

李入林編

痞病診療法

商務印書館發行

痞
病
診
療
法

李 入 林 編 纂
美 國 衛 儀 來
顧 壽 白 校 訂

商 務 印 書 館 發 行

序一

吾國文化。開通最早。醫學發明。亦在東方各國之先。惜乎四千年來。半守舊說。不思進步。高談陰陽五行。沉溺於故紙堆中。致今日醫學。反遠落於歐美之後。殊爲憾事。李君汝霖。投身西醫。屢有著作。現又對於黑熱症。悉心查驗。盡力研究。已數載有餘矣。黑熱症俗名痞疾。流毒於中華。爲害甚巨。每年因之致命者。不在療症以下。然關於該病診療諸端。多人忽略不講。醫界尙乏專書。李君殫精竭慮。將數年臨牀上之經驗。及歐美諸名醫之主張。搜聚成書。供諸社會。不獨爲將來患者之救星。亦業醫者之津筏也。

中華民國十四年六月京兆王九德序於保定思羅醫院

序二

自西醫東漸。一剎那間。市井村墟。莫不有西醫。或其間。中醫轉黯。然有慚色。城易漢幟。已矣乎中醫之衰也。然西醫不爲不多。而求之有實學者。百無一二焉。擁虛名而誤蒼生。比比然矣。嗚呼。中醫無人也。西醫亦何嘗有人哉。一二出類拔萃者。則居奇自守。初不以心得語人。長此而往。胡望醫學之能進步耶。綏中李汝霖先生。醫學深邃。迥非世俗之懸壺者。可一例視也。今方出其學識。本其經驗。有瘡病診療法之作。是書內容之簡賅精當。學者咸宜奉爲瘡病之津梁。庶不負先生之苦心孤詣也。先生有此。而不以奇貨自守。公之於世。是以可貴也。後之學者。能廣此意。而以心得公世者。則數十年而後。我國醫學幾何。而不與歐洲掎耶。殺青有日。爰綴數語於其端。

中華民國十四年三月阮其煜書於杭州廣濟醫刊社

序三

痛哉矣。瘡病之殺人。也。毒如蛇虺。暴愈虎狼。我國兒童每年死於是者。幾等於肺癆。噫。診查無方。治療乏術。坐令哀哀赤子。死亡接踵。傷心慘目。有如是耶。自十九十八年印度母耳氏 (Dr. Minn) 倡用新療法以來。頗著成效。惜用法繁複。行者每每失敗。余不揣譾陋。東鱗西爪。本個人臨牀上診療之經驗。以及歐美同仁諸大醫家之學說。集成一帙。貢於醫界之前。作爲同仁臨症之參考。非敢言著作。聊以盡我之天職耳。

中華民國十三年十月十日著者自序於保定思羅醫院

凡例

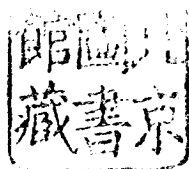
- 一、是書以說明學理及事實爲主。
- 二、書中名詞。多係用科學名詞。審查會所定者。
- 三、重要名詞。概附註西文。
- 四、書中藥量如一。○在液體卽爲一立糲 (cubic centimeter)。在固體爲一克 (gram)。
- 五、關於瘡病之診療。除印度母耳氏之報告外。東西各國尙乏專書。著者無從取法。自知難免錯誤。尙祈海內方家加以指正。

痞病診療法目錄

一 緒論	一
二 原因	三
三 症候	六
症候總論	七
症候各論	八
四 經過	十五
五 診斷	十五
六 鑑別	二十一
七 豫後	二十二

八 治法	二二三
注射療法	二二三
輸血療法	二三〇
服藥療法	二三四
合併症及續發症之處置	二三六
十 治愈之證據	九三

痞病診療法



緒論

(一) 本病之略史 本病最初發現於何時何地。無可稽考。千八百六十九年。英國醫士某(未詳其人)在印度見許多土人慘死於此病。當時僅認本病爲一種惡性瘧疾。因本病症候。與他種疾病最易混淆。故本病昔時雖流行於各地。而人亦不之知也。

自千九百年利須曼(Leishman)氏確定本病以後。乃喚起歐美醫界之注意。始知非洲北部、歐洲南部、皆有此病。昔日認本病爲一種熱帶之地方病。今

則於溫帶地方亦多見之矣。

我國於何時始發見此病。尤難追究。唐時柳宗元貶居永州。（現湖南零陵縣）身負重疾。其寄許孟容書內有「瘧結伏積。不食自飽。或時寒暑。水火互至。內消肌骨。」等語。又其寄楊憑書云。一二年來。瘧氣尤甚。加以衆疾。動作不常。眊眊然騷擾。內生蠹霧。填擁慘沮。」等句。所言症狀。頗與本篇所述之瘧疾相似。柳氏四十七歲而卒。然是否因此病而死。在本病歷史上亦一最有價值之研究問題也。

(二)本病之名稱 瘧病原文爲 *Kala-azar* 卽「黑毒」之意。博醫會譯曰黑熱症 (*Black fever*)。又名熱地大脾症。因此病在熱帶地方最多故也。中國北方通名曰瘧疾。又曰大肚子瘧。奉省西境鄉人呼之曰滑疾病。又曰花記病。直隸南部曰加肋瘧。又曰貼脊瘧。現醫家對於此病。尙乏確當之漢譯名稱。亦

姑名之曰痞病而已。

原因

(一) 定義 本病

乃因一種利須曼、多

諾凡氏小體 (Leish-

man-Donovan Bod-

ies) 侵入人體，引起

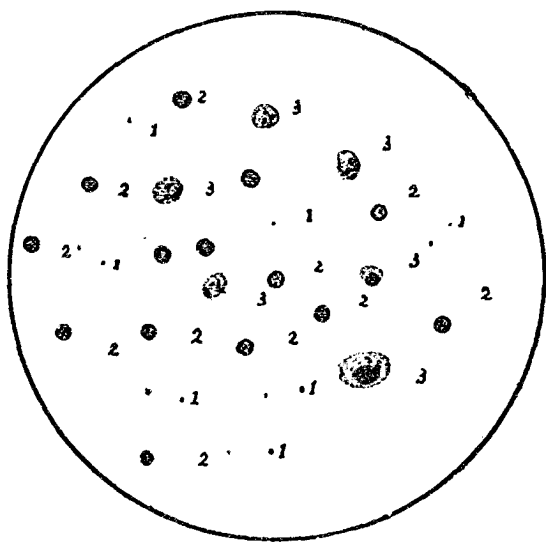
脾臟強度腫大、貧血、

皮膚暗黑、身體衰弱、

體溫弛張、之一種慢

性傳染病也。

痞病診療法



第一圖

- (1) 痞病寄生體
- (2) 赤血球
- (3) 各種白血球

(二)病原 在昔本病病原寄生體未發見以前。多數醫家咸疑此病爲一種特別瘧疾。然試用驅瘧療法。毫不見效。或誤指爲與脾臟腫大有關係之他種諸疾患。衆說紛紜。莫衷一是。自千九百年英國醫士利須曼(Dr. Leishman)氏始發現此寄生體。存在於病人之脾血內。或謂骨髓、扁桃腺、肝、腸等處。亦有此寄生小體。但較少發見。惟脾臟內則極多。該寄生體形略橢圓。亦有呈圓形及棗核形者。其長徑約二至四兆分之一米。中有圓核。並一長粒。形似短竿。此核粒皆易染色。施刺脾術(詳後)取出脾血。行利須曼氏染色法(詳後)而後用油浸裝置之顯微鏡察之。即可見該寄生體之形狀矣(見一圖)。

本寄生體。一經人工養育。則變其形狀。且末端生尾。甚爲活潑。

(三)年齡之關係 據臨牀所見。本病多發生於五歲至十三歲之小兒。然四歲以下之小兒。及四十以下之成人亦屢見之。惟五十歲以上者罕罹此症。

(四) 性別之關係 男女兩性均能傳染。但在臨牀上則男多於女。

(五) 土地之關係 本病在印度國內最多。歐洲南部、非洲北部次之。日本

國內罕有此病發生。多數醫家皆言此種疾患易流行而散在於熱帶地方。然我國奉天及北部諸省亦多見之。直隸省每年死於是症之兒童不下萬人。亦云慘矣。

(六) 家族之關係 本病與遺傳、血統無關係。

(七) 環境之關係 本病之發生與家境之貧富、身體之逸勞毫無關係。

(八) 體質之關係 不分強弱。一律傳染。而貧血及胃腸諸病易爲其誘因。

(九) 傳染之徑路 現多數醫家倡論本病寄生體乃由皮膚侵入云。

(十) 傳染之媒介 病家之臭蟲、虱、蚤等小昆蟲體內往往發現此病原體。

於是在醫家多數遂主張本病爲臭蟲、虱、蚤等吮螫人體之時所傳染。但關於

此項研究仍未十分明確。

(十一)傳染力 本病雖有傳染力。然不如他種傳染病流行之速。有一家子女五人。僅一女患此症。餘四人均未被傳染。而健康如常者。又有一家子女三人。一兒患此病。餘二人皆陸續受其傳染者。又一婦同子女二人。在患家宿一夜。回家後其子女二人皆染是症者。不能一概而論也。

因一人有是症、而漸次波及全村。亦常見之事。

有人將患者之血注入鼠體內。見其傳染是症云。

有名醫云。與患者隔離百丈之遠。即不易傳染。

(十二)解剖 脾臟體積增大、組織較常人硬固。表面凹凸不平。呈小顆粒狀。重量各人不同。平均七磅至十磅以上。

症候

(一) 症候總論

本病寄生體。侵入人體後。須經若干日期。始呈病狀。尙無確定之報告焉。

本病諸般症候之輕重。及進行之遲速。頗不一律。茲本臨牀上之經驗。略分爲三期如下。

(1) 初期 患者覺精神不爽。身體厥冷。有時發熱一日兩次。或一次。每熱退則出汗。脾臟略可觸知。此時醫家若不詳細診察。往往易誤認爲瘧疾。發冷發熱之症候。有時完全退去。然數日或數旬之後。又發作如前。食慾減少。消化不良。數旬或數月之後。即移至中期。

(2) 中期 自覺四肢無力。動作疲勞。心悸亢進。呼吸短促。有時氣管輕度發炎。咳嗽頻作。在外觀上頗似初期肺癆。體溫或升或降。毫不規則。或有時間斷。或長久持續。脾臟腫大。漸漸顯著。皮膚漸呈暗灰黃色。有時乾燥發光。下肢

時呈輕度水腫。但發現腹水者甚少。鼻孔及口腔時常出血。食慾有時減退。有時亢進。時常泄瀉。不治亦愈。但重者亦常危及生命。以上症狀。持續數旬或數月之後。又移至末期。

(3) 末期 患者形容枯槁。面上呈一種特異之輕度暗鉛色（本病特有之顏色）。一望即可知其為患本病之人。貧血狀態。達於極點。全身肌肉異常消瘦。下肢輕度水腫。漸漸波及全身。容顏上帶一種憂慘現象。脾臟腫大。幾乎充滿全腹。一望可知。精神萎靡。行走如鴨。鼻孔出血。不易停止。多有因出血過多。致喪其生命者。此外腎炎、心臟諸病、壞疽性口炎、肺炎、等合併症。最易在此期內發生。亦有在此期內。因病毒侵害而致失明者。毛髮亦失去光澤。

(二) 症候各論

(1) 脾臟 脾臟腫大自何日起始。患者亦不自知。在病之初期。略可觸知。

其觸診之法。即令患者雙腿屈曲。醫者立於患者右側。以左手置於患者左肋弓上。置右手於左肋弓下。令患者深呼吸。即可觸知（如一圖）。及病至中期。則以手按其左上腹部則可觸知。或由打診亦可知之。及病至末期。則腫大之脾充滿全腹。一望即可知之（如二圖）。其位置或橫臥胸下。或豎立腹部左側。殊不一定。脾面滑澤。邊緣鈍圓。初期柔軟。中期末期則觸之略覺硬固。然與罹瘧疾之脾臟比較。則頗柔軟。壓之罕有發痛者。據母貝（Muir）氏云。患者在罹病



第 二 圖
脾 臟 觸 診 法

之最初三月。脾臟腫大可達左肋弓緣及臍之中間。但亦不可一概而論。亦有患者五個月後、其脾臟腫大即超越臍之右側及下方者。亦有罹病年餘而其脾臟腫大尙未達左肋弓緣及臍之中間者。此皆個人臨牀上所常見之事實也。

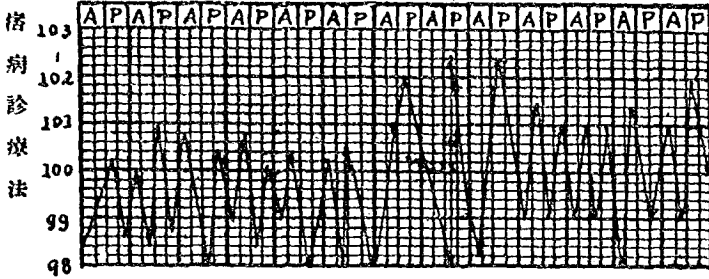
(2) 血液 在本病初期。雖無著明之變化。然白血球數定比常人較少。及至中期末期。則血色素

(haemoglobin) 減至百分之五十或三十不等。赤血球亦比常人減少。白血球減至三千。或僅一千餘。而多核白血球尤形減少。此爲診斷上最緊要之一事也。



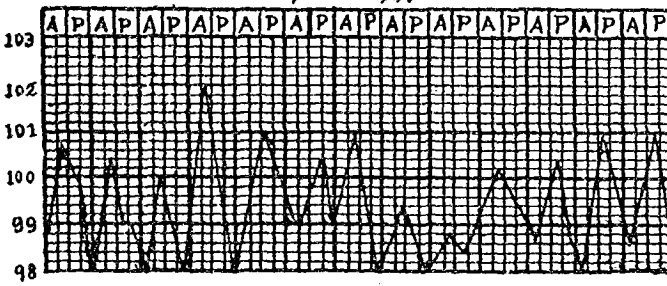
第三圖 脾臟腫大圖

初 期



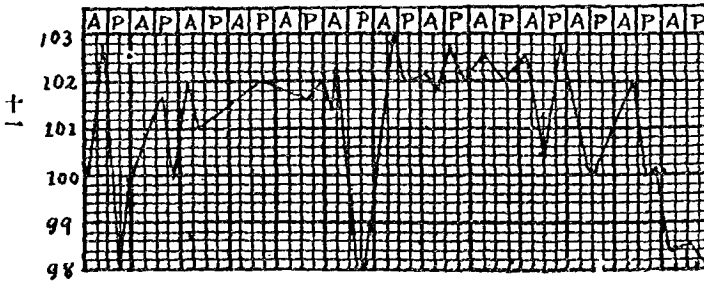
各期體溫

中 期



四圖

末 期



十一

圖 四 第

(3) 體溫 本病體溫極不規則。然大多數平均在華氏表九十九度。及一百零一度之間。常有一日升降兩次者。此亦本病在熱性諸病中之特徵也。初期本病。體溫有時頗類瘧疾。中期類似肺癆。末期則降不定忽高忽低。

本病體溫如連續數日均在華氏表百零二度以上而升降之差不及一度。即為體內某部發炎之徵候也。

(4) 肝臟 患者肝臟有輕度腫大者。亦有腫大顯著。與脾臟等者。肝之表面並無凹凸不平。觸之不發痛。邊緣不十分顯著。

據個人臨牀所見。本病患者肝臟不腫大者居多數。亦有因肝臟腫大而全身發生黃疸者。但極少見。



第五圖
肝腫大圖

(5) 腎臟 本病兼發腎臟炎者約居百分之五以下。但因腎臟炎而發生腹水者在臨牀上極爲罕見。普通僅尿量減少。尿中含蛋白質及四肢浮腫而已。

(6) 心臟 心臟瓣膜諸病多發現於本病末期。或云此等心臟病。係另一疾患。與本病無關係。但據臨牀所見。則本病治愈後。心臟諸病亦隨之消失或減輕焉。

本病兼發心臟病者極少數。

(7) 口腔 在本病末期。常發生壞疽性口炎 (*Stomatitis gangrenosa*)。起始於頰部內面於口角齒齦附近之處。先生水泡。次成潰瘍。腐臭衝鼻。蔓延於表面及深部甚速。不數日其浸潤即達於頰部外面。旋向外部穿破。病側顏面發現浮腫。甚至附近骨質。亦隨之壞死。體溫升高。平均在華氏表百零一度之

上。患者體力消耗甚速。局部發痛。口腔分泌物甚多。含混膿血。

(8) 皮膚 本病初期。無甚變化。至中期末期則漸漸變色。初呈暗灰黃色。繼呈暗黑色。在（熱帶地方則患者皮黑尤為顯著）乾燥有光。形如在發光紙上塗以輕度鉛色者然。毛髮多失去光澤。胸下腹上之皮膚。因該處靜脈鬱血之故。呈一種輕度紫藍色。頸間動脈隨心跳而起之波動顯而易見。全身發不定性水腫。忽現於四肢。忽現於軀幹。但臥牀安靜。即易於消散。

(9) 胃腸 胃液時常減少。消化不良。末期胃部常呈緊壓之感。每受寒冷。即易腹瀉。但不治亦可自愈。

(10) 呼吸系 患者鼻黏膜。常發現淺度潰瘍。糜爛侵及血管。則出血不止。或因鼻內特別作癢。用手指搔破鼻腔。則亦易出血不止。每感冒風寒則喉頭及支氣管起輕度炎症。咳嗽頻發。在冬季比常人易罹肺炎。

(11) 淋巴腺 各部淋巴腺不因本病而腫大。

經過

本病之經過。概不一定。有罹病三四月後即死於合併症者。亦有患病三年餘而仍生存者。然平均計算。大概經一年半即陷於危境。如治法適宜。則大約三月餘即行全愈。其愈後復發者間亦有之。但極少數。

本病患者如罹能使白血球增多之疾患、如肺炎、膿腫、皮下組織炎、丹毒、諸症。則此等病勢一退。本病諸症候亦隨之而減輕。脾臟腫度亦著明減退。故本病有不治而亦自愈者。即由於此也。但因罹上列諸合併症而死者亦極多。仍不能樂觀耳。

診斷

按察本病固有之症候。則其診斷並不十分困難。然初見此病之醫家。往往

易誤認爲慢性瘧疾。或貧血疾患。茲將本病診斷上之要點略舉如下。

- 一、脾臟腫大。
- 二、白血球減少。
- 三、皮膚暗灰黃色。(熱帶患者皮膚呈灰黑色)。
- 四、體溫不規則。
- 五、全身各部淋巴腺永不腫大。(但附近發炎則腫大)。
- 六、檢查脾血。得見本病寄生體。
- 七、血球素(stobulin)異常。

本病診斷之方法有種種。茲分述如下。

(一)刺脾術 令患者先連服氯化鈣 (calcium chloride) 四日。一日三次。每次〇·六(成人分劑)。八歲以上十五歲以下之小兒。一日服二次。每次〇

六服藥之第三日。即可行刺脾術。

準備五cc.或二cc.之注射器一個。注射針愈新者愈佳。免致折斷腹內。長約三或四糎(centimeter)先行煮沸消毒。然後以酒精洗滌。更用火酒燈乾燥之。務使注射器及針頭內不存絲毫之水。及酒精。注射針不可過細。免致妨礙血流之吸取。

脾部腹面清潔後須再塗以碘酊。以針向脾部中央。先刺過腹皮肌。嗣令患者深吸氣。脾腹部膨滿。脾臟上浮。



第 六 圖
刺

令患者不可驚動。然後以針刺入脾內。繼將注射器柄徐徐向上移動。以吸脾內之血。愈少愈佳。一滴最妙。吸出之血。速塗於玻璃片上。

刺脾後。令人用雙手按壓刺處兩小時。並令患者仰面靜臥一日。不可離牀。以免脾臟流血。此時吾人當十分注意。萬不可輕忽。

因刺脾後流血而死者。余個人在臨牀上尙未之見也。

(二)染血法 將已塗脾血之玻璃片。置於火酒燈上數秒鐘。至血液乾固爲止。但不可過熱。

取利須曼氏染色液(製法詳後)數滴於血片上。速以玻璃罩蓋之。二分鐘後。去開玻璃罩。再滴以蒸餾水(與染色液同量)。用手將玻璃片徐徐搖動。使蒸餾水與染色液完全混和。經五分鐘後。將血片用淨水洗滌。又以火酒燈乾燥之。置於顯微鏡之油浸裝置下察之。即可見本病寄生體(如一圖)。

利須曼氏染色液之製法。

羅曼氏錠一個 [Romanowsky Stain (Leishman's Powder 0.015)]

甲醇 (methyl alcohol)

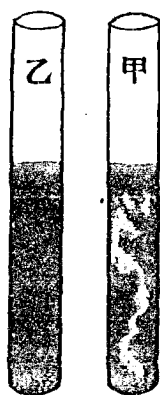
十 cc.

以上混和強加搖動。或先將該錠研成細末而用之。

(三) 血球素沈澱試驗法 此法爲印度布拉馬加里氏 (Brahmachari)

在一千九百十七年所創始。嗣後雷氏 (Ray) 又加以改良焉。

取甲乙二小號玻璃管。各置蒸餾水一 cc. 甲管內加患者之血○二 cc. (或三滴)。乙管內加常人之血○二 cc. 然後將二管同時搖盪之。則見甲管之色暗濁。乙管之色透明。靜放二十分鐘或四十分鐘之後。(逾六十分鐘則不易準確。) 則見

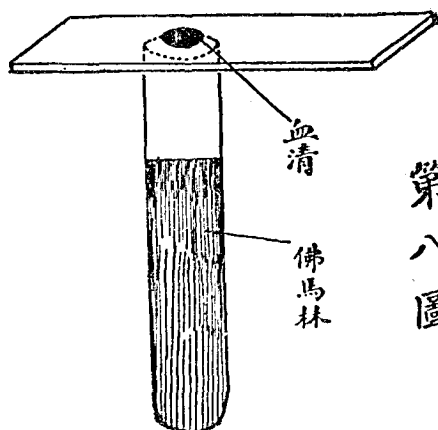


第七圖 甲患者血液
乙常人血液

甲管液內發現白色絮狀沉澱物。(如七圖)即可借此診斷爲本病。

(四)血清凝結試驗法 (又名醛試驗法) (Aldehyde test) 此法本爲千九百二十一年印度那披耳氏 (Napier) 所創始。嗣後又加以改良。

法將患者之血清 (取患者靜脈血二cc. 盛於消毒玻璃筒內。任其凝結。數小時之後。卽有血清澄出。或先用細玻璃棍、或鉑絲、將血塊由筒壁分離之) 一滴。塗於玻璃片上。然後將此玻璃片覆蓋於貯有佛馬林 (Formalin) 之大號玻璃筒上。將塗有血清之面於下。並使塗有血清之處恰對玻璃筒口 (如八圖)。



第八圖

則佛馬林所發之氣體。

可與血清接觸。數分鐘後血清即凝結。而變爲溷濁之固體。(如非本病則血清無凝結現象。)

鑑別

(一)慢性白血病(chronic leukemia)。此病僅脾臟腫大及外觀上之貧血狀態。與瘧病相同。但慢性白血病患者其白血球比常人增多數倍或數十倍。且血球素無沉澱現象。

(二)班替氏病(Bant's disease) 此病之脾肝腫大、貧血及白血球減少。三種症候與瘧病相同。但此病患者血球素無沉澱現象。且常現腹水症候。

(三)如能察出脾血內之利須曼氏寄生體。及發現血球素沉澱或血清凝結之現象。則不難與他種類似之疾病如瘧疾(malaria)脾臟腫瘍(splenic tumor)傷寒(typhoid fever)等相區別。

豫後

本病昔時治法失當。死亡者約居百分之七十五。自酒石酸銻鉀 (potassium antimony tartrate) 等劑之療法發現以來。頗著成效。患者苟無重要之合併症。概有全愈之希望。

患者若罹肺炎則不易治愈。因抵抗力太弱故也。本病死於肺炎者頗多。患者得壞疽性口炎。則體力消耗甚速。如爛去口鼻。露出骨質。則頗危險。但壞疽初起時若治法得當。亦可免生命上之危險。

常人罹腮腺炎 (mumps) 皆易治愈。然痞病患者一罹此病。治療上稍一不慎。則炎腫侵及咽喉諸部。臨牀上因之致死者頗多。

重篤之腎臟炎。有礙治療。預後不良。
失血過多者不易治療。

凡性情乖僻之兒童。不聽醫士及看護者之忠告者。皆不易治療。週身發現重篤之黃疸者。亦不易治療。

治法

昔時醫家對於本病並無適宜之治法。僅內服砒(arsenic)鐵(iron)規甯(quinin)等劑。即偶爾治愈。亦非醫藥之力也。近十年來。本病療法。較前進步。成績頗佳。茲詳論如下。

一 酒石酸銻鉀 (potassium antimony tartrate) 等劑靜脈注射療法。二 輸血療法。三 內服藥品療法。而第一項療法對於本病之治愈。尤為緊要。

(一) 注射療法 自千九百十八年。印度母耳氏 (Muir) 倡用酒石酸銻鉀等劑之注射療法以來。凡小心謹慎斟酌施用者。概能得圓滿治愈之結果。

常用者有酒石酸銻鈉、並酒石酸銻鉀、或酒石酸銻銹 (sodium potassium

or ammonium antimony tartarates) 三種。

臨牀上所賞用者爲酒石酸銻鈉 (sodium antimony tartarate)。因其性質和平。副作用較少。不若酒石酸銻鉀注射後常現各種副作用也。

(1) 注射之分量 酒石酸銻鈉等劑。每次應注射若干。始可所達治愈之目的。且不惹起他種危險症候。乃現在治療上之一緊要問題也。

有用一%酒石酸銻鉀 (potassium antimony tartarate) 溶液行靜脈注射者。由一cc.起。每二日注射一次。每次增加半cc.或一cc.如注射後患者立即吐嘔。則下次注射即不必增量。平均計算。成人分劑至十cc.爲止。小兒至五cc.或六cc.爲止。(美國 J. Herman Wylie 氏所主張。)

按上法注射。在各人經驗上。覺治愈頗多。然成人與小兒之分量無一定之標準。對於小兒往往失之藥量過多。常惹起各種危險症候。

有用二%酒石酸銻鈉(sodium antimony tartrate)溶液注射者。最初於靜脈內注射一cc.半。每二日注射一次。每七日加半cc.至五cc.則不復加(印度母耳氏常用之分量)。

有用一%酒石酸銻鈉溶液每七日注射三次者。成人之分量。由一cc.起。每二日注射一次。每次或每二次增加半cc.至八cc.爲止。十歲以內之孩童。初次用半cc.或四分之一cc.漸加至五cc.爲止。

以上三法用時必須十分注意患者注射後之景况。如注射後呈吐嘔、頭暈、咳嗽、諸現象。卽患者不能容受此次所注射之分量之症。下次注射。不可再增加分量。

以上所述藥劑。個人大抵皆爲試用。然注射分量之大小及其增減。並無一定標準。實令人不無困難。

近日最實用之方法。卽酒石酸銻鈉溶液注射之分量。不論患者年歲之大小。但以體重之輕重爲標準。蓋因成人之體重。往往與十餘歲兒童體重相等者爲數不少。故以年歲計算。不若以體重計算爲精確也。茲將計算法詳述於下。

凡體重每一磅其一次注射之極量。爲一%酒石酸銻鈉溶液○·○八cc。故體重五十磅者其一次注射之極量爲四cc。體重百磅者其一次注射之極量爲八cc。

首次注射之分量。爲其一次極量之十分之一。每次注射所增加之分量。爲其一次極量之二十分之一。如體重百磅之人其一次注射之極量爲八cc。而首次注射之分量卽爲○·八cc。每次所增加之分量則爲○·四cc。故第二次注射量爲一·二cc。第三次爲一·六cc。第四次爲二·○cc。餘可類推。直

增至八 cc. 爲止（以上所用之藥液皆指一%酒石酸銻鈉溶液而言）。在治療期中。宜每月測知患者之體重。以備增減劑之分量。

按上法注射。在臨牀上不但無甚危險。且亦罕見患者發生他種合併症。

(2) 治愈之總分量 酒石酸銻鈉溶液。連續注射至脾內寄生體滅絕時。卽爲注射已足之分量。若注射過多則發生酒石酸銻鈉中毒而惹起各種危險症候。（如注之分量不足。則本病有復發之虞。）有注射一%酒石酸銻鈉溶液。僅八十五 cc. 而卽完全治愈者（個人經驗）。有云注射至五百 cc. 仍能於脾血中檢出寄生體者（但居少數）。

有主張成人之分量以一%酒石酸銻鈉溶液注射至三百 cc. 爲足量者。

有主張體重一百五十磅。其注射之足量。爲一%酒石酸銻鈉溶液二百 cc.

有主張體重一百二十磅者。其注射之足量爲一%酒石酸銻鈉溶液二百

cc. 對兒童當斟酌減之。

個人近來主張之足量。凡每體重一百磅者。爲一%酒石酸銻鈉溶液二百cc. 凡每體重一磅之足量。爲二cc. 故以二乘體重之數。卽足量之數也。如(10 × 200 = 2000) 如此計算。頗形便利。而治療成績亦佳。如患者不發生他種障礙。大約八十日卽可治愈。(由注射藥之日起)。

(3) 注射時之注意 注射部位以肘部靜脈爲最宜。或在足上之靜脈行之亦可。如該二處皆無顯張之靜脈。則施術不無困難焉。注射時可令患者俯臥牀上。將欲行注射之手臂向下直垂五分至十分鐘。或將欲行注射之部位置於溫水中十分鐘。

注射時先令患者仰臥。注射處用酒精拭淨。助手立於患者一旁。以一手或兩手緊抱患者之上膊。或用橡皮帶緊紮之。令肘部靜脈擴張。醫者以一手扶

握患者之前臍。使靜脈不易滑動（如九圖）。再徐徐將注射針先刺透皮膚。繼刺入血管。見血液逆流於注射器內。即知已入血管。乃令助手除去緊或緊紮。再徐徐將藥液注入靜脈內。如患者於注射部覺有劇痛。或皮下隆起。即係藥液漏出血管外之證。當立即停止注射。再尋他處靜脈行之。注射後患者須靜臥半小時。

注射器須用水煮沸消毒。注射用之藥液中不可含有空氣。

（4）注射後之注意 注射後患者如呈嘔吐、惡心、咳嗽、泄瀉、頭暈、四肢發痛、或體溫升高諸症候。則下次注射當減少分量。或停止數次。此時醫者當十



第 九 圖
注 射 藥 液 圖

分斟酌。如酒石酸銻鈉液誤注入皮下、或肌肉內。則患者感極重之痛苦。可速用二%科卡因液(cocain solution)少許(不過一cc.)注入痛處。以止其痛。如日後呈腫痛症候。則該部須停止注射。並施熱罨法。如已化膿則切開之。

(5) 酒石酸銻鈉溶液之製法 先將欲貯溶液之玻璃瓶、及蓋。煮沸消毒十分鐘。再將生理的食鹽水一百cc. 酒石酸銻鈉一克同置於瓶內。化利後。再將瓶置於沸水內。煮二十分鐘。將瓶取出。俟其熱度與常人之體溫相等。即可使用。

(6) 酒石酸銻鉀溶液之製法 概與前同。但臨牀上多用蒸餾水配製。以上二種溶液。愈新者愈佳。如過三日。則當消毒一次。如疑其不潔。則須傾棄另行配製。 V

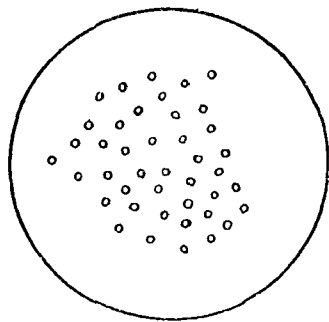
(二) 輸血療法(Transfusion) 凡患者發生頑固之鼻出血或初期壞疽

性口炎、重症貧血及他種衰弱症候。則生命瀕於危險。須行輸血療法以救其急。此不但能減輕上述之病勢。且能補助酒石酸銻鈉之治療作用。茲述其法如下。V

(1) 血液之預備 輸血者血液

內之赤血球與患者之血清必須無凝集現象 (agglutination) 方為適宜。故必須先取患者之血清 (取血清法詳於血清凝結試驗法項下) 少許。置於玻璃片上。再取輸血者之血液少許。與之混合。置於顯微鏡下。察其赤血球有無凝集現象。如至十五分鐘不呈凝集現象 (如十圖) 即可使用。

赤血球不凝集圖



第十圖

如呈凝集現象(如十一圖)即不可用。當另就他人覓適當之血液而用之。或用患者親父兄之血。亦必先行試驗。而後始可使用。

輸血者必須為健康無病之人。否則

恐其血內有毒輸入患者體內反足以促其死也。✓

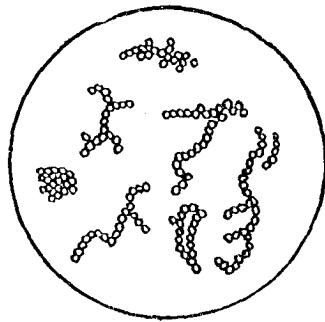
(2)取血法 以橡皮帶緊縛輸血

者之上膊。並令其用力握拳。使靜脈怒張。塗以少許碘酊。用適宜之注射針。刺入靜脈。血即流出。取二百cc.或四百cc.

赤血球凝集圖

為止。如血已足用。即解去橡皮帶。拔出注射針。✓

(3)盛血器 須備圓玻璃筒一個。下有一孔。連以三尺橡皮管。管之末端連

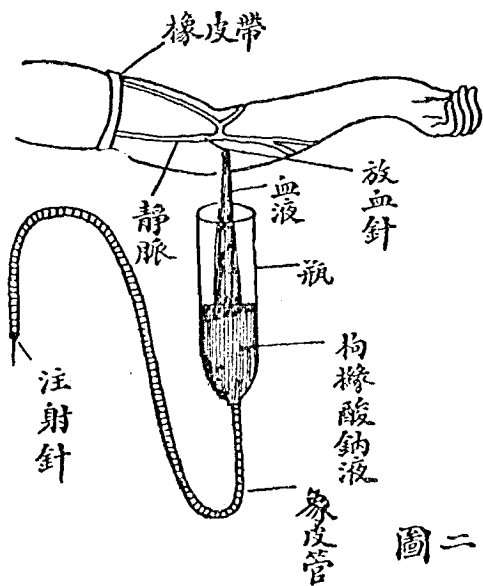


第十一圖

一注射針（如十二圖）此項器械概須用煮沸消毒。然後內盛以二%枸橼酸鈉（sodium citrate）溶液（枸橼酸鈉二分。溶於蒸餾水內百分內）。俟其溫度與體溫等。即可用之。（如血液百cc.宜用此液二十五cc.血液五百cc.則用此液一百二十五cc.餘類推。）血液由靜脈流出時。卽以此筒承受（如十二圖）。

其溫度。✓

並用玻璃棒攪之。筒外圍以熱布。以保



血液放出圖

圖二十第

(4) 輸血法 令患者即仰臥。用橡皮帶或雙手緊扼其上膊。使肘部之靜

脈怒張。塗以碘酊少許。再將盛

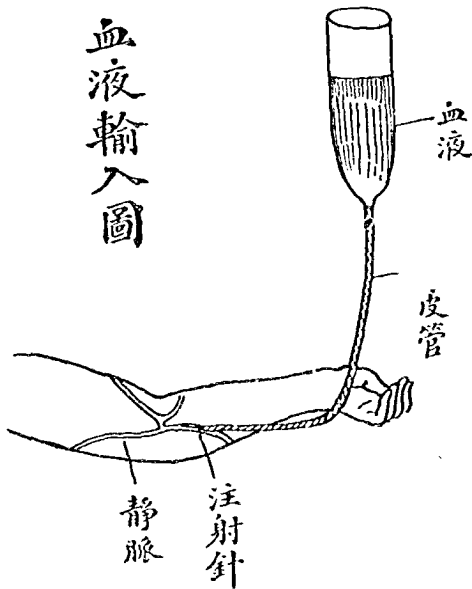
第十三圖

脈怒張。塗以碘酊少許。再將盛
血器所連之注射針刺入靜脈
內。然後除去上膊之緊扼。則瓶
內血液即徐徐注入患者靜脈
內。注入之時。愈慢愈佳。平均每
分鐘不可過五十cc。(見十三
圖。)

(三) 服藥療法 此項療法

雖無特別功效。然亦不可廢止。

常用之藥品。爲鐵、砒、規寧等混合劑。如作成丸劑。則小兒服之尤便。或用下方。



碘鐵糖漿 (syrup of ferri iodide)

四 cc.

福氏水 (Fowler's solution)

十滴

苦味酊 (tinctura amara)

一 cc.

蒸餾水 (distillated water)

二十五 cc.

以上混和。一日三回。每回五 cc. (十歲小兒之分量)。飯後分服。魚肝油有滋補之力。每日可飲用少量。但有胃腸炎時須停服。

患者飲食以富於滋養且易消化者爲最宜。如牛乳、雞蛋、米麵等物皆是。能常食羊肝豬肝則尤爲相宜。

當天氣寒冷之際。患者最易罹肺炎。故衣服之增減。當十分注意。

患者在治療期中。往往因跌倒或腹部與硬物相觸。致脾臟受傷破裂。頃刻卽死。醫家當十分注意。

合併症及續發症之處置

(一)肺炎 酒石酸銻液之注射。須暫時停止。俟肺炎完全治愈後再行注射。患者須令靜臥牀上。飲食以牛乳、米湯、肉汁爲宜。咳嗽者可服祛痰劑。而解熱劑則不可妄投。胸部可施溫罨法。法以數層大塊絨布浸沸水內二分鐘。取出絞乾。俟其溫度略涼。至病人皮膚能堪受時。用以包圍於胸部前後。其上覆以油紙。用布纏裹。更以熱水袋置於胸前左右。以保濕布之溫度。俟濕布溫度稍減。卽行更換。大概每三四句鐘換一次。

藥物可用樟腦油注射其處方如下。

精製樟腦 (camphor)

橄欖油 (olive oil)

一 (或二) 分

十分

混和消毒。作注射皮下之用。

凡體重一百磅者每次可用一 cc. 每體重十磅。每次可用〇·一 cc. 餘可類推。每日注射一次。或三次。小兒苦於注射者。可以此油一 cc. 一 cc. 塗撲胸際。

稀鹽酸 (dilute hydrochloric acid) 一一 cc.

胃液素 (pepsin) 一一 cc.

蒸餾水 (distilled water) 百六十 cc.

以上混合。每一歲每次可服一 cc. 二十歲及二十歲以上者。每次皆服二〇 cc. 每六句鐘一次。

此外常服須注意患者之便通。如大便乾燥。即須服輕瀉劑。 V

(二) 壞疽性口炎 小潰瘍可塗以一%硝酸銀液。一日二次。再勤用三%硼酸水洗滌。口腔外部行熱罨法。每三小時一次。潰瘍侵蝕太速者。用燒烙法。或切除之。位置不正當及有齶孔之牙齒當速行拔去。體溫升高時宜停止酒

石酸銻液之注射。患者每日宜刷牙二次。以防潰瘍之發生。又施行輸血術。對於此病時呈特效。✓

(三) 腮腺炎 此病一現。即須停止酒石酸銻之注射。患部行熱罨法。每句鐘一次。服瀉劑。令患者靜臥。✓

(四) 腎炎 輕度之腎炎。不必停止酒石酸銻之注射。但宜減少常量之半。禁食鹽類。並注意尿量之排泄。如注射後尿量減少。或現水腫。及尿內蛋白質著明增加。即停止酒石酸銻之注射。俟諸病減輕。再行注射。✓

(五) 鼻出血 鼻腔內可散布鞣酸 (tannic acid)。並用紗布塞填。一面用腎上腺素 (adrenalin) 行皮下注射。或 5% 氯化鈣 (calcium chloride) 溶液行靜脈注射。凡體重十磅者。注射一 cc。✓

(六) 蛔蟲 病兒入院。當於檢查其糞便。如發見蛔蟲卵。即須服驅蟲劑。以

山道年 (santonin) 爲最佳。因蛔蟲亦有阻礙治愈之力故須驅除之也。✓

(七)貧血 強度之貧血宜速行輸血術。✓

(八)心臟疾患 有心臟病者酒石酸銻不宜注射最大之分量。下肢呈浮腫者可內服毛地黃劑 (digitalis) ✓

治愈之證據

多數醫家主張以脾血內不能檢出寄生體爲治愈之證據。然檢查脾血。往往於未全愈之患者亦常不見其有寄生體存在。且患者未受酒石酸銻療法之前。亦往往有檢查脾血數次不見寄生體存在。此乃臨牀上常有之事。(但居少數耳。) 而其餘症候皆與本病相同試用酒石酸銻療法亦能完全治愈者。由此可知不能以脾血中不含有寄生體卽認爲治愈之確據也。有人主張以血球素沈澱試驗呈陰性反應者爲治愈之證據。然在經驗上曾於數十患

者出院之際（全體情形。概呈治愈現象）行該試驗。見其多數仍呈輕度陽性反應。而半年或二年後訊其狀況。則皆健康如常。由此可知該試驗之陰性反應固可爲治愈之確據。而陽性反應亦未必能認爲未治愈也。

如上所述。可知驗查脾血及血球素沈澱試驗。仍不能十分指定其爲治愈與否。故不可不小心謹慎注意其他之症候焉。

治愈者脾腫著明減退。面積縮小三分之二以上。（如能縮至與左肋弓緣相齊則更佳。）用手觸之。較前柔軟。且易移動。其肝臟腫大者亦必同時著明減退。

患者未受治療之前。概帶一種愁苦之面容。動作亦遲滯。迨將愈之時。則帶一種快樂之顏貌。動作亦極活潑。現出天然之兒童氣象。蓋患者被病毒轄制時常失卻兒童固有之性質及面容。迨病毒離身之後又恢復其固有之性質。

及外觀也。

又將近治愈之時患者皮膚色頗潤澤。而失去病期中黑暗、或黃暗、並乾枯之現像也。

血液中之白血球必較前增加一倍或三倍。例如就醫之前。白血球數為四千或三千。若增加二倍則為八千或六千。就醫之前為二千或三千者。若增加三倍。則為六千或九千。而血色素及赤血球亦必較前增加。

食慾較前非常增進。食量亦多。常有飢感。

全身營養較前佳良。飢肉亦復發育。故體重較前必增加。

體溫降下如常度。有持續十三餘日者。（但治療期內罹他種疾病時之體溫不在此例。）然亦有治愈之前二十餘日或六十餘日。體溫降下如常者。故以體溫至常度若干日為判斷治愈之證。殊不足恃也。

凡體重一磅平均注射一%酒石酸銻液至二cc.者。概能呈以上述之治愈現象。間有注射尙未及二cc.（對於一磅之體重而言）已呈以上之治愈現象者。醫者當十分小心。察其體況。以備停止酒石酸銻液之注射。然注射已逾二cc.（對於一磅之體重而言）尙未呈上述之治愈現象者亦有之。醫者當十分注意。察其體況。以備繼續注射。萬不可拘泥成法也。

在治療期中。每半月當檢查患者之血液及體重一次。每十日觸診脾臟一次。每四小時檢查體溫一次。

患者治療期中。往往頻發各種合併症。甲病未愈。乙病復生。大有一波未平一波又起之勢。治療上殊感莫大之困難。然亦有患者當氣息奄奄危機一髮之際。忽於數日內各種合併症。俱見消退。而日趨於健康狀態者。此又臨牀上常見之事。故吾人對於治療束手之患者。更當奮起雄心。鼓舞壯氣。

以與病魔相激戰。萬不可灰心喪膽。而甘拜下風焉。又有患者在治療期中。並不發生他種合併症。且精神體力。日增無已。病家醫家方感莫大樂趣。而忽於將愈未愈之際。發生危險之合併症。（肺炎腹膜炎）而喪其生命者。故吾人對於治療順手之患者。更當小心謹慎。斟酌注射藥劑之多少。十分注意患者每日每時之體况。萬不可粗心大膽。以致功虧一簣也。



圖 四 十 第
者 患 之 前 愈 未



圖 五 十 第
者 患 之 後 愈 未

I am especially glad to see this book published in the Chinese language for I am informed that there has so far been no other effort to set forth this Diagnosis and Treatment in the Chinese, thus making such information available for those who do not read with ease some of the European languages. I feel that there is a great need for just this sort of original work.

Dr. Li has for the past four or five years taken a very deep interest in the Kala-azar patients who have been entered on our medical service. He has closely observed them and followed them after leaving the hospital. The ideas set forth in this treatise are the results of his reading and experience, and are very practical. I congratulate him in the completion of this contribution to the Chinese Medical Literature.

J. HERMAN WYLIE

TAYLOR MEMORIAL HOSPITAL
Paochingfu, June 1925

FOREWORD

I take great pleasure in writing this foreword for Dr. Li for I feel that he has completed a piece of work which will be a help to many in their medical work in China. From the surveys that have been made, there is without doubt a very large area in China where the population has been more or less affected by Kala-azar. It is quite possible that there are also many areas where an infection exists that has so far not been identified. Again, it is also possible that there are areas where the disease has been recognized and still no effective treatment has been undertaken. While the method of treatment outlined leaves much to be desired, both in regard to the amount of time necessary and also the care that must be exercised in carrying out a course of treatment, still the results obtained certainly justify us in making use of this method until a better one has been developed. Dr. Li's careful details in both diagnosis and treatment I am sure will be appreciated by many.

DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF KALA-AZAR

By

LI RUH-LING

Edited by

J. HERMAN WYLIE AND K. KOO

1st ed., Oct., 1926

Price: \$0.20, postage extra

THE COMMERCIAL PRESS, LIMITED
SHANGHAI, CHINA

ALL RIGHTS RESERVED

中華民國十五年十月初版

回(痞病診療法一册)

(每册定價大洋貳角)

(外埠酌加運費匯費)

編纂者 李 入 林

校訂者 美國 衛 儀 白 來

發行所 商務印書館

印刷所 上海北河南路北首寶山路 商務印書館

總發行所 上海棋盤街中市 商務印書館

北京 天津 保定 奉天 吉林 龍江
濟南 太原 開封 西安 南京 杭州
蘭谿 安慶 蕪湖 南昌 九江 漢口

分售處 商務印書館

長沙 常德 衡州 成都 重慶 廈門
福州 廣州 潮州 香港 梧州 雲南
貴陽 張家口 新加坡

※此書有著作權翻印必究※

#41

404084