

識學藥醫界世紹介 生衛衆公會社倡提

報藥醫會社

期二第

編輯主任

褚民誼博士

理事編輯

郭人驥醫師

事務主任

曹志功藥師

版出日十三月四年三十二國民華中

號一七九一三話電 號四十三里安馬新路沾大老海上 址館



Cafaspin

主治一切傷風感冒頭痛牙痛身心怠倦等症兼能解除飲酒及吸煙後酒精尼古丁之後作用

包裝 每瓶十五片 每片〇·五克

BAYER

康復之餅

» Bayer Meister-Lucius «
»脫斯赫-耳拜«廠藥大德天

中華民國三十三年五月廿四日

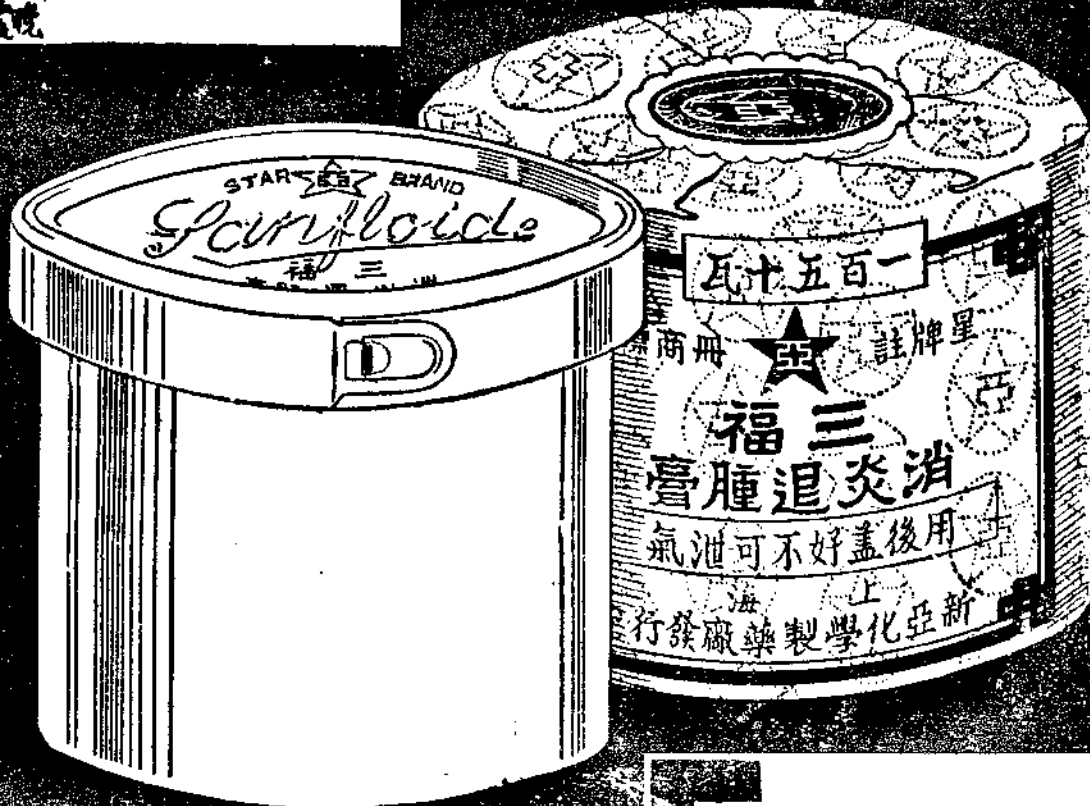
行洋信謙號八三一路西江海上理經家獨國中造製。脫斯赫·耳拜·廠藥大德天 國德

(齊)布(巴)齊小貼敷新

膏腫退炎消

三福

本劑用國產原料
 製成之品與同
 類之舶來品無異
 及統治諸種急性
 如肺炎、骨痛、盲腸炎
 癰腫、濕疹、疔瘡
 癰腫、濕疹、疔瘡
 本膏敷貼於患處
 後血液有改善局部
 之血液循環，減少
 輕微疼痛與充血
 促進毒素之排除
 增加其向愈轉機



號八二四路克白海上
 行發廠藥製學化亞新

膏腫退炎消福三
 房藥大各國全
 售出有均

社會醫藥報

褚民誼
題
褚民誼

編輯主任 褚民誼博士
理事編輯 郭人驥醫師
事務主任 曹志功藥師

特約撰述

王福申藥師 王雪瑩藥師
朱企洛醫師 汪企張醫師
汪于岡醫師 沈仲謀藥師
呂鳳書醫師 李 棻醫師
吳冠民藥師 吳憶初醫師
林鴻藻藥師 周夢白藥師
俞松筠醫師 胡定安醫師
夏慎初醫師 徐衡如醫師
屠坤華藥師 黃鳴龍藥師
黃鳴駒藥師 陳慰堂醫師
張堅忍醫師 張森玉醫師
張子泰醫師 張輔忠藥師
張 彥藥師 趙午橋藥師
趙汝調藥師 鄭劍雄藥師
鄭 訓藥師 楊 紳醫師
葉漢丞藥師 蔡禹門醫師
蔣益生醫師 虞和貴藥師
謝筠壽醫師 鄧源和醫師
魏桂鑑藥師 龐京周醫師

第二期目次

【論 壇】

由社會醫學擴充到社會藥學……………胡定安醫師……(一)
軍醫一瞰……………楊 紳醫師……(五)

【最新學識】

瀉血對於何病為有效乎……………郭人驥醫師……(九)

【基礎醫學】

醫用生理學……(二)……………郭人驥醫師……(一五)

【診斷治療】

內科發疹診斷上之要點……………快 慶……(二一)
小兒咳嗽診斷之要點……………快 慶……(二二)
喉頭結核治療法……………賴 問 世……(二四)

【實用技術】

局所麻醉……(二)……………郭伯良醫師……(二九)

【專 著】

簡明眼科……………呂鳳書醫師……(三一)

【調劑心得】

最新藥品配伍禁忌……(二)……………曹志功藥師……(三四)
處方例解說……………雲山居士……(三七)
海外治療新聞……………伯 良……(四一)

▲由人精液注射而起之一的不妊症實驗

▲多發性及感染關節炎治療之着眼點

▲幼兒期之與嗎啡噴多旁

▲真性高血壓症之治療

勒吐精代乳粉

育無 嬰具 珍母 品乳

今伊 終日 嬉躍 矣！

此語每指食勒吐精代乳粉之小兒而言諒君必常聞之以勒吐精代乳粉喂哺之小孩其精力必充足而消化器官毫無阻礙蓋此粉之製造方法特別研究使小孩食之易於消化



樣品券
 奉上郵票兩角請寄
 勒吐精一罐及育
 嬰指南一册此致
 上海郵政信箱七〇
 五號
 英瑞煉乳公司
 姓名
 住址

論壇

由社會醫學擴充到社會藥學

胡定安醫師

惟其中國太需要實際的應用醫學。所以介紹科學的醫藥學識。必須常常非把社會來做對象不可。這樣才算合式。社會醫學底範圍又是很廣的。凡是在社會上屬於應用的實際的那些與醫學有關係的。都要包括在內。我們醫藥界要力謀應着這種時代底需要。便要把現代的眼光注意到社會醫學。

所謂社會醫學。無論臨床的與預防的。都得要在社會上有普遍的實際應用。用醫學來指導社會底一般生活。用醫學底力量來救治一切社會上有妨害於健康的病態。可見吾人瞧着中國目前的社會情形以及社會本身的病態。怎樣應用社會醫學來解除民衆的疾病痛苦。保障民衆應享的健康快樂。似乎這個嚴重的問題。除了醫藥界。叫誰去擔當研究和探討呢。

已經在社會上服務底醫藥界同志。恐怕誰都在那裏天天感覺着社會醫學比較深邃的醫學原理更加迫切些需要些。把環境和事實先來作個實地觀察。只有把實際的醫藥

學識竭力來灌輸到社會。使社會普遍受到科學醫藥的良好影響與深刻的感應。社會上因了醫藥的進步。一般的現象和情狀。也都就跟着改善和得了正確的進展途徑了。這是社會醫藥應用到社會上去最重要的企圖與目標。也是凡在社會上服務的醫藥界決不能解開那種目標可以在社會外活動與憑空探求的。更進一步說。社會醫學是切於實際。專應需要。尤其在中國必須要積極提倡與努力工作。才能獲取相當效果的。我們不可不認清這條途徑。

社會上那一件生活的要素與事項和社會醫學不發生相當關係的。衣食住行以至交際娛樂工作教育等等。精神和身體勞動的結果。物質與精神發生的影響。醫師與藥師自然的會拉入圈子裏去要担任職務的。譬如臨床上一切的應用治療和救急。科學醫藥的基本智識、技術、材料、與工具。都要應用到社會上去。疫癘的蔓延。慢性傳染病的顧慮。生活條件的衛生上注意。都要應用預防醫學來實施免疫與防制病原體的發揮毒害作用。通常醫藥界對於臨時防疫。或則對於平時保健。或則一方面治療一傳染病患者。一方面盡了報告傳染病的義務。此外因了傳染病發生家庭間應有的消毒指示。或則協助地方社會事業作整個的防疫運動。其實那種技術的應用。都要靠着醫藥智識才能有辦法的。至少要知道傳染病的病原。預防和撲滅的有效處置。衛

生設施和傳染病關聯的防制方法。餘如關於職業上生活上與健康有影響的事項。社會醫學就有牠的應用領域。即使非傳染病底時候。也有牠的使用權威。我們完全把深邃的醫學原理。暫時放在旁邊。作另一部分的討論。現在專說社會醫學。或則可說近于實際的。先顧到目前底合理應用來說話。一切的實施技術。一切的治療方法。都要根源於確切的原理才能在臨床上應用。不過社會醫學相關聯的醫藥學識。包括的範圍也很廣。但是社會醫學在科學的應用範圍內表現功能。不僅使社會間插入了醫藥効用的特殊勢力。就是科學的醫藥也可漸漸地得到被重視與鞏固的地位。這并且也有良好影響及于一國醫學的進步。都可在無形中受着極大的效果。都可在預料中的呢。

臨床醫師天天靠着基本的醫識在社會上服務。各個醫師有各個醫師在社會內活動底範圍。就是他有用社會醫學的機會。但醫學在世界上不斷的進步。新發見的報告隨時日而增進的。怎樣可以吸收新穎的醫藥學識。而且怎樣可以在百忙中便利的吸收和習取。接受和實用。必須有個供給的中心機關。可見注重社會醫學目標底那些應用醫學的新材料。都是供給社會醫師適於消化應用的。極小的譬如新的療法與新的技術。都可靠着介紹的源泉去接收領會。再加以固有的本能和忍真的識別激底的

熟練。實在也是便利的一法。至於新藥的出品和新藥的臨床報告。雖則大部分屬於治療界。可是對社會醫學方面還是不無關係。此我就要談到擴充到社會藥學的問題了。

原來社會藥學或則不能獨立的照那麼簡單說。似乎也可包括在社會醫學內討論或是共同討論的。現在呢。社會藥學實在也很重要和醫界與民衆發生關係了。新藥的國產製造。民衆享受廉價和確定藥品的利益。社會上偽藥的取締。諸般重要事項。我們也應當側重這社會藥學底目標來竭力注意到新藥。尤其國產藥物。那種責任。藥界同志固然要負起責來提倡整理與求進步。醫界同志也要合作負責。所以我覺得由社會醫學就要擴充到社會藥學。也就是社會的醫藥。全賴科學的醫藥來求邁進發展。臨床醫師一天不能離開藥。要希望藥的有效。才能顯現醫師的本能。醫師也要懂得藥的基本智識。然後在社會上可以忠誠服務。認真盡職。整個的社會有賴社會醫學與藥學幫助與救濟。若是僅僅提倡醫學附帶的提倡藥學。似乎於醫界本身和社會民衆。還覺有偏枯。看着時代底趨勢。我們以前的主張。先打算把社會看作對象。這是對的不錯的方針。而今假使同時積極提倡藥。介紹世界醫藥的新智識。應用醫藥的科學技能。使醫藥社會化。不但只側重於醫。同時還側重於藥。這種擴大的傾向。

也許可算是中國醫藥界有期望的好現象。我們更要努力多做些服務社會底困難工作。就是憑我們從醫藥底出發點來使社會醫學與藥學實際化具體化普遍化。并且跟着社會的轉移。醫藥前途。才有發展的希望。這不是在中國目前看起來。那些緊要的社會工作。和民衆不關痛癢底官辦衛生事業比較。更有偉大而值得提倡底價值麼。醫藥要求其社會化。社會的生活也得要使其科學醫藥化。然後有健全的合理的社會而且包含有科學醫藥的偉大效用。現在我以為由社會醫學擴充到社會藥學。同人對社會所負醫藥上的責任也就隨之而更擴大了。

軍醫一瞰

楊紳醫師

曾聞清季旗營中。無所謂軍醫。偶有疾患創傷。概以膏丹治之。或以幕僚司其事。改練新軍之時。始有軍醫之目。任之者亦僅識湯頭歌脈性賦而已。及至民國肇興。各軍旅中始漸多新醫之蹤跡。惟以人材缺乏。仍不免有濫竽充數者。鼎革以還。力求整飭。多入正軌。惟「調兒浪宕當軍醫」之譏。尙未能盡免爲憾耳。余入軍醫界。於茲三年矣。猶憶未任軍醫以前。視軍醫界爲畏途。有若一任軍醫。卽自絕其學術生命者然。故當就任之初。最勉僚屬語中。有「余素爲開業醫。教書

匠。中途從軍。不知軍醫如何做法。仍願以開業醫之和藹態度。教書匠之懇贊精誠。充當軍醫。」云云。三年以來。從未隕越。是亦個人過程中堪以自慰者也。

今就一般軍醫界論。誠有不忍言者。客歲奉命出差鄂西。駐軍中竟有不能維持火食者。於是醫藥人員。相率辭去。舊日之充當看護士兵者。亦巍巍乎儕於官佐之林。以士兵之生命作兒戲。不禁爲之長太息者再。

軍醫初有新醫與舊醫之分。復有軍醫系與非軍醫系之別。近更有英美派與德日派之爭。互相傾軋。此起彼覆。在此人材缺乏期中。益形減色。

軍醫人員。除治療防疫暨統籌衛生外。須兼明軍事。絕非吾輩開業醫教書匠所能勝任愉快者。抗日時某氏新任院長。不知退却。幾遭俘虜。實其一例耳。

軍醫人員。除醫學及軍事知識外。尚須明悉基礎情形。及作事經驗者。方能充任高級長官。在軍醫人員任用晉升條例中。規定至爲詳明。不圖近有甫出校門之後生。或留學初歸之新貴。竟能一步登天。掌握樞要。僅事表面張皇。不顧內容實際。是之謂設計。是之謂整理。余未敢信。

軍隊不時調動。醫務機關類多假設於荒廟破寺。甚且露宿篷帳。欲避風雪。且不可能。遑論保溫消毒。於此情景中而欲施行手術。待期療養。其結果之如何。自不

待言。

衛生材料費用。規定每人每不得超過一角。在此藥價騰貴期中。已覺不敷支配。益以國難折減。駁削重重。匪區更須爲難民施診。以致醫務所中。除硫苦碘酒外。別無長物。甚至某某醫院創辦時。併包裹材料。且不及百種。若令無米爲炊。毋寧望洋興嘆。

余不敏。不善逢迎。尤不慣恭維。謹就三年內。牢騷聲中所獲得之經驗。作爲下列之條陳。藉爲社會醫藥報補白可爾。

一、擴充軍醫學校 務使養成人員。足敷軍隊之用。

二、注重防毒醫學 毒氣戰爭。殆不可免。軍醫人員。尤應明悉。

三、訓練現任軍醫 現任軍醫之未經軍事訓練者。應即分期抽調訓練。醫學知識不足者。尤應設法補充。

四、提高軍醫待遇 軍醫爲技術人員。自應提高待遇。使其生活安定。方能盡忠職務。庶不致侵蝕衛生材料營養費用。重苦士卒。

五、化除學派系統 吾國科學落伍。人材尤感缺乏。通力合作。猶有未足。傾軋分崩。其誰曰可。

六、按規任免升降 按照條例任免。依資歷績升降。勿爲頭銜所蠱惑。毋以裙帶爲準繩。

七、固定醫院院址 醫院不時遷徙。致無適當之手術室病房等設備。而欲得有良好成績。實所難能。

八、充實衛生材料 疾病類別繁多。自非少數藥品所可應付。須由中央設廠製造。固可免去金錢外溢。亦足減少軍醫棘手。

九、增加醫療器械 醫療方法。日新月異。須用器械者尤夥。是宜擇要添置。以資應用。

十、按期發給費用 聞現有數醫院。動徹墊款萬千。大有將本謀利。類似商賈情形。殊覺滑稽。

一三、四、一七、於南京

科學昌明 闡發義歧秘奧 中西融匯 網羅藥石英華 以大無畏之精神 作普天下之治療 同成醫國手 共樂太和春
俚言恭祝

社會醫藥報 新刊

鄞呂制 丹拜題

最新學識

瀉血對於何病爲有效乎

郭人驥醫師譯

在療法歷史上。瀉血療法。伊古已知。由時代之不同。毀譽褒貶。各走極端。固不待論。考其實用。已始於文化蒙昧之時代。即在醫學混合玄談迷信宗教之治療時代。瀉血輒被濫用。究以何病爲其適應症。殆不明瞭。古埃及墳墓中所出土之副葬品。亦有用瀉血之器械。希臘神話。亦有瀉血之事蹟。即在今日。野蠻人種之間。亦有應用種種器具。施行瀉血之風俗貽留。可以想見。蓋原始的生活者。無論何病。皆信瀉血得達治療之目的。至其經驗則屬於想像的。在Hippocrates時。患非常疼痛者。欲使無痛。施行瀉血至貧血之程度。其治療目的。稍見確實。次在加倫蔡而紫時代。尙有萬病皆効之風。其適應症至爲廣泛。中古以來。自南歐亘亞拉伯。僧侶之濫用瀉血者尤甚。是蓋僧侶爲解脫禁慾生活之苦痛起見。藉瀉血之方法。力求抑

制活潑之元氣。且當時有所謂瀉血曆者。即依天體之位置。以規定其可施瀉血之時日。迨其後有反對濫用瀉血者出。即百利蘇氏拍賴蔡而紫氏之徒。唱反對論。在前世紀之半。尙爲迷信的瀉血萬能時代。尤以法國之弊害爲甚。如不魯塞而氏以萬病爲炎性。澈底的瀉血。對於消炎有著効之立論。以至巴黎病院內。成爲吸血鬼之大本營。其因失血而喪失可貴之生命之民衆。實不爲少。自及他氏司科達氏俄志波蔡氏等。無爲而化的治療論者輩出。於是以太古以來蠻習所發達之瀉血療法。大爲限制。從來所視爲萬能神聖之瀉血療法。殆歸無用。竟至斥爲罪惡。而蹴落地獄之中。自是以後。凡有正式學問之醫者。皆不注意瀉血。迨至近以實驗醫學爲根據之瀉血療法。重復蘇生。教科書亦復採入。知名之臨床家。亦復應用之矣。

自上述之情形觀之。古昔瀉血之適應症。至爲曖昧。且爲非學問的。在今日之真面目上。還以無庸參照爲宜。維也納學派固屬打擊瀉血療法者。尙有一部分之學者。如脫老倍氏宜蘭氏認其對於肺炎有特效云云。然以肺炎爲其適應症之說。亦由古昔玄想宗教非科學的思想而來。固不成爲今日之學說也。然則今日之瀉血。對於何病爲有效乎。余現以實驗醫學爲根據。排除迷信而解答之如下。

所謂瀉血者。自人體中奪去其一部分之血液而已。奪之而奏效者。要在其血液有餘之時。若血雖有而無餘。却爲有害。斯爲其第一之適應症。所謂血液有餘云者。相當於體液充滿症之意義。普通所謂高壓症者。即在頭痛胸內苦悶之時。奪去其血液之一部分。血壓下降而有緩解其苦痛之感覺。高壓症乃由於末梢動脈之攣縮而起。並不由於血量過多之故。予以前就多數之高壓患者。施行瀉血。在其前後。測定其動脈及靜脈壓。普通瀉血量。卽至三——四百cc程度。動脈壓毫不下降。然高壓患者之自覺症。卽頭痛胸內苦悶。通常緩解。此亦有所謂暗示方法有以致之。然臨床實際。暗示療法。實占其不少之部分。通常瀉血對於高壓。

並無有可以非難之理由。再言之。若欲由此而希望血壓之降下。在理論上實際上。均屬舛誤。欲使動脈血壓降下。非如往昔吸血鬼時代之大量瀉血不能也。高壓症與瀉血之關係。尙有腦出血者。往昔亦以施行瀉血爲思考之中心。依余之經驗。腦出血之經過。藉瀉血之治療。並無甚大影響。換言之。大出血後之昏沉不辨人事狀態時。亦無賴瀉血而獲援救之例。發作後若有相當意識之輕症例。不施瀉血。亦得恢復原狀。此時若有再出血之虞。宜在瀉血可以避免復發之信條下。施行之。實際上。能得正鵠與否。尙無判定之方法。蓋藉瀉血促體液流入血中。從而理論上實驗上。能促進血液之凝固作用。蓋由種種之證明。凝固促進。得豫防再出血。無論何人。均無異議。諾因氏反對腦出血之瀉血療法。其立論之根據。以爲出血之際。藉凝塊以壓迫腦血管。而起貧血。貧血由延髓中樞之刺戟而減退其亢進之血壓。使治療機轉。有良好之影響。若施行瀉血時。則妨礙其減退血壓之作用云云。是過近於抽象的。然據哥爾特率德氏。謂腦壓本無壓迫大血管之力。而唱反對說。克倫倍爾氏謂血管起硬化時。普通發起腦出血。失去管

壁彈性。瀉血後。難以順應少量之血液而起收縮。從而
有因比較的液量不足而發起虛脫症狀之恐。此時宜不用大
量。反覆施行少量瀉血爲佳。普通三四百cc之瀉血量。亦無
顧慮之必要。要之。腦出血時瀉血之效果。理論上豫防再
血之說。屬於抽象的。至其必要。與其由於理論。每當自
診療實際上徵驗之。今有素號健康之人。忽然陷於重症。
醫者馳至。在其昏睡狀態時。不能經口的攝取藥餌。然其
脈搏。卻爲良好。亦無注射之必要。除灌腸排尿外。不得不
抽手旁觀。當此時也。若爲多血之患者。宜自其血管。拔取
若干之血液。此爲醫者適當之工作。盡人事以待天命而已。
并使周圍之人亦同瞭解此意。疾病治療。固屬另一問題。
然藉以鎮撫周率狼狽之人心。亦不無效果可言。加以前述
自豫防再出血之意義。須施行瀉血。至某種程度。然在脈
搏既已微弱者。強行榨去血液。亦不宜也。

其次則尿毒症時。亦有屢用瀉血法者。此雖具前述高血壓
症之意義。其目的以排除充溢於體內之尿毒爲主。然僅除
去三——四百耗之血液。不能達其目的。可脫勞斯氏將高
張糖液注入與之連結。始得達其目的。其在慢性尿毒症。

社會醫藥報 瀉血對於何病爲有效乎

依此療法。確有多少奏效。意識稍稍恢復。嘔吐頭痛亦減
。然在昏睡極深之重症。難認其効力。一言以閉之。尿毒
症較腦出血多能奏効。蓋屢見也。雖然。在此情形。如前
所述。依瀉血方法不能即令動脈血壓降下。血中殘餘窒素
亦難認明其減少。據克林倍而氏瀉血後數日間。屢見其利
尿顯著。蓋瀉血後血管內有空虛之餘地。組織液流入變成
爲尿而排出之。迨其結果。患者訴渴。有浮腫者。此時浮
腫就退。據白爾乃氏。瀉血一〇〇〇cc後。數分間既已消
失三——四百cc之浮腫云。其在西洋。多施行大量瀉血。
予則缺少除去三——四百以上之經驗。從而尙未遭逢目所
能見浮腫之減少例。上記利尿記載。抑普遍的。抑例外的
。暫存疑問可也。

急性腎炎所發現子痲性尿毒時。瀉血往往與腰椎穿刺並行
。子痲性尿毒。雖不行此療法。亦能恢復。故決難達嚴密
瀉血之效果。然自輕減心臟血管之負擔觀之。可得認知某
種程度之效果。妊娠子痲。亦有用之者。然屬諸專門。不
在此內。

瀉血之最有效果者。爲某種循環障礙。然非一切的循環障

礙。從而循環障礙施行瀉血之時。當先區別其爲何種障礙。

所謂循環障礙者。爲瓣膜病。其原因。大抵在於心臟自己。在急性傳染病時。血管多有被其侵犯者。

急性傳染病腹腔疾手術後。其他急性中毒等所顯示之虛脫。或 Shock 症狀時。血液之不少部分。積聚於門脈系統。

(其學理的說明。姑從略)。而成所謂「腹膜腔失血之狀態」。從而旋流於門脈以外循環系之血量極爲減少。因此旋流於心臟之血液亦少。心臟之範圍亦減小。靜脈血壓

減少。每分流血量亦減少。終至動脈血壓亦小。在此時也。反以施行輸血爲必要。而瀉血則爲禁物。又在實際。靜脈

血壓減退。亦難達其目的。往古肺炎患者以瀉血療法爲第一顧客。肺炎初期之未起循環障礙者。尙無甚理由。迨至

末期。脈搏不良而將瀕於死亡之時。實施瀉血療法。有克奏其迅速之效果者也。

在虛脫情形以外。尤以以心臟爲主要原因之循環障礙。謂瀉

血皆爲其適應症。然依魏爾亨氏之說。亦不如斯簡單也。

全體瀉血之效果。要以過量血液爲循環障礙之原因時。其理自明。常人之循環血液量。(其術語(Zirkulierende Blutmenge)之意義。人體之血管。視各處之情形。血液或流行迅速。或流行徐緩。恰若何流之爲急流。湖池之爲緩流。然後者徐徐流行之處。即脾臟。肝臟。皮下毛細管網等。稱爲血液儲留所。而稱前者迅速流行部分之血液量。爲循環血液量。每分流血量。其極相近之數字。依愛味虛與斯倍氏之說。六六壯之人。每分流血量爲四·二六。循環血量爲四·六立脫。(呎)其比爲一·〇六。即人體中須有此種程度自己必要之血液量。以循環之。始爲佳良。將其餘者。貯於儲留所而放置爲宜。在失調慢性心臟病時。其比增大。屢達二·〇以上。即心臟循環單位時間所處分血量之二倍。換言之。此際循環血液量之半分。能儲藏於前記血液儲留所。斯時毛地黃之作用。可令循環復於常態。而俟毛地黃作用失効危急之時。則須斷然藉瀉血之方法。以排除其過剩之循環血量。

慢性心臟失調。並不常伴循環血量增大。即有時反起減少者。在此時毛地黃劑瀉血。均須禁忌。以此循環血量爲標

準而區別心臟失調爲二種。近時倍爾格曼氏教室之維爾亨氏研究。已得成立同一疾患同一患者。有時呈甲種實調之症狀。有時呈乙種失調之症狀。甲種卽血量過多。大抵以過勞及收縮不整爲原因。而顯失調者也。乙種卽血量過少。由傳染而發起失調者也。維爾亨氏名甲種爲剩餘失調。(Predekompensation)其臨床的特徵。(一)呼吸困難。在兩手不垂而取坐位時。則減退。血液集積於足部而循環血量減少之故也。(二)不眠亢奮。(三)皮膚青紫。限局於再殼鼻尖口唇尖端之處。(四)頸部靜脈怒張。尤以將手掌壓迫肝臟部時。可以見其靜脈血壓增高。次稱乙種爲缺損失調。(Minderkompensation)(一)呼吸困難。臥位最少。(二)倦怠催眠。(三)軀幹四肢。平面的青紫色。(四)頸部靜脈虛脫。雖壓迫肝臟。亦不充實。以靜脈血壓屢見低下爲特徵。依此標準而區別之。瀉血可以施行於剩餘失調者。然維爾亨氏區別心臟失調爲二種。將來果得成爲定說否耶？吾則以其師倍爾格曼氏之大宣傳。竊嘗以爲過當。現拙拉休氏已反對之。謂不循環之血液在相當量。爲不能信。又如臥位時。兩方均有呼吸困難與皮膚

青紫色顯著之實例。依維爾亨氏式。呼吸困難爲剩餘失調。皮膚青紫爲缺損失調。此二種不相容之診斷。將以何者爲是？不亦難於解釋？然在瀉血之實際上。並不覺如斯之困難也。由靜脈採血。普通之瀉血法。乘餘失調。卽靜脈壓若不亢進時。難得採取所期之血量。故維爾亨氏說。在無意識之時代。自然不誤其適應症。尙有一言。倍爾格曼氏自身爲不好瀉血之人。無此記載。依余之經驗。如斯之例。可作爲瀉血最宜之適應症。既有三至四百耗之瀉血量。胸內苦悶去。爪甲之青紫色。至術半。既已恢復正常之血色。患者蘇生而能述其感謝之辭。知其已經愉快。全體豫後。亦有希望矣。』

依余等之臨床實驗。既如上述。瀉血後動脈血壓無大變化。反之。靜脈血壓顯呈低下。尤以有鬱血而靜脈血壓增高時爲著明。此瀉血對於動脈壓與靜脈壓作用之差。動脈壓並非指示其過剩之血液量。反之。靜脈由其管壁之組織而自明瞭。蓋其肌與彈力纖維之分布貧弱。從而神經之支配及於血壓之影響。不能與動脈相比。寧可謂依其內容之盈虛而有左右之能力。卽動脈血壓亢進有征服循環抵抗之力。故

有動的整調作用。靜脈血壓亢進。純粹反映鬱血之結果。實為他動的者也。故藉瀉血排除過分之血量。則靜脈血壓即行低下。此際靜脈壓低下。即為右心房室負擔減輕之意義。從而小循環有鬱血時。瀉血之效果最著。其在日本。古時脚氣衝心。常見應用之法。可謂掌握其最上之適應症者也。如上所述。動脈血壓為不變化之樣。靜脈血壓顯著

低下。則動靜脈間之壓差極大。從而毛細管內之血流大為改善。其他血液稀釋。亦大有利於血液循環之工作者也。(循環容易)以上為瀉血可奏效果之種種疾病。及其狀態之大要。此外尚有瀉血可為貧血其他之療法而記載之。然非甚為重要之適應症。記之過為冗長。於是擱筆

臨 鄧源和醫師編

症 實 用 傷寒全書

每册大洋一元

(郵費一角一分)

本書上篇專載傷寒之原因，症狀，診斷，(分主要症狀之診斷，牛胆汁之早期診斷，韋大爾氏診斷，及白血球診斷等)及療法(分血清療法，接種液療法，藥物療法，及特殊療法)，下篇搜羅名醫臨症上之心得如國內名醫師 余雲岫，汪企張，汪于岡，盛佩慈，沙允武，謝筠壽，李棻，朱企洛等數十位名醫對於傷寒之診斷及治療上之經驗。皆學說嶄新，療法詳備，臨 醫家若能熟讀此書，其于傷寒之治療，必可應手而得，故無論新醫中醫，均宜人手一篇，以資參考。

▲總經售處

上海老大街路新馬安里三十四號

社會醫藥報館出版部

基礎 醫學

醫用生理學 (二)

郭人驥醫師

第一篇

血液

血液 Blut 者。即循環於全身之血管系 (Gefässsystem) 內繼續不息。赤色不透明之液體也。具有稍大之粘稠性。重於水 (比重一·〇五——一·〇六)。反應殆為中性。

血液之機能

(一) 物質代謝 (Stoffwechsel) 之媒介。即將消化管內所得種種之養素。肺中所攝取之酸素。分配授與於全身之細胞。並收容全身細胞所產出之物質代謝產物。輸炭酸 (CO₂) 至肺。運其他不揮發性物質至腎。自此放棄於體外。為其最主要之機能。

此外尚有次述諸種機能。

(二) 體液之滲透法及水素伊供濃度調節作用。凡浸潤

全身組織細胞間隙之組織液 (Gewebeassaf)。不得不保持其適度之滲透壓及水素伊供濃度。若起異常。則阻害浸潤其中組織細胞之機能。然組織細胞物質代謝之結果。其組織液之滲透壓及水素伊供濃度增加。血液具有使此增加消滅而保持其正常值之作用。

(三) 荷爾蒙 (Hormone) 之運搬。諸種內分泌所產出之荷爾蒙。因其分泌於血液中。血液以之分布全身。使得達其目的之器官。以發揮其機能。

(四) 體熱之分布。全身中細胞盛營其機能之處。則熱產出亦多。此熱若僅恃此傳導以分散之。則在肝臟活動之肌肉等產熱旺盛之器官。其局所溫度顯著上昇。反之而在休息器官之溫度。可下降至如冷血動物樣近於外界之溫度。然吾人因血液循環之故。體熱分布於全身。所謂體溫

(Körpertemperatur)。者全身各處。殆均同等者也。

(五)對於異物之防衛及免疫作用。不可存在於正常體中之異物(Fremd Körper)侵入人體內時。大抵由血液加以適當之處理而除其害。若其為有害之細菌(Bakterien)。血液藉其內之特殊成分之作用。而殺細菌。或努力防制其發育。又對於此等侵入體內之異物。新生諸種之免疫物質。(Immunkörper)而有獲得免疫性(Immunität)者。

上述五種機能中。自第一至第四。基於一般血液之理化學的性狀之作用。唯對於第五之異物防衛及免疫作用。僅依理化學的現象難以說明之。為生物之特殊現象。尤以其免疫作用。為含有於血清(Blutserum)特殊性質。醫學上極為重要。然此已另成免疫學(Immunologie)或血清學(Serologie)之獨立科。而講述之。故本書不能贅及。

第一章 血液之成分

血液乃稱為血漿(Blutplasma或簡稱爲Plasma)之水溶液。有種種之有形成分浮游其中者也。其有形成分大抵為赤血球(Erythrocyten)白血球(Leucocyten)血小板(Thrombocyten)之三種。血球各有特殊之機能。

第一節 血漿(Blutplasma)

人體之血漿。為淡橙黃色之液體。乃以蛋白質(Eiweiß)無鹽類(Anorganische Salze)糖(Zucker)脂肪(Fett.)及種種之窒素化合物等。溶解於水中者也。其內鹽類糖及窒素化合物。雖為真正溶液。然蛋白質則成為膠質(Kolloid)而溶解之。脂肪則成為小球(Kügelchen)與細胞之破片。共同浮游於液中。稱此等浮游物。為血原子。(Haematokorien Od. Blutstäubchen)。其他血漿中。含有種種之荷爾粉及免疫體。

此等成分中糖脂肪蛋白質及窒素化合物中之Amino Säuren對於全身之細胞。視作物質代謝之材料而被供給為養素。Aminosäuren以外之含窒素體。為全身細胞所產出之蛋白質代謝產物。血漿自全身組織收受之。放棄於腎臟中。比重及粘度 人血血清之比重。約一·〇三(一·〇二八——一·〇三二)。此粘度約二·〇(一·八一——二·一)。此粘稠性。大抵因蛋白質為膠質溶存之故。而如後述之Globulin較Albumin增多時。則粘度大。此乃因種種疾患等。體內之組織崩壞增加時所發見之現象。

無機成分。水占水漿之約百分之九十（即 Blut 之 75—85 %）。常營爲新陳代謝之作用。即水之大部分。自消化管所吸收。其一部於組織中成爲物質代謝產物。而產生之。繼續增加於血漿中。一方成爲尿(Harn)。汗(Schweis)。其他種種分泌液(Sekrete)而排泄之。又由肺臟及皮膚之蒸發(Verdunstung)而喪失之。血液中水雖有一時的變動。然即能調節略至一定之值。

血漿中鹽類亦不絕的代謝。即一方自消化管吸收。他方大抵排泄於尿中。而血漿中之含量。在常態。殆能調節常保持其同一之值者也。

血液中之鹽類成分之主要者。以當量濃度(Normal)略示如次。

鹽基根		酸 根	
Baserradikale.		Säureradikale.	
Na	0.13 N	Cl	0.10 N
K	0.05 N	Hco ₃	0.036 N
Ca	0.005 N	So ₄	0.005 N
Mg	0.002 N	Hpo ₄	0.002 N

是故血漿中鹽類之大部分。可以NaCl視之者也。觀上表之酸根。稍較鹽基根少。此差因揭於此處無機性酸根外。尚有若干有機性酸根(Milchsäure)等。及 Eiweissäuron 存在之故。又有機性鹽基根之NH₄。雖有存在。然其量極微。

血漿中鈣及鎂。其全部在血漿中。非成爲伊洪(Ion)而存在。其若干(鈣之二十至三十%)。則造成有機化合物體。磷酸根(Phosphatradikale)在血漿中。亦一部爲 Ester 化合物體而在之。此事對於化骨(Essifikation)或結核病灶(Tuber Culoschneid)治愈機轉之石灰沈着(Kalkablagern)具有重要之意義者也。化骨或結核病灶之石灰沈着。賴局所酵素(Phosphatase)之作用。磷酸Ester. 被分解而爲磷酸鈣而沈着之說。已成確實。最近丹岡博士會證明骨及結核病灶之石灰鹽。爲Ca₃(Po₄)結晶。及在結核病灶中。有強力之 Phosphatase 之存在者也。血漿中之SB₄一部分。亦爲有機化合物體而存在。其他無機根。殆皆全部爲伊供狀而存在者也。

血漿。血漿含有0.1% (0.08—0.2%)之

血糖。大抵為葡萄糖。此為組織細胞酸化之主要材料而供用者也。此血糖在消化時。雖為腸所吸收。然其量超過一定度時。在肝臟及肌肉中。轉化為 Glykogen 而儲藏之。故其血漿中之濃度。殆常一度。食後。稍增加至 0.15%。亦有過此以上者。是曰食餌性過血糖 (Alimentäre Hyperglykaemie)。數時間後。復歸於正常值。若此 Glykogen 轉化機能被阻害。而血中糖量超過一定值 (0.18—0.2%) 時。糖出於尿中。凡較血糖量之正常值過大者。曰過血糖 (Hyperglykaemie)。其排出於尿時。曰糖尿。(Glykosurie) 又血糖之吸收量較其對於組織細胞之供給量少時。則儲在肝臟及肌肉中之 Glycogen。轉化為葡萄糖。(Glukose) 而排出於血中。以調節血糖量。至一定值。

此血糖外。亦有謂尚有若干葡萄糖與血漿蛋白結合而存在者。(Bierry 之 Suere proteidigue 等) 依飯塚門下之研究。謂日本人之結合糖量為 (0.1%)。反之亦有主張血漿中之血糖全部。或幾為全部游離狀態而存在。所謂無結合糖之反對說者有之。然普通血糖。依其還原力以測定之。血中

還元物質除糖外。尚有若干存在。此與依醱酵以測定者不一致。是即意見紛歧之原因也。

脂肪及類脂體。由腸吸收之脂肪素 (Fettstoffe)。存在於血漿中。為 Neutralfett, Lecithin, Cholesterin Cholesterin Fettsäureester, freie Fettsäure 及 Glycerin 等之形狀而存在之。其與血糖共應用為組織細胞之力原 (Energiequelle)。其量在常態。Neutralfett 0.1%, Lecithin 0.2%, Cholesterin & Cholesterinester 0.2%, freie Fettsäure 0.1—0.4%。依食物中之脂肪量而有變更。在大量時。血漿有因此而呈乳狀混濁者。

蛋白質 血漿蛋白質 (Plasmaeiweiss) 為血清 Albumin (Serum albumin) 血清 Globulin (Serum globulin) 纖維素 (Fibrinogen) 及少量之核蛋白 (Nucleoproteia)。此等亦繼續供給為全身組織細胞之力源。而被消費之。由腸之吸收而補充於血漿中。其種類及組成。不關食物蛋白種類如何。常為一定。即自吸收之 Amino-säure 直接或間接合成。為其動物之特有的血漿蛋白質也。

此等蛋白質中 Fibrinogen。當血液出血管外時。成爲固形之纖維(Fibrin)而析出之。以起血液凝固 (Blutgerinnung)者也。 Serum albumin, Serum globulin均非單純之物質。可視爲若干種之類似的。 Albumin 或 Globulin之混合體也。

成人血漿蛋白之總濃度。約1—8% (以血漿100。一二〇)內外。初生兒較比稍少(約%)。此值依身體之狀況而稍有變動。又靜脈血之值亦不一致。大多數情形。較動脈血之值稍大。所以然者。血液通過毛細管域之間。淋巴(自血漿除去蛋白質之殘餘水溶液)。自血漿分離而出血管外。是以全身血管收縮而血壓上昇。則增多淋巴之漏出。因而血漿蛋白成爲濃厚。血管開張而血壓下降。則組織間隙之巴淋。被吸收於血管內。則血漿蛋白之濃度減少。肌運動合併發生發汗發熱等。而血漿蛋白濃度增大。腎臟心臟等之疾患。則減少。並無蛋白質絕對量之增減。大抵由於血液水分之增減耳。

上記血漿蛋白之濃度中。Fibrinogen之濃度在0.4%以內。 Nucleoprotein 較此更少。故血漿蛋白之大部分。爲

Serum albumin (A)及 Serum globulin(G)此二。者之比例。由動物之種類而異。其在人血。則以Albumin方面爲多。平均 G:A=1:1.5。此比謂之蛋白係數。(Eiweisquozient)此值在同一人。雖常相同。但因發熱或發起一般組織細包破壞之疾患者。大多數情形Globulin量。發起比較的增加。

血漿蛋白之濃度測定。固以依據化學分析爲正確。但臨床測定之時。則用光綫屈折乃測定法 (Refraktometrie爲便。血漿成分中。蛋白質之光綫屈折力甚強。且比例其濃度而有增減。較之其他成分之屈折力極小。且略有一定。故由測定血液之屈折力而得推算其蛋白質之濃厚者也。

殘餘窒素 血漿除蛋白質外。含有若干之窒素化合物。總名曰殘餘窒素 (Resistenzstoff)。蛋白質雖依加熱而凝固。然殘餘窒素不凝固。故又有不凝固含窒素物質 (Inkoagulable N-haltige (Körper)之稱。此不但血漿。血球中亦有之。其全血中約存有0.035%(0.02—0.035%)。其半量爲 Harnstoff fraktion (Harnstoff & Ammoniak)。其他半量約爲 Aminosäurefraktion (種種之 Aminosäuren Krea

tin Und Kreatinin, Purin Körper等)。此外 Albumosen 雖有存在。亦極微量。

此等物質因。Amino saure 爲體蛋白之合成材料。而應用之外。大抵爲蛋白質分解產物。血液自全身之組織細包。攝取之而排泄於尿中。故有向腎臟運搬之時間。

腎臟之含窒素體排泄機能發達障礙之時。殘餘窒素蓄積於

血液中。此時尤以 Harnstofffraktion 增加。又磷中毒傳染病白血病等體內蛋白質分解異常增加之時。則血中殘餘窒素亦增。此時大抵 Aminosäurefraktion 增加尤著。又特以普林體 (Purine) 尤以尿酸蓄積於血中時。此物變成結晶。因其析出沈着於關節而發激痛者有之。(Gicht 痛風)。

(未完)

中西一致推許之醫學名著「中醫與科學」出版廣告

本書爲中醫生譚次仲專著全文十八萬言內容根據科學之眼光闡明中醫中藥之實際文筆理論均極精到其中重要各篇迭紀本報及各省中西醫學報各日報中且承中西醫界名流如余雲岫陸淵雷等加以獎語表示熱烈的同情可打破中西醫從前閼隔之新紀錄而爲中國醫學開一新紀元歟中西醫界不可不手各一篇每本定價貳元由本報館及上海大東書局廣州惠愛西路瑞興新街九號譚次仲醫寓發售

診斷 治療

內科發疹診斷上之要點

快慶

發疹在內科症候學上。占重要科目之一。發疹診斷常遇困難者亦不少。在急性傳染病中。發疹性傳染病占其重要之位置。

吾人下正確診斷之時。必須將書籍所見與實地難習雙方平均參酌。最爲必要。

對於定型的症狀。下一確診。尙非易事。况在不定型或異型症狀。竟有不能加以診斷者也。

發疹診斷上須注意之點。如下。

- (一) 全身周到診查。並須觀察其時間的經過。
- (二) 不可忽於內疹之注意。
- (三) 發疹之性狀。
- (四) 色澤。
- (五) 全身症狀。

等是也。發疹須仔細精查全身。施行充分觀察。則其過失自少。

例如猩紅熱發病後。經過數日。其輕者發疹在胸部腹部。既已消退。僅大腿內側殘留者有之。又猩紅熱在極初期。僅有發熱其他之症狀而不見發疹者。亦常有之。內疹頗爲重要。例如麻疹之以 Koplik 氏斑爲要點。是也。

(六) 發疹性狀之觀察。尤爲重要。發疹之爲點狀。血疹。蕁麻疹。紅斑是否爲多形性等。是也。

第二點即發疹可依其淋巴液或膿汁區別之。

第三點出血斑。亦能區別。

由其原因而起之發疹。得有種種區別。

(a) 麻疹水痘痘瘡等。其病原各不相同。

(b) 由藥物而起之發疹。謂之藥疹。如 *Chinia Co*

paive, Antipyrin, Aspyrin, Veronal. 抱水Chorol, Morphine, Chrysoarolin等是也。

(c) 血清疹。

(d) 由食物而起之發疹。如食蝦蟹而起之發疹是。

(e) 由敗血症而起之發疹。

尚有謂(f)由瀉腸而起之發疹者。亦有用下劑通便後起發疹者。然極少見。

更有自組織學的以區別發疹者。即腸傷寒之薔薇疹腸傷寒菌轉移於淋巴腔。在此部分之乳嘴。惹起炎症。此為弗林克

小兒咳嗽診斷之要點

雖有依咳嗽自己之性狀以決定其所發生之根源者。然此種簡單之事。不恆遇見。彼百日咳常賴其最特別之咳嗽發作以確定其診斷。然起誤診者亦不少。所謂咳嗽。大抵由於氣道。尤以喉頭氣管等有異物(就中尤以咯痰)附着之際。因其刺戟而惹起之故。每當咳嗽之時。輒有痰出者。即為濕咳。然一方亦因氣道粘膜炎刺戟性異常亢進之故。或由肋膜刺戟而發生者亦有之。倘有並無痰液分泌之異物時。亦發

爾氏所主張。發疹傷寒之薔薇疹。因其體表之小血管壁發起壞死。該部分之血管外壁。形成限局性小浸潤之故。

(七) 色澤。色澤有注意之必要。例如發疹傷寒。其薔薇疹初雖淡紅色後為出血斑。而成銅色。

(八) 全身症狀。對於發疹者之鑑別上。亦為必要。例如痘瘡兼有發熱。強度腰痛。強度神經症狀等。發疹傷寒腸傷寒亦各有特異之全身症狀。人所周知之事。又發疹如猩紅熱之有落屑者。如麻疹之胎色素沈著者。

(未完)

快慶

起之。更有因痰之粘稠度頗強。難以咯出而咳嗽頻發者亦有之。此兩者稱為乾咳。其發生濕咳者。為格魯布性肺炎之後半期。氣管支肺炎。加答兒性肺炎等。後者之乾。見於急性咽喉加答兒、麻疹、肋膜炎、格魯布性肺炎之初期。及急性氣管支肺炎之初期。普通小兒。由咳嗽發生可以排出之咯痰。多被嚥下。而不得見。故欲觀察咯痰之性質。非十歲以上之年長兒。殆為難事。是故格魯布性肺炎所特有之

繡色痰。幾不發見於小兒。卽此理也。小兒咳嗽之觀察。與其藉略痰之有無及其性質以區別濕咳與乾咳。毋寧重視咳嗽之音響爲佳。是卽依耳以辨別之也。關於此點。稍與成人不同。此外小兒科領域中。有由百日咳肺門淋巴腺腫脹而起之發作性痙攣性咳嗽。亦以後者之決定診斷爲難。然臨床上尙不多接觸。反之。百日咳可謂爲小兒科特有之疾患。且以咳嗽爲主訴之疾患。爲侵犯乳幼兒傳染病之重要者。凡氣候易於變化之處。常見流行。其痙攣期之定型者。診斷固易。但其中有雖專家。亦起誤診症。不可不注意。關於此節容後詳述。尙有特有之咳嗽。卽侵犯喉頭之時。咳嗽時合發嘎聲。而有實扶的里格魯布及假性格魯布之犬吠性咳嗽者。假性格魯布。僅恃其咳嗽與真性格魯布區別。實爲至難。不可不依慎重之態度而下診斷也。尙有一般之喉頭水腫。於小兒期。除麻疹外。不甚多見。大抵與急性傳染病例如腸傷寒痘瘡猩紅熱流行性感冒丹毒等合併發生者有之。又原因於化學的溫熱的刺戟。或原因於異物外傷。其他續發於急性咽喉頭加答兒。口蓋及扁桃腺炎。並頸部蜂窩織炎。喉頭軟骨炎。咽喉及喉頭結核性

黴菌性或癌腫性潰瘍等。亦有由膿毒症及敗血症而發者。有與此同時發起嘎聲咳嗽犬吠樣咳嗽者。尤以哺乳兒起此種嘎聲咳嗽時。不可不作咽後膿瘍之考慮。因此病較多。毋令失之交臂爲要。

問有因咳嗽過劇之時。氣道粘膜發生損傷。喀痰中有混少量之血液者。此易與結核誤診。小兒尤常見之。在此種情形之下。必須確查其原因。

又幼兒有發輕微咳嗽歷數月之久。此外無何等症狀而日漸羸瘦。往往遂由結核而死。乳兒雖有之。尤不注意。是蓋忽視其結核初期所發起輕咳嗽之故。斯時愛克斯光檢查。切不可忽。

如斯咳嗽各種疾病。各有其特異性。其重要症候。雖無差異。然依各人之情形而略有不同。尤以對於幼弱兒。此種感覺尤甚。尙有如前所述。有表示類似於異種疾患之徵候者。不能僅依咳嗽決定之。若不注意充分觀察其既往症。現在症。及其經過。毋令遺漏。難期望其診斷之正確也。以上爲咳嗽及其合併疾患之概想。更將診斷及治療上易陷於謬誤之數種疾患。說明之。

(未完)

喉頭結核治療法

賴聞世

喉頭結核之傳染模樣。乃由深部排泄含有細菌之喀痰。附着於喉頭粘膜面。而此粘膜面。設因咳嗽、或分泌過多。而現加答兒之狀。致上皮剝落等。則細菌易於壁入。尤以多皺襞之粘膜面。易停滯附着分泌物之後壁。爲易發病所。其他有原發性。或血行及淋巴行媒介之罹患。但吾人在臨床上。除極少數之例外者外。於肺結核患者中。所最常見。

肺結核患者患此者約四分之一及三分之一。男較多於女。約占70%。年齡的統計。則二十歲至四十歲者爲多。至其年老患者。則病機之進行較遲。經過良好者爲常。

本病之病變。在臨床上之初期。爲談話時之聲音易嘶啞。缺清朗性。是其要徵。患者頸部多搔痒感。乾燥。及異物感之種種知覺異常等。久則增劇。遂陷於無聲之狀。溼潤顯著。或發聲帶一側之發赤。竇翻轉症之形。若形成潰瘍。則訴嚙下痛。甚至於咳嗽及發聲時。亦覺疼痛。或散於于耳內。致患者疼痛益增加。而忌飲食。若其潰瘍僅限於喉

頭一小部份。而肺症狀不示進行性。一般狀態尙未過衰時。此際若得相當之治療。可使十分全治。此所謂限局性之小病變也。

至若廣汎性病變。則患者因增疼痛而忌飲食。營養日漸衰弱。體溫上昇。病勢增進。痛苦更增加。且潰瘍擴大至咽頭粘膜、口蓋弓、聲帶破裂、會厭皺襞等之侵蝕性崩壞。及軟疹骨炎等。於是容貌憔悴。時而起呼吸困難。上皮下結節形成。著明腫脹等。此際病勢已甚。難以下手。實堪嗟嘆者也。

治療法

本症之療法。無非對症療法。頗奏奇効者甚少。實難治之症也。但本症謂無法可施。則又誤矣。在初期病機尙未廣汎之際。施以適當特別之處置。決非無救。但至廣汎性期。明知時機已遲。則施種種之治療方法。以救急於萬一。苟不能完全治癒。而或得少須之輕快。及去患者之痛苦。而與以安慰。亦要事也。故對本症之治療法。不可不採用

下列諸種。決無疑義。

一般療法

沉默療法 本病患者。其聲音嘶啞。談話時恆須用力。其刺戟於喉頭與惡影響於病機者甚大。故喉頭之安靜。及避刺戟之事。爲本症之緊要者。宜力禁聲音之使用。病床上宜置筆與紙。而用筆談。且更用其他療法。在浸潤期或限局性病變時。其經過必有意外之良好。但實行此事。決非容易。醫家宜懇諭其利害。務使患者非嚴守不可之必要。咳嗽對於喉頭之安靜。亦有妨害。故務宜減少。而與以磷酸可地因等之鎮咳劑。抑制之使其緩咳。

氣候營養療法 喉頭結核之一般療法。與結核之一般療法同。對於氣候營養之優劣。實關緊要。患者宜居於氣候佳良之地。日光宜充分射入。多攝營養物。且使精神與肉體不致疲勞。但宜適合患者之種種狀況而施行。否則徒勞其精神。對病體毫無所益。

Tuberculin 療法 對喉頭結核之 Tuberculin 療法者甚多。有舊 Tuberculin 療法。Muph 氏 Tuberculin 療法 Rosenbach 氏 Tuberculin 療法 Sertel 氏 Tuberculin 療法等。至其奏

効如何。諸說紛紛。然使用上之宜謹慎者。即一般結核症。或喉頭結核未成潰瘍時。因注射而發熱。或局所反呈顯現象者。宜即停用。否則能致病之組織變壞。且使高熱繼續。更不可注射於廣性汎及高熱患者。

此外對於一般結核症之各種藥劑療法。在本症亦屬必要。如 Kernal 氏主張對喉頭結核使用持重內服沃度加里。或沃度鈉。往往收偉大之効果。然在內服沃度劑時。因持重而起種種不快之症狀。故不得不廢止連用。然亦有大量亦不呈不快現象者。雖廣汎性潰瘍。亦可得相當効力。

局所療法

此療法可以初期療法及限局性期療法。廣汎性期療法分述之。

初期療法

肺結核患者之頸部有異常知覺。及聲音嘶啞時。唯吸入二%重曹食鹽水。0.5%硝酸銀之塗布或用塗布漸次濃厚之 Menhol oil oivar 5—50% 而見自覺輕快者。亦見浸潤減退。或消失爲常。此外於十分古改拿麻醉之下。用 30—80% 之乳酸及 3% 之三鹽化醋酸之塗布。以腐蝕其浸潤部。

在頸部則施熱療法。夏間則行冷療法。

日光療法 日光喉頭內照法。對於本症之經過。常得佳効。可使患者自行之。其法：使患者背坐太陽。前置鏡於一定所。使患者開口現出喉頭。以受鏡面反射之日光。後使患者自持喉頭鏡。插入咽頭內。則由鏡面而來之光線。以喉頭鏡屈折使反射於喉頭內。每日一回。約10分鐘。漸次延長而至三十分鐘。應用時先於局所以 Adrenalin 之使用。使成貧血現象。可防有効成份紫光線之吸收。又太熱之光線。能使粘膜炎充血。並促紫光線吸收。故忌用日中高溫之光線。

限局性期處置

嚴禁談話已如上述。形成潰瘍。而訴嚥下痛。日光療法亦為需要。能使浸潤消散。潰瘍治癒。此際不唯鎮痛。而亦有治癒之望。尚有種種之治療法：

電氣燒灼法 此法最屬理想。先以古改拿麻醉之下。以燒灼子藉喉頭鏡之補助。經口的腐蝕潰瘍面。

抓爬療法 在潰瘍面先用抓爬法。兼使腐蝕為佳。其法：先注射嗎啡半小時後。塗布20% Cocaine 於舌根部及會厭

軟骨後面。再於喉頭內注射「奴吾卡因」於喉頭鏡檢查時。用銳匙除去浸潤潰瘍等。創傷上即塗以乳酸或三鹽化醋酸以為腐蝕。此法得反復行之。

腐蝕療法 先以「可卡因」十分麻醉喉頭潰瘍部。以減少其反射運動。然後取喉頭卷棉子。濕以少量之濃乳酸。或三鹽化醋酸。在喉頭不充分摩擦之。此時潰瘍面因腐蝕而現灰白色之痂皮。後即見脫落。而成一新鮮之肉芽面。然對廣汎性病變。或發熱衰弱著明者。切宜禁忌。如腐蝕後覺疼痛者。可用「可卡因」再塗之。或使吸入重曹水。及頸部冷療法。其間或可行薄荷阿列布油之濃厚塗布。因有鎮痛之効。且于潰瘍亦有多少之效果。

Pannestyr 氏療法 本法於喉頭結核病機尙未至深部時。大見實用。即先使內服沃度加里 〇·五——三·〇。其他每日二三回之吸入 $O_2NO_2(O)$ 如此則潰瘍面發生沃度。施行殺菌之作用。亦有以過酸化水素。加少量之醋酸或鹽酸。以代 O_2NO_2 。然沃度不得連續內服。則局所之潰瘍療法。可用10%之沃度加里水塗潰瘍面。取純 $Osaphar$ 加少量之鹽酸於其間。如此則發生沃度之効果頗佳。

X光線療法 對本型用適當之照射。頗有良効。能減輕疼痛。且使潰瘍形成癍痕云

鎮痛療法 本症之鎮痛療法。爲一緊要之事。患者因疼痛而不敢下嚥。以致喉間乾燥。苦痛益甚。故不得不處置方法。以減少疼痛。藥劑之所應用。如上述濃厚之薄荷阿列布油。能奏鎮痛之效。「可卡因」塗布多次使用。其効力亦漸減退。若逐次增濃。則起中毒症狀。及不快強度之乾燥。遂難使用。「奴吾卡因」亦頗見實用。又有爲乳劑而用之。其處方如下：

處方

Gum acacia	10.0
Glycerine	10.0
Alcohol	10.0
Cocaine Hydrochloro.	2.5
Menthol	2.0
Aqua Dest.	30.0

其他如 Orthoformium 直接潰瘍。或爲乳劑

處方

散布

Orthoformium	10.0
Gum. Acacia	10.0
乳糖	1.0

處方

Menthol	1.0-10.0
Glycerine	10.0
Gum. Acacia	30.0
Orthoformium	10.0
Aqua Dest.	100.0

Gravover 氏鬱血療法 取氏之鬱血帶。纏絡於頸部。使喉頭起鬱血。能使嚥下容易。緩解疼痛。然有起喉頭內浮腫。致呼吸阻碍者。不可不留意也。

廣汎性期處置

廣汎性期潰瘍。對一切之腐蝕及鎮痛之施行外或有疼痛不能充分緩和者。則可行下述之諸種療法。

嗎啡療法 鹽酸嗎啡。用爲內服或注射之。大能減輕患者之痛苦。使一時入睡狀態。且能減輕咳嗽之發作。殊一不可缺之良藥也。亦有用爲塗布。其處方如下：

鹽酸嗎啡

〇・二五

鹽酸「可卡印」

〇・〇五

乳糖

一〇・〇

樹膠

一〇・〇

Hoffmann 氏酒精注射療法 本法為霍氏所創製。其法：

即使患者仰臥。入枕於項部。使喉頭現出。探明甲狀軟骨與舌骨之間隙。壓迫對方所欲行之部。則患者訴疼痛。或異常感。此時即將針刺入。至一糲——一・五糲。又有欲使容易達神經枝。可於喉頭結節之上方一・五糲之部。距正中線之側四糲——五糲處。即將針刺入。輕輕移動。以探神經之所在。此時預告患者。若覺耳疼痛時。即舉手表示。宜嚴禁發聲。及嚥下運動。當患者表示有耳痛時。即將注射筒注入適攝氏四〇度溫之80%酒精(Aleohol) 1・〇 此種操作須注意者。即患者不訴耳痛時。雖注射亦無効。苟不與神經觸得者。則另換部位反復行之可也。注射

適當。疼痛無不立即消失者。其效果之持續。短則數日——數星期。永久者至二三月之久。然時有因注射後疼痛消失同時覺喉頭內有腫脹之感。且當嚥下時。須數回之嚥下運動。及呼吸困難者。究屬少數。

大概一側之注射已屬偉効。勿必兩側。但在非常經過中。固無妨兩側反覆注射之。而其効亦漸消失。或淋巴腺腫脹以致難注入。

氣管切開 為患者圖喉頭安寧計。或呼吸困難。不可不行氣管切開。有謂早期行之。因患者多咳嗽。且肺症狀不過惡時。有得良好之結果。以後除呼吸困難外。對重症患者不可行之。

至於食餌之狀態。務以半流動性粘稠者為佳。且宜冷却。其進食位置。宜取腹臥式。或坐而食之。或用 Zenathn 氏之Catheter 鼻腔通氣管以送入營養之物。 (完)

實用技術

局所麻醉

(一)

局所麻醉注射法

(一) 休賈盧氏浸潤麻醉注射法

休賈盧氏雖用科卡因。然在今日。則加副腎素(Adrenalin)於0.1-5%諾伏加因(Novocain)而用之。對於表在性麻醉。須用一細而過長之針。其初刺針之處。施行Bilora's spray 噴霧。將針平行刺入其部。是於針先令在淺真皮中。徐徐注入其液。形成小水泡。刺入淺。則水泡狀部上面。大抵可認明小陷凹點。恰如莓狀。休賈盧氏將針向水泡緩進行。順次復作小水泡若干。使凡須切開之區域。均被藥液之浸潤。當注射時。將指嵌入附屬於注射器之金屬輪。而注射之。此種開端的純粹注射法。今日已鮮行之。其所以不用之理由。蓋以發生水泡之組織。作成浮腫。皮膚變色。手術野之狀況。發起變化。炎症界限不明。又炎症

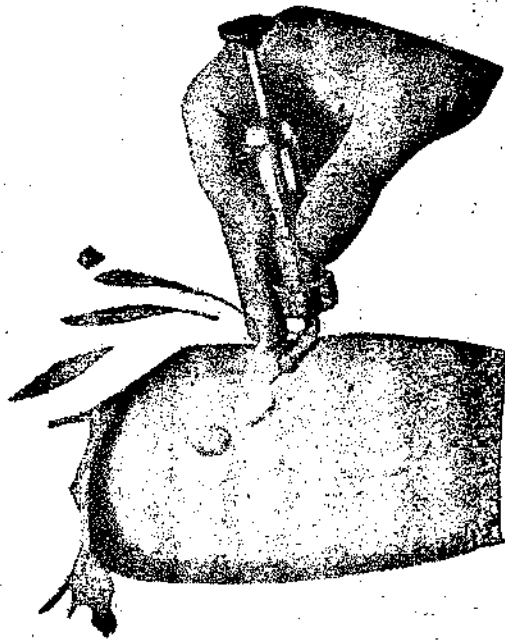
部既有組織緊張。更以注射藥使之愈加緊張。則發疼痛。且刺入不易。尤以對於手掌手指項部等皮膚堅韌之處。注射困難。故休賈盧氏浸潤麻醉。不過用於小表在性疾患之手術耳。

郭伯良醫師

用細長注射針注射時防
針之搖動以鑷子支持之圖



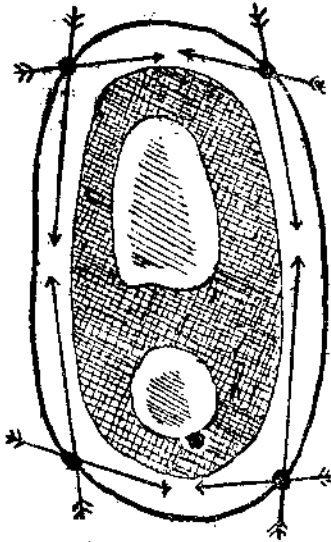
依曲注射針形而
成皮膚水泡圖



(二) 海根伯魯氏之周圍注射法。

休賽盧氏之浸潤麻醉。直接注射於手術野。所謂周圍注射者。注射於手術野之周圍。如圖所示。

前膊由四個注射部位使
皮下組織起浸潤之狀
况圖



手在術野周圍注射。而成菱形。先在皮下。施行極淺注射。皮膚上作成莓狀小水泡。將注射針刺入此部。自一處注入於兩方。針自二處刺入。向四方注入。作成菱形。以包擁手術野之周圍。若欲行深部手術之時。再以針刺入深部。可也。浸潤部之斷面。成爲倒立之圓錐狀。如是。完全將手術野包圍之矣。依此種周圍注射法。手術野所見不生變化。若手術野廣大時。則依同一方法。施行於廣大範圍。而注射之。例如乳房手術之時。初在乳房周圍。作成小水泡。自該所注射。完全包圍乳房。因部位之關係。依真正之針。行水平的淺表注射。常爲不便。若強行之。有折針之虞。故以用曲針爲便。又長針常刺入時。亦有折斷者。故須用鑷子挾持之。如上圖。

專著

簡明眼科

引言

眼爲人生最重要器官。盡人皆知。無庸贅述。但關於牠的專門常識。尙屬少見。茲所記者。乃以淺顯之意旨而參加普通治法也。

本篇所舉病名。解剖等詞。係根據一九三〇年日本眼科學會公佈之術語。以昭一貫。

發刊在即。匆促付郵。疎遺之點。在所難免。尙希讀者不吝賜教。匡我不逮。則幸甚矣。記此聊作卷頭語。

念三年四月 日識於簡端

眼之構造及其機能

欲識眼病。先要明知眼睛之構造及其機能。姑試言之。

眼Oculus.由眼球Bulbus.及其他附屬器官所組成。而眼球可分爲三層。外層爲角膜Cornea.及鞏膜Sclera.。中層爲

鄞縣呂丹(鳳書)未是草

葡萄膜Uver.。內層爲視網膜Retina.。生於眼窩中。其四週皆骨壁。球後爲視神經Nervusopticus.。附屬器官爲眼瞼Palpebrae.結合膜Conjunctiva.睫毛Cilia.淚器Apparatus lacimalis.眼肌Musculioculi.及眼眶筋膜Fascia orbitales.等是也。

眼球內部有晶狀體Lens Crystallina.及玻璃狀體。Corpus vitreum.。在角膜與虹膜Iris.之間有前房Camera Oculi anterior.。而虹膜與晶狀體、玻璃狀體之間有後房。Camera Oculi Posterior.。皆以房水Humor aquens.充滿之。前房與後房之洞隙曰瞳孔Pupilla.。

眼瞼、睫毛、結合膜及淚器。俱能保護眼球。不使外物刺戟。眼肌專司眼之運動。鞏膜爲保護眼型。角膜及晶狀體。能屈折光線。使集合於眼底。而呈明視。葡萄膜者。乃

虹膜。睫狀體 *Corpus Ciliare*。脈絡膜 *Chorioidea*。之總稱也。其間富有色素及血管。能調節外來光線。兼司眼球榮養。視網膜及視神經。能感受及傳導光線。

淚腺及結膜

眼瞼 *Palpebrae*。分爲上瞼 *Palpebra Superior*。下瞼 *Palpebra inferior*。一部。掩護眼球前方。表面爲皮膚 *Cutis*。裏面爲粘膜。稱眼瞼結膜。 *Conjunctiva Palpebrae* 俗曰眼胞。醫曰肉輪。其間有軟骨。曰眼瞼軟骨。現稱瞼板。 *Tarsus Palpebrarum*。邊緣曰眼瞼緣 *Margo Palpebralis*。瞼緣之裂隙處曰瞼裂 *Rima Palpebrarum*。瞼裂近耳側曰外眥 *Angulus Oculi lateralis*。鼻側曰內眥 *Angulus Oculi Medialis*。緣間生睫毛。內部有孟抱氏腺 *Glandulae tarsalis (Meibomi)*。其上緣有眉毛。 *Supercilium*。

眼瞼皮下有筋肉纖維。以司開閉。若反轉眼瞼。卽見結膜。其內方曰穹窿部 *Conjunctiva Fornix*。而結膜由此渡出眼球。進沿鞏膜而達於角膜緣。此曰眼球結膜 *Conjunctiva Bulbi*。自穹窿部至角膜緣之結膜。形成囊狀。故亦曰結膜囊。

淚器

淚器 *Apparatus lacrimalis*。由淚鞏與淚道二部而成。淚腺 *Glandula lacrimalis*。分爲上下二部。淚液由淚腺所出。過上結膜穹窿部。而濕潤全結膜囊。再由上下淚點 *Punctum lacrimale* 流入淚道。而泄於下鼻道 *Meatus nasi inferior*。

淚道。淚流之途徑也。自淚點起。經上下淚管 *Ductus lacrimalis*。而入淚囊 *Sacculus lacrimalis*。再通過鼻淚管 *Ductus nasolacrimalis*。以至下鼻道。

角膜

角膜 *Cornea*。本爲無色之透明膜。位在眼球前方中央面。因內部色素反映。故呈褐色。俗曰烏珠。舊醫曰風輪者是也。其組合可分五層

鞏膜

鞏膜 *Sclera*。爲圍繞角膜四週之白膜。俗曰眼白。醫曰氣輪。係堅韌之睫狀膜。及結締組織彈力纖維等構成。虹膜 *Iris*。

虹膜及睫狀體

在角膜內有茶褐色輪狀部者是也。睫狀體 *Corpus Ciliare*。

位在虹膜後面。非外觀所能見。二者乃葡萄膜Uver.之前部。內有瞳孔括約肌 Musculus sphincter Pupillae. 瞳孔開大肌 Musculus delator Pupillae. 及睫狀肌 Musculus ciliaris.

脈絡膜

脈絡膜 Choroida. 爲葡萄膜之後部。隔在視網膜 Retina. 與鞏膜之間。由玻璃狀膜 Lamina basalis. 毛細血管層 Lamina choriocapillaris. 及血管層 Lamina Vasculosa. 脈絡膜上層 Lamina suprachorioidea. 等所成。

視網膜及視神經

視網膜 Retina. 爲眼球內面之薄膜。由十層所組成。現赤色。能感染光線。視網膜之神經纖維。向乳頭部集合。則成視神經 Nervus opticus. 且穿出鞏膜。直達眼球外。舊醫名目系者是也。

玻璃狀體

玻璃狀體 Corpus Vitreum. 爲填充於視網膜及晶狀體間之

透明質。由纖維組織與粘液樣物質構成。

晶狀體

晶狀體 Lens Crystallina. 者。亦係細胞及纖維所集合也。乃黃色透明質。其狀如囊而凸。位於虹膜後玻璃體前。其週圍有靜氏帶。Yion. 與睫狀體相諸絡。

眼肌

眼肌 Musculi oculi. 專司眼之運動。其肌有六。曰上直肌 M. rectus superior. 下直肌 M. rectus inferior. 內直肌 M. rectus medialis. 三肌簡稱曰動眼神經 N. Oculomotorius. 又有外直肌 M. rectus lateralis. 亦曰外旋神經 N. abducens. 上斜肌 M. Obliquus superior. 亦曰滑車神經 N. trochlearis. 下斜肌 M. Obliquus inferior. 亦曰動眼神經。俱起於眼眶骨壁。而附着於鞏膜。

(待續)

調劑心得

最新藥品配伍禁忌總論 (二)

曹志功藥師

溶媒(水酒精)之配伍

溶解度之變化。作成液劑之時。須要溶媒(溶解劑)而在含有其他藥品之液劑。加以溶媒於其中。有起不溶或難溶者。因而生混濁或沈澱。例如加了幾於水中。若丁幾中含有難溶或不溶於水之成分時。則生混濁。或沈澱。

化學的變化之成立。將乾燥二種藥品混和之時。雖無變化而易保存。然加以水或酒精。始起變化者有之。例如乳酸鈣。混以重曹。雖得不變而無粉末狀。然加水而為液劑時。則生成不溶性之碳酸鈣沈澱而呈白濁。所謂配伍不適。是也。又將煨製鎂混於甘汞中。雖無變化。而得久貯。然加以水。即變為暗褐色而起甘汞分解。是為實質的變化之配伍禁忌。即依溶媒之配伍而成立化學的變化者。後者

多少由水之存在而發生分解。茲示二三之例如次。

(1) 配伍不適。類鹼體(Alkaloids)——苛性及碳酸亞爾加里或酸鹽。金屬鹽——苛性碳酸亞爾加里或酸鹽。類鹼體。亞爾加里土類——苛性及碳酸亞爾加里酸鹽。酒石酸——鉀鹽。昇汞——Antypyrin, Pyramidon 鞣酸——Antypyrin, Pyramidon Caffein 蛋白。

(2) 配伍禁忌。酒石酸——重曹。硼酸——亞鉛華 Aspy
I₂——鉀碘 鹽酸金雞納。鐵粉還元鐵——碘 鞣酸。

酸鹽與金屬(鹽)之配伍。在水液中。將金屬(鹽)與鎂酸或有機配(鹽)配伍之。則生沈澱。或不發生。如第一表及第二表所示(表之說明)。(1) 十為發生不溶或極難溶性鹽之沈澱者。上為濃厚液。或不稀薄之濃厚液而沈澱之難溶性鹽者。一不生沈澱。或易生可溶性鹽者(2) 此表並非

表示極精確之溶解度。僅示其概念而已。(3)以硼砂(硼酸鈉)與明礬(硫酸鋁鉀)作成液劑之際。試求縱行硼酸與橫行鋁之交點十。即生沈澱。然與平時硼酸明礬所示不同。(4)本表為中性鹽之情形。若為酸性鹽。往往有異。(5)無論何種試藥。若過剩時。則沈澱復成溶解。

第一表 無機酸鹽

	鹽	氯	溴	碘	氟	硫	亞硫	硫	精	亞	硝	炭	硅	硼	亞	磷	次	重	過	水
		氯	氯	氯	化	化	化	化	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	化
		酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	酸	化
鉀		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
鈣		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
鎂		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
鉛	亞	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	鉛(錳)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	徐	徐	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	鐵	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
錳	亞	?	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鋁	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
銅	亞	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
水銀	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
銀	亞	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
金	亞	Zers	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	亞	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	體	---	---	---	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

第二表 有機酸鹽

	樟腦酸	Pikrin酸	Gneiacol Sulfon酸	Sulfa石炭酸	鞣酸	水楊酸	安息香酸	加里石鹼之脂肪酸	甘櫟油	枸橼油	酒石酸	醋酸	醋
鉀	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鈉	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鈣	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
銀	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鎂	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鉛	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
亞鉛	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鐵	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
鋁	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
銅	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
水	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
銀	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

類鹼體鹽與酸化鹽之配伍 將類鹼體(鹽)混和於水液中 而生沈澱。或不發生。如第三表所示。

(表之說明)(一)符號與前表同。(二)試藥不論何者。過剩則沈澱復起溶解。多見於雞納鹽等。(三)Strychni鹽等其沈澱析出。常為緩徐。

第三表

	甘草	昇汞	碘	鞣酸	Gneiacol Sulfon酸	Pikrin酸	水楊酸	安息香酸	油	枸橼酸	酒石酸	次亞磷	碘	溴	鹽
嗎啡	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
代阿洛	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
海保	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
阿特羅品	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
古加因	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chinins	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Strychin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

(Strychin以其硝酸鹽為單位)

處方例解說 (二)

雲山居士

瀉下劑

Natr. bicarb	3.0	重碳酸鈉	三〇〇
Magn. usta	1.0	煨製鎂	一〇〇
Pulv. rad Rhei	1.0	大黃根末	一〇〇
Menthol	0.03	薄荷	〇〇三
D. S. auf 3 A tägl			
N. D. E. N.			
右分三次食後分服			

(一)煨製鎂大量。有緩下作用。其在腸內。成爲重碳酸鹽。又弱亞爾加里性本劑。在消化管內。中和酸而作成中性鎂鹽。此等均有緩下劑之作用。

(二)大黃有輕微芳香。略帶苦味。其主要成分爲卡他耳汀酸 (Acidum cathartinum) 之膠樣物質。此物在胃中鮮起變化。故刺戟胃亦鮮。至腸爲腓液所分解。游離其有刺戟性之克瑣反酸。(Chrysophan saure) 與埃摩亭(Emodin) 等。此等能使大腸蠕動旺盛。而呈瀉之作用。

(三)大黃依其用量之大小而異其作用。卽以少量(〇〇

〇五——〇〇二)內服。呈收斂健胃作用。蓋因大黃中含有苦味質與單甯酸少量。而發起其働作之故。大量(〇〇五——二〇〇)依上述有效成分之故而起緩下作用。

(四)大黃或旃那內服後。尿帶黃色。蓋因此等植物性劑之有效成分。被吸收而由腎臟排泄之故。是以此等下劑。具有刺激腎臟性之作用。黃色之原因。大抵起於克利瑣反酸及埃摩亭。加以亞爾加里時。則呈赤色。若爲酸性。加以 Aether 而振盪之。兩者移行於 Aether 而呈黃色。若又加以亞爾加里液而振盪之。則呈紅色。

(五)大黃常被應用於慢性便秘。然停藥。往往又起便秘。是因上述單甯酸之作用。亦有關係之故。

(六)大黃之有效成分。亦排泄於乳汁中。故其乳兒有起下痢者。須加注意。

祛痰劑

Inf. rad. Senegae(4.0)	西尼加根浸(四〇〇)
100.0	100.0

Codein phosphor 0.06 磷酸可代因 〇・〇六
 Aq laurocerase 2.0 杏仁水 二・〇
 S. S. 8.0 糖漿 八・〇
 D. S. auf. 3a m. tage zw. 右一日三次分服

D. E. Z. N.

(一)此為刺戟性或搔撥性祛痰劑。催起氣道粘膜之搔痒感而使咳出其分泌粘液者也。

(二)西尼加根之有效成分。在浸劑中為西尼瑾 (Senegim) 及玻利加拉酸 (Polygalasäure)。及其他數種之薩坡甯 (Saponin) (石鹼素)。振盪之。則發生石鹼液狀泡沫。其局所作用。為刺戟局所。催起咽喉頭氣管發起咳嗽。內服須注意者。亦能刺戟胃腸粘膜。時或誘起惡心嘔吐。至發下痢者則鮮遇之。西尼加與酸類、銻含有物。為配伍禁忌。然與鹵精茴香精。則可伍用。
 (三)磷酸可代因。雖為鎮痛麻醉劑。然在自律神經支配下臟器之刺戟狀態。亦呈効用。副作用習慣性均少。
 (四)杏仁水 (Aqua pruni armeniacae) 苦扁桃水 (Aqua amygd. alarum) Amararum 與馬克羅菲拉水 (Aqua pruni

Macrophyllae) 含有極少量鹵精。(千分之 HNC)。往時以為優良之鎮痙劑。而用於咳嗽。然最近研究。以為不起危險中毒症狀之程度之鹵精。毫無藥用効能者有之。
 (五)遠志根 (Radix polygalae) 與西尼加根。略有相同之藥理作用。價廉。此外自各種草木。抽出祛痰之有效成分而成各種製劑者。市場甚多。

催眠劑

Veronal	0.2	肥羅那耳	〇・二
Phenacetin	0.2	飛那西汀	〇・二
Codein phosphor	0.03	磷酸古代因	〇・〇三
D. tal dos no VI S. I			

pulver Vor dem schlafens ehen 右為一包。與以同量之六包。臥前頓服。

(一)本處方屢用於由疼痛等而起之睡眠障礙。為諾爾頓氏之原方。
 飛那西汀常被實用為解熱劑。又常用為鎮痛劑。解熱劑普通因其具有鎮靜溫中樞作用。及發揮鎮痛作用之故(解熱劑中樞麻醉劑。(Fiebernarcotica)

(二)市販之肥羅那耳。具有 Diäthylbarbitursäure 之化學組成。有弱苦味爲無色無晶。難溶於水。同酸之鈉鹽

(Mononatriumsalz) 肥羅那耳鈉 (Veronal Natrium) 者。卽所謂寐底拿 (Medinal) 出現於市場。此品可溶於水。故又可用於皮下注射。此兩者均爲催眠劑中之最有效者。腸內吸收亦有相當之迅速。其作用亦確實。有輕度持續性。一回極量 〇・五。一日極量 一・〇。

(三)睡眠不良之時。須用其比較的吸收迅速。而作用不永續者。此種催眠劑如下

Adalin (阿大林) Bromdiäthylacetylbarbitid 爲白色難溶於水。稍帶苦味之粉末。用於催眠劑。頓服 〇・二—〇・五——一・〇。又用於鎮靜之目的。可以少量 (〇・二——〇・五一日量)。繼續用之。

Bromural (字隆姆拉耳) 爲 Monobromisovalerianylharthol 白色難溶於水之粉末。併有溴素及纈草之作用。若爲鎮靜之目的。能比較的連用之。(一日 〇・二——〇・三) 用爲催眠劑 〇・五——一・〇 頓服。

此外爲催眠劑。不遑枚舉。其製劑大同小異。茲省略之。

此等藥劑。有的混以護膜漿。可爲灌腸之用。

(四)睡眠淺表。往往中途因夢而醒覺者。須選擇其服後吸收徐緩。而呈作用。且有繼續性者。然對於此種慢性睡眠障礙者。宜時常更換催眠劑。而授與之爲必要。若以同一藥劑持長用之。或有時已起該藥之習慣者。皆有不能獲得所希望之效果者。

飛羅那耳 〇・二——〇・三——〇・五

寐底拿 〇・二——〇・三

福隆太耳 Valental-Trichloräthylalkohol N-Carbaminsäureester 〇・三——〇・七。

類酸 (Paraldehyd)。爲無色有強刺激性之液體。二・〇—五・〇。後二者恆用以灌腸。

忒來阿那耳 (Trional) (〇・五——一・〇) 爲 Diäthylsulphomethyläthylmethan 難溶於水之有光輝板狀物。吸收緩徐。縱而作用亦不迅速。有持續性。

薩耳佛那耳 (Sulfonal) 爲 Diäthyl sulphondimethyläthyl 白色無臭。難溶於水之結晶。其作用略與忒來阿那耳同。(〇・三——〇・五)。又其少量。對於肺結核之盜

汗。有良効。

(五) 用爲水溶性製劑。或用爲注射。常用於皮下注射奏効較經口的迅速。効果亦確實。故其用量。有充分注意之必要。盧米那耳鈉 *Luminalnatrium* 之新鮮水溶液。注射可以常常試用。

此外市販之 *Sunnifen*, *pernoeton*, *Luminal* (在特殊溶液中爲膠質溶液) 等。有製成 *Ampoull* 而用以注射者

盧米那耳 (*Luminal*)。其化學組成爲 *Phenylacetylmalonylbarbitol* 白色無臭之粉末 (〇・一——〇・二——〇・三爲一日量。) 難溶於水。盧米那耳鈉。可溶於水。製爲二〇% 溶液。將其〇・五——一・五。注射於皮下肌肉內等。而在癲癇子癇等運動性興奮亢進之際。亦用之

Pernoeton Natrium Selz eines höheren Homologous Nocrals 製成一〇% 溶液。用於注射。市販有 *Ampoull* (安瓶)。

Noctal 爲 *Isopropyl-propylpropenylbarbitus-säure* 爲緩和之催眠劑。(一次〇・一——〇・三) *Sunnifen* "Roche" 爲 *Di-alkylbarbitur Säure* 之 *Diethyl amin* 鹽之水性 *Glycerin alkohol* 溶液。其含有 0.1g *Diethyl-u.0.1 Iso-propylpropenylbarbitursäure* 鹽爲性質安定之液體。用爲催眠劑。大人以其一〇——五〇滴。混於茶杯四分之一水中。(小兒一一——一五滴)。膜服。其供注射用者。常實施於肌肉皮下。除催眠目的外。亦可用於諸種之興奮狀態。或手術麻醉準備。

(六) 精神病者。或非發揚而不能睡眠之患者。則前記可溶性睡眠劑注射之外。亦可用 *Pantopon Morphin Morphin-atropin*。其他阿片 *alkaloid* 劑之注射。或用 *Hyoscin hydrobrom* (千倍溶液即 〇・一% 〇・五——一・〇 cc) 亦可。

海外治療新聞

伯良

由人精液注射而起之一時的不妊

症實驗（扳司金及可羅二氏共述）

著者以人精液注射於二。例之經產婦人。而獲人工的不妊之成功。氏等加Hexyl Renorcinol於精液中。每一週間。注射三次。其全量共為九乃至一四cc。證明其血清中。約一年間之精蟲免疫性。每一年反復注射。更能持續其效力。在此期間婦人不妊。不認有全身障礙月經異常之報告。頸管分泌物之精蟲毒性不定。對於卵巢及其子孫之影響。尚在研究中。

多發性及感染關節炎治療之着眼點

（傑斯他乃德克氏）

對於多發性及感染關節炎之診斷。根本的臨床檢查不可怠。即其侵襲經路。血液像沈降反應。瓦塞而曼反應。血液凝固時間。血液比重。關節穿刺液檢查等。後者有時施行注入試驗於動物。不但鏡檢。且必須測定水素伊洪濃度。又

有時注入瓦斯於囊內。並以愛克斯光綫照關節面。又有用聽診者。時或測定關節部皮膚之溫度。用適當之藥劑以試驗其為僂麻質斯（肌痺）與否。亦為必要。對於感染之治療時。先將齒牙扁桃腺腸等清潔。顎及齒須加治療否。亦成問題。發病後施行關節局所治療所須之日數。亦不一定。據孤埃氏為六至八週間。施行亞陀方爾而（Atopharyl）靜脈注射。有增高病灶治療之效果。慢性多發性關節炎之治療困難。尤以斯披且氏所述。『所須治者並非疾病而為患者』故醫者宜要求患者之抱有忍耐性也。病牀體操。固不待言。若為事情所允許。宜充分施行外氣及日光療法。罹患關節處置上之第一點。在於疼痛之輕減。故不能絕其藥劑之使用也。

幼兒期之與嗎啡噴多勞（林音彥氏）

阿片類自昔不用於幼兒。曾有人極端主張為禁忌藥者。因此大多數用不充分之代用品以替代之。

茲舉一例。即對於痙攣之嗎啡噴多勞應用例。應用四五齡之痙痲患兒。

其量爲〇·三注射於皮下。或其〇·一。每間一時間半。注入皮下二次。是時心臟毫無顧慮。痙攣止。脈膊亦因之轉變佳良。

嘗有一因食陳豆鼓而起痙痲之患兒。有發熱嘔吐。皮膚青紫厥冷。嗜眠同時開目。與以林葛兒氏液高張葡萄糖液

Nitacamphor 副腎素等。已無大碍。然翌日發起痙攣。注入二〇%葡萄糖液二〇cc。於靜脈內。每一時三次。并用

Luminal 〇·三 Mayrol 〇·五。亦不佳。遂將噴多勞

〇·二注入皮下。痙攣即止。脈膊佳良。因此全部變爲良好。著者以爲與葡萄糖林葛兒氏液共注射之効。如此阿片類得應用於幼兒。乃爲殊有興味之事。今後大可以拯救小兒之苦痛矣。

眞性高血壓症之治療

齊賴克斯氏於一九一七年時。對於高血壓患者。將脊椎關節之能働及受働的運動。及受働的觸手。顫動。揉捏法等。施行於脊椎部肌肉內。得好成績。不論其機轉如何陳述

。其發起血壓下降。乃爲殊有興味之事。著者嘗與感傳電氣的刺戟於軀幹肌。以觀其初及於血壓之影響。最初著者通以發生肌肉收縮程度之強電流而觀察其脈搏之變化。大多數例。得見其脈搏數減少。少數則無變化。然無增加者。其次。著者對於六例之治驗。年齡自四一歲至六〇歲。其中二例。證明蛋白之痕跡。最高血壓自一八〇 mm. 至二六〇 mm. 二例證明輕度之左側偏癱。一例合并言語障礙。施術期間。自二週間至數月間。表示血壓下降者。六例中有四例。其他二例。不見血壓下降。但其自覺症狀。非常輕快。

其次。著者於腎臟部 Diathermie 外。與以輻射熱時。有獲好果者。其治癒機轉說明困難。九年前克耕福氏及亞倍脫氏。於一九二五年。對高血壓症。推獎跌斯膳氏感傳電流爲最有効云。依著者經驗。僅有腎障礙者有効。又由治療之故而擴張期血壓達一〇 mm. 時。宜勸患者施行輕度之運動。

投稿簡章

- (一)本報各欄如蒙海內外醫藥家 龍錫鴻文無論自撰或翻譯均所 歡迎
- (二)投稿字跡望用墨筆繕寫清楚 並加圈點如模糊不易辨者恐手 民排印有錯誤之弊只得割愛圖 畫亦請明晰(不可鉛筆)
- (三)如譯稿並請將原本附寄或告 知原文題目著者姓名出版日期 及地點
- (四)本報所刊各欄內如有意見儘 可發表討論以收切磋之效但不 符本報宗旨別有作用者恕不刊 登
- (五)稿末請註明真姓名住址以便 通信至找載時如何署名任聽自 便
- (六)投寄之稿揭載與否本館不能 預先聲明奉復原稿亦概不寄還 惟長篇大作如未揭載請預先聲 明俾可寄還
- (七)投稿本館得酌量增刪之但投 稿人不願他人增刪者可於投稿 時預先聲明
- (八)本報為提倡社會公益衛生潛 輸醫藥智識為宗旨編輯者皆盡 義務故對投稿諸君僅以本報贈 閱為酬
- (九)一稿數投之作品請勿惠顧
- (十)投稿者請寄上海大沽路新馬 安里三十四號

Advertising Rates

Position	Space	Rate For Each Issue
Front Cover (Outer)		Mex. \$ 5 .00
Back Cover (Outer)	Full Page	Mex. \$ 52.00
	Half Page	Mex. \$ 32.00
Front Cover (Inner)	Full Page	Mex. \$ 59.00
	Half Page	Mex. \$ 26.00
Back Cover (Inner)	Full Page	Mex. \$ 34.50
	Half Page	Mex. \$ 19.50
First Page Opposite Inside of Front Cover and Back Cover	Full Page	Mex. \$ 26.00
	Half Page	Mex. \$ 15.60
Particular Pages		Mex. \$ 30.00
Ordinary Pages	Full Page	Mex. \$ 20.80
	Half Page	Mex. \$ 13.00
	Quarter Page	Mex. \$ 7.20
Space for doctor's address and Office Hours	Each Space	Mex. \$ 2.60

廣告定章

以上價目均以上海通用銀圓計算不折不扣當於廣
告第一次登出後付清
廣告文字可用中文或英文或中英文並用由登載之
人選定如欲本報代為翻譯不取譯費
廣告中如需用銅板本館可為代製值收回製板費後
用華將銅板奉還
於合同有效期間本館每次出版贈送一冊
廣告如須更動登載之人可按期早一週通知不另收
費
每廣告收稿於該期出版前一週截止

廣告價目表

刊例價目另議	普通交字前	封面及底面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面	封面之內面	底面之內面
醫師一覽	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全	每半全
	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面	面
	三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二	十三	十二
	元八角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角
	元四分	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角
	元二角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角	元五角	元六角

定價目報

每月十五號三十號出版 本期每册大洋一角
全年四期連郵費大洋二元二角
半年兩期連郵費大洋一元二角
元壹角 另加郵費一倍 郵費代價九折 以一分四分
門照定價另加郵費一倍 郵費代價九折 以一分四分
限

中華民國二十三年四月三十日出版 第二期

編輯主任 醫學博士 褚民誼
 事務主任 醫學士 郭人驥
 總發行所 上海大沽路新馬安里三四號 藥學士 曹志功
 社會醫藥報館

THE PUBLIC HEALTH AND MEDICAL JOURNAL

J. A. 34 Taku Road, Shanghai, China

Editors-in Chief { Dr. M. Y. Tsu.
Dr. S. C. Kuo.

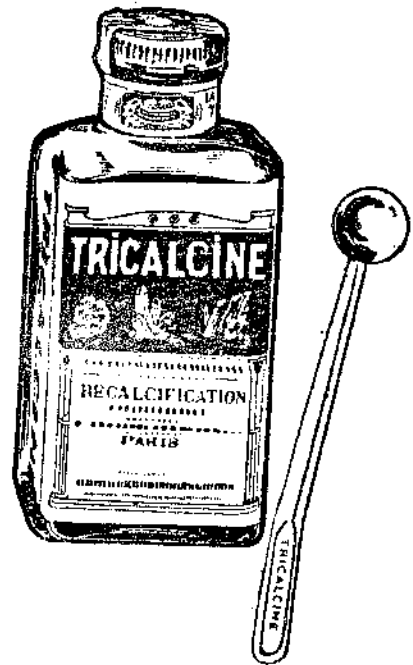
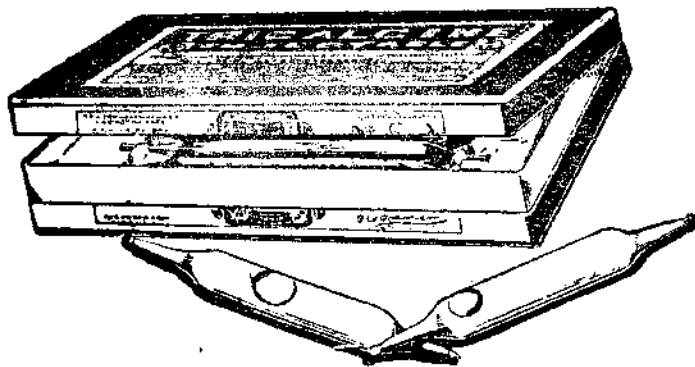
Business Manager: PH. C. K. Tsao

No. 2. 30. April 1934.

TRICALCINE

(INJECTABLE) ——— (ORAL)

三鈣劑



肺癆果爲絕症乎？

肺癆病是否俱爲不治乃治療上問題耳換言之多數肺癆之成爲絕症要皆治療不得其法三鈣劑爲專治各期肺癆之鈣化治療品凡咳嗽盜汗咯血胃呆消瘦虛弱諸症用後莫不立見卓效

本品有注射內服各種製劑注射無痛施於肌肉不起硬結尤爲鈣劑特長內服則藥粉藥片俱全服法便利藥味清淡

各大藥房 均有出售

詳細說明 函索即寄