促其發生。齒齦先腫脹弛緩，次來輕度出血，病勞更進，則成潰瘍。甚則發生齒槽突骨疽。患者口臭，流涎。

療法：先治原因，其他與前症同。

三，口粘膜丹毒

(Das Erysipelas der Mundschleimhaut)

原發於口內小創傷及潰瘍，以繼發於顏面者為最多。倘舌，口腔底，軟腭，喉等處腫脹過甚，則有窒息之虞，或經氣管而蔓延於肺臟，惹發肺炎。

療法：口含冰塊，繙包頸部。粘膜腫脹過甚，則行亂切法。

四，亞布答

(Aphthae, Stomatitis aphthosa od. Stomatitis makulofibrinosa)

原因: 未明,或因罹 Aphthae 之牛乳傳染云,主發於乳兒。

症候: 特於舌緣,舌繫帶,口唇,頰粘膜,生豌豆大平坦或稍隆起灰白色或帶黃色斑點,周圍環以赤色,數目不定,或多數融合而成大斑,口內有燒灼感,咀嚼及嚥下運動障礙,流涎,口臭。

預後: 不惡,合併肺炎者較險。

療法: 用 2% 硝酸銀液塗布。

五, 壞血病

(Skorbut)

因食取野菜不足而起,即缺乏 Vitamin-C 之故也。

症候: 以貧血,一般衰弱,運動時胸內苦悶,心悸亢進,肌痛等為前驅,感情易興奮,或呈無慾狀,時或伴發 Angina。其定型性症候如下:

a. 出血性齒齦炎 (Haemorrhagische Gingivities), 齒齦腫脹呈蒼白色,弛緩,極易出血,表面破潰,形成潰瘍,疼痛劇烈,咀嚼障礙,患者營養因益衰弱,口臭甚著。

b. 自然出血 (Spontane Blutung), 鼻粘膜,胃,腸,腎,膀胱,泌尿生殖器,胸膜,心囊,腹膜,關節,皮下等皆出血。

c. 血色素減少呈水血症 (Hydraemie) 狀態,稠度及凝固力皆減小,故止血較難。

預後: 因衰弱而死,早施治療,或可救治。

療法: 多取富有 Vitamin-C 之營養物,如生菜,水菓等。

六, 口腔結核

(Tuberkulose der Mundhoehle)

多續發於肺結核之末期,殆無原發者,於咽,腭,舌緣,齒齦,口角

等處，生散在性或群集性之灰白或稍帶黃色之針頭大至小豆大結節，漸次破潰而成潰瘍，基底被以乾酪樣物，稍疼痛。

診斷及預後：易診，預後不良。

療法：清潔口腔，對於劇痛之潰瘍，用2%乳酸腐蝕之。

七，口腔梅毒

(Syphilis der Mundhoehle)

初期硬結常見於口唇，舌，頰，扁桃體亦或發生，此時下頷腺著明腫脹，硬固，不痛，第二期之紅斑，丘疹，主生於扁桃體，咽喉及腭，第三期之橡膠樣腫，多發於舌。

療法：驅梅毒療法。

第一百五十七圖

上唇之初期硬結

(著者)



八，口腔之腫瘤

(Geschwuelste der Mundhoehle)

1. 淋巴管瘤(*Lymphangiom*) 在口唇,頰,口腔底等部,每發先天性之海綿狀淋巴管瘤而成巨唇(*Makrochilie*)或巨頰(*Makromelie*)。
2. 血管瘤(*Haemangiom*) 亦如上症而成巨唇,巨頰發紅色或藍色光輝但在深部之小血管瘤,色澤不顯,此時可增加其腹壓,則因容積增大而色澤較著。
3. 脂肪瘤(*Lipom*) 較少。
4. 纖維瘤(*Fibrom*) 亦少見,在粘膜上形成 Polyp,且常與粘液瘤併發。
5. 乳頭瘤(*Papillom*) 時見於頰都及口腔底。
6. 混合腫瘤(*Mischgeschwuelste*) 由腮弓之迷芽發育而成,見於口唇,頰,腭等部。

第一百五十八圖

頰部乳頭瘤

(著者)



7. 肉瘤 (*Sarkom*) 極少見,多發於幼年發育迅速,每起下頰腺之淋巴性轉移。

8. 癌瘤 (*Carzinom*) 多為增殖性癌瘤。起於下唇,口腔底及腭等部。

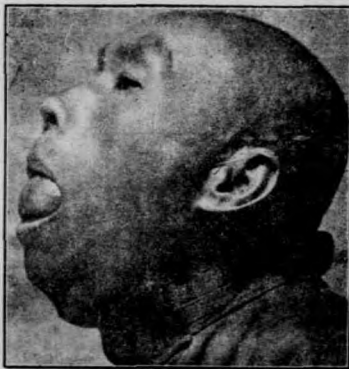
9. 粘液囊瘤 (*Schleimcyste*) 為粘液腺之排泄管閉塞而起。大如小指尖,作球狀或半球狀,柔軟而發藍色光輝,可於局部麻醉之下摘出之。

10. 蝦蟇瘤 (*Ranula, Froeschleingeschwalst*) 係生於舌下之囊瘤。以其宛似蝦蟇之浮泡,故名。初多在舌繫帶之一方,增大後乃越正中線而達至他側間或最初即由舌下正中線發生。其原因或謂為 Bochdaleck 氏腺管之氈毛上皮囊瘤,或謂生於甲狀舌管之殘遺物,或謂由舌下腺排泄管閉塞之故,又或謂由於舌尖下面之 Blandin-Nuhn 氏腺排泄管閉塞而起。與年齡無關,先天性者有之。

症候: 居於舌下之粘膜下。形如球狀,或甚大而突出於口腔

第一百五十九圖

蝦蟇瘤
(著者)



之外方，舌下腺部，下頷腺部，能移動，或能透見其內容。殆為單房性，內容為牽縷粘稠之液體，酷似卵白，通常無色，間或為綠黃色或褐色。發育緩慢，既增大後，言語嚥下皆障礙，或傳染病毒，積發口腔底蜂窩織炎。

療法：若僅切開其囊壁，隨即再發，宜於局部麻醉之下，以有鉤鉗撮舉囊瘤之前壁，剪去囊壁全部，將其殘餘以腸線縫合於口粘膜，其不能縫合之後方殘餘部，則燒灼之。Felizet氏則先以5% Cocain液約十二滴注射於粘膜下。次以8—10cc硼酸水注射於囊瘤周圍，使之浮腫，切開粘膜，剝離囊瘤之尖端，更切開囊壁，排泄其內容，充填海綿而閉鎖其切口，然後由浮腫組織中剝離其全部。

11. 皮樣囊瘤 (*Dermoidcyste*) 亦常見於口腔底，多居於頷舌骨肌上方，頷舌肌與頷舌骨肌間之正中線上，有時與舌骨或下頷骨癒着。可由外方或口內摘出之。其與舌骨癒着者，尤須切開外部，使之分離，又或切開囊壁，再以電氣燒灼器，或Chlorzink強腐蝕之。

第二節 舌之畸形

(Missbildungen der Zunge)

一、舌癒着症

(Das Angewachsensein der Zunge)

有先天性者，有後天性者，前者舌緣兩側以索條而向口腔底連繫，或全部癒着，後者以潰瘍或化膿機轉，致起瘻痕索條，使舌與口腔癒着。

療法：癒着部甚小者剪斷之，廣大者則行電氣燒灼法，或先用腸線結紮，再剪斷之。

二、舌繫帶過短症

(Die abnorme Kuerze des Frenulum linguae)

舌繫帶過短，且遠在舌之前方連繫者，平常稱之爲癒着舌 (*Angewachsene Zunge*)。

療法：舉上舌尖，緊張繫帶，以剪刀沿口腔底離斷之（避舌深動脈之損害）。

三，舌繫帶過長症

(*Die abnorme Laenge des Frenulum linguae*)

爲極少之症，初生兒往往因此而舌下降，致起窒息，此時可以指送入腭舌間，壓抵舌之前方。

四，舌分裂症（舌破裂）

(*Lingua bifida*) (*Die gespaltene Zunge*)

亦稱爲蛇舌 (*Schlangenzunge*)，或僅限於舌尖，或達至舌根，常與面破裂併發。

療法：將裂緣作一新創而縫合之。

五，舌過長症

(*Die abnorme Laenge der Zunge*)

爲常見之症，無發音及其他障礙。據 Butlin 氏記載，有一少女，其舌尖能觸自己之胸壁云。

六，舌肥大症

(*Die Hypertrophie der Zunge*)

多屬先天性腫瘤。

七，舌萎縮症

(*Die Atrophie der Zunge*)

常以神經中樞疾病而來半側萎縮。據 Ballet 氏報告，舌半側萎縮，可爲脊髓癆之早期症候云。

八，舌之先天性缺乏

(Der angeborene Mangel der Zunge)

亦極少見。Butlin氏曾見十五歲之少女，口腔底僅有一小隆凸，言語無著明障礙，僅有咀嚼及咽下困難，患者須以手指壓送口內食物至於後方云。

第三節 舌之損害

(Die Verletzungen der Zunge)

一，舌之創傷

(Die Wunde der Zunge)

每因舌嵌頓於齒間而發，例如癲癇發作，或舌挺出被打擊衝突時，則發本病。其他有切創，刺創，槍創等，但極罕見。

療法：與以含嗽劑出血者縫合之。其出血在舌最後部者，則以絲線牽出而處置之，必要時結紮舌動脈高度腫脹者，則行亂切法，且含冰片。

二，舌之火傷

(Die Verbrennung der Zunge)

由灼熱之飲食物而發。倘為舌根部火傷，因聲門浮腫而起呼吸障礙。其他或傷於強酸類及鹼類之腐蝕。

療法：疼痛者先含冰塊，以資鎮痛。其他與以含嗽劑。

第四節 舌之炎症及其他疾病

(Entzündungen und sonstige Erkrankungen der Zunge)

一，急性舌炎

(Glossitis acuta)

發於外傷或傳染病經過中。臨床上別為二種，一為不化膿而

消散者，謂之急性實質性舌炎 (*Glossitis parenchymatosa acuta*)。一為化膿者，謂之蔓延性蜂窩織炎性舌炎 (*Glossitis phlegmonosa diffusa*)。凡本病之經過，均極迅速。始則腫脹而舌強硬，言語飲食多少障礙，舌乾燥而被以苔，並發劇痛。腫脹過甚，則來呼吸障礙。經二三日或四五日乃消散。時或形成限局性膿腫，或以蔓延化膿而發敗血症，肺炎致死。

療法：輕症者行防腐法，清潔口腔，取流動性食物，與以下劑。舌高度腫脹時，行亂切法，或於兩半側各行縱切開。蔓延性蜂窩織炎性舌炎，須於未化膿時早為切開。

二，舌結核

(Die Tuberkulose der Zunge)

多繼發於喉、肺等結核，原發者極鮮。舌尖近部之側緣及其下面，發生潰瘍，或發中心軟化之結節。其現潰瘍者始為遲鈍性，繼乃過敏，有劇痛，邊緣柔軟或稍硬固。周圍尚能認明粟粒結核之存在。結節性者，最初生無痛性硬結，漸次增大，中心陷於乾酪變性而軟化，終至破壞。

療法：以烙白金或電氣燒灼器燒灼之後，再塗布5%硝酸銀液，限局性症行搔爬術或切除術。X光線療法亦可用。

三，舌梅毒

(Die Syphilis der Zunge)

硬下疳之發於舌者甚少，往往併發舌下腺及下頷腺之無痛性腫脹。第二期於舌尖、舌緣及舌背發生薔薇疹或丘疹，因舌基底發生多數丘疹之結果，可使平滑萎縮。第三期則於舌之粘膜下或肌間發生橡膠樣腫，即在舌尖、舌背作孤立或數多之橡膠樣腫性結節，該結節吸收後，遺殘瘰癧性凹陷，或又破潰而成潰瘍。或在舌

肌內發生多數小橡膠樣腫性結節，致舌瀰蔓腫脹，稍硬固而無壓痛。隨時日經過乃來結締織之增殖，致舌硬變，是即 Fournier 氏所稱之梅毒性硬化性舌炎 (*Die syphilitische sklerosierende Glossitis*) 也，嗣後更因癩痕性萎縮而舌之形態變為不規則，乃成皺裂舌 (Faltenzunge)。

療法：原發症切除或燒灼之。潰瘍面塗布 10% 硝酸銀液。因橡膠樣腫破潰而發之深潰瘍，則先搔爬而後燒灼。繼發性者局部療法外，兼行全身療法。

四，舌痙攣

(Der Spasmus der Zunge)

常為全身神經障礙之一分症，亦以齒齦及齒牙疾病反射而起。

症候：發作時，患者不隨意的挺舌於外。

療法：原因療法。

五，舌麻痺

(Die Paralyse der Zunge)

多基於中樞性原因，間或以損傷或壓迫舌下神經而起，發於一側或兩側。

六，舌神經痛

(Die Neuralgie der Zunge)

常與下齒槽神經痛併發，頑固者宜行神經切除術。

七，舌匍行疹

(Herpes der Zunge)

生於酒客之消化障礙時，舌尖或舌緣發多數小水疱疹或膿疱疹。患者注意衛生局部塗以硼砂蜜 (Boraxhonig)，即能治愈。

八，舌之特殊疾病

(Besondere Erkrankungen der Zunge)

(1) 舌白斑 (*Leukoplakia, Leukom der Zunge*) 爲舌背發生扁平乳白色斑，境界銳利，硬固，與下層密着，強剝離之則來出血。有時見於頰粘膜及口腔，經過頗長，極難治愈。被膜漸次肥厚，或成癌瘤。病因未明，或可歸之於慢性炎症。患者須避免各種刺激物，限局性者切除之。稍蔓延者，局部塗布等分之 Spiritus vini 及 Glycerin, 1—2% Chromsaeure, 硼砂蜜等。有梅毒者行驅梅毒法。

(2) 舌黑斑 (*Nigrities linguae*) 又名黑舌 (*Die schwarze Zunge*) 係舌面生黑色或黯黑色斑者。由絲狀乳頭上皮之角化增殖，且沈着褐色素而起。亦見於 Addison 氏病中，吸煙者之舌背前部，每有黯赤色或帶青白色斑，是名吸煙斑 (*Smokers pathes, Rauchenflecken*)，每因此而成癌瘤。

(3) 毛舌 (*Die Haarzunge*) 爲絲狀乳頭上皮增生，乳頭尖端呈毛狀突起之症，以 Kali. chlor. 水能拭去之。

(4) 地圖樣舌 (*Lingua geographica od. Zungenfratt*) 爲舌背發生不規則地圖樣紅色斑，周圍繞以白色堤，次第蔓延，舊斑漸次不明，有燒灼感，甚則感痛。原因未明，有時見於衰弱小兒。宜改善其營養，局部塗布硼砂蜜。

此外因炎症致舌乳頭消失，表面平滑，呈鮮紅色有光澤疼痛斑者，Möller 氏稱之爲淺在性舌炎 (*Glossitis superficialis*)。經久則來表皮剝離及淺在性潰瘍。多因於吸煙及飲食物之刺激。胃病，婦人病，貧血等，亦常爲其原因。

第五節 舌之腫瘤

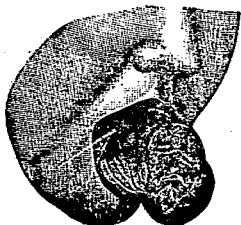
(Geschwuelste der Zunge)

良性腫瘤較少，平常所見者多屬惡性。屬於前者之脂肪瘤，發於舌背舌緣或舌下，以莖與舌表面連繫，或存於舌實質內。纖維瘤較脂肪瘤稍多，亦或具莖。此等具莖腫瘤，於局部麻醉下摘出之即可。其存於實質內者，則切開剝離之。血管瘤有毛細管性、靜脈性及動脈性之別。或存於表面，或在實質中。淋巴管瘤主以淋巴管之擴張及肥大而起，先天性巨舌症 (*Die kongenitale Makroglossie*) 屬之，或與血管瘤併發。但巨舌症亦有以肌質肥大而發者。療法，可以烙白金或電氣燒灼器數次燒灼之。若為限局性之血管瘤，或須結紮舌動脈再剝出之。乳頭瘤之發於舌者頗不少，由於被覆上皮及乳頭之增生，以舌背為其好發部位。本屬良性，時或惹發癌瘤。可以刀剪摘出，並以燒灼器制止莖部之出血。

惡性腫瘤中之肉瘤，甚屬罕見。好發於未滿三十歲之少年，主為圓形細胞肉瘤。

第一百六十圖

舌之脂肪瘤



第一百六十一圖

舌之淋巴管瘤
(所謂巨舌症)

舌癌瘤(*Carcinoma linguae*) 生於舌之前部及側緣,發於後半部者甚少。主由被覆上皮發生(扁平上皮癌)。習見於40—60歲之男子,女子極鮮,因其誘因實為刺戟,初發慢性淺在性舌炎,後乃成為本症。吸烟,飲酒,梅毒皆與有關。

症候及經過: 先作小結節或蔓延性硬結,崩潰而成潰瘍,邊緣隆起硬固,病勢進行,患側或兩側之下頷淋巴腺腫脹,且處處破壞,誘發蜂窩織炎,發劇痛,向耳內放散,唾液分泌充進,該潰瘍從其所在部位,而向口腔底,腭弓,硬腭,扁桃體蔓延,患者不能開口,談話及嚥下皆起障礙。口內惡臭,患者日就衰弱,而以肺炎,敗血症,出血等致死,但起內臟轉移者甚少。持續期間,大抵自一年至一年半。

診斷: 須與結核,梅毒等潰瘍鑑別。

療法: 預防為要,有可疑之潰瘍,速加治療或切除之。

第六節 惡性舌腫瘤之手術療法

(Die Operative Behandlung maligner Zungengeschwuelste)

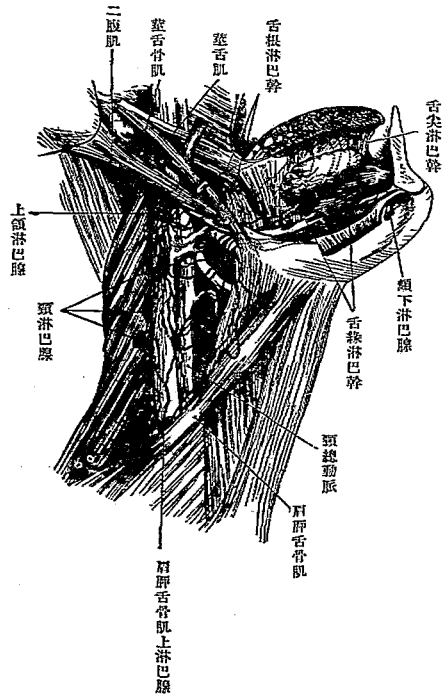
本手術須在嚴重防腐之下行之。如術前必與以含嗽劑,清潔口腔,除去齒石及齦齒根,腐爛潰瘍面必先燒灼或腐蝕之。又切除部須距腫瘤邊緣1.5 cm處下刀。舌淋巴區域內所屬之淋巴腺(參照一百六十二圖),亦宜一同摘出。至於麻醉法,近來多用局部麻醉,患者取背臥位,項下墊入枕头,使頭仰後並轉向一側。

對於小腫瘤,可以有鉤鉗或絲線將舌牽出,再以刀或剪楔狀切除之。缺損部用腸線或絲線縫合(如一百六十三圖)。舌尖癌瘤,則先於舌下肉阜之直上,距正中線外方1.5 cm處,以彎針在舌繫帶附近,橫貫舌之中央,結紮兩側舌深動脈以爲止血,術後再行除去。

稍大癌瘤且遠達於舌後方者,須先結紮兩側舌動脈,有時須

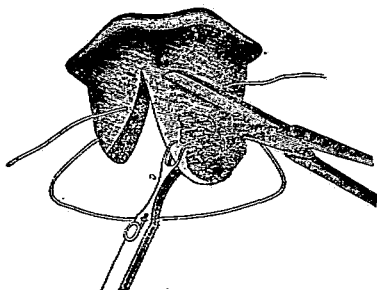
第一百六十二圖

舌之淋巴管及其所屬淋巴腺



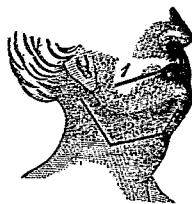
第一百六十三圖

舌癌瘤之楔狀切除術



第一百六十四圖

舌癌瘤摘出術



結紮頸外動脈，次切開軟部，有種種法式。

Jäger, Rose 諸氏，則由口角切開之（如一百六十四圖1），但創口過狹，不甚適用。

Kocher 氏則於頰下緣起刀，下行至頰與舌骨之中央，折而橫行至胸鎖乳突肌前緣，更以鈍角上行而至耳垂，切開皮膚（同上圖2），剝離之向上翻轉皮瓣，結紮面靜脈，頰外動脈及舌動脈。剔出下頰腺及其附近淋巴腺，切斷頰舌骨肌，再由側方，切開口腔粘膜，於是將舌側之腫瘤完全摘出。

欲摘出頰下部之舌癌，不得不用 Regnoli 氏法，即於正中線切開頰與舌骨中央之皮膚，次於切開線一端，各沿兩側下頰緣切開皮膚而達於嚼肌前緣（如一百六十五圖A）。從此入於深部，切斷肌肉。終則切開粘膜，開放口腔。先以鉤或絲線將舌牽出。然後剝離頰舌肌。

Billroth 氏將上法加以改良。即於頰下部弓狀切開皮膚，長約 5 cm，次自切線兩端至舌骨角外方加約 3 cm 長之側切開（同上

第一百六十五圖

舌癌摘出術

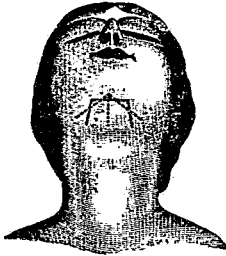


圖)。於是沿切開線剝離頷弓內面之軟部及骨衣，終則切開齒槽內緣之粘膜而開放其口腔。

在舌癌深入於口腔底或蔓延於其後方者，又須行下頷骨一時切除術。下頷骨一時切除術又有種種，就中最適用者，為下頷骨側方鋸斷之舌摘出術 (*Die Exstirpation der Zunge mit-*

telst lateraler Durchsägung des Unterkiefers nach v. Langenbeck)。先自患側口角鉛直向下至甲狀軟骨同高處，切開軟部，由此切開口摘出下頷下部之淋巴腺。次乃結紮舌動脈，切斷二腹肌及舌骨舌肌。由外上方向內下方斜行鋸斷骨質（防整復後兩斷端之轉位），以鉤鉤排開兩斷端，切開下頷側部之粘膜附着部（如一百六十六圖）而至於腭舌弓。剔出腫瘤後，再用銀線縫合下頷骨之兩斷端，裝入排導管於最下之劍角及頷弓之後方，口內創面栓塞碘仿棉紗，然後縫合創緣。

又腫瘤著明增大，已非手術可得而治時，則為免除患者一時苦痛計，可用烙白金燒灼腫瘤，或行舌神經切除術結紮舌動脈，可制止腫瘤之發育。

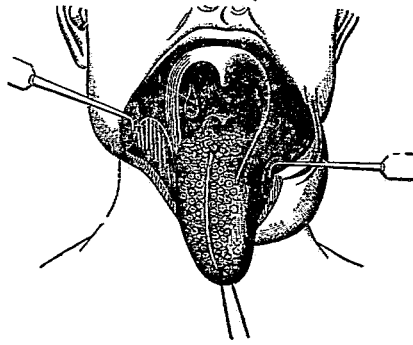
第七節 舌動脈結紮法

(*Die Unterbindung der Arteria lingualis*)

先將患者之頭，向後方及反對側肩胛部傾斜，並行舌骨上緣，由舌骨大角而至距頸正中線 1 cm 處，切開皮膚，長約 4—5 cm，此時

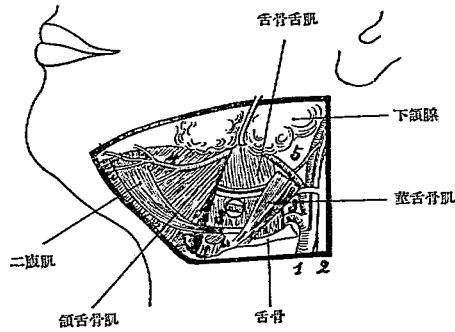
第一百六十六圖

下頰骨側方鋸斷之舌抽出術



第一百六十七圖

舌動脈之位置



- 1 頸外動脈
- 2 頸靜脈
- 3 舌動脈
- 4 頰下動脈
- 5 舌下神經(在其側者爲舌靜脈)

可不傷及切開線外側之面前靜脈。於是切斷闊肌，頸筋膜，露出下頷腺，再以鈍器剝離其下緣並舉上之，遂得舌三角。其底面成於舌骨舌肌，外方以二腹肌後腹及莖舌骨肌為界，內方即為頷舌骨肌之游離線。舌下神經被以鬆粗組織弓狀通過該三角之上，舌動脈與之並行而在舌骨舌肌之下面。故宜用二個有鈎鉗，於舌下神經之直下，撮舉舌骨舌肌之纖維並分離之，以求該動脈而行結紮。

第八節 腭之畸形

(Missbildungen des Gaumens)

一，先天性腭破裂

(Das Uranoschisma, die angeborene Gaumenspalte)

往往與上唇及齒槽弓破裂合併。惟硬腭破裂常位於側方，現於一側或二側，軟腭破裂必在正中線。蓋前者之發生，與兔唇同為額突及上頷突之融合不全，後者則為左右上頷突之融合不全也。破裂之度不一，最高度者即為狼咽，最輕度者即為懸雍垂破裂 (*Uvula bifida*)。又有硬腭及軟腭破裂而不兼兔唇者，或破裂僅限於硬腭一小部者。平常所謂腭破裂，多指軟腭及懸雍垂破裂而言。

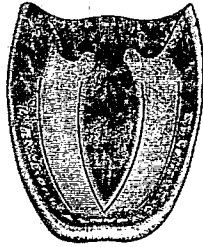
症候：主為嚥下及言語障礙。當送食物至咽時，往往逆流於鼻腔，尤以哺乳兒為然。但熟習後能稍免去。發言帶鼻聲。

療法：在合併兔唇者，先於生後數月內閉鎖其上唇。待六七歲後再治其腭。此時或先手術硬腭，數日後再及軟腭，然以二者同時行之為宜。其施於硬腭之手術，謂之硬腭成形術。施於軟腭者，謂之軟腭縫合術。

1. 硬腭成形術 (*Die Uranoplastik*) 用垂頭位或坐位，使患者深麻醉，或行局部麻醉。手術中利用 Whitehead 氏開口器 (如一百六十九圖 1.) 及口角保持器。若明出血時，藉有柄拭子壓迫之。再以二刃

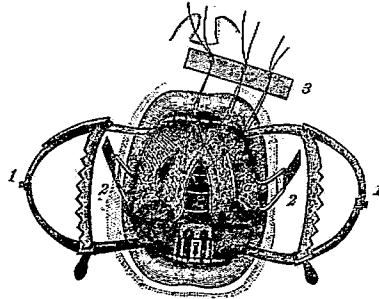
第一百六十八圖

硬腭成形術



第一百六十九圖

軟腭縫合術



- 1 開口器
2 口角保持器
3 固定縫合線之厚紙
a 減張切開

刀由裂線前方向後方切開粘膜炎，達於軟腭，次以圓刀刀密接齒列，由側門齒部至智齒部，與切開線並行縱切開（如一百六十八圖），直達骨面，剝離二切線間之軟部，使能十分移動。然後互向正中線推移而縫合之。患者既經手術，須安靜身體，用流動性食餌，時時含嗽，保持口腔清潔，並用消毒液洗滌鼻腔，經3—6日拔除縫合線。

2. 軟腭縫合術 (*Die Staptylorrhaphie*) 於軟腭裂線作新剖面。即先以長柄小銳鉤撮舉懸垂，使之緊張，由距裂線3—4mm處下刀，徐向前方切離軟部全層，施行縫合。若欲減少兩側緣之緊張，則於縫合前或後，並行裂線加一減張切開，或以鑷狀刀，於翼鉤 (*Hamulus pterygoideus*) 部行提腭肌 (*M. levator veli*) 及腭咽肌 (*M. pharyngo-palatinus*) 之切斷術。

二、後天性腭缺損

(*Erworbene Defekte des Gaumens*)

主由後期梅毒而起，間或生於結核或外傷缺損之大小，形狀，

位置，雖不一定，而常位於正中線上。每以梅毒性潰瘍，致軟腭大部缺損，硬腭亦破壞，形成口鼻交通之大空洞。症候與前症同。

療法：小缺損，可以硬腭成形術及軟腭縫合術閉鎖之。對於廣大之缺損，則用橡皮製之閉鎖板(Der Obturator)充填之。

第九節 腭扁桃體及咽之損害

(Verletzungen des Gaumens, der Tonsillen und des Pharynx)

一，腭之損害

(Verletzungen des Gaumens)

甚少，時或見有槍創及刺創。前者來於自殺時，將槍口向口發射，彈子通硬腭而入於上頤竇。後者見於口含尖銳器具之小兒傾倒時。出血甚烈而炎症常不著明。穿通創繼發化膿性骨膜炎及壞死時，則來缺損而起言語及營養之障礙。

療法：先行止血，可縫合者縫合之。一方與以含嗽劑，清潔其口腔。

二，扁桃體之損害

(Verletzungen der Tonsillen)

亦甚少。若傷及後方之頸內動脈時則起大出血。又切除肥大扁桃體時，有誤傷及該動脈者。

療法：對於小出血，可以冰片或壓抵法制止之。頸內動脈出血者，則結紮頸總動脈。

三，咽之損害

(Verletzungen des Pharynx)

合併咽升動脈(Art. pharyngea ascendens)之損傷(該動脈出於頸外動脈，初在頸內外動脈間，至咽後壁及翼肌(M. pterygoideus)內

面之角部,上行入於顛底),則著明出血。又臨床上須注意者,即傷後易起浮腫而害呼吸及嚥下。浮腫波及會厭軟骨,披裂會厭韌帶及喉上部時,則起高度呼吸困難。此外有以進行性蜂窩織炎而向後縱隔膜蔓延,惹發膿毒血症或敗血症者。

療法: 咽升動脈出血,宜沿下頷枝後緣,自耳垂而至下頷角切開軟部,施行結紮。起聲門浮腫者,先含冰片,再於頸圍行冰罨法。呼吸困難增甚時,速行氣管切開術。

第十節 咽內異物

(Fremdkoerper im Pharynx)

大抵為骨片,魚刺,果核,假齒,及較大之食物塊等頓於咽內者。久不排出,則起窒息,或向喉上動脈(A. laryngea sup.)及咽升動脈穿破而來大出血。

療法: 用麥粒鉗摘出之。否則,切開頸部。已起窒息者,速以食指透入口腔,以圖摘出或行氣管切開術。

第十一節 腭扁桃體及咽之炎症

(Entzündungen des Gaumens, der Tonsillen und des Rachens)

一, 腭之炎症

(Entzündungen des Gaumens)

常與扁桃體及咽炎併發。凡腭,腭弓及扁桃體之急慢性卡他,統稱之為安其那(Angina)(口峽炎,出自拉丁文之Angere),其原因,或由感冒及各種局部刺激,或為急性傳染病經過中之一分症。其症候為粘膜潮紅腫脹,分泌粘液或粘液膿性滲出物。若粘膜生小水疱者,稱為水疱性安其那(Angina vesiculosa),破裂而成小潰爛面或潰瘍。慢性炎症,大抵屬於結核及梅毒。腭之梅毒,往往以橡膠樣腫性

質爲陷骨質於壞死而致缺損結核繼發於肺或喉，亦或破壞骨質。然其經過較梅毒爲緩慢。

療法：單純之卡他，禁止吸烟飲酒。一方與以含嗽劑對於結核，梅毒，則各用其固有療法。

二，扁桃體炎症(扁桃體炎)

(Entzündungen der Tonsillen, die Tonsillitis)

扁桃體因其部位關係，易蒙各種刺戟，且以其富有粘液及許多凹窩，最適於細菌之沈着及滋長，故發炎者極多，尤以春秋之氣候變換時爲最習見，年齡以10—30歲爲其好發時期。

急性卡他性扁桃體炎(*Tonsillitis catarrhalis acuta*) 爲表面之輕度炎症也。繼發於急性咽卡他之後，口粘膜丹毒或亦誘發本症。

濾囊性扁桃體炎(*Tonsillitis follicularis*) 爲扁桃體凹窩內，生多數膿性小栓者之症，經過緩慢，亦發於急性卡他之後。扁桃體腫脹而隆凸於腭弓之間，膿栓排出，則遺漏斗狀之小凹窩。

肥大性扁桃體炎(*Tonsillitis hypertrophica*) 繼發於卡他或濾囊性炎之後，亦屢見於腺病性小兒。此時頸腺亦常腫脹，高度肥大者，左右兩腺互相觸接而妨呼吸，睡眠時大放鼾聲。

腺窩性扁桃體炎或咽峽炎(*Tonsillitis s. Angina lacunalis*) 每爲流行性，常以著明之一般症狀(頭痛，頸痛，高熱，腰痛等)起始。炎症多限局於扁桃體上，即該體著明腫脹，表面發赤，在腺窩部有白色乃至帶黃白色點狀，或Lins狀散在性膿點，又或互相連合而成假膜，被覆腺體之表面，狀與Diphtherie頗似，但其經過多佳良，大抵不出數日，熱及疼痛消退，腺之發赤腫脹亦減，約週餘而全治。然重症者每兼扁桃體周圍炎，間或形成膿腫。若炎症更向側頸部蔓延而漸次下降，誘起所謂Angina Ludovici者有之。

狄夫的里性扁桃體炎(*Tonsillitis diphtherica*) 爲粘膜表面發生假膜之症。假膜不易剝離，病勢更進，則粘膜及粘膜下組織壞死。

蜂窩織炎性扁桃體炎(*Tonsillitis phlegmonosa*) 多見於春秋二季，扁桃體著明腫脹，炎症波及於喉門，則起呼吸障礙。常發於偏側，極易化膿而成扁桃體膿腫(*Tonsillarabscess*)，炎症更盛，則來牙關緊閉及呼吸困難。

療法：因各症而異。急性卡他性及濾囊性炎，與以含嗽劑，局部塗布硝酸銀液。蜂窩織炎性者早切開之。狄夫的里性，與咽狄夫的里療法同。肥大性症，則用扁桃體切除術(*Tonsillotomie*)。此術最通用之器械，爲輪狀扁桃體刀(Ringmesser von Mathieu)。卽先令患者向明坐於椅上，將扁桃體塗布5% Cocain水，經二三分時後，令助手固定其頭，壓舌於下，速將該器械送入，切除體之突出部。又或單用球頭之扁桃體刀(*Tonsillotom*)以爲切除。出血者，含嗽冷水即可制止，但仍須注意其有無實質性後出血。有之，則用指壓法或燒灼法。在正當之手術，不致傷及經行於咽側壁外方之頸內動脈。術後患者取無刺激性流動食物。

三、咽之炎症(咽炎)

(Entzündungen des Pharynx)(die Pharyngitis)

最多見者，爲急性慢性卡他，結核，及梅毒。

急性卡他性咽炎(*Pharyngitis catarrhalis acuta*) 常見於吸烟者及酒客。粘膜發赤腫脹，分泌粘液膿樣物，自覺局部有輕度疼痛及嚥下困難。時或因粘膜反射機亢進而來惡心及嘔吐。又或經耳咽管而蔓延於中耳。

急性炎中之最要者，爲狄夫的里性咽炎(*Pharyngitis diphtherica*)。好犯小兒。常以粘膜發赤腫脹，上生圓形灰白色之小斑點起始。

向周圍蔓延，多數病灶互相融合，咽壁遂被有灰白色之薄膜，患者因細菌產物中毒而發高熱，倦怠，食慾不振，蛋白尿等。

慢性卡他性咽炎 (*Pharyngitis catarrhalis chronica*) 繼發於急性症後，亦常見於酒客，吸煙者及演講家，分泌液為粘液膿性，或純膿性，呈黑綠色而放惡臭。由粘膜之病變而又別為二種。一為顆粒性肥大性咽炎 (*Pharyngitis hyperplastica granulosa*)，粘膜肥厚，且呈結節狀增殖。二曰萎縮性咽炎 (*Pharyngitis atrophica*)，粘膜菲薄平滑。

咽之結核 (*Die Tuberkulose des Rachens*) 繼發於喉及肺結核。原發者極少。粘膜及粘膜下組織平等肥厚，中有粟粒大至豆大之結節。漸成潰瘍，底面附有乾酪樣物。

咽之梅毒 (*Die Syphilis des Rachens*) 見於第二期及第三期。時與扁桃體及腭梅毒併發。其起於第二期者，粘膜著明發赤，各處生白色糜爛面，或以扁平丘疹而呈淺在性潰瘍。起於第三期者，則以橡膠樣腫性潰瘍而向各處蔓延。

療法：急性卡他性炎之療法，與急性扁桃體炎同。狄夫的里，用血清療法。慢性卡他症，則先去其原因。肥大性者，腐蝕局部，兼行合嗽。既陷萎縮者，單行嗽口，毋需腐蝕。結核、梅毒，除處置局部外，尚需全身療法。

第十二節 膠扁桃體及咽之腫瘤

(Geschwulste des Gaumens, der Tonsillen und des Rachens)

一、膠之腫瘤

(Geschwulste des Gaumens)

甚少，偶或見有硬腭之纖維瘤及肉瘤。主由腭板之骨衣發生，時或穿通硬腭而現於口腔內。每與腦膜及腦赫尼亞誤診。皮樣囊瘤亦或見之。軟腭以癌瘤為多，常為繼發性。

療法：摘出之必要時，則預先切開氣管。

二，扁桃體之腫瘤

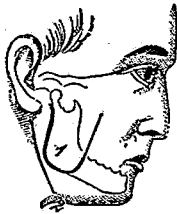
(Geschwuelste der Tonsillen)

以癌瘤及惡性之小圓形細胞肉瘤爲主局部崩潰，體力衰減，能根治者甚少。

療法：依摘出舌癌之法除去之，即於下頷側面作一基底向上之U字狀皮膚切開（如一百七十圖1），結紮頷外動脈，次乃鋸斷嚼肌前方之下頷骨。於是下頷枝因咀嚼肌之牽引而向上脫臼，終乃切除其扁桃體，腭帆，及咽壁。Genzmer氏更於此時將頸總動脈預先繞以結紮線，以備急需。手術既竣，乃復下頷枝於舊位并縫合之。v. Mikulicz氏則預先切開氣管，栓塞喉門，經二三日後，乃沿胸鎖

第一百七十圖

扁桃體摘出術



乳突肌前緣，自乳突而至舌骨大角切開皮膚，長約7—8 cm（同上圖2）。剝離軟部及骨衣，在嚼肌及翼內肌附着部近傍，鋸斷下頷骨，於口粘膜不受損傷之下，摘出下頷枝，除去淋巴腺，精密止血，再開口腔及咽粘膜，摘出腫瘤，創內充填碘仿棉紗，以食管探子維持患者之榮養。

三，咽之腫瘤

(Geschwuelste des Pharynx)

結締織性腫瘤或由脊椎骨及其骨衣發生，又或生於咽後間隙之結締織，所謂咽後腫瘤（*Retropharyngealtumoren*）是也。原發之癌瘤亦不少。殆皆爲扁平上皮癌，經過迅速。其他尚有因扁桃體增生之腺樣增殖症及發於鼻咽腔之纖維性茸瘤。

咽扁桃體之腺樣增殖症 (*Die adenoide Vegetation der Rachentonsille*) 主爲咽頂及後壁扁桃體之組織增生,習見於慢性顆粒性咽卡他之腺病性小兒,其增生達至一定度,則於腭帆後方能觸知之。症候主爲呼吸言語及聽力障礙,即閉塞鼻後孔時,則不能行鼻呼吸。小兒須常開口,且有閉塞性鼻聲。若閉塞耳咽管,則來難聽。又以其經久存在,妨害上頷骨之發育,小兒常呈一種愚鈍面貌。此外有起嘔吐,咳嗽,反射性聲帶麻痺者。

療法: 輕度增殖者,專行強壯療法,可以自愈。高度症則須手術,最簡單之法,即以指爪送入腭帆後方除去之。或以 Schech 氏鉗及 Gottstein 氏輪狀刀,送入鼻咽腔內,摘出腫瘤。出血者含嗽冷水,術後安臥一二日。

鼻咽茸瘤 (*Die Nasenrachenpolypen*) 爲生於咽頂即顛底之纖維性茸瘤,以 12—20 歲之男子爲最多。由顛底部骨衣發生,先具廣莖,漸次增大而成茸瘤狀,或入於眼眶,鼻腔內。此外有發自上頷骨後方之翼腭凹 (*Fossa pterygo-palatina*),破壞腭骨鉛直部而入於鼻腔者。亦有破壞上頷後壁而入於上頷竇者。更有經眶下裂而現於顛底或顛弓下者。因其富有血管,故常來出血。此等腫瘤初本良性,後乃往往變爲肉瘤。甚巨大時,患有嚥下及呼吸困難。

療法: 因其發生部位,或行上頷骨一時切除術,或切開軟硬腭之全層,或行外鼻一時切除術以摘出之。

第十三節 咽之手術

(Die Operationen am Pharynx)

一、咽切開術

(Die Pharyngotomie, die Inzision des Pharynx)

(1) 舌骨下咽切開術 (*Pharyngotomia subhyoidea*) 即於氣管切開

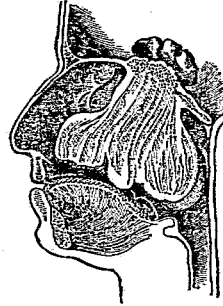
第一百七十一圖

左側之鼻明半瘻



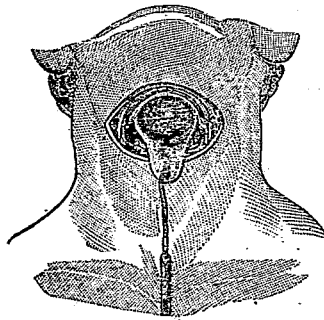
第一百七十二圖

前庭之內瘻變性耳向顱底穿破者



第一百七十三圖

舌骨下咽切開術



術後先沿舌骨下緣而至左右舌骨大角橫切皮膚，離斷筋膜及闊肌內緣，再及於胸骨舌肌及甲狀舌骨肌（此時或須結紮喉上動脈），露出甲狀舌骨膜。乃以尖刀自舌骨下緣斜向上方穿開之。一方由口內送入左示指，以球頭刀由穿開口剝離舌骨後面之甲狀

舌骨膜此時更剪斷舌骨大角 1—2 cm, 排開創口, 牽出會厭軟骨, 則喉以內皆得明視。由此手術, 不僅可摘出咽後壁, 側壁, 會厭軟骨, 及破裂會厭韌帶之腫瘤, 若向下方加一縱切開或斜切開, 則食管起始部之腫瘤亦得摘出之。

咽頭切除後所生之缺損部, 可由肉芽充填, 會厭軟骨或須縫合, 使其固定於原位, 堵塞咽及氣管, 以食管探子輸送食物。

(2) 側方咽切開術 (*Pharyngotomia lateralis*) 於頷弓下緣, 下頷角及頰之中央起刀, 斜越舌骨大角至環狀軟骨同高處或其下方, 切開闊肌及肩胛舌骨肌。在舌骨同高處進入深部, 結紮舌動脈, 甲狀腺上動脈及面靜脈, 並切斷之。次由舌骨剝離二腹肌及莖舌骨肌之二腱, 露出咽腔即得。

二，咽摘出術

(Die Pharyngektomie, die Exstirpation des Pharynx)

據上記述, 即能行之。若欲與喉一同摘出時, 則先喉而及咽。

第八章 耳之損害及疾病

(Die Verletzungen und Krankheiten des Ohres)

第一節 耳郭之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Ohrmuschel)

一，耳郭發育失常

(Bildungsfehler der Ohrmuschel)

常見者爲一側或二側耳郭缺損, 耳郭萎小 (小耳 (Die Mikrotie)) 及過大 (大耳 (Die Makrotie)), 耳翼重複 (Die Verdoppelung der Ohrmuschel) 及耳息肉 (Auricularanhänge) 等。又有先天性耳瘻 (Fistura auris congenita) 者, 係第一腮溝之餘物, 存於耳珠之上或耳垂內, 每與頸瘻合併, 亦或穿通中耳及咽腔。

療法：耳郭過大者楔狀切除之。對於耳息肉，亦以切除爲是。耳郭缺損者，可試行造耳術。

造耳術 (*Die Ohrbildung*) 即耳成形術 (*Die Ohoplastik*) 係由耳郭周圍取皮瓣以補缺損者也。然以耳郭之形狀複雜，所取皮瓣，萬難仿造，故本手術僅適用於一部缺損者。若全部缺損，不如用紙製或金屬製之假耳 (*Das kuenstliche Ohr*) 爲佳。

二，耳郭之損害

(*Verletzungen der Ohrmuschel*)

有刺創，切創，咬創，裂創，挫創等。其因打擊衝突而起之皮下損傷，則來皮下溢血。

療法：耳郭一部離斷者，速即緻密縫合，能期癒合。

三，耳血瘤

(*Haematoma auris, das Othaematom*)

除發於外傷者外，尚有特發性血瘤，常見於精神病者。尤以癡痺狂爲然，由軟骨組織之軟化而起，發生甚速。

療法：行壓抵繃帶及按摩法。無效者切開或穿刺之。

四，耳郭之炎症

(*Entzuendungen an der Ohrmuschel*)

常見者爲濕疹，凍瘡，間或起蜂窩織炎，軟骨炎等。

濕疹常見於有耳漏之小兒，亦由他處蔓延而來。頑固性者耳郭著明肥厚及變形。炎症往往向外耳道蔓延，又或誘發丹毒。

凍瘡好發於冬春之交。局部發赤腫脹，或生水疱及潰瘍。過溫緩則起癢感。

蜂窩織炎，多起於損傷之後，病勢急劇，發熱，疼痛，化膿，但陷於壞疽者甚少。

軟骨炎，以慢性症為多。主為結核。耳郭前面腫脹，呈黯赤色。

療法：濕疹，見皮膚病學。凍瘡，用碘酒或其他之刺激性軟膏塗布。蜂窩織炎及軟骨炎，則各行其固有療法。

五，耳郭之腫瘤

(Geschwulste des Ohrmuschel)

帶耳環者，往往因其刺戟而生癩痕蟹足腫(Narbenkeloid)，血管瘤亦或見之。軟骨瘤，脂肪瘤，粘液瘤，肉瘤，則絕少。雅皮樣囊瘤及粉瘤之生於耳珠者又屬常見之事。若耳後動脈發蔓狀動脈瘤時，則患者有苦悶之耳鳴。

療法：以摘出為主。血管瘤，則用燒灼法，或結紮其輸入血管。

第二節 外耳道之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des aeußeren Gehoergangs)

一，外耳道之發育失常

(Bildungsfehler des aeußeren Gehoergangs)

先天性閉塞症(*Atresia congenita*)，常兼耳郭及鼓室之發育失常。有膜樣閉塞，軟骨性閉塞，及骨性閉塞等區別。

療法：僅膜樣閉塞症可施治療。即將狹窄部切開之，再插入鉛棒或 *Laminaria*。

二，外耳道之損害

(Verletzungen des aeußeren Gehoergangs)

在不兼內部及鼓膜損害者，雖無大險，而有時亦可惹發蜂窩織炎，骨膜炎或乳突炎。若頰部受劇烈之打擊或衝突，則來外耳道前壁及顳骨關節凹之骨折。又在顳底骨折者，每兼外耳道上壁及後壁骨折。此時硬腦膜亦同受傷，故耳內漏出腦脊髓液，甚或脫出。

腦質。

療法：消毒耳道，栓塞碘仿棉紗，制止其發炎化膿，餘則參照顱底骨折。

三，外耳道之炎症（外耳炎）

(Entzündungen des äusseren Gehörgangs (Otitis externa))

(一) 限局性外耳炎 (*Otitis externa circumscripta*) 以癰腫為最習見。多生於軟骨部之前壁及下壁。局部疼痛腫脹，外耳道著明狹窄，疼痛劇烈，且波及於齒牙，枕部，及面半側，時亦伴發頭痛，嘔吐，謇語，難聽，耳鳴，發熱等症候。或以發生肉芽而愈，或繼發鼓膜穿孔，化膿性中耳炎，間或以蜂窩織炎蔓延於顱底，乳頭蜂窩，橫竇而致命。

療法：速切開之，在深部者則用1—2%醋酸羰土水點耳，或塞入10%石炭酸 Glycerin 綿球，發生肉芽者，搔爬或腐蝕之。

(二) 汎發性外耳炎 (*Otitis externa diffusa*) 多繼發於化膿性中耳炎之後，濕疹，丹毒，亦常為其原因。外耳道全部發赤腫脹，初有灼熱及緊張感，次發微痛，炎症甚烈，則發劇痛，耳郭亦呈充血，附近淋巴腺腫脹，分泌物先為漿液性，後呈粘液膿狀。經過既久，外耳道著明肥厚，並起狹窄。

療法：有化膿之兆者速切開之。再以防腐液洗滌，栓塞碘仿棉紗。

四，耵嚙栓塞

(Der Zerninalpfropf)

或因耵嚙之分泌增加，或因耵嚙排出障礙，但所成之栓塞，除耵嚙外，尚混有皮脂，上皮及毛。久存耳內，有以石灰化而成耳石 (Othliten) 者。

症候：外耳道未全閉塞時，自覺症候不著，否則有難聽耳鳴，

眩暈、嘔吐等。檢查耳道，有膠狀、鱗屑狀，或癬皮狀之附着物，洗去之，則見外耳道及鼓膜皆充血，甚或鼓膜混濁、牽縮及瘦削。

療法：注微溫湯於耳內，洗去疔障。甚硬固者，可以藥液點耳 (Na. bicarb. 1.0, Glycerin 5.0, Aq. dest 20.0) 使之溶解，再洗滌之。

五，外耳道異物

(Fremdkoerper im aeußeren Gehoergang)

多見於小兒。所發症候，為疼痛，耳鳴，難聽，耳聾等。甚則發生嘔吐，痙攣，癲癇樣發作。異物存於鼓室內者，常誘起劇烈炎症。

療法：洗耳或用銳鉤摘出之。

六，外耳道腫瘤

(Geschwuelste des aeußeren Gehoergangs)

最多者為茸瘤狀增殖物。此外有骨瘤，內軟骨瘤，血管瘤，肉瘤，粉瘤，癌瘤等。

療法：對於茸瘤絞斷之。骨瘤則須鑿去，有時須由後方剝離耳郭及軟骨性外耳道者。

第三節 鼓膜之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des Trommelfells)

一，鼓膜之損害

(Verletzungen des Trommelfells)

最要者為裂傷，起於直接或間接之外力。前者如異物之穿刺，後者如劇烈之氣壓變化。

症候及診斷：自覺症，為疼痛，耳鳴，難聽。患者於破裂時，每感音響。他覺症，除鼓膜出血外，有新鮮之裂創。甚重者每兼錐柄骨折，及小聽骨關節脫臼。

療法：新鮮且無炎症分泌物者，安靜身體，以消毒棉紗密閉耳道，戒烟，忌酒，注意便秘即足。既起炎症者，耳珠前部貼用冰袋，給與下劑，有合併症時，各從其法則而處置之。

二、鼓膜之炎症(鼓膜炎)

(Entzündungen des Trommelfels (die Myringitis))

1. 急性鼓膜炎 (*Myringitis acuta*) 多續發於外耳道及鼓室炎症之後，亦有原發於損傷及刺戟者。有漿液性及化膿性二症。

症候：耳內有壓迫感，耳鳴，耳痛，聽力減退。初期鏈柄周圍充血。炎症增進，則鼓膜全部充血。先分泌漿液，終生點狀出血，膿腫及潰瘍，經過一般佳良。輕症者，以漿液性滲出物漸次吸收而愈。重者則向外方破潰流膿。

診斷：原發性者須與中耳炎鑑別。在鼓膜炎，其穿孔部位不定。而中耳炎之穿孔，則多存於下界。

療法：安靜身體，禁止烟酒，栓塞棉花於耳內，以避外來之刺戟。初期於耳珠前部貼用冰袋，與以下劑，炎症劇烈，則行鼓膜切開術。既生潰瘍時，用收斂性藥液洗耳，吹布防腐藥末。或以硝酸銀腐蝕之。

2. 慢性鼓膜炎 (*Myringitis chronica*) 多由急性症轉來，或起始即為慢性。有漿液性，化膿性及乾性等症。乾性鼓膜炎 (*Myringitis sicca*) 極為頑固，且屢屢再發。以鼓膜上皮層呈胼胝樣肥厚為其主要徵。

症候：聽力障礙，耳痛，耳鳴。亦有疼痛甚微，或反有瘙癢感者。鼓膜面被漿液性或膿性分泌物。經過既久，鼓膜肥厚混濁。或形成潰瘍而穿孔。

療法：有膿性分泌物者，用防腐收斂劑，呈肉芽狀或潰瘍狀

者，塗布 3—5% 硝酸銀液。對於乾性鼓膜炎，則以 Jodo-Glycerin (碘 0.30, 碘化鉀 1.0, Glycerin 蒸餾水各 5.0) 塗布。

第四節 鼓室之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Paukenhöhle)

一，鼓室之損害

(Verletzungen der Paukenhöhle)

因刺戟性液體，或異物穿破鼓膜，而致粘膜，肌肉，神經損傷，或來聽骨骨折及關節離開。其由打擊頭部，或劇烈咳嗽所起之出血，謂之鼓室血瘤 (Das Hämatotympanum)，此時鼓膜亦每破裂。

療法：由異物而發者，先去異物，清拭耳道，怪塞碘仿棉紗，安靜身體，並力避頭部之充血。

二，鼓室之炎症 (中耳炎)

(Entzündungen der Paukenhöhle) (Otitis media)

1. 急性卡他性中耳炎 (*Otitis media catarrhalis acuta*) 或因感冒，鼻咽卡他，扁桃體炎而起，或發於腸傷寒，麻疹等急性傳染病經過中。常見於腺病性小兒。

症候及經過：初於耳內有充填及緊張感。次發耳痛，以嚙下，欠伸而增劇。聽力障礙，耳鳴，以夜間為甚。頭部有壓重感及眩暈。時發高熱，若炎症傳播於 *Canalis Fallopiæ* 內之面神經鞘時，則來該神經之麻痺，錘柄及鼓膜周圍血管著明充血，經數日至一週而愈，但亦有轉為慢性者。

療法：初期於耳前或耳後貼用水藥，或塗碘酒。耳內怪塞棉球，安靜就寢。有鼻咽卡他者先治愈之。疼痛既去，則用通氣法，以促進滲出物之吸收。然炎症劇烈，鼓室滯留多量滲出物者，不得不行

鼓膜穿開術。

2. 慢性卡他性中耳炎 (*Otitis media catarrhalis chronica*) 爲最多之耳病,亦爲難聽之主要原因。或由急性症轉來,或繼發於慢性鼻咽卡他之後。以小兒,老人,及貧血婦女爲多。壯年男子較少。

症候及經過: 難聽,耳鳴,耳內有壓重感。聽力漸次減退。偏側性症,患者每不自知,耳鳴在初期爲間歇性,終則成爲持續性。鼓膜肥厚混濁,或起石灰變性。歐氏管狹窄或閉塞。經過緩慢,難期全治。

療法: 預防爲先。有鼻咽歐氏管等疾病者,早施治療。局部療法,即爲通氣法。始則每日一回,後乃隔日行之。此外兼施全身強壯療法。

3. 急性化膿性中耳炎 (*Otitis media purulenta acuta*) 因化膿菌侵入鼓室而起,多發於春冬二季。

症候及經過: 疼痛,耳鳴,眩暈,聽力障礙,體溫達至四十度。小兒往往以腦膜炎而死。外耳道深部及鼓膜附近著明充血。鼓膜發赤混濁,且起穿孔,其穿孔多在前下界。重症患者,鼓膜大部缺損,經過佳良時,膿汁排出後,鼓膜能再閉鎖,否則轉爲慢性,荏苒數年之久。

療法: 先使身體安靜。耳之前後貼以水蛭,冰罨頭部,投以下劑。經數日而病勢不減者,行鼓膜穿開術。

4. 慢性化膿性中耳炎 (*Otitis media purulenta chronica*) 亦由化膿菌之傳染,多犯小兒。或由急性症轉來,或自始即爲慢性。屬於結核者不少。

症候及經過: 難聽,耳漏,外耳道稍肥厚,鼓膜發赤肥厚或陷於石灰變性。有一個或數個穿孔,經過不一,有放置之而自愈者。有以腦膜炎,耳炎,性腦膿腫,靜脈竇血栓而死者。

療法: 以防腐液洗耳。再吹入收斂性藥末。

鼓膜穿開術 (*Die Paracentese des Trommelfells*) 即用穿開針 (*Der Paracentesennadel*) 穿破鼓膜後下界,次以鼓膜刀 (*Der Trommelfellmesser*) 切開創口,切開口至少須有 2 mm。排除滲出物後,栓塞碘仿棉紗。該切口大抵經二十四小時即能癒合,但亦有費一二日之久者。

三、鼓室之新生物

(*Neubildungen der Paukenhoehle*)

最多者為粘液茸瘤,由粘膜之管狀腺發生,其由骨衣發生之纖維樣茸瘤,則極罕見。此外有肉瘤,癌瘤,皆由周圍蔓延而來。

療法: 早行摘除。

第五節 歐氏管之損害及疾病

(*Verletzungen und Krankheiten*

der *Tuba Eustachii*)

一、歐氏管之損害

(*Verletzungen der Tuba Eustachii*)

甚少。僅見於鼻咽腔手術,上頷骨切除術,及不善應用 *Katheter* 或 *Bougie* 時。

二、歐氏管之炎症(耳咽管炎)

(*Entzündungen der Tuba Eustachii*) (*die Salpingitis*)

多由鼻咽腔或鼓室炎症繼發,習見於小兒,別為急性慢性二症。

症候: 急性歐氏管卡他 (*Akuter Katarrh der Tuba Eustachii*) 之主要症候,為疼痛,以嚥下而增劇。慢性症則毫無疼痛,聽力減退或消失,耳鳴,時或併發惡心,嘔吐。患者往往對於自己聲音聽取甚強。急性症之鼓膜雖不變常態,而在慢性,該管腫脹閉塞者,則鼓膜凹

陷，鏈柄短縮。

療法：先根治鼻咽腔疾病。急性症，與以含嗽劑，冷瘳頸部，或行吸入法待炎症消退，則行通氣法。慢性症，以通氣法為主。通氣困難時，則以 Bougie 擴張之。

三，歐氏管之狹窄及閉塞

(Die Stenose und Obliteration der Tuba Eustachii)

常以炎症而發，耳內有充填感，難聽，耳鳴，鼓膜凹陷。

療法：先除原因，再以 Bougie 擴張之。

第六節 乳突之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des Processus mastoideus)

一，乳突之損害

(Verletzungen des Processus mastoideus)

因打擊，衝突所致，或來乳突竇溢血，或起水裂骨折，其骨折亘於骨皮質全層時，則發局性皮下氣腫，此外或兼顱額骨及顱底骨折。

療法：與顱骨骨折同

二，乳突之炎症（乳突炎）

(Entzündungen des Processus mastoideus) (die Mastoiditis)

多繼發於鼓室炎之後，有急性慢性卡他，及急性慢性化膿之別。在卡他症多無特異症狀，而化膿症則反是。

急性化膿性乳頭蜂窩炎 (*Acute eitrige Entzündung der Warzenzellen*) 患者發熱，乳頭部有特發痛，因壓迫而增劇，炎症增進，皮屑發赤腫脹，外耳道上壁亦往往發生腫脹，終至骨壁穿孔，慢性化膿

性乳頭蜂窩炎(*Chronische eitrige Entzündung der Warzenzellen*),主爲結核。初無特異症候,漸以骨瘍而向外破開,形成瘻管。凡清潔耳內,而惡臭分泌物仍不絕漏出者,大抵爲乳突竇之慢性蓄膿,潛伏進行,骨質著明肥厚或硬變,但有突以胸膜炎,靜脈竇血栓或腦膿腫而致死者。

療法: 急性炎,先用水滌法。若皮膚著明腫脹,則於耳郭後方約1cm處縱開皮膚,直達骨面。有蜂窩內蓄膿之疑時,速行乳突穿開術,合併中耳化膿者,穿開鼓膜。對於骨瘍及腐骨,則切開皮膚,剝離骨衣,再以鑿或銳匙除去之。

乳突穿開術(*Die Mastotomie, die Trepanation des Processus mastoideus*)

局部嚴重消毒後,於耳郭後方約1cm處,沿直切開皮膚,長約3—5cm,剝離骨衣,再以鑿漏斗狀鑿開骨質。須注意者,即鑿開口之最上界,不可高過外耳道上壁。否則,有誤開顱中凹之虞。既鑿開後,乃用硼酸水或殺菌水洗滌,栓塞碘仿棉紗,外加防腐繃帶。

第九章 唾液腺之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der
Speicheldrüsen)

第一節 唾液腺之損害

(Verletzungen der Speicheldrüsen)

唾液腺之損害極爲稀少,尤以下頷腺,舌下腺爲然。惟腮腺較爲常見。

腮腺及其排泄管之損害(*Verletzungen der Parotis und des Ductus Stenosis*) 腮腺外傷後,多不遺障礙而愈,間或日後滯留唾液於皮下,

形成癌瘤，漸次消散。若向外方破開，則成唾液腺瘻 (*Die Speicheldrüsensenfistel*)。經數週或月餘始歸治愈。至若腮腺管外傷，每成腮腺管唾液瘻 (*Die Speichelfistel des Duktus Stenonis*)，其治愈極難，幸而該瘻管向口腔內開放者，則除該腺有永久異常排泄道外，無他障礙。否則，向外方破開時，永遠微細瘻管。於咀嚼時，漏出多量之唾液，皮膚濕潤糜爛，或發濕疹，甚或因唾液缺乏而消化障礙，惹起全身症狀。

療法：因腮腺外傷而發之唾液腺瘻，則以烙白金燒灼，或用硝酸銀腐蝕。若為排泄管之損傷，在穿通創，只縫合其外皮，導唾液至口腔內即足。非穿通創，則使兩斷端接近，緻密縫合其周圍組織，然後再縫合皮膚。或以 4mm 粗之套管針由瘻管外口穿通粘膜，次再插入 2—4mm 厚之小橡皮管，終則將外口作新創而緻密縫合之。待四五日後由口內除去橡皮管。凡與鼻孔同高之頰部損傷，必須注意是否併發本症。陳舊之排泄管唾液瘻，宜將外瘻口作橢圓形切開，深達頰全層之半，再於創底距瘻管 4—5mm 處，以細套管針穿二小孔，通入口腔，次以銀線、絲線結縛二孔，然後緻密縫合其皮膚創，如此被結縛之粘膜壞死脫落，遂成內瘻口。此外尚有結紮腮腺排泄管以止其機能之法，初則該腺腫脹疼痛，後則萎縮，亦有起化膿性炎症者。X 光線亦有使腮腺停止分泌之效。

第二節 唾液腺之炎症

(Entzündungen der Speicheldrüsen)

一、腮腺炎

(Die Parotitis, Entzündung der Parotis)

本病多發於急性傳染病經過中，蓋此時患者多發口內炎，腐敗之分泌物，經排泄管而達於腺內，乃起炎症。或繼發於膿毒血症。

化膿的開腹術後，亦可惹起本症（所謂手術後腮腺炎（Postoperative Parotitis），恐為一過性菌血症（vorübergehende Bakteriamie）之結果。腺體腫脹，化膿，高熱，謔語，局部皮膚浮腫，或向咽喉蔓延，障礙呼吸。又或腺囊膜及周圍筋膜，因膿性浸潤破裂，膿經頸部而向下方蔓延，或向上侵襲顱底及顱腔，續發化膿性胸膜炎及靜脈竇血栓。更有所謂流行性腮腺炎（Parotitis epidemica, Mumps）者，常見於二三歲或十五六歲之少年，有流行性。發病之初，先起消化不良，惡心，嘔吐，或下痢。次來該腺腫脹疼痛。多犯二側，經一二週而愈，化膿者絕少。此時間或併發睪丸炎（右側多於左側），女子之乳腺，外陰部，卵巢亦腫脹，且有白帶。

療法：化膿性症速切開之對於流行性症，命其就癰，清潔口腔，餘用對症療法。

第一百七十四圖

化膿性腮腺炎

（著者）



二、Angina Ludovici od. Ludwiggii, Cynanche

原因：本症為下頷腺之急性腐敗性傳染。習見於成人，小兒亦有之。大抵由各種化膿菌毒素之高度中毒而起。間有始於舌下腺者，進行極速，或始為緩慢，經過數日後，忽轉為急劇。腺體急速破壞，依結締組織蔓延而達於口腔底及喉頭。

症狀：亦有流行性。先於一側下頷腺部發劇痛，硬固腫脹，其腫脹迅速前進，可達於胸廓，自覺頸部硬固如板，皮膚蒼白，或為黯赤色。經數時或數日，他側腺體及口腔底亦腫脹，口腔開放嚥下困難，言語不能，流涎，終至呼吸困難而死。體溫有甚高者，而多為中等度之上升。死亡數約占50%。

療法：早期切開，起聲門浮腫者，行氣管切開術。

三、Mikulicz'sche Krankheit

多侵20—30歲之成人。經過極緩，由數月至數年。其特異症候為兩側淚腺無痛性腫脹，次遂及於腮腺，故又名為淚腺及唾液腺相對性疾病（*Die symmetrische Erkrankung der Thraenen- und Mundspeicheldrüsen*）。腺體增大，但不與周圍組織蓋着，故能移動，稍硬固不呈波動，表面平滑，無炎症症狀。全身障礙不著，故無生命上危險。本症之原因不明。與梅毒、結核、假性白血病之鑑別，須藉臨床診察及血液檢查。

療法：X光線輝照法，內服砒製劑。

第三節 唾液排泄管內之分泌物滯留

（唾液囊瘤）

(Die Sekretverhaltung in den Drüsenangängen der Spei-

cheldruesen) (die Speichelcyste)

因異物,唾石,炎症,使排泄管狹窄或閉塞者,唾液蓄積愈多,腺或排泄管擴張而成唾液瘤(Tumor salivalis),從其擴張之部位而有唾液管囊瘤(Die Speichelgangszyste)及唾液腺囊瘤(Die Speicheldrüsenzyste)之別。

療法: 切開囊包,且可及的摘出之,

第四節 唾石

(Der Speichelstein)

原因不明,主由磷酸石灰及碳酸石灰之沈着,時或以異物為核,常見於下頷腺之排泄管,大小不一,由豆至雞卵大,形如梭或卵圓,表面平滑,亦或凹凸不平。

療法: 切開所在部之粘膜而摘出之,必要時剔出腺之全部。

第五節 唾液腺之腫瘤

(Geschwuelste der Speicheldruesen)

以腮腺之腫瘤為最多,往往有成於軟骨,粘液及肉瘤組織之混合腫瘤,與周圍境界分明,為限局性,能移動,硬度不一致,常持久而無變化,大如人頭,結締組織腫瘤,有內軟骨瘤,纖維瘤,粘液瘤,肉瘤等,上皮性腫瘤,有腺瘤,癌瘤,凡腮腺與下頷腺之良性腫瘤,往往中途變為惡性,故須注意,又腮腺之癌瘤及軟性肉瘤,發育迅速,早與皮膚癒着,或向外方破潰,或向蝶腭凹(Fossa sphenopalatina)鼻腔內增殖,又或壓迫大血管及神經,而來劇痛及麻痺。

療法: 早行摘出,腫瘤尚在腺內者,切開腺囊膜除去之,否則,剔出全部腺體。

第一百七十五圖

腮腺肉瘤

(著者)



第六節 腮腺及下頷腺摘出術

(Die Exstirpation der Parotis und der Glandula
submaxillaris)

一、腮腺摘出術

(Die Exstirpation der Parotis)

巨腫瘤全徑，鉛直切開皮膚，先剝離腫瘤之下方，即以銳鉤將

其下緣舉上，於腺下緣搜求頸外動脈及面前靜脈。頸外動脈不能保存者，則加二重結紮而切斷之。次及腫瘤之前方及上方。此時可及的保存面神經幹，終則達於深部。若與蝶頰凹(Fossa sphenomaxillaris)癒着者，則往往傷及頸動脈、頸外動脈、頸內動脈及頰內動脈，故宜謹慎。摘出以後，創內充填碘仿棉紗。

二，下頰腺摘出術

(Die Exstirpation der Glandula submaxillaris)

較前法為易。須結紮之血管，僅為頰外動脈。至於面總靜脈、舌下神經及舌神經，皆易保全。又剝離該腺時，可由口腔向前下方推壓之。

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

(Missbildungen am Halse)

一，先天性頸瘻

(Fistula colli congenita, die angeborene Halsfistel)

原因：因胎生第二月構成頸部之各腮弓，尚不能完全閉鎖而起。別爲二種，瘻管存於頸之一側者，曰側頸瘻 (Die laterale Halskeimenfistel)，主由第二腮溝閉鎖不全所致，瘻管適在正中線者，曰正中頸瘻 (Die mediane Halsfistel)，爲胎生時甲狀舌管 (Duktus thyroglossus) 之殘物。

側頸瘻亦稱爲腮道瘻或腮瘻 (Kiemengangfistel od. branchiogene Fistel)。有備內外二口者 (全瘻)，有僅具內口或外口者 (不全瘻)。全瘻之內口，多在咽之下部，腭咽弓部及扁桃體部。而外口則多在胸鎖關節附近，胸鎖乳突肌內外緣或喉之近傍，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 Lufttröhrenfistel)，本爲內不全瘻，嗣以繼發的穿孔而成全瘻。此時外口常在舌骨及頸窩間之正中

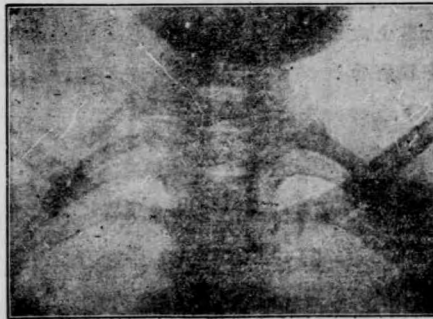
第一百七十六圖

先天性側頸惡瘻
(著者)



第一百七十七圖

頸肋骨
(仿 Keen 氏)



線上。

症候：瘻孔往往極小，周圍稍突隆，漏粘液樣液體，但亦有至成人尚不自覺者。開放既久，則沿瘻管經路，可觸知纖維樣軟骨樣或骨樣物體，殆係胎生的腮軟骨之增殖，Hensing氏稱之為內臟骨 (*Visceralknochen*)。

療法：能摘出全部瘻管，最為上策。否則注入碘酒等，促其閉塞。

二，頸肋骨

(Die Halsrippe)

原因：為肋骨之過剩發生，殆皆與第七頸椎連接，且具關節聯合，間或與第六頸椎接連，常為對側性。其長短不一，有僅至橫突以外者，有至第一肋軟骨者，有以軟骨連接於胸骨者。

症候：長大者，因鎖骨下動脈或臂神經叢經過其上，遂起壓迫而來上肢之血行障礙或神經痛。患者鎖骨上窩隆起，觸之硬固，表面且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。即依鎖骨下動脈結紮法之術式，進入深部，將經行其上之血管神經牽引於內方或外方，切離附着肌肉，然後密接脊椎，將骨與骨衣一同切去。此時胸膜之胸壁葉，往往達於頸肋骨之下，慎勿使之毀傷，以防發生氣胸。

三，斜頸

(Caput obstipum, die Torticollis, der Schiefhals)

先天性斜頸之發生，由於胸鎖乳突肌之短縮。據 Völcker 氏之說，胎兒在子宮內頸部受肩胛壓迫而貧血，肌肉陷於纖維性變性，

乃起本症。

臀位分娩者，兒頭因強力牽引，每致胸鎖乳突肌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，亦不外瘢痕收縮及頸肌之痙攣麻痺及腫瘤。

症候：頭向患側傾斜，胸鎖乳突肌硬固，經時既久，患側頸椎因壓迫而發育障礙，遂呈楔狀，故該部脊柱向患側彎曲，而胸部脊柱則向反對側起代償的側彎。其餘頸肌、血管、神經等亦起短縮。患側顏面較健側為小，下頷著明傾斜。右側多於左側。

第一百七十八圖

頭 斜

(著者)

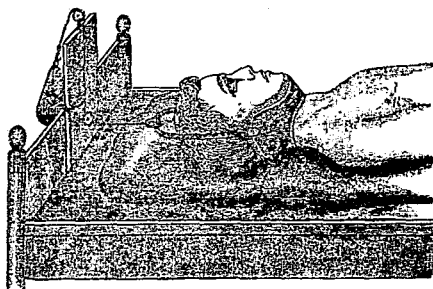


療法：分娩時頸部有溢血者，先用按摩法驅除之，次用厚紙製或革製之襟帶 (Die Klavatte)，纏包頸圍，令頭稍偏於健側，以防瘢痕收縮。既起瘢痕，乃用 Glisson'sche Schlinge (如一百七十九圖) 伸

第一百七十九圖

Glisson 氏係蹄之持續性

重錘伸展法



展矯正之無效者行胸鎖乳突肌皮下切縫術。即於麻醉之下，將患者頭向健側屈曲，令該肌之胸骨及鎖骨起始部緊張隆起，於其起始部上方 1—2 cm 處，以拇指及示指撮舉之，次用切縫刀刺入皮下而入於肌之後面，刀刃對肌腹向外徐徐離斷之。平常僅離斷其胸骨附着部，必要時則鎖骨附着部亦須切斷。然後去刀，先用消毒棉紗被覆創口，次於頭部頸部及胸部，皆加無菌被覆繃帶或石膏繃帶

第一百八十圖
胸鎖乳突肌之(開放性)切縫術式



(Gipsverband)，而令頭稍傾於健側。但最確實者為切開皮膚，露出胸鎖乳突肌，再切離該肌及周圍之癢痕索條，至頭能完全屈向健側為止，然後縫合創口，外加無菌被覆繃帶。待創口治愈，頸部以襟帶或 Glisson 氏係蹄固定二週間。患側之手，亦以重錘保

持之，藉得伸展其肌肉。一方常行按摩法及練習體操。至由皮膚癩痕所發之斜頸，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)

一，頸部之創傷

(Die Wunde am Halse)

常見於自殺或被殺者。自殺者恒用小刀刺割頸部之中央。其創多在舌骨及喉之間，為橫行或斜行之切創。或僅於甲狀軟骨部作淺表之切創而已。傷及大血管者，殆不多見。蓋自殺時，頭必稍向後屈，喉及氣管向前突出，血管反匿於深部故也。被殺者以側頸部之刺創為最多，每以頸動脈之損傷而速死。遠距離之彈子，於此每起周市槍創 (Kontourschuss)。

療法：依防腐及制腐法處置之。

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。折片著明轉位。

症候：為呼吸及嚥下困難，甚至嚥下不能。談話及下頷運動時發劇痛。患者不能高聲，骨折部起血瘤，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，或用食道探子輸送之。

第三節 頸部動靜脈之損害

(Verletzungen der Arterien und Venen des Halses)

一，頸部動脈之損害

(Verletzungen der Arterien am Halse)

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，故損傷機會極少。損傷之種類，不外刺創，切創，及槍創。血液向外流出，或蓄積於組織間。同時傷及氣管胸腔者，則起窒息或血胸。流血不止，隨即死亡。槍創往往初無著明出血，經 5—10 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。頸內動脈，常見於鎖骨後方及扁桃體部之創傷。其他扁桃體膿腫，癌瘤，淋巴腺化膿，顳骨骨瘍及骨疽，往往侵襲該動脈而來出血。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 (Atlas) 部為最多。

療法：多以不及治療而死。最簡單之止血法，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。例如頰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。緣頸外動脈本幹甚短，且以周圍之靜脈及神經，甚難結紮之故，但結紮頸總動脈，每以腦血行障礙而來腦症候，故不可輕率行之。

二，頸部靜脈之損害

(Verletzungen der Venen am Halse)

頸部較大靜脈之損害，其危險有二。一為著明出血，一即竄入空氣是也。損傷種類，亦如前症，但亦見於惡性腫瘤之侵蝕及剝出

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入空氣，又以頸靜脈壁與筋膜密着，切斷時不能立時收閉，空氣更易竄入，此時能聞一種吸痰音 (Schlürfendes Geräusch)，隨來心臟及呼吸障礙，患者面色蒼白，不安，或大聲呼號，呼吸困難，脈搏微弱，痰涎不整，瞳孔散大，意識消失，遂以痙攣而死，但亦有漸次恢復者。本症在往昔手術學未曾完備之秋，手術頸部及胸廓附近，每能見此，故法國醫稱此等部位為危險區域 (région dangereuse)。

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，則施壓抵綑帶。凡靜脈側壁，其傷口未至4—5mm以上時，可以細絲線行側方結紮。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，創內注入殺菌水或生理食鹽水，且於患者吸氣時，強力壓迫其胸廓，使行呼氣運動，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 Gefaessunterbindungen am Halse)

手術部嚴密消毒後，先沿動脈之縱軸，切開皮膚，長約6—8 cm，用二個有鉤鉗撮舉皮下組織並切開之，乃以手指進入深部，搜求動脈，此時可以有無搏動為分別動靜脈之標準。又動脈壁硬固光滑，靜脈壁柔軟，神經幹呈圓形硬固之索條，皆可由指觸而辨別之。既得動脈，則以解剖鉗撮舉動脈管，精密切開動脈鞘，使之完全游離，於是通以細絲線而行結紮。

靜脈結紮法之術式，一如動脈。

一，無名動脈結紮法

(Die Unterbindung der Arteria anonyma)

頭強向後方屈曲，並稍左傾，自頸窩中央沿鎖骨上緣向外切開皮膚，長約9 cm，次由切開線之內端，向上沿胸鎖乳突肌內緣，再切開皮膚3—4 cm，將此三角形皮瓣，向外上方翻轉，切斷頸肌，右胸鎖乳突肌之胸骨頭，胸舌骨肌，胸甲狀肌及筋膜，使頸內靜脈及迷走神經游離，並牽向外方，乃達於鎖骨下動脈，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。此時慎勿損傷腦神經，返神經及胸膜。

二，鎖骨下動脈結紮法

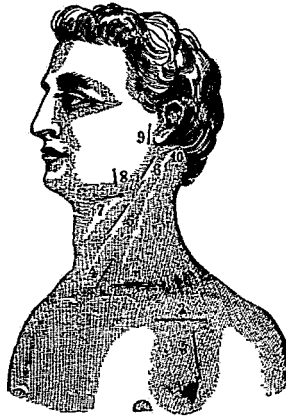
(Die Unterbindung der Arteria subclavia)

1. 鎖骨上之結紮法 (*Die Unterbindung der Subclavia oberhalb der Clavicula*) 於鎖骨上一指橫徑處，並行該骨，由胸鎖乳突肌外緣，向外而至斜方肌之內緣，切開皮膚（如一百八十一圖1），離斷闊肌及頸筋膜，頸外靜脈則以鉤排開或二重結紮之，次向上外方牽引肩胛舌骨肌，露出富有脂肪組織之頸下三角部，排開脂肪組織，並切開被覆臂神經叢之深筋膜而入深部，沿前斜角肌附着部，以求第一肋骨之前斜角肌結節 (*Tuberculum scapulae anteriori*)，鎖骨下動脈即在該結節外側，亦即臂神經叢之內側，於是送入動脈鉤施行結紮。

2. 鎖骨下之結紮法 (*Die Unterbindung der Subclavia unterhalb der Clavicula*) 較前稍難，用之者亦較少，即於鎖骨下緣一指橫徑處，由其中央部向外而至喙突 (*Proc. coracoideus*)，切開皮膚及淺筋膜（如一百八十一圖2），加意保存頭靜脈，按其需要，橫斷胸大肌之外

第一百八十一圖

結紮頸部血管之皮膚切法

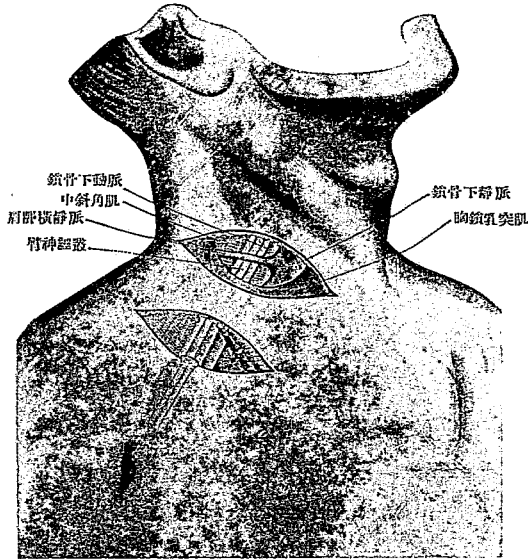


- (1) (2) 鎖骨下動脈之結紮 (3) 腋窩動脈之結紮 (4) (5) 頸總動脈之結紮 (6) 頸外靜脈之結紮 (7) 舌動脈之結紮 (8) 頰外動脈之結紮 (9) 頸淺動脈之結紮 (10) 枕動脈之結紮

緣，切開腋肱筋膜 (Fascia coracobrachialis)，以指送入於三角肌、鎖骨下肌及胸大肌之間，而至 Mohrenheim 氏凹，遂得依次排列之臂神經叢，鎖骨下動脈及鎖骨下靜脈。因將靜脈向內方，神經向外方排開，同時結紮其動脈。

第一百八十二圖

鎖骨上或下之鎖骨下動脈結紮法



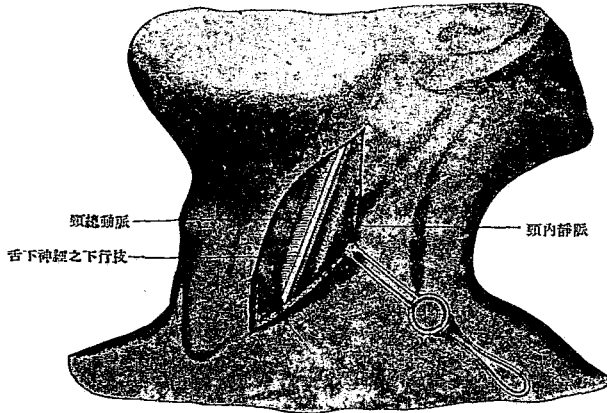
三、頸總動脈結紮法

(Die Unterbindung der Carotis communis)

1. Cooper 氏法 (Cooper'sche Methode) 此法最易，亦較常用。先將頭強向後方屈曲，於環狀軟骨上原同高處，沿胸鎖乳突肌內緣，向下方切開皮膚，長約 6—8 cm (如一百八十一圖 5)。可及的避免淺表靜脈之損害，切離闊肌，露出胸鎖乳突肌內緣而向外方牽引之，可見頸筋膜及肩胛舌骨肌。於此肌肉之下方，細心將筋膜切斷，露出血管鞘。向外方牽引，經行其上之舌下神經下行枝，次切開血管

第一百八十三圖

頸總動脈結紮法



舌骨舌肌

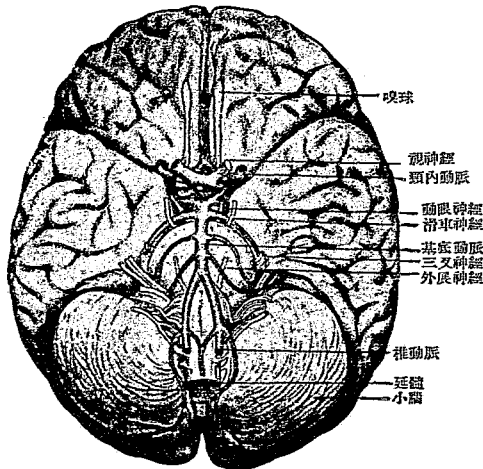
箱中央,在此箱內,頸總動脈居內,頸內靜脈居外,二者之間則為迷走神經,鞘之後方,又有交感神經,故結紮該動脈時,務宜注意,而結紮最宜之部,為與頸動脈結節(Tuberculum caroticum)(即第六頸椎橫突部)同高處。

2. Zang氏法(Zang'sche Methode) 為由胸鎖乳突肌之兩頭間,搜求動脈之法也。即切開此間皮膚,向下達至鎖骨(如一百八十一圖4),切開線長約6cm,離斷闊肌,送入手指,達於深部,待露出頸內靜脈時,將該靜脈與胸鎖乳突肌之鎖骨部向外,而將胸骨部及胸舌骨肌及胸甲狀肌向內方牽引,靜脈內側,有迷走神經,動脈則在靜脈之深部,且與左胸管密接,故用此法以結紮頸總動脈,實甚困難也。

頸總動脈之不宜濫行結紮，前已言之。但有完全之副枝血行時，雖結紮亦無若何著明障礙。故其豫後，第一關於副枝血行之是否完全，第二關於血管之能否充分擴張。若副枝血行健全，則頸總

第一百八十四圖

腦底之神經及動脈枝



動脈結紮後之半腦，一方可由前交通動脈，他方則由後交通動脈媒介之椎動脈，供給其榮養。又在老人，動脈壁已起硬變者，血管失其代價的擴張性，故其預後不及少年之佳良。此外血壓亦與腦血行有關。如大失血後，則血壓著明低降，此時雖有健全之副枝血行，仍難免除危險。

頸總動脈結紮後之死亡原因，為大腦之血行障礙，即腦髓陷於軟化。其臨床症候，為顏面蒼白，頭痛，眩暈，意識消失，嘔吐，痙攣等。或併發他側半身不遂。

四，頸外動脈結紮法

(Die Unterbindung der Arteria carotis externa)

沿胸鎖乳突肌內緣，自下頷角之高，至甲狀軟骨之高切開皮膚（如一百八十一圖6），離斷闊肌及淺筋膜，露出面靜脈，將其排向側方，再前進在舌骨大角之前方，肩胛舌骨肌及二腹肌後腹之間，即得該動脈幹及其分枝。此動脈幹甚短，長僅1—1.5 cm。可於甲狀線上動脈及舌動脈分枝部之間結紮之。此法亦用以結紮甲狀腺上動脈。

五，頸內動脈結紮法

(Die Unterbindung der Arteria carotis interna)

與頸外動脈結紮法同。

六，椎動脈結紮法

(Die Unterbindung der Arteria vertebralis)

即結紮該動脈未進入第六頸椎橫突孔 (Foramen transversum) 以前之部位者。沿胸鎖乳突肌外緣，自其下三分之一部，斜向鎖骨切開皮膚，闊肌及筋膜。結紮上頷角之頸外靜脈，次將胸鎖乳突肌及頸總動靜脈向內方排開。於是使患者之頭正直或稍向前屈曲，送入手指，向深部搜求頸動脈結節。在結節之內方，前斜角肌及頸長肌之間，即得椎動脈。於是排開該肌，送入動脈鉤。

第五節 胸管之損害

(Verletzungen des Milchbrustgangs (Ductus thoracicus))

為稀有之症。因其在頸深部，不易受傷故也。但於鎖骨上窩摘

出腫瘤時，有將其管壁損傷者。此時自管中漏出乳糜液，入於胸腔而成乳糜胸(*Der Chylothorax*)。或該液不絕向外排出，起高度物質代謝機能及營養障礙。但平常多能迅速癒合。

療法：用栓塞法或結紮法。一部損傷者縫合之。乳糜胸行穿刺法。

第六節 頸部神經之損害

(Nervenverletzungen am Halse)

頸叢(*Plexus cervicalis*)成於上方四對頸椎神經之前枝，甚小。臂叢(*Plexus brachialis*)成於下方四對頸椎神經之前枝及第一胸神經之一部，頗大。各神經枝至腋窩互相集合，而成上下後之三神經幹。其損傷常因胸鎖乳突肌外緣，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，常因摘出腫瘤或結紮頸總動脈，該神經未完全分離時。又或手術甲狀腺時，誤傷其返迴枝(返神經(*N. recurrens*))所致。舌下神經之損害，常見於自殺者。交感神經之損害，每見於頸部損傷及鎖骨骨折時。他如膈神經及副神經損害，亦屬常見之症。

症候：此等神經叢尤其臂叢損傷時，有僅起一部麻痺者，有全部麻痺者。或為一時性，或為持續性。在輕度挫傷者，每起痙攣，知覺過敏及神經痛。若麻痺過久，漸致皮膚肌肉營養障礙。一側迷走神經之喉上神經分歧部下方損傷時，則來一側聲門張肌麻痺，聲帶完全不動。患者聲音鈍啞或竟無聲。傷及喉上神經分歧部之上方時，則喉上神經亦來麻痺(該神經為會厭軟骨諸肌之主宰)。實際上將一側迷走神經切斷，並無若何危險症候。然誤以動脈鉗撮聚該神經，或加以結紮時，立來重篤之刺戟症候，即呼吸及心膈停

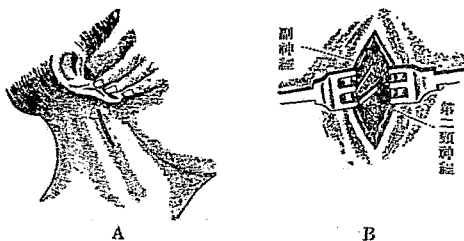
止，是因延髓之心臟呼吸制止中樞起反射的興奮，一部又因遠心性心臟神經纖維興奮所致。此時宜速去鉗子或結紮，兼行人工呼吸及心臟按摩法。二側迷走神經之損害，患者以聲門張肌之麻痺及心肺障礙（心悸亢進，肺炎，肺水腫），多死於三十六小時以內。舌下神經所起之障礙，為偏側或兩側舌麻痺。一側膈神經損傷，起一側膈麻痺，兩側麻痺者立死。又膈以刺戟而起痙攣，則來連續性咳嗽及吃逆。交感神經之障礙，為半面潮紅，結膜炎，流淚，眼球縮小，近視等。但刺戟該神經，則來瞳孔散大。副神經損害，則以胸鎖乳突肌及斜方肌麻痺而起斜頸。

療法：神經切斷者縫合之。因假骨或異物之壓迫者除去之。發刺戟症候者，行按摩法及神經伸展術。

臂叢伸展術 (*Die Dehnung des Plexus brachialis*) 先壓下患側肩胛，頭向反對側屈曲。次於斜方肌 (*M. trapezius*) 前緣之下部，鎖骨上方約三指橫徑處，縱切皮膚，長約 6—8 cm，離斷闊肌及筋膜。在肩胛舌骨肌及頸橫動脈上方，由此方胸鎖乳突肌，前斜角肌，與彼方斜方肌間，鈍的進入深部，切開深筋膜，直達神經叢，使其游離而提舉之。再開放神經鞘，以中樞及末梢之方向伸展神經幹。如欲處置

第一百八十五圖

副神經之露出法



頸叢，可沿胸鎖乳突肌後緣，乳突下方約三指橫徑處，切開軟部。後療法為按摩及應用電氣。

副神經伸展術 (*Die Dehnung des N. accessorius*) 沿胸鎖乳突肌前緣，由乳突至下頷角之高切開皮膚 5—6 cm，離斷筋膜，排開創緣，於上方創角內所能觸得之寰椎橫突之直下，深筋膜下（被以二腹肌），即得副神經。其旁每有第二頸神經之小分枝。

第七節 頸部之炎症及化膿

(Entzündungen und Eiterungen am Halse)

本症多繼發於顏面及顱蓋炎症。緣該部之淋巴道，悉皆開口

第一百八十六圖

結核性頭腺炎

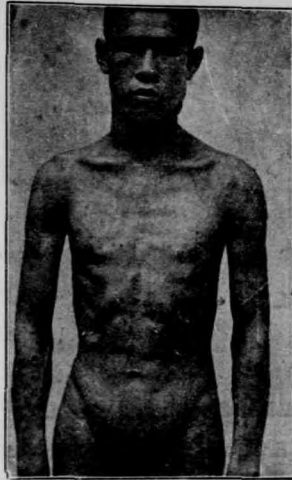
(著者)



第一百八十七圖

梅毒性頸腺炎

(著者)



於頸部，則其細菌及產物，自易達至頸部淋巴腺而起疾病也。

淺表性炎症及化膿(Oberflächliche Entzündungen und Eiterungen)

爲發於皮下及闊肌下之炎症，以淋巴腺或下頷骨疾病起始。頸部淋巴腺炎，慢性多於急性，尤以結核梅毒爲其主因。屬於前者，謂之結核性淋巴腺瘤(*Tuberkulose Lymphome*)，好發於頸部及下頷部，先呈限局性腫瘤，漸次軟化破開，形成多數瘻管。

深位性炎症及化膿(Tiefliegende Entzündungen und Eiterungen)爲頸側部血管裂隙內之炎症，或由深部淋巴腺，或由頸部炎症蔓延而來。有急性，慢性，限局性，蔓延性等症。就中以急性蔓延性蜂窩織

第一百八十八圖

頸部木樣蜂窩織炎

(著者)



炎性化膿爲最險。患者頭向患側傾斜，頸部浸潤硬固。因扁桃體部及喉門之壓迫，或會壓軟骨炎症性腫脹，而來高度呼吸障礙。又或炎症蔓延於喉及食管附近，致咀嚼及嚥下發生困難。交感神經因刺戟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，化膿性胸膜炎，化膿性心包炎，肺膿腫等。此外有沿臂叢及血管而蔓延於腋窩，隨於鎖骨上下部呈波動性腫瘤者。至於急性限局性症，往往轉爲蔓延性。慢性限局性化膿症，多起於深部之淋巴腺結核。其爲蔓延性者，則頸部硬固如板，不發赤，不疼痛，化膿之傾向極少。大抵因毒性微弱之化膿菌傳染。法醫 Reclus 氏稱爲木樣蜂窩織炎 (*Phlegmon ligneux, die Holzphlegmone*)。

頸部放線菌病 (*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肌之縱軸平行。先切開皮膚及筋膜，然後伸入手指，或以鈍器達於深部，泄其膿汁，裝入排導管或栓塞碘仿棉紗。起窒息者行氣管切開術。對於慢性結核性頸腺炎及放線菌病，則用X光線輝照法。

又炎症之發於咽、食管及脊柱間者，謂之咽後及食管後炎症 (*Die retropharyngeale und retrooesophageale Entzündung*)。其發生原因有四，一為咽後壁及食管之損傷或穿孔。二為小兒之特發性咽後膿腫。三為粘膜炎。四為結核性頸椎炎。此時咽後部形成膿腫，向前突出，喉及食管之入口因而狹窄或閉塞。化膿更甚，則膿汁向下沈降而達於環狀軟骨之後面，且沿甲狀腺下動脈而至後內臟裂隙，終乃現出於胸鎖乳突肌之內緣或外緣。然亦有沿食管而向下方後縱隔膜蔓延，或由主動脈弓下至前內臟裂隙，遂向心包或胸膜穿孔者。就中有所謂急性咽後膿腫 (*Der akute Retropharyngealabscess*) 者，乃係鼻咽腔炎時，化膿菌達於第二及第三頸椎兩側之淋巴腺 (咽後淋巴腺)，遂起急性化膿之症。此時亦往往起頰肌後面之淋巴腺化膿。常見於1—3歲之小兒。局部疼痛，嚥下困難或不能。言語及呼吸障礙。頭稍後屈，頸部強直。口腔開放，膿向咽內破開，或向下方蔓延而成不治。故宜及早由口內或側頸部切開之。其由側頸部切開之法，即自乳突下緣起刀，沿胸鎖乳突肌後緣，切開皮膚及深筋膜，向前方排開肌肉、神經及血管，於是沿頸椎送入鈍器，達於膿灶。至於慢性咽後膿腫 (*Der chronische Retropharyngealabszess*)，多係頸椎結核之斷發症，經過甚緩。在未起膿腫之前，頸椎部即有疼痛、畸形等症候。咽後壁著名隆起，患者能自覺之。預後不良。療法與急性症同，一方治其原因。

第八節 頸部動脈瘤

(Aneurysmen des Halses)

原因：或因外傷，或因慢性內膜炎而起。

症候：巨大者壓迫頸部靜脈，神經，氣管，食管，脊柱，或起腦栓塞而死亡。局部有搏動及摩擦音。

療法：結紮其中樞或末梢端，或用 2—5% Gelatin 食鹽溶液（每週 100—200 cc），注入瘤近傍之皮下或其餘體部，但無確效。

第九節 頸部之腫瘤

(Geschwulste des Halses)

一，淋巴腺腫瘤

(Die Lymphdruesengeschwulste)

屬於此者為惡性淋巴腺瘤，淋巴腺肉瘤，及繼發性淋巴腺瘤。但論真正腫瘤之先，必須鑑別其類似症，故略述之。

單純肥大性淋巴腺瘤 (*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。至成年而消失。其以細胞增生為主者，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。

腺病性淋巴腺瘤 (*Das skrophuloese Lymphom*) 為單純性腺肥大及結核性腺瘤之中間症。具腺病性體質者，其肥大之淋巴腺易染結核，故本病亦為結核性腺瘤之前驅。

結核性淋巴腺瘤 (*Das tuberkuloese Lymphom*) 因侵入結核菌，致淋巴腺慢性肥大者。凡顯蓋顏面之慢性炎症，細菌，常為結核菌之

侵入門。又扁桃體肥大，往往爲本病之發源地。本症之發生，極爲緩慢。初犯二三淋巴腺，後乃乾酪變性或膿潰，次遂及於隣近之淋巴腺而爲夥多之無痛性腫瘤。

橡膠樣腫性淋巴腺瘤 (*Das gummoese Lymphom*) 爲下頷腺部之無痛性腫瘤，大如胡桃，漸次增大，乃與皮膚癒着，向外方破開而成特異之潰瘍。

1. 惡性淋巴腺瘤 (*Das maligne Lymphom od. die Hodgkinsche Krankheit*) 爲不斷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，近隣之淋巴腺，如腋窩腺，縱隔膜腺，腹膜後腺，鼠蹊腺等皆腫脹，好犯 15—35 歲之男子。初發時毫無全身障礙，待腫瘤漸次增大，則患者以貧血，虛弱，食欲減退，浮腫，腹水，下痢，褥瘡等致死，或以食管及氣管之壓迫而起窒息或榮養不良。全經過中赤白血球之比例如常，故亦名爲假性白血病 (*Die Pseudoleukaemie*)。然至末期，則血液之有形成分及血色素皆著明減少。

2. 淋巴腺肉瘤 (*Das Lymphosarkom*) 概爲平滑而有平等硬度之腫瘤，好生於血管裂隙及下頷下部，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。故其經過罕有達至一年半以上者。

3. 繼發性淋巴腺癌瘤 (*Das sekundaere Lymphokrebs*) 繼發於口唇，舌，頷骨，扁桃體，喉，食管之癌瘤。硬固作結節狀，與周圍組織迅速癒着，若向外方破開，即成潰瘍。

療法：單純肥大性腺瘤，努力除去其原因即得。腺病性淋巴腺瘤，則行強壯療法。結核性症，行 X 光線療法。既軟化者則小切開，排去內容後，再以 X 光線照射之。對於惡性淋巴腺瘤，用砒石療法，X 光線亦奏良效。緣淋巴組織在人體臟器中，爲對放射線感受性

第一百八十九圖

淋巴腺肉瘤

(著者)



之最大者，尤於病的增殖時為然。即普通同一種類之細胞，若在新陳代謝旺盛時，其放射線之感受性亦較大，故X光線對此效力甚巨。但因其僅為一種局部療法，且腫瘤之惡性度，非為發育問題，乃係腫瘤之化學問題，故常以再發或轉移而陷預後於不良。惡性腫瘤，則早期摘出或可全治。

二，硬性腫瘤

(Die festen Geschwulste)

屬於此者為纖維瘤，脂肪瘤，神經瘤，軟骨瘤，骨瘤，肉瘤及腮道癌瘤 (*Das branchiogene Carzinom*)。

頸部纖維瘤極為罕見，間有成為巨大腫瘤者。多數發於項部，頸椎棘突及橫突之纖維樣組織，或由血管神經，周圍結締織及

第一百九十圖

皮膚癌之繼發性淋巴腺癌

(著者)



交感神經節發生發育緩慢。壓迫隣接器官，則起種種危險。

脂肪瘤常生於頸部，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，好發於成年之男子。其向周圍廣大蔓延者，曰蔓延性脂肪瘤。

神經瘤常爲多發性(蔓狀神經瘤)，以耳前或耳後爲多。向頭及頸蔓延，皮膚及皮下結締織著明增生肥厚，外觀類似象皮病，沈着色素或有毛。

軟骨瘤及骨瘤，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。

肉瘤除由淋巴腺發生外，亦起於血管鞘及筋膜，經過與淋巴

腺肉瘤同。

腮性癌由腮瘻或腮囊瘤發生。常居於頸上三角部，與血管，迷走神經及交感神經癒着。

療法：良性腫瘤摘出之。蔓延性脂肪瘤及神經瘤楔狀切除數次，使之縮小。肉瘤及癌瘤之不能摘出者，雖行救治。

三，囊瘤性腫瘤

(Die zystischen Geschwuelste)

有先天性者，如腮囊瘤，皮樣囊瘤，囊瘤樣淋巴管瘤及血囊瘤。有後天性者，如粉瘤，粘液囊瘤，包蟲囊瘤等。

腮囊瘤或腮道囊瘤 (*Die branchiogenen Cysten od. die Kiemengangscysten*) 可目為腮道瘻之未向內外開口者。內含漿液性或漿液粘液性液體。側頸部較多於正中。多房性者曰多房性腮道囊瘤 (*Die multilokulaere Kiemengangscysten*)。

皮膚囊瘤，係胎生時皮膚萌芽竄入腮溝部者，發育緩慢。

先天性囊瘤樣淋巴管瘤 (*Lymphangioma cystoides congenitum*) 好發於下頷部，迅速增大。起於淋巴管之擴張新生及囊瘤樣變性。或為多房性，或為單房性。

血囊瘤 (*Die Blutcysten*) 為囊瘤中含有血液者。起於胎生時之靜脈發育異常，或靜脈壁一部擴張作瘤狀者。

粉瘤，好發於項部，側頸部及前頸部。

粘液囊瘤，由固有之粘液囊擴張而成。

包蟲囊瘤，常發於側頸部大血管之近傍。

療法：腮道囊瘤，皮樣囊瘤，行摘出術。惟與大血管癒着者，只可將囊壁內面之上皮層除去。囊瘤樣淋巴管瘤之未增大者摘出之。否則數次切開，以冀其萎縮，或行穿刺法。血囊瘤亦行摘出術。

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 Schilddruese)

第一節 甲狀腺之損害

(Verletzungen der Schilddruese)

自殺時，常與氣管、喉，同時受傷，除出血外，無著明症候。

療法：止血法。

第二節 甲狀腺之炎症

(Die Thyreoiditis, Entzündungen der Schilddruese)

一、急性甲狀腺炎

(Die akute Thyreoiditis)

健全之甲狀腺，發炎者極少。僅於急性傳染病經過中，或月經產褥時，腺體來一時性腫脹。但甲狀腺既肥大者，往往起急性炎症，故又名急性甲狀腺腫炎 (Die akute Strumitis)。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。病灶若在深部，則壓迫氣管而起呼吸障礙，或壓迫食管，致嚥下困難。重症者每以膿毒血症，敗血症，化膿性縱隔膜炎而死。但亦有自然消散，或腺之一部壞死，膿灶向氣管或食管內開口者。

療法：初期嚥包，既化膿者，速切開之。深部膿灶，用穿刺法，發室息症狀者，行氣管切開術。

二，慢性甲狀腺炎

(Die chronische Thyreoiditis)

常為全身粟粒結核之一分症。又第二期梅毒，該腺往往瀰漫腫脹。

第三節 甲狀腺肥大(甲狀腺腫)

(Die Hypertrophie der Schilddruese, der Kropf oder 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 colloides s. gelatinosa*)，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，所謂囊瘤性甲狀腺腫 (*Der Zystenropf*) 者即是。纖維性甲狀腺腫 (*Struma fibrosa*)，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。每呈毛細血管瘤或海綿樣血管瘤狀態。起出血時該部組織壞死，乃變為囊瘤。上述三種，或獨立發生，或互相合併。

原因：常為一地方或一家族之流行病。凡使甲狀腺充血或鬱血者，如登山，負重，呼號，妊娠，心肺疾病等，皆為本病之誘因。女子多於男子。每發於20—40歲之間。原因尚未確定，約有四說。一為飲用水或飲用水地質說 (*Trinkwassertheorie od. hydrotellurische Theorie*)，即使馬狗等飲用所謂甲狀腺腫井 (*Kropfbrunnen*) 之水，則可發生本

症云。二爲碘缺乏說(*Theorie des Iodmangels*)。三爲中毒傳染說(*Theorie von toxischinfektioeser Ursprung*)。四爲衛生的多數原因說(*Theorie der multiplen Ursachen auf hygienischem Gebiet*)。

症候：因其位於氣管及喉頭之上，嚥下時二者起共同運動，但惡性症則否(因其與他部癒着)。主要障礙爲血管、神經、氣管、食管等被其壓迫。頸靜脈因壓迫而顛蓋起鬱血症候。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狀腺腫(

第一百九十一圖

瀰漫性膠樣甲狀腺腫

(著者)



第一百九十二圖

惡性甲狀腺腫

(著者)



Struma substernalis s. intrathoracica) 爲然。即壓迫迷走神經，則心動增進。壓迫返神經時，則除喉上神經所主宰之環甲肌 (*M. cricothyroideus*) 外，其餘喉肌悉行麻痺，尤以聲門張肌即環披裂後肌 (*M. cricoarytaenoideum post.*) 之麻痺爲最險。如一側麻痺，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，上脛下垂等。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，是名甲狀腺腫喘息 (*Kropffasthma*)，在一側甲狀腺腫，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。食管之壓迫甚少。或於咽後甲狀腺腫 (*Der retropharyngeale Kropf*) 氣管後甲狀腺腫 (*Der retrotracheale Kropf*) 時見之。

經過：遲速不一。或達至一定度而停止，或起變性而縮小。凡甲狀腺腫忽然增大者，稱爲惡性甲狀腺腫 (*Die boesartige Struma*)，即甲狀腺肉瘤及癌瘤是也。與周圍迅速癒着。

療法：有藥物療法及手術療法。藥物療法，於初期每日內服碘劑 (0.1 以下內服二週，停止二週)，持續數月，對於瀰漫性實質性甲狀腺腫，著有良效，尤以年幼者爲然。惟碘劑內服過多，每來搖蕩，速脈，羸瘦等症候，是名 *Jodbasedow*，此時即宜廢止。或食山羊，犛牛之甲狀腺，用量成人每週 10 gr.，小兒減半。若無新鮮甲狀腺，或代以甲狀腺錠劑 (*Thyraden- und Thyreojodintabletten*)。其利弊恰與服用碘劑者同。其他如 *Roentgentherapie*，對於實質性者有效，而纖維性囊腫性症則否。*Radiumtherapie*，*Ultravioletstrahlentherapie* 亦可試用。手術的療法，即甲狀腺腫摘出術 (*Strumektomie*)，宜於局所麻醉之下行之。其術式有二。

(一) 甲狀腺摘出術或甲狀腺半側腺囊外摘出法

(Strumektomie, extrakapsulaere Exstirpation einer
Schilddruesenhaelfte)

第一百九十三圖

甲狀腺腫切除術之皮膚切開法

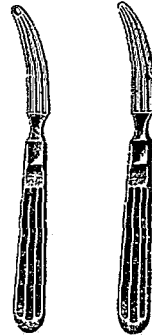
(Kocher 氏)



第一百九十四圖

甲狀腺腫消息子

(Kocher 氏)



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，闊肌等而達於腺。再切開外面之筋膜囊，用甲狀腺腫探子 (Die Kropfsonde) 剝離腫瘤。二重結紮甲狀腺上動靜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靜脈，此時慎勿傷及返神經及交感神經。結紮既竟，乃將腺緣集束結紮，或用壓挫鉗 (Die Quetschzange nach Kocher)，壓撮腺緣，施行切除，再將斷端結紮之。

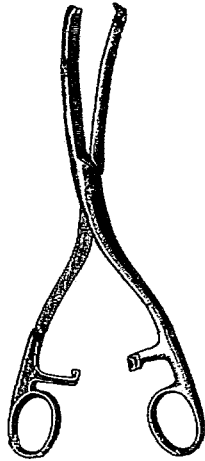
(二) 甲狀腺腫結節腺囊內摘出法

(Die intrakapsulaere Entfernung der Kropfknoten)

第一百九十五圖

壓挫鉗

(Kocher 氏)



爲甲狀腺組織中摘出腺結節之法也。據各家經驗，腺腫組織由稍厚之囊膜，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，須用鈍器分離其青色少血管之結節囊膜。

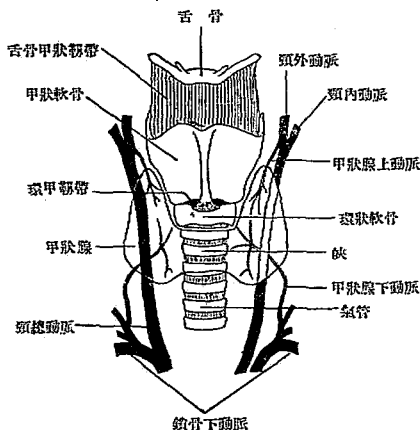
(三) 甲狀腺動脈結紮法

(Die Unterbindung der A. thyreoidea)

甲狀腺上動脈，在甲狀軟骨上緣，頸總動脈分枝部之直上，由頸外動脈發出。初上升，次成弓形而下降，達於甲狀腺側葉上緣，由此更入腺缺。故行結紮時，須由下頷角部並行胸鎖乳突肌外緣，切開皮膚，闊肌及淺筋膜。再由側葉上緣尋求該動脈。甲狀腺下動脈，發源於鎖骨下動脈之甲狀頸幹 (Truncus thyrocervicalis)，位於第五至第七頸椎近傍，而橫行於食管之上。其前後方有交感神經叢。升降二枝之分枝部，則與返神經交叉。結紮時，可沿胸鎖乳突肌內緣，自甲狀軟骨至鎖骨上方 1—2 cm 處切開皮膚，進入深部，露出胸鎖乳突肌之

第一百九十六圖

喉頭氣管甲狀腺及其支配動脈之想像



內緣，用鉤牽向外方。於是在創內緣得見由上向下經行之胸舌骨肌及胸甲狀肌，再將此等肌肉及甲狀腺外緣令助手向內方牽引，則現出頸血管鞘，乃將其向外鉤引，於其下方遂見橫行入於甲狀腺後面之甲狀腺下動靜脈，然後注意勿傷及返神經而行結紮。

後療法：甲狀腺腫摘出後，用食鹽水清拭創面，深部裝入排尿管，然後縫合閉鎖之，約經8—10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。

『附』副甲狀腺腫 (*Parathyreoid od. Nebentropf*)

為正常甲狀腺除去之處，副甲狀腺發生腫脹者。Madelung氏

別之爲五型。一曰下副甲狀腺腫或胸廓內副甲狀腺腫 (*Unterer Nebenkropf od. intrathorakaler Nebenkropf*)。二曰後副甲狀腺腫 (*Hinterer Nebenkropf*)。又別爲食管後副甲狀腺腫 (*Retrooesophagealer Nebenkropf*)。咽後副甲狀腺腫 (*Retrolaryngealer Nebenkropf*)。氣管內副甲狀腺腫 (*Endolaryngealer od. endothorakaler Nebenkropf*) 三種。三曰上副甲狀腺腫 (*Oberer Nebenkropf*)。現於甲狀腺上部至舌盲孔間。四曰外側副甲狀腺腫 (*Lateral Nebenkropf*)。現於下頷部至鎖骨間。五曰前側副甲狀腺腫 (*Vorderer Nebenkropf*)。現於甲狀腺附近之皮下。本病症候。不外因所在地而呈壓迫症候。診斷甚難。

第四節 因甲狀腺而起之特別疾病

(Spezifische Krankheiten durch Schilddruese)

一、Morbus Basedowii, Basedow'sche Krankheiten

od. Graves disease

真正原因未明。恐因甲狀腺機能亢進而來自身中毒所致。又好發於神經性婦人。故精神的刺激。亦爲本病之誘因。此外先天性素質。與本症亦有關係。

症候：甲狀腺多爲瀰漫性實質性肥大。時或爲血管性而呈搏動。速脈。心悸亢進。伴發胸內苦悶。眼症候除眼球突出 (*Exophthalmus*) 外。視軸之輻整不全。即試以指置於患者眼前而使注視。然後遠近或左右移動手指。則在一定度以外。眼球不能運動 (*Möbius'sche Symptome*)。又眼險與眼球之運動不一致。如患者眼前高置一指。將指端漸次下降。則眼球隨亦下移。而眼險則否 (*Graefe'sche Symptome*)。他如刺戟眼險不起瞬目 (*Augenwimpern*)。初時流淚過多。終起結合膜乾燥症 (*Xerosis*) 者有之。全身症候。爲震顫。全身多汗。羸瘦。神經衰

第一百九十七圖

Basedow 氏病

(著者)



弱, Hysterie, 嘔吐, 下痢等。皮膚之電氣傳導力減退。吸氣時胸廓擴大力著明減退。

又本病患者之手及臂運動, 有呈特別不安者, 重症者於運動時極易疲勞, 因肌肉衰弱之故, 步行不利。

赤血球無特異之變化。白血球則見淋巴球, 單核大細胞, 嗜伊紅細胞等增加, 多核白血球則見減少。血液凝固性減低, 粘稠度亦減少, 抗鹼蛋白酶 (Antitrypsin) 增加。

診斷: 參照上述症候, 施行診斷。

療法: 精神宜安靜。一方用氣候療法, 水治療法, 血清療法及腎上腺, 腦垂體, 胰等內臟療法, 效力不確實。藥物如砒, 磷, 鐵, 金雞納, 麥角等製劑皆可用。往昔禁用碘劑, 然自 1917 年 Chvostek 氏唱導用少量碘能奏良效之說, 頗為臨床家所注意。今日最常用者厥為 Lugol 氏液 (碘 5.0 碘化鉀 10.0 蒸餾水 100.0), 每日自 5—15 滴漸次增量。Boothby 氏初用 0.6cc Lugol 氏液 (75 mg 碘), 漸次增量, 至一日量達至 100—300 mg 碘或其以上, 尚不見何等中毒症候, 却見經過良好。然有謂此並非完全之療法, 只可用於手術前或手術後, 俾甲狀腺中毒症候減輕, 手術結果增強云。更有用本法反見症候增惡者, 是宜立即停用。X 光線效力不定, 有反見增惡者。上述療法皆不奏效而壓迫症候劇烈時, 不得不行手術 (局部麻醉), 即結紮二三甲狀腺血管或摘除其半側。但有心臟擴張, 脈搏不整, 衰弱過甚者不宜手術。

二，粘液水腫

(Myxoedem)

1. 手術的粘液水腫或甲狀腺摘出性惡病質 (*Operative Myxoedem od. Kachexia thyreopriva*) 發於甲狀腺大部或全部除去後數月之內，多見於女子。

症候：初覺全身倦怠，次於皮膚及舌發生水腫，言語障礙，表皮乾燥，脫毛，生殖力減退，月經閉止，全身發育障礙。其異於普通水腫者，即指壓後不遺殘痕，赤血球及血色素減少，白血球及粘液素增多。

診斷：不難。

療法：甲狀腺移植法，能見一時的輕快。內服甲狀腺裂劑，亦稍奏效。

2. 小兒性粘液水腫 (*Infantiles Myxoedem*) 以先天性缺乏甲狀腺 (甲狀腺缺乏症 (*Athyreosis*)) 為其原因。

症候：與前症同。身體發育障礙，患者常早死。

療法：同前。

三，Kretinismus

在甲狀腺腫地方流行性發生，或散發而成一種特異疾患。原因未定，男子特多。

症候：主要症候為骨長軸發育障礙。即長管狀骨之骨端化骨遲延，因而患者如侏儒狀，頭顱短或扁平，額小，鼻根陷沒呈鞍鼻狀，眼裂小，口大，脣厚，皮膚弛緩或肥厚，扁桃體肥大，乳房平坦，腹部突出，甲狀腺肥大。患者多白痴，意志薄弱，生殖器發育障礙，聽力不全，甚或聾啞，痛覺減退，腱反射異常亢進，體溫較低。

診斷：按上症候，診斷不難。

預後：不良。

療法：藥物療法，即持續給與碘劑或甲狀腺製劑手術療法，即移植甲狀腺於脾臟、骨髓或皮下。

四，甲狀腺手術後破傷風

(Tetanie nach Kropfoperation)

因摘出上皮小體 (Epithelkörperchen) 而起。發於手術後之二三日。

症候：以痙攣為主。即發作時患者之手呈所謂鳥手或助

第一百九十八圖

甲狀腺手術後破傷風之助產手



產手 (Vogelhand od. Geburtshelfer-Hand)。發作時間，自二三分乃至數點鐘，甚或持續一、二日。隔起痙攣，則來窒息。但此種痙攣，亦發於上肢血管神經受數分鐘之壓迫時，所謂 Trousseau'sches Phaenomen 是也。

預後：不良。患者死於發病後數日或數週中。

療法：上皮小體移植法。此外與以 Milchsäure-Calcium (6.0)。

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 Thymusdruese)

胸腺位於縱隔腔內，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，故本症極屬罕見。

第二節 胸腺之炎症

(Entzündungen der Thymusdruese, 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，呈多數棗實大膿腫，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。腺實質萎縮而結締組織著明增殖。又有遺傳梅毒者，往往於腺內呈膿腫狀病灶，係一八五〇年 Paul 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 Thymusdruese)

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。一為僅髓質肥大者。骨發育障礙，易與佝僂病誤診。若腺體

壓迫氣管，則起呼吸困難(胸腺性喘息(*Asthma thymicum*))。壓迫大靜脈及右房，則起循環障礙而忽然致死(胸腺死(*Thymustod*))。

療法：起呼吸障礙者，用胸腺切除術及固定術(*Die Excision u. Fixation des Thymus*)。即將小兒全身麻醉後，頭向後屈，於頸前部下方，沿頸切迹橫切皮膚，長約6cm，向上翻轉皮瓣，縱切淺筋膜，左右分開胸骨舌骨肌及胸鎖乳突肌，更於舌骨胸骨肌之後面，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。創底栓塞棉紗，然後縫合頸筋膜及皮膚。

第四節 胸腺淋巴體質

(*Status thymicolymphaticus*)

原因不明，恐係一種異常體質。具此體質之小兒，對於全身麻醉之抵抗力異常薄弱。又每以極小事故而喪命。

症候：軀體細長，皮膚弛緩，毛髮稀少，各處淋巴腺腫大。在臨床症候不著者，常於屍體剖檢時方能證明。

療法：無特別療法。

第五節 胸腺之腫瘤

(*Geschwulste des Thymus*)

極為罕見。有脂肪瘤，皮樣囊瘤，粘液瘤，肉瘤，淋巴肉瘤，及肉瘤與癌瘤之混合腫瘤等。

療法：切除胸骨一部而摘出之。但此時常不能免胸膜及心包之損害。

第四章 喉及氣管之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des Kehlkopfes und
der Trachea)

第一節 喉及氣管之畸形

(Kongenitale Formfehler des Larynx und der Trachea)

臨床上最主要者，爲先天性軟骨彎曲症(*Angeborene Knorpelverbiegungen*) (即會厭軟骨、喉及氣管之轉位(*Deviationen der Epiglottis, des Kehlkopfes und der Trachea*)) 及喉內先天性腫瘤及皮膜 (*Die angeborene Geschwulste- und Membranbildung im Innern des Kehlkopfes*)。腫瘤多屬乳頭瘤。皮膜則存於聲帶前連合區域內，稍向後方延長，使聲門一部閉塞。

療法：對於皮膜及腫瘤，以喉頭刀或燒灼器離斷之。必要時行喉切開術。狹窄者，v. Bruns氏用中空之彈力性Bougie施行擴張法。

第二節 喉及氣管之損害

(Verletzungen des Larynx und der Trachea)

喉及氣管一面有頰部保護，一方因其軟骨壁富有彈力，故遭損害，實屬僅見之例。

一，喉震盪症

(Commotio laryngis, Die Erschuetterung des Kehlkopfes)

喉部受強劇打擊或衝突時，局部雖無解剖變化，而忽起呼吸

困難失神，以致於死者，是即震盪症。例如打球時，球自遠方飛來，適中喉部，遂歸死亡。而剖檢上絕無變化。

療法：用氣管切開術，人工呼吸法及興奮劑。

二，喉之挫傷

(Contusio laryngis, die Quetschung des Kehlkopfes)

亦發於受打擊衝突及壓迫時。常見於富彈力之軟骨未起石灰變性者。自覺症候，為疼痛，咳嗽及呼吸困難。檢查喉內，有溢血浮腫或聲帶運動障礙。

療法：冷罨局部且安靜之。起呼吸障礙者行氣管切開術。

三，喉軟骨脫臼

(Die Luxation der Kehlkopfknorpel)

披裂軟骨及環甲關節之脫臼，臨床上間或有之。後者常為習慣性。如欠伸或深吸氣時，即起本症。該部劇痛，不安，甚致窒息。但以壓迫或嚥下運動而易整復。

四，喉軟骨骨折

(Die Fraktur der Kehlkopfknorpel)

常見於老人之軟骨起石灰化或骨化者。以甲狀軟骨及環狀軟骨為最多。由側方或前方向後襲擊之外力而起。外力極強大時，則軟骨粉碎，或氣管完全離斷。

症候：局部腫脹變形，且有機能障礙。因折片轉位，血液流入氣管，及刺戟知覺神經而來呼吸困難及疼痛性痙攣樣咳嗽。若肺內吸引多量血液，則陷窒息。又或因粘膜損害，空氣竄入顎圍面部。

軀幹,四肢,縱隔膜內而成氣腫。

療法: 治療宜速。對於呼吸困難及窒息,行氣骨切開術或喉插管法。喉既經切開,乃以鉗整復轉位之折片,更以橡皮管送入肺臟,吸出血液。又或切開骨折部,再將折片整復之。

五, 氣管之骨折

(Die Fraktur der Trachea)

本症較舌骨及喉軟骨為少。起於強暴之外力。軟骨環縱斷或橫斷。症候與喉軟骨骨折同,惟切處氣腫極為著明,故不能觸知其骨折部。

療法: 非行氣管切開術,不能救治患者。

六, 喉及氣管之創傷

(Die Wunden des Larynx und der Trachea)

多為切創,刺創,及槍創,而切創及刺創每見於自殺者。其創口多在舌骨及甲狀軟骨間,亦有深達咽腔內者。此時以舌動脈,頸內外動脈及頸靜脈等之損害而來強烈出血。血液流入氣管,遂來窒息。然自殺者之創口往往極淺,不致傷及血管與神經。槍創之創口多不整,軟部挫滅,兼有喉軟骨骨折。

症候: 因創傷種類,創口大小及有無副損傷而異。輕微切創,創口哆開極小。若深大之切創,則上斷端因肌收縮著明向上牽引,下斷端沈降於下,故創口大開。患者發呼吸困難及咳嗽。

預後: 關於創傷之種類及大小。不速治者預後不良。或以貽留氣瘻而愈。或以傷及大血管而失血死。亦有受傷後先不發危險症候,後以繼發枝氣管炎,肺炎,蜂窩織炎,及狹窄而取不良之轉歸。

者。

療法：以止血及免除呼吸障礙爲第一義。對於出血，先用指壓法，次結紮其血管幹。血液流入氣管，則送入橡皮管吸出之。較重之創傷，不論其有無呼吸障礙，皆須行氣管切開術以防急變。對於哆開之創口，則施縫合。創傷治愈後，氣管每生狹窄或氣瘻。氣瘻之處置，小者可自周圍橢圓形切除組織之一部，剝離其左右側之下層，使易移動，再縫合其中央。大者則造有莖皮瓣以資閉鎖。對於狹窄，則用中空探子擴張之，或自創口送入 Bougie 及喉插管法。

七，喉及氣管之火傷及腐蝕

(Die Verbrennung und Veraetzung des Larynx und
der Trachea)

氣管之火傷，因吸入火焰或過熱之蒸氣而發。腐蝕則因誤飲強鹼性或酸性藥劑所致。粘膜腫脹，輕則呼吸嚥下障礙，重則起高度呼吸困難。

療法：對於火傷，口內先含冰片或冰器頸部。腐蝕則以反對藥液中和之。

第三節 喉之炎症

(Entzündungen des Kehlkopfes)

一，卡他性喉炎或喉卡他

(Laryngitis catarrhalis oder der Kehlkopfkatarrh)

有急性慢性二症。急性喉卡他，粘膜充血腫脹，分泌物增多。其主徵爲咳嗽，聲音嘶啞，喉內有疼痛或癢癢感。慢性卡他，多由急性

轉來，或自始即為慢性。多見於酒客、梅毒及結核患者，或為一種職業病。

療法：急性症禁烟忌酒，褻包頸圍。一方行蒸氣吸入療法。咳嗽者內服祛痰劑。慢性症先攻原因，再塗布收斂性藥液。

二，喉格魯布及狄夫的里

Der Krupp (Croup) und die Diphtherie des Kehlkopfes)

喉格魯布可分為三期。第一期僅呈卡他症候，全身障礙不著。第二期粘膜發生假膜，不能發聲，呼吸障礙，時起窒息，患者苦悶不安。第三期即為死亡或治愈期。其死因係漸以碳酸中毒而窒息。患者陷於昏睡狀態，呼吸脈搏漸次微弱。若趨於治愈，則呼吸困難漸減，咯出多量粘液膿汁及假膜。本症持續6—8日，小兒多歸死亡。狄夫的里之經過及預後，與格魯布無異。常繼發於咽狄夫的里之後。

療法：注射狄夫的里血清，冰褻頸圍，與以含嗽劑。起窒息者行氣管切開術或喉插管法。

三，粘膜下喉炎

(Laryngitis submucosa)

為發於粘膜下組織之炎症。亦有急性慢性二症。急性粘膜下喉炎，因各種刺戟及全身急性傳染病而起。粘膜下組織腫脹，形成膿腫。腫脹迅速增進，則起高度狹窄，尤以喉下部為然。Ziemsen氏所謂急性聲門下喉炎(*Laryngitis hypoglottica acuta*)者即是。慢性粘膜下喉炎，經過極慢，粘膜下組織著明肥厚。

療法：急性症頸圍用冰褻法，口含冰片，呼吸困難時行氣管切開術。慢性症先治原因。既起狹窄者則行喉插管法或送入 Bougie 以擴張之。

四，聲門浮腫或喉浮腫

(Das Glottis- und Kehlkopfoedem)

爲喉粘膜及粘膜下組織，急劇起漿液性浸潤之症。或爲各種喉疾病之一症候，或與心肺腎等全身水腫併發，亦有以血管運動神經之障礙而突發者。水腫多限局於一部。在富有粘膜下組織部則往往成蔓延性。其主徵爲呼吸障礙。

療法：先治原因。喉之兩側貼用水蛭。水壺頸圍或亂切粘膜。無效者行氣管切開術。

五，喉軟骨炎及骨衣炎

(Perichondritis und Chondritis laryngea)

或爲原發，或繼發於粘膜結核及梅毒之後，以披裂軟骨及環狀軟骨爲最多。軟骨衣之陷於化膿者，則軟骨一部壞死。膿若向外破開，卽成喉瘻。

療法：注意其原因，呈膿腫者切開之。

六，喉結核

(Die Tuberkulose des Kehlkopfes)

殆皆爲繼發性症，原發者絕少。男多於女約二三倍，尤以中年人爲最多。其病變與他處之粘膜結核同。好犯喉之後壁（披裂軟骨間）。聲帶，披裂軟骨及會厭軟骨次之。

症候：初呈頑固之卡他症候。病勢進行，則聲音嘶嘎，漸致失聲。檢查喉內，初期見粘膜有限局性或蔓延性肥厚，或呈底面被有乾酪之潰瘍。

療法：初期用收斂性藥液塗布，既發潰瘍，則塗布 25—50—80% 乳酸水，或吹入硼酸末，碘仿末等。全身強壯療法，決不可忽。

七，喉梅毒

(Die Syphilis des Kehlkopfes)

發於初期者，僅呈梅毒性卡他。若發於後期，則呈限局性橡膠樣腫，或在深部組織內生橡膠樣腫性浸潤，破潰而成潰瘍。軟骨破壞，呼吸著明障礙。好發於喉上部，且每與咽梅毒併發。

療法：驅梅療法及對症療法。

第四節 喉及氣管內異物

(Fremdkoerper in dem Larynx und in der Trachea)

常見之異物，為骨片、荳類、菓核等。因談話或笑時，偶被吸入氣道之內。麻醉中及酒醉者之吐物，亦往往竄入其中。手術中血液吸入氣道，可因其凝固而來窒息。

症候：因異物種類、大小、所在部位而異。普通症候為咳嗽、呼吸障礙及疼痛。若異物甚大者，即來窒息。異物箝留於喉內時，則妨聲帶之振動。異物甚小且硬固者，有時雖入肺臟，尚可咯出，或惹發肺膿腫。吸入胃內容或血液，則以其分解，惹起嚥下性肺炎。

療法：喉內異物，先用喉鏡察其部位，再用鉗摘出之。已起呼吸障礙者，速行氣管切開術，再由口腔或氣管創口內摘出異物。猶不能達目的時，則由正中線切開喉之一部或全部。異物摘出後數日內，必以管插入氣管。否則，有起喉水腫而呈狹窄之虞。氣管切開而呼吸困難仍不止時，必為異物在其下部，或竄入枝氣管內之徵。此時宜下垂其頭，促其咯出。對於液狀異物，可切開氣管，再以 Kather 吸出之。

第五節 喉及氣管之腫瘤

(Geschwuelste des Larynx und der Trachea)

以喉爲多，生於氣管者極少。而喉腫瘤中，又以良性者占最多數。如乳頭瘤，腺瘤，纖維瘤，脂肪瘤，血管瘤，粘液瘤，軟骨瘤，囊瘤等。尤以乳頭瘤及纖維瘤爲常見。惡性腫瘤之常見者，卽爲癌瘤。

乳頭瘤爲疣贅狀或覆盆子狀之腫瘤。好發於聲帶，囊襞帶，及披裂會厭襞帶部，或單獨，或多數同時發生。有具莖者，喉茸瘤 (*Kehlkopfpolypen*) 之一部，卽屬有莖之乳頭瘤。纖維瘤由粘膜下組織發生。有具莖者，有具廣大基底者。好發於聲帶。此等患者，聲音變化，呼吸障礙，自覺喉內有異物感。宜由喉內或切開喉部及早摘出之。

癌瘤間或由乳頭瘤轉來，男多於女，烟酒爲其誘因。初呈乳頭狀增殖，次及深部而成潰瘍，破壞周圍組織。患者聲音嘶啞，談話及嚥下時疼痛出血，排泄惡臭分泌物，頸腺腫脹。須以喉切除術及摘出術處置之。然仍不免再發，故全治者極少。

第六節 喉之運動神經症

(Die Motilitaetsneurosen des Kehlkopfes)

一、聲門閉肌之痙攣 (喉痙攣)

(Der Krampf der Glottisschliesser) (Spasmus laryngis)

爲發作性聲門痙攣狀閉鎖之症。由迷走神經或其分枝部上方之迷走神經，直接或反射的興奮而起。常見於半歲至二歲之虛弱小兒，卽所謂小兒聲門痙攣 (*Spasmus glottidis der Kinder*) 是也。其發於大人之喉卡他經過中，精神感動，癲癇及其他刺激者，謂之大人聲門痙攣 (*Spasmus glottidis der Erwachsenen*)，小兒聲門痙攣之特異症候。

爲睡眠或醒覺時，突發數次吸氣的喘聲，次來呼吸暫時停止，輕者經數秒鐘，重者經二分鐘而散。此時小兒顏面蒼白，冷汗淋漓，呈不安恐怖狀。大人聲門痙攣，則吸氣如笛鳴，呼氣音短而且高。

療法：注意原因，兼行對症療法。

二，喉肌之麻痺

(Die Laehmung der Kehlkopfmuskeln)

由神經中樞或末梢神經疾病而起。在全部聲門閉肌麻痺者（即返神經所主宰之環披裂側肌，披裂橫肌及甲狀披裂內外肌），因發音時兩聲帶不能接近，故致失聲。兩側聲門張肌麻痺（即返神經所主宰之環披裂後肌）者，則以吸氣困難而陷於假死。但爲一側麻痺，則以健側之開張而無呼吸困難。兩側張肌與閉肌一同麻痺者，則聲帶完全不動而取屍體位置（Cadaverstellung），患者完全失聲，亦不能咳嗽。

療法：以除去原因爲主。此外行局部療法及電氣療法。對於兩側聲門張肌麻痺者，施氣管切開術或喉插管法。

第七節 喉及氣管之手術

(Die Operationen am Larynx und an der Trachea)

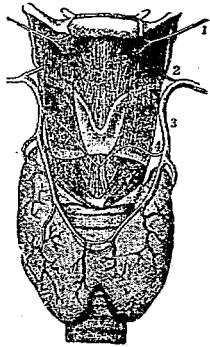
一，喉切開術

(Die Laryngotomie)

1. 甲狀軟骨切開術或喉截割術(Die Thyreotomie oder die Laryngofissur)(第二百圖II) 適用於甲狀軟骨骨折，喉內異物，炎症，腫瘤，狹窄，喉結核根治術及喉切除術。行此術時，若僅切開甲狀軟骨之下部，絕無危險，而將全部切開，則易傷及聲帶附着部。術式，使患

第一百九十九圖

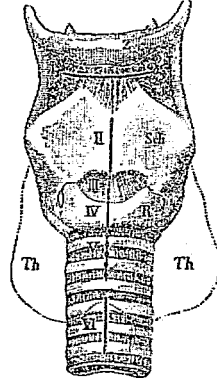
喉氣管及甲狀腺之局部解剖



- (1) 舌動脈之舌骨枝
- (2) 喉上動脈
- (3) 甲狀腺上動脈
- (4) 環甲動脈

第二百圖

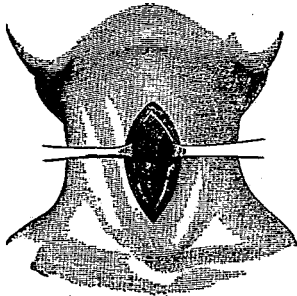
喉及氣管之手術式



- (Z) 舌骨(sch) 甲狀軟骨(R) 環狀軟骨(Th) 甲狀腺之境界(I) 舌骨下咽切開術(II) 甲狀軟骨切開術(III) 甲狀軟骨下喉切開術(IV) 環狀軟骨切開術(V) 上氣管切開術(VI) 下氣管切開術

第二百〇一圖

喉頭截割術



者頭向後屈。預行氣管切開術，以防呼吸障礙，或更稔塞氣管。此時如欲切開軟骨全部，則沿正中線自舌骨下緣至環狀軟骨縱切皮膚（如二百〇一圖）。如僅欲切開軟骨之下部，則就軟骨下部切開之，此時可見由胸骨至舌骨之筋膜白線（頸白線(Linea alba cervicis)）。於是沿此線切開筋膜，向外牽引兩側軟部，避去甲狀軟骨下緣環甲

動脈及環甲肌之損害，橫切環甲韌帶，由甲狀軟骨下緣正中刺入尖刀，並自內向外切開之。若軟骨起石灰化或骨化者，則用骨剪剪斷之。此時欲切開其上部者，可送入有溝探子，於軟骨下再以球頭刀，沿探子溝自內向外切開其中央部，然後向兩側鈎開軟骨，露出喉腔。更由甲狀軟骨上下緣，剝離環甲韌帶，舌骨甲狀韌帶及舌骨甲狀膜 (Membrana hyothyreoid)，則喉腔露出益廣而檢查尤便。

2. 甲狀軟骨下喉切開術及環狀軟骨切開術 (*Laryngotomia infrathyreoides und die Cricotomie*) 甲狀軟骨下喉切開術(如二百圖III)，係僅切開環甲韌帶者，而所見不廣，故須同時兼行環狀軟骨切開術(同上圖IV)。此手術適用於喉下部狹窄，異物，及摘出因氣管切開術所生之肉芽腫。單純之甲狀軟骨下喉切開術，在危急時可以一刀切開皮膚及韌帶，用以代氣管切開術。然小兒此處極狹，必須同時切開環狀軟骨。術式與前略同。即自甲狀軟骨中央，至環狀軟骨下方切開皮膚，由胸骨舌骨肌，胸骨甲狀肌及環甲肌間，露出環甲韌帶，結紮其上之環甲動脈，切開該韌帶。若欲同時切開環狀軟骨，則剝離甲狀腺，並向下推移之。

喉切開術之後療法：甲狀軟骨全部切開者，於上方聲帶附着部須緻密縫合之。下方創口，則插入氣管管，以防術後因粘膜腫脹而來喉狹窄。

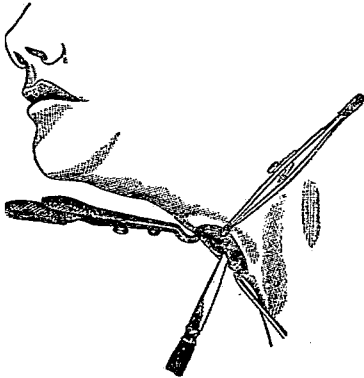
二，氣管切開術

(Die Tracheotomie)

1. 上氣管切開術或高氣管切開術 (*Tracheotomia superior od. die hohe Tracheotomie*) (如二百圖V) 用全身或局部麻醉患者仰臥，項下填枕，使喉及氣管充分向前突出。術者先觸知甲狀切迹 (*Incisura thyreoidea*) 下之喉隆突 (*Prominentia laryngea*)，次及於甲狀軟骨及環

第二百〇二圖

氣管切開術



第二百〇三圖

氣管內插入氣管管之固定法



狀軟骨之間隙，以及下方之環狀軟骨，然後由環狀軟骨上方約一指橫徑處起刀，創口之長短，在成人約須 4—5 cm，小兒 3—4 cm，向下沿正中線切開皮膚，再沿白線切開筋膜，用鈍鉤左右排開胸骨舌骨肌，此時創上端，即達於環甲韌帶及環狀軟骨，下端則可觸得甲狀腺，若甲狀腺異常上升者，則橫切環狀軟骨面上喉筋膜 (Fascia laryngea)，將筋膜內之甲狀腺鈍的剝離，並牽引於下方，待創內完全止血後，再以尖刀由環狀軟骨下線之正中，刺入氣管，向下切開 2—4 個氣管環 (如二百〇二圖)。此時慎勿傷及氣管後壁，故尖刀刺入後，有改用球頭刀再行切開軟骨環者。切開後二側創緣各通一條絲線，固定於頸圍，以便檢查或插入氣管管 (如二百〇三圖)，並固定之。若氣管存有障礙物，必先除去。插入氣管管之位置正當否，可以呼吸有無障礙為準。

2. 下氣管切開術或低氣管切開術 (*Tracheotomia inferior od. die*

tiefe Tracheotomie) (如二百圖 VI) 爲切開甲狀腺下方氣管之法也。於不能施上氣管切開術時用之。其術式，由環狀軟骨下緣至頸窩之正中，切開皮膚，皮下組織及筋膜，鈍的分離胸骨甲狀肌間之結締組織(此處富有靜脈)，向上牽引甲狀腺，露出氣管而切開之。宜注意者，此時須用示指貼於下方創角內，以避無名動脈之損害。

氣管切開術之後療法：創面散布碘仿，氣管管之周圍貼以碘仿棉紗，室內空氣不可過冷，亦不可乾燥。故於氣管管前，可被以濕潤之棉紗，但不可閉塞管孔。一方注意該管之清潔。至於去管之時期，因疾病種類而異。如狄夫的里，則術後二三日即可拔去。又術後創口內往往發生肉芽腫，包圍氣管管，或向氣管內增殖者，宜開大創口之上下方，用銳匙或剪除去之。平常管一除去，創口迅即癒合。

三，喉插管法

(Die Intubation od. Tubage des Larynx)

即由口腔插入大小不同之金屬管於喉內者，適用於狄夫的里之喉狹窄時。插管之先，用開口器開口，術者送入左示指於其喉門，再將附有絲線之金屬管插入喉內，而固定絲線於頰部。俟病稍退，即行除去。然用之者甚少。

四，氣管栓塞法

(Die Tamponade der Trachea)

爲口咽喉手術時，防血液流入氣管之法。栓塞之先，或預行氣管切開術，或即插入氣管管，再以防腐棉紗栓塞其周圍。又或用種種栓塞管子，以杜絕該管周圍之氣管通路。

五，喉摘出術

(Die Laryngektomie, die Exstirpation des Larynx)

1. 全摘出術 (*Die Totalexstirpation*) 二三日前預行氣管切開術。手術時，栓塞喉門，於頸之正中線，自舌骨至環狀軟骨下方，切開皮膚及筋膜，將皮膚創緣與胸鎖乳突肌排向側方，並於適當部橫斷之。再用鈍器剝離軟部，切斷胸骨甲狀肌及甲狀舌骨肌之甲狀軟骨附着部，結紮喉下動脈及環甲動脈而加以離斷。次由甲狀軟骨及環狀軟骨下方，由筋膜下剝離被有胸骨甲狀肌之甲狀腺側葉（如此可勿傷及甲狀腺上動脈），再以銳鉤牽引喉向一側，以便剝離其側部及後部之周圍組織。然後細心剝離軟骨上之咽下收縮肌 (*M. constrictor pharyngis*)，使咽腔不致開放。俟喉下部完全游離，乃於環狀軟骨下橫斷氣管，栓塞其上部。更向上前方牽引喉部，由下向上剝離其後壁，終乃橫斷甲狀舌骨膜，甲狀舌骨中韌帶 (*Lig. hyothyreoid. medium*) 及會厭軟骨。若欲保存會厭軟骨，則以尖刀由其基底部刺入，切離兩側，以斷其連續。否則，可如舌骨下咽切開術。刀向前上方刺入，切斷會厭韌帶。

2. 半側摘出術 (*Die halbseitige Kehlkopfexstirpation*) 為保存健全之聲帶附着部起見，於正中線之側旁，切開甲狀軟骨，次又離斷環狀軟骨，依上法可摘出喉半部。

喉全摘出術之後療法：創內先栓塞碘仿棉紗。喉與咽間施行縫合，使之閉鎖，以防傳染。術後數日，以胃探子輸送食物。低下其頭，防膿下垂入於胸腔。至第二或第三週，乃裝入人工喉頭 (*Der kunstliche Kehlkopf*)。

第五章 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)

夫自口腔至肛門之全消化管，人皆知其成於口腸，固有腸（原腸）及肛腸（Munddarm, Urdarm und Afterdarm）三部。固有腸又別為前腸、中腸及末腸三部。咽及食管即由前腸而成。口腸與前腸間，最初存有菲薄之隔壁，後乃消失而留殘痕，即膈弓與懸雍垂是也。又胎生發育之一定期內，前腸與呼吸器本相交通。在人體至第二月之初，氣管與食管始全隔離。根據此種事實，則其畸形首為氣管及食管之異常交通（*Die abnorme Kommunikation zwischen der Luft- 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，下部則與氣管分歧部交通。輕度者食管發育如常，而以瘻孔交通氣管。此外食管之先天性狹窄及憩室，經驗上極屬稀罕。

第二節 食管之損害

(Verletzungen des Oesophagus)

一、食管之皮下損害

(Die subkutane Verletzung des Oesophagus)

有以壓迫及鑿傷而起食管之皮下損傷者，然極少。

二、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，為送入食管探子及誤嚥異物時所生之食管穿孔 (*Die Perforation des Oesophagus*)。此時探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瘤，膿腫，動脈瘤等。又酒家每以嘔吐而起自然破裂 (*Die Spontanruptur*)。其破裂部常在賁門附近。胃內容物漏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，致起自身消化之故。

症候：以嚥下時疼痛及吐血為主。驟開創，飲食物由創口漏出於外。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。繼發枝氣管炎及肺炎。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，其下端稍下降，故須與上斷端縫合。創內充填碘仿棉紗。然此僅能施之於頸部食管。若刺創每能自愈，毋須縫合。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。或用食道探子送入榮養物。

三，食管之火傷及腐蝕

(*Die Verbrennung und Veraetzung 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。如飲多量濃硫酸，則口腔，食管，胃之粘膜劇烈破壞，而來食管壁及胃壁之穿孔。幸而治癒，多貽高度食管狹窄。但起於過熱之飲料或稀薄腐蝕液者，僅起淺表性炎症。主要症候為疼痛，嚥下困難，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，時時送入食管擴張器，預防其狹窄。

第三節 食管內異物

(Fremdkoerper 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

第二百〇四圖

食管內異物

(仿 Sauerbruch 氏)

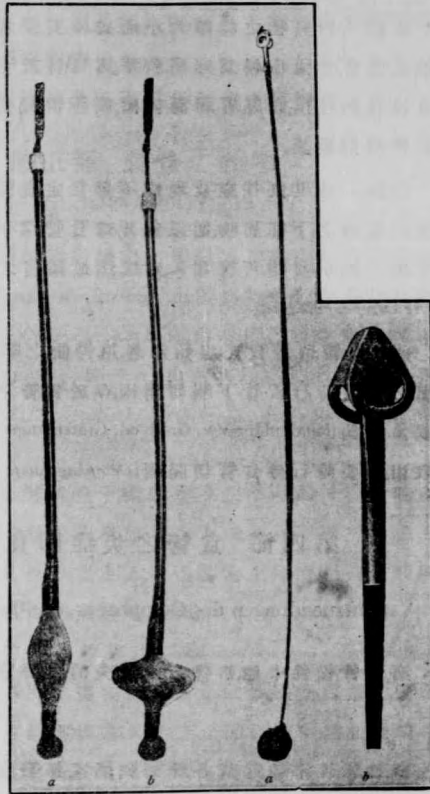


第二百〇五圖

象牙球探子



第二百〇六圖



魚骨鈎
(Weiss 氏)

貨幣鈎
(Graefe 氏)

a. 集束時
b. 張開時

麻醉時嚥下假齒。而異物最易停留之處，為生理之狹窄部位（第三胸椎部，膈穿孔部及賁門部）。

症候：因異物之種類大小而異。極尖銳者往往傷及管壁及隣接之器官。普通症候為疼痛，狹窄、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，或停留於食管內，誘發穿孔性腐敗性縱膈膜炎。

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，則以象牙球食管探子探其所在部位。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：停留於食管起始部者，用彎曲之咽鉗（*Die Schlundzange*）摘出之。無效時行舌骨下咽切開術。存於食管下部之異物，用貨幣鉤或魚骨鉤（*Münzfänger v. Gräfe od. Grätenfänger 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。酒家每發慢性食管卡他，粘膜肥厚弛緩。

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。酒家常以輕微之外力而生裂傷，惹起食管周圍蜂窩織炎。

症或限局於一部，或延及大部。食片竄入臍灶內，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、粘膜下組織、肌層，皆呈腐爛而起腐敗性化膿。

療法：對症療法。治癒後再處置貽留之狹窄症。

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主動脈瘤之壓迫者，曰壓迫性狹窄 (*Die Kompressionsstriktur*)。由於異物或新生物之堵塞者，曰閉塞性狹窄 (*Die Obturationsstriktur*)。由於腐蝕後之瘢痕收縮者，曰瘢痕性狹窄 (*Die narbige Striktur*)。由於神經刺戟，致食管輪肌攣縮者，曰痙攣性狹窄 (*Die spastische Striktur*)。就中以瘢痕性狹窄為最多，範圍亦最廣。

症候：主要症候，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，終以饑餓而死。

診斷：用食管探子檢查法 (*Sondenuntersuchung des Oesophagus*) 診定之。但須注意，不得損傷食管，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。在癌瘤每於探子尖端之窗孔內或吐物中，能認知癌瘤細胞。

療法：因壓迫、閉塞及痙攣者，須用原因療法。瘢痕性者行食管漸次擴張法 (*Die allmähliche Dilatation der Speiseröhre*)，即先試以較粗探子，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 Bougie, 後乃逐漸增大, 此法每日行之, 插入之探子, 須停留 10—30 分鐘, 又有先行建設胃瘻, 然後令患者嚥下有孔之小錘, 錘孔上通以長約 1 m 之粗線而懸於病人耳上, 小錘停留於狹窄部之上, 經二三日始得通過而入於胃, 此時由嚥下粗線之長短或行 X 光線檢查, 便能認知之, 於是拔去胃瘻橡皮管, 用鈍鉤由瘻孔引出嚥下之小錘及粗線, 乃去小錘而以新橡皮管與粗線連結, 更由口腔強引粗線, 則橡皮管變為細小而易通過於狹窄部, 放置 30 分至一小時, 除去橡皮管而留置導線於內, 翌日再如法行之, 橡皮管漸易粗大者, 如此反復施行, 狹窄部遂得擴大, 是名逆行探條法或無端探子法 (retrograde Bougierung od. Sondierung ohne Ende), 猶無效者則行食管切開術, 狹窄部切除術或廢止術, 食管成形術等。

第六節 食管之擴張

(Die Dilatation des Oesophagus)

有二種, 一為食管平等擴張者, 稱為食管擴張, 一為食管壁一部膨出者, 稱為食管憩室。

一、食管擴張

(Die Ektasie des Oesophagus)

以發於狹窄部之上方為最多, 是名停滯性食管擴張 (Die Stauungs-Oesophagusektasie), 間或因收縮力減弱而起, 至於膈穿孔部上方, 或賁門上方之先天性擴張 (Die angeborene Ektasie), 則為僅見之例。

症候: 由擴張程度而不一, 其起於狹窄者, 仍以狹窄症候為主, 在無狹窄之高度擴張症, 因榮養物停留食管內, 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。

二，食管憩室

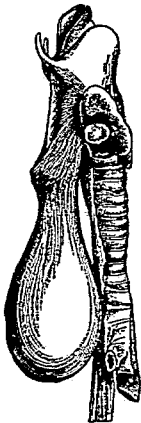
(Der Divertikel des Oesophagus)

若由外方牽引，使食管壁之一部擴張者，曰牽引性憩室 (*Der Traktionsdivertikel*)，以氣管分歧部之前壁為多。如淋巴腺炎症或脊椎骨瘍，管壁與周圍組織癒着，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*

Pulsionsdivertikel)，以男子為多。常見於食管起始部直上之咽內，故又有咽赫尼亞 (*Die Pharyngocèle*) 之稱。呈豌豆大至胡桃大或其以上之球狀、梨狀或圓柱狀囊。位於食管脊柱間，間或遙向下方下垂。囊壁成於粘膜及粘膜下組織，由肌纖維間脫出於外。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，經數十年由小凹而成囊狀。食物入憩室中，停滯其中，至囊充滿，乃復吐出。並因食物之分解，頸部腫脹而有雜音。巨大憩室，來血管、氣管及神經之壓迫症候。患者卒以饑餓而死。

第二百〇七圖
壓出性食管憩室
(仿 Koenig 氏)



診斷：食管鏡檢查法，X光線揮照法。

療法：用探子輸送食物入胃，或行滋養灌腸。能摘出者則先行胃瘻建設術。

第七節 食管之腫瘤

(Geschwuelste des Oesophagus)

最常見者為癌瘤。至纖維瘤，脂肪瘤，粘液瘤，肉瘤則較少。纖維瘤發生於咽下部而呈茸瘤狀。長垂於食管內，所謂食管茸瘤 (*Oesophagus polypus*) 是也。其生於咽壁者，曰咽茸瘤 (*Pharynx polypus*)。以富血管之結締織，脂肪及平滑肌纖維構成之。出於口腔而垂於頰下

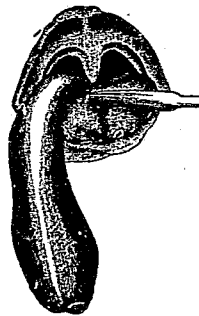
第二百〇八圖

食管茸瘤
(仿 Charles Bell 氏)



第二百〇九圖

咽茸瘤
(仿 Minski 氏)



部。所發症候爲嚥下困難。生於咽或食管上部之腫瘤，每因其絞扼運動，使食管突出於咽內，致喉門閉塞而來窒息。

癌瘤爲食管病中之最重要者。食管狹窄中之90%殆屬本症。約占全身癌瘤5—12%。多發於四十歲以上之男子，尤以酒家吸烟者或熱食者爲多。好發部位爲食管起始部，氣管分歧部及贛門附近，而以後二處爲最多。有增殖性與潰瘍性二症。前者狹窄症候發現較早，而後者則否。大多爲扁平上皮癌。其淋巴性轉移，如上部癌瘤則向頸部，中部癌瘤則向食管周圍淋巴腺及枝氣管腺，下部癌瘤則向上胃腺及肝轉移。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。通以探子，則於其尖端之窻孔內，每能證明癌細胞。

療法：咽茸瘤之脫出於口外者，則結紮其莖，加以切除。或行舌骨下咽切開術，以圖摘出。但存於食管稍下方者，不可不行外食管切開術。對於不可手術之癌瘤，除對症療法外，兼行胃瘻建設術或食管瘻建設術。

第八節 食管之手術

(Die Operationen am Oesophagus)

一、食管切開術

(Die Oesophagotomie, die Inzision der Speiseröhre)

1. 內食管切開術 (*Oesophagotomia interna*) 即於食管內方切開膜狀或癍痕性索條者。與尿道切開術同，今多不用。

2. 外食管切開術 (*Oesophagotomia externa*) 由外方切開食管之法也。然因部位不同，探求食管之方法亦異，略述於下。

A. 頸部食管到達法 (Erreichungsmethode des Halsoesophagus) 使患者取半坐位,頭向右方迴旋,同時送入食道探子,以作引導。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—7cm。俟軟部切開後,結紮上方之面靜脈及下方之甲狀腺下動脈,並離斷之,向內上方牽引甲狀腺,將頸總動脈、頸內靜脈、迷走神經及舌下神經降枝壓向外方時,於頸椎與氣管間,遂得食管。

B. 胸部食管到達法 (Erreichungsmethode des Thoraxoesophagus) 又有下述各法。

(一) 前縱隔竅法 (Vordere mediastinale Methode) 即由右胸廓前方,接近胸骨緣切除第一至第三肋骨之一部,再自胸膜內切開前縱隔竅以達食管之法也。但因手術野不廣,且須避免多數血管神經之損傷,故不多用。

(二) 後縱隔竅法 (Hintere mediastinale Methode) 於左側或右側背部行大切開,切除第三至第六肋骨10—12cm,由胸膜外切開後縱隔竅而達於食管。惟因手術野不能開大,應用者亦鮮。

(三) 側胸法 (Seitenthoraxmethode) 於壓差裝置之下,弓狀切開左胸,將第六至第九肋間腔間之肋骨切除15cm,用肋骨開張器充分開大胸廓,慎將心臟、迷走神經等壓向前方,切開縱隔竅,鈍的剝離食管。行此法時,亦有主張不用壓差裝置者。

C. 食管下部及賁門之手術 (Operation des unteren Abschnittes des Oesophagus u. der Kardial) 有種種。

(一) 腹腔法 (Abdominale Methode) 正中切開上腹部,再向左行橫切開,即易露出賁門。惟專持此法,仍難充分施術。

(二) 胸腹腔法 (Thorakoabdominale Methode) 正中切開上腹部,由切開線上三分之一處向左行橫切開,越過第九肋軟骨之前端,露出第七第八第九肋骨,各在肋軟骨後方約2cm處施行軟骨

衣下切除，次切斷第六第七肋軟骨之胸骨附着部，向上舉起胸壁，游離肝左葉之周圍而將其壓向右側，即達膈膜食管孔，環狀切開其周圍而將膈膜壓向上方時，即可充分引出食管。

(三) 胸膜內腹腔法 (Intraleurale Abdominalmethode) 有種種變法。

(a) 平壓腹胸法 (Freie Abdominalthorakotomie) 於上腹部正中行大切開，或於左腹行副腹直肌切開法 (Pararectalschnitt) 開放腹腔後，再自左腹壁至肩胛骨下角施弓狀大切開，洞開第七肋間腔而入於胸腔之內，放線狀切開膈膜，達至食管裂孔。於是胸腹相通，手術野甚大。

(b) 平壓胸腹法 (Freie Thorakoabdominalmethode) 由左胸廓耳及背部，施鉤形大切開，接近脊柱切除第七第八或第八第九肋骨 15cm 後，再由第七及第八肋間腔洞開胸腔，膈神經內注以麻醉劑使之安靜，切開食管孔約 5cm，露出食管，然後切開膈膜，使胸腹相通，施行手術。

術後縫合膈膜於食管手術部之上方，但縫着不可過緊，免起食管營養障礙。緻密封閉胸腹後，再以吸引器吸出胸腔內之空氣，如為平壓腹胸法，可於胸廓封閉後，即用吸引器吸出胸腔內空氣，再行腹壁縫合。

(四) 膈膜下胸膜外切開法 (Subdiaphragmatische extraleurale Methode) 開放腹腔達至膈膜後，再自食管孔向背側，將膈膜行漿膜下放線狀切開，剝離胸膜，由後方胸膜外切開縱隔竇，向上壓開各種組織，剝離食管下部，但本法之手術野不大。

二，食管縫合法

(Naht des Oesophagus)

食管壁菲薄，且缺乏漿膜，故較胃腸縫合為難。大抵第一層用腸線行粘膜下結節縫合，此時務使粘膜緣在內面互相接合。第二層用腸線行肌層結節縫合。外層則用絲線或腸線縫合之。

三，食管切除法

(Resektion des Oesophagus)

即尋求食管施行切除者也。尋求之法，已述於前。但切除後之縫合頗難，緣食管不似腸之能行側方吻合，兩斷端又難充分接合（切除在 4 cm 以內者尚屬可能），食管外面無漿膜又無網膜足資被護故也。如在可能時，寧將縫合部留於腹腔內，再用筋膜或網膜保護之。

四，食管切斷法及斷端閉鎖法

(Amputation des Oesophagus u. Zuschliessung des
Amputationsstumpfes)

因食管斷端易於退縮，管壁縫合又較腸為困難之故，於切斷前，對將切斷之處上下各距 1.5 cm 部，先行煙袋縫合 (Tabaksbentelnaht)，然後環狀切斷食管之肌層（此時肌層各向上下退縮約 1 cm），而將未斷之粘膜下層行二重結紮，乃用烙白金離斷之，隨即縫合兩斷端，終則結紮最初之煙袋縫合線，於是食管完全閉鎖，且無傳染之虞。

五，食管穿通法

(Penetrierungsmethode des Oesophagus)

行於胸部食管癌瘤及重症狹窄時，即開放胸腔，使食管癌與

周圍遊離，切斷癌瘤下部之食管，並閉鎖其下斷端，次將上斷端由頸部引出後，閉鎖胸廓，切除腫瘤，終將食管開口於側頸部，一面建設胃瘻，在頸部食管口與胃瘻間插入粗橡皮管。

六，食管重疊法

(Invaginationsmethode des Oesophagus)

又名隧道法 (Tunnelierungsverfahren)，亦即不開胸廓，而由頸部及腹部尋求食管之法 (頸腹腔法 (Cervicoabdominale Methode))。切開頸部及腹部，深入手指鈍的剝離食管之周圍，切斷胃方食管，然後以探子為媒介，緊縛食管下部於探子端，由頸部牽引探子，則食管向內重疊而被拔出，亦有切開胃部使食管向下重疊拔出者。食管既經拔出，乃行食管穿通法或食管成形術。

食管癌瘤每與氣管分歧部癒着，故此法實難成功。

七，食管胸壁固定法及食管瘻建設術

(Fixation des Oesophagus an Brustwand u. Oesophagostomie)

分二次施術，第一次建設胃瘻並切開第六第七肋骨。待元氣恢復，乃行第二次手術，即由左乳線上肋骨弓，越後腋窩線而至肩胛骨下角，弓狀切開軟部，開放胸腔及腹腔，將胸部食管腫瘤之下部離斷，次即閉鎖兩斷端，縫合膈膜及腹壁，使上方食管與腫瘤同露於胸壁外，再在腫瘤上方健康部行食管胸膜縫合，待腫瘤與食管壁壞死脫落後，將胸壁上所留之食管瘻與胃瘻間，用橡皮管互相連絡。

八，胸部食管癌包裹切除法

(Einpackungsverfahren des Thoraxoesophaguscarcinom)

手術時須造胃瘻，以維榮養。次於側胸部行弓形大切開，切除第七肋骨之全長徑，開放胸腔，達於膈膜之食管裂孔，再放線狀切開之，使食管與腫瘤及贛門同時游離，在腫瘤上下用粗線及細橡皮管緊縛，該腫瘤自周圍游離後，再使轉位於腹腔內胃之上部，次將食管肌層與胃之漿膜肌層縫合，復將食管包裹於胃內而更縫合其胃壁，終在食管周圍縫合膈膜，閉鎖胸腔，吸出胸腔內空氣。如此經過 90—112 小時後，被結紮之食管即壞死脫落，食管與胃互相交通。

行本法之目的，即因食管在胸腔內切開多起傳染，故不復行切開，藉免傳染。又本法對於病人，頗有侵襲，往往發生震盪症，故須應用輸血。

九，胃食管吻合術

(Gastrooesophagostomie)

食管下端切除後，將胃及食管各層加以縫合，其上再用大網膜包絡直至胃上部為止。

十，空腸食管吻合術

(Jejunoesophagostomie)

胃全部摘出後行之。即將食管下端與空腸側壁（力避牽引）按層施以吻合而用大網膜包絡之。再將空腸係蹄行 Braun 氏吻合術，時或用類似 Roux 法之吻合術。

本術在胸部行之，實較腹腔內所行者為不良云。

十一，食管贛門成形術

(Plastische Operation des Oesophagus u. der Kardia)

用於食管及賁門狹窄時。即縱切狹窄部至粘膜下組織為止（不切開粘膜）而後橫行縫合之。或由胸腹腔法切開食管，離斷膈膜食管裂孔之環狀肌，使食管下部及賁門完全遊離後，縱切狹窄部而行橫縫合，更將膈膜移向上方之食管擴張部縫合之。

十二，食管瘻建設術

(Die Oesophagostomie, die Anlegung einer Speiseröhrenfistel)

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，瘻孔中插入 Katheter，上置漏斗，使患者自己咀嚼之食物，由漏斗而入於胃。

十三，食管成形術

(Die Oesophagoplastik)

係將胸部食管廢置，而於頸部食管及胃間，接以他種結合管者。有皮食管成形術(Dermato-Oesophagoplastik)，腸食管成形術(Entero-Oesophagoplastik)，皮口腔食管成形術(Dermato-Stomato-Oesophagoplastik)，皮腸食管成形術(Dermato-Entero-Oesophagoplastik)等。

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)

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 Sternums*) 爲胸骨一部或全部缺少者。佝症之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。此外胸骨或生種種之破裂及小孔。破裂常在上部及劍突內，殆因發育障礙，內臟板(*Die Visceralplatten*)閉鎖不全所致。胸骨下部及腹上部陷沒如漏斗者，曰漏斗胸(*Die Trichterbrust*)。

肋骨之先天性畸形(*Die kongenitalen Missbildungen der Rippen*) 有互相癒着者，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。

胸廓之先天性肌缺損(*Die angeborenen Muskeldefekte des Thorax*) 甚少，偶有缺乏胸大肌者。

二、胸廓之後天性畸形

(Die erworbenen Missbildungen des Thorax)

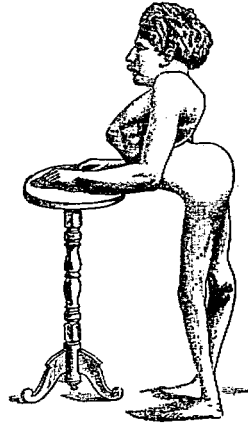
繼發於胸廓,脊柱之損害及疾病,如脊柱側彎,後彎,膿胸及佝僂病等。茲先述其佝僂病性雞胸。其餘各症,則詳脊柱疾病中。

佝僂病性雞胸(鳩胸)(*Pectus carinatum s. gallinaceum rachiticum, die rachitische Hühnerbrust*)
胸骨宛如雞胸向前突隆,肋骨陷沒,胸廓之橫徑著明短縮。凡罹扁桃體肥大,鼻咽腔腺樣增殖症之小兒,因其呼吸肌過度働作,更足促成本症之發生。

第二百一十圖

高度之佝僂病性雞胸

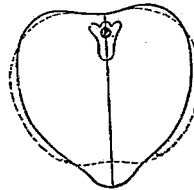
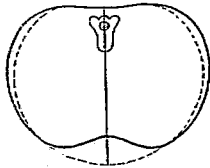
(仿 Schreiber氏)



第二百一十圖

漏斗胸之橫斷

雞胸之橫斷



三，肺赫尼亞

(Die Lungenhernie)

爲肺一部脫出於外之症，極少見。間或因胸廓皮下損害，或持續性咳嗽而起。好發部位爲胸前壁（第七—第九肋軟骨接合部之肋間）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。其與肺轉位症（*Die Ektopie der Lunge*）不同之點，即轉位症乃係肺一部先天性存於胸腔之外，並非因排壓缺乏抵抗力之胸壁組織，始向外方脫出者也。局部呈柔軟之腫瘤。打診得鼓音，聽診得肺泡音。易於整復。處置之法，可用赫尼亞帶，或由根治術閉鎖其開口。

第二節 胸廓之損害

(Verletzungen des Thorax)

一，胸廓震盪症

(Commotio thoracica, die Erschuetterung des Thorax)

由打撲衝突而起，常兼內臟或胸廓之損害，單純者極少。輕者僅起一時性血壓沈降，重症則血壓著明低減，呼吸不整，短促，昏睡，以至死亡。所以致此之由，殆以刺戟胸廓內迷走神經及震盪心臟，血壓因以減小，腦血行因以障礙云。

療法：低下其頭，與以與奮翹呼吸不整者行人工呼吸法，氧素吸入法。

二，胸廓之挫傷

(Die Kontusion des Thorax)

原因與前症同。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、膈等損害而立死。

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。又肋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。膈起裂傷，則腹內臟腑竄入胸腔，妨碍呼吸。

療法：單純性皮下挫傷，用冰罌法兼彈力性壓迫綑帶。溢血之不易吸收者，切開排出之。凡重症者立即致命，無救治之餘地。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、槍創等。

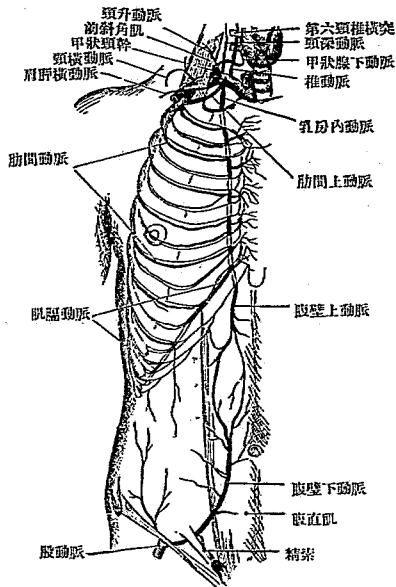
症候及經過：較小之創傷，若行防腐處置，速能自愈。否則，誘起化膿，膿向胸肌下流注，或化膿菌由淋巴行而入於胸膜腔，發生化膿性胸膜炎。傷及胸長動脈、乳房內動脈及肋間動脈時，則起危險之出血。胸長動脈之出血，可以壓迫而制止。傷及肋間神經，則起肋間神經痛。此外損害胸前神經，每來胸大肌之永久麻痺。

療法：依防腐的法則處置之。創內有異物者除去之。創口內決不可通入探子，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。

乳房內動脈結紮法 (*Die Unterbindung der A. mammaria interna*)

第二百十二圖

乳房內動脈及腹壁下動脈解剖圖



該動脈由鎖骨下動脈起始，於胸骨緣外方1cm處，沿肋骨後面，肋胸膜及胸內筋膜之前面（胸膜前結締織內）走向下方，在第六肋軟骨部分歧為肌膈動脈（*A. musculophrenica*）及腹壁上動脈（*A. epigastrica sup.*），後者與腹壁下動脈吻合。又乳房內動脈，因肋間後動脈及肌膈動脈而與主動脈吻合。由胸動脈及胸腺動脈而與鎖骨下動脈吻合。由縱隔膜枝而與他側同名動脈吻合。故遇損害，出血極烈，不早發覺，立可致命。但欲診斷確實，又極困難。往往僅能憑其部位，增進性貧血，及胸廓內壓迫症候而推知之。平常單獨損

害者極少。多乘胸膜及心包之損害。結紮時先於胸骨外緣 1 cm 處，並行該骨縱開皮膚，長約 5—7 cm，離斷胸大肌及兩肋間肌，切除一二肋軟骨，即得伴有一二靜脈之乳房內動脈。

肋間動脈結紮法 (*Die Unterbindung der Art. intercostales*) 該動脈於肋間分歧為二。一在肋骨上緣 (肋間前動脈 (A. intercostales ant.)) 較小。一在肋骨下緣 (肋間後動脈 (A. intercost. post.)) 較大。前者遇有損害，無甚危險。後者則反是，止血亦稍困難。尤以脊柱近旁為然。宜剝離骨衣，切除肋骨後，再將兩斷端結紮之。

第三節 胸骨骨折及脫臼

(Frakturen und Luxationen des Sternums)

一、胸骨骨折

(Frakturen des Sternums)

為各種骨折中之最少者。因其雖在身體之外表，而骨質如海綿狀，復介於有彈力性之肋軟骨間，故年少者尤屬罕見。據 Gurli u. P. v. Bruns 氏之統計，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伸展，墜落時頭部衝突於地上而頰部則壓迫於胸骨柄時。至於直接的外力作用，不外車輪碾過，重器壓迫等。常為胸骨體上部，或其中央之橫骨折及斜骨折。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：有骨片轉位者，則胸骨部異常隆起，間或折片隨呼吸而移動。患部貼以手掌，或按以聽診器，則於深呼吸時，能證明其摩擦音。此外患者頭向前方保持，伸展軀幹及營深呼吸，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。但欲保持於尋常之位置，仍屬難事。治愈後幸或不起機能障礙。然強度轉位時，每應懸於心肺之機能。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，須用防腐或無腐之處置。既發炎症及化膿者，速開大創口，利其排泄，並防蔓延。

二，胸骨脫臼

(Die Luxation am Sternum)

即胸骨體柄，及劍突間之半關節離開 (Die Diastase) 也。原因，症候與骨折同。體與柄離開時，則體轉位於柄之前方。

療法：與骨折無異。

第四節 肋骨骨折及脫臼

(Frakturen und Luxationen der Rippen)

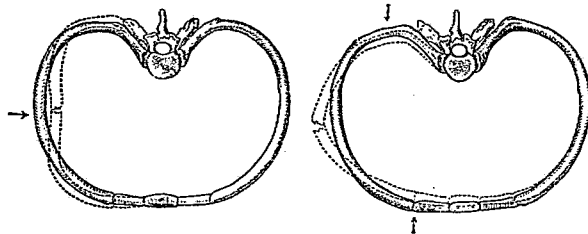
一，肋骨骨折

(Frakturen der Rippen)

有骨性骨折及肋軟骨骨折之別。然以骨性肋骨骨折 (Die Frak-

第二百十三圖

肋骨骨折



tu en der knoechernen Rippen) 爲最多。肋骨本富彈力，尤以幼年時爲最。年愈長則彈力愈減，至老年則已脆弱，故骨折甚易（占一切骨折之第二位）。而壯年男子，以受傷之機會較多，故本症獨夥。其最好發部，爲第五至第八肋骨中三分之一部，就中尤以第七肋骨爲多。但亦有折斷全部肋骨者。若因衝突打擊等直接外力而起者，因兩骨折片向內方陷沒，故常兼胸膜及胸內臟腑之損害。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。此時骨折部多在肋骨之中央，或在骨頸部及肋骨角之後方。在骨質非常脆弱者，可因咳嗽、噴嚏、分娩等肌肉強劇收縮而發本症。尋常多爲皮下橫骨折或斜骨折。至皮下粉碎骨折則甚少見。複雜骨折，見於槍創或切創。肋軟骨骨折 (*Die Frakturen der Rippenknorpel*)，僅見於老人。亦爲橫骨折，以軟骨與骨之境界部爲其好發部位。

第二百十四圖

左第九肋骨斜骨折兼左枝氣管性肺炎

(著者)



症候及診斷：主要症候爲骨折部疼痛，以深呼吸、咳嗽、噴嚏及指壓而增劇。又壓迫全胸廓，骨折部之疼痛亦增甚。患部貼以手掌而使行深呼吸，或能觸知啞軋音(Crepitation)。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，可因骨性癒合而愈。惟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。固定胸廓法之最佳者，即以橡皮帶纏絡其周圍，或以二三指寬之絆劍膏，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，內服鎮咳劑。

二、肋骨脫臼

(Die Luxationen der Rippen)

甚少。常與他部之重傷合併，多由直接之外力而起。其與脊椎體脫臼者，殆與骨折呈同一症候。診斷極難。與胸骨關節脫臼者，則肋軟骨轉位於胸骨之前面而隆起，易觸知之。

療法：與脊椎體脫臼者，難於整復。與胸骨關節脫臼時，則強度後屈其軀幹，同時壓入脫臼端，但欲其固定於原位，常須縫合。

第五節 胸廓外軟部及骨之炎症性疾病

(Entzündliche Krankheiten der aeußeren Weichteilen
und der Knochen am Thorax)

一、軟部之炎症

(Die Entzündungen der aeußeren Weichteilen)

在胸廓壁中,以背部之皮膚頗富皮脂腺,故爲癰腫及瘻疽之好發部位。就中項部及肩胛板部,常受衣服之刺戟,故此等疾病更多。然胸廓壁發生急性蜂窩織炎者較少。其他或因下頷骨炎症,腮腺炎,口峽炎等而來背肌,胸肌或腋窩腺之化膿。若化膿灶伏在肩

第二百十五圖

背部瘻疽

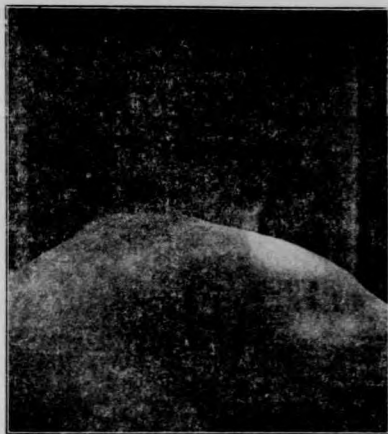
(著者)



第二百十六圖

背部化膿性肌炎

(著者)



胛骨之下面，往往因不覺察而起膿毒血症或敗血症致命。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。尋常胸骨外軟部之炎症，往往向外破開。蓋胸廓內筋膜及胸膜，因炎症性刺激而肥厚，一方更以炎症易向廣大之背肌及胸肌蔓延故也。至於慢性化膿症，主為肋骨、胸骨及胸膜之結核，即寒性膿腫 (Der kalte Abscess) 是也。間或因膿胸或肺膿腫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。如癰腫及癭疽，則廣大切開之。皮膚廣大缺損者，行植皮術。

二，骨之炎症

(Die Entzündungen der Knochen)

1. 肋骨及胸骨之急性化膿性骨髓炎及骨衣炎 (*Osteomyelitis u. Periostitis purulenta acuta der Rippe u. des Sternums*) 由於化膿菌之血行傳染間或起於肺炎，猩紅熱，流行性感胃及淋病之後，每以挫傷，骨折而誘發。

本症較少。常見於20—25歲者。肋骨較胸骨為多。或單發，或多數肋骨併發。以肋軟骨交界處為其好發部位。時或來於脊椎附著部之附近。在胸骨則以體及柄為其好發部。

症候：突發高熱，肋骨或胸骨起局限性劇痛，呼吸障礙，局部發赤腫脹，有熱感，肌層肥厚，易與肌炎誤診。漸向周圍蔓延，則起蜂窩織炎或膿腫而向外方破潰，排出腐骨，又或來不規則之骨肥厚。其侵及肋間動脈，致大出血者有之。又侵犯肋軟骨衣，則軟骨廣大壞死。一旦若向胸膜腔破潰，生命立危。

診斷：在前胸壁易診。若在脊椎附近，每與脊椎骨體炎，急性腎上腺炎難別。X光線檢查，足資證明。

療法：與一般骨髓炎或骨衣炎同。

「附」腸傷寒症時所起之肋骨骨髓炎 (*Osteomyelitis der Rippe bei Typhus abdominalis*) 在恢復期中，細菌髓血行而至肋骨，遂發本症。其因麻疹，猩紅熱，肺炎，流行性感胃等發生者甚少。

症候：特於肋軟骨境界處生小腐骨，膿腫，或成硬固之浸潤，呈亞急性症候。即局部漸次腫脹，疼痛不著，併發輕熱。有時向外破潰，形成瘻管。其異於急性骨髓炎者，即骨肥厚不著，且常來難於治愈之肋軟骨壞死。

診斷：注意其既往症。

預後：不惡。

療法：與肋骨骨瘍同。

2. 肋骨結核或肋骨骨瘍(*Tuberculose der Rippe od. Rippenkaries*)

係結核侵襲肋骨者。或為原發，或積發於胸膜炎膿胸之後。又或為多發性全身結核之一分症。中年最多，少年次之，老年最少。其起始或為骨膜炎，或為骨髓炎，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，由鵝卵大而至兒頭大。放置之則向外方破開，貽留瘻管。通以探子，則能觸知肥厚之骨衣或平滑之壞疽面，往往侵犯多數肋骨。肋軟骨之結核，常以結核性軟骨衣炎(*Perichondritis tuberculosa*)起始，後遂破壞軟骨。治愈後，缺損部由癍痕性結締組織補充之。

診斷：不雖然亦有與脂肪瘤，肺赫尼亞，橡膠樣腫，放線菌病，肋骨腫瘤等誤診者。

療法：初期用X光線輝照法，日光療法能愈。對於寒性膿腫，由穿刺排膿後，注入殺菌10% Jodoformglycerin od. 10% Jodoformgelatin。病勢既進，或已發瘻孔者，切開病灶，再行搔爬。肋骨著明毀損者，則剝離軟部而後切除之(肋骨切除術(*Rippenresektion*))，其術式詳於後述之切除肋骨開胸術內。

3. 胸骨結核或胸骨骨瘍(*Tuberculose des Sternums od. Sternumkaries*)

較肋骨結核為少，以體部為多，尤以胸鎖關節部特多。常由前側骨衣起始。症候多與前症同。若寒性膿腫發於胸骨後側者，間或向縱隔竇或心包內破開。

療法：切開搔爬，或整除骨質之一部。

4. 肋骨及胸骨之梅毒(*Syphilis der Rippe u. des Sternums*)

在梅毒第二期，胸骨及肋骨之前側，每起亞急性骨膜炎。有扁平腫脹及

夜痛，經一二週而自愈。在梅毒第三期，常於胸肋骨上發生橡膠樣腫，一旦破潰，形成潰瘍。

療法：驅梅療法。

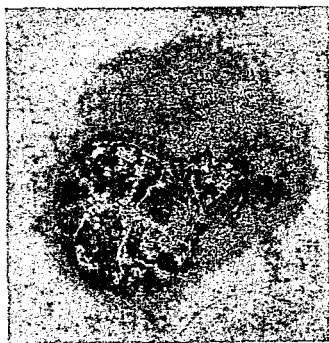
胸骨切除術(*Die Resektion des Sternums*) 適用於胸骨損傷，慢性炎症，腫瘤，縱隔膜腫瘤，及胸內大血管結紮時。先沿骨縱軸切開皮膚及骨衣，必要時可於其上下二端更行橫切開，剝離胸骨前面之骨衣，密接胸骨緣，切離肋軟骨後，再剝離後面骨衣。此時慎勿損傷胸骨後膜及胸膜，必要時結紮其乳房內動脈，終乃鑿斷上下二方之骨質。在能保存胸骨柄與鎖骨連合部者，則保存之。平常雖去柄全部及體半部，尚不致有頭肩胛及臂之運動障礙。

第二百十七圖

背部之皮膚瘻瘻

(已破潰)

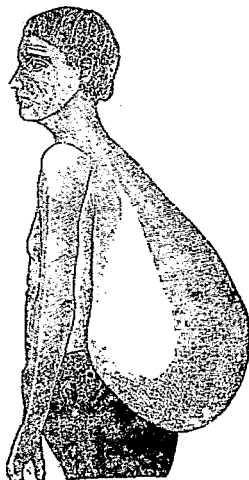
(著者)



第二百十八圖

背部之有莖肋肺瘤

(仿 v. Esmarch 氏)



第六節 胸廓壁之腫瘤

(Geschwuelste der Thoraxwand)

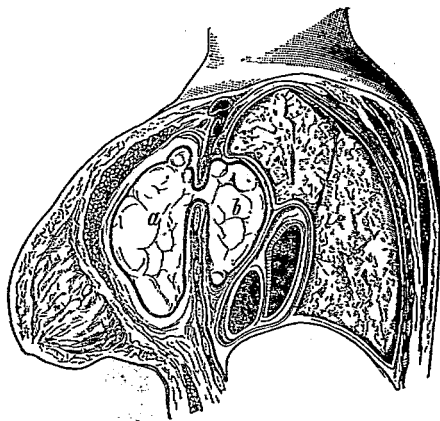
生於軟部之腫瘤，除乳腺外，多發於背部，以粉瘤為常見。皮樣囊瘤甚少見，好發於胸骨前後面及側旁。脂肪瘤常生於背部，形成巨大之腫瘤。肩胛骨之周圍，往往發生蔓延性脂肪瘤。纖維瘤亦常於背部形成大腫瘤。軟性者屢為多發性。其他有血管瘤、淋巴管瘤等。更有所謂胸膜下腫瘤 (*Subpleurale Tumoren*) 者，係一部在胸廓內，而他部則在胸廓外。胸廓內部分或以筋膜及胸膜被覆，或向胸膜穿孔，尤以惡性腫瘤為然。

由骨發生之腫瘤，則有軟骨瘤及骨瘤。軟骨瘤多由肋軟骨發生，有甚大者。或為各種混合腫瘤，如軟骨粘液瘤、軟骨纖維瘤、軟骨

第二百十九圖

胸膜下脂肪瘤(想像圖)

(仿 G. Gussenbauer 氏)



a 胸廓外部

b 胸廓內部

第二百二十圖

肩胛部血管瘤
(著者)



第二百二十一圖

肋骨之軟骨瘤
(仿 H. Fischer 氏)



肉瘤等。骨瘤甚屬罕見，亦往往成爲混合腫瘤。

胸廓壁之惡性腫瘤，大抵由乳腺或縱隔膜蔓延而來，但亦頗有生於胸骨骨衣及骨髓者。每以其富有血管及搏動而與主動脈瘤誤診。癌瘤主爲扁平上皮癌。

包蟲囊瘤亦甚少，常居於肌肉之內。

療法 依一般法則行摘出術。

第七節 肋間神經痛

(Die Interkostalneuralgie)

多由各種內科病而起，亦或發於假骨過多，肋骨骨癆，脊椎炎，肋骨及脊椎腫痛時。其疼痛由背部起始，沿肋骨而向胸骨或上腹

部放散,且常伴有帶狀匍行疹。

療法: 主治其原因。頑固性者則施手術療法。即自脊柱近傍沿肋骨下緣向外切開軟部,長約6 cm,剝離外肋間肌,由肋骨溝使神經遊離,然後伸展或切除之。

第二章 胸膜膈縱隔膜及胸內臟腑之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des Brustfells, Zwerchfells,
Mittelfells und der Organe in der Brusthoehle)

第一節 胸膜之損害及疾病

(Verletzungen u. Krankheiten des Brustfells (der Pleura))

一、胸膜之損害

(Verletzungen der Pleura)

原因: 一為皮下損害,常以肋骨骨折而起。二為開放創傷,如切創,剝創,槍創等。或僅傷及肋胸膜,或與肺胸膜及肺共同受傷。

症候: 與副損傷之有無及創口開放否有關。若為單純之損害,亦不過有胸痛及咳嗽而已。又創口狹小且即閉合者,經過佳良。即令竄入空氣而無細菌,亦成無菌性氣胸(*Der aseptische Pneumothorax*),可以吸收而愈。否則竄入異物或細菌,則起炎症及化膿(膿胸(*Pyothorax*))。此時若更混有多量空氣,即稱為膿氣胸(*Pyopneumothorax*)。傷及肋間動脈及肺時,則胸膜腔內含有多量血液,是名血胸(*Haemothorax*)。

診斷：不難。

預後：單純損害佳良。有副損傷或合併症者險惡。

療法：單純之症，用無菌繃帶及安靜即可。有合併症者，參照下述各項。

二、氣胸

(Pneumothorax)

原因：或由胸廓之開放性損害，或由肺損害，空氣竄入胸膜腔所致。間或因膿胸時，腐敗菌混合傳染，發生 Gas，乃成本症。按其性狀，別為數型。一曰閉鎖性氣胸 (*Geschlossener Pneumothorax*)，係空氣侵入後，胸膜腔之穿孔部，已自然閉鎖者。二曰開放性氣胸 (*Offener Pneumothorax*)，係創口開放，空氣得自由出入者。三曰瓣狀氣胸 (*Valvulärpneumothorax*)，係胸膜腔穿孔部作瓣狀，吸氣時空氣入內，呼氣時

第二百二十二圖

氣胸
(著者)



則不復出，於是氣胸日益增大者。四曰緊張性氣胸(*Spannungspleurothorax*)，係由腐敗氣體發生之氣胸，致胸膜腔日益緊張者。五曰無腐性氣胸。六曰膿氣胸(均見前)。七曰血氣胸(*Haemopneumothorax*)，係膿胸而兼血胸者。

症候：閉鎖性氣胸，初稍有呼吸困難，經三四日漸以空氣吸收而復常。瓣狀氣胸，則先輕後重。凡高度氣胸，其最著明之症候，厥為呼吸困難。甚至顏面蒼白，虛脫。他覺症候為患側胸廓擴張，肋間腔廣闊，打診呈鼓音，呼吸音不明或微弱。如為血胸，患者急性貧血。膿胸則有熱型。

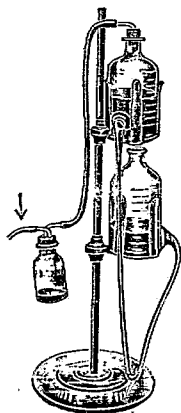
診斷：不難，但須注意其有無併發症。

預後：單純者大多佳良。侵入細菌者反是。

療法：無腐性氣胸，無需特別之療法。有大量空氣者，可以種

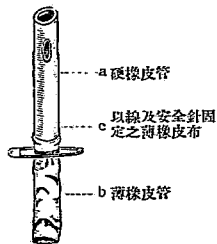
第二百二十三圖

瓶吸引器
(仿 Storch-Perthes 氏)



第二百二十四圖

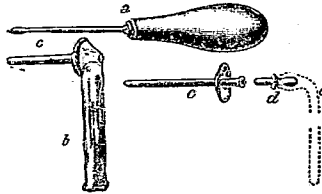
瓣狀導管
(Thiersch 氏)



第二百二十四圖

(其 二)

Zieger 氏瓣狀導管



種方法除去之。如先以壓差裝置，使肺擴張，驅出空氣，然後閉鎖胸壁創口。或以嚴密消毒之 Nélaton'scher Katheter 或穿刺針導入胸膜腔，一端連續瓶吸引器(Flaschenaspirator)，其上下瓶之距離為20—30 cm，將空氣吸出，再閉鎖創口。然有細菌侵入可疑時，創口不宜閉鎖。此時可用梯爾氏瓣狀導管(Ventildrain nach Thiersch)，(即以極薄之橡皮管連於 Katheter 或穿刺針上，吸氣時閉鎖，呼氣時開放)，或棲格爾氏瓣狀導管(Klappendrain nach Zieger)。待傳染危險已去，再行拔除。

三 · 血胸

(Haemothorax)

原因：或發於胸壁之穿通性創傷，或起於心、肺、乳房內動脈，胸部主動脈之損害。

症候：因血量多寡而異。在心肺大血管廣大損害者立死。其主要症候，為胸膜因出血之刺激而起咳嗽。患者急性貧血，顏面蒼白，全身厥冷，冷汗，脈搏細小頻數，或發譫妄。肺因壓迫而起呼吸困難。但大血管之出血，每以內壓增加而止血。打診胸廓下部呈濁音，呼吸音幽微，聲音震顫(Stimmfremitus)微弱。止血後血液漸次吸收，乃發吸收熱(1—2日)。

診斷：按上症候，診斷不難。

預後：須注意。

療法：絕對安靜，胸廓上覆以砂袋，限制其呼吸運動。注射鎮靜劑，吸入氧素。失血過巨者，行輸血法。食鹽水注射法，初期不可用。否則，有增加出血之虞。吸收緩慢時，可以穿刺或開胸術排除之。

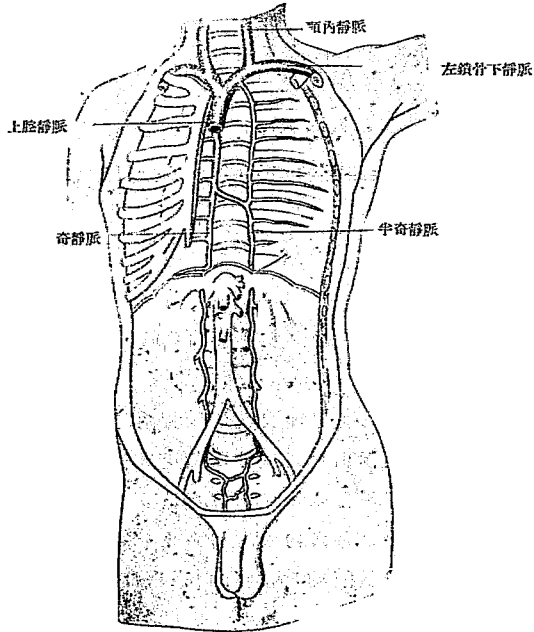
四、乳糜胸

(Chylothorax)

原因：本症極少。因損害胸管(Ductus thoracicus)而起，每與他

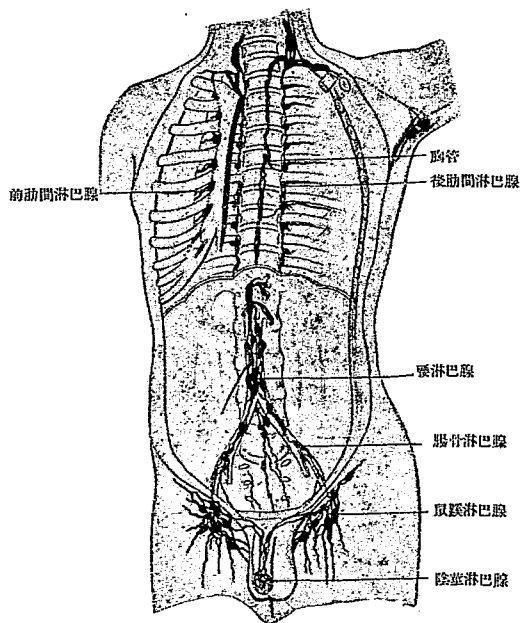
第二百二十五圖(其一)

奇靜脈及半奇靜脈



全圖(其二)

胸腔腹腔內之大淋巴管



臟腑之重傷合併或見於脊椎骨折(第九至第十胸椎)及肋骨骨折(第七—第九肋骨)時。間有因惡性腫瘤之侵蝕而起者。

症候：乳糜液漸次蓄積於胸腔內而呈肺壓迫症候。但至一定程度常能自止。侵入細菌則發膿胸。

診斷：試驗穿刺，能得乳糜樣液體。

預後：不惡。但合併重傷者危險。

療法：心肺起壓迫症候者，行穿胸術或開胸術。

五，水胸

(Hydrothorax)

見於心瓣膜障礙，腎臟炎，惡病質及種種消耗性疾病之末期。胸腔內蓄有漏出液 (Transudat)，且每併發肺水腫。預後不良，舍原因療法外無他道。

六，漿液胸或漿液性胸膜炎

(Serothorax od. Pleuritis (exsudativa) serosa)

原因：以結核菌傳染為主。間或見於風濕症，又或為化膿性胸膜炎之前驅。

症候：患側胸痛，輕度咳嗽，發熱。有多量滲出液時，則來呼吸困難。打診呈濁音。然變換體位，則濁音界亦有移動。因液體壓迫，心

第二百二十六圖

左漿液胸

(著者)



臟壓向健側,肝臟下移,呼吸音微弱或缺如,聲音震顫不著。

診斷: 試驗穿刺,純粹者滲出物澄清透明,無細菌,故不化膿。非純粹者,則混濁而含膿球及細菌,X光線檢查,其顯像較膿胸稍淡。

預後: 與原因有關。

療法: 穿胸術。

七、膿胸或急性化膿性胸膜炎

(Pyothorax, Empyema thoracis od. Pleuritis purulenta acuta)

原因: 因傳染化膿菌而起。有外傷性膿胸 (*Traumatisches Empyem*), 肺病性膿胸 (*Metapneumonisches Empyem*) (如肺炎後,或肺壞死肺膿腫時), 腹性膿胸 (*Abdominales Empyem*) (如肝,脾,膈膿腫之直

第二百二十七圖

左膿氣胸兼肺內異物

(著者)



接向胸膜腔穿孔，或胃十二指腸穿孔，腹膜炎，蛔蟲炎，腎上腺炎時，細菌藉血行或淋巴行而入於胸膜腔，轉移性膿胸 (*Metastatisches Empyem*) (如因癌腫，癰疽，產褥熱，腸傷寒，猩紅熱等之細菌轉移)，續發性膿胸 (*Sekundäres Empyem*) (如續發於血胸，氣胸，水胸等) 等區別。

症候：初發症候為患側胸痛，咳嗽及高熱，熱型不定。打診上呈濁音，尤以後下方為著，呼吸音微弱或消失，聲音震顫微弱。患者多取健側臥位，但膿多時則取患側臥位，極多者每以呼吸困難而取半坐位 (端坐呼吸 *Orthopnoe*)，患側較健側胸圍廣闊，有時發生水腫或蜂窩織炎。陳舊性症，肋骨平坦，排列如屋瓦狀，肋間腔不明。反之，健側胸廓，因肺之代償性擴大而肋間腔增廣。X光線檢查，著膿部現暗影。

診斷：依上症狀，足資診斷。有時須與漿液胸，肺膿腫，膈下膿腫鑑別。試驗穿刺及X光線檢查，決不可廢。

轉歸：有突發 *Shock* 或窒息而死者，恐係迷走神經受刺戟之故。其他膿或破胸壁而向外方排出，或穿通於枝氣管內。其穿破胸壁者，常於乳腺下先成膿腫，次乃破開而貽瘻孔。其穿破於枝氣管者，則因空氣竄入胸腔，形成膿氣胸，且因腐敗菌之傳染而成腐敗性膿胸 (*Jauchiges Empyem*)。

預後：因細菌而異。大抵由肺炎，流行性感冒及麻疹後發生者多佳良。由葡萄狀球菌，連鎖狀球菌，大腸菌而起者，非速手術，頗有危險。腐敗性症則多死。又陳舊膿胸，因膈肌形成 (*Schwartenbildung*)，荏苒難治。

療法：藥物療法與理學療法皆無效用。血清，*Vaccintherapie* 亦然。手術療法有種種，如下：

(一) 穿胸術 (*Die Thoracocentese, die Punktion des Thorax*) 令患

第二百二十八圖

左側膿胸

(著者)



者取背坐位或仰臥位，麻醉局部，在前腋窩線或中腋窩線第五第六肋間切開皮膚長約3mm，密接肋骨上線刺入套管針(Der Troicar)。若較在後方，則由第七第八肋間刺入，使液體徐徐流出。若急刺流出多量液體，則因胸膜腔內壓力頗減，有起腦貧血或肺水腫之虞。在頻發咳嗽，妨碍排泄液流出時，則注射嗎啡於其皮下。又經久之症，胸腔內壓力陰性，液體不能自然流出時，則用吸引器(Der Aspirator)吸出之。其起於麻疹，肺炎後之膿胸，用本法反復數日即愈。其起於他症者，穿胸後每須注入10% Jodoformglycerin, 10% Rivanol。又Buelau氏利用粗套管針，穿刺膿胸，拔去穿刺針，刺管內插入 Kocher 鉗擴大之，再以探子緊張細橡皮管之尖端，經

刺管插入於胸腔內，將橡皮管通以二條絲線，再用絆創膏固定於胸壁之上，其一端更附以小玻璃管而與另一長橡皮管連接，該管垂入盛有昇汞水之容器內，如此滲出物不絕排出。手術簡單，而與單純開胸術有同一效力云。

(二) 單純開胸術 (*Einfache Thorakotomie*) 為不切除肋骨，開放胸膜腔之法也。即於局部麻醉下，切開肋間組織之全層，達於胸腔，裝入排導管，然創口狹隘，不能充分排膿，故用之者頗少。

(三) 切除肋骨之開胸術 (*Die Thorakotomie mit Rippenresektion*)

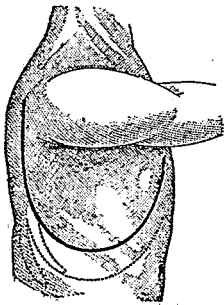
由前腋窩線或中腋窩線第五或第六肋骨部,又或由肩胛線第八至第十肋骨部,沿肋骨之縱軸一刀切開皮膚及軟部,將骨衣與周圍軟部一同剝離後,送入骨剪或線鋸,離斷骨質3—4 cm,再用尖刀刺入胸膜,次以球頭刀沿肋骨經路,開大創口,然後徐徐排出其膿,插入排導管,外加無菌紗布繃帶,待分泌物減少,再將排導管除去。

(四) 特別排導法 (*Spezifische Drainage*) 有梯爾氏瓣狀排導管 (*Ventildrain von Thiersch*), 貝爾脫氏瓶吸引器 (*Flaschenaspirator nach Perthes*),

膿胸治愈之機轉有二。一因周圍軟部之癢痕收縮。一因已縮小之肺臟,能復擴張,肺胸膜與肋胸膜因而互相癒着,膿腔遂得完全閉鎖,故在陳舊的膿胸,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癢痕收縮,肋胸膜與肺胸膜不能密接,膿腔亦遂不能完全閉塞而生膿胸瘻。高度者肺臟僅如拳大而存於胸廓之上部。故宜切除肋骨,使軟部因癢痕收縮而接合於肺,以期閉鎖膿腔,此即所謂胸廓成形術

(*Die Thorakoplastik*)也。法有種種,Estlander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去之,廣開胸膜之最低部。或行搔爬,或充填消毒棉紗。在大人切除多數肋骨後,不起脊柱側彎,而少年每貽胸廓及脊柱之畸形,故宜避去廣大之切除。Schede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。由骨衣下切除該部肋骨(後方至肋結節,前方至肋軟骨接合部),除去附

第二百二十九圖
胸廓成形術
(Schede氏)



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。

八，結核性胸膜炎

(Pleuritis tuberculosa)

本症常見於滲出性胸膜炎，時或見於乾性或纖維索性胸膜炎 (*Pleuritis sicca od. fibrinosa*)，固皆屬於內科治療。然在陳舊之胸膜結核，每於胸腔內膿潰而成結核性膿胸 (*Tuberculoeser Pyothorax*)，或病機侵犯胸壁而成胸膜周圍炎 (*Peripleuritis*)，常與肺結核併發。

症候：結核性膿胸，不呈急性症候，唯有不規則之熱型，咳嗽，盜汗，羸瘦等。因膿汁增加而發呼吸困難，患側呼吸運動微弱，肋間平坦，肋間腔狹小，打診呈濁音，呼吸音微弱或消失。穿刺液為稀薄膿汁，內含乾酪樣物。鏡檢上能證明結核菌，或為混合傳染。至於胸膜周圍炎，因其肉芽組織及膿汁漸向胸壁蔓延，形成塞性膿腫，或侵犯肋骨而來骨炎之離解，手術時肋骨變化不著，而病灶則深居於胸膜間，此即與肋骨骨瘍不同之點。

預後：伴發重症肺結核者不良。

療法：結核性膿胸，穿刺排膿後，注入 Jodoformglycerin 混合傳染之呈急性症候者，則行開胸術。Sauerbruch 氏於充分排膿後，併行胸膜外胸廓成形術 (*Extrapleurale Thorakoplastik*)。對於胸膜周圍炎，則切除肋骨，充分搔爬其原病灶。

九，胸膜之腫瘤

(Die Geschwulste der Pleura)

有原發性纖維瘤，血管瘤，骨瘤，肉瘤，及內皮細胞瘤等，然皆少見。最多者為繼發於乳癌，甲狀腺，食管及胃之癌瘤。往往在胸膜內

生多數癌瘤小結節。胸膜腔內則蓄積漿液纖維素性或出血性滲出物。此外有轉移性肉瘤及包蟲囊瘤。

療法：惡性腫瘤僅有對症療法。

第二節 肺之損害及疾病

(Verletzungen u. Krankheiten der Lunge)

一、肺之損害

(Die Verletzungen der Lunge)

原因：皮下損害，起於肋骨骨折，擦過，墜落，壓挫等。創傷則有刺創，割創，槍創，爆炸創等。

症候：肺臟損害，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，乃其習見者。或為一時性，或持續稍久。患者咯出泡沫狀血痰，呼吸困難，非僅係於血胸氣胸之度，且與胸膜及肺臟之有無炎症相關。其發生氣胸也，一由胸膜創，一由肺臟創竄入空氣所致。若空氣竄入於創傷部之周圍時，則發皮膚氣腫。

經過及轉歸：關於出血之多少，副損傷與繼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。緣肺組織富有彈力，能自閉止也。傷及周圍臟腑，立可致命。繼發肺炎，肺膿腫，肺壞疽時，則縱能治愈，異日亦發肺萎縮，慢性枝氣管炎，肺結核，肺氣腫等。肺膿腫向外破開，往往貽留枝氣管瘻或肺瘻(Bronchialfistel oder Lungenfistel)。

診斷：按泡沫狀血痰，胸廓創內漏出空氣及血液，呼吸障礙，氣胸，血胸，皮膚氣腫等而診斷之。創傷部不可濫用探子。

療法：安靜身體，與以鎮靜劑出血者切開胸廓，施行肺縫合。此外創內充填碘仿棉紗，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 (*Die Punktion des Thorax*) 或開胸術 (*Thorakotomie*)。

二，肺及枝氣管內異物

(Fremdkoerper in Lungen und Bronchien)

原因：或誤吸食塊，假齒，菓核，貨幣等於枝氣管，或因槍彈，炸彈片之射入於肺，又或因尖銳器械之斷端，留殘肺內。更或由食管之穿孔，其中異物轉入於肺。

症候：其由誤吸者有劇咳及窒息感。若異物能移動者則咳

第二百三十圖

左肺實質內異物能滲出性胸膜炎

(著者)



嗽不止。待異物不動，嗽亦漸止。有時且感強烈之腹痛。肺之呼吸音消失，或發枝氣管炎而生濕水泡音。荏苒不愈，或併發肺膿腫，肺壞死。X光線檢查，金屬或骨質顯像著明。其他則因患側之肺缺乏空氣，影稍暗黑。槍劍刺創時，初呈肺損害症候，終以結締織包裹而趨良好之轉歸。然亦有誘起肺壞死及肺膿腫者。

預後：槍劍刺創之異物，預後較佳。枝氣管內異物，常來不幸。

療法：對於枝氣管內異物，令患者上半身垂直，後屈其頭，於是強壓胸廓，同時強力呼氣，幸或得以驅出。無效者借助枝氣管鏡以除去之。又或用壓差裝置，切開前或後縱膈腔，並開氣管分歧部之上方，除去異物後，行氣管周圍縫合法 (*Peribronchiale Naht*)，閉鎖縱膈膜。對於肺實質內之異物，則切開胸廓摘出之。但炎症症候不著者，無需強行手術。

三，肺瘻及枝氣管瘻

(Lungenfistel u. Bronchialfistel)

原因：結核，放線菌病，包蟲囊瘤，枝氣管擴張，膿胸，肺壞死，肺膿腫，損傷，手術等，皆為其原因。

症候：胸壁上貽留瘻孔，隨呼吸而出入空氣，由此注入液體，則咳出。各依原病排泄液汁。瘻管若與大枝氣管交通，即稱為枝氣管瘻。

療法：細小者可以烙白金燒灼瘻孔，更將周圍組織造一新創面縫合之。較大者於距瘻孔周圍約一指橫徑處，楔狀切除胸膜，拔去瘻管，將胸膜行深縫合。然後縫合胸廓軟部及肋骨骨衣於其上 (*Délorme'sche Methode*)。枝氣管瘻則露出之，施行氣管周圍縫合法。

四，肺之炎症

(Entzündungen der Lunge)

肺之炎症性疾病中，需外科療法者，不外肺膿腫 (*Lungenabscess*)，肺壞死 (*Lungengangraen*)，枝氣管擴張 (*Bronchiektasie*)，肺包蟲囊瘤 (*Echinokokkus der Lunge*)，肺結核 (*Lungentuberkulose*)，肺放線菌病 (*Aktinomikose der Lunge*) 等。其原因，症候，診斷，詳內科學，茲不贅。

五，肺之腫瘤

(Geschwulste der Lunge)

原發性者極少，間或於枝氣管周圍生小纖維瘤及脂肪瘤。氣管軟骨上生軟骨瘤，骨瘤及肉瘤。原發性癌瘤，則發於枝氣管粘液腺及被覆上皮。

凡癌瘤，肉瘤，腎上腺瘤之起血性轉移時，首當其衝者必為肺。絲靜脈血先入肺也。惟腹內臟腑，則因門脈關係，先轉移於肝。

療法：密接胸壁者，行肺切除術。然既侵及兩側或已蔓延於他處者，則難施術。

六，肺之手術

(Operationen der Lunge)

夫肺居於胸廓之內，受陰壓之支配而擴張。故切開胸壁，則空氣直入胸膜腔而成氣胸，肺遂有陷於退縮之危險。但患者未甚衰弱，且健側肺臟能完全呼吸，氣胸徐徐發生者，尚不至起生命上直接危險。倘二側皆發氣胸，且與外界廣大交通者，則不免於死，尤以右側氣胸為最險。

(一) 氣胸發生之防禦法

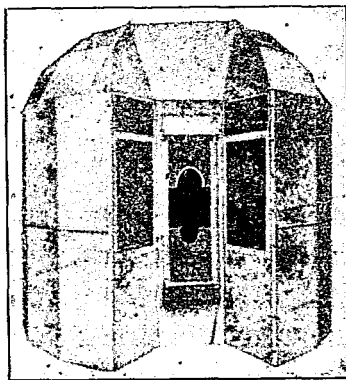
(Verhuetung der Entstehung des Pneumothorax)

甲，兩胸膜葉癒着法 (*Die Herbeifuehrung von Verwachsungen zwischen beiden Pleurablaettern*) 即切除肋骨後，昔時於剖面上，貼以侵入 Chlor 亞鉛水中之棉紗壓抵巾，經 10—14 日，兩胸膜葉遂互相癒着。近則將兩葉及肺表層縫合，經數日至兩葉充分癒着後，再行正式手術。欲確知胸膜癒着與否，可以切開肋間肌後，刺入注射針，此時針若不隨呼吸而運動，則該部必已癒着矣。

乙，壓差法 (*Das Druckdifferenzverfahren*) 為切開胸腔時，使肺臟內氣壓高於周圍而不致退縮者，Sauerbruch 氏則用低壓，Brauer 氏則用高壓。此法不僅為胸膜及肺臟外科所必需，亦為心臟及胸廓內大血管外科之要件。

第 一 百 三 十 一 圖

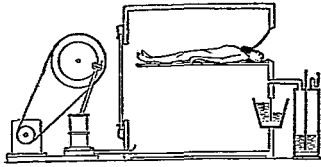
Sauerbruch 氏 陰 壓 裝 置



(1) Sauerbruch 氏低壓法 (*Das Unterdruckverfahren von Sauerbruch*) (陰壓裝置 (*Negativerdruckapparat*)) 係建一以鐵爲骨, 中嵌玻璃而可密閉之室, 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。手術時術者及助手立於室內, 而患者之頭則由壁孔露出於外。室內空氣, 以連結電氣裝置之排氣唧筒, 使之稀薄。減壓 (*Der Minusdruck*) 約至水銀柱 7—10 mm, 於是切開胸膜, 患者既由室外呼吸空氣, 其肺臟內之氣壓, 大於室內肺表面所受之氣壓, 自無退縮之慮。

第二百三十二圖

Sauerbruch 氏陰壓裝置模型

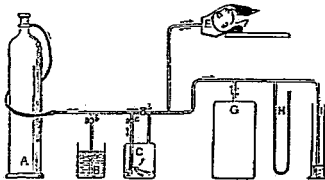


之唧筒, 增加至 7—10 mm, 此法今已不用。

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 Tiegel-Henle 氏假面裝置 (*Der Tiegel-Henle'sche Maskenapparat*), 即

第二百三十三圖

Brauer 氏陽壓裝置模型



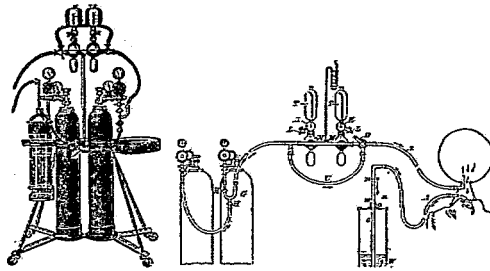
(2) Brauer 氏高壓法 (*Das Ueberdruckverfahren von Brauer*) (陽壓裝置 (*Positiverdruckapparat*)) 即將患者之頭置於一個箱內, 而以橡皮輪密閉其頸部, 再將箱內氣壓, 由壓榨空氣

以邊緣附有橡皮之金屬性假面, 被覆患者面上, 該假面與氧素鐵筒連結, 使起高壓, 且可由此透入麻醉藥。

高壓法與低壓法之優劣, 現尚爭持未決, 惟自大體言之, 低壓法危險較

第二百三十四圖

Tiegel氏加壓裝置



少。而高壓法之壓力適中，則亦不致危險。且高壓裝置輕便，人所樂用。近時更有倡簡單開胸術，可不用壓差法者。

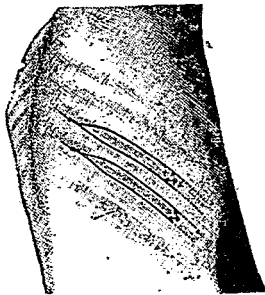
(二) 開胸術

(Thorakotomie)

以Chloroform或Chloroformaether全身麻醉，或以0.5—1.0%Novocain局部麻醉，即自腋窩線至後肋骨角沿肋骨上下而注射其後方。

第二百三十五圖

肋骨局部麻醉注射法

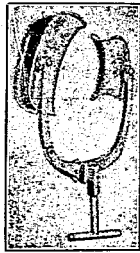


至於肺本身感覺不敏，無需麻醉。手術體位，宜取健側臥，上體稍高。有時須取腹位。其術式有二。

(1) 肋間切開法 (*Intercostalschnitt*) 於肋間腔切開皮膚，分離肌層而達胸膜。再以肋骨把開器 (*Rippensperrer*) 充分擴大肋間腔即得。術後用肋骨穿刺器，將肋骨穿孔，乃通以絲線施

行縫合(肋骨縫合法(*Costale Naht*)),或以大針直接縫合二肋骨之外部(肋骨外縫合法(*Pericostale Naht*)),又在胸廓閉鎖前,務以高壓法使肺擴張,然後乘其呼氣時急速縫合之。時或須堵塞棉紗或裝入瓣狀導管。

第二百三十六圖
肋骨把開器

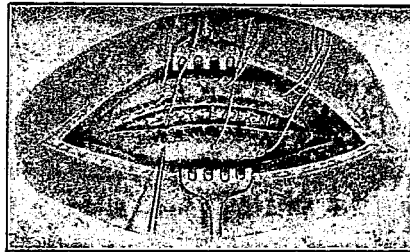


第二百三十七圖
肋骨穿刺器



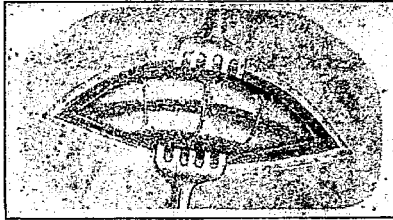
(2) 瓣狀切開法(*Lappenschnitt*) 弓狀或瓣狀切開皮膚。如爲上葉之手術,則切除第二第三肋骨。中下葉手術,則切除V—VII—VIII肋骨。有僅將肋骨內外端切除而與皮瓣一同向外後方翻轉,待術後再行閉鎖者。

第二百三十八圖
肋骨縫合之胸腔閉鎖法



第二百三十九圖

肋骨外縫合之胸腔閉鎖法



(三) 肺縫合

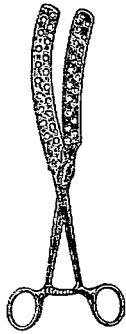
(Lungennaht)

下葉損傷時，切開 IV—VI 肋間腔，充分擴大創口，再以高壓法（約當水銀柱 8 mm 之壓力）使肺擴張，則於損傷部流出含有泡沫之血液，吾人可藉此認知之。然後將壓力減低至水銀柱 3 mm，蓋因擴張之肺不易縫合故也。損傷部既發現後，乃用 Doyen'sche Klemme 或 Lungenklemme von Schumacher 夾持止血，齊剪創緣，將枝氣管及大血管一一結紮之。然後縫合肺臟，在小創傷，則行漿膜縫合（如二百四十一圖），創傷大者宜沿創傷之全經過，通以二條縫合線（支持縫合線（Stütznähte），再於其外方行結節縫合或連續縫合（如二百四十二圖），縫線可用普通之絲線，Tieger 氏則用浸入鹽化鐵（Chlor-eisen）之絲線或腸線縫合後擴張其肺，閉鎖胸廓。

上葉損傷時，則切開 III—IV 肋間腔，此時須由肩胛骨外下方弓狀大切開，高舉上肢，使肩胛骨一時與胸廓分離而向上翻轉之，待手術既畢，然後使復原位，縫合肌層，次及皮膚。

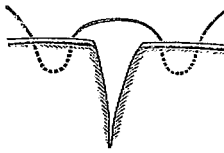
第二百四十圖

Schumacher 氏肺鉗

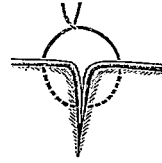


第二百四十一圖

肺縫合法



(A)

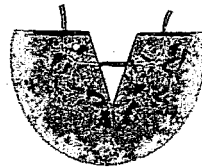
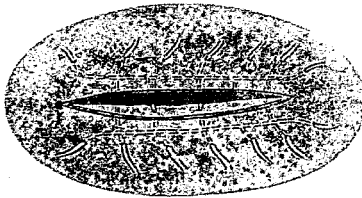


(B)

第二百四十二圖

用支持縫合線之肺縫合

(仿 Tieger 氏)



(四) 肺切除及摘出術

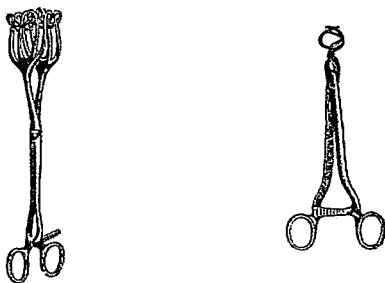
(Lungenresektion und Lungenexstirpation)

1. 肺切除術 (*Lungenresektion*) 如上法切開胸廓後,用肺門鉗 (*Hiluszange von Friedlich*) 夾持肺門,以圖止血。次用手指或肺鉗牽出肺臟,再以 *Doyen, Schumacher* 氏鉗夾持距離病灶相當之處,施行切

第二百四十三圖

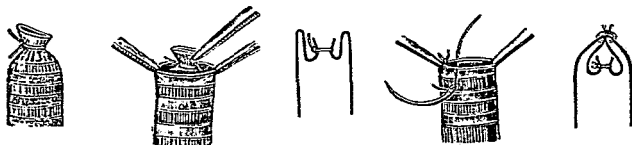
肺鉗

Friedrich氏肺門鉗



第二百四十四圖

枝氣管縫合法



除縫合肺臟。

2. 肺摘出術 (*Lungenexstirpation*) 牽出肺臟出於胸腔，令助手固定之。於肺門部將血管及枝氣管分別剝離，結紮血管，次將枝氣管與肺組織鈍的剝離，於距縱隔竇4—6cm處，用壓挫鉗夾持枝氣管施行結紮，並離斷之，肺遂摘出矣。更將氣管斷端向中心陷沒，加以縫合 (*Bronchusverschluss von Willi—Mayer*)。又或將肺組織縫合於其上亦可。

肺因炎症性病變，其胸膜每有癒着部，故須鈍的剝離後，俟達肺門，先將枝氣管、血管及肺之一部集合結紮 (*Massenligatur*)，摘出肺臟，再分別結紮其血管及枝氣管。

(五) 肺結核之外科療法

(Chirurgische Therapie fuer Lungentuberculose)

1. 人工氣胸 (*Kuenstlicher Pneumothorax*) 注入空氣或無害氣體於胸膜腔內,使成氣胸,以安靜肺臟之法也。但未知他肺確屬健全時,此法不可行。又本法昔專用於一側性肺結核,近則兩側性肺結核亦交互行之,或同時以較少量注入於兩側。禁忌症為肺結核末期,腎臟炎,心臟病,糖尿病,粟粒結核,胸膜強劇癒着者等。

術時令病人取健側臥,或坐椅上,於局部麻醉下,自腋窩線第五至第七肋間腔,或肩胛骨線上第七至第十肋間腔,選無胸膜癒着之部,沿肋骨上緣(下緣有損傷肋間動脈之虞)刺入形成氣胸器之穿刺針,於胸膜腔後(針之尖端,以圓柱狀者為佳,免傷肺臟)與驗壓計密接,待該計顯示吸氣時之陰壓約為 -1 mm。呼氣陰壓約為 -8 mm時,乃注入空氣,碳酸,氧素或氮氣於胸膜腔內。其注入量第一次用 $150-300$ cc,數日後再注入 $300-500$ cc,其後每隔八日或十日注入 $500-600$ cc,注入後再施X光線檢查。大出血時,有一次注入 $800-1000$ cc者。

本法之施行期間,雖不一定,大抵須持續 $1-2$ 年,後再每 $4-5$ 星期施行一次。

2. 油胸 (*Oelthorax*) 本法與人工氣胸同一原理,而其效能則較持久,即胸膜稍有癒着,亦可施行,但有因此使肺空洞穿孔者。即將針刺入胸膜腔內,注射混有制止結核菌發育劑之橄欖油或Paraffin,如 $1-10\%$ Gomenol, 4% Lipijodol或Jodipin等,每次約 100 cc, $3-5$ 月施行一次。

3. 肺尖成形術及肺尖剝離法 (*Spitzenplastik u. Apikolyse*) 切除

第一肋骨全體或第一至第三肋骨之一部，剝離肺尖，施行栓塞，壓迫肺尖。本法行於肺尖卡他或空洞時。

4. 胸膜內肺剝離術 (Intrapleurale Pneumolyse) 本法可於平壓開胸術下，與膈神經離斷術併行。患者取健側臥位，患側施行局部麻醉，自前至背弓形大切開胸廓之軟部，並向上翻轉之。切除第七第八或第八第九肋骨約 15—20 cm，離開胸膜（此時行氧素吸入法），且鈍的剝離之而至於肺尖。次排開肺下葉，切斷在心包中央自上下行之膈神經，於是膈膜上舉，運動停止。

5. 胸廓成形術或切除肋骨肺萎縮法 (*Thorakoplastik od. Lungenretraktion durch Rippenresektion*) 適用於胸膜癒着，難作氣胸時。法有種種，Brauer, Friedlich 氏將 I—X 肋骨全部切除後，外加壓迫綳帶。Sauerbruch, Wilms 氏將胸骨側及椎骨側各切除肋骨及肋軟骨約 4—5 cm（即將 I—IX 肋骨之椎骨側切除 4—5 cm，約三週後再切除 I—V 肋軟骨）。Sauerbruch 氏則由脊椎正中之外方約三指橫徑處，自第五至第六棘突同高處沿脊柱下行，至第九肋骨附近，乃向前彎曲而達腋窩後腔切開軟部及肌層。再將第五至第十肋骨行骨衣下切除約 6—8 cm，更切斷第十一肋骨並延長切開線至肩胛上部，再切除第一至第五肋骨。

6. 肺剝離法及胸膜外充填法 (*Pneumolyse u. extrapleurale Plombierung*) 切除病變部之肋骨，由胸壁剝離胸膜，然後以棉紗，脂肪組織，Paraffin 等充填空腔，壓迫肺臟，使之安靜。

7. 肺之絆創膏療法 (*Heftpflastertherapie des Lunge*) 亦使一側之肺靜止者。即於呼氣時，在患側胸廓下方，貼以寬廣之絆創膏，由下而上，屋瓦狀排列固定之。又或由健側之股關節，至患側肩胛關節，悉用寬廣絆創膏固定。本法可作為人工氣胸及胸廓成形術之後療法。

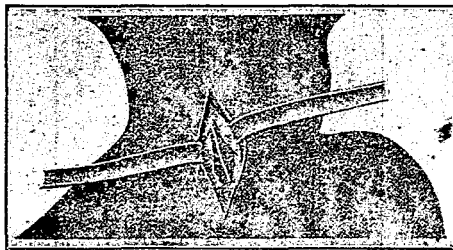
8. 肺血管狹窄法 (*Verengerung der Lungengefaesse*) Sauerbruch, Bruns氏結紮肺動脈,使肺萎縮,河村氏則結紮肺靜脈,先使鬱血,次因結締組織增生,肺陷萎縮。

9. 膈神經離斷術 (*Phrenicotomie*) 係離斷一側膈神經使膈麻痺,而立於高位,壓迫肺臟,停止其運動者也。有二種,一為膈神經切除術 (*Resektion des N. phrenicus*)。患者取半坐位,仰臥其頭,而強向反對側屈曲,沿胸鎖乳突肌之外緣,至鎖骨附近,切開皮膚及闊肌,鈍的進行至肩胛舌骨肌,力向下方鈎引,則現出前斜角肌,膈神經斜行其上。該部存有頸升動脈,故須鈎開,免致損傷。於是用小鈎牽出膈神經,切除2 cm,終行軟部及皮膚縫合。二為膈神經拔出術 (*Exairese des N. phrenicus*)。因單行切除,恐膈不能充分麻痺,故有此法。即將該神經切除後,再由下方拔出11—12 cm。Goetze氏以膈神經與頸

第二百四十五圖

膈神經露出法

(仿 Sauerbruch 氏)



骨下神經尚有吻合枝,故更將皮膚創向外下方延長,再離斷之。其他更有同時離斷多數肋間神經者。

又有注射酒精於膈神經或肋間神經,使其機能一時中止者。

(六) 肺膿腫及肺壞死之外科療法

(Chirurgische Therapie fuer Lungenabscess

u. Lungengangraen)

肺膿腫及肺壞死用內科療法,其死亡數為75%。用外科療法,則為25%。如能早期手術,則死亡率更低。

肺切開術(Pneumektomie) 先利用理學診斷及X光線檢查,確定部位後,於局部麻醉下,沿肋骨切開皮膚,長約15cm,切除二三肋骨(約10cm),達於胸膜。其已起癒着者,直接切開之。否則,先將兩胸膜縫合(Roux氏後刺縫合(Rouxsethe Hinterstichnaht)),經數日後再切開之。膿腫之在深部者,宜用穿刺針測定其所在,然後用烙白金燒灼肺組織,達於病灶,排膿後栓塞碘仿棉紗或裝入排導管,出

第二百四十六圖

肺壞死

(著者)



血者，可因栓塞而自止。

(七) 枝氣管擴張之外科療法

(Chirurgische Therapie fuer Bronchiektasie)

有肺切除術，人工氣胸，胸廓成形術，肺摘出術等然結果多不良。

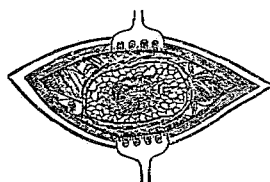
(八) 肺氣腫之外科療法

(Chirurgische Therapie fuer Lungenemphysem)

以 Siedel u. Sauerbruch 氏法為最適用，即於副胸骨線外一指橫

第二百四十七圖

後刺縫合



徑處，II.—VI. 肋軟骨上

縱開皮膚，剝離軟部，切

除 III.—V. 肋軟骨 1 cm,

再取胸肌之一部，作成

寬 2 cm 長約 4 cm 之肌

束，填入肋軟骨缺損部，

以防肋軟骨之癒着，然

後縫合皮膚。手術後患

者若有一時咳嗽及呼

吸困難時，可與以 Morphine, Pantopon, 越一星期後，他働的運動胸廓。

(九) 枝氣管喘息之外科療法

(Chirurgische Therapie fuer Bronchialasthma)

有切除頸部之頸神經節而得治癒者，參照交感神經章。

第三節 心及心包之損害及疾病

(Verletzungen u. Krankheiten des Herzbeutels und Herzens)

一，心包之損害

(Die Verletzungen des Herzbeutels)

常與心臟同時受害，且多合併胸膜、肺臟、大血管及膈等外傷。損害種類不外刺創、切創、槍創及挫創等。心包之單獨損害，若不侵入細菌，則僅以輕度炎症而與心臟癒着，不貽特別障礙。否則，細菌竄入其中，可以化膿性心包炎而死。又心包內蓄積血液者，曰心包血瘤 (*Das Haemopericard*)。存儲空氣者，曰心包氣瘤 (*Das Pneumopericard*)。

症候：患者不即死於 Shock 及內出血時，則現失神，顏面蒼白，脈搏細弱，心動幽微，心濁音部，在心包血瘤則增大，在氣腫則消失。幸而不死，亦貽種種障礙，如心臟擴張，心肌衰弱，瓣膜閉鎖不全及狹窄，慢性心包炎等是。

診斷：心包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、方向、心部疼痛，亦宜注意。

預後：據 Riedinger 氏統計，無合併症之心包外傷，治愈者約 30% 以上。

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。

二，心之損害

(Verletzungen des Herzens)

以接近胸壁之右室為多，亦為切創、刺創、槍創、爆炸創等。或於肋骨胸骨骨折時，引起皮下之損傷。

症候：患者多發 Shock，其不穿肌肉全層者，出血不著。血液或向外部流出，或蓄積於心內而成心包血瘤。若穿通全層時，縱令創口極小，在收縮期血液線狀射出。或驟成血瘤，壓迫心臟。其壓迫症候，以抵抗最弱之處起始，即於心耳來靜脈性鬱血，頸靜脈著明擴張，顏面蒼白。或因下腔靜脈之鬱血而來鬱血肝，鬱血脾。脈搏細小，殆難觸知。肺因貧血而起呼吸困難，胸內苦悶，心部疼痛，向上臂上腹放散。甚有恐怖感，痙攣，昏睡而死者。

診斷：可依損傷部位，器械種類，心動，出血狀態，脈搏等而推知之。

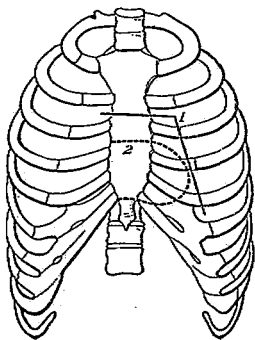
預後：心外傷之治愈者，據 Kiawhoff, G. Fischer, Loison 諸家統計，約占 7—15%。凡房之損害，較室為險。右室又較左室為不良。

療法：露出心臟，速行手術。

心露出法 (*Die Blosslegung des Herzens*) 有種種方式。常行者即於第四第五肋間，由胸骨左緣向外切開皮膚及肌肉。除去肋骨之

第二百四十八圖

露出心臟之皮膚切開法



一部，或僅離斷胸骨附近之肋軟骨而向外方牽引之（可及的避免損傷胸膜），露出心包，加以切開。去其血液，再用細線縫合其創口，但縫合線不可穿通心臟之內腔，且其結紮，須在心收縮期行之。於縫合時欲制止其出血，可以指壓迫創口，或右房之上下腔靜脈開口部（壓迫此部，持續 9—10 分鐘，尚屬無害云）。縫合既竟，心包及胸膜內，或各插入棉紗一小片。

露出法除上述外，Rehn 氏切

除右第三及第四肋軟骨與胸骨一小片,則易達於右房。Rydygier氏則將胸骨及第三至第五或第六肋軟骨,造一皮膚肌肉骨瓣而向右方翻轉之。皮膚切開線則作角狀,即於第三肋骨上部至胸骨上行橫切法,次沿肋軟骨接合部而達於第五肋骨下行斜切開(如二百四十八圖1)。Wehr氏又將胸骨及第四乃至第七肋軟骨行弓狀切開(同上圖2),如此心臟露出之範圍極廣。

三, 心包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為心包炎(*Die Pericarditis, die Entzündung des Herzbeutels*) 有漿液性及化膿性二症,而漿液性症又分為急性及慢性二種。急性漿液性心包炎,常發於急性傳染病後,亦或為全身水腫之一分症。慢性漿液性心包炎,多為結核化膿性症,或由漿液性心包炎轉變而來,或最初即為化膿性症,其時併發急性骨髓炎者不少。

療法: 心包內蓄積多量液體,則壓迫心臟而起機能障礙,故宜穿刺或切開之。

四, 心之手術

(Operationen des Herzens)

1. 心包穿刺術(*Punctio pericardii, die Punktion oder Parazentese des Herzbeutels*) 穿刺部位,各家所見不同,要之須先精檢其濁音界最妥善者,係在第五第六肋骨間,密接胸骨緣穿刺之(免致傷及乳房內動脈)。又距胸骨緣6cm處行之亦可。穿刺時使患者取半坐位,向胸廓內上方斜行刺入套管針,穿刺時不可過於急速,致傷心臟,令液體經橡皮管徐徐流入於盛消毒液之容器中。此時患者若

突死亡，則為穿刺急劇或誤診之過。故術前常須行試驗的穿刺術。

2. 心包切開術 (*Die Pericardiotomie, die Inzision des Herzbeutels*) 據 Delorme 及 Mignon 氏法，即距胸骨左緣 1 cm 處，自第四肋骨上緣至第七肋骨，縱開軟部，次於切線二端各加 2—3 cm 長之橫切開，翻轉皮膚，切除第五及第六肋軟骨，露出乳房內動脈，將其避向一側，終則切開心包。Ollier 氏則自胸骨中央沿第五肋軟骨斜行切開皮膚，剝離軟部組織，切除肋骨，結紮乳房內動脈，排開胸骨、三角肌及胸膜，切開心包 3—4 cm。

第四節 縱隔膜之損害及疾病

(Verletzungen u. Krankheiten des Mediastinums)

一，縱隔膜之損害

(Verletzungen des Mediastinums)

縱隔膜有硬固骨質蔽護，故損傷極少有之，則與他臟腑併發。如伴發主動脈及腔靜脈之損害，患者立死。

二，縱隔膜之炎症

(Entzündungen des Mediastinums, die Mediastinitis)

茲僅述其前後縱隔膜內之化膿性炎症，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，胸內疼痛，有苦悶及壓迫感，嚥下及呼吸亦起障礙。慢性症，殆與急性者同。患者多死於敗血症，或膿毒血症。膿灶或向外破開，或向心包胸膜及枝氣管內穿孔。

診斷：甚難。唯前縱隔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。至後縱隔膜膿腫，則切除脊柱右側或左側之橫突後，再開其膿灶。

三，縱隔膜之腫瘤

(Die Geschwulste des Mediastinums)

以繼發性之癌瘤及肉瘤為最多。增大時患者呼吸及嚥下困難，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。因壓迫返神經而來聲帶麻痺。因壓迫膈神經而來膈麻痺。但此等壓迫症候，並非本症之特有，故診斷極難。惟腫瘤已向體外穿破者，則能確診。X光線透照法，足為診斷之助，然亦易誤為主動脈瘤。

療法：淺表之腫瘤，可切除胸骨而摘出之。後縱隔膜內腫瘤，則須切除橫突或肋骨後，再行摘出。

四，胸部主動脈瘤

(Aneurysma aortae thoracicae, das Aneurysma der

Aorta thoracica)

人體中之動脈瘤，以發於胸部者為最多。又多發於男子之升主動脈及主動脈弓。梅毒性主動脈炎，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。最大者向胸骨、肋骨、脊柱、肺臟等處擴展。若向外方增大，則於胸骨之右上方，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。攪動脈之搏動左右不同。更以壓迫周圍臟器而起嚥下困難、背部疼痛、

第二百四十九圖

胸部主動脈瘤

(著者)



肋間神經痛等。壓迫迷走神經則起喘息，聲帶痙攣或麻痺。宜注意者，此時食管每起狹窄症候，故送入食管探子之先，必須檢其有無動脈瘤，以防突遭不測。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。有梅毒者行驅梅毒療法，或結紮其末梢。如升主動脈及主動脈弓之腫瘤，則結紮鎖骨下動脈或頸總動脈，或將二動脈同時結紮之，然其效僅屬一時。注射 2—2.5—5% Gelatinsalzlösung (0.7% 食鹽水) 於瘤附近之皮下 (持續二月，每四日一回，每回 100cc)，可使縮小云。

第五節 膈之損害及疾病

(Verletzungen u. Krankheiten des Zwerchfells)

一，膈之先天性畸形

(Angeborene Missbildungen des Zwerchfells)

1. 膈之先天性缺損或裂隙 (*Angeborene Defekt u. Luecken des Zwerchfells*) 有全缺者,有缺少肌層者,缺損甚大,則起膈赫尼亞。

2. 膈憩室 (*Divertikel des Zwerchfells*) 係膈之一部,特於膈樣中心部漏斗狀膨出者。

3. 膈脫出 (*Eventratio diaphragmatis*) 亦稱為膈弛緩症或膈高位症 (*Relaxio diaphragmatica od. Zwerchfelhochstand*)。膈先天性菲薄弛緩,腹內臟器壓入胸腔,遂呈膈赫尼亞之類似症。

二，膈之損害

(Verletzungen des Zwerchfells)

皮下損害,見於鞭過,挫傷,震盪等,間有起於強烈之嘔吐者,創傷則有刺創,槍創等,此時多兼他臟腑之損害。因胸廓內之陰壓,腹腔臟腑入於胸腔而成膈赫尼亞。

三，膈赫尼亞

(Hernia diaphragmatica)

膈腹內臟腑,經膈之裂隙入於胸膜腔之症,有真假二種,其有腹膜被覆而由膈裂隙脫出者曰真性膈赫尼亞 (*Hernia diaphragmatica vera*)。無以上之被覆者曰假性膈赫尼亞 (*H. diaphragmatica spuria*)。又有先天性與後天性之別。

症候：患者有不定之腹痛。以運動及變換體位而增劇。胃轉位時，則因賁門屈折而起嚥下困難。間有發生所謂奇異嚥下困難 (*Disphagia paradoxa*) 者，即大食塊能通過而小食塊則否。緣嚥下大食塊時，因其排壓力大，故能無阻耳。食管亦以壓迫而狹窄。胃腸症候著明。壓迫心肺，則來呼吸困難，胸內苦悶，心悸充進，胸痛等。打診胸廓之下方，每發高調鼓音。有多量液體時，則聞有響性雜音及震盪雜音。X光線檢查，得認知膈之高低，胃腸之位置。若腹內臟器大部入於胸腔，則胸廓擴大而腹部陷沒。起嵌頓時，則來腸閉塞或賁門閉鎖。有時胃起軸旋。先天性或發生極緩慢者，殆取無症候之經過，或僅訴腹痛而已。

診斷：受傷後突呈上述症候者，可斷為本症。先天性或後天性之緩慢發生者，可藉X光線診定之。

預後：外傷後急劇發生者多不良，先天性或慢性發生者，每能長保生命。

療法：對於本症究須手術與否，尚多爭議。緣手術並非簡單，常發危險也。惟膈破裂後急速發現本症或起嵌頓時，不得不立時施術。即於高壓裝置之下，切開肋間腔，或切除一二肋骨，充分開大胸廓，檢其損傷部縫合之。對於先天性或陳舊性症，宜將創口造一新創面再行縫合。缺損過大者，可以肝、脾胃壁，掩蔽該部，施行縫合，或行筋膜移植術。凡膈附近手術時，患者之位置，宜使軀幹水平，骨盆下垂（*Kelling'sche Beckenhaengelage*）。

四，膈下膿腫

(Subphrenischer Abscess)

較為少見。以提肝韌帶而分為左右二症（右側較多）。又以腹膜關係，而有腹膜內及腹膜外膿腫之別。

第二百五十圖

Kelling 氏骨盆下垂位



右膈下膿腫(*Rechter subphrenischer Abscess*) 每以肝右葉,膽囊,右腎之化膿及蛔突炎而起,間或發於肺膿腫,肺壞死,膿胸之後。

左膈下膿腫(*Linker subphrenischer Abscess*) 續發於胃腸潰瘍,癌性崩潰,肝左葉,脾,胰,腎之化膿,間或起於肺胸膜之化膿。

症候: 急性症以惡寒戰慄而發高熱,嘔吐,腹痛,或初發不規則之熱型,終呈膿毒血症狀態,患側肋骨弓部疼痛,腫脹,上腹稍膨大,肝或脾下降,穹窿部因蓄積膿汁,肝濁音界向上增大。

診斷: 在上述各病後現此症候者,可疑為本症,但欲確診,非藉 X 光線檢查及試驗穿刺不為功。

療法: 於側胸部適宜切除 VI—VIII 肋骨(約 15 cm),在胸膜已起瘻者,則與膈一同切開,直達膿灶,否則,先縫合胸膜二葉,使起瘻者後再切開之,排膿後裝入排導管。

五，膈之炎症

(Diaphragmatitis, Entzündungen des Zwerchfells)

急性症續發於膿胸及膈下膿腫。在結核性胸膜炎或腹膜炎時，膈亦每生結核。其他尚有放線菌病，亦由胸膜蔓延而來。因其皆屬續發，故無特別症候，僅於屍體解剖或手術時發見之。

六，膈之腫瘤

(Geschwulste des Zwerchfells)

有續發性癌瘤及肉瘤，但原發性者殆未之見。

第三章 乳腺之損害及疾病

(Die Verletzungen und Krankheiten der Brustdruesen)

第一節 乳腺之畸形

(Missbildungen der Brustdruesen)

一，乳頭異常

(Anomalien der Brustwarze)

有種種乳腺發育完全而乳頭先天性缺乏者，謂之無乳頭 (Athetie)，極少見。其他有扁平乳頭 (*Papilla plana od. flache Warze*)，分裂乳頭 (*Papilla fissa od. gespaltene Warze*)，凹陷乳頭 (*Papilla circumvalata od. Hohlwarze*) 等。又乳頭過多者謂之多乳頭 (*Polythetie od. Hyperthetie*)。

二，無乳腺

(Amastie od. Amaezie)

係一側或兩側乳腺先天性缺乏者。

三，小乳腺

(Mikromastie)

係女子至成年而乳腺不發育者。

四，多乳腺

(Polymastie od. Hypermastie)

較爲常見。定型的現於胎生乳腺發生線(*Embryonale Milchleiste*)上(即由腋窩經乳頭至生殖器之連結線，與哺乳動物乳腺發生線相當)。常爲對側性而居於尋常乳腺之內下方間或存於腋窩，肩突，腹壁正中線，股背等部。此等副乳腺(*Accessorische Mamma od.*

第二百五十五圖

胎生乳腺發生線

(仿 Merkel 氏)



Mamma supernumerariae)之構造,甚不一致。其不具排泄管者,則於妊娠時腫脹而發疼痛。男子極少。

五、錯位乳腺

(*Mamma aberratae*)

乳腺之一部取異常位置者,以乳房及腋窩間為多。至妊娠末月,腫大疼痛,分泌乳汁。

六、女乳腺

(*Gynaekomastie*)

係男子乳腺如女子者。發於一側或二側,此時可見睪丸萎縮。

第二百五十二圖

女 乳 腺

(著 者)



生殖器畸形。

七，下垂乳腺

(Mamma pendula, Mastoptose od. Haengebrust)

乳向下方著明懸垂者。

第二百五十三圖

下垂乳腺

(著者)

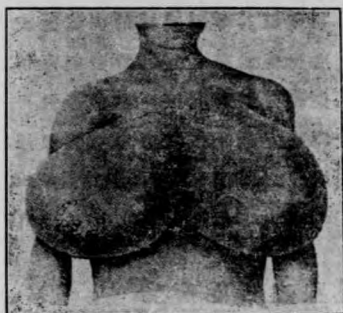


第二百五十四圖

(其一)

兩側乳腺肥大

(仿 Billroth 氏)



(其二)

左側乳腺肥大

(仿 Billroth 氏)



八，真性汎發性乳腺肥大

(Hypertrophia mammae diffusa vera)

係乳腺特別發育者，常見於少婦，與青春性肥大或妊娠性肥大 (*Pubertaetshypertrophie u. Graviditaetshypertrophie*) 有關，但亦有不能證明其原因者。多發於兩側，間或為一側。

第二節 乳腺之損害

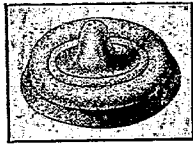
(Verletzungen der Brustdruesen)

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，或包裹而成囊瘤，又或誘起癌瘤。處女或少婦之有月經困難者，於每次月經時，乳腺每起溢血。創傷有刺創，切創，槍創等，可從普通法則治療之。

第三節 乳頭之表皮剝脫及皸裂

(Excoriation u. Rhagaden der Brustwarze)

第二百五十五圖
乳頭帽



常見於皮膚脆弱之人，尤以初產婦為多，因機械的刺戟而表皮脫落或皸裂，哺乳時發劇疼。傳染細菌，則起乳腺炎，淋巴管炎，丹毒等，宜禁止授乳，再用硝酸銀棒腐蝕之。兩側性者用乳頭帽(Warzenhütchen)哺乳，或以吸引器泄乳。

第四節 乳腺之官能疾病

(Funktionelle Erkrankungen der Milchdrüsen)

一，初生兒之奇乳及血液分泌 (*Hexenmilch u. blutige Sekretion bei Neugeborene*) 與內分泌有關。常伴發輕度乳腺炎。

二，處女之初乳分泌及乳腺出血 (*Colostrum-, Milchsekretion u. Blutung in der Mamma bei Jungfrau*) 與卵巢內分泌有關於懷春期及月經時，乳腺腫脹，分泌少量乳樣物，或排出血液。

三，代償性月經 (*Vikarierende Menstruationsblutung*) 身體各部皆見之。在無月經或月經過少時，月經期內來乳腺內出血或排泄血性分泌液。多見於富刺激性之婦人。

四，閉經期之出血 (*Blutung in der Mamma bei Menopause*) 時或見之。

五，脊髓癆，卵巢腫，子宮附屬器結核等，每來乳腺之異常分泌，疼痛等。

第五節 乳腺痛

(Mastodynie od. Neuralgia mammalis)

原因：多見於15—20歲之女人，男子時或見之。神經質及罹生殖器病者常發本症。月經，精神激刺，每為其誘因。

症候：多為一側性。乳腺無特別變化而起強劇之神經痛，向胸廓，腋窩，脊背，四肢放散。甚致接觸衣被，亦訴劇痛。其他有嘔吐，失眠，衰弱等。有時能自外部觸得痛性結節 (*Tubercula dolorosa*)，是否與神經纖維瘤 (*Neurofibrom*) 同為一症，尚無定論。

療法：有生殖器病者治其原因，精神性者行暗示法 (Suggestion)，局部濕罌色，X光線療法，內服溴素 (Brom)，金雞納，砒鐵等製劑或與以下劑。

第六節 乳頭炎或乳暈炎

(Thelitis u. Areolitis)

為局限於乳頭及乳暈之炎症。時見於授乳期，或因疥癬，濕疹，糜爛，皸裂等之細菌傳染而致乳暈下生蜂窩織炎或膿腫。又或來乳暈腺 (*Glandulae areolares*) 化膿而成乳暈前膿腫 (*Praemammaerer Abscess*)。

療法：預防為先。既發病者，罌包或行小切開。

第七節 乳腺炎

(Mastitis od. Entzündungen der Brustdrüse)

一、急性乳腺炎

(Mastitis acuta)

1. 初生兒乳腺炎 (*Mastitis neonatorum*) 係初生兒之乳腺，因內

分泌關係而來紅腫者。壓迫之分泌奇乳，多不至化膿而愈。

療法：濕器包。化膿時行小切開。

2. 成人乳腺炎或懷春期乳腺炎 (*Mastitis adolescentium od. Pubertätsmastitis*) 不論男女，至懷春期乳腺腫脹，硬度增加或訴疼痛。乳頭凸出，乳暈着色，越數週而愈。處女月經時，乳腺腫脹疼痛者，稱為月經時乳腺炎 (*Mastitis bei Menstruation*)。

3. 外傷性乳腺炎 (*Mastitis traumatica*) 常見於職業工人，亦稱為職業性乳腺炎 (*Professionelle Mastitis*)。乳腺因外傷而發急性炎症，症候，經數日後漸次吸收，但往往遺殘硬結。

4. 產褥性乳腺炎 (*Mastitis puerperalis*) 化膿菌侵入乳腺，遂來急性化膿。因其好發於產褥期，故名。初產婦多於經產婦，授乳婦多於非授乳婦。細菌由乳頭之裂創，潰瘍等，經淋巴道而達於乳腺。或在乳腺管內發育繁殖，妨礙乳汁分泌，遂起炎症。又或在急性傳染病經過中，細菌藉血行而至於此。臨牀上又分為二型。

(一) 鬱滯性乳腺炎 (*Stauungsmastitis od. Retentionsmastitis*) 發於產褥期起始或妊娠末期，乳腺瀰漫腫脹，緊張，疼痛，表面紅腫而發熱 (乳熱 (*Milchfieber*))。乳汁濃厚黃色，其中初尚不能證明細菌之存在。單純之症，歷數日病勢輕減。但鬱乳者因乳汁分解，易感細菌，故遂移行於傳染性乳腺炎而症候增惡矣。

療法：除去鬱乳，行濕器包。與以下劑，碘化鉀，限制乳分泌。提舉乳腺。

(二) 傳染性或蜂窩織炎性乳腺炎 (*Infektiöse od. phlegmonöse Mastitis*) 多起於分娩後三四星期以內，或稍遲。患者突發惡寒高熱。初於乳腺一部腫脹，硬結，著明發赤，腋窩腺時亦呈炎症腫脹，漸至化膿而成膿腫。一旦向外破開，諸症頓減。或侵全部乳腺而成一大膿腫。炎症向周圍組織或後方蔓延，則成化膿性乳腺周圍炎或

乳腺後蜂窩織炎 (*Paramastitis purulenta od. Retromastitis phlegmonosa*)，甚或引起膿毒血症。

預後：有殘遺小硬結，經久不愈者（慢性纖維性乳腺炎或乳腺硬變 (*Mastitis chronica fibrosa od. Zirrhosis mammae*)）。有因排膿不利，創口滯萐不愈，形成瘻孔者（乳腺瘻 (*Fistula mammae*)）。

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 (*Suspensorium mammae*)）。欲促進炎症性滲出物之吸收或化膿溶解時，可用濕布綳帶。小兒哺乳甚疼痛者，可用吸乳器 (*Der Milchsauger*) 排泄乳汁。或與以下劑限制乳汁之分泌。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，中止授乳，每能自愈。吸引療法 (*Die Saugtherapie nach Bier und Klapp*)，亦頗適用。

(5) 特別傳染性乳腺炎 (*Mastitis infectiosa specifica*) 於腸傷寒，流行性感冒，淋病等急性傳染病經過後，有起亞急性乳腺炎者，多不化膿而吸收。療法與產褥性乳腺炎同。

二、慢性乳腺炎

(*Mastitis chronica*)

1. 閉經期之乳腺炎 (*Mastitis bei Menopause*) 見於婦女閉經期之前後，多犯二側乳腺間質內來細胞浸潤及結締組織增殖，能自外面觸知硬固之結節。初起時有壓痛而決不化膿，大小與硬度不一。時或伸發腋窩腺腫脹，易與癌瘤誤診。但本症能漸次吸收而愈。

療法：用濕罌包，按摩法，碘化鉀等即足。

2. 慢性囊瘤性乳腺炎 (*Mastitis chronica cystica*) 此病本態尙未一定。有視為炎症者，有視為腫瘤者。好發於30—50歲之婦人，尤以生產後不授乳者為多，亦或發於急性乳腺炎之後。常侵兩側乳

房內能觸得多數大小不同之囊瘤。壓迫乳頭，排出少量乳糜或綠色，棕色液體。行經時該腺腫脹疼痛，經止後復消散，至閉經期則縮小。但有變為癌瘤者。

療法：提舉乳腺，濕罨包，X光線療法。

3. 乳腺結核 (*Tuberkulose der Mamma*) 極為少見，常犯一側。乳腺內能觸得多數結節，漸次增大軟化，形成寒性膿腫，破潰後遺留瘻管。

療法：摘出腺體，或行乳腺切斷術。

4. 乳腺梅毒 (*Syphilis der Mamma*) 亦極少。發於梅毒之各期，即初期(硬下疳)發於乳頭周圍。第二期則於乳腺周圍發現丘疹，或於其皺裂部起扁平胼胝腫 (*Kondyloma lata*)。第三期則在腺內起橡膠樣腫。

療法：驅梅毒療法。

5. 乳腺放線菌病 (*Aktinomykose der Mamma*) 為肺及胸膜之續發症。

第五節 乳腺之腫瘤

(Geschwulste der Brustdruese)

乳腺腫瘤，女子最多，男子極少。腫瘤中除癌瘤外，他亦甚少。茲撮要述之。

一、纖維瘤

(Fibrom)

單純之纖維瘤極少，多與腺瘤合併。由腺胞及小乳腺管周圍之結締組織增殖而成。常見於17—30歲之婦人，40歲以後者極少。未婚與不妊為本症之素因。單純纖維瘤，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。

二，粘液瘤

(Myxom)

多與纖維瘤，腺瘤併發，單純者殆不之見。

三，脂肪瘤

(Lypom)

多侵一側。有腺內脂肪瘤及腺外脂肪瘤 (*Intraglandulaeres u. extraglandulaeres Lipom*) 二種。後者好發於乳腺之後方，名曰乳腺後脂肪瘤 (*Retromammaeres Lipom*)，發育緩慢，有達兒頭大者。

四，軟骨瘤及骨瘤

(Chondrom u. Osteom)

極少見。

五，肌瘤

(Myom)

有起滯平肌瘤 (*Leiomyom*) 而呈小結節者。

六，血管瘤及淋巴管瘤

(Angiom u. Lymphangiom)

皆極少見。余曾見纖維血管瘤之一例，於月經時，血管瘤每來一時之增大。

第二百五十六圖

纖維血管瘤

(著者)



七，內皮細胞瘤

(Endotheliom)

亦屬少見之症。

八，乳頭瘤

(Papillom)

亦見於乳頭及乳暈等處。

九，腺瘤

(Das Adenom der Mamma)

爲乳腺良性腫瘤中之最常見者。由腺實質增殖而起，同時腺間結締組織亦稍增殖，故不如名爲腺胞性纖維腺瘤 (*Adenofibroma*)

acinosum)之恰當。其性質與乳腺肥大近似，所異者不過肥大常為兩側乳腺之平等蔓延性組織增殖，而腺瘤則為限局性結節狀之腫瘤，且發於偏側者也。發育緩慢，為圓形，硬固，凹凸，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。若一旦變為癌瘤，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。若能即施乳腺切斷術更佳。

十、肉瘤

(Sarkom)

有圓形細胞肉瘤，梭形細胞肉瘤，小細胞性肉瘤，大細胞性肉

第二百五十七圖

乳腺之囊瘤性肉瘤
(著者)



第二百五十八圖

右乳腺之肉瘤
(著者)



瘤,巨大細胞性肉瘤,血管肉瘤,黑色肉瘤,髓樣肉瘤等區別。就中以後二者性最慘惡。亦由腺胞及小乳腺管周圍之結締織發生,起於血管壁者亦不少。其混有擴張排泄管之囊瘤性肉瘤,性質最良。表面如結節狀,或處處呈波動。

療法: 早行乳腺切斷術。

十一, 乳腺癌瘤(乳癌)

(Carcinoma mammae das Karcinom der Brustdruese)

占乳腺腫瘤中80%以上。常見於41—50歲以上之婦女。每犯一側,侵二側者甚少。病理解剖上,分為腺胞性癌瘤,單純性癌瘤,萎縮性癌瘤及膠樣癌瘤等。就中以單純性者為多,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,亦足誘發本病。又與遺傳素因有關。

第二百五十九圖

乳腺之癌瘤

(著者)



第二百六十圖

鈕狀癌瘤

(著者)



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，為髓樣癌瘤

第二百六十一圖

左乳癌之腋窩高及鎖骨

上下高淋巴腺轉移者

(著者)

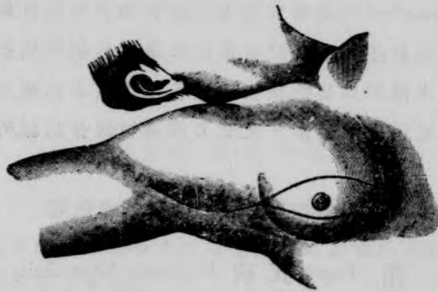


(*Das Medullarcarcinom*)。表皮亦生多數結節，硬固如板。經過較佳者曰鐘狀癌瘤 (*Der Panzerkrebs*)。據多數統計，由初期至死亡期，約一年半至三年半。摘出癌瘤者，大抵可延長七個月。發病後 14—18 月腋窩腺始被侵犯，而據 Gulcke 氏之統計，轉移於腋窩腺需 11.6 個月，鎖骨下淋巴腺則在 19 個月之後。至轉移於內臟之時期，頗不一定。

診斷： 凡四十歲以上之婦人，乳腺內發生無痛性硬結，與皮膚癢着，乳頭陷沒，腋窩腺硬固增大者，則屬本症無疑。

第二百六十二圖

乳癌切斷術之皮膚切開法



預後：不良。惟在初期將乳腺、腋窩淋巴腺及蜂窩組織同時摘出，且除去胸肌者，亦有治愈之望。平常癌瘤未及腋窩腺即施手術，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（大抵在術後一年）。若經三年不再發者，殆已永久治愈。其死因為胸膜及肺腺之轉移症，全身衰弱，出血，腐敗性傳染等。就中以癌瘤性胸膜炎為最多。

療法：早行乳腺切斷術。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。於胸大肌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。

乳腺切斷術 (*Exstirpatio (Amputatio) mammae, die Exstirpation (Amputation) der Brustdrüse*) 即使患者行全身浴，仰臥手術台上，將手術部嚴密消毒，患者肩胛下插入小枕，肱上舉且外展，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，剝離達於深部之胸大肌 (*M. pectoralis maj.*)，用指或鈍器剝離乳腺，或切斷胸大肌之一部或全部。於是自創底更剝離下弓狀切開部之皮膚，摘出全部乳腺。乃沿切開線至腋窩，將其內之淋巴腺，粗鬆結締組織，脂肪，完全除去（腋窩廓清法 (*Die Ausraeumung der Achselhoehle*)）。此時宜注意者，肱骨頭至腋窩外緣，有大血管通過，淋巴腺且多與腋窩靜脈惹着，故須細心剝離，倘傷靜脈壁，則結紮其兩端，加以切除。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，外加防腐綑帶。

不能手術之癌瘤，用 X 光線療法，電氣腐蝕等。

「附」Paget 氏病 (*Pagetsche Krankheit*)

爲一八七四年 James Paget 氏所記載之乳暈皮膚癌也。病變部有含澄清原形質之細胞增殖，與平常扁平上皮境界分明，缺乏角性玻璃樣質，好發於 40—60 歲之婦人。其症候先於乳頭及乳暈部潮紅濕潤，酷似濕潤性濕疹，漸向周圍蔓延而成壘壁狀隆起，中央結癢，乳頭陷沒，乳暈部硬固如板，經過一二年，乃犯乳腺。其異於原發性乳腺癌者，即不至迅速轉移（綿亘數年至數十年）及發生潰瘍。

療法：早期診定，切斷乳腺。

十二，乳囊瘤

(Galaktocele od. Milchcyste)

因乳腺炎後排泄管閉塞，遂成潴留囊瘤。時或合併腺瘤。腺體內生示指頭大之結節，或單發或多發。表面平滑，有彈性硬度，或呈波動。無壓痛。內含乳汁或油汗樣液，或極濃厚形成乳石 (Milchstein)。

療法：摘出腫瘤。

十三，寄生蟲性囊瘤

(Parasitencyste)

有由包蟲，絲狀蟲 (Filaria Bankrofti)，結締織胞蟲 (Cysticercus cellulosae) 形成囊瘤者，然極少。

十四，乳腺之粉瘤及真珠瘤

(Atherom u. Cholesteatom der Mamma)

有於乳暈部發生粉瘤者，係皮脂腺發育而成。時或粉瘤之上皮濃縮爲多層而成真珠瘤。

第四編 脊柱脊髓及骨盆外科

(Chirurgie der Wirbelsaeule, des Rueckenmarks und des Beckens)

第一章 脊柱之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten der Wirbelsaeule)

第一節 脊柱之先天性畸形

(Angeborene Missbildungen der Wirbelsaeule)

有脊椎半側缺乏及第一頸椎與枕骨癒着等然臨床上最要者為脊椎破裂。

一、脊椎破裂(脊椎水腫)

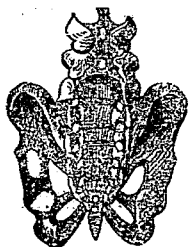
(Spina bifida) (die Hydrorrhachis)

為脊柱之先天性破裂。脊髓膜或脊髓由破裂部脫出如赫尼

第二百六十三圖

腰部及薦骨部之

脊椎破裂



亞者。常見於椎弓或棘突部。以發於腰椎及薦骨部者為最多(腰部及薦骨部棘突破裂(*Spina bifida lumbalis et sacralis*))。發於頸椎及胸椎者極少(頸部及背部棘突破裂(*Spina bifida cervicalis et dorsalis*))。更因脫出內容而分為脊髓膜赫尼亞(*Die spinale Meningocele*)、脊髓脊膜赫尼亞(*Die Myelo-Meningocele*)、脊髓囊赫尼亞(*Die Myelozystocele*)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

第二百六十四圖

先天性腰椎破裂

(著者)



第二百六十五圖

先天性頸部脊椎破裂



脊髓膜赫尼亞，為赫尼亞囊中含有脊髓者，臨床上以此種為多。脊髓囊赫尼亞，為脊髓正中管之囊瘤狀擴張者。巨大腫瘤則以緊張而透明，壓迫之每見大肉門部皮膚隆起。

症候及經過：大多死於分娩之直後間，或患者最初全無神經症候，病勢增進則起麻痺。如腫瘤之在腰部者，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癱瘓在不與椎管交通之腫瘤，每以囊之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，胎留瘻管而後產出者。本症併發脂肪瘤，纖維脂肪瘤，或海綿樣血管瘤者不少。

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，壓迫之則起痙攣，大囟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：脊髓膜赫尼亞，用手術療法，除僅能用壓抵綳帶，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 cc，或與無水酒精等分混合注射。但在有莖之脊髓赫尼亞，應先行結紮或皮下括約縫合，使赫尼亞門閉鎖後，再注入葯液，注射後常發輕度炎症，從其反應之度，隔 6—10 日再行注射。如是三四次可期治癒。(二)結紮法，即將莖狀之赫尼亞囊，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。若神經游離於囊內者，先整復神經，再切除其餘囊壁，終乃縫合軟部及皮膚。若神經經行於囊壁內者，則整復全部囊壁後，移植骨質，再縫合皮膚。

二、先天性薦腰部腫瘤

(Angeborene Sakrolumbalgeschwulst)

係腰部或薦骨部形成種種先天性腫瘤者。如纖維瘤、脂肪瘤、血管瘤、肉瘤、混合腫瘤、畸型瘤、皮樣囊瘤等皆是。又或與脊椎破裂併發薦骨部每見毛髮過生 (*Hypertrichosis*)，又或於薦骨部遺留胎生學上之殘物而有尾構造 (*Schwanzbildung*)。

三、潛伏性脊椎破裂

(*Spina bifida occulta*)

第二百六十六圖

先天性薦骨部畸型瘤

(著者)



因薦骨管孔異常寬大而起神經痛者，以X光線檢查始能知之。

四，Richard 氏病

(Richard'sche Krankheit)

關於本病尚多爭議。大體由第五腰椎橫突之異常發育，由此至骨盆骨間之肌肉，神經，受其壓迫或緊張所致。在少年骨未硬化者，尚不呈壓迫症候。若至成人或以過勞等誘因，則腰部起一種神經痛。用X光線檢查，即可確實診斷。

療法：切除過度發育之橫突。

五，蛙頸或蛙人

(Froschhals od. Frošchmensch)

因頸椎甚短，頭部似直接向胸部移行者，故名。頭之運動被制限，尤以側方運動為然。

第二節 脊柱之骨折

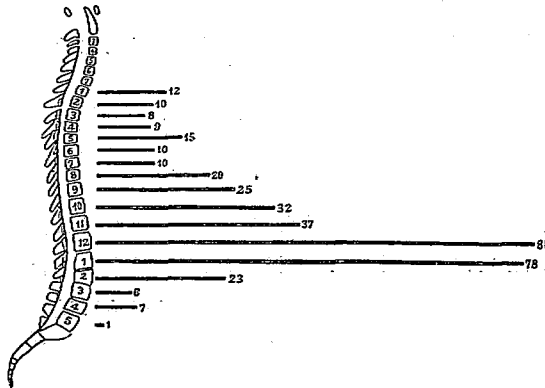
(Frakturen der Wirbelsaeule)

常合併脊髓損傷，約占全骨折數中 0.332%。壯年男子較女子小兒為多。有全骨折及不全骨折之分，更因其部位而有種種名稱。一曰棘突骨折 (*Die Fraktur des Processus spinosi*)，以下部頸椎及上部胸椎為多，且多合併椎體或椎弓之骨折。二曰關節突之單獨骨折 (*Die isolirte Fraktur des Processus articularis*)，常見於脊柱脫臼時。三

第 二 百 六 十 七 圖

胸椎及腰椎骨折數之比較表

(Menard 氏)



曰橫突之單獨骨折(*Die isolirte Fraktur des Processus transversi*),好發於腰椎。四曰樞椎齒突之骨折(*Die Fraktur des Processus odontoideus des Epistropheus*),或與寰弓及樞弓骨折合併。五曰椎弓骨折(*Die Fraktur des Wirbelbogens*),多發於第四至第六頸椎。六曰椎體骨折(*Die Fraktur des Wirbelkoerpers*),常見於下部胸椎及第一腰椎。就Mehard氏之383人胸椎及腰椎骨折數比較表觀之,則以第十二胸椎及第一腰椎之骨折為最占多數。至於椎體之海綿體永裂或壓挫,則可屬於不全骨折之內。此症初難證明,後以續發骨炎或駝背而始知之。椎體全骨折中之最要者,為壓迫骨折(*Die Kompressionsfraktur*),即椎體粉碎,其碎片嵌入於椎骨中而損害脊髓。

原因: 為直接或間接的暴力。後者如由高處墜落,頭,肩,肘,膝,衝突地上,或重物,落於頭,肩,肘及胸部時,致脊柱外展,迴旋或強劇屈曲伸展。前者如鞭傷槍傷等。

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,凸出或陷沒。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嚥下困難。全身症候,為腦震盪症及脊髓震盪症。脊髓因壓迫或損傷而起機能障礙,如一時性疼痛,知覺過敏,痙攣,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,多為痙攣性兩側麻痺。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。

(一)寰椎及樞椎骨折(*Frakturen des Atlas und Epistropheus*) 上方頸髓完全橫斷時,則除頭外,全身知覺及運動麻痺。此時若起兩側膈神經麻痺者立死。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,

每起膈麻痺。此外凡頸椎骨折，每來瞳孔之變常，是由交感神經之瞳孔枝，經兩方胸神經之前根而入於交通枝，其在脊髓內之最下頸椎及最上胸椎同高處，有特別中樞曰Budge氏睫狀脊髓中樞（*Centrum cilio-spinale Budge*）。交感神經若起麻痺，則瞳孔縮小。若遇刺激，則瞳孔散大。

(二) 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，腹肌，肋間肌，膀胱，直腸等亦起麻痺。吸氣僅賴膈及二三頸肌之作用，呼氣僅賴胸廓之彈力。患者不能咳嗽及嘔吐。

(三) 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，該部有帶狀痛 (*Quertelschmerz*)。此時因膀胱麻痺而來尿閉，或奇性尿閉 (*Ischuria paradoxa*)。又因直腸麻痺而來便秘，大便失禁。

(四) 下方胸椎骨折兼腰膨大部直上之脊髓損傷 (*Frakturen mit Verletzungen des Marks dicht oberhalb der Lendenanschwellung im Bereich der unteren Brustwirbel*)，則來下肢，膀胱，及直腸之運動麻痺。自臍部以下之皮膚知覺脫失。

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肌痙攣（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，或以輕微刺激而誘起。然同時有反射制止神經纖維之刺激者，則不發生。

(五) 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 Lendenanschwellung etwa in der Höhe des 12. Brustwirbels*)，凡坐骨神經領域內之運動及知覺麻痺。肛門括約肌亦起麻痺。但損傷部若在腰膨大之上方，則股神經，閉

孔神經及胫前神經亦發麻痺。

(六) 第三腰椎以下之骨折(*Bei Wirbelfraktur von 3. Lendenwirbel nach abwärts*), 其脊髓無損傷者, 因脊髓圓錐之尖端 (*Die Spitze des Conus medullaris*), 由第二腰椎而移行於馬尾 (*Cauda equina*), 此處受有損害, 乃來下肢及骨盆內臟腑之麻痺。

凡麻痺部因知覺及營養障礙之結果, 每生褥瘡, 速向四方蔓延, 惹起危險症候 (敗血症, 膿毒血症)。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, 如脊髓橫斷面前半側損害時, 則損傷側之半身發運動麻痺, 反對側起知覺麻痺, 所謂 Brown-Sequard 氏半側麻痺是也。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。

脊柱骨折時, 脊髓灰白質及延髓內血管運動神經同時受有損傷, 則血管緊張力減退, 血行緩慢, 遂來浮腫, 汗分泌減少等。又因陰莖海綿體血管緊張力減小, 血管充盈, 遂來陰莖強剛 (*Der Priapismus*)。但刺戟腰髓勃起中樞, 亦發此症。又有因血管運動神經纖維之損傷而現糖尿病者, 此在腰椎同高之脊髓, 交感神經之最上及最下部之頸神經節, 最上部之胸神經節, 以及延髓內血管運動神經中樞損傷時皆見之。其他頸椎及上方胸椎之脊髓, 及脊髓神經受傷時, 得認知心臟及脈搏之變化。如因出於脊髓灰白質而與交感神經共達於心臟之神經纖維受傷時, 則脈搏著明緩慢, 如由兩側迷走神經及副神經派出之纖維麻痺, 則脈搏炎速。又脊髓損傷後, 有於身體各處相對部, 生多發性腫瘤 (例如脂肪瘤) 或肌肉限局性肥大者。麻痺區域甚廣, 則體溫迅速下降, 但又有見升高者 (40 度以上), 是殆因中樞神經系統, 喚起物質代謝機能亢進之故 (主為血管運動神經之刺戟)。同時復因該神經之刺戟, 皮膚血管收縮, 體溫放散因以減少。

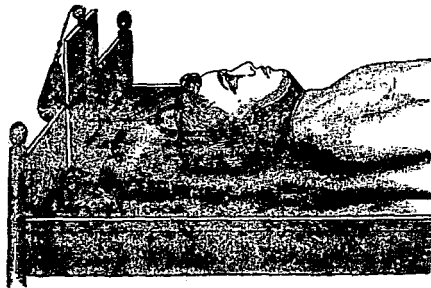
轉歸及預後：損傷部愈大，且愈在上方者，危險亦愈甚。然在腦神經分出部以下之頸椎骨折（即第四頸椎以下），預後常佳。其因溢血或折片所起之壓迫麻痺，能漸消散。即遇高度之骨片轉位，脊髓亦能漸習慣其壓迫而恢復其機能。然有震盪症或慢性脊髓炎者，則漸衰弱致死。凡損傷後立死者，為腦及脊髓重要部合併損傷之故。其死於傷後數日數週或數月者，為繼發脊髓炎，神經炎及膿毒血症之故。

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。檢查時切勿濫動身體，致折片轉位，故須剪去衣服，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，瞳孔，呼吸，脈搏，腸，膀胱及尿等狀態。起兩側麻痺及膀胱麻痺者，為脊椎骨折及脊髓損害之確診。損傷時不起麻痺，後始發現者，為脊椎管內溢血增加，壓迫於脊髓部所致。X光線透照法，對於診斷本症，頗屬重要。

療法：以勿濫動身體為第一義。將頭部脊柱及背部保持於

第二百六十八圖

用 Glisson 氏係帶持標的重錘伸展法

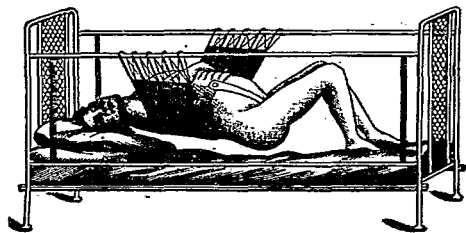


軟褥上,使之安臥,臀下墊以軟枕,施行麻醉,強力伸展脊柱,並整復其折片,外加石膏綳帶,然無脊髓損傷症候者,寧避上述之暴力伸展法而代以持續的重錘伸展法。如頸椎骨折,可用 Glisson 氏係繩牽引頭部及下頷。初用二 Kg. 之重錘,後漸增量。一方利用患者體重,使向反對側牽引。胸椎骨折,則用棉花圓枕插入患者背部,或用 Rauchfuss 氏浮動帶 (*Rauchfuss'sche Schwebegurt*),持續數週,可望治愈。折片插入脊椎管內,或畸形性骨癒合時,則露出骨折部,除去骨片,或鑿去其過剩骨質。

第二百六十九圖

浮 動 帶

(Rauchfuss 氏)



第三節 脊柱之脫臼

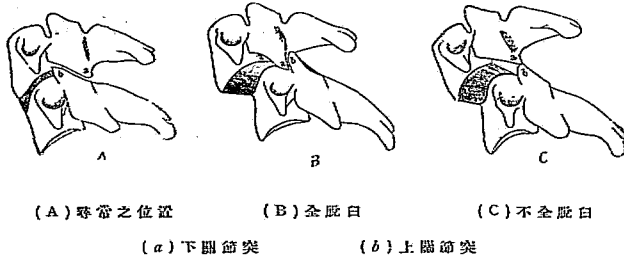
(Luxationen der Wirbelsaeule, Wirbelluxationen)

為脊椎關節突之關節面,完全或不全轉脫之症。其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向前方轉位者,為全脫臼。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,為不全脫臼。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,而脊椎能即恢復原位者,爲關節離開或捻挫(*Diastase od. Distorsion*)。本症極少。就中以頸椎最多,胸椎及腰椎最少。又本症常併發骨折。

第二百七十圖

脊柱脫臼之狀態



原因：以外力使脊椎運動超過生理的範圍時，即發本症。其因脊柱捻轉而起者，多爲偏側脫臼。其因牽引或屈曲而起者，多爲兩側脫臼。至因肌收縮而起之脫臼，必係骨及韌帶既起變性，而失却抵抗力時。

余曾經驗一鞋匠，於工作中忽起頸椎脫臼之例。

又由發生之狀況而別爲三種，即屈曲脫臼，伸展脫臼及外展脫臼是也。然因過度背面屈曲所起之脫臼，常兼椎弓及棘突之骨折。至於單純之伸展脫臼，臨床上殆不之見。

前方屈曲脫臼(*Die Beugungsflexion 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。爲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，而爲鈎狀嵌合，遂成兩側前

方之全脫臼。

外展脫臼或廻旋脫臼 (*Die Abduktions— oder Rotationsluxation*)

由脊柱之過度外展或廻旋而起。主發於頸椎，亦以前方脫臼爲多。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廻旋，則左側上方脊椎之下關節突，脫轉於下方脊椎關節突之前方而成左側外展脫臼。右側關節突亦失其尋常之連接，卽上方脊椎之下關節突，稍向後上方轉位。故嚴格言之，此種偏側脫臼，寧可稱之爲兩側反對脫臼 (*Die Bilateral entgegengesetzte Luxation*) 也。

脊柱脫臼，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，脊椎下面及後面之冰裂骨折。如外展脫臼，則來脫臼對側之關節突骨折。但強大之前縱韌帶，常不蒙損害。脊髓損害與骨折同。

症候及診斷：亦有局部症候及神經症候。局部症候與骨折相似。所異者即脊柱不呈著明駝背，而有異常迴旋，外展及輕度屈曲。脫臼脊椎之棘突向前方或側方轉位，陷沒而不可觸知。神經症候，較骨折爲輕。

經過及預後：單純脫臼，其預後較骨折爲佳。此因一定之脊髓神經，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，但此時不可壓迫脊髓。整復之法，卽伸展脊椎，壓迫之使復原位。無效者則切開脫臼部，再行整復之。

脊柱脫臼，又因部位而異其症候及療法。故述其梗概於後。

(一) 頭脫臼 (*Die Luxation des Kopfes*) 在生體上極少見。蓋枕骨寰椎間之屈戌關節韌帶 (*Bandsapparat des Ginglymusgelenks*) 抵抗力極強故也。一旦斷裂，則因脊髓損傷而立死。

(二) 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。至於外展或迴旋脫臼，每見於一側。右側脫臼者，頭向左側迴旋，左側者頭向右側迴旋。又屈曲脫臼，常兼脊髓重篤損害而致命。一側之迴旋脫臼則不見之。此時可牽引其頭，且向脫臼側迴旋，藉行整復。

(三) 第二至第七頸椎脫臼 (*Die Luxation des 2—7. Halswirbels*)

多為前方屈曲脫臼，以 IV — VI 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，頰接近胸骨。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。項肌攣縮，隆起，嚥下困難。時或於咽粘膜下能觸知凸隆之脊椎。此種脫臼，脊髓每受高度壓迫，尤以 III — IV 頸椎為然。患者立死於膈麻痺。即幸而不死，亦留四肢及軀幹之麻痺。其療法，使患者頭向左側傾斜，藉以高舉他側關節突，再使頭由前向後迴旋，俟右側整復後，再令患者頭向右側傾斜，由前向後迴旋。於是左側脫臼，亦被整復矣。

(四) 胸椎脫臼 (*Die Luxation des Brustwirbels*) 單獨脫臼甚少，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，其脫臼部直上方之棘突著明突出。整復術，即牽引脊柱上下兩方，在凸隆之脊柱上，直接加以壓力。

(五) 腰椎脫臼 (*Die Luxation des Lendenwirbels*) 因其聯合極堅，故甚少。

第四節 脊柱之創傷

(Wunden der Wirbelsäule)

以刺創槍創爲最多。即小刺創，用無腐爛帶即能癒合。唯創口稍大，創緣著明挫滅者，須以碘仿棉紗栓塞，或開大其創口。至於由前方射來之槍創，彈子每留於椎體內。由後方或側方射來之槍創，有時僅破碎棘突及椎弓而不穿通脊椎管。然平常多爲脊椎管穿孔，且兼脊髓損傷者。高度症脊髓著明挫滅。

症候及經過：以脊髓損傷輕重，及發炎症否而不同。在脊髓損傷之症候，經過及預後，已詳於前，茲不贅。

療法：對於槍創，須開大創口，嚴重消毒，在穿通脊椎管者，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。外部充填碘仿棉紗，再加防腐爛帶。

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沈着於此，遂發本症。傷寒症之經過中，往往繼發此病，是名腸傷寒後脊椎炎(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放散性疼痛。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。

預後：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)

多以椎體之結核性骨炎或骨髓炎起始。原發於椎間韌帶，
脊椎關節或關節突者甚少。初期該部之脊神經領域，發生疼痛。壓

第二百七十一圖

脊柱之結核性後彎

(著者)



迫或運動局部亦然。病機漸進，脊柱硬直。患部腫脹，浸潤，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 tuberculose Kyphose*) (駝背(*Der Buckel od. Gibbus*))。因本病係一七八三年英醫 Pott 氏所詳細記載，故又稱為 Pott 氏病或 Pott 氏駝背(*Malum Pottii, die Pott'sche Krankheit, der Pott'sche Buckel*)。以 3—10 歲之小兒為最多，15 歲以上者較少。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，亦有亘數年病灶包裹而不呈駝背者，更有一方向外穿破，一方向椎間韌帶及他骨蔓延

者。椎骨破壞愈大，駝背亦愈著明。此處後彎，他部必起代償的前彎。例如胸部後彎，頸部及腰部則發前彎。病灶溶解軟化，膿因自己之重力，經筋膜或腱膜之間隙，向下方流注，至一定部而蓄積多量膿汁，成為寒性下垂膿腫或蓄積膿腫(*Der kalte Senkungsabscess oder der*

第二百七十二圖

胸部脊椎炎

(著者)



第二百七十三圖

腰部脊椎炎

(仿 Hoffa 氏)



第二百七十四圖

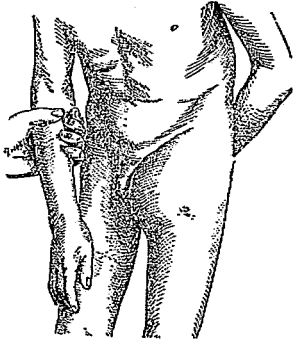
頸胸部脊椎炎

(仿 Hoffa 氏)

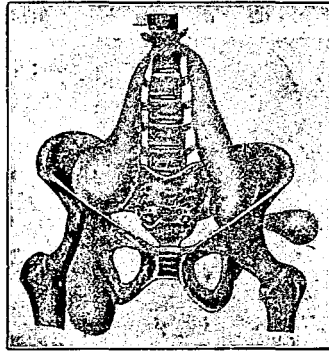


Kongestionsabscess)。如因上方頸椎結核，則起咽後膿腫或食管後膿腫 (*Retropharyngealabscess* oder *Retrosophagealabscess*)。從其大小而來呼吸及嚥下障礙，甚或於斜方肌 (*M. trapezius*) 前方或鎖骨上窩部向外破開。上方胸椎結核，則膿下垂於後縱隔膜內，續發縱隔膜炎。下方胸椎及上方腰椎結核，膿沿腰筋膜至鼠蹊韌帶，經股環而達於股前內側，是即腰肌膿腫 (*Der Psoasabscess*)，此時腰肌亦稍化膿 (繼發性結核性腰肌炎 (*Psoitis tuberculosa secundaria*))。大腿取屈曲位，易與股關節炎誤診。又有膿汁蓄積於鼠蹊韌帶之上方，或穿破陰囊者，亦有經坐骨大切迹 (*Incisura ischia major*) 而現於臀部者。若向直腸破

第二百七十五圖
腰肌腫脹



第二百七十六圖
因腰椎骨病所起之各種注視點



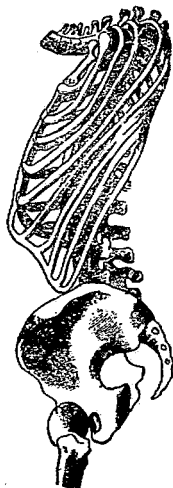
開時，則成結核性直腸瘻。本症脊椎雖有高度屈曲而脊髓毫無壓迫症候。線骨勢徐緩，脊髓漸成習慣故也。倘彎曲過速，不免起壓迫症候。腿反射著明亢進。上部胸椎之駝背，肋骨向下傾斜，胸廓扁長。下部胸椎之駝背，肋骨上舉，胸廓粗短，其前後徑著明延長。腰椎及薦骨之後彎，骨盆口之直徑增加，而出口之橫徑縮小。

經過及預後：經過緩慢，但有脊柱尚未變形而即致死者。預後大體不良，能施以適當治療，或有治愈之望。治愈後再發或起粟粒結核致死者有之。

診斷：有駝背及下垂腫脹者易診。初期須精密檢查其特異症候，即患兒運動漸不活潑，成人則訴種種神經痛，由其兩肩或頭上向下加以壓迫，或順次打擊脊椎棘突，又或使之廻旋脊柱，則於一定部位訴有疼痛。此時於該部兩側得認知背肌之攣縮。又患兒常保持脊柱於正直位置（肌性强直（Muskulöse Steifigkeit））。若向前稍屈，必加兩手於腿以支身體。試令患兒拾取物體，則脊柱正直，膝股強度屈曲，顏面顰蹙。起立時以手支於膝關節上，徐徐向上移動而

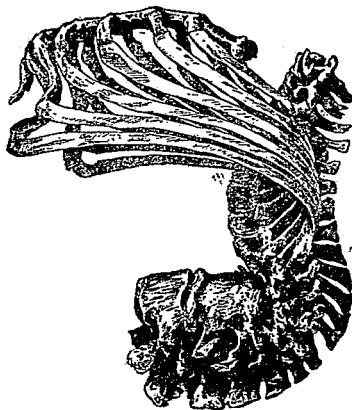
第二百七十七圖

上部胸椎之駝背



第二百七十八圖

最下部胸椎之駝背



伸展其股膝關節（健兒拾物，脊柱全部屈曲，膝關節則稍屈曲而已）。又令患者取腹臥位，持其兩下腿而上舉之，則於下肢上舉時，腹背亦同時上舉，與髖關節強直呈同一之變化。欲鑑別之，可利用 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。太陽療法每奏效力。X 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，尚居其次。若病在頸椎，先令患者安臥，頭部用 Glisson 氏係帶及重錘（重錘之量，在小兒從其年齡自 1.5—2 Kg. 大人 3—4 Kg.）索引。病在胸椎，則利用 Rauchfuss 氏浮動帶。但上二法，患者皆須久臥床上，榮養將漸不良，故近來多用各種支持裝置（Der Stützapparat），即以

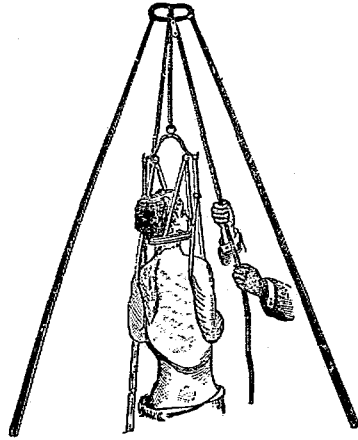
第二百七十九圖

患者拾取物體之姿勢
(仿 Wullstein 氏)



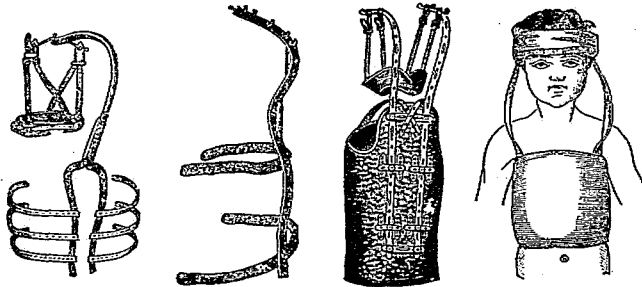
第二百八十圖

懸吊器
(仿 Sayre 氏)



固定患部而不妨礙其自然運動爲主旨。各支持裝置中又以 Sayre 氏石膏胸衣 (*Gipskorsell nach Sayre*) 爲最良。法將患者懸吊，使其身體垂直 (如二百八十圖)，以足尖尙着地面爲度。然後於脊柱突出部，左右腸骨嵴，胃部，女子乳房部，皆加棉花，以避壓迫。再由腋窩至大粗隆纏絡一層綳帶，或使穿着汗衫，必要時頸部亦先纏絡棉花，以便固定，外加石膏綳帶。俟硬化後再放下其身體。此種石膏綳帶，須持續數週或數月始能解除。如欲固定及牽引頸椎，則用 Sayre 氏或 Nebel 氏支持裝置 (*Der Nothmast, Jurymast nach Sayre oder Nebel*)，及 Beely 氏複梳毛布胸衣 (*Das Filzkorsell mit Doppelmast*)。又 Begel 氏有將頭與胸廓之周圍，各加一石膏綳帶，於此二帶間，裝入二鐵條而成橋狀石膏綳帶 (*Der Brueckengipsverband*)，以固定頸部之法，亦甚簡便。對於寒性膿腫可以穿刺排膿。視患者之年齡，注射 5—10—20 gr. Jodo-

第二百八十一圖 支持裝置 (Sayre 氏)
 第二百八十二圖 支持裝置 (Nebel 氏)
 第二百八十三圖 複極毛巾陶衣 (Beely 氏)
 第二百八十四圖 橋狀石膏纖維帶 (Begel 氏)



formglycerin, 大抵二三週注射一回。至手術療法, 往昔皆將患部露出, 行搔爬或切除術, 近則多主利用短時間內, 能將脊柱固定之法, 即所謂手術的脊柱固定 (*Die operative Fixierung der Wirbelsaeule*) 是也。法有種種, Lange 氏則用金屬副子固定棘突, Hadra 氏則用金屬線縫合棘突, Hibbs 氏則由上方向下方切除棘突基部而向下方翻轉之, 符於下方同樣處置之棘突創口內, 使營骨性癒合。Albec 氏則縱行切除棘突正中線, 再採患者之脛骨骨片, 移植於切割面之中間, Toblasek 氏則將隣接於棘突側面之肋骨, 使之脫臼, 再接合之, Halstead 氏則切開棘突之一側基底, 再切除其左右面, 於是採脛骨骨片移植於切開處, 林喜作氏則有以骨片充塞於棘突之間腔, 使各棘突間起骨性癒合之法, 即先將各棘突間對向側之骨衣剝離, 露出骨質, 次採脛骨骨片而以鋸截開骨片之上下二端, 使成 H 字狀, 輕輕壓入於各棘突之間, 然後用石膏固定脊柱於前彎之位置, 成績佳良云。

三，梅毒性脊椎炎

(Spondylitis syphilitica)

大抵發於第三期。以頸椎為多，骨質破壞恒較結核為輕，因新生機較盛故也。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，喉粘膜或病椎之棘突部皮膚腫脹，夜間疼痛。疼痛之度不一，沿頸叢放散。脊柱後彎，甚者呈腦膜炎症候。若為胸椎梅毒，則頸椎腰椎向前彎曲。知覺異常，且發神經痛。腰椎梅毒，則因病變部之迴旋而起側彎。患者有薦骨痛及坐骨神經痛，易與下腹部及骨盆疾病誤診。

診斷：與結核或腫瘤甚難鑑別，但本症決無流注膿腫，其他可用血清診斷或X光線檢查等。

預後：能早期診定，且施適當治療者，預後佳良。

療法：驅梅毒法，並用矯形術。

四，強直性脊椎關節炎

(Spondylarthritis ankylopoetica)

Strümpell氏稱之為慢性強直性脊椎炎(*Spondylitis chronica ankylopoetica*)。原因未詳，風濕症，淋病，梅毒，急性傳染病，外傷與本病有關。多發於20—40歲之男子。女人較少。初於脊柱各小關節發生慢性炎症，次來骨性癒合，關節韌帶化骨。椎體初無變化，後以關節軟骨化骨而互相癒着。椎間孔因骨性增殖，遂呈神經根壓迫症候。但決無如畸形性脊椎炎之起椎體骨新生者，至末期反能認知其壓迫性萎縮。

症候：初於薦骨部腰部起神經痛。脊柱漸次強直，特以腰椎

及下部胸椎爲著。向上蔓延，脊柱弓狀後彎，強直。患者有一定姿勢，即軀幹前屈，頭亦前俯，頰接胸骨，不能平視，肩胛與膝屈曲等是。若令仰臥，絕難伸直。伸展膝關節，則上部脊柱及頭懸置空中。肋骨之脊椎關節，亦被侵犯，次第強直，患者只能行腹式呼吸。腕關節，肩胛關節漸次發生風濕性疼痛，陷於強直。往昔分爲二型，一爲胸椎先著，明後彎，脊髓神經因壓迫而現知覺障礙及神經痛者，是名 *Bechterew'scher Typus*。一爲由腰椎起始，脊柱多不後彎，且無神經症候者，是名 *Pierre-Marie-Strümpell'scher Typus*，實則二者互相移行，僅臨床症候有多少之差耳。

療法：內服碘化鉀，砒，金雞納，Salol, Aspirin 等。蛋白體療法 (*Proteinkoerpertherapie*) 有奏效者。水浴，熱氣療法，X 光線療法，按摩，體操等皆可用。有劇痛者，可一時安置於石膏胸衣或支持胸衣 (*Gipskorsett od. Stuetzkorsett*) 之上。

五，畸形性脊椎關節炎

(*Spondylarthritis deformans*)

本病有與強直性脊椎炎混同者。其異於前症者，即好發於五十歲以上之老人。以關節軟骨起始。該軟骨在 X 光線像上，厚徑減小，脊椎體上緣及下緣發生多數骨瘤，與隣接椎骨癒合。脊柱側彎或後彎療法如前。

六，腰痛

(*Die Lumbago od. Hexenschuss*)

多因感冒而發。腰肌起風濕症性症。但 Erben 氏則謂本症非爲肌肉之疾病，却爲腰椎關節之疾患。該部有壓痛，乃其特徵。間或爲腰部皮膚神經之神經痛云。或爲外傷，脊髓癱初期，骨軟化症時。

經衰弱慢性酒精中毒等之一症候。其定型性者，由變換體位而發急劇之疼痛。經過甚短，大抵十日前後即可治愈。

療法：按摩法，發汗療法，規則的肌運動法，電氣療法等。

第六節 脊柱之彎曲

(Verkrümmungen der Wirbelsäule)

初生兒之脊柱原為正直，至取坐位時，則因負擔體重，漸次稍向後方彎曲，迨起立及步行之頃，更因體重及肌肉牽引而來生理的彎曲。即當起立或步行時，腰部脊柱應骨盆傾斜之度而前彎，此時欲保身體之平衡，胸部脊柱起代償的後彎，頸部脊柱再向前彎，於是脊柱遂成 S 狀而富彈力及運動性。至於病的彎曲，亦不外負擔體重之結果，而誘其發生者，又為脊柱之損害及疾病。就中如炎症，骨軟化，骨發育異常及肌肉衰弱等，因其彎曲之方向而別為三種。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 der Wirbelsäule)

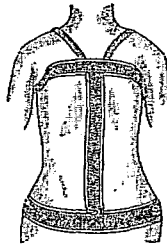
乃脊柱屈曲彎縮，其穹窿向後方者也。又因原因及臨床而別為二種，一為發育期之習慣性後彎，二為脊柱炎症及其他疾病所起之後彎是也。後者如因骨折而起之外傷性後彎，及因脊椎結核而起之駝背，前已述及，茲僅言其前者。

習慣性後彎 (*Die habituelle Kyphose*) 亦稱為發育性後彎 (*Die Wachstums kyphose*)，常見於二三歲之佝僂病小兒。又或發於 10—16 歲肌肉薄弱之貧血性處女，即所謂圓背 (*Der runde Ruecken*) 者是。此等兒童，當讀書寫字時，輒屈曲其脊背，久之遂呈變形。此外成人，若因職業關係，致椎體及椎間軟骨因壓迫萎縮而起變形者，謂之職

第二百八十五圖

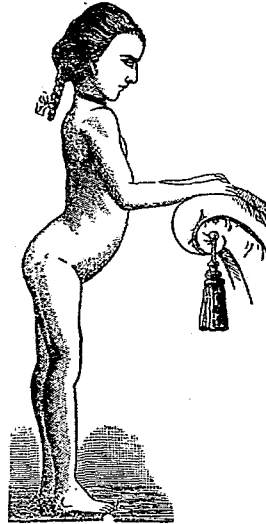
直位支持器

(Nyrop 氏)



第二百八十六圖

兩側髓關節先天性脫臼之代償性脊柱前彎



業的脊柱後彎 (*Die professionelle Kyphose*)。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 (老年性後彎 (*Alterskyphose*))。

療法: 習慣性症,先除原因,次行各種體操。此外利用 Rauchfuss 氏浮動帶,或使患者仰臥於枕上。對於 10—16 歲之小兒,可用 Nyrop 氏直位支持器 (*Der Nyrop'sche Geradhalter*)。職業的後彎,不得不求改業之法。

二, 脊柱前彎

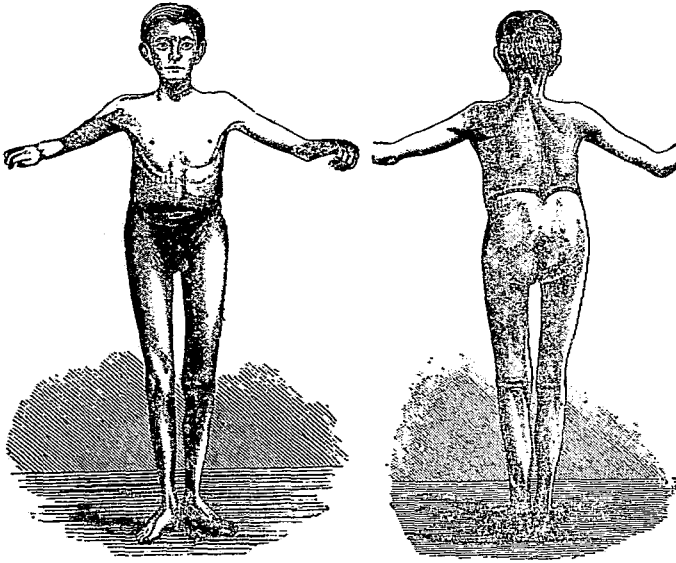
(*Die Lordose der Wirbelsäure*)

為脊柱彎曲中之最少者,其穹窿向前方,以腰部為多,其原因

第二百八十七圖

高度之脊柱前彎(脊柱脫位)

(仿 Leser 氏)



爲骨盆傾斜,脊柱起一種代償性作用。例如兩側先天性髖關節脫臼者,每發本症,患者腹部及臀部皆凸隆,腰部陷沒。高度症腰推越薦骨基底面而轉移於其前下方,進而沈沒於小骨盆內,可以指由直腸內觸知之,是曰脊椎脫位(*Die Spondylolisthesis*)。

療法: 先除原因,次行體操法,兼用支持裝置。此裝置之最良者,爲 Nyrop 氏支持裝置 (*Der Nyrop'sche Stuetzapparat*)。

第二百八十八圖

支持裝置
(Nyrop氏)



- (a) 鋼製之背板
- (b) 橫桿
- (c) 臀部壓枕
- (d) 彈力性腹帶
- (e) 肩胛帶
- (f) 骨盆帶

第二百八十九圖

右側胸部脊柱側彎
(著者)



三，脊柱側彎

(Die Skoliose der Wirbelsaeule)

為脊柱向側面彎曲之症。多發於胸部及腰部，脊柱全部側彎者甚少，且兼縱軸迴旋。側彎愈甚，迴旋亦愈大，此因較厚之椎體，壓向於寬廣之凸側，而椎弓則壓向於狹隘之凹側故也。少女之發育期易於發生，常為右側彎曲，緣正常之脊柱，本稍右彎，始以右肩及腕之肌肉動作較強，且有主動脈經過其左側之故。就其發生原因而別為六種。

(一) 先天性側彎 (*Die angeborene Skoliose*) 極少。

(二) 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，椎間軟骨及肌肉抵抗力薄弱，亦關於體重之異常負擔。

(三)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(後側彎(*Kyphoskoliose*))。但在結核性脊椎炎，病勢僅及椎體之一側者，則每呈純粹之側彎。其他屬於此者，尚有癩痕性側彎(*Die cicatricielle Skoliose*)及Hysterie性側彎(*Die hysterische Skoliose*)。

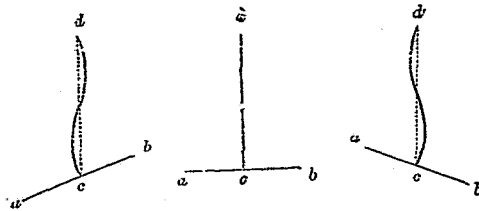
(四)外傷性側彎(*Die traumatische Skoliose*) 為脊柱骨折的畸形治愈者。

(五)重力性側彎(*Die statische Skoliose*) 因兩下肢之長短不同或其他機能障礙而起。其主因為一足短縮或骨盆傾斜，如股關節及膝關節攣縮，骨盆畸形等。每發此症，在急性風濕症性肌炎(腰痛)及坐骨神經痛所起之一時性側彎，稱為坐骨神經痛性或神經性側彎(*Scoliosis ischiadica s. neuropathica*)。其所以致此之由，據Tillmanns氏之說，患者欲減輕疼痛側之神經緊張，遂於不知不覺間，傾斜其骨盆而來側彎云。

至於發生重力性側彎之理由，可視二百九十圖而得理解，即

第二百九十圖

重力性側彎之發生

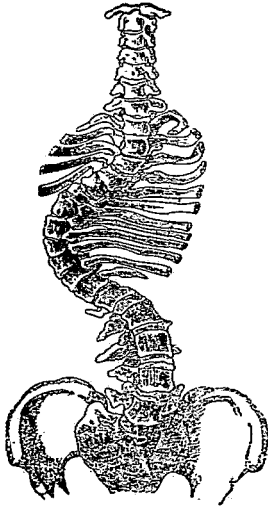


骨盆橫軸(圖中abc)若向一方傾斜,則腰部脊柱為維持軀幹之平衡而向低降之骨盆側彎曲,胸部脊柱不得不向反對側彎曲,頸部脊柱則與腰部呈同一之側彎。越時既久,遂繼起骨之畸形而固定於異常位置。

(六)習慣性側彎(*Die habituelle Skoliose*) 為側彎中之最要最多者。常見於8—16歲肌肉薄弱之處女。發生之理,學說頗多。就中為今日所信者,即以骨盆傾斜為其主因。骨盆之所以傾斜,又因身體姿勢之不正,如斜坐寫字或一側負重者,其骨盆傾於一方,脊柱為保持身體之平衡而來彎曲,此時椎骨受壓力之一側,厚度減小,遂成楔狀,同時並向縱軸迴旋,即椎體轉向凸側,而椎弓則向凹側。

第二百九十一圖

右側胸部脊柱側彎



肋骨亦呈特異之變形,即在脊柱凸側之肋骨,強向後彎,而生後方肋骨隆起(*Der hintere Rippenbuckel*) (如二百九十三圖A),肋間增廣。而在凹側者,肋間狹小,該側胸廓後方平坦,前方則成與凸側後方肋骨隆起相對之前方肋骨隆起(*Der vordere Rippenbuckel*) (同上圖B),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,又因骨盆經久傾斜,胛骨亦起變化,而其傾斜方向,恒與胸廓相反。如在右側胸部側彎,則骨盆之左斜徑延長。

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

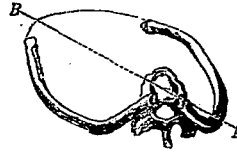
第二百九十二圖

左側腰部脊柱側彎脊柱迴旋



第二百九十三圖

右側側彎之胸廓傾斜



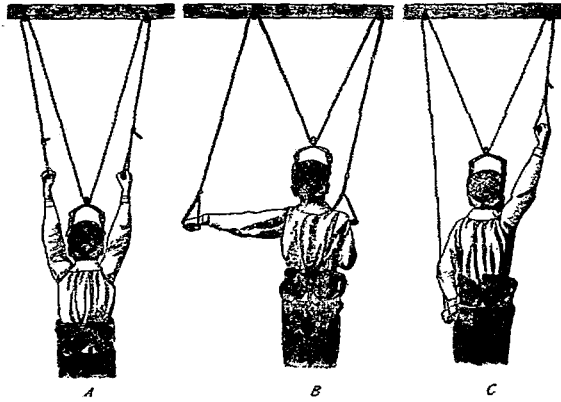
畸形者爲第一期肋骨變形，胸骨偏於一方，脊椎開始縱軸迴旋者爲第二期，肋骨前後之隆起劇變，脊柱彎曲更甚，雖施懸吊法，不能恢復其一部者爲第三期，第一期可以矯形而愈，第二期尚能防止其增甚，至第三期則已無能爲力矣。

療法：以除去原因爲最要，習慣性側彎，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，坐時身體務令正直，且不可久坐，注意營養及體育，藉以強壯身體，既發病者則用矯正療法，兼行滋養法，體操，游泳，按摩法等，如伸展鞦韆 (*Der Streckstuhel nach C. Schmidt*) (如二百九十四圖)，斜凳 (*Der Schiefe Sitz nach v. Volkman*) (如二百九十五圖)，石膏胸衣 (*Gipscorsett*) (如二百九十六圖)，矯正裝置 (*Der Korrektionsapparat von Hoffa*) (如二百九十七圖) 等，皆治療本症之最稱用者 (詳見矯形學)。

第 二 百 九 十 四 圖

伸 展 軟 繩

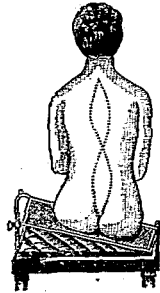
(C. Schmid 氏)



第 二 百 九 十 五 圖

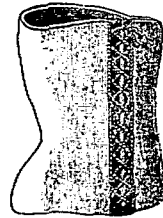
針 筴

(v. Volkman 氏)



第 二 百 九 十 六 圖

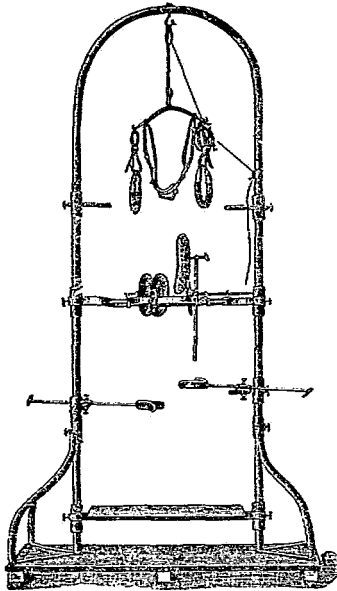
石 膏 胸 衣



第二百九十七圖

矯正裝置

(Hofla氏)



第七節 脊柱之腫瘤

(Geschwuelste der Wirbelsaeule)

惡性腫瘤多於良性，尤以癌瘤為最多。或由隣接臟腑蔓延（乳腺子宮，食管，胃，腎）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，脊髓起壓迫性麻痺。其彎曲多作弓狀（鮮呈角狀），亦有僅以神經痛為其唯一症候。待破壞

甚大，始犯脊髓而發一定障礙者。次為肉瘤，或原發於骨衣，或由他處蔓延及轉移而起，經過較癌瘤迅速。

療法：惡性腫瘤，不過對症療法。良性者摘出之。

第二章 脊髓之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des Rueckenmarks)

第一節 脊髓之損害

(Verletzungen des Rueckenmarks)

因損害脊髓全橫徑所起之症候，已述於脊柱骨折中，茲僅言其餘者。

一、脊髓震盪症

(Commotio medullae spinalis, die Erschuetterung
des Rueckenmarks)

因墜落，或重物落於脊椎部，及火車出險時，每來脊髓之強劇震盪，以至於死。此時或併發腦震盪症。

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。即先起肌痛，精神與脊或憂鬱，五官過敏，運動力缺乏，記憶力減退，知覺脫失或過敏等。終致痙攣及麻痺。經過緩徐，治愈者鮮。多以慢性衰弱而死。

療法：與腦震盪症同。

二、脊髓壓迫症

(Compressio medullae spinalis, die Kompression)

des Rueckenmarks)

此篇所述，係專指椎管內溢血所起之壓迫而言。此溢血名曰脊髓血瘤(*Die Haematomyelie*)，常見於頸髓。通常於受傷後，尚無著名症候，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，參考脊柱骨折，施以適當之處置。

三、脊髓之挫傷

(*Contusio medullae spinalis, die Quetschung des
Rueckenmarks*)

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 Rueckenmarks*)

以刺創及槍創為最要。刺創因刀劍等銳器，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麻痺，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，或僅起壓迫症候。

療法：嚴密防癒，有異物者除去之，或開大外部創口，充填碘仿棉紗。又或切除椎弓，除去彈片或折片。餘行對症療法。

第二節 脊髓及其被膜之炎症

(*Entzündungen des Rueckenmarks u. seiner Haeute*)

脊髓炎(*Die Myelitis*) 基因於脊柱及脊髓之損害,前已屢屢言之,茲不復述。

脊髓膜炎(*Meningitis spinalis*) 發於硬膜之外方或內方,因脊椎損傷或椎骨炎症而續發。

外脊髓硬膜炎(*Pachymeningitis spinalis externa*) 有伴發脊椎急性骨髓炎者,而以結核為多,梅毒甚少,硬膜浮腫浸潤,漸起乾酪變性,初尚局限,後乃蔓延周圍鬆疏結締織內,所發症候為背痛,脊柱強直,神經痛樣疼痛,知覺過敏等,有時肌肉痙攣,內脊髓硬膜炎(*Pachymeningitis spinalis interna*) 多併發軟脊髓膜炎(*Leptomeningitis*),繼發於脊椎結核者較少,多為脊髓之創傷,手術或脊椎水腫破裂後,致來化膿性炎症。

療法: 外脊髓硬膜炎專治原因,即內脊髓硬膜炎亦然,而尤以預防為要,即創傷後已起傳染者,開大創口,加以栓塞,制其蔓延。

第三節 脊髓及其被膜之腫瘤

(Geschwuelste des Rueckenmarks und seiner Haeute)

多屬結締織性腫瘤,由蜘蛛膜發生,起於軟膜者甚少,脊髓內神經膠瘤(*Glioni*),常合併肉瘤,此時脊髓非僅不增大,且形成空洞而發脊髓空洞症之症候,疼痛為本症之主徵,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,其他尚有反射機亢進,痙攣,肌強直等,在第二胸神經上方之脊髓受壓迫時,則有瞳孔之變化。

療法: 良性腫瘤,行脊柱穿開術摘出之。

第四節 脊柱之手術

(Die Operation der Wirbelsaeule)

一、椎弓切除術(脊柱穿開術)

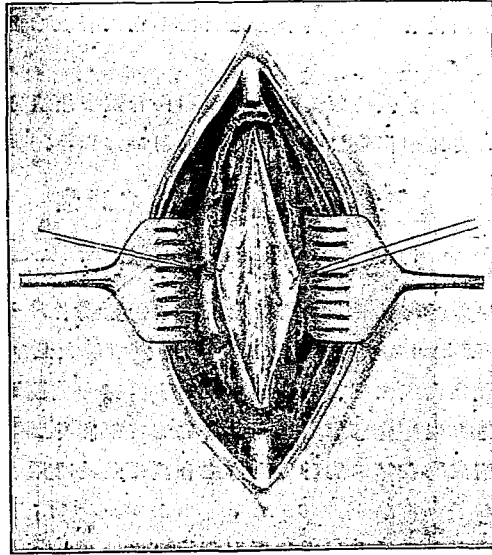
(Die Laminektomie, die Resektion der Wirbelbogen)

(Die Trepanation der Wirbelsäule).

一八八六年英醫 Macewen 氏初用此法於脊椎骨折及骨瘍之患者,即於棘突頂尖部,縱切皮膚,剝離棘突及椎弓之骨衣,然後用

第 二 百 九 十 八 圖

脊 髓 硬 膜 切 開 後 之 狀 態



骨剪剪斷棘突根部,向二側排開骨衣及肌肉,更以圓鋸及骨剪切開脊椎管,露出脊硬膜,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,待必要之處置既畢,乃

縫合硬膜、次及肌及筋膜，終則縫合皮膚而開放其上下二角，以便排泄創液。

二，Foerster 氏手術

(Foerster'sche Operation)

本法對於 Little 氏病（先天性痙攣性肢節強直），脊髓癆之胃發症（*Gastrische Krise*）行之有效云，即以前法開放脊椎管，再用動脈瘤針向一側牽引脊髓，而切除其反對側緊張之後根者。如為下肢攣縮，則開第十二胸椎及第一第二腰椎，切除 I—II 腰部之後根。如為胃發症，則切除 VI—XII 胸部之後根。

三，椎管之腰穿刺術

(Die Lumbalpunktion des Wirbelkanals)

此法係一八九一年德醫 Quincke 氏所創，氏欲減輕腦室內之壓力，則穿刺腰椎部蜘蛛膜下腔而泄其腦脊髓液，緣腦脊髓蜘蛛膜下腔及腦室，均相交通。故穿刺該部，腦壓即被減少。此法不僅應用於治療，亦為檢查腦脊髓液性狀之不可缺者。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，再以腰椎穿刺器，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，由中央再向上接觸即得。然在成人，棘突間有堅強之韌帶，故宜離正中線 2—3 mm 處刺入，待針深入 4—6 cm（小兒約 2cm），即至蜘蛛膜下腔。

於此尚須述及者，為 Bier 氏脊髓麻醉法及硬膜外注射法。

Bier 氏脊髓麻醉法（*Die Anaesthesierung des Rueckenmarks nach Bier*）

係根據穿刺術，將麻醉藥注入於腰椎部脊髓硬膜囊內，使下半

身痛覺脫失之法也，爲 1898 年 Bier 氏所創。往昔應用 Cocain，今則多代以 Tropacocain (0,05)。注射後經 5—10 分鐘，臍部以下之痛覺漸次脫失。此種痛覺脫失，大約持續 40 分鐘。然注射後有發頭痛，惡心，嘔吐，眩暈，惡寒，發熱等副症候，甚致死亡者，是其弊害。

Jonnescu 氏更用 Strychinin 及 Stovaine 混合液注射於第十二胸椎及第一腰椎間，甚或注射於第一胸椎及第二胸椎間得行全身無痛性手術云。

Cathelin 氏薦骨管內脊髓硬膜外注射法 (*Die epidurale Injektion in den Sakralkanal nach Cathelin*) 爲 1893 年法醫 Cathelin 氏所創。係將麻醉液注入於薦骨下端之脊髓硬膜外，即便膜與脊椎管內骨衣之間者。本法無危險症候而麻醉區域不廣。法令患者側臥，左手示指沿薦骨棘突向下觸覺三角形凹陷之薦骨管裂口，右手取注射器針尖垂直刺入該裂口之閉鎖膜。俟至深部，乃將針轉向脊椎管內刺入。注射液有單用生理食鹽水，以爲坐骨神經痛，夜尿症，及脊髓疾病之治療者。

第三章 骨盆之損害及疾病

(Verletzungen und Krankheiten des Beckens)

第一節 骨盆之骨折

(Frakturen der Beckenknochen)

甚少，間或發於強刺之直接暴力。緣骨盆骨彈力性較大，且以堅強之韌帶連絡各部，上被厚肌層，故雖遇劇烈衝突或輪碾會陰及臀部雖生大創傷而骨仍得無恙。至因間接外力而起者，更屬創見，因其範圍，別爲二種。

一， 骨盆骨單獨骨折

(Die isolirten Frakturen der Beckenknochen)

凡骨折限局於骨盆骨之一部者屬之。

坐骨結節骨折 (*Die Fraktur des Tuberculi ossis ischii*) 之折片及骨衣均離斷者，則折片可因下肢屈肌之牽引而向下方轉位。

腸骨翼骨折 (*Die Fraktur der Darmbeinschaukel*) 之折片不致轉位。而在橫骨折，則上折片每被腹斜肌及腹橫肌牽引於上。

腸骨嵴骨折 (*Die Fraktur der Crista iliaca*) 時，該嵴由臀肌向外，由腹橫肌及腹斜肌向下牽引。

腸骨前上棘及前下棘骨折 (*Die Fraktur der Spina ilei anterior superior et inferior*) 時，其前上棘能因縫匠肌及闊筋膜張肌 (*M. tensor fasciae latae*) 而向下方轉位。

髌臼骨折 (*Die Fraktur der Pfanne*)，若股骨頭突入於小骨盆內時，則名中心性股骨脫臼 (*Luxatio femoris centralis*)。

二， 骨盆骨複雜骨折

(Die multiplen Frakturen der Beckenknochen)

又由其發生狀況而別為四種。

骨盆環骨折 (*Die Fraktur des Beckenrings*) 因直接外力，以矢狀方向由前向後，將骨盆之直徑或斜徑壓縮而起。此時不僅腸骨及恥骨水平枝發生骨折，亦來坐骨上枝骨折及薦腸關節離開，薦骨向前上方轉位，或兼薦翼之骨折。

骨盆骨複鉛直骨折 (*Die doppelte Vertikalbruch der Beckenknochen*)

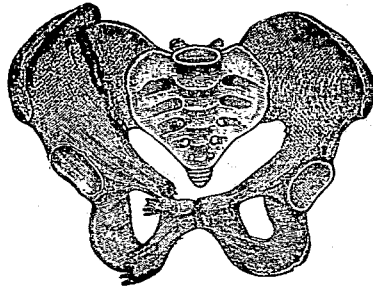
由側方壓迫骨盆橫徑而起。此時除恥骨縫及薦腸關節離開外，一側之腸骨、恥骨，及坐骨，均以鉛直方向而破折，卵圓孔裂成二半。

本症係 Malgaigne 氏所首先記述，故亦名 Malgaigne 氏複鉛直骨折
(*Der Malgaigne'sche doppelte Vertikalbruch*)。

第二百九十九圖

骨盆骨複鉛直骨折

(仿 Malgaigne 氏)



壓迫骨盆斜徑所起之骨折，概與壓迫骨盆橫徑者同。亦來薦腸關節離開，或複鉛直骨折，間或兼發腸骨粉碎骨折。

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盆及下肢之運動。軟部損害，欲檢其異常運動及唧軋音，則以矢狀徑橫徑或斜徑方向，壓迫其骨盆，但不可用強力。內診直腸及陰道，亦屬診斷上之要件。又膀胱、尿道、直腸、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，先整復其折片，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盆，對於複雜骨折，則依一般法則處理之。

第二節 骨盆骨脫臼

(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，或見於骨盆狹小之婦人分娩時，其特異症候，為疼痛，異常運動及步行艱難等。觸診該處，有哆開之裂隙，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*) 常兼骨盆環及骨盆鉛直骨折，以橫徑矢狀徑或斜徑之方向，強力壓迫骨盆所致。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，則左右腸骨嵴及腸骨前上棘異其位置。若合併恥骨縫斷裂者，則骨盆半側向上前方或後外方轉位，患側之下肢縮短且外旋。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盆，必要時行骨縫合術。

第三節 骨盆軟部之損害

(Verletzungen der Weichteile des Beckens)

骨盆軟部之挫傷，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。

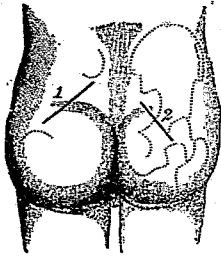
骨盆軟部之創傷，多為刺創或槍創，若傷及臀上或下動脈，則來強烈之出血。

療法：生大血腫者行無腐穿刺術，臀動脈出血，則結紮之。

(一) 臀上動脈結紮法 (*Die Unterbindung der A. glutea superior*)

第三百圖

結紮臀動脈之皮膚切開式



1, 臀上動脈

2, 臀下動脈

該動脈為腸骨內動脈分枝中之最大者，經由梨狀肌上面及坐骨大切迹之上緣，而分佈於大中小臀肌。結紮時，令患者俯臥，高舉骨盆，患側下肢稍外展，由腸骨後上棘，斜向下外方而至大粗隆附近，切開皮膚，皮下脂肪組織，及臀筋膜（如三百圖1），鈍的分離臀大肌纖維，排開創口，於其上方能觸知坐骨大切迹邊緣，更切開臀中肌及梨狀肌之間隙，即得本動脈，分離以後，乃密接坐骨孔，加以結紮。

(二) 臀下動脈結紮法 (*Die Unterbindung der A. glutea inferior*)

該動脈借陰部內動靜脈及坐骨神經，出於骨盆，沿梨狀肌下緣而分佈於臀之下方。結紮時，由腸骨後下棘下方一指橫徑處起刀，斜向下行，至大粗隆與坐骨結節間，切開皮膚及軟部（同上圖2），依前法搜求梨狀肌下緣，薦骨結節韌帶及薦骨棘韌帶，於梨狀肌下緣，薦骨棘韌帶之上，即得臀下動脈，坐骨神經，係在該動脈之外後方。

第四節 骨盆骨及骨盆關節之炎症

(Entzündungen der Beckenknochen und Beckengelenke)

或屬原發性，或繼發於鄰接器官之疾病，或由膿毒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。

一， 骨盆骨急性骨髓炎

(Osteomyelitis actua 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，旋互融合而成大膿腫，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，往往如四肢骨之起骨端離解。

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，為骨肥厚及骨盆變形。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，患側骨盆狹窄，腸骨內外面發生多數贅骨，髌關節亦被侵襲，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，暢利排膿，小腐骨片，可以自然而排出。慢性症，宜切開瘻管或爬除肉芽，有大腐骨者鑿去之。

二， 骨盆骨及骨盆關節之結核

(Die Tuberkulose der Beckenknochen und Beckengelenke)

骨盆骨之結核性骨瘍，多見於腸骨嵴，髌臼後部及薦腸縫近部，或為原發性，或繼發於髌關節及薦骨縫結核之後。有時成大膿腫而向大腸蔓延，或穿破於膀胱直腸及陰道內。

骨盆關節結核，實為常見之症，就中尤以薦腸關節結核為最

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。臀肌瘦削，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，為局部疼痛發現較早，次於縫之上方或後方，形成膿腫。破開後貽留瘻管。

療法：對於骨盆骨骨瘍，切開局部施行搔爬。病灶存於骨盆內面者，須先鑿開骨盆，或切除尾骨及薦骨之一部。在骨盆關節結核，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% Jodoformglycerin, X 光線療法，日光療法，每奏良效。

第五節 骨盆軟部之炎症

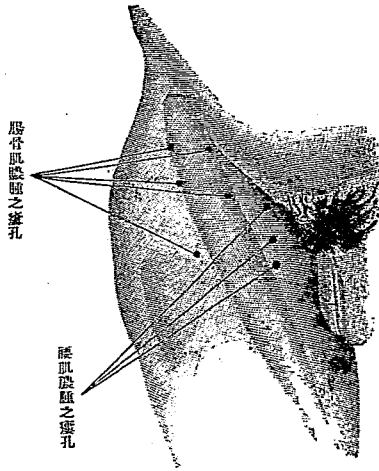
(Entzündungen der Beckenweichteile)

或為骨盆本身之疾病，或由遠隔部位之膿，流注於此，所謂腰肌膿腫 (Der Psoasabscess) 者，大多為胸椎及腰椎結核之續發症。此種續發性結核性腰肌炎之膿汁，或蓄積於肌周圍結締織內，或存留於肌間結締織內，由鼠蹊韌帶之上或下，向外方破開。又或穿通陰囊，或經坐骨孔而向臀部流注，更或破開於腸，直腸，及膀胱之內。其向大腿流注者，常現於大腿之前側，腰肌縫之內方，或沿內收肌而下垂於膝。又本症有沿腰方肌緣，蔓延於腰部者。有以腸骨粘液囊為媒介而穿破於髕關節內者。若膿汁依腸骨肌區域蔓延時，則名為腸骨肌膿腫 (Der Iliacalabscess)。然本症常發於腸骨及薦骨關節之結核，或以髕關節炎穿通髕臼而起。膿汁由腸骨肌下或肌內，向鼠蹊韌帶下方而流注於該肌縫之外緣與股直肌內緣之間，形成瘻管。或更向下，於股直肌與闊筋膜張肌間，或縫匠肌鞘側傍

破開。亦有穿破髖關節或經坐骨孔而至臀肌下，及沿大腿屈肌而破開於大腿後面，或在薦骨前面，向下流注而穿破於會陰部者。

第三百〇一圖

腰肌膿腫與腸骨肌膿腫
穿破於大腿前面之位置



此等膿腫之破開部位雖有種種而腸骨肌膿腫，其腫瘤多居於腸骨窩內面。若向大腿前面破開時，則其瘻孔位於縫匠肌之外緣或內緣而腰肌膿腫，則在腰肌腱之內側（如三百〇一圖）。至於腰肌膿腫與髖關節炎之鑑別，即腰肌炎之髖關節絕無異常，而脊柱則起後彎也。

療法：凡來自腸腰肌部之流注性膿腫，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 10% Jodo-

formglycerin.

第六節 骨盆之腫瘤

(Geschwulste des Beckens)

以發於骨盆結締組織、骨衣或骨髓之肉瘤爲最多。常爲富有血管之搏動性髓樣肉瘤。其他如軟骨瘤及骨瘤則甚少。

骨盆肉瘤發育迅速，往往成巨大之腫瘤，致害骨盆內臟腑之官能。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。

骨盆骨之包蟲囊瘤，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、脂肪瘤、軟性纖維瘤及神經纖維瘤等，可依普通法則摘出之。

附

植物性神經之外科

(Chirurgie der vegetativen Nerven)

植物性神經係主宰平滑肌、心臟、內外分泌腺等神經細胞及神經系統之總稱，吾人全部神經，本可分為二種。

一，動物性神經(*Animale Nerven*) 或稱為腦脊髓神經(*Gehirnrückenmarksnerven*) 或隨意神經(*Willkuerliche Nerven*)。

二，植物性神經(*Vegetative Nerven*) 或稱為內臟神經(*Visceralen Nerven*)，自律神經(*Autonome Nerven*)，不隨意神經(*Unwillkuerliche Nerven*)，生命神經(*Lebensnerven*) 或廣義之交感神經(*Sympathische Nerven in weiterer Sinne*)等。

前者為受腦及脊髓之支配，司知覺(*Sensibilität*)運動(*Motilitaet*)感覺(*Sensorium*)等，大概皆得以人之意志左右之。後者對於血液循環、內臟、內分泌等皆有關係，雖由本人之意志直接左右之。

植物性神經，又可大別為交感神經(*Sympathische Nerven*)及副交感神經(*Parasympathische Nerven*)。

第一章 植物性神經之解剖

(Anatomie der vegetativen Nerven)

第一節 交感神經系統

(Das sympathische Nervensystem)

交感神經系統，乃自交感神經節(*Sympathische Ganglien*)及交感神經纖維(*Sympathische N.-Faser*)二者而成。在脊椎之兩側，平行

經過。上端自第一頸椎起始，下端達於尾骶部，以細小之神經纖維與脊髓神經 (Spinalnerven) 交通。茲更述交感神經節之大要如下。

一、頸部神經節

(Ganglien cervicale)

頸部神經節，可分為下述之三對。

a. 頸上神經節 (*Ganglien cervical superius*) 呈棗心大長橢圓形，位於 II—III 頸椎橫突之前方，頸動脈迷走神經及舌下神經之後方。以連絡枝與舌咽神經、舌下神經、迷走神經交通。更向頸動脈神經叢 (Plexus a. carolideus)，咽及心臟發出分枝。

b. 頸中神經節 (*Ganglien cervicale medius*) 在甲狀腺下動脈之內側，向甲狀腺動脈神經叢 (Plexus a. thyroidea) 及心神經叢 (Plexus cardialis) 放出神經纖維，更經鎖骨下動脈之前後，與頸下神經節交通。

c. 頸下神經節 (*Ganglien cervicale inferius*) 在第七頸椎橫突之前方，於鎖骨下動脈與椎動脈之分歧部，與第一神經節合成星狀神經節 (*Ganglien stellatum*)，由此更與鎖骨下動脈神經叢 (Plexus a. subclavia) 及臂神經叢 (Plexus brachialis) 連合，向心及枝氣管，出多數之分枝。

二、胸神經節

(Ganglien thoracale)

有十二對，各向其共同高之肋間動脈，主動脈，氣管，肺臟，食管等神經叢，發出纖細之分枝，又分出大小內臟神經 (*N. splanchnicus major u. minor*) 貫通膈而與腹神經叢及腎臟，腎上腺之神經叢交通。

三，腰神經節

(Ganglien lumbale)

由四至五對之神經節而成。向腹腔內各神經叢，即腎臟、腹主動脈、精囊及下腹等神經叢發出纖細分枝。

四，薦骨神經節

(Ganglien sacrale)

成於三對之神經節，向下腹、尾骶部神經叢發生纖細分枝。又薦骨部神經纖維之下端，於正中線相合，形成 Walther 氏神經節 (*Ganglien Waltheri*)。

五，腹神經節或太陽神經節

(Ganglien coeliacum od. Ganglien solare)

在膈主動脈裂口之直接前下部，為腹腔內最大之神經節及神經叢。其中不僅有上述各神經節發來之神經纖維，迷走神經之纖細分枝亦加入之，而分布於膈、胃、腸、肝、脾、腸系膜、腎臟、腎上腺、精索等腹腔臟腑。

第二節 副交感神經系統

(Das parasympathische Nervensystem)

此亦可分為腦自律神經系統 (*Kranial-autonome System*) 及薦骨自律神經系統 (*Sakral-autonome System*) 兩種。

一，腦自律神經系統

(*Kranial-autonome System*)

由中腦及延髓發出，依下述經過而達於周圍各臟器者。

a. 自中腦發出，經過動眼神經而達於睫狀神經節，司縮瞳肌及睫狀肌之收縮。

b. 自延髓發出，一與岩大淺神經 (N. petrosus superficialis major) 共達於蝶腭神經節 (G. sphenopalatinum)，再達於淚腺及鼻咽腔之粘膜。二經舌咽神經，與多數神經節及神經而至於腮腺。三與面神經連合，沿多數神經節及神經，與耳神經而達於舌下腺及下頷腺。

c. 迷走神經，主為腦脊髓神經，其中有運動神經纖維及知覺神經纖維，且更有極重要之副交感神經纖維。即由延髓橄欖體後方發出 10—15 根之纖細神經纖維，沿多數神經節及神經而支配咽、食管、心、氣管、枝氣管、肺、胃、腸、肝、脾、腎及腎上腺等臟器。

二、薦骨自律神經系統

(Sakral-autonome System)

此則由 II.—V. 薦髓發出。於小骨盆內形成陰部神經叢 (*Plexus pudendus*)，即自該處分枝而達於大腸之下部，生殖器，膀胱等處。

第二章 植物性神經之生理

(Physiologie der vegetativen Nerven)

植物性神經，在生理上與腦脊髓神經異其作用。

1. 凡受植物性神經支配之臟器，即受交感神經及副交感神經之支配，而其支配之方向則互相拮抗，即所謂二重及拮抗性支配 (*Doppelle u. antagonistische Innervation*) 是也。例如於眼，則由頸交感神經之支配，可使瞳孔散大，但由動眼神經內之副交感神經可使瞳孔縮小。又如心臟，則交感神經為心動催進神經 (*Nn. accelerantes*)，使心動亢進而自迷走神經發出之副交感神經，則制止之。

2. 植物性神經，不似腦脊髓神經有興奮及安靜之交代的作用。交感神經及副交感神經，只有主宰力強度之變化，即緊張度之動搖。而兩者緊張度(Tonus)之動搖，則恰如天秤之有高低。如植物性神經取靜止狀態時，即為兩系統緊張度保持平衡之表示。此種緊張度之動搖，關於腦脊髓神經之興奮及複雜之反射作用。又因內分泌，血液內受有某成分及精神作用亦有影響。就中內分泌之關係，尤為重要。凡與此有關之各內臟，皆可因植物性神經之二重拮抗支配調節之。茲將植物性神經與內臟之關係列表如左：

末梢器官	交感神經系統	副交感神經系統
頭部	頸部交感神經	頭部自律神經
瞳孔	—	+
睫狀肌	—	+
Müller氏腺	+	—
淚腺	—	+
唾液腺	—	+
汗腺	+	—
血管	+	—
立毛肌	+	—
胸部	胸部交感神經	迷走神經
枝氣管	—	+
心臟	+	—
食管	—	+
腹部	內臟神經	迷走神經
血管	+	—
胃	—	+
胰	—	+
腺	—	+
小腸，升結腸，橫結腸	—	+
腎	—	+
腎上腺	+	— (?)

	內臟下神經	陰部神經 (薦骨自律神經)
降結腸, 乙狀結腸, 直腸,	—	+
泌尿生殖器	下腹神經	陰部神經
膀胱收縮肌	—	+
膀胱括約肌	+	—
生殖器(血管, 皮膚收縮)	+	—
軀幹及四肢		
血管	+	—
汗腺	+	—
毛髮肌	+	—

+ 興奮

— 抑制

第三章 植物性神經之藥物學

(Pharmakologie der vegetativen Nerven)

植物性神經對於藥物,亦有特殊之關係。

1. 對於全部植物性神經有關係者,如 Nikotin 對於交感神經及副交感神經皆有影響,初為一時的興奮,其後兩者皆趨麻痺。

2. 僅作用於交感神經者,如 Adrenalin 對於交感神經支配之各部,皆與以刺激。Ergotin 及 Histamin 對於交感神經支配之終末器官(Endorgan)中,由交感神經之興奮,以致末梢麻痺,而其抑制作用,則不受影響。

3. 僅作用於副交感神經者,Cholin, Muskarin, Pilocarpin, Physostigmin, Pikrotoxin 等對於副交感神經之末梢有興奮作用, Atropin 則有麻痺作用。

交感神經與副交感神經,多呈反對之作用。如交感神經對於血管可使之收縮,而迷走神經則使之擴張。若二者緊張度保持平

衡時，則血壓歸於正常。雖然，因人之不同，此二者緊張力，有不平衡者。此可別之為交感神經緊張者 (*Sympathikotonie*) 與迷走神經緊張者 (*Vagotonie*) 二種。Eppinger 及 Hess 氏以 Adrenalin 及 Pilocarpin 注射，得為二者之區別。

	交感神經緊張者	迷走神經緊張者
性 質	易興奮多辯	靜默寡言
眼	眼球突出，瞳孔散大	眼窩陷凹，瞳孔縮小
皮 膚	皮膚乾燥，發赤	皮膚發汗，蒼白
分 泌 物	淚液消化液之分泌少	淚液及消化液之分泌多
心 動	心悸易亢進	脈搏遲徐
腸 管	便秘	下痢
生 殖 器	易興奮	——
Adrenalin 注射	反應著明，即血壓亢進，脈搏增加，尿量增加，尿中排出多量糖分。	反應輕度
Pilocarpin 注射	反應輕度(唾液分泌增加，發汗)	反應著明，即流涎，著明發汗，血壓下降，惡心
Atropin 注射	瞳孔散大，心悸亢進，口內乾燥等。	反應輕度

第四章 植物性神經與內分泌

(Vegetative Nerven u. innere Sekretion)

植物性神經系統與內分泌腺，頗有密切之相互的關係，即一方植物性神經系統以其二重拮抗性支配內分泌腺並調節之，他方則因內分泌素 (Hormon) 而影響於植物性神經系統之緊張。例如腎上腺之分泌機能，來自內臟神經，他方則因其內分泌素之 Adrenalin 而增進交感神經系統之緊張。又如甲状腺之分泌機能，來自交感神經，而其內分泌素則增進交感神經之緊張。上皮小體

之關係雖未闡明，而其機能障礙時，則來全植物性神經系統之過度興奮，胸腺及生殖腺之關係，尚未達完全明瞭之域。腦下垂體及胰腺與糖代謝有關，亦與植物性神經有相互之關係。

第五章 頸部交感神經之外科

(Chirurgie der halssympathischen Nerven)

第一節 頸部交感神經之損害

(Verletzungen der halssympathischen Nerven)

原因：雖常見於戰爭時，但以其位於深部，單獨損傷者極少。多與迷走神經、膈神經、胸部神經叢等同時受傷。

症候：因頸部交感神經麻痺而呈所謂 Horner 氏症候群，其主徵有三。

(1) 瞳孔縮小 因頸部交感神經所支配之散瞳肌麻痺之故。

(2) 眼裂狹小 因受本神經支配用以提舉上脣之第三眼險肌麻痺之故。

(3) 眼球陷沒 因受本神經支配之眼眶內 Müller 氏肌麻痺及眼眶內脂肪之營養障礙性消失之故。

此外因血管運動神經麻痺，同側半面易起潮紅，眼險網膜鼓室等發生充血，其他更有發汗減退，唾液腺分泌減退，虹彩色素沈着，皮膚皮下脂肪及骨骼等營養障礙。

診斷：具備上述症候者，固易診斷。惟當頸髓半側損傷，椎骨動脈瘤，胸腔上窩及側頸部腫瘤，甲狀腺腫，頸部淋巴腺腫脹等時，因其器械的壓迫，亦呈同一症候群。

第二節 頸部交感神經之腫瘤

(Geschwulste der halssympathischen Nerven)

多為硬韌之 *Ganglioneurom*，切斷面類似纖維瘤乃至缺乏細胞之肉瘤，鏡檢之係有髓無髓之神經纖維錯綜而成，且有各種所謂交感神經成形細胞介在其間。

本腫瘤為良性變為惡性者極稀，由此惹起神經缺損症候或刺戟症候者殆不之見，僅達至一定大時，則來器械的障礙。

療法：手術的摘出。

第三節 頸部交感神經之手術

(Operationen der halssympathischen Nerven)

一、適應症

(Anwendung)

1. 真性癲癇 (*Gemine Epilepsie*) 關於真性癲癇，在原因上有種種之說明，有謂頸部交感神經摘除後，則可減輕血管運動神經之過度緊張，使腦之血液循環發生變化，遂可得佳良結果云 (Winter)。

2. 偏頭痛 (*Migraen*) 偏頭痛之原因，亦有種種，有謂原於頸交感神經之痙攣者，若施行兩側頸交感神經摘除術或頸內動脈之血管周圍神經切除術 (*Periarterielle Sympathektomie*)，可收良效云 (Hellwig, Witzel 氏等)。

3. 進行性半面萎縮症 (*Hemiatrophia facialis progressiva*) 此因頸交感神經之慢性刺戟而發，故試行摘除，則得佳良之效果 (Chapault)。

4. 三叉神經痛 (*Trigemimusneuralgie*) 有因三叉神經領域內，血管運動障礙而起者，故可行頸交感神經摘除術 (Jaboulay)。

5. Basedow 氏病 (*Basedow'sche Krankheit*) 本病之原因，有謂因於頸交感神經之刺戟，以及甲狀腺血管運動神經之刺戟，致來腫脹，

又因甲狀腺機能亢進而起心悸震顫，多汗，下痢等症，故主張將頸神經節全摘出之 (Jaboulay, Jonnesco, Balacescu 等)。

6. 枝氣管喘息 (*Bronchialasthma*) 喘息為枝氣管肌肉之痙攣發作，由交感神經 (肺神經叢 (*Lungenplexus*)) 及副交感神經 (迷走神經) 二重支配之。藥物學上對於喘息，可注射 *Adrenalin* (交感神經之刺激)，或注射 *Atropin* 使之輕快 (副交感神經之麻痺)。然則摘出一側交感神經節 (*Kuemmel*) 或迷走神經 (*Kappis*)，自亦可收良効云。

7. 狹心症 (*Angina pectoris*) 此因心臟及主動脈神經叢之刺激而起，可施行頸交感神經摘出術 (*Frank, Jonnesco*)。

此外尚有數種疾患可行交感神經切除術者。

二，頸交感神經節切除術之術式

(*Technik der cervicalen sympathischen Ganglienektomie*)

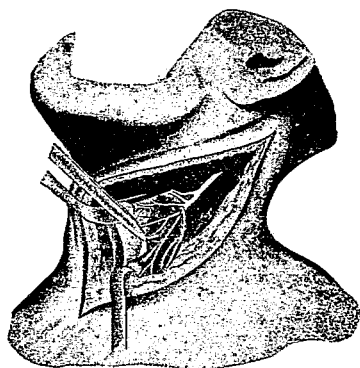
(nach *Bruening*)

全身麻醉，或局部麻醉皆可。患者取背臥位，顏面向健側極度傾斜，項部下置一大枕，高舉肩部，頭部下沈，使手術野增大俾便操作。

由乳突部起始，沿胸鎖乳突肌之前緣 (或沿其後緣)，切開皮膚，直至側頸部之下三分之一為止。又欲摘除下部神經節而手術野尚狹窄者，可橫切胸鎖乳突肌，向鎖骨之外下方加一弓狀切開。

其次分開闊肌，結紮頸外靜脈並離斷之，露出胸鎖乳突肌，鈎向內側，即可見有大血管鞘。將此血管鞘向內方牽引，則於手術野中間，即得頸部交感神經 (即頸椎橫突之內方，膈神經之內方或迷走神經之外方)。由此再以鈍器向下方剝離至與甲狀腺下動脈交叉點，遂得頸中神經節。再結紮上述動脈，並與神經分枝一同離斷之，於下方斜角肌與脊椎間，見有椎動靜脈及神經纖維之經

第三百〇二圖



行,再向內方推移之,則可見頸下神經節,更於其下方可見有星狀神經節 (Ganglien stellatum) 與之連續。此時若欲使星狀神經節游離,則先自後面下端,次由前面分離之,此時慎勿損傷肺尖及椎動脈,其次更沿神經纖維向上尋覓,又可達頸上神經節,於極端注意之下,施行摘出。

第六章 腹部交感神經之外科

(Chirurgie der Bauchsympathischen Nerven)

腹部交感神經之支配甚廣,故其手術範圍亦頗寬汎,分別述之於次。

一、適應症

(Anwendung)

1. 脊髓癆之胃發症 (Gastro Krise) 可施行太陽神經節切除

術及內臟神經伸展術或切除術，胃大血管外圍交感神經切除術等(Leriche)。

2. 胃潰瘍(*Magenschwaer*) 可將近於賁門之胃壁全層環狀切開，使分布於胃之迷走神經及交感神經完全離斷，則胃之痙攣靜止，胃弛緩消失，胃液之酸度減少。或行胃神經摘出術亦可(*Stierlin*)。

3. 對於胃腸膨脹，分泌障礙，或運動障礙等無器質的變化時，可行太陽神經節伸展術(*Jaboulay*)。

4. 腎神經痛(*Nierenneuralgie*)，出血性腎臟炎(*Nephritis haemorrhagica*)，水腎(*Hydronephrose*)等，可摘除腎神經(*Papin*)。

5. 血管痙攣性無尿症(*Angiospastische Anurie*)，結石嵌頓無尿症(*Karunkuloese Anurie*)等時，可行內臟神經麻痺法(*Neurvirt*)。

6. 骨盆神經痛(*Beckenneuralgie*)，陰門痙攣(*Vaginismus*) 坐骨神經痛(*Ischias*)，紅足症(*Erythromeralgie*)等時，可行薦部交感神經切除術(*Sympathektomie*) (*Jaboulay*)。

7. 特發壞疽(*Spontane Gangraen*)，Raynaud氏病(*Raynaud'sche Krankheit*)，小腿潰瘍(*Unterschenkelgeschwaer*)，骨及關節結核(*Knochen- Gelenktuberkulose*)，慢性骨髓炎(*Chronische Osteomyelitis*)等，行腹部交感神經切除術，或與股動脈周圍交感神經切除術合併行之，多奏佳良效果。

二、腰薦交感神經節切除術之術式

(Technik der Lumbo-sacralen sympathischen Ganglienektomie)

本法係摘出自第三腰椎至第三薦骨間之一側或二側交感神經節者。

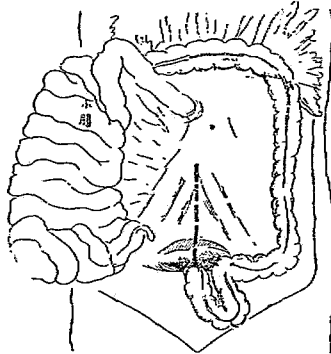
術前處置：手術之前日，與以蓖麻子油(*Ricinusöl*)，使腸管空

處。手術之直前，更用 Katheter 排尿。患者取骨盆高位，使腹骨盆腔寬大。於全身麻醉之下，由下腹部之中間切開皮膚，充分開大腹腔，將腸管向上方推移，或牽出於腹腔外，而以棉紗浸溫食鹽水被覆之。於薦骨岬角 (Promontorium) 部達於後腹膜，由正中線切開 3cm 而達於腹膜後腔。

腹主動脈於第四腰椎之前左右分歧，下腔靜脈在其下部分歧，輸尿管則在側方沿腰大肌前面下行，腸骨總動脈則於腹主動脈分歧部位，通過其前側。

第三百〇三圖

後腹壁腹膜切開術



交感神經節，即在上述血管之後方。先用鈍器將血管周圍組織分離，在薦骨岬角之兩側，即可見最大之第一薦骨交感神經節 (I. Ganglia sacralia) (能在腹膜上觸知之)。再以動脈瘤針向上方牽引，以甲狀腺探子 (Strumasonde) 分離其周圍組織，切斷脊髓神經連續，摘出第二第三薦骨神經節。更向上方將第三腰部神經節以下之神經節及神經摘出之。此時應將潛伏血管下之連續，悉行除去。

不得已時，可將薦骨神經節及腰神經節分別摘出之，然後閉鎖腹膜後腔，再將腹壁縫合。

第七章 末梢交感神經之外科

(Chirurgie der peripheren sympathischen Nerven)

末梢之交感神經，以其經行於動脈周圍組織內及末梢脊髓神經內，故外科上亦分而為二。

第一節 動脈周圍交感神經切除術

(Periarterielle Sympathektomie)

一，適應症 主為四肢之疾患，例如神經損傷後之血管營養神經障礙，脊髓癆之壞疽，特發壞疽，Raynaud'sche Krankheit，糖尿病性壞疽，紅足症，鞏皮症(Sklerodermie)，小腿潰瘍，骨折之不良癒合，骨及關節結核，慢性關節風濕症，慢性發疹等，皆可應用。但較之腹

第三百〇四圖

動脈周圍交感神經切除術

(仿 Brüning 氏)



部交感神經切除術，其效力稍差。

二，股動脈周圍交感神經切除術(*Periarterielle Sympathektomie der A. femoralis*) 先將股動脈充分露出，再將血管鞘縱行切開，分開動脈之外膜，宜其全周，摘除8—10 cm。術後該動脈先起局部痙攣，持續2—6小時，末梢部蒼白，厥冷，血壓下降。但其後則呈反對現象，動脈擴張，肢體潮紅，溫熱，疼痛消失，皮膚溫度上昇(2°—4°C)，歷3—6日始下降，但亦有術後數月，溫度繼續上昇至1°—2°C者。

三，臂動脈周圍交感神經切除術(*Periarterielle Sympathektomie der A. brachialis*) 大體與股動脈同，但實際用之者甚少。

四，頸總動脈周圍交感神經切除術(*Periarterielle Sympathektomie der A. carotis communis*) 偏癱(Hemiplegie)，癲癇(Epilepsie)，綠內障(Glaukom)，Basedow氏病等時，每與頸部交感神經摘出術同時行之。

第二節 末梢脊髓神經之手術

(Operationen der peripheren Spinalnerven)

交感神經不僅經動脈壁達於末梢，其一部更經行於末梢脊髓神經中，但脊髓神經之切除，同時有起運動障礙及知覺障礙之懼，故用之者不多。惟於坐骨神經痛時有行坐骨神經手術者，或行坐骨神經延展術，神經周圍酒精注射法。

第八章 副交感神經之外科

(Chirurgie der parasymphatischen Nerven)

副交感神經之外科，遠不如交感神經之發達，現今所能稱述者，只有迷走神經。

第一節 迷走神經之損害

(Verletzungen des Vagus)

將動物之兩側迷走神經行高位切斷時，因上氣道知覺麻痺而死於肺炎或肺氣腫。至於返神經以下兩側迷走神經切斷之經過不明。又切斷或損害一側迷走神經，不來生命之異常，僅有心動急速，呼吸緩徐而已。但遇如挫滅等外傷性損傷，則有血壓低降，心動遲緩乃至起一時性心動及呼吸停止之虞。故欲切斷迷走神經時，非於其上下注射 Novocain，豫先隔斷其傳導不可。

對於迷走神經之損害，可行縫合術，術後成績雖不確定而有術後聲帶機能因以恢復之報告。返神經之縫合，成績佳良。

第二節 迷走神經之腫瘤

(Geschwuelste des Vagus)

甚少，有見神經纖維瘤者，應施切除及神經縫合術。

第三節 迷走神經之手術

(Operationen des Vagus)

於枝氣管喘息，脊髓癆性胃發症，狹心症，胃潰瘍等時，有自返神經分歧部下，行一側迷走神經切斷術者，但較之交感神經手術，效力微小。

索引

一

畫

一 部

一部造鼻術·····	104
一部切除術·····	129
一時切除術或骨形成切除術·····	129
一時頰骨切除術之區神經切除術·····	84
三叉神經痛·····	81
三叉神經枚之切除術·····	83
一叉神經第一枝(眶上神經)切除術·····	83
三叉神經第二枝(眶下神經)切除術·····	84
三叉神經第三枝(下頰神經)切除術·····	85
三叉神經全部摘出術·····	86
三叉神經痛·····	S1,321
上行(升)性神經炎·····	36
上頰骨折·····	108
上頰竇之炎病·····	118
上頰竇蓄膿·····	118
上頰竇水腫·····	119
上頰骨全切除術·····	129
上頰骨一部切除術·····	132
上頰骨一時或骨成形切除術·····	132
上唇破裂·····	64
上副甲狀腺腫·····	212
上方及中央之胸體損傷·····	324
下行(降)性神經炎·····	36
下唇破裂·····	72

下頰神經痛·····	81
下商情神經切除術·····	85
下頰骨管前小舌部之切除術·····	85
下頰骨管內之切除術·····	86
下頰骨折·····	109
下頰脫臼·····	110
下頰前方脫臼·····	110
下頰後方脫臼·····	112
下頰關節之炎症·····	126
下頰關節鄰斷術及切除術·····	133
下頰骨半側全切除術·····	133
下頰骨全摘出術·····	134
下頰骨一部切除術·····	135
下頰骨一時切除術·····	135
下頰骨側方鋸齒之舌摘出術·····	151
下頰腺摘出術·····	179
下副甲狀腺腫或胸腺內副甲狀腺腫·····	212
下垂乳腺·····	304
下方頸椎至第二胸椎骨折·····	324
下方胸椎骨折索囊膨大部直上之脊體 損傷·····	302
下齒損傷·····	351
不隨意神經·····	341

丨 部

中心性股骨脫臼·····	355
--------------	-----

中央切法…………… 129
 中央部切除術…………… 135
 中環傳染說…………… 209

乙 部

乳突上頂氣癰…………… 6
 乳頭術…………… 139,312
 乳突之損害及疾病…………… 172
 乳突之損害…………… 172
 乳突之炎症(乳突炎)…………… 172
 乳突穿閉術…………… 173
 乳房胸…………… 268
 乳房內動脈結紮法…………… 251
 乳腺之損害及疾病…………… 301
 乳腺之畸形…………… 301
 乳頭異常…………… 301
 乳頭瘻或疣贅…………… 8
 乳腺之損害…………… 305
 乳頭之表皮剝脫或破裂…………… 306
 乳腺之官能疾病…………… 306

二

二 部

面布管…………… 139

上 部

交叉麻痺…………… 36
 交感神經系統…………… 363
 交感神經管…………… 363

乳腺痛…………… 307
 乳頭炎或乳罩炎…………… 307
 乳腺前腺腫…………… 307
 乳腺炎…………… 307
 乳腺後蜂窩織炎…………… 309
 乳熱…………… 308
 乳腺瘻…………… 308
 乳腺提舉器…………… 308
 乳腺結核…………… 310
 乳腺梅毒…………… 310
 乳腺放線菌病…………… 310
 乳腺之腫瘍…………… 310
 乳腺後脂肪瘤…………… 311
 乳腺癌腫(癌瘤)…………… 313
 乳腺切斷術…………… 316
 乳蓋瘤…………… 217
 乳腺之粉瘤及真珠瘤…………… 217
 乾性鼓膜炎…………… 168
 乾性或纖維素胸膜炎…………… 275

畫

交感神經纖維…………… 363
 交感神經及副交感神經之二項拮抗性支配…………… 364
 交感神經強張…………… 369
 交感神經切除術…………… 372

入 部

內臟神經…………… 363,364
 內臟管…………… 182

內食管切開術..... 241

內皮細胞癌..... 312

內存髓膜炎..... 351

兩上頷骨全切除術..... 133

兩胸區葉瘻濟法..... 280

兩側反對脫臼..... 320

全部造鼻術..... 102

全切除術..... 129

P 部

瘰癧區域..... 187

十 部

半側摘出術..... 231

儿 部

先天性靜脈水頭症..... 49

先天性巨舌..... 147

先天性膈破裂..... 153

先天性閉塞症..... 165

先天性頸瘻..... 180

先天性囊痙樣淋巴管瘻..... 204

先天性軟骨發育曲症..... 206

先天性胸腰部腫瘤..... 320

先天性側髻..... 343

先天性食管擴張..... 238

力 部

通物性神經..... 363

動靜脈性動脈瘤..... 7

人 部

人工喉頭..... 231

人工氣胸..... 287

代償性月經..... 306

化膿性外硬膜炎(化膿性顱骨內膜炎)..... 43

化膿性軟膜炎(化膿性腮膜炎)..... 44

化膿性乳腺周圍炎或乳腺後蜂窩織炎..... 308

全摘出術..... 231

尙能病性齒蓋癆..... 25

尙能病性鴉胸(鳩胸)..... 240

尙能病性側髻..... 343

低氣管切開術或下氣管切開術..... 228

低壓法..... 281

伸展組織..... 346

停滯性食管擴張..... 238

偏頭痛..... 371

側切法..... 120

側方喉切開術..... 163

側頸靜瘻..... 180

偏癱..... 377

假耳..... 164

假性白血病..... 201

假性腦熱尼亞..... 208

假面裝咬..... 281

假染性或蜂窩織炎性乳腺炎..... 308

了 部

冰裂或龜裂骨折..... 13

口 部

凹陷乳頭…………… 801

刀 部

切除肋骨之開胸術…………… 273

剝皮術…………… 2

副神經伸展術…………… 196

副甲狀腺腫…………… 111

副乳腺…………… 203

副交感神經…………… 363

副交感神經系統…………… 365

三

卜 部

卡他性口內炎…………… 136

卡他性喉炎…………… 221

口 部

口腔舌及咽喉之損害及疾病…………… 135

口腔疾病…………… 136

口腔膜丹毒…………… 136

口腔結核…………… 137

口腔梅毒…………… 138

口腔之腫瘤…………… 138

右側下腺癰…………… 300

吸烟斑…………… 146

吸痰管…………… 187

吸乳器…………… 309

副交感神經之手術…………… 377

前頭氣瘻…………… 6

前頭顱紗尼亞…………… 52

前胸甲狀腺腫…………… 212

前方屈曲脫臼…………… 328

前方肋骨隆起…………… 345

又 部

取額皮膚以造鼻者亦名印度法…………… 102

取頰皮膚以造鼻者…………… 103

取腋皮膚以造鼻者…………… 104

畫

吸引療法…………… 309

周匝槍創…………… 185

咽之損害…………… 155

咽內異物…………… 156

咽之炎症(咽炎)…………… 158

咽之結構…………… 159

咽之梅毒…………… 159

咽之腫瘤…………… 159

咽後腫瘤…………… 160

咽扁桃體之腺樣增殖症…………… 161

咽之手術…………… 161

咽切開術…………… 161

咽摘出術…………… 163

咽後及食管後炎症…………… 199

咽後甲狀腺腫…………… 208

咽後副甲狀腺腫…………… 212

索 引 5

<p>咽赫尼亞..... 239</p> <p>咽非彌..... 240</p> <p>咽後膿腫或食管後膿腫..... 333</p> <p>單純性慢性鼻炎..... 97</p> <p>單純性鼻炎..... 97</p> <p>單純肥大性淋巴腺瘤..... 200</p> <p>單純咽胸膈..... 273</p> <p>喉及氣管之損害及疾病..... 218</p> <p>喉及氣管之畸形..... 218</p> <p>喉內先天性腫瘤及皮膚..... 218</p> <p>喉及氣管之損害..... 218</p> <p>喉癢症..... 218</p> <p>喉之挫傷..... 219</p> <p>喉軟骨脫白..... 219</p> <p>喉軟骨骨折..... 219</p> <p>喉及氣管之創傷..... 220</p> <p>喉及氣管之火傷及腐蝕..... 221</p> <p>喉之炎症..... 221</p> <p>喉格魯布及狄夫的里..... 222</p> <p>喉軟骨炎及骨膜炎..... 223</p> <p>喉鞘膜..... 223</p> <p>喉梅毒..... 224</p> <p>喉及氣管內異物..... 224</p> <p>喉及氣管之腫瘤..... 225</p> <p>喉非腫..... 225</p> <p>喉之運動神經症..... 225</p> <p>喉肌之麻痺..... 226</p> <p>喉及氣管之手術..... 226</p> <p>喉切開術..... 226</p> <p>喉插管法..... 230</p>	<p>喉齒出術..... 231</p> <p>唾液腺之損害及疾病..... 173</p> <p>唾液腺之損害..... 173</p> <p>唾液腺囊..... 174</p> <p>唾液腺之炎症..... 174</p> <p>唾液排泄管內之分泌物滯留(唾液囊腫) 176</p> <p>喉石..... 177</p> <p>唾液瘤..... 177</p> <p>唾液管囊腫..... 177</p> <p>唾液腺之腫瘤..... 177</p> <p>囊瘤性腫瘤..... 204</p> <p>囊瘤性甲狀腺腫..... 206</p>
<h2 style="margin: 0;">口 部</h2>	
<p>因甲狀腺而起之特別疾病..... 212</p>	
<h2 style="margin: 0;">舌 部</h2>	
<p>坐骨神經痛性或神經性側癱..... 344</p> <p>坐骨結節骨折..... 355</p> <p>坐骨神經痛..... 374</p> <p>塔剎..... 25</p> <p>脛山性腫瘤..... 239</p> <p>脛跡..... 4</p> <p>脛迫或屈曲骨折..... 18</p> <p>脛迫性狹窄..... 237</p> <p>脛差法..... 262</p> <p>脛迫骨折..... 323</p> <p>脛差裝置..... 230</p> <p>壞血病..... 137</p>	

夕 部

- 外傷性膀胱.....42
 外鼻疾病.....94
 外鼻一時切除術.....101
 外耳道之損害及疾病.....165
 外耳道之發育失常.....165
 外耳道之損害.....165
 外耳道之炎症(外耳炎).....166
 外耳道異物.....167
 外耳道腫痛.....167
 外側副甲狀腺腫.....212
 外食管切開術.....236
 外傷性肺結核.....251
 外傷性囊胸.....271
 外傷性乳腺炎.....308
 外收脫臼或迴轉脫臼.....329
 外傷性側彎.....344
 外脊髓硬膜炎.....351
 多房性腮道囊腫.....204
 多乳頭.....301
 多乳腺.....302

干 部

- 平鼻.....93

彳 部

- 後天性顛骨消耗.....24
 後天性腦膜炎水頭症.....49
 後頭腦結核.....52

- 後天性聽缺損.....154
 後副甲狀腺腫.....212
 後刺癒合.....290
 後開聲.....344
 後方肋骨隆起.....345

广 部

- 底部網膜炎.....44

寸 部

- 對側挫傷.....38
 導血管(Santorini).....4

大 部

- 大人塚門愈擊.....225
 大小內臟神經.....364
 奇異些下兩腿.....299
 奇性尿閉.....324

女 部

- 女乳腺.....303

宀 部

- 安其那(口缺炎).....156,176
 寄生性囊腫.....317
 寒性膿腫.....258
 寒性下垂膿腫或蓄積膿腫.....332
 寰椎及樞椎骨折.....323
 寰椎脫臼.....329

小 部

小兒性精液水腫..... 214
 小兒喉門痘瘰(喉嚨瘰)..... 225
 小乳腺..... 302

尸 部

尾髂造..... 320

工 部

心 部

心及心包之損害及疾病..... 291
 心包之損害..... 291
 心包血瘤..... 292
 心包氣瘤..... 292
 心之損害..... 292
 心露出法..... 293
 心包及心之炎症性疾病..... 294
 心包炎..... 294
 心之手術..... 294
 心包穿刺術..... 294
 心包切開術..... 295
 心神經證..... 304
 心衝促促神證..... 306
 急性舌炎..... 143
 急性實質性舌炎..... 144
 急性化膿性舌根部腺炎..... 44
 急性鼻卡他或急性鼻炎..... 96

左利者..... 39
 左腦下腹腫..... 300
 巨唇..... 139
 巨頰..... 139
 巨唇症..... 80

巾 部

帽狀腱膜下出血..... 3
 帶狀痛..... 324

四 畫

急性卡他性扁桃體炎..... 157
 急性卡他性咽炎..... 158
 急性鼓膜炎..... 168
 急性卡他性中耳炎..... 169
 急性化膿性中耳炎..... 17
 急性歐氏管卡他..... 171
 急性化膿性乳頭結核炎..... 172
 急性咽後膿腫..... 199
 急性甲狀腺炎..... 205
 急性甲狀腺腫炎..... 205
 急性胸腺炎..... 216
 急性喉門下喉炎..... 222
 急性骨髓炎..... 331
 急性肋骨骨炎..... 20
 急性化膿性肋骨骨髓炎..... 21
 急性乳頭炎..... 307
 惡臭性萎縮性慢性鼻炎..... 97
 惡性痛舌腫之手術療法..... 148
 惡性淋巴腺瘤或 Hodgkin 氏病..... 201

- 惡性甲狀腺腫····· 208
 慢性鼻卡他或慢性鼻炎····· 97
 慢性卡他性咽炎····· 159
 慢性鼓膜炎····· 168
 慢性卡他性中耳炎····· 170
 慢性化膿性中耳炎····· 170
 慢性化膿性乳頭峰高炎····· 173
 慢性甲狀腺炎····· 206
 慢性乳腺炎····· 309
 慢性纖維性乳腺炎或乳腺硬變····· 309
 慢性膿瘍性乳腺炎····· 309
 慢性強直性脊椎炎····· 338
 慢性骨髓炎····· 374
 慢性咽喉腫痛····· 199
 慢性胸腺炎····· 216
 意大利法····· 104
 惡癰重破裂····· 153
- 木 部**
- 木梳蜂窩織炎····· 193
 枕上膈赫尼亞····· 52
 枕下膈赫尼亞····· 52
 末梢脊髓神經之手術····· 353
 棘突骨折····· 322
 枕骨下穿刺術····· 62
 梯爾氏腮腺排導管····· 256
 植物性神經之外科····· 363
 植物性神經····· 363
 植物性神經之解剖····· 363
 植物性神經之生理及藥物····· 363
- 植物性神經之手術····· 371
 植皮術····· 92,103
 橋狀石膏繃帶····· 315
 椎弓骨折····· 323
 椎體骨折····· 323
 椎弓切除術····· 352
 椎管之腰穿刺術····· 353
 樞椎齒突之骨折····· 323
 橫面破裂····· 71
 橫突之單獨骨折····· 323
 推動脈結紮法····· 193
 梅毒性硬化性舌炎····· 154
 梅毒性脊椎炎····· 338
 梅毒性急性鼻卡他····· 99
 梅毒性鼻鼻····· 99
 梅毒性骨炎····· 22
 橡膠樣腫性淋巴瘤····· 201
 橡膠樣腫性顱骨內膜炎····· 23
 橡膠樣腫性內炎····· 23
 嚮導性乳炎瘻····· 308
- 戶 部**
- 扁桃體之損害····· 155
 扁桃體炎症(扁桃體炎)····· 157
 扁桃體膿腫····· 158
 扁桃體切除術····· 160
 扁桃體之腫瘤····· 160
 扁平乳頭····· 301
- 犬 部**

狄夫的里性扁桃體炎…………… 158
 狄夫的里性咽炎…………… 158

气 部

氣管瘻…………… 180
 氣管内副甲狀腺腫…………… 212
 氣管後甲狀腺腫…………… 208
 氣管之骨折…………… 220
 氣管切開術…………… 228
 氣管栓塞法…………… 230
 氣管及食管之異常交通…………… 232
 氣胸…………… 264,265
 氣管枝瘻或肺瘻…………… 278
 氣管周圍縫合法…………… 278
 氣管枝擴張…………… 278
 氣胸發生之防禦法…………… 280
 氣管枝喘息之外科療法…………… 291
 氣管枝擴張之外科療法…………… 291

斗 部

斜面破裂…………… 70
 弱項…………… 182
 弱管…………… 346

文 部

放散性冰裂骨折…………… 13

日 部

星芒狀骨折…………… 13
 星狀神經節…………… 233

日 部

會厭軟骨喉及氣管之轉位…………… 206

支 部

支持裝設 (Nyrop 氏)…………… 341
 支持裝設 (Sayre Neber 氏)…………… 336

月 部

月經時乳腺炎…………… 308

戈 部

成人乳腺炎或懷孕期乳腺炎…………… 328
 成形不全…………… 04

石 部

石脊肋帶…………… 75
 石符胸衣…………… 336,346
 硬膜齒疝…………… 28
 硬膜靜脈管炎(靜脈管曲變)…………… 43
 硬膜成形術…………… 158
 硬性胸疝…………… 202
 積缺乏說…………… 209

火 部

無鼻症…………… 93
 無名動脈結紮法…………… 188
 無菌性氣胸…………… 264,266
 無乳頭…………… 301
 無乳腺…………… 301

- 燒骨疽..... 163
 燒毒性膿骨疽..... 117
 手 部
 手術的脊柱固定..... 337
 手術的粘液水腫或甲狀腺瘤出血惡病質... 214
 拔齒術..... 113
 搏動性眼球突出症..... 35
 欠 部
 歐氏管之損害及疾病..... 171
 歐氏管之損害..... 171
 歐氏管之炎症(耳咽管炎)..... 171
 歐氏管之狹窄及閉塞..... 172
 毛 部
 毛舌..... 146
 毛髮過生..... 320
 弓 部
 弓狀切開..... 130
 縱直性脊椎關節炎..... 338
 止 部
 正中頸腫..... 180
 歹 部
 死骨瘤..... 103
 水 部
 水腫腦脊尼羅..... 52
 水血症..... 137
 水泡性安其那..... 156
 水胸..... 270
 求心性骨肥大..... 25
 分泌性外耳炎..... 166
 波狀切法..... 90
 法蘭西法..... 103
 浮動帶(Rauchfuss 氏)..... 327,314,319
 油胸..... 287
 流行性腮腺炎..... 175
 混合腫瘤..... 139
 淋巴管瘤..... 139
 淋巴腺肉瘤..... 201
 淋巴腺腫瘤..... 200
 淺在性舌炎..... 146
 淺表性炎症及化膿..... 197
 深位性炎症及化膿..... 197
 淚腺及唾液腺相對性疾病..... 176
 潰瘍性口內炎..... 136
 潰瘍性鼻鼻..... 97
 潰瘍性喉疔..... 77
 漏斗胸..... 248
 膿液胸或漿液性胸膜炎..... 270
 潛伏性脊椎咬裂..... 320
 遠竈性甲狀腺腫..... 206
 遠竈性扁桃體炎..... 157
 牛 部
 特別抹毒法..... 274

特致瘰癧	374	牽引性憩室	239
特別傳染性乳腺炎	309		

五 畫

片 部

片塊及粉碎骨折	13
---------	----

生 部

生命神經	363
產痲性乳腺炎	308

田 部

甲狀腺之損害及疾病	205
甲狀腺之損害	205
甲狀腺之炎症	205
甲狀腺肥大(甲狀腺腫)	206
甲狀腺腫非	206
甲狀腺喘息	208
甲狀腺瘰癧	203
甲狀腺半側腺囊外摘出術	209
甲狀腺腫結節腺囊內摘出法	210
甲狀腺動脈結紮法	210
甲狀腺缺乏症	214
甲狀腺切除後成傷風	215
甲狀軟骨切開術或喉截割術	226
甲狀軟骨下緣切開術及環狀軟骨切開術	228
甲狀腺動脈神經鞘囊	364
畸形性脊椎關節炎	339

疔 部

病灶瘰癧	30
病的側移	344
癰癩性狹窄	237
癰癩性狹窄	237
癰癩性腫足腫	30
癰癩性側移	344
癰癩	133
癰瘻舌	141
癰癩	377
竇及瘻	74
癰癩性梅毒性顱骨內膜炎	23
疔性結節	307

皮 部

皮下血瘡	3
皮角	8
皮膚囊瘡	141

穴 部

穿通創	2
穿動性與非穿通性創	12
穿孔骨折	13
穿顱術	55
穿胸術	272, 277

目 部

- 眶疔栓塞..... 100
 眶上神經痛..... 81
 眶下神經痛..... 81
 眼球突出..... 212
 險癩瘰癧..... 87
 瞬目..... 212
 眶狀骨髓中樞 (Budge 氏)..... 324

立 部

- 端坐呼吸..... 272

示 部

- 神經痛痺性及營養神經性骨萎縮..... 25
 神經切除術..... 83
 神經吻合術..... 87
 神經纖維瘤..... 307
 神經節 (Walther 氏)..... 343

竹 部

- 第十二胸椎骨折於腦影大部中央損傷脊髓
 324
 第三腰椎以下骨折..... 325
 第二至第七頸椎脫臼..... 330

系 部

- 結石鞘頰無尿症..... 274

禾 部

- 硬化性骨炎..... 25

瓜 部

- 鑄劑..... 2
 鑄狀切法..... 130
 鑄狀氣胸..... 205
 鑄狀切開法..... 203

火 部

- 發育性核膜..... 340

矢 部

- 矯正裝置..... 346

牙 部

- 牙關緊閉..... 127

畫

- 結核性鼻鼻..... 98
 結核性淋巴腺腫..... 179
 結核性淋巴腺瘤..... 200
 結合膜乾燥法..... 212
 結核性軟骨炎..... 260
 結核性胸膜炎..... 275
 結核性膿胸..... 275
 結核性脊椎炎..... 322
 結核性後矜..... 332

緊張性氣胸……………266
 慢性性胸胸……………272
 纖維性甲状腺腫……………206
 纖維瘤……………132,310
 繼發性精核性變炎……………333
 繼發性淋巴腺瘤……………201
 縱膈膜之損害及疾病……………295
 縱膈膜之損害……………295
 縱膈膜之炎症……………295
 縱膈膜之腫瘤……………296

羽 部

習慣性脫白……………111
 習慣性後彎……………340
 習慣性丹毒……………76
 習慣性側彎……………344

老 部

老年性骨質弱症……………24
 老年性後彎……………314

米 部

明眼病……………112
 粘液囊腫……………410
 粘液囊腫……………214
 粘液水腫……………222
 粘液下喉炎……………311
 粘液瘤……………121

血 部

血管瘤……………139
 血囊瘤……………204
 血管性甲状腺腫……………196
 血胸……………264,267
 血管瘤及淋巴管瘤……………311
 血氣胸……………266
 血管周圍神經切除術……………371

耳 部

耳之損害及疾病……………163
 耳廓之損害及疾病……………163
 耳廓發育失常……………163
 耳成形術……………164
 耳廓之損害……………164
 耳血瘤……………164
 耳廓之炎症……………164
 耳廓之腫瘤……………165
 耳石……………166
 恥骨韌帶裂或脫白……………357
 職業性乳膜炎……………308
 職業的脊椎後彎……………341
 聲門浮腫或喉浮腫……………223
 聲門閉肌之痙攣(喉息癆)……………225
 聲帶震動……………267

肉 部

肉瘤……………313
 肌性強直……………334
 肌疝……………311
 肋骨之先天性畸形……………248

- 肋間動脈結紮法..... 251
 肋骨骨折及脫臼..... 252
 肋骨骨折..... 252
 肋軟骨骨折..... 255
 肋骨脫臼..... 257
 肋骨及胸骨之急性化膿性骨髓炎及骨
 衣炎..... 259
 肋骨結核或肋骨骨痛..... 260
 肋骨切除術..... 260
 肋骨及胸骨之梅毒..... 260
 肋間神經痛..... 263
 肋骨縫合法..... 283
 肋骨外縫合法..... 283
 肋骨切開法..... 282
 腋動脈周圍炎經神經切除術..... 353
 肥天性狼瘡..... 77
 肥厚性鼻炎..... 97
 肥天性扁桃體炎..... 157
 肺病性膿胸..... 271
 肺之損害及疾病..... 276
 肺之損害..... 276
 肺及氣管枝肉異物..... 277
 肺膿及氣管枝壞..... 278
 肺之炎症..... 279
 肺膿腫..... 279
 肺壞死..... 279
 肺包虫囊腫..... 279
 肺結核..... 279
 肺放線菌病..... 279
 肺之血瘕..... 279
 肺之手術..... 279
 肺萎合..... 284
 肺切除及摘出術..... 285
 肺切除術..... 285
 肺摘出術..... 286
 肺結核之外科療法..... 287
 肺尖成形術及肺尖剝離法..... 287
 肺切離法及胸壁外充填法..... 288
 肺之幹楔形療法..... 288
 肺血管狹窄法..... 289
 肺膿腫及肺壞死之外科療法..... 290
 肺切腹術..... 289
 肺氣腫之外科療法..... 291
 肺赫尼亞..... 250
 肺轉位症..... 250
 胃潰瘍..... 374
 胎生乳腺發生腺..... 302
 胸管之損害..... 193
 胸骨下及胸廓內甲狀腺腫..... 207
 胸腺之損害及疾病..... 215
 胸腺之損害..... 216
 胸腺之炎症..... 216
 胸腺增大症..... 216
 胸腺性喘息..... 217
 胸腺死..... 217
 胸腺切除術及固定術..... 217
 胸腺之腫瘍..... 217
 胸腺淋巴體質..... 217
 胸廓內食管切開術..... 242
 胸部外科..... 248

胸廓之损害及疾病	248	脂肪瘤	311, 139
胸廓之畸形	248	脊髓麻醉法(Bier氏)	353
胸廓之先天性畸形	248	脊髓水瘤	49
胸廓之先天性肌缺损	248	脊柱, 瘤髓及骨盆外科	318
胸廓之后天性畸形	249	脊柱之损害及疾病	318
胸廓之损害	250	脊柱之先天性畸形	318
胸廓震荡症	250	脊柱破裂(脊椎水腫)	318
胸廓之挫伤	250	脊髓膜赫尼亞	318
胸廓之创伤	251	脊髓脊髓赫尼亞	318
胸骨骨折及脱臼	251	脊髓穿髓赫尼亞	318
胸骨骨折	251	脊柱之骨折	322
胸骨脱臼	252	脊髓圆锥之尖端	325
胸骨外软部及骨之炎症性疾病	257	脊柱之创伤	330
胸骨结核或骨骺骨疽	262	脊柱之炎症性疾病(脊椎炎)	331
胸骨切除术	261	脊柱之弯曲	340
胸廓壁之脓肿	262	脊柱後彎	340
胸膜下脓肿	260	脊柱前彎	341
胸膜, 纵隔膜及胸腺鞘之损害及 疾病	264	脊椎脱位	342
胸膜之损害及疾病	264	脊椎侧弯	343
胸膜之损害	264	脊柱之脓肿	343
胸廓成形术	274	脊柱之损害及疾病	349
胸膜周围炎	275	脊柱之损害	318
胸膜外胸廓成形术	275	脊髓炎症	349
胸膜之脓肿	275	脊髓压迫症	349
胸廓成形术或切除肋骨韧带縮法	268	脊髓血管瘤	350
胸部主动脉瘤	296	脊髓之挫伤	350
胸部食管瘘包裹切除法	245	脊髓之创伤	350
胸椎脱臼	330	脊髓及其被膜之炎症	351
胸神经節	364	脊髓炎	351
		脊髓膜炎	351

- 脊髓及其被膜之腫瘤…………… 351
 脊柱之手術…………… 351
 脊髓病之胃發症…………… 353
 脊髓神經…………… 363
 脊柱之脫臼…………… 324
 腓肌透穿刺傷…………… 61
 腓肌成形…………… 272
 骨上動脈結紮法…………… 358
 骨下動脈結紮法…………… 358
 腎神經痛…………… 374
 腐蝕性或中毒性食管炎…………… 287
 腐敗性發胸…………… 272
 膈及其附屬器之損害及疾病…………… 29
 膈震盪症…………… 29
 膈壓迫症…………… 30
 胸膜中動脈之損害…………… 32
 胸部頸動脈之損害…………… 35
 膈之損害…………… 38
 膈膜及靜脈管之炎症…………… 43
 膈疾病…………… 45
 膈萎縮…………… 45
 膈腫瘤…………… 46
 膈垂體腫瘤…………… 48
 膈水腫…………… 49
 膈穿刺傷…………… 50
 膈垂體露出法…………… 62
 膈炎赫尼亞…………… 52
 膈赫尼亞…………… 50
 膈脊髓神經…………… 363
 膈自律神經系統…………… 365
 腰部及胸骨部棘突破裂…………… 318
 腰推脫臼…………… 330
 腰肌腹腫…………… 333, 360
 腰痛…………… 339
 腰神經節…………… 365
 腰交感神經節切除術之術式…………… 374
 腰高解法…………… 316
 腰脫疽疔瘡…………… 75
 腰傷寒症時所起之肋骨骨膜炎…………… 259
 腰傷寒後脊椎炎…………… 331
 腰骨肌腹腫…………… 360
 腰骨翼骨折…………… 355
 腰骨椎骨折…………… 355
 腰骨前上棘及前下棘骨折…………… 355
 膿性發胸…………… 271
 腹神經節或太陽神經節…………… 305
 腹交感神經之手術…………… 373
 腹高性扁桃體炎或咽缺炎…………… 157
 腹病性淋巴腺病…………… 200
 腹內脂肪瘤及腹外脂肪瘤…………… 311
 腹疝…………… 312
 腹池性纖維腺瘤…………… 352
 膈之畸形…………… 153
 膈扁桃及咽之損害…………… 155
 膈及損害…………… 155
 膈扁桃體及咽之腫瘤…………… 156
 膈之炎症…………… 156
 膈扁桃體及咽之腫瘤…………… 159
 膈之腫瘤…………… 159
 腮腺及其排泄管之損害…………… 173

腮腺唾液腺····· 174
 腮腺炎····· 174
 腮腺及下颌腺摘出術····· 178
 腮腺摘出術····· 178
 腮腺炎痛····· 202
 腮腺炎術····· 204
 腦神經纖維斷術····· 289
 腦神經切除術····· 289
 腦神經拔出血····· 289
 腦之損害及疾病····· 289
 腦之先天性畸形····· 289
 腦之先天性缺損或裂隙····· 298
 腦髓室····· 298
 腦弛緩症或腦高位症····· 298
 腦之損害····· 298
 腦幹尼羅····· 298
 腦下膜腫····· 301
 腦之炎症····· 301
 腦之腫瘤····· 301
 膠樣甲狀腺腫····· 206
 腺癌症····· 213
 腺胸····· 264,271
 腺氣胸····· 264
 臂叢伸展術····· 195
 臂叢肌肉間夾感神經切除術····· 377

自 部

自然神經····· 303
 自然破裂····· 253
 鼻鼻····· 97

行 部

衛生的多數原因說····· 207

舌 部

舌神經切除術····· 86
 舌之畸形····· 141
 舌瘻瘻症····· 141
 舌繫帶過短症····· 141
 舌繫帶過長症····· 142
 舌分裂症(舌破裂)····· 142
 舌過長症····· 142
 舌肥大症····· 142
 舌萎縮症····· 142
 舌之先天性缺乏····· 143
 舌之損害····· 143
 舌之創傷····· 143
 舌之火傷····· 143
 舌之炎症及其他疾病····· 143
 舌結核····· 144
 舌痿症····· 144
 舌癱瘓····· 145
 舌癱痺····· 145
 舌神經痛····· 145
 舌菌行疹····· 145
 舌白斑····· 146
 舌黑斑····· 146
 舌之腫瘤····· 147
 舌癌瘤····· 148
 舌動脈結紮法····· 151

舌骨下咽切肌術…………… 161
舌骨骨折…………… 185

艸 部

萎縮性鼻炎…………… 97
萎縮性咽炎…………… 159
落屑性狼瘡…………… 77
亞延性梅毒樣壞疽性皮炎…………… 23
亞延性蜂窩織炎性舌炎…………… 144
亞狀血管病…………… 7
亞狀神經痛…………… 9
腦骨神經自律神經系統…………… 366
腦骨管內脊髓硬膜外注射法(Cathelin氏)
…………… 354
齒動關節斷裂或脫臼…………… 357
齒骨神經變…………… 366

疝 部

七 畫

走 部

走馬疳…………… 25

辵 部

造耳術…………… 164
造頰術…………… 91
造口術…………… 91
造唇術…………… 88
造心性骨肥大…………… 25

處女之初乳分泌及乳分出血…………… 306

虫 部

蛋白質療法…………… 339
蜂窩織炎性扁桃體炎…………… 158
蜂窩織炎性鼻炎…………… 98
蝦蟆瘡…………… 140
蛙頭或蛙人…………… 322

衣 部

初生兒顱血瘤…………… 3
初生兒之顱骨損害…………… 19
初生兒之乳汁及血液分泌…………… 306
初生兒乳腺炎…………… 307
複頂癩瘡…………… 108
複梳毛布胸衣(Beety氏)…………… 336
複鉛直骨折(Malgaigne氏)…………… 355

貝 部

貝爾梯氏瓶吸引法…………… 274
畏骨…………… 26

門 部

閉經期之出血…………… 306
閉經期之乳腺炎…………… 309
閉塞性狹窄…………… 237
閉鎖性氣胸…………… 265

索 引 19

開放性氣胸.....	265	軟骨瘤及骨瘤.....	311
開胸術.....	282	轉移性癌胸.....	272
關節突之單獨骨折.....	322	軟骨髓膜炎.....	351

車 部

軟膜血管之損害(硬膜下出血).....	35
軟部之症性.....	257

八

阜 部

颞局性外耳炎.....	166
陷沒骨折.....	13
陽脈裝設.....	281
陰部神經囊.....	366
陰脈裝設.....	281
陽基強剛.....	325
隨意神經.....	363

全 部

錯位乳糜.....	303
鏈狀癌瘤.....	315
鎖骨下動脈結紮法.....	188

九

食 部

食管之先天性畸形.....	232
食管之損害.....	232
食管之皮下損害.....	232

引

軟骨瘤及骨瘤.....	311
轉移性癌胸.....	272
軟骨髓膜炎.....	351

里 部

重力性胸骨.....	344
------------	-----

畫

鎖骨上之結紮法.....	188
鎖骨下之結紮法.....	188

直 部

直位支持器 (Nyrop 氏).....	344
直性赫尼亞.....	208
直性氫變性乳腺肥大.....	305
直性癌瘤.....	371

青 部

青春性肥大或紅絨性肥大.....	305
靜脈竇之損害.....	32
靜水脈.....	14

畫

食管之創傷.....	232
食管穿孔.....	232
食管穿火傷及腐蝕.....	233
食管內異物.....	224
食管鏡檢查法.....	236

- 食管鏡之炎症即食管炎…………… 236
 食管之狹窄…………… 237
 食管消息子檢查法…………… 237
 食管漸次擴張法…………… 237
 食管之擴張…………… 238
 食管憩室…………… 239
 食管之腫瘤…………… 240
 食管平滑…………… 240
 食管之手術…………… 241
 食管切開術…………… 241
 食管縫合法…………… 243
 食管切斷法及斷端閉鎖法…………… 244
 食管穿通法…………… 244
 食管重疊法…………… 245
 食管壁固定法及食管重建設備…………… 245
 食管瓦門成形術…………… 246
 食管瘻造設術…………… 247
 食管切除術…………… 244
 食管成形術…………… 247
 食道後副甲狀腺腫…………… 242
 飲用水及飲用水地質說…………… 206
 食管之損害及疾病…………… 232
- 革 部**
- 絞鼻…………… 97
 絞鼻成形術…………… 102
- 頁 部**
- 頭部外科…………… 1
 頭部外面軟部之損害及疾病…………… 1
 頭部軟部之創傷…………… 1
 頭部軟部之皮下損害…………… 3
 頭部軟部之疾病…………… 4
 頭丹毒…………… 4
 頭部高熱病…………… 5
 頭氣腫及氣瘤…………… 6
 頭部腫瘤…………… 7
 頭部軟部之腫瘤…………… 8
 頭部疝…………… 50
 頭部白…………… 329
 頸部及背部棘突破裂…………… 318
 頸部食管切開術…………… 230
 頸部外科…………… 180
 頸部之損害及疾病…………… 180
 頸部之畸形…………… 180
 頸肋骨…………… 182
 頸部之損害…………… 185
 頸部之創傷…………… 185
 頸部動脈之損害…………… 186
 頸部靜脈之損害…………… 186
 頸部血管之結紮法…………… 187
 頸外動脈結紮法…………… 192
 頸內動脈結紮法…………… 192
 頸部神經之損害…………… 194
 頸部動脈結紮法…………… 190
 頸部之炎症及化膿…………… 196
 頸部放線菌病…………… 198
 頸部動脈瘤…………… 20
 頸部之腫瘤…………… 200
 頸部食管切斷術…………… 242

面之凍瘡	74	面神經之麻痺	86
面之尋常性狼瘡	76	面神經之息癢	87
面之疥癬	78	面神經伸長術	87
面之腫瘤	78	面成形術	88
面神經之麻痺及息癢	86		

十 畫

骨 部

骨衣下血瘤	3
骨縫離開	19
骨質變症或骨象牙症	25
骨象皮病	25
骨衣下切除術	123
骨性肋骨骨折	255
骨之炎症	259
骨盆下垂位	278
骨盆之腫瘤	362
骨盆神經痛	374
骨及關節結核	351
骨盆骨複雜骨折	355
骨盆環骨折	355
骨盆骨複鉛直骨折	355
骨盆骨脫臼	357
骨盆軟部之損害	357
骨盆骨及骨盆關節之炎症	358

骨盆骨急性骨髓炎	359
骨盆骨及骨盆關節之結核	359
骨盆軟部之炎症	360
骨盆之損害及疾病	354
骨盆之骨折	354
骨盆骨單裂骨折	355
髓側部及下頷枝切除術	135
體白骨折	355
髓骨骨折	355
髓核摘除	315

馬 部

馬鼻疽	75
馬尾	325
駝背	332

高 部

高壓法	281
高氣管切開術或氣管切開術	228

十一 畫

烏 部

烏手或助產手	215
--------	-----

十二畫

黑 部	黑舌…………… 164
-----	-------------

十三畫

鼓 部	鼓室之損害…………… 169
	鼓室之炎症(中耳炎)…………… 169
	鼓室血腫…………… 169
鼓膜之損害及疾病…………… 167	鼓膜穿孔術…………… 171
鼓膜之損害…………… 167	鼓膜之新生物…………… 171
鼓膜之炎症(鼓膜炎)…………… 168	
鼓室之損害及疾病…………… 169	

十四畫

鼻 部	鼻出血(衄血)…………… 95
	鼻粘膜之炎症(鼻炎)…………… 96
鼻前頭頭絨尼亞…………… 52	鼻性喘息…………… 97
鼻眼頭頭絨尼亞…………… 52	鼻性精神機能不和症…………… 97
鼻篩骨頭絨尼亞…………… 52	鼻之格魯布及狄夫的里…………… 98
鼻破裂…………… 70	鼻腔之膿漏症…………… 98
鼻及鼻腔之損害及疾病…………… 93	鼻腔之梅毒…………… 98
鼻之先天性畸形…………… 93	鼻腔之癩病…………… 99
鼻孔先天性狹窄或閉塞…………… 93	鼻腔內異物…………… 100
鼻中隔傾斜…………… 93	鼻腔之腫瘤…………… 100
鼻骨及鼻軟骨之骨折…………… 93	鼻咽茸腫…………… 161
鼻硬腫…………… 94	鼻軟部一時性腫脹…………… 101
鼻腔疾病…………… 95	鼻部成形術…………… 102

十五畫

	齒 部		齒銀炎..... 113
			齒槽突切跡術..... 135,132
齒牙及齒銀之疾病..... 112			齒根膜炎及齒槽骨炎..... 115
齒齒..... 112			齒牙疳..... 120
齒銀膿腫..... 113			齒根囊腫..... 122
齒瘻..... 113			齒銀瘤..... 126
齒牙充填法..... 113			

SACHVERZEICHNIS.

A	
Abdominales Emphysem	271
Abduktions-od. Rotationsluxation	329
Abnorme Kommunikation zwischen Luft- und Speiseröhre.....	232
Abnorme Kürze des Frenulum linguae ..	141
— Laenge des Frenulum linguae..	142
— Laenge der Zunge	142
Accessorische Mamma od. Mamma super- numerariae	302
Acut-eitrigc Entzündung der Warzen- zellen	172
Acut-eitrigc Konvexitätsmeningitis....	44
Acut-Entzündungen der Periosta der Schädelknochen	20
Acuter Nasenkatarrh.....	96
Acute Osteomyelitis der Wirbel	331
Acuter Retropharyngealabscess	199
Acute Strumitis	205
Acute Thymitis	216
Acute Thyreoiditis	205
Adamantinom	121
Adenofibrom acinosum	312
Adenom der Mamma	312
Adenoide Vegetation der Rachentonsille	161
Aktinomykose am Halse.....	198
— des Kiefers	117
— der Lunge	310
— der Mamma	310
Akuter Katarrh des Tuba Eustachii	171
Allmähliche Dilatation der Speiseröhre	237
Alterskypnose	341
Amastie	301
Amaezie	280
Amputation des Oesophagus.....	244
Anaesthesierung des Rückenmarks nach Bier	353
Anatomie der vegetativen Nerven	363
Aneurysma aortae thoracica.....	296
— arteriovenosum	7
— Capitis	7
— der Aorta thoracica	296
Aneurysmen des Kopfes.....	7
— des Schädelknochen	26
— des Halses	200
Angeborene Ektasie.....	238
— Defekt und Lücken des Zwe- rchfells	293
Angeborene Formfehler der Nase.....	93
— Gaumenspalte.....	153
— Geschwülste und Membran- bildung im innern des Kehlkopfes	218
Angeborene Halsfistel.....	180
— Knorpelverbiegungen	218
— Mangel der Zunge.....	143
— Missbildungen des Thorax.....	248
— — des Zwerch- fells	293
Angeborene Missbildungen der Wir- belsäule.....	318
Angeborene Muskeldefekt des Thorax.....	248
— Sakrolumbalgeschwülst	320
— Skoliose	343
Angewachsensein der Zunge.....	141
Angina	156
Angina Ludovici	157, 176,

Angina vesiculosa.....	156
Angiom und Lymphangiom.....	311
Angiospastische Anurie.....	374
Anlegung einer Speiseröhrenfistel.....	247
Animale Nerven.....	363
Anomalien der Brustwarze.....	301
Anwendung.....	373
Aphthae.....	136
Aplasia cranii.....	24
Aploplexia nasalis.....	97
Aseptische Pneumothorax.....	264, 266
Asthma nasalis.....	97
Athelie.....	280
Atherom und Cholesteatom der Mamma.....	317
Atresia congenita.....	165
Atrophia s. Anostosis cranii acquisita.....	24
Atrophia der Zunge.....	142
Atrophie und Hypertrophie der Schaedelknochen.....	24
Atyreosis.....	214
Augenwimpern.....	212
Autonome Nerven.....	363
Ausraumung der Achselhöhle.....	316

B

Balkenstich.....	61
Bandapparat des Ginglymusgelenks.....	329
Basedowsche Krankheit.....	371
Basilar meningitis.....	44
Bechterew'scher Typus.....	339
Beckenneuralgie.....	374
Bei Wirbelfraktur von 3 Lendenwirbel	

nach abwaerts.....	325
Beugungsluxation nach Vorne.....	328
Bilateral entgegengesetzte Luxation.....	329
Bildungsfehler der Ohrmuschel.....	163
— des auesseren Gehoergangs.....	165
Blennorrhoe der Nasenhöhle.....	98
Blephalospasmus.....	87
Blosslegung des Herzens.....	293
Blutung in der Mamma bei Menopause.....	306
Blutcysten.....	204
Bogenschnitt nach Velpeau.....	130
Boesartige Struma.....	208
Branchiogenes Carcinom.....	202
— Cysten.....	204
Bronchialasthma.....	372
Bronchiektasie.....	276
Bronchialfistel.....	276
Brückengipsverband.....	336
Buckel.....	332

C

Capistrum duplex.....	108
Carzinom.....	133
Carzinom der Kiefers.....	124
Carzinom der Brustdrüse.....	313
— mammae.....	313
— linguae.....	148
Cauda equiva.....	325
Centrum cilio-spinale Budge.....	324
Cephalocele occipitalis.....	50
— — superior.....	52
— — inferior.....	52

Cephalocele sincipitalis	52	Chronische Osteomyelitis.....	324
— nasofrontalis.....	52	— Thymitis.....	216
— nasoorbitalis.....	52	— Thyreoiditis.....	206
— naso-ethmoidalis	52	— Retropharyngealabscess.....	199
Cephalohaematom neonatorum	3	Chylothorax.....	268
Cervical oesophagotomie	242	Cicatricielle Skoliose	344
Cheiloplastik.....	88	Colostrum, Milchsekretion und Blutung in der Mamma bei Jungfrau.....	306
Chirurgie des Halses.....	180	Compressio cerebri traumatica.....	30
— der Hals sympathischen Ner- ven	370	Contusio laryngitis.....	219
Chirurgie der Bauchs sympathischen Ner- ven	373	Contusion der Schaedelknochen.....	11
Chirurgie der peripheren sympathischen Nerven	376	Coryza syphilitica	99
Chirurgie des Kopfes	1	Craniotabes rhachitica	25
Chirurgie der Parasymphatischen Nerven	377	Croup und die Diphtherie der nasenhohle	98
— des Thorax.....	248		
— der Wirbelsaeule, des Rücken- marks und des Beckens.....	318	D	
Chirurgische Therapie für Lungentuber- culose.....	287	Dehnung des N. facialis.....	87
Chirurgische Therapie für Lungenabscess und Lungengangraen.....	290	— des N. accessorius.....	196
Chirurgische Therapie für Bronchiektasie	291	— des Plexus brachialis	195
— Therapie für Lungenemphy- sem	291	Depressionsfraktur	13
Chirurgische Therapie für Bronchial- asthma	291	Dermoidcysten.....	S, 141
Chondrom	311	Deviation des Epiglottis des Kehlkopfes und der Trachea	218
Chronische eitrige Entzündung der War- zenzelle.....	173	Deviation der Nasenscheidewand	93
Chronische Entzündung der Schaedelkno- chen.....	21	Diastase der Schadelnaehte	19
Chronische Nasenkatarrh.....	97	Diaphragmatitis	301
		Diastase.....	328
		Diffenbach'sche Wellenschnitt.....	90
		Dilatation des Oesophagus.....	238
		— der Stirnhohle.....	106
		Distorsion	328
		Disphagia paradoxa	299
		Divertikel des Oesophagus.....	239

Divertikel des Fwerchfels.....	298
Doppelte Vertikal bruch der Beckenknochen.....	355
Druckdifferenzverfahren	247, 280
Druckmarken	4
Ductus thoracicus	193

E

Echinokoldicus des Lungen.....	279	Entzündliche Krankheiten der aeusseren Weichteilen und der Knochen am Thorax	257
Einfach—hyperplastische Lymphom....	200	Entzündliche Prozesse an den Kiefern....	115
Einpackungsverfahren des Thoraxoesophaguscarcinom	245	Entzündungen an den Ohrmuschel.....	164
Einfach Thorakotomie	273	— der Blutleiter der harten Hirnhäute	44
Eitersammlung in der Oberkieferhoehle	118	Entzündungen der Hirnhäute und der Sinus	43
Ektasie des Oesophogus.....	238	Entzündungen der Nasenschleimhaut....	92
Ektopie der Lunge	250	— der Paukenhoehle.....	169
Elephantiasis Ossium.....	25	— der Speicheldrüsen.....	174
Embryonale Milchleiste.....	302	— der Parotis	174
Emissaria Santorini.....	4	— der Thymusdrüse.....	205
Emphysema et Pneumatocele Capitis....	6	— der Beckenknochen und Beckengelenke	359
Empyem sinus maxillaris	118	Entzündungen der Beckenweichteile....	360
Empyema sinus frontalis.....	106	— der Brustdrüse.....	307
Encephalocoele	52	— der aeusseren Weichteile	241
Endocranitis gummosa	23	— der Knochen.....	259
— purulenta	43	— der Lunge.....	279
— syphilitica adhaesiva.....	23	— der Pharynx.....	158
Endolaryngeal oder Endothorakaler Nebenkropf.....	212	— der Schilddrüse.....	205
Endotheliom	312	— der Tonsillen.....	157
Exophthalmus	312	— der aeusseren Gehörgangs	166
Entzündliche Krankheiten des Herzbetfels und des Herzens.....	294	Entzündungen der Gaumens, der Tonsillen und der Rachens	156
Entzündliche Krankheiten der Wirbelsäule.....	331	Entzündungen des Kehlkopfes.....	221
		— des Processus mastoideus	172
		— des tuba Eustachii.....	171
		— des Rückenmarks und seiner Häute.....	350
		Entzündungen des Oesophagus.....	236

Entzündungen des Mediastinums.....295
 — des Unterkiefergelenks.....126
 — des Zahnfleisches.....113
 — und sonstige Erkrankungen der Zunge143
 Entzündungen und Eiterungen am Halse 187
 — des Kehlkopfes221
 Epilepsie nach Kopfverletzungen..... 48
 Epistaxie 95
 Epulis.....126
 Erschütterung des Thorax.....250
 — der Rückenmarks.....349
 Erworbene Missbildungen des Thorax.....249
 — Defekte des Gaumens.....154
 Erysipelas der Mundschleimhaut.....136
 — der Gesichtes.....76
 — faciei76
 Eventratio Diaphragmatis298
 Evulsion der Nerven 83
 Exarthriculation und Resektion des Unterkiefes.....133
 Exairese des N. phrenicus.....289
 Excision und Fixation des Thymus.....217
 — des Mittelstück des Unterkiefes.....135
 Excoriation und Rhagaden des Brustwarze306
 Exophthalmus Pulsans..... 35
 Exophthalmus212
 Exstirpation (Amputation) der Brustdrüse316
 Exstirpation des Larynx.....231
 — der Parotis und Glandula submaxillaris178

Exstirpation des Pharynx.....163
 — der Zunge mittelst lateraler Durchsaegung des Unterkiefers nach v. Langenbeck.....151
 Extrakapsuläre Exstirpation einer Schilddrüsenhalfte206
 Extraktio dentis.....113
 — der Zahne.....113
 Extrapleurale Thorakoplastik.....275
 Exzentrische Knochenhypertrophie..... 25

F

Fehlen der Nase..... 93
 Fibrom139, 310
 Filzkorsette mit Doppelmast.....336
 Fissuren, Sprünge oder Risse im Knochen 13
 Fistula mammae.....308
 Fixation des Oesophagus An Brustwand u. Oesophagostomie.....245
 Flachnase 93
 Flaschspirator nach perthes.....274
 Foerster'sche Operation353
 Frakturen der Beckenknochen.....354
 Fraktur der crista Iliaca.....355
 Frakturen der Pfanne355
 Fraktur der Darmbeinschaukel.....355
 Fraktur der Kehlkopfknorpel.....219
 Frakturen der knöchern Rippen.....255
 — der Nasenknorpel 93
 — der Rippenknorpel.....255
 — der nasenknochen und der nasenknorpel..... 93
 Frakturen der Rippen.....254

- Fraktur der Schädelknochen 13
 — des Schaedelgewoelbes..... 13
 — der Schaedelbasis 16
 — der Spina ilei anterior superior
 et inferior355
 Fraktur der Trachea.....220
 — der untern Halswirbel bis II
 Brustwirbel324
 Frakturen der wirbelsacule.....322
 — des Atlas und Epistropheus. 323
 Fraktur des Beckenrings.....355
 — des processus spinosi.....322
 — des processus Odontoideus des
 Epistropheus.....323
 Fraktur des Jochbeins.....74
 — des Oberkiefers.....108
 Fraktur des Schaedelgewoelbes..... 13
 Frakturen des Sternums.....263
 Fraktur des Tuberculi ossis ischii355
 — des Wirbelbogens.....323
 Frakturen des Wirbelkoerpers323
 — des Zungenbeins.....185
 — mit Verletzungen des Markes
 dicht oberhalb der Lendenanschwellung
 im Bereich der untern Brustwirbel...324
 Fremdkoerper in der Nasenhoehle.....100
 — in aeußeren Gehoergang..167
 — im Larynx und in der
 Trachea224
 Fremdkoerper im Lungen und Bronchien 277
 — im Oesophagus233
 — im Pharynx156
 Froschhals od. Froschmensch.....322
 Froeschleingeschwulst.....140
 Functionelle Erkrankung der Milchdrüsen 306
 Funda Maxillae.....
 Fungus durae Matris..... 28
 Furunkel und Karbunkel..... 74
- G**
- Ganglien cervicale.....364
 — — superior364
 — — medius.....364
 — — inferior364
 — coeliacum365
 — lumbale365
 — sacrale365
 — salore365
 — stellatum.....364
 — thoracale.....364
 — waltheri365
 Gastrische Krise.....353
 Gastroesophagostomie.....246
 Gefaessunterbindung am Halse187
 Gehirnerschütterung 29
 Gekreuzte Laehmung..... 36
 Genuine Epilepsie371
 Geschlossener Pneumothorax255
 Geschwülste der Brustdrüse..... 310
 — des Gehirns 46
 — des Gesichts 78
 — des Kiefers120
 — der Lunge279
 — der Nasenhoehle100
 — der Mundhoehle138
 — der Ohrmuschel165
 — der Schaedelknochen 26

Geschwulste der Schaedelweichteile 8

- der Stirnhöhle107
- der Thoraxwand.....262
- der Vagis378
- der Wirbelsaule.....348
- der Zunge.....147
- des aeußeren Gehoergangs 107
- des Beckens.....362
- des Gaumens159
- des Gesichts.....78
- des Halses200
- des Halssymphathischen

Nerven370

Geschwulste des Mediastinums296

- des Larynx und der Trachea
.....224

Geschwulste des Oesophagus240

- des Pharynx160
- des Pleura275
- des Rueckenmarks und sei-
nes Haute.....351

Geschwulste der Speicheldruese.....177

- des Thymus.....217
- der Tonsillen160
- des Zwerchfells301
- die Schraege.....70
- die Quere71

Gespaltene Zunge.....142

Gingivitis113

Gipsverband 184

Gipscorsett nach Sayre336

- oder Stuetzkorset.....339

Glandulae Areolares307

Glisson'sche Schlinge.....183, 184

Glossitis acuta.....143

- parenchymatosa acuta144
- phlegmonosa diffusa.....144

Glossitis superficialis146

Glottis—und Kehlkopfoedem.....223

Graefesche Symptome.....212

Gummoese Lymphom.....201

Guertelschmerz.....324

Gynaecomastie303

H

Haarzunge146

Hauthorn.....8

Habituelles Erysipel.....76

Haematoma sinus frontalis.....106

Habituelle Luxation.....111

- Spoliose.....345

Haemangiom.....139

Halsrippe.....182

Halbseitige kehlkopfestirpation.....231

Haemotoma Sinues frontalis.....106

Haemothorax.....264, 267

Haemopneumothorax266

Haematotympanum.....169

Haemopericard.....292

Haematomyelie350

Haematom auris.....164

Haemorrhagische Gingivitis.....137

Habituelle Kyphose.....340

Habituelle Skoliose.....344

Herdsymptome.....39

Herbeifuehrung von Verwachsungen zwis-
chen beiden Pleurablaettern.....280

Heftpflastertherapie der Lunge.....288

Hernia cerebri.....	50	Hydro nephrose.....	374
Hernia diaphragmatica.....	298	Hydrostatische Druck.....	14
Hernia diaphragmatica vera.....	298	Hypophisis, Freilegung der.....	62
Hernia diaphragmatica Spuria.....	298		
Hexenmilch u. blutige sekretion bei Neugeborene.....	306	I	
Hemiplegie.....	377	Niacalabscess.....	360
Hemiatrophie facialis progressiva.....	371	Infantiles Myxoedem.....	214
Hirndruck.....	30	Infektoese od phlegmonoese Mastitis.....	308
Hirnbransch.....	45	Intercostalschnitt.....	282
Hinterer Nebenkropf.....	212	Intercostalneurralgie.....	263
Hinter stich naht.....	029	Intraleürale Puenmohyse.....	288
Hintere Rippenbuckel.....	345	Intrathorakale Oesophagotomie.....	242
Hirnpunction.....	59	Intubation od. Tubage des Laryux.....	230
Hirnbruch.....	50	Invaginations methode des Oesophagus.....	245
Hohe Tracheotomie.....	228	Inzision des Herzbeutels.....	295
Hodokin'sche Krankheit.....	201	Inzision der Speiseröhre.....	241
Hypertrophie der Thymusdruese.....	216	Intrakapsuläre Entfernung der Kropfknoten.....	210
Hydrocephalus meningeus congenitus.....	49	Inzision des Pharynx.....	161
Hydrocephalus meningeus acquisitus.....	49	Irradierte Fissuren.....	13
Hydraemie.....	137	Intraglandulaeres u extraglandulaeres Lipom.....	311
Hydrorhachis.....	318	Ischias.....	374
Hydrocephalus.....	49	Ischuria paradoxa.....	324
Hydroencephalocele.....	52	Isolierte Fraktur des Processus articularis.....	322
Hydrops sinus frontalis.....	106	Isolierte Fraktur des Processus transversi.....	323
— sinus maxillaris.....		Isolierte Fraktur der Beckenknochen.....	355
Hygrom der Dura mater.....	49	Italienische Methode.....	104
Hypertrophie der Zunge.....	142		
Hysterie.....	213	J	
Hydrothorax.....	270	Jauchiges Emphysem.....	272
Hypertrophie der Schilddruese.....	206		
Hypertrophie mammae diffusa vera.....	305		
Hypertrichiasis.....	320		
Hysterische Skoliose.....	344		

Jejunoesophagostomie.....246
 Jodbasedow208

K

Kalter Senkungsabscess.....332
 Karakuloese Anurie.....374
 Kelling'sche Beckenhangelage.....299
 Kehlkopfpolypen225
 Kieferklemme127
 Kinnschleuder108
 Kontourschuss2, 183
 Kontusion der Schaedelknochen 11
 Kompressions u. Biegungsbruch 18
 Konzentrische Knochenhypertropeie 25
 Kommotio medullae spinalis.....349
 Kompressio medullae spinalis350
 Kompressio laryngis207
 Kompressionsstriktur237
 Kondensierende Otitis 25
 Kontraktontusion 38
 Kongestionsabscess333
 Kompressionsfraktur.....323
 Kompressionsfraktur des Rueckenmarks 349
 Kopfbruch 51
 Kongenitale Stenose od Atresie 93
 — Makroglossie146
 — Formfehler des Oesophagus 232
 — Formfehler des Larynx u.
 Trachea218
 Kopfhlegmone 5
 Kopfrose..... 4
 Kosmetische Behandlung der aesseren
 Nase durch Paraffin Injektion..... 99
 Kongenitale Missbildung des Sternum....248

Kongenitale Missbildung der Rippe248
 Kontusion der Thorax.....250
 Krankheiten der Schaedelweichtheile 4
 — der Oberkieferhoehle118
 — der Schaedelknochen 20
 — des Gehirns 45
 — des Weichteile des Gesichts 74
 — der Wangenlymphdruesen .. 78
 — der aeuesseren Nase..... 94
 — der Nasenhoehle..... 95
 — der Stirnhoehle106
 — der Zaehne u. des Zahnfleis-
 ches112
 Krankheiten der Oberkieferhoehle118
 — der Mundhoehle136
 Krampf des N. Facialis 87
 Kröpfbrunnen206
 Kropfsthma208
 Krampf der Glottesschliesser.....225
 Kretinismus214
 Kuenstliches Ohr.....164
 — Pneumothorax.....287
 Kyphose der Wirbelsaeule.....340
 Kyphoskoliose344

L

Laehmung der Kehlkopfmuskeln.....226
 Laehmung u. Krampf des N. facialis.... 86
 Lappenschnitt283
 — nach v. Langenbeck 130
 Lappenwunde 2
 Laryngitis catarrhalis.....221
 — submucosa222
 — hypoglottica acuta222

- Laryngotomie226
- Laryngotomie infrathyreoidea und die
Cricotomie228
- Laryngofissur226
- Laterale Halskeimfistel180
- Lateraler Nebenkropf.....212
- Lateralschnitt nach Nelaton und Boeckel
.....129
- Lebensnerven.....363
- Lepra der Nasenhoehle 99
- Leptomeningitis.....351
- Leptomeningitis purulenta..... 44
- Leukom der Zunge.....146
- Leukophakia 146
- Linker subphrenische Abscess300
- Linkslander 39
- Lipom.....314, 139
- Little'sche Krankheit353
- Lochbrueche..... 13
- Lordose der Wirbelsaule341
- Lufttroehrenfistel.....180
- Lumbago od. Haxenschuss339
- Lumbalpunktion des Wirbelkanals.....353
- Lungenabscess.....279
- Lungenfistel u. Bronchialfistel.....278
- Lungengangraen.....279
- Lungenhernie150
- Lungentuberculose280
- Lungennaht283
- Lungenextirpation286
- Lungenresektion285
- Lupus vulgaris des Gesichts..... 76
- exfoliatus 77
- exulcerans..... 77
- Lupus hypertrophicus..... 77
- Luxation am Steurnm 264
- der Kehlkopfknorpel219
- der Rippe.....257
- der Wirbelsaule327
- der Beckenknochen357
- des Kopfes329
- des Atlas.....329
- des 2-7 Halswirbels330
- des Brustwirbels330
- des Lendenwirbels.....330
- des Unterkiefers.....110
- des Unterkiefers nach vorn...110
- des Unterkiefers nach hinten...112
- Lymphangioma cystoides congenicum...204
- Lymphdruesengeschwulste200
- Lymphosarkom201

M

- Magengeschwuer305
- Markroehle.....80, 139
- Makromelie.....139
- Malgaigne'sche doppelte Vertikelbruch...356
- Maligne Lymphom .. 201
- Maligner Furunkel u. Karbunkel des
Gesichts 74
- Malleus..... 75
- Malum potti.....332
- Mamma aberratae.....303
- pendula304
- Mastitis acuta307
- adolescentum308
- bei Menopause309
- bei Menstruation308

Asstitis chronica 309
 — — — *cystica* 309
 — — — *fibrosa* 309
 — — — *infectiosa specifica* 309
 — *Neonatorum* 307
 — *puerperalis* 308
 — *traumatica* 308
Asitodynie od. Neuralgie mammalis 307
Asitoiditis 172
Asitopiose od. Hangebrust 304
Asitotomie 173
Mediane Halsfistel 180
Mediaschnitt nach Diffenbach 129
Medullarcarcinom 315
Meloplastik 91
Meningitis purulenta 44
 — — — *spinalis* 351
Meningocele 52
Metapneumotisches Empyem 271
Metastatisches Empyem 272
Miculicz'sche Krankheit 172
Mikromastie 302
Milchcyste od. Galaktocele 317
Milchfieber 308
Milchsanger 309
Milzbrandpustel 75
Mischgeschwulste 139
Missbildung der Zunge 141
Missbildung des Gaumens 153
Missbildungen am Halse 180
 — — — *der Brustdruesen* 301
 — — — *des Thorax* 248
Moebins'sche Symptome 212
Morbus Basedowi, Basedow'sche Krank-
heiten od., Graves disease 212

Motilitaetsneuosen des Kehlkopfes 225
Multiokulaere Kiemengangscysten 204
Multiplen Frakturen der Bechenknochen 355
Muskuloese Steifung 319
Myelitis 351
Myelocystocele 318
Myelomeningocele 318
Myom 311
Myringitis acuta 168
Myringitis chronica 168
 — — — *sicca* 168
Myxoedem 214
Myxom 311

N

Narbenkeloid 80
Narbige Striktur 237
Nasenspalte 70
Nasenblutung (Epistaxis) 95
Nasenrachenpolypen 161
Nebenkropf 211
Negativdruckapparat 281
Nekrose der Schnaedelknopfen 23
Nervenastomose 87
Nervenverletzungen am Halse 194
Neubildungen der Paukenhoehle 171
Neuralgie der Zunge 145
 — — — *des N. inframaxillaris* 81
 — — — *des N. infraorbitalis* 81
 — — — *des N. supraorbitalis* 81
 — — — *des N. trigeminus* 81
Neurektomie 83
 — — — *des I Astes des N. trigemi-*
nus (des N. supraorbitalis) 83

- Neurektomie des II Astes des N. trigeminus (des N. infraorbitalis)..... 84
- Neurektomie des III Astes des N. trigeminus (des N. infraaxillaris)..... 85
- Neurektomie des infraorbitalis mit temporärer Resektion des Jochbeins nach Braun und Lossen..... 84
- Neurektomie des Nerven an der Lingua vor seinen Eintritt in den Unterkieferkanal..... 86
- Neurektomie des N. lingualis..... 86
- Neurektomie des Nerven an seiner Austrittsstelle am Foramen mentale..... 86
- Neurektomie des Nerven im Unterkieferkanal..... 86
- Neuritis ascendens..... 36
- descendens..... 36
- Neurofibrom..... 307
- Neuroparalytische und trophoneurotische Knochenatrophie..... 25
- Nierenneuralgie..... 374
- Nigrities linguae..... 146
- Noma..... 75
- Nothmast, gurymast nach Sayre oder Nebel..... 336
- Nyrop'sche geradehalter..... 341
- Stuerzapparat..... 342
- O**
- Oberlippe, die Spalte der..... 64
- Oberflächliche Entzündungen u. Eiterungen..... 197
- Oberer Nebenkrapf..... 212
- Obturationsstriktur..... 237
- Occipitalstich..... 62
- Odontom..... 120
- Oelthorax..... 287
- Oesophagitis carrossiva s. toxica..... 237
- Oesophagoektomie..... 241
- Oesophagoplastik..... 247
- Oesophagoskopie..... 236
- Oesophagotomie externa..... 236, 241
- Oesophagotomie interna..... 241
- Oesophaguspolypen..... 240
- Offener Pneumothorax..... 255
- Ohrbildung..... 164
- Operation der parasymphatischen Nerven..... 377
- Operation der peripheren Spinalnerven..... 377
- Operation am Pharynx..... 161
- Operation am Larynx an der Trachea..... 226
- am Oesophagus..... 241
- der Halssympatische Nerven..... 371
- der Lungen..... 279
- der vegetativen Nerven..... 363
- des Herzens..... 294
- der Vagus..... 378
- der Wirbelsäule..... 351
- Operative Behandlung maligner Zungen-
geschwulste..... 148
- Operative Fixierung der Wirbelsäule..... 337
- Operative Myxoedem od. Kachexia thyreopriva..... 214
- Orthopnoe..... 272
- Osteomyelitis cranii purulenta acuta..... 21
- des Kiefers..... 116
- acuta der Beckenknochen..... 359
- der Rippe bei Typhus abdominalis..... 259

Osteomyelitis u. periostitis purulenta
 acuta der Rippe u. des Sternums.....359

Osteophyten 26

Osteoplastische Resektion der Oberkiefer-
 knochens133

Osteoporosis senilis 24

Osteosklerose od. Eburneatio Ossios..... 25

Othliten166

Otitis externa circumskripta.....166

Otitis externa diffusa.....166

— media catarrhalis acuta169

— — — chronica.....170

— — purulenta acuta170

— — — chronica170

Othaematom164

Otoplastik164

Ozaena 97

Ozaena simplex..... 97

— syphilitica..... 99

— tuberculosa 98

— ulcerosa 97

P

Pachymeningitis externa purulenta.....143

— gummosa 23

— spinalis externa.....351

— — — interna351

Paget'sche Krankheit.....316

Panzenkrebs315

Papillom.....8, 139, 312

Papilla plana od. flache Warze301

— fissa od. gespaltene Warze.....301

— circum vallata od. Hohlwarze ..301

Paramastitis purulenta309

Parasiten Cyste317

Paralyse der Zunge.....165

Paracentese des Trommelfells171

Parotitis epidemica.....175

Parulis113

Partielle Rhinoplastik104

— Resektion129

— — des Oberkiefers.....132

— — am Unterkiefer.....135

Pathologische Skoliose.....344

Penetrierende u. nicht penetrierende
 Schaedelwunde..... 12

Penetrierende Wunde..... 2

Penetrierungsmethode des Oesophagus ..244

Periostitis cranii 20

Periarterielle Sympathektomie.....376

Pericranitis acuta 20

Periostitis syphilitica 22

— gummosa diffusa 23

Pericarditis.....294

Perichondritis tuberculosa.....260

Pektus carinatum s. gallinaceum rachiti-
 cum249

Perichondritis u. Chondritis laryngea.....223

Perforation der Oesophagus233

Peripleuritis275

Peribronchiale Naht278

Pericostale Naht283

Periarterielle Sympathektomie der A.
 femoralis377

Periarterielle Sympathektomie der A.
 brachialis377

Periarterielle Sympathektomie der A.
 communis377

Periarterielle Sympathektomie376

- Pic douloureux..... 87
 Pierre-Marie-Strümpfellsche Typus..... 339
 Phosphornekrose..... 117
 Pharmakologie der Vegetativen Nerven..... 368
 Pharyngitis catarrhalis acuta..... 158
 — diphtherica..... 158
 — hyperplastica granulosa..... 159
 — atrophica..... 159
 Pharyngotomia subhyoidea..... 161
 — lateralis..... 163
 Phlegmone ligneux..... 198
 Pharyngocele..... 239
 Pharynxpolypen..... 240
 Phrenicotomie..... 289
 Physiologie der vegetativen Nerven..... 366
 Plastische Operation des Oesophagus u.
 der Kardia..... 246
 Punktion des Thorax..... 272
 Pneumothorax..... 265
 Pneumatocele capitis supramastoidea.... 6
 — syncipinalis..... 6
 Pneumolyse u. extrapleurale.
 Plombierung..... 288
 Pneumektomie..... 290
 Pneumopericard..... 292
 Pleuritis tuberculosa..... 275
 — sicca od. fibrinosa..... 275
 Plumbieren der Zähne..... 113
 Plastische Operation im Gesicht..... 88
 — — an der Nase..... 102
 — — der Sattelnase..... 104
 Pelythelie od. Hypertelie..... 301
 Polymastie od. Hypermastie..... 301
 Posttyphoese Wirbelentzündung..... 331
 Pott'sche Krankheit..... 332
 Pottsch Buckel..... 332
 Positiverdruckapparat..... 281
 Prosopalgie..... 81
 Prolapsus cerebri traumaticus..... 42
 Priapismus..... 325
 Proteinkörpertherapie..... 339
 Professionelle Kyphose..... 341
 Praemammaerer Abscess..... 307
 Professionelle Mastitis..... 308
 Pseudoleukämie..... 201
 Psoasabscess..... 333, 360
 Psoriasis tuberculosa secundaria..... 333
 Pübertaetshypertrophie ü. Graviditaets-
 hypertrophie..... 303
 Pulsionsdivertikel..... 239
 Punktion od. Parazentese der Herzbeutel 294
 Punktio pericardii..... 294
 Pyothorax..... 264
 Pyopneumothorax..... 264, 266
 Pyothorax, Emphysema thoracis od.
 Pleuritis putulenta acuta..... 271

Q
 Quetschung des Kehlkopfes, Contusio
 laryngitis..... 219
 Quetschung des Rueckenmarks, Contusio
 medullae Spinalis..... 350

R
 Rachitische Skoliose..... 343
 Radikaloperation der Stirnhöhle..... 107

Rankenangiom	7	— chronica atrophica foetida.....	97
Rankenneurom	9	Rhinitis phlegmonosa.....	98
Rauchfuss'sche Schwebegurt	327	Rhinoplastik	102
Rachitische Hühnerbrust	249	Rhinoplastik aus der Wangenhaut.....	103
Rechtes subphrenische Abscess	300	Rhinoplastik aus der Wangenhaut.....	103
Region dangetuse.....	187	— — — Haut der Oberarms.....	104
Relaxi diaphragmatica	298	Richard'sche Krankheit.....	321
Resektion des Oberkiefers.....	129		
— des Alveolarfortsatzes.....	132 135	S	
— des Oesophagus	244	Sarkom	313
— des Seitenteils des Kiefer-		— des Kieferknochens	122
körpers u. des Kieferastes	135	Sattelnase	99
Resektion des Speiseröhre	244	Saugtherapie nach Bier u. Klapp.....	309
— des Cervikalen Teils des		Scarpirungswunde.....	2
Oesophagus	244	Schiefe Sitz nach r. Volkmann.....	345
Resektion des Sternums.....	261	Schiefhals	182
— des N. Phrenicus.....	289	Schiefstand der Näsenscheide wand....	93
— der Wirbelbogen	352	Schleimcysten	140
Retentionsmastitis.....	286	Schlürfen des Geräusch.....	187
Retromastitis phlegmonosa	308	Schwanzbildung.....	320
Retromammare Lipom.....	310	Schwartenbildung	272
Retropharyngeal Tumor.....	160	Schwarze Zunge	164
Retropharyngealabscess od.....		Sekretverhaltung in der Drüsengängen	
Retrooesophagealabscess.....	333	der Speicheldrüsen.....	176
Retropharyngeale u. Retrooesophageale		Sekundäres Empyem.....	272
Entzündungen.....	199	Sekundäre Lymphknebs	201
Retrotracheale Kropf.....	208	Serothorax	270
Retrooesophagealer Nebenkropf.....	212	Skleodermie	376
Rippenresektion	260	Skoliose der Wiebelsäure	341
Retroalaryngealer Nebenkropf	212	Skoliosis ischiadica s. neuropathica.....	344
Rhinosklerom	94	Skorbut	137
Rhinitis chronica simplex.....	97	Skrofulöse Lymphom.....	200
— hypertrophica	97	Smokerspatches	146
— atrophica	97		

- Sondeuntersuchung des Oesophagus.....237
- Spannungs pneumo thorax.....266
- Spasmus der Znnge.....145
- glottis der Kinder.....224
- glottis der Erwachsenen.....224
- laryngis.....225
- Spastische Striktur.....237
- Spezifische Drainage.....274
- Speichelcyste.....176
- Speicheldrüsenfistel.....174
- Speichelfistel des Duktus stenonianus...174
- Speichelgangcyste.....177
- Speichelstein.....177
- Spezifische Krankheiten durch
Schilddrüse.....212
- Spina bifida.....318
- bifida occulta.....320
- bifida cervicalis et. dorsalis.....318
- bifida lumbalis et. sacralis.....318
- Spinale Meningocele.....318
- Spinalnerven.....363
- Spitze des conus medularis.....325
- Spitzenplastik ü Spikolyse.....287
- Sp ndylarthritis ankylopaetica.....338
- deformans.....339
- Spondylitis.....331
- chronica ankylopaetica.....338
- syphilitica.....338
- tuberculosa.....332
- Spondylolisthesis.....341
- Spontane Gangrän.....351
- Spontanruptur.....233
- Staphyloorrhaphie.....154
- Statische Skoliose.....344
- Status thymicolymphaticus.....217
- Stauungs-Oesophagusektasie.....238
- Stauungsmastitis.....308
- Stenose u. Obliteration der Tuba
Eustachii.....172
- Sternbrüche.....13
- Stimmfremitus.....267
- Stinknase.....97
- Stirnhöhlenfisteln.....106
- Stomatitis catarrhalis.....136
- ulcerosa.....136
- Stomatoplastik.....91
- Streifwunde.....2
- Strekschankel nach c. Schmidt.....345
- Strikturen des Oesophagus.....237
- Struma Colloides s. gélatinosa.....206
- fibrosa.....206
- follicularis.....206
- parenchymatosa.....206
- substernalis s. intrathoracica.....208
- vasculosa.....206
- Strumektomie.....209
- Stück u. Splitterbrüche.....13
- Subaponeurotisches Haematom.....3
- Subcutane Verletzung des Oesophagus.....232
- Verletzungen (Quetschungen
od. Kontusion) der Schädelweichteile.. 3
- Subcutanes Haematom.....3
- Subperiostale Haematom.....3
- Subperiostale Resektion.....123
- Subphrenischer Abscess.....299
- Subplenrale Tumoren.....262
- Suspensorium mammae.....309

Symetrische Erkrankungen der Tränen
u. Mundspeicheldrüsen.....176

Sympathektomie.....372, 374

Sympatische Nerven.....341

Syphilis der Kehlkopfes.....224

— der Mamma.....310

— des Gesichts.....78

— des Kiefers.....116

— der Mundhöhle.....138

— der Nasenhöhle.....98

— des Rachens.....159

— der Rippe und des Sternums...260

— der Schädelknochen.....22

— der Zunge.....144

Syphilitische sklerosierende Glossitis...145

T

Tamponade der Trachea.....230

Temporäre ablösung der Weichteile der
Nase.....101

Temporäre Resektion der aesseren Nase..101

— — des Schädel-
knochens.....56

Temporäre od Osteoplastische Resektion.132

— Resektion des Unterkiefers..135

Tetanie nach Kropfoperation.....215

Technik der cervicale sympathische
Ganglionektomie (nach Bruening)...372

Technik der Lümbo-sacralen Sympathis-
chen Ganglienektomie.....374

Thiersche Transplantation.....92, 103

Theorie des Jodmangels.....207

Theorie von toxische infektiöser
Ursprung.....207

Theorie der multiplen Ursachen auf
hygenischen Gebiet.....207

Thyreotomie.....208

Thoracocentese.....272

Thorakotomie mit Rippenresektion.....273

Thorakotomie.....273, 282

Thorakoplastik od Lungenretraktion
durch Rippenresektion.....288

Thelitis u Areolitis.....307

Thymustod.....217

Tiefliegende Entzündung u. Eiterung...197

Tieftracheotomie.....229

Tiegel—Henle'sche Maskenapparat.....263

Totale Rhinoplastik.....102

— — aus der Stirnhaut od.
indische Methode.....102

Tote Osteome.....105

Totale Resektion.....129

— — des Oberkieferknochen..129

— — beider Oberkiefer.....132

— Resektion einer Unterkiefer hälfte.133

— Exstirpation am Unterkiefer.....134

Tonsillitis follicularis.....157

— hypertrophica.....157

— s. angina lacunaris.....157

— diphtherica.....158

— phlegmonosa.....158

Tonsillarabscess.....158

Tonsillotomie.....158

Transplantation n. Thiersch od. Krause.. 3

Trepanation.....55

— der Wirbelsäule.....352

Trennung od. Diastase der Schädelnaht.. 91

- Traumatische Hirnverfall 42
 Trepanation des Processus mastoideus 173
 Trinkwassertheorie od. hydrotellurische
 Theorie 206
 Tracheotomie 228
 — inferior 229
 Traktionsdivertikel 239
 Trichterbrust 248
 Traumatische Lungenbruch 251
 Traumatisches Empyem 271
 Traumatische Skoliose 344
 Tronseau'sche Phaenomen 215
 Trigemini neuralgie 81, 371
 Tuberculose der Schädelknochen 21
 — des Kiefers 116
 Turmschädel 25
 Tuberculose der mundhöhle 137
 — der Zunge 144
 — der Gammens 156
 — der Mammae 310
 — der Tonsillen 148
 — der Pharynx 159
 — der Rachen 159
 — des Kehlkopfes 223
 — der Rippe od. Rippencares 260
 — des Sternum od. Sternum-
 karies 260
 Tuberculöse Lymphome 197
 Tumor salivaris 177
 — der Hypophyse 48
 Tuberculöser Pyothorax 275
 Tubercula dolorosa 307
 Tuberculose der Mamma 288
 Tuberculöse Kyphose 332
 Tuberculose des Beckenknochen und
 Beckengelenk 359
 Tuberculose der Schädelknochen 21
- U**
- Unterbindung der Arteria anonyma 188
 — — — carotis interna 193
 — — — — externa 193
 — — — — verte-
 bralis 193
 Unterbindung der Arteria glutea
 inferior 358
 Unterbindung der Arteria glutea
 superior 358
 Unterbindung der Arteria intercostales 253
 — — — lingualis 151
 — — — mammaria
 interna 251
 Unterbindung der Arterie subclavia 188
 — — — thyroidea 210
 — — carotis communis 190
 — — Subclavia oberhalb der
 clavicula 188
 Unterbindung der arteria unterhalb der
 clavicula 188
 Unterdruckverfahren von Sauerbruch 281
 Unterlippe, die Spaltbildung der 72
 Unterer Nebenkropf oder intrathorakaler 212
 Uranschisma 153
 Uranoplastik 153
 Uvula bifida 153
 Überdruckverfahren von Brauer 281

V

Vaginismus.....	374	Verletzungen des Mediastinums.....	295
Vagotomie	369	— des Milchbrustgangs.....	193
Vegetative Nerven ü. innere Sekretion...	369	— des Oesophagus.....	232
Ventildrain von thiersch.....	274	— der Ohrmuschel	163
Ventilpneumothorax.....	265	— der Päuken höhle.....	169
Verbrennung der Zunge.....	143	— der Parotis u. des Ductus	
— des Gesichts.....	78	Stenonianus.....	173
Verbrönnung u. Verätzung des Thorax		Verletzungen der Piagefaesse.....	35
u. der Trachea.....	221	— des Pharynx.....	155
Verengerung der Lungengefaesse.....	289	— des Processus mastoideus.....	172
Verhütung der Erkältung des Pneu-		— des Rückenmarks	349
mothorax	280	— des Rückenmarks in der	
Verkrümmungen der Wirbelsäule.....	340	Mitte der Lendenanschwellung etwa	
Verletzungen des äussern Gehörgangs.....	165	in Höhe des 13. Brustwirbels.....	324
— der Arterien am Halse.....	186	Verletzungen der Schaedelknochen bei	
— der Arteria meningea media	32	Neugeborene.....	19
— im Bereich des oberen u.		Verletzungen der Schilddrüse.....	205
mittlerer Brustmarks.....	324	— der Sinus venosüs.....	32
Verzengelu der Brustdrüsen.....	305	— der Speicheldrüsen	173
Verletzungen der carotis cerebialis.....	35	— des Thorax.....	234
— des Gehirns.....	38	— der Thymusdrüse.....	216
— am Halse.....	185	— der Tuba Eustachii.....	171
— der Halsympathischen		— des Trommelfells.....	167
Nerven.....	370	— des Vagus	378
Verletzungen der Hirnnerven während		— der Venen am Hals.....	186
ihres Verlauf im Schädel.....	36	— der Weichteile des Beckens	357
Verletzungen des Herzbeutels.....	292	— der Zunge.....	143
— des Herzens.....	292	— des Zwerchfells.....	298
— der intracraniellen Blutge-		— u. Krankheiten des äussern	
faesse.....	32	Gehörgangs.....	165
Verletzungen des Larynx u. der trachea.....	218	Verletzungen der äussern Weichteile des	
— der Lunge.....	276	Schädels.....	I
		Verletzungen des Brustfells	264
		— der Brustdrüse.....	301

Verletzungen des Gehirns u. seine Adnexa 29	Vikarierende Menstruationsblutung.....306
— des Halses.....180	Visceralknochen182
— des Herzenbeütels u.	Vogelhand215
Herzens.....291	Vorderer Nebenkropf212
— des Kehlkopf u. der Trachea.....18	Vordere Rippenbuckel..... 345
— der Kiefer108	
— u. Krankheiten der Lunge 276	
— des Beckens.....354	
— — — der Kiefer.....108	
— — Mediastinum295	
— der Mundhöhle, der Zunge	
und der Rachenhöhle.....135	
Verletzungen der Nase u. der Nasenhöhle 93	
— des Oesophagus.....232	
— des Ohres.....156	
— der Ohrmuschel164	
— der Stirnhöhle105	
— der Paukenhöhle.....169	
— der Pleura.....264	
— des Processus mastoideus..172	
— des Rückenmarks.....349	
— u. Krankheiten der äusseren	
Weichteile des Schädels..... 1	
Verletzungen u. Krankheiten der Schädel-	
knochen 11	
Verletzungen bei Neugeborenen..... 19	
— der Schilddrüse.....205	
— der Speicheldrüse.....173	
— des Thorax.....248	
— der Thymusdrüse.....215	
— des Tonsillen.....155	
— der Trommelfells167	
— der Tuba Eustachii.....171	
— der Wirbelsäule318	
— des Zwerchfells298	
Verletzung u. Verätzung des	
Oesophagus.....233	
	W
	Wachstumskypnose340
	Wunde der Schädelweichteile 1
	— der Schädelknochen 12
	— des Gesichts..... 73
	— am Halse185
	— der Zungen143
	— des Larynx in der Trachea.....220
	— des Oesophagus232
	— des Thorax251
	— der Wirbelsäule330
	— des Rückenmarks350
	X
	Xerosis.....212
	Z
	Zahnkaries112
	Zahnfistel113
	Zahncyste follikuläre.....121
	Zahnwurzelcyste122
	Zerminalpfropf166
	Zerreissung od. Luxation der Schambein-
	fuge.....357
	Zerreissung od. Luxation der articulatio-
	sacroiliaca357
	Zuckercaries112
	Zystische Geschwülste.....204
	Zystenropf206

中華民國二十二年九月二十五日初版

中華民國二十六年二月二十五日二版



實價大洋伍元

郵費三角

著者 劉 兆 霖

發行者 北平醫刊社
北平四四牌樓珠塔胡同

印刷者 燕京印刷所
平四海甸掛甲屯一號

代售處 北平大學醫學院附屬醫院
北平四單背陰胡同
五定公司醫學書報部
上海北京路二六六號

