

癰疽及其治療

(根據 A.B. 維什涅夫斯基氏法)

人民衛生出版社

療 疽 及 其 治 療

(根據 A. B. 維什涅夫斯基氏法)

A. H. 雷 日 赫 著

張天錫 譯 任國智 校

人 民 衛 生 出 版 社

內 容 提 要

這本以А. В. 維什涅夫斯基氏發病機制療法治療手指及手部各型化膿性疾患的臨床醫師用簡明手冊，按照И. П. 巴甫洛夫學說的觀點敘述了臨床工作中常見的手指及手部各型化膿性疾患的分類、預防、臨床、治療及預後。

在本書相應各章中描述了有關手指及手部的局部解剖，而此點對臨床醫師說來是非常重要的。

這本書着重地敘述了А. В. 維什涅夫斯基氏奴佛卡因神經封閉與油膠質抗菌劑的作用機制、奴佛卡因封閉術的技術操作及常規等。

本書作者將「癰疽」疾患與有關資料作了正確的對比之後規定出適當的分類。詳細地敘述了癰疽的病原療法、一般的治療原則及手術後期的治療與攣縮的預防。

Проф. А. Н. Рыжих

Панариций и его лечение

на основе методов А. В. Вишневского

Издание второе

переработанное и дополненное

Медгиз—1953—Москва

癰 疽 及 其 治 療
(根據 А. В. 維什涅夫斯基氏法)

開本：850×1168/32 印張：4 1/2 字數：122 千字

張 天 錫 譯

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區錢子胡同三十六號 •

上海新華印刷廠印刷 • 新華書店發行

統一書號：14048·0891

1956年7月第1版—第1次印刷

定 價：(9) 0.65 元

(上海版) 印數：1—10,100

作者再版序

本書初版印於 1950 年初，出版后不久即告售罄。

根据到莫斯科來進修的很多醫師的傳達，本書在各大城市以及边區的外科醫師中，已廣泛地引起注意。

尽管如此，我們不得不承認，以 A. B. 維什涅夫斯基氏發病机制療法為基礎的手指和手部炎症的新的治療方法，根据我們的經驗，虽然比最近 80 年來沿用於瘰癧的早期及超早期的切開術有明顯的優點，却毫無理由地、十分緩慢地被应用到外科的实际工作中去。

我認為，本書中所提倡的瘰癧治療方法所以未能普及，其原因有二。第一个原因，亦即主要的原因，是許多臨床醫師，甚至不少的研究院工作人員，虽然表面上已承認了巴甫洛夫的思想，但他們的思想意識仍被把炎症过程視為与神經系統一般調節、营养功能無關的 Virchow 氏純局部疾患的概念所統治着。К. М. Быков 院士說：「据我看來，我們的医学應該徹底擺脫視某一器官、甚至某一整個系統的疾病為局部損害的局部觀念的羈絆，而轉到視病理現象為一種过程的見解上去。这才是医学上的真正的生理學方向」^①。第二个原因似乎屬於純粹臨床性質的，就是許多醫師不正確地、有時竟然粗枝大葉地進行肌膜腔奴佛卡因封閉^②及油膠質敷布敷貼的操作。外科醫師們往往歪曲了我們的操作过程的全部意义，不把温熱的奴佛卡因溶液（32—36°C）均勻地、平穩地注入肌鞘內，反而迅速地將冷的、即未加温的溶液壓入組織內。这样的操作，不僅不能造成对营养「有益的」「弱的」刺激，反而足以成為無療效的、甚至「不良的」营养性反应的神經系統的「劇烈的」刺激。在敷貼軟膏敷布方面，也有同样的情形；一般往往僅將軟膏敷布包裹於患指，

① К. М. Быков 著，臨床与實驗外科問題，А. А. 維什涅夫斯基教授主編，苏联医学科学院出版，1951 年莫斯科版，132—137 頁。

② 「肌膜腔奴佛卡因封閉」原文为 футлярная новокаиновая блокада，亦有譯為「套式奴佛卡因封閉」者——校者註。

至多僅將整個手包裹起來。但我們的方法却要求用軟膏敷布几乎把整個上肢(手、前臂,以及於許多病例連上臂也在內)包裹起來。

A. B. 維什涅夫斯基所提出的發病机制療法,百發百中地顯示出它的療效,並且在手指与手部急性炎症的經過中造成較其他非特效療法顯著得多的营养變動;因此,这一情况使我們在許多病例中摒棄了早期及超早期的切開的原則,而确定了这样的一個瘰癧治療方案。在這一方案中,手術僅為一個重要的、但並不是必不可少的階段。

再版本中,許多地方經過增補和修改。其中增添了兩個新章: 1) [A. B. 維什涅夫斯基氏發病机制療法(奴佛卡因神經封閉術和油膠質抗菌剂)]与 2) [急性炎症病變中藥物睡眠作用的實驗資料和臨床觀察]。在上述兩章中,敘述了在病理条件下作為神經系統保護性措施的奴佛卡因神經封閉術与藥物睡眠的療效的机制問題的目前狀態。

A. A. 維什涅夫斯基教授曾允許我在此書中部分地利用某些外科疾患藥物睡眠療效的臨床与實驗資料,而這些資料是在他所領導的蘇聯醫學科學院 A. B. 維什涅夫斯基外科研究所及中央醫師進修學院附屬醫院中所積累的,為此謹向 A. A. 維什涅夫斯基教授表示真誠的謝意。

同時,本人亦謹向對編寫本書的工作曾不斷予以協助的莫斯科赤衛軍區區保健部主任 Н. А. Николаев 氏及十月革命醫院院長 М. И. Камнев 氏致深切的謝忱。

A. 雷日赫

再 版 序

亞歷山大·瓦西里維奇·維什涅夫斯基(Александр Васильевич Вишневский)氏的学生之一, А. Н. 雷日赫教授, 始終不渝地擁護着, 並且在臨床實踐中堅持不懈地傳播着神經論的思想——俄國生理學巨匠 И. М. Сеченов 氏和巴甫洛夫氏的研究工作所開辟的生物學及醫學中的先進路線。

А. В. 維什涅夫斯基氏在其研究工作中發揚了巴甫洛夫的科學遺產, 把許多病理過程, 特別是炎症, 看做是機體在任何損害時的一種神經營養反應, 從而確定了作為一個治療因素的神經系統微弱刺激的創造性概念。

如所週知, А. В. 維什涅夫斯基氏提倡以奴佛卡因神經封閉術和油膠質抗菌劑作為對神經系統營養有益的微弱刺激的方法。

А. Н. 雷日赫教授所著的[癰疽及其治療(根據 А. В. 維什涅夫斯基氏法)]一書, 在癰疽這樣普遍的化膿性疾患的治療領域內, 具體地實現了我們的科學路線。

該書的再版本有了很多的修改與增補。著者在本書中加入了新的詳細敘述的兩章: 第四章[А. В. 維什涅夫斯基氏發病機制療法(奴佛卡因神經封閉術和油膠質抗菌劑)]及第五章[急性炎症病變中藥物睡眠作用的實驗資料和臨床觀察]。本人認為, 這兩章無論在理論上或臨床上都具有重大的意義。

在第四章中敘述了我們所倡用的方法的發展史, 及其對炎症病變經過的作用的特點, 以及最後, 奴佛卡因神經封閉術和油膠質抗菌劑療效的機制。從本章各部分可以看出, 著者對於主題及在 А. В. 維什涅夫斯基逝世以後我們所獲得的最新資料, 都有深刻的認識; 正是這些資料, 証明了奴佛卡因封閉術的生物學作用的特性, 它是对神經成分的弱刺激, 而這種刺激在炎症病變經過中能引起規律性的營養反應。

本書第五章中敘述了巴甫洛夫作為一種對大腦皮層細胞有保護性抑制作用的藥物睡眠療法的治療意義。繼 М. К. Петрова 氏

及其他苏联生理学家的实验研究之后，藥物睡眠已被用來治療內外科患者了。特別是在我所領導的各附屬醫院中，远在 1945 年即已對各類外科患者進行睡眠療法，其中也包括急性炎症患者。根據我們的臨床及實驗資料，A. H. 雷日赫氏描述了炎症與營養不良性疾患中藥物睡眠療法作用的機制，並引用了我們在這個問題方面的某些概念^①。

毫無疑問，應用藥物睡眠來治療各型癰疽，實際上僅能發揮有限的作用。但 A. H. 雷日赫氏在這個問題上所提出的資料，實有方法學上的重大意義。一方面，這些資料擴展了我們關於奴佛卡因神經封閉術作用機制的概念；另一方面，無疑地也說明了藥物睡眠在急性炎症經過中有良好的營養作用，從而又証明了，在化膿性感染的條件下，大腦皮層對機體保護性生物免疫反應中的調節作用。

A. H. 雷日赫氏的這部著作，說明他對於我們實際工作中一切常見的手指和手部各型炎症的臨床及治療已有充分認識。

經過增補與修改后的本書再版本，對於臨床外科醫師將有很大的幫助，因為其中提出了癰疽的綜合治療方案——應用我們的發病機制療法、切開手術（有適應証時）及抗生素，毫無疑問地，能夠改善疾病的治療結果，並縮短癰疽的治療期限。

A. A. 維什涅夫斯基教授

^① A. A. 維什涅夫斯基與 A. H. 雷日赫著，巴甫洛夫氏藥物睡眠與作為發病機制療法的奴佛卡因神經封閉術，[臨床醫學]雜誌，1951 年，第 4 期。

目 錄

作者再版序·····	1
再版序·····	3

第 一 篇

緒言·····	1
第 一 章 瘰癧的病原·····	2
第 二 章 手指和手部化膿性疾患的分類·····	5
第 三 章 手指和手部化膿性疾患的預防及一般治療原則·····	8
瘰癧的預防·····	8
瘰癧的手術療法·····	10
手指和手部炎症性疾患的非特效療法·····	12
瘰癧的病原療法·····	14
瘰癧手術后期的治療与手指及手部攣縮的預防·····	16
第 四 章 A. B. 維什涅夫斯基氏發病机制療法(奴佛卡 因神經封閉術和油膠質抗菌剂)·····	18
奴佛卡因封閉的技術操作·····	26
各种非特效療法的作用机制·····	30
結論·····	32
第 五 章 急性炎症病变中藥物睡眠作用的实验資料 和臨床觀察·····	34
藥物睡眠与奴佛卡因封閉治療作用机制的若干資料·····	39

第 二 篇

第 六 章 皮膚瘰癧·····	42
手指和手的類丹毒·····	43
第 七 章 皮下瘰癧·····	47
皮下瘰癧的治療·····	49
第 八 章 指甲瘰癧·····	53
第 九 章 骨瘰癧·····	55
門診治療瘰癧時勞動力喪失的期限·····	64

第十章	關節癰疽	67
第十一章	手指化膿性腱鞘炎(腱癰疽)	71
	腱鞘和手掌滑液囊的解剖概要	71
	第二、三及四指腱癰疽的臨床及治療	77
第十二章	手掌的腱滑液囊炎	88
	拇指化膿性腱鞘炎和手掌橈側的腱滑液囊炎	88
	第五指化膿性腱鞘炎和尺側手掌的腱滑液囊炎	93
	十字形手蜂窩織炎	96
第十三章	手肌膜間隙膿腫	100
	掌心蜂窩織炎	102
	魚际間隙膿腫	105
	手背蜂窩織炎	106
第十四章	手掌和手背的原發性化膿疾患	108
	手掌胼胝性蜂窩織炎	108
	手背与指背的癰和癰	109
	坑道形手蜂窩織炎	110
第十五章	手關節化膿性關節炎	112
	手關節的解剖	112
	化膿性手關節炎的發病机制、臨床及治療	114
第十六章	上肢淋巴管炎与淋巴結炎	119
	上肢急性淋巴管炎的臨床及治療	121
	上肢淋巴感染的特殊類型	123
	膿腫性淋巴管炎	123
	坏死性淋巴管炎	124
	腋窩及胸肌下淋巴結化膿性淋巴結炎(淋巴結周圍 蜂窩織炎)	125
	淋巴原性膿毒病	128
	結論	131
	参考文献	132

第 一 篇

緒 言

[癰疽]一詞，系指手指和手部各型急性炎症及化膿性疾患而言。

手指和手部炎症久已分別地列入外科化膿性疾患的獨立一章內，其理由如下：1) 由於手指和手在生產上及日常生活中有極重要的功能作用；2) 由於手的解剖構造上的特點，造成了癰疽的特別嚴重的臨床經過；3) 因為這類疾患的發病率甚高。

目前，由於勞動保護機構的有效工作以及醫務人員所從事的衛生教育活動，生產中的創傷及癰疽的發病率已顯然大見減少。可是，癰疽仍在一般居民中相當普遍地蔓延着。因此，要求外科醫師、醫療站醫師及勞保工作人員對本病加以最深切的注意。正是這些人員的協同努力，才足以在生產及日常生活中適宜地組織本病的預防，並保證癰疽的及時診斷和合理治療。

手指和手部各型化膿性疾患的診斷及外科治療，要求醫師們仔細研究這些器官（手指和手）的局部解剖學。為教學上的方便，我們認為應將必要的解剖知識分別地在按癰疽分類的各章節中加以敘述，因為這些知識對於各該章節具有直接的意義。例如，腱鞘的解剖將於腱鞘炎一章中敘述，皮下組織的構造將於皮下癰疽一章中敘述，依此類推。遺憾的是不得不認真地強調指出，我們在癰疽的鑑別及手術治療方面，還有許多錯誤，這大都是由於醫師對手指和手部現代外科解剖缺乏研究所致。

第一章 癰疽的病原

日常生活或生產中的微小創傷通常為癰疽發生的基礎。這類創傷包括：刺傷、擦傷、抓傷、逆刺的撕裂、挫傷及外傷性血腫。茲引用 M. E. Цукерман 氏根據 A. B. 維什涅夫斯基氏附屬醫院及我科資料作出的曲線來說明癰疽時創傷的特性(圖 1)。

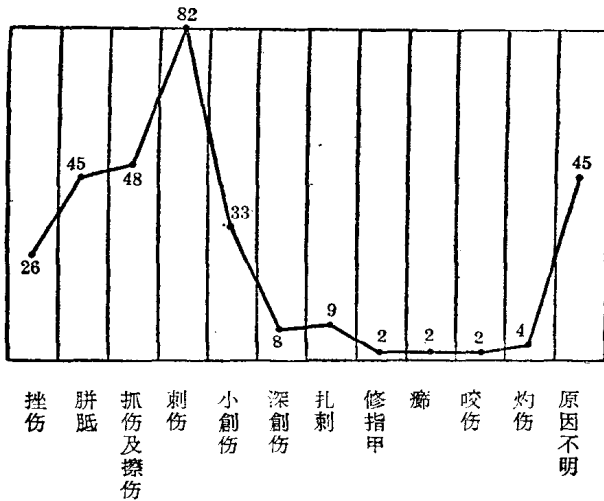


圖 1 表明癰疽直接原因的曲線

創口引流不暢是發生感染最重要的條件。這類創口容易引起中毒性組織坏死及上行性淋巴管炎。反之，當有或大或小的手指和手部的切傷、撕裂傷、挫傷或火器傷時，癰疽的發生却較為少見。在手指和手部火器性創傷中，如將創傷性骨髓炎除外，則化膿性併發病約佔 6—8%，這是由於及時進行創傷初期處理及創傷感染分泌物引流通暢之故。

葡萄球菌與鏈球菌為手指化膿性疾患發生感染時的病原體。根據 Поздняков、Мещанинов 及 Бомфельд 等氏的資料以及我們在細菌學方面的研究，通常約有三分之二病例為葡萄球菌，其次為鏈球菌，較少的為混合菌屬——葡萄球菌與鏈球菌的混合感染。

双球菌及腸球菌頗为少見，淋球菌及厭氧性鏈球菌①、白喉桿菌及大腸桿菌等則僅見於極少數病例中。手指和手部咬伤時可能發現梭形桿菌与螺旋体之共生，此种情况足以引起頑固而持久的瘰癧病程。

Поздняков 氏研究了許多瘰癧患者的菌屬：23 人有葡萄球菌，11 人有鏈球菌，41 人有葡萄球菌与鏈球菌的混合感染。Мещанинов 氏在 200 例患者的觀察中，發現葡萄球菌者佔 57%，鏈球菌者佔 18.5%，葡萄球菌与鏈球菌混合者佔 24.5%。

A. B. 維什涅夫斯基氏附屬醫院 (M. E. Цукерман 氏) 研究了 65 名患有各型瘰癧的住院病人的菌屬：41 名有葡萄球菌，其余 24 名有葡萄球菌与鏈球菌的混合感染。我在 40 例膿液的細菌研究方面，亦得到類似的資料。

瘰癧的臨床經過並不必然決定於菌屬的特性，因為這些細菌都是化膿性球菌。正像許多醫學家所認為的那樣，我們也認為瘰癧經過的特性應与菌屬的類別以及機體的一般反應性有關。

由於許多特殊條件，尤其是預先通過動物體或人體的細菌的毒力增劇時，可以見到伴有顯著的全身中毒征象的特別嚴重的感染。

在產業工人中，這類嚴重經過的瘰癧見於接觸生食品如接觸肉類及魚類的人（炊事員、肉業者、魚類及肉食品售貨員、罐頭食品工人等）。

制革工業与織布工業中，生鏽的金屬絲或針所造成的手指刺傷，也像魚骨及肉骨所引起的刺傷一樣，能引起嚴重的感染。

非常嚴重並危及生命的瘰癧經過多見於醫務工作者（外科醫師、婦科醫師，特別是病理解剖者）。這是由於膿液或屍體中所含有的毒力極強的細菌直接移種所致。

糖尿病患者的瘰癧經過極為頑固，並有增進的傾向。

患者 В-ая，女性，60 歲，1947 年 2 月 24 日入十月革命醫院外科，主訴左手食指疼痛及逐漸加劇的化膿。自 1932 年起，患糖尿病，曾用飲食療法，並遵守飲食制度，未使用胰島素。1946 年 12 月 25 日，左手食指指甲周圍出現

① 由這兩種球菌所引起的各型瘰癧，將於下文敘述。

表在的小膿泡。在家中以干敷料包紮直至1月17日，其后至區門診部求治，該部醫師未悉患者有糖尿病，僅繼續進行普通的保守療法，其后(1月23日)施行了食指远位指節的截除術。

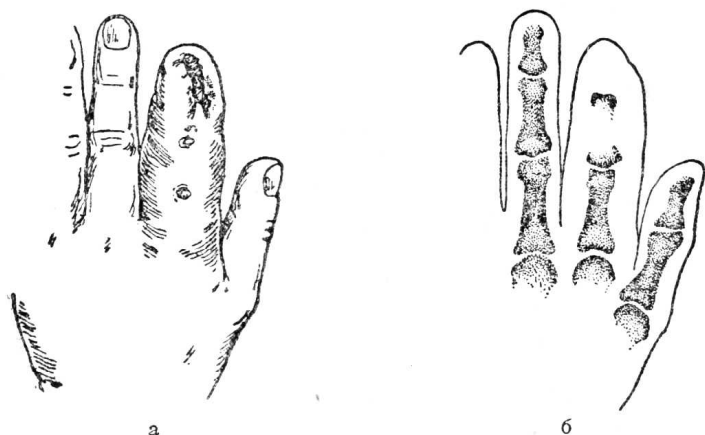


圖2

а—女病人 В-ая, 患有糖尿病性食指癰疽

б—該病人的手部X綫照片

他覺狀態 患者营养中等，發育正常。內臟方面無異常發現。

左手食指顯著腫脹、發紺。部分远位指節缺失，由殘端可見坏死骨。指背面有二瘻孔，其內可見坏死組織。X綫照片可見：远位指節缺失，中指節有明顯的骨髓炎病变(圖2а,б)。2月23日尿糖7.2%。

給患者施行胰島素皮下注射，每日三次，每次10單位；建議截除手指，但直至3月4日始得患者同意。手指截斷達近位指節的基底部。在胰島素(每日30—40單位)及飲食療法的影响下，尿糖逐漸減少，三月中旬已降至1—1.5%。殘端仍然開放，肉芽形成緩慢。

患者於3月26日出院，創口尚未癒合，故繼續門診治療。返家后繼續進行胰島素治療。殘端創口於4月10日始告痊癒。

第二章 手指和手部化膿性疾患的分類

在舊的外科學教科書中，「癰疽」一詞僅指手指的各型化膿性疾患而言。於本世紀之二十年代，外科醫師始將「癰疽」之名稱統一用為表示手指和手部的一切急性炎症。這個統一命名是十分恰當的，因手掌與手背絕大多數的化膿性病變，或與手指炎症性疾病（例如腱鞘炎、手掌的腱滑液囊炎）有關，或為手指炎症性疾病最常見的併發病。

在廣泛的門診工作中，手指的各型化膿性疾患通常均稱為「癰疽」，而並不指明病變的解剖部位。僅將骨癰疽，間或關節癰疽，列於特殊型內。同時，在病歷中，醫師將手掌與手背各種各樣的急性炎症病變歸入所謂手蜂窩織炎的概括性診斷中；這種綜合性的診斷是無論如何也不會使人了解到它的正確意義的，它對於擬定適當治療方法及估計疾患的預後不能有所幫助，同樣也使我們無法為了統計及研究工作的目的而把臨床資料加以整理。

手指和手部化膿性疾患的分類，可根據解剖上的或臨床上的特征而定。

我認為，癰疽的分類，無論是純解剖方面的或是純臨床方面的，都不夠全面，因為每一種分類均不可能包括手指和手部化膿性疾患的全部主要類型。

根據 Г. П. Зайцев 氏 1933 年在全烏克蘭第十次外科醫師代表大會上的報告，採用了癰疽的一般分類法，這種分類法中列舉了手指和手的全部的、甚至是少見的化膿性病變。這個分類法過於詳細，並難以記憶。

根據疾病解剖方面以及臨床方面的特征所確定的混合分類法，較為適當。茲將這種分類法列下：

I. 手 指

- | | |
|-----------|---------|
| 1. 皮膚瘰癧 | 2. 皮下瘰癧 |
| 3. 指甲瘰癧 | 4. 腱鞘瘰癧 |
| 5. 骨瘰癧 | 6. 關節瘰癧 |
| 7. 指背癰(癰) | |

II. 手

- 8. 手掌皮下(胼胝性)膿腫
- 9. 手掌的腱滑液囊炎(橈側及尺側的腱滑液囊炎)
- 10. 手掌筋膜間隙(魚际間隙及掌中間隙)膿腫
- 11. 手背癰(癰)
- 12. 手背皮下蜂窩織炎
- 13. 手背腱膜下蜂窩織炎

III. 上肢淋巴管炎

- 14. 單純性急性淋巴管炎
- 15. 併發性淋巴管炎

根据近年來臨床工作的經驗,我認為这种分類法,關於手的病變及上肢淋巴系統感染部分,至少应有某些變動:一方面應加以補充,另一方面則予以縮減。我主張手指和手部化膿性疾患的分類法應為:

I. 手 指

- | | |
|----------|---------|
| 1. 皮膚瘰癧 | 2. 皮下瘰癧 |
| 3. 指甲瘰癧 | 4. 腱鞘瘰癧 |
| 5. 骨瘰癧 | 6. 關節瘰癧 |
| 7. 坏疽性瘰癧 | |

II. 手

- 8. 手掌皮下(胼胝性)膿腫
- 9. 橈側的腱滑液囊炎
- 10. 尺側的腱滑液囊炎
- 11. 魚际間隙膿腫

12. 掌心窩蜂窩織炎
13. 手背蜂窩織炎
14. 手背癰
15. 手關節炎

III. 上肢淋巴管炎

16. 急性淋巴管炎
17. 手与前臂坏死性淋巴管炎
18. 手与前臂化膿性淋巴管炎
19. 化膿性淋巴結炎(腋窩淋巴結炎及胸肌下淋巴結炎)
20. 淋巴原性膿毒病

本分類法中未曾提到 А. Н. 雷日赫与 Л. Г. Фишман 兩氏所區分的指背癰及手背腱膜下蜂窩織炎。指背癰頗為少見，因指背皮膚的毛稀少而不恆定；且其臨床症狀及病程与手背癰無異。手背腱膜下蜂窩織炎特別少見：我們在 500 名住院病人及門診病人的癰疽病例中只見過兩例。我所提議的分類法中增添了兩種新類型：坏疽性癰疽与手關節炎。坏疽性癰疽的特征是手指相当長的一段或較少部分呈現完全坏死。这种癰疽的發生，或由於手指的嚴重創傷，以致造成嚴重的血液循環障礙，或由於併發手指部所有主要動脈血栓形成的劇烈感染所致。手關節炎在和平時期中較為少見，我們在 500 例患者中僅見到四例；不过，在手關節火器傷之后則頗常見，其嚴重的病程及頗為複雜的治療，要求外科醫師予以密切的注意。

分類中列举了上肢淋巴管炎的个别類型。据我們的經驗，这些淋巴管炎具有相当重要的臨床意义，故其虽使分類稍為複雜化，亦应將其列入。像手与前臂的坏死性淋巴管炎的這類淋巴感染，很少为外科醫師所熟悉，並且在文獻中亦未曾述及，但这种類型並不如此少見，且能招致手或前臂的腱膜部分的坏死。为了免於繁雜，在我們的分類法中有意識地不列入手指和手部疾患的一些罕見的類型，例如由神經系統機能障礙(脊髓空洞症、雷那德氏病等)所引起的神經性癰疽(Турнера 氏)以及前述的糖尿病性癰疽。

第三章 手指和手部化膿性疾患的 預防及一般治療原則

像任何其他局限化膿感染一樣，手指和手部化膿性疾患的正規外科治療，目前應遵守下列三個基本原則：1)手指、手及前臂膿腫的及時切開；2)應用旨在增高機體全身及局部生物免疫性反應的方法，即化膿感染的公認的非特效療法；3)在有適應證時，應用感染的病原療法方面的近代成就（磺胺藥物、噬菌體、抗生素）。

瘰癧的預防

在研究每項治療原則之前，必須先談到瘰癧的預防問題。

瘰癧的預防像任何皮膚膿腫性感染的預防一樣是衛生教育的重要任務之一。所有成年的居民，包括工人、集體農民、職員或家庭主婦，均應深切了解在生產或日常生活中手指和手部微小創傷的危險性。Рожанский 和 Хесина-Лурье、Рывлин、Шлепов 氏等在各種工廠內，研究了工人手上的菌屬並得出結論，認為在某些生產中細菌具有高度毒力。可是，無論如何，這決不應該減低我們與工業企業工作無關的勞動人民中間預防瘰癧的警惕性；醫務工作者都知道在人的皮膚表面上經常存在着許多球菌屬的細菌。

在工業企業及生產部門中，瘰癧的預防不僅在於衛生教育的組織工作，並且也要在生活中認真實行工人的一切勞保措施。在這方面，保健站醫師在預防生產創傷上的有計劃的和經常性的工作實有重要意義。Семашко 與 Радов 兩氏在「保健站在減低企業中患病率及創傷率的鬥爭中的任務」（莫斯科版，1943年）一書中寫道：「在工業企業中皮膚膿腫性疾患的預防方面，應特別注意查明和消除一切足以引起皮膚小的和極小的創傷——割傷、刺傷、擦傷、扎刺等——的因素；為此目的，必須檢查工作台、機床、零件、生產用工具及修理用工具等的狀況。」

在生產中，如對所有創傷事故缺乏正規的、有組織的登記與統計制度，就不可能進行有計劃地防治。首先應注意到，按其生產過