

19

Vol. 2,

廣西醫刊

黃旭初

第二卷 第三四期合刊

目 錄

演講：

- 創口之治療.....黃榕增 (1)
- 生物心理與實用醫學.....徐蘇恩 (5)

專著：

- 急性闌尾炎.....鄭寶琦 (7)
- 對癸苯醯醯胺及其衍生物之治療應用.....莫福庸 (13)

臨床：

- 腎臟結核及水腎症臨床之討論.....吳公良 (18)
- 葡萄狀鬼胎.....程育科 (24)
- 眼科臨症索引.....沈毅 (27)
- 喉頭結核症及其治療.....魏新 (30)
- 常山之治癒.....馮伯昕 (32)

醫著譯粹：

- 結核性膀胱炎之養氣治療.....黎仁麟 (33)
- 維生素與外科臨床之關係.....劉夢碧 (35)
- 泌尿科手術前後 Sultathiazole 之對於預防或抵抗傳染作用.....羅儂河 (39)
- 瘧原蟲之顯微診斷.....吳小曼 (46)
- 兩歲小孩服大健風後引起尿閉九十六小時.....黃麗華 (48)

鑑定實例：

- 驗斷書之審查.....陳卓顯 (51)

消息：

- 廣西省立醫學院要聞.....編者 (54)
- 補白一則———件事二則.....編者 (55)

廣 西 省 立 醫 學 院 校 友 會 發 行

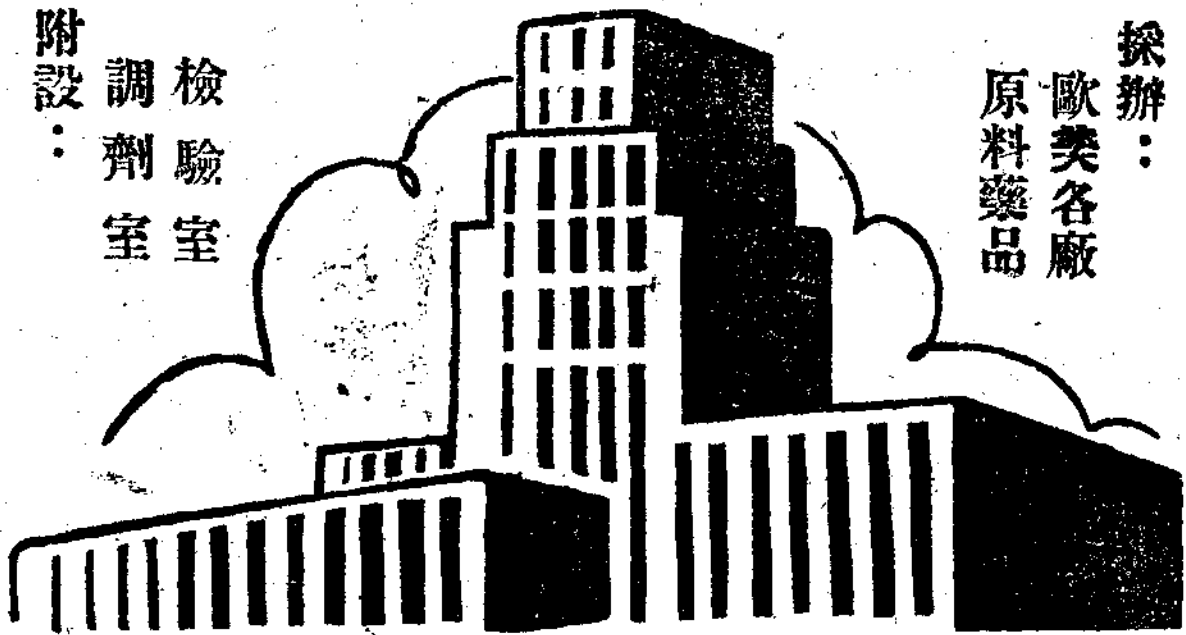


營中集藥西的市林桂

房藥大界世

附設：
檢驗室
調劑室

採辦：
歐美各廠
原料藥品



請 教

外科專門醫師 周澤昭

內科專門醫師 陳閱明

兒科專門醫師 高葆謙

婦產科專門醫師 李志真

皮膚花專門醫師 白龍淮

眼科專門醫師 王道明

神經精神科專門醫師 徐正修

牙科專門醫師 梁佩芳

診 應 店 住

二〇九二話電號五八一 路 南 中：店 總
五三九二話電號六九一 路 北 中：店 支

謀福大藥房

經售 注射針藥
醫療器械 醫藥原料
衛生材料 家用良藥

治疥精

代理

普衛復方白松糖漿

咳 嗽

★ 治 新 久 咳 嗽 一 瓶 見 奇

外 有 一 磅 裝 專 供

醫 師 及 各 大 小 醫 院 配 方 使 用

地 址 桂 林 中 北 路 八 十 七 號

電 報 掛 號 四 三 九 五 號

廣華大藥房

歐藥美品
醫學原料
醫料器械
衛生材料

桂林中南路壹百號

廣華大藥房

營業部

批發門售
定價克己

專門配方部

專配處方
穩妥迅速

診療室

聘請名醫
隨時應診

桂林中南路壹百號

內 外 全 科
醫 師

吳澤華

診所：桂林三多路一號

自動電話：二六五五號

桂林春秋行

附設 診療部
配 方 部

地址：本市中北路一八二號
電話：三〇五二號

結核病專科

戴玉聲

下午一時至

五時

聘請

內科

兒科

醫師

吳弼康

每 上午八時至

日 下午六時

眼科專科

姜文殊

上午八時至

十一時

齊天大藥房

忠誠服務
歡迎顧

總址：中南路民志商場內
電話：四〇二四

經辦世明石粉
各種醫藥器材

支店：東江路新橋北里
辦事處：麗君路九號
電話：二六九八

中華民國二十九年...



創口之治療

前國立同濟大學醫學院院長兼外科教授 黃榕增 演講
現任廣西省立桂林醫院外科主任 黃榕增 演講
若樞筆記

編者按：本文曾發表於同濟醫學季刊，最近黃主任演講於桂林醫院，內容頗有增補，編者以本文極適於各地軍醫人員參考之用，爰商由作者同意，並自負文責，特為介紹於本刊讀者。

創口係身體表面不正常劈開深淺大小不同之缺口，依它成立的原因，可以分為五種，就是先天，機會，手術膿化及腐化等，現在分條詳述於下。

- (一) 先天創口，形成於先天，如缺唇，缺頸，臍漏管，耳瘻管等皆先天創口也。
- (二) 機會創口：係乘時發生，在不知不覺間受內外創力所成者，機會創力，化學創口，寒熱創口等屬造成之創口屬之。
- (三) 手術創口，以醫治為目的，將體部切開所得之創口屬之，在無發炎而割開之創口，稱無毒手術創口，因發炎而切之創口稱膿性手術創口。
- (四) 膿化創口，因膿瘍，蜂窩織炎切開之創口即屬此種，又一切膿炎而自行穿破生者，亦屬之，又如梅毒，癰腫，光芒菌腺病等穿成者亦均屬於膿化創口。
- (五) 因組織壞死而成之創口，如乾濕性腐爛，神經性腐爛，壓迫腐爛潰所成之創口，皆稱為腐化創口。

吾人之治療創口，有下列四種基本原則：(一) 勿加創口以損害，(二) 消除既入創口，或於創口發生非屬於身體物質，(三) 愈合創口，(四) 顧慮體部將來之功用。

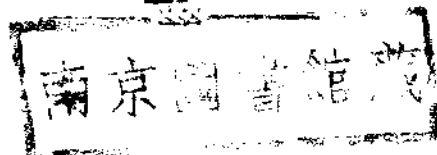
一、勿加創口以損害，欲達到勿加創口以損害的目的，我們應當深切認識兩點：

- 甲、常用無毒法。
- 乙、戒免機械化學及寒熱性的損害。

甲、常用無毒法 所謂無毒，即指無微菌而言，無毒法者，使無微菌存在的一種方法，我們身體表面，四周無一不附微菌，身體表皮一經破裂，微菌即可隨破裂處進入創口而作祟，若日常器械或醫者手接觸創口，與帶菌入創口的作用完全相等故欲使創口無毒，即須對這些帶菌的物體施行滅菌方法，這方法，就叫做無毒法，要行使嚴密消毒法必定要牢記下列各點：

第一，手術部位無毒法，此等部位，可用多鹼肥皂，消毒刷子洗刷，再用酒精，Banzin 石油或以脫洗擦，最後塗以碘酒，或百分一的Formalin 酒精，或百分七的單硝酸酒精，或百分一的 Rivanol 液，或碘棒或百分二的紅汞，如為黏膜部則以百分一的昇汞或百分三的雙氧水，或醋酸藥水或硼酸水或來蘇水沖洗(此用于陰道及直腸內)，而於陰道，又有人用百分五十的酒精，或紅汞，稀碘酒。

第二，手術器械，金屬器械消毒，可在百分三的梳打水內煮沸十五分鐘，或在高壓消毒鍋內蒸半小時，或用乾熱消毒之，橡皮器具可煮沸或蒸或浸入消毒藥液如昇汞，來蘇，Eusol 水內，木質器械的消毒法，可同於橡皮器具各項，縫合所用器具除針屬於金屬，依照金屬消毒法外，其所用縫線在購買時消毒，用



時再將玻璃管取出浸在盛着混合以脫二百瓦，碘七、五瓦、碘化鉀十瓦，純酒精加至全液成一千瓦的液體中，如為馬尾及金屬線可煮沸消毒之，絲線及平常縫線在煮沸消毒後，收藏在純酒精中。

第三、醫務人員雙手的消毒，使用流動煮沸過的溫水（盛于瓶內應該常換）多鹼肥皂，消毒刷子洗刷雙手及前臂五分鐘，剪短指甲括指甲邊緣及底面，再洗刷五分鐘以濾過酒精，洗刷，或浸入千分一的昇汞水內但因昇汞易發濕疹，用之者較少耳。

第四、手術布及包紮材料，包紮材料包括棉花，吸血紗布，壓迫紗布，卷填塞料，繃帶及其他一切須創口與接觸之軟料手術用布即醫生所用的手術衣，口罩，帽遮蓋病人的手術布等，此皆用高壓蒸汽鍋消毒之，如無消毒鍋，用飯櫥久蒸後，曬乾或有同樣作用。

第五空氣：手術室內空氣，若無灰塵，不時開窗，又合法清潔自無多量微菌之存在，但必要時可以施行清潔工作，時用石炭酸噴霧消毒之，再醫者用的口罩，欲絕對無微菌，雖極端謹慎，亦不可能，故上述工作謹可於可能範圍內限制微菌入創口。少數入創口之微菌，身體平常防衛力能足以消滅之，但若消毒欠佳，入創口之微菌較多時，則此種防衛能力不足以抵禦，膿液即有發生的危險，不可不特別留意。

乙、戒免機械化學及寒熱性的損害。

第一、機械損害，以藥水洗刷創口，用鉗子搽紗布拭創口，牽拉創緣體部肌肉運動，機會創口治療時，鉗剪夾拉纖維，皆能予創口以機械損害，而於換包紮時強拉包紮料，探針送填塞料不慎，致一探針穿填塞料深入肉內，則為害更烈，常有出血，繼之病人久已無熱度升高之象，見其忽發高熱，或係此因，故對於創口治療常須顧及此等瑣事。

第二、化學性損害，抗毒藥品，很少有損害組織細胞者，因微菌為一單細胞，吾人身體亦由無數單細胞組織而成者，藥液能殺微菌，自然亦可殺吾人身體的組織細胞，故不可過於高估藥液殺菌力，不顧其害，不經考慮，而多所應用。

第三、寒熱性損害，寒極組織會死，熱極組織亦不能活，此我們人所盡知者，最適之溫度為體溫較此高或低於此者都不宜於組織，其對組織均有或多或少的損害，故治療創口，亦不能不顧慮及之。

二、消除既入創口或在創口既發生非身體屬物或損害。

對於這一點，須注意下列各事

甲、創口抗毒，對創口抗毒的方法，共有三種：

第一、藥物表面抗毒，創口抗毒法始初為英人Lister用石炭酸，此後抗毒藥乃相繼而出，如來蘇醋酸，碘仿紙，薄荷，昇汞水，養化鉍Eukolyplas油，碘，Perubalsam 皆曾相繼被用，以代替石炭酸，製為紗布應用，但藥品對於創口之功用，有好的一面，亦有在壞的一方，其理由已於前述，故醫者應日日有謀所以改進之選，所求得到殺菌力強而少或無損害于身體之藥品雷佛奴爾，黃色素稀薄之浸液殺菌力仍強而無害於組織，多人認為比較合理之創口藥液，故用者頗多。

第二、物理抗毒，根據福利特利氏之試驗，（一八九八）染毒之創口，六小時後菌已竄入淋巴管，施於創口的藥品，即屬無用，但強烈的藥品可刺激體部，使其充血，因而幫助身體抵抗力之功用，Witzel稱此種作用為自家抗毒，彼且促進較強，排液防止吸收而機械的沖出微菌並能施殺菌能力，這叫做物理抗毒，或間接抗毒法，與第一次世界大戰時，稱為Wright時用高張食鹽溶液（百分五）加千分五的橡樹酸鈉所得之謂淋巴自力沖洗者有相當關係，Roage主用百分三，Stieda主用百分十的食鹽溶液造就此種作用，千分一硝酸銀Dakin，溶液有類似作用。

第三、圍攻式深處抗毒法，再進一步的抗毒法，為藥物注射創周之抗毒法，新鮮創口用奎爾誘導體，克拉卜氏及切恩特盧頓氏發現奎爾誘導體在蛋白質溶液內與人血液內都有作用，且可深入組織而損害於組織，Biter用二千分一的Eukopin溶液稱已有殺菌作用，克拉卜氏在Vuzier試用之，稱之為Vuzier謂能薄到八千分一亦能殺菌，因此該藥盛用一時，國內沈克非氏試用千分一的過氧酸鉀於患氣腫病者謂

亦有相當功用，本人曾用肌肉注射用六〇六，周圍注射水感得相當效果，試用黃色素周圍注射癰腫，丹毒，進一步有人以菌苗注射週圍如破傷風血清等此均屬於深處抗毒之方法。

乙、限制出血 血為微菌良好的培養基有利於化膿且有害於身體，故創口須詳細止血；急救止血用壓迫包紮，或轉肢止血法，治療則用結紮法，如用結紮不能止者以填塞料如碘仿紗布加止血藥如 Kæo-quin 再用壓迫包紮止之此外可用增強凝血藥如鈣製劑高張食鹽水，血清，蛋白製劑，牛乳蛋白，膠，愛果紅注射止之，或輸血止之，照愛克斯光或注射維他命丙等藥物。

丙、抗痛 痛可使病人不安，因之患部可增加炎症，或有加劇炎症之弊，故在治療創口時，須注意及之，抗痛的方法有許多種類，勿撕開緊的包紮，如膠布繃帶的撕毀，勿在病部施用粗暴的舉動，阻止創口包紮黏黏，用藥膏創緣，銀藥塗創口，用藥膏導流，安置導流管，皆可免創痛，包紮黏貼者應該用鬆懈藥液解之，如雙氧水，食鹽水浸之，昇汞水浸之，過錳酸鉀浸之，壞死組織勿強拉扯，若有出血則處置已失當矣，臨急時則用麻醉藥膏，萬不得已時則用麻醉藥品，如嗎啡等。

丁、阻止創口創液吸收 欲阻止微菌膿毒菌毒被吸收，則須製造創口正常的出路，免除創口死角，創造，創口沖洗，加以機械排膿，欲得正常出路則須把創口擴大，製造創口的對口，戒免瓶塞狀的填塞，要免除創口的死角，創造，可安置導流管使與外界相通。

戊、限制或獎勵充血，發炎充血乃身體抗毒表現，可說，這種現象是有益處的，但是過份充血，則屬有害，故應當加以限制，這種方法，叫做抗炎症，冷濯，固定包紮，高提包紮，抗炎藥，收斂藥，如龍酸鉛等，皆可收此功效，若欲獎勵充血，而促進病部腐爛，或促進消腫，則用濕包紮，熱包紮，阻流包紮。

己、刺激排液，傳染較烈的創口，宜刺激之，使增加其創液，並使排出液稀薄，以達創液外沖的目的，物理抗毒 Dak 氏用 Naphthalin Gries 氏糖，Monchel 氏合劑（重碳酸鈉十瓦，酒石酸三瓦，糖十九瓦）等劑刺激有此作用。

庚、機以除去不潔與損害，肉眼能見到的異物，如脫落組織，石沙碎布等用消毒器械除去之，創口多膿者檢視其出口，必要時擴大創口，製造創口對口於最低點，用雙氧水沖洗創口，向上而無最低對口者納導流管而倒置或側置病部治之，有對口之創口置貫通導流管亦較可慮機械或外流任務，用燈心狀的包紮翻攪吸出膿液的自的，無創口處可用之，零碎腐爛組織以刀剪除去之。

辛、促成溶解 腐爛組織可以消化藥品，如鹽酸胃液素，溶液，或粉狀綠膿菌分解素迅速溶解之，或用不包紮創口治療法處置之。

(三) 愈合創口

創口既除去損害，則思有以愈合之，合攏創口的道理，首重體方生殖的學理，宜以固定包紮，鎮靜病部，如用溫包紮，藥膏包紮，生理食鹽水包紮，使創口潮濕，用熱包紮，照熱光燈，晒太陽，照人工太陽燈，浸浴創口，使創口溫暖及充血，增加營養，以促進其生殖機能，再加以促長肉芽藥物，肉芽自然得滋生不已，創口即可短期內充滿而完成第二期愈合。

肉芽愈合可用機械增速之，如膠布拉籠，壓迫包紮等，茲舉出幾種促長肉芽的藥品如下：(一) 乾碘仿紗布，(二) 百分二點五的石臘碘仿，(三) 肉芽油（保護物油），特別刺激結締組織生長，黑膏藥（註一）(四) 猩紅熱膏 (五) Pallidol (六)，多種油類如魚肝油。

肉芽有時過度生長，高出後面可用硝酸銀腐蝕之壓迫包紮壓迫之，或用乾燥包紮蝕之，一九一八年 Wildt 曾以副腎精加入碘酸膏內阻止多長血管之肉芽，肉芽表面生皮程序常被乾燥空氣或乾燥化學藥粉等包紮等促進熱空氣，日光亦有促進的功用長皮藥品中尤以猩紅熱膏及 pallidol 膏為佳良，若用此種方法均不能達到上皮生長的目的時，則充填以乾燥或溫包紮，若創口不能拉攏縫合同時又想它得到迅速愈合時，則用鑲補手術如 Reverdin Bran, n Thiersch 諸氏的植皮術或肉塊鑲補。

(四) 顧慮體部將來的功用。

顧全病部將來的功用，尤為治療創口的要務，否則如手掌灼傷，用手指均彎曲包紮的姿勢，則將來功

能定失，即創口愈合後手指皆彎曲不能伸，又如腋窩下的傷，手臂不外向包紮，結果創口雖愈合而手臂已貼合連生，此皆不顧及將來功能的劣治療法也。

剛才講過填塞，導流，沖洗創口三種技術，本人現在想再加以申述。

(一) 填塞，填塞一詞，其物理意義，乃指毛細導流的一種別稱，手術創口不能詳盡止血或疑其有後出血時，如口，鼻，直腸，陰道，泌尿器等部，皆用此法，其功用多為止血，亦有用以引藥，導者，希望藥品入創口，發生其應有的作用，同時吸收創液而外引之；Beramann Kocher兩氏主用海峽仿紗布，人皆謂有消毒止血吸液作用，填塞之藥力與止血作用固不可厚非，但吸液外引作用，則甚屬可疑，填塞品常吸滿膿與之相結成球而塞創口如瓶塞然，致膿液囤積，故多膿之創口，以勿用填塞法為上，由外染毒之創口如槍傷創口，且須禁用此種填塞，可惜這次抗戰被救護的戰士幾乎無一創口不被填塞，對於大創口的出血，Mikulicz氏填塞塊最適用，大塊海峽仿紗布鋪填創底及各支港，後於其上鬆綁紗布或拭血紗布其他藥紗布充塞，後者宜應多加換之，而前者則可留存四至十日，填塞創口可用純消毒紗布或藥物紗布，及其代替品紗布；黃色素紗布，或用紗布醃藥液，或藥膏填塞。

填塞品常有陷入創口，積留創底，誘發膿炎，余曾發現被人塞入長紗布條於患膿胸的病例二人，患者經已流膿一年以上，故填塞物宜以保險針固繫之，以便事後易用愛克斯光檢視之，填塞法的應用適當與否以換包藥時有無膿液湧流為標準，填塞紗布常有遺留短紗布於創口之弊，欲免此弊，剪紗布時慎勿斷剪縱紗為要。

(二) 導流 導流者用管狀包藥料插入創口引創液外流的一種方法，在創液必多之創口宜用之，導流管之大小不一，但須有側洞，以便各方創液聚流，創口小而小導流管仍不適用者，亦可以橡皮薄片，如，破橡皮手套剪下者或用凡士林紗布代之，凡士林紗布的應用亦宜謹慎，因易成瓶塞的弊端，較大而多支之創口宜多置導流管，而管須到達創底，可能時，則上下左右對插，以便沖洗經過導流管而沖洗創口，創液余會多次由創口括出被人遺留之橡皮薄片，或管，故宜固繫之於創口之外，或以保險針穿之，或縫之於緣上。

導流管常有擦破血管及壓迫神經的危險，故搏動血管或神經經過之處宜甚慎甚或不用。

導流法對於染毒創口，有極重要之任務，對於不能詳盡結紮毛細血管之創口，如甲狀腺手術之創口，有重大的功用。

導流得宜與否，可於寒熱表上知之處已置得當則無積膿，寒熱表亦無不正當之熱度，用導流管之時間，不易確定，太久則有異物刺激之害，太暫則失去創液外流之功用，大概以逐漸退出，創口清潔無膿炎為標準。

(三) 沖洗、沖洗之作用，大部係機械與消毒，小部係止血作用，沖洗時，洗液動力與起泡（如雙氧水）係機械作用，沖洗液的剩餘將在全創面施出相當滅菌作用，如雙氧水黃色素，雷佛奴爾。

沖洗止血作用則視沖洗液之性質以為斷，冷含有止血的藥液如鞣質，藥，雙氧水，百分一至十的膠質皆有止血作用，沖洗液且有促增排液渣於創口自洗及滋補組織作用，前已講過。

最普通之沖洗液為食鹽水，硼，雙氧水，吾人慣用的P.P.S，用雷佛奴爾，黃色素，昇末水，及其他藥液者亦甚多，但切記勿忘藥能殺菌亦能殺細胞之教訓，Harris且警告用發氣泡的藥液，彼於狹窄發炎創洞內，將菌滅于創週。

沖洗時戒用大壓力，皆以淋漓為度，沖洗所用注射器之嘴，易傷創口，宜接橡皮管。

多膿而膿液不易排出之創口，宜用沖洗法，少膿而無膿結者，以紗布醃藥液，藥油，藥膏包紮創口是矣。

註一，黑藥膏處方：(Argentum Nitricum 1.0 Balsam Peruvianum 10.0.)
Vaselin ad 100.0)

生物心理與實用醫學

桂林市衛生局局長

徐蘇恩講

胡崇家記

醫學學科通常可以分為兩大類，一是基礎學科——如生理學，解剖學，細菌學，醫化學，病理學，藥理學等等；二是臨床學科，如內科學，外科學，眼科學，婦產科學，小兒科學，皮膚科學，耳鼻喉科學，齒科學等等。

醫學之「醫字」就是代表治病，所以數千年來的醫學教育設備以造就治病人才為目的，造就出來名為醫師，從歷史上看，醫學僅與治病有關係而已。

但人類是聰明的，故能從研究治病而進步到防病，從消極達到積極，從個人衛生而進到公衆衛生，所以醫學的領域也從治療醫學發展到預防醫學，再配合了其他各種自然科學與社會科學以解決有關人生健康種種問題例如：

- (一) 促進環境之衛生。
- (二) 制止傳染病之流行。
- (三) 疾病的早期診斷與治療。
- (四) 衛生知識程度之提高。

治病可以解除人身上的種種痛苦，避免種種損失，人類得到幸福，此則醫界同仁應有的責任，因為人是生物，具有客觀的知覺，即對一切的刺激能發生反應，如對於一種反常的刺激，則有一種不合適應的反應。

我今天所說的是以人為中心對象，人是生物。是有生命的，生物界的現象有兩種：一是個別的生存，一是種族的生存；這兩種也可以說是二而一的，因為個體的不存，當然沒有種族的存，種族滅亡個體也就不能生存。

古時的人，例如北京人或審洞人，他們的生活是很樂觀而簡單的，後來慢慢地變為複雜，因此而產生種種煩惱，由生理的而轉到心理的。

根據此種生活，人有兩種心理上的要求，一是食欲，一是性欲，廣義言之，一為保身慾一為保家慾即保種慾。由這兩種心理慾而發生附帶的慾望，那便是權位慾，這是以上述兩種慾望為基礎的，此一慾望達目的，則上兩種慾望便沒有問題，世上所謂爭權奪利，無非想滿足這兩種慾望。

現代文明人都把私慾放在心裏，野蠻人則將此基本慾念表現出來，中國有數千年的文明歷史，哲學很深奧，民族有涵養，故一切的慾念很少有表現得很明顯的，以飲食為例：中國人吃西餐學習用刀叉很容易，而外國人使用筷箸便會覺得很困難，由此可見用刀叉是比較幼稚的，以性欲來說，接吻是較原始的動作，在中國是沒有這種風俗的。很多人說不公開選舉是非良俗的，可是在外國常見候選人到各地演說要求別人選舉他，然而中國有數千年的文明，人都不願作這種自我宣傳工作，況外國人是沒有這種涵養的，所以中國抗戰五年而仍能迄然立國於世界上，我可以大膽說，中國是很文明進化的國家。

孔子說：「人之初，性本善」，故可見孔子是哲學家，同時也是心理學家，即是說天生要我們維持自己的生命與種族的生命，再「性相近，習相遠」，故當初各種民族的性格原是相近的，後來才漸漸變了，有的進化得快，有的來得慢，於是乎遂相遠。

心理學與實用醫學有甚麼關係呢？譬如：世界上的大夫與病人的心理是類似的，心理的性情原是一樣的，病人往往痛苦太甚，忍耐心失了即自制的力量失敗，基礎的慾念完全表現出來。

病人是生物，有他的心理，故必須瞭解他的心理狀態。在這裏注意三個問題：（一）醫生與病人間主客關係，即誰是主誰是客，考慮與否可不管，到那時是會自己決定的。

病人在病房大多是聽醫生的話，可是護士與工人一來便不然，他便會不聽話，然而醫生也不能吩咐他聽護士或工人的話，這也是把主客關係弄不清楚之故，因為病人往往把他自己當作主體了。

(二) 第二是飲食問題，在醫院內，清潔固是重要的問題而飲食却是發生於病人的問題，食是人生第一的要事，小孩子出生便哭，把奶頭給他吮了便會靜止，可知食的問題是如何重要，在門診時也往往見到有一種情形就是開藥後病人必定會問要不要忌口，小兒來看病時，他的父母也必定會詳細的問醫生應該食什麼東西，這些是醫生必須應答的。

住院病人的飲食問題，無論怎樣的管理也很困難病人的家屬總是要想辦法送一點東西來，我們不妨試試看：先照顧病人的飲食或先照顧治療，那一種得的效果要好一些。

(三) 性慾的要求：本來病人病臥在床，似乎性慾問題不大要緊，但實義的說則是很要緊的，就以治療結核病來說，在治病之先有先調整他的性生活之必要，曾有一關於核病人來找我，我先問他的性生活情形，他就說還是他一向無法解決的問題，他對於是否需要分居感覺得很煩惱，我則告訴他是不必絕對的分離。一般丈夫病了必須他的妻子安慰他，使他心理上快活，對於治病是很有幫助的。

公共衛生是在實用醫學的範圍之內，現在我們正在求自力更生的時候，個人感覺得有三個問題請求醫界同仁予以研究注意：

第一、營養問題：社會上對營養有許多要求如糧食的生產運輸和銷售，人民的經濟能力，使得一般人都發生煩惱，我們如何能夠研究得一種方法，以便他們得到充足營養與適宜支配。

第二、性的煩惱問題：「少年維持之煩惱」就是其中之一種，現代許多青年的煩惱，無非都是性煩惱而已，青年的生面天天在變，心理也天天在變，我們可以看見日報上常有許多的事件發生，學校亦然。

我們研究醫學，除了注意治病還要注意防病亦要使人有健康的心理。

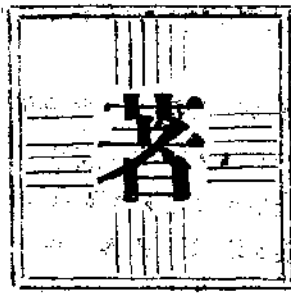
真正說起來，到醫院來求診的並非個個有病，如失眠那是一例往往原因連病人自己亦不能說明。

外科上也常常可以遇到病人訴說腹有瘤，但結果並非事實，尤其初學醫的學生常會感到自己有種種疾病，所謂「三年級病」是也。這些問題雖是心理衛生的範圍可是臨症時也是要解決的。

第三問題：除了飲食與性慾兩問題以外，我們醫生是否要超出醫學的範圍救救爭權奪利的人呢。

世界上的人，天天無時不在爭權奪利，就以醫界來說，市上有許多人開業，開業的時候首先要考慮甚麼地方已有甚麼人開業，專長是甚麼科，假使是自己比不過人家的，那還是找別個地方吧；或者在診病時要說，「為甚麼你不早來？你的病給就誤時間了，」這些也就是奪利之一種，其他各界爭權奪利的事實多得很。

真正說的得人顯心理懂祇有醫界人，醫生才會對人表同情，在此我們是否可以做一下好事，使他們領略一種高尚的理想，可以忘去和人爭權奪利的思想。什麼是高尚的思想？「國家至上，民族至上」這不是說要丟了個人的生命，不過是說應該把個人的性慾與食慾稍為後一點，在一般生活上將此高尚的理想應為目的，在種種機會上盡量提倡，如果我們醫界同人在救國上以此為方法之一，也許對國家民族實能有所貢獻了。



急性闌尾炎

鄭寶琦

一、定義

大腸之起始部，成一大囊狀，上連續大腸，下端為盲端，此段名闌腸。闌腸之下端，有一狹長之管，名曰闌尾；又以其形似蚯蚓，又名之曰蚓突或虫樣突起。闌尾有炎發生，名之曰闌尾炎；或名之曰蚓突炎或虫樣突起炎。俗名之曰盲腸炎，實係誤稱，無理由也。

二、解剖

闌尾連於闌腸之部位曰基底，其游離端曰尖，尖之方向，率無一定，以其基底作中心，闌尾之長作半徑，可以投射於任一方。最多見者，是在迴腸末端之前或後，亦有在闌腸之後面，或骨盆內者。以其部位之不一，在臨床診斷時，其理學徵候，亦有大異。闌尾之尖端，雖可在各種部位，惟其基底，則係固定，可由皮膚表面測定之，其法如下：

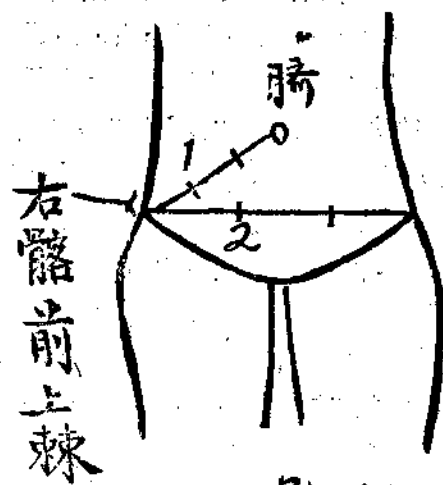
以右髂前上棘與臍之間，連成一線，將此線平均分為三份，闌尾之基底，即相當於此線中三份之一與外三分之一交界處，此處名曰馬哥李氏點 Mc Burney's Point，臨床上均用以作診斷之用。又 Lanz 氏主張，闌尾之基底部，相當於兩髂前上棘間線上，右三分之一與中三分之一交界處之點，此名曰 Lanz 氏點，惟在孕婦與小兒，其基底恆較常人為高。

闌尾之長徑，並無一定，最長者可達二十公分，短者二公分，普通多為五至十公分，其構造與腸相同，惟在其黏膜之內，有豐富之淋巴組織，在普通長度之闌尾內，竟可含有 150 至 200 淋巴濾泡，或有者闌尾為腹內扁桃腺者。

三、病因

闌尾既與闌腸相通，則闌腸之內容可隨時入於闌尾內，並可藉闌尾之蠕動，反回入於闌腸內，此屬正常之現象，設糞便到達闌尾內後，而未能返歸闌腸，蓄積於闌尾內，而形成糞石，此糞石日漸增大稍可將闌尾管腔完全阻塞成為閉鎖腸環，闌尾為廢物邊阻塞，故須增強蠕動，以促其內容之排除，此時病人則感到腸部疼痛，常人之闌尾每日可分泌 20—100 公撮之液體，此時因阻塞及蠕動之刺激及細菌作用，致分泌增多使腔內充滿液體內膨元進，闌尾壁上毛細管及小靜脈管著明充血，繼而小血管破裂，發生出血點，被阻壓下部之闌尾，因內壓增加之結果，而致腸壁菲薄。以至潰破壞死，細菌可經此潰破或壞死之處，而侵入闌尾壁內，形成蜂窠組織炎性病變，病變繼續進行，終致穿孔，穿孔處多在闌尾系膜附帶終之對側，以該處之血行最少，故壞死及

附圖一



- 1. Mc Burney 氏點
- 2. Lanz 氏點

穿破之機會亦最多也。

使闌尾發生阻塞之原因，除蟲石之外，如闌尾在發炎之後，發生粘連，其體部屈曲之結果，皆可致內腔狹窄，以致阻塞云。

單純之阻塞，並不能誘發炎症，必須合併傳染方可。Wangensteen及Bowers之試驗，如先將闌尾內沖洗乾淨，後於其底部結紮之，而注入液體於闌尾內，此時闌尾內壓力增高，臨床上雖有著明之腸阻塞症狀，然病理上並無炎症發生。反之，如闌尾內既有阻塞，更有傳染，非但病狀著明，且有顯著之炎症變化，由此可證，阻塞與傳染，均為闌尾炎發生之主要病因。

阻塞之程度與病狀及病變之輕重，又有莫大之關係，在完全阻塞時，則闌尾內之壓力著明增加，闌尾過度膨脹，血行發生障礙，組織可迅速壞死及穿孔。臨床上見於急性穿孔性闌尾炎。在不完全阻塞時，闌尾內壓力增加不劇，血行障礙尚輕，可免去組織壞死及穿孔；臨床上可見於慢性闌尾炎及反復發作見者，惟闌尾周圍黏連愈多，狹窄及阻塞之發生亦愈易；則因果循環，每使發作間隔愈見縮短也。

在幼童及成人，每因患扁桃腺炎或其他化膿肉腫而引起敗血症，則彌漫性腹膜炎，隨之發生；而炎症則以闌尾部為甚，曰原發性闌尾炎。預後險惡，手術之執行，必須待其局限成膿瘍後，而行切開膿腫，俟病體來復半年後，施行闌尾摘出。

在慢性闌尾炎者，炎症之存在，尚不著明，惟以闌尾功能失效，其所見之症候亦稍異，每為細菌聚集之所，形成腹腔內之傳染焦點。

四、臨床病狀及徵候

(一) 疼痛為最早及最著明之病狀，初起時為反射性，在臍部或上腹部，由於闌尾內壓增加時，闌尾壁上之交感神經末梢被壓迫反射，及幽門痙攣所致；待經過相當時間後（十二至二十四小時），則轉移至右下腹部，殆由于局部腹膜炎受刺激所致也。

疼痛之性狀與闌尾內壓有關，壓力愈高，則疼痛愈著，初起時以蠕動增強為陣發性腹痛經過相當時間後，闌尾壁因受毒素刺激而成麻痺，則蠕動停止，疼痛片刻消失；及腹膜炎受持續性之刺激時，則疼痛為持續性。如闌尾內壓力繼續增加，則組織壞死以致穿孔，其內容物溢出，致內壓驟然減低，疼痛可暫時完全消失，待腹膜炎發生後，則疼痛復至，此種之疼痛則係由於腹膜炎之產生也。故在臨床方面，遇有右下腹部疼痛，忽然消失後，而再度劇增者，為闌尾穿孔之徵。

(二) 惡心及嘔吐：患者有食慾不振及惡心，甚者且有嘔吐，其程度與闌尾之內壓及患者對於神經刺激之感應有莫大關係。闌尾內壓愈高。或患者神經易受刺激者，

(如女子，小兒，有消化系遺疾者)，其嘔吐之發生亦多。

(三) 局部知覺過敏：患者在皮膚上往往有三角形之知覺過敏區域，此區域在右下腹部，自臍向右畫一地平線，並向下畫一垂直線，在此二線之間，成一三角形，此區之皮膚，呈知覺過敏，名之曰 Sherren 氏三角形。係由第十及第十一胸椎神經所支配（與到達闌尾者同支）。過敏之程度，亦與闌尾內壓有關；壓力愈高，過敏程度亦著明也。

(四) 壓痛：直接壓痛：在腹膜炎有刺激症狀時，如以手指壓腹壁。則必感有疼痛，是名直接壓痛，至於疼痛之輕重，則與闌尾之位置有關：闌尾距腹壁愈近，則壓痛愈著明。反之距腹壁愈遠，其壓痛愈輕，故間接位置之闌尾，其壓痛遠不如闌前位置顯著也。壓痛最明之處，即炎亦最著明之處，患者往往能自己以手指指出之。因闌尾之方向，並無一定，故其壓痛點亦不同。然其

附圖二



基部被為固定，即其尖端發炎，其基部亦必受有影響，故在壓 Mc Burneg 氏點時，不拘關尾位置為何，該處必有壓痛，惟輕重程度不同耳。

間接壓痛：在關尾發炎時，大腸之蠕動往往減少，或完全停止，結腸內容腐收分解，而產生多量之氣體，令結腸內既充滿氣體，試用手以持續壓力，自乙狀結腸方面，循降腸上升，沿橫結腸向右橫走，則該部內之氣體，被壓而驅入升結腸及關腸，而入於關尾內，引起著明疼痛，待壓力除去，腸內壓力又復常態，故疼痛亦即消去，此種徵象為 Rousing 氏徵象，亦曰間接壓痛，為診斷本部最有力之幫助，較之直接加壓法，易於避免與腸壁潰瘍等誤診。

反跳疼痛：以手指緩緩加壓於右下腹部，患者往往尚能忍受，俟腹壁凹陷後，驟將手指移去，則在此瞬間，其疼痛反較加壓時為著，此種疼痛，名曰反跳疼痛，或 Owen 氏徵象。其原因為在加壓時，則關腸內之氣體被驅到升結腸及橫結腸內，在手指離去後，被驅走之氣體，又回到關腸內，關腸內壓力驟然改變，故而疼痛反形增劇，因空洞臟器，對於內壓之敏感，遠勝過于外界壓力也。關尾在骨盆內，其壓痛點必須於施行直腸或陰道內診時，便可觸知。

(五) 肌肉緊張：腹膜受刺激，其相當腹壁肌肉，亦受刺激，而呈緊張狀態。此種現象，在診斷上頗為重要。以其緊張之程度，往往可以推定病勢之遠近，如提舉肌為腹內斜肌之一部，故在腹膜刺激存在時，亦僅運動，如施行牽引時，每可引起顯著之疼痛，日舉丸牽引徵象，為關尾位於前腹壁之徵象，關尾位於腹後腔者，每可引起腸腰肌之刺激，而使腰大肌收縮，患者右下肢常因之而行彎縮，行腹關節被動之伸展時，可引起著明疼痛，由腸腰肌刺激徵象，腹壁之肌肉即常處於緊張狀態之下，故左下腹部之腹肌反射，每于早期消失，亦可為診斷之助。

肛門之檢查為關尾診斷過程上必要之技術一切腹腔內膿瘍及骨盆型關炎以及續發之骨盆膿瘍，殆均可由肛門指診而獲得解答。故非但在診斷時期最為重要，即在觀察經過中亦屬重要。

(六) 白血球增多：視炎症之變化而定，其組織破壞之甚者（如壞死及穿孔），則白血球增加愈多，急性炎症多在 12000 之下；穿孔者則增高在 14000 以上；腹膜炎膿時，則多在 16000 以上。然亦有意外，今春在本學院附院中，即見一壞死而未穿孔之症，例，其白血球經多次檢驗，過 40000，在手術後，即降至正常。

(七) 體溫及脈搏：均略增高在單純性關尾炎，恆鮮發熱，平均體溫多在攝氏 38 度左右，如無合併症，鮮有超長于攝氏 39 度以上者。至體溫無改變，脈搏增加在 90 以上者，亦常見之。

鑑別診斷

(一) 大葉性肺炎：如有右肺底大葉性肺炎時，疼痛常常反射到右側腹部，致該部之肌肉亦有緊張，可與急性關尾炎誤診，然如細察其肺部，可發見各種物理變化，腹部雖有肌肉緊張，而上腹部較著於下腹堅，且胸之發生，與呼吸之關係，至為密切，故不無區別云。

(二) 傷寒（即腸熱症）：由其漸漸發病，全身症狀重篤，白血球減少，既往有無傷寒預防接種，可以鑑別之。

(三) 右側腎石及輸尿管性疼痛（包括腎盂腎盂炎及輸尿管炎等）此種疼痛，屢沿輸尿管放射，甚且可達外生殖器，為陣發性，急急發作，在間歇期中，肌肉緊張消退，尿中有多數紅白血球，若能照愛克照光片，與關尾炎區別更易。

(四) 消化器潰瘍穿孔：若為胃潰瘍穿孔，疼痛多限在上腹部，若為十二指腸潰瘍穿孔，其內容可沿結腸之肝彎曲，而達右下腹部，致該部疼痛甚劇，是曰 Moynibaw 氏徵象，頗與關尾炎相似，然由其潰瘍之病史，穿孔時疼痛之急劇發作，腹壁如木板樣堅硬，肝濁音減小或消失等，可以分別之。

(五) 右側卵巢 Graf 氏濾泡破裂出血：Graf 氏濾泡破裂時之出血，可由 300 C.C. 達 500 C.C. 視出血之緩急，而發生診斷困難，故須注意月經時間，休克 Shock 症狀，Rousing 氏徵象，及肛門壓痛等，不細鑑別

(六) 右側輸卵管妊娠：右側輸卵管妊娠，於破裂時，除有右下腹疼痛部外，患者之上次月經未來，子宮之鑄型出血，可供參考，若破裂甚多，則出血著明，腹內有自由液體存在，患者可呈休克症狀，當容易與闌尾炎區別。若破裂不甚，出血不多，及病史不明者，其右下腹部亦有局部腹膜刺激症狀，雖診斷未確定，但均須施行緊急探視手術則一也。

(七) 闌腸結核：患者肺市屢有結核病變，為其原發病灶，若能於其大便內，尋到結核菌，則鑑別甚易。

(八) Meckel氏憩室炎：除注意間接壓痛與反跳疼痛，及肛門指診，均不若闌尾炎者顯著外，於手術時，須注意迴腸下端三呎之內，如有憩室存在時，應切除之。

(九) 區域性迴腸炎Regional ileitis或名末端性迴腸炎 Terminal ileitis 在急性時期，頗與闌尾炎相似，鑑別時須注意間接壓痛，及肛門指診，均不若闌尾炎者顯著，因經過甚慢，於其晚期屢有營養障礙，及腸阻塞症狀，亦易與闌尾炎區別也。

五 療法

分手術及保守兩種：

(一) 在下述各種情況時，均可施行手術治療。

(甲) 局部腹膜有刺激症狀時，即在有局部性腹膜炎時，不拘發病時間之久暫，皆可施行手術，如：

(A) 急性闌尾炎未穿孔者，即在發病後48小時以內者，腹腔內尚無傳染，將闌尾切除後，將腹壁縫合，普通經過良好，結果亦佳，恢復期為十日，死亡率低，只0.5%云。

(B) 急性穿孔性闌尾炎，合併局部腹膜炎時，此際闌尾既已穿孔，縱合併局部腹膜炎，亦可隨時施行手術，主要目的在作引流術，防止其成膿變性，可能時當摘出闌尾，切除此傳染病灶。手術技術須輕巧，創內必須用菸烟引流三支，一支達於闌尾之殘肢，一支沿上行結腸側壁，另一長者入於骨盆內，創口不施縫合恢復期約三個月，死亡率為5.4%云。

(C) 闌尾部膿腫：在闌尾穿孔後，已有局部膿腫形成者可行切開排膿術。可能時並摘出闌尾，(不可勉強，以免散播傳染)創口亦須用三支引流物，不能縫合，恢復期為6—12星期，且有由闌尾基底，形成膿瘻者，死亡率約為8%。

(乙) 小兒之闌尾炎，闌尾既富於淋巴組織，故在兒時，則比較發育，與成年人相較，則其比例大，故在闌尾炎時，小兒之中毒情況，比成人者為重，病狀既重，預後亦惡，其死亡率較成人者高四倍。因此在小兒有闌尾炎時，應即行早期手術，以摘出之也。

(丙) 慢性復發性闌尾炎：既經發炎者，其周圍即有粘連形成，因此闌尾內腔愈形狹窄，則阻塞之機會亦愈多。故在發炎時，應即早行根治手術，如目前尚未發作而即作根治手術者，是曰中間期手術，有發炎之既往症者，須即勸告施行之。

在上述各種情況下，不論發病之長短，均須施行手術，此為各國一致之主張。亦有主張在發病48小時後，不論其局部及全身症狀如何，即拒絕施行手術，而予以保守療法，殊欠妥善。蓋診斷之能否確實，尚屬莫大疑問，縱以闌尾炎本身論之，在48小時後，雖有局部腹膜炎或膿腫形成，如不早期予以手術，則膿腫亦可穿入腹腔內，而成彌漫性腹膜炎；如未穿孔者，雖發病以還，逾48或72小時以上，仍可即時行根治手術，非但時間經濟，且預後佳良。雖然，吾人必須密切注意中毒症狀之有無，而在手術前予以適當之防務，庶幾可以減輕闌尾手術本身之死亡率也。執彼說者，或以其合併症之發病死亡率，以及一切之不良影響，加于手術本身之結果，而加警惕，無怪其以時間，為手術之適應或禁忌之準備也。

(二) 在下述情況下，可行保守療法：

(甲) 原發性闌尾炎：此時闌尾炎之病狀，不過為全身病狀之一部，故應注意全身療法，不宜專注視於局部，若早期施行手術，其死亡率極高，可達100%。因病人之抵抗力，本極薄弱，在手術之後，更行減

低，故其預後，至為不良！因此在有關尾炎時，必須檢查其咽喉，如發現有急性扁桃腺炎時，只能給以 Sulfanilamide 內服，並作多次鑿血，以增加病人之抵抗力，俟膿腫局限後，再行手術。

(乙) 瀕危之情況在發病後，患者經較長之時間延誤，每合併中毒症狀及惡液質，手術後之死亡率至高故不能施行手術，只能行保守療法。設法增加其抵抗力，俟病況漸好後，再行手術。

(丙) 如遇有關尾炎在設備欠缺情況下，不能作手術時，亦可行保守療法該法為 Ochsner 氏之倡導亦曰 Ochsner 氏治療法，其實施法如下：

(一) 絕對臥床休息務使患者身體及精神，俱能得到休息，飲食便畢，均至床上行之。

(二) 半坐位使患者坐起，而靠在休息架上，其背部與床位成一45度角，因此時腹內有滲出物，必因其重量，而溜留在骨盆內，骨盆內之腹膜，其抵抗力大，吸收力小，可減少病人中毒病狀，又在骨盆內，生有膿腫時，以其部位最低，故可得最低地位之引流，如在有腹膜炎時，不取半臥位，而取平臥仰位，則膿汁可沿上行結腸經毛細管吸吮作用，而至肝臟上層，構成橫膈膜下膿瘍，或入其他之腹膜腔袋 Cul-de-sac，而使引流之發生困難，且其吸吮力大，能吸吮多量毒素，使病人呈重篤中毒症狀，死亡率增高，故應設法預防之。

(三) 只能飲水，不能進其他食物，在疾病初期，如果增進腸蠕動，則能增加傳染散播機會，如使腸靜止，易使炎症局限，食物為推進蠕動之最好因素，故在疾病初期，不能進任何飲食，至於液體，易於吸收，並可防止胃腸之饑餓性收縮 Hunger Contraction 故可予以少量，經過相當時間，俟炎症局限後，才漸漸增進食物，緩緩增加數及量。

(四) 經口藥物之注意，瀉劑能引起極強之蠕動，可以促進腸尾之穿孔及傳染之散播，為關尾炎忌之藥品，不可投與，惜在臨床方面，有多數病例，往往診斷困難，按便秘或普通之疝痛處理，而予以下劑，致使穿孔性關尾炎，及瀰漫性腹膜炎為其轉歸，重者每可死亡。

(五) 止痛劑在診斷未明，治療方針未決定之前，決不可用止痛劑，因疼痛雖暫告終止，但炎症進行，並未停止，患者往往誤認已癒，而自由行動，自由飲食，而終致險危！然在診斷既明，及治療方針確定以後，(行根治手術或保守療法)，則須即用止痛劑，以減輕病人痛苦，使其精神舒適，暫時入睡，且減輕蠕動，病勢靜止，麻醉順利。

(六) 液體之補充：應給予病人以充分之液體，以防止中毒及脫水病狀之發生。此時患者不能經口攝入其補充之法，可行皮下鹽水或靜脈內注射鹽水或5%葡萄糖液，其用量依年齡及轉歸而異，如採用 Murphy 氏滴法，在成人其總量每廿四小時，可由3000至4000公撮云。

(七) 白血球之計算：如採用保守療法時，在炎症未完全消退之前，每二小時應作白血球一次如白血球增高，炎症有轉劇之傾向時，則應立即施行手術云。

(八) 檢查：有行保守療法時，每日須作多次腹部輕診及肛門檢查，俾可隨時理解病勢。

茲將美國 H. H. Davis 及 C. W. McLaughlin 兩氏，治療急性關尾炎 963 人之結果摘錄如下，以供參考 (S. G. O. March, 1940)

分類	平均患病日數	治療方法	病人數目	死亡數目	死亡率
未穿孔者	1	關尾摘出術	784	4	0.5%
已穿孔有局部腹膜炎者	2.1	關尾摘出及引流術	93	5	5.4%
已穿孔有全部腹膜炎者	4	早期手術	17	1	60%
		晚期手術	14	2	14%
關尾膿瘍	9	引流術	50	4	8%
瀕危者	5	保守療法	5	5	100%
總計			963	30	3.11%

六：病案報告

在過去一年中，於廣西省立醫學院附屬醫院中，共見有急性闌尾炎者五十餘例，茲特選出病案三起報告，證明在處理急性闌尾炎時，必須按照上述之治療原則施行，方能得到佳良之結果也。

病例一：男，四十一歲，廣東，于卅一年六月十七日入院主訴為右下腹部疼痛，已90小時，疼痛初在臍部，旋移至右下腹部為持續性，加劇時疼痛增劇，于發病六小時後，有嘔吐多次，大便正常。

在過去一年中，雖有三次同樣發病，第一次在十三個月以前，第二次在十個月以前，第三次在七個月以前，均經用熱敷及臥床休息，經過約一星期之久，而自行治癒，此次發病後，經用同樣方法無效，特由興安來桂林求治。

檢查，見患者發育及營養均佳，惟面部有痛苦狀表露，頭頸、心臟及肺臟均屬陰性，闌尾下腹部有壓痛及肌肉緊張，並可觸到一硬塊直徑約3×4Cm大，以Mc Burney點為中心，Rovsing氏徵象陽性，直腸指診陰性，小便檢查無異常，白血球為17630，當時診斷為慢性闌尾炎之急性發作，且經穿孔，合併局部腹膜炎，當即施行手術，在腰麻下，經行Mc Burney氏切開，見腹膜充血肥厚，腹腔內已有黃綠臭味之膿汁，闌尾與周圍粘連極多，其尖端極粗大，且有穿孔，經將闌尾切淨，腹腔引流，經過至為佳良，手術後十六日，創口痊癒出院。

此一病例，證明急性闌尾炎，雖可用保守療法，使其炎症消退，然如其不將闌尾摘除，不能防止其反覆發作，最後且致穿孔，若炎症得以局限，雖在發作90小時後仍可施行根治手術，早復其健康也。

病例：黎太太，三十九歲，女，已婚，于三十一年三月九日入廣西省立醫學院附屬醫院求治，主訴為右下腹部疼痛，已七十二小時，疼痛初在上腹部，後局限於右下腹部，發病後有嘔吐多次既往無同樣病史，入院時見發育及營養均屬中等，面有病容，神智清楚，咽喉無發炎狀，腹部膨脹，右下腹部有著名壓痛及肌肉緊張，尤以Mc Burney氏點為最，Rovsing氏徵象陽性，直腸指診陰性，小便正常，白血球36000 T. 37度 P. 90當時診斷為急性闌尾炎，遂即施行手術，將闌尾切除，見闌尾甚粗大，約大於正常者三倍，表面充血，且有數處漿膜下出血及蜂巢組織炎現象，腸繫膜死症狀最為著明，闌尾內面有黃石，手術後經過良好，于第十四日痊癒出院。

此症為一急性闌尾炎，已過七十二小時之病例，闌尾內有阻塞，又有壞死及穿孔之傾向，白血球增加之甚，亦可推測其病理變化，雖發病已過72小時，如能及時施行手術，其恢復亦至速，否則如行保守療法，闌尾穿孔毫無疑義，必延長病程增加危險云。

病例三：司○○，男，五十一歲，於卅一年三月十六日入廣西省立醫學院附屬醫院求治，主訴為腹痛已有四天疼痛初為全腹性，數小時後即局限於右下腹部，無嘔吐，自發病後，每日服瀉藥一次，故大便通暢，惟疼痛不見減輕，故來求治，在既往數年內，曾有同樣病狀多次。

檢查，見患者發育及營養均佳，神智清楚，面有病容，咽喉正常，心肺無病狀，右下腹部有肌肉緊張及壓痛，並可觸有腫物，約有4×5Cm大，直腸內指診有觸痛處，右髖關節之伸縮均感疼痛，Rovsing氏徵象存在，小便無病狀，白血球11400，當時診斷為慢性闌尾炎急性發作已穿孔並有局部膿腫形成，手術時見右腹腔內粘連甚多，闌尾為隱後位，已為大網膜包圍，並與之緊密粘連成一球形，中有少許膿汁，將闌尾摘除後，加以引流。手術後經過尚好，于六個星期後，創口痊癒出院。

此病例示一慢性闌尾炎之病人，如不施行根治手術，不能防止其再發，在發作時期，服用瀉劑，則增進腸蠕動，促進闌尾穿孔，幸炎症已局限，否則其為害甚大，是故瀉劑之應用，不可不慎也。

七，結論

【一】對急性闌尾炎之病因，病狀，及療法，有所討論。

【二】本文報告病案三例。

附 誌

本文承廣西省立醫學院外科主任吳公良先生，多方指導及幫助，特致謝忱！

主要文獻

- (1) Da Corta Modern Surgery,
- (2) Homans A textbook of Surgery,
- (3) Boyd Surgical pathology
- (4) Cope The Early diagnosis of the Acute abdomen.
- (5) S. G. O, March, 1947,
- (6) The American Journal of Surgery August, 1941
- (7) Archives of Surgery July, 1939

對氨基磺醯胺 Sulfanilamide 及其衍生物之治療應用(續完)

廣西省立醫學院醫學士

莫福庸

VI 劑量及用法

色芳里邁 (Sulfanilamide) 雖已廣被應用，然其劑量每因醫生個人之意見而不同，在臨床上常有因劑量而致中毒或劑量不足而不能達到治療的目的，故在此不無討論之價值，一般嚴重之疾患，如溶血性鏈球菌性傳染及氣疽桿菌傳染等，宜用大劑量，在相當嚴重之傳染時，亦宜給以大劑量，其劑量之適合標準以血液中所含藥物之平均濃度為斷，即在重症患者每百公撮之血液中須含有色芳里邁濃度 10—15mg；中等度之疾患，每百公撮中須含 4—8mg，此種血液濃度必須維持至病症有顯明之進步而後可，否則有再發之虞，在藥物給與方法，則須分為等量，每四小時服一次，在特別嚴重之病症更須與血清同時相輔應用以收大效，一般以口服為佳，不能經口服用之患者，可依皮下注射，常用之重碳酸鈉，可同時給與之，以防止酸性中毒，但吾人不必分病症之輕重應一律給與本品為宜，茲將色芳里邁之劑量及其用法列表如下。

表 1:

每百公撮血液內維持 10—15mg，色芳里邁濃度以治療最嚴重之溶血性鏈球菌，腦膜炎球菌，淋球菌及肺炎球菌或 Welch Bacillus 等之傳染。

患者體重	第一次服劑量	每四小時口服量 (保持血中濃度)	第一 24 小時內每公升體重所得藥量	每日重碳酸鈉總量
70 公斤	4.8 克	1.2 克	0.15 克	3.6 克
60 公斤	4.2 克	0.9 克	0.15 克	3.0 克
45 公斤	3.6 克	0.9 克	0.18 克	3.0 克
35 公斤	3.6 克	0.9 克	0.23 克	3.0 克
23 公斤	3.0 克	0.6 克	0.26 克	1.8 克
11 公斤	1.8 克	0.3 克	0.3 克	0.9 克

表 2.

每百公撮血液中維持色芳里邁濃度 4—8mg 之劑量。

患者體重	每日用量	每四小時用量	每日重碳酸鈉總量
70 公斤	5.4 克	0.9 克	3.6 克
60 公斤	5.4 克	0.9 克	3.6 克
45 公斤	5.4 克	0.9 克	3.6 克
35 公斤	4.2 克	第一次 1.2 以後 0.6 克	2.4 克
23 公斤	3.6 克	0.6 克	1.8 克
11 公斤	1.8 克	0.3 克	1.2 克

各種疾患之劑量除已分別記載外，茲將每病採用上列二表者列表如下。

表 1	表 2
鍊球菌性腦膜炎	猩紅熱
鍊球菌性肺炎	產褥熱
鍊球菌性膿胸	丹毒
鍊球菌性敗血症	蜂窩織炎
鍊球菌性口炎	鍊球菌性扁桃腺炎
鍊球菌性喉頭炎及氣管炎	鍊球菌性中耳炎
肺炎球菌性腦膜炎	肺炎球菌性中耳炎
腦膜炎球菌性腦膜炎	淋菌性眼炎
氣性壞疽	淋菌性關節炎
	波動熱

如在某種劑量下不能將傳染制止，則須將藥量再行增加至病症減退為止，在嚴重之傳染時至體溫恢復正常後最好再繼續每四小時劑量三四日，然後減少 $\frac{1}{2}$ 或 $\frac{1}{3}$ 繼續二三日，如一切症狀已完全轉佳，則可再行酌減，至完全痊癒後方可停止服藥，如是則傳染再發之機會可以制止，在輕度或中等度嚴重之傳染時，至體溫恢復正常24—48小時後，一般可以減少藥量直至完全恢復為止。

如發生骨傳染，如骨髓炎時，乳嚙炎時，及中耳炎時，或開張性傷口，膿瘍，或排膿引流未取出時，雖疾患已恢復，但仍須延長治療一或數星期。

對於外科創傷之應用通常每日口服3—4克即足，外用時5—10克之結晶粉末即足，如為開張性傷口其撒佈之劑量須視情形而定。

如患者發生昏迷，嘔吐不能內服本劑時，則可將色芳里適粉末和以開水，以鼻管由鼻腔灌輸，或製成消毒溶液作注射用，此種消毒液體須經特別配製，嚴密消毒方可應用，其製法如下，

溶媒：用 $\frac{1}{2}$ Molar之乳酸鈉 (Sodium and lactate) 溶液作溶媒，即以1 Molar乳酸鈉液一份，加生理食鹽水五份而成，本溶液中含鹼性物質，故不須再給以重碳酸鈉，以防止酸中毒，如無乳酸鈉時，可用Hartmanis溶液，或生理食鹽水作為溶媒，但須同時給以重碳酸鈉。

將溶媒置於一燒瓶內，使沸2—3分鐘，然後任其冷卻，至無氣泡發生為止，將色芳里適粉末混入燒瓶內，(常用之濃度為1%即以本藥1份混和99份之溶媒中)輕輕振盪，至完全溶解為止，次將此溶液冷卻至37度C、將應用之色芳里適溶液傾入一Kelly氏瓶內，用以注射於患者之肌肉下，普通吾人製就之溶液須足夠24小時之需用量，溶液須保持於室溫內，蓋因冷卻用時發生色芳里適之沉澱也，用時可煮沸五分鐘消毒，本液體如有黃色時即為色芳里適分解證，故須棄置不用。

劑量：色芳里適溶液，僅用於嚴重性傳染，其劑量較口服量為多，其第一次劑量須等於全日口服量之半，然後每隔八小時給以全日口服量 $\frac{1}{3}$ ，即：如全日口服量為12公分，則須以6公分之藥劑溶解於400C.C之溶媒內，作為第一次注射量，以後每隔八小時以4公分藥劑溶解於400C.C.溶媒內注射，如是24小時內藥劑總量為14公分。

關於血液內色芳里適濃度之測定，至今尚無一簡便方法；Marschall氏法雖較易施行，然須用化學藥品甚多，故從略。

V, 色芳里邁之吸收分佈及排泄

關於色芳里邁之生理作用智識，經學者研究之結果已給吾人以滿意之解答，據試驗之結果色芳里邁經口服用後即全部由消化管吸收，其吸收最盛時期為在四小時以內。以後血液內之色芳里邁濃度，迅速降低，至16—20小時後漸漸消失，據 Marshall 氏以犬作試驗之結果給以一次內服色芳里邁後，在四小時內即吸收完全，且在溶液狀態給與時則較給與片劑或粉劑時為快。

色芳里邁經腸管吸收後即分佈於身體內各部組織，組織液及血液中，且濃度均一致，本劑可浸透入骨髓而達到腦部，可由母體血液而達到胎兒之血循環，Lee et al 氏並謂在羊水內可發現色芳里邁。Bauer 及 Gunderson 兩氏實驗結果證明乳汁內可有色芳里邁存在。

色芳里邁幾全部由腎臟排泄，據試驗結果，由尿排出之色芳里邁幾佔內服總量90%，腎臟排泄色芳里邁之機構初由腎絲球過濾後由尿細管大量吸收，其排泄量可因供給大量水份而增加，由尿排出體外之色芳里邁，其中大部份仍屬活動性色芳里邁，小部份為不活動之 Acety 衍化物，其份量之比例為4:1，腎臟機能正常時色芳里邁可以迅速排泄，如患者在一定時間之期間，有規則的服用一定量之色芳里邁，則在2—4日內其吸收與排泄保持平衡，停止服用後則在2—3日排泄完全，如腎臟有機能障礙，則不能如正常之排泄，如是大部份之色芳里邁積著于腎絲球內，復被腎小管吸收，色芳里邁除大部經尿排泄外，其小部可由乳腺及汗腺排泄 Stewart 與 Pratt 氏試驗結果，謂乳兒于飲過服用本劑之母乳後，其血液及小便內均可檢得該藥之存在，汗腺能排泄本劑，亦已經 Highman 氏試驗證明。

VI 色芳里邁之毒素及副作用

在臨床上服用色芳里邁後常有中毒現象及引起副作用，此種現象尤以個體對於本品有過敏性之患者為甚，其最常見之中毒現象為食慾不良，嘔吐，惡心，頭昏，腹痛，及發紺 (Cyanosis)。90%之患者服藥後有此種情形，又酸中毒，及皮膚發疹亦屢屢見之，其最嚴重之副作用為急性溶血性貧血，肝臟炎，黃疸，及顆粒性白血球缺乏症。因白血球缺乏而致死亡者亦曾有數例報告，對於藥物有特異性者，每於服藥後發現溫度之反應，故在體溫上升時即須停止服藥，不得已時可先給以小量試驗，於12小時內無體溫上升時，即可增加用量。故服用色芳里邁之患者以住院最宜，俾其觀察其一般之情況以防不測。

色芳里邁對於各部組織之中毒症狀分述如下：

1) 神經系統 a 昏迷：為最常見之症狀，尤以門診患者為多，酒精能增加昏迷，故在服用色芳里邁時必須絕對禁用。

b 頭痛：為發熱，皮膚炎，急性溶血性貧血的前驅症狀，有時在服藥初期即覺不適，食慾不振，惡心，嘔吐，門診患者如有惡心嘔吐即須臥床靜養。

c 中樞性或末梢性神經炎在治療期中亦有出現，Buey 氏報告一病例患骨髓炎之女孩，僅服0.3公分色芳里邁一片；即引起神經炎而至失明，其原因尚未明瞭，或與個體對於藥物之感應性有關。

2) 發紺：本症與服藥量之多少無關，0.6公分之色芳里邁即可引起發紺，有時大症其發紺之程度亦輕，發紺時患者之動脈血及靜脈血呈黑色或棕色，倘吾人將此種血液與氧或空氣混合，則不復再轉正常之血色，但停止用藥後此種顏色即行消失，發紺之原因迄今仍未能十分明瞭，但據各學者之研究，此或由於硫化血色素或藥化血色素所致，據 Colebrook 及 Keung 兩氏之意見，謂發紺之形成乃由於硫化血色素血症，又在臨床上常見發紺之症狀，而血液並無 Mithemoglobin 又據 Marshall 及 Walze 兩氏研究之結果，謂所致患者之發紺，其血液內並無 Sulfhemoglobin 及 Methemoglobin，而發紺之所以發生者，乃因藥物之氧化產物將紅血球染色所致也，同時 Attenberg 及 Fox 兩氏發現，當稀薄色芳里邁溶液曝露於紫外線下時，即能產生一種紫色素，如紅血球將此色素吸收，臨床上即顯發紺現象。以上各家學說均不能給吾人滿意之解答，但稍有理論根據者，當推 Sulfhemoglobin 或 Methemoglobin 為發紺之成因較為可靠。

3) 酸中毒：酸中毒亦為常見之副作用，Southwarth 氏在 John's Hopkin 醫院中發現15例服用色芳里邁

適之患者其血小板對於二氧化碳之結合力有顯著之減弱。其後 Strauss Southwarth Beckman 三氏發現服用色芳里適之患者對於鈉質之排洩有顯著之增加，血清中之鈉質亦減少，如是引起酸中毒，此種現象最近並經 Jourly 及 Engelfrid 二氏證明，因避免酸中毒之發生，故一般給以重碳酸鈉，然據最近 Hartmann 氏報告色芳里適並不能引起酸中毒，而臨床上所顯之症狀乃係過度交換性鹼性中毒 (Hyperventilation Aype of Alkalosis) 所致，並謂如再給以鹼性物質時，徒增患者之危險耳；但在臨床上之經驗，服用色芳里適後給以重碳酸鈉，于治療期中仍屬最有益于患者之舉。

4) 發熱：本症亦常出現，Hageman 及 Blake 兩氏報告謂 134 例服用色芳里適之患者，其中有 15.6% 發熱，其發熱之特點，普通為服藥後一定之時間內發生，通常在第七日至第十日之間，快時可在第四日或遲在第十三日，發熱為突然上昇，且有時伴發皮疹，發熱亦為肝臟炎急性溶血性貧血及鹼性白血球減少等症之前驅症狀，故在服用色芳里適後如有發熱，即可視為嚴重之警告，為醫師者必須即刻停止用藥，留心觀察患者之一般情況。

5) 皮膚炎：色芳里適能引起皮疹為臨床上常見之事，以疹之型式甚多，如類丹毒型、紅斑型、剝脫型麻疹型，紫斑型，膿疱型、猩紅熱型及尋麻疹型等，其發生之時間可在治療後數小時，亦可在停止服藥後發生，其持續時間不定。

6) 腎臟之障礙 Colebrook 及 Kenny 二氏報告色芳里適可以引起血尿，據實驗結果證明以 Sulfapyridine 飼鼠及猴，發現其尿中有針狀結晶或成之凝塊，此種結晶已證明為 Acetylsulfapyridine，臨床上之血尿其成因即此物所致也，又據 Southworth 及 Cooke 報告三例之肺炎患者，以 Sulfapyridine 治療，不但發現血尿且有腎石樣痛，其症狀類似闌尾炎，此當係 Sulfapyridine 結晶堆積至輸尿管閉塞所致。

7) 肝臟炎：關於色芳里適及其誘導體對於肝臟之損害報告甚多，肝臟炎時同時出現黃疸及肝臟機能降低，但急性溶血性貧血並不同時出現，其發生時間多在治療期中或停止治療之後，剝脫性皮膚炎亦常繼肝臟炎發生，對於肝臟炎即須停止服藥，給以大量之液體，其食物必少脂肪而富于碳水化合物。

8) 對於白血球之障礙：色芳里適對於白血球之數目無甚影響，但有時能引極嚴重之中性白血球缺乏症及鹼性白血球缺乏症，此種併發症之原因，迄今尚未能完滿解釋。

9) 對於紅血球之障礙為輕度溶血性貧血，其特徵為赤血球及血色素數目的減少，輕度的網狀細胞增多，及繼續的尿膽素尿 (Urobilinuria)，此種貧血在臨床並不重要，仍可繼續服藥，如血色素降至 60% 以下時，可能時行輸血。

臨床上有時發生急性溶血性貧血，即突然發生血色素尿，紅血球數目即降低，黃疸及肝臟機能障礙，其發生時間多在服藥後第一星期，此時停止服藥，給以多次輸血最為有利。

10) 精系的障礙：John's Hophin 醫院曾作試驗證明服用色芳里適後可以影響精子之產生，1938 年 Jaudert 及 Hotz 兩氏以色芳里適治療 23 例淋病患者，結果其中 30.13% 之精液正常，精虫稍為減少者有 30.43% 精液減少者 30.43%，至於本劑對於女性之卵子有無影響，現今尚未有報告。

11) 其他的毒性作用：據臨床上之報告色芳里適能引起心臟跳動不整，心肌變性等症，但臨床甚少見。

7 禁忌症

在服用色芳里適後，如有中毒症狀出現，則輕症者加以嚴密之注意，重症者即須停止服藥，供給大量水份，以促進其排洩防止酸中毒，同時給以重碳酸鈉，在急性溶血性貧血或鹼性白血球缺乏症時，須施以輸血療法，給以肝及鐵製劑之注射，大量富於維他命之食物，色芳里適雖能引起各種之中毒症狀，然在治療觀點上，吾人不應加以嚴格之限制，蓋因其毒性既少，而治療效力大，故吾人在投藥之先切不可有恐懼之觀念，致延治療時期，關於應用色芳里適之禁忌症甚少，下列數事亦僅稍堪注意而已。

1) 患者對於色芳里適有發生反應之歷史，但吾人在投藥時如能稍加注意，即可避免其再發之危險。

2) 續發性貧血時本不應服用本藥，然此種疾患乃係鍊球菌傳染所致之合併症，如將傳染撲滅，則症狀自然消失，故在本症仍可服用色芳里邁。

3) 患者之白血球減少症吾人不能視為禁忌症，蓋因溶血性鍊狀菌傳染之患者，其白血球數雖降低，然以色芳里邁治療傳染後，其白血球立即顯著增加。

4) 黃疸亦非禁忌症，因傳染治愈後，黃疸亦隨之消失。

5) 酸中毒可因同時服用重碳酸鈉防止。

8 服色芳里邁後之補助治療

患者服用色芳里邁後，應採取何種方法，使藥發揮其效力而達速治療之目的，吾人須注意下列諸端：

1) 食物：臨床上常限制患者吃含硫之食物，此點雖無實驗根據，然依一般習慣以禁止卵類及洋葱為佳。

2) 水份：每日水份之攝取以不超過5000—6000C.C.為佳，在輕度之傳染每日水份約3500C.C.，但小兒不得超過此數。

3) 其他藥物：一切其他藥物可在服用色芳里邁時可以應用，但以食鹽水瀉腸，Cascara及一切礦物下瀉劑一般禁止。

4) 輸血：服用色芳里邁時，輸血甚有價值，但須在一定條件之下即(一)貧血時，(二)患者需要特異性細菌抗體時。

5) 外科治療：同時外科法排膿，常能加速疾病之恢復期。

A) 急性單純性溶血性鍊球菌及肺炎球菌之乳膏炎，可不必行外科療法，乳膏切除非緊急需要。

B) 鍊球菌性淋巴腺炎對於色芳里邁之感應性甚大，故不必行外科療法。

C) 膿胸患者可行胸腔穿刺。

D) 產褥熱合併子宮周圍炎及局限性腹膜炎時，僅以色芳里邁亦能發生極良好之結果，故不必行外科療法。

E) B. Weleh'傳染應用重劑色芳里邁治療時，則可免除截斷術。(但須徹底作Debridement)

9 結論

化學療法係綜合化學細菌學及治療學三種科學而成，其目的是在找尋一種於病原體有絕大毒性而對於宿主極少毒性作用的特效藥，色芳里邁及其衍生物達到相當的成功，雖然目前它能主治的疾患已達數十種之多，其類似化合物已製備者已超過八百種以上但是還未能達到登峯造極的境地，目前它斐然成績只不過是它蓬勃的開始而已。

關於色芳里邁及其衍生物之作用機構如何，至今仍未能正確闡明，對於濾過性毒的癌腫及有堅強保護性蠟膜的結核菌的效用亦未能實驗成功，願吾輩埋頭研究努力趕上，苟一旦有新製品發明，則人類之幸福實非可限量也。



腎臟結核及水腎症臨床之討論

廣西省立醫學院外科教授

吳公良

病例報告 例一

馮〇〇，女姓，廿七歲，住院號856 主訴：小便末梢血尿及右腰部疼痛已六閱月，近一年來，患小便頻數，晝間八至十次，夜間七至九次，且小便時感覺膀胱部之疼痛，以往向無咳嗽及咳血歷史，亦無盜汗及其他肺結核之嫌疑，曾生四子均健在，入院時檢查：見患者高度羸瘦，蒼白及呈脫水狀態，肺部檢查：見有右肺輕度結核症。腹部檢查：右上腹部有一腫塊，形如蠶豆，約9公分長6公分寬，硬如橡皮，且隨呼吸運動上下移動，又有輕度之壓痛，婦科檢查：見子宮正常，惟尿道肥厚如鉛筆狀。X光線檢查：見右肺上葉有浸潤，腹部透視未發現有異常之陰影及腎臟部石灰化灶之存在，實驗室檢查：赤血球3 000 000白血球40 000血紅素60%尿中含有中等量蛋白質，尿殘渣中見有大量赤白血球及多量之結核桿菌，赤血球沉降速度第一二小時平均為30 m.m，膀胱鏡檢查：見膀胱中尿液混濁，膀胱壁黏膜著明充血，其餘不能觀察清晰，膀胱中殘餘尿量為40 C.C.最大忍受量為150 C.C.以稀備器係不能行血液化學分析，及靜脈腎盂攝影術。乃於八月四日在右腎結核症之診斷下行右腎摘出術。係從右腰際切開，手術所見：右腎四周之脂肪墊已消耗萎縮，腎臟著明增大達13×8cm，周圍與腹膜黏著甚多，不易剝離，且腎臟已有多數囊瘤狀乾酪化病灶，表面菲薄如紙，經精細剝離後始得完整游離，腎莖部經用持莖鉗固，離斷後加以縫合輸尿管著明肥厚，其直徑達1cm，輸尿管經切除五公分，納三捲烟引流入於創傷深部，創傷用層次縫合。手術後創傷如期愈合，一般情形稍見好轉，惟膀胱痛仍未減輕，術後四星期後，行養氣膀胱洗滌法，漸見效果，現仍在治療中，病理檢查：腎臟廣泛性乾酪化，已無正常組織存在，輸尿管壁著明肥厚，管壁有多數結核灶存在。診斷：右側腎臟輸尿管及膀胱結核兼右側肺結核症。

例 二

胡〇〇女性，十四歲河南戰區難童，住院號45 主訴：疼痛性血尿已二年近二年來，患小便含血及頻數症，晝間達二十次夜間達十五次，自二星期來，有盜汗，既往症無肺結核之嫌疑，腹部亦無不適，檢查見一般情形尚好，惟柔弱蒼白，呈苦悶表情，右側季肋椎骨角內有著明壓痛，腹部未發見有腫物及壓痛等，肺部及腹部X光鏡檢查均屬陰性，血液檢查：赤血球3 600 000白血球12 000血紅素60%尿內蛋白弱強性，殘渣中有多量赤白血球及結核菌之存在血球沉降速度第一小時與第二小時平均為35 m.m 膀胱鏡檢查見膀胱壁有潰瘍存在，輸尿管口不能清晰認出。以診斷之必要乃行探查開腹術，手術時見腹部有少量液體存在，澄清漿液性，腸管及腹膜上有多數小乾酪化灶存在，大如小米，腸管呈一般之肥厚，無閉塞之現象。傷口如期愈合，手術後四星期即行右腎切除術，右腎腫大約8×5×3cm，呈囊瘤狀，且與周圍腹膜及脂肪莖著明黏連，經精細剝離後游離切除，輸尿管現輕度之肥大，經切除3公分，手術後一般情形良好，創傷如期愈合。病者在四星期後出院療養。小便狀稍見進步，現仍在行養氣洗滌治療中。病理標本檢查未發現有輸尿管結核患腎已全部乾酪化不能發現正常組織，診斷：右側腎臟結核兼腹膜結核。

討論：按腎臟結核症並不罕見，據美國方面統計，入院病人中約有 2% 為結核患者，所有結核患者中有 5% 呈泌尿器結核之症狀，其中 3% 則確定有泌尿生殖器之結核性病變，在中國雖無確切之統計，諒以結核病之普遍，其百分率當不止此數。男性患者較女性患者約多一倍，多發生於三十至四十歲間，多為一側者，兩側同時發生者佔 36%。

病理及病原：泌尿管受結核菌之感染，其途徑有三：

(一) 由於血道傳染者：患者患有他種器官之結核結核菌經血道達於腎臟，侵入其實質而引起者，此種可能性最大，按泌尿及生殖器官之結核患者，40% 以上患肺結核，且在病理解剖時，屢見粟粒結核性腎臟炎，乃此種感染之實例。

(二) 由於淋巴道傳染者：患者患有腹膜後腔淋巴腺結核，脊椎結核，或如第二例然患有腹膜結核其傳染之病原菌，經泌尿管外壁之淋巴道達於泌尿系統者。

(三) 上行性傳染或下行性傳染；原發之病灶在前列腺，精囊或膀胱，其傳染物質沿尿管上行，達於腎盂腎盞而及於實質者曰上行性傳染，如其原發灶在於腎臟實質，其傳染物質經由輸尿管傳導入於膀胱，引起膀胱炎或膀胱之結核性潰瘍，或有達於生殖系統如前列腺精囊副睪丸等者，曰下行性傳染。由一側病變之下行性傳染，又引起對側之上行性傳染者亦不罕觀。

病變侵入腎臟以後，每視其感染之途徑之不同而其初發灶所在地亦各異。經由血道傳染者，每先在髓球體及實質內發生病變，遲早必引起腎盂之乾酪化壞死及擴張。概在腎盂部位，以其處境之特殊，每在傳染之尿液滯留滲漬時引起傳染成為膿瘍也。腎臟患有結核症時，尿液中含有結核菌者幾佔 40% 以上。故尿中結核菌之存在，常為本病之第一徵象。含有結核菌之尿液沿尿管下行，止於膀胱，故常在輸尿管之膀胱端周圍引起結核性炎症或潰瘍。再行擴張至於膀胱三角或膀胱之全部。故結核性膀胱炎必可見於每一個病例也。

男性之泌尿器官與其生殖器官在解剖學上有密切之連絡，故約有 5%—9% 之病例合併發生副睪丸炎及前列腺炎。以此關係，結核症之發生於男性之泌尿器官者，其預後較為不良。

病變之易於發生於腎盞部也，與生理解剖學之關係甚大，按每一腎盞部有多數之肌肉管轄，專司腎盞部位尿液之充盈與排洩（如圖一）。在腎盞及腎乳頭之周圍有弓形靜脈（圖一之虛線），此小靜脈係注入乳頭間之靜脈叢再入於腎靜脈者。

腎盞及腎盂之排水力學亦極饒興趣，腎盞排尿之程序分充盈期及排洩期。在充盈期提穹隆肌，腎盞長肌及腎盞括約肌均弛緩，獨腎盂括約肌收縮，使尿液滯留，及其內壓達於三十公厘水銀壓時，即行開放。此時腎盞括約肌弛緩，則尿液被排入腎盂中為排洩期。此為正常排尿之機能，一旦腎盞中尿液過度充盈而男界生理範圍以內時，一部之尿液則反流入於腎小管中。將來或經腎小管吸收，或經淋巴道吸收或再重入腎盂。其他之可能即一部之尿液反流入於腎囊中侵入組織內，呈尿外溢之現象，將來再由淋巴道吸收（見表一）。如其充盈在短期內增加壓力過高，而引起外傷性之充盈時，則可引起穹隆部之損傷。尿液反流入於腎囊中，侵入弓形靜脈或入於組織中，而經淋巴道吸收。

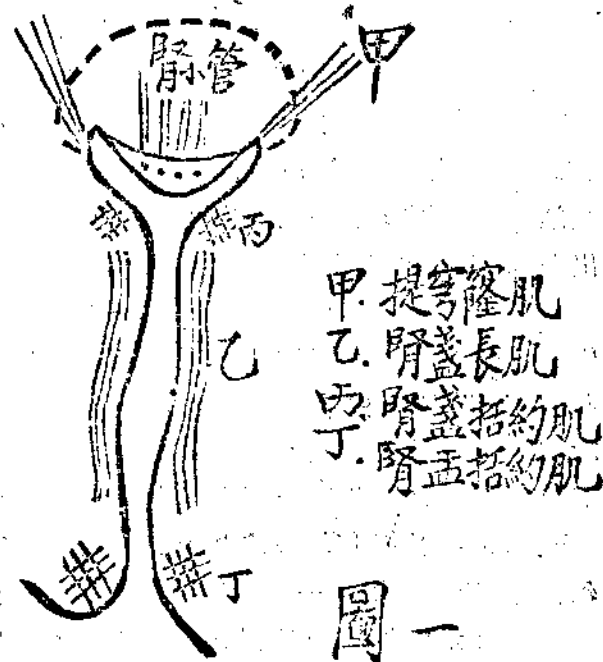
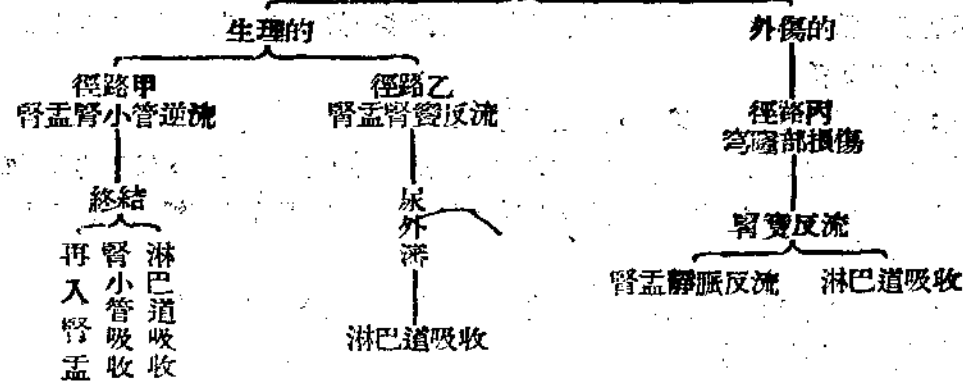


表 一
充盈壓力



見Journal of Urology January 1940 P. 145

以上之水力學反流作用，為構成病原之要點，概一旦傳染侵入，則不僅組織脆弱，易受侵害，加以尿路因炎症發生阻礙，即腎盂及腎盂中之壓力當亦著明增加，故腎小管腎竇及其周圍組織，靜脈及淋巴道多易受害也。

症狀：主要之症狀有三：(一) 疼痛：疼痛多發生於腰際，以患側之季肋椎骨角 Costo-vertebra Angle內者為多。由輕度之不適，痠痛以至於急性之痛均可見之。有在排尿時引起恥骨上部膀胱痛者，疼痛之症候約有亦於70%之症例。疼痛之存在每有引起腎石痠痛及急性蘭尾炎之誤診者。(二) 血尿：80%之症例有血尿之存在，有時僅於顯微鏡下見之，有時或有血塊及大量出血引起休克者，故凡有血尿症狀之病人必須切實搜獲結核菌之存在，不可輕下診斷。(三) 排尿障礙：小便頻數，夜尿增加者佔60%，至於合併結核性膀胱炎時，小便頻數有達每十分鐘一次者故睡眠頗多障礙，以膀胱三角部之炎症佔有100%之症例，故尿急頻數之症候可於每症例中見之。約有30%之症例因輸尿管之狹窄而引起阻塞等可致一側之水腎及輸尿管擴張症。除以上之三主要症候外，其他一般之結核病症狀，如咳嗽，潮熱，盜汗，體重減輕，食慾不振等亦可為診斷之助也。至於腎臟腫大可以觸知者則不多觀(如症例一)。手術摘出患腎以後，症狀大部可以立時消除，惟膀胱炎之治愈則為當前唯一難予解決之問題，故腎臟結核非早期予以診斷及根治不可。

預後：視腎臟結核之病理變化而以其相等之程度之病變位於肺中，則其一般之症狀嚴重性將百倍於腎臟結核矣，其理安在？概腎臟有特殊之機能焉，(一) 據美國Hinmam氏言，凡一側腎臟患有病變則健側腎臟可在最短時間內完成所謂「對側平衡性腎臟功能」Counter Balance Renal Function of Hinmam使患腎得以充分之休養，俱可早獲痊癒，直至健側亦受波及時始再分擔其工作。此種腎臟功能如以靜脈腎盂造影術診斷之，則可充分明了。在患病限於一側時，造影劑之達於患腎者極少，且一旦入於患腎則其排出時間較諸健側者延遲多多矣。

(二) 據德國Zuclerkandl氏言，一側腎臟結核或受他種侵害時則身體本部對之使其機能減弱，輸尿管萎縮，使其呈不活動狀態，並漸漸石灰沉著，一任其入于荒蕪狀態中。除仍供給其血液循環外，宛若已將患腎摘出者然，曰「自家腎臟摘除機能」Autonephrectomy，以此二主要之腎臟特異機能，腎臟結核之預後，較諸肺臟結核者，改善多矣，雖然者，腎臟結核患者死于腦膜結核、全身粟粒結核及尿毒症者仍不多。其生命之延續時間，按美國Rafin氏最近之統計：單獨側之腎臟結核，手術後生活二年者佔17.2%，三至五年者佔17.8%，六年以上至十年者佔61%，十年以上者佔48%，二側病變者僅可生存二至三年，然有美國Randall氏報一告側兩側腎臟結核，生存佔二十六年尚在人間者。

診斷：本病之診斷，有賴于詳盡之病曆，概9%之症例常合併生殖器結核，40%合併肺結核也。排尿頻數，夜尿增加，體重之減輕，全身脫力，以及本病之三大主要症候等均可使診斷容易確定。一般之檢查

：應注意肺及其他各部之結核，如骨結核，脊椎結核，腹膜結核腸結核等。實驗室之檢查：需注意每日尿量之多寡，及每次尿量尿之殘渣性狀及結核菌之有無。在菌數過少者，可行濃縮法及天竺鼠動物接種法證明之。

腎臟功能檢查：可用 Phenol Sulphphthalein 1c. c. 注入靜脈內，亦飲水 200 c. c. 在第一小時及第二小時末將尿分別儲藏，加苛性加里適量，使尿成爲鹼性，乃立呈紅色，再將尿液稀釋至 1000C, C. 後再與標準對比，以紅色之深淺決定其色素排洩功能，藉以測知腎臟之功能也。正常數爲 60—80%。血液化學方面變化亦屬重要，血中非蛋白氮 (Non Protein Nitrogen) (正常爲 20—24mg%) 尿酸 (Uric Acid) (正常 2—5mg%) 及二氧化碳接合 (cc2 Combining Power) (正常 0—15c.c.) 等，均可測定尿毒症之有無，而可預測其預後，以上之檢查，如已完備乃可行肺部之 X 光檢查，及腹上部之普通 X 光片檢查，如能發現有腹後腔石灰化之腎臟及淋巴腺之陰影者。診斷已可大體決定。

膀胱鏡之檢查，在泌尿器結核之診斷上極爲重要，概可發現結核性膀胱三角炎者 佔 100%，輸尿管膀胱端口每稍隆起或高爾夫球穴狀者佔 7%。其他可依病變之進度而有膀胱一般充血或出血點及潰瘍形成之病變。對於殘餘尿量及忍受量亦可藉之測定。如膀胱內壁病變不著明則可施行兩側輸尿管插入術，行分別導尿法，使左右兩腎之尿液流于各個之試管內，不但可以分別行 P.S. P. 腎功能試驗，或 Indigocainrm 腎功能測驗，(取 Indigocarmín 1 c.c. 注于靜脈中，在正常時應于 5—9 分鐘後兩側同時發現藍青色之尿液) 且可查知結核菌由某側表現則患側之確定更爲明瞭。如輸尿管仍甚通暢，則輸尿管導尿管可以插入腎盂中，然後可藉之注入 12.5% Sodium iodide 碘化鈉水溶液入于腎盂內，用 X 光片攝影，曰逆行性腎盂造影術 (Retrograde Pyelography) 用以視腎盂造形之輪廓之是否完整，充盈度之是否完全，以及有否擴張之情形等，爲診斷之最屬重要之步驟。然患有輸尿管結核而引起狹窄，導尿管因之不能插入；或膀胱內壁炎症重篤有上行性傳染之危險者，禁忌使用，逆行性腎盂造影術，而可改用靜脈內腎盂造影術，常用者爲 Uroselectan B 或 Abrodil 等靜脈注射後，行系統 X 光片檢查，其結果不但與前者有同一價值且可測知患腎對此不透光之物質，有否濃縮能力及能否如期將該物質排出。對於腎臟器質及官能性疾之診斷可稱盡善矣。

然自抗戰軍興，藥物器材之所限，一切診斷技術每不能盡如上述，爲求診斷之澄清，可試行探視開腹術決定，(如第二例) 較爲易行。待病者於手術後三四星期完全恢復後，再行患腎摘出術。然須鑒明者，此項探視手術須以最輕巧之手技而行必要之深視，探查後即行縫合。概使病者受最少量之手術休克，而可早期恢復也。

治療：結核性腎炎，如不採用外科根治手術，則決無自愈之望。然以腎臟結核多爲頑疾者，故僅執行根治手術則每不能奏全功。故一般結核之治療原則仍須注意。如維生素及富於蛋白質營養等均甚重要。至於日光療法，則非經證明無顯著進行性肺結核始能酌量行之。

外科手術根治療法。即爲患腎之摘出術，通常最樂於引用者爲腰部腎臟切除術。(圖二)

手術之要點爲採用 (一) 適當之切開線，避免肌纖維大量之橫斷。(二) 將切開線準備可以隨時關閉，俾可使輸尿管之殘留部份可能的減短。(三) 腎臟之外膜與 Gerata 氏筋膜間隙分開，俾便於腎莖之切斷。腎臟外膜必須完整以免傳染物質外溢。(四) 腹膜必須完整，以免將來引流時惹起腹膜合併症。如不幸在剝離時有裂傷時，必須即刻用細圓針及貓腸筋或絲線修補之。(五) 腎莖須先切斷，必須用葉鉗三把一把在腎莖側，二把在動脈側，且須行雙重結紮法，用二號絲綢製貓腸線雙重結紮，在結紮末妥而需放鬆葉鉗時，須緩緩執行，以免脫逸而引致命之出血。萬一此種意外發生，則出血點絕不能見，且創穴區在數分鐘之內爲血液所溢滿。此時萬勿驚恐或用葉鉗亂夾免誤時機，應用右手執鉗，用左手拇指，食指及中指入創內，徒手把持腎莖，而可從容止血。(六) 輸尿管之離斷，以截除愈多愈好，以免引起殘肢之傳染。離斷端須用石炭酸醃于刀上切斷之。(七) 有主張先切斷輸尿管，而在結紮腎莖時將腎臟轉捩，俾可獲得曝露之

便利，有利于手術極多。然以傳染一層言之，常採用後離斷尿管之技術。(八)手術創在縫合前，須放置捲壓引流管三枝，二支短者置于腎莖部，一支長者入于輸尿管斷端處。於手術後第三日內，如無傳染發熱之情形，可次第抽出短者，而將長者縮短如經過良好，可於第五日完全除去之。(九)切開線(如圖二)自第十二肋骨肩胛緣起，沿伸脊椎諸肌外緣垂直下行凡10cm，然後與腰方肌外緣之折中線斜向外下方，沿腹外斜肌之纖維向前下腹部行，全切開線以18—20cm為度。如對輸尿管下端擬予探查者，可以酌量向下延長之。一切肌肉以沿其纖維方面裂開為宜，縫合時行層次縫合。

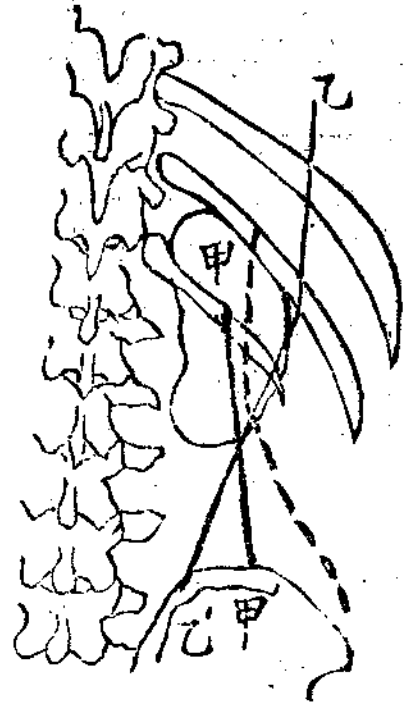
手術前及手術後療法：手術前除對於其診斷須求確實外，應不時注意尿毒症之現象與水分之供給葡萄糖之注射以增其解毒作用，須待一切中毒症狀消除後始可行根治手術。手術後須注意水分之攝取，注意尿量及排洩之頻數。須不時採用P. S. P. 之腎功能測定，如可以達於65%以上者，預後每佳良。如有尿閉者，須行全身溫熱包，以促其發汗。同時須輸入葡萄糖及行鹽水注射。

結核性膀胱炎之處理：膀胱炎之輕微者，手術後每立即消失，然如有重症者，如深部潰瘍，膀胱頸收縮，血尿不止者，每致使膀胱痙攣或癱瘓收縮。殘餘尿量減少，充盈度亦極度減少。故其頻數度已可使患者十分煩惱也。對於膀胱炎之繼續存在者，須注意所剩餘之腎臟是否健全也。對於膀胱炎症，以往向用局部治療，如洗滌後滴入1% Protargol 或橄欖油等以減輕膀胱內細菌與滑潤其內壁，惜著效極微，自1940年由Ketz氏倡用震氣洗滌治療法，(見本刊劉仁麟醫師譯文)以其報告之病例甚為滿意，故本院亦已推行，然以時間問題暫未能下定論也。

膀胱之收縮者，可以利用水力緩緩擴張之，每星期施用一次，逐漸增其水量，以患者之最大忍受量及出血不著者為限。總之，腎臟結核之遺後症每為醫治之難題，非但局部治療必須予以充分之注意，療養院之治療，精神之準備，長期之忍耐，均為不可忽視之事實也。

水 腎

症例：○秀○女性，二十八歲，已婚。四年前患左側腰部痠痛，每次持續達一二日。迄三年前曾尿血一次，在疼痛發作時期，尿意頻數。疼痛多在晚間發生者，是以患者精神倍受打擊，常為此食慾不振，稍形瘦削，且不時有痙攣發作，在痙攣發生時，神志清醒惟稍行錯亂而已，每次持續約數分鐘，迄三小時；每自行停止，向無類似肺結核歷史，入院前，曾在英中央醫院行膀胱鏡檢查：膀胱內壁正常，兩側輸尿管正常，分別導尿標本，左側混濁及有白血球甚多。逆行性腎盂造影術(螢光板檢查)見左腎盂著明擴張，未見有石灰化灶。在本年六月十五日入本院時，體格檢查見精神易於興奮，營養不良，除外科症狀外無可記，腹部檢查：在左季肋部有腫物。上下稍隨呼吸移動，卵圓形，無壓痛，在疼痛發作時(持續約十小時)腫物稍增體積，而壓痛著明。赤血球四百萬，白血球7,800 血紅素80%尿蛋白質陽性尿中有白血球無赤血球，結核菌未發見。血液非蛋白氮20.7mg%赤血球沉降速率第一小時37mm。于七月二日行探視開腹術檢查，見腹部臟器全屬正常，左腎極度擴大，為多發性囊腫狀，上下移動範圍極少。右腎正常。手術



圖二
甲甲 腰方肌外緣
乙乙 伸脊柱諸肌外緣
靈線 切開線

後四星期乃行腰際左腎摘出術，此腎臟皮質非薄如紙者，且與周圍腹膜連着牢固，輸尿管萎縮柔軟，經精細剝離後始完整摘出。術後一切經過良好。於三十日後痊愈出院。病理解剖：腎臟實質全被壓迫萎縮，呈多發性囊腫狀，囊腫間質中可見萎縮之腎實質。在腎盂與輸尿管交界處有結石在焉。大如花生米，不光滑，以其地位之重要，全部尿液不能排出，炎症現象並不著明，且無結核灶存在。

診斷：腎盂結石症，及右側閉塞性萎縮型水腎變性。

病原：按泌尿管系統在任何部份如有阻塞或阻礙，不問其原因為何，均可以引起該部近端之過度充盈，而使內壓亢進。其初起時，肌層漸漸肥厚，後期則脫力而擴張，其在膀胱者，則形成憩室；在輸尿管者，為輸尿管水腫 (Hydroureter) 在腎盂或腎實質者，稱為萎縮型水腎變性 (Hydronephrosis)。此時之腎臟實質，經壓迫萎縮，形成多發性囊腫狀。囊內之液體，如未經傳染，則澄清水樣比重 1002，含有食鹽及其他鹽類；如一經傳染，則化為膿液，曰膿水腎 (Pyo-hydronephrosis) 於是內容壓力再度增加，每在偶遇外傷時，自行穿孔致死。

形成狹窄之原因甚多，以結石為最多，其他則如諸家所報告者，有先天性遺留尿道瓣，前列腺肥大症，管腔外之壓迫或痙攣收縮而引起之輸尿管屈曲，或有因本身之肌肉發育不全，以致不經用過度之壓力較可致上述之症狀，本病女性患者多於男性，為 22:7 之比。概因當習便秘及骨盆者炎症及其他之病病也，在有水腎及輸尿管水腫變化者，其直徑已正恆常者增加四五倍，且原發性病變之在膀胱或其遠端者，本病概為兩側性。本病好發地點為下腎盂，腎盂與輸尿管交接處及輸尿管之膀胱端。

本症之病變，因其囊腔內壁光滑及其內容物之澄清，可與結核性空洞或腎臟癰腫鑑別；以其囊腔與囊腔間有萎縮之腎臟組織，而可與先天性多發性囊腫腎相鑑別，此點在診斷上極屬重要。

關於尿路結石之原因，頗饒興趣，其原因頗多，其一般之原因：(一) 甲種維生素之缺乏症，本病可引起上皮過度角化脫落而形成結石核心。(二) 丁種維生素之過剩，如丁種維生素劑之過度投與，長期過度之日光浴，或日光下勞作流汗，以及骨折 (特以複雜骨折為然) 而經長期臥床者，均可使血中鈣鹽吸收及運用活潑，尿中鈣鹽排泄增加，乃在腎臟或腎盂內沉澱為石，此類病例，已屢經文獻報告及實例證明矣。(三) 副甲狀腺機能過剩症，可以引起大量之骨鈣鹽之吸收，(骨質因而成為纖維質性囊腫性骨炎 Osteitis Fibrosa Cystica) 血鈣過度增高，尿液中鈣質著明增加，在尿路中沉澱結石。(四) 藥物結晶：大健鼠 (Dagenan) 內服大量，在尿路中沉澱結晶，引起血尿或竟成為尿閉者，亦屢見于文獻矣。(參照本報黃麗華君譯述)(五) 血毒症之影響，身體中有傳染之焦點 (Foci of infection) 如扁桃腺病及副鼻腔化膿引起尿路細菌傳染或尿液之膠質安定度之失常，而使沉澱結石。或以死菌為核心，成為結石。一若為死菌細菌堆成紀念碑焉。

局部之原因：(一) 尿路阻塞或狹窄，凡罹有此患者可即引起上行性傳染，非但尿液滯滯引起組織之損傷脫落，即僅傳染之存在，即可使尿液變性鹽類沉澱，以死菌為核心而結石。(二) 先天性畸形如先天性多發性囊腫腎，或多餘之腎臟等每引起結石症之發生。(三) 特殊之尿素分解細菌之感染，如白色葡萄狀球菌，大腸菌，枯草菌，流行性感菌等均可使尿素分解而產生氫質 Ammonia 以是故，尿液成為強鹼性。于是鈣鹽可以析出成為結石。

食餌之于結石形成，亦屬重要，Mc Carrison 氏報告之實驗為世所公認，即用 Cereal diet 五穀之飼法飼養白鼠，使食餌中一切必須之物質均不缺少，僅使磷質減少而已。七星期後泌尿系統內即可形成大量之結石。

食品之含有過量之含水炭素，(如國人之營養) 每引起鹼性尿液，促進鈣鹽之沉澱成為結石。

按上海 Cray 氏稱：食米之經過磨盤細細之步驟次數愈多，則蛋白及脂肪愈少，相形之下炭水化合物即漸次增多。在無錫等地碾米之磨盤多為碳酸鈣質，在每次碾米中，其細粉與米粒精細混合，以至於不能洗去，此種大量碳酸鈣加入食品中，則引起鈣與磷不平衡之現象；而成類似 McCarrison 氏試驗之結果

，成爲結石。在平均精米中含鈣3.2%，糙米中含鈣1.6%，如食米經遇反覆淘洗者，則脂肪蛋白質及甲種維生素喪失過多，亦可引爲結石之原因。

過度之肉食營養者，如多食動物內臟，（肝脾腎心及瘦肉等）每致過量之核酸攝取，尿酸多量之排洩；或在白血病時，組織大量破壞，吸收後引起尿酸多量排洩；或在大量發汗時尿液濃縮，而致尿酸過度飽和；亦均可形成尿酸結石。

鈣鹽及磷酸結石之尿液多屬鹼性，尿酸鹽類結石之尿液多爲酸性。

以上所述及之各種原因中，結石之形成亦決非單純者，一般之原因外，亦必有局部之原因存在。否則則兩側性結石必多於現有統計之10—15%；且患結石側經手術摘除後，而健側復發者亦必多於現有統計之2—8%也。

治療：水腎之治療以滅除其潛伏之傳染爲原則，概水腎而合併細菌傳染，可以引起致命之膿水腎也。尿路消毒劑之Sulfathiazole及其他之Sulfanilamide之類似體之實驗（見本期羅世河君之譯文）均漸見成功。在無混合傳染之全腎變性者，行腎臟摘出術；在一部份腎臟變性者，行腎臟局部切除術；如僅極少部患者，可行保守療法；如有著明之傳染者行腎盂切開及引流術（Nephrotomy or Nephrostomy）。如僅有腎盂結石者，行腎盂切開及結石摘除術；或因小型結石如有症痛者，（大型結石少有引起痛者，概因其地位穩定也，故有喻云小犬較犬易有喧吠也Little dogs make more noise）行保守療法。

保守療法，以食品注意爲要義，應用高脂肪食餌，使Ketone體增加引起輕度酸血症，概鈣鹽結石可用酸性尿液防止之，且尿液酸度在PH5以下者，大腸菌即不宜于生存。食餌以少鈣質，多磷鹽爲宜，以減少尿液之鈣鹽排洩，骨折患者長期臥床者，須慎重使用鈣劑及丁種維生素。強迫飲水可以使尿液稀薄，頗爲重要。所飲之水以軟水爲原則。結石之發生或手術後復發者，每可因食餌之改良而防止之。

原因療法中，須注意水腎之來源，如爲尿管之狹窄及結石之積頓者，須求原因之消除，如因藥物之內服者須停止藥物之使用；及膀胱鏡與及輸尿管之導尿管。（完）

葡萄狀鬼胎

廣西省立醫學院婦產科教授 程育和

引言：葡萄狀鬼胎係一不常見之病例，Madam Boivin 謂於20,000妊娠中一見之Williams 謂2400或3000妊娠中一見之，本院自遷桂以來僅有1300娠婦之記錄，本病曾見兩次，中華醫學雜誌 1931年10月號內曾有記載，其後鮮有見之者，茲將本院所見二例報告如下，並略加討論焉。

病例報告：第一例

患者吳○○，住院號 531，年18，民國卅一年八月五日在本院作第一次分娩，其夫隨其赴前方，至民國卅一年二月初方歸。該婦末次月經爲民國卅一年二月廿日左右，但自於卅一年三月起即有持續之少量陰道出血。於卅一年四月二十六日入院。全身檢查陰性，宮底已增大及臍，未聽到胎動胎心，陰道窺視宮口未開，有少量血液自宮口流出。實驗室檢查除中等度貧血現象外無異常，血壓及尿檢查正常。

有鑒於患者官體大小與停經時之不相符合，葡萄狀鬼胎之嫌疑殊大；然在婦科病歷方面對於患者之末次經期，有時不能作太呆板之解釋，爲避免錯誤，兼以流血不多，經觀察四日，至四月三十日上午直接輸血藥 300C.C.下午照骨盆及下腹部X光片，並未發現有何胎兒陰影。五月一日晨又作宮頸窺視，見其已呈鬆弛之狀，遂引用常規之蓖麻油及奎爾引產法，及晚有大量之出血，即行緊急之取胎術，結果證明診斷無誤。術後患者發熱一星期，經用甘油子宮內注射及服用 Sulanilamide 而愈，手術後第十三日出院。其後患者於六月十日來院復診，經過佳良，雖曾囑其須反復來作觀察，迄未見其蹤跡耳。

第二例

患者伍某某，住院號 578，年三十歲，第一胎順產，女，已三歲。末次月經為三十年十一月二十四日，於三十一年四月十四日起，有持續性之陰道出血，於五月十三日住院。全身檢查陰性，宮底僅達恥骨縫上13Cm處，實驗室檢查除血液呈輕度貧血外Hgb 70%無異常，無妊娠中毒徵象。五月十五日上午引用常規之蓖麻油及奎寧引產法，傍晚自行排出一似完整之胎盆及葡萄狀水泡數個，未發現有胎兒，流血不多。為求宮腔之乾淨，於消毒情形下以手指試探，發現宮腔內已無殘餘組織，兩側卵巢亦未摸得，術後經過良好，一星期後出院。七月一日及九月九日復診，未發現有何病徵。

沿革：

本病在第六世紀已有 Amida 之 Aetius 氏記載，雖其認識不甚清楚。在1565年復有 Schenck von Graefenberg 之敘述。以在葡萄狀胎症之胎兒付缺，故對於本病之來源推測殊多，(a)如 Goeze Percy 及其他諸氏，疑該葡萄狀水泡內含着似狗條虫之組織，於是而有稱之為 Hydatiform mole 者，(b) 或者以為每一水泡即代表一早期胚胎，故有 Countess Hagenau 一次舉 365 胎之傳說，大概係葡萄狀鬼胎之誤焉。至 1803 年，Virchow 氏始稱本病為脈絡膜粘液瘤 (Myxoma Chorion) 於是其病源遂漸見闡明，自 1895 年 Marchand 氏而後始認定本病為結合細胞層 (Symcytial layer) 與郎罕氏細胞層 (Langhan's layer) 之增殖，其末枝毛絨血管之消失與間質退化及水腫之種種現象，遂為公認之事實。

原因：

本病之病原不明，學者僅能加以一般之推測，(1) 或謂係絨毛末梢血管炎之所致，(2) 或謂其真正原因在於卵子之本身，而非因子宮內膜之有何病變，蓋偶有雙胎妊娠，胚胎之一為正常，其一即呈葡萄狀鬼胎病徵，同時葡萄狀鬼胎亦有時而發現於輸卵管或卵巢妊娠者。(3) Aschheim 氏曾以腦下垂體之一部份移植於未成熟之白鼠身上，在該鼠卵巢所發生之變化，與在葡萄狀鬼胎於卵巢所發生之變化相同，故氏以為葡萄狀胎之發生或為腦下垂體機能亢進所致。特一般見解多以卵巢變化係 "APL" 質 (類腦下垂體前葉物質 Anterior Pituitary Like substance) 之增多，而按 APL 質係產自增多之絨毛上皮細胞 Aschheim 氏之觀察殊饒興趣，足證本病非待有顯著組織變化，其在內分泌方面之發見，抑尤關重要而足研討者。(4) 本病偶發現於前驅子癩患者。(5) 本病之發生不拘年齡，Sunde 氏曾檢查 122 例葡萄狀鬼胎標本，發現在四十歲以上之婦女，其患病例較平常多 2 倍，Feender 氏曾報告一年已 55 歲之婦人而患本病者，本文所報告二例俱年在四十歲以下。

病理：

(1) 主要病理在絨毛上皮細胞之非正型迅速增殖，及退化性變化，致形成泡形之胞囊，胎盆有時全部消失，胚胎常付缺如。以顯微鏡檢查每一水泡可見郎罕氏層及結合細胞層細胞之增殖，絨毛末梢血管消失，間質退化及水腫等現象。此種增生之絨毛竟能侵潤及子宮肌壁之腹腔面而引起嚴重之腹腔內出血者。

(2) 卵巢常呈黃體囊腫變化者，Stockel 氏於 1902 年始見一側或兩側卵巢呈多囊性腫瘤變化 (Polycystic tumour)，此種腫瘤其直徑可至 10-15cm 不等，內容常為澄清液體，圍以一層或多層之黃體細胞。此種囊腫常自行消退，但亦偶有呈瘤樣扭轉情形，而引起急性腹腔症狀者，作者在成都三大學聯合醫院時曾見一例 (未報報告)，該患者於產一葡萄狀鬼胎之第七日忽發生劇烈之腹部痛疼，腹壁肌肉極度緊張，白血球增多，手術時發見兩側卵巢如柚子樣大而呈壞死現狀，瘤蒂俱扭轉多次，不得已而行兩側卵巢截除術。術後經過佳良，此種情形殊不多見，然在臨床觀察方面，不得不加諸意焉！

症狀及診斷：

1 陰道流血如醬油色常為本病之初徵，於妊娠之初三月內即見之。以絨毛端賴母體血液營養，故葡萄狀鬼胎即於胎兒既死之後仍能繼長無已。自行排出病例於妊娠六月後則罕見矣。

2 嘗謂在陰道流液中可覓得水泡狀物，事實上此種發現殊不多觀。如宮頸已呈鬆弛，可以手指探入而觸得葡萄狀組織。

3 子宮常較停經期為大。關於此點Brigg, Essen Moller氏認為非絕對之發現，蓋間有子宮較停經期為小者，本文報告之第二例即一明證；即使子宮確較停經期為大，亦非足以引以為係葡萄狀鬼胎之確證，如宮體過大之可見于羊水過多症及多胎妊娠者。作者曾見一例係雙胎妊娠，而有持續性之陰道流血，經診斷得葡萄狀鬼胎而行開腹取胎術者 (Abdominal hysterotomy)。職是之故在決定診斷之先，至須慮重考慮以免治療方針容或有誤，而致患者於險境焉。

4 如子宮之大小及停經應有脫心胎兒部份或胎動之發現而未覺得者，為係葡萄狀鬼胎之實證。

5 X光之陰性發見。

6 Zondek氏以為尿內性激素 (Gonadotropic Hormone) 每100c.c. 過100,000白鼠單位 (Mousa units) 者，正常妊娠已屬不可能，如超過200,000單位，即證明其為絨毛上皮癌腫 Chorioepithelioma，按Le Venthof氏計算沖淡100倍之尿其所含性激素即為30,000白鼠單位，故尿沖淡約30倍而得陽性A-2試驗者，即屬可注意之結果。

預後：

可由兩方面觀察：(1) 自其近者而觀之，據Dorland氏研究100病例之報告，其目前之死亡率為10%，其中3%原於出血，2%原於子宮破裂，5%原於傳染。(2) 自其遠者而觀之，據Findby氏之分析，16%葡萄狀鬼胎最後將發生絨毛上皮癌腫。

治療：

(1) 診斷既經確實，當即以肅清宮腔為原則，取法不外乎以下所舉者。

A 陰道途徑：

(a) 往者有用紗布塞宮頸以求達宮口因受刺激而漸漸擴張者，以該法之容易引起傳染故用之者日鮮。即幸而該葡萄胎於宮口擴張後自行排出，至少仍須以手指探宮腔，務期無殘胎之滯留為尚。如手指不能探入宮腔，則應依當時情形用遲鈍器輕輕肅清子宮內部之種種。以手術時子宮之易於出血，故一切收縮子宮之劑，止血及補血整備，必先預為統籌，免致臨時倉惶也。

(b) 宮頸擴張及取胎術；Dilatation and Curettage以子宮在患葡萄狀鬼胎症者特易穿破，故於手術時宜倍加小心；如宮頸於手術前已呈鬆弛狀態，則不妨引用常規之蓖麻油及奎寧引產法，以期大部份 替胎之前自行排出，遂後依前法以手指或鈍匙肅清子宮內部之種種。

B 剖腹子宮切開術：

鑒於本病之隱患殊多，故Schumann氏有主張端用剖腹子宮切開術者。子宮之剷除與否則依手術時發見以為定。此種處置似過於積極，但本病如發生於一年週轉入或已有惡性變化嫌疑者則剖開術之適應殊無疑義。

【I】關於卵巢多發性囊腫變化，則以姑息及觀察處置為原則，蓋該囊腫之自然消失，乃習見之事實，而根蒂扭轉則罕遇之。

【II】長期觀察：

本病患者於排胎後宜隨時檢查，如有生殖器惡性腫瘤徵象，或A-Z試驗之堅持或增強陽反應，則宜確定診斷早期行子宮剷除術，以防癌腫之轉移也。

結論：

1 本文報告葡萄狀鬼胎二例。

2 關於本病之原因，病理，診斷及治療都有討論。

文獻Reference

1. Williams Obstetrics Stander 7th, Ed, P, 808-875
2. American J. of Obs & Gyn, March 1937 P. 474
3. Feenders. Blasen Mole bei einer 55 jaehrigen Frau.
Zentralblatt f. Gyn, Nr. 39, 1926 2308.
4. Sommer, Zur Klinik d. Blasen Mole. Zentralblatt f. Gyn 1935 Nr 51 194
5. Klein Kann man aus einem erhoehten Prozentsatz von Gonadostimulierung Uring
(Ascheim-Zondek) auf Blasen Mole schliessen?
Zentralblatt f. Gyn 1935 Nr 51 1055

眼科臨症索引 (續一)

立 明

第二編 他覺症的檢討

I. 眼瞼檢查

1. 方法：視診，觸診兼用

2. 特徵：紅腫，隆起，發疹，潰瘍，痂皮，癢痕，及瞼裂異常時等。

A. 眼瞼的狀態及機能：瞼裂狹小過常者，為小瞼裂。閉瞼不全者為眼瞼癢痕或兔眼所致。上瞼運動障礙不能上舉者，為上瞼下垂。上瞼或下瞼紅腫不得張開者，多為眼瞼或結膜乃至眼窩有急性炎症之徵，眼瞼深層（瞼板）硬結，非炎性而無疼痛者，乃為粟粒腫。眼瞼膨脹而皮膚弛緩者，多為眼瞼皮下脂肪過多症，反之眼瞼皮下脂肪缺少，則呈為萎縮性瞼皮弛緩症（多見於老人）。瞼皮發亮而呈蒼白色浮腫者，多與腎臟病有關，其浮腫不因指壓而留壓痕者，則為血管神經障礙所致。

B. 眼瞼皮膚的色澤與性質，

(1) 限局性紅腫：眼瞼皮膚局部紅腫而硬結者。多為癰腫，其紅腫硬結而近於睫毛根部者，即為粟粒腫，他如眼窩外上緣之皮膚發紅而硬結者，當疑及淚腺炎。瞼皮膚發現瘰狀小泡而同時紅腫者，多為顏面疱疹等。

(2) 汎發性紅腫：此乃為眼瞼炎症或急性結膜炎，角膜潰瘍，急性綠內障所致。瞼皮汎發紅腫，境界明了，硬厚如象皮者，當疑及丹毒。

C. 眼瞼緣的方位及性質。瞼緣朝向眼球表面者，為眼瞼內翻；反之，瞼緣正與眼球之表面相反者，即為眼瞼外翻。瞼緣皮膚發赤，乃至糜爛而帶痂皮者，乃為瞼緣炎。

D. 睫毛的排列及性質，睫毛之行列重疊，或方向紛亂不整者，即為睫毛之重生或乳生。睫毛全部缺損者，為睫毛禿。

II. 淚道檢查

1. 方法：指壓淚囊部，淚管洗滌，2% Fluorescein 點眼，或以消息子試道兼淚管等法。

2. 特徵：流淚

A. 淚點：淚點之方位內向或外向者，乃為淚點內翻或外翻。淚點閉塞者，當為先天性，或結膜瞼緣炎所致。

B. 淚囊，指壓淚囊部，即由淚點排出膿汁者，當為慢性淚囊炎；同時局部紅腫，指壓該部即排膿而刺痛者，乃為急性淚囊炎，其因指壓而僅排出粘液者，乃為鼻淚管狹窄（乃至閉塞）所致的淚囊無力症。

III. 眼球的全般檢查

1. 方法：視診及觸診兼用

2. 特徵：眼球之大小，突陷運動障礙，及方位異常等。

A. 眼球運動障礙，乃外眼筋或者眼窩(腫痛，炎症)之疾患。同時眼險全部及眼球結膜浮腫，高度充血，角膜潤濁，眼球突出，運動不全，發熱而頭痛者，是為全眼球炎，或化膿性葡萄膜炎。

B. 眼球對於中正線(即視軸)的方位不正，是謂之斜視。各方斜視角相等者，為共軛性斜視。如有一方之斜視角特大者，即為麻痺性斜視。

C. 眼球大而突出是為牛眼；其兼有全身衰弱狀態，及精神症候者，當疑及 Basedow 氏病，眼球小通常度者，為小眼球。其萎縮而內陷者，為眼球萎縮或眼球癆，眼球局部膨脹而呈為紫藍色者，多為角膜，或鞏膜葡萄腫。

IV. 結膜檢查

1. 方法：先注意眼球結膜之一般狀態，次乃翻上下險結膜而診察之，如有分泌物，即同時行細菌檢查

2. 特徵：紅腫粗糙，顆粒以及分泌物等。

A. 眼險結膜檢查眼險結膜，最須注意其色澤與透明度。上下險結膜，如同樣潮紅，即為輕度結膜炎之證，蓋生理的下險結膜，常較上結膜為蒼白也。一般發赤，腫脹，而分泌旺盛者，乃急性結膜炎。而潮紅，潤濁，血管之行踪不明，且大小顆粒不一，其境界渾然不清，或乳頭增殖，狀如絨絨者，乃為砂眼之徵。其濾泡大小均勻，且境界明了，多見於下險穹窿部結膜者，乃為結膜濾泡症。

B. 眼球結膜，臉裂部的球結膜，呈黃褐色斑者，乃為臉裂斑；其呈為紫藍色污斑者，乃為春季卡他兒；其以三角形的薄膜而侵入角膜者，乃為翼狀贅片。球結膜局部充血，而中央呈一黃褐色膨隆小斑點者，乃結膜 Phlyktaene

V. 鞏膜檢查

1. 方法：視診或兼用指壓。

2. 特徵：近角膜緣部之鞏膜呈局限性紫紅色的隆起，或紫藍色瀰漫性膨隆，或局部凸出者，當疑及鞏膜擴張症，或鞏膜葡萄腫。

VI. 角膜檢查

1. 方法：斜照法，Fluorescein 點眼，及知覺檢查等。

2. 特徵：灰白色乃至白色的潤濁，表面陷凹，隆凸，及血管新生等。

A. 角膜潤濁，生理的角膜，乃呈透明的狀態，如發現有微細半潤濁，即知其有病變。其因 Fluorescein 而染色者，乃為角膜損傷，表層發炎，或潰瘍之證，卡他兒性角膜潰瘍，多呈鑷狀，而近於角膜部，匍行性角膜潰瘍，乃起自膜之中央部。如角膜發現血管新生，可知其發病經過，至少在一月以上，眼際血管。其來自結膜者，多為表層結膜炎，其五角膜緣部而失蹤者，乃為深層結膜炎之徵。

B. 角膜知覺鈍麻，角膜之知覺，通常極為敏銳，若經棉絮觸探而無何感覺者，乃神經性角膜疾患之徵，多見於麻疹或腦氣痛之時。

VII. 前房檢查

1. 方法，斜照法

2. 特徵，深淺之程度，及滲出物等。

前房淺，一般多見於綠內障，或水晶體膨脹之時。前房局部前凸或後凹者，可疑及虹膜前癒着或後癒着，或水晶體變位。前房水潤濁，即前房水內，存有滲出物，乃為虹膜炎之證，尤以滲出物集着於角膜後面者，多為毛樣體炎之特徵。

VIII. 虹膜檢查

1. 方法，主用斜照法，疑有毛樣體炎者，同時檢查該部之壓痛。

2. 特徵，瞳孔縮小，形狀不正，及前房滲出物等。

虹膜呈為淡綠色者，多為虹膜炎，或虹膜萎縮之徵候。眼球運轉而虹膜隨之起震盪者，乃水晶體脫位之特徵。虹膜根部（毛樣體緣）離斷，或近瞳孔緣之虹膜括約筋破裂者，乃為外傷所致。虹膜呈為饅頭樣膨隆者，可知其為環狀癒着。近瞳孔緣或毛樣體緣之虹膜面發現小灰色乃至紅色的結節，乃為梅毒性的虹膜症。

IX. 瞳孔的檢查

1. 方法：斜照法及徹照法（必要時須散瞳）

2. 特徵：各種形狀的濁濁及反應消失等。

A. 瞳孔形狀不正，瞳孔呈卵圓形或橢圓形者，乃虹膜之一部份前癒着。癒着部之角膜多呈為癒着性白斑，可知其從前必有一度角膜潰瘍穿孔。瞳孔在散瞳點眼之後，呈為種種不正形狀，例如梅花樣等，乃為虹膜後癒着之徵。

B. 瞳孔散大或縮小，瞳孔著明散大，尤以單眼散大時，最應疑及前醫之使用散瞳藥，否則為絲內障之特徵（但須參照其他自覺及他覺的症候，如眼壓等）。他若副鼻腔病及著明弱視等，亦有時呈為片側性瞳孔散大者，不可不注意焉。瞳孔著明縮小，除見於虹膜炎之外，乃為脊髓癱之特徵。

C. 瞳孔對光反應消失，是即所謂之反射性強直，多見於腦梅毒或脊髓癱。

D. 瞳孔領呈灰白色乃至白色的外觀，此大多為虹膜炎，或毛樣體炎之滲出物。然須注意與白內障相區別。一般水晶體呈為純白色濁濁者，乃為囊皮白內障；其呈為車輪狀濁濁者，乃為初發性體質白內障；其呈為磨子樣濁濁者，乃為層間白內障；其濁濁而呈絲網亮者，乃為糖尿病性白內障。

E. 瞳孔領深部呈黃白色的光輝，此乃網膜膠腫，或玻璃體脫離之徵象。前者眼壓亢進，後者眼壓低下。

F. 眼內深部發現濁濁（徹照所見），斯時須察其是否為游動性（使被檢者上下左右移動其視線，同時進行徹照檢查）。游動性者，為玻璃體濁濁，非游動性者，為白內障。

X. 眼底檢查，（檢眼鏡所見）

1. 方法，倒像檢查，必要時，散瞳後施行直像檢查。

2. 特徵，濁濁，白斑，出血，色素斑，結締組織乃至視野變化等。

A. 視神經乳頭潮紅，境界不明，網膜靜脈怒張者，乃為視神經炎。

B. 視神經乳頭蒼白，乃至褪色者，乃為視神經萎縮。

C. 網膜出血或呈白斑，當疑及全身疾患（蛋白尿，糖尿，及貧血病等），須行尿液，血液，及血壓等檢查。大出血者，多為網膜血管變常（血管硬化或栓塞）。如見於青年患者則多為結核性網膜靜脈周圍炎。

D. 網膜色素數點，多為陳舊的網膜病變。色素呈為骨小體樣而聚集於眼底周邊部者，乃為網膜色素變性。色素呈為胡椒粒樣，或混有白色，大小不一的彌漫性團塊者乃為先天性毒性網脈絡膜萎縮。

XI. 視力障礙特殊檢查

1. 方法，視野檢查，及屈折檢查。

2. 特徵，視力惡劣

A. 他覺毫無所見而視力障礙，當疑及軸性視神經炎，器質性或機能性的中樞性疾患，須行視野檢查。

B. 視野無異常而視力障礙者，當注意屈折有無異常。施行屈折檢查（檢影法及直像檢查法）。

C,屈折狀態屢變不定者,乃調節不安之徵候。假令檢影所見,照面初呈反行,但有調節遲滯之虞,須點以Atropin,數日後如照面轉呈同行者,必為調節遲滯所致的假性近視。

喉頭結核病及其治療

廣西省立醫學院耳鼻喉科副教授

魏 斯 (Dr. H. Weihs)

近來到我們這裏求治的喉頭結核患者,一天一天的增加;有的來自很遠的地方,熱望着痛苦的解除。而當他們來到的時候,病勢已經非常沉重了,整個的喉頭差不多全被摧毀,任何治療方法都已無濟於事,爲什麼他們等到不可藥救的時候才來求治於醫生呢?這篇短文的目的是,就是要使一般醫師們注意到喉頭結核病的重要和危險,同時提醒他們,對於肺結核病人千萬不要忘記了喉部的檢查,這樣纔能儘速的將早期喉頭傳染病發現,而施以適當的治療。

患喉頭結核的人通常以男子爲多,且事實上全係繼肺結核而起(續發性)。原發性喉頭結核症,可說是絕無僅有,而引起傳染者,即爲病者本人之痰,咳嗽的時候,尤其是當病者用力壓迫喉部時,在喉黏膜便成立了許多用顯微鏡纔能看得見的上皮小剝蝕,這些小剝蝕,在聲帶和喉頭後壁尤爲顯著,因爲這兩部份,是沒有一刻停止運動的,含有結核桿菌的痰一到這裏便停留下來,而且很容易的向上皮剝蝕處侵入。根據新近的組織檢查,知道就是沒有損傷的上皮,Koch氏結核桿菌也一樣的可以侵入,受結核桿菌侵害以後所起的病理反應,爲典型結核的形成,其成份爲:巨形細胞,類上皮細胞,以及中央乾酪化等等,這是大家已經熟知的了。然而我們要問,爲什麼不是所有結核症患者都會得到喉頭結核症呢?大家曉得,依着傳染性質和病者體質之不同,組織對於結核病的免疫力(抵抗力)就有了差異,倘使「原發病叢」(Primaerkomplex)進行得很遲緩,病者便可因而獲得加強的免疫力,但如肺結核病一開始就迅速的蔓延,則組織的免疫力還沒有充分發揮,便無從抵抗局部的傳染,怪不得有些嚴重的肺結核患者,沒有得到喉頭結核症,有些病得很輕的人,反而不能倖免。(患病百分率約爲20-30%)

主要的喉頭結核病變,可分爲下列四型:(一)粟粒型(在上皮下成立小結節), (二)浸潤型, (三)潰瘍形成, (四)喉頭軟骨週圍炎。病變最先在喉頭後壁即披裂軟骨間隙或聲帶發生,已如上述。這些部位一來特別容易和含菌的痰接觸,二來淋巴的循環也比較的慢;於是一遇着桿菌,便馬上結了不解之緣,而成立了粟粒型結核,在這個時期,用喉鏡看得見的只是局部的紅腫而已。所以如果發現了聲帶或喉頭後壁的局部紅腫,而又沒有找到旁的病變時,結核症的嫌疑,是非常大的;要是肺病又證明了有結核症,那就差不多可以使人深信不疑了。喉內的其他部份,如披裂軟骨,披裂會厭軟囊,喉蓋和袋狀帶等是較少受侵犯的,時期稍爲長久一些,便看得出黃白色的小結節來,此時在臨床方面,發音的困難逐漸增加,到了後來聲音由嘶啞粗濁而微弱,終至完全失音。可是如果病變不在聲帶或喉頭後壁開始,則喉頭雖已遭受嚴重的打擊,病者的聲音,仍可清晰如常。驗鼻之故,嘶啞和失音在喉頭結核的診斷上,並沒有絕對的價值,繼這些初期的現象而來的,是黏膜下的圓形細胞浸潤,同時上皮向着表面和裏面不斷增殖,把腺體和其他的組織都推擠了上皮和黏膜下組織繼續增殖之際,裏面的結核菌發生典型的乾酪化,這些結核性浸潤物,可以腫大如瘤腫,一俟結核性組織侵透上皮,或者中央性乾酪化蔓延至表面時,則形成潰瘍,結核性潰瘍深淺不一,時而非常平坦,時而深達如噴火山之口(Kraterformgi)邊緣作堤樣隆起,或呈掘地道狀(Unterminiert),兼有肉芽組織可見。在聲帶發生者,常爲淺在性潰瘍,潰瘍的形態和範圍無一定,整個的喉蓋都有變成潰瘍之可能,倘使結核性浸潤和潰瘍深達軟骨,結果就成立了一種外來的混合傳染,而且很快的向着黏膜下層和軟骨膜蔓延,引起了軟骨膜炎和水腫,喉蓋可以變成一個圓而彎的硬塊,邊緣正當的爲厚,(包頭形Turbanform),常常阻礙喉頭的檢查,披裂軟骨周圍發炎時,也會引起強

度的水腫，一部軟骨可以壞死，以「死骨片」的姿態被排除，此時常有把「死骨片」咽下的險危。

現在說到喉頭結核症的臨床症狀了，備於喉部覺得有些發癢，說話時略感不便而已。跟着病勢的蔓延，聲音便逐漸嘶啞起來，如果聲帶被毀，則發音時袋狀帶閉上，而成粗濁硬實之音。後來聲音全失，患者僅能作耳語，除聲音嘶啞外，吞咽困難是第二個主要症狀，其成立乃由於自覺神經末梢裸露（因組織糜爛）所致，每一回咀嚼，每一回吞咽都足以引起痛苦，輕則僅有壓感，重則痛不可耐，結果病者營養不良，氣力衰退，這使病況越發惡化了。細胞浸潤，水腫和肉芽增殖的結果是氣管狹窄，這是喉頭結核病的第三階段——呼吸困難的原因，身體對此最初還有適應的能力，但均不能持久，呼吸困難使病者非常難受，且有惹起窒息之虞，要是軟骨周圍的水腫過劇，氣管切開術（Tracheotomy）又沒有迅速執行的話。所以到了疾病末期，病者是受着肺結核病，餓乏和窒息的三重威脅的。

關於診斷方面，應當注意的是不管喉頭變化如何輕微；都要用喉鏡詳為檢查，纔能發現喉頭結核症於早期，而謀對付之道，有相當經驗的人，對於聲帶的一側性紅腫或喉頭後壁的浸潤，是不難察知的。病變嚴重時，情形自然很複雜，然仍不失其特性，對癌病和梅毒等的鑑別診斷，有時是必須顧慮的，除注意病原和全身檢查外，應牢記一點，就是梅毒常在其周圍惹起膨脹和充血，結核症則不然，若臨床上無從鑑別，可做「試驗割除」（Probeexcision）讓病理家去決定。

喉頭結核病的預後非常不良，局部的變化影響尚少，其關鍵全在肺臟，幸而自然痊癒，則遺下痕癥，致起機能障害及狹窄，免疫力的大小，在這裏是一個決定的因素。

以言治療，是和全身治療一致的診斷得越早，治療的功効自然越大，最要緊的是設法加強身體的抵抗力，但切忌輕舉妄動在這裏有所謂症狀治療和本部治療之別，第一步吩咐病者靜默，予喉頭以充分休息之機會，止咳可用可待因（Codein）或類此之藥劑，關於吞咽痛苦之解除，可在飯前十至二十分鐘用噴粉器將 orthoform-Anaesthesin 粉噴入潰瘍內，近來 Chaulmoograoil 的喉內和氣管內點滴法，也有人採用，這是很能減輕病者的頭痛和咽痛的，真一咽痛過劇，可用溫熱之85%酒精直接注射上喉神經，此舉效効亦大，注射方法照着 Albrecht-Hoffman 氏之規定而行，先使病者仰臥，然後用左手拇指將喉頭軟骨壓向對側，讓軟骨的輪廓顯露，此時沿着舌骨體和甲狀軟骨緣之間，從後而前的以左手食指輕壓；擰着上喉神經的出口時（經舌骨體甲狀膜而出），病者便感着劇痛，而且一直痛至耳部，針頭就向這裏刺入，刺至一至一個半公分深處，便撞上了神經或神經膜，酒精量約為一西西，如果注射得準確，効力可持續幾星期之久，當病狀過於嚴重時，酒精注射的効力是極為有限的，這時節只好應用嗎啡等藥劑了，反正病者的前途，是沒有多大希望的。說到營養一層，以柔軟清涼的食品為宜，水及富於液體的食物，不應多吃，因其易於刺激喉頭，而惹起咳嗽之故，解除呼吸困難，是一件煩雜之工作，熱氣有助於水腫的消除，有時可將引起狹窄的浸潤物和肉芽除去使空氣易於進出，氣管切開術固然可以使呼吸暢通，但全身狀況却會因而每況愈下，隣近組織被傳染的危險，也會大為增加，結核患者於氣管切開後，例須長住醫院，所謂本部治療，必須審慎執行，始不致遺事。先作詳細之全身檢查，察知病者不再發熱，肺部病變已經停止進行，一般情況和胃口較佳，黏膜反應能力亦不惡劣以後，進一步即作局部治療，淺在性潰瘍於麻醉之後，可用30-80%之乳酸腐蝕（第一次用30%，以後逐漸增加濃度），約一週後腐蝕結痂脫落，再依上法腐蝕，直至潰瘍結疤為止。乳酸之作用為促成結疤，阻止結核病變的蔓延，防止混合傳染的發生以及解除吞咽痛苦。此外值得介紹的，是 Grunwald 電氣燒灼深刺術，然燒得發白的電氣燒灼器於喉頭麻醉後，向浸潤物刺入，直達健康組織。倘使反應不太強，可多刺幾次，結果病變組織陷於壞死，而代以極實的瘰癧組織，這麼一來，治療的主要目的促成結疤就達了。手術治療如喉蓋的割除是不常實施的，他如喉內和喉外的動刀治療，已無人採用了。顯度愛克斯光治療，對於輕患者非常有益，可使結核組織壞死，而當壞死組織被吸收時，便發生有利的充血和結締組織增殖了。此外愛克斯光還有減輕痛苦的作用，最良而又最有效的治療，厥為電弧燈的喉內照射（Nach Wessely Wien），這是按照 Sorgo 氏所規定的日光照射法再

配上照鏡而成的，弧光燈的電極由炭及特殊物質合成，其分光帶酷似太陽分光帶，而光之強度，却幾千倍於陽光，藥以調劑光熱者，為冷却裝置，此燈可用以直接或間接照射（用鏡），且須反覆多次，結果是極其圓滿的。此外尚有他種照射法，為着要使治療奏效，病者的護理，是千萬不能忽略的。

一九三七年在上海成立了一個反結核會，主其事者為Sao-ke Alfred Szo 醫師，對於剷除結核病——喉頭結核症當然也在內——的工作，有偉大的貢獻，要是環境容許的話，希望我們也能够在這裏創撰一個類似的機關。

參考文獻：1, Denker Kahler 著耳鼻喉科學第四冊；2, Denker Albrecht 著耳及呼吸道之疾病（第十二、十三版）；3, Ballenger-Ballenger 著鼻眼之疾病（第七版）。

關於「常山」之治瘧

馮伯昕

我國西南各省，瘧疾之流行情形頗有談虎色變之概，自從滇緬公路斷絕之後，奎寧來源困難，於是醫藥界有識之士，頗思在國產藥物中找出一種代用品，由於多方面之經驗，得知「常山」對於瘧疾之治療頗有效果，於是加以種植，提煉化驗而試用於治療焉。

常山 Chan San 為國產藥物中之一種草藥，四川及西南各省出產頗為普遍，以生藥製成浸膏，脫去膠質加水成溶液，然後蒸發至乾，即成暗棕色之粉末，將粉末加蒸溜水製成注射液名曰 Plasmobis 每安瓶二西西，每西西含量 0.6 gm 或以粉末加鈣劑或澱粉而成錠劑 Tab. Chansan 每錠 0.03 gm。

本品之成分及藥理作用，尚不十分的明瞭，但知其為一種配糖體 Glykoside 對於一切瘧疾均頗有治療作用，尤以對於三日瘧，四日瘧為然，對於惡性瘧之環狀型與半月型亦有效云。

在重慶附近有某大重工業廠，職工數萬人，其規模與將來計劃之宏大，為全國所罕有，因種種環境上之關係，瘧疾大流行，終年不斷，頑固而難治，其特點以惡性瘧疾為最多，三日瘧次之，四日瘧頗少，大都為胃腸型，多數無間歇期或間歇期短，發熱持續不退，發生率雖未加統計，但工人至少在 70%，職員在 40% 以上，因此奎寧消費浩大，不够分配，患者醫藥常識亦低，故大都成反覆再發之慢性瘧，每至夏秋二季大流行而成最嚴重之狀態。

近日奎寧告罄，因以常山試用，為確定其效力，副作用，分量計，凡應用本品者，必須在患者血液中檢得瘧原蟲。用量大人每日 0.2—0.3—0.4 極量尚未確定，用法每日注射 Plasmobis I Amd (0.12) 同時內服 Tab. Chansan 六片多至九片，連用一週，然後停服，為增加藥效及提高食慾，可給予稀鹽酸合劑，僅大都合併下痢者則給予瀉鹽吸收劑，止酵劑等。

據作者目下所知，凡應用本品，連用二天至三天者即可退熱留頭暈，頭痛，四肢痠軟倦怠及酸痛或訴食慾不振等症狀，檢查瘧原蟲大都陰性，但亦有三五天後症狀不發而又呈陽性出現者，亦有病愈後又再發者，其原因或因多數患者連用三五日，症狀消滅後即不來復診。據訪問結果或自以為已痊愈，或怕打針，或改服中藥，或改用奎寧，或因工作關係，雖勸告亦罔效。

本品亦無多大副作用，據生理學的實驗，知本品確能降低血壓，臨床實驗不十分顯著，又服用或注射本品多有嘔吐者，此或提煉不純粹之故，其後提煉精潔後即嘔吐者減少，對於孕婦曾用一例，亦無何現象發生。

總之，本品確為奎寧劑之相當代用品，效力似乎稍次於奎寧，但於繼續研究，或更可有新發現而成療治為之另一特效藥，目下擬收集一千例統計，故尚未可下結論，尚待吾醫界同人之努力耳！

醫著譯粹

結核性膀胱炎之養氣治療 Kefg 原著 劉仁麟譯

膀胱結核，大部發源于生殖泌尿系其他部份之結核灶，常續發于腎臟結核，或前列腺結核，至於原性膀胱結核則甚罕見，是否存尚屬疑問，故在臨床上每一症例，均可視為續發性者。有百分之六十三症例，在將一側結核腎臟摘除後，症狀立即可以消除，因此局部治療在腎摘除後，可以暫時停止，若在六個月後症狀仍無進步時可再應用，手術前膀胱炎症狀為時愈短，則膀胱症狀消除亦愈快，然有一小部病人，雖在一側腎摘除後，膀胱症狀仍繼續存在，並對通常所用之一般治療，及局部治療，均難奏效。

傳染來源：腎臟結核傳染來源可經血道傳染淋巴道傳染，藉輸尿管蔓延及直接侵害，但以血道傳染為最可信，通常原發性腎臟結核病灶，多在腎皮質髓部髓體之基地處，當近皮質處之病變進行及向各方面擴張或自行破潰脫落入於腎盂時，則結核性腎盂炎隨之發生。

病種：粟粒性及結合性結節，兩者均可存在於膀胱粘膜，尤以膀胱三角處，以後即變為潰瘍，邊緣淺而不齊，基底作結節狀。Hall及Moog兩氏分膀胱結核進行為三期，第一期，包括結節形成，及輸尿管口發赤水腫，而後形成淺在性潰瘍。第二期為潰瘍變深，侵及肌肉層，第三期為破壞期。

結核桿菌為好氣菌，在絕對無氣環境下，則不能生長，Novy及Soule兩氏在1925年發現人類型細菌在40—50%氧氣下最適合其生長，凡高於此或低於此之氧壓時，均阻礙其生長。二氧化碳則對於細菌生長作用無甚關係，二氧化碳壓力達於60%或90%時，細菌發育仍然可以進行。

症狀：膀胱結核症候羣，亦與腎臟結核之症狀相似，腎臟損害，或原發性病灶，常可根據結核性膀胱炎之症狀而加以認識。小便頻數，排尿困難，及輕重度之血尿為其主要之症狀，初發症狀，如小便頻數等情形，相差甚大，時多時少，有時發作，有時消失，漸成慢性，至於排尿困難，隨膀胱潰瘍情形而定，潰瘍範圍愈大，排尿愈困難最後可成為重症之尿意裏急後重。血尿程度，有時量少有時量多，一般症狀，如晚間發熱，體重減少盜汗，肺結核等亦常存在。

根據 Cabot 氏謂腎摘除後膀胱症狀仍然存在者，其原因不出以下之四種：(1) 嚴重性膀胱炎，有繼發性膀胱攣縮。(2) 所割除之腎臟，未曾有預料之潛伏性損傷。(3) 有顯明膀胱潰瘍。(4) 膀胱頸攣縮。

大部病人，不用其他治療膀胱潰瘍足以消失，雖膀胱攣縮，可因自然力或人工水壓力之擴張而好轉。

診斷：根據病史有三點極為重要，(1) 小便頻數，(2) 排尿困難。(3) 血尿情形。全部之理學的檢查亦是需要，以期發見原發病灶，或身體其他部位之結核。實驗室工作之最重要者為尿分析，及荷蘭菌接種。平常有所謂「無菌膿尿」概認有結核性膀胱炎之嫌疑，小便中有結核菌存在，即可絕對證明泌尿系有結核性傳染，此可用尿殘渣以Carbol-fuchsin 染色即可證明之。荷蘭菌接種試驗亦常屬陽性，膀胱鏡檢查，在輸尿管口，及膀胱三角處，可發現結節及潰瘍。

平常腹部X光片，可以證明有不規則形，及稠度不均之結核性石灰沈着，膀胱攝影，多可證明膀胱已收縮至一半之大小，膀胱括約肌，及後尿道之擴張，亦可證明其有重症膀胱炎之可能。

治療：結核性膀胱炎，局部治療有種種不能一致，如Herman用半兩10—20% Gonal油劑，注入膀胱，每週三次，或用甘汞二份，癒瘡木脂 (Guaiacol) 十五份，及消毒之橄欖油百份之混合劑，注入膀胱，每次十公撮，每週一次或二次。Casper氏用二萬分之一的昇汞水20—30cc，注入膀胱，其濃度漸增強至二萬分之一。Hollaender氏用碘化鉀內服，同時用甘汞乳劑注入膀胱，使其變為碘化汞。千份之一硝酸銀溶液，僅用于有混合傳染之病，對於潰瘍型者，有強烈之刺激，Greenburg及Brodney兩氏主張用美藍 (Methylene Blue) 二厘，裝入膠囊內服之，每日三次，同時以10%純淨之溶液，行膀胱內注入。Rauding氏主張用0.5—6%石炭酸溶液，注入膀胱。5—10%碘仿，或5%瘰癧本脂三石油溶液，0.5—1%疋克酸 (Picric acid)，及1%紅工亦均可應用，或有用檀香油 (Santolol) 五至十滴，加 (Hyoscyamus) 十至六十滴，用為內服者。Myll氏主張百分五氯化鈣 5 C. C. 行靜脈注射，每隔五日一次，亦可使症狀進步。Wizack氏用百分之二十乳酸，注入膀胱，亦可得滿意之結果。Canik及Ewerhard兩氏曾在膀胱內試用紫外線，及空氣注入法，據云亦有良好效果。

至於外科療法，如恥骨上膀胱切開術，輸尿管造瘻術，輸尿管及腸吻合術，光線治療及膀胱粘膜炎灼法，亦時被提倡。

余曾在腎摘除後，對於頑固性之膀胱炎，而對任何標準治療均無效果者，通以純氧及以氧洗滌膀胱，而得滿意之結果。

技術：膀胱以導尿管完全放空，用純氧洗滌膀胱數次，最後使膀胱內存留少量之氧，使其稍稍膨脹，而後將導尿管抽出，如此每週施行一次，在治療過程中，不用其他滅菌液體處理，然用膀胱鏡定期檢查其內部。

結果：結核性膀胱炎，在Chuch Homel and Infirmary 病院中所見雖少，但有二最頑固之病例用之，獲得滿意之結果。

病例I. 患者十七歲，初診於一七三七年二月十六日，其病史為小便頻數，夜間排尿，排尿困難，及血尿已兩月，用Kelly氏空氣式膀胱鏡檢查，證明為重症出血性膀胱炎，有出血點及彌漫性結節及潰瘍，分佈於膀胱三角，膀胱後壁，及右側輸尿管口處，小便膿樣，但無細菌，可以找出培養陰性，膀胱標本多次找尋結核菌均陰性，荷蘭豬接種則呈陽性。

在三月三日用X光照相，見右腎處有多數石灰化灶，腎盂攝影在右腎輸尿管處，有不清之陰影，故認有結核性傳染，由兩腎取小便培養均屬陰性；右腎小便殘渣檢查有結核症發現，荷蘭豬接種，右腎呈陽性，左腎為陰性，肺攝影陰性華氏反應 (Wasserman, Reaction) 及康氏反應 (Kahr test) 均為陰性。

在一九三七年六月九日，行右腎摘除及部份輸尿管切除術，手術後愈過良好，病理檢查，證明右腎為結核，並於下端有空洞之變化，有結核性腎盂炎，及輸尿管炎。

在一九三七年六月二十日，病人出院，膀胱症狀暫時減輕，惟未用局部之治療。

一九三七年十二月病人云膀胱症狀復發，小便頻數，排尿困難，血尿膀胱鏡檢查有奇明潰瘍及結節形成，侵犯右半膀胱，每週用百分之十阿久羅 Argrol, 或 Gomenol 油劑注入膀胱無效，一九三八年二月十一日，小便中有多數結核菌存在，經過兩個月自訴病狀加重，應用一切標準局部治療法，均無效，自一九三八年三月三日開始通以氧氣治療，每五日一次，至一九三八年三月二十八日，症狀有驚人進步，每次尿殘渣檢查，結核菌數目顯著減少，左腎小便動物接種陰性，四月二十一日行膀胱鏡檢查，僅在小區域中有半公分直徑之潰瘍存在，以前潰瘍及結節顯著減少，至此則將氧氣治療改為每週一次，至四月二十七日一小便中僅有一個結核菌存在，膀胱鏡檢，潰瘍已完全痊癒，至五月四日及五月十日，小便中無結核菌，乃停止治療，病者亦未訴其他症狀之發生。

病例II 患者五十歲，曾於一九三四年，因有三年以結核性輸尿管炎及腎盂腎臟炎，而將右腎及輸尿管切除，以後因有頑固性膀胱炎，曾以常用之標準局部療法，均未見效，夜尿，排尿困難，及重尿 (Duria

)均甚著明，常有血尿，但未劇烈，小便中有結核菌存在膀胱鏡檢，於右側膀胱粘膜及膀胱三角上，發現有大潰瘍及柱合性結節，左腎小便行動物接種尿陰性，膀胱容積為三百公撮。

在一九三七年九月用氧氣治療，每週一次，在四週內，小便症狀著明消滅，一九三八年一月，用膀胱鏡檢查，以前潰瘍已愈，但結節仍存在，乃續用氧氣治療直至三月，雖小便中仍有結核菌可以出，但無症狀復發，該患者在六個月內舒適無症狀。

結論：腎臟摘除後之頑固性結核性膀胱炎，以現今各種局部療法，尚無一種可得滿意之結果，但以個人實驗，以氧氣治療已獲兩例之成功，此種方法，用於膀胱結核之姑息治療中，余認為係最佳者，因此乃先行提出報告，至其確切之效果，尚待繼續努力證實之。（譯自American journal of Surgery Aug-1-1940）

維生素與外科臨床之關係

劉夢珩譯

脂溶性維生素甲

維生素甲與其前身加路丁 (Carotene) 之化學知識已為吾人熟知久矣，由其前身轉變為該種維生素多於肝中之貯存，因此肝內之貯存量甚為豐富。吾人全身所有之維生素甲肝中恆佔去95%以上，多種動物之肝臟維生素甲貯存量可供長久時日之應用，不致因一時之攝取不足而缺乏。吾人食事適當時，肝中所含之維生素甲每一公分可達 200-400 國際之單位，其每日平均之需要量，諸說紛紜，尚無確論；然為預防缺乏時最初所顯之夜盲症，則每體重一公斤需 40-60 國際單位，據此可知普通成人應每日攝取 3000 國際單位也。

來源：維生素甲大量含於生活之綠蔬菜如萵苣，菠菜，黃花菜，芥菜等；除此之外，植物中含有維生素甲者尚有青豆及豌豆，胡蘿蔔，胡豆，蕃茄，杏子，香蕉，橘子，桃子及菠蘿，皆為甲種維生素之良好來源。牛乳，乳皮，乳油，乳餅，卵黃等之含量尤富，該種維生素既多量含於肝內，且屬脂溶性，因此鱈魚肝油及比目魚之肝中含之最多。一切黃色蔬菜中皆含有甲種維生素之前身加路丁 (1928年，Euler氏從胡蘿蔔中製成加路丁，用之以補食品中維生素甲之不足，功效頗著；是則加路丁在體內全部或一部變為維生素甲為可能事也)。

飲食不當可致維生素甲缺乏，其前身加路丁吸收被阻，或由其前身變為該種維生素之機轉受障礙，以及某種情形致維生素甲迅速破壞者，皆為缺乏之原因，胆汁對加路丁之被應用甚為需要，如因某種情形，胆汁入腸受阻，則加路丁之應用，隨之發生障礙。石油對加路丁之吸收影響亦大，然此二者對維生素甲俱無關係也。脂肪代謝有礙如阻塞性黃疸，薛遜疾患及慢性痢疾等，均可使維生素甲缺乏。多種因維生素甲缺乏而致之疾患，並直接之外科重大意義，其最初之症狀為晝盲症或夜盲症。

維生素甲缺乏時所引起之主要病理變化為上皮組織先行萎縮，繼之基底細胞增生，最末乃以角化之上皮代之，脫落之上皮繼續進入腺管，氣管，腎盂以及其他為上皮所被覆之部分，此種演變，常可引起嚴重之結果，若在小兒，則可因此種脫屑而將氣管堵塞，或肺膨脹不全。維生素甲缺乏時，呼吸系統之傳染感受性及嚴重性，已為多人所研究，惜其結果未能一致，有謂食維生素甲缺乏之食物時，易受感冒，其說未可為據也。

Higgins及其他之研究者謂維生素甲缺乏時腎尿石形成之一重要原因，用白鼠實驗結果，證明因維生素甲缺乏而角化脫落之上皮蓄積可致輸尿管堵塞；飼荷蘭豬以維生素甲缺乏之食物，亦證明能發生腎石及輸尿管石；碎石而觀，可見大片上皮細胞脫屑位於石之中心，但無任何之傳染現象被發現。

維生素甲與甲狀腺素有拮抗作用，甲狀腺機能盛症之患者可以維生素甲治療之，而維生素甲過多症（

A Hypervitaminosis) 之患者，亦可以甲狀腺素克服之。甲狀腺機能過盛患者之血中，維生素甲之含量常較低，如給此種患者以大量維生素甲時，可見其症狀迅速減輕，高度之新陳代謝率可使維生素甲迅速破壞，然在甲狀腺機能過盛之患者，以維生素甲有抗傳染之性質，已為吾人知之久矣，尤有對呼吸系統傳染阻止之功效。維生素甲缺乏為泌尿系統傳染之一因素，而對外科傷口之傳染亦為一可能之因素，此乃根據「皮膚理變化之程序而論，然若謂其有顯明抗傳染之性質，則乏確切之根據；故若有維生素甲缺乏時，其對傳染感受性之增加，可由其他情形如營養不良而解釋之。

火傷，潰瘍以及淺表性損傷，常可以魚肝油原料迅速治愈。Loehr氏曾廣泛應用魚肝油治療以上所提諸發疾患而得到良好之療效，且同時減少傳染之感受性及增強肉芽之健全，並使上皮迅速增生；然若試以不含維生素甲之油類時，則其療效遠不如此。由是試驗之結果Loehr氏乃謂魚肝油之所以有此神效者，蓋於維生素甲及丁，口服小量之維生素甲時，可增高創傷之治療效，大量反停滯之。以維生素甲及丁含有之油膏治療動物之燙傷時，其痊癒期顯著縮短。

由上諸端可知維生素甲非但對一般營養及生長為不可或缺者，且可使外科傷口之傳染減少並致其迅速治療也。

水溶性維生素乙

由有機化學及生物化學兩方面努力研究之結果，對維生素乙之性狀，知之甚多，其中最要者為乙1 (Thiamin) 在人類體內有預防腳氣病之功效，在動物體內則預防多發性神經炎。維生素乙2 (B Riboflavin) 為抗Pellagra之一種維生素即 Nicotinic acid，此外尚有乙3乙4乙5乙6及W統謂之為維生素乙錯根 (Vitamin-B complex)。吾人之日常飲食中，含有充分量之維生素乙，然因特殊之飲食習慣者，亦可致該種維生素於不足；為嗜酒者或腸胃系統有疾患如幽門閉鎖及腸炎之患者，皆可因食物不足或維生素之吸收受阻礙而缺乏之。諸種傳染，發燒及運動時，均增加維生素之消耗量。

來源：乙1 酵母為極富豐之來源，如以之為標準。估定其價值為10，與他種食品中所含該種維生素比較，則麥種子為50；肝，水芹，萵苣，橘，捲心菜，胡蘿蔔及菠菜為10-20；蘿蔔，蕃茄，卵黃及葱 5-10 而牛肉，香蕉，山芋及蘋果為25-5，此種維生素易溶於水及為熱所摧毀，尤以鹼類存在時為甚；然通常常烹調之熱度雖能摧毀之，而極有限。

乙2 酵母及牛肝為最著之來源。牛乳含乙1 甚低，但含乙2則殊可觀。肝肉，綠葉菜及卵黃含乙2較乙1 為多，然麥種子，穀類及橘則適其反。乙2對熱較穩定，然若在鹼性溶液中，即通常之室溫亦能使之蒙受重大損失。

維生素乙缺乏時所致之症狀羣非屬外科，然因彼此相似，故統論之。腸胃系統最易受其影響，食慾不振為最初之症狀，腹瀉亦常見之。病初起時，多先有食慾減低，無力，體重減輕，胃嘈雜 (Heartburn)，腹壁抽搖，便秘或腹瀉。吾人常因此誤會其為消化不良症或疑其有胃腸系統之外科病理變化，Spiese氏給患者服以Nicotinic acid則獲得長足之進步。維生素乙缺乏引起之較嚴重疾患為舌炎，胃酸缺乏，胃炎腸炎，且常伴有腸潰瘍及Pellagra。單獨Thiamin缺乏時可引起食慾不振，嘔心，嘔吐，便秘或腹瀉。由上諸端，在診斷腸胃系之疾患時，應切記維生素乙不足所引起之各種症狀，庶不致有所錯誤也。

維生素乙不足除惹發上述諸疾患外，尙影響心臟血管系統，如心悸，氣促，脈膊加速，甚或發生水腫；心臟擴大以及收縮期雜音之出現亦屬不鮮。心臟之貯存能力減少，間或在外科手術進行中驟然發生心衰竭而死。此種虛狀若給以適當量之維生素乙治療之，可得著明之進步為痊癒。Frazier與Ravdin相信維生素乙與甲狀腺機能過盛症有密切之關係，且心跳增加為Thiamin缺乏之故，甲狀腺機能過盛症者，若於手術前給以大量之維生素乙1 時，可見食慾增進，體重增加，心跳速率減少，然後再施手術，則其預後良好當為意料中事也。

水溶性維生素丙

來源：水果，尤以柑類，蔬菜及漿果等富於維生素丙；普通食品中，含維生素丙者，當推檸檬，橘子，西印度柚，芒果，菠蘿，蘋果，番茄，捲心菜，水芹，鮮菠菜，萵苣及楊梅等為最多。穀類產品，糖，澱粉，脂肪油及酵母不含是素，在動物組織中以副腎腺外皮質所含為最多，黃體中維生素丙亦相當豐富，牛乳所含無幾。Svir hely及Szont gyorgyi，所得之維生素丙Ascorbic acid或Cevitamic acid為一種白色之晶體，溶於水，易為熱所摧毀，尤其有熱存在時為甚。（如置含有該種維生素之綠葉植物於陽光下，雖在室溫內亦可迅速氧化而致其減少，然所餘之含量仍足以供吾人之需要而不致有所缺乏也）。乾燥及儲藏亦能摧毀之。若於鹼性溶液內，無氧氣存在而保存之則較為安定。吾人每日需要之維生素丙量為28-100mg之Cevitamic acid其所需量相差如此之大，乃因吾人生理及病理之狀況有所改變而不同也，此量可適足以維持毛細血管之抵抗力及組織之飽和量。

吾人身體各部皆含有維生素丙，然以新陳代謝活動之組織中含之較多，尤以內分泌系統，腦，脊髓液及血液內含之最多。正常人血內每100cc含有0.7-1.4mg之維生素丙。其功用為建設及維持組織細胞間之黏合物質（Cement substance）此外對鈣鹽之代謝亦有關係焉。此二作用於新骨生長及纖維組織之修補，以及身體他部之支持組織生長為用甚大。維生素丙對酵母功能亦有關係，並可預防貧血。

著明之維生素丙缺乏時，可惹起典型之坏血病症而有齒齦出血，關節腫疼，骨膜下出血及多發性出血，間或有水腫現象，然甚少耳。該種維生素缺乏最所起之病理變化為細胞間質之變性。正常時結構組織（Structural tissue）之發生，先於纖維母細胞間生纖維而相結合成為結締組織及骨組織之主要支持帶，維生素丙缺乏時，此種細胞間組織不能適當發生，且甚或有時液化而被吸收，此即坏血症發生之來源也。血管細胞間質減弱或為出血傾向之原因。有多數之觀察者謂流血之現象發生為基於維生素丙缺乏之原因，尤以刺發型者為然。十二并屬潰瘍流血之患者，常可發見其維生素丙甚為缺乏，多數胃潰瘍之患者雖食適當量之飲食，其血中所含之Ascorbic acid亦常較低，其他之流血症及月經過多及特發性血尿等皆如維生素丙缺乏之結果。

Wolbach謂Ascorbic acid缺乏時，影響細胞間黏合質之發生及維持，尤以創傷修補時為著明，是以傷口之崩壞為其缺乏之原因也明矣。

有多種之疾患可影響Ascorbic acid之攝取及吸收，為消化系統之潰瘍，癌腫，以及嘔吐，腹瀉等之一定之疾患，如甲狀腺機能過敏症，胃潰瘍，惡性癌及傳染，皆使維生素丙之需要量增加。

診斷維生素丙是否缺乏最好之方法為毛細血管抵抗試驗，尿內含有Ascorbic acid之量與組織內含量，如組織內含量多或服大劑量之Ascorbic acid後數小時內，若大量出現於尿中時，為其含量充足之證。然若服大劑量後而不出現於尿中者，則為缺乏之症。用尿試驗時，須積24小時之尿，且須防止其變化，是以非慎重貯存而後試驗不為功。血漿中之維生素丙可以滴定法測量之，正常時每100cc血漿含有0.7至1.4Mg若低至0.3mg時，為已發生坏血病之證。此時雖無顯明之病狀，而身體各部組織之病理變化已現矣。在患有惡性癌者，因損傷而腸阻塞者，以及各種之衰弱症等患者，於檢查血漿時，常發現維生素丙不足；此種病人，於外科手術後發生傷口崩裂或癒合不良者，數見不鮮。若無攝取及吸收障礙時，可令口服菓汁或Cevitamic acid，否則即行靜脈注射；鈉鹽之維生素丙可行肌肉注射。維生素丙缺乏之患者於手術前應充分準備至少一週，使其組織內含有之維生素丙呈飽和狀態，則預後之良好，自可預期也。

脂溶性維生素丁

多數之Sterol誘導體皆含有與維生素丁性質相同之物質，但Ergosterol與Cholesterol於紫外線曝曬後，具有之維生素丁性質最為著明，Vioosterol為Ergosterol曝曬紫外線後所成之物質。7-dehydrocholesterol為由Cholesterol得到之主要維生素丁。Askew及其同人從Ergosterol之放射物中析出一晶體，名Calciferol至今仍沿用此名。

來源：比目魚為維生素丁之極佳來源，鱈魚肝油及其他魚油如herring sardine及salmon等亦良好

來源也。在普通食品中以卵黃，牛乳，脂肪等之含量為多。此外曝露於太陽光線下，亦為增加維生素丁之一法也。

發育期之嬰兒，每日之需要為600-800 美國單位之維生素丁，是以如飼以普通食物，需給維生素丁補足之。成人之需要量尙未能確定。

由外科觀點言之，維生素丁與副甲狀腺抽含量 (Parathyroid extract)，有密切之關係，其與骨之修補以及促進上皮之增生皆甚重要。甲狀腺手術後而生之副甲狀腺抽搖症，若以鈣鹽，維生素丁及副甲狀腺浸出劑治療之，皆可獲得良好之效果。維生素丁應用之最廣者為Dihydrotachysterol亦名 A, T, 為 Ergosterol 放射後所成誘導體 Tachysterol 之轉變物，為0.5%之液體溶於芝麻油中者。其功效與作用頗似副甲狀腺浸出劑，口服後，可使鈣鹽之吸收增加，易致血清中之鈣鹽含量回至常態，Reed氏試驗之結果，謂切除副甲狀腺而發生之抽搖症，以維生素丁治療時，常發現大量之鈣鹽及Cholesterol 沈澱於血管壁中，特以主動脈弓處最多；若以副甲狀腺浸出劑與維生素丁同時治療時，則可免去此種弊端，骨折患者若給以大劑量之維生素丁時，可促其治癒。

Loehr嘗以維生素丁含有之油類治療外傷，魚肝油治療火傷，結果均稱滿意。若以維生素甲缺乏而獨含維生素丁之油膏治療火傷時，其療期與二者並存時無若何之區別。由此可知，維生素丁有確實促進上皮增生之功效。大量之維生素丁可惹起病理變化，以家兔試驗之結果，中等量之維生素丁可以發生中毒症狀或致其死亡，骨骼中之鈣化作用著明增加其或轉移至內臟中。人類之維生素丁過多症 (Hypervitaminosis D;) 常惹起消化不良，若服甚大量至 1000 000 美國單位時，可惹起不幸之症狀。

脂溶性維生素K

Dem氏於研究雞對於某種食物缺乏所引起之反應時，發現易於出血及血液凝因時間增長之兩種症狀，由以後繼續之努力，知為一種脂溶性維生素缺乏所致，此種維生素與血液凝固之時間有密切之關係，是後乃稱此物質為維生素K，血液凝固時間之長短與其中所含之凝血酵素原多寡成反比，維生素K對凝血酵素原 (Prothrombin) 之組成頗為需要，是以維生素K缺乏時則血中之凝血酵素原即隨之減少而致有易於流血之傾向。黃疸患者易於流血，故若干研究者乃設法使胆道阻塞，或以其他方法使胆汁不能入腸而觀察之，於此實驗中雖食以大量之維生素K而血中之凝血酵素原仍甚低；然若食物中加以胆汁鹽與維生素K並進時，則血中之凝血酵素原可迅速增高，由此可知吾腸內維生素K之吸收，端賴胆汁鹽之存在也，血中凝血酵素原之測定方法已被發現，且操作方式稱便。用狗試驗之結果，知凝血酵素原非減低至正常量之10-20%，不發生流血傾向，是以多數黃疸患者而未發生流血之傾向者，乃因其凝血酵素原尙未減低至流血之程度也。肝功能減低時，亦為發生流血傾向之一種原因，蓋凝血酵素原在肝中含故也。

維生素K在外科方面之重要由上所述明矣。黃疸患者手術後之死亡，屬於後出血之結果者佔5%。凝血酵素原減低之原因有下述數端：

- 1, 食物中之維生素K缺乏。
- 2, 因胆汁缺乏而維生素K之吸收被阻。
- 3, 因肝損害致凝血酵素原之形成不足。
- 4, 胃腸阻塞性阻滯而致吸收能力減弱者。
- 5, 胃腸瘻管及惡性瘤。
- 6, 胃腸之重症炎症。

於此數種情形時，雖非黃疸患者，亦易於手術後合併出血；然若給以維生素K則可預防及治療之。

維生素K為無色結晶狀，脂溶性，高分子量之一種物質，化學方面已知其與Naphthoquinone之誘導體相似。此種維生素最初發現於野豬之肝中，苜、菠菜、椰菜、番茄等皆含之甚富。普通之商品為由苜蓿中提出者，吾人飲食適當時可有充分之維生素K供給之，其劑量尙未確切測出，然在臨床上3000-10000之Modified Almqvist 單位已足使凝血酵素原趨於正常之值矣，口服製劑更加以胆汁鹽時，其效果最足令

人滿意。外科患者若於手術前數日，令服維生素K製劑者，則其預後必為佳良；手術後仍繼續服用時，則更為安全。於屢次流血之患者可致胃腸之維生素K及胆汁鹽之吸收減少，此種情形時，應先行胃及十二指腸灌洗術，然後用點滴法將維生素K及胆汁鹽溶液滴入十二指腸內，於此種情形時，若行輸血療法，可以暫時停止流血並助維生素K之吸收，靜脈及肌肉注射維生素K之結果不如口服之佳，然若注射以純製劑時效果尚屬滿意。

結論

維生素甲對一般之營養及生長甚屬重要，尤有使上皮細胞增生之功能。維生素乙對一般之營養亦有關係，若缺乏之則常惹起似胃腸系統之疾患。心臟之貯存能力減低，常致手術後心衰竭而死。維生素丙對外科之關係最為重要，蓋其有直接使外傷治療時間縮短及減少手術後傷口崩裂情形。維生素丁對副甲狀腺抽搐症及骨折之治療甚有效。維生素K以現在知識言之，有防止流血之效。

(譯自S G O Feb 1940 V01 70 No 2)

泌尿科手術前後 Sulfathiazole 之對於預防或抵抗傳染作用

羅世河譯

因生殖器及其隣近部份，難於消毒，故在所有縫合的創傷上常不得到初期的癒合，尤以陰莖上精細的補形手術為然。雖在手術前用最謹慎之消毒，手術時及在手術以後應用無毒敷料，亦易於發生小型化膿點。特別是尿道上裂行第二期手術後。用皮膚製成一新尿道內翻，並由兩邊附近皮膚縫合以覆蓋在上。雖經極辛苦的工作後，但手術創仍常發生崩潰使人灰心者。因極細銀線縫合皮膚。雖有較好的結果，但用消毒而無刺激性的縫合材料，亦常在縫合的創傷發生一二處的崩潰。事後將一二處瘻管鎖閉時，仍不免有創傷崩潰而致減弱手術的結果。

最近 T. H. Hill 證明色芳泰初 (Sulfathiazole) 對於抵抗化膿球菌有特別的效力後，方便我等可用一組泌尿科之病例，在手術前後應用此藥並與以往醫驗作一比較。

由 T. H. Hill 的實驗工作促成我等臨床第一步研究如下：

Hill 氏報告色芳泰初的殺菌力更強於色芳里邁 (Sulfanilamide) 如第一表所示平均每百 C C，含五十或一百克毛藥品之鹼性或酸性尿中。色芳泰初已較色芳里邁可殺更多的細菌。

第一表 尿中色芳里邁(Sulfanilamide)及色芳泰初(Sulfathiazole)之殺菌作用比較

菌 種	開始時每立毛中之細菌數	藥 物	SULFANILAMIDE		SULFATHIAZOLE	
			PH	24小時後每立毛中之菌數	PH	24小時後每立毛之菌
金色葡萄球菌	407.835	克毛% 100	7.62	500	7.70	0
			5.52	6.200	5.55	80
產氣桿菌	2.821	50	7.62	13	7.70	0
			5.60	500	5.70	0
枯草菌	3.390	50	7.62	200	7.70	0
			5.62	0	5.70	0

我等更觀察到Sulfathiazole排泄至尿中之抗菌作用較該藥在試管中加入正常尿液之抗菌作用更強。有一病例其排泄至尿中之Sulfathiazole達有每百C, C, 中含258, 5克毛之濃度。在(PH) 6, 2時至24小時, 此尿液殺下死列數目之細菌:

金色葡萄球菌 4, 246, 576, 000
 產氣桿菌 5, 151, 600, 000
 變形菌 1, 303, 800, 000

由第二表中可知由尿中排泄之藥物與藥物加入尿中者, 二者作用不同之點, 由此可知排泄而出之藥品其殺菌之作用較強, 用Sulfathiazole治療之六個病例, 其尿之殺菌作用由下列諸表表示之, 由第三表示其對於產氣菌作用, 第四表示其對於變形菌作用, 第五表示其對於綠膿桿菌作用, 誠如一般意料, 細菌數目與藥物濃度同樣重要; 即使大量藥物不能一定殺死大量的細菌, 但亦有病例, 雖少量亦可抵抗 5, 000, 000或少於5, 000, 000的細菌。

第二表 尿中 Sulfathiazole 百分之258, 5克毛作用比較

A 服藥物後, 排泄于尿中者 (PH 6.20) B. 正常尿在試管中加入藥物者 (PH 6.13)

菌 種	開始時每立毛中細菌之數目	24小時以後細菌之數目	
		A	B
金色葡萄球 I	4·246·572·000	0	979 444 000
	424·657	0	5
金色葡萄球菌 II	4·078 350·000	0	2 035·200
	407·835	0	0
鏈 球 菌	1·037·900·000	0	5·400·000
	103·790	0	1
產 氣 菌	5 151·600·000	0	4·770 000
	515·000	0	18
枯 草 菌	1·303·800·000	0	大 量
	130 318	0	0

第六表 患者尿中含Sulfathiazole 150克毛%在PH6·5下對於各種鏈球菌之作用

微 生 物	每立毛中開始時之計數	24小時後之結果
Beta, group A	381·600	未 滅 菌
	3·816	滅 菌
Beta, group D	71·550 000	未 滅 菌
	715 500	未 滅 菌
Alpha faecalis	120 154·000	滅 菌
Gamma. faecalis D 0·2	12 243·000	滅 菌
Gamma. faecalis N 0·3	11·130·000	未 滅 菌

第三表 含有 Sulfathiazole 之患者尿液汁對於
產氣桿菌作用

病者號數	尿之 PH	藥 物	開始時每立毛中 產氣桿菌之數目	24小時以後每立毛 中產氣桿菌之數目
		克毛%		
2	6.50	258.6	22,578,000,000 2,257,800	50,219,000 8
1	6.20	258.5	5,151,600,000	0
2	6.42	192.0	11,161,800,000 91,400	98,872,000,000 400
3	6.64	170.0	2,275,800	0
4	6.70	166.6	2,257,800	0
4	6.62	150.0	2,257,800 225,780	2 0
5	5.80	136.0	11,161,800,000 1,116,180	372,698,000,000 0
6	6.48	22.7	2,257,800	0

第四表 含有 Sulfathiazole 之患者尿液對於
枯草菌作用

病者號數	尿之 PH	藥 物	開始時每立毛中 之菌數目	24小時以後每立毛 中之菌數
		克毛%		
1	6.20	258.5	1,303,800,000 130,318	0
2	6.42	192.0	4,218,200,000 428,120	45,000,000 0
3	6.64	170.0	5,247,000	0
4	6.70	166.6	5,247,000	0
4	6.62	150.0	5,247,000	0
5	5.80	136.0	4,280,200,000 428,120	40,704,000,000 2,200
6	6.40	22.7	5,247,000	0

第五表 含有 Sulfathiazole 之患者尿液對於
綠膿桿菌之作用

病者號數	尿之 PH	藥 物	開始時每立毛中綠膿桿菌之數目	24小時以後每立毛中綠膿桿菌之數目
		克毛%		
2	6.50	256.3	35 139,000-600	2,600,000 000
			2 513,900	6
2	6.42	192.0	314,000-600	少于1000
3	6.64	170.0	3,513,900	0
4	6.70	100.6	3,513,900	每立毛中少于一
4	6.92	150.0	3,513,900	0
6	6.48	92.7	3,513,900	少于200
			351,391	0

第七表 正常尿中溶解 Sulfanilamide 及 Sulfathiazole 總於 100 克毛% 再加 10% 之 Peptone 或水之液體對於細菌培養之結果

藥 物	加上之物質成百分之一	每立毛中開始時之數目	24小時後的生長
Sulfanilamide	Neopeptone Proteose peptone P-Amino-benzoic acid Water	13 125	重大的發育 " 16 集落
	英 文 同 上	2,415	重大的發育 " 4 集落
Sulfathiazole	Neopeptone Proteoso Peptone P-Amino benzoic acid Water	13 125	0 0 0 0
	英 文 同 上	2,415	0 0 0 0

由第六表可知Sulfathiazole對於抵抗D類B鏈球菌之作用較小，與150克毛%藥物對類異之各種鏈球菌族之作用有顯明的區別。

按已往經驗 Sulfathiazole 對於引起泌尿系傳染之主要菌種不能如此大量消滅且 Sulfathiazole 向較Sulfanilamide 更能迅速由尿中排洩及游離，故以此二點足使我等再繼續研究也。

如第七表所示蛋白質及副鹼基安息香酸可使 Sulfanilamide 喪失活動力但在同樣情形之下未減弱活動力。

於對此藥物作用之方式尙有不明之處甚多，但對於蛋白分解產物不能減弱Sulfathiazole活動力之事實。即可推知二藥物，對於在組織中及泌尿器之傳染均有重大價值。

對於尿道下裂疾患臨床應用之結果；在手術前一或二天開始用 Sulfathiazole 治療（詳見病例報告）在手術將患部用綠肥皂及水淨盥之用酒精消毒。手術直前，用紅汞酒精溶液（Seoh氏液）塗擦二次，由尿道外口注入 2% 的紅汞溶液以抵抗經常生活於尿道中之細菌。

第一修補尿道下裂之第一期手術（痛性陰莖勃起之解除）首須注意者為患者常需要補形手術以減輕疼痛。其應用技術詳見Youny氏最近的報告。茲不重述。要之須先將所有緊縛纖維澈底切除。尿道外口可由陰莖附着部分離。再將兩側過多之皮膚（陰囊部或包皮部）切開尿道即可，向外拉出此種手術係用膠圈而柔軟之銀線（取其無害而有消毒用）作三層縫合將皮膚之邊緣與海綿體中間之死腔完全閉鎖。手術之結果如無創傷之化膿則陰莖可完全伸直為欲防止化膿手術前後之應用Sulfathiazole 可得極良好的結果，由以下報告可知茲作一簡單表如下：

病例	年齡	病 症	Sulfathiazole			副作用	忍受力	結果	尿中游離藥呈克%	服菌力
			第一日	第二日後	共					
1	5	先天性陰莖勃起疼痛症	第一日 1 gm	第二日後 2 gm	共 4	服日 輕度嘔吐發熱	良	良	225	強
2	14	尿道上裂尿道下裂	第一日 2 gm	第二日後 3 gm	共 11	服天 嘔發 吐熱	良	良	150	強
3	15	陰莖勃起反回性疼痛症	第一日 3 gm	第二日後 6 gm	共 10	服天 發熱	良	良	120	頗強
4	14	尿道下裂陰莖勃起疼痛症	第一日 3 gm	第二日後 3 gm	共 9	服天 無	良	良	65	強
5	8	尿道傳染	第一日 1 gm	第二日後 2 gm	共 7	服天 有四天嘔吐發熱	良	良	400	強
6	17	陰莖勃起疼痛症	第一日 3 gm	第二日後 4 gm	共 19	服天 發熱	良	良	275	強
7	18	先天性陰莖勃起疼痛症	第一日 5 gm	第二日後 四至六 gm	共 32	服天 無	良	頗佳	240	強
8	23	先天性陰莖勃起疼痛症	第一日 3 gm	第二日後 6 gm	共 12	服天 痛性腹部腫脹三天	良	良	175	強
9	5	陰莖勃起疼痛症尿道下裂	第一日 5 gm	第二日後 2 gm	共 9	服天 嘔吐	良	良		強
10	10	尿道下裂小便失禁	第一日 2 gm	第二日後 2 gm	共 10	服天 發熱	良	良		強
11	15	陰泌尿管陰莖勃起疼痛症	第一日 1 gm	第二日後 2 gm	共 5	服天 無	良	良		強
12	16	泌尿管陰莖勃起疼痛症	第一日 1 gm	第二天 5 gm	共 10	服天 發熱	良	良		強

更將十二病例之經過詳譯於後：

病例 1 M; S; 患者五歲有先天性陰莖勃起疼痛症。手術前一天及手術日各與一克Sulfathiazole手

後二天，每天之劑量增為二克，以後繼續每天1.5克應用十天，總共十四天，患者對此藥之忍耐力極佳，僅在第二三四日有嘔吐，以後即無之，體溫或血液無異常的變化，尿中全無菌，當時尿中有時含255克毛%之游離藥物，其尿液經試驗證明對於金色葡萄菌，產氣桿菌，即使鏈球菌，及綠膿桿菌，皆成為細菌固定或殺菌劑，枯草菌可使數目減少，但不能殺死，手術的步驟消除陰莖腹側顯明的屈曲，手術時至尿道外口距龜頭頂層為7.5釐，創口計長7.0釐，膀胱內亦未置導尿管，手術部之水腫甚少，手術後第十三天檢查創口已有顯明的初期癒合。

病例2 M; S; T, 十四歲三年前曾在別處，行二次補形手術均失敗。在手術前一日給二克 Sulfathiazols, 其後十天每天三克 (包括手術日) 僅在手術日有嘔吐，此外則有良好耐量。在治療的第十天有體溫升高至華氏 101; 8; 乃顯明的係藥物所致，脈搏相對的增加，白血球計數正常。在手術天至患者尿中游離 Sulfathiazole 為百分之150 克毛，且其尿可殺死金色葡萄球菌，鏈球菌及變形菌；產氣桿菌發育之十五個集落。當取標本尿中藥物之平均量減低時，由百分之 22.5至 87.25克毛，其抗菌作用較小。在用 Sulfathiazole 之過程中尿可保持殺菌。

此手術是包括痛性陰莖勃起之改正，及尿道外口由陰莖陰囊連合處移植至末端部，切口長為 5 cm, 手術後應用 Foley 溜滯導管十天，可安全的癒合而滲出。

病例3 T. W. 十五歲一年前曾在別處行手術並有反回性痛性陰莖勃起，在手術前一天給予三克 Sulfathiazole, 並在後三天給予六克；於是再給六克期六天；總計十天之治療，無胃腸反應。在治療之第九天及第十天體溫升高至華氏 102 度並有心動過速，白血球每立方釐 10,000 增加至 14,000 藥物停止後，體溫立刻降低，患者未感不適。

此手術係中心切除所有纖維後閉鎖皮膚的缺損以減輕痛性陰莖勃起，尿道外口移植至背部距龜頭頂約 1.5cm 處之一點，切口之全長，未應用導尿管，創口有水腫但未化膿，初期癒合。

病例4. T. M. 十四歲的有色的小孩，僅輕微尿道下裂及痛性陰莖勃起，前曾施手術，在手術前一天給 Sulfathiazole 三克，手術後一天開始每日三克，共給九天，對藥物無反應尿中平均游離的 Sulfathiazole 未超過百分之65克毛，查手術後24小時，尿中未顯抗菌作用，但在第二天其尿可殺死金色葡萄球菌，產氣桿菌及變形菌，對鏈球菌及綠膿球菌無效用。

如上所說患者于手術日未給予 Sulfathiazole 當手術時不聽勸告將藥物停止，須特別提及乃係于亟需之時因而停止藥量而不降所致。

手術步驟係切除所致痛性陰莖勃起之纖維束及閉鎖皮膚，尿道外口移植至距龜頭頂的約 5cm 之一點上，故口長 4.5cm, 手術後十天得到滿意的癒合，但在手術第三及第七天內曾集聚一小團膿液，並立刻消失，係因 Sulfathiazole 之結果。

第二尿道下裂之第二期手術；現在我們報告 Sulfathiazole 對於尿道成形手術之結果，在一期手術改正勃起疼痛尿，第二期手術係將陰莖皮膚作管形以形成尿道，表面以鄰近皮膚邊緣覆蓋之，在此種患者須應用同樣之消毒技術，極精細之縫線將皮膚內縫入以形成尿道，最好用銀絲將一塊寬的皮膚覆于新形成的尿道上，用此種成形手術後，即常有多數小型化膿點以致延及尿道形成瘻管，若在手術前應用 Sulfathiazole 即可防止此種傳染，而得重大的進步。

我等樂于報告日前的結果，較任何過去所作者為優越，不但化膿減少，即已發生者，亦可用皮膚夾固定使組織重新癒合。

病例5 R. R. 三歲白種小孩一年前曾行第一期手術此時發現一種菌尿道傳染。

當入院時其尿道無菌，在手術前及手術天每天給予一克 Sulfathiazole 以後二天，每天二克，後每天 1.5 克應用13天，計十七天治療，血液中無變化，亦無明顯的升高。有四天嘔吐，此後食慾進步，且其藥物有極良好的耐量。在尿標本 (非二十四小時收集) 中游離的 Sulfathiazole 高達百分之400克毛。

此種手術係造成 7 cm 長之陰莖尿道，手術後在舊尿道中插入溜滯導尿管十三天以引流膀胱中之膿液，此時發現一針尖大膿液，其後膿液撤空，而創口完全未併發瘻管。

病例 b T.G. 十七歲，曾有施行成功的痛性陰莖勃起之減痛手術，在手術前一天及手術天會給予 3 克 Sulfathiazole。以後十二天會將劑量增加為每日 4 克，其耐量極佳，直達治療之第十九天。溫度升高至華氏 103 及 104 度並顯明心動過速，二次白血球計數均在每立方耗 8,000 以下，在停止用藥後 24 小時體溫下降，並保持正常，任何期中患者未感不適，藥物在尿中平均有百分之 275 克毛，此時可殺死金色葡萄球菌，產氣桿菌，8 鏈球菌，變形菌及乳線腺桿菌減至 16 集落，尿道可保持滅菌。

手術係用一般的技術，創口為 15 釐長，由尿道外口插入 Foley 溜滯導尿管應用十一天。近龜頭部形成一線層線膿腫外，創傷均清潔，此膿腫變空後用銀夾將邊緣夾到一塊，立刻即有癒合，當出院時新的尿道頗完整。

病例 7 C.P. 患者 18 歲，曾有先天性痛性陰莖勃起于二年前修補成功。在手術前一天給 Sulfathiazole 5 克，並每天供四克至六克應用二十三天，患者對藥物之耐量極佳，無發熱，血色素或血球計數亦無變化，藥物在尿中平均為百分之 17 至 240 克毛，尿液保持無菌直至手術後第十四天方發生綠膿桿菌，並直到以後第十二天最後一次檢查時仍保持此標準，此係 Sulfathiazole 治療期中發生桿菌膿液傳染之例證。但此菌之傳染程度極低，而未找到其他微生物，就患者臥床之經過來看，對於癒合之影響甚少。尿中藥液平均低達百分之 13.5 克毛時綠膿症之計數在 10 集落以下。

病例 8 P.E. 二十三歲之成人，一年前會施手術治療，先天性痛性陰莖勃起，手術前一天會給予 Sulfathiazole 5 克，以後每天 6 克，繼續應用 12 天。手術會有痛性腹部膨脹三天，除此症狀外無其他症狀，血色素白血球正常，手術時尿中無菌，在治療之第六天，由陰莖導尿管中取出之尿直接塗片檢查無白血球，但在培養基上有相當數目葡萄球菌，在第十二天尿中含百分之 17 毛克藥物，二天以後取血檢查其中含百分之 5.3 克毛。

此手術係製成一長 17.5cm 之陰莖尿道，皮膚有相當疤痕，但未化膿，並創口係初期癒合。十一天後將溜滯導尿管移去，有一點腐潰，除近於龜頭處有一針尖大之瘻管外，尿道尚完整，由如此長之新尿道上觀察，其結果可認為極佳。

病例 9 T.F. 五歲小孩，會行二次痛性陰莖勃起解離術及新尿道成形手術，在第二期手術前一天會給予 Sulfathiazole 1 5 克，因為體麻醉之嘔吐僅能在手術之日予 0.5 克，並在第二天未會給，以後九天每天 2 克無體溫反應，血色素白血球數目亦無變化，在 Sulfathiazole 治療全期中尿中保持完全無菌。

在手術時於尿道周圍陷凹中取出一結石，大部份陰莖尿道手術重造，十四天將溜滯導尿管取出，新作尿道中有膿液集合。但此後即撤空，創口立刻癒合而瘻管，此病例伴發結石及陰莖尿道嚴重傳染而與先前之病例不同，要尿道上裂之病例係應用 Sulfathiazole 後使用陰莖背部成形手術與恥骨上引流。

病例 10. W.W. 十歲，為改正尿道下裂及小便失禁而入院，先並未施手術，在手術前三天給予 Sulfathiazole 2 克，由手術第一天開始，用此劑量繼續 20 天，(手術日未用)對藥物無反應。尿液反應試驗對金色葡萄球菌有殺菌力，對產氣桿菌，及綠膿桿菌有抵抗力直到第十天。

陰莖尿道修補術，此類患者常在尿道下裂手術後發現一處或多處的瘻管，應用技術即在瘻管周圍切開。將過多的表皮切除後，用極精細的腸線在瘻管口行煙袋式或連線縫合，有將尿道周圍皮下組織亦必用疏鬆縫合，皮膚則用銀線縫合，有數例使尿繼續由尿道流出，亦有須將尿路轉向會陰部流出者。

病例 11 H.C. 15 歲，有色兒童自認行過會陰泌尿。瘻管閉合術，一次有痛性陰莖勃起解離術，一次新尿道成形術，二次發的會陰泌尿瘻管閉合術，手術日給予 Sulfathiazole 一克，後五天每天 2 克，無發熱及其他主要反應，血色素及白血球計算正常，尿中無菌。

手術時切開瘻管作二層縫合，未用導尿管創口初期癒合，無其他泌尿的缺陷。

病例12 F. S. 16 歲，白種兒童，自認有過六個泌尿瘻管，曾受二次痛性陰莖勃起解痛需二次新尿道形成術，一次會陰尿道閉合術，入院後手術前一天給1克Sulfathiazole，手術日給予5克，手術前後五天，每日給予6克，後四天慢慢減低用量，尿中無菌，保持至手術日，然在術後五天，10天當中熱度達華氏104度，心跳快，但白血球及血色素無異常，且病者亦未顯病態，停止給藥後24小時內體溫降至正常，尿中仍無菌，消術其他手術：——Sulfathiazole亦可用於會陰部前列腺切除術，將尿道前列腺部份截斷術及其他尿道手術，效果優越，吾人相信今後將在化學治療用於預防開一新天地，吾人非認此種病例已詳盡無遺，精細的研究，正在進行中尚待詳述。

摘 要

縫合部位之傳染及小型之崩潰，屢為泌尿器外科之障礙特以陰莖成形手術為然，吾人已知在手術前後各時期中，應用Sulfathiazole可以避免之，此類病例雖多為小兒，然亦未發現嚴重之反應，且可將此種藥物視適用期服之長而應用之而無害，由以上十二病例之結果中可知應用Sulfathiazole之後較之已往可得良好的愈合，即使小有傳染，應用Sulfathiazole，後可以全愈而不致形成瘻管，吾人曾於少數之病例中用小型銀夾傳染之創傷再度愈合，此在已往經驗中決難成功者也。

瘧原蟲之顯微診斷

廣西省立醫學院醫學士吳小曼譯

內科臨診，每週原因不明之發熱患者，必先檢查血液有無瘧原蟲之存在。瘧原蟲之顯微診斷，因此成為從事內科及實驗室工作者必須熟練之檢查技術，此篇所述，即注重染色血液塗片及厚薄標本中瘧原蟲之檢查及其類別診斷，至血液標本之製作，染色之程序，因限於篇幅，未能在此逐一論述。瘧原蟲普通可分三類：(1)三日瘧原蟲 (Plasmodium Vivax) (2) 四日瘧原蟲 (Plasmodium Malariae) 及 (3) 熱帶瘧原蟲 (Plasmodium immaculatum) 此外尚有一類所謂卵形瘧原蟲 (Plasmodium Oval) 者，究屬罕見，在此亦未論及。瘧原蟲染色通用 Giemsa 氏 Manson 氏及 Wright 氏染色法，其中以 Giemsa 氏染色法最為完美。至未加染色之新鮮血液標本檢查於實用診斷上並無重大意義。

(A) 染色血液塗片之檢查

1. 三日瘧原蟲

主徵：受染紅血球擴大，呈蒼白色，類變形蟲半成熟形，良好染色標本中綫狀那 (Schueffner) 氏環之存在，桑葚狀分裂形 (Morula-Teilungsfigur) 具12—24個孢子 (Merozoiten)。

三日瘧原蟲之無性生殖形 (Schizonten) 於四十八小時之發育經過中具有顯著之形態區別。於熱發作時或退熱後短時間取血塗查，可見其侵襲紅血球之幼形。此最幼形態大抵呈細小稍帶長形藍染之環形，具美麗紅色顆粒，此即瘧原蟲之核，藍染部分為原質性，環形之透明內部為食物空胞。與核相對邊之原形質較核邊者為寬，因與印章戒指相似，特稱此種幼小形態為小三日瘧環；其直徑約為紅血球之三分之一，瘧原蟲迅速生長，具空胞之環形其原形質為狀不齊整。發作二十四小時後環形消失，瘧原蟲著明增大，幾充滿整個紅血球。原形質為狀不整如變形蟲，染色素較微細褐色，散置原形質中。紅血球溫度擴大，染色甚淡，常見微細整齊紅色綫狀那氏小斑點於紅血球中。新發作前十二小時瘧原蟲之類變形蟲運動業經停止，蟲體呈圓形，充滿兩倍期大紅血球三分之二，核之體積增大。新發作前數小時核染色質 (Chromatin) 分裂為12—24個顆粒，染色素集成一團。完成分裂之瘧原蟲於紅血球破壞前短時間因其各個幼小支核 (Tochterindividuen) 為藍染原形質包圍宛如桑葚，此幼小瘧原蟲於血球破壞後重新侵入其他紅

血球以行發育之循環。

除無性生殖形外，於不加治療病例經過數次之發作時尙可發見有性生殖形，(Gameten) 尤其於再發病例可發見多數。其幼小形態與印章戒指相似，但其染色質不在瘧原蟲之周圍而位於瘧原蟲之內面，不具空胞，藍染之圓形或橢圓形塊較爲緻密。生長至育之生殖形可分雄性及雌性形。半成熟之生殖形爲圓形，不若生長至育之無性生殖形爲狀之不齊整。染色素形成較多，均勻散布於整個蟲體而成團塊。此外核染色質不分裂，保持原有形態。成熟雌性及雄性蟲由其核，原形質之染色及大小可互相區別：雄性生殖形 (Mikrogametozyt) 小於雌性生殖形，(Makrogamet) 稍大於紅血球，雌性生殖形其大小則幾爲紅血球之兩倍，雄性生殖形之核較雌性者大，雌性生殖形之原形質則較雄性者大。雄性生殖形其核質極鬆，核染色質紅染甚爲顯著，原形質少，染青灰色。雌性生殖形原形質深染色，核則較小，殺扶那氏斑同時可見於紅血球中。

因各個瘧原蟲之發育情形互異，乃見無性生殖形之不同發育時期如環形及半成熟形。於重複三日瘧，可見其兩個交換世代於發育經過中，因而每日一次定型發作，血液中可證無性生殖形之一切發育階段。早期發見有性生殖形者，大抵同時發見無性生殖形，特於再發者爲然。同一或不相同發育階段瘧原蟲對紅血球之多倍感染及無性生殖形與有性生殖形同時存在於一紅血球中之現象皆可證明也。

2, 四日瘧原蟲

主徵：受染紅血球不擴大，不呈蒼白色，無殺扶那氏斑，成熟瘧原蟲爲帶形，分裂形具八個孢子。

無性生殖形發育經過七十二小時，發作時可證明環形無性生殖形。因其發育較爲遲緩，半成熟及成熟形比之三日瘧原蟲較遲出現。半成熟形大抵於發作後三十六小時可經證明。四日瘧原蟲與三日瘧原蟲之顯著區別在於受染紅血球並不擴大，不具殺扶那氏斑，半成熟瘧原蟲生活時僅呈很小類球形蟲變化，故於染色標本少見異常形態。在此時期其形態頗爲齊整，爲一帶狀橫置紅血球中之形像。此帶形頗寬，染色素較比三日瘧原蟲爲粗大，呈金黃色。核分裂約於四十八小時後開始，僅有八個支核，少於此數或多至十二個以上則爲少見。分裂形之染色素集爲團塊，與雛菊相似，特名之爲雛菊形 (Ganseblumenform)。

有性生殖形如三日瘧原蟲，惟蟲體較小，受染紅血球不擴大，染色素較多可爲鑑別。四日瘧原蟲常少數存在，可就標本之邊緣檢查之。

3, 熱帶瘧原蟲

主徵：各種大小不同之環形，常具兩核，受染紅血球不擴大，Maurer 氏斑，中間形及分裂形少見於循環血液中，有性生殖形爲特異之半月狀態。(Halbmonform)

無性生殖形發育經過24—48小時之間。其形態可分爲小，中等大，大熱帶瘧及分裂形。生殖形可分雌雄半月形。小熱帶瘧環常大量存在血液中，熱發作之初有時不易證明。熱度上升時發見小熱帶瘧環，發熱高期發見中等大熱帶瘧環，退熱時發見大熱帶瘧環。小熱帶瘧環形狀特別細小，藍染環形具1—2或三個核染色質，爲紅血球直徑分六之一。中等大熱帶瘧環較大，約爲紅血球直徑 $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ 。大熱帶瘧環如三日瘧原蟲，約爲紅血球直徑 $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ 。重症病例常見多數瘧原蟲同於一紅血球中，並具一個以上之核染色質。核爲圓形，長點或啞鈴狀，小熱帶瘧環常在紅血球之邊緣，檢查時僅窺見一細小核點，最易忽略，故須特別留意。受染紅血球不擴大，往往稍爲縮小，並且特異黃銅色彩。深度染色紅血球中可見不齊整之紅色斑點，較殺扶那氏斑爲大，卽爲：Maurer 氏惡性熱斑。

分裂形僅於重症病例出於循環血液中。普通因於內臟如脾臟骨髓，及腦髓之細微細血管分裂，故不能於染色標本證明之。分裂形較三日瘧原蟲者爲小，充滿紅血球一半或其四分之三，具8—24個支核，染色素集爲黑色小堆。

生殖形與前述兩類瘧原蟲完全相異，成熟生殖形在染色塗片中爲特有之半月形。其依存之紅血球倘若存在則變爲白色，其對半月形凹面之緊張邊緣可資認識。普通紅血中多消失不見，半月形薄層存在。雄性

半月形原形質染色稍淡，核大弛鬆；雌性極小，原形質染深藍色，染色素較細小，黑褐色，與核染色質間在半月形之中間。

(b) 厚滴標本之檢查。

厚滴標本中之瘧原蟲聚於一處，檢查省時而確實。對於少數瘧原蟲之檢出，厚滴標本檢查尤轉具長處。厚滴標本邊緣之紅血球因急速乾燥固定之關係可差色。此外着色者為白血球之核，血小板及瘧原蟲。各類瘧原蟲在厚滴標本中或破碎，或變成團塊，多失真相，顯微檢查首須注意核染色質之存在。

1. 三日瘧原蟲

常各期同見於一標本中，除三日瘧環外，尚可發見半成熟及成熟瘧原蟲形為團塊狀或為種種破碎形。環形一般較大，原形質較多，分裂形具12—24個支核，其未完成分裂形亦見具八個支核。然染色素為散在性，不集成團塊可為鑑別。厚滴標本邊緣着色之紅血球中，除見環形或半成熟形以至成熟形外，尚可見級狀那氏斑，並可見紅血球之擴大輪廓。厚滴標本中間常見瘧原蟲在有斑點之紅血球中。

2. 四日瘧原蟲

環形較三日瘧原蟲者為小，半成熟及成熟瘧原蟲亦較三日瘧原蟲者為小，原形質較薄，無環變形蟲形。染色素較多。染金黃色。分裂形具八個支核。標本中間無存在之紅血球具有瘧原蟲者。

3. 熱帶瘧原蟲

小熱帶瘧環大量存在，無自環形至分裂形之中間形。厚滴標本中僅見多數小環而無三日瘧原蟲之類變形蟲形及四日瘧原蟲之半成熟形時，大抵可診斷為熱帶瘧原蟲，若更發見半月形之存在，當無疑義。分裂形一般較三日瘧原蟲者為小，僅見於重症病例。在徐緩乾燥之厚滴標本中半月形稍變圓形，或僅存在中間一部，最易誤為四日瘧原蟲及三日瘧原蟲，但半月形染色素較密，原形質着色較深，且常伴有微紅宿主細胞之殘餘，細加注意不難辨別。厚滴標本邊緣乾燥較快，半月形在此常保持原狀。小熱帶瘧環在厚滴標本中常為最小藍染團片，或為小弧菌狀，其旁為核染色質，檢查時亟宜注意。Maurer氏惡性熱瘧僅於非常良好之染色標本及具有顯著之貧血時偶一發現而已。

(完)

本文擇譯自下列兩書：

1. F. W. Bach Die mikroskopische Diagnostik der wichtigsten Tropenkrankheiten
2. Ruge Muhlens zur Verth. Krankheiten und Hygiene der warmen Lander.

兩歲小孩服大健風 (Dagenna) 後引起尿閉九十六小時

黃麗華譯

在過去十八個月，關於服用大健風治療可能引起腎臟合併症之報告，在雜誌上屢有所見。其中最嚴重的事實是完全尿閉，而引起尿毒症與死亡。顯然的，據若干學者之意見，若干尿閉之例症，乃由於輸尿管下端被醋酸大健風結晶完全阻塞之結果，但經膀胱鏡之處理，與輸尿管阻物之除去，曾獲救治之良果，本文之目的，在對於以下兩點再充實其根據：(一) 服大健風後引起尿閉，乃由於大健風之沉澱式結晶物，把輸尿管下端完全塞住之結果；(二) 尿閉發生時可行膀胱鏡窺視。

病案報告

某醫師之一男孩，二歲，一九四〇年九月八日患咳嗽，發熱，寒戰，患後二十四小時內，每三小時服藥劑一drachm (四克)，並強迫飲水，當時診斷為支氣管肺炎，而開始用大健風治療，立刻一次服0.25克，以後每四小時服0.25克，共服五劑後，而發生嘔吐，不能再服，其計服大健風1.5克，重碳酸鈉10克以上。此時肺炎仍繼續進行，據其母親所述，九月十二日，其小孩小便忽變淡紅，尿量變少，整天排尿量

很少，且微帶血液，末次小便在早晨（十三日），以後二十四小時內完全無尿。

患者九月十五日下午五時入 Sparks 醫院，物理檢查：患者發育良好，營養尚良，神志清醒而活潑。瞳孔對光反射及調節均正常。耳無異常，鼻粘膜有若干部份充血，扁桃腺充血變大，咽喉有輕度炎症，心臟境界不擴大，心跳規則，性質亦佳，聽診無音，肺野除總診有散在性捻髮音外無異常，腹部無菌結包塊，亦無壓痛，四肢無異常，各種反射均正常，而顯著之皮下腫脹。血液檢查：血色素 5%，紅血球 45000，白血球 17200，白血球分類數：淋巴球 29%，大單核白血球 5%，中性白血球 33%，嗜鹼性白血球 1%。尿檢查：因無尿不能行之，體溫 100-60°F 脈搏速度每分鐘一百次，呼吸每分鐘二十八次。

入院時據云以往並無尿閉歷史，因治肺炎遂又再服大健風，適量重碳酸鈉，當日無小便，再詳詢其母親，始悉患者在家時已無小便，遂立即停服大健風，但此時患者又多服三克矣。

以故給與患者重碳酸鈉每三小時 0.5 克每天 Hartman's 液 500 C.C. 並強迫飲水，首先之 500 C.C. Hartman's 液行靜脈注射，因引起進行性水腫，且靜脈亦不易找到，遂改行皮下注射，以後四十八小時內，患者情形愈變愈壞，呈昏睡狀，極度不安擾動，皮下組織均為水所飽浸，轉瞬未施行膀胱鏡者，以手術之須用全身麻醉，對於肺炎患者可能取死亡之轉瞬也。時已至此，患者經已尿閉達九十六小時，施行膀胱鏡檢查，乃治療之最後一着。

膀胱鏡之檢查，經於九月十七日施行，用笑氣以麻醉，並無呼吸困難—NO 14 Butterfly 膀胱鏡很易通過，窺得膀胱內全無小便，惟膀胱三角及膀胱頸有輕度炎症，膀胱粘膜皆干燥，有黃白色之薄膜，遇水旋即溶解，兩側輸尿管呈輕度炎症，但均無液體流出。第四號之導尿管兩側均能通至 12cm，左側在 2cm 處遇阻塞，右側在 5cm 處儘全不能通過，導尿管通過時，有砂狀摩擦感。此時導尿管仍無尿液流出，但經蒸餾水洗滌後，開始有尿液滴出，左側腎盂共吸出 3.6 c.c. 右側吸出 10 c.c. 尿液均呈黑色而渾濁，尿檢查：右側吸出尿液有若干上皮細胞，紅血球很多，白血球每高倍視野 3-5 個，來自左腎小便發見相同，無有機體，尿液呈鹼性反應，尿沉澱均含無定形琥珀狀顆粒，呈苔蘚狀排列，似正形磷酸大健風結晶。腰部 X 光照相無不透明之結石，腎盂 X 光照相未施行。

導尿管放置原處，患者返回病室，在導尿管自行滑出前二十四小時內，共排小便 12.5 c.c. 患者總共在床土解小便五次，惜不能確定總量，但約計在使用膀胱鏡後二十四小時內，所排尿量至少在 2000 c.c. 以上。

以後三天，胸部症狀再度浮動，顯係全身麻醉之結果，但不久即告恢復，患者小便次數增加，量亦頗多，在使膀胱鏡第三天，皮下水腫完全消失，血中殘餘氮素每 100 c.c. 中含 30 ma，尿分析陰性，僅有少許蛋白，有時可見玻璃圓柱，白血球在高倍視野下僅有 2-4 個。

患者恢復期不穩渡過，於十二月十四日離院在出院前一天，小便檢查完全正常。

病案討論

按本病案之尿閉，無疑的係由於輸尿管下端阻塞，此阻塞之凝塊很可能屬醋酸大健風結晶所組成，可惜在本病例中，我們沒有像過去一樣在尿中找到定形大健風結晶束。

觀察患者服用大健風及碳酸鈉之罪過，殊令人有趣，因使用膀胱鏡所吸出之尿呈鹼性也，事實上關於大健風成凝塊之形成知道者尚少，僅大量之重碳酸鈉或類似之藥物使尿呈鹼性不足以保障凝塊沉澱之作用。

然而並非所有患腰痛血尿等症候羣者即需行膀胱鏡之處理。若干患者祇要停止服用大健風，並強迫飲水，雖不經任何治療亦能痊癒，此種病例中，凝塊係位於一側或兩側腎盂內，而不足以引起阻塞現象，幾天後，凝塊溶解於鹼性環境中，尿閉症狀，遂完全消失。在本文所報告之病例，其尿閉症狀較為嚴重，且必需致行膀胱鏡之處理，與 Tsao 氏等所報告者相類似，按彼等所舉者，係一小兒以凝塊結晶性輸尿管及膀胱端，使輸尿管完全閉塞而死亡。本文所見，因施用膀胱鏡之處理使尿路通暢得度更生。

結論

1. 兩歲小兒因患肺炎在大健康治療期中引起完全尿閉達九十六小時。

2. 尿閉之發生由於兩側輸尿管下端之完全阻塞。

3. 膀胱鏡之處理，使阻塞輸尿管下端結晶尿移除。而患者獲救。

(原文見The Journal of American Medical Association July 728 1941)

一年來醫藥雜誌及科學刊物一覽表 (補白)

雜誌名稱	刊期	定 價	出 版 者	訂 閱 處	主 編	最近出版期數
廣西醫刊	季刊	預交訂費二十元按期計算	廣西桂林廣西醫刊社	全 左		三十二年二月二卷二三期
同濟醫學季刊	季刊	土紙四十五元 道林紙七十元	四川宜賓女學街同濟醫學季刊社	全 左	唐哲	三十一年五月八卷二三期
軍醫雜誌	季刊	全年十元	貴州安順軍醫雜誌社	全 左		三十一年三月二卷一期
醫藥月刊	月刊	全年十元	已卯通訊醫藥月刊社	江西大慶第五號信箱李權西轉	許允裕 李權西	三十一年七月四卷一期
醫學文摘	雙月刊	全年六十元	重慶歌樂山中華醫學會	全 左	應元岳 張昌紹	三十一年六月一卷一期
西南醫學雜誌	月刊	全年二十元	湖南新化西南醫學雜誌社	全 左		三十一年六月二卷六期
軍醫通訊	月刊		貴州安順軍醫通訊月刊社			三十一年六月三十五三十大期
級友醫刊	季刊		陝西南鄭西北醫學院一九四二級級友會			三十一年七月創刊號
廣西醫生通訊	月刊		廣西省政府衛生處			三十一年九月二卷九期
醫防消息	月刊		醫療防疫總隊			三十一年一二三月合刊
全國疫情	月刊		臨時防疫聯合辦事處			三十一年二月第五期
科學世界	雙月刊	全年十二元	中華自然科學社	四川成都華西化學館三十一號	薛愚	三十一年十月十一卷五期
科學畫報	月刊	半年二十一元	中國科學社	桂林 桂西路科學書店	鍾孝述	三十一年七月八卷五期
研究報告	不定期		廣西省立醫學院			三十一年十一月第二號
藥學季刊	季刊	預收訂費二十四元	藥學季刊社	安順二十號信箱該社		三十二年二月春季號

鑑定實例

我國法醫學發達極早，迄今已千有餘年，自宋淳熙制邸興奇創為檢驗格目後，廣西等即先刊印正背人形，隨格目給下檢驗官司，江西提刑徐似道言之於朝，即詔頒諸路提刑一律採用，改名檢驗正背人形圖，自民國成立以來，司法部稍為增改，再度頒用，以迄於今，即現在各地法院所通行之驗斷書也；據法律規定，關於醫事問題，法官應選任醫師為鑑定人，而醫師亦有為鑑定人之義務，故吾人對驗斷書類，常有審查之機會，茲為醫界同仁了解起見，今特介紹於下：

編者附言

×××驗斷書之審查

廣西高等法院醫師 陳康願

委託機關	廣西××縣司法處
鑑定事由	送審查×××驗斷書請鑑定由
審查件數	×××驗斷書乙份
審查日期	民國×××年×月×日
審查地點	廣西高等法院法醫室
鑑定日期	民國×××年×月×日

審查：

「已死×××生年××歲×××鄉×××村人職業農

勘得：

屍身所在地方——×××村××坪

屍身所在方面——死者屍體已入棺頭東脚西。

屍身所附衣物——青布衣二件藍布衣五件青布二條脚穿鞋襪。

量得：

身長——四尺；膀闊——九寸；胸高——五寸五分。

驗得：

仰面——仰；面色——青黑；全身膚色——青黑色。致命，頂心——無故；致命，偏左——無故；致命，偏右——無故；致命，眉門——無故；致命，額顛——無故；致命，兩額角（左右）——均無故；致命，兩太陽穴（左右）——均無故，不致命，兩眉（左右）——均無故；不致命，兩眉叢（左右）——均無故；不致命，眉間——無故；不致命，兩眼胞（左右）——均無故；不致命，兩眼睛（左右）——均突出；不致命，兩腳（左右）——均無故；不致命，兩腳（左右）——均無故；不致命，兩頰（左右）——均無故；不致命，兩耳（左右）——均無故；不致命，兩耳輪（左右）——均無故；致命，兩耳聾（左右）——均無故；不致命，兩耳垂（左右）——均無故；不致命，鼻梁——無故；不致命，鼻樑——無故；不致命，兩鼻翼（左右）——均無故；不致命，人中——無故；不致命，上下口吻——均烏黑；不致命，上下牙齒——均無故；不致命，口——閉；不致命，舌——在外；不致命，頰（左右）——均無故；不致命，兩脣（左右）均無故；致命，

咽喉——無故；不致命，食氣管——無故；不致命，頸（左右）——均無故；不致命，兩血管（左右）均無故；不致命，兩肩井（左右）均無故；不致命，兩腋——無故；不致命，兩膀（左右）——均無故；不致命，兩肘窩——均無故；不致命，兩臂：（左）——一傷，紫紅色，硬的，長三寸，寬一寸五分，木器傷；（右）——一傷，紫紅色，硬的，長三寸三分，寬一寸七分，木器傷；不致命，兩手（左右）——均無故；不致命，兩手腕（左右）——均無故；不致命，兩手心（左右）——均無故；不致命，十指（左右）均無故；不致命，十指肚（左右）——均無故；不致命，十指甲縫（左右）——均無故；致命，胸膛——無故；致命，兩乳（左右）——均無故；致命，心坎——無故；致命，肚腹——無故；不致命，兩脅肋（左右）——均無故；致命，臍肚（左右）——均無故；致命，腰前（左）——一傷，紫紅色，硬的，長六寸，寬四寸；（右）——一傷，紫紅色，硬的，長六寸，寬四寸；致命，小腹（左右）——均無故；不致命，兩膝（左右）——均無故；致命，產門——無故；不致命，兩腿（左右）——均無故；不致命，兩膝（左右）——均無故；不致命，兩腳腕（左右）——均無故；不致命，兩腳面（左右）——均無故；不致命，十腳指——均無故；不致命，十腳指甲——均無故；合面 膚色 致命，腦後——無故；不致命，髮際——無故；不致命，項——無故；致命，兩耳根（左右）——均無故；不致命，兩肩甲（左右）——均無故；不致命，兩膀（左右）均無故；不致命，兩肘（左右）——均無故；不致命，兩臂（左右）——均無故；不致命，兩手腕（左右）——均無故；不致命，兩手背（左右）——均無故；不致命，十指（左右）——均無故；不致命，十指甲（左右）——均無故；不致命，兩後脅肋（左右）——均無故；致命，脊背：（上中）——均紫紅色，長六寸寬五寸，均緊硬的；（下）——無故；致命，腰——無故；不致命，兩臀（左右）——均無故；不致命，兩腿——無故；不致命，兩腿肚（左右）——均無故；不致命，兩腳踝（左右）——均無故；不致命，兩腳跟（左右）——均無故；不致命，兩腳心（左右）——均無故；不致命，十腳指（左右）——均無故；不致命，十腳指肚（左右）——均無故；不致命，十腳指甲縫（左右）——均無故。

驗畢×××女屍乙具

致死之理由 委係生前因傷致死

蒞驗官×××蓋章

檢驗員×××蓋章

在場人×××鄉副鄉長×××蓋章

×××村村長×××蓋章

中華民國×××年××月××日

據前驗斷書所載，該死者在××亦其面青色黑，全身膚色青黑色，不致命兩眼睛均突出，不致命上下口吻均烏色，不致命口開，不致命舌在外，不致命臂左一傷紫紅色硬的長三寸寬一寸五分木器傷，右一傷紫紅色硬的長三寸三分寬一寸七分木器傷，致命腰前左一傷紫紅色硬的長六寸寬四寸右一傷紫紅色硬的長六寸寬四寸，致命脊背下中均紫紅色長六寸寬五寸均緊硬的，其餘各部，均無別故；查此等所見，皆非生前傷損，是為屍體現象，即洗冤錄上所謂屍變是也。

說明

一、夫人死之後，呼吸斷絕，心搏停止，身體內之血液，依自身之重力，向下壓之結果，蓄積於下部之小血管內，形成大小片狀之斑痕，此斑痕稱曰死斑。洗冤錄謂之血墜；其斑發現之時間，平均在死後三四小時，最早僅一二小時，最遲為十餘小時，先呈紫紅色，次變為紫紅色，再呈暗青紅色，其部位由屍體而不同，在懸臥之屍體，多現於腹部、背脊、腰部、臀部及四肢之後部；在俯臥之屍體，多現於額面，

胸壁、腹壁、及四肢之前部，左側位者多現於左側皮膚，右側位者多現於右側皮膚，且表面平坦，按之即退，被壓部分，不易發生，試用刀切開皮膚，則血液自血管內溢出，拭之即行消失，組織內毫無血液血塊，其周圍亦無炎症現象，查該死者×××兩臂，腰前，脊骨等處之紫紅色斑痕，其大小相等，部位相當，左右相對，顏色相同，與死體在仰臥位時所發生之死斑完全相稱，故該死體上之紫紅色斑痕，應為死後之死斑，而非生前之傷痕也。

二、所謂傷痕者，乃生體受暴力作用之後，皮下組織破碎，毛細血管斷裂，血液流出，侵入組織，赤血球崩潰，血色素遊離。發生皮下溢血之謂也；皮下溢血之形狀，因兇器之種類而異，如棍傷者作橢圓形，鞭傷者作直線形，帶傷者作樹枝狀或散狀，鈍傷者作圓形或方形，扼死者作半月狀，縊死及絞死者作繩索狀，其色澤，初作類青色或帶青紅色，一晝夜後呈暗紅色，二三日後呈青褐色，四五日後帶青褐色或紫色，七八日後呈黃綠色，漸變為橙黃或淡黃色，兩禮拜前後褪色，用刀切開檢之組織內有血液浸潤，大多凝固成血餅，與周圍組織結合甚固，用水沖洗亦難剝離，且大小不一，部位不定，輕重不均，排列不整，左右不相對稱，一見即能鑑別；查該死者×××，其兩臂，腰前，脊骨等處之紫紅色斑痕，不與皮下溢血符合。應非生前受傷所致，故該死者尚難認為生前臂、腰、脊骨等處因傷致命。

右說明係據學理事實，茲請鑑定於後。

鑑 定

據前審查及說明，得鑑定該死者×××驗斷書上所載臂、腰、脊骨等處之紅紫色斑痕，在法醫學上與死體現象內之死斑相稱，不與鈍器傷損內之皮下溢血符合，故該死者尚難認為「係生前因傷致死」，至其致死原因，應另行檢驗，以成定讞。

右係公正平允，實不虛，須至鑑定書者。

鑑定人廣西高等法院法醫師陳康順中華民國×××年×月××日

廣西省立醫學院
藥品自給研究委員會
研 究 報 告
苦棟樹皮藥劑研究專號

內 容： 包括植物學，化學分析，製藥，藥理試驗，臨床試驗等凡四萬餘頁。
定 價： 每冊國幣四元
發行者： 廣西醫刊社營業部

消 息

廣 西 省 立 醫 學 院 要 聞

(一) 母院學術演講會迄今已屆四十五次茲將數月來各次演講分列目次於後：

次 數	演 講 者	講 題	演 講 日 期
第32次	廣西省立醫學院 院長醫學博士 李祖蔚	吾人對於珠江流域 域麻脚瘧之新認識	八月六日
第33次	廣西省立醫學院 生物化學教授 彭光欽	肝內性及肝外性 黃疸之鑑定法	八月十三日
第34次	軍醫預備團 主任教官 高葆謙	三至七歲小兒所見 之中毒症狀	八月二十日
第35次	廣西省立醫學院 外科教授 吳公良	腎臟結核及水腎症 臨床之討論	八月二十九日
第36次	桂 林 市 衛生局局長 徐蘇恩	生物心理與實用醫學	九月五日
第37次	外 科 教 授 吳公良 病理學副教授 何凱宣	腎臟結核及水腎症病理 討論及攝護腺之良性肥 大症	九月九日
第38次	婦產科教授 程育和	囊嚮狀鬼胎	九月十六日
第39次	耳鼻喉科副教授 魏斯	上氣道出血	九月二十三日
第40次	小兒科教授 葉培	小兒赤痢	九月三十日
第41次	細菌學教授 張鏞	Widal氏反應在傷寒 診斷上之價值	十月七日
第42次	眼科教授 沈毅	眼屈折之演進	十月四日
第43次	外科主治醫師 鄭寶琦	乳腺癌腫	十月二十一日

(二) 母院戰地牙醫醫務團聘由牙科鄭主任昭明擔任團長，於三十一年十月率同校友林明仁、唐耀暉、陸漢旭三醫師暨護士等一行七人；出發柳州、南寧、龍州、鎮南關各地工作，普遍為各軍官兵診療牙疾，總計前後共診治七千餘人，手術五百八十次，頗為各地將士所歡迎，及各長官之嘉許，刻該團經於三十

二年一月三十一日返院云。

(三) 母院本年秋季招考本科第七班一學級新生，疊班約五十餘人，已於十月十三日開始上課，院方並按教育部規定實施新生訓練兩週云。

(四) 母院藥物自給研究委員會第二號研究報告經已出版，研究主題為苦楝樹皮，內容豐富，排印裝訂均甚美觀云。

(五) 去年十一月二十一日為母院八週年紀念日，為表示慶祝起見，特組織八週年院慶紀念籌委會，舉行者有衛生展覽會，出版院慶紀念特刊，舉行游藝會，出版壁報，並舉行紀念大會，當時非常熱鬧云。

校 友 動 態

一、本科第二屆畢業校友莫楚寶醫師原服務於桂林衛生事務所，以工作努力深得當局器重，九月一日奉委為柳城縣衛生院院長，九月五日赴任，在桂校友並為之設宴歡送，過柳時復蒙柳市校友盛筵款待，聞經於十一日接收視事，據云該院藥品充足，設備亦相當完善云。

二、助護班校友實習期滿委派工作地點經發表者計有：嘉浦縣衛生院護士李韻，貴縣衛生院護士楊秀英，北流衛生院助產士劉德鳳，鐘山衛生院助產士李佩玉，義寧衛生院助產士姚瑞瑛，百色中心衛生院助產士黃素英，岑溪衛生院助產士黃元淑，天保中心衛生院助產士盧玉琳，柳城衛生院助產士謝桂仙，懷集衛生院護士陸炳仙，恭城衛生院助產士秦慧英，梧州市立醫院護士章永玲。

三、柳州衛生事務所保健課課長超羣於三十一年十一月奉省令調升上林衛生院院長，經於十二月中旬接任視事，三十二年一月復因公來桂，購辦大批藥品儀器，並購有新式顯微鏡一架云。

四、柳州市立醫院內科醫師何堯章校友於三十一年十二月一日受母院李院長之聘，任為內科助教兼醫師，經已到職云。

五、第一屆畢業校友顏君竹醫師任母院內科助教二年餘，深得母院當局器重，最近顏君奉省令任為省立永福衛生院院長，其夫人杭馨文女士原任物理學助教亦迫得隨之赴任協助，母院當局暨各教授均莫不為之惋惜云。

六、梧州衛生事務所醫療防疫隊長梁業隆校友奉省令調任梧州助產護士學校教員兼梧州市立醫院醫師。

七、柳州衛生事務所醫師李拱章校友奉令調任柳州市立醫院內科醫師，經於三十二年元旦抵柳。

鳴 謝 啓 事

本刊蒙校友陳禎琳醫師捐助國幣伍拾元南丹衛生院院長羅克雄校友捐助國幣貳拾元。特此致謝。

本刊定價低廉內容充實，欲先睹為快者，請直接定閱。

廣西省立醫學院

—— 附 屬 醫 院 ——

本院各科主任俱已聘齊，關於診斷治療及護理之成績，頗得各方良評，現更擴大範圍，充實設備，且地址幽暢，空氣清新，防空安全，軍民兼收，誠為西南不可多得之醫院。茲為便利各界人士起見，特將各科醫師及門診時間列下：

內科主任醫師	郭程周林何	長庭地龔坊章	李祖蔚	外科主任醫師	吳公良
小兒科主任醫師	葉周梁張	培旺徐茲	婦產科主任醫師	程黃羅姚晏	育祝世少秀
眼科主任醫師	沈徐楊魏陳	毅安謀斯聖	泌尿科主任醫師	劉熊秦	懋秉龍
耳鼻喉科主任醫師	徐	岩	皮膚科主任醫師	鄧	昭
藥局主任	徐	岩	齒科主任	郭	光
理療室醫師	唐慶堯		兼檢室主任	何	凱
			病理室主任		

門診時間：下午一時至四時

急診例外！

地址：桂林七星前岩 電話：二六三一

廣 西 醫 刊

第二卷 (季刊) 第二三期

中華民國三十三年十二月二十一日出版

編輯者 廣 西 醫 刊 社 編 輯 部

發行者 廣 西 省 立 醫 學 院 校 友 會

出版日期 每 逢 二，五，八 十 一 月 廿 一 日 各 出 一 期

印刷者 桂 林 大 公 報 承 印 課

訂 閱 處 廣 西 醫 刊 社 營 業 部

經 售 處 全 國 各 大 書 店

轉 不
載 准

本 刊 編 輯 顧 問 題 名

(以姓氏字畫多少爲序)

王士成	王顯寧	江 灝	李祖蔚	李文瀾	蘇蕪雨
吳公良	沈 毅	何凱宣	易繩初	黃延齡	
高葆謙	陳閱明	張 鎔	彭光欽	程育和	
程崇圯	葉 培	劉懋淳	鄭昭明	潘士華	

徵 稿 簡 則

- 一、本刊歡迎投稿。
- 二、凡關於醫藥學術之研究及臨床報告等之原著及譯述，均所歡迎。
- 三、如爲譯品，請註明原文出處，及作者姓名。
- 四、來稿內容，本刊不參加修改，文責由作者自負；並請附告真姓名，及通訊處。
- 五、來稿經登載後，版權屬本刊所有。
- 六、來稿經登載後，酌以本刊爲酬，編者若認爲有刊行單行本之必要時，當即印成專冊，以廣流傳。
- 七、來稿請寄桂林廣西省立醫學院校友會廣西醫刊社編輯部。

價 目 表	刊 費	本期定價每幣八元，暫不長期預訂，祇收自由定戶，預交刊費，四十元起碼，按期扣除，郵費照收，掛號另加，刊費用完，隨時通知。				
	廣 告	底 封 面	封面裏面及底封面裏面	封面裏面之對面 正文首編之對面 封底裏面之對面	其餘各欄間	
	全 面	六 百 元	四 百 五 十 元	三 百 元	二 百 五 十 元	
	半 面	四 百 元	三 百 元	二 百 元	一 百 五 十 元	
	四 分 之 一	三 百 元	二 百 元	一 百 五 十 元	一 百 元	

廣告概用白紙鉛印黑字；特別刻版，或用他紙，或加彩印，價目另議。

女醫師

劉傑珍

統理

內外科
婦兒產科

診所：本市三多路16號

福利大藥房

原料上等

藥品優良

配方準確

定價低廉

最近本藥房鑑於藥品來源困難，膺品劣貨充斥市間，為謀供給社會需要與患者福利計，特籌設化學製藥廠，製造各種原料及成藥，同業批發躉購，無任歡迎。

地址：桂林六合路國老橋

師 醫

專門
小兒科

潘敏慈

統治內外科皮膚花柳科

南寧軍醫醫院內科醫師

南寧省立醫院外科醫師

柳州軍醫醫院外科醫師

廣西省立醫學院小兒科首席醫師

歷

任

（高陞戲院對面）桂林正陽路二〇九號：醫務所

醫師王式平創辦之

廣西大藥房桂林總行

已有十餘年之歷史

專售上等

化學原料	醫藥器械	環球新藥	針射良藥
------	------	------	------

目家精製

化妝香品	家用良藥	藥典製劑	膏酒丸片
------	------	------	------

無論躉購批發，敢以歷來之信用向顧客担保，絕無次貨偽貨。營業部桂林中南路。自動電話二一七〇製藥廠自動電話二一一八。

物價高潮中之

質美價廉

國產治療梅毒特效藥 有機性砒素化合物

中華藥典「新阿斯凡納明」

醫藥博士	伍連德	藥理試驗
藥學博士	曾廣方	監督製造
醫學博士	顧毓琦	臨床實驗

新消梅毒素

Neosarvas

國產治療
梅毒新藥

本品化學成份為「二胺基二氮基硬苯甲磺亞磺酸鈉 (Sordim 3,3'-diamino-1,4'-dihydroxy-
arsanobenzen-N-methylene sulphoxylate)」，含有 19% 砒素係淡黃色粉末，在空氣中極易氧
化，特封閉於真空安瓶內。

主治 梅毒，一切梅毒性疾患；兼可治療瘰癧，回歸熱，猩紅熱，頑癩，惡癬，一切皮膚病，
及各種熱帶病，均具特效。

對於砒素有機製劑更次第研究製造成功有：

肌肉用 【肌用消梅毒素 Sulfo-Savas】

與前藥品【Myc-salvarsan 奧妙撒爾凡散】完全相同。

皮下用 【亞爾方蘇 Arfonsol】

與前藥品【Acetylarsan 亞撒第拉】完全相同。

內服用 【爾梅散 Limarsal】

與前藥品【Stovarsol 斯多凡耳所】完全相同。

新亞藥廠製造 ————— 藥房均售