

F. Christopher, B. S., M. D., F. A. C. S. 著

克氏小外科學

第 四 分 冊

石 華 玉 教 授 譯

新 醫 書 局 出 版

原書名：Minor Surgery
原著者：Frederick Christopher
原出版者：W.B. Saunders Company
原書版次：第六版
原出版地點：Philadelphia and London

葛氏小外科學(第四分冊)

書號:0056.4 開本:787×1092/25 印張:8.2 字數:193千字

石 華 玉 譯
新 醫 書 局 出 版
(浙江省書刊出版業營業許可證出字第002號)
·杭州馬市街舊園弄四號·
總經售:上海圖書發行公司
·上海山東中路一二八號·
新 醫 印 樹 廠 印 刷

一九五五年十月第一版第一次印刷
印數:1-2,500 定價:一元四角

內 容 提 要

本書係根據 Frederick Christopher 氏原著 Minor Surgery 第六版翻譯。內容敘述日常習見外科疾患之發病理論、診斷及治療方法，為一般門診及各級外科醫師必須熟練之小外科理論與技術參考書。第四分冊包括上肢損傷、上肢感染、上肢之腫瘤及畸形三章，附圖 172 幅。

“C'est par l'étude de La Petite Chirurgie que
le chirurgien commence son apprentissage.”

——Maisonnet.

“小外科学為外科醫生學習之基礎。”

——馬松耐。

第 四 分 册

目 次

第十八章 上肢損傷603—743

挫傷、水炮、擦破及血腫 603 氣鑽所致之損傷 603
高壓噴射油頭所引起之損傷 605 割創、裂創、刺創、
鎗彈創等 606 手指之外傷性斷離 609 手指爲汽
車車門軋傷 616 肌腱之裂創及割創 617 血管之
創傷 627 神經之創傷 627 肌肉之創傷 629
關節之創傷 629 異物 629 損傷 630 肌腱與
肌肉之破裂及脫位 633 肱二頭肌長頭之腱鞘炎 643
外傷性滑膜炎 644 滑囊炎 645 上肢之脫臼 658
上肢之骨折 674 脫分離 676 肱骨骨折 679
橈骨及尺骨之骨折 698 腕之骨 718 月骨之金塔
關氏病 721 指骨骨折 729 分腕骨折 738 凍
瘡 739 化學性外傷 739 整復骨折用之局部麻醉
739

第十九章 上肢感染744—770

丹毒 744 皮膚之慢性葡萄球菌及鏈球菌感染 744
淋巴管炎 744 蜂窩織炎 747 竇及局限性膿瘍 747
甲溝炎 747 指腱鞘炎或膿性指頭炎 751 化膿性
腱鞘炎 754 筋膜炎感染 761 滑車上淋巴腺炎 762
結核性腱鞘炎 762 關節結核 763 指骨結核（骨
氣腫），結核性指炎 764 骨髓炎 764

第二十章 上肢之腫瘤及畸形771—798

腱鞘囊腫 771 表皮樣囊腫或阻塞囊腫 773 皮膚

角''、乳頭狀瘤、纖維瘤、神經纖維瘤 774 肉芽腫
 774 脂肪瘤 774 巨細胞黃疣樣瘤腫 775 肌
 腱及腱鞘之瘤腫 775 滑膜瘤 777 血管瘤 777
 扳機指 777 橈骨莖突之狹窄性腱鞘炎 778 鈣化
 的腱炎 779 外生骨疣 779 軟骨瘤 781 巨細
 胞瘤 782 球瘤 783 皮膚之孤立性平滑肌瘤 786
 疼痛性皮下結節 786 上肢之先天性及獲得性畸形
 (歧指、併指或蹼指、先天性手指肥大、三節指骨之拇
 指、先天性手指縮短及缺少、先天性指甲營養性退化、
 手指甲裂開、先天性手掌攣縮、梅得龍氏畸形、癰疽性
 收縮、杜倍屈氏攣縮、傅開官氏攣縮、因神經受傷所致
 之上肢畸形、骨化性肌炎、墨鏡斑、皮膚之巨大癰痕及
 廣泛變形、利用皮膚胼胝鑑別職業法) 787

外文索引 1—5

第十八章

上肢損傷

挫傷、水皰、擦破及血腫等損傷，已詳本書創傷章，茲不贅述。其處理亦見該章，可按其法執行。肯納章¹⁹⁶及麥森⁴³二氏着重手部細微損傷可致長期廢用之說，故處理上不可大意。

所謂**血皰**者係上皮各層間之少量出血。有隆腫、疼痛諸徵。血皰不可弄破，僅保護之勿使再受外傷即妥。患部之隆腫可以自行消退，而血液亦可逐漸吸收，僅餘一顏色深暗之斑點而已。最後在斑點上面之上皮亦將脫落，其下出現正常皮膚。

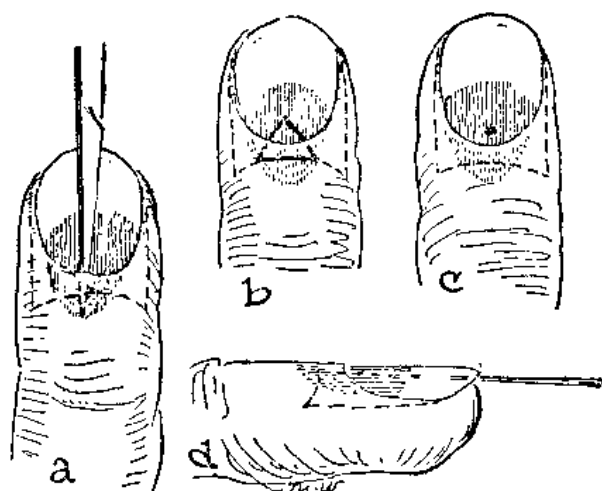
指尖挫傷極為常見，且常致指甲下出血，是謂**指甲下血腫**。本狀態極使患者疼痛。白該¹⁸²⁶及葛齡哥¹⁸²⁷兩氏曾報告十例甲下血腫之破傷風。甲下血腫之較小者，治療用對徵方法；即抬高患肢，試用冷熱敷等。凡出血量多而且疼痛劇烈者，則須放出積聚之血液。後者可按各種方法在嚴格的無菌操作下行之（第二百五十六圖）。常用之法係在指甲上利用尖刀環鑽一孔，以便積血逸出。鑽時不可多加壓力。此外尚有V字狀切除基部指甲，以及用針插入（自指尖部）整個指甲等法。不論使用何法，所要者即放血之後須用無菌敷料包紮。

薛漢¹²³³氏曾報告一例移植拇指指甲病案，極饒興味。患者拇指指甲已缺失兩年，故求診時該處已無指甲，僅在指甲弧形部有不整齊之小塊，以及癥痕組織而已。於是取其他手指之指甲移植之，三個月後滿意痊愈。

氣鑽所致之損傷 若干使用壓縮空氣鑽子之工人常訴“兩手發木”，其手指蒼白、麻木、握力衰弱。其徵狀發展緩慢，但以寒冷季節最著。診察時最常見之現象為手指蒼白或發紺，且兩側往往對稱。凡蒼白之達廿分鐘以上者，則指尖麻木，且不能運動其指，已達真正廢用程度。本病之發病率年有增加，以使用氣鑽之

工人漸多故也。一九三六年杭德¹¹⁵⁹氏發現此類工人發生典型的雷諾⁹⁶⁴氏綜合病徵。

第 二 百 五 十 六 圖



甲 下 血 腫 之 各 種 減 壓 法

- a. 用尖刃刀掀開指甲基部之指甲上皮¹⁸²⁸。
- b. 切除指甲基部之V狀組織一塊。
- c. 將指甲鑽一小孔。
- d. 指甲下插針一枚。

馬列冷¹⁸²⁹氏曾就三類氣鑽患者加以研究。第一類患者計二十人，所用氣鑽每分鐘衝擊二千三百次。全部二十人皆起典型的循環變化，但程度稍有不同耳。各例皆經樂琴線檢查，其中十三人之腕部及手部骨骼發生變化，佔百分之六十五，故為數極高。其典型之變化為形成“骨囊腫”，腕骨及掌骨頭均有吸收現象。最常受害之骨有月骨、頭狀骨、舟骨、以及示指與中指之掌骨頭等。第二類佔十九人，所用之氣鑽大小不等，時間不一。其中十一人訴一般的循環變化。有五人曾以樂琴線檢查雙手，其中三人發現變化。第三類

(共六人)中有四人亦起變化。上述各患者經改變工作性質後，其病況之好轉不多。既起之骨骼變化常潛伏病理骨折危險。處置方面雖有人在手部纏紮彈性墊子，以求輕減氣鑽之作用，但無確定效果。馬列冷¹⁸²⁹氏曾述一法，係利用電流將組織胺帶入患處，可以短時間的引起手部腫脹及充血，從而減少每日蒼白之次數（即使氣候寒冷之時亦然）。林德¹⁸³⁰氏言如將外傷性原因除去，則肘關節之運動限制及摩擦等皆可停止。

高壓噴射油類所引起之損傷（油瘤¹⁸³¹） 柴油引擎工人偶有為高壓柴油噴射所傷者，其壓力每平方吋約四千至六千磅。於是油之細滴穿入皮膚、損害皮下組織。受害之嚴重與否，當視油之性質、份量、以及噴射之壓力而定。按厲仕¹⁸³²氏所報告之病例，則受害後手指發生壞疽，必須截除。又如邵福爾¹⁸³³氏所報告之病例中，有一例亦須截斷手指末節，其餘病例雖將所起之無菌膿瘍切開排膿、以及應用被動的血管練習，但其癒合仍極緩慢。凡發生本病者，必須早期作充份的切開，同時濕敷。施密士²⁰⁷氏報告一患者在使用汽車塗油機時，其手指為七千磅壓力之油脂所傷。雖經切開並清除油脂十五毫升，但其指仍起壞疽，必須截除。休士⁷⁴⁸氏報告之一例，則須切除二指。反之，自亞倫¹⁸³⁴所報告之病例，則盡量可以避免截肢。麥森⁴³及昆¹⁸³⁵兩氏之言曰：

“受傷後立即之處置，不外盡速在壓力引起不可復原的皮膚血管損傷前，清除異物。清除異物之際，必須廣泛的暴露患部、並在無菌操作下仔細剖割。若能在受傷後數小時內按上述條件處理，大致可能避免壞疽及發生炎症併發症。反之，倘若患者係在受傷數日後來求診者，此時壞疽既起，則最理想的措施，係保持嚴格的無菌狀態，並任其發生分界線。處理早期患者之最重要的注意點，係防止如何使喪失活力的組織不受感染。至於在已經發生油瘤、但未廣泛性病變之中間期，自須盡量將其切除。又若不能確定所有的受損組織時，則以觀察浸潤之進展為宜……後期之患者，治療上僅有

截肢之一法。凡遠距噴射部、深達肌肉及筋膜層之脂肪肉芽腫，必須廣泛剖割以求根除。根除之後，再繼行植皮手術，偶見效用。”

皮下注射後之油瘤 注射樟腦油（液態石蠟）後，可以引起油瘤，須切除之。又康雷德^{183d}等亦曾報告注射動情激素之芝麻油劑後，有產生同樣的油瘤者。

割創、裂創、刺創、鎗彈創等必須按創傷章所述之方法治療之。（請參閱哆開創傷章以及柯赫¹³⁹氏關於本問題之重要文獻）。柯赫¹³⁹氏處理手部損傷之手術前準備如下：

“患者臥檢查台，其受傷之手則置於上覆無菌手術巾之手靠上。創口若仍在漏血甚或嚴重出血時，須以無菌止血鉗（或帶無菌手套之手）夾取無菌紗布輕輕壓迫止血。創傷部份以及創傷附近之毛髮必須剃淨，並以綠肥皂及無菌溫水仔細洗淨。若有肥皂清水所不能消除之油脂及污穢等，則先宜塗擦汽油等溶解脂肪之液體，然後再用肥皂清水洗淨局部。創傷周圍既已清潔之後，於是揭除蓋覆創面之紗布敷料，並將創面之碎塊除淨。於是可用無菌皂水沖洗創口。若創口染污過甚、範圍過大時，可用無菌‘紗布鉗’輕輕拭洗之。術時須注意者，即不可用碘酒等消毒劑沖洗創口，以此種強烈的化學性溶液對於柔嫩組織之有害作用，大於滅菌之效用故也。此外消毒劑往往使組織着色，以致難於判認，不可不注意之。

“又若創口之可能施行充份的擴創術、以及初期或後期縫合者，則可能不需要事先清潔創口；但此種情況在手部損傷而言，頗為罕見耳。手術時應先用5%苦味酸之50%酒精溶液或碘酒塗佈創緣，然後施行擴創術，使染污創口轉變為清潔創口。吾人僅見一例手部損傷患者，可以施行完全的擴創術；蓋對於功能上重要之結構，在手部言常距表面皮層極近故也。”馬唐納¹⁶⁹³及魏伯道¹⁰⁸⁰兩氏言手足兩處之廣泛的外傷性畸形，早期用分裂皮片移植法蓋覆之極為重要。

柯赫¹³⁹及麥森⁹³兩氏曾用圖解法說明手部損傷及感染後如何使用副木。氏等言使用副木時至少須注意下述三個重要原理：“（1）保證受傷及發炎之組織可獲休息，不論其為軟組織、肌腱、肌肉、關節囊、或骨骼；（2）保證

肌腱已斷或神經已損傷的肌肉之弛緩；(3)對於瘢痕組織有持續而長期的緊張力，以免逐漸收縮有礙手之功能。如能嚴守上述三項原則，則在手部損傷及感染之後，當頗有助於功能之重建。”雖然，有時亦可證明感染組織之休息問題其重要性不大。柯赫¹³⁸及麥森¹³⁹氏又述鉛質副木之效用，可在門診中剪成各種不同之形式及大小，使用之際更為簡便合式。

苯胺⁶⁸³鉛筆所起之創傷(“墨水鉛筆”，不能拭除之鉛筆)

苯胺⁶⁸³鉛筆所致之創傷，必須加以注意。此種創傷常發生於打字員之手部及手指。密爾盧¹⁴⁷⁸氏言苯胺⁶⁸³染料進入組織液中，可以引起無菌性壞死，後者發展緩慢，但往往極為廣泛。氏言試行去除上述染料之際，往往易使其反而分成小塊、損壞其周圍之保護性膜、以及弄開組織間隙；因此，最合理之治療，不如早期廣泛的切除創傷(包括進入之異物在內)。葛羅地¹⁸³⁷氏亦言含於鉛筆尖中之苯胺⁶⁸³染料可以引起結締組織壞死，形成含有染料之浸潤及肉芽區，頗似成長迅速之無菌的炎性腫塊。因此，氏主張立刻根本的切除該腫塊。魏墨士⁵⁷⁷氏曾報告一十三歲女孩，其足為苯胺⁶⁸³鉛筆所傷，發生無菌壞死。所起潰瘍之大小為4×3厘米。後經廣泛切除潰瘍而愈。魏墨士⁵⁷⁷氏認為治療此種鉛筆所致之創傷，必須立即去除進入皮膚之筆尖，以及切除其管道。狄普仕¹⁸³⁸氏曾治療“墨水鉛筆”所致之損傷三十三例，並介紹切除所有為染料着色之組織。麥森¹³⁹及艾倫¹⁴⁷兩氏言，凡骨骼、肌腱等重要結構之受損傷者，如不能完全切除，則宜保持創口開放，任其由肉芽組織填補而愈。

手指掌面之缺損 創傷之使手指掌面缺損者，蓋得奧¹⁸⁸⁹氏有一良法可以治療並免住院。其法詳見第二百五十七圖，手術係在0.5%普魯卡因麻醉下進行。術前手指掌面之缺損表面必須仔細準備妥善，然後令該指極度屈曲，以便手掌皮膚所製之皮瓣翻開後適與手指掌面之缺損配合。於是仔細將皮瓣與缺損部縫合。此外瓊斯¹⁹氏亦曾敘述相似之方法。

指尖損傷 此類損傷必須特別加以注意。尤須注意如何保持無菌及使用消毒溶液。其創傷亦不可縫合過緊，且敷料亦宜乾燥。手指末節之骨折極易感染，蓋其解剖關係特殊，而且事實上幾乎所有骨折皆屬哆開性者。亦有其原來損傷並非哆開性骨折，但因形成甲下血腫並穿刺之，於是變為穿

第二百五十七圖



手指缺損之成形手術步驟。施行本術不必住院。

破骨折(即劈開骨折)。韓粒罕¹³氏言：“指甲之再生，全仗甲根是否保持完整。凡因外傷受損之甲根，則指甲再生後其形態改變，或較正常指甲為厚或較為菲薄，或碎裂、脆弱、分成片片，且常贅生，為人所厭。此種指甲不如拔除為宜，同時充份破壞其甲根以免再生。蓋單純的拔除該指甲不足恃，必須同時將全部甲根破壞方可。甲根既已去除則指甲已不能再生，於是必須

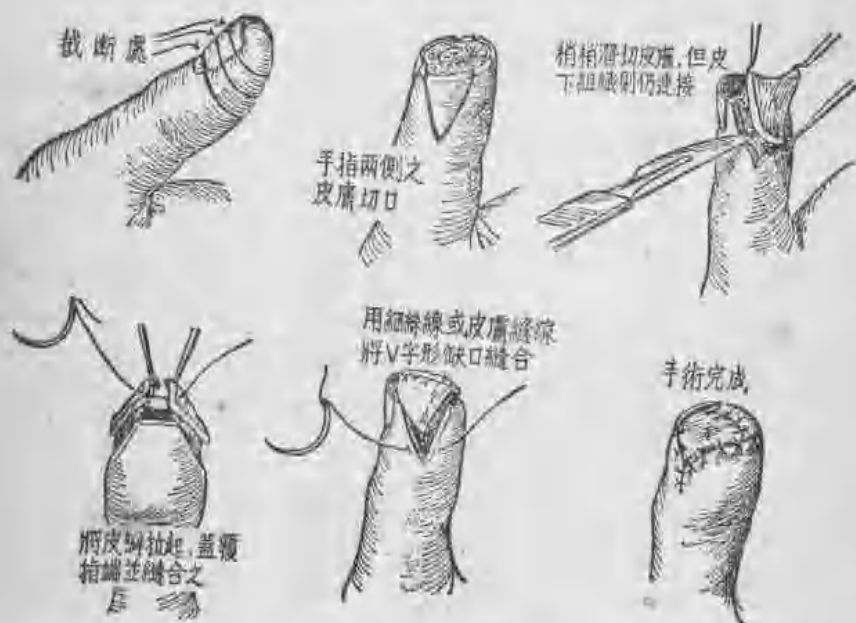
研究如何蓋覆局部之缺損。此時可取分裂片移植於甲床之上。所植之分裂片極似指甲，故除由近處仔細觀察外，一般不易發現該人已無指甲。（詳見指節之感染及骨折章）。指尖之嚴重損傷亦頗常見。惟如治療不當，可以發生末節骨骼之部份壞死，或形成頗為疼痛的疤痕。為免上述情況起見，或將受傷之末節骨骼去除較多，以便周圍皮膚縫攏不過緊張，或自身體其他部份移植皮瓣。前者施術較易，但憾損失寶貴的指節較多耳。”

絞棒器損傷 艾倫⁴⁶⁷氏報告指棒傷 107 例。其治療不外局部清潔、擴創、以及盡可能縫合創傷等。倘若不能縫合創口，則用中度厚薄之皮片移植之。“凡創傷必須使其閉合。”最後取大塊的壓迫敷料及副木包紮。六至十日後更換敷料。並須仔細觀察肢端，以視有無壞死發生。例如何金士²³⁴氏即言：“修補此種損傷並非數分鐘之事，而係若干小時之事。”沙樂¹⁸⁴⁰氏曰：“棒傷不僅洗衣工人有之，兒童亦常發生。絞棒器轉子平均的壓棒肢體兩側，其損害常限於軟組織，引起挫傷並使組織間隙出血。本類損傷引起骨折者極罕，惟偶然可以併發嚴重的撕脫性裂傷。患部若無皮膚缺失，可以不必植皮。僅在清潔創傷及擴創之後，再將皮膚放回原處縫合妥善即可。吾人曾將患肢置於無菌鋁製副木、上加壓迫包紮而獲得優良成績。凡背側腋下的大血腫用本法治療極為見效。因此可以避免穿刺抽血，否則宜盡量避免勿將細菌帶入血腫。又凡大的撕脫性創傷之有皮膚缺失者，宜俟局部情況允許時，立即以分裂厚皮片移植之。”

手指之外傷性斷離 手指之損傷在工廠中極為常見，可能範圍廣泛。往往全部或部份手指因外傷而斷離，然亦有壓棒極為嚴重、以致不得不將其截斷者。指尖之斷離可按柯赫¹³⁹氏法用游離的全厚皮片⁷³⁵移植法治療之。又卡得樂¹⁸⁴¹氏所述之三角形移植片極感興趣，（第二百五十八圖）。馬客樂¹⁸⁴²氏先後曾就四十五個手指外傷性斷離病例，在受傷後立刻用游離的全厚皮片⁷³⁵移植之。其中四十三例，所移植之皮片完全“長牢”。馬客樂¹⁸⁴²氏曰：“移植游離的全厚皮片⁷³⁵能够成功與否之重要關鍵，在乎傷後即行移植，同時在最初數日內使用貼緊而合適的壓迫包紮。包紮之敷料，宜用單層的細眼油紗布（常用者為凡士林紗布或百分之四西洛仿⁷²⁶油膏紗

布)。有時吾人在包紮之前，先散氫苯磺粉於創面之上，但一般均不用。(作者認為散藥之步驟並無多大意義)。於是取浸濕之小紗布片按患部之形態而蓋覆之，而指尖之兩側則蓋覆稍厚。乃用小紗布纏帶纏繞服貼，務使整個指尖上有平均而緊密的壓迫。所纏纏帶不必包至患指根部。術後六日內不換藥，此後再隔二、三日換藥一次，約三個星期。換藥期內仍須在指尖有平均而緊密的壓迫。柴敏克¹⁸⁴³氏言：“所有拇指斷離之病案，凡職業上必需患指有充份之功能者，或其肌腱暴露，或其末節手指已損失三分之一者，皆須使用移植皮瓣¹⁸⁴⁴。如若損失之指骨極少且患指在職業上不佔重要性者，則施行游離的全厚皮片¹⁸⁴⁵移植法頗為應付。”柴敏克¹⁸⁴⁶氏認為將患指置於石膏中制動兩星期，則其成績更好。處理之際，一方面既需盡量保留該指越長越好，一方面又須切除足夠的指骨以免獲得充份的皮膚蓋覆斷端。

第 二 百 五 十 八 圖



三 角 形 皮 片 移 植

第二百五十九圖



指尖用之游離的全厚皮片⁷³⁵移植法

多所致，例如以0.5% 溶液注射十至十五毫升後所發生者。如按上述操作注

處理手指之外傷性斷離時，可以施行局部麻醉法。局部麻醉手指之技術，狄達家⁸²⁰氏述之如下：“分佈整個手指之三對小神經，係處於手指根部之皮下組織中。吾人可用皮下注射之細針頭，在手指根部靠近背面之兩側刺入（第二百六十圖）。每側所注入之溶液，不可超過百分之二奴佛卡因腎上腺素溶液一二毫升；而注入背面之溶液宜少於注入掌面者。注射終了，總共之注入量不可超過百分之二溶液三、四毫升。五至十分鐘內，全指即現麻醉，歷時二三小時之久。凡劇烈的術後疼痛、手指腫脹、慢性浮腫等不良徵狀，皆由注入液量過

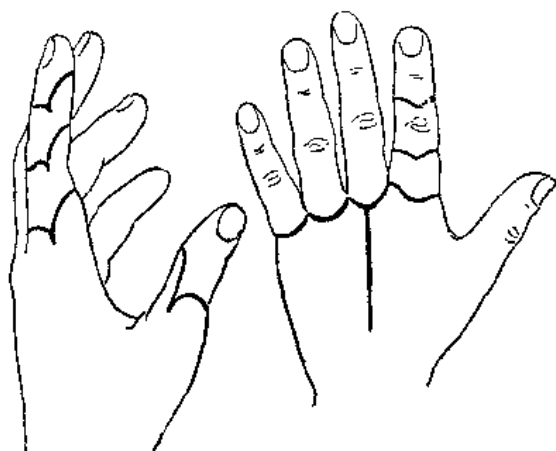
第二百六十圖

用局部麻醉劑阻滯整個手指法。“麻醉溶液須分佈於近骨之處。術時必須牢記前後神經之位置，以神經所在必須分佈溶液較多故也。”（皮特金⁸²⁶）。



射，則此種不良徵狀可免。所用腎上腺素量，亦不可超過每一百毫升溶液中加入 1:1000 濃度者十滴之比例，因手指動脈實係一種終動脈之故。”有人在手指根部紮一橡皮止血帶，但極疼痛，且按狄達家⁸²⁰氏意見，並不必要。歐耐爾⁹⁹¹及白亞倫¹⁸³⁴兩氏報告指神經阻滯術後發生手指壞疽者八例。氏等言：“吾人發現注入之溶液如份量太多、液中加入腎上腺素、且一面使用止血帶者，可以障礙手指之血液循環。倘若循環損傷之程度不足以引起壞疽時，如將手指浸於熱水（甚或溫水）中可促使組織之生活力更行喪失。因此，有人認為宜用黃安塞¹⁸⁴⁵、氯醚、或醚施行全身麻醉以代局部麻醉。如若必須使用局部麻醉，則施行時務必十分謹慎，既勿結紮止血帶，亦勿使用腎上腺素，所用之麻醉溶液亦須小量，例如總量一至一個半毫升為妥。且至少在術後二十四小時內，禁忌將手指浸浴於溫水中。”雖然，若干病例必須施行全身麻醉法。手術時應先用清水肥皂仔細清潔皮膚，並將創中之一切碎屑及污穢除淨。如有油脂，則以汽油洗去之。創傷附近之皮膚，須塗消毒溶液。凡破裂而失生活力之創緣皮膚，亦應仔細修除。於是仔細考慮設計最為適當之皮瓣（第二百六十一圖）。如局部情況允許，最好由掌面取一長的皮瓣移植，以便皮瓣之縫合緣可在手指之背面，蓋手指之掌面如有癰疽發生疼痛，對於患者言，固極為麻煩討厭者也（第二百六十一圖）。

第 二 百 六 十 一 圖



截 指 用 之 各 種 切 線

古趣¹⁸⁴⁶氏認為手指方面之截肢最難滿意，其不能獲得滿意成績之原因如下：

‘皮瓣過短 過短之皮瓣為產生疼痛之最常見原因。手指截斷後所留之皮瓣，應較大腿截斷後所留者長一倍——按局部大小之比例而言；換言之，即該指兩塊皮瓣之總長，應為該指直徑之兩倍。所以必須如此之長者，其原因為手指之大部份，係由堅硬而不可退讓的骨骼及纖維組織所構成；但就大腿而言，其骨骼則相形之下比較微小也。且所植之皮瓣，最後必均縮小。

‘神經痛 手指神經之末端，往往發生疼痛性小腫塊。後者所處之位置極近皮膚，甚或生於瘢痕之中，因此受壓之後發生劇烈的疼痛。此種小腫塊，又為產生灼性神經痛之原因。因此，手術時必須善於處置此種神經斷端，最好將其拉出剪短，然後任其縮入組織，以便創傷愈後遠離瘢痕組織。

‘關節強直 過去有一原則謂‘盡量保留組織，因仍有生存之可能’，其實錯誤，蓋僅就解剖學觀點立論，不從生理方面看問題也。凡損壞劇烈、不能再用手之手指，並無保留之價值；蓋許多病人在創傷癒合一年後，重又前來求醫，希望將關節強直而失形之指切除。倘若當時即將該指截除，則患者在數星期後可能即已恢復工作矣。因此，與其保留形態，毋寧保存功能。綜言之，吾人應盡量在高位截指，該處既為生活良好之組織，故癒合迅速、不久即可工作。凡指骨有兩節被壓、其中包括一個損傷之關節者，截除之，蓋受傷後將起強直之關節，保留之殊乏意義。又斷裂、損失之肌腱，亦使手指缺乏用途。如有膿液，則不可經由骨骼截指，必要時施行關節截斷術可也。

‘截指之高度不當 就腿部而論，已有各種效果最好的截肢高度為一般所公認。例如沙愛模¹⁸⁴⁷氏高度、‘膝下高度’、葛黎帝¹⁸⁴⁸、施騰閣¹⁸⁴⁹氏高度等，均為吾人所熟知，但各有利弊不一。至於手臂、特為手指之截肢，則尚乏明確之認識。雖然，吾人常見患者再來求診，希望將無用而惡劣之斷肢再行截去，以免再起