

年

卷

期

4

1

第

第

5 - JUN 1934

請大換

同濟醫學季刊

第四卷 第一期 蔡元培題

中華民國二十三年三月卅一日出版
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. MARCH 1934. NO. 1.

NEOSALVARSAN

酒爾佛散
(六〇六)
完全適合
國際衛生
委員會檢
驗安息香
酸砒劑標
準之規定

德國獅牌
新六〇六
為三十年来抵抗
梅毒之惟一新
利器誠人類健
康之一大救星



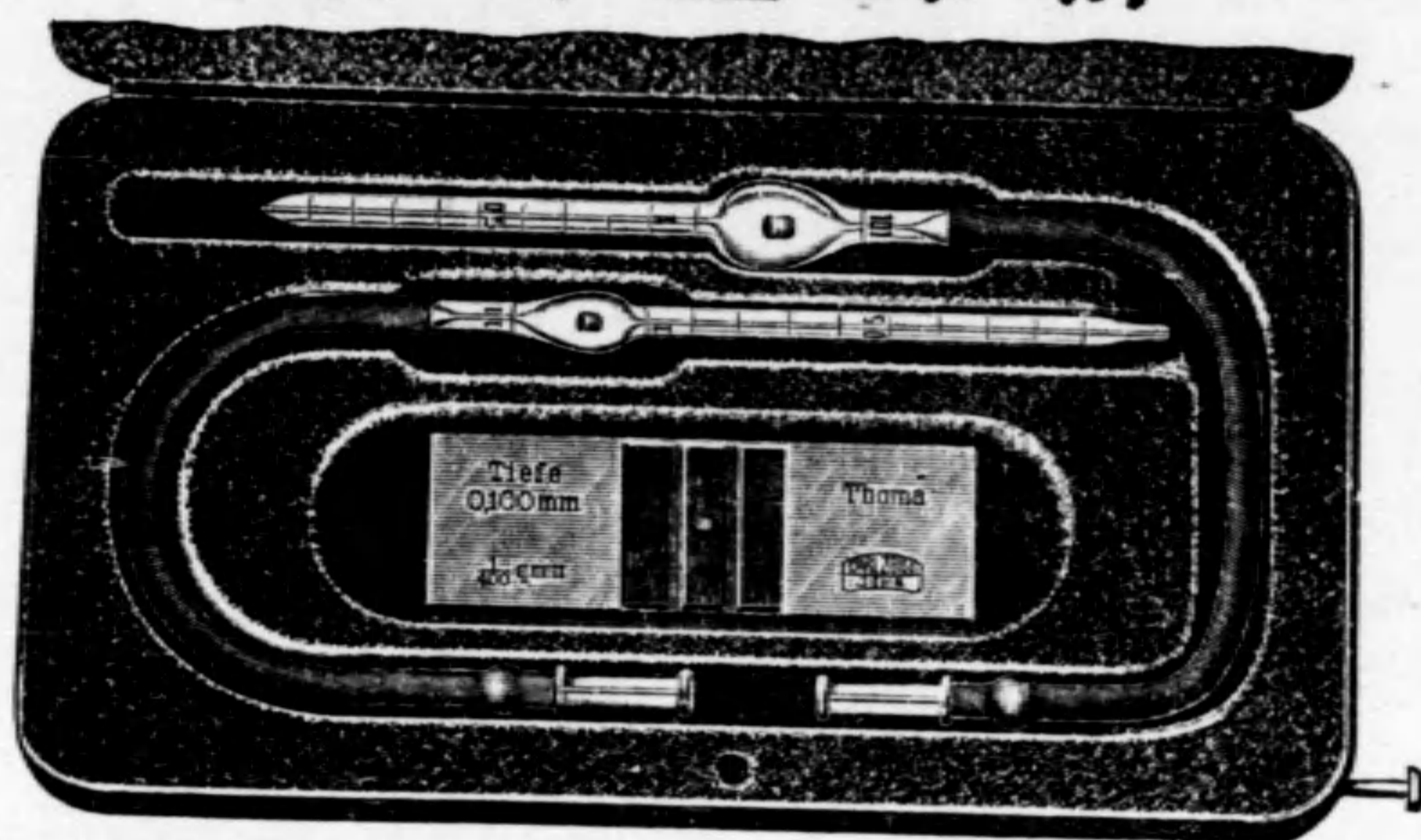
中國獨家經理上海江西路一三八號謙信洋行

鐵證

轟動一時之宜興某寺冤鬼夜啼一案
經當地軍警將寺內掘得之全部證物
由政府移交法醫研究所辦理化驗內
有血衣一件驗得確非人血而為獸血

ZEISS

蔡司血球計



於是案情大白據聞該所此次所用化驗儀器悉數購自德商禮和洋行品質優良極為滿意良以醫學化驗事關人命苟一時貪圖便宜而購劣貨反將誤事云
(石重之稿)

啓事

敝行備有大宗醫學用品久蒙全國醫界諸君樂於採用曷勝感幸謹誌數行藉伸謝忱
上海四川路二二三號禮和洋行光學部啓

國立武漢大學 理科季刊

第三卷 第四期 目錄

近代不等式.....	蕭文燦
行列式之消亡叢合及其關係.....	程 綸
初等幾何學作圖問題之歷史.....	管公度
家鼠之解剖.....	黃 震
廣東北江鳥類之研究.....	任國榮
法國巴黎自然歷史博物館鳥類研究室中國鳥類標本之數地理分佈研究.....	任國榮
學家姓名錄.....	曾昭安

定價：每冊銀五角
總發行所：武昌國立武漢大學出版部
代售處：各埠商務印書館

中國助產學教科書

前任國立中山大學產婦科主任伏洛牟特教授著
前任國立中大醫院附屬助產學校主任羅榮勳博士譯

長數十萬言

插圖一百六十一幅

適合中國國情

為助產學生護士醫科學生及有家庭者所必需

大洋一元四角

代售處

上海北京路二六六號五定公司
廣州惠愛西路廿六號羅榮勳醫院

特 樂 固 明

最新 ◁ 沙眼特效藥 ▷ 發明

TRACUMIN

Trichlorbutylmalonsaeures Kupfer



● 主 治 ●

沙眼 紅眼 結膜炎 各種爛眼 迎風流淚 角膜雲翳 以及種種眼病

● 功 效 ●

止癢 定痛 消炎 明目 殺菌 退腫 去暈 除翳 油膏分五成及十成兩種另有藥粉專供醫師醫院自製各種分量油膏之用每瓶二十五格蘭姆

中國總經理

上海 德商禮和洋行 本外埠各大藥房均有出售



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。

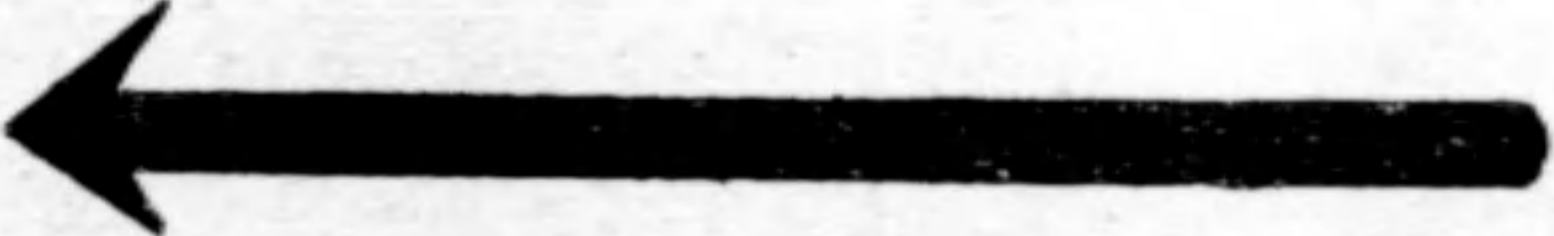
各大醫士。所以採用安度賜保命者。實因其效力可靠。見功神速。而毫無不良之副作用。詳細說明書函索即寄。

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。行敢。保其無他毒質。醉劑及其他毒質。



售出有均房藥大各

國產補血強壯藥

ARSEN LEBEROSE 10D—LEBEROSE
LEBEROSE

立勃絡髓 (液體)

補血藥雖多，然服後或效否靡定，或反惹胃腸障害，用者嘗以為憾。獨此藥則不然，蓋人身必有充分之氮，方足體健神旺，而吸收氮之多少，須視血中所含血色素之豐儉。此藥係以科學方法，製成如肝臟內留備新造血色素之材料。(藥分含砒，含碘，單純三種) 服務功效確速。毫無損於胃腸。且能發育他部組織。亢進新陳代謝。凡各種貧血，或兼有神經衰弱。病後未復元。皮膚慢性病。婦女月經不調。小兒長育不全等，均甚效。綜其優點(一)有極簡易法可試見(二)不害胃腸(三)容易吸收同化(四)用量小而功效大(五)砒與之結合，可減少副作用(六)毫無腥臭(七)久置不變(八)定價特廉(每大瓶約服二十天左右，僅一元四角) 惟貧血如中溶血性毒素，或與補血解毒劑『別服爾LIVEPHOR』(係肝胃合劑)同服尤佳。如須說明書，簡易試驗法，函索即寄。

上海福康西藥店 各處大藥房均代售
總經理處上海市虹橋西首復康藥行

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』此藥類承垂詢有無注射液，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。

福康西藥店再白

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。此二藥之大概也。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

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

各處大藥房均代售

便瀉便祕新藥

PANKONIN & TONOPHEN
"F. KOONG"

澎可寧與通乃分

欲達腸腑之藥，經胃每生變化，嘗苦奏效未確。但腸消化止瀉劑『澎可寧 PANKONIN』，係與收斂之屬相結合，其抵抗胃液之作用甚強。不但至腸對於脂肪化分有異常之良效。即於蛋白質之消化力亦增強。且有消炎殺菌，制酸酵，止出血之功。故用於脂肪過泄，慢性腹瀉，小兒腹瀉，神經性腹瀉，慢性鹽酸缺乏之胃炎，年久腸炎等，均甚效。輕瀉劑『通乃分 TONOPHEN』，亦因與緩和安靜之藥，有機化合，過胃不為所動。且可藉此抑制其種種副作用。故服後不害胃，便時無腹痛，連用無習慣，減服亦仍效，實為輕瀉藥中之佳者。用於常習性便祕尤宜。此二藥功皆賴於合作，遠非單純原藥可及。如須說明書，及『通乃分』簡易試驗法，函索即呈。以上二藥俱分 藥粉 片劑兩種

上海福康西藥店再白

總經理處上海肇嘉路三百九十七號復康藥行

各大藥房均代售

(齊)布(巴)齊小貼敷新

消炎退腫膏

三福

本劑用國產原料製成，功效與同類之舶來品無異。及統治諸種急性及次急性炎症，如肺炎、盲腸炎、癩濕、骨痛、瘡癤、腫脹等症。本膏敷貼於患處，後有改善局部之血液循環，減輕疼痛與充血，促進毒素之排除，增加其向愈轉機。

商標



三福消炎退腫膏
全國各大藥房
均有出售

上海白克路四二八號
新亞化學製藥廠發行

FEBNON STRONG



FEBNON

福龍

鹽酸精製才液液注身身

肺癆·流行性感冒·瘧疾·
扁桃腺炎·特效治療劑·

福龍為鹽酸規甯咖啡精烏來糖之化合物劑，用於初期。有迅速下熱之卓效。使用愈早，則功效愈確。靜脈肌肉均可注射。濃福龍內所含之鹽酸規甯，較福龍約濃五倍。凡有使用福龍者，宜注意其必要時，可用濃福龍治之。對我國南方諸省重症瘧疾或變性瘧疾，尤具偉效。本品專用於肌肉注射。絕無疼痛。樣品及說明書承索即奉。

濃福龍

二十五成鹽酸規甯濃厚注射液



上海新開路一千九十五號
新亞化學製藥廠發行
全國各大藥房均有出售

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, Vomiting Indigestion Flatulent Indigestion, Infant Diarrhoea and Pregnancy Vomiting.

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



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 |
| 利用多服鱸類的腎臟機能檢驗法..... | 徐續宇 | 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..... | 徐續宇 | 34—37 |
| ✓患肝臟狹粒虫病時之胃損傷..... | 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..... | 陳厓云 | 49—54 |

婦科

- | | | |
|---------------------|----|-------|
| ✓女性經循環期之內分泌的掌治..... | 憲煦 | 54—59 |
|---------------------|----|-------|



頁 數

- ✓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).....俞德葆 67—69

健康與衛生

- 北平之公共衛生一瞥.....許端慶 70—75
- ✓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...溪 萍 87—93
- ✓胃腸病的治療.....呂世藩 94—96
- ✓從多量六〇六治療脾脫疽.....陳家琪 84—87
- ✓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.....(嚴霽章醫師答)

“民生”

必治癩

PITYOL "MING-SEN"

皮膚病特效藥

* 膏油必製特育身 *

主治各期
濕疹膿疱
疥水疱疹
乾疹苔癬
脚痔鬚鬚
以及一切
皮膚病症

裝包

每瓶一磅

國

產

精

製

驚

人

新

藥



ISI

“民生”

洒撲淋

SALPALIN "MING-SEN"

治淋妙品

主治淋毒及
尿道發炎
膀胱炎
腎臟炎
各種淋症

裝包

每盒五支

每打五十二支

殺菌

鎮痛

利尿

止痛

杭州民生製造廠化學藥品部
總經理杭州同春坊同春藥房
各埠各大藥房均有出售

研究及臨床

關節槍傷及其治療

(在同濟醫學社第四次醫學討論會演講)

但功澤醫師

關節槍傷，因子彈形狀各有不同，故引起之傷勢亦極為複雜。今按其種類而分述於後。

I. 簡單性槍傷：

凡筋肉受傷，關節骨無恙或骨部僅被子彈射穿而未致破碎者皆屬之。

a. 洞穿槍傷：

1. 平滑彈洞穿槍傷，
2. 粗糙彈洞穿槍傷，

b. 切觸槍傷：凡子彈由皮面或骨表面擦過者屬之。

1. 槽形切觸槍傷，
2. 寬形切觸槍傷，

c. 停留彈傷：

子彈射入人體而未穿出者屬之。

1. 平滑彈停留彈傷，
2. 粗糙彈停留彈傷，

II. 複雜性槍傷：

凡關節骨被射擊破碎成爲大小碎片而關節囊撕裂者屬之。

1. 骨節內破碎性槍傷，
2. 骨節外破碎性槍傷，

3. 複雜破碎性槍傷，

上述之粗糙彈，係指手榴彈，地雷，飛機炸彈，大砲彈之屬；平滑彈則如步槍子彈，手槍彈，機關槍彈等。

據吾人於一二八事變發生後約四個月中陸續送來寶隆醫院療治者，計二百五十八人，其中被平滑彈槍傷佔百分之六十以上，被粗糙彈傷者佔百分之三十強，總計其中關節槍傷尚不足三十人，佔百分之十弱，內中以上肢關節居多（腕，肘，肩胛關節），次爲膝關節及足關節，最少爲骨盤關節及足關節槍傷；大半爲粗糙彈傷，內中有二人因傷後被傳染瓦斯壞疽(Gasbrand)，一人傷後三日，不及救治而死亡，一人在寶隆醫院療治逾一年半之久，始獲痊癒，但已成爲殘廢矣。

論及槍傷之診斷，似極容易，但亦有頗感困難者，如骨盤關節，因被許多筋肉包圍，不易推測其內部受傷情形，有時即利用愛克司光照相，亦難確定，至其他單純關節，因傷後腫大，運動受礙，病人訴痛等現象，亦能使診斷感覺困難，故凡極

易之事，每需最大之用心，是又不可不注意者也。

關節傳染

吾人身體各部組織，其對外界之刺感，無有過於關節範圍者，若稍遇創傷不治，每能引起嚴厲之傳染而損害其天然功用。論及關節槍傷第一性傳染，大半由粗糙彈所引起，因其附帶之穢物污泥碎布等，常藏有病菌，一旦因受傷而停留於關節內部，則鮮有不發生傳染者。

第二性傳染多原於創口不緊，吾人處治創口之際，或因消毒不完，致病菌有隙可乘，遂生傳染，或因槍傷孔道向內進行，以達於關節內部，或由於關節內部骨折使關節囊破裂，病菌乘此縫隙而內竄至關節深部，皆足為第二性傳染之誘因也。

關節之結構與功用，本與其他各部組織不同，就其功用而言，正與一能伸能縮，轉動自如之機器無異，其兩骨端之間，具有一韌帶囊袋包裹之，中缺空氣，蓋藉外界之壓力，得以增強其互相連接之關係也，彼既具此天然之物理作用，苟此關節囊一經撕裂，亦必發生不利之結果，即吸入作用是也。萬一槍傷外部被傳染侵襲，可利用此吸入作用而深達內部，於是關節內部，遂發生最嚴重之傳染。比如果關節囊受傷破裂，肢體伸直，兩骨端嚴密含接時，關節囊尚可暫時保持其原狀，倘此時忽然彎曲，則關節囊必被伸張，而囊外積

血或穢物遂易被吸入，如再行伸直，則吸入之物，復被壓出，如是往反回復，則傳染之易於深達內部，實極為顯然之事。病人因傷後疼痛，臥時不免在床中輾轉，故受傷關節，必應從早給與一副木裹紮固之，以便繼續療治也。

關節槍傷傳染之種類

關節傳染程度之深淺，第一關係於傳染病菌之種類及其毒性之強弱，第二關係受傷身體一般現狀之有無抵抗能力，三則關係於關節傷勢之輕重程度，今將普通常見之例，概述於後

- 1 單純性關節炎，
- 2 關節蓄膿，
- 3 關節囊蜂窩織炎，
- 4 腐臭性關節炎，

1. 單純性關節炎：——關節受傷後，發生血腫，皮膚紅潮，滑液囊炎疼痛感，此症約於傷後數小時內發生，因骨部未受重傷，而運動功能僅受微少之限制，無大熱，如無第二性傳染，數日內即行退減輕快，癒後尚可保全其原有天然功用，惟吾人治療之際，應隨時注意其變化，不可因其速癒，即任其運動自由，因關節槍傷，常有於經過輕症後，復轉為嚴重之關節傳染病者，故癒後尚須相當時期之修養以觀察其有無變化也。

2. 關節蓄膿：——關節蓄膿發生於關節滑液囊炎時，病菌侵入關節腔內，乘機

繁殖而達深部所致，蓄膿狀況，或集於關節全部，或限於一定部位，外觀呈極度緊張，紅赤，腫大，觸診時可覺察波動，發熱，惟一般症狀初無大變化。

3. 關節囊蜂窩織炎：——關節囊蜂窩織炎大半由於關節蓄膿而起，鮮有第一性者，病菌潛在關節囊滑液縫中滋殖，遂使囊部全部組織進行化膿破壞，周圍靜脈鬱積呈鬱血現象，如傳染進行，可引起化膿性靜脈炎。更有不幸者，可漸變為敗血性的全身傳染，但比較少見而已。

4. 腐臭性關節炎：——上述四種病型中，以本症為最厲，係由第一性的關節囊撕裂，或骨部碎壞及關節周圍創傷後傳染而起，此種傳染之由來，大半因戰地雨後泥濘或陰暗潮濕，受傷者浸沾其中，既被穢氣薰蒸又時刻與污泥接觸。時或暴露日中。時而乾燥，時而陰濕，再加以傷後轉運困阻，延遲時日，增多病菌傳染之機會而罹此症。

治療法

關節新傷之治療，因發生後之久暫與發生時之情勢而異其利害，比如負傷之際，適逢天氣雨雪潮濕，或炎熱乾燥，風沙飛揚，或戰爭緊急，傷後不及救護，以致遺留戰地，延長時日，俾增多傳染之機會，反之負傷時適逢雙方戰事鬆懈之際，又加以天氣晴朗，風沙不揚，溫度適宜，既利救護，又便運輸，受傷與獲得療治之間

，至多不過數小時之間隔，與外界接觸之機會既少而傳染侵襲，亦較困難，其深夜受傷，加以受風寒炎熱泥濘污穢所襲擊者相較，施救難易之分，與預後之良否，自有利與不利之別也，本此經驗事實，分述之於後。

a. 保守療法：——當歐戰初年，凡因槍傷骨折及關節受傷，諸多外科專家，對於石膏綑帶固定之保守療法，視為危險不用外，大半仍用早期手術療法為最可靠，石膏綑帶之省事省時，減輕痛苦，自有其適應之範圍，惟用於已受傳染之關節部分，不但不能發揮功用，反足以使傳染易於滋蔓，是又不得不注意及之者，比如一兵士處於千百死屍疆場中受一砲彈炸傷與一受步槍平滑彈在清潔乾燥環境中之洞穿槍傷相較，何者適用於保守療法與早期手術，自不待詳述而周知之者，易言之凡任何關節新受一步槍平滑彈洞穿槍傷，其皮膚表面進出口處傷見一小孔，即用愛克司光檢查，其骨部或僅見一子彈通過之痕跡而已，且其受傷後，迄無發炎及血腫等病象，如遇此種情形，則可使保守療法無疑，反之若於此種傷勢而採用早期手術療法，其不利於關節之影響，或有更甚於槍傷也。

傷後血腫過大，宜從速採用穿刺手術，將積血取出，因骨節表面受傷，最易形成厚皮化生而喪失其運動功能，手術應用愈早，則愈利其治癒力，惟施行此手術時，須絕對注意消毒手續，否則將引起第二

性傳染，反致極不良之結果。如血腫內積血已凝結成塊，則可用較大之套管針將其抽出，創口可縫合之。

受傷後關節，務必使其靜止勿動，欲達此目的，除石膏繃帶外，最簡易之靜止法，莫如用槽形夾板（即副木Schiene繃）裹之，如遇下肢關節（足，膝，骨盤關節）受傷，則須使下肢伸直繃裹以防止病人扭轉而牽動傷處及妨害治療功效。

戰地乾燥，士卒服裝能維持清潔，則傳染危險較少，尤以瓦斯壞疽不易發生，由此種戰地送回之傷兵，大半可斟酌採用保守療法，誠然，於救護時所用之初次繃帶，業經嚴格之消毒為先決條件，否則仍不免有傳染之可能。除上項情形外，大凡因溜霰彈及炸彈片傷或子彈停留體內，應一概視為有傳染之危險。惟亦大抵因人而異者，比如甲乙二人受同一彈傷，其一發生傳染，其一則安全而癒，更有因微傷而月久不癒，有因重傷而日有起色者。有能勝劇烈之創痛，有見一出血即發昏倒者，此蓋人體對外界之抗力與反應，各有不同，不僅限於意志能否鎮定也。

余曾展讀歐戰傷亡錄一書，據 Franz 氏報告：“渠於四十四例關節槍傷使用保守療法中，完全未化膿者。”

步槍平滑彈傷	十八人
火砲彈片炸傷	十七人
溜霰彈傷	九人

論其治癒期限，短者為二三星期，長

者延至三月之久，始獲治癒，再如 Ziegner 氏於五十一例關節槍傷用保守療法完全無反應而獲全癒者

骨盤關節	一人
膝關節	十九人
足關節	九人
肩胛關節	五人
肘關節	十人
手腕關節	七人

據上述經驗之觀察，足證關節槍傷對於早期手術，須斟酌採用之，尤於消毒手續未能完備之戰地救護及臨時後方病院等處，更不得不對於保守療法與以深切之注意，至論及其適應症之範圍，吾人應與以一思攷者，即受傷之人，是否於氣候晴明，戰地乾燥之際，再則子彈是否為粗大易取，宜取與不宜取之問題，三則是否子彈深嵌入骨，必須擠出，此種問題，欲暢行無阻，亦不免困難，蓋有時傷兵成羣結隊而至，以少數醫生對之，又不得不採取保守療法較為便利也。

b. 關節新傷之預防的鬱血治療。

關節受傷病人，凡自傷後未超過五十小時外者，均可適用此法，吾人應用之際，結紮一鬆緊橡皮帶於受傷關節之上端，不可過鬆，亦不可過緊，當以保持脈搏可以觸覺，皮色保持紅赤與溫暖為度並隨時觀察其經過之良否而定其應用時間之久暫，短者數日，長者可至二三星期以上。

受傷者被結紮鬱血帶後，用法合度，

約二三小時後即覺疼痛輕快，寒熱減退，傷口分泌漸增劇烈而關節部分遂呈高度腫大，此種分泌作用，不但有殺菌之效，且可增強Synovia之抵抗能力，再則可利用此關節囊內強裂分泌液與病菌從傷口隨同流出，此種純係機械作用，非利用鬱血帶無以致之也。

鬱血療法不僅有益全身狀態，且直接有利於關節工能之保存，凡關節受傷後不出二三日內者，使用預防的鬱血療治其癒後結果幾與常人無異，換言之使用此法愈早，其收效愈速而愈安全，若傷後六七日以上始用此法，則不但無效，亦且有害，蓋凡化膿病菌於六七日以後，早經完成其侵襲化膿之目的而成爲關節周圍膿瘍矣。

c. 定律的鬱血療法：

此法爲上法之變形，應用之際，時間久暫有規定，休息有定時，如是者繼續行之，時刻注意其臨症經過，期其收效爲止，惟此法須用專人管理，稍爲忽略，不免有害，負傷者多，貫徹實行，較爲困難，故此法略而不詳也。

總之，鬱血療法，對於一般結果，甚爲佳良，如使用適宜，實爲一治療關節槍傷之最好方法，尤以作爲預防的採用最好，若僅察其使用外表，似極平常容易，惟不欲使局部血液循環發生障礙而鬱血程度復必治到好處，此實難耳，故應用此法時，必需有相當經驗之醫生行之爲最首要，萬一病人過多，醫生人數不足分配，亦必

給與素有操練之護士代替行之，或作好令其看守之，以防止意外之危害發生，即使條件不足，寧可捨之採用他法爲妥也。

d. 早期手術的療法

早期手術，即於傷者送到病院時直接採用之手術是也，此療法應用之先，必須詢明受傷情形，傷勢狀況及受傷後迄到達病院時間間隔之久暫等問題，如傷勢適應於早期手術，則斟酌情勢輕重按照下列各法適宜處置之。

1. 凡有傳染可疑之受傷組織及異體物，應立即嚴格割去之。
2. 關節囊早期縫合以期通常關節功能之再造。
3. 關節傳染之預防法及注射消毒劑法。

凡一切關節槍傷，當送來病院時，須加以詳細查問及研究，如傷者不能言語時，須細心查視其傷勢形狀，詳細研究是否爲平滑彈傷，抑爲粗糙彈傷，是否爲洞穿抑爲停留彈傷，將各點查明後，方可決定應取何種手術療治之，如須上麻醉時，當詳察病人之症狀能否忍受，如傷勢過重，局部組織均因重傷而麻木，如手術不大，可不用麻醉治已足達施手術之目的，手術時彈道必需完全切除，凡帶有傳染可疑之組織，即須割去之，關節傷口須張大切開，凡異體物碎布，彈片，骨屑，須嚴格取淨之，凝結血塊亦必除去，整個手術完畢後，繼以消毒液沖洗，如係單純槍傷而未

沾着穢物者，可不沖洗之，關於傳染之預防法，如遇停留彈傷，斷不能採用，歐戰時 Laudois 及 Krueger 諸人，甚贊用 3% Karbolsaeureloesung 結果頗為佳良，當吾人一二八之際，實因關節槍傷適應此者甚少，再則以 Karbolsaeure 對於組織有強烈之毒性，每捨用此法，故不能作較有系統之觀察與報告也，至注射消毒劑療法於關節槍傷，各人頗為贊用碘劑，其處方如下

Rp. Kalijodati 2,0

Acid. acetici dil. (30%) 5,0

Aq dest. ad 100,0

其中所加百分之五稀薄醋酸蓋欲使碘化鉀化為酸性而已，使用此混合劑時，可與百分之三成之雙養水(即過養化水素 H_2O_2)平均混合用之，尤能增高其效用也。

本編係就普通範圍而寫，至關節槍傷各論及其專門療治因限於篇幅，容後另文述之。(二十三年一月寫於上海寶隆醫院)

內分泌腺之最近的研究

腦垂下體 (續)

梁 之 彥

腦垂下體之前葉荷蒙

2) 刺激生殖腺之荷爾蒙：(gonadotropes Hormon) 關於刺激生殖腺之荷爾蒙的探索，亦是臨床和病理解剖上的經歷，先于動物之生理的實驗說明之。Frochlich 氏于1901年已確證此由腦垂下體的變化而起之生殖器萎縮症“Dystrophia adipogenitali”此外許多學者在其與腦垂下體相關聯的疾病，亦常隨帶發見生殖腺和生殖器的萎縮。

最初在動物的嘗試，如上述之 Cuning 氏，Aschner 氏，和 Smith 氏的腦垂下垂以及前葉的截出實驗，不過僅指明了前葉對於生殖腺的重要，而並不克確斷前葉中有刺激生殖腺之荷爾蒙的存在。後來

接連至1926年復經德國學者 Zondek 和 Anheim 二氏的努力，于刺激生殖腺之荷爾蒙的研究上，始大放光明。

¹⁾ Zondek 和 Anheim 氏于未成熟的幼小雌鼠，植入一小塊人的或動物的新鮮前葉，約歷 100 小時之後，檢查該鼠即發生一切交尾期的徵象，好似注射了女性荷爾蒙一樣，臃壁增厚，充血，分泌異常，子宮肥大。但是除此徵象以外，後又觀察卵巢亦起重大的變化；即由安靜的狀態忽現出體積增大，充血，濾泡熟化，和黃色體之形成。此皆與輸入女性荷爾蒙時大相差異，蓋在後者卵巢向不受任何影響也。其次該氏更且證明如果將雌鼠的卵巢先行割

出之後，再植入新鮮的前葉即完全失効，換言之，即其生殖器的各部不復起上述的反應。反之至于女性荷爾蒙的作用，此時則仍然保持而毫無差異。由此種種試驗，結果Zondek和 Anhheim 氏遂推斷腦垂下體的前葉于產生生長荷爾蒙之外，尚有刺激生殖腺的因子。並且此因子先刺激卵巢，增產了女性荷爾蒙之後，始間接影響于女性生殖器的各部。經此發見以後，于是 Zondek和Anhheim 氏即以此幼小白鼠之卵巢因植入前葉所喚起之形態和機能上的反應；(按 Zondek 之分類)

前葉反應 (H.V.R.) I = 濾泡熟化，放卵，女性荷爾蒙的產生，

前葉反應 (H.V.R.) II = 漲大濾泡內出血(血點)

前葉反應 (H.V.R.) III = 黃色體化 (成真性黃色體及閉塞黃色體 = Corpora lutea atretica)

用作為前葉荷爾蒙的查驗體(= Fer-tobjekt)，因而研究荷爾蒙的工作上更形便利，進步亦較為迅速。

此外美國 Smith²⁾ 氏接連其腦垂下體的割出實驗于實行移植之代替療法時，亦同樣發見在幼小之白鼠，能植入各種不同的動物之腦垂下體(鼠，兔，天符鼠，貓，鴿)使該鼠的性機能早期成熟。並且檢得其卵巢，子宮，臍部亦同樣發生 Zondek 氏所述的變化。

Biedl³⁾ 氏不但確證了 Zondek 和 Smith

氏的實驗，而且與其助作者 Rein和Langendorf⁴⁾ 氏在幼小的白兔和犬亦能觀察到前葉荷爾蒙對於卵巢的作用。

Courrier和Kehl⁵⁾ 氏發表腦垂下體的前葉在貓卵巢發生同樣的効力。

關於在猿猴之移植前葉的實驗，則有 Allen⁶⁾ 氏以及Courrier, Kehl 和Roynand⁷⁾ 氏的報告。

在他方面此前葉荷爾蒙不但是對於卵巢的機能，而且對於舉凡的發達亦具有興奮的効力。最初 Vors和Loewe⁸⁾ 氏證明在幼小雄白鼠，移植 0,02gr. 之羊腦垂下體的前葉，可以使其雄性早期成熟，並能促進舉丸，精囊，前置腺等部分的生長。同時 Steinach 和 Kuhn⁹⁾ 氏在幼小和衰老的雄白鼠，注射前葉抽出液，得到相似的結果。並且經顯微鏡的檢查，尚發見舉丸內 Leydig 氏中間細胞特別的增多。後來接連許多學者均確證之。(Yough¹⁰⁾ Kuhn¹¹⁾ Kraus Zondekzu Anhheim¹²⁾) 因而此試驗亦可舉作 Steinach 氏所主張之 Leydig 氏細胞為產生男性荷爾蒙之青春腺之憑證。再者前葉在雄白鼠的一切作用，于先將舉丸割出之後，亦即失効，在雌白鼠之先割去卵巢一樣。

因為此前葉荷爾蒙同時能刺激兩種生殖腺，(卵巢和舉丸) 活動兩種荷爾蒙，(男性和女性) 同樣引起雌雄動物之交尾期的徵象，所以 Zondek 氏就推重其為太上非特殊性的性荷爾蒙 (= das übergeor-

dnete, genhlecht, unspezifische Sexualhormon) 並而冠以“生殖腺的主宰”之徽號。 (= Motor der Geschlecht drüsen)。

特別感有興趣的事實，為 Zondek 和 Anheim 二氏發見在婦人之妊娠期該荷爾蒙分泌之特別的增加。其間不但充滿于血液，蓄積于胎盤，而且大量排出于尿液中。如果將此尿液製濃，注射一定量于幼小雌鼠，則其未成熟之卵巢于 100 小時之後，即起以上所述的反應。于是藉此事實 Zondek 和 Anheim¹³⁾ 氏就成功其創立之婦人妊娠的早期診斷，刻下在臨床上極具有實地的價值。

自發見了婦人妊娠期之尿液含有大量之前葉性荷爾蒙以後，內分泌學者于研究該荷爾蒙時，除由新鮮的前葉抽出液以外，即是從婦人之尿液內製出之。Zondek 氏首先將其由尿液拆得之比較甚純粹的荷爾蒙體，名作 Prolan，

但注射每次所得的 Prolan，或前葉抽出液，在幼小雌鼠所喚起的卵巢反應，久經檢查以來常常總現出多少的差異，而不甚一律；即有時濾泡熟化，放卵占優勢，有時黃色體的形成較為多，甚且有時所得之 Prolan 或前葉抽出液僅只喚起濾泡熟化，放卵，而絕無黃色體，或完全反之。在後者常見濾泡不起破裂，卵子仍含其內，竟全部黃色化，形成所說之閉塞黃色體， (= Corpora lutea atretica) 因之放卵亦被其阻止。由此現象 Aschheim¹⁴⁾ 氏新近就

懷疑 Prolan 為純一的物體，而推斷其中必含有兩種的因子，具不同的効力；一則促進濾泡的成熟，故名作促進濾泡成熟之荷爾蒙 (= das Follikelreifungs hormon) 一則促進黃色體的形成，故名作促進黃色體化之荷爾蒙 (= das Luteivisierungs hormon)。或簡稱 Prolan A 和 B。按 Zondek¹⁵⁾ 氏的意見，腦垂下體前葉按時分泌 Prolan A 和 B，換言之，即 Prolan A 和 B 之交互作用，始引起女性機能之週期現象。Prolan A 先喚起濾泡成熟，產出女性荷爾蒙 (Follikulin)，間接以促進子宮粘液膜的增生， (= Proliferations phase) 隨後 Prolan B 乃喚起黃色體，產出黃體荷爾蒙 (= Lutin) 一方繼續作用于子宮之粘液膜，他方阻止其他濾泡的再行熟化，如是女性之週期變化始克保持。

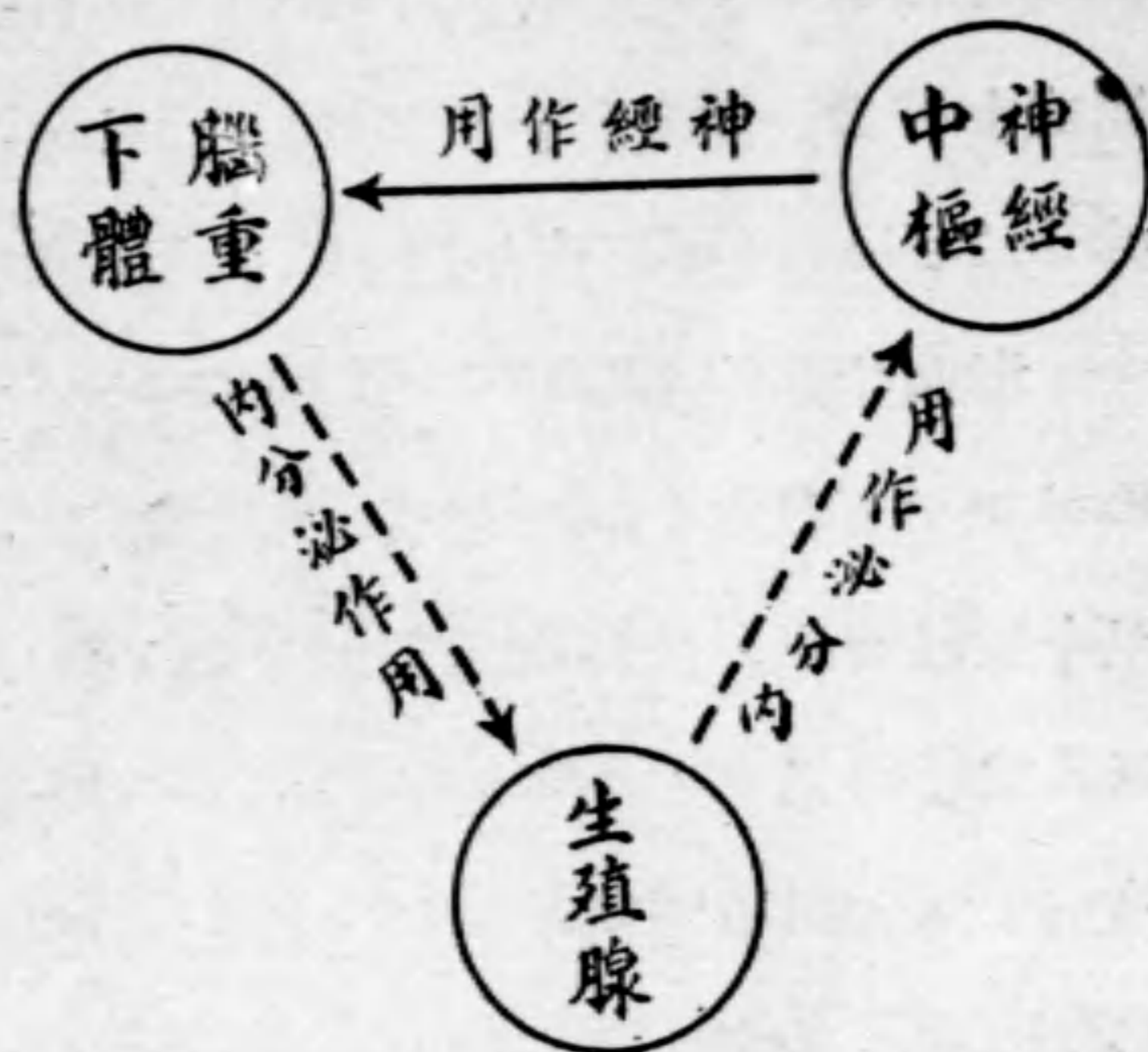
Zondek 氏發見了婦人妊娠之尿液排出有大量之 Prolan A 和 B 以後，不久又于婦人之生殖器瘤腫病亦檢得 Prolan A 的排出增加¹⁶⁾，其生物學的意義至今尚不明晰。

此外重要並感興趣的事實，即是于卵巢機能停止之時，例如月經閉止期， (= Klimakterium) 以及卵巢截出 (= Kastration) 或病理損毀後，亦皆發見 Prolan A 之排出的增加¹⁷⁾。至于此現象的起因至今學者已作有種種實驗去探索。一方面報告可以將前葉因截出生殖腺所起之組織的變化， (如生殖腺割出之特種細胞 = Ka-stra-

tionszellen) 藉移植生殖腺 (卵巢和睪丸) 或注射其抽出液, 使之恢復其原狀, Finhera¹⁸⁾ Schleidt,¹⁹⁾ Lehmann,²⁰⁾ Montpellier 和 Chiapony²¹⁾ 或輸入女性荷爾蒙預先阻止其變化發生。在他方面最近 Kaschinsky,²²⁾ Hohlweg 和 Dohn²³⁾ 氏更進一步直接證明女性荷爾蒙能影響于前葉之 Prolan 的含量, 例如注射大量女性荷爾蒙之時, 雌鼠前葉所含之 Prolan 即低減, 反之于截出卵巢後則升高。由此種種實驗刻下下述諸學者均主張腦垂下體之前葉與生殖腺有兩重的關係; Prolan 雖能激刺生殖腺, 以增產男女性荷爾蒙, 可是他方面血中男女性荷爾蒙含量之多寡, 亦可以影響了前葉 Prolan 的分泌, 形成自動的調節。是以生殖腺機能停止, 性荷爾蒙減少之時, 前葉即增加分泌 Prolan 以代償, 反之即行減退, 以防止性荷爾蒙之過度的產生。

關於此調節機能最近 Hohlweg 和 Junkmann²⁴⁾ 氏更確證女性荷爾蒙之對於腦垂下體的前葉並非直接的發生作用, 如同前葉之對於卵巢, 實在其間尚經過一不甚明瞭的神經中樞, 然後間接由神經轉達于腦垂下體的前葉。茲將二者間的關係以下圖表出;

我們既然由以上的敘述曉得 Prolan 為維持卵巢機能的主動力, 自然還要想到在生理的無經期究竟 Prolan 分泌的情形奚似。對於此最近 Philipp, Wirz²⁵⁾ 等學者亦作有實驗的報告。第一在女性未成熟前



之無經期之結果如下; 從胎兒一直至孩童之腦垂下體前葉內均只含有極少量的 Prolan A, 在尿液中大都尚不克證出, 或者甚微, 隨年齡之加增前葉 Prolan A 之含量亦增高。至于 Prolan B 大概至青春始可以檢得。由二者之聯合作用引起了卵巢, 間接及女性的週期現象。第二為妊娠無經期, 在此各學者均確證婦人之前葉內不含 Prolan 荷爾蒙, 或極少。但他方面因為得 Prolan 大量排出于妊娠尿液中之故, 是以學者也有主張胎盤內可以製產 Prolan 者 (Philipp, Fels)。第三為哺乳無經期; 普通于胎兒產出之後, Prolan A 常常經歷 2-3 禮拜, Prolan B 大約 4-5 禮拜始能在前葉內證明之。第一次放卵即發生 Prolan B 之時。如果在哺乳之婦人, 其卵巢的週期久不恢復, 則有時亦發見尿液內 Prolan A 的排出增多。

前葉內產生激刺生殖腺之荷爾蒙的體素, 最近許多學者 (Evan Zu Simpson, Smith, Berblinger, Zondek²⁸⁾) 均主張為吸

鹹性之細胞，(=basophile Zellen) 不過間或也有為吸洋真紅色細胞 (=eosinophile Zellen) 亦可以產生者。(E. J. Kraus²⁹⁾)

激刺生殖腺荷爾蒙之化學者的性質：

Prolan A和B之化學的性質，極為相似，至今雖已有學者作分析的嘗試³⁰⁾，但始終尚無人成功將二者完全各別的析出。但均能溶解于水，而不溶解于酒精，以太哥羅仿和醋酮內。其與生長荷爾蒙分別，即是Prolan 不用鹹性物，而用弱酸由前葉浸抽之。對於熱頗不安定，約在70°C即被損毀，對於強鹼和強酸亦然。再者其滲透力極

大，易被純粹之陶土吸集。關於限外濾過性Wiesner和Morshall與Zondek和Aschheim的見解尚不一致。胃酵素(Pepsin)不損害Prolan的効力，但不能抵抗胰臟酵素(Trypsin)，硫酸銨亦不克將其沈澱，是以Reiss和Haurowitz³¹⁾推斷Prolan或許為Pepton近似的物質。此外他們還以為由滴液與由前葉所得的荷爾蒙大概是同一的化合物。

關於臨床上，特別在生殖腺機能低減症，輸入Prolan至今已得到實地的効效。

參 考 論 文

- 1) Dtsch. med. Wschr. Nr. 8 (1926).
Z. Geburtsh. 90 (1926).
Arch. Gynäk. (1927).
- 2) Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 24 (1926).
- 3) Arch. Gynaek. 132 (1927).
- 4) Endokrinol. 3 (1929).
- 5) C. r. Soc. Biol. Paris 100. (1929).
- 6) Anat. Rec. 39 (1928).
- 7) C. r. Soc. Biol. 101. (1929).
- 8) Pflügers Arch. 218 (1928).
- 9) Akad. Aug. d. Akad. d. Wiss. Wien Nr. 7; 8. (1928).
- 10) Pflügers Arch. 776. (1931).
- 11) Okay. Tgak. Z. 43, n. dtsch. Zusammenfarung S 1169 (1931)
- 12) Verh. Q. internat. Kongr. Sex.forsch. S. 451 (1931).
- 13) Kl. Wschr. 28 (1927).
Kl. Wschr. 1, 18, 30,31, (1928).

- 14) Z. Geburtsh. 95 (1929).
- 15) Kl. Wschr. S. 245 (1930).
- 16) „ „ S. 679 (1930).
- 17) „ „ S. 393 (1930).
- 18) Arch. ital. Biol. 43 (1905).
- 19) Z. Physiol. 27 (1914).
- 20) Pflüger Arch. 216 (1929).
- 21) C. r. Soc. Biol. Paris 104 (1930).
- 22) Naunyn-Schmie. Arch. 162 (1931).
- 23) Wien. Arch. inn. Med. 21 (1931).
- 24) Kl. Wschr. S 321 (1932)
- 25) Z. Geburtsh. 104 (1933).
- 26) Z. bl. Gynaehol. 2191 (1930).
- 27) Tbenda 450.
- 28) Kl. Wschr. S. 22 (1933).
- 29) „ „ S. 1020 (1932).
- 30) Amer. Jour. Physiol. 97 (1931).
- Physiologic. Zoöl. 4 (1931)
- 31) Z. exper. Med. 68 (1929).

中藥萬年青之研究

黃 勞 逸

引 言

萬年青爲草本植物之一種，蘇杭居民，不論貧富，常植一盆於庭前，名爲觀賞，實因其葉四季常青，而指爲有長春發祥之意寓於中也，故偶有因害蟲之侵略而枯

死者，咸引爲不祥之預兆，此果穿鑿附會而近迷信之言，不作爲據，但亦可以此證明蘇杭居民之重視萬年青矣，逸不敏喜究民間藥草，客寓杭州，已十餘載，對於杭產生藥，亦隨時留意，恆念國產良藥雖

多，而強心一劑，究不若歐洲之毛地黃屬，西洋醫藥家，亦持此以自豪，熟料近年以來，竟有人發見較毛地黃屬尤完善之強心劑，其效竟三倍毛地黃，斯藥為何？即我國蘇杭居民所喜植之萬年青也。

學名

Rhodea japonica, Roth.

別號

一名蓋，又稱千年蓋，俗呼冬不凋草，日人叫烏木毒。

產地

溫帶之高山上，皆有產之，蘇杭居民，咸種於花盆中，以供觀賞。

科屬

單子葉植物，百合花類之百合科萬年青屬。

形度

多年生之常綠草本，臨冬不凋，無地下莖，葉大而肥厚，大披斜形，有平行脈，色深綠，長一尺左右，自根際叢生，春夏間，自葉叢中央抽出花莖，長三四寸，攢簇穗狀之細花，淡黃綠色，花蓋短，六片，雄蕊六枚，包圍於雌蕊之周圍，雌蕊之上端，分有三裂，秋季結實，形圓，大如黃豆，初青綠色，至冬初，漸成熟而呈赤色，內含白色圓仁一粒。

化學分析

取萬年青之根，以水洗滌後，搗至半爛時，浸入溫水中，約五小時，濾過之，加醋酸鉛溶液於其濾液中，以除去其雜質

，更加硫酸以除去其過剩之鉛質，然後用鹵精水中和，移入蒸發皿中，蒸發至乾，以無水乙醇抽出之，加二乙醚，而使不純物沈澱，以丙酮抽出之，更用乙醇使之結晶，則得無色之結晶體，此即萬年青之主要成分，名Rhodein，其分子式為 $C_{30}H_{44}O_{10} + 2\frac{1}{2}H_2O$ ，熔融點在攝氏一百九十三度，味甚苦，能溶解於乙醇，木精及丙酮等中，不溶解於二乙醚，石油醚，醋酸醚，三氯甲烷及水等中，其對於各種試藥之反應，恰如毛地黃屬之代表質Digitoxin之反應相似。

藥理實驗

考Rhodein一藥，專作用於循環系，例如以該物質投與蛙時，則縱如蹼膜的血液循環已完全停止者，亦能使之活潑運動，而在一般現象上，不見何等變化，又以該物質投與家兔時，則其所起之症狀，亦均為循環障礙，以及因此轉輾而起之變化也，據斯而論，本物質之於循環系，得二種作用如次：

1)對於心臟之作用 (a) 興奮迷走神經中樞，以引起心臟搏動的徐緩。

(b) 本物質少量，作用於心臟本身時，得增進心臟的收縮與擴張，故脈量可以增加，心臟的絕對力（即勝心臟自身抵抗的力量）可以增大，但在分量多時，則心臟漸至擴張而不能充分，而脈量減少，最後則可致心臟之收縮期靜止。

2)對於血管之作用 須隨量之多寡，

而定區別，譬如使用本品之比較濃厚溶液時，則因其作用於血管壁之結果，固可使諸組織臟器之血管收縮，但使用比較稀薄溶液時，則僅對腸血管可使之收縮，對於其餘如冠狀血管，腎臟血管，腦血管及四肢血管等，反使擴張。

如上所記之作用，故如投 Rhodein 於動物時，可致該動物之體內，起血液分布上之變化，又斯時變化之狀態，當然隨其量之多寡而不同，即如以少量投與動物時，其心臟搏動數雖減少，而脈量却大可增加，因之在單位時間內，其心臟之由靜脈系輸送於動脈系之血液量，可以增加，今試假定斯時之血管狀態不起變化，則靜脈之血迫當然下降，而動脈之血壓，不免上昇，不過實際上斯時之動脈因輸入動脈內之血液量增加，勢必以反射之作用而使擴大，同時因藥物之直接作用，如上所述，腸血管外之血管，均亦隨之而擴大，故斯時之動脈血管，實無由而上昇，縱有上昇等情，其程度亦決不高，故此時動脈血壓，雖然殆無變化，而靜脈血壓，則顯明可見下降，此因其動脈與靜脈間之壓力，差額勢必大，一方面腸以外諸區域內之血管，因擴大而抵抗減少，故各該區域內之血液灌流，當然可以旺盛。

若投多量 Rhodein 於動物時，如將藥物徐徐送入，則其初血液分布上變化，雖與上述少量使用時相同，然其後因藥量之增加，動脈血壓，亦徐徐上昇，並可達到

相當高度，惟此時動脈血壓之上昇，由於本物質過量之作用，諸組織臟器之血管收縮而起，故各組織區域內之血液灌流，非但不能改良，並反使成惡劣境况，一方面又因其後心臟之擴張，也隨之而漸次不全，致靜脈血壓，亦見上昇，動脈與靜脈間之血壓減少，其結果使諸組織臟器內血液之灌流，愈形不良，最後則心臟搏動停止，同時動脈血壓，劇急下降，而血液循環於以完全告終，照前所述，以少量 Rhodein 投與動物時，其血液分布上之變化，正與心臟衰弱時之血液分布變化，完全相反，按心臟衰弱時；因其由靜脈系輸送於動脈之血液量減少，而得致靜脈血壓之上昇，故斯時動脈血壓，縱因血管之反射而收縮，而不致下降，而動靜脈間之血壓差，却已必致減少，加之諸動脈一經收縮之後，則血管對於血流之抗抵增加，故此時諸組織臟器血液灌流之不良，自必自然之理也。

又當心臟作業量大見減少，經血管反射之收縮以後，其動脈血壓，依然不能維持常態，而猶致下降時，則必致迷走神經中樞之興奮性減弱，心臟搏動數之增加，以圖心臟作業量之改進，而務使動脈血壓得近於尋常狀態，然如藉此而猶不能防止動脈血壓之下降時，則勢必迷走神經中樞之興奮性，益形減退，心臟搏動益形增加，結果徒令脈量減少，而反致心臟作業之減退，是以當此心臟衰弱之時，如投以

Rhodein,以興奮迷走神經中樞,減其心臟搏動,而增進脈量,並增大動靜脈間之血壓差額,增強心臟之絕對力量,擴大腸區域以外之血管,而改良諸組織之血液灌流,不但如此,其Rhodein對於心臟之作用,甚有相當持續性,例如對貓與以二分之一之致死量時,則約於三星期內可以證明有如斯之作用,故對於慢性心臟疾患,亦得應用,總之民俗喜種之萬年青而能治心臟患者,實因其含有上述之Rhodein所致也。

Rhodein之對於局部刺激作用,如催吐利尿等,與毛地黃屬之代表質Digitoxin極相似,但作用之強度,亦互有差異,即就強心作用而論, Rhodein約強於

Digitoxin三倍,而於局部之刺激作用,僅等Digitoxin之刺激作用之三分之一,而其催吐作用,亦較Digitoxin為微弱,至於作用於心臟之持續性,則小於Digitoxin,惟二者之利尿作用,因其不易測定,未能判別其優劣,內山博士,曾由萬年青根及其毛地黃葉屬之生藥,完全提取其有效成分,而務去其無效有害之物質,並經適當稀釋,使各製劑同一容量,然後比較各該製劑等之局部刺激作用之強度,吸收之速度,催吐作用之強度,迷走神經刺激作用之強度,心臟作用之持續性等,今試假定100以表示毛地黃葉製劑之強度,速度等,則萬年青根及其他諸生藥製劑之強度與速度如下表:

種類	萬年青根製劑	君影草製劑	海葱製劑	福壽草製劑	毛地黃葉製劑	司脫羅仿子製劑
局部作用	33	33	100	100	100	20
吸收						
小腸	75	57	53	125	100	168
速度						
皮下	94	110	72	106	100	127
催吐作用	54	52	48	71	100	76
迷走神經刺激作用	167	250	88	150	100	300
強心作用之持續性	60	20	20	14	100	14

(a) 所謂局部刺激作用之強弱,當然是內服時胃腸障礙,皮下注射時的局部疼痛等,觀上表,可知萬年青根製劑,比司脫羅仿子製劑稍強,然比之毛地黃葉,海葱,福壽草製劑等,則大為微弱,至於吸收速度,則不拘皮下與小腸,萬年青根製劑

,均比司脫羅仿子製劑大為遲緩,然比之毛地黃葉製劑,則稍延緩,(b)表中所示之催吐作用,即為該物質等被吸收以後引起嘔吐時之最小量,此作用,萬年青根製劑比司脫羅仿子製劑及毛地黃葉製劑,均大為微弱,又迷走神經刺激作用,與脈搏

之徐緩有關係，此種作用，則萬年青根製劑較毛地黃葉製劑為弱，而比司脫羅仿子製劑為強。(c)閱上表中之強心作用之持續性，則萬年青根製劑比毛地黃葉製劑顯然微弱，然較之其他生藥之製劑，則強甚為多，例如對於貓之致死量之二分之一量，則毛地黃葉製劑可以三十五日證明其有強心作用，而萬年青根製劑，約可持續至二十一日，其他生藥製劑，則僅能維持五至七日而已，故萬年青根製劑之強心作用之持續性，可居於毛地黃葉製劑之下，而在其他諸生藥製劑之上也。

藥治效能

藥性考曰：「解毒，清胃，降火，能止吐血」。本品由藥理實驗之證明，不但不能直接解毒，而且內服後，略有阻礙胃腸之消化，雖遇不明中毒原因或中毒衰弱之患者，可與以本品而使強心作用，此亦不過一種暫時維持而作一解毒藥之輔助劑，若解毒劑不力，雖有完善之強心劑，亦無救於萬一，故解毒與清胃，在事實上均談不到，興奮心臟，雖可稍微退去虛熱，然作用亦甚微，且時亦甚暫，故以本品作退熱劑，無異刻舟求劍，對於內臟組織器官之血管，雖本品濃厚溶液時，可使收縮之，但作用亦僅顯於暫時，故無論肺臟或胃臟之出血，未能以本品療之，縱有效於片刻，則反有害於將來，因用本品濃厚溶液之收縮內臟組織器官之血管，與用

Adrenalin 之收縮內臟組織器官之血管之作用同，經過有效之片刻後，反引起血液反射而將內臟組織器官之血管充血，在此之出血，則必更多於前，若因本品之能令內臟組織器官之血管收縮之作用，而專引以治內臟之出血，不啻為庸醫病，愛之反害之矣，本草綱目拾遺中，猶載謂可治痔漏，老幼脫肛，陰囊大，蛇毒及一切跌打損傷，此更無理可持，上述諸病，雖非用本品而受其害，然用之對某病無益亦無損，此在表面觀之，似無害于某病，但事實上某病因誤用本品而將治療時期坐失，徒令病勢進於惡劣，甚至久延而及膏肓，則雖有良醫良藥，亦莫能救，此非亦本品之害乎？中醫用藥之病，大都如此，深望今後學者，重視實驗，力求真理，盡信古書，為害匪淺，安可不戒？要而言之，本品對於心膽瓣膜病，慢性心病，急性心內膜炎，心囊炎，心臟擴張症，肺氣腫，尿毒症，腎臟炎及一切心臟衰弱用之有效外，餘均不可妄使。

附本篇參考文獻

- 趙學敏——本草綱目拾遺 卷五第十九頁
孔慶萊——植物學大辭典 1194—1195
Taichi Murashima——Tohoku. Journ. of exp. Med. Vol VIII Nos. 4 u 5
 April (1927)
八木精——新醫藥觀第四卷第七期2—4

利用加服鹼類 Alkalibelastung 的 腎臟機能檢驗法

Mia V. Buengner 著 徐續宇 譯

利用加服鹼類(Alkalibelastung)的化爲簡易的腎臟機能檢驗法，無論如何不能代替那舊式準確的腎臟機能檢驗法，的確爲着牠比較靠得住和迅速施行在外來患者臨床實驗時及醫師的門診時是很有價值的。我們是受了載在一九三二年第二期的德國醫藥週刊上Hellfors氏所著的這篇論文才想到在醫學的外來患者臨床實驗部的門診時使用那試驗法，同時去審定牠的價值。

談到檢驗的方法我們要照着 Hellfors 氏的規定去做，於是我們給病人飲以溶于 400ccm 水中的 15g 重碳酸鈉 (Na. bicarb.) 預先我們可以不必給服鹽酸 (HCl)，因 Rosenberg, Hellfors, Debermann 和 Sylla 諸氏已獲有證據，乃因加服鹼類試驗的結果並不受胃中酸度多寡之影響；在酸度增加時鹼類的排泄最多不過是弛緩起來罷了。身歷的試驗告訴了我們，就是事前也能允許病者喫一只小麵包和喝一杯咖啡或茶，且能使最後所得數值並不因此而變更。使服之前我們須檢驗尿之反應及尿中蛋白質含量，沉澱物及比重。飲後一小時和二小時所排泄的當作試驗物的尿也應受同樣

的檢驗，檢驗酸度是應照着 Hellfors 氏所規定的 Phenolphthalein 試驗去做。假若尿鹼度的 PH 值是 8,0，那麼滴入 Phenolphthalein 後尿就變紅了。這數值在機能正常的腎臟依着指定的情形俟服下 15g 重碳酸鈉最少須於二小時後才能得到的。——同時每次要取血，以便藉此可施行剩餘窒素檢查，藍靛素 (Indikan) 檢查，或黃色蛋白質 (Xanthoprotein) 檢查，一般檢查，血壓檢查和檢眼鏡檢查——假若須要的話——自然每次施行的。

親歷的實驗：迄今一共已試行了三十六個有可利用價值的試驗。用了腎臟健全者經過多次的加服試驗後是證明了，在加服鹼類後一二小時用了 Phenolphthalein 的滴入法就現出明晰的染了玫瑰紅的尿。現在去討論確定泌尿器疾患的檢驗。腎結石患者和假定的一樣，也和腎臟健康者一樣有完全正常的排泄情狀，一位青年的尿常含少量的蛋白質和單獨的玻璃狀圓柱，看來這青年似患直立的蛋白尿 (Orthostatische Albuminminurie)。可是因了牠的正常的剩餘窒素和正常的濃厚能力顯着呈

正號反應的鹼類試驗。

這加服鹼類試驗法是否適用於緊張亢進 (Hypertonie) 時最初期的腎臟機能不全，這是使我們更感到特殊興趣的。——五個緊張亢進者 (血壓值是居 190 和最高度 230 之間) 之鹼類試驗呈正號，尿中常含蛋白質，或只有呵氣樣的渾濁；剩餘窒素值 (居於 32 及 43mg% 之間) 也在正常狀態之內；加服後之比重增高為 1020 或再高一些。——還有五個尿中含有中量蛋白質的緊張亢進病倒對於鹼類同樣的顯着正常排泄情狀；血中所含剩餘窒素，藍靛素或黃色蛋白質的值不超過正常範圍。這裏所討論的是所謂良性腎硬化症。——七個緊張亢進者假定有由良性型轉變為惡性型，那七個病人的鹼類試驗結果是三次呈着完全弱度正號，四次是呈着負號；尿中含有少量以至大量的蛋白質並於沉澱中附有唯一的玻璃狀圓柱；剩餘窒素常保持着正常數值；反之這在四個病例中呈着正號反應的藍靛素試驗或黃色蛋白質試驗已將血清已早就存在了的芳香體指示出來。藉尿的比重可悉知這四個病例有同等強力排尿的傾向，上面已敘述過了的血中芳香體增多在同樣的病人處證實了三次。——尚有五個病人定是患着惡性腎臟硬化症：鹼類試驗終呈負號 (Lebermann 氏稱為“酸類同等強力之排尿及鹽基類之排泄”)；適度以至強度的蛋白質含量；四個病例中有無數的粒形圓柱；不甚顯著的以至明顯的同

等強力排尿；剩餘窒素是 45—72mg%；四次強度的眼底變形。

在急性腎炎時我們得放却這鹼類試驗法，因診斷並沒任何困難，且我們不願要求病人加服以水和鹽。在亞急性腎臟炎尿中尚含有許多紅血球但已具有正常血壓和剩餘窒素是 48mg% 的，試驗是呈着正號在慢性腎炎的 Pnenolphthalein 試驗時可獲得淺淡的玫瑰色，且有很多蛋白質，玻璃狀及粒形圓柱和血壓有 170—110 藍靛素和黃色蛋白質試驗是呈着負號。第三個慢性腎炎的病例是和蛋白尿性網膜炎一樣具有惡性的徵候，剩餘窒素增高至 76mg%，藍靛素十十，血壓 185—220，鹼類試驗呈負號。慢性腎炎和腎硬化的症的試驗結果好似一個貴重的指示，藉此或者能知道這是否良性或有否惡性傾向。

最後我們還得檢驗兩個妊娠腎疾患 (Schwangerschafts-nephrose) 病例的鹼類排泄。蛋白質排泄是非常增高，血壓是 155—165mm Hg R.R.，剩餘窒素是 34 和 46mg%；此二病例中所排泄之鹼類在試驗時適能獲一極淡之玫瑰色。這和 Rosenberg 及 Hellfors 二氏之試驗相符合，彼二人亦確定在腎疾患 (Nephrosen) 時具有正常鹼類排泄。

照着 Paunwitz 氏的報告這鹼類排泄試驗法對於腎結核之早期診斷也是很有用處的，可是作一復檢驗是不可能的了。

結論：以加服鹼類之試驗作為腎臟機

能檢查法之優點如下：

1. 因彼對於病人毫無損害及極微細之加累（三十六個病例中只有三個在服蘇類飲料後患着腹瀉）。

2. 因彼極易施行於醫師門診時。

3. 因藉彼之易感性於腎硬化症及慢性腎炎時特能指出是否有傾向惡性之意。

接種后與急性傳染病患后之腦部併發症

大學教授 H. A. Gins 博士

陳歷榮譯

近幾年來，醫界對於依法接種Pockenimpfung 之后所出現的類似腦髓炎的現象有愈漸濃厚的興趣，而且很關心着，是很有理由的。這種繼發病，在臨床上診斷為腦髓炎 Encephalitis, 剖檢的結果亦能證實之。于是，似該弄明白此併發症之原因，是否由于接種用之苗漿毒素所成呢？在遇此情形的各國，特別是英國，雖然將此腦髓炎病例研究過，而且下了一個可靠的結論說：苗漿毒素並非直接的原因，然而其本來面目，可說仍是一個謎。

此整個問題，在此短論不能詳述。故此文有限于此全問題之各個部分之必要。在這範圍內，所有不少的學說，對於實際上沒多少意義，較有興味的還是在與接種相關的狀態，腦部併發症之臨床上的認識，以及防止之可能三點。僅就這三點討論吧！

急性腦髓發炎的臨床診斷十分困難，誤診頗為不少，這是可肯定的事實，我亦

從此出發討論。容后再報告幾個有系統的例。在前並不知道腦髓炎與接種有什麼關係，注意到這裏，只是十年來的事。但在時間上說，接種與腦部併發症有關係，然而與接種反應有什麼內在的聯繫，仍未能確定。僅先論及痙攣 Krämpfe。

若一報告接種后之疾患，即知被接種者在發熱時有痙攣現象，或在少數例中，甚至死亡。嬰孩痙攣例數之多，我們是覺查到了，但以爲多是希奇的例外，而湊巧遇合，也是可能，故不敢說與接種有什麼關係。例如一九一三年報告初接種者，因痙攣而死之例，有十五次之多，但此在同年成千成萬之死于痙攣發作者，實無可驚異之處。

在我討論腦髓炎問題各點之前，先報告幾個官家死因統計中的數目。這可以證明：除傳染症后腦髓炎之專門問題而外，嬰孩之死于神經系疾患，尚爲更大的問題哩！從統計中我舉出戰前幾年的與已做成

統計的近幾年的數字。其數列下：

死于神經系疾患者（流行性腦膜炎，
脊髓灰白質炎除外）

年數	一歲以下者	一歲至十五歲者	合計
1910	21843	10924	32762
1911	22184	11096	33280
1912	18005	10418	28443
1913	17247	10225	27472

從此數字表知嬰孩之死于神經系疾患者之數有出于意想之高。這些數字，僅一部分根據醫師的診斷。在後面若註上了各種疾名，或許竟也有與神經系毫無關係的，所以該計算出，在那些數目中，那些是真正由于痙攣而死亡之例子。

與從另一個觀點出發所作近年的統計比較，含義就更豐富了。下列的數目，取材于一九二八至一九三〇年，且合于國際的死因記載法。其各項目都非常清楚。

死于神經系疾患者一項，並不包括有報告義務的疾病，即前已除開之病而外，流行性腦髓炎不列入，死于痙攣者亦不歸于此類。根據列出之死亡原因，這些數目大約包含着：脛強直，他種性質之腦炎，以及非傳染性的病症。小兒痙攣亦未列于此項。在下舉出死于神經系疾患者之數目，而與流行性腦髓炎死亡例之報告比較。

年數	歲數	神經系疾患	流行性腦髓炎
1928	0—1	6121	5
	1—5	2438	8
	6—15	1626	11

1929	0—1	6368	6
	1—5	2269	19
	6—15	1534	13
1930	0—1	5308	4
	1—5	2093	8
	6—15	1422	10

這些死亡的數目，乃係由于神經系疾患，已可算可驚奇地多了！

這些數目中，可惜不能確定：倒底死于先天性畸形者，如Kretinismus有多少；不過其數並不為多。

事實上顯明着：近年來死于神經系疾患之死亡例，仍非常多。這對于要討論的問題很重要。再從這統計見到，死亡例數總較想像者為多。至于在那數目外，尚有多少接種后之腦髓炎不知道，而在近年中又特別探索出來了。在他種傳染症患後所發之腦髓炎，及他種腦部併合症，因無報告義務，遂很容易大量混淆在這裏面來。

所以，接種后的腦部疾患，只有少數而是經過精細的探索的，以及由于神經系疾患不少的他種死亡例可算數。對于后一項，我們是不再討論下去。由上面的事實，似乎已可表明在接種后所發生之腦髓炎例，在意義上不必過于重視，是有理由的。至少在德國是這樣，若在荷蘭與英格蘭，此種病例非常的多，所以情形兩樣。

我不願逐點討論下去，須提及者為：傳染症患后之腦髓炎之研究，隔離着結論還很遠呢！對這問題作個病因上的探討，

直到現在可謂毫無成績可言。

無數的研究，欲藉動物試體以求得此種腦髓炎之病原體，皆告失敗。說疫苗毒素是原因，要尋出可靠的根據，亦未成功。只有在Düsseldorf的Eckstein氏，由他的猴類試驗，相信已將疫苗毒素之神經營養(Neurotropie)證實了，而此著作家，却未想到本來的假說是疫苗毒素可引起腦髓炎；而他的實驗，却與此正極端相左了！在多次的試驗中，就是用猴類，也從未由皮膚之疫苗接種，誘起任何腦部現象。若直接將疫苗毒素施于中樞神經系，則發生病象，且有病理變化。但這種事實，不待在傳染后發生腦髓炎增多的現代，前自Marie氏之兔試驗，或再在以前，已早知道。

希望在病孩之腦所引起組織學上之變化中求得點有價值的發現；然而結果，仍是模糊。不過由荷蘭與英格蘭等國之著作家的探索，得着一種說法：即接種后起之腦髓炎之組織圖形，頗有特點，而與由于流行性的有別。故在可疑例中，應用組織學的診斷法。但以後經Schürmann, Wohlwill兩氏以及英國委員等肯切決定，在麻疹，傷風后引起之腦髓炎，亦有相同之組織圖形。是以接種后之腦髓炎與他種腦髓炎間之病理解剖分別，亦形消失。但因傳染疾患后之腦髓炎在組織學上是屬於可染色的一類，而與流行性腦炎區別。有了這種事實，是否即可取消各種腦髓炎的病

因上的統一性，實在是要探討的問題。

傳染疾患后起之腦髓炎，乃流行性腦炎的繼發症之出現形式，我多年來即表彰着這種見解。為此我是站在流行病學的立場上。此容緩即再行略為述及。疾因統一的思想，勢該保存，而後再去解釋組織學上的差異。

該圖之差異，不僅與作用之部位有關，亦與浸潤之細胞構造有干係。這在各種情形，都是起于脈管外周的細胞套(Perivaskuläre Zellmäntel)。這表明着應先考慮的初起傳染，對於血管壁有一定的影響。那麼，組織圖形的變異，基于二種不同之病原體的聯合功能。這種思想是不用反對了。在患麻疹或傷風時，血管壁的滲透性的增加，並不明白，而當時粘膜出血加強的趨勢，則是有的。痘瘡疫苗毒素時或引起出血，由在第二次被接種者常出現出血面，與出痘瘡，及痘瘡紫斑等情形，不難證實的。經我同事Hassko氏的研究，知道試驗傳染的兔子的血管壁的滲透性時常，但只暫時加增；然而不多幾天，也就自然復原了。

將這種考察轉移到人類的情形來。可以這樣說：微細血管受疫苗，麻疹，與傷風病原體的影響，會同樣暫時容易滲透些。是故，假若流行性腦炎的毒素由血管到達于腦時，所發另一種細胞反應與純粹的流行性病所發者，會兩樣；但將流行性的與傳染後的腦炎的臨床證狀，都弄透了，

要將此兩種形式，以組織學上微小的差異，根本分開，是不大可以的。

從流行病學上說，病因是統一的。根據近年頗精密的探索，一九二〇年前，接種後之腦髓炎例數，實際上並不明白是事實。這是取材於普魯士的報告。在接種后所觀察到之小孩痲痺，是報告過的。假若也注意腦髓炎，則在報告中也不見得不提及。這種病患也不會看誤吧！綜覽普魯士的報告中的接種后之疾患，在一九一二至一九二〇年內，只有在冬季接種者有腦脊髓炎一例。此一例為至少一千萬接種中之獨有者，故說是湊巧，在時間上會合着，是可能的。

一九二〇年后，在他種傳染病經過中，再患急性腦炎的數目很增加。這種事件，經我之證明，乃是流行性腦炎之廣播。這發生的影響，只是間接的。因流行性腦炎之初起之時，傳染疾患后之腦炎並未之見，直到流行性腦炎盤踞着西歐幾年之後才出現。腦炎流行症，我們想與其他惡疫症有同樣的經過。其初期的病例有合於定型的臨床現象。繼之以一非定型的病例的時期。一部分則為急症，而兼合於定型。最後，則為毒素之廣播，與少數定型之病例。負毒者的大多數，可謂潛伏地在受傳染，然而並無疾患。但若一旦正常之抵抗力破壞，亦遂獲病了。這部分人，照我的見解，簡直是傳染病患后起之腦髓炎患者之候補人。痲疹或疫苗之天然或人工傳

染，能使抵抗力減低，遂增潛伏之腦髓炎毒素之勢而發作矣。

對此種意見，多數關此問題之著作家，頗形分歧，顯見於最近 Ricardo Forge 氏之國聯公共衛生院腦髓炎報告中。腦炎毒素潛伏傳染見解的闡明者，仍不能一致。Forge 氏以為傳染疾患后之腦髓炎原因與流行性腦炎之毒素不同。我則固持我見。因有流行病學上之情形擁護，並且事實上，傳染疾患后之腦髓炎報告，多在流行性腦炎多的地方。例如在南非洲尚未發生過這種病，但同時在那裏，直到現在，流行性腦炎亦不輕易見到。

診斷急性傳染病后之腦髓炎時，可銘記着一件驚目的事實，即是所謂接種后之腦髓炎頗易認識，而他種傳染疾患后之腦髓炎則須在病院作精密的研究。在作痲疹后之腦髓炎診斷時，嚴格留意臨床徵候，與出疹后之間隔期，是否符合規則，而不少的醫生，遇着接種后的腦髓炎就未免大意了！小孩在接種后數小時，即患有腦部症候的病，或四週或四週以前接種過，我們才下一個接種後之腦髓炎的診斷。這些事實須得考慮。因在英格蘭已是兩樣。在那裏介於接種與腦炎間之間隔期約為九天至十三天，大概頗有規則。在荷蘭也是一樣。我等處之腦髓炎診斷，並不完全都能決定。所以實在有點可疑。一九三一衛生部召開的會議所發表的數目，亦含有這種意義。在那些數目裏面，見到一九二七至一

九三〇年間全德國由剖驗認可的腦髓炎診斷，只有十一例。可惜這種由屍體剖體對照的病例太少，而常不能佐助臨床診斷！

從環立於我前的材料中，我可補拾一些例子，使我們少有些錯誤診斷。讓我在下供獻出近幾年來的例證。

試先舉出一羣剖驗結果，而這些在前的臨床現象，並不如何顯著。

(一)一九二九年。接種后九日得病。臨床診斷：腦炎與氣管支肺炎。剖驗結果：腦內無腦炎之標識，微有一般的神經膠質增殖，鏡檢有雙球菌。

(二)一九二九年。接種后七(！)週獲病。臨床診斷：腦炎。剖驗結果：無腦炎而有連鎖球菌腐敗症。

(三)一九三〇年。病於接種后廿一日。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：非腦炎。作細菌檢查，有腸菌腐敗症。

(四)一九三〇年。接種后七日得病。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：肺炎，球菌腦膜炎。

(五)一九三一年。接種后十二日得病。臨床診斷：腦膜炎或腦炎。剖驗結果：急性化膿性中耳炎后之軟腦膜炎。

(六)一九三二年。接種后九日得病。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：非腦髓炎而為白喉后之心臟衰損。

(七)一九三二年。病於接種后第七日。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：非腦髓炎而有小腦之起於血栓形成立。軟化病灶

。

(八)一九三二年。接種后三週獲病。臨床診斷：初為膀胱加答耳，後為腦髓炎。剖驗結果：肺炎球菌腦膜炎(舊病)。

(九)一九三二年。接種后三週得病。臨床診斷：接種後之腦部併發症。剖驗結果：細粟性結核症。結核性腦膜炎。

(十)一九三二年。接種后二十日患病。臨床診斷：腦髓炎。未施行剖驗，但以腦脊髓液作動物試驗，確定診斷為結核性腦膜炎。

(十一)一九三二年。接種后廿八日罹病。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：腦髓炎與脾腐敗。作組織學的研究，在腦內可由鏡檢證明有連鎖球菌傳染。

上列各例，從組織學與細菌學上研究的結果證明與傳染後之腦髓炎不同。在下再附以數項；不過組織學上的研究與剖驗，皆無結果。這不啻說：在腦髓炎，發現不出什麼特性的變化。

(十二)一九二八年。接種後十日患病。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：腦浮腫。浮腫之軟腦膜微有浸潤。

(十三)一九二二年。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：腦浮腫。靜脈充血。

(十四)一九二九年。接種之日即患病。臨床診斷：腦髓炎。剖驗結果：非腦髓炎。極度胸腺淋巴體質，有心臟變化。

(十五)一九三一年。接種后四小時即患病。臨床診斷：為腦髓炎。檢驗結果則

否。

(十六)一九三〇年。接種后八日患病。臨床診斷：爲腦髓炎嫌疑。剖驗結果爲腦浮腫。

上述由剖驗可確定之十一例腦髓炎，於次二年尚有五六例。但事實上，很重要是有腦髓炎嫌疑，而剖驗后，至少有一半並非腦髓炎。

爲完全起見，須再申述：在一九三二年，一接種後患腦髓炎再施接種的嬰孩發生出血性腦髓炎。同樣之例，在一九二二年已有記載。至於這種出血性的腦髓炎，常伴隨流行性腦髓炎而出現，是常可看見的。

這些材料，在我收集留意之后，可使醫界與殖民者安靜一些吧！因爲這指示出了接種后患腦髓炎者，在我們這裏並不如想像之多見，而大部分的臨床診斷，實在是錯誤了！

接種后的嬰孩病了，帶着暫時的神經症狀，就使起首已昏迷，項強直，或甚致

麻痺，驚叫，大多數幾天過後，也就完全復原了。故我敢相信，這些障礙的大部分只純粹是機能的，這可歸咎那時腦壓加增。此外，事實上而須明白：不少的接種病孩，在前已有痙攣的機勢了。若腦髓炎之素因與潛伏傳染可不在接種前發病，則至少有痙攣機勢而要接種的小孩數將盡量限制了！在這時只有盡量探索能觀察到之痙攣趨向。可惜臨床上之所見，卽有Chvostek'sche氏現象時，亦不大明瞭，故能早時認清有痙攣機勢的小孩，（與複雜的接種反應經過無關）是頗有普遍的義意的。從統計得知的多少痙攣死之例，就應該如何將痙攣機勢的診斷做得完善，而且將有痙攣機勢的小孩，十分留意看護，預防着一切誘發痙攣的傷害。那真是可感謝的任務呀！一個接種醫生有無條件的義務是：對於一個有痙攣機勢的小孩接種，至早也要在最后一次痙攣發作之后一年。這樣也許可使接種后之痙攣，大大地減少了！

(完)

治 療 概 念

V. V. Weizsächer 原著 沈其稀譯

通常在醫學上的慣例是確定診斷在先治療在後的，要去治療須明診斷，但根據醫生們的經驗，構成相反的事實，就是我

們必須討論，以求得到深奧的學識，學說可以給經驗以啓示，但是降臨到學說上的光明係由經驗中得來的。所以我們剛由學

者那裏來到病床邊，我們有一點茫然無助的情形，這裏有一部份是病理學未曾述到的：每個病人均有一個主人翁，這個主人翁就是一個我字，可是那並不是一個簡單的事件，那是在一種特別的環境情形裏，對於這種環境情形我們尚不能控制，然而我們對其內部及環境兩兩方面的情形應如此地注意，我們至少須將其控制到這樣的地步，就是我們要獲到關於病症的關係，並且能夠同病症相抗爭，由此我們構成一種經驗：內部與環境自身並不是永久健康的，詳細觀察起來環境被擾害的責任應屬於病症，並且係與病症聯絡在一起的，以致整個的事件被造成為一個事變，但是吾人最初僅開始在「特別病理學與治療」附近去構成精神治療 (Psychotherapie) 與社會治療 (Soziale Therapie) 而同樣對於內部及環境也加以專論，因為他們與根本的病症是應歸於一起的，並且因為這類事件確為一種聯絡關係，一個不可分開的事件，所以我們必須努力重行去求到一個統一的醫學，在距這目的尚遠的地方我們可以隨處遇見一些形勢 (Situation)，問題，經驗在我們研究的途中，關於這類事情我們可以在這篇講義中略微看到一點，

第一：什麼是精神上的治療？假設我們明瞭這個問題，我們於於是再問：什麼是治療？這個希臘字的意義係一種幫助或照顧，並不是醫癒的意思，醫癒僅為一種自然現象，一個治療傷科的醫生既不能將

其治癒也不能使其結痂，他僅能將有害的除去，有利的造成，由此醫癒一層於是成為可能性了，治療其實僅為某種藥品經過醫生的應用去達到自然醫癒的可能性而已，醫生也是一個單體，一個不可分開的人，所以我以為也只有一種治療；不會有許多種治療的，僅藥品複雜耳，因此精神治療一語正如水治療法 (Hydrotherapie) 或電氣治療法 (Elektrotherapie) 均似乎為錯用，僅僅這樣的意思是夠嗎，假如說精神治療似亦不過如一種需用特別藥品的治療一般？沒有這樣簡單的事情，對於人們分別氣候的，滋養的，醫藥的，外科的藥品與方法一層可以說沒有什麼可講，但是一個方法的靈魂也是可以拋擲的嗎？

靈魂 (Seele) 與精神 (Psyche) 兩個字的語學意義經過宗教到科學的活動成為一種如此雙關的語氣，對於這一點我們必須加以分別，當我們確定，精神治療一語係求形體精神的發生，按照古語則為求心理精神的發生；這對於醫學的需要已經明瞭了，我們還要明瞭的係這在治療方法系統上稱為什麼，

當你用重碳酸鹽 (Bikarbonat) 去中和在胃內過量的鹽酸時，於是這個事件係在一個純粹化學的變化上演出，當你對於心臟不完全症用強心劑時也是一樣的，此處強心劑動力的效果並不是單獨對於心臟的，我們已經知道血管也受影響，并

且對於利尿方面亦有利益，胰臟內分泌物 (Insulin) 對於動物性澱粉之儲藏功用及糖之燃燒功用亦具上述同樣化學作用，藥品在各個部位有各個種類的功效，但在系統相同及同一單位的部份則有一定的生物學的功用，這個功用是絕不可能由各部份功效去加合造成的，假設我們要將一種食餌的功效，氣候的功效明瞭并由簡單自然科學的經過分析地歸納起來，必須對於其構造及有機體關係先加以了解，這樣達到成功者仍為少數，確實這類事情多數都是互有關係的，如何這類事情才可以達到最高效果呢，當我們現在僅要明瞭醫生本人的功效，他的影響的全部總合，他的話與他的處理？醫生的忠告不僅是說出來而已，是要被遵守的，要達到這一點常常是醫生本事的最難的一部份，病人的判斷，感覺，意志與天性逆行或入走錯誤的道路以及其傾向與制服在此處所指的那一部份就是我們以前所稱為藥品與方法者，病人的判斷，感覺與意志是每個治療上的「作用」，同時被認為一切其他作用的最高平壤，也就是他們的基礎，治療只有在這個基礎上才可以成為可能性，對於身體靈魂的關係及精神心理的聯繫我們應當怎樣命名，自然這僅是高等生理學之一種，一切的專門生理學都包含在內，因為事情是這樣的，所以我們在此處必不可少地用我們對於治療構造與存在的深遠意義去懷疑到個人的存在，品行及人們的自由與信仰，

這些事情不是治療的結果，而是一個基礎；治療就接在這個基礎上，沒有一種治療如同所謂精神治療一般可以使知覺如此清楚與如此果決，正如你所知的一樣，應當這樣去解釋，治療之被熱誠擯斥恰如其被熱誠要求一般，

人們已將方法式的精神治療加以摒棄，因為人們以為靈魂是不應當被經過這樣多的理解去褻瀆及與死的物質去比較，當然你已經聽聞過，催眠術 (Hypnose)，暗示作用 (Suggestion)，心理分析 (Psychoanalyse) 與喚醒劑 (Psychagogik) 也如自然科學的其他門類一樣為可以學習的技術，僅不過這對於似乎為心理學的「高等生理學」尚不完備，有時教育亦不純依數學公式去做，因為教育或者必須超出個人的力量，及教育家的價值與存在以外，

我們在此處應當如何決定呢？我們在此處遇見一種暫時的決定，他并不十分困難，並且有些完美的理由：那個被稱為神經病的疾患對於方法式的精神治療是一個最好認識，界線清楚的範圍，經驗已足示出，在神經病上精神治療的方法式處理方式絕不是簡單的，而實為一種極有價值與不可缺少的器械。

此間尚有其他理由作為結果，以之在此處去要求方法式與科學式基本精神的處理方式，并反抗內心知覺的自由演出與無知覺的個人作用，還有一個理由，就是那種經過考慮與鑒定而尚不能控制的方法給

病人遇着時，將要成爲對於醫生關係的方針與結果之一種自誤的泉源，一種在醫生與病人間僅私人感情而沒有絲毫物質目標的關係方式可以使治癒成爲可能性，同時造成相當價值，這種價值在醫生與病人的社會間是具有異常效果與自由的，但是因此僅僅創立了這樣的社會，然而對於其他的這樣社會尚不能加以解放，關於他們的擾亂照病人的意思應被推到醫生方面，至今在婚姻，友誼，民族社會裏所有由神經病妨礙的或破毀的事件尚未被經過醫生的新聯絡重行恢復起來，假設這種聯絡沒有包含一種超出個人控制的異論，可以由此用關於社會方面新獲得的能力去在別的聯絡上努力，但是這裏我們可以看出來，沒有一種任何通行的能力可以支持這聯絡關係，而這種聯絡是現在自由實用的；至多僅稱謂，存在，一定人類，組羣，民族個人關係對於聯絡爲可能，然而這種聯絡在神經病上相距甚遠，並且似乎已經失棄一般，這並不是抽象的，實爲附帶着私人名義的一定事實，這在病人方面是已經失掉了，然在復元的時候病人又可以轉向這類事實，

在這個意思內關於個人之「整個」的方式及補助方面對「整個人羣」所需爲者包含亦不甚多，這個方式的意義也不過僅僅如此，就是我們應當用嚴密考究與觀察去注視一切重要事件，同時我們不要在一個牙齒或一個難症的處理上就滿足了，假設這

個方式在人羣中一切重要處理上具十分意義時，則這個方式必含蓄有一種重要意識，恰巧一個人的最後規定不能成爲治療的主體，這似乎有點侮辱上帝，我們應將總綱說明：精神治療有兩種意義，各種治療所含有者，彼亦含有一點，即所謂個人方面的；但精神治療將使其在特別的方法上作爲方法式的神經病治療實現，雖然這個第二種的方法式法子由神經病到其他病症也可通用，而我們必須將其擱置，因爲這類試驗證明尚少，并其科學基礎亦甚狹隘。

我們現在不欲抽象的由方法一而去覓獲前進的途徑，我們將由診察室內出來去察看病人的疾苦與其症候，這才應當是第一步手續，疾苦與症候是同一發生事的主觀點與客觀點，這兩點給我們以同樣強度的興趣，由此我們看出，怎樣造成一個症候，一切機能在疾苦時怎樣變化，生理缺乏效能時怎樣表現出來，假使這幾種變動強烈了或時間長久了，於是由此可以造成一個器官的明顯損害構造，這種經過須定決其爲一種恢復或一種毀壞。

於是由此題目發生出原因的問題，因爲我們是傾沈在疾苦裏面，我們控怨，甚至我們的悟解對於問題也增強了，可是我們仍然懷着恐懼在希望與絕念之間躊躇不定，所以我們相信在病症上可以立即看出長遠早已規定的，不變的，也可以立即看出僅僅片刻擾害的與將要廢棄的，體質是原因的完全不變部份，外傷則爲可以避

免的一部份，這一部份與那一部份在病症經過上是如何的廣大——製造的希望對於這裏也有關係！

第三點是必須如此去決定，就是治療的槓桿，必須放入於何處。我們不應當變更不能修理的事件，而應當努力去習慣與適合之，我們也不應當在能修理的事件上去絕望，而必須親身在危險之下去毀壞這種擾害，由此對於精神治療生出兩部份意思，感應作用，催眠術，安眠藥的意義係對於不變化的事件加以快慰的適合，精神分析，智識與教育則督促去克服外傷，擾害及命運，這種治療的種類與階步包含有你們已經知道的方法式對照我們現在必須完全實用地將這種對照握着，而不應當將其作為一種宇宙觀理想的語句。

所要解決問題的第四項係基於一種醫生的嚴重爭論與其社會知識而來，同時亦為由神經病根源的知識而來者，毫無疑義，神經病在一切的社會團體及依據經濟學所成之階級或地位中對於這樣複雜的人羣有一種增長的演進，由此看出個人治療是適合於有資產者，以其殊遲緩與浪費故也，而於無資產者幾全不適合，對於治療之應用的分別上發生出神經病之釀成的分別，凡對私人生命由神經病方面造成之個人不測事件，則個人治療自可引用，而由經濟衰落或失業之社會災患所致之神經病則不應對個人而應對社會加以處理，對於這種災患事件一種在不景情況方面的了解是

較治療慣例為有希望與可貴，一種社會政治改革在這裏較個人治療為尤適合的方法，無政治則社會政治亦不能發生；所以政治有一種引導的力量，不可避免的，由神經病撲滅之問題的轉向發生了社會治療，這個社會治療就是由社會政治與革新政治所產出者。

這裏我們從新到了一個界限，在甚麼地方必須給這種醫生行為與思想的驕傲與過誇以一種目標，及一種達到根本問題的歸路，在這個問題內不可避免的包含有衛生事業的將來設施的最困難問題。

但由此對於職業界限的題目僅加以一方面之證實。在其他地方仍然有一片這樣不安定的潮流向另外的疆域流去。你可以想一想，當我告訴你，在我們的國內一切有權威的最好的精神治療家的多數均為神父或神學家的後裔。這件事的怎樣發生是很容易明瞭的，這裏我不可以說係一種遺傳因素，然而是一種在歷史變遷上的遺業由牧師的職業傳到醫生的職業上來了，不僅醫生們有向靈魂疼痛方面的轉向就是目前來到醫生們面前的病人，他們也曾將這種病疼交與作僧侶的朋友或師長過，這是中古時代教徒的歸俗，這也是由迷信到科學的道路，這條道路，將從前教堂所保藏的與聯絡的範圍給開放了，並且使這種範圍成為醫生的注意事業，這確為一種信仰的歷史，而這個歷史也必須走這條道路，但是這裏醫生方面也有危險，因為依照

醫生方面的這個主張并不是一定有效的，

一個第三點的結局終於在那裏，就是病人的信任離開科學的醫生轉向到科學以前的自然勢力：這即是所謂的古爾夫氏性質(Kürpfüscherwesen)，對於這種性質我們採用名姓一字，在經過贊成的保護醫學內及在這種資格社會外頗不少，這種科學贊成的醫學之信任極期也不過為民族教育的極期內的一部份現象而已，這種常常

論到精神治療的教育問題是普遍地向着一切地方流行去在那些地方由教堂，學校及訓練的力量而來的教育所尚未十分達到的。

所以這并非十分不清楚，精神治療的方法與基礎的研究終竟歸到醫生職業的一致上去及其範圍以內，我們討論這種事情，我們將不僅普遍地試驗意義上的一至，并且要求了解施用上的實用可能性。

論菌痢後胃腸上之後起病態

Adolf Ohly 博士 著 俞德葆 譯

戰時傳染病中菌痢既引起如此多例的早期及後果病態，則認識該病病狀，於預防醫家及實地醫家均有重大之診斷及治療意義。

致菌痢病原蟲之各異——我們今日知有 Shiga-Kruse 氏菌，Flexner 氏菌——菌，Strong 氏型，E型，外尚有一百種以上之痢菌，其痢病之臨床經過絕不一致——實使此種菌痢後起之胃腸狀態亦極難總括於一整個的觀點下。

菌痢，如我們從世界大戰以來所知既非為原因的，即有一定之致病菌，亦非為解剖上一致之病象，却為一臨床定義。經此等細菌所起之病現象，置流行病學觀點不論，重要的由各種不同之之痢菌之毒素

作用，及各病人對於初期感染之反應而定。

如初期痢疾已有如此各異之現象，則痢疾後起病態現象如此變化多端，自不足為奇。

此種病象因其他細菌之繼發傳染（大抵為引起混合傳染之連鎖狀球菌及大腸菌類）及胃腸上經年所成之病理解剖變化，而更愈為複雜。此種後起病態用大便的細菌診斷，大抵不能確定。

即血清學的血液檢查所得，今日亦只有很少數呈陽性反應。Strauss 氏曾證明過一個病人，痢疾愈後18年對Shiga-Kruse有1:200的凝集反應力(Agglutinationstiter von 1:200 für Shiga-Kruse)。我

自己在戰爭時及在戰爭後亦發見很多例子，病人血清，患病4至8年後，對Shiga-Krüse氏菌有1:200之凝集反應力，及對Flexner氏菌有1:300反應力。（註：Agglutinationstiter 1:200即表示血清沖淡至200倍時尚有凝集作用）。

此種觀察證明，痢菌之凝集素極固定不容易破壞，及痢疾抗毒素在體內存在極久。

故診斷不定之例，雖血清試體只有少數呈陽性者，仍常用之。診察及判斷此種例子時，吾人當牢記一個病人在戰爭時有過帶血和黏液之下痢，裏急後重，及發熱則雖大便細菌檢查及血清檢查均為陰性仍極可定其曾患過痢疾或類似痢疾之疾患。此等既往症證實後，及有相當之中隔症候，(Bruckensymptom)則我以為參戰者及老百姓如今尚發現之病象，與過去痢疾傳染有關。此種痢疾後起病態之疾病經過有非常頑固而易復發的症象。其中大宗例子有不能治療之胃腸障礙，為缺損癒合之表示。欲將各式不同極有變更的病象分組，是不可能的。大多數以臨床經過情形及糞便檢查結果，如照Strauss及Grote去區分牠。Strauss分下痢性型(Diarrhoische Form)及痙攣痛覺過敏型(Spastisch-hyperalgetische Form)。Grote分消化障礙(Dyspeptische Verlaufsform)及發炎經過式(Entzündliche Verlaufsform)。此種例子之症候完全視其多侵胃，小腸，

大腸或整個腸胃道而定。

胃炎時習見之痛苦常有腹瀉及便秘或便瀉及便秘交迭。有許多例子腸胃痢疾後患多為心理神經性，使治療醫生及判定津貼者難以斷定其主訴痛苦。

診斷時常須精密檢查整個腸管，因大多為慢性屢屢復發的胃腸炎時或為胃小腸大腸炎(Gastroenterokolitis)。大多數例子之病症以大腸疾苦為最。

除用Schmidt氏Lügal, Sudan III及Methylenblau水溶液試驗食餌後行精確的糞便檢查法外，X光線診查及直腸內部照鏡檢法(Endoskopische Untersuchung)亦不可忽視。直腸內部照鏡法確定，較光線診查法為優，故一切例上均當用之。有許多例子糞便之外觀已極有診斷價值。

稀糊狀內部混有黏液之糞便證明其為小腸疾病。此種糞便於炭水化素發酵時為淺黃色，而因乳酪酸，醋酸及其他低價之脂肪酸有刺鼻的侵蝕的臭氣。反之蛋白腐敗之糞便是厚糊狀黑色反應鹼性，帶強烈腐敗氣臭。病若患於腸管末部，則糞便常為帶狀或羊糞狀而有盡人皆知之黏液附着。

潰瘍例糞上除此種黏液附着外幾乎常有少量的或竟多量鮮紅色的血液，有時亦可發見廣延的出血，我因可常用直腸檢查，斷定此種出血非只來自結疤之老潰瘍，却亦由慢性發炎之黏膜。

此種痢疾性腸炎上所見之炭水化素發

酵及蛋白質腐敗非為疾病之本體，乃為慢性腸炎之指徵。

照我的經驗痢疾腸炎炭水化素發酵者為多。純粹蛋白腐敗或純粹發酵性消化不良者，在非特殊的小腸大腸炎真無如一般人假定之多。視腸下部腐敗菌或發酵菌何者為多，蛋白質腐敗多與炭水化素發酵併發。沈重之蛋白腐敗證明腸黏膜解剖的強度損害。論其症候再簡述之，下痢型者多無疼痛，反之，攣痙痛覺過敏型比較多有強度因攣攣而起之疼痛。

鑑別診斷上：痢疾小腸大腸炎常與非特殊的胃腸炎或胃小腸大腸炎之症狀相類似。許多病狀如胃及十二指腸潰瘍，膽囊病，蟲樣突起炎時，或睪臟病為痢疾大小腸炎所迷誤。

此外，事實上有許多例，經年累月能由慢性痢疾胃小腸大腸炎起上述病狀之一種者。

胃常有乳糜缺乏症。132例中我發見乳糜缺乏者二十六例，其中十四例為真性的，持久的，用 Histamin 亦不能增高胃分泌的乳糜缺乏症，游離鹽酸值曲線低平，總酸度之橫標線不超過二十六度。此外亦有酸症，正常酸，及過酸症，同時有胃炎及無胃炎者。

此種胃炎多與腸炎合併，其與非特殊的腸胃炎之區別為極強之炭水化素發酵較多見，及著明障礙的脂肪吸收。

大腸變化，無疑的為痢後腸胃痛苦之

最要者。在此我們，亦與非特殊大腸炎不同，發見重要的頑固性及沈重的病狀。潰瘍性大腸炎或S形腸炎132例中我只見7例，故為數甚少。大腸周圍及S形腸周圍疾患有時亦有之，但較鮮耳。有時此種大腸及S形腸周圍炎引起，大腸周圍性滲出物及局限的腹膜炎現象。此種病狀起時常有發熱，乳糜缺乏症乃痢疾結果，今日一般業已公認。然胃及十二指腸潰瘍是否因痢疾而起則意見尚屬分歧。132例中我曾臨床的及X光線診查的確定14例有胃及十二指腸潰瘍。其中7例幽門潰瘍有二個凹陷潰瘍(Nischenulcera)，七例十二指腸潰瘍有三個凹陷潰瘍。有十二例只有潰瘍嫌疑，而無潰瘍現象。故此種例中如潰瘍現象即起於痢疾癒者，吾人當定此二病間有原因上的關係。

我尚欲述，在此種痢疾腸炎常見之肛門濕疹對於病者有極難忍之附帶現象。

無論如何繼痢疾而起之胃腸損害，較非特殊的胃炎，小腸炎及大腸炎者遠為頑固及沈重。

因此此病之預後遠較劣，再發為日常見者。食餌差誤及受寒後，尤為多見。

大多數例子均須行保養食餌法，尤其是難治之黏膜損害，如用 Histamin 不起反應之乳糜缺乏症，小腸炎，小腸大腸炎及潰瘍性大腸炎黏膜萎縮者。

於其他例子，數月數年之久緩緩地增加食餌以增進腸胃機能，使其能再吃中度

不易消化之平常食餌。

食餌療法：禁食富有纖維素之食料，新鮮的酵母烤餅，極多脂肪食物，冷飲及大量食餐均有不良作用，多炭水化素發酵及多下痢之症例我極賞用下述食餌方法。

只吃熱紅茶或加密列茶(Kamillentee)一天饑餓日後，病人約一星期之久，吃無任何一切炭水化素之食料。除上述茶外我們給病人吃煮爛之肉，上好凝乳，沈重病人給以 Larosan (乳酪鈣劑) 及蛋白水吃。牛乳常須外加石灰水 Laital, Tricalcol (均為鈣劑) 吃此種完全蛋質食料三至六日後，讓病人吃大約八天麵條，米飯及粉麵包，小麥麵，餅乾烘麵包和乳酪，然後小心地加煮過切碎菓子及切碎青菓，再過八天才可吃蕃薯糊，因為蕃薯正在腸炎之有炭水化素發酵者，最為不適宜。

藥物方面：乳糜缺乏者我喜用鹽酸胃液素 Salzsauerepepsin 與 Pankreon 或 Enzypan 併用。發酵下痢及放屁者我特別賞用 Allisatin 及 Adsorgan. 併服 Leuzym

(分解纖維素酵素) 可漸食多纖維素食料。痙攣性痛覺過敏者，須用祛痙劑 (Antispasmodika)。除大量常用之 (Atropin Papaverin Eumydrin) 外 Bürger 公司出之 Belladonnystamin, Hombürg 公司出之 Perparin 及 Merck 公司出之 Eupaco 乃極有效之藥品。

熱療法：如包泥法 (Fangopackung) Priessnitz 氏熱罨法，及透熱療法 (Diathermie) 為不可缺之輔助方法：

潰瘍性直腸炎 (Proktitis) 或直腸 S 形腸炎時，Porges 氏介紹我用長期，先以生理食鹽水洗後，之 1% Dermatol 乳糜劑極有效。

上述由慢性末腸黏膜炎一部分很着明的出血，我賞用以 Escalin 灌腸，以二片化於 $\frac{1}{2}$ 至 $\frac{1}{4}$ 立脫如體溫之水內，加 10—15 滴雅片及 10 滴腎上腺素。

末了，不可忘記的是此等病人之精神療法，其中因疾病之久延常有恐生結核病及癌腫者。

網狀內被細胞系統

(Das Retikulo-Endotheliale System)

蘇 祖 卿

I. 名稱 (Nomenclatur)

網狀內被細胞各部分的記載自古已有之。例如 Makrophagen (大貪食細胞 Met-

chnikoff 1892) Klasmatocyten (巨大結締組織細胞 Ranvier 1893) Adventitiazelle (血管外層細胞 Marchand 1897) Polyblasten

(多形細胞Maximow)Sternzellen(星芒細胞Küpfcr) Cellus rhagiokrines (Renaüt分裂細胞)等之記載，皆屬網狀內被細胞系統之細胞也。

此等細胞之形態學及機能的系統，于西歷1923年Aschoff氏及清野氏首先唱導之。

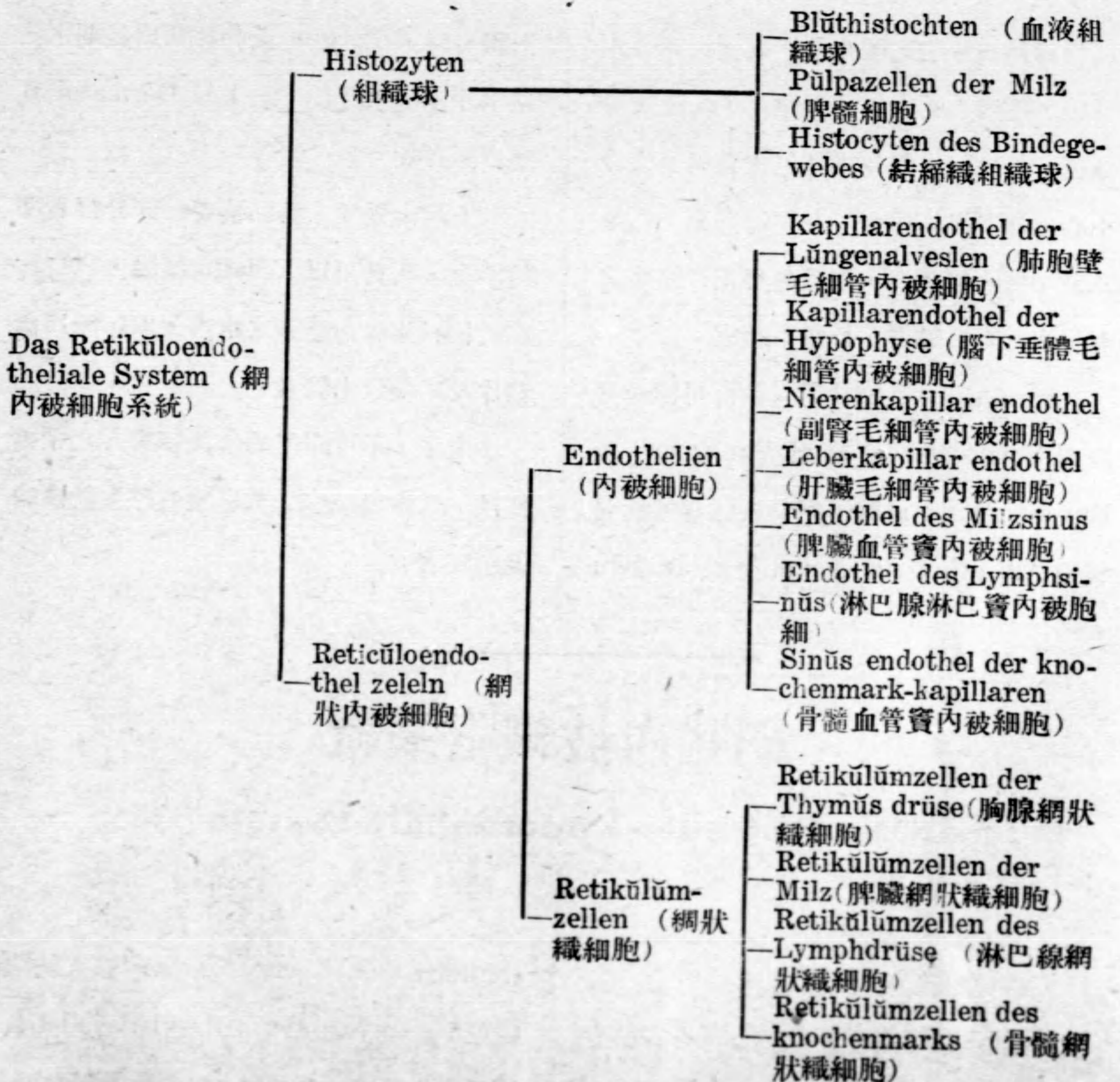
網狀內被細胞系統劃為特殊系統者，較為近年之事。其病理學及生物學的檢查逐日擴大日有千里之勢其中最引為遺憾者

，實驗多為動物試驗，試之于人類者較少也。

II 分類(Einteilung)

網狀內被細胞皆由胎生期之間層(M-esenchym)所發生，而此系統擴佈于全身，於一定地位集族而存在。

網狀內被細胞系統之形態學記載詳述于病理學故不多述，何種之細胞屬此系統，而其細胞間之相互關係使易理解起見以Aschoff氏分類表列於下



網狀內被細胞之系統主指脾臟(Milz) 淋巴腺(Lymph drüse) 骨髓(Knochen-Mark) 肝臟(Leber)等之網狀纖維細胞及淋巴竇內之內被細胞等是也。漿液膜(Serösehäute) 腦膜(Meningen) 大血管等之內被細胞不列入此系統。

III機能(Funktion)

1. 生體儲藏作用 Vital-Speicherung.

屬此系統之細胞其第一特性為生體染色(Vitalfärbung) 此等細胞以其生體染色性之色素強度攝取，于原形質內生有色素顆粒沈着。其第二特性好攝取膠樣金屬(如金銀鐵等之膠樣液)而儲藏于原形質內。其第三特性為貪食粗大有形成分(細菌血球墨末原蟲等)而消化之，如以上三種特性皆以異物攝取而儲藏之于原形質內，其本態是同一也，故總稱之曰生體儲藏作用Vital Speicherung。

因生體儲藏之關係，凡一切異物流行于血行中者，多由此細胞系統所攝取而消化之，變為無毒物質，或運轉至一定地方集積之，故網狀內被細胞系統實為一種血液清淨裝置也。

2. 內部新陳代謝 Der Innere Stoffwechsel.

a) 鐵及血色素：

因新陳代謝及赤血球之崩壞所生成之鐵質，由此細胞系統，運至骨髓，于赤血球新生時重複使用。又于脾臟內行生理的

赤血球崩壞，血色素分解而所得過剩之鐵成分儲藏于脾臟內，是為脾臟內被細胞之義務也，若于脾臟內被細胞發生故障或全剔出脾臟則肝臟之星芒細胞，淋巴腺骨髓等之網狀內被細胞代償其機能。

b) 脂肪及類脂肪之代謝：

脾臟之網狀纖維細胞及網狀內被細胞生理的攝取流血中之脂肪及類脂肪體，而儲藏于原形質內。

肝臟之星芒細胞不以 Cholesterin 貯藏于原形質內，但血液中之 Cholesterin 必經過星芒細胞，而排出至膽管。故血液中之 Cholesterin 過剩症，(Cholesterinämie)，于脾臟攝取障礙及星芒細胞排洩障礙時見之。故網狀內被細胞系統亦可為 Cholesterin 代謝之調節器也。

c) 水分之調節：

網狀內被細胞系統之細胞。由血液攝取其水分，又於血液水分缺乏時賦與之，行以調節作用，若欲詳知之，則以膠樣銀注射之，使網狀內被細胞填塞 Blockieren，使其機能低下後，以色素溶液或以生理的食鹽水注入，則色素溶液及水分比較上長時間的滯留于血液中云，然近來對於此試驗議論紛紛，莫衷一是，尚有研究之價值也。

3. 免疫體之生成(Immunkörperbildung)

溶血素，凝結素沈澱素等之免疫體，多由脾臟骨髓肝臟淋巴腺等之網狀內被細

胞所產生。若以脾臟剔出，或施以 Benzol 注射或 Röntgen 之照射，使此等細胞系統破壞，則免疫體之生成，將受絕大影響，甚至毫不產生。然以膠樣銀墨計等少量的注射，則可刺激此網狀內被細胞系統使可發生多量之免疫體。若反是注射以大量，則如上所述細胞系統機能完全填塞 (Blockieren) 免疫體生產力勢將減少。

由此觀之，因細胞系統機能之狀態對於傳染病之防禦力，或強或弱。不得一定，例如以敗血症之細菌注射于白鼠同時注射以 Kollargol, Caseosan, Terpentin, 等之乳劑則防禦力加強。若注射以 Benzol 等則防禦力低下。

IV 血球破壞作用 (Blützerstörung)

血球于生理狀態之下多破壞于脾臟內，故普通稱脾臟曰赤血球之墳墓。于動物體內則于骨髓淋巴腺等處亦有血球之破壞

人類于血球崩壞作用昂進時，則除脾臟以外，骨髓淋巴腺肝臟等內亦有血球之破壞。而此等破壞血球之臟器盡屬於網狀內被細胞系統，若血球多量的破壞時則攝取赤血球白血球血小板等之網狀織內被細胞出現于末稍血液內，此等細胞名之曰貪食細胞 (Makrophagen)。

V 造血作用 (Blühbildung)

若以動物施以生體染色 (Vitalfarbung) 或注射以 (Vaccin)，則流出多數之大貪食細胞而起 Monocytoen 增多 (Monocytose)。于患潰瘍性心內膜炎遷延性心內膜炎時發現多數之內被細胞而引起 Monocytose。此等病理的大貪食細胞及內被細胞之形態，與正常血液中之 Monocyten 之形態相彷彿，故通常列入 Monocyten 之中，但其由來抑同生理的 Monocyten 同一或不同一尚未盡知，吾人有研究之價值也。

論驅蟲劑致成之急性尼哥丁中毒

Akute Nikotinvergiftung

G. Joos 博士及 H. J. Wolt 博士合著 徐續宇譯

許多文獻均討論急性尼哥丁中毒，尤以慢性的更使人注目，這是由過度吸紙煙後而致成的；只有少數的報告是論及由於

服下他種純粹植物鹽基而惹起的急性尼哥丁中毒，尼哥丁既為粘膜復為表皮所吸收，為驅除皮膚寄生蟲而以烟葉覆於皮膚

上或用烟草浸劑及含有尼哥丁之藥劑 (例如尼哥丁皂) 所致之中毒是聞名的。

現今在農業和園藝中用尼哥丁之製劑滅除寄生蟲，故市上亦有出售，少數的關於這種製劑之中毒的報告早就有了。E. Regenbogen 氏敘述了兩個像這樣的病例。一個是“Vomasol”之中毒 (Vomasol 是用尼哥丁浸漬了的狹長條之織物，燃燒時發出尼哥丁烟霧)，別一個病人是中了驅臭蟲劑“Dascha”之毒，這由烟草殘渣而製成，同時也能同樣的化爲烟霧的，在後一個情形中假若盛着純粹藥劑的瓶傾覆，同時瓶中物亦流盡，此二病例之中毒由吸入含有尼哥丁之製劑所致，近來 Wilson 氏叙及兩個病例，皆因尼哥丁之侵入係表皮之吸收，所談及者係一園丁，彼並不保護了手就噴着 3,7% 的尼哥丁溶液，于是就有着很利害的中毒症象。

在含尼哥丁之驅寄生蟲劑之用途增加聲中爲了興趣起見把不久在我們臨床實驗中所觀察到的病例報告一下，病史如下：

一個十五歲的花園學徒在晚上被送到醫院來，因他自黃昏時起患了劇烈的頭痛和頭暈，不斷的不快和惡心，痙攣狀的腹痛和下痢，從並不特別的病史看來而可以注意的東西是在花房內爲了撲滅害虫用着“Parasitol”敷在植物上，這病人不知道這藥劑的綜合成份，依着 Gehes Codex 上的說明這 Parasitol 乃由 1 分尼哥丁和十分木醇 (Methylalkohol) 而溶解于十分水

中而成之溶液，也就是百分之五的尼哥丁溶液。進院之前 (白天) 病人覺着不十分健全，但沒有確實的疾患。這急性的症候大概發生在他工作完畢後一小時。入院時又護得下面的簡略的復得的事實：

具有弱質體格中等大的青年人。面色極蒼白，沒顯着的淺藍色 (Zyanose)，四肢冰冷，皮膚潮濕，強烈的精神不安，神智昏迷，反復發作的搖擗性痙攣。直腸內測得之體溫是 $35,4^{\circ}$ 。

平坦而急促的呼吸。肺部經觸診及聽診檢查後是毫無病態。

心臟境界正常，心尖搏動不可觸覺。僧帽瓣上有大聲的心收縮雜音，其餘的心音均純潔，第二大動脈音和第二大肺靜脈音是同樣的大聲，依 Riva Rocci 氏測得的血壓是 100/65 mm Hg. 無數的心擴張期收縮。脈搏微小，一分鐘內的脈搏次數是 70。幾分鐘後即爲 106 次 (並沒治療之影響。)

腹部柔軟，肝和脾是不能證實的而擴張了。在左側下腹 (S 狀結腸部) 稍有壓力過敏。劇烈的痙攣狀疼痛沒有一定的地點，對於光和輻輳機能都有迅速的瞳孔反應。兩面的膝蓋腱和 Achilles 氏腱的反射都敏捷，沒有搖擗，兩邊都具有明顯的呈正號的 Gordon 氏和 Oppenheim 氏反應，但兩邊定有呈負號的 Babinski 氏現象。沒有知覺障礙。

治療：熱的包裹，靜脈注射，5ccm Koramin，同時肌肉注射同量的 Koramin

。皮下注射 $\frac{1}{2}$ mg Atropin 。

經過情形，血循環及呼吸在注射 Koramin 後之一刻鐘均有確實的復常；脈搏較滿，尚間有心擴張期收縮，呼吸較深且次數亦較少。病人稍靜，搖擻性痙攣亦已停止。嘔吐刺激尚存，感覺疲倦。自後之六小時中曾排泄三次多量薄糊狀的糞便 (Benzidin 試驗呈負號)。

自入院來直至次日早晨所積得之尿未含蛋白質，亦無 Urobilinogen 及 Urobilin。沉澱物未現異狀。在這部份尿中 (600 ccm) 可是含有 2,4 % 糖分，也就是等於 14,4g 糖分。Azeton 及 Acetessigsäure 之有無並不能證實。在早晨測得的空腹時血中糖分是 90mg%。在以後的尿中就沒有糖分排泄出來，也沒有 Keton 體。以後每日的空腹時糖分是 87mg%，86mg%，96mg%。

日後即漸趨痊癒，有時亦有嘔吐刺激，極度疲勞及極需睡眠，稍微頭痛，早上的體溫是 37,1°，晚上是 37,8° (由直腸而測得的) Gordon 氏及 Oppenheim 反應不再呈正號，Babinski 氏現象呈負號，餘皆具正常反射作用。僧帽瓣上的心收縮雜音已不可證實，也沒心擴張期收縮，脈搏具正常之性質及次數，體溫於數日後即復常。三日後該病人毫無痛苦，大便合常規且正常形態，八日中病人留院觀察尤注重炭水化合物新陳代謝之檢驗，其間絕無其他異

我們的病又現呈典型的急性尼哥丁中毒症象：不快，嘔吐，腸痙攣，虛脫，呼吸急促，感覺失却，及其他由中樞神經系而來的症象。尋常的流涎倒並不明現的發現於該病人身上，這尼哥丁中毒無疑地是由使用 "Parasitol" 而來；依據中毒症象及中毒起因詳情能確定此藥劑中所含之 Methylalkohol 而惹起之中毒是沒有關係，經過了詳細的詰問從病人口中知道並未將遺留的粘在手上的尼哥丁吞下。最可能的是尼哥丁被皮膚吸收 (工作時將溶液塗抹手上)。

少見的是我們病例的中毒第一個鐘點中在正常的或早就降低的糖水平面時排泄出並不微小的糖分，這短時間性的糖尿可認為是受植物鹽基之刺激作用而影響及腎臟糖分泌作用所致，同時不能確言各個起因之要點 (中樞的或未梢的)。在文獻中我們不能找到關於受了急性尼哥丁傷害而惹起的糖尿有報告。我們的觀察或許能使在急性尼哥丁中毒時而留意牠。

關於治療方面是證明了 Koramin 對於血循環和呼吸有迅速作用，我們在別種中毒病例中也得到良好的結果 (如安眠藥中毒及煤氣中毒)。

在該病人進院的那晚上因了意外事而受驚的園主又送了三個園丁進院來，他們前三天時和該病人一樣的做了同樣的工作，有一個供着，在白天時他早就時時覺得疲乏和眩暈後在傍晚時覺着惡心，同時嘔

了一次。這狀況很快的就過去，其餘兩個一點也沒有痛苦，這三個都沒有疾患的現實。

在同一個園藝營業中有第二個工人病着並附有輕度的症象，這剛巧指示出這沒附有我們病人的利害的平行症的尼哥丁傷害，這事實使懷疑到這樣輕的使用了含有尼哥丁的驅寄生蟲劑而致成的中毒並不是很少發生的事，牠可以使病人並不去延請一位醫師來診治。中毒之輕重除與偶然被吸收了的毒物量有關外定和各人之過敏性亦有關。

這由驅寄生蟲劑而惹起的尼哥丁中毒

的各個觀察從職業衛生立場說來是很緊要的。在這用處廣大而沒有完備防禦設計的製劑，是和我們病者所表示的一樣，能造成輕的或利害的中毒，利害的尼哥丁傷害之診斷並不難，但輕的疾病徵象倒使人莫明其妙，尤其是在不明白這種藥劑的化學成份時。我們的報告使在當在他職業中必須用這種驅寄生蟲劑工作的病人患着並不特殊的一般的或腸部疾患時或者可以連想到這尼哥丁中毒。

累積的，輕微的；鮮有明顯疾患的中毒是對於該患者的永久衛生情況一定不可漠視。

患肝臟狹粒虫病時之胃損傷

Magenstörungen bei Leberechinokküs

Düschan Malüschew 博士著 沈其稀譯

於患肝臟狹粒虫病時，常見極其希奇的胃臟併發症，實足驚異，在 Hosemann, Schwarz Lehmann 及 Posselt 等氏對於狹粒虫病症之有名記錄中，僅提到兩種肝臟狹粒虫病症例，在這兩種症例中，有一例由於壓力而成幽門阻塞在 Axhausen (1) 論著中，有一症例為 Ladmiral 氏所引證者此例或由於肝臟狹粒虫的壓迫，而在胃內造成嚴重的鬱積現象。

我的觀察 (2) 以為在肝臟狹粒虫症時所發生的胃臟併發症，較之我人普通所想象的還要多，我個人在二十三例肝臟狹粒虫症中發見了四次嚴重的胃損傷，其中之二例造成一種顯著的十二指腸壓縮狹窄，在其餘兩例，同時均發現胃潰瘍。對於這樣的觀覺，我還需簡單的再論兩例。

1. 一個五十六歲十分瘦弱的農人，已患胃病約十年之久，彼第一次發覺上腹部

有腫脹時，約在三十年前，每年發生多次嘔吐與噎氣，病人自從七八個星期以來，差不多一切食物均嘔出，並且在最近時候，已減少體重二十磅，入院：一九三二年十一月十三日，體溫正常，心臟與肺臟並不特別，在肝部有一約如小孩頭大，硬性，極圓而不動之瘤腫，Echinantigen [猾粒虫抵抗素(Botteri)]之反應為負愛克司光透照；見有很輕的，稍為偏中的右部橫隔膜輪廓之凸起，一個向各方面強烈擴大的肝臟陰面，正符合腫脹的展佈，並見有十分窄小，橫面擴張，鐮狀胃臟陰面，差不多在臍下約一手之寬，不易察見的，輕微蠕動的波動，這樣情形經過了十二小時，診斷：死亡了的肝臟猾粒虫？胃臟壓縮狹窄。

外科手術；正中切開猾粒虫大部份在右肝葉，腫脹之底面為一種堅硬如石之組織質所造成，這個組織質在十二指腸之整個上部，作成外表之壁圍，高度胃臟擴大。胃腸瘻成形術(Gastroentro-stomie)，猾粒虫囊由右之橫面切開囊子的內容，大部份為一種污灰色，粘液性的膜網物質，纖維胞囊的內壁，在一些地方，現出小片狀石灰質沉積，這種薄片的一部份，在外科手術時，已經削去。一種完全的清淨法，到後來也未成功，這是因為構造永久瘻(Dauerfistel)的原故，經過完美，再不發生嘔吐，痊癒迅速。

2. 三十三歲的農人，自稱於一九二三

年起，感覺上腹部有一腫脹，繼患胃病約一年在劇烈時有痙痛式疼痛，尤以飯後為甚，自稱於兩月前曾吐血，自兩星期以來，時常嘔吐，在這個時候，病人已減少體重將及十二磅入院：一九三二年十一月十一日，整個上腹部且作緊張強烈彈性凸出，腫脹同時被認為猾粒虫胞囊。Echinantigen 試驗則為強烈正性，愛克司光透照：右橫隔膜高起並突出，整個胃臟僅能看出兩指寬。經過二十四小時後，胃殘滓(Magenrest)仍然清晰，外科手術所發現者：適度的腹水，右肝葉的猾粒虫，左葉特別擴大，十二指腸的上彎曲完全為胞囊所遮蔽，並且埋藏在一種牢固的皮質組織中，十二指腸水平上部份，極度擴張，在胃幽門上沿有胡桃大小穿通的潰瘍，在這個地方，幽門與膽囊牢固駢生，并作尖角形向上升出，幽門管僅能通過一個手指，中等程度的胃擴大，在剝離的時候，幽門離開其附著的地方，但立刻又綴合了，在膽囊壁遺留下的小潰瘍口，將要結痂，並且過後要合攏的，胃腸管瘻成形術，右側橫切開，猾粒虫胞囊之切開與縫合，外科手術後發生散發性氣管炎，及膿血吐出物，亞熱體溫，病人僅修養了一半時間，最近在下肢部發生水腫，外科手術後第七十六天突然發生高度熱氣管肺枝炎，兩天以後死亡，屍體解剖又發現兩個肝臟的猾粒虫胞囊，一個係在已切開胞囊略右一點，有拳頭大，另外一個差不多有雞卵大，

在左肝葉中心，十二指腸的上彎曲，很困難的由胼胝組織中解剖出，

Sauerbruch(3) 氏曾證驗出一肝臟狹粒蟲症例，在這個症例中，亦造成胃潰瘍，這個症例與已論及的肝臟狹粒蟲引起之胃潰瘍症例，有許多相似點，在這個症例中，Sauerbruch 氏所處理者，係一個四十五歲的女人，在這個女人的左肝葉觸診出一個小拳頭大圓形腫脹，愛克司光像現出一清楚的，幽門前部的壁龕，既往症也洽適合一個胃潰瘍，診斷定為一種肝臟狹粒蟲與胃潰瘍，事實上外科手術發現一個蘋果大左肝葉狹粒蟲胞囊，與一個胼胝狀

的幽門潰瘍。

在我的症例中，狹粒蟲位置亦在左肝葉中，胞囊位置則深入於下腹部，插入於肋穹窿與小網膜之間，以致不能由觸診察出，診斷定為一種幽門狹窄。

總論：已經有兩個關於肝臟狹粒蟲嚴重性胃併發症之症例報告了，於是也被我們到現在所發見的帶胃損傷之肝臟狹粒蟲症例數目，增到六個了，這就是患臟狹粒蟲時，常發生胃併發症的一個證明；對於患肝臟狹粒蟲者必需作胃部之基本愛克司光檢查，以證明之。

植物性國產藥物之化學分析與藥理實驗

黃 勞 逸

目 錄

消 化 藥

黃連 龍膽 生薑 良薑 菖蒲 肉豆蔻 苦參 尚香 蒼朮 橙皮 黃蘗 胡椒 桂皮 麥芽 吳茱萸

強 壯 藥

何首烏 人參 飴糖 蔗糖 黃耆 大棗

興 奮 藥

樟腦 龍腦 馬錢子 紹酒 煙草 茶

麻 醉 藥

阿片 半夏 杏仁 細草 寶蓉 羊躑躅 延胡索

祛 痰 藥

遠志 桔梗 薺苳 貝母 百部 甘草

發汗解熱藥

麻黃 薄荷 樺 冬青

驅 蟲 藥

鶴鴉菜 檳榔 大楓子 大蒜 使君子

瀉 下 藥

大黃 巴豆 蓖麻子 紫草 水仙

收 斂 藥

五倍子 醋 蘇木

利 尿 藥

商陸 車前子 蜀葵 杜松子

調經藥

牡丹 益母草 蘆薈 紅花

催吐藥

藜蘆 石蒜

刺激發泡藥

芥子 大蓼 白屈菜

消化藥

黃連 Radix Coptidis

化學分析

材山義溫與篠崎好三二氏，將黃連三
 疋研為粗末，用95%乙醇，分五六次出之
 ，然混合其所浸出之液於蒸溜器中，加熱
 而蒸去其所含之乙醇，約得流膏780克，
 加以少量之乙醇，使之溶解後，再加入四
 或五倍量之水，即有樹膠狀之物質析出，
 取上部澄清液，蒸發而使之濃厚，以鹽酸
 使成性而放置之，即析出多量黃色結晶狀
 之 Berberinhydrochlorid, 秤之，約200
 克，適為生藥量之百分之 6.7，將此濾過
 而除去之，則濾液中尚有 Berberin 存在，
 此即黃連之有效成分，加強硫酸於其中，
 初現黃色，既變橙黃色，終呈血紅色，斯
 即可證明 Berberin 含有之特性，其分子式
 為 $C_{20}H_{17}NO_4 \cdot 6H_2O$ 。

藥理實驗

1854年，Falk氏用 Berberin 0.5至1.0
 克試驗于家兔，即起呼吸障礙，而達四肢
 麻痺，終則陷于痙攣而斃，後又有 Gmelin
 氏用犬試驗，雖用 2.75克之 Berberin，
 亦無致死之能力，故 Gmelin 於其所著之

有機化學第四卷中，述 Berberin 為無毒之
 物，對於人體之毒力甚微，Fellner 氏以
 Berberin 試驗於動物，見有收縮子宮之作
 用，故云黃連有收斂性，對於眼胃及腸之
 炎症；因其有制止醱酵及收斂作用，故能
 奏效，Pohl 氏謂一般含苦味質之藥，均
 能刺激腸粘膜與附近之淋巴管，使淋巴增
 殖，以消退一切炎症，更能刺激胃腸神經
 ，令胃腸之蠕動增速，故又可促進胃腸之
 消化及吸收力，而使食慾增加。

龍膽 Radix Gentiane

化學分析

據朝比奈泰彥與依田四郎二氏分析龍
 膽根之結果，知其所含之主要成分為結晶
 性之苦味配糖體，Gentiopikrin, 其分子
 式為 $C_{16}H_{26}O_9 \cdot \frac{1}{2}H_2O$ 及 Gentianose, 分子式
 為 $C_{18}H_{32}O_{16}$, 但澱粉與 Tannin, 則無含之。

藥理實驗

龍膽入口，能刺激味覺神經，引起唾
 液之分泌量增加，1888年 Reichmann 氏以
 各種含苦味質之藥而試驗之，則謂無論胃
 液分泌之正常過多或缺乏，若用此於食後
 ，每見胃液分泌減少，反致消化不良，
 Buchheim, Engel, 諸氏之試驗，亦得類
 似之成績，然胃中之苦味質消失時，胃液
 即起急劇分泌，若在食後消化之際用之，
 則不特有害胃之消化化學作用，即胃之消
 化機械作用，亦被障礙。Schnurmann 氏
 試驗以含苦味質藥與病者，見一小時後，
 胃液中現鹽酸反應，Ebeling 氏以歐產龍

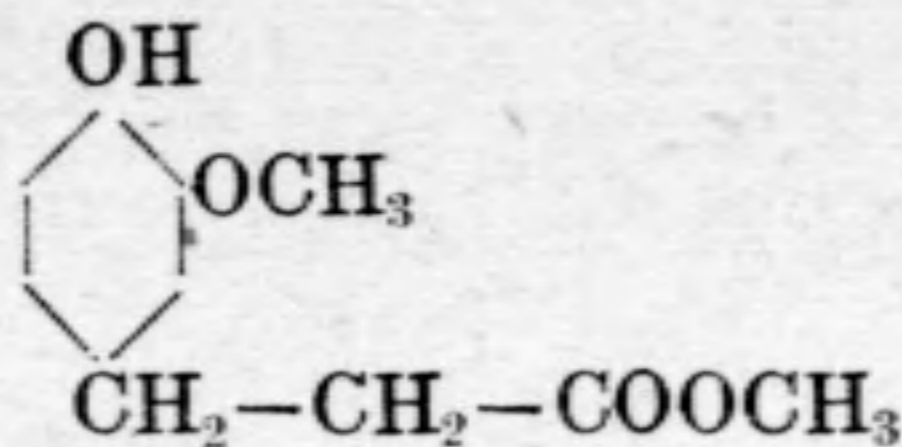
膽根在苦味藥中，最有防腐作用，但用大量，障礙消化，時有頭痛，且顏潮紅而昏憊者，然以其浸出液注射于犬之靜脈中，不呈如何病像，故欲用龍膽以促進胃液之酸質分泌量增加者，宜于食前半小時或一小時前服之。

生薑 Rhizoma Zingiris

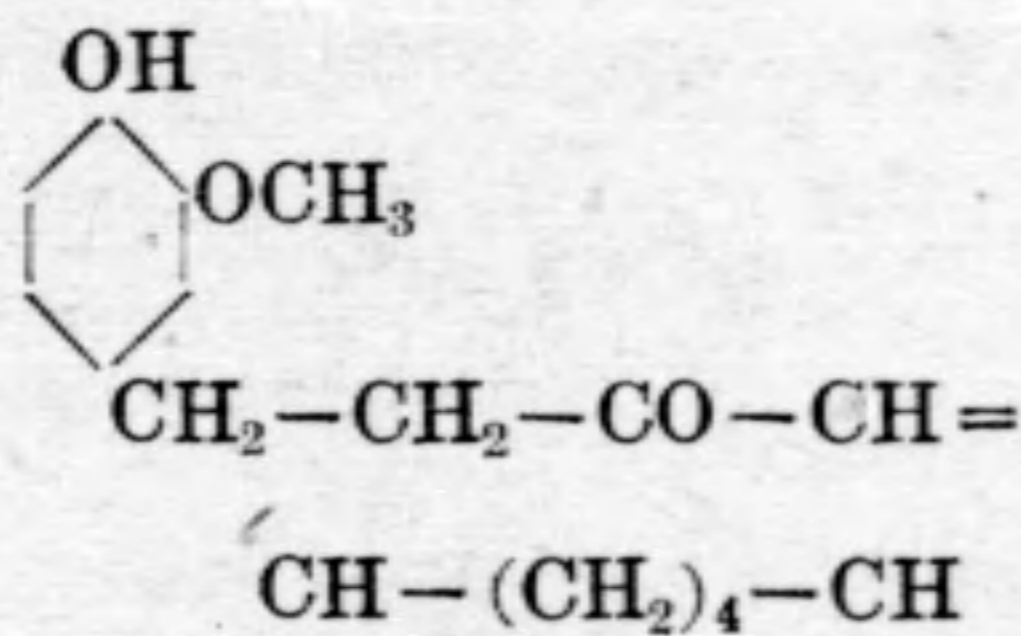
化學分析

野村博氏發見生薑之辛味之主要成分為 Zingeron 與 Shogaol 二種，且擬定其構造式如下：

Zingeron



Shogaol



Zingeron 之分析 投乾燥生薑於二乙醚中，冷浸後，加 2% 氫氧化鈉溶液而振盪之，使辛味成分溶解，然後再通二氯化氫以析出之，用二乙醚抽出後，將硫酸鈉溶液洗去其酸性物質，次以水洗之，則成鹼性反應，於此時直接加入酸性亞硫酸鈉濃溶液而振盪之，以分解離其辛味之結晶，取少量以減壓而蒸溜後，加過量酸性亞硫酸鈉之濃厚溶液於浸出液中，振盪一小時後，析出其生成結晶性化合物，而濾液

呈鹼性反應，用二乙醚洗滌後，加碳酸鈉之濃厚溶液而分解之，則 Zingeron 為二乙醚抽出而結晶，更以水數次洗滌之，則呈鹼性反應，以無水硫酸乾燥之後，蒸發而去其二乙醚，加 Zingeron 之結晶少許，冷卻而拌攪之，則成稍帶褐色之小塊，自石油醚或二乙醚之混合物而再結晶之，則得無色 Zingeron 之結晶，斯物有強辛味，熔融點在攝氏四十至四十一度之間。

Shogaol 之分析 於分析 Zingeron 中，分離酸性硫酸鈉之結晶，所殘餘之二乙醚液，以碳酸鈉溶液洗之，次加水至鹼性反應，乃加入無水硫酸鈉，使其水分脫去，并亦去其二乙醚，而所得之殘渣，蒸餾于一積氣壓之下，其餾出液，用 50% 乙醇及石油醚混合液振盪之，二小時後，則石油醚分離而去，再以 50% 乙醇振盪之，則辛味即行殘留，合此乙醇溶液加同容量之水，片刻後，即有辛味之油狀物析出，用二乙醚振盪而熔溶之，復蒸去二乙醚，更將殘餘于 0.5 至 0.6 積氣壓下，數次蒸餾而精製之，即得青白色或藁色之 Shogaol，此物加熱至攝氏 200 至 203 度而沸騰而呈油狀物質，有強辛味，乙醇與二乙醚均可溶解之。

藥理實驗

生薑對於粘膜有極強之刺激作用，於皮膚（熱水拌攪其粉末貼之）亦致燃灼及變質，內服能刺激胃壁神經，使胃液分泌增加，故有促進消化之功，將由生薑抽出

之 Zingeron 行靜脈注射，則起運動麻痺，然內服則不呈何等中毒症狀。

良薑 Rhizoma Galangae

化學分析

由分析之結果，知良薑百分中，含揮發油 0.5至1.7，此油之比重為 0.92，更含有 Kampferid, Galangin及Alpinin 三有效成分，Kampferid之分子式為 $C_{16}H_{12}O_6 \cdot H_2O$ ，為黃色扁平結晶體，不溶解于水，熱之，至221度至222度時則熔融。Galangin 之分子式為 $C_{15}H_{10}O_5$ ，為淡黃色柱狀結晶體，Alpinin 之分子式為 $C_{17}H_{12}O_5$ ，為粒狀結晶體。此外尚含有樹脂，鞣酸及護謨等。

藥理實驗

良薑之生理作用，除與生薑類似外，尚有興奮中樞神經之能，惟效力薄弱耳。

菖蒲 Radix Calami

化學分析

本品含百分之二之揮發油，此油據最近 Sommler與Spornitz 二氏之研究，知含有 Pinen, Comphene, Kamphor Calamin及Calamenol,並存有配糖體名 Ak-orin, 此外猶檢出者，為澱粉與鞣酸。Pinen之分子式為 $C_{10}H_{16}$ ，Calamenol 之分子式為 $C_{15}H_{24}O$ ，Caphene之分子式為 $C_{10}H_{16}$ ，加熱至攝氏50度而熔融。Kamphor 之分子式為 $C_{10}H_{16}O$ ，為無色透明之柱形結晶體，氣味香爽，嘗之稍苦，加熱至 175度而熔融，至 204度而沸騰，著火能燃，

藥理實驗

入胃能刺激胃臟神經，使胃液分泌增多，以促進消化之功能，又能使小腸之消化與吸收增強，致大便祕結，同時更可制止胃腸之醱酵，因本品所含揮發油能將攣縮之平滑肌使之弛緩，故用于腸疝痛有效。

肉荳蔻 Semen Myristicae

化學分析

將肉荳蔻與水共行蒸餾，並數次精製之，即得淡黃色或無色稀薄之肉荳蔻油，約生藥之百分之八，比重 0.92至0.953，呈中性反應，冷至攝氏負 12 度時，則析出 Myristicine, 熱之於攝氏160度而沸騰，能溶解于四倍之乙醇或二倍之二乙醚中。

藥理實驗

肉荳蔻之發油，微有刺激局處之性，內服之，則作用殆如桂皮。以八克飼家兔，始呈心跳與呼吸增加，精神興奮，繼則肋肉衰弱，知覺麻痺，四肢厥冷而斃，對於人體，服之少量，可增進胃液之分泌，以促進消化之功能，用大量，亦呈麻醉症狀，Cullen 氏曾將本品之粉末八克，投與病人，於一小時內，其人即發生嗜眠而陷于深睡狀態，逾六時後，其病人猶覺頭痛而昏迷。

苦參

Radix Sophora Angustifolia

化學分析

1886年，長井長義氏自苦參根中提出一種有效成分名 Matrin 其分子式為 C_{25}

H_2N_2O ，其法先加稀鹽酸於苦參之乙醇浸出液中，而加熱之，濾過後，蒸發其酸性溶液以濃縮之，然後加硫酸鈉使成強鹼性，用三氯甲烷抽出之，并蒸去其三氯甲烷，乾燥其殘餘物，更用二乙醚抽出其甙鹼質，再使乾燥後，加石油醚而溫浸之，則殘留着色樹膠狀物質，而此時 Matrin 悉被溶解，置此溶液于常溫度中，放置片刻後，即有 Matrin 結晶析出于器底，乾燥此結晶後，再以石油醚五至八次溶解而結晶之，則得透明精製之 Matrin 結晶，但初次析出者；因有少量其他物質夾雜，故為純白色，中度析出者，為透明無色之結晶，而熔融點亦各不同，苦參百克中至少含 Matrin 2.5 克，甚易溶于冷水與乙醇，難溶解于熱水，三氯甲烷，硫化氫及烴等中，在二乙醚中，亦完全能溶解之，1896 年 Plugge 與 Rouwerda 二氏又自苦參中提出一種甙鹼質名 Cytisin，其分子式 $C_{11}H_{14}N_2O$ 。

藥理實驗

豬子森明氏以苦參之乙醇流膏 2.0 克至 3.0 克注射兔之胃中，但見食慾缺損，脈搏緩慢，又據石坂友太郎氏之研究報告，謂第一神經系，於冷血動物時，則先麻痺其大腦及延髓之呼吸中樞，次則興奮舊脊髓之反射中樞，然後亦麻痺之，最後乃麻痺運動神經之末梢，動物於是陷于完全運動麻痺矣，於溫血動物時，亦先麻醉其大腦，使起運動不正確，精神沈鬱等症，

於延髓則刺激痙攣中樞，起劇烈之痙攣，運動神經末梢，如用大量，亦能使之完全麻痺，第二筋系，對於冷血與溫血動物之隨意筋，皆無顯著作用，第三呼吸，冷血動物因呼吸中樞之麻痺，呼吸自最初即淺而慢，乃至靜止，溫血動物之呼吸，用大量時，初則因痙攣作用先頻數，後則因橫隔膜神經末梢與副呼吸神經末梢等之麻痺，呼吸乃完全靜止，而至于死，第四血行，對於冷血動物，初則直接刺激其心臟，故收縮強盛，後則麻痺之，溫血動物初則因其刺激延髓之血管運動中樞，血壓上昇，後則麻痺該中樞，故血壓亦沈降也。

茴香 Semen Foeneculi

化學分析

茴香 100.0 中，約含 3.0 至 7.0 之揮發油，為無色或淡黃色之液體經久則變暗色，法將茴香之果實搗碎後，行水蒸氣蒸餾即得，反覆精製之後，即得無色或淡黃色之揮發油有特異之香氣，味微甘，冷至攝氏五度，則分離為白色結晶塊，結全固結，在等分之二乙醇中，可澄明混和之，比重約 0.96 與 0.975 之間，將此揮發油冷卻至攝氏零度時，即有結晶性 Anetholum 析出，取此結晶性 Anetholum，以沸二乙醇溶解而精製之，則得純粹之 Anetholum 其分子式為 $C_{10}H_{12}O$ ，此即茴香之主要成分，茴香之揮發油每百分中，含本品約九十至九十五分之多，此結晶成雪白色葉狀或鱗片狀，加熱至攝氏二十二度半至二十三

度而熔解，熱至攝氏二百三十三至二百三十四度而沸騰。

藥理實驗

入胃後，即刺激胃壁，使之充血，盛旺胃之機能，促進分泌與吸收，若用多量，則胃壁受強烈之刺激，反射而起骨盤內臟充血，能促進月經，至腸中，亢進腸之運動，抑制腸瓦斯而驅除之，被胃腸吸收後，一部分被氯化而與 Glykuronsäure 結合，一部分變為不明之化合物，更有一部在體內不變者，此等物質在體內，不久皆自腎臟排出，其經過腎臟時，亦刺激腎臟，而使充血，排尿量亦因之而增加。

蒼朮 *Atractylis ovata*

化學分析

昔 Shimoyama 與 Shicano 二氏，將蒼朮搗碎，盛入瓶中，付以冷却器，用水蒸氣蒸餾之，得有與蒼朮氣味相同之揮發油，謂其係一種 Sesquiterpenalkohol，放置數日後，則成白色柔軟之針狀結晶體，繼青井氏將此白色柔軟之針狀結晶體溶解於二乙醇中，更加水至生白濁色為止，如是靜冷之，則復生白色針狀之結晶體，定其名曰，Atractylol，後經 Venote 氏之試驗，定其化學成分為 $C_{10}H_{18}O$ 至一千九百三年，Gadamer 與 T. Amenomiya 二氏以精密之化學實驗，改其成分為 $C_{15}H_{26}O$ ，並因其不能成 ester 與 vrethan，謂其屬第三醇，又因其如和蟻酸加熱時，則易分析解其水分，成為屬有二個二重結合

Sesquiterpen 之 Atractylen，故推想其屬於雙環性之化合物，至一千九百二十四年。S. Takagi 與 G. Hongo 二氏於割溫蒸餾蒼朮揮發油中，又得一種性質甚安定之成分，名 Atratylod，用甲醇浸出之，則得白矩形板狀之結晶，易溶解於溫甲醇，溶解於於冷甲醇中，有蒼朮固有之香氣，加熱至四十二度而熔融，至一百三十一至一百三十二度之間而沸騰，如置其少量於用濃鹽酸濕潤之松木片上，則呈極新豔之紫色，又加少量 Atractylon 於加過 Vanillin-Heriotropin-Amesaldehyd 之濃鹽酸中，則呈極美麗之櫻桃紅色，而此等反應，與烟草中之 Keissylalkohol 之着色反應相同，故又定其成式為 $C_{14}H_{18}O$ ，由斯可知蒼朮中之有效成分為 Atractylol $C_{15}H_{26}O$ 與 Atractylon $C_{14}H_{18}O$ 二種。

藥理實驗

入胃後，能刺激胃壁，使分泌增加，以促進消化，至腸中，能令腸吸收水分迅速，使大糞乾燥，且同時有防腐作用，故能制止腸內之醱酵，至腎又能促進腎臟之瀉尿作用。

橙皮 *Cortex Aurantii*

化學分析

先將蜜柑實之皮打碎，置於 Ecuelle piquer 裝置中，此裝置即以金屬製之漏斗，內部附着多數鉛製之直銳釘，將蜜柑實皮旋轉於其中，則皮油腺被刺破，即有油質自漏斗而下，流於授器中，由此方法所得

之揮發油；因含有水分，故帶溷濁色，靜置之，自能與水分分離，濾過之，則得清澄黃綠色之稀薄油質，有佳快之香氣，將此油冷卻至攝氏五度下，即凝固而有結晶體析出，可以二乙醇溶解而精製之，即得純粹之 Hesperidine, 其成分為 $C_{22}H_{28}O_{12}$ 及 Limonene, 分子式為 $C_{10}H_{16}$ ，此二結晶體，均為橙皮之主要成分。

藥理實驗

入少量於胃中，僅胃部呈溫感發噁氣，若用大量，則起胃腸炎，吸其蒸氣，能使中樞神經興奮，又有制止酵酶之作用，故凡胃或腸腸時，可以此物阻制之。

黃蘗 *Phellodendron amurense*

化學分析

黃蘗之主要成分，與黃連之主要成分

Berberin 相同，故分析之法，亦可與黃連同樣情形，自二乙醇越幾斯中製得 Berberinhydrochloricum 約千分之十六。

藥理實驗

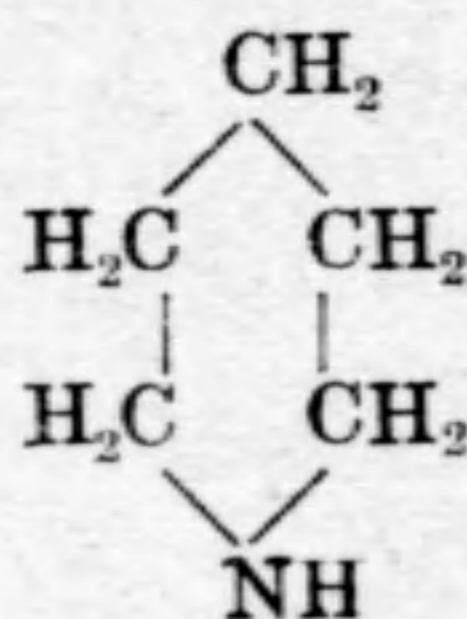
黃蘗之對於人體之生理作用，似黃連而較弱。

胡椒 Piper

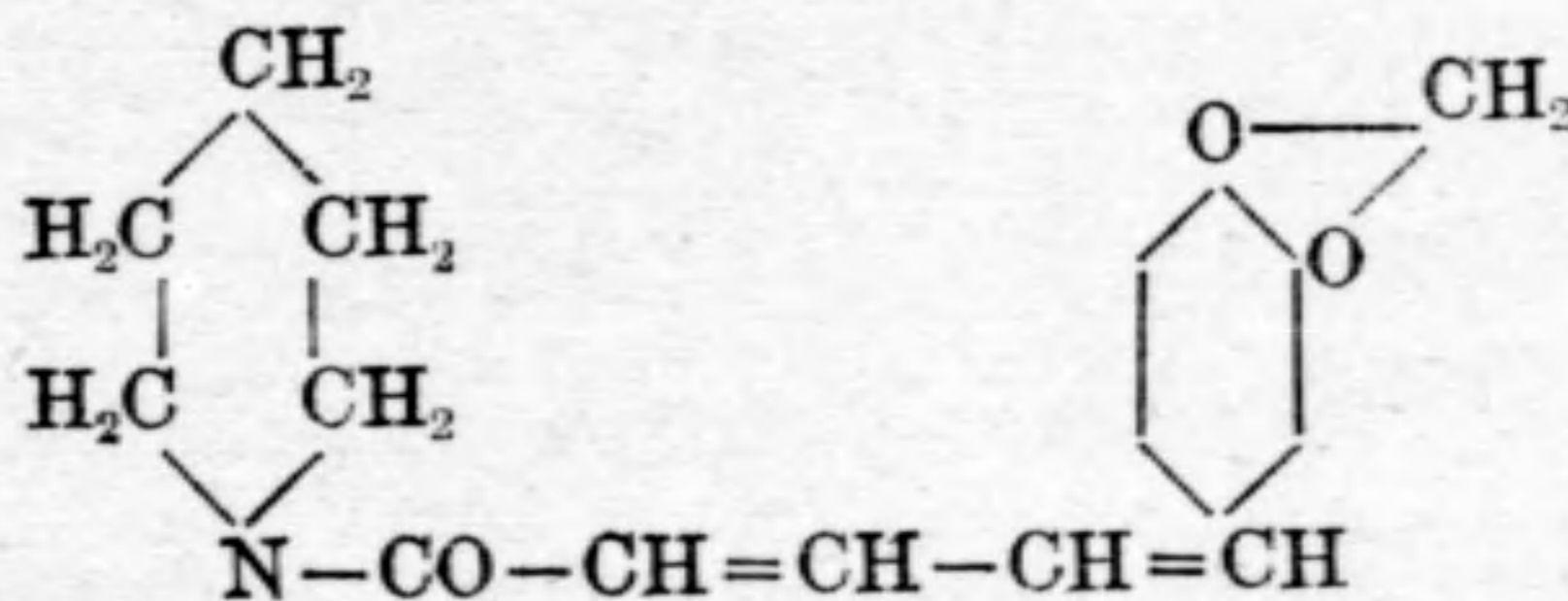
化學分析

胡椒之主要成分，除 Piperin 與其異性體 Chavicin 外，尚含有 Piperidin, 而 Piperin 加水分解，則成 Piperidin 與 Piperinsäure. 素以為胡椒之辛味主要成分為 Piperin, 然純粹之 Piperin, 則無辛味，1922年 E. Ott 氏認胡椒之主要成分為 Piperin 之立體異性體 Chavicin.

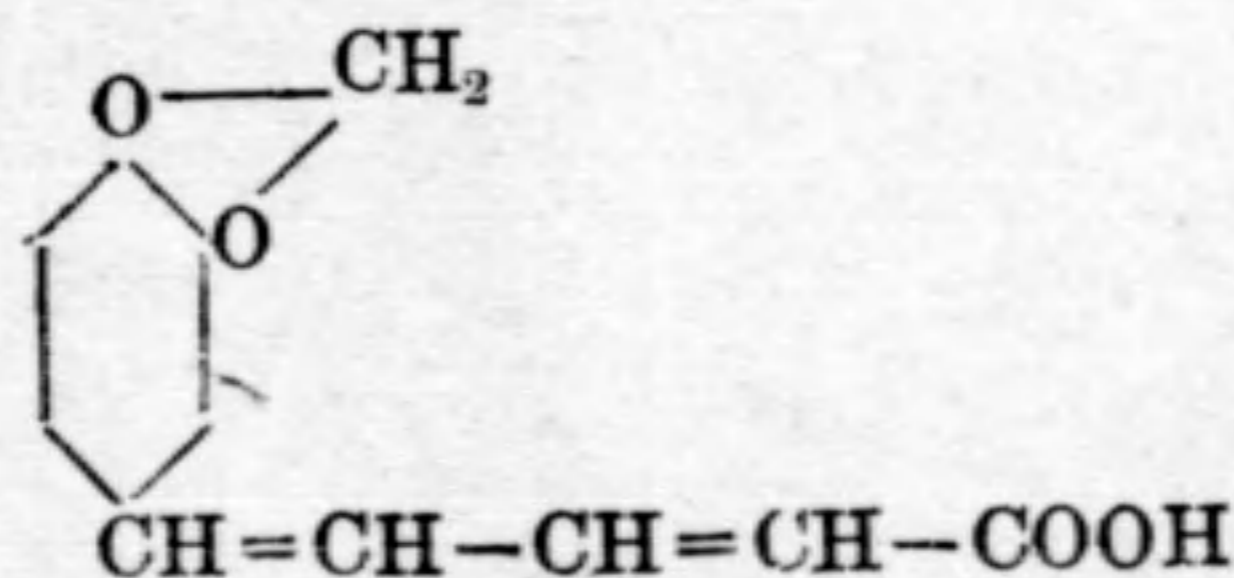
Piperidin



Piperin 及 Chavicin



Piperinsäure

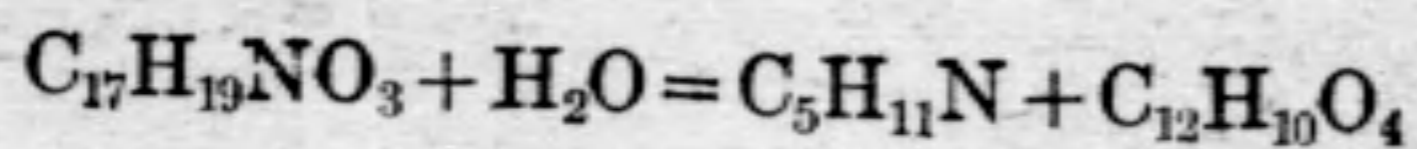


Piperin 與 Chavicin 之分析 加二倍量之氫氯化鈣與水於黑胡椒細末中，暫時加溫後，用二乙醚抽出之，蒸去其二乙醚分，則得粗製之 Piperin 結晶，再以熱乙

醇溶解而結晶之，則存於母液中之 Chavicin 先被溶解，蒸發二乙醇而濃縮之，於冷後，即得 Chavicin 之結晶。

Piperidin 之分析 加氫氯化鉀之乙

醇溶液於 Piperin 中，熱二十四小時，則分解而為 Piperidin 與 Piperinsäure，其變化之成式如下：



藥理實驗

外用能刺激皮膚，惹起充血而發炎，內服入口時，即刺激唾液腺，唾液分泌增加，入胃中，刺激胃壁而令胃液添多，以促進消化之機能，入腸中，能令腸壁吸收水分之力驟增，易致大便燥結，入血中，能增大血壓，以退虛熱，又能令腎臟充血，使瀉尿之功迅速，惟用少量，未能奏此效矣。

桂皮 *Contex Cinnamomum*

化學分析

將桂挫碎，用前所述之水蒸氣蒸餾法，即得有桂皮香氣之揮發油，約為試料百分之三，在攝氏十五度時，其比重為 1.055，熱至攝氏二百二十至二百六十度而沸騰，冷卻此油至攝氏零度時，以濃厚酸性亞硫酸鈉溶液共振盪之，則生桂皮醛酸性亞硫酸鈉 (*Natrium hyphosphoricum Zimmtaldehyd*)，其成分之結合式為 $C_6H_5-CH=CH-COH-N_2HSO_3$ ，此質遇過量之酸性亞硫酸鈉之溫溶液，則生酸性亞硫酸鈉與氫氮桂皮醛硫酸基酸鈉，其成分之結合式為 $C_6H_5-CH-CH(SO_3N_2)-COH-N_2HSO_3$ ，可溶解於水中，冷卻之後，加發烟硝酸四滴於等量之本品中，即因桂皮醛與硝酸化合而成結晶性之硝酸桂

皮醛，蓋桂皮醛 (*Zimmtaldehyd*) $C_6H_5-CH=CH-COH$ ，即為桂皮中之主要成分也。

藥理實驗

入胃後，能激起唾液與胃液之分泌亢進，振起消化之機能，使胃納進加，至腸中與膽汁分解而游離鞣酸，此酸與部分蛋白質結化而成為蛋白鞣酸，故可治腸炎之瀉痢。

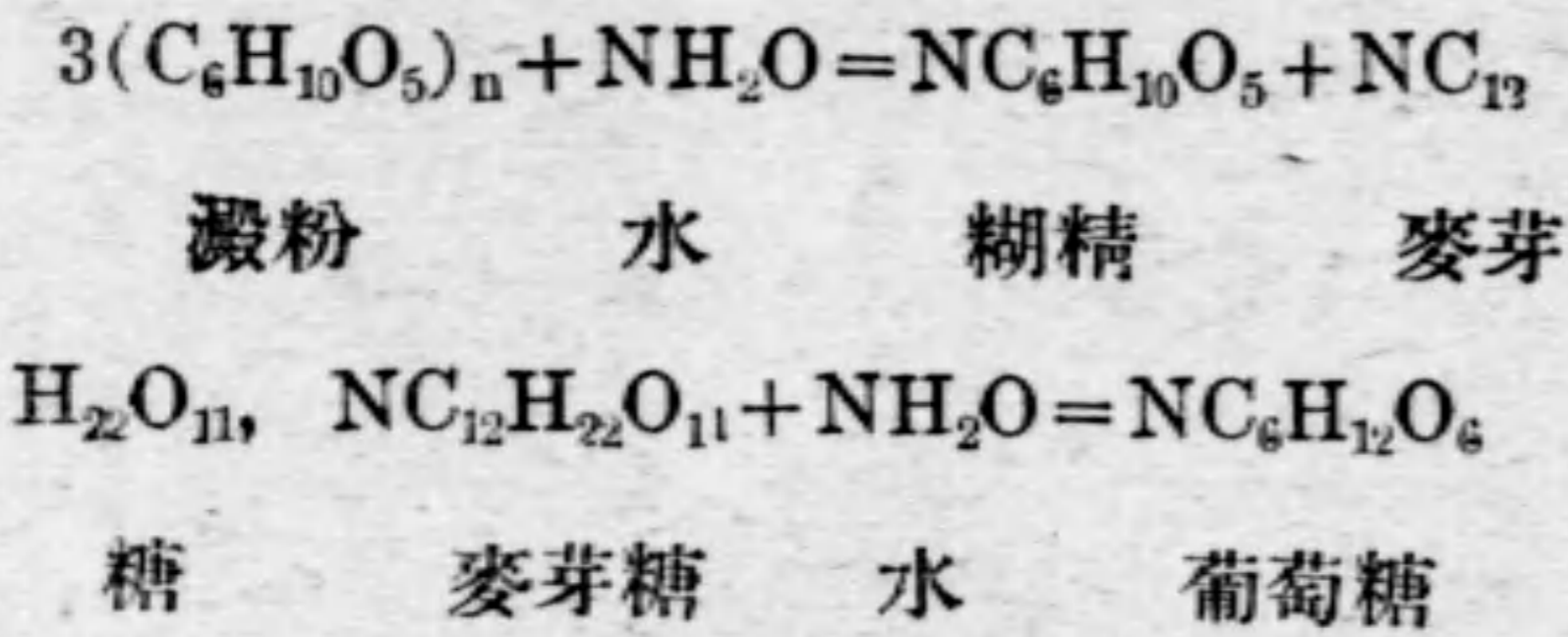
麥芽 Malt

化學分析

先將麥芽搗碎，加含量百分之二十之乙醇二倍或四倍，溶和後，壓榨濾過之，所得濾液加二倍量之無水乙醇，則淡黃色之澱粉酶 (*Diastase*) 沈澱，靜置片刻，除去上層澄清液，復取其沈澱，以灑布灑去其液分，然後自灑布內所探得者，反復洗滌於無水醇中後，更以二乙醚洗淨後，乾於硫酸乾燥中，即得純粹黃白色之澱粉酶，據 *Lintner* 氏由原素分析之結果，報告謂澱粉酶乃蛋白質與他種異性集成體碳 46.60% 氫 7.35% 氮 10.41%，硫 1.12%，據 *Payen* 氏之實驗，謂千分之大麥芽，含有五或六分之澱粉酶，又法可浸麥芽粉冷水中，取其浸液熱至攝氏七十度左右，凝固其蛋白質，而以其溶液加二乙醇，使起沈澱，復以含量百分之九十五二乙醇，滌後而乾燥之，即得淡黃色澱粉酶粉末，此酶之一部分，能溶解於水中。

藥理實驗

能令澱粉加分解而為糊精與麥芽糖，更可使麥芽糖分解而為葡萄糖，其分解所起之變化成式如下：



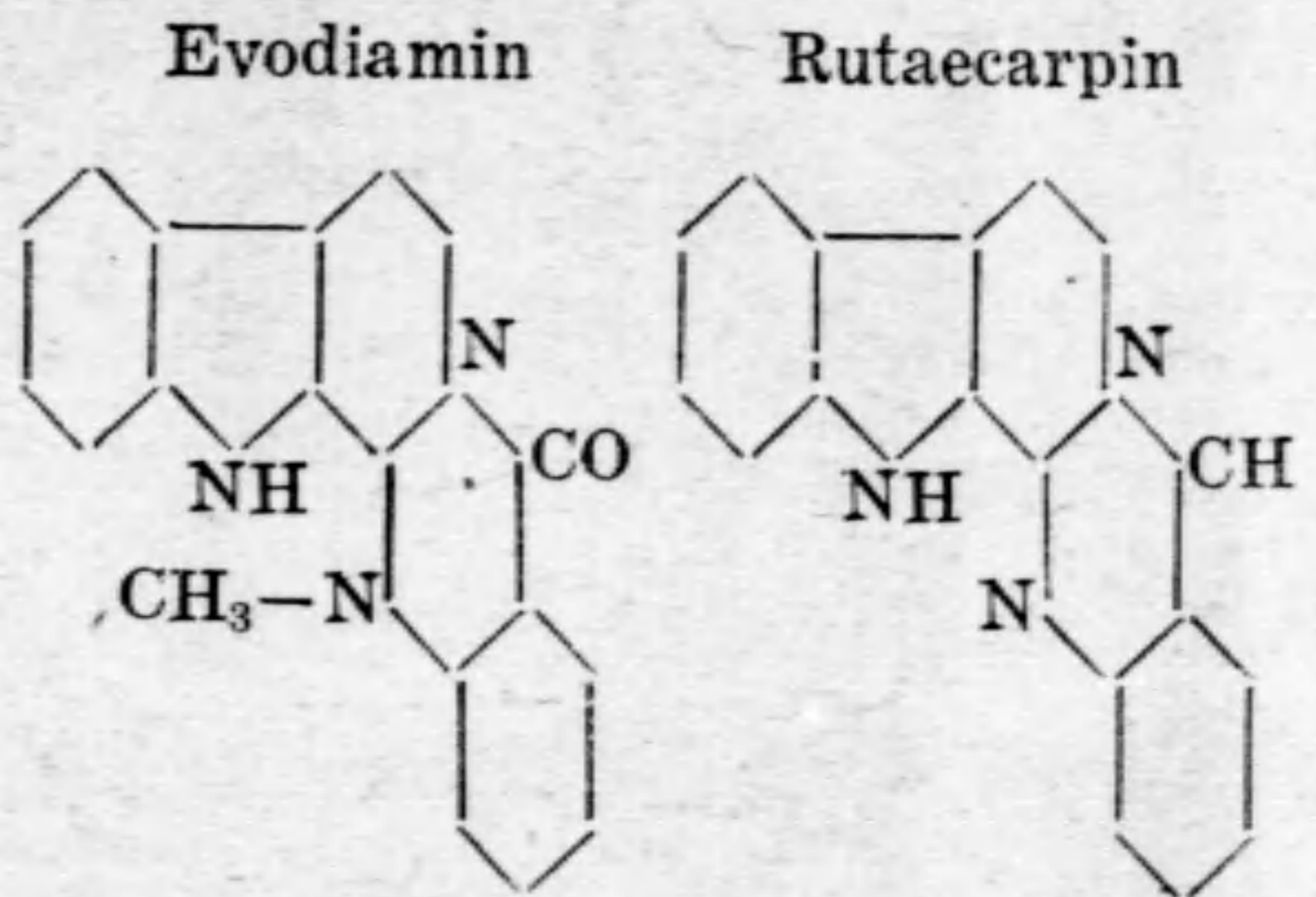
凡食米麥等不易消化時，由於胃腸缺乏澱粉酶之作用，故可以麥芽治之。

吳茱萸 *Evodia rutaecarpa*

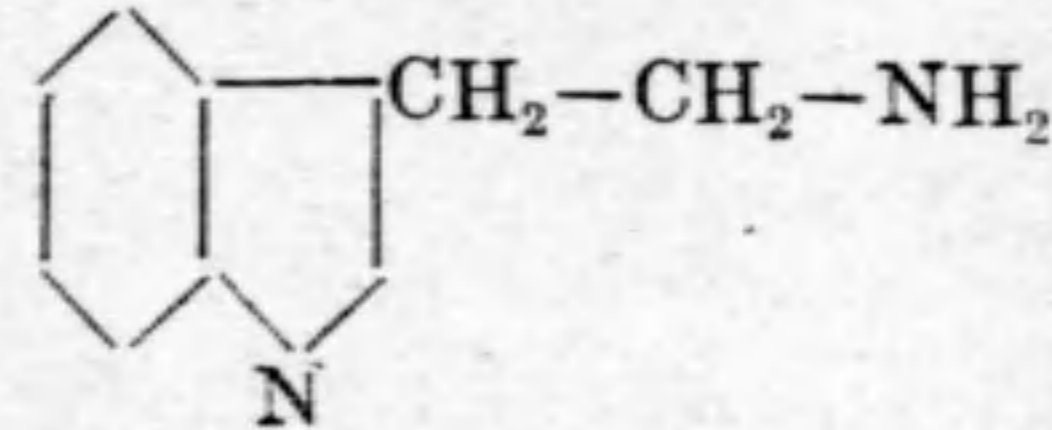
化學分析

初丹波藥學博士以二乙醚抽出吳茱萸之脂肪油，更以二乙醇浸出溶化之，於此溶液中，得一白色針狀之結晶體，繼慶松左衛門藥學士，以吳茱萸之果實，用煖浸出之，得一種無氣味之結晶體，定名曰 *Evodin*，成分為 $C_{18}H_{22}O_5$ ，熔融點在攝氏 285 度，成類似 *Lacton* 之化合物，朝比奈泰彥藥博士與石尾正文藥學士，同自吳茱萸果實之二乙醇冷浸液中，得結晶化合物，更以甲醇分離而試驗之，故知慶松勝左衛門氏所謂 *Evodin* 者，實非吳茱萸之主要成分，因其中尚含多數含氧之結晶體，并悉此果實之苛烈臭味，實由其所含之揮發油與累重體而生，後朝比奈泰彥氏與柏木幸一藥學士續加研究，將吳茱萸果實之末，溫浸於酮中，待冷蒸發之，加鹼性溶液於其殘留渣滓中，而振盪之，使其成得有系統之分離，於是揮發油之主要素，始得純粹析出，遂名之曰 *Evodin*，并定其分

子式為 $C_{17}H_{22}O_6$ ，類似 *Ocimen* 之結晶體，而此外尚有 *Evodiamin* $C_{19}H_{17}N_3O$ 及 *Rutaecarpin* $C_{18}H_{13}N_3O$ 二種成分大正十三年，朝比奈泰彥氏又與前田先太郎藥學士共研究 *Evodiamin* 與 *Rutaecarpin* 二種鹽基之分子構造式如下：



更有由彼等鹽基質之分解而生成為 β -Inolylaethylamin, 其構造式如下：



分析 將吳茱萸果實研末三十五克，同酮冷浸四日或七日，反復取其浸液數次，將此浸出液蒸餾而放置之，則成褐色粘稠之物質，其間略有結晶析出，加適量甲醇以溶去其粘稠物質，而吸濾之，則得結晶體，而此濾液中，尚含有適量之結晶，宜加少量強鹼性溶液而振盪之，使結晶析出，更依上法操作之，即得粗製結晶體之總量約五百克有奇，適等於原料千分之十五，然此結晶中，除 *Evodimin* 與 *Rutaecarpin* 之外，猶含有少量之 *Evodin*，今試自酮而分離結晶，得最難溶解之針狀結晶

，加熱至攝氏三百度而熔融，不含氧素，遇濃硫酸，則呈褐色，故知有適之 Evodin 存在，若分離此 Evodin 而使結晶之，則徒勞也，故吾人可加以混合結晶於二十倍量之二乙醇中，而煮沸之，更注加鹼性溶液約百分之二後，而煮沸一小時，加水放冷而濾過之，即得不含 Evodin 之鹽基性混合結晶體，次分離二種鹽基物質，利用 Rutaecarpin 之幾分易溶性，而以少量二乙醇溫浸二三回，濾過之，則全部 Rutaecarpin 與一部 Evodiamin 被其溶解，使再結晶其殘渣，即得完全純粹之 Evodiamin，次自前述之溫浸溶液中，即易得純粹之 Rutaecarpin；因單行結晶法，甚為困難，故於此溫浸液中，直接加鹽酸約全量之百分之二，而煮沸至四五小時，則 Evodiamin 盡將變為 Isoevodiamin 之鹽酸化合物，前者由二乙醇再溶解而精製之即得，而吾人可於此處 Isoevodiamin 之 Evodiamin 之構造上決定之，甚有價值，無待言矣，且本品因由無水醋酸之作用，而使復歸於 Evodiamin，此精製法無何等之顧慮，得斷行之可也，Evodiamin 為板狀之結晶，熱至攝氏二百七十八度而熔融，與少量之濃鹽酸共熱之，初呈赤色，繼變紫色，終轉藍色而安定，而 Rutaecarpin 者，自二乙醇溶解而 Evodiamin 而得針狀或長板形之結晶體，熱至攝氏二百五十八度而熔融，與鹽酸混合而熱之，僅現黃色而已，上二者之性質雖類似，而 Rut-

aecarpin 可溶解於少量之溶解液中，而與濃鹽酸所起之顯色反應亦與 Evodiamin 遇濃鹽酸所起之顯色反應不同也。

藥理實驗

依丹波敬三氏之實驗，謂製出吳茱萸 Evodiro 之結晶或其溶液，觸於皮膚，則受刺激而覺痛癢，據慶松左衛門氏云：吳茱萸酒代碘酒之用有效。

強壯劑

何首烏 *Polygonum multiflorum*

化學分析

以鹹水浸何首烏，將其浸出液用醋酸變酸性時，則生沈澱，用水洗此沈澱後，以煖再溶解之結晶之，即得熔融度一百九十六度之黃色針狀結晶體，不溶解於二乙醇，易溶於三氫甲烷與煖中，置氫氯化鉀或濃硫酸時，則呈深紅色，其成分為 $C_{16}H_{10}O_4$ ，以上諸種性質，均與 Chrysophansäure 相同而無稍異。

藥理實驗

以上記化學試驗所得之 Chrysophansäure 結晶與用普通人所服煎藥稍同之方法所製之何首烏流膏，用動物試驗，互相比較其作用是否相同時，則其作用諸多相同，例如作用何首烏流膏於動物摘出之腸以人工灌養之，則見其能著明促進腸管之運動，又以 Chrysophansäure 行同樣之試驗時，雖五十萬倍之稀薄溶液，亦能確定其有亢進腸管運動之效力，故以現在之

研究程度，至少何首烏之一部分當爲 *Chrysophansäure* 之作用，凡胃腸消化不良食物常停滯於腸管內因而便秘之人，又不良毒物滯停於腸管內因而下痢之人，由此而食慾不振之誘發營養不良氣力亦隨之而衰弱之病人，運用適量之何首烏時；因能與腸管以輕度之刺激，其結果能淨掃腸管內容，凡進腸管壁之緊張性，因之腸管之運動，消化與吸收亦強盛，食慾亦因之而振，營養亦因之而恢復，氣力也隨之而增加，至今體弱無子之人，因此而得子者，亦非不可能之事也。

人參 *Panax Ginseng*

化學分析

最初 *Rafinesque* 氏曾用化學分析人參，謂其中在普通成分之外，尚含有樟腦樣物質，*Rafinesque* 氏遂命名此質曰 *Pancin*，降至一千八百五十四年，美人 *S. Garriques* 氏曾分析北美坎那大所產之人參即 *Panax Quinquefolius* 製出一種新成分，名之曰 *Panaquilon* 並認爲人參之主要成分，*S. Garriques* 氏曰：*Panaquilon* 爲黃色無晶性之粉末，其色非用獸炭所能脫除之，雖溶解於水或二乙醇中，但不溶解於二乙醚，味帶甘草糖樣之甘味，然又稍有苦味，熱之，初則溶解，終而不留灰分能完全燃燒，本品之溶液，遇酸類昇汞及氫化鉑時，雖不起沈降，然加鞣酸，則易沈澱，又加鹼液於本品溶液中，則呈褐色，與氫氯化鉀熱時，亦不發生

磷精氣，本品最特異之點，即遇強酸類時，發生水與碳酸，並同時能析出不溶性之白色沈澱，即所謂 *Panacon* 是也，加濃硫酸於本品時，則呈甚美麗之紫色，溶解之，更注水，於此時則析出 *Panacon*，而此種變化，絲毫無糖類之生成者，在實驗上，殊明瞭也，又欲簡單製 *Panacon* 時，加鹽酸或硝酸於本品之濃厚溶液而微溫之，則發少量之碳酸（即二氯化碳）而即析出白色粉末狀之 *Panacon*。如強熱該液時，則 *Panacon* 熔融於液之下層，如斯而得之 *Panacon*，雖爲白色之粉末，而在顯微鏡下視之，則現結晶形，無味，不溶於水與二乙醚，而易溶於二乙醇，遇濃硫酸時，則呈紫色，更加水，則亦生沈澱，和濃硝酸煮沸時，則氯化而成羧酸，鹼液對於本品無甚影響，熱本品時，則發火焰而易燃燒，並無灰分遺留，至一千八百八十九年，俄人 *Dmitri Davydrow* 氏曾用產自南部烏蘇里地方之人參（即 *Panax Schinseng Ness*）依與前研究者相異之法，製出同一之 *Panaquilon*，*Dmitri Davydrow* 氏進而將本品遇濃硫酸時，則初呈血紅色，後漸呈自周圍向中心部之紫紅色，恰如於 *Glykokolsäure* 與 *Taurokolsäure* 之 *Pellenkofer* 氏反應也，加水時，則色消失，同時析出結晶性白色沈澱之 *Panacon*。此不唯濃硫酸使之如此，即遇百分之二之稀薄硫酸而煮沸二三分鐘時，則亦易現呈星芒狀纖細之 *Panacon* 結晶體，*Dmitri*

Davydrow 氏更進而檢索 Panaquilon 之本性，因其對於各種試藥之反應，而知其非植物性鹽基，更依其析出 Panacon 之時，不現糖類之形成，與未經煮沸之 Panaquilon 亦不還元銅之性質，論斷時，本品更非配糖體者明矣，最後 Dmitri Davydrow 氏則以實驗之成績為根據，論本質之性曰：Panaquilon 雖有一二點類似於葡萄糖，然此種反應有 Aldehyde 性質之碳氫化合物亦有之，又以本品為屬於 Ald-

ehyde, 則又無使 Fukcin-Schwefelsäure 着色之性質，而本品有酸性反應，故或屬一種有機酸，亦未可知，至一千九百五年，藤谷氏又以產自日本出雲地方之御種人參及朝鮮人參，實驗之結果，得 0.1 至 75 % 之雪白色無晶形之粉末，亦名之謂 Panaquilon, 以 S. Garriques 氏之 Panaquilon 謂屬不純之物質，今將上三氏所試得之 Panaquilon 之性狀與反應之異同，列表於次，以比較之。

	S. Garriques 氏	Davydrow 氏	藤谷氏
色	黃	黃	白
溶解性	溶於水與乙二醇，不溶於二乙醚	同前	水乙二醇冰醋酸等易溶，二乙醚三氯甲烷及酮等不溶解之，
味	有甘草糖樣之甘苦味	同前	純苦味
反應	——	酸性	中性
鹼性硫酸銅溶液	不還元	熱則還元	生銅氫氮化合物熱亦不還元
與稀酸加熱時	碳酸與 Panacon	Panacon 結晶	碳酸糖葡萄糖及二種沈澱
濃硫酸	紫紅色	先血紅色漸呈紫紅色	橙黃紅色，漸呈紫紅色
鹼性溶液	褐色	——	無色，熱則微黃色
分極光線平面	——	不同旋	左旋

Panaquilon 之分子記號，依 S. Garriques 氏為 $C_{24}H_{25}O_{13}$ 然依藤谷氏詳細研究之結果，則為 $C_{32}H_{56}O_{16}$ ，且謂 Panaquilon 雖屬配糖體，而不溶解赤血球，故似非苦味質，然先曾有井上氏自與人參類似之竹節人參 (Aralia ripens) 中，析出苦味質之事實，與人參浸恰如 Senega 浸液之極易起泡沫之事實，故像想人參中恐亦有同樣之苦味質，一千九百六年日人朝比奈與

田口二氏，用人參鬚為研究材料，曾分離得有苦味質性之物質，而照元素分析之結果，及以此更製為 Acetyl derivative 而分析之結果，則定其分子式為 $C_{23}H_{38}O_{10}$ ，本苦質以酸分解時，則生砂糖與微晶性之 Sapogenin, 而砂糖則為右旋性之 Hexose 也。

藥理實驗

興奮作用 日人酒井氏以由人參之二

乙醚可溶性成分中而得之揮發性成分，試驗於動物之結果，謂用少量可興奮血管呼吸運動神經等中樞，——即延髓中樞，用大量則陷於麻痺狀態，據我國劉建勳氏用少量本品注射於鼠體中，則有輕度之舉尾動作，可證明其有催淫作用。

鎮靜作用 日人藤谷氏以朝鮮人參含有之配糖體，即所謂 *Panaquilon* 試驗於動物，其作用於蛙之心，則心臟肌肉使之麻痺，又作用於蛙之骨格筋，能減弱或消失其攣縮性，且能着明減弱其總作業量，而對於溫血動物，其一般作用雖弱，然能直接作用於心臟，減退其機能之強度，故現着明之血壓下降作用。

溶血作用 日人朝比奈與田口二氏，自人參抽出之糖原質，發見一種 *Saponin* 成分，有破赤血球之特性，該成分難溶於水，恐係屬高級脂肪酸類，我國劉建勳氏實驗亦然，並已證明其有一千八百倍之溶血作用，漢醫謂「可消胸之痰，治肺痿癰疾等」恐亦由於此種作用。

對於新陳代謝之作用 據漢醫云：人參可治虛弱諸症，果爾，則對於新陳代謝之作用，必有特種之影響，然今日關於此方面研究之成績固多，但未得一致之結論，或謂有利尿之作用，或謂有增加尿中氮素之排泄量，或謂有增加磷，鉀，鈣及氯素之排泄量，甲論乙駁，尙不能達確定之結果，但其中之 *Saponin* 成分，對於糖尿病人有制糖與補助消化增加食慾二作用，

確已證實，日人齊藤氏於一千九百二十二年，發見朝鮮人參對於 *Adrenalin* 糖尿有效，故齊藤氏更進而研究其對於 *Adrenalin* 過血糖及食餌性過血糖中樞性 *Diuretin* 過血糖等，有抑制之作用，故齊藤氏遂推定謂朝鮮人參恐對於動物體內之含水碳素新陳代謝有密切之關係，按我國劉建勳氏曾以 *Adrenalin* 注射於健康人體，使之起人工之血糖增高症，然後以 *Saponin* 與之時，亦可證其血糖下降。

飴糖 Maltose

化學分析

將本品混麥芽糖酶少許加水分解後，則加百分之十之氫氯化鈉溶液二滴與百分之十之硫酸銅溶液八滴之混合液而煮沸之，即現赤色之氯化第一銅，更變為橙色氯化第一銅與氫氯化銅，終成黃色之氫氯化銅；因麥芽糖加水分解後，而始得葡萄糖，而葡萄糖即有上列之反應也。

藥理實驗

飴糖在小腸內遇麥芽糖酶而成葡萄糖後，由小腸而達肝臟，在肝臟內變成臟粉 (*Glycogen*) 暫貯於肝內，待體素需要時，再將臟粉化成為如初自消化管吸收入之物質，以入普通之體循環，而可使一部分之銨基酸變成尿素，又一部分在血液，常依燃燒而消耗，故必須時時吸收補濟之，以保持平衡，故本品與人體新陳代謝有密切之關係也。

蔗糖 Saccharum

化學分析

本品為純白色之結晶塊或粒，味甚甘，觸空氣不起變化，加半量之水，則不殘留而盡溶解，其水溶液呈中性反應，加氫氯化鈉溶液於此蔗糖溶液中，而使呈鹼性，滴以百分之十含量之硫酸銅溶液數滴，而力振盪之，全液立呈青色，其成分為 $C_{12}H_{22}O_{11}$ 。

藥理實驗

本品在創面或粘膜上，微逞局處之刺激，入口中，則感著大之甘味，促反射唾液之分泌，至腸中，則變為葡萄糖，而被腸吸收，其一部分由中之酵酶變為乳與酪酸，皆移入於血液中，而即分解為二氧化碳與水，故取用過多之糖分時，或非如糖尿病之疾患狀，則尿中不現出糖質，受容中量之糖質時，消化器上不呈不快之現像，僅下軟便已耳，若連用稍大量，則因成多量之乳酸與酪酸，而起消化機之障礙，酸性之噯氣，嘈雜，與胃疼等，屢發下痢，過食糖質，久久之後，則易生齲牙，若僅以糖質飼養動物，則二三週日之後，已呈營養缺乏之現象而斃，Stark 氏就自體試驗，用砂糖與澱粉之營養，而致消化器障害，下痢，齲齒腫脹，口中腫瘍，皮膚出血，瘦削，後竟因此而死，故用之適宜，在

營養上甚有功效，若專持此物為營養，則反為其害矣。

黃耆 *Astragalus-hiroshimanus*

化學分析

黃耆之有效成分，尚未明悉，僅知其含有蔗糖葡萄糖等，在顯微鏡下視之，發見如澱粉粘液質樹膠質與植物纖維素等，據袁淑範氏研究，謂含有少量之植物鹽基，余曾將黃耆五克，以水濕浸之，濾過後，取濾液加少量之鹽酸煮沸後，加氫氯化鈉溶液中和之，加以 Fedling 氏溶液，而溫之，則生亞氯化銅之沈澱，自加水分解後，得還元物質析出而存在，故豫知尚有配糖體或多糖類石在存。

藥理實驗

因本品含有樹膠質與西黃耆樹膠質相類似，乃利用其粘漿，可以排膿補肉，據袁淑範氏報告，彼曾將二乙醇製黃耆流膏，行動物試驗，現著明之血壓下降，及呼吸微強之作用，此雖不足以判定黃耆之全效，但其不如漢醫所謂延長氣息之功也，明矣。

大棗 *Zizyphus vulgaris*

化學分析

Church 氏曾分析我國乾燥之棗子，得百分率之成分表如下：

糖			無水枸 櫛 酸	蛋白質 N × 6.25	粗纖維	灰 分	未測定者
還原糖	砂 糖	總糖量					
35.50	37.86	73.36	.80	2.73	3.41	1.90	17.77

由上表觀之，大棗為含量糖類極富之品，又據 Marjorie P. Benoy 氏曾將棗子用刷洗淨，在日光中晒乾後，以刀削其果實肉，使與種完全分離，而將種子與果實肉分別乾之，種子須在攝氏七十度烘過數日，果實肉則在攝氏百十度經夜即可，其附有果實肉之乾種子，在白鉢中研磨成粉，而入乾燥果實肉中，更研磨而篩分之，使其粉末細小，乃置諸大玻璃杯中，此大玻璃杯在未分析之前，皆應放入乾燥器內，但分析鐵質之物質，則須在瓷鉢中研磨，其他之分析，則用 Willey 氏磨白，試品既成，凡經乾燥之物，均須置乾燥器中，以免成分變化，有時灰分之測定，亦須如此，分析之法，除鉀作過氫酸鹽定量及用 Kennerchy 氏法，以定鐵量外，餘皆為公立農業化學會所制定者，鐵之定法如下：取上乾燥物五克，於烈火中燒成白灰，加濃硝酸後復燒之，至不復有灰質呈現而後已，不然復照前法燒之，其燒餘之殘粒，以二喱濃鹽酸，和三滴濃硝酸消融之，此

種溶液及不溶之砂，以水洗至五十喱量瓶內稀至刻度，但與中國棗子相比較之葡萄乾及其他棗子分析，則用四喱之濃鹽酸，并將此試品稀至一百喱，取其十喱於有玻璃塞之玻璃瓶中，再加十喱之五烷醇與 20% Kens 溶液五喱，而搖和之，將其五烷醇層吸入比色杯中與標準溶液之色相比較，標準液之製法，乃將鐵絲溶於硫酸，復以少許硝酸氫化之即得，由此第一標準溶液，其他濃度之溶液，皆可預備，法為一定容量之鐵溶液置於量瓶加一定容量之一比四之鹽酸，再加蒸餾水以達刻度，即得，於果實之鐵溶液中，取出十克，以 0.2 氫氫化鈉溶液滴定之，當製標準溶液時，所加之一比四鹽酸量，即此標準液之酸度所含之量亦即試驗溶液之酸度，若此試液中，有如磷酸鹽等類混雜物存在的，其試驗法，則另製相當之標準混合物而與試液在此色計中比較之，若混合物之鐵量與計算之量相近，則可斷言混雜之存在頗少，其分析之結果，得列表於下：

	乾燥物質之全灰分	灰之成分(百分率)									
		CaO	MgO	K ₂ O	Na ₂ O	P ₂ O ₅	MnO	Fe ₂ O ₃	SO ₃	Cl	SiO ₂ 可溶性
棗實	4.84	5.42	4.46	56.4	1.65	1.04	1.11	0.115	1.85	4.08	0.28

藥理實驗

糖類之對於人體新陳代謝之有密切關係者，已詳論於飴糖之藥理作用內，至於礦物質之在生理上之功效，亦不可忽視，如鈉，鉀，鎂，磷，鈣之硫酸鹽氫化鹽，

磷酸鹽和碳酸鹽等，均為生活上所必需要之物，他如碘，砷，錳，銅，鋅等，亦為人體中存有之原素，其中和疾病最有關係者，為鈣，磷，碘，鐵四種，鈣在平常代謝作用上為最重要之物質，於成長行經懷

孕和哺乳時期需要之量尤多，又為血液乳汁凝結所必需，能使體膜保其適度之滲透，各部組織盡其應有之功能，尤以神經心

臟與肌肉三者為最甚，大槩含此等礦物質之量，較高他種藥物為全備而量多，故唯一之強壯品也。 (待續)

傳染病用合成藥品之根本療法

其結果目的與方法

大學教授 Werner 博士原著 陳厯云譯

化學療法(Chemotherapie)一語，在傳染疾病用合成藥品以求根本治療之進步中，殊有惹人注意之發展。所謂傳染疾病，在廣義言之，乃人與動物之由寄生蟲，原生動物，細菌以及不可見之病原體所引起之疾病。

實驗研究所化合之藥物，能併列于習知之自然所供給之驅蟲劑者，僅有少數。有實用價值而應用頗廣者厥為 tetrachlorkohlen stoff。若用抵禦較高級之寄生蟲類，則 Caprokol(Hexyresorzin)與 Butolan (Urethand. *o*-Benzylphenol) 亦有相當功能。血吸蟲傳染(血吸蟲病(Bilharziosen) 之吐酒石(Brechweinstein)療法演進而發現Fuadin。(Neoantimosan) 此乃一三價銻與 Brenzkatechindisulfosauerem Na 之綜合化成物也。

由原生物引起之傳染病，根本治療之，更有佳良之效果。治療疾病原體(瘧蟲 Plasmodien) 頗有效驗，而且習用者為撲

瘧母星(plasmochin) (6-Methoxy[7-diaethylaminoisopentyl]8-aminochinolin) 與瘧滌平“Atebrin“(3-Chlor-7-methoxy[diäthylamino isopentyl]-Gaminokridin.) 治錐蟲(Trypanosoman) 則有無數之藥物一如此類原生物之繁雜焉。應在此特別提及者為砷製劑Atoxyl(p-Aminophenylarsinsäure) 與Trypanamid(p-Shyziamid-phenylarsinsäure)。在Germanin類中有未含金屬之寶貴治劑以處理人類之睡病(病原體為trypan gambiense) 與畜類之Nazana傳染。先述及之Neoantimosan，單獨或與此藥併合用于獸醫學者頗廣。自發現Neoantemosan，(p-Aminophenylstibinsäures Diäthylamin) 以來，Kalaazar (由Lieshmania Donovanii之普遍傳染) 之防止即有把握。六零六(Salvarsan) 與其誘導劑，Stovarsol,(spirozid) 以及多量之銻製劑，治療螺旋體之傳染疾患，(梅毒，熱帶類梅毒，來回熱等) 其實用價

值盡人皆知。用藥特靈(Yatren)與Rivanol(2 Äthoxy 6,9 diamins akridin)在變形虫瀉痢之治療中，尤稱極大之進步。

細菌所引起之傳染病之根本療法，實際上，在今日主為廣義之血清療法。故在治療上而借助于化合或半化合而成之藥劑絕鮮，且多僅限于根治法之開端——大約有效一須論及者為治療麻風之Antileprol與Chanmoograsäure之其他鹽或醴劑。治結核菌傳染之金製劑Krysolgan,(4 Amino 2 oxyphenyl 7 karbonsre 之金綜合物鈉鹽)Solganal,(4 Sulfomethylamino 2 Auromerkapte benzol 3-sulfosre 之雙鈉鹽)Aurophos,(Dimethylamino methyl phenylphosphinizen Säure與Thio-schwefelsäure之金鈉複鹽)Lapion,(Gold-m-allylthioharnstoff-benzoesaures Na)以及其他等等。治肺炎球菌，葡萄球菌，或聯鎖球菌之傳染症用Optochin, Encupin與Vucin, Slyrylchinolin之誘導治劑，以及Trypaflavin。治花柳病性內芽腫之病原體用Fuadin,早已再三提及矣。

不可見之病原體所引起之傳染病，(黃熱，口蹄病 [Manl-u Klauensenchen] 麻疹嗜眠性腦炎與狂犬症等，吾人實無能為力。

吾人一顧實際上已達到之效果，當可如何欣慰有此進步；然示與吾人尚須努力者尤有多少工作！此乃特別對於寄生蟲細菌與不可見之病原體而言，但治原生物疾

患之藥物，亦多未許為盡善盡美，仍尚須補充其缺點也。

治原生物疾患特有功效之藥物，(如Salvarsan, Germanin, Yatren, Solganal, Fuadin, Neostibosan, Rivanol等)大部分歸功于德國之研究工作，實用上與倫理學之效果則多表現于熱帶與次熱帶，而與德國自身無甚關聯。然殊為欣幸，多數之此等病患所在地之研究者，能協調合作；雖在德境外之彼痛苦人羣，多有政治上之紛亂，而仍能使工作之結果能致于用。此種公正之合作，引起科學之發展，其成效當何如也！此已指示以後研究之途程矣。

單純之僥倖，自無有達于成功之理。一種工作之有意義與效率，至少須有一種假說為之先導。其形成也，因無論其如何限于原始性，或僅具直覺觀感之基礎。凡一觀點其始僅可按圖索驥如側鎖學說(Seitenhettentheorie)者與其所包含之各術語，由科學智識愈加深究，或為他種學說所排擠。是故今日所見由分子自由迸裂有反應之原子羣，未若獨具效力之側鎖為多，因吾人所討論及者，已達于核與側鎖間分子內之交互作用，此乃由分子之理化總性，或分子類集性所使然者也。而與此有關者，又為化合體之吸着性，分佈性，功能與其外分泌性等。

藥物之環境影響，吸着性，分佈性，功能以及分泌，強弱不同，應細為研究。在今日科學之探索，深入痊癒現象之經過

中者，愈漸精明，而對於傳染病患之根本治療中之複雜精細性狀，無不注意及之。

藥物對於寄生物之直接或間接功能，為努力工作之一問題。Warrington Yorke 氏及其門人 (Liverpool) 與 V. Jancso 氏解答此重要問題，頗有供獻。寄生物細胞機能狀況之變換在廣意之環境中對於治療之效果有何等意義，甚致在數例中證實機能之交換，（親和力之變遷）乃由于滲透性之改變所致。

關於在傳染及其痊癒期中「主機體之協力作用」在前之想像，頗不明白，今則由各研究者發闡其精明之基礎矣。

此短文全為答主編者之請托而作，僅述及此等藥物之效果與綱要。若須將各工作與研究者一一介紹，非可能之事，于此領域內或為最堪重視之補遺文章，須特別提醒者為傳染病實驗療法之絕大有意識之處為在實驗室內施行之「實驗試驗」(Testversuch)，如此乃可發現敵對傳染病之藥劑。

茲舉二例為證：

鼠之錐蟲傳染與人及其他動物之天然傳染迥異。Pearce 氏遂選相當于天然傳染

之實驗品以便于實驗室中試驗砷之新化合物。于是始能發現譽為適用之 Tryparsamid。

其他為治瘧病有特效之化合物。此領域發展亦復如是。撲瘧母星 (Plasmochin) 之功效 Roehl 氏于黃雀之瘧疾傳染時始見之，而治瘧疾病原體之孢子母體 (Schizonten) 由此試驗並未能認識。Kiknth 氏再作一新試驗籍米雀之 Hamoprotens 傳染始尋出瘧滌平 (Atebrin) 之功能。

由此等觀察雖僅對於原生物傳染病而論，然其實亦頗合于寄生蟲細菌與不可見病原體等之傳染，唯在此等領域之研究所得進步，較之以防禦原生物傳染者其效果似為少。

今后各種工作尚多。化學家與醫學者應在嚴密協調之合作下共同努力。傳染病用合成藥物之實驗療法，——所謂化學療法——顯示于吾人者，固非固關自守之學科也！若不與化學，物理，生理，藥物，細菌衛生，病理，臨床科學等有密切之關係，而知有以運用之，則將可謂永無成效矣！

預能即劑眠安之與給所以
否良之神精晨盟者患知

無副作用獨能以少量奏效之

安眠鎮靜劑

地阿路

DIAL

主治 因神經衰弱及希司鉄里亞症
所致之失眠症。一切精神病
者之不安及興奮狀態

片劑

液劑

注射劑

不含麻醉藥毫無危害之

止痛劑

迭巴兒勁

CIBALGIN

主治 各種疼痛。如頭痛。牙痛。腹痛。筋痛。
神經痛。月經痛。及手術後之疼痛等。

片劑

液劑

注射劑

在務未用鴉片製劑以前
請一試本品之功效



全國各大藥房均有發售
承蒙各界及藥理師指示

瑞士國迭巴藥廠

上海九江路二號



強心利尿劑

地蔘佛林

汽巴

DIGIFOLINE

地蔘佛林所以為治療上有充
分價值之毛地黃製劑者在於

力價常有一定標準

每次製造。必經生物學的試驗。嚴
密定量。故用量非常正確。對於胃
腸毫無刺戟。較之毛地黃浸劑。實
有天壤之別。

有毛地黃之完全的功效

現代學術的研究。證明毛地黃之藥
理作用。即地蔘佛林所含三種配糖
體 (Digitoxin, Digitalein, Gitalin)
之共同作用。

品質絕對耐久

臨牀及藥理學的實驗。會證明地蔘
佛林之注射劑。雖貯藏至七年之久
。仍保有其完全之功效。

皮下注射毫無刺戟及疼痛

奧爾特拿教授「地蔘佛林在今日可
謂在皮下注射而不發生疼痛之唯
一製劑」

赫西特博士「地蔘佛林有一大長處
即在皮下注射毫無刺戟」

因地蔘佛林具有此種重要性質故近數年來
已為世界各國使用最廣之毛地黃製劑

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

 婦 科

女性經循環期之內分泌的掌治

W. Schoeller 著 憲 煦 譯

女性的經循環，是由于子宮，卵巢，腦下垂體及中腦之共同作用而成的。正常的循環，從月經中，可以知道。從動物試驗及臨床經驗上面看來這些器官，如卵巢等，都令人重視，不能缺一；卵巢和腦下垂體前葉如果取去，子宮即萎縮，而女性所具有第二的性特徵，(Sekundäre Geschlechtsmerkmale) 亦呈變化；中腦的贅生物或損傷如在視神經床底神經節的區域(Hypotalamische Region)時，則得小兒體格症Infantilismus。

在造成經循環的器官上，如加以觀察，則卵巢及子宮所具有的定期變化，就顯出了。根據 Robert Meyer 說法，濾胞(Tollikel)成熟，其中有一卵細胞；排卵(Ovulation)後，黃體隨之形成；未受孕的卵細胞死去，黃體亦隨之滅亡。以後這複雜的計二十八天的過程，從新再起。

至于子宮粘膜的變化，同卵巢的變化成並立的，且有密切的關係。首先為Hirschmann 和 Adler 所注意。現在Robert Schroder 同我們把子宮的變化，包括為

增生現象，Proliferationsphase和分泌現象Sekretionsphase。

因為這種卵巢和子宮的聯合作用，所以性慾成熟的婦女，平均四星期，準備一妊娠，使對於場合受孕的卵細胞之居所，組成適合的條件。如卵細胞不受孕，則脫落膜(Decidua)就不再需要，而子宮粘膜隨之退化，乃成月經。

近幾十年，關於女性的胚胎腺內分泌(Keimdruschormone)，闡明大有進步，所以卵巢和子宮二器官中定期發生的內分泌關係，得有充分解釋了。我們知道，當着濾胞成熟時期中間，在卵巢中，產生一內分泌，現在所謂濾胞內分泌(Follikelhormon)；其作用是使子宮粘膜增生。至于第二胚胎腺內分泌，是在排卵後，在黃體中產生，其作用是使增生的子宮粘膜進為分泌現象。從動物試驗和臨床經驗上面，可以知道，黃體內分泌，如先沒有濾細胞內分泌作用時，對於子宮粘膜，就不生影響。

關於濾胞內分泌的化學，我們根據

Butenandt 氏之基本工作來報告，牠是 $C_{18}H_{32}O_2$ 式之 Oxyketon，且為硬脂苗裔。而黃體內分泌的組織，還未能闡明，可是得以肯定付度，也屬於同一類。

其他的內分泌對於增生現象和分泌現象無關，為 Kaufmann 氏之試驗所證明，他以這兩種胚胎腺內分泌，施于卵巢剝出或月經閉止的婦女，能得到真正的月經。由這種有價值的治療的工作，可以知道婦女的內分泌生理上的分量，濾胞內分泌有 250000 M.E (單位名)，黃體內分泌有 30 K.E (單位名)。這兩種內分泌自當先後應用，相當于增生現象和分泌現象的步驟。在此替代治療法停止施用後，致使脫落膜同時破碎，與正常的經循環之生理常態相似，所以子宮的內分泌掌治，根據卵巢內分泌之種類，數量，和作用時間，明白確定之。

Zondek 以為卵巢中濾胞內分泌的產生處，在濾胞的 Tekazellen (細胞名)。間質結締組織的細胞 (Interstitielle zellen)，有時對於內分泌產生，也有關係，與 Steinnach 氏在男人的胚胎腺所觀察相似；這種事實，亦不得加以否認。黃體內分泌無疑地為黃體自己所造成，因為牠只能從這種器官得到。

如果我們追問卵巢能產生胚胎腺內分泌的條件，我們從 Herbert Evans 氏工作，Zondek 氏，Aschheim 氏和其他醫生的試驗中，可以知道，在腦下垂體前葉中

，產出一種內分泌，所謂 Gonadotrope Hypophysenhormon；如無此內分泌影響，則卵巢亦不能發生作用。此內分泌，從溫血動物的腦下垂體前葉中，得以取到。牠與胚胎腺內分泌不同，是一種含有氮氣的溶水的化合物，如 thyreotrope Hormon 和因素林 (Insulin) 之與蛋白質分解產生物化學性質相近。牠在小兒樣的動物很能引起胚胎腺作用：在雌性動物得發生 Östrus；在雄性動物，根據 Steinnach 氏發現，由于睪丸的間質給締織細胞所造成胚胎腺內分泌的增加，間接引起精囊和攝護腺的發育和分泌。這是無可疑義的，gonadotrope Hypophysen-vorderlappenhormon 至少是使卵巢中經循環成功（即濾胞成熟，卵成熟，排巢和黃體形成）許多因子中之一種。

由上觀之，兩種女性的胚胎腺內分泌形成，（濾胞內分泌和黃體內分泌）是腦下垂體前腺內分泌影響的收穫，所以 Zondek 和 Aschheim 曾加以肯定，腦下垂體前葉內分泌，作用于濾胞成熟和隨後黃體形成，把牠也分為化學性質不同之兩部分，叫做 Prolan A 和 B。牠們的造成，因時間而分期，相當于濾細胞成熟 (A) 和黃體成熟 (B)。

關於腦下垂體內分泌的化學製造，及其 Prolan A 和 B 的分開，各國研究專家，曾竭力研究之。

在 F. G. Fischer-Freiburg 以外，Zo-

ndek和Scheibber, Lejwa, 及最近Reiss曾努力以求純產物，(指純是 Prolan A或 B 一種而言) Lejwa 得到每克一百萬 R.E (單位名) 最高的純量，他說他所得的一切純產物，在他的試驗動物中，皆達到濾胞成熟及黃體形成的時期。Hisaw 曾試以化學方法來分開這兩種因子(Prolan A和B)，可是在我們實驗室中，他的供獻不能證實。Zondek 以為有生殖器癌病的病人尿中，大多可找出 Prolan A. 在這些試驗中，可是有一點缺憾：是否不在較高的量時，也可黃體形成。

進而言之，A 和 B 的分開，到現在沒有成功，即此部分之最有名的博學者 Herbert Evans 不相信有這兩種因子的存在。

現在我們應當來提起 Philipp 所發現的驚奇事實，就是腦下垂體前葉，在需要大量的濾胞內分泌和黃體內分泌時，(即在妊娠時)實際上沒有 gonadotrope Hormon 這種怪訝的發現，從胚胎腺內分泌于腦下垂體之倒作用這種學問上，才完全明瞭。

卵巢剔出後，腦下垂體前葉，就呈變化，在組織學上，易于證明，如 Fichere 和其他諸醫生所說。Evans 和 Simpson 告訴我們，gonadotrope Hormon 同時產生過量。Hohlweg 和 Dohrn 確定申說，這種變化以及 gonadotrope Hormon 之過量生產，如供給濾胞內分泌得以消失。這種

濾胞內分泌的倒作用，不是 Moore 所認為直接的，而是由于中樞神經系協同作用，為間接的，如 Hohlweg 和 Junkmann 所說。我們在中腦的視神經床底神經節區域中，應當假定有一性中樞。在胚胎腺內分泌量減少時，則此中樞，經神經路，刺戟腦下垂體；反之在增高時，則抑制刺激；並且此中樞因得以由于腦下垂體前葉，來調節胚胎腺的工作。如此屬實，則在妊娠時，卵巢就不能供給多量濾胞內分泌，因為濾胞內分泌如增高，則腦下垂體製造及排出 gonadotrope Hormon，因性中樞的關係，就不得不停止；這事實自甚明晰。由此我們也就明白 Philipp 氏所說妊娠時之腦下垂體，實際地不含有 gonadotrope Hormon。再者由他的試驗中，我們曉得 Prolan 當着妊娠時是在絨毛膜 (Chorion) 產生出來的。受孕的婦女尿中，含有 Prolan 甚多。Aschheim 和 Zondek 之妊娠診斷法為世人所素知。

以上敘述子宮卵巢腦下垂體和中腦之共同作用，已臻完善，而此共同作用之主機關，現在開始敘明。主機關自然不是掌治卵巢的腦下垂體自己，而為性中樞。倘若我們目光注意到 Zondek-Aschheim 氏觀察之立場，則我們應當把卵巢的調節，歸到性中樞了，根據這種學說，濾胞成為黃體，自是由于性中樞在腦下垂體前葉，引起 Prolan B 的形成的原故了。要達到此意義，如新近 Magat 說法，應當假定一

這樣的交叉處，即濾胞內分泌以其倒作用能致性中樞腦下垂體前葉系 (System des Sexualzentrum-Hypophysen-vorderlappens) 產生-B內分泌物。

現在我們來談談一種病，叫做囊胞性的腺肥大。子宮出血甚劇，因得以辨識，卵巢中無黃體形成。可以說，只能從病人尿中得到 Prolan A, 而不是 Prolan B, 因為此病的發生，適由于缺乏黃體形成之故。我曾同Hohlweg共同試驗一個例子之尿，係 Kaufmann 從加利得地方 Wagner 之診所中所選擇者。從此尿中所得之 gonadotrode Hormon, 在動物試驗中，現出有正常的黃體形成。

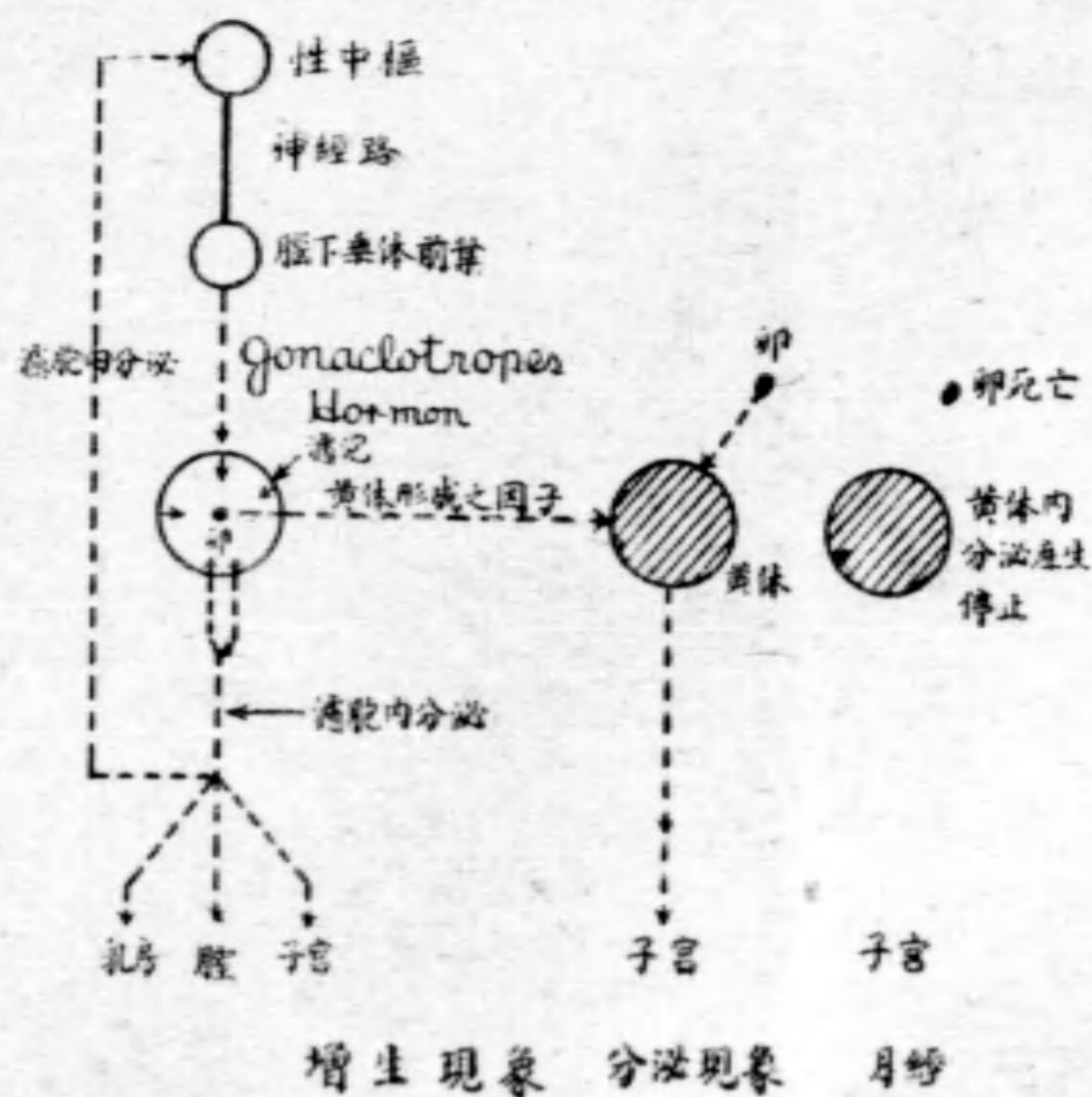
Prolan A和B之分開，雖竭全力以求，或從相當的材料中求純製造物，自不能得到圓滿結果。而我們把黃體形成之主因，歸功于腦下垂體以及性中樞，是否不謬，亦不無疑義。三年前在我們的實驗室中，我得了一種見解，不難把以上難問題，迎刃而解。我把我的見解，叫做工作臆說 (Arbeitshypothese) 且用以討論。

1913年，Robert Meyer 在其工作中，曾敘述卵原始之學說。如我們注意到此學說，並把他的深奧見解移到內分泌的說法，則黃體形成之主因，從腦下垂體轉到卵巢，自屬可能。在 Robert Meyer 之見解意義中，只能作若是設想：成熟的卵子，如Mahnert所說，引起黃體形成，再加上一個條件即須經內分泌之路，如是則經

循環之理論，乃得完善。Prolan A 和 B 之分開，自不需要，可是由于化學上同一的gonadotrope Hormon 之作用，產生這樣多的濾胞內分泌，使卵成熟及子宮粘膜增生。照 Spemann 所說，成熟卵子，作為一主素，因化學的現象，能感應黃體形成，正常的由于濾胞破裂；否則在過分成熟時，沒有濾胞破裂，也能造成假性黃體。如卵不受孕而死，感應作用 (黃體形成) 即行停止；脫落膜分解，月經乃成。

有關的器官之共同作用，用以下的圖式，描寫出來：

女性經循環之圖式



由增生現象進為分泌現象，是由于成熟卵子之黃體形成的作用；卵子死亡後，即發生月經。妊娠時卵子不再為主腦了，胚胎乃成為助絨毛膜之內分泌製造所，能在胎盤中，引起產生多量的濾胞內分泌。即以上所舉之囊腫性腺肥大的例子，現在也就瞭然；卵子在此病中被損害，致無以

感應黃體。

根據此種見解，則Zondek-Aschheim學說所謂當做 Prolan A 和 B 影響的作用，也就明白難以分開了；因為僅是一種分量作用的關係而已。供給多少 gonadotrope Hormon 就可達到濾胞成熟；在小動物如鼠類，能以 gonadotrope Hormon 極微之分量，使濾胞成熟而不達到黃體形成；這是可能，但非易事耳。較易者，以非生理的大量的供給，刺激濾胞及卵成熟，可致黃體先排卵形成。我們應用 Aschheim 之妊娠診斷法，可以證明此人工的假性黃體。這種現象，令人想起以非生理的大量的甲狀腺內分泌，供給蝌蚪，就可使小腿發達。由此而得之小蛙，是人工的成熟。

最後尚須提明者，為我的同伴 Hohl-

weg 新近成功一件工作，他以大量濾胞內分泌，在小兒樣之老鼠，能引起黃體形成。

我再提一句，這種見解，不得視為理論，而為工作臆說。很希望能夠引起同輩注意，用實驗法，來解釋此臆說。就是女性經循環之圖式，亦甚需要補充，為 Evans, De Fremery, Freud, 及其他的醫生新近工作所注意；我們也明白這一點。有許多事實，告訴我們，gonadotrope Hormon 單獨不足負擔濾胞成熟，卵成熟，女性經循環的正常現象，這些責任；應當有其他的內分泌，來共同作用。至于春機發動期及月經閉止期之內分泌掌治的關係，容後再詳細敘述。

產科及婦科上用笑氣麻醉之經驗

Carl Margraf 博士 著 俞德葆 譯

五年來德國境內使用笑氣量增多。現已有用無損害方法排擠多半所施行之以脫麻醉 (Äther narkose) 趨向。德國作者 (Balk Häusen, Graühan, Müller Rehn, Rost, Wymer) 及美國作者 (Backen, Gröndae, Bavan, Farill, Boshamer, Crile, Henderson, Kelly, Moore, Rosenthal, 及 Wesely, Boürne, Süzücki) 諸氏已指證過以

脫麻醉之危險性，氣體麻醉因其只有很少或完全無毒器毒性，能免避此種因實質性損害而起之以脫麻醉之後結果。與所謂類脂肪溶解性的麻醉劑相反，此種無害的氣體不影響於細胞化學作用，而妨害其養氣攝取作用於神經細胞 (Genz)。用 Äthylen, Narcylen, 或 Stickoxydul (即笑氣) 不加他劑之氣體麻醉均有此優點。在美國氣體麻

醉法多用笑氣 (Lachgas) 及 Äthylen, 在德國則用笑氣及 Narcylen. Narcylen 就無損害性及特別適宜之麻醉性而言, 在笑氣或遠駕 Äthylen 之上。雖自1927年德國已製就可供氣體麻醉用之笑氣, 却因其使用技術之困難不得發展。因此原委, 如1929年 Schroeder 氏言, 在美國養成專門行麻醉術者 (Berüfsmarkotiseüren)

基礎問題

對於笑氣問題特別關切之 Würzenberg 大學婦科臨床自1927年是使用笑氣麻醉。Schroeder 氏已於1929年報告過六百個笑氣麻醉例。此後 (1928年9月15日至1932年八月一日) 我們臨床上做過1294個笑氣麻醉, 合一切麻醉例(6283)之20%

用笑氣麻醉女病人最高年齡為71歲, 最低為十二歲。助產例中共有3276例行麻醉法, 其中1096例(等於33%)行笑氣麻醉, 婦科例中有3007麻醉例, 其中198=7%例用笑氣麻醉法, 1294 笑氣麻醉例, 有767(等於6%)不加以脫, 有527例加以脫。產科笑氣麻醉有34%例, 婦科麻醉有73%例須加以脫, 第一表!

第一表

總共笑氣麻醉例

區分	一切麻醉		笑氣麻醉	
	總數	總數	不加以脫	加以脫
產科	3276	1096	713 = 66%	383 = 34%
婦科	3007	198	54 = 27%	144 = 73%

為便於研究笑氣麻醉法之分用於各種例上, 我們將助產及婦科各分列三組。

助產上, 第 I 組包括短期或淺在麻醉 (用於斷胎兒頭, 診察, 測量骨盤等)。第 II 組麻醉用於中大手術 (縫合會陰及陰唇切開或不行陰唇切開, 麻醉中之 Crede' 氏子宮底按摩法, 捫診, 用手剝離胎盤等等), 第 III 組麻醉用於較大手術 (上鉗子, 轉位, 穿通, 裁手及用手露頭後拉出法, 以後縫會陰或不縫會陰), 第 I 組內 (共596笑氣麻醉例) 有10%例, 第II組內 (共158個笑氣麻醉例) 有40%例, 第III組內 (共342笑氣麻醉例) 有76 例, 須加用以脫 (Aether), 參看第二表

第二表

產科上笑氣麻醉例

組	數目	加以脫	不加以脫
I.	596	10%	90%
II.	158	40%	60%
III.	342	76%	24%

用於婦科手術上之結果亦同, 第 I 組 121例包括小手術 (穿刺, 搔爬, 括等等) 有67%例加以脫麻醉, 第II組32例, 腔部手術 (不開腹膜腔, Alexander-Adam 氏手術, 及子宮整位) 有84%, 及第 III 組 4545例, 包括開腹術, 有 80% 加以脫麻醉。

第三表

婦科上笑氣麻醉例

組	數目	加以脫	不加以脫
I.	121	17%	33%
II.	32	84%	16%
III.	45	80%	20%

婦科麻醉時加以脫量，在5及160ccm之間。最長之麻醉為二小時二十二分鐘。19個先用Morphin-Skopolamin麻醉例，須加17至30ccm以脫。用笑氣加深之Avertin 基底麻醉例中有二十五例(等於68%)須加以脫至130ccm。

技 術

笑氣麻醉我們常用20%養氣(即或說80%笑氣+20%養氣)開始，麻醉過程中養氣量絕不宜降低於20%以下。麻醉初即用100%笑氣及漸加養氣至15%，於85%笑氣法(Genz Kaliske)，我們不賞用。行Avertin 基底麻醉用20%養氣之笑氣時易起青紫，因此V. Ammon氏及Schroeder氏早已於併用Avertin及笑氣賞用較低氣體混合之濃度。為不放棄純粹氣體麻醉之優點，我試以笑氣不加以脫行麻醉術，但常不欲用種種方法強行純粹深度笑氣麻醉。若用20%養氣及笑氣之濃度不能達到足量麻醉深度時，我們則加以脫以加深麻醉。

我們臨床上不用過高壓力(Uberdruck)法。特殊例子可以加高壓力(如肺臟手術)，普通例子上，我們以為過高壓力是不需要的，同時也以其為危險的。反之Jecke, Hahmann諸氏喜用少量(1-3cm)

之過高壓力。

照我們的經驗手術前至少要用十分鐘的笑氣麻醉。我們可以，(Jeckel及H. Schnidt氏是不同意的)於麻醉起始後，一至二分鐘或半分至一分鐘行手術，短時間後自覺(Bewusstsein)尚存在時，感覺已麻木(Anaesthesie)了。但不只此早期內之急劇疼痛引起腹壁緊張，即加深之純粹笑氣麻醉亦常不能除去其腹壁緊張。Fohe及Heller氏亦證明起笑氣麻醉須15分鐘。

準 備

腹膜外手術我們預先晚上給她吃一瓦Veronal，次晨麻醉前一小時用0.01Morphin及0.03Scopolamin，Fohl氏對用Skopolamin加以警告，因Skopalamin阻止內呼吸(Innere Atmung)，我們却未見其劣點。有循環系機能不全，極肥胖及貧血女病人及年邁者我們也不用Skopolamin而只用二次0.01Morphin。早前人亦用Scopolamin及Morphin先期準備於一切腹膜腔內手術，(如開腹)；現在我們開腹時用Avertin 基底麻醉；用氣體麻醉前約二十分鐘每千瓦體重用0.06-0.08瓦之Avertin注入直腸。以此似乎可以達到較佳之肌肉輕緩及正規不變之麻醉過程。V. Ammon及Schroeder, Schroeder及Simeonoff, Schroeder諸氏，從我們的臨床上已詳細報告過此種Avertin 基底麻醉及氣體麻醉之併用法。

從我們至此所述結果，可以看出產科

上此輕度笑氣麻醉用於輕便及短期的手術爲一足夠的麻醉方法。然需用麻醉越大，則純粹笑氣麻醉，越不足勝任，使其達到足量深度常須加以脫。就上所述，純粹笑氣麻醉之用度，由小手術，中大手術及至大手術而減少。因產科上比婦科上多用淺度減輕疼痛法，故婦科上用純粹笑氣麻醉之百分數亦較高。因用笑氣麻醉時知覺高度消失，而自覺稍存在，或完全存在，故可令產婦變轉位及同時用腹肌壓力。若當產出期 (Austreibungszeit) 用部分的笑氣麻醉法 (Fraktionelle No_2 Betäubung) 即只在陣痛時覆上蒙藥罩，則陣痛亦不着明減弱。短時間助產酞醑麻醉及助產手術——除帝皇切開術外——我們未見胎兒死亡率增高。惟常有呼吸淺表，此種呼吸淺表不加手續，即能變正常呼吸。

若小孩早已受損害及預先知手術須持久者，可於笑氣麻醉後即加以脫，以防母親養氣缺乏，使胎兒性命得以保存。施帝皇切開術我們臨床上不再用笑氣麻醉，因其使母親缺乏養氣，而危害胎兒性命，故我們禁用之。

Schroeder 氏證明用笑氣麻醉而行帝皇切開術時，原來佳良之心音變弱，生下來深度呼吸困難之嬰孩用復生法無效，終於死了。

婦科上簡單手術三分之一例用笑氣麻醉，再加以脫，結果甚佳，中大及大手術，反之多須加以脫，平均加以脫45.60ccm

最高多160ccm。

藥物準標對於須加以脫問題有何影響尙未斷定。

笑氣麻醉之深度及腹壁弦緩照我們的經驗常不能如願。許多例子用笑氣麻醉與Avertin 基底麻醉，亦尙稱不足；而必須再加以脫。

Kalliske 發見在胃胆囊手術時，雖加以脫至 120g 亦未達到足夠之麻醉深度。E. Strassmann 亦覺得純粹笑氣麻醉過淺。只有少數笑氣麻醉例，我們見到輕度興奮Excitation 麻醉加深即速消失，只有一次興奮狀態有數小時之久。

我們的例中，麻醉後即醒覺，(Denk, Heller, Kalliske Sanger 諸氏的觀察) 受手術者少許強度輾動後醒覺，50%病人麻醉後即有嘔吐，但即速恢復原狀。婦科診察用純粹笑氣麻醉者數小時後病人完全舒意，無頭痛及其他後發病。少量以脫竟引起麻醉後，多昏言及附帶現象。

問麻醉後病人，她都說麻醉入睡時極高興，無窒氣感覺。Jeckel及E. Strassmann 述如此。

除一例加過75ccm 以脫者有氣管支炎外，其他例均無沉重發熱的氣管支炎。

手術創口比較平常流血似較甚 (Albrecht, Kalliske及Schroeder, Schroeder 述即完全無批評的氣笑麻醉時，內臟亦變色。致炎性發紅，難以辨別。靜脈鬱血後，強大流血，自不可免，此外出血暗黑色內

臟變色認不清。

死亡例

照我們經驗笑氣麻醉之死亡例，較普通麻醉為高，年來有三個笑氣麻醉死亡例。

第一例：第一產，33歲婦人因胎兒心聲沉弱，用鉗子將胎兒由深橫位拉出，初用養氣笑氣麻醉後，即加以脫，以後因舌前垂，呼吸被阻，純用以脫。麻醉將終時，脈搏加速至120—130次。醒後呼吸促急，而漸成青紫，行麻醉之後40分鐘致死。

屍體觀察：胸腺之殘跡長大達至心囊，心內膜下出血。輕度肺腫，可疑的心內膜炎，及變軟之脾臟。

判斷：因生產經過及手術極順利，屍體觀察亦無解答——設不以胸腺為死亡原因——及因脈搏當麻醉時加速及麻醉後呼吸加速，都證明是麻醉之故。我以為毫無批評地施行的麻醉為致死原因。

第二例：用笑氣以脫麻醉行高位試驗上鉗法，22歲初產婦人，前曾受過二次毫無障礙之笑氣麻醉，處高前垂直位，胞水早破，及Febris sub partū 該時忽然有暫時的發青紫，雖呼吸道是通順的，穿刺及拉出後縫會陰時起虛脫，呼吸淺表，衰脫現象增加，以至於死。失血總量為 1100g。

屍體檢查，除不能當作死因之血吸入肺內外，心臟肌肉分裂，肝原質沈濁及尿管細管上皮之沈濁腫脹。

判斷：屍體解剖者說麻醉是心臟損害

之原因，但肝腎實質性變化亦為麻醉所致。照臨床經過，我們也與他的決斷同意。

第三例：33歲產婦人笑氣以脫麻醉中行轉位及拉出法，于無障礙之笑氣麻醉中用過擴張陣痛促進器(Kolpeuryse)後，胎兒頭位異常，臍帶脫出，產婦之骨盤狹小，及輕度腎病，醒覺後呼吸加速，呼吸困難，不安及脈搏加速。手術後三小時，脈搏變劣，及呼吸更促。手術後十七小時死亡。在少量尿中，起初只有 Albumen 蛋白之痕跡，後來有多量蛋白，粒狀圓柱白血球紅血球。

屍體觀察：子宮後壁及子宮頸處，完全破裂，心肌，肝腎沈濁腫脹，肺：二下葉有沈下性鬱血。

判斷：就屍體解剖者之意見，心肌損害為最要，就解剖所見心是緩緩地不勝其任的。組織上。心肌有廣延之斷裂，及脂肪變性，肝中Kupper 氏 Sternzellen (Kupper 氏星狀細胞) 有極大有如脂滴狀之脂肪變性。「認定為麻醉之非特殊作用」。「心肝之實質變化現在是了然地絕對是麻醉之損害」。

此三例麻醉均由對於笑氣麻醉術極有經驗的助理行之，施行麻醉法是無可指摘的，死亡例為 3:1294，若以第一例為胸腺死亡例則至少有 2:1294，若只就笑氣以脫麻醉言，則其死亡率為 3:527 至少也有 2:527。

就以上各端，無危險之純粹笑氣麻醉只足應用於短時間之各手術，用於大手術大抵不足矣，却需用補充麻醉劑以加深麻醉及弛緩腹壁之緊張。雖然多數人主張，加用以脫較之純用以脫無着明損害——因其用量少及 Lotheisen 氏以為，同時加入純粹養化氣——但我發見，即加用少許以脫其麻醉後入睡著明延長，昏語現象，及一般狀況障害亦持久。此種現象，我們只能少見於純粹氣體麻醉。

女病人用純粹笑氣或 Narcylen 診察麻醉後三四小時即能步行返家，而用笑氣以脫麻醉後，最早亦只能於次日返家。

此外加以脫之笑氣麻醉（即笑氣以脫麻醉）可以保證其絕對無爆發危險，許多近年來之爆發例只有一例由 Peleiderer 發表無疑地證明了，可驚之爆發尚未澈知，故其意義亦不重視。以以脫加深笑氣麻醉者亦天然有如以脫空氣，或以脫養氣麻醉之同樣爆發危險。

純粹笑氣麻醉除適意（速醒，少昏語現象）外主要優點則為不損害臟器實質。

如 Denk, Finsterer, Grent, Heller, Hesse, Jeckel, Kallikse, H. Schmidt, Schultz 我們亦除二三死亡例外臨床上未見有實質損害者。

因此氣（笑氣）對於呼吸道無刺戟性故手術後生肺炎及氣管支炎者數少。笑氣之其他優點為不損及循環系器管。有心瓣膜病者，我們無論如何不用笑氣，而賞用

Narcylen，因笑氣較少影響酸鹼平衡（即中性反應）故笑氣只稍損傷身體，（V. Ammon及Schroeder, Peister, Schroeder Schüppel）。

多數笑氣麻醉須加以脫，使達到麻醉深度，及肌肉弛緩其原因在乎笑氣之麻醉域（Narkosenbreite）較小。

麻醉持久間於室氣及醒覺，缺少養氣，易致發青紫，呼吸困難及死亡。故施麻醉術者，非但宜將缺少養氣現象之發青紫除去，亦宜絕不使其發青紫，乃為施麻醉者之第一律則。故欲加深麻醉決不能用減少養氣方法，而宜再加其他麻醉劑。

雖技術極佳，笑氣麻醉中，仍有死亡例，這些死亡例。應歸咎於麻醉。總共笑氣麻醉例中我們有二個確實的麻醉死亡例，這是總數之 0.15% 或為笑氣以脫麻醉例之 0.38%，因此二死亡例均因合併之笑氣以脫麻醉也。近時漢堡亦有笑氣麻醉的二個死亡例均有病理解剖的肝臟損害。

總 括

總括地我們就我們的經驗，可以斷言純粹笑氣麻醉法，為小手術上一個極合意之麻醉方法。因其麻醉域過小，故欲加深麻醉時，必須加其他麻醉劑，因用減低養氣至 20% 以下方法以加深麻醉，是太危險的。較之以脫，笑氣除適意無興奮的入睡，速醒，少有昏語現象外，尚有因不損害臟器實質，呼吸管，及循環器，及無後起損害之特長，雖然如此，如我所示之死亡

率，笑氣麻醉，亦決不如一般人所以為的不危險。因麻醉技術之困難，及笑氣麻醉為純粹是氣體麻醉而有許多優點，須加以

脫。我們現常用 Narcylen 麻醉。此種 Narcylen 麻醉完全無損害，麻醉域較大，用簡單技術行之即可。

論炎性子宮附屬器用保守及手術療法之結果

(續)

H. Rosenbeck 博士著 俞德葆譯

B. 手術治療例：

我們上而已述因有子宮附屬器瘤而施行手術共有 235 例，而其中只有 66 例於施行保守療法無效後行手術者能吻合此之題旨。

將其餘 166 例仍引為比較列入其內者，因炎性子宮附屬器瘤之存在常為其他正規手術之不良併發症，手術後之病况及死亡每受此等炎性子宮附屬器瘤之影響。這樣我們可以因其他適應而行手術之材料與那些因不能用保守療法而行手術之材料所得之經驗相比較，因 169 例就特殊狀況說及其手術療法之適應與此治療範圍無關，我們就將此種例子簡單列於其他之適應類(第二類)內，此處須簡單說明者乃於比較之例子中有下列適應成問題：陳舊之子宮外孕及子宮附屬器瘤之鑑別診斷只有用手術方法才能定奪；不孕；有子宮附屬器結核症之疑者；與子宮附屬器有密切關係之腸管併發病；因子宮附屬器瘤而發生強度

生殖器出血；與子宮附屬器瘤併發之肌瘤，癌瘤或其他子宮內新生物；活動性及固定性子宮後屈，或其他因痛苦而起之位置變常，末了有顯着新生物之假定，或有子宮附屬器上新生物之疑者。

我們例中所行之手術可分列如下：

第三表

手術種類	第一組 (無效之保守療法)	第二組 (其他適應)
1. 試驗剖腹即剖腹而無生殖器廣大手術(例如剝離癒合，子宮前懸等等)	5	28
2. 完全或一部分的除去一側或兩側有病之輸卵管(或卵巢)	3	18
3. 一側或二側完全除去子宮附屬器	14	35
4. G.W. Wagner及Beutther氏法子宮基底橫行楔狀切除連一側或兩側子宮附屬器	5	9
5. 臍上子宮切斷及除去一側或二側之子宮附屬器	14	26
6. 子宮腹部完全摘出連一側之子宮附屬器	2	5
7. 腹部根本手術	23	48
總數	66	169

我們若以上第三表內所示之比較不大手術為保守的手術方法，4至7項所示者為「根本手術」於我們在使用之多數中，可知此二類間有重大之區別在：在因其他適應而施手術時此保守的手術方法，一亦如根本方法，可施用之，反之在因用保守療法無效而施行手術者，大約三分之二須用此斷絕妊娠之根本方法。在其他適應類內此根本進行有須增至為完全的根本方法者，即將一切內生殖器除去之，其理由在於根基的病症(如肌瘤)，而在用保守療法無效而行手術之炎性子宮附屬器瘤例子上必須用比較根本的手術方法，其理由主要在乎手術技術手術預防。異常不能用保守療法之附屬器瘤常不只與子宮後壁，且與闊子宮紐帶及體壁層腹膜堅固癒着，致用保守的手術治法時必須將附屬器瘤完全剝離如此則有爆裂之危險——設無此預後惡劣結果——有時不能時以網膜移植以遷蓋之腹膜缺損之全部。此種用保守方法所致之腹膜創口仍足引不可忍受之癒着痛苦——常無滿意之結局，而開刀技術上亦極感困難——而須覆施手術，至癒後結果雖病人之子宮附屬器痛苦消失，而其他則反成難忍之癒着痛苦結果，致病人較不受手術時亦有同樣之工作妨害及全身安適。

不論其因用保守治療無效或因「其他適應」而施手術者，有一他見，即在治療任何一種子宮附屬器瘤時須特別注意女病人之年齡。我們於篇首已經提及，在女病

人之年已老或將近經絕期者對子宮附屬器瘤之治療可較年輕女病人早日施行手術。至於年輕女病人用盡一切保守療法無效而逼不得已而施行手術者，我們也當極力在可能範圍內施用「保守的手術方法」(參看第三表1—3項)；此法若因手術技術上或其他原因不能施行時，則當極力於此——尤其是在年齡最初的一類——剩留一卵巢或至少亦須剩留卵巢之一部殘跡及有行經可能性的子宮粘膜。為此種情形我們可用高位腔上子宮切除，或更佳用 Wagner-Bui-Atner 氏子宮基底橫行楔狀切除法。普通將一卵巢移植於腹壁下，如腹直肌膜下，所得不良結果之經驗，實令我們有將囊狀變性之卵巢殘留部在第二次開刀時再行除去之危險，不如讓卵巢一部留於其正常之局部位置上為妙。其理由上已詳述。

為簡捷一覽我們所做的手術如何，分為各種不同之年齡類，我們特地在表格內將所行之手術數目，按照年齡類及按照其應適用(保守療法無效者(=a)及其他適應者(=b)分別列之。

我們若迴憶到因用保守療法無效而行手術者之數目共為66例，則在此總數內最幼之年齡類(15—10歲之間)就單獨超過50%(51.5%)而其他年齡類不過占有總數之25.8%(31—35歲者)，12.1%(36—40歲者)10.6%(41—63歲者)。適此處大多數均屬年輕尚未盡其本身之人生責任，(如

生育及子女教養),因此慢性炎子宮附屬器
瘤之手術治療頗費躊躇,蓋開刀後之女人

將不能再受孕也。

第 四 表

手 術 種 類	年 齡 組							
	15—30		31—35		36—40		41—61	
	a	b	a	b	a	b	a	b
試驗剖腹或無廣大子宮附屬器手術之剖 腹	3	21	1	2	1	3	—	2
除去一側或二側罹病輸卵管(或卵巢)	3	9	—	5	—	3	—	1
完全除去罹病子宮附屬器子宮基底橫行 楔狀切除	10	25	3	6	7	7	—	3
連一側或二側子宮附屬器	5	8	—	1	—	—	—	—
膾上子宮切斷連一側或二側子宮附屬器	8	8	4	4	1	6	1	8
子宮腹部完全摘出連一側子宮附屬器	1	1	—	2	1	1	—	1
腹部根本手術	4	15	9	6	4	8	6	19
總數	34	87	17	26	8	22	7	34

手術治療結果：

為簡單一覽炎性子宮附屬器瘤用手術
治療結果起見,我們將於下例述之(即用
試驗剖腹,剖腹而無廣大之生殖器手術者
,一側或兩側之輸卵管,卵巢,或全部子
宮附屬器切除)而與用根本(非指完全為
手術技術上而言之「根本」,治療所得者(即
用Wagner-Beüthür氏之子宮底橫行楔狀
切除法而兼行切除一側或二側之子宮附屬
器部分,膾上切除而兼切除一側或兩側之
子宮附屬器,腹腔內子宮及一側之子宮附
屬器完全摘出,未了腹部之根本手術即子
宮及二側之子宮附屬器完全摘出)相比較
。

22例因用保守療法無效而行「保守手

術」法者,內有1例初期即自覺完全無痛苦
,有2例尚有少許痛而無工作妨害,有三
例則無可供給估價之報告。此22個女病人
中有12人在離院時有自覺與手術完全相稱
之情況,在開刀處毫無任何壓痛,而有7
例尚有開刀處之壓痛而無相當之捫知變化
。所以22例用保守手術治療者中有19例
他覺毫無捫知物而離院,有1例則有無痛
之滲出特,其他二例缺少相當之報告。在
44例因用保守療法無效而施行根本手術者
中有37例能完全無痛苦或只有少許於工作
無妨害而離院。有一女病人因有因手術而
起之輸尿管瘻管,一病人因各現象消失於
手術後察期前離院,有二女病人則因手術
後起之心臟病而須轉於內科醫生處診治。

44例用根本行手術者在離院時有28例與手術相稱，或只有輕度局部壓痛之生殖器捫知物，有10個女病人在離院時生殖器上尚有強度壓痛及捫知之大變化。此數中有3個因手術後腹膜炎，肺栓塞及心臟衰弱之增劇而致死亡。除去3個死亡而剩下之63例中有45例來覆診，其中有40例(有5例缺相當之報告)可供自覺恆久結果之估值，有42例(有3例缺相當報告)可供他覺恆久結果估值之用。於此可供自覺恆久結果估值之40例中有15例是恆久的完全無痛苦，有17例尚有輕度於工作無妨害之痛苦。總計有相當價值之40例中，有32例(=80%)有自覺完全或竟可謂近于完全之恆久治癒者(有真真很少於工作無妨害之痛苦)。40個觀察例中有4例(=10%)尚訴強度於工作有妨害之痛苦，可注意的是此四例中行保守手術及用子宮底橫行楔狀切除治療者各占一例，而其他二例則當計之於用子宮腔上切除治療內上；在此用完全摘出或屬於根本手術治療一類內絕無強度痛苦之例中，一切因用保守療法無效而行手術者獨占有38%，以此在治療慢性炎子宮附屬器

瘤最好之根本方法上，手術之效力確實大增。有一例(=2.5%)因有小腹壁瘻管尚須覆行手術；有三例(=7.5%)則現象消失。

在可供他覺恆久結果估值之42例中，有例有與手術相稱之情況而無任何壓痛，有10例俱相似情況有輕度壓痛而無捫知之變化，故42例中之29例(=68.3%)即在代覺方面言亦可謂恆久結果。42例中之11例(=26.2%)在覆診時尚該於開刀部有強度壓痛而有捫知之變化者，1例(=2.4%)在覆診時有無痛之滲出物，而所得恆久結果之一例(=2.4%)則因尚須行瘻管手術故較不美。

現為便於慢性炎子宮附屬器瘤因其他適應而施行手術與完全用保守療法無效而後行手術治療者比較起見，我們將二種所得之初期及恆久結果按自覺及他覺治療結果分別列表；至於此大材料之一一詳述我們因篇幅關係及對於此處之問題無甚關切故從略之。下面第五表所計百分數僅就事實上價值之例而計算之此種例當作總數而列於每表部分之下。

第五表 自覺的治療結果

	初期結果		恆久結果	
	因其他應適 行手術之子 宮附屬器瘤 數目=%	因用保守療 法無效而行 手術之子 宮附屬器瘤 數目=%	因其他適應 行手術之子 宮附屬器瘤 數目=%	因用保守療 法無效而行 手術之子 宮附屬器瘤 數目=%
毫無痛苦	129=83.8	48=77.5	44=51.7	15=37.5

少許痛苦無工作妨害	15=9,7	8=12,9	25=29,4	17=42,5
強度痛苦有工作妨害	0=0,0	0=0,0	4=4,7	4=10,0
痛苦不變	0=0,0	0=0,0	1=1,2	
轉於內科	2=1,3	2=3,2	0=0,0	
死亡	7=4,6	3=4,8	0=0,0	
其他各種(瘻管等)	1=0,7	1=1,6	1=1,2	1=2,5
消失現象	0=0,0	0=0,0	10=11,8	3=7,5
總數	154	64	85	40

他覺的治療結果

發覺物完全與手術相當	94=5,9	32=52,5	47=58,8	19=45,4
手術域內輕度壓痛而無 捫知物	41=5,9	15=24,6	25=31,3	10=23,8
手術域內強度壓痛而有 捫知物	9=5,7	10=16,4	7=8,8	11=26,2
無痛滲出物	5=3,2	1=1,6	0=0,0	1=2,4
死亡	7=4,4	3=4,9	0=0,0	0=0,0
總數	158	61	80	42

此表告訴我們不論其因其他適應或因用保守療法無效而施行手術者，其主覺之恆久結果在此二種內完全是在同樣的程度內變動，至少也是對的，若是我們將完全無痛一類或有少許痛苦而工作上無妨害之離院病人，當作「滿意的治療結果」列在一起。我們若在他覺治療結果內，亦將完全與手術相符之情況類及有輕度開刀部壓痛而無捫知變化而離院一類當作「他覺滿意的治療結果」併列之，也有同樣之情形。反之我們如觀察每一結果自身，那末我們知道，不論他覺及自覺的治療結果，而且同樣的不論為初期結果或為恆久結果，其因用保守療法無效而後用手術方法治療者較之因其他適應而受手術治療者，大概

更為不佳。此區別在手術域內尚有強度壓痛及捫知之變化，而且不論其為初期結果或為恆久結果，亦頗為顯着。若因用保守療法無效而施行手術之例較之其餘較大材料內收集之經驗平均數為少時，其咎非在定奪適應之差誤，而在定奪適應之過嚴，因定奪此種適應，我們迄今只能將十分嚴重不能用任何保守療法治療之慢性炎子宮附屬器瘤施行手術療法也。

大量材料中，本來手術之應適非為子宮附屬器瘤，而為其他與子宮附屬器瘤之複雜病時，則下列問題極為正當，即將來炎性子宮附屬器瘤之手術療法是否必須只為極嚴重的，常須經年歷月才能治癒者而設，或者能否將適應之指定依早日工作能力

之恢復而擴充之。篇首所述之實施剛術技術上之前提，亦如歷來之嚴格，更是至少須當心而忍耐地待至急性炎症狀之消失，當無須贅言！換言之，我們所述者非就單一例子上，行手術時間之向前轉移而言，

而只為將行手術之實際適應於相當例子擴大之。但在擴大之適應上我們亦當格外注意上述女病人之年齡，其理由我們在上面已經詳細論及過矣。

健康與衛生

北平之公共衛生一瞥

許端慶作

編者按：此文本為我校醫學院一九三四級同學北上作公共衛生實地考察之報告書。以篇幅關係，將動機，籌備，組織等項以及來往車行時間，與遊覽之記載刪去；且商得作者同意，易作今名。以時間作綱，可謂已將北平之重要衛生行政備述無遺，誠不虛此行矣！又是行：費時凡十七日。刪去后殘缺不整，祈讀者注意，並請作者原諒。

二十三日

上午參觀北平市衛生處。

市立第一診療所。

下午參觀北平市衛生處第二衛生區事務所

。

國立北平大學醫學院附屬醫院。

北平市立醫院附妓女檢治所。

一、北平市衛生處

衛生處係直轄於北平市政府的一個機關，民國十七年為市府八局之一——衛生局，十七年併入公安局內，稱衛生科，二十年又復改為衛生股，二十二年十月始籌設專處；每月經費為二萬元，現分四

科——

第一科掌理總務，文書，會計，庶務等事項。

第二科掌理下列事項：

(一)關於死亡及出生之登記事項。

(二)關於疾病之登記事項。

(三)關於婚嫁登記之事項。

(四)關於生死疾病統計之彙編及保管事項。

(五)關於發給抬埋執照事項。

(六)關於傳染病之預防等事項。

(七)關於種痘及預防接種事項。

(八)關於狂犬病之預防等事項。

(九)關於衛生教育事項。

第三科掌理下列事項：

(一)關於街道清潔，垃圾處理事項。

(二)關於清潔工作分配及監督事項。

(三)關於飲食店舖，攤，担檢查事項。

。

(四)關於飲料檢驗，消毒事項。

(五)關於飲水改良事項。

(六)關於澡堂，浴室，理髮館，戲院

之公共衛生檢查事項。

(七)關於公廁改建及檢查事項。

(八)關於衛生工程設計事項。

第四科掌理下列事項：

(一)關於醫師，醫士，護士，牙醫生

，助產士，接生婆，獸醫師，藥

劑師，公私醫院，診療所，藥商

之取締及發給執照等事項。

(二)關於市立醫院，診療所及娼妓檢

治所之設計及監督事項。

(三)關於接生婆之訓練及監督事項。

(四)關於婦嬰衛生事項。

(五)關於學校衛生事項。

(六)關於工廠衛生事項。

直轄於衛生處的機關，有下列數處

——

市立醫院附娼妓檢治所。

東郊診療所。

西郊診療所。

內城診療所。

北郊診療所。

保嬰事務所。

藥學講習所。

衛生陳列所。

第一衛生區事務所。

第二衛生區事務所。

據該處第三科科长之報告云，現在第三科之主要工作及經費支出係關於「清潔衛生」方面，但成績不見佳，譬如街道中之垃圾即成問題；大街上的係由衛生處派人清除，小胡同中的，則無辦法云！據云，此因收集制度太壞的原故。

除此，又如煤屑一項，據云，全市每天可產一千五百噸以上，但能運出者，最多只到一百五十噸，餘下不能運出的，不又成了清潔方面的問題麼？

再，關於街道清潔一項，據云，全市共有清道夫七百，洒水汽車四輛，手推洒水車若干輛，但北平市城廂非常遼闊，且除大街係柏油築地外，小胡同仍多係一片黃土，暴風一起，沙塵密天，四輛洒水汽車怎敷應用？！

關於飲水一項，據云，全市百分之八十三的居民仍飲用井水，只百分之十七飲用自來水；且又是很壞的井水；大多數之井俱無井欄，故污水，糞便等易於流入井內；據云，某年曾檢查過一次全城的井水，結果，其中所含之雜菌多至五六百，且無一井無大腸菌！

關於糞便之處置，亦無一根本解決辦法，據云，係包給人運出作為肥料用，每

年可收入一百五十萬元。

此外，諾大一個北平市，並無一個規模完備的屠宰場，殺豬殺羊隨地可舉行，宰後的牲畜並不由衛生處管理，檢查，却歸之於稅收機關呢！

上舉諸端，只不過由環境衛生中尋出的幾個缺點，但由此亦可略知過去北平公共衛生辦理的成績了！

但上述諸缺點，俱得自該處負責人之口中者，主持公共衛生者既已見到此等缺點，當設法漸漸改善，則北平市民之幸福也！

惟缺點雖多，亦不無優點在，如衛生統計一項，因北平警政辦理甚良，故其成績，可為全國冠；城南者，由第一衛生區事務所負責，城北者，由第二衛生區事務所負責，下再詳述之。

二·市立第一診療所

從前稱為內城醫院，因內容甚簡單，又無病牀，且經濟時感困難，故自衛生處成立後即改為診療所，中西醫兼有，亦為特異者。

三·市立第二衛生區事務所

係仿照第一衛生區事務所而設，辦理北平市內二區公共衛生事務；成立只月餘，主動者，係由南京衛生署與洛氏基金委員會合力而成者；現歸國立北平大學醫學院衛生科辦理。

該所開辦經費為美金一萬三千元，常年經費，每月國幣一千三百元，所內有醫

師四人，護士五人，助產師一人，牙醫一人。

分四股辦事：

第一股——關於總務，文書，會計，庶務等事項。

第二股——關於統計，防疫事項。

第三股——關於環境衛生事項。

第四股——關於保健事項。

工作大要——

(甲)生死統計——現着手之主要工作為死亡統計，與公安局內二區署合作，其辦法甚好，即凡需搬運出城之棺材，俱須向公安局領取出殯執照，同時即令其向事務所請求填寫死亡調查表，如是，遺漏可望減少矣，但於嬰兒死亡則不免！所中現為將來統計方便計，特訓練着一種戶籍警察。預備將全區分為二十段，每段用戶籍警二人，調查出生，死亡，按月分類報告。

(乙)防疫——暫以法定之九種傳染病為限，尤注意天花，猩紅熱，白喉，傷寒，霍亂五種之預防與管理，復商請各醫院及開業醫師從事各種傳染病之報告，並設法實行各種管理手續。如前平大醫學院與中央防疫處合辦之預防接種處即附於所內辦公，每日上午施行各種預防注射。

(丙)環境衛生，現尚未開始工作。

(丁)學校衛生——現已有七校，共計學生二千人，施行甲種學校衛生，按內二

區內，學校林立，大小學校幾及百數，學生人數，估計在二萬以上，該區全人口總數爲十萬，學生佔四分之一，現正擬乙種學校衛生辦法，以備積極推行學校衛生。

(戊)工場衛生——因此區內尙無大規模之工場，故工作較少，只與社會局第十一工場合作辦理之，該廠現有工人一百五十人。

(己)婦嬰衛生——所內請有兼任產科醫師一人，助產士二人辦理此事。於每星期三五下午施行產前，產後及嬰兒之診治，並由助產士從事接生，並負責舉行家庭訪視，母親會，兒童會等工作。計已有孕婦七十人。曾舉行母親會二次，兒童會一次。

除此，所中尙聘有牙醫一人，助理員一人辦理牙醫事務。

所中設有檢驗室一，檢查一切糞便，血液，痰，尿等物，借資疾病之診斷，及飲水與食物之化驗，同時，區內各開業醫師得送檢驗物來所檢驗。

因國立醫學院已有附屬醫院，故區事務所內無門診之設置，免去多餘之花費云。

第二衛生區事務所，成立迄今，只月餘，而蓬勃之氣象已顯現於目前，當爲其前途慶，試矚目待之可也。

三·國立北平大學醫學院附屬醫院

此爲北大醫學院的實習醫院，有病床

百餘張，每月经費爲二千二百八十元，院內分八科，內科，外科，小兒科，皮膚花柳科，耳鼻喉科，眼科，產科，理學治療科。全院共有醫師及助手三十人，護士四十人，實習學生爲醫學院最後二年級，共有學生六十人。

四·市立醫院附妓女檢治所

市立醫院係直轄於市政府衛生處者，每月经費三千八百元，由衛生處支給，惟適改組不久，新院長李學瀛君極欲圖治，過去一切腐敗，現已洗刷一淨，惟現有之病床仍只五十張，而全市居民，却達百六七十萬之多，設備比例，不及四萬分之一，爲一大缺點，極應在可能範圍內設法擴充才是。

市立醫院尙兼管內城，東郊，西郊，北郊四診療所，共有中西醫師十四人，本校畢業同學史美厚君現在該院任內科醫師，參觀時，得其指導不少。

承李院長告以最近將來的計劃數項，如添聘醫員，修葺房舍，添置被服，添購器械，開設分院等數事。祝其一一實現，則北平市民之福音也。

妓女檢治所附設於市立醫院內，有醫師二人主其事，除檢查外，尙兼帶治療；如檢出病重之妓女，則報告公安局，勒令停止接客留宿，據該所十一月份之統計，北平現共有妓女五千六百九十八人，其中以四等妓女最多，其次爲三等；二等，一等較少，而患病者，最多爲三等，其次二

等，四等；一等較少。

二十四日

上午參觀北平市衛生處第一衛生區事務所

育英中學

下午參觀仁立工廠

燕京工廠

一、第一衛生區事務所

該所創立迄今已九年，辦理極有成績，每年所屬各股之工作俱須作成報告，彙為年報發表之，該所所長，現由衛生處方處長自兼，其組織如下——

第一股：統計兼防疫

職員：主任

股員

衛生稽查

工作：(甲)出生統計事項。

(乙)死亡統計事項。

(丙)死亡原因調查事項。

(丁)傳染病預防事項。

第二股：環境衛生

職員：主任

衛生稽查

工作：(甲)飲水檢查事項。

(乙)食物檢查事項。

(丙)廁所檢查事項。

(丁)關於衛生清潔事項。

第三股：保健

職員：主任

股員

工作：(甲)學校衛生事項。

(乙)工廠衛生事項。

(丙)產婦衛生事項。

(丁)兒童衛生事項。

(戊)防治疾病事項，

第四股：衛生勸導

職員：主任

勸導員

工作：(甲)學校衛生勸導事項。

(乙)工廠衛生勸導事項。

(丙)家庭衛生勸導事項。

(丁)產婦衛生勸導事項。

(戊)兒童衛生勸導事項。

(己)關於醫務助理事項。

總務等事項，現由所長辦公室辦理。

全所工作一般觀察——

(一)統計工作：上曾說過，北平因警政辦理甚善，故統計工作之進行，亦極順利，且非常精確，可為全國冠。辦法分，戶口調查與生死統計。

戶口調查，由公安局辦理，出生報告，多得自公安局區署，衛生稽查，公共衛生勸導員，醫院，診療所或助產士；死亡報告一項，規定，凡區內人民死亡者，須由其家族依照警章，報告於警區分段，再由各分段通知事務所，事務所據報後，即在統計股登記之，並由主管人員指派衛生稽查前往調查死因，然後發給死亡證書，以憑領死亡抬埋執照。

(二)防疫工作分下列三項：

甲·傳染病之報告。

乙·預防接種。

丙·種痘訓練班。

傳染病報告，多得自公共衛生勸導員及衛生稽查等。報告之標準，係按照前衛生部公布之傳染病預防條例所規定者，即天花，白喉，猩紅熱，霍亂，鼠疫，流行性腦脊髓膜炎，傷寒，斑疹傷寒及赤痢等九種。凡接到每種傳染病報告後，即由事務所派員前往病家探視，並診斷之，如診斷確係某種傳染病，當即令患者至傳染病院，並予以隔離及消毒；其有與病人接觸者，並予以檢查，必要時，復舉行預防注射及消毒等；如病者請求事務所醫師予以診治者，亦即設法予以相當治療；為明瞭各種傳染病之傳染情形及增減起見，複製定傳染地點發現圖及逐日傳染病報告二種，以便考查。

預防接種辦法，係由事務所先行與區內各自治坊接洽妥當，由所內印製各種傳單，標語及種痘券，送往各自治坊，由自治坊分送於各坊市民，並就各自治坊公所為種痘地點，據云，每年辦理成績俱有進步。

種痘訓練班，係民國十九年成立的，現已辦至第三屆。

(三)環境衛生之重要工作如下：

(甲)道路清潔。

(乙)公廁管理。

(丙)飲食店舖及攤担之衛生檢查。

(丁)飲水檢查。

(戊)居民衛生檢查。

(己)理髮館及浴室管理。

上列之工作數項，尤以(乙)(丁)二項更為重要。

按內一區轄境二〇，二一三方里，據該所十八年五月之統計，全區人口總數為九七八七七人，而公廁只三十餘處，且十之八九均以建築簡陋，未能適合衛生原則，是應急需改革者一。

關於飲水檢查一項，據該所負責人報告，北平全市之居民飲用自來水者，尚只百分之十七（其他百分之八十三俱飲用井水），區內居民自無待言也，但北平自來水廠所出之水，經該所二十年三月份之檢查報告稱，每公撮(1ccm)含有雜菌二十二而大腸菌醱酵試驗為百分之四十（按水中大腸菌醱酵試驗，不得超過百分之十，否則，即不能生飲）。

又據該所二十一年統計報告，區內共有飲水井三十處，化驗結果，無一井無大腸菌云！

該所以每年夏秋二季，胃腸傳染病之淵源大多來自飲用之水井，故飲水消毒，亦認為環境衛生重要工作之一，故擇其已經化驗之水井，施行漂白粉消毒，但據該所二十一年度之報告，全區內仍只有八處水井曾經消毒過。

(四)婦嬰衛生

婦嬰衛生工作為產婦，嬰兒門診，出

診，收生及未滿學齡兒童衛生，如保嬰會，收生嬰兒死亡情形，未滿學齡兒童門診，醫師出診等工作。

(五)學校衛生工作

學校衛生工作為體格檢查，缺點矯正，預防接種，衛生教育及會議，環境衛生檢查等。據該所負責人稱，二十一年度直接負責管理之學校，計有九處，即育英中學，貝滿女中，培元小學，博氏幼稚園，第二中學，第六小學，第一助產學校，求知小學及光華中學，共有學生二，八四二人。

(六)工廠衛生

因經費關係，與該所有關者，只地氈工場一項，工場衛生之工作為環境衛生檢查（如除穢，廁所，光線透氣，飲水等），體格檢查，預防接種，衛生教育及會議。

(七)治療工作

事務所附設診療所，每日俱開診，分普通科，小兒科，砂眼科，癆病科，牙科及產婦科；據該所二十一年度統計稱，就診人數為二三，四八八八，但其中有百分之二三為預防工作。

(八)公共衛生勸導工作

勸導工作為管理產婦，嬰兒衛生，普通病症護理，癆病訪視，傳染病訪視，學校，工場門診各項工作之助理及兒童衛生會等。

二·育英中學

育英為第一衛生區事務所管理之一校，據該所二十一年報告，該年度所花費用如下：

主任醫師薪俸	五四〇元
醫師薪俸	三六〇元
衛生勸導員薪俸	八四〇元
助理員薪俸	一四四元
藥品材料費	五七七元
車費	七〇元
雜費	三〇〇元
合計	二八三一元
學生總數	一一四三人
每生用費	二，四八元

育英學生如於辦公時間以外發現急症時，可直接由學校送往協和醫院免費救治云。

三·仁立工廠

共有工友六十餘人，辦理公共衛生只兩年，公共衛生室開辦費只一百多元，每工人每年需費二元九角餘，此款由資方代工人付給衛生事務所，如遇工人病重，必須住院時，費用由資方負擔。

四·燕京工場

燕京工場之衛生工作已具八年之歷史，成績甚可觀，仍由第一衛生區事務所管理，廠內設有醫藥室一所，兼任醫師一人，專任及兼任勸導員各一人，助理員一人。

據第一衛生區事務所二十一年統計，燕京二十年度共有工人五九〇人，又據二

十一年統計，衛生費用總計二千四百九十五元〇五分，每工人所費，平均為二元九角四分。

工作分：衛生教育，環境衛生，預防工作，疾病治療等四項。

衛生教育——除關於個人衛生談話外，並舉辦急救訓練班，每星期授課三次，所有學徒及工人均可參加，授以各種急救術及普通衛生知識，又每月舉行公開衛生講演一次，並每月招集工廠經理及衛生負責人員開衛生討論會一次。

環境衛生工作，不外注意除穢，廁所，光線，透氣，飲水，細菌檢查，被服滅虱，消毒，廚房及食物等數項。

惟仁立，燕京二工廠之廠屋建築，簡陋不堪，環境衛生，直無可言者，且織地氈亦為危險工業之一種，因所用之生羊毛內，不少菌類雜於其間，尤以脾脫疽菌（*Bacillus anthracis*）為可怖，因其抵抗力甚強，不易殺滅，而罹病後，則頗難醫治也。此外漂白羊毛時所用之氣（*Chlorum*）有礙於身體者亦甚鉅。

預防工作：每年檢查工人體格一次，此外，施行牛痘接種，傷寒預防注射；遇白喉及猩紅熱流行時，則行預防注射，但因工人知識簡陋，多不願行之。

疾病治療，在燕京工場中，門診時間，每期內規定六次，在診療時間內，新舊病者，俱由醫師診治，其他如沙眼治療，外科換藥等則由勸導員行之。

二十五日

上午參觀中央防疫處

下午參觀北平市社會局

市立第四十小學

師範大學

一·中央防疫處

中央防疫處創設迄今已十四年，成立之初，直隸內務部，民國十七年，北伐成功，直隸國民政府內政部，後衛生部成立，復隸衛生部，民二十，內政部衛生署成立，即隸於衛生署焉，

其組織大要及工作概況如下——

共分三科，一秘書室。

(一)秘書室之職掌——

(甲)關於文牘及報告之撰擬事項。

(乙)關於案卷之保管，文件之收發事項。

(丙)關於圖書之管理事項。

(丁)關於會計，庶務事項。

(戊)關於物品之購辦及保管事項。

(己)關於房屋之建築及修繕事項。

(庚)關於各種製品之發售，包裝及廣告事項。

(辛)其他不屬於各科之事項。

(二)第一科之職掌如下——

(甲)關於製造各種抗毒素，血清等事項。

(乙)關於製造各種毒素事項。

(丙)關於各種生物學製品之檢查，鑒定事項。

(丁)關於各種生物化學的研究，試驗及試藥的調製事項。

(戊)關於免疫學之檢查及研究事項。

(己)關於各種製品之分裝事項。

(三)第二科之職掌如下——

(甲)關於製造各種疫苗，診斷液及抗原事項。

(乙)關於細菌學之檢查，研究事項。

(丙)關於傳染病之病理學的實驗及研究事項。

(丁)關於原蟲，寄生蟲之研究事項。

(戊)關於菌種之檢定及保管事項。

(己)關於製造各種培養基事項。

(四)第三科之職掌如下——

(甲)關於製造疫苗及狂犬病疫苗等事項。

(乙)關於製造獸疫血清及疫苗等事項。

(丙)關於獸疫預防之研究事項。

(丁)關於濾毒之研究事項。

(戊)關於大小動物之管理，繁殖及注射，採血等事項。

常年經費，十二萬元，由海關撥給。

職員：置處長一人，技正六人，秘書一人，技士四人，事務員八人。

該處除製造及學術研究外之工作如下：

(一)預防接種

(二)疫病調查——調查之法，先由該處製

成病名表格，寄往各省醫院，醫師填就，寄至該處，再由該處彙集，編成疫病月報，分送國內外各衛生機關，該項刊物自民國十四年至十七年，曾繼續刊行四十次，後，此項工作即移歸內政部辦理矣。

(三)地方衛生——該處辦理北平地方衛生之成績甚著；除預防，接種，衛生教育，疫病調查外，尚有水質調查，汽水檢查，滅繩運動，捕鼠運動等工作。

(四)衛生教育——如招收學員傳習公共衛生，容納各地來處研究細菌，生物學等之學者，開種痘傳習班，舉辦公共衛生講演會，發刊通俗衛生月刊等工作。

該處現能製出血清七種，疫苗十七種，診斷用品十六種，雜項（如瓦氏反應抗體原，滅菌蒸溜水滅菌生理食鹽水等）四種；據該處最近統計，歷年製品行銷數量俱較為增加，是亦為好現象者。

天壇即位於中央防疫處側，參觀畢，全體遂順道前往一遊。

二、社會局衛生教育委員會

社會局為謀發達北平市中小學校衛生教育起見，特聯合第一衛生區事務所組織北平市社會局衛生教育委員會，成立迄今只兩年，所管理之學校，計有市立中學九處，小學五十八所，共計六十七校，學生數目為一八，五五一人，全年經費由社

會局担認四千元，衛生處担認一千九百元。

實施工作如下——

(一)健康教育

(甲)開辦衛生教育練訓班

(乙)舉行衛生演講

(丙)實施個人衛生談話

(丁)舉行衛生討論會

(二)保健工作

(甲)健康檢查

(乙)缺點矯正

(丙)沙眼檢查

(丁)疾病治療

(戊)傳染病視察

(己)預防接種

(三)環境衛生視察，如校址，光線，通氣

法，清潔，衛生設備，學生用品衛生

狀況，水與食品，除穢，遊戲場，避

火設備，衛生室等。

(四)其他工作

(甲)滅蠅運動

(乙)常務會議

(丙)會務會議

(丁)記錄及統計

(戊)普通事務

三·市立第四十小學

該校之衛生工作，由社會局衛生教育委員會管理，全校共有學生三百一十人，據社會局衛生教育委員會二十一年度統計，該校受健康檢查之學生，計有一五五人

，其中有缺點之學生計有八十九人，百分率為五七，四。

校內設有衛生室一，有兼任醫師一人，每星期來校診治一次。

四·國立北平師範大學衛生課

該校連附中，附小及幼稚園，總計有學生四〇〇〇人，設有衛生課一，每月經費八百元，包括衛生課人員之薪水，藥品及一切雜費在內；衛生課有醫師二人，護士三人，聽差三人，藥劑師一人。

惟該課之主要工作仍偏諸於附中，附小及幼稚園方面者，對大學部聽其自由。

此外並附有一療養室。

二十五日

上午參觀第一助產學校

保嬰事務所

下午 休息

一·第一助產學校

該校直屬於教育部與衛生署合組之中央助產委員會，辦理之善，為全國各助產校之冠，經費每年約五萬元。

組織分：總務股，教務股，醫務股，附設產院，合作機關為衛生處，公安局及保嬰事務所。

該校分四科：

(一)省立助產學校畢業來入者

六月畢業

(二)中華護士會畢業來入者

六月畢業

(三)高中畢業來入者 二年畢業

(四)初中畢業來入者 六月畢業

末一項現已停止招生

附設產院，有病床五十餘張，每月約有產婦一五〇——一八〇，嬰兒健康檢查，每月可至一千號，開辦至今，來產者有四千餘號，只十分之一死於產。

關於研究方面之工作，如下列三項：

(一)節育問題

(二)嬰兒榮養問題

(三)嬰兒死亡之統計及原因

二·保嬰事務所

保嬰事務所，為衛生處附屬機關之一，與第一助產學校為合作機關；民國十七年至十九年之經費，係由地方慈善團體捐款維持，衛生處成立後，每月發給五百元。

二十七日

上午參觀紅十字會醫院

育嬰堂

下午參觀香山療養院

西山八大處肺病療養院

一·紅十字會醫院

偏重於結核之治療，因院址位於北海公園傍，空氣極新鮮，甚宜於結核病人之天然療養；現有病床四十張，惟病人多係中央醫院做手術後來此療養者。

二·育嬰堂

育嬰堂係由北平各慈善家之贊助而創立者，經費除每月由社會局津貼五百元外

，不足者，由各寺廟各慈善家捐助之，每月約需開支一千三百元。

凡拋棄，或無力撫養之男女嬰兒，該堂俱設法收入撫養，但嬰兒之年齡，須在三歲以下。收入之男女嬰兒，無論何處所送，概不准領回，現撫養於該堂之嬰兒，約有百餘個。

主持堂內一切事務者，為董事會，並推選常務女董事六人，督察堂內育嬰事務。董事會每月開會一次。聯絡機關，為協和醫院，紅十字會醫院，中央醫院，婦嬰醫院，凡患病之嬰兒，可隨時送往上列各醫院代為診治，並担認醫藥義務。

堂內每月平均收入嬰孩八個；嬰孩之年齡，以一歲至三歲者最多，平均每孩每月約需十二元。

堂內現設管理員一人，護士二人，書記一人，另辦有保嬰訓練班（現有二十七人）俱可在堂內實習。

參觀畢，即原車駛往香山參觀香山療養院。

該院為北平女紅十字會主辦者，專收結核女病人；經費，每月六百元，共有病床二十五張，最多，可容納四十病人，院內有醫師二人，看護二人，有小藥房一；惟該院之性質，係偏重結核之天然療養方面，故無手術等之設備。

病房分三等，頭等每日二元五角，二等每日二元，三等每日一元五角。

參觀畢，即在該處午餐，餐後各同學

多自由往訪山中名勝，午後二時許，仍乘原車轉至西山，參觀西山八大處肺病療養院。

該院成立已三年，有病床四十餘張，病房分三等，一等，每日三元五毛，二等，三元，三等，二元七角五。主任醫師一人，住院醫師一人，看護六人，主任醫師，每星期來山兩次(星期三六)

院中現住有病人十餘個。

該院於福壽嶺尚設有平民療養院一所，亦專收肺結核患者，惟價稍廉，每日約須一元云。

清河試驗區，為燕京大學社會系主辦者，已具二年之歷史，目的為試驗鄉村建設方法，及改善我國鄉村問題之研究，同時為建立鄉村衛生基礎於試驗區內特與第一衛生區事務所合作。

試驗區之組織，分四股：一。經濟股。二。社會股。三。衛生股。四。研究股。

茲就衛生股略述如下：

工作概要——統計，防疫，環境衛生，保健，助產，衛生教育，醫務。

工作概況——

(一)生命統計

(甲)人口調查——據該所民國二十年六月調查結果，清河全鎮人口共為二千六百一十五人，全數人口中，男子佔百分之六〇，五，女子佔百分之三九，五。

(乙)出生死亡統計——據該所二十年度之統計，出生數為九十三，死亡數為一百〇三。出生率為三五，五，死亡率為三九，三。

(二)防疫工作

因人員太少，故對於此項工作，尚無系統之管理方面，只能從兩方面入手，一即教育方面，用印刷品及講演，宣傳關於傳染病之知識，一即預防接種。

二十年度預防接種一覽

類別	數目
種牛痘	二三〇人
狄克氏試驗	一八四人
猩紅熱類毒素注射	一五二人

(三)環境衛生

甲，街道清潔

乙，飲水衛生——全鎮共有磚井三十四口，但其中公井只七口，經化驗後報告，有一井無大腸菌，現於該所前發現一天然噴泉，水源高且深，極清潔，理想中，含菌數定少，如能導入一簡單之濾過池後，即成清潔之自來水矣。

丙，公廁管理

丁，滅蠅運動

(四)學校衛生

與該所合作者計有清河小學一校，共有學生一百六十二人，實施工作如后——

甲，衛生教育

乙，健康檢查

丙·預防接種

(五)治療

設有門診，每日門診一次，並有助產士一人，出外接生，遇有重症或疑難者，則介紹至北平協和醫院。

(六)衛生教育

計有講演，文字宣傳，家庭拜訪等數項。

(七)工廠衛生

清河鎮本有軍政部所轄之織呢廠一所

，惟因該所經濟人員俱不敷應付，故未便進行。 (完)

參考文件

- 一·時代教育北平市教育介紹專號
- 一·中央防疫處十二周年刊
- 一·北平市第一衛生區事務所第七年年報
- 一·北平市社會局衛生教育委員會民國二十一年度年報
- 一·Grundriss der Hygiene von Dr Franz Abal

重要中毒之認識與治療之進步(續)

Erich Leschke 著 王紹昌 譯

9. 酒精(或醇)中毒

II 慢性酒精中毒

(Chronische alkoholvergiftung)

慢性酒精中毒我人已常可由外表上血管擴張之傾向即能認識(好酒鼻，Trinkernase 與酒渣鼻，acne rosacea)

其與蜀黍紅斑症(Pellagra)狀相似之角質增殖症(Hyperkerasose)罕有發生，此等症象，僅在營養不良之酒徒容或有發生之可能。面皮——尤其在顎部，此處患酒渣鼻時，少受其累者，——滿佈小而刺之角化凸起，手背與肘間亦發現褐紫色紅疹與角化。同時有過度腹瀉，且呈入於思想錯亂與憂鬱不樂之精神障礙。在Charitee

之精神病院年來有屬蜀黍紅斑症之精神病例約廿五人 (Bonhoeffer, Roggenbau) 在 Breslau 十九人 (Georgi 與 Beyer)，在 Bonn (Ceelen)，Leipzig (Rille)，以及其他地方亦如之。在此等症例中，亦有數人為酒徒，而大部分則為酒徒之後裔。

婦人——為一七十五歲銀行家之女兒，此銀行家曾誇曰：「余於五十五年內，曾飲葡萄酒有三萬六千瓶之多」。由是其女兒當亦為一醉漢——患蜀黍紅斑症之精神病頗劇，且有腹瀉，面部，手背與肘間生角質增殖症，與完全入於思想錯亂與憂鬱不樂狀態。余與 Schlomer 博士已自

1930年九月間開始共同療治，惟蜀黍紅斑症雖經富于維他命物質之營養，於數星期後已全行消滅，然精神病終未見減退也。

蜀黍紅斑症精神病之病因，依余意宜於營養不當即維他命缺乏症上着想。

其內臟損害之現象，為粘膜(乳頭狀)肥大之胃炎。慢性醉漢中70%患胃病，50%有乳糜缺乏症(Achylie)，40%早晨嘔吐症(Vomitus matutinus)。

酒精飲用不當之進一步，常致心臟脂肪變性與擴張，而為動脈硬化症發生之根源。在心臟肌肉內特別Phosphatiden,當然Lezithin亦包括在內，含量大為減少，例如自6,5減至3,5%。至Cholesterin之含量減少較輕，其他脂肪，則加增不已，且成為細點而集於心肌纖維內。

至酒精與肝臟硬化症發生之意義，至今尚在疑問中。惟二烷醇對於肝硬化症無大關係，可斷言焉，蓋凡患肝臟硬化症者，必為飲葡萄酒與法國所製之火酒者。

至神經系統之障礙，其現象初為手與舌之振顫。進而為酒精神經炎(alkoholneuritis)。本病不僅神經幹，即脛骨神經(Nervus tibialis)與腓骨神經(Nervus peroneus)之自發性疼痛(Spontanschmerzen)，且有劇烈之壓痛(Druckschmerzlichkeit)，甚至腓骨神經麻痺而呈雞狀步行(Steppergang)。與砒神經炎所異者，此處缺少拘攣與萎縮之傾向。足蹠對輕度搔養刺激之異常觸覺感應(Berührungs-

empfindlichkeit)，即為早期症象。

酒精中毒之視覺障礙即常所說笑之複視(Doppelsehen)，自古知之。Boerhave嘗謂一英人每於飲葡萄酒醉時，呈暫時之失明。視覺障礙現象為晝盲症(Nyktalopie)，——此症見光感覺不快——顏色之錯認(Farbtäuschungen)，視界黑斑症與視野狹窄(Einschränkungen des Gesichtsfeldes)，視力之減退，以及調節與眼球運動之障礙。夜盲症，有時與角膜乾燥症併發者，頗為罕見。大多數視覺障礙於毒力停止時，能重歸原狀。惟通常好酒者，同時亦為嗜烟者，故其視覺障礙由于酒精抑由Nicotin，頗難斷定。

精神障礙在嚴重之時，即Magnus Hup(1856年)概稱為“chronisches alkoholismus”(慢性酒精中毒)者，其症狀大致如下：躁狂或鬱憂病之失語症(Manische oder melancholische Verstimmung)，思想錯亂狀態(Verwirrheitszustände)，同幻覺(Halluzination)，追蹤觀念(Verfolgungsideen)，Korsakow之精神病(Korsakow'sche Psychose)，癲癇症(Epilepsie)，定期性酒狂(Dipsomanie)，酖酒之躁暴(Mania gravis potatorum [Krafft-Ebing,])急性譫妄(akutes Delirium)，酒客譫妄(Delirium tremens)，欲知其各種症狀之詳細情形，余可介紹一心理學書，即所Meggendorfer 著之袖珍精神病學。

根據 Bonhoeffer 澈底試驗，我輩即知外生精神病(exogene Psychosen)之範圍，雖其所感受之毒物種類各異，然其界限似甚窄密，且其所生之精神障礙，非為一種毒害所特有之症候，而為外生毒害所共有者，其中亦有常於內生精神病所起之症狀。外生之好發症狀為譫妄，癲癇狀刺激，昏迷狀態(Dämmerzustände)幻覺，幻覺性，緊張性(katatonische)，或不凝性(inkohärent)精神錯亂(Amentia)，知覺過敏性感應(hyperasthetisch-emotionelle)之軟弱狀態，似 Korsakow 病狀之健忘症(amnestic)時期(Phase)。

其為 Bonhoeffer 所分之外生症類，價值未能相等。Stertz 分為真性與偽性合併症狀二種，真性者為昏迷，譫妄與健忘症現象，偽性者為躁狂(manische)，沈鬱(depressive)，意識運動力(Psychomotorische)，幻覺與健忘症之合併症狀，每一腦之外生全身毒害(exogene Allgemeinschädigung)，如十分強烈時，足使真性症候發生之可能。病變之強度與合併症候，大有關係。偽性合併症候以其於內生性(endogene)精神病亦有發現，故若發生時呈真性症候者，可證明為外生性毒害，彼有較病變更強之自立性，既與輕重非為正比，又與其經過之時期無關。故真性症候有一自身之適法，而個人之感應在此亦有關係。偽性症候則適與相反。

酒客譫妄(Delirium tremens)與酒

客癲狂(Alkoholwahnsinn)之發生，並非直接由於酒精中毒。Fleischmann 於十三個譫妄者內，在腦脊髓液中發見有酒精，不過三次，或許——好似 Bonhoeffer 意測——在消化時所造成之毒物，是足使引起之動機，該動機能推倒其由酒精中毒所成之均勢(Gleichgewicht)。Pohlisch 於慢性酒精中毒時，發見醋酮(Azeton)，膽汁，赤膽素(Bilirubin)，藍靛素(Indikan)於血漿(Blutplasma)中。Schröder 則發見氮與鹵精(Ammoniak)之排泄增高。Urobilinogen 排泄之增多，為肝臟機能障礙之表示。此等肝臟機能障礙，余亦可以於左旋糖(Lävulose)與右旋糖(Gelaktose)之飽餉後之血糖(Blutzucker 即血中之糖)曲線(與其糖排泄，Zuckerausscheidung)之增高確證之。由是觀之，譫妄之發生，由於消化時所生之，損傷之胃壁及肝臟使毒害物未能分解，足使毒害性之蛋白分解產物猝然充溢於腦皮質。其中毒輕者，則足使引起因幻覺所生之五官刺激(Sinnesreizung)，與感覺混亂(Bewusstseintrübungen)。

酒客譫妄之病患，在歐戰前1906年以來，已頗罕見。在歐戰時，似已滅跡矣。在歐戰後則又起，惟為數甚微，請一視 Pohlisch 所製之曲線圖即知驟然之戒酒，適足使譫妄發生(例如酒徒在監禁時)——此為曾在他處所討論 Freys 定律中之一例，其為一病理均勢(Pathologische

Gleichgewicht) 猝然損壞之危險。

譫妄之特異者：

1. 經高熱度與嚴重病狀所發之熱發性之酒客譫妄症〔Delirium tremens febrile〕(Magnan)

2. 慢性而惡性式之譫妄症，病者在此種病症之下，漸變成癡鈍，甚至忘其如何行走，於是在貧血與惡液症 (Kachexie) 之下，即行斃命 (Nonue)。

3. 上部出血性腦脊髓灰白質變性症〔Polioencephalitis haemorrhagica superior〕(Weruicke)。在此種病狀之下，以其在四壘體處 (Vierhügelgegend) 出血，於是在進行性 (fortschreitend) 眼肌肉麻痺與其在譫妄之下，而終至於氣絕身死之昏迷狀態即發生。

至在酒客譫妄症所生植物性〔神經之〕之障礙，則推水儲蓄 (Wasserhaushalt) 障礙為最。病發後，常有自三至七立脫之多尿症 (Polyurie) 發現，且同時其症例大半連帶有輕微之蛋白排泄。

雖然有等飲以大量之酒精，習以為常，而酒精中毒現象未見一一均有，故我等宜以酒客 (Trinkern)，酒鬼 (Trunksüchtigen)，與慢性酒精患者 (chronische Alkoholkranken) 別之。

臟器之疾患，與精神上之障礙，必須經濫飲酒精年餘，而在其後成毒害之損壞下方開始。考其好酒癖之發生，根據 Cimbal 我輩可分為變性酒客 (Entartungs-

trinker)，情感酒客 (Leidenschaftstrinker)，糊塗酒客 (Stumpfsinntrinker)，與門面酒客 (Selbstwertungstrinker)。

Mayer-gross 斷定酒精嗜好之吸引力，與其慣癖之無力戒除，僅為尋樂之理由，不能解釋之。大概酒徒因記憶之不足，無定時之地位，對於其過去及未來之淡泊，而欲忘却與避免實事之要求。

Bonhoeffer 統計在慢性飲酒者中 70%，屬患精神病 (Psychopathen) 其為酒徒者，男人較女人約多十倍。

大一半酒徒，為酒徒之後裔。

慢性酒徒中祇有 55% 是智力中常，40—45% 是底下，15—20% 有精神障礙，3—4% 癲癇病 (Füller)，Stöcher 在 Erlanger 臨牀實習內，九十個慢性酒徒中，患癲癇病 (Epileptiker) 者三十四人，狂躁沈鬱症 (Manisch-Depressive) 者二十七人，人格破裂 (Schizophrene) 者十四人，神經昏亂病 (Hysteriker) 者四人，類偏執狂 (Pavanoide) 者二人，其他精神障礙者五人，精神正常者僅四人而已。

有等人對於酒精容受力異常缺乏，同事某即葡萄酒二杯已入於酩酊大醉矣。

酒精中毒對於肺結核症之成立與發展是否有其關係，尚為一不甚名瞭之公共衛生問題。

在實際上倘有神經炎之現像，兩腿之軟弱，易忘之品性，思想之錯亂，猜疑心 (Eifersucht) 或品性之變異等等之發現，

則我等即可推測其有慢性酒精中毒之可能，欲認識一嚴重之譫妄，我等可以暗示性之發問試之，例如佯爲驚異，指室角而問之曰：「此何獸耶？」

急性酒精中毒之療治，爲胃洗滌與興奮劑 (Koffein, Coramin, Cardiazol Ephedrin) 之多用。如慢性飲酒者，應送入一合于施行戒除法之病院內，且應時時看守，最好戒除至能禁慾爲止。在德國現約有廿萬人達此程度。

對於酒徒，即因醫療上之關係，亦不得處以有酒精之方。曾有一病例，因內病處以一通常無害含有酒精之方，欲激刺而使壯神，以至已有年餘戒絕之患者，又復入好酒癖矣。

酒客譫妄最靈驗之治療，厥爲腰椎穿刺術 (Lumbalpunktion)。此法不獨能使其在高壓力下之腦脊髓液免除，且可解除

其毒物，最好使腦脊髓液因高壓而射出之水柱放完，待至點滴，至腦脊髓液壓正常後，於是每腦脊髓液滴出 10cc.，以 1% 之溴化鉀溶液償補之。如是者在原位輪流交替重復至 5—7 次。用此法，可免去於不斷放下大量腦脊髓液時發生之壓力不均，劇烈與危險現象，譫妄，可立時停止。即使再發，其病狀亦較輕且短。

最要者爲洋地黃 (Digitalis) 之充分服用。根據 Ganser 於一千例症中之經驗，譫妄之死亡率藉此由 6.4% 降至 0.9%。

德國法律對於酒醉者之規定，若自願飲酒而觸犯刑章者，罪不得減輕。又酒醉之刑事犯，應立即強迫幽禁。

防止酒精中毒之法律最爲完善者，余以爲莫過於瑞典。蓋彼處凡購買火酒，非有購貨證明書不辦。如另有作用者一經查出，證明書立即沒收不貸。(本章完)

治療報告

藉吸收性消毒作用治療腸疾患時之營養品

Von H. Bechhold. und. M. Schlesinger. 譯者 冠儒

吸收性消毒之物品，乃是一種物質，可使毒素及其有毒渣滓吸收無遺，(即去毒作用)；同時牠能使病原菌粘着而殺死

，(即消毒作用)。而此種吸收性消毒作用，在腸疾患治療上時時可以見到。

由於白血兒 (Becher) 同扶斯根蓋兒

(Fupgänger) 試驗：消化不良用 Adsor-gan 之後，尿中藍靛素含量迅速減少，確實證明，吸收作用，對於腸疾患治療深有莫大之意義在焉。

此次試驗不久之後，他們又從事一獸類試驗之探討。彼等之目的無非欲將綠化銀在腸中之消毒作用，與此種消毒作用對於所給予之營養品以及對腸中物之化學反應有何關係等等問題根本解答。

此次試驗獸是用老鼠，將所欲試驗之藥劑摻和於麵包內，去喂其中一部份之試驗鼠，再以乳酸混物如：牛乳，(Milch) 酸乳，(Sanermilch) 及 Joghurt 喂其餘部份之老鼠。因為人欲使其腸中物，起酸性反應；故摻和以有機酸：(乳酸，Milchsäure, 檸檬酸 Zitronensäure, 腐植酸 Humissäure)；同無機酸：磷酸 (Phosphorsäure)。欲使其腸中物起鹼性反應，故摻和以煨製鎂 Magnesia nsta。

在此等變化中，只煨製鎂之混合物對腸中物之輕氣濃度，俱有相當價值：因煨製鎂可使盲腸及大腸中之輕氣濃度，自6增至 8,6 故也。

現在我們更欲求十二分明了起見，不得不回憶素常腸中之輕氣濃度為幾何。平常腸中之輕氣濃度：小腸為5,8—7, 盲腸為6,2—7,0, 大腸為6,6—6,8。

特別是小腸中之酸性反應，及其酸性反應對於外來各種影響之固定性，讓我們在此特別說明，為的足便於符合萬德爾萊

氏 Van der Reis 藉 Darmpatrone 所求知之腸中為鹼性反應學說。

因欲試驗消毒作用，故先將老鼠分為兩組，而享以同樣之營養品，一組喂以內未含銀之營養品，其餘一組喂以內含有銀者。待三日或六日之後，將此兩組試驗鼠完全殺死，取其腸之一段，即刻舉行周密試驗，並詳細查定其中俱有發胚能力之細菌。

以此方法可得知：以含銀營養品飼養之老鼠，胞芽可以降低二分之一至三分之一。此種消毒作用之能力強弱，當以所給予之滋養品及外來之影響如何為依歸。消毒作用最強烈之營養品，莫過於麵包。牛乳，Joghurt, 及酸乳等營養品次之。或以為 Joghurt 無何等作用。

設若食物中摻和有煨製鎂 (Magnesia) 和緩衝磷酸鹽 (Phosphatpuffer) 時，消毒作用亦即停止。設若以磷酸 Phosphorsäure 摻和於麵包中，當作食品。消毒作用自會增強。而胞芽同時亦自會降底至十分一。但有機酸如枸橼酸 (Zitronensäure) 則無此種作用。

煨製鎂在腸中除呈鹼性反應 (Alkalisierung) 外，絕不能與胞芽之減少，和腸腔自身之反應有何關係發生。

設若人能不時注意，胞芽發生於含水炭素之食品中，其繁榮由於磷酸；但富於蛋白質之乳類食品則非若是之顯著。其生機降底，由於有機酸，而其生活力完全停

止，則當歸罪於與酸化合之物質，如煨製鎂和緩衝磷酸鹽。由此可斷言：凡能使器官之酸性增加之各種影響，都可以促進含銀吸收性殺菌本能，反之凡與酸性接合之各種影響，都可以使含銀吸收性殺菌能力降底。

然則由此等試驗結果吾等對於所研究之成品在臨床功效有何結論？Adsorgan 在治療上之供獻，並非由於其能將腸中正常胞芽之發生機會減少，乃是將各種浸入的，病理的胞芽，置之死地。或致止其蛻化。

在消化不良者，應當繁榮和擴充其因被各種外來細菌種類所侵佔之正常細菌 (normale Flora) 的新繁殖區域。此各種細菌對銀之抵抗力頗為不同。素常即以大腸細菌為準繩。而與各細菌比較結果如傷寒病菌 (Typhus B.) 假性傷寒病菌，(Paratyphus B.) 赤痢病原菌 (Flexner n. Shiga-Bacillen.) 等之對於銀抵抗力較大腸

菌對銀之抵抗力差遠矣。潛伏於人小腸之乳桿菌 (Bac. lacticus) 則有高度抵抗能力。

銀之抗菌作用，可以促進抗毒乳桿菌對各種病理細菌之抗爭力量和權威。同時吸收消毒之性質給予正常腸菌繁榮生機多於各種病理細菌。由此可知銀之抗菌力對於一般消化不良者實一大救星也。

吾等更可作一結論：即在此次對含水炭素營養品與磷酸之混合物之作用發現後，不啻指出一新穎治療法之可能，磷酸可含於荷蘭水中，或使食品酸化以代檸檬 (Citrone) 和醋 (Essig)。吾人日常用之，既便當又無任何損害。故此營養法再加服 Adsorgan 臨床上亦可試用，吾等當有介紹之必要。而凡富於蛋白質食品，如各種卵，肉及乳食品或乳製劑在藉吸收性消毒作用治療時，皆應在禁止之例！此又在吾等之試驗中已確實證明之矣！

白喉血清與瓦斯壞疽血清 Gasbrandserum

治療惡性白喉的症例

溪 萍 譯

在最近數年內吾人已觀察十七個惡性白喉的症例，該症例之特別處是在白喉性

口峽炎 (Angina diphtherica) 與壞死性口峽炎或脫疽口峽炎 (Angina gangraenosa)

之結合。於此時期內吾人能確定猩紅熱之轉劇由於壞死性或脫疽性口峽炎。(僅在吾人之部分有 309 個症例)

據吾人之研究惡性白喉 (Maligne Diphtheric) 的生成在許多的症例中是由於白喉菌及嫌氣性菌 (anaeroben Keimen) 的結合。這種形式的中毒是兩種的：一個由 Löffler 菌引起的白喉中毒及一個由嫌氣性菌引起的嫌氣中毒。

根據局部的立點吾人由口峽炎的外表可以認識這種症例，該口峽炎同樣的有一個混合性的形像：白喉性口峽炎附帶壞死性或脫疽性口峽炎。於此症例中吾人已於患病後之幾小時內發現顎下的腺腫脹，流涎，口臭及神經現象。此外軟口蓋麻痺，蛋白尿 (Albuminurie) 及 尿圓栓 (Zylinderurie) 已於初幾日內發生。吾人見壞死或脫疽不僅限於假膜 (pseudomenbran) 的表面，在硬口蓋與軟口蓋以及顏面粘膜上也有這種現象，粘膜結痂常為白灰色或全黑色。該痂狀如斑點或如線狀的損傷；其大小，深淺不一，常附帶有強烈的流涎及口臭。

在 Löffler 血清培養基內吾人發現白喉菌與連鎖狀球菌，其他球菌甚少；但於嫌氣性菌培養內則有很多的 *Perfringen* 細菌，陰性 gram 氏的臭鼻症病原菌 (*Kokkobazillen*) (他有 Pfeiffer 氏的相同的形態，但非常嫌氣) 及一較長且較細於白喉菌而為 gram 氏陰性的桿菌。用直接的

掬取 (Abstrichen) 吾人於白喉菌及球菌外，發現長而細的，gram 氏陰性或陽性的桿菌，在一視區內能見該桿菌七八成羣。這種微菌在含氣的培養基內決不生長。

因吾人已察知這種嫌氣與不嫌氣菌的聯合，所以我們想用混合血清劑治療惡性白喉症例 (白喉血清與瓦斯壞疽血清)。在患病的頭幾天我們通常是每天注射 50—80000 I.E. 及 100 至 120 ccm 瓦斯壞疽血清，以後每天用較少的量，例如：20—30000 I.E. 與 60—80 ccm 瓦斯壞疽血清，在一症例中吾人共注射 480000 I.E. 與 420 ccm 瓦斯壞疽血清，在另一症例中用 240000 I.E. 與 280 ccm 瓦斯壞疽血清；在第三症例中用 310000 I.E. 與 310 ccm 瓦斯壞疽血清。在另一症例中 (軟口蓋有大的線狀壞死，該壞死嗣後向兩邊擴展) 我們注射 480000 I.E. 與 670 ccm 瓦斯壞疽血清。若假膜已消失且在壞死性或脫疽性口峽炎之表面僅餘潰瘍，則吾人僅注入 瓦斯壞疽血清 至損傷有完全之新癍痕時為止。這種新癍痕的生成是很快的。

在此十七個症例中雖白喉的惡性已很明顯，但吾人用此混合治療，有十六個症例均能獲救，而第十七症例 (一個十歲的兒童) 雖然局部痊癒且全身狀態良好，但於患病之第二十日因心筋炎 (Myokarditis) 而死亡。但該兒童之開始治療是在患病之第六日。

胃腸病的療治

呂世藩譯

在最近數年內已確定腸胃病的日增，尤其是胃與十二指腸的潰瘍性病機。因此該病症的治療現在很為重要。普遍的適應症 (Indikation) 需要安全及便宜的藥品。從前胃酸過多症 (Hyperacidität) 的通常治療用重曹 (Natrium bicarbonicum) 雖能達到多酸量的結合，但急性發生的胃酸減少症 (Hypacidität) 以極強之刺激而引起新的，常超過初量的酸製造的增加。治療上所用之鎂鹽與鹽酸結合而成氯化物，但此處雖因較少之急性反應而亦有急性胃酸減少症及其危險。雖因腸內的微鹼量而成之溶解的，但不易被吸收的，酸性的碳酸鎂常有輕的瀉下作用，為該鹽之好處。

Boas, Ehrmann等介紹硅酸鋁以治胃酸過多症，但白陶土 (Bolus alba) 與由自然界所得相似的硅酸鋁幾無反應能力。此等硅酸鋁以其極微之分配僅有表面之作用與木炭相似。反之由化合而得之藥品則極有反應能力。因胃酸之作用而由硅酸鋁變成氯化物與硅酸。但此與重曹及鎂鹽的酸製造相反，因該反應達化學平衡較早也。該反應之經過較慢且停止於一定之酸濃度。急性發生的酸減少症因此中止。如鎂鹽

然在腸內發生難吸收之碳酸鋁而有輕的瀉下作用。除與酸結合之性質外，已發生之氯化鋁有收斂的作用，且以其輕鬆性 (gerbung) 而有麻醉作用。硅酸有吸收作用而與病理的分泌物結合。

但欲一腸胃治療有完全效果，則必須抵抗附帶的，微菌的發酵及腐壞作用。鼓脹 (Meteorismūs) 與風氣 (Flatulenz) 帶有因氣體的吸收而成的一般障礙 (allgemeinstörungen)，心胃及腸胃的症候 (Symptomenkomplex) 均屬於此。用細分散性的木炭治療這種病機已極為普遍。

在卡巴羅 (Carbarom) 內我們有一種極有效藥品的結合 (硅酸鋁與木炭)。該藥片在水內立即發木炭的細微分佈及微粒子的完全濡濕。該藥品很好服用。硅酸鋁的化學親和力 (Chemismūs) 毫未受阻，木炭的吸收作用反藉硅酸而增強。由以上所生之作用而引起吾人之應用。關於潰瘍病吾人依賴 Zachariae 氏給予之規則。他的飯前藥片的用量予吾人極佳之效果 (有個人的不同)。吾人注意卡巴羅於十二指腸潰瘍的飢餓痛 (Nü-Chterschmerz) 達潰瘍處。他的作用對於因此而受精神影響的病人是很好的，病人漸漸的學習，自己

確定服藥時間及用量。嘈雜 (Sodbrennen) 與胃燒灼 (Magenbrennen) 是如此的得到適當的克制，以致於多數病人自動的要求該藥品。腸胃痙攣被限制。此處最重要的為酸分泌與胃液分泌的限制，因引起痙攣的極度變化已間斷也。腸胃開刀後的痛覺過敏症亦被減少。卡巴羅對於腸之作用主要的是由於木炭。除氣體的強烈結合外，最要者為將毒素變為無害。異常的，微生物的腸內容的分解亦為卡巴羅的主要服用範圍。(治療的效果極大)，於酸性腸反應時(發酵性的消化不良)除氣體與毒素被木炭吸收外，在胃內未用完之硅酸鋁能迅速的達到酸結合的目的；於鹼性腸反應時(腐壞性的消化不良)木炭為最重要，但難吸收的鋁鹼化合物的生成藉其扶助通便

之作用，對於毒素的除去很為吾人所願望。同時細菌被微小的木炭分佈所攜帶。所以於一切的下痢均可用卡巴羅，無論該下痢是由於營養的錯誤或細菌所致。

根據這個理由我們也曾用卡巴羅為腹部照 X 光線時的預備。吾人於輕便至液狀的食物二日前即用該藥，每日三次每次二片，而於照 X 光之晨用已溶解之 6 片灌腸。此時腹部各部分之觀察常甚佳且無氣體聚集之擾亂。

總而言之，吾人在卡巴羅內有一藉其組合而特種的，可靠的藥品，該藥品可用以抵抗各種腸胃病，尤其是胃潰瘍及十二指腸潰瘍，製造氣體及毒素的腸障礙。該藥品之安全與價值使其對於臨床及社會醫 (Kassenarzt) 均不可缺少。

以多量 606 治療脾脫疽

私家教授 W. Engelhardt 原著 陳家琪譯

脾脫疽血清非但其効力易於保存，並且治療脾脫疽確有其良好効果，因此 606 與 914 於脾脫疽治療上在中歐各國遂被排擠無遺。

其他各國如俄羅斯者則尤喜用 914。考之國外文獻，尤其關於脾脫疽之文獻，無論血漿治療或 606 治療，如所施之 606 或血漿之量愈多則結果愈好。當血漿量用

至較昔日所用之量為多至 360ccm 時，已知以近似原因施其用量於 606 劑而用於梅毒治療上為無害。

0,15 之 914 至 0,6 之 606 之單一用量或分為小量於每兩三天內服之或以較大之量作一次服。惟 606 是否一定有效則尚在可疑之中。臨床上的比較可能性由於種種使用種類所得之結果及事實上常有脾脫疽病

例以舊法與傳染後或早或遲之定時治療遂益感困難。依報告而僅能決定的推知：治療愈早 606 之用量愈多而結果愈快而愈持久。動物試驗已證實無誤。如 606 之濃度愈高而有效期間亦愈長則脾脫疽細菌死亦愈速。由是對於脾脫疽治療之第一要求：即多量 606 之注射於無危害及可能之多量與持久的 606 濃度而使之浸入於血液及組織中。

由實地試驗上可以證明，脾脫疽細菌之習慣常多量的並很快的浸入於含砒的培養料中。於是更有一有目的之治療而於器官中須防止細菌對於砒劑之抵抗。那祇可發生於有效的 606 分量之重復的傳遞於一次或短時期內。此弊將由臨床上經驗所得之實驗結果而救濟之。輕易之脾脫疽病例可以舊法治癒而不須大量之 606 應用。直至最近所用之少量可加速痊癒之時期。如在嚴重情狀之下必須敏捷輔助時，則於一天之內甚至幾小時中須投以 606 劑，如當日所給與之量不足時，則患者必死。若所施之量已足，則次日或隔日之注射不再需要。

因此而有第二要求之必要，於可能情形之下祇一次之服用量即足。多量之 606，一次的同時於短時期內重復的應用 914 以能持久的器官之飽和——此為完成一原因的脾脫疽滅菌劑之治療之要求。甚至 Schreus 氏以此施於梅毒的飽和 606 之治療。此等治療法在一個很嚴重的脾脫疽病例

中被應用的，在脾脫疽血漿情形中則不能有此可期待之結果。

病 史

有三十三歲之屠戶一，以前向來康健的。在殺過一匹患脾脫疽的馬之後的幾天便發現右手背與前肘腫脹甚厲。在繼續劇烈腫脹之兩天後前肘遂生成堅厚的丘疹於兩個紅斑中。在二十四小時內即變成脾脫疽膿疱，起初漿液而後即成血液的小泡邊緣與凹下的中心。溫度平均升起至四十度，局部的腺體有劇烈並疼痛之腫脹。多量而着色之脾脫疽細菌可於患處之分泌物中證之。血液的影跡為陰性。免疫過的白鼠受該患處之分泌物毒即可於三十六小時後死亡。在其器官中則有多量之桿狀脾脫疽。30ccm 之脾脫疽血漿將應用而無結果。二十四小時後在 Schreus 氏的 606 飽和狀態中所注射之 1.05 克 914 其去熱作用直至晚間。第二天早晨食慾便亢進而有自動的健康。潰瘍性之細菌仍可證明，祇是變成圓形之角與如 Revici 退化之形。其細菌可殺白鼠一頭於四十八小時後而仍含毒質。直至 606 飽和液於六天後而組織內之脾脫疽細菌始消滅。免疫後之白鼠則仍生存。病狀遂銳減而達於病人普通起居之常態。

此病例已明顯看出，如於早晨已施 606 注射而當晚即開始退熱，在二十四小時後病人即清醒並有自動之健康，腫脹亦減退，即脾脫疽細菌在藥劑中仍為可能之證。牠在藥劑中顯示出特種變化，即仍可

致一白鼠之死命。在 606 注射五天後而動物試驗因瘡瘍之泛濫遂不再有病理上的附着一白鼠仍活着。

總 結

根據文獻中臨床之經驗與種種實驗之結果對於脾脫疽之 606 治療必於可能的多量並一次（在一小時內之極短距離中）的施行 914 靜脈注射，於此必須試驗 606 之分佈於血液及組織中必形成可能之多量與

持久。此要求可藉 Schreus 氏對梅毒的 606 飽和治療法之注射手術而施行於脾脫疽治療中。一個沉重的脾脫疽病例的實際結果可以維持那種根據臨床與實驗的經驗而施行脾脫疽之 606 治療所造成之需要，並須特別介紹應用脾脫疽血清不易立時獲得的情形中，一個過敏性的多數危險生成或因病狀嚴重而各種其他治療無望時。

急性黃色肝臟萎縮治癒之一例

San.-Staffel Schwerini. Meckl. 陸軍軍醫監督

Tellgmann 博士作 璧明譯

中毒可以喚起急性黃色肝臟萎縮，第一位是磷中毒，由於急性酒醇中毒，以及鋁，砒，可羅芳，含毒菌類等等的中毒則很少，在傳染病中，值得注意者，是威爾氏(Wellsche)病，敗血性，膿血性病，產熱性等病，還有骨髓炎，丹毒(Erysipel)瘡疾與黴毒。但是也還有別種未知的傳染病與中毒，由毒素竟可以喚起趨於死亡的疾病。的確，我們絕對不信，一種急性黃色肝臟萎縮僅由一種表面簡單的加答兒性黃疸病而發生。這種疾病通常總遇着在幼年時代。

在觀察着的疾病中，僥倖轉入復元，是不可能的，從已說及的原因中發見一種

因素。中毒問題，像酒醇中毒就不必過問，同樣無關的是傳染病附有如上述的菌類毒素。一切準此目標的試驗，僅有相反的結果。有一例于胸部上進行着發蓄薇疹，大概在第十天上觀察時，可以認為是中毒。因為這種過程與威爾氏病雖有很多相似之處，再施於動物實驗，但成為相反的結果。我們注意到，蓄薇疹是否與通常的加答兒性黃疸病相符合，尚屬疑問。

對於這種症候我尚未能決定，還是認為急性黃色肝臟萎縮，或是認為一種近于牠的變化呢。

從病的歷程上我僅舉出最重要的來，主要者就是診斷上所確定的與治療上的設

施。一個二十一歲的下級軍目，秩序警察，orpo野戰病院裏的高熱黃疸病者，在後方醫院裏顯示出來。黃疸病成一種特性的臨床的症候。化學試驗的結果，在血裏，糞裏及尿裏認為由於肝臟的原因是毫無疑義。在皮膚裏出血以外，鼻出血與大便帶血，當最初四個星期裏發一種有變化的熱，在尿中有蛋白質與黃疸圓錐體以及口中絕對無味。確定診斷為急性黃色肝臟萎縮如下：(1)肝臟濁音(-dämpfung)表面的減小，(2)肝臟抵抗力觸着減低，(3)在患病第二與第三個星期時於尿中發見體羅生(Tyrosin)。急性黃色肝臟萎縮的特性，腦髓症候很少發現，而病後結果尚佳，但是末了至少有輕度的自發性肝臟實織破損。

在通常情形，因為貧乏的營養攝取常使體質更壞，並禁絕常用的物事〔熱枕，多

量的卡斯巴德泉鹽(Karlsbader Salz)十二指腸與胃的灌注，硫類及十二指腸探針以及其他等等〕，從患病的第三週起我每天給以二十公分百分之五十的葡萄糖溶液，每天兩次十五單位的陰蘇靈(Insulin)靜脈注射；十五天之久，得到結果，就是一般狀況有起色，而沈重的黃疸的症候減退。營養攝取一天一天的變佳，體羅生也不再發現出來了。肝臟的抵抗力減小仍照舊，在尿裏也不能再確定有蛋白質與圓錐形物。在最沈重的日子裏，因發虹彩炎，使病像愈行複雜，關於與肝臟萎縮有連帶關係的，此點，我未能於文獻中找尋出來。

沈重的臨床症候與每天的葡萄糖及陰蘇靈注射的一時短兵會戰，得有這樣的結果，就是病機變化經這種治療法，得到良好的影響，而中毒現象之及於腦髓幾乎完全不會發生了。

讀者通訊

關於喘息病問題

來函：

(上略)治喘問題，係開業醫生最感困難者。報載上海唐斐禮醫師專門治喘，并發明治喘針；有五洲大藥房經理十五年老喘及哈爾濱大皮商廿年喘症，均經治愈斷根云。按之成書，各法及雜誌零星短論，均

無有系統之論著。唐醫師或此中比較有系統之究研罷了。唐醫師係開業醫，費了許多心血，研究有得或者尚不願公布。惟

貴社係倡導新醫，且負有介紹德國醫學之重大使命，而著者諸先生又為當時吾醫界名彥，不識能否將近世醫學最發達之

德國對於治喘學說，由前後各專家紛亂發表在德國醫界出版界的喘診說，作有系統的綜合譯出，同時再徵求

貴社社員諸公臨症經驗，彙一巨大治喘專刊，以嘉惠于吾輩一般散在各地之開

業醫而減少喘患同胞之痛苦。

貴社諸先生實不啻一救世主也。(下略)

東台同仁醫院張效仙啓

十二月二日

答：

首先要說的是，張君的好研究態度我們十分表同情！

喘息或氣息的病原不是單方面的，而是多方面的。故治療之法自然要「對症下藥」才行；同樣也解釋了「成藥之不能治百喘」，即「治喘并無特效單方」。下述的幾個便是證例。

喘息病，大概說來有這數種：氣管枝性或神經性喘息(Asthma bronchiale od. nervosum)，這是過敏性疾病之一種。刺激素例如吐根(Ipecae)，炒過的咖啡，羊毛末，穀粉，五穀的塵埃，馬及貓毛末，人類的頭皮屑，黴菌，染皮革用的染料ursol，蛋類，牛奶，蟹蝦類及覆盆子，或吸入，或嗅了，或吃了，都能夠引起一種過敏性反應而發生本病。此外，精神刺激

，也有關係，比方病人一時偏想到他發過的喘息病，也會致本病復發。(2)心臟性喘息，原因是心臟瓣膜障礙。(3)濕性喘息(Ast. humidum)，原因是血管硬變的，腎臟炎的心臟障礙，或心病。(4)歇私的利(臟躁病)性喘息。(5)尿毒性喘息(Ast. uraemicum)。(6)鼻性喘息，原因是鼻息肉或甲介骨腫大。

對於氣管枝性或神經性的喘息，我們願意介紹一種頗有效的新藥，就是 Bromostronturan，靜脈或肌肉內注射均可，約每一星期注射二次。

至于張君盼望敝社對氣喘病作一有系統的介紹或出一專刊，那是我們樂于接受的。我們將從事蒐羅，特約著述，冀有以副張君之望。

嚴需章

16. III 33.

ADVERTISING RATES

of The
TUNGCHI ACTA MEDICA

Position	Space	Rate for Each Issue
Front Cover (Outer)		Mex. \$ 50.00
Back Cover (Outer)	Full Page	Mex. \$ 45.00
Front Cover (Inter)	Full Page	Mex. \$ 40.00
	Half Page	Mex. \$ 25.00
Back Cover (Inter)	Full Page	Mex. \$ 35.00
	Half Page	Mex. \$ 20.00
Opposite Page and Back Page of Contents List	Full Page	Mex. \$ 30.00
	Half Page	Mex. \$ 18.00
First Page Opposite Inside of Front Cover and Back Cover	Full Page	Mex. \$ 25.00
	Half Page	Mex. \$ 15.00
	Quarter Page	Mex. \$ 9.00
Ordinary Pages	Full Page	Mex. \$ 20.00
	Half Page	Mex. \$ 12.00
	Quarter Page	Mex. \$ 7.00

同濟醫學季刊

廣告價目表

地位	尺寸	每期價目
封面外面		五十元
底面外面	全 面	四十五元
封面內面	全 面 半 面	四十五元 二十五元
底面內面	全 面 半 面	三十五元 二十五元
目錄前後	全 面 半 面	三十八元 十八元
封面及底面 內面之對面	全 面 半 面 四分之一面	二十五元 十五元 九元
普通面	全 面 半 面 四分之一面	二十七元 十二元 七元

登全年者九折計算
特別繪圖製版及加色者價目另議