

年

卷

期

4

4

第

第

同濟醫學季刊

第四卷 第四期 蔡元培題

中華民國二十三年十二月三十一日出版
國立同濟大學醫學院同學會發行
中華郵局特准掛號認為新聞紙類

TUNG-CHI ACTA MEDICA

Herausgegeben von dem
MEDIZINISCHEN VEREIN DER
STAATLICHEN TUNG-CHI UNIVERSITÄT
WOOSUNG-SHANGHAI, CHINA.

VOL. IV. 31. DECEMBER 1934. NO. 4.



NOVALGIN

功能定痛消炎退熱對於一切關節及肌肉之風濕痛尤有特效膽石痛腎石痛注射之立刻止痛有替代嗎啡之功本品既可內服又可注射

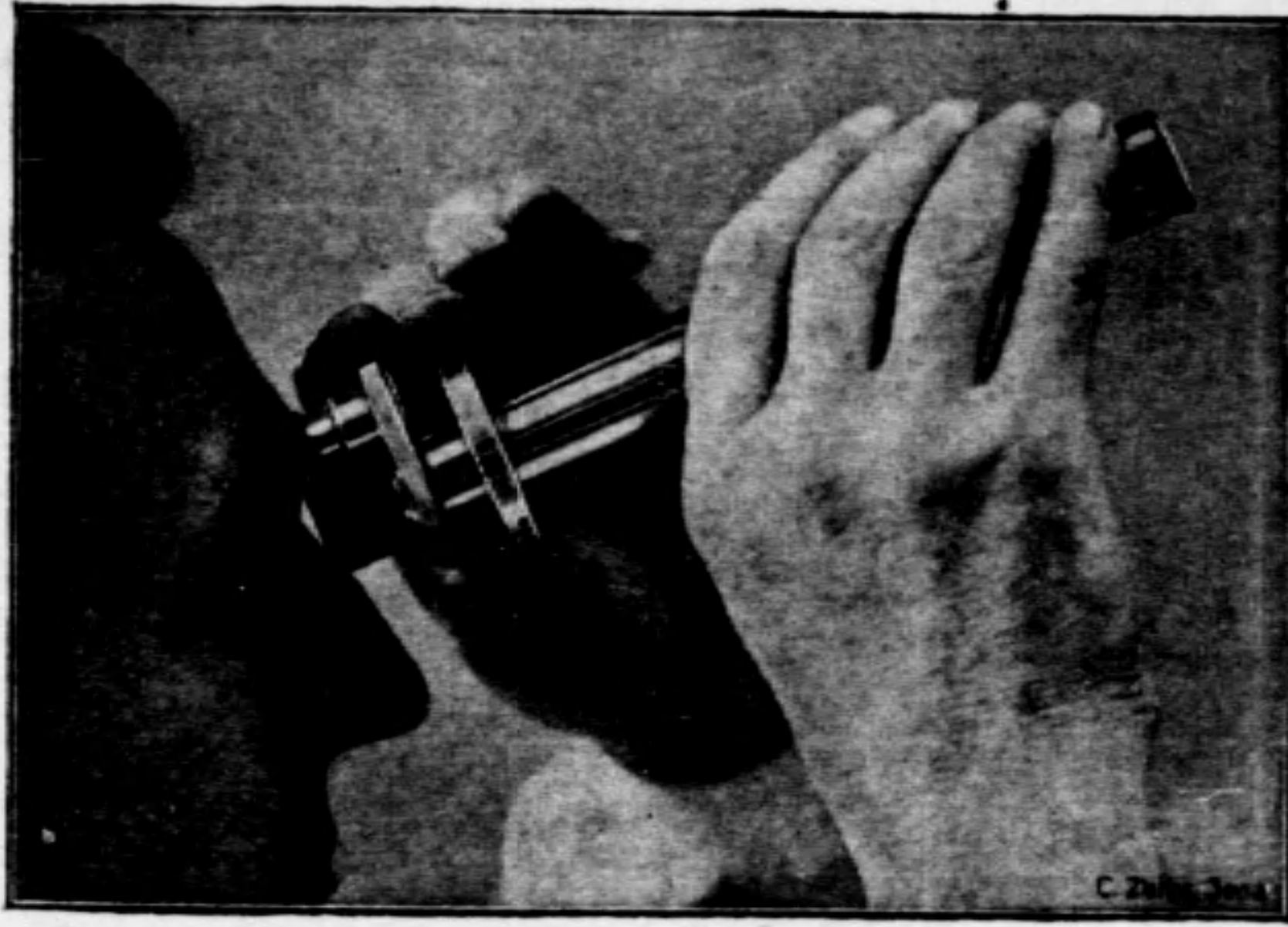
包裝 有粉子藥片及注射液三種



"Bayer-Meister-Lucius"
天德大藥廠"拜耳"藥廠

羅瓦而精

中國獨家經理上海江西路一三八號謙信洋行



ZEISS

**TASCHEN
POLARIMETER**

Fuer die quantitative
Zuckerbestimmung im Ham.
Einfach und schnell in der
Handhabung.
Ausfuehrliche Prospekte
und Preise durch die

General—Vertreter:

CARLOWITZ & CO.

670 Szechuen Road

SHANGHAI

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica



標準醫療器械公司

「國內唯一精工醫械製造專家」

承辦大病院 新式設備

製造實驗室 精細用器

特闢修理部：代客修理破舊醫械整舊
如新化無用為有用

事務所 上海愛文義路永安里三十八

號 電話三一八九四

龐京周著

上海市近十年來醫藥鳥瞰

定價：每冊大洋肆角

發行：龐京周醫師診所

(愛文義路道達里三號)

總發行：申報館

海 而 平

世界醫師讚賞之
大補劑



類脂肪體之注射液

治療範圍最廣

內科

一切血症。如貧血病，柳黃病，乾血癆等。惡性貧血病。肺癆時各時期皆可治。以及一切陰症。因患急慢性腸炎，而脫力衰弱者。急慢性傳染症，尤以在初復原時最得力（如傷寒，痢疾，瘧疾等）。內分泌各腺體有病者。如甲狀腺病，巴塞多病等等。

小兒科

小兒病。如瘰癧，軟骨症。乳嬰消化不良。不肯發育，及各種濕症。

神經病科

腦力過勞，受傷。精神不振。煩躁不甯。因神經而貧血。

外科

骨與關節之結核症。因腸胃施用手術。致成惡液症衰弱難復原者。膿中毒等症。

婦科

因大失血而患貧血者。催乳用。與卵巢合用，以治經淨期各病。

眼科

結核性眼病。惡性短視。

中國總經理

上海德商禮和洋行



安度賜保命 (ENDOSPERMIN)

為最純淨之 Hormone。胚胎腺製劑。有增加人體天然抵抗病菌力及預防未老先衰之功。主治諸虛百損。神經痛。動脈管變硬。糖尿。痛風。性神經衰弱等症。用本藥戒除鴉片煙癮。尤有特效。

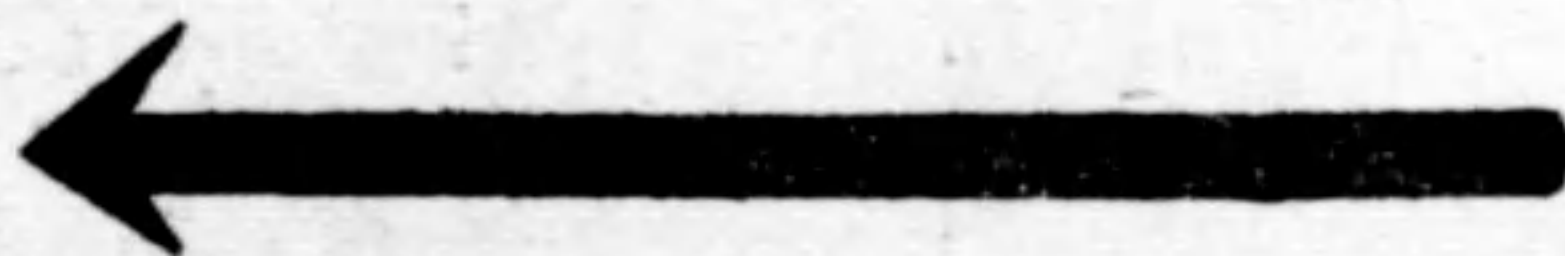
各大醫士。所以採用安度賜保命者。實因其效力可靠。見功神速。而毫無不良之副作用。詳細說明書函索即寄。

上海九江路十九號

藥劑化學師薛魯敦藥行



安度賜保命係一種最純淨之好藥。尼最純淨之好藥。劑用以治療鴉片嗜好。因而戒除者。為數甚多。無行敢。保其無他毒質。醉劑及其他毒質。



售出有均房葯大各

國產祛痰鎮咳新藥

BOCKTAGIN & FACOL

“F. KOONG”

撲咳他勁與法可爾

『撲咳他勁 BOCKTAGIN』與『法可爾 FACOL』、功效皆能祛痰鎮咳。皆為國產植物中抽出之治咳有效的部份。『法可爾 FACOL』則祛痰力為最強、較之桔梗遠志等、均高二十倍以上、而毒力反較少甚、(皂素類藥、雖不為消化管所吸收、然遇胃腸有損傷時、即有吸收之虞、故毒力愈少而愈佳。)用於痰難咯出之乾咳、劇咳、及小兒咳嗽等、為尤宜。『撲咳他勁 BOCKTAGIN』則不獨祛痰鎮咳、容易見效、且能健胃整腸、並有強心之功、而無溶血作用。用於虛弱人之咳嗽、及須連用者、最適宜。此二藥之大較也。如須說明書、函索即寄。

『撲咳他勁 BOCKTAGIN』分粉末 片劑 二種
 『法可爾 FACOL』分單純液 複方糖漿 二種

各處大藥房均代售

上海福康西藥店製

總經理處

上海肇嘉路三百九十七號
 復康藥行

新鎮痛劑

NEO-VETOLIN & VETOLIN

“F. KOONG”

萬痛靈與凡痛靈

此係有機化合物、初名『凡痛靈 VETOLIN』止痛之功尚迅速。惟藥為淡黃色、於化學上猶覺未滿。因又再四研究、另以最新化學方法、製成一種白色『最新萬痛靈 NEO-VETOLIN』、功效更妥更速、吸收亦更容易、服後立刻痛止。並無種種不快、及催眠等副作用。凡各種神經痛 婦女月經痛 外科創痕痛等均甚效。而尤以三叉神經痛為最。舟車眩暈、及高血壓病之頭頸脹痛、亦有效。定價甚廉(醫界用、淡黃色藥片、五百片瓶裝、僅定價七元五角。白色五百片、僅定價一十元)如須說明書、及新藥價目表、函索即呈。由郵購、亦即寄。

『裝盛』藥粉每兩一瓶

藥片分五百片 一百片 一十片三種

『附白』類承 垂詢此藥有無注射液、福康因內服效已極速、故用為注射、反有疑義。(各國此藥亦多無注射出品)故非有十分把握、不敢率爾製售、免致貽誤云。

上海福康西藥店再白

國產造血強壯藥

LEBEROSE IOD-LEBEROSE

ARSEN LEBEROSE

立勃絡髓(液體)

補血藥雖多，求其功效確實，至今尚推鐵劑。然鐵有刺戟胃腸，損壞粘膜等弊，殊為缺憾。但此藥(立勃絡髓)則無虞，因鐵與生質精等，已化合甚緊，經長時間之精製始成。試投少量之酸。則此藥即變棉絮狀之沉澱而不散。可原狀過胃，而不致損胃。如再投少量之鹼，即復變證明狀態如初。此藥初既製成如肝臟內留備造血之物，則由腸入血，自易吸收同化，見效甚速，而無損於腸。且用量小而功效大。毫無腥臭。久置不變。此與普通鐵劑均不同。藥分含砒·含碘·單純三種。定價均甚廉，每大瓶可服五六十回，僅須一元四角。惟貧血如係中溶血性毒素，宜與造血解毒劑『利服爾LIVEPHOR』同服，或輪服，尤佳。如須說明書，試驗法，函索即寄。

「單純，含碘」每瓶均盛二百公撮

「含砒」大瓶盛二百公撮小瓶盛一百公撮

上海福康西藥店再白

新鎮痛劑

NEO-VETOLIN & VETOLIN

"F. KOONG"

萬痛靈與凡痛靈

此係有機化合物，初名『凡痛靈 VETOLIN』止痛之功尚迅速。惟藥為淡黃色，於化學上猶覺未滿。因又再四研究，另以最新化學方法，製成一種白色『最新萬痛靈 NEO-VETOLIN』，功效更妥更速，吸收亦更容易，服後立刻痛止。並無種種不快，及催眠等副作用。凡各種神經痛，婦女月經痛，外科創痕痛等均甚效。而尤以三叉神經痛為最。舟車眩暈，及高血壓病之頭頸脹痛，亦有效。定價甚廉(醫界用黃色藥片，五百片瓶裝，僅定價七元五角。白色五百片，僅定價一十元)如須說明書，及新藥價目表，函索即呈。由郵購，亦即寄。

「裝盛」藥粉每兩一瓶

藥片分五百片 一百片 一十片三種

「附白」頻承 垂詢此藥有無注射液，福康因內服效已極速，若用為注射，反有疑義。(各國此藥亦多無注射出品)故非有十分把握，不敢率爾製售，免滋貽誤云。

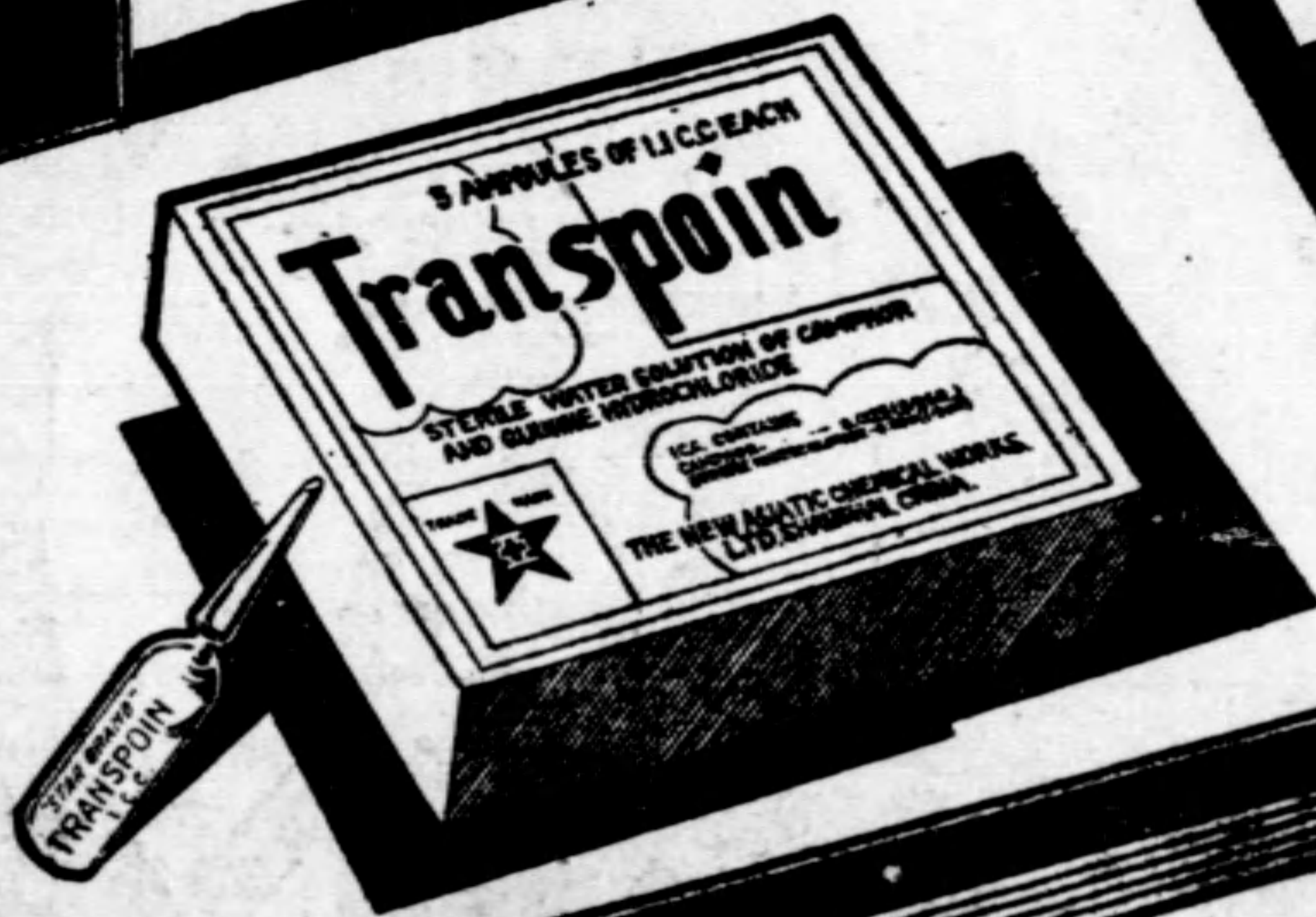
上海福康西藥店再白

Star Brand
Transpain

樟腦
 奎寧
 水溶液
 注射劑

本品不用油質溶化
 易於吸收迅速發揮
 樟腦及奎寧之功效
 專治肺炎急慢性氣
 管枝炎肺膿瘍肺壞
 疽及其他氣管枝疾
 患有強心解熱消炎
 殺菌等功用範圍
 甚廣

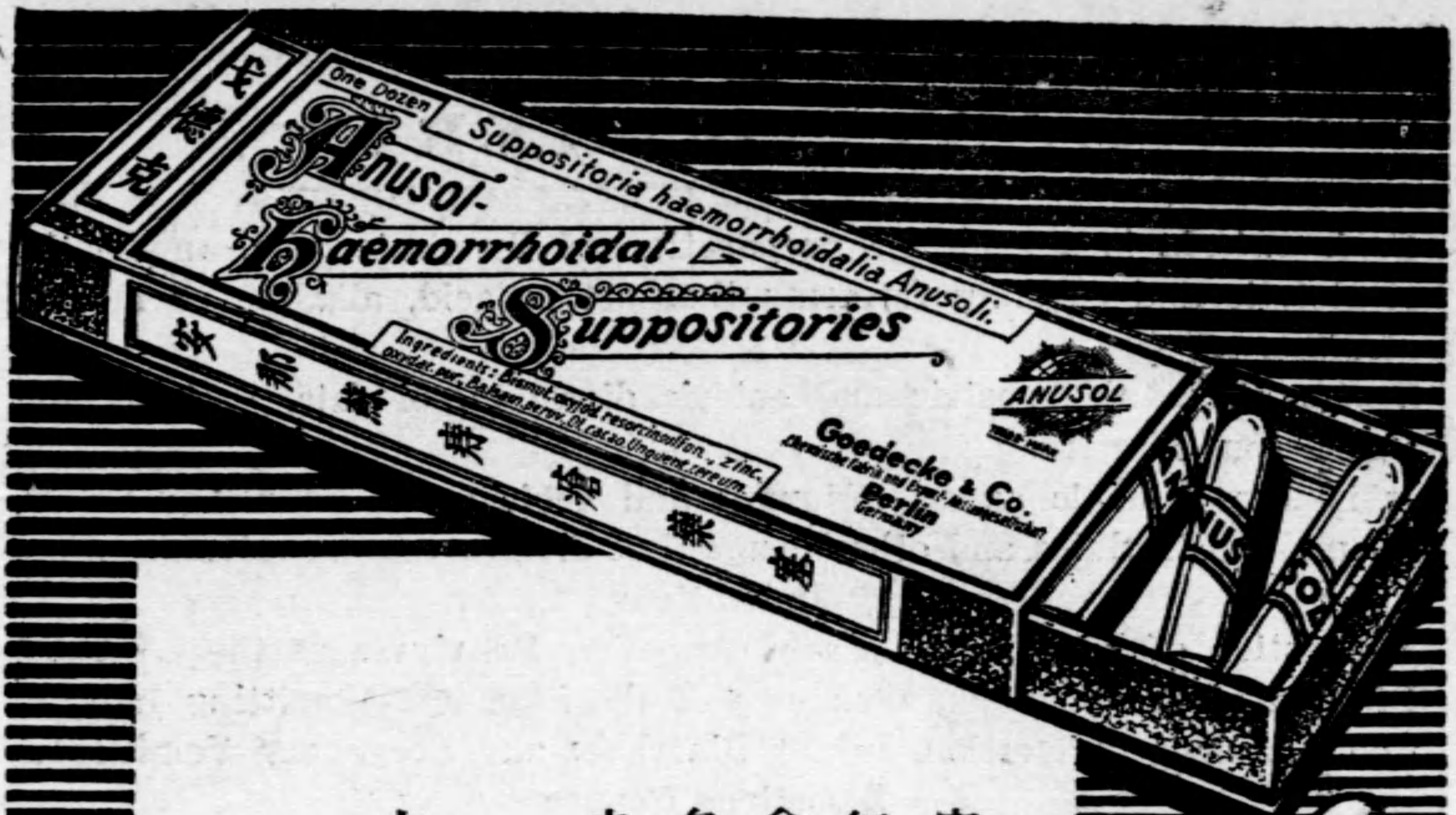
說明書樣品承索即奉
 各大藥房均有出售



雙
 柏
 齒

筋肉
 注射
 絕無
 疼痛
 製法
 精良
 功效
 神速

上海新開路一千九百五十五號
 新亞藥廠發行



安那蘇痔瘡藥塞。效速而安全。各地醫生。無不以此之處方。因此種安全可靠之神藥。治愈痔瘡斷根者。已不知幾千萬人。雖頑強之多年老痔。安那蘇痔瘡藥塞。亦可減輕血瘀之疼痛。制止流血之危險。

各大藥房 均有出售

中國經理 美商華納公司 上海四川路 六六八號

德國戈德克大藥廠製造

安那蘇痔瘡藥塞

效有且



全安既

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica

GASTROENTERIN

Gastroenterin is a palatable preparation of the proteolytic, amylolytic, steatolytic and curdling ferments that act in acid, alkaline or neutral medium.

Gastroenterin aids gastric and enteric digestion, of fats, proteins and farinaceous matters.

It is also valuable as an adjuvant and vehicle for exhibiting Iodids, Bromids, Salicylates and other drugs that disturb the digestive function.

Indications

Indigestion of all forms, Loss of Appetite, Heaviness of the Stomach, Dilation of the Stomach, Weakness of the Stomach, Vomitting Indigestion Flatulent Indigestion, Infant Diarrhoea and Pregnancy Vomitting.

Directions for use

Adults: One to two teaspoonfuls, three times a day, after meals.

Children: 1/2 to one teaspoonful according to age.

The Medical and Pharmaceutical Research Institution.

Sole Agents:

THE SHANGHAI DISPENSARY

SHANGHAI CHINA.

Obtainable in all Dispensaries

胃 精

胃精乃以能消化蛋白質，澱粉質，脂肪質，及凝乳之各種消化酶以特殊方法混合製成不論在酸性，鹼性，以及中立性之媒質中均能發生功效

胃精能助胃，腸，消化各種脂肪質蛋白質澱粉質

胃精又為碘化物溴化物柳酸鈉以及其他有礙消化器之各種藥物之矯味賦形藥。

主 治

各種消化不良。食慾減退。胸膈飽滿。食後膨漲。胃弱不振。積食嘔吐。腸胃充氣性消化不良。嬰兒水瀉。以及孕婦嘔吐等症

劑 量

成人。每次服一至二茶匙一日三次飯後服
小兒。每次服半至一茶匙按年齡遞減之

上海醫藥化學製品所出品
上海華英大藥房總經理

各大藥房均有發售



還我健康

病後調養。服

華大寶利鰵魚肝

油為最妙。本品除純正

之鰵魚肝油外。兼含鐵磷等劑

。補腦強身。回復精力。而又

味美可口。毫無腥膩。洵為魚

肝油中之最上乘者。

有純淨及含幾怪二種

大瓶十六兩 小瓶八兩

美國 華大寶利大藥行精製

中國經理

美商華納公司

上海四川路六六八號



華大寶利鰵魚肝油

WATERBURY'S Compound



同濟醫學季刊第四卷第四期目錄

研究與臨床：

- ✓ 內分泌腺之最近的研究(五續).....梁之彥 1—8
- ✓ 下痢及其療法.....魏述徵 8—12
- 甜鹹酸苦四味質生成之原因與其化學構造之
關係.....馮靜霞 13—15
- ✓ 肺膿瘍.....沈其稀 15—27
- ✓ 論齒石.....徐續宇 28—29
- ✓ 三十年來殘餘淡氣之在腎病之診斷及預后(續) 鴻 雨 30—34
- ✓ 枯草熱治療之實驗.....徐書沂 35—43
- ✓ 植物性國產藥物之化學分析與藥理實驗(續).....黃勞逸 43—56
- ✓ 膝關節在運動中之重要.....徐續宇 56—60

婦科：

- ✓ 子宮癌腫與骨系統.....李含中 60—65
- ✓ 以 Gravitol 豫防胎盤剝落困難.....陳家琪 65—67
- ✓ 普通開業醫師應從事於婦科癌腫的早期診斷.....寒 鍾 68—73



健康與衛生：

近代國家的社會治療.....沈其稀 73—79

治療報告：

海外診屑拾零.....許端慶 79—82

✓扁桃腺切除的報告.....呂世藩 82—86

✓食管的有形性窄狹症及胃口痙攣症之療法.....徐春沂 87—95

✓維他命 A 對於創傷治療之局部給用法.....東 山 95—96

✓關於肺膜葉間帶形黏合時之肺虛脫治療.....少 宜 96—98

✓論血管腫的鐳素治療.....溪 萍 98—101

✓甲狀腺機能亢進症或 M. Basedowii 病用 Tyronor-
man 之治療法.....徐浴知 101—103

特 載：

一封由中國寄來的信.....李振民 104—106

阿葛滿新 (Agomensin) 與西斯多滿新 (Sistomensin)

.....汽巴藥房來稿 106—109

啓 事：

全國新醫界藥定期刊物一覽

| 雜誌名稱 | 刊 期 | 每册價 | 預定(連郵費) | | 發 行 者 |
|----------|-----|---------|---------|----------|--------------|
| | | | 半年 | 全年 | |
| 醫藥評論 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.55 | \$ 1.00 | 上海醫藥評論社 |
| 醫事公論 | 半月刊 | \$ 0.04 | \$ 0.48 | \$ 0.96 | 中國醫事改進社 |
| 醫事彙刊 | 季刊 | \$ 0.35 | \$ 0.65 | \$ 1.20 | 全國醫師聯合會 |
| 醫藥學 | 月刊 | \$ 0.25 | \$ 1.30 | \$ 2.50 | 上海醫藥學雜誌社 |
| 新醫藥 | 月刊 | \$ 0.20 | \$ 1.10 | \$ 2.00 | 中華醫藥學會 |
| 醫學與藥學 | 月刊 | \$ 0.20 | \$ 0.55 | \$ 2.00 | 杭州市醫師藥師公會 |
| 社會醫藥報 | 半月刊 | \$ 0.10 | \$ 1.10 | \$ 2.00 | 上海社會醫藥報館 |
| 藥報 | 半年刊 | \$ 0.25 | — | \$ 0.00 | 浙江醫藥專科學校藥科 |
| 中華醫學雜誌 | 月刊 | \$ 0.80 | \$ 4.00 | \$ 6.00 | 中華醫學會 |
| 中華醫學(英文) | 月刊 | \$ 1.50 | \$ 6.00 | \$ 12.00 | 中華醫學會 |
| 診療醫報 | 月刊 | \$ 1.00 | \$ 0.50 | \$ 1.00 | 上海診療醫報社 |
| 同濟醫學月刊 | 月刊 | \$ 0.30 | \$ 1.60 | \$ 3.00 | 上海同濟醫學月刊社 |
| 同濟醫學季刊 | 季刊 | \$ 0.30 | \$ 0.60 | \$ 1.10 | 上海同濟大學同學會 |
| 新醫學 | 季刊 | \$ 0.30 | \$ 0.60 | \$ 1.00 | 山東醫學專科學校 |
| 北平醫刊 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.55 | \$ 1.00 | 北平北平醫刊社 |
| 文藝的醫學 | 月刊 | \$ 0.20 | \$ 1.22 | \$ 2.24 | 上海通俗醫學雜誌社 |
| 壬申醫學 | 半月刊 | \$ 0.20 | — | \$ 0.48 | 河北省立醫學院 |
| 廣濟醫刊 | 月刊 | \$ 0.24 | \$ 1.25 | \$ 2.40 | 杭州廣濟醫刊社 |
| 醫林新誌 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.55 | \$ 1.00 | 杭州醫林新誌社 |
| 衛生醫院月刊 | 月刊 | \$ 0.03 | \$ 0.16 | \$ 0.30 | 杭州衛生醫院 |
| 大眾醫刊 | 半月刊 | \$ 0.10 | \$ 1.20 | \$ 2.40 | 廣州大眾醫報社 |
| 福州醫藥週刊 | 週刊 | \$ 0.06 | \$ 1.23 | \$ 2.23 | 福州醫藥週刊社 |
| 西京醫藥 | 月刊 | \$ 0.15 | \$ 0.80 | \$ 1.50 | 陝西西京醫藥社 |
| 川至校友月刊 | 月刊 | \$ 0.05 | \$ 0.30 | \$ 0.50 | 山西太原川至醫學專科學校 |
| 東方醫學雜誌 | 月刊 | \$ 0.20 | \$ 1.10 | \$ 2.00 | 瀋陽東方醫學雜誌社 |
| 同仁醫學 | 月刊 | \$ 0.20 | \$ 1.10 | \$ 2.00 | 日本同仁會 |
| 東亞醫報 | 月刊 | \$ 0.30 | \$ 1.60 | \$ 3.00 | 日本東京東亞醫報社 |
| 通俗醫刊 | 月刊 | \$ 0.05 | \$ 0.30 | \$ 0.50 | 南通通俗醫學社 |
| 新醫藥刊 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.55 | \$ 1.00 | 上海新醫藥刊社 |
| 新藥導報 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.70 | \$ 1.00 | 上海醫藥導報社 |
| 軍醫導報 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.60 | \$ 1.20 | 陸軍醫事司 |
| 軍醫月刊 | 月刊 | \$ 0.15 | \$ 0.80 | \$ 1.80 | 南京陸軍軍醫同學會 |
| 助產月刊 | 月刊 | \$ 0.05 | \$ 0.30 | \$ 0.50 | 江西省立助產學校 |
| 法醫月刊 | 月刊 | \$ 4.00 | \$ 1.80 | \$ 3.50 | 司法行政部法醫研究所 |
| 中國生理學雜誌 | 季刊 | \$ 2.50 | \$ 5.00 | \$ 10.00 | 中國生理學會(中西文字) |
| 麻瘋季刊 | 季刊 | \$ 4.00 | \$ 0.70 | \$ 1.20 | 中華麻瘋救濟會 |
| 拒毒月刊 | 月刊 | \$ 0.20 | \$ 1.10 | \$ 2.00 | 中華民國拒毒會 |
| 廣西衛生旬刊 | 旬刊 | \$ 0.05 | \$ 0.80 | \$ 1.50 | 廣西衛生旬刊社 |
| 康健雜誌 | 月刊 | \$ 0.15 | \$ 0.80 | \$ 1.50 | 上海康健雜誌社 |
| 現代父母 | 月刊 | \$ 0.10 | \$ 0.55 | \$ 1.00 | 中華慈幼協濟會 |

| | | |
|--------|---------------|----------|
| 新醫與社會 | 每星期五隨上海時事新報附送 | 上海市醫師公會 |
| 民衆醫藥 | 每星期三隨上海晨報附送 | 上海民衆醫藥社 |
| 民衆醫學 | 每星期一隨上海新聞報附送 | 上海民衆醫藥社 |
| 申報醫藥週刊 | 每星期一登載於上海申報 | 上海申報館 |
| 醫藥 | 每星期四隨西安西京日報附送 | 西安西北醫院主編 |

上列各種醫藥雜誌上海北京路二六六號五定公司醫藥書報部均可代定

研究與臨床

內分泌腺之最近的研究

腦下垂體 (五續)

梁之彥

腦下垂體之前葉荷爾蒙：

8) 腦垂前葉與蛋白質之特殊動力的作用：

(Spezifischdynamische Wirkung) Plaut¹ 氏 (1922-1923) 以及許多學者均檢得蛋白質之特殊動力的作用在人類之腦下垂體的機能低下症 = Hypopituitarismus (如腦垂性矮小症, 惡質症, 肥胖症等) 甚行低減, 據 Kestner² (1923) 更且由口中輸入腦垂前葉的製劑還可以增高在腦垂機能低下症之已低減的特殊動力之作用, 後來其他學者均確證之³,

在割出腦垂下體的犬亦發見特殊動力的作用爲之低減, (Kuipping 1923, Brutt u. Kuipping⁴ 1928), 不過也有報告, 其是正常者 (Gaebler⁵ 1929, Artundo 1930), 其次在截出腦下垂體的大白鼠注射一種經基酸 (Glycocoll) 于腹膜內, 檢得其增加新陳代謝的効力較弱于正常的大白鼠, (Foster r. Smith, 1926)。

于是由此以上的觀察和實驗, Plaut, Kestner 等學者皆以爲食物蛋白質之特殊動力的作用, 是受着腦垂前葉荷爾蒙的支

配, 他們由前葉內所製出之一種浸抽液 = Praephyson, 于注射後, 的確亦能增高蛋白質之特殊動力的作用, 並且除此之外, 尚具有減低全部新陳代謝之効力, 而對於生殖器則毫無影響, (Zondek⁶)。但是最近復經 Auselmino 和 Hoffmann⁷ 二氏的研究則此 Kestner 氏的新陳代謝荷爾蒙似與該二氏所發見的脂肪代謝荷爾蒙爲同一的物質, 蓋後者亦能增高特殊動力的作用, 及減低全部新陳代謝也。此外 Boenheim 和 Heimann⁸ 二氏反過來于許多種的前葉製劑中又證明獨自上述之 Praephyson 具有 Anselmin) 和 Hoffmann 氏之脂肪代謝荷爾蒙的効力, 能增加血中醋酮體的含量, 此已足加強二者爲同一物質的論斷。

參考文獻

- 1.) Arch. klin. med 139 285(1922); 142, 266(1923)
- 2.) Verh. dtsh. ges. iun. Med. 1923
- 3.) Knipping, Dtsch med. Wschr. 12. 1923,
- Liebesny, Biochem. Z. 144, 308

(1924)

Herzfeld, Dtsch med. Wschr. 56,
1558(1930)

Falta, Klin Wschr. 9, 1907(1930)

4.) Erg. chir. 21, 2, (1928)

5.) Y. of. biol. chemi. 81, 41(1929)

6.) Kl. Wschr. 245(1930)

7.) Kl. Wschr. 2380(1931)

8.) Z. exper. med. 83, S. 637(1932)

9) 脂肪代謝之荷爾蒙: (Das Fettstoffwechselhormon) 自從 Froehlich 氏證明 Dystrophia adiposogenitalis 是來自于腦垂前葉的損傷以來，又有許多其他的觀察和實驗悉指明出腦垂前葉對於新陳代謝，尤其是對於脂肪代謝是很重要的；在人類許多學者報告觀察到腦垂下體的損傷與肥胖症常同時的發生。在白鼠和犬子割出腦下垂體之後，則該動物即起高度的脂肪化現象。(Cushing, Aschner, Ascoli, Legnani, Biedl, Smith 和 Graeser) 並且由部分的割出試驗，還確證此現象與其前葉有關，一切在前面已為提及了。

根據此臨床的經歷和動物的實驗，因而 Anselmino 和 Hoffmann¹ 二氏就從以醋酮乾燥的新鮮牛腦垂前葉內，製出一種水浸抽液，去試驗其是否影響于血中醋酮體 (Acetonkoerper) 的含量。于是結果他們發見在大白鼠和人類注射此浸抽液均引起血中醋酮體的增加。並且其增加的最高度總在注射後兩點至兩點半之間，其養

增加的全部醋酮體中百分之九十成于輕奶油酸, (Oxybuttersaeure) 此二點完全與注射 Histamin 和 Thyroxin 對於醋酮體所發生的作用相差異。

關於此增加血中醋酮體之物質的含量，檢得在腦垂前葉內比較其他一切的器官中獨特別濃厚。

復次，按我們刻下的知識，因曉得此輕養奶油酸即為體內脂肪燃燒之直接的產物，是以推測注射前葉浸抽液在血中所增高的輕養奶油酸大概亦是來源于體內的脂肪質。如此看來，則前葉浸抽液內之增高醋酮體的物質于脂肪代謝間必具有一種特殊的作用或即增進脂肪的燃燒，是很明顯的了。因而 Anselmino 和 Hoffmann 二氏根據所舉的種種事實和推論，就斷定此前葉浸抽液內所含之增加血中醋酮體的因子，為一種特殊的脂肪代謝荷爾蒙。

最近 Magirtris² 氏又在白兔亦確證了 Anselmino 氏在白鼠的實驗，並且發見除了脂肪代謝荷爾蒙以外，Thyroxin 並不克喚起血中醋酮體的增加。

此外 Anselmino 和 Hoffmann 二氏報告注射其所製出之浸抽液，尚可以減低基礎代謝，增高食物中蛋白質之特殊動力的作用。因而推測此脂肪代謝荷爾蒙許與 Kestner, Plaut 等，所敘述的新陳代謝荷爾蒙為同一的物質，這在上篇已為提及了。並且由此就是因腦下垂體之損傷所引起的肥胖症，亦頗易于解說。蓋腦垂下體受

損傷之後，則此脂肪代謝荷爾蒙的分泌必減少，接連食物之特殊動力的作用自亦隨之而降低。于是按 Thannhauser,³ Grafe⁴ 等學者的主張，此特殊動力的作用之降低，即為內發性脂肪化現象之主要原因也。

再者由 Staub⁵ 氏的試驗，我們早知 Insulin 在動物體內的排出，為一種自動的調節作用；總是于體內水炭質燃燒時，例如于食水炭質之後，始行排出 Insulin 以應付之。並且我們還曉得血中 Insulin 含量的多少亦與水炭質的輸入有關。于是 Anselmino 和 Hoffmann 氏亦同樣推想，假使此脂肪代謝荷爾蒙真實的對於脂肪燃燒上有重要的作用，以及血中增高的醋酮體確切的為脂肪燃燒的產物，則或者此脂肪代謝荷爾蒙亦許是在體內脂肪燃燒時始行分泌之，如同 Insulin 之對於水炭質的燃燒一樣。關於此 Anselmino 和 Hoffmann 氏就於食多含脂肪的食物之後，以及飢餓之時，去檢查血中脂肪代謝荷爾蒙的含量之有否變化；蓋于該兩種情形下我們由生理上已曉得體內發生脂肪的燃燒，以及血中醋酮體常為增加也，至于試驗的結果，一如所期望，其間果然發見血清中脂肪代謝荷爾蒙的含量為之增加了，據此已足證明此前葉之增加血中醋酮體的因子的確具有普通一般荷爾蒙之性質。

按最近 Anselmino 和 Hoffmann⁶ 氏的報告，此脂肪代謝荷爾蒙更已確知為腦垂前葉之又一獨立的荷爾蒙；第一-籍限外濾

過法，能以與刺激生殖腺，甲狀腺，以及促進生長，和乳腺分泌之荷爾蒙相分開，蓋一切後者均不能透過限外薄膜也。至于在此限外濾液中，除了此脂肪代謝荷爾蒙以外，雖然尚有刺激副腎皮質，及刺激胰臟之兩種荷爾蒙的存在，但是復因脂肪代謝荷爾蒙于弱酸性 (PH5-55) 即失其限外透過性之故，是以極易將其單獨由限外濾液內除去之。

脂肪代謝荷爾蒙的化學性質：其化學的性質與其他之前葉荷爾蒙，如刺激生殖一之荷爾蒙頗相似，溶解于水內，而不溶解于以太，哥洛仿，和濃酒精中，加熱至 60° 約歷15分鐘之久即喪失其效力。

以 Kieselgur 可以凝集之，但血炭粉及 Kaolin 粉均無效。

對於紫外光線頗為靈敏，能透過限外薄膜，是以推斷其並未與蛋白質相結合，且其分子亦較小。

病理生理學上的重要：因為此荷爾蒙對於新陳代謝之作用的機理不甚明瞭，是以其在病理生理學上的重要，尚不克透視，不過刻下我們所已知與此荷爾蒙之分泌有關的病症：一方面即為內發性肥胖病 (die endogene Fettsucht) 和 Dystrophia adiposo genitalis 病之形成，我在前面已提及了，他方面則小孩和大人之醋酮血性 (acetonämishes Erbrechen) 以及妊娠性的嘔吐症之發生，均來源于此荷爾蒙之過量的產生。Anselmino 和 Hoffmann

二氏亦即由此徵象達到了發見此荷爾蒙的目的。

參考文獻

- 1.) Kl. Wschr. S. 2380 (1931)
Kl. Wschr. S. 2383 (1931)
- 2.) Endokrinologie S. 176 11.
(1932)
Winer klin. Wschr. 1933 II.
- 3.) Lehrb. d. Stoffw. u Stoffw. krkh.
(1929)
- 4.) Krankheiten des Stoffwechsels
(1931)
- 5.) Handb. d. norm. n. path. Physio-
logie B. 16.
- 6.) Kl-Wschr. S. 209 (1934)

10.) 腦垂前葉與水炭質的新陳代謝: (A.

Lucke 氏之抗因素林荷爾蒙 = das kontrainsulaere Hormon, B. Anselmino 和 Hoffmann 氏之水炭質代謝荷爾蒙 = das Kohlenhydratstoffwechselformon)。

A. 抗因素林之荷爾蒙: (das kontra-insulaere Hormon) 近年以來, Houssay¹ 氏和其助作者最早注意到腦垂下體與水炭質的關係。他們在割去腦垂而營養極好的犬檢得其血中糖量于飢餓時甚行低降, 並且還發見該犬極易陷于低血糖的症狀 (hypoglykaemische Krise) 而死亡。至於此症狀有時勿庸輸入 Insulin, Phlorrhizin, 或飢餓之, 亦可自動的發生, 不過對於 Insulin, Phlorrhizin 的輸入更表現靈敏,

再者于截出腦垂的犬所喚起的多糖血症及糖尿症, (例如注射 Phlorrhizin, Adrenalin, 割去胰臟, 缺乏維他命)。均較在正常的犬為弱減, 並且于飢餓時亦易恢復其原狀, 但如移植腦垂體於該動物時, 則加劇。

其次 Lucke² 氏更進一步僅只單獨的截出腦垂前葉亦得到差不多相似的結果: 空腹時之血糖為之低減, 對於 Insulin 的反應異常靈敏, 並因腎臟對於糖質之增高, 引起水炭質的容忍界 (= Kohlehydrattoleranz) 之上升。由此是以輸入副腎素或葡萄糖後所發生的多糖血症雖然加強, 而其間之糖尿症反較于正常的動物為減弱。

除此實驗之外, Lucke³ 氏根據自己和其他學者之臨床的經歷, 又為報告在腦垂前葉的疾患亦發生特殊水炭質代謝之變化, 例如在 前葉之機能低下症, (腦垂性之矮小症, 惡質症等) 發見血中的糖量降落, 注射副腎素引起的多糖血症加強, 對於 Insulin 的靈敏性增高, 皆完全與割出前葉所發生的徵象一樣。反之於 前葉之機能過盛症, 則一切水炭質代謝的變化恰是相反, 譬如在肢端巨大症 (= Akromegalie) 空腹時的血糖即增高, (= Hyperglykaemie 多糖血) 對於 Insulin 的反應顯然遲鈍, 輸入副腎素或葡萄糖所引起的多糖血症則弱減。

由此以上的事實, Lucke 氏就推斷腦垂前葉內要另有一種作用於水炭質代謝的

因子，恰與 Insulin 的効力相反，而互相影響之。

再者 Lucke⁴氏為確證此項主張起見，更注射前葉的浸抽液，以檢查其對於血糖的作用，於是結果發見一定的前葉製劑，如 Praephyson, (Promonta) 在人類和動物於輸入後均能增加血中之糖量，就是割去了腦垂前葉也一樣有效，而並且還可以減低其對於 Insulin 增高的靈敏性。於割出胰臟的犬，因其不克分泌 Insulin 之故，則該浸抽液的作用更加强。如果在失掉胰臟的犬再截去其腦下垂體，則增高的血糖立即降下，尿中的糖質，亦就消失了，甚至於短時間發生低糖血的症狀而死亡。由是則上面所推斷之一種作用於水炭質代謝的前葉荷爾蒙，可說已無疑義了。又因其與因素林的作用恰相反之故，Lucke 氏就將其名作抗因素林之荷爾蒙。

最近 Lucke⁵氏關於此荷爾蒙的作用機理亦有所闡明。其間他以為該前葉荷爾蒙是直接作用於糖質中樞 (= Zuckerzentrum), 蓋因注射前葉浸抽液於腦液內時，則血中糖量的變化，較之於注射靜脈和肌肉內所發生的變化，極迅速而又加強也。再者輸入 Ergo tamin 除去交感神經系，此前葉荷爾蒙對於糖質的効力即喪失。同樣如注射 Somuifen 使糖質中樞失掉其感應性，則結果亦如此。

至於此荷爾蒙的分析頗為困難；一來因前葉的含量極微，二來因其為一甚不安

定的化合物；易溶解於水內，並不克以哥洛仿及以太浸抽之，對於些微的反應變動尚安定，但是經短時的加熱，則即消失其作用，於隔絕空氣後亦然。

因為該荷爾蒙不能以透過限外薄膜⁶，是以與上述之脂肪代謝荷爾蒙，刺激副腎皮質，和胰臟之荷爾蒙均相差異，但是與刺激甲狀腺之荷爾蒙亦不同，蓋割出甲狀腺後，其作用仍然存在也。其次就與刺激生殖腺之荷爾蒙亦非同一的物質，因為於妊娠期內向未曾檢得水炭質代謝有若何變化，可說是來自於此荷爾蒙的分泌障礙，此外僅只對於促進生長荷爾蒙的分別，至今尚不能十分的明瞭。

參考文獻

- 1.) Kl. Wschr. S. 1532 (1932)
- 2.) Z. exper. med. 87, 103 (1933)
- 3.) Z. klin. med. 122, 27 (1932)
Kl. Wschr. S. 363 (1933)
- 4.) Kl. Wschr. S. 1678 (1932)
Z. exper. med. 90, 190 (1933)
Verh. dtsh. ges. inn. med. 164—166 (1933)
- 5.) Z. exper. med. 91, 106 (1933)
Z. exper. med. 91, 245 (1933)
Z. exper. med. 90, 689 (1933)
Z. exper. med. 91, 696 (1933)
- 6.) Naungu-Schmiedeberg's Arch. 170, 166 (1933)

B. 水炭質代謝之荷爾蒙: (das Kohl-

ehydratstoffwechsel-hormon)最近 Anselmino 和 Hoffmann¹ 氏於康健的人給食以大量的水炭質之後，發見其血清中，即現出一種新物質，能減低鼠肝內之動物性澱粉。(=glycogen)並且此物質總是漸漸於2—4小時之間達到其最高度，然後徐徐降下。至於空腹時和食脂肪或蛋白質之血清內，則完全無之，故亦未有此作用。因之他們推測該物質大概要與水炭質代謝有若何特殊的關係。否則決不能僅只接連食水炭質後始產生，而尤且減低肝臟澱粉也。

Anselmino 和 Hoffmann 氏連續在許多健康的人均一致將此出現的物質確證之後，就設想其或為一種內分泌的調節作用，因而更進一步去探討其來源的問題。於此他們首先斷定該物質並不是副腎素和因素林，蓋二者在血清中之含量過微，萬不克如此檢得也。其次一來因二氏數年前曾發見了腦垂前葉內有相似的脂肪代謝荷爾蒙之存在，二則因有其他學者⁽²⁾已曾報告過前葉浸抽液能影響於肝臟之動物性澱粉，所以他們就想到該物質多半許來自於腦重的前葉。於是他們為確證此種主張起見，乃製出各種前葉的水浸抽液，注射於大白鼠，而檢查其是否亦有減低肝澱粉的効力。結果發見一切前葉浸抽液皆一致的減低肝澱粉的含量，如注射食水炭質後的血清一樣。

除此之外 Anselmino 和 Hoffmann 氏更且證明此前葉內與血清中之減低肝澱

粉的物質具有同樣特殊的化學性質：溶解於水內，而不溶解於以太，酒精，和醋酮中，強酸和強鹼能在一小時內即將其毀壞之，加熱至60°無變化，煮沸時不過僅喪失一部分的作用，於 P_{H7} 以至 $P_{H5.3}$ 能透過限外薄膜，由此，二氏斷定二者為同一的物質，換言之，即血清中之減低肝臟澱粉的物質，是來源於腦垂前葉的分泌。至於腦垂後葉內雖亦有此物質之存在，但其較之前葉內則甚小。

復次，如果在動物(犬)將腦垂下體先為割出，然後再給以含水炭質之食物時，則注射其血清，即不克變動鼠肝內之動物性澱粉，此亦足證明腦垂前葉為該物質之來源也。

他們一則證明了此物質是來自於腦垂的前葉，並且還發見該物質總是接連食水炭質後始大量的排出，而絕不出現於食脂肪和蛋白質，以及空腹時之血清中，所以推斷其必司一種調節作用於水炭質代謝中。因之 Anselmino 和 Hoffmann 二氏就將其名為前葉的水炭質代謝荷爾蒙，而與脂肪代謝荷爾蒙相並列。

藉限外濾過法，可以將生長荷爾蒙，刺激甲狀腺，刺激副甲狀腺，刺激生殖腺，以及促進乳分泌和抗因素林之荷爾蒙由前葉水溶液內除去之，蓋此一切均不能透過限外薄膜也，至於限外濾液中，因脂肪代謝荷爾蒙在 $P_{H5.3}$ 即失限外濾過性之故，是以易將其分離，其次刺激胰臟之荷

爾蒙對於熱甚不安定，故加熱至 60° 即可將其毀壞之。末了在外濾液中，僅只刺激副腎皮質之荷爾蒙尚不克與水炭質代謝荷爾蒙相分開，雖然二者似亦非同一的物質，蓋據我們的試驗，以及 Britton 和 Silvette³ 氏之報告，刺激副腎皮質之荷爾蒙反而增加肝臟澱粉也。由是此減低肝澱粉的因子為一獨立的新前葉荷爾蒙，可說已無疑義了。

在病理生理學上的重要：有許多病症其肝臟之動物性澱粉發生變化，最特別的即是所說之肝澱粉儲蓄病，(= Glycogen-speicherkrankheit)，但究竟是否與此荷爾蒙有關，刻下尚不明瞭。

於內分泌腺之病症中，特別是糖尿病，我們曉得其肝臟內格外缺乏儲藏動物性澱粉的能力，是以 Anselmino 和 Hoffmann 二氏於八個糖尿病患者，去檢查其血中水炭質與脂肪代謝荷爾蒙的含量，是否有可注意的變化。於是結果則發見二者皆大量的出現於空腹時之血液中，因而推知在糖尿病一定是前葉之調節作用發生障礙了。

參 考 文 獻

- 1.) Kl. Wschr. S. 1088 (1934)
- 2.) Amer. Y. Physiol. 80, 100 (1927)
- 3.) Amer. Y. Physiol. 100, 693, 701 (1932)

¹¹ 腦垂前葉與基礎代謝：(= Grun lumsatz) 在割去腦下垂體之犬早已發見其基

礎代謝比着正常的低減，(Benedict 和 Homanns 1912, Aschner 和 Porges 1914) 最近 Artundo⁽¹⁾ 氏(1930)及 Mazzocco² 氏(1931)又復將此試驗確證之，平均約低減 15%。次之在大白鼠將其腦下垂體割出之後，則基礎代謝低減更甚，(按 Foster⁽³⁾ 35%, Putnam⁽⁴⁾ 50% Artundo 40%) 此外在田雞至今各學者所得的結果，是不一致的，Winton 和 Hogben.⁽⁵⁾ 二氏主張其間基礎代謝亦為之低減，反而 Putnam, Tee¹ 和 Benedict 諸氏以為截出腦下垂體對於基礎代謝並不發生絲毫的影響。

再者就是於人類之腦垂前葉之機能低下症，(= Hypopituitarismus) 亦常發見新陳代謝的低減。(據 Boothby 和 Sandiford⁽⁶⁾ 以為 50% 的病例，按 Cushnig⁽⁷⁾ 和 Davidoff 約有 60% 的病例均減少 10% 以上) 反之在肢端巨大症(= Akromegalie) 則常發得新陳代謝之升高。(據 Boothby 和 Sandiford 亦以為 50% 的病例，按 Cushing 和 Davidoff 增加 10% 以上的有 46% 的病例)。

由此臨床的檢查及動物的實驗看來，無疑的腦下垂體之前葉對於基礎代謝上具有相當的作用。但是此種作用是否來自於前葉內一種節制新陳代謝的新荷爾蒙，尚不甚明瞭，若據最近許多學者⁽⁸⁾ 的研究，則一致否認一種節制基礎代謝之新荷爾蒙的存在，而均以為其作用即來自於已知的刺激甲狀腺之荷爾蒙，間接經過於甲狀腺

所引起，蓋檢得前葉內刺激甲狀腺之荷爾蒙如增加時，甲狀腺的機能即旺盛，反之截出腦下垂體，則甲狀腺即萎縮，因而隨帶喚起了新陳代謝之相當的變化！

參考文獻

- 1.) C. r. Soc. Biol. Paris 106, 139 (1930)
- 2.) Kl. Wschr S. 1529 (1932)
- 3.) T. Amer. med. assos. 87, 7151

(1926)

- 4.) Amer. Y. Physiol 84, 157 (1928)
 - 5.) Y. exper. Phyriol 13, 309 (1923)
 - 6.) Y. biol. chem. 54 783 (1922)
 - 7.) Arch. int. med. 39, 673 (1927)
 - 8.) Endocrinol. 12. 250 (1933)
- Amer. Y. Phsiol. 105 15 (1933)
C.r. Soc. Biol. Paris 104,79(1933)

下痢及其療法

(Durchfall ũnd Seine Behandlung)

(但澤 Danzig 市立醫院內科主任 Prof. Van der Reis 作)

A. 論下痢

魏述徵譯

以下的成功是用純粹的經驗而造成，因此勿庸學術上的引證及鮮少注意到存在的關係，其重大之公共傳染病如霍亂，傷寒，痢疾等等，亦在此題論述之界外，總之：非一切下痢的疾病，均須一一論說之，却應翻轉來說：認為因傷害而發生有共同的病象，且醫生應作臨床者而論述之。

『腸胃機能障礙』的意思，就是一種下痢的現象。此種現象，是由一些疾病引起，這些疾病雖彼此相似，然其病源，則各有不同。在自然科學中及醫學中有些思想知其然而不知其所以然，我們欲明白下痢的原因，因之發生困難。正常的消化動作，是由神經中樞與血液的流動支配作有

規則而精密的動作。此種動作，即滋養物的吸收與利用及有節制的分泌。若某種有一發生缺陷，因此即發生下痢。（這就是說：排泄出過多的淡薄樣大便，這個回答，不甚簡單，必須綜合一切病理的，生理的經過原因而後可。

食物停滯的時間縮短——特別是在大腸中——乃成功大便下痢的次序作用。在小腸內經過迅速，是無大作用，吾人知其其在興奮，恐怖等等之情形下，整部的胃腸道將發生運輸的障礙，因此有同樣的症狀發生於其他器官，病理的變化，亦不能在大便中尋得，總之在急性腸炎初期發生的淡薄粥樣物質或參與不全消化的流體物質

的大便，可用腸蠕動增强的原因來解釋他。其他方面可由真正疾病的經過而引起迅速的蠕動，因之發生障礙。此種障礙與其腸粘膜有絕大的關係；或因粘膜受到不正常的容量引起刺激狀態而成，或因粘膜之分泌物在腸道中過多，或則分解產出物的吸收減少，種種情狀，對於下痢的生成，才是主要之病因。

現在吾人怎樣能用下痢大便的種類來斷定其病狀？其論說將分兩大類述之，第一類：其下痢之主因在於腸，第二類：其下痢的主因，則與腸無絲毫關係。

第一類：

屬於本類者甚多，例如消化不良，腸加答兒，小腸炎，小腸兼結腸炎，結腸炎等等，消化不良與腸粘膜炎的區別，雖經近十年來的努力，吾人尙無絕對的了解。

所謂『消化不良』者，吾人普通知其由於不良的消化作用或病的經過，變更其分泌與蠕動，在此種情形下，則僅有大便的狀態發生變化，而腸壁本身，却完好的存在。總括言之：消化不良，乃各種不同類而發生的症候耳。他能因胃液缺乏症，膽道閉塞症，也能因消化器官道的疾病（如潰瘍，腫瘍，結核，炎症等）及蛋白質，脂肪質，糖質，類脂肪質等類的關係而引起之，由醫學的根基介紹，勿庸再進一步講述之，消化不良的觀念，乃疾病的現表，醱酵與腐敗的消化不良，其特殊點是在腸中與大便中能證明醱酵的與細菌的分

解物之存在，若吾人對此有病狀原因的診斷，吾人須先明瞭，在某種條件下及某段腸中，有正常或病態的醱酵與腐敗存在或經過，對此意義，吾將再述之於后：

醱酵與腐敗發生於腸內，特別是因么微體在食物中的糖質與蛋白質分子中之作用而引起。通常在小腸內，已隱匿着較少的細菌，特殊的細菌，則愈近大腸愈增多，在與胃接近的腸段，並非使糖醱酵的主要部（乳酸菌類），遠胃的腸段，却漸次增多大腸菌的存在，此類大腸菌，既對於蛋白體生作用，又對於糖質生變化。細菌在腸內無害的原則，一方面是借殺菌能力之有無，這是關係於粘膜之完好與否，經在腸中運動反應的不變及粘膜分泌比例的不變，與衆多的附屬腺，使消化液不斷的增加而保護之。胃是最前的一道防線，他雖在未分泌時，能將預先存在的糜汁流入腸內，以資防禦突入腸中的新細菌。其次的防線是大腸，在大腸中主要的作用是腐敗，致於小腸，則僅有吸收之功用，故腐敗作用須遠離小腸也。

若在這些互相關係上發生障礙（此種障礙能由粘膜或腸的內部及胃或大腸而引起）則失其防衛作用，並根本變動其細菌的發生結果，則細菌可由外間襲入或沿大腸內部往上繁殖之。

在大腸的上段，常能尋見繁盛的大腸好氣性菌（Kali-Aerogenesflora）與乳酸菌（Milchsäure Keimen），其他如，Fae

alis alcaligenes-Keime, Proteus, Ppocyanus, Bacillus putrificus, Lamblien, Balantidien 等菌，也能移殖於此，由此可知不正常的醱酵與腐敗，當依其在腸內反應醱酵的良好發生或在不適宜之處作用，開始作病理的糜乳質分解物或繁殖其細菌，因細菌刺激粘膜與整部的腸道，使其分泌物增多，及蠕動增強，此即下痢的原因及發炎的變化，若此種障礙直達於大腸，特別是刺激腸蠕動的增強，反之也能因初期分泌及反應對於菌類的變化，成適宜的條件，醱酵與腐敗是常作換替或共同在一個疾病的經過中發生，依其不同的，如上述的菌類，也有豫後不定期而發現的。

醱酵與腐敗過劇的形勢下，能現出特殊的醱酵大便或腐敗大便，此類現象是無例外的，吾人可用內因的傳染或小腸炎，腸胃炎名之。消化不良的大便，是沒有粘液參雜其間。反之若發炎的大便，則含有粘液，此乃唯一重要之區別，但在腸之上段發炎，可無疑的說，是沒有粘膜炎的存在，吾人雖擦之或以光投射，均尋不出粘液，另一症狀，雖無正確之腸炎，而粘液產生却非常多，吾人診斷應對於真確的保持，消化不良與發炎的界說因此而成。對於診斷及類症診斷應證明的一些要點，將述之於后。

正確的醱酵大便，是明朗而鬆，有泡沫，與劇烈的醱酵，特別是孵卵器試驗，在醱酵管中含有食物的殘餘（未消化的澱

粉稜粒，菜蔬），及過甚的gram氏正反應的好氣性菌（Aerobe Keime），與酸性作用及酸性刺激性的嗅味。正確的腐敗大便，是特別的鬆常呈流體狀，含有多量已融化的蛋白質及肉食的殘餘（肉，結締組織），富有非好氣性菌（Anaerobe），其間也有好氣性 gram 氏正反應的菌類存在，鹼性作用及死尸的嗅氣，在兩類大便中，可富有脂肪，鹼及脂肪滴的存在。在大便中有很厲害的醱酵，大半是表白小腸已共同發生病態，腐敗的大便，則偏向於純粹的大腸炎，有腐敗大便時，常有增高藍靛素尿的表現（Hyperindikan urie）。這是說：腐敗的經過已到了 Bauhin氏瓣（Bauhinsche Klappe 矣。在小腸內醱酵的經過，是常常認為潰瘍，新生物及狹窄症等，大便的次數雖常增加而其密度却不變，或有塊狀及參與流體的或粥樣軟的大便參雜粘液替換發生（或不參與粘液，若大腸沒有患病），以後腸炎的診斷，不能以大便來斷定，（特別是當大腸沒有共同患病）却應以腸消息子直接檢查在各部位取得的內容，對於細胞及粘液的含蓄及反應，並細菌與酵素的的存在，所謂醱酵管試驗與乳糖醱酵試驗，已足夠證明矣，並能在十二指腸用之。這種檢查的技能，在另一文中，當另述之。

胃直達檢查法（gastroskopie）初發現於胃粘膜劇烈發炎症，特殊的X光檢查，指示吾人十二指腸如囊狀擴張，銀粥（Ba-

iumbrei) 由富於流質的小腸急瀉經過，鉅粥在空虛處收納成許多小映像，這種映像，在 Zoekum 及結腸彎曲部 (Kolonflexuren) 也能尋見，正確的結腸炎 X 光照像僅如此說之。

胃之共同症，特別是胃酸過少或缺乏胃酸，常能引起胃性下痢，有許多消化機能停止的不下痢，直至有毒的或傳染性的腸障礙發生，方引起下痢，此種非胃性下痢，乃腸性下痢也。在很多這種症中，其腸已起變化矣。同是一種病毒，他能對胃有害，亦能對腸有害，反之亦然。由此要點述之，一個枝節的病症，却發生於病理的根本，吾人不能常常，也非一切時期的下痢大便有顯著的症狀。最顯著的症狀，在上腹部或全個腹部漲大，腹鳴，鼓脹，腹痛，(其位置忽而此處，忽而彼處)，有時發生絞腸樣痛，(其痛或關係食物之吃與否)，善饑症，或口味缺乏，噯氣或口味不良。諸如此類之痛苦，是老早已今發生，或於不適宜之營後發生。如病人常說為「腸胃發作」，但是也能因為普通的關係與神經衰弱症的原因而生，大便是常變化的，如下痢期變成極重的便秘與平常的排泄期。在一天當中，也能由腐敗或發酸嗅的下痢或淡薄的大便變為平常的大便樣。一年內的各別，是關係於身體或精神的要求而注視。僅由一個大便的詳細檢查及腸檢查，已能發見病理的所在，及利用的缺乏。例如第一是糖質的消化，第二是脂肪的

溶解及吸收，最後才是蛋白質的溶解缺乏。

若先前之情形不明瞭，而下痢的現象却存在，則用 X 光檢查之，若未發見潰瘍，膽結石，膽囊炎，肺炎或盲腸炎時，應詳細作臨床檢查如神經症，粘愈症等等，詳細注意病歷及詳細檢查，上述各項之病因。不可忘者，即不少之腸病，是由膽囊及脾臟等而引起，因此吾人在一個正確診斷為潰瘍或膽囊病或肝病必須有之設想，先看過去有否腸炎的存在，吾人應用觸診查其高脹的腸段或普通的腹脹，及在臍部的腹鳴與散發壓力檢查之注意，偏體的皮膚成黃棕色，血液的變化，精神的病像，敗血膿血症的狀態，皆應立即診斷之。

擴大範圍的論說，對吾人是極重要，因為新綜合的注意，還知道者鮮少腸胃炎與腸炎原因的指示，對於一些器官及系統的疾病遺漏皆極重要。

屬於第一類的下痢，還有極重的迫糞，及參雜血液及粘液在大便中的現象症，其表示為下段腸內的病，以普通方法，(如用手指檢查，或直腸檢查法，Kontrasteinlaufe) 吾人可斷其是否有痔瘡，直腸炎，潰瘍，結腸炎，息肉磨腫，微毒及白濁之存在。詳細的大便檢查，是極重要。大便中可尋獲變形蟲，Balantidien，內臟寄生蟲，血，膿，粘液及菌類等。

因腐敗或傳染的食物作用而引起的下痢，其原因是因水的排泄及蠕動與夫粘膜

局部的受傷而生成——副傷寒，假性痢疾，Breslau 氏痢疾——是能由病象及診斷而知。或許其續發症，比吾人所注意者更多。因為在消化不良之後，往往其結果由腸內的正常菌類移植其作用，他能成余在第一段所述之病發生，特別與精神的良好及消化器官的浸襲有關。此是極易遺漏或錯誤，如我在參與戰爭時注意的。腸消息子之檢查，應在可能之情形下為之，如猜想其無病，或過言其實；或冒充之情形下。機能不全的下痢診斷須在一切檢查皆為負號之後方能成立。

胨性下痢是已說過的症候中最特殊者，其大便呈白褐色，酸性嗅氣，容量多，粥狀，其間含有未曾消化過之筋肉纖維，（在纖維質內，可尋見細胞核），很少鹼化的及未曾吸收去的脂肪存在（Butterstuhl 牛酪狀大便）。臨床上的檢查，則糞尿中窒素過剩（Azotorrhoe）有很重要之區別。酵素的檢查，僅只在腸容液內血液內及尿便內應用之，致於大便內，已缺乏矣。何處有微菌酵素，能成不真確之結果，許多已分解或一部份已分解之脂肪，也能含蓄於大便中，在腸澱粉樣 Darmamyloid），Tabes-

mesaraica, nicht tropische Spure 及膽囊閉塞（acholische steatorrhoe）諸症中發見，普通區別各類似症診斷，同時應對糖質類化及鈣質類化試驗之。

第二類：

在此類內，其下痢是因於尿閉性尿毒症而發生（Retentionsuraemie），當吾人欲有新的檢查結果，能知其腸粘膜已成代償停閉的物質作用而成變為排泄器官，因此受到刺激而引起發炎（由在腸內排泄出來的尿素變為碳酸阿摩尼亞），淡薄流體的排泄物，能由腸道排出，他與消化作用完全無關，却與在腸中之血道及神經系有關，吾人因此而名曰內分泌的，植物神經系的或毒物條件的下痢。

我於此還想到 morbus Basedowii 下痢，Darmkrisen des Tabiket，傳染病如猩紅熱，肺炎；敗血症砒中毒，Thallium lergietung（Amanita phalloides），腸詰肉中毒，都是很重要的，簡直可以想象得到，因其可以其症象關係綜合診斷之最後還有一種下痢，是因水的類化在腸膜上之變化而引起，大概是腎臟多尿的意思。吾人稱之曰，腸內分泌過甚。

甜鹹酸苦四味質生成之原因與 其化學構造之關係

馮 靜 霞

孟軻曰：『口之於味也，有同美焉』，物有甜鹹酸苦四味之分，人所共知，好甜鹹而惡酸苦，亦人之常情，我國古代醫藥家，曾定四味對於人體之作用曰：『甘入脾走肉，能補，能和，能緩，鹹入腎走骨，能下，能軟堅，酸入肝走筋，能瀉，能收，苦入心走血，能瀉，能燥，能堅。』雖憑經驗立說，未能與事實盡然，然亦足證明古人對甜鹹酸苦諸味之注意矣。時至今日，科學之進步，一日千里，探究物性，尤以化學為特長，茲據四味質之化學構造，以說明其通性，然此類理論，即今歐美，亦尚萌芽，余所知者，更屬微末，誤謬之處，還祈明達指正！

甜：成甜味之物質，多數為炭水化合物，如脂族化合物中之二價醇多價醇及其誘導體醌酮類，尤為六炭糖類，此外如三氯甲烷右旋天冬精和糖精等，亦有甜味，無機化合物中之中性醋酸鋁與鋅之鹽類，亦有甜味，欲探究炭水化合物何以有甜味，未能確實決定，惟甜味之有無，顯然自細微之差別，亦有因立體異性之關係，如右旋天冬精為甜味，左旋者即無甜味，又如甘露蜜糖有甜味，其立體異性體葡萄糖，即呈苦味，諸如此類，不勝枚舉，有時

或稍更其成分之小部分而滋味即隨之俱變者，Thoms 與 Nettesheim 二氏以 dulcin 之苯核內若加入酸或鹽基性代替品，即失其甜味，凡甜味分子內加入任何重要根基，即可使其固有之味失去或改變，尤以芳香基能使其甜味變苦味，Cohn 氏細心比較甘物分子之構造結果，認為甜味亦可規定甜味之原子團，如醇類中有一個氫氧基，即略有甜味，若氫氧基增至四五個，則其甜味更濃，Pertly 與 Myers 二氏作更進一步之研究，假定每甜味分子內二種原子團時，此二種原子團應做照染料之命名法，一名成甜基，另一名助甜基，彼輩以糖類氨基酸類及炭氫化合物之氯族分化品等，作極精密之比較後，知至少覓得六個成甜基與九個助甜基，成甜基為 (1) $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CHOH}-$, (2) $-\text{CO}-\text{CHOH}-$ (H), (3) $\text{CO}_2\text{H}-\text{CHNH}_2-$, (4) $-\text{CH}_2\text{O}$ NO_2 , (5) $\text{C}_{\text{HI}_x}^{\text{H}_3-x}-$, (6) $\text{C}_{\text{HI}_x}^{\text{H}_3-x}-\text{C}_{\text{HI}_y}^{\text{H}_2-y}-$ 助甜基為 (1) H-, (2) CH_3- , (3) CH_3C H_2- , (4) $\text{CH}_3-\text{CH}_2-\text{CH}_2-$, (5) $(\text{CH}_3)_2$ $\text{CH}-$, (6) $\text{CH}_2\text{CH}-$, (7) $\text{CH}_3\text{CHOH}-$, (8) $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CH}_2-$, 與 (9) 正多價醇類之 C_n $\text{H}_{2n+1}\text{O}_n$ 根據 Oerthy 與 Myers 二氏之學說，將成甜基與助甜基，列如下表。

| 名稱 | 成分 | 成甜基 | 助甜基 |
|-------|---|------------------------------------|--|
| 二炭二價醇 | $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CH}_2\text{OH}$ | $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CHOH}$ | H- |
| 甘 油 | $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CHOH}-\text{CH}_2\text{OH}$ | $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CHOH}$ | $\text{CH}_2\text{OH}-$ |
| 果 糖 | $\text{CH}_2\text{OHCO}(\text{CHCH})_3\text{CH}_2\text{OH}$ | $-\text{COCHOH}-(\text{H})$ | $\text{C}_n\text{H}_{2n+1}\text{O}_2-$ |
| 糖 膠 | $\text{CH}_2\text{NH}_2-\text{COOH}$ | $-\text{CHNH}_2-\text{COOH}$ | H- |
| 硝酸二烷基 | $\text{C}_2\text{H}_5\text{ONO}_2$ | $-\text{CH}_2\text{ONO}_2$ | CH_3- |

醋酸鋁之成甜味，迄未了解，鋅之氯化物與硫酸鹽，在水中能離解而成游Hoeber與Kiesow二氏認此二種物質之甜味，生自彼等同一成分之鋅游子故游子亦為一種生甜味之物質。

鹹：輕金屬之氯化物，均含鹹味，如鉀鋰銦及鎂之氯化物，均含有鹹味，鈉與鉀之溴或碘化物及硫酸鹽或硝酸鹽亦含有鹹味，有機化合物中如一個 Mcn.methylamine 與二個 diethylamine 之鹽酸鹽，亦含有鹹味，Kahlenberg氏0.02 mol之氯化鈉溶液與純水之味作比較，幾無分別，增至0.04mol時，即略有鹹味，更以同濃度之醋酸鈉溶液試之，毫無鹹味，氏即認氯化鈉之鹹味，來自氯游子而非由於鈉游子也，已顯然明矣，而又試以0.04mol之氯化鉀或氯化鋰之溶液，亦有鹹味，更試以鎂與銦之氯化物，又呈鹹味，此更足以證明鹹味之來自氯游子矣，此外試以0.02mol之溴化鈉溶液，亦稍呈鹹味，若增至0.04mol時則鹹味甚顯，故溴游子亦為生成鹹味之游子，惟未如氯游子之有力，碘化鈉非到0.16mol濃度時，不顯其鹹味，故碘

游子，亦為成鹹味之游子，但能力較溴尤為薄弱，硫酸鹽與硝酸鹽之鹹味，生自硫酸與硝酸游子，故一切化合物或鹽類之鹹味，不特來自游子，且來自各化合物或鹽類中之陰游子。

酸：酸與酸性鹽類，均含有酸味，如硝酸硫酸鹽酸等酸類，於成水溶液時，均可由酸分子之解離而生出氫游子。Richards氏曰：「有酸味溶液，所共同含有之成分，同為氫游子，故認氫游子為酸原，Kahlenberg氏以0.0025mol之鹽酸溶液，可完全解離而成鈉游子與氯游子，其酸味甚明顯，又用同濃度之氯化鈉溶液，使完全解離成鈉游與氯游子時，毫無酸味，每單位體積內，酸溶液與鹽溶液之氯游子相等，今鹽溶液不呈酸味，則酸溶液之酸味，必生自氫游子而非氯游子也明矣，又酸味之強弱，與溶液之濃度成正比，大概普通無機酸在0.00125與0.001mol之間時，僅含有瀉味，若稀釋度再大，則與純水之味無別矣。

苦：苦味物質，以植物鹼類為大宗，餘如鎂銦及鈣等鹽類溶液，均有苦味，其

苦味來自鎂鈣鈣等游子，植物鹼類如嗎啡古柯鹼芸香鹼規那鹼菸鹼及馬前子霜鹼等水溶液，均含極苦味，Gley 與 Richet 二氏測定一氯化馬前霜鹼，每升水中含 0.0006 克，即能覺察其味，鹽酸規那溶液，雖至 0.00004 mol 時，亦得覺察其苦味，Henry 氏謂凡有機質中含有 $\text{NO}_2-\text{C} \leftarrow \text{CH}_2\text{OH}$ 基者，必呈苦味，Cohn 氏更作精博之研究後，斷定苦味根基，不僅一種，有機質中，僅有其中之一，即能顯出苦味，氮氧

基常與苦味有關係，尤其在芳香化合族中，更為明顯，凡有三個氮氧基者，永遠成為苦味物質若有二個，則苦味較弱，或竟不苦，如僅一個，即毫無苦味，故苦味對含氮氧基之多寡，亦成正比，其生成苦味之原因，一即游子，除苦味酸以陰游子外，餘如鎂鈣鈣等陽游子，二如植物鹼之苦味，或由分子生成，或由某種原子團而發生。

肺膿瘍 (Lungenabszess)

Prof. Hugo Starck 原著 沈其稀譯

肺膿瘍一症為近數十年所有之病症。在舊的醫學教科書內未曾論到此症，即老年的醫師亦從未想到，他們在臨床時候曾經見過一個肺膿瘍症。所以我幾乎可以說這種病症僅為最近一二十年來所發生之病患。

Laennec 氏曾經說過，在內臟器官損傷之下常致成肺臟內之膿液聚積。在大戰以前僅少數症例見於公開報告中，然而當大戰之時特別在大戰之後則此症常見於報告中，並且現在有限多醫師均曾發見此種症例在一百個以上。我個人在二十三症例肺膿瘍所作之實踐則係從一千九百三十年以來所發見者(僅有二症例為例外)。

這個醫學史上的特別現象，就是這一種到現在還差不多不知到之病症的突然發現，使我想起了肺癌(Lungenkrebs)，這在各方面均與診斷學範圍的進步，尤其是放射學(Radiologie)有聯帶關係。在大戰以前X光學的肺臟診斷亦曾單觸佔有優越的地位。戰爭使我們懷疑到這係一種肺臟組織的特別損害，我們總想到這是毒氣的作用。可是統計上指出此症并非男性所專有，婦女亦常患肺膿瘍，在婦女症例中却尋不出病原的毒氣損害。

這裏一個最大的意義，就是必須回顧到流行性感冒症(grippe)，此症自一千九百一十八年起由一個地方到一個地方的流

行着，並且現在年復一年的成爲一種湧起的波浪在人類間流行。此症的主要侵襲地點爲呼吸器官 (Atmungsorgane)。我個人以爲由肺炎症，所發生之膿瘍較由各種毒性之普通肺組織損害所發生者爲少，因後者最適宜於釀膿菌之滋生，當然無疑的許多肺炎症也能夠發生膿瘍。病菌的毒性 (Virulenz)增高亦有極大的關係。事實告述我們自從流行性感冒症的第一次流行時肺膿瘍即在一種驚人的質量上極度增加，這個事實是極準確可靠由法國，德國，英國及美國的統計而來。Marchand氏在二百二十二個流行性感冒症理解剖中確定了七十二個症例有膿瘍，而Aufrecht氏於大戰前在二百五十三個肺病理解剖中則僅尋到三個膿瘍症例。

在許多教科書中將膿瘍 (abszess) 及壞疽 (gangrän) 著述成兩種不同的病症。吾人對於此種分別無論如何在臨床根據點上不能予以附合並且認此兩種病患爲一個病症。有時也可以在呼吸及唾液上發生腐敗性質時，立即證實有嫌氣性菌 (anaerobe Bakterien) 存在，但實在在病像上并無主要的分別。這似乎爲一種流動的轉變性質，即普通的膿瘍可以由嫌氣性菌之潛入發生一種腐臭的分析，而另一方面嫌氣性菌可以由壞疽病灶中消滅。普通講起來壞疽因其有使組織潰爛之傾向性質常造成一種被認爲簡單性膿瘍之嚴重病像。

肺膿瘍無論在診斷意義上及治療意義

上均構成病理學最重要章中之一頁。吾人常對於此病數星期之久絲毫不能決斷，雖然曾經用盡各種診斷幫助方法，甚且由此至於危亡。然亦有突然發現一種現像因之得到明白的診斷及完全之治愈者。但在其他症例中亦有未經或已施手術而仍不能免於死亡者。

病原學 (Ätiologie)

釀膿菌達到空氣道後隨同血液侵入肺臟或由鄰近患病之組織中出來侵入肺臟。自從流行性感冒症發生以來，肺膿瘍由流行性感冒性氣管枝肺炎之基底上發生爲最多。Léon Kindberg氏亦曾同意。所謂流行性感冒肺炎，并非他症，即膿瘍之第一步完成，係在膿瘍病灶之週圍造成反應性的炎症 (Entzündung)。釀膿菌最喜歡在一種硬塞 (Infarkt) 的死亡組織內滋生并使其融合。在外科手術後特別是扁桃腺及甲狀腺的開刀或內臟器官之割去之後（特別腹部器官，子宮或其他附屬物 Adenes之開刀）可以由栓塞形成路上 (Embolische Wege) 發生肺膿瘍。Chipmann氏在一萬二千個外科手術中發現過百分之一點五肺膿瘍，McCore氏在三千個外科手術中則發現二百個肺膿瘍，約超過百分之六。敗血性栓塞 (Septische Embolus) (在口峽炎 Angina, 產熱敗血症 Puerperale Sepsis 肝膿瘍 Leberabszess, 盲腸周圍炎 Perityphlitis等症中) 亦有病原的關係。在此類症例中膿瘍均有壞疽性特徵。

由呼吸方面得到的各種物體有時亦為釀膿菌之傳遞物。由蓄膿症 (Empyeme), 橫隔膜下膿瘍 (Subphrenische Abszesse) 肝膿瘍 (Leberabszesse), 及縱隔竇炎 (Mediastinitis) 之直接的繼續侵襲引成肺膿瘍。此處亦應將由氣管枝擴張症 (Bronchektasien) 基底而成之膿瘍列入。由氣管枝擴張內容出來之病原體在四周發炎之組織中尋到極適宜的地位去滋生。由同一之方法在結核性空洞 (tuberkulose Kavernen) 之四周造成膿瘍, 甚至在肺臟及氣管枝之腫瘍 (Tumor) 時亦可發生膿瘍, 即腫瘍自行融合及其四周發生潰爛與傳染。(依照 Graham 氏百分之十症例如此)

還要提到的是患糖尿病的肺臟常傾向於化膿, 其原因或係由其較良之營養基底適宜於病菌之滋生, 或係由於糖尿病組織之抵抗能力降低而成。

法國學校中認為在痢疾 (Dysenterie) 病原學上有特別意義, 並由此歸定一種專門的治療 (Therapie)。吾人在膿瘍內容及唾液中尋獲之細菌植物 (Bakterien-Flora) 常為極其複雜。除普通病原體如葡萄球菌 (Staphylokokken) 及鏈形球菌 (Streptokokken) 以外, 尚有肺炎菌, (Pneumokokken), Friedlander 氏流行性感菌 (Influenzbacillen), 腐敗菌 (Proteus)。甚至螺旋菌 (Spirochaeten) 及波狀菌 (Spirillen) 亦被尋獲。在壞疽症時則一切嫌氣性菌居優越地位, 尤以嫌氣性鏈形球菌

(anaerobe Streptokokken) 為甚。我曾經看見過, 在一個腐瘍的過程中某一種球菌能夠將另外一種球菌加以消滅及自己過度滋生, 所以在一個症例中可以起初為金黃色葡萄球菌 (Staphylokokkus Aureus), 以後在培養時又成為純粹的肺炎球菌。Kindberg 氏以為, 螺旋菌 (Spirochaeten) 對於腐臭性膿瘍有特別的意義, 僅其證實在壞疽化膿中頗不易耳。即細菌植物亦種類甚多。

病像 (Krankheitsbild)

此症可以在各種狀況下發現。完全突然的由絕對健康情形下發生。體溫增高, 併且發生寒熱。胸部側面刺疼, 乾咳。吾人想像其為肺炎, 開始的肺膜炎 (Pleuritis), 或流行性感菌症。亦可以想到一個潛伏的肺結核, 時間長一點也可以想像其為一種傷寒症 (Typhus)。有時候其第一步現像為吐血 (Hamoptoe), 有時吐一次即止, 有時也連續重發。一個最常見的模式為肺炎的發生。肺炎的經過起初是正常的, 甚且可以退熱。但多數不能這樣的消退, 溫度不退, 發生寒熱併發症或痰中帶血。臨床上的硬塞現像有時發生在栓塞性膿瘍以前。各種的診斷簡單考慮一下一直要最後的試驗或 X 光像片明白地指出膿瘍的現像, 或一種質量的膿液吐出 (Eiterexpectoration) 明示此症之位置。

症候現像 (Symptombild) 在一個廣大同形性質及一種現像的混亂變化之間搖動

着。發熱(Fieber)爲常有之現象，但一種特徵式之發熱曲線則無。起初時此種症候現象與其根本病症有關係。有許多症例，其開始時有極高之發熱與寒熱，然而在數星期或數月之過程中其溫度僅升至三十八度。我曾經醫治過一個膿瘍，此症在二年半之過程中完全無發熱現象。

在肺炎時發熱的繼續性可以不受膿瘍發生的影響而存在，但常常發熱消失後數天又由化膿引起新的發熱。發熱曲線由寒熱使其間斷成爲間歇性及弛張性。在一個遲慢的肺炎曲線之過程中發生寒熱則我們必須去想到一個膿瘍。

將膿瘍中之膿液放出後溫度即行降落，病症亦即終結。病症亦常常復發，膿瘍在溫度逐漸增高之下又重行充滿膿液。這種關係可以屢次反復發生。若膿液放出溫度仍不降落，則一定有併發症(Komplikation)存在，如蓄膿症，縱隔竇炎，肺炎及多發性膿瘍症(Multiple Abszesse)。

咳嗽爲規定症候中之一種。他常表現出特徵來，如幾週長之咳嗽，嚴重痛苦，無結果之刺戟咳嗽(Beizhusten)，這種刺戟咳嗽沒有方法去抵抗並且日夜不斷的發生。這種咳嗽爲病症的最煩難之症候。在白天或晚上有時發生一二點鐘長久之嚴重疼痛性咳嗽襲擊，起初吐血，最後吐出大量液體膿液，由此幾乎可以引成窒息(Erstickung)。這種潰決是有效果的。整個的症候現象可以中途停止，然而在許

多症例中過了一些時候又可以重行復發。

一種完全症候學的現象就是出汗(Schweisse)，嚴重敗血性傳染的現象。他可以控制病像，也就是極度衰弱的原因。無論白日晚上汗衫應加更換。在顯著的膿瘍時則無甚關係。他的發生在豫後(Prognose)上是不大好，因爲他的意義是組織毀壞及腐敗物質之吸收。一個突然發生的出汗可以用於診斷上。在一個經過長時間而仍不明顯的病症時則對於病人之痰液應當特別小心注意。當其缺乏粘液與膿液時，則永爲刺戟咳嗽。假使膿瘍病灶穿破了，則痰液中將含膿液，而粘液之量亦逐漸消滅。吐出來之各個團狀物均沉降於水底，在此處方加以潮解。特別在吐出不久的時候有血液的痕跡參雜其間，有時也可以主要方面係由血液構成。這種血液使痰塊成爲黑櫻色，或者成爲純粹血液與吐血之形狀一般，一次一百至五百立方公厘(100—500 ccm)，有時隨帶迅速死亡的終局。此種出血(Blutung)爲栓塞性膿瘍之特徵，此外尚有相類似的出血性膿瘍(haemorrhagische Abszesse)。出血的發生常常指示以膿瘍病灶的潰決。假設膿瘍係在氣管枝內潰決，則將吐出大量的膿液，有一碗之多，這種狀況恆喜於夜間發生。膿液的造成究竟怎樣快，這是很難明白的，差不多每天都能夠放出滿碗的膿液。

穿刺後的膿瘍放出膿液在痰內，這可以由量的方面與化膿性氣管枝炎(Eitrig

Bronchitis) 之痰加以辨別。

痰的氣味常為一種本質甜味，但是也有臭味及腐味。膿瘍之潰流引起臭惡的呼吸氣味，這是由於膿液因酵素 (Ferment) 之作用造成氣體的原故。這種臭氣亦有僅在呼吸氣內者特別是當其咳嗽時，在痰內則無此種臭氣。在一個嚴重病症時則全屋幾均為臭氣所充溢。

由顯微鏡下的尋獲吾人不能加以決定結果。吾人尋獲有上面所述之各種病菌，明顯的嫌氣性菌及螺旋菌，此外尚有死亡的細胞，多數的白血球，脂肪，結晶體，血液菱形結晶質 (Haematoidin) 等等。此外尚須懷疑到的為彈力性絲 (Elastische Fasern)，這足以證明組織之破壞，有時且可以咳出整塊的組織，這裏面還可以證明出肺氣泡的構造 (Alveolarer Aufbau)。

化學方面痰液內含有硫化氫 (Schwefelwasserstoff)，Leuzin，Tyrosin，阿母尼亞 (Ammoniak)，液體的脂肪酸 (Fettsäuren)。

身體的試驗 (Die körperliche Untersuchung):

身體的試驗自係在血液與胸部臟官 (Brustorgane)。吾人在懷疑一個膿瘍時可以由白血球的數目去加以決斷。事實上吾人可以尋出白血球的數目為二萬五千個至四萬個，而以多核白血球之百分數為最高；這種白血球增加 (Leukocytose) 的現象也可以缺如，甚至在腐敗性膿瘍時可以

觀察到相反的公式。L. Kindberg 氏報告，在多發性膿瘍的一個症例中白血球的數目僅為一萬，絕未增高過。無論如何血液性質 (Blutstatus) 很少用去診斷此種病症。血液下降性 (Blutsenkung) 常常增高。

物理的試驗在吾人前常為最難解決之題目。其結果與張力，位置，排膿管 (Drainage) 之種類及四周肺臟組織與肺膜之反應有關。

小形位置較深的膿瘍不易證實。但假設其擴大時，吾人所獲無他，亦不過如氣管枝炎症所有之一種不確實的濁音地域 (Daempfungsbezirk) 而已。因為普通一般膿瘍的物理性症候多付缺如，所以這種試驗是極其困難。吾人所欲藉試驗去確定者為一個浸潤物 (Infiltrat)，在這個浸潤物的後面藏匿有一個膿瘍。一切膿瘍的四周均有浸潤現象。浸潤物可以由融合作用成為膿瘍，也可以造成膿瘍的發炎反應。吾人在最良之症例中亦僅能尋獲一種濁音及多少不一定的呼吸，及囉音 (Rasselgeräusch) 與加强的聲音震盪 (Stimmfremitus)。

吾人測量聲音震盪去定某一種診斷的價值。吾人由下面的確定：膿瘍與浸潤物位置較深，則無一定之聲音震盪。膿瘍離胸壁愈近，則其聲音震盪因其四周浸潤物之關係亦愈顯，然當膿瘍離胸壁最近及其本身極大時，聲音震盪反行減弱，然氣管枝呼吸與囉音於此極易聽出。在適度的濁

音(氣管枝呼吸)均缺少聲音震盪,這係一種肺膜硬結(Pleurasczwarte)增加的原故,普通在強烈濁音及微弱呼吸時均缺少聲音震盪,因為這裏有一種肺膜溢出(Pleuraerguss)的原故。

肺膜硬結及溢出(Erguesse)均使試驗特別困難。在此種症例中X光試驗亦無如何希望,因整個的肺臟已被陰影遮蔽。於是吾人祇有用祛痰法,由痰液檢驗的結果及穿刺術(Punktion)去加以證實。

只有在幸運的症例中我們可以遇見空洞症候(Kavernensymptom),局部濁音,空甕性呼吸(Amphorisches Atmen),微弱的聲音震盪及鳴響聲(Klingende geräusche)。

或者在物理性發現物之交換中有一點特徵,特別是濁音與亮音的交換,及聽診的現象。所以在吾人前常有一謎存在,即吾人由普通症候上有一種膿瘍的懷疑。

此外還有穿刺術與X光線檢查兩種方法能夠使症例明瞭。

X光檢驗(Roentgenuntersuchung):

若在前面有了一種厚的硬結皮,一種肺膜滲出物(Pleuraexsudat),或一葉肺的陰影,或整個一邊的陰影,則如前所曾提到者一般,X光方法毫無效果。在未有空洞造成時,時亦無特別的X光像可以期待。我們僅可以看見或多或少同質一律的浸潤物而已。我們絕不能以一次檢驗即行滿足,必須使病人屢次立於照像板之前作

各種直徑的檢驗。檢驗常於巨量祛痰後在均勻的陰影中確定一個暗色球形的病灶,這個病灶使吾人常懷疑到膿瘍浸潤物,即在融合之後診斷於是得以明白確定。特別是一個症例中之初期浸潤,雖然其與膿瘍相連,然而吾人不能將其認出,此症與肺結核浸潤無法加以分別。所以我曾經在一次症例中將一個在肺門很近處的浸潤認為肺結核性的浸潤,而將一個在肺臟上葉的肺結案浸潤又認作膿瘍浸潤。對於肺炎浸潤方面也不能常加以區別,我曾經對於一個症例經過數星期及數月之久仍在慢性肺炎與膿瘍之間不能決斷。他表露出一種癌症(Karzinom)附帶有潰爛空洞的現象。

觀察X光像片也常常足夠去解釋這個謎。在標準式的症例中我們可以看見在一個正常的或消顯陰影的肺葉中心有一個或強或弱的圓形暗影,在一個老舊的膿瘍上,他是很明顯地圍繞着。在新的症例上他是一種柔和純一的陰影,在老的膿瘍上則為一種深暗色的陰影(有了膿瘍囊的原故)。祛痰以後膿瘍可以毫無陰影地顯出,如同由肺臟刻印出來的一般。他也可以有時候被充滿了,假設他的內容是液體,於是造成一個平面鏡形在心臟附近波動着。經過屢次的檢驗吾人可以很明白的探知其各種充滿程度,尤其在祛痰之前或祛痰之後的檢驗更為重要。在液體的上部浮聚着一層光亮燦耀的氣泡。假設吾人幸運時尙可以看到死碎骨時期(Stadium einer

Sequestrierung)。整個尚未液化的組織內容是被一層亮的壳子包圍着。

膿瘍空洞之特徵為縱直徑較橫直徑為大，所以他正像一個用尖頭立着的雞卵。這恰與肺葉間滲出物相反，肺葉間滲出物的橫軸為最大。

膿瘍并不能常常作圓形，特別是在肺門附近常作不規則式之複雜形。即令在相同之症例中彼亦能在各種檢驗中變換其形態。膿液之濃密與組織之反應均能造成各種現象。放膿以後空洞可以藉其殘剩之彈力性組織絲之收縮而消失，在其消失不久之前彼可以擴增成極大之空洞也。

其各種直徑之屢次增減亦甚重要，必須測知。

穿刺術(Punktion)

在不僅外科家於肺膿瘍遭受抗議，並且內科專家於此亦受警告之時，我在此處談及穿刺術一語，恐將被人認為異端的冒險。對於肺膿瘍最有經驗的外科學者Sauerbruchs氏在其所施手術中尚有百分之三十四的死亡。

Stachelin氏於其專書中曾以三行文字敘述穿刺術之危險而加以棄却。根據我個人的經驗我以為在小心規則下所施之穿刺術是無容顧慮的。此不僅有助於診斷，且含有一種治療意義。

這種方法係用在我們不能用旁的方法去找獲膿瘍的時候，或者在膿瘍位置已經確定，但是他不能自動排放出來的時候。

尤以位置較深之膿瘍最適宜於施用穿刺術。至於此法之危險則係恐肺臟及肺膜之因此感受傳染。

吾人在X光像片中應獲一近似點，而膿瘍即位於此點處。完全在一種純一的陰影中如吾人所曾提及者，但有時亦有特別較深之陰影存在。在這個陰影上用針在不斷的將活塞子抽回情狀之下徐徐穿刺而入。若膿瘍病灶不能尋獲，則可另換一面作第二次或第三次之穿刺。假設我們先做一個診斷的氣胸(diagnostischer Pneumothorax)，則於此狀態之下膿瘍極易尋獲。這個效果是雙倍的。因為肺臟在膿瘍浸潤上面壓緊，則膿瘍病灶較易尋獲。同時氣胸也可以指出肺臟是否與胸腔牆壁固結着。

假設我們在一個這樣合生着的地方插入穿刺術所用的針，那種可怕的肺膜感染是絕對杜棄的。因為空氣不能達到，肺膜腔多少是一種鎖閉狀態，這裏對於一個肺膜腔蓄膿(Empyem)的小心也是毫無理由的。假設整個的肺臟將被胸壁所推逼着，則自當於施穿刺術前加以警告。

穿刺術亦供獻有類症鑑別上之優點。那一個有必備的手指尖感覺——此種感覺吾人可於百倍之氣體充溢上練習得之——則其人可以很明白的分出，針是否起初經過一種堅厚爆響的組織(硬結皮)而入，及實質組織(Pareuchym)是軟的或是硬的(腫瘍)。簡單的浸潤物對於穿刺的針沒

有強大的抵抗力。(或阻力)

當膿瘍尋到了，就使他被吸收，或吾人認此症例適於施用外科手術，則刺穿以針并抬病人置於外科手術台上(見治療章)。在每一個症例上我們用針量準病灶的深淺，并記下他的方向，這對於後來的治療上有相當意義。

另外一種的幫助診斷的方法是對照物法(Kontrastmittel)之氣管枝間引進。假設排膿管適宜膿液排放完全，則對照物自可將膿瘍空洞裝滿。由這種方法去測知其大小，形式及位置。對照物之錯誤充滿，在膿瘍一症上是不會發生的，尤其是在肺上葉膿瘍因為他的排膿管是向下朝着肺門的。但是對照物充滿有時也造成錯誤的現象。對於氣管枝擴張症一病其類症鑑別有極大利益。其像片恰有如此優點，即所注射進去的物質周圍纏繞着膿瘍空洞。

在類症鑑別上應注意者為肺結核浸潤及肺結核空洞(X光像片，結核菌，進化上的普通狀況)，此外尚應注意者為膿液性氣管枝漏症(Bronchorrhoea purulenta)(無空洞的構成，對照物法，無彈力性組織絲)及囊狀邊沿蓄膿症與小葉間蓄膿症(abgesacktes Randempyem und interlobulaeres Empyem)(縱直方向附有尖端之陰影為前者之特徵，後者為橫平面較寬向下凸起之陰影，成碗形)。

以對於肺腫瘍(Lungentumor)之鑑別為最難(膿瘍內容腐臭，用穿刺針感覺

出組織變硬厚，痰中有腫瘍切片，及惡液質症(Kachexia))。

併發症(Komplikationen)

併發症有吐血，血清絲性肺膜腔滲出物症(serofibrinose Pleuraexsudat)(此係由鄰近單筒刺戟而成)，蓄膿症及膿氣胸(Pyopneumothorax)。肺膜附近膿瘍在肺膜腔內之潰決，係由一種突然邊側針刺般疼痛及虛脫(Kollaps)，祛痰突然停止，濁音迅速升高等表現出。有時發生轉移性膿瘍(Metastatische Abszesse)被稱為敗血症(Septikaemie)，特別喜歡在腦髓(Gehirn)及肝臟(Leber)內發生。末了還有所謂營養的(?)擾亂，發生在手指的末節(鼓垂手指)，及關節充溢(gelenkergüsse)。

病症的經過(Verlauf der Krankheit)

病症的經過是極其不定的。他可以很快的，幾天之內即行死亡，他也可以很慢的經過成年累月的長久。在一個無併發症，善性的，變性肺炎性的膿瘍症例，其症患之長久大約在三四個月之間。

我必須特別證實慢性經過的症例，這類慢性症例均係由肺炎或流行性感冒症之基底而造成者。濁音及發熱均不消退。令吾人想到一種緩慢的融解。咳嗽常作苦疼狀附有或無痰塊。體溫曲線為不規律式，間歇式或弛張式，常由虛脫出汗而加以中斷，有時亦降回至正常狀態。物理的現象為濁音，氣管枝呼吸，在X光像片內多少

有適度的陰影。一個可靠的診斷，對於這些現像存在的原因是不能尋獲。一個膿瘍的懷疑必定在這樣的情形下發生；出汗，缺乏的融解，本性的乾咳，特別是有時唾出發臭氣的痰塊，這於是使人想到了膿瘍的問題。那一個在這個時期有胆量去施行穿刺術，他就可以去解決這個謎（究竟是不是膿瘍）。假設病人不能恢復他的精力，則將發生貧血，心臟衰弱，水腫(Oedem)及血栓生成(Thrombosen)。病人似乎陷於死亡危境，一定要到某一天經過劇烈長久的咳嗽襲擊之後排放出大量的膿液，由此方可樹立復元期(Rekonvaleszenz)。常常於數天之後溫度又似乎重行升高，膿瘍空洞又從新充滿，又復行排放，就這樣的經過累週及全年之久。

膿液可以將他流出的軌道築在氣管枝內或肺膜腔內，假使不將他立即由外科手術排去，則將引起病人之震盪症(Schock)。若膿液尋不出排放的道路，則痊癒之望甚少，因僅有極少數的症例可以慢慢的退熱，結殼及吸收。

慢性經過的膿瘍之危險是在第二傳染(Sekundaerinfektion)及腐敗的轉變二點，這兩點結果引成壞疽(gangraen)。

許多患慢性膿瘍的病人在這種情形之下只負輕量的痛苦。我曾經診治過一個五十歲的女人，她從一千九百三十年四月內經過甲狀腺腫手術後發生膿瘍。他的位置在中央，有一個雞卵大，但是她的痛苦很

輕，排膿亦很少。在新的症例中其普通狀態亦有比較佳良的。溫度很少超過正常以上。咳嗽差不多莫有。其唯一痛苦的症候為胃口有一種腐臭的氣息與味道而已。

嚴重的情狀為昏瞶，無感覺狀(Apathie)，循環功用衰弱，水腫，這證明已有普通中毒(Allgemeinintoxikation)形勢。但是只要膿瘍立即排放，這許多現像也可以迅速地消失。這種中毒結果與健康恢復間的敏快的變換我個人一個病人身上曾經多次觀察到。

豫後(Prognose)

去決定豫後是完全不可能的。每天均在驚駭之中生活着。中央的及肺門外的膿瘍普通其豫後均較遠心的，周圍的膿瘍之豫後為佳。豫後與普通狀態及心臟與循環器官之情況有關。膿瘍若在腐爛時期及敗血時期，則其痊癒之望頗不見佳。

膿瘍之治療(Behandlung)

這是屬於最困難的治療章中，由前面所述的複雜現像與經過的情形就不難推知其治療之困難。無論如何這是一種內外兩科必須的嚴密的合作工作。我們須確認肺膿瘍為一種嚴重的病症，無論在那一種形勢之下均必須趕快治療。

由於在氣管枝系內潰決而起之自動治療(Spontanheilung)并非奇事，依據擴大的統計約為百分之二十至二十五。他的結果并不依靠着任何一種治療，然而表現出這裏曾經有過一個膿瘍。經過潰決以後

即完全安靜，這個嚴重的病像如同遇着魔力一般即行消滅。回顧這一種器官的自助，愈應注意到上述治療之價值，但亦應對於外科手術之意義加以保留。吾人最初即期望着此種自動治療。症候治療則吾人給以祛痰劑 (Expektorantien)，安眠劑 (Hypnotika)，白血球發生藥品，殺菌劑，Omnadin，膠質金屬如Argochrom，Kollargol，Trypaflavin，Methylenblau。腐臭的潰爛可以用松柏樹精 (Terpentin) 去抵抗 (Terpentinpfeife, Oleum Terebinthinae, Terpinol. Terpenhydrat, 等等)。

砒素治療 (Arsentherapie) 之基本關係在其於腐臭潰爛時能殺滅螺旋菌 (Spirochafen)。H. Curschmann, Hirsch. Neumann) 三氏曾於 Salvarsan 治療時獲極佳效果。Kissling 氏則認腐臭潰爛係由嫌氣性鍊球菌之作用，而砒素對於此種球菌并無若何影響。然而我個人亦不能證實此 Salvarsan 砒製劑之治療功效。

在法國則人們承認各種血清有相當價值 (如葡萄球菌，鍊球菌，肺炎球菌等等)。以膿瘍膿液內微菌之多及微菌形式之雜，若單用血清去治療是沒有幾多希望的。即多價血清 (Polyvalente Sera)，與 Pasteur 氏抵抗壞疽菌混合血清 (Serum mixte antigangraeneut) 亦可保證其功效異常微弱。自己種痘療法 (Autovakzine) 之功用與此相等，此法在法國尚有附帶

物。自己種痘療法應用上述各種不同病菌中之何種病菌去製備呢？吾人在敗血症之治療上所用之百分之三十火酒靜脈注射，法國醫師亦以之用於肺膿瘍。尚須提及者為 Singer 氏所介紹之減水治療 (Durstkur)，即每日限其獲水份四百至六百立方公厘 (400—600 ccm)。Roth 氏用此法曾於七症例獲完滿效果。

除松柏樹精 (Terpentin) 以外我個人尚介紹有相當效果的藥物即在 Transpulmin 形式之金雞納霜—樟腦 (Chinin-Kampfer)。特別用在膿瘍為浸潤所包圍或遮蔽之症例中最有功效，每日二次 2—5ccm 皮下或肌肉間注射，作長時間的注射。在一個肺膿的左邊大部份全被浸潤了的症例中，我以為只有 Transpulmin 方可以達到將此種浸潤完全融合。位置的適當也是對於病人輕減疾苦的一個方法。但是這種情形不見得常有，可是我們必須去嘗試嘗試。若膿瘍病灶已經穿破了，則膿液在一種適宜的身體姿勢下自會流出。一個患慢性膿瘍的病人應注意基底的掃除，膿瘍的內容曾經由這個基底流出來的。這一些事項對於治療上都有益處。所以我使一個女病人每天早晨將她的膿瘍由身體超過床沿向前彎曲的姿勢去加以排放。她的嚴重苦疼狀態由不斷的咳嗽刺戟隨着一陣嘔吐而消失。

氣胸 (Pneumothorax)

氣胸的意義在上面診斷章中已曾論

及。許多學者均否認其有治療價值，如 Brauer, Neumann, Krampf 等氏及多數外科專家。因為他有這樣的危險，就是離肺膜很近的膿瘍受了空氣的壓力可以穿破流入肺膜腔內。

起初並不是所有膿瘍均靠近肺膜，然而一個膿瘍也可以靠近肺膜，這個時候肺膜腔若受一種壓力去使其緊縮，則膿瘍有時竟可以由此穿破流到氣管枝內。下面的例子可以說明這種情形：一個十歲大的病人，於一千九百三十年一月三十日入院。在一千九百二十九年耶穌復活節時患肺炎。三星期前即患咳嗽，但無痰塊。最近兩天體溫三十九度，咳嗽，左腋肩部疼痛。——檢察所獲：左邊身體向後牽曳。左肺部上葉有明顯的肺胞音 (Vesikularatmen)，無濁音。——X光現像：右肺部清晰。左肺部有巨大的肺門表面浸潤，同一厚薄在第二及第五肋骨之間。在第三及第四肋骨空間 (IKR.) 浸潤超越過乳線 (Mamillarlinie) 并且差不多廣佈到表面。因曾被假定有肺結核，故附有氣胸。在白天發生劇烈的咳嗽襲擊及排放巨量的血液及膿液。——X光檢查：肺臟切片壓於肺門之上。左肺肋膜竇 (Sinus psleurocostalis) 有一波動的滲出物鏡面。排放後立即痊癒。

我們由這個症例看出，用氣胸法在每個症例上是可達到治癒。但最要緊的是這種方法不能用在舊的及已經穿孔的膿瘍

症上。照這樣做并無危險。且在空氣壓力之下膿液由已定的軌道排放出去，再不充滿，且病灶從此乾縮而趨痊癒。

氣胸治療法的範圍最先在肺門表面膿瘍，在這裏一定可以用這種方法。他是既無危險且有相當結果。

就是在中央的膿瘍症也可以先用一用氣胸法，其情形并不見得比表面膿瘍症來得壞。在這一種壓力之下方有排放的希望。但在離肺膜較近的膿瘍症則宜加以小心使用。我們對於肺部不能開始即施以巨大壓力，慢慢的增加方可。假設膿瘍位在一個密厚的浸潤中，則其穿破至肺膜腔內之可能性一定很少。一個在急症時期的膿瘍患者應當每天均在醫生監視之下。

流至肺膜腔內的潰決是一個這樣凶險的情狀，他常常由一種警告情況表示出來，吾人對此不能加以忽視。這種情形應立即引用外科原則。

我個人對於氣胸治療的施用歸納起來為：此法係施用於表面膿瘍，但在中央膿瘍亦有相當效果。若其位置離肺膜甚近，則應小心施用此法，尤其在四周未為浸潤圍繞之症例。

穿刺術 (Punktion)

現在論到穿刺術之禁用。其所以遭禁用係因肺臟感染及肺膜腔感染之危險。然而對於一種肺臟感染無庸懼慮。我曾於明顯的及腐臭的膿瘍症施過多次之穿刺術，但從未由穿刺孔發生過肺臟感染。在X光

像片上一定有浸潤表露出來，臨床病像方面也有這樣情狀。我從未看見到有像理論上所說的這樣可怕的情形。

當然肺膜感染的危險也有，可是在沒有滲出物存在的時候，表現的危險狀況也就很少。我不承認，在我的多數穿刺手術時未曾遇見一次危險，是一種偶然的事情。當然我僅在適宜的症例方施以穿刺術，自然莫有多少危險。這一種姑息療法 (Konservative Methode) 的結果并不比外科手術法為劣，因為他的死亡率差不多也超過百分之三十。事實上每種成功與失敗是明顯地相比較着。X光照像必須表示出關於膿瘍位置的一個比較可靠之點。假設對其位置仍不明白，則吾人即用氣胸診斷去加以幫助。等到位置找準了，用含有空氣的組織去壓緊這個膿瘍病灶及四周的浸潤，并證實路線，由此插入穿刺針。如前面所述者一般，有時插入的地方洽為乾縮的肺膜狹道。我們可以計劃一下，甚麼地方有肺膜感染的危險性，對於此點有時也可以預先露示出來。若膿瘍為敗血症之一部份現像（如產褥熱的，傳染性的，口峽炎後的等等）則穿刺術於此無相當的結果。若整個肺臟受胸壁壓縮甚凶時，則穿刺術之應用應加禁止。若穿刺針要經過已成的肺膜滲出物，自然也應加以禁止。

因為膿瘍的內容并不永遠是稀薄的液體，所以我們不應當用太細的，僅僅十個公分 (10 cm) 長的穿刺針。我們在接觸式

的探討及不斷的抽回活塞子之下尋到了膿液病灶於是盡量地抽吸其內容。若排膿管被淤塞了，當立即在此處注射入 Pregl 氏溶液。膿液停止流出，膿瘍空洞用 Pregl 氏溶液 加以洗滌後，再小心的用 Pregl 氏溶液 將其充滿。由此種方法使其腐爛的內容不再發生臭氣，并因此獲到完滿的痊癒。

自然病人經過幾次膿瘍放排後不見得一定痊癒。這是要看幸運如何，穿刺術的功用不能像由氣管枝內潰決一樣的收效良好，因為這裏莫有那樣的穿破孔道。膿瘍排放後再充滿時，則發生高度體溫及惡劣普通狀況，這個時後應再施以穿刺術。因為這係在第一次施行穿刺術時未能將其方向，深淺計算準確，在第二次或第三次也許就確實地找到了。

若多次施行穿刺術後仍不能痊癒，則不應遲延耽誤，立即施以外科手術。

這裏給外科專家以確實可靠之膿瘍地位，對於他以後的工作要減輕及便利多了。

外科治療 (Chirurgische Behandlung)

在每個由外科醫師去治療的症例，應當由外科醫師有目的地加以詳細診察。如 Sauerbruch 氏 即根據此點，在一個流行性感冒膿瘍經過六至八星期不用排放的結果而探知病灶的局部位置，施以外科手術。

凡畏懼用氣胸法及穿刺術者必須根據

此點。實用最多及最簡單的方法爲一種向外引導的肺切開術 (Pneumotomie)。

有一個時候我們似乎避免第一時期開刀，因爲有肺膜感染及常常發生肺炎的危險。假設事前先使肺膜狹道荒蕪乾縮，則危險性將大大的減少。用此法可以將死亡率由百分之五十減低至百分之三十。

使肺膜葉黏合之法係由 Baer 氏於一千九百一十三年介紹，其法係用異類物體由肺膜外引入刺戟使起劇烈肉芽發生 (granulation) 及所遭遇之肺膜葉迅速黏合生在一起 (Lexer 氏用海棉及肌肉，或石蠟，Sauerbruch 氏用石蠟鉛封)。經過十天以後取去鉛封，現在可以施行肺切開術了。鉛封 (Plombe) 不僅使肺膜黏合，同時他在膿瘍上還發生一種壓力，使其縮小，可以藉此引起膿瘍牆壁之一種壓力死壞 (Drucknekrose)。所以在鉛封基底內常發生膿瘍潰決，由此達到排放目的。

壞疽性膿瘍附有嚴重病態應迅速治療，因爲一種期望及第二時期開刀在此種情況下怕不可能了。就是在肺膜腔內的潰決亦需要立即治療。肋骨切開。施以 Bulau 氏之排膿管。

有範圍的肺膜腔蓄膿症可以由簡單的

肋骨切開達到痊癒，一個已經黏合固生的肺膜的普通傳染是用不着去畏懼。

對於多室性及多發性膿瘍 Nissen 氏曾在肺臟分解法 (Pneumolyse) 作一特別的方法。所有的肺葉分解至肺門處。用手將整個肺葉加以壓榨，使其不含空氣，則各個膿瘍可以由壓縮的組織中明顯用接觸法探知，然後將其割開。當然這是一個很困難的外科手術，此亦僅在少數生命力健全的病人身上方有效果的希望。多發性膿瘍一發覺之時，應立即趨外科醫師前求治。

在二十三例肺膿瘍中有四例被施以外科手術 (係絕對嚴重之症例)，二例被治癒，二例死亡。其餘之十九例中五例死於敗血症 (二例爲口啞炎敗血症，一例爲流產敗血症，一例爲肺癌，一例爲八十一歲之病人死於栓塞性敗血症)。十三例用姑息治療，此中六例有腐爛膿瘍內容，均被治癒。尚餘一例仍在治療中。

我們由之看出來，多數嚴重之病患可以在某一百分數上自動痊癒，即其需要立即施外科手術之例亦可由姑息療法治癒，因此吾人不能漠視氣胸法及穿刺術之應用。

論齒石 (Odontolithiasis)

Muenchen-Oachau, Dr.K.F.Hoffmann著, 徐續宇譯.

齒石乃由唾液中的固體排泄物造成，牠是積在齒齦和齒面上的，這種稱為生命以外的齒石的綜合並不是化學的化合，却是一種機械的混合物，約由75%的無機體和25%的有機體組成(見Tuerkheim, Zahnärzt. Rdsch., 1924)無機體即碳酸及鈣磷酸鈣(主要成份60-70%)，並稍有硫酸和硅酸的鐵鹽，鎂鹽，鉀鹽及鈉鹽，這些和由脫落的上皮細胞，各式微生物，食物殘渣，白血球，纖維素及粘液素混在一起，黃色以至黃褐色的上齒齦之齒石初步係白色的齒滓 (Zahnbelag)，這不絕的在齒齦邊上及齒頸上構成。齒滓乃由脫落的細胞，唾液細胞，食物殘渣及許多微生物組成。齒石之構成完全根據膠樣質化學原則。這些有機體的齒滓和異物有一樣的作用使石灰鹽類和過飽及不固定的石灰溶液分離，此外在口腔中充當齒頸的胚質，因有法瑯質和白堊質的分界及齒骨成份如碳酸鈣和磷酸鈣等。有機體的沈澱物及彼之凝結在口粘膜初發炎變化中一起發生，其間纖維素及粘液素都被排出，此二物有時乃造成石灰蛋白質之分離，經過變化後沈澱物遂硬化了。落下的石灰質猶一接種結晶而促進以後的鹽類和唾液之分離齒石構

成之膠樣質原理乃和許多別種器官中類似之變化相同。例如：壞死的軟骨細胞之變成石灰，動脈硬化性的脈管壁之石灰片形成，肺部已成囊狀之結核病灶之化為石灰或膽囊中之膽脂石形成等。

齒石沉澱終在唾腺排泄管旁的牙齒而增多，例如：在下顎則在前齒的向舌的一邊，在上顎那就在大白齒和臼齒的向頰的一面，此外齒石常在人工和自家的牙齒潔淨方法所未達到的地方，例如所有的牙齒的向口蓋和舌的一面及切齒的向口唇的一邊。

齒石構成的量須視牙齒及口腔之衛生情形(不佳的口腔衛生助進齒石之構成)，唾液之綜合，齒齦之狀態(此乃和一般狀態有關)，營養之方式及精神上之情景而定。於是齒石之分離永久在變化中了。

雖這齒齦上的齒石不有損於牙齒，但對於口粘膜和牙齒之固定裝置(齒周圍組織 = Parodontium)依構成之情形而生成強度不同之永久刺戟，這是極不利的。於是粘膜上有發炎狀態，這就惹起了難聞的口臭。最後這炎性狀態向深處前進而漸將齒周圍之組織損壞。齒頸韌帶首先被毀而變成齒囊齦了。在病理變化之繼續前進中

骨膜及齒槽骨亦遭殃而一部也被毀。遂變為骨囊，牙齒搖動亦繼此而起。

在病態的齒齦囊中當然也堆積滿了食物殘渣，微生物及最重要的炎性物質，那稍硬的及深色的齒齦下之齒石就是由這些構成的。石灰鹽類一部份係來自血清，另一部份係來自唾液。這齒齦下的齒石大半環繞着齒根的。

齒石實乃一口腔內之病理生理學的現象而非一種齒疾患。故齒器官 (Organon dentale) 之疾患乃繼發性——牙齒及其固定裝置是也。(Weski)

因齒石在口粘膜及牙齒之固定裝置的抵抗力減退時能非常加害他們，所以應系統的抑制齒石之附着，這種需要於是更合理了，因齒周圍疾患之散佈，尤其是那炎性型(邊緣性齒周圍炎)，簡直可稱為一種通俗病，根據齒石之生成知道要克制只有兩種方法是緊要的：

1. 除去齒齦上和齒齦下的齒石
2. 除去齒滓

第一項：這已成的齒石堆積只能藉潔齒器械用機械方式去剷除。這種治療術由牙醫施行為妥。欲藉牙膏利用化學方式去溶解，普通係不可能的。

第二項：膠樣質的基質之合規剷除法乃務須依賴一完美牙齒和口腔的衛生，欲達到此目的尤須應用能溶解齒滓之蛋白質之物質。

Emsolith 一牙膏，Emsolith 牙粉和

Solveith 牙膏均有此種功效。Emsolith 製劑 (Wiesbaden-Erbenheim 的製藥工業公司 Dr. Katzenstein K. G. 製) 含有天然的 Emser 泉鹽及消毒的陶土。Emser 泉鹽能將蛋白質變為液體，第二種成份——白陶土——將被泉鹽溶解的蛋白質和別的組織殘片都吸收起來。Solveolith 牙膏 (柏林 NW7, Tattinger 工業有限公司，出品中除甘油及中性肥皂外尚含極細的碳酸鈣和 Karlsbader 泉鹽。Solveolith 牙膏依據他的綜合也有防止齒石構成之作用，很久以來這點已由許多專家證實了。Emser 鹽的蛋白質的溶解力當然較 Karlsbader 鹽為強，後者僅含 Emser 鹽中三分之一的重碳酸鹽。

抑制齒石構成之第三種方法乃一適當的飲食。值得推薦者乃一混合的飲食，水菓和蔬菜為主，且須生食很緊要的是咀嚼動作因食物之選擇適宜而臻佳美，如食全穀粒黑麵包，脆麵包，胡桃及蘋果等然，經過強有力的咀嚼後口腔自己淨潔遂成，組織因充份之工作而有較佳之充血 (如在齒齦中)，於是局部組織之保護遂增強了。

從這篇『論齒石』中要明白我們是在這種地位，乃對於齒石之危險應有系統的去剷除。欲剷除齒石則一般醫師務須合作。在確定結石形成時須合時的轉薦給牙醫。此外尚證實：若未將齒石除去，則齒齦炎和口腔炎雖塗或嗽以收斂劑絕不能消退。若在一般治療前施行口腔潔淨則在用水銀和鋇治療時而生之口腔炎，亦能防範了。

三十年來殘餘淡氣之在腎病 之診斷及預后(續)

Prof. H. Strauss 著 鴻 雨 譯

若就遠而言，在這種情形之下也可以在很重的肝臟病及很重的新陳代謝障礙中找着殘餘淡氣的一個增高，若是沒有一個第一期的腎臟病出現，那末我應當證明徵候自然是只當作一個有限制的，就是當作一個只在適合於臨床一致中有用的。若在厲害的新陳代謝破裂而帶着強大的蛋白質分解能有一種殘餘淡氣的停留，例如在急性肝臟萎 die akute Leberatrophie 或在糖尿病昏睡 Koma diabeticum，是沒有特別的，於我也無可多說的。因殘餘淡氣發現於血液中以至於血清中在產生增高及輸出增高之間，只僅僅是含有淡氣的新陳代謝渣滓之總數。若是對於一個這樣嚴格的但由於確定的一個總數的由我自己所願有的願慮而不可以的立點，偽為判斷家時，那麼在患糖尿病者的血糖定量也不能只利用在時間的普通情形中，在一定的情形之下即不是患糖尿病者也是能得到很重的血糖量的增加。最後若說，因為殘餘淡氣鏡面 Rest-N-Spiegel 在血液中不能同牠在組織中符合，而在血液中所含之殘餘淡氣價對於停留作用 (Retentionsvorgang) 的實在度數是沒有清楚的形像，那末是要

注意的，研究者的整個行列——這裏我僅說 M. Rosenberg 氏 E. Becher 氏等——在組織的及血液的殘餘淡氣量之中間，差不多是很少的區別，但是真實停留事實的存在却要否認的。假使也不是有詳細的申明，那末這些所謂創造者結果是認識殘餘淡氣鏡面在血清中作為對於在腎臟機能不全中停留作用增加的一個却是實習目的而無條件需要的指示品而已。

祇因問題是在特殊的情形中對我有了興趣，所以我從前的同事 H. Steinitz 氏及 H. Simchowitz 氏也曾對於一方面是在血清及血漿上，他方面是在赤血球上的殘餘淡氣之分配，在好些時之前就繼續我從前的試驗了，因此對於前面的目的是可以考察赤血球對於殘餘淡氣收入作用的實質細胞作為雛形。當在這裏已經敘述過對於別種方法而達到的試驗成績出現了，這試驗對於前面的問題之判斷是成了同樣的結果。最低限度對於含有殘餘淡氣之體質的主要代表——即尿素 Harnstoff——已經早就認識了，牠是當為易於彌散性的物質等量的分散在體質中。

對於從前殘餘淡氣價的所代替的應用

之一個較新的而且差不多是根本的視點，已在法國的研究家之先由於特別有興趣的研究，對於「鹽質缺少的尿毒症」(Azotaemie durch Salz-mangel)在討論中達到了。對於最特殊的而在臨床上也得能完全注意到的現象是已成爲一個小小的學問。至於這小小的學問是我新近對於 chloroprive Azotaemie 公佈了的一個工作。但是這裏也得注意的，有了 chloroprive Azotaemie 在臨床上的條件同對於我曾介紹過的高殘餘淡氣價的診斷及預后功用的那一種是完全不同的，並且 chloroprive Azotaemie 的純粹情狀，即是沒有第一期的腎臟損壞，幾乎是誤認作同尿毒症停留的情形一樣。當然也有混合病狀，因此我應根據着——在別種也在自己的基本上——所以我關於不很多的 chloroprive Azotaemie 的意義證實了之後，已依照着這個原則担承介紹了在血液中的食鹽定量和同時也是每個殘餘淡氣定量。由於這個就可以立刻注意到尿毒症是有從食鹽缺少而必須的狀態的可能，那末幻想的可能經過這樣的實例就好像已經完全分開了。在這裏所說的報告，我已疑視爲由於腎臟經過 Hypochloraemie 有條件的作用妨礙的尿毒症的 chloroprive Form 的原因。這種解釋就由於 Brandt 氏經過新近報告過的觀察努力的維持着，在此觀察中也就出現血清的藍靛素的容量附着在尿酸容量的增高之前了，因之也就發現了尿毒症之 chloropriv

的情狀，牠是當作停留狀態的在特殊之下的所發現的特別情形。

在這裏到底是要想到異議，這異議依照着 formal 工業方面對於殘餘淡氣的定量是要提高的。殘餘淡氣的成就却是很複雜的。這種異議是實可有准許在一個合法的原理而還須血液的大量對殘餘淡氣定量的企圖所曾用過的時間之中。

但是老早就別樣的了。因爲血液的同樣數量對於殘餘淡氣定量之成就好像對於 Wa R. 的成就，即 2ccm 血清，在現今方法上的地位是滿足的。渣滓的利用對於殘餘淡氣定量的成就對於 Kjedaahl 氏的化灰法需要的，那末時常停留在 formal 工業方面的異議却是可能的。但是現在是不甚需要，因爲是沒有渣滓發現，對於 Kjedaahl 氏的小曲頸瓶用同水線燈相連着的一個 Bier 氏的吸盤蓋着，若在這種情形之下有了小渣滓，那末有浸蝕性的硫酸蒸氣就被水線燈吸收了。同樣的也可以用一個瓶盛着加厘鹵汁 kalilauge 在中間連接起來。

殘餘淡氣定量是在各種的位置上由於尿素定量而補助的，因爲從前已着手了大略的——現在再不能高抬定價——工業的度量，所以我在一切之前即達到了這裏所說的工業問題。最後的，有時用——不是由於一切的創造者願在同一情形之下——溴素鹵汁 Bromlauge 的方法，有時用很微細的工作而促成的尿素發酵素定量 Ur-

easebestimmung而成就了。殘餘淡氣定量當在德國及美洲一切之前及尿素定量當依着 Widal氏同他在學校的經過在羅馬一切之前就告成了。在含有殘餘淡氣的單純物質的混合物中的尿素確實發現有一個殘餘淡氣的特別大也是特別重要的成分。殘餘淡氣的總量的認識較之分量因數的認識是要重要些，而我現在却還站在這立點上。

在血液中以至於血清中的尿素定量是應特別的注意不平衡的對抗，牠對於如同我的殘餘淡氣定量是一樣的目的依照着在最近期中我所發表過的介紹了『慢性的腎臟炎對於血液在牠的影響中及牠的治療』。如此外 Ambard氏藉着精巧的方式，即所謂Ambard氏的不變，而恢復了在血液中的尿素定量同在尿中的尿素定量的一個連絡，那末我要說明，如從前我在許多地方表示過的，已不能由此方法證明在事實的判斷中有確實的進步。

還有些在有病理的發現時，用尿素照着滋養經過殘餘淡氣定量而增加我們審察的試驗是不能得到相當時結果。在另一方面也試驗過，而研究的方法還是過於簡單。假說殘餘淡氣容量是超過百分之四十格蘭姆的界限時，那末我想特別對於 Weitmann氏及 Barrenscheen氏的無蛋白質的血清用三氯醋酸Trichloressigäure混以 Ehrlich氏的 Aldehyd試藥之提議，就可以發生黃綠色的顏色。至於從M. Landsberg氏裝在唾液中的試驗，自然只能

算作初步的方法而已。

假說價值在有些方面是歸於在血液中尿酸的特種定量而且要表示有可以證明在血清中尿酸的增加而並不尋着了殘餘淡氣價的相當的增高的開始時或出音的腎臟機能不全的病——特別是在急性腎病時——時，那末我很高興有這種特殊的病狀，但要注意的是我報告過的記錄只僅是慢性的腎臟病而帶着明顯的腎臟機能不全的病。此外在有慢性腎臟病時已研究過腎臟患者的血清中有尿酸停留的問題，此後還要經過 E. Mendel氏的研究。事情是否是滿足，給尿酸定量以優先權而在血清中的殘餘淡氣定量之先還是成問題的。有慢性實質性的腎臟炎時，在血清中尋着對於正常只有少數增高的尿酸價，但在『慢性間質性的腎臟炎却能有三倍於正常的增高』是作為我在三十年前成就了的尿酸診察的概說。

若說對於判斷的成立是已達到稀薄試驗及濃厚試驗 (Verdünnungs-und Konzentrationsversuch)的成績，那末這——對於許多病症的最低限度——我是要說明的。因為經過所說的試驗，我們只得到含有腎臟作用能力的要素形像，所以也只能認識短期的作用形像。殘餘淡氣在血液中的停留是指示給我們對於多日的及有時也還歷久的——在確實關係是長期的——作用阻礙的影響。對於較多些的互相的用各種成例而成就的成績之比較是可以造成我們

的判斷，而并不是沒有促成了我那時腎病的重要原理。

雖之方法是像殘餘淡氣定量一樣的同樣原理而組成，即停留事情之確實研究，由這立點我却喜已有長時間表示過的藍靛定量及黃色蛋白體 (Xanthoproteinkörper) 定量當作補充的試驗方法，因為在殘餘淡氣定量於一致的情形之下還須對病症之判斷而作有價值之視點。

因為對於這點是已在我腎病的第一版中敘述過了，所以在這裏對浸出物 (Transsudate) 的及滲出物 (Exsudate) 的也是腹部液體的殘餘淡氣容量是不願意再詳細的說明了。我是不肯腎臟在不單獨而對於殘餘淡氣排泄有問題時中止注意，而却肯在十二指腸中流出之分泌物而至唾液及汗對於身體及胃液的殘餘淡氣的分泌有問題時不去注意。所說之點有時在我報告的記錄中及在腎病的書中敘述過，有時由於 H. Steinitz 氏完全的報告過的。

當初我就說過在殘餘淡氣中一定是含有淡氣的物質之一個總數，這個總數特別是在含有殘餘淡氣的物質中而尤關於在血清中的殘餘淡氣集合停留之發生及其特別物質而至於另要說明的對於停留尿毒症的生成之特別的物質。過去的三十年中，在範圍內所完成的試驗可惜還不是非純粹原理的，而實際是重要的問題之詳細說明。當尿素的一部分在細管損壞是超過百分之五十時，那末常常的指示對我從前同事

R. Uhlmann 氏的依照着尿素部分在萎縮腎有殘餘淡氣增加的病時，大都是在百分之五十以下之確定是有注意價值的。在殘餘淡氣沒有第一期腎臟損傷而得到的增高時，尿素部分是怎樣大，可惜這時候我不能夠說明，因對於原有相當的試驗是不能規定。當腎臟有較多的機能不全的情形時，血液中的殘餘淡氣價的增高不是由於第一期腎臟損傷，而由於一個正常工作的或較少衰弱的腎臟而不再恢復的過量集合發生，是覺到特別的重要。停留尿毒症的發生乃是得到不僅是注意到停留物質的程度及種類而也要注意組織的個人的各樣反應種類之混集的情形，特別是中樞神經系，這只是溫習三十年前所做成之報告。

從前我說過：『尿毒症是特別的由於有機分子所組成之中毒情形，雖之我們相信經過原有多數的試驗而有助於觀察的決定。我們要注意到尿毒症是可為代償性有效的力量的機能不全結果，而且這結果是具有毒性的新陳代謝產物之集合而對於毒物是超過個人耐藥率界限的，以便得有照着這種或別種毒類過量的現象次序或照着對於毒力有時這樣有時那樣的形狀而表示這個或別個器官系統的現象次序』。

雖之可以依照各種的方向着想，但是却同先前一樣的照着我們現在知識的立場而也要放棄完全一定的物質明白的對於尿毒症的生成。那末例如滯留的腸腐敗產物

就有一種特別的意義。例如Barbitursäure也能當做尿素同Mallonsäure的化合，那末水素的化合同樣的能在觀察範圍內着想。

還須討論別種的在有腎病診斷及預后時之殘餘淡氣實際應用的問題，的確有一種大的刺激。但是我敢說這樣的觀察，在殘餘淡氣之確定對於腎臟病診斷及預后時是重要的不如我原來所指示過的。這不是單獨的適合於內科的問題，而且有時也適合於腎臟外科的問題。對於腎臟作用試驗利用的方法是少量的計算，並不是別種的，因之殘餘淡氣的確定是證明了在許多症例時是有用的而有些症例是很有價值的。依照着這個方向僅報告過Roedelius氏及Suter氏二人的成功，也就是若殘餘淡氣定量的結果是利用在別樣的而在遇到的症例時所增高臨床上所見狀況之一貫中，那末殘餘淡氣在腎臟外科時是得到它們的意義。

怎樣是每個診斷及預后的成例，假使各種方法對於殘餘淡氣定量是利用在各種位置上，那末在血液中殘餘淡氣之應用對於所說目的是有妨害的，因為所含有的價值——若無強度時，則永在一定之度量中——被去蛋白方法及利用滴定指示品(Titrationsinkator)的種類所影響。因此希望同樣的方法利用在一切的位置上。

因此只要注意有Uranylacetat的去蛋白及Phosphor-Molybdansäure的方法(按照Bang氏的)在我的區分上對於去蛋

白老早是一樣的，兩者是有相等價值的。反之照着去蛋白用百分之十的三氯醋酸而所得到價值大都是較低些。我利用alizarinsulfosaures Natrium(一分)及Methylenblau(兩分)的混合作為滴定指示品，並且有關係的指示對腎病第四版中所試驗成就的工作單位。對於殘餘淡氣定量的精細方法大都不能絕對的證明可靠。甚至在試驗室中研究時他們有好結果的利用，普通是推測到一個很大的能力，而最低限度他們是想望一個很困難的工作。我的經驗雖之同樣的有百分之十至百分之二十的誤點，但是我却喜歡對於尿酸的定量利用Benedict氏的方法——若不是長久的話——因之在有成績的臨床應用時只是總結果成了問題，那末這誤點同樣的可以免去了。

在前面的範圍中的確是有些成問題的。若是完全的把腎病診斷及預后的價值之實際問題而帶到殘餘淡氣確定價值之判斷上去時，那末我所說的方法在有腎臟病時對於停留的研究是得到一個進步，這個進步在三十年來也有了異論的并且它在文化進步的國家是在殘餘淡氣確定的或由一樣目的而得到的尿素定量之情形時，對於腎病的判斷有時是在應用中而且當在腎臟工作中及新陳代謝過程中我們是利用較好些并且同時要簡單的方法時，也是這樣久而停留着的。若是能有一次得到這樣的方法，那末對於殘餘淡氣定量是可以適合於：“Cedo meliori”的一句話。(完)

枯草熱症治療之實驗

Dr. Kehr氏原著 徐春沂譯

多年的特種工作，在含有地方性的，『變質反應性疾病之討論地方』，及過去在枯草熱同盟會 (Heufieberbünd) 爲領袖醫生時的不止三十年之經驗，引起我著述此篇之動機，此枯草熱同盟會，差不多是，普遍於歐洲各國的。同時我想反駁常常出現的流傳，枯草熱同盟會，乃爲一種 Kurpfuscher 結合。我的討論僅限於純粹性枯草熱症 (reine Heufieber)，至於同他種變質反應疾病的併發症，雖甚重要，此篇亦略而不談。

枯草熱經過史，是由美國文學，第三十五期同盟會報告，及由 gutmann, Hansen, 和 Kaemmerer 等氏的工作，才得人所共知的。

他的症形，自從 Bostock (1809 年) 起，未有變化：眼睛發痒，眼結膜加答兒，流淚，鼻腫脹而帶有外炎或內面發炎現象，水狀分泌物加多，及噴嚏壅塞等現象；上顎與喉腔發痒：因帶有喘息症之各種階段，使氣管枝感受困難；腸胃現象是，嘔吐，下瀉，腸容受力止及百分之八十，和不能容受某一種的食品：肝與膽道，亦是違和：膝腱反應增高，瞳孔反應

失常 (依照 Alberts——1903年)：精神和肉體的無力，以致症情來時，毫無工作能力。某一種的神經成分，亦顯明預有關係，並且與醫生以神祕之謎。枯草熱雖無神經性或想像的痛苦，而從 Dunbar 氏 (1902年)，和 V. Pirquet 氏起，多承認爲營養神經的一種特有的普通疾病。

在我們這個範圍存在着，從 20. V. 至 10. VII.，真性枯草熱，主要的，是與某一種樹或草，第一次所開的花有關係。枯草熱症情，其開始期或結尾期的推移，不僅與住地，及樹，花存在有關係，並且與花期的踏進和歷久亦有關係。例如：依一九三三年各種判斷的夏季，花信期差不多遲來十四天，而甚少且重的枯草熱流行症，在英國出現(至少佔居民百分之十)。

家庭和病人的病歷，最良報告，足以助醫生一半之診斷。照 Harnhart, Rehsteiner 等氏的意見，此種症情約佔百分之五十，後得形式引起的原因，爲數亦大。在家庭病史中，由 Faents h 和 Haag 二氏所確定的巴氏病體式，差不多是常可見到。枯草熱不是總須要着，置於同種列，而其他的變質反應形式，多被注意到。滲

透性素因，各種傳染病，蕁麻疹熱，肝，膽道，及腸胃的障害，營養缺乏，放蕩生活，過度日光照射，及過於勞碌，風土，天氣，卵巢與子宮的慢性發炎，鼻副腔疾患，以及由蛔蟲或蟻蟲所引起的歷久的刺戟現象，皆須觀察到。偏頭痛，在神經成分中，佔重要關係。青春發動期，月經，重篤失神，死神降臨，結婚，妊娠，以及喜樂與恐懼的各種演進期，由會內的問題紙，而得共知，Haag 氏於一九三二年的時候，在 Helgoland 地方，已經詳細報告過，關於變質反應一種人的遺傳端倪，及有幫助和喚起的條件，習得的原因，與用不能忍受的食物之營養有關係，並且職業變質反應物質居屋及位室變質反應物質，如床彈機，蛆蟲，皮毛，灰塵，以及眼毛等，皆須提及。

疾病的位置，從 Alberts 氏起(1903年)，是承認在營養神經。某一種樹或花的花粉蛋白，乃為引起的唯一原因，因他的作用，是與異種物質一樣。所舉的成因，使診斷更為困難。Dunber 氏有很大功績，他能由許多想像病及神經病中除去枯草熱症。對於我們醫生，甚為重要，因為有不少官署或救病金庫中，還以枯草熱症，直至現在，猶當為一種想像病，或不真須取去的疾病看待。結果是，在病情不來時，不認可服藥或治療，而有經驗的醫生，已熟知在病情來時，無工作能力，但是在高山或海面中，病院或療養所治療的

提議每為拒却，Storm van Troenwen 氏求風土，居屋及住室變質反應物質，Gamm 氏以為職業變質反應物質，特別與枯草熱症有關係。這種論議，宜終於得年或工人的任用，對於他們的職業選擇，必須顧慮到。人所共知的，是，藥物變質反應，對於醫生，藥劑師的吐瀉變質反應，以及病人對於 Aspirin Phenolphthalein 或 Veramon 的變質反應等等，編譯給管理者及辨護士的灰塵和四圍害水環境，烘乾空氣，種麵粉的人，花泥與種麵粉者，曾水藥和打包工人，以及運輸工人等的皮膚現象，此都是人所共知的變質反應。

重要的是，病者的主觀說明，不應當醫生客觀發現相符合。說明對於各種不同的變質反應，而皮膚接觸法，禁止接觸之少數的草類，因此常有許多誤會與疑難，應予解說。前所舉舉的各種成因，乃為這方面在，尚未明了或未觀察到的主要原因，例如枯草熱症，及由眼毛，或對於一些草類，而起的喘息病。請醫者不要忽視枯草熱症，即治療方面，一試是無功的，血清病亦可於枯草熱症中，獲得，重要的，是為選擇包括在內的敏感性 Desensibilisierung。

普通檢驗，對於診斷方面的說明，以及非變質反應疾病而論，亦不可缺少的手續。血壓，心臟及肺臟試驗，俱須試驗。患枯草熱症者的血壓，較

亦屬此類。僅如此，我們由於有經驗醫生的領導，才能成功，要求關於變質反應病的智識，加深和廣佈的促進，並且因此可以幫助，常行困苦萬分的，五十萬德國的枯草熱患者這個文章證明，枯草熱同盟會 e. V. 與 Kurpfuscherei 沒有做到什麼事體，多數的醫師會員，國外和國內，超過三十個的大學臨床實習者，引導有名的變

質反應探討者，處理製藥術工廠的共同工作，及由衛生署，Dussel衛生研究院，對於我們共同申請所允許的資本，以便探討變質反應病，皆屬於此，一九三四年，六月十六，十七兩日到 Heigoland 方，第一次所召集的枯草熱症醫師會議，引導的大學臨床家，已經對此同意演說。

植物性國產藥物之化學分析與藥理實驗^(續)

黃 勞 逸

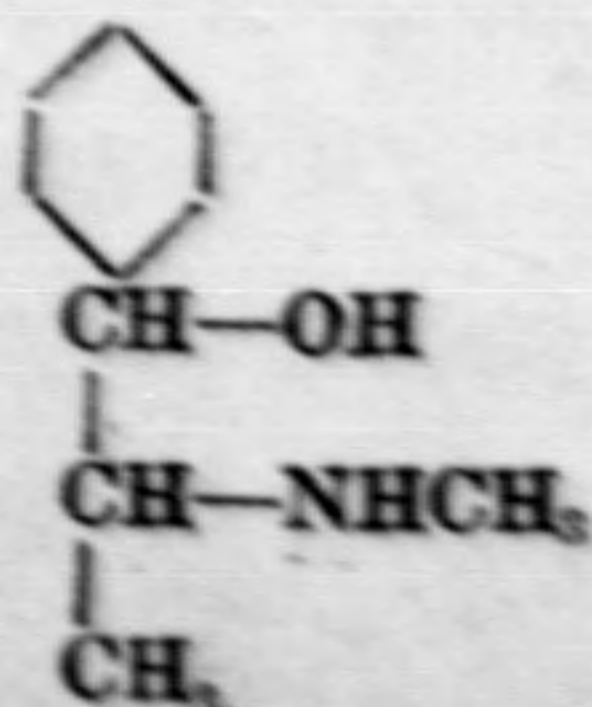
發 汗 解 熱 藥

麻 黃 *Ephedra vulgaris*

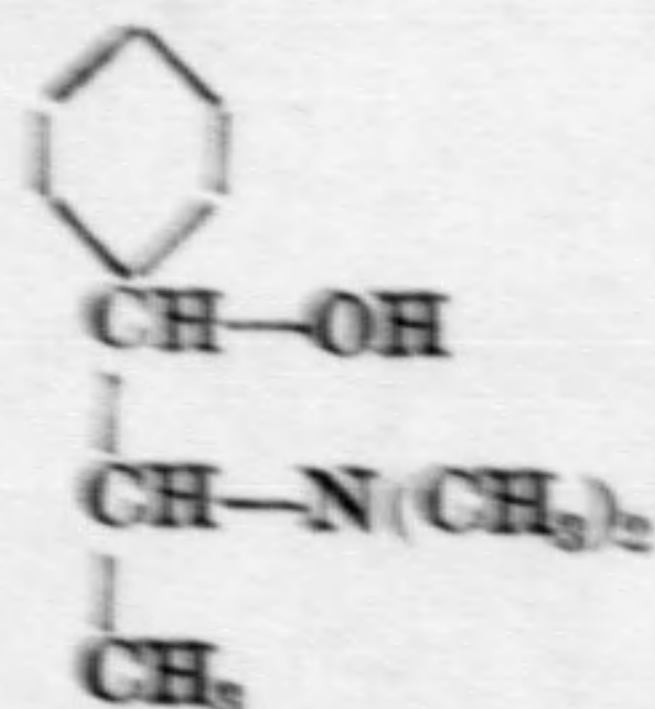
化 學 分 析

一千八百八十七年，日本藥學博士長井長義氏分析麻黃之莖，而得 Ephedrin, Pseudoephedrin 及其他數種質驗質，今將其各種成分之化學之分子與構造式，述錄於下：

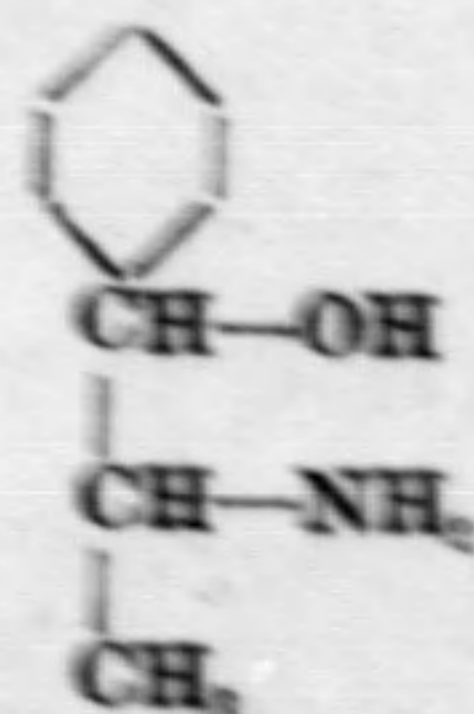
Ephedrin 與 Pseudoephedrin 之化學分子式同為 $C_9H_{13}NO$ ，而彼等之構造式，亦同為



n-methylephedrin 之化學分子式為 $C_{10}H_{17}NO$ ，其構造式為



nor-d-Pseudoephedrin 之化學分子式為 $C_9H_{13}NO$ ，其構造式為

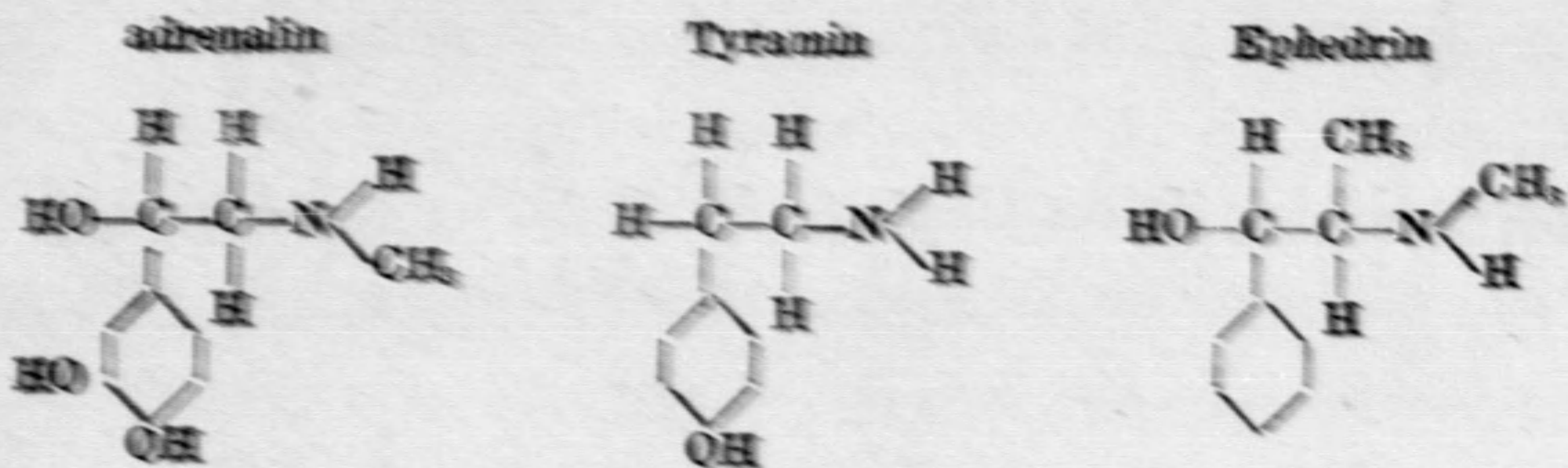


長井長義氏發見麻黃中之 Ephedrin 後，

又繼續研究多年，用人工合成 Ephedrin 時，得一種比 Ephedrin 少一個 Methyl 基之一種新有機體質，名 Mydriatin。茲將 Ephedrin 與 Mydriatin 之二種化學分子構造式，繪錄於下，以供比較。



據 Landenberg 及 Babe 二氏之學說，謂 Ephedrin 之化學組織與 Adrenalin, Tyramin 等之構造式相類似，茲列舉如次：



姜井晏氏亦認爲 Ephedrin 與 Adrenalin 之分子構造式相同，惟彼所擬定之構造式與 Landenberg 及 Babe 二氏所擬定者不同，茲繪錄於左：



分析 先將麻黃之根者切細，用鹽酸使成酸性之水浸出之，蒸發其浸出液，含量百分之八十乙醇溶解之，蒸過後，蒸餾而去其乙醇分，其殘渣以水溶解後而蒸發之，以除去樹脂狀物質，如此反覆操作後，加炭酸甲溶液，使成鹼性，用二乙醚抽出之，更將溶于鹽酸使成之酸性水中，再以乙醇洗滌而蒸發之，使純之鹽酸化合物與炭酸甲溶液分離後，以二乙醚抽出之，復蒸去其二乙醚分，入乾燥器中乾燥之，即得無色透明棱柱形之 Ephedrin

之結晶係一種第二級質鹼，其鹼性甚弱，從中性或酸性溶液用有機溶媒振搖，已能浸出少許，此與一般質鹼不同之點，而自鹼性溶液用二乙醚振搖，亦能稍溶解，故用二乙醚不能完全浸出，最佳之溶媒為三氯甲烷，將麻黃素 (Ephedrin) 以少量水溶解之 (三四滴)，加鹽溶液二三滴，及三氯甲烷二三滴，振盪而放置之，則三氯甲烷層現紅色而析出。

藥理實驗

發汗作用 日本早川氏將貓尾節密閉

於玻璃筒內，以乾燥之空氣通於此筒中，使貓足部皮膚所放散之水分，悉導於已秤定之氯化鈣內，再秤量之，與適用試驗液前之水分放散量比較測定之，而驗其成績時，注射鹽酸麻黃素五麪以下之量於其靜脈內，完全不起發汗作用，乃改用七麪以上之量，每次雖能證明其發汗，然依詳細之實驗觀察之，此亦係大量之麻黃素刺激中樞神經之一徵象，麻黃與麻黃素，似無能令汗腺或汗腺神經使之發汗作用，我國陳克恢博士將麻黃素注射於貓掌，視其一切分泌物，均未見增加，雖內麻黃素一次，而略見發汗者，因其既能縮小內臟血管，又能使分佈於皮下之血管放大，而一面更振興心臟，以增進其鼓動之力，則血液自然轉流于表面，故呈發汗與退熱之作用，實非其特有之功效也。

利尿作用 日人大津與久保田二氏由實驗之結果，乃定其推論曰：麻黃素之使血壓上昇作用，由收縮末梢血管而起，然以犬之腎臟血管灌流試驗時，則麻黃素反收縮腎臟血管。擴大瞳孔作用日人高橋三浦二氏，以少量麻黃流膏插入貓之眼結膜內，自眼臉按摸之，經過數十分鐘後，則顯見瞳孔擴大，斯即麻黃所含之麻黃素之作用，然片時後，即能消失，決不如 *Atropin* 劑點眼之能綿延數日，且於此時，亦不妨礙眼之調節機能，故用於眼底檢查時，定較優於 *Homoatropin*。陳克恢博士曾云：麻黃素在眼之功效，一如 *Co-*

cain，按余之經驗以證明之，而其功效之比較，則麻黃素之效，似較 *Cocain* 稍緩而有力，但二者均不失反光之功，且亦不害角膜之膚層細胞，如 *Cocain* 有時之作用，又不改變眼內壓力，僅減少視力二至四度，故不能用為折光術中之睫狀肌之麻痺劑，欲行眼底檢查及已放大之瞳孔而急欲收縮者，皆可用之；因其不妨礙 *Pilocarpin* *Atrapin* 等之功效，斯即與 *Cocain* 顯明相同之點也。

止咳作用 日人大津與久保田二氏，先將家兔用賓雷斯氏法，測定其呼吸量，再注入如 *muskarin*, *Pilocarpin*, *Wuttepepton* 等痙攣毒於其體內，使起呼吸支痙攣症，然後再行麻黃素注射，則氣管支之痙攣，即行停止，而呼吸亦漸次恢復，又將牛之氣管支筋摘出，養于 *Ringer sche* *Losg.* 中，用麻黃素時，恆見弛緩作用，對於血液循環之作用，雖不及麻黃素之強，然其血壓上昇作用，亦富於持久性。

強心作用 陳克恢博士將鹽酸麻黃素或硫酸麻黃素 0.25 至 25 麪注射於一已麻醉之狗或貓之靜脈內，其最顯明之作用，即血壓突然增高，心跳加速，而腎與腸之血管亦收縮，但行多次注射於一已毀顱腦脊腦之狗，則其血壓上昇水銀表至二百厘之平行綫或更高，更行注射，則血壓反低降，可知麻黃素為刺激神經節及心臟加速神經之末支，對於心臟肌肉，兼有阻剝之能，又可收縮血管及舒縮神經所主

管之血管，惟對於其他種血管之作用甚微，或竟全無，如心與肺之動脈，其作用全行於末支，而心臟加速之機能較之血管收縮神經，更易感受此藥之力，故可認此藥能收縮臟腑之血管，使心臟跳動之力加速，然血液因被迫而轉運於外，故肢部之血管，反行擴大。

增加唾液作用 陳克恢博士先以Atr-
opin 溶液注射於犬體內，使犬之口津頓減，然後注射麻黃素，即見唾液增加，故

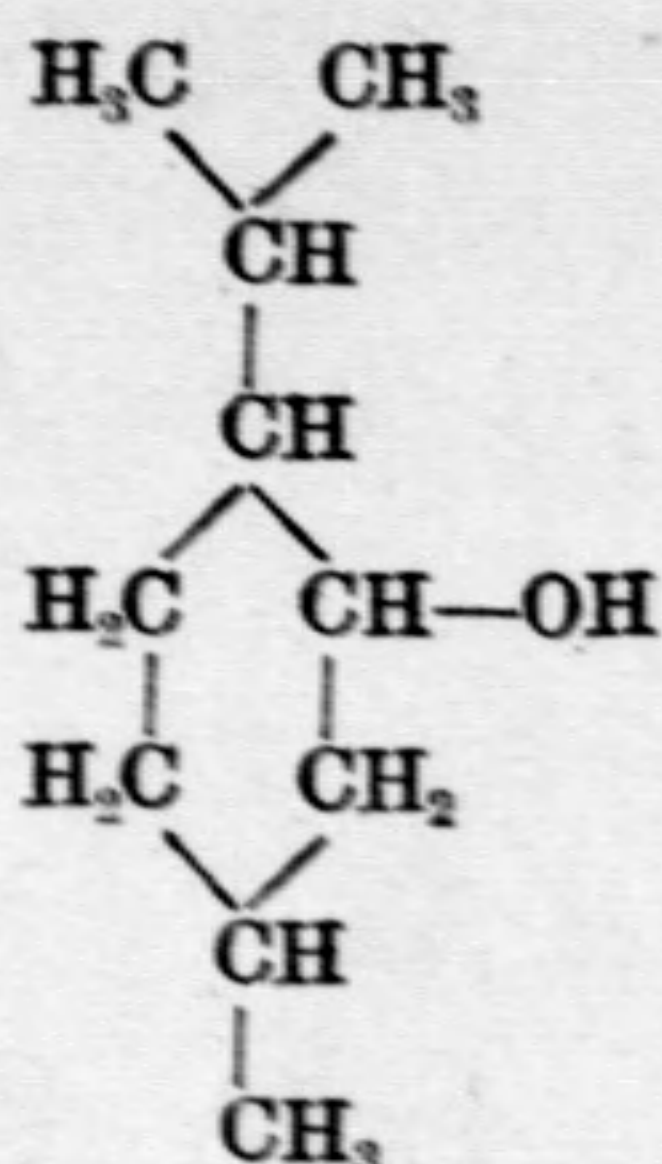
知麻黃素又有刺激涎腺交感神經之功，

薄荷 *Folia mentha*

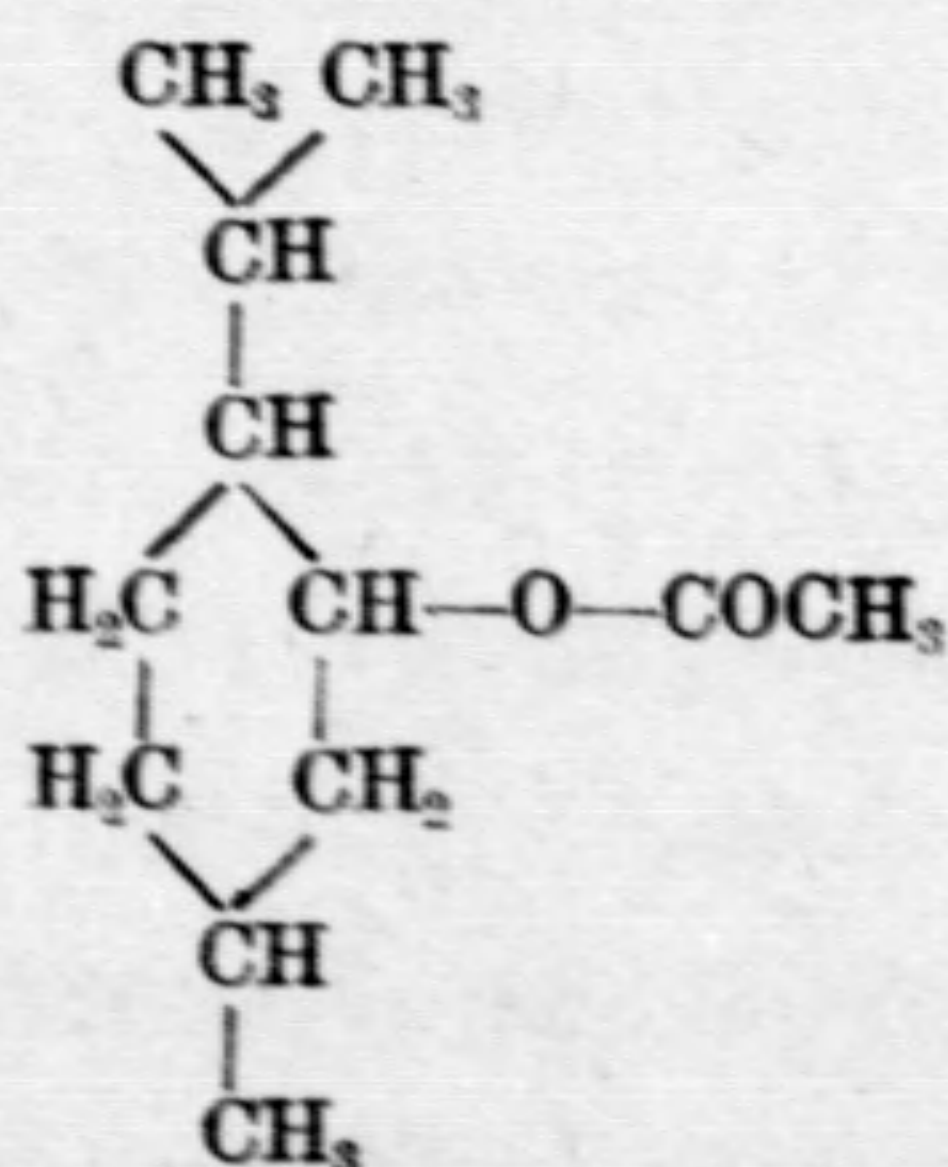
化學分析

薄荷之主要成分為 menthol 其化學分子式為 $C_{10}H_{20}O$ ，餘為 Pinen 其化學分子式為 $C_{10}H_{16}$ ，menthon 其化學分子式為 $C_{10}H_{18}O$ ，及 Menthylacetat，其化學分子式為 $C_{12}H_{22}O_2$ ，彼輩之分子構造式，繪錄如下：

Menthol

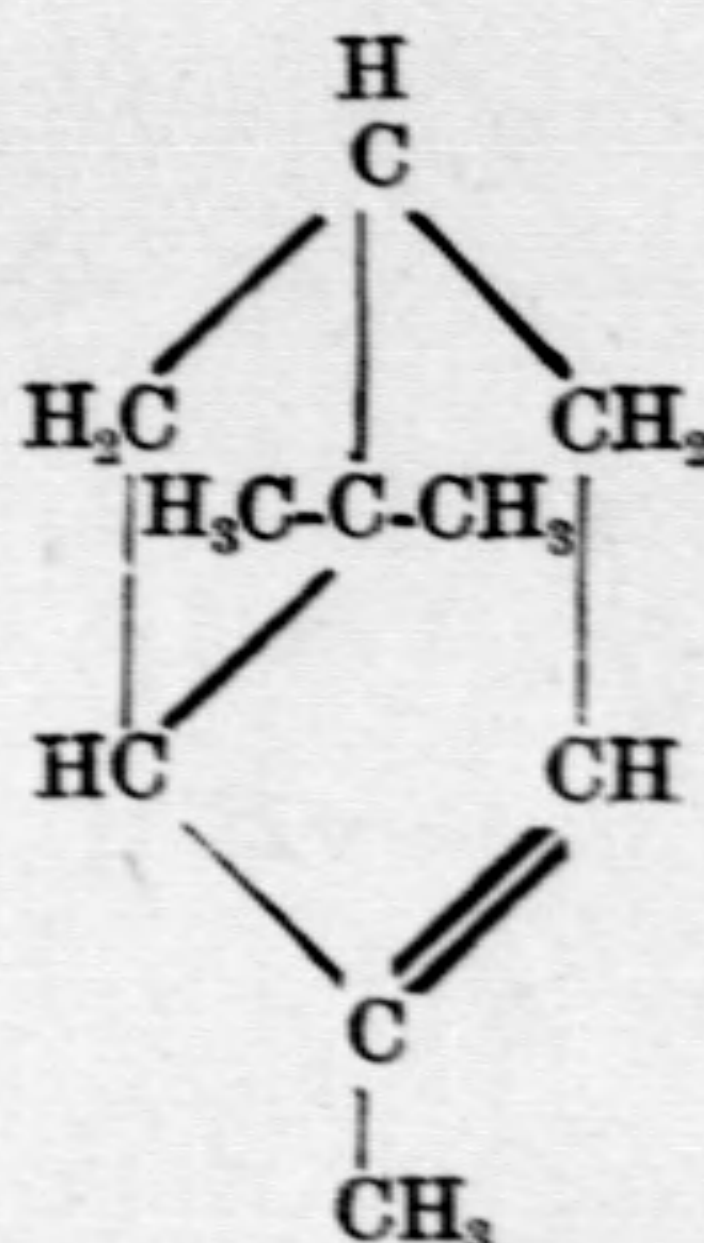


Menthylacetat

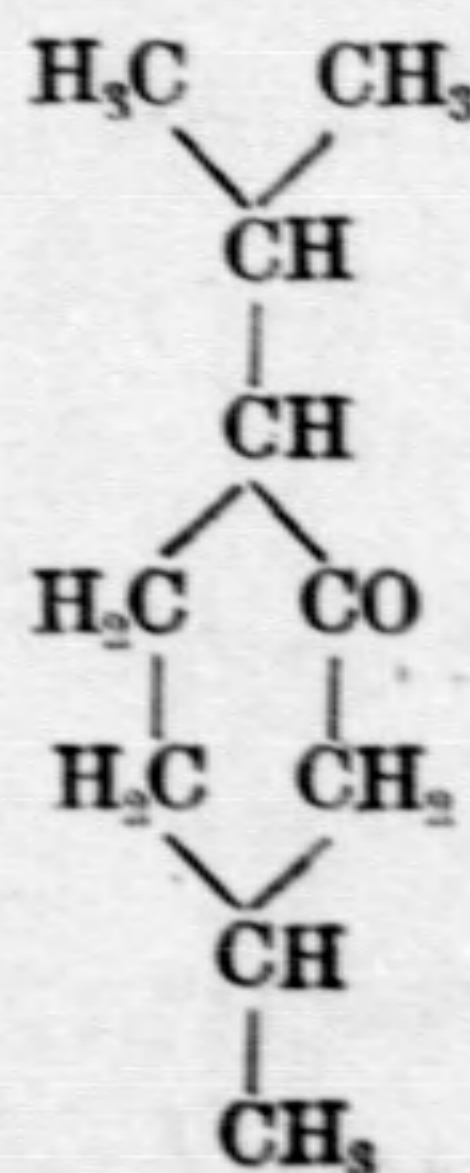


分析 用水蒸氣蒸餾薄荷葉之切片，即可得揮發油，冷卻之，或于常溫度內，亦可得一部分之結晶，自冰與氫化鈣所成之起寒劑以冷卻之，則結晶充分析出，傾

Pinen



Menthon



瀉其油液散佈其結晶于濾紙上，以吸去其油分後，用乙醇溶解而復結晶之，即得純粹之 menthol 矣，如欲得多量，須利用遠心沈澱器以振除油分為佳。

藥理實驗

本品對於皮膚與粘膜，不起血管擴張而反收縮，並令該處涼爽，內服少量，則增加脈搏，既則呼吸徐緩，血壓降低，由中樞神經之受激，而傳達於末梢神經，使毛細管散大，以促進汗液之分泌，而使體溫放散，且同時似不但不能增加白血球之數，而反有減少之概。

樺 *Betula lenta*, L.

化學分析

將切碎之樺皮，以乙醇抽出而濾過之，加醋酸鉛溶液於其濾液，則不純物沈澱，再濾過之，通硫化銻於其濾液中，以沈澱過剩之鉛質後，濾過之，蒸發其濾液使至糖漿狀，用無水乙醇浸出後，加二乙醚而使沈澱之，即得有苦味之無色斜狀結晶體，略溶解於水，易溶解於乙醇中，加稀薄無機酸而煮沸而蒸餾時，則生 *Salicylsaeuremethylester* 與葡萄糖。

藥理實驗

本品主要成分 *Salicylsaeuremethylester* 吸入血中後，與鈉化合而為水楊酸鈉，能使體溫下降，呼吸徐緩，血壓沈降，脈搏減少，又在血中隨血流行於炎症部，則能分解該處組織內之二氧化碳，其水楊酸則游離，而於該部奏防腐之效。

冬青 *Ilex Pedunculosa*

化學分析

取自冬青葉及其種子所製得之油三十至四十厘，與適量濃氫氯化鉀溶液同置於玻璃瓶中，瓶口裝直立冷却器而煮沸之，則其油胰化，用鹽酸使成酸性後，濾過之，用水溶解而再結晶之，即得白色針狀之水楊酸結晶體，熔融點在攝氏一百五十九度，其化學之分子式為 $C_6H_4OHCOOH$ 。

藥理實驗

Kolbe 氏初就自體試驗，一日以一克至一克半之稀薄溶液，不呈何等症狀，其後 Buss 氏以三至四克自驗之，初致一時性之充血症狀，如脈搏增加，顏面溫感，眼花閃發，耳鳴重聽及全身發汗，Kohler 氏曾試驗於犬與家兔，則迷走神經肺枝之興奮性減弱至致呼吸緩慢，更有直接作用於心筋上與其神經節上，而致血壓減少，脈搏遲徐，據 Buss 氏謂其低降體溫之作用發現較 *Luinine* 為速，約服後三十分至四十分鐘後即發現，但其持續性較 *Luinine* 為短。而耳鳴眼花等副作用，則又比 *Luinine* 為速，其降低熱度之能力，每在攝氏二度以上，四度之內，其低降之原因，不在於發汗，蓋發汗前已足微熱度之減退，且有全不發汗，而溫度降下者，本品又有阻遏酵酸之作用，妨礙毒絲菌之生成，雖有防腐作用，但較諸安息香酸為弱矣；是因遇鹼性鹽類而成極弱之之水楊酸鹽也。

驅蟲藥

鷓鴣菜 *Digenea Simplex*

化學分析

本品含有多量之葉綠素與少量之紅色素，自歐戰時，日本村山義溫與溝口龍三二氏，即從事本品之研究，繼有慶松勝左衛門氏分析本品後，報告其所含之成分為一種植物粘液素，且認其性質與白阿膠寒天藻等相同，遂名曰 Pararalin，本品百分中約含此三十分，又有武田氏自本品中提製得一種結晶性之葡萄糖，後有山內惠助氏將本品煎汁後，濃過之，復除去濾液中無機質，加血炭末處理之後，蒸發使乾燥，以無水乙醇溶解之，加二乙醚于其中，即生 Digenin 之沈澱，斯即本品之主要成分也，最後田中正鐸氏因以抽出之 Digenin 價格過高，不便一般病者之應用，復苦心研究，創製一種鷓鴣菜牛膽白桃花混合劑，名曰 Digilmin。蓋斯品含有多量之 Digenin，故其效亦與純粹之 Digenin 相同。

藥理實驗

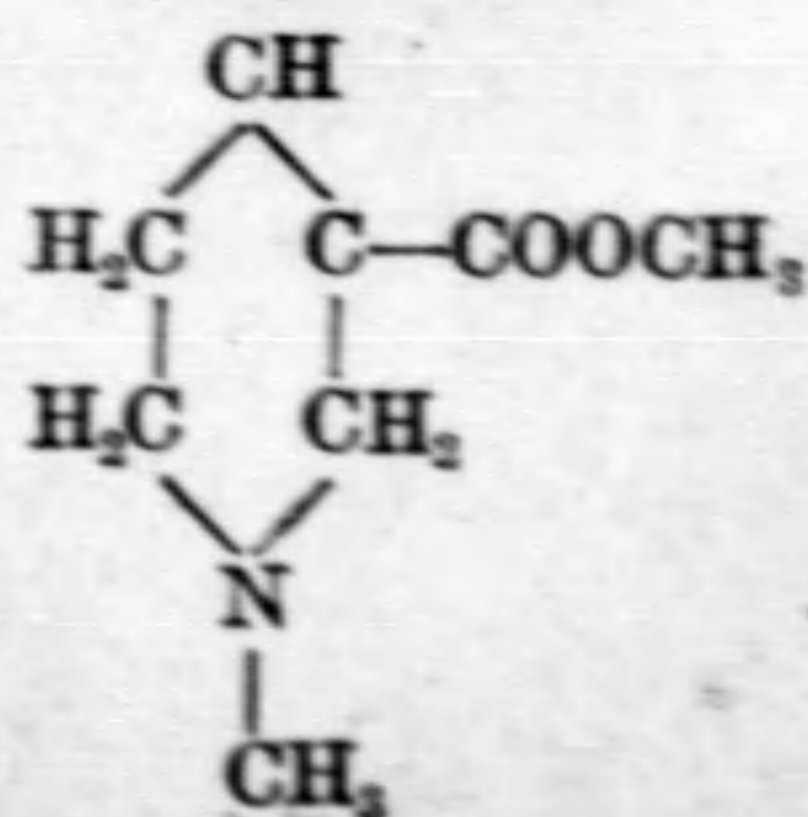
入胃不顯何等作用，至腸能促進腸內粘膜之吸水力，故有乾燥大便之能，又其主要成分 Digenin 有麻醉蟲體作用，故得迫促而驅出之，其效雖亞于山道年綿馬膏等，但服多量而無中毒之虞，且服後無腹痛等副作用。

檳榔 *Areca Catechu. L.*

化學分析

以水浸已搗碎之檳榔子，加濃硫酸二

煙而冷浸之，取二次之完全浸出溶液，蒸發而濃縮之，加稀硫酸與 Wismut-Jodkalium 而使之沈澱為度，二三日後濾過之，此時所得之赤色結晶，加水沖洗後，用硫酸鉍與水混和而煮沸之，則賈驗質分離而溶解於水，濾過之，取少量濾液蒸發後，加少量氫氯化鉍而使分解，更用醚而抽出之，即得檳榔子之賈驗質 Arecolin，加稀硫酸於其殘渣中而中和之，更加硝酸銀而令碘除出，次加氫氯化鉍溶液以除去硫酸，通以二氧化碳以除去鉍質，然後取其濾液而蒸發之，用無水乙醇浸出時則 Cholin 溶解，而 Arecaidin 與 guvacin 則否，因此以其浮游於木精中，通氫化氫而飽和之，則 Arecaidin 變為 Arecolin 之鹽酸鹽而溶解，因此得以分離，而不變之 Arecaidin 與 guvacin，則不溶解而殘留，故以碳酸銀溶液加入時，則鹽基游離，故于乙醇中再使之結晶時，則 guvacin 甚難溶解，故不溶解而殘留，而 Arecaidin 則溶解於母液中，故須行分離以得之，Arecolin 為無色無臭之油狀物質，其化學分子式為 $C_8H_{13}NO_2$ ，加熱至攝氏二百二十度時而沸騰，可溶解於水，乙醇，二乙醚及三氫甲烷等中，其分子構造式如下：



藥理實驗

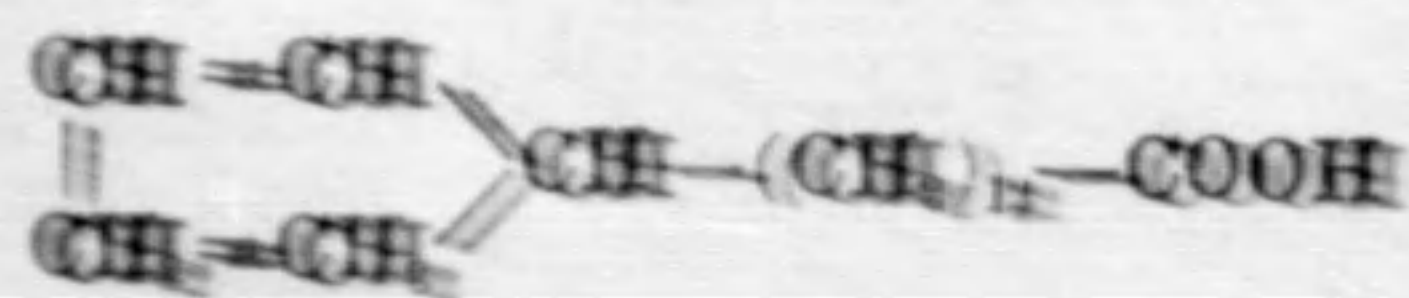
以前箱覆子中抽出之 *Arecolin* 試驗動物所得之藥理作用，即刺激迷走神經，增加唾液，腸之蠕動亦得因此而促進加速之，有尋常藥劑而顯出之功效，若用大量，則心臟停止，故用大量時亦可引起人類之中毒，將此品之水溶液點眼時，則起瞳孔縮小之作用，其效能與 *Pilocarpin* 或 *Muscarin* 殆無有異。

大楓子 *Gnocardia Quorata*

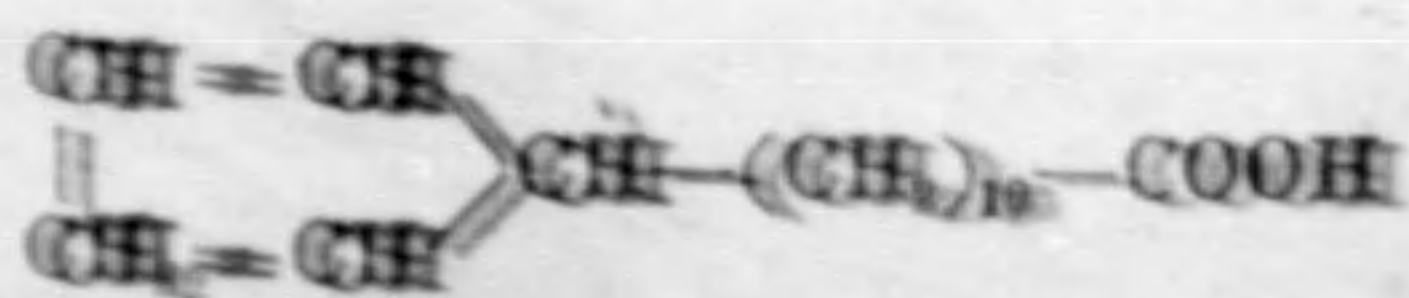
化學分析

將大楓子種子搗碎後，行水蒸氣蒸餾，數次，然後冷卻之，則得白色軟膏樣之大楓子油，在攝氏十五度時，其比重為 0.96，至百度時，其比重為 0.808，加熱至攝氏二十六至二十九度之間而溶融，可溶於等分之沸騰酒精溶液，乙醇能溶解其半，二乙醚可溶解其大半，三氯甲烷，則全溶之，此油之主要成分為 *Chaulmoograsäure* 與 *Hydnocarpussäure* 其化學分子式，前者為 $C_{27}H_{48}O_2$ 後者為 $C_{27}H_{46}O_2$ ，其分子構造式如下：

Chaulmoograsäure



Hydnocarpussäure



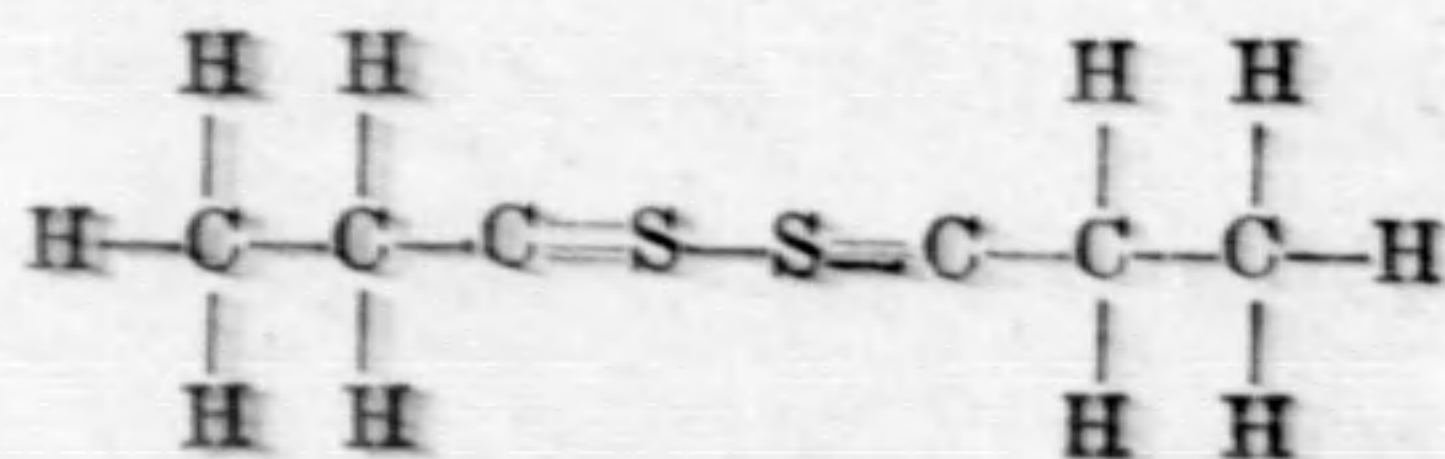
藥理實驗

日本已故猪子醫學博士曾發表其關於大楓子之論文於東京醫學會誌及中外醫事新報曰：大楓子油為一種強壯藥，對於癩病之分裂菌，雖無直接作用，但能興奮身體之代謝機能，以增加抵抗病原菌之力，嘗使一患者日服二堊繼續至一年餘之久，服後常作惡心，此因游離脂肪酸刺激消化器所致，故須先由極少量服起，漸漸增加也。

大蒜 *Allium sativum*

化學分析

德國藥學家 *Semmler* 氏在一千八百九十二年曾有大蒜成分之檢查報告曰大蒜第一種成分為 *Disulfid* 其化學分子式為 $C_6H_6S_2$ 約佔百分之六，加熱至攝氏六十六至六十九度而溶融，第二種為 *Disulfid* 其化學分子式為 $C_6H_6S_{10}$ 約佔全成分之百分之六十，加熱至攝氏七十九至八十一度而溶融，大蒜之臭氣即來自此，第三種係一種結合體，其化學分子式為 $C_6H_{10}S_3$ 約佔百分之二十，其溶融點為攝氏一百十二至一百二十二度，其分子構造式如下：



此外在蒸餾殘餘物中，尚有一種油質，其中含硫更富，並可有 $C_6H_{10}S_4$ 之結合物，日人黑澤淳造氏曾發表其實驗在南滿中央試驗報告中曰：大蒜之主要成分為

Allylsulfid, 其化學分子式為 $(C_3H_5)_2S$ 與 Homocystin 其化學分子式為 $C_8H_{16}O_4N_2O_2$

藥理實驗

本品之藥理作用，由于 Allylsulfid 在體內分解而生硫化氫，自肺臟排泄，現抵抗一切炭症及殺菌作用，能清潔腸內之病原菌以促進消化之功用，大蒜對於腸粘膜所致之安腸作用，頗與麻醉劑之作用相仿，然絕無麻醉劑之流弊，雖大量亦然，其止泄作用甚速，雖久泄之症，服之亦得見效，曾有一少女某，年二十歲，初大便秘結，嗣忽得極重之泄瀉，體溫甚高，已二星期，在就診時，見有兩層血水性之肋膜炎腹膜部兼有灌液，晝夜水泄，體溫均在攝氏三十八度與三十九度之間，形容瘦削，疲頓不堪，歷時未久，忽瀉停止，此時腹漲嘔吐氣壓作痛，用 Morphin-Atropin 之後，則見因腹膜粘結而生之腸秘結之現象，雖然減輕，但隔三日後，依舊如前，而泄瀉亦如故，Indikan 極度增加，（約 Fehling 氏溶液現黑色）Diazo 反應現陽性，以大蒜製劑 Allisantin 藥片服之，每次兩片日共三次，未數日，而水瀉次數減少，此時高體溫仍未退，更繼續服至六星期之久，食慾驟增，其餘一切痛苦，亦即減少，在四星期後，大便已將與常人無異，每日或隔日一次，肋膜灌液將盡，腹水則完全停止，Diazo 反應現陰性，但 Indiuan 仍繼續增加，再十日，體力加增，漸復元狀，Indikan 大為減退，此時

患者仍略有熱度，因無大痛苦，遂自行去院，由上例觀之，患者病情，頗似一種腸結核，用大蒜製品治之，雖未能全愈，然依治療之經過觀之，該劑確能清理腸胃，能減除患者一切痛苦，且迅速異常，可稱為理腸之良藥。

使君子 *Zwsqualis indica*

化學分析

我國於達望氏取此種種子為原料，研為細末，先測定其灰分水分及各種浸出物殘渣等，計算其百分數之比如次。

| | |
|---------------|--------------|
| 灰分 6.66% | 乙醇浸出物 12.57% |
| 水分 10.77% | 水浸出物 25.71% |
| 二乙醚浸出物 24.71% | 殘渣 19.58% |

將使君子種之粉末，用二乙醚，每六小時溫浸二次，蒸溜浸出液，除淨二乙醚，殘留黃色之液狀粗脂肪，測定此油之一般性質如下：

| | | |
|-----|------------------|-----------|
| 比重 | 0.9072 (攝氏二十度測定) | |
| 酸度 | 31.0 | 碘數 39.0 |
| 鹼化數 | 255.9 | 凝固點 零下二度。 |

不鹼化性物質之檢查 取粗脂肪二十五克，加計算量之乙醇製氫氯化鉀溶液，於重湯煎上煮沸，約經半時間後，蒸餾去乙醇，將殘留物溶解於水，用二乙醚振盪後，分取其二乙醚層而蒸餾之，去二乙醚，則殘留帶黃色之針狀結晶，檢其熔點，為攝氏一百十六度。

將前所述用二乙醚除去不鹼化性物

質後之石鹼溶液，加鹽酸成酸性，用二乙醚振盪之，則游離脂肪酸，盡溶於二乙醚中，再蒸餾去二乙醚，取其殘渣，加乙醇製氫氧化鉀溶液，成弱鹼性，以稀醋酸中和之，注加乙醇製醋酸鉛溶液，以析出鉛鹽此鉛鹽用二乙醚振盪數回，溶出未飽和脂肪酸鉛，其不溶解殘留之鉛鹽，以稀硫酸分解之，用二乙醚溶取所游離之脂肪酸，蒸散二乙醚，則生白色束針之美麗結晶，檢其熔融點，係五十九至六十二度，此脂肪酸之熔融點，殆與軟脂酸一致。更測其中和價，求分子量，得次之結果。

取檢體0.2255克，以十分之定規氫氧化鉀溶液中中和之，費8.8 厘，今以M為分子量，計算如次式：

$$M:10000=0.2255:8.85 \therefore M=254.8$$

而軟脂酸之分子量為二百五十六，適相一致，故此飽和脂肪酸，可證明為由軟脂酸而成。

其次不飽和脂肪酸鉛之二乙醚溶液，與稀硫酸振盪後，析出硫酸鉛後，分取二乙醚層，蒸餾之，去二乙醚，得淡黃色流動性之殘留物，取此殘留液少許，加發烟硝酸二滴放置之，經一夜後，則固結此Elaidin 反應，歸于陽性矣。

又取檢體少許，盛於圓錐瓶中，加冰醋酸溶解之，以冰混氫化鈉冷卻瓶之外部，滴加溴素，至赤色不再消失為度，放置於冰室中，經二十四時間後，加多量之水析出油分，用二乙醚溶取之，加酸性亞

硫酸鈉一滴，令溴素脫色，蒸餾之，去二乙醚，則殘留濃厚如糖漿狀之褐色物質，就此物質，定溴素之含量，即秤取0.4772克，溶解於三十厘之乙醇中，加鈉半克，待其溶消後，於水浴上煮沸，約經一時間，以二倍之水稀釋之，以硝酸成酸性後，加硝酸銀溶液，使起沈澱而為溴化銀，濾過於秤量且乾燥之濾紙上，納入攝氏百度乾燥器中每二小時間，二回秤定溴化銀，得0.403克之恆數。

實驗數Br 36.0 %

$C_{18}H_{34}Br_2O_2$ 理論數Br 36.19%

據上定量之結果，即知此物質為二溴化硬脂酸，故流動性未飽和脂肪酸，可證明為由油酸而成。

乙醇浸出物之檢查，將二乙醚浸過後之殘渣乾燥之，用乙醇二回溫浸，合併浸出液而蒸餾之，去乙醇，殘留有甘味之黃褐色流膏狀物質，此物質之水溶液，加Fehling 氏溶液，則不立至還原時，加酸共溫之後，則還原顯著，本物質與無水乙醇共熱之，則微量溶解，大部分析出無色骰子形之結晶，檢其熔融點，係攝氏一百七十八至一百八十二度，與蔗糖之熔融點相一致，參以Fehling 氏溶液之反應，則此物質為蔗糖無疑矣，就以上之研究，二乙醚與乙醇二種浸出物檢查之結果，得證明使君子含有軟脂酸油酸及蔗糖三種成分，將本品之乙醇浸出液，除去有機酸後之酸性水液，初以鉛法，次以Stas-Ottos

法處理之，其結果各振液中，均不檢出若何質驗質。

水浸出物之檢查 將水溫浸本品後之殘渣，以百分之五之丙三醇水處理之，所得白色粉末體，用鹽基性醋酸鉛反應及還原銅液作用證明，同為護謨，又以硝酸酸化後所得之結晶，其熔融點在攝氏一百二十度，可決其非粘液酸 (mucic acid) 明矣，而不能認護謨為 Galactose 或否，蓋其所結合之糖根乃若 Arabinose 之試驗以缺于試藥，不克施行，再以少量之硫酸鹽與護謨同溶存於丙三醇性水浸液中，抽出分別結晶，如硫酸鉀及硫酸鈣，照美局方證同之。

藥理實驗

用生藥使君子為浸劑，施於犬服，除嘔吐吃逆泄下作用外，無特殊症候。並可於十小時內恢復健康，縱施以大量，如 26.6 克，對於體重六尅之犬亦然，又將使君子油為乳劑，投于犬灌服用量為七十五尅對於體重六尅之犬，不吐亦不逆，僅下痢作用耳，而乙醇浸液中所得之糖與水浸液中，所得硫鹽，當無驅蟲之價值，更以護膜五克投與六尅之犬，在三十分鐘內，即起嘔吐，可知使君子有催吐作用，決為護膜，而使君子之殺蟲作用，亦係護膜與否，可于臨床上直接證明，俟至他日，殺蟲作用之試驗室實驗數次，尚無顯著作用，再如殺蟲作用臨床證明，確係護膜，但其嘔吐主要成分，仍未明晰，倘殺蟲主

要成分不在護膜，則主要成分未明之前，吾儕權用使君子酒或其流膏以代新藥庶可。

瀉下藥

大黃 Radix Rheum

化學分析

將大黃細細切碎，以乙醇浸出其成分，然後蒸發乙醇，製成流膏，次將乙醇製流膏，以水蒸氣蒸餾之，其餾出液中，即可得軟脂酸芳香酸及大黃固有成分之揮發油，再加水于乙醇製流膏中，則流膏之一部分溶解于水，然後以二乙醚振盪而出其溶解於水之部分，可得下列各種成分：

a. 桂花酸，沒食子酸

b. Rhein Emodin Alöe emodin Chrysophansäure emedin monomethyl Ather

c. 新 Anthreachinon 誘導體 $C_{17}H_{10}O_5$

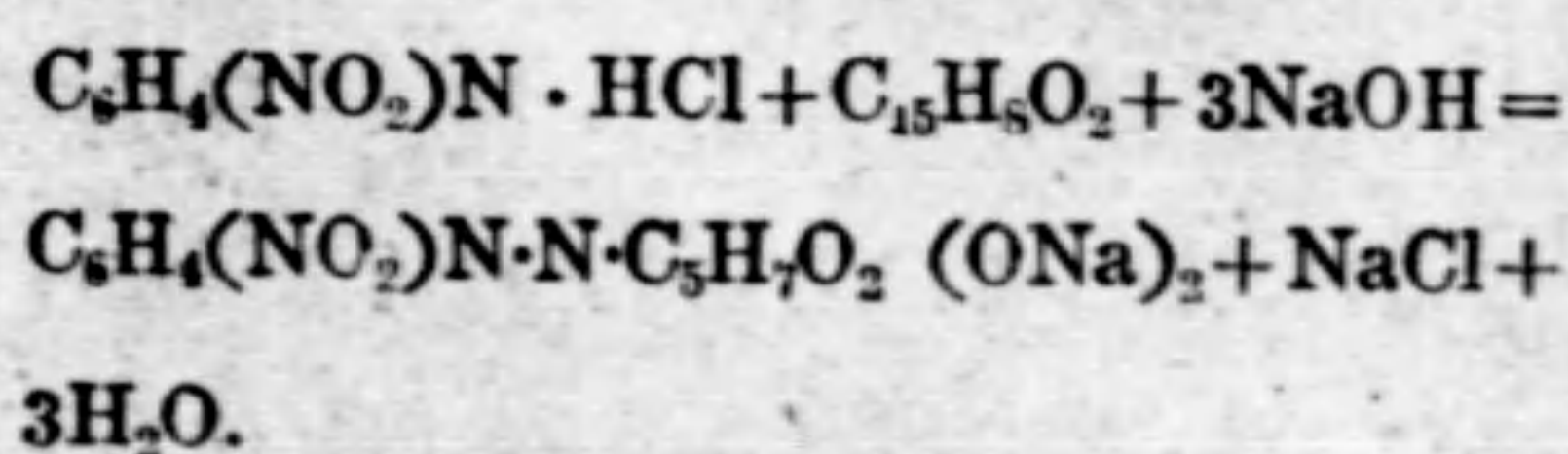
又將溶解於水之一部分，用二乙醚浸出之後，再用戊醇振出之，此時亦可得 Rhein Emodin Alöe-emodin Monomethyl Aether Chrysophansaeure 及多量之沒食子酸與無晶形配糖體及樹脂等質，取此配糖體加水而分解之，即可得少量之沒食子酸，桂皮酸 Rhein Aloe-emodin Emodin Monomethyl Aether Ohrysophansäure 及多量之樹脂與少量之新物質 $C_{14}H_{12}O_3$ 。

將溶解於水之部分，經二乙醚，戊醇

振出之後，其殘液中，尚有少許之無晶形色素及多量之果糖葡萄糖等，

將其乙醇製流膏，不溶解于水之部分，有 Versteral 脂肪混合及 Rhein Emodin 等之殘留部分。

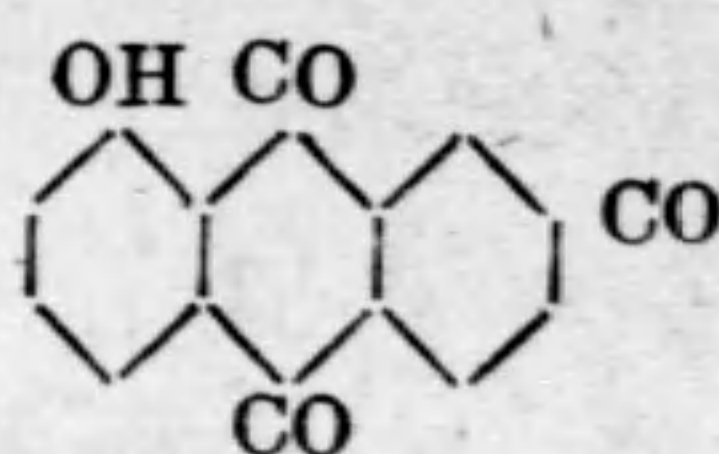
大黃有效成分之定量 先取大黃細末半至一克浸以百分之五乙醇製氫氧化鈉溶液，數回浸出，集合其浸液，蒸去其乙醇分，其殘留物以水稀釋濾過之，其濾液加鹽酸使成酸性，則析出沈澱，濾過而取其沈澱，以酸性水蒸洗濯而乾燥之，然後將其濾紙及內容物入還流浸出器中，以三氫甲烷浸出之，去其大黃鞣酸，取其溶有 Anthrachinon 類之三氫甲烷浸液，再蒸去三氫甲烷，將殘留物溶于百分之五氫氧化鈉溶液十哩中，加水五十滴稀釋之，更加 Diazo 氏溶液（以 p-nitro anilin 五克，水二十五哩，濃硫酸鹽六哩混和振盪後，再加水百哩及三克亞硝酸鈉溶解于水二十五哩之溶液二十五哩，後然加水使全量為五百哩，以濾紙濾過之）二十哩，一方強力振盪，一方滴入鹽酸使成酸性，放置二三小時，後以 (100) 乾燥秤量，濾紙濾過之，數回洗滌，至無鹽酸性為止，於攝氏七十度乾燥秤之即得，其化學變化如下：



瑞西 A. Jscherich 與 K. Hewherger 兩氏曾將大黃成分分作二種而研究之。

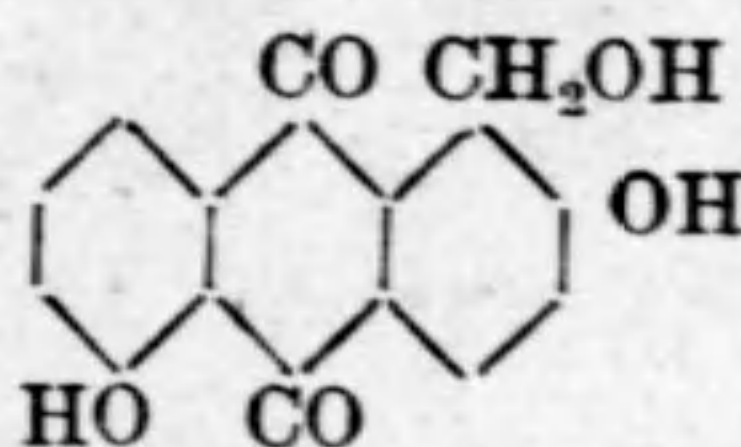
(1) Anthraglykoside 此類係 Anthra Chinon 類物質與糖類結合而成之配糖體，今舉此 Anthra Chinon 之物質如下：

a) Chrysophansaeure 本品之化學名曰 Methyl anthrachinon dioxyd, 其化學成分為 $C_{15}H_{10}O_4$ 即 Anthra Chinon 核上八原子之 H 其中一個以 Methyl 交換，二個以 OH 交換，其分子構造式為

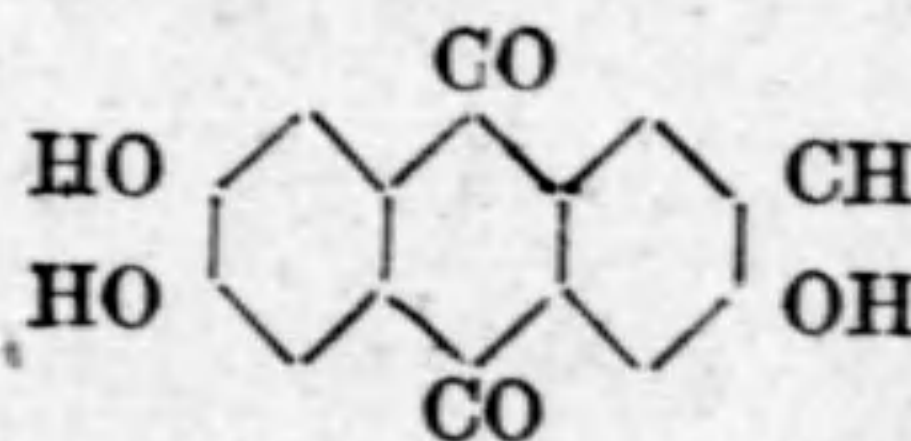


b) Emodin 本品之化學成分為 $C_{15}H_{10}O_5$ 比較 Chryso-phansaeure 多一個 OH 基，更有 Aloe-emodin 與 Frangulaemodin 二種之別，今書其分子構造式如下：

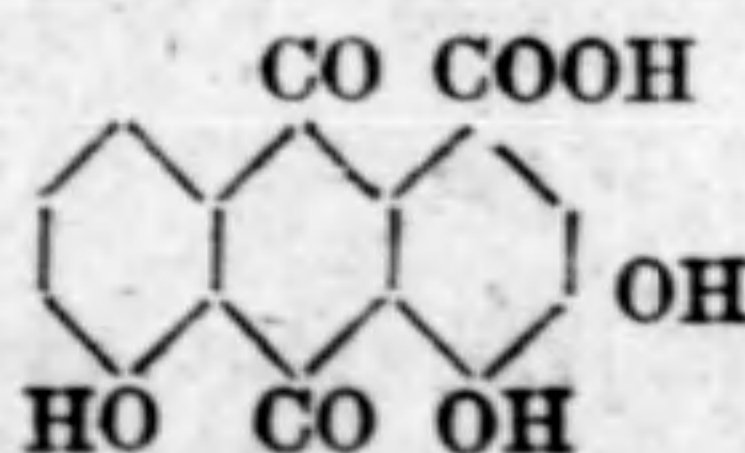
Aloe emodin



Frangulaemodin



c) Rhein 本品之化學成分為 $C_{15}H_{11}O_6$ 比較 Chrysophansaeure 多一個銨氨基，Robison 與 Simsen 二氏，擬定其分子構造為



(2) Tannoglykoside 屬本類者，有 Glycogallin, 化學分子式為 $C_{13}H_{16}O_{11}$. Tetrarin. 化學分子式為 $C_{22}H_{32}O_{12}$ 等，最近據 F. Tutin 與 B. Clewer 二氏之研究，謂大黃中有桂皮酸沒食子酸。Rhein Emodin Aloeemodin Chrysophansaeure emodin Monomethyl Aether 及新發見之 Anthrachinon 誘導體二種。(一為 $C_{17}H_{10}O_5$ 一為 $C_{14}H_{12}O_5$) 更及二三種脂肪酸。

藥理實驗

大黃之藥理作用，隨服量之多寡而異，內服小量(一日三次每次0.05至0.3克)呈大黃鞣酸與苦味質之作用，不但不起下痢，反有因制止胃腸炎之異常酸酵而現健胃與止瀉之作用，若用大量，(0.5至1.0克以上)‘反復服數次，或一次即服二克至三克，則 Anthrachinon 誘導體多量分出，能激腸致瀉，瀉前微感腹痛，服後七八小時，即有多量稀薄黃色之糞排出，其黃色半由大黃之色素，半仍來自胆汁，尿與汗液，亦同時稍呈黃色，斯由於大黃之色素所致，若加氫氧化鉀溶液於此尿液中，即現紅色。

巴豆 Semen Crotonis

化學分析

先除去巴豆子之皮殼，且搗碎之，用二硫化炭浸出之，蒸餾其浸出液，以除去二硫化炭，則得帶黃褐色濃厚之脂肪油，微有特異之臭氣，呈酸性反應，味奇辣而

灼感，比重在 0.94與0.96 之間，露置空氣中，漸成濃厚粘稠性之塊，得與等量之乙醇，澄明混和之，能溶解二乙醚，三氫甲烷，脂肪及揮發油等中，此油之主要成分為 Crotonid acid, 其化學分子式為 $C_4H_6O_2$

藥理實驗

瀉下作用 巴豆入胃中，即分出其油分，以刺激胃壁，使分泌增加，遇唾液則起分解，化為巴豆酸及丙三醇，而巴豆酸，能興奮腸之蠕動，以誘導下痢，同時腹中雷鳴，多兼輕微之腹痛，內服不得過二克，否則因胃腸發炎而釀成如霍亂之吐瀉，殊可畏也。

刺激作用 置搗碎之巴豆於皮膚或粘膜上，均呈強烈之刺激作用，其對於皮膚之作用，類似酒石酸，皮膚或粘膜遇之，在一小時內，即變赤而苦痒，或感焮灼而現腫脹，竟生小水泡，後變膿疱，於數日內即乾固，并不留癢痕。

蓖麻子 Semen Ricini

化學分析

粉碎蓖麻子，用乙醇或二乙醚處理之，除去其脂肪與質驗質，以百分之十之食鹽水於攝氏三十七度至四十度之溫內，二十四小時浸出之，濾過之，加硫酸銨溶液使飽和之，析出之沈澱，可於溫室中乾燥之，再溶解而精製之，即得純粹之 Ricin。

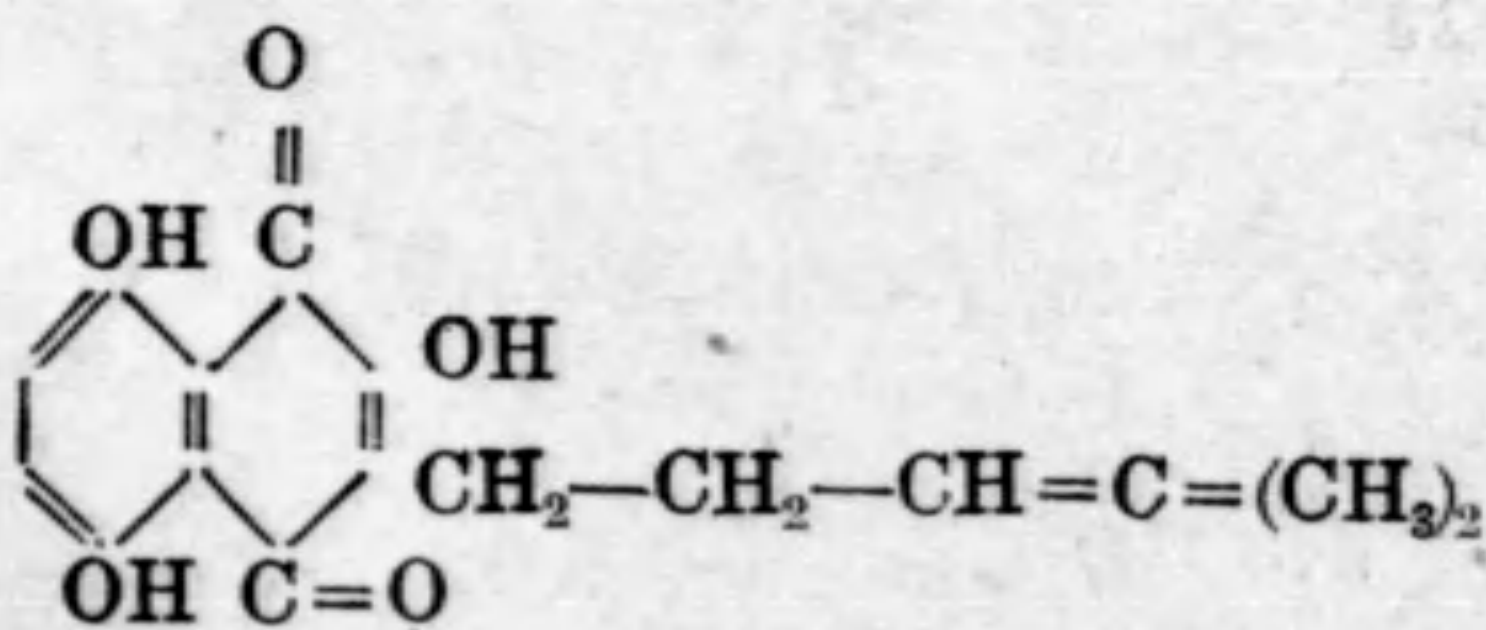
藥理實驗

搗碎蓖麻子入口中初覺淡泊無味，旋感苛辣，服之約三十克左右，得使大便如粥狀排出，雖無腹痛，但有易起惡心嘔吐，將蓖麻子製成之油注射於直腸中，亦致下瀉，蓋服蓖麻子至小腸首段，被腠液分解而成蓖麻子酸，此酸能激腸之粘膜與腸腺，使之分泌增加，然對胆汁之增減，則純無關係，將抽出之 Ricin 行動物注射，則起局所之炎症，經二十四至二十八小時之一定潛伏期後，則呈遠達作用，不直接作用於心臟，而使呼吸緩徐而死。

紫草 *Lithospermum officinale*, L.

化學分析

日本理學博士久原窮弦氏，曾從其中提煉出一種色素，曰紫草紅 (*Lithospermum-roth*) 其化學分子式為 $C_{21}H_{30}O_{15}$ ，其後理學博士黑田氏，又從其中抽出一種色素曰紫根仁 (*Shikonin*) 其化學分子式為 $C_{16}H_{10}O_5$ ，其分子構造式為



將紫草根以乙醇溫浸之，加鹽酸於浸出液使成酸性後而蒸發之，則析出紫草紅，溶解於乙醇中，而以鹽基性醋酸鉛溶液加入，則析出沈澱，以水浮游，通以二硫化氫，則生硫化鉛而沈澱，以乙醇處理而抽出之，則得綠色之金屬光澤暗色樹脂

樣物質，不溶解於水，而溶解於乙醇，二乙醚，烱及二硫化炭中。

藥理實驗

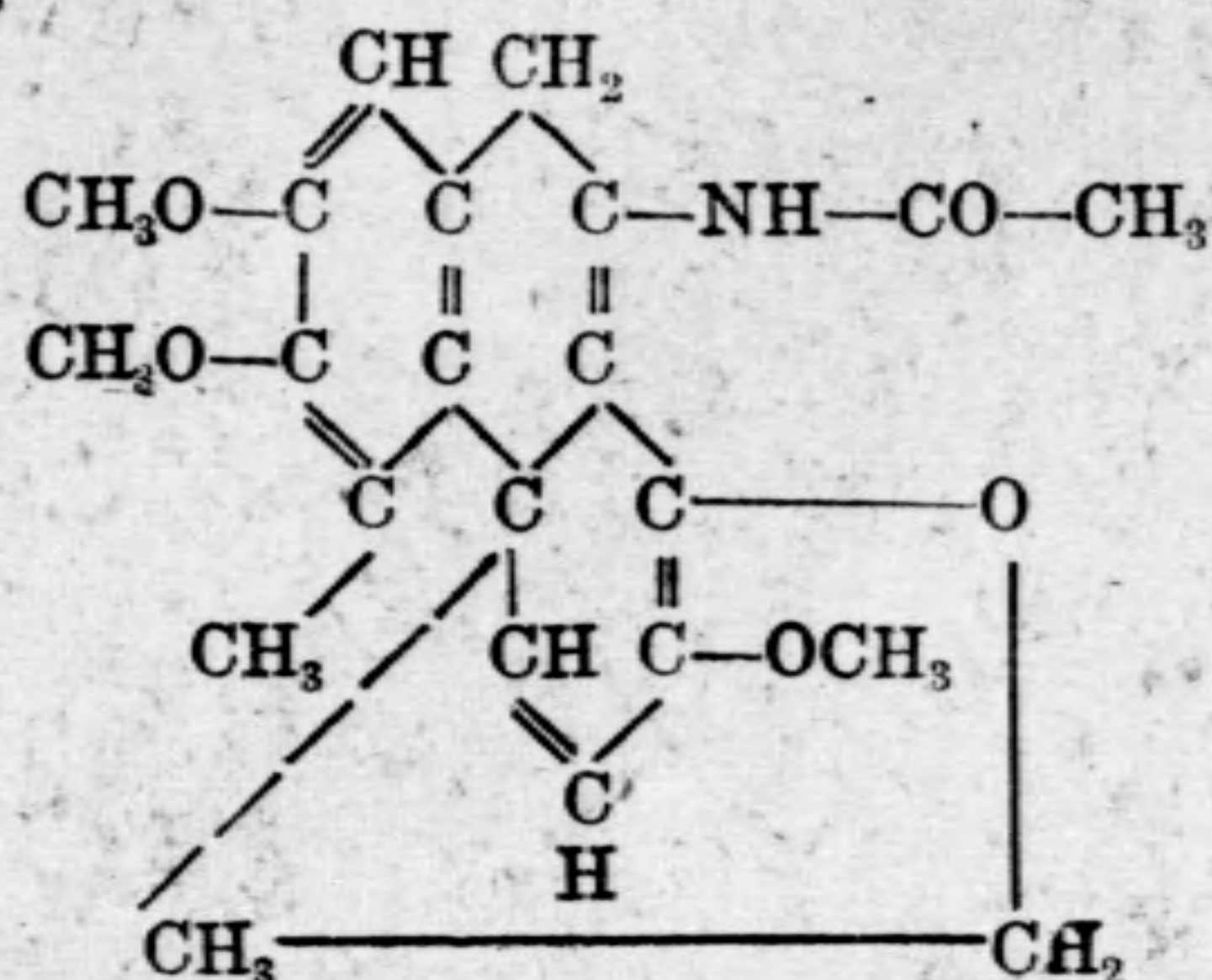
在激小腸之蠕動，并制止大腸之吸收，得使大便通順，即用大量，亦僅一二次之輕快瀉下而已。

水仙 *Colchicum autumnale*. L.

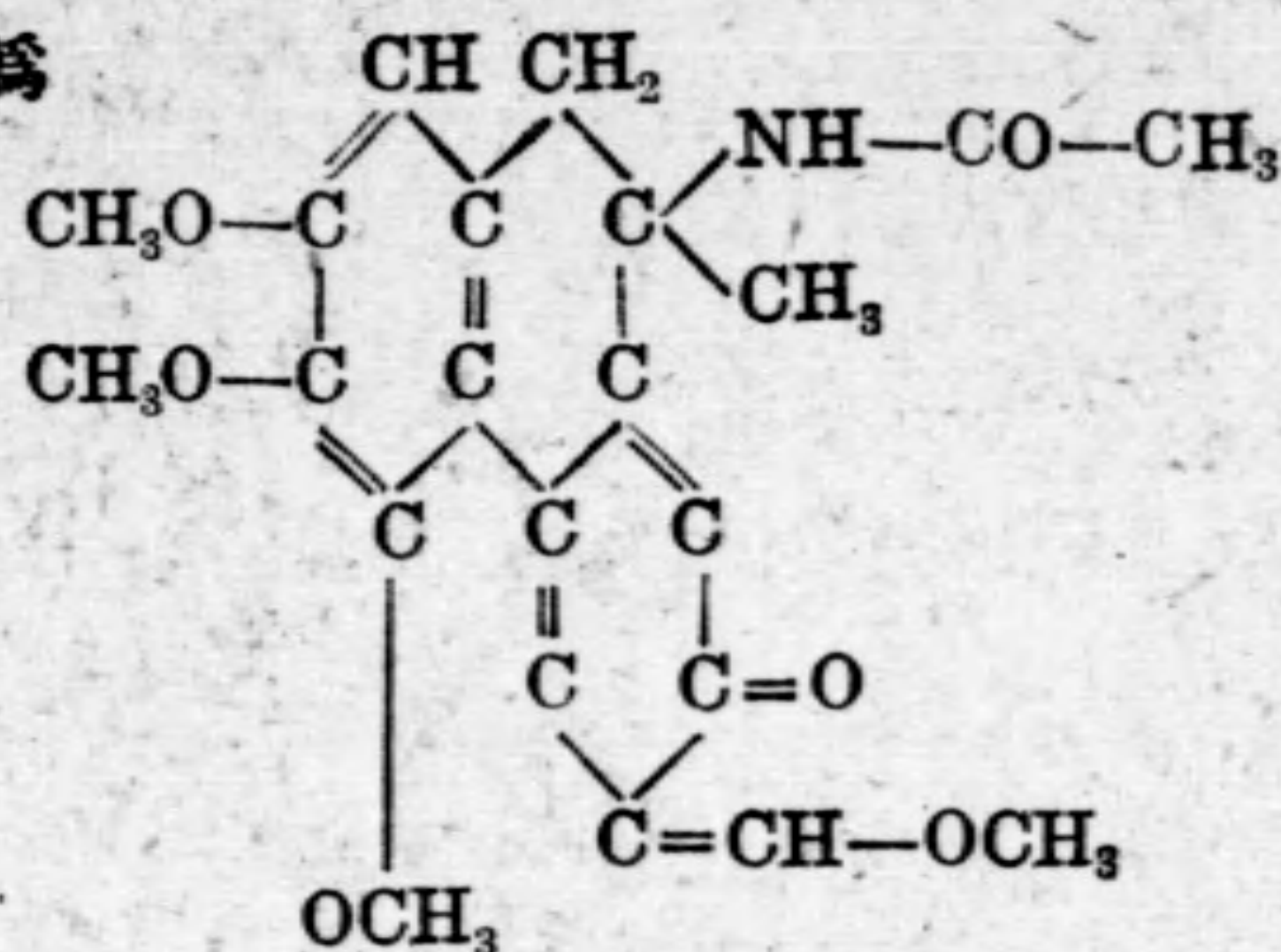
化學分析

先將秋水仙種子搗碎後，以乙醇溫浸之，蒸發其浸液以濃縮之，加水令析出其不純物，濾過之，加三氫甲烷於其濾液中，數次振盪而溶解後，蒸發之，則三氫甲烷分解而出，溶解其殘渣於無水乙醇中，以攝氏零度冷卻之，則 Chloroform colchicin $C_{22}H_{25}NO_6 + 2CHCl_3$ 之結晶，用水蒸氣蒸餾之，則析去三氫甲烷，而得 Colchicin 之水溶液，移入此溶液於真空乾燥器中乾燥後，即得粗製之 Colchicin，再如是反復操作數次，以鞣酸化合後，用水洗之，并加氯化鋁使除去鞣酸，更用乙醇溶解而結晶之，即得純粹之 Colchicin，本品為淡黃色或純黃色膠樣不結晶性之物質，有苦味，易溶解於水或乙醇中，二乙醚亦能溶解之，熔融點在攝氏一百四十五度，呈甚微之鹼性反應，遇硫酸則呈黃色，觸硝酸而現紫色，繼變褐黃色，滴 Erdmann 氏試藥，而呈青色，加 Froehde 氏試藥，乃變黃色，入 Mandelin 氏試藥，即現青綠色，漸轉變褐色。

一千八百八十三年，Zeisel 氏由秋水仙種子之質驗質中純粹提出一種名 Colchicin 其化學分子式 $C_{17}H_{23}NO_6$ ，後 Windaus 氏擬定其分子構造式如下，然未十分準確。



或為



藥理實驗

Colchicin，本為無毒之物，入溫血動物體內，即起變化而成 Oxydicolchicin，其化學分子式為 $(C_{22}H_{34}NO_6)_2O$ ，此物即有毒性，故用純粹 Colchicin 飼蛙及一般冷血動物，不顯毒性，如飼人或溫血動物，則經過數小時潛伏期，即發劇烈吐瀉之中毒症狀，但斯物對於生理有甚奇異之現象，因內服大量或注射，由劇烈吐瀉而至腸粘膜腫脹而出血者，剖而視之，則腸安然無恙，故服 Colchicin 而下痢之原因，恐係由腸壁神經系之興奮性亢進所致。

膝關節在運動中之重要

維也納 S.Canning-Childs-Spitae 講師 Felix Mandl 博士著

徐續宇譯

膝關節在身體運動時佔有特殊的地位，大多數是在非常高度和不知不覺中而適合了需要，如鬥拳，角力，重量擊技和健身術，看來好似是用不着下肢的運動，其實膝關節也得負擔一部份責任，網球，游泳，乘自由車，體操和滑冰造成了強迫利

用，特別在本來就最流行的運動中——滑雪和足球——膝關節之使用和利用更多。

由不久以前發表的報告中推知歐洲現有 69000 個足球隊，隊員總計有 3100000 人，我意謂尚有許多並未加入球隊的青年還沒算在一起呢，且歐洲各國的滑雪者之

數數目是在不斷的增加中，根據我的經驗說來，那麼三分之一的玩了許多年足球或滑雪的人們只少一次得患着急性的膝關節疾患，或者以後罹着了慢性的膝關節疾患，所以常常把豫防一切運動傷害之可能診斷及正確之治療講述給實驗者聽是極需要的一件。

獨一無二的膝關節之解剖學的構造

對於外來之襲擊是有原由的，在注意天然的胎生學的賦與時對於他的適合使我們生了疑惑：平的關節窩，過度的向側面旋轉乃由薄弱的和易受傷的韌帶阻止，還有其他許多在較強機能的適應中是具着解剖學上的弱點。對於過度的動作並沒有骨質的壁壘去防止，但這些動作在運動時每每要強迫而行的啊。這對於感覺的，微生物的和外傷性的刺戟反應極精確的被膜——滑液膜——圍繞着這也直接受着外傷性損傷的關節，正當這損害在發生時！膝關節也和肌肉有密切的關係，關節之上是股四頭肌，下面是腸淺肌，一切關節之疾患都使這些肌肉一起罹難，反之也是一樣的，例如使這些肌肉變為虛弱或萎縮的狀況也有害於關節了，安穩的關節閉鎖——這就是股骨，脛骨和膝蓋骨在空間的接觸中之精密合作——在肌肉弛緩中失去了他的適應力，由滑液膜等之緊壓而成溢血，這又是惹起關節之弛緩，不正常之側面動作和向前之不正常動作，且屢屢顯出動搖關節之現象，但同時並不常有真性韌帶破裂。

從事運動者關於這點特別不佳，因他雖具着『力肌』(Rost)而更易變成萎縮，這種情形特別容易惹起關節軟骨，中間軟骨及韌帶之慢性變化，關節軟骨之變化——現改稱為非炎性之關節疾患 (Arthrosen)——已經 Laewen, Buelinger, Fruend 及 Burkhardt 諸氏詳細研究過。這恐怕是過度負擔的結果吧(Hass)。這種慢性變化最能使中間軟骨破裂，於是造成了沒有脫臼的『半月板脫位』或『破裂』，這大半『是病理學的骨折』在 1927 年我已能根據了顯微鏡檢查中之所見而證實了這些 (見 Arch. f. klin. Chirurgie, 146)。以後 Tobler 及其他諸氏又證明了，他和韌帶破裂是頗相似的，我隨即試證之，我們一開始就見明顯的病理學的機能的單位在膝關節內和他的四周，這是膝關節內部及正個肢體之結合(『運動鏈』, Braus, Payr)。

膝關節之運動創傷和運動損害大部是關節的殘斷之內部創傷，彼之特點不是單獨在疾病的自身，却在受傷者之本身，我們當然要相當的去顧及到。

我頗願竭力提出幾點關於豫防，診斷和治療——本着我的經驗而使實驗者都同意。

豫 院 法

是最難的一件事，大半強度的運動需要關節的高度或極高度的動作，傷害之豫防如下，在某種體質的關節型 (Bircher, Henschen, Payr 及其他諸氏) 中動作之

限度由運動醫師確實的去減低。

根據上述諸氏的著作而知，尤以平坦的關節窩和老是患着關節滲漏乃『關節之懦弱』，同時他們的膝關節並不能勝任所需要的，他們若不聽醫師的勸告而做了，於是這種人定是極利害的關節疾患之候補者，這種慢性關節疾患在年青的兩性間竟達了極高點，和在運動未普及前只發生在年老的肥胖的婦女身上一樣多。

於是對於運動醫師生起了最重要的選擇問題了。

另一豫防利害的慢性關節變化的要點是：每個好似還屬輕度的外傷性膝關節創傷須有妥當的精密的和相當時間的治療，關於治療法下面再討論了。

要提及的是，創傷的治療——並不極疼痛的——屢屢發生困難，而况治療之時期乎！從事運動的病人的無忍耐心在簡接的或直接的職業運動家是特別的大，常和主治醫師的要求相反，還有體育指導員和體育會會長老是心急的希望能迅速的痊愈，於是這本來很輕的受傷者的康健受了損害。監視的運動醫師的確實的和卓越的決定在此要有變化了。

外傷性膝關節疾患之診斷

並不容易，尤其在急性病例中因了預後及診斷起見倒要謹慎啦，這好像頗妥善的。極度的疼痛，兩天後只有單純的關節捻挫顯出，反之較輕的創傷在幾天和幾星期後尚有不舒服，所以本着種種的經驗和親

自的及外國的誤斷而獲得警戒，故膝關節周圍之利害的運動外傷需要『火速診斷』依照着一規定的之方式去檢查，這倒是很好的。我把這方式簡要的討論一下，措詞務求精練，當然勿將引證省去，此固簡略中所有之缺點。

檢查時病人須臥下，下肢完全裸出，鞋襪均脫去。一見到的是肌肉，受傷後不多幾天上肢的伸肌在有病的膝關節一面已是萎縮，我叫病人作『肌肉演習』後自動的而惹起神經分佈之強度告訴了我，是否肌肉已受了極度的損傷，在急性的破裂的中間軟骨或遊離的關節鼠的緊夾也能決不會有強力的神經分佈，假若沒有伸展障礙的話，神經分佈大小之度量他覺方面可由我設計的簡單肌肉張度計 (Muskeltonometer) 來測定(見 W.m.W. 1934)。確定後復命病人自動的屈曲和伸展。在破裂的半月狀軟骨及遊離體的緊夾和強度的囊膜破裂時可以找到伸展和屈曲的障礙(見 "Schimpunkt", Andresen, Mandl, W.Kl. Wschr., 1934)，此外在膝關節滲漏時也有屈曲障礙，所以用有名的根據了『膝蓋舞蹈』的檢查方法去鑑定是特別緊要，若發現了這種滲漏，這就大約或是屬於特發病的或是屬於症候的了，若屬於特發病的，就定是由了極度的外傷而生的滑液液體蓄積，常有血液混在一起，同時也是普通關節捻挫的症候之一(囊膜破裂)，若是屬於症候的話，那麼他就是無論那種膝關節內部創傷

的結果，欲得確斷的話，對於去找出某種典型的壓痛點的存在是必須的。因中間軟骨破裂發生頗多故首先要顧到這一點。在這種病例中可找到一個在關節分裂處四周的壓痛點，欲確實撫摸出這關節分裂並非易事，且尚須練習之。若在關節分裂四周有壓痛點，半月狀軟骨大約是破裂了。在此連想到這內部中間軟骨較外面的五倍易罹病。摸着像長形的乳頭狀的，差不多自由活動的東西在檢查關節分裂時百分之幾的病例中發生了，（我的四百個施過手術的中間軟骨的材料中只有百分之六是這樣的，（Dtsch. Z. Chier., 239），於是診斷在此是明白的了，最後我提一提，在慢性中間軟骨疾患病例和遊離關節體的病例中這緊壓症候在病史上已因了非常疼痛的緣故有極大的權威，於是病歷——其中緊夾已被證實——對於診斷有重大意義的，壓痛點和緊夾在半月狀軟骨破裂時總恰巧的在關節分裂處，在遊離體存在是沒一定（關節鼠），這遊離體——外傷的結果或較多的還是分裂性骨軟骨炎（Osteochondritis dissecans）的結果 Koenig 及其他諸氏——同樣的在一部份病例中可以撫摸到。許多病人能用一定的震盪動作將遊離體和破裂的中間軟骨從關節中拋到面上來，使檢查的醫師在關節的無論那處可以看到了，照了所說的那麼半月狀軟骨破裂和遊離體間的分別是顯而易見了，我並不特別的去指示了，在這種區別分法中 X 光照相也

佔了重要地位。

在對於中間軟骨的疾患或創傷的最近常報告的臨床上的徵象中不久由 Brogard 氏所提出的徵候我看來很是重要，因為它在大多數病例中能遇到的，同時還由我在施手術時證實了，這就是下面所述的：有病的裏面的半月狀軟骨在裏面的關節分裂的屈曲和向內轉時，和在外面的關節分裂的曲屈和向外轉時（向外的半月狀軟骨受了損傷）都特別的覺得壓痛，還有另一試驗診斷上被證實了：假若在病人躺着時忽然地被動的在足部急衝狀向外轉去，於是在半月狀軟骨破裂時或半月狀軟骨疾患時忽有刺痛狀疼痛在向內的關節分裂四周。

在此須注意到，沒有緊夾也能有半月狀軟骨疾患的存在。

次多的創傷是側韌帶和十字韌帶的創傷。

側 韌 帶

的連續性能撕破，或者僥倖的較多的是在他上面和下面的附着處破裂了。上面的附着處（“Schipunkt”）是比較多受傷，診斷頗易：壓痛點剛在關節分裂處的上面，這是非常的重要，和半月狀軟骨破裂相反常易忽視的，若用立粉的百分之 0,5 的 Novokain 溶液將這非常痛的一點局部麻醉起來，疼痛於是全消（Maudl）。在半月狀軟骨疾患和半月狀軟骨破裂時是不是這樣的，這以下所述人工的關節角狀地位置在單純的附着處破裂時沒有的，連續破裂

在檢查時很清楚，在完全弛緩或極度神經分佈的上肢的伸肌受了壓力或引力在關節中生成了病理學生的外轉或內轉。常和康健的一邊比較着？在側韌帶破裂時受力壓力和引力而成外轉或內轉的上下肢病態的位置（角狀位置）在 X 光照中也能確定（Kirchmayer）。

最難的是

十字韌帶破裂

的斷定，他當然能由每個利害的外傷惹起，大多我看到的病例是漸漸生成的，病人自己只覺得在膝關節中不穩定，這發生在每種關節弛緩時的。在 X 光照中可以看到髌間隆起的破碎，那事情就較明白了。在這種情形下定有一個十字韌帶弛鬆，脫離了緊張力，而成了動搖膝關節的素因，若骨上缺乏這種徵象，於是須依着所謂『抽屜狀徵候』去搜尋（Schubladensymptom）

。這徵候在十字韌帶破裂時自働和被働的都能發生。自動的發生的檢驗，坐着的病人將腿用足踵放在地上，腓腸肌極度的受神經支配，呈正號的徵象是：上肢和下肢在前額面相對運動着，脛骨移向後去，被動的徵象由下列所述者然而生成：命病人坐在檯上，完全弛緩着。於是用兩手握着手腕，同時將脛骨向着固定的上肢在前額面方向震動着（『震顫徵候』），若十字韌帶破裂，則移動可能性較沒病的腿為大。

既在抽屜徵象又在震顫徵象時老是需要精密的用健康的腿來比較，這明顯的呈正號的徵象並不時常和並不無論如何的是指着十字韌帶的破裂。我將我的別處的與此有關的觀察敘出，還得聲明一聲，這呈正號的徵象大概能夠，但不能一定的證實是一個十字韌帶的破裂。（待續）

婦 科

子宮癌腫與骨系統

柏林大學婦科臨床主任醫師 E. Philipp 教授原著

李 含 中 譯

臨床家與開業醫師在治療子宮癌腫時是分開的，臨床家擔任施行外科手術及 X 光之照射；開業醫師擔任其餘的治療。很

特別的癌腫不用治療而可以痊愈，同樣的經臨床家治療反有不得痊愈的。開業醫師遇着了沉重的病例。現在就要在他的技術

上表現最大的能力。依我們的財政預算上，不能使這些不幸的婦女長期的延留於醫院中，要用有效的方法解除她們的痛苦，這是一個非常困難的工作，使得醫師用他的全部能力而負很重的責任。

一個有效治療的前提就是要認識清楚這種蔓延着癌腫的病象。這種病像是非常複雜的在牠的各種廣佈與出現的形式上。性器官的標準徵候是出血與下帶例如從泌尿系管也發現種種的現象。各樣的疼痛也可以發現，且與癌腫散佈有關的。蔓延着癌腫的分期進展也像臨床病象樣很有變化。有一種癌腫在很短時中致於死亡，這不過是例外。大多數可以經歷兩三年之久。還有並不少見的癌腫在蔓延期中沒有什麼大的變化，在牠沒有重新生長以前，可以成年的靜止着。我常常經驗到，一個患癌腫的女病人，我以為癌腫必定要蔓延的，而她久已不在人世了，這樣情形也常在門診時遇到。我們正要認識這種時間上的變化，要不然這種無判斷者很容易被否認了，一種癌腫的停留在沒有什麼徵候時，受無論那一種癌腫劑的作用而能復元，癌腫常有新的發見，並且對於牠還有很大的希望。就是不用藥劑，子宮癌腫也可以成年的停止於某一個時期。

現在又發生值得注意的新的病像，這種新的病像比蔓延着癌腫的形式還要複雜得多。關於這點就是：

與骨系統有關

我們普通都承認子宮癌腫不會罹染到骨骼。這是與其他性器官癌腫有很大的不同之點，像前置腺(Prostata)與乳房的癌腫最容易轉移於骨骼。例如乳房癌腫很普通的轉移於脊椎，每個熟練的醫師遇到女病人訴說是背痛，第一步就想到乳房癌腫。當子宮癌腫時而發生骨骼感染是很不普通的，在文獻中關於此點只能找出很少的供獻。

我現在已經對於有幾個特別的病例加以注意；在近幾年來，凡是患有子宮頸癌腫的婦女來到我們病院裏來，總是加以系統的檢查，是否可以斷定與骨統系統有關，這樣的病例我已經搜集的很多了。大概可以說骨骼的感染現在比以前要多些了。我以為有這樣的原因，就是我們的癌腫治療現在是有效得多了，但是效力還未十分的充足，來防止癌腫蔓延的深入。我們用外科手術與X光照射只能除去初步的腫大，不能達到已在骨盤結締組織中的或是腺中的癌腫胚芽，同時加以消滅。從這裏癌腫可以發展或是再發。癌腫胚芽初初是小的，需要一個長時間，才能置患者於死地，病者比從前活得長久些了，要照牠的初期腫大時，而不治療，早已應該死去了。現在這種再發性作用(Rezidivpro-cesse)有許多時間來廣佈，因此也有機會深入於骨骼中。骨骼罹病的增多並不是偶然的，除我之外，在最近期間我的所得已為別的婦科臨床家所確認，美國最近出版

的統計關於子宮癌腫與骨系統有關的記載已達百分之十五了。

骨骼罹病起於子宮癌腫占一個特別位置，不像是起於乳房癌腫一樣的，所發生的轉移不是經由血的導管。這也就是起於子宮癌腫的骨骼感染所以稀少的原故；我在許多年中只看見過五六個轉移到長管狀骨骼裏如上搏骨，上股骨與脛骨。照現在所說的變化，癌腫侵入骨骼是一種直接的發生，只經過與骨骼相隣的病灶。

現在可以分別出兩種病像，我也可以分開來講。癌腫從初期腫大或是從子宮周圍組織侵入骨盤四壁，以及引起骨盤的侵蝕，或是造成一種腺轉移，因而成爲坐骨的侵蝕與脊椎體侵蝕，這兩種都是典型的病像，癌腫可以連綿不斷的侵犯到骨骼，經過血管只是不致於罹染到血管。

骨盤四壁的侵蝕

這種侵蝕的結果是在腸骨翼上並且在與子宮周圍組織所接觸的部分。一個處於子宮周圍結締組織的癌腫最初侵蝕到骨盤四壁的地位，就是無名線(Lines innominate)多半在線之下。以後的蔓延就要破壞大部分的骨骼，終於骨盤兩翼完全變爲癌腫。

徵候 這種骨骼疾患的徵候，並不十分清淅，甚至於標準現象可以完全沒有。僅僅有子宮周圍組織的浸潤現象，這種現象在每個病例上用腔或是肛門的診察，很容易證明的，自然這種浸潤是蔓延得很利害了。疼痛是可有可無的；視力障礙是沒

有的；腿的運動沒有什麼阻礙。我們只經驗過一次，有一個女病人，骨盤的半周已完全破壞了，在這樣情況之下，還是服務於機器縫紉來維持她的生活，最可靠的臨床現象就是鬱血性疼痛，這種疼痛當敲叩腸骨櫛時最利害。

診斷 在大多數病例中因爲病像的徵候太少，要用X光照像才能診斷出來。X光診斷對於已經蔓延的癌腫是很簡單的。平常是無名線的輪廓是清楚的，現在多少有點模糊了。起始的骨骼變化在X光上很難辨認，甚至於完全不能辨認；骨骼變化能夠在X光照像所顯示出來的，蔓延已經達到很可觀的程度了；小的，初起的侵蝕我們辨認不出來的。有時候我們對於標準處所有一部分透亮就懷疑是癌腫。我們可以找出很多的照像材料在我與雪福(g. Schaffer)所著的單獨照像集(Monographie)中。

病理解剖 要在子宮周圍組織生了再發性時我們於骨骼上才能找出病理現象。當然的我們必須在屍體檢驗時特別注意，要不然骨骼感染，就被忽略過去；這是很容易發現的，若是骨盤內一切軟的組織一齊除去，只留骨骼在原來的地位。全部顯露時，最好把骨盤全部取出來而給牠一個水平式的切斷，這種斷面要碰到子宮周圍的浸潤。在這種情形之下我們才可以很明晰的辨認出癌腫的強烈的蔓延，是從骨盤的結締組織直接生長到骨骼上。

病後結果 這樣病例的結果，總是很壞；癌腫變化雖用各種治療還是不停息的蔓延下去。因為這種蔓延實在太快了，不能指出一定的停止點來。我們經驗過，有的婦女，骨骼已被癌腫感染得很重了，還能生活一年半至兩年之久。大多數的在早些時就死去，是因為患繼發的疾病，最關重要的是上行性尿管羅集癌腫。

我們看見，一個子宮頸癌腫無論是照射射之後以及外科手術之後，總要發生子宮周圍的變化並且感染到骨骼上。這種所用的治療方法是沒有多大的意義。普通的情形，骨骼的羅染是在治療一年或兩年之後發生，也可以有一個長期間隔在三年或三年以上才發生。

脊椎體與坐骨的侵蝕

這種侵蝕，同樣也是癌腫直接侵蝕，並且這種變化發端於癌腫性的淋巴腺，如腸骨的與大動脈的腺是在骨骼之前的。子宮頸癌腫的散佈經由淋巴腺與經由子宮周圍結締組織進展是一樣的，普通看起來，還是經由淋巴腺多些。我們在一處找着一個還正在初起的癌腫，而牠旁邊已有羅染的淋巴腺了。也有這種情形剛行外科手術或是X光照射之後，就發生一種高度的淋巴腺再發症，在其他方面子宮頸癌腫的再發只是繼續擴張於骨盤之內，而淋巴腺始終沒有羅染過。

已染成的淋巴腺起初用肉眼視察差不多不能辨識，要等到漸漸的生長大了，互

相溶合到一起而成爲大的腺塊，而周圍粘合起來。這些腺塊造就了無關緊要的地位，生於大血管四圍，並不侵蝕血管，但只是擠壓着血管，因此在有關係的部分發生鬱血與腫脹。腺塊擠壓着與杆拌着輸尿管，最後是周圍環繞着，致於發生尿擁塞以及擁塞後的一切現象。終於生一個大的腫脹，排擠其他各個器官，好像單獨的可以充滿了下腹腔。腺塊生長着深入筋肉與結締組織中並且侵蝕到脊椎體。淋巴腺是各處沿着大的血管的，所以結果是凡與大血管相鄰近的骨骼都受侵蝕。始發部位是從腸骨薦骨關節起到第三與第四腰椎體的一段。因為淋巴腺不是在脊椎之前而是在脊椎之側的，所以最初也是脊椎體側面部分先受侵蝕，等到大部分已經破壞了，脊椎終於囊縮一塊去。

癌腫性腺羅病的臨床現象，普通是很明白的。因為這些腺是圍生於從脊髓伸出的神經根上，所以發生一種與神經強度有關的疼痛。這種疼痛是別種癌腫在骨盤裏擴展時找不出來的，只能在癌腫性腺體壓到了神經根上，才會發生。這種疼痛也就是癌腫性淋巴腺的惟一特徵。在起始的疾病中也沒有疼痛。因為是腺體還小的原故。有時候除了疼痛之外一條腿或是兩條腿起了腫脹，這是因為腺塊擠壓到大血管了。一個真性血栓是值得注意的，雖然血管受強力的壓迫，常常並不生血栓的，在受壓迫的血管中血液多還是液體。腎臟水腫與

腎臟膿腫也可以加入於病像之中。

骨骼侵蝕並不能喚起什麼特別的臨床現象。除了鬱塞疼痛之外再不能指什麼了，所以骨骼侵蝕這樣長時期未被發現的重要的運動障阻要等到有了大的缺形後才能發現。

早期診斷 癌腫性淋巴腺染感在早期診斷時要分別疼痛地帶，疼痛在淋巴叢範圍之內，在診斷時往往很是重要，這是很奇怪的，就是運動性神經傳導當蔓延着的癌腫圍生時並不受到損害。

觸診狀況 只能在蔓延很深的病例中，骨盤全都生了癌腫，觸診才能得到診斷。高處的腺驛站 (Drusenetappen) 在綜合診察時可以避免的，因為牠們達不到一個值得注意的大小。病像上沈重的，主觀的妨害，常常與診察狀況不符。

X光照像 大多數的病例要用X光照像才能成立一種診斷，起始的變化平常是辨認不出的，用X光也能診斷出來。真正大的侵蝕在X光下可以給以確定；我已經在屍體上用X光照像加以證實。骨骼變化最初能夠看出的。就在脊椎體外面折斷的地方；其次我們看見了缺損之處，最後看出脊椎囊縮起來。我們也可以在X光像上指出腺驛站，這些聚集處還沒有染感到骨骼。我們看見骨盤中柔軟器官的影子，用各方面攝影總是遮隱骨骼的一部分。這個在實用時很為重要。

病理剖解 由淋巴腺引起的骨骼變化

，常常可以證明，脊椎體的罹病並不是經由血管而發生的轉移，而是癌腫由淋巴腺直接伸展到骨骼上發生的變化。適當的斷面我們可以在單獨照像集中找出許多來，我們辨認出癌腫在椎間板 (Zwischen wirbelscheiden) 支撐之下從側面前面侵蝕着脊椎體，在蔓延很深的病例中，終於把脊椎體完全貫通。

脊椎體罹病的經過 是各個不同的。有許多婦人間或很快的死去，還有這種病例她們纏綿多少個月，甚至三四年並不發生變化。這種遲緩的經過比較起來還要多些。

治療 子宮頸癌腫引起脊髓感染，要想恢復是沒有希望的。施行外科手術不成問題，X光照射以及各種方法對於這種變化既不能加以停止又不生一點影響。我們已經在許多的病例中反復的見過。我早已着重的聲明過而 Pickhan 氏重新加以注意，骨骼轉移由於乳房癌腫所引起與由於子宮癌腫所引起的有很大的分別：由乳房癌腫引起的骨骼轉移，經過X光照射得很好的反應。這種分別，我們只好用骨骼變化發生不同來解釋牠：一方面是由子宮頸癌腫，他方面是由乳房癌腫而發生。一個重要的，治療的效果，就是用分割的X光照射；在許多病例中能解除她們的疼痛或是減少她們的疼痛。所以我們遇到有疼痛時需要應用這樣的X光照射。起初照射時還要疼得利害些。所以我們常常要用麻醉

劑。

脊椎感染當運動時疼痛得分外利害時，只好帶一個很合適的兜肚(Stütz korsett)

證明骨骼感染的確實的意義，對於開業醫師也是很重要的。假若是在一班的情狀或是某局部的情狀很難決定，一個婦女什麼時候被性器官癌腫的侵襲。在每個病例上要加增一些病像，這是很不容易使人了解的，因為是離開目標太遠了。在另一方面當疾症後發時增加一點病像是可以的，因為現在的痊愈只是一個例外之想了。再發症之證明很是困難，譬如位置高的淋巴腺再發症，用觸診方法常是一無所得。我已經經驗過多少次了，婦女們雖然訴說很多的苦痛，但是因缺乏客觀的情況，所請的醫師不承認病像有所增加。我在幾個病例中用X光照像指示出脊椎已經受了罹染

，她們的病像也就是這樣增加的。我們對於再發病生了懷疑，而又沒有什麼客觀情況，更進一步必須要用X光照像。

若我現在把子宮癌腫一章拿來引證，因為我們的治療上已經漸有希望了，所以我們沒有理由再忍耐了。反過來說，癌腫治愈的數字是增加的，雖然很遲緩，但是確實在增加着。現在我們在司徒客氏(Stöckel'sche)病院裏施行適當的外科手術與X光照射的綜合方法，在全體的子宮頸癌腫數目裏，治愈了百分之三十；在別的病院裏用同樣設計也可以達到相同的數字。癌腫在初起時期就得着治療，結果還要好些。這也是實習醫師的偉大的職任。我們盡力要使得癌腫在最初時期就能理會，而不要疏忽。新的立法是要找出藥劑與方法來，進一步達到這個目的。

以 Gravitol 豫防胎盤剝落困難

Benthin 大學教授原著

陳家琪譯

即十分健全者與絕對正常之分娩亦數見胎盤剝落之障礙。雖極注意於看護與危害方面之避免仍易發生此種困難與出血，羊水過多，雙生，急產與發熱之分娩，前置胎盤等由於陣痛微弱，而複雜產期中之

肌肉瘤腫，出血與早產時施胎盤剝離手術等尤其在胎盤剝落期中之出血均為剝離困難之豫示。在許多病例中却亦無任何可懼之點，然而使人驚異之多量失血現象發生於胎盤剝離困難情形下亦不可忽視。對於

有效預防之願自屬當然。對症與迅速之處理自可避免此種危險。可是在家庭中之處理對於產婦及醫生之處境均不適宜。多量之失血對於以前曾開刀與必須施行之子宮內手術等均足以增加危險，而傳染之可能亦甚大。正逢出血之婦人嘗不能忍受此種手術而發生產褥熱亦有死於傳染病者。

如能明白胎盤剝落之增速，出血之堤防，剝落困難之實現於正常時間內甚至先於大量血液流下之前時，則事實上已告勝利，而實際方面省却許多煩慮矣。

余意正於臨盆後施行二立方厘之Gravitol肌內注射必為一有效之豫防，此藥痙攣性之功用對於胎盤剝落困難之豫后可以斷定。

事前尤須特別聲明者，即時至今日猶恃障礙原因上之智識而於驚惶失措之前施行適於生理之看護與管理。許多例中之胎盤障礙其主因為錯誤之處理已無疑意。嘗有許多醫師能處理此種生產上與疾病上之大批用具而每不至發生胎盤障礙。但其他則亦嘗數見不鮮。使子宮愈安靜而急切與錯誤之排出術更少蹂躪之，則全部胎盤立刻排出之希望亦愈大，剝落之困難亦愈少，如胎盤殘餘留於子宮內時則胎盤產出後之弛緩出血常危及產婦之生命。

真正之剝離困難常見之於適宜之第三生產期中，其尤鮮見之意外為一部或全部之胎盤附着或稱黏着胎盤。總之在全數生產中祇有二成為無辜之剝落困難。

可惜此等現實祇決之於胎盤剝離期之時間距離與出血。此兩主要點在生理方面之變動非常重要！於是在產後半小時以內胎盤排出之數目表明遂各別，其數常在12,6—77,58%間。至於失血者之數亦同此。由統計可知少量出血至300ccm者為67,7—90,3%，其他之失血量至500立方厘為82,6—97,25%，大量失血者為2,5—17,4%。

余之所以舉出此數者純為比較之便利故。事實上Gravitol對於胎盤剝落期之縮短及同時多量失血之避免却奏奇效。

按余於臨床1637例中所得之結果為92,5%在產後二十分鐘內，而1236例中為75%在產後十分鐘內胎盤即產出者，此結果為Statenow氏最近發表之博士論文亦曾提及。其他279與62例中則胎盤排出在二十至三十分鐘間者，僅有六十例之剝落期間較長，其中之三十名婦人至一小時以上者(佔1,8%)因此剝離早者失血量亦較少。82,1%之失血量為300立方厘。93,1%之失血量為500立方厘。失血量超於500ccm者僅有7%。胎盤排出愈速而出血之量亦愈少。以上所舉之1236例中在十分鐘內即排出胎盤者僅十五名產婦其失血量超於500ccm。反之剝落期較久者則失血愈多而數益衆。剝離期至二十分鐘者則失血數驟增至9,3%，剝落期至半小時者即有三分之一強的人數了，半小時以上的則有百分之七十五為大量出血。

此為雖經 Gravitol 注射而得之結果，至於絕對避免大量出血亦不可能。超過一千立方厘米之危險出血祇於極少數之二十三（佔全數 1,4%）產婦中可以見之。因之施手術之胎盤剝離僅屬例外。至於預後及實際上有價值之事實則為胎盤剝離時間超過二十分鐘所常看之大量失血。當然，我們亦常驚異於胎兒產出後之起初二十分鐘間有時之大量失血，但却為極少現象。出血至一千立方厘米以上者僅為 0,4%，此外僅在十分鐘內排出胎盤之產婦其大量出血百分數僅為 0,16%。由 Gravitol 注射之預防對於助產上有保持至生理上限度 300—500 立方厘米之失血量可能性，即於二十分鐘後亦可達於此點。此可知胎盤脫離之繁瑣矣。

如胎盤剝離期延長，則困難自可預料，且為一早期危險之報告與恐慌。但嚴密之看護與及時施行之避免出血方法等亦較易為。

對於胎盤剝落期之遷延必須施以急切手術現已顯然示之吾等。雖剝落期間之遷延可以使出血較少。但胎盤之即刻排出亦

可於長時間後見之。至於人工完全之生產已無其他之適應處。如強烈出血與逐漸增加之貧血不須施以急切治療時，則必須竭各種增速排出之器械與各種止血方法而用之於手術剝離胎盤之前。

Gravitol 預用之其他功效為胎盤剝離後鬆弛性出血之安全，千分之一強例中有二次顯著之鬆弛見於施手術之胎盤剝落後。且其中祇有一次為真性強度弛緩。Gravitol 誠為唯一聖劑。

末次尤須提及者，即時間之對於助產者並非首要，然經濟時間如對於晚婦亦有需用時則將為某種方法之適宜副作用。

至於有害之處則從未見過，尤其子宮內口由於攣痙之關閉則決不至發生。即急速之剝離而不完全之胎盤亦不多見。事後之診察則全例中僅百分之 0,91 為必需。至於剝離功用由 Gravitol 注射不至破壞者，可仍以少數須施行手術胎盤剝離證之。尤須注意者，即任何不快之別作用如 gynergen 所有者不發生於此劑中，其注射可謂毋庸置疑矣。

普通開業醫師應從事於婦科癌腫的 早期診斷

Prof. Dr. Hans Hinselmann 原著於 Altona 國立病院

婦科部分及 Altona 國立婦科臨床 寒鐘譯

關於征復癌腫的目的須要瞭解清楚，這是很重要的。若是起了不明白之處，我們有採用不適當的方法的危險。征復癌腫的目標是從死亡中救出患癌腫的病人來。我們希望幾乎沒有一個婦女再死於癌腫。這是一個重大的，超越一切意義的目標。這種問題也是重要的，不過是很沒有意義的，就是護惜的，輕質的與事前給以保險的，因此鎮靜的征復方法。

我們若是把這種目標的輪廓畫清，我們要注意到，就是與我們現在的目標，處於對峙之中。我們的目標作式如下：因患癌腫的臨床上的現象，而求治於吾人的婦人，絕對治療的數目達於最高點。以上說法與現在既成的事實是相等的。多半是不能達到的。這種目標是片面的，因為其他一切情形尚不能為吾人所察覺或是已經成為空想。現在我的工作是要指示出來，經過近十年來所達到的進步，我們達到了這種地位，使得開業醫師得到想不到的美妙與滿意。

怎樣才可得到現在的進步？就是可以規定從片面的變為全部的目標，換言之，

規定目標從棄却的，抑制的變為幸福的，樂觀的。以外是毫無發現，比我們已經於臨床的診斷上見的癌腫全部。這不過僅是一種臨床診斷上的改良。這種改良自然是不僅僅精練的觸診 (Palpation) 所能達到的，因為在這種情形中沒有一點改良的可能，這樣指示出臨床上早期診斷的效果，像已經常達到目標一樣，當細心的觸診檢查時常得着優異的結果。除了這種對於臨床診斷的更進一步的因子，尚有其他因子在：眼睛：用肉眼檢查眼睛已常常顯示出癌腫的臨床診斷來，這種方法是非常的簡單，也差不多沒有再優異的與再精練的了。這樣的因子除肉眼檢查外，好像是臨床診斷最後階段了。

進步僅能達到這樣，像一種新的力量發生，來傾倒一切。用擴大與亮光照耀連合方法，眼睛顯示的能力更要增強。因為癌腫最初期，觸診是不能覺察的，藉用眼睛檢查還有機會，對於病者經過精練的，強烈的視察，還有一種希望的力量。

這種新的方法，施於每個來的女病人，經過九年的應用，已有充分材料可

觀，我們可以說，這種方法已超越我們所期待的一切希望。當我起初只到想到小的潰瘍(Geschwüre)及小的腫瘍(Geschwülstchen)而所指出的與希望無關，雖然牠們發現較早於現在所能辨識者。癌腫原來是廣汎得的多了，比那些發生的小的潰瘍及腫瘍。這種方法在辨認尚未深入汎散的早期癌腫有這樣的進步，就是我們可以在不適宜的狀態之下，辨認出可疑的紅色表面來。假若在上皮組織(Epithel)的判錯誤了，尚有許多輔助方法，還可完成這個診斷。

我們最近對於一個子宮頸前壁的向前隆起懷疑是正常的圓壩形細胞粘膜變化。這種平面上差別，用兩眼的診察(binokulare Unersuchung)與擴大法特別可以顯着。相對的部分割下，已經找出癌腫的開始形成了。

可疑的紅色部分，用較好的差別，尚有未盡之處，這是我用的臨床診斷法，仍未能窮盡的。我們已經學會了，辨認每種粘膜的改變，顯微鏡診察之下，已含有最早期癌腫現象，由此可知，系統的診察，已經把我們未能辨識的粘膜變化指示出來，從那一種原由生出那一種最早期癌腫。我們要這樣方法可以發現癌腫的組織新成(Histogenese)，所以把那種顯微鏡下所得完全順序一直到大部分角質化異型上皮，我們不但是照系統的討究，而且可以引用到臨床的診斷上來。舊的臨床上癌腫診斷已經是如此的發展對於一種既成異型上皮的診斷變成診斷出癌腫的各個時期進化。在這種大範圍中，舊時所認為癌腫，僅是一部分，而且是最後階段。

我已經把癌腫異型上皮的各部分的進化過程在下面圖中簡單的表示出來。

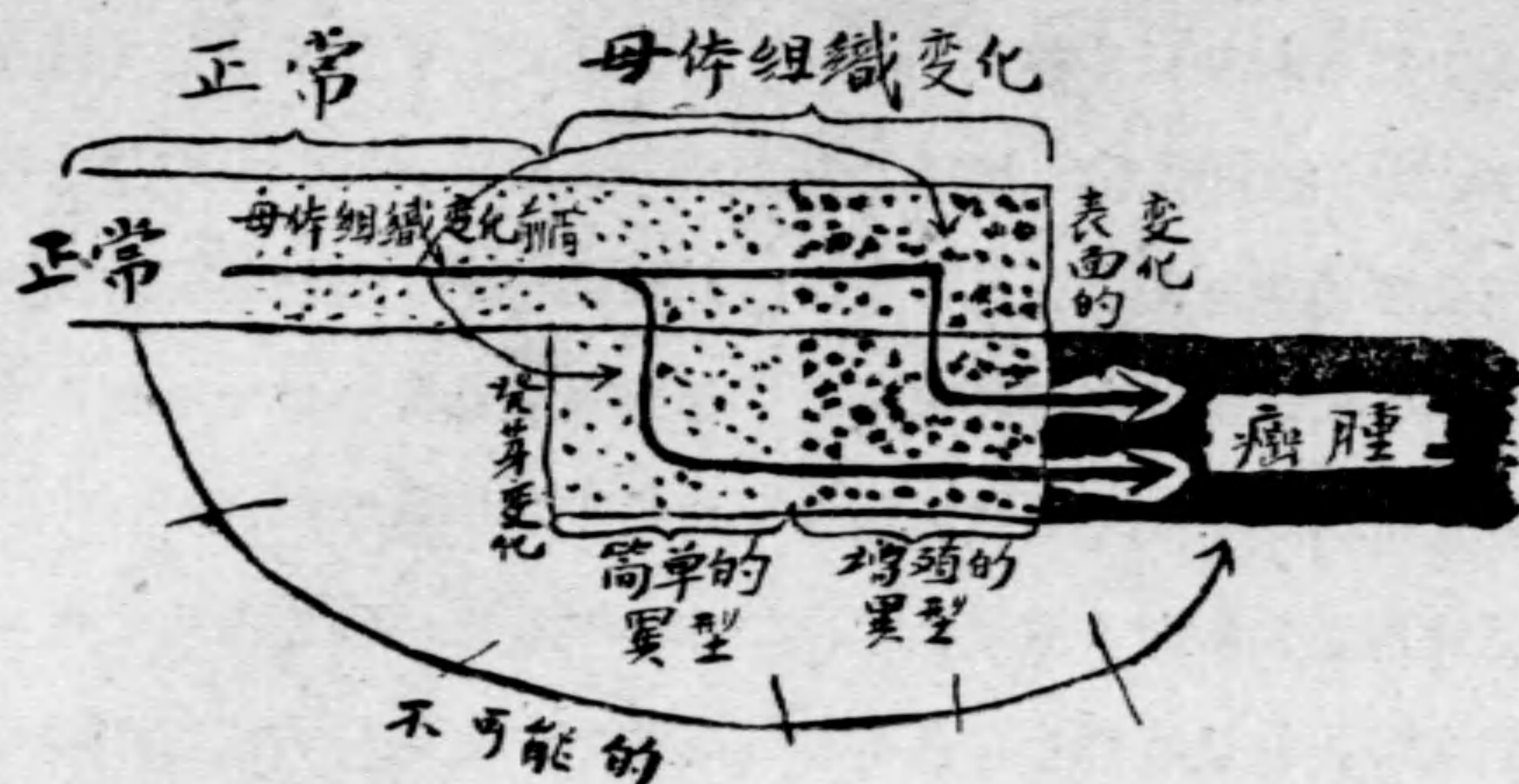
惟一走向癌腫的方向



在Portio部分我們辨認不出別的進行現象。癌腫突然從正常的Portio粘膜躍其間的一切時期而發生變化，通常尚未見過，並且照我的見解也沒有想到。這樣的增殖

(Wucherung)是怎樣發生的呢？僅僅經上皮胚芽層的增殖。胚芽層的增殖是納於母體組織變化之前的，而有一種進化階段，在下面圖上表示出來。

向各方面發展的方向。



我們已經在科學上找出問題，這種圖解是非常明顯。對於其他方面也足以證明出走向癌腫的方向。我們解釋癌腫是一種上皮組織在某處發生了增殖。

我不願利用這個機會，關於各個形狀的母體組織許多錯誤的判斷加以廢止，因為這僅是我們的方向，在其中要達到一種可能性，在我們的方法中建造一種新知識，可以救援一切的婦女，她們現在仍是死於癌腫的。

角質化的異型上皮表現出臨床的現象，當增植物已形成了潰瘍，而疾病的變化，已過了長久的進化了。但是也有些病例，現象發現得這樣遲，到了想不出有效的治療來。這些病例並不很少。最可驚異是福克斯 (Fuchs) 所報告的數目，有二十二個婦人在四個星期之內，等我們再加注意時，十八個已經死去。在最好的條件之下，主要癌腫的治愈數目在五分之一至三分之一之間。我們治療上的效率平均數，依德國全國來計算，自然還要在此數目之下。

我相信，我們應該不要忘記，當我們試驗這個問題，我們在征復癌腫中是否要建造一種新的進步。假若我們把癌腫的根本除去，我們可以用簡單的方法，作為百分之百的治愈。第一個前提就是我們要脫離這種思想，一個婦人在診察之前已有病像發生。誰要信任這種病像，就不能加上新的可能性，這種可能性是伏在無病象表現的期間。所以我在數年前已提倡婦女分期診察 (Periodische Untersuchung der Frauen)。這種診察法已在 Lönne 出現，又經德國婦科學會的贊同，現在已 V. Jaschke 於健康檢查的需要上特別的指示出來，我對於他們的採用只能表示熱烈的贊同。

我們對於這個問題更進一步，健康檢查怎樣才能實行？當我提倡這個要求時已經說過，一切的醫師對於婦科問題要多討論。一切關於能夠早期辨認癌腫疾患，必須把這種早期辨認作大規模的報告。除了婦科專家外，普通開業的醫師也要從事於婦科上解決這個問題。許多參與

這種健康檢查者而沒有受過專門的訓練，要減除他們在工作時的困難。所以我們必須想到，普通開業醫師是否像婦科專家一樣，來計劃這個新的要求。

當新的法律條文尚未提出時，預料這種健康檢查要合乎經濟條件，公佈施行細則時要顧及各方面的確實基礎，這些所設立的與決定的而我們要對於凡是患者達到百分之百的治愈的目的，而我們的檢查方法，只要技術上可能的就要做到，就是說要經陰鏡檢查。我們要顧及到陰鏡的檢查，而結果還是不能確定，我們的目的還是不能達到。我們必需慎重的試驗這個問題：我們怎樣才能創造一個前提，一切的醫師必須熟悉這種技術。

這是自然的，這種方法的採用有了九年了，以後這種方法理論上基礎也要一點一點的創造起來，方法的引用也尚未完備。在近幾年來有幾個臨床家已經系統的運用陰鏡了，在醫師應用之中建造一種效果尚有一大進步。第一點的要求是：我們要造多數的實驗所(Ausbildungsstätten)，在所裏無疑要成立陰鏡的診斷，只要情形允許用大規模的組織上收集把診斷來反復的試驗。却巧第一年在陰鏡實驗時，陰鏡檢查所得而變為顯微鏡的常有新法處置。我相信我們大學中的婦科臨床，第一點的職任是作為實驗所，使得婦科的後繼者，開業的醫師特別是大學生得到效果。對於每個婦科病例主要的講授除去觸診外，不

但是肉眼的用擴大器檢查，而且陰鏡檢查也要推崇。這種情形對於大學生自然的對於一種婦科上的檢查必需用陰鏡的檢查。我們希望，一班大學生慢慢推進到一個普通醫師，或是婦科專家，能用陰鏡正確的找出上皮角質異型組織。

尚有困難的是已開業的醫師，來採用這種新的方法，但是我相信若是在大學裏充分設立陰鏡診斷的課目，也可以滿足這班修養補習的要求。對於事實上最大的希望是每個醫師不但是在學習方法時不生困難，而且很容易學會。我相信現在已開業的醫師執行起來，比較還要快些，不但要用現在所用的診察還要用陰鏡檢查而使得完成一個有效方法。

我們理想的結果指示出來，每個醫師只要他有強烈的意志來驅除一切困難與充分的理解精神，就要來直接參加這種征復癌腫。婦科的後學也要多多在臨床時用系統的陰鏡檢查，自然而然在事實上發生出來。我們希望將來要有一個婦科專家，在陰鏡的實用上創生一種大的能力，豐富的經驗與較好的熟練來證明陰鏡的理論，像其他專科的情形一樣，開業醫師不再視婦科只是一種附庸。

不過我們不要誤會，大多數是與素質有關，具我的觀察力，一個開業醫師雖然對於陰鏡檢查的盡力是附庸性質，但是在他的診斷中，尚沒其他方法超越過牠。若是一個普通醫師在診斷上有了懷疑，能夠

移交到專科醫師或是送到中央處所，對於這事可算是特別的盡力，至於治療是專科醫師的事權了。

特別對於以後的檢查而所得的材料如 Portio 的切斷或是摘出，我不願講得詳細，因為現在要試驗到這個問題，開業醫師是否能用陰鏡檢查來診斷癌腫。我們不相信，普通醫師僅用手指與擴大器的檢查，或是遇到可疑病例就請專科醫師與移交中央處所，是完美的方法，因為這樣就失去了最好時機，就是沒有可疑的病例用肉眼的與觸診診察時也可用適當的陰鏡檢查。在許多病例中不用陰鏡，各部分都保持在鎮靜狀態之中，以後也有幾個會好些。

我們至此僅講到關於癌腫問題，發生癌腫之處在女陰下部，陰門，陰，Portio 外面，子宮口處與子宮頸下端。這是很明顯的，雖然還有許多的癌腫超過這些地方，不能認為滿意，而且在健康檢查時要擴展到子宮體，經過詳細既往病況去搜索子宮體癌腫的病像；這是有很大的分別的，子宮體癌腫的病像很早就發現出來，而我們所講的女陰下部癌腫並不如此。我們聽她的詳盡的既往病況用觸診與陰鏡檢查互相關係；也能試察出可能性來。我們用觸診法很早期的就覺察出卵巢癌腫來，對於女子生殖器系 (Genitaltraktus) 的一切癌腫藉健康檢查得一新的地位，就是知道生殖器下端的惡勢癌腫在特別情形之

下是增長着發展的。

在事實上發生這樣的新地位，就是不能用現在的方法來比擬的海恩曼 (Heynemann) 在漢堡助產學會裏提過，當健康檢查時，我們也應該檢查到乳房。我對於這種辦法在執行業務時特別注意。若是我們還要用肛門檢查法，觸察直腸，我們用簡單的補助法在健康檢查時已經達到重要的步驟。

這些檢查我只能作為舉例：

我們在二百三十五個病例中分起類來：十六例是癌腫，其中七例是乳房癌腫，一例是胃癌，一例是小的直腸癌腫，七例是子宮癌腫，而其中一個是子宮體癌腫，兩個是子宮頸道癌腫，四個是 Portio 癌腫。此外還有七例在發現期之前，我們已經診斷出來了。

這種結果差不多百分之十是值得注意的，並指示出來，我們採用健康檢查是一個正確的方法。這種檢查還告訴我們，有一種病人，要不是我們宣傳，就不能診察出近似的病象，現在可以達到病徵的真像。我們不但能覺察很早期的現象，而且能明白正在蔓延期的現象，不過其一期間我們的努力，總是無效的。

為我們癌腫診察所需要，並沒有複雜的檢查方法，而要在各種情形之下，要有一種簡單檢查方法，每個醫師都可以應用，最後結果是每個醫師都能夠明瞭癌腫的早期很正確的診斷，並且是必須要明瞭

的。若是事實能發展如我所想象的一樣，我們就不需要許多多的婦科專家與婦科醫師，並且他們早已減少了。用這種新的可能性與新的推進，對於一班後學，醫務上滿意之門是大開了。我所以要大聲疾呼的，因為一種科學上進步，直接的可以打開社會與經濟的難關。

我觀察到，當這樣大大改變我們知識與能力時，時間的犧牲是無可避免的。所難忍耐的，是覺得這種進化的速度，來得太慢，我們知道一種大的進步不但是醫師而且婦女界都得着無窮的普處。現在只是一種可能性，牠的進步也不是僅用有勢力的討論能夠達到，像現在所呈獻的一樣。

健康與衛生

近代國家的社會治療

Werner Hollmann 原著

沈其稀譯

民族社會革命帶給了醫師們不僅一種由人民的及種族的觀察點出發之醫師問題範圍的擴大，並且變更了在人民及社會的共同基礎上之醫師的整個意義。在公民時期內「家庭醫師」單獨一個家庭所有的醫師就可以滿足了這個時期內的社會醫師的功效，因為在這個時期家庭不僅為民族的基礎社會份子，且為民族的基礎經濟份子。等到工人社會的成立，前面所說的情形就發生了變動，因為這被認為一種正積極發展的民族部份的工人社會是站在公民時期的社會及經濟勢力以外的。現在是除了家庭醫師問題以外尚有許多新的問題佔有重要的位置，就是新的「社會醫師」的問題。

這一種去將兩個問題範圍歸併起來的研究涉及到已往數十年的一切醫師地位問題。一直到經過了民族社會革命之後這個問題才有一個解決的可能，因為這個時候的經濟組織，人民傾向及工人社會係聯合建築在同一的經濟法制及社會法制上的原故。那種常常說到的，舊時候的家庭醫師思想去重新實現的要求遭受了擯棄。這是如同去恢復公民時期，僅僅建築在家庭制度上的經濟法制及社會法制一樣的不可能。

醫師的地位不僅與民族集團的社會變遷有關，並且與民族集團的世界觀念變遷亦有關係。在個人的世界觀及普遍建築在民族社會革命的世界觀之間所造成之對

立在普通方面控制了過去數十年來的一般思想，在特別方面則控制了醫師的思想，並且還將他的印象表現在正來到的數十年上。現在醫師們特別加以注意的社會性神經症就是這個世界觀對立的一個症候。

社會的權利神經病患者正趨向着整個的經濟保險的努力，這就是說，他要在一個新的經濟法制內去握到一律的私人財產制度的保險，並且去與他的僅僅個人生存的單獨動產制度的保險抗爭。社會保險不承認這個主張：在經濟危期的時代社會保險拒絕這種主張的整個保險建議，而這個主張則因其為神經病構成的治療方法仍繼續努力，而由社會保險轉成了這個主張的問題。根本的社會保險的補充辦法不能由工人失業保險及工人失業救濟兩種方法即可對此有所改革，反而推逐了人民中的健康者，尤其賦有權利感覺的一部份到社會性神經症內去。這一部份人羣正由被感覺到毫無價值的安全救濟出發向着保險的支系努力，他們在這裏尋到了權利主張。

在這樣構成的爭鬥中保險契約成立了一個遵從要素，即社會的裁判在法律強制之下附加以一種國家強迫制度，就是醫師的鑑定制度應強制執行以達到社會的維持，由此保險契約方得到『社會』二字意義的解釋，若開業醫師及鑑定醫師不願附加以此種社會的強迫制度，則應予以監督審判，社會法律，服從懲罰，特別訓練或停止鑑定等制裁。這種爭鬥的一部份就是反

對那個『合格憑照』。爭鬥前線在開業醫師與鑑定醫師之間正如在被保險者與保險契約之間一般。

現在舉出一個對此極有意思的譬方。一個四十二歲的雇員某甲，在戰爭中因搶傷一臂成爲麻痺，以後又完全消失，僅在此臂上遺留一種歇斯底里的麻痺，因此於一千九百二十九年成爲失業。一直到一千九百三十三年才成立了一種對於歇斯底里麻痺基礎上殘廢承認的權利的爭論。這個歇斯底里麻痺的診斷由所有的醫師一律加以確認，然而他的養老金在兩次的請求抗爭中雖然得到了最高保險機關的批准，可是仍爲國家保險機關所否認。集在這個問題上的辯論爲，或者這種歇斯底里的症候係由『健康意識的有知覺或無知覺的阻礙』而成，因此應先加以假定，即是否爲『由健康意識的知覺的阻礙造成一種神經症傾向，而這個病症有這種使他脫離工作的目的』。由勞動市場的活動某甲於一千九百三十三年獲得職業，現在他的歇斯底里麻痺症候消退到極少的主觀病像，這種極少的主觀病像在他的工作效能中對於他并無傷害。因爲他在一千九百二十八年到一千九百三十三年之間負有八百馬克(德幣)的債務，而他認爲這筆債務應由殘廢養老金的追加付款去抵償，所以他爲着他的權利仍繼續去抗爭。

他的養老金終於由一個鑑定醫師證明，他的不能工作效能係失業的結果，而

被取消，并且依照這樣症例中的多數裁決均以爲不能由社會保險去承認這種效能的權利。

這個譬喻的例子指示出，在現行的社會保險中社會的裁決權常在各個情形上與鑑定醫師的判斷恰相抵觸。這種抵觸的情形尤以在鑑定醫師對於這種病症的原因考究出一個判斷的時候極爲明顯。這類例子這裏多被棄置不顧，我個人有時亦曾對此問題加以詳細考慮。對於在這一類例子中去造成一個客觀的解釋差不多是不可能的，就是宏偉的醫學文獻對於災害及戰爭在疾病的發生及轉劇上之影響亦不可妄加錯誤解釋。在戰爭以前，社會保險的經濟繁榮時代裏，由傷害成爲內症的問題曾經在廣泛的範圍中討論過，并且對於許多的例子均加肯定，這許多例子被承認爲滿意的證明是因時代關係的原故。在經濟危期的時候這種時代關係亦漸漸不能有助於滿意的證明，并且傷害爲致成內症之影響一說亦漸遭拒絕，——然而至少在災害鑑定中，在職業病問題中所有的情形起了一點變動。

這裏缺少一種研究去將這由數千被保險者在同樣情形中所成立之爭論點加以廢棄。第一步應造成一種社會保護制去對於這個事件加以研究。這個問題僅僅在支派上的解決是絕對可能的，因爲在這種支派內係被將保險者的人羣認爲一種不可分離的整個集團，第一點是安全保障的問題，

因爲自社會衰落以後這些被保險者均陷入安全保險問題之中。雖然現在已採取社會保險的設備及社會保險之各種補充辦法作爲不可改變之設施，但是對於這個研究仍不能說達到完滿的成功。因此由各種必需之點看出來，社會的保障應由社會治療去加以補救。可是還有一個問題應加注意，就是在社會保險的設備及法制未改變以前，受災害的個人生存問題在根據受災害人的權利上仍應由社會保險的支派內去獲得補助。

醫師的強迫制度一點係根據社會治療基礎去導成一個社會的改革，此點已由衛慈客氏加以承認，他將社會治療的意義由個人的教育指導出發擴張到社會改革的經營上去。

由社會治療的基礎得到一個概念，即社會神經症的精神學構成是極其複雜，正如人類原始時代所有的情況一般。對於一個權利神經症的原始慾望觀念從未放棄。這個原始慾望觀念幾乎永遠地給被保險者以一種抗爭趨勢的回答。在這抗爭趨勢中一切環境關係多少總要遭受破壞或擾亂。對於妻子的，所敬愛者的，職業的，甚至國家的及宗教的關係之被擾害現在均已證實，并且除了這些關係之某一種被擾害解離以外，在給果上還有一種全人類關係的擾害。神經症的社會性質係在這樣情形之下才發生的，并根據一切社會複雜關係的拋棄，及依着一種最後可靠趨勢的方向努

力引導到社會保險的問題上。那些因經濟恐慌，敬愛，榮譽及職業的誤解而陷於抗爭趨勢中的人們正罹陷在最後抗爭的道路上爲着生存問題去反對社會保險及國家。抗爭趨勢與神經症患者被認爲共同合作點的解釋得到成功以後，再須去達到成功之點則爲效果的永久存在問題；要達到這一點，只要將認爲由抗爭趨勢所致之最後結果，即社會關係的擾害去加以比較考慮即可。假設社會治療要達到永久效果，則社會治療應被認爲一種對於社會保險的保證棄毀問題及社會衛生問題上的一種妥協去加以留意。

在發生多數社會神經症的時候，這個妥協必須在勞工法的革新組織中成立。一切治療上努力的基礎一方面造成了抗爭趨勢上個人醫師的讚同，在這個抗爭趨勢中去消滅神經症，另一方面則造成了一個社會醫師的事業，就是要將一切勞働民族同類的勞工集團加以復新組織。這裏的治療方法係在施行治療者之下組織成立一種教育集團，在這個教育集團內施以一種教育式訓導。

這樣的一個共同合作強迫引導醫師到社會保險設備上的另一種地位。由被保險者的立足點出發醫師應視社會保險爲社會治療者，他看出了保險的缺點，並且獲到了一個觀念，就是國家保險制度的設施，尤其是社會裁判不合於被保險者的權利。他由他的治療立足點出發不能毫不反對地

接受了在社會法制中現在實行的那種條例，因爲由一種客觀強迫覺得對於許多例子中神經症患者的權利一層在社會法制所應許的以外，應當再多給他們一些權利。社會治療者應依據社會保險的報告對於個人問題多加注意。社會保險對於神經症製造的可驚影響使治療者一面由個人整個經濟力受社會保險控制的情形及另一面由精神改變的作用對於個人一點更加明瞭。根據被承認爲醫師社會學思想所出發的主張是一種依照真實的社會集團的主張，在這種主張內不僅對於在社會保險內應顧及之各個動產加以保護，並且對於一種整個經濟及社會保險亦應加以保障。在一個只適對於經濟危險發生，及僅有一種災害保險意義的單位保險內，不能由已有的權利保障上導引出此種效能的要求。而這個要求的主張只可以引用在一個需要社會救濟的地方，並且這個地方賦有救濟權利。換句話說，救濟權利不能由過去時代求到貫徹，然必須在未來的時代去求實現。

現代對於社會治療者的意義係將其由一個鑑定者變成一個古代的一種醫師意義的救濟者，因此社會保險的條律對於社會治療者仍舊適用。至於疾病之是否爲職業病，或是由否戰爭及傷害所致等等之病症原因問題，即是否爲國家保險法（德國）第一百八十二條定義的疾病，或爲國家保險法第一千二百五十五條定義之因病殘廢等問題，若假設此種問題之答案對於在災難

中之被保險者不能成立一種救濟，則上述問題將失却社會治療者之意義。對於這種問題苦回答以此處所論之社會治療者為一種醫師性質的救濟者并非關於保險問題的鑑定者，則似乎於社會治療者名辭上有矛盾之處，此無異於言，社會治療者在這裏對被保險者有意義而不是對保險契約有意義的。因此社會治療者失却了這一種的分別，這個分別就是在各個社會權利神經症例子中所造成的開業醫師及鑑定醫師間之分別。

由社會神經症性質的關係社會治療含有兩種意義。這兩種意義一方面關於社會生活的外來損害，另一方面關於被保險者的內部精神上的缺點，對於此種缺點社會治療曾經注意過。一派主張對於這種個人的缺點由教育的訓導及將其對於社會的爭論加以解釋去補救這種缺點，另一派則主張創造一種適宜的社會環境去施救這種缺點。社會治療開始於精神治療的勞工社會中而終結於團結的及社會的改革努力上，這種改革有個人的及普遍的兩種，并有一個由個人世界觀到普遍世界觀過渡時期症候的意義。

醫師鑑定者及社會治療者的採用由民族社會革命方面發生了一個基礎上的變更。在現代仍存在的社會保險中醫師鑑定者被認為係對於整個保障運動努力之被保險者的個人條約權利的及有組織的計劃方面之代表。假設醫師根據政治的及世界觀

的基礎站於被保險者的一邊，則其必須本身由社會保險方面獲到那種責任的維持力量。他援助那種在社會保險通行的法制中尚未承認的權利主張，所以他主張破壞舊有的鑑定者制度，因為他曾經保持過這種鑑定者的錯誤法制觀念并且使他陷入了權利神經病中。醫師們也反對Nil nocere的舊時的基本論。

這裏也舉出一個譬喻。一個二十七歲的細木工匠某乙因患脊髓性小兒麻痺症而成殘廢。經矯正術治療使此種存在的麻痺病像迅速消退，到一個時期麻痺現象完全停止，因而得以痊癒。這裏有一個值得研究的問題，是否這種痊癒可以進步到使病人不至成為殘廢，但是事實病人已經因為他的疾病而成為失業者，并且因為痊癒的原故他的殘廢養老金被加以取消，所幸因為他的父親還有工做，因此他被他的父親養活着。雖然鑑定者證明，可以承認有一種權利去取消養老金，然當病人被證實僅具一種減低職業效能的工作能力時，他的養老金取消問題似應審慎。

這個例子給了甚麼樣的教訓？普通的勞動市場的意思毀滅了殘廢的意義，這係去求一種自由主義印像的見解。他并無其他意義，僅有一種這樣的假定，即每個健康者均可以自由地用一個力量去尋到工作。但是這種假定由前面的例子看來是失敗了。假設某乙雖不至再成殘廢，可是在普通的勞動市場他尋不到工作，因為工作

必須有相當的工作效能。那種普通的勞動市場對於他不能有所供給。在舊時思想上的殘廢定義不適用於某乙之情形，而事實上又被用到，所以他必須走到權利神經症上去。在某乙之例子上還有這樣的情形：即不僅某乙被引至權利神經症上，就是他的診斷醫師，曾為其病人出立危險憑證的醫師也牽涉到這個問題上。這個教訓指出，這種現代的殘廢定義若要成立，則必須假定在各個例子中對於被限制工作效能的被保險者的普通勞動市場去重新成立，換句話說，必須鑑定上決定他可以用他原來的工作效能去獲得工作。除非社會保險建築在整個的民族經濟基礎上，這個事情方有可能性，並且現行社會保險的效能應由那種根本不屬於舊時思意的社會保險效能去加以補充，就是說社會保險必須假定建築在近代國家的職業位置及職業組織的系統上。若果這個事情實現了，則醫師成為民族社會主義之普遍世界觀的代表，社會鑑定者及社會治療者。他的社會效能問題係實行去救濟由社會組織努力中創出的民族生活問題。一面由抗爭的進行去喚起一種這樣的努力組織，另一面則對於此問題施以勞工法制改革的救濟，尤以後者為最有效果。但是一定要給予醫師以足以施救的方法，這個事情方有可能性。

這種方法却不能仍為現在僅有的鑑定具文式類，而必須創立在一種直接的作用中。一個被限制工作效能者應在何種工作

上去得到位置的確定並不是在客觀的醫學以外的職務，而是與各種情形的主觀影響有關。不用顧慮到影響一層而吾人依照客觀的醫學方法去試行確定這種工作效能，於是造成一種工作可能性的理論行列；站在行列的尖端為鑛工或機器工人，站在另一端的為管門人或信差。對於殘廢保險曾經提出問題及注意過的每個人均知到，被保險者對於尚有何種工作效能問題之答案，均根本拒絕保險建議：即在關閉室內坐着的工作(管門人)或信差工作等建議，這種建議由其廣泛性質在健全的普通勞動市場上絕對無社會意義。

這個問題只可以在各個情形中由醫師監督下的直接工作指導在工作地位上去加以解決。既實用於器官損傷者亦實用於神經性工作不健全者。

由一種民族社會主義政府去制定一種法規，即在各個職業內，就是極小的職業內均應有一個工廠醫師的設備。這個工廠醫師的工作自然第一步應注意避免職業上的健康損害，就是應當對於在工作時的被限制工作效能的工人去加以監護及適當的處理。這樣方可以說在醫學上找出了一個理論問題及實用問題的完滿效果。工廠醫師同家庭治療醫師的合作在組織上是極其重要。由這樣的合作才可以使對於醫師方面的家庭醫師及社會醫師問題的聯合成為可能。在這種醫師問題範圍的聯合上成立了在國家內的民族社會主義醫師階級

的主要問題，因為這兩種醫師問題範圍的聯合將使民族社會主義醫師由公民經濟時期的家族醫師及自由主義的社會主義之社會醫師方面加以區別。

譯者按此篇係譯自德國一九三四年出版之醫學雜誌，德國自希特勒氏秉政以來

成爲一個民族社會主義家的國家，所以本篇主張富於民族社會主義思想。民族社會主義爲歐洲近代勃興的一種理論，似乎有加以注意的價值。茲特譯出此篇以供國人之留意社會醫學者之參考。

治療報告

海外診屑拾零

許端慶節譯

一. 用 Aulinogen 治療痤瘡

頑固性之面部痤瘡及癰腫症，用 Aulinogen 軟膏曾治癒不少症例；此膏中含有百分之四的 Aulinogen，此係一種有機之硫磺化合物，普通稱爲 BISAETHYLXANTHOGEN.

每天將此膏薄薄敷于患部，切勿搓捏，數日即癒；他種硫磺劑或砒劑不能治癒之症例，用此膏可望於短期內痊癒。

二. 腹膜炎之血清療法

Katzenstein 教授曾用抗毒大腸菌血清治療繼盲腸炎而起之腹膜炎，結果，死亡率降至 2),69% 以 25ccm 之血清作靜脈注射，50ccm 注射于腹腔，25ccm 作肌肉注射，此種注射可於開刀後行之，但須當麻

醉尙未醒時爲妙，因藉此可減少過敏作用也，若次日尙未見效，可再注射一次。用于小兒切忌靜脈注射。

三. 手術後的吃逆治療

頑固之手術後吃逆，若病者之傷口及胃腸無障礙時，可速行碳酸吸入法治療之，頃即痊癒，如不見效，可用 1% 之 Novokain-Suprarenin 溶液注射于橫隔膜神經周圍(兩邊同時注射)迅即見效；若復發可再注射一次。此外，Kappis 尙發明一法，即壓迫喉頭(Schildknorpel 甲狀軟骨)亦甚見效。

四. 多發性硬化症療法

Nothmann 氏曾用(Germanin Bøyes 2)5)治癒多發性硬化症二症例，係作靜脈

注射，於第一二週時，注射 0.5，後可增至 1.0；共注射十次，除注射日體溫稍稍增高及注射後一二日感覺疲倦外，無其他副作用，亦無蛋白尿，二症例經注射後，一切症狀俱已減輕。

五. 用 Detoxin 治療敗血性之普通傳染病

Detoxin 係由被覆上皮加水分解而成之治劑，內含有機硫化物，與鈉結合，成爲 Natriumkerainat, Hofbaver 氏曾於十二症例中用 Detoxin 治癒之，此等症例如：小產後之敗血性傳染症，盲腸炎繼起之敗血性傳染症，化膿性口峽炎繼起之敗血性傳染症，骨髓炎繼起之敗血傳染症等，尙有二症例，係慢性關節炎。

最緊要者，須用多量，普通，以 15—20ccm 作靜脈注射，急性之熱症患者，每次注射，俱有惡寒戰慄，但並無震盪症及心臟機能之影響。

行靜脈注射後數小時，溫度即降低；廿四小時後，行第二次注射時又復升高，慢性關節炎之二症例，經 Detoxin 之作用後，亦可使疼痛減輕，動作靈敏。

六. 用 Trypaflavin 治療副傷寒 B

漢堡 Pinneberg 市立醫院曾用 Trypaflavin 治癒三十六副寒傷 B 之症例，俱係沈重之病者，症候經過非常模糊，除菌血症顯現外，腹瀉及傷寒現象俱無，經 Trypaflavin 之注射後，持續熱即降低，一切臨床經過俱甚良好（但真性傷寒則非

Trypaflavin 所可治癒者，此於試驗管中可證明之。

劑量：5—10ccm, 1/2% 之 Trypaflavin 溶液作靜脈注射，每隔二日注射一次，並無副作用發現。

Trynaflavin 對於持續排菌者之作用較弱，此等患者大便內之菌體，Trypaflavin 不能除去之！但總之 Trypaflavin 用於副傷寒効力之大是無疑義者。

七. 失眠及其療法

吾人欲治療失眠症，必先詳細分別診斷之，據 Economo 氏之意見，失眠係由于睡眠中樞受到障礙所致；障礙可以由中樞本身而發者，如嗜眠性腦炎 (Encephalitis lethargica) 即是，惟甚稀見；普通俱係由他病之刺激所致者；刺激可由腦皮或身體他部傳至睡眠中樞，以症候論，普通分失眠爲三種：

1. 單純性失眠
2. 睡眠濃度不足，
3. 老年性睡眠(醒覺甚早)

第一種之多數原因，爲睡眠之必要條件，『情緒安靜』缺乏，故治療時，首宜重者爲合理化之生活，沐浴及催眠之暗示等。

第二種之起因，已較複雜，有因身體之病痛引起者，有因藥物之作用引起者，有因心理之作用引起者（此與藥物作用同），如醒覺甚早，則可表明，睡眠中樞最早已受到由腦幹部傳達來之作用之影響

矣。

總之，應注意者，安眠劑作為對症療法時，當審慎選擇使用，更須究其失眠之主因，心理療法，對於失眠症甚有效，其他物理療法，如水浴法（35°C）養氣浴法，下腿包扎法，汽浴法，透熱療法等俱適用；此外宜注意者，為規則的營養（通大便，少食脹氣之物）。對於安眠劑之選擇宜注意其與中樞神經系之關係。

由藥物學之實驗，安眠劑可分為二大類，一，作用于腦皮者，二，作用于腦幹部及位於此之睡眠中樞者。

第一類如，酒精，類醛，抱水克羅拉爾，Chloralose, Amylenhydrat 及嗅素治劑。

第二類如，Chloreton, Luminal, Veronal, Baldrían 及鎂鹽，此外尚有 Pernokton* 及 Somnifen。

就上述失眠之原因觀之，吾人當知安眠劑之選擇也，由心理的刺激而引起之失眠症，可用第一類藥物治療，老年性失眠及由臟器病引起之失眠以 Barbitursaure 屬之藥物為宜，或用其與鎮靜劑混合之治劑亦甚見效，如凡拉蒙，allonal，加當（Gardan）Somnacetin 等，重症之臟器疾病，可用嗎啡，及其所屬之類嗎，致應用其他安眠劑之法時，宜常常更換，俾免除習慣作用也。應特加注意者，為作用于腦幹部之安眠劑，因其易使呼吸中樞及血管運動中樞麻痺也。

八。用Lubrokal治療真性癲癇。

普通治療癲癇，當推 Brom 及 Barbitursaure 二類，但選擇何類為宜，頗難言之，因各個癲癇者對此二類藥物之影響各異也，故最妙為雙管齊下，於 Brom 之旁兼用 Luminal（內含 Barbitursaure），據 Michels 推想，以為在 Brom 與 Barbitursaure 混合中定具有一種新作用，可制止癲癇之發作，根據此說，特製出一新劑名 Lubrokal，此中 Brom 及 Barbitursaure 之含量甚微，但其効却特著，每片含 64% 之 Brom，2.94% 之 Barbitursaure，Michels 曾用此藥治癒不少之癲癇患者但亦非一切癲癇俱能治癒；有時亦發現『小癲癇發作』（Petit Mal）惟多數之症例，用此藥已能治癒也，小兒亦可用。

Lubrokal 之毒性特徵，因其中所含之 Brom 及 Luminal 甚少，故可整年用之無害。

用量：成年之癲癇，每日服二——三片。

Lubrokal 最妙之作用，即能使癲癇發作時受害最列之大腦皮質部之中樞及腦幹部之中樞鎮靜；因 Brom 多作用於腦皮部，Barbitursaure 多作用於腦幹部，故當癲癇發作時，二部俱可受到藥力之効也。

（註）未用 Lubrokal 之先，仍可單獨用 Brom 或 Luminal 治療，因亦常見効也，但二物須時時調換之。

九. 慢性頭痛之原因及治療

慢性頭痛之原因，有下述數種可能：

(1) 頭顱風濕病 Kopfschwartenneumatismus:

此種疼痛之發生與天氣，溫度變換，氣流等有關係，痛時，後頭部感覺一種壓力似的強硬，頭部及頸部之肌肉特甚。

治療：循序之按摩及透熱，水楊酸治劑，此外宜避免感冒，潮濕，通風。

(2) 血管舒縮性之頭痛 (Vasomotorische Kopfschmerz)

疼痛僅限于顛頂之一部，同時尚有血管舒縮徵象，如手足冷凍，皮膚畫痕等，由病者青白之皮膚色即可診斷之。

治療：0,1 chinin. sulf. 每日3-4次繼

續服用一月，此外如輕度之水浴法；局部透熱此處不宜，

(3) 歇斯的里性頭痛 (Hysterischer Kopfschmerz)

激烈者稱為 *clavns hystericus*. 疼痛部位亦常於顛頂，同時尚有其他歇斯的里徵候，如 *Haarweh*, 毛根知覺過敏等。治療難，易被歇斯的里阻礙。

(4) 慢性便秘及腸寄生害病亦易引起頭痛，當原因治療，通大便。

(5) 遺傳性頭痛

普通於發育年齡多見之，漸進可成爲慢性頭痛或偏頭痛；因遺傳性頭痛與真性偏頭痛有關，故亦可試以偏頭痛之治療：長期服用雞那劑，Luminal, Impletol,

扁桃腺切除的報告

呂世藩譯

關於咽頭傳染病與內科病的關係雖有很多的著作，但在實際上仍未能精確而合理的憶及這種關係，對於理論方面此處不再作進一步的討論，實際上的效果是使病人能很快的恢復其工作能力。

對於扁桃腺的生理吾人尙不明瞭，據 Eugel 氏的調查，20-90% 學童的淋巴咽頭環 (lymphatische Rachenring) 都有肥大的變化 (Hyperplasie), 這種變化除因有

淋巴性的體質外，是由於引起肥大的局部素因，肥大狀態在第四歲，尤其是第十歲達於一定高度，於十八歲後即很少見見扁桃腺肥大。

局部的痛苦，異物的感覺，頸部發癢，咳嗽的刺激以及在下顎角的痛的淋巴腺腫脹等現象常使父母延醫爲其兒童診視頸疾，多數兒科醫生均不贊成將扁桃腺除去，切開或吸取 (absaugen) 若每遇重時

扁桃腺肥大即將其除去，則未免過於率然及錯誤。

據臨床家與實驗家的意見，將扁桃腺完全除去為最佳的，一勞永逸的方法，遇以下諸症時均可施行手術：引起上部氣管狹窄的扁桃腺肥大；屢發性的口峽炎與扁桃腺膿瘍；關節癱瘓質斯；心筋炎，心臟內膜炎以及腎炎，若於該數病時扁桃腺內有農場所的惑疑。

對於屢發性的關節癱瘓質斯應將扁桃腺除去以免損及心臟；但該手術須俟口峽炎的急性期消逝後始可施行，在幼年及中年時的心筋障害多由扁桃腺傳染所致，於屢次吸取後僅得暫時的效果，下列症例為扁桃腺除去後得永久效果的一個例子。

一個十四歲的少年，從前常患扁桃腺炎，該症持續三日之久且同時有寒熱，將其扁桃腺切開，此後在腕關節及肩胛關節時有微痛，於扁桃腺切開一年之後發現黃疸，肝與膽囊澎大，脈搏無常(100)，在心尖有收縮雜音(Systolische Geräusch)。這些現象從前都是沒有的，第二個底音(Basatone)是同樣的高，於再次吸取扁桃腺後；膽囊炎與黃疸均減輕；但心筋炎則仍存在，夜間溫度升至 39.8° (在肛門內量的)，將已有變化的扁桃腺除去則寒熱立即消失，五星期後心臟已完全正常久病之少年亦完全恢復健康矣。

據我的經驗，於患腎炎時將扁桃腺除去，僅有一小部分的症例得到效果，通常

腎炎(尤其是在幼時)於長時間的靜臥及嚴格的飲食(一定限度的飲水，不用食鹽)之下均可完全治癒。於扁桃腺除去後常發生嚴重的，持續一星期久的再發(Rückfall)，同時尿中有很多的血，最好於施行手術之前即將這種可能告訴病人與病人的家屬。

於任何病時作扁桃腺的系統檢查告訴我們，在五十與六十歲時扁桃腺的病態變化是與他部的疾病有關係的，V.Bergmannsche學校近來已一再聲明，在扁桃腺潛伏着的傳染病引起嚴重的肝臟膽囊以及胃的障害。

一個重要的，未被人重視的慢性扁桃腺炎的症候為微微的體溫升高，這結果是用三小時的測量得的；體溫增高時有疲倦，身體與精神方面的工作能力減低，這種症例於扁桃腺的系統吸取後多半可獲痊癒，帶微熱的病人常被疑為患肺病，此處對於診斷方面須作胸部器官X—光照射，依照 Schilling 氏作血像(Blutbild)以及量血球下降的速度。

以光照扁桃腺而觀察之，用杓子(Spatel)將口蓋弓外拉以及壓扁桃腺的中心，上端與下端；這些一切是不履行的，在扁桃腺內的栓子(pfropfe)很少有病像的證明，反之，用壓力由多窠的，破裂組織內所得乳狀而無氣味的膿質則甚為重要，這種症例須延頸醫作每星期兩次的扁桃腺吸取，以斷定能否將扁桃腺除去，『比仿說閃光時可將扁桃腺除去，若已打雷則不

能」。

醫生對於毫無局部痛苦的扁桃腺如此注意內常使病人驚異，譬如病人的精神集中於關節痲質斯，醫生有時亦如此即不能作進一步的診察，若在近來遇不明瞭的寒熱症狀而不延頸醫診察，則常引起人為的錯誤。

此處尚須提及者為舌根扁桃腺的腫大，很少被人憶及，據余所知有一症例曾認為是Globushystericus。在喉頭內有可厭的，狹窄的，痙攣的感覺，將擴大的扁桃腺腐蝕之，則迅速的永久痊癒。在另一症例中懷疑有甲狀腺腫 (Struma) 壓縮氣管；即輕度的甲狀腺腫，在X——光像中氣管並未受排擠，也並沒有胸骨下的甲狀腺膨大，咽下的困難完全是因為舌根扁桃腺的炎性腫大。

我們知道既往症 (Anamnese) 對於內科病是很重要的，但他對於我們現在所談的症例則不重要，病人決想不起以前患過頸炎，尤其是於患頸炎時沒有寒熱，年老者很少有扁桃腺傳染，而專家亦不贊成將扁桃腺除去，這是很不對的；由下列諸例即可知之。

I 商人五十三歲，五年以來在左膝關節(右邊的較少)有屢發的流溢 (Erguss) 該病是於左膝關節受微傷後開始的，家庭醫生用 Ponndorf 民的接種治療；兩個外科醫生為關節炎，但不明其病理，左膝關節受兩次穿刺 (Punktion)。滲出物 (Exs-

udat) 含細胞甚多，但無微菌，X——光像 (Rontgenbild)。關節無特別處。年餘的治療用熱空氣，透熱 (Diathermie，泥土浴 (moorbadkur) 以及用布包膝。經八日之靜臥後，關節流溢 多已消退，但於長時的步行後仍復發作，狀況：體質很強壯，以 Riva-Rocci 器具所量之血壓為 180 mm. 尿內沒有糖及蛋白質，心臟在臨床方面是正常的，在 X——光像內稍微擴大，大動脈稍微展寬，血的 Wassermann 是負的，根據 Schilling 氏所作的血像除 12% Eosinophile 外，無特別處，血球下降的速度為 5\66mm. 最高之體溫(液窩測量) 為 36.5°，二膝(尤其是左膝)均有流溢，膝蓋骨跳動，膝關節僅能於痛疼之下微屈，二扁桃腺萎縮，沒有刺激性，壓縮扁桃腺則得乳狀的膿質，經多次的吸取後由專門醫生證明頸部症狀 Jaehne 氏將扁桃腺除去：小的扁桃腺已有嚴重的變化，並有一部分膿化，間刀八日之後關節流溢已完全消逝，步行已完全正常，病人從前沒有患過頸痛口峽炎。

II. 事務所的經理，五十五歲，十個月以來毫無原因的(沒有受傷)在左踝關節及一切附關節均有痛疼，強烈的發紅，左膝亦時有痛疼，家庭醫生斷為炎性的腳下降 (Senkfuss)，藉石膏的壓力而得扁平足，痛疼增高以致於不能忍耐，兩個外科專家斷為關節炎(原因不明)，在 X——光像中骨與關節均無病態變化，用熱及按摩

的治療均無效果，狀況：體質強壯，用 Riva-Rocci 所量的血壓為135mm. 數年來尿中即有0,2%糖(食餌性糖尿)心臟與循環系均無特別處，左足關節，尤其是跗前部關節的周圍有強性炎，病人扶杖而行，已久不能着鞋，左扁桃腺稍破裂，右扁桃腺萎縮，於普通的視察時粘膜毫無刺激性，稍加壓力於扁桃腺(尤其是右邊的)即得多量的膿，專門醫生證為慢性膿化。Albrecht 氏將扁桃腺除去：兩邊的扁桃腺(尤其是右邊的)有嚴重的變化，有很多的癥痕及膿質，於開刀三星期之後，關節已完全稍腫，步行正常且毫不痛，昔日之鞋已能復着該病人從前沒有患過頸炎。

III. 地方審判廳議員，五十五歲，八個月前曾患帶寒熱的頸炎，靜臥兩天後即作遠而費力的道路旅行，患頸炎後的第三星期，在腕關節與中手關節(尤其是左手的第四指)發生腫痛，膝關節稍有銳感性，且亦腫脹，右足關節腫脹更甚，步行非常困難，右手不能用，尤其對於寫字，四個月來關節痛腫愈甚，最高之體溫(腋窩測量)為36,90° 狀況：體質軟弱，用 Riva-Rocci 器具所量的血壓為140mmHg. 壓左扁桃腺之上端則得乳狀膿炎左扁桃腺無病態變化炎因為現在的關節腫是與從前的頸炎有關係，所以 Jaehne 氏將扁桃腺除去，兩扁桃腺內有癥痕組織，沒有膿，開刀後六天一切關節均消腫，痛亦減輕，步行尚有障礙。

IV. 地主 五十六歲，五年前曾患腎臟結石，因為懷疑腕關節，手指關節及足關節有尿酸性關節炎的變化而屢用 Salzschlirf 治療，但無效果，病人扶二杖而行非常困難。狀況：大而有力，兩邊的腕關節與手關節均有極度的腫脹，左肩於運動時有障礙及痛疼，兩個膝關節內(右邊較甚於左邊)均有流溢，關節的X——光像內尿酸性關節炎(gicht)的特點，用 Riva-Rocci 器具所量之血壓為140 mm. 血的 wassermann 是負的，78%血色素，血球下降的速度很為增高：65/163mm. 血液正常，在腋窩內繼續三小時量出的最高體溫為37,0° 兩邊的扁桃腺萎縮，以杓壓兩邊的扁桃腺則放出多量的膿，該病人從前大約沒有患過頸炎與頸痛 Jahne 氏將扁桃腺除去：扁桃腺萎縮且已膿化，關節流溢於開刀後十四日完全消失，現在於五月後已能健步；於久立之後足關節仍痛(有很明顯的扁平脚)。

於任何關節病時須對於咽頭器官作進一步的檢查；將扁桃腺除去所得之效果是非常之大，

這裏講一點 Jaehne 氏對於扁桃腺切除的方法，事前之處置及事後之料理，病人於開刀前二十四小時口服多量的 Jelatine, 每三小時服二十五滴 Baldriautinktur. 用 Kokain 或 Novokain 作局部麻醉，於扁桃腺切除後將血管扎住，事後的處理：肌肉注射5ccm Atophanyl Schering

及0,5ccm百分之五的 Novokainchlorhydrat;同時肌肉注射10ccm Clauden,敷 Jodalcet於新的傷口上,從未見有後出血,唯一的事後痛苦(在我們的扁桃腺切除內亦時有之)為側柱發紅(Seitenstrangrösung)及顆粒性咽頭炎。

止痛的 Atopanyl-Novokain 注射常用於扁桃腺開刀之後;據我所知,牠的效果甚佳;因此凡遇這種症例均熱烈介紹。

由臨床及X——光所確定的畸形性關節炎(Arthritisdeformans)都很少注意到癱瘓質斯的再發,這種疾病的關節流溢多以為是由受傷所致,但扁桃腺的傳染即在老年亦甚多(從前人以為很少),我們知道用 mirioe 注射及自血輸入對於畸形性關節炎的治療是很好的。

我們知道在月經閉止期的時候常有關節痛與腫除常服 Klimakton, Klimova 及類似的藥品外,不食肉或食少許之肉,同時服用多量的維他命如vigantol, Vigantol-lebertran 或 Ferronovin, 這些藥品的作用有時迅速而持久。

據我的經驗,在扁桃腺內潛伏着濃能引起坐骨神經痛(Ischias),至少可使牠惡化或再發,神經痛與神經炎對於扁桃腺傳染的關係在我們檢查的材料內很少發現(這與Dreyevess氏的檢查相反),齒肉芽腫(Zahngranulome)在此處為重要之原因牠不能引起痛苦,或僅能引起很小的痛苦)。

以下所舉二例最為明顯。

一個六十一歲的老律師數月來每夜(在同一的時間)在右腋窩神經(N. axillaris)範圍內發生不能忍耐的痛疼用大量的麻醉劑與止痛劑均無效,病人常有自殺之念,將齒肉芽腫尋出而療之則神經痛立即消失。

一個很勤勞的外科醫生自數月以來即完全不能工作,因為左邊的以異常之痛的上膊神經痛(Brachialneuralgie)應用之療法均已試驗:麻醉劑,止痛劑熱墊浴等一切均無效果,病人最後請牙醫為其包牙,在X——光像肉芽嫌疑的牙齒加以相當的治療則病狀立即痊癒。

總括: 凡在幼時有以下諸症例者均可將扁桃腺除去:引起上部氣管狹穿的扁桃腺肥大;於關節癱瘓質斯時為避免心臟病起見;心臟內膜炎,心筋炎及腎臟炎(但同時須在扁桃腺內有膿場所),於任何病時均須用極佳之光線對於扁桃腺作有系統的檢查,在似乎無刺激性的扁桃腺內常有潛伏着的膿場所,牠與其他遠離的器官有關係,微微的體溫增高常為扁桃腺傳染唯一的徵候,於每一可疑症例時須請頸科專家,既往症常全失效,尤其是對於五六十歲的病人,對於這種症例將扁桃腺除去無危險,(事先用Jelat ne處理病人,事後用Atophanye-Novokain及Clau^det),於每一關節炎時須一再的檢查扁桃腺,於畸形性關節炎再發時以及於神經痛與神經炎時除檢查齒肉腺場所外.尤須檢查齒肉芽腫。

新出品

祛痰興奮劑

可拉明鈣 「汽巴」

CALCIO-CORAMINE “CIBA”

爲可拉明與硫酸鈣之水溶性結晶複鹽。
有最強力之祛痰及興奮作用。故最適用於

氣管枝炎。氣管枝肺炎。
肺氣腫。感冒後之咳嗽。
氣管枝性尤以老人之氣喘。
傳染病後之心筋障礙。
病後恢復期。過勞。
運動過度等症

之內服療法。本品因係片劑。故攜帶極便。
且以其功效特別持久。可以久服。毫無
副作用。故較之他種藥劑更爲優良。

包裝 每片○·四格蘭姆。每管二十片。每瓶一百片。

全國各大藥房均有發售
承索仿單及藥樣請函示



瑞士國汽巴藥廠

上海九江路四十五號

新滿葛阿

"汽巴"

AGOMENSIN

主治

經期退後經量短少
機能性月經閉止
常習性流產
妊娠嘔吐等

本品為卵巢中水溶性有效物質。能使卵巢子宮等生殖器官發生充血狀態。以刺戟其機能而促進月經之來潮。

注射劑 每盒五管 每管一西西
片劑 瓶裝 二十片 一百片

新滿多斯西

"汽巴"

SISTOMENSIN

主治

初春期子宮出血
機能性月經過多
經絕期子宮出血
機能性月經痛等

本品為確定力價之卵巢賀爾蒙製劑。用於動物實驗能發生明顯之經潮反應及發育反應且能限制月經之過多。

注射劑 每盒三管 每管一西西
片劑 瓶裝 四十片 一百片

全國各大藥房均有發售
承索仿單及藥樣請函示



瑞士國汽巴藥廠

上海九江路二號

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica

食管的有形性窄狹症及胃口痙攣症之療法

Prof. Dr. G. Lotheissen 原著 徐春沂譯

食管的窄狹症，或者是有形性的，因管壁起變化，或者是痙攣性的，痙攣性的管壁，大半是無顯著變化。食管壁的有形性變化皆因有結癥存在，這種癥痕生成，乃為特有性的緊縮，或因有腫瘍存在。

癥痕狹窄症 (Narbenverengerungen)

癥痕狹窄症多因受各種強性酸類及鹽基類，如苛性鈉等腐蝕而起，雖有很少僥倖的不成，而早期試探，總見有狹窄情形。食管癥痕狹療症，在維也納乃是專科，在我的那一部，尤其是特別的多，所以至現在，這樣症情我已經治療有四百餘人。治療的方面是十分困難。因為病人和醫生方面都須要有堅絕的忍耐心方可。治療從漸漸的廣袤癥痕而起，直至嚥下復原為止。收效較快的是兒童，其他要慢得許多。治療時，體熱的檢查，是常常須要着的。即是說體溫一高過三十七度半，並感有脊髓疼痛時，即應當休息六天至八天之久，在癥痕地方，有鈿微搔傷的可能性，這種破傷處，如不注意的話，有易受傳染，而流為縱隔竇炎的危險。廣袤療法，其經過期，視狹窄處長短，癥痕固度而定，位置所在處，其關係比較少一點。腐蝕地方多半在食道裂孔向上去，狹窄地方

有時在食道入口處或氣管分歧處。若有許多狹窄存在，則必須從最上一個根治起，而後再順序的第二第三。僅止是如所有的狹窄處，俱廣闊相等，而後才可同時治療。

所有用以治療於狹窄患處的器具皆應當謹慎消毒，金屬用具同軟性橡皮可用沸煮法消毒，腸髓線 (Darmsaiten) 及探針 (Bougie) 用後當以胰皂和熱水洗滌，特別便當的又有消毒性的，是裝在管裏面出買的 Dijozol 一胰他。這種胰皂，僅止須要豌豆大小的一塊，也就足夠洗淨用以檢查食管狹窄的消息子 (Bougie)。至於複雜而且價值甚貴的消毒器具在這種實習是不須要的。

清潔的保存用具，並且直接的在插入以先，須一試其堅度。英國的消息子在冬天能過硬，夏日過軟，故侵入溫水中可使其軟，冷水中(先前我常投入冰塊於其中)將堅硬，而且容易勝過一切抵抗力。

如要用具易於滑下，必須以油塗之，普通用的。樊士林即夠，其他像 Olisthesin, Vegetalin, Glitsch-Epaga 等等的油滑劑，亦可採用。這皆是為一般消息子用的。因為在口內和咽喉裏面，有許多病理

的病原體存在，所以每個消息子在未至狹窄處以先，已經帶有這種病原體。因此我將塗油的消息子上，還要以Novojodin-粉一撒，這種粉子具有能將些小破傷處旋即消毒的能力。為有病原體的原故，故必須帶上橡皮手套，並且多用左手食指將舌壓下。感覺銳敏的病人，在試探以先，我多以salzsä-ure Anäesthesin-溶劑(麻醉用劑)令其嚥下。可惜此種用劑，在工場裏尚無出製，因此我具以 0,5 Anaesthesin 注以 100 份水，再滴入稀鹽酸溶液，攪拌至所有物體溶盡為算。用時最多至二十滴。

普通人多用英國消息子。開始皆選用圓筒形，非直至狹窄處真正認清時，圓筒形難於插入時，才可用圓錐形的消息子。起首時用粗些的消息子。如插入時，發覺窄狹處的位置，而後再取細些的，直至最後能通過為止，即是說消息子能達到胃內為止。若細些的消息子尚不能通過的話，那必走入使用腸臑線的一條路。因為腸臑線過易於損壞，我曾令人製造一種能長久收藏及能沸煮的金屬線(Metallsaite)這種金屬線的長處，是在X光照像中能顯出很好的陰影，因此可以隨時試驗，是否他能經過狹窄處。假如用這種線類，亦難達於深處，可依 V. Hacker 氏的方法，用多數的線，相並的導入管中，而後才或用這根或用那根的向前推進。狹窄口門如位於偏僻處，可依這種情形做去，自能經過狹

窄地方。

我使用的導入管，皆為小號碼的消息子。(照英國號碼5至10或11)導入管將被直至引至狹窄處，細些的消息子由粗管內滑下，所以在舌上，咽喉，上食道處毫無阻礙。由此狹窄處的上端，較便觸及，直至入口地方尋到為止。雖用十分小心和忍耐，有時尚不能達到狹窄地方。此處必須用食道直達檢查法(Oesophagoskopie)的幫助。入口處有時僅如一點子，但是在眼的指揮之下當細些的消息子，亦能導入。十分狹的狹窄處，其入道的搜尋，在廣萎療法(Dehnungskur)中，是最困難的一件事。並且是雖然有道存在，而亦可一次找到，以後能許久不復再得。若在狹窄處的肉芽被刺戟着，腫起，或呈有反射性的痙攣，這種反射性的痙攣，可阻斷我們第二次的成功。故痙攣於狹窄症頗佔有重要的位置。

危險的食道狹窄症，大半是僅牛乳和羹湯尚能通過，而病人的營養方面，日見其壞，體重則日益減輕。若注意體重至八天之久，並且確定他是不斷的減少，如此則胃瘻管(Magenfistel)的裝置，是再不可遲緩了。用胃瘻管法，病人可得到充分的營養。如病人已經休養的話，則在十天至十四天後，狹窄處的刺激狀態可以停止，用探線(Saite)亦可通過。用胃瘻管時，切不可忽略了由我說明去試驗狹窄通過法的化學反應的優先使用。

令病者空胃飲百分之二的乳酸鐵溶劑，小兒加以覆盆子汁。約五分鐘後，可使胃液經導水管流出，或用水微滌之。所得的溶液，將再加以用為試驗尿的黃血鹽 (Ferrocyankalium) 溶劑。假如有些須之鐵溶體，得通過狹窄處，即當有顯明的 Berliner 氏藍色反應。若此種反應是負性的話，那可斷定狹窄處在此時是阻塞不通。於此種情形之下，我們必須稍等幾日後，再試一次，因為如此，却又可得到正性反應。因狹窄處可由物體凝塊，或肉芽腫脹而暫為閉塞。

在負性反應時，切不可忽略了，使用循環電氣分解法(zirkulaere Elektrolyse) 的試驗，此試驗 E. Boeckel 氏在 Strassburg 地方于一八八四年曾使用過。我使用的器械與 Jenckel 氏在一九一二年所說明的相同。

在輸尿管導尿器中之銅線圈，下端接一圓形銅圓柱體，上端(即外面)與一動電 (galvanischer Strom) 的陰極相連。陽極是放於胸部上。約用二至五種安培電流 (Milliampere)，令其生作用至五分鐘之久，最合宜的是在食管檢查器下去工作。可緩緩的對着視為入口的紅點，將消息子 (探針) 壓下。初次試手 (Sitzung) 我們即可覺察到狹窄處軟度怎樣，消息子插入幾個釐米 (Millimeter) 的深度，有時那種特有的阻礙，可以勝過，消息子能即時達到胃內。但是不可求進過快，約須四次至

六次的試手 (Sitzung) 每一次並要有二日至三日的休息。我曾經治好這樣一個病人，他已經十年之久，使用胃瘻管人工進食法。最近 Demel 氏曾報告過此種美滿的結果。

若腸髓線，金屬線或電氣分解消息子 (Elektrolysensonde) 已達到胃內時，我們可以隨時結上一根線，此線是橫放着，以便無端的完成探針檢查的任務，此乃 V. Hacker 氏在一八八五年曾解說過。這個方法，是擴張狹窄症最經濟的一個。最簡單方法是，用口徑漸粗的排水管 (Drainrohre) 由線通過，因此再將其次較粗的排水管，插入用穀鉗撐寬口徑的較特細些的排水管，並緊緊縛住，以便閉免顯明的階梯狀的造成。因為穿過鈕釦狀地方，比較不舒服所以 V. Eiselsberg 氏造成一種圓錐狀的橡皮線 (gummifaden) 用起來較為舒服，不過又可惜是容易折斷，恰巧又正在重要的細口地方。僅僅是，精粹的彈性橡皮，于壓縮時，尚能佔有他原來最大的周匝，可見出探針檢查驚人而且神速的效用。也有人曾用過缺少膨脹力的圓錐狀消息子。Borchers 氏曾造成一具由消息子組織 (Bougiegewebe) 的圓錐線 (konische Faden)，所謂鞭笞狀的消息子 (peitschenfoermige sonde) 乃是，其彈性亦不如橡皮，用無目的探針試探，普通是，我們擴張，要直至一個排水管通過為止，這個排水管約合英國十八號或十九號消息子。而

後普通的探針檢查俱由口起。

爲無目的探針檢查(Sondierung ohne Ende)之線引入胃內，Socin氏曾介紹過，用一雀麥粒(Schrotkorn)縛于線上，令其吞下。此雀麥粒阻留于狹窄處的上部較多，若狹窄處過狹的話。Kraske氏建議，僅以一鈕釦做入線內，較易通過。我曾見過用線吞嚥法反爲失敗，而電氣分解消息子，却又能無電通過。在胃內去尋找探線或消息子，常是難事。但有時候探線可用水洗出。假如此亦不行的話，則具有穀鉗或小釣的魚類于病人是十二分的不洽意。此處適用逆行性胃直達檢查法(retrograde Gastroskopie)。由胃瘻管再引入一光亮的小管。我利用的是外面光亮法。先尋得胃上口，並看着掛出來的探線或黃色消息子，可用鉗子將他夾住或抽出來，假如從上面簡直不能通狹窄處，那我們可用逆行性的胃直達檢查法先檢得胃口，再逆行的探針試探，或試用電氣分解法。我會用這個方法治好許多從上不通的窄狹症，先以消息子通過之，而後再用無目的探針檢查法。

除此可靠而又值得介紹的方法外，尚有許多方法，很少使用，或者簡直不用。

若依各種方法，並且經過常期的試驗，尚不能通過狹窄處，化學的反應，多次亦爲負性的話，那麼即可斷爲狹窄處閉塞不通，由此可建議用食道整形術(oesophagoplastik)。代替食管是這樣成功的，

即是做一新管在胸骨前皮膚下，上端與食管相連，下端與胃相通。此管可由皮膚，空腸或胃做成，管之做成；其結合法，是常時須要。離達到動手術(operation)的成功還很遠。我僅略舉兩個病人作例，其一帶一由胃大彎部做成的代替食管，十六年以來，皆由新食道進食，並且他的肺結核病，亦由此告痊，其他一個，帶一由空腸做成的食管，亦有十年，此乃是我一生的食道整形術的最後一個。雖然在這十年內，從各方面講起，總是好像，不滲透性的狹窄症送給我，而我絕無此種開割療治的要求，常常得達目的，通過狹窄，擴張狹窄處。

腫瘍狹窄症(Geschwulstverengerungen)

食管的有形性窄狹症，其第二個形式，是因有腫瘍存在關係。至于良性腫瘍，能成爲狹窄症，事實上，比較少一點。如乳頭狀的乳嘴腫(warzenaehnliche Papillome)簡直是毫無防礙，即筋肉腫(Myom)，亦不過是一個偶然現象。僅止纖維腫(Fibrom)，脂肪腫(Lipom)，大半是成爲纖維脂肪腫(Fibrolipom)，混合體，纖維筋肉腫混合體比較少一點，有時候像此種腫類，可大至使食管受其防礙，嚥下困難。診斷這些腫類，須要用X光或食管直達檢查法。食管直達檢查法(Oesophagoskopie)，用于腫瘍(Tumor)亦甚爲得力。因爲腫瘍能造成帶柄的息肉，所以用食管直達檢查法，得直接看見，故可以

電氣燒灼子(Galvarnokauter)除去之，此法我在一八九九年曾建議過。僅僅是，若腫瘍過大，其柄所處位置太高時，可由頸項用食管切開法，將腫瘍除去；切開食管的下端，(嘔酸，纖維肌肉腫)這種方法比較用的少一點。良性腫瘍，雖然甚少，但亦須慮到，切不可一切的都以癌腫(Karzinom)看待。

食管癌腫症，患者甚多並且以男性佔多數。(佔百分之八十二成)。這種有形性的食管窄狹症，治療方面，可惜尚無良好的結果。

癌腫，在今日。普通還總是用割去方法，較為可靠，而後繼續治療，才能得達目的。可惜食管癌腫，僅止能在頸項部份，方較易除去。缺限將用食管整形術，由頸項皮膚，依照 V. Hacker 氏法補蓋着，因此能使嚥下動作，一如常態。但是食管癌腫，可惜止有百分之十一至十五，在頸項部份。並且有易再發及轉移的傾向，故效果甚少持久。即照 Gluck 氏所割治的人，喉頭亦同時割去，歷久治療，青春界限，僅約超過百分之六，不過食管癌腫，有百分之六十九，是在胸腔以內。此處開割的結果，雖常被嘗試，實應辭讓。大半皆是，病者求治過遲，以致開割，亦多失望。即使開割，是可能的話，此時則成為暴力的侵襲，所以至現在，亦罕有百分之三，得保生命。

人多早期的，如治狹窄症(Striktur)，

利用探針檢查法(Bougierung)實在是，由此可使病人，有一時期，嚥下作用，較為順利。若病人拒絕胃瘻管的裝置時，則消息子却勢在必有。却是，癌腫的不治愈出血，乃屬常見的事情。消息子的一再刺戟，反能促動腫瘍，加速生長，以致擴張部份，再行消失。危險較大的，是由消息子，在腫瘍上，生一裂痕。因為腫瘍正在分裂時，此裂痕易使傳染，正如我們于狹窄症例所見相同，而成為縱隔竇炎。雖然走入死途較慢，實亦與真正的食管穿通相同。病人，外來診察，僅為探針檢查，而後簡直不復再見，以為此種治療有利無害，殊不知探針檢查，反成為死的原因。

同樣亦適用於 Jameson 氏在一八二五年所說明的方法的利用，此方法現在在美國名之為 Plummer。

病者于晚間必須吞一米突長絲線 (Seideufaden)，尾端掛出口外。至早晨時，內面一部，應當達到腸裏，因為其距離，最多約有五十生的米突長(50cm)。消息子有一細小之耳，得穿過探線，消息子得由此經過狹窄處，而得導入。消息子，尤其是靠着消息子的張緊探線，能引起裂痕損傷，其後果是我剛才提過的，若病人嚥下動作，十分惡劣的話，其體重定常減輕，所以胃瘻管的裝置，乃成必須。後來帶有軟性橡皮排水管的無目的探針檢查，能比較最輕的，擴張狹窄患處。由此探線，總無靠並消息子的一法。

光線療法，雖經使用，像X光線雖或者能使癌腫生長加慢，但不能使其繼續退化。最有效果的，是在食管頸項部份的癌腫，並且X光線與鐳錠合用。鐳光線僅用于少數的治療方面。Guisez在巴黎時，使用鐳錠療法，已經用于幾百食管癌腫患者，但是難有兩打之數，得收完功。不過所有的基層細胞癌腫 (Basalzellenkarzinom)，即在身體別一部份，亦較易治療。在顯微鏡下，他種組織的癌腫，其結果多為不良。我有這個印象，我曾用鐳錠照射的症情，由此而後，病勢更形惡劣，以致走入死途更為加快。

關於見效一層，在判斷方面，必須十分小心，因為有不少短期的罈花一現。我曾見一男性病人，用食管直達檢查法，顯微檢查法，確實斷為癌腫，（非基層細胞癌腫），未用胃瘻管形成術，及探針檢查，尙能完全容忍，生活四年，直至其病轉移而後，才入死途。

若欲暫時，減輕痛苦的話，可依照V. Hacker氏法，給八滴至十滴的百分之一的硝酸銀溶劑，和以一湯匙水，每日服三次。硝酸銀有殺菌能力，並有輕微的表面腐蝕作用，所以嚥下動作，能再輕易。在窄狹處上面阻塞着的黏性黏液，使患者最感痛苦。在白天，可令其多次服用1:100的重碳酸鈉溶劑 (Nnatriümbicarbonicum)，每次約滿一湯匙，因此可使粘液稀薄，得由狹窄通過，或者是易于吐出。假如嚥

下感有疼痛時，在飲食前五分鐘，我多以1/2成份的Anaesthesin. hydrchlor.溶劑，約滿一咖啡匙，令其先行吞下，此藥曾于前方使用過。

痙攣性的食管狹窄症

痙攣性狹窄症，有十分可喜的效果。此症于乳兒時，已可見到，名之為初期食管痙攣症 (Primärer Oesophagospasmus) 十四日或有三週大的嬰兒，大半已足夠用導管去餵養 (Wallis, Schuster)。像這種症例，由一種很小的粘膜炎裂傷而引起的，亦所在皆是，裂傷的起因，多由誤吞烹具的磁瑯質，牙刷硬毛或細小魚骨而成。此種物體吞下時，每有外物存在的感覺，在此處于感覺疼痛之際，因嚥下動作，即起痙攣作用，如肛門裂傷一樣，以致于患者，一物難嚥。這樣裂傷，用食管檢查器，不難認出。每多以碘酒或 salzsäure Anaesthesin 溶劑，塗點患處。我曾以這種溶劑，令形似外物從前面進入的病人服下約一咖啡匙之譜並不令以外物插入食管。雖困苦全消時，病人在家，白天猶須多次服用，以至告痊為止。若困苦不減時，則必須使用食管直達檢查法。能在裂傷處，尋得棘刺，事實方面，甚屬罕有。我自己可說是向未見過。

胃口痙攣 (Kardiospasmus)，痙攣性的食管閉鎖，在食管裂溝處，及腹腔食管部地方，直至胃入口處為止，名之曰胃口痙攣，于每次導下食物時，皆可出現。原

因多由于神經營養或食管蠕動動作的不正常而起。所以我們第一步必須對此下藥。

藥劑：溴劑可作為安定用，利用Valerian劑，更較合宜，我更喜加入 Tinctura chamomillae 劑，此藥多于飯前服之。用 Atropin 同 Papaverin 以我所見的，其收效較少。因為此兩種藥，既不能根治病因，其效用復不能持久，僅于遇患者不能進服時，用此兩藥混合注射，有時嚥下動作復又可能。若因消息子不能通窄狹處，往往因這種注射，亦變可能，但是，不是常是這樣子。在胃口痙攣時，所成的擴張現象，多呈有慢性食管炎狀態。此時多以百分之一的 Tannin 溶劑，或 1% 硝酸銀 (Argent. nitric.) 溶液滌洗之。

常用的痙攣性窄狹症的局部療治法，較其他一切的設計，緊要的多。即少見的險惡病情，消息子得達胃部，亦甚容易，消息子療法的任務，于是完成。起始多以細薄消息子，插入窄狹處，而後如治窄狹症一樣，漸增至最粗號碼消息子（英國號碼26）。若用消息子感覺痛苦時，則，往有裂痕 (Fissura) 或潰瘍存在。此時必須利用食管直達檢查法。假如管壁有此種變化時，每易因敏速的膨脹，由破裂而致成穿通。于遇這種破傷處存在時，如不通窄狹症一樣，亦應當裝置一胃瘻管。在裂痕與潰瘍未有治癒以前，切不可使用消息子法。穿通是各以位置所在，致成為縱隔竇炎或腹膜炎。

如同治窄狹症一樣，要使食管絕謝靜止，食物總以直達胃內為宜，後來此不通之處，能再展開。在此種情形之下，我的化學檢查法，亦頗堪任此職務。若反應為負性時，可以完全如治窄狹症一樣，先以絲線通過窄狹處，後再加之以無目的探針檢查法 (Sondierung ohne Ende)，在三十四年以前，我已經介紹過，用此方法，去根治胃口痙攣症。其效果多甚善，但切不可如治窄狹症一樣，用橡皮管工作。因這種管子，範圍擴大固然不足，其擴張程度亦甚鮮。所以必須取用一種特別器械。

這種特別器械，雖于消息子療法後，亦多須要，如消息子已達到最高號碼時。最好是 gottstein氏式消息子，其膨脹作用，乃由于充水的橡皮空心球而生。膨脹必須甚慢；注射直至病人覺有痛苦時為止，而後再速將水放出。所以此種膨脹法，不甚危險。病人的忍受程度，能漸漸加進，可直至三十厘米突直徑之多，即是說九十至一百厘米突範圍，或者尚能過之。在Rochester地方Mayo實習臨床處，曾經有七百個胃口痙攣病情，用此法治好。此消息子名之為 Plummer氏式。

若無這種空心球消息子，可以兩消息子相並導下法代之。不過這種消息子在口內與喉腔時，對於病人是很不舒服。若病人在食管入口處，呈痙攣現象時，此法恰甚有利，因為上端亦同時起膨脹作用。

透熱療法 (Diathermie) 可以補助膨脹

療法之不足。當 gottstein 氏式消息子放上時，可令電流經橫隔膜由前向後流去，而後再經十分至十五分鐘之久。此于神經體質的患者甚善，並有鎮定作用。Brunner-Ornstein 氏曾完成一特有的消息子，電流能自己經此流去。消息子同時膨脹，乃最為重要。透熱療法，單獨是不夠。一再用透熱療法無有效果的我所治的病人，將以膨脹療法而得告痊。

有些病人須先加用金屬器械，所謂擴張器是也。最著名的是 Bruning 氏和 Starck 氏式。兩根平立棒或四根外面將由壓力在口前展開，內面可膨脹食管裂溝處。外面能詳讀出，脹至如何程度，再以壓力表測出利用的壓力。若胃口處已先詳細測得，由此可知膨脹何處。Kulenkampff 氏最光在 X 光傘下確定裂溝處，並黏一鉛馬克于胸部上。Starck 氏曾得很好成功，完全展開止從事一次。我却先預先警告，可由此成功致死的破裂。例如 Maydl 氏曾報告過這種的不幸。不要急切，雖然先有多回，最多亦不得過于十次。

有一百多像此種病人，我曾皆以膨脹療法成功。這樣病人，我亦遇過，在國內國外，治療五年，有一個並且到十七年之久，而未收效的，經比較短時間後，亦行全癒。由此療治已經過了廿五年。前曾提過的開胃術，可以的確證明，胃口無痞腫存在。裝置胃瘻管後再繼以無目的探針試探，的確並非重大襲擊。其他有一種開割

方法，人多不能決定主張此處僅將常用的一提。V. Mikulicz 氏曾割開胃部，將胃口裂溝狹窄處用鉗膨脹，而後再全縫起。(出血膨脹)不過，有一次過度的膨脹，以後有不復再能展開的危險此法無特別優點。由裂溝處解放食管，並將其拉下，後再在狹窄處，經筋肉做一縱斷面，Heller 氏胃口切開術。雖有很好結果，但往往再發，以致猶須用別法治之。若粘膜破裂，心須用 Marwedel 氏胃口整形術，即是說縱斷橫縫。

Heyrovsky 氏已經做成 V. Hacker 氏理想中的食管胃切開術 (Oesophagogastronomie)。他取下甚為膨脹，及由此延長的食管，並與胃做一新連結(側面對側面)。他開割地方是腹腔部橫隔膜下 Sauerbruch 氏選用此法，多使經胸膜的胸腔食管胃切開術。他雖然是一個胸部外科大師，但用此法，曾死一人，Dank 氏與 Prat 氏亦是如此。

我們用各種大手術時，死亡率多介于百分之二至十五之間。于胃口痙攣症，受開胃術者，却無一死于治療 (Sondierung ohne Ende)，由此治療效果，可立而待。主觀的恢復健康常態，並非總是理想的，食物能如常滑下。曾受割治的人，每被確定，由 X 光檢查，食物滑下，皆嫌過慢。每每見到，食管的過甚擴張，僅很少減輕。同樣的，在非出血的膨脹療法後，我們亦可觀察得到。若食管沒有過度膨脹，

尚能收縮時，此非出血的膨脹療法，真能收治療之效。我曾確定這種治癒，經X光檢查，在六年後，並且還要遲一些。

因此我們可以證明，于胃口痙攣時，第一步，無論如何，要成就非出血的膨脹

療法。用無目的探針試探 (Sondierung ohne Ende) 亦屬于必要。假如有人真以忍耐心，完成膨脹療法，並且達到管之適合口徑，却是尚未達到目的的話，而後我才有權承認此大的襲擊。我向未用過他。

維他命A對於創傷治療之局部使用法

Von Z. Horn und ST. Sandor 東山譯

缺乏維他命A之獸類對於傳染病抵抗力之降低，為今日一般所公認之事實。關於此類之各種記載，皆論及，維他命A在抵抗傳染病之複雜的程序中，佔一重要之位置。過去及現在許多專門刊物中發表過的試驗以及因此所得到的理論上的根據，以為維他命A抵抗傳染之能力直接在細胞之本質內發揮出來。吾人應仔細研究此局部使用之維他命A究如何影響於經創傷或傳染而損壞的組織之治療。因欲試驗此問題，吾人特製一種藥品。此藥品每c.c.中含2000個國際單位之A-vitamin (因慮及A-vitamin對於氧氣及熱力之反應，所以此品消毒於無氧氣之棕色瓶中。每瓶含量約10ccm。軟膏則同樣地裝在管內。)市上依此規定製成之油類或軟膏類之製劑名曰『烏羅維他』(Vulnovitan)。

對於新創傷之處置：損傷之體部放置安妥之後〔(用夾板石膏繃帶(Gipsschiene

，有時用有窗繃帶(Fensterverband)，或用與(Cramer氏夾板併用之伸展繃帶(Streckverband)，〕洗淨傷處四周，將新鮮之烏羅維他自流入傷口內。其直接覆在傷口上之紗布亦應以此油浸透。如此治療之傷口，經六天至八天後已重行長合，並被許多肉芽(Granulation)遮蓋。從許多症例觀察之下，吾人可認為經如此治療之傷處，最易保存生體之組織。若萬一被細菌染及，可阻止其蔓延。此外更換繃帶亦較容易。從前使行之洗滌傷口方法，證明是有害的。但是使用A-vitamin可使上皮組織脫落之部份迅速長出新皮。與使用其他藥品一樣，此處在治療之過程中，多少有點停滯作用。因此對於痊癒過程中一两天之傷處，宜時用經生理鹽水浸過之紗布與A-vitamin之油類的或軟膏類的繃帶互替換用。

對於各種傳染性之傷處以及化膿後之處置(如對於蜂窩織炎(Phlegmone)，腱鞘

炎(Tendovaginitis), 癰疽(Carbunkel), 淋巴腺炎(Lymphadenitis), 等等): 將傷處切開後, 細心將膿剔出, 將烏羅維他流入傷處。用經烏羅維他浸透之紗布鬆鬆地填塞傷處之空洞。紗布與棉花之間敷一層 zellophan。繃帶須依如此之措置然後縛於病人之肢體上。依此法將傷口切開, 則病人在後廿四小時內可望毫無熱度發生; 此繃帶即使被傷處排洩物浸漬透亦只能換其最外幾層。傷處之本身, 須經六天至八天後方可接觸。吾人對此種傳染性之創傷之經驗完全與創傷所得者相同。肉芽生長甚速, 組織之生活力存在, 化膿之部份脫落甚速, 繃帶更換甚易是也。化膿的傷處洗淨後, 有時可將堵塞傷處之繃帶等物短期內即取去, 此傷口不用繃帶而用絆創膏(Heftpflaster)掩蓋, 因此可使治療更迅速。傷處時有因常用烏羅維他而有過度產生肉芽之趨向在此情形下須用溫和的抗毒的繃帶更替。對於開刀後的病人, (如廠開治療中的虫樣突起炎, (Appendicitis)膽石炎 (Cholelithiasis)等), 烏羅維

他亦有良效。

最近Loehr氏嘗依照吾人意見, 亦應用於其工作。報告云: 「重挫傷性之創傷用魚肝油之治療, 有驚人之效力」。根據吾人使用 A-vitamin之經驗指示吾人, 此用魚肝油治療所得之良好法結果, 似應歸功於魚肝油中之 A-vitamin。若此言果屬實, 則使用烏羅維他較魚肝油為佳; 因烏羅維他是消毒的, 且無魚肝油之惡臭, 而不易分解也。

總而言之。烏羅維他之利可括約於下:

- 一, 對於治療創傷性之傷處, 含有 A-vitamin 之油類或軟類並無刺戟, 且於治療之程序有良好影響。
- 二, 使肉芽發生迅速, 防止以後之傳染。
- 三, 對於已化膿的傷處, 此藥可作繃帶及傷處之中間物。分泌物之排洩將因之容易。肉芽之產生特別迅速, 促進腐壞部份之溶化。
- 四, 傷處之皮膚掩蓋迅速。

關於肺膜葉間帶形黏合時之肺虛脫治療

Schottmuller 原著 少宜譯

外科手術的肺治療早為衆人所知僅用於空洞性肺結核(kavernöse Phthise)。由

臨床上觀察之根據我們漸漸習知, 空洞性前期的, 新鮮的肺結核為最適宜施行氣胸

治療的時候。由在人類方面的簡單而實驗的觀察我可以作一個公正的證明，即事實上結核菌(Tuberkelbacillen)不能在萎縮了的肺臟組織中生活演進，在那裏一切在血液內浮沉着的結核菌均將死亡並且不能達到節結(Knötchen)的構造。這種觀察此處我僅完全簡略地敘述。

一個女病人，她起初兩邊的患滲出性肺膜炎，幾個星期之後即轉成粟粒性肺結核(Milliartuberkulose)。由自己檢查證明，自然在肺臟組織全部所浮沉的結核菌均不能在萎縮了的肺臟組織中造成結核(Tuberkel)，在這些組織中用顯微鏡檢查絕對我不出結核菌，這一定全係死亡了但是在肺臟的外一部份，就是未經肺膜滲出物造成萎縮的上肺葉中却發現了大量的結核菌，由正常結核的解剖式斷面中完全證實含有極多的結核菌。(第一例)

自二十年以來我個人已經轉變到，對於一切一邊的肺結核在初期診斷確實時即施以氣胸治療，均由此得獲痊癒。但是在許多症例中此種肺萎縮作用為下述情形所阻止，即在肺部肺膜與肋部肺膜之間多少已有了黏合固生的情況。對於那一些我們認為施行胸廓成形術(Thorakoplastik)有可慮懼之症例則依照 Jacobaeus 氏之往例，改由胸廓燒灼法(Thorakokaustik)所引成之帶形黏合分離法。(即將肺膜間之帶形黏合加以分離)。Maurer 氏用一種值得驚佩之技術在 Davos 地方將此法加以

改良。我只能將這個方法簡略地敘述一下。

在局部麻醉之下將膀胱鏡一類的器具的兩個管子插入胸廓，在肺臟無論如何由空氣的吹入總有一部份成為萎縮狀態。已經構成的黏合固生狀況可以用胸廓檢查器清晰地窺出。由前面插進去的兩個管子內放下 Maurer 氏燒灼器到胸廓內，由此將已成的帶狀黏合物在一種平面式下漸漸將其剝削，直至使其與巨大面積之肋部肺膜的固生完全脫離為止。(第二例)

現在我要敘述一個病人的病狀經過，Maurer 氏此曾用上法獲得極佳效果。

一個二十四歲的病人於五年以前患病，起初為一常有之流行性感冒病現像，其實為一種右肺臟的急性結核症。當立在右胸部施以氣胸法，半年以後右邊的肺結核症即行痊癒。在第一張 X 光像片中看見右肺臟的病理狀況，但是在第二張 X 光像片中右肺臟的病理狀況在一點痕跡全無之下治癒。在完全健康以後病人突於一年以前又復患與前相似之急性病症現像，即左肺臟的結核症。當時同樣的施以氣胸法，但是這一次的氣胸法不能達到完全的功效，因為有一個比較狹窄的帶狀黏合物生在肺膜尖端去阻止完全的肺臟萎縮。這立即表示出一個細很小的帶狀黏合物可以使治癒成為不可能，所以我決定將這個病人送到 Davos 地方 Maurer 氏處去將這個帶狀黏合物分離開在這個期間這黏合情形仍繼續

增加，所以使外科手術方面感到異常的困難，並且僅在三個間歇內(Etappen)為可能。現在諸位以為結果怎樣？那裏知到，經過最後一次外科處理後居然將左邊肺臟的完全萎縮達到成功。病人經過這次治療又完全恢復健康狀態，所以他們仍然恢復他的職業仍然可以作事（病人之職業為一醫師）。我並不懷疑到此點，就是一個一二年長久的氣胸可以將他的左邊肺部治癒，如同從前右邊肺部的情形一般。

這是一個我們人的證明，我現在要將我的這個證明加以鄭重說說明：一個肺結核症的外科治療，就是由氣胸法的方式去將已成的帶形黏合物分離，是初期肺結核治療法選擇中的最好的一個法子。但是有一點阻礙在道路上，就是有時候缺乏施行此種手術的人，可是也僅僅只有少數的人

有嫉妒心，去讓這些病人被送到向 Manner氏這一類的外科專家去施行手術。

我現所利用作為標本指示給諸君所看的一個病人的X光像片，這個病人僅于四星期前患病，似乎為流行性感冒病。病式像時期已過，但有時仍有一種普通衰弱狀態及一個過度的疲勞。如同我們平常在這一類例所施之檢查，非物理的，為X光學的，發見右肺尖有結核症，所以立即施以氣胸治療。諸君不能看見右肺尖有非劇烈的變化吧。必須詳細觀察，此肺結核症是否可以由氣胸法治癒或者在個症例中必須依照Jacobaeus及Maurer二氏之方法用胸廓燒灼器先將帶狀黏合物加以分離。（本篇為一千九百三十四年三月十三日漢堡市醫師公會的講稿）。

論血管腫的鐳素治療

(über die Radiumbehandlung der Haemangiome)

溪 萍 譯

凡在其實習中觀察血管腫的症例甚多者，均承認病人受此畸形(Missbildung)之害，屬於精神方面者較多於醫理方面，在幼時受同學的嘲笑，任事時可引起同事者之注目，且又為請求職業的缺點，總之

，患該症者多抑制自己；意志薄弱的感覺為其結果。

該種血管的病態應於童時加以治療是十分的必要，因此處幾猶為胎兒性的血管組織容易退化也，我們現在仍可常見之畸

形海綿腫(Moskorer Kavernome)的生成是可以阻止的，為避免重複起見，關於血管腫的病理及治療法，我須放棄 Sonntag 氏精妙的編輯，讀者於其編輯中可尋出關於此部的一切知識，這些知識是用極大的經驗與謹慎抄集的，此處首須顧及者為鐳素治療的報告與方法。

至於治療法之選擇則視血管腫之類別及時期為轉移，簡單血管腫(Hamangiom simplex)與海綿血管腫(Haemangiom Cavernosum)的分別是很重要的。

簡單血管腫是由於真皮(Cutis)內的微血管增多，其上之表皮多未損傷，血管腫含動脈管多則為淡紅色，否則為淺藍色，如上所述，微血管擴張除去之結果以在幼時為最佳，因如此則日後之面積擴大可以避免，且已成之癍痕亦可改善也，對於這種血管腫的最有效而又最便宜的療法是用雪狀碳酸(Kohlensaureschce)使其凍結(Vereisung)，最初用該法者為(pusey)氏，此法具有一72至-90°之冷作用，該法之最要者為準確的時量(Zeitdosierung)，最常有之錯誤為雪狀碳酸過久之作用，適當的時間是在30與40秒鐘之間，若作用時間較久，則血管上面的表皮即行壞死，其結果為壞的癍痕，以適度之時量(30至40秒)及八日之間隔即可得極佳之結果，這種血管變化的治療(即做血管擴張)通常毫無困難，化裝的效果亦佳。

至若海綿腫則與上所述者不同，牠常

為畸形的多血腫瘍(Blutschwamme)，牠能使唇，鼻，全面部的一半或四肢有象皮病狀的(elefantistisch)變化，牠是由結締組織的，海綿狀的組織(該組織因血管多而富於血液)做成的，其性質可富於動脈或富於靜脈，關於血管腫發生的部位，我們相信我們的症例(尤其是面部)能夠證實Virchow與Philipson二氏的觀察，縱然是還有其他的見解；依照他們的觀察，海綿腫的發生與蔓延多在virchowschen胎兒性的裂隙(embryonal spaelte)，吾人可以裂瘡(fissurae)名之，口裂隙，鼻裂隙，淚骨裂隙以及腮裂(Kiemenspalte)等處最常發生血管腫。

這種畸形的海綿腫很難治療，帶有象皮病狀圍裙構造(Schurzenbildung)的海綿腫(這種構造的過量皮膚物質似乎不能退化)須施行手術將其除去，此處須用腸壓榨器(Darmklemme)壓榨多血腫瘍之基礎；除去之後，依照Payr氏將其縫結，對於皮下的血管腫施用鎂素塗抹(magnesiumspickung)可得效果，其療法亦創始於Payr氏。

對於特別大的海綿腫，我現在熱烈的介紹鐳素照射，此法在近年來好像已被人忘記，我於血管腫的鐳素治療中曾有十個很困難而且面積很大的海綿腫得到效果，該效果使我任為以鐳素治療這種病例為一良法。

關於技術方面，此處是用聯合法，即

插入鐳針與敷抹藥品，鐳素治療的優點與原理是對於血管內皮細胞的變性作用 (degenerative wirkung)，所以此處不僅是造成栓塞與皮下癍痕 (如用電療的穿刺法)，並且能引起病態血管生成的變性退化，余最初即聲明該法以施於幼時為最佳，因此時幾仍為胎兒性的血管組織易退化也，但對於成人，我們也見到大量的性管變法，該法較佳於施手術之處 (無論其為形成手術或電療) 是在於大而壞形的部分 (譬如面部) 藉血管的退化與收縮又復其原狀與原色，以致形成手術 (在已變之組織內不易使行) 成為多事。

鐳素治療的技術如下：

插鐳針於海面腫的四周或表面，每針的距離為1—2—4cm，對於成人是用局部麻醉，對於小孩用Chlorathyl 麻醉，我們依照腫瘍的大小用1—2mg針 (0,5plasin-iridium 濾過)，對於面積很大的海綿腫，我們最好先置鐳針於輸入血管處 (譬如於頰部海綿腫時置鐳針於A. 及V. Angularis 處) 全海綿腫藉輸入血管的收縮不久即含較少之血液。

在此處我表示對於頰部及唇部的海綿腫不可忽視粘膜方面的治療，我們於鐳針的插入及取出均未見大的出血。

被插入的海綿腫於鐳針插入後須覆以消毒綑帶，於其上置鐳素藥品 (每藥品重5—10mg)，該藥品是在分佈極好的平面過濾內，照射的時間與次數均視病人的年

齡與海綿腫的大小而定，小孩須2—3次，成人須3—4次，通常是於二十四小時內將針插入兩次，具有極大的海綿腫之小孩所須之總量為為1500mgh，大人所須之總量為4000mgh，小的海綿腫須量當然較少。

我以為對於這種治療不可求急，因為這種治療是由於血管慢慢地變性，所以須要長時間的治療；已成人的病家於治療的中間期能夠完全工作，所以長時間的治療對於他們並無缺點，我忠告，不要受耐性的病人母親 (她們以為她們的小孩痊癒的不快) 的勸說而用多次與急速的插針，照射後的4—6月仍有變性作用，這很使人驚異，若治療的步驟過速則呈收縮現象，這並不是人們所願的，因此吾最初不繼續鐳素的治療，若已近相稱 (譬如面部) 但仍未完全達到相稱，經驗告訴我們，病處過多的部分不久即消失而兩邊的面部，唇部或鼻部均完全相等。

現在僅以兩個例子解釋以上所說的一切。

I. 小孩Ruthk. 四個月，17, VI 1933在左下顎角有一半蘋果大的海綿腫，耳翼 (Ohrmuschel) 的下部三分之一也被波及，鼻根之上有一豆狀大小的海綿腫，2mg的針插入十個，1mg的針插入一個，總量為1470 mgh. 30 I. 1934 顎角上的海綿腫已縮小至兩豆之大，皮膚不能呈藍色，耳翼下部已具正常之形狀，鼻上的海綿腫僅餘

一小紅斑，—— 又一次插針及敷用藥品 (118mgh)，6. III. 1934 已檢查不出血管的變化，小孩已得好良結果出院。

II. Johannes j., 十九歲，左頰有大的海綿腫，結膜囊上唇以及頰粘膜均被畸形的血管擴張侵入，左眼幾不能開，病人已用各種方法治療，但均無效，這是 2II. 1933 的觀察，於全左頰內插入十九個針，其中有 1mg 及 2mg 者 (總量為 1410mgh)，3I. 1933 置 900mgh 藥品於其上，15.V. 1933 將此量重複一次——5. III. 1934 面部已相稱，左臉裂 (Lidspalte) 已與右臉裂相等

，眉與睫毛均全存在，病人痊癒後出院。

這是十個同樣重的症例中的兩個，其餘症例均得同樣好的結果。

我從未見對於附近器官以及對於兒童生長的損害。

總論：我以為對於大的海綿腫應選用聯合的鐳素治療 (插入與敷抹)，當然是治療愈早則所得結果愈佳，普通對於六個月後的嬰孩即可施用此法，—— (相當於兒童的一般狀態)，就是對於成人也以施用鐳素治療所得之結果為佳。

甲狀腺機能亢進症或 M. Basedowii 病用 Tyronorman (Schilddruesenkatechin) 之治療法

Dr. Emil Baumann 原著 徐浴知譯

甲狀腺機能亢進症或 M. Basedowii 病之內療法，在今日尚無顯著的效果，假如不將 X 光療法算在內療法以內的話。由此人皆喜歡利用稍有希望的新藥品。

在我們的醫院內，有許多年，特別是在最近兩年內，我們已經見到，各種程度的甲狀腺機能亢進症的這樣材料，根據此種經驗，以致於我們不得不相信，各種不同的療治方法之效用，其判斷為可靠。

命名問題，在此處我們不欲多為引伸，僅須注意到，我們要接合 V. Witzleben 氏的成就，因此甲狀腺機能亢進症的意義

是過度的意思，“一切輕微的現複雜現象之症象，以至最重的 Basedow 病皆包括在內”。

去闡明辛苦的經過，那不是此簡短報告的問題，Blum 氏若不多有三十年的努力，去探尋撒遜人的在 Dressden 地方的血清工廠所做成的 Tyrouorman (特別的不書 h 字)。此每每由於職業方面發生的，至興趣方面可讓所示的敘述繼續商議。荷爾蒙的控制物質——Blum 氏稱為 Katechin = 控制意思，——其 Blum 氏的概念，在科學方面已經得有很重大的實際意義。

Tyronorman 的單位，是依 Blum 氏單位 (BE) 計算，並且是這樣，每一單位須含有 $1\gamma\left(\frac{1}{1000} \text{ mg}\right)$ 碘原質，碘原質乃為甲狀腺碘蛋白 Schilddrüeseniweiß 形狀。一片 Tyronorman 含有十個 Blum 氏單位 (10 BE)，平均約須六十單位。僅止在很少情形中，須加高至九十單位。再多過九十單位則向不須要。

我們先報告，在二十五個病情中，較重及最重的 Basedow 病之治療法的經過。在多數情形中，效用在十日以後才出現，最普遍的表示是，心臟病象比較減輕，體重減少，亦得停止，或者並能加重。有時候于治療初時，反有輕微的加重現象，我們能如 Herzfeld 氏及 Frieder 氏觀察得到。最明顯的，是，普與起居近狀之改善。我們在四至十週之間，可見體重顯然的加增十磅。病人亦較安靜，其營養神經系的現象，也十分見好。基礎代謝 Grundumstz，差不多已降到常態，僅止是，雖其他現象，多行減輕，而基礎代謝，單獨的，很難受到影響。此與其他作者的觀察相符合。

心臟現象，無論從主觀或客觀方面看，皆受到很有利的影響。並且在少數情形中，頸項周圍，亦顯見縮小。惟眼球現象，似乎見效少些。

患者的大部份，當不用時，是如此見好，以致我們，能當為有職務能力而不用他，不過在服務時，已經有完全無職務能

力的現象存在着。但是由 Tyronorman 所引起的損害現尚未見到。

最重要的，同時還要遵守 Blum 氏的保護食物 Schutzkost (勿食肉，食物要富于菜蔬及炭水化合物類)。除此以外，須每天給以一至兩 立脫爾 Liter 的牛乳。在稍為重一點的病情，並要告其靜臥。他種藥品，將分別使用，並且僅於開始時，短期給與，例如金雞納可小量使用，鎮定劑 Sedativa 止用于晚間，他如 Digitalis 亦能服用。不過比較見好的效用，我們不能證明，除少數帶有心臟機能障礙的病情之外，因心臟機能障礙，無疑的，服用金雞納，較為有效。

有幾個病人已經在別處治療過，並且用各種藥，皆無效果。他們急速要求用 Tyronorman。也有幾個病人，雖利用 X 光治療，而毫無效果，或者僅收些微之效。多數患者，于 甲狀腺腫割去 Strumaektomie 後，又有重新的甲狀腺中毒現象出現，雖 甲狀腺腫割去手術，已於很久時間做過。總而言之 Tyronorman 乃為最有效驗之藥。

為反對別一作者 (Schoeneberg) 我們必須結合 Herzfeld 氏，並且確定，Jodbasedow 病雖受很重的影響，而在多數情形中，亦屬可喜。脂肪質 (Fett) 的 Jodbasedow 病，受孕婦人，多顯有經閉現象，我們可以不管，一個加卵巢製劑所成的富肉無脂肪的食物怎樣，而得良好結果。即

便是發炎的甲狀腺腫，亦結果甚佳。

我們的收效，是這樣完滿，以致欲推至於每個 Basedow 病者並且這個患者，起先對於開刀，是不能成爲問題的，如同 X光療法一樣，可以Tyronorman一爲嘗試。或者 Tyronorman 並與X光合併使用。

在不用時，我們指示治療同伴，先繼

續給與開示的食物，再實行約超過三週的短期再次的 Tyronorman 療法。將來的後期療法(Nachkur)，于再發症時，應當依照 Herzfeld 氏的療法，顯出很快的效果。

下表，是示關於我們的病情的一個展望。

| | | |
|----------------------------|-----------------|----------------|
| 輕症Basedow病 Jodbasedow 病 | 影響最好的 — — | 影響好的 7 2 |
| 中重Basedow病 Jodbasedow 病 | 5 1 | 5 1 |
| 重症Basedow病 Jodbasedow 病 | 2 2 | — — |

假如我們與我們以先慣用的方法一比，我們必須確認 Tyronorman 之超羣出衆，我們將繼續研究此法，並熱烈的推

薦他至可能範圍的補試，且及於游動的談話時間資料。

特 載

一封由中國寄來的信

F. Wendt 博士書於漢口，原信發表於德國醫學週刊1934年第十九號。 李振明譯

要從各方面報告的，就是至今年一月底為止，有十八位從德國來的醫師居留於漢口，恐怕還有要來的，我要簡單敘述居住此間是個是什麼樣的情況。我的報告或許有些益處，就是對於未經考慮的旅程，可以避免。

我預先要聲明的，這篇文章，僅是恐懼中的筆記，不是討論什麼專門學術的，醫學上的尊嚴在這裏怕要大大的降低了。

我們現在舉一個忠實的例子，中國全部租界將要為逃亡的俄國人所充滿，譬如在上海我們就看到他們拉黃包車，這就是說他們做最下等的苦力工作。雖然在大戰之後，歐洲人的尊嚴已大為降低，而對於白種人還有最後的敬重。

此處開業的外國醫師可以分為兩大類：教會醫師與自由的醫師。教會醫師工作算是盡他們的宗教上的任務，也就由教會裏給以報酬。他們分散於中國全部；有一部分設立了很好的病房，供他們處理與接受診金，有了這樣設備，別的外籍醫師不能與他們競爭，為他自己的存在，競爭

也是必需的。教會裏供養這些醫師與他們的家屬。他們有住宅與例定的假期。當他們假期滿了回來時，仍舊找着他們素常的工作。當他們在外面可以維持生活時，就離開了教會，他們常常的變為自由職業，而他們有種長處，就是他們可以說中國話，因為在宗教工作時有充分的時間和機會來造就這種很難學的又需時很久的中國語言。

自由醫師只能在租界上居住。他們須有中國的許可證，他們提出請求書並繳納中國政府的公債就可以取得許可證。他們又可分成兩部分，一部分是歐洲人與美國人，那一部分是日本人。日本籍醫師有他們的政府與民族嚴密的保護，有華美的設備與很好的病房供他們處理，工作也像教會醫師一樣的。

其餘的自由醫師屬於下列民族：美國人，德國人，法國人，英國人以及少數的奧國人。他們起初只是治療他們的自己國人，但是僅賴乎此不夠維持生活，必須要嘗試着同時也治療中國人。這件事實並不像多數人想像的那麼容易。一大部分的中

國人是否願意求診於外國醫師，就是一個問題，他們先去請本國的醫生，就是常爲人所稱道的。未見效驗，再去請留學過的醫師。若是還未見效，他們或是進日本的醫院，或是才找到外國醫師。這些外國醫師最初就得一個很難的工作。假若他還不是有『大面子』的，就是說幾年來還沒有認爲高明的醫師，就要被人懷疑與輕視，若是不能立刻見效的時候。很快的就落得這樣的判斷，除了診金較高以外，並不能比本國的醫生高明些。若是有一個不幸發生於注射一針之後，還要嘗試到被傳入審判廳裏。注射反使得疾病變壞，注射後或許壞得太利害了。要是拿事實比較起來，還可以自慰呢，因爲最後僅是賠償一大筆錢款耳。

我剛才所說的，差不多每個新來的總可以遭遇到或是事實已經遭遇過的。自然也有一部分中國的病家，立時去找歐洲的醫師的，或是中國的醫師遇到某一種病况，立即介紹到外籍醫師去的。這不過是基於信任的關係，而信任的獲得是由於多少年來互相了解熟識。這種情形初來者是享受不到的。

新來到的必須要小心習練着對待各國的僑民團體，新到的醫師立時要拜訪他們；訪問後，適當的醫務處理才可以就緒，舊有的醫師完全不是好意，對於他們不能有一點信任。新來的很容易被信爲，是一個補足空隙的，對於新來的觀念，只

有一部分是信任的。這些(僑民)病人是屬於這一類的，他們提出很多的要求，可是絕不會想到『付錢』的，要是催促付費問題，一切的事情又要動搖了。老的醫師是他們的相熟。他們在多少年來，各種方法已經一樣一樣表演過了，沒有什麼新鮮的對待他們了，他們也不覺得有什麼可希奇的。這個信任很淺的新手不久就視爲他們的損失，他補的空隙，已不是他們所想到的。

這個還不算新手所受的惟一困難。幾天前我讀過一篇好文章題目是『我願做個開業醫師』(於 Wurttemberg 的醫學通訊中) 這位不相識的作者說出我心中要說的話。沒有一處像在中國樣的，開業醫師必須各科都有深造，又要像社會醫師樣用最粗淺與價廉的診斷方法要達到最大限度的治療效果。在確定診斷上的必須的檢查(尿，虐疾原虫，痢疾變形虫)要醫師自己做的，病人因爲已經付過診金，不願再負擔特別的化驗室費用。在中國要從地位很高的臨床家降到了普通家庭醫師。我在初來時，常常對於臨床上確實的傷寒病人願意做“Widal”試驗，而得的結果，就是病家不再請我了。一個醫師出了這麼大的助力，實在不明白他的事業怎樣做才是對的。

同志們，要是從大的病院裏出來的，必須要把檢查的必要條件迫至最少限度。自然的也許要遇到些中國人，他們讀過外國的書籍發生一二個與檢查有關係的奇怪

奢求，這不過是例外。

第二種觀察，我們到此不久就做到的，就是中國人對於藥劑的反應與歐洲人完全兩樣。我們要很小心的用藥物的極量 (Maximaldosis)，凡是在中國略為居留的人，就會驚訝中國人的偏向，就是說各式各樣均與歐洲人向反。在醫學上對於我們醫師必須用我們的計算引用到這種情況上。有許多病人攜帶着一點一點的不舒適的單子，讓那陪伴者朗誦。這種無識的，可以完全弄錯誤了。我曾經滑稽的舉出許多的範本，再把我的診斷寫上。我可證明，沒有一個醫師，依據這樣既往病況而能有這樣的診斷的。

對於婦女的檢查是特別困難，只有少數外籍醫師，為中國婦女所熟悉的，讓他享受常常檢查的特權，可以作一個精密的婦科的診斷。中國的同道對於婦女全沒有

這種奢求來檢查她們，作為補助的，就用一個小的象牙刻成的女性模形，叫病人用手指痛苦之地點，由這樣自稱病況移想人體的部位上，可以說沒有診斷，而要開一個藥方。

我的簡短的大意是關於普通開業醫師的工作，因為中國大多數地方只有希望將來會好些，專門醫師只能居留在大的中心城市像上海，天津，廣州。他們自然在診斷時與在治療時，必要選擇出新的學術上成就。但是我恐怕他們不會有多大的幸運，因為這些地位已經被各民族佔據了。將來的惟一可能就是嘗試着在任何一個醫師公會裏找出可採取材料來。這個到現在還是普通的道路，像我們做醫師的腳踏到中國來。我們生活在有限的經驗中，與病人信任中以及業務之中。

F. Wendt 博士書於漢口 中國

阿葛滿新 (Agomensin) 與西斯多滿新 (Sistomensin)

Prof. Dr. med. H. Wintz 著

(汽巴藥房來稿)

著者於十八年中曾以阿葛滿新與西斯多滿新治療患者不下8000餘人。本文即其一切實驗之總報告。

I. 阿葛滿新

a) 阿葛滿新對於月經閉止 (Amenorrhea)

關於月經閉止患者之治療。著者有極嚴格之統計批判：「在吾人初所認為純係卵巢性經閉患者之二四七人中。有一—三人其後查出皆受環境影響。或營養及住所之不良等關係者。

至其他之一三四人。則注射阿葛滿新後。僅一部分有效。蓋其中有五十三人皆係產後無月經至十個月以上。在受孕之先。已有月經不調症。惟無他種內分泌障礙之現象而已。故可認為全係卵巢性之經閉症焉。然其中有四十七人於注射阿葛滿新二至三個月後。即再見經潮。內有十四人於其後之六至九個月中。月經甚正常。但須再以阿葛滿新治療若干日。始能完全治癒。

又有患經閉之處女四十一人。年齡皆在十八至二十一歲之間。其一部分月經來潮雖已有年。惟有時則數月不至。且有數人先患經期過長。經量過多。繼則年餘不見月經者。予皆以阿葛滿新治療之。治療期間六至十二星期不等。內有三十八人月再經潮。但於第一年內復患經閉者十二人。於第二年內又患經閉者十九人。惟用阿葛滿新再度治療。月經立即恢復。

以吾人統計之所見。中年婦人之患經閉者。可另分為一類。即年齡間於二十八至三十六歲。大都曾生產一次或二次者。查其在少女時代。卵巢機能即不甚健全。有屬於此類之患者十八人。曾以阿葛滿新治療。內有九人完全治癒。

又有可視為經絕過早之患者十人。年齡在三十六至四十歲之間。以阿葛滿新治療。無甚效果。僅有二例月經再至。

更有患經閉之少女十二人。年齡十八至二十一歲。或則初經尚未來潮。或則每六至八個月中。僅有極少量之出血一次。此十二人中患原發性經閉者八人。以阿葛滿新治療者七人。見效者僅一人。

此外尚有患者五人。忽然月經閉止。其中受驚者三人。過勞者二人。均以阿葛滿新治療。而月經再來者四人。但余因不能斷其有無他種內分泌障礙。故不敢認為係阿葛滿新之功效也。

由是觀之。阿葛滿新對於卵巢性經閉之功效。可自上述一三四例治療之成績。而得一正確之觀念焉。

對於其餘一—三例。亦施以阿葛滿新治療。其月經皆迅速恢復。但吾人必須聲明。此並非阿葛滿新所使然。實乃補助治療之功效也。惟此觀念有時亦非正確。蓋除改善其營養及環境之外。如輔以阿葛滿新治療。以增進其卵巢一般內分泌之機能。實有重大之意義也。」

著者對於治療無效之患者則謂「凡以上述方法治療而仍無效果之各例。其經閉之原因。大都在他種內分泌腺之機能障礙。尤以甲狀之機能障礙為最多。」

月經閉止亦有由於胸腺腫大者。阿葛滿新對此種患者則毫無效果。但以愛克司光照射胸腺。而使之縮小之後。月經即自

動來潮。

b)阿葛滿新對於孕婦

「自臨床醫家大規模採用阿葛滿新治療以來。即常有一種質問。謂阿葛滿新苟用大量。是否亦有墮胎之可能。關於此問題。余曾以動物實驗研究多時矣。雖以大量注射於天竺鼠及家兔之靜脈內。按其比例。遠在對於人類用量之上。皆未能使其妊娠中斷。故阿葛滿新實無此能力也。至於阿葛滿新內服且行靜脈內注射於人類之第一例。則為在臨床上認為必須中止其妊娠之某孕婦。此後十五年來。余對於此種經驗。已達四十七例之多。雖用大量阿葛滿新。從無中途流產或子宮出血者。」

「余絕不躊躇主張阿葛滿新係無流產作用者。因余曾觀察阿葛滿新之作用。實與保證胎盤軟化及卵子營養之妊娠黃體。Corpus Luteum graviditatis 的內分泌產物完全一致也。」

c)阿葛滿新對於常習性流產

余曾治療此種患者二十四人。查彼等均無器官的變化。其結果至為滿意。就學理而論。觀其對於各例之效果。似乎阿葛滿新實含有黃體全盛時期之各種主要成分。因此余即常以阿葛滿新用於常習性流產之無器官變化者。至於患生殖器以外之疾病。如腫瘤及慢性膽囊炎等症者自當不在此限。

d)阿葛滿新對於孕婦嘔吐

著者嘗以阿葛滿新用於此類患者三百

例。內有75例效果極佳。133例因併他種療法亦迅速治癒。而其餘之92則無何效果。著者之意見頗堪注意。氏略謂：

「如斯結果。殊非奇異。蓋孕婦嘔吐之原因極複雜。由於內分泌障礙者固不少。但妊娠黃體之不足亦不能認為主要之原因也。余嘗以少量之甲狀腺素 Thyreoidin 而治癒非常重症之嘔吐。有時亦用抗甲狀腺素 Antithyreoidin。夫阿葛滿新對於孕婦嘔吐。既無流產之危險。故對於孕婦嘔吐實有一試之價值焉。」

e)阿葛滿新對於經絕期(Klimaterium)

「如見婦人發生經絕期症狀。吾人之第一感想當為卵巢機能之消失。但在治療方面。並不須要卵巢製劑以完全代替其機能。蓋此種症狀多係他種內分泌障礙之結果。吾人對於經絕期症狀之治療。常用一種合併療法。常以阿葛滿新與西斯多滿新與他種治療相併用。

據統計所見。阿葛滿新對於經絕期充血症狀。確有良好功效。然治療必須持久。(每日服片劑六片。且連服五六個月)。同時與以大量之鈣劑。有時且須與阿葛滿新或西斯多滿新之注射同時併行。著者近年以來。對於有強烈且極困苦之充血症狀之患者。常施用替代療法。確能使症狀減輕。惟對於卵巢機能消失者。有力的替代療法。亦能延遲其身體之自然替代作用。其充血症狀雖已減輕。然稽留甚久。直至症狀消失始止。」

「在余統計之中。以阿葛滿新行替代療法。對於多數患者。確有良好之功效。蓋用毫無危險之阿葛滿新內服。勝於甲狀腺治療多矣。余僅用禁鹽法排水療法及阿葛滿新治療。竟能使患者體重減少三四十磅者。殊非少數。」

II. 西斯多滿新

a) 西斯多滿新對於青春出血 (Pubertatsblutung.en)

愛蘭根大學婦科部。對於初經期經量過多者。自一九一三年以來。除採用西斯多滿新外。從未使用其他治療。但各例竟完全治癒。西斯多滿新內服之必要甚少。僅用注射即充分有效。在治療之初。如經期正常而僅經量增多者。則須於月經前八至十日起。每日注射二西西。直至經止方停。其後每次月經來潮皆須施以同樣之治療。至少繼續四五個月之久。

b) 西斯多滿新對於月經痛 (Dysmenorrhea)

月經痛不為疾病。僅係一種症狀。故西斯多滿新僅能有效於內分泌性諸障礙。如以大量西斯多滿新注射於內分泌性月經痛。則均有良好效果。

惟須聲明。毫無遺漏之診斷有時實不可能。但西斯多滿新用於一切原因不明之月經痛。亦無何等危害。以吾人之統計。凡屬西斯多滿新治療。惟有用大量注射者始能有持久之功效也。

吾人常於經期前五六日起。每日注射

五西西於肌肉內或皮下之脂肪層中。在經期中亦然。至經期後二三日方停。此治療亦須繼續至數月之久。如患者皆用此法治療三四個月。於休息數月之後。再用此法治療一週。即可保不致再有經痛矣。

余以西斯多滿新完全治癒之月經痛患者。不下百餘人。彼等均曾用其他種種方法。終年治療。而仍無效果者。

c) 西斯多滿新對於月經過多症

西斯多滿新不似一般子宮出血所常用之止血劑。本品對於子宮肌肉。毫無使其收縮之作用。故僅能有效於內分泌性之月經過多。是以子宮筋腫必須除外。雖有主張筋腫之原因亦在於卵巢機能不全者。但西斯多滿新對於筋腫實無功效。至對於因炎症之結果而致月經過多者。常有良好之效果。故西斯多滿新不但有效於內分泌性月經過多症。而實為此種疾患之主要治療劑。

在吾人統計之中。以本品治癒之子宮血崩婦女。多至七百六十人。

d) 西斯多滿新對於經期前濕疹

經期前之皮膚疾患。非普通藥劑所能治癒者。吾人曾見此類患者十三人。皆以西斯多滿新治療。而得到良好之效果。此種治療每一至三年。必須施行一次。蓋多時不治。則有再發之虞。

著者回顧其統計之結果為之結論曰：

「阿葛滿新與西斯多滿新已為吾人藥囊中最寶貴之新藥。對於其適應範圍以內之疾患。倘為任何藥劑所不能代替者也。」

啓事：

(一)

本刊自下卷起，形式內容，均擬稍事改革，並儘量增加篇幅，除特約本校關係人物撰述稿件外，敬請國內外學者多方賜教，不吝珠玉，時錫佳文，本社當先期刊載，以符盛意。

(二)

遙遠省份各大商埠或都市中代發行本刊之各書局或藥房在過去數年中，殊無成績。故決自本期起，外埠各代售處完全停寄並停止其代訂職務，此後外埠讀者，可逕向本社或本埠各代售處定購訂閱可也。

(三)

醫學院畢業校友方面，每期均寄奉季刊，惟因地址屢易，致退回或中途損失者極多，自四卷三期起，已由社內同人將各校友可靠之通信處一一改正寄發，但仍希不時將新址賜下，以免誤投而藉以多通聲氣。

(四)

本刊此後擬增加創作方面篇幅，敬盼各地校友源源賜稿！



編輯部謹啓。

同濟醫學季刊第四卷第一期目錄

研究及臨床

| | 頁數 |
|-------------------------------|-------|
| 關節槍傷及其治療..... | |
|但功澤醫師 | 1—6 |
| 內分泌腺之最近的研究(續) | |
|梁之彥博士 | 6—8 |
| 中藥萬年青之研究.....黃勞逸 | 8—10 |
| 利用多服蟻類的腎臟機能檢 驗法.....徐績宇 | 10—15 |
| 接種后與急性傳染病患后之 腦部併發病.....陳歷榮 | 15—22 |
| 治療概念.....沈其稀 | 22—28 |
| 論菌痢后胃腸上之後起病態俞德葆 | 28—32 |
| 網狀內被細胞系統.....蘇祖卿 | 32—34 |
| 論驅虫劑致成之急性尼哥丁 中毒.....徐績宇 | 34—37 |
| 患肝臟涓粒虫病時之胃損傷沈其稀 | 37—45 |
| 植物性國產藥物之化學分析 與藥理實驗.....黃勞逸 | 46—49 |
| 傳染病用合成藥物之根本治 療.....陳麻云 | 49—54 |

婦科

| | |
|---------------------------|-------|
| 女性經循環期之內分泌的掌 治.....憲 煦 | 54—59 |
|---------------------------|-------|

| | |
|--------------------------|-------|
| 婦產科上用笑氣麻醉之經驗俞德葆 | 59—62 |
|--------------------------|-------|

| | |
|----------------------------------|-------|
| 論炎性子宮附屬器瘤用保守 及手術療法之結果(續)..... | 67—69 |
|----------------------------------|-------|

健康與衛生

| | |
|------------------------------|-------|
| 北平之公共衛生一瞥..... | 70—75 |
|許端慶 | |
| 重要中毒之認識與治療之進 步(續).....王紹昌 | 75—83 |

治療報告

| | |
|-------------------------------|-------|
| 藉吸收性消毒作用治療腸疾 時之營養品.....冠 儒 | 62—67 |
| 白喉血清與瓦斯壞疽血清治 療惡性白喉之症例..... | 87—93 |
|溪 萍 | |
| 胃腸病的治療.....呂世藩 | 94—96 |
| 從多量六〇六治療脾脫疽..... | 84—87 |
|陳家琪 | |
| 急性黃色肝臟萎縮治愈之一 例.....璧 明 | 96—99 |

讀者通訊

| | |
|----------------------|--|
| 關於喘息病問題.....(嚴需章醫師答) | |
|----------------------|--|

同濟醫學季刊第四卷第二期目錄

研究及臨床

頁數

靜脈注射EVIPAN-NATRIUM

基本麻醉法……但功澤 1—11

白濁性眼淋病之診斷治療及

預防……錢俠倫 11—13

Evipan-Natrium(鈉安眠朋)

麻醉之研究……唐 雖 13—18

內分泌腺之最近研究(續)

……梁之彥 18—24

一種新式靜脈注射全身麻醉

藥 Evipan Natrium……

……黃容增 25—28

論狹心症(Uber Atgina pec-

toris)……呂世藩 29—36

幽門痙攣症(Pyloruspas-

mus)宜用內科治療抑外

科治療?……陳樹田 36—40

反應變常者之皮內檢驗法……

……徐績宇 40—48

七年來之肝臟療法……陳歷榮

48—53

脊髓灰白質炎病原體之人工

培養法……徐春沂 54—59

植物性國產藥物之化學分析

與藥理實驗(續)……黃勞逸 59—66

小兒科

小兒脊髓麻痺之診斷及治療

……沈其稀 66—75

在兒童時代用維他命A 治療

的效果……寒 鐘 75—79

婦 科

子宮肌瘤(Myom)是臨床上

一良性疾患乎?……俞德葆 79—85

健康與衛生

監獄衛生與脚氣病……嚴需章 86—98

學校中應注意的各種疾病現

象……唐 哲 99—105

乳消毒之利弊……憲 煦 106—114

治療報告

流行性感冒(Grippe)之治療

……憲 煦 115—117

皮膚花柳病的溴素治療……

……溪 萍 118—119

多量鐵劑對胃出血能引起之

重貧血症之治療……冠 儒 119—124

紫外光投射後之自血(Eige

nblut)用以治療貧血症論

……陳樹田 124—126

失明之治療……郭學建 126—129

同濟醫學季刊第四卷第三期目錄

研究及臨床

頁數

- 內分泌腺之最近的研究(續)
梁之彥 1—7
- 論用人工氣胸治療乾性肋膜炎
俞德葆 7—11
- 重要傳染病類診療之實踐
沈其稀 11—20
- 胃臟的皮下外傷潰裂
沈其稀 20—22
- 三十年來殘餘痰氣之在腎病
 之診斷及預后.....鴻 雨 22—24
- 植物性國產藥物之化學分析
 與藥理實驗(續).....黃勞逸 24—36
- 論鉛工之伸肌痲痺.....俞葆德 36—39

婦科

- 荷爾蒙治療術在婦科上之途
 徑.....徐績字 39—46
- 關於性別診斷問題之研究
徐廷賢 46—49
- 荷爾蒙的卵巢障礙診斷上之
 進步.....寒 鍾 49—53

健康與衛生

- 營養學中之基本問題.....
陳歷榮 53—58

治療報告

- 巴氏病的不施手術治療法
呂世藩 58—64
- 口腔及咽頭腔內急性及慢性
 炎症狀態之撲滅法徐績字 64—67
- 巴氏病與氣管性氣喘症之治
 療.....陳歷榮 62—69
- 治療胃及十二指腸潰瘍之新
 方針.....俞德葆 69—72
- 關於氣管性氣喘症之吸入治
 療法.....沈其稀 73—76
- 根據生物學解剖學及病理學
 的基礎而得之脊髓灰白質
 炎的療治法.....徐春沂 76—84
- 胃及十二指腸潰瘍之外科治
 法.....俞德葆 85—89
- 失眠之治療(續).....郭學建 89—94
- 非經口服之鈣療法.....陳歷榮 94—95

同濟醫學季刊第四卷第四期目錄

研究與臨床

內分泌腺之最近的研究

(五續).....梁之彥 1—8

下痢及其療法.....魏述徵 8—12

甜鹹酸苦四味質生成之原因 與其化學構造之關係

.....馮靜霞 13—15

肺膿瘍.....沈其稀 15—29

論齒石.....徐續宇 28—29

三十年來殘餘痰氣之在腎病
之診斷及預后(續)鴻 雨 30—34

枯草熱治療之實驗.....徐春沂 35—43

植物性國產藥物之化學分析
與藥理實驗(續).....黃勞逸 43—56

膝關節在運動中之重要
.....徐續宇 56—60

婦科

子宮癌腫與骨系統.....李含中 60—65

以 Gravitol 豫防胎盤剝落
困難.....陳家琪 65—67

普通開業醫師應從事於婦科
癌腫的早期診斷.....寒 鍾 68—73

健康與衛生

近代國家的社會治療.....

.....沈其稀 73—79

治療報告

海外診屑拾零.....許端慶 79—82

扁桃腺切除的報告.....呂世藩 82—86

食管的有形性窄狹症及胃口
痙攣症之療法.....徐春沂 87—95

維他命A 對於創傷治療之局
部給用法.....東 山 95—96

關於肺膜葉間帶形黏合時之
肺虛脫治療.....少 宜 96—98

論血管腫的鐳素治療.....
.....溪 萍 98—101

甲狀腺機能亢進症或M. Ba-
sedowii 病用 Tyronor-
man之治療法.....徐浴知 101—103

特 載

一封由中國寄來的信.....
.....李振民 104—106

阿葛滿新 (Agomensin) 與
西斯多滿新 (Sistomensin)
.....汽巴藥房來稿 106—109

啓 事

超高效療

敵無粹純

標 金來威 商
素 島 胰

TRADE
MARK

'WELLCOME'

商標

INSULIN

從牛胰腺直至完成為止在
每一製造時期均甚謹慎以
證實完全保持「威來金」胰
島素之最高標準

「威來金」胰島素乃適合大
不列顛一九二五年所頒佈
醫藥條例（一九三一年修
正規條）之規定

「威來金」胰島素

每管五西西內含一百單位

每管五西西內含二百單位

商標「大寶來」鹽酸胰島素注

射劑

（無菌）

十單位

每管十粒

奉即索函單仿文英華有印行本



BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

(PROPRIETORS: THE WELLCOME FOUNDATION LTD., LONDON, ENGLAND)

AND 60 HONGKONG ROAD, SHANGHAI

號十六路港香海上華中 敦倫國英

行藥大威寶

（司公限有金基氏威商英）

SH-16-M

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica