

著和爾湯江浙

學斷診

行印館書印務商海上

冊下

浙江湯爾和編譯

診  
斷  
學

商務印書館出版

## 商務印書館發行

# 內科全書

本書由各著名醫學專家分門撰述。復由北京國立醫學專門學校校長湯爾和先生詳加校閱。上册分急性傳染病 新陳代謝病 呼吸器病 消化器病 四篇。下册分循環器疾病 神經系統疾病 泌尿生殖器疾病 運動器病 四篇。類皆網羅世界最新學識。參以心得。指陳本末。務求簡賅。凡世間各種重要疾病之原因及診斷法已大概齊備。譯筆亦極簡明。

◀ 角五元二册每册二裝洋 ▶

醫

書

△實用外科手術 一册 二元

△檢驗法醫學 一册 三元半

臨診秘典 一册 一元四

病理解剖學各論 二册 二元半

張純編編湯壽和校 本書搜集最近材料各科藥編凡一切疑難雜症及經驗確效良方歷有靈有蓋此編不但供臨牀醫家臨時考查即家庭間亦常常置案頭以備不時之需卷末并附各種救急新法及小兒大人藥物用量表尤切實用

洪百容譯述余雲袖校訂 本書為得德專政病理洪百容君譯自考夫曼氏病理各論詳述人體各器管病理變化凡關於主要病的組織皆附鏡檢標本實為基礎醫學最新之材料有志研究醫學者尤不可不讀

實用細菌學 一册 一元半

傳染病全書 一亦編籍 二册 各一元

本書採實用主義可供醫農醫三校臨牀實地參考對照之用關於微生物檢查法培養法殺菌法消毒法材料新穎凡應用器械均附器械說明重要微生物亦插入顯微鏡所見之彩色圖多幅俾易真相最合研究微生物者參考之用

余雲袖劉恩燕編 夏秋之交亦病流行為傳染病之一大重症本書係余劉二醫士譯自最新書籍專就該症之原因種類症狀經過預後診斷療法預防等詳細敘述精詳討論體是書者恍如與醫學名家作一度之討論

△王氏醫案釋註 三册 四角

△內經知要 二册 一角半

商務印書館發行

行發館書印務商

長校校學醫立國京北  
閱校和爾湯

▲洋裝布面一厚册

▲五百七十餘頁

# 外科總論

葛成勳  
孫柳溪  
合編

▲附圖一百四十二方

▲定價三元二角

外科之學。重在總論。總論明則各論自迎刃而解。此書共分三篇。第一篇通論外科之病理及療法。爲外科學之基礎。第二篇通論外科手術法。爲實行家之關鍵。第三篇通論繃帶諸術。爲手術後保護安置之要道。學者熟此。自能應用無窮。書末附有中西文索引。尤便檢查。

商務印書館發行

北京國立醫學校校長  
湯爾和校閱

▲洋裝布面三冊  
▲五百六十一頁

病理總論

周威合編  
洪式閱

▲插圖一百八十一幅  
▲全部定價四元

病理學爲醫科之哲學。實爲醫學上最重要之學科。其所研究之範圍。大約可分兩大類。曰病之原因。曰病之變化。此書上中下三卷。都爲五篇。第一篇論血液淋巴之循環障礙。第二篇論細胞組織之病的變化。第三篇論種種炎症。第四篇論種種腫瘍。以上四篇皆病之變化。所謂病理解剖學也。第五篇論病之一切原因。分內外兩因。外因者凡天時地利之變異。生活習慣之影響。理化學之作用。微生物之傳染。包括無遺。內因者論遺傳體質。老幼男女以及人種差異等事。與其受病之關係。

携 必 驗 檢

# 法 醫 學

法庭檢驗死傷等事，係一種專門學術。我國向由師徒傳授，並無專書討論。即有，也必參入迷信，極有為科學所不能證明之處。是書參照最新醫學，化學，及東西洋檢驗新法，彙編成冊。內容分總論各論二大部。總論記述關於法律上諸問題，及檢驗上各種規則。各論則就各種損傷，毒殺，病患，變死之原因情形，而細為說明。並譯述其各種檢查方法，加以例證。各地法官，檢察官，檢驗員，亦有改良檢驗之意乎。曷不一讀是書。

洋裝一冊定價三元五角

商 務 印 書 館 發 行

# 診斷學下卷目次

頁

## 第三篇 消化系診法

一—一八二

### 第一章 口腔及咽喉檢查法

一

#### 第一 口腔視診及觸診法

一

#### 第二 咽喉視診及觸診法

九

### 第三 口腔及咽喉內容檢查法

一

#### (一) 口腔內容肉眼檢查

一

#### (二) 口腔內容顯微鏡檢查

二

#### (三) 咽喉沈着物顯微鏡檢查

四

## 第二章 食管檢查法

七

### 解剖摘要

七

#### 第一 食管視診法

二〇

#### 第二 食管觸診法

二三

#### 第三 食管打診法

三〇



第四 食管聽診法

三〇

第五 食管之倫脫根檢查法

三一

第三章 檢胃法

三二

解剖摘要

三二

第一 胃視診法

三六

第二 胃觸診法

四一

第三 胃打診法

四四

(天) 健態

四四

(地) 病態

四六

第四 胃聽診法

四七

第五 胃官能檢查法

四八

(甲) 胃分泌官能檢查法(胃內容檢查法)

四八

(一) 胃內容之肉眼檢查

五二

(二) 胃內容之化學檢查

五三

(三) 胃內容顯微鏡檢查

六八

(四) 胃內容細菌學檢查

(乙) 胃運動官能檢查法

七一

(丙) 胃吸收官能檢查法

七三

附 不用胃探針之胃官能檢查法

第六 嘔吐—吐物檢查法

七五

(甲) 嘔吐

七五

(乙) 吐物檢查法

七七

(一) 吐物之肉眼檢查

七八

(二) 吐物之化學檢查

八二

(三) 吐物顯微鏡檢查

八三

(四) 吐物細菌學檢查

八三

第七 胃之倫脫根檢查法

八四

第四章 檢腸法

八九

解剖摘要

八九

第一 腸視診法

九〇

第二	腸觸診法	九一
第三	腸打診法	九三
第四	腸聽診法	九三
第五	肛門及直腸視診法	九四
第六	肛門及直腸觸診法	九六
第七	腸官能檢查法	九八
(甲)	腸之運動檢查法	九八
(乙)	腸之分泌檢查法	九八
(丙)	腸之吸收檢查法	九九
(丁)	檢便法	九九
(一)	大便之肉眼檢查	一〇一
(二)	大便之化學檢查	一〇六
(三)	大便顯微鏡檢查	一〇九
(四)	大便細菌學檢查	一三三
第八	腸之倫脫根檢查法	一四四

第五章 檢肝法

解剖摘要

第一 肝視診法

第二 肝觸診法

第三 肝打診法

(天) 健態

(地) 病態

第六章 檢脾法

解剖摘要

第一 脾視診法

第二 脾觸診法

第三 脾打診法

(天) 健態

(地) 病態

第七章 胰腺檢查法

一四八

一四八

一五〇

一五一

一五五

一五六

一五八

一六〇

一六〇

一六二

一六二

一六五

一六五

一六六

一六八

胰腺觸診法

一六九

第八章 網膜腸系膜及腹膜後腺之檢查法

一七〇

第一 網膜檢查法

一七〇

第二 腸系膜及腹膜後腺檢查法

一七一

第九章 腹膜檢查法

一七一

第一 腹膜視診法

一七一

第二 腹膜觸診法

一七二

第三 腹膜打診法

一七四

第四 腹膜聽診法

一七五

第五 腹部試穿法—腹部刺液檢查法

一七六

(一) 腹刺液之內眼檢查

一七七

(二) 腹刺液之化學檢查

一七八

(三) 腹刺液顯微鏡檢查

一八〇

(四) 腹刺液細菌學檢查

一八一

第四篇 泌尿系診法

一八二—二八三

第一章 檢腎法

解剖摘要

第一 腎視診法

第二 腎觸診法

第三 腎打診法

第四 腎官能診斷法

第五 腎之倫脫根檢查法

第二章 輸尿管膀胱及尿道檢查法

第一 輸尿管檢查法

第二 膀胱檢查法

第三 尿道檢查法

第三章 尿及其檢查法

第一 常尿檢查

第二 病尿檢查

(一) 尿量異常

一八二	一八二
一八二	一八二
一八三	一八三
一八四	一八四
一八七	一八七
一八九	一八九
一九七	一九七
一九九	一九九
一九九	一九九
二〇〇	二〇〇
二〇五	二〇五
二〇五	二〇五
二〇七	二〇七
二一七	二一七
二二三	二二三

(二) 病尿之色及透明度

二一五

(三) 病尿之比重

二一九

(四) 病尿之反應

二二〇

(五) 病尿之臭氣

二二一

(六) 病尿之沈渣

二二二

(甲) 機化性沈渣

二二四

(乙) 非機化性沈渣

二五〇

(七) 溶解之尿成分

二五九

(甲) 尋常尿成分及其量之排出異常

二五九

(乙) 異常成分

二六〇

(八) 服藥後之尿檢查

二八一

第五篇 生殖系診法

二八四—二九三

第一章 男性生殖器檢查法

二八四

第一 陰莖前列腺及睪丸檢查法

二八四

第二 男性生殖器分泌物之檢查法

二八五

第二章 女(性)生殖器檢查法

第一 女陰及外生殖器檢查法

二八九

第二 陰道及子宮陰道段檢查法

二九〇

第三 陰道及子宮分泌物之檢查法

二九〇

第四 內生殖器檢查法

二九一

第五 乳腺檢查法(乳腺分泌物檢查法)

二九一

第六篇 新陳代謝病診法

醫學博士加藤寬述

二九四—三三九

第一章 新陳代謝學概要

第一 蛋白代謝

二九五

第二 脂

二九八

第三 Lecithin 及 Cholesterolin

二九九

第四 含水炭素(炭水化合物)

三〇〇

第五 核素代謝

三〇四

第六 無機物代謝

三〇八

第七 水

三一—



第八	中間物質代謝	三一二
第九	物質代謝終產物	三一三
第十	總物質代謝	三一八
第二章	物質代謝之試驗法	三二四
第一	物質代謝之試驗概要	三二四
第二	活用試驗	三二六
	(一) 窒素定量法	三二六
	(二) 脂定量法	三二八
	(三) 灰分定量法	三二八
第三	窒素代謝試驗	三三〇
第四	核素代謝試驗	三三〇
第五	總物質代謝試驗	三三一
附錄	食品分析表	三三四
第七篇	神經系診法	三四〇—四六〇
	解剖及生理摘要	三四〇
	醫學博士松原三郎述	

(一) 運動性徑路及中樞

(二) 知覺性或求心性徑路

(三) 感覺器之中樞及徑路

(四) 腦之血管分佈

第一章 對於腦脊髓瘤局病之局部診斷要綱

第一 腦髓之竈局疾病

第二 脊髓之竈局症狀

第二章 局部疾病檢查法

第一 頭頂檢查法

(一) 頭頂大小

(二) 頭頂形狀

(三) 頭頂壓痛

第二 脊柱檢查法

(一) 脊柱形狀

(二) 脊柱運動

三四〇

三四六

三五〇

三五三

三五六

三五七

三六二

三六六

三六六

三六六

三六八

三七〇

三七〇

三七〇

三七一

(三) 脊柱壓痛

(四) 腰椎穿刺法

第三 末梢神經檢查法

第四 精神機能檢查法

(一) 意識障礙

(二) 智力障礙

第三章 知覺機能檢查法

第一 末梢性刺激之感覺

(一) 淺在感覺

(二) 深在感覺

第二 知覺神經之自覺性異常症

(一) 知覺異常(觸覺異常)

(二) 溫覺異常

(三) 自發痛

第三 皮知覺神經之分佈區域

三七一

三七一

三七六

三七六

三七六

三七七

三七七

三七八

三七八

三八六

三八七

三八八

三八八

三八八

三九〇

第四章 運動機能検査法

第一 運動麻痺

三九一  
三九一

第二 肌之榮養及緊張障礙

四〇一

(一) 麻痺肌之榮養狀態

四〇二

(二) 麻痺肌之緊張性

四〇三

第三 反射機

四〇四

(一) 皮反射

四〇五

(二) 黏膜反射

四〇七

(三) 肌肉反射

四〇八

(四) 腱反射

四〇八

(五) 骨膜及骨反射

四一二

第四 神經及肌之電氣検査

四一二

電氣検査於診斷之價值

四二九

第五 肌及神經之機械興奮性

四三〇

第六 共動機

四三〇

第七 痲痺

第五章 感覺器檢查法

第一 視覺檢查法

四三一

第二 聽覺檢查法

四三四

第三 嗅覺檢查法

四三五

第四 味覺檢查法

四四一

第六章 言語障礙

(一) 構音障礙

四四三

(二) 失語症

四四四

神經病之植物性系統障礙

四四四

(一) 一般症狀

四四六

(二) 呼吸系之障礙

四五四

(三) 循環系之障礙

四五五

(四) 消化系之障礙

四五六

(五) 泌尿系之障礙

四五七

(六) 生殖系之障礙 四五七  
(七) 皮骨及關節障礙 四五八

附錄 應用診斷法

第一 傳染諸病

(甲) 確爲寄生生物性其寄生體明瞭之傳染諸病 四六三

(乙) 確知爲寄生生物性其寄生生物尙未明瞭之傳染病 四七四

(丙) 未能證明爲寄生生物性恐係基因於此之疾病 四七九

第二 侵襲諸病

中毒諸病 四八一

第三 器質諸病

(甲) 呼吸系諸病 四八八

(乙) 循環系諸病 四八八

(丙) 消化系諸病 五〇五

(丁) 泌尿系諸病 五一三

(戊) 生殖系諸病 五二五

(己) 血液及新陳代謝諸病

五三〇

(庚) 神經系諸病

五三八

# 索引 上卷

二畫	二連脈	三四、三五	口呼吸	七	大循環	二七七
	人工後天免疫	四八	口唇匍行疹	四	大溢血斑	四
	人血絲狀蟲	四二	口蓋保持器	七	子囊菌族	二四六
	几遮光器	四九	大心濁音部	二九	小心濁音部	二九四
三畫	三弓	四六	大水泡音	一八三	小水泡音	一八二
	三日熱	四二	大血球	四〇	小血球	四〇
	三日熱寄生體	四六	大脈	四六	小血球症	四〇二
	三尖瓣口所發之心內顫鳴	二九	大動脈口及肺動脈口所聽		小兒呼吸音	一七三
	三連脈	三三	第一音	三六	小性	四
	三層痰	三三	大動脈口所發之心內顫鳴	二九	小脈	四七
	上房弓	三五	大動脈口第二音強盛	三〇	小頂	四七
	上腹角	一〇七	大動脈弓	三五	小循環	二七
	下緣	二五	大動脈打診及聽診	三五	山羊聲	一六
	口內毛狀菌	二七	大動脈第二音減弱	三〇	不全血球溶解	四九
			大動脈視診及觸診	三五	不定呼吸音	一六
			大動脈檢查	三五		



不等水泡音	一八三	內臟錯位	二七五
不等脈	三三五	分子稠度	三九〇
不成脈	三四八	分子簇	四〇九
不調脈	三四四	分利	六六
不整呼吸	三三三	分利前擾亂症	六六
不整脈	三四四、三四五	分利發汗	四一六
不斷吸氣狀胸廓	一九	分時檢溫器	五四
不斷呼氣狀胸廓	一一三	分裂血球	四〇三
中心線	三三三	分裂性第一心室音	三二二
中水泡音	一八三	分裂性第二音	三三三
中性嗜好細胞	四〇七	分離或裸體中心線	三三三
中腋窩線	一〇〇	分離法	三三六
中等軟管	二五七	切脈法	三三六
中等體格	一四	化學性黃疸	三三
中間體	四四	化學性黃疸	三三
介達打診法	一三四	反射性咳嗽	二四九
介達聽診法	一六六	反射鏡	二〇七
內甲狀腺裂筋麻痺	九一	反對定型	七三、八一
內皮細胞式	一九	少量血痰	六
內皮細胞增殖	一九	引長分利	三三
			六
		心之大小	三三
		心之位置	三三
		心之搏動現象	三三
		心內之血液運行	三三
		心內雜音	三三
		心內雜音與心外雜音之區別	三三
		心內顫鳴	一九
		心外雜音	三三
		心正音	三三
		心正音之病變	三三
		心正音發生部位	三三
		心失	三三
		心尖第一音強盛	三三
		心尖部第一音減弱或缺亡	三三
		心尖搏跳	三三
		心收縮期之肺胞呼吸音	三三
		心收縮期之靜脈搏	三三
		心收縮期前之靜脈搏	三三
		心室弓	三三
		心音分裂及重複	三三

心音強弱	三〇九	心跳強弱	三〇九	心臟異常之代償機能	二六〇
心音強盛	三〇九	心跳強盛	三〇九	心瓣膜異常與其波及於血行之影響	二七七
心音減弱	三〇〇	心跳微弱或缺如	三〇〇	心瓣外摩擦音	三三四
心音調節	三〇四	心跳廣狹	二六八	心瓣摩擦音	二九三、三三三
心音變響	三一	心跳轉位	二八三	心瓣摩擦音之性質	三三三
心動描寫法	二八三	心跳變位之見於生理上	二八三	心瓣摩擦音與心正音之關係	三三三
心動描寫計	二八三	心窩搏動	二九〇	心臟	二七三
心動描寫圖	二八三	心截痕	二〇三	心臟之代償性肥大	二六〇
心悸亢進發作	二八二	心濁音部	二九四	心臟之倫託根檢查法	二五五
心部視診法	二八一	心濁音部移動減少	二〇三	心臟打診法	二五四
心部隆起	二八一	心濁音部增大	二九一	心臟位置變常	三三三
心部觸診法	二八一	心濁音部縮小或缺亡	二〇一	心臟形狀	三三五
心軸寫真	三三六	心濁音部轉位	三〇三	心臟抵抗之觸打法	二九六
心軸寫真法	三三六	心雜音	三〇三	心臟肥大	二六五
心軸寫真器	三三六	心雜音之性質	三三八	心臟理學現象之一斑	二七六
心軸衡量	三三三	心雜音之強弱	三三九	心臟增大	三三三
心搏動變常	三三三	心雜音之發生部位	三三四	心臟擴張	二八〇
心跳	二八一	心雜音之傳達	三三九	心臟聽診法	三三三
心跳之原理	二八一	心雜音發生之原因	三三四		
心跳重複	二九〇	心雜音發生之時間	三三五		

手掌多汗症	四三	水銀斷絕器	二五四	右方中間距離	三三〇
日本住血吸蟲	四二五	爪甲變常	三	右肺	一〇五
日差	四六	爪林毛管脈搏	三六一	右室肥大之病變	二八五
日差最低點	四六	五畫	三三	右胸之肺下界	一五四
日差最高點	四六	主要心臟病之心影	三三	右側血管弓	三三五
比重瓶	三六四	他動背位或側位	二〇	右緣	二七三
比較心濁音部	二五四、二五六	他動遷移	一五	四日熱	六三
比較肝濁音部	一五	他覺症候	一	四日熱寄生體	四八
比較性瓣膜閉鎖不全	二七六	代償性側彎	一六	四連脈	三四五
比較濁音	二四〇	加答兒性黃疸	七	外陰炎	四
比較濁音之發生	一四六	包皮炎	四	外傷性出血	四
毛細血管脈搏	三六一	包皮脂肪菌	二二六	外傷癰痕	四六
毛細管比重計	三六五	包蟲囊胞	二六	外鼻視診法	七〇
毛髮之色	三〇	半身發汗	四三	失調性步行	三三
毛髮變常	三〇	半濁音	一四一	左上房	一四九
水反應	四三三	可打定之肺下緣移動	一五五	左上房及肺動脈弓	三三五
水血症	四	可打定境界之臟器	一四	左心室	三三三
水泡音	一四一、一四一	叱咤音	一八四	左方中間距離	三三〇
水泡音之發生	一五	右上房	二七三	左右兩室肥大	二六六
水泡音之響性	一八三	右心室	二七	左肺	一〇六



多汗	四二	收縮期顫鳴	二九二	及經過	六
多血	三三	有核赤血球	四〇三	自覺性呼吸困難	二六
多血質	一六	有響水泡音	一八三	自覺症候	一
多核中性嗜好細胞	四〇九	死後體溫增進	六〇	色汗	三三
多核性白血球	四〇六	死戰期	六	血小板	三九六
多核細胞式	一九九	汗分泌增多	四一	血中含有血色素之量	三八〇
多核細胞增殖	一九九	汗疹	四	血中肺炎球菌	四三三
多量血痰	三三三	汎發性皮膚紅色	三三	血中流行性感冒桿菌	四三四
多數心雜音之合併	三三〇	汎發性靜脈充滿增多	三六七	血中破傷風桿菌	四三三
安全器	二五六	老人後禿	二二五	血中動物性寄生體	四三三
弛張性熱型	六一	耳語聽診	一九一	血中異常成分	四二二
弛張熱	六一	肉叉蚊	四〇	血中結核桿菌	四二二
弛縱	六	肉眼檢痰	三〇	血中脾脫疽桿菌	四二一
收縮期心雜音	三六	肋式呼吸	三二	血中傷寒桿菌	四二一
收縮期前心雜音	三七	肋腹式呼吸	三二	血中葡萄狀及連鎖狀球菌	四二〇
收縮期前逆行靜脈脈搏	三七	自動免疫	三三	血中葡萄狀及連鎖狀球菌	四二〇
收縮期前靜脈脈搏	三七	自動背位或側位	四六	血中鼠疫桿菌	四二〇
收縮期前顫鳴	三三	自動遷移	三〇	血中瘧疾寄生體之檢查法	四三三
收縮期音	三三	自然後天免疫	一五	血色	三九
收縮期陷沒	二七	自發病至就醫時初期症候	四六	血色素	三七
				血色素計	三六三

血色素滅亡症	三六〇	血液採取法	三七六
血色素檢查法	三六〇	血液乾燥標本	三九四
血肝兩發黃疸	三六	血液新鮮標本	三九五
血赤球數變常	三九六	血液(菱形結晶)痰	三四
血咳	三三三	血液覆蓋玻璃標本染色法	三九五
血紅素	三六一	血球溶解素	四四三、四四四、四四八
血計	三六一	血黃疸	三七
血清反應之特異性	四三三	血痰	三三
血清中物質應用於診斷者	四三六	血腫	四五
血清診斷法	四三三	七畫	
血清病	四七一	低音	一五〇
血清檢查法	四三三	住血吸蟲	四二四
血液之化學檢查	四三三	佐體	四五六
血液之分光鏡檢查	三九〇	佝僂病性串珠	一六六
血液之肉眼檢查	三七九	佝僂病性胸廓	一七
血液之細菌學檢查	四三一	免疫	五、四三六
血液之顯微鏡檢查	三九三	免疫元	四〇、四七
血液反應	三六六	免疫反應	四四五
血液比重	三六四	免疫體	四四一、四四四
血液凍結點下降	三八八		
		免熱時	六三
		冷汗	四一
		匣音	一六四
		含鉛玻璃	二五九
		含鉛橡皮	二五九
		吸引性氣腫	四九
		吸引器	一九四
		吸收黃疸	三七
		吸氣音	一七三
		吸氣困難	二二七
		吹水音	一八四
		吹笛音	二一
		坐位	二二
		妊娠線	四六
		完全血球溶解	四五六、四五九
		完全制止	四五九
		完全重複脈	三五〇
		尿汗	四二
		尿色素黃疸	三九
		局部多汗	四二

局部性靜脈充滿增多	三六	身長計	一九	兩胸狹縮	一一
抗毒素	四三、四四	防禦素	四七、四四	卒中質	一五
抗毒素檢查	四七〇	防禦醱酵素	四六三	呼吸式	三三
抗體	四八、四二	防護服	三〇	呼吸曲線	三三
步行狀態	三三	八畫		呼吸困難	二六、二五
每日熱	六三	並行射影	三六	呼吸度數	二五
沃度粉刺	四四	乳房	九	呼吸性音變	一六
沈降反應	四五〇	乳線	九	呼吸氣	一〇四
沈降素	四四、四一、四三	亞尼林筆	一〇	呼吸開張之追隨	一三
沈澱法	三六	亞急性	三	呼吸調節	二二
肝動脈脈搏	三二、三四	使呼吸度數減少之疾病	二五	呼吸器病之主徵	三三
肝發黃疸	三七	使呼吸度數增加之疾病	二六	呼吸變響	一五
肝靜脈搏動	三〇	使肺胞呼吸音微弱或消失之		呼吸	三三
角弓反張	三三	病種	一七	呼吸困難	二六
赤血球	四六	兩弓	一七	呼吸延長及銳利	一七
赤血球大小及其形狀變化	四三	兩耳聽診器	一七〇	呼吸音	一七〇
赤血球減少症	三九	兩性嗜好細胞	四〇六	呼吸澀水泡音	一八一
赤血球數之計算	四〇	兩胸打響不同之部位	一五二	固定裝置	一五九
足蹠多汗症	四三	兩胸擴張	一八	奇脈	一五〇
身長	一九			官能性聲門痙攣	九

抵抗器	三五六	肥饒細胞	四〇八	肺活氣量	二〇三
放血針	三七八	肥饒細胞影粒	四〇七	肺活氣量之測定	二〇四
放線菌	二四七	肩胛上部	一〇〇	肺界擴張	一六七
放線菌塊	二四七	肩胛下部	一〇一	肺界變位及移動減少	一六七
放線菌顆粒	二四七	肩胛間部	一〇一	肺胞水泡音	一八一
昇脚重複脈	三五〇	肩胛線	一〇一	肺胞呼吸音	一七二
昇脚隆起	三五二	肺二口蟲	二六、三六	肺胞呼吸音之變性	一七四
板指打法	一三五	肺上界	一五三	肺胞音	一七二
板槌打法	一三五	肺上尋常打響	一五〇	肺音	一四〇
毒免疫	四七	肺上異常音	一五六	肺氣量測定法	一四三
毒性簇	四四〇	肺下界	一五三	肺氣壓測定法	一四三
炎症性浮腫	四	肺之境界	一〇一	肺動脈口所發之心內顫鳴	二九五
直流	二五三	肺及胸膜之倫託根檢查	二五	肺動脈第二音強盛	三九
直接打診法	一四	肺及胸膜病之倫託根像	二六	肺動脈第二音減弱	三〇
直接照檢法	八三	肺及胸膜之倫託根檢查	二六	肺組織(肺腐片)痰	二五
直達聽診法	一六	法	二六、三六	肺野	二五
空洞痰	三三	肺尖	一〇一	肺循環	二二
臥位	〇	肺舌	一〇一	肺畫	二六
股音	二九	肺炎複球菌	二四〇	肺葉背部	一四
肢節之蠟樣撓屈症	二二	肺門影	二六	肺葉境界	一四



肺境縮小	一六七	前鼻鏡檢查法	三三
肺緣缺少呼吸性移動	一六六	咳嗽	九七、二〇七
肺癆音	一八四	咳嗽多少	二〇六
肺癆質	二五	咳嗽音	二〇九
肺癆胸	二二	咳嗽區別	二〇八
肺聯菌	二四六	咳嗽發作	二〇八
肺臟打診法	一〇九	咽頭扁桃腺之腺樣增殖	六六
肺臟於胸廓之解剖境界	一〇一	啞刺音	一八四
近完全制止	四九	妊娠反應	四六
近完全血球溶解	四九	姿勢	四
返迴神經麻痺	六三	後天免疫	四九
青斑	四〇	後腋窩線	一〇〇
非洲扁虱熱之旋毛體	三三〇	後筋麻痺	九三
非鼓性清音	一四〇	後鼻鏡檢查法	七四
非鼓音	一四〇	後環狀披裂筋麻痺	九三
非器質性心雜音	三三一	急性	五
九晝		急性淋巴腺腫	五一
前腋窩線	一〇〇	急性斜位心臟	三三
前進靜脈脈搏	三七五	持久傷寒	六
前鼻鏡檢查之所見	三三	持續性水泡音	一八一
		指定症候	一
		指指打法	一三五
		柳葉針	三七六
		洋槍狀胸廓	一〇八
		流行性感冒桿菌	二二三
		炭煤及鐵屑	二二四
		砂漏	三三九
		砂囊	一五九
		砒素黑斑	五〇
		穿刺反應	四三三
		膽色素	三七
		膽色素痰	三三四
		胞性簇	四三二
		背腹透照	二五五
		虹彩遮光器	二五九
		表面織器定界法—局部打診法	四八
		計算室	四〇〇
		重複脈	三三〇
		重複雜音	三三五
		降脚重複脈	三三〇

降脚隆起	三五三	弱體格	三四	特發性水腫	四
限局性皮膚紅色	三三	徐脈	三四六、三五二	特發性皮膚氣腫	三〇
音樂性心雜音	三三八	恐怖汗	四二	特發性脈搏動	三七三
音響	二五三	振盪音	二五三	特發性凝集反應	四四七
音變	二六一	雷聲	九二	疾脈	三四七、三四三
十畫		氣腫胸	二〇九	疾脈調節	三三三
俯臥	三	氣道之倫託根檢查	二五五	病人秤量器	一六
倫託根照相法	二六四	氣管水泡音	一八一	病之胸廓	二〇八
倫託根照相器	二六〇	氣管枝呼吸音	一五五	病理之心跳變常	二八三
倫託根裝置	二五三	氣管枝呼吸音之變性	一五	病態之心形	三三三
倫託根管	二五二	氣管枝音	二二五、二五	病態之血液有形成分變化	三九九
倫託根線	二四九、二五	氣管枝震顫	二五	病態之呼吸式	二二
倫託根線防護裝置	二五	氣管枝凝固物	一九〇	病態之呼吸度數	二五
倫託根檢查之技術	二二	氣管枝聲	一八〇	病態之脈性	二五
原因	一	浮腫	四	病態之脈調	三四四
原蟲	四六	海蛇頭	三三〇	病態之聲音震顫減弱	一八
容貌	二五	消耗性潮紅	三	病態之聲音震顫強盛	一八九
弱打法	二七	消耗熱	六	病態心濁音部	二六
弱打法用途	二七	消極性靜脈脈搏	二七	病歷	二
弱響水泡音	二五	特發性心臟肥大	二六	病態之不定呼吸音	二六

症候	一	胸骨全缺	二六	胸廓之呼吸開張	三三、三六
症候診斷	二	胸骨線	一九	胸廓打診法	三三
真正靜脈搏動	三七	胸液中放線菌	一九	胸廓局部隆起	一一
眞呼吸音	三二、三三	胸液中肺炎球菌	一九	胸廓局部陷沒	二四
眞鐵性響	二四	胸液中結核桿菌	一九	胸廓呼吸運動	三〇
破壺音	二六	胸液中傷寒桿菌	一九	胸廓呼吸氣性隆起	三三
破傷風顏	二七	胸液中葡萄狀及連鎖狀球菌	一九	胸廓呼吸氣性陷入	三三
破碎性水泡音	一五	胸液白血球	一九	胸廓狹縮	二四
神經性呼吸困難	二七	胸液赤血球	一九	胸廓測定法	二〇
神經質	一六	胸液蛋白質	一九	胸廓視診法	一〇
純心濁音部	一九四、一九五	胸部下行大動脈瘤	二六	胸廓橫斷面	一〇
純呼吸音	一三	胸圍	二〇	胸廓諸直徑骨盤計	一〇一
純濁音	一九、二〇	胸腔刺液之化學檢查	一五	胸廓壓痛及自發痛	二二
純膿痰	三三	胸腔刺液之肉眼、理學檢查	一五	胸廓觸診法	二六
素因	五	胸腔刺液之細菌學檢查	一七	胸膜心嚕摩擦音	三四
缺止脈	三四五	胸腔刺液之檢查	一五	胸膜內皮細胞	一七
胸形	一七	胸腔刺液之顯微鏡檢查	一六	胸膜套管針	一三
胸湧	二二	胸腔試穿法	一九	胸膜脂肪顆粒及頰敗物	一七
胸前解剖部位	六	胸話	二〇	胸膜腔內之動物性寄生體	一七
胸後面(背部)	一〇	胸廓之吸氣性擴張	二〇	胸膜腔內之結晶	一七

胸膜腫瘍組織	一九七	脊柱前彎	二二五	假性白血病	四三
胸膜摩擦音	一八五	脊柱後彎	二二四	偏胸狹縮	二二三
胸膜震顫	一三一	脊柱側彎	二二五	偏胸陷沒	二二三
胸膜囊之境界	一〇三	臭汗	四四	偏胸擴張	一〇九
胸膜囊補充質	一〇三	臭素粉刺	四四	健態之喉頭像	八三
脂血症	四三	衰脫臥位	二〇	健體之不定呼吸音	一七六
脂肪肥滿	七七	衰耗	一八	健體之脈至數	四三六
脂肪過多	七七	逆型	五	健體之脈性	四三六
肺部高低	一〇	漸衝隆起	三四	側枝血行	四三九
脈口狹窄	二七七	迴轉變流器	二五二	側鎖	四三九
脈曲線	四九	閃光感應器	二五三	側鎖說	四三九
脈性	四九	鼻疽桿菌	四三	側臂兼後彎	二六
脈波計法	四七	骨盤計	一〇一	動物試驗	九
脈搏	四七	高音	一〇	動物試驗	三九
脈搏調節常態之脈調	四四	高壓裝置	二五	動脈上正音	三三
脈搏檢查法	四六	十一畫	一三、一八、一四	動脈上雜音	三三
脈壓計	四五	乾性水泡音	一〇八	動脈之倫託根檢查法	三五
脈壓計法	四五	乾板夾	一〇	動脈硬變症	三五
脊柱(及助骨)畸形所繼發之	二四	乾咳	二八	動脈檢查法	三六
胸廓擴張及陷沒	二四	假性心雜音	三三	動脈瘤	三六

培養基	二五九	斜位心臟	三六六	現症	二六六
帶狀匍行疹	三〇	旋毛體	四三七	現症診查	六
帶溝胸	二七	既往疾病	五	球外寄生小體	四七
常規下體溫	六七	既往症	二	球形	三三
常規有核血球	四〇三	既往症之探問	三	球狀瘻	三三
常溫	五	梅毒旋毛體	四元	球面射影	三六
常態之心正音	四〇五	殺菌性平板法	四〇五	球管支持器	三六一
常態之心映像	三五	淋巴血症	四二	球管防護帽	三〇
常態之血液有形成分	三九	淋巴球	四〇六	球管防護箱	三〇
常態之呼吸式	三三	淋巴球式	一九	理學診法	八
常態聲音震顫之強弱	一八	淋巴球增殖	一九	眼反應	四九
強打法	二七	深打法	二二	眼球突出	二六
強打法用途	一六	混合吸液管	四〇〇	移行呼吸管	二六
強迫回頭	三	混合性呼吸困難	二六	第一列分子簇	四〇一
強迫體位	三	清音	三九、四〇	第一列連合	四〇二
強硬症	三三	清音強弱	三九	第一音	四〇三
強體格	二四	清音發生	四二	第一音重複	三三
捻髮性水泡音	八二	淺打法	一六	第一捲線	三三
探問	二	現病之既往症	六	第二列分子簇	四〇一
推進擴光器	二五九	現病前既往症	三	第二列連合	四〇三

第二音	三四三	軟骨片	二五	喉頭內各部形狀	六
第二音分裂	三三	軟管	三五	喉頭內異物	七
第二動脈音發生	三六	透析法	四三	喉頭內病態	八
第二捲線	三五	透視箱	三四	喉頭內部視診	九
第三列分子簾	四四	透照板(照光板)	三五	喉頭內部觸診	十
第三列連合	四三	透照法	二六	喉頭分泌物檢查	十一
粘液水泡音	二〇八	連合	二二	喉頭外形	十二
粘液痰	三二	連鎖狀球菌	四四	喉頭外部視診	十三
粘液質	二六	閉口鼓音	二五	喉頭外部觸診	十四
粘液濃痰	三二	閉塞性捻髮音	二六	喉頭位置及運動狀態	十五
紫斑	四、四三	閉鎖不全	二七	喉頭氣管及氣管枝直接照檢法	十六
細胞診斷法	二九	陰性	四八	喉頭狹窄	十七
細胞溶解素	四四	陰性指定症候	一	喉頭疼痛	十八
習慣性側費	二六	陰性現象	四六	喉頭黏膜之色	十九
脫汗	四	陰極線	四九	喉頭黏膜新生物	二十
脫髮	四〇	麻痺性步行	二	喉頭黏膜腫脹	二十一
袖珍分光鏡	四六	麻痺胸	三	喉頭黏膜潰瘍	二十二
被動免疫	四八	十二畫	二二	喉頭黏膜變色	二十三
貧血性心雜音	三三	咯血	三三	喉頭喘鳴	二十四
軟脈	四六	喉結	四	喉頭視診法	二十五

喉頭畸形	六六	噴菌現象	四三	減汗	四
喉頭筋麻痺	九二	噴菌細胞	四三	測帶	一〇〇
喉頭筋痙攣	九〇	噴菌數	四三	無名動脈之瘤	三六〇
喉頭運動	九七	瘧性呼吸音	一七	無汗	四一
喉頭癰痕	九八	貓貓音	一三	無鏡管	九四
喉頭震顫	九六	尋常打診之肺界	一五	無響水泡音	一八三
喉頭檢查法	九五	尋常脈波	三九	畫胸法	一〇六
喉頭檢查器械	八	尋常胸廓	一七	畫胸器	三三、一〇六
喉頭鏡	八	尋常靜脈搏動	三三	異形血球	一〇三
喉頭鏡檢查法	八	惡液毛	三〇	異形血色素	一〇三
喉頭聽診法	九七	惡液性水腫	四	異性血色素	三九三
單核大細胞	四八	惡液質	一六	異狀反應	四七〇
單核小細胞	四八	惡寒	五	異常之心跳延續	二六八
單核性變遷態	四六	插皮法	一	留點檢溫器	五
單核細胞式	一九	普通大腸菌	四	瘧疾	三
單核細胞增殖	一九	最習見之心臟病及理學主徵	三二	瘧擊性失音症	九二
單純性 Wintrich 氏音變	二一	棘上窩	一〇一	瘧擊症步行	二
單純肥大	二二	棘下窩	一〇一	發生氣管枝音之病態	一六
單搏脈	二〇	殘氣	二四	發生鼓音之病變	二六〇
		渙散	六	發生觸音之病變	二六

發汗	四、五	結節指	一三
發音性及吸氣時官能性聲門		結節腫	四
痙攣	六〇	絲狀脈	三四
發音性聲門痙攣	六二	絲狀菌	三四
發破壺音之病變	六六	脾動脈脈搏	二四八
發熱持續	六六	腋下多汗症	二六二
發鏽音之病變	六六	腎性水腫	四三
盜汗	六六	茵免疫	四六
短音	四一	虛音	四七
硝酸銀筆	一四一	虛脈	一四〇
硬脈(緊張脈)	一三七	虛脫	一四六
硬管	一四六	裂孔帶	一六
結代脈	一五七	視勢	二五九
結合簇	一四四	貯蓄氣	二六
結核桿菌	四九	貽後病	二四
結核桿菌之動物試驗	三三	診法大凡	五
結核桿菌之培養試驗	二四〇	診查	八
結核桿菌檢查法	二二九	診察臺	二
結晶狀粟粒疹	二四四	診斷	二〇〇
結晶痰	二四四	診斷上檢脈之價值	二
	二六		二六
		診斷學	一
		跛性步行	一五
		開口鼓音	一四三
		開張期大動脈瓣之衝動	二九三
		開張期心雜音	三六
		開張期肺動脈瓣之搏動	二九三
		開張期音	三〇三
		開張期顫鳴	二九三
		開閉器	二五六
		間接喉頭鏡檢查法	一八
		間接氣管照檢法	六
		間歇分利	六
		間歇性熱型	六
		間歇脈	六
		間歇熱	六
		陽性	六
		陽性現象	六
		項強直	六
		黑血症	六
		黑性黃疸	六



黑膽液質	一六	痰中三層磷酸鹽	三二七
黃疸	一六	痰中上皮	三二八
黃熱旋毛體	四〇	痰中口內毛狀菌	二二七
十三畫		痰中心異常細胞	三〇〇
傷寒診斷液	四〇	痰中包蟲	三二七
喻然之獨樂	三六	痰中血液菱形結晶	三二五
圓背	二五	痰中血球	三二六
威爾抵抗	二四七	痰中放線菌	三二七
搏動	二九	痰中杯狀細胞	三三〇
溢血	四〇	痰中肺胞上皮	三二八
溢血斑	四〇	痰中氣道上皮	三三〇
溶血球性系統	四二	痰中真珠酸結晶	三二四
溶菌反應	四二	痰中脂酸結晶	三二四
溶菌反應檢查法	四三	痰中動物性寄生體	三二七
溶菌素	四三、四四	痰中蛋白質	三二八
溶解之細菌性免疫元	四〇	痰中揮發性脂酸	三二九
照內氏反應	四一	痰中無機成分	三二九
照相乾板	三〇	痰中結核桿菌	三二七
獅子顏	二	痰中結晶	三二四
痰	二九	痰中微生物	三二六
		痰中醋酸結晶	三二七
		痰中澱粉樣體	三二四
		痰中磚狀上皮	三二八
		痰中磷酸安母尼亞麻糊滷矢	三二八
		亞	三二七
		痰中膽脂結晶	三二五
		痰中螺旋體	三二三
		痰中黏液細胞	三二七
		痰中黏液絲及黏液球	三二七
		痰中鵝口瘡菌	三二七
		痰中醱酵素	三二九
		痰之細菌學檢查	三三一
		痰之通性	三二〇
		痰之異常混合物	三二四
		痰之稠度	三三一
		痰之鏡檢	三二七
		稟賦	三二六
		筋肉發育	三二六
		經過	二
		腸下垂性體質	二五

腹式呼吸	二三	電流源	二五二	實音	一四〇
腹位	三三	電流計	二五六	實脈	一四六
腹背透照	二六五	電源	二五一	對照試驗	一四〇
腹部大動脈瘤	二六一	電解性直流器	二五一	浸性	一四一
腺病質	二五	電壓計	二五二	慢性淋巴腺腫	一五一
葡萄狀球菌	二四五	電離性斷絕器	二五二	滴落音	一四四
補充氣	二〇五	鞞工胸	一九	滴蟲	一四〇
補體	四二、四三、四六	鼎沸音	一八一	漏斗胸	一四
補體結合反應	四四五	鼓性清音	一四〇	管狀聽診器	一四〇
補體結合反應檢查法	四三七	鼓音	一四〇	精神狀態	一四
補體簇	四三	鼓音發生	一四	綠膿桿菌	一四
解剖診斷	二	鼓桴指	一三	蒼白皮色	一三
試驗汗	四三	鼠疫桿菌	一四五	蓄電池	一四
跪坐呼吸	三	十四畫		誘因	一四
過敏性反應	四七〇	偽分利	六六	輕咳	一四
過剩產生之原則	四〇	僧帽瓣口及三尖瓣口所聽第	三六	輕震脈	一四
過熱	四	一音	三六	遠心器	一三
鉛板	二五	僧帽瓣口及三尖瓣口所聽第	三六	酸化血色素	一三
鉛線	一〇一	二音	三六	酸化炭素血色素	一三
隔世遺傳	四	僧帽瓣口所生之心內顫鳴	三三	酸性嗜好細胞	一三

銀色皮膚	四〇	鼻腔潰瘍	三三	熱性病初期	三〇
銅匣	四〇	鼻腫脹	三三	熱性病恢復期	三〇
鼻中隔之傾斜或彎屈	三六	鼻淵	三六	熱性病極期	三〇
鼻分泌物肉眼檢查	三六	鼻塞	三七	熱性病經過	三〇
鼻分泌物檢查	三六	鼻翼呼吸	三七	熱性病增進期	三〇
鼻及鼻咽腔鏡檢查	三六	十五晝	三九	熱性病熾甚期	三〇
鼻孔外口紅腫	三七	彈力性隆起	三九	熱性匍行疹	三〇
鼻石	三七	彈力纖維	三九	熱型	三〇
鼻色	三七	彈力纖維檢查法	三九	熱度表	三〇
鼻形	三七	摩擦音	三九	熱度標準	三〇
鼻呼吸	三七	數脈	四〇	熱帶熱(不定期及不正間歇熱)	三〇
鼻性精神機能不和症	三七	模範檢溫器	四〇	之寄生體	三〇
鼻黏膜之色	三七	漿液痰	四一	瘦削	三七
鼻痛	三七	潛伏期	四一	瘧疾寄生體	三七
鼻視診法	三七	熱	四二	稽留性熱型	三六
鼻腔及鼻咽腔視診法	三七	熱曲線	四二	稽留熱	三六
鼻腔及鼻咽腔觸診法	三七	熱作	四二	複發性間歇熱	三六
鼻腔異物	三七	熱性病不明期	四二	調節凡	三六
鼻腔新生物	三七	熱性病再發	四二	調節及開閉裝置	三六
		熱性病含有解散期之治愈期	四二	調節抵抗器	三六

調節板	二五	橫披裂筋麻痺	九	霍亂顏	二七
調節突隆	二九	橫徑	三三	靜脈之呼吸性運動	三七
遮光器	三九	橫隔膜	二四	靜脈之運動現象	三七〇
遲脈	三三	橫隔膜及縱隔膜之倫託根檢	二四	靜脈石	三五
遲鈍性體質	二五	查	二七一	靜脈血塞	三七五
銳性吸氣音	一七三	濁音	一五六	靜脈異常充盈	三七七
銳敏性體質	一五	濁音發生	一五	靜脈視診及觸診法	三七七
震盪音	一八六	獨樂音	三六	靜脈脈搏	三七一
鞍鼻	七二	獨樂音強盛之條件	三七	靜脈聽診法	三七六
十六畫		積極性靜脈搏動	三七三	頸靜脈上重復正音	三七六
凝集反應	四三	膨大胸	二〇六	頸靜脈上正音	三七六
凝集素	四三、四一、四三	毒麻疹	四	頸靜脈之固有脈	三七三
器械性水腫	四七	融合痰	三三	頸靜脈球搏動	三七三
器械性黃疸	三七	豫知凝集反應試驗	四七	頸靜脈音	三七三
器質性心雜音	三四	豫後	二	頭髮	三〇
導鈎	二五	縮喘	二五二	餓毛	三〇
戰栗	五九	遺傳	四	餘響	一四
橙皮症	五	錢狀痰	三二	軀血	二六
機能簇	四一	錢貨音	二六	龜背	二五
橫位心臟	三七	險惡	六	十七畫	

壓迫正音	三六五	營爲核	四〇九	還元血紅素	三九二
壓迫遮光器	二五九	營養狀態	二六	十八晝	二六一
壓迫雜音	三六五	療法	二	斷絕性 Winthrich 氏音變	二六一
嬰兒黃疸	三七	癆瘵性糠秕疹	二〇	斷絕器	二〇四
檢血法	三七七	縱徑	三三	斷續肺胞音	一七四
檢查大動脈瘤	三六〇	聲門浮腫	九七	濾膜竄透法	四〇五
檢查旋毛衣法	四一九	聲門癆瘵	九〇	瘰癧	元
檢溫次數	五五	聲門開張筋麻痺	九二	翼伏肩胛	一一
檢溫法	五五	聲音	九七、一七三	職業性機能神經症	九二
檢溫部位	四四	聲音震顫	一三三	職業病	四
檢濕器	三三	聲音震顫或胸震顫之觸診法	一八七	藍色筆	二七
檢痰法	二二〇	聲音鏽性餘響	一八〇	藏化白金拔留護板	二五八
檢靜脈法	三六六	聲音聽診法	一八九	覆盆子汁樣痰	二四
濕性水泡音	三三、一八〇	聲帶緊張筋麻痺	九	聲咳	二〇九
濕性水泡音之大小	一八一	膽液質	一六	蹣跚性步行	二四
濕性水泡音之多少	一八一	膿熱	三	轉歸	二
濕性水泡音之強弱	一八一	臨牀診斷學	一	鎖骨上窩	九
濕性水泡音之發生時	一八一	薔薇疹	四	鎖骨上窩陷沒	二四
濕咳	二〇八	蝶旋體	三六	鎖骨下窩	九
濕疹	四四、七	還元血色素	三九	鎖骨線	九

顏面匍行疹	四〇	鑼響水泡音	一六三	鑼細胞	四〇
鵝口瘡菌	二八四	鑼響性心音	三二	體位	三
十九畫		鑼響性心雜音	三六	體重	六
瀕死顏	三七	鑼響性心蟲打水響	三四	體格	四
爆響性水泡音	一八五	鑼響性第二大動脈音	三二	體溫	三
羸瘦	一七	二十一畫		體溫下降	七
藥疹	四四	癩病桿菌	支	體溫局部減少	七
酸酵簇	四一	竈局(或局部)反應	四七	體溫局部增進	六
縫隔雜音	三九	鷄胸(鳩胸)	二六	體溫昇騰	六
賴族凝集反應	四八	二十一畫		體質	四
賴肝音	一八	鑼響	一四	二十四畫	一〇
二十畫		聽診法	一六	糖基嗜好細胞	四
懸雍垂保持器	七	聽診要目	一七	二七畫	〇
癰	四四	聽診器	一六	鑽體	〇
蠕蟲	四三	聽診器之形狀	一六	二九畫	七
觸診之打診法	一五	臟器描寫法	一六	鑿血	七
鑼性音色	一四	二十三畫		鑿積黃疸	七
鑼性餘響	一四	癰	四		
鑼性響	一四	變性呼吸音	一七		
鑼聲	一〇	變遷態	四〇		

# 索引 下卷

一畫	三層磷酸鹽	三四	口腔黏膜	七
一時性精液缺乏症	上皮細胞	一八〇	口腔觸診法	一
一時性精絲缺乏症	上皮圓塔	二三〇	大便之化學檢查	一六
一般感覺	上肢之運動檢查	三五五	大便之細菌學檢查	二三
一般感覺麻痺	上部截癱	三五三	大便之顯微鏡檢查	一九
乙狀彎曲部	下肢之運動檢查	三五六	大便中不消化性食物成分	一九
二畫	下痢	九	大便中血色素	一〇七
人血絲狀蟲	下腹之容積	二〇	大便中來自腸管之混和物	一一
人事不省	口缺炎	二七	大便中消化性食物成分	一一〇
力覺	口臭	二七	大便中疑結物	一〇八
十二指腸	口肝	二	大便中動物性寄生體	一〇六、一一一
十二指腸蟲	口腔內容之肉眼檢查	二	大便中蛋白質	一〇六
十二指腸蟲卵	口腔內容之顯微鏡檢查	二	大便中極少量之血	一〇七
三畫	口腔分泌物	二	大便中結晶及鹽類	一一一
三叉神經第一枝	口腔底	八	大便中腸之組織成分	一〇五
三層磷酸鹽	口腔視診法	一	大便中飲食物成分	一〇四





反射運動之中樞	四四五	水瀉	七	失神	四七九
反射槌	四〇八	五晝		失動症	四八五
反射機	四〇四	他動性痙縮	四〇五	失語症	四〇六
反射纖維	四〇六	他側知覺症	四〇六	失調性步行	四〇一
幻覺	三六六、三七九	以化學物質檢查運動法	三七	失讀症	四〇〇
心	四四五	以試驗晚飯檢查	七二	左季肋部	四〇
心神	三六一	以試驗晚飯檢查	七二	左旋糖尿	四〇〇
心跳及狹心症	四五六	以試驗朝食檢查	七二	巨頭條蟲	四〇〇
手掌反射	四〇六	加里試驗法	二七二	平流電氣計	四〇〇
文言	四〇九	加答兒性分泌物	三九一	平流電氣檢查	四〇〇
方頭	四〇六	包蟲	二四三	末梢性刺戟之感覺	四〇〇
日本住血吸蟲	二七	包囊震顫	一五	末梢性運動徑路	四〇〇
日常生活所需精力之消費	三三	半身知覺脫失	三六六	末梢性運動神經原基	四〇〇
月經分泌物	三〇	半身麻痺	三九三	末梢神經系	四〇〇
比較性精液缺乏症	二七	半盲症	四〇	末梢神經檢查法	四〇〇
毛髮	四九	半視症	四〇	正規導子	四〇〇
水	三二	半濁鼓音	一五	瓜實條蟲	四〇〇
水平性眼球震盪症	四三	右季肋部	三三	瓦屑狀沈渣	四〇〇
水狀便	四〇一、四〇五	失姿症	四四	瓦斯表	四〇〇
水液嘔吐	四	失書症	四四	生理活用律	四〇〇

生體之電氣檢查法	四二五	全麻痺	三九一	因血色素及膽色素存在之尿	二二七
用 Folin 氏液之容量分析	三三三	全眼肌麻痺	四三三	變色	二二八
法	三三三	全部性失語症	四三三	因藥物之尿變色	四三七
白血球圓場	三三三	全部性叢麻痺	四三三	多尿	四三七
白癩	三三三	光線反應	四三七	多尿症	二二五
皮之電氣感覺	三三五	共同運動	四三二	多食症	三六三
皮反射	四〇五	共動機	四三〇	多渴症	三六三
皮知覺神經之分佈區域	三九〇	共發運動	四三〇	多覺症	三六〇、三六六
皮骨及關節障礙	四〇六	吃納	四三〇	如意袋	二六八
皮感覺	三九六、三九七	各神經之刺戟點	四二六	妄想	三七八
皮割症	四〇六	同感性瞳孔反應	四二七	安母尼亞	三三四
皮質下感覺性失語症	四三三	吐血	四二七	尖底玻璃器	三三三
皮質間感覺性失語症	四三三	吐物之化學檢查	四二九	尖銳之肝下緣	一四九
皮質感覺性失語症	四三三	吐物之肉眼檢查	四二九	弛緩性麻痺	三九一、四〇三
六畫		吐物之細菌學檢查	四二九	有鉤條蟲	二二四
交構外排泄之精狀液	二八八	吐物之顯微鏡檢查	四二九	有鉤條蟲卵	二二五
交感性反應	四三七	吐物檢查法	四二九	灰分定量法	三三八
全身送入直腸法	九七	吐糞	四二〇	米泔汁便	一〇五
全身知覺脫失	三六六	因 Indian 及 Urobilin 增多	四二〇	老人性震戰	四〇三
全身感覺	三六一	之尿變色	四二〇	耳眩暈	四〇三

耳語	四〇一	舟狀陷沒	九一	吞酸嘔噦	七
耳鳴	四〇二	色神	四〇〇	含水炭素(炭水化物)	三〇〇
耳鏡(反射鏡)	四〇三	血色素	八二	含水炭素及脂之異常產物	三七
耳鏡檢查法	四〇四	血色素尿	三七、三六	含水炭素及脂代謝之終產物	三六
肌之自動性痙硬(強剛)	四〇五	血尿	三七、三五	吸引法	五〇
肌之運動點	四〇六	血便	四〇、四八	吸液管	三三
肌及神經之機械興奮性	四〇七	血球圓場	三三	吸盤	一一
肌病性拘攣	四〇八	血管運動神經之障礙	四六	吸蟲類	二五
肌萎縮	四〇九	血管運動神經反射	四五	呃尿	四七
肌強直性反應	四一〇	七畫		完全變性反應	四三
肌覺	四一六、三六六	位置覺	三六六	完穀下利	一〇四
肌纖維及脂	七	低能	三七六	尿 Caroninas	二四
自兩腎各別採尿之法	一八九	住血吸蟲	二四三	尿之凍結點下降測定法	一九
自發痛	三六八	佝僂病性齒	三	尿之變色	二六
自覺性視覺	四四〇	冷感	三六	尿中 Purin	三〇五
自覺性聽覺	四四二	初乳	二九二	尿中小脂球	三三
舌	五	初乳小體	二九三	尿中 Aceton 之鑑識法	三六
舌白斑	六	卵形	三三	尿中 Albumose 之鑑識法	二六六
舌黑斑	六	卵巢痛	四六	尿中 Indican 之鑑識法	二六
舌寬	一	卵圓條蟲	二六	尿中分解產物	二六二

尿中左旋糖	二七〇	尿中結核桿菌	二〇六
尿中安母尼亞	二六一	尿中葡萄糖	二七〇
尿中血色素	二六七	尿中磷酸石灰	二五五
尿中血色素之鑑識法	二六七	尿中微生物	二二一
尿中血色素之鑑識法	二七五	尿中酸化牛酪酸	二六〇
尿中血液(赤血球)	二六	尿中酸化牛酪酸之鑑識法	二六〇
尿中血液之血色素	二七	尿中 Acet. 酪酸	二七九
尿中血液之顯微鏡檢査	二七	尿中凝結物	二五
尿中乳糖	二六一	尿中磷酸	二五
尿中抱合硫酸	二五	尿中磷酸石灰	二五
尿中碳酸石灰	二五九	尿中磷酸鎂	二五
尿中食鹽	二五〇	尿中磷酸鹽	二五
尿中脂球	二四三	尿中糖之定性試驗法	二七一
尿中動物性寄生體	二四〇	尿中糖分	二〇三
尿中組織碎片	二六〇	尿中糖分之定量試驗	二七五
尿中蛋白質	二六一	尿中膽色素	二六六
尿中蛋白質之定性試驗法	二六四	尿中膽酸	二六九
尿中蛋白質之定量試驗	二四四	尿中膽酸之鑑識法	二六
尿中植物性寄生體	二五九	尿中膿(白血球)	二六
尿中硫酸	二六	尿中膿之鏡檢	二五
尿中硫酸石灰			
		尿中黏液素	二七
		尿中醱酵素	二六一
		尿反應	二二〇
		尿比重	二〇六、二〇一
		尿失禁	二〇六
		尿色及透明度	二〇六
		尿色表	二一五
		尿沈渣	二二一、二二〇
		尿兩性反應	二一〇
		尿重計	二〇六
		尿臭氣	二一一
		尿素	二〇、二五、二二
		尿素定量法	一九
		尿素排出量	二一一
		尿脂	二六
		尿閉	二〇六、二〇一
		尿渣中上皮	二一〇
		尿量	二〇六
		尿量異常	二二三
		尿量減少	二二三

尿量增多	二三	形覺脫失症	三六七	肝比較濁音部	一五七
尿量器	二〇六	快美外尿道漏	二六六	肝打診法	一五〇、一五二
尿管墻	二三三	抑制反射道	四〇四	肝肥大	一五〇、一五二
尿意頻數	二〇九	求心性視野狹縮	四九六	肝表面之狀況	一五〇
尿道灼感	二〇六	汞毒震戰	四三三	肝純濁音部	一五〇
尿道探針	二〇〇	沈澱器	三四	肝純濁音部之境界	一五〇
尿道測管	二〇〇	灼熱感	三六六	肝部腫瘤	一五一
尿道檢查	二六五	男女生殖器重要疾病之症候	二五三	肝最高點(右葉)	一四〇
尿道檢查法	二〇五	男(性)生殖器分泌物之檢查法	二六五	肝視診法	一五〇
尿道鏡	二〇五	肘反射	四〇六	肝境界之移動	一五七
尿道觸診	二〇五	肛門	九〇	肝濁音部消失	一五〇
尿酸	一八〇、二二一、四〇〇、二五三、二五九	肛門內部視診法	九四	肝濁音部狹縮	一五〇
尿酸加里	二五三	肛門及直腸視診法	九四	肝濁音部增大	一五〇
尿酸安母尼亞	二五三	肛門及直腸觸診法	九六	肝濁音部轉位	一五〇
尿酸鹽	二五三	肛門反射	四〇六	肝膽之倫脫根檢查法	一六〇
尿酸排泄時之肌肉作用	四〇一	肛門外部視診法	九四	肝壓痛	一五三
尿黏液	三三〇	肝二口蟲	二九	肝轉位	一五〇
局部無汗	四九五	肝之大小及形狀	一五三	肝轉位於上方	一五三
局部發汗	四九五	肝之軟硬	一五五	肝轉位於下面	一五三
形覺(立體感覺)	三六七	肝內膽石	一〇五	肝觸診法	一五二

肝臟	一四一	乳腺檢查法	二五一	味覺錯誤	四四四
芽生菌	一三四、三四五	乳酸(證明法)	六四	味覺檢查法	四四四
言語障礙	四四四	乳酸菌	七〇	呼吸困難	四四五
言語緩徐症	四四六	乳齒發生困難	三	呼吸系之障礙	四四五
言語蹉跌症	四四六	乳糖尿	三〇三	咖啡渣狀嘔吐	八二
赤血球圓球	三三三	乳糜尿	三二九、三三〇	咖啡渣狀嘔吐	八〇
赤痢桿菌	一四二	亞爾加里土類	三〇	夜中遺尿	四三七
赤痢菌之特性	一四二	亞爾加里類	三〇九	奇性收縮	四三〇
足底反射	四〇七	來自腹腔內臟器之液體	一七	奇性尿失禁	四三七
足根蟲	一三〇	依的兒硫酸	三二	奇性尿閉	四〇一
足現象(足拘攣)	四二	兔眼	三九四	官能性膀胱斷法	一七〇
身體各部之運動檢查	三九四	兔囊	一〇二	官能的腎診斷法	一九五
八畫		兩端知覺脫失	三四六	定規液	六一
乳汁之化學檢查	二九二	卒中性體質	四五四	定鹽酸缺損量	六二
乳汁之肉眼檢查	二九一	受尿器	二〇六	屈手肌反射	四九
乳汁之鏡檢	二九二	味藥匣	四四四	抱合硫酸	三二一
乳汁分泌	二九一	味覺中樞及徑路	三二	抱合(Ginkgon)酸	三〇三
乳汁比重	二九二	味覺脫失	四四四	抵抗感覺	四六七
乳尿	二九	味覺鈍麻	四四四	放屁	九
乳腺分泌物	二九一	味覺過敏	四四四	昏迷狀態	三七七

昏睡	三七七	知覺減退	三七九	便秘	六二〇
昏瞶	三七七	知覺異常	三七九、三八六	便通	九
服藥後之尿檢查	二八一	知覺鈍麻	三七九、三八六	保持代謝	二九六
果糖	三〇三	空氣傳導	四〇一	前列腺漏	二八八
波動	一七五	空間感覺	三九〇	前列腺檢查	二八四
注射液	二七五	空間覺	三九四	前彎	三七〇
注意力	三五六	空腸	三九	咽之知覺麻痺	四五六
注意震戰	四三三	空腹時榨出之胃內容	六	咽反射	四〇七
物質代謝終產物	三三三	肩胛反射	四〇八	咽部 Lepthothrix 菌病	二七
狗條蟲	二九	肩胛骨膜反射	四二	咽腔沈着物之顯微鏡檢查	二四
盲腸	九〇	肩胛痛	三六	咽腔視診法	九
直接光線反應	四二七	苦悶感覺	三六二	咽腔觸診法	九
直腸	九〇	長時間之瓦斯交換試驗法	三二	咽壁	二〇
直腸探針觸診	九七	長桿菌	七	幽門	三
直腸鏡	九四	長顱	三六	迴盲部	三
直達刺戟	四二五	非病原菌	二四	迴盲部雷鳴	三
知覺性(求心性)徑路	四二六	非萎縮性麻痺	三三	迴旋性眼球震盪症	四四
知覺計	三六四	非機化性尿渣	二五	迴腸	九
知覺神經之自覺性異常症	三六七	非機化性圓塊	二四〇	迴轉分極光線試驗法	二七五
知覺脫失	三六五	九畫		後弓反張	四三

後部括約肌切開術  
 後感覺  
 後彎  
 急性梅毒  
 恆定重量  
 括約肌皮下伸展法  
 指觸診法  
 枯草菌  
 柳葉針形二口蟲  
 洗胃法  
 活用試驗  
 玻璃狀圓環  
 相對陰萎  
 砂漏胃  
 穿孔  
 穿足症  
 穿刺器  
 穿腹術  
 肺胃兩出血之鑑別法

九七 胃八聯球菌  
 三六 胃下垂症  
 三〇 胃之人工膨滿法  
 四九 胃之分泌官能檢查法  
 三四 胃之半月狀部  
 九七 胃之打診法  
 二九〇 胃之倫脫根放線性運動檢查  
 一四 胃之倫脫根檢查法  
 二九 胃之發音區域  
 三二 胃之發音部  
 三六 胃之運動官能檢查法  
 三三 胃之運動障礙  
 三七 胃之蠕動不安  
 四九 胃之蠕動運動  
 八七 胃之觸診法  
 一三三 胃之聽診法  
 四九 胃內容之上皮  
 三七三 胃內容之化學檢查  
 一六 胃內容之白血球  
 八〇 胃內容之肉眼檢查

七〇 胃內容之赤血球  
 八七 胃內容之細菌學檢查  
 三〇 胃內容之臘瘍成分  
 四九 胃內容之黏液  
 四九 胃內容之顯微鏡檢查  
 四 胃內容檢查法  
 三三 胃吸收官能檢查法  
 八四 胃官能檢查法  
 四 胃底  
 四 胃泡  
 七一 胃病之倫脫根像  
 六 胃液發作  
 八 胃液缺乏症  
 四〇 胃液總酸量檢定法  
 四 胃透照法  
 四七 胃透照鏡  
 四七 胃唧筒  
 四 胃發音部之狹縮  
 六 胃發音部增大  
 三 胃發音部轉位

九七 三六 三〇 四九 三四 九七 二九〇 一四 二九 三二 三六 三三 三七 四九 八七 一三三 四九 三七三 一六 八〇 三 七〇 八七 三〇 四九 四九 四 三三 八四 四 四 七一 六 八 四〇 四 四 四七 四 六 三 六 三六 三 九七



胃視診法	四	計板	二五	食管內部觸診法	二五
胃腫瘤	四三	重量感覺	二六	食管外部觸診法	二五
胃腸之潛性出血	二七	重聽及聾	四三	食管打診法	二五
胃境界	二八	降結腸	二八	食管周圍部之檢查	二五
食管	二九	限局性萎縮	四二	食管狹窄	二七、二八
食管送入之禁忌法	二九	限局性膨出	九一	食管疼痛	二九
胃酸分泌過多症	二九	面神經麻痺	四二	食管視診法	二九
胃酸缺乏症	二九	面現象	四八	食管新生物	二九
胃酸減少症	二九	革皮感覺	四八	食管憩室	二九、三〇
胃酸過多症	二九	音像中樞	四九	食管燭桿	三〇
胃潰瘍	二九	食物成分	三三	食管癌腫	三〇
胃壓痛	二九	食物拒絕症	三二	食管擴張	三〇
胃擴張症	二九	食物殘片	三九	食管鏡	三〇
胃鏡	二九	食思減損	三三	食管鏡檢查法	三〇
胃鏡療法	二九	食管	三三	食管觸診法	三〇
胃蠕動	二九	食管之內部診視法	二七	食管聽診法	三〇
背痛	三〇	食管之外部視診法	二〇	食慾	三三
胞子蟲	三二	食管之倫脫根檢查法	三二	食慾不振	三三
胞囊蟲	三二	食管之隣接器官	三〇	食餌性葡萄糖尿	三三
	三四	食管內異物	三二	食鹽	三三

食鹽貯留	三〇九	浸漬蟲	三二、三四	病態之脾濁音部	一六七
十畫		消極性 Rinne	四四	病態之膀胱鏡檢查	二〇四
倫脫根檢查法	四一	消極性 Weber	四四	真性肌肉肥大	四〇三
剛勁	三九一	特異之力學作用	三二	眩暈	三七一、三八一
原發肌病性萎縮	四〇二	特發骨折	四九九	神經及肌之電氣檢查	四二二
原蟲	一〇〇	疲勞感覺	四八一	神經系統	三四〇
套管針	一六	疾病於精力之影響	三三	神經性拘攣	四〇四
恐食症	三六二	病尿之色	二二五	神經性消化不良	四五六
悟性	三六	病尿之非機化性沈渣	二五〇	神經性嘔吐	四五六
振水音	四四、四七、四八	病尿之細菌學檢查	二四五	神經病之植物性系統障礙	四四四
振盪漏斗	六五	病尿之透明度	二三八	神經痛	三六八
書癮	四三	病尿之機化性沈渣	二四	純粹之舉九分泌物	二六六
核上道	四四	病尿反應	三〇	純粹性語弊	四五一
核下道	四三	病尿比重	三九	純粹運動性失語症	四五一
核素代謝	三〇四	病尿沈渣	三三	純粹感覺性失語症	四五一
核素代謝試驗	三〇〇	病尿臭氣	三三	純粹語啞症	四五一
氣脹	九〇	病尿檢查	三三	索狀體	四四九
氣管食管鏡	三三	病原菌	三三	胰之理學檢查法	一六九
流涎	一一	病態之肝濁音部	二五	胰石	一〇九
流涎症	四六	病態之肝觸診	二五	胰腺	一六八

胰腺觸診法	一六九	起真正蛋白尿(腎性蛋白尿)	一六〇
胸大肌反射	四〇八	之疾病	七、九
胸腺淋巴性體質	四〇四	酒客晨嘔	四三
脂	一九九	酒精震戰	四二
脂尿	三九、三〇、二支	針狀之脂結晶	二二
脂定量法	三六	馬尿酸	三四
脂便	一〇五	骨	四九
脂球固塊	二七	骨脆弱症	四九
脂肪酸	二六	骨傳導	四四
脈搏數	四四	骨膜及骨反射	四三
脊柱之運動檢查	三四	骨覺(振動感覺)	三七
脊柱形狀	三〇	高處眩暈	五一
脊柱運動	三七	島失語症	四五
脊柱檢查法	三〇	島嶼狀知覺脫失	三六
脊柱壓痛	三七	十一畫	
脊髓局部	三三	乾燥箱	三四
脊髓過敏症	三七	假性足現象	四二
矧突	九	假性筋肉肥大	四〇
衰弱性便秘	一〇	偏側性	四三
起血尿之疾病	三五	偏側舞蹈病	四三
		偏語症	四一
		偏導子	四二
		偏頭痛	四六
		偏癱(半身不遂)	四二
		健忘性失書症	四五
		健忘性失語症	四五
		健忘症	四六
		健康者之基礎代謝	三七
		健康之肝濁音部	三〇
		健康之膀胱鏡檢查	一五六
		健康之肝觸診	二〇
		健體活用價	一五一
		側彎	三九
		副腎	三七〇
		副型傷寒桿菌	一四〇
		副睪丸	一八三
		唾液	二六四
		唾液之化學檢查	一一
		唾液分泌亢進	一一
		唾液分泌減少	四六
			四三
			三、四六

唾液分泌過多	二	深在感覺	二五六
唾腺	八	深感覺機	二五六
基礎代謝	三〇	混合性電氣反應	四六
帶狀感覺	三六	淺反射	四〇五
常尿中之溶解成分	三二	淺在感覺	三七九
常尿着色之色素	三六	球性言語	四〇五
常尿檢查	三二七	球塊	四〇二
常習性頭痛	三八	眼眩暈	四〇
常習便秘	一〇	眼球運動	四〇
常態之打脾法	一五	眼球震盪症	四〇
排水之徑路	三三	移動性盲腸	一〇
排尿之狀況	三六	室素之出納差	二九七
探針(檢查法)	二九〇	室素代謝試驗	三〇
探針檢查法	二	室素平衡	二九六
斜視	四三	第一運動性單位	四四
旋毛蟲	二五	第二運動性單位	四四
淋疾球菌	二四	粒狀圓環	二五
淋疾絲	二五	粗大力	二九
淋菌培養法	二九	細胞構成之圓環	二三
深反射	四〇	細胞質變性產物之圓環	二三
		細菌尿	二五五
		習慣性便秘	四〇七
		蛋白代謝	二九五
		蛋白代謝之異常產物	三二
		蛋白質之終產物	三三
		被囊幼蟲	二四
		趾端肥大症	四〇九
		軟便	四〇
		逗點狀菌	三三
		部分性溫覺脫失	三六一
		部分性癩麻痺	三九二
		部位覺	三八四
		野視檢查法	四〇八
		閉聲縮	四〇五
		陰性皮劃症	四〇六
		陰囊炎症	二八四
		陰囊強直症	四〇六
		陰囊畸形	四〇五
		陰囊潰瘍	二八四
		陰莖檢查	二八四

陰囊	四六	尋常之前列腺分泌物	二六	減尿症	三三
陰道 Trichomonas	二四	尋常之總酸度	六	測管	二四
陰道及子宮分泌物之檢查法	二〇	尋常尿成分之量	二九	游離之脂小滴	二九
陰道及子宮陰道段檢查法	二〇	尋常算元器	四五	無尿	四七
陰道鏡	二〇	尋常精液	二五	無尿症	二四
飢餓感	二二	尋常褥瘡	四五	無差別症	三七
麻痺	二一	強直	四五	無感覺	三八
麻痺肌之營養狀態	〇三	強直性痙攣	〇三	無鈎條蟲	一一
麻痺肌之緊張性	〇三	強迫觀念	二六	無鈎條蟲卵	一一
麻痺性斜視	〇五	循環性蛋白尿	二一	無機物代謝	〇八
麻痺性眼球突出	〇五	惡心	二	煮沸試驗法	二六
十二畫	〇三	惡露分泌物	二〇	琥珀酸	一九
刺尿	三五	握力計	二一	異味症	二二
喉	四五	散亂	二六	異重釐醇試驗法	二七
喉反射(咳嗽反射)	〇七	普通大腸菌	一三、一四	異側性半身不遂	三五
喫煙斑	七	智力障礙	二六	異常抵抗	三三
單純性共動機	三三	智齒發生困難	四	痙性多尿症	三三
單純性蛋白尿	二六	最小學縮	四五	瘦縮	〇三
單純麻痺	三二	椎骨動脈	三五	瘦瘠	三二、三三
單癱	三二	減尿	四七	痙攣性步行	〇三

診斷學 下卷 索引

痙攣性便秘	一四七	肌肉榮養狀態	一九三
痙攣性斜視	一四七	結石探針	一四三
痙攣性麻癢	一五一	結合及遊離鹽酸	一五一
痛覺	一五四	結合鹽酸定量	一四九
痛覺脫失	一五四	結核桿菌	一四四
痛覺過敏	一五四	結核菌與包皮脂菌之鑑別	一四七
痛覺過敏	一三七	結腸	一四九
發作性血色素尿	一五一	絕對陰萎	一四九
發作性蛋白尿	一五一	條蟲類	一四九
發嘔吐之時期	一五三	絞扼運動	一五三
短時間之瓦斯交換試驗法	一五六	絞窄肝	一五三
短顯	一五六	絲狀菌	一五三
硝酸試驗法	一五三	絲狀菌中之鴉口瘡菌	一五三
硫化水素尿	一五三	脾	一五〇
硫黃	一五〇	脾上端	一五〇
硬便	一五〇	脾打診法	一五〇
硬膈反射	一四七	脾肥大	一四九
等力量	一四九	脾前端	一四九
肌肉反射	一四九	脾前緣	一四九
肌肉肥大	一四九	脾後緣	一四九
肌肉動作之影響	一四九		
		脾脫疽桿菌	一四四
		脾視診法	一四三
		脾濁音部	一四三
		脾濁音部消失	一四三
		脾濁音部狹縮	一四六
		脾濁音部高低	一四七
		脾濁音部增大	一四七
		脾濁音部轉位	一四七
		脾轉位	一四六
		脾觸診法	一四三
		腎	一五三
		腎上腺腫瘍	一五七
		腎之官能診斷法	一五九
		腎之倫脫根檢查法	一五七
		腎及尿路諸病之症狀及尿之性狀	一五三
		腎水腫之倫脫根像	一五九
		腎打診法	一五七
		腎石	一五九
		腎石痛痛	一五九

腎先天性形狀位置變常	二六	視眩暈	三〇	傷寒菌與普通大腸菌之鑑別	二六
腎砂	二五	視野(周邊視力)	四〇	嗅藥匣	四四
腎病之倫脫根像	二六	視野計	四一	嗅覺中樞及徑路	三五
腎粒	二六	視覺中樞及徑路	三五〇	嗅覺脫失	四三
腎結石之倫脫根像	二九	視覺性失語症	四五	嗅覺鈍麻	四三
腎結核之倫脫根像	二六	視覺檢查法	四四	嗅覺過敏	四三
腎視診法	二四	詞語	四九	嗅覺錯誤	四三
腎腫脹(風瘍)	二六	賁門	三	嗅覺檢查法	四三
腎腫瘍	二六	量	六	嗜眠	三七
腎腫瘍之倫脫根像	二六	開散斜視	四三	圓粉帶	二九
腎濁音部	二六	開壁縮	四二	圓塔狀體	二九
腎壓痛	二七	間代性痙攣(抽搐)	四三	圓蟲類	二九
腎腎位	二五、二六	間接熱量測定法	四二	愈瘡木試驗法	二六
腎觸診法	二四	雲霧	二〇	意識潤濁	三七
菓臭	二七	黑舌	六	意識障礙	三七
萎縮性麻痺	三二	黑色素尿	二八	或傳電氣檢查	四七
蛔蟲	三三	十三畫	六	感覺之數	四〇
蛔蟲(尋常蛔蟲)	二九	傳染性失語症	四三	感覺性反射道	四〇
蛔蟲卵	二〇	傷寒桿菌	二七	感覺性失語症	四〇
裂頭條蟲卵	二六	傷寒菌之凝集反應	二〇	感覺性失讀症(詐盲症或精	四七

神官)	四〇〇	溫覺異常	三八六	腸	九
感覺性質	三七九	溫覺錯倒	三八六	腸 Trichomonas	一三三
感覺後續症	三八〇	溶解之尿成分	二九二	腸下垂性體質	三九
感覺持續	三八〇	溶解於尿中之異常成分	二六〇	腸之分泌檢查法	六六
感覺情調	三八〇	溼濁	二〇九	腸之吸收檢查法	九六
感覺脫失	三九一、三九二	滑皮	四五六	腸之倫脫根檢查法	一四
感覺速度	三七九	煤色苔	二	腸內吸收障礙	九六
感覺強度	三七九	煩渴症	二二三	腸內異物	一四一
感覺鈍麻	三七九	痿弱	三九一	腸打診法	九二
感覺過敏	三七九	零丸檢查	二六四	腸石	一〇五
感覺器之中樞及徑路	三三〇	矮小條蟲	一一七	腸系膜及腹膜後膜檢查法	一七二
感覺聯合	三三〇	腦之血管分佈	三三三	腸官能檢查法	六六
感覺離背	三三〇	腦髓之一般症狀	三三七	腸勁直	九二
播音不能	四四三	腦髓之竈局疾病	三三七	腸狹窄	一四七
播音障礙	四四三	腦髓之竈局症狀	三三七	腸病之倫脫根像	一四一
新陳(物質)代謝	二九四	腰右部	三四	腸骨右部	三四
楔狀索	三四〇	腰左部	三四	腸骨左部	三四
溫感	三三八	腰椎穿刺法	三七一	腸視診法	三〇
溫覺	三三三	腰痛	三九〇	腸腫瘍	二七
溫覺計	三三三	腱反射	四〇六、四一一	腸運動檢查法	六六



腸壓痛	九二	腹部陷沒	六	試驗食	六
腸蠕動不安	九六	腹部試穿法	二二	試驗食後榨出之胃內容	六
腸蠕動亢進	九六	腹部膨滿	一七	試驗管	三三
腸觸診法	九二	腹膜之液體	一七	遊走腎	一八
腸聽診法	九二	腹膜打診法	二七	遊走腎之倫脫根像	一八
腹上部	三	腹膜炎性摩擦音	二六	遊離鹽酸之定量檢定	六一
腹上部反射	四〇	腹膜氣脹	一七	運動中樞	三〇
腹上部隆起	三	腹膜視診法	一七	運動失調	四一
腹下部	三	腹膜觸診法	一七	運動性反射	四二
腹下部反射	四〇	腹膜聽診法	一七	運動性反射道	四三
腹水	一七	腹鳴	一七	運動性失書症	四四
腹刺液中之蛋白質	一七	腺瀰	四九	運動性失語症	四七
腹刺液之化學檢查	一七	膀胱及扁桃體	九	運動性失讀症	四七
腹刺液之肉眼檢查	一七	葡萄糖	四	運動性皮質下失語症	四八
腹刺液之細菌學檢查	一七	葡萄糖尿	四〇、四一	運動性皮質失語症	四九
腹刺液之顯微鏡檢查	一八	尿酸	四〇	運動性皮質間失語症	五一
腹部之局部解剖	三	尿酸尿	四一	運動性言語中樞	五一
腹部反射	四〇	裏急後重	二五	運動性言語中樞	四七
腹部刺液檢查法	一七	尿管保持器	一〇	運動性徑路	四七
腹部限局性膨隆	一七	尿管架	二六	運動根	四九
	一七		二六	運動麻痺	五一

運動覺	三六六	榮養中樞	三四五	精囊	三六四
鉛毒震戰	四三三	滲出性體質	四四〇	精囊之分泌物	二六六
鉛直性眼球震盪症	四三三	滲出液	一七七	網膜檢查法	一七〇
隔語	四四六	滲漏液	一七七	緊張	三九一
電流之極及其速知法	四四四	皸裂	二	緊張感覺	三六八
鼓音	四九	精力	二九四	膀胱之倫脫根檢查	二〇四
鼓脹	九〇	精神反應(注意反應)	四三〇	膀胱之探針檢查	二〇〇
鼠疫桿菌	一四三	精神麻痺	四四〇	膀胱之測管送入法	二〇〇
十四畫		精神運動中樞	四四〇	膀胱結石	二〇六
偽足	一三〇	精神機能檢查法	三七六	膀胱袞急後重	二〇六
嘔吐	三六	精神臟腑狀態	三七七	膀胱檢查法	二〇〇
嘔吐之種別	三六	精液	二六五	膀胱鏡	一九三
嘔吐度數	三七	精液之化學檢查	二六六	膀胱鏡檢查	二〇三
夢中游行症	三七七	精液之顯微鏡檢查	二六五	舞蹈病狀運動	四三三
夢遺	四五六	精液缺乏症	二六七	蒼鉛試驗法	三三三
對比品	四八	精液結晶	二六五	認識力(指南力或所在識)	三三九
截痕狀視野缺損	四三九	精液漏	二六九、四八	誤認	三三九
截癱	四九三	精液變常	二六六	輕癱	三三九
榨出法	四〇	精絲	二六一	遠心器	三四
榮養	四五	精絲缺乏症	二六七	酸性尿酸	三三三

銅試驗法	二七一	複雜性共動機	四三	導子之積極	四三
鼻	四二五	調節反應	四七	橈骨反射	四二
鼻音	四二五	貓舌	六	機化性圓堵	四二
十五畫		貓蛔蟲	三	機械的變性反應	四〇
廣節裂頭係蟲	二六	適足保持身體之食物	三三	橫結腸	六
摩擦音	一七五	遲鈍	三七	澱粉分解期	四
概念中樞	四六	醋酸及食鹽(硫酸)試驗法	二六	澱粉球	六
潛性出血	一〇五、一〇七	醋酸及黃色血油鹽試驗法	二六	濁音	一七四
潮尿	二二三	醋酸及酪酸(試驗法)	空	磷酸	三〇
熱尿	二二六	震戰	四三	磷酸鹽尿	三〇
熱量計	三六	震戰痙攣	四三	燃燒β酸化酪酸	三〇
熱飲	三六二	養素	二九	積極性 Rinne	三〇
節片	二二	齒	三	積極性 Weber	三〇
節電氣	四二、四三	齒齦	四	窺形二口蝨	二六
糊精	四	齒齦膿瘍	四	糖尿病	三三
棘默症	四六	十六畫	四	薄索	三六
膝拘攣	四一〇	噴嚏反射	四七	樹瘡	四九
膝蓋腿反射(膝現象)	四〇九	暖氣	七	蹄係	三六
蔓延性萎縮	四〇三	導子	四二	蹄鐵腎	三六
複視	三六〇、四二五	導子之消極	四三	蹄鐵腎之倫脫根像	一六

診斷學 下卷 索引

輸尿管倫脫根檢查法	二〇〇	頭之運動檢查	二〇〇
輸尿管測管送人法	一八九	頭重	二〇六
輸尿管膀胱鏡	一九九	頭頂大小	二〇六
輸尿管檢查法	一九九	頭頂左右不同	二〇六
輸精管	二八五	頭頂形狀	二〇六
輻輳反應	四二〇	頭頂壓痛	二〇七
輻輳斜視	四二五	頭頂檢查法	二〇六
選流器	四二五	頭頂癆	二〇六
遺尿症	二〇六	頭痛	二〇六
遺精	二〇九	頸之運動檢查	二〇九
錐體前索道	三三三	頸內動脈	三三三
錐體側索道	三三三	頸部淋巴腺	二二
錐體道	三三〇	頰敗物	二二
錐書症	四〇三	頰敗物圍場	二二〇
錯亂狀態	三七七	十七畫	
錯語症	四三三	壓痛點	三六六
錯覺	三六六	壓感計	三〇
霍亂弧菌	二二五	壓榨雜音	三〇
霍亂紅反應	二二五	壓覺(壓神)	三六三
靜立時失調	四三一	檢尿法	二〇七
		檢定電氣反應	二〇三
		檢便法	七九
		檢查導子	四三
		檢眼鏡檢查法	四〇
		環狀弓	三七〇
		瞳孔不同症	四〇六
		瞳孔反射	四三三
		瞳孔強直	四三七
		瞳孔散大	四三
		瞳孔縮小	四三
		糞尿採集	三三
		糞便分析	三三
		糞塊	三三
		總物質代謝	三六
		總物質代謝試驗	三一
		膽汁便	一〇五
		膽汁嘔吐	九
		膽石	一〇六
		膽色素	八三
		膽色素化學鑑定	二六九

膽囊	一〇九	蟲樣突起	一〇九
膽尿	一〇六	覆盆子舌	一〇六
膿性嘔吐	一〇二	鞭蟲	一〇二
膿便	一〇五	鞭蟲卵	一〇五
臀部反射	四〇六	鵝皮反射(立毛肌反射)	四〇六
舉辜肌反射	四〇六	十九畫	四〇六
螺旋筒距離	四三、四二四	嚙下困難	四三、四二四
還原性物質	三三	瀕尿	三三
黏液分泌增多	九	癡呆	九
黏液疝痛	一〇四	癡愚	一〇四
黏液便	一〇四	蟻走感覺	一〇四
黏液嘔吐	九	證明 Pepsin	九
黏膜反射	四〇七	證明有機酸	四〇七
十八畫		證明凝孔醱酵素	四〇七
濾過紙	二二	證明鹽酸	二二
濾過漏斗	二二	醱酵素檢查	二二
竄透雜音	三〇	醱酵菌	三〇
臍部	三四	醱酵試驗法	三四
螻蟲	三三、三四	醱酵試驗管	三三、三四
螻蟲卵	三三	關節	三三
		關節痛	二〇
		鯨骨探針	二〇
		二十畫	二〇
		懸壘垂反射	四〇七
		蠕動	九
		蠕蟲	二二
		觸神經	二六
		觸診膽囊	二五
		觸覺	二二
		觸覺性失語症	二二
		謔妄狀態	二七
		二十一畫	二七
		嚼肌反射	四〇六
		攝食時精力之消費	三三
		蠟狀圍堵	三六
		蠟狀攪屈症	三六
		鐵	三六
		鐵質	三六
		二十二畫	三六
		錐子呼吸音	二五

聽距	四〇一	鹽酸期	四〇
聽覺中樞及徑路	三五一	鹽酸試驗法	四〇
聽覺檢查法	四〇一	鹽酸證明	四〇
鑑識酪酸	六六	鹽類	四〇
鑑識醋酸	六六	二十九畫	四〇
織毛蟲	二二三畫	鬱血乳頭	四〇
纖維性肌變縮	四四四		
纖維素	二六七		
變性反應	四三三		
變流器	四二五		
變質性萎縮	四〇三		
變質性麻痺	四九二		
體內性 Parin 排泄	四八六		
體外性 Parin 排泄	四七七		
體蛋白減少之狀況	二九七		
體蛋白質	二九五		
二十四畫			
鹽酸定性	六六		
鹽酸定量	六〇		

# 診斷學下卷

## 第三篇 消化系診法

### 第一章 口腔及咽腔檢查法

#### 第一 口腔視診及觸診法

口腔視診法

口腔視診法。Die Inspektion der Mundhöhle 爲口腔檢查法中最要者。檢時尋常以日光爲佳。但亦有用人工光者。時亦有以反射鏡使反射者。視診口腔粘膜時。先令患者閉口。以指翻上下兩唇向外。次乃開口。用舌鏡。Der Mundspatel (第一圖)一面注意。使頰粘膜從白齒隔離。俾挺出其舌。有令向前面或側面運動者。蓋檢查其有無麻痺。亦不可少也。但舌麻痺之檢查。於神經系診法下詳言之。

舌鏡

舌鏡有種種。尋常以金屬、硬橡皮、角質象牙等製。或其中最簡便者。爲平直或稍彎之玻璃舌鏡(第一圖)。用後。消毒亦甚便。

口腔觸診法

口腔觸診法。Die Palpation der Mundhöhle 此惟檢舌及口腔底。偶一行之。行術時。須於患者

日本醫學博士 加藤寬  
下平用彩 共述  
江松原三郎  
浙湯爾和 譯

第一種各

圖



(a b c d) 金屬製者  
 (e) 玻璃製者

當面、洗淨其手、以食指及中指送入口內、觸診口腔底時、以他手自外加反對壓迫可也、

口腔檢查之重要者、(一)口唇(二)齒牙(三)齒齦(四)舌(五)口腔粘膜(六)口腔底(七)唾腺檢查是也、

(一)口唇 Mandibula 就色澤言

蒼白色、紫藍色等、已見第一卷、上卷三十一頁、口唇乾燥、與舌乾燥相隨、(見下文)在重症熱性病、口唇著明乾燥時、每生污穢色痂皮狀膜、固着之、剝離時、有自其下層粘膜出血者、所謂煤色苔 fūlis

uiscer Belag) 口唇之小裂、創、裂、(Rhagaden) 尋常雖無煩注意、但小兒口角之皸裂、於遺傳梅毒、每有為重要徵候之一者、此外凡罹遺傳梅毒之人、每見口裂周圍皮上、有一種稍深之放

煤色苔  
 細裂

口唇



線狀溝尤多見者，爲口角附近，亦有自頰部達於下唇者。  
 (二)齒。Zahn 須注意其整備及狀態。齲齒齒石沈着物動搖等，齒不完全者，則咀嚼不完全，故每爲消化不良之主因。著明齲齒，每於糖尿病見之。又慢性鉛中毒，每向齒根生鉛狀灰白色之沈着物，齒齲緣之色澤亦然。

第一圖  
 上門中齒之半月狀缺陷  
 (所謂 Hutchinson 氏齒)



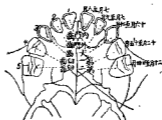
上頷中門齒恆齒之下緣，呈半月狀缺陷者，所謂 Hutchinson 氏齒。第二圖爲遺傳梅毒特有之徵候，合之角膜炎、質炎及耳聾二症，於晚發性遺傳梅毒，卽成 Hutchinson 氏三角候 (Hutchinson'sche Trias) 惟門齒變常，亦見諸佝僂病、佝僂病性齒 (Rachitische Zähne) 不必定爲遺傳梅毒之特徵也。

從齒牙隆起而剝離，易於出血，且有膿附着，又在稚兒，須注意其生齒齒動搖尤多見。諸慢性水銀中毒及壞血病，在後一種，齒齲呈暗赤色，及交換蓋生齒時，每有消化障礙、反射性下利、癩癩狀發作、小兒急癩齒、癭癭或發聲門癭擊故也。

第三及第四圖，示乳齒及恆齒發生時之平均年月，但健康小兒，其乳齒發生有極遲者在，此等小兒，則乳齒發生困難。Schwerver's Zahnens der Milchzähne, Dentitis difficilis 者概不多見。

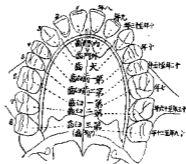
第三圖

乳齒發牙之順序



第四圖

恆齒發牙之順序



誘起他種障礙。

智齒發生時，局部每有炎症，且有生潰瘍者，亦有見全身症狀者，所謂智齒發生困難，sch-

weros Zahnen der Weisheitszähne 是也。

(三)齒齦 Zahnfleisch 呈暗赤色，腫脹而易出血者，見諸壞血病、沃度及溴、臭素 Bromium 中毒呈

灰白色者，見諸鉛中毒，又水銀中毒者，齒齦呈污穢灰白色而腫脹，此外齒齦一部腫脹而呈

波動者，為齒齦膜癆 Parulis 由齒槽骨膜炎而來，勿誤認為齦贅 Epulis 自齒齦或齒槽發生

之齦贅，其多數為菌茸狀腫瘍之通稱，其中每有見肉腫者。

但生後已過一年，尚未發生齒者，多僅於佝僂病性小兒見之。乳齒發生時，每有所謂反射性下利，尋常醫藥不能奏效，轉不如聽其自然，因此時小兒食欲如恆，不致羸瘦，又乳齒發生時，或有頑固之枝氣管炎，但毫不

(四)舌 Zunge 尤須注意者其腫脹運動色若乾濕及癩痕等

舌腫其邊緣稍留齒之壓跡者見於各種口內炎 Tonsillitis 著明腫大者特見於急性舌實質炎 Glositis parenchymatosa acuta 他各腫瘍(第五圖)或舌內靜脈血鬱滯於重症 Angina 亦見

第 五 淋 之 舌  
巴 舌  
管  
腫 (症)



之但舌之大小因人而異須注意舌之限局性腫脹及硬結為癌腫性或梅毒性新生物之初徵但其鑒別亦有不

易者舌縮小於傷寒及重症急性熱性病見之當是時舌必甚為乾燥

舌震顫見諸重症熱性病其中如傷寒及精神機能有障礙之重病以及慢性酒精中毒者見之試挺出(偶於安靜

時亦然)則振動且挺出即甚困難者有之重症傷寒而神識昏迷者舌既挺出而忘却收入者有之

舌色固關於血液含量之多少而如紫藍色者於此最為易見故貧血病人之舌呈蒼白色而一切急性熱性病則呈赤色又每見表面被苔惟舌尖及邊緣帶赤色者在猩紅熱自皮膚疹發生前舌即為暗赤色其表面以齒狀乳嘴腫脹之故呈覆盆子狀所謂覆盆子舌 Himbeersprache

覆盆子狀

或曰貓舌

或曰貓舌。Katzenzunge。但舌粘膜之色，則多為舌苔所掩蔽。

舌苔。Zungenbelag。不必常屬於病態，健康人亦見之。於煙酒多量者尤然，最多見諸消化不良，宜注意者，其色澤、厚薄及廣狹是也。

在鵝口瘡舌苔類白色，呈乾酪狀，雖多見諸小兒，但亦於成人之重症見之，結核、糖尿、傷寒、其苔由鵝口瘡菌繁殖而生，其甚者，軟硬兩房，harter und weicher Gaumen 以及類粘膜，均有乳白色斑點，更進而延及食管，喉部者有之。

煙狀、暗黑色之舌苔，特見諸重症傷寒，其苔粘稠可以牽縷，舌自脣離開時，其間成稠厚不透明之絲條，此外則以一定之飲食物及藥餌，舌苔呈種種色澤，又舌苔在舌，或平等，或不等，如舌鱗屑癬者，呈一種固有狀況，限局於一處，髮髻如輿圖。

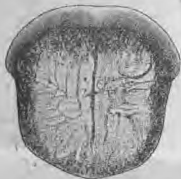
舌白症  
舌黑斑或  
黑舌

舌面生帶青白色，或其珠狀灰白色薄膜，附着甚堅，剝之則出血，所謂舌白斑。Leukoplakia (第六圖) 又或舌面生黑色或暗褐色斑，稱為舌黑斑，或黑舌。Nigrities lingue, schwarze Zunge 者有之，此外於 Addison 氏病，亦見黑舌，在喫煙者，於舌背前部，見暗赤色或帶青白色之

第六圖

舌白

舌黑



限局斑，此名喫煙斑。Raucherflecken, Smokers patches 以喫煙刺激，上皮爲之變化故也。舌乾燥特見諸傷寒及其他急性熱性病，或亘全部，或限局於一部，舌面滑而有光，宛如塗漆，或粗糙而龜裂，以小出血之故，被以乾涸之黑痂者有之，若是者常爲重病之徵。

舌上癩痕於診斷癩癩尤爲重要，發病時有自行咬傷其舌者，(Hysteria 性癩癩，決無咬傷者) 梅毒性病，橡皮腫潰瘍，舌上亦有癩痕，此外如披裂性舌炎，Glossitis dissecans 雖爲罕見之症，但舌有切跡甚深，表面不平，呈葉狀。

口腔粘膜 (五) 口腔粘膜。Schleimhaut der Mundhöhle 宜注意者，爲紅腫流涎(加答兒性口內炎)有膿之潰瘍潰爛性口內炎，及被膜(Aphthae 及鵝口瘡)如有梅毒之疑時，瘰癧潰瘍尤須精密視察，如有強烈之鑛酸，或亞爾加里，昇汞，石炭酸等中毒之疑者，須詳細檢查，當是時粘膜表面，變爲灰白色，其下著明充血，粘膜有剝離者。

偶見虛弱小兒，在其他重病中(麻疹，猩紅熱，傷寒等)併發之水痘。Der Wasserkrebs, Noma(第七圖)其口角附近之頰粘膜，初則呈污穢綠色，立即變爲流臭液之潰瘍，次則其周圍生浸潤，面部兼有浮腫性腫脹，浸潤忽陷於壞疽，立向四方蔓延，此時頰之外面，有紫藍色斑點，亦即壞死潰爛而穿孔，其經過甚急，發病後五日至八日，患者因敗血症虛脫或外脣動脈出血而死者有之，亦有壞疽部脫落，幸而治愈者。

Koplik  
氏斑

口腔底

唾腺

第七 第  
水 著  
者 宜  
七 七  
四 七



發於此部，初則口腔底生板狀硬結，為有痛性，總為蔓延於頸部之蜂窩織炎，每發於白喉之後，頗為危險之病也。

(七)唾腺。Speicheldrüse 最宜注意者，為腮腺 Parotis 在常態，此腺不能觸知，及發炎症，特發性及轉移性腮腺炎 Parotitis idiopathica und metastatica 則疼痛腫脹，若陷於化膿時，下頰角上部生腫瘤，呈波動，但習見之流行性腮腺炎 Parotitis epidemica 多不化膿。

唾腺有一種病，發生特異之炎症，所謂 Mikulicz 氏病，為兩側淚腺無痛性腫脹，次則兩側

有所謂 Koplik 氏斑 (Koplik'sche Flecken) 者，於麻疹初期第二日，口腔粘膜所生之白色隆起，或於上皮，大如粟粒，或較大，發於下頰口角內面，與前臼齒相對，其周圍或繞以赤暈，其數自五個至十二個不等，此斑於麻疹患者，多數見之，發疹後雖消散，然為麻疹一切特徵之前驅，故可因此早下診斷。

(六)口腔底。Mundboden 可以觸診從內外兩面檢之，最可畏之 Ludwig 氏口峽炎，Angina 常

腺。下頷腺。Die Unterkieferdrüse 及舌下腺。著明腫脹。在極長之經過期中。於上記諸腺外。其腺腫 Die Gaumendrüse 及副唾腺。亦復腫脹。

## 第二 咽腔視診及觸診法

咽腔視診法。Die Inspektion der Rachenhöhle 行術時。亦以日光爲佳。往往須用反射鏡。使大張其口。以舌筯壓抵。可用匙柄則上膜可以明視。若檢咽後壁。使患者張口。以舌筯壓舌。使發長音曰「愛」。診查前。有宜使患者嚥水。或使含嗽。而洗去其牛乳等附着物者。如小兒之類。不肯張口者。可以兩指閉其鼻孔。則自然張開。小兒在號哭時。檢查最便。此外送入舌筯之際。乘其起絞扼運動 Würgewegung 之一瞬間。可視察扁桃體。但如患白喉之小兒。或其他一切重病。勿強行此檢查。否則每有危險。又在神識昏憒者。以視察其咽後壁之故。每起後扼運動。但在重病。每有不能檢查者。

咽腔觸診法。Die Palpation der Rachenhöhle 特用諸檢查扁桃體及咽壁時。亦須先在患者當面清洗手指。不可忘也。

咽腔檢查所宜注目者。爲脣(懸雍垂脣弓)扁桃體及咽壁之病變。

扁桃體 Tonsilla pharyngea 腺狀增殖症之檢查法。見上卷鼻咽腔觸診法條下。  
(一)脣。及扁桃體 Gaumen und Tonsillen 爲諸病易於侵犯處。最宜注意。此部不僅在飲食時常

咽腔視診法

咽腔觸診法

脣及扁桃體

受刺激，且不絕觸接呼吸氣流，抑口腔諸病，易傳播於此處故也。扁桃體組織，適於各種細菌之繁殖。如白喉梅毒結核等微生體，每於此處繁殖，故檢查該部時，特須注意扁桃體之狀態。即先熟視其有無腫脹及外面形狀，倘肥大而有空窩者，每爲口峽炎 *Angina* 之徵。慢性扁桃體肥大，又或粘膜肥厚，表面呈白色，或著明陷沒，呈限局之白癩者，可知其原因於梅毒。在急性口峽炎，可分爲單純加答兒性、濾囊性、壞疽性、非白喉性、白喉性口峽炎，及扁桃體膿瘍。但諸症初見時，每有難於鑒別者，且如白喉性及猩紅熱性者，每以濾囊性口峽炎開始，在輕症白喉，有卽以此症狀而經過者，面白喉與單純壞疽性口峽炎，其鑑別亦復不易。後一種，不侵及扁桃體以外，且尋常祇見於一側，而白喉亦有僅限局於扁桃體者，其初被膜固着，難於剝離者，雖可知爲白喉，然此亦非確實徵候。猩紅熱性白喉，與真正白喉，視診上雖有難於鑒別者，若行鏡檢，則可判別。在重症白喉，侵及兩腭弓，懸雍垂軟腭，亦有侵及硬腭之一部者，而猩紅熱性白喉，亦有犯及大部分口腔粘膜者。扁桃體膿瘍，在一側，前腭弓隆起，且呈波動，極易辨識。扁桃體及軟腭，頑固之潰瘍，雖多爲梅毒性，亦有爲結核性者，在後一種，每於粗大潰瘍之外，其粘膜兼有蔓延之網狀膿性變色，或亦不見。膈麻痺，觀神經診法。

(二)咽壁 *Rachenwand* 須注意其有無急性慢性炎症，或潰瘍患慢性咽加答兒者，咽後壁每見灰白色小隆起，此蓋淋巴腺腫脹，或粘膜腺之肥大者，顆粒性咽炎 *Pharyngitis granulosa* 又在



頸部淋巴

其他慢性加答兒，因粘膜萎縮，咽後壁呈蒼白色，變爲粘液，且乾燥，有光如洋漆。小兒嚥下困難，或呼吸困難，其原因不明者，往往於咽後壁，見有隆起，咽後膿瘍。Retropharyngeal abscess) 觸之顯有波動，急性咽後膿瘍，由第二第三頸椎兩側之淋巴腺化膿，其慢性症，則由上部頸椎之結核性骨瘍而成。

當檢查咽時，頸部淋巴腺，亦須同時檢查，在急性炎症，其淋巴腺，常有疼痛性腫脹，於白喉尤甚，但在慢性症，亦每有見其腫脹者。

### 第三 口腔及咽喉內容檢查法

#### (一) 口腔內容肉眼檢查

口腔內容  
之肉眼檢  
查  
口腔分泌  
物

口腔內容之肉眼檢查。Die makroskopische Untersuchung des Mundhöhleninhaltes 所宜注意者，爲口腔分泌物。Das Mundhöhlensekret 其分泌物，成於有對之三唾腺所分泌之唾液，及散在口腔及舌粘膜中之小腺(類腺)所分泌之粘液，尋常稱爲唾液。Der Speichel, Saliva 者是也。

唾液所以使口腔內之機械運動容易，滋潤食餌，使與味神經密接，且有溶解一定物質之用，且其中所含之 Ptyalin 有使澱粉變爲 Dextrin 及 Maltose 之作用，而其分泌，以口腔粘膜種種刺激而加增，在生理，於咀嚼食物時，每增其量，在病理，唾液分泌增多者，名曰唾液分泌過多。abnormstarke Speichelausscheidung 或稱流涎。Der Speichelfluss, Sialorrhoe, Salivatio oder

涎液過多

唾液減少

唾液之化學檢查

Pyramismus 見於各種口內炎、潰瘍、齒齦炎、齒齦膿瘍。他如脰及扁桃體之炎症，以及水銀中毒等，於神經性疾患、神經衰弱症、Hysterie、三叉神經痛、延髓球麻痺等，亦有見其增量者。有時於疼痛性胃病、出門狹窄，亦有流涎者。唾液分泌減少者，即曰唾液分泌減少。Verminderung Speichelsabsonderung, Oligosialie 見於熱性諸病、慢性腎炎、糖尿病、劇甚之下列(如霍亂等) Typhus 中毒，及末梢性面神經麻痺，亦有見之者。就唾液而言，又須注意其色。尋常唾液多透明，稠度如粘液。口腔有各種疾病時，混有血液。於齒齦炎尤著，因而呈赤色者有之。唾液反應多為亞爾加里性，但在齶齒、熱性諸病、消化障礙、糖尿病等，每見其為酸性。

唾液之化學檢查。Die chemische Untersuchung des Speichels 診斷上應用者不少，在腎炎、其中每可見尿素、但膽色素及糖，尚無在唾液中檢出者。

各種藥物，且如沃度者，服後立即從唾腺排出。鑑定時，可以試驗管採唾液 5cc，加以同量之水，稀釋後，加發烟硝酸一二滴，及 Chloroform 一二 cc，振盪之，如含有沃度時，即為 Chloroform 所攝取，呈赤色或紫堇色矣。

### (二) 口腔內容顯微鏡檢查

口腔內容之顯微鏡檢查。Die mikroskopische Untersuchung des Mundhöhleninhaltes 最重要者為來自口腔粘膜炎最上層之扁平上皮、白血球、粘液小體、粘液其他許多細菌，其中可見球菌。

鏡檢口腔內容

第八部  
口腔分泌物下見所圖  
(Jacksch 氏)



- a. 扁平上皮
- b. 唾液小體
- c. 顆球
- d. 白血球
- e. *Spirochaeta buccalis*
- f. 口腔之 Goma 狀菌
- g. *Leptothrix buccalis*
- h. i. k. 諸種菌

桿菌及螺旋菌此種微生體多在齒牙之沈着物中亦可見 *Leptothrix buccalis* (第八圖) 爲長桿狀菌成長絲粗細種種不一大抵數條并列如束毛髮此菌以五%乳酸處置之加 Lugol 氏溶液一滴則染爲鮮美之青赤色。

於此宜注意者則健康人口腔分泌物中亦每發見病原的微生體是也其中有與兔敗血症細菌及八聯球菌 *Salivaria* 相似之 *Micro-*

*coccus tetragonus* 又與 Flenker 氏菌相類之複球菌白喉桿菌等可從而培養之此外口內所有細菌中其一都於培養試驗亦然有酷肖某種病原菌者例如奧逗點狀桿菌真正白喉菌回歸熱螺旋菌相似者之類而口內細菌大致在消化不良時增殖各種重病及各種口內炎亦頗有許多細菌存在其間也。

診斷上尚須記載者有兩種微生體即鵝口瘡菌及放線狀菌是也。  
鵝口瘡菌 *Storpiiz*, *Saccharomyces s. Oidium albicans* 爲特異較闊之鮮明絲橫徑幾及白血球

第九圖 精口瘡菌及其包圍 (Jaksch 氏)



a. 精口瘡菌  
b. 芽胞  
c. 上皮  
d. 白血球  
e. 頰脫物

生化膿瘻，其瘻竇，或向口內破潰，或向外皮蔓延，終乃破決而生多數瘻孔，其向口腔內破潰，從破處泄膿者，鏡檢上可見特異之放線菌塊，*Aktinomyces* (第十圖)其詳細，可參觀上卷痰之細菌學檢查條下。

(三) 咽腔沈着物之顯微鏡檢查

咽腔沈着物之顯微鏡檢查，*Die mikroskopische Untersuchung der Beläge der Rachenhöhle* 尋常於左列諸症行之。

之半，且有芽胞，圓形或卵圓形透明粒，故易辨，第九圖 a 及 b 此菌若著明繁殖，則舌面，硬軟兩聘，及頰粘膜等處，生乾酪狀固着之苔，甚有延至咽喉食管者，最多見諸小兒，在成人，如重篤疾病，口內不潔之徒，且於熱性病，糖尿病，結核患者等，見此者亦不少。

塊菌線放中液唾

(者大糖強木標之色染不)



懸雍垂、咽部等蔓延，故其有疑診者，爬取義膜之一部，檢查白喉桿菌 *Diphtheriabacillen* 之有無，其檢法，已見於上卷矣。

所謂 *Vincenzi* 氏口峽炎者 (*Angina Vincenti*) 主要雖見於成人，但在扁桃體，起一種與白喉

有結核性潰瘍之疑者，以檢査用筯，自潰瘍面爬取其一重分，製覆蓋玻璃標本，如檢痰之例，擇鏡臺可屈折之顯微鏡，檢其有無結核桿菌 *Tuberkelbacillen* (檢査法，見上卷痰之細菌學檢査條下，但該患者，尋常多已罹肺結核或喉結核，故檢査時，使十分含嗽，俾清潔咽腔及口腔，勿使附着於粘膜之痰，粘附於筯上，在白喉有所謂白喉性義膜 *diphtheritische Pseudomembran* 於扁桃體

尤著，病機進行時，炎症每向兩聘弓，

醋肖之炎症，其黏膜中，除球菌外，更見特種紡錘狀桿菌，及螺旋菌，據 Vincent 氏，意謂本症  
 即由此紡錘狀菌 *fusiforme Bacillen* 而發，菌長六至十二  $\mu$ ，幅  $0.6$  至  $0.8 \mu$ ，為桿菌，十  
 一及十二圖兩端尖銳，菌體略彎曲，每成 S 字狀，用 Löffler 氏法，或用 Romanovsky 氏法，易  
 於染色。

第十圖

Vincent 氏病

扁桃體沈著物之塗抹標本



第十二圖

Vincent 氏口峽炎之紡錘狀菌(混有螺旋菌)



在咽喉，亦每見 *Lepidotrix* 之繁殖，即如觀扁桃體，其凹窩中，有無刺戟性之長栓，或平坦附

著於黏膜，時或自扁桃體延至舌根之囊狀腺，亦有延至氣管內者，觀其有許多隆起之黃色斑紋，境界判然，即可知之，所謂咽部 *Leptothrix* 菌病。 (*Pharyngomyces leptothrix*) 是也。

口臭

檢查口腔，於診斷上重要者，更有所謂口臭。 *Geruch aus dem Munde* 極可厭之口臭。 *Roetor ex ore* 見諸齲齒，消化不良，其他如齒牙不潔之輩，與重病人有厚苔之腐敗惡臭不同，極重之病人，偶在死戰期中，口內雖清潔，有放一種腐敗狀臭氣者，此外，診斷上較此等臭氣，尤為重要者，則青酸燐酒精 (*Chloroform*) 等中毒所發之口中臭氣，但青酸及磷，雖在新中毒時，亦有不發臭氣者，更有菜臭。 *Dar Obstgeruch* 為一種 *Aeolon* 臭 (*Aeolongeruch*) 與新鮮蘋果酷似，往往於糖尿。患者昏睡前，或昏睡期中見之，此時如檢尿，每呈 *Chloresen* 反應，詳檢尿法中。

口臭

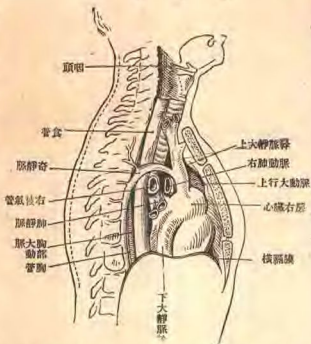
## 第二章 食管檢查法

### 解剖摘要

食管解剖

食管。 *Die Speiseröhre, Oesophagus* (十三及十四圖) 起於喉環狀軟骨同高處，即第六頸椎下緣，初位於中央，正當脊柱前面，至胸廓上部，則稍偏左，沿氣管左側下行，與左側枝氣管交叉，復至脊柱前面，在第七胸椎部，稍遷向右，再轉而左，至劍突其底部，第十胸椎，與迷走神經共通，過膈膜之食管孔，入腹腔，即移行於胃之賁門。

第十之三圖  
食管之右視  
（者視）



不一、最狹者、為食管起始部、距門齒列十五cm處、又自食管起始部七cm下面、距門齒列二十cm處、及胸段食管起始部、大約與左枝氣管交叉部附近相當、以及胸段食管下端、通過橫膈處、距門齒列三十七cm、上述各部、常受刺激、大抵形成癰痕、又如癰腫者、於此等部位發

食管在成人約長二十五cm、自齒列至食管起端、約十五cm、自齒列至胃之全長徑、約算作四十五cm、又在成人、自齒列至氣管分歧部、約為二十二cm、食管可依部位分為三段、即頸段、胸段、腹段、食管是也、各段之長、在頸為五cm、在胸為十七至十八cm、在腹為二至三cm云、食管空虛時、前後兩壁、互相接着、其間僅餘橫裂、當食餌通過時、擴張為圓筒狀、其廣狹、全管

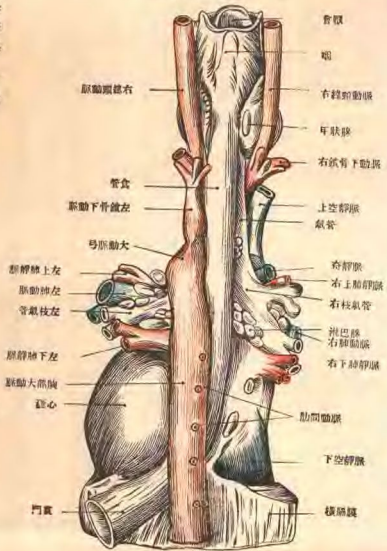


第十四圖

(圖後)係期之官器接鄰與管食

生最多，

陰  
斷  
學  
下  
卷



副肺頭總右

管食  
脈動下骨鎖左

弓脈動大

靜靜上左  
脈動神左  
管氣枝左

靜靜下左  
脈動大前胸

心

門胃

會喉

咽

右線動脈

耳狀腺

右欲骨下動脈

上空靜脈

氣管

奇靜脈

右上肺靜脈

右枝氣管

淋巴腺

右肺動脈

右下肺靜脈

肋間動脈

下空靜脈

橫膈膜

食道之關  
接食管

食管之隣接器官於各種疾病有重要關係者如次，即食管最上部七至八cm處之氣管、枝氣管、胸膜、心囊、氣管分歧部在下之大動脈、同部以上之返迴神經等是也（第十四圖）。

嚥下困難

食管發生狹窄時，當嚥物之際，有特異障礙，每當飲食，則頸部或胸內，覺壓重或疼痛，宛如嚥下之物，不通過食管者，所謂嚥下困難。Die Schlingbeschwerde, Die Dysphagie是也，但此種嚥下困難，固視狹窄之部位程度，及所取食物之狀態而異，此外則嚥下之食餌，食後未幾，嘔出其全量或一部者有之，而缺酸性反應及鹽酸，故可與吐物區別，滯積於憩室中之食物，每有惡臭，又食管初無狹窄徵候，而嚥下時有疼痛者，食管黏膜，或食管自身，否則其近接部（縱隔膜）存有炎症可起。

食管疾病種類不多，所檢者，不過狹窄、擴張、憩室、加答兒、膈瘍、潰瘍、瘻、瘰、及麻痺等，其檢查主要雖據觸診，而賴於視診、打診及聽診者亦有之。

### 第一 食管視診法

食管視診法

食管視診法 Die Inspektion des Oesophagus 有二，即外部及內部視診法是也。

外部視診法

食管之外部視診法 Die Inspektion von aussen 僅可於頸部行之，在該部，有時可見囊狀擴張之壓出性憩室 Pulsionsdivertikel 且多生於左側，在右或兩側者，較罕，第十五及十六圖所示者，為 Billroth 氏所切除之壓出性食道憩室，患者嚥水時，則左側頸部漸呈增大之腫瘤矣。

示者，為 Billroth 氏所切除之壓出性食道憩室，患者嚥水時，則左側頸部漸呈增大之腫瘤矣。

內部視診  
法  
其管鏡檢

第十五圖

腹出性食管之室空虛者



第十六圖

同上室之充滿者



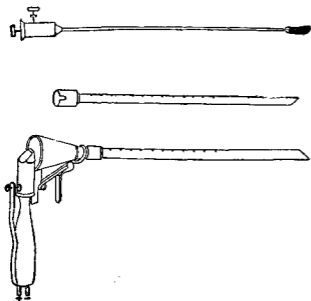
內部視診法。Die Inspektion von innen 用照明裝置、視診食管內部、所謂食管鏡檢查法。Die Oesophagoskopie 是也。此法經 Kristein 氏、Kilians 氏、Mackenzie 氏、v. Mikulicz 氏、Kelling 氏、Rosenheim 氏、Einhorn 氏及其餘諸家改良之結果、今於實地上、有較為完全之食管鏡、但施

食管鏡

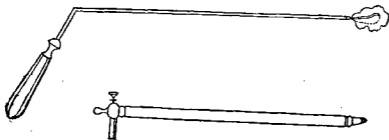
術亦頗不易，故診斷上未能普及也。

食管鏡有數種，今所通用者，為 v. Mikulicz 氏之食管鏡（十  
七圖）Rosenheim 氏食管鏡（十八圖）此外有 Braun 氏

第十 七 圖  
v. Mikulicz 氏鏡

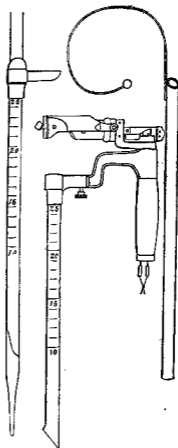


第十 八 圖  
Rosenheim 氏鏡



氣管食管鏡。Das Tracheoesophagoskop 皆金屬製鉛直管之一端，附以 Casper 氏電燈者，用時

第十圖  
氣管食管鏡



先以一%古加因水塗咽後，使仰臥手術臺上，頭部或向臺下垂，或使倚於椅上，用適當之支持者，以支方向後屈之頭部，使天然彎曲之食管，以

人工俾成鉛直，檢者乃以 Mandrin 插入食管鏡而固定之，鏡上塗以橄欖油，徐試送入，至適當部位，拔去 Mandrin 點電燈，照檢內部之狀態。

### 第二 食管觸診法

食管觸診法。Die Palpation des Oesophagus 亦有外部觸診及內部觸診二法，

食管觸診法  
外部觸診法

食管外部觸診法。Die Palpation von aussen 亦僅能施諸頸部食管，自此以下，非據定法，不能觸診，而可自外部觸診者，為頸段食管癌腫，及憩室，在癌則頸淋巴腺亦腫脹，憩室則於充滿

時，可以觸知，亦往往有可目擊者，十五及十六圖又癌腫發於食管最下端，侵及賁門者，可由腹部觸知之，此外則上述諸症，以及炎症時，試壓食管之頸段，患者每訴疼痛。

第 二 十 二 圖  
第 二 骨 十 探 圖 針



內部觸診

探針檢查  
腸胃探針

食管燭桿

測管

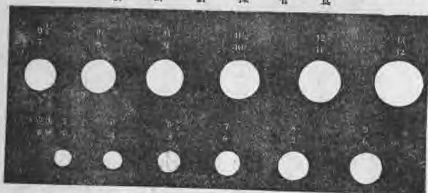
內部觸診法 Die Palpation von innen 爲食管檢查法中最重要者，行術時，以探針間接觸診，即探針檢查法，Die Sondenerforschung 由此可先檢食管之廣狹如何，可用屈撓性之鯨骨探針，Die Elfenbeinsonde 其端有橄欖狀橢圓形之象牙球者，(二十圖)或用紅色橡皮圓場桿，即食管燭桿，Die Oesophagenbougie (二十一圖 a) 『譯者按 Bougie 本法語，意爲臘燭，Wachskerze 釋作圓場形屈撓性(或非屈撓性)實心之器械，日本常用均譯音，或作消息子，惟有時譯Sonde 亦作消息子，因易混淆，而消息子之名稱，亦有未安，故名消息子曰探針，此曰燭桿，燭所以證其狀，桿所以名其體，姑俟來者，』或用尖端有一二卵圓窗之屈撓性橡皮管，即測管。Der Katheter (二十一圖 b) 『譯者按 Katheter 本爲希臘語，所以探測體腔或深部者，古亦名Sonde，

第二十一圖

食管Dougie及食管Katheiter



第二十二圖

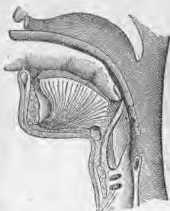


多半用以導尿、爲中空之管、日本無譯名、故暫譯作測管、以俟博雅、但後二者、於用時須浸於溫水中、使易屈曲、檢食管狹窄時、探針等須備粗細各種、測時用附有一定號碼之計板、(二十二圖)用探針檢查食管時、先令患者凭椅、頭稍向後、張口、挺出其舌、檢者以左手食指及中指、置患者舌背上、其齒間須嵌一軟栓以防咬傷、務必送入後面、以右手執塗有CIVORIN之蠟桿、狀如執筆、以舌背二指之媒介、直送達咽後壁、其右

第二十三圖  
測管送入法



A

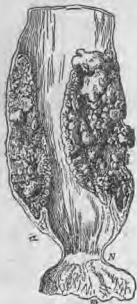


B

二十六

心注意，一面觸察，漸次送入下面，絲毫勿用強力，倘遇障礙物時，可略抽出少許，再一面觸察而送入之，反覆用此法，若狹窄太甚，不能送入時，宜易較細者，更如前法試之，有時以測管之刺戟，食管肌痙攣，妨礙送入者，當是時，可停止一二秒鐘，待其緩解，倘嘔吐時，可速拔去測管，又以觸着咽後壁之故，起絞扼運動，或作乾嘔時，可於送入測管之先，於咽及舌根部，用5%古加因水塗布，或撒霧均可，(二十三圖A及B)

第二十四圖  
食管之腫瘤性狹窄



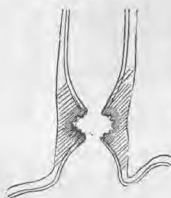
C

手乃在口外  
向上提舉，即  
可送入食管，  
若輪狀軟骨  
有障礙時，使  
患者為嚥下  
運動，然後細



抑食管燭桿，獨多用於食管狹窄。Die Oesophagusstriktur 而狹窄，發於癌腫者為最多。(二十

圖五十二第 圖型狹窄病性腫管食



圖之過斗 狹窄中 央部可見 潰瘍性病 變

圖六十二第 厚狀膜狀輪之管食



四加里舖 汁腐蝕所 致其狹窄 部在直門 上(一)約 一cm處

之、

食管狹窄之由於癌變者，每發於測管等檢查之際，在神經性者，可作為一種疾患，未始無誤

四及二十五圖)癌腫性狹窄，大抵在食管左側，與左枝氣管交叉之部(距齒列約二十二cm或發生於贛門近部(距齒列約三十六至四十cm)又食管狹窄，有因癌痕而起者，其癌痕尋常為強酸類，或強亞爾加里類腐蝕，遂成潰瘍所致，發生徐緩，其部位有極廣大者(二十六圖)此外由竄入食管之異物或自外壓迫，尤著者為大

動脈動脈瘤，因而狹窄者有之，若由動脈瘤而有食管狹窄之疑者，以送入燭桿或測管之故，往往其薄壁上發生穿孔，有危險症狀之虞，未熟之士，須慎避

認為癌腫者，但大抵過若干時，燭桿插入食管內，其病立已。

極罕見者，以鵝口瘡菌繁殖於食管之故，而生狹窄者有之。

燭桿檢查法，不僅探知食管狹窄之輕重，而狹窄部之軟硬，亦可由其抵抗知之，又由燭桿進

過時所起之抵抗，可知狹窄部之長短及重複。

(二十七圖 A B 及 C)

檢定食管狹窄

部位時，以燭桿

送至狹窄部為

止，記其標目，拔

出之，以口腔及

適合於食管通

路之部，頸頸及

背部，與其長短比較，尋常測接燭桿尖端之脊

柱點，大概與狹窄部符合，又計算送入燭桿之

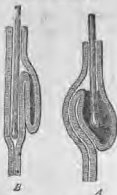
長短亦可，如上所述，食管長徑，在成人平均為



第八部 第十管 二食 第 法 部 窄 狹 管 食 檢



圖九十二第  
查檢之室縮管食



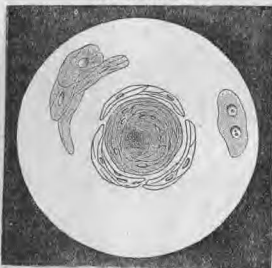
(A) 示充盈時  
送入燭桿之狀  
(B) 示空虛時  
送入燭桿之狀

二十五 cm, 自齒列至食管口之距離, 約十五 cm, (二十八圖)

在狹窄部上面之食管擴張。Die Dilatation des Oesophagus 送入燭桿時, 於此部週轉自如, 即可推而知之。

此外以燭桿送入食管, 起初毫無障礙, 直至胃內, 再三行之, 則一定部位, 起有抵抗, 不復能送下時, 即可知食管之一局部有擴張處, 即食管憩室。Der Oesophagusdivertikel (二十九圖) 此種原發性憩室, 多在食管起始部, 食管肌之間, 生有罅隙, 黏膜自此向外膨出, 因而發生, 成爲盲囊之憩室, 漸次擴張時, 食物竄入其中, 倘蓄積在內, 則壓迫食管, 妨礙嚥物, 又燭桿等雖不能通過, 若空虛時, 則毫無障礙, 而盲囊中蓄積之食物, 再反嘔而放惡臭。

圖 十 三 第  
者口嚥管測於著附片顯脹管食



食管疼痛

新生物

送入燭桿時，食管之一定部位，每有疼痛者，爲炎症或腫瘍之徵，又橡皮測管之窗口，黏有膿或混有血液之膿汁者，可知潰瘍之存在，此外如食管中有新生物（癌腫）時，其小片每黏着於測管，就鏡下檢之，可知其狹窄因何而起（三十圖）

### 第三 食管打診法

食管打診法  
Die Perkussion des Oesophagus

用途絕少，惟大憩室之在頸段食管者，其內容充滿時，打診發濁音，又胸段食管有狹窄，其上部擴張而充實時，或亦可發濁音，如是而已。

### 第四 食管聽診法

食管聽診法  
Die Auskultation des Oesophagus

診斷上亦無甚價值，故實際罕用。

頸段食管，可於頸左側氣管後聽診之，胸段則在左第六胸椎高處，自此密接於第九胸椎爲止，可以聽診，在健體，嚥下流汁時，可於此部聽含嗽狀雜音，愈至上方，則音愈高朗，食管狹窄者，則雜音消失，或經久始聞之，或著明減弱，由此可知其性質大異矣。

壓擠雜音  
及壓榨雜音

在健體，嚥下後，聽診胃窩部，有二種雜音，卽竄透雜音。Das Durchspritzgeräusch 及壓榨雜音。Das Durchpressgeräusch 是也。（Kronecker 氏 Meizer 氏 B. Fränker 氏）此等雜音變化，固有

用於診斷食管疾病者，但本不精確耳。

食管周圍  
部檢查

檢查食管，尙有重要者，爲食管周圍部之檢查。Die Untersuchung der Umgebung des Oesophagus

即檢查食管周圍之頸部及胸部，因此可知有無腫瘍壓迫食管，又檢喉，如見返迴神經麻痺者，可助診斷，以該神經之壓迫，獨多見於食管癌，或大動脈之動脈瘤，此症尤多見於左側。故也。此外如胸膜炎、肺壞疽、氣管或枝氣管破潰、咯出食餌片，或如心囊外膜炎、皮氣腫等，有破開症狀者，則檢查胸部，固不可忽也。

第五 食管之倫脫根檢查法

食管之倫脫根檢查法，Die Röntgenuntersuchung des Ösophagus 診斷食管異物癌腫狹窄憩室等用之，有二法，第一用充以水銀或霰彈之軟性食管探針，第二用炭酸蒼鉛和入水中或牛乳中，爲震盪合劑，Schüttelmixtur 或混於馬鈴薯粥、穀粉粥中，所謂蒼鉛粥，Bismutbrei 使患者嚥下，是時以倫脫根線照其局部，檢查探針位置，或蒼鉛震盪合劑，或蒼鉛粥所生之影，施檢查時，最良之位置，爲第一腹背斜徑，從右前面向左後面透照，或撮影，最爲相宜，由此則食管下部，尤易明辨，照檢胸段食管之中央部，亦以第一背腹斜徑之方向爲宜。

(一) 食管內異物，如貨幣假齒針鉗之類者，由斜徑方向之透照，其暗影最能收於透照板或寫真板上，但異物在食管最上部者，高與第七頸椎齊，宜於橫徑前額方向攝影。

(二) 食管癌腫變化未明者，嚥下之蒼鉛，附着於表面稍稍破壞部，即易檢知，但食管癌腫，每起狹窄，故以檢查爲良。

(三) 食管狹窄不問其由於癌腫、或由癩痕、均可以倫脫根證明、使嚙蒼鉛粥、先於狹窄部上面、可見圓錐形暗影、每呈吐出運動、經定時、則粥之一部、通過陰處、於此可見細小不整之影、又狹窄部上有擴張時、亦可由多量之蒼鉛粥、倘不吐出時、檢知之、

(四) 食管憩室亦可由倫脫根證明、除用蒼鉛粥外、更宜併用探針、如有憩室、則探針之旁更有與憩室大小相應之影、可以明視也、

第三章 檢胃法

解剖摘要

欲胃部解剖之先、宜略述腹部

一般之局部解剖、

腹部之局部解剖、使腹部臟

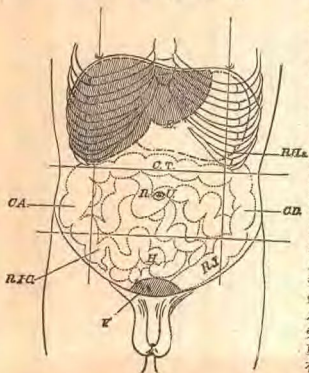
器、與腹壁之位置及關係、易於

了解、且易診定其部位之故、於

腹部區別種種部分、(三十一圖)

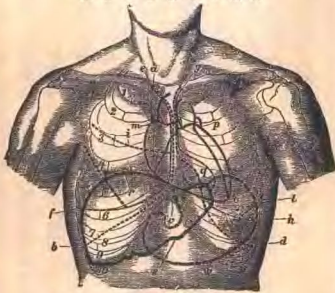
自左右鼠蹊韌帶(Poupart)中央、

第一層 十部 三之 第四



圖解

第三十二圖  
胸腹臟器之前面位置



向胸廓各畫一直線、以直角橫斷之、使爲二直線時、其一線通過肋骨弓之最下點、他線連結左右腸骨前上岡、可約九部、即腹上部(上三區部中央)左右季肋部、腹上部兩側(膈部)腹上部下面(左右腰部)膈兩側(腹下部)膈下面及左右腸骨部腹下部兩側是也、

——心臟——胃——肝臟  
 .....肺緣.....胸膜蓋界及葉間切迹之經過  
 (a b)右胸膜蓋界(e d)左胸膜蓋界(a i)右肺緣(r h)左肺緣(i)右肺上葉間溝(k)同下葉間切迹(i)左肺葉間溝(m b)心右緣(n o)同下緣(p o)同左緣(q)心切迹(r)肺臟所蔽之肝臟最基部(s)肝下緣(t)胃之真門部(u)膈門部(v)小腸(w)大腸

腹上部 Epigastrium  
 之接於腹壁處、即肝胃所在地、其下爲橫結腸、深部藏十二指腸及胰腺、

右季肋部 Regio hypo-

chondrium dextra 爲

肝右葉所在處、其後下部容結腸右曲、左

季肋部。Regio hypochondrium sinistra 與胃大彎及結腸曲所在處適合。腎居其後部。  
 臍部。Regio umbilicalis 橫結腸下有迴腸。其深部有在第四腰椎左側分岐之腹部大動脈。極瘦者可以觸知之。



- (1) 胃
- (2) 肝
- (3) 心
- (4) 肺
- (5) 脾
- 補充費
- (6) 橫結腸

腰右部。Regio lumbalis dextra 升結腸所在處。腰左部。Regio lumbalis sinistra 為降結腸所在處。  
 腹下部。Epygastrium 容納小腸。而直腸在其後下降。膀胱及子宮。尋常無越恥骨縫者。  
 腸骨右部。Regio iliac dextra 盲腸所在處。為迴腸移行於盲腸之部。故又名曰迴盲部。  
 Regio iliocecalis 腸骨左部。



第 三 十 四 圖

*Regio iliaca sinistra* 為結腸乙狀曲所在處。  
*Der Magen, Venterculus* (三十二至三十四圖) 為胃頸囊，位於肝膈之下，大部在季肋、小部在腹上部，左連脾臟，右接膽囊，其容積六分之五，屬於左半身，幽門及其周邊五分之一，屬右半身，其位置較水平稍斜，自左上向右下，賁門·*Cardia* 約當左第七肋胸骨附著部後面，幽門·*Pylorus* 在胸骨右



(1) 胃

(2) 脾臟

(3) 胃臟

線及胸骨副線之間，其高與劍突尖端同等，胃底·*Fundus* 為胃之最高部，接著於左側膈穹窿，高與第四肋同，小彎·*Curvatura minor* 向左下斜突作弧線，沿脊柱左側，從賁門幾為鉛直下行，次則向右方幽門部彎曲，且稍向後為

肝所掩，而大彎 *Curvatura major* 前向腹壁，其位置雖以胃之盈虛而異，其最底部，在健常者，胃當適宜充滿之際，約當臍上二至四 cm 處。

胃境界

胃境界。胃以其底面與脾膈及左腎接，大彎胃後面下部隣於橫結腸，幽門小彎及胃之前面與此二者相接處，為肝所蔽，胃後面上部，由網膜囊離隔，與位於後面之胰腺接。

胃之半月狀部

胃在適宜充滿之際，其前面及大彎之一部，除上為肺心所蔽，左為脾臟，右為肝臟所掩部外，均接於腹壁，從肋骨左下所蔽之部，自 Traube 氏以來，所稱為半月狀部。Der halbmundförmige Raum 之要區也。

據上記述，胃在稍稍充滿時，若為健態，則僅一小部分可直接檢查，如賁門幽門等重要部分，則潛在深處，但在病體，則幽門部及小彎，有並垂於肝臟下面而可檢知者。

### 第一 胃視診法

胃視診法

胃視診法。Die Inspektion des Magens 與觸診法關係最密，茲先述視診法。

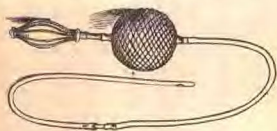
腹上部隆起

在常態，視診胃部，毫無異狀，亦無向周圍隆起者，但如胃擴張之類，容積增大時，則視診已可見腹上部隆起。Die Aufreibung des Epigastrium 即該部向下膨隆，而胃大彎多至臍下部，偶有下達恥骨縫者，但其隆起處，非尋常皆可明辨，惟胃由瓦斯膨滿時，特為顯著耳，又仰臥時最明瞭，使之直立，則以腹肌之收縮，不無減少，在胃擴張症，非以人工排出其內容，則其位置，

多不能達於臍上，又胃小彎，為左側肝葉所蔽，尋常不能視察，但在胃擴張症，當其充滿時，使患者起立，幽門部向下牽掣，而小彎每同時下降，在腹上部，可見向下膨隆之線，偶亦有可觸知者。

欲明確微知胃境界故，V. Ziemschen 氏使服沸騰散，以炭酸瓦斯使之膨滿，胃之人工膨滿法。

第 五 十 三 號  
橡 皮 吹 管 附 有 潤 滑 者



Die künstliche Aufblähung des Magens 卽此是也，其法先以酒石酸四〇，溶於少量水內，使吞服，更使卽服五〇之重曹水，胃中由此忽生炭酸瓦斯，因其膨滿，卽可見胃之大小及位置，但有時內服沸騰散後，胃既膨滿，而小腸結腸亦卽相與膨脹，致全腹部概為膨滿者有之，若是者，卽為幽門閉鎖不全之徵候，Incontinentin pylori 潰瘍或癌腫，幽門肌質破壞時，尤多見之，偶或因劇甚之加答兒，肌層弛緩者亦有之，但以炭酸瓦斯使胃膨滿之法，病人或有甚為氣悶者，甚至陷於虛脫狀態，故近時頗用 Nelaton 氏測管，以橡皮球鼓氣入胃，使之膨滿，三十五圖其法先以測管送入胃中，附以尋常之橡皮球，使患者仰臥露腹，徐徐吹入空氣，腹上部漸大，直至患者能受其緊滿之度為止，用此法時，不僅可以適

量之空氣送入胃中、又可隨意抽出空氣也、

由胃膨滿法、亦可診定所謂砂漏胃、*Der Sanduhrmagen* (*Eichhorst* 氏)此或以先天性胃之中央部較約、或後天性以癒痕收縮之故、該部絞窄、狀如砂漏、大概起於酸類腐蝕後、或癌腫周圍炎等、在胃下垂症、*Die Gastrop-*

*lose* 亦然、試以人工使胃膨滿、可見

腹上部陷沒、而下部膨隆、熟視之、其

陷凹部當小彎、膨隆部當大彎、由呼

吸而上下運動、(三十六圖)本症在歐

洲、多見於婦人、孕後腹部弛緩、雖為

原因之一、但其主因、則以束帶壓迫

胸廓下部之故、*Rieder* 氏謂胃下垂

症、獨多見於麻痺胸、鳩胸、及漏斗胸、

*Melnert* 氏謂在婦科門診患者、見本

症多至九〇%、而男子不過五%云、

據井上博士實驗、則本症男性占七

第三十六圖 *Rieder* 氏 胃下垂症



腸下垂性  
體質

胃之蠕動  
運動

四三%、女性占二五·七%、蓋日本衣服、男女束帶、緊約胸廓下部、此與西婦之束帶、同為胃下垂原因、博士之實驗、且於胸廓之細狹者、所謂腸下垂性體質。Habitus antroptoticus)本

症獨多、其於上流社會教員、

學生等、多見此疾、而少見於

勞動者、恐與胸廓之良否有

關云、

自腹壁上、往往可見胃之蠕動。

運動。Die peristaltische Bewegung

des Magens 或有可以觸知者、

其運動或為自發、或以輕微之

皮刺戟、例如脫衣、則因而觸發

者有之、又或輕叩胃壁、亦可發

生、其運動常自左向右、對幽門

部進行、若在重症幽門狹窄、則

逆行者有之、或始自胃中央而

三 十 七 圖  
胃蠕動之發作性腸胃



續論

波及左右者亦有之、其運動又有極不整齊者、於胃擴張及幽門狹窄、致肌質肥大者、尤多見之、三十七圖亦偶見諸並無擴張症者、Kasmanov 氏以此為胃運動機能神經症之一種、名曰胃之蠕動不安、peristaltische Unruhe des Magens 有時在腹上部、且往往在臍之右上、見有平坦或結節狀腫、Tumor 尋常多由於幽門癌腫、在常態則此部為肝左葉所蔽、至能目擊、則以腫瘍重力、幽門部與之一同下降、此瘤不與肝愈着時尋常不以呼吸運動而變其位置(參照胃觸診法)

胃視診法、近時可以推舉者、為胃透照法、胃鏡檢法及倫脫根檢查法等、

胃透照法

胃透照法、Die Gastrodiaphanoskopie oder Gastrodiaphanie 在暗室、燃電燈於胃內、自體表照

胃透照鏡

胃而檢查之法、所用器械、曰胃透照鏡、Das Gastrodiaphan 三十八圖所示、即為 Kuntner 氏透

照鏡、用時、以

水充滿胃內、

送入器械後、

點電燈、由此

第三十八圖 Kuntner 氏胃透照鏡



可知胃之大小及位置、又視其暗影、可知胃前壁之腫瘍或肥厚部、但不得謂為確實也、

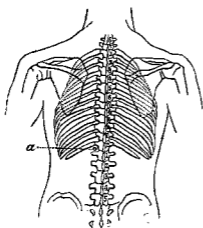
胃鏡檢法

胃鏡檢法、Die Gastroskopie 者、直接用胃鏡、Das Gastroskop 視胃內景之法、亦不完全、故實地

第三十九圖

胃潰瘍之痛部點

Boas 氏



未能普用。

反乎此。倫脫根檢查法。近時用者益廣。其詳細更分項述之。

## 第二 胃觸診法

凡觸診腹部。有須一定注意者。觸診之手。常使溫暖。否則反射的使腹壁緊張。每不能達診斷之目的。又觸診時。手指勿衝突。徐徐及於深部。欲使腹壁十分弛緩。可使患者屈其膝關節。同時命其張口。或與談話。俾意思轉注他處。或使營速而短之呼吸。用此諸法。尙不能達其目的。且有疑診時。有須用 Chloroform 麻醉而行檢查者。

胃之觸診法。Die Palpation des Magens 最良者爲仰臥位。然亦有在直立之位置施行者。首宜注意者。厥惟壓痛。Der Druckschmerz 或爲限局性。或爲瀰漫性。限局者多見於胃潰瘍。常發劇痛。大抵限局於上腹之正中線。又每向背部。且向左側。左第八至第十二胸椎部。或第一及第二腰椎之間。散於此有壓痛點。三十九圖 a 時或疼痛發於兩肩胛骨中間者有之。此則見於各種胃病。但雖有

胃病而全無疼痛者亦有之、又在胃。癌。雖觸診有不覺痛者、或有輕重種種瀰漫性或限局性疼痛、又一切胃病、自劍突尖端至於臍、其間一帶皮膚過敏、屢所實見、所謂 Heald 氏過敏症、Die Heald'sche Hyperästhesie 欲證明時、於該部皮膚作皺裝而檢查之可也、

第四十圖 計 感 壓



在胃潰瘍、其腹上部輕加摩擦、或叩以指、亦發疼痛、Pons 氏欲驗此疼痛之輕重、常用其所發明之壓感計、Der Algesi-

meter 據氏試驗、最大重壓感、為二至四 Kg、若在

又背部壓痛、存於第十一至十二胸椎、幅二至三 cm、高一至四 cm 之部分、以壓感計檢之、其最大重壓感、為五至六 Kg、云、

胃部有持續性限局之壓痛時、時劇發、因體動而著明加重者、多由胃或網膜、與腹壁愈著而來、Lennendorfer 氏蓋此類症狀、或由昔時曾患胃潰瘍、或由既往之限局性損傷所致、與神



異常抵抗

經性胃痛、或內臟神經痛、不易鑑別也。

在健態、腹壁不緊張時、觸診胃部、亦柔軟如其他腹部、在病態、每有異常抵抗。Die abnorme Resistenz 胃擴張症、其肌質肥厚時尤然、倘更吹入瓦斯或空氣、使之膨滿時、如按緊張之氣枕、其抵抗、若為限局性、且偏在腹上部右側時、則有癌腫之疑、但此時宜注意者、收縮之腹直肌亦有限局之抵抗是也。

胃蠕動  
障礙

在胃部亦可觸知胃蠕動、既如上述、大抵為胃擴張及肥大之徵候、多由幽門狹窄而起、胃部往往觸知腫、瘤、尋常多為胃癌、偶亦為堅硬之潰瘍、癌、觸之堅硬不平、且為結節狀而有疼痛、偶亦有平滑者、其腫瘤、於臍部右上方觸知者、最為多數、偶亦有於其下部觸知者、因癌腫多在幽門、以其重力而下降故也、而胃腫於觸診時雖可移動、然不因呼吸而有變移、故可與肝脾兩臟腫瘍、每吸氣必下降者區別、蓋胃壁易受壓縮、又易擴張、吸氣時膈膜扁平下降、而胃不移動、惟向側面擴張而已、但極大之癌腫、與膈接着、胃壁以癌腫性浸潤而硬變時、則腫瘍隨膈膜之呼吸運動而有升沉、或腫瘍與肝愈着時亦然、

然觸得腫瘤、不必定為癌腫、以堅硬之潰瘍、瘰癧、及稀有之幽門肥厚、或嚥下之異物、以及橫結腸中之糞塊、亦宛如腫瘍、且往往有該疾病之全經過中、不能觸知者、如腫瘍伏在肝臟或肋骨後面時尤然、賁門小彎及胃後壁所生腫瘍是也、又由瀰漫性癌腫浸潤、胃壁硬變

振水音

時、僅胃部有異常抵抗及觸知硬結、每作為收縮之直腹肌而看過者有之

胃癌倘在腹部大動脈上時、每呈搏動、因誤診為動脈瘤者不無有之、

胃內有大量液體及瓦斯時、以衝突狀觸壓之、可聽水聲激盪、此名振水音。Das Plätschern  
在健體、亦可使發此音、然最多者為胃擴張症、

賁門部癌腫性狹窄、亦有如食管檢查法、用測管檢查者、

Leithe 氏以長測管送入胃中、使仰臥、自腹外觸其尖端所在、以定胃下界、而診定胃擴張  
症、氏謂其下界、若在左右腸骨前上岡連結之水平線下、可為胃擴張之確徵、但此種檢查、  
不可不鄭重注意、

### 第三 胃打診法

(天) 健態

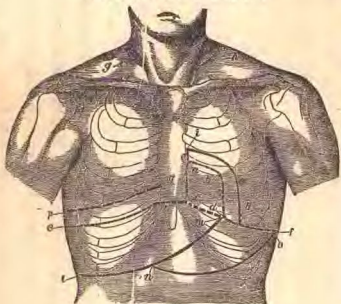
胃打診法

胃之打診法、Die Perkussion des Magens 常於仰臥位行之、可打診之部位、惟胃前壁之接着  
於腹壁、及前胸壁(左下方)者、

胃在上述位置之打響、雖健態亦各不同、常發極低之鼓音、偶遇胃壁緊張時、發清非鼓音、胃  
充滿時、且起立之際、則一部發純濁音、而上記之腹壁及前胸壁接着之胃部、殆無發純濁音  
者、以胃除食餌外、常含多量瓦斯故也、此外胃之鼓音非鼓音、每呈纖維性響、若胃中有瓦斯、則

健胃之打  
診所見

第十四圖  
肺及胃之前面診打之境界



(a b) 純心濁音部上界 (a c) 同上下右界 (c d) 同上下肺下界 (d f) 左肺下界 (g h) 兩肺上界 (a i k d) 比較的心濁音部境界 (i m) 肝濁音部下界 (b q) 比較的肝濁音部上界 (n o) 中等大擴張之胃下界

發鼓音，其左上方可與肺臟之清音區劃，在右上方，可與肝濁音區劃，但其下界與結腸隣接，非發他種音響，則不能打定也。

胃及結腸，倘發音相同時，可用人工使胃膨滿，則易於打定。參看本卷胃視診法條下，人工膨滿法，或使飲大量液體，於起立位置打診時，含有液體之下部發濁音，其上界成水平，下界即與胃下界適合，向下畫一凸隆線，即可定其區域大彎之位置矣。

胃之發音區域 (Traube氏半月狀部)

胃之發音區域(四十一圖 m n o)為胸廓左下部、在肝脾兩臟間、肋膈下部之一區域、殆呈半月狀、所謂 Traube 氏半月狀部、Der halbmondförmige Raum nach Traube 胃充滿適宜時、該部左達左前腋線、右迄右副胸骨線、下達臍下二至四 cm、其上界在第六肋之乳線部、長徑平均十二 cm、最大橫徑為八至十 cm、在健態常發一種鼓音、多為胃音偶發腸音、或兩音並發、打診時可用弱打法、但在健態、亦非無發濁音者、例如胃部著明充滿時、或充實之橫結腸、接着腹壁時、又大網膜含脂極多時皆然、

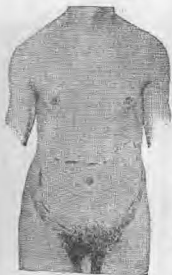
(地) 病態

在病態、胃之發音部、即 Traube 氏半月狀部、或狹縮、或增大、或乃轉位、

胃發音部增大

胸胃之打診所見之狹縮

圖二十四第 胃擴張之打診的環境



胃發音部之狹縮、因左側肝葉增大、左側胸膜炎性滲出物、心囊內蓄水、心肥大、及脾腫瘍等、在左側胸膜炎性滲出物、最初則液體積滯於胸膜補充竇、故該部上界、較先發生濁音、

胃發音部增大者、見諸左肝葉縮小、左肺萎縮、尤多見於胃擴張、而其下界沈降、右

界變位雖不著，而左及上界皆增大，以人工使胃膨滿，其下界達於臍下時，必為擴張症無疑。  
(四十二圖)

擴張之胃中，同時蓄有瓦斯及液體時，患者改變體位，則發音部亦隨之俱變，在仰臥位，則液體沉向後面，胃全部發鼓音，起立時，則下部發濁音矣。  
胃發音部轉位，因肺氣腫腹水鼓脹等，膈變位者見之，胃腫瘍，亦能以其重力牽掣向下，幽門尤甚，使胃之下界沈降，而增大發音部者有之，更宜注意者，在胃腫瘍，除着大者之外，打診時，常發半濁鼓音，亦不盡然，如肝脾等無氣臟器，幾常發濁音是也。

#### 第四 胃聽診法

胃聽診法  
振水音

胃之聽診法，Die Auskultation des Magens 診斷上不甚重要，但胃內有瓦斯及液體時，動搖患者，或使胃震盪時，以指短促擊胃部，用力強弱，視患者知覺銳鈍而異，則發振水音，甚著，雖去患者稍遠，亦能聽之，與膈氣胸之發震盪音，同一理由，患者變更體位，或衝突狀呼吸時，亦可聽之，雖在健體，亦有發此音者，但主要見於胃擴張症，然此等雜音，亦有自腸，如霍亂等劇甚下利時，或腹腹腔（限局性穿孔性腹膜炎）來者。

此外以耳抵胃部，輒聞一種雜音，如歌如沸，宛如許多氣泡破裂者，此由胃內容醱酵所致，亦往往於胃擴張患者見之。

胃病雖解剖有變化、而毫無理學的徵候者有之、若此者、見於一切神經性胃疾、故胃病與其施局部檢查、毋寧檢查胃官能之爲尤要也、

第五 胃官能檢查法

胃官能檢查法、Die Untersuchung der Magenfunktion 大別爲三、曰分泌官能檢查、曰運動官能檢查、及吸收官能檢查是也、

(甲) 胃分泌官能檢查法

胃分泌官能檢查法、Die Untersuchung der sekretorischen Funktion des Magens 者、當胃消化時、檢其分泌官能、果爲生理與否之法也、據 Ewald 氏及 Boas 氏試驗、食物甫入胃、胃即分泌特別之消化液、其分泌官能、視食餌種類、及消化時期、大有差異、故欲檢查時、須與以同一之食物、食後於同一時間、用同一方法檢查之、向所用之試驗食、Die Probemahlzeit 有數種、主要者如次、

Ewald 氏  
試驗朝食

(一) Ewald 氏 Boas 氏試驗朝食、Das Probefrühstück von Ewald-Boas 爲三五至七〇 gr 白麪包及三〇〇至四〇〇 gr 之微溫湯、或淡茶所製成者、早晨空腹時與之、經一點鐘、消化極時、依下述方法、採胃內容試驗、在常態、兩點鐘後、胃即空虛、

據博士長與稱吉之經驗、凡日本人之試驗朝食、定爲麪包八〇 gr、湯二〇〇 gr、食後經一

胃官能檢  
查法

胃分泌官  
能檢查法

試驗食

Lenbo-  
Riegel 氏  
試驗午餐

Klempner-  
氏試驗  
午餐

Hermann  
See 氏試驗  
午餐

胃內容排  
出法

點十五分，檢查胃內容，又試驗朝食，有用米飯一碗，茶一杯，及食鹽少許者，若此則半時間後，即可檢查。

(I) Lenbo 氏 Riegel 氏試驗午餐。Die Probmittagsmahlzeit von Lenbo-Riegel 肉汁四〇〇 gr，牛肉一五〇至二〇〇 gr，馬鈴薯及麪包各五〇 gr，正午空腹時與之，四點鐘後，探檢內容檢查，在常態，七點鐘後，胃即空虛。

亦有以普湯一碗，米飯二三碗，及鷄卵一個為試驗食者，經兩點鐘後，可檢查胃內容。

(II) Klempner 氏試驗午餐。Die Probmahlzeit von Klempner 以牛乳五〇〇 gr，白麪包約七〇 gr，合成，空腹時與之，兩點鐘後，檢查胃內容。

(四) Hermann See 氏試驗午餐。Die Probmahlzeit von Hermann See 切碎之肉六〇至八〇 gr，白麪

包一〇〇至一五〇 gr，食後三點鐘，檢胃內容。

上記諸種試驗中，最常聞者為第一種試驗朝食及第二種試驗午餐，第一種準備簡單，試驗時間不長，且僅水及麪包二物，試驗之際，若胃內容混有他物時，必為昨日食餌之未消化者無疑，同時可知胃官能之不全，故方今為衆所稱許，夫如是，以一定之試驗食與患者後，經一定時間，即可排出



第 軟  
四 樣  
十 皮  
三 胃  
圖 管

第 四 十 五 圖  
胃 內 容 之 吸 引 法

第 四 十 四 圖  
Friedlieb 氏 吸 引 球

診 斷 學 下 卷



胃內容，以供試驗，行術時，使取坐位，頭稍傾向前方，用溫水中浸軟，且塗有 Glycerin 之橡皮胃管，(Der Magen-schlauch) (四十三圖) 送入患者口中，其一端達咽後壁時，使患者作嚙下運動二三回，即在此一瞬間，進而送入食管內，使連胃中，胃充滿者，送入胃管時，內容忽自排出，不然非使努力，則內容不能排出，(Ewald 氏所謂榨出法。Die Expressionsmethode) 倘惡心作嘔，可從鼻孔行深呼吸，可送入胃管時，防內容迸出，常須以左手指閉其外端，若此法不能使胃內容流出時，可於胃管外端，附以吸引器而吸出之。吸引法。Die Aspirationsmethode)



Erlichth  
氏吸引球  
胃唧筒

洗胃法

胃管送入  
之禁忌症

行此法時，可用 Erlichth 氏吸引球、Saugballon von Erlichth (四十四圖) 或用彎曲之玻璃管及橡皮管，連結胃管於玻璃瓶，吸引胃內容亦可(四十五圖)此外有用胃唧筒。Die Magenpumpe (四十六圖) 排出胃內容者，但施此法時，頗須注意。

第十四圖 胃唧筒



用以上方法，尚不能排出胃內容者，則以洗胃法。Die Magenauspülung 檢其有無食物殘渣，法用橡皮管及漏斗，滿以微溫水，管端與胃管連結，先高舉漏斗，送溫水入胃，乘漏斗內溫水未盡以前，倒轉漏斗，使液體再從

第十四圖 洗胃器



胃中流出(四十七及四十八圖)但送入胃管，非一切患者皆可行之，尤宜禁忌者，為胸部大動脈瘤或由鐵酸或亞爾加里腐蝕胃壁，達於高度者，胃出血重症，心肺炎患等，但胃潰瘍及癌腫，加以適當注意時，行之亦無

大礙也。

胃內容物  
查法

由上記方法、探得之胃內容物、查法。Die

Untersuchung des Mageninhaltes 分爲四

種、(一)肉眼檢查、(二)化學檢查、(三)顯微鏡檢

查、(四)細菌學檢查。

第 四 種

十 胃

胃內容物  
眼檢查

(一) 胃內容之肉眼檢查

八 胃

胃內容之肉眼檢查。Die makroskopische

Untersuchung des Mageninhaltes 須注意其

量、外觀稠度以及臭氣、

量

(二)量 大致在試驗朝食後、由榨出法或吸引法、所得胃內容之量、約七〇cc、倘採取胃內容

之量、較多於食餌之量時、可知其分泌過多。Die Hyperssekretion

Strauss 氏、以左法測定胃內容之全量、即先採胃內容之一部、定其量及比重後、以定量之

水、送入胃內、使與內容混合、次則竭力盡採其內容、而測此稀釋之比重、夫然則胃內容之

全量、可以下列方程式求得之、

$$X = \frac{V \times G + (a - V)G - a}{S - S_1}$$



色

外觀及稠度

臭氣

式中 S 爲不稀釋之胃內容比重，S' 爲稀釋之胃內容比重，V 所以示探所稀釋之胃內容量，a 爲所加之水量。

(二)色。 採取胃內容之色，由攝取食餌之種類而異，若混血液時，則呈暗赤至黑褐色，或爲咖啡狀，若混膽汁時，則帶黃色或綠色。

(三)外觀及稠度。 探出之胃內容，其外觀及稠度，亦以食餌種類，及胃消化狀況而異，在健康則試驗朝食之殘渣，已化糜粥，呈同等稠度之厚粥狀，放置之，生沈澱，分二層，其渣由細分之麪包而成，上層液略稠濁，若其中混有多量黏液時，內容即不能分爲二層，此即胃分泌有障礙之徵，蓋黏液尋常必能由胃液消化故也，又分泌過多者，胃內容稀薄，其量多，胃管送入時，立即迸出，且稠度不均，其中可見粗大之麪包塊，又胃內容久滯，如幽門狹窄者，長時停滯之試驗食，如與以試驗午食之類，放置之，分爲三層者有之，沈於器底者爲澱粉細粒，次層爲稍濁之液體，最上層成於不消化之食片，混有泡沫者。

(四)臭氣。 正當之胃內容，無特別臭氣，發酵著明時，有酸臭或發酵臭，又如幽門狹窄之類，腐敗性分解作用高度，含有蛋白質之試驗食，長久停於胃內時，蛋白質分解，發生硫化水素，而放惡臭。

## (二) 胃內容之化學檢查

胃內容之  
化學檢查

胃內容之化學檢查。Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes 應注目者，其反應鹽酸及有機酸之證明，以及檢定胃液之總酸度及有無發酵素之類，行檢查時，以濾過紙豫先濾過之，而檢其濾液。

反應

(一)反應。檢反應時，用 Lackmus 試驗紙。(Das Lackmuspapier) 尋常胃液，含有游離鹽酸，詳後條故呈酸性，青色試驗紙變赤，四十九圖(1)其強弱，以同時有酸性磷酸鹽存在，故不一律，但胃內容，亦有不含鹽酸而呈酸性反應者，蓋因胃中異常分解及發酵，形成乳酸，酪酸，醋酸等故也，倘無此等情形，而缺鹽酸者，反應為中性，若胃液中含多量黏液時，有呈亞爾加里反應者，但此種反應，於亞爾加里性腸液逆流入口時亦見之。

證明鹽酸

(二)證明鹽酸。Der Nachweis der Salzsäure

檢胃之消化機能及其障礙時，先須留意左列數項，

攝取蛋白質及澱粉質食餌時，脂在胃內，幾不消化，故置不論，先由唾液素 Pepsin 之作用，其澱粉初則變為糊精。Dextrin 次則大部份分解為 Maltose，亦略生葡萄糖，糖之一部，由酵母菌之作用，醱成乳酸，而生酒精，澱粉分解期。Die amyolytische Periode 其所需之時間，由食餌多少而異，平均約費四十五分鐘，倘無此作用，則乳酸本不能發生也，凡食後胃黏膜立即分泌鹽酸，及 Pepsin 胃液中之鹽酸，一面由食餌中之亞爾加里性成

澱粉分解

分爲之中和、一面與蛋白質結合而生酸蛋白、經定時(平均三十分至四十分鐘)則飽和而生游離鹽酸、於是澱粉分解期告畢、蓋唾液之糖化作用、休止於酸性液中故也、因此胃液中所存之鹽酸、分結合鹽酸 *Gebundene Salzsäure* 及游離鹽酸 *freie Salzsäure* 二種、澱粉分解期既終、則胃液中之 *Pepsin* 起而代之、於蛋白質起 *Peyton* 化作用、而生 *Albumosen* 及 *Peyton*、其乳酸約經一時、殆全消失、不留痕跡、胃內游離鹽酸漸增、立刻達於極量(〇·二至〇·三%)、在乏於蛋白之食餌、如馬鈴薯大約食後經兩點鐘、蛋白質之食餌、如〇·五瓦燒肉食後第四點鐘、必經過此時期也、

凝乳酶素與游離鹽酸同時發生、凝固所攝取之乳汁、使乾酪質沈澱、胃中之 *Pepsin* 及凝乳酶素、初分泌時、爲 *Propepsin* (爲 *Pepsin* 酶素 *Pepsinogen*) 及凝乳 *Zymogen* 等酵素原之形狀、由鹽酸作用、前二者乃變爲活素、

胃消化之第二期(鹽酸期 *Die Salzsäureperiode*) 此期最重要者、即發生鹽酸、與飲食一同嚥下之微生體、且其發生腐敗及酶解者、並偶然混入之病原菌(例如霍亂狀菌 *Cholera vibrio*) 大抵皆由此撲滅、或一時制止其作用、而此作用於胃內未生游離酸之際、已早行之矣、食餌在胃時、胃之蠕動、助酶解素之作用、食物由此細分、與酶解素混和、且能使食餌依次悉到胃壁、與胃壁流出較濃之分泌液接觸、此外胃以其運動作用、於攝食後、即使固形物

與流動體分離，流體輸送於幽門部，自此又由其一定之開閉，排入十二指腸，留於胃中者，常爲固形物，其內容似覺濃厚，但胃黏膜亦分泌水分，有重新稀釋之作用。(v. Mering氏)但不溶解之食物殘渣，終亦自幽門輸出於十二指腸。

在健態，攝取試驗食後，即分泌酸性胃液，但鹽酸，先與過剩之鹽基及蛋白質結合後，胃液中始有游離鹽酸，結合及游離之總量，即尋常之總酸度。Die normale Gesamtsäurehalt 鹽酸分泌之最高點，即探出之試驗食中，發見最多量游離鹽酸之時期，在試驗朝食，爲食後一點鐘，其他試驗食，在三點半至四點鐘以後，故胃內容之化學檢查，不可不於此時行之。

在病態，若胃內毫不分泌鹽酸時，縱令分泌 Pepsin 而 Pepsin 之消化，全然休止，蓋 Pepsin 之爲物，必與鹽酸相俟，而營其作用者也，又有鹽酸分泌休止，而酸酵素之產生，亦同時休止者，此名胃液缺乏症。Achyria gastrica 多見諸萎縮性慢性胃加答兒，雖因其黏膜變性萎縮，腺體荒蕪，亦有爲全身神經病之一分症，基於神經障礙者(分泌機能神經症)在胃黏膜慢性加答兒，酸酵素分泌，雖尚未止，而鹽酸分泌減少或休止者，亦不鮮，此名胃酸減少症。Die Subacidität 或曰胃酸缺乏症。Die Anacidität 蓋鹽酸分泌缺乏時，或酸酵素亦不產生，在胃癌初期，尤爲重要之症候。

鹽酸分泌增多(胃酸過多症) Die Superacidität oder Hyperchlorhydrie) 有由神經障礙者，但

尋常之總酸度

胃酸缺乏症

胃酸減少及缺乏症

胃酸過多症

以胃潰瘍爲主，游離鹽酸發生過早，障礙澱粉質之消化，蓋澱粉質，如前所述，其消化僅限於胃內容未呈酸性反應時故也，當是時蛋白質尋常或較早，或徐徐化爲Pepton，胃中有此種消化障礙時，且害其運動機能，食物較尋常久滯胃內，遂發擴張症，又以續發性與胃黏膜以障礙，而或致鹽酸分泌減少者有之。

鹽酸分泌減少時，Pepsin之量亦多與俱減，但胃酸過多時，則無與之增量者，似反見其缺乏，觀游離鹽酸雖增多，而蛋白質之Pepton化作用緩慢，可以知之，又鹽酸減少或缺如之際，不僅蛋白質之消化不良，微生體發育亦盛，大起分解及發酵，乳酸及其他有機酸發生過多，酸類發生過剩，能使胃蠕動及肌之緊張力鈍麻，食物遂長滯胃中，消化不振，其極亦誘發胃擴張症。

幽門狹窄，其結果亦與前者相同，而障礙尤甚，卽在本症，初以胃肌質肥大，其內容極易送入腸中，然漸次失其代價，食物滯於胃內，遂致擴張，減殺其消化及殺菌作用，而消化益爲不振，發生多量乳酸，酪酸，醋酸，Alcohol，而發酵極盛，不僅胃黏膜失其吸收作用，鹽酸分泌機能，亦復減弱，消化障礙愈甚，此等胃黏膜障礙，於癌腫獨著，在癌腫性幽門狹窄，大抵全無游離鹽酸。

胃酸減少症，或胃酸缺乏症，既可由消化全時期中游離鹽酸%量減少，或缺亡知之，又可

由異常酸酵症(即永久發生多量乳酸者)測之。此時胃壁之運動機能減弱。害及胃內容之輸運。消化大都緩慢。食後雖經七小時。胃尚不能空虛。可見未曾變化之肉片云。

在胃酸過多症消化之際。或消化至極度時。增生游離鹽酸。其發生大概過早。故使澱粉質之分解期短縮。胃中有不變之澱粉質。若此類者。胃內容多混有黏液。蓋由胃黏膜加答兒而起。

胃內容排出困難(尤著者為原因於幽門狹窄)常兼游離鹽酸減少或缺亡。至於鹽酸分泌。或無異常。或反增進者有之。蓋其分泌之鹽酸。與滯在胃中之多量蛋白質。及鹽類等結合。由尋常反應。不能鑒識之故。而乳酸(酪酸)多量者。所以示酸酵之旺盛也。

胃酸分泌  
多症

過多症。Die Superssekretion oder Hyperssekretion 空心時發生之胃液。有其量甚多者。當是時且催進唾液分泌。嚥下則容量愈增。而此唾液。不足以中和胃酸也。

證明鹽酸時。先由一定反應。施定性檢查。次乃檢游離及結合鹽酸之定量。

(甲)鹽酸性。Die quantitative Bestimmung der Salzsäure 有數法如左。

鹽酸性  
檢查

Kongo 亦  
試驗法

(一)Kongo 亦紙試驗法。Die Kongopapierprobe 此為 v. Hässlin 氏及 Riegel 氏所推舉者。Kongopapier 由游離鹽酸而青變。但遇酸性鹽類。則無變化。逢 0.05% 或以上之鹽酸。呈暗青色(五十圖



b) 量少時，則為酒青色或莖花色，遇 0.5% 以下之有機酸，或毫無反應，或亦微帶莖花色，(乳酸) 量多時，於胃中不可見，亦為暗青色，最適於此種試驗者，如尋常試驗紙，以 Kongorot 染吸墨紙，即用所謂 Kongo 赤紙者是也。

試驗法。取胃液一點，滴於試紙上，呈強暗青色者，可知液中至少含 0.05% 之鹽酸，反是僅呈幽微之青斑，或僅周圍呈暗青色者，青色輪，可知有游離酸存在，但為鹽酸或有機酸，或為兩者混合物，難於判別，故欲得精確之成績者，尚須行左列試驗。

(I) Phloroglucin-Vanillin 試驗法。Phloroglucin 1.0 Vanillin 1.0 溶解於 30 cc 之純酒精中，所謂 Günzburg 氏試驗，以二三滴入小磁皿，加同量胃液，置文火上使發散，注意勿令沸騰，含有鹽酸時，雖僅 0.01% 之少量，而呈美麗之紅輪，(五十一圖 a) 有機酸雖多量，無此反應，此法最確實，亦頗銳敏也。

(II) Resorcin 試驗法。Die Resorcinprobe 行此法時，須用 Resorcin 5.0 白糖 3.0 加稀酒精 100 cc 製成試藥 (Boas 氏試驗。Boas'sches Reagens) 其法與用 Günzburg 氏試驗同，胃液中存有游離鹽酸時，渣呈薔薇紅色，而此反應，除鹽酸外，對於其他有機酸，不能發生云。

(III) Methylviolett 試驗法 (v. Velden 氏) 此色素之水溶液，稍呈強莖花色者，(五十二圖 a) 由 0.03% 之鹽酸而青變，(同圖 b) 若鹽酸為 0.5%，則脫色，反是而為有機酸，則非較此多量。

Phloroglucin-Vanillin 試驗法  
Günzburg 氏試驗

Resorcin 試驗法  
Boas 氏試驗

Methylviolett 試驗法

不能變色，即乳酸〇·五%，醋酸二·五%，乃呈此反應。

試驗法。試驗管容水五至十cc，加 Methylviolett 濃厚水溶液二至三滴，即可呈著明之莖花色，其次則採同量之濾過胃液，行同一試驗，比較兩液之反應，胃液若著明呈青色時，可知其含有〇·〇三%以上之鹽酸。

Tropaeolin  
試驗法

(五) Tropaeolin 紙試驗法。Die Tropaeolinpapierprobe (Baus-Riegel) Tropaeolin(3)之黃色至黃赤色水溶液，加鹽酸〇·〇二%，則呈薔薇紅色，或褐赤色，若為〇·五%以下之有機酸，則僅現黃色，行此試驗時，以濾紙片暫浸於 Tropaeolin 濃厚酒精液中，乾燥後用之最便，久浸則反應不敏矣。

試驗法。胃液一滴，落試紙上，忽呈暗褐赤色，於小鐵火上乾燥之，呈鮮明青色者，至少必含〇·〇五%之鹽酸，若為有機酸，則須多量，始微帶弱褐色。

更有簡單之試驗法，所本品約〇·二五%之酒精液一二滴，置磁皿內，加同量胃液，於文火上蒸發之，含鹽酸者，其黃色變為紅寶石色 Rubinfarbe 至赤褐色。

Dimethyl-  
lanido-  
azobenzol  
試驗法

(六) Dimethylamidoazobenzol 試驗。用本品〇·五%之酒精液，所胃內容三至五cc，加黃色之本藥液，鹽酸量雖為〇·〇二%，亦呈赤色，有機酸須在〇·五%以上，始呈同一反應。

鹽酸定量

(乙)鹽酸定量。Die quantitative Bestimmung der Salzsäure 胃中鹽酸，既如上述，一為游離鹽

遊離鹽酸  
之定量檢

定規液

酸。一為結合鹽酸，二者之全量分別檢定之，其法頗為繁雜，臨牀應用亦復不便，故尋常檢定胃液之總酸量，*Die Gesamtsäure des Magensaftes* 及游離鹽酸量以二者之差，認為結合鹽酸量，除胃中有多量異酸等特別情形外，由此可得較正之結果，而胃液中所存諸種酸類、乳酸、醋酸、酪酸及酸性磷酸曹達，亦加入總酸量定量中，惟其量甚少耳，胃液總酸量檢定法，俟別項言之，茲先述游離鹽酸及結合鹽酸之定量法。

(a) 游離鹽酸之定量檢定。 *Die quantitative Bestimmung der freien Salzsäure* 基於上述之呈色反應，尋常用表示液，惟遇游離鹽酸始呈反應者，屬乎此者，如 *Kongo* 赤液、*Günzburg* 氏試藥、*Dimethylamidoazobenzol* 等，探胃內容濾液之一定量，滴入  $\frac{1}{10}$  定規 *Natron* 液，至不現呈色反應為止，由所用之 *Natron* 液，算定鹽酸量。

酸或亞爾加里之定規液。 *Normallösung* 云者，其酸或亞爾加里之分子量，溶解於一 Liter 蒸水中所成，酸定規液一 cc，適能中和同量之亞爾加里液，完全變為中性，但二價之酸，例如硫酸 ( $H_2SO_4$ ) 欲中和其一分子，必須兩個亞爾加里分子，故製成二價之酸定規液者，必取其分子量之半，溶於一 Liter 水中，而定規液五倍稀釋者，易而言之，即分子量  $\frac{1}{5}$  溶解而成者，名之曰  $\frac{1}{5}$  定規液，十倍稀釋者，即稱  $\frac{1}{10}$  定規液，細密定量，常用  $\frac{1}{10}$  定規液。定規 *Natron* 液 (*NaOH-Normallösung*) 為 *Natron* 分子量四〇〇 (即  $Na=23, O=16, H=1$ ) 溶

解於千cc水中者，其 $\frac{1}{10}$ 定規液，即溶解四〇而得者，一cc中含有〇〇〇四之Natron，但在實際，苛性Natron忽然潮解，不能精密稱量，故尋常稱精製之羧酸，作定規液，由此定所與之苛性Natron液，而製成所需之定規液。

鹽酸定規液(HCl-Normallösung) 鹽酸分子量三六五(即 $H=1$   $Cl=35.5$ ) 溶於千cc水中，其 $\frac{1}{10}$ 定規液，即溶解三六五者，一cc中，適含有鹽酸〇〇〇三六五。

例如對於十cc胃液，用四·五之 $\frac{1}{10}$ 定規Natron滴汁，則百%之胃液，須用四十五cc之 $\frac{1}{10}$ 定規Natron滴汁，但一cc之 $\frac{1}{10}$ 定規Natron滴汁，可中和〇〇〇三六五鹽酸，故其四十五cc， $0.00365 \times 45 = 0.16435$  即與鹽酸〇·一六四二五相當，由此可知該胃液之鹽酸含量，為〇·一六四%。

游離鹽酸之定量法有數種，習用者如次。

Mintz-  
Fleiner  
氏法

(1) Mintz-Fleiner 氏法 Die Mintz-Fleiner'sche Methode 胃液十cc，加水約五倍，及 Günzburg

Mörner-  
Boas 氏  
法

氏試藥(Phloroglucin-Vanillin 溶液)二十至二十五滴，以滴管加 $\frac{1}{10}$ 定規Natron滴汁，取一滴置陶器小匙上，至加溫而不呈游離鹽酸反應時，止滴汁不復加，由其所用之量，算定鹽酸。

(11) Mörner-Boas 氏法，與前法略同，所差者，僅以 Kongorot 之水溶液，代 Günzburg 氏試藥而已。

結合鹽酸  
定量

Töpfer氏  
法

Cohn-  
heim-  
Krieger  
氏法

此外如 Riegel 氏用 Kongorot 紙，Töpfer 氏用 0.5% Dimethylamidazobenzol 酒精溶液，

(b) 結合鹽酸定量。Die quantitative Bestimmung der gebundenen Salzsäure 胃中攝取之蛋白質，與一定量之鹽酸，營化學結合，既如上述，故形成酸蛋白，所謂結合鹽酸是也。鹽酸分泌少量時，胃液中縱不能證明游離鹽酸，而分泌之鹽酸，或已與試驗食中蛋白質結合，亦未可知。當是時，可見胃尚有分泌官能，若結合鹽酸缺如時，則該官能亦不存在，可以證明。故結合鹽酸定量法，亦為實地上所不可缺少者，常用者有左列諸法。

(一) Töpfer 氏法。此法直接定結合鹽酸之量，其作為表示液者，用 1% Alizarinsulfan 酸 Natrium 水溶液，本品為赤紫色之色素，胃中結合鹽酸以外一切酸性物，如游離鹽酸有機酸性鹽類等，每相遇即變黃色，行檢查時，取胃液 10cc，加前記之水溶液二三滴，使變黃色後，用滴管加 1/10 定規滴汁，至試液呈赤紫色為度，即以所用滴汁之量，計算酸度，從象先計測之總酸度，詳後) 減去所得數，其差即為所求之結合鹽酸量。

(二) Cohnheim-Krieger 氏法。此法所用之 Phosphorwolframsäure，雖在酸性液中，尚有使 Albumosen 及其他蛋白質諸體沈澱之性，行此法時，可於含有結合蛋白及游離鹽酸之一定量胃液中，加入 Phosphorwolframsäure 石灰，夫然，則 Phosphorwolframsäure 與蛋白質結合，成為不溶解性之沈澱而析出之，同時自結合蛋白游離之鹽酸，與石灰結合，變為中性鹽化石灰，故在操作前後，

鹽酸缺損

檢定總酸量，相互比較，則操作後之量，可知與結合鹽酸相當之鹽酸量減少矣。

此外更有定鹽酸缺損量。Salzsauredefizit 而算結合鹽酸量之法，茲不贅，蓋鹽酸缺損量云者，在鹽酸分泌減少時，其鹽酸量，不能完全飽和胃中蛋白質之際，更欲使之飽和所必需之鹽酸量是也。

證明有機酸

(二)證明有機酸。Der Nachweis der organischen Säuren 胃液中存有有機酸，如乳酸<sup>△</sup>醋酸<sup>△</sup>酪酸<sup>△</sup>之類者，皆由發酵機轉而來，健胃液中，雖亦含有少量，若多量存在，則為病態，且於胃癌及胃有運動障礙之際，最為著明。

(a) 乳酸。Die Milchsäure 可以左列諸法證明之。

Chlor 鐵試液

(1) Chlor 鐵試驗。Die Probe mit Eisenchloridlösung 五十 cc 水中點入一半 Chlor 鐵液一滴時，在薄層，幾不能見其黃色，若取一 cc 加 0.2% 乳酸液一 cc，則忽呈著明黃色，如為醋酸酪酸及鹽酸，則雖至 0.3%，為無變化，而如蛋白質鹽類，Pepton，於此反應，殆無所妨礙，故鑑識胃液中之乳酸，此法甚為確實而銳敏也。

據上法證明胃液中乳酸時，試管內盛水二十 cc，加 Chlor 鐵液一滴，其半量傾入別一試管，然後所濾過之胃液一至二 cc，加入一管中，其餘一管，則加同量之水，而氏較兩管之色，含有 0.3% 以上之乳酸者，其液忽呈著明黃色。

Uffelmann 氏法及其試驗法

Strauss 氏法及獨斗

醋酸及醋試驗法

(1) Uffelmann 氏法 一半 Chlor 鐵液二滴、四 % 石炭酸十 cc、及水二十 cc 之混液、即所謂 Uffelmann 氏試藥。其新製者、呈莖花色、混以 0.01 % 同量之乳酸時、忽呈黃綠色、惟用落下光線、始能認其為黃色、(五十三圖) 而胃液中、其他酸類(鹽酸、醋酸、酪酸)在 0.3 % 之多量、始略呈淡黃、或淡灰白色而已。

此反應、本與前者相同、唯呈乳酸反應特性之先、黃色(石炭酸反應、青色)非消失不可、但胃液中所含其餘酸類、如蟻酸、醋酸、修酸他如 Pepsin、酒精、糖類、亦有與此類似之反應、每妨礙乳酸檢出法者有之、故近時檢查乳酸、獨用左法、

(II) Strauss 氏法 行此法時、須用分離漏斗 Der Scheidetrichter (五十四圖) 漏斗有二標記、一示五 cc、一示二五 cc、試驗時、取濾過之胃液、加至五 cc 為止、更加入不含酒精之 Aether、至二十五 cc 處、用力振盪之、故漏斗亦名振盪漏斗。然後開

第五十四圖  
分離漏斗



下部活栓、去其液體、至與標記處、再加蒸水、至 25 標記處、其次加入 1.0 % Chlor 化鐵液二滴、用力振盪、夫

然則乳酸含量 1 % 時、呈濃綠色、在 0.5 至 1 % 之間者、呈淡綠色、

(b) 醋酸 Dio Essigsäure 及酪酸 Dia Buttersäure 由其臭、氣略可推知、有辛辣狀酸性臭氣者、為醋酸、放臊臭者、即可知為酪酸、如更欲確定時、可用下法、即以多量 Aether、加入少許之濃

過胃液內，振盪數回，使 Aether 蒸發，此操作以熱水溫之，勿近火，有機酸存在時，發散後僅剩酸性反應之液體，含有揮發性脂酸時，放特別臭氣，更用左列試驗，即可知其為何物矣。

鐵。鐵。酸。取遺殘物之一部，加水且中和之，加 Chlor 鐵液一滴，醋酸存在時，作血紅色，煮沸之，生鹽基性醋酸鐵之褐赤色沈澱。

錳。錳。酸。其餘遺殘物，溶解於一二滴水中，加入極小塊之 Chlor 石灰，酪酸鹽在液中不溶解，故成爲小油滴，浮於表面。

胃液總酸  
量檢定法

(四)胃液總酸量檢定法。Die Bestimmung der Gesamtsäure des Magensaftes 取濾過胃液十 cc，盛白色磁器中，加表示液 Phenolphthalein 之一 % 酒精液一二滴，次以滴管取 1/10 定規 Natron 鹼汁，滴下定量，即將定規鹼汁，徐徐滴下，攪拌磁器內之液，勿使間斷，視其將變爲極微之紅色時，即止，所費之 1/10 定規液量，即胃液之酸度，今表示此酸量有二法，一即胃液中之總酸量，均作爲鹽酸，而換算其百分數，第二以 Jaworski 氏所謂酸度 Aciditätsgrad 表示之，此法最爲通用。

以第一法檢定總酸量時，如中和十 cc 之胃液，而費 1/10 定規液五 cc，按前條所述 1/10 定規液之一 cc，與鹽酸 0.00365 = 0.1825 相當，故十 cc 中之鹽酸量， $5 \times 0.00365 = 0.1825$  即爲 0.1825%，故爲 0.1825%。



Jaworski 氏所謂酸度，因中和胃液百 cc 所含之酸，消費之 1.10 定規液 cc 數，立即表示酸度，如前例，中和十 cc 胃液之酸，若消費五 cc 之定規液時，則中和胃液百 cc，須定規液五十 cc，其檢查之胃液總酸量，即為五十度。

胃液總酸量之定量所檢定者，為游離及結合鹽酸，有機性及酸性鹽類（酸性磷酸曹遠），在健康試驗食後一點鐘，其胃液中之總酸量，在四十至六十度之間，正與鹽酸 0.15 至 0.2% 相當，蓋胃液之總酸度，尋常與鹽酸量為比例，全酸度在四十以下時，即鹽酸減少症，六十度以上時，常作為鹽酸過多症，但須注意者，胃之運動力減少，酸酵盛時，鹽酸雖曰少量，而有機酸之量甚多，故總酸量亦為高度，職是之故，當胃液檢查時，所以別定鹽酸量，而又須檢知鹽酸量，是否與總酸量為比例也。

#### 總酸量檢

(五) 鹽酵素檢查。Die Untersuchung auf Fermente 即檢定 Pepsin 及凝乳酸酵素，Labferment 此二種，胃液中必含有之，且胃液中如有游離鹽酸，尋常無不見 Pepsin 者，僅胃粘膜全然萎縮，或以胃癌故，著明破壞時，胃液中不能證明酸酵素，故臨牀上所以須檢查酸酵素者，惟游離鹽酸缺如時而已。

#### 證明 Pepsin

(a) 證明 Pepsin (Der Nachweis von Pepsin) 者，須行消化試驗法，用煮熟之鷄卵白，切成厚一 mm 直徑一 mm 之片，貯於 Glycerin 中，或用 Carmin 纖維素，從牛血中取出，水洗至白淨後，以中性

Carmin 染色，更洗至不著色爲止，藏於 Glycerin 者，檢時以卵白二片，或纖維素，以水洗之，投入各別之試管中，加入濾過胃液十 cc，其一管中，加濃鹽酸（二五%）一二滴後，兩管置攝氏溫三十八度之孵卵器中，含有鹽酸及 Pepsin 時，尋常經兩點鐘，兩卵白片，著明消化，若鹽酸缺乏時，則僅加入鹽酸之卵白片消化，如 Pepsin 缺如者，兩試驗管內之卵白，毫無變化也。

Pepsin 定量時，更有 Hammerschlag, Meit 諸氏之法，茲不贅。

證明凝乳  
酶酵素

(b) 證明凝乳酶酵素 (Der Nachweis von Labferment) 以試管盛牛乳五 cc，加濾過胃液一二滴，置孵卵器中，酶酵素存在時，十分鐘內，可見牛乳凝固，胃液中若無游離鹽酸，則當疑其有 Lab 之前階級物，成爲 Labzymogen 之形狀，存在其間，此不具能動性者，夫然宜加入一%鹽化 Carsum 液一二滴，而行前操作時，Zymogen 變爲 Lab 而乳汁凝固。

(iii) 胃內容顯微鏡檢查

胃內容之  
顯微鏡檢

胃內容之顯微鏡檢查 Die mikroskopische Untersuchung des Mageninhaltes 早晨空腹時或投與試驗食後經一定時，就抽出之內容以行檢查，診斷上亦甚重要，檢查時，或以尖嘴玻璃管，自胃內容各部，採集少許，或用化學檢查時所得之濾過物亦可。

空腹時抽  
出之胃內  
容

(甲) 就空腹時抽出之胃內容 Der nüchternen exprimerte Mageninhalt 而言，可檢查其赤白血球、上皮、腫瘍成分、粘液及食物之殘片等。

赤血球

(一)赤血球。rote Blutkörperchen 久存在胃時，尋常因胃酸而崩壞，不留形態。若呈咖啡殘渣狀時，僅能發見褐色粒狀之血色素而已。

白血球

(二)白血球。weisse Blutkörperchen 常見其少數，大抵有著明變化，其原形質多半消化，唯留胞核，此皆由嚙下之痰而來者，但胃壁或其周圍膿瘍，破潰於胃內時，則見多數白血球。

上皮

(三)上皮。Epithelien 有磚狀圓柱二種，前者來自口腔或食管，後者雖來自胃粘膜，但以消化作用之故，其形狀已大變矣。

腫瘤成分

(四)腫瘤成分。Tumorbestandteile 見諸胃內容者極罕，雖在胃癌，其剝脫之組織，立被消化，故形狀常大有變化，惟其破壞者，當洗胃時，於洗滌液中，見有腫瘤之小部分而已。

粘液

(五)粘液。Schleim 常略存於胃內容中，急性及慢性胃加答兒尤多，但亦為鹽酸所變化，呈線條者不少。

食物殘片

(六)食物殘片。Speisereste 其中肌肉纖維，雖消化作用完全時，一部分尚可明見其橫紋，肉食時有見彈力纖維，結締織性纖維者，又如脂則為球狀或針狀結晶，澱粉球呈圓形或橢圓形，構成求心性之層，用 Lugol 氏液，可以青染，此外尚見種種植物殘渣，及植物成分，皆食渣也。

試驗食後  
榨出之胃  
內容

(七)試驗食後榨出之胃內容。Der nach Probemahlzeit exprimierte Mageninhalt 主要在檢其消化狀態如何，即與以 Leube-Rieger 氏試驗食後，經三四點鐘，採取而檢查之，在常態，澱粉球多

肌纖維及

膨脹而破壞，不留固有之形態，即如肌纖維之類，亦著明有變化，幾不見其橫紋，又如脂，可見其分解為小球，然在胃酸減少症，則尚有大量不變化之肌纖維，在胃酸過多症，則有大量不變化之澱粉球，至若種種植物細胞，及植物成分，則無論何時，均多見之。

(四) 胃內容細菌學檢查

胃內容之細菌學檢查

胃內容之細菌學檢查。Die bakteriologische Untersuchung des Mageninhaltes 可注日者，為酸酵菌、胃八聯球菌、及乳酸菌，此等微生物，於胃內容久滯而釀酸酵之際，均所習見也。

酸酵菌

(一) 酸酵菌。Hefepilze, Saccharomyces cerevisiae 為圓形或橢圓形有核之細胞，往往三數相聯接，其長算作四至八 $\mu$ ，由 Anilin 色素，易於染色。(五十六圖 g) 此菌，於胃內異常酸酵時固多見，但在單純加答兒症，亦有見之者。

胃八聯球菌

(二) 胃八聯球菌。(Sarcina ventriculi) 為圓形而稍壓平之細胞，大二五 $\mu$ ，尋常八個相倚，而成大塊。(五十六圖 b) 此菌亦見於異常酸酵時，與前者無異。

乳酸菌(名Bacillus-Oppler氏桿菌)

(三) 乳酸菌。Milchsäurebazillen 為長桿狀菌，平均長六至八 $\mu$ ，幅 $\bigcirc$ 四至 $\bigcirc$ 六或一 $\bigcirc$  $\mu$ ，故又有長桿菌。Lange Bazillen 之名，所謂 Bosa-Oppler 氏桿菌是也，此菌每成長絲，多於乳酸酸酵時見之，而乳酸酸酵，多見諸胃癌，故本症常見此菌，由 Weigert 氏法，易染色，而用 Gram 氏法

染色與否，及培養上之形態，諸說尚不能一致也。

(乙) 胃運動官能檢查法

胃之運動  
官能檢查  
法

胃之運動官能檢查法。Die Untersuchung der motorischen Funktion des Magens 所攝取定量之食物，悉運入腸，需時幾何之檢定法，有用試驗食者，有用化學物質者。

以試驗食  
檢查運動  
法

(甲) 以試驗食檢查運動法。Die Motilitätsprüfung mittelst der Probenahlzeit 有種種，茲列數者如左。

Leube 氏  
法

(一) Leube 氏法。所謂 Leube 氏試驗食，當午與之，經七點鐘，洗胃，檢查食物渣存否，胃運動力健全者，則胃已空虛，倘有障礙，則發見多量殘渣，又在分泌過多症，則食後雖經七點鐘，或倘見有純粹之大量胃液者。

以試驗初  
食檢查  
法

(二) 以試驗朝食檢查。Die Prüfung mittelst des Proberühstücks 於檢查胃液之次行之，採胃液後，以微溫水洗胃內容，悉盛入有刻度之玻璃量杯，放置之，殘渣漸降，若運動力健全者，渣在一〇〇之數以下，運動官能障礙時，則渣甚多。

以試驗晚  
飯檢查  
法

(三) 以試驗晚飯檢查。Die Prüfung mittelst des Probebrotessens (Boas 氏) 午後八時，用茶四〇〇〇，和以牛乳及糖，麪包兩片，塗以牛油，及一定量牛肉與之，次晨八時，即食後經十二時，行胃洗滌，檢定食渣存否，倘有多量殘渣時，可知有高度之運動障礙矣，幽門狹窄者尤甚。

Klemperer 氏  
法

(四) Klemperer 氏法。使服 Olive 油一五〇〇，經定時後，洗胃，與水一同取出，檢定其殘量，據氏

所試驗、胃如健全、經兩點鐘、其七〇〇或八〇〇、已送入腸中、在胃加答兒則半量、在胃粘膜萎縮、則僅四分之一送入腸內、但此法須服大量之油、頗不便、故不適於實用。

檢運動法

Ewald

氏法

Sievers

(Salol) 試

(乙) 以化學物質檢查運動法 Die Moritziäspritzung mittelst chemischer Substanz 有數種如左、

(一) Ewald 氏及 Sievers 氏法。用 Salolum 所謂 Salol 試驗。蓋此藥於胃內有酸性內容者、雖不

分解、但在腸中、則其成分 Salicyll 酸、與石炭酸 Phenol 分解、Salicyll 酸、易自尿中檢出、今欲行

此試驗、可用 Salol 一〇、入膠囊、當消化時、使吞服、其後每十五分鐘、使之放尿、各就其中、檢

查 Salicyll 酸、檢時尿中可加一半 Chlor 鐵液、倘含有 Salicyll 酸時、尿呈堇花色反應、胃運動

官能健全時、反應發現、在四十分至一點鐘之後、縱遲亦在一點十五分之間、

但 A. Huber 氏之主張、謂服 Salicyll 酸後、定尿中發現此藥反應之最初時間、不如定該反

應消失之最終時間為合理、氏因改正 Salol 試驗如次、且據所試驗、在健康者、與以 Salicyll

酸一〇、其尿中反應消失時、在二十六七點鐘之後、故正午使服 Salicyll 酸一〇、則翌日午

後取其尿、加一半 Chlor 鐵液、檢其反應、若反應尚存、則每經一點鐘、反覆檢查、以定反應消

失之時間、當是時、即可知胃之運動官能、確有障礙矣、

Meischer  
氏法

(二) Meischer 氏法。以 Jodform 一〇入膠囊、使與食餌並服、此藥在酸性胃液中不溶解、而

溶於亞爾加里性腸液中、極易吸收、故 Jod 立即移行於唾液及尿、欲在唾液中證明 Jod 時、

胃之倫脫  
根放性  
運動檢  
查法

胃吸收官  
能檢查法

Demoult  
及 Faber  
氏法

先用清水使含嗽數次，每一二分鐘，使唾於澱粉紙上，以澱粉糊液浸濾紙，而使乾燥者，以玻璃棒加發煙硝酸於其上，唾液中含 Jod 時，澱粉紙呈微紫色，或青色，健體現此反應時，多在五十五分至六十五分鐘之後。

近時 Winkler 氏及 Stein 氏以 Jodipin 代 Jodform，此物遇胃液不分解，而分解於胰液，則 Jod 分離，此藥與以 1.0 後，唾液及尿中，現 Jod 反應，在四十五分至一點鐘以後，於此尚應記載者，為胃之倫脫根放性運動檢查。Die röntgenologische Motilitätsprüfung des Magens 其法，見後文胃之倫脫根檢查條下。

(丙) 胃吸收官能檢查法

胃吸收官能檢查法。Die Untersuchung der sekretorischen Funktion des Magens 此非胃病診斷上所必需者，蓋胃之吸收官能，甚為輕度，既為 v. Mering 氏等所證明，必欲行之，則有左法，Benzoldt 氏及 Faber 氏法。以 Kalium jodatum 0.1 入膠囊，與之服後，即檢唾液於其中證明反應，方法與前項 Fleischer 氏法相同，在健全者，胃空虛時，或食後經三點鐘者，則於六分鐘至十一分鐘，即現 Jod 反應，食後即服者，二十分至四十五分鐘，即現反應，但在胃擴張症，雖在空腹時，非經十五分至半點鐘後，不見反應，他如癌腫、慢性胃加答兒、發熱等，其反應亦遲，但可疑者，由 Jod 吸收狀態，果能推定其消化產物之吸收作用與否，則為問題耳。

不用胃探針之胃官能檢查法

Günzburger 氏法

本節告終，更略述所謂不用胃探針之胃官能檢查法。Die Untersuchung der Magenfunktion ohne Anwendung der Magensonde 蓋用探針以取胃液，而行情理化學檢查，固為重要，但病者多嫌惡之，故專門諸家，思得不用探針而檢其官能之法，今述其主要者如次。

(1) Günzburg 氏法 橡皮小囊內盛 Kalium jodatum 〇.二，以纖維素絲結其口，使嚥下之。若胃液中有鹽酸及 Pepsin 時，纖維素消化，則囊中之藥，忽焉吸收，而現於唾液之中，可由澱粉紙及發煙硝酸證明之（參看前節）但纖維素絲，未由胃液溶解之先，橡皮囊已入腸內時，則為 Trypsin 所消化，而呈 Jod 反應者有之，但其成蹟，不常正確。

Einhorn 氏法

(1) Einhorn 氏法 用氏所謂小桶 Eimerchen 係銀質之膠囊狀小器，縱一七 cm，幅〇七五 cm，上端有大孔，孔上架以小梁，而以粗絲線繫之，線上有結，所以誌達於胃之適當處，用小桶檢查時，於試驗食後，經一定時間，使之嚥下，約經五六分鐘，抽而出之，取桶中之胃內容，以供檢查，先試其反應，次用 Kongorot 紙，檢游離鹽酸之反應，更行鹽酸定量，但此定量法，本不正確，由此僅能知其大略，法取胃液一滴，以水漸次稀釋之，每回檢 Günzburg 氏反應，至不呈鹽酸反應為止，而記每胃液一滴，加水幾滴稀釋之數，尋常胃液，每一滴，加水八滴至十滴，其鹽酸反應始消失。

Schmidt 氏法

(II) Schmidt 氏法 生結繭織，雖由胃液消化，而無以腸液使蒙影響者，氏即根據此種事實，



與以炙肉一〇〇〇至一二五〇、翌日檢其糞中結締織、若有多量、則可知胃有消化障礙矣、

(四) Sahi 氏法、根據於結締織試驗法、以生腸線代結締織之用、所謂 Sahi 氏。繩。反。應。Die Desmoidreaktion nach Sahi (譯者按：Desmoid 爲希臘語之繩、或曰帶故名) 行試驗時、以 Methyleneblau 〇〇五、甘草末及甘草越幾斯各 〇〇四、製成丸藥、置橡皮小囊內、囊口以生腸線結紮之、所謂繩。丸。丸藥先投入玻璃杯之水中、確認其色素不致脫出後、於午飯畢、使嚥下、在二十點鐘以內、病人之尿、若呈青綠色時、則知其胃分泌官能如常、否則必有病變矣、

### 第六 嘔吐—吐物檢查法

#### (甲) 嘔吐

嘔吐、Das Erbrechen, Vomitus 爲見行各種病之一症候、以速發之胃收縮爲動機、但在劇甚之嘔吐、則更因強度腹壓所致、膈及腹橫肌之強收縮、此時胃之收縮、限於幽門、閉鎖甚緊、而賁門則靜止或開大、故向上吐出其內容、而嘔吐劇時、當動機發作之終、在逆衝之中間時代、幽門部變爲閉鎖不全、故反覆嘔吐數回時、吐出膽汁者不少、

食管狹窄、或憩室、吐出其擴張部所積之食物者、不屬於此、宜參照食管檢查法、

嘔吐中樞在延髓、其中樞、有以末梢部之刺激、而發反射性嘔吐者、(反射性嘔吐)於迷走神經

之刺戟尤然、或有因直達於中樞之刺戟而發嘔吐者、(中樞性嘔吐)

大抵小兒、似較成人易於嘔吐、各人亦似均有不同、

臨牀上、從其原因、分嘔吐為三種、

(一)自胃起之反射性嘔吐。攝取毒物、或胃過飽、又一切胃病之嘔吐、均屬之、吐劑作用、亦同一理、

(二)自其餘下腹臟器而生之反射性嘔吐。女性生殖器諸病、月經時、腸及腹膜炎、其中尤數急性腹膜炎、及腸閉塞、他如腎石、膽石疝痛時之嘔吐是也、

刺戟咽部、使發嘔吐、盡人所知、劇甚之咳嗽發作(疫咳、肺癆)因而嘔吐者亦屬之、

(三)因直達嘔吐中樞之刺戟而發之中樞性嘔吐。各種腦病、腫瘍、腦膜炎及 Hysterie、其他見諸尿毒症、而急性傳染病(肺炎猩紅熱痘丹毒)初期之嘔吐、亦屬之、診斷上甚為重要、

某種麻醉藥、往往刺戟嘔吐中樞、使發嘔吐、如 Chloroform, Aether、其他如鴉片嗎啡含水 Chloral 及 Digitalis 皆是、煙酒亦然、

嘔吐時、必常兼有其他二三症狀、即先起惡心、Übelkeit、面色蒼白、往往冷汗淋漓、脈搏亢進、自覺倦怠、或發虛脫症狀者有之、但在腦病、則不覺惡心、突然嘔吐者有之、此外有嘔吐甚為容易、例如腹膜炎初期、然不發真正嘔吐、僅惡心而兼苦悶、所謂絞扼運動、Würgbewegung 者

惡心

絞扼運動

嘔吐之種

發嘔吐之  
時期

有之、而嘔吐發作、固不限於胃之虛實、但大概胃內容愈多則愈易、(如胃擴張症、愈少則愈難、如神經性嘔吐、尿毒症腸病腎石疝痛、及膽石疝痛之類、)

發嘔吐之時期、雖無定、但在胃病、往往亦不盡然、攝食後、立即發作、在腹膜炎、亦多發於食後、但亦有不拘乎此者、而食時與嘔吐間之時刻、診斷上有極重要者、在贛門狹窄之胃癌、食後立即嘔吐、若為幽門癌、則食後經一二點鐘始發、又在胃酸過多症、及胃擴張症、食後經久始吐、每有延至夜間始發者、此外如酒客、則每晨空心時常嘔吐、(酒客晨嘔)或在神經性消化不良症、亦多於空心時嘔吐、

胃及其他下腹臟器、無一定症狀、而有劇甚之嘔吐發作者、常須注意前記諸症、(急性傳染病、腦病、尿毒症、Hysterie 等、)

嘔吐度數、甚為不同、診斷上雖少價值、但宜注意者、因幽門狹窄而起之高度胃擴張症、多隔數日、整然發作、若是者、其吐物必甚為多量、

酸氣、Das Aufstossen, Ructus 每與嘔吐相隨、於諸種胃病見之、又吞酸、Sauras Aufstossen und Sodbrennen, Pyrosis 或由多量乳酸醱酵、(胃酸減少症、)或由多量鹽酸發生所致、在神經質者、每發無臭之酸氣、嚥下之空氣、甚覺苦悶者有之、

(乙) 吐物檢查法

吐物檢查

吐物檢查法 Die Untersuchung des Erbrochenen 亦分四種、(一)肉眼檢查、(二)化學檢查、(三)顯微鏡檢查、(四)細菌學檢查是也、

(一) 吐物之肉眼檢查

吐物之內  
眼檢查

吐物之肉眼檢查 Die makroskopische Untersuchung des Erbrochenen 須注意其量外觀反應及臭氣、

量

(一)量 吐物之量、由嘔吐時期度數、又以食物之量而異、在空心時、不過吐出少量、偶有多量粘液、或嚙下之唾液、或則胃液、胃酸過多症、但在胃擴張症、則食物久停胃中而吐出者、故其量常多、Blumenthal 氏曾見有十六磅大量者、反乎此者急性傳染病、腦病、尿毒症等、吐物之量常甚少、

外觀

(二)外觀 吐物之外觀、亦由飲食物之種類、大有差異、如咖啡、Café、赤葡萄酒之類、則吐物顯然着色、倘粗忽檢查、有誤認爲吐血者、此外如服鐵劑、則吐物呈黑色、在急性鉛中毒、亦往往見之、而吐物或成於胃內之飲食剩餘、或自腸道流、混入胃內容而成者、因此又可區別其種類如左、

吐物種類

(a) 水液嘔吐 Das wässrige Erbrechen 慢性胃加答兒、尤甚者爲酒客、往往在清晨吐出稀薄如水之澄明液體、每呈亞爾加里反應、成於胃粘膜之粘液、及嚙下之唾液、所謂酒客晨嘔、

酒客嘔  
又名吐水  
痛

Vomitus matutinus potatorum 又名吐水痲。Wasserkolik 在霍亂，亦有吐稀薄水狀無色液，或由膽色素染色之液體者，其吐物與後述之米泔狀便相同。

水狀吐物，爲酸性，而呈鹽酸反應時，知其由空胃吐出之胃液，分泌過多症，每有呈強酸性（三%以上者）胃酸過多，兼分泌過多症，見於一種神經性消化不良，Hysterie 其他見諸脊髓癆，及慢性尿毒症，急慢兩性胃加答兒，亦見之。

粘液嘔吐 Schleimerbrechen 在慢性胃加答兒，常吐出粘性膠狀無色液，每夾有食物渣，或由膽汁染成黃綠色之粘液。

膽汁嘔吐 Galliges Erbrechen 特見諸劇甚嘔吐時，吐物以混有膽汁故，帶綠色或黃色，味苦，亦有成於純粹之膽汁者，而在腹膜炎，及重症之腸閉塞症，每吐一種濃厚物，由膽汁綠色素，Biliverdin 染成蒼綠色，是亦診斷上所宜注意者也。

吐血 Blutbrechen, Haematemesis 當強劇嘔吐之際，胃粘膜稍有鬱血性小出血，因此吐物中混有血點或血線，不足介意，若著明之胃出血，則多發於胃潰瘍、癌腫、胃粘膜中毒性炎症，其中多爲酸，及腐蝕亞爾加里中毒，或胃粘膜因銳利之異物，受有創傷，或動脈穿孔，於胃或食管中者，又以肝硬變症，或門脈閉塞，而門脈系有血行障礙，胃靜脈高度鬱血時，發胃出血者有之，此外如出血性素因，血友病、黃熱、初生兒黑吐病（因十二指腸之潰瘍）等，亦有吐

血者、

遇吐血患者，翌朝必檢其糞，糞以血液故，多染為黑色，又或雖有胃出血之疑，而無嘔吐者，亦須檢糞，在胃潰瘍，以胃出血故，顏面猝現蒼白色，且陷於虛脫，或則致命，而竟不吐血者，往往有之，故欲確診胃潰瘍，須精查糞中有無血液，不可間斷。

吐血之量，種種不同，多為暗黑色凝塊，以混合胃液之故，每呈酸性反應，若出血甚著，且速即吐出者，血液本色不變，多於胃潰瘍見之。

咖啡渣狀嘔吐

若胃內反覆有小出血，血液久停於胃中時，由酸性胃液之作用，血色素分解，吐出醜黑色或帶黑色之物，所謂咖啡渣狀嘔吐，*Kaffeesatzartiges Erbrechen* 是也，最多者，為兼有擴張症之胃癌，就鏡下檢之，赤血球全然分解，故不能檢出血球，但用化學檢查，則顯然可以鑑識，詳次項。

肺胃兩出血之鑑別法，已見上卷，茲不贅。

鼻腔咽及食管出血，若流入胃內，然後吐出者，每誤認為胃出血。

吐糞

(c) 吐糞 *Koherbrechen, Miserere* 見諸腸嵌頓、軸旋、壓閉等所生之腸閉塞症，又見於重症瀰漫性腹膜炎，吐物放糞臭，帶污穢綠色，或褐色狀醜色，常為液狀，時或從中見有糞塊，但少竟呈糞狀者，亦有少糞臭者，吐糞常為險症，豫後多不良也。

個性嘔吐

吐物中，更有肉眼可見之混合物，蛔蟲及包蟲膜片是也。蛔蟲恐以嘔吐作用，自腸入胃者，亦難保無蛔蟲入胃而致嘔吐者，所以吐出包蟲膜片者，則以肝脾之包蟲囊腫，穿孔於胃內所致，鏡檢之，可見包蟲囊及小鈎。

吐物中，時亦見有蟻蟲，十二指腸蟲，旋毛蟲等。

(f) 膿性嘔吐。Eitriges Erbrechen 吐物混膿，可以肉眼見者，極為稀有，惟有胃之蜂窩織炎，或隣接臟器之膿瘍，破潰於胃中者見之。吐物中之膿，若非多量，且速入胃中，而使胃內容成亞爾加里性時，不能認識，否則膽汁立即消化矣。

反應 (三) 反應。吐物或由鹽酸，或由有機酸，大抵呈酸性反應，使青色試驗紙變赤，且在胃擴張症，酸性反應，極為顯著，此反應，由炭水化合物發酵所生之有機酸而來，全無游離鹽酸。亞爾加里性反應，見諸大量吐血，吐水疝，霍亂之水狀吐物，及腎臟病之吐物，而堆積於食管內之食餌吐出時，每為亞爾加里性反應，則既如上文所述矣。

臭氣

(四) 臭氣。吐物多帶酸臭，胃內酵解盛時尤甚，又如腎臟病，且在尿毒症，其吐物每有刺戟性臭氣，如安母尼亞者，蓋尿素自胃黏膜排泄，在胃內化成炭酸安母尼亞故也，此外在胃癌及胃出血吐物時，有可厭之腐敗臭，在吐糞症，則發糞臭，在中毒症，則發該毒物所特有之臭氣，(如磷苦扁桃油，右炭酸等)。

(二) 吐物之化學檢查

吐物之化學檢查

血色素

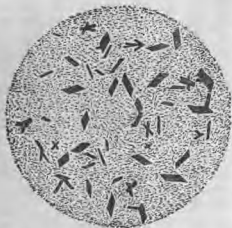
咖啡渣狀

Hemin 試驗法

Haller 氏試驗法

吐物之化學檢查。Die chemische Untersuchung des Erbrochenen 尤須注意血色素及膽色素。(a) 血色素。Blutfarbstoff 如上所述，胃內停滯之血液，由酸性胃液之作用而分解，形成醜褐色或帶黑色之咖啡渣狀物。Kaffeesatzähnliche Masse 尤多見於胃癌，其分解是否由血色素，據左列試驗，可以辨別。

第五十五圖  
Hemin 結晶  
約三百倍



(一) Hemin 試驗法。先採吐物少許，濾過之，入玻璃小杯，使蒸散乾燥，其渣加食鹽小塊一二粒，與之混合，取其一部，置載物玻璃上，加冰醋一滴，以覆蓋玻璃被之，其空隙再滿以冰醋，於火焰上徐徐蒸散，次加蒸水一滴，使析出之食鹽結晶溶解，於鏡下檢查之，血量縱極微，若存在時，其中有赤褐色褐色或黑色之小結晶，即 Hemin 結晶。所謂 Teichmann 氏結晶 (Teichmannsche Krystalle 是也。(五十五圖))

(二) Haller 氏試驗法。濾過欲檢之吐物，置試驗管內，加以同量之常尿後，根據尿中血色素



試驗法)更加入加里浦汁,使變爲強亞爾加里性,而煮沸之,有血液時,尿中磷酸鹽,漸次析出,奪取血色素,生絮狀帶赤褐色沈澱。

(iii) Almen氏試驗法。檢查時,須新製之愈瘡木脂酒精液,及含有Ozon之陳Teletin油,以試管所濾過之吐物,注意加入以上兩試藥,血色素存在時,兩液層間生Indigo青色輪,但乳汁混入吐物時,常爲陽性(參照糞便中血液檢查條下)。

(b)膽色素。Gallenfarbstoff 往往存於吐物中,檢時可用Gmelin氏及Happert氏試驗,檢膽酸時,則有Pettenkofer-Neubauer氏法,此於尿中膽色素及膽酸條下言之,茲不贅。

吐物之化學檢查,亦有應用於胃官能檢查者,而於不能用胃探針,或其他方法採取胃內容者,尤爲切要,且胃有出血之勢者,當是時,亦須注意食時及吐物之狀況,不待言矣。

#### (iii) 吐物之顯微鏡檢查

吐物之顯微鏡檢查。Die mikroskopische Untersuchung des Erbrochenen 診斷上亦甚重要,而其顯微鏡的成分,主要固來自飲食物,即成於肌纖維,結締組織,彈力纖維,脂球,澱粉球,植物性細胞等,而其中含有口腔及胃之上皮者,亦不少(五十六圖)又每見其中有一二膿球,吐血時赤血球,尚能保其自然之形態者,亦有之,或則變爲無色之圈,或則萎縮,幾不能識別者有之。

#### (四) 吐物之細菌學檢查

吐物之細菌學檢查。Die bakteriologische Untersuchung des Erbrochenen 應注目者，與胃內容檢查同，主要為釀酵菌胃 Fermina (五十六圖一及四) 諸種球菌及桿菌，其中有所謂長桿菌者， lange Bazillen 所以起乳酸釀酵，於診斷胃癌尤為重要，吐物中又時見有鵝口瘡菌，恐由食管來者及白癬菌。

第七 胃之倫脫根檢查法

胃之倫脫根檢查法

胃之倫脫根檢查法。Die Königsmunterziehung des Magens 近時應用益廣，胃病之臨牀診斷上，亦重要方法之一，檢查時，使胃之影像，與隣接臟器判別之故，必有一定之物質，所謂對比品，Kontrastmittel 置胃內，然後檢查，起初供此目的之用者，為充以霰彈之軟性食管探針，以炭酸或空氣之胃膨滿法，或金屬性蒼鉛，容於 Colloid 囊內之類，自 Riether 氏 (一九〇四年) 以來，用一定食物，粥馬鈴薯或牛乳肉羹汁，混以次硝酸蒼鉛，使之服食，Riether 氏蒼鉛食，Kiedersche Bis-



第五十圖 吐物之下全影 Jahrb 氏

第五十七圖  
胃之位置像



(a) 心臟 (b)  
左右膈 (c)  
胃泡 (d) 膽部  
(e) 尾部 (f)  
幽門 (g) 膈  
門 (h) 膈  
十二指腸

部貼小鉛板，或用貨幣，以絆劍膏固定之，以定腹部位置，胃之影像境界，可用脂筆記於透照板之含鉛玻璃板上，其後可用紙描寫，胃在消化時之運動變化，亦可於此研究矣。

胃之影像，欲攝影時，可使患者取坐位，但起立時，亦可行之。

飽、空虛之胃，在倫脫根檢查上，當左方

automalzeil 卽此是也，但次硝酸蒼鉛，多食時，不僅有中毒之憂，且坊間販賣者，時或雜有少量砒素，故 Groedel 氏用炭酸蒼鉛，製蒼鉛食時，用炭酸蒼鉛五〇〇，加水及覆盆子 Strupus 少許，攪勻，再加澱粉粥約三五〇〇，混和後，爲一回檢查用量。

胃之倫脫根檢查法，施術時，常使患者直立，在此位置，則胃部最與檢者接近，便於觀察其固有形狀，及運動狀態，而蒼鉛粥，隨檢查前製之，使患者入暗室中，約三分至五分鐘，使嚥下一匙，此時經過食管中之影像，難以明辨，但自贛門入於空胃之狀況，尋常可以明見，於時忽使電流中止，令嚥第二匙粥後，再行照檢，則其形狀，位置及大小，可明瞭觀察，檢查之先，可於贛

膈膜之下，有半月狀透明層，E. A. Hoffmann 氏，謂由於嚥下之空氣而然，名之曰胃泡。Die Magenblase 而以蒼鉛充滿之胃，其尋常狀態，呈鈎形，(Richter 氏)健胃，則以三五〇〇—四〇〇〇之蒼鉛食，可充滿，其九〇%以上，所鉛直之位置，至少有五分之四屬左半身，在仰臥位，

第五十 八 四  
胃



僅下端在臍右，使直立，則最下端多在臍下，但胃之形狀及位置，視男女兩性腹內壓之關係，膈之高低，腸之位置及盈虛，而有差別，又胃之固有運動，如上所言，與以蒼鉛食，極易觀察，氏區別其運動為三種，第一為極弱之波狀運動，唯瞬間攝影法可辨，第二為強大之波狀運動，亦可於透照板上見之，尋常始於賁門切跡下，而終於幽門，此運動，由器械的按摩法，可迅速喚起之，第三種運動，為胃各部之收縮，往往繼續不息，據 Holzknecht 氏及 Kaufmann

氏之檢查，胃內容排出時，係斷續而來，其一部，則刻期向腸中壓出者，據 Richter 氏謂胃內容排出，在飲液體後，較速於粥狀或固形物攝取後云。

胃病之倫  
脫根像

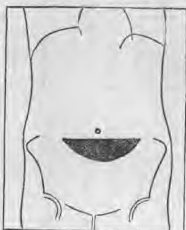
今將胃病之倫脫根像，述梗概如左。

(一)胃之運動障礙，由蒼鉛食可以證明，蓋尋常之胃，經三點鐘後，蒼鉛食可盡排出，若四點鐘

以上，停於胃內時，可知其有運動障礙，而胃之運動迅速者，主要見諸神經性患者，其緩慢者，則於癌腫見之。

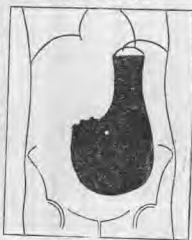
(二)胃擴張症。偷脫根檢查上，易於證明，透照時其陰影大抵為水平位，且胃可容四〇〇〇以上之蒼鉛食，五十九及六十圖又在本症，可見逆行性蠕動者不少。

第五十九圖  
胃擴張症由於幽門狹窄者



與少量蒼鉛食者

第六十圖  
胃擴張症由於幽門狹窄者

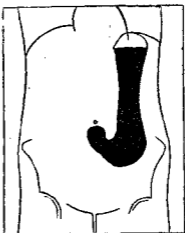


與大量蒼鉛食者

(三)胃下垂症。僅幽門同跨下垂者，可以見之，當是時，胃下端，特在下面，且可見幽門之異常移動。(六十一圖)

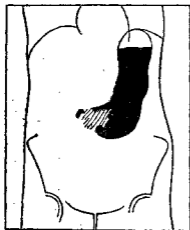
(四)砂漏胃。蒼鉛食後，頗呈特有之影像，然非數次反覆檢查，而得同一之結果者，不可輕於診定，蓋胃肌質收縮，或腫瘍之在胃側者，亦呈類似之像，每因而誤診故也。

圖一十六第  
症重下胃

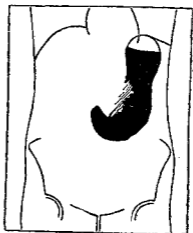


(五)胃潰瘍。單純性者，不能以倫脫根證明之。

圖三十六第  
癌門幽



圖二十六第  
腺癌胃小



(六)胃內部所生腫瘍，如胃癌之類，使胃充實，而加以照檢，影像中可見缺損部，但亦以防備誤診之故，須反覆檢查，行檢查時，起初先照空虛之胃，次則使嚥著鉛一塊，最後以著鉛食照檢之，但癌腫早期診斷，罕能由此法得之，若胃內存有腫瘍時，胃以著鉛充滿後，可見其影，有一部份殘缺，又可見胃之一定部位，有伸展不全處，即在胃癌，照檢

上、胃之一定部位、有不能見者、至於陰影殘缺處、視腫瘍發生部位、及其大小如何而有不同、固不待論、然雖幽門癌、其尚未狹窄時、欲明白診斷、亦非容易、反是在狹窄性幽門癌、食鉛粥後、尋常可立見其影、終於向左上斜走之長線、且呈胃擴張之像、又雖在此時、每見逆行性蠕動、惟以上所舉倫脫根症候、以胃愈着、胃外腫瘍之壓迫、胃癒痕等而生者有之、故胃癌僅由倫脫根檢查、非可確實診定也、

第 六 十 四 圖  
幽 門 癌



#### 第四章 檢腸法

##### 解剖摘要

腸之解剖

腸。Der Darm, Intestinum 占消化器之大部、其全長約算作九至十m、腸管占五分之四、其中五之三屬小腸、五之一屬大腸、而腸之上端、與胃直接之部、曰十二指腸。Der Zwölffingerdarm, Duodenum 此部、接腹腔後壁、由肝胃掩之、肝及胰腺之泄管、開口於其中間部、連續於十二指腸之小腸、上半部曰空腸。Der Leerdarm, Jejunum 其下半部曰迴腸。Der Krummdarm, Ileum

此二部均占腹腔中少，於右腸骨窩，移行於結腸。Der Dickdarm, Intestinum crassum 結腸成於盲腸。Der Blinddarm, Coecum 及懸垂於此之蚓突(蟲樣突起 Der Wurmfortsatz, Processus vermiformis) 上行而為升結腸。Der aufsteigende Grimmdarm, Colon ascendens 至右側腎臟前而移於橫結腸。Der Quergrimmdarm, Colon transversum 該部向左成弓狀，至左腎前，再屈折下行，而為降結腸。Der absteigende Grimmdarm, Colon descendens 至左腸骨窩，成乙狀彎曲部。Flexura sigmoidea 自此遂移於直腸。Der Mastdarm, Rectum 而終於肛門。Der After, Anus

第一 腸視診法

腸視診法  
積之特

氣脹或腹

腸視診法。Die Inspektion des Darms 宜先注意下腹之容積。Das Volumen des Unterleibes 在健態，腹壁多脂者，腹部大致肥滿膨出，但其膨滿，有一時由腸內蓄積瓦斯者，在病態，腸內蓄瓦斯時，腹之容積增大而膨滿，所謂氣脹或腹脹。Meteorismus intestinalis, Tym-

腹部陷沒  
(舟狀腹)

pantus 是也，見諸各種疾病，急慢性腸加答兒，腸狹窄症，急慢性腹膜炎傷寒等，其高度者，腹部各面膨大如鼓，腹壁緊張，肝膈心肺，均以腹腔內壓力增加，向上壓迫，心跳部上升，而稍轉位於左外面，反乎此，腸之內容極少，腹壁菲薄時，腹部容積減少，腹壁接於腹部大動脈，傳達其搏動者有之，此種腹部陷沒。Die Einziehung oder Eingesunkenheit des Leibes 見諸因各種消耗病而高度羸瘦者，又小兒當底腹膜炎初期，因全部腸肌質收縮，腹部陷成舟狀者不



腸局性膨出

蠕動

腹勁直

腹鳴

腸觸診法  
腹痛

少所謂舟狀陷沒。Kahnförmige Einziehung 此外在鉛毒痢痛、腹部亦有陷沒者、

腸內有腫瘍、腸漸狹窄、或發急劇之嵌頓症時、狹窄上部之腸膨大、故腹部限局性膨出。Die locale Wölbung 者有之、遇此等病、須注意其局部是否靜止、或呈蠕動、或有無轉位、有時變而扁平、是否消散等、但腹部限局性隆起、由於腹膜病者亦不少、

在腹壁菲薄而弛緩者、腸雖無病、有時可目擊其蠕動。Die Peristaltik 見諸分娩數次之婦人、別無其他病變、故須與病的蠕動區別、蓋病的蠕動、爲腸狹窄所可目視之重要症候、發於狹窄部上方、徐徐隆起成圓形、次乃消失、而近部又見同一之隆起、所謂腸勁直。Die Darmsteifung 其膨出部之抵抗、在慢性腸狹窄、腸有肥厚處者稍強、偶有在緊接狹窄部上方、膨出甚著、發高音之腹鳴。Das Gurren 而消散者、本症每兼有如壓如絞之疼痛、發作度數不定、亦有由輕度刺戟而誘起者、

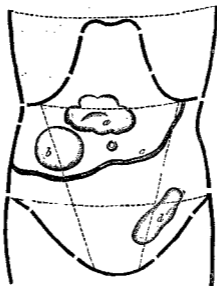
## 第二 腸觸診法

腸觸診法。Die Palpation des Darms 先注意其壓痛。Der Druckschmerz 由其部位之廣狹、可知病之限局或蔓延、如瀰漫性壓痛、且劇甚者、多爲急性汎發性腹膜炎、限局性痛、則多見於右腸骨窩、即迴腸移行於盲腸處、所謂迴盲部、最易受病、患者每訴疼痛、如傷寒腸結核、盲腸周圍炎、蛔突炎等是也、左腸骨窩所發疼痛、多出於降結腸、尤多於赤痢、見之、此外在小腸之限

(癥塊)

局性病、局部發劇痛、且每轉換其部位者有之、在腹下部、每有觸知硬固之癥塊者、六十五圖(五)抵由於硬固之癥塊、*Wopata* 滯於結腸而生、

第六十五圖 內臟積塊而各部所生之癥塊



(a) 持續數週之硬塊係積滯於橫結腸之癥塊、(b) 持續數月之圓形腫瘤係積滯於升結腸之癥塊、(c) 腹線所劃處其部為彌漫性變現由結腸內有大量糞便積壓所致、(d) 為新發之腫瘤係結腸乙狀彎曲部積糞所成者

每排作念珠狀、亦有柔軟可以壓陷者、而硬便之凝塊、每誤為腸之新生物、尤易誤診為癌腫、且投與峻下劑後、糞塊依然不消失時尤然、又在盲腸周圍炎、於迴盲部、可觸知稍稍蔓延之抵抗、或可觸知軟硬不

等、略有境界之腫瘤

腹內蓄有液體及瓦斯時、按之腹鳴、*Das Gurren*, *Borborygmus*, *Gargouillement* 每於下痢時聽之、且在傷寒尤多發於迴盲部、所謂迴盲部雷鳴、*Das Ileocecalgurren* 是也、

大腸之瓦斯膨滿法

更有 *V. Ziemsen* 氏所用之大腸人工瓦斯膨滿法 *Die künstliche Gasauftüchtung des Dick-*

Darms 揭發於此，其法先以 100 至 200 重碳酸 Natron 及 90 至 180 酒石酸，分別溶於水中，隔三分或四分鐘，取三分至四分藥液，從漏斗裝置，使流入直腸，以其膨滿，而大腸之位置形狀廣狹。Bainii 氏瓣之閉鎖，與結腸及隣接臟器之連絡，腸狹窄及閉塞部位，均可推知矣。

然使大腸膨滿時，與其用上述方法，不如自肛門以軟橡皮管，送入腸內，用橡皮吹球，送入空氣爲佳（參照三十五圖）

### 第三 腸打診法

腸打診法，Die Perkussion des Darms 尋常爲鼓音，而強弱及高低，則以腸內容，及周壁緊張如何，而有差異，腸中如積糞多時，發濁音，然大抵尙帶鼓音，又在高度鼓脹，則鼓音消失，代之以清非鼓音，然由打診而判腸之境界，至爲不易，蓋小腸若由瓦斯膨滿時，其打診音與大腸無異故也。

腸腫瘍，以其大小，至於發濁音者雖甚少，但打診時，可以左指深貼於腹壁上行之，(Weir 氏所謂「深打法」)

### 第四 腸聽診法

腸聽診法，Die Auskultation des Darms 診斷上不甚重要，腸中有液體及瓦斯蓄積時，往往由

腸打診法  
鼓音

腸聽診法

腹鳴

振水音

肛門及直腸視診法

外部視診法

內部視診法  
直腸鏡

其蠕動而起雷鳴、雖難患者、尚能聽之、所謂腹鳴是也、習聞者、在腸加答兒、及腸狹窄之際、然腸之鳴動、無論健康病體、皆有發者、且觸壓迴盲部時、往往可驗、又瓦斯之外、有大量液體時、打壓之、亦如胃部、發振水音、於各種下痢症見之、

第五 肛門及直腸視診法

行肛門及直腸視診法。Die Inspektion des Anus und Rectum 時、使患者取背位、兩大腿向腹部屈曲、披開臀肉、使肛門部開大、

肛門外部視診法。Die Inspektion von aussen 應注目者、為暗青色結節、或成爲隆起之痔核、環狀突隆於肛門周圍、及由咳嗽努力等之直腸脫出、或爲扁平隆起、其表面濕潤之扁平 Condyloma、又肛門後面之裂創、此外每見肛門附近皮上、穿有瘻孔之痔瘻等、在痔瘻則以瘻管與內外連通與否、有全痔瘻不全痔瘻之別、不全者、又分爲內外二種、蓋痔瘻多爲結核性、故診斷上大須注意也、

行肛門及直腸內部視診法。Die Inspektion von innen 時、須用直腸鏡。Das Mastdarmspekulum 有諸家所製造者、如 Strango 氏、Kahne 氏、

Ferguson 氏、Kelly 氏等是也、六十六至六十九圖檢查時、亦宜使

圖六十六 第  
Strango 氏直腸鏡



Romanos-  
skopie  
Straus's  
N. Roman-  
oskopie

圖七十六第

Rabou 氏直腸鏡



圖八十六第

Ferguson 氏直腸鏡



圖九十六第

Kelly 氏直腸鏡



患者取背位側位、或膝肘位、且稍努力為佳、由此則可檢知者、為黏膜之色腫脹潰瘍、腫瘍狹窄等、在直腸炎、或直腸膿漏症、結膜紅腫甚着、在結核或梅毒、則可見潰瘍、且梅毒症結後、每見著明之直腸狹窄、而肛門及直腸發生之腫瘍、以癌腫為最占多數云、

視診直腸及乙狀彎曲部、用所謂

Die Romanoskopie 第七十圖所載、為

Straus 氏之 Romanoskop 此器根據

內照鏡之原理構成者、為金屬製之

直管、粗二 cm、長三十五 cm、其內部連

直管、粗二 cm、長三十五 cm、其內部連

直管、粗二 cm、長三十五 cm、其內部連

驗新學 下卷

圖 十 七 第

Das Romanoskop nach Straus



診  
斷  
學  
下  
卷

第六 肛門及直腸觸診法

時，亦使患者取上記體位，以橄欖油或 Vaseline 塗食指，一面輕加迴轉，徐徐自肛門過括約肌務必至直腸高部爲止，送入之，此法不僅用於直腸狹窄、腫瘍等，而檢查直腸周圍組織，及其

圖 一 十 七 第

Straus 氏 Romanoskop

透入之想像圖

閉鎖器後，徐向水平送入直腸，由此直至結腸之乙狀彎曲部，其內景均可視察矣，(七十一圖)



全手送入  
直腸法

括約肌皮  
下伸展法

後部括約  
肌切斷術

直腸探針  
觸診

隣接器官亦用之。如在男子，則用以檢查前列腺，Prostata 膀胱精囊等，在女子則用以檢查內生殖部，Partes genitales internae 及 Douglas 窩等，此窩之觸診，無論男女，均甚重要，自腹壁向未能觸知之腫瘍，或炎症性浸潤之類，亦可於此處觸得之，例如腹腔內之癌腫，包裹性腹膜炎之類是也。

以全手送入直腸之法，自 v. Nussbaum 氏及 Simon 氏創之，在婦科諸病，內嵌頓症，膀胱病等，診斷上亦甚重要，法使患者喫 Chloroform，乘其深麻醉時，先用兩食指及中指，十分開大肛門，使括約肌在皮下伸展後，先送入食指及中指，其次送入全手，所謂括約肌皮下伸展法，subcutane Dehnung des Sphinkters 用此法時，偶或可送至乙狀部，而觸診腹內臟器，但非十分注意，徐徐行之，則直腸因起裂傷，立有不測之險，又有從肛門之後縫際，至尾骨部，Die Gegend des Steissbeins 切離皮及括約肌，以代括約肌伸展法者，所謂後部括約肌切開術，Sphincteromia posterior 行此兩法後，一時難免大便失禁，然治愈較速，不足慮也。

用直腸探針觸診時，亦用橡皮探針，其形狀，與食管探針略同，直腸高部之狹窄，非指所能達者，尤為適用，送入時，其尖端撞著於直腸黏膜之皺襞，或薦骨岬等，有誤作狹窄者，倘加以注意，徐徐送入時，大概可至乙狀部之中央。

欲吹入空氣於結腸，或以洗滌直腸，及結腸之故，每有送入橡皮側管於直腸內者。

腸官能檢  
查法

腸官能檢查法。Die Untersuchung der Darmfunktion 宜注目者、(一)腸之運動檢查法、(二)腸之分泌檢查法、(三)腸之吸收檢查法、(四)腸內容即大便檢查法是也。

(甲) 腸之運動檢查法

腸運動檢  
查法  
腸蠕動亢  
進或曰腸  
蠕動不安  
腸痙攣  
腸排洩之  
狀況(便秘  
或下痢)

腸運動檢查法。Die Untersuchung der Darmmotilität 既於視診及聽診條下述之、其亢進之蠕動所謂腸蠕動亢進、或曰腸蠕動不安、Tormina intestinalium oder peristaltische Unruhe des Darms 可自腹壁目視、其痙攣則可由腸之雜音缺如知之、其次可察知腸之運動官能者、為排洩狀況、即便秘。Die Obstipation 及下痢。Die Diarrhoe 但宜注意者、則食糜雖在常態、亦有於短時間(約一點鐘)通過小腸者、故腸之運動官能遲速、以結腸之狀態為主、加答兒神經機能障礙、此外於判別腸之官能、甚為重要者、則為放屁。Der Wind oder Flatus 於診斷吐糞病、Ileus、腹膜炎等、尤為重要、在此等疾病、以腸閉塞或痙攣之故、每不能洩氣也。

(乙) 腸之分泌檢查法

腸之分泌  
檢查法  
Schmidt  
氏試驗  
法  
Schmidt  
氏試驗  
法  
Schmidt  
氏試驗  
法

腸之分泌檢查法。Die Untersuchung der Darmsekretion 此最不易、以腸在消化時、腸腺之特異分泌物、果能完全供給、且果為有效與否、知之甚難、但其方法雖不完全、而今所用者、有 Schmidt 氏核試驗法。Schmidt'sche Kernprobe 又 Sahli 氏膠囊反應。Sahli'sche Glukoidreaktion 及



Einhorn  
氏小球試  
驗法

粘液分泌  
增多

腸吸收之  
檢查法

檢便法

便通

下痢

Einhorn 氏小球試驗法。Einhorn'sche Perleprobe 等。而在腸內醱酵之某一時、可推知小腸之腺分泌官能、不克完全、但在此時、胃分泌官能如何、亦大有關係、不可不知也。

在急性及慢性下痢症、腸內漿液滲漏增多、但較此尤要者、粘液分泌之增多是也、其粘液或爲凝塊、如玻璃狀、或附著於糞中、或爲純粹之粘液便、來自腸之下部、或爲玻璃狀小塊、混於粥狀便中、呈西米粒狀、在膜狀腸炎、有變爲膠狀管而排泄者、

(丙) 腸之吸收檢查法

腸之吸收檢查法。Die Untersuchung der Darmresorption 以檢便爲主、腸內吸收之障礙、由於運動亢進、腸壁疾患、胰液或膽汁排泄閉止之類、

(丁) 檢便法

檢便法。Die Untersuchung der Faeces 爲各種腸病診斷之最要者、各種病大抵由腸泄物之變化而爲識別、其變化或由攝取之食物、消化及吸收障礙、或由腸內發生之異常成分、或以混入發病原素、寄生蟲或微生物、而檢查大便、首宜知大便通利之度、數、即便通。Die Häufigkeit der Stuhlentleerung oder der Stuhlgang 在健體、約二十四時中一次、粗食之農夫、多爲二次、惟哺乳兒、則一日二回或四回、在病態、則其度數或加或減、前者曰下痢、而後者曰便秘。下痢。Der Durchfall oder die Diarrhoe 爲腸加答兒最要之徵候、大便常稀薄、其原因爲腸粘膜

之器械化學細菌等刺戟、或則感冒、輕者日不過三四回、小兒之腸加答兒、赤痢、霍亂等、最高度者、日二十回、或有更多於此者、下痢便所以稀薄之故、因以腸之蠕動機亢進、妨礙其吸收機能、一則亦由於腸粘膜炎分泌機能之增進、此外或由藥物、或由毒物、使腸之蠕動亢進、或誘起腸加答兒而致下痢者有之。

便秘

常便秘

大便祕塞

便秘時之疼痛

便秘。Die Stuhlverstopfung oder die Obstipation 原因、多以腸蠕動減弱、而內容常積於其中、失却水分、乾燥固結、致通過益形困難、但偶亦有因器械的障礙而起者、如腸之狹窄閉塞嵌頓、軸旋新生物、或外部壓迫之類、其輕度者、多為一時、或成常習、常習便秘。Die habituelle Obstipation) 隔二日三日或四日、便通一次、偶有以腸狹窄之故、便秘亘數週之久者、大便秘塞。Die Obstruktion) 又在腹膜炎、由腸管麻痺而有便秘、往往為其前兆、故診斷上甚為重要、此外頑固之便秘、多見諸婦人、其為 Hysterie 性者尤然。

於此更有應注意者、為便秘時之疼痛、此係肛門、直腸內、或其周圍之炎症性疾患、於肛圍或腹下部所感之疼痛、其高度者、因大量炎症性滲出物、壓迫直腸下部時而發、尤多見諸子宮外膜炎、及子宮周圍炎、又在肛門裂創及直腸周圍蜂窩織炎、亦有起劇痛者、此外則疼痛發於直腸狹窄之由於癌腫梅毒淋病者、在痔核、亦每有疼痛、往往在上記諸症、及大腸炎症、有便意頻數、於赤痢尤然、便秘後尚有劇痛、所謂裏急後重。Der Schilzwang, Tenesmus alvi s. ani

裏急後重

是也，故便通時有疼痛者，須細檢肛門及直腸，不可忽也。

大便失禁

不隨意之大便。排泄。卽大便失禁。Die unwillkürliche Stuhlentleerung, Incontinentia alvi 每見於重病意識溷濁之際，或麻痺，尤以因脊髓病者爲甚者，排泄物稀薄時，更易失禁，反乎此者，爲大便閉止。Die Stuhlverhaltung, Retentio alvi 此由神經作用，其高度者，由於腹肌衰弱，或由

大便閉止

麻痺、

(一) 大便肉眼檢查

大便肉眼檢查

Die makroskopische Untersuchung der Faeces 宜注目者，其量、反應、硬度、形狀、色、臭、氣及其他尤要者，爲異常混和物。

量

(一)量。大便之量，在健體，關於飲食物之量及其種類，純爲肉食者，其量最少，純爲蔬食者，其量最多，是爲常則，每有久秘之後，一瀉多量者，又下痢時，腸之蠕動機亢進，內容吸收甚少，故糞量因之增多，同時腸粘膜分泌機能旺盛者，其量尤多，故最多量之腸排泄物，於霍亂見之。

(二)反應。大便之反應，極不一律，診斷上非必要者，但其反應，大抵爲亞爾加里性，偶有酸性或中性者，其酸性，則由於醱酵而生之脂酸、醋酸、酪酸等，如小兒下痢之類，醱酵盛時，尤爲顯著，但亞爾加里性反應，亦有因亞爾加里性醱酵(蛋白質腐敗)者。

反應

硬度

(三)硬度。以含水多少爲主，尋常大便，爲固形或厚粥狀，秘結時其水分爲腸所吸收，故硬度

硬便  
軟便  
水狀便

加增、頑固便秘後、下堅硬如石之硬便。harter Stuhl 者有之、但腸之蠕動機強盛時、則常下軟便。weicher Stuhl 甚或如水、所謂水狀便。wasseriger Stuhl 是也、多見於霍亂、急性腸加答兒、稀薄之糞便、放置之、固形分沈降而成層、特於傷寒大便見之、但尋常稀糞、亦或可見、惟成層之故、由於尿之混入大便者甚多。

形狀

塊或曰  
兔糞

色

(四)形狀。大便之形狀、關於硬度、惟固形者保持其形狀、常糞有如蠟腸、亦有作球塊者、所謂糞塊、或曰兔糞、Skäpalle 而大腸下部狹窄、且起原於癌腫者、每見小塊狀、或壓平如羊糞之糞塊、但在單純秘結、毫無狹窄者、亦或見之、若狹窄部在高處者、則於大便形狀、毫無影響矣。

(五)色。大便之色、在成人、常為黃褐色、或褐色、主要由於膽色素之分解產物、但其色關於飲食物種類者不少、以食肉為主者、稍帶暗色、多食蔬菜者、色稍稀淡、哺乳兒之便、常為卵黃色、又一定藥物能使糞便變色、如內服鐵劑時、則為褐色、或黑綠色、服蒼鉛為黑色、甘汞為綠色、服大黃則呈黃色或黃褐色之類、但在頑固便秘、則常帶暗黑色、暗褐色或黑色、此外由膽色素之過不及、每使大便呈異常之色、特如小兒腸加答兒所見之綠色稀便、由於膽色素多量未分解之先、即被排泄之故、又在黃疸、則膽色素缺乏、便中因此含脂、故大便呈污穢灰白色、所謂粘土色、而多量下痢時、膽汁之量雖同、以流動物過於多量、致大便失其黃褐色、益加稀薄、如在霍亂大便失其本色、而為無色、或米泔狀之類是也。

常便、無含不變之膽色素者、但在小腸加答兒、至一定度為止、含有此種色素、由 Mering 氏試驗法、參看檢尿法、易於鑑識也。

大便混有血液時、(血便 *hämige Stuhl*) 呈赤色、亦褐色、類赤色、以其混和之狀態、略可推知出血部、即出血部愈在腸之上段時、其混和愈親密、分解亦愈多、惟分解之度、與血液之量相關、量愈多、則變化愈少、在胃或小腸最上部之出血、大便為暗赤褐色、呈 *Thonerde* 之觀、但此變色、是否由於血液混和、宜用分光鏡檢查、或化學血色素反應確定之、在腸出血、則血液惟混於大便表面、其變化常極少、

*Hemin* 試驗、僅含有血色素之際始現出、如大便中血液者、血色素容易變化、縱含有之、而其試驗每為陰性、此亦不可不知也、

血便、多由傷寒、赤痢、直腸之梅毒性潰瘍、結核性腸潰瘍、癌腫胃及十二指腸之潰瘍、或因腸靜脈過盈之破裂、痔、肝硬變症、此外於日本住血吸蟲、肝二口蟲、及各種血液病見之、

(六) 臭氣、大便之臭氣、固不待言、主要由於糞素、(*faeces*) 其他如揮發性脂肪酸、及其餘腐敗產物、並硫化水素、亦與有力、若防腐性之膽汁、流入腸內、有妨礙時、則大便發可厭之腐敗臭、小兒腸加答兒持久時、大便有惡臭、在直腸之癌腫性、及梅毒性潰瘍亦然、但在劇甚之下痢、則糞臭全失、如霍亂之米泔便是也、

異常混和物

飲食物成分

定義下列

(七)就異常混和物而言、宜注意左列各項、

(a)飲食物成分、*Nahrungsbestandteile* 食全不消化之物、如櫻桃核葡萄核植物纖維等、常排

出於便中、但大便內亦見可以消化之殘物、如肉片乾酪澱粉質、古人所謂完穀下利、*Die Lian*

*stige* 此病常起於小腸或胃之消化障礙、(小腸或胃之加答兒)於熱病性消化不良、及蠕動機

充進因下劑故亦見之、

此外大便中混有多量可消化食物者、偶於胃及結腸間異常交通時、(因胃潰瘍穿孔)見之、

(b)粘液、*Schleim* 在健腸、造粘液甚少、常便中所未見、但排出多量硬便時、因一時腸粘膜之

刺戟、其分泌增進、輒見粘液附著於糞塊、但 *Nothnagel* 氏以為硬便上略有粘液小片、尚不失

為常態、然果混有多量時、粘液便、*schleimiger Stuhl* 則係病態、常為大腸加答兒之徵候、他如

小圓形、類似西米粒之粘液小塊、亦多出於大腸、固形糞塊外部、附有稠厚粘液者、亦必由於

大腸加答兒、慢性症尤然、稀便中混有許多粘液者、為急性腸加答兒、犯及大腸所致、於赤痢

亦可見之、

有為圓柱狀管、全成於粘液、或其一部為纖維素、而宛然為大腸模型者、此名腸塞、*Dar-*

*minfarkt* 偶見諸慢性大腸加答兒、排泄時多兼劇痛、即粘液疝痛、*Die Schleimkolik* 是也、

又固形糞塊上、附有平均微細之粘液時、可知為小腸加答兒、稀便中所混之粘液、亦均出於

結液痛瘰

結液便

結液

結液痛瘰

米泔汁便

水狀便

膿汁便

腐

脂便

膿

膿便

血

血便  
潛出血

小腸者在霍亂，大便稀薄如水，其中混有粘液小片，所謂米泔汁便。Der Reisswasserstuhl 是也。

水狀便。wässriger Stuhl 既如所述，亦見諸急性腸加答兒及赤痢，以下痢過劇，糞便全行排泄，且其中含膽汁者有之。

大便中有不變色之膽色素者，曰膽汁便。galliger Stuhl 特見諸小兒之急性腸加答兒，其糞便呈純黃色、綠黃色、或綠色。

(a) 脂。Fett 脂在常便中，惟由鏡檢可以知之，但在黃疸或胰腺病，則便中含脂多量，肉眼易於識別，所謂脂便。Der Fettstuhl 是也，其大便有一種光澤，而性粘稠，含量極多時，呈粘土色、帶白色之光彩。

(b) 膿。Eiter 大便所混之膿，多見諸直腸潰瘍、赤痢、直腸梅毒癌腫等，大腸最下部之加答兒（混有粘液）及膿瘍之破開於直腸中者，肝膿瘍骨盆內結締織炎，或因子宮外膜炎等，有時大便純為膿汁（膿便。eitriger Stuhl）故下腹熱性病，確診其化膿者，或有化膿之疑，而體溫俄然下降時，必須檢查大便（尿亦然）也。

(c) 血。Blut 見於大便中之血液，若為多量時，肉眼即易識別，為明白之出血。manifeste Blutung 等常稱為血便。blutiger Stuhl 若使出血甚少，僅由化學檢查，始可證明者，曰潛性出血。Die occulte Blutung 此在診斷，尤為重要。

膽石

(f) 膽石 Gallenstein 每兼有劇甚之痛痛發作、膽石疝痛及黃疸症、或由膽囊、或自肝內膽道、(即肝內膽石 intrahepatische Steine 較其他極為微細、此罕見者、經輸膽管而至腸內、故每遇下腹痛痛、且併發黃疸者、或在一切黃疸症、必檢其便中有無膽石、偶有膽囊壁與結腸愈着、其處生穿孔、而膽石排入腸中者、

Cholesterin 石

檢索膽石時、以大便入器中、若為硬便、可加水、粉碎而攪拌之、結石表面滑澤、呈不正多角形、其主要、成於 Cholesterin (所謂 Cholesterin 石) 亦有含膽色素者、

腸石

(g) 腸石 Darmstein 此絕罕見、主要由固形異物而生、如果實之核、或不消化性食物片周圍、有石灰及 Magnesia 鹽類沈着等、時亦有在腸中(尤多者為蚓突中)自生者、

腸之組織成分

(h) 腸之組織成分、Gewebestandteile des Darmkanals 劇甚之腸炎、及各種潰瘍性腸病、偶見於大便中、在赤痢性腸潰瘍、有見粘膜片者、

動物性寄生體

(i) 動物性寄生體、tierische Parasiten 之主要者、為蛔蟲、條蟲、蟯蟲、鞭蟲、二口蟲等、但此等全由顯微鏡發見蟲卵為常例、故詳見顯微鏡檢查條下、

(二) 大便之化學檢查

大便之化學檢查

Die chemische Untersuchung der Faeces 應用於診斷者甚少、舉要如次、

蛋白質

(一) 蛋白質 Albumin 傷寒、赤痢、其他單純性下痢、便中有之、檢查時、以 1% 食鹽水、并大便、



放置數時間後，濾過之，用濾液施蛋白試驗，詳檢尿法中可也。

(1) 血色素，Blutfarbstoff 有兩種時候，可於大便中證明之，第一即在肉眼上已呈暗黑色，雖大約知其由於血液混合，而更須鑒證時，第二大便外觀雖如常，須證明其中有無血色素時（所謂潛性出血）是也，第一種所欲檢之大便少量，混以水，取其小滴，照前章吐物檢查條下所述方法，行 Hemin 試驗或 Heller 氏試驗可也。

大傾中極  
少量之血  
Wohlar 氏  
法

尤然，而有無自口鼻出血，及有無肛門裂創、痔核之類，亦不可不豫為檢定，夫然則可用 Wohlar 氏法，以試驗便中血液，法以固形便約二〇〇，或二五〇之液狀便，液狀便（倘呈酸性反應時，加曹達濃液一二滴，使為亞爾加里性，加酒精 Aether 等分之混合液，約四倍，置乳鉢內研碎後，以鬆疎濾紙濾過之，其渣初用酒精 Aether，次則兩回用 Aether，以玻璃棒拌而洗之，最後之洗液，幾於無色，於是以二十 cc 之冰醋，加於渣中，拌以玻璃棒，其濾液再注於渣上，以玻璃如前拌之，所得濾液中，血色素或 Haematin，變為酸性 Haematin，而溶存於其中，然後取含有 Haematin 之抽出液，置分離漏斗中，加二倍或三倍 Aether，再加半容量之水力振之，則酸性 Haematin 移行於 Aether 中，靜置之，則 Aether 層與水溶液劃然分離，於是除去水溶液後，更加水少許，力振之，取其 Aether 之一部分，置清淨試管中，加新製之愈痔木丁幾十滴，及

Oron 化之 Talebin 油二三十滴、液中含有血液時、漸呈青色、且每為紫黃色、或帶綠色、又檢查時、取 Aether 抽出液之一部、以 Ammonia 水處置之、可行分光鏡檢查、含血色素時、則呈酸性 Hamatin 之分光像、但大便中之血液試驗、宜用下列二法、

Die Benzidinprobe 製 Benzidin 酒精溶液、混以少量之過酸化水素、(三〇%) 加入含有血色素液體時、則現青色、

Die Aloinprobe 用 Aloin 酒精溶液、與過酸化水素、與前法無異、惟在此時、不現青色、而代以深赤色耳、

宜注意者、此等着色反應、不僅血色素、即若鉛鐵銅之鹽類、及葉綠素之大量乳汁等、亦有呈陽性反應者、

(三)膽色素 Gallenfarbstoff 見諸健全之胎便、及成人之小腸加答兒、鑑別時、加水於大便拌之、放置數時後、漉過、所漉液或殘渣、檢查 Mering 氏反應、法見檢尿管、

(四)凝結物 Konkrement 須先辨其為膽石、Gallenstein 抑為腸石、Darmsstein 檢時、以可檢物入乳鉢研碎、其粉末二分之、所半量、暫在水中煮沸後、長久置酒精 Aether 中抽出之、取上層液、使之蒸散、若為膽石、常含有 Cholesterin、故常為白色有光之物質、沈於器底、若為 Cholesterin、在鏡下呈特異結晶、易於鑑定、七十二圖)其次於抽出時殘留之物質、可加稀鹽酸、若生氣泡、

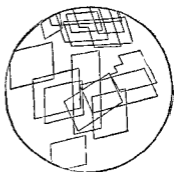
凝結物  
(膽石及  
腸石)

膽色素

Aloin 法

Benzidin 法

Cholesterin 結晶



可知其含有炭酸石灰，又檢查膽色素時，使混和物溶解，以 Chloroform 抽出之，則膽色素為 Chloroform 所攝取，或可用此液檢查 Gmelin 氏反應。

由上述檢查，不能見 Cholesterin 時，更取所餘粉末，加稀鹽酸，含炭酸石灰時，則發氣泡，暫時溶解後，濾過之，濾液略加安母尼亞，使為亞爾加里性，含有三層磷酸鹽時，則析出特異之披蓋狀結晶。

腸石

由以上檢查，發見 Cholesterin 時，可知凝結物純為膽石，發見三層磷酸鹽時，知為腸石，而炭酸石灰，存於兩種結石中，但胰石 Pankreasstein 之構成，則以炭酸石灰為主。

(三) 大便之顯微鏡檢查

大便之鏡檢

大便之顯微鏡檢查 Die mikroskopische Untersuchung der Faeces 檢時取大便一小部，加水或

○八%食鹽水細分之，稀便則可不加，暫時放置，各從其目的，取一小部鏡檢，其擴大雖宜，強度，但檢查寄生蟲卵時，則用中等度擴大可也。

不消化性食物成分

(二) 不消化性食物成分 unvertaunliche Nahrungsbestandteile 無論何種糞便中，必有此種成分，雖以食餌之品質而有多少，但大抵為植物性細胞膜及彈力纖維等。

第七十三圖

最大之顯微鏡全圖

(Jaksch 氏)

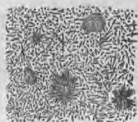


- a. 肌纖維
- b. 結締織
- c. 上皮
- d. 白血球
- e. 蠟花狀細胞
- f-i. 種種植物性細胞
- k. 三層碳酸鈣晶
- l. 石細胞(植物質)其間可見許多微生體

有障礙，但如肌纖維，有尚見橫紋者。結締織、澱粉、粒脂球等，顯微鏡之小分子，雖常便中，亦稍有之。七十三圖此等成分，若為多量，則可認為病變，而為小腸或胃有消化障礙之徵，且肌纖維小片，及許多大便成分，鏡檢上呈濃黃色者，因便中尚有不變化之膽汁，亦為小腸加答兒之徵，此外有三角玻璃狀塊、脂滴及針狀結晶，每於大便中見之，而玻璃狀片塊，多見於健體，每呈黃色或黃赤色，若為脂或脂酸時，加硫酸熱之，可見其化為脂滴。(Miller 氏)若飲乳，故小兒便中，多脂滴或服肝油，筵麻油時，大便中多含脂滴，而於有腸

可以肉眼明辨時，足知其小腸消化

圖四十七第  
鏡之類汁體無  
(晶結脂)見另下



加答兒者特甚，又針狀之脂結晶。七十四圖診斷上應加注意，其數多時，即為脂吸收有障礙之徵，或為膽汁難於入腸，或為各種腸炎、結核、澱粉變性，其他或由於腸系膜（即腸間膜）之疾病、脂之消化，以胰腺摘出而著明減少，或乃停止，故在慢性脂下痢症，不可不注意腸之疾患。

此外在大便中，更有由食物分解而生之各種類敗物，*Detritus* (三)來自腸管之混和物，*Aus dem Darmkanal stammende Beimengungen* 僅微之黏液，常見於

圖五十七第  
皮上層之變已



便中，玻璃狀黏液小塊，亦出於植物細胞，但黏液，據肉眼檢查可也。便中每見兩三圓柱上，皮多變性為黏液狀，其最多者，為腸加答兒之徵，在慢性大腸加答兒，且在黏液疝痛時，頗見許多圓柱上皮，又在腸癌，則大便中可見磚狀上皮，或類似圓柱上皮之細胞，此外在新鮮血便，或膿便中，可見許多血球，或膿球。  
(四)結晶及鹽類，*Kristalle und Salze* 除上記脂結晶外，健體及病體糞中，每混有結晶，即磷酸安母尼亞 *Magnesia* (所謂三層磷酸鹽、

尋常爲棺蓋狀結晶，中性磷酸石灰之結晶，更有種種形狀之其他石灰鹽類，有時並可見在赤痢傷寒腸結核十二指腸蟲病等，Cholesterin 板 Charcot-Layden 氏結晶等，又服蒼鉛製劑時，便中有類似 Hemin 之結晶，此硫化蒼鉛之結晶也。

動物性寄生蟲

(五)動物性寄生體。tierische Parasiten 棲息於腸中之寄生體，有全然無害者，亦有甚足爲害者，因此誘起各種障礙者不少，但有害之寄生蟲，或其卵之檢查，往往付諸等閑，故不能探知某種疾病之原因，而施治方針，爲之眩誤者，屢見之，此實地醫家所最宜戒心者也，職是之故，若因腸寄生蟲之障礙及症狀，既經顯明，或一切腸疾患之徵候存在時，固不待論，他如各種貧血症，以及種種神經障礙存在，而病原不明者，必先細查大便，視其有無寄生蟲，但此檢查，初非易事，雖發見條蟲節一片，而費却若干時日者，往往有之。

腸內寄生蟲，每偶然排出，或服驅蟲劑後，與大便一同排出，其檢查尋常以蟲卵爲主，寄生蟲有種種，大別之，爲(一)條蟲類，(二)圓蟲類，(三)吸蟲類，及(四)原蟲是也。

條蟲類

(甲)條蟲類。Bandwürmer, Cestodes 屬於蠕蟲。Würmer, Vernes 占居於全小腸內，多屬無害，時亦有起腸加答兒貧血症，種種神經障礙者，甚者發癩痢狀瘰癧。

Soles 節片

條蟲成於一甚小之頭及頸部(二者合稱爲 Soles)及多數之扁平節片，Proglottiden 其成熟之下端，雖脫落不已，而 Soles 存在時，更由此生出新蟲體，此蟲以特有之吸盤 Saugnapfen

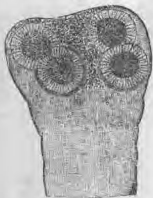
吸盤

第七十六圖  
無鉤條蟲

固着於小腸壁上。

寄生於人體之條蟲，吾人所應注目者如次。

(A) 無鉤或巨頭條蟲，*Taenia medicamentaria* s. *cinata* (七十六圖) 爲長大條蟲，達四至九寸，頭亦大，有大吸盤四，不具吻狀突起及鉤叉，惟中央有一額吸盤，頸短，立即移於節片，其成熟者，



B



C



D

片(D)蟲頭

倍(C)成熟之頭

大(B)條蟲頭(六

(A)無鉤條蟲自然



A

胞囊蟲

(圖中A)縱徑一六至二〇mm，橫徑算作五至七mm，子宮自其縱行管生許多分岐，纖細而作二枝，生殖門C隔之B在其側，此蟲棲於小腸，尋常單獨存在，但於一患者，有見三條至七條者，無鈎條蟲，則到處蔓延，蟲之中間宿主為牛，所以寄生於人之腸中者，以食生牛肉，或牛之心、肝、腦等胞囊蟲。Cysticercus cellulosae 達於胃中，脫膜為胃液消化，其頭部入腸而為成蟲，此蟲在日本亦多見，其數在廣節裂頭條蟲之次，而胞囊蟲則尚未在人體內發見云。

有鈎條蟲

第七十圖 有鈎條蟲



(A)有鈎條蟲  
頭部大 (B)  
有鈎條蟲成熟  
節(六倍) (C)  
蟲卵(放大)

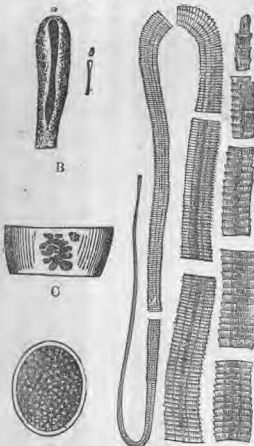
無鈎條蟲之卵，七十六圖D具厚皮殼，有文如小桿，卵為橢圓形，縱徑算作〇〇三五mm，橫徑約〇〇三mm。

(U)有鈎條蟲，*Tenia solium* (七十七圖)之已發育者，全長二至三m，首大如鼻針頭，呈梨狀，具四吸盤，上端突出如吻，吻狀突此部有大小鈎又二列，頸長約三cm，為絲狀，下連其體，則盡為節片，其節距首愈遠，則愈長大，節片縱徑，九至一一mm，橫四至六mm，各節片具雌雄兩性，中央有子宮，生側枝，約有七條至十二條，更分岐如樹枝，各節片之側



第七十八圖  
裂頭條蟲

緣，有生殖門，(B圖之a)此蟲在人體，必寄生於小腸內，頭常懸着於其始部，有鉤條蟲，在歐洲常見，而在日本則罕有之，胞囊蟲寄生於豚肉，故生啖豚肉時，其被膜為胃液消化，僅頭部所成之幼蟲，游離而達小腸，遂於此變為成蟲，胞囊蟲若在人體時，即發所謂胞囊蟲病，Die Cysticerkenkrankheit 其占居部，為筋肉、腦及表皮，有鉤條蟲之卵，七十七圖C，稍作橢圓形，長約0.0三六mm，幅約0.0三mm，其成熟者，有極厚



(A) 裂頭條蟲  
自然大 (B) 頭  
蟲頭 (a) 膨大者 (b) 自然大  
(C) 成熟之節片 (六倍大)  
(D) 蟲卵

廣節裂頭  
蟻蟲

之皮殼上有放射狀細線，卵內已可見子蟲之鈎突。

(c) 廣節裂頭蟻蟲 *Bolitocephalus latus* (七十八至八十圖) 爲人體寄生蟲之最長者，全長可達五至九 mm，頭之縱徑約二 mm，幅約一 mm，兩側有裂溝，爲吸盤之用，頸纖長而節片短厚，縱徑三至四 mm，幅一〇至一五 mm，至末端則縱徑減少，橫幅增加，幾成方形，生殖門在節片中央面上，子宮形狀，疊如葡萄簇。

此蟲在日本最常見，以淡水魚或間水魚爲食品地方尤多，蓋其胞囊蟲，多在鮭、鱒等生肉中之故，其中有闊至六 mm 或八 mm 之頭部，與魚肉共入腸中，不出數週，發育而爲成蟲矣。

偶有因條蟲而貧血者，謂係 *Cholerae* 油酸 *Escher* 之中毒云。

裂頭  
蟻蟲

裂頭蟻蟲 (Lenckart) 第七條 第十條 第九條 圖盤



第八條 第十條 幼蟲之蟻蟻裂



大

(b) 原

然大



(a) 自

裂頭條蟲卵(七十八圖 D) 爲橢圓形，有殼，爲茶褐色，縱徑 〇・〇七 mm，橫徑 〇・〇四五 mm，一端有蓋，含粗大之粒狀內容。

於此尚須附記者，爲 *Ligula* 裂頭條蟲，即 *Manson* 氏 *Ligula*，或曰 *Manson* 氏裂頭條蟲 (*Isolothrocephalus liguloides*, *Ligula*

*Mansoni*, *Isolothrocephalus Mansoni*) (八十

圖二十八 矮小條蟲

圖一十八第 Ligula 髮頭條蟲

診斷學 下卷



- (a) 蟲頭
- (b) 未成熟之片節
- (c) 成熟之片節
- (d) 矮小條蟲之白然大
- (e) 卵
- (f) 卵



- A 氏
- B 氏
- a. Loucar
- b. Kobard

片分界及生殖器，不可見，末端細小，前端擴大，突作乳嘴形，頭在其前，有二吸盤，略向內凹陷，千八百八十一年，Schubert 氏在日本從尿道

中發見，其翌年，Manson 氏於中國人之患赤痢，及食管狹窄，且有陰囊象皮病者，手術後死亡之尸體中發見，胸腔及腎臟後部之腹膜下，結締織中，其後在日本發見者亦不少，飯島村甲

西村三宅諸氏，

(d) 矮小條蟲，*Taenia nana* (八十二圖為條蟲中最矮小者，全長約一五 mm，幅 〇五 mm，後部最闊，向前漸狹，節片非擴大不能見，數約百九十至二百個，終末之二十至六十個，呈黃色，中有成熟之卵，最

終之三四個，失其卵而縮小，其球狀之頭上，直徑 $0.3\text{mm}$ ，有吻狀突及圓吸盤四，其吻突，為單列之鈎環，成於二十二至二十四小鈎，此蟲在埃及等處，曾於人之腸中發見，在日本，有山崎三浦兩氏，發見於人體中，井上博士亦在日本千葉縣，於十七歲女子，曾有此實驗云。

矮小條蟲，生活於小腸，深入黏膜內，能起著明變化，大抵羣集而生，其數自四五十至四五千之多，好侵小兒，其胞囊蟲在鼠之腸絨毛中。



a



(a) 片節  
(自然大)

(b) 片節  
(十二倍大)



c

(約二百倍大)

(c) 斷

殼甚厚，有內外二膜，自內膜兩極起，有向外之縱線膨隆部，屈光甚強，兩膜中間，為透明之玻璃狀體，其內可見彎曲之纖維，卵之大小，長 $0.4$ 至 $0.8\text{mm}$ ，闊 $0.3$ 至 $0.39\text{mm}$ ，Molens氏據山崎及三浦氏之說，則謂其縱徑為 $0.5$ 至 $0.7$ ，橫徑為 $0.4$ 至 $0.9\text{mm}$ 云，其子蟲，有鈎六個。

(e) 卵。圓條蟲(瓜實條蟲) *Taenia cucumerina* (八十三圖縱徑五至二十 $\text{cm}$ ，橫二 $\text{mm}$ ，頭稍長，有鈎又六十，至末節稍帶赤色，每六個至十五個，集合於斷內，此蟲雖多寄生於貓犬，而人體亦有之，且寄生於小兒者不少，(Lorenz氏)

第八十三圖  
卵 四 條 蟲

(f) 狗絛蟲, *Taenia echinococcus* (八十四至八十五圖) 與其他不同, 胞囊蟲存於人體, 故人類為

第四十八圖  
(信八) 蟲體幼



換白安犬類  
中者終末之  
節片已成熟  
行且脫落突

第四十九圖  
節片之熱成  
那蟲包之熱成  
(信百六)



(a) 有六  
鉤之胎蟲  
(b) 卵膜  
(c) 蛋白  
質性之粒

其中間宿主, 入大體後,  
始發育為成蟲, 大不過  
四五mm 頭小有許多小  
鉤, 四吸盤, 一吻狀突, 節

片三四個, 其終末者成熟, 卵膜或節片, 在人之胃中消化, 游離之包囊蟲即包蟲, 穿通腸管, 由血行及淋巴行, 入於體組織, 且入肝脾腎等, 而變為胞囊囊包, 包蟲偶侵入人之腸內, 其囊胞在腸內破裂, 或腸之隣接器, 如肝之包蟲囊胞, 穿破入腸時, 便中可見其鉤及胞膜, 上卷第百五十九圖及百六十一圖

(乙) 回蟲類, *Rundwurm*, *Nematoden* 亦屬蠕蟲, 為圓筒狀, 僅有輪狀外皮, 不具關節, 前端偶有

乳頭, 或具尖牙, 雌雄異性, 雌蟲大於雄蟲而數多, 此為腸寄生蟲中最多見者,

(a) 蛔蟲, 尋常蛔蟲 *Ascaris lumbricoides*, *Gemeiner Spulwurm* (八十六圖) 為白色或帶赤白色之圓柱狀蟲, 酷似蚯蚓, 雄者長二五〇mm, 雌者達四〇〇mm, 在小腸中, 尋常毫無障礙, 或偶有病痛, 如食思不振, 善餓, 乾嘔, 腹氣, 腹痛, 流涎等, 時或見種種不快症狀, 小兒尤甚, 其中有起神經系之症狀者, 鼻腔痒, 睡孔不同, 偶或眩暈, 失神, 視聽障礙, 斜視, 呃逆, 甚者有癲癩及痘瘰發作

第八十六圖

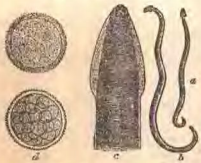


(a) 自然大之蟲體  
(b) 頭部  
(c) 卵

等、嘔吐強劇之際、蟲每入胃、後即吐出者、偶或入輸尿管、發頑固之黃疸者有之、譯者曾見蛔蟲穿入腸肌層者、近日本福岡大學衛生教室、方從事於此、將來蛔蟲一項、必為絕大問

題、此外則蛔蟲多隨大便排出、偶有自出肛門者、睡眠時尤然、蛔蟲之入人體、因一定時、在水中或濕地發育之蟲卵、混於野菜果實飲料水、遂達腸中、其蔓

第八十七圖



(a) 雌蟲  
(b) 雌蟲  
(c) 頭部  
(d) 卵

延、多由飲食不潔、特於小兒及精神病者見之、蛔蟲卵(八十六圖c)為圓形或橢圓形、有殼二層、直徑〇〇六至〇〇七mm、內容成團、為暗黑粒狀被厚殼三層、及表面凹凸之蛋白質膜、尋常以膽色素之故、呈黃褐色、

醫學博士三浦西內等、發見其內容及被膜、與常卵不同者、研究之結果、謂係未受精之蛔蟲卵云、明治三十五年三月發行之東京醫事新誌千二百四十

九號)

有所謂貓蛔蟲者。Ascaris mystax, Katzenpulwurm 亦蛔蟲之一種。(八十七圖)尋常寄生於貓犬腸內。偶亦見於人身。雖與常蟲酷似。然甚小。雄蟲縱徑為四五至六〇mm。橫徑為一mm。雌者縱一二〇、橫一七mm。頭部兩側有翼狀體。(八十七圖b) 卵。(八十七圖d) 為圓形。較尋常蛔蟲卵稍大。殼皮有許多小凹陷部。

(b) 鏡蟲。Oxyuris vermicularis, Priemenschwanz, Madenwurm (八十八圖) 為白色絲狀小蟲。雄蟲

第八十八圖 蟲 類



- (A) 自然大
- (b) 雌蟲
- (c) 二個雄蟲
- (B) 那大者
- (a) 成育之不
- 孕雌蟲
- (b) 雄蟲
- (c) 有卵于之
- 雌蟲

長二至四mm  
厚〇.二mm, 雌  
蟲長一二mm,  
厚〇.四至〇.  
六mm, 頭小有  
口唇三個, 雌  
蟲有二子宮,  
陰道開口於  
上半身, 雄蟲

陰斯帶 下卷

則其尾向腹面卷縮。

蟯蟲之入人身，多由食物、果實及野菜尤甚，或不潔之指，而蟲卵達於消化器官，卵殼為胃液所溶解，胎蟲達小腸，交接而至盲腸，卵熟時，雌蟲至大腸產卵，蟲多寄生於大腸，小兒尤甚，其中多占居直腸部，時亦有出自肛門使肛

圍發痒者，肛門癢痒症，時或入陰道，或入包皮，與以極甚之刺戟，於其處誘起充血、癢痒、炎症等，且如幼女之陰門炎，原因於此蟲者不少。

(a至o) 卵黃之分體 (f至h) 有幼蟲之卵

蟯蟲卵(八十九圖)為不正之長卵圓形，縱

徑〇〇五mm，橫徑〇〇二至〇〇三mm，一

端稍扁平，又一端略尖，有二層鮮明之殼，

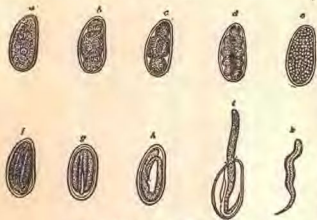
(c) 鞭蟲，*Trichocephalus dispar*, Peitschen-

*wurm* (九十圖)長四至五cm，上身細如絲，

下身粗大，宛如鞭狀，在大腸，尤多住於盲

腸中，往往羣生，然不因此而有寄於人體。

第九十圖 (Heller 氏)





第九十圖



腸者，雄蟲長六至一〇mm，雌蟲長一〇至一八mm，兩性均有口腔，背緣兩側各有一鉤狀齒，腹緣兩側，則各有二齒，由此固着於腸黏膜面，如吸角然，吸取血液以爲營養，其在人身之多寡不一，自十五至三千，或有在此數上者。

醫學 下卷

鞭蟲。卵九十個B爲長卵圓形，前後兩端，有特異之隆突部，縱徑〇.五至〇.〇六mm，橫徑〇.〇二mm，有厚殼，爲黃褐色，內容呈細粒狀，其卵在檢出十二指腸蟲卵時，每先見之。

(A)鞭蟲自然

(B)十二指腸蟲

*Anchylostoma duodenale*, *Strongylus duodenalis*, *Pallisterium*, *Dochmius duodenalis*,

瑞士國及熱帶地方礦夫密工等，經驗最多之寄生蟲，在日本向亦於各地見之，蟲常在小腸上部，亦有在空腸及迴

(A)雄蟲

(B)雌蟲

(a)雄蟲

(b)雌蟲

(c)雄蟲

(d)雌蟲

(A)雄蟲

(B)雌蟲

(a)雄蟲

(b)雌蟲

(c)雄蟲

(d)雌蟲

(A)雄蟲

(B)雌蟲

(a)雄蟲

(b)雌蟲

(c)雄蟲

(d)雌蟲

第九十圖



(a)雄蟲  
(b)雌蟲  
(c)雄蟲  
(d)雌蟲  
(e)頭  
(f)卵  
(g)大者

十二指腸蟲卵(九十一圖)為橢圓形、被透明薄殼、其縱徑 $0.5$ 至 $0.6$ mm、橫徑 $0.3$ 至 $0.4$ mm、內容稍類褐色、起初分割為二、四、六、各個細胞、若在濕地或水中、得一定之溫度、則卵內容發育孵化、脫皮一次、即變為被囊幼蟲、*encystierte Larve* 游泳於水中、自皮而入人身者、尤數見也。

此蟲多為一種貧血症之原因、所謂十二指腸蟲病、*Die Anchylostomiasis*

略述其主徵如左、其症狀

固有輕重之差、但全身呈類黃蒼白色、而尤著、眼瞼結合膜、及口唇

黏膜、雖呈蒼白色、而皮下脂及肌

肉、仍為常態、患者有眩暈、耳鳴、心

悸亢進、全身倦怠等症、又每訴口

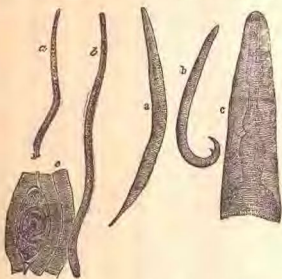
渴、而食慾則無減損、或反有增進

者、大便或秘或下痢、而下肢浮腫

者不少、

圖二十九第 *Anguillula stercoraris*

圖三十九第 旋毛蟲(Jacksch氏)



(a) 雄蟲

(b) 雌蟲

(c) 顯

(a) 雄蟲

(b) 雌蟲

(c) 顯

上之雌蟲

(c) 肌旋

毛蟲

據近時研究，十二指腸蟲病性貧血，不獨以寄生蟲自人身吸取血液，更以其寄生而起一種毒物之作用，血液檢查上，常見Basophilic細胞增多云。

Anguilla  
strenuosa  
Cuvier

(a) *Anguilla strencuosa* (九十二圖) 爲縱徑三mm以下厚〇〇四mm之小蟲，以占居小腸爲主，全屬無害，但其卵酷似十二指腸蟲卵，故易誤認，惟較此稍長，且多橢圓，兩端稍銳耳。昔Davis氏當研究十二指腸蟲卵發育時，豫期發生十二指腸蟲之卵，乃有二次發生此蟲云。

旋毛蟲

(f) 旋毛蟲，*Trichina spiralis* (九十三及九十四圖) 見於腸或肌肉內，腸旋毛蟲雖絕罕，然有時在旋毛蟲病，*Dia-*

吸蟲類

第九十四圖



人 *Trichinosis* 初期，於大便中見之，其大不過蟻蟲三之一，故肉眼幾不能辨，之  
 腸(丙)吸蟲類，*Saugwürmer*，*Trematodes* 扁蟲，平無關節，寄生於人之膽管及腸中者，屬

於二口蟲，有兩吸盤，一爲口吸盤，多在前端，一爲腹吸盤，在腹面正中線上。  
 (a) 寬形二口蟲，*Distoma spathulatum* 地方病性二口蟲，*Distoma* (九十五圖) 形態細長，爲葉狀扁  
 平面透明之吸蟲，縱徑一·七五 mm，橫徑二至二·七五 mm，亦有較大者，體平滑無刺，口吸盤較  
 腹吸盤稍大，生殖門在腹吸盤之前，日本人膽管中，亦見此蟲，明治十六年，始於岡山縣發見，  
 次則 *Enoz* 氏亦有報告，其後日本各地均見之。



岡山地方患本病者之症候，爲貧血腹水胃腸症，下痢或便秘，其他爲季肋部壓感，壓痛等，經

(A) 背面

(B) 腹面

(均十五

倍)(C)

子宮內之

卵(D)子

蟲

過極慢，漸次衰弱以爲常，是時肝臟或肥大或萎縮，檢大便秘時，必見蟲卵。九十五圖C呈帶褐黃色，爲圓形小卵，具重複界線，一端鈍圓，一端稍銳，其尖端有小蓋，縱徑約 $0.028$ 至 $0.03$ mm，橫徑 $0.016$ 至 $0.017$ mm，卵殼內有二三小體，一爲粒狀類三角形，位於蓋側，一在其後，爲粒狀橢圓形，其側有發光之棒狀體。

子蟲九十五圖D爲長橢圓形，前端具乳狀突，全面簇生纖毛，其發育業於子宮內開始，寬形二口蟲，寄生於肝臟，且多在大小膽管內，但卵非在人體內直接孵化發育者，必須一度

入於水中，觀子蟲被有纖毛可知。

蓋游泳於水中之子蟲，一入人胃，

雖即死滅，若一旦入於中間宿主

軟體動物內，則形成有腸種子囊。

*Beitia*或無腸種子囊，*Sporeystal*囊中即生幼蟲，所謂 *Cercaria* 者，九十六圖既入人體，乃成母蟲，

其走入人體之徑路，雖種種不同，要由於含有幼蟲之飲水，或幼蟲附着之蔬菜、食器等，爲之

媒介，據井上博士之說，謂岡山縣內兒島郡，都宇郡諸村，皆本病最多之處，難得善良之飲水，

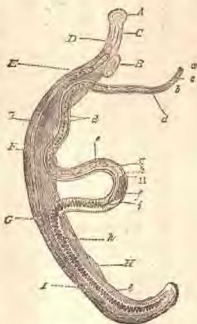
雜用水，及飲料水，多用溝渠之水者，則罹病最多，此外如水草及魚貝，亦爲此蟲侵入之媒介。

(b)日本住血吸蟲，*Schistosomum haematobium japonicum* (桂田博士)九十七圖其卵初由河

圖六十九第  
蟲幼之蟲口二形寬



第九十七圖  
日本住血吸蟲  
(土屋若保氏)



- 雌雄兩蟲相抱合者 (I) 雌蟲
- (A) 口吸盤 (B) 腹吸盤 (C) 食管 (D) 腸網囊
  - (E) 卵丸 (F) 分歧之腸管 (G) 腸管會合部
  - (H) 抱卵管 (I) 單一腸管
  - (II) 雌蟲
  - (a) 口吸盤 (b) 腹吸盤 (c) 食管 (d) 分歧之腸管 (e) 子宮內有卵子 (f) 卵巢 (g) 皮殼腺 (h) 單一腸管 (i) 卵黃腺 (j) 輸卵管 (k) 卵黃管

西氏在「片山病」之糞中發見，次則藤浪及桂田兩博士，在人及貓體發見母蟲，據土屋博士謂雌蟲大一五·五 mm，呈灰白色，表面平滑，由極淺之絞約部，分為較短之前體，與較長之後體，前體中有口吸盤及腹吸盤，後體甚長，其末端忽然狹窄，蟲體兩側緣，全部向腹側包卷，殆為管狀，抱擁雌蟲，雌長一八·七 mm，為圓筒狀，成於細而長之前體，及較短而肥之後體，呈黑色至黑褐色，表面亦平滑，前半部之末端，具口吸盤，腹吸盤略在其後，蟲體自前至後，漸次增大，中央部尤為膨大，此處藏有卵巢，子宮即開口於腹吸盤之後，腔內含有無數蟲卵，而其卵（九十八圖）或為卵圓形，或為橢圓形，一端較狹於他端，殼為淡黃色，或淡褐黃色，成於內外二層，無

第九十八圖

(人前) 卵之血吸住木日



(a) 包蟲  
子蟲者

(b) 子蟲  
脫出殼者

痢、偶有發弛張熱者、起初肝臟肥大、次則脾臟亦腫、脾腫漸次著明、遂發胃腸出血及腹水等症、經過甚緩、終歸於死者不少。

蓋其中卵、為大小不同之粒狀物、卵之從糞中檢出者、已有子蟲、子蟲一端鈍圓、他端漸次狹小、體表密生纖毛、其大小、縱徑為  $\bigcirc$  八七五 mm、橫徑為  $\bigcirc$  六四三 mm、此蟲以飲料水之媒介、侵入人體、據土屋氏之說、其尚未十分長成者、或未得配偶者、住於門脈枝別內、一經交接、則漸溯腸系膜靜脈、充塞腸壁之靜脈細枝、於此蓄積多數蟲卵、遂破血管而出於腸壁云、此蟲發見於日本廣島諸郡、及山梨縣諸村、人體一經寄生、初則食慾亢進及下

第九十二圖

(Holler 氏)



第一百圖  
柳針形二口蟲卵  
(Holler 氏)



(c) 肝口蟲 *Distomum hepaticum*  
及柳葉針形二口蟲 *Distomum*  
*lanceolatum*

寄生於人體、二者均不多見、其卵九十九及百圖與膽汁共入腸內、故有見諸大便中者、

(丁)原蟲。Protozoen, Protozoa 棲息於人體腸中者，有足根蟲、孢子蟲及浸滴蟲之別。  
 (a)足根蟲。Rhizopoda 生活時，大抵無間斷，由原形質伸出大小不同之突起，即偽足。Pseudo-podium 營一種運動，且由此攝取榮養物，其形態雖不同，而實體則由粒狀之內原形質，及透明之外原形質而成，運動息時，忽呈圓形，體中有空泡及核，由倍數分裂或孢子形成而繁殖。人體腸中所發見者，有數種如左。

圖 一 百 一 第  
大便中之 Monas 類及大腸 Amoeba



- a. 菌 Trichomonas
- b. 腸 Cercomonas
- c. 大腸 Amoeba
- d. 大腸 Paramecium
- e. Monads 之生活者
- f. 其死者

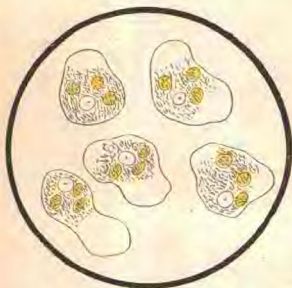
圖 二 百 一 第  
腸結核之大腸 Amoeba



Monads 每於肺癆傷寒及心臟病人之下痢便中見之。(Mohl-  
 呂氏)非排便後立即檢查，多已死滅，其既死者，為大小種種環



第 一 百 三 十 一 圖  
赤痢 Amoeba



狀體(百一圖)生活者則為梨狀、往往有尖銳之突起、鞭毛運動活潑、同圖(e) Jackson氏謂哺乳兒及小兒之糞便中、每見此等成形物、然據 Oshida 氏則謂此物在病理學上、初非重要云、

大腸 Amoeba (Amoeba coli) 百一圖 e 及百二圖亦寄生於人體大腸內、其形狀有類圓、橢圓梨狀等、偽足透明、蟲體有原形質粒、核及空胞、而由此單一細胞所成之小體、於橫滲等液體分解處、最好棲息、又或見諸腸潰瘍、及多數下痢患者之糞便中、而在熱帶、則於赤痢患者所謂 Amoeba 赤痢便中均見之、又可於赤痢繼發之肝膿瘍中證明之、在日本、亦於赤痢患者之大便中、每見此原蟲(百三圖)

(b) 孢子蟲、Zoozoa 為單純細胞體、無鞭毛及顫毛、生長時必分裂為數胞、或形成

Boros-permian Coccidium

穿孔及卵形 Coccidium

浸潤蟲 (鞭毛蟲)

蝨 (Verruciformis)

圖四百一第  
取自人肝之 Coccidium  
(Laukart 氏)



(a) 最大之 *Isoospermian* 有時在人肝腸中之 *Coccidium* (百四三百倍) 圖即屬於此，為卵圓形體，長  $0.2-0.3\text{mm}$  存於大便中，(b) 及有薄殼，其內部有多數羣簇之小核，此物喜在腸上皮 (c) 膨大內，多損害其組織，故 *Laukart* 氏於此種寄生小體，名之曰穿孔 *Coccidium* 千倍者

亦有寄生於人體者，然極罕，此等寄生體，在大便中排泄，每誤作某種內臟蟲者有之，(c) 浸潤蟲 *Infrusoria* 體周圍具無數纖毛，故又有纖毛蟲 *Ciliata* 之名，此蟲能變化其形態，營活潑運動，其實體成於透明之外層，及以空胞並顆粒構成之內層有堅膜，其口及肛門，以營養，屬此一類而可敘述者，如 *Cercomonas intestinalis*, *Trichomonas intestinalis*, *Paramoecium coli* 之類，腸

圖五百一第  
大腸中之 *Cercomonas*



- a. *Megastoma*
- bb. *Cercomonas* 之梨  
瓠狀者
- c. 腸 *Cercomonas* 之  
失去纖毛者

*Cercomonas* 原蟲 *Lambl* 氏初於小兒之膠狀黏液便中發見，呈梨狀，有著明之核，並有八條長短

不同鞭毛(百五圖 a)見諸霍亂、傷寒、及下痢患者、恐係繁殖於已有病變之腸中、故使下痢症持續、Graesi 氏及 Schewiakoff 氏謂此寄生體、在人身、使起貧血及下痢、又使腸上皮細胞發生變化、故障礙腸之吸收云、

據 Leuckart 氏及 Ferronctos 氏之說、謂 Graesi 氏所稱腸 *Megastoma* (百五圖 a) 恐與 Lambi 氏之腸 *Cercomonas* 同為一物云、

腸 *Tricho-*  
*monas*  
大腸  
*Param-*  
*acium*

腸 *Trichomonas* (百一圖 a) 較諸腸 *Cercomonas* 稍大、呈梨狀、體之一端、有許多鞭毛、可與鑒別、大腸 *Paramacium*、或大腸 *Balantidium* (百一圖 d) 首先發見者、為 Malinzen 氏、存於下痢便中、為卵圓形、周圍被以氈毛、體內有一核、及兩個收縮性小胞、其他每含有澱粉小體、及小脂球、體中若有此種寄生生物、雖起下痢、然其他絕無病理之關係、

鏡檢上述之動物性寄生蟲時、採新鮮大便、於加溫載物玻璃上檢之、Rutz 氏謂宜加與體溫同度之新鮮唾液、蓋此等寄生體、運動時易於發見、若冷却、則忽然靜止、甚不易見矣、

(四) 大便之細菌學檢查

大便之細菌學檢查

大便之細菌學檢查、*Die bakteriologische Untersuchung der Faeces* 甚為重要、其中所發見細菌頗不少、臨牀上宜區為二種、一非病原菌又其一、則為病原菌但宜注意者、非病原菌、時亦有逞其病原作用是也、例如普通大腸菌、尋常認為腸中無害之寄生體、即此菌在腸內、尋常

不為害，有時則發揮極烈之病原作用是也。

非病原菌

絲狀菌

(甲)非病原菌。nichtpathogene Bakterien 有種種，其主要者如次。

絲狀菌。Schimmelpilze 中之鵝口瘡菌。Soorpilz 偶見於患鵝口瘡之小兒便中，但似無特別之病原作用。

芽生菌  
(醱酵菌)

芽生菌。Sprosspilze 其中各種醱酵菌。Hefepilze 不僅見諸尋常便中，有病變之便中亦見之。於小兒乳便內尤多，兒便之有酸性醱酵者，更多量存在，其形狀雖大抵為橢圓，而圓形者亦不少，三四成羣，每具特別芽生之狀。

分裂菌

普通大腸菌

分裂菌。Spaltpilze 尋常糞便中亦頗多，主要者為各種桿菌。及球菌，或散在，或聚集，而運動活潑者亦不少，大概稀糞中多見桿菌，而硬糞中多見球菌，最多者為普通大腸菌。Bacterium

枯草菌

coli commune 腸內之醱酵作用，

雖亦由其他細菌，然此菌實為主要，如枯草菌。Bacillus subtilis

亦每見於常便及病便中，或作有芽胞之運動性長絲，或為有芽胞之長菌絲，或為獨立之桿

第一頁 圖六 以菌分裂中便大

Jod-jodkalium  
染成蓮花色者



第一頁 圖七 以菌分裂中之便大

Jod-jodkalium  
染成蓮花色者



圖 八 百 一 第  
本標林登之塊液黏中便亂霍



菌。其芽胞有強光輝，故易發見，但該菌似毫無病原作用。此等細菌，大半可以 Jod-Kalium jodatum 溶液，或 Jod-Ammonium jodatium 溶液，染成黃色至黃褐色，由此且可見球菌，羣染為極強之黃褐色，此外常便及病便中，可見分裂菌，以 Jod-jodkalium 液染成堇花色者，百六圖及百七圖 (Nothnagel 氏)

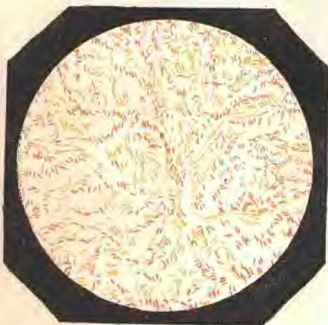
上述各種細菌，除普通大腸菌外，臨牀上無足注目者，但偶當腸有疾病之際，諸菌著明增殖者有之，第非因此為腸疾患之原因，實以腸疾患之故，偶致發育繁殖耳。

得檢定大便中所有細菌量之法，每日與大便一同排出之細菌，在成人約八〇，腸有障礙，可增至一四〇，便秘時，其量減少至五·五或二·六云。

(乙) 病原菌。pathogene Bakterien 發見於大便中者，其主要如次、

(一) 霍亂弧菌。Vibrio cholerae (百八圖及百九圖) 為短桿狀菌，稍彎曲，有長鞭毛一條，運動甚為活潑，呈逗點 Komma 狀，故又有逗點狀菌之稱 (平均長一·五 $\mu$ ，闊〇·四 $\mu$ ，兩個連接時，宛如 S 字狀，但培養長久者，

則變形、呈纖長桿狀、本菌由普通之鹽基性亞尼林色素、易於著色、由Gram氏法脫色、其培養



第一百九十九圖  
從亂菌之體小之範圍內所採取之塗抹標本  
(霍亂弧菌及毛體)

用尋常培養基、即易收效、而於 Gelatin 平板培養基之聚落、尤有散如玻璃碎粉之觀、在穿刺培養、使 Gelatin 液化、呈漏斗狀陷沒、又在洋菜培養、為帶青色、形成稍透明之聚落、在肉汁或 Pepton 水培養、則頗多數發育、若於此加少量之濃硫酸或鹽酸、則液變為松脂酒 Burgunderwein 狀赤色、此種「霍亂紅反應」

“Die Choleraerrot-Reaktion” 由於形成 Nitrosindol 之故、亦曰 Indol 反應 (Die Indolreaktion)

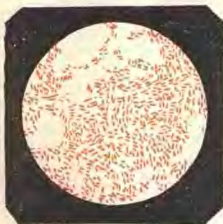
欲檢查大便中之霍亂弧菌、先取黏液塊、塗抹於覆蓋玻片上、以蒸水十倍稀釋之石炭酸

Indol 反

霍亂紅反

凝集反應  
及 Kohn-  
氏試驗  
傷寒桿菌

第一百一十圖  
傷寒桿菌



第一百一十圖  
有鞭毛之傷寒桿菌  
(Jaksch 氏)



Fuchsin 液、染色時、則為赤色、而呈其特有之形狀、或則所黏液塊、混於 Pepton 水中、(Witte 氏 Pepton 一至二%、及食鹽〇五至一%、溶解於蒸水者)貯於三七度溫、經三十分鐘之後、從表面所生皮膜、製成着色標本可也、

霍亂弧菌之凝集反應、及 Pfeiffer 氏試驗、參看上卷血清診斷法、

(二)傷寒桿菌、Bacillus typhi (百十圖為兩端鈍圓之桿菌、長一至二 $\mu$ 、在人工培養基、且於 G<sub>o</sub>latin 及馬鈴薯上、往往發育、呈長絲狀、由普通之亞尼林色素、易於著色、由 Gram 氏法脫色、菌

體周圍、具十

條至十二條

鞭毛、百十一

圖活潑運動、

且在新鮮培

養基中者、或

發育於肉羹

汁中者尤然、

傷寒桿菌、大

都在普通培養基上，善於發育，在肉羹汁培養基，雖無特著狀態，而在洋菜平板培養之聚落，較普通大腸菌稍小，在 Gelatin 平板培養基，則不使液化，其表面之聚落，邊緣呈鋸齒狀，中央部有木葉狀，在馬鈴薯培養基，發生極軟弱之被膜，肉羹汁培養基及 Pepton 水，則由本菌平等變為溷濁。

偽寒菌與普通大腸菌之區別

凡細菌須與傷寒菌鑑別者，主要為普通大腸菌，其重要項目，概列如左。

(一) 在 Lactinus 乳清中之發育。Petrunsky 氏據 Lactinus 乳清中本菌之發育狀態，與類似之普通大腸菌鑑別，製乳清時，於新鮮牛乳中，加稀鹽酸，至由此而生之乾酪素，成絮狀小片為止，然後濾過其固形分，濾液中，加 Natron 滷汁，使為中性反應，煮沸殺菌數小時，濾過後，再確定其為中性，即於乳清 100 cc 中，加 Lactinus 液 5 cc，使變為帶紫色，大概普通大腸菌，於此乳清中繁殖時，略呈乳狀溷濁，且以產酸之故，顯然呈赤色，但傷寒菌則為極微弱之赤色，而乳清不溷濁。

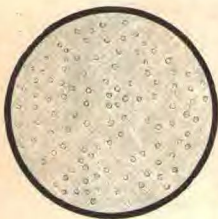
(二) 醇試驗。傷寒菌在 2% 葡萄糖肉羹汁中培養，雖經數日，毫不發生瓦斯，但普通大腸菌，則經過二十四小時，已發生多量瓦斯矣。

(三) 形成 Indol。在 Pepton 培養基中所培養之菌，加 0.02% 亞硝酸加里液 0.5 至 1 cc，振盪後，加純鹽酸 1-2 滴，如有 Indol 時，其液變為赤色，此即 Indol 反應，傷寒菌雖培養



第 一 百 二 十 二 圖

Lackmus 乳糖洋菜培養  
基之傷寒菌聚落  
(Kolle 氏)



第 一 百 三 十 三 圖

Lackmus 乳糖洋菜培養  
基之大腸菌聚落  
(Kolle 氏)



數日、毫無此種反應、而普通大腸菌、則極善形成之、

(四)於牛乳之發育、傷寒菌培養於牛乳中、徐徐繁殖、且毫不凝固、大腸菌則在二十四時至四十八時中、業使牛乳凝固、

(五)於 Lackmus 乳糖—洋菜培養基中之發育、稀薄之 Lackmus 液中加入 1% Nutrose (遊美) 0.5% 食鹽及 1% 乳糖、在三十七度溫培養二十四時、在傷寒菌、初無變狀、百十二圖大腸菌、則以酸之形成、而使變為紅色、(百十三圖) (Drigalsk 氏及 Conradi 氏)

(六)中性紅素性洋菜培養基 Neutralrotagar 之發育。洋菜培養基含有〇三至〇五洋菜及〇三葡萄糖者，以一〇之比例加入飽和殺菌之水製中性紅色液，行穿刺培養時，傷寒菌不能使培養基變色，大腸菌則使變為綠色，後則脫色，且形成瓦斯。

(七)遠藤氏 Fuchsin 洋菜培養基之發育。傷寒

菌在此培養基中，無色而發育，若為普通大腸菌，則聚落中央，即呈有光輝之赤色，(百十四圖)

此培養基，於傷寒診斷上，最有價值者，

傷寒菌之凝集反應，即所謂 Widal 氏反應，可

參觀上冊血清診斷，

(三)副型傷寒桿菌 Bacillus paratyphi 介在傷寒

及大腸菌中間之短桿菌，有許多鞭毛，營活潑運

動，由普通亞尼林色素，易於染色，由 Gram 氏法，則脫色，本菌依其培養之性狀，分為 A 型。

(Brion-Kayser 氏)及 B 型 (Schottmüller 氏)二種，後一種最多見，臨牀上亦甚重要。

本菌培養之特性，大概如左。

(1) Gelatin 平板培養上之聚落，在 A 型，呈無數圓形而不呈凹溝，在 B 型，則呈白色之厚虹

第一百四十四圖  
培養基之傷寒菌及大腸菌  
(Kolle 氏)

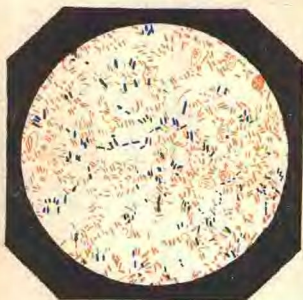


凝集反應  
(所謂  
Widal 氏  
反應)

副型傷寒  
桿菌

第一百一十五圖

常大菌中之普通大腸菌  
 (多數及毛體等)  
 (Kolle 氏)



膜(彩)狀

(二)在含糖培養基亦如普通大腸菌發生瓦斯

(三)在牛乳中之發育 A B 兩型均不使之凝固在 A 型不使牛乳變化但 B 型則數週後形成亞爾加里使之透明

(四)中性紅素性培養基上 A B

兩型均如大腸菌放發光形成瓦斯

(五)在 Lactinose 乳糖培養基起

初則兩型均使乳清變為弱酸性至第二週後 B 型者更使變

為亞爾加里性

(六) Indol 反應兩型均為陰性與傷寒菌同

(七)在 Drigalski-Conradi 氏平板

培養基上兩型均如傷寒菌生

普通大腸菌

青色聚落，但 A 型較諸 B 型者，其發育遲鈍。  
 (四)普通大腸菌 *Bacterium coli commune* 爲短桿狀菌，有四條至十二條鞭毛，由 Gram 氏法而脫色，此菌在大腸中，尋常雖爲無害之腐敗菌，時亦有變爲有害物者，在傳染性腸加答兒，該菌往往多數存在，偶見許多，在霍亂之米泔汁便中者，或則惹起類似傷寒之症狀，或則通過腸壁，使起腹膜炎，又或達血液中，遂至遠隔臟器，使發炎症，或發膿瘍者有之，此菌與傷寒菌雖頗類似，至其一切性質，則全然不同，二者之鑑別，則已備見上文矣。

赤痢桿菌

第一百零六圖  
 赤痢桿菌  
 (Fuchsin 染色)



(五)赤痢桿菌 *Bacillus dysentericus* (百十六圖)其形狀雖與傷寒菌類似，而大概較肥，菌爲不動性，無鞭毛，試驗懸滴標本，則見其分子運動極盛，其着色標本，由普通亞尼林色素，容易製成，由 Gram 氏法脫色，而其發育狀態，頗似傷寒菌，在不含 *Kristallviolett* 之 *Lackmus-Nitrose* 洋菜培養基上，其聚落與傷寒菌同。

赤痢菌之特性，大概如下，

(一)不營固有運動，且缺鞭毛，此與傷寒菌，副型傷

寒菌及普通大腸菌不同者。

(一)製造 *Lactmus-Nutrose* 洋菜培養基時，若以 Mannit ( $C_6H_{14}O_6$ ) 代乳糖之量，則本菌於穿刺培養，其上層不變，而深層脫色，若如傷寒菌、普通大腸菌及類似本菌者，培養基爲之紅變，且使發生瓦斯，又用 *Nutrose* 1.0、食鹽 5.0、*Lactmus* 液 5.0、及 Mannit 2.0 溶解於 100.0 水中，而培養赤痢菌時，液體不變色，若爲其他細菌，則變成赤色或青色矣。

(二)在葡萄糖洋菜培養基，不發瓦斯。

(三)在 *Lactmus* 肉羹汁，則產酸。

(四)在不含 *Krysalviolett* 之 *Lactmus-Nutrose* 洋菜培養基上，其聚落與傷寒菌同。

(五)不呈 *Indol* 反應。

(六)結核菌 *Bacillus tuberculosis* 當檢查大便中之本菌時，不可忘痰中結核菌，有含於大便中者，蓋病人往往嚥下喀痰，於小兒尤然故也。惟大便中發見本菌，即可下腸結核之診斷，最確實之檢法，可採便中黏液絮片或膿汁，用 *Biedert* 氏或 *Spengler* 氏沈渣著色法，卽下痢便混有黏液膿汁之類者，取大便 1 cc，投入殺菌水 10 至 20 cc 中，細碎之，使遠心沈澱，而檢其渣可也。(參照上卷二百三十四頁)

(七)鼠疫桿菌 *Bacillus pestis* 於大便中之檢出法，診斷上殆無價值，蓋如鼠疫至大便中發見

脾脫疽桿

本菌、則他之分泌物、或病變之滲出物、如橫痃之膿中、早可證明本菌故也。

(八)脾脫疽桿菌、*Bacillus anthracis* 之見於大便中者、皆來自腸之脾脫疽、其培養法之重要者、爲 Gelatin 及洋菜、即本菌平板培養基上之發育狀態、頗爲獨異、但大便中時有類似本菌之細菌、宜注意也。

#### 第八 腸之倫脫根檢查法

腸之倫脫  
根檢查法

腸之倫脫根檢查法、*Die Röntgenuntersuchung des Darmes* 檢時亦須用碳酸蒼鉛、作爲對比品。參照本冊八十四頁) Rieder 氏初用蒼鉛混於牛乳、或油類中、然蒼鉛易於沈澱、今則專從 Holzkecht 氏用蒼鉛澱粉混和液、製時以澱粉二食匙、和水二五〇〇、投入一新升熱湯中、拌勻後、煮沸五分鐘、更取碳酸蒼鉛一、二〇〇和水七五〇〇混入前液、竭力攪拌之、夫然則所製之蒼鉛澱粉混和液、不必加溫、而能保有低溫度、用時傾入灌注器可也。

腸之倫脫根檢查時、上述之對比品送入腸內、有自胃及直腸兩法、即檢查小腸、非由胃入不可、若在大腸、則或自胃入、或可由直腸輸送、自直腸送蒼鉛入大腸時、先施普通灌腸法、使腸中清淨後、命患者取左側臥或膝肘位置、以蒼鉛液徐徐送入腸內、所用液、尋常爲千至千五百 cc 水中、含碳酸蒼鉛一〇〇〇至一五〇〇。

腸之倫脫根檢查、可於立位或臥位行之、而在臥位檢查時、可使患者仰臥於帆布牀上、管球

第一百一十七號  
以蒼鉛之常大圖

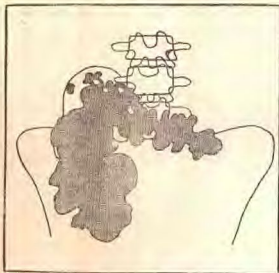
置牀下，自下向上照射，患者之腹上，可置透照板，所得之影像，以玻璃筆描寫於透照板所嵌之含鉛玻璃上，其後再繪於紙上可也。在健態，小腸之位置，雖用蒼鉛食，亦難明瞭，大腸位置則由此可顯然知之，即其欲出時，成爲



寬博之索狀物，且其特異之膨隆，及在其間之絞扼部，可以明辨，在小腸，則大僅如指，呈圓柱狀陰影而已，據倫脫根檢查，橫結腸殆無占水平位置者，反與胃大彎相隨屬，而結腸左曲（即 *Plexura coli sinistra*）常高於結腸右曲，即 *Plexura coli dextra*）降結腸幾常見其向下直走，但乙狀結腸（即 *Colon sigmoideus*）之位置，常無一定。

蒼鉛食中，加入乳糖一二匙，制

第一百零八圖  
移動物性盲腸



其秘結作用時、食後經二小時、盲腸中已可見最初之蒼鉛影、平均約持續三小時至四小時、在常態、四小時至六小時後、小腸內不復見蒼鉛陰影、而悉集於升結腸中、故可知腸內容通過小腸之時間甚短、但一入大腸、則徐徐通過、雖在蒼鉛食後、鉛影之現於橫結腸者、約在十二時至十四時之間、其現於直腸壺腹(即 Ampulla recti)者、大抵在二十四時以後、直腸及降

結腸之內容、雖由便通排出、而升結腸中、則雖經六小時至十小時、尙可見其陰影也、今將腸病之倫脫根像敘述大概如左、

(一)爲腸內異物、其比重大者、雖易檢知、但欲確知其在腸之何部、則甚不易、

(二)移動性盲腸、Wills 氏所謂移動性盲腸、Caecum mobile 爲盲腸長闊皆異常、約增二倍、且其固定不安者、在此症、則鉛影雖經四十八時以上、尙可於盲腸部見之、(百十八圖)

(三)在大腸之結核性潰瘍、其潰瘍所在處、或



第一百十九圖  
瘰癧性便秘



不見，或該部成闊圓柱，缺其特異之膨隆，且影甚淡白。

(四)在瘰癧性便秘，膨隆全不可見，而陰影則為各個分離之小團，但著鉛塊，幾以尋常速度輸送，自十小時至十二小時，已入降結腸，且偶有六小時間，已達乙狀部者，但在大腸下部，糞便

輸送遲緩，故排便之時間，亦從而延長，據 *Knecht* 氏，謂在本症，結腸之橫徑，較常態狹小，於

乙狀部，尤為著明，其狹小實因腸壁之緊張性收縮云。(百十九圖)

(五)在衰弱性便秘，則小腸內容輸送時間，甚為遲延，盲腸及升結腸，弛緩而擴大，罕見其較扼部，右側彎曲部，較低於左側，且糞便積滯甚著，其積滯時間，自二十四時至四十八時，或有過於此數者，在橫結腸起始部，糞塊每為氣泡所裹，而在其餘

結腸，經二十四時，漸見不連續之小糞塊影。

(六)在腸狹窄，則狹窄部上面之腸膨大，著鉛長存於此處。

(七)在腸腫瘍，則腫瘍所在處，無著鉛影，時見粗如手指之索狀影者有之，蓋以腫瘍浸潤之故。

腸腔遂成心性狹窄是也。

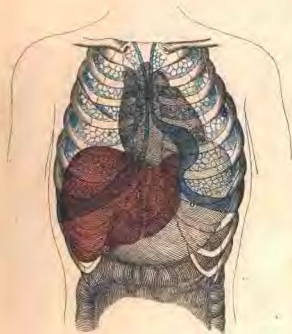
第五章 檢肝法

解剖摘要

肝之解剖

肝。臟。Die Leber, das Hepatit. 十三、百二十及百二十一圖)爲腹膜所掩,於膈穹窿部,與之密接,

第一百一十二圖  
前 面 肝  
(Eichhorst 氏)

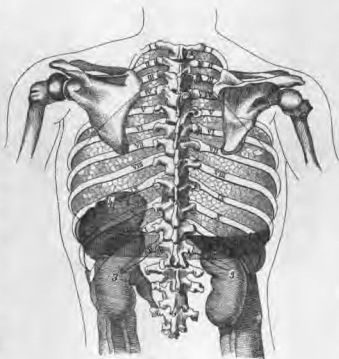


- (1) 肝
- (2) 膈蓋
- (3) 心臟
- (4) 左肺
- (5) 右肺
- (6) 膈膜之補充翼

以提肝韌帶,及作用於下面之腹內壓力,固定於此處,其容積四分之一,屬右半身,而屬於左半身者,不過四分之一,大體位於右季肋部其達左季肋之部分,距正中線平均五至七cm,其最高點(右葉)在尸體之膈呼吸位置,達第五肋之附着胸骨部,大約位

於右乳線及胸骨旁線之中央左葉位於擁戴心臟之膈部、及胃之中間、

第 一 百 二 十 一 圖  
第 一 肝 前  
二 後  
一 面 (人)



- (1) 肝
- (2) 胸膜
- 之補充翼
- (3) 腎
- (4) 脾

尖銳之肝下緣、在肩  
胛線及腋中線約在  
第十一肋、於乳線則  
突出肋(骨弓)之下、次  
則斜經腹上部、走向  
左上方、於左胸骨線  
稍稍外面、復入肋弓  
下、在正中線、約達劍  
突尖、與臍中間上及  
中三分之一處、而肝  
下緣、有二切迹、一納  
圓韌帶、尋常適當正  
中線、一藏膽囊、Dis

Gallenblase, Vesica fellea 自延長之胸骨旁線及乳線間言之、即在肋弓之下、

肝臟、非以其全面與胸壁及腹壁相接者、在膈穹窿下之右葉最上部、爲右肺所掩、左葉最上部、則由心臟蔽之、僅一小部分、與腹壁接着而已、

小兒肝臟、以視成人、其一切直徑均較大、肝下緣在腋線上、每出於肋弓、肝臟尋常與膈一同運動、吸氣時下垂、而呼氣時上升、

### 第一 肝視診法

肝視診法

肝視診法、Die Inspektion der Leber 可於背位行之、在成人肝部、(即右季肋部)其左側與此相同之部位、視診上毫無所異、但在小兒、則右季肋部、較左側稍稍隆起者有之、

肝肥大

右季肋部、或腹上部、及右肋弓下部隆起、所以示肝臟肥大者、既有如斯狀態、則肝非有較爲高度之肥大不可、在胸廓甚爲強硬者、其肋或不致隆起、但在小兒、或青年婦女、肋易撓屈者、則肋突向前面者有之、肝臟著明增大者、可由腹壁上目擊其下緣、尋常在每吸氣時、著明下降、而於腹壁菲薄者尤然、蓋呼吸移動、除肝外於脾亦可見之、但胃腸、網膜、胰腺、及腎、尋常無營此運動者、故鑑別此等臟器之腫痛時、爲重要徵候、

肝轉位

肝部腫痛

若僅右肋弓下腹部隆起者、大概爲肝轉位、於下方、肝臟不肥大、然可目擊者有之、設其隆起著明、則由於肥大之肝臟轉位、有時在增大之肝表面、可見與呼吸運動相隨之腫痛、此多爲肝之新生物、且爲癌腫、又在延長之胸骨旁線及乳線間、每見大小不同之瘤、平滑如梨狀、此

第 一 百 二 十 二 圖  
二 肝  
(Fleiderich 氏)



爲過度充盈之膽囊。雖在健體、當胃腸空虛時、亦或見之、若膽道有障礙、膽汁流出不易、或膽囊水腫、則尤多見之、此外在膽囊癌腫、此處亦有結節狀腫瘤。

第二 肝觸診法

肝。觸。診。法。Die Palpation der Leber 於肝臟診斷上、甚爲重要、行時以仰臥位最良、但腹壁緊張時、診查不易、宜使患者屈股膝兩關節、同時外

展大腿、開口作安靜呼吸、亦有須令患者行深呼吸、而後觸察者、在肥胖者、及鼓脹或腹水病人、則觸診肝臟甚難、故遇此等病人、可使向左側臥、行衝突狀之觸診、即當衝突時、在腹壁及肝臟中間之腸或液體、驅向他處、然後僅能觸其表面者有之、

在健。康。之成人、尋常不能觸知肝表面及其下緣、但腹壁非薄而弛緩者、婦人尤然、在乳線上、偶或於肋弓部、或腹上部觸得之、深吸氣時尤著、其中如小兒、則肝臟較大、每可顯然觸得之、

病態之肝  
觸診

在歐美、常用 *Corselet* 之婦人、可觸知所謂絞。窄。肝。 *Die Schmirleber* (百二十二圖) 之下線、壓之有訴疼痛者、在病態、肝臟肥大、或轉位時、可以觸知、即觸診時、稍覺其抵抗之強、或則顯然觸知其下緣、又有可觸知其兩切迹者、

肝轉位於  
下油

(一) 肝轉位於下面者、多以膈之下降、特見諸高度肺氣腫、右側胸膜炎性滲出物、及右側氣胸、亦有由左側胸膜炎、左側氣胸、心囊外膜炎、稍稍壓迫肝左葉尖、使肝下緣、在上腹部略成水平位者有之、此外稀有者、為提肝韌帶弛緩、故肝向下轉、特於分娩數次者見之、最高度者、肝臟竟離去常位、而下垂於腹中、可顯然觸知之、尋常亦易由外壓使之復位、此種肝臟、極易走動、其位置、因患者之體位而變、所謂遊走肝 *Die Wanderleber* 者是也、有時由膈下膿瘍、肝被排向下面、其膈同時壓向上面者有之、

肝轉位於  
上方

(二) 肝轉位於上方者、惟膈在高位時有之、如肺萎、來自下面之壓迫、膈之炎症性、或神經性麻痺之類是也、

肝肥大

(三) 肝肥大、見於各種疾患、如鬱血肝、且多由於僧帽瓣異常、肺氣腫、脂變性、豚脂變性、其他由膽汁鬱積、瀰漫性肝炎、及由某種急性傳染病肥大之肝、其肥大平等、不失其本來形態、下緣向腹部突出、其高度者、或腹內壓力強大時、有腹水時尤甚、膈亦壓向上方、反是、而在癌腫、包

蟲囊腫、橡皮腫、膿瘍等，則其肥大不復平等，各從其發生部位，或向前，或向上下增大，福為所排。在此等疾病，觸察肝臟時，須注目其疼痛、形狀、表面及下緣之狀況，硬軟及搏動之類。

(1) 肝之壓痛、見諸膽汁鬱積、肝炎、局限性者於肝膿瘍之診斷甚為重要。肝硬變初期，急性發性鬱血肝，尤多見於癌腫，在間歇熱、壓迫其腫脹之肝臟，亦覺疼痛。反乎此，其在脂變性、脈脂變性、硬變症他如鬱血肝，久時平等存在者，包蟲肝及許多梅毒性肝病，則常無疼痛。



(a) 左葉

(b) 右葉

(c) 總體

(1) 總肝

觀察

(b) 肝之大小及形狀。肝不變形，僅下緣垂降者，所以示其平等肥大或轉位。若在肥大不著者，此兩種頗難識別，然肝如硬固，兼有疼痛，或其他臟器，存有是使肝肥大之症狀者，即可知其增大。反乎此，例如右側有胸膜炎性滲出物，因而知肝臟轉位者亦有之，但肝臟常兼有此二症，肥大及轉位，不可不知。此

外宜注意者、則轉位於下方之肝臟、同時如有增大之感是也、

向下轉位之肝、指壓之、移動頗著、有時在背位、可使整復於尋常位置者、則爲游走肝無疑、肝之形狀、視增大之肝臟、與腹壁接近之廣狹、觸診上所見大異、增大之肝、不問何症、不失其本形、既如上述、其變形者、多爲各種腫瘍、中如癌腫、橡皮腫、包蟲囊腫、及癩痕(梅毒)且肝實質以梅毒性癩、屢被絞扼、形成所謂分葉肝。Dis gelappte Leber, Hepar lobatum (百二十三圖)者有之、

(c) 肝表面之狀況、可觸知之肝表面、平滑或不平呈結節狀、在中等度肝鬱血及膽汁鬱積、並脂及豚脂變性、又肝硬變初期、其餘所謂肥大性肝硬變症、表面平滑、又在包蟲囊腫、且即在梅毒、於不生腫瘤及癩痕之部位觸之、亦呈平滑面也、在肝硬變症、當第一期終、及第二期、其表面雖呈許多小粒狀結節、但肝常不大、每兼極甚之腹水、故自腹壁上、可觸知其隆起者絕罕、若以人工排泄腹水時、則可觸知之、但其隆起、勿誤認爲穿腹術後所生、經一二日再消失之不平面、又在所謂肥大性肝硬變症、表面雖常平滑、偶亦有稍稍不平者、

肝表面之大隆起、特因於梅毒及癩腫、在梅毒、多成於扁平半球狀之橡皮腫、或由癩痕陷入而生、在癌、則生結節、大如蘋果、或如棗實、時或在其中央、顯然觸知凹陷、癌腫若生於肝之內



部，則肝表面仍爲平滑。包蟲囊腫，呈較著之隆起，爲扁平或半球形，肝之大膿瘍，或膽囊擴張甚者，亦生可以觸知之腫瘤。

(d) 肝之軟硬。在肝之慢性肥大，觸之較硬於急性者，最硬者，爲肝硬變，次爲尋常肝及肥大之肝，以及澱粉肝是也。在澱粉肝、鬱血肝、及肝硬變症，硬度平等，而如膿瘍、包蟲囊腫之類，含有液體之腫瘤，則呈波動。又在包蟲囊腫，觸之有緊滿之感，以手掌衝擊之，短而速，則有一種震顛，所謂包蟲震顛。Hydatidanschwingen 是也。

肝腫瘤是否膿瘍，或係包蟲囊腫，宜用試驗、穿刺術、識別之。

自腹部大動脈、及肝動靜脈所生之搏動，在肝上可以觸知者，已見上卷，參看上卷第三六二頁及三七四頁。

#### 觸診膽囊

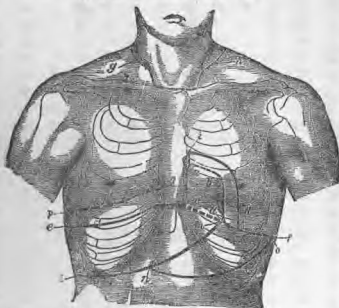
觸診膽囊。尋常在高度羸瘦者，有時可觸知膽囊，若以加答兒性黃疸，膽汁鬱積，或由水腫擴張時，膽汁鬱積及膽囊水腫，偶亦可以目擊，觸診之爲平滑彈性，呈梨狀腫瘤，有波動，在腹壁菲薄者，偶可觸知膽囊中之膽石，時或觸知癌腫（結節狀腫瘤）者有之。

#### 第三 肝打診法

肝打診法。Die Perkussion der Leber 診斷上亦甚重要，行術時，前而使患者仰臥，側面使仰臥或起立，在背部，則使起立最良。

#### 肝打診法

第一二四圖  
肝與胸腹壁接着之部、發濁音、其發音部位、名曰肝純濁音部



診斷學 下卷

(天) 健態

肝與胸腹壁接着之部、發濁音、其發音部位、名曰肝純濁音部、Die absolute Leberlampefung 但

非全部悉發純濁音、與胃

腸隣接部、即肝下緣之近

部、發半濁鼓音、

肝純濁音部區為上下兩

界、其上界、百二十四圖 c

e) 與右肺下界一致、尋常

在正中線、接於劍突基底

在胸骨旁線及乳線、接第

六肋、在腋中線、接第八肋

在肩胛綫、接第十肋、沿脊

柱、則在第十或十一胸椎

岡突處、自此向左、不能與

肝濁音區別、故不能定其

- (a b) 心純濁音部
- 上界 (a e) 同上下
- 界 (e d) 同上下界
- (b a) 同上左界
- (c e) 右肺下界
- (d f) 左肺下界
- (g h) 兩肺上界
- (i k l) 心比較
- 濁音部界 (i m) 肝
- 濁音部下界 (p q)
- 肝比較濁音部上界
- (n o) 中等大強張
- 之胃下界

肝境界之  
移動

肝比較濁  
音部

上界、肝純濁音部之下。界。同圖 1 m) 自下向上打診、胃及結腸之清鼓音、移行於半濁鼓音處、卽其下界、尋常在正中線、位於劍突及臍之間、在胸骨旁線、位於肋弓下一二 cm 處、在乳線、接肋弓、在腋中線、位於第十肋間、在肩胛線、接第十一肋、自此向脊柱、肝濁音、移行於腎及腰肌所生濁音之中、故不能定其下界、而在胸骨旁線及乳線內左第六肋、則肝純濁音部之下界、多與心之純濁音部左界相接、時或左肝葉、不能遠達於左方者有之、

使之深吸氣、則肝純濁音部之上下兩界移動、且其上界下降、故濁音部縮小、若使用力呼氣、則該部上升、故增大、又其廣狹、亦因體位而變、卽左側臥時、右葉稍向下、左葉稍上升、右側臥者反是、

肝純濁音上面、有一帶、約廣三 cm、其音不全濁、然較高於肺之清音、且發半濁音、此名肝比較濁音部。Die relative Leberdämpfung 其上界、百二十四圖 p q) 與肝純濁音部上界平行、在胸廓後面、則肝之比較濁音、常不如前面及側面之顯著、在肩胛線與脊柱間、不能打定、其原因、一則以肺後緣稍厚、不如前緣之尖銳、又胸廓之背面甚厚、雖用強打、不過使肺之最表面震動而已、肝之比較濁音部、其上界非與真正肝上界一致、比較濁音、在乳線、始於第五肋下緣、而後一種、幾達於第四肋下緣矣、

打定肝純濁音部、用弱打法、打定肝比較濁音部、則非強打法不可、已見上冊、參照上冊一四

九頁

(地) 病態

肝濁音部、在病態或轉位、或擴大、或狹縮、或全缺、如者有之、

病態之肝濁音部

轉位肝濁音部

(一) 肝濁音部轉位、見於各種狀態、如腹水、鼓脹、下腹器腫瘍之類、腹腔內壓力增加、肝膈同向上方壓迫時、濁音部常向上移轉、又如肝向上方迴轉、僅前面一小部、或僅前緣與腹壁接着時、純濁音部即狹小、他如右肺萎縮、亦能使肝濁音部向上方轉位、

使肝濁音部向下轉位者、爲肺氣腫、胸膜炎性滲出物、氣胸、心囊滲出物、縱隔膜腫瘍、肝膈間之腹膜炎性滲出物、提肝韧带弛緩等是也、

在輕度肺氣腫、僅肝純濁音部上界下降、而下界未嘗變位、故肝純濁音部雖狹小、而肝比較濁音部、則反增大、其在高度者、則純濁音部之上下兩界、均向下轉位、比較濁音部狹縮、或全消失、而純濁音部不變其廣狹、或反增大、

在右側胸膜炎性滲出物、肝濁音部之上界、不能與由滲出物所生之濁音區別、故無從定其境界、而肝右葉之下界、稍稍向下移轉、左葉之下界、或上升或下降、或在常位、又如左側胸膜炎性滲出物、左葉向下壓抵、當是時、肝之全部、常壓向右方、

肝濁音部增大

(二) 肝濁音部增大、不必常關於肝臟肥大、若起因於此者、濁音上界雖不變、而下界較常低降、

同時左葉偏於左方，倘脾亦肥大，時或有互相衝着者，又肝上緣近部，生有大腫瘤時，癌腫膿瘍，包蟲囊腫，肝之向上轉位，姑置勿論，其濁音部上界高升，但腫瘤，常有不整，或半圈狀之濁音界，故此類濁音部，易與下列諸症誤認，如包裹之胸膜炎性滲出物，或腹膜炎性滲出物，生於膈及肝凸面之間者，及肺之限局性浸潤是也，故鑑別時，宜注意其他症狀，肝濁音部之外觀增大，尤多見諸胃或結腸中充實多量固形物，或液體時，腹壁堅硬時，亦有誤認爲肝濁音部增大者。

肝雖肥大，若同時有鼓脹者，每不能以打診辨之。

(三)肝濁音部狹縮，肝臟雖不縮小，亦往往見之，至如來自肺氣腫，及膈上升之際者，已見上文，此外其狹縮，發於含氣腸管，如橫結腸，嵌入肝凸面及胸壁間，或由胃膨滿所致，肝濁音部狹縮，由於肝臟縮小者，特見諸肝硬變及急性黃色肝萎縮二症，在前者，肝之容積，徐徐減少，在後者，則甚爲急速，僅數日之內，可見其容積著明減少，但在肝硬變症，同時多兼腹水，故每不能打定其濁音，又在急性黃色肝萎縮，肝臟甚爲縮小，全部沈降於脊柱之上，肝與胸壁之間，以腸充填之，故肝濁音每致完全消失。

(四)肝濁音部之消失，由胃潰瘍或腸潰瘍之穿孔，瓦斯竄入腹腔，充滿於肝臟及胸壁間時見之，斯時打診肝部，每發鼓音，此外在遊走肝及內臟錯位症，在尋常部位上，全無肝濁音。

肝比較濁音部，診斷上不甚重要。若膈急向上內方傾斜，則該部之位置較高，若膈與胸壁成鉛直線時，則比較濁音部即甚低，或有全然缺如者，往往於重症肺氣腫，且於氣胸見之。要之肝臟打診法，診斷上甚為重要，而在可以完全觸診，如肝下緣下降之際者，終不如觸診法之精確，故凡肝下緣可以觸診者，即由觸診定其境界，而不以打診為憑矣。

肝。膽。之。倫。脫。根。檢。查。法。Die K6ntigenuntersuchung der Leber und der Gallenblase 方今用諸診斷者尙少，惟肝膿瘍及包蟲囊腫有較明之影像，而膽石則大抵不能證明，一則比重甚低，一則含有膽石之膽囊，為吸收倫脫根線之肝臟所蔽故也。

### 第六章 檢脾法

脾本不屬於消化系，至其局部解剖之位置，與此有密接關係，故述其檢查法於此。

#### 解剖摘要

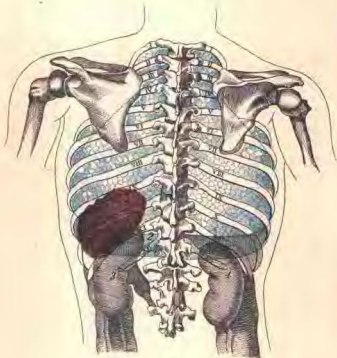
脾之解剖

脾。Die Milz, der Splen oder Lien (百二十五及百二十六圖)在左季肋部，位於第九及第十肋間，其縱徑，自後上斜向前下，與肋之經過相追隨，其上端(百二十五及百二十六圖a)距第十胸椎約二em前。端大約在腋前線，二百二十六圖c)自右胸鎖關節，向第十一肋之遊離端，所引之肋關節緣，尋常不能逾此，又脾可區為前後兩緣，前緣每向下端，有淺溝或切迹，適合於第九肋之經過，後緣與第十一肋並行，全體多為卵圓形，同圖abcd)時或稍呈菱形。

第 一 百 二 十 五 圖

脾 之 位 置

(Eichhorst 氏)



(1) 脾

(2) 肺臟

補充費

(3) 左腎

(4) 右腎

(同圖 a b c d) 其縱

徑, 平均十二至十三

cm, 橫徑七至八 cm,

脾之上端及前後兩

緣之一部, (脾三分之

一) 爲左肺所掩, 在腋

後線, 百二十六圖 A

A 起初出於肺下緣

之下面, 肺下緣與脾

所成之角, 即脾肺角

(同圖 l b c) 內有胃

及結腸, 脾之下緣, 蔽

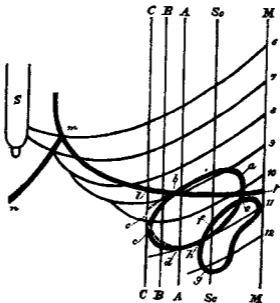
覆左腎外緣之一部,

由脾腎兩緣所成之

角, 即脾腎角, (同圖 d h g) 內有降結腸,

診斷學 下卷

第一百二十六圖 脾之模型位置



診斷學 下卷  
第一 脾視診法

第二 脾觸診法

起立則下降、又每吸氣時、向下移動、

脾之觸診法、Die Palpation der Milz 此法重要、遠過於視診、為脾臟診法中、最要者、往往優於

脾之視診法 Die Inspektion

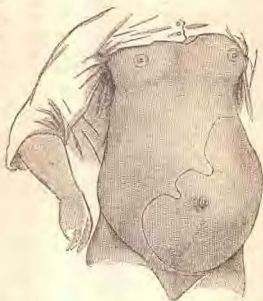
- (S) 胸骨(MM)骨
- 部正中線(Sc)肩
- 脾線(AA)腋後線
- (BB)腋中線(C
- C)腋前線(6 乃至
- 12) 第六至第十二
- 肋(abc)脾臟
- 卵圓形(abc'd)
- 菱形(eifg)左腎
- 外緣(lbc)脾肋
- 角(dhg)脾腎角
- (kim)左肺下緣
- (nm)肝左葉

Der Milz 僅於其著明肥大時行之、是時左季肋部呈隆起、若在巨大之脾腫、其全側膨隆、有延至下腹大部分者、若是之類、其腹壁不緊張過度、且無腹脹或腹水時、可自腹壁上明白見之、(百二十七圖)

脾腫者、變更體位、脾即移動、如右側臥時、沈降於右、



第一百二十七圖  
白血病之肥脾  
(Eichhorst 氏)



不明確之打診法，在常態，脾雖不能觸知，若肥大及轉位者，可顯然觸得之。觸診時，使右側臥之患者，高舉左腕，加於頭上為良，且務使弛緩腹壁而行深息，然後以手掌平貼腹部，進向左肋弓之下，脾有腫脹時，每吸氣即下降，故顯然觸知鈍圓體，向指頭進行，倘甚為柔軟者，可觸知蔓延狀抵抗之增加，又在腫脹之著大者，其表面及緣，亦可觸而知之。

(二)脾之肥大見諸急性傳染病，傷寒，猩紅熱，他如重症天花，丹毒等，瘧疾，門脈系血行障礙，尤數肝硬變症，白血病，豚脂變性新生物，癌腫，包蟲囊腫等，時有最巨之脾肥大，占腹之半部者，見諸白血病(百二十七圖)

脾表面之狀況及軟硬等，

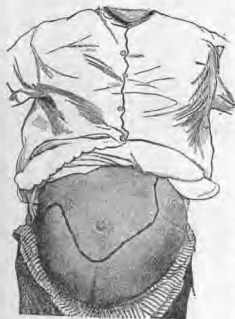
診斷學 下卷

脾常無疼痛，倘其漿液包膜，有變化時，因壓迫而覺痛，如新生物及包蟲囊腫是也，又如脾肥

大極速之發疹傷寒，再歸熱等，均有壓痛，脾形罕由肥大而變化者，但在前緣，則切迹顯明，故易觸知，又發生癌腫及包蟲囊腫時，因而變形者有之。

肥。大。之。脾。其表面常平滑，發生癌腫時，則有結節狀腫瘤，在包蟲囊腫，則呈緊滿之圓形彈力性隆起，此外雖在白血病，而脾之表面，常不平滑，偶有呈扁平隆起者。

第一二八圖 遊走脾 (Eichhorst 氏)



脾同時因  
白血病而  
增大以為  
孕婦始途  
往某大學  
婦人科者

脾腫者，其軟硬雖有種種，概而言之，大者常較硬於小者，慢性者常較硬於急性者。

(二)脾轉位，特由於固定之韌帶弛緩，在高度者，脾竟離去尋常位置，遠垂於小骨盆內，若是者，極易移動，且易於復位，名曰遊走脾。

Die Wandermilz, Lien mobilis 殆僅見於婦人(百二十八圖)輕度之脾轉位，均以左側胸膜炎

性滲出物、或氣胸、致膈下降之故、

### 第三 脾打診法

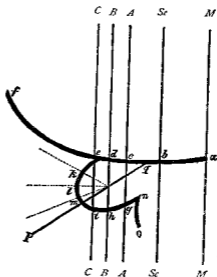
脾打診法、Die Perkussion der Milz 打診上爲最難者、其境界多不確實、故僅打診一次、診斷上殊少價值、非反覆打診數回、成績相同者、不可用以診斷、打診時、使患者以左腕加於頭上、取仰臥及右側臥之中間位置、卽斜臥、或使起立、大抵用弱打法、

#### (天) 常態

脾不飽打診其全面、觀其解剖位置、業已瞭然、以其一部爲左肺所掩、而後下方隣接於左腎、故可以打診之部、惟前端及前後兩緣之一部、打之發濁音、卽脾濁音部、Die Milzdämpfung 上面與肺之清非鼓音爲界、前下面、與胃及結腸之鼓音爲界、脾小而薄、厚不過三 cm、故所生濁音、亦不如肝濁音之強大、且向周緣、則漸變爲半濁鼓音、

打診脾臟時、先定左肺下緣、(百二十九圖 a f) 其法沿脊柱、(M M) 在肩胛緣、(S<sub>0</sub> S<sub>0</sub>) 及腋之前、中後三線、(A A B B C C) 向下打診、記其清音之移行於濁音或鼓音部位、次在腋線、以鉛直向下打診、定濁音或半濁鼓音移行於清鼓音之點、於此向各方面打診時、於胃及結腸之清鼓音、移行於半濁鼓音處、可得脾之前界、由此可從三面爲之區劃、卽得向後開放之濁音領域、(e k l m i h g) 其下緣更可打至稍下方、(n) 過此卽爲腎及腰肌所生之濁音、圖中之 n o

第一百二十九圖  
脾之打診境界



(M) 背部正中線  
(So) 肩胛線 (A)  
(A) 腋後線 (B)  
腋中線 (C) 腋前  
線 (af) 脾下界  
(edokmbg  
n) 脾濁音境界 (n  
o) 所謂腎濁音外  
緣 (pq) 第十肋之  
經過

線。適為腎下緣也。

一百六十六

滿時、尤然、反乎此、若胃腸中有許多固形物者、外觀上、宛如脾濁音部增大者有之、又過於多脂之大網膜、或有誤為脾腫者、體位與脾之打診境界有關、在仰臥及右側臥之中間位置、即所謂斜位、前記之成績、即由此位置得之、左肺下緣、偏於下方、故脾濁音部較低於起立時、且遠達於前方、又稍小、此外如深呼吸、亦能變脾之濁音部位、在深吸氣時、偏於下方、且狹小、營養強呼吸時反是、

(地) 病態

據 Weil 氏說、謂脾濁音部之高低、在常態、於腋中線平均為五至六 cm 半、其前端、多正在肋關節線、或超過二 cm 之譜、故距肋弓約四至五 cm、脾濁音部、雖在完全健體、亦往往狹縮、或有全然消失者、隣接部之胃腸、若由瓦斯膨

病態之脾  
濁音部

轉位  
濁音部

脾濁音部  
增大

脾濁音部  
失致及治

在病態可見脾濁音部之轉位增大及狹縮以至缺如。

(一)脾濁音部之轉位於下方者見諸肺氣腫左側胸膜炎性滲出物及氣胸在肺氣腫膈尚未至下降僅補充竇爲肺所充填時脾濁音部上界稍稍下降其下界不變常位故濁音部變而狹小若在胸膜炎性滲出物則與脾臟同發濁音故不能打定其境界至濁音部之向上轉位見諸膈被擡高之一切疾病如腹水鼓脹下腹臟器腫瘍等是也脾在此時深入膈下大都爲肺所蔽同時濁音部狹縮但在腹水則與脾發相同之濁音故其境界亦多無從定之。

(二)脾濁音部增大診斷上最須注意蓋脾部之濁音增大不必定由於脾濁音部增大如上所述胃及結腸中有固形物時亦每認作脾腫者有之故須診查數次濁音境界無有差異於是始可爲脾臟肥大之徵又在脾上界附近有包裹之胸膜炎性滲出物及左肺有限劃性浸潤時外觀上亦見脾濁音部增大。

脾之容積愈增其濁音部不僅下界向下偏倚而上界亦復上升前緣愈近肋弓同時濁音強盛而脾之大小尋常據其濁音部之高低在腋中線測之及其前緣與肋關節線之距離判定之然肋關節線又關乎胸廓周圍故脾之大小雖如常胸廓若有異形則此線與脾前緣之距離卽變宜注意又如脾臟著明腫脹突出於肋弓下者與其打診不如觸診轉易定其境界也

(三)脾濁音部狹縮已如前述見諸肺氣腫及膈上升之際縱在健體若胃腸由瓦斯膨滿甚時

濁音部狹小，或乃消失，此亦既經論及者矣。在病態，瓦斯竄入腹腔，充滿於胸壁及脾表面之間者，脾濁音部消失，他如遊走脾及內臟部位症，則其常位，固無濁音也。

極罕有者，在脾部，用聽診器可聽得摩擦音，與發自肋膜者無異，腹膜炎性摩擦音 *peritonitisches Reiben* 是也，此以脾之漿液膜，與相向之腹膜上，有炎症性沈著物，而兩膜面尙未黏着時，故發此音，亦多於肝上見之，肝部有限局性腹膜炎時（肝周圍炎）尤然。

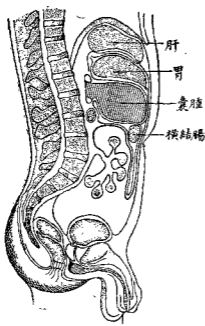
### 第七章 胰腺檢查法

胰腺 *Die Bauchspeicheldrüse, der Pankreas* 位於腹膜後部，右頭部透十二指腸凹陷部，左尾部透於脾，爲狹而長之臟器，體部當第二腰椎高處，橫於脊柱之前，其後面，由腹膜後結締織固定之，前面，被以腹膜，接着於胃之後面。

胰腺，有於消化最要之分泌物，醱酵素排出於十二指腸，其中於蛋白質消化，則含 *Trypsin*，於澱粉消化，則含 *Diaatase*，於分解脂質，則含有 *Steapsin*，但此等醱酵素，起初分泌未呈作用之 *Zymogen*，入十二指腸，由膽汁及 *Brunner* 氏腺之 *Enterokynase*（爲腸液中之醱酵物質，使 *Trypsin-Zymogen* 變爲能動性者，始呈其作用也。

胰腺除上述之外，分泌 *innere Sekretion* 更於血中營內分泌 *innere Sekretion*，此於糖質

第一三三圖  
胰 囊 腫



代謝機，甚為重要，據 v. Mering 氏及 Minkowski 氏之說，謂犬或其他動物，去其胰腺全部，即排出糖分，曾無間斷，遂至於死，胰性糖尿，若僅結紮胰管，遮斷外分泌，則不發糖尿病，據上所述，則胰之疾病，不問其為何症，而可作為一般症狀者，常為消化及代謝機能障礙，無待言矣，如大便多增量，呈粥狀而帶脂色，便中含脂極著，至占其攝取量之六〇%，蛋白消化，亦大障礙，(Azotorrhoe) 高度者，便中至見不變化之肉片，但含水炭素之消化則如故，榮養物吸收，既不完全，則榮養障礙，亦固其所，重以糖尿病，則障礙益甚矣。

胰之理學檢查法中，惟有觸診法而已。

胰腺。觸診法。Die Palpation des Pan-

kreus 大概甚難，以其潛伏於腹腔深部，如上所述，惟病態著明增大時，腫瘍及囊腫，可施觸診而已，觸診時，如為新生物，尋常為癌腫，且多生於頭部，則當右側腹上部，約劍突與臍間，直接肝下緣，可觸得圓形腫瘤，隨呼吸而運動，或在腹上部，觸得橫位較

長之腫瘤，但此腫瘍，如非兼有本病特異之併發症，即因輸膽管及胰管壓迫之黃疸，及大便之變化，他如糖尿、尿病等，則與其他臟器之腫瘍，難於鑒別，尤難者，為網膜或腹膜後腫瘍，此外可作為胰癌之症候者，為高度營養障礙，且每起劇烈之疝痛狀疼痛。

胰囊腫，常在腹膜後，位於橫結腸及胃後面，其著明增大時，每破腹膜而入腹腔，或出於胃及橫結腸之間（百三十圖）或介在肝胃之間，或現於腎之下右側，或在左側腰部，成為波動之腫瘤者，亦有之。

官能性胰診斷法

Die funktionelle Pankreasdiagnostik 為檢查胰腺分泌機能之法，於診斷胰腺有重要者，茲始不贅。

### 第八章 網膜、腸系膜及腹膜後腺之檢查法

#### 第一 網膜檢查法

網膜檢查法

Die Untersuchung des Netzes 僅以炎症或腫瘍，或以兩者之故，網膜肥厚時行之。觸診時，在慢性腹膜炎，且在結核性者，網膜往往萎縮，成為索條，橫於臍上者有之。網膜癌與胃前壁所生癌腫之區別，使胃空虛，或以空氣膨滿之，即可，而與肝癌之鑒別，則甚不易，其與肝愈着，而呈呼吸性移動者尤然。

網膜之包蟲囊腫，絕罕觀。



## 第二 腸系膜及腹膜後腺檢查法

腸系膜及腹膜後腺檢查法。Die Untersuchung des Mesenterium und der Retroperitonealdrüsen 亦以觸診爲主，二者若由繼發性癌或結核病且如小兒之腸系膜瘻(Tubas mesenterica (譯者按一名小兒疝瘻)因而成硬固之結節狀腫瘍時，有可觸知者，其生於腸系膜者，易移動，生於腹膜後腺者，固着於脊柱，又有呈下空靜脈及股靜脈之壓迫症狀者，但與他部腫瘍，不易判斷。

## 第九章 腹膜檢查法

腹膜疾患，每與其他腹部臟器病合併而來，亦呈一種特異症狀，故於此論其檢法，惟檢腹膜時，並須注目於其他臟器之狀態。

## 第一 腹膜視診法

腹膜視診法及腹部膨脹及腹膜氣腫

腹水

腹膜視診法。Die Inspektion des Peritoneum 先宜注目者，爲腹部膨滿，若爲平等，與胃腸氣脹無殊者，曰腹膜氣脹。Meteorismus peritonei 蓋本症，因空氣自腸胃竄入腹腔而起，頗爲險症，常與腹膜炎合併，所謂穿孔性腹膜炎(腹膜囊內有可動性液體停留時，腹部雖亦膨滿，但稍不平，此即腹水。Die Bauchwassersucht, Ascites 此種滲漏液，最初停於腹腔低部，即小骨盆內，增量時，以漸上升，其水平面達於腹壁，遂至充滿腹腔大部，含氣之臟器，浮游其上，液壓愈增，腹部益大，其下垂部，雖有液體，而上部多爲含氣小腸，與腹壁接着，而腹腔內之液體，當隨意移

動時、每因體位變換、占其卑地、腹壁緊張不甚者、腹部多由體位爲不等之膨大、卽仰臥時、腹部兩側膨大、側臥時、下側膨大、起立則腹下部膨滿、故腹形隨而變換、但由極多量之滲漏液、腹部著明緊滿者、則腹形不以體位而變、與高度氣脹者相同、又在高度腹水、表皮失其常態、以腹壁緊張故、變而平滑、不留皺襞、且有光澤、且於下垂部、每見無色之線紋、臍亦視其輕重、或消失或隆起、或變而非薄、甚者可於腹部、見表在性靜脈怒張、蓋由下空靜脈血行障礙之故、參照上卷三六九頁、有時以腸骨靜脈之壓迫、下肢有浮腫者、此外如腹內壓力愈加、則膈與胸腔臟器、一同上擠、卽在視診、已可見心跳之轉於上外方矣、

易動性腹水、多以鬱血之故、腹腔內生滲漏液、偶有由於炎症性滲出物之停留者、惟病初起時爲然、前一種、爲全身水腫之一分症、或兼皮水腫、或專由於門脈鬱血、肝硬變症、門脈鬱血及血塞後一種、則爲腹膜炎症候之一、但在腹膜炎、流動性液體停留於全腹腔者、不經見也、

腹部限局性膨隆、因體位而變形者極少、或全不變形、由於腸之一部與腹壁愈着、而包裹炎症滲出物、其他爲腹腔內一切腫瘍、及腹壁自身之腫瘍、膿瘍等、其呈炎症性潮紅者、爲將向外面破潰之囊腫瘍、腹腔或腹壁之膿竈是也、

腹部限局性膨隆

腹膜觸診法。Die Palpation des Peritoneum 於腹膜病甚為重要、先宜注意者、為疼痛。蓋在炎症性腹膜病、均有疼痛、且在急性腹膜炎、常發劇痛、或有稍一觸手、甚至極輕被覆腹部、亦發不能忍之劇痛者、凡此腹膜之過敏性、實為腹膜炎之要徵、且鑑別尋常之胃腸氣脹、與腹膜氣脹、或鑑別炎症性與水腫性腹水時、尤為重要、限局性疼痛、為限局性腹膜炎之徵、且多見於胃腸之潰瘍上、慢性腹膜炎、且在結核性、偶有無壓痛者、其次於腹膜炎診斷上重要者、厥惟抵抗、凡腹壁一般平等勁硬者、詳言之、其一般如有肥厚之感觸者、每見諸慢性腹膜炎、但因氣脹或腹水、腹部著明膨大、以其緊張之故而一般抵抗增加者、須與此區別、而因氣脹或腹水之抵抗、大致易於判斷、在氣脹、則觸之如壓氣枕、腹水、則呈一種特殊之波動。Die Fluktation oder Undulation 以掌貼於腹之一側、以他手輕突別一側時、液體即行動盪、其強弱、關於液量及腸壁緊張之度、液量少而緊張弱時、波動不明、或竟不能觸知、緊張過度時亦不明、但宜注意者、在肥碩者、由腹壁脂層、或恐由腹內脂(網膜)尤然之振動、使起如觸波動之感覺者有之、抵抗著明增加、因而呈不明之波動者、於包裹之腹膜炎、性滲出物上見之、勁硬之限局性抵抗、或呈圓形塊狀、或呈索狀者、見諸慢性腹膜炎、不獨結核性為然、於所謂單純症亦見之、蓋起於炎症性新生物、特多見於結核性者、而結核性及偶見單純之腹膜炎、

其膈上每有橫行之硬索、此即萎縮之大網膜、且以炎症而肥厚者、在此類、其腹腔中多有包裹或游離之液體、在腹膜之癌腫及肉腫、亦有呈醋肖之症狀者、

胃腸部之抵抗、多在胃腸炎及胃腸周圍炎時、急性發生者、可觸知限局性之塊磊狀、或平滑圓形之腫瘤、初則壓痛劇甚、此以胃腸內積糞、或炎性滲出物之故、或二者兼而有之、在二三症例、疾病久已經過、尙留有硬質、炎症性新生物、陷於腹膜之癩痕性萎縮者、或永遠留貽者、但在瀰漫性胃腸部炎症、則多不能證明腫瘤、

如 Dorel's 腔之腫瘍滲出物、及一切子宮周圍疾病、他如種種腹膜炎、有須從陰道、或直腸內觸診腹膜者、

第三 腹膜打診法

腹膜打診  
注濁音

腹膜打診法、Die Perkussion des Peritoneum 常識別腹腔內有無液體、及其部位性質時用之、行術以中等強度、向境界線進行、濁音之液體、與鼓音之腸、易於區別、若與肝脾等無氣臟器、則不能劃界、又游離之易動性液體、由病人體位而變、其位置、表面常為水平、故打響亦從體位而異、臥向右側時、右側下部發濁音、而濁音界上方、畫為水平、於左側腹部、雖呈鼓音、但左側臥時、則現象一反、若此者、不僅知液體為易動性、且每於測知液體之存在、亦為重要徵候之一、若液量極少、僅超過骨盆者、使起立打診、則恥骨縫上呈濁音、易於檢知、然使仰臥、則頓

時消失者，職是故也。

滲漏液極多者，腹部著明膨滿，腸系膜以短故，腸遂浮於液上，不與腹壁接著，因而全腹部放濁音者有之，故極大之腹水，其打響不以體位變更而有少異，若與腹壁接著之液層淺薄時，輕叩之發半濁音，以打診板或指壓而深打之，則由在下之腸，發為鼓音者有之。

由體位變換，液體移動不易，或全不移動者，則為包囊之炎症性滲出物，腸互相愈着，又與腹壁愈着，但在發生初期，雖本症亦能移動自如。

欲知腹膜氣脹者，打診法亦甚重要，即在腸穿孔，瓦斯竄入腹腔之前，倘無愈着時，腹部膨滿，打診之，其全部平等發鼓音，腹壁緊張甚者，發非鼓性清音，且於肝脾上部及胸廓，至第四或第五肋為止，以膈上升之故，發鼓音者有之。

#### 第四 腹膜聽診法

腹膜聽診法。Die Auskultation des Peritoneum 應用於下列諸症，即腸穿孔，瓦斯入腹腔，發生氣脹時，聽之每有鏗子呼吸音。蓋以自肺傳達之呼吸音，由腹腔間之隙共鳴而強盛，得鏗響性陪音故也。又在腹膜炎，腹膜上面，因纖維素沈著物，變而粗糙時，偶可聽摩擦音，宛如胸膜炎性摩擦音者有之。此名 Bright 氏雜音 (Bright'sche Geräusche) 於肥大之肝或脾上，最易聽取，一如胸膜摩擦音，有如搔如刮之性質，與此一齊斷續，蓋山呼吸運動，腸蠕動，或觸診時移動

腹膜聽診法  
鏗子呼吸音  
摩擦音  
(Bright'sche Geräusche)

腹壁而生者也。

腸穿孔後，若不速死，則發腹膜炎，腹膜囊內，生滲出物，若動握病人，或以指打診腹部時，可聽一種雜音，如騰氣胸之震盪音。

第五 腹部試穿法——腹部刺液檢查法

腹部試穿  
Pravaz  
注射器

腹部試穿法，Die Probepunktion des Abdomens 為欲知腹腔內積留液體之性質時，所用之法，行術時，一如胸膜試穿法，用 Pravaz 氏注射器 (Die Pravaz'sche Spritze 百三十一圖) 穿刺

之，先以打診選定濁音最著之部位，否則有誤傷腸管之虞。

第一百三十一圖 Pravaz 氏注射器



亦有用人工排水法，即穿腹術。Die Funktion oder Paracentese des Abdomens) 後，而行診查者

穿腹術

第一百三十三圖 針管



有之，例如肝硬變症，壓迫門脈之腫瘍，腸癰卵巢腫瘍之類，此時常用稍大之套管針 Troicar (百三十二圖) 無適用者，為套管有活栓，其側端別具小排泄管者，百三十三圖) 而用以排除腹水時，常在

Moore  
氏點

腹部刺液  
檢查法

由腹膜而  
來之液體  
滲漏及滲  
出液

來自腹

腹刺液之  
肉眼檢查

第一三十三圖  
有活檢之管針圖



臍下適當白線上穿刺，亦有在腹下部左側，自腸骨前上岡向臍所引線之中央，所謂 Moore 氏點 (Moore'scher Punkt) 上行之者，蓋與內乳動脈交通之下上腹動脈，起於鼠蹊韌帶中央，向內上方

斜走，穿刺時，須避却此動脈之損傷故也。

夫然後施腹部刺液檢查法。Die Untersuchung der Panktionsfähigkeit des Abdomens 時，其液體，不可不先知有二大別，即(一)由腹膜而來者，(二)來自腹腔內臟器者，而來自腹膜之液體，又分為滲漏液及滲出液二種，滲漏液 Transudat 透明如水，缺有形成分，比重低，而滲出液 Exsudat 則由炎症發生，富於有形成分，比重高，有漿液性漿液—纖維素性膿液或乳糜性數種，來自腹腔內臟器之液體，例如卵巢囊腫，包蟲囊腫，腎水腫等所見者，此等囊腫每極大，其終或充滿全腹，觸診及打診，有誤作腹膜腔內液體者，且雖為中等大之囊腫，若在腹之一局部時，與包裹性腹膜炎性滲出液誤認者有之，總之在此等處所，非行試驗穿刺，精細用液體之肉眼化學及顯微鏡檢查不可。

(一) 腹刺液之肉眼檢查

腹刺液之肉眼檢查，Die makroskopische Untersuchung der Panktionsfähigkeit des Abdomens 須

注意左列諸項、

量 (一)量。欲知液量、惟有就治療穿刺術所採取者測定之、不問其爲滲漏液、滲出液、或囊腫液、常達數新升者、非罕見也、

性狀 (二)性。狀。刺液稀薄透明者、爲滲漏液、漿液性滲出液、在腎水腫、及包蟲囊腫、其內容、亦多透

明而稀薄、若稠濁粘稠、而有牽縷性之液體、則來自卵巢囊腫、稠度濃厚而爲膿狀者、於漿液膿性、及純膿性滲出物見之、此外呈乳狀者、爲乳糜性滲出物、而漿液性滲出物採取後、放置片時、則凝固、漿液性滲漏液、及卵巢囊腫液、則罕有見此變狀者、此外如敗膿性滲出物、其性狀常稀薄、

反應 (三)反應。腹腔之液體、一切均爲亞爾加里性反應、

色 (四)色。漿液性滲出液、及滲漏液、並許多囊腫液、呈淡黃色、若爲灰白黃色至綠黃色者、皆爲化膿性、赤色至褐色、則爲含有血液之徵、又血狀紅色、有見諸滲漏液、滲出液、他如包蟲囊腫、卵巢囊腫者、呈帶褐綠色者、爲血液及膽汁同時存在之徵、多於敗膿性滲出物見之、此外如乳白色、見諸乳糜性滲出液及滲漏液、水狀透明者、見於腎水腫之液體、

(二) 腹刺液之化學檢查

腹刺液之化學檢查。Die chemische Untersuchung der Punktionflüssigkeit des Abdomens 所可

腹刺液之化學檢查



注目者，列如左。

比重

(一) 比重。腹膜滲出物，比重在一〇一八以上，滲漏物，比重在一〇一二以下，又卵巢囊腫液之比重，自一〇〇二至一〇五五之間，平均爲一〇一〇至一〇二五，此外如包蟲囊腫之內容，自一〇〇六至一〇一五，腎水腫液，有一〇〇八至一〇二〇之比重。

Rivalta  
氏反應

Rivalta 氏以下列方法，區別滲漏液與滲出液，即以冰醋二滴，加入二〇〇〇蒸水中，點入可檢液一滴，在滲漏液，不呈潤濁，而滲出液則潤濁，所謂 Rivalta 氏反應是也。

蛋白質

(二) 蛋白質。腹水、腹膜炎症滲出物、卵巢囊腫液中，常含有之，在包蟲囊腫、腎水腫，僅存痕跡，或竟缺如，而在單純腹水，蛋白質含量，不過一至三%，在腹膜炎性滲出物，其含量，自四至六% 以爲常，檢法與尿中蛋白質同，參照檢尿章可也。

Chloro-  
arctum

(三) Chlorarctum 在滲出物、滲漏物、卵巢囊腫、及腎水腫，含量不多，包蟲囊腫，則含多量，檢定時，先以硝酸使可檢液變爲酸性，再加少許硝酸銀液時，生白色乾酪狀沈渣，爲鹽化銀之化合物，視其沈渣多少，略可推知 Chlorarctum 之含量焉。

琥珀酸

(四) 琥珀酸。Bernsteinsäure 包蟲囊腫液中，每含有之，檢定時，以可檢液五〇〇蒸發之，使爲 Syrupus 狀，加鹽酸少許，以依的兒抽出之，次則蒸發依的兒抽出液，以水少量混於渣中，然於加 Chlor 化鐵液一滴，含有琥珀酸時，則生赭褐色之絮狀沈渣。

尿酸及尿

Murexid  
反應

(五) 尿。素。及。尿。酸。Harnstoff und Harnsäure 含有多量者，為腎水腫之特徵，今欲檢出尿酸時，先加鹽酸，使為酸性，放置二十四時，夫然則析出尿酸結晶，即以此檢其 Murexid 反應。(Die Murexidreaktion) 法加硝酸一二滴，於陶製小皿中，徐徐加熱時，即現橙黃斑紋，加入阿母尼亞，則變為紫紅色，滴落加里滷汁，遂變青色。

(三) 腹刺液之顯微鏡檢查

腹刺液之  
顯微鏡檢  
查

腹。刺。液。之。顯。微。鏡。檢。查。Die mikroskopische Untersuchung der Punktionflüssigkeit des Abdomens 應注目者如左。

赤血球

(一) 赤血球。大抵一切刺液，均含少數，倘刺液帶血性時，則多數存在，但如陳舊出血，則赤血球變形，血色素溶解，或現 Hämatoidin 結晶。

白血球

(二) 白血球。亦略有之，在膿性刺液，則含有多數，而新鮮之膿性液中，白血球能保其形態，若在陳舊膿液，或敗膿性液體，則強度萎縮，或可見其脂變也。

上皮細胞

(三) 上皮細胞。滲出液及滲漏液中，略含腹膜之扁平內皮細胞，扁平上皮細胞，則多強度變形，見於卵巢囊腫，又圓柱上皮細胞，及毳毛上皮細胞，惟卵巢囊腫之內容中有之，常強度脂變，此外方形之上皮細胞，為細尿管上皮細胞，有見於腎水腫之液中者。

脂

(四) 脂。膿性液中常有之，且敗膿性滲出物中，特有脂酸結晶，其類敗物，則為細胞之崩壞者。

結晶

動物性寄  
生體

腹刺液之  
細菌學檢  
查

於種種腹腔刺液中見之、

(五)結晶。純膿性滲出物中、偶含 Cholesterin 結晶、而在敗膿性滲出物、及化膿之卵巢囊腫液中、則發見多量、又液中如見 Hamatoidin 結晶者、為其中曾有出血之證、但偶亦於敗膿性滲出物中見之、又化膿之包蟲囊腫、富於 Hamatoidin 結晶、

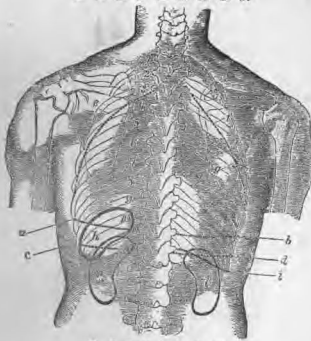
(六)動物性寄生體。最要者、為包蟲、由液中含有之包蟲鈎、及橫紋狀膜、可下確診、

(四) 腹刺液之細菌學檢查

腹刺液之細菌學檢查。Die bakteriologische Untersuchung der Punktionflüssigkeit des Abdomens 多數化膿性、及敗膿性滲出物行之、任化膿性刺液中、含有多數細菌、敗膿性滲出物中最多、若為滲漏液、及單純囊腫液中、則常缺如、漿液性滲出物中、甚為罕見、細菌中最重要者、為化膿性葡萄狀球菌、及連鎖狀球菌、其中發見普通大腸菌者亦不少、蓋此等細菌、多在腹膜炎性滲出物、及化膿之囊腫內容中、結核性腹膜炎之滲出物中、時有見結核桿菌者、此外腹腔內容中、往往有放線狀菌、

消化系病之重要症候、詳本卷附錄「應用診斷法」條下、就而觀之可也、

第一百三十四圖  
胸腹臟器之背面位置圖



診察學 下卷  
第四編 泌尿系診法

第一章 檢腎法

解剖摘要

腎。Die Niere, Ren (百三十四及百三十五圖爲蠶豆形、縱徑十至十二cm、橫徑五至六cm、在腹膜外、位於腹腔後部、脊柱之兩側、後接腰方肌 *M. quadratus lumborum* 前面、上以膈爲界、占居第十胸椎至第二及第三腰椎之間、右腎較左腎稍低、其凹緣內向脊柱、凸緣向外、其長軸、左右均向下離開、上部發出於

(a b) 膈下緣  
(c d) 胸膈下界  
(e f) 葉間切迹  
(g) 上下右葉間切迹界  
(h) 脾  
(i) 肝  
(j) 左腎  
(k) 右腎

第一百三十五圖  
腎之位置



(1) 左腎 (2)  
右腎 (3) 脾  
(4) 肝 (5) 膽  
結腸 (6) 升結  
腸 (7) 肺 (8) 胰  
角

容升結腸、脾腎角中、藏降結腸、下緣與腸骨嵴(即 *Cri. sup.*) 之距離、爲二至六 cm、罕有接着者、

第一 腎視診法

診斷學 下卷

胸廓內、爲第十一及十二肋所蔽、右腎上端、腎之上端、左右均以薄弱之腎上腺、即副腎 (*Glandula supr. arenales*) 被覆之、如冠狀、此物與泌尿機能無關、與肝密接、而爲所掩蔽、左腎之外上部、爲脾所掩、其外緣在右側者、肝下緣作一角、左側者、與脾後緣爲一角、肝腎角中、

腎。視。診。法。Die Inspektion der Nieren 推著明腫脹、或腫脹而兼轉位時、腎腫瘍、腎水腫、腎膿瘍

第一三百三十六圖  
巨大之腎水腫  
(G. Simon 氏)



圖為右側  
之腎水腫  
其蓋與  
腹壁着  
之故施穿  
刺術數次  
者

等行之、當是時、於腰部、腹側部、及肋弓附近腹之前側、由腫瘍之類別、可見平滑圓形、或不整、或凹凸不平之隆起、百三十六圖腫瘤形狀、因體位仰臥或起立而大有差異、然無隨呼吸而移動者、腎發腫瘍時、每去其常位、高至於膈、易自前面視之、又在腎周圍膿瘍、其背部適當腎臟或稍偏處、生平等之圓形隆起、表皮每呈浮腫、或有呈炎症性潮紅

第二 腎觸診法

腎。觸。診。法。Die Palpation der Nieren 為腎之理學檢查上最重要者、行時使患者仰臥、兩腳外轉、屈其膝關節為最良、檢右腎時、檢者立病人右側、平置右手、與正中線並行、從腹壁上貼於腎部、以左手在背部肋緣與腸骨間按之、呼氣之始、徐用右手指壓前腹壁、吸氣之始、中止

第 一 百 三 十 七 圖  
仰 臥 位 之 腎 觸 診 法



加壓、乘下次呼氣時、更向深部漸進、加以  
平等之壓迫、勿用強力、亦勿逆呼吸運動、  
靜按數次、即可觸診腎臟矣、

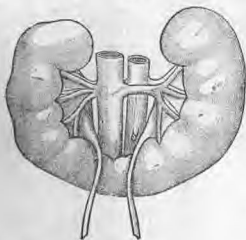
腎臟、在健態常不能觸診、(但腹壁極弛緩  
而非薄、腸內容空虛時、偶有可以觸知者)、  
轉位或著明腫脹時、(腫瘤)可以觸知之、  
腎轉位、由於維繫腎臟之韧带弛緩、在腹  
壁弛緩、因分鏡數次故、及生殖器變位者、  
尤易發生、若全然去其常位而下降時、在  
腹下部、能觸知可動性無痛之腫瘤、以其  
表面平滑、又呈蠶豆形、故易知為腎臟、若  
是者、尤多於女子見之、大抵見於右腎、常  
屬於後天性、偶有見於先天性者、所謂遊  
走腎、Die Wanderniere 是也、此外因輸尿管  
屈折之腎水腫、發遊走腎者甚多、亦有

由於發生腫瘍者，而腎從其轉位之程度，於肋弓下，觸知其下半部或全部，轉位高度者，降於下方，時或於腹下側部觸知之，若腎臟尚在膈之附近時，深吸氣之際，雖下降，然隨呼氣而立，即上升者無之，故腎臟為不呈呼吸移動之物，凡此徵候，及腫瘤之大小形狀，其他如腫瘤之移動性，時有由指壓而可復其原位者，以之鑑別肝腫瘍，及增大之膽囊，甚為重要。

腎轉位，有由先天畸形，所謂蹄鐵腎，*Die Hufeiseniere*，*Ron arcuatus s. unguliformis* 而來

腎腫脹

第一百三十八圖 腎



者，百三十八圖蓋由左右兩腎愈着而生，其愈着大概在下端，宛如蹄鐵，凸隆部向下，凹陷部向上，據剖檢之統計，蹄鐵腎，約千人中有一人之比例，可知非絕對稀有之畸形矣。

腎腫脹，腫瘍常先於腰部，及腹下側觸知之，其絕大者，或占傾腹之半側，(百三十六圖)視診時，每於腫瘍前面，可見升結腸，或降結腸，打診之，結腸發鼓音，空虛時，此處觸知圓形索條，但結腸，亦有顯然在腫瘍內側緣者，此於卵巢腫瘍之類症鑑別，尤為重要，惟結腸位置，苟非舍雷瓦斯，難以確定。



診斷上宜用空氣膨滿之、本卷九十二頁此外腎腫瘍、觸診之、移動者甚少、亦常不隨呼吸而轉動也、

波動

腎上腺腫

可以觸知之腎臟增大、多為腎水腫、腎膿瘍、結核、他如包蟲囊腫、新生物、其中如癌腫、肉腫等、至如因鬱血、澱粉變性腎炎、大白腎等、肥大者、則不能觸知、其因水腫及包蟲囊腫者、緊滿每呈波動、在新生物、觸之、每呈硬固之結節狀腫瘤、

腎上腺腫、不能與腎腫瘍識別、蓋腎上腺、如前所述、為冠狀被覆腎之上端、而與密着故也、包裹腎臟多脂之蜂窩織、若發炎症、腎外膜炎、或腎周圍炎、則腰部及腹下側部、亦生隆起、但加以觸診、毫不能觸知限制之腫瘤、僅呈蔓延之板狀浸潤、有疼痛、表皮浮腫、後呈赤色、破潰之先、亦呈波動、

腎壓痛

腎壓痛、偶見於急性腎炎、慢性症、幾常無壓痛、腎膿瘍、腎孟結石症、發炎症時、此外如於炎症性腎水腫、及腎臟外膜炎、本症每發劇痛、亦見之、

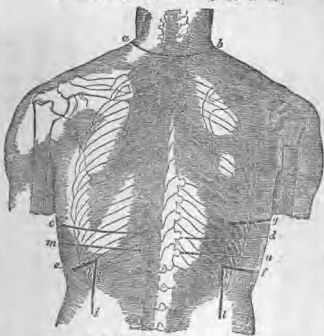
### 第三 腎打診法

腎打診法

腎打診法、Die Perkussion der Nieren 診斷上無甚價值、蓋雖打診、亦難定其境界、該部所有濁音、發於腎者極少、而多發於被覆腎臟之肌層、故腎部、在尋常雖為著明之遊走腎、然無顯然發鼓音者、

打診腎臟時，使病人取腹位，腹下以枕支持之，且使竭力弛緩腰肌，行板槌打法，可用強力打

第一百三十九圖 腎及肝臟之濁音



(a b) 膈上界 (c d) 膈下界 (e h) 脾界濁音部下緣 (i k) 肝濁音部下緣 (h i k l) 腎濁音部外緣 (m n) 深吸氣時之膈下界 (g) 肝比較濁音部上界

診。固不待言，由此自上而下，又自正中線至於側方，打診時，在兩個腰部，為長方形，上接脾或肝之下界，下達腸骨嵴，外面離正中線約七至十 cm 之濁音部，(百三十九圖 h i k l) 可得而診定之。

腎打診法，特多用於轉位及腫瘍在腎轉位，其濁音部，每發鼓音者有

之，蓋以腸管占居腎部之故，但腸不空虛時，亦發濁音，腎復原位時，鼓音消失而發濁音，腎打診法，於鑑別腎腫瘍亦甚重要，雖觸診上未能檢知之際，已可證明腎濁音部增大者有

## 第一四一圖

Pawlick 氏婦人用輸尿管測管



之。當是時，亦宜如前所述，打診升降結腸，明其於腫瘍之關係爲要。

#### 第四 腎官能診斷法

腎之官能診斷法。Die funktionelle Diagnostik der Nieren 在近時爲腎病診斷上最要者，蓋腎之官能，主在泌尿，尿中含有體內物質代謝之分解產物，腎之官能，若完全無缺，則所有分解產物，排出於尿中，無蓄積體內者，腎之官能診斷法，即檢查此種關係，且以檢知左右腎之動作力如何爲目的，蓋此法最重要者，爲外科治療上摘出一腎之際，能以此法檢知各腎官能時，則腎臟可否摘出，即可判定，若一腎果屬健全，則雖去其一腎，能代償其官能，決無後患故也。

行上述診法時，或將左右腎分泌之尿，各別採取而檢查之，或在膀胱內，直接觀察左右輸尿管口所流出之尿，故今先論此種方術，然後及於官能診斷法。

自兩腎分泌之尿，各別採取之，有種種方法，昔曾盛行之 Pawlick 氏輸尿管測管 Der Ureterkatheter nach Pawlick (百四十圖) 不過應用於婦人，在男子則 Nitze 氏於膀胱鏡發明之次，並發明輸尿管鏡，今則男女兩性輸尿管測管送入法。Der Ureterkatheterismus 均易行之，所用者，即輸尿管膀胱鏡。Das Ureterystoskop 膀胱內先用此照檢，遂以附於鏡上之測管，送入輸尿管，而從左右腎分泌之尿，即

Casper  
及 Albarran  
氏輸尿管  
膀胱鏡

雙流輸尿管  
膀胱鏡

第一百四十一圖  
Casper 氏輸尿管膀胱鏡



○ 所以示測管

第一百四十二圖  
Albarran 氏輸尿管膀胱鏡



第一百四十三圖  
Casper 氏雙流輸尿管膀胱鏡



可各別採得最近所習用者，  
為 Casper 氏及 Albarran 氏  
之輸尿管膀胱鏡。Das Ure-  
terocystoskop nach Casper und  
Albarran (百四十一圖及百  
四十二圖)其測管可隨意深  
入輸尿管內，但如用 Casper  
氏雙流輸尿管膀胱鏡，Das  
doppelläufige Ureterocystoskop  
von Casper (百四十三圖)則  
兩側輸尿管之尿，可以同時  
採取，於腎之官能診斷時，尤  
為便利者也。  
用輸尿管膀胱鏡，送測管入  
輸尿管時，先用 2% 硼酸水，

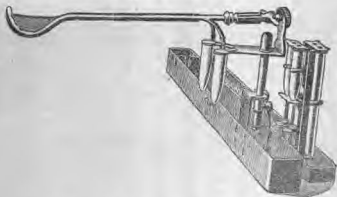
或殺菌水、洗膀胱、至膀胱內容透明爲度、然後以該液一五〇至二〇〇cc、充滿膀胱、尿道內、注入 Cocain 水、以塗有 Iodine 之膀胱鏡、送入其中、此時測管之尖端、不可露出、且較常稍深、送入膀胱鏡、迴轉之、使玻璃窗向下、若發見輸尿管口、則將測管裝置於視野之左右下緣、約與時錶長短針在四時與八時相當、務使膀胱鏡接近輸尿管口、測管向前送至尖端、在視野下現出爲止、以測管前端裝置之小舌片、適宜變更其彎曲度、使尖端向輸尿管口、尖端既入管口、則測管與膀胱鏡之角度、依舊放大、徐進測管、若目的在採尿、送入輸尿管內三至四cm即足、於是牽引膀胱鏡、其測管、俟探得檢在必需之尿量爲止、放置之、當是時、尿即滴出一二十滴、又暫休止、再同樣滴出、蓋由腎尿管定期之蠕動而滴出之故、倘測管深入至腎盂時、則發作性點滴、卽中止、若腎盂內蓄尿多量時、尿卽成爲粗線、不斷迸出、但測管雖送入輸尿管、偶有不見排尿管者、蓋以輸尿管一時痙攣、否則測管穿孔、爲黏膜閉塞之故、是時或暫將測管放置、或稍進退可也、

以測管送入輸尿管時、必遵嚴重之防腐原則、固不待言、但此法非無危險、苟非必要、不可濫行、以膀胱有疾病時、其病毒因此有傳染於輸尿管腎盂之懼故也、但此法有時又多不能行者、如肉柱膀胱、輸尿管口潰瘍之類、又如以慢性膀胱炎之故、黏膜皺裂隆起、或前列腺 Prostata 著明肥大時、亦屬難行是也、

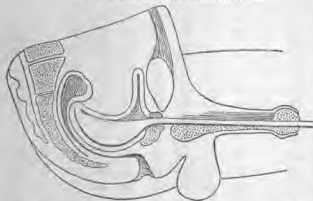
輸尿管內不必送入測管、僅於膀胱內送入膀胱鏡。Das Cystoskop 觀左右輸尿管、果何者分泌澀濁之尿、或含有血液之尿、則左右兩腎、何者有病、憑此亦足知之、然行上述諸法時、必須

分尿法  
分尿器

第一四百四十分尿器圖  
Luy 兵

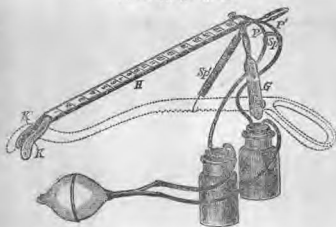


第一四百四十五分尿器圖  
Luy 兵分尿器送入膀胱使橫皮膜緊閉之圖



幾許練習、一般醫師、不易利用、以補此缺點之故、遂又思得簡便方法、即以人工、分膀胱為兩半部、採其自各側輸尿管流出之尿、所謂分尿法。Die Urinseparation 是也、所用者、為分尿器。Der Urinseparator odor Harnschneider 起初發明

第一四六圖  
Harris 氏分尿管

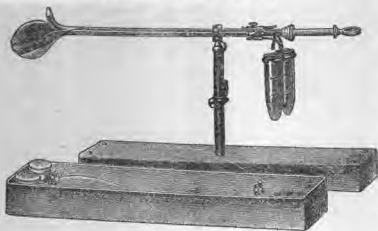


分尿管者，為 A. Neumann 氏，而今所習用者，為 Lany 氏 Harris 氏，及 Cathelin 諸氏之器械。

Lany 氏分尿管 Der Urinscheider nach Lany 氏百四十四及百四十五圖成於兩測管，及中間之扁平長桿，其前端彎曲部，有鎖鏈一條，在膀胱內，使之緊張時，則橡皮被膜擴張，分膀胱為兩半部，但此時非將手指送入直腸，使膀胱壁向器械密接，則膀胱前列腺部，不能完全封鎖耳，自各測管流出之尿，即收容於柄部之玻璃小管內。

Harris 氏分尿管 Der Harnscheider nach Harris 氏百四十六圖有長二十 cm 之直套管，其中有扁平而尖端稍屈之兩測管，合為一體，其尖端二分之一前具許多小孔，圖中 K K' 柄亦二分，圖中 P P' 而測管在套管中，可周長軸而迴轉，故送入膀胱內時，尖端可收閉，在膀胱中，則尖端分開，測管之柄，於兩側各有橡皮細管，導入各別之玻璃瓶，用器械時，使病人取截石位，測管閉其尖端，送入

圖 七 十 四 百 一 第  
Cathelin 氏 分 尿 器



診斷學 下卷

一百九十四

膀胱，使尖端向下，同時將測管向外迴轉，使構成百度至百十度之角，由小彈撥器圖中(S)固定之，然後以附屬於器械之起子，送入直腸或陰道，膀胱壁之在正中線部分者，使向測管尖端之中間突出，而分膀胱腔為左右兩半部，玻璃瓶上，連有橡皮球，壓之從左右輸尿管各別流出之尿，可採入瓶內矣。

Cathelin 氏分尿器 Der Harnseparator nach

Cathelin (百四十七圖)短嘴測管之凸側中央，有一管，中容 Mandrin，其膀胱端，有彈撥裝置，被以橡皮膜，向膀胱壓透 Mandrin 時，則尖端之彈撥裝置自開，緊張橡皮膜，作中隔於膀胱底，轉開其左右之測管時，可各別自兩側取尿，以上分尿器，其用法均甚簡單，但由此採得者，非純粹之腎臟尿，不無缺點，故欲取不受膀胱黏膜影響之純粹腎臟尿者，必如上述，用輸尿管內測



管送入法、

如上所述、於膀胱內從左右輸尿管口流出之尿、用膀胱鏡視察、或用測管、或據分尿器、各別採取兩腎之尿、行化學及顯微鏡檢查時、則各腎之健否、不難了解、更欲精細檢查時、不可不用官能之腎診斷法、有數種如左、

官能之腎  
診斷法  
尿素定量  
法

(一)尿素定量法。Die quantitative Bestimmung des Harnstoffs 者、集一晝夜之尿、測定尿素全量、以檢腎臟機能之謂、但尿素之排泄量、雖在健體、亦非一成不變、故此法不得謂之確實、惟數日間、反覆以此法檢查尿素之量、不過普通半數者、一日二〇〇至三五〇即為腎機能不全之證、然此法複雜、實地上所難行也、

Aohart  
氏及Cas-  
taigne 氏  
之Methy-  
lanblau-  
試驗法

(1) Aohart 氏及 Castaigne 氏之 Methylanblau 試驗法 (Die Methylanblauprobe nach Aohart und Castaigne) 以殺菌之 Methylanblau 水溶液 〇.一二五至 〇.五 注入皮下或臀肉內、在健態、經三十分、尿帶青色、一點鐘後、青色著明、在第四點至第五點之間、達最高度、三十點至五十點鐘後、色乃消失、若腎臟機能不全時、自一點至三點、或非更經多時、尿中不能排出色素、而其消失時間、或遲或速、其速者、恐係色素留於體內之故、此試驗、以左右兩腎之尿、分別採取而行之、Aohart 氏及 Castaigne 氏謂尿中色素、顯出遲滯者、為腎機能不全之徵、但雖曰病腎、若其中稍有健全之部分、則與健腎、初無著明差異、故此法不得謂之精確、且急性亞急性慢性之腎

實質炎、及特異之腎機能不全症、卽尿毒症、則色素排泄、與常無異、縱有之、其差亦甚微細、但在萎縮腎、則色素排泄、著明減少云、(Casper 氏)

Voeiker  
氏及 Jo-  
seph 氏  
Indigo-  
karmín  
試驗法

(III) Voelker 氏及 Joseph 氏之 Indigokarmín 試驗法 (Die Indigokarmínprobe nach Voelker und Joseph) 以溶解於 0.6% 食鹽水之 0.4% Indigokarmín 2.0 加入腎肌、腎健全時、注射後約經二十分鐘、卽見輸尿管口有青色尿迸出、若其機能不全時、青尿漏出甚遲、且迸出之尿線極弱、蓋 Indigokarmín 因尿而脫色者甚少、優於 Methylenblau 但亦不確實、與前法同、

Casper  
氏及 Ri-  
chter 氏  
Phloridz-  
in 試驗法

(四) Casper 氏及 Richter 氏之 Phloridzin 試驗法 (Die Phloridzinprobe nach Casper und Richter) 法以 Phloridzin 水溶液 0.005 至 0.015 (1%) 注入皮下或臀肌內、蓋注射 Phloridzin 時、血液中糖分、雖無變化、但由腎細胞之作用、尿中一時排泄糖分、(腎臟性糖尿病) 既爲 v. Meering 氏所發見、腎有疾病時、糖之見於尿中者、著明減少、或全遏止、此卽二氏用此試驗以測腎機能之理、腎之機能完全時、十五分至三十分鐘、尿中已排泄糖分、其含量約 0.5 至 2.0%、左右兩側、其量相等、尋常約三時後、排泄停止、若腎有疾病、則尿中糖量甚少、或竟缺如、(五) 尿之凍結點下降測定法。Die Bestimmung der Gefrierpunktniedrigung des Harns - die

尿之凍結  
點下降測  
定法

Kryoskopie 既述於血液檢查法條下、(參看上卷三八八頁) 蓋尋常尿之凍結點、甚有差異、約在零下 0.1 一至 0.7 度之間、(J. 0.11 - 0.7) 腎機能不全時、尿成分滯於血中、故血液凍結點

益下降，而尿之凍結點益上升，至於兩相接近，即尿之凍結點，若上升至 $0.1-1$ 時，可知腎臟機能，必有障礙矣。

要之，上述諸法，在腎臟官能診斷上，均不得認為完全，但在實際，先檢定血液及全尿之凍結點，次以輸尿管測管，分別取兩腎之尿，檢查其狀況，且定其凍結點，更行 Indigokarmin 及 Phlo-tidin 注射法時，則腎官能究屬如何，夫亦可以診定矣。

### 第五 腎之倫脫根檢查法

腎之倫脫根檢查法，Die Röntgenuntersuchung der Nieren 主要在有腎石症之疑者行之，檢時必先投下劑，十分疏淪其腸，若腸中充實，則結石難於發見矣，又一切泌尿器之檢查，透照法殆無所用之，故常用以照相，照時使病人仰臥，舉其頭及肩胛，且使屈其膝關節，若是則能使腰部脊柱生理之彎曲，歸於平均，使接着脊柱之照相乾板，與腎臟之距離短縮，同時又可減少腹肌之緊張，照相之際，須用 Albers-Schönberg 氏之壓迫遮光器，球管務擇軟性者，照相時間，大約二分至五分鐘，而腎之倫脫根照相，兩側常各別行之。

在健腎，呈平等濃厚之陰影，僅腎盂部平等而稍淡，兩腎下緣，殆與第三腰椎橫突高低相同，或有較此稍低者，兩腎側緣，向外呈凸線之弓，在右腎，則此影直可追蹤而上極，左腎上極，則多不能檢出，若腸以食物或瓦斯充滿時，腎影之一部或消失。

腎病而呈倫脫根像者如次、

(一) 先天性形狀位置變常。可由倫脫根證明之、但歸。腎。惟由下極之腎實質連絡者、始能證明、遊走腎亦可檢、但宜注意者、照相時、若力加壓迫、遊走腎每有向上復其原位者、又腎臟

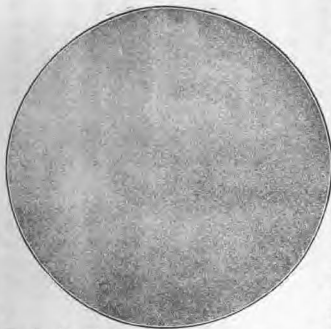
增大、不難證明、其縮小者則難見、以萎縮之腎、通過倫脫根放線力極大、與周圍境界、不能判然故也、

(二) 腎水腫。在初期不失常態、其增大者、則常難證明、

(三) 腎腫瘍。尋常可明辨其形態、在稍大之腫瘍、則呈平等之影、與尋常腎組織不能區別、腫瘍之性質、固非所能知也、

(四) 腎結核。初期雖不能證明、若既起乾酪變性、且有石灰沈着者、呈特異之影像於腎周緣、且其下極之緣、

第一百四十八圖  
腎石之倫脫根像



可見線狀或圓形淡斑，異其時日，反覆照相數次，於同一部位，見同樣之斑者，其爲結核病，殆無疑義，又如著明之形狀變化，及膿瘍腔之類，大抵可於乾板上見之。

(五)腎結石。今則常可由倫脫根證明，雖小結石，大如豌豆者，亦可見，固不問病人之肥瘦，若在羸瘦者，雖較此更小之結石，亦能證明之，而結石之化學構成，在照相上有一定關係，碳酸石灰、磷酸石灰及碳酸石灰，陰影最爲著明，磷酸安母尼亞 Magnesia 及尿酸反是，最能使倫脫根線通過者，惟搗成腎石者，非上所舉一種物質，多由混合而成，概而言之，則腎石殆無不可由倫脫根證明者，其檢查不啻知腎石之存在，及其大小，其所在部位，亦大略可以推知，但宜注意者，腎內之石灰沈着，於結核最多，及腸石，有與腎石呈同一之陰影者，往往易於誤診。

## 第二章 輸尿管、膀胱及尿道檢查法

### 第一 輸尿管檢查法

輸尿管檢查法。Die Untersuchung der Harnleiter 時，Simon 氏用 Chloroform 麻醉，自直腸內觸診，在婦人，有可從陰道內觸診者，熟練時，雖大小如常者，亦可於陰道穹窿前側，及陰道前壁之上部觸知之，用此法時，一側或兩側輸尿管之肥厚及壓痛，不難識別，此可見諸炎症，而結核病尤然，有時在結石性腎盂炎，亦可見輸尿管之肥厚及擴張者。

此外檢查輸尿管，最重要者，爲測管送入法，於診斷腎病，尤爲合用，已於上文述及矣，參看本

輸尿管檢查法

細診

測管送入法

倫脫根檢  
查法

卷一八九頁)更有重要者，為輸尿管倫脫根檢查法。但輸尿管能使放線通過，故欲見其影，須用不讓該線通過之探針，通入輸尿管，或注入二%膠樣銀 (Collargol) 溶液，使充實腎盂及輸尿管，若欲檢輸尿管之徑路，擴張屈曲等，此法尤良，而輸尿管之倫脫根檢查，於證明結石，亦甚重要，但輸尿管石，有與腸石靜脈石等誤診者，宜注意。

第二 膀胱檢查法

膀胱檢查  
法

膀胱之視  
診觸診及  
打診

膀胱檢查法 Die Untersuchung der Harnblase 如麻痺括約肌痙攣尿道狹窄，或膀胱結石之類，其充滿擴張過度時，可自外部檢查之，其充滿者，於恥骨縫上，可見梨狀腫瘤，偶或達於臍部，亦可觸診打診，即觸診時，有境界判然平滑之腫瘤，且富於彈力，打診之，發濁音，但其腫瘤，果由於蓄尿與否，或為真腫瘤，欲檢知時，先將測管送入膀胱，試令排尿，又膀胱充滿者，偶或誤作妊娠子宮，或其他腫瘤，故一則防此誤診，一則膀胱充實，檢查腹下部，頗有妨礙，故每當此時，必注意於使之排尿也。

雙合診及  
直腸內觸  
診

膀胱之探  
針檢查或  
測管送入

尿道探針  
或尿道灌  
注法

膀胱病中，如新生物及結石者，雙合診及直腸內觸診，亦為要法，但最重者，莫如探針檢查測管送入，及膀胱鏡檢查是也。用膀胱之探針檢查，或測管送入法 Die Sondierung resp. der Katheterismus der Harnblase 時，必須尿道探針 Die Harnröhrensonde 或尿道測管 Der Harnröhrenkatheter 但檢查結石，常別用

結石探針。Die Steinsonde 也。

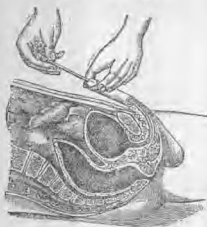
凡膀胱內，送入探針或測管時，必遵嚴密之防腐法，倘探針或測管不降，匪管使病人極勝脫加管兒，且由此有發生危症之虞，故器械於每回使用前，必丁寧清拭，且必須嚴重消毒，即投入三至五%石炭酸水中，務使久浸於內，但金屬探針及測管，則以在一至二%曹達水中煮沸五分鐘，為最確實之消毒法。

例如欲以金屬測管，送入男子膀胱時，先使仰臥，醫師立患者左側，如第一百四十九圖所示，

第一圖 測管其法 (一)

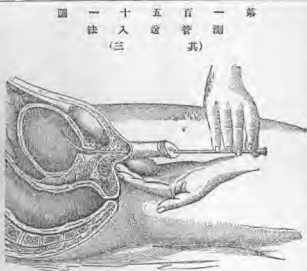


第一百五十圖 測管其法 (二)



以左手握陰莖，超過恥骨緣，沿腹壁向上牽引，使尿道外口，向患者頭部，一方面則全尿道之徑路，與測管之彎曲度，恰相一致，於是右手拇指食指及中指，撮無廢之測管，豫塗殺菌液

體油、或三%硼酸 (Glycerin) 者、以其嘴端臨尿道外口、然後徐徐送入尿道、同時將陰莖向測管進行反對之方面牽引、俾尿道內不生皺裂、夫然則測管漸次進行、俟嘴端達於尿道球時、



第一測管  
第五法  
（三）

（百五十圖）則陰莖離去腹壁、先使直立、漸次轉向地平位置、取測管翼狀部、向下畫百八十度之弓線、翼狀部超過地平位時、嘴端經膀胱頸部、忽入於膀胱之內、（百五十一圖）若從測管見尿進出時、可確知其已入膀胱、而大凡送入測管時、須手腕輕妙、切勿用力、無使有壓迫、疼痛出血等、且宜使測管如從尿道內自然進入膀胱者、

拔去測管時、即送入時之操作、以反對之順序行之、但此時非用指擦塞測管外口時、則當嘴端離去尿道口時、管內之尿、散灑於周圍者有之、

用軟性測管、如 Nelaton 氏測管、(Nelaton'scher

Katheter) 送入膀胱時、先鉛直把持陰莖、輕向上

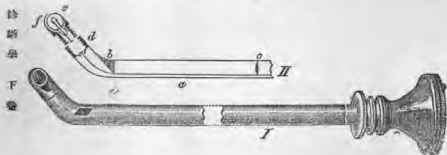
牽、撮陰油之測管、以嘴端徐進於尿道中、若軟性測管中、插入 (Das Mandrin) 變為硬性時、

Nelaton  
氏測管

Mandrin



第一百五十二號  
Nitao 氏膀胱鏡



- (a) 器械之軸
- (b) 三稜玻璃
- (c) 小燈裝於
- (f) 之銀製胞
- 內而銀風由
- 下端之螺旋
- 固定於螺旋
- 母即 (d)
- (e) Lous

則可據前述之金屬測管送入法，送入後，拔去  
Mundrin，開測管之通路，固不待言矣。

膀胱鏡檢查 Die Cystoskopie 時，須用膀胱鏡。  
Das Cystoskop 第百五十二圖所示者，為 Nitao 氏膀胱鏡。  
Das Cystoskop nach Nitao 圖中之 I，示其全體，II 示其縱斷面，試略述其構造，此器成於金屬管，有 Mercier 氏彎曲之測管狀，具有短嘴，內有 Lens 裝置，(圖中 e) 其前端嵌入三稜玻璃 (b)，其嘴端 f，有小電燈 e，作為光源，以螺旋嵌於管之末端，與電線 d 接連，而外端為漏斗狀，其周緣有小扣，俾知嘴端之方向。

今用此器照檢膀胱時，使患者仰臥於檢查高臺上，骨盆稍高，置於臺邊，外轉兩大腿，屈膝，其兩足使縮於後面，尿若潤濁時，先用 3% 微溫硼酸水洗膀胱，俟液體透明後，膀胱內滿以二五〇〇至

診斷學  
下登

三〇〇〇之液、所殺菌消毒之膀胱鏡、塗以Glycerin、如普通送入測管狀、徐徐送入之、但在過敏之患者、於送入前、須用三至五% Cocain 水注入全尿道、尤要者為前列腺部、夫然、則通電於小電燈、繞長軸旋轉膀胱鏡、或前或後、或上或下、順次照檢膀胱全體、

在常態、膀胱黏膜平滑、呈光輝之黃色、有細小之鮮紅血管、縱橫其上、最良者、起初以鏡之嘴端、使面恥骨縫、次則迴轉百八十度、求膀胱三角部、及輸尿管口、口之形狀不一、或如裂隙、或為圓形、瞰視之、尋常可見尿管口經一定時、作盤渦狀進出、(百五十三及百五十四圖)

在病態、則鏡檢上、膀胱內景、有種種變化、如膀胱炎、則黏膜一般、或處處著明充血、且有出血處、(百五十五圖)有膿或纖維素被覆之、在慢性症、可見肉柱膀胱 Die Balkenblase, vesicæ a Jones (百五十六圖)又在膀胱結石、其黏膜每有著明變入部、結石即在其中、(百五十七圖)此外在慢性膀胱加答兒、黏膜增殖、且見潰瘍、每為結核性潰瘍周圍、有見結核性小結節者、膀胱腫瘍、為茸腫乳、(花椰菜腫) (百五十八圖)癌腫等在初期、即可由此檢知之、而膀胱鏡檢查之最為重要者、即血尿時、檢其出血部位、在膀胱抑在腎臟是也、又檢查輸尿管口、倘祇見一側之管口者、則可知他側腎臟之缺如矣、

本節告終、尚須就膀胱之倫脫根檢查、為之一言、此檢查、亦須對比品、常用者、為二%之 Collargol 液或一〇% 蒼鉛乳劑、前一種全然無害、絕無疼痛、故較優、膀胱內滿以此種溶液、照相

時，影雖淡薄，然能使充滿之膀胱，現其全體，其大體非爲球形而爲洋種梨狀，尖端向下，廣闊之基底，則向上面。

在膀胱之倫脫根檢查，可以證明者，爲憩室萎縮、結核病增大，如因前列腺肥大、結石等，照相須用仰臥位，灌腸以去腸內容可也。

### 第三 尿道檢查法

尿道檢查法  
視診—尿道鏡  
觸診法

尿道檢查法。Die Untersuchung der Harnröhre 應注目者，爲黏膜腫脹、炎症、潰瘍、膿瘍及異常分泌物等，然可直接視診者，唯其外口部，欲深察內部時，非尿道鏡。Das Urethroskop 不可，尿道觸診，應注目者，其疼痛、硬結及異常分泌物之排泄，若欲檢狹窄及閉塞時，用尿道探針或尿道測管，用法與膀胱探針送入法同（參照本卷二〇一頁）

### 第三章 尿及其檢查法

凡泌尿器病，尿必略有變常，故欲定其疾患，非先檢尿不可，且檢尿不僅欲知腎臟及尿路疾病，即診定其他諸病，亦頗重要也。

在常態，自尿道口排泄之尿，純爲腎之分泌物，當通過尿路時，不過混有兩三上皮細胞，及微生物，且排泄時，雖在排泄後，暫時之間，其性狀，於理化學上，與初分泌時，毫無所異也，雖在病態，其尿亦有爲純粹之腎臟分泌物者，但排泄時，在尿路中，混合其他成分，或於膀胱內分解。

而變其性狀者有之、

在婦人尿中混合陰道或子宮之物質者不少、其中以經血爲最、故檢尿時、以避却此等混和物之故、有不得已用測管使之排尿者、尿中若混有大便、多由患者或照料人不注意之故、時有由尿路與腸、或陰道間、有異常通路、膀胱直腸瘻、或膀胱陰道瘻、而來者、此外欲於尿中檢查結核菌時、先須注意患者、曾否於尿容器中喀痰爲要、

在結核性或結石性腎盂炎、患側之輸尿管、或爲閉塞時、由健腎排出之常尿、以及自病腎而來之尿、有許多膿球、結核桿菌、或結石、血液等、交代排泄者有之、

排尿之狀  
尿道灼感  
尿頻數  
膀胱炎急  
後重

排尿之狀、因種種泌尿器之疾患、各有特異之處、如排尿之際、尿道覺有灼感、*brennendes Gefühl* 且尿意頻數、*Harndrang* 者、如鬱血腎及多數急性腎炎、尿極濃厚時見之、至急性尿道炎之尿道灼感、及尿意促進、茲不具論、又最劇之膀胱裏急後重、*Blasenstenus* 卽疼痛性尿意促進、且每回尿量極少者、於膀胱炎見之、此外如尿閉、尿失禁及遺尿症、觀神經系診法可也、

受尿器

檢尿時所用受尿器、*Das Urin Glas* 以玻璃製者爲最良、且須用沸湯或防腐液洗滌、必使常保清淨、又如檢查尿之性狀時、須集二十四小時之全尿量、蓋尿之分泌量及性狀、以飲食、運動、及睡眠等、各有不同故也、亦有專檢日中或夜間之尿者、此外在盛夏、排尿後卽須速檢、

檢尿法

常尿檢查

尿量

檢尿之沈渣時，長久靜置其容器後，去其上層渾濁之渣，移於尖底玻璃杯中，以吸液管自器底採取一二滴，即可，詳見次項。

人事不省，或排尿困難之病人，非用測管使之排尿不可，且人事不省者，每以檢尿大有裨於診斷，不可忘也。

論檢尿法：Die Untersuchung des Harns 之前，宜區別常尿檢查及病尿檢查二種、

### 第一 常尿檢查

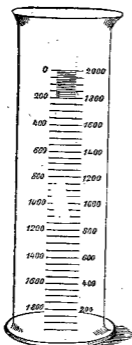
常尿檢查：Die Untersuchung des normalen Harns 所應注目之要項，為量、色、透明度、比重、反應、臭、氣、沈渣、微生物、及溶解其中之成分是也。

(一) 尿量：在健體，二十四點鐘之尿量，平均一千五百 cc。然視飲食中含有水分之多少，出汗

及身體勞逸等，其最甚為無定，若無此類原因，而尿量著明增減者，即作病態觀可也。

Kaok 氏謂日本人尿量，在夏期，一晝夜凡六百至千二百 cc，冬期達千二百至千五百 cc，極健

第一五百九十圖  
尿量器



康者、其排泄量時有較多於此者云、

二十四時內、夜間尿少、晨起尤然、日中最多、是為常規、據 Quincke 氏之說、謂健康人、夜中每一點鐘所泄尿量、較日中之量、約為一與二、或一與三之比例、若用多量飲料、且如茶酒、咖啡、啤酒等、能亢盛分泌機能、且有利尿作用者、則尿自增多、而精神感動、特如恐怖者、亦足使尿分泌一時增進也、

測尿量時、多用玻璃圓壺、約容二千 cc、刻有度數、所謂尿量器。Der Messcylinder (百五十九圖) 是也、

尿量器

尿色及透明度

(一) 尿色及透明度。健體之尿色、尋常帶黃、量減時、則尿濃厚、乃呈黃赤色至暗色、量多時、則稀薄、常尿着色之色素、其主要者、為 Urochrom, Uroerithrin, Urobilin 等、新鮮之尿、在健體常為澄明、排泄後經時、則有變化如次、

雲翳

(a) 雖常尿、排泄後、未幾殆皆有微雲狀、渾濁、即雲翳、Nubecula 成於類似黏液素之物質、其一部恐屬黏液素、一部則或為與此相似之一種蛋白質、所謂黏液素狀物、此二者或為雲翳、沈澱尿中、或溶解於其中、均來自尿路、且多出於膀胱、此物質、不但尿器諸病為然、即健體亦有增量者、且當蛋白質檢查時、或亦沈澱、故有誤為真正之蛋白者、

(b) 縱在健體、尿若稍濃、呈酸性時、遇冷或暫放置、則以析出尿酸鹽、及尿酸結晶之故、而生澱

五層狀沈渣

濁者不少，其鹽類漸次沈入器底，生瓦屑狀，或肉紅色沈澱，蓋由奪取尿色素而生者，所謂瓦屑狀沈渣。Ziegelmelnsediment, Sedimentum laterinum 是也，尿加熱時，渣即溶解，可以辨識，詳見沈渣條下。

混濁

(○)久置之尿，不問其爲透明，或爲暗色，往往發生混濁。Trübung 蓋由安母尼亞性醱酵之故，尿素變爲碳酸安母尼亞，故尿變爲亞爾加里性，由此析出磷酸鹽、磷酸安母尼亞 Magnesia、磷酸石灰，又形成尿酸安母尼亞，一同析出，此等析出物，及無數細菌，皆足使尿混濁，而漸生類白色之沈渣，且在盛夏時，排尿後不過數時，已經醱酵，若在冷處，非經三十六時至四十八時者，不醱酵，或竟無此現象者有之。

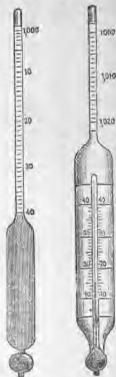
比重

(三)比重。健體之尿，其比重於攝氏十五至二十度，則在一〇一五至一〇二〇，蒸水之比重定爲一〇〇〇之間，其高低，關於尿中溶解固形分之多少，尋常與其量爲反比，故飲水多量後，所排之尿，比重常低，尿色稀薄，身體失却水分，尿分泌少量時，比重常高，此時之尿，常呈黯色，而雖在健體，比重低者，至一〇〇三，高者至一〇二五，或有更在此上者，但比重雖高，而缺生理之原因者，常屬於病。

尿重計

量尿之比重時，用尿重計 Urinometer (百六十圖)法於不甚狹隘之圓筒器內盛尿，放入尿重計，待其靜定後，檢定刻度，檢測時，務必用一晝夜之全尿。

第一六十六圖  
尿重計



尋常販賣之尿重計，多不良，用前置蒸水中檢其刻度正否，或於各種液體中，與正確之尿重計比較，(四)反應 一晝夜中混合尿

反應

之反應，常為酸性，其主要以含有酸性磷酸 *Natron* 之故，酸性之程度，因人而異，在健體而營養平等者，程度常相同，但在二十四點鐘內，其反應時有變動，雖在生理有暫時變為亞爾加里性者，即攝取混合食時，每食後，尿之酸性減少，大約兩點鐘後，幾盡變為亞爾加里性，惟此時機，忽焉即過，復為酸性，其變動，以胃腸當消化時，體中酸及亞爾加里減少之故，胃內鹽酸分泌盛時，血液增其亞爾加里性，故尿亦呈此反應矣。

尿有時能使青色試驗紙，稍稍變赤，同時亦有使赤色試驗紙變青色者，蓋以尿中含有酸性及中性磷酸 *Natron* 之故，此名兩性反應，*Die amphotere Reaktion*

健體之中性或亞爾加里性尿，排泄時雖澄明，然以析出磷酸鹽之故，立即混濁，漸生沈渣，其混濁加溫不散，反更加增，若加醋酸，則磷酸鹽溶解，仍復透明，數日之間，且在溫暖空氣中，將尿放置時，遂起亞爾加里性或安母尼亞性酸酵，尿素分解為碳酸安母尼亞，而呈亞

兩性反應





Chloro-  
strum

五分之一相當，尋常變為尿酸 *Natron*，溶解於尿中，尿酸及 *Creatinin*，在試驗時，偶有呈糖反應者，雖真有糖存在時，亦足妨礙其應有之反應，故檢尿上宜注意。

無機性尿成分中，最要者為 *Chloroatrium*，在健體，其排量大約與所攝取之食鹽量一致，與尿素之比例，平均為一與二至一與三。

健尿中，亦有破格而見蛋白者，所謂生理蛋白尿，但諸說紛紛，莫衷一是，或有致疑此事者，但如 *Senator* 氏 *Bosner* 氏等，則謂常尿中亦有蛋白之痕跡，惟其量極微，約 0.1% 多見於勞動或飽食後，在初生兒，則尿中含蛋白者甚少。

糖則以攝取多量之含糖飲食時，或微見於尿中，0.1 至 0.25% 所謂食餌性糖尿 *Diabetes alimentaire* (*Glykosurie*) 恐亦基於各人之素因，又在產婦或授乳之婦人，尿中含乳糖者有之，0.8 至 1% 或為 2%

非糖分之還原性物質，亦有略見於常尿者，其排量，大概與窒素之排量並行，又常尿中，見少量膽酸者有之，此外如脂攝取多量時，(如服肝油後)，在顯微鏡下，可證明尿中有小脂球者。

## 第二 病尿檢查

病尿檢查。Die Untersuchung des pathologischen Harns 亦須檢其量色透明度比重反應臭氣。

病尿檢查

沈渣及溶解之尿成分等

(一) 尿量異常

尿量異常。Anomalien der Harnmenge 者、或增或減之謂、

尿量異常  
尿量增多  
多尿症

(一) 尿量增多、即多尿症。Die Polyurie 於左列諸症見之、

(a) 血液富於水分時、見於諸種貧血症、及水血症、但增量不著、不過二千 cc、又在本患者、以心力衰減之故、尿量反有減少者、

(b) 大動脈系統內之血壓增盛、腎動脈血壓因而增大之際、腎萎縮時、尿分泌增加、即屬此類、本症常兼左室肥大、故血壓從而增進、尿量達三千五百 cc 或以上、此外如體腔內之滲出物、或滲漏液、或水腫、吸收時之利尿、偶有至四千 cc 以上者、亦血壓增進所致也、

(c) 糖尿病及尿崩症、二者其一晝夜之尿量、約多於常量三倍至四倍、有達於十新升以上者、然如輕症糖尿病、含糖甚少者、(一%) 以下、則尿量不增、

症性多尿

(d) 神經性多尿症、所謂瘧性多尿症。Urinasia) 見於偏頭痛癩、他如在神經質者、神經

感動之際、一時經過性或為發作性、如 Hysteria 及神經衰弱症、亦有長久持續者、

煩渴症

(e) 非常口渴之際、煩渴症。Die Polydipsie) 偶於 Hysteria 病見之、

(f) 同期性或時時發作所謂潮尿。Die Harnduth 見於一側腎臟分泌物排泄有障礙時、如

加答兒性、或結核性輸尿管炎、以黏膜腫脹、或頰敗物之故、輸尿管一時閉塞、他如腎有結石、(必起痙痛)或以遊走腎之故、輸尿管屈曲時見之、輸尿管長久閉塞時、則起腎水腫、開通時則尿在一時泄出多量矣、

飲增加尿量之嗜好品、如咖啡啤酒之類、則尿即增加、如上所述、或有一定之藥劑、調整心臟機能、增加血壓、或鼓舞腎之分泌機能、使尿增量者、

(二)尿量減少。即減尿症。Die Oligurie 於左列諸症見之、其排泄有全止者、即無尿症。Die Anurie 是也、

尿量減少  
減尿症及  
無尿症

(a) 身體失却大量水分時、如過度發汗後、夏季多汗、故尿量較少於冬季、及熱性病時、尿量減少是也、此外各著明下痢、在霍亂起無尿症者甚多、及 Hypharia 患者大吐後、尿量亦減、

(b) 血脈減少。一切心臟衰減諸病、尿量均為減少、其中如代償機有障礙之心臟病是也、

(c) 腎實質病。急慢性腎炎、除萎縮腎、尿量減少、在急性症、一時發無尿症者不少、

(d) 神經性原因。特如損傷下腹之際、手術更有不明之反射作用、而腎之分泌機能、為所抑制者有之、

(e) 排尿有障礙時。在尿道狹窄、尿管閉塞、輸尿管閉塞等、尿亦減少、而由輸尿管閉塞、一腎分泌減少時、他腎常以代償性增加分泌、然如以結石之故、一側輸尿管閉塞時、則有發無尿症

者，蓋因他腎之分泌機能，以反射性為所抑止故也。

在健全者，每次排尿，必至膀胱空虛為止，盡情排出，所剩者不過二三滴，但在病態，則排尿後尚有一定量留於膀胱內，所謂剩尿。Der Residualharn 此或僅以器械性障礙，尿道狹窄，前列腺肥大，膀胱結石，或以器械性障礙而發之膀胱肌緊張力減少，而如脊髓癱瘓及腰髓諸病，由於膀胱壓縮肌麻痺者亦有之。

尿分泌機能有障礙，排尿停止時，其成分入血，傷害神經中樞，早晚起一種特異之複雜病狀，(昏睡、痙攣、失明、嘔吐等)尿毒症。Die Uramie 是也。

(1) 病尿之色及透明度

病尿之色。Die Farbe des pathologischen Harns 亦如常尿，以濃淡之度而異，概言之，其濃淡亦如常尿，以尿量而異，尿量愈多，尿色愈薄，而病尿之色，於尿量似有大差，濃淡亦頗不同，呈黯色者尤然。

Voegelin 氏以表示尿色故，製成一種尿色表。Die Farbenskala 大別為(一)黃色尿，(二)赤色尿，(三)褐色尿三類，更分三種，但此不過示尿之濃淡，反不如比重計之較為精確也。

尿呈著明之淡白色者，見於尿崩症、糖尿病神經性多尿症、腎萎縮等，貧血性者，亦每排澀稀淡之尿，淡黃色而稠濁者，見諸膀胱加答兒，偶亦見諸腎孟炎，較黯者，赤褐色帶赤褐色為

熱性病，所謂熱尿。Der Fieberharn) 又著明呈褐赤色者，於肝硬變症見之。

診斷上最須注意者，在糖尿病尿色稀薄而尿量增多，但其比重甚高是也。

尿之變色者如左。

(一) Indican 及 Urobilin 增多之尿。

因 Indican 及 Urobilin 增多之尿 Indican

(a) Indican 尿中存在多量，於尿路內業已分解，而變為 Indigo 青時，尿呈青色，或帶青黑色，倘未變化者，則含量雖多，尿中不能見之，故尿中如疑其有 Indican 存在時，或診斷上期其存

在時，雖不呈異常之尿，亦須試驗，在 Indican 尿，放置兩三時，自其

上層取二三滴，使之蒸發時，其渣多帶青色，含有多量 Indican 之

Indican 之尿置常 從富於 Indican 之尿置常 酒中八日 而得者

尿，變敗時，Indican 自行分解，析出青色菱形之 Indigo 結晶。(百六

十一圖) 附於尿表面所生之皮膜，或沈渣上。

所謂 Indican 尿，即尿中 Indican 之增量者，見諸小腸內容鬱滯，及

腐敗機轉(大腸閉塞時，影響不著，腹膜炎，頑固之便秘，各種重症

惡液性病，胃癌肺結核，Addison 氏病，惡性貧血，亦見諸霍亂，然見諸健體者亦不少，概言之，尤

以小兒為易於排出 Indican (9) Urobilin 尿中有多量存在時，尿即著明帶赤，或為褐赤色，其泡沫亦呈帶黃赤色，或帶

第一品 百六十一圖 Indican



從富於 Indican 之尿置常 酒中八日 而得者

Urobilin

固血色素  
及膽色素  
之尿變色  
血色素

黃褐色，若爲少量，則尿之著色甚微，而其增量，在健全者，則爲少量，見諸熱性病、酒客尤甚。大出血吸收時，及各種肝病，爲中酒性肝病之首徵，又見於鬱血肝初期，其排出多量而持久時，皮亦變爲黃褐色者，所謂 Urobilin 黃疸有之。

(二) 因血色素及膽色素存在之尿變色。

(a) 血色素 Bilefarbstoff 其混在尿中之量，或新鮮，或已變化，或由尿之本色，即濃淡，使尿帶種種色澤，而呈淡紅、肉紅、血色、褐赤、褐色、或黯褐色等，尿中血色，尋常雖易判別，但有必須試驗血色素之反應者。

血尿  
血色素尿

發作性血  
色素尿

血色素見於尿中者，或以其中含有血液 (Hämaturie) 或僅以混有血色素 (血色素尿) Die Hämoglobinurie 在後一種尿中，僅見溶解之血色素 Hämoglobin 而無赤血球，時亦略有赤血球者，此見於血色素滅亡症，此症由於各種中毒 (Kalium chloratum, 鹽酸砒化水素、焦性沒食子酸 Naphtholum 等) 傳染病、傷寒、猩紅熱、瘧疾、梅毒、大火傷、動物血輸、血後及身體過勞感冒等而起，其最異者，有身體健全，而特發所謂發作性血色素尿 Die Paroxysmale Hämoglobinurie 是也。

膽色素

(b) 膽色素 Gallenfarbstoff 在黃疸 (參看上卷三六頁) 尿中，混有膽色素，而與以特異之色，多爲褐色，或爲啤酒狀褐色，亦有呈黃綠色或褐綠色者，久置空氣中，則膽色素酸化而爲膽汁

綠色素、Biliverdin 呈濃綠色、震盪之、其泡沫為鮮黃色、黃綠色、或帶綠色、試浸紙片則着色、尿中含多量膽色素時、一望而知、量少時、偶有誤作 Urobilin 者、尿中膽色素及膽酸之化學檢查法、於下文詳述之、

因藥物之  
尿變色

(三)因藥物之尿變色。或有誤為因膽色素、或血色素而變色者、故須識別、尿中排出之藥、曾經外用或內服者、尿色往往為之變化、如服大黃及 Senae 時、尿中排出大黃酸、Chrysophansäure 在尋常酸性尿、不過呈褐色、在亞爾加里性尿、或於尿中加入亞爾加里時、現鮮紅色、經久不變、又如用石炭酸 Naphthalin, Creosot 及其餘 Teor 劑 (Hydrochinon) 或用 Uva ursi (Arbutin) 時、尿呈綠色正帶綠黑色、他如服 Santonin, 及 Pikrin 酸時、尿呈濃黃色、振之生黃泡沫、內服 Kairin (Aethylhydrooxyehamin) 時、呈濃褐色、或綠褐色、

Santonin 尿中、加入加里滴汁時、亦呈赤色、如大黃酸尿、但經二十四時、則消褪、鑑別此二種色素時、尿中加入 Baryt 水、澆過之、含大黃酸時、其沈澱物為赤色、澆液不染色、含有 Santonin 時、其狀況全然相反、

尿久置於空氣中、變為黯褐色或黯黑色者、亦於黑色素性腫瘍、黑色素肉腫見之、在此種病人、由血色素所生之黑色素、Melanin 排於尿中、所謂黑色素尿。Die Melanurie 是也、

病。尿。之。透。明。度。Die Durchsichtigkeit des pathologischen Harns

雖在常尿、略置之、則生濁濁

黑色素尿  
病尿之透  
明度



乳糜尿  
乳尿

胆尿

病尿比重

上文業已言之，若新鮮尿，起初即溷濁者，常可作為病尿，大抵見諸腎臟炎，因機化性成分存在之故。及尿路諸病，且多見於重症膀胱炎（原因同上）在膀胱中，已起亞爾加里性發酵，除機化性成分外，更含有析出之磷酸鹽故也。尿中若混膿血時，多少能使溷濁，尿中若有脂，乳糜尿（Die Chylurie）則溷濁最著，又以多量乳化脂之故，呈乳汁狀，乳尿（Die Galacturie）或則含有不呈乳化之粗大脂球者，脂尿（Die Lipurie）加依的兒振之，則透明，又乳化之脂，放置時，一部降而為渣，一部在上面作乳皮層。

### (三) 病尿之比重

病尿之比重。Das spezifische Gewicht des pathologischen Harns 在一千稍強，至一〇六〇之間，（糖尿病若無特種混和物，尤甚者，為糖分）時，亦如常尿，大致少量之濃厚尿，比重高，多量之稀薄尿，則比重低。

測定尿之比重，於糖尿病診斷，甚為重要，在本病尿，色鮮明稀薄，二十四時中之尿量雖增，常示高度之比重，（至一〇六〇）蓋因尿中溶存多量糖分之故，若尿色鮮明，其比重為一〇四〇或以上者，僅此一端，亦足知其為糖尿病矣，此外許多疾病中，尿比重高者，見諸熱性尿鬱血尿，及急性腎炎，比重有至一〇四〇者，但在腎炎，尿素排出減少時，尿量亦減，色雖濃而比重低者有之，反乎此，如萎縮腎尿崩症，他如滲漏物之急速吸收時，尿比重甚低，不過一〇〇

五至一〇〇二者有之、

高度之尿比重、見於硫酸中毒後者有之、又內服鹽類、且服利尿劑(硝酸加里、醋酸加里、酒石酸鹽)之後、尿比重亦復增加、

以尿之比重高位、可徵知體內物質代謝機能之狀況、故在生理、病理、均甚重要、Heeser氏及Neubauer氏、由尿之比重、大略算定尿中固形分之量、法從表示比重之數目中、以二三三、乘最後兩數位、其得數、即于cc尿中、含有固形分之gr量、例如有比重一〇二一之尿、其量爲一二〇〇gr、此尿于cc、 $21 \times 233 = 4893$  即可知其所含固形分爲四八·九三gr、惟此法本示其大概、不足供代謝機能之試驗、蓋尿中一切固形分、比重各異、如尿素與 Chlor-natrium者、即爲二與三之比例、故欲精密檢查、非檢定窒素之全量不可、

(四) 病尿之反應

病尿之反應 Die Reaktion des pathologischen Harns 亦以上文所述之理由、排尿後立付檢查可也、參看本卷二一〇頁)

在病理、凡皮下蜂窩織、或漿液膜腔內之亞爾加里性滲漏液吸收時、腎炎、心臟病、腹膜炎等、尿每呈亞爾加里性反應、結締織、或漿液膜腔之出血吸收時、反應亦同、(Quincke氏)此外如身體一部失酸時、尿有變爲亞爾加里性者、例如胃擴張者、起劇甚之嘔吐、或以洗胃、致胃之

酸性物多量排出時，身體失却多量之酸，排泄亞爾加里性尿者不少，大汗後同此，尿亦呈亞爾加里反應。

據 Quinke 氏之說，謂神經性者，尤有一時排泄亞爾加里性尿之素因云。

尿中含多量血液時，反應爲亞爾加里性，重症膀胱炎亦然，此以尿在膀胱中，起亞爾加里性，或安母尼亞性發酵之故，且尿以下列諸物而瀉，如膿球，許多細菌，析出之磷酸安母尼亞 Magnesia。尿酸安母尼亞，碳酸石灰等，又由安母尼亞放一種如刺之尿臭，以赤色試驗紙，持向上，則青變。

酸性之尿酸醇，惟見於糖尿，因自糖化生乳酸及酪酸故也。

#### (五) 病尿之臭氣

病尿之臭氣。Der Geruch des krankhaften Harns 有種種，在重症膀胱炎，已起安母尼亞性酸酵者，放一種如刺之尿臭。Der urinöses Geruch 前既言之，又排尿後，倘有膀胱直腸瘻，尿中混有糞便時，尿卽有糞臭，此外有發一種果實狀，蘋果氣，或 Chloroform 狀臭氣者，在診斷甚爲重要。據 Petzels 氏之說，謂放此種異臭之物質，卽 Aceton，此種異臭之尿，加 Chloroform 則呈松脂酒狀紅色，此卽 Aceton 醋酸之證也。(Gerhardt 氏)病人之呼氣，此臭更著明，亦有僅於呼氣中放此種臭氣者，時或見於糖尿，病以昏睡期爲尤著，亦有作爲前驅症者，但亦有不發昏睡而

臭氣久存者、

含蛋白之尿、分解既久時、發硫化水素臭、所謂硫化水素尿、*Die Hydrothianurie* 但硫化水素酸酵、亦有見諸新鮮尿者、膀胱炎、或新鮮尿雖證明、立檢之、含有硫化水素時、可知血液或尿中、吸收此種瓦斯之故、其來源或為腸、或為膀胱近部膿瘍、近時實驗、有因此而發全身中毒症者、

(六) 病尿沈渣

病尿沈渣

病尿沈渣、*Die krankhaften Harnsedimente* 有種種、但宜注意者、如上所言、常尿之沈渣、時亦有為病徵者、

容尿於器內、當其放置時、沈降於器底之有形分、不問其為何物、無非尿沈渣、*Harnsediment*

檢時、如上所述、傾去尿之上層、其下層濁濁部、置尖底玻璃器、*Das Spitzglas* 內、(百六十二圖)使之沈降、然後以肉眼及顯微鏡檢查之、鏡檢時、以指密閉吸液管、*Die Pipette* (百六十三圖)之上端、徐以下端入沈渣中、轉瞬之間、開上端使

第一百六十二圖  
尖底玻璃器





查、倘沈渣極爲少量時、就覆蓋玻璃之邊緣檢查、又或沈渣甚少、使之沈澱、非倉猝可辦者、

則置冷處約二十四時、

使之沈澱、蓋防細菌之

過多發生、及安母尼亞

性發酵之故、又有以一

定之防腐藥、混和於尿

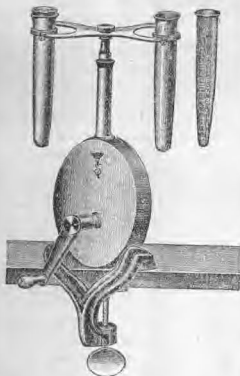
中者、Takachi 氏及 G. L.

kou Ki 氏均謂用 Chloro-

form 最良、此液不致毀

傷有形原質、Chloroform

五至七、五 cc 中、加水一



遠心器或  
曰沈澱器

新升製成，尿中約可加二十至三十 cc，亦有用石炭酸水者，但尿中若含有蛋白時，則起沈澱，故不適宜。欲速得浮於尿中之一切有形分，最便者，莫如用一種由遠心力作用，速使沈澱之遠心器，或曰沈澱器，Die Zentrifuge oder der Sedimentator (百六十四圖) 即以尿之一部，盛於形似試驗管之小管內，以沈澱器迴轉四五分鐘，則固形分悉沈於管底，容易檢其沈渣。

顯微鏡尿標本染色時，僅檢查某種微生體時為然，又機化性沈渣，上皮、白血球、圓錐等，以 Osmium 酸處置時，可識其脂變，法取渣一二滴，和入 Osmium 酸中，使沈澱而鏡檢之，脂質均呈黑色，帶褐色、灰白色等。

尿沈渣，區別為機化性及非機化性二種，前一種為細胞或其產物，後一種為結晶或無形之化學性化合物。

(甲) 機化性沈渣

機化性沈渣，organisierte Sedimente 有左列諸種。

(1) 黏液

黏液

如上所述，雖常尿，放置時，亦帶有黏液。Schleim 少許，使之潤滑，且在女子，放尿時，尿中略混陰道黏液，故其量較多於男子，在病態，於尿路疾患，且如膀胱炎及其他熱性病，則黏液量增多。

淋疾絲  
圓環狀體

其有特殊形狀者如左、

粟粒大至鼻針頭大之圓形黏液小塊、鏡檢上著明見白血球及上皮者、多於膀胱炎、輕症見之、又有絲狀體、長一至二cm、或主要為黏液所構成、或包有許多膿球者、見諸慢性淋疾、或其經過後、所謂淋疾。絲。Tripperfäden是也、此外在鏡下、有見黏液絲條圓環狀體。Cylindroide者、更於後章述之、

溶融之黏液、欲於化學上鑑識時、可加醋酸、黏液即沈澱如雲絮、雖再加過剩之醋酸或加熱、均不再溶解、由醋酸所生之尿酸鹽沈澱、加熱即溶、

(一) 血液(赤血球)

血液  
尿中混有血液(赤血球)。Das Blut, die roten Blutkörperchen 其外觀、由所含血量、及出血部位、而甚不同、或生血紅色渣、或一部凝固、或生稍褐赤色鮮褐色、暗褐色之沈渣、而尿中有血者、稱曰血尿。Die Hämaturie

血尿  
血尿於左列諸病見之、

(一)腎疾。急性及慢性出血性腎炎腎楔狀出血見於心瓣膜異常、腐敗性腎出血、因急性心內膜炎、高度之鬱血腎、新生物、癌腫尤甚、其他腎臟之損傷是也、

(二)尿管病。其中如腎盂腎結石、新生物、膀胱(重症膀胱炎、腫瘍結石)、尿道病、淋疾及尿路之

寄生物等是也。

此外血尿、有作為其他病徵而來者、如 Werthof 氏紫斑病壞血病重症瘰疾血友病、他如白血病、偶見腎或尿路出血者之類、皆屬之。

在女子、月經時尿中混有血液、每有誤為血尿者、宜注意。

視尿中血液之狀況、可以判定其出血部位及疾病種類者甚多、敘述如左。

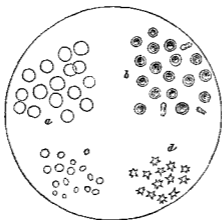
在腎出血、其血液多為少量、與尿平等混和、尿多帶褐色、放尿自始至終均一色、鏡檢上認明血球圓塊者、可證明其為腎臟出血、在本症赤血球常稍脫色、僅呈無色之圈、倘有細胞及圓塊時、均為血色素所染、若沈渣為褐色者、即係急性出血性腎炎之徵、心臟病人、忽發血尿者、為腎楔狀出血之徵、又極濃厚之尿中、有少數赤血球者、於鬱血腎見之。

腎盂出血、且由於結石者、結石性腎盂炎、尿中或混血液、或亦不然、蓋一則以出血有時中止、一則以患側輸尿管、暫已閉塞、僅健側排尿故也、又血液有一時甚為多量者、偶有排泄蟲狀之凝血長塊、而兼劇痛者、此外雖在結核性腎盂炎、偶亦有發作性出血者。

在膀胱出血、多於放尿終時、尿中混有血液、出血部位、倘在膀胱頸時、起初所排者為常尿、及終則混血液、而膀胱出血時、尿中血液、每為多量、於絨毛狀癌尤然、放置之、即有凝血沈入器底、若為尿道出血、則放尿之初、雖混血液、終則消失、故可識別、此外則雖非放尿、不斷從尿道



第一百六十五圖  
尿中血球



(a) 血球吸收  
水分膨脹而脫  
色者 (b) 現其  
固四面者 (c)  
其透路者 (d)  
萎縮而是洋菜  
糖狀者

漏出血液、污染襯衣、或壓榨尿道時、有可見血液滴落者  
顯微鏡檢查、血液鏡檢、關於下列諸點、尤為重要、(一)尿及沈渣中不呈血色、而尿中毫無血  
色素反應、由此可見二三赤血球、(二)血尿與血色素尿之類症鑑別時、(三)由赤血球之形態、及  
其中之血液圓塊、每可立辨其為腎出血者、  
在血尿、尋常有許多赤血球、若出血著明、且來自尿路下部者、血球不過稍呈變化、若血液久

圓塊及白血球是也、此外尿中有多量血液時、必含少量蛋白、

在尿中、且甚少量時、(如腎出血之類)則萎  
縮而生尖棘、宛如洋菜糖、又稍稍脫色、其  
全為蒼白者、即呈圈狀(百六十五圖 a)  
尿帶血色者、必含有血色素、其赤血球或  
缺如、或血色素含量雖甚著、而血球甚少  
者、即為血色素尿、

血尿中由疾病種類、尿渣中除赤血球  
外、每尚有其他有形分、如膀胱炎之白  
血球、及磷酸鹽結晶之類、又如腎炎之

血色素  
白色素尿

血液中含血色素。Hämoglobin 者，名曰血色素。尿，Hämoglobinurie 其中多有沈渣，成於褐色片塊，及微細之粒狀分解物，大抵為褐色或黑褐色，又可見少數赤血球，若有圓塊及上皮時，每被染為褐色。

(三) 血色素

(四) 膿(白血球)

膿(白血球)

尿中排膿(白血球) Eiter, weisse Blutkörperchen 多量時，雖不經見，但如重症膀胱炎，則偶有排泄多量白血球者，又隣接尿路之膿瘍，腎膀胱子宮周圍之膿瘍，倘向腎盂或膀胱內破潰時，尿中忽見多量之膿。尿。Die Pyurie 是也，膿尿暫時即止，經過甚速，但亦非無繼此而發膀胱加答兒者。

膿尿

白血球之尿渣，不拘多少，大抵由於尿路黏膜之炎症，即腎盂炎、輸尿管炎、膀胱炎、尿道炎，或有由於腎炎者，但在腎炎，則其量常甚輕微。

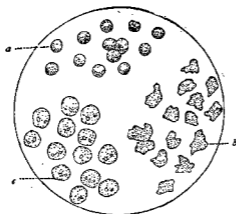
膿性尿渣之外觀，多帶黃色，一望而知，或有稍帶淡白色至白色者，在腎盂炎及膀胱炎，尿渣少時，可見小於粟粒之塊，鏡檢之，為膿球所成之球狀凝塊物，以其較大，故知非來自腎臟，而必係生於尿路者，在腎炎，膿渣多為細粉狀，鬆粗如磷酸鹽，偶見諸慢性膀胱加答兒，在尿路炎症，則沈渣多由黏液而稠厚如膠，又膿尿而起，亞爾加里性酸酵時，膿球膨大，成爲黏液素

狀物、牽縷如膠、沈於器底、

在女子、泌尿器雖毫無疾病、尿中每見黏液膿狀沈渣、全以白帶混入尿中之故、若有可疑者、須用測管使之排尿也、

溷濁之尿、是否因膿所致、檢查時、尿中加 Nitron 滴汁(10%)振之、若溷濁消失、而為膠狀透明時、即為由膿而溷濁者、此名 Donne 氏試驗法。Die Eiterprobe nach Donne

第一百六十六圖  
尿中膿



(a) 酸性尿中尋常之球狀膿球 (b) 膨大(百六十六圖 c) 同上不整形之膿球 (c) 亞爾加里性尿中膨大之膿球

行鏡檢時、白血球以其多少、及在尿中時間之長短、並尿之反應如何而有變化、在亞爾加里性尿中、可見其鮮明而膨大(百六十六圖 c) 腎病、其中如急性出血性、及亞急性、慢性實質性腎炎、可見較為多數之膿球、據 Senator 所見、謂腎炎之膿球中、僅少數 Eosin 細胞、與夫單核性及多數核性白血球、單核者尤占多數、其一部與淋巴球同、或胞體稍大、如幼弱

之上皮云。

尿中含膿時、亦含少許蛋白質、但量多時、常由於腎炎、又膿尿中若含少許蛋白質時、或不無腎炎之疑、自成一疾病、或為膀胱炎腎盂炎之合併症、但注意其有無尿管圍堵時、則疑團可  
以冰釋矣、

(五) 脂球

脂球。 *Fettropfen* 在尿中、或有不作乳化而為稍大之滴狀者、所謂脂尿。 *Lipurie* 在乳糜尿。 *Chylurie* 則脂降為渣、或為膜、如乳皮狀、浮於尿表面、又有成稍大之滴狀者、但宜注意者、送入測管之際、倘塗油時、亦有脂球浮於尿中是也。鏡檢之、可見最細之小脂球、或強折光較大之滴狀球、而鑑別渣中脂質時、可加依的兒、振盪後、使依的兒分離而發散之、脂粒游離或附着於圍堵、或白血球脂化者、為大白腎之重要徵候、

(六) 上皮

尿渣中見上皮。 *Epithelien* 者亦不少、由尿路及腎之尿管 *Das Harnkanälchen* 而來、尿路本覆以數層扁平上皮、惟男性尿道、有白圓柱細胞所成之上皮、至尿道口、再為磚狀上皮、細胞以層之深淺而變其形狀、最上層成於多角磚狀細胞、中層為有尾、或棍狀、及梭狀細胞、(即紡錘狀細胞 *spindelförmige Zellen*) 最下層、成於圓形或卵圓形細胞、有一二短胞突、

脂球  
尿管  
乳

上皮

第一百六十七號圖  
尿渣中上皮

(Jalsch 氏)



(a, a') 尿渣中扁平上皮 (b) 膀胱上皮 (b', b'') 膀胱上皮 (c, c', c'') 腎上腺皮 (d, d') 腎臟之管化之管上皮 (e) 膀胱至腎臟之管上皮

兒者有之、

診斷學 下

第一百六十八號圖  
尿渣中上皮



(a) 尿管上皮 (b) 腎盂上皮 (c) 膀胱上皮 (d) 前列腺上皮 (e) 陰道上皮

在尿路、亦如表皮、其最上層之老舊細胞、常剝脫、而以新細胞代之、故雖在常尿中、時見從尿路落下之一二上皮、若多量時、則由於尿路炎症、且為

急性症、輕者僅

見上層細胞、重

者見中層及最

下層細胞、惟泌

尿器各部、幾覆

以同一上皮、檢

查後、欲即判定

其為何部疾病、

則頗為不易耳、(百六十七及百六十八圖)

女子、且在患白帶者、來自陰道之上皮、(百六十八圖 e) 頗與尿路上皮類似、每誤為尿路加答



區別及種  
類之  
機械性  
圓場

細胞構成  
之圓場  
血球圓場

白血球  
圓場

是時，多為玻璃狀圓場，詳見下文，幾不能見沈渣，故製造顯微鏡標本時，須極其注意，從尖底玻璃杯底，取尿一二滴，精密觀察之，圓場少時，可自覆蓋玻璃線，加 Lugol 氏液，或 Gauthmann-violet 液一滴，則極易發見，圓場多者，特於急性腎炎見之，亦每見於慢性腎炎，於較多量之沈渣中，有以此為主成分者。

尿圓場大別為機械性 $\Delta$ 及非機械性 $\Delta$ 二種。

機械性圓場 *organische Cylinder* 云者，成於細胞性原質，或其變形產物，又可分為三種，(一)成於細胞體者，赤白血球及上皮細胞，(二)成於細胞之變性產物者，(三)其起原尚未明瞭之玻璃狀圓場是也。

(一)細胞構成之圓場 又有數種如左，

(a)赤血球所成之圓場 即血球圓場 *Blutkörperchenwandler* (百六十九圖) 尿細管內血液凝

第一百六十九圖  
白血球  
圓場



從急性腎炎尿中所  
得者其一部縮小  
部則變性而呈塊狀

固，赤血球縮成圓場形，遂成此物，於尿中發見時，為腎出血之確徵。

在血色素尿，每見尿中有黃色，或帶赤黃色小塊 (血色素小塊) 所成之圓場。

(b)由白血球所成之圓場 (百七十圖) 每於急性腎炎見之，

(c)由上皮所成之圓塊即上皮圓塊。Epitheliocylinder (百七十一圖) 由上皮互相重疊而成，上

圖十七百一第  
塊圓球血白



由急性腎  
炎尿中所  
得者

圖一十七百一第  
塊四皮上



得自慢性腎炎之尿  
中者(a)成於完全  
之上皮(b)一部變  
而呈粒狀

圖二十七百一第  
塊圓之成所皮上及球血白由



皮仍保其形態、或有已經脂變者、蓋此種圓塊、與尿管上皮連結而剝落、或腎上皮附着於圓塊上、完全被覆之、遂成此狀、此等圓塊、為腎臟疾病之要徵、且特見諸急性腎炎尿中、而以急性出血性腎炎之尿中為尤著、又慢性腎炎經過中、發見圓塊時、即為疾病加劇之徵、

第百七十二圖之a及b、為腎上皮及白血球所成稀有之圓塊、Lancet氏曾於男子患腎炎者、尿利減少而呈尿毒症之尿中見之云、



時見有圓場。幾全為球。齒所成者。(百九十一圖)其形態與後述之粒狀圓場酷似。但能抵抗強力之試藥。如加里滷汁及硝酸之類者。故可識別。尿中有此圓場時。多為腐敗性栓塞性腎炎之徵。又腐敗性腎盂炎之波及腎臟者(腎盂腎臟炎)亦數見之。<sup>1)</sup> <sup>2)</sup> 氏謂曾於一童子患急性腎炎數日即斃者。其新鮮尿中。見此圓場云。第百九十一圖所示者。得於糖尿病性尿酸酵之際。與本編所論病症無關。

(一)由細胞質變性產物所成之圓場。屬於此種者如次、

(a)粒狀圓場。Granulierte Cylinder (百七十三至百七十五圖) 大小甚有差等。其外緣常劃然

第一細  
百粒  
七狀  
十圓  
三圖



得自慢性  
腎炎尿中  
者

第一粗  
百粒  
七狀  
十圓  
四圖



得自急性  
腎炎尿中  
者

有境界。成於粗細種種粒狀物。故分為細粒狀圓場(百七十三圖)及粗粒狀圓場(百七十四

圖)二種。其稍長大者。尖端彎曲。又色澤亦有種種。自帶黃色至赤褐色。其表面每有白血球。脂球。或脂結晶(百七十七圖 c 及 d)沉着。蓋此種圓場。多由上記之血球圓場。及上皮圓場分解而生。即此可知其中有自上皮圓場。化而為粒狀者。(百七十一圖 b)尿中若有多數粒狀圓場

圖五十七百一第  
蠟狀圓場



圖六十七百一第  
蠟狀圓場



(a) 沈着尿酸  
鹽者 (b) 沈着  
尿酸石灰之結  
晶者 (c) 蠟狀  
圓場斷片

時，為腎炎之候，而尤多見者，為腎臟青色硬變，且併發腎炎者，繼發症)

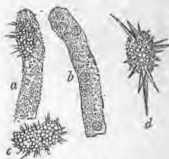
(b) 蠟狀圓場 *wachartige Zylinder* (百七十六圖) 為無色平等，放一種蠟光之圓場，較其他圓場甚長，宛如條蟲節，又每成短而闊之斷片，同圖 (c) 此圓場雖多為平等而光澤者，但有時其表面

附着脂球，上皮細胞，赤白血球，及各種結晶者有之，蠟狀圓場發生之理未詳，恐甚複雜，或由上皮融解，或由炎性機轉，或由異物滲入尿細管內

(纖維素澱粉質) 而生，其數亦甚不同，蠟狀圓場，常為腎疾病之徵，但不能為一定腎病之特徵，蓋於急慢性腎炎，萎縮腎澱粉腎

均可見之故也。圓場偶亦呈澱粉狀反應，由 Methylviollet 而呈赤色，由 Jod-Jodkaliurn 液而呈赤褐色，加硫酸，則現堇花醜色，但在澱粉腎，則或無此反應，而於確無本症者，轉有此反應，故診斷上無甚價值。

第一百七十七圖



(a) 附着脂球及脂肪晶之粒狀圓場  
(b) 附着白血球之粒狀圓場  
(c) 及 d) 爲脂球圓場

第一百七十八圖



(a) 玻璃狀圓場  
(b) 附着白血球之玻璃狀圓場  
(c) 附着腎上皮者

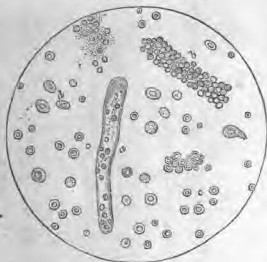
(c) 脂球圓場 Fatropfen-Cylinder (百七十七

圖) 脂球雖多，附着於粒狀圓場面，同圖 a 亦多成爲屈光甚強之短小圓場體，其面上附有脂結晶不少，(同圖 c 及 d) 但此圓場結晶，不必盡爲脂所構成，其一部爲高級脂肪酸之石灰，及 Magnesia 鹽類，或類似物之化合物者，結晶體，於依的兒中，均不溶解，可以識別，據 Jaksch 氏之說，謂此種圓場，常爲有脂變傾向，亞急性腎炎，及慢性腎炎之徵。

(三) 玻璃狀圓場 hyaline Cylinder (百七十八圖) 爲淡白透明之圓場，長短厚薄不一，境界常判然，惟以過於淡白，非染色(用 Tinctura jodatum

或稀釋之 Maltynoblan 或 Gennaviohakt 溶液，有難於辨別者，此種圓場，是否同時與他種圓場並見，或有無一定之附着物，在病理上微候之關係，大為不同，蓋少數之玻璃狀圓場，於某種疾病，毫無蛋白質之尿渣中，亦可發見故也，如 Nohman 氏，即於黃疸病人尿中見之，Heale 氏，亦於腎臟健全者見之，故此種圓場，不必盡與腎病有關，(Carruth 氏)若與其他圓場並見，或有其他物質附着時，不可不加以注意，當腎炎之際，每與他種圓場並至，且其面被以尋常上皮，或脂化之上皮，(百七十八圖 c)

第一百七十九圖 急性腎炎之尿渣



(a) 玻璃狀圓場有

血球沈着者

(b) 血球圓場

(c) 亦血球

(d) 腎上皮

或以白血球(同圖 b)及赤血球被覆之。

在鬱血腎，此種圓場上，多有尿酸鹽沈着，亦有沈着磷酸石灰，及細菌者，此外如萎縮腎，澱粉腎，並熱性病，則有僅見此圓場者。

腎有出血時，玻璃狀圓場，偶有由血色素而帶褐色者，在

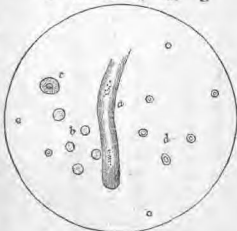
黃疸則由膽色素而呈黃色者有之。  
 第七十九圖、所以示急性腎炎之尿渣、第八十圖、為慢性腎炎之尿渣、第八十一圖、則為鬱血腎尿渣之狀、

第一百八十八圖  
 慢性腎炎之尿渣



(a) 膽  
 化細胞  
 (b) 脂  
 球團塊

第一百八十九圖  
 血腎之尿渣



(a) 玻  
 樣狀圓  
 管  
 (b) 白  
 血球  
 (c) 腎  
 上皮  
 (d) 赤  
 血球

尚有類似圓塊之物、所謂圓塊狀體、Cylindroide (百八十二圖 a 及 b) 為帶狀物、透明平等、甚為淡白、或帶有二三線條、體之廣狹無定、時或甚長、多彎曲成波線狀、不僅見於腎炎、亦見於其他泌尿器之炎症、例如膀胱炎、常尿中亦往往見之、但其原因、則尚未明瞭、(Bizzozaro 氏)

非機化性  
圓塊

尿酸  
Infarkt

積敗物圓  
塊

組織碎片

第一八十二圖  
圓塊狀體



二百四十

第一八十三圖  
尿酸圓塊



(八) 組織碎片

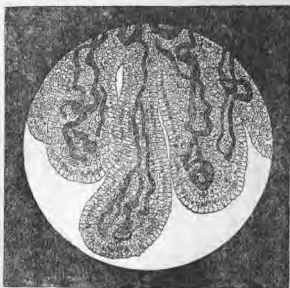
Hämorrhidin 積成之圓塊，曾見於初生兒，所謂尿酸 (Infarkt) 又有見諸痛風及鬱血腎者，其形狀類於粒狀圓塊，故或誤認，現今尚有圓塊狀物之一部，稱為積敗物圓塊 (Detrituscylinder) 者，恐亦屬於此類。

所謂非機化性  
圓塊 nicht organische Cylinder  
者，成於結晶體，  
診斷上不甚重  
要，由尿酸鹽類  
(百八十三圖)或

組織碎片。Cavendishson 見諸泌尿器之結核病尿中，又可見乾酪變性之凝塊，

癌腫組織之碎片，偶見於腎癌，又多見於膀胱絨毛癌，肉眼可見之小塊，與尿一同排泄，或透入測管時，附着於管口者有之，診斷上頗為重要，故須鏡檢審其性質，(百八十四圖)而癌細胞。

第一百八十四圖  
精脫之組織



偶於尿中見之、癩痢及卒中後、或重症患者、如傷寒病人尿中、亦有見之者、最多見者、為精液漏、鏡檢之、精絲蠢動多活潑、在酸性尿中、雖經二十四時、尙有能保其活動者、(百八十五圖)

診斷學 下卷

第一百八十五圖  
精液之尿渣  
(Eichhorst 氏)



或各自分離、或為羣簇而見於尿中、其大小及種種形狀、顯而易知、但孤獨者、每易與尿路最下層之上皮誤認、故診斷上無價值、

精。絲。 *Spermatozoen*  
交媾、手淫、或遺精後、

(九) 精絲

交繙後立即排尿時，婦人尿中，亦有精蟲。

(10) 動物性寄生體

動物性寄

動物性寄生體 *tierische Parasiten* 蝨居於泌尿器內，或其隣近部，依時機而排遺於尿中者，在歐洲惟有包蟲，在熱帶地方，有見人血絲狀蟲及住血吸蟲者。

人血絲狀

人血絲狀蟲 *Filaria sanguinis hominis* 爲英領印度，巴西中國及日本所見之寄生蟲，爲 Bankroft 氏絲狀蟲之胎蟲，其成熟者，住人體之大淋巴管內，而胎蟲則每有多數生活於血中，大抵爲時發時止之血液，乳糜尿，或乳糜尿之原因，血量多時，尿不透明而爲赤色，放置之，血液凝固，沈於器底，其上層尿爲白色，不透明，稍帶黃色，如稀釋乳汁，其上面每生乳皮狀之膜，又或起

第一八  
百血氏  
八絲  
十狀  
六蟲  
圖 (Jaksch)



初即不混血液，尿如乳汁，乳尿多生白色或膠狀凝結，全尿悉爲凝固，時有於膀胱內已生凝塊，而病人以劇痛，與尿一同排出者有之，乳糜尿中，加少許 *Nitrobenzol* 滷汁，再加依的兒振之，則其中乳化之脂溶解，故乳汁狀之外觀消失，置鏡下檢之，可見極微細之小體，倘脂最多時，則見較大之脂球，此外可見赤白血球，且每見胎蟲（百八十六圖）此爲軟弱透明，設有薄膜之小圓蟲，大抵活潑運動，其縱徑，平均算作 0.2—0.6 mm，橫徑爲 0.004 mm (Zschawalsky 氏)



住血吸蟲

包蟲

蛔蟲

蟪蟲

淫滴蟲

住血吸蟲。Distomum haematobium 埃及所生之血尿。以此為原因。檢尿時除赤白血球外。可見蟲卵。有時並見胎蟲。卵百八十七圖為長圓形。據 Lanckart 氏計算。其縱徑為 0.11 至 0.13 mm。橫徑為 0.04 至 0.05 mm。日本尙未聞有發見者。

第一 血吸 百吸 八蟲 十及 七其 圖卵

(Jakseh 氏)



第一 百八十八 圖 尿 Cercomonas



包蟲。Echinokokkus 若穿

通腎臟或尿路時。尿中可見其囊及蟲頭。又腸及尿路間有愈着。若破潰時。尿中有排出。蟲者。Ascaris lumbricoides 此外在尿中。偶有見。蠅。蟲者。Oxyuris vermicularis 在亞爾加里性尿中。時可見許多。滴蟲。Infusorien 此為 Haasel

氏在含有蛋白之亞爾加里性尿中發見者。名之曰 Bodo urinarius 或曰尿。Cercomonas 者是也。百八十八圖其全體係卵圓形。或類圓形之粒狀體。長徑 0.001 至 0.002 mm。橫徑 0.0007 至 0.001 mm。



此外尿中亦有絲狀菌 *Schimmelpilze* 及芽生菌 *Sporozyize*。且於糖尿，其糖分之酒精醱酵已遏止者，尤可見多數醱酵菌，百九十一圖偶又於亞爾加里性醱酵尿中，可見較小之 *Sarcina*，恐於分解尿素，亦與有力焉。

第一百九十九圖  
*Micrococcus ureae*



第一百九十九圖  
由葡萄糖尿性尿中之所沈澱之



- (a b c) 呈種種形狀之尿酸
- (d) 圓環狀球菌
- (e) 絲狀菌
- (f) 芽生菌
- (g) 桿菌及球菌

菌之測管，使之排尿，始為穩當，由此法所得之尿，含細菌極多，而其餘有形成成分較少時，名曰細菌尿。Die Bakteriurie 當是時，僅由肉眼檢查，已可見其含有細菌，試振之，則生微細雲霧，如肉汁培養者然，在其他有形分決不可見之一種潤濁，如尿中所含細菌甚少時，則數滴之

尿當細菌學檢查時，須防來自尿道及周圍之不潔物，混入其中，即尿道外口及其附近，在男子，雖舟狀窩，亦須十分清拭，先使排泄尿之一部份，取其後排出之尿，以供檢查，但此仍非至確之法，蓋先排尿之一部，而尿道內之細菌，未必悉為排除，故在男子，或用消毒藥洗尿道前部後，使之排尿，或用殺

結核桿菌

尿不能鏡檢，宜用沈澱器，使可檢尿沈澱，取其渣檢之。尿中細菌，雖種類頗多，而尤要者，為結核淋疾，其他為傷寒菌、大腸菌等。尿中之結核桿菌，Tuberkelbazillen (百九十二及百九十三圖) 雖為泌尿器結核之確徵，然亦有明為本症，而菌則缺如者，且一側之腎盂及腎臟結核，其側之輸尿管，一時或永久閉塞時，尤然。

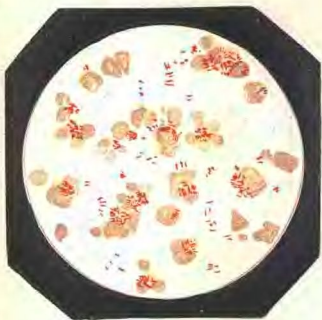
第一百二十九圖 腎結核之尿中結核菌 (Kolla 氏)



結核桿菌，倘多數存在尿中時，則呈純粹培養之觀，其膿性尿渣中之鏡檢法，與檢痰中所述方法同，參照上卷二三四頁而尿路之持久炎症，往往由於結核，不可怠於檢查，蓋泌尿生殖器之結核，有局部症狀，每易誤診為慢性淋疾，單純白帶，普通膀胱炎、腎盂炎、腎水腫、前列腺肥大等是也，且以上諸症，若其他器官，例如肺臟兼有結核時，或併發副睪丸炎、慢性腹膜炎之類者，則尿中結核菌檢查，尤不可缺，著明貧血羸瘦，有消耗性熱

結核菌與  
包皮菌  
之區別

第一百九十三圖  
時狀結核菌中之結核菌  
(Lewenstein 氏)



多散結核  
桿菌被白  
血球所包  
容此乃自  
然之噴菌  
現象也

者亦然，故雖極慢性之淋疾，若此等症狀存在時，不可不檢查結核菌也。

與結核菌類似之細菌，宜鑑別者，所謂包皮菌。Smeigmal bacillus 是為一種桿菌，見諸包皮脂，陰道分泌物，尿囊肛門皺裂等處，其形態及染色反應，似結核菌，而較短且細，着色時，對於酸之抵抗力雖強，而於無

水酒精，則較結核菌易於脫色，故以下列方法染色時，可與結核菌鑑別，又宜因時用動物試驗，或用培養試驗，均可鑑別也。

(一) Hoesel 氏法：塗抹標本，用石炭酸 Fuchsin 加熱兩分鐘，染色後，水洗之，乾燥後，浸於無

水酒精九七〇、鹽酸三三〇之混合液中、凡十分鐘、再水洗、次以 Methyleneblau 飽和酒精液、加入同量之蒸水染色、由此則包皮脂菌青染、結核菌則為赤色、

(二) Papenhaim 氏法、用石炭酸 Fuchsin 兩分鐘加熱染色後、水洗如前法、更浸入下列之液中、即以 Conklin 赤色素之名一〇、溶解於無水酒精百 cc 中、加入 Methyleneblau 使之飽和

融解後、更加 Glycerin 110 cc 即得、浸其

中凡三五分鐘、水洗乾燥後、以 Palbaum

封之、包皮脂菌、染為青色、結核菌、則染為赤色、

淋。疾。球。菌。 Gonokokken (Neisser 氏) 百九十

四圖) 存於淋病之膿中、且附着於上皮

細胞及膜細胞之上、或存於此等細胞中、

菌之特徵、為菌體較大、且每相連、或四個

或數個、成爲羣列、而所以成羣列者、因各

以鉛直方向、交分爲二故也、複球菌又球

菌互相對向之側面、扁平如瑪瑙豆、由二

淋疾球菌

第一百九十四圖  
道體中之淋疾球菌  
(Methyleneblau 染色)



個或四個所成之羣列，如白麩包形，而此菌多成球列之特色，實爲他種球菌所不具，泌尿生殖器分泌物中，存在之其他球菌，其一部有時亦呈複球菌狀，但如淋菌之有許多羣列者，尋常不可見也。

淋菌於各種 Anilin 色素，均易染色，最宜者爲 Fuchsin 及 Methylenblau 或 Gentiana violett 由 Gram 氏法而脫色。

淋菌培養法，實際上雖非重要，然於此舉其梗概，此菌於普通培養基上不發育，向來用種種培養法，而最良者爲血清洋菜培養，以人血清一分，及普通肉羹汁 Poyton 洋菜二三，製成，亦可以腹水或陰囊水腫液，代血清之用，或在斜面上凝固之肉汁洋菜培養基上，塗入血一滴，培養之亦可，(Peiffer 氏血液洋菜培養基)夫然，則培養之淋菌，於二十四時後，生露滴狀之小聚落，僅呈灰白色，頗透明。

於此尚須注意者，急性及慢性尿道炎，由其他微生物，連鎖狀球菌，複球菌，結核桿菌，亦可發生，但亦有不能見細菌者。

又有一種分裂菌，由諸臟器之病理機轉，循環於血行中，比至腎臟血管，有與尿一同排泄者，如急性粟粒結核之結核桿菌，傷寒之桿菌，丹毒球菌 (Fehleisen 氏) 回歸熱兼腎出血之回歸熱旋毛體 (Cannenberg 氏) 膿毒症，及心內膜炎之化膿球菌是也，在鼠疫，亦有於尿中見特異

之鼠疫菌者 (Wills 氏) 此外由球菌所成之菌塊，則已見於上文矣。(參照本卷二二五頁)

(乙) 非機化性沈渣

非機化性  
沈渣

尿之非機化性沈渣 (unorganizable Sediments) 為存於尿中之有機及無機化合物，尋常雖溶解於尿中，然每以種種原因而析出，主要者關於尿之濃淡及反應，如某數種物質，非在酸性尿中，不能析出，而他種物質，則僅於亞爾加里尿中析出，或尿雖呈酸性反應，而已起亞爾加里酸酵，亦有專在其中析出者，其物質或純正為結晶形，或類似結晶，或為無形者，此一種多為特異之平等狀態，但茲編所論，以微細之尿渣為主，如尿石之類，非所詳也。

茲將非機化性尿渣最要者表示如左。

酸性尿渣

亞爾加里性弱酸性及兩性尿渣

(甲) 結晶體

尿酸

尿酸安母尼亞

磷酸石灰

磷酸安母尼亞 Magnesia

中性磷酸石灰

(偶有尿酸)

(乙) 無形體



尿酸 *Nafton*

尿酸加里

鹽基性磷酸石灰

碳酸石灰

此外尿中更見一二稀有之非機化性沈渣，但發生時，不關於尿之反應，又此等物質，時亦析出於健體尿中。

(一) 尿酸

尿酸 *Harnsäure*

尋常見於酸性尿之沈渣中，偶亦見諸兩性尿，或亞爾加里性尿中，若含有

尿酸時，暫置其尿，即析出結晶，沈着於器壁及底，奪取尿色素，多帶黃色褐色赤色，或赤褐色，亦每見於尿酸鹽之沈渣中，其大小及形狀，千變萬化，其中以菱形或稜柱形者為最多，或為砥石狀，或為洋樽狀，砥石狀者，交叉時則呈十字形，又有四側稜柱及楔狀者，而各結晶，或散在，或羣簇，呈種種形態，如百九十五及百九十六圖所示者。

第一百九十五圖 尿酸結晶



尿酸結晶，具稀有形狀，若不整時，雖難於判別，但其結晶，遇加里滷汁則溶解，倘更加鹽酸及醋酸時，重新析出尿酸結晶，鏡檢時不致與他物誤認也。

Murexid  
試驗法

以化學鑑識時，可用 Murexid 試驗法。取渣少許，溶解於二三滴硝酸之中，加溫使蒸散，所剩之微紅色渣，滴入稀薄之安母尼亞液時，則呈 Murexid 或紫酸安母尼亞鹽美麗之紫紅色。用此法時，雖極少量之尿酸，亦可鑑識也。

(11) 尿酸鹽

尿酸鹽 *Harnsäure Salze*, *Uräte* 中，若在酸性尿，則生酸性尿酸 *Natron-及尿酸加里* (*Harnsäure Natron u. Kali*) 之沈渣。若在亞爾加里性尿中，則生尿酸安母尼亞沈渣。尋常奪取尿色素帶赤色，宛如瓦屑(所謂瓦屑狀渣)時，或呈醃黃色如黏土者。

蛋白尿中析出之尿酸鹽，常混在液中，無沈於器底者。尿酸鹽溫之則溶解，不可熱熱時生磷酸鹽之潤濁。冷之則再析出，故易識。然在蛋白尿過度加熱時，以其凝固，更生潤濁，故宜注意。

鏡下檢之，尿酸 *Natron* 及尿酸加里，作黃色無形之小粒狀，百九十六圖最喜附着於尿圓端，上皮等上面。載物玻片上加鹽酸一滴時，漸析出尿酸鹽結晶，但有時可見束狀結晶之針狀尿酸 *Natron*。

第一百九十六圖  
尿酸結晶之形定無及晶體尿酸



尿酸。安母尼亞。harnsäures Ammoniak

形成暗色之單球或複球，有不正之突出部，洋菓糖

狀在亞爾加里性醱酵尿中，與三層磷酸鹽並見，

(百九十七圖)

第一九百七十七圖

尿酸三層及亞尼母安酸尿



死體時，其腎為可見尿酸。In Lark, 反乎此，成人之新鮮尿中，若見尿酸結晶者，多有尿酸惡液

尿酸及尿酸鹽，發生沈渣，不必定為尿酸排量增加之故，尿酸少量時，在濃尿中亦生此渣，渣之發生，須備各種條件，即尿酸鹽遇冷則易生渣，又尿酸多量而酸性強時，發生最易之類，故其沈渣，多於大汗後，劇甚之下列，熱性病鬱血尿等見之，在初生兒墮地之始，於新鮮尿中，亦有析出較為多量之尿酸結晶者，此寧屬於生理，剖檢初生兒

(三) 舊酸石灰

舊酸石灰。

oxalhydrat Kalk 之結晶，尋常僅見諸酸性尿中，又於尿酸結晶及尿酸鹽中，見

者不少，其給晶，為無色有光之六角八面形，鏡下觀之，有交叉之斜線，宛如封袋狀，(百九十八

第一卷 百九十八頁 圖



圖 a) 或偶作餅乾狀(同圖 b) 或為啞鈴狀(同圖 c) 溶解於醋酸、而不溶解於醋酸、故可與三層磷酸鹽之小結晶區別、一二尿酸石灰結晶、在生理及病尿中均見之、但於攝食含有尿酸石灰果物後、尤多見、如食蘋果、梨、葡萄等、此外在糖尿病加答兒性黃疸、及 Hypochondria 病人、亦每見之、

在惡液、如結核癌腫之

尿酸尿

類者、尿中亦頗見多量尿酸、所謂尿酸尿。Die Oxalurie 是也、

(四) 三層磷酸鹽

磷酸。Ammoniakmagnesia (三層磷酸鹽)

Phosphorsäure Ammoniakmagnesia,

Triphosphat) 見於單純亞爾加里性、

及亞爾加里酸尿中、有為白色尿渣

之主成分者、其原形為稜柱狀結晶、最

第一卷 百九十九頁 圖



(b) 所謂

槍蓋狀結

晶

(c) 其尖

又而呈羽

狀者

磷酸鎂

磷酸石灰

碳酸石灰

多者所謂棺蓋狀結晶。Sargolockekrystalle (百九十八及百九十九圖)是也。結晶每甚大而透明。磷酸中易於溶解。可與其他結晶。尤可與碳酸石灰識別。

(五) 磷酸鎂

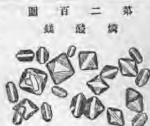
磷酸鎂。Phosphorsäure Magnesia 之結晶(二百圖)為有光之菱形板。偶見於亞爾加里性尿中。在醋酸中易於溶解。

(六) 磷酸石灰

磷酸石灰。Phosphorsäurer Kalk

成為鹽基性磷酸石灰。存於亞爾加里性酸酵尿中。粉狀無定形。其

中性者。則成結晶。每為長楔狀或刀刃狀。二百一圖。在亞爾加里性酸酵尿中。則消失。其結晶。遇醋酸溶解。而加溫則否。



(七) 碳酸石灰

碳酸石灰。Kohlensäurer Kalk 在人尿中雖不經見。而草食動物尿中。則多見之。為灰白粒。或呈小球。尋常成

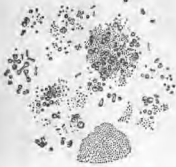
二百一圖 中性磷酸石灰



對成多數相結(二百二圖)加鑷酸時,則發生碳酸而溶解,此外,尿中偶有見左列之沈渣者:

(八) 硫酸石灰

第 二 百 二 圖  
第 二 百 二 圖  
硫 酸 石 灰



第 二 百 三 圖  
第 二 百 三 圖  
硫 酸 石 灰



第 二 百 四 圖  
第 二 百 四 圖  
Leucin und Tyrosin



硫酸石灰

硫酸石灰。Schwefelsäure Kalk (二百三圖)見於尿中者極罕,惟強度之酸性尿中有之,為無色長針狀,或有斜面之二稜形,又或集為房束狀,此物每與中性磷酸石灰之結晶酷似,但於醋酸為不溶性,由硝酸及加溫而溶解。

Leucin  
及  
Tyrosin

(九) Leucin 及 Tyrosin  
二者為蛋白質之分解產物，尋常尿渣中無此等結晶，但於急性黃色肝萎縮及磷中毒二症，即可見之。Leucin 為略能屈光之黃色球，往往數個相疊，Tyrosin 為針狀結晶，有種種形狀，如  
第二百四圖。

(一〇) Hämatoidin

Häma-  
toidin

Hämatoidin 僅偶見於血尿中，為赤褐色之板狀，或針狀結晶。(二百五圖)

(一一) Cystin

Cystin

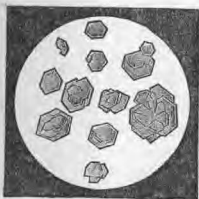
Cystin 為無色透明

之六側小板狀結晶，每相疊積。(二百六圖) 時或誤認為尿酸結晶，然不溶解於醋酸而易溶解於安母尼亞，故可識別。尿渣中偶可見此結晶者，以

第 二 百 五 圖  
Hämatoidin



第 二 百 六 圖  
Cystin



尿路中有 Cystin 石故也、

(11) Cholesterolin

Cholesterolin

爲極稀有之結晶、呈無色板狀、每相重積、在酸及亞爾加里中不溶解、而溶解於依的兒及加熱之酒精中、

(12) Xanthin

Xanthin

尿中凝結物

亦頗稀有之結晶、呈砥石狀、稀薄之安母尼亞水、及加熱均能溶解、

於此更優就尿中凝結物。Konkremente im Harn 來自腎臟或腎盂者、述其梗概、其生於膀胱內者、卽膀胱結石。Blasenstein 茲暫不論、

腎砂腎粒  
腎石

來自腎臟或腎盂之凝結物、從其大小、而有腎砂。Nieren sand 腎粒。Nierengries 腎石。Nierenstein 之稱、主要以成於尿酸及尿酸鹽者、爲最多、呈褐色或褐黑色、表面稍滑、結石經輸尿管達膀胱時、視其大小而發劇痛、所謂腎石症。Nierensteinkolik 是也、

腎石疝痛

腎石成於碳酸石灰者、最堅固、其表面呈小隆起、所謂桑椹石。呈黯褐色、又有此兩種混合者、

其由磷酸鹽結成者、稍軟、時或包有尿酸鹽、或碳酸石灰之核、蓋以膀胱炎之有亞爾加里性尿者、磷酸鹽沈着於結石上之故、此外偶見 Cystin 石及 Xanthin 石、凡此結石、除磷酸鹽石外、皆成於酸性尿中、



溶解之尿成分

尋常尿成分及其量之排出異常

尿酸

食鹽

尿酸

尿酸

尿酸

(七) 溶解之尿成分

溶解之尿成分。Die gelösten Harnbestandteile 有尋常及異常之別。

(甲) 尋常尿成分及其量之排出異常

尋常尿成分之量。Die Menge der normalen Harnbestandteile 既如上文所述，參照本卷二百七頁在病態其排量雖有增減，然在日常診斷上，非有至大之價值者，惟確定物質代謝機能時，實為重要，第茲編固不能詳論，僅擇其最要者，略述一二而已。

尿酸。排出增量，於熱性病(或絕對增量，如肺炎之類，或比較增量，詳言之比諸食量減少，則為增量)及糖尿病見之，其減量者，見於各種腎炎，尤著者，為尿毒症時，各種惡液質，偶於急性黃色肝萎縮見之。

尿酸。在熱性病，每與尿素一同增量，又白血病及惡性貧血，其他凡障礙肺內瓦斯交換諸病及尿酸惡液質亦復增量。

Chloratrium (食鹽) 增量者，因病的滲出物及滲漏物吸收時，此外見於間歇熱，殆因赤血球崩壞之故，Kast氏其減量，則見諸熱性病腎炎各種惡液狀態。

硫酸(Phenol 硫酸及 Indoxyl 硫酸於 Indian 及石炭酸排出增多時增量者，磷酸鹽。於佝僂病，急性黃色肝萎縮則減少，於腎炎亦多見其減量者。

溶解於尿中之異常成分

溶解於尿中之異常成分。abnorme Bestandtheile 診斷上最為重要，其須鑑識者，為蛋白質、血色素、膽色素及葡萄糖是也。

(一) 蛋白質

蛋白質

見於尿中之蛋白質，Eiweiss 幾全在血清之中，多屬血清蛋白，亦有血清 Globulin 二者同見於尿中，尿含此種蛋白質時，曰蛋白尿。Die Albuminurie 其含量最少者，不過痕跡，多者至一成二%，偶有較此多量者，但尋常必在 0.5% 以下。

急性(腎)白尿(腎)之候

真正蛋白尿，即腎性蛋白尿。Die renale Albuminurie 於左列諸症見之。

- (一) 急性及慢性腎炎、並腎之澱粉變性、
- (二) 腎靜脈鬱血、即心病足使靜脈系一般鬱血者、
- (三) 重症惡液質(貧血、白血病)、
- (四) 熱性病、
- (五) 急性中毒症

(六) 癲癇發作卒中後(一時性蛋白尿)

尿中極少之蛋白質，不必盡屬病理，其少量者，於健體亦可見之，且如 Leube 氏最初所經

果純性蛋  
白尿  
循環性或  
發作性蛋  
白尿

原中試  
之定  
性白

驗者、見於身體勞動後之類是也、此外有亘數年之久、尿中略有蛋白、而無害於榮養者、此名單。純。性。蛋。白。尿。Die einfache Albuminurie 又有每晨起時、尿中雖毫無蛋白、而一日中必稍排出蛋白、然於身體亦毫無異常者、此名循環。性。或。曰。發。作。性。蛋。白。尿。Die cyclische oder periodische Albuminurie 但此等症、尿中多無其他徵候、圓場更屬缺如矣

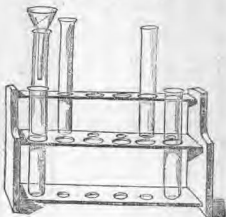
健康尿中、時呈一定之蛋白反應、既如上述、但據近時研究、此種蛋白尿、與腎性蛋白尿異、其性質見諸常尿中之蛋白反應、恐係冷尿中發生雲翳之一種物質、即由黏液素狀物質(黏液素及 Nuklealbumin)而來者、蓋為尿路黏膜細胞之產物、在加答兒症固增多、而於腎炎亦復增量也、

尿中混有膿血時、膀胱炎其溶解之蛋白質、入尿中生蛋白尿者有之、但常為少量、中蛋白質之定性試驗法如次、但血清 Albumin 及血清 Globulin 於此不加區別、

施檢查時、最要者、須注意尿中混有其他異常成分與否、(精液前列腺液經血白帶)於蛋白量少者尤然、尿或溷濁時、檢查之先非濾過不可、且鑑定極少量之蛋白時、須將尿濾至完全澄明始已、蓋如上所述、由冷而成雲翳之黏液素狀物、每呈蛋白反應故也、倘尙疑其存在時、可以試管盛尿、加入過剩之醋酸、若尿濃時、加水少許、斯時尿若溷濁、即為黏液素狀物存在之徵、濾過數次、然後檢其有無病的蛋白可也、

噴酸試驗  
法又名  
Heller's  
試驗法

圖七百二第  
架管試



圖八百二第  
器持保管試



Balsammum copalivae 時，尿中排泄之樹脂質，由硝酸而生沈澱，亦有誤認爲蛋白質者，但其濁濁，加酒精即消散，由蛋白而生者則否，故亦易於鑑別也。

行病尿成分之化學試驗時，須備多數試驗管。  
Das Reagierglas 試管架。Das Reagierglasgestell  
(二百七圖) 濾過漏斗。Der Filtertrichter 及濾  
過紙。Das Filterpapier 等。又試管中尿加熱時，  
須用試管保持器。Das Reagierglashalter (二百  
八圖) 於長時間煮沸之際尤然。  
(一) 硝酸試驗法又名 Heller 氏試驗法。Die Sal-  
petersäureprobe oder Heller'sche Probe 可檢尿中，  
加純硝酸，約當尿量三之一，含蛋白時，即生濁濁，  
或白色雲翳狀沈澱。  
尿酸鹽，亦由析出硝酸而生濁濁，但遇熱即溶解，  
由蛋白而生者則否，故易識別，惟強煮沸時，少量  
之蛋白質消滅，宜注意，此外如內服 Terebinthol 油，及

鑑定極少量之蛋白時，先以硝酸入試管中，然後加入同量之尿，注意勿使混和，比重較高之硝酸，沈降於下層，尿中若含蛋白時，兩液之接觸部，生白環（Heller氏試驗）。以蛋白之多少而厚薄不一，但宜注意者，在濃厚尿，以樹脂質之故，有生同一之白環者，宜將尿稀釋兩三倍，然後檢之。

(二)煮沸試驗法。Die Kochprobe 取尿煮沸之，如含蛋白，則生白色，稠濁，或沈澱，加硝酸，其稠濁或沈澱益顯著，但以加入硝酸所生之蛋白凝固物，勿再加熱，蓋其一部，因煮沸而重復消滅故也。

不含蛋白之弱酸性尿，或中性尿，煮沸時每析出鹽基性磷酸石灰，而呈稠濁者有之，據昔時之說，其稠濁係使磷酸石灰溶解之炭酸，因煮沸而發散之故，但近時所見（Salkowski氏及 Salkowski氏）恐由於分離作用，而分解為存在尿中之中性磷酸石灰，及酸性磷酸石灰，加硝酸則稠濁消散，冷之輒復溶解。

檢尿若為中性或亞爾加里性於煮沸之先，可注意加入硝酸，使為弱酸性，蓋亞爾加里性尿，其蛋白，由煮沸僅微呈乳狀稠濁而不凝固故也，亦有以醋酸代硝酸者，但其量過多時，蛋白溶解，雖煮沸亦不凝固，因而看過者有之。

(三)醋酸及食鹽（硫酸，Natron）試驗法。Die Essigsäure und Kochsalz (schwefelsäures Natron) Probe

尿中加醋酸，使爲強酸性，次加同容量之食鹽，或硫酸 Natron，煮沸之，含蛋白質時，生白色濁或沈澱。

醋酸及黃色血凝試驗法

(四) 醋酸及黃色血凝試驗法。Die Essigsäure und Blutlaugensalzprobe 寒冷之尿，加醋酸，爲強酸性，次加五%黃色血凝鹽溶液二三滴，含蛋白質時，生白色濁或沈澱，此法正確而銳敏，賢於其他試驗法。

Pikrin 酸試驗法

(五) Pikrin 酸試驗法。Die Pikrinsäureprobe) 尿中加濃厚之 Pikrin 酸水溶液二三滴，含蛋白質時，忽生黃色絮狀沈澱。

Spiegler 氏試驗法

(六) Spiegler 氏試驗法。此爲蛋白質試驗法中最銳敏者，試藥爲昇汞八〇、酒石酸四〇、蒸水二〇〇〇、Glycerin 二〇〇合成，試驗時尿中先加醋酸，使爲酸性，此時已起沈澱者，爲黏液素物質存在之徵，須再三濾過之，其次以吸液管取試藥，徐徐沿試驗管壁加入，約當尿量三分之一，中含蛋白質時，其接觸部生白環，Albumose 有時亦生同一之環，但加溫則消失，冷卻復現，蛋白質，則白環以加溫而益著，可以識別，此外更須注意者，尿中如含 Urobilin 時，則由試藥而生帶黃色乾酪狀環，妨礙蛋白之反應是也。

尿中蛋白質之定量試驗

尿中蛋白質之定量試驗，於腎炎欲卜其輕重及經過如何，最爲重要，惟其法頗不簡易，故尋常僅以煮沸所生之沈澱量，加以臆測，例如尿中含有四分之一，或三分之一容量蛋白質之

類是也、

Zeiter 氏及 Miller 氏、由左表大略測知尿中蛋白之量、

試管中之尿、全以凝固物充塞時、其蛋白質量、……………二—三%

尿之半分以上、以凝固物充塞時、……………一%

尿三分之一、以凝固物充塞時、……………〇·五%

尿四分之一、以凝固物充塞時、……………〇·二五%

尿十分之一、以凝固物充塞時、……………〇·一%

僅試驗管底有凝固物時、……………〇·〇五%

僅起瀾濁而不生凝固物時、……………〇·〇一%以下

然此法固不得謂之正確、臨牀上常用左列之簡便方法、即 Esbach 氏蛋白計、為今日臨牀家所通用、蓋簡單而頗正確也、

Esbach  
氏蛋白計

Esbach 氏蛋白計。Der Esbach'sche Albuminometer (二百九圖) 為劃度玻璃管、定蛋白量時、

第 二 百 九 十 九 圖  
Esbach 氏 白 蛋 白 計  
之 二 分 之 一 縮 小



用枸橼酸與 Pikrin 酸之混合液、純 Pikrin 酸 一〇〇、及枸橼酸 二〇〇、溶於蒸水一新升中

者，使蛋白沈澱，即先盛尿及試藥，至一定劃度為止，盛尿至管上U字為止，加試藥至R，防其發生氣泡，以檢密閉管口，徐徐將管顛倒十五回，使之混和，置於變換極少之室溫中，靜置一晝夜，然後就劃度檢其沈澱之多寡，每一度，所以示千gr中含有蛋白質之量，惟劃度至七%為止，若尿中含有多量蛋白時，在定量之先，非將尿稀釋不可，此外在尿中，時或含有其他蛋白質，即Albumose及纖維素是也。

Albumose  
尿

Albumose 由 Protein 物質分解而生之中間物，其最終產物，為 Pepton，故 Albumose 為 Propepton，但如胃消化最終產物之 Pepton，決不見於尿中，僅其前階級之 Albumose，偶見於尿中而已，故昔稱為 Pepton 尿者，可改稱曰 Albumose 尿。而 Albumose 之為物，於健康組織，或病組織迅速崩壞時，見於尿中，且在膿性及纖維素性滲出物吸收時尤然。

尿中 Albumose 之鑑定法

尿中 Albumose 之鑑定法如左：  
(一) 煮沸試驗法 Die Kochprobe 由煮沸而透明之尿，若於冷卻時，潤濁或生雲翳者，即 Albumose 存在之徵。

Salkowski 氏試驗法

(1) Salkowski 氏試驗法 尿中加醋酸，煮沸之，除去其他蛋白質後，於其二〇至五〇cc中，加鹽酸五cc，更加燒Wolfram酸，使之十分沈澱，其沈澱物加熱後，以水洗之，溶解於苛性Natron稀液中，加溫至呈黃色為度，冷後，行 Violet 反應，法雖簡單而甚銳敏。



v. Aldor  
氏試驗法

(11) v. Aldor 氏試驗法。除去蛋白之尿一〇cc，加鹽酸二三滴，為酸性，加磷 Wolfram 酸，以遠心器使十分沈澱，除去上部液後，以酒精反覆洗之，至不呈黑色為止，所處置之溶液，按照

Salkowski 法之順序，溶解於 Nalron 滷汁中，加熱而行 Violet 反應。

纖維素

纖維素。Fibrin 每作為血尿之副發症，或僅由刺戟腎臟(莖著外用後)而來，或既經凝固，與尿一同排泄，或放尿後凝結而生絮狀沈澱，尿器中偶有附着凝結之黏稠物者。

檢尿中纖維素時，其中所生之凝固物，以濾紙採取之，用五%食鹽水洗滌，俟洗滌之水，不呈蛋白反應為度，於凝固物中，加一%曹達水，或〇.五%鹽酸水，一面加熱，一面攪拌，使之溶解，溶液呈蛋白反應時，則可知尿中有纖維素存在矣。

(11) 血色素

血色素

尿中血色素。Biltharstoff 既見上章，參照本卷二二八頁此節僅述溶解之血色素，或 Hämatin 之鑑識法。

尿中血色素之鑑識法。如次。

尿中血色素  
鑑識法  
Hollor 氏  
試驗法

(1) Hollor 氏試驗法。尿中加入加里淘汁，當尿量三分之一，使為強亞爾加里性，煮沸之磷酸鹽漸析出，奪取血色素，(Hämatin) 呈血紅色，沈澱於器底，二百十圓，但此試驗，以缺乏磷酸鹽而不能成功者有之，惟加入半容量之常尿時，可呈此反應，蓋 Hollor 氏試驗法，其銳敏不讓

愈瘡木試  
驗法

分光鏡檢查、醫師未備分光鏡者、得此蓋頗便利也、

(二)愈瘡木試驗法。Die Guajakprobe (Schönlein = Almen 氏)先以試管盛尿、然後以愈瘡木丁幾、及含有 Ozon 之 Terbin 油即陳舊者、各等分、注意加入、血色素存在時、兩液層之間、除由樹脂質析出而生之白環外、更生 Indigo 青色環、振之變為不透明之青色、此法亦頗銳敏、

Hemin  
試驗法

(三)Hemin 試驗法。取尿或其渣、據前述方法檢之、參看本卷八二頁較前法更敏、若以磁皿取多量之尿、使之蒸發後、檢其殘渣、尤為銳敏也、

分光鏡檢  
查法

(四)分光鏡檢查法。Die spektroskopische Untersuchung 異性之血色素、於黃綠赤三部、各呈吸收線一條、參看上卷三九〇頁、此檢查最為確實、

於此宜注意者、若內服大量之 Sulfonal 及 Trional 之際、尿中排泄 Hämatoporphilin、尿呈赤褐色是也、

### (三) 膽色素

膽色素

尿中含多量膽色素。Gallenfarbstoff 時、不難知之、惟量少時、偶有誤認為 Urobilin 者、故有時須用化學鑑定、其法如左、

Chloroform  
試驗法

(一) Chloroform 試驗法。檢尿中加入 Chloroform、振之、則 Chloroform 奪取 Bilirubin 而作黃色層、沈於試驗管底、(二百一十一圖)但雖非黃疸、Chloroform 亦有稍呈黃色者、

Gmelin  
氏試驗法

(一) Gmelin 氏試驗法。先以略含亞硝酸之硝酸純硝酸中，加入發煙硝酸一二滴，投試管中，注意加尿於其上，兩液之接觸部，呈美麗之彩環數層，最上層為綠色，而青色、薑花色、赤色及黃色次之，其綠色為膽色素之特徵，但量少時，則無反應，故不如用左法為佳。

Harpert  
氏試驗法

(二) Harpert 氏試驗法。較前法稍複雜，尿中加石灰乳，使沈澱而濾過之，次即以水洗含有膽色素之沈澱物，以除去 Indican 之故，以一刀尖入試管，加純酒精及稀硫酸，使變酸性，煮沸而濾過之，夫然則酸化之膽色素，溶解於酒精中，濾液呈綠色或青色，而沈澱物則脫色。

黃疸就愈時，尿中雖已無色，而表皮尚久作黃疸狀，在輕症，則起初尿中，即無膽色素。

#### (四) 膽酸

膽酸

黃疸之尿，不必定含膽酸。Gallensäure 且血發性，更不能望其存在，故至一定度為止，鑑此即可為黃疸之種別，惟膽酸一則以偶亦見於常尿之中，一則以吸收黃疸，即無膽酸，故不能下明確之診定。

尿中膽酸之鑑識法如次：

鑑識膽酸  
Petten-  
kofer =  
Nenbauer  
氏試驗法

Pettenkofer = Nenbauer 氏試驗法。以磁皿取尿一二滴，務用低溫，使之發散，次則滴下蔗糖溶液，一與五百之比例，及濃硫酸各一滴，更使發散，含膽酸時，其渣呈薑花赤色，然蛋白質亦現此反應，須先檢其存在否也。

Melanin

Melanin 於患黑色色素性腫瘍者，尿中排泄此物，鑑定時，尿中可加過 Chlor 鐵液，含有 Melanin 時，則呈黑色，(二百十二圖)

(六) 葡萄糖

尿中葡萄糖 Traubenzucker 於左列諸病見之、

(一) 糖尿 Diabetes mellitus 此為榮養物中之含水炭素，又糖化體質成分，與多量之尿，一同排泄之篤疾，蛋白質分解亦盛，尿中多見尿素及安母尼亞，羸疲遂以日甚，而糖含量之最低點，為 0.5%，最高點約 10%，尋常可算作 2 至 5%，是時尿量增加，尿雖澄明，而比重甚高，(參看本卷二一九頁)

(二) 作為糖尿 Glykouria 而來者，大抵糖分少量，殆皆為一時性，發糖尿之病如左、

(a) 中毒後(酸化炭素中毒 Amylnitrit 及 Terelin 油，此外為水銀嗎啡 Chlorum 青酸 硫酸 酒精、

(b) 急性傳染病，傷寒，猩紅熱，白喉等、

(c) 延髓病(在本症有稍稍持久者、

(d) 此外之神經性原因(精神過勞，神經痛，中樞神經系損傷，腦震盪等、)此外如癲癇發作，及

葡萄糖

腦卒中後)

(e) 糖食過量所謂食餌性糖尿 *Die alimentäre Glykosurie* 在嗜糖者、有糖尿病初期之疑、真正糖尿病、與夫所謂糖尿、僅由一二次檢查、難難判定、然糖尿僅一時即止、此其特異處、若糖尿再三不已者、不得不有糖尿病之疑矣、尿中糖之定性試驗法、如左、

試法之定性  
銅試驗法  
亦名 Fehling  
試驗法  
試法

(一) 銅試驗法亦名 *Fehling* 氏試驗法 *Die Kupferprobe oder die Fehling'sche Probe* 尿中加入加里淘汁、或 *Natron* 淘汁(約為尿之三分之一)使為強亞爾加里性、一面振盪、滴入一〇% 硫酸銅液、含糖時、全液作青色、二百十三圖(健尿為綠黃色)此時竭力振盪、滴加其所能溶解之糖時、即先析出黃赤色之水酸化亞酸化銅(二百十四圖)蓋水酸化銅、因糖而還元故也、當是時、若液體僅呈黃色、或其後生沈澱時、苟非糖量極少、則必由於常尿中之尿酸及 *Creatinin* 所致、

此法於含糖稍多時、〇.五%以上行之為宜、倘含糖量在〇.五%以下者、常不能確實銳敏、故沈澱倘極少、或現出稍速、或無沈澱而僅呈黃色時、須更用 *Nylander* 氏試驗法、最佳者、用釀酵試驗法、

第二百十五圖所示者，不含糖分之尿，而以此法試驗之，由煮沸而尿帶綠黃色。

(二) 蕃鉛試驗法。或名 Nylander 氏試驗法。Die Bismutprobe oder die Nylandersche Probe (Bücher 之變法)。先製 Nylander 氏溶液(鹽基性硝酸酸化蕃鉛二〇、酒石酸加里 Natron 四〇、及八%加里滷汁一〇〇〇合成)取一分加入十分之尿中，煮沸數分鐘，含糖時，水酸化蕃鉛，由糖而還元，析出黑色絮狀之金屬蕃鉛，若析出者，非褐色，而為純黑色時，則可知有〇〇五%之糖分，二百十六圖(行此法時，尿中勿使含血液、膿或蛋白，雖少量亦屬不可也。此法臨牀上多用之。

(三) 加里試驗法。或名 Moore = Heller 氏試驗法。Die Kaliprobe oder Moore = Hellersche Probe 以加里滷汁加尿中，約當尿量三之一，為強亞爾加里性，熱之，但宜僅使溶液上部，接近火焰，含糖時，上部即呈栗褐色，(二百十七圖)不加熱之下層，則澄清，又有如糖之焦氣，(燒糖 Karamel) 但僅由加里試驗法，不足以為確證，蓋常尿亦每有因之呈黯色者，故此法，不得謂之確實銳敏者也。

(四) Rubner 氏試驗法。尿 100 中，加多量鉛糖溶液，其濾過液中，加安母尼亞，遂繼續生沈澱，取白色沈澱物，溫之，呈蕃薇紅色時，可知其含有〇二%以上之糖分矣。

(五) Phenylhydrazin 試驗法。或名 Jaksch 氏試驗法。Die Phenylhydrazinprobe oder Jaksch'sche

蕃鉛試驗法  
或名 Nylander 氏試驗法

加里試驗法  
或名 Moore = Heller 氏試驗法

Rubner 氏試驗法

Phenylhydrazin 試驗法

或名「可  
巴」試驗  
法

酒精試驗  
法

酒精試驗  
法

圖二百二十二第  
Phenylglukosazon 葡晶  
(Jaksch 氏)



(二) 酸。醇。試驗。法。Die Gährungsprobe

圖三百二十二第  
管。驗。試。醇。醱



Probe 此由 Phenylhydrazin 與糖分化合，形成一  
種特異結晶之故，試驗時尿中加入同量之水，稀釋  
之，次用化學之純良鹽酸 Phenylhydrazin 二刀尖，及  
曹達四刀尖，加入之，置重湯煎上，約二十分鐘，然後  
於盛有冷水之器中冷卻之，尿含糖分時，析出黃色  
沈澱，鏡檢之，可見黃色針狀結晶，二百二十二圖，此  
法雖稍銳敏，然實地上不常用，蓋少量之結晶，時亦  
於健尿見之故也。

此法基於葡萄糖由釀母(醱酵素)醱酵，分解為酒精及炭  
酸之理，為糖試驗法中最精確者，尿中含糖少量時，用此  
法最良，試驗時，用酒精試驗管，Die Gährungsröhre (二百  
二十三圖)先以尿入試驗管 a 之中，投入新鮮壓榨醱酵  
素，大如豌豆者一片，力加振盪後，以橡皮栓 b 密封之，自  
栓之穿孔，插入短而彎之玻璃管 c，更以比較試驗之故，  
準備第二試驗管，大小相同者，加入常尿及醱酵素，而第

Einhorn  
氏糖試驗器

三試驗管中，則投入常尿與醱酵素，及少量之葡萄糖，三種試驗管，均倒插於盛水之玻璃杯中，置適宜溫度之下，尿中含糖時，由醱酵作用而生之酒精，雖溶解於尿中，而炭酸則發氣泡，昇騰於倒置之試管底部，排斥同量之尿，而氣泡發生，至十二時或二十四時後，即停止醱酵試驗，或用劃度之 Einhorn 氏醱酵器。Der Gährungszuckerapparat von Einhorn (1)

圖四十二百二第  
Einhorn 氏醱酵試驗器



百二十四圖此為置於木臺上之 U 字狀玻璃管，其長脚，上端終於盲管，短脚擴張為球狀，以玻璃栓密閉之，用此器時，同時可作糖之定量分析，其法於劃度之定量玻璃瓶中，盛尿十 cc，和入蒸水九十 cc，取混合液十 cc，更入醱糖器中，納入壓榨醱酵素一片，大如豆，力振而混和之，以混和液注入醱糖器之球狀管中，以玻璃栓封鎖之，但玻璃栓與球管之小孔，須密相磨合，於是傾斜此器，使液面達於長脚刻度之零點，然後旋轉玻璃栓，遮斷外氣之交通，置攝氏二十度溫中，經十二時後，視長脚之劃度，可知百分中含糖之容積，用此器時，可檢知四分之一至二分之一之含糖量。

糖尿病，鑑識尿中之糖，即可診定，然欲知病之輕重，經過及治法有無效驗者，不可不檢一晝夜尿中之糖量也。



標分之定  
量試驗

用 Fehling  
氏液之容量分  
析法

Fehling  
氏液

注液器

尿中糖分之定量試驗。由上述之 Einhorn 氏醱酵試驗法，較可精確行之，倘有可稱者，為左

法，用 Fehling 氏液之容量分析法。Die Titration mit Fehling'sche Lösung 由新鮮之硫酸銅

溶液，最精純之硫酸銅三四六三九，溶解於蒸水五百 cc 中者，及亞爾加里性酒石酸加里

Natron 溶液，酒石酸加里 Natron 一七三〇

及比重一·一四之腐蝕 Natron 液三五〇〇

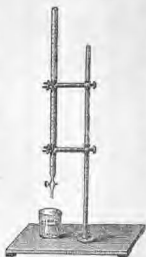
溶解於蒸水五百 cc 中者，等分合成之試藥

即 Fehling 氏液，取十 cc 置磁皿中，煮沸之，試

其效否，此時不可起變化，次以水四十 cc 稀

釋之，尿若比重在一〇三〇以上時，取尿十

圖五十二百二第  
器液注



cc，以水九十或四十 cc 稀釋，充滿注液器。Die Burette (第二百二十五圖) 而點滴之，每從注液器中滴尿時，煮沸磁皿內之試藥，則含水酸化銅，皆還元，溶液失其藍色，銅變為赤色之亞酸化物而沈澱，此試藥之十 cc，可以〇〇五之葡萄糖，使之還元，由 % 所示之糖量，等於  $\frac{V \cdot S}{Q}$

此外尚有 Roberts 氏之異重醱酵試驗法及迴轉分極光線試驗法，但稍涉複雜，不易施話

實用、故不贅述。

(七) 黏液素

黏液素 Mucin 於尿路炎症、腎盂炎、膀胱炎、尿道炎、其他於熱性病、則黏液素增加、在腎炎亦有與蛋白質其見於尿中者、鑑識時、尿中可加醋酸、若有黏液素、則在寒冷中、已生絮狀沈澱、縱加過剩醋酸、不再溶解。

(八) Indican

Indican 既見上文、參看本卷二一六頁、故於此僅述其鑑識法。

Indican 鑑識法 如左。

Jaffe 氏試驗法。最爲正確、先於尿中加同量之發煙鹽酸、次滴加一二點 Chlor 石灰液、(一與二十之比例而濾過者、Indican 多量時、非尋常尿最上部之濃黃色層、生綠色或青色雲翳、(二百十八圖)次即略加 Chloroform、稍予振盪時、Chloroform 奪取 Indican 青色、而作青色層、降於管底、加 Chlor 石灰溶液時、宜注意勿過多、否則 Indican 酸化、而不呈反應。

近有 Obermeyer 氏之 Indican 試驗法、較諸 Jaffe 氏法、銳敏而確實、惟稍複雜、法於尿中加二〇%鉛糖水、濾過之、濾液內加同量之發煙鹽酸、含有〇.四% Chlor 鐵者、振之、經二三分鐘、即呈反應、可如前法、加入 Chloroform。

Jaffe 氏  
試驗法

Indican  
鑑識法

(九) Urobilin

Urobilin

亦見上文，參看本卷二一六頁

顯法

Urobilin 之顯法。盛尿於試驗管，加多量之安母尼亞，若 Urobilin 多量存在時，尿即漸

帶鮮明綠色，濾過之，加 Chlor 亞鉛水溶液二三滴時，呈 Urobilin 特有之帶綠蓋微紅色。

Urobilin

在分光鏡檢查上，於綠青色部，(Fraunhofer 氏線之 b 及 F 間)呈吸收線，檢查之際，尿有必須加水稀釋者。

此外在尿中，尚有左列之溶解成分。

(一〇) 左旋糖

左旋糖

左旋糖，Lævulose 偶見於糖尿病尿中，葡萄糖之次，但此糖質，與葡萄糖之化學反應無異，

故非用複雜方法，不能檢出也。

(一一) 乳糖

乳糖

乳糖，Lactose 因乳房內蓄積乳汁，或食乳糖過量，或飲牛乳過久者，於尿中見之。

區別乳糖與葡萄糖時，乳糖由 Fehner 氏法，雖與葡萄糖呈同一之反應，但不能由酒精釀母而發酵，此外在乳糖，立起乳酸發酵，且由 Phenylhydrazin 而生 Phenylaktosazon 之黃色結晶狀沈澱。

脂(脂肪)

脂。Acet.之見於尿中者，所謂脂尿。Die Lipurie)於乳糜尿見之，已略述如前矣，參照本卷二三〇頁)

少量之脂，見於大白腎癆中毒糖尿病，又健體食脂過多者，其尿中亦見之。鑑定時，尿中加依的兒，振盪後靜置之。

脂酸尿。Die Iipacidurie 近雖屢經研究，然診斷上尙無價值。

(一三) Aceton

Aceton ( $C_2H_4O$ ) 爲蛋白質之分解產物，其痕跡時或見於健體尿中，若增量則屬病變。(Die Acetonurie)由於體內蛋白質分解之增加，如熱性病，且如重症糖尿病餓時，癆瘵等，尤著其增量時，尿即有一種果實狀之 Aceton 臭，呼氣亦然，此外則以胃腸障礙之故，自家中毒時，亦有見 Aceton 尿者，又或於精神病見之。

Aceton  
之鑑定法

尿中 Aceton 之鑑定法如左。

Legar 氏  
試驗法

(一) Legar 氏試驗法。試管盛尿十 cc，加入新製之硝酸青化 Natrium 溶液三五滴，及同量

之 Natrium 滷汁，若有 Aceton 時，呈赤色，而退色甚速，加少量醋酸時，呈鮮赤色，或帶紫色。

Lioben  
氏試驗法

(二) Lioben 氏試驗法。百至百五十 cc 之檢尿中，加硫酸或鹽酸，使成酸性，蒸之至二十或三

10 cc, 從中取 5 cc, 以加里滷汁使爲亞爾加里性, 然後加 Lugol 氏液 (Jod-Jodkali 液) 使稍呈褐色, 略熱之, 倘有 Aceton 時, 則生黃色結晶狀沈澱, 有 Jodoform 特異之臭氣。

(一四) Acet 醋酸

Acet 醋酸 (Acetessigsäure  $C_2H_3O_2$ ) 決不見於健康尿中, 若有存者, 必屬病變, 卽糖尿<sup>△</sup>尿病<sup>△</sup> (且其重症, 間有以昏睡終者) 及熱性病, 但亦有作爲一種獨立之疾病, 尿中可見 Acet 醋酸者, 卽 Diacet 尿<sup>△</sup> (v. Jaksch 氏當是時, 尿中常可見多量之 Aceton

Diacet 尿, 且見諸成人時, 多爲重病之徵, 且雖不能十分確實, 若呈 Gerhardt 氏 Chlor 鐵<sup>△</sup>反應<sup>△</sup> (詳後) 可爲重症糖尿病之特徵, 是時尿中亦可見酸化牛酪酸<sup>△</sup>, 蓋自今日多數所信者言之, 糖尿病性昏睡之爲物, 係因酸化牛酪酸而自家中毒 (Stademann 氏當是時, Chlor 鐵反應<sup>△</sup>常極著明, 而此著明之反應, 每有爲本症之前驅期者, 然於此又宜注意者, 亦有雖久呈反應, 及 Aceton 臭氣, 而不陷於昏睡者, 或有不呈反應而陷於昏睡者, Diacet 尿之鑑識法如次,

Gerhardt 氏 Chlor 鐵<sup>△</sup>反應<sup>△</sup> Die Gerhardt'sche Chlorisensreaktion 以檢尿盛試管中, 加 5% Chlor 鐵溶液三滴, 如有 Acet 醋酸者, 尿呈葡萄酒赤色, 但此反應, 雖非 Acet 醋酸, 亦有由其他物質而起者, 故名陰性試驗, 今欲行陽性試驗時, 於 5 cc 尿中, 加 5% 過 Chlor 鐵溶液 1 cc, 濾

Acet 醋

Diacet 尿

Diacet 尿  
之鑑識法

Gerh-  
ardt  
Chlor  
鐵<sup>△</sup>

過其沈澱之磷酸鹽類，其濾液猶呈葡萄酒赤色時，始可確知 Acet 醋酸之存在焉。

v. Jaksch 氏行之如次，即於二十 cc 尿中，加一半 Chlor 鐵液二滴，濾過之，液中更加此液一二滴，若呈赤色時，可豫先煮沸，反覆試驗，若由此不現色彩，則取尿之三分，加硫酸二滴，與依的兒一同振盪，液中更混以 Chlor 鐵液二滴，由此而呈赤色者，即為 Acet 醋酸存在之徵矣。

(一五) 酸化牛酪酸

酸化牛酪酸  $\text{Oxybuttersäure C}_4\text{H}_7\text{O}_5$  見於重症糖尿 $\Delta\Delta\Delta$ 病之尿中，其量殆與糖分之排泄並行，且在糖尿病性昏睡症 $\Delta\Delta\Delta$ ，常發見其多量，蓋昏睡症既如上述，由於酸化牛酪酸之中毒，以酸之故，從血中奪取亞爾加里所致，但酸化牛酪酸，又於急性發疹壞血病及饑餓絕食之癲狂者，狀態見之。

酸化牛酪酸，每與 Aceton 及 Acet 醋酸，同見於尿中，Acet 醋酸者，為「Beta 酸化牛酪酸」之酸化物，而 Acet 醋酸，易與 Aceton 及炭酸分解。

鑑定酸化牛酪酸時，蒸尿多量，其濃液中，加入同量之濃硫酸，忽然冷却之，由此可生巴豆酸之結晶，使之乾燥，由其熔融點（七十一度）即可知之。

酸化牛酪酸之鑑定

酸化牛酪酸

**Diazo 體** *Diazokörper* 爲化學上不明之物質，恐屬一種分解產物，或由病之機轉而生，排出於尿中者，即 Ehrlich 氏所發見，尿中有此物存在，其所現之反應，名之曰 *Diazo 反應* (Die Diazoreaktion)

每見於數種熱性病，且傷寒自七日以後，往往見之(除輕症外)又每見於結核病、麻疹其他偶見於肺炎，但如間歇熱、單純腸加答兒、及慢性無熱性疾患，則未見此反應也。

**Ehrlich 氏 Diazo 反應**

*Ehrlich 氏 Diazo 反應* 十 cc 之尿中，加一二滴安母尼亞，及五至十 cc 試藥，○.5% 次硝酸 *Sulfaniläure* 1.0 溶解於鹽酸五十 cc，及水九百五十 cc 之液，新鮮混合者，尿之泡沫，呈帶黃赤色，至猩紅赤色時，卽爲反應之徵(二百二十圖)

(一七) 安母尼亞

**安母尼亞**

安母尼亞 *Ammonia* 之常在尿中者，日不過 ○.五至 ○.八，若有酸化牛酪酸時，與之並行增加，見於尿中之抱合硫酸 *geparie Schwefelsäuren* 或其分解產物 (*Indican, Indoxyl*) 硫酸亦屬之他如 *Phtomain, 醱酵素* 等，今不贅，學者各就專門書觀之可也。

(一八) 服藥後之尿檢查

醫士與患者之各種藥物，於尿中證明之，每有頗關重要者，蓋醫師所投之藥，或附加之少量藥劑，患者果真內服與否，是否尙在體中，或則已經消滅等，均可鑑識故也，今將易行之藥劑鑑識法，略述如左。

服藥後之  
尿檢查

(1) Jod 製劑。十 cc 之尿中，加三滴發煙硝酸，及 Chloroform 1 至 2 cc，振之，有 Jod 時，Chloroform 呈赤色，至紫堇紅色，沈於器底。(二百二十一圖)

(11) Bromium 與前法同，惟 Chloroform 呈褐赤色。

(111) Salicyl 酸。尿中加 Chlor 鐵溶液一滴，呈青紫色，若 Salicyl 酸少量時，尿中加硫酸，與依的兒一同振盪，然後檢此反應。

(四) 石炭酸。他如 Naphthalinum, Resorcin 等。以尿中含 Hydrochinon 之故，放置時，呈橄欖綠色，至褐黑色，或黑色。

(五) Salol 呈綠色至黑色，與上項無異，同時亦呈 Salicyl 酸反應。

(六) 大黃。及 Sonnae (大黃酸 Chrysophansäure) 加游離亞爾加里時，尿呈赤色，加依的兒，振之，則其色移行於依的兒。

(七) Santonin 與前法同，但其色不為依的兒所奪。

(八) Balsamum copaiuae 尿加鹽酸，則濁濁呈紫紅色。

(九) Tannin 尿中加 Chlor 鐵溶液一二滴時，變為青黑色(稍多量時)

(十) Antipyrin 尿中加 Chlor 鐵液時，漸呈赤色，而變為酸性之尿中，混入依的兒，振盪時，其色素即移行於依的兒。



(十一)Thallin 加 Chlor 鐵溶液時，變赤色，更加依的兒振之，移行於依的兒之物質，遇 Chlor 鐵，則呈綠色。

(十二)Antifebrin (Acetanilidum) 以 10 cc 之尿，與 5 cc 鹽酸，同煮數分鐘，冷後加 3% 石炭酸液，及略稀之 Chlor 鐵液時，尿變赤色，加多量安母尼亞時，則為青色，及尿管(腎盂)膀胱諸病之重要症候，及尿之性質，宜參觀附卷應用診斷法。

## 第五編 生殖系診法

### 第一章 男性生殖器檢查法

#### 第一 陰莖前列腺及睪丸檢查法

陰莖檢查

畸形

炎症

潰瘍

前列腺檢查

睪丸檢查

陰莖。檢查。Die Untersuchung des Penis 主要由於視診及觸診。

陰莖。畸形。除中下裂尿道及上裂尿道外，特須注意者，為先天性包莖，在高度者，以排尿障礙，膀胱及腎盂為之擴張，甚至有腎水腫者。

炎症中，尤宜注意者，為包皮△炎△，及龜頭△包皮△炎△，多以包皮分泌物分解之故，見於種種消耗性疾△患△，及糖△尿△病△，亦每形成潰瘍，而潰瘍之見於陰莖者，多由於硬△性△及軟△性△下△疳△。

前列腺。檢查。Die Untersuchung der Prostata 主要依觸診行之，送手指入肛門，檢其有無腫痛並軟硬，以及表面之狀態。

慢性前列腺炎，每有起種種神經障礙者，所謂生殖器官性病性神經衰弱症，凡遇此症，則前列腺之檢查，不可付諸等閑也。

精囊。Samenblasen 僅結核或化膿症，可從肛門內觸知之。

睪丸。檢查。Die Untersuchung des Hodens 多用視診觸診，特宜注意者，其腫痛軟硬及表面狀況是也，睪丸炎於外傷膀胱炎流行性腮腺（即耳下腺）炎傷寒敗血症等見之，副睪丸 Neben-

男(性)生  
殖器分泌  
物之檢查  
法

精液

精液結晶

hoden 則尤多淋疾性、及結核性炎症、輸。精。管。 Samenleiter 在常態、僅可觸知、發炎症時、則為著明之索狀物、且有壓痛、尿道。檢查。已見上文、(參照本卷二〇五頁)

### 第二 男(性)生殖器分泌物之檢查法

男(性)生。殖。器。分。泌。物。之。檢。查。法。 Die Sekretuntersuchung der männlichen Geschlechtsorgane 診斷上亦屬重要、在常態、其分泌物、從(一)翠丸(二)精囊(三)前列腺及 Cooper 氏腺所分泌者合成、名之曰精液。Sperma 或單獨排出、(如交媾遺精及漏精之類)或混於尿中而排出之、尋常精液、為稠厚黏着性之混合物、成於濃厚之液狀物、與稍稍團結之凝塊、呈類白色、反應

中性至弱亞爾加里性、有一種異臭、

據顯微鏡檢查、精液中含有許多精絲、Sper-

matzoen 二、三翠丸細胞、Hodenzellen 呈大

小種種細粒狀、及圓形小粒、所謂前列腺粒

Prostatakörner 使乾燥時、則成精液結晶、

Spermatkrystalle 與喀痰糞便、及白血病人血

中所有之 Charroff-Leyden 氏結晶酷似、為

第 二 號  
百 下  
二 之  
十 精  
六 液  
圖



- (a) 精絲 (b) 圓柱上皮細胞
- (c) 含有 Leukin 粒之小體
- (d) 尿道之磚狀上皮 (e) 卵
- 丸細胞 (e) 腺粉小體 (f) 精
- 液結晶 (g) 透明球粒

診 斷 學 下 卷

鮮明長大之結晶，但更較爲長大，據 Ehrbringer 氏所見，謂係前列腺上皮之產物云。(二百二十六圖)

製美麗之精液結晶時，可於載物玻璃上之精液中，加一%磷酸安母尼亞液一滴，以覆蓋玻璃覆之，數小時後，檢其邊緣部可也。

精液各成分之檢查

精液之化學檢查，在診斷上未見重要，反乎此，因其出處而檢查精液之各成分，診斷上有其爲置重者，其項目如次，

(一)純粹之舉。九分。泌。物。據動物檢查，爲平等黏稠牽縷之白色液，含有精絲及舉丸細胞精絲。在新鮮之精液中，不絕呈活潑之運動，若加酸或蒸水，或乾燥時，則運動停止，加亞爾加里則復運動。

(二)精。囊。之。分。泌。物。爲黏稠之膠狀質，微帶黃色，透明，呈膨脹之西米狀小塊，精液中之凝塊，即成於此，在不新鮮之精液中，則小塊迅速融解矣。

(三)尋常之前列腺分泌物，可以指從直腸壓腺體而得之，雖爲稀薄液，然係一種圓形或卵圓形之澱粉狀體(二百二十六圖)。在鏡下爲小粒狀，或則成層，而液體爲之呈乳狀滴濁，取其一部，置載物玻璃上，混以一%磷酸安母尼亞液，蒸散後鏡檢之，可見精液結晶(同圖f)。

精液變常 Anomalien der Sperma 於交接不能，Impotentia coeundi 之診斷，毫無重要，蓋交接

不能者、其精液毫無異常、反是而精液有異常、或全無精液、而竟不失其交接機能者亦有之、(一)精液缺乏症。Aspermatisms 云者、射精之際、毫無分泌物從尿道射出之謂、此症甚稀、多以尿道或射精管狹窄之故、尿道狹窄者、精液逆行入於膀胱、其後與尿一同通過狹窄部、而排泄者有之、或交後陰莖業已萎縮、然後漏精者有之、當是時、不可不精查狹窄部之狀況、及其部位、蓋此等障礙、主要由於淋疾性尿道狹窄、前列腺病、及精阜之變位變形、然於脊髓病、亦有見精液缺乏症者、

所謂一時性比較性精液缺乏症者。Der temporäre, relative Aspermatisms (即一時不能射精者、關於情思、及一定之婦人所致)據 Fürbringer 氏及 Güterbock 氏所見、謂與精神性交媾不能類似、或竟與之相同云、

(二)精絲缺乏症。Azoospermie 云者、精液雖存、而其中毫無精絲之謂、每為不孕之原因、但精液多放一種特異之臭氣、雖在其他關係、亦與尋常精液無殊、但少精絲而已、此外在本症、生殖器之外形、毫無變故、交媾能力、Potentia coeundi 亦毫無障礙者甚多、蓋本症大抵由於輸精管閉塞而起、尤多起於兩側副睪丸炎之由淋疾者、或由精系炎、而睪丸重症、如梅毒結核惡性腫瘍、先天性發育不全等、時亦有為原因者、

於此宜注意者、即有數處、曾實驗一時性精絲缺乏症。Die temporäre Azoospermie 是也、本

Condom

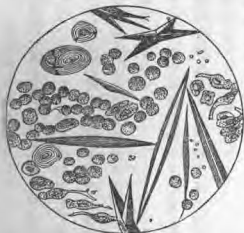
交媾外泄  
液之精狀

快美外尿  
道漏

症或見諸房勞過度後，故僅檢查一次，不能明定為精絲缺乏症也。  
 新鮮精液中，精絲缺少運動，或呈畸形者，尙未能下確實之斷定。  
 精液缺乏症，或精絲缺乏症，欲明確診定時，可用 Condom (俗稱如意袋 Lutersack) 便行交媾，事  
 畢速檢其內容。

上記諸症，由顯微鏡檢查，即可判斷，而除交媾外，所排泄之精液，狀液體，亦非由此檢查不可，  
 今區別為左列數種。

第 二 百 二 十 七 圖  
 前 列 腺 之 分 部 圖



(一) 快美外尿道漏。Urethrorrhoea ex Hydride (Fürbringer 氏) 勃起時，不呈射精現象，自尿道口漏泄液體二三滴，宛如卵白，液中僅含二三上皮及圓形細胞，恐係 Cooper 氏腺及 Littré 氏腺尿道腺之分泌物，在診斷上雖無價值，有時須與慢性淋病之分泌物區別者，又在本症，尿中不形成類似淋疾絲之物，僅為透明之凝固物，浮遊於其上。(Fürbringer 氏)

(二) 前列腺漏。Prostatorrhoea 偶亦排泄尋常之前

前列腺漏

列腺液。大抵爲濃厚黏液狀。或黏液膿狀分泌物。其排泄。或持續不絕。或時時有之。尤多在大小便時。據鏡檢。除膿球外。且含有特異物質。卽澱粉狀體及 Batscher 氏結晶。使液體發散後。或加入一% 磷酸安母尼亞而生者。所謂精液結晶是也。本症偶或在尿中形成絲條。與淋疾絲類似。故同時須注意有無慢性淋疾。而本症尋常多見於慢性前列腺炎。(二百二十七圖)

在此二症時亦有混入一二精絲者。

(二)精液漏 Spermatorrhoe 大概在大便時。或排尿方畢。或步行行軍之際。陰莖未嘗勃起。而漏精液。其分泌物。或如尋常。或稍稀薄。或混膿血。此等病理之精液損失症。見諸脊髓癆。及其他脊髓病癩癩精神病神經衰弱及色慾過度者。房事過度。尤甚者爲手淫。

遺精 Die Pollution 亦精液損失症之一。常發於睡眠中。多兼陰莖勃起。其度數不多者。可視作生理。若屢次發作。或在醒時。或未嘗勃起而亦發作者。皆屬於病理。

## 第二章 女性生殖器檢查法

### 第一 女陰(卽陰門)及外生殖器部(卽外陰部)檢查法

女陰及外生殖器部檢查法 Die Untersuchung der Vulva und der äusseren Genitalien 以視診爲主。觸診不過爲之補助。應注目者。爲大陰唇水腫(尋常爲全身水腫之一分症)靜脈癰。妊娠時尤著。及分泌物而分泌物或來自陰道(Vagina)或來自尿道。其尿道分泌物。可以手指入陰道

中、自後向前、沿陰道壓迫尿道部時、立可檢知、此多由於淋疾、  
外生殖部潰瘍、多見於硬性或軟性下疳、

第二 陰道及子宮陰道段檢查法

陰道及子宮陰道段檢查法

陰道及子宮陰道段檢查法 Die Untersuchung der Vagina und Portio vaginalis uteri 由視診及觸診二者、視診時、用陰道鏡 Vaginalspekulum 觸診時、或用指(指觸診法)或用探針(探針檢查法)其檢查法、詳於婦科、茲不贅、次項僅就陰道及子宮分泌物、舉其重要者言之、

第三 陰道及子宮分泌物之檢查法

陰道及子宮分泌物之檢查法

陰道及子宮分泌物之檢查法 Die Untersuchung des vaginal- und Uterusekretes 其主要者、(一)月經(二)惡露(三)加答兒性分泌物之檢查是也、

月經分泌物

月經分泌物 Das Menstrualsekret 尋常成於子宮之血液、略混黏液、其量、在常態不過百至二百 cc、偶有過多者、曰月經過多症 Die Menorrhagie 鏡檢上、其中可見許多赤血球、此外有白血球、陰道之扁平上皮、及子宮之圓柱上皮、

惡露分泌物

惡露分泌物 Das Lochialsekret 發於產褥初期、分娩後一日至三日間、呈著明之血液狀、經四五日、則為藥液性、由此漸變為膿性、鏡檢上、其中見赤白兩血球、陰道扁平上皮、此外可見類廢小粒、及分裂菌、而產褥性疾病時、細菌尤見增加、



加答兒性分泌物

加。答。兒。性。分。泌。物。Kathartisches Sekret 來自子宮或陰道黏膜，偶有放可厭之惡臭者，鏡檢上，可見多數白血球，陰道或子宮之上皮細胞，又每見陰道 Trichomonas (百八十九圖) 在淋病性疾患，則見淋疾球菌。

#### 第四 內生殖部(即內陰部)檢查法

內生殖部檢查法

內。生。殖。部。檢。查。法。子宮、卵巢、輸卵管等 Die Untersuchung der inneren Genitalien 讓諸婦科，茲不述。

#### 第五 乳腺檢查法(乳腺分泌物檢查法)

乳腺檢查法

乳。腺。檢。查。法。Die Untersuchung der Brustdrüsen 僅述其分泌物檢查可也。

乳腺分泌物

乳。腺。分。泌。物。Das Brustdrüsensekret 起於有身後第二月至第三月，乳腺增大及分泌，為娠

初乳

娠確徵之一，但此時所分泌者，名曰初乳。Das Kolostrum 真正乳汁。Die Milchsekretion

始於分娩後第三日，

肉眼檢查

檢。查。乳。汁。時，欲得其一定分量者，或壓迫乳腺，或以吸乳器吸出之，壓迫乳腺時，乳汁非為粗

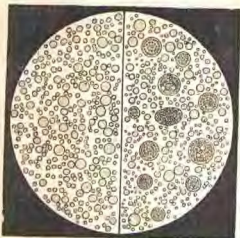
大線條進出不可，其檢查法，分為肉。眼。化。學。及。顯。微。鏡。三。種。  
肉。眼。檢。查。先視其外狀及色，初乳為稍薄之黏液狀液體，而乳汁則白色不透明，初乳之量常少，乳汁則頗為多量，一回乳汁之容量，平均達九十至百五十cc，或有較此多量者，而尋常乳汁之反應，為亞爾加里性，在病態，則有呈中性或酸性反應者。

化學檢查

乳。汁。比。重。在。健。態。為。一。〇。二。五。至。一。〇。三。五。固。形。成。分。減。少。時。降。而。為。一。〇。二。〇。或。其。以。下。若。固。形。成。分。增。加。時。則。在。一。〇。四。五。或。其。以。上。  
化。學。檢。查。以。測。定。脂。及。乳。糖。之。含。量。為。主。良。乳。汁。必。含。有。三。九。%。之。脂。及。六。%。乳。糖。其。檢。定。法。茲。不。備。述。

鏡檢

第 二 百 二 十 八 圖  
鏡 下 所 見 之 初 乳 及 乳 汁



鏡。檢。所。證。明。者。赤。血。球。常。乳。中。不。可。見。白。血

球。常。乳。中。稀。少。其。多。量。時。為。炎。症。之。徵。上。皮

細。胞。稀。有。脂。及。植。物。性。寄。生。體。脂。可。區。為。二

種。一。為。初。乳。小。體。Kolostrumkörperchen 其。大

小。約。三。〇。至。四。〇。μ。之。細。胞。含。有。種。種。透。明

或。微。黃。之。脂。滴。二。為。游。離。之。脂。小。滴。freie

Fettropfchen 大。小。種。種。自。極。小。者。至。一。〇。μ

為。止。尋。常。乳。汁。中。以。含。有。中。等。大。脂。滴。為。主。

若。大。小。過。當。時。多。為。乳。母。疾。病。之。徵。二。百。三

十。一。圖。植。物。性。寄。生。體。僅。見。於。乳。腺。炎。症。尤

多見化膿球菌、但在結核性婦人乳汁中、亦有見結核菌者、

男女生殖  
器主要疾  
病之症候

男。女。生。殖。器。重。要。疾。病。之。症。候。觀。附。錄「應。用。診。斷。法」可。也。

## 第六編 新陳代謝病診法

第一章 新陳代謝學概要  
醫學博士 加藤寬精力及養  
素(新陳  
質)代謝

生活體、因保持自己之生活、營爲其官能、故不絕分解消費其體成分、發生精力。Energie同時再從外界攝取必需之養素。Nahrungstoffe 以充其缺、此名新陳物質代謝。Der Stoffwechsel 生活細胞、常受自身及其機能之障礙、但在健體、其度甚輕、病時則較著明、卽各種疾病及中毒是也、於是生活細胞、常努力驅除其障礙、新陳代謝、因而昂上、如對於毒素之抗毒素生成時、或當攝取有毒之 Phenol 體時、與硫酸結合、變爲依的兒硫酸、Aetherschwefelsäure 排除於體外之類、或當體中酸類(如 Beta 酸化酪酸之類)蓄積時、卽生過剩之安母尼亞、使之中和之類、或以攝取安息香酸、與存在體中 Glykoll 之 Aminosäure 抱合、變爲馬尿酸、Hippursäure 排出尿中之類、或如治療上、與以多量之含水 Chloral 時、卽與體中 Glukronsäure 抱合、而爲抱合 Glukronsäure (geparie Glukronsäure) 現於尿中是也。

今使細胞機能、不能應所需之物質代謝、而不足補消費之物質時、則體質消耗、而致體重減少、Gewichtsabnahme 由毒物蓄積而陷於中毒狀態、Intoxikationszustände 又或以細胞之化學機能障礙、糖分代謝不足時、則起糖尿病、Diabetes mellitus 又如 Nuclein 代謝或脂肪代謝不

全時，則發痛風。Gicht 或脂肪病。Fettsucht 是也。

作爲養素而攝取之物質，其主要者爲蛋白質、脂肪、含水炭素、水及鹽類等。今欲言病之物質代謝時，先宜述生理之物質代謝。

### 第一 蛋白質代謝

蛋白質爲原形質之主成分，故生活體以保持生活之故，一面消費，一面以適當之養素，補其缺損，此名蛋白質代謝。Eiweissstoffwechsel

蛋白質，不僅保持生活細胞，且可由此供給精力，蛋白質既若是重要，必不能由其他物質補充。故體蛋白缺損時，不得不仰給於養素中所含之蛋白，故一旦將食物中之蛋白質，全然除去時，生體即有蛋白質缺乏之患，而現饑餓狀態，超過一定度時，生體於以死亡，即此可知蛋白質於代謝之重要矣。蛋白質一經攝取，在胃腸中，受酵素作用而分解，變爲Albumose, Pepton 及Amino acid。此酸一經吸收，通過腸壁，其一部集成生體固有之蛋白，即體蛋白質。Körper-eiweiss。惟蛋白質，是否成爲Albumose 而被吸收，或分解爲Aminosäure 後，始行吸收，則尙屬未明耳。

Aminosäure 於腸壁已分離Amino 根，變爲含窒物質，與無窒物，含窒質更分解，其主要發生尿素，作爲終末產物，含窒物，即Oxysäure，立刻燃燒，變爲炭酸及水，或不即燃燒，而爲Glukogen

及葡萄糖、爲體中所利用、故脂及含水炭素之燃燒產物、當求諸呼吸氣、蛋白質之最終燃燒產物、可於呼吸氣及尿中求之、

## 保持代謝

長成之動物、除於保持代謝 *Erhaltungstoffwechsel* 所必需之蛋白外、均分解、決不留於體內、窺則悉現於尿中、無窒質皆燃燒而生精力、其蛋白質沈着於體內者、僅爲幼年發育期、重症恢復期等、而由筋肉之適當動作、亦可見一定量之蛋白沈着、

蛋白質、含水炭素及脂不同、其成分中含窒素而營養中含窒之量、幾全存於蛋白質中、故實際上以窒素代謝、即視爲蛋白代謝、亦無不可也、

欲知體內分解之蛋白量者、測定尿中排出之窒素量、以六·二五乘之即得、蓋蛋白中所含窒素量、平均與其一六%相當、窒素定量法、於後述之、(參照本卷三二七頁)

## 窒素平衡

如前所述、在長成之物、所攝取蛋白、除保持代謝必需之量外、均於體內分解、其終末產物、作爲含窒素物、排泄於尿中、故所攝取之營養中、含窒總量、與糞尿中排泄之淡量相等時、可稱之曰窒素平衡 *Stickstoffgleichgewicht* 而窒素見於糞中者、其來源有四、即(一)攝取之蛋白、其一部未被吸收者、(二)蛋白之一部、由微生物作用而變化者、(三)細菌之體蛋白質、及其代謝產物、(四)消化液中之蛋白質等是也、尿則混有非由蛋白質而來之含窒素物、即尿酸及 *Kreatinin*、在別一方面、由指甲、毛髮表皮等脫落、及發汗之類、體成分之窒素、爲之消失、故僅檢出糞尿

中之氮素，而欲以窺知蛋白質代謝者，似非正鵠，惟其差極少，不過氮素總量一至二%，故常尿中之氮素，竟視爲由體內蛋白質分解而來，糞中者，視爲養素中蛋白質，活用未盡之殘渣，亦無不可也。

對於種種食物氮素之活用量，可參照次章氮素活用量。

一新升之汗，含氮素〇·一至〇·五，其大部分爲尿素，在靜止時固甚少，而勞動時，則二十四時中，氮素量必在一〇以上，與汗一同排泄，若使攝取之養素中，含氮之量，較大於糞尿中排泄之量時，其差卽所以示蓄積於體內之氮素量，常是時，氮素之出納差，*Stickstoff-Bilanz* 名之曰「過」或曰「十」，「Positiv」，反乎此，攝取之氮素，較小於排泄總量時，則明示體蛋白質之分解，當是時，出納差稱曰不足，或曰「負」，「Negativ」。

蛋白質蓄積時，既如前文所述，今說明體蛋白質減少之狀況，凡此狀態，必見於減食 *Unterernährung* 之際，故於一切疾病，不能十分進食時見之，其主要者，爲肌蛋白消費，他如形成病理之新生物及滲出物者，則失其體蛋白，但是時，氮素之出納差，則爲「十」，蓋體中雖失蛋白質，尙有病的產物，留於體中而不排泄故也，若滲出物再三排泄後，或爲吸收，其中所含蛋白質分解，而尿中排出大量氮素時，則氮素出納差，始變爲「一」，例如肺炎恢復期，排泄多量氮素是也，蛋白質之消失，不僅續發性，如上所言，亦有由於原發者，卽發熱是也，蓋體溫過度上升，直接

使蛋白質分解，增加窒素排泄，亦有惹起體溫昇騰之物質，直接為蛋白質分解之原因者，即由毒素作用者是也。

蛋白質分解之度，不必與體溫上升平行，蛋白質分解至一定度，體溫已停止不進矣。蛋白質分解，雖同為一病，亦頗無常，如甲狀腺過度之機能亢進，使蛋白質分解量日高，故每見定期性窒素出納差不足，又同一患者，雖與以甲狀腺物質，亦呈相同之現象，他如因白血病、惡性腫瘤之惡液質，及各種中毒，如 Chloroform、砒、磷、Fluoride、酸化炭素、青酸等中毒，亦復起蛋白質之分解。

故解熱藥，有抑制熱性蛋白質分解之作用。

窒素之出納差，雖蛋白質分解，在常規時，亦有變化，其原因關於排泄，煩渴時若飲水多量，則留於體內之代謝廢物，一時為之洗出，故排泄多量尿素。

腎機能不全時，含窒之終末產物，不復排泄，而留於體內，其主要之尿素，一部由汗，一部由消化管排泄，故尿毒症初期，病人帶尿臭者，以此，若分解產物蓄積，達於高度時，則起尿毒症。Die Urämie 而有頭痛、嘔吐、痙攣、昏睡等主要症候。

## 第二 脂

脂 Das Fett 以精力之根源而言，尤為重要，遠過於蛋白質。



體內攝取之脂、一部即爲中性脂、無所變化、而被吸收、一部則作爲輸而吸收之、至少亦必有一部分、因腸中之 *Lipase* 而分解、變爲脂肪酸、及 *Glycerin*、與脂酸一同吸收、分解之脂酸及輸、吸收時、再變爲中性脂、主要入於乳糜管、此脂爲細滴狀、入血液而達臟器、  
體內所吸收之一切脂、非悉分解者、貯蓄於體中、應其必需、徐徐分解而消費之、故餓時、最初分解含水炭素及脂、既告不足、始消費蛋白質、而脂燃燒之終末產物、爲炭酸及水、  
脂、不僅來自食物中、亦有自含水炭素而生者、夫既由含水炭素生脂、由蛋白質生含水炭素、故有蛋白質亦可成脂之說、而事實則若相反、如彼傳染病、及磷中毒時、所起之肝臟脂變、其脂雖似從蛋白質發生、實則由他臟器輸送而來、此則業已證明矣、

### 第三 *Lezitin und Cholesterin*

*Lezitin*  
*und*  
*Cholesterin*

*Lezitin* 及 *Cholesterin* 形成細胞成分、到處存在、由此觀之、其於代謝、必有意義、可無俟言、但此等物質之研究、未脫幼稚之域、故尙多不明之點、以順序故、附志於此、

*Lezitin* 爲脂酸 *Glycerin-Ester*、其脂根、依磷酸根而換置、與含窒素鹽基之 *Cholin* 結合者、此物質、存於細胞膜之內部、構成生活上必需之成分、在原形質中、亦爲滴狀、或則溶化、又卵黃及赤血球中、多量存在之 *Lezitoalbumin*、爲 *Lezitin* 與蛋白之一種結合物、

*Lezito-*  
*albumin*

*Lezitin* 與毒物結合、可使變爲能動性、今於十分洗滌之血球、雖加蛇毒、*Koborn* 而其毒物決

不溶解血球，然使加入 *Lezitin* 時，立即與以能動性，血球呈溶解現象，所謂血球溶解作用 (*hämolytische Wirkung*)

更在臟器之脂變壞疽及脂之搬運上，*Lezitin* 之任務，亦似重大。

*Cholesterin* 爲與不含窒素之 *Terpene* 相類之酒精，在神經組織，且於腦白質中，含有多量，又存於赤血球細胞膽石 (*Cholesterin* 石) 及脂變之臟器中，凡依 *Lezitin* 使血球溶解性物質，變爲能動之作用，*Cholesterin* 可以抑制之。

#### 第四 含水炭素(炭水化物)

食物中之含水炭素 (*Kohlenhydrate*) 作爲精力之根源物質，與脂相等，均優於蛋白質，惟以細胞之代價物質而言，則無所用，即含水炭素，於體內悉燃燒，或作爲 *Glykogen*，藏於肝及肌肉內，臨用而消費之，蓋 *Glykogen* 與脂相等，所含化學上之 *Energie* 雖不大，但縱無酸素之處，亦能發生 *Energie*。

含水炭素之少量，仍作爲原形質之成分而存在，例如 *Zerebron* 中之 *Galaktose*，又如 *Nuklein* 酸之五炭糖、*Penlose* 六炭糖之類是也。

本來作爲食物所攝取之複糖及多糖類，由唾液胰液及腸液分解爲單糖之後，始被吸收，大抵 *Galaktose* 及果糖，變化爲葡萄糖，一切糖類，尋常恐以葡萄糖之形狀，入於血中者，糖既

(Galak-  
tose  
五炭糖  
六炭糖)

含水炭素

入血，其一部立即燃燒，變為精力，過剩之部分，變為 Glykogen，或為脂，留於體內，體內 Glykogen 之量，雖不一定，恐達數百 gr 以上，約二分之一存於肝，其他半分，則存於各臟器，初餓時，Glykogen 頓然減少，饑餓過甚，則反徐徐減少。

葡萄糖、Traubenzucker 不僅由食物中含水炭素，分解而生，由蛋白質亦復發生，在糖尿病人體內，每蛋白質 100.0，可生 60.0 以下之葡萄糖，惟在生理狀態，則若干蛋白質，作若干葡萄糖，且能燃燒與否，全屬不明，抑體內由糖生脂，由脂生糖之說，於理論上似屬無疑，但後一種，於實驗上，尚無直接之證明耳。

含水炭素，作為精力之根源，為生體所不可缺，不但此也，又如燃燒  $\beta$  酸。化。酸。 ( $\beta$ -Oxybuttersäure) 等物質，亦甚重要，蓋此酸雖在生理，恐亦為中間代謝產物，參照本卷三〇九頁常由蛋白質及脂體發生，同時於體內，糖原不能燃燒時，此酸無所變化，而現於尿中，或酸化而為 Acet 醋酸，或更變為 Aceton 而排泄，其他則此酸之一部，與尿中亞爾加里結合，成鹽類而排泄，或與由蛋白分解所生之安母尼亞結合，形成鹽類，故尿素生成所必需之安母尼亞，為之奪去矣。

以上機能，非可無限行之者，生體以蓄酸之故，遂起中毒，此名 Acidosis，其在高度時，斃於昏睡之下。



$\beta$ -Oxybuttersäure



Acet 醋酸



Aceton

**Acidosis** 在久餓時發生，人類取純粹蛋白及脂食時亦然，但非高度，蓋人類體中，不論何物，均由蛋白質生糖，其糖燃燒，則  $\beta$  酸化酪酸，亦與一同燃燒之故，反是在重症糖尿病，則蛋白及糖，均失其燃燒能力，故起高度之 **Acidosis**。

食餌性糖  
葡萄糖

雖在生理尿中，常見葡萄糖之痕跡，約 0.01 至 0.06% 倘食糖過多，即移行於尿中，名曰食餌性葡萄糖尿。alimentäre Glykosurie

今於空腹時，與以 100 gr 或其以上之糖時，糖即現於尿中，而 Galaktose 尤易，次為乳糖，但以人種或個性，對於糖之抵抗力，Toleranz 各有不同，固無待論，患肝病者，對於葡萄糖及 Galaktose 之抵抗力，遠遜於健康人，但在健體，未有因攝取澱粉，而起食餌性糖尿者。

在糖尿，其糖或全不燃燒，或僅一部燃燒，不僅此也，作為糖原而貯蓄之部分，亦復甚少，故糖分滯於血中，至含有過剩之糖分，此名糖血病。Die Hyperglycämie 過剩之糖分，由腎臟而排泄，反是而在輕度之糖尿病，則僅在食物中之糖分，排泄於尿，來自蛋白質之所謂蛋白糖。

糖尿病

Glukur-  
on 糖  
抱合Glukuron酸

此時極能燃燒。此外如胰腺某種疾病、一定之腦病、以及各種中毒、例如瑪球酸化炭素Amyl-nitrat, Nitrobenzol, 矢毒昇朮、Adrenalin 等、均起糖尿、

生理之葡萄糖酸化中間物、恐係 Glukuronsäure。此酸在生理尿中、僅見其痕跡、但在某種物質中毒之際、與毒物抱合、變為抱合 Glukuron 酸、(gepaarte Glukuronsäure)其大量排泄於尿中、



Glukuron 酸

即抱水 Chloral, Resorcin, Acetanilid, 薄荷 Piramidon, Morphine, Anipyrin

Aniliferin

按此即 Acetanilid 恐原否筆誤

樟腦、石炭酸中毒時、及腸腐敗、或由便秘等、消化

障礙所生之 Indol, Phenol 等、皆得形成此等抱合酸者也、

抑糖分之見於尿中者、

葡萄糖尿



葡萄糖

(一)葡萄糖、即名葡萄糖尿、Glykosurie 一般糖尿、屬於此種、

(二)果糖有見於尿中者、此名左旋糖尿、Laevulosurie 於重篤糖尿病見之、

亦偶有為獨立之慢性疾病而存在者、亦有因食餌性而起者、

Galak-  
tose 尿  
乳糖尿

(iii) Galaktose 亦有見於尿中者、此名 Galaktosurie 哺乳兒之罹胃腸病者見之、同時有混和乳糖者、乳糖尿、Lactosurie 是也、

五炭糖尿

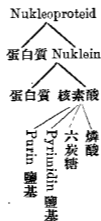
(四)五炭糖尿、Pentosurie 五炭糖類之橡膠糖、Arabinose 見於尿中、為不迴旋偏光面之 Arabinose (dl Arabinose) 亦有因食餌性而生此尿者、但尋常五炭糖尿、與食物實無關係、惟果何自

發生，則尚未明耳。

第五 核素代謝

核素代謝

核素代謝、Nukleinstoffwechsel 一切細胞核之主成分，為 Nukleoproteide、蛋白質與核素酸之化合物，如左所示、

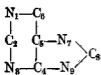


分解 Nukleoproteide 而生之蛋白質，在體內雖與其他蛋白質關係相同，但分解產物之核素酸，於物質代謝上，有重大意義也、

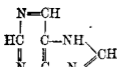
核素酸，由 Nuklease 酵素而分解時，其所分解產物，即生

Purin 鹽基及磷酸、Pyrimidin 鹽基含水炭素及 Adenin, Guanin 等，後二種，由酸化移行於 Hypoxanthin, Xanthin 及尿酸，可以下列之記號明之、

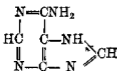
Purin 核



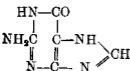
Purin (C<sub>5</sub>H<sub>4</sub>N<sub>4</sub>)



Adenin (C<sub>5</sub>H<sub>5</sub>N<sub>5</sub>)  
6-Aminopurin



Guanin (C<sub>5</sub>H<sub>5</sub>N<sub>5</sub>O)  
2-Amino-6-Oxypurin



核素酸分解時，游離之 Purin 鹽基，一部酸化於體中，成爲尿酸而排出，一部再酸化爲尿素。所餘極少之部分，最高爲一〇%成爲鹽基而排遺矣。

尿中 Purin 可分二種，一來自死滅細胞之核素，此名體內性 Purin 排泄，其爲來自攝取食素中所含有之 Purin，此名體外性 Purin 排泄。

Purin 鹽基，業於尿中證明者，如次，

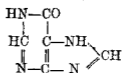
6-Aminopurin 卽 Adenin. 2-Amino 6-Oxypurin 卽 Guanin. 及 7-Methyl-Guanin 卽 Epiguanin

6-Oxypurin 卽 Hypoxanthin, Sarkin. 2,6-Dioxypurin 卽 Xanthin. 1-Methylxanthin. 1,7-

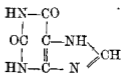
Dimethylxanthin 卽 Paraxanthin. 7-Methylxanthin 卽 Heteroxanthin. 2,6,8-Trioxypurin 卽

尿酸

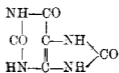
Hypoxanthin ( $C_5H_4N_4O$ )  
6-Oxypurin



Xanthin ( $C_5H_4N_4O_2$ )  
2,6 Dioxypurin



尿酸 ( $C_5H_4N_4O_3$ )  
2,6,8-Trioxypurin



此外在特別條件之下更有

3-Methylxanthin, 1,3-Dimethylxanthin, 3,7-Dimethylxanthin 即 Theobromin, 1,3,7-Trimethylxanthin 即 Koffein, 7-Methyl-8-Dimethylaminoxanthin 及 6-Amino-2,8-Dioxypurin 等

體內性  
Purin 排  
泄

(一)體內性 Purin 排泄 Die endogene Purinansecheidung 饑餓時與以不含 Purin 之食物則排泄一定量之 Purin 體其量因人而異但同屬一人則大致無甚出入一晝夜之排泄量為〇.三五至〇.六與〇.一至〇.二之窒素相當

體內性尿 Purin 在一晝夜中略有定規之增減日中達於極度自夕至夜為最小限

就體內性尿 Purin 之根源而言其說不一但由胞核之物質代謝則無容疑議矣

或謂尿 Purin 之根源惟在白血球之破壞亦有反對此說者以在白血球增多症其疾病之度與尿酸排泄之度不盡平行故有非難前說者但白血球增多症尿酸排量固屬增加然雖非本症尿酸亦有增加之時不可忘也此外或謂來自消化液或謂筋肉運動是其根源然非確論也

以個人言尿中一定 Purin 體其排量因種種影響而增加主要原因為一定之疾病中毒寒冷不慣之強度筋肉運動發熱等可作為疾病而算入此中者白血球增多症及富於細胞之滲出物形成又其吸收脾臟摘出時肺炎溶解期白血病廣泛之火傷及 Eibstein 放線肝癌



願等，而人類之磷中毒，亦為同一原因，以藥物言，如 Pilocarpin, Glycerin, Salicylsäure, 菸酸等，而 Radiumemanation 一定之礦泉，亦有相同之作用，且如 Aophan 即 2-Phenyl-Chinolin-4-Carbonsäure 在人類，則 Purin 排泄，著明增加，而在犬家兔等，乃呈反對之作用，

反乎此，內性 Purin 排泄減少之病，為痛風及胰腺疾病等，以藥物言，則由 Atropin, Chinin, Lecitin, 及 Cholecalcium 等，亦能使體內性 Purin 減少，

(1) 體外性 Purin 排泄 Die exogene Purinausscheidung 食物，各從其含有細胞核之度，其 Purin 含量，亦各不同，實地上，凡食物之不含 Purin 者，為乳植物食，Lacto-vegetabilische Nahrung (綠豆類) Purin 最富者為肉，其中尤以腺體臟器為首，

作為食物所攝取之 Purin 鹽基，約二分之一，成為尿酸，而現於尿中，故尿酸排量之消長，全視乎食物之種類，在健體，各以其食物，凡一晝夜中，出入於 〇·三至一·〇之間，

若一時與以不含 Purin 之食物，則健體血中，決不能證明尿酸，若進含有大量 Purin 之食物時，血液每一〇〇cc 中，可見數 m.g 之尿酸，

在腎炎尿中，排泄之尿酸量，以腎臟有無排泄尿酸能力而定，當是時，血中常略有尿酸，痛風，即尿酸性關節炎，以尿酸鹽類沈着於軟骨為特徵，與 Purin 代謝，關係密切，自不待言，而痛風常有下例之變化，(1) 雖與以全無 Purin 之食物，而血中可證明尿酸，(2) 體內性 Purin

排泄較健康人為少，(三)與食物同時進以 Purin 體時，尿中所排泄之尿酸量較少於健康者，且其排泄徐緩，但此非痛風特有之現象，如酒精及鉛中毒，與夫糖尿，有數種時候，尿酸排泄亦復徐緩。

痛風發作前二三日，尿酸積滯，發作時遂排泄大量尿酸，其後漸減，至於正規以下，凡此尿酸排泄之變動，關於體內性及體外性之尿酸排泄。

第六 無機物代謝

無機物代

無機物代謝 Der Mineralstoffwechsel 於生活之重要，不言自明，無機物變為食物中之有機化合物，或無機化合物而存在，以有機化合物之燃燒，其大部分變為鹽類之形而排泄，其主要者，為鹽素、磷酸、硫黃、亞爾加里類、亞爾加里土類及鐵等。

與食物一同攝取之酸及鹽基過剩，為身體所不許，酸過剩時，由安母尼亞中和之，亞爾加里過剩時，由碳酸中和之，於血液及體液之反應，初無影響，故尋常與以酸及亞爾加里不能變體液之反應者，即此理也。

食鹽及鹽

(a) 食鹽 Das Kochsalz 及鹽類 Salze 無機鹽類中，最重要者為食鹽，與食物一同攝取，常為過剩，僅由汗及尿，排泄於體外，糞中惟下痢時見其痕跡，在生理則否。

尿中排泄食鹽，一日之量，混合時約一〇〇至二〇〇，或有在此數以上者，僅飲牛乳時，則排

量遂逐，而尿中食鹽一日之間，自爲消長，食後常增進，其次則經數時者明減少，惟晚飯時，不見其增加也。

飯後食鹽之排出增加，關於胃腸中吸收食鹽之程度，食後排出減少者，以胃內形成鹽酸，消費食鹽之故，如胃癌、無酸症、Achlorie 等，不生鹽酸之際，其排出量不見低下，分泌減少時，其低下甚微，若在分泌過多症、Hypersekretion 則全然相反。

所謂食鹽貯留 Die Kochsalzretention 者，果有其事與否，未能確定，然多量之滲出物，積於體內時，食鹽亦自停積，在肺炎初期，多量食鹽，移行於肺，僅少量自尿中排泄，倘滲出物吸收時，肺炎融解期，或水腫消失時，尿中即見多量食鹽，又腎機能不全之際，每見食鹽蓄積，身體以平均體液之滲透壓力故，同時水分積聚，以促成水腫。

又在他處，腎臟雖有排泄食鹽之能力，而不能排其濃厚溶液者，當是時必須加以稀釋，而身體失其大量水分，其缺損，由飲水補充之，因此於慢性腎疾及尿崩之多尿症，可以知其一端，腎若不能排泄大量水分時，則易生水腫，不待言矣。

(b) 亞加里類 Alkalien Kalium 及 Natrium (除食鹽作爲 Alkali-Albumin, 磷酸亞爾加里，碳酸亞爾加里及植物酸亞爾加里輸入體內，作爲磷酸鹽尿酸鹽排泄於尿中，筋肉勞動時，Kalium 排泄增加，發熱時亦顯著，而 Natrium 則反減少，又在重症惡液質，Kalium 之排泄，

亦較 *Natrium* 增進。

亞爾加里  
土類

(c) 亞爾加里土類 *Erdealkalien* *Calcium* 及 *Magnesium* 常排泄於尿糞之中。 *Calcium* 之大部分，排泄於腸中，而成人需用石灰甚少，日不過一 gr. 在小兒，則需量甚大，成人所需 *Magnesia* 之必要量，約〇七五，又飲水過多時，則可使尿中之 *Calcium* 排泄量增加。

磷酸

(p) 磷酸 *Die Phosphorsäure* 一日所需量，為二〇至五〇，此酸來源，(一)來自食物中之磷酸鹽類，(二)來自蛋白質之磷，(三)來自核素及 *Lezitin* 中之有機化合物，一經排入尿中，即與 *Kalium*，*Calcium*，*Natrium*，*Magnesium*，*Ammonium* 化合，各為其鹽類之形，而磷酸 *Calcium* 又排泄於腸中，若腸有障礙時，則其排泄不易，故移行於尿中，排泄多量之磷酸鹽，此名磷酸鹽尿。 *Die Phosphaturie*

磷酸鹽尿

鐵

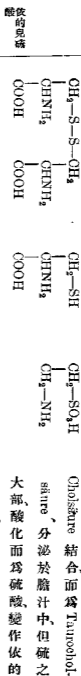
(e) 鐵 *Das Eisen* 在體內之總量，不過三〇，其五分之四，為血色素之主成分，存於血內，食物中作為有機化合物而存在之鐵分，於形成血色素，極為重要，不僅此也，即作為無機鹽存在之鐵分，於組成血色素，亦與有力焉。

鐵以排泄於腸中為主，尿中排泄量，每日平均一至十 m. g. 鐵分排泄多量者，在大失血或赤血球崩壞之時。

鐵黃  
*Zyahn*

(~) 鐵黃 *Der Schwefel* 在身體，主要為蛋白之成分，存於 *Zyahn* 之中，*Zyatin* 由二分子之 *Zystein*

構成者，(Zystein =  $\alpha$ -Amino- $\beta$ -Thiomethylsäure) 在體中，則 Zystin 之一部，為 Taurin，此物與



依的兒硫

泄於尿中，

Zystin 排出於尿中者，即名 Zystin 尿，

Zystin 原  
Rhodan  
水素

硫或變為 Rhodan 水素 (Rhodanwasserstoff,  $\text{CSNH}_2$ ) 而分泌，但此物可再吸收，而重新排泄，硫有下列三種形態，於尿中證明之，(一)硫酸鹽 (二) 抱合硫酸 (三) 中性硫，與有機物化合者是也，硫之排泄全量，二十四時中，約算為 1.0 至 3.0。

抱合硫酸

抱合硫酸 (Gepartes Schwefelsäure) 即依的兒硫酸，在健康體，約當鹽類硫酸  $\text{Sulfat Schwefelsäure}$  十分之一，若強度之腸內腐敗，或芳香物質，如石炭酸，Lysol 等中毒時，增加抱合硫酸之量，中性硫黃，約與全硫黃量十四至二十五%相當，大概為 Rhodan 水素，及 Zystin 之誘導體，

### 第七 水

水。Das Wasser 雖為生活上所不可缺之物，然不得為精力之根源，蓋水分不僅作為食物，自

水

外攝取，亦由身體物質之酸化、自體內發生、今若飲水多量、在健體、立即排泄於體外、決無滯蓄於體中者、若使強加制限、則蛋白增其分解、而水分既停於內、皆向肌肉皮下脂組織及漿液膜腔內浸淫、決非入於血中也、

水分排泄之徑路、列舉如左、

(一)呼吸。吸氣在氣道中、以水蒸氣飽和之、其呼出量、關於吸氣之溫度濕度遲速、及呼吸之深淺、在常態、二十四時中、由呼氣失却之水分、為三〇〇〇、

(二)自皮上變汗蒸發、或為淋漓狀態而排泄、其狀態、以調節體溫、放散溫熱之故、視體內發熱之度、及外界寒溫、大有差異、

(三)作為糞尿而排泄者、尿中融解固形分、又以保持糞便之濕潤、故常須多量水分、以尿自身而言、即體內過剩水分之排泄者也、

在糖尿病、以排糖之故、常須多量水分、故所攝取之水分、與排泄之水分、每有不能比例者、本病之表皮乾燥、蓋為此也、

### 第八 中間物質代謝

中間物質  
代謝

中間物質代謝。Der intermediäre Stoffwechsel 於生活最為重要、在細胞內、營一切生活必需之作用、食物一經腸管吸收、其一部同化、變為生體之固有物質、或則一部燃燒、變為炭酸及

水、在蛋白質、除炭酸及水外、變爲尿素排泄、夫如是、凡食物自消化管吸收後、至於變爲最終產物排泄間、逐次之變化、稱爲中間物質代謝云、

抑於中間代謝、果以如何作用、而組織於以構成、雖尙未明、但吾人由疾病狀態、見一定之組織、其構成上發生障礙、已儘足以想像、如佝僂病之骨質軟弱、恐係石灰之同化作用、有所障礙、萎黃病之貧血狀態、至少必係鐵分、於形成血色素、作用不全之故、他如糖尿病、脂肪肝病及 Pentose 尿、Alkapton 尿、痛風、Aceton 尿、Zyelin 尿等、皆以中間代謝不全之故、謂爲停止於中間階級之異常產物可也、

發熱、Basedow 氏病、及惡液質等、物質之分解、與物質之構成不稱、此外如前所述、以除去有害物質之故、或生依的兒硫酸或馬尿酸或 Glukron 酸、或則以安母尼亞中和過剩之酸等、皆中間代謝之產物也、

### 第九 物質代謝終產物

物質代謝終產物 Stoffwechselendprodukte 有數種如左、

(一) 蛋白質之終產物 Endprodukte des Eiweißstoffes 又分左列數種、

(a) 尿素 Harnstoff  $\begin{matrix} \text{CO} \\ \diagup \quad \diagdown \\ \text{NH}_2 \quad \text{NH}_2 \end{matrix}$  爲蛋白質分解產物之主要者、窒素全量之八五·五至八八·五

%、成爲尿素而排泄者、其排量與蛋白攝取量及其分解量、平行增減、

物質代謝  
終產物  
蛋白質之  
終產物  
尿素

尿素，大部分出於蛋白質，其一小部分，亦由 Purin 代謝產物，及其他安母尼亞鹽類而生，尿中尿素減少，因體內有酸多量，以欲中和之故，安母尼亞為之消費，而有妨於尿素之形成，又以肝臟機能障礙之故，尿素形成之作用，遂因而減退矣。

安母尼亞

(b) 安母尼亞 Ammoniak 尿中之安母尼亞，占全窒素量三至五%，二十四時中，排出 0.5 至 1.0，此與窒素之攝取量，成正比例，在正當狀態，於正規營養  $\frac{(\text{NH}_3)\text{中之N量}}{\text{全窒素量}}$  之比例，大致一定。

在重症糖尿，病既起 Acidosis 時，或專食脂肪肉時，或肝有障礙之類，安母尼亞發生皆增進，而比例為之變化，若尿中安母尼亞增量，而其比例無變化時，同時全窒素量增進，此蓋含窒素物分解亢盛之徵也。

Amino-säure

(c) Amino 酸 生理尿中，所有 Aminosäure 其中儘可證明 Glykokoll 在病態，則可於尿中證明 Tyrosin, Leucin, Zystin 等。

馬尿酸

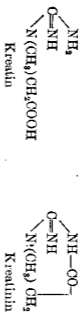
(d) 馬尿酸 Hippursäure 生理尿中，僅含少量，於食牛乳者，含 0.1 至 0.3，在混合食，為 0.7 至 1.0，攝取植物食時，果實、青菜，其量增加，此酸由 Glykokoll 與安息香酸抱合而生，Glykokoll 為蛋白質分解產物所生之 Amino 酸，後一種，與食物共入於體中，或由腸內蛋白質腐敗而生者。



Kreatin  
 n. Kreatin  
 in  
 tala

(e) Kreatin und Kreatinin 二者之代謝，近亦大加研究，代謝病學上，必須特設此門，二十四時內，尿中排出 Kreatinin 之量，為〇·六至一·三，較尿酸尤多。

Kreatinin 為筋肉及其他身體中，所有 Kreatinin 之無水物，即 Methylguanidinessigsäure 是也。



與肉食共攝取 Kreatin 之一部，變為 Kreatinin 而排泄，一部則酸化，又筋肉勞動時，其中含有之 Kreatin，雖形成 Kreatinin，但大都立即酸化，故在健體，其排量自有異同，但與何種疾病有特殊之關係，則尙未明也。

(f) 硫黃。見於無機物代謝條下，參照本卷三一〇頁)

(g) 蛋白質代謝之異常產物。Abnorme Produkte des Stickstoffwechsels 見於尿中者，主要為

Leucin, Tyrosin, Zystin 他如 Alkapton 酸、石炭酸、Indican 等。

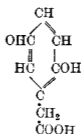
Zystinurie 為含硫之 Amino 酸，以中間物質代謝障礙，Zystin 無完全分解能力之故，而

現於尿中，時或為結晶形，或溶存，亦有形成結石者。

Zysin 現於尿中時，不僅 Zysin 不能燃燒，即燃燒其餘 Amino 酸之機能，亦復減退矣。

Alkap-  
ton 尿

(p) Alkaptonurie 為極罕見之代謝異常，每終身不愈，蛋白質正規之中間代謝產物，所謂



Homogentisinsäure 者，已早不復燃燒，即止於中間階級，排泄於尿中，此酸在化學上有 Hydrochinon 醋酸之形狀，蛋白質分子中之芳香成分，所謂 Tyrosin 者，即其原質也。

(e) 蓴酸 Oxalsäure COOH  
COOH 雖在生理，亦含少量。

蓴酸排泄，一部分，由於中間代謝障礙，在健體，則有分解蓴酸之能力，而食物中蓴酸之大部分，不移行於尿中，此物質，第一來自 Glykokoll，次則由膠及結締組織而生者。

排泄蓴酸，與種種疾病之關係未明，若 Indian 排泄多量時，蓴酸排泄，亦復多量云。

含水炭素  
及脂代謝  
之終產物  
炭酸及水

(三) 含水炭素及脂代謝之終產物 endprodukte des Kohlenhydrates und Fettstoffwechsels 為炭酸及水，即含水炭素及脂，在體內全部燃燒，變而為此，其大部由肺排泄，於此種物質代謝，不可不先知呼吸之物質代謝，研究呼吸之物質代謝，必確定呼吸商 respiratorischer Quotient 呼吸商云者，自吸氣所受之酸素，與由呼氣排出炭酸之比也，其式如下。

$$RQ = \frac{\text{CO}_2 \text{ in } \text{CO}_2}{\text{CO}_2} = \frac{\text{Gm}^s \text{CO}_2}{\text{Gm}^s \text{CO}_2}$$

含水炭素及脂，自其構成之元素視之，全然燃燒變為炭水，決非排泄於糞尿中之物質，而含

水炭素、其分子中所含酸素之量、適能酸化其所含之水素、故攝取之酸素僅於酸化炭素時用之、其炭酸形成之容積、與所攝取酸素之容積相等、而呼吸商即爲一、  
脂成於平均七六·五%炭素、一二%水素、及一一·五%之酸素、其分子中所有水素、全使燃燒成水時、非更取酸素不可、故呼吸商較小於一、而爲〇·七〇七、蛋白質之呼吸商、爲〇·八〇九、酒精之呼吸商、爲〇·六六七、

今由糖類生脂時、不必取氣中之酸素、即可發生炭酸、據 *Reitman* 氏、謂澱粉 一〇〇〇、約生脂四二〇、發炭酸約四五〇、呼吸商爲一·三·八、

由蛋白生糖時、倘所生之糖、如彼糖尿、移行於尿中、或變爲 *Glykogen* 而貯蓄時、須多量酸素、故呼氣中排出之炭酸、其量較少於攝取之酸素、而呼吸商因以甚小、

(四) 含<sup>合</sup>水<sup>水</sup>炭<sup>炭</sup>素<sup>素</sup>及<sup>及</sup>脂<sup>脂</sup>之<sup>之</sup>異<sup>異</sup>常<sup>常</sup>產<sup>產</sup>物<sup>物</sup>、*abnorme Produkte des Kohlenhydrates und Fettstoffwechsels* 屬於此者、爲 *Glukuronsäure*、糖類及 *Aceion* 體等、

自生理尿中、可分離 *Glukuronsäure*、以人工使爲抱合之 *Glukuronsäure*、排出其大量、此事業於無機物代謝條下言之、試以大量之 *Glukuronsäure*、與動物服之、則生理上臟器中本無糖酸、今則肝中頗有多量糖酸、〇〇·五至〇〇·八可以證明、

糖類之見於尿中者、(一)食<sup>食</sup>餌<sup>餌</sup>性<sup>性</sup>糖<sup>糖</sup>尿<sup>尿</sup>、(二)爲<sup>爲</sup>糖<sup>糖</sup>尿<sup>尿</sup>病<sup>病</sup>、已見含水炭素條下、參照本卷三〇〇頁、

Glukuronsäure

合水炭素及脂之異常產物

糖類

Aceton

Aceton 在生理尿中、僅能略見其痕跡、

在純粹肉食時、尿中亦增 Aceton、攝取含水炭素、則可抑制之、此外可為原因者、一切可起餓之疾病、精神病、腹膜炎、糖尿病、酸素缺乏之時、又如 Pyridin, Anipyrin 等中毒、Chloroform 麻醉慢性鉛中毒、瑪球中毒、臨死前、磷中毒、子癎時、偶亦見之、又發熱時、雖亦可見、但不關於疾病之種類、惟長熱不退時最多、如傷寒不兼下痢者、排出極少量之 Aceton、若兼下痢、則可見其排出多量、

第十 總物質代謝

總物質代謝

茲就總物質代謝 Der Gesamstoffwechsel 略述之、蓋養素不僅為補足身體消耗成分之用、而精力亦由此給與之、養素之主要者、為蛋白質、含水炭素、脂等類、其他物質、為量甚微、不足置重也、

大熱量

生體有一定量之精力、轉換不窮、養素及身體物質中化學性精力、變為機械性精力、一部為廢物(糞尿)中含有之化學性精力、更以生長、肥碩及發生指甲、髮毛之故、亦復有需乎精力、其大部分、悉變為溫熱、復由傳導放射及水分蒸發而放散、此物質代謝、當以大熱量 Die Grosse Kalorie 測之、所謂大熱量者、使一 Kg 水之溫度、增高一度之熱量是也、

養素或體質一〇燃燒而生之熱量、雖可由熱量計 Die kalorimetrische Bombe 檢出之、惟蛋白質

質，則由熱量計所測定之熱量，不能即視為由同量之蛋白燃燒而發，蓋脂及含水炭素，在體內完全燃燒，而蛋白不能完全燃燒，其一部成爲尿素，一部則與糞便同時排出故也。

在熱量計中，蛋白一〇，約生五七熱量之熱，據 Rubner 氏之研究，體內凡動物性蛋白一〇，所生熱量，爲四二三，植物性蛋白一〇，則生三九六熱量，故假定攝取混合食，含有六〇%之動物蛋白，及四〇%之植物蛋白時，體內蛋白質一〇，平均發生四一 Kalorie 之熱量，Rubner 氏所謂生理之活用律，*Physiologische Effekt* 卽此是也。

體內可以活用之養素 *Energie* 列舉如次

一〇蛋白質	體內燃燒時	與以四一熱量
” 含水炭素	”	四一熱量
” 脂	”	九三熱量
” 酒精	”	七一熱量

蛋白質含水炭素及脂，在體內，各應其熱量價，互相代償，卽脂一〇，與蛋白或含水炭素二二七〇相當，各生九三〇熱量。

體內發生同量精力所需之養素量，Rubner 氏稱爲等力量，*Isodynam*

本來由物質轉換而測定精力之方法，自嚴密意義言之，蓋不得謂爲完全也。

生體中自化學性精力、其一部立變爲機械性精力、實際所消費之精力、常大於發生之熱量、脂之燃燒、較蛋白或含水炭素、須多量酸素、但用一cc之酸素燃燒時、上記三物質所生熱量、大略相同、故有以酸素消費量、測定產熱量者、若以炭酸排出量爲標準、則全不正確、溫血動物之物質代謝、較器械性者異趣、除絕少之例外、輸入體內之燃料、與酸素之量、其間初無關係、僅應身體之必需、調節其溫熱發生而已、

筋肉動作時、較安靜時需溫較多、自不待言、今使百體安靜、避筋肉之緊張、在生理範圍、一切臟器勞動極少時、其精力之消費量、各有一定、每體重一Kg、經一點鐘、大概須一Kalorie、此名基礎代謝、Grundumsatz、此量、以攝取食物、動作筋肉、或以種種疾病而增加、

基礎代謝  
健康者之  
基礎代謝

(一)健康者之基礎代謝、Der Grundumsatz des Gesunden 生體絕對安靜、餓餓十二時至十四時後、物質代謝、低減至一定度、基礎代謝、則與安靜空腹時代謝、約略同價、

基礎代謝之標準、或直接以瓦斯交換之平均價、或以自瓦斯交換計算之熱量、即在健康成人、空腹時筋肉安靜之際、其體重每一Kg、於一分鐘之內、排出炭酸、爲二五至四cc、即需三至四五cc之酸素、由此以二十四時算之、每體重一Kg、可出二十一至二十九Kalorie之熱量、而二十一Kalorie、與肥滿之人適合、二十九Kalorie、與纖長之人適合、

本來熱之發散、與體表面積平行、體表面每一 $Q^2$ (即平方米 Quadratmeter)於二十四時間、熱之

發散量，在饑餓安靜時，算作七〇〇至八〇〇 Kcalorie，故體重與體表面積相等時，則不論男女，其基礎代謝相同，哺乳兒較此稍大，惟據體表面積計算，實地上頗有不便，故常以體重為準，惟體重之各 K<sub>cal</sub> 不需同等之 Energie，固無待論，以脂不能生活而有重量，因亦如其他臟器，與代謝無關，故本來肥滿之人，其瓦斯交換雖大，而核算其體重，則反較小也。

人體除營生理的溫熱調節，對於外氣溫熱之變化，其精力消費量，初無關係，惟體溫上升時，則每溫一度，代謝須高一〇%。

光線於物質代謝，不無影響，故久住高溫地方者，代謝為之增進。

(二) 攝食時精力之消費。Der Energieverbrauch bei Nahrungsaufnahme 攝食能增精力之發生量，此以消化腺、嚼肌 M. masseter 等動作之故，攝取蛋白質時，增加最善，含水炭素及脂次之，此不僅以上述之機械動作而增加，亦由使養素變其化學構造時發生散熱之故，Rubner 氏所謂特異之力學作用，Die spezifische dynamische Wirkung 即是也。

適足保持身體之食物。Erhaltungsdiaät 即補充排出量之食物，須除却糞便中所失之部分，更含有饑餓時分解量以上之精力，而食物在二十四時中，每體重一 Kg 約含一 gr 之蛋白質，須充分有含水炭素，蓋以防發生異狀酸類故也。

(三) 筋肉動作之影響。Der Einfluss der Muskelarbeit 一切作業，均增加精力之消費量，化學性

筋肉動作  
之影響

特異之力  
學作用

攝食時精  
力之消費

日常生活  
所需之精  
力消費

精力，其大部分變為熱而消失，與尋常器械性者無異，惟一小部分，變為機械性作業而已，登山者，消費精力，遠過於步行平地，疲勞時，對於同一之筋肉動作，其消費物質，遠在普通狀態以上，尋常在室內，不勞動時，Zimmerruhe 以咀嚼談話體位變換及保持重力平均等，精力之消費，為之加增，較睡眠時，多至八〇%，此以各人之素質及稟性而有之差，固無論矣。

(四)日常生活所需精力之消費：Der Energieverbrauch des täglichen Lebens 健康體之精力，均消費於基礎代謝，攝取榮養，筋肉動作等，其中以筋肉動作，關係尤大，今有人其體量為六〇Kg，其二十四時中，消費精力之平均量如左。

臥牀時之代謝	一九〇〇 Kalorie (每體重一Kg 為三二 Kalorie)
安靜時	二二〇〇 " ( " 三七 " )
輕度勞動	二六〇〇 " ( " 四三 " )
中等度勞動	三一〇〇 " ( " 五二 " )

此等平均數，與體重增加比例，非減少者，較諸體重增加之度，其減少極為微細也，體重四〇Kg者，每一Kg，約增六至八 Kalorie，例如臥牀時，為三十八至四十 Kalorie，若體重為八十Kg者，每一Kg，約少三至五 Kalorie。

疾病於精  
力之影響

(五)疾病於精力之影響：Der Einfluss von Krankheiten auf den Energiehaushalt 疾病有直接



影響於代謝者，又以疾病之故，化學性精力之出入，有增減者，在許多疾病，或以嘔吐，或以治療上禁食，或自然食思缺乏者，往往有之，其結果，則體物質爲之消耗。

消耗性疾病及惡液質，所以羸瘦之原因，大概以食物不足之故，食物雖無欠缺，而吸收不足者，其結果相同，如膽汁及胰液閉止時亦然，胰液閉止者，蛋白及脂之吸收，日減，膽汁閉止時，脂之吸收，不過四分之一，糞中排脂多量而成脂便，*Foetkoi*

受精力消失直接之影響者，遂生不安、痙攣、振顫、不眠等一切疾病，卽肌動作加增，且由此發生溫熱，反是而在肌麻痺時，則肌之運動不足，而脂乃蓄積矣。

發熱，亦有直接影響，在急性熱性病時，溫熱發生增加，同時體溫之放散較少，此二作用，互相提攜，而體溫上升，體溫上升，則蛋白分解增加，既如前述矣。

疾病恢復期，精力及酸素消費量增加。

甲狀腺之爲物，於精力代謝，有著明作用，腺體摘出後，則瓦斯交換，不過常量之半，或降至半量以下，又同一之代謝低減，於黏液水腫散在性，或流行性 *Cretin* 病見之，反是在 *Basedow* 氏病時，精力之消費量加增，又健體或黏液水腫病人，與以甲狀腺製劑時，精力代謝，爲之增進。

腦乘體之機能障礙，似與精力代謝有所影響，如肢端膨大症，須多量酸素是也，脂肪病之多

數。於物質代謝不起變化，但在少數，亦有炭酸排出減少者，當是時，精力之消費量，常示少數，特名之曰體質性脂肪病，Die konstitutionelle Fettsucht，尋常脂肪病，以食物過多，及勞動過少而起者曰，肥滿性脂肪病，Die Masfetttsucht。

## 第二章 物質代謝之試驗法

### 第一 物質代謝之概要

物質代謝試驗，以目的不同，而方法各異，但須服膺左列諸條。

- (一) 一切代謝試驗，必須豫知其食物，是否與代謝恰保平均，或過或不及。
- (二) 物質代謝試驗，以長遠為貴。
- (三) 與代謝試驗有關之攝取及排泄，須精密稱量之。
- (四) 須精知試驗體之狀態。

### 食物成分

(甲) 食物成分。代謝實驗中，其食物成分，須一定不變，且須擇氣味不致厭惡者飲食之。

在某種試驗，稱其食物，其成分各以表計算，故最確實，參照本卷食品分析表，而食物須稱量者，宜即就新鮮時處置，割煮後，則水分有變化，不甚便也。

### 乾燥箱 恆定重量

分析食物之際，先於重湯煎上，使之乾燥，更於乾燥箱，Troekenkasten 內，以百度至百五度溫乾之，再稱量而為粉末，有時乾燥至可為粉末即足，有時其乾燥之物質，須達於恆定重量。Kons-

tanles Gewicht 者，若其物質含脂多量，不能十分乾燥者，以 Soxhlet 氏抽出器，脫脂後，乾燥為末可也。試驗物若為飲料，可加 Tymol 貯藏之。從 Kjeldahl 氏法定量。

(乙)糞尿採集。尿常採集二十四時間之內者，在二十四時之終，勿使尿留於膀胱內，若外氣溫度高時，可以防腐之目的，用種種化學物質，投入尿器中，其主要者，為 Chloroform (1 新升中，五至十%) Tolual (百%) 尿中，六滴至十滴，或用 Tymol (數小粒)

供安母尼亞，或 Aceon 試驗之尿，固須極新鮮者，但以測定窒素量之故，雖永久貯藏無妨，是時尿須酸性，故以鹽酸使變為酸性。

Chloroform 能使 Fehling 氏液還元，故糖定量時，不可用，檢定熱量時，亦不可用。

糞便分析，最宜注意，欲知其排出試驗食者，可以微細炭末，或  $O_3$  至  $O_5$  赤色素 Carmin，於空腹時與之，則糞變為黑色或赤染，可與常便區別，但此等着色物質，於糞柱間非有確然之區劃，而徐徐排泄者，凡見着色便時，僅可知其為試驗食之一部而已，尋常糞便，在三日至八日中，即有區劃，以磁器聚其一區劃之糞便全部，加 5% 醋酸液，十分攪拌，於重湯煎，及乾燥器中乾燥後，使為粉末而貯藏之。

如汗及毛髮，指甲，上皮之類，其消失固有定量，然甚微，故除去不計，僅於咯痰多量，或自創面所生分泌液多量時，或以人工排泄之滲出物，加入計算之中，更有非常勞動時之發汗，倘度

外觀之、則每發生誤認、

第二 活用試驗

活用試驗

活用試驗、Der Ausnutzungsversuch 須知其榮養物之吸收、及活用量、於此目的、須檢其食物及排出之糞便、其差即在體內之活用量、在尋常、測定其中之窒素量及脂量、則亦滿足矣、窒素定量、依 Kjeldahl 法、脂定量、由 Soxhlet 氏抽出器所抽出者秤量之、或用隈川須藤兩氏之鹼化法、時亦有須知其乾燥物質及灰分者、

Kjeldahl  
氏法  
未定  
量法

(一) Kjeldahl 氏窒素定量法、Die Kjeldahl'sche Stickstoffbestimmungsmethode 須檢查之有機物、與濃硫酸共熱之、則酸化、其中含有之窒素、變為安母尼亞、與硫酸化合而存在、加苛性曹達液、立蒸之、所發生之安母尼亞、導入既有定價之酸溶液中、使之中和、次以不能中和之餘液定量、由此算出所生之窒素量、

此定量法所需之溶液及物質、(一)濃硫酸、(二)硫酸銅、(三)硫酸加里、(四)三三%之苛性曹達液、不含硝酸者、(五)滑石、Talcum venenum、(六)十分之一定規硫酸溶液、(七)十分之一定規苛性曹達液、(八)標示藥、Indikator 例如 Rosol 酸溶液 (Rosol 酸一·五溶解於五 O<sup>3</sup>) 是也、

實施 以 Pipette 精密量取五 cc 入 Kjeldahl 氏瓶中、加濃硫酸十 cc、硫酸銅小片 〇·二 置鐵網或砂浴上、加熱時、未幾即發亞硫酸蒸氣、於是更加硫酸加里五〇、熱之、最初帶黑色、其後

遂爲無色或帶綠色之液體，此卽有機物全然酸化之證。俟液體冷卻，加滑石粉（約容一五〇  
 之小匙一匙卽可）及蒸水二〇〇cc，滑石粉於蒸餾時能拒騰突（Schaum）故也。又一方，則於Erl-  
 lenmeyer氏瓶（Erlenmeyer'scher Kolben）中，精確量十分一定規硫酸液五〇cc，加標示藥  
 三滴至五滴，以玻璃管置此中管，以橡皮管與逆流冷卻器（Rückflusskühler）尖端之玻璃管連  
 結，導入液體中，其次更取五〇cc苛性曹達液（三三%）注於Kjeldahl氏瓶中，由橡皮栓與曲  
 玻璃管之媒介密接，與逆流冷卻器之一端連絡，始則將瓶底徐熱，繼乃加以高熱時，安母尼  
 亞與水蒸氣，一齊蒸發，約過三十分鐘，可於蒸餾裝置之一方，以赤色試驗紙，檢蒸氣中含有  
 安母尼亞與否，若赤色試驗紙不變青色時，止勿再蒸，在定規液中之玻璃管，以蒸水細心洗  
 其內外兩面，悉集於定規液中，次由Bürette徐滴十分一定規曹達液中和時，十分一定規硫  
 酸液完全中和之一瞬間，帶黃之液體，立現赤色。

今以中和十分一定規硫酸液之故，所用之十分一定規苛性曹達液，假定爲二五cc時，爲安  
 母尼亞所中和之定規硫酸液，其量爲四七五cc（ $50 \times 2.5 = 47.5$ ），以乘一四，則可得五cc尿中  
 所含窒素之mg數（ $47.5 \times 1.4 = 66.5$  mg）卽〇〇六六五之窒素是也。

定規硫酸液云者

蒸水千cc中含有四九g之 $H_2SO_4$

定規安母尼亞液

蒸水千cc中含有一七g之 $NH_3$ （ $N = 14$   
 $H = 3$ ）

故 1/10 定規硫酸液 千 cc 中含  $H_2SO_4$  四·九 gr,

1/10 定規安母尼亞液 千 cc 中含  $NH_3$  一·七 gr

1/10 定規安母尼亞液 一 cc 中含安母尼亞  $O \cdot O \cdot O$  一七 gr, 含窒素  $O \cdot O \cdot O$  一四 gr, 而一切酸類定規液之一定量, 遇亞爾加里定規液之同量者, 完全可以中和, 故四·七五 cc 之

1/10 定規硫酸液, 所中和安母尼亞之量, 與四·七五 cc 1/10 定規安母尼亞液, 非同價不可, 故所用之 1/10 定規硫酸液, 於其 cc 數, 乘一·七, 即得安母尼亞之 mg, 乘一·四, 即得窒素之 mg,

脂定量法

(一) 脂定量法 Die Fettbestimmungsmethode 可為乾燥粉末者, 即為粉末, 由 Soxhlet 氏裝置抽

出後, 使依的兒發散, 所餘之脂, 於硫酸乾燥器, 使之乾燥, 然後用化學天平秤之, 又在肉類, 則以人工消化液消化後, 由液體抽出器抽出之, 如前法秤量, 更須精密時, 可據隈川須藤兩氏之鹼化試驗。

灰分定量法

(二) 灰分定量法 Die Aschebestimmungsmethode 可參考定量分析書。

蛋白量、脂量及灰分之總和, 與乾燥物質之重量不同, 尋常甚少, 其不足之量, 即可視作含水炭素之量, 夫如是, 凡在食素及糞便中之蛋白、脂、含水炭素之量, 能精密測知時, 其差, 即知為活用量矣。

體之活  
用價

今示健體活用價之概略如左(據 Rathner 氏)

所示者爲不能吸收而排泄於糞中之百分數

	乾燥物質	蛋白質	脂	含水炭素
炙肉 gebratenes Fleisch	五三	二六	一九二	
煮肉 gekochtes u. gebratenes Fleisch	四九	二〇		
大口魚肉 Schellfischfleisch	四三	二五		
煮卵 harte Eier	五二	二六	四四	
牛乳 Milch	八八	廿一	五三	二〇
小麥麪包 Weizenbrot	四二	二八		二
小麥粉 Semmel	五六	三三		二九
Pumpernickel	一九三	四〇		一三八
米 Reis	四一	二〇		〇九
玉粟 Mais	六七	二五		三三
豌豆 Erbsen	九一	二五		六六

蠶	豆	Bohne
馬鈴	薯	Kartoffel
胡蘿	蔔	gelbe Rübe

第三 窒素代謝試驗

窒素代謝試驗。Der Stickstoffumsatzversuch 甚為重要，蓋臨牀上可為物質代謝試驗之標準者，以窒素定量為主，由此可知蛋白質代謝食物，及糞尿中之窒素，由 Kjeldahl 氏法而定量，參照本卷三二六頁）

若能由此決定窒素之出納，Stickstoff-Bilanz 則可知其體物質，或為消耗或為沈着，即窒素一 gr 與蛋白質六二五 gr 相當，而與肌肉二九四 gr 相當，

除特別情形外，與以一定之食物時，僅定尿中排出之窒素量，略可推知蛋白質在體內之狀況，故尋常驗尿即足，當是時，僅定尿素之量亦可，惟其定量法，轉較窒素為複雜，此所以多用 Kjeldahl 氏法也，

尋常糞中所含窒素量，為〇.二至一.〇。

第四 核素代謝試驗

核素代謝試驗。Der Nukleinstoffwechselversuch 大致均定尿酸之量，Purin 尋常不必定量，若

核素代謝試驗



能以內性核素質與外性核素質區別定量時，尤為相宜。

內性核素之價易定，即與以不含 Purin 之食物時，但含有與保持食相當之榮養素時，體內即不生沈着及損失，所排出尿酸量，即內性核素是也。

欲知外性核素排泄狀況時，先與以絕無 Purin 之食物，檢其尿酸排出量，次與以當於核素酸 Naïson 或 Purin 之食物，再與以不含 Purin 之食物，數日間檢其排量時，在健體，第一日必為大量，旋即復舊，若在痛風之類，則排泄甚徐緩，持續至數日以上。

#### 第五 總物質代謝試驗

總物質代謝試驗。Die Untersuchung des Gesamtstoffwechsels 由攝取食物之重量及體重，可略知精力之消費量，食物中之各養素，即蛋白質、脂、含水分之多少，或隨排泄增減，每日有一 Kg 以上之差，據表算之可也。

體重，本非確能表示榮養狀態，依飲用水分之多少，或隨排泄增減，每日有一 Kg 以上之差，故欲知其正確者，非憑瓦斯交換試驗不可。

(一)長時間之瓦斯交換試驗法。Methode für langdauernde Gaswechselversuche 正確檢查全代謝時，納被檢者於大櫃中，其運動飲食起臥排泄等，無使不便，凡十二時或一日夜，繼續測其瓦斯交換，即檢其食物及酸素攝取量，並糞尿及碳酸排泄等，每二十四時，算其窒素、炭素、酸素之出納，由此可知蛋白質及含水炭素，在體內是否蓄積增加，或係消費減少，蓋榮養物之

間接熱量  
測定法  
直接熱量  
測定法

燃燒熱，與夫燃燒糞便之熱，其熱量之差，即體內發生之全熱量。如斯之測定法，名曰間接熱量測定法。Die indirekte Kalorimetrie 依此法而得之結果，與用直接熱量測定法。Die direkte Kalorimetrie 所得者一致。直接法，事煩而費鉅，大概均用間接法，所謂直接熱量測定法者，計其散與周圍空氣，及呼吸室四壁之熱量，於以推知全代謝之法也。

Petten-  
koffer =  
Voit 氏  
法及裝置

Die Methode und der Apparat nach Pettenkoffer = Voit 說明之，其法為可容被檢者之一大氣室，Kammer 若生其特設之空氣出入管，則密閉，與外界全然隔絕，四壁成於玻璃，室之一側有管，用唧筒以一定之速度，不絕排除氣室內之空氣，同時別由一管流入外氣，室內之空氣，常使流通，排除之空氣，導入瓦斯表。Die Gasuhr 計其總量，自瓦斯表出一小管，其排除氣之一定量，導入濃硫酸，及 Baryt 水中， $\text{Ba}(\text{OH})_2$  夫然，則水分為硫酸所吸收，碳酸瓦斯遇重土水，變為碳酸 Barium，而沈澱，於以知從碳酸及硫酸 Barium 排氣中之水分，及碳酸瓦斯量，因可知全排氣中之含有量，且知流入氣中之水及碳酸瓦斯量時，其差，即知為在氣室中被檢者呼吸所生之水分及碳酸瓦斯量，又所用之酸素全量，可以下式表示之。

$$E + t - (A + n),$$

A 為將試驗時之體重，E 試驗後之體重，n 為攝取食物之量，t 為總排泄物之量，尿糞呼吸

瓦斯表

短時間之  
瓦斯交換  
試驗法  
Zuntz &  
Geppert  
氏法

產物亦包在內。

蛋白質消費之量，依尿中窒素計之，蛋白質雖以種類而異，其中之 N:O，大致一定，可作為三·二八，由此可知來自蛋白質之炭素量，但由脂及含水炭素，各生炭素幾何，則不得而知矣。

(一)短時間之瓦斯交換試驗法。Methode für kurzdauernde Gaswechselfversuche 此法較為簡單，臨牀上常用者，為 Zuntz 氏及 Geppert 氏法。其法以錘子挾被檢者之鼻，使不能由鼻孔呼吸，以連絡於裝置之口部，Mundstück 密接嵌於被檢者之口圍，被檢者僅能吸由裝置上一管所來之空氣，其呼氣別出一管，入於瓦斯表中，呼氣吸氣，決不使之混合，又自瓦斯表出一管，導入加里滴汁及磷，各使吸收炭酸瓦斯及酸素，由此而知呼氣中之酸素及炭酸瓦斯量，與吸氣中之炭酸及酸素量比較，可知一分鐘內所用之酸素量，及排泄之炭酸量，試驗時間，自二十分至一鐘，繼續行之，在此法所用之酸素量，即為直接發生熱量之標準。

各養素燃燒時，所生炭酸之量，可依左表知之，且可知所需酸素之量，及其生熱之關係，但蛋白質不能完全燃燒，故據尿糞計算之。

	酸比所需 之酸素 c.cm	酸化而生 之炭酸 c.cm	由酸化而 生之熱量 Kal	由一 cc 酸素 所生之 熱量 Kal	酸素一 cc 所生 之炭酸 瓦斯量 c.cm
澱粉	一	一	一	一	一
脂	101.921	141.733	9.33	5.0	1.000
	101.921	141.733	9.33	5.0	1.000

診斷學 下卷

蛋白 一〇〇〇 九六二 一七一 四一 〇八〇

此表所記、由酸素一〇〇所生之炭酸量、即呼吸商、respiratorische Quotient、以含水炭素為最大、  
 蛋白次之、脂最小、酒精更小、

附錄

食品分析表

食品	百分中	水分	蛋白質	脂	含水炭素	熱量
母乳		八七六	〇九	三三	六七	六七
凝結牛乳	Sauermilch	八七三	二〇	三五	四五	六三
酪漿	Buttermilch	九〇六	三九	二二	三三	四一
牛乳	Rahm	六八二	三六	三六	三三	四三
牛酪	Butter	二三九	〇七	八〇	〇五	七九
馬乳	Kehrl (六酒精)	八八〇	三七	三二	三六	六六
乾酪 (瑞士產)	Schweizer Käse	三四七	三三	三三	三〇	四〇

食品	百gr中	水分	窒素	蛋白質	脂	含水炭素	熱量
雞卵		七三·七	二·二	二·三五	一·二二	〇·七	一·六
卵白 Eierweiss		八五·五〇	二·一	二·八七	〇·五	〇·七	一·六
卵黃 Eigelb		五〇·三	二·六	一·六二	三·二九	〇·四	三·〇
卵一個 (四五·〇)g		三三·二五	〇·九	一·六五	五·四五	〇·二五	三·五
卵黃一個 (一六·〇)g		八·六	〇·四	一·五八	一·〇二	〇·八	一·九
鹹魚子 Kaviar		五五·〇	〇·三	二·五三	一·四六	〇·八	二·一
牡蠣		八七·三	〇·九五	五·九五	一·二五	三·五七	五·〇
煙火腿 Geräucherter Schinken				二·一	八·二		一·七
燻豚脂					九·五六		八·九
罐頭猪肉 Meeturst			二·九	一·九〇	四·〇八		四·五七
肝臘腸 Laberwurst				九·一	一·四八	一·九	二·五
生牛肉(脂少者)		七三·九〇	三·四	三·九〇	〇·九〇		九·六
煮 肉							
牛 肉(生肉百gr    煮肉五七gr)				三·六	二·八		一·七
雞 肉(生肉百gr    煮肉六三gr)				三·〇七	四·五		一·六
積 肉(生肉百gr    煮肉七二gr)				三·六四	一·二		一·六
山羊肉(生肉百gr    煮肉六二gr)				三·〇九	四·五		一·六

豚 肉(生肉百 gr || 煮肉七〇 gr)

鱒 魚 Forelle

梭 魚 Reecht

青 魚 Hering

鯉 魚 Karpfen

鮭(幼稚者) Lachs

大口魚 Schellfisch

鱈 Steinbut

炙 肉

炙肉 Roastbeef(生肉百 gr || 炙肉六 gr)

Beefsteak (生肉百 gr || 炙肉八 gr || 五 gr)

炙肉 Rinderbraten (生肉百 gr || 炙肉三 gr)

炙肉 Kalbsbraten (生肉百 gr || 炙肉三 gr)

Hammelkotelette (生肉百 gr || 炙肉二 gr)

山羊炙肉 Hammelbraten (生肉百 gr || 炙肉二 gr)

豚炙肉 Schweinbraten (生肉百 gr || 炙肉二 gr)

燒鵝 Gänsebraten (生肉百 gr || 炙肉五 gr)

雞肉 Hahn

二六五	一八四	一七六	一七六	一七三	一九八	二二〇	二二〇	二二〇	二二〇
六八	二四	〇五	一八	〇九	〇三	〇四	〇七	〇七	〇七
一〇	九	七	六	五	四	三	二	一	〇

二六四	二四七	二四三	二四三	二四三	二四三	二四三	二四三	二四三	二四三
二〇	一八	一五	一〇	〇五	〇五	〇五	〇五	〇五	〇五
二七	二六	二五	二〇	一五	一〇	〇五	〇五	〇五	〇五

六 七 八 九 十 十一 十二 十三 十四 十五

十六 十七 十八 十九 二十 二十一 二十二 二十三 二十四 二十五

穀類

小麥粒	Weizenkörner	二五三七	一九	二〇四	一八五	六六五	四八
裸麥粒	Roggenkörner	二五三七	一七	二〇八	一七七	七〇二	四九
大麥粒	Gerstenkörner	一四〇五	一五	九六六	一九五	六九九	三三
燕麥粒	Haferkörner	三二一	一七	一〇六六	四九九	五九七	三九
飯		三二五八	一〇	六七三	〇八八	七〇八	五七
玉粟	Mais	一三三三	一五	九四三	四二九	六九三	三三
蕎麥	Buchweizen	四〇三	一八	一三三	二六一	五五四	二九
豌豆	Erbsen	二五九三	三七	二二五	一八九	五二六	三八
蠶豆	Bohnen	二五四九	四〇	二五三	一六八	四八三	三八

粉類

小麥粉	Weizenmehl (細)	二五三七	一六	二〇三	〇九四	七四七	五七
裸麥粉	Roggenmehl	二五七一	一六	二五七	二〇八	六九六	五七
大麥粉	Gerstenmehl	一四八三	一八	二二六	一五三	七二三	五三
燕麥粗粉	Hafergrütze	九六五	二二	二三四	五九二	六七一	五八
米粉	Reismehl	二八二三	一〇	六九一	〇六七	七九九	三九
玉粟粉	Maismehl	二四二	一五	九六五	三六〇	六九五	三〇
蕎麥粉	Buchweizenmehl	二五五一	一四	八八七	一五六	七四三	五五

澱粉末 Stärkemehl

麪包類

- 白麪包 Weizenbrot, Semmel (細)  
 白麪包 (粗)  
 黑麪包 Schwarzbrot (細)  
 黑麪包 (粗)  
 餅乾 Biskuit

菜蔬類

- 馬鈴薯 Kartoffeln (熟)  
 馬鈴薯 (生)  
 胡瓜 Gurken (生)  
 蘿蔔 Radieschen  
 果物類

- 蘋果 Apfel  
 梨 Birnen  
 櫻桃 Kirschen  
 桃 Pfirsich

澱粉末	160.00	0.20	1.18	0.06	6.13	2.00
白麪包 (細)	31.9	1.1	7.06	0.06	5.56	2.65
白麪包 (粗)	46.45	1.0	6.15	0.04	5.12	2.59
黑麪包 (細)	35.24	1.3	8.50	1.03	5.35	2.62
黑麪包 (粗)	42.7	1.0	6.11	0.03	4.92	2.31
餅乾	10.0	1.9	1.93	0.07	6.67	2.00
馬鈴薯 (熟)	—	—	1.1	0.1	2.0	0.6
馬鈴薯 (生)	7.96	0.3	1.08	0.15	2.01	0.6
胡瓜 (生)	9.3	0.3	1.18	0.09	1.33	0.6
蘿蔔	9.35	0.3	1.33	0.15	1.79	0.5
蘋果	14.74	—	0.36	—	2.03	0.3
梨	13.00	—	0.36	—	1.90	0.3
櫻桃	16.11	—	0.42	—	1.90	0.3
桃	10.33	—	0.36	—	1.65	0.3



新陳代謝  
病之主要  
症候

新陳代謝病之主要症候可就本卷附錄「應用診斷法」條下觀之。

杏	Aprikosen	八二二		〇九		二〇四	四
葡萄	Weintrauben	六二七		〇五		一六三	六
乾葡萄	Rosinen	三〇二		三三	〇五	六〇四	二七〇
覆盆子	Erdbeeren	六七六		〇四		七四	三
Kakao		六三五	三	三五〇	二七四	四一八	四六三

## 第七編 神經系診法

醫學博士 松原 三郎

### 解剖及生理摘要

神經系之  
解剖及生  
理摘要

神經系統。Das Nervensystem 由中樞神經及末梢神經兩大系成立。中樞神經系、zentrales Nervensystem 成於腦髓及脊髓末梢神經系、peripherisches Nervensystem 成於腦神經、脊髓神經及交感神經三種。依其官能而大別之、可分為運動性徑路及中樞、知覺性徑路及中樞、感覺器徑路及中樞、交感神經徑路及中樞。

### (一) 運動性徑路及中樞

運動性徑  
路及中樞

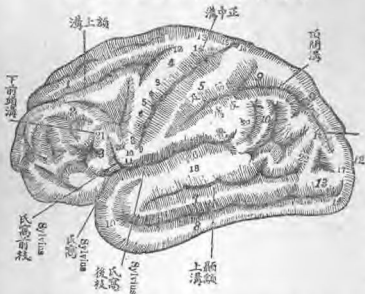
運動性徑路。Die motorische Bahn 成於兩神經原、其近於中樞者、曰中樞性運動徑路、終於脊髓或延髓之運動神經細胞核、此外皆屬於由此細胞核直至末梢者、名之曰末梢性運動徑路。

中樞性運  
動徑路  
(錐體道)  
運動中樞  
即於神經  
運動中樞

中樞性運動徑路。Die centrale motorische Bahn 一名錐體道。Die Pyramidenbahn 其源發自大腦皮質之運動中樞、motorische Zentren 即精神運動中樞、psychomotorische Zentren 主要在大腦之前正中迴轉及副正中葉、更有一部混入後正中迴轉、大別之、下肢之中樞、位於正中迴轉之最上部及副正中葉、上肢中樞、在其中央、面及舌咽中樞、則在正中迴轉之最下部、更

第 二 百 二 十 九 圖  
大 腦 皮 質 質 及 其 中 之 想 象 圖

終 斷 學 下 卷



- (1) (2) (3) 額上(第二)·中(第二)·下(第三)迴轉  
(4) 前正中迴轉(5) 後正中迴轉(6) 額額上(第一)迴轉  
(7) 額額中(第二)迴轉(8) 額額下(第三)迴轉(9) 頂上迴轉(10) 頂下迴轉(11) 側列迴轉(12) 枕上(第一)迴轉  
(13) 枕中(第二)迴轉(14) 枕下(第三)迴轉  
1 腦幹 2 眉脚 3 肘 4 腕關節 5 第3·4·5指 6 第2指 7 第1指 8 面上 9 面下 10 口 11 舌 12 腹關節 13 腹 14 足關節 15 其他足趾 16 其他足趾 17 喉氣 18 喉氣 19 喉氣 20 喉氣 21 喉氣 22 共同眼肌 運動

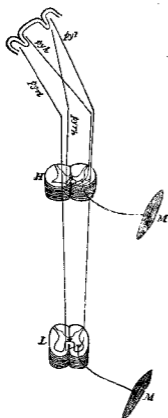
神經纖維，自此等中樞起，互相集合，出於皮質之下，成冠狀放線，一至內囊部，其纖維束所在處，與大腦皮質中樞之順序反對，來自正中迴轉最下部之舌下神經，占內囊前後脚間膝部之上，而神經次之，在內囊後脚，自正中迴轉中部而來之上肢纖維，占後脚上部，下肢纖維次之，自此至

有。驅。幹。肌。中。樞。在。第。一。額。即。前。頭。迴。轉。後。部。接。近。於。前。正。中。迴。轉。處。(二百二十九圖)

錐體束

大腦脚、通過其中央、至 Varolio 氏橋、則以從橋髓入小腦之橫行纖維故、稍稍分離、但至延髓、則再行集合、密接於其腹側之中線、故其表面隆起、此名錐體隆起、至延髓與頸髓交界處、錐體分為二種、纖維之大部分、左右互相交叉、自脊髓前索、移行於側索、此名錐體側索。Pyramidenstrangbahn 其他小部分、不交叉、在側索一方面、亦不變其位置、即沿脊髓之前縱溝、下行入前索中、此名錐體前索。Pyramidenvorderstrangbahn 其終、將去脊髓時、於脊髓下部、左右交叉如前、移行於對側之脊髓前角細胞、夫如是兩者平行而下脊髓、至接觸前角細胞而止、更由前角細胞、生新纖維、成脊髓前根、與後根合、而為運動知覺混合之末梢神經、(二百三十圖)

圖 十三百二第  
圖 略 路 徑 性 動 運



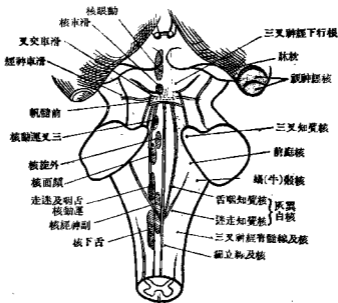
- (PyH) 至頸髓之錐體徑路
- (PyL) 至腰髓之錐體徑路
- (H) 頸髓 (L) 腰髓 (M) 肌
- (Pyvh) 至頸髓之錐體前索
- (Pyvl) 至腰髓之同上道

核下道末  
前運動性

末輪性運  
動徑路

核上道

第二頁三十一圖 中腦及莖形之神經核



以若此至於脊髓之錐體道、在脊髓與延髓交界處、雖交叉而移於對側、但運動性腦神經、列

角細胞、自此各分佈於所屬之筋肉、此纖維曰核下道。

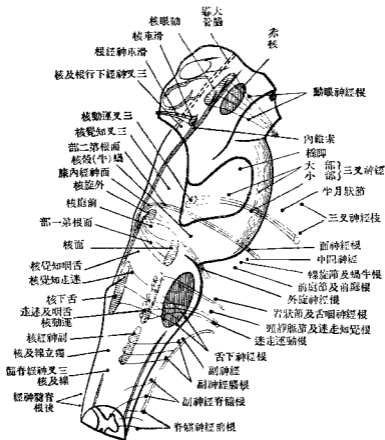
如面神經、舌下神經、以至迷走神經等、發於大腦皮質之運動纖維、起於前正中迴轉下部、及第三迴轉後端、通過在內囊前後脚間之膝部、一至橋髓、則與錐體道分離、左右交叉、移行於對側、而終於對側之該神經核、凡此連絡神經核、與大腦皮質之纖維、名曰核上道、*supranukleare Leitungsbahn* 末稍性運動徑路、*Die periphere motorische Bahn* 在腦神經、如動眼神經、面神經、迷走神經、舌下神經之類、發源於大腦脚、橋髓、延髓等各自之神經核、手足之運動神經、起於脊髓灰白質之前

*infranklare Bahn* 或名末稍性運動

核舉一舉動中  
上位運亦神編  
道一動日好性  
一即性算原運

位運亦神  
動名經  
性算原  
單二基

圖 二 十 三 頁 二 第  
面側像想之根及核經神腦之高形變及靈中

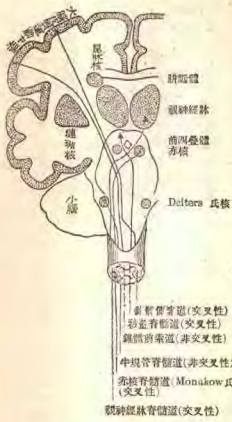


診  
斷  
學  
下  
卷

三百四十四

神。經。原。基。亦。曰。第  
二。運。動。性。單。位。  
Peripherisches mo-  
torisches Neuron  
oder motorisches  
Neuron zweiter  
Ordnung 對此而  
言。故。名。核。上。道。曰  
中。樞。性。運。動。神。經。  
原。基。亦。曰。第。一。運  
動。性。單。位。Zen-  
trales motorisches  
Neuron oder mo-  
torisches Neuron  
erster Ordnung (!)

第二三十三圖 運動性導程三



神經學 下卷

三百四十五

百三十一及二百三十二圖)

末稍性運動神經原基，自大腦皮質隨意運動中樞之衝動，媒介於身體各部之隨意肌，同時且為所屬肌肉反射運動之中樞。Reflexcentrum 抑且成為該肌肉及末稍神經之榮養中樞。Trophisches Zentrum 故在小兒之脊髓前角炎等，前角細胞被侵而頽廢時，其所屬肌肉之運動麻痺，反射消失，肌肉羸瘦，且見其弛緩，中樞性運動神經原基反是，不僅傳達大腦皮質中

樞之運動性衝動，且含有反射抑制纖維。Reflexhemmende Fasern 抑制自反射中樞發生之反射運動，且不含肌肉之榮養神經，故損害在此神經單位者，所屬肌肉之運動雖麻痺，而其狀態與前大異，即反

射轉形亢進、筋肉則緊張而剛強、Reflexität 無羸瘦者、凡此運動性徑路、除來自大腦皮質之錐體側索道及前索道外、尚有從視神經、四疊體、蓋部赤核、Deiters 氏核下降各脊髓之運動徑路、以補錐體道之不及、且如腦出血等、錐體道為所破壞時、即起而代之、

(一) 知覺性或求心性徑路

知覺性或求心性徑路、Die sensiblen oder centripetalen Bahnen 皆自脊髓後根、經脊髓神經脊細胞、入於脊髓、此路、由三種纖維成立、

(一) 反射纖維、Reflexfasern 入脊髓後角、而進於前角、或即終於前角細胞、或終於媒介反射之索細胞、Strangzellen 依索細胞而傳其刺戟於前角細胞、發生反射運動、如膝蓋髓反射是也、故下肢之運動知覺、初無異常、且未罹木稍神經病、如脚氣之類者、其膝反射缺如者有之、此以媒介反射之索細胞、先天性發育不全、不能起反射作用故也、

(二) 皮感覺、Hautsensibilität 取二種徑路、甲則上行脊髓後索、其中自下肢入脊髓之纖維、上行脊髓後索之正中部、此名 Goll 氏索、亦曰薄索、Goll'scher Strang oder Tractus gracilis 至延髓境、終於 Goll 氏核、由此更生第二神經單位、其他來自上肢者、上行後索之兩側、即薄索外側、終於延髓之 Burdach 氏核、此名 Burdach 氏索、亦曰楔狀索、Burdach'scher Strang oder Keilstrang

知覺性或求心性徑路

反射纖維

皮感覺

Goll 氏索亦曰薄索

Burdach 氏索亦曰楔狀索



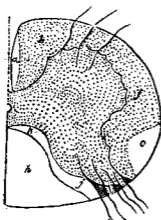
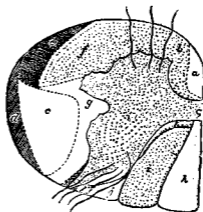


深感覺  
或曰肌覺

小腦側索  
或曰肌覺  
氏索

圖五十三百二第  
圖斷橫髓頭側半左

圖六十三百二第  
圖斷橫髓頭側半右



於斷半下卷

(a) 錐體前索徑路 (b) 前索遠殘 (c) 錐體側索徑路 (d) 小腦側索徑路 (e) Gowers 氏索 (f) 側索遠殘 (g) 側索境層 (h) Goll 氏索 (i) Burdach 氏索 (j) 後索後外野 (k) 後索腹方野 (Lissauer 氏帶)

(a) 錐體前索徑路 (b) 前索遠殘 (c) 錐體側索徑路 (d) 側索遠殘 (h) Goll 氏索 (j) 後索後外野 (k) 後索腹方野 (Lissauer 氏帶)

三百四十八

索性感覺道、觸覺則恃後索性及側索性兩道而傳達者也、

(三) 深。感。覺。機。或曰肌覺、Tiefensensibilität oder Muskelsinn 依三索傳

導之、甲向後索性感覺道、與觸覺一同上行、經後索核、(Goll 氏及 Burdach 氏核之總稱、及視神經牀、

終於大腦後正中迴轉之皮質中樞、乙自後索最外側後根纖維之

進入帶、Eintrittzone 入於脊髓、終於 Clarke 氏柱 (Clarke'sche Säule)

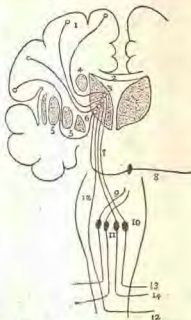
之細胞、柱在後角頸部內側、由此細胞、更生第二原基、上行脊髓側

索之最外側、此名小腦側索道、亦

曰 Flechsig 氏索、Kleinhirnsaiten-

strang oder Flechsig'scher Strang | 入延髓，更有自同側及對側之後索核及自對側之下橄欖體而來之纖維，合而成索狀體。Corpus postiforme 卽成所謂小腦之下脚，終於同側及對側之

第二十三七圖 知覺道機型圖



- (1) 後正中迴傳 (2) 胼
- 腦體 (3) 視神經 (4)
- 尾狀核 (5) 嗅腦核 (6)
- 內囊 (7) 內膝束 (8)
- 三叉神經 (9) 錐體交叉
- (10) Burdach 氏核 (11)
- Goll 氏核 (12) 脊髓視神經
- 核道 (13) Burdach 氏
- 索 (14) Goll 氏索

小腦蟲狀部，丙，則自後根入後角，終於側角之神經細胞，第二原基，自此分兩路，甲則通過前灰白連合，出於對側前側索之最外面，乙達於同側前側索之最外面，而

小腦前索或曰 Gowers Kleinhirnvordernstrang od. Gowers'scher Strang

成小腦前索或曰 Gowers 索。Kleinhirnvordernstrang od. Gowers'scher Strang 上行通過延髓，至橋髓折回，通過小腦前襞帆之小腦上脚中，終於小腦同側及對側上蟲狀部之前，要之，觸覺由後索性感覺道 (Goll 氏及 Burdach 氏索) 及側索性感覺道 (脊髓視神經) 而傳達，痛覺溫覺專特側索性感覺道，肌覺位置覺及運動覺之一部，依後索性感覺道，傳於視神經，其他部分，由小腦側索道及小腦前索道，終於小腦蟲狀部，但如觸覺之類，依兩索而

傳達者、因人而異、或以上行後索爲主、或似有專傳側索者、

(三) 感覺器之中樞及徑路

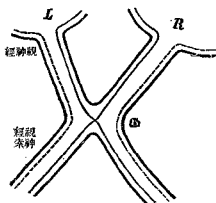
感。覺。器。之。中。樞。及。徑。路。Zentren und Bahnen für die Sinne 區別如左、

感覺器中樞及徑路

(一) 視。覺。中。樞。及。徑。路。Das Zentrum und die Bahnen für den Gesichtssinn

自視網膜(即 Retina)

圖八十三百二第  
圖時通紅維經視網部又交經神視



(L) 左眼  
(R) 右眼  
(C) 視神經  
經交又

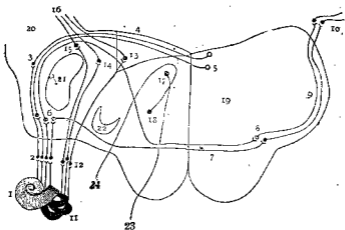
(後頭)葉之視覺中樞、楔狀葉、四則似有由視網膜直接進於視中樞者、此等纖維、在內囊部、通過後脚之最後端、故視力障礙、起於末稍部疾患、即視網膜及視神經之疾患、較諸發於視

生視神經、次則達於視神經交叉、其一部自視網膜外側來者、不交叉、走入同側之視神經索、一部自網膜內側來者、交叉、而移於他側神經索、故兩眼網膜左半部之視神經纖維、經左視神經索、而終於左側大腦視中樞、反是其右半部之纖維、傳於右側大腦之視中樞、而視神經纖維中、含有四種纖維、一終於視神經絲、二終於外膝狀體、三終於前四疊體、各更由其他之神經原基、終於大腦枕



又一部直接交叉、終於對側之上橄欖體、第三神經單位、自此前進、往後四疊體、而第四神經單位、自此達於內膝狀體、第五神經單位、自此橫渡內囊後脚最後

第二頁 第四十圖 延髓內神經路徑



- (1) 錐 (2) 錐神經節
- (3) 錐結節 (4) 錐絲
- (5) 錐杆 (6) 錐神經節核
- (7) 菱錐體 (8) 上橄欖體
- (9) 外側膝狀體
- (10) 後四疊體 (11) 半規管
- (12) 半規管神經節
- (13) 三角核 (14) Deiters氏核
- (15) Bochnerow氏核
- (16) 半規管神經小腦徑路
- (17) 外旋神經核
- (18) 面神經核 (19) 延髓被蓋部
- (20) 小腦後脚
- (21) 乘狀體 (22) 脊性三叉神經根
- (23) 外旋神經 (24) 面神經

端(較視神經纖維放線、則在前面、終於第一顛顛迴轉中部皮質之聽覺中樞、故疾病在大腦皮質內囊最後端視神經後部、大腦脚及四疊體橋髓、延髓等處者、其反對側之聽覺、每致脫失、

第二、爲半規管神經、*Nervus vestibularis* 起於內耳半規管、經半規管神經節、*Scarpa* 氏神經節、成聽神經之內側根、一入延髓、即終於第四腦室底外側之三角核、*Dotters* 氏核、*Bochnerow* 氏核、第二神

嗅覺中樞  
及徑路

經單位自此進於外上方，迂迴第四腦室外壁，入於小腦，更往第四腦室天蓋部，至蟲狀部，大體終於對側之天蓋核，似更有一小部分，達於球核及栓核者，此神經，於保持體位平衡，實為重要，若有障礙，則起類似暈船之症狀，卽眩暈惡心嘔吐是也。

(三)嗅覺中樞及徑路：Das Zentrum und die Bahnen für den Geruchssinn 起於嗅細胞，胞之位置，在鼻黏膜 Schneider 氏膜之嗅部，經篩骨孔，終於頭頂腔之嗅球內，第二神經單位，自嗅球經嗅神經索，似終於 Ammon 氏角及海馬迴轉之大腦皮質中樞，更有一部分，終於視神經狀，且通過前連合，似與他側之嗅中樞聯絡者。

味覺中樞  
及徑路

(四)味覺中樞及徑路：Das Zentrum und die Bahnen für den Geschmackssinn 在舌後三分之一部，雖由舌咽神經，傳於延髓，但舌前三分之二部，卽入三叉神經區域，此部受鼓索神經之分佈，此神經，後方與面神經合，在膝狀神經節部，分爲面神經幹，而入淺大岩狀部神經中，經蝶腭神經節，入三叉神經第二枝中，自此引向延髓，更由第二神經單位之核上纖維終於大腦，然其皮質中樞，現尚不明，或謂恐係近於嗅覺中樞之部分，且或在近於胼胝體後部之穹窿迴轉，或在海馬迴轉，亦未可知。

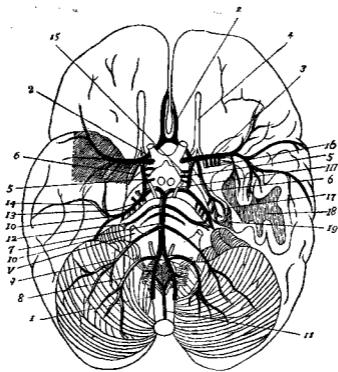
#### (四) 腦之血管分佈

腦之血管分佈 Die Gefäßversorgung des Gehirns 成於頸內動脈及椎骨動脈頸內動脈，在視

腦之血管  
分佈

神經交叉部分二枝，甲曰大腦前動脈，上升左右大腦半球間，進行胼胝體之上，乙曰大腦中

第二十四圖 人體血液分佈狀況  
(Monakow 氏)

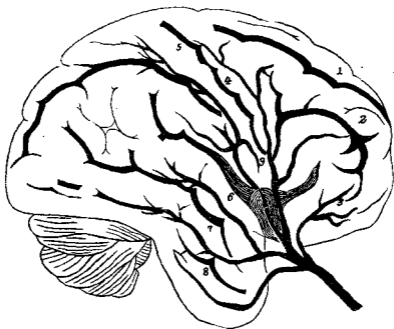


- (1) 椎骨動脈 (2) 大腦前動脈 (3) 大腦中動脈 (4) 嗅球
- (5) 後交通動脈 (6) 前脈絡動脈 (7) 基嚙動脈 (8) 小腦下動脈 (9) 小腦中動脈 (10) 大腦後動脈 (11) 脊髓前動脈 (12) 小腦上動脈 (13) 大腦後動脈短枝 (14) 顯顯動脈 (15) 出自後交通動脈之小枝 (16) 羅斯核動脈 (17) 出自前脈絡動脈之小枝 (18) 顯顯葉斷面 (19) 同上 (V) 動眼神經 (V) 三叉神經

動脈，(Sylvius 氏動脈) 入 Sylvius 氏窩，分佈於大腦半球內諸腦幹部。



第 二 百 四 十 三 圖 第 二 百 四 十 三 圖  
Bivius 澗動脈分佈於大腦皮質之狀況



- (1) 第一額運轉
- (2) 第二額運轉
- (3) 第三額運轉
- (4) 前正中運轉
- (5) 後正中運轉
- (6) 第一額運轉
- (7) 第二額運轉
- (8) 第三額運轉
- (9) 篩蓋

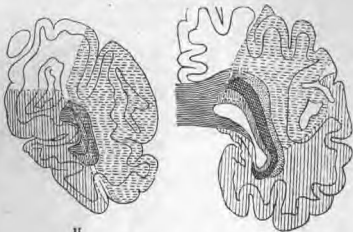
椎骨動脈分佈於腦髓後半部，達於延髓及橋髓間，左右動脈，合為基礎動脈，分出小腦之上中下三動脈，至橋髓前緣，分為左右之大腦後動脈，自此各分一條後交通動脈，與頸內動脈之大腦中動脈吻合，左右之頸內動脈，由兩側大腦前動脈間之前交通動脈，互相吻合，故左右之頸內動脈，及椎骨動脈，互相吻合，成六角形之環狀，此名 *Willis* 氏動脈環。

今觀其分佈區域，為肝脈髓（大腦前動脈）尾狀核頭部

診斷學 下卷

圖 四 十 四 百 二 第  
 城 區 佈 分 液 血 之 腦 大 人

診 斷 學 下 卷



II

I

圖中白色者白  
 大腦前動脈送  
 血處作橫點線  
 者白大腦中動  
 脈送血處作縱  
 線者白大腦後  
 動脈送血處

(大腦前動脈)中部(大腦中動脈)尾  
 部(後交通動脈)瓊斯核(大腦中動  
 脈)內囊前脚(大腦中或前動脈)後  
 脚(脈絡膜動脈或後交通動脈)外囊  
 (大腦中動脈)視神經牀前半部(後  
 交通動脈)後半部(後交通動脈)視神  
 經索(脈絡膜動脈)後交通動脈頸內  
 動脈本幹視神經交叉及視神經、頸  
 內動脈枝幹大腦前動脈、前後交通  
 動脈(四疊體)(大腦後動脈)小腦上  
 動脈(延髓椎骨動脈)小腦下動脈等  
 因各人面稍有差異,其中如大腦中  
 動脈,或出血或生栓塞者最多。

三百五十六

第一章 對於腦脊髓病之局部診斷要綱

第一 腦髓之竈局疾病

腦髓之竈局疾病。Die Herderkrankungen des Gehirns 腦髓內，若有出血腫瘍等存在時，竈局症狀之外，更以腦壓亢進等，而發一般症狀。

(甲)竈局症狀。Herdsymptome 分直接間接二種，直接竈局症狀，即局部症狀。云者，直接由病竈部官能脫失而生，間接者，即隣接症狀。由出血或腫瘍等壓迫，或以反應性充血，病竈外之官能，一時亦復廢絕之謂也。

(乙)一般症狀。Allgemeinsymptome 由出血時之急性的腦充血，或由震盪症，一時期起意識缺亡，眩暈頭痛言語障礙，全身痙攣，嘔吐徐脈等，皆屬之。

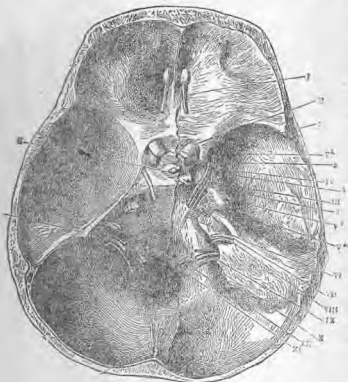
由腦髓之竈局症狀，可判其病竈之局在部分述如左。

(一)大腦皮質或即在皮質下之冠狀放線部有病竈時，多發一腕或一足運動麻痺，單癱 Monoplegie) 或由其皮質之刺戟，可見同肢之痙攣，但病竈苟非甚大，罕有發全身之不遂症 Hemiplegie) 者。倘皮質下有病竈時，通過皮質下之各皮質間聯合纖維，為所侵犯，偶有見失語症 Aphasia) 者。

(二)內囊都有出血等病時，尋常在後腳中央生病竈，而對側之全半身運動麻痺，上下肢尤甚，出血更大者，肢及內囊前後兩脚間之膝部，舌下神經及面神經之徑路，亦為破壞，其半身不

途之一側，可見面神經麻痺及言語障礙，或出血竟蔓延至內囊後脚之後部者，全半身之知

圖 五 十 四 百 二 第  
位 部 之 出 分 底 頂 頭 白 經 神 腦



右半側之硬腦膜已

剝離者

自(I)至(XII)示

十二對神經

(V<sub>1</sub> V<sub>2</sub> V<sub>3</sub>)示三叉神

經第一、第二、第三

枝

(V\*) Olfactory 氏神

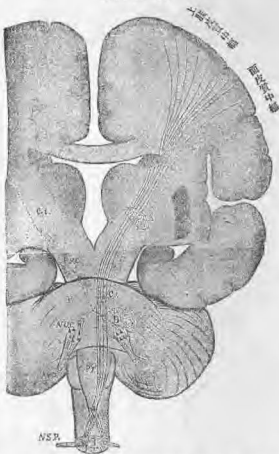
經節

(II) 大腦下垂體

第 二 百 四 十 六 圖

面神經及四肢運動性路徑模型圖

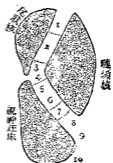
(Edinger 氏)



(A B C) 示假想之邊  
局患部 (A) 左側內  
囊之患部右側起半身  
不遂者 (B) 左半側  
Ventricle 氏橋之患部  
當右側肢及左側面神  
經纖維路起交叉性  
麻痺者 (C) 由橋內疾  
患而起交叉之面神  
經及四肢麻痺症 (C.i.)  
內囊 (P) 大腦脚  
內囊 (P) 大腦脚  
Ventricle 氏橋  
面神經核 (N.p.)  
面神經 (Py) 錐狀體  
(NSP) 脊神經

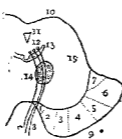
覺肌覺聽覺均障礙時有見視覺障礙者  
 (三) 大腦脚有病竈時對側生半身運動不遂且兼有面神經及舌下神經麻痺又有他側之動  
 眼神經麻痺至見眼球運動不全複視眼上險下垂瞳孔散大等症蓋右側動眼神經及四肢麻痺  
 於右眼而右側錐狀體至延髓下端交叉而至脊髓左側故也交叉性動眼神經及四肢麻痺

圖七十四百二第  
圖製模部囊內腦大有



- (1) 內囊前脚
- (2) 視神經前脚(坐)
- (3) 視神經(其次至於小腦者)
- (4) 舌下神經
- (5) 上肢運動
- (6) 下肢運動
- (7) 肌管(8) 視神經後脚
- (9) 延髓(10) 視神經後脚

圖八十四百二第  
圖製模脚腦大有



- (1) 不明之道路
- (2) 額葉橋
- (3) 運動性腦神經
- (4) 錐狀體道
- (5) 肌管
- (6) 知覺道
- (7) 錐束
- (8) 雙眼神經
- (9) 大腦脚
- (10) 前四疊體
- (11) 6, 5, 3, 氏膠管
- (12) 動眼神經
- (13) 延髓
- (14) 延髓
- (15) 後縱束

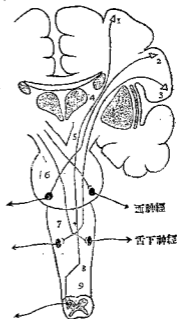
下發汗。血管運動神經。物質代謝等中樞。各以其病變。而見此等官能之異常。

(六) 視神經。牀有病竈時。此為感覺之皮質。下中樞。故對側半身之觸覺。肌覺。溫覺。痛覺。形覺。發生麻痺。更侵及外膝狀體時。生半盲症。侵及內膝狀體時。則對側發生耳聾。而運動無障礙。

(四) 橋髓有病竈時。除對側上下肢半身運動麻痺。及舌下神經麻痺外。兼有他側有病竈之一側之面神經麻痺。癱瘓。又性面神經及四肢麻痺。

(五) 延髓有病竈時。除對側運動麻痺外。兼發他側之舌下神經。迷走神經。麻痺。言語咀嚼嚥下。均有障礙。其他則延髓中有下列各中樞。即外旋神經三叉神經。知覺及運動核。舌咽神經。味覺。聽神經。蠕神經。聽覺。同半規管神經。身體重心平衡。下橄欖體。小腦官能。後縱束。運動性腦神經官能。聯絡呼吸。心跳。唾液。咀嚼嚥。

圖九十四百二第  
圖型復動運之髓延及髓橋



- (1) 錐狀體  
(2) 面神經核  
(3) 中腦  
(4) 內囊  
(5) 延髓  
(6) 橋  
(7) 延髓  
(8) 錐狀體交叉  
(9) 脊髓

(七) 尾狀核有病竈時，每見反對側體溫上升，故或謂此部有體溫調節中樞，然未證實。  
(八) 瓊斯核有病竈時，每呈言語障礙、舞蹈運動、強迫性笑顏等，然不確實，更有

謂線狀體中、尾狀核及瓊斯核之總稱，有皮質下性膀胱中樞者。

(九) 赤核為視神經核後端之續，視神經核，以此與大腦皮質連絡，更由連合臂，受小腦之纖維，且由 Monakow 氏束，下降於脊髓錐體側索道之前，且赤核附近，有動眼神經核，故赤核部病竈，至有發小腦性運動失調，動眼神經麻痺，四肢運動異常者。

(十) 在前四疊體中，有動眼神經核，瞳孔中樞亦核後縱束，故以此部之病竈，生動眼神經麻痺，瞳孔異常運動失調，運動性腦神經聯絡運動障礙，振顫、舞蹈狀運動等症。

(十一) 後四疊體中，有聽神經通路滑車神經核，小腦連合臂通路等，以其病竈，而生運動失調，反對側耳雙眼上斜肌麻痺等症。

第二 脊髓之寔局症狀

親。脊。髓。局。部。 Die Localisationen im Rückenmark 自各髓所發前後根之分佈區域，略如左表

脊髓部位	筋	肉	反	射	皮知覺部位及神經
第二及第三頸髓	胸鎖乳突肌、斜方肌〔即僧帽肌〕、(二—四)斜角肌、及項肌、膈(三—五)	暴壓季肋、則為急速之吸氣、			項部及枕(後頭)部、枕大神經、(一—三)枕小神經、(二—三)
第四頸髓	膈、岡上肌、岡下肌、三角肌、二頭肌及烏喙肱肌、旋後長肌、菱形肌、	刺戟項部第四至第七頸椎、則瞳孔散大、			項部、肩胛上部、上肢外側、鎖骨上神經、(三—四)
第五頸髓	三角肌、二頭肌及烏喙肱肌、旋後長短肌、胸肌之鎖骨部、大鋸肌、菱形肌、肱內肌小圓肌、	肩胛反射、(五—一)所屬肌肉之腱反射、			肩胛及上肢背側、肱及前臂外側、腋神經、(五—六)肌皮神經、(五—七)正中神經、(五—一)橈骨神經、(五—二)
第六頸髓	二頭肱肌、肱內肌、胸肌鎖骨部、大鋸肌、三頭肌、伸指肌、旋前肌、	上肢及伸前臂筋腱之反射、手關節髓反射、(六至八頸椎神經)			前臂外側、手背及桡骨神經區域、

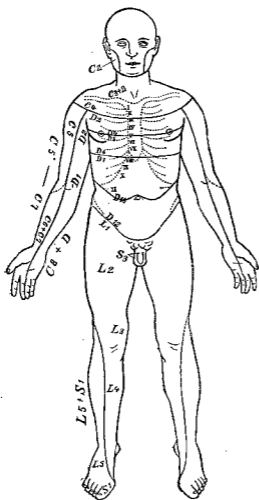


第七頸髓	三頭肌長頭、伸指肌、屈手肌、手之旋前肌、胸肌之肋部、肩胛下肌、背闊肌、大圓肌、	手掌反射、(七—二)	手之橈骨神經區域、(五一—)
第八頸髓	屈指肌、手之小肌、	瞳孔反射、	正中神經區域、(五一—)
第一胸髓	伸拇肌、手之小肌、拇肌及小指肌、	上腹反射、(四—八胸椎神經) 腹壁反射、(七一—)	尺骨神經區域、(七一—)
第二至十二胸髓	背及腹部諸肌、伸脊柱肌、	十一)	胸部、背部、腹部、及臀部、
第一腰髓	腸腰肌、縫市肌、腹肌、	提舉肌反射、(一一—二)	外生殖器、陰囊前面、股神經、(一一—五)
第二腰髓	腸腰肌、縫市肌、腹四頭肌、	膝蓋腱反射、(二—四)	臀部及外側、

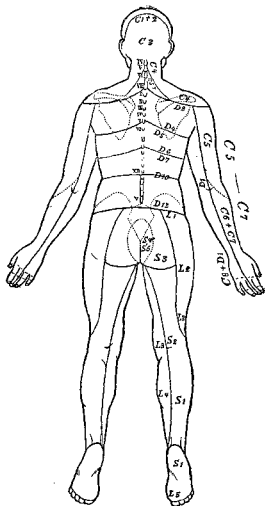
第三 腰 髓	股四頭肌、臀肌、闊筋膜張肌、(即股鞘張筋、)股內轉肌、		臀前及內側、腓骨神經、(三—一)脛骨神經、(四—一)
第四 腰 髓	股外展肌、股內旋肌、頸骨前肌、股二頭肌、半腱肌、半膜肌、閉肌、梨狀肌、股四狀肌、	臀肌反射、(第四及第五腰椎神經)	臀肌內側、達於下肢內踝之內側、足部內側、
第五 腰 髓	腓腸肌、比目魚肌、股二頭肌、半腱肌、閉肌、梨狀肌、股四頭肌、屈足肌、屈趾及伸趾肌、腓骨肌、	Achilles 腱反射、(五—一)	臀部背面、大脛背面、足部外側、
第二至第三 薦 骨 髓	屈足肌、伸趾肌及屈趾肌、腓骨肌、骨間肌、	足蹠反射、(一—二)射精中樞、(二—三)	大腿背面、下腿外側、足外側、
第三至第五 薦 骨 髓	會陰肌、膀胱肌、直腸肌、	勃起中樞、(三)膀胱及直腸反射、(三—四)肛門反射、(五)	薦骨部、肛門、會陰、外生殖器部、

檢查身體各部表面，所分佈之知覺神經，與其於脊髓中樞之關係，則枕部頸部頂部及胸廓  
 上三分之一，受第一至第五頸椎神經之支配，上肢由腋神經叢所分佈，此叢成於第五頸神  
 經，至第一胸神經，乳房為第四、五胸神經，胸骨劍尖部為第七胸神經，臍為第十胸神經，Pon-  
 tici 氏韌帶部為十二胸神經，下肢前面為腰神經，後面為薦骨神經所分佈，自脊髓最下端，  
 分佈於肛門周圍。

第 二 百 五 十 圖  
 脊 髓 之 知 覺 分 佈 圖  
 (前 面)



第二百五十一圖  
脊骨之知覺分佈圖  
(後面)



第二章 局部疾病檢查法

第一 頭頂檢查法

頭頂檢查法 Die Untersuchung des Schädels 所宜注意者其大小形狀及壓痛是也

(1) 頭頂大小

頭頂大小 Die Grösse des Schädels 可以頭頂計(骨盆計)及帶尺測其最大徑日本成人之平均

頭頂檢查法

頭頂大小

數，如左表(吳博士調查)

周圍(枕外結節、及眉間)	五五.〇六 <sup>cm</sup>	五二.七二 <sup>cm</sup>
耳額圍(自耳門前緣過眉間、至對側之外耳門前緣)	二九.八二	二八.二七
耳枕圍(自乳突前緣過外枕結節、至對側之乳突前緣)	二三.四〇	二一九.六
耳頂圍(自額弓之外耳前緣、繞頂部、至對側之同點)	三六.三三	三三.九二
耳領(下脰)圍(自一個耳門上緣、繞領及頰、(即頤)至他側之同點)	三〇.三六	二七.九二
鼻根枕圍(自鼻根經頂、至枕外結節)	三五.三七	三三.四四
前後徑(自眉間至枕外結節)	一九.八九	一七.一六
左右徑(兩側頂結節間)	一五.〇六	一四.五三
耳門徑(兩耳門入口間)	一二.四五	一二.〇一
額突徑(兩側額骨同骨突間)	一〇.八一	一〇.五〇
耳門鼻棘徑(外耳門與鼻尖之直徑距離)	一一.六四	一〇.八一
耳高(自耳門上緣、至頂部水平橫線之距離)	一二.七六	一二.二四

大頭  
方頭  
頭頂癆  
小頭

第 二 百 五 十 二 圖  
腦 腫



頭頂過大者曰大頭(巨頭) Macrocephalie 每見於腦水腫(二百五十二圖)在佝僂病性小兒枕部扁平而呈方頭(Copat quadratum)在薄弱之幼兒頭骨菲薄易於壓陷此名頭頂癆(Kranioabos)他如白癩癰癩等多見異常之小頭(小頭) Microcephalia 頭頂大小不必盡與腦之大小成比例以額竇有極大者故也

(一) 頭頂形狀

頭頂形狀

長頭

中頭短頭

左右不同

Rolando  
氏線

定頭頂形狀 Die Form des Schädels 時先須測其前後徑與橫徑之比例所用之橫徑示數如

縱徑  $\times 100$  之類以百乘左右徑而以前後徑除之其示數若在七十五以下曰長頭 Dolichocephalie

七十五至八十曰中頭 Mesocephalie 八十以上曰短頭 Brachycephalie 其他如先天性

精神病每見有頭頂左右不同 Asymmetrie des Schädels 者

欲知頭頂表面與腦之迴轉及溝之位置關係 Poirier 氏以 Rolando 氏線及 Sylvius 氏線為準

(一) 定 Rolando 氏線 (Rolando'sche Linie) 時在耳角與下頷關節間向顳顬骨額弓上緣引一鉛

直線沿此線自耳門向上 7cm 其終點即當 Rolando 線之下端欲求其上端者可在頭頂之

矢狀正中線從鼻額角之尖端至枕外結節之線取而二分之自其中央點退後 2cm 即是由此

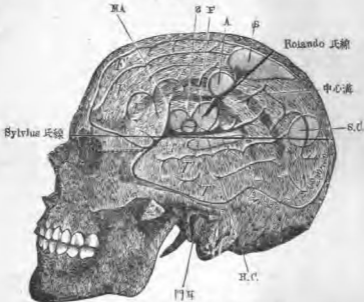
可得 Rolando 氏線與矢狀線之交又點若枕外結節不著明時在成人可以距鼻額角後十

圖 三 十 五 百 二 第

係屬的剖解部局之頭頂與腦中質皮及絡運屬  
(Poarier 氏)

有視覺中樞、

陰斷學 下卷



(A) 上肢 (B) 下  
肢 (MA) 運動性失  
語 (Z) 舌 (F) 面  
神經 (HC) 聽官中  
樞 (F<sub>1</sub> F<sub>2</sub> F<sub>3</sub>) 第一  
第二·第三·額運  
轉 (T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> T<sub>3</sub>) 第一  
第二·第三額額  
運轉

七至十八 cm 處，作為 Rolando 氏線之上端，(Sylvius 氏線者，鼻額角與枕外結節上八 cm 處，互相連結之一線，此二線，定大腦貴重之中樞部時，甚為重要，Rolando 線上三分之一處，有下肢運動中樞，中三分之一，有上肢中樞，下三分之一，為面咽喉中樞，線下端之前，則有言語中樞，Sylvius 氏線下端，所引地平線之中央，有聽覺中樞，線之後端，

(三) 頭頂壓痛

頭頂壓痛

頭。頂。壓。痛。Die Druckempfindlichkeit des Schädels 檢時可加指壓、或以指或以打診槌輕叩之、壓痛及全部者見於腦膜炎、神經衰弱症等、限局性壓痛、則為腫瘍膿瘍之類、且在神經衰弱症、或 Hysterie 等、多發於額部或枕部、

第二 脊柱檢查法

脊柱檢查法

脊。柱。檢。查。法。Die Untersuchung der Wirbelsäule 注意其形狀、運動、壓痛等、此外有腰椎穿刺法、診斷上亦屢用之、

(一) 脊柱形狀

脊柱形狀  
後側觀  
前側觀

脊。柱。形。狀。Die Form der Wirbelsäule 之變化、為後彎、Kyphose 側彎、Scoliose 及前彎、Lordose 等、彎曲為鈍角(弓狀彎曲)時、於脊髓無傷、若在角狀後彎、則易於壓迫脊髓、有發脊髓傳導路中斷之症狀者、如脊椎體、骨節、及脊椎骨折時所見者是也、檢查輕度側彎時、表皮不必移動、連結岡突尖端、引一墨線可也、此等變化、於肋膜炎後胸廓一側萎縮、或由進行性肌萎縮、及末梢神經麻痺、而背肌、腰肌萎縮、或由麻癆、每繼發側彎前彎、其餘如癩瘰性病、若破傷風、癩癩發作時、脊柱全體、反向前方、且如 Hysterie 大發作時、脊柱轉振若橋形、而成環狀、Arc de cerrole 者有之、

環狀弓



脊柱運動

(1) 脊柱運動

脊柱運動。Die Beweglichkeit der Wirbelsäule 在老人常減少。他如椎骨癆畸形關節炎神經衰弱、以痛故致背肌反射強勁、而脊柱運動性為之減殺、腦膜炎且在腦底者、發項強直、又在脊髓膜炎、脊柱有全部硬勁者、反是在進行性肌萎縮、遺傳性及青年性尤甚、則由背肌腰肌之萎縮性麻痺、而脊柱之運動區域增加。

(三) 脊柱壓痛

脊柱壓痛

脊髓過敏症

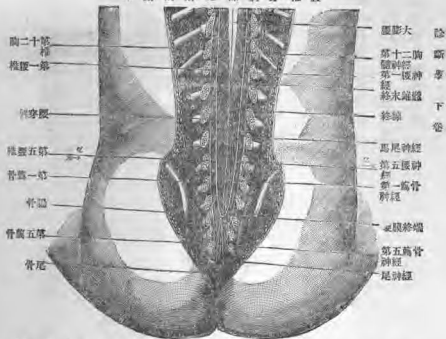
脊柱壓痛。Die Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule 尤多見於椎骨癆、椎骨及脊髓膜炎等、且在機能神經症、如神經衰弱及 Hysterie 之類、脊髓中雖別無局限性病竈、而脊柱之某部分、加以指壓、多著明過敏、於第五六胸椎附近更著、此名脊體過敏症、Spinalirritation 每與椎骨癆初期、外觀上脊椎尚未彎曲者、易於誤診、故脊柱一定部、有局限性壓痛時、必反覆扣之、若疼痛漸輕、心神轉覺爽快者、多為機能性脊髓過敏症。

(四) 腰椎穿刺法

腰椎穿刺法

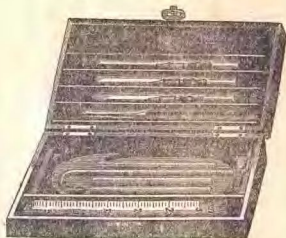
腰椎穿刺法。Die Lumbalpunktion (一八九一年 Quincke 氏發明) 行術時、非先將腰髓對於脊柱之解剖關係、熟知不可、不然則穿刺時、有毀損脊髓之懼、脊髓之腰部膨大、自第九胸椎間突、直至第一腰椎間突之間、與第一第二腰椎相當、故穿刺時、使病人裸其上半身、胸部及大

第 二 百 五 十 四 圖  
腰 椎 穿 刺 部 之 解 剖 關 係



腰前屈而側臥，結合兩腸骨崎最高點，與脊柱線交叉處，與第四腰椎間突一致，由此向上一圓突之上面凹中，即選第二第三腰椎間，或選第三第四腰椎間，自正中線偏側，半 $cm$ 或一 $cm$ （小兒在正中部）以殺菌之穿刺器（二百五十五圖）稍向上內方，在四五 $cm$ 之前，若與正中線成交叉之角度而進，針尖既貫脊髓硬膜，忽無抵抗，由此可以知之，且腦脊髓液湧出，若排液不充分時，可使患者加以腹壓，穿刺深淺，小兒約二 $cm$ ，成人以六至七 $cm$ 為極度，此時無需局部麻醉，液之一定量，五 $cc$ 內外不得至十 $cc$ 以上，滴入消毒之小圓玻璃管時，

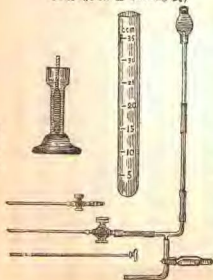
第 二 百 五 十 五 號 圖



若蒼色(黃色)潤濁,有絲狀沈澱物時,卽爲  
腦脊髓膜炎,其壓則以患者之位置及年  
齡,易於變化,診斷上價值甚少,尋常爲五

診斷學 下卷

第 二 百 五 十 六 號 圖  
氏(Crenig) 氏(刺穿器)



速拔針,以絆創膏貼之,其他用一定之計壓管,  
由橡皮管連結於穿刺針時,可測定腦脊髓液  
之壓力, 穿刺後,暫時每起不快症狀,如眩暈  
頭痛惡心嘔吐等,時或有之,但靜臥一日,大抵  
消失,若再穿刺,須隔一週以上,惟腦脊髓中,有  
膿瘍或出血時,腦壓因穿刺而發急變,促使出  
血,有危險,故須禁忌,腦脊髓液,尋常無色透明

圖七十五百二第  
法刺穿體



陰 斷 學 下 卷

圖八十五百二第  
Nissl 氏小管



至四線(二%)以上,即為病,在脊髓梅毒癩病癩性  
癩病則多達三%以上,

Konno = Apelt 兩氏之法,取口徑一 cm,長百 cm 之試管二枚,

其一盛脊髓液二〇 cc,其一空無所有,二者加入同量之

最純飽和硫酸 Ammon 液,八五%勿煮沸,放置三分鐘,以

透過光線檢之,若 Globulin 及 Nacl-coalbumin 分離 (Albumin 不分離而放螢光,或呈稠濁時,

○至一二〇 mm,若在三〇 mm 以下,二〇〇 mm 以上者,即為病,測定液中蛋白時,用 Nissl 氏小管(Nissl's tubes Köhler) (二百五十八圖)取脊髓液二 cc,加入 Esbach 氏試劑 (Fikrin 酸一〇枸橼酸二〇水一〇〇〇)一 cc,拌之,以電氣遠心器,沈澱三十分後,檢其蛋白沈澱,至下端何線為止,每一區分線,為〇〇〇一 cc,線間之沈澱,所以示〇.五%之蛋白,普通不過二線,一%若

從 沈 澱 之 液 判 沈 澱 物 之 製 備 膜 球 菌 標 本

(Kolle 氏)



此名第一期反應 Phase I. 陽性，即病徵，若在生理，常透明而為陰性，乃濾過之，加醋酸一二滴於濾液中，煮沸之，則混濁，此由 Albumin 分離之故，此名第二期反應 Phase II. 陽性，生理亦

有之。

野口英世氏法，取細試驗管，盛脊髓液 0.2 cc，加 1.0% 牛酪酸 1.0 cc，煮沸之，乘其未冷時，加 4% 苛性曹達 0.2 cc，若生雲狀沈澱，則反應為陽性，在生理，則僅生輕度之白色混濁耳，計算白血球，且計算小核淋巴球時，用 N. S. 氏血球計算器，在生理，凡 1 cc 中，必為十個以下，若有十個至二十個時，為弱陽性，二十至六十者為陽性，六十以上為強陽性，於梅毒性中樞

神經病則增加，此外有多核中性球、腦脊髓膜炎偶有見內皮細胞、Plasma 細胞、Eosin 嗜好細胞腫瘍細胞、Cholestherin 結晶等、

在結核性腦膜炎、有結核菌在化膿性腦膜炎、則有膿球、連鎖球菌、葡萄球菌、且在流行性腦脊髓膜炎、有腦膜炎球菌、一八八七年 Weichselbaum 氏發見一名腦膜炎性細胞內複球、Diplocoecus intracullaris meningitidis 二菌相抱如淋菌、潛伏於細胞內、各種鹽基性 Anilin 色素均着色、以 Gram 氏法而脫色、二百五十九圖）

### 第三 末稍神經檢查法

末稍神經檢查法、Die Untersuchung der peripheren Nerven 於各種末稍神經麻痺及神經痛行之、在神經周圍、神經炎、神經腫等、其神經、每腫脹、而有壓痛、

### 第四 精神機能檢查法

精神機能檢查法、Die Untersuchung der psychischen Tätigkeiten 記其概要如左、

#### (一) 意識障礙

意識障礙、Störungen des Sensoriums oder Bewusstseins 分爲三度、意識全然明確、舉動應對、不失常度者、曰有悟性、Personenheit 反是而意識全消者、曰人事不省、Bewusstlosigkeit 其不明確者曰意識瀰濁、Bewusstseinsstrübung 且以其障礙之程度而輕重不等、最重者、雖與以強刺激、

末稍神經  
檢查法

精神機能  
檢查法

意識障礙

悟性  
人事不省

意識瀰濁

昏睡  
嗜眠

無差別症

錯亂狀態

體妄狀態

精神障礙

夢中游行

昏迷

眩暈  
失神  
耳眩暈及

亦毫無反應，此名昏睡。Coma 高聲喚起之，或搖動其身體，一時雖若有識別，未幾又復睡眠者，曰嗜眠。Schlafsucht, Somnolenz 有稍強之刺激，則發運動或言語者，曰昏瞶。Sopor, Benommenheit 精神瀰濁之最輕度者，曰無差別症。Unbesinnlichkeit

夫如是，意識瀰濁，理解力判斷著明為所侵害者，曰錯亂狀態。Verwirrtheit 加之耳目有幻覺而發謔語者，曰譫妄狀態。Delirium 更有意識不甚瀰濁，專由潛在意識而行動，事後不復記憶者，曰精神障礙狀態。Psychische Dimmerzustände 患者當是時，往往以無意識向遠處徘徊，作種種行動，其後多不記憶，此名夢中游行症。Somnambulismus 其中至有犯殺人罪者，此外精神雖不瀰濁，而機能被抑，發語及體動極少者有之，此名昏迷狀態。Stupor 凡發此等意識障礙者，為熱性病（傷寒）虛脫（失血外傷）飢餓中毒（麻醉藥）自家中毒（尿毒症）糖尿病（腦病）出血腫瘍（腦膜炎）神經症（癲癇，Hysterie 發作）等是也。

又有一時意識生障礙者，其輕者曰眩暈。Schwindel, Vertigo 重者曰失神。Ohnmacht 由視覺而來者，曰視眩暈。Augenschwindel 因耳病迷路出血等者，曰耳眩暈。Ohrschwindel 蓋此諸症，亦由神經細胞過敏（神經衰弱症）血行障礙（腦貧血）腦充血（腦動脈硬化症）老人血液病（尿毒症）腦壓亢進（腫瘍）等而發生者也。

## (二) 智力障礙

智力障礙  
注意力遲鈍  
錯亂

認識力弱  
幻覺  
妄想

強迫觀念  
健忘症

癡呆

白癡癡愚  
輕微低能

末梢性刺  
戟之感覺

智力障礙。Störungen der Intelligenz 表現於種種方面，或有注意力。Aufmerksamkeit 遲鈍。Abstumpfung 者，或有散亂。Zerstretheit 者，或有認識力。指南方，或曰所在。識。Orientierung) 被侵，而多誤。認。Die Desorientiertheit 地方人物。時日者，或視聽與事物不類而生錯覺。Illusion 或感覺實際所無之事物而發幻覺。Hallucination 或判斷謬誤而生妄想。Wahnidee 或判斷雖不誤，而對於其物抱恐怖心，患者雖自知為病，而不能脫却病的觀念，所謂強迫觀念。Zwangsvorstellung 者有之，又記憶為所侵犯者，曰健忘症。Amnesie

上述障礙，不拘有無，而智力障礙甚者，名曰癡呆。Börsinn 有先天性後天性二種，先天性癡呆，各從其程度，稱曰白癡。Idiotie 癡愚。Imbecillität 輕癡。Dobilität 或低能。psychopathische Minderwertigkeit 後天性癡呆。起於梅毒。麻痺性癡病。酒毒。中酒性癡病。老耄。老人性癡病。血行障礙。動脈硬化性癡病。自家中毒。甲狀腺性癡病。外傷。外傷性癡病等。

### 第三章 感覺機能檢查法

#### 第一 末梢性刺戟之感覺

末梢性刺戟之感覺。Die Empfindung peripherer Reize 分為淺在感覺。皮感覺。及深在感覺。肌感覺。二種。

#### (一) 淺在感覺



淺在感覺

各種感覺  
之種類性  
狀等

性質

強度

速度

淺在感覺。或曰皮感覺。Oberflächen-sensibilitäten oder Hautsensibilitäten 中有觸覺、壓覺、溫覺、痛覺、部位覺、空間覺、電氣感覺等。

凡吾人之知覺神經，有所興奮，大腦之感覺中樞受之，其所生感覺，有下列之種類，即(一)視覺、(二)聽覺、(三)嗅覺、(四)味覺、(五)皮感覺、觸覺、痛覺、壓覺、溫覺、部位覺、空間覺、(六)筋肉感覺、位置覺、力覺、運動覺、形覺、七骨感覺、(八)內臟感覺、(九)一般感覺是也，而各種感覺，細檢之各有其性質，由各性狀之障礙而發種種症狀。

(一)性質。Qualität 云者，辨物體之色澤，或判其存否之感覺上性狀也，例如皮上初無外來刺激，若有蟻等小動物蠕行之狀者，名知覺異常。Parästhesie 若本空而見物，或無音而聞響者，名曰幻覺。Hallucination

(二)強度。Intensität, Quantität 云者，謂各種感覺之強弱，例如同為白色，感覺之性質，亦復相同，而紙、雪、壁、白堊之白色，各以其白色之程度，而知其差異，若感覺強度有障礙，感覺減弱時，名感覺鈍麻。或知覺鈍麻，亦曰知覺減退。Hypästhesie 更進而全然消失時，曰感覺脫失。Anästhesie 反乎此，感覺有因病而亢進者，此名感覺過敏。Hyperästhesie

(三)速度。Geschwindigkeit 者，刺激初至末稍部，如皮等，傳於大腦中樞之速度也，在脊髓後索之疾病，每有見其遲鈍者。

持續

(四)持。續。Dauer 吾人之感覺，例如外來刺戟，其持續僅以觸及表皮之時為限，但在中樞神經之器質性疾病，則往往刺戟物，雖自皮上除去後，尙覺其物未曾離去者有之，此症名曰感覺之後。續。症。Nachdauerung

數

(五)數。Zahl 物體一個，與皮接觸時，雖非目見，亦可知其為一物，然如 Hysterie 病人之類，雖刺戟僅一物，而有誤解為數個者，此名多。覺。症。Polyaesthesie 複。視。Diplopsie 亦屬之。

空間覺

(六)空。間。覺。räumliche Empfindung 物體自身，對於空間，有識別比例關係之能力，故其物體，去被檢者距離若干，又其物體之長寬厚薄如何，又某種音聲，來自何種方面，均以此知之，若此性狀上有障礙時，遂生小。視。症。Micropsie 或大。視。症。Macropsie 等，物之大小遠近，即有差誤矣。

情調

(七)情。調。Gefühlston 吾人見飛雪而起詩情，對冷月而增愁歎者，亦感覺之一性狀，而神經官能與精神官能所結合者也，吾人於感覺物體之形色以外，續發一種精神作用，是曰感覺之情調。

聯合

(八)聯。合。Association 皮之感覺，同時互相聯絡者，例如以鉛筆觸手掌，則其觸其冷其長其重與夫一定之壓，尋常必同時感覺，故有時某物體觸皮膚，雖明知之，而其物體為溫為冷，則有不能知者，凡此諸感覺之不聯合者，曰感。覺。離。背。Dissociation 麻痺者，名為部分之感。

覺。脫。失。partielle Anästhesie 若有觸覺而無溫覺者。曰部分性溫覺脫失。partielle Thermo-anästhesie 於痛覺見此障礙者亦不少。反是而觸痛溫壓一切皮感覺同時麻痺者。則名一般感覺麻痺。allgemeine oder diffuse Anaesthesia

以下就各感覺之種類性狀略述之。而普通感覺。雖別爲淺深二種。但有一種瀰漫全身之感覺。與此等局在性感覺異趣者。此名一般感覺。亦有由局在性感覺障礙。而惹起一般感覺異常者。要之普通感覺。主要以末梢神經之興奮而起。一般感覺。於此外更兼大腦皮質之興奮。且被精神作用之影響甚大。

(九)一般感覺。allgemeine Empfindung 或曰全身感覺。Gemeingefühl 爲全身自發感覺綜合之稱。由此有所謂心神。Stimmung 愉快與否。屬於一般感覺者。條列如左。

疲勞感覺。Ermüdungsgedühl 於神經衰弱鬱憂病。貧血。身體病等則亢進。反是在 Hysterie 或躁病患者。則多遲鈍。

眩暈。Schwindel 或如自身或如外物迴轉。遂續發不快感。惡心嘔吐等。尋常多發於登高之際。此名高處眩暈。Höhenschwindel 亦有由頭內血行障礙。腦貧血。腦動脈硬化症。中毒。飲酒過度。神經細胞過敏。神經衰弱等而發。亦有由耳目等他器官之疾病。以反射性而發者。且內耳疾病。則眩暈多與耳鳴。重聽併發。此等症狀。名曰 Meniere 氏症狀。Ménière

schler Symptomenkomplex

苦悶感覺

(c) 苦悶感覺。Angstgefühl 爲不快感之增惡者，與心悸、心臟部疼痛、呼吸促迫等併發，每於神經過敏者、精神變質者、Hysterie 等見之。

食慾

(d) 食慾。Nahrungsgelühl 爲對於飲食之慾望，其減損者，曰食慾不振。或食思減損。Appetitlosigkeit 不僅見於胃腸之器質性及官能性疾病，亦發於多數神經症，以神經衰弱尤著。至若某種精神病，有絕對拒食者，此名食物拒絕症。Nahrungsverweigerung (恐食症。Strophobie) 反乎此，食慾異常亢進，稍餓即不可耐者，曰飢餓感。Hungertgefühl (熱餓。Heißhunger, Bulimie) 每於 Hysterie 等見之，若是者，日必進食多次，此外有進食次數雖如常，而一次食量極多者，此名多食症。Polyphagie 由胃黏膜缺乏食物填充感覺之故，於精神遲鈍者見之，又有對於飲料水，慾望亢進者，曰多渴症。Polydipsie 見諸 Hysterie 及糖尿病，凡此食慾進退之外，有食慾錯亂，好常人所惡之食物者，此名異味症。Pica 於孕婦十二指腸蟲病。Hysterie、白癡等見之。

由皮感覺神經興奮，所生之感覺種類如左。

觸覺

(一) 觸覺。Tastinn, Berührungssinn 檢時使患者閉目，以柔軟物不兼有痛覺及冷覺者，如指及毛筆之類，觸其身體皮膚，問其覺否，或以針鼻或以針尖觸之，問其能否辨別，蓋皮之一切感

覺。因身體各部，其銳敏之度不同，故宜左右比較，以定其銳鈍。觸覺減退者，不僅見於末梢神經病，腳氣癩病多發性神經炎，脊髓後索病，脊髓痲，脊髓炎，腦病（廣泛之腦出血，即如官能性神經症，*Hysteria*）無解剖變化者亦見之。其他亦見於非直接神經系疾患，如動脈硬化症，慢性酒精中毒等，而觸覺過敏症反是，偶見於末梢神經，及筋肉急性病初期，或有在 *Hysteria* 及神經衰弱症，雖微觸其膚髮，即覺不快者。

(一) 壓覺或曰壓(神) *Druckstim* 檢查時，用 *A. Eulenburger* 氏壓覺計 *Der Baroesthesiometer* 以小

圖十六百二第  
氏壓覺計



桿載皮上，加以一定壓力時，由小桿上端之彈條，使時計狀之指針移動，盤上數目字，所以示與壓相當之 *gr* 量，其銳鈍亦由身體各部而異，據 *Kammer und Anbert* 兩氏之記載，在額、額顛、手背、前臂為  $0.00$  -  $0.01$  *gr*，在指為  $0.00$  -  $0.05$  至  $0.01$  *gr*，在頰、鼻、腹壁為  $0.04$  至  $0.05$  *gr*，始能感覺云，蓋壓覺

常獨立而罕受障礙，大抵當末梢神經及脊髓後索病時，與其他皮感覺同被侵害者。

(三) 溫覺 *Temperaturstim* 檢查時，以打診槌之金屬部，與橡皮部，交換使之觸接，或以試驗管盛水與湯觸之，於其閉日時檢之，*Eulenburger* 氏之溫覺計 *Der Thermoesthesiometer* 係連結兩寒暑表，其基底各有扁平之水銀球，一方稍暖，觸其皮膚，使答溫度之差，雖以身體部位而異，

部位覺

空間覺

知覺計

但普通在攝氏二十五度至三十五度時，可識別半度至一度之差。  
 (四)部位覺。Orlaim 檢時使患者閉目，觸其指趾，而問其觸在何處，觸覺雖無麻痺，其所觸者為食指或為中指，每有不能辨別者。

第 二 百 六 十 一 圖



第 二 百 六 十 二 圖  
氏 知 覺 計  
Sieveling



(五)空間覺。Raunsein 檢時，使被檢者閉目，以觔神規。Der Testirkol (二百六十一圖)或以 Sieveling 氏知覺計。Der Aesthesiometer (二百六十二圖)尖部觸之，為二點測定其可以感知之最小距離，其均數如左，但可由練習而變為銳敏，小兒則常過敏也。

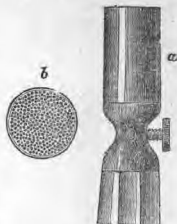
舌尖	一 mm	指	二—五 mm	手掌	八—一二 mm
足趾	一五 "	頰部、趾尖	一一 "	手背	二八—三一 "
前臂下腿	四〇 "	背部	四〇—七〇 "	股股	六五—七五 "

(六)痛覺。Schmerzemp. 檢查時，或用鼻針，或以指撥皮，若感覺消失者，曰痛覺脫失。Analgésie 感覺銳敏者，曰痛覺過敏。Hyperalgésie 或有與觸覺障礙並發者，或有孤立者。

圖三百六十二第

子導之用所查檢氣電傳感之皮

(Erb 氏)



(a) 硬鐵  
皮管  
(b) 導子  
之透孔面  
(金屬網  
總)

(七皮之電氣感覺) *elektrokutane Sensibilität* 檢查時用平流或感傳電氣尋常且用 Erb 氏導子 *Dialektrode* 與 *Dubois* 氏槓形裝置 *Der Schlittenapparat* 通電測定皮上最初之一種感覺或感知痛覺最小之螺旋筒距離其均數如左

刺戟部位	知覺最小限	痛覺最小限	刺戟部位	知覺最小限	痛覺最小限
頰部	二〇〇—二二〇 mm	一三〇 mm	額部	一七〇—二〇〇 mm	一二〇 mm
腕部	二〇〇 "	一二〇 "	前臂	一九〇 "	一一五 "
手背	一七五 "	一一〇 "	指端	一二五 "	九〇 "
腹部	一九〇 "	一二〇 "	大腿	一八〇 "	一一五 "
小腿	一七〇 "	一一〇 "	足背	一七五 "	一一〇 "
足底	一一〇 "	八〇 "			

檢上記各種知覺可分知覺鈍麻 *Hypaesthesia* 知覺脫失 *Anaesthesia* 知覺過敏 *Hyperaesthesia* 不

多覺症  
過覺症

他側知覺

所失

全身知覺

半身知覺

脫失

兩側知覺

脫失

鳥喙狀知覺

脫失

深在感覺

肌覺

位置覺

Romberg氏症狀

運動覺

僅此也。有刺戟已終、尙存感覺者、此名後感覺。Nachempfindung (Nanny 氏) 或觸者僅一指、而

感覺如二三指者、此名多覺症。Polysthesie (Fischer 氏) 或觸寒冷而有溫感者、此名溫覺。錯

倒。perverse Thermoanesthesie (Strümpell 氏) 又或觸其一側肢體、而感覺在於他側者、此名他

側知覺症。Allochirie (Overmeister 氏) 此外知覺麻痺、見於全身者、曰全身知覺脫失。totale

Anaesthesie 見於左右半身者、曰半身知覺脫失。Hemianaesthesie 侵上下半身、即上兩肢或

下兩肢者、曰兩端知覺脫失。Paranaesthesie 限於一部者、曰鳥喙狀知覺脫失。Inselanesthesie

(一) 深在感覺

深在感覺。Die Tiefensensibilität 者、筋、肉、形、體、骨、內、臟、等、感、覺、之、總、稱、也、

(二) 肌覺。Muskelsinn 者、不須視覺、能知四肢位置運動等狀況之謂、成於左列三種、

(a) 位置覺。Lagesinn 檢查時、使被檢者閉目、檢者持其 upper 肢或下肢、取一定之位置、使答其

位置之狀況、或使將他肢與檢肢、取同一位置、此覺被侵時、使患者直立、命其閉目、則身體立

即動搖、此名 Romberg 氏症狀。狀為脊髓癆特徵之一、

(b) 運動覺。Bewegungssinn 檢時令患者閉目、使自運動其患肢、或醫師動之、而使口述其有

無運動及方向等

(c) 力覺。Kraftsinn 有二種、重量感覺及抵抗感覺是也。重量感覺。Schwereempfindung 者、以重



抵抗感覺

量不同之物體，不使載於掌上，而使提舉，以別其輕重之謂也。普通在三百 gr 內外，其原量相差二十分之一，或四十分之一者，可以識別。檢抵抗感覺。Widerstandsempfindung 時，屈四肢或指，其可伸展之面，加以一定抵抗，而命其伸展屈曲肢，以別其抵抗大小之差。

形覺

形覺脫失

(二)形覺立體感覺。stereognostische Empfindung, Formsin 檢查者，於其閉目之中，使握種種物體，而答其形狀，及性質，此覺麻痺者，曰形覺脫失症。Astereognosis (Wernicke 氏蓋此感覺，由皮肉兩覺合同而成者也。

骨覺(振動覺)

(三)骨覺振動感覺。Knochenempfindung, Vibrationsgefühl, Pallesthesie (Egger 氏) 以一秒鐘振動六十四次至百二十八次之音叉，觸骨之隆起部分，例如內外髌骨等，感其振動之謂。在脊髓病，則其他皮覺麻痺，此覺有同時減弱者，蓋此覺不僅骨質，即骨膜等附近之組織，亦與有關係，在脊髓病，較其他知覺麻痺，多被早期侵犯，故為臨牀上必要之症狀。

內臟覺

(四)內臟感覺。Organempfindung, viscerale Empfindung 頭內部胸內部胃腸部肝腎部。在健康時，雖無特別感覺，而於病態，則發種種知覺異常，為全身感覺異常之基因。

### 第二 知覺神經之自覺性異常症

知覺神經之自覺性異常症。Subjektive Anomalien der sensiblen Nerven 為知覺溫覺痛覺之異常，可分三種如左。

知覺神經之自覺性異常症

(一) 知覺異常(觸覺異常)

知覺異常  
緊張感覺  
無感覺  
本皮感覺  
麻痺走  
帶狀感覺

知覺異常。Paræsthesie 云者，雖無外來刺戟，而感種種異常觸覺之謂，其中有緊張感覺。Gespânntseinsgefühl 無感覺。Veräubungsgefühl 草皮感覺。Perzigsensgefühl 蟻走感覺。Fornication, Amoienslaufengefühl 等，又在脊髓病，則有如緊迫胸腹之帶狀感覺。Gürtelgefühl

(二) 溫覺異常

溫覺異常  
溫感  
灼熱感  
冷感

溫覺異常。Thermoparæsthesie 者，手足有溫感。Wärmegefühl (Basedow 氏病)或進而有灼熱感。Hitzgefühl(紅肢痛病)或有訴冷感。Kältegefühl (動脈硬化症)者。

(三) 自發痛

自發痛

自發痛。spontane Schmerzen 之性狀，有種種，可別為限局性、放散性、汎發性、表在性、深在性、持續性、發作性、電擊性、錐痛、灼熱痛、刺痛等，更有固定及游走之別，且其有時發作，在間歇時毫無異常者，曰神經痛。Neuralgie 壓神經幹之一定部，尤有劇痛，此名壓痛。Druckpunkt (Valleix 氏)此外神經之自發痛，放散於末梢部分，往往有誤診者，例如頭頂腔內有病竈，雖刺戟三叉神經根，其神經痛，多放散於末梢而為齒痛，故誤作齒病而拔牙者有之，又或限局於關節部而為關節痛。Arthralgie 易與關節炎誤會，此外因局在部位而發頭痛。Kopfdruck 頭痛。Kopfschmerz 偏頭痛。Hemicranie, Migräne 常習性頭痛。Der habituelle Kopfschmerz 肩。膊痛。Scapulargie

頭前痛  
頭重痛  
偏頭痛  
常習性頭痛

第 二 百 六 十 四 圖

皮 知 覺 神 經 之 分 佈 區 域

(Wesener 氏)

【三叉神經】第一枝之領域爲赤色(1)眼上眼神經(2)滑車上神經(3)滑車下神經(4)淚腺神經(5)節骨神經此外若合膜及鼻黏膜之前部—第二枝領域爲青色(6)眼眶下神經(7)額骨皮下神經此外鼻後部及聘結膜膠齒—第三枝領域爲黃色(8)耳顏面神經(9)頰神經(10)顏神經此外舌及頰結膜之一部下領結膜下領齒

【第一至第四頸神經】(11)後枝之領域爲白色(11a)枕大神經前枝領域(頭神經叢爲(12)枕小神經(帶色線)(13)耳大神經(藍花色)(14)頸下部皮下神經(青色)(15)鎖骨上神經(赤色)

【第五頸神經至第一胸神經】(16)後枝領域(白色)—前枝領域(腋神經叢爲(17)腋神經(綠色)(18)腋中皮神經及(19)前臂中皮神經(藍花色)(20)腋外神經(黃色)(21)正中神經(掌枝)及(21a)正中神經掌面皮神經(青色)(22)尺骨神經掌淺枝及(22a)尺骨神色素枝及(22b)尺骨神經掌枝(赤色)(23)橈骨神經(淺枝)及(23a)橈骨神經上後皮枝及(23b)橈骨神經下皮枝(帶色線)

【第十二胸神經】後枝領域爲白色(24)內枝(25)外枝—前枝領域爲白色(26)穿孔刺枝(27)穿孔前枝

【第一至第四腰神經】(28)後枝領域爲白色前枝領域(腰神經叢)爲(29)腸骨下腹神經(藍花色)(30)腸骨鼠蹩神經(a)第一枝(b)第二枝(均青色)(31)陰股神經(a)腰鼠蹩神經(b)精系外神經(均赤色)(32)股外側皮神經(綠色)(33)股神經及(33a)臀股神經(帶色線)(34)閉鎖神經(黃色)

【第五腰神經至第五薦骨神經】後枝之領域爲白色(35)內枝(36)側枝—前枝之領域(薦骨神經叢爲(37)陰痔神經(a)痔外神經(b)陰囊後神經(c)陰莖背神經或陰核神經(帶色線)(38)股後神經(藍花色)(39)脛骨神經(a)交通枝(b)蹠皮本神經(c)蹠皮中神經(d)蹠皮側神經(均赤色)(40)腓骨神經(a)中後皮神經(b)交通神經(c)腓骨淺神經(d)腓骨深神經(均青色)

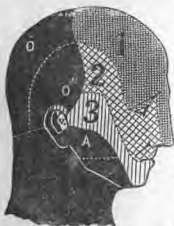
【尾骨神經】(41)後枝之領域爲白色

背痛。Rückenschmerz 腰痛。Lumbago 等症。

第三 皮知覺神經之分布區域

皮知覺神經之分布區域。Verbreitungsgebiete der sensiblen Hautnerven 如圖，今舉其主要者，則三叉神經第一枝，其分佈自眼上瞼至頂之頭皮，眼上瞼，結合膜，角膜，虹膜（即虹彩），房水，黏膜，鼻黏膜之一部分，有淚腺分泌神經，第二枝，則分佈於眼下瞼至上唇間之面部，房水，黏膜，鼻淚管，鼻黏膜之一部分，唇黏膜，腭（咽腭弓）中耳，齒上列舌之前三分二，第三枝，分佈於下頰皮及黏膜，齒下列外耳，顳顬部下唇，下頰，頰部，舌之黏膜外，有運動根，分配於咀嚼肌（嚼肌），顳顬肌，內外肌，張鼓膜肌，蝴蝶懸壺垂肌，張軟腭肌，唇舌骨肌，唇二腹肌之前腹。

第二百六十五圖 頭面部感覺神經分布之狀 (Bing 氏)



嗅覺部 由出於香蘭之頭神經所支配

(O) 枕大神經 (O') 枕小神經 (A) 耳大神經

白色部 由迷走神經且係由迷走神經耳郭神經所支配  
其他種種對線部為三叉神經枝所支配其中

(1) 眼神經 (2) 唇神經 (3) 下頰神經分布區域

運動麻痺

不全麻痺  
或曰痲弱

握力計

粗大力

緊張

痲痺性麻痺

第 二 百 六 十 六 圖  
握力計  
(小 二 分 之 一)



第四章 運動機能檢查法

運動神經、由第一神經單位之脊髓前角細胞、或由延髓運動核、分佈於筋肉、第二單位、自大腦皮質之運動中樞、經內囊、至第一單位之核上徑路、此二者一有障礙、或則運動機能減弱、而生麻痺、或則因其刺激、為之亢進而發痲。

第一 運動麻痺

運動麻痺、Die Lähmung、Akinésie 以其性質而區別如左、

(一) 肌力全然麻痺者、曰全麻痺、Paralyse 僅減弱者、曰不全麻痺、或曰痿弱、Paresis 檢之、由握力計、Dynamometer (二百六十六圖) 驗其粗大力、rohe Kraft 或使握醫師之手、驗其力之強弱、

(二) 緊張、Tonus 以他動使麻痺肌運動、而檢其緊張、全然弛緩為無力性者、曰弛緩性麻痺、schlechte Lähmung 此見於末梢神經病 (腳氣神經炎) 脊髓前角炎、大腦皮質中樞之疾病、髓反射大抵減弱或消失、反是、而麻痺肌有剛勁、Rigidität、Zerriegkeit 者、此名痲攣性麻痺、spastische Lähmung 自皮質下至脊髓前角之錐體道、有病竈時見之、此則髓反射多亢進、

萎縮性麻痺

非萎縮性麻痺

變質性麻痺

單純麻痺

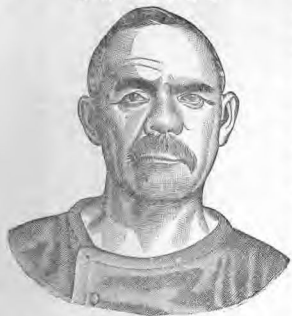
全部性麻痺

部分性麻痺

單側

偏癱  
半身不遂

第二百六十七圖 左側面部神經麻痺



(三) 筋肉榮養狀態。trophische Zustände 筋肉萎縮者曰萎縮性麻痺，atrophische Lähmung。由末梢神經或脊髓前角細胞之疾病而生，腱反射消失，反乎此，筋肉榮養狀態無變化者曰非萎縮性麻痺。Die nicht atrophische Lähmung 於錐狀體道有病竈時見之。

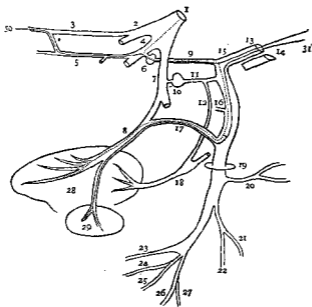
(四) 有以電氣反應之狀態而為區別者，在平流電氣麻痺肌呈變質反應時，名變質性麻痺，generative Lähmung 非然者，名曰單純麻痺，einfache Lähmung 前一種見於發生萎縮性麻痺之疾病，後一種見於發生非萎縮性麻痺之疾病。

(五) 依麻痺之廣狹可區別為諸型，時或僅犯一肌一神經，及一二分枝，或亦有多發者，且侵及經神經時，即生全部性麻痺，totale Plexuslähmungen 或部分性麻痺，partielle Plexuslähmungen 一肢陷於麻痺者，曰單癱，Monoplegie 侵及半身者曰偏癱，半身不遂。

侵及半身者曰偏癱，半身不遂。

異側性中  
身不遂  
截癱  
上部截癱

第 二 百 六 十 八 圖



半身麻痺。Hemiplegia unilateralis 爲大腦疾病之特徵，若上下肢交叉麻痺，例如左手與右足麻痺者，名曰異側性半身不遂。Hemiplegia heterolateralis 僅兩脚麻痺者，名曰截癱。Paraplegie und Paraparese 侵兩上肢者，曰上部截癱。Paraplegia brachialis oder superior

- (1) 三叉神經 (Gasser's 氏神經節) (2) 三叉神經第一枝  
 (3) 淚腺神經 (4) 三叉神經第二枝 (5) 顳骨顯微神經  
 (6) 蝶腭神經 (7) 三叉神經第三枝 (8) 舌神經 (9) 岩  
 部淺大神經 (10) 耳神經節 (11) 岩部淺小神經 (12) 鼓索神  
 經 (13) 面神經 (14) 聽神經 (15) 腺狀神經節 (16) 頸神經  
 (17) 鼓索神經 (18) 舌咽神經 (19) 頸乳孔 (20) 耳後神經  
 (21) 膈二腹肌枝 (22) 舌骨垂狀枝 (23) 顯微枝 (24) 顳骨枝  
 (25) 頰枝 (26) 舌絲枝 (27) 頰枝 (28) 舌 (29) 舌下腺下腺  
 (30) 淚液分泌纖維 (31) 唾液分泌纖維

身體各部  
之運動檢  
查  
頭部

檢查主要之身體各部運動時，其次第如左，

(一)頭部。面神經麻痺者，患側之眉及額，不能蹙蹙，亦不能合眼閉口，吹氣，眼瞼常開大，兔眼。  
Das Hasenauge, Lagophthalmus) 口角每下垂，鼻唇溝消失，然在中樞性面神經麻痺，無侵及額部肩部及眼輪匝肌者，

喉肌麻痺

頭之運動  
檢查

(二)喉肌麻痺，可觀檢喉法(上卷九十一頁)

(三)頸，可檢其迴轉屈伸及側屈，

其屈曲，由於項長肌(頸神經叢)之作用，

其伸屈，由於項橫肌(頸神經項棘肌(同上)及項半棘肌(同上)之作用，

其側屈，由於一側之項橫肌(項半棘肌及不齊肌(頸神經叢)之作用，

其迴轉，由於一側項長肌及項半棘肌之作用，

脊柱之運  
動檢查

(四)就脊柱，所檢查之運動，亦為屈伸側屈及迴轉，

脊柱伸展，由於背長肌(肩胛下神經及背神經)薦腰肌(腰神經背棘肌(胸廓後神經及斷裂

肌(第二頸神經及背神經)之作用，

其屈曲，為肋神經所主宰之腹肌(腹橫肌腹直肌腹斜肌)作用，

其側屈，由於背半棘肌(胸廓後神經)腹方肌(第一腹神經)及一側背長肌，並斷裂肌之作用，



其迴轉亦以斷裂肌及背半棘肌之作用。

(五)在上肢則於各關節使行各種自動運動、而檢查其運用、與於運動之筋肉神經、列序如左、

(甲)肩胛板之運動。

(1)提肩胛板者如左、

斜方肌(即僧帽筋)之中央部(副神經第三頸神經)——菱形肌(肩胛背側神經)——胸大肌之上部

(胸廓前神經)——舉肩胛肌(頸神經)

(2)使肩胛板下垂者如左、

胸小肌(胸廓前神經)——背闊肌下部(胸背神經)——胸大肌下部(胸廓前神經)

(3)使肩胛板向脊柱接近者如左、

背闊肌之上部(胸背神經)——斜方肌下部(副神經第三頸神經)——菱形肌(肩胛背側神經)

(4)使肩胛板離開脊柱者如左、

胸肌之上三分之一部(胸廓前神經)——前大鋸肌(胸長神經)

(乙)肩關節之運動。

(1)提肱者如次、

三角肌、腋神經提至地平線爲止、自此以上、則爲前大鋸肌(胸長神經)之作用、最用力時、必藉

斜方肌(副神經)第三頸神經中三分一上部之作用。

(2)使肱下垂者如次、

(a)使向內前方下垂者、胸大肌、胸廓前神經

(b)使向內後方下降者、三角肌後三分之一部、腋神經——大圓肌(胸背神經)菱形肌(肩胛背側神經)——背闊肌(胸背神經)——肘長肌(橈骨神經)——烏喙肱肌(肌皮神經)

向後內方牽肱下降者、爲上述各肌之共同作用、後舉兩肌、不過固定肩胛關節而已、

(c)使直向外方下降者、除胸大肌上三分之一部外、更有上述之 a 及 b 諸肌、但三角肌弛緩時、亦爲此作用、

(3)使肱內轉者、岡下肌(肩胛上神經)

(4)使肱外轉者、岡上肌(肩胛上神經)——小圓肌(同上)

(丙)肘關節之運動、

(1)屈伸前臂者、爲二頭肌、肌皮神經(此肌同時可使前臂外轉一半)、肱內肌(同上)——旋後長肌(橈骨神經)前臂既在外轉位置、同時一半內轉、

(2)伸展前臂者、爲三頭肌、橈骨神經

(3)使前臂旋前者、爲旋前圓肌(正中神經)同時屈前臂——旋前方肌(同上)

(4)使前臂旋後者、爲旋後圓肌(正中神經)同時伸前臂——旋後方肌(同上)

(5)使前臂旋前者、爲旋前圓肌(正中神經)同時伸前臂——旋後方肌(同上)

(6)使前臂旋後者、爲旋後圓肌(正中神經)同時伸前臂——旋後方肌(同上)

(7)使前臂旋前者、爲旋前圓肌(正中神經)同時伸前臂——旋後方肌(同上)

(4) 使前臂旋後者，為旋後短肌（橈骨神經）

(丁) 手關節之運動。

(1) 屈手者：橈骨內肌、尺骨神經（亦內轉前腕）——尺骨內肌（尺骨神經）——掌長肌（正中神經）——掌短肌、尺骨神經——外轉拇長肌（橈骨神經）

(2) 伸手者：橈骨外短肌（橈骨神經）——橈骨外長肌（橈骨神經）（同時使手內轉）——尺骨外肌（橈骨神經）（同時使手外轉）

(3) 使手內轉者：橈骨外長肌（橈骨神經）

(4) 使手外轉者：尺骨外肌（橈骨神經）

(戊) 指之運動。

(1) 屈指者：屈指淺肌、屈第二及第三指節（正中神經）——屈指深肌、作用亦然（正中神經及尺骨神經）——骨間肌及蚓狀肌、屈第一指節（尺骨神經及正中神經、後一種支配起始之三蚓狀肌、尺骨神經、則主宰第四蚓狀肌及一切骨間肌）

(2) 伸指者：伸指總肌、伸食指肌、伸小指肌、三者均伸第一指節（橈骨神經）——骨間肌及蚓狀肌、則伸第二及第三指節（尺骨神經及正中神經）

(3) 使指內轉者：內骨間肌（尺骨神經）

(4) 使指外轉者 內骨間肌(尺骨神經)——第一蚓狀肌外轉食指(正中神經)

(己) 指之運動

(1) 屈拇指者 屈拇長肌(正中神經)

(2) 伸拇指者 伸拇長肌、伸展兩節、伸拇短肌、伸第一節(均橈骨神經)

(3) 內收拇指者 *M. adductor pollicis* (尺骨神經)——屈拇短肌之內部肌束(正中神經)

神經)

(4) 外展拇指者 為外展拇長肌 *M. adductor pollicis longus* (橈骨神經)

(5) 對向拇指者 為對掌小指肌 *M. opponens digiti quinti* (正中神經)——外展拇短肌(正中神經)——屈拇短肌之外側肌束(正中神經)

(六) 下。肢。亦。宜。就。各。關。節。試。令。運。動。以。檢。察。癱。瘓。在。何。部。位。

(甲) 跨關節運動

(1) 屈股者 為腸腰肌(亦主後旋)股神經——闊筋膜張肌、並主旋前(臀上神經)——股直肌(股神經)——股縫匠肌(同上)

(2) 伸股者 為臀大肌亦主外展(臀下神經)——二頭肌(坐骨神經)——半腱肌(同上)——半膜肌(同上)

同上)

同上)

(3) 股<sup>△</sup>向<sup>△</sup>內<sup>△</sup>旋<sup>△</sup>者、爲臀之中小肌臀上神經——闊肌膜張筋(同上)

(4) 股<sup>△</sup>向<sup>△</sup>外<sup>△</sup>展<sup>△</sup>者、爲孖肌、*M. Gemelli*(坐骨神經)——股方肌(同上)——閉內肌 *M. obturatorii interni*

(同上)閉外肌(閉神經)——梨狀肌(臀上神經)——腸腰肌(股神經)——大肌(臀下神經)

(5) 股<sup>△</sup>向<sup>△</sup>內<sup>△</sup>收<sup>△</sup>者、爲內收肌亦旋後(閉神經)——恥骨肌亦用屈肌(同上)——股薄肌(同上)

(6) 股<sup>△</sup>向<sup>△</sup>外<sup>△</sup>展<sup>△</sup>者、爲臀中肌及臀小肌(臀上神經)

(b) 膝關節之運動、

(1) 屈<sup>△</sup>下<sup>△</sup>腿<sup>△</sup>者、爲縫匠肌(亦內旋)——股神經——股薄肌(亦內旋)——閉神經——半腱肌(亦內旋)——坐骨神經——二頭肌(亦外展)——同上——膝圓肌(亦內旋)——脛骨神經

(2) 伸<sup>△</sup>下<sup>△</sup>腿<sup>△</sup>者、爲股四頭肌(股神經)

(3) 內<sup>△</sup>收<sup>△</sup>下<sup>△</sup>腿<sup>△</sup>者、爲膝圓肌(脛骨神經)——縫匠肌(股神經)——股薄肌(閉神經)——半腱肌(坐骨神經)

經)

(4) 後<sup>△</sup>旋<sup>△</sup>下<sup>△</sup>腿<sup>△</sup>者、爲二頭肌(坐骨神經)

(c) 足關節之運動、

(1) 屈<sup>△</sup>足<sup>△</sup>者、(背面屈曲)爲脛前肌(亦使足外展而舉其內緣)——腓骨深神經——總伸趾長肌(亦

外展)——腓骨深神經)

(2)伸足者、(足底屈曲)爲腓腸肌及比目魚肌(亦使足內收、舉其內緣、(脛神經)腓骨長肌)亦使足外展、舉其外緣、(腓骨神經)

(3)使足內收者、爲腓腸肌及比目魚肌(脛骨神經)——脛骨前肌(脛骨深神經)脛骨後肌亦可在屈伸兩位置之中間、舉足內緣、(脛骨神經)

(4)使足外展者、爲腓骨長肌(脛骨神經)——腓骨短肌(亦可在屈伸兩位置之間、舉足外緣、(腓骨神經)——總伸趾長肌(腓骨深神經)

(5)舉足之內緣者、爲腓腸肌比目魚肌(脛骨神經)——脛骨前肌(腓骨深神經)——脛骨後肌(脛骨神經)

(6)舉足之外緣者、爲腓骨長短肌、(腓骨神經)

(a)趾之運動、

(1)屈趾者、爲總屈趾長短肌、第二及第三趾節骨(脛骨神經)——骨間肌及蚓狀肌(第一趾節骨(脛骨神經)——(外展小趾短肌及屈肌)小趾之第一趾節骨(脛骨神經))

(2)伸趾者、爲總伸趾長短肌(第一趾節骨(腓骨深肌)——骨間肌及蚓狀肌(第二及第三趾節骨(脛骨神經)——外展小趾短肌及屈肌)小趾之第二及第三趾節骨(脛骨神經))

(3)使距內收者、爲呈底側之骨間肌(脛骨神經)

尿道排泄  
時之筋肉  
作用

尿閉

尿失禁

奇性尿閉

大便失禁

(4) 使距外展者、為呈背側之骨間肌(脛骨神經)

(e) 踇趾運動、

(1) 屈踇指者、為屈踇長肌(第二) (脛骨神經) — 屈踇短肌(第一) (脛骨神經) — 內收踇肌(第二)

(同上) — 外展踇肌(第一) (同上)

(2) 伸踇指者、為伸踇長短肌(第一) (腓骨深肌) — 屈踇短肌(第二) (脛骨神經) — 內收踇肌(第二)

(同上) — 外展踇肌(第二) (同上)

(3) 內收踇指者、為內收趾肌(脛骨神經) — 屈踇短肌之內筋束(同上)

(4) 外展踇指者、為外展趾肌 — 屈踇短肌之外肌束(脛骨神經)

本節將終、尚有重要者、則於尿糞排泄時、須注意筋肉之作用、蓋諸肌每由脊髓疾病而蒙障礙者也、

在膀胱壓縮肌麻痺者、初則利尿困難、後至不能放尿、尿閉。Retention urine, Ischurie) 反是、而膀胱括約肌麻痺者、初則尿不能久留於膀胱、終乃不隨意而漏洩、尿失禁。Incontinentia urine) 倘二者均麻痺時、膀胱常充滿、而尿則淋瀝不絕、所謂奇性尿閉。Ischuria paradoxa 是也、此外肛門括約肌麻痺時、則大便不隨意排泄、此名大便失禁。Incontinentia alvi

## 第二 肌之營養及緊張障礙

麻痺肌之  
營養狀態

(一) 麻痺肌之營養狀態

麻。痺。肌。之。榮。養。狀。態。 Der Ernährungszustand der gelähmten Muskeln 測之用帶尺，在腋測其最大部，前臂測內踝下隅以下二或三 cm 處，在股則測其膝蓋骨上十五 cm 處，在小腿亦測其最大部，若萎縮及於一肢之全部者，曰蔓延性萎縮。 diffuse Atrophie 若僅一二肌肉萎縮者，則名局限性萎縮。 circumscripte Atrophie

肌萎縮之  
種類

(甲) 肌萎縮。 Die Muskelatrophie 可分數種如左，

不動性萎  
縮

(一) 不動性萎縮。廢用萎縮。 Die Inaktivitätsatrophie 由骨折關節諸病，久廢不用而續發者，於

變質性萎  
縮

電氣興奮性無變性，

(二) 變質性萎縮。 Die degenerative Atrophie 主宰肌肉營養之神經單位，即末梢神經，或脊髓前

原發肌病  
性萎縮

角細胞，或延髓運動核之類廢，即起本症，對於平流電氣，有興奮性變性，故有此名，其肌肉同時弛緩，腱反射消失，反是在核上徑路，即錐體道之病竈，則肌肉決無著明瘦削者，

(三) 原發肌病性萎縮。 Primär-myopathische Atrophie 其原因不在神經，以肌肉自身陷於萎縮，本症有三型，遺傳型始於腰肌，少年型始於面肌，青年型則始於肩胛肌，其萎縮常為進行性，終至不能舉手，或不能步行，而腱反射知覺電氣興奮性均無異常，

之肌肉肥  
大

乙。筋。肉。肥。大。 Die Muskelhypertrophie 有二種，



真性肥大

(一)真性肥大。echte Muskelhypertrophie 如車夫之腓腸肌、田夫之肩脾肌、以筋肉過勞而誘發者、無特別障礙。

假性肥大

(二)假性肥大。Pseudohypertrophie 外觀上、腓腸肌等著明肥大、與真性同、而肌力減退、易於疲勞、若是者、非肌纖維自身增殖肥大、僅以肌纖維間之脂組織、異常沈着故也。

(一) 麻痺肌之緊張性

麻痺肌之緊張性。Der Tonus der gelähmten Muskeln 宜注意左列三項、

麻痺肌之緊張性  
性麻痺即  
強剛

(一)肌之自動性。強剛。aktivis Spasmen, Rigidität, Steifigkeit, Hypertonie der Muskeln 當自動及他動性運動時、筋肉平滑、不與相應、腱反射多亢進、雖步履亦呈痙攣性步行。Spas-

tischer Gang 此專由錐體道之病竈而起、

弛緩性麻  
痺

(二)弛緩性麻痺。Die schlaffe Lähmung 筋肉陷於無力狀態、故諸關節之運動區域增加、指關節、股關節等、伸展過度、腱反射減退或消失、於末梢神經脊髓前角及後索疾病多見之、

痙攣

(三)痙攣。Kontraktur 云者、筋肉在持續性短縮狀態之謂、其原因有二、或在筋肉自身、或在神經系統、

肌肉性拘  
攣

(a)肌病性拘攣。myogene Kontraktur 併發於筋肉自身之疾病、如肌炎等、或多由於於筋肉之器質性短縮、他動性痙攣。passive Kontraktur 亦有麻痺之筋肉、其後發生拘攣者、或其顏頰肌、

如脚氣時，有腓骨神經麻痺，後雖全治，而經過久者，則其額頰肌，即由脛骨神經所支配之腓腸肌拘攣，足關節不能向足背屈曲者有之。

(b)神經性拘攣。neurogene Kontraktur 於官能性肌肉之緊張力，異常亢進，持久時，終有限於拘攣者，或附近關節有疼痛，而反射性拘攣，或以腦膜炎等而拘攣，其他有由錐體道之刺戟，或離斷而生者，由此等器質變化而發之拘攣，雖在睡眠或麻醉中，亦不消失，而在 Hysteria 性者，則於睡眠中消失矣。

第三 反射機

反射機

感覺性反射道

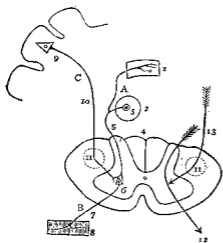
運動性反射道

反射弓

抑制反射道

反射機。Die Reflexe 之中樞，位於脊髓延髓及四疊體內之運動細胞核，由感覺性反射道。sensiblo Reflexbahn 及運動性反射道。motorische Reflexbahn 構成，名之曰反射弓。Reflexbogen 更以調節此反射機之故，有抑制反射道。

第 二 百 六 十 九 圖  
脊 髓 反 射 發 生 機 型 圖



- (A) 感覺反射道 (B) 運動反射道 (C) 抑制反射道 (1) 皮膚神經 (2) 脊髓神經節 (3) 感覺神經細胞 (4) 神經節 (5) 後根 (感覺根) (6) 前角運動細胞 (7) 前根 (運動根) (8) 肌肉 (9) 大腦皮質運動細胞 (10) 錐體運動徑路 (11) 錐體側索道 (12) 反射弓 (發生反射道) (13) 抑制反射道

reflexhemmende Bahn 若感覺性反射道有障礙時，則反射減弱，肌肉緊張力減弱，以及感覺麻痺，若運動性反射道有異常時，亦復反射減弱，肌肉緊張力減弱，及肌肉萎縮，而無感覺麻痺，又抑制反射道有疾，則反射亢進，肌肉緊張力亢進，強剛，但無感覺麻痺及肌肉萎縮等症，反射可區分如左。

第一 運動性反射 motorischer Reflex

甲 淺反射 oberflächlicher Reflex (皮筋肉黏膜反射)

乙 深反射 tiefer Reflex (髓骨膜·瞳孔反射)

第二 分泌性反射 sekretorischer Reflex

(一) 皮反射

皮反射

皮反射 Der Hautreflex 以指尖鉛筆打診槌，毛筆等，擦過一定部之皮上，如腹壁者，則腹肌收縮，概言之，則皮反射於小兒最著，成人則多不明，故其減弱，難為病徵，惟著明亢進或左右不同時，則可診為病變矣。

鵝皮反射  
(立毛肌  
反射)

(一) 鵝皮反射 立毛肌反射 Gänsehautreflex oder Pilomotorreflex 以冷物輕擦皮上而過，則由立毛肌收縮而生寒粟，狀如鵝皮，故名。

血管運動  
神經反射

(二) 血管運動神經反射 vasomotorischer Reflex 以指端自皮上擦過，即呈赤線，甚至腫脹，此

皮劃症  
陰性皮劃  
症

蓋血管運動神經、一時麻痺、血管擴張而充血故也、此名皮劃症、Dermographie 於神經衰弱者最著、或其後更有續發貧血線者、此蓋血管以反動性再行收縮之故、可名之曰陰性皮劃症、negative Dermographie

腹部反射

(三)腹部反射、Bauchreflex 擦過腹部、腹肌收縮之謂、由臍之上下、而分爲腹上部反射、epigastrischer Reflex (中樞第六至第九胸椎)及腹下部反射、hypogastrischer Reflex (中樞第十至十二胸椎)在成人則二者均多不明、

臀部反射

(四)臀部反射、Glutealreflex 擦過臀部、促臀大肌之收縮、於股關節大腿伸展之謂、中樞第四及第五腰椎)

手掌反射

(五)手掌反射、Handellerreflex 擦過手掌、指即屈曲之謂、中樞第八頸椎、及第一胸椎、

舉拳肌反射

(六)舉拳肌反射、Cremasterreflex 自下向上、擦過股之上內側、該側舉拳上舉之謂、於小兒著明、中樞第一及第二腰椎)

Rernak氏股反射

(七)Rernak氏股反射、Rernak'scher Femoralreflex 擦過股之前上面、則一、二、三趾、向足底屈曲、有時可見足及膝關節屈曲、此反射常屬病變、胸椎等側索有病變時見之、

Oppenheim氏徵

(八)Oppenheim氏徵、Oppenheim'sches Zeichen 用力擦過下腿內側時、足及趾向足背屈曲

之謂、常爲錐體道病竈之徵、在生理、與此相反向足底屈曲、

足底反射

(九)足底反射。Plantarreflex oder Sohlenreflex 擦過足底，則趾向足底屈曲之謂，中樞第一及第二薦骨髓)

Habinski  
氏現象

(十) Babinski 氏現象。Babinski'sches Phänomen 因擦過足底，踣趾向足背屈曲之一種病象，雖體道有病竈時見之，側索硬化症腦出血，在生理，則初生兒熟睡時，麻醉時見之者，亦不少。

(11) 黏膜反射

黏膜反射。Schleimhautreflex 觸黏膜時，該部即生運動之謂。

(一)噴嚏反射。Niesreflex 觸鼻黏膜，刺戟三叉神經，即發噴嚏之謂。

(11) Oppenheim 氏食反射。Oppenheim'scher Niesreflex 觸唇或舌，則生咀嚼，吸入嚥下等運動，此亦病象，於精神朦朧，腦水腫等見之。

硬腭反射

(二)硬腭反射。Gaumenreflex 自後向前擦硬腭，宜強而速，則口之輪匝肌收縮，於精神溷濁，多發性腦脊髓硬化症乳兒等見之。

懸壺垂反

(四)懸壺垂反。Uvularreflex 觸之，在生理宜收縮，然老人及 Hysterie 等，則無此反射也。

咽反射

(五)咽反射。Rachenreflex 以紙條等觸咽後壁時，咽肌收縮，此為生理之反射，若在喫煙飲酒之人，或以動脈硬化症，Hysterie 咽炎，延髓病等，則反射消失。

喉反射或曰咳嗽反射

(六)喉反射。或曰咳嗽反射。Laryngealreflex od. Hustenreflex 刺戟喉門，則發咳嗽之謂，Hysterie

及迷走神經或延髓有病者，則消失。

肛門反射

(七) 肛門反射。Analflex 觸肛圍之黏膜及皮，刺戟痔中神經，而括約肌收縮之謂。中樞第五薦骨髓。

(三) 筋肉反射

筋肉反射

筋。肉。反。射。Muskelreflex 直接以打診槌叩筋肉即發收縮現象之謂。

面現象

(一) 面現象。Fazialisphänomen 叩耳前部，則面肌全部收縮，眼及口之輪布肌尤著，於種種精神病(緊張病)特甚。

胸大肌反射

(二) 胸大肌反射。Pectoralreflex 叩胸大肌，則生收縮運動，於神經衰弱者尤亢進。

肩胛反射

(三) 肩胛反射。Skapularreflex 叩肩胛部時，以菱形肌之收縮，肩胛向內上方高舉，在生理，亦有不然者。

(四) 腱反射

腱反射

腱。反。射。Sehnenreflex 檢查時，以反射槌重叩腱部，則其筋肉即收縮。

嚼肌反射

(一) 嚼肌反射。Kaunuskreflex 使被檢者開口，以筆桿橫置下齒列之上，持其一端，而叩其一端時，以嚼肌等收縮而下領上舉。

肘反射

(二) 肘反射。Ellbogenreflex 使肘中度屈曲，打肘上部時，由肱三頭肌之收縮，前臂為之伸展，於

風手肌反  
射蓋膝反  
膝蓋膝反  
射象

第 二 百 七 十 七 圖  
膝 蓋 反 射 檢 查 法



診 斷 學 下 卷

醫師以前臂入患者膝下手掌貼於他側之膝上使患者將上腿發貼醫師手背而以打診槌叩股四頭肌時足乃反張高舉如圖所示

以一足舉於膝上例如左下腿截於屈曲近於直角之右膝以手之尺骨側擊之則左足反跳如點線所示

第 二 百 七 十 一 圖  
膝 蓋 反 射 檢 查 法



或使兩手尖互相勾結而發一二三之口令呼至三則使患者用力自牽其兩手即乘此時叩

腦出血及強度之神經衰弱症、甚為亢進、  
(三)屈手肌反射、Bergschneimreflex des Handtellern  
(四)膝蓋腿反射、或曰膝現象、Patella schneimreflex oder Kniephänomen

臨牀上最為重要、即叩手掌、則手指屈曲之謂、是也、檢時、使膝及腓腸部弛緩、勿用力、患者之精神、務使轉向膝部以外、故或與言他事、

圖二十七百二第  
Jendrassik 氏膝蓋髓反射檢查法



其膝蓋部，此名 Jendrassik 氏。舉法，Jendrassik'scher Kniegrefl (二百七十二圖) 或使深呼吸亦可，最良者為下瀨謙太郎氏法，使屈膝約百二十度，足頭非趾尖部用力踏於地上，使足力向前方，而打其膝蓋部，則雖極微弱之反射，亦可發見，蓋向來諸法，使患者意思轉而之他，膝及

脚部，脫力弛緩，然實際上困難者不少，依下瀨氏法，使足彈用力時，轉易檢查，若反射消失者，即為病變，此名 Westphal 氏現象，Westphal'sches Phänomen。常於白喉後常習飲酒者末稍神經病（脚氣，多發性神經炎）脊髓病（前角炎後索變性）見之，反是而亢進者，則為脚氣初期脊髓側索病，脊髓炎（頸髓及胸髓）脊椎骨癆，延髓橋髓，大腦脚之疾病，腦出血，神經衰弱症等，甚至有敲打膝蓋部一次，而膝蓋屈縮至數次，或數十次者，名曰膝拘攣，Patellarmelanos (中樞第二至第四腰髓於錐體側索道疾病，往往見之。

Westphal  
氏現象

膝拘攣



Achilles  
跟反射

足現象  
(足折彎)

假性足現  
象  
Boehrer-  
row =  
Mendel  
氏反射

(五) Achilles 跟反射 (Achillessehnenreflex) 檢時，使患者之膝半屈，以膝頭跪椅上，與尋常坐時

方向相反，足底部正對醫師，而懸垂其足，打 Achilles 跟部，則腓腸肌收縮，可見足關節向足底

屈曲，中樞第五腰髓及第一第二薦髓其消失及亢進，與膝反射發生之原因無異，亢進甚者，

曰足現象足拘攣 (Fussphänomen oder Fussclonus) 檢時，使伸展

其膝，或稍屈曲，以左手支腓腸

部，右手握足，將足關節遠向足

背屈曲，若足關節續發數次擊

縮運動者，即足現象，所以示錐

狀體有器質性病竈，或謂亦見

諸官能疾病，如神經衰弱之類

者，但不足信，起初一二次，雖與

足現象類似，然反覆檢查，至十回以上，則消失，故可名之曰假性足現象。Pseudo-fussphänomen

(六) Boehrerow = Mendel 氏反射 叩足背前側部，則第二及第五趾，向足底屈曲，常為錐狀體

第二百七十三圖  
法 查 檢 跟 反 射  
Achilles



第二百七十四圖  
法 查 檢 足 現 象



(五) 骨膜及骨反射

骨。膜。及。骨。反。射。 Periost- und Knochenreflexe 因叩打骨部見其附着筋肉收縮之謂。

骨膜及骨  
反射

(一) 肩。胛。骨。膜。反。射。 Scapularperiostreflex 打肩胛棘內部則三角肌後部收縮之謂。中樞第四

至第六頸髓

橈骨反射

(二) 橈。骨。反。射。 Radiusreflex 打橈骨下端則發前臂旋前及手屈曲等不定之反射。中樞第六及第七頸髓

第四 神經及肌之電氣檢查

神。經。及。肌。之。電。氣。檢。查。 elektrische Untersuchung der Nerven und Muskeln 先宜述其所需器具之梗概。

神經及肌  
之電氣檢  
查

施電氣檢查時用 Duboi-Raymond 氏橈形裝置。Der Schlittenapparat von Duboi-Raymond

(二百七十五圖)之第二螺旋。成傳電流。即 Paraday 成傳電流及 Galvani 電流之平流電流。而

增減成傳電流之強度時。移動內外兩螺旋筒。即以兩螺旋筒之距離。Kollisionsstand 為準。

欲變平流電氣之強度時。可增減電源之數。時亦可用節電器。Rheostat

欲通電流於身體者。可用豫先以微溫水濕潤之導子。Elektroden 此有二種。一曰不偏導

子。indifferente Elektrode 一曰偏導子。或曰檢查導子。differente oder Untersuchungslek-

導子(不  
偏導子)  
銅導子

節電器

螺旋筒距

Duboi-  
Ray-  
mond  
氏  
之  
橈  
形  
裝  
置

圖六十七百二第  
Erb 氏細導子  
(大然白)



方 cm 及直徑二 cm 之導子，而檢查記錄中，必先記入檢查導子之大小，不可忘也。

Stintzing 氏所以為正規導子者，選用橫斷面三平

十平方 cm 者，名之曰正規導子。Normalelektrode 而

Erb 氏於此所用之檢查導子，其橫斷面，必擇其有

可檢部之強度及密度者，必用有一定橫斷面之檢查導子。

少，電流強度著明減殺，故非運較大之檢查導子不可，職是

之故，導子之大小，與電流密度，大有關係，欲知電流作用於

為最良，但在平流電氣，用此等小導子時，傳導之橫斷面減

以 Erb 氏細導子。feine Elektrode von Erb (二百七十六圖)

刺較作用，須得最大密度電流之故，凡用感傳電氣檢查時，

檢查導子，所以供檢查肌及神經之用，故宜擇其小者，蓋於

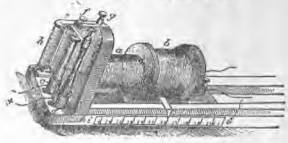
置不偏導子之部位，以胸骨為最宜。

則，蓋雖增加電流強度，仍可得較為微弱之電流密度，而貼

之橫斷面故也。(據「電流抵抗與橫斷面大小成反比」之原

則，蓋雖增加電流強度，仍可得較為微弱之電流密度，而貼

圖五十七百二第  
Duboi-Raymond 氏桶形裝置



Milli-  
Ampere  
平流電氣計

在感傳電氣檢查、欲知電流之強度、固以螺旋筒距離。Der Rollenabstand = R. A. 爲之、但電流之強度、以裝置之構造而異、對於感傳電池、尙無絕對之側度本位、在平流電氣則有之、  
 $\text{Milli-Ampere} = M. A. = \frac{1 \text{ Volt}}{1000 \text{ Ohm}}$  是也、測時、用平流電氣計 Galvanometer 至其詳細、則非本書所能盡也、

以平流電氣計、示電流強度時、可分配於檢查導子之橫斷面、例如電流強度二·五 Milli-Ampere、若導子之橫斷面、爲十二平方 cm 時、每一平方 cm、卽皮之一平方 cm 上、受有  $\frac{2.5}{12}$  M.A. 之電流、但電流密度、達於所檢查之神經者、不得以此爲比例、故此分數、無確實之價值、又用正規導子時、記式如左、

正規導子 Erb 氏 (十平方 cm) 二·五 M. A. 或  $\frac{2.5}{10}$  M. A. Erb 氏 正規導子

測定電流強度之全量、雖最爲重要、然亦有竟難得精確之成績者、如皮之傳導抵抗、由各種原因而減殺、而電流強度、因以增多者有之、又吾人所最苦者、不能使電流集積於所檢之神經、或筋肉、蓋以神經在良導性組織中之故、於是皮上之電流強度、無從確知、又不能以電流橫斷面、推知對於神經(筋肉)之電流強度、其主因、實以神經之於表皮、其解剖位置、因人而異、故通於神經之電流、亦不能一律矣、  
 電流之極及其速知法、電流之極、在平流電氣、其作用各有不同、宜就電氣裝置而速知

電流之極  
及其速知法

之法之最簡便者，以極微弱之電流，貼於兩頰，在積極側，則舌上有一種不可名狀之感覺，類黏膜亦然，又或使兩極導線相隔，貼於濕潤之青色 *Lacmus* 紙上，其積極端呈赤色，消極則於水中發生泡沫（水素瓦斯）

電氣裝置，由尋常算元器 *Elementenzähler* 使裝置內電元全部或一部，加入電流，次由節電器 *Rheostat* 加減途中之抵抗力，由選流器 *Stromwähler* 或專用平流，或專用交流，或二者混合用之，更以變流器 *Stromwandler* 使同一導子之極，急變為消極或積極，用平流電氣計，測定其電流之強度，導於導子，用諸人身可也。

生體之電氣檢查法  
直接刺激  
介途刺激

在生體，行電氣檢查法時，有二種，一為直接刺激肌肉之直達刺激，*direkte Reizung*，次則刺

最小變縮

閉擊縮及  
開擊縮

戟分配於筋肉之末梢神經中樞端，所謂介途刺激，*indirekte Reizung*，平流及交流，二者並用，而測定神經肌肉之興奮性時，用平流電氣計之  $M \cdot A$ ，或交流電氣之螺旋筒距離  $R \cdot A$ ，計算其發生最小變縮 *Minimalzuckung* 所需之電量，即發生最微弱變縮之電量，此外平流電氣，當閉閉時，有閉擊縮 *Schliessungszuckung = SZ* 及開擊縮 *Öffnungszuckung = OZ*，以導子之消極 *Kathode = Ka* 與積極 *Anode = An* 而異其關係，電流更強時，筋肉乃甚於變縮而起強直，*Tetanie = Te*，今以神經肌肉對於各種電流銳敏之度，列記如左。

一消極閉時變縮 *Kathodenschliessungszuckung K SZ*

二 積極閉時攣縮 Anodenschliessungszuckung ASZ

三 積極開時攣縮 Anodenöffnungszuckung AOZ

四 消極閉時強直 Kathodenschliessungstetanie KSte

五 消極開時攣縮 Kathodenöffnungszuckung KOZ

六 積極閉時強直 Anodenschliessungstetanie ASte

積極之閉閉、其作用殆同一程度、但普通之閉鎖電流、則作用稍強、但開放電流、亦或因人而時有強作用者、行此等試驗時、必以一定之正規導子、刺戟身體之一定部位、

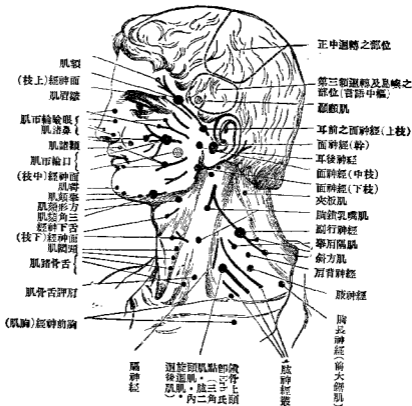
(一) 刺戟點

各神經之刺戟點、Die Reizpunkte 及肌之運動點、Die motorischen Punkte 爲神經及筋肉去皮最近之部位、此由 Erb 氏等所研究而發見者、大略認定如圖、刺戟筋肉時、選肌腹之中央、於頭部不可通強電流、

正中神經、於肘屈面中央下三分之一部刺戟之、橈骨神經、可在肘之伸面、選肱骨外髁與三角肌停止部之中央、尺骨神經、在肘伸面下端、肱骨內髁與尺骨鷹嘴間、有溝、自此去內髁上方約二 cm 處、即可坐骨神經、在臀大肌之下緣、自大粗隆(即大轉子 Trochanter major) 與坐骨結節結合線之中央部、稍擇其內方、腓骨神經、在腓骨頭內上面刺戟之、脛骨神經、則在膝圍

第 二 百 七 十 七 圖  
神 經 刺 戟 點 及 之 運 動 點

診  
斷  
學  
下  
卷



窩中央點稍外方、

(二) 檢查法

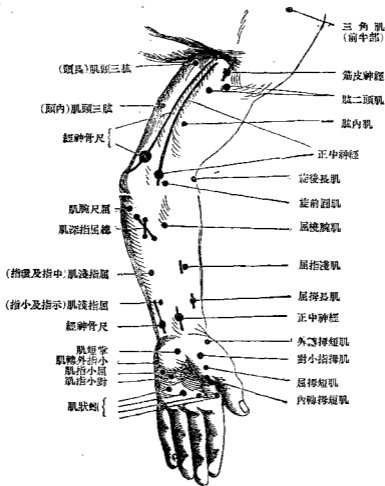
行電氣試驗時以感傳  
電氣開始為佳

(甲) 感傳電氣檢查  
以五十至百平方cm之  
不偏導子、貼於胸骨上、  
使檢查導子(氏正  
規導子)濕潤、先貼運動  
點、次貼刺戟點、起初拔  
槓形裝置之螺旋筒、用  
弱流以漸嵌入該筒、記  
其足生筋肉最小孳縮  
之螺旋筒距離(R.A.)次  
就該部以平流電氣定

圖 八 十 七 百 二 第

點 動 運 之 肌 及 點 載 刺 之 經 神

診 斷 學 下 卷



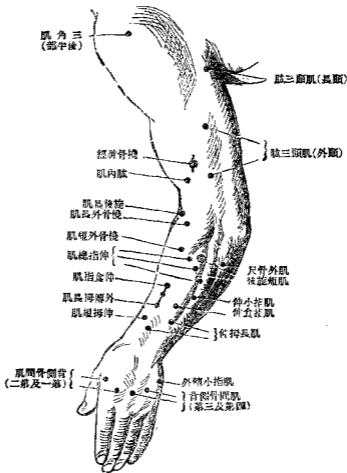
四 百 十 八

傳 導 抵 抗, (T.V.) 即 貼 以 濕 透 之 正 規 導 子, 嵌 入 電 池 一 定 數 之 電 源, 就 平 流 電 氣 檢 其 阻 力



點 動 運 之 肌 及 點 領 弱 之 經 神

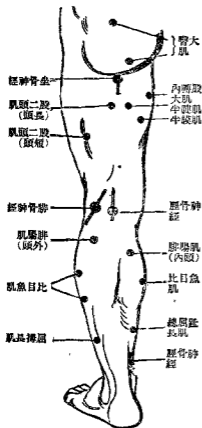
Amperé 之 度 而 記 之、檢 時、導 子 貼 神 經 上、須 三 十 秒 鐘、



檢 傳 導 抵 抗 時、必 用 巴 氏 所 定 之 法、而 傳 導 抵 抗 及 電 流 強 度 之 變 動、當 檢 查 時、甚 為 微

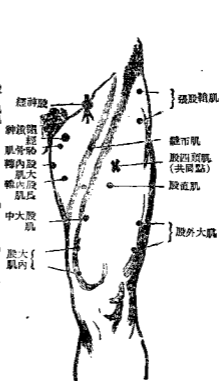
圖一十八百二第

點動運之肌及點截刺之經神



圖十八百二第

點動運之肌及點截刺之經神



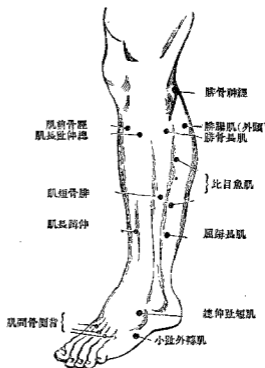
陰 斯 學 下 卷

四百二十

細、尋常雖可省略、(Stinzing氏) 但有數處、或可檢部之表皮、甚為柔軟、或非常鞏固、雖用同一之裝置、螺旋筒距離雖亦相同、而電流或有強弱、故雖螺旋筒距離尚大、已起最小擊縮、或非距離小時、不發最小擊縮者、有之、當是時、若

圖 二 十 八 百 二 第

點 驗 運 之 肌 及 點 刺 之 經 神



傳電流、不能直接檢知、故以從平流電氣一定數、往往同一之電源所生之平流電氣全強度、藉以判定感傳電流在一定之螺旋筒距離之全強度、如上所述、凡觀平流電氣計之度數時、導子須貼三十秒鐘、此於電氣診斷、蓋為要件、以貼置導子之後、而電流強度始有增加者、每易有不均之患故也、

(乙) 平流電氣檢查

不檢查傳導抵抗、而未  
知皮上有此異變時、則  
僅據以上之成績、遽推  
定其由於神經興奮性  
之增減、亦未可料、觀此、  
可知檢定傳導抵抗之  
不可缺已、

試更易而言之、施電氣  
檢查時、非常知電氣強  
度之全量不可、然在感





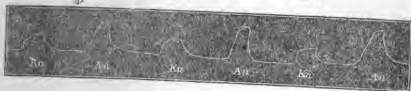
不變全變  
性反應

第 二 百 八 十 三 號  
總 於 肺 骨 神 經 值 感 諸 肌 之 刺 女  
載



三十三電源  
(Ka) 爲消極  
閉時變縮  
(An) 爲積極  
閉時變縮

第 二 百 八 十 四 號  
性 脊 髓 前 角 炎 (就 同 上 之 肌 面 而 言)



四十電源  
縮類爲緩慢  
積極閉時變  
縮較強於消  
極閉時變縮

四百二十四

奮性，有變化如下，神經於平流及感傳電氣，皆不反應，肌肉於感傳電氣，雖無反應，而於平流則反應，且往往亢進，在尋常，消極閉鎖時變縮，較積極時爲大，於變性反應則反小，又消極開放變縮，尋常必較小於積極開放，變性時則反大，或兩者平等，在不全變性。反應。Inkomplette, unvollständige od. partielle ExR 亦如完全變性反應有特異反應，而其他反應，仍不消失，易而言之，其位置適

在健康反應與完全變性反應之移行期，從而有各種型類，總括之如左表。

	健康時	完全變性反應	不全變性反應
神經	成傳電氣興奮性	存在	存在但減弱
	平流電氣興奮性	存在	存在但減弱
肌肉	感傳電氣興奮性	存在	存在但減弱
	平流電氣興奮性	存在	存在但減弱
消極閉鎖時變縮	KSZ \ ASZ	KSZ \ ASZ	KSZ \ ASZ
變縮	電擊波濤狀	緩慢蠕動狀	緩慢蠕動狀

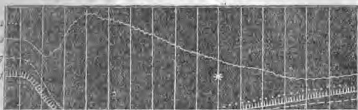
此等關係，雖在疾病輕重相同及同為一病，而以初期極期恢復期，其電氣反應之性狀各異，就面神經麻痺而言，據 E. L. D. 氏所調查者如左。

(一)運動機恢復較早之麻痺(二百八十五圖)

運動機尚存有完全變性反應時，已可見其痕跡(圖中之\*)。自此經一週，則神經遂顯或傳及平流之興奮性，而呈不全變性反應，更經三週，變縮之緩慢始消散，而神經之興奮性及運動機，尚暫減退也。

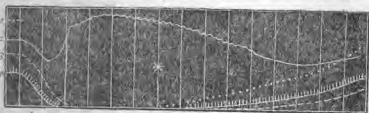
(二)運動機恢復較遲之麻痺(二百八十六圖)

圖 五 十 八 百 二 第



1=運動機能 } 4=平流電氣及感應電氣興奮性—神經  
 2=平流電氣興奮 } 肌  
 3=感應電氣興奮 }

圖 六 十 八 百 二 第



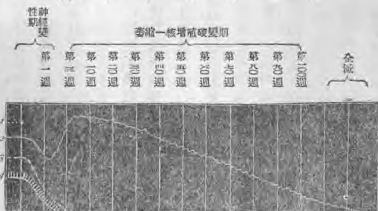
1=運動機能 } 4=平流電氣及感應電氣興奮性—神經  
 2=平流電氣興奮 } 肌  
 3=感應電氣興奮 }

本圖所示時期之關係，殆與二百八十五圖類似，暫亦呈不全變性反應，一切恢復症狀，均



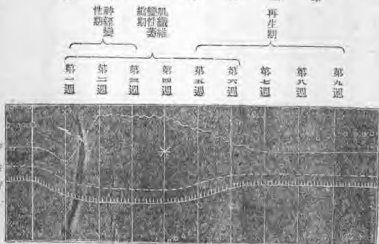
第 二 百 八 十 七 圖

診 斷 學  
下 卷



1=運動機能 } 肌  
2=平流電流 }  
3=感傳電流 } 4=平流電氣及感傳電氣與當性一神經

第 二 百 八 十 八 圖



1=運動機能 }  
2=平流電流 } 肌  
3=感傳電流 } 4=平流電氣及感傳電氣與當性一神經

遲見也。

(三)不治之麻痺(二百八十七圖)

運動機神經之興奮性及感傳電氣之肌興奮性完全廢絕，平流電氣之肌興奮性，則沈降，累月之後，完全消滅，孳縮在存在時皆緩慢。

(四)僅起不全變性反應之麻痺(二百八十八圖)

神經之感傳電氣及平流電氣興奮性，並肌之感傳電氣興奮性，不過減退，其運動機能恢復甚速，未幾即可全治。

此外變性反應，尚有數種如左。

(a)有介達性緩慢孳縮之不全變性反應。partielle ErR mit indirekter Zuckungsträgheit 不僅由直達之平流電刺激肌肉所生孳縮為然，一切孳縮亦均緩慢，如平流感傳之神經刺激，及感傳電之肌刺激是也。(Erb氏)

(b)由神經之積極閉時孳縮雖緩慢，而消極閉時孳縮則有不然者。(Löwenfeld氏)或則肌之對於感傳電氣反應雖緩，而神經則有不反應者。(Quinzing氏)或又有肌對於感傳電氣反應雖緩，而神經則迅速者。

(c)混合性電氣反應。Die gemischte elektrische Reaktion 云者，肌之一部雖變性，而一部如常。

神經亦有一部之纖維雖健全，而一部則現變性者，所見電氣反應之謂。夫然則神經之感傳電氣及平流電氣興奮性，以及肌之感傳電氣興奮性，雖可見其減殺，然決不消滅，惟肌之直達平流電氣反應，頗不易知，攣縮非全短，亦非盡緩慢，積極閉時攣縮，與消極無異，此蓋尋常攣縮，與變性反應相混者，更困難者，殆常在興奮性減却之時，若此者，非檢查數次，不能識別也。

### (乙) 肌強直性反應

肌強直性反應 myotonis the Reaktion (Erb 氏) 者，為 Thomsen 氏病(先天性肌強直症)之特徵，筋肉頗為強實，肥大，對於感傳電氣之興奮性，著明亢進，攣縮持久，雖通平流電氣，興奮性固增進，而僅起閉時攣縮，收縮極緩，而持續不去，成一種滯及隆起。

#### 電氣檢查於診斷之價值

變性反應，不問其為完全或不全，皆為同一性質疾病之徵，常為疾病之有器質性變化者，蓋所以示末梢神經，或其附屬細胞(脊髓前角細胞，運動性腦神經之延髓內核)有變性的變化者也，例如在末梢神經病，則見於神經炎，腳氣，神經外傷，在脊髓為前角炎，在延髓見於延髓球麻痺，但筋肉直接附屬神經單位以上之部分，例如脊髓側索錐體道內囊大腦皮質等有病竈時，雖致運動麻痺，然決不生變性反應，故疾病是否器質性，抑為官能性，且其病竈之部

肌強直性反應

位，均可以此決之，縱在面神經麻痺，倘有完全變質反應者，難以治愈，故於判斷深後，亦足為參考之資也。

第五 肌及神經之機械與蓄性

肌及神經之機械與蓄性 *mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven* 云者，以打診槌叩神經或筋肉時，筋肉所生短促收縮之謂，凡筋肉之電氣變性著明者，雖以器械叩之，亦僅有緩徐之收縮，此名機械的變性反應，*mechanische Entartungsreaktion* 但亦有電氣變性反應著明，而機械變性反應不明者，在 *Thomsen* 氏病，肌之機械性與蓄，甚為亢進，且一叩即永久不去。

此外足部當他動性背屈之時，於脛骨前肌，有強直性痙攣，自二三秒至數分鐘，當是時，肌腫隆起，足雖釋手，尚有留於屈曲之位置者，此名奇性收縮，*paradoxe Kontraktur* 於膝反射著明亢進時見之。

第六 共動機

共動機 *Die Koordination* 云者，當運動時，調節各筋肉而運動之謂，譬如吾人以箸進食，取箸為箸等，較為複雜之運動，固須多數屈手肌共同運動，且伸手肌，於運動調節，亦復參與，縱違隔諸肌，例如肩胛及肘關節肌肉，亦從而補助，故共動機者，由多數筋肉而成立者也，若此者，

共動機

奇性收縮

機械的變性反應

肌及神經之機械與蓄性

純性共  
動機  
單純性共  
動機

失調性步  
行

Romberg  
氏症狀  
亦曰靜立  
時失調失  
小腦性失  
調

痙攣

名爲複雜性共動機。komplizierte Koordination 反是而較爲簡單之動作，如僅直立時，亦須多數之腰股肌協同作用，以保重力之平衡，此名單純性共動機。einfache Koordination 其協同動作時，名曰共運動。koordinierte Bewegung 此機有障礙時，則其運動，名曰運動失調。Ataxie 筋肉之力雖存，而不能營完全動作矣。

檢共動機時，常使患者閉眼，而使以一指速自觸其耳、鼻、口等處，或使兩手左右開張，速以兩手指自相觸接，或使於空中描記文字，在足則使舉其一踵，觸他側膝上，或使以一足直立，苟非皮肉感覺完全者，不能行之，如失調性步行。ataktischer Gang 是也，共動機之中樞，經感覺神經、脊髓後索、小腦側索道、小腦前索道，而位於小腦及大腦頂葉，其原因在末梢神經及脊髓者，苟使直立，當閉眼時，失調甚少，閉眼則著明增惡，身體動搖，至於傾跌，此名 Romberg 氏症狀，亦曰靜立時失調。Romberg'sches Symptom oder statische Ataxie 反是，在小腦性失調。zerebellare Ataxie 則步行言語書寫、眼運動等呈失調，於眼之關閉無關。

共動失調，見於下列諸部疾病：(一)大腦皮質、癱瘓性癱瘓、(二)小腦及小腦脚、(三)脊髓、(脊髓癱) (四)末梢神經、脚氣、神經炎是也。

### 第七 痙攣

痙攣。Krampf, Spasmus od. Hyperkinesis 爲筋肉之急劇收縮不隨意而發者，有間代性與強

現代性直性強性痙攣

直性二種。間代性痙攣。Klonischer Krampf(搐搦。Konvulsionen) 筋肉於一秒間、反覆收縮數次、所侵者、一筋肉(眼輪匝肌)一神經(面肌)一肌層(上肢)或則全身(癱瘓)在強直性痙攣。tonischer Krampf 則某種筋肉、或全身、數秒數分間、久持收縮狀態、見於眼輪匝肌嚼肌(牙關緊急項肌(斜頸)手肌。(Tennis) 腓腸肌等、由腦疾病。(腦膜炎、腫瘍、腦炎、癲癇)中毒(Strychnin) 傳染病破傷風等而發、更有由周圍疾病反射而生者、亦有由於精神性者、(Hysterie) 發於全身者、為後弓反張。Opisthotonus 在普通痙攣以外、更多與此類似者、如左、

後弓反張

痙攣

老人性質

酒精性痙攣

鉛毒性痙攣

汞毒性痙攣

注意痙攣

痙攣痙攣

舞蹈病狀

(一)震戰。Zittern, Tremor 為輕微平等之間代性痙攣、伸指展開而不動時尤明、在生理、亦發於疲勞、精神感動、身體激動及寒冷時、在老人、則有老人性質。Tremor senilis 又在酒客、則四肢及舌、有酒精震戰。Tremor alcoholicus 反以飲酒而輕減、更有因鉛中毒(鉛毒震戰。Tremor saturninus) 瑪啡中毒、Pascow 氏病神經衰弱震戰、麻痺、汞毒震戰。Tremor mercurialis) 等而起者、以上種種、多起於安靜時、更有不在安靜時、以一定之隨意運動而發者、如寫字即發作之類、此名注意震戰。Das Intentionzittern 為腦脊髓多發性硬化症之特徵、書癱。Schreibkrampf 亦與此類似、此外在瘧疾等、全身覺冷、諸肌發強烈之間代性痙攣者、名震戰。痙攣。Schüttelkrampf

(二)舞蹈病狀。choreaische Bewegung 或指或舌、發一種不隨意之自然運動、緩慢而反

第 二 百 八 十 九 圖

Athetose 狀運動之手指位置



覆，多見於四肢，於手尤甚，亦有生於舌及下肢者，或限於半身，為偏側舞蹈病，*Paralyse* 主要見於小舞蹈病及 *Hysterie* 等症。

(ii) *Athetose* 狀運動。 *athetotische Bewegungen* 在本症，指趾亦為不隨意運動，然與前相異，其

運動極不自然，且不利，有時為偏側性 (*Hemiatetose*) 偶有發於頭部者，見於腦性小兒麻痺。

纖維性肌  
縮

癱瘓等，多屬先天性。  
(四)纖維性肌。擊縮。Irritabile Muskelnackungon

者，一肌肉中之某小束，時生不隨意擊縮，筋肉

共發運動

全體不致波及，主要多見於眼輪匝肌，手小肌，肩  
胛肌，胸肌，常脊髓前角細胞，慢性變質時，幾為必  
發之症，但亦見於神經衰弱，及 Hysterie。

(五)共發運動。Mitbewegungen 當一定之隨意運動

時，無關係之肌，亦不隨意與之共為運動，多見於  
腦性麻痺症，半身不遂症，亦於脊髓性麻痺見之。  
(瘧擊性脊髓麻痺)

Kataplexie

第二百九十九圖  
Athetose 狀運動之右足趾



(六)Kataplexie 醫師以他動性與以隨意位置時，

其筋肉似呈強直性痙攣之觀，數分或數十分間，  
永遠保其他動位置，其狀宛如蠟人，故又蠟狀。攪  
屈。症。Flexibilitas cerea 之名，主要見於某種精神病，緊張病，憂鬱病，Hysterie 催眠術中，腦願

蠟狀攪屈

癱瘓等。

Flexibilitas cerea

之名，主要見於某種精神病，緊張病，憂鬱病，Hysterie 催眠術中，腦願



## 第一 視覺檢查法

視覺檢查法

視覺檢查法。Die Untersuchung des Gesichtssinnes 主要者、宜檢查其眼球運動、瞳孔中心視力、視野、色、神、眼底等。

眼球運動檢查

斜視

(一) 眼球運動。Bewegungen des Augapfels 由動眼神經、上直肌、下直肌、內直肌、外直肌、滑車神經、(上斜肌)及外旋神經、外直肌、營之、兩眼軸不並行者、曰斜視。Strabismus 或由筋肉麻痺而生、偶亦有由於肌之痙攣者、從而有麻痺性斜視。paralytischer Strabismus 與痙攣性斜視。spas-tischer Strabismus 之別、兩眼視軸、互相開放者、於外斜視見之、曰開散斜視。Strabismus divergens 視軸之集合者、於內斜視見之、曰輻斂斜視。Strabismus convergens

複視

斜視者、往往有複視。Di-Lopie oder Doppelsehen 蓋在健眼、則物像適映於黃斑部、在麻痺眼、以視軸偏倚之故、物像映入黃斑部以外之眼底、故可見真像與假像二種、在尋常、最多之麻痺性斜視、每為其額頰肌之牽引力所勝、眼球向額頰肌一方面牽制、而假像、應麻痺肌牽引之方向而移動、故判斷物體之位置、即生錯誤、把握物體、或步行時、發生障礙、時有眩暈者、眼眩暈。Augenschwindel)

眼眩暈

全眼肌麻痺  
出位  
球突

全眼肌麻痺。Ophthalmoplegia totalis 者、眼球突出、麻痺性、眼球突出。Exophthalmus paralyticus) 以動眼神經全枝麻痺之故、更生眼上、眼下、下垂症。Ptosis (眼上、眼舉肌麻痺、瞳孔散大、虹彩膜

括約肌麻痺及調節機麻痺(調節肌麻痺)

眼球震盪

眼。球。震。盪。症。Nystagmus 爲眼球微細之間代性搖蕩，多向左右振顫，此名水平性眼。球。震。盪。症。horizontaler Nystagmus 時有向上下運動之鉛。直。性。眼。球。震。盪。症。vertikaler Nystagmus 極罕見者，尙有周轉眼軸之迴。旋。性。眼。球。震。盪。症。rotatorischer Nystagmus 此等，大抵由眼肌衰弱，腦脊髓多發性硬化，腦膜炎，小腦疾病，大腦器質性疾病等發生者。

Gräfe氏  
症候  
Sjellwag  
氏症候  
Möhns  
氏症候

在 Basedow 氏病，眼球突出，以指置患者額上，使視之，俟眼球轉上之後，徐將指移至下面時，則僅眼球下降，而眼上瞼不與之並降，仍在上舉之位置，即 Gräfe 氏症候是也，且瞼裂較大，罕有如健體爲不隨意之瞬目者，此名 Sjellwag 氏症候，又往往有內直肌運動不全者，使凝視接近之物體時，兩眼暫雖輻輳，而一眼轉向方，此名 Möhns 氏症候。

瞳孔檢查  
瞳孔縮小  
瞳孔散大

(一)瞳孔。Pupille 縮。小。由瞳孔括約肌動眼神經所主宰，司之，其散。大。由瞳孔散大肌(交感神經)主宰，營之，在生理，由光線射入睡眠老人點眼藥 (Pilocarpin, Eserin) 而瞳孔縮小。Miosis 在病變，則見諸中毒，瑪球，阿片，脊髓癆，麻痺性癱瘓等，瞳孔散大。Mydriasis 者發於精神感動，意識昏迷劇痛呼吸困難，內障視神經萎縮，動眼神經麻痺，強度近視等。

瞳孔不同

瞳孔不同症。Ungleichheit der Pupillen 見於兩眼屈折機不同，近視及遠視，動眼神經麻痺，視神經萎縮，偏頭痛，脊髓癆，麻痺性癱瘓等。

瞳孔反射

光線反應

調節反應

輻輳反應

交感反應

精神反應

瞳孔強直

Argyll = Robertson 氏症

中心視力

瞳孔反射。Pupillenreflexe 有五種，光線反應調節反應輻輳反應交感反應精神反應是也，光線反應。Pupillenlichtreflex 可分二種，甲為光線直接射入一眼時，則其瞳孔縮小，此名直接光線反應。direkter Pupillenreflex 乙為檢眼時，例如左眼始終雖注入相同之光線，而一眼右閉合時，左眼瞳孔散大，開右眼則左眼瞳孔縮小之類，此名同感性瞳孔反應。konseuseller Pupillenlichtreflex 調節反應。Akkommodationsreflex 者，視遠之際，瞳孔散大，檢查一眼之前，出指使熟視，則縮小之謂也，輻輳反應。Konvergenzreflex 者，以指等置患者鼻前，使兩眼視軸輻輳之際，瞳孔縮小之謂，交感性反應。sympathische Pupillenaktion 者，面部或其他身體部，以針刺等與以劇痛之刺激時，瞳孔散大之謂，在麻痺性癱病，則反應消失，精神反應亦曰注意反應。ideomotorischer Reflex, Aufmerksamkeitsreflex 者，倘聯相及於暗黑，則瞳孔稍稍散大之謂。

瞳孔若無上記反應者，曰瞳孔強直。Pupillenstarre 其中雖射入光線，亦不縮小者，曰反射性瞳孔強直。reflektarische Pupillenlichtstarre 且在脊髓癆及麻痺性癱病，光線反應消失，而調節反應多存在，此種異常，名曰 Argyll = Robertson 氏症。遇此等檢查，須閉其隻眼，各別檢之，其反射弓道，經網膜及視神經，至於前四疊體，在此處與動眼神經聯結，一出動眼神經，則經睫狀神經（即毛樣神經）節分佈於虹膜及睫狀體中之調節肌。

(三)中心視力。zentrale Sehschärfe 檢查時，中心視力檢查法。Die Fixoptometrie 如有屈折異常

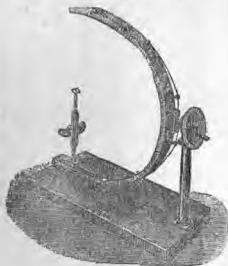
Snellen  
試驗視力

視野(周  
邊視力)

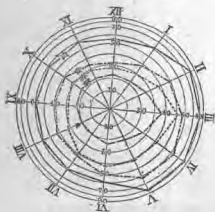
者、近視遠視、豫先用適度之眼鏡、在十分明暗室中、用 Snellen 氏試驗視力表、Snellen'sche Sehprobenfol 或用近時萬國試驗視力表等、視力減弱甚者、以指於眼前動之、使辨其指、在脚氣則中心視力減弱者、蓋甚多也、

(四)視野、Gesichts-feld 卽周邊視力、periphere Sehschärfe 檢查(視野檢查法、die Perimetrie)之便法、與患者接近對坐、使合一眼、以一眼凝視一點、檢者以食指上下左右移動、定患者可以目見之點、卽視野之外界、若欲知其詳者、可用視野計、der Perimeter (二百九十一圖白紙之外、

第 二 百 九 十 一 圖  
野 視 計

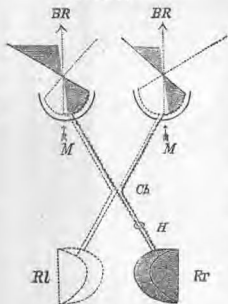


第 二 百 九 十 二 圖  
健 康 視 野



求心性視  
野狹縮  
視狀視  
野狹縮  
中心暗點  
半盲症

圖三十九百二第  
圖略之症盲半及器視明說



視線(BR)幾為平行(竄違時)(M)黃斑  
(Ch)視神經交叉(RrH)左右之枕部皮  
質(圖中須注意者交叉部之半交叉及  
神經纖維分佈於視網膜之狀況並映於  
皮質之現像關係(H)所以示視神經交  
叉部後面之病變使起半盲症 蠟旋狀  
線及暗影示侵犯之部分

以青赤綠各色紙檢之、白紙之視野、上方五十五度、下七十度、內六十度、外八十五度至九十度、至青赤綠色、則從而漸減、  
求心性視野狹縮、konzentrische Verengung des Gesichtsfeldes 見於官能性病、(Hysterie)及重症神經衰弱、及器質性病、視神經萎縮散在性腦脊髓硬化、偶有見截痕狀視野缺損者、  
toronförmiger Gesichtsfelddefekt 中心暗點、zentrales Skotom 於酒精及煙草中毒見之、  
半盲症、Hemianopsie 或半視症、Hemioptie 由視神經交叉部後面之病變、而兩視野之半部生

官、所侵者、多為兩眼同側、侵及右半視野者、所以示病竈存於右大腦半球、有交叉性而來者、則病竈局在於視神經

交叉部、惟此甚罕見耳、

白覺性視

自覺性視。覺。subjektive Gesichtsempfindungen 若眼底視神經徑路及中樞有病癒時、腫瘍、或

色神

由大腦之血行異常、充血及貧血、或覺過敏、神經衰弱、Hysterie、遠生蚊盲視、眼花、閃發等症、  
(五)色神。Farbensinn 檢查時最單簡者、有 Holmgren 氏毛絲檢查法。Wolfrprobe von Holmgren

色盲

但不完全、近有表、可檢種種色盲。Farbenblindheit 尋常所見者、以綠赤色盲為最多、

檢眼鏡檢查法  
Liebreich

(六)檢眼鏡檢查法。ophthalmoskopische Untersuchung 尋常用 Liebreich 氏檢眼鏡。das Ophthalmoskop von Liebreich

眼鏡  
氏檢

(一)神經疾病之眼底變化。

凡使頭頂內壓力亢進之疾病、多生鬱血乳頭、Stauungspapille(視神經炎、於腦腫導腦水腫

腦膜炎見之、乳頭著明鬱血時、則突隆、其靜脈怒張、狀如太陽放線、乳頭之境界不明、附近

且每有小出血斑、但雖在此時、視力無恙、故每易看過、至視神經萎縮、則發於脊髓癆多發

性腦脊髓硬化、麻痺性癱瘓病鬱血乳頭之末期、乳頭部之血管、減少而細小、故乳頭面呈白

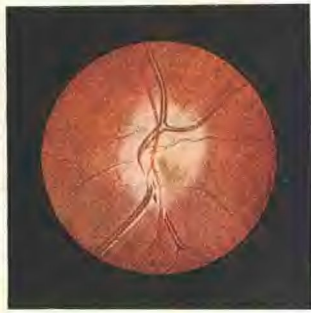
色、或帶青白色、乳頭萎縮、為不整形、常兼視力減退、至視網膜炎、多於腦底有滲出物時併

發、而視網膜出血、則見於視網膜中心動脈栓塞、或腦動脈栓塞時、

其他疾病之眼底變化。

聽覺檢查法

第 二 百 九 十 六 號 圖 表



在蛋白尿性視網膜炎、則乳頭炎、與視網膜炎、及視網膜出血、併見於萎縮腎、梅毒性視網膜炎、與一般梅毒或神經梅毒併發、他如糖尿病、白血病、惡性貧血等、亦時見眼底變化、在大動脈閉鎖不全症、有可見視網膜動脈搏動者、

第二 聽覺檢查法

聽覺檢查法 Die Untersuchung des Gehörssinnes 在一定之距離、即聽距 Hörweite (二十至二十五 m) 以可聽耳語、Flüstersprache 或懷錶音之健耳距離為分母、以病耳距離為分子、用分數式示之、例如健耳於百 cm 可聽錶聲、病耳為三十 cm 時、其比例為  $\frac{30}{100}$  錶聲非觸耳不能聽得者、作觸耳而不能聽得者、為  $\frac{0}{100}$ 、取音叉置顳乳突部、檢其能否由骨傳導、die Knochenleitung 聽得振動、甚為重要、在空氣傳

骨傳導  
空氣傳導

診斷學 下卷

重聽及聾

耳鏡檢查  
法  
自覺性聽  
覺即耳鳴

耳眩暈

Ménière  
氏病

Rinne  
氏  
試驗

導：Taufelung。雖雙或重聽者，倘使骨傳導無異常，則其病竈，必在外聽道、鼓膜、或中耳、骨傳導亦被侵害者，則必為內耳。或由此至中樞，有器質性異常之徵矣。

第 二 百 九 十 七 圖  
耳 鏡  
(Politzer 氏)



重聽。及聾、die Schwerhörigkeit und die Taubheit 別其為神經性或非神經性時，中耳外耳疾病，以耳鏡與反射鏡（二百九十六圖及二百九十七圖）行耳鏡檢查法可也。  
自覺性聽覺、subjektive Gehörempfindung 即耳鳴。Ohrensausen 與耳（外中內耳）或耳附近歐氏管及腦髓諸疾併發，多兼重聽時或加以眩暈，即耳眩暈。Überschwindel 而併發惡心嘔吐者有之。凡耳鳴、重聽、眩暈三候併發者，曰Ménière氏症。團、Ménière'scher Symptomenkomplex 於各種疾病見之。

第 二 百 九 十 八 圖  
反 射 鏡



欲知聽覺障礙之原因者，有種種方法，在 Rinne 氏試驗。Rinne'scher Versuch 點音叉



Wohler氏  
試驗

(每一秒振動二百五十六回者，於乳突部，俟其振動減弱，已難聽取骨傳導時，即將音叉置耳邊再由空氣傳導，可以明瞭聽得之，尋常空氣傳導，較骨傳導為銳敏，此名積極性 Rinne (positiver Rinne) 於健耳，或神經性重聽見之，反是而空氣傳導，較鈍於骨傳導者，曰消極性 Rinne (negativer Rinne) 於外聽道中耳，歐氏管之疾病見之，其他以音叉貼頭頂，或額部時，兩耳雖平等感其振動，若閉其一耳，則所閉之氣道，變為共鳴空洞，故所感振動尤強，此在 Wohler 氏試驗，謂之偏於同側之耳，或名積極性 Weber，但聽神經自身，或其中樞有障礙時，病耳感受微弱，即生消極性 Weber 與積極性 Rinne 矣。

### 第三 嗅覺檢查法

嗅覺檢查  
法

嗅覺檢查法。Die Untersuchung des Geruchssinnes 於嗅藥匣中，das Geruchkästchen (二百九十九圖) 盛以香烈之物質，如薄荷油、樟腦、蓋發水等，置鼻前，兩鼻孔分別檢之，不可用強刺激物，如安母尼亞之類者。

嗅覺鈍麻  
及喪失

嗅覺減弱之嗅覺。鈍麻。Hyposmia 及全然脫亡之嗅覺。脫失。Anosmie 續發於鼻黏膜，三叉神經之疾病，或由頭頂前窩，額腦之疾病，(腫瘍、腦水腫等) 壓迫嗅神經而起，偶或併發於中樞徑路之病竈，及 Hysterie，有時於 Hysterie 及精神病，可見嗅覺過敏。Hyperosmie 及嗅覺錯誤。Parosmie 者。

嗅覺過敏  
及錯誤

### 第四 味覺檢查法

行味覺檢查法 Die Untersuchung des Geschmackssinnes 時，於味藥匣中，das Geschmackskasten

四百四十四

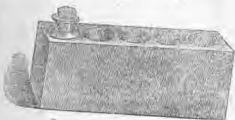
第二百九十四圖



- (1) 枸橼油
- (2) 丁香油
- (3) 薄荷油
- (4) 丁香油
- (5) 茴香油
- (6) 樟腦油
- (7) 阿魏油

第六章 言語障礙

第三百一十圖



(三) 百圖 糖(糖水) 苦(苦味) 酸(鹽水) 酸(稀鹽酸) 試藥，用玻璃桿滴於舌之一定部，便就第三百一圖所記甘苦酸鹹等字指出之，如是則可免口答之際，試藥因舌之運動，而散於他部之憂，而舌之左右前後，均可得而檢查

第三百一十圖

甘	苦
鹹	酸

均可得而檢查

覺。錯。誤。Parasæsthesia 見諸口內炎、胃腸病、熱性病、面神經麻痺、三叉神經麻痺、舌咽神經麻痺、Hysterie、癲癇精神病等、

覺。鈍。麻。Hypogæsthesie 味。覺。脫。失。Agnosie 味。覺。過。敏。Hyperæsthesie 味。

言語障礙

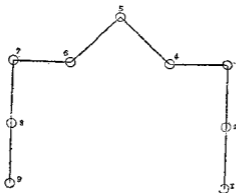
言語障礙 Sprachstörungen, Lelajathie 分爲二種，一由發語肌之運動障礙，此名構音障礙，其他則由言語之觀念障礙，此名失語症，在言語運動自身固無異常也。

(一) 構音障礙

構音障礙

Dysphrie, Artikulationsstörungen 者，凡由發語肌唇舌懸垂垂聲帶之異常，麻痺，癱瘓，震戰失調等，及舌下神經迷走神經之核上下徑路及中樞病竈而關於發語諸肌運動異常之總稱，非指落齒及房崎

第三著者之語言形成想像圖



- (1) 耳之聽神經末梢
- (2) 延髓內之聽神經核
- (3) 聽覺中樞 (第一顳額迴轉)
- (4) 音像中樞 (Wernicke 氏中樞) (感覺性言語中樞)
- (5) 第一顳額迴轉
- (6) 喉念中樞 (理解中樞) (額葉)
- (7) 言語運動像中樞 (Broca 氏中樞) (運動性言語中樞)
- (8) 第三顳迴轉
- (9) 發聲肌 (舌聲帶) 中樞 (前正中迴轉)

延髓內舌下神經及迷走神經核 (9) 聲帶軟腭聲帶

常之總稱，非指落齒及房崎形等偶發之病而言也，故唇麻痺，則起唇音障礙 (u, ja 等音) 舌麻痺則舌音 (a, ea, e 等音) 不能構成，軟腭麻痺，則生鼻音，nasale Sprache 一切構音肌麻痺，多屬延髓及橋髓疾病，此名球性言語。bulbare Sprache 終乃陷於構音不能。Anarthrie

鼻音  
球性言語  
構音不能

言語緩徐

隔語

吃語

言語蹉跌

緘默症

言語異常中，有發言迂徐者，名言語緩徐症。Bradyphasia 甚至每一語之各音，須隔許多時間，此名隔語。skandierende Sprache 爲多發性腦脊髓硬化之特徵，於 Hysterie 亦見之，更有由言語肌痙攣，每發言時，最初子音，須反覆數次而後發語者，此名吃語。Gottlieb 與此相類者，其言語中之緩音，較一語中最初之子音，尤爲衝突性錯誤，反覆同一聲音，或脫落，或以他音代用者有之，此名言語蹉跌症。Silbensoljorn 爲麻痺性癱瘓之特徵，甚至完全不能發語，及不能發音者有之，此名緘默症。Stummheit 見於 Hysterie 及精神病，(緊張病)有亘數日至數週者，而舌之運動，初無障礙也。

(二) 失語症

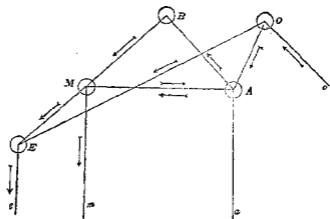
失語症

失語症。die Aphasie 唇舌聲帶等末梢性發語器官，及延髓之神經核，既無異常，而發聲器官之運動，亦無障礙，其障礙僅關於言語之觀念，且發表意思之書字官能，失書症。讀書作用，(失讀症)及姿容狀態，失態症。兼有異常者，蓋甚多也。

音像中樞

言語官能，須三種中樞，最初自小兒時，聽他人言語，非模倣不可，即聽神經之音像中樞。Klangbildzentrum 係 Wernicke 氏發見者，在左大腦半球第一顳迴轉中央部，更波及第二顳迴轉，據 Marie 氏，則謂位於顳頂葉之第一顳迴轉，關於叡智、乙爲概念中樞。Begriffszentrum 所聽諸音像中樞者，理解之，且成發爲語言之理想概念，其部位在大腦額葉(即前頭葉)似不

圖 三 百 三 第  
Liebheim 氏 言 語 想 像 圖



(A) 音覺中樞 (a)  
 (O) 傳導道 (O) 視  
 覺中樞 (O) 傳導  
 道 (M) 言語肌肉  
 性傳道 (E) 書字運  
 動中樞 (E) (其運  
 動性傳道) (B) 理解  
 中樞  
 圖中之矢示神經作  
 用之方向

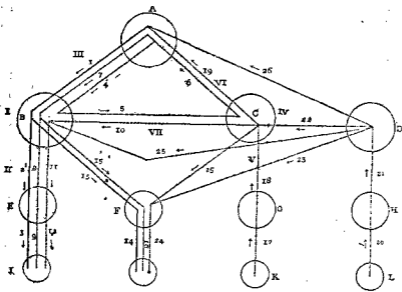
限於一小部分者，丙為運動性言語中樞。motorisches Sprachzentrum 係 Broca 氏 (一八六一年)

所發見，存於左大腦第三額迴轉之後端，(Marie 氏謂係瓊斯核)故失語症可大別為二種，曰運動性失語症，motorische Aphasie 曰感覺性失語症，sensorische Aphasie

絡，以評定自身之言語，果無誤謬否，於是必取乙路，(A·B·5·6·7·8·9)故感覺性言語中樞有

欲隨意發言時，先於概念中樞，思索所欲語之內容，意謂自此取二種徑路，甲：自概念中樞，經言語運動像中樞，及發語肌(舌、聲帶等)至舌而為言語，(三百四圖 A·B·2·E·3·i)但僅此一路，則言語不能完全，更須批評所發之言語，有無差誤，故自言語運動中樞，與感覺性及概念中樞，保其聯

著 者 之 言 語 形 成 想 象 圖

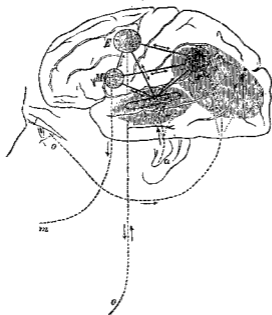


診 斷 學 下 卷

A 概念中樞。B 爲 Broca 氏言語運動  
 像中樞。C Wernicke 氏音像中樞(感覺  
 性言語中樞)。D 視像中樞。E 音運動  
 中樞。F 手運動中樞。G 聽覺中樞。H  
 視覺中樞。I 延髓舌下神經核。J 頭髓  
 前角細胞核。K 延髓神經核。L 視神經  
 核(視神經核)。I 運動性皮質失語症。  
 II 運動性皮質失語症。III 運動性皮  
 質失語症。IV 感覺性皮質失語症。  
 V 感覺性皮質失語症。VI 感覺性皮  
 質失語症。VII 傳導性失語症。自發  
 的言語迴路甲 A I B E I。乙 A 4 5  
 C 6 A 7 B 8 E 9 I。會讀 L H D 22  
 C A B E I。模倣他人言語甲 K G C  
 19 A B E I。乙 K G C 10 B 11 12。理解  
 他人言語 K G C 19 A。隱意書字甲 A  
 1 B 13 F 14 J。乙 A 4 5 6 7 B 15 F  
 16 J。速記他人言語甲 K G C A B 13  
 F J。乙(不理解而速記) K G C 10 B  
 15 F J。讀寫甲 L H D C A B F J。乙  
 (不理解) L H D C 16 B F J。理解文  
 字甲 L H D C A。乙 D A

障礙時、於隨  
 意語言、亦見  
 障礙、而此等  
 言語中樞、常  
 僅在大腦左  
 半球、左利者  
 在右腦、可知  
 言語形成、關  
 係於言語運  
 動像、音像視  
 像、三要素、其  
 輕重之比、則  
 因人而異也、  
 運動性失語  
 症、多覺有失。

第 三 百 五 十 五 號  
圖 顯 想 症 高 失 書 失 語 失 失 氏 特 查  
Charcot 氏失語失書失書高想症顯圖



圖解與三百三圖同各中樞神經  
腦皮質與之相當者記入之 A  
及之周圍所畫暗影乎一般  
聽覺性及視覺性皮質領域在  
A O E M 間聯絡線上之覆矢  
須注意觀之又自 m 至 M 向  
至以求心性之失亦宜注意甲  
則示由言語運動而生之感覺  
乙則示由書字運動而生之感  
覺  
又在本圖則理解中樞可想像  
為與 A O E M 聯絡者

書症。Agraphia (不必盡然)蓋書字、又由內性言語。inneres Sprechen 而生。顯諸語言、則為詞語。  
Wortsprechen 屬於文字、乃為文。言。Schriftsprechen 據 Bastian 氏、謂由 Broca 氏言語運動像中  
樞之障礙、而生失書症云、但失書症、又多兼感覺性失語症、或以為有書字運動觀念中樞存  
在者、左第二額迴轉、此係謬誤、蓋僅由 Broca 氏中樞、與右手中樞連絡而經營者也、抑書字

中樞、與視像中  
樞、亦似直接聯  
絡、何以故、蓋患  
者毫不解其意  
味、而能謄寫、故  
書字作用、與言  
語像運動中樞、  
視像及音像中  
樞、均有關係、若  
其中樞有障礙  
時、則生運動性

失書症  
健忘性失  
書症

失讀症

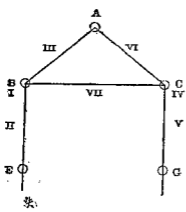
感覺性失  
讀症

運動性失  
讀症

失書症；motorische Agraphie 又或與概念中樞之聯絡斷絕時，患者不能自書其所思索，而生健忘性失書症；amnestische Agraphie 失書症每併有右半身知覺異常，時有在左隗璵核後隅之上顛頂下葉中發見病竈之例，更有右手雖不能書，而左手能書者，但失書症孤立而存在者，不多見耳。

失讀症；Alexie 平素熟知之書字，雖可觀覽，然不能讀，此有二種，甲、常覺感覺性失語症，患者不能領會書字之意味，此名感覺性失讀症，或曰精神盲；sensory Alexie, Wortblindheit od. Seelenblindheit 蓋視像中樞與概念中樞之聯絡(D 22 C 19 A)有障礙故，乙、則雖解

第三百六十六圖  
各種失語症之思想圖



(A) 概念中樞 (B) 言語運動像中樞 (E) 等 (C) 音像中樞 (G) 耳 (I) 運動性皮質失語症 (II) 運動性皮質失語症 (III) 運動性皮質失語症 (IV) 感覺性皮質失語症 (V) 感覺性皮質失語症 (VI) 感覺性皮質失語症 (VII) 傳導性失語症

文字之意，而不能音讀，此名運動性失讀症；motorische Alexie 此以視像及言語運動像兩中樞之聯絡(甲為 22·10·11，乙為 22·19·1·2·3)有障礙故，而視像中樞似在左右兩大腦半球



者，但人之讀字，最初必先惹起其字之音像，故音像中樞障礙，亦侵及讀書作用，且尋常多一面誦讀，一面觀覽，故言語運動像中樞之病竈，亦足以招失讀症，偶有僅見失讀症者，多由左側顳頂下葉（角迴轉）之病竈而生，竊謂自左右兩側視中樞所起之纖維，或者集合而過左側顳頂下葉，達於音像中樞，亦未可知，患者雖不能讀紙上所書之文字，但於患者掌上畫其文字，亦有能理解者。

因病竈部位而生各種失語症如左。

(一)運動性皮質失語症。motorische kortikale Aphasie者，以 Broca 氏言語運動像中樞（左第三額迴轉後端）（三百五圖 I）有障礙而生，雖能解他人言語，而辨別事物，但不能以語言吐露自己之思想，亦不能模擬他人之言，僅能反復無意味之片言隻語而已，此名偏語症。Monophasie 雖能謄寫文字，而不能書自己之思想，他人所言，亦不能筆而錄之也。

(二)運動性皮質下失語症。motorische subkortikale Aphasie（純粹運動性失語症。reine motorische Aphasie）（純粹語障症。reine Wortstummheit）雖有言語之運動性記憶像，而不能發語，

患者雖自知所言錯誤，而不能矯正，其病竈部，存於 Broca 氏中樞及舌中樞（前正中迴轉下端之間）（II）

(三)運動性皮質間失語症。transkortikale motorische Aphasie 因言語運動像中樞與概念中

偏語症

運動性皮質下失語症

運動性皮質間失語症

皮質感覺  
性失語症

皮質下感  
覺性失語  
症

皮質間感  
覺性失語  
症  
錯語症  
錯語症

傳導性失  
語症

島失語症

橋間(III)有障礙，患者自己，雖不能發言寫字，而模倣他人之言音讀謄寫記錄等，則無障礙，(四)皮質感覺性失語症。kortikale sensorische Aphasie 之病竈，位於音像中樞，IV)他人之言語，不能理解模倣，其自身發言寫字，亦略有障礙。

(五)皮質下感覺性失語症。subkortikale sensorische Aphasie (純粹性語弊。reine Wortarmut)純粹感覺性失語症。reine sensorische Aphasie) 音像中樞與音覺中樞，均在第一顯顯迴轉失其

聯絡，V)患者自身發言寫字，雖無障礙，而於他人語言，理解模倣記錄等，則有障礙。

(六)皮質間感覺性失語症。transkortikale sensorische Aphasie 音像中樞與概念中樞間VI)有障礙，故不能理解他人之語言文字，自身雖能語能書，而有錯語症及錯書症。Paraphasie und Paragrammie 雖能模倣語音讀謄寫記錄，然不解其意味，亦有因此而起健忘性失語症及視覺性失語症者，由音像中樞之部分性病竈而生。

(七)傳導性失語症。Leitungsaphasie 音像中樞與言語運動像中樞聯絡VII)斷絕時，即生此症，其部有 Pen 氏島，又名島失語症。Insularphasie 雖解他人之言語文字，而自發語及音讀，則呈錯語症，自書記錄，則有錯書症，不能模倣語，僅可謄寫而已。

今以各種失語症之症狀，括如左表。

全部性失  
語症  
健忘性失  
語症  
視覺性失  
語症

傳導性失語症	感覺性			運動性			自發語音	讀模	語言語理解	自書記	錄謄	寫文字理解
	皮質間失語症	皮質下失語症	皮質失語症	皮質間失語症	皮質下失語症	皮質失語症						
錯	錯	+	錯	-	-	-						
錯	+(不解)	+	-	+	-	-						
-	+(不解)	+	-	+	-	-						
+	-	-	-	+	+	+						
錯	錯	+	錯	-	+	-						
錯	+(不解)	-	-	+	+	-						
+	+(不解)	+	+	+	+	+						
+	-	+	-	+	+	+						

此外各以特殊之症狀、而各種失語症、有異名者如左、  
 全部性失語症、totale Aphasie 言語之運動性及感覺性、均被侵害者、  
 健忘性失語症、amnesische Aphasie 雖熟知物體之性質、而忘其名、有從而教之者、則立刻記  
 起之、此由運動性皮質間失語症、而概念中樞與言語運動像中樞之聯絡、有障礙故也、  
 視覺性失語症、optische Aphasie 能視物體、亦能解其用途、而忘其名稱、例如觀時錶、問以何  
 物、即不能答、然加以視覺以外之刺激、如以錶近耳、使聞其音、或使持於手中時、即立能記憶

其名稱、意謂枕左葉有病竈、而侵及視像中樞與音像中樞聯絡之故、易兼有半盲症及失讀症、

觸覺性失

觸。覺。性。失。語。症、*tactile Aphasia* 閉目觸某物體、不能想起其名、但由其他感覺、如視覺則容易命名、此症甚不多見、

失動症

失語症、每有併發之症狀、卽失動症、*Aphasia* 由概念中樞、手足等運動像中樞與運動中樞之聯絡被侵而發、雖簡單之目的動作、亦生錯誤、例如啣煙一支、取火柴點火時、送火柴入口中之類是也、更有顏貌及姿容、不能正常表示者、此名失姿症、*Aimie* 均屬於精神麻痺、*Geelen-*

失姿症

*lahnung* 由左側顳頂葉(右手)左側手肌中樞及其髓質(右手及左手)胼胝體(左手)之失動症之病竈而生、

神經病之  
植物性系  
統障礙

神經病之植物性系統障礙

茲揭其最重要者如左、

一般症狀

(一) 一般症狀

所謂卒中性體質(全身肥胖而紅頸短胸廓膨隆)者、多有腦出血之素因、然如貧血性者、亦以老年及梅毒等、若有動脈硬化症、則生腦出血者、亦不尠、他如處處有淋巴腺腫所謂胸腺淋巴性體質、及黏膜加答兒或分泌異常亢進之滲出性體質、均易罹神經系統疾病、

身體之榮養。由末梢神經及脊髓前角細胞之變性，而筋肉續發萎縮，在脊髓炎及脊髓癱，易生褥瘡，然在大腦之疾病，則直接無害於榮養也。

神經系病而發熱者如次，即（一）其疾病自身為炎症性時，腦脊髓膜炎急性脊髓前角炎，（二）續發有熱之疾病者，易發褥瘡、膀胱炎等之脊髓炎，（三）頻發痙攣者，重症癲癇發作破傷風，（四）腦壓亢進，刺戟體溫中樞（部位未詳）腦出血之類是也。

### （二）呼吸系之障礙

鼻。鼻之疾病，於各種機能性神經症有密切關係，且如神經衰弱癲癇偏頭痛枝氣管喘息，心臟神經症等尤然，往往有以此為原因者，但亦有僅為併發症，而無原因關係者亦不少。

喉。其運動及知覺障礙，由主宰之迷走神經或其中樞障礙而起，在Hysteria每生麻痺，在脊髓癱，有呈刺戟症狀者。

呼吸困難。見於呼吸肌之官能及器質性麻痺，延髓球麻痺，強直性痙攣症，癲癇發作初期喘息，尿毒症及糖尿病。

Urey = Stokes 氏呼吸現象。每見於腦出血腦動脈硬化症發作麻痺性癱瘓發作時，

### （三）循環系之障礙

心。於腦出血及栓塞，有重大關係，左室肥大者，動脈硬化症姿縮腎腦出血發生尤速，又由

呼吸系之障礙

循環系之障礙

心內膜炎及心瓣膜炎而生之血塞、有腦栓塞之危險、又身體他部、雖無血管硬化症、而腦動脈與心臟之冠狀動脈、及腎動脈、均極易硬變者、故當腦出血時、必診查動脈硬化症所常發發之心臟變化、(左室肥大、大動脈第二音亢進、心動不整、不可忽也、

心跳及狹心症、雖見於心之器質性疾病、然亦有見於神經性病(心臟神經症、精神病、Basedow氏病及 Nicotin 中毒者、

脈搏。數於神經衰弱及迷走神經麻痺、則增加、於腦壓亢進(腦出血、腦腫瘍)則減少、血管運動神經之障礙、多發於神經系病、皮紫藍色或蒼白、厥冷浮腫等、則於腦病(腦出血、偏頭痛、脊髓病、脊髓炎、脊髓前角炎)末梢神經病(腳氣)官能性神經病(Basedow 氏病)見之、

(四) 消化系之障礙

消化系之障礙

咽之知覺麻痺、為 Hysterie 主要症狀之一、

唾液分泌。亢進。見於神經衰弱、面神經刺戟症、精神病、緊張病、因而生流涎症、(Salivation)或唾液分泌。雖不亢進、以不能十分嚥下故、發流涎症者甚多、如唇及咽肌麻痺時所見者是也、唾液分泌。減少。由面神經麻痺、而該神經中唾液分泌纖維被侵之故、

神經性消化不良。以精神憂鬱、胃分泌及胃腸運動機能減弱之故、

神經性嘔吐。於飲食無關、且不先發惡心、故可與胃腸性嘔吐區別、見諸腦膜刺戟(腦膜炎)腦

壓充進、腦腫、腦血行異常、腦貧血、偏頭痛、官能性神經症、(Hysterie)

胃症發作、*Gastrische Krisen* 爲劇烈之胃痛、嘔吐、及胃酸過多、爲脊髓癆特徵之一、往往誤

診爲胃腸病、

習慣性便秘、多與神經衰弱合併、亦見於脊髓癆及脊髓炎、

大便失禁、於脊髓病、脊髓癆、腦病、腦出血、精神病、皆易見之、肛門中樞在第五薦椎)

#### (五) 泌尿系之障礙

減尿、*Oliguria* 無尿、*Anurie* 及多尿、*Polyuria* 偶於 *Hysterie* 見之、多尿及糖尿、見於延髓之竈局疾

病、瀦尿、*Harnrang* 及呢尿、*Harnstotern* (如呢喃性言語、排尿不能無沮之謂) 多見於神經衰

弱及 *Hysterie*

不隨意之排尿、所謂夜中遺尿、*Enuresis nocturna* 見於神經衰弱及癡病等、尿閉及尿失禁、

*Retentio und Incontinentia urinae* 見於脊髓後索被侵之疾病、脊髓炎、脊髓癆、平素有尿閉

症、至充滿膀胱時、其流出不能自制、而有失禁者、此名奇性尿失禁、*Incontinentia paradoxa* (膀

胱中樞在第三及第四薦椎)

#### (六) 生殖系障礙

依脊髓病、脊髓癆、腦病、腦出血、官能性神經症、神經衰弱、(*Hysterie*) 精神病、(憂鬱病、老年性

泌尿系之障礙

生殖系障礙

癡病新陳代謝病(糖尿)等、男女之生殖器官能、多有異常、在男子則勃起力、中樞在第三薦椎及射精中樞在第二及第三薦椎生障礙、所謂勃起力障礙者、有陰萎、Impotenz 此分二種、由器質性病變而來者、曰絕對陰萎、absolute Impotenz 反是而一時由於精神性者、曰相對陰萎、relative Impotenz 更有與此相反、無快感而常勃起者、曰陰莖強直症、Priapismus

在射精有異狀者、夜間往往夢遺、Pollution 若在日間排便後之類、並無快感及勃起而射精者、此名精液漏、Spermatorrhoe 多兼有前列腺漏、Prostatorrhoe

在女子、則生殖系與神經系關係尤密、Hysterie 症、腹下部每見壓痛、名雖為卵巢痛、Ovarie 則非卵巢自身之壓痛、以壓迫卵巢部、而誘起 Hysterie 性痙攣發作、或其發作、轉因而鎮靜者、亦有之、又女子之 Hysterie 及精神變質者、時時有陰道黏膜知覺過敏或麻痺、而色慾缺乏者有之、

(七) 皮骨及關節之障礙

皮骨及關節障礙

皮之疾病、每基於神經障礙、帶狀匍行疹、即以肋間神經痛脊髓壓迫症脊髓膜炎等而見於肋者、或與三叉神經痛合併、而發於口圍等處、

滑皮、Glossy skin 即由末梢神經病、害及皮之榮養而生、

就神經系諸病而言、皮及其他器官、有無梅毒徵候、最宜精密檢之、



局部發汗，且如手掌、足底、腋窩發汗過多者，大抵為神經衰弱，或見諸 *Baslow* 氏病。局部無汗，有見於神經麻痺部者。

皮下溢血及皮斑，有突發於 *Hysteria* 者，有癲癩發作等神經病，由外傷而發生。

褥瘡 *Decubitus* 由脊髓炎、脊髓痲多發性神經炎等，侵及皮之營養時發生，終乃進於深部肌層，甚至露出骨面，且薦骨部、股骨大粗隆部發者尤多，可分二種。

(一)急性褥瘡 *Prethitus acutus* 初為滲出性紅斑，次生水泡，其底變為壞疽狀，崩潰甚速，向周圍及深部進行，一二日間，已成大瘡，立即侵入肌層，有至骨者，於脊髓炎，尤為著明。

(二)尋常褥瘡 身體久在一定之位置，以壓迫故，血行障礙，徐徐形成褥瘡。

穿足症 *Mallum perforans pedis* 足底生潰瘍，漸向深部進行之惡性潰瘍，頑固不治，發於脊髓痲及脊髓空洞症。

毛髮與神經系之營養障礙，大有關係，神經衰弱者，或精神變質者，多早見白髮，而神經性禿

頭亦不少，指甲於經久重症末稍性麻痺，變為鉤狀，易於破碎。

骨 於兒時曾患脊髓性或小兒性麻痺者，麻痺側之骨及關節，發育為所障礙而呈畸形，雖成人，於侵及營養神經之骨髓痲，及有髓空洞症，發骨脆弱症 *Osteoporosis* 極輕之外力而發生特發骨折者甚多，反是在趾端肥大症 *Acromegalia* 手、足、下頷等骨質肥大，此由大腦垂體之

病變、內分泌變動、而續發營養異常故也。

關節、亦以脊髓癆及脊髓空洞症、關節內生多量漿液性滲出液、周圍腫脹、或畸形性關節炎、與普通關節炎異、患部痛覺脫失、故易辨、他如 *Hysterie*、每言身體各部疼痛、關節尤甚、與有器質變化之關節炎、誤診者有之。

# 附錄

## 應用診斷法

上述各部診法，論列適合於理化之症候，及惹起症候之變化，而各舉其症狀者，反乎此，就各病而綜括其所屬之理化學症候，且以明類症鑑別者有之，此蓋病理各論及治療學之範圍，綜合由檢查所得之成績，以應用於各病之診斷者，應用診斷法。Die angewandte Diagnostik 卽此是也。

應用診斷法

左所揭者，主要爲見於內科諸病之各種症候，僅示梗概，若既往症經過，他如自覺症候，均略而不論，又如見於某種病之不定症候，亦不載，此蓋由臨牀實地之練習，始能自得者也。各病之分類法，雖必據其原因，然各種病毒，有發類似症者，或有同種分裂菌，而起各種疾病者，故亦不能專據原因，有依症候而類別者。

各種疾病，可類別如下，卽基於機生性有害物者，其中有植物性，或動物性發病者，卽所謂寄生物，基於植物性寄生物者，概稱曰傳染病。Infektionskrankheit 基於動物性寄生物者，曰侵襲病。Invasionskrankheit 又有基於非機生性物質者，此名中毒病。Intoxikation 此外有基於理學作用者，溫熱機械作用等，又其原因稍不明，或全不分明者甚多，故此諸病，從其所侵之器

傳染病  
侵襲病  
中藥病

尋實病

質、而編入器質病 Organikheit 之中

各症候上所冠(一)(二)(三)等符號、僅示一般、及各部診法之順序、不一一舉其所據者、避煩也、

臨爲寄生  
熱性其寄  
生體明瞭  
之傳染病

傷寒

## 第一 傳染諸病

(甲) 確爲寄生物性其寄生體明瞭之  
傳染諸病

### (一) 傷寒 Typhus abdominalis

(一) 患者多取受動體位，間呈不安之狀。

(二) 約經十日，則胸腹部雖發少數薔薇疹，然無變爲紫斑者，口脣雖少匄行疹，然多生粟粒疹，至後期亦生癩瘡，其部位多在薦骨。

(三) 熱以惡寒開始，每上升成階梯狀，至第一週終，達四十度至四十一度，自此經七日至二十一日，呈稽留熱，或更有久於此者，其次則朝熱漸低而晚熱尚高，終則於五日至十二日間，呈弛張熱，完全下降，亦往往有再發者，其經過亦有頓挫者，二百七圖潛伏期爲十日，至十四日。

(四) 初期心音多強盛，其後心力衰時，心尖第一音尤弱，有呈收縮期假性雜音者。

(五) 脈呈「熱脈」之性質，即脈搏頻數，解熱時多變爲徐緩者，又脈搏常不正，抑且不等，又常軟弱，每呈重複脈，在心力減衰者尤然。

(六) 血液，且在薔薇疹中，偶有見傷寒桿菌者。

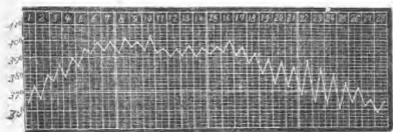
於疑似症，須檢其有無 Widal 氏反應。

(七) 口脣及舌生煤狀苔，舌縮小而乾燥，生龜裂，使挺出時，往往震戰。

(八) 脾肥大，每可觸知，壓之柔軟，微有疼痛，力壓迴官部，每早知覺過敏，常有雷鳴。

(九) 每下稀薄之粥狀黃色便，放惡臭，反應爲亞爾加里性，含有 Albumin，及不變化之膽色素，起腸出血時，大便呈褐色至赤褐色，或爲鮮紅色，含有血色素，便中有傷寒桿菌。

圖 七 百 三 第  
型 熱 之 寒 傷



診斷學 下卷

(十)尿呈「熱

尿」之性質、量少而比重增加、反應酸性、呈暗赤黃色至黃赤色、放置時、多生尿酸鹽沈渣、且瀉濁、行化學檢查時、尿酸尿酸 Urobilin、硫酸及磷

酸鹽增加、而 Chloroaurum 則減少、尿中殆常含少量蛋白質、時或含黏液素及 Azo-lobin、偶有含 Azo 醋酸者、鏡檢之、可見少許玻璃狀圓塊、偶見白血球或腎上皮、又有尿酸鹽及尿酸結晶、偶有見萜酸石灰結晶者、此外在傷寒尿、殆常呈 Diarrhoea 反應、極重症者、尿中有血液、血色素及赤血球

(十一)白血球減少

(十二)每有劇甚之頭痛

(十三)意識多瀉濁、且每發譫語

(11) 赤痢 Dysentheria

(一)熱、或有或無

(二)壓結腸部、知覺過敏、又每有訴劇痛者

(三)大便性狀特異、概為液狀、呈各種色、灰白、褐

赤黑、便之度數、晝夜多至數十次、其量有多

少、常覺寒、急後、重、便中混有黏液狀黃色物、

如玻璃、其他有膿、血腸黏膜片等、臭氣不甚

重、亦每有作腐肉狀惡臭者、在化學檢查便

中含 Albumin、又含血色素、在鏡下可見白

血球、血色素及赤痢桿菌、

(四)每與肝膿瘍及關節病併發、

(三) 白喉 Diphtheria

(一)熱之經過、無甚特異、

(二)腮腺、鎖骨上窩腺、及頸腺、略有腫脹、

(三)熱高時、心音強盛、後乃呈心力減衰之狀、脈

搏尤為不正、

(四)脈、呈熱脈狀、(如傷寒)

(五)懸壘垂及脗腫脹、附着膜狀之沈着物、初為

灰白色、後稍帶黃、固着而不可離、試剝去之、

上皮落脫而出血、此膜有自鼻咽喉蔓延於

枝氣管內者、偶在被膜缺如之症、則與口峽

炎不易鑑別、有全不能辨者、

(六)沈着物、成於網狀物、其中含有纖維素、及白

喉桿菌、

(七)脾每腫大、但尋常不能觸知、

(八)尿、在有熱時、則是「熱尿」狀、併發腎炎時、有

特異變化、

(九)其遺後病、往往有運動麻痺、其麻痺始於脗、

使咽反射消失、且波及眼肌、瞳孔散大、在重

症、每互及身體諸肌之大部分、

(四) 結核 Tuberkulose

結核云者、因結核桿菌傳染所發諸病之總稱、

其所侵不擇身體各臟器、故症狀亦異、各器官

之結核病、詳見後節、(第四節)茲僅記具有一般

傳染病性質之一種、即急性全身粟粒結核病、

akute allgemeine Miliartuberkulose

(一)偶發二三薔薇疹

(二)熱殆常有之、但無定型、偶或見消耗熱、亦有呈高度或低度之稽留熱者、

(三)大抵有著明呼吸困難、

(四)經過中、殆常有加答兒性雜音、但喀痰中無結核菌、

(五)心及脈搏、與熱一同變常、

(六)血中雖有桿菌、然發見不易、故不能證明、但不能否認其診斷也、

(七)脾常肥大、

(八)有熱時、則呈熱尿、中有結核桿菌、此外雖存有 Diazo 體、然無 Pepton

(九)經過中、腦膜炎之症狀、常同時顯著、偶有見脈絡膜結核者、

(五) 梅毒 Syphilis

本病之症候經過、可分三期、即第一期、第二期、及第三期梅毒是也、第一期、不過局部疾病、其他兩期、則現全身症、茲述如下、

(a) 第二期 sekundäre Periode

(一)病毒感染後、八週至十三週、皮發薔薇疹、或丘疹、此時亦有發熱者、

(二)全身淋巴腺、均略腫、但無痛、

(三)咽及脰之黏膜、及扁桃體紅腫、舌脰扁桃體上、每發硬斑、遂為潰瘍、或留癩痕、或全治、

(四)肛圍及陰部皸裂等、每生扁平胼胝腫、

(五)第二期性病變、組織中、每見本病之病原體、所謂旋毛體、

(六)本期症狀著明者、Wassermann 氏反應陽性、在潛伏期、則多為陰性、



(b) 第三期 tertiare Periode

- (一) 皮上有種種疾病、橡皮腫、潰瘍
- (二) 鼻內生潰瘍、黏膜軟骨及骨均為所犯、又每生狹窄、
- (三) 侵及喉者、生黏膜潰瘍、軟骨膜炎及狹窄、
- (四) 在氣管、亦有發上述諸病者、
- (五) 肺臟為所侵者、極罕、惟橡皮腫最多、一經發生、則呈腫瘍症狀、
- (六) 口腔內或有新生潰瘍、或有癰痕、缺損狹窄、
- (七) 肝脾兩臟、發間質性炎症、生橡皮腫、亦有起澱粉變性者、在肝臟疾病、其下緣較為低、多變形、表面大抵突兀而隆起、所謂分葉肝、又每發黃疸、其餘腹內臟器、大抵無恙也、
- (八) 有發血色素尿者、尿中又有見膽色素者、
- (九) 有發器丸炎等症者、

(十) 顱骨(或其他骨)有見癰痕及陷沒者、

(十一) 有發各種神經痛、黑內障、視網膜炎、脈絡膜炎等症者、

(十二) 各種運動機能有發障礙者、

(十三) 雖在第三期病變組織中、亦有見病原體者、惟甚罕耳、

(十四) Wassermann 氏反應與第二期同、

(c) 癩 Lopen

(一) 皮呈特異之變、常斑、結節、潰瘍、萎縮等、

(二) 新發疹時、發熱、但無定型、

(三) 結節或組織液中、有癩桿菌、檢菌之機會、以本病初期、最為重要、每能於鼻腔分泌物中、發見此菌、

(四) 在神經癩、則所犯之神經、每知覺過敏、或每發神經痛狀之疼痛、

馬鼻疽

(七) 馬鼻疽 *Potz*

本症或為急性，於一週至三週間經過，或慢性。

(一) 一定潛伏期後，發不正之熱，至死為止，又生

膿疱性皮疹，陷於潰瘍，其他於筋肉有生膿

瘍者。

(二) 其分泌物中，雖證明本菌，但非培養或接種

(用天竺鼠) 確定不可也。

(三) 若侵及鼻部，則生炎症、膿瘍及潰瘍，其分泌

物中，亦可發見本菌。

(四) 血中亦每有此桿菌。

(八) 脾脫疽或炭疽熱 *Milzbrand*

本病傳染，由脾脫疽桿菌，侵入表皮或腸內所

致，前者稱惡性膿疱，*Pustula maligna* 後者稱腸

脾脫疽或腸菌病，*Anthrax s. Mycosis intestinalis*

(一) 傳染起於表皮，其局部生癢，經一日至三日

之潛伏期，其次蔓延，或生浮腫，有成壞疽者。

(二) 熱，兩症均甚高，至四十度以上，但無定型。

(三) 皮潰瘍之分泌物中，有脾脫疽桿菌。

(四) 自傳染部所發之淋巴腺，及淋巴管，均發炎

腫脹。

(五) 在兩症，於血中有見此桿菌者。

(六) 脾肥大，在腸脾脫疽，有痲痛嘔吐，血痢鼓脹

等症。

(七) 在許多病人，均呈精神昏瞶，語瘖，擊等症。

(九) 回歸熱 *Febris recurrens*

(一) 發熱時皮雖乾燥，而分利時則發大汗。

(二) 體溫，以惡寒戰慄而驟升，平均達四十度以

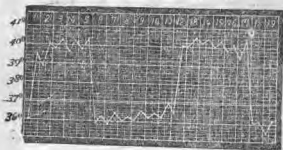
上，五六日間，稽留為四十度至四十二度之

高熱，至第五或第七日，復急降至平溫，或其

以下，次則經五日至七日免熱期後，再發熱

回歸熱  
脾脫疽

第三百八十四圖 回歸熱之熱型



如初復退熱二日或五日，其次經一日或三日，第三次發

熱，但時期漸短，偶有發第

四次熱者，三

百八圖潛伏

期自五日至

八日，

(三)發熱時，呼吸

困難，

(四)心臟及脈搏，

呈熱性病狀

况(見傷寒)

(五)血中(呈白血球增多症)在發作時，每有

Uerurier 氏螺旋菌

診斷學 下卷

診斷學 下卷

(六)脾肥大尋常可觸知，軟性而壓痛。

(七)有熱尿。

(八)頭痛甚劇，更有諸肌疼痛。

(九)神識稍有瀟瀟。

(十)霍亂 Cholera

(一)試撮其皮，久留皺皺，乾燥厥冷，每有黏汗。

(二)面呈蒼白色，胸部及口唇，為鉛狀灰白色，頰

及鼻梁呈露，眼球陷沒，眶緣呈青灰色，眼瞼

為半閉狀，所謂霍亂(免眼)而病人容貌既如

上述為一種特異之狀，故有霍亂顏之名。

(三)熱無定型，有時體外溫度雖減少，而體內溫

度增進，直腸檢溫，有至四十度或其以上者。

(四)聲音微弱，且多鈍濁，帶一種高調，霍亂聲音。

(五)心音幽微，第一音全不可聽。

知矣、

(七)血異常暗黑而稠厚、

(八)有多量之漿液狀嘔吐物、

膿腫性鼠疫

(九)下痢劇烈、其排泄物甚為多量、呈稀液狀、發於無臭無色、不過瀉濁、鏡檢之、除許多腸黏

膜上皮及白血球外、並有逗點狀菌、此菌雖

隨時可見、然欲證明時、非培養法不可也、

(十)尿量甚減而濃厚、大抵無尿、比重增加、富於

Indican、其後排泄之尿、每含蛋白圓壩、及腎

上皮、

(十一)意識、大抵雖至死時尚在、時或以全身衰

弱過速、變為無慾狀態、偶有發譫妄者、

(十二)發強直性肌痙攣、甚痛、霍亂痙攣、腓腸肌

尤多、偶發於上肢及下頷肌、

(十一) 鼠疫 Pest, Pestilientia

本病為劇烈之傳染病、潛伏期二日至七日、從臨牀上之特徵、別為三種、即脾腫性敗血性及肺鼠疫是也、

(1) 腺腫性鼠疫 Bubonepest

(一)大抵無前兆、偶有全身倦怠、頭痛眩暈者、且

食思不振、每發惡心嘔吐、

(二)熱、大抵忽以戰慄開始、呈三十九度至四十四度、或其以上之高熱、

(三)發熱後一二日、外表之淋巴腺、其中如股腺、

鼠蹊腺、腋腺、頸腺等、發炎性腫脹、甚痛、尤易被

侵者、為股腺及鼠蹊腺、而腺之被侵、起初多

僅一側、次則兩側均被侵犯、而炎症復波及

腺周圍組織、及附近皮膚、淋巴腺不能在皮

下移動、此時試加穿刺、取液染色而鏡檢之、

可見多數鼠疫桿菌、

可見多數鼠疫桿菌、

鼠疫

肺鼠疫

(四)脈初則頻數、在重症者、漸呈心臟衰弱之徵、脈搏不正、微弱、熱度雖升、而四肢厥冷、發病後、多在三日至七日間致命、但在最重症、則淋巴腺未見腫脹之前、經一二日、早以心衰而斃矣、

(五)舌乾燥被黑苔、重症有裂創、齒齦、鼻孔、口唇、沈着污穢之黑痂、

(六)脾肥大、每有壓痛、

(七)尿利減少、呈暗褐色、

(八)意識、溷濁者甚多、重症則陷於昏瞶、發譫妄、

敗血性鼠疫

(b) 敗血性鼠疫 septicæmische Pest

(一)初發時、與前症同、忽然戰慄、熱至三十九度

或四十一度、淋巴腺每兼有腫痛、

(二)最著明者、為全身症狀增惡、皮及黏膜頻出

血、患者忽陷於虛脫、如其他敗血症、

(三)出血在胃腸者尤劇、甚有吐血及下血者、血中可證明本菌、

(四)本症為不治之疾、不出數日即死、是其常也、

(c) 肺鼠疫或肺炎性鼠疫 Lungenpest oder Pneumoniëpest

(一)無著明之戰栗、體溫不甚升騰、起初多呈弛張熱、自三十八度五分、至三十九度五六分之間、但病勢漸進、則呈四十度或其以上之

高熱、

(二)初無胸痛、呼吸促迫亦不著、僅覺胸悶、心窩有壓迫感、病勢漸進、則胸痛、且呼吸促迫、

(三)起初咳嗽不甚、痰亦少、後則時常咳嗽、咯出血痰、色鮮紅、如格魯布性肺炎之鑷色者、甚少、鏡檢之、可見多數鼠疫菌、

(四)脈以熱為準、其數增加、

(五)脾<sup>△</sup>尋常皆可見其肥大。

(六)意<sup>△</sup>識<sup>△</sup>昏<sup>△</sup>朦<sup>△</sup>發<sup>△</sup>譫<sup>△</sup>妄<sup>△</sup>在重症發病後二日至三日陷於虛脫而死但此症稀有耳。

(十二)肺炎球菌病

肺炎球菌

*Pneumokokosen*

本症由肺炎複球菌(*Frinkel = Weichselbaum氏*)傳染所發疾病之總稱其微生體由原發性侵犯各種器質如侵及肺<sup>△</sup>肋<sup>△</sup>膜<sup>△</sup>心<sup>△</sup>內<sup>△</sup>膜<sup>△</sup>及<sup>△</sup>腦<sup>△</sup>膜<sup>△</sup>者事實確鑿其他不詳而其症狀各以發病部位而異(第四節)故於各臟器疾病中述之。

(十三)流行性腦脊髓膜炎

*Menigitis cerebro-spinalis epidemica*

流行性腦

(一)殆常發<sup>△</sup>旬<sup>△</sup>行<sup>△</sup>疹<sup>△</sup>或見其他皮疹。

(二)熱<sup>△</sup>每以寒戰<sup>△</sup>嘔吐<sup>△</sup>開始或稽留或弛張或全

不整經數週日則漸以分利下降。

(三)尋常兼有呼吸困難及枝氣管加答兒。

(四)心<sup>△</sup>及<sup>△</sup>脈<sup>△</sup>與<sup>△</sup>熱<sup>△</sup>一<sup>△</sup>同<sup>△</sup>呈<sup>△</sup>變<sup>△</sup>狀。

(五)脾<sup>△</sup>每<sup>△</sup>腫<sup>△</sup>大<sup>△</sup>。

(六)有<sup>△</sup>嘔<sup>△</sup>吐<sup>△</sup>。

(七)尿<sup>△</sup>為<sup>△</sup>熱<sup>△</sup>尿<sup>△</sup>又有發<sup>△</sup>Pepton<sup>△</sup>尿<sup>△</sup>者。

(八)有強劇頭痛且頭向後屈試伸其頸椎則疼痛其他體部亦有疼痛。

(九)各部肌肉發強直性痙攣偶有發間代性痙攣者然麻痺則甚少。

(十)常發<sup>△</sup>譫<sup>△</sup>語<sup>△</sup>又有意識障礙嗜眠昏睡。

(十一)鏡檢<sup>△</sup>腰<sup>△</sup>椎<sup>△</sup>刺<sup>△</sup>液<sup>△</sup>可見本病原因所謂細胞性腦膜炎球菌。

(十四)淋球菌病 *Gonokokosen*

從淋疾球菌而發之傳染病可加以此名。Neisser氏據向來之實驗其寄生體原發性侵犯生

從淋疾球菌而發之傳染病可加以此名。Neisser氏據向來之實驗其寄生體原發性侵犯生

從淋疾球菌而發之傳染病可加以此名。Neisser氏據向來之實驗其寄生體原發性侵犯生

從淋疾球菌而發之傳染病可加以此名。Neisser氏據向來之實驗其寄生體原發性侵犯生

從淋疾球菌而發之傳染病可加以此名。Neisser氏據向來之實驗其寄生體原發性侵犯生

從淋疾球菌而發之傳染病可加以此名。Neisser氏據向來之實驗其寄生體原發性侵犯生

殖器黏膜及眼之結合膜、繼發性、侵及諸關節、內部生殖器及泌尿器等、確實可信、  
 生殖器病、淋疾、見於第四節、結合膜膿漏、婦人內生殖器、子宮喇叭、管子、宮外膜等、之淋毒性病、暫從略、

(十五) 化膿球菌病 Pyokokkosen

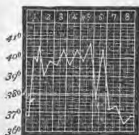
凡由化膿性分裂菌而起之一切疾病、可總括以此名、如葡萄狀化膿球菌、連鎖狀化膿球菌、其餘二三細菌、化膿桿菌、皆屬之、其他更有發生化膿之分裂菌、不待論矣、

疾病可算入此中者、首推局部疾病、如皮下蜂窩織炎、性皮膚膿瘍、癰腫等是也、他如丹毒、急性骨髓炎、各種膿胸、腹膜炎、產褥熱、心內膜炎、腦膜炎、關節炎等、自原因言之、皆屬於此、而本症自原發、隨傳播病毒於血中時、有發生轉移

性化膿者、所謂膿毒症、其各種疾病、於第四節言之、茲僅就丹毒 Erysipel 揭其梗概可也、

(一) 體溫、以惡寒急升至四十度、或四十一度、同時發生皮疹、其蔓延不止時、熱雖稽留、而皮

第三百九十九圖 丹毒之熱型



疹一經停止、尋常在第四日至第七日、體溫分利、偶有以漸分利而下降者、(三) 百九圖但有時

經過遲久、其間有發作數次者、在此症、則熱型不整、間歇弛張、互數週者有之、遊走性丹毒潛伏期、一日至五日、

(二) 發疹、呈平等之赤色斑、患部浮腫、有疼痛、與健康部大抵境界劃然、又每生小水泡、膿疱

放線菌病

疹、或水泡疹、落屑而治愈、又皮之一部、或有陷於壞死者、

(三)隣接患部之淋巴腺、偶呈腫脹、

(四)心及脈之變常、隨熱而異、

(五)尋常見白血球增多症、

(六)有熱尿、

(七)往往頭痛、且每意識變調、

(十六) 破傷風 Tetanus

(一)發作時、呈紫藍色、

(二)體溫多升騰、至死後尚有上升者、

(三)發作時、以膈痙攣之故、呼吸困難、

(四)脈搏、頻數緊張且不整、

(五)身體諸肌、發作前有劇痛、

(六)身體諸肌、殆皆有發作狀、為強直性痙攣、反

射興奮性、著明亢進、

(七)意識、雖發作中亦不渾濁、

(十七) 放線菌病 Actinomycose

本病之發病素、所謂放線菌、Actinomyces 能於各處使起浸潤化膿、診定時、須由肉眼、粒狀及鏡檢菌塊證明之、因其他症候、在類症鑑別、頗多重要故也、

(乙) 確知為寄生生物性其寄生物

尚未明瞭之傳染病

(十八) 痘及假痘

Varicella und Variolaeis

(一)痘。以惡寒戰栗、體溫驟升至四十度、或四十一度、

五分、即以開始、假痘、則升至三十九度、

五分、至四十度五分開始、及第三五日、遂發

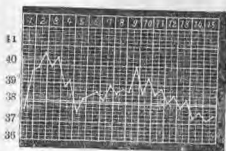
疹、體溫立即平降、或間歇而至平溫以下、(三

百十及三百十一圖)在假痘、則體溫或無變

確知為寄  
生生物性其  
寄生物向  
未明瞭之  
傳染病  
破傷風  
痘及假痘

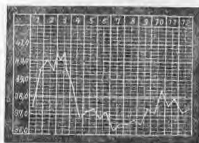


第三百一十圖  
痘熱之型



化或在第九至十二日，有極輕之乾燥熱，在其痘，則二三日後，重復上升，凡三日至八日間，與

第三百一十圖  
痘熱之型



(二) 心臟及脈搏，與熱一同變調，參看傷寒條。  
(四) 脾腫。  
(五) 尿呈熱性，尿，在重症，或含血色素，Leulin

水痘

膿腫共呈弛張性化膿熱，潛伏期多為十三日，其發疹初為赤色丘疹，而立變為水泡，其次則內容變為膿狀，以成豌豆大之膿疱疹，其在重症，有溢血者，而膿疱疹，多留痕痕(痘痕)而治愈。

(一) 以發熱故，於熱時，呼吸困難。

及 Typhoid  
(六) 有強劇之頭痛，及脊背痛，  
(七) 神識，大抵為所障礙。

(十九) 水痘 Varicella

體溫多急升至三十九度或四十度，同時發疹，熱數日不退，然大抵以分利而復於平溫，潛伏

期約十八日、發疹成於小水泡、前後總發、不化膿而速乾涸。

麻疹

(二十) 麻疹 Morbilli

(一) 體溫以惡寒漸升至三十九度或四十度、次日再近於平

日再近於平

溫、又漸升騰、

同時發疹、熱

多達四十度

以上、發疹既

至極期、大約

在七日間、熱

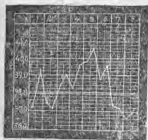
乃下降、(三百十二圖)潛伏期、平均十日、發疹

僅為隆起之暗赤小斑、始發於頭面、次則蔓

延於軀幹四肢、治後、皮上生糠狀落屑、

(二) 併發鼻加答兒及結合膜炎、初期於口腔可

第三百二十二圖  
麻疹熱型



見 Koplik 氏斑、

(三) 呼吸數增進、

(四) 可聽各種加答兒性雜音、

(五) 痰與急性枝氣管炎略似、

(六) 心及脈、與熱同時變調、

(七) 尿為熱尿、每含 Diazo 體、

(八) 每覺頭痛、且略有神識變常、

(二十一) 猩紅熱 Scarlatina

第三百十三圖  
猩紅熱之熱型



(一) 初則惡寒、又

每嘔吐、次則

體溫遽至四

十度以上、同

時發疹、至極

期、則體溫稽

留於四十度

至四十一度，自第四日至第七日，體溫以退散而下降，其間須三日至七日，故發熱之持續，總計為七日至十四日，(三百十三圖)潛伏期，一日至五日，發疹初為鼻針頭大之赤斑，立即融合，一望成猩紅狀赤色，最甚者，為頸、背及股、面部常不為所侵，其落屑，在腕及脚，多為糠秕狀，於手足，則常為膜片狀。

(二)頸淋巴腺，常稍腫脹。

(三)呼吸數，殆常增加。

(四)脈搏頻數而軟，心衰弱時，往往不整。

(五)舌著明紅腫，偶呈所謂覆盆子狀。

(六)扁桃體及腭，紅腫，於扁桃體有起壞疽者，真

正白喉性義膜，偶或見之，侵及喉部者甚少，

亦無貽留麻痺者。

(七)每見脾腫，但罕能觸知者。

(八)尿為「熱尿」，若併發腎炎時，可見特有之尿變化(觀腎炎條)。

(九)常略有頭痛，每發譫語，兼有神識異常。

(二十二) 風疹 Rubella

無熱縱有之，亦在三十九度以下，經十日至二十日，發疹呈扁豆大之暗赤斑點，不融合，亦不落屑而治。

(二十三) 發疹傷寒

*Typhus exanthematicus*

(一)患者多在受動性背位而呈不安之狀。

(二)至第五日，身體各部發許多薺薇疹，在第二週，多變為紫斑。

(三)體溫，以惡寒戰慄，驟升至四十度以上，熾盛

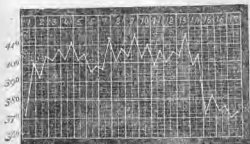
期約為七日至十四日，溫度常極高，有達四

十一度以上者，至第一週之終，一二日間，體

十一度以上者，至第一週之終，一二日間，體

黃熱

第三百四十四圖 發疹之熱型



麻疹不類、

(四)以熱故、呼吸增加、

(五)心音初雖強盛、其後心力衰時、則減弱而呈

假性雜音、

(六)脈與傷寒同、

溫每稍弛、

緩、解熱或

為分利性、

或為間歇

性、或以漸

分利、三百

十四圖、

伏期、七日

至二十一

日、發疹與

(七)尿為熱尿、

(八)意識常瀾濁、每發譫語、

(11)十四) 黃熱 *Febris flavæ*

本症為美國熱帶地海濱之固有惡疫、偶有傳播於他處者、在日本則似尚未見、

(一)尋常三四日、而皮呈黃色、

(二)每有發疹者、

(三)體溫、以惡寒戰慄、驟升至三十九度、或四十四度、甚或過之、二三日後、分利而復於平溫、皮

呈黃色時、重復升騰、

(四)心臟與熱、一同呈其固有之變狀、

(五)脈搏、亦與熱俱進、黃疸期尤甚、

(六)肝有縮小者、脾不增大、

(七)有嘔吐、初為單純、後為黑色、後乃吐出含血液之物、

恐水病或  
狂犬毒

未能證明  
爲寄生性  
性恐係基  
因於此之  
疾病

癆核

急性Tubercular  
性多發性  
關節炎

流行性腮  
腺炎

(八)大便至後亦含血液、

(九)尿起初呈熱尿、至後期、則含膽色素又多含血液、

(二十五) 恐水病或狂犬毒 *Lyssa*

嚥下液體、營深呼吸、或僅目視液體、或僅想像

飲水、立起破傷風狀之痙攣、發作其痙攣、最多

見於呼吸肌、亦有發於其他諸肌者、

(二十六) 疫咳 *Tussis convulsiva*

(一)發作時、皮呈紫藍色、

(二)亦有發皮下氣腫者、然甚罕、

(三)肺每有加答兒症狀、

(四)咳嗽有一種特異之發作、痰僅爲加答兒性、

(五)咳嗽發作之終、往往嘔吐、

(二十七) 流行性腮腺炎

*Parotitis epidemica*

(一)體溫常達於三十九度至四十度、立即降於

三十八度至三十九度、大凡第七日、即復平

溫、潛伏期約十八日、

(一)脈搏增進、

(二)腮腺部腫脹、緊張而有壓痛、

(四)每兼發睪丸腫脹、

(丙) 未能證明爲寄生生物性恐

係基因於此之疾病

(二十八) 急性 *rheumatic* 性多發性

關節炎

*Polyarthrits rheumatica acuta*

(一)每發汗疹、

(二)皮常濕潤、

(三)體溫經二三日、徐達三十九度至四十度、其

後之經過、視關節病狀如何而異、二三關節、

新爲所侵時、體溫更升騰、故其經過不整、但其下降、常爲弛張性、熱之持續、在數日至四週或數週之間、

(四)其合併症、有助膜炎、

(五)最多之合併症、爲心內膜炎及心外膜炎、

(六)尿爲熱尿、又每含 Pepsin、

(二十九) 脚氣 Kakke, Beri-Beri

Dr. Baels 氏分爲三種、即乾性萎縮性症、濕性萎縮性症、及急性惡性症是也、最多者爲第一種、惡性症最罕見、故茲所述者、以前症爲主、

(一)皮乾燥枯疲而呈皺裂、發癬瘡者極罕、但濕性症、則有浮腫、下腿尤著、面亦蒼白、呈浮腫狀腫脹、

(二)若無其他合併症時、則無熱、

(三)心悸亢進、在經久之症、左室稍肥大、心音雖

純清、然每有收縮期雜音、第二肺動脈音、多強盛者、

(四)脈頻數而實、然不堅固、在大動脈、有可聽收縮期音者、

(五)多不思食、胃部有壓重感、且多便秘、

(六)肝脾兩臟、毫無異狀、

(七)尿量減少、時見輕微之蛋白尿、又尿中每可

證明 Indican、在濕性症、尿量著明減少、每減至三〇〇〇、其將愈時、則尿頗增多、

(八)最著明之症候、爲下肢重感倦怠、與此同時或相前後、下腿前面及外側、自覺麻痺、觸之如皮上更貼薄紙者、此種知覺異常、偶或始於足背、漸次向上蔓延、有達於腹部者、然不侵及胸背部、在上肢、則知覺異常、僅限於指尖、或有稍向上方蔓延者、而於口圍有知覺

異常者亦不少。

(九)脾之粗大力減少、脾腸肌有壓痛、內側尤然。

內旋肌偶亦有壓痛者、在上肢則以旋後長

肌有壓痛為特徵、肱二頭肌及三角肌、亦有

發疼痛者。

(十)步行困難而不安、不能舉足尖邁步、

(十一)在經久之症、四肢諸肌萎縮、下肢尤著、感

傳電氣反應減少、或消失、平流電氣檢查、則

大抵有著明之變性反應、在重症、則肋間肌、

膈及喉肌有麻痺者。

(十二)意識毫無障礙、安靜時、全身狀態、亦非不

良。

據近時檢查、凡枝氣管肺炎、諸種枝氣管炎、口

峽炎、急性脊髓前角炎、出血性紫斑病等、亦由

於一種寄生物、蓋無容疑義也。

瘧疾學 下卷

### 第二 侵襲諸瘧

(一) 瘧疾 Malaria

本病由症狀而有各種區別、茲舉其主要二症、即急性間歇熱發作、及瘧疾惡液質是也。

(a) 間歇熱 *Febris intermittens*

(一)熱(二)百十五至三百十七圖以一定時期、反

第三百五十五圖  
日發間歇熱圖



覆發作、每發約每八點至十四點鐘、體

溫在一二時內、驟升至四十度或四十度五分、兼有惡寒戰慄、皮厥冷、呈蒼白色、未幾、皮即乾燥而灼熱、次以發汗、立即分利、體溫至平溫以下、若此者、或每二十四時一發、每日

圖六十百三第  
熱歇間日三



圖七十百三第  
熱歇間日四



於一時者。

(二)發熱中、心力強盛、偶聞收縮期雜音、

- 熱或每
- 四十八
- 時一發、
- (三日熱)
- 或每七
- 十二時
- 一發、四
- 日熱、偶
- 有發作
- 時間不
- 準者、亦
- 有數次
- 發作併

後即如常、

(三)脈、初雖充實、後即頻數柔軟、而每重複、發作

(四)發作時、血中可見瘧疾原蟲、  
(五)脾、於發作時增大、可以打診見之、但發後即  
復縮小、持久不愈時、其增大亦常久、觸診之  
極易辨、

(六)發作時、尿量增多、尿素亦然、每有蛋白、又偶  
見血色素、發作終時、尿量減少、蛋白質消失、

(b) 瘧疾惡液質 Malaria cachexia

(一)皮色蒼白、偶略帶黃色、

(二)或發熱、或否、

(三)心臟有貧血性雜音、於血管亦然、

(四)血中、游離色素、或含白血球、此外雖屢見原

蟲、但似與前一種不同、

(五)有嘔吐下痢者、



條蟲類

旋毛蟲病

蛔蟲

蟯蟲

腸蟲病  
十二指腸  
蟲病

(六)肝、脾均著明肥大，且有生腹水者。

(七)每發腎炎，或腎臟發澱粉狀變性。

(一)熱殆常有之，雖為高度，但無定型。

(二)皮下浮腫，面部(眼臉)尤甚。

(三)尋常以膈病故，呼吸困難。

(四)脈以熱故而受變調。

(五)初期每有嘔吐下痢，大便中可檢出腸旋毛蟲。

然尋常罕能發見。

(六)筋肉，且如腓腸肌、肱肌及嚼肌等，壓之或使

伸展，則有疼痛，切其一部檢之，於筋肉中可

見旋毛蟲。

(七)意識，多不瀟灑，但在重症則變調。

(三) 腸蟲病 *Helminthiasis*

本病由腸寄生蟲所發疾病之總稱，其症狀以

種類而有稍異。

(a) 條蟲類 *Cestodes*

(一)往往嘔吐下痢、痲痛，此外有貧血狀態，大便

中有見條蟲節片者。

(二)在小兒，則以腸蟲之故，每發痲瘰者有之。

(b) 蛔蟲 *Ascaris lumbricoides*

(一)每發胃腸症狀。

(二)蛔蟲或出自肛門，或與大便一同排出者有

之，偶有吐出者，而大便中常見其卵。

(c) 蟯蟲 *Oxyuris vermicularis*

(一)肛門內時發奇癢。

(二)蟲之多數，自然排出，或入於隣接部(陰道、包

皮)亦有與大便一同排出者，便中常見蟲卵。

(d) 十二指腸蟲病

*Ankylostomiasis*

(一)皮色蒼白，呈高度貧血狀。

(二)有發浮腫者。

(三)於心及靜脈，可聽貧血性雜音。

(四)有胃腸症狀，食思多不振而渴，大便或秘結。

或下痢，偶有混血液者，鏡檢之，惟見蟲卵，同時多存有鞭蟲卵。

(四) 動物寄生性皮膚病

Dermatozoosen

本病係寄生於皮上，或皮內之動物性寄生物，由此所生疾病之總稱，如疥癬是也。

本病係寄生於皮上，或皮內之動物性寄生物，由此所生疾病之總稱，如疥癬是也。

(五) Epizootosen

本病指動物性寄生物，僅時時侵襲皮膚，而不在皮上生活者，由此所發之疾病，即加以本名，如蚤虱之類是也。

本病指動物性寄生物，僅時時侵襲皮膚，而不在皮上生活者，由此所發之疾病，即加以本名，如蚤虱之類是也。

本病指動物性寄生物，僅時時侵襲皮膚，而不在皮上生活者，由此所發之疾病，即加以本名，如蚤虱之類是也。

本病指動物性寄生物，僅時時侵襲皮膚，而不在皮上生活者，由此所發之疾病，即加以本名，如蚤虱之類是也。

凡中毒症，或由外透入體內之毒物而發，或以病理關係，自體內所發生之毒物而發，在前者又有二種，一為足以喪生之多量毒物，一時入於體內，此曰急性中毒症；一為少量毒物，暫時雖不足害及身體，而持久不絕，故體組織發生病變，此曰慢性中毒症。茲所述者，僅就最多見之中毒症，略陳概要而已。

(一) 急性酸化炭素中毒

acute Kohlenoxydintoxicationen

(一)起初皮呈紅色，後為紫藍色。

(二)體溫在常溫以下。

(三)每呈呼吸困難之狀。

(四)脈頻數，初雖充實，後則細小。

(五)血為櫻桃紅色。

(六)血中有酸化炭素，血色素。

瀉酸及  
汁之急性  
中毒

急性磷中  
毒

瀉酸加里  
中毒

(七)尿多含蛋白，且有糖。

(八)意識有障礙，又呈種種腦症。

(1) 急性磷中毒

acute Phosphorintoxikationen

(一)經二三日發黃疸，其後偶有皮內出血。

(二)心音著明減弱。

(三)脈數而小。

(四)肝濁，音部增大，壓之過敏。

(五)有嘔吐，最初吐出者，黝暗處，則放光輝，後吐

出者，含有血液。

(六)有下血便者。

(七)尿量減少。

(八)尿中有蛋白，又含膽色素，偶有含 Icaein 及

Tyrosin 者。

(九)尿中，可見脂變之上皮及圓球。

(三) 瀉酸及滷汁之急性中毒

acute Intoxication mit

Metallsäuren u. Laugen

(一)若此等物達喉時，呈高度呼吸困難。

(二)脈數，小而不整。

(三)口腔黏膜略為腐蝕。

(四)食管黏膜，亦多腐蝕，縱免於死，而食管必生

狹窄，尋常尤多在贛門上部，食部全為堵塞

者有之。

(五)有腹痛，幸而全愈，而胃必發生變化，幽門尤

著，狹窄，其後則發擴張症。

(六)吐出酸性或亞爾加里性反應之物，其中含

有褐色漿液或上皮片。

(七)尿中含有蛋白及血。

(四) 瀉酸加里中毒

*In intoxication mit Kali chloratum*

- (一)皮每呈藍色、
- (二)血液呈褐色、與漆相似、
- (三)分光鏡檢查時、可見 Methinoglobulin、
- (四)尿含有 Methinoglobulin 及蛋白、

慢性鉛中  
毒

(五) 慢性鉛中毒 *Saturismus chronicus*

- (一)皮色變為灰白、
- (二)常無熱、
- (三)身體羸瘦、
- (四)脈徐緩而緊張故逆衝隆起減少、而彈性隆起增加、
- (五)齒齦有鉛毒線、

(六) 慢性水銀中毒

*Mercurialismus chronicus*

- (六)有痲痛為發作性(所謂鉛毒痲痛此時、下腹多著明陷沒、

- (七)壓橫結腸部、則甚疼痛、
- (八)便秘、極其頑固、
- (九)尿每含蛋白(兼腎炎時)
- (十)肌骨及關節有發作性疼痛關節神經痛、皮上雖或有知覺不仁、然罕見、
- (十一)有一時起黑內障者、
- (十二)伸前臂肌有痲痹偶或及於他肌、呈完全或不全變性反應、有震惕、或發顫痲狀之全身痲綠、
- (十三)痲痹肌或前臂諸肌、有發變質性萎縮者、
- (十四)有意識障礙者(譫語或昏睡)
- (一)皮作灰白色、發各種皮炎、水銀濕疹、
- (二)起口內炎偶生潰瘍、

慢性水銀  
中毒

慢性煙草  
中毒

(三)流涎

(四)下痢時或便血、

(五)尿無一定變化、

(六)神經痛、或有知覺變常者、

(七)於身體諸肌、略可見蔓延之震戰、

慢性酒精  
中毒

(七) 慢性酒精中毒

*Alkoholismus chronicus*

慢性嗎啡  
中毒

(一)發慢性喉炎者甚多、

(二)心臟、往往擴張、因脂變故、

(三)血管、每有Atherom性變化、

(四)多有慢性咽炎、

(五)肝或肥大、脂肝、或硬變、

(六)有發慢性腎炎者、

(七)有現弱視、中心暗點者、

(八)每有震戰、又有所謂酒客譫妄之發作、

(八) 慢性煙草中毒

*chronische Nicotinvergiftung*

(一)心跳有非常強盛者、

(二)脈多不整、有心悸發作者、

(三)弱視、

(四)每有震戰、

(五)可見精神變調、

(九) 慢性嗎啡中毒

*Morphinismus chronicus*

(一)皮色蒼白、

(二)不思食、且便秘、

(三)尿有還元性、但真含有糖分者罕見、

(四)寡慾、

(五)各神經領域內、每有痛覺、

(六)瞳孔著明縮小、

(七)有輕度震戰，又偶見共同機障礙。  
(八)有各種精神性疾病。

(十) 尿毒症 Uraemia

(一)有發熱者。  
(二)有呼吸困難者，尿毒性喘息，或呈 Cheyne-Stokes氏呼吸現象。

(三)脈雖徐緩，後則疾速。

(四)尋常有惡心嘔吐，吐物每有安母尼亞臭，其中含有尿素。

(五)尿量常減少，時或無尿，比重減少，時含蛋白，尿素含量著明減少。

(六)有知覺變常，且訴頭痛。

(七)有黑內障。

(八)肌肉抽搐，至發全身痙攣，又在某症，有見局部麻痺，半身麻痺及失語症者。

(九)意識障礙，自輕度昏迷，以迄高度昏迷，又每見精神變調。

(十一) 糖尿病性昏迷 (參看糖尿病)

Coma diabeticum

(一)體溫多在常溫下。

(二)呼吸深而速，呼氣每放 Aceton 臭。

(三)脈頻數，小而軟。

(四)尿中，含糖 Aceton 及 Acet 醋酸。

(五)意識瀰濁，時或煩燥，陷於昏睡者有之。

第四 器質諸病

(甲) 呼吸系諸病

(一) 急性鼻炎 Rhinitis acuta

(一)鼻黏膜，著明紅腫，大抵以分泌物，蔽之。

(二)分泌物，初不多，而為黏液狀，後乃多量，呈黏液狀至黏液膿狀，成於黏液，上皮及白血球。

尿毒症  
糖尿病昏

呼吸系諸  
病  
急性鼻炎

慢性鼻炎

(1) 慢性鼻炎 Rhinitis chronica

(一)鼻黏膜、或著明紅腫、或稍蒼白、往往萎縮、此變化、於鼻下甲尤著、

(二)常有分泌物、為黏液狀、至膿狀、每乾涸而成痂、在鼻鼻、則分泌物有可厭之惡臭、

鼻結核

(11) 鼻結核 Tuberculose der Nase

(一)有潰瘍、鼻有破潰其字者、

(二)分泌物中、可檢出結核桿菌、

急性喉炎

(四) 急性喉炎 Laryngitis acuta

(一)黏膜、著明紅腫、大概有黏液蔽之、此外有見喉肌麻痺者、

(二)每有嘶啞及咳嗽、痰初稀少、為純黏液狀、後則多量而呈黏液膿狀、

慢性喉炎

(五) 慢性喉炎 Laryngitis chronica

(一)黏膜、呈赤色、或蒼白色、而腫脹、黏液大抵多

量、每見喉肌麻痺

(二)聲音、往往嘶啞、而咳嗽或有或無、不一定、

(三)或由咳嗽、或由醫咳、咯出灰白色、或帶黃灰白色稀少之分泌物、

(六) 喉結核 Tuberculose des

Kehlkopfes

(一)除加答兒性變化外、多有潰瘍、聲帶、及會厭軟骨、有著明破壞者、

(二)分泌物中、可證明結核桿菌、

(七) 喉狹窄 Stenose des Kehlkopfes

(一)患者尋常取坐位、在跪坐呼吸之狀態、

(二)皮大抵為紫藍色、

(三)吸氣時喉壓向下方、喉有浮腫者、其入口著明腫起、在格魯布性喉炎、有義膜、在腫瘍或異物、可以喉鏡檢知之、

(四)呼吸時發狹窄音在格魯布性腫瘍則聲音

咳嗽均變爲無響性。

(五)主要呈吸氣性呼吸困難此時胸廓下部及

腹上部略呈吸氣性陷沒。

(六)胸震顫尋常左右均減弱。

(七)往往有奇脈。

(八)氣管狹窄 *Stenose der Trachea*

(一)患者多占坐位(跪坐呼吸)

(二)皮有呈紫藍色者。

(三)吸氣時喉稍下降。

(四)狹窄之原因在氣管壁腫瘍膿瘍癰疽或在

管內時(腫瘍異物)可以喉鏡檢查知之其狹

窄若由外來壓迫中狀腺腫及腫瘍之類者

亦可由此檢查及外部之視診觸診知之。

(五)主要呈吸氣性呼吸困難吸氣時左右胸廓

下部及腹上部稍陷沒。

(六)胸震顫左右均減弱。

(七)往往見奇脈。

(九)急性枝氣管炎 *Bronchitis acuta*

(一)往往有高热於小兒尤然但無定型。

(二)往往呈呼吸困難於小兒尤然多在吸氣時

(三)在乾性枝氣管炎可觸知枝氣管震顫

(四)在乾性加答兒症則肺呼吸音多銳利或

變而粗穢時亦斷續呼吸氣往往延長。

(五)以所犯枝氣管之大小起初常發類鼾音或

吹笛音其後則發乾濕兩性之大小水泡音

(六)痰初稀少爲玻璃狀白色稀液狀等偶存二

三血絲其後則多量變爲膿狀帶黃色之濃

液在纖維素性枝氣管加答兒則痰中有枝

氣管凝固物鏡檢之初則有形成成分甚少僅

急性枝氣管炎

氣管狹窄



慢性枝氣管炎

見少許赤白兩血球，及少許肺胞上皮，黏液多量，入後，則赤血球雖少，而白血球無數，亦見肺胞上皮，然彈力纖維及病原微生物，則不可得而見也。

（十）慢性枝氣管炎

*Bronchitis chronica*

（一）尋常無熱，

（二）枝氣管充滿多量黏液時，胸震顫有減少者，

在乾性枝氣管炎，可觸知枝氣管震顫，

（三）在乾性加答兒症，肺胞呼吸音銳利，或變為

粗糲，呼吸氣往往延長，

（四）由加答兒症之廣狹，可聽乾濕種種非共鳴

性水泡音，

（五）痰量不定，大抵多量，在枝氣管膿漏症，則量

甚多，尋常為黏液膿狀，帶黃色，在膿漏性枝

氣管炎，則為純膿狀而呈綠色，又在腐敗性枝氣管炎，則放惡臭，纖維素性，則有纖維性凝固物，鏡檢之，可見黏液許多脂變之白血球，許多半脂變之肺胞上皮廢物，脂 *Myelin* 滴，偶可見 Charcot 氏結晶，在腐敗性枝氣管炎，則有脂結晶，並許多 *Leptothorise*，而彈力纖維及肺組織片，蓋闕如也。

（十一）一側枝氣管狹窄

*Stenose eines Bronchus*

（一）可見一側胸廓之吸氣性陷沒，

（二）患側之胸震顫減殺，

（三）全為閉塞時，則患側肺上，呈鼓音，

（四）在他側肺上，肺胞吸氣音雖銳利，而在患側

則減弱或全消失，

（五）患側上面所可聽之音，均甚微弱，

一側枝氣管狹窄

(十二) 枝氣管喘息

Asthma bronchialis

- (一)發作時，常呈紫藍色、
- (二)以呼吸性呼吸困難為主、
- (三)呈狹窄音、每發毛細枝氣管炎、
- (四)發作後，喀出黏液狀、或黏液膿狀痰、中含赤白血球、類敗物、肺胞上皮、Myelin、螺旋狀體、及 Charcot 氏結晶、

(十三) 肺氣腫 Emphysem der Lungen

- (一)皮及可以目觀之黏膜、呈紫藍色、
- (二)有發鬱血性水腫者、
- (三)胸廓向四面擴大、腹上角較常為大、主要發呼吸性呼吸困難、呼吸時、胸廓硬勁者、其兩側均稍見開張、於鎖骨上窩、每見呼吸性隆起、呼吸壓、稍稍減弱、
- (四)胸廓稍失其彈力性、大抵硬勁、胸震顫往往減殺、
- (五)打診音、或甚低而朝、或呈鼓性陪音、肺境界向上下延伸、故肝、心、脾及腎濁音部之上界、發清音、
- (六)肺胞呼吸音、往往微弱、後下方尤然、或有不定呼吸音、尋常呼吸音皆延長、所以有雜音者、以兼有加答兒之故、其聲音亦微弱、
- (七)痰之狀態、由加答兒症而異、
- (八)心尖搏跳、向下外方、且每延伸、在左室肥大時、或則微弱、至於消失、
- (九)心濁音部、在輕症、轉向下方、而大抵狹縮、或則缺如、故尋常右心肥大、不易知之、
- (十)心音往往減弱、而第二肺動脈音、則多強盛、
- (十一)每見有心窩搏動、

枝氣管變  
廣症

加答兒性  
枝氣管肺  
炎

(十二)皮靜脈怒張，而呈靜脈搏動。

(十三)肝下緣下降，有可以指觸者。

(十四)肝濁音部，或向下轉位，或狹小，比較濁音部，則與異趣。

(十五)脾濁音部狹小，向下轉位。

(十六)鬱血時，則見鬱血尿。

(十四) 枝氣管變廣症  
*Bronchiektasie*

(一)有空洞時，常在下葉，其接近表面部，不過小，或空虛，或充塞其半時，則發鼓音，若為空洞，每有 Wintrich 氏打響變換，偶有呈 Gerhardt 氏打響變換者，或亦可聽續響音，或錢貨音，若空洞充實時，大抵發濁音，此種變換，在枝氣管變廣性空洞，遠多於肺癆，在肺癆則罕見。

(二)空洞接近表部者，於其上可聽枝氣管呼吸音，或鏗子呼吸音，斯時且可聽大小各種水泡音，往往在空洞上，可聽枝氣管聲，偶有可聽震盪音者。

(三)痰常為多量，每以發作而咯出，其性狀為膿狀，或黏液膿狀，帶黃色，無放惡臭者，若空洞壁膿潰時，即成三層痰，含有許多白血球，肺胞上皮，此外有許多廢物，Myelin 脂球及脂酸結晶，並有許多微生物。

(十五) 加答兒性枝氣管肺炎

*katarthische Broncho-Pneumonie*

(一)常有熱，但無定型，其持續亦不一定。  
(二)浸潤部廣大時，初則發鼓音，或發輕微濁音，至後則濁音甚強，而僅帶鼓音者甚多。  
(三)呼吸音不定，或為枝氣管性，在浸潤部及其

周圍、可聽大小各種水泡音、

(四)痰量不一定、尋常為黏液膿性、略含赤血球、有許多白血球、肺胞上皮、此外並含不明之分裂菌、

(十六) 急性纖維素性肺炎

acute fibrinöse Pneumonie

(一)患者臥位、其患側多向下、偶有取坐位者、

(二)皮、略呈紫藍色、

(三)唇、每發勾行<sup>△</sup>

疹、<sup>△</sup>

(四)發熱時、皮雖

乾燥、解熱時

著明發汗、

(五)體溫、以惡寒

戰慄、驟升至



第三百八十八圖  
肺炎熱型

四十度、或以上、三日至十一日間、平均呈稽留熱者凡七日、次以分利降至平溫、或以下、或經三日至五日、漸次下降、漸分利<sup>△</sup>三百十八至三百十九圖

(六)殆常有呼吸困難、

(七)肺活氣量及肺壓減少、

(八)壓迫患部、每有疼痛、行觸診或打診、抵抗不見增加、氣管無異常時、聲音震顫強盛、

(九)打診音在第一期為鼓音、尋常略帶濁音、第二期、則稍發濁音、每有帶鼓音者、濁音發生部、大抵即以示肺葉之境界、次則在第三期、

打診音再為鼓音、且發清音、時亦偶聞錢貨音、又在浸潤部周圍、打診音極朗而低、發非鼓音、又有發鼓性陪音者、偶或見 Wintrich

氏打聲變換、僅上葉被侵者、可聽 Wintrich

氏打聲變換、僅上葉被侵者、可聽 Wintrich

氏打聲變換、僅上葉被侵者、可聽 Wintrich

氏打聲變換、僅上葉被侵者、可聽 Wintrich

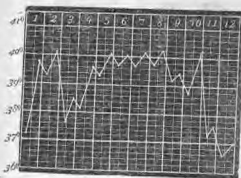
氏打聲變換、僅上葉被侵者、可聽 Wintrich

氏打聲變換、僅上葉被侵者、可聽 Wintrich

之氣管音、

(十) 在所侵肺葉未受浸潤之部，肺胞呼吸音銳

第三百九十九圖  
肺炎熱型



則呼吸二者，均為枝氣管音，有帶鏗子呼吸音者，惟極罕見，但枝氣管若以纖維素性物質閉塞時，亦多不同呼吸音者。

利，在浸潤部，當

第一期

及第三期

期，呼吸

音為肺

胞性而

微弱，或

不定，在

第二期

在第一及第三期，常發許多捻髮性水泡音。

但在第二期，則該音微弱，或乃稀少，往往有

缺如者，氣管開通時，在浸潤部上，有聽枝氣

管聲者。

(十一) 痰，大抵少量，僅呈加答兒性，或有稀薄而

黏稠者，或有起初少量，稀薄宛如肉汁者，但

其後，則每多量，稍帶黃色，鏡檢之，初含赤血

球，後則見許多白血球，肺胞上皮，Myelin，又

每有最小之枝氣管凝固物，偶可見 Onsch-

mann 氏之螺旋狀體。

肺炎復球菌，殆常於痰中見之。

(十二) 心音，而雖強盛，心力減衰時，則微弱，發假

性收縮期雜音者有之。

(十三) 脈數，分利後多緩徐，軟而重複，心力減衰

時，變而不整。

(十四)發白血球增多症、

(十五)脣舌乾燥、每生乾固被膜、

(十六)病在左肺下葉者、Rosen氏半月狀部不

狹縮、若在右肺中葉、則外觀上、肝濁音部向

上增大、左肺下葉之疾病、外觀上、脾濁音部

亦向上增大、

(十七)尿一般呈熱性尿、而 Chlorantrium 之量、

著明減少、幾不可見、而每呈 Diase 反應、

(十八)意識障礙、往往有之、亦有時發譫語者、在

酒客、則發酒客譫妄者不少、

(十七) 慢性間質性肺炎

chronische interstielle Pneumonie

(一)病機廣大時、患部胸廓陷沒、肺炎尤甚、

多有輕度呼吸困難、

(二)在患部上、打診音略帶濁音、偶亦有發鼓音

者、而肺音之領域、因肺萎縮而狹小、

肺上葉全然無氣時、其上可聽Willis氏氣

管音、又枝氣管因萎縮而變廣時、有呈空洞

症候者、

(三)呼吸音之性狀甚異、

(四)痰量不一定、多為黏液膿狀、鏡檢之可見膿

球黏液、頹敗物、脂肪、肺胞上皮結晶、許多腐敗

性細菌等、非結核病時、獨無彈力纖維及結

核菌、

(五)心跳牽向萎縮側、亦有廣延者、在患部或左

肺上葉、於左第二肋間、可視觸搏動、

(六)心濁音、部增大、或轉位、

(七)第二肺動脈音、往往強盛、

(八)肝脾濁音、每轉向上方、

(十八) 肺結核或名肺癆

慢性間質性肺炎

肺結核

Lungen-tuberculose od. Lungenphthise

診斷上、依向來之區劃、別爲三期、即肺尖加答兒期、浸潤期及空洞形成期是也、

(一)面色蒼白、而或潮紅、消耗熱、偶呈紫藍色、

(二)偶發黃斑、所謂惡液性黃斑、至末期、每生癆瘡、

(三)皮失其彈力者甚多、且乾燥、夜間多發盜汗、

(四)無熱者極少、雖初期亦有發熱者、其經過不整、或呈稽留熱或爲弛張熱、早晨爲平溫、或

其以下、日晡即潮熱、自三十九度至四十度、

或有達四十度以上者、消耗熱

(五)漸經時日、則逐次羸瘦、至第三期、瘦削達於極點矣、

(六)皮上偶有輕度浮腫、

(七)在肺下葉之代償性氣腫、胸廓下部之大小、

雖如常、其上部、則以疾病之廣狹及各期、偏側或兩側陷沒、鎖骨上窩窪陷、膈上角縮小、胸廓縱徑雖增、而前後徑著明狹小、胸前盤變爲平坦、

呼吸困難、大抵存在、兩肺尖被侵時、胸廓上部之開張、較少於下部、

(八)肺活氣量及吸氣壓、減弱、

(九)浸潤部及空洞上、聲音震顫強盛、偶有觸知枝氣管震顫者、

(十)在患部以外、有呈鼓性陪音者、

第一期 (肺尖加答兒期)	第二期 (浸潤期)	第三期 (空洞形成期)
打響尋常、或呈鼓性陪音、或患側肺尖、有輕度濁音、	結核性浸潤部上、呈濁音、往往稍帶鼓音、此象尤多於	空洞上之打響、極朗而低、且帶鼓性音、若空洞以分泌
		物充滿時、則發虛

上葉見之、蓋肺之上界、在此部下降故也、

音、其餘若非甚小者、發鼓音、空洞甚大時、有 *Witchell* 氏打響變換、偶有 *Cerriald* 氏打響

變換、與此接近之組織受浸潤時、打響略呈濁音、大空洞、則呈鑼性餘響、氣管開通時、又有呈錢貨音者、

十一) 不受浸潤之部、有代償性氣腫時、肺胞呼吸音、變而銳利、

第一期 (肺尖加答兒期)

第二期 (浸潤期)

第三期 (空洞形成期)

一側肺尖之吸氣音、或為肺胞性而銳利、或微弱、且此時屢屢斷續、或呈

呼吸音、為枝氣管性、可聽稍稍變延之共鳴性水泡音、或乾性水泡音、或

空洞上之呼吸音、或為枝氣管性、或為鑼子性、亦有聽變性呼吸音者、又

不定呼吸音、呼吸音延長、在肺尖、可聽乾性水泡音、或中、小水泡音、

可聽枝氣管聲、

空洞上有大小種水泡音、大抵有枝氣管聲、偶有可聽胸話者、

(十二) 痰量不一定、初雖稀少、後則多量、發生空洞時尤然、多為黏液膿狀、每呈球狀或錢狀、含有許多黏液、多數白血球、肺胞上皮、類敗物、*Myelin* 彈力纖維、又每有 *Cholesterolin* 結晶、脂結晶、結核桿菌及其他分裂菌、咯血時、痰中有血、血痰呈鮮紅色、或呈泡沫狀、以含有赤血球為主、急性出血止後、暫時痰中尚含血液、而細胞中、包含血液菱形結晶者有之、

(十三) 肺萎縮時、心跳牽向萎縮側而廣延、萎縮者在左上葉、則於左第二肋間、可視觸搏動、



(十四)在以上所述時，心濁音部亦增大。

(十五)心音，或強盛，或衰弱，甚者微弱，而呈假性

雜音，第二肺動脈音，往往強盛，又接近心臟  
有空洞時，該音有變作鎖響性者。

(十六)脈，關於熱，衰弱甚者，脈小而虛，且逆衝隆  
起減少。

(十七)有熱時，澀熱尿，而尿中每有 Pepsin 及

Diazotid

(十八) Pirquet 氏皮反應及 Wolf = Eisner 眼反  
應常為陽性。

### 肺膿瘍

(十九) 肺膿瘍 Abscess der Lunge

(一)熱雖常存，然無定型。

(二)患部不在深處時，濁音即在其上，往往作鼓  
音，向外面排出時，則如肺空洞症，呈空洞症  
狀矣。

(三)破潰時，喀痰尋常多量，此外則為中等量，呈

純膿狀，殆皆成於脂變之白血球肺胞上皮。  
彈力纖維，血液菱形結晶，Cholesterin 結晶。

脂結晶及種種分裂菌，有時可見 Carina 而  
痰本無惡臭，放置時，則有形分沈降，成二層

(四)穿刺液，成於純膿，鏡下成分與痰同。

(二十) 肺壞疽 Gangrän der Lunge

(一)熱不正而無定型。

(二)壞疽部向外排出時，於患部上，或有呈空洞  
症狀者。

(三)痰量，往往極多，而呈膿狀，為帶黃褐色，有肺  
組織片，頗有惡臭，大抵分三層，其最下層為  
帶褐不透明之膿狀物，含有許多膿球，頰敗  
物，上皮赤血球，血色素肺組織小片許多脂  
滴及 Myelin。此外為血液菱形結晶脂結晶。

肺水腫

及磷酸安母尼亞 Magnesia 及許多分裂菌，但無游離之彈力纖維，第二層為類白色之稀液，鏡檢之，主要成於黏液，最上層成於泡沫，為帶黃綠色，主要含有白血球。

(四)病機波及肋膜時，則生膿胸，其內容為褐色，而放惡臭。

肺楔狀出血

(二十一) 肺楔狀出血

hämorrhagischer Lungeninfarkt

(一)楔狀出血，新鮮時，常發鼓音，且多僅帶輕濁音，但患部大而硬時，常發濁音，而僅帶鼓音。

(二)呼吸音，為枝氣管音，每聞小水泡音，偶有帶捻髮性者。

(三)咯痰，大抵不多，為單純加答兒性，或為肺炎性，或呈暗赤色，為黏液狀，而常含赤血球，然經過時日，則帶褐色，有白血球，上皮及血液。

菱形結晶、

(二十二) 肺水腫 Lungedem

(一)呼吸困難、

(二)每多稍帶濁音、

(三)呼吸音為肺胞音，每稍弱，同時於兩肺各處，可聽許多小水泡音。

(四)痰量每甚多，為泡沫狀，漿液性，呈白色或類褐色，含極少許之有形成分，赤白血球，上皮，而有多量蛋白。

(二十三) 胸膜炎 Pleuritis

由診斷之症候，別為三種，即乾性滲出性<sup>△△△△</sup>及陳舊之胸膜炎<sup>△△</sup>是也。

(a) 乾性胸膜炎 Pleuritis sicca

(一)患者以健側向下面臥、

(二)在女子，每有營養式呼吸者，尋常均有呼吸

胸膜炎

困難

(三) 壓胸廓之患部，每訴疼痛，間可觸知胸震顫。

(四) 患部之呼吸音，往往減弱，肺胞音且可聽胸

膜摩擦音。

(五) 左上葉前緣，有病時，可聽肋膜心囊摩擦音。

(b) 滲出性胸膜炎

*Pleuritis exsudativa*

(一) 滲出物多量時，患者常以患側下臥，在初期

及末期，則健側向下而臥，又滲出物俄然增

多時，可見其營跪坐呼吸。

(二) 皮多呈紫藍色。

(三) 有不發熱者，縱發熱，亦無定型。

(四) 患側下部開張，肋間平坦，但無隆起者。

有呼吸困難，滲出物多量時，則呼吸之際，患

側之呼吸運動減少。

肺活氣量及氣壓，均減少。

(五) 行觸打法時，若滲出物較為多量，則抵抗之

感增加，患部聲音震顫雖減弱，而在液體

水平上，則增大。

(六) 患部打響，各以部位，發半濁音至純濁音，其

上界，在後面最高，至前漸低，由體位而變，其

境界者有之，在滲出物之上，打響低朗，壓

迫強時，略呈濁音，間或帶鼓性陪音，上葉全

被壓縮時，可聽William氏氣管音。

滲出物極多量時，健肺為所壓迫，其打響不

達於胸骨部，又以代償性向下擴張。

(七) 滲出物上面，肺胞呼吸音減弱，滲出物中量

時，間有不定呼吸音，增量時，則呼吸音全失。

間或於其上面，聽幽微之枝氣管呼吸音，

或可於到處聽摩擦音，液體水平上尤著。

滲出性胸  
膜炎

聽聲時大抵減弱、偶聽山羊聲、在液體上部、有可聽枝氣管聲者、

(八)穿刺液有漿液性者、有纖維素性者、凝固甚速、有膿性者、或有出血性者、比重在一〇一五以上、蛋白質量較多於二五%、鏡檢之可見赤血球(大概稀少惟出血性者則甚多)白血球(常為中量而膿胸則甚多)脂及其結晶磷酸安母尼亞Magnesia, Cholesterin(膿胸之經久者之類、就細菌言、則有肺炎球菌、結核桿菌或化膿球菌等、但此等分裂菌、間亦有缺如者、

(九)心跳、凡滲出物在左者、見於右、在右者轉移於左、往往微弱、

(十)心濁音部之關係亦同、

(十一)心音有微弱者、亦有因熱而變化者、

(十二)脈性關於熱之有無、

(十三)肝下緣(在右側肋膜炎較常為低、

(十四)Fraude氏半月部、病在左側者變而狹小、

(十五)肝濁音部、外觀上向上增大、或滲出物多量時、則向上下兩方增大、比較濁音則消失矣、(右側症、

(十六)脾濁音部、外觀上向上增大、滲出物多量時、則向上下兩方增大、(左側症、

(十七)生滲出物時、Natrium chloratum之量減少、在膿胸、屢含有Pepton、但滲出物減少時、尿量增加、Natrium chloratum之量亦增進、

(c) 陳舊性胸膜炎

Pleuritis inveterata

(一)時或一個胸部陷沒、從而有相當之症狀、

(二)膈肌之上、其厚者發半濁音、至濁音、肺之一

陳舊性胸  
膜炎

部被壓迫時，其上發半濁鼓音，若全無氣，則

發純濁音，此外以肺萎縮之故，其下緣移上，故打響領域，變而狹小。

(三)肺為肝臟所固定時，呼吸音呈微弱之肺胞

音，或消失，在壓縮之肺上，可聽枝氣管呼吸音者有之。

(四)萎縮時，心跳即向該部牽引，且每廣大，病在

左者，則可於左第二肋間視觸搏動。

(五)心濁音部，增大或轉位。

(六)第二肺動脈音多強盛。

(七)肝及脾濁音部，有均轉移於上方者。

(二十四) 胸水 Hydrothorax

(一)胸廓下部，兩側均稍開張，但肋間多不消失。

尋常有呼吸困難。

(二)在滲漏物上，胸震顫雖減弱，其水平面上部

則強盛。

(三)滲漏物甚為多量時，其上略呈濁音，且每發

鼓音，雖在液上，亦發半濁音至濁音，其上界水平，變換體位時，立與俱變。

(四)在滲漏液上，肺胞音減弱或消失，在上方，微

呈枝氣管音。

聲音減弱。

(五)穿刺液為漿液性或漿液纖維素性，偶有稍

呈出血性者，或不凝固，或徐徐凝固，比重在

一〇—一八以下，蛋白含量，在四%以下，行鏡

檢時，可見稀少之白血球，偶見肋膜內皮。

(六)肝脾兩濁音部，外觀向上增大，但常不向下

轉移。

(七)生滲漏液時，食鹽量減少，其吸收時，則與尿

量並增。

氣胸

(二十五) 氣胸 Pneumothorax

聽診聲音時，或消失，或呈鐘性副響。

(一) 患者常臥向健側，偶有營跪坐呼吸者。

(七) 心跳有轉於側方者。

(二) 皮多呈紫藍色。

(八) 心濁音部，每向側面壓抵。

(三) 患側開張肋間隆起，呼吸困難，呼氣時，該側之運動退止或減弱。

(九) 心音有呈鐘性副響者。

(四) 胸震顫尋常完全消失。

(十) 肝下緣，病在右者較低於常位。

(五) 打響異常低朗，時有鐘性副響，或為鼓音而帶鐘響，又每有錢貨音，及 Wintrich 氏打響

(十一) 肝或脾之濁音部，有轉位於下方者。

胸膜腫瘍

(二十六) 胸膜腫瘍

Tumoren der Pleura

變換，發音部遠達於肺臟下方，若同時儲蓄

(一) 可見胸廓局部隆起，大抵兼有呼吸困難。

滲漏液時，其下部發濁音，上界為水平線，因

(二) 行觸打法，抵抗之感觸雖增加，而聲音震顫

變位而變其境界，他側之肺有受壓抵者。

減弱。

(六) 肺胞呼吸音變而微弱，或消失，偶有不定呼

(三) 腫瘍達一定大小時，其上發半濁音至濁音，

吸音或枝氣管聲，而兼縷子呼吸音者有之。

其周圍打響，偶或異常低朗，而呈非鼓音，又

時或可聽鐘響性水泡音者有之。

壓迫強大時，略有半濁鼓音，若壓迫上葉全部時，有可聽 *William* 氏之氣管音者。

在腫氣胸症偶可聞滴落音，又常有震盪音。

循環系統  
病變

心囊炎

乾性心囊  
炎

濕性心  
囊炎

(四)肺胞呼吸音、減弱或消失、

(五)若有滲出液之疑者、可試行穿刺法、若有之、多為出血性、含赤血球、偶或有腫瘍細胞、

(乙) 循環系諸病

(1) 心囊炎 Pericarditis

由症候而分為三種、

(a) 乾性心囊炎 Pericarditis sicca

(一)當胸骨左側、間或觸知摩擦音、

(二)胸骨上部、可聽摩擦音、

(b) 滲出性心囊炎

Pericarditis exudativa

(一)患者每呈不安之狀、且常變換體位、

(二)皮、略呈紫藍色、

(三)多有呼吸困難、

(四)隣接之肺臟、稍為壓迫時、打響異常低明、壓

迫稍強、則發半濁鼓音、若滲出液多量時、可聽 William 氏氣管音、左上葉尤著、

(五)胸廓富於彈力、滲出液多量時、心臟部呈隆起、心尖搏跳起初雖廣、但向左下方壓抵時、則弱、每致消失、然起立時有再現出者、

(六)在初期、有可觸摩擦音者、

(七)在初期、於胸骨柄上、每呈濁音、其後心濁音、部增大、起立時更甚、

(八)心音、常微弱、

心基底上、有聽摩擦音者、或有缺如者、

(九)皮靜脈、多怒張、且充盈、

(十)脈數、心力旺盛時、心尖搏跳雖減弱、而脈常洪大、心力減衰時、則脈小而甚數、又每見有心窩搏動者、

(十一)肝下葉、向下方壓抵、

心臟顯著  
橫膈膜腫

(c) 心臟愈著症

Pericardialsynachie

- (一) 心尖搏跳、減弱或消失、或則心尖部陷沒、
- (二) 心臟上、往往有吸氣性雜音、

(二) 心囊水腫 Hydropericardium

- (一) 心尖搏動、每減弱或消失、
- (二) 心濁音部增大、
- (三) 心音減弱、摩擦音缺如、

(三) 心囊氣腫 Pneumopericardium

- (一) 心部偶隆起、仰臥時、心尖搏動有消失者、
- (二) 心臟部打響、尋常呈清鼓音、且屢帶鐘響、若同時儲有液體時、(心囊膿氣腫)其下部發濁音、由體位即變其境界、

(三) 心音有帶鏗性者、有液體時、則發鏗性震盪音矣、

(四) 縱膈膜腫瘍

Tumoren des Mediastrium

- (一) 每呈紫藍色、
- (二) 發覺血水腫者有之、
- (三) 每見返迴神經麻痺、
- (四) 胸廓局部、偶生隆起、有發呼吸困難者、
- (五) 隣近肺臟被壓時、發半濁鼓音、僅壓全上葉時、則發 William 氏之氣管音、

(六) 心跳有轉位者、

(七) 心濁音部轉位、或有增大者、

(八) 皮靜脈、每怒張、(在胛脈性縱膈炎、有時吸氣之際、皮靜脈怒張、呼氣時則見其減縮)

(九) 脈搏、往往亢進、因迷走神經麻痺、或反是而脈緩徐、因迷走神經之刺激、(在胛脈性縱膈膜炎、有見奇脈者)

心囊氣腫

心囊水腫



急性心內膜炎  
慢性心內膜炎

(十)時或因此而發食管狹窄者

(五) 急性心內膜炎

*Endocarditis acuta*

(一)患者屢呈苦悶狀，輾轉反側，而多取坐位者

(二)皮上每見紫藍色

(三)有熱候

(四)有呼吸困難

(五)心跳及心濁音部之變化，徐徐而來

(六)尋常在心尖上，可聽收縮期雜音

(七)皮靜脈多充盈

(八)脈數，大抵小而軟

左室擴張及肥大

(一)心臟部隆起甚少

(二)心跳轉位於下，而轉向外者較少，且廣延，其強弱

觀下文

(九)有熱性脈

(六) 慢性內膜炎

*Endocarditis chronica*

(一)皮有紫藍色，代償機障礙時尤然

(二)代償機有障礙時，發鬱血性水腫

(三)每有呼吸困難，運動強劇時尤然，但代償機起障礙時雖安靜亦不免，心臟性喘息

(四)心肥大時，隣接之肺部打響，異常低朗，或發

半濁鼓音，肺境界移於上方

(五)右室或左室，或兩室，均擴大肥大

右室擴張及肥大

(一)心臟部往往隆起

(二)心跳轉位於外方，而較向下者較少，且廣延，其強弱

觀下文

(三) 往往於右第二肋間見收縮期隆起，且大動脈起始部同時擴張者，尤然。

此外於胸骨左側，每見隆起（心跳）

(四) 心尖部可觸強勁之隆起（除大動脈狹窄外）右第二肋間，偶見開張期衝突。

(五) 心濁音部，向左下方增大，其中比較濁音，略超過乳線，達於下方第六肋間，或其更下部。

(六) 第二大動脈音，往往強盛。

此外其症狀，由瓣膜病之部位及種類而異，列表如左。

大動脈不全閉鎖	左動脈口狹窄	僧帽瓣不全閉鎖	左靜脈口狹窄	三尖瓣不全閉鎖 (多為比較的)
(一) 心跳強而廣，左室擴張肥大，有時在第二肋間，觸知開張期衝動。	(一) 心跳多甚弱，或缺如，左室擴張肥大，偶於右第二肋間，觸知收縮期衝動。	(一) 心跳多強，右室擴張肥大，其後左室擴張肥大，心尖部可觸知收縮期衝動。	(一) 心音弱，或為中等強度，右室擴張肥大，左室亦偶有肥大者，在心尖部時可觸知開張期衝動。	(一) 心跳稍廣，右室擴張前房特甚，而右室偶亦肥大。
(二) 第二大動脈音。	(二) 第二大動脈音。	(二) 第一僧帽瓣膜。	(二) 第一僧帽瓣膜。	(二) 第二肺動脈音。

(三) 往往於左第二肋間見收縮期搏動，且於左肺壓迫或退縮者，尤然，此外於胸骨部，偶有見隆起者。

(四) 胸骨底及其稍左，可觸較強之隆起，又在左第二肋間，偶有見開張期衝突者。

(五) 純心濁音部，向右上增大，比較濁音部，常向右增大，大抵超過胸骨右緣。

(六) 第二肺動脈音強盛，且帶變性。

往往強盛，第一份  
帽瓣膜音每減弱  
或分裂。

(三)有開張期雜音，  
在胸骨右緣，最高  
朗，每聽其蔓延於  
左方，此外有時在  
心尖部，可聽收縮  
期雜音。

(四)頸動脈及其他  
末稍動脈，有強搏  
動，偶有見肝動脈  
之脈搏者，脈搏大  
抵稍稍亢進，脈息  
整然，但甚高，或於

往往強盛，然大抵  
減弱。

(三)有收縮期雜音，  
在胸骨右緣，最高  
朗，每廣延於左方。

(四)脈搏每甚徐緩，  
有不整者，且小而  
虛，有時於頸動脈  
上，可聽雜音，第二  
音每缺如，  
皮靜脈往往怒張。

音，減弱或缺如，第  
二肺動脈音強盛，  
第二大動脈音，往  
往減弱。

(三)有收縮期雜音，  
於心尖部最高朗，  
偶有在左第二肋  
間高朗者。

(四)有心窩搏動，皮  
靜脈怒張，且呈消  
極的靜脈脈搏。

音，及第二肺動脈  
音，均強盛，第二大  
動脈音，多減弱，  
半月瓣上之第二  
音，往往減弱。

(三)或毫不聞雜音，  
或有聽取開張期  
雜音者，  
或可聽收縮期前  
雜音者，均於心跳  
外緣，最為顯著，  
在不聞雜音之際，  
於運動後，每有可  
聽雜音者。

(四)與不全閉鎖第  
四項同。

減弱。

(三)有收縮期雜音，  
於胸骨底最高，偶  
或最高部，在心尖  
上者。

(四)往往有肝靜脈  
脈搏，皮下靜脈怒  
張，時有積極的靜  
脈脈搏，或呈靜脈  
球脈搏。

小動脈、觸知搏動、頗為疾速、逆衝隆起多缺如、第一大動脈音強盛、又可於小動脈上聽取之、頸動脈上之第二音消失、而每代之以雜音、又在股動脈上、時可聽重複音、或有重複雜音、

消極性呈靜脈脈搏、此蓋大動脈不全閉鎖所屢見者也、

(五)脈搏多頻數、脈有不整者、此外無特異之徵、

(五)脈小而虛、彈力性隆起減少、

(五)有時在頸靜脈上、可聽收縮期音、

(六)肝臟多增大、鬱血肝

(七)脾亦增大、在大動脈不全閉鎖、偶有觸知脾

血腎

(八)尿有代償機障礙時、呈鬱血尿之性質、觀鬱

先天性心臟異常

臟搏動者、

(七) 先天性心臟異常

angeborene Herzanomalien

(一)多呈著明之紫藍色、

(一)有呼吸促迫、  
(二)循環器之狀況如次、

右靜脈口狹窄(常與三尖瓣不全閉鎖合併)

肺動脈不全閉鎖

右動脈口狹窄

卵圓孔 Pfo. 三氏動脈管之閉通

(一)第二肺動脈音微弱、

(一)右室搏強且肥大、

(一)右室擴張肥大於左第二肋間、觸知收縮期衝動、第二肺動脈音或減或缺、

(一)心臟上可聽收縮期雜音、偶有開張期雜音、

(二)有開張期雜音於胸骨底最強、

(二)開張期雜音於左第二肋間之胸骨緣最著、

(二)左第二肋間或其下部聽收縮期騷鳴、

(三)脈多小、

(三)脈小、

(八) 脂心 Falthorz

(一)皮色往往蒼白、代償機有障礙時、則呈紫藍色、

(四)心跳、每偏於下方、心臟僅有擴張之際、每減弱、或有消失者、

(二)不全閉鎖發作時、則生鬱血性水腫、

(五)心音多微弱、偶於心尖及第二肋間、聽收縮期雜音、

(三)常有呼吸困難、且勞動時尤甚、有見Cheyne-Stokes氏呼吸現象者、

(六)皮下靜脈、每異常怒張、

Stokes氏呼吸現象者、

(七)脈多頻數、時亦有異常徐緩者、而於各症、均

有心悸發作，脈不整，小而軟。

(八)有見鬱血肝者、

(九)又有見鬱血腎者、

(九) 大動脈動脈瘤

*Aneurysma der Aorta*

(一)氣管被壓時，皮呈紫藍色、

(二)柱往有返迴神經麻痺者，大抵在左側，見於

右側者甚少、

(三)尋常略有短息、

(四)動脈瘤若壓左側之枝氣管幹時，左肺之呼

吸音減弱或消失、

(五)心跳，轉位於下方，廣延而強盛，左室肥大、

(六)右第二肋間，上行大動脈瘤或在頸靜脈窩、

(大動脈弓瘤往往有與搏動並見之隆起、

(七)該部亦可觸知收縮期或開張期衝突，聞有

觸知心內騷鳴者、

(八)心濁音部有增大者，左室擴張，右第二肋間、

(上行大動脈瘤)或胸骨柄上(大動脈弓瘤)呈

濁音、

(九)第二大動脈音強盛，在右第二肋間，或胸骨

柄上，僅聞收縮期雜音，或僅聞開張期雜音、

或聞重複雜音、

(十)頸靜脈窩，有搏動，又偶見心窩搏動，後一種

於腹部大動脈瘤尤著、

(十一)脈搏，在大動脈弓之動脈瘤，從身體各部

而異，無細小者、

(十二)有時在較大之血管上，可聽收縮期雜音、

(十三)有起食道狹窄者、

(十) 動脈硬變症 *Arteriosklerose*

(一)心跳偏於下方，且廣延強盛，左室擴張及肥

口峽炎

大。

(二)於右第二肋間、偶見搏動、

(三)第二動脈音、往往強盛、時帶鐵響、

(四)皮下動脈蠕屈、

(五)觸皮下動脈、皆硬勁、脈搏每異常徐緩、在冠

狀動脈硬變症有狹心性發作者、

脈搏不正、冠狀動脈硬變症尤然、呈升脚隆

起、彈性性隆起減少、逆衝隆起、亦有減少者、

(六)第一動脈音、往往強盛、

(丙) 消化系諸病

(1) 口內炎 Stomatitis

(一)口腔黏膜、顯赤色、且腫脹、時見潰瘍、在鵝口

瘡、則有白斑狀沈著物、

(二)唾液分泌增多、其中有上皮及白血球、在鵝

口瘡、則沈著物中、可見鵝口瘡菌、 *Oidium*

*albicans*

(1) 口峽炎 Angina

(一)大抵有熱、然無定型、每以惡寒而體溫驟升、

稽留兩日或五日、有以分利下降者、

(二)每有短息、

(三)舌、增大、一側或兩側之扁桃體潮紅、軟腭亦

然、且略腫脹、扁桃體表面、又有黃色栓、易於

拭去、無義膜、亦無侵及咽部者、但每生膿瘍、

(四)尋常有流涎症、

(五)有發熱性尿者、

(1) 急性咽炎 Pharyngitis acuta

咽黏膜紅腫、多以灰白色、或黃色黏液覆之、

(2) 慢性咽炎 Pharyngitis chronica

咽黏膜、或赤色、或呈蒼白色、或有光澤、又黏膜

多腫脹、被以黏液時、或見黏膜濾囊增大、

消化系諸病

口內炎

急性咽炎

食管癌  
慢性胃炎

(五) 食管癌 Carcinom des Oesophagus

- (一) 患者羸瘦且呈惡液質。
- (二) 若發於氣管分枝部有返迴神經麻痺者。
- (三) 送入食管探針時分枝部或贛門部有狹窄發於他部者甚罕其障礙雖常存不去若腫瘍破潰時探針有可暫時通過者。

急性胃炎

(六) 急性胃炎 Gastritis acuta

- (一) 口唇每有匍行疹。
- (二) 有呈熱候者。
- (三) 舌苔著明。

(四) 心窩有壓痛。

(五) 常有嘔吐其吐物成於食物殘片黏液膽汁等胃液成分不定鹽酸含量亦不定但 Pep-

sin 大抵減少。

(六) 有下痢或便秘。

(七) 慢性胃炎 Gastritis chronica

- (一) 舌有厚苔。
- (二) 心窩有壓痛。
- (三) 胃尋常不過大時有見其擴張者。
- (四) 有嘔吐其量有多有少成於黏液及食物成分鹽酸減少或竟缺如或乃增多時有在消化時間外分泌者(鹽酸過多症) Pepsin 大抵減少或缺如偶見有機酸吸收緩慢胃之運動亦每減弱。
- (五) 大便性狀不定。
- (六) 尿之酸性有著明減少者。

(八) 官能性消化不良

funktionelle Dyspepsie

胃內容中游离鹽酸減少或缺如而每有乳酸鹽酸量亦有增多者無黏液或少量鹽酸分泌

官能性消化不良



多時，澱粉質消化緩慢。

(九) 胃潰瘍 *Ulcus ventriculi*

- (一) 皮色大抵蒼白、
- (二) 壓胃之局部，則有劇痛、
- (三) 胃下緣，以愈着故，每在高位者有之，潰瘍若在幽門部時，每見胃擴張、
- (四) 往往吐血，其吐物有爲鮮紅色者，或如珈琲渣而呈褐色者、
- 行化學檢查時，胃內容中，含有過剩之游離鹽酸甚多，故澱粉消化，爲所障礙，吐血時，其中含有血色素、
- 行鏡檢時，可見赤血球，或有僅見血色素者、
- (五) 大便中，多無異狀，在胃出血，則含有血液，多呈褐色至黑色、
- (六) 有胃痛發作、

(十) 胃癌 *Carcinoma ventriculi*

- (一) 患者多陷於惡液質，皮色蒼白，腫瘍若壓閉膽管時，則發黃疸、
- (二) 偶有見黃疸者、
- (三) 皮，失其彈力，且乾燥、
- (四) 漸次羸瘦、
- (五) 有時鎖骨之左側上窩腺腫大、
- (六) 脈，小而虛、
- (七) 血液，呈繼發之貧血症狀、
- (八) 常有舌苔、
- (九) 腫瘍，常不能目視、
- (十) 腫瘍，常可觸知、
- (十一) 腫瘍若與隣接臟器生愈着時，胃下界有較高於尋常者，賁門、胃、幽門、多狹窄、幽門、癌反是，每見其擴張，又幽門癌，以其重力之故，胃

之下界，往往轉移。

腫瘍廣大，其部位適宜時，打診之，呈濁音。

(十二)常有嘔吐，其吐物間有血液，故大抵帶黑色，宛如珈琲渣狀。

化學檢查每缺游離鹽酸，胃液不易消化。

蛋白質、凝乳酸酵素，多缺如，胃之運動力，多減弱，其餘異常，與擴張並至。

行鏡檢時，可見癌腫細片者極罕，有出血時，則見血色素，偶見血球，在擴張症，則可見微生體。

(十三)大便，呈褐色至黑色，(胃出血時)含有血色素。

(十四)尿中，有含 Indian 及 Aceton 者。

(十一)胃擴張 Gastroctasiae

(一)舌有厚苔。

(二)胃部膨隆，間可見其蠕動。

(三)胃壁肥厚時，壓之多抵抗。

(四)胃下界，以碳酸或空氣使膨大時，在正中線，達臍下部上及右界，亦超過尋常，左方較少。

(五)觸診胃部時，常有振水音。

(六)嘔吐多量，偶分三層，有酸酵產物時，放一種特異臭氣。

化學檢查時，可證明有機酸，如乳酸、酪酸、醋酸等，鹽酸，或有存者，或有減少者。

吸收作用緩慢，運動機能減弱。

鏡檢時，多見釀母菌，及 *Carcina*。

(十二)急性腸炎 *Enteritis acuta*

(一)按腹部時，其全部或一定部(小腸，或橫結腸)有疼痛。

(二)胃病合併時，(胃腸加答兒)吐出水狀黏液狀。

或以膽汁染色之物。

(三)便之度數增多，大抵為稀粥狀，帶黃褐色，屢呈酸性反應。

Ileus

大便中，每有許多黏液，偶呈片塊狀，急性大腸炎，又每見不消化之食物殘渣，化學上有 Albumin 及不變之膽色素，鏡檢之，可見腸上皮增多。

(四)尿量減，比重增，往往溷濁。

慢性腸炎

(十三) 慢性腸炎 Enteritis chronica

(一)壓痛，有無不定。

(二)無嘔吐。

(三)大便或秘結，或下痢，便中或混有黏液，或大便堅硬時，其表面附着黏液。

便中有不變化之膽色素，亦有含 Albumin

者，鏡檢之，可見腸上皮及白血球，而腸結核。

所見白血球尤多，其中又有結核桿菌。

(四)結核性腸加答兒，及其他腸加答兒症，尿中之 Indican 量，有增多者。

(十四) Ileus

(一)腹以鼓脹而膨滿，腸蠕動機，往往亢進。

(二)撫腹壁時，每觸知管狀之抵抗，嵌頓，壓之有劇痛。

(三)鼓腸甚時，肝濁音部，往往狹縮，或有轉向上方者，其甚者，脾濁音部亦狹縮，或轉位向上。

叩腹壁時，於一定部，發清音而不發鼓音者有之。

(四)有嘔吐，其吐物為帶黃褐色，放糞臭。

(五)大便及屁，全然不能通過，然或發下痢，偶有下血便者。

(六)尿中含 Indican 多量，Aether 硫酸亦增量。

加答兒性  
黃疸

(十五) 加答兒性黃疸

*Icterus catarrhalis*

急性黃色  
肝萎縮

(一)皮、常作黃色、

(二)脈、常徐緩、

(三)肝下緣、較低於常、每觸知增大之膽囊、且知

覺過敏、

(四)大便、為灰白色至白色、有惡臭、化學及顯微

鏡檢查、含脂多量、

(五)尿、大抵少量、比重高、黃褐色、含多量 Urobilin、

此外常含膽色素、又每含膽酸、鏡檢之、可見

黃色玻璃狀圓塊、

(十六) 鬱血肝 *Stauungsleber*

(一)肝肥大其下緣可自常位下觸知之、硬固、雖

壓之不痛、

(二)上界之打診境界、較高於常、或其下界較低、

或二者均見之、

(三)有鬱血尿、又有其餘鬱血症狀、

(十七) 急性黃色肝萎縮

*acuta gelbe Leberatrophia*

(一)常有黃疸、

(二)脈無定、大抵小而整、

(三)壓肝臟時、有劇痛、

(四)肝著明縮小、其下界偏於上方、至不發肝濁

音、脾多肥大、

(五)有嘔吐、多混血液、

(六)便中亦有血液、故呈漆黑色、

(七)尿量少、尿素尤減、中有膽色素膽酸、偶有蛋

白、幾常有 Leucin 及 Tyrosin、

(八)至末期、則著明有意識障礙、發譫語、每起痙

攣、遂陷於昏迷、

鬱血肝

(十八) 肝膿瘍 Leberabscess

- (一) 每有黃疸、
- (二) 往往有熱而無定型、
- (三) 肝下緣、偶低於常位、時生隆起、有呈波動者、壓之疼痛、
- (四) 肝每增大、

(十九) 肝硬變 Lebercirrhose

- (一) 黃疸、於肝肥大時、每有之、萎縮時則缺、在後一種、多呈惡液質狀、
- (二) 病勢進行時、多羸瘦、
- (三) 每有浮腫、
- (四) 腹壁靜脈、多怒張、
- (五) 肝肥大之際、及其萎縮之初、其下緣、每於常位較低處觸知之、甚堅硬、表面每有小隆起、壓之、略有疼痛、

(二十) 脾、殆常肥大、多可觸知、

- (七) 肝在萎縮之初、及肥大之際、必增大、其上界較高於常、或其下界較低於常、或二者兼有之、而比較濁音部、多著明增大、
- 至第二期、既起萎縮時、則縮小、其下界上升、且比較濁音部狹小、

(八) 在萎縮期中、至後期、必發腹水、肥大時不然、

(九) 在萎縮期、每見吐血、

(十) 大便、在肥大期、每脫色、萎縮期、則偶含血液、

(十一) 尿量、在肥大時多增加、含許多膽色素、但萎縮時多減少、而含許多尿酸鹽類、及 *Durobin*、毫無膽色素、即有之、亦復少量、

(二十一) 脂肪肝 Fettleber

- (一) 肝下緣較常為低、抵抗亦較強、無壓痛、
- (二) 上界較高於常、或下界較低於常、或兩者合

澱粉狀肝  
變性

- 併、比較濁音部、或尋常或增大、
- (三)不見脾腫、

(二十一) 澱粉狀肝變性

*Amyloid der Leber*

- (一)肝下緣較常低、堅固而無壓痛、
- (二)肝上界、或較高於常、比較濁音部、移轉而增大、或肝下界較常低、比較濁音部如常、或增大、或二者合併、
- (三)脾腎兩臟、同時見有澱粉狀變性者甚多、

(十一十二) 肝癌 *Carcinom der Leber*

肝癌  
肝包蟲囊

- (一)患者呈惡液質狀、屢有黃疸、
- (二)皮失彈力、且乾燥、
- (三)殆常羸瘦、
- (四)右鎖骨上窩脹、往往腫大、
- (五)脈、大抵小而虛、

- (六)血液中、繼發性貧血症狀甚明、
- (七)偶可目觀腫瘍、其纒纒呈結節狀者、每可觸知、壓之疼痛、
- (八)幽門被壓時、因起胃擴張症、
- (九)肝 $\Delta$ 增大、故其上下兩緣、超過常界、比較濁音部、或如常或增大、
- (十)脾、尋常不肥大、
- (十一)每有腹水、
- (十二)有黃疸時、尿含膽色素、又偶含 Aceton、

(二十三) 肝包蟲囊腫

*Echinococcus der Leber*

- (一)間有黃疸、
- (二)肝臟局部、時或觸知呈波動之隆起、
- (三)肝 $\Delta$ 增大、故其下界、或上界、或兩界著明移轉、比較濁音部如常、或增大、

(四)穿刺之尋常有透明之澄清液，比重一〇〇

六至一〇一五，幾不含蛋白，惟有多量之

*Sodium chloratum*，此外每含琥珀酸<sup>△</sup>，其中可

見鈎或蟲頭，倘化膿時，內容爲帶綠黃色，若

有出血時，呈褐色，可見血液菱形結晶。

(二十四) 游走肝 *Wanderleber*

(一)到處有肝下緣，易於移動。

(二)肝濁音部，以肝所在處而異，時有消失者。

(二十五) 膽石 *Cholelithiasis*

(一)結石若閉塞輸膽管時，皮呈黃疸色。

(二)當是時，肝每肥大，偶可觸知膽囊，試壓之，多

發劇痛。

(三)發黃疸時，大便脫色，發作後，便中可見膽石。

(二十六) 此外之膽囊疾患膽囊炎

*Cholecystitis* 水腫 *Hydrops* 癌腫

*Carcinom)*

增大之膽囊，時在肝下作突隆之球狀腫瘤，可

以觸診，按之疼痛，尋常且甚堅硬。

(二十七) 鬱血脾 *Stauungs脾*

(一)脾肥大，每易手觸，堅硬而無壓痛。

(二)脾濁音部，主要向前增大。

(二十八) 澱粉脾 *Amyloid der Milz*

(一)脾腫甚時，左側胸廓之下口，有擴張者。

(二)脾境界部上之打響，或減弱，或發鼓音。

(三)脾境界部上之呼吸音，有銳利者。

(四)脾可觸知，堅硬多無壓痛。

(五)脾濁音部增大，尋常概爲圓形。

(二十九) 脾腫瘍 *Tumoren der Milz*

(一)脾每肥大，可以手觸，其表面偶有隆起，壓之疼痛。

鬱血脾

游走肝

澱粉脾

膽石

脾腫瘍

此外之膽  
囊疾患

游走脾

- (二)脾之前下兩界，以增大故，偏於下方，
- (三)腫瘍果為何物，大抵可以穿刺法知之，

(三十一) 游走脾 Wandermilz

- (一)脾每可觸知，但不肥大，且甚易移動，
- (二)脾濁音部，有僅轉位者，或有缺如者，當是時，則每於腹腔他部，見有濁音，

胰癌

則每於腹腔他部，見有濁音，

急性出血性胰腺炎  
急性性膜  
腺壞疽

(三十二) 急性出血性胰腺炎——急性

性胰腺壞疽 akute hämorrhagische

Pankreatitis, akute Pankreasnekrose

- (一)上腹部卒發疼痛氣脹，嘔吐，其狀似最急性之腹膜炎，

(二)每有陷於虛脫者，

(三)患者多為中年，且多見於肥胖者，(酒客尤甚)

(三十一) 慢性胰腺炎

chronische Pankreatitis

(一)無顯著之症狀，

(二)症狀著明者，必有糖尿，

(三)外分泌缺如之際，有胰消化不全之徵，(Azotorrhoe 及 Steatorrhoe)

(三十三) 胰癌(Carcinom des Pankreas)

(一)一般榮養障礙，

(二)在胰頭癌腫，(以此為最多)上腹部呈腫瘤，

(三)多有劇痛，

(四)輸胆管被壓，多發黃疸，

(三十四) 胰腺囊腫 Pankreaszysten

(一)時有痙攣發作，

(二)有脂便，其便中可見不消化之肌纖維，

(三)尿中每有糖分，

(四)腹上部，有波動之腫瘤，

(五)穿刺液中，有 Trypsin，或無之，

胰腺囊腫

慢性胰腺炎



(三十五) 胰石症

Lithiasis des Pankreas

(一)尋常無特異症候、

(二)僅偶有疼痛、(胰石痛)

(三十六) 盲腸周圍炎及盲腸周圍

結締織炎 Peri- und Paratyphitis

(一)熱無定型、

(二)迴盲部每見局部性隆起、

(三)該部每感壓痛之抵抗、或觸知浸潤、

(四)迴盲部有呈濁音者、

(三十七) 腹膜炎 Peritonitis

(一)在急性症殆常有熱、慢性症則往往有之、或亦無熱、

(二)大抵胸廓下口、兩側均擴張、呼吸每專用肋

式、(男子亦然)又每有呼吸困難、

(三)隣接之肺下部、或發異常低音、或發半濁鼓

音、蓋以兼發鼓脹、肺受壓迫之故、同時肺下

界偏於上方、雖深吸氣時、而向下移動亦絕

少、或竟無之、

(四)上方肺部之呼吸音、呈銳利之肺胞音、

(五)心跳壓向上方、或壓向左方、

(六)心濁音部、移於上方、

(七)有熱時、脈數、此外有甚徐緩者、

(八)腹部常平等膨大、壓之略有疼痛、在慢性症

偶於各處、觸知索條及抵抗、

(九)有鼓脹時、肝濁音部往往狹小、若腹腔內有

滲出物時、該部外觀增大、又濁音部、有僅偏

於上方者、

(十)脾臟之前下兩界、亦偏於上方、濁音部縮小、

或僅該部偏於上方、

盲腸周圍  
炎及盲腸  
周圍結締  
織炎

腹膜炎

血水

(十一)打診鼓脹部時，清音而爲非鼓音，有滲出物時，呈不正之濁音，其部分因體位而變。

(十二)偶有聽摩擦音者。

(十三)初發時，及經過中，每有嘔吐，並發呃逆。

(十四)行試穿法，滲出物爲漿液性時，澄明或爲黃色，未幾析出凝固之液，比重在一〇一二以上，含有蛋白及少量食鹽，鏡檢之，略見有形成分。

滲出物若爲膿性，不透明而濃稠，呈灰白黃色至綠色，有許多膿球。

滲出物若爲出血性，則呈赤色至褐色，含血色素及赤血球。

滲出物變敗時，爲稀液，呈綠褐色，有惡臭，含脂變之白血球，脂及Cholesterol結晶等。

疾病或起於寄生物者，液中可見病原分裂

菌。

(五)尿中可證明Indican，而食鹽減少。

(三十八) 腹水 Ascites

(一)胸廓下部，左右均開大，每僅營肋式呼吸。

(二)隣接之肺下部，以壓迫之多少，而呈低音或半濁鼓音，肺界每移向上方，雖深呼吸亦不下降。

(三)肺上所聽之肺胞音，往往變爲粗穢。

(四)心跳，有轉位於左上方者。

(五)心濁音向上移轉。

(六)腹稍膨滿，於下垂部尤著，最高部，往往扁平。

臍有膨隆者。

(七)腹部無痛。

(八)肝濁音部每縮小，或轉於上方。

(九)脾濁音部，亦縮小，或轉於上方。

(十)打診腹壁時，雖呈濁音，然其部份，因體位而方，其擴張力減少，或消失。

變，在坐位，其境界爲水平線，其下部發濁音，(四)肺胞呼吸音，往往銳利。

仰臥則腹下部及腹側，呈最強之濁音，於最高部，有發鼓音者，(五)心跳，壓向上方。

(六)心濁音部亦然，(七)腹部，平等膨大。

(十一)穿刺液，澄明，偶有凝固而帶黃色者，若在(八)觸診之，有劇痛，腹壁緊張。

出血性，則帶赤色，比重在一〇一八以下，含(九)肝、脾兩濁音部，大抵均消失，腹壁緊張甚時。

蛋白食鹽，並路含有形分，惟出血性，則含許多赤血球，發清音及非鼓音，緊張中等時，鼓音而帶鑼

(十二)尿，大抵少量，液體滲漏之際，食鹽減少，滲(十)同時有液體存在時，打診常爲鑼響性，坐

漏液吸收時，尿及食鹽量均增加，側壁，振盪之，可聞鑼響性振水音。

(三十九) 鼓脹 Tympanites

(一)往往發汗，

(二)胸廓下部，左右均擴張，呼吸常爲肋式，雖男子亦然，

(三)肺下部，發低音或半濁鼓音，肺境界偏於上

方，其擴張力減少，或消失。

(四)肺胞呼吸音，往往銳利。

(五)心跳，壓向上方。

(六)心濁音部亦然，

(七)腹部，平等膨大。

(八)觸診之，有劇痛，腹壁緊張。

(九)肝、脾兩濁音部，大抵均消失，腹壁緊張甚時。

發清音及非鼓音，緊張中等時，鼓音而帶鑼

響，同時有液體存在時，打診常爲鑼響性，坐

時，濁音發於腹下部，臥時，發於腹下部及腹

側壁，振盪之，可聞鑼響性振水音。

(丁) 泌尿系諸病

(一) 鬱血腎 Stauungsniere

(一)有鬱血腎，偶有鬱血脾，腹水及其他水腫。

(二)尿量減少，比重高，反應酸性，呈暗褐色，多含

鼓脹

泌尿系諸病

鬱血腎

少許蛋白、沈渣大抵甚少、略有赤白血球、玻璃圓柱及上皮、此外每含尿酸鹽、或尿酸、

急性腎炎

(一) 急性腎炎 *acuta Nephritis*

- (一) 常稍有水腫、
- (二) 雖屢有熱、但不高、

(三) 左室有擴張者、

(四) 脈大抵緊張、

(五) 腎部有壓痛、

慢性間質性腎炎

(六) 尿量減少、比重高、反應酸性、呈暗褐色而渾濁、常有蛋白、且每多量、又常略含血色素、放置之、生許多沈渣、其中有赤白血球、腎上皮、血液圓球、玻璃圓球、其後又見粒狀圓球、

慢性瀰漫性腎炎

(三) 慢性瀰漫性腎炎

*chronische diffuse Nephritis*

(一) 水腫雖不常存、至後期則顯著、侵及體腔、

(二) 腎部偶有壓痛、

(三) 尿量不定、大致減少、偶亦有多量者、比重如常、或較高、反應酸性、多濁濁、尿素及磷酸鹽減少、常含多量蛋白、沈渣多量、大抵略含赤血球、有許多白血球、及多數脂變上皮、及尋常之玻璃圓球、粒狀圓球、並偶見蠟狀圓球、

(四) 視網膜出血、又有發蛋白性視網膜炎者、

(四) 慢性間質性腎炎

*chronische interstitielle Nephritis*

(一) 皮色往往蒼白、

(二) 皮乾燥、

(三) 多無水腫、即有之亦甚微、

(四) 心跳、因左室肥大、而稍偏於下方、且強盛、不常顯著、

常顯著

(五) 心濁音部、往往增大、

腎水腫

(六) 心音每強盛，第二大動脈音尤然。

(七) 亦見頸動脈搏動。

(八) 脈緊張甚強，故彈力性隆起增加，逆衝隆起

減少。

(九) 尿量常著明增加，比重高，反應酸性，色淡白而澄明，尿素每減少，蛋白大抵不多，時或缺如，鏡檢時，僅略見有機性沈渣，此外有玻璃狀圓塊，或分解之上皮。

(五) 澱粉腎 amyloide Niere

澱粉腎  
腎孟炎

(一) 皮水腫，每缺如，若有之，多以與腎炎合併故。

(二) 尿量及比重不定，多清澄，反應酸性，有含蛋白者，或有缺如者，鏡檢之，其含蛋白者，可見脂變之上皮，各種圓塊，偶亦見蠟狀圓塊。

(六) 游走腎 Wanderniere

游走腎

(一) 腹內偶可觸知蠶豆形腫瘤，仰臥時，容易復

促，直立即復見，打診之，發濁音。

(二) 腎發音部，偶呈清鼓音，整復時，再發濁音。

(三) 每見發作性蛋白尿。

(七) 腎水腫 Hydronephrose

(一) 囊腫巨大時，腹部患側，可常視觸腫瘤，打診之呈濁音。

(二) 穿刺液澄明，比重為一〇〇八至一〇二〇。

每無蛋白，食鹽雖亦少量，但屢見尿素及尿酸，鏡檢之，有時可略見腎上皮。

(八) 腎孟炎 Pyelitis

(一) 熱候或有或無。

(二) 腎部每有壓痛，在結石性腎孟炎，時發疼痛。

(腎石疝痛)

(三) 尿，以疾病之原因，而異其性狀。

疾病倘由於結石者，尿雖如常，但發作時，則

急性膀胱炎

帶赤色，含有血液、蛋白及黏液素，鏡檢之，有許多赤白血球，此外每見結石碎片，在化膿性腎盂炎，尿中有蛋白，含許多膿球，偶有腎盂上皮，在結核病，則每見結核桿菌。

(九) 急性膀胱炎 acute Cystitis

(一) 往往有熱。

(二) 膀胱部疼痛，壓之，知覺過敏。

(三) 尿量尋常，放尿時疼痛，往往淋瀝，而尿意窘迫。

膀胱癌

(四) 尿色，每為血液狀，反應酸性，或呈亞爾加里性、濁濁。

(五) 常有蛋白及血色素，鏡檢之，可見少許赤血球及膿球，並有膀胱上皮及分裂菌。

(十) 慢性膀胱炎 chronische Cystitis

(一) 尿量如常，每濁濁，呈亞爾加里反應。

(二) 尿中常有蛋白及黏液素，生多量沈渣，在亞爾加里性者，立有膠狀物凝固，其中又含黏液，及往往脂變之膿球，頹敗物，略有赤血球及膀胱上皮，此外有磷酸鹽類，尿酸安母尼亞結晶，並許多分裂菌。

其原因在結核病者，沈渣中之乾酪性片中，有結核菌，在淋疾者，每見淋球菌，有膀胱結石時，每見血尿。

(十一) 膀胱癌

Carcinom der Harnblase

(一) 尿中每含血液，有時成於純血，而血不與尿親和，常沈於器底。

(二) 尿中有蛋白及血色素，鏡檢之，有許多赤白血球，偶見腫瘍小片。

(戊) 生殖系諸病

慢性膀胱炎  
生殖系諸病

## (1) 淋疾 Gonorrhoe

(一) 鼠蹊腺、間或腫脹、

(二) 在急性傳染、其潛伏期二日至五日、其初由尿道略漏黏液狀物、次即有許多膿液、在女子、更由陰道漏出、其分泌物、成於尿道上皮、

(陰道上皮)及無數膿球、中有淋球菌、

在慢性症分泌物少而呈黏液狀、其中亦每見淋球菌、

尿道分泌物、尋常混入尿中、故尿爲之濁濁、

含上述之有形分、此外、尿中又含蛋白黏液、

淋絲尿道腺之上皮等、

往往有尖圭胼疔腫、在男子每起膀胱炎、精系炎、及副睪丸炎、在女子、則起膀胱炎以及 Bartholin 氏腺炎、(Bartholinitis)

(11) 原發性梅毒 *primäre Syphilis*

經二三週之潛伏期、龜頭或外生殖部、生限局

性硬結、表面糜爛、成扁平潰瘍、周圍及底面、均硬如軟骨、

鏡檢上、於硬結組織中、可見 *Spirochaeta pallida*、(11) 卵巢腫瘍 *Ovarialtumoren*

(一) 胸廓下部、多平等擴張、

(二) 膈之位置高時、肺下部或發異常低朗之打響、或發半濁鼓音、肺下界同時移至上方、雖深吸氣、亦少下降、

(三) 心跳、偏於左上方、心濁音部轉上、

(四) 腹、多平等擴張、

(五) 有感波動者、多僅限於一部、

(六) 肝濁音部狹縮、或轉位於上方、

(七) 脾濁音部、亦狹縮、或轉上、

(八) 腫瘍上發濁音、其境界不定、

(九)穿刺液、濁濁、黏可牽絲、偶或凝固、囊腫若化膿時、呈帶綠黃色、若出血、則呈褐色、比重、自一〇〇二至一〇五五、液中有蛋白黏液、及少許食鹽、又有上皮、扁平圓柱、或顛毛上皮、化膿時、有 Cholesterolin 結晶、

(四) 妊娠 (Gravidität)

(一) 每有黃斑、

(二) 妊娠累數月、分娩期近時、胸廓下部、左右均

開張、

(三) 膈、有占高位之症狀、

(四) 心跳及心濁音部、均轉向上方、

(五) 每見下肢靜脈怒張、

(六) 腹部、從妊娠時日而膨隆、臍隆起、

(七) 肝濁音部、狹縮、或轉向上方、

(八) 脾濁音部、往往狹縮、或轉移於上方、

(九) 於增大之子宮上、發濁音、打響部位、因體位而變換者絕少、

(十) 腹上可聽子宮雜音、及小兒心音、

(十一) 陰道黏膜、呈暗赤色、

(十二) 可從乳腺擠出初乳、自第二月、至第三月

起、

(巳) 血液及新陳代謝諸病

(一) 惡性貧血 perniciose Anæmie

(二) 皮及黏膜、呈蒼白色、皮上間有黃色、發大溢

血斑、

(二) 往往浮腫、

(三) 勞動時、多發呼吸困難、

(四) 心臟、偶有擴張者、

(五) 心音每減弱、常有假性收縮期雜音、

(六) 脈小而數、逆衝隆起增加、

妊娠  
血液及代  
謝諸病  
惡性貧血



(七)第一動脈音，有強盛者。

(八)血液異常蒼白。

(九)血色素減量。

(十)赤血球減少，較血色素尤甚。

有異形血球症、大血球症及小血球症。此外

常見有核赤血球(正常及巨大有核血球)於

白血球，未見變化。

(十一)食思完全減損，口臭，又有噯氣、嘔吐者。

(十二)尿反應，每為中性，或為亞爾加里性，多呈

暗色，間有蛋白。

(十三)每有頭痛，此外時有視網膜出血及自覺

性聽覺。

(十四)特異者，除上述皮及視網膜外，每有顯血

及胃腸出血者。

發性貧血

(一)皮色蒼白。

(二)每有浮腫，但非高度。

(三)勞動時，呼吸促進。

(四)心音每減弱，又每有假性收縮期雜音。

(五)脈小，而逆衝隆起增加。

(六)第一動脈音，有強盛者。

(七)每有獨樂音。

(八)血色素異常蒼淡。

(九)血色素減量。

(十)赤血球數亦減少，每呈異形血球症，偶見有

核性赤血球。

(十一)白血球，每有增加者。

(三) 萎黃病 Chlorosis

(二)專見於女子。

(一)皮色大抵蒼白。

(二) 繼發性貧血 *secundare Anämie*

發作性血色素尿

(三) 每有浮腫，但不多。

(四) 身體小有勞動，亦致呼吸促迫。

(五) 心音每強盛，亦有減弱者。

(六) 多聞假性雜音。

(七) 脈搏易於疾速。

(八) 第一動脈音強盛。

(九) 每有獨樂音。

(十) 血液異常蒼淡。

(十一) 血色素量著明減少。

(十二) 赤血球數微覺減少，或毫不減少，惟其色

蒼淡耳。

此外可見異形血球、小血球及有核赤血球。

(十三) 白血球數大抵如常，偶或增加，亦有著明

減少者。

(十四) 尿量每增多，比重減少，反應每為中性，或

亞爾加里性，色淡白，有時尿酸減少，又有見蛋白之痕跡者。

(十五) 每有帶下，且有月經障礙。

(十六) 每有頭痛眩暈。

(四) 發作性血色素尿

*paroxysmale Hämoglobinurie*

(一) 皮色蒼白如土，面部尤著，皮及黏膜，有輕度

黃疸，間或兼有蕁麻疹。

(二) 發作，以惡寒開始，甚者戰栗，次則體溫上升，

達四十度，或其上。

(三) 肝脾肥大，每有壓痛。

(四) 腎部每緊張，並有疼痛。

(五) 檢血液時，血漿帶血色，到處可見褐色之赤

血球(血球影)

(六) 赤血球之數，及血色素之量，均減少。

(七)分光鏡檢查上、可見異性血色素之吸收線、  
(八)尿帶血色、大抵稍含蛋白、

(五) 紫斑病 Purpura

本症有三種、單純紫斑病、Rheumatis 性紫斑病、  
及 Werthof 氏紫斑病是也、單純性者、僅指皮上  
出血之謂、第二種、則與關節病併發、Werthof 氏

紫斑病、則指皮黏膜、肝臟出血者而言、但三者  
之臨牀上症候、互相移行、每有無從區別者、茲  
僅就 Werthof 氏紫斑病、(Morbus maculosus Wer-  
thofii) 略言其症狀、

(一)最初、皮有出血、而黏膜出血次之、亦有以黏  
膜出血開始者、

(二)皮色常蒼白、

(三)出血反覆不已時、有發危險之齒齦出血、

血吐血、下血、血尿、子宮出血者、

(四)眼結合膜、及視網膜、間亦出血、有腦出血者、  
(五)熱多缺如、然不定型之體溫升騰者、亦不少、  
(六)檢血液時、可見赤血球及血色素之減少、

(七)在重症患者、有立斃於腸出血及腹膜炎性  
症狀之下者、(電擊性紫斑病 Purpura fulmi-  
nans)

(六) 壞血病 Scharbock, Scurbut

(一)初則皮色蒼白、面如土色、全身倦怠、易疲勞、  
且發汗、

(二)上述前驅症之次、則齒齦紅腫、觸之易於出  
血、次則齒齦腫脹、脹益增、且呈污穢黃褐色、遂  
陷於壞疽、齒牙搖落、

(三)出血、亦見諸皮膚、他如鼻、筋、肉、骨、骨髓、下、關  
節之出血亦不少、時或有吐血、下血、咯血、血  
尿等、

血友病

- (四) 體溫多如常，亦有呈不定型之熱候者。
- (五) 檢血時，可見血球及血色素減少。

(七) 血友病

Hämophilie, Bluterkrankheit

本病由極輕微之外傷出血，而止血大不易，甚者完全不止，此其特徵，因此遂有危及生命者，最多者，為鼻血，而皮下溢血，肌肉出血，關節出血等次之，胃腸出血甚少，但常見腎出血，檢血無特異處，僅乏於凝固性而已。

假性白血  
病

(八) 白血病 Leukämie

- (一) 皮色帶蒼白。
- (二) 每有著明浮腫。
- (三) 皮下蜂窩織之淋巴腺，常略腫脹。
- (四) 每有呼吸困難，且多在勞動時。
- (五) 心音往往減弱，多可聽假性收縮期雜音。

- (六) 血色淡白，稀薄而濁濁，或為乳狀。
- (七) 血色素減少。
- (八) 白血球增多，赤血球減少，又見異形血球，小血球及有核赤血球。
- (九) 脾，常腫大，殆常可觸知。
- (十) 尿酸及全硫酸，多增量。
- (十一) 有發視網膜炎或出血者。

(九) 假性白血病 Pseudoleukämie

- (一) 皮色蒼白。
- (二) 每有熱，間呈一種再歸熱狀。
- (三) 淋巴腺腫。
- (四) 心及血管，呈貧血症狀。
- (五) 白血球雖不增，而赤血球著明減少。
- (六) 多見脾腫。

(十) 佝僂病 Rheachitis

佝僂病

(二)患者軀體較小於常，管狀骨彎曲，骨端隆起，

前臂骨下端，尤著明。

(三)胸廓呈畸形，即鳩胸，胸骨後病性串珠等，又兼

脊柱彎屈症。

(三)齒牙發生極遲。

(四)尿中排泄之磷酸減少。

(五)頭大而顛門不閉，頭骨亦有非常軟弱者，(顛

頂癆)

(十一) 肥胖病 Fettsucht

(一)全身脂肪沈著，甚為著明，現重類垂腹之象。

(二)皮下脂層過厚，故體溫調節困難，且放溫尤

為障礙，故常畏熱。

(三)毛細管血行障礙，又以縱隔竇有脂肪沈著，心

臟受器械性障礙，而胸腹腔內，均有脂肪沈著，

膈之運動不易，故雖稍稍運動，亦有心悸亢

進，及呼吸困難。

(四)易於發汗，故多生濕疹，皮下作線狀癩痕，

(Friae)

(五)心臟有脂肪沈著時，則有速脈，不正脈或結代

脈。

(六)以鬱血故，發肺加答兒。

(七)肝有脂浸潤，肝臟肥大。

(八)鬱血經久時，則生鬱血腎。

(九)精神作用遲緩。

(十二) 糖尿病 Diabetes mellitus

(一)尿中排出葡萄糖。

(二)煩渴。

(三)皮受外傷，荏苒不肯治愈。

(四)皮上易生瘡癤潰瘍，此以血中含糖多量，適

於化膿菌之發育，恐亦原因之一也。

(五)皮有乾燥搔痒之感，而陰部痒感尤甚。

(六)尿量增加，而清澄，易生泡沫。

(七)漸次羸瘦。

(八)嫌惡精神事業，患者每有神經痛，及 Rheuma-

狀疼痛。

(九)每罹白內障，視網膜炎，及視神經炎。

(十)易生齲齒，重症時，有一種特異口臭，仿佛醜

酵之蘋果，蓋以 Aceton 與呼氣一同排出故

也。

(十一)其次，遂陷於糖尿病昏睡。

(十二)作為昏睡之前兆者，每發頭痛惡心嘔吐。

呼吸困難，是時尿中可證明 Aceton 體。

(十三)尿中可見無數玻璃圓塊，更有特須注意

者，則還元試驗之陽性，不能即斷為本病是

也。

(十三) 尿崩症 Diabetes insipidus

(一)排泄大量之尿，比重低而澄清。

(二)尿中不見糖分蛋白等病變成分。

(三)口渴異常，大抵有神經或精神障礙。

(四)與以食鹽時，(100至150)尿量著明增

加，而比重毫無變化。

(五)作為 Hysterie 之一症候，有訴煩渴者，此名

假性尿崩症。

(十四) 痛風 Gicht

(一)本病，在日本不多見。

(二)病之本態，為尿酸鹽蓄積於體內。

(三)血中尿酸增加，又體外性尿酸排泄，甚為徐

緩。

(四)關節，反覆有劇痛發作，起初尤以跗趾為甚。

其後及於諸關節。

磷酸鹽尿

(五)發作時劇甚而難堪，春期好起於夜間，所侵者，多為左側，關節腫脹，呈炎性症狀。

(六)關節或耳郭，生痛風結節，此即由尿酸鹽沈著於軟骨及關節所致者也。

(七)關節炎，主為急性，亦有慢性經過者，此時可由血中尿酸鹽之定量而診斷之。

(八)發呼吸器炎症，心肌炎，動脈硬化，萎縮腎等，胃腸之痛風，臨牀上雖或見之，而解剖上迄未證明也。

Pentose-ria

(十五) Pentose 尿 Pentosuria

尿酸尿  
(一)為極罕之代謝異常，然無障礙，其症狀，為尿中排出五炭糖。

(二)主要為無力之 Arabinose，不迴旋偏光光線之面。

(三)雖有使 Fehling 氏液還元之性，但須長久煮

沸後，始急還元。

此外尚有果糖尿，乳糖尿等，茲從略。

(十六) 磷酸鹽尿 Phosphaturia

(一)尿中排出多量磷酸鹽，生理及病理二者，非區別不可。

(二)尿為乳汁狀，或為絮狀稠濁，在鏡下，為無結晶之沈澱，在兩性之尿，可見結晶形，後一種為磷酸 Calcium。

(三)本症，多與神經質，神經衰弱，泌尿生殖器病，及腸疾合併。

(四)磷酸鹽尿，有亞爾加里性。

(十七) 尿酸尿 Oxaluria

(一)尿中排出尿酸鹽結晶，此鹽類，以尿酸石灰為主。

(二)診斷時，與以不含尿酸之食物，再檢尿中有

無修酸、

(三) 尿酸鹽結晶、與食鹽結晶、有難區別者、當是

Alkaptonuria

時、可使水浸淫於覆蓋玻璃下、若為食鹽、立

即溶解、欲與碳酸 Calcium 結晶區別時、須於

覆蓋玻璃下、注入醋酸、當是時、尿酸鹽毫不

溶解、

Xystinuria

(十八) Xystin 尿 Xystinuria

(一) Xystin 見於尿中、雖為中間物質代謝異常、

但無障礙、而甚屬稀有、

(二) Xystin 或溶解於尿中、或以醋酸變為酸性

而蒸發之際、徐現結晶形、或在尿中已成結

晶、而後排出者、鏡下、為特異之板狀六邊形、

或尿中有為針狀結晶者、

(三) 結晶、遇安母尼亞鹽酸等則溶解、在醋酸水、

酒精、依的兒中、不溶解、

為黑色、

(十九) Alkapton 尿 Alkaptonuria

(一) 本症為稀有之中間代謝異常、無障礙、

(二) 排泄 Haemoglobin 酸、

(三) 此尿在排泄之際、帶黃色、由空氣及日光而

變黑色、宛如石炭酸尿、

(四) 無自覺障礙、

(五) 或謂與 Rheumatism 似有關係、然不過偶然之

事耳、

(六) 與所謂 Deliriose 似有關係、

(庚) 神經系諸病

(一) 腦卒中 Apoplexia cerebri

(二) 反射機、一時雖消失、後乃亢進、變反射尤著、

多有 Babinski 氏現象、瞳孔初狹縮而後散

神經系諸病  
腦卒中



大、

(二) 卒中發作、多見昏睡、

(三) 爲斯聲呼吸、往往不整、或有見Chayna-Stokes

氏呼吸現象者、多欠伸、

(四) 脈、異常徐緩、而一時緊張者亦不少、

(五) 發作後、尿中或有含蛋白及糖分者、

(六) 發作後、立時偏側運動麻痺、但面神經僅侵

及一部、主宰前額及眼肌之神經枝、無障礙、

但舌則半側麻痺、故有不能發語者、

(七) 至後、則麻痺肌緊縮、屈肌尤甚、偶有起痙攣

及偏側舞蹈病者、

(八) 偏側之知覺麻痺、僅內囊後脚之後部有病

時爲然、

(九) 當是時、偶有發半盲症者、

(十) 麻痺之肢部、起初多冷却而呈蒼白色、入後、

轉呈赤色、且有呈紫藍色者、

(十一) 電氣興奮性、初雖一時亢進、至後則每稍

減退、或終保存、

(十二) 經過時日者、則麻痺肌起單純之廢用萎

縮、

(一) 腦腫瘍 Gehirnmonoren

(一) 殆常有劇烈之頭痛

(二) 視腫瘍發生部位、有起皮質性麻痺者、又每

有眩暈步行蹣跚、偶發真正共同機障礙、又

偶發抽搐、或癲癇狀痙攣、

(三) 有發黑內障者、時或起半盲症、又每有鬱血

乳頭、

(四) 脈搏多徐緩、

(五) 有精神意識障礙者、至陷於嗜眠、

(六) 視腫瘍發生之部位、有發聽力減少及耳鳴

急性小兒  
腦膜炎

者、

(七) 每有呼吸困難、呈 Cheyne-Stokes 氏呼吸現

象、兼有欠伸及呃逆、

(八) 腿反射多亢進、

(九) 患肌之電氣興奮性、初雖亢進、後乃減退、然

發變性反應者極罕、

(十) 多嘔吐與食物無關係、無惡心及消化症狀、

見於體動時及頭痛之極期、

(三) 小兒腦水腫

*Hydrocephalus infantilis*

(一) 頭頂極大、額門久開而不閉、

(二) 屢見精神障礙、

(三) 有發麻痺者、有發發筋肉緊縮者、

(四) 有發癱瘓狀痙攣、或肌攣縮者、

(五) 見鬱血乳頭、及視神經萎縮者不尠、

(四) 急性小兒腦麻痺

*akute cerebrale Kinderslammung*

(一) 忽然以發熱、嘔吐、昏迷、痙攣而起、病醒後留半身不遂、

(二) 初期、每發半側性癱瘓狀痙攣、後則四肢、偶

有發面部半側不遂者、麻痺肌緊縮、偶呈半

舞蹈狀運動、入後、則妨及麻痺肌之發育、

(三) 反射機、多亢進、

(四) 電氣運動興奮性常保存、而無變性反應、

(五) 知覺機、無異常、

(六) 精神發育不良、多變為白癡、

(五) 腦膜炎 *Meningitis cerebri*

(一) 頭痛劇甚、雖昏迷中、亦復號泣、

(二) 輕扣其首、每有疼痛、壓頸椎之最上部亦然、

頭多在後屈位、

小兒腦水  
腫

腦膜炎

(三)後期，則意識障礙，不安而躁暴。

(四)經過中，面及軀幹諸肌，發麻痺或痙攣，項部多強直。

(五)腹多陷沒，往往嘔吐。

(六)脈在初期多異常徐緩，且甚緊張，入後則甚頻數。

(七)每有呼吸困難，又呈 Cheyne-Stokes 氏呼吸現象。

(八)反射機，減少。

(九)視聽覺均減弱，又見鬱血乳頭，瞳孔，初縮小，後散大，左右不同。

(十)有軛牙。

(六) 癲癇 Epilepsie

(一)發作時，大抵叫喚，人事不省，始則短時間發全身強直性痙攣，次則移於諸肌之間代性

痙攣。

(二)瞳孔大抵著明散大，向光線不呈反應，反射消失。

(三)發作後，尿中有見蛋白或糖分者。

(四)舌，見癱痕或咬傷者有之。

(五)血清對於腦質，多呈 Abderharden 氏陽性反應。

(七) 舞蹈病 Chorea 或名 Sydenham

氏型病

(一)不隨意為無秩序之運動，其運動不持續，相為更迭，殆見於身體全部筋肉，惟熟睡時則鎮靜。

(二)知覺無異常，多見於幼女，筋肉無痙硬者。

(三)精神沉鬱，易於感動，且記憶力減退。

(四)電氣興奮性如常，偶或亢進。

癱瘓麻痺

(五)不侵血管運動神經、

(八) 震顫麻痺 Paralysis agitans

- (一)有震顫運動或僅侵及一二肢、或侵及全身
- 肌肉、將欲運動之際、震顫不加增、患者可暫時自行停止其運動、睡眠時、或休止或微弱、
- (二)身體諸肌、有痠硬肌之麻痺不甚、而以其痠硬之故、患者常保一種體位、即身體向前彎曲、手指屈曲、呈執筆狀、或如揉捻之觀、隨意運動、困難而徐緩、
- (三)知覺機、無異常、
- (四)反射機、無異常、
- (五)電氣興奮性、亦無異常、

多發性癱瘓硬化

(九) 多發性癱瘓硬化

multiple Herdsklaroso

(一)各肌肉、有麻痺及痠、

(二)有企動性震顫、即震顫發於欲圖運動之際、安靜時則否、

- (三)屢有眼珠震盪症及眩暈、又有黑內障、
- (四)反射機、著明亢進、
- (五)言語特別徐緩、所謂隔語是也、
- (六)偶有共同機障礙、
- (七)知覺機、多無異常、
- (八)每有癱瘓狀發作、或發譫語、

(十) Hysterie

- (一)好惡之感情、亢進而變動、且有精神障礙者、
- (二)有境界不正之知覺鈍麻、亦具有半身知覺麻痺者、反是、或為知覺過敏、或僅有脫失痛覺者、

(三)每有頭痛、所謂 Hysterie 性頭痛、或脊髓痛、假性絞心症、及胃痛發作、此外有卵巢痛等、

(四)頭部有訴壓痛者、

(五)脊柱亦然、

(六)每有同心性狹縮視野、此外有自覺性聽覺及嗅味兩覺異常、

(七)角膜及咽反射、有消失者、其餘反射、則有亢進者、

(八)略有廣泛之麻痺、又於不麻痺之肌、有緊縮者、

(九)發間代性痙攣、為發作性、偶有強直性痙攣、又其痙攣、均及於全身、局發者甚罕、但發作時、瞳孔反射及意識、常保存不變、

(十)偶有發強梗者、

(十一)麻痺肌有萎縮者、

(十二)常無變性反應、

(十三)間有喉肌麻痺者、咽部知覺、亦多異常、

(十四)有呼吸困難者、

(十五)每有鼓脹、

(十六)有發多尿症者、

(十七)血管運動神經、每有障礙、

(十八)一切症狀、出沒無常、

(十一)延髓球麻痺 Bulboparalyse

(一)膈、舌、喉、咽諸肌、有進行性麻痺及萎縮、其他諸肌、亦有同一之障礙、故言語、咀嚼、嚥下等、均為障礙、且有流涎、

(二)咽黏膜之反射與奮性、減退或消失、

(三)電氣興奮性減弱、殆常有變性反應、

(四)知覺無異常、

(十二)急性及慢性脊髓炎

Myelitis acuta u. chronica

(一)初期多有熱候、

(二) 脊柱局部有壓痛。

(三) 初有知覺異常，後則一切知覺機，減弱或消失，間有僅失痛覺者。

(四) 在急性症，立發兩側之運動麻痺慢性症，則徐發，其廣狹，由炎症之多少而異，無刺戟症。

(五) 反射機，因疾病之部位，或如常或消失或亢進，初無一定。

(六) 排泄兩便常有障礙，在慢性症，有麻痺肌緊縮者。

(七) 麻痺肌發萎縮者，甚罕。

(八) 電氣興奮性，始雖亢進，後多減弱，又有二三肌肉，見變性反應者。

(九) 皮有榮養障礙，易生褥瘡。

(十三) 急性脊髓前角炎 小兒脊  
髓麻痺

*Polio-myelitis anterior acuta*

(一) 病原為數種細菌，有時流行於一地方，每以三十九度至四十度熱開始，且發痙攣。

(二) 主要為一側或兩側下肢，驟發弛緩性麻痺，偶有見於上肢或身體半側者，其麻痺在三肌屬，每再消退，而其他肌肉，則長存不去，故麻痺消散之肌，為之緊縮，而患肢貽留畸形者有之。

(三) 慢性症以外，於麻痺肌發纖維性變縮者，不多見也。

(四) 皮及腱反射雖消失，而膀胱直腸之機能無障礙。

(五) 麻痺肌之器械興奮性亢進，且緩慢，又有變性反應。

(六) 知覺機無異常，無自發痛及握痛。

(七) 麻痺肌雖立即萎縮，而皮之榮養無障礙。

急性脊髓  
前角炎

(八)成人之急性脊髓前角炎其經過亦幾與此相同、慢性症不過為日久長而已、

(十四) 痲性脊髓痲痺

Paralysis spinalis spastica

(一)無知覺異常、

(二)下肢有全痲痺、或不全痲痺、痲痺肌有極強之痠硬、故難步行而呈尖足、

(三)膀胱反射常亢進、足現象多呈 Babinski 氏症狀、

(四)膀胱直腸無異狀、

(五)電氣興奮性略有減少者、

(六)無榮養障礙、

(十五) 脊髓痲 Tabes dorsalis

(一)身體下部(大抵為限局性)知覺減弱、偶亦僅有痛覺鈍麻者、知覺傳導、每有緩慢者、初期、

溫覺過敏、足底知覺有異常、

(二)深在知覺大抵早受障礙、

(三)初期、下肢多有電擊痛、又第一期即疼痛、期有知覺變常(帶狀感覺等)、且下肢及軀幹、有神經痛在內臟(胃腸等)亦有同一之疼痛、

(四)肌力如常、但至第二期、即失調、期則下肢有共同機障礙、見於上肢者極罕、

(五)反射機減退、膝蓋反射早已消失矣、

(六)膀胱直腸有障礙、每有陰萎症、

(七)電氣興奮性、初則稍亢進、後乃稍減、

(八)有弱視及黑內障、又有反射性瞳孔強直、

(九)每有關節病、

(十)至第三期即痲痺期、則一切痲痺症增進、筋肉瘦削、發癢、而起膀胱加答兒、諸症為之增惡、

(十六) 進行性肌萎縮

Brown-Séquard  
氏麻痺

Atrophic muscularis progressiva

(一)初無麻痺而肌肉萎縮始於拇指球、小指球、

骨間肌等、次及上下肢、軀幹、

(二)常有纖維性羸縮、

(三)萎縮之肌束、呈變性反應、然每難見、

(四)反射機稍減、

(五)無知覺異常、

(六)膀胱、直腸、無異常、

(七)皮無榮養障礙、

脊髓空洞症  
肌萎縮性  
側索硬化

(十七) 肌萎縮性側索硬化

Sclerosi lateralis amyotrophica

(一)知覺機無異常、

(二)運動機之症狀、與痙攣性脊髓麻痺、進行性脊

髓性肌萎縮、及延髓球麻痺相同、而運動麻

痺、見於上下肢、萎縮則僅上肢為顯著、

(十八) Brown-Séquard 氏麻痺

Brown-Séquard'sche Lähmung

(一)損傷側、有知覺過敏、他側則知覺麻痺、

(二)損傷側、發偏側運動麻痺、其他、則血管運動

神經麻痺、

(三)反射側、有榮養障礙(褥瘡)

(四)麻痺肌之電氣興奮性、稍減、

(十九) 脊髓空洞症 Syringomyelie

(一)溫覺及痛覺均減、而觸覺無異常、

(二)上肢尤有進行性脊髓性肌萎縮、

(三)萎縮肌、有纖維性搖蕩、及電氣變性反應、

(四)此外、每有血管運動神經障礙、榮養障礙、及

分泌障礙、

(二十) 脊髓膜炎 Meningitis spinalis

(一)初期往往有熱、



(二) 脊柱有壓痛。

(三) 起初到處有知覺及痛覺過敏，後則二者均至脫失。

(四) 始則諸肌雖起攣縮，而後則兩側下肢均麻痺(截癱)。

(五) 反射，初雖有亢進者，後多消失。

(六) 至後期，發直腸、膀胱麻痺。

(七) 電氣興奮性，起初有亢進者。

Tetania

神經炎

(二十一) 神經炎 Neuritis

(一) 患部神經，其經過全部，有壓痛，偶或肥厚。

(二) 知覺，起初在被侵之領域內增進而為知覺過敏，後乃減弱，亦有僅見痛覺脫失者。

(三) 深在知覺機，每有障礙。

(四) 初期有知覺變常及神經痛狀，疼痛，握痛亦復甚劇。

先天性肌強直

(五) 患部領域內，起弛緩性麻痺，其後則起緊縮及萎縮。

(六) 有共同機障礙。

(七) 反射機，減弱或消失。

(八) 膀胱、直腸無障礙。

(九) 電氣興奮性減少，有發變性反應者。

(二十二) Tetanie

(一) 知覺機，有稍稍減退者。

(二) 主要在前臂肌，有發作性強直性痙攣，偶發於下肢及他部肌肉者，而此痙攣，由人工久壓肱部神經幹，或動脈時，亦可發作，所謂

Transson 氏現象

(三) 神經之機械及電氣興奮性，雖亢進，而肌之興奮性則否。

(二十三) 先天性肌強直 Myotonia

congenita 或名 Thomsen 氏病

Thomsen'sche Krankheit,

(一) 意圖隨意運動之際，筋肉起強直性攣縮，妨

其運動。

(二) 筋肉有肥大者。

(三) 肌之機械作電氣性興奮雖亢進而神經之

興奮性如常。

行電氣檢查時，筋肉呈強直性反應。

(二十四) 進行性肌榮養障礙

*Dystrophia muscularis progressiva*

(一) 無知覺異常。

(二) 一定之肌屬發生萎縮(肩胛背腰股下腿及

面部)其萎縮或有爲單純性者或爲假性肥

大腓腸肌尤著而其餘諸肌(前臂臀部)則生

真性肥大。

進行性肌  
榮養障礙

(三) 無纖維性攣縮。  
(四) 僅電氣興奮性減退而無變性反應。  
(五) 膀胱直腸無障礙。