

# 醫學文摘

金寶善題

## MEDICAL DIGEST

第一卷 第六期 中華民國三十二年四月

骶前神經痛	萬福恩..... 1
診斷晚期日本血吸虫病之一術	齊鎮垣 許殿乙..... 3
傷寒出血性肋膜炎報告一例	余南庚..... 8
維生素以外之食物對於免疫力之影響	江先覺..... 11
美國航空醫訊	周廷冲譯..... 14
文獻摘要	應元岳 鍾學禮 王士良等..... 19

內科：雷納氏型肝硬化之經過 維他命內對於小兒傳染病之影響 橡皮工業中之汞中毒 蟄業對心臟病之效用 Desoxycorticosterone 對於癲癇病之效用 破傷風免疫法 血清靜脈注射急性反應之分析 家兔肺炎雙球菌免疫血清治療大葉性肺炎之效用 凝漿及乾血漿在平時及戰時之應用 急性菌痢之 Sulfanilyguanidine 治療 耳病性眩暈之病原及治療 流行性腮腺炎 猿猴人血清在小管性腎炎中之利尿作用 急性血性心力衰竭中體溫升高之原因 Sulfanilamide 對於猩紅熱患者血球之影響

外科：以 Sulfanilamide 粉劑治療腹膜炎之經驗 蟻虫與闌尾炎之關係 外科手術後之血栓形成及栓塞 “水浸脚” 直腸鏡診斷憩室炎之價值 所謂：“慢性闌尾炎”究竟於何種狀況下施行手術？

結核：肺結核病之休息及萎陷治療結果比較 肺結核病人工氣胸治療之效果

眼科：間質性角膜炎之成因

婦產科：產覽之臨床及生物化學之觀察

每册十元 全年六期 共計六十元 郵費在內 會員對折  
 中華醫學會出版 重慶歌樂山

# 衛生署

## 戰時醫療藥品經理委員會

### 啓事

本會購儲藥品，供應各醫療，除按門價應之逕品即  
衛生機關及普通民衆，另設平價處，請藥索即  
期登報公告批發外，及子池製項備有函寄  
市部零售處於新橋夫及配事，備有函寄  
配方部於重慶購買洽本藥辦法，備有函寄  
民衆零星，如新橋及  
需要重慶表及  
需函種類寄。

# 重慶達公藥房股份有限公司

地址：重慶新生路一七二號

## 營業要目

本公司專運歐美各國醫  
用原藥海陸空軍用藥材  
工業藥品醫療器械衛生  
用具各種藥酒並附設大  
西南藥廠如蒙惠顧無任  
歡迎

門市部：重慶新生路特四二號（國泰影戲院斜對面）

辦事處：重慶新生路一二七號電報掛號重慶八五八五

# 上海商業儲蓄銀行

——立創年四國民——

產生方後加增

業實商工助輔

## 處行支分地內

吉 安	梧 州	寶 鷄	萬 縣	樂 山	重 慶
屯 溪	衡 陽	貴 陽	三 斗 坪	自 流 井	成 都
延 平	沅 陵	昆 明	西 安	五 通 橋	宜 賓

## 重慶分行

中正路一八三號  
電話：四二三三七號  
四一二四二號

到週務服★捷迅續手

# 中央製藥廠

## 股份有限公司

兼經理 兼檢驗 兼配製  
 經理 檢驗 配製  
 營業 化學 藥劑  
 配製 原料 藥劑  
 煉製 藥劑 藥劑  
 國藥 化學 藥劑  
 化學 藥劑 藥劑  
 煉製 藥劑 藥劑  
 精製 藥劑 藥劑  
 製煉 藥劑 藥劑  
 製煉 藥劑 藥劑  
 製煉 藥劑 藥劑

**保證出品優良**  
**歡迎委託代造**

總公司辦事處  
 營業部  
 重慶民權路十八號

渝廠  
 重慶南岸  
 電報掛號 一六三五

蓉廠  
 成都南校場  
 電報掛號 一六三五

電報掛號 〇九一四  
 (成都信箱四二號)

### 衛生署麻醉藥品經理處廣告

本處經售之麻醉藥品計分下列十一類(一)阿片類(二)阿朴嗎啡類(三)鹽酸怕怕非林類(四)嗎啡類(五)可待因類(六)二烷嗎啡類(七)歐可達類(八)可卡因類(九)大麻類(十)全阿片素類(十一)士的寧類除原料外尚有各種含量之製劑如酊、錠、安瓿等備有價目表訂購單及用途報告表等函索即寄茲將購品須知分列於後

- (一)購買藥品須填訂購單品名以價目表所列數字為準不可省寫或用別名簽署之醫師或藥師須用註冊之姓名寫明部證字號
- (二)醫院機關醫學校分次購用數量每類不得逾五十公分醫師藥師牙醫師獸醫師每次每類不得逾十公分但因特殊情形必須超過限量時應敘明原因函由本處代請衛生署核准方能照售
- (三)第二次購買某類藥品時應將上次所購該類藥品之用途照式填具用途報告表連同訂購單一併寄處
- (四)機關函購藥品須附訂購單由負責醫師簽署註部證字號加蓋機關印信
- (五)售品概收現款郵遞及包裝等費按藥價再加百分之十五多退少補請由中國銀行或郵局逕匯合川本處
- (六)本處售出藥品均加意妥慎包裝交郵局小包快寄但一經付郵或照購買人指定之方法遞送後即為責任終了中途倘遇損壞概不負責

「附告」本處為便利陪都購戶便利起見在渝大河順城街第八號本處分銷麻醉藥品但其他各地購戶仍請逕函四川合川第三號信箱本處洽購

各種西藥  
醫學儀器

# 協德藥房

備貨充足  
歡迎採購

重慶市保安路一四零號  
電報掛號三五六三

# 大華行

## 醫藥部

經理

營業

- |         |         |         |         |         |          |          |         |           |            |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|---------|-----------|------------|---------|
| 上海科發大藥房 | 上海普製大藥房 | 上海海康內藥廠 | 加拿大克生血廠 | 德國薩文大藥廠 | 英國伊文思大藥廠 | 德國路易坡大藥廠 | 上海實學通藥廠 | 上海華盛化學玻璃廠 | 上海中華醫藥器械公司 | 美國雜培大藥廠 |
| 醫療器械    | 玻璃儀器    | 藥棉紗布    | 橡皮製品    | 化學器材    | 調劑用具     | 原料西藥     | 歐美成藥    | 針水血清      | 注射器等       |         |

● 總行地址 ●  
上海 福州路五十二號 電話：一四四五三

● 昆明行地址 ●  
昆明 太和街(環城東路)二七三號  
電報掛號：一二二九(大)

● 成都行地址 ●  
成都 東大街東安里二號 電報掛號五〇〇五  
● 渝行地址 ●  
重慶 民族路一六一號 電報掛號：三三九九

# 『骶前神經痛』 (Pre-Sacral Neuralgia)

戰時衛生人員訓練所第一分所

陝西褒城

外科學組

萬福恩

據作者所知，醫學教科書及雜誌中尚無『骶前神經痛』之名稱及記載。作者於民國三十年見一負傷軍人，其疼痛之部位屬於骶前神經之範圍疼痛之性質，則似面部之三叉神經痛，經施行骶前神經切除術後症狀完全消失因名之為『骶前神經痛』至於面部之三叉神經痛則現已有人認為係由交感神經受刺激之所致 (Hyndmen) (1)

骶前神經之解剖及生理：——骶前神經又名上腹下神經叢 (Superior Hypogastric plexus)。關於其分布之範圍Fran kenhaeuser於 1867年已有甚詳細之記載。Latarjet 與 Bonnet 對 1913年名之為骶前神經(pre-Sacral Nerve)Lubate (2)於1938年作多次之解剖見骶前神經多為叢形乃主張以『上腹下神經叢』名之。

骶前神經係由兩側之腸系膜間神經 (Intermesenteric Nerves) 所組成，腸系膜間神經發源於腹腔神經叢 (Celiac Plexus) 之下部，沿腹主動脈之前外側下行至腹主動脈分枝處形成三角形之叢狀 (上腹下神經叢) 該神經叢長約 6—8Cm，終於左右下腹下神經 (Inferior Hypogastric Nerves) 子宮膀胱大腸及生殖器官之感覺自由此神經叢傳達至中樞神經系統。

骶前神經切除術自1925年 Cotte (3) 創始以來甚為盛行其適應之各症及手術之步驟均不在本文範圍之內故不論。

## 病例報告

1. 病歷：患者張守政年33歲陸軍中尉連附於民國27年2月25日因抗戰負傷步槍子彈入口在左肩部後方無出口外傷於數日後即愈但患者自傷後即感覺生殖器膀胱及大腸即有陣發性之急性疼痛氣候之改變 (冷或熱) 身體之行動鑼鼓之聲音與大小便之開始排

洩均可引起疼痛之發作一般止痛劑均不能減輕其疼痛患者於某重傷醫院內休養時每於疼痛發作之際醫師即以全身麻藥止之民國29年3月入衛訓所實習醫院。

身體檢查，營養尚佳但精神苦悶不振一般身體檢查除沙眼外無其他病狀實驗室檢查除小便內含少數白血球外餘正常X光檢查異物之部位無結果。

疼痛之性質：疼痛為陣發性大小便之開始排洩身體之轉動局部（陰囊）之刺激均立即引起疼痛之發作每次疼痛約1—2分鐘發作時牙齒緊閉面部出汗並以手保護陰囊部痛止則患者無任何其他痛苦患者有便秘（每7—8日一次）小便次數增加（每日十餘次）

診斷： 1. 氈前神經痛（因外傷之刺激） 2. 膀胱炎（或係因外傷之刺激） 3. 沙眼

治療經過：於三十年四月行氈前神經切除術手術經過良好手術後疼痛減輕大半至兩週後症狀完全消失患者能自由行動大小便及局部刺激均不再引起疼痛之發作

結論：患者之症狀顯係因氈前神經受刺激（外傷異物或膀胱炎）以致發現類如三叉神經痛之氈前神經痛本症之疼痛與灼性交感神經痛不同。（4）

參攷：1. Hyudman. O. R.:— Arch. Surg. July 1938 P.74

2. Labate J. S: S. G. O. Aug 1938 P.199

3. Schroeder C. F:— J. A. m. A. Feb 1939 P.390

4. 萬福恩；醫學文摘，第一卷 • 第四期P: 4。



## 診斷晚期日本血吸蟲病之一術

齊鎮垣 許殿乙

國立湘雅醫學院及貴陽中央醫院

Faust 於其所著之人類腸蟲學(1)及臨診寄生蟲學(2)二書中將日本血吸蟲病按其病狀劃為三期(一)毒血期(二)痢疾期(三)肝硬化期 Faust 本其豐富之經驗指出診斷晚期(肝硬化期)日本血吸蟲病之困難蓋值此期間多數患者之糞中已無此蟲卵矣。

依照免疫學之原理此病固能以補體結合反應(3)(4)及皮內反應(5)(6)等法鑑定之惟所得之憑證因係間接故不克與檢驗蟲卵諸法相匹敵猶之以肥達氏反應診斷傷寒不若靠血培養之確切也

由於糞中之不易發現蟲卵故此病之晚期每易誤為班替氏病特發性肝硬化及隱源性脾大病等如 Houghton(7)之於蕪湖 Maxwell(8)之於台灣 whyte(9)之於汕頭 Loucks(10)之於北平 Campbell(11)之於福州 瞿氏(12)之於南京一向原因莫明之埃及脾大病終被 Day(13)於1924及 Girges(14)於1926設法判明其為血吸蟲病二氏俱係採用肝活組織檢查法或死後剖驗術於患者之肝中查獲門孫氏血吸蟲或其遺卵在中國首次以肝活組織檢查法以診斷日本血吸蟲病者當推 Loucks(10)彼於1935年用此術於二例被認為患班替氏病者之肝中查獲日本血吸蟲卵 Campbell(11)於1936至1938年間用同法檢驗福州常見之脾大病結果證明其為日本血吸蟲病此後國內文獻即未記載其他醫療機關有用此診斷術者瞿氏(12)雖於南京觀察日本血吸蟲病多例但終因不克施行此項檢驗致彼之多數患肝硬化者其病原無從鑑定。

除肝之檢查外，對於晚期血吸蟲病之診斷，是否尚有他種更為簡易之內臟活組織檢查法可為憑藉。關於此點文獻上似少論及，即若干之熱帶病學及寄生蟲學名著對此亦鮮記載。據作者所知，僅 Manson-Bahr(15)於其近著之痢疾病 *Dysenteric Disorders* 一書中提及用乙狀結腸鏡診查法獲取腸組織標本，以診斷日本血吸蟲性大腸末段之乳頭狀瘤及息肉等。揆諸本病病理，此法似堪利用，蓋當病之晚期，大腸所有各層組織已因

虫卵之刺激而起增生及纖維性變，致虫卵不易由腸組織中透出，是則囊中不易發現虫卵，原非腸組織中不含此卵，實因其不克進入腸腔也，尤有然者，即血吸虫卵已曾被多人發現於血吸虫性腸贅瘤之組織中，如Endo (16) 及Fukushima (17)之於直腸癌 Kawamura (18)之於直腸纖維腺瘤，及Kasama (19)之於九例大腸腺癌等，惟所舉諸例，雖其病之診斷亦因組織檢查而成立，但該項檢查之義意與本文所指者有別，謂諸人事先並未計及此術之有濟於診斷也。

據血吸虫病學之觀察，此種虫卵，亦可侵入闌尾組織，使其發生急性或慢性炎病 Mahamed (20)曾於埃及報告血吸虫性闌尾炎 183例，據作者推想此類病情在中國恐亦常見，惟國內文獻尙少記載，如吾等之推測果確，則國內血吸虫病流行區域之患闌尾炎者在治療方面似不宜姑息，無論病之緩急均應迅將闌尾截去，蓋此項措置，既不延誤治療且甚有助於病原之及早發現也。

本院(貴陽中央醫院)自成立以來，住院病人之被診斷爲患日本血吸虫病者，共23例，以病期計之，三例屬於早期，一例病期不明(慢性闌尾炎)十九例屬於晚期，在十九例晚期及一例病期不明之全組中僅四例囊中含有虫卵，其餘十六例之診斷係基於下列諸法：肝活組織檢查者二例，直腸或乙狀結腸活組織檢查者四例，闌尾活組織檢查者三例死後剖驗者二例(生前不克作內臟活組織檢查)其餘五例，雖其病情頗似本病之晚期，但因不克施行內臟活組織檢查，或死後剖驗，致最後診斷無法肯定。

本文之作原在指明內臟活組織檢查法之有助於晚期日本血吸虫病之診斷，茲將九例因內臟活組織檢查而獲得診斷者之病案，簡錄於後：

### 肝活組織檢查者

例一： 住院號3578。病期；肝硬化期；病狀：腹水肝未腫大，脾腫大至肋下緣六公分，輕度腹瀉，囊內偶含黏液少許， 乙狀結腸鏡檢查：直腸黏膜粗糙及水腫，肝活組織病理檢查：內含日本血吸虫卵。

例二： 住院號6927。病期；肝硬化期，病狀：腹水，肝腫大至肋下緣二公分，脾腫大至肋下緣三公分，輕度腹瀉囊內無血及黏液， 乙狀結腸鏡檢查：直腸黏膜呈粒狀肝

組織病理檢查：內含日本血吸蟲卵。

### 直腸或乙狀結腸活組織檢查者

例一：住院號 777 病期：早期肝硬化；病狀：無腹水，肝腫大至肋緣下三公分，脾腫大至肋緣下三公分，中度腹瀉，糞含少量黏液及血。乙狀結腸鏡檢查直腸顯乳頭狀瘤，直腸乳頭狀瘤病理檢查：內含日本血吸蟲卵。

例二：住院號 4166 病期：痢疾末期，病狀：肝脾未腫大，中度腹瀉，糞內含血少許，乙狀結腸鏡檢查：直腸呈環形狹窄及少數淺小潰瘍，直腸狹窄處，組織病理檢查，內含日本血吸蟲卵。

例三：住院號 6832。病期：早期肝硬化，病狀：無腹水，肝腫大至肋緣下三公分，脾未腫大，肛門顯瘻管，糞內無血及黏液，乙狀結腸鏡檢查：瘻管內口位於距肛門七公分之直腸壁上，瘻管組織病理檢查：內含日本血吸蟲卵。

例四：住院號 12498。病期：肝硬化期。病狀：腹水，肝未腫大，脾腫大至肋緣下十五公分，乙狀結腸增厚輕度腹瀉，糞內無血及黏液。乙狀結腸鏡檢查：乙狀結腸顯多數出血性淺小瘡瘍，瘡瘍處組織病理檢查：內含日本血吸蟲卵。

### 闌尾活組織檢查者

例一：住院號 1721。病期：已過痢疾期；病狀：慢性闌尾炎之急性發作，肝脾未腫大，無腹瀉，糞陰性，闌尾組織病理檢查：組織內含日本血吸蟲卵。

例二：住院號 7859。病期：不明，已往未患痢疾。病狀：慢性闌尾炎，肝脾未腫大無腹瀉，糞陰性。闌尾組織病理檢查：組織內含日本血吸蟲卵。

例三：住院號 4620。病期：早期肝硬化，病狀：慢性闌尾炎，腹右髂凹呈硬塊，肝腫大至肋緣下四公分，脾未腫大，無腹瀉，糞陰性，闌尾組織病理檢查：組織內含日本血吸蟲卵。

## 討 論

觀諸所舉事實，則內臟活組織檢查之有助於晚期日本血吸虫病之診斷也，明矣，茲欲討論者即肝組織檢查與腸組織檢查相較，畢竟何者為優，關於此點，似須決於三事；即何法可靠，何法易行，及何法安全是也。以本病病理論之則肝組織檢查實勝於腸組織，蓋除罕見之純腸型（Intestinal Type）(21)外，肝組織於病之晚期受害也。論及易行性及安全性，則肝組織之可利用，又不如腸，因採取前項標本之手術較難且亦非毫無危險也。腸組織在診斷上之可靠性，雖不及肝者之大，但由於標本採取較易，故病情適當時（如直腸或乙狀結腸已發生乳頭狀瘤，息肉及增厚等。）似宜先用此法待結果為陰性時，再計及肝組織檢查也。

血吸虫性闌尾炎似不罕見，國內文獻對之缺乏記載者，約因闌尾於截除後缺少病理檢查之故，是以在此病流行區域之患闌尾炎者，其闌尾於截除之後，均應加以病理檢查，否則血吸虫病之僅呈斯項病狀者，其治療即被貽誤矣。

## 總 結

1. 本文報告因內臟活組織檢查而獲診斷之晚期日本血吸虫病若干例，
2. 此項檢查頗能解決本病晚期診斷上之困難。
3. 檢查法包括三種，(一)肝活組織檢查，(二)直腸或乙狀結腸活組織檢查，(三)闌尾活組織檢查。
4. 肝組織檢查之診斷效能高於腸組織，惟採取標本時不若後者安全及簡易。
5. 病情適當時(如大腸末端已發生乳頭狀瘤，息肉及增厚等。)宜先利用腸組織檢查法，因其診斷效能於此際並不遜於肝組織也。
6. 日本血吸虫卵每易侵入闌尾組織使其發生炎病在本病流行區域之闌尾炎患者，對其治療不宜姑息，不計病之緩急，均當迅將闌尾截除。截除之闌尾亦宜作病理考查，蓋必須如此措置，方克無誤最後診斷及治療也。

文 獻

- 1) Faust, F. C. (1930): Human Helminthology. London.
- 2) Craig, C. F. and Faust, E. C. (1940): Clinical Parasitology. Philadelphia.
- 3) Fairley, N. H. (1919): J. R. Army Med. Corps, 32:449.
- 4) Yoshimoto, S. (1910): Zeitsch. Immunitatsf 5:438.
- 5) Taliaferro, W.H. and Taliaferro, L. G. (1931): Puerto Roco J. Pub. Health and Tropical Med. 7:23.
- 6) Kan, H.C. (1936): Chinese M. J. 50:1649.
- 7) Houghton, H. S. (1910): China M. J. 24:244.
- 8) Maxwell, J. L. (1915): Chinese M. J. 29:65.
- 9) Whyte, G. D. (1915): China M. J. 29:287.
- 10) Loucks, H. H. : 與 Campbell 之通信。
- 11) Campbell, H. E. (1936): Chinese M. J. 50:1561.  
(1938): Chinese M. J. 53:459.
- 2) Chu, C. F. (1937): Chinese M. J. 52:651.
- 3) Day, H. B. (1924): Trans. of Royal Soc. of Trop. Med. and Hyg. 18:121.
- 4) Girges, R. (1934): Schistosomiasis. London.
- 5) Manson-Bahr, P. (1939): Dysenteric Disorders. Baltimore.
- 6) Endo: Girges 所引證
- 7) Fukushima: Girges 所引證
- 8) Kawamura: Girges 所引證
- 9) Kasama: Girges 所引證
- 10) Mohamed, A. S. (1940): Egyptian-ed. Assoc, 23:1
- 11) Houghton, H. S. (1923): Byam and Archibald's The Practice of Medicine in the Tropics, London.

## 傷寒菌出血性肋膜炎報告一例

重慶中央醫院 余南庚

傷寒菌之膿胸之報告在文獻中並不多見。一八一九年 Valentini 氏(1)在病理檢查方面曾有記述。一九一三年 Cummins 與 Brown 二氏(2)及一九一六年 Pepper 氏(3)先後均有病例報告；自一九二七至一九三九年之醫學文摘索引中僅得十九例其中十七例爲德，法，台灣，南美諸國之文獻一時無法查得。二例文獻之可資引證者：一爲我國陳王氏(4)於一九三七年報告之傷寒症兼有漿液纖維蛋白性肋膜炎一例；胸水培養經證明有傷寒菌生長經數次穿刺後，結果甚爲良好。另一則爲英國 Lane 與 Francis 二氏(5)於一九三八年報告之病例，患者於患傷寒四十年後發生左胸腔積水胸水三次培養均有傷寒菌生長；經引流後痊愈。

作者鑒於此項併發症極少發生於傷寒患者，故對下列一例擬作一詳盡之報告

### 病例報告：——

穆女士，年十八，院號 1455，於二十九年十一月二日因持續性發熱已十日入院；患者近二年常患瘧疾，本年七月曾受傷寒預防注射三次。入院時體溫39度，脈搏100次，呼吸20次，發育營養良好，胸前有數顆玫瑰疹；脾臟在肋緣下二公分，質地甚堅硬，紅血球3.5百萬/立方耗，血色素75%，白血球5000/立方耗，多核細胞78%

入院後經過分述如下：——

病期第二星期至第六星期(十一月二日至十二月四日)——溫度先持續在39與40度之間，至第五星期漸降至常溫，經過中二十二日發現有膽囊炎併發症，在此時期中白血球均在5000至8000左右血液及小便培養均爲陰性；惟畏達氏反應於四日爲“O”<sup>1</sup>/<sub>320</sub>“H”<sup>1</sup>/<sub>640</sub>，二十九日增至“O”“H”均爲<sup>1</sup>/<sub>640</sub>。

病期第七星期至第十星期(十二月五日至三十年一月一日)自第七星期起溫度又復上升至39至40度，十二月六日(病期第四十四日)血液培養有傷寒菌生長。十三日輸血一百西西，十六日靜脈注射痊愈傷寒者血液四十西西，自第九星期溫度再度下降，在此期中患

者又有脚氣病，枝氣管性肺炎及左下肋骨炎皆經治療而愈，惟十七日發生脾臟部壓痛白血球增至14,400至二十日仍有壓痛且大至肋緣下四公分，疑似脾臟栓塞，二十一日左肩部疼痛，二十七日左下肺部與脾臟部份仍有壓痛，白血球9,500。

病期第十一星期至第十四星期(一月二日至二十九日)——自第十一星期起溫度又弛張於37-39度之間。一月三日發現左胸腔有胸水存在，作胸腔穿刺術抽出朱紅色血液二十西西，培養有傷寒桿菌生長，十日再作胸腔穿刺術，抽出桃紅色濃液五百西西，培養結果仍為傷寒菌。自後溫度漸趨正常，間或高至38度。十六日與二十一日各作胸腔穿刺術一次，共抽出九百西西，濃液較稠，惟顏色仍為桃紅，培養亦均有傷寒菌生長，二十一日紅血球2.1百萬白血球12,000，多核細胞85%。

病期第十五星期至二十二星期(一月三十日至三月二十一日)——此八星期中溫度大多正常，間或高至38.5度。總共作胸腔穿刺術八次，每次抽出二十至六百廿西西不等，培養結果為陽性者共有五次。二月四日(病期第一百〇五日)小便培養仍有傷寒菌生長。此時一般情形大見進步，至三月二十一日痊愈出院之時體格檢查及肺部透視僅留肋膜增厚現象，紅血球4.0百萬血色素80%白血球11,000。

## 討 論

患者病期特長，反復無定，病期六星期後復發期中各種併發症迭起而肋膜炎最為罕見，據 Jennings 與 Morse 二氏(6)之意見，傷寒菌肋膜炎可發生於病程之任何期間，而以後期較為常見。肋膜炎可分為纖維性與滲透性兩種，滲透性者又有漿液性，化膿性與出血性三類。在此三類滲透液內均可尋見傷寒菌，化膿性與出血性肋膜炎之預後較為不良。

本例之肋膜炎恐在病期之第十星期即已發生，至第十一星期體徵始克顯著，最初抽出之胸水為朱紅色血液，實為出血性，以後乃變為化膿性。通常出血性肋膜炎僅於結核及癌腫之具有潰瘍時見之，傷寒引起此種現象較少見，亦不易解釋。查得之十九例中僅有一例為出血性，此肋膜炎之發生究由何而來，一時亦難決定。肋骨骨炎或骨膜炎以及脾臟栓塞均為可能因素，然彼時血液及小便培養仍為陽性，恐為血原性傳染。

至於傷寒菌膿胸之治療與其他細菌性膿胸相仿，如屢次胸腔穿刺無進步，可作胸腔

引流。Sulfanilamide 藥物對此類膿胸恐無特效。

附註——本文寫成後蒙錢嘉主任校正，特此誌謝。

### 參 考 文 獻

- (1) Valentini (1889) Berlin klin. Wochenschr. 17:369.
  - (2) Cummins and Brown (1913) Arch. Int. Med. 12:357.
  - (3) Pepper (1916) Amer. J. Med. Scien, May, 1916
- 以上三篇文獻係摘自 Erwin Christeller: Der Typhus abdominalis in Henke and Lubarsch: Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie 1928.
- (4) Chen-Wong Z. C. (1937) Chinese M. J. 51:97.
  - (5) Lane and Francis (1938) Lancet 1:612.
  - (6) Jennings and Morse (1925) Typhoid Fever in Tice: Practice of Medicine Vol. 4. p. 545 (1935)



## 維生素以外之食物對於免疫力之影響

軍醫學校 血清研究所 江先覺

食物中除維生素外，吾人發現尚有其他物質，亦可影響宿主對毒物及傳染物之抵抗能力，此種因素：即包括食物之積量，所含鹽類之質與量，以及食物中蛋白質，炭水化合物與脂肪之分配量等是，此種分配量之多寡，似乎亦係一種重要因素。

一九二八年陳同慶與李振翹氏(1)曾利用白鼠作試驗，以證明食物對傳染之關係，用二組相同之白鼠，一組飼以蔬食，但食物中之基本要素仍按量供給，例如維生素鹽類等，另一組則飼以普通混合食料，以作對照之用，其後二組均使其感染彘霍亂桿菌(B. Sui-pestifer)結果發現在素食鼠四十三隻中，死亡率佔百分之八十四，而在同數中之對照鼠死亡率為百分四十二，此種結果，顯示蔬食鼠對彘霍亂菌之抵抗力僅有葷食鼠之一半耳，但用同數之鼠作同樣試驗時，將彘霍亂菌換以肺炎菌第一型，使之感染，其結果在蔬食鼠中死亡率佔百分之七十六·七，而對照組則為百分之五十五·八，此可見蔬食與葷食對於肺炎菌傳染抵抗力無多大差別，由以上之試驗結果，吾人可知食物之改變，確可影響抵抗能力，但此種抵抗力之改變，隨感染物之不同而有差別也。

此種事實已由Holt及 Meyer氏(2)在John Hopkins醫院曾作如下之試驗證實矣：選擇四羣年幼白鼠，並飼以一切基本食料及維生素與鹽類等，所不同者，即每羣所飼之蛋白質(乳酪)，炭水化合物(葡萄糖)或脂肪(豬油)之比例量不同，其最後一羣則係三種適宜配合給予以作對照之用，如此約飼二三星期後，即分別注射相當量之石炭酸於皮下，其中毒量為使對照鼠之死亡率至百分之六十。即按其體重每隻給與〇·六克之量，結果在食大量脂肪或炭水化合物之鼠羣中。其死亡率與對照鼠比較無顯著之分別，然食大量蛋白質之鼠羣，其抵抗力約為對照鼠之一半，此種結果，已證明多食蛋白質，可增加對石炭酸中毒之抵抗力，如改用白喉毒素行同樣試驗時，其結果更顯著，即在食大量脂肪鼠羣，食大量炭水化合物之鼠羣，及對照鼠羣，其平均死亡率均為百分之六十三至六十八，但食大量蛋白質鼠羣，則僅為百分之十六，然換以特化鈉作試驗時，其結果又不同

矣，如按每體重克注入精化鈉七克時，凡對照羣及食大量蛋白質羣，與炭水化合物羣，其死亡率為百分之六十五，但食大量脂肪鼠羣，則為百分之三十三。

關於食物之改變，能影響某物之抵抗力，已無疑問矣，然究以何種方式去改變，或轉移其抵抗力，則吾人尙未十分明白，現僅知一部份略可解釋而已，Watson 氏曾飼養二組小白鼠，一組之食物中含有百分之五十之麥類，另一組則以乾乳粉代麥類；如將鼠傷寒桿菌（*B. Typhi-murium*）之毒素，或其活菌分別注入腹腔或服食後，其結果在飼以乾乳粉者，對鼠傷寒菌之抵抗力大為增加。又 Orr, Macleod, Mackie 氏等（4）研究羊血液中鈣磷之含量時，發現血清中含有天然之凝集素，及溶解素與食物甚有關係。

皮膚之多發性癩瘡，多係由於葡萄球菌所傳染；Tauber 氏（5）謂在健康人患此病時，可用葡萄糖注入靜脈以治癒之，又据 Folin, Trimble, Newman 氏等（6）之試驗，如將葡萄糖注入血液後，當血糖增加時，皮膚上之糖量亦隨之增加，然據 Trimble 及 Carey 氏（7）之試驗，患糖尿病者體中血糖常增高，故其皮膚上糖含量亦較常人為高，但事實上患糖尿病者極易傳染葡萄球菌而不易癒，此為一極有趣之事實，究竟糖類對於此種傳染關係如何，可參考 Jackson, Nicholson 及 Holman（8）之試驗以說之：渠等以二組家兔，一組飼以多量之炭水化合物，使其血糖增高；另一組則仍飼以普通食料，其後以同樣方法均接種相當量之葡萄球菌，結果在血糖增高之兔，現局部之膿疱，另一組則發生散在性普遍性之傳染，此表示糖量增高，確能增加抵抗力，與 Tauber 之試驗結果完全符合，而在糖尿病則係另一現象矣，此理吾人可按 Jena 氏（9）研究之結果以推測之，該氏曾在鵝之皮膚上，發現一種 Glutathion 之物，此物能抵抗某種毒物，例如白喉毒素等之侵害，則吾人皮膚在正常時，或亦含有此種類似之因素，如具有此種因素，則葡萄糖增加，對葡萄球菌之抵抗力亦增加；反之，如無此種特殊因素時，增加糖量後反使其傳染能力加大也，糖尿病患者之皮膚上，或係失去此種特殊因素也？

除此種有趣之理論外，在人類社會上，因營養之不同而變異其抵抗力，均可事以實驗證明之：例如 Orr 及 Gilks（10）調查非洲二部落之（即 Masai 與 Kikuyu）一般人民之生

活時，發現此二部落之生活完全不同：在Masai之居民，多喜歡飲獸乳，飲血，食肉類，而Kikuyu之居民，則以食蔬菜，菓類爲生，此二部落所發生之傳染病，亦迥然不同，例如在Masai之居民，以肺部之疾患爲多，例如肺炎或肺癆，而Kikuyu之居民，多係患關節炎，此種不同之疾患，顯示其抵抗力之不同，此不得謂非係營養之關係也。

### 參 考 書

1. Chen, T.T. and Li, C.P., Chinese Jour. Physiol., 1930, 4: 69.
2. Meyer, A.R., Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 1939, 41: 402.
3. Watson, M., J. Hyg., 1937, 37: 420.
4. Orr, J.B., Macleod, J.J.R., and Mackie, T.J., Lancet, 1931, 1: 1177.
5. Tauber, E.B., Arch. Derm. Syph., 1933, 27: 198.
6. Folin, O., Trimble, H.C., and Newman, L.H., J. Biol. Chem., 1927, 75: 263.
7. Trimble, H.C. and Carry, B.W., Jr., J. Biol. Chem., 1931, 90: 655.
8. Jackson, S.H., Nicholson, T.F., and Holman, W.L., J. Path. & Bact., 1940, 50: 1.
9. Jena, E., Ergebn., Hyg. Bakt. Immunitätsf.u. exp. Therap., 1928, 9: 564.
10. Orr, J.B. and Gilks, J.L., Rep. Ser. Med. Res. Coun., 1931, no. 155.

## 美國航空醫訊

周廷冲譯

### 輸血用之貯藏血及新鮮血：

Wassermann 等(1942) A. J. Med. Sci. 九月號，貯藏血及新鮮血療效比較迄無定論。然輸入後所含紅血球之命運如何顯係問題之焦點。輸入之紅血球命運可根據大小便中尿膽元含量觀察之，因尿膽乃紅血球在體內破壞之主要產物也。作者等觀察三例之結果認為尿膽元之排出量與血液貯藏期之久暫適成正比，並認為血液貯藏達七天以上者不宜於治療貧血之用。

攝護腺之癌病 Evans 等(1942) Arch. Path. 九月號，前人常問；(用組織學方法研究其惡性程度，能否預示攝護腺癌患者之預後？)作者等因欲回答此問題，故自1925至1936年共研究攝護腺癌病100例，而此項病例皆符合下列條件：

(1)曾經過慎重之組織學研究者。

(2)起病時期有明確記錄者。

(3)如患者不幸死亡，所取病例其死亡日期必須於手術後一月以上，報告例中無一因手術而死亡者。

(4)起病後繼續觀察至患者死亡時為止，否則亦須五年以上，待瘤腫標本100例如法收集後，經組織學研究所得之材料與臨床觀察所得作一比較，組織學上分別攝護腺癌之惡性程度係依切除物之細胞，細胞核及腺泡之反常度而定，此項研究可預示患者之壽命長短；臨床方面則注意患者之壽長，癌細胞遷移之病發報及有否採用 X-Ray 治療，作者等作如下之結論：癌症之惡性程度應視有無發生癌細胞遷移而定，年齡較青之患者所得之癌症往往乃最凶險者，而 X-Ray 對於此項病例之療效為最佳，因能延長患者之壽命也。

癲癇之 Dilantin Sodium 與 苯乙基巴比土酸 Phenobarbital 之合併治療。 Merritt 等(1942) J. Nerv. & Ment. Dis. 九月號，癲癇病患者共有二組第一組患者100

例係單服 Dilantin Sodium 不能滿意控制痙攣性發作，惟與苯乙基巴比士酸合併治療後，13例較單用 D.S. 者有驚人進步，21例稍有進步，66例無顯著進步，其中只有小發作，或意識運動發作，或介克森氏發作之患者，對於此項合併治療毫無反應，第二組患者39例，事先未曾服用 D.S. 但用其他方法則不能管制發作，用合併療法結果與 Merritt 及 Putnam 二氏所報告者相同，其所得之病例報亦在37人左右，惟治療只單用 D.S.。痙攣性發作如單用 D.S. 不能控制時，應即試用合併療法，如欲得較滿意結果，苯乙基巴比士酸及 D.S. 之劑量雖係合併亦應足量。

Sulfanilamide(S.A.)及其衍化物之各種油膏之療效 Miller (1942) Arch. Dermat. & Syphilis 九月號

用 S.A. 及其衍化物做成之各種油膏治療皮膚病患者共115例，所試驗之皮膚病可分三類(1)原發性皮膚病如接觸傳染性膿胞病，濕疹，尋常鬚瘡，頭皮毛囊炎，痘疹樣瘡及匍行性皮炎等。(2)各種皮膚病及其所引起之化膿性傳染一如嬰兒濕疹。

理由未明之指頭慢性皮炎，過敏性濕疹及其引起之傳染病，皮膚癬菌病及其引起之傳染病，大皰性表皮鬆解，牛皮癬，化膿性尋常粉刺，皮脂溢出性皮炎及細菌性膿胞病(3)混合類。

用油及水做成之乳狀製劑有四種即 S.A., Sulfathiazole (S.T.), Sodium-S.T. 及 Sulfadiazine, 濃度自5至50%，常用之製劑基底為 Diethanolamine 油酸鹽白臘，液體石臘白石脂及蒸溜水。混合物必須充分調合使藥在基底內成類膠體之懸凝體與其在水中之溶解度相仿，(溶解度 S.A. 0.8%，S.T. 0.1%)，治療後結果：表面化膿性傳染如膿胞病等症，較用其他療法之治癒時期為短，皮膚病所引起之傳染極易治癒，但原發性皮膚病，雖繼續治療亦無效用，對於患處較深之傳染結果頗不一致，全視所用油膏之作用能否達到傳染之部位而定，此項傳染二例曾經50%之 S.T. 油膏治療而其餘製劑對此不能奏效，另一例口服 S.T. 藥物，其療效與用油膏者相仿，(作者等認為 S.A. 或 S.T. 油膏之濃度應為5%)

慢性醇中毒之習練的反射治療 Lemere(1942) J. A. M. A. 九月份

Voegtlin 於 1940 曾將治療經過作首次報告，其法乃利用吐根鹹之嘔吐作用，使患者

對於各種酒精飲料無論在視覺上，嗅覺上，味覺上或思想上發生反射性的厭惡，治療方法甚為簡單，待患者服吐根鹹30—45分鐘後，即勸患者服用酒精飲料嘔吐立即發生，一星期或十天內此項治療應舉行4—8次，如是治療後患者便可產生對各種酒精飲料之極度厭惡心理，癒後一年內每隔1—3月應重行治療一二次，俾得防止復發。作者等根據1,194病例得下列之結果：過去二年間經治療者共644例仍長酒者74.8%，治療後已隔2—4年者291例，其中仍戒絕者52.5%，治療後經四年以上之患者259例其中51.5%仍點滴不染，觀上列結果此項治療可認為最好之戒酒方法，其治療既短且便，且患者亦易遵行也。

#### Sulfathiazole油膏對於細菌繁殖之抑制作用

Strakosch及Olsen(1942) Arch. Derma Syphi. 七月號，皮膚之葡萄球菌及鏈球菌傳染在治療上已成一重要之問題，作者等就十三種不同之Sulfathiazole及Sulfanilamide油膏（5%）研究其對於細菌之阻滯作用，方法如下：先將金黃色膿腫葡萄球菌與B型溶血鏈球菌用肉湯培養24小時，然後將細菌移植於血液瓊脂碟內，並滴入已經微溫之油膏0.3克，在攝氏37°，培養之，經6小時，12小時，24小時及36小時後，逐一觀察，菌集落大小則在擴大鏡下用耗尺量度之，經觀察後得如下之結論：Sod. Sulfathiazole與油膏混合後，仍具對於細菌之阻滯作用，而在油與水混成之乳狀基體內其作用最大，因此項基體合甚富膽礫也；同時基體之脂肪與乳化體之比例對於藥物之釋出甚為有關。

#### 甲狀腺機能亢進之主要生物化學改變

Bartlett(1942) Arch. Surg. 七月號 甲狀腺機能亢進之住院患者共15例，手術前之住院時期及通常手術後第三天或第四天即每日給以含一定熱量之食物其中之基本及產酸物質亦經確定，待患者對於指定食物之反應趨於穩定後，用常用方法收集患者之24小時小便，除手術時期外應繼續直至患者離院時為止，然後研究所得小便標本之總滴定酸。觀察後認為甲狀腺機能亢進之主要生物化學改變為酸中毒，而酸中毒之原由，一部份由於尿病，如患者有充分休息或水份與營養合乎生理要求時，即使適值病勢增重時，血漿之二氧化碳合併力仍屬正常，但一經運動便迅速減低。無論手術前或手術後，治療如有進步時小便中之總滴定酸，有機酸及氮之含量必定很低；如患者食物質量能保持不變

時，則尿液之PH值便見增大。

手術後病况改進之患者有50%以上血漿之鹼準備升高。

作者鑒於酸中毒可使微血管變壞，故認為甲狀腺機能亢進患者之組織留水過多，酸中毒或係一主要因素。

五烷巴比士魯對於心臟傳導系統之影響 Van Dellen等(1942) Amer Heart J, 六月號，作者等用心動電流圖研究五烷巴比士魯與洋地黃在狗體上對於心臟傳導系統之影響，發現已受洋地黃治療之狗其心臟傳導系統之功能，可因五烷巴比士魯而改變，如五例洋地黃所引起之心動徐緩，部分或全部房室阻滯及從心室傳來之異位衝動，皆可因五烷巴比士魯而消失，惟另有五狗，五烷巴比士魯則產生心室性之異位心動過速，如後者係因洋地黃所引起時：五烷巴比士魯除使心房跳動加快外並無作用。用五烷巴比士魯麻醉後之狗注入洋地黃，不能產生預期作用，五烷巴比士魯對於傳導系統作用或係迷走神經被抑制後所引起之結果。

#### 鹼中毒及酸中毒對於腦皮層之電流活動及血流之影響

Lubin 及Price: (1942) J. Neurophysi 六月號，作者觀察患酸中毒或鹼中毒貓之腦皮層電流之活動情形，最低量之酸(HCl) 或鹼( $\text{Na}_2\text{CO}_3$ )注靜脈射後，雖能改變已麻醉貓之呼吸速度，但不能消滅腦皮層之電極位。患酸中毒或鹼中毒之動物，其腦皮層電流活動改變；只能在下列情況下發生。(1)注入極量之酸或鹼後(2)某種鹼中毒如胰島素血糖缺乏症其腦皮層電流圖型早已反常時，在多數實驗例中，酸質靜脈注射使腦軟膜血管擴張，鹼質則使血管收縮，此種不同反應似與腦皮層電極位之改變無關。

#### 觀察神經動作電極位，用以測定局部麻醉藥強度

Bennett 等，(1942) J. Pharm, Experi Therap 六月號

局部麻醉藥對於離體蛙坐骨神經之作用，可依所產生之電極位之甲波改變測定，氏等以自創之儀器在嚴格管理下進行其實驗，局部麻醉藥之強度可用數學公式推算；在限度以內神經之阻塞時間與其直徑平方成正比，同時根據所有局部麻醉藥試驗後之結果，發現神經之阻塞時間，與局部麻醉藥之克分子濃度之對數成反比。

#### Enterogastrone預防用實驗方法所產生之胃空腸潰瘍

Hands等. *Endocrinology* (1942) 六月號

氏等因欲證明 *Enterogastrone* 對於胃瘡瘍是否具有療效，故自豬上腸道黏膜提取一種抑素（即 *Enterogastrone*）注入狗體內觀察之。曾經 Mann-Williamson 手術之實驗狗共35隻，每日餵以特種食物凡二次，此種同樣之狗 112 隻餵以指定食物咸因瘡瘍而死之平均壽長為15.2星期，另一組狗114隻只有1.7%不生瘡瘍，九月內死於瘡瘍者佔97%，而四月內死於瘡瘍者已佔78%，結果用豬肉浸膏每日作靜脈注射三次治療者10例於4至30星期後全部死於空腸瘡瘍，平均可活至15.7星期，此種製劑預備方法，與製備 *Enterogastrone* 完全一樣，注入後不能抑制胃液分泌及胃之運動。另一組25隻則用 *Enterogastrone* 製劑作靜脈注射，其中只有6例（約佔25%）仍發生空腸瘡瘍，於九個月內無瘡瘍而死亡者有8例，平均能活至19星期，11例活至九月以上仍無瘡瘍，其中有7例達一年以上，此7例中之5例自4至5月未曾治療，但仍未發生瘡瘍，上列數字證明 *Enterogastrone* 浸膏雖不甚純粹且實驗例中亦有25%左右無顯著進步，但對M-W狗空腸瘡瘍之預防，仍甚有效。如將浸膏續給數次對於空腸瘡瘍之發生，或可產生較長之「免疫」性。

#### 醫聞一束

美國(婦女救世軍)會動員25,000工作人員，利用科學方法進行抗癌運動，且在防癌協會贊助下已有來自全美之婦女共二百人，於紐約市中五大防癌診所內受完二星期極繁重之功課，其中包括瘡之由來及預防等科目，受訓期滿後，則負領導防癌事宜。紐約Mt. Sinai 醫院宣稱在二種不同之鼠或狗體上 *Adrenochrome* 可使血壓有效減低，遠在五年前英國即已發現 *Adrenochrome*，此係腎上腺素之一種合成衍化物。腎臟浸膏，傘菌浸膏，陳乾酪醇素雖能使血壓降低，惜產量甚少不易獲得，而 *Adrenochrome* 目下對人類之功效雖未能遽下定論，但製備上較前容易得多。

太平洋一役美國水手肺部炸傷之患者，治療結果甚佳，大部患者十九人中除四人外於二星期內皆可先後出院，此實由於軍醫人員，在英國時已獲得經驗所致。治療包括大量飲水，保持體溫，休息，服用鎮靜劑及遇青紫時運用氧氣等。

據說納粹能用某種驗血法決定一人是否“Aryan”種，美國權威對此項試驗之可靠性，



甚表懷疑，因據戰前之試驗結果歐洲人之血型“O”“A”“B”及“AB”殊為混亂不易分別

近曾用三百萬弗打之X光線治療癌症患者，此種光線之物理性據 Dresser 氏在美國X光線協會上報告，與鐳鈾之丙射線相仿……用丁香油制止牙痛可確認為家庭內唯一良藥……新自中國嶺南大學返國之Clinton Laird 教授傾於美國化學會上宣稱，日軍竟違背其祖國之使命，任意摧毀科學物資，當擄掠得任何之中國實驗室後，日軍即將貴重藥物傾棄於溝渠中，並將珍貴之土產物試驗毀壞無遺……公共場所空氣消毒之透徹與否，濕度之影響遠較所用之化學品為大，通常英美咸用 Propylene Glycol 蒸氣來消毒空氣，但其作用可被高濕度所中和，一般認為中等濕度對於空氣消毒最為妥當。

1941年美國之天花病率甚低，全國幼童需要種痘者僅1,432例……Oklahoma 地方一學校教師年49歲，忽患麻痺，經朋友施行長期人工呼吸，居然能活 $5\frac{1}{2}$ 月……巴黎有三女科學家因拒絕回答“日耳曼民族乃最純粹之種族”一語已被納粹判處死刑……重慶新華日報曾登載一日本俘虜之自白一則，後轉登紐約日報 Naoki (俘虜名)認日本在中途島及珍珠港之敗北，一部份由於食物品質太差，以致影響體力所致。渠謂：米，鹹魚及蔬菜或能滿足陸上人員之要求。但對海洋中之水手決不敷需要，窳劣之食物及缺少睡眠，就水手而論乃雙重之壓迫也。水手因生活狀況太差，工作效力減低。以致釀成多次之沉船，互撞及爆炸，其中可舉出者如離 Yamaguchi 時戰鬥艦與潛水艇之互撞，Myoko 級巡洋艦上之爆炸案等……對於嬰兒麻痺問題，美國文化基金會近允撥款委托 Johns Hopkins 大學研究脊髓灰白質炎之起因及療法。

# 文 獻 摘 要

## 內 科

### 雷納氏型肝硬化 (Laennec's Cirrhosis of Liver) 之過程 (Ratnoff)

O. D. 與 Patek, Jr A. J. Medicine (1942)

經二氏所研究之雷納氏型肝硬化病計 386 例，在意大利及愛爾蘭人中患此病者似在增加中，是否有遺傳關係尚乏確定證據。此病患者多在中年(40-50歲) 男性較女性多二三倍，恐與飲酒有關。以職業分類，酒商患者最多，過去歷史中有酒癖者居54%，曾患梅毒者16%，瘧疾傷寒等病亦有關係，曾有急性肝炎，與有害肝臟之毒質接觸者，患糖尿病者及有甲狀腺病者佔其少數。此病之早期徵狀大都不甚明顯，比較特殊者皆集中於胃腸。(例如腹脹，腹痛，食慾不振，惡心，嘔吐及氣脹等項為其較著者)。半數患者呈消瘦現象，嘔血者居25%，呈出血現象者不少，尤以鼻衄為最多見，氣喘者約佔20%，大概係由腹脹所致，有泌尿生殖系統徵狀者如夜間多尿，小便頻數及性欲異常等亦不在少數。硬化期之主要徵狀，為水腹，水腫，黃疸，肝脾腫大，寒熱及各種循環改流之現象。本組病例中有水腹者居78% 患水腫者居61%，據一般所見，多認血清蛋白成份之低下為促成水腹及水腫之主因，但門脈系統血壓亢進當為水腹重要緣由，黃疸為普通現象，在後期症候中更屬多見，本組病例顯黃疸者居 65%，黃疸之發顯為不良朕兆之一。75% 患者肝臟雖可捫着，但在屍體剖解時其重量多未超尋常範圍。脾臟可捫着佔半數，但屍體剖解時，發見腫大者則有80%，循環系統變化可分二種，(1) 因門脈反向壓力所致者(如痔瘡等)(2) 因小動脈變化所致者(血管蛛狀形成)。患者亦有呈末梢神經炎及精神變態者，恐與一般營養缺乏有關，發熱在肝硬化病中本非常見徵狀，但本組病例中發熱者則居24%。併發症中之主要者為間發傳染病，貧血，疝氣，胃潰瘍，及門脈血栓形成。患結核病者在386 人中僅有四例。肝硬化患者如一旦機能失其平衡而有水腹，黃疸，嘔血等情形發現時其豫後多屬凶險。水腹發現後僅能生存六個月者佔47%，生存至一年者僅32%。水腹自動消退者有7%。黃疸發現後生存六個月者佔44%，生存至一年者佔26

%。嘔血發生後，生存六個月者佔45%，一年者佔28%血中膽素過剩，大量嘔血，肺炎，傳染病及手術後之併發症為致死之主要近因。(應元岳)

維他命C對於小兒傳染病之影響(Hardy; Marske; Abt; American Journal Disease of Childhood. Sept 1942)

據若干動物試驗及臨床觀察似覺維他命 C. 不足能使身體抵抗力減低；且就一般揣想所及，以為在某種傳染病過程中維他命C.之需要量大增。著者對此問題曾於病孩 145人及健康孩童 110人中測驗維他命 C.對於急性及慢性傳染病是否確有影響之一點。病孩計分六組；患猩紅熱者76人；急性風濕熱(無心臟病者)17人；急性風濕性心臟病26人；急性心臟炎 16人，舞蹈病 2人，白喉 8人。血液中Ascorbic acid 含量每星期有二次或三次之鑑定。病孩除普通飲食外，並有大量 Ascorbic acid 之補充。患猩紅者之Ascorbic acid 含量確低於正常，但雖經大量補充；對於病程經過並不發生影響；其他五組病人血液之Ascorbic acid 含量無異正常，經補充後含量雖見增高，但病程殊無變化云。(應元岳)

橡皮工業中之 Benzene 中毒 (Wilson; R. H. Jour. Lab. & Clinical Medicine Sept. 1942)

橡皮工業需用 Benzene 頗多，工人往往因長期接觸由呼吸道，腸胃及皮膚等處，不斷吸收而致中毒者，其數字不容忽視。著者曾在橡皮工廠中察驗工作人員凡 1,104人，各人均曾在含 Benzene 百萬分之一百之空氣中工作若干時者；其中血液呈輕微變化者居7.5%，有顯著變化者2.2%(二十五人)，其中九人已呈再生障礙性貧血病，因而死亡者居其三，在已呈中毒現象之人羣中造成12%之死亡率，以全體計其死亡率則為0.27%。治療方法依照常例。工廠中應有適當通風設備及定期血液檢查以資防患於未然。(玄鶴)

罌粟鹼 (Papaverine) 對心臟病之效用 (Elek & Katz J. A. M. A. 3ct. 1942)

著者根據犬心試驗之結果以罌粟鹼試用於患心絞痛及有過早心收縮之病人。每日口服三四次，每次  $1\frac{1}{2}$  英厘在17例患心絞痛徵狀之病人中得75%之成功。以  $1-1\frac{1}{2}$  英厘注

射於靜脈中能使過早收縮暫時停止或減少其次數，但其功效僅能持續2-10分鐘之久。此劑對於心室過早收縮較對心房過早收縮更為有效。

罌粟鹼(每日四五次每次以三英厘(0.2)為度)頗能消除或減少心房，心室或房室結性之過早收縮，有患者五例經用此法治療頗有確定功效，對於此種症候其功用至少可與Quinidine並駕齊驅。罌粟鹼口服治療法適用於下列各項：——(1)患心絞痛之徵狀者，(2)患心臟過早收縮徵狀者，如過早收縮過於顯著而有發生危險之可能時(例如心肌血管梗塞)或心絞痛過於劇烈時用靜脈注射。使用罌粟鹼並無禁忌證，但房室傳導系統發生極度阻滯者忌用靜脈注射。

罌粟鹼較Quinidine為優越者有下列數點：——(1)為有效及有持久性之冠動脈舒張劑(2)可安全注射於靜脈(3)有鎮靜作用(4)無阻心肌之副作用(5)Quinidine有時可發生中毒現象，罌粟鹼則無之，惟口服劑量過大，則使患者思睡，靜脈注射後有時能致暫性心臟傳導阻滯及心臟異位衝動但二者均在一分鐘內迅速消退。罌粟鹼無成癮危險。有效劑量較傳統規定為大。(玄鶴)

Desoxycorticosterone Acetate 對於癲癇病之效用 (Mc Quarrie, Irvine, Anderson 及 Ziegler, The Journal of Clinical Endocrinology, June 1942)

本劑為人造腎上腺外層質內泌素，曾經氏等試用於癲癇病二例 其目的在測驗此素在癲癇大發作用對於體內水份及電解物交換之狀況。試驗結果發見此種質素不但能對抗電解反應且有阻制蝶鞍腺後葉所產生之制尿性內泌素 (Pitressin) 對於癲癇發作之挑撥作用。試於臨床治療確有減少發作之效用，長期及隨意使用或有發生危險之可能，詳細性質尚在繼續研究中，上述節略不過係氏等之初步報告耳。(應元岳)

破傷風免疫法 (Zuger; Greenwald; Gerber. Journal Immunology 1942)

天竺鼠二隊各75頭，各以明礬沉澱之破傷風類毒素作免疫注射，每月一次共計二次，其後乃以破傷風桿菌接種之；其一隊在接種時再度給與類毒素一次，其他一隊則否；結果在第一隊中僅有八頭發顯局部破傷風之徵狀，第二隊發生局部徵狀13頭，普遍性徵狀4

頭。在傳染時再度注射類毒素之天竺鼠在接種後第五日其血清內抗毒素之濃度即見增高；其未受臨時額外免疫者，其抗毒素之增強須在8—10日後始見。(應元岳)

血清靜脈注射急性反應之分析 (Rutstein, Reed, Langmuir, Rogers. Arch. Int. Med. Vol. 68 No. 1:25, 1941)

分析材料為2,339例曾經血清療治之肺炎病人。因血清靜脈注射所引起之急性，反應可依徵狀分列四類：——

(甲)寒熱型反應：(約計14%)，主要徵為覺寒或寒戰體溫升高與否頗不一律。

(乙)過敏性反應：(計9%)以奇癢，風疹塊，氣喘病，血管神經病性水腫及喉頭水腫為主要徵狀，

(丙)循環系統反應(計4.7%)循環系統發生劇變，脈搏突變細速或不規則，心收縮不全，休克及循環機能虛脫等狀況迅速發現患者冷汗淋漓並有緊縮性胸痛，血壓驟降，有時進入昏迷狀態或竟突然死亡，一般情形非常嚴重，索其原因不外三端：(1)與血清本質有關(2)患者年齡亦有緊要關係，此種反應，多發現於年齡較高者(3)原有心臟病及循環系統病者。

(丁)其他反應：(10.6%)各種次要反應不能歸納於上列各項者均屬之。

各種反應對於肺炎死亡率之應響可以數字列表如下：——

反應種類	病例總數	肺炎死亡率(%)
寒熱型	431(14.15%)	11.4
過敏性	211(9%)	10.9
循環系統	114(4.7%)	31.9
其他	249(10.6%)	14.9
全組顯反應者	789(33.7%)	15.3
全組不顯反應者	1,550(66.3%)	16.4

(編者按血清靜脈注射引起各種反應者，達全組三分之一。循環系統反應最屬嚴重患者之死亡率因之加倍吾人對於馬血清之靜脈注射自當極端慎重)(玄鶴)

家兔肺炎雙球菌免疫血清治療大葉性肺炎之效用 (Loughlin; Spitz; Bennet:)

Arch. Int. Med. Vol. 68 No. 1:121, 1941)

受治療者有 I, II, V, VII, VIII, IX 各種大葉性肺炎 320 例, 其結果節述如下: ——

(1) 家兔免疫血清對於上列各種肺炎功效顯著毒性輕微。

(2) 一次靜脈注射後病程轉變者達 244 例 (79%) 因而獲痊者 303 人, 大多數者在治療後 12—24 小時內, 恢復正常體溫。

(3) 家兔免疫血清與近代化學治療之比較頗足引起興味。Finland, Lowell, Strauss 等曾將化學治療之成績加以分析, 1938-1939 共計 354 例, 死亡率為 20%, 1939-1940 共計 382 例, 死亡率為 12.6%。著者所報告之 302 例據云較為嚴重有菌血病者達 27% 全組死亡率僅 4.7%; 有菌血病之肺炎患者死亡率亦不過 13.9; 無菌血病者之症候其死亡率僅 1.3% Flippin, Schwartz, Reinhold (J. A. M. A. 116:683 (Feb.22) 1941) 曾謂在肺炎治療中如化學療法在 36—48 小時內未見好效者, 即改用血清。

(4) 著者頗覺免疫血清對於肺炎治療仍佔重要地位在化學療法未臻完備之前, 血清尚難完全廢棄云。

(編者按本組 320 例發生血清病者有 31%, 但無循環系統反應之發現) (玄鶴) 凝凍及乾血漿在平時及戰時之應用 (Strumia 及 Mc Gaur, J. A. M. A. Vol. 116 No. 21:2378 May 24, 1941)

依據最近實驗室試驗及臨床觀察之結果, 已證實血漿有替代輸血之價值, 輸血及血漿注射之適應症略如下述: ——

- |               |                                   |                     |
|---------------|-----------------------------------|---------------------|
| 1. 休克.....    | { (a) 不出血或輕微出血                    | 血漿                  |
|               | { (b) 大量出血                        | 先用血漿以取速效; 必要時可繼以輸血。 |
| 2. 灼傷.....    | 適用血漿: 患者血液濃厚故不宜輸血。                |                     |
| 3. 傳染病.....   | 其目的在於供給特別性                        |                     |
|               | 及非特性之免疫素..... 適用血漿: 有顯著貧血者可能繼以輸血法 |                     |
| 4. 血蛋白不足..... | 例如由營養不足, 肝病                       |                     |
|               | 腎病或由其他疾病所致者..... 適用血漿             |                     |

5. 大腦水腫……由外傷，中毒或其他疾

病所致者……適用濃血漿

6. 血性惡病質……

{	(a) 有溶血性之疾病： 凝血酵素元缺少病， 血友病等 ……適用血漿
	(b) 出血病如特種瘀斑 病等 ……適用輸血

7. 貧血病……補充及姑息治療……適用輸血：血蛋白不足者可用血漿。

8. 急性中毒……應響氧氣運輸機能者如中一氧化炭毒等……適用輸血。

綜核上述各節足見血漿之功用殊為廣大，就技術及應用方面言之，血漿亦有不少優點：

全血

血漿

1. 不能長期保存
2. 運輸困難
3. 定型及較對費時，並有定型錯誤之可能
4. 全血保藏數小時，即有纖維素沉澱，故使用前必須過濾
5. 有時可發生反應
6. 濃度固定

1. 可長期保存
2. 在任何狀況中易於運輸
3. 不需定型並無因定型錯誤所發生之危險
4. 血漿經凝凍及乾燥後纖維不致沉澱，用時毋須過濾
5. 除極少數可發生輕度風疹塊外，別無其他反應
6. 可依照適應證，定其濃度

血漿收藏法。給血者須照例受嚴格體格檢查及梅毒血清試驗，將加枸橼酸鈉之血液，分別用離心器將血漿分離，然後攪和儲藏於清潔消毒之器皿中，經過細菌及毒性檢查認為滿意後，乃以凝凍法或乾燥法保藏之；液體狀態，不但易受細菌沾染，其主要質素亦漸遭損折，且纖維素亦漸次沉澱矣。

血漿在大醫院及軍隊中需用頗廣，如組織得法不難實施。（應元岳）

急性菌痢之 Sulfanilyguanidine 治療 (Lyon G. M. West Virginia Med. Jour. 37:49-96 Feb 1941)

Lyon 氏將患者分成二組，每組二十三人，其痢疾病狀均極嚴重，一組依照成法治療，他組則給予 Sulfanilyguanidine 以資比較。第一組患者病程纏綿有至三四星期者；第二組除五人未見效果外；其餘十八人均顯迅速效果，在二十四至七十二小時內熱度

消退，白血球高度亦降，一般病狀好轉，大便次數減少，粘液及血不復發見，其成績頗滿意。劑量依照體重及病情酌定，開始給予體重每公斤(克)0.1之劑量，其後以每公斤0.05之量每四小時一次，維持藥力，如二十四小時大便不及五次者可減至每八小時一次，續服四十八至七十二小時為度。

(編者按本文所列劑量頗大，編者例以1.0克開始，繼以每四小時0.5之劑量然後依照病情漸漸減其次數，所得效果，亦同樣美滿，惟試用病例不多未敢妄置斷語)(應元岳)

### 耳病性眩暈 (Meniere's Disease) 之病原及治療

(Miles Athinsen, J. A. M. A. 116: 1753- april 19, 1941)

本病確因尚難肯定，據一概揣測似有兩大原因：一

(甲)過敏性現象 (乙)血管收縮作用。二者各有其立場，治療方針亦因之而不同。爰將要點，節譯於後。

(甲)因過敏性所致者——僅居少數，其立場根據下列各點：一

#### (一)組織膺鹼之皮內反應 (Histamine Intradermal test)。

據最近見解認為過敏性現象，係由 Histamine 或與其相似之質素所引起，其作用乃使毛細管擴張並增加其管壁之滲透性 Histamine 皮內反應為測驗過敏性之方法。其法即以 Histamine 0.01 毫克注射於皮內，並

以生理食鹽水作對照試驗。陽性者在三五分鐘內即顯廣約  $1\frac{1}{2}$  至 2 英寸之

紅暈，及大及  $1\frac{1}{2}$  至  $\frac{1}{4}$  英寸之痕塊，四圍並有假足狀之伸枝，約廿分鐘後開

始消退，三十分鐘後仍顯然可見。上述各點為陽性徵之條件，在疑似之狀況中可用較大劑量 (0.02 毫克) 再度試驗之。據著者經驗認此法為鑑別過敏性有無輕重之可靠方法。若干 Meuiere 氏病患者呈 Histamine 陽性反應者，皆假定屬於過敏性類。

#### (二)脫過敏性治療 (Desensitization) 之效果。

據著者觀察凡呈陽性 Histamine 反應之患者如以 Histamine 脫過敏性方法治療之，均得好



效。

(乙) 因血管收縮作用所致者 —— 此屬症候對 Histamine 無過敏性反應；一般揣度多歸咎於血管痙攣，但痙攣之主使究竟何在，尙無定論，交感神經之失常，恐有重要關係。此屬病例多見於老年，是否與血管本質壞變有關，亦足引起考慮。血管舒張劑如 Amyl Nitrite, Acetylcholine, Nicotinic Acid 等對於徵狀治療均顯著有效；反之血管收縮劑如 Epinephrin 能促使徵狀發現等情，亦可爲此說之佐證。

病理解剖所見尙難下正確之結論。

#### 臨床徵狀之區別。

(甲) 因過敏性所致者 —— 患者年齡較低，起病多在三十歲左右，女性居多（8：1）發作前多自有多少預兆，失聰及耳鳴等初不嚴重；其後逐漸加重，並有劇烈頭痛，最初係局部性，聽覺較遜之一側較甚，最後患者忽覺有物突然破裂之感覺，其頭痛於是變成普遍性；大概半小時至一小時後即自行消退。在發作終了時常有嘔吐，一切徵狀迅速自退，不留遺跡。

(乙) 因血管收縮作用所致者 —— 年齡較高多在四十以上，失聰耳鳴較重，眩暈之發作，大概可分爲三種：（1）小發作僅數秒鐘即愈，但有時亦可頻頻續發而造成大發者。（2）大發作。（3）閃電型發作，患者傾刻倒地，事前並無預兆。每次發覺後聽覺愈見遜折，耳鳴亦漸增進，往往在三日內，步履繼續不穩。

治療 二組症候治療異趣，大略方法簡述於下。

(甲) 因過敏性所致者 ——

(一) 鑑定致病之變應素，施行脫敏感覺治療法，最屬理想。

(二) Histamine 脫敏感法。開始用 0.01 毫克皮下注射，其後每次注射，將劑量加倍每星期二次，至多不宜過三次至達耐受量爲度（大概爲一毫克或不足此量），然後以此最高量每星期一次以一月爲度；三個月後可再度治療一次。著者所得成績非常滿意。

(乙) 因血管收縮作用所致者 —— 著者曾試用各種血管舒張劑認爲不能普遍長期適用；

其所主張之 Nicotinic Acid Thiamine Hydrochloride 合併療方認為有效，並須依下列原則實施之。

- (一)注射較口服為有效，至少開始用注射法。
- (二)少壯病人需要Nicotinic Acid 較大，Thiamine Hydrochloride 僅作陪伴而已。
- (三)年老患者需要Thiamine Hydrochloride 較多，過度血管舒張似不相宜(Nicotinic Acid 有舒張血管作用)。

依據上述條件著者備有三種合劑。

第一種每 c.c. 含Nicotinic Acid 45 毫，Thiamine hydrochloride 5 毫；第二種為40 與 10 毫，第三種各25 毫；可依照個別需要斟酌給予之。

就一般而言，少壯者每日可給予 Nicotinic Acid 50 毫以上，年幼者可 25 毫；年老者10—20 毫。至於Thiamine Hydrochloride 則隨年齡而增加，年老者每給10—25 毫。

- (四)病人與醫師均應抱靜待態度。
- (五)飲食應含充分蛋白質及維他命。
- (六)適度運動亦屬重要；吸煙絕端禁止。

著者最後重申病原鑑別對於治療成敗之緊要；盲目進行反多危害云。(玄鶴)  
流行性腦膜炎 (甲) (R. M. Isenberger, J. Kansas. Med Soc, 41:250—251 June 1940) 見 Year Book of Geueral Medicine 1940. 血清與 Sulfanilamide 對於治療流行性腦膜炎之效用曾經著者加以詳細之比較，依據最近臨床經驗，覺充份之化學療法對於流行性腦膜炎功效卓著，殊無注射血清之必要。136例曾受 Sulfanilamide 及血清之合併治療，其死亡率為 13.9%，510例單用Sulfanilamide 其死亡率11.4%。Loug 與Bliss氏主張依照體重規定劑量如下：

體重(磅)

開始量(英厘)

繼服量(英厘)

每四小時一次

100	50-80	15
50-90	30-50	10-15
25-50	20-30	5-10

血內有效含量至少每100 c. c. 有4-5冠，最惠量則在10冠或10冠以上，脊髓液內之含量每100 c. c. 至少應有5冠，在徵狀消退及細菌清除後至少應續服三日，此後七日中仍以較小劑量繼續服用以防徵狀復發。在服藥期中應有多次血球計數，以防中毒。

(乙 H. S. Banks (Lancet 1:42-44 Jan 6 1940) 謂 Sulfanilamide 及 M & B 693 對流行性腦膜炎有同樣好效。Sulfanilamide 有效劑量頗大，開始二日半或三日間每日應給9克，其後六日期中逐漸減少之。九日後功效極少。治療須有持續性，不必因發紺嘔吐等徵狀中輟；斷續治療可能使病菌發生耐藥性。嬰兒及幼稚患者所需劑量比較上較高於成人。M & B 693 之劑量與 Sulfanilamide 同；但前者威力較大故較輕劑量亦足發生好效。在化學療法中不需血清之補充。著者純用 Sulfanilamide 或 M & B 693 治療流行性腦膜炎凡 80 例死亡者僅有五人且其中二人係入院後三小時內死亡，又二人係年老兼患併發病而死者。

著者又謂 Ferry 氏毒素陽性皮內反應為人體對於本病之敏感性，以微量毒素多次注射之可能產生免疫性使皮內反應變成陰性云。

(編者按上述報告 Sulfanilamide 一類製劑如用之適當，確有單獨治療流行性腦膜炎之效用) (應元岳)

#### 濃度人血清在小管性腎炎中之利尿作用

H. H. Boyle J. A. M. A 114:1062-1065 Mar. 23. 1940 著者曾以四倍濃度之人血清治療小管性腎炎而有顯著水腫之患者前後凡十六例頗見良好效果初次以25-65c. c. 注射於靜脈中，如二三日內不顯利尿作用，可再度注射之，大都一二次已能成功，多則四次均能見效，因其他腎病所致之水腫特別有尿血徵狀者，此法不生效果，呈溶血狀之血清(帶紅色)可發生毒效，否則雖偶有輕微反應亦不足介意云。

(編者按小管性腎炎患者大量蛋白質不斷由尿中排洩，致血液之蛋白含量大見

減少因之毛細管與組織間之滲透壓不克保持正衡而致水份流入組織此點亦為重要原因之一今以人血清補充之在原理上頗合邏輯 (玄鶴)

#### 盈血性心力衰竭中體溫升高之原因

Kinsey 與 White: 見 Year Book of Int. Med. 1940 經氏分析者計二百例得下列結論:

- (1) 盈血性心力衰竭在發作時可能單獨使體溫升高一度，惟大多數均有併發症之背景其最要者四項依次列舉如后(一)肺臟梗塞形成(二)肺炎(三)急性風濕性傳染(四)急性冠動脈血栓形成。
- (2) 此種體溫升高應視為某種併發病發生之暗示治療之不見效及患者突然死亡往往皆由於此(編者按先天心病及後期風濕性心病易受細菌侵襲而致細菌性心內膜炎此種繼發性感染亦為發熱原因之一) (應元岳)

#### Sulfanilamide 對於猩紅熱患者血球之影響。

(Year Book of Int. Med. 1940)

英國 J. O. French 曾作臨床對較試驗凡 340 例；其中半數受 Sulfanilamide 治療除中性細胞略見減少外其他均不受影響。此種中性細胞減少在第一星期中較為顯著，大概雖不致發生嚴重後果但間或亦有引致粒性白血球缺乏病，在第一星期中凡受化學治療者有 23% 患者無白血球增加之應有現象，其他一組患者無白血球增加者僅佔 6.3%。據 Jacobson 報告謂經化學治療之 102 例猩紅熱中發生深度貧血需要輸血者竟有十一人之多。據內科年刊編者意見不主在猩紅熱急性期中用 Sulfanilamide 治療；但其後繼發病如中耳炎等則不在此例云。(玄鶴)

## 外 科

#### 以 Sulfanilamide 粉劑治療腹膜炎之經驗

(Kinney, C. A.: (1941) South Carolina Med. Assn. J. 37: 137.)

作者報告以 Sulfanilamide 粉劑治療腹膜炎計四十五例；其病原由於闌尾穿破者十八例，槍傷腸穿者二例，誤吞魚骨而致腸穿者一例，憩室穿破一例，小腸瘻疽

四例，輸卵管膿腫膿液逸出者十九例。

全組四十五人僅有患闌尾穿破者一人死亡，故全組之死亡率僅為 2.2%。其方法先將藥粉貯玻管內置於攝氏120度之烘箱中半小時，然後妥藏備用，普通體重150磅之成人約需十公分，劑量之大小以年歲體重為標準，兒童適用 $1/4$ 至 $1/2$ 成人量；當腹腔切開後即將藥粉撒佈於臟腑腹膜等處範圍愈廣愈好，手術完畢後除四例用引流法外，其餘均將傷口縫合；在腹膜縫合後將剩餘之藥粉敷撒於腹壁組織中。用縫合法之患者其全癒較用引流法者為速，其血液內 Sulfanilamide 濃度較高其恢復期亦較平順；普通腹膜炎所致之高熱，在本組中從未發生，體溫多於手術後三至六日內恢復正常。

全組中需要十二指腸排氣術者僅有七人；腹壁傷口亦較不用此藥者癒合較速；治療過程中並無嚴重之中毒現象或其他併發症之發生。（裴）

#### 蟯虫與闌尾炎之關係

Kuitanen-Ekbaum 及 Morgan (1942: Canad. Pub. Health J. 七月號)

蟯虫與闌尾炎之關係曾經不少文字上之檢討；作者檢驗自三歲至十四歲兒童所割取之闌尾一百例發見蟯虫共三十四起，男童計55人闌尾蟯虫率為 23%，女孩45人蟯虫率為 40%。正常闌尾內發現蟯虫者二十七人，其中有五歲女孩一人，其闌尾內含虫達290隻為全組虫數之最多者，其他有急性炎三人慢性炎二人闌尾內有虫存在。發見有早期虫卵者六人。急性炎患者十一例及正常闌尾一例，見有糞石存在。作者根據觀察認為蟯虫居闌尾僅屬偶然之事與闌尾炎之發生並無直接關係。（裴）

#### 外科手術後之血栓形成及全塞

Priestley 及 Barker (1942). S. G. O. 八月號

經過良好外科手術本可迅速獲痊之患者往往因靜脈血栓形成及肺臟栓塞而致恢復期為延緩或竟致死亡者頗不乏例。據作者觀察謂大手術後死亡原因，由於肺栓塞者約 56%。促成栓塞或血栓形成之因素包括手術部位，手術大小，傳染病或惡性病，血液病或心臟循環系統病之存在，肥胖，年齡，性別等項。血栓形成之現象，多半發顯於手

術後二星期內。大概每四例肺栓塞有一例與血栓性靜脈炎有關，反之每四例血栓性靜脈炎約有一例呈栓塞徵狀。

在發生肺栓塞之病例中，有單獨非致命性之栓塞者約居半數，有單獨致命性之栓塞居四分之一；其餘四分之一則有多性栓塞此類患者終致發生致命性栓塞者約居60%。

以肝磷脂（Heparin）治療非致命性栓塞在臨床上頗著效用，經用此法治療之63例中僅有二例栓塞復發而死，一般病狀之減輕（如胸痛，寒熱，顫搏增速等）亦較普通迅速。據作者所見，認為在非致命性肺栓塞徵狀發現時，給予適當肝磷脂之治療，可使手術後肺栓塞之死亡率減少三分之一。（表）

『水浸脚』 Webster 等(1942): J. Bone And Joint Surg: 十月號

足部歷久浸於冷水全時並受靴鞋及其穿着物之壓縮所致之局部變化謂之『水浸脚』，其狀況與『戰壕脚』及『雨棚足』相似。最近因海戰結果，『水浸脚』成爲重要醫療問題。加拿大軍醫最近曾作142例之觀察並報告其所見：患者多係在大西洋中失事者。在救生艇中或攀附椽椽漂流自卅小時至二十二日不等；救生艇中積水亦時達數英寸；海水溫度曾經一次測量爲華氏34—36度，海水冰點約爲華氏28.5度，漂流者之脚部因受表面冷却其溫度當在血液冰點（華氏31°）之下。

當患者被救起時，兩脚冰冷腫大皮膚呈白臘色並有散漫性之紺紫點綴其間；患者自訴兩足沉重，感似木脚；痛覺，觸覺及溫覺完全消失。將穿着物卸除後脚部變紅腫漲更甚，盈血狀態顯著動脈搏動有力但並不出汗。繼此十日間有劇烈之神經痛，甚者並有壞疽發生。用乾冷法似可減少組織損壞之範圍；知覺及動能之恢復須待多星期之後；其後每遇潮濕，寒冷往往發生痛感。

急救及住院時應避免外傷，注意消毒，加溫須緩，保護須妥。脚部水浸速將鞋襪脫去多用油脂敷於皮面可防免乾起之變化。救護時應將患者抬送切勿令其自行，脫去鞋襪後不可即行按摩，先將脚部露出提高，極端注意消毒在盈血緊張時期，應用冷却法。

（表）

直腸鏡診斷憩室炎之價值 Jackman 及 Pumphrey (1939) Proc. Staff Meeting 14:596—599.

作者研究結腸憩室炎凡四百例，依據臨床徵狀及愛克司光成立診斷者 160 人，依據臨床診斷及直腸鏡檢查者八人，其餘 242 例則用愛克司光與直腸鏡合併診斷。其檢討所得列為下列結論。

(1) 愛克司光為最有價值之診斷法，但憩室內發炎之產生物經過變遷有時可仿似瘰影像故愛克司光診斷應詳細參照其他診斷方法

(2) 直腸鏡檢查法似為一般所忽略，在 242 例中併用愛克司光及直腸鏡診斷者，憩室炎之存單為直腸鏡所察覺者達 160 人 (66.1%) 其後皆為愛克司光所證明。

(3) 直腸鏡除有時可見得憩室外，17.2% 其最緊要之發見為腸壁之囊形成 36%

(4) 其他如腸壁之固定及成角，粘膜水腫，腸腔縮窄，腸外塊物等狀皆係假徵，蓋盆內其他炎症多能引起同樣變化也！

(之安)

所謂『慢性闌尾炎』究應於何種狀況下施行手術乎？ Alvarez (1949), J. A. M. A. 114: 1301-1306

檢討闌尾切除史 335 案可分從未發生急性發作者及曾有至少一次急性發作者兩大組；前組 255 人中病狀全癒者僅有二人 (0.8%)；後組 130 人全癒者 87 人如將病狀因手術而好轉者合併論之，則兩組良好效果之百分數為 4 與 92 之比。

在從未發生急性發作之大組中，所以割除闌尾之決定緣因不出下列數種：一

(1) 不定型之腹部不舒，致使一般機能欠健體力疲乏及「精神衰弱」者。

(2) 患者呈疑似胃潰瘍，偏頭痛，機能性瀉腹，「結腸過敏」，神經性反胃，膽囊病，肝疼痛，脊椎炎，食物過敏性，「腎痛」及便秘等徵狀者。

此組患者手術而獲永久全癒者僅有一人；其中 24% 反因手術而加重；廿四人割除闌尾後需要其他腹部手術六十八次仍無良好效果。上述各節明示凡未有正式發作之「慢性闌尾炎」罕有因割除而致好效也。僅以愛克司光所見為診斷慢性闌尾炎之根據實不可全信，曾有廿例曾經愛克司光診斷者，無一因割除而獲痊。

因闌尾穿破而致腹膜炎之患者，經手術後雖有緊密粘着之可能，其徵狀得永久消除者達 73%；在廿六例有普遍性腹膜炎之患者因腹寒需要施行手術者僅有二人。

過去正確病史當為間歇期中割除闌尾之適應徵其理由殊屬明顯。欲將神經衰弱性患

者之一切不正確病狀，歸咎於某種器官並保證施行手術後之好果，罕有如願成功者。作者並謂真正慢性闌尾炎不但不應視為最常見之腹病實當視為疾病之罕見者云。（玄鶴）

## 結 核

肺結核病之休息及萎陷治療法結果比較 (Dovid Salkin, M.D. 與 A.V. Cadden M.D.) The Journal of Thoracic Surgery; Oct. Ab. Vol. II No. I. P. 109. 關於休息及萎陷治療諸法所得結果之比較，分載於各雜誌者為數不鮮而論者紛紜不一，所述之結果，亦各各不同，尤以病情久遠的其分析結果之高下，波動於廣闊之範圍中，推其因，厥以各種治療之準繩不同，分類法之不健全，報告時分析法之不妥當，與治療時選擇不慎所致。於本篇中，茲姑不論上述之缺點而以 Hopement 與 Michigan State 二療養院中有結果之病人2973名分析而比較之。於此二療養院中治療之方法可大別為下列三類：（一）絕對臥床休息法；（二）安閒生活休養法；（三）各種萎陷治療法。絕對臥床休養法者即使患者日夜繼續平臥於病榻上，一似患傷寒症之患者然，用膳，大小便，洗澡等等均由護士護助之，除用X光檢查外絕對不得起床活動，若患者精神不安定，未能接受醫生所勸告之絕對臥床靜養而轉輾活動於床褥上時，竟需用 Bradford frame 固定病人於平臥狀態者，用此法治療一俟患者痰中結核菌檢查已現陰性，X光片上已現退化性之病灶，則此種患者即可允予起床，每日增加其生活所需之活動，自一小時起，以至常人生活上所需之工作時間，工作程度亦以職業不同而異，平均臥床之時間為三月迄六月，每日一二小時之工作約於休息後第六月至第十二月中可為之，約於一年之後，可工作四小時，二年許復視病情狀況若何而增添其工作程度。第二類治療法即以日常生活較勞動者避免之，然病者仍可散步，戲游，打牌，平時亦可往膳廳，廁所等等 或較輕微之工作一似常人惟每日休息時間較長，視病情嚴重程度而異，有每日十二小時臥床休息者，有二十小時臥床休息者平均約為十八小時，惟若有寒熱時則必須臥床休息之。第三類中包括各種萎陷治療方法，同時仍須嚴密靜養，萎陷治療法為橫膈神經截斷術，人工氣胸術，胸廓成形術，胸膜內肺鬆解術，胸膜外肺鬆解術，胸外腔人工氣胸術，斜角肌切斷術，多數之肋間神經切斷術，石臘填補術，骨外衣上沙袋壓迫



術，惟年逾60歲之患者，胸廓成形術等大手術，以體力衰邁，不能舉行者，或以有心臟病，有氣腫病者或以人工氣胸術，不能繼續時，均視為萎陷治療法之失敗，中途自棄者，亦屬失敗之列。據觀察所得，除去臥床未滿四月不足列入第一類之最低限度者外，平均觀察期為二年半，內受週期性X光審查病灶情況滿4—6月者為%，6—12月者18%，1—2年者27%，2—3年者18%，3年以上者為29%，總觀察時間自一九二二迄一九三九年七月共十七年半之久，患者共2973名，內僅有9%尚未出院，91%已認為進步至可以工作或治療上有良好結果可作比較之程度，比較之患者病情依肺部疾病之範圍分為下列七組：(1)初期一或二側 (Minimal) (2)中期一側 (Moderate) (3)中期二側 (Moderate-Moderate) (4)後期一側 (Far-advanced, Clear) (5)後期一側，初期另側 (Far-advanced, Minimal) (6)後期一側中期另側 (Far-advanced, Moderate) (7)後期二側 (Far-advanced, Far-advanced)，認為結果優良者以(一)痰結核菌陰性(二)病灶於X光片上無活動性或進行性。茲以結果優良者之百分比列表如后：

期 別	治 療 法		
	安閒生活治療法	絕對臥床休息法	萎陷治療法
1. 初期一或二側	69%	88%	96%
2. 中期一側	67%	83%	94%
3. 中期二側	53%	75%	85%
4. 後期一側	31%	57%	88%
5. 後期一側初期另側	16%	33%	81%
6. 後期一側中期另側	11%	23%	62%
7. 後期二側	5%	7%	31%

總結以上之百分比，可得下列數點為論斷：

1. 無論何期之病情，治療法以萎陷治療法兼有臥床休息法者為最優，絕對臥床休息法之結果次之，安閒生活治療法之結果最次之。
2. 初期一或二側，中期一側，與中期二側，三組用萎陷治療法未必較好於絕對臥床休

息法，蓋前者有20%至24%較嚴重之併發症，而死於各種萎陷治療法者平均為3.7%。而臥床休養之結果初期一組中僅3%次於萎陷治療之結果，11%次於中期一側一組中，及10%次於中期二側一組中。

3. 凡有空腔者，以萎陷治療法之結果最為優異，平均於中期或後期二大組中者，一年內可使之消失或閉陷，安閒生活療法及絕對臥床療法均有使空腔閉陷之可能而為期亦不緩，然其自行閉陷之百分比極少（百分比可參閱原文）
4. 判斷用何法治療，須衡各法實行於各個時優劣成敗結果之相差，萎陷治療法結果最好，但其併發症亦多，是則須隨時注意及之。本篇中用人工氣胸而『治癒』者固多然發生併發症者竟有20—22%死於此種併發症者亦達3%。胸廓成形術開刀後之死亡率為10%若加以復繼續發生之膿胸等併發症則其死亡率更增加至12—13%且每法治療期之久暫與病家精神上經濟上以及其他生存條件極有密切之關係，皆須於開始治療時以醫學上之智識，臨床上之經驗斟酌之庶可事半功倍也。
5. 關於患者分期或以病灶範圍而分成初期中期後期實屬不夠，後期一組更可分為5期對於治療結果及豫後凶吉均有重要之關係。（鍾學禮）

附註：本篇原文中論述其他附帶文字頗多欲明闡其結果起見，其他附則姑不述其微。

肺結核病人工氣胸治療之效果 (R. G. Bloch, M. D.; W. B. Tucker, M. D.; W. E. Adams, M. D.) The Journal of Thoracic Surgery: 194, Feb. Vol. 10, No. 3 P. 310—326. 人工氣胸之治療肺結核病已問世多年遍及全球，其應用廣袤，效果優異，幾為今日治肺結核病中唯一較穩當而有效之療法，是以諸多醫生往往不論患者之實際病理狀況，與臨床之症象若何，凡係肺結核病即施以人工氣胸，而不加以其他治療上之注意，深非有經驗者與學術上有深討者所取，蓋肺結核病，尤以初期者（普通分期按 American Tuberculosis Association 之分期法）或純滲出性（Pure exudative）而非乾酪樣（Non-caseous）者往往以絕對靜養法即能控制蔓延，促進天然癒合之趨勢以期痊癒而此種輕度患者用臥床靜養法治癒者竟有若干百分比，復以論據不足頗為人所蔑視或忽略。反之於急性滲出性肺炎似的肺結核（Acute

Pneumonic, exudative forms of Tuberculosis) 於診斷後速即施以人工氣胸治療法，則其萎陷之結果即可使患者於臨床上驟增毒性反應以是應響患者一般情形之變壞，於病理上觀之或竟可促進乾酪性樣變化之可能，至於滲出之處是否能萎陷亦未敢深信，是則其效果與禁忌之理由明甚。再則，若以凡有空腔者為人工氣胸術施行之強指示證，實則亦非盡然，初期生成之空腔於螢光檢查時，往往以患者於呼吸緊張狀態中，稍有擴展，故其大小較實在存在者為大，且以胸腔內之負壓力關係，常現環形或球形，其直徑大小更以與氣管接連之情形，其腔壁之厚薄，軟硬，位置，四週病理情形等均有密切之關係，雖初期較小之空腔，若以絕對臥床靜養法，亦能以減少其擴展力，與空腔內滲出液之吸收，腔壁之清除，氣管之阻塞等因而局漸痊癒，若空腔之有厚而硬之腔壁者即用人工氣胸術萎陷之，其萎陷之可能性極少，故本篇於研究其效果之前，注意於選擇人工氣胸術治療之病例，其次若患者已施行人工氣胸治療而不予以全身精神上及體力上之適當休息，尤其在施行氣胸術初期（起約數月以內）雖至今無準確之估計為根據，併發症之發生實不為少數，但教導或勸告病人於人工氣胸治療外同時臥床休養之重要性，實為完成治療之要務，據本篇學者所收集世界各國醫家近年之報告，自一九一三年迄一九三九年約共參閱二千一百餘篇內僅九十九篇（4.7%）有治療效果之統計者，惟於此九十九篇中對於患者治療效果之分類及「治癒」之規定頗不一致，故本篇學者以下列數則為永遠完成人工氣胸萎縮治療之最低限度：（1）恢復肺部生理機能，即完全擴展，（2）X光片上之肺結核病灶痊癒之證據，如空腔之消失，（3）恢復患者正常生活，（4）痰結核菌之永久陰性，（5）臨床上毫無活動性之症狀，（6）毫無肺臟外傳染之併發症，（7）以上數則至少於肺部擴展後一二年內皆係陰性為條件，根據上述準則，分析此九十九篇報告為（1）適合標準的，（2）一部適合標準的，（3）不適合標準的，（4）報告不完全者四類，第一類中包括自一九二一年起迄一九三九年九國醫者之報告共三十四篇，總患者數為5,925，「治癒」者共2,358名（39.8%）死亡者為2,298名（38.8%）第二類中包括自一九一八年起迄一九三九年十國醫者之報告共三十一篇，總患者數為8,625名「治癒」者2,196名（25.5%）死亡者3,251名（37.7%）第三類中包括自一九二二年起迄一九三八年七國醫生之報告共十六篇，總患者數4,086名「治癒」者或「遏止」者為1,408

(34.4%)死亡者842(20.6%)；第四類包括一九一三年起迄一九三六年七國醫生之報告共十八篇，總患者數為3,572名『治癒』者1,037名(29%)，平均前三類患者『治癒』之結果共計5,962名合總數之32%，若加入不完全報告之患者數而平均之，則『治癒』率為31.5%，死亡率為34.3%。惟本篇中分類標準不夠週密未能絕對信任其百分比之準確性，據報告中附有芝加哥大學氣胸科所選擇60病人之統計經十二年之觀察，依前述之『治癒』之標準論則其效果良好者為44.2%平均治療期為34月，總上所述：積數十年施行人工氣胸術治療之經驗，深知欲得一圓滿之結果，必須藉充分之醫學上病理，生理之知識按各個病人之情形，決定是否需要用萎陷氣胸術而決非於每個病人皆可以一體應用之，指示證中要以陽性之痰及有空腔者為要，然亦非皆然施氣胸之病人務使其明瞭臥床靜養之重要，決非單純之人工氣胸術能奏圓滿之效果者是亦為醫家之天職，一般而論人工氣胸之良好效果『治癒』者為32%平均『治癒』所須注射期為34月。(鍾學禮)

## 眼 科

間質性角膜炎之成因——維生素G缺乏之眼部病變

Kruse 等 1940 Am. J. Syph.

Gon. Ven. Dis. Vol. 24 No. 5

Kruse 及其同事觀察數例缺乏維生素G，患者之眼部病變當給以適量維生素G後則顯減輕其報告約略如次：——

在九例年17至53之維生素G(Riboflavin)缺乏患者中有五例同時患一種或多種其他維生素缺乏症如維生素A C 之缺乏陪拉格神經炎貧血及營養性水腫等病原方面可追究者為各病人之食品皆缺乏營養且因其他原因如結腸炎腹瀉舌瘡厭食及梅毒等使營養之攝取與利用發生障礙患者皆呈顯明之維生素G缺乏症狀：脣部失去表皮發紅而有光澤口角有浸潤與裂隙(唇炎)鼻唇皺裂處積有皮脂性分泌物舌部表現特殊之發炎狀態舌無苔其刺軟平或如葦狀色紫不如患Nicotinic acid 缺乏症者之鮮紅而萎縮眼部則輕度怕光有發癢發燒及粗糙感者最為普遍而患劇烈怕光，光線不足時視覺模糊及不完全目盲等則較少有五例患角膜瀰濁五例患球結合膜靜脈充血角膜週充血及結合膜穹窿充血(

常見於眼前部病變)三例僅驗結合膜及穹窿充血大部份患者視力敏度皆減損眼底無變化裂隙燈檢查證明主要病變在角膜,在治療中為避免與其他營養素缺乏症混淆起見,每日給患者以 Thiamine Chloride 30 mg Nicotinic acid 300 mg. Cevitamic acid 50 mg 及魚肝油 4c. c. 惟此種劑量因適應個別需要亦偶有變化,在此基本食品不變他種養素充足之條件下,便可自由觀察維生素 G 之供給與停止而發生之眼病變,由此試驗,即至少有六種證據表示,角膜炎為維生素 G 缺乏之特有病徵:(1)角膜炎發現於進食缺乏維生素 G 之食品者如繼續是項食品其病必歷久不退或且日漸加劇(2) Thiamine Chloride, Nicotinic acid, Cevitamic acid 魚肝油不能治癒本病(3)維生素 G 能治癒本病(4)停止維生素 G 供給後本病必復發(5)角膜炎與其他維生素 G 缺乏病狀如唇炎舌炎皮脂溢出性皮炎等同時發現且角膜炎與此等病狀亦同依維生素 G 之增減而減輕或變壞(6)此種病變與實驗室之動物維生素缺乏病類似

就形態言之此類角膜炎變酷肖梅毒患者之間質性角膜炎故著者以梅毒性角膜炎患者二人作試驗此二人經常規梅毒療治後間質性角膜炎仍呈進行狀態但在停止治療而給維生素 G 後則眼部之發炎損害有顯著之進步著者於討論梅毒與間質性角膜炎之關係時提出下列三項可能性:——(1)梅毒之於角膜炎無病原上之關係而純為偶然配合(2)梅毒為角膜炎之誘因(3)梅毒為本病之病原與維生素 G 無關但最後之決定尚待繼續之研究至於結核病與本病之關係亦可同樣解釋之 (王士良)

## 婦 產 科

產驚之臨床及生物化學觀察 Mudaliar 等(1940). J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp. 47:404

作者等曾對患產驚者64例正常孕婦115例作生物化學方面之觀察;並將產驚分為腎臟型,肝臟型及致命型三種以作對較。正常孕婦之血糖量平均為64.48 mgm.%;腎臟型及肝臟型之產驚患者其血糖不出正常範圍;惟致命之症候則血糖呈決定性之減少。

(平均59.6 mgm%) 故此種症候忌用因素林治療,而積極補充葡萄糖當為最合理之方法。血液之鈉鉀等底質顯見增多,故不可隨意給予大量之鹼劑。血清之含鈣量在正常孕

婦中為 1.51 mgm%；在致命型產驚患者則為 4.5 mgm%；硫酸銨注射為治療產驚之常用方法，依上述結果對於此種療法之適應似亦宜加以相當之限制，在含銨量不超正常範圍之患者用之當較合理。

磷酸鹽增多，血鈣正常；此種鈣磷比例之減低似對豫後不佳。膽脂素之關係尚難加以結論。在腎型及肝型之症候中確有氯化物留滯現象故氯化物應加限制。腎型及致命型之患者亦有尿素留滯之象，其尿酸含量大增對於豫後主凶。肌酐在正常孕婦平均為 2.89 mgm% 在致命型產驚之患者其平均含量為 12.9 mgm%；肌酐量顯著增高為豫後之凶兆。本篇要點所結述如次

(1) 肝型產驚較罕，但較他種易於致命。

(2) 致命症候有顯著血糖減少之現象，故葡萄糖靜脈注射應為主要療法；因素林治療應加禁忌

(3) 血清內無機磷質，尿酸 肌酐及銨質之增加均為豫後不良之兆

(4) 血液之基底質加增，故給予大量鹼劑應加審慎

(5) 肝型患者血液之銨，磷，膽脂素，及尿酸含量增高，但血尿素含量及尿素廓清功能（腎臟機能測驗法之一）均屬正常，其與腎型症候不同之處此其最著也。

(6) 在腎型及致命型患者其尿素廓清功能均大減 (安)

## 徵 求 醫 務 人 員

(寧夏軍政部第四流動手術大隊)

- 1、主任醫師兼分隊長(同中校第六至第一級技正或技士)需要二人；待遇月薪三百元以上，生活費及辦公費在外住食公給。
- 2、專科醫師(同少校，第六至第一級技士)需要二人；待遇自二百三十元起；生活費及住食在外。
- 3、X光主任，需要一人，階級及待遇同專科醫師。
- 4、X光管理員(上(中)尉，第四至第一級)需要二人；待遇自一百四十元起生活費及住食在外。

有意願就者，請逕函本會或寧夏該大隊接洽

## 新 會 員

## NEW MEMBERS PROPOSED

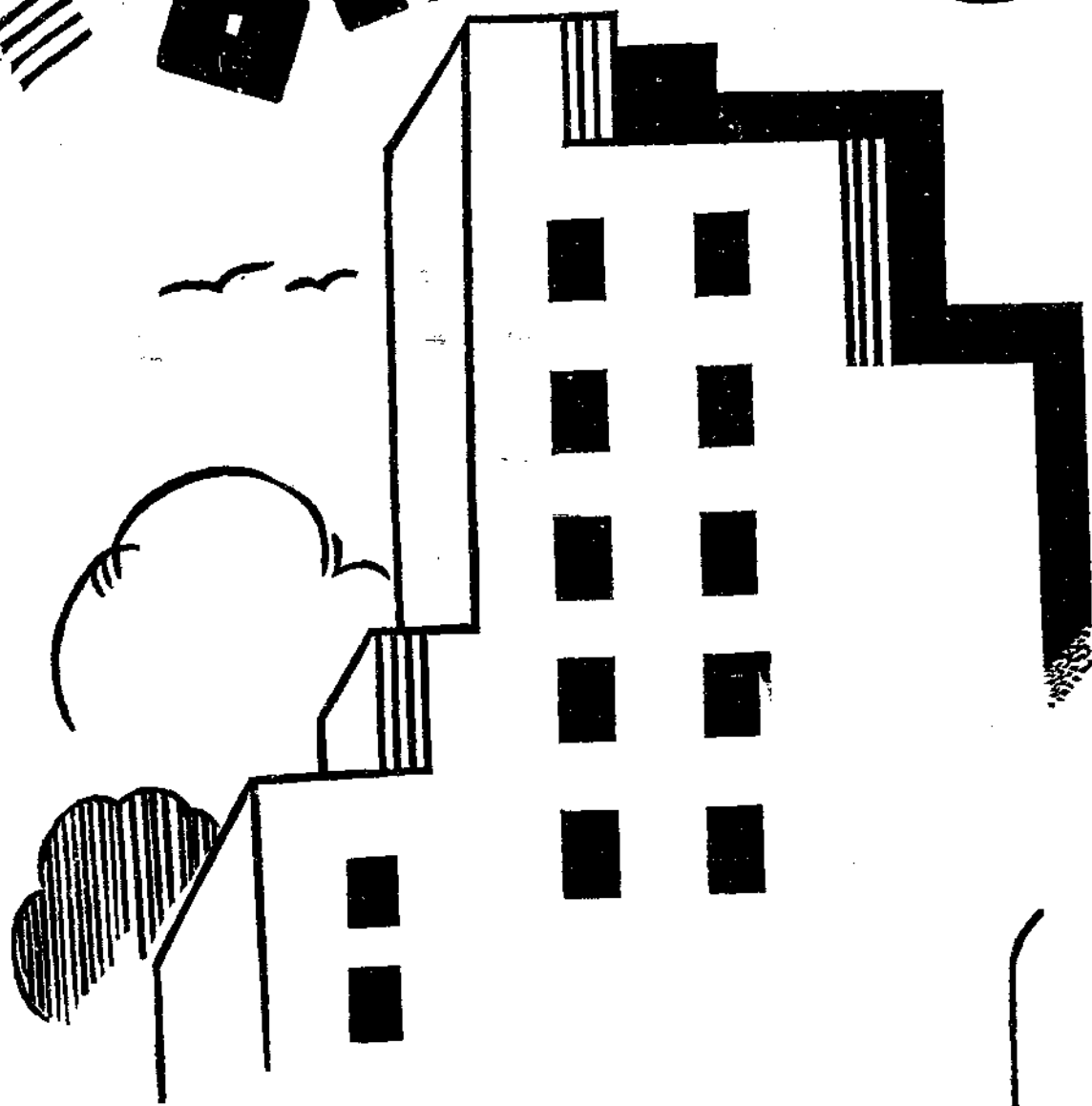
中華醫學會細則第九條(甲)：凡請求入會之候選人員須經會員二人之介紹並須證明其醫學資格候選人及介紹人之姓名須在本會雜誌露佈如於二個月內並無反對者即為當選凡選舉反對票須交理事會其當選與否以該會之審核為準凡介紹具有第三種資格為會侶者須先得理事會之同意

姓名	資 格	介紹人	地 址
湯言英	國立江蘇醫學院畢業 (廿九年)	劉吟龍 喬樹民	重慶大渡口209信箱
陳立予	同 上 (卅一年)	魏 曦 沈鼎鴻	貴州貴陽中央防疫處製造所
周華中	同 上 (三十年)	劉吟龍 喬樹民	重慶歌樂山中央衛生實驗院
江子超	廣州夏葛醫科大學畢業(十九年)	周穆英 高欣榮	重慶臨江門唐家院巷4號
陶 志	同 上 (廿一年)	同 上	貴州貴陽中山路218號
魏文彬	國立湘雅醫學院畢業 (卅一年)	魏 曦 沈鼎鴻	貴州貴陽中央防疫處製造所
徐煜均	同 上 (廿九年)	張治道 陳廷綱	重慶歌樂山中央醫院
鄒開化	國立上海醫學院畢業 (卅一年)	王鵬萬 關哲昭	同 上
吳學愚	同 上 (廿八年)	楊國亮 戴天右	同 上
易鴻匹	同 上 (廿八年)	同 上	重慶金剛坡公路衛生站
王士良	同 上 (卅一年)	楊國亮 吳在東	重慶歌樂山中央醫院
郭藹然	同 上 (三十年)	張治道 余南庚	同 上
蕭文炳	同 上 (廿八年)	余南庚 朱益棟	同 上
何護貞	上海東南醫學院畢業 (卅一年)	鄭泳洙 蔣俊儒	重慶高灘岩紅十字總會重慶醫院
胡光斗	同 上 (十五年)	馮子玖 周廣智	四川重慶磁器口岳慶
徐亞君	南通學院醫科畢業 (廿六年)	朱章廣 張昌紹	重慶小龍坎重慶外科醫院
盧正祐	同 上 (廿六年)	同 上	重慶南泉衛生署南泉公路衛生站

於宗華	南通學院醫科畢業	(廿六年)	蔣曾勳 盧正祐	重慶小龍坎青年診療所
吳惠公	浙江醫藥專門學校畢業	(十六年)	李穆生 戴天右	福建南平軍政部第二防疫隊
韓鳳麟	奉天醫科大學畢業	(十二年)	同上	湖北光化老河口軍政部第五醫防大隊
丁培蘭	齊魯大學醫學院畢業	(十二年)	同上	寧夏軍政部第八醫防大隊
郭倉	國立西北醫學院畢業	(廿九年)	谷鏡汧 蔣俊儒	重慶歌樂山中央醫院
張祖德	德國柏林大學醫學博士	(廿六年)	陳耀真	四川成都華西後壩靈園
馬桂馨	山東省立醫學專科學校畢業	(卅一年)	秦文傑 關哲昭	重慶石橋鋪重慶市第二流動診療隊
孫雲謙	法國里昂大學藥學博士	(廿八年)	朱恆壁	四川合川衛生署麻醉藥品經理處
周綴	陸軍軍醫學校醫科畢業	(廿二年)	李穆生 任作楫	河南洛陽濟字80號信箱
劉邠	同上	(廿二年)	同上	雲南昆明軍政部第十醫防大隊
鄭貴芳	同上	(廿九年)	朱師晦 高禔瑛	貴州安順軍醫學校附屬醫院
蔡用之	中央陸軍軍醫學校第一分校畢業	(卅一年)	同上	同上
劉青彰	同上	(卅一年)	同上	同上
陳壽康	同上	(廿九年)	朱師晦 高禔瑛	同上
胡羣根	同上	(廿九年)	同上	同上
顧德鴻	同上	(三十年)	高禔瑛 朱師晦	貴州安順軍醫學校
陳履告	同上	(廿四年)	同上	同上
何德華	同上	(卅一年)	同上	同上
高孝肅	同上	(卅一年)	同上	同上
蔡宏道	陸軍軍醫學校畢業	(廿八年)	高禔瑛	貴州安順軍醫學校
廖喜梅	同上	(廿九年)	朱師晦 高禔瑛	同上
王忠度	同上	(卅一年)	同上	同上
孫生桂	河北省立醫學院畢業	(廿二年)	高禔瑛	同上
劉倫善	貴陽醫學院畢業	(廿九年)	章瑞生 伯力士	湖南桃源邊街特一號
陳瑞昭	同上	(廿九年)	李宗恩 戴天右	貴州貴陽國立貴陽醫學院
李志彬	同上	(卅一年)	同上	貴州貴陽國立貴陽醫學院附屬醫院



# 六合公司



●營業要目

— 承建房屋橋樑  
— 一切土木工程

地址 ● 重慶第一模範市場二一號

● 電話 一四一六六  
● 電報 六三一九

# 致力儀器公司

發售

化學儀器 化學藥品

測量儀器 繪圖用品

工業原料 高等文具

地址：重慶保安路川鹽一里六號

電報掛號：三五五

電話：四二二五

# 巴靈藥房

地址：重慶五四路二十號

電話：四一三五六號

## 配 方 部

註 冊 藥 師  
唐 賢 轄 龍 毓 藻

### 專 任 調 配

日 夜 服 務	公 開 調 配	清 潔 迅 速	工 作 確 實
------------------	------------------	------------------	------------------

# 新川大藥房

## 專 門 配 方

地址：重慶一中路二七號

電話：二三五九號

# 重慶華大藥房

經售

各種注射

西藥原料

如蒙惠顧

無任歡迎

地址

重慶民族路一八二號

# 重慶震華大藥房

經售中外著名  
成藥，及各種  
注射針藥，諸  
君賜顧，無任  
歡迎！

地址

民權路一號（即都郵下街）

專門藥師調劑各國處方

# 重慶大公藥房

經售中外各國著名良藥

地址：民生路二二九號

## 上海藥房

SHANGHAI DISPENSARY

◆重慶新生路十六號（蒼坪街）電話四一六七一◆

配  
方  
部

特聘藥師專配各國藥方

批  
發  
部

經售各種原料成藥

製  
藥  
部

配製各種酏劑藥片等

# 華西大藥房

專售各國西藥原料  
批發零售克己歡迎

設備完善

新址

● 重慶民族路二四三號 ●

# 大衆藥房股份有限公司

附設大衆製藥廠

歡迎同業批發

製造各種原料成藥

經售歐美良藥

專配各國處方

地址：新生路九十四號 電話：四二四九三

## 本刊啓事

(一)各欄歡迎投稿。

(二)第六期起郵寄江西付印，因來往寄遞，頗費時日，勢必延期出版，尚乞讀者原諒爲幸！

(三)第二卷第一期，擬出大會專號。

(四)本刊第一卷各期，餘書無多，欲購從速。

(五)關於編輯發行事項，請寄重慶歌樂山中華醫學會內醫學文摘社。

# 康化學製藥廠

## 營業項目

品藥藥劑藥品  
 藥良針製生  
 料牌射典末  
 原本注藥粉  
 種種種種  
 各各各各  
 兼售國內外名廠出品

膏劑、浸劑、水劑、糖漿、各種類齊備  
 幾、丁、片、丸、流、散、劑等

出品目錄 函索即寄 如蒙惠顧 請認商標 歡迎  
 外埠定貨 原班寄出 包裝妥慎 手續簡迅

廠址：重慶香通寺田家花園  
 營業部：重慶民生路一六五號  
 電報掛號：四〇七〇  
 成都辦事處：撞扒街卅二號

# 漢口華成藥房

重慶  
 民族路二二五號